

# 終末期に至る要介護高齢者の食事摂取困難の評価

－アンケート結果に基づく方法の見直し－

三好弥生<sup>1</sup> 片岡妙子<sup>2</sup> 浅沼高志<sup>3</sup> 武富純子<sup>4</sup> 杉原優子<sup>5</sup>

(2019年9月26日受付, 2019年12月16日受理)

Evaluating dysphagia in the elderly requiring care and nearing the end of life: Revising methods based on survey responses

Yayoi MIYOSHI<sup>1</sup> Taeko KATAOKA<sup>2</sup> Takashi ASANUMA<sup>3</sup> Junko TAKETOMI<sup>4</sup> Yuko SUGIHARA<sup>5</sup>

(Received : September 26, 2019, Accepted : December 16, 2019)

## 要 旨

要介護高齢者の終末期においては、経口摂取が難しくなっていくことが多いと知られている。しかし、どのように食事摂取が困難となっているのか、その詳細は明らかになっていない。そこで、これまでこれを評価する方法を検討してきた。

本研究では、要介護高齢者の食事摂取困難の評価項目と評価基準について、介護職が生活の場においてできることを重視し、摂食嚥下障害に関する専門職と見直した。その結果、評価項目の意味の重複を解消するよう用語を変更し、用語をわかりやすい表現に改めた。また、評価基準を見直し、すべての評価項目に評価基準を設けた。

キーワード：終末期高齢者、食事摂取困難、評価、食事介護、特別養護老人ホーム

## Abstract

It is well known that the elderly who require care and are nearing the end of life have difficulties with oral intake of food. However, details of how food intake becomes difficult in this population remain to be fully elucidated. We have been examining how to best evaluate such a situation.

In the present study, we reviewed the criteria and items used to evaluate dysphagia in the elderly requiring care. Specifically, we worked with specialists in dysphagia and focused on measures that care staff can implement in the home care setting. As a result, we revised some terms to avoid overlaps in the evaluation items and to make them more comprehensive. We also revised the evaluation criteria such that each item would have its own evaluation criteria.

Keywords: elderly nearing the end of life, dysphagia, evaluation, mealtime assistance, intensive care home for the elderly

<sup>1</sup> 高知県立大学社会福祉学部社会福祉学科・准教授・博士 (社会福祉学)

Department of Social Welfare, Faculty of Social Welfare, University of Kochi, Associate Professor (Ph.D)

<sup>2</sup> 高知県立大学社会福祉学部社会福祉学科・助教・修士 (看護学)

Department of Social Welfare, Faculty Social Welfare, University of Kochi, Instructor (Master of Nursing)

<sup>3</sup> 国家公務員共済組合連合会大手前病院臨床療法室・言語聴覚士

Division of Physical Medicine & Rehabilitation, OTRMAE HOSPITAL, Speech-language-hearing Therapist.

<sup>4</sup> 弓削メデイカルクリニック在宅医療部・理学療法士

YUGE Medical Clinic Physical Therapist.

<sup>5</sup> 地域密着型総合ケアセンターきたおおじ・施設長

Community Comprehensive Care Center KITOJI. Facility Manager.

## I. 研究の背景と目的

要介護高齢者の終末期においては、経口摂取が難しくなっていくことが多いと知られている（流石・牛田・亀山・ほか2006；川上・新谷2007；宮岸・東・赤石・ほか2007；葛谷2009）。しかし、どのように食事摂取が困難となっているのか、その詳細は明らかになっておらず、これを評価する方法もそのケアモデルもない。そこで、筆者らは、これまでに特別養護老人ホーム（以下、特養）2カ所において、食事摂取困難を有する事例の紹介を受け、事例14件を対象とし、先行研究を参考に評価項目を設定しつつ、事例の類似点や相違点に着目、比較して類型案を作成、公表した（三好ら2019）。

終末期に至る高齢者の食事摂取困難を評価する方法については、介護職が生活の場においてできることを重視している。高齢者の介護施設に従事する介護職は介護福祉士など専門的な資格をもつものばかりではない。そのため、専門的な知識がなくとも評価できるよう、評価項目を必要最小限

にし、日常の観察内容を用いた主観的評価ができるよう工夫してきた（三好ら2019）。

また、この類型案の妥当性について、特養に勤務する介護職員に対して、2018年7月～8月アンケート調査を実施した。

内容は、「終末期に至る食事困難事例の類型案」（表1）及びその評価（表2）を提示し、以下の5点について4件法で問うた。

- A. 実際の終末期に至る事例はこのいずれかの類型に該当するか
- B. それぞれの類型は事例の特徴を捉えられているか
- C. 類型名は妥当か
- D. 評価項目は妥当か
- E. 評価基準は明確か

結果、A、B、Cについては概ね支持されたが、D及びEについては、一部評価項目や評価基準について指摘を受けた（三好ら2019）。そこで、本研究では、要介護高齢者の食事摂取困難を評価する

表1. 終末期に至る食事困難事例の類型案

類 型		特 徴
I	I a 原因が不明あるいは老衰による食欲不振型	介助歩行が可能であったり、自力で食事摂取できるなど比較的ADLは高かった人が、急に食欲が低下し食事摂取量が減少する。あるいは、工夫して食事を勧めても徐々に摂取量が減少する。いずれにしろ食欲不振により摂取量が減少し、相対的に死に至る経過が急なタイプである。しかし、好物等の補食により一時的に維持、回復することもある。
	I b 多臓器不全による摂取困難型	心臓や腎臓、肝臓など生命維持に欠くことができない重要臓器の機能不全により、本人の食べたい、あるいは食べようという意志に関係なく嘔気や嘔吐などにより食事が取れないタイプである。また、食事を摂取しても消化吸収が十分でないケースもある。いずれにしても、急激な経過をたどるが、現疾患の快方に伴い一時的に回復する可能性もある。
II	II a 食物認知の低下による摂食困難型	食物認知が低下し、自ら食事を口にするのが難しくなる。さらに認知症が進行すると、介助して口に運び入れても咀嚼せず食物を口腔内に溜め込み、食事摂取が進まないタイプである。経過は、非常にゆっくりで、食事量の減少と共に徐々に体力が低下していく。
	II b 覚醒不良による摂食困難型	重度認知症などにより、睡眠時間に関係なく覚醒している時間が減り、食事中もウトウトしたりぼんやりするなどして、食事が摂取できなくなるタイプである。また、タイミングを図るなど工夫することで食事量を一定確保できる可能性があるが、誤嚥のリスクも高い。
III	筋緊張による咀嚼嚥下困難型	リクライニング車いす等で座位保持は可能であるものの、全身の筋緊張の亢進により口の開閉が難しく食事摂取が困難になるタイプである。これには、ギリギリ歯軋りするほど強く食い縛って開口が困難なタイプと、頸部が硬く後屈気味で前屈して口を閉じることが難しいタイプがある。概して、コミュニケーションが難しく、食欲の有無や食事認識の判断もしづらい人が多い。
IV	IV a 脳卒中後遺症による嚥下困難型	脳卒中の後遺症により、ペーストやゼリー状の食事であっても、口唇や舌などの動きの悪さにより、食塊形成が不十分で、食物の一部が流れ出してしまうような状態である。また、嚥下にも問題があり、誤嚥性肺炎を繰り返すタイプである。食事以外はベッドで過ごしているような全身状態であっても、食欲はあり、好みもはっきりしている人が多い。
	IV b 複合要因による摂食嚥下困難型	様々な複合要因により摂食嚥下が困難であり、加えてコミュニケーションも難しく、食欲の有無や食事を認知しているかどうかとも判断しづらいタイプで、誤嚥のリスクも高く食事介助が非常に難しい。典型的な事例では目を閉じたまま、口腔に運び入れられた食物を、反射的に咀嚼・嚥下しているような状態である。



については、別に③〔ADL・食事動作〕の項目があり、ここで評価できる。そのため、⑦〔捕食〕の項目では、厳密に食物を口の中に取り込み保持する能力に限定して評価するようにした方が混乱を招かないのではないかと考えた。そこで、〔捕食〕を〔取り込み〕という用語に変更することとした（表3）。

表3. 旧評価項目と新評価項目

旧評価項目		新評価項目
② 体力・姿勢・耐久性	→	姿勢・持久性
⑦ 捕食	→	取り込み
③ ADL・食事動作	→	食事動作・ADL
④ 意思・好み	→	好み・意思
⑤ 食欲・空腹感	→	空腹感・食欲

また、これまでの評価では高い●、十分でない▲などと表記していたが、何をもって高い、十分でないと判断するのか、その評価の目安となる評価基準を設定していなかった（図1）。加えて実際の事例では、食塊形成や嚥下の機能が低下しているからといって食事を摂取していないわけではなく、これらの「能力」と食事摂取の「実行状況」は相関していなかった。そのため、能力のみでなく、実行状況も同時に評価するように工夫していた。しかし、その工夫がかえってこれらの項目を評価しづらくしているのではないかと考えた。そこで検討の上、今回、改めて実行状況を別に11番目の項目として新たに設けることとした（表9）。

## 2. その他の修正

また、アンケート調査で指摘された箇所のみならず、その他全ての項目についても見直し、以下のように修正した。

### 1) 具体的な用語を先に表記する

二つの用語を並列している項目③～⑤について、介護職がイメージしやすいよう、具体的な用語を先に表記することとした（表3）。

### 2) 全ての項目に適切な評価基準を設定する

評価しづらいとされた⑦～⑩の項目のみならず、その他の項目の評価基準についても見直した。また、評価基準がなかった項目には、今回新たに評価基準を設定した。また、●や×など直接良し悪しの価値を意味する表記を用いないよう修正した。

#### ◆①経過

この項目は、これまで「急激」「緩やか」「かなり緩やか」の3つに区分するようしていた。しかし、事例を継続的に観察した結果、これでは判別することが難しいケースがあることが分かった。そこで、高齢者が終末期に至る長い経過の中では、もう少し大まかに捉える方が適切ではないかと考え、「早い」か「ゆっくり」のいずれかで評価することとした（表4）。

表4. ①の評価基準

評価	評価基準
① 早い	食事摂取量の減少に伴い、死に至るまでの経過は比較的早い
① ゆっくり	悪化と軽快を繰り返し、年単位でゆっくり死に至る経過をたどる

#### ◆②姿勢・持久性、③食事動作・ADL

これらの項目は、A～Dまでの4段階で評価し、Aを最も自立度が高い状態とするようにした（表5）。

表5. ②③の評価基準

評価	評価基準
②	A 自力で座位保持ができる
	B 背もたれ、ひじ掛け、クッション等を使い座位保持ができる
	C リクライニングシートで半座位保持ができる
	D 寝たきり状態
③	A 自分で適切な量を口まで運ぶことができる
	B 手を添えたり言葉を掛けることで口まで運ぶことができる
	C 部分的に自分で食べることができる
	D 全面的に介助を要する

#### ◆④好み・意思、⑤空腹感・食欲、⑥食事認知・理解力

これらの項目は、これまで評価基準を設定しておらず、今回改めて設定することとした。②③と同じくA～Dまでの4区分とし、能力はA～Cまで3段階で評価し、Dは敢えて「判別できない」

とした。これは、重度になってくるとよく観察しても判別できないという状況もあり得ると考えたためである（表6）。

表6. ④⑤⑥の評価基準

	評価	評価基準
④	A	食べたいもの、食べたくないものがある
	B	食べたいもの、食べたくないものが時々ある
	C	特に好みはない
	D	判別できない
⑤	A	空腹を感じ食べたいという意欲がある
	B	空腹を感じ食べたいという意欲が時々ある
	C	食べる意欲がない
	D	判別できない
⑥	A	食物であることや食べ方がわかる
	B	食物であることや食べ方が時々わかる
	C	食物であることや食べ方がわからない
	D	判別できない

◆⑦取り込み、⑧咀嚼、⑨送り込み、⑩嚥下

これらの項目も、④～⑥と同様に能力はA～Cまで3段階で評価し、Dは「ムラがある」とした。これまでの調査において、これらの機能は、その時々によってできる時とできない時があることがしばしば認められたからである（表7）。

表7. ⑦⑧⑨⑩の評価基準

	評価	評価基準
⑦	A	口腔内に食物を留めておくことができる
	B	閉口が不十分で食べ物が口唇から流れ出す
	C	開口や閉口が困難、または口内に食物が入ることを拒む
	D	ムラがある
⑧	A	咬合に問題がなく、食塊形成ができる
	B	固形物の咀嚼に時間がかかる、または咽頭に送り込めない
	C	口に食物が入っても咀嚼しない、または義歯が不適合
	D	ムラがある
⑨	A	口内に全く残渣がない
	B	口内に食物が少し残る
	C	口内に食物が大量に残る、または咽頭に送り込めない
	D	ムラがある
⑩	A	むせずに飲み込み、嚥下後に声質の変化がない
	B	飲み込むのに複数回の嚥下を要する
	C	飲み込む前、もしくは飲み込んだ後にむせる
	D	ムラがある

◆⑪実行状況

この項目は、今回の見直しで追加した項目である。終末期に至る過程の中では、食事摂取量に波が生じてくる。それを評価するため、実行状況についても⑦～⑩同様に、「ムラがある」を評価に入れることとした（表8）。

表8. ⑪の評価基準

	評価	評価基準
⑪	A	常に一定量を食べている
	B	少量だが食べている
	C	殆ど食べていない
	D	ムラがある

新評価項目と評価基準の一覧は表9に示す。

IV. 考察

終末期に至る要介護高齢者の食事摂取困難を評価することは、対象者の状態を可視化することにもなる。ここでは、要介護高齢者の食事摂取困難について、客観的に評価することの効果や意義について、介護福祉の視点からを検討していく。

1. 食事ケアの根拠となる可能性

特養に勤務する介護福祉士に対する調査では、介護職は摂食嚥下が難しくなっている高齢者への食事を介助することに、誤嚥の恐れなどを感じ、不安を有していることが明らかとなっている（小浦・杉澤2010；三好2016a）。

要介護高齢者の食事摂取困難を包括的に評価することで、なぜ食事摂取が困難になっているのかを理解できるようになる。これによって、どこが、どのように、どれぐらい難しくなっているのかに対して、具体的に対応することが可能になる。つまり、より効果的かつ安全な食事ケアの実施につながると考える。

KOMIケア理論を創出した金井（2004：34）は、ケアの5つのものさしを提示し、「もてる力・健康な力を活用し高める援助」は、ケアの重要な方向性の一つであると説いている。食事摂取困難の状態を評価することは、どこの機能が保たれているかを知り、その残されている力を活用したケアの遂行につながると考える。

介護職は、終末期に至る要介護高齢者に対して、日々高齢者の命を預かる責任を負い、それ故に高齢者が食事を摂取することへの強い思い入れをもって、食事介助を実践している現状が認められている（三好2016a）。対象の客観的な状態把握は、

表9. 新評価項目と評価基準の一覧

評価項目		評価	評価基準
① 経過		早い	食事摂取量の減少に伴い、死に至るまでの経過は比較的早い
		ゆっくり	悪化と軽快を繰り返し、年単位でゆっくり死に至る経過をたどる
② 姿勢・持久性		A	自力で座位保持ができる
		B	背もたれ、ひじ掛け、クッション等を使い座位保持ができる
		C	リクライニングシートで半座位保持ができる
		D	寝たきり状態
③ 食事動作・ADL		A	自分で適切な量を口まで運ぶことができる
		B	手を添えたり言葉を掛けることで口まで運ぶことができる
		C	部分的に自分で食べることができる
		D	全面的に介助を要する
④ 好み・意思		A	食べたいもの、食べたくないものがある
		B	食べたいもの、食べたくないものが時々ある
		C	特に好みはない
		D	判別できない
⑤ 空腹感・食欲		A	空腹を感じ食べたいという意欲がある
		B	空腹を感じ食べたいという意欲が時々ある
		C	食べる意欲がない
		D	判別できない
⑥ 食事認知・理解力		A	食物であることや食べ方がわかる
		B	食物であることや食べ方が時々わかる
		C	食物であることや食べ方がわからない
		D	判別できない
⑦ 取り込み		A	口内に食物を留めておくことができる
		B	閉口が不十分で食べ物が口外に流れ出す
		C	開口や閉口が困難、または口内に食物が入ることを拒む
		D	ムラがある
⑧ 咀嚼		A	咬合に問題がなく、食塊形成ができる
		B	固形物の咀嚼に時間がかかる、または咽頭に送り込めない
		C	口に食物が入っても咀嚼しない、または義歯が不適合
		D	ムラがある
⑨ 送り込み		A	口内に全く残渣がない
		B	口内に食物が少し残る
		C	口内に食べ物が大量に残る、または咽頭に送り込めない
		D	ムラがある
⑩ 嚥下		A	むせずに飲み込め、嚥下後に声質の変化がない
		B	飲み込むのに複数回の嚥下を要する
		C	飲み込む前、もしくは飲み込んだ後にむせる
		D	ムラがある
⑪ 実行状況		A	常に一定量を食べている
		B	少量だが食べている
		C	殆ど食べていない
		D	ムラがある

根拠をもったケアの実践につながる可能性がある  
と考える。

## 2. 関係者との情報共有ツールとなる可能性

多くの嚥下障害を有する高齢者が在宅や施設に存在すると予測されているにもかかわらず、摂食嚥下機能を評価する検査は、あまり普及しておらず、多くの高齢者に適切な嚥下診療が提供されていないのが現状であると指摘されている(金谷2003;榎・杉山・井澤・ほか2014;三好2016b)。先行研究では、その理由にまで言及されていないが、終末期に至るような重度の要介護高齢者の場合、検査に耐えうる体力や認知機能の低下などの問題によるものと推測される。

そこで、本研究では、介護職が日々食事介護を実践している生活の場において、食事摂取困難の評価ができることを重視した。そのため、高齢者への身体的侵襲が少なく、死に至る重度の要介護高齢者であっても評価できる方法となっている。また、介護職が評価する意義は、食事摂取困難について彼らが説明することが難しい対象の状態やその変化を可視化することにあると考える。

2015年の介護報酬改正により見直された「食事維持加算」は、要介護高齢者が口から食べることを支援するために多職種連携が必須となっている(厚生労働省2015)。食事摂取困難は介護職のみで対応するものではなく、多職種との連携を前提にされているのである。

要介護高齢者の現在の食事摂取の状態を客観的に示すことができるようになると、多職種との情報共有や適切な連携を可能にする。さらに、家族に対しては、終末期に至る現在の状態を客観的に説明するためのツールにもなる可能性がある。

## 3. 本研究の限界と課題

本研究では、要介護高齢者の食事摂取困難を評価する項目とその評価基準について、介護職が生活の場においてできることを重視し、2018年に実施したアンケート調査で指摘された箇所を中心に

摂食嚥下障害に関する専門職と再検討した。

その結果、用語をわかりやすい表現に、評価項目の意味の重複を解消するよう用語を変更した。また、これまでの評価基準を見直すと同時に、すべての評価項目に評価基準を設けるなどとした。しかし、これで十分とはいえない。

現在、本研究と同時に、食事ケアモデル構築に向けて、食事摂取困難タイプ別の標準的なケアを抽出しているところである。今後、本研究結果と合わせて、実際にこれを用いてその実用性や有効性を検証していく必要があると考える。その上で、評価方法についてもさらなる洗練化が必要であると考えられる。これらが次の研究課題である。

なお、本研究はJSPS科研費 JP16K00759の助成を受けて実施した調査の一部である。

## 文献

- 榎裕美・杉山みち子・井澤幸子・ほか(2014)「在宅療養要介護者における栄養障害の要因分析 the KANAGAWA-AICHI Disabled Elderly Cohort (KAIDEC) Studyより」『日本老年医学会誌』51, 547-553.
- 金井一薫(2004)『KOMI理論 看護とは何か—介護とは何か—』現代社.
- 金谷節子(2003)「人は口から食べられる間は、人間としての品位と尊厳を、持って生きられる」『日本味と匂学会誌』10, 197-206.
- 川上嘉明・新谷富士雄(2007)「特別養護老人ホームにおける要介護高齢者の看取り介護」『総合看護』42(4), 5-19.
- 公益財団法人長寿科学振興財団 健康長寿ネット(2019)「運動の基礎 体力とは」(<https://www.tyojyu.or.jp/net/kenkou-tyoju/undou-kiso/tairyoku.html> 2019.9.19).
- 厚生労働省(2015)「平成27年度介護報酬改定の骨子」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080101.html> 2019.9.19).
- 小浦さい子・杉澤秀博(2010)「摂食・嚥下障害を

- 伴う施設入居高齢者に対する介護職員の食事介助体験の心理過程:特別養護老人ホームの場合」『老年学雑誌』創刊号, 15-27.
- 小山珠美編集 (2017)『口から食べる幸せをサポートする包括的スキル-KTバランスチャートの活用と支援 第2版』医学書院.
- 葛谷雅文 (2009)「高齢者終末期の医療連携-特に栄養ケアの連携について-」『日本老年医学会雑誌』46, 524-527.
- 宮岸隆司・東琢哉・赤石康弘・ほか (2007)「高齢者終末期における人工栄養に関する調査」『日本老年医学会雑誌』44 (2), 219-223.
- 三好弥生 (2016a)「高齢者を看取る過程における介護福祉士の意識の変容」高知県立大学大学院博士論文.
- 三好弥生 (2016b)「要介護高齢者の誤嚥を防ぐ食事ケアに関する基礎知識」『四国公衆衛生学会雑誌』61 (1), 57-62.
- 三好弥生・片岡妙子・浅沼高志・ほか (2019)「終末期に至る食事摂取困難事例の類型案」『高知県立大学紀要 社会福祉学部編』68, 15-24.
- 新村出編 (2018)『広辞苑第7版』岩波書店.
- 流石ゆり子・牛田貴子・亀山直子・ほか (2006)「高齢者の終末期のケアの現状と課題-介護保険施設に勤務する看護師への調査から」『老年看護学』11 (1), 70-78.
- 聖隷嚥下チーム (2017)『嚥下障害ポケットマニュアル第3版』医歯薬出版株式会社.
- 財団法人健康医学協会「健康測定 体力の分類」(<http://www.kenkoigaku.or.jp/html/eiyo/eiei0901.html> 2019/9/19).