

## 終末期に至る高齢者の食事摂取困難タイプ別ケアの基本と介助方法

三好弥生<sup>1</sup> 片岡妙子<sup>2</sup> 武富純子<sup>3</sup>

(2020年9月25日受付, 2020年12月14日受理)

Principles of Personalized Care and Eating Assistance Techniques for Elderly Patients with Eating Difficulties in the End-of-life Phase

Yayoi MIYOSHI<sup>1</sup> Taeko KATAOKA<sup>2</sup> Junko TAKETOMI<sup>3</sup>

(Received : September 25, 2020, Accepted : December 14, 2020)

## 要 旨

本研究では、食事摂取困難を有する高齢者に対する食事介護の実践内容について、タイプ別にケアの基本や介助方法を分類、整理する。また、これと先に作成した食事摂取困難の類型案における11項目の評価結果を比較し、検討することを目的とする。

結果、いずれのタイプでも介護職は残された力を活用して介護していることが示唆された。また、一部のタイプでは、食事の目的は、栄養を取ることよりもQOLが重視され、それ以外のタイプでは無理をしないことを前提としつつも、一定の栄養確保にも努めていることが示された。

キーワード：終末期高齢者、食事摂取困難、食事介護、食事ケアの基本、食事介助方法

## Abstract

In the present study, the principles of care and eating assistance techniques were classified based on the types of eating difficulties experienced by elderly patients. A further aim was to examine and compare the results to the findings of a 11-item evaluation of the classification of eating difficulties that we had previously proposed. The results indicated that, for all types of eating difficulties, patients were provided care that maximized their remaining abilities. For some types of eating difficulties, quality of life was prioritized more than nutritional intake. In comparison, for other types of eating difficulties, efforts were made to maintain a certain level of nutritional intake without causing too much stress to the patients.

Keywords: elderly nearing the end of life, dysphagia, evaluation, basics of eating care, eating assistance techniques mealtime assistance

<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> びわこリハビリテーション専門職大学・理学療法士

BIWAKO PROFESSIONAL UNIVERSITY OF REHABILITATION, Physical Therapist.

I. 研究の背景と目的

老衰や認知症の進行により、要介護高齢者の多くは終末期に至る過程で経口摂取が難しくなっていくが、在宅や施設で生活する要介護高齢者の多くには、医学的に摂食嚥下障害を評価する標準的な検査や診療は提供されておらず、熟練した介護職の経験を頼りに日々の食事介護が実施されているのが現状である(三好2016)。また、介護職は不安をもちながらも利用者の命を守るべく積極的に食事を摂らせようとしていると報告されている(全国高齢者ケア協会2011)。

筆者らは、科学研究費の助成を受け、実際に食事摂取に困難を抱え深刻な状態にある要介護高齢者の事例17件を継続的に観察、分析した。各々の事例がどのように食事摂取が困難となっているのかその詳細を明らかにするために、摂食嚥下5期モデルや小山によるKTバランスチャートなどの知見を参考にこれを評価する方法を検討し、終末期に至る要介護高齢者の食事摂取困難を評価する項目を設定した(三好ら2019;三好ら2020)。同時に、評価結果の類似点や相違点に着目して分類を進め、「終末期に至る食事摂取困難事例の類型案」を作成した(三好ら2019)。

安らかな看取りにつながる食事ケアモデルを構築し、科学的根拠に基づく食事ケアの方法論を確立することは、介護福祉分野における介護職のケアの質を向上させ、高齢者の看取りの質を左右するものとなるを考える。

本研究では、介護職より聴取した食事摂取困難を有する高齢者に対する食事介護の実践内容について、先に作成した類型案のタイプ別にケアの基本や介助方法を整理する。また、三好ら(2020)が作成した「終末期に至る食事摂取困難事例の評価-アンケート結果に基づく方法の見直し-」における評価11項目(表1)の結果と比較し、検討することを目的とする。

表1. 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	閉口や閉口が困難、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、または嚙歯が不適合
	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	A	常に一定量食べている
	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

三好弥生・ほか(2020)「終末期に至る食事摂取困難事例の評価-アンケート結果に基づく方法の見直し-」『高知県立大学紀要社会福祉学部編』66, 61-68.より

II. 研究方法

1. 調査対象者の概要

要介護高齢者への食事ケアの経験が豊富で、熟練した技術をもつ介護職の実践に着目し、そこから積み重ねられた介護の経験知としての技術を抽出するため、調査対象者は、特別養護老人ホームにおける経験が豊富な介護職とした。また、研究協力の得られた施設の管理者に、研究内容を説明し、食事介護の経験が豊富な介護職の紹介を受けた。

調査対象者は、四国地区、近畿地区、東海地区にある特別養護老人ホーム(特養)5件、介護老人保健施設(老健)1件に勤務する20歳代~50歳代の介護福祉士16名。平均年齢は35.4歳、性別は

男性6名、女性8名である（表2）。また、調査期間は2019年4月～9月である。

表2. 研究対象者の概要

	年齢	性別	資格/役職	経験年数	勤務先	場所
1	31	男性	介護福祉士・保育士/リーダー	11	特養	A県
2	32	女性	介護福祉士・社会福祉士	7	特養	B府
3	34	男性	介護福祉士・ケアマネ/副主任	14	特養	A県
4	34	女性	介護福祉士	14	特養	A県
5	37	女性	介護福祉士・ケアマネ/部長	15	老健	B府
6	38	男性	介護福祉士・社会福祉士/主任	18	老健	B府
7	29	女性	社会福祉士・介護福祉士・ケアマネ	7	老健	B府
8	27	女性	社会福祉士・介護福祉士	6	老健	B府
9	39	女性	介護福祉士・ケアマネ	19	老健	B府
10	40	男性	介護福祉士/事務長	20	老健	B府
11	42	男性	介護福祉士	20	特養	A県
12	33	女性	介護福祉士	12	特養	A県
13	41	女性	介護福祉士	12	特養	A県
14	52	女性	介護福祉士/施設長	19	特養	C県
15	32	男性	介護福祉士/主任	12	特養	C県
16	26	女性	介護福祉士	5	特養	C県

## 2. 調査内容

協力が得られた介護職には、先に作成した「終末期に至る食事摂取困難事例の類型案」（表3）を提示して、その特徴を説明した上で、各々のタイプに類似した事例に対する具体的な観察ポイントや食事内容や形態、介助方法など具体的な内容、対応、工夫しているところを聞き取った。

## 3. 倫理的配慮

調査開始前に、高知県立大学倫理審査委員会及び高知県立大学社会福祉研究倫理審査委員会の承認を得て研究を開始した（社研倫16-65号，平成28年12月22日）。また、調査候補者に対して、予め文書及び口頭で研究内容と倫理的配慮について説明を行い、了解を得た上で研究参加への同意書に署名を受け、ICレコーダーに録音した。

表3. 調査時に提示した終末期に至る食事摂取困難事例の類型案

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 介護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でなタイプである。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ことが難しくなる。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、好みは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のか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。

Ⅲ. 結果

まず聞き取った内容を逐語化した。その内容をそれぞれタイプ別に、どこを観察しそれをどう捉えているのか、また、それに対しどのように対応しているのか比較分類を進めた。結果、「典型的な事例」、「ケアの基本」、「食事内容」、「食事形態の工夫」、「介助方法」、「留意点・その他」の項目に整理することができた。本論では、この内、「ケアの基本」、「介助方法」、「留意点・その他」について取り上げ、それ以外については別に報告することとする。

1. 食欲低下により摂取量が減少するⅠ型

Ⅰ型には、ⅠaタイプとⅠbタイプがあり、Ⅰaタイプは原因が不明あるいは老衰による食欲不振となるもの、Ⅰbタイプは多臓器不全による食事摂取困難となるものである。Ⅰ型の食事摂取に関する評価をみても、いずれのタイプでも、⑥食事認知に問題はなく、④好みや意思もはっきりしており、⑦～⑩の食塊形成や嚥下に障害もない。

一方、⑤空腹感や食欲が低下していることがこのタイプの特徴となっている(表4)。

今回調査した介護職の実践からは、両タイプのケアの基本として、少しでも食べる意欲があれば対応は可能であるとされ、具体的には、何なら食べられるのか、好みのものを探しつつ、無理せず食べられるだけ提供していた。このようにⅠ型においては、食事摂取の目的は栄養補給よりQOLを重視するようになっていた。それ故、食べ慣れた食事を持参してもらい、好みの食材の情報を得るなど生活歴を知る家族に協力を得ることを重視していた。さらに、食事時間を通常時間に限定せず食べられそうな時に提供し、場合によっては外食するなど、食事場所も柔軟に変えることもあったとされていた(表5)。

Ⅰ型は、食事の好みがあきらかに、摂食嚥下機能も保たれている。好みの食事で食欲に働きかけたり、食事時間を柔軟にしたり、環境を変えてみるなどケアの実践は、これらを生かしてケアしていると考えられる。

表4. Ⅰ型の評価

類 型 ・ タイプ			評 価 項 目										
			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪ 実用状況
			経過	姿勢 持久性	食事動作 ADL	好み 意思	空腹感 食欲	食事認知 理解力	食塊形成 取り込み 咀嚼 送込み			嚥下 嚥下	
Ⅰ	Ⅰa	原因が不明あるいは老衰による食欲不振型	早い	A	A-B	A	C	A	A	A	A	A	B-C
	Ⅰb	多臓器不全による摂取困難型	早い	B-C	B-C	A	B	A	A	A	A	A	B-C

表5. Ⅰ型のケアの基本と食事介助方法

ケアの基本	<ul style="list-style-type: none"> <li>少しでも食べる意欲があれば対応は可能である</li> <li>食べられる時に、食べられるものを、食べられるだけにさせる</li> <li>何なら食べられるのか、食べられるものを探す</li> <li>家族から協力を得て、好みの食材など情報を得る</li> <li>終末期においては、食事摂取の目的は栄養補給よりQOLを重視する</li> </ul>
介助方法	<p>【柔軟な食事時間、食事場所にする】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>通常の食事時間に縛られず、食べられる時に食事できるようにする</li> <li>1日3回食事を提供することにとられず、2回でも、5回でも柔軟に提供する</li> <li>家族の協力を得て、手作りのおかずを持参してもらう</li> <li>行きつけの店で外食する</li> </ul>
留意点 その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>好きなものだと聞いて提供しても食べられないこともあり、無理強い禁物</li> <li>経口摂取により一時的な安定を得ることもあるが、食事が負担、消耗にならないように見極める必要がある</li> <li>イレウスや胆石などを発症し、急に食事摂取が難しくなることもあるため、腹部の症状や嘔吐、発熱など全身状態も観察し適切に対応する必要がある</li> <li>食品衛生の観点から、調理後の喫食時間の制限に留意して対応する必要がある</li> </ul>

2. 認知機能低下により摂取量が減少するⅡ型

Ⅱ型にも、ⅡaタイプとⅡbタイプがあり、Ⅱaタイプは、食物認知の低下によって摂食が困難になるもので、Ⅱbタイプは覚醒不良により摂食が難しくなるものである。Ⅱ型の食事摂取に関する評価をみても、⑤空腹感・食欲は時々ある、⑥食事認知・理解力は時々わかる。また、⑦～⑩の食塊形成・嚥下機能にもムラがあるということが特徴となっている(表6)。



表6. II型の評価

類 型 ・ タイプ			評 価 項 目										
			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
			経過	姿勢	食事動作	好み	空腹感	食事認知	食塊形成			嚥下	
	持久性	ADL	意思	食欲	理解力	取り込み	咀嚼	送込み	嚥下	実行状況			
II	II a	食物認知の低下による摂食困難型	ゆっくり	A	B-C	A	B	B	D	D	D	D	A
	II b	覚醒不良による摂食困難型	ゆっくり	B-C	C	B	B	B	D	D	D	D	A-B

II a, II b両タイプのケアの基本は共通しており、食事姿勢を整え、食事が認知できるように働きかけること、24時間ずっと同じ状態ではないので、無理せず調子の良い時に食事をすすめることとされていた。つまり、その時の認知状態に合わせてケアしているということである。II型の場合、これらのケアにより食事摂取量が一定量保たれ、死に至る経過は緩やかとなっていると考えられる（表7）。

具体的な食事介助方法については、II aタイプとII bタイプでは異なるため、以下別々に述べることとする。

### （1）II aタイプの食事介助方法

まず、食物の認知ができるように、食事に集中できる環境を整えるべく、食事の席を考慮する、時間をずらしたりする。また、メニューやその味を丁寧に説明したり、食べ始めることが難しい場合、一口目を介助して口に運んだり、食器を工夫するなど食物認知が促されていた。

口内に食物を溜めたままで咀嚼しない、あるいは嚥下せず咀嚼し続ける場合には、モグモグと一緒に口を動かしてみせたり、意図的にスプーンを口元に持っていき咀嚼嚥下を促していた。さらに、介助を嫌がる様子がみられる場合は、自分のペースで食べられるよう取敢えて働きかけを減らしたり、手で掴まんで食べられるよう工夫していた。

表7. II型のケアの基本と食事介助方法

ケアの基本	<ul style="list-style-type: none"> <li>姿勢を整える</li> <li>24時間ずっと同じ状態ではないので、無理せず調子のよい時に食事をすすめる</li> <li>吐き出したり、溜め込んだりしている場合、食形態が今の状態に適しているか確認する</li> <li>食事が認識できるように働きかける</li> </ul>
介助方法	<p>【食事が認識できるように働きかける】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>食事に集中できるような環境を整える</li> <li>時間や場所、前に置かれているものが何か説明する</li> <li>自分で食べているが、食べ始めない時は、一口目を介助して口に運んでみる</li> <li>見えにくいような場合、白いごはんにふりかけを掛けたり、食器の色を変えてコントラストを強調してみる</li> </ul> <p>【咀嚼、嚥下を促す】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>マッサージや舌や口腔粘膜を刺激するなどして、唾液の分泌が増えるよう食べる準備をする</li> <li>咀嚼せず口にため込んでいる時には、「モグモグ」と一緒に口を動かしてみる</li> <li>咀嚼が止まらない、嚥下しない場合は、あてスプーンを口元にもっていき、次食べよう（口を開こう）と咀嚼嚥下が促されることもある</li> </ul> <p>【介助を嫌がる場合の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介助を嫌がってわざと吐き出す人もいるが、一般的に認知症が進行すると介助にも抵抗が少なくなる</li> <li>自分のペースで食べられるように働きかけを取敢えて減らす</li> <li>手で掴まんで食べられるようにする</li> </ul>
留意点	<p>【覚醒状態を見極めて働きかける】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>眠いのか、活動意欲が低下しているのか確認する</li> <li>眠っているのか、目を閉じているだけなのか確認する</li> <li>スキンシップや声掛けで覚醒を促す</li> <li>食事時間の時間や食堂への誘導時間を変え、休む時間に配慮する</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>言葉にしろなくとも好みははっきりしている人が多い</li> <li>食物が口腔内にあっても咀嚼、嚥下が起こらない場合、好みの温度のもので咀嚼が開始されることがある</li> <li>同じ食材でも、バサバサしたものや少し硬いものは、咀嚼が止まったり、噛んだあと吐き出すことがある</li> <li>状態のムラは、徐々に悪い時の方が多くなっていく</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>II b：薬物の影響、副作用の可能性を検討する</li> </ul>

### （2）II bタイプの食事介助方法

覚醒が十分ではない状態での食事は誤嚥のリスクが高いため、まず、眠いのか、活動意欲が低下しているのか、眠っているのか、目を閉じているだけなのかを確認することが必要だとされていた。そこで、スキンシップや声掛けで確認しつつ覚醒を促す、覚醒状況に合わせて食事や誘導時間を変えたり、覚醒リズムに合わせて休む時間に配慮するなどされていた。

## 3. 筋緊張亢進により摂食が難しくなるIII型

III型は、筋緊張の亢進により、ギリギリ歯軋りするほど強く食い縛って開口が困難になる、ある

いは頸部が硬く後屈気味で前屈して口を閉じることが難しくなり食事摂取が困難になるものである。また、コミュニケーションが難しいケースも多く、Ⅲ型の食事摂取に関する評価は、⑤空腹感・食欲、⑥食事認知・理解力の判別が難しい。また、⑧～⑩の食塊形成から嚥下についても、ムラがあることが特徴となっている（表8）。

Ⅲ型のケアの基本は、筋緊張が亢進しないよう姿勢を整えること、全身状態はその日その時により大きく変化するため、まず食事開始時に言葉をかけた時の表情や発語からその時の調子を捉えることである。また、常に口や舌がどう動いているかよく観察するなど、状態を見極める観察が重要なケアとなっている（表9）。

具体的な介助方法としては、少ししか口が開かない場合、ツルリと口の中に滑り込むようなもの、細長い棒状のパンなど口の中に入りやすいものが多い。また、歯の隙間から、ストローを差し込んで吸ってもらったり、吸い込む力が弱い時は、吸い込みに合わせてゆっくりと紙パック飲料の容器を圧して注入したり、押し込むタイプの吸い飲みを使ったりするとよいとされていた。

Ⅲ型の場合は、⑧～⑩の食塊形成から嚥下にムラがあるものの、機能低下が恒常的ではない。介護職は、このわずかに残された部分を見極め、トロミ具合や、ゼリーの崩し方など都度細やかに調整していることが推察された。

表9. Ⅲ型のケアの基本と食事介助方法

ケアの基本	<ul style="list-style-type: none"> <li>姿勢を整える</li> <li>食事開始時に言葉を掛けた時の表情や発語からその時の調子を捉える</li> <li>常に口や舌がどう動いているかよく観察する</li> <li>その時の食塊形成や嚥下の状態に合わせて、食事介助の方法を調整する</li> </ul>
介助方法	<p>【口の開き具合、閉じ具合、残歯の有無で介助方法を検討する】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>口の開き具合にもよるが、つるつと口の中に滑り込むようなものが多い</li> <li>細長い棒状のパンなどは口の中に入りやすい</li> <li>歯の隙間から、ストローを差し込んで吸ってもらう</li> <li>吸い込む力が弱い時は、吸い込みに合わせてゆっくりと紙パック飲料の容器を圧して注入したり、押し込むタイプの吸い飲みを使う</li> </ul>
留意点その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>ムラはその日内でも認められる場合、トロミのつけ方や、ゼリーの崩し方などその都度判断する必要がある</li> <li>細かく刻むだけではむしろ咽ることがある。加えて、自分でも食べている人の場合、すくいくなくなると食べようという意欲が減退することにもなる可能性がある</li> <li>食事時の集中力も持続しないケースもあり、途中で眠ってしまうこともあるので誤嚥に注意する必要がある</li> <li>本人が吸うのではなく、介護者が押し入れる場合、咽ないよう量の加減が重要。慎重にしなければならず、難しい</li> <li>本人が望んでいるのかどうか判別できない場合、職員に心理的な葛藤が生じることがある</li> </ul>

4. 摂食・嚥下機能低下により摂食が難しくなる  
Ⅳ型

摂食・嚥下機能低下により摂食が難しくなるⅣ型には、Ⅳaタイプと、Ⅳbタイプがある。Ⅳaタイプは脳卒中後遺症により嚥下が困難になるもので、Ⅳbタイプは様々な要因が複合し摂食嚥下が難しくなるものである。2つのタイプは、摂食嚥下に重度の障害を有するところは共通しているが、それ以外の部分には違いがある。特に④⑤⑥について、Ⅳaタイプは好みも食欲も明確にあるが、Ⅳbタイプは、食欲の有無や食事を認知しているかどうかの判別が難しいと大きく異なる（表10）。

ⅣaタイプとⅣbタイプのケアの基本と具体的な食事介助方法について、以下別々に述べることにする。

表8. Ⅲ型の評価

類型・タイプ		評価項目										
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
		経過	姿勢	食事動作	好み	空腹感	食事認知	食塊形成			嚥下	実行状況
Ⅲ	筋緊張による咀嚼嚥下困難型	ゆっくり	B-C	C	B	D	D	C	D	D	D	

表10. IV型の評価

類 型 ・ タイプ			評 価 項 目										
			① 経過	②	③	④	⑤	⑥	⑦ ⑧ ⑨			⑩	⑪ 実行状況
				姿勢 持久性	食事動作 ADL	好み 意思	空腹感 食欲	食事認知 理解力	食塊形成 取り込み 咀嚼 送込み			嚥下 嚥下	
IV	IVa	脳卒中後遺症による嚥下困難型	ゆっくり	B-C	C	A	A	A	C	C	C	C	A
	IVb	複合要因による摂食嚥下困難型	ゆっくり	C-D	D	D	D	D	C	C	C	C	B-C

(1) IVaタイプの食事介助方法

脳卒中後遺症による麻痺などで、食塊形成が難しく嚥下機能も低下しているため、トロミ具合は強すぎても緩すぎても誤嚥のリスクとなる。それ故、安定した座位姿勢を保持し、その人の飲み込みに合わせてとろみを細かく調節する。また、誤嚥の徴候でもある呼吸状態に注意し、ここに問題がある場合、食べたいようであっても中止することとされていた(表11)。

IVaタイプの強みは食欲があることである。しかし、どんなに本人が食べたくとも、状態によっては食事を中止する。これは、安全を重視してのことである。このようなケアによって食事摂取量が一定量保たれ、死に至る経過は緩やかになっていると考えられる。

(2) IVbタイプの食事介助方法

認知症や老衰、全身の廃用の進行など複合要因により、主に摂食嚥下機能の低下が顕著になり食事が摂れなくなったこのタイプの食事介助は、難易度が最も高くなる。誤嚥リスクが高いだけでなく、コミュニケーションが難しく、食欲の有無や食事を認知できているかどうかとも判断しづらくなっているからである。このタイプの場合、食事を楽しみとしてもらえよう、食べていると感じられ、食べながら意欲を引きだすように介助することとされる。呼吸などいつもと様子が違うと感じた時は、無理をしない、負担をかけない、消耗を避けるようにするとされていた(表11)。

これらのケアからは、もはや、食事は栄養摂取よりも楽しみとする方へ目的が変化していることが窺われる。

表11. IV型のケアの基本と食事介助方法

ケアの基本	IVa	<ul style="list-style-type: none"> <li>姿勢を整える</li> <li>その人の飲み込みに合わせてとろみを細かく調節する</li> <li>呼吸状態に注意する</li> </ul>
	IVb	<ul style="list-style-type: none"> <li>姿勢を整える</li> <li>食事を楽しみとしてとらえてもらえるよう介助する</li> <li>食べていると感じられ、意欲を引きだすようにする</li> <li>呼吸とかいつもと違うと感じた時は、無理をしない、負担を掛けない、消耗を避けるようにする</li> </ul>
介助方法	IVa	<p>【誤嚥に留意して介助する】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>安定した座位姿勢を整える</li> <li>痰がからんだような呼吸になっていないか観察する</li> <li>呼吸状態に問題がある場合、食べたいようであっても中止する</li> </ul>
	IVb	<p>【安全かつ消耗に留意して介助する】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>安楽かつ安定した姿勢を整える</li> <li>時には散えて好きなものから介助する</li> <li>痰がからんだような呼吸の場合、中止して様子を見る</li> <li>呼吸状態に問題がある場合、食べたいようであっても中止する</li> <li>鼻閉がある場合、嚥下確認のみならず、数回呼吸を確認して次を介助する</li> </ul>
留意点	IVa	<ul style="list-style-type: none"> <li>安全性とトロミの好みは同じではないので注意が必要</li> <li>ベスト食の場合量が多くなり、食べきれず、これだけでは栄養を確保することが難しくなっていく</li> </ul>
	IVb	<ul style="list-style-type: none"> <li>食べるスピードで好みが変わることがある</li> <li>食べる意思があるかどうかははっきり分からない人が多く、口を刺激して食べている人もいる</li> <li>服薬は反射で飲み込んでいる、あるいは重力で落とすような感じになってくる</li> <li>食べたい意思も分からず、こちらの思い込みかもしれないと思うようになってくる</li> <li>終末期の段階であっても、「同じものなら少しでもカロリーの高い方をと、最後の悪あがきをしてしまう」ような心理もある</li> <li>食事量が減少していることを報告し、主治医に経腸栄養剤を処方して使用しているところもある</li> </ul>

IV. 考察

金井(2004:33)は、ケア(看護・介護)とは、「人間の身体内部に宿る自然性、すなわち健康の法則(=生命の法則)が、十分にその力や機能を発揮できるように、生活過程を整えることであり、それは同時に対象者の生命力の消耗が最小になるような、あるいは生命力が高まるような、最良の条件を創ることである」と述べている。

また、これらケアの目的が、実践の場で常時実現していくことを可能にするために「ケアの5つのものさし」を提示している。それは、①生命の維持過程(回復過程)を促進する援助、②生命体に害となる条件・状況をつくらぬ援助、③生命力の消耗を最小にする援助、④生命力の幅を広げ

る援助、⑤もてる力・健康な力を活用し高める援助である（金井2004：34）。

本研究では、介護職に聞き取った食事介護の実践内容について、食事摂取困難タイプ別にケアの基本や介助方法を整理し、これと終末期に至る食事摂取困難事例の評価11項目（三好ら2020）の評価結果を比較してきた。

ここでは、介護職によるタイプ別ケアの基本と介助方法に先の「ケアの5つのものさし」を照らし合わせ、これらが金井の示すケアの目的に適合しているか否かを検討し、食事ケアの妥当性を確認していくこととする。

### （1）Ⅰ型の食事ケアの妥当性

Ⅰ型は、⑤食欲・空腹感の項目は低下が著しいものの、④意思・好みははっきりしており、⑦から⑩の咀嚼嚥下機能は保たれているのが特徴である。これに対し、好みの食事で食欲に働きかけたり、食事時間を柔軟にしたり、環境を変えてみるなどのケアが実践されていた。ここから、⑤もてる力・健康な力を活用してケアしていることが窺える。

また一方では、⑤空腹感、食欲の低下が特徴である。これに対して、無理をせず食べられるだけに留めることとしており、食事摂取の目的は栄養補給よりQOLを重視するようになっていた。すなわち、これは③生命力の消耗を最小にする援助に相当すると考えられる。

### （2）Ⅱ型の食事ケアの妥当性

Ⅱ型の場合、⑤空腹感・食欲は時々ある、⑥食事認知・理解力は時々わかる。また、⑦～⑩の食塊形成・嚥下機能にムラがあるということが特徴であった。これに対し、食事が認知できるように働きかける、摂食嚥下は24時間ずっと同じ状態ではないので無理せず調子の良い時に食事をすすめることがケアの基本であった。つまり、Ⅱ型についてもⅠ型と同様に⑤もてる力・健康な力を活用してケアしていると考えられる。

### （3）Ⅲ型の食事ケアの妥当性

Ⅲ型は、⑧～⑩の食塊形成から嚥下にムラがあるものの、機能低下は恒常的ではない。介護職は、日々このわずかに残された部分を見極め、トロミ具合など、その都度細やかに調整していた。やはり、Ⅰ型Ⅱ型同様に⑤もてる力・健康な力を活用してケアしていると考えられる。

### （4）Ⅳ型の食事ケアの妥当性

Ⅳaタイプの強みは食欲があることである。しかし、どんなに本人が食べたくとも、状態によっては食事を中止し、好む食形態より安全を重視していた。また、強みはほとんどないⅣbタイプに対しても、介護職は、何よりも無理をしない、負担をかけない、消耗を避けることを優先していた。

これらは、②生命体に害となる条件・状況をつくらない援助、及び③生命力の消耗を最小にする援助に相当すると考えられる。

金井（2004：71）は、ケアの視点として、「今、もてる力、残された力、健康な力は何か？」が重要だと述べている。介護職は、いずれのタイプでも程度の差はあれども⑤もてる力・健康な力を活用し高める援助を実践していた。また、Ⅰ型やⅣbタイプの場合、食事ケアの目的は、栄養を取ることよりもQOLが重視されるようになり、②生命体に害となる条件・状況をつくらない援助、③生命力の消耗を最小にする援助が実施されていた。

介護職は、食事に関する評価をしてケアしているわけではないが、経験的に、適切な方法を見出している。また、このような介護職による見極め、適切な判断から導かれるケアにより、食事摂取量が一定量保たれ、死に至る経過が緩やかになっていると考えられる。

古屋（2017：2）は、「『口から食べる』ことは、誰しにも保証されるべき『権利』である」と述べており、介護職は、これを模索しながら食事ケアを実践していることが示唆される。



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

金井一薫 (2004) 『KOMI理論 看護は何か, 介護とは何か』 現代社.

古屋聡 (2017) 「口から食べる幸せを支えることの意義」小山珠美編 『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, 2-3.

三好弥生 (2016) 「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・武富純子・杉原優子 (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.

三好弥生・片岡妙子・浅沼高志・武富純子・杉原優子 (2020) 「終末期に至る食事摂取困難事例の評価-アンケート結果に基づく方法の見直し-」『高知県立大学紀要社会福祉学部編』 69, 61-68.

全国高齢者ケア協会 (2011) 『特別養護老人ホームにおける看取りの実態調査』

