

## 15. 認知症高齢者における食事に関連した行動障害に対する効果的な支援方法の検討

○枝広あや子（旧所属；東京歯科大学 オーラルメディシン・口腔外科学講座、  
現所属；東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム）  
平野 浩彦（東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム）  
渡邊 裕（旧所属；東京歯科大学 オーラルメディシン・口腔外科学講座、  
現所属；国立長寿医療研究センター口腔疾患研究部口腔感染制御研究室）  
千葉 由美（旧所属；ペンシルバニア大学看護学部、  
現所属；東京大学大学院医学系研究科）  
山田 律子（北海道医療大学看護学部）

### 【研究目的】

超高齢社会となった日本では、高齢者の増加に伴い認知症高齢者も年々増加の一途をたどっている。認知症が進行した状態では、食事をする環境への適応の障害、また食事の認知に関する障害により食事を前にしても食事が始まらない、食事の摂り方に混乱することや、食物以外の物を口にするとといった異食等々の食事に関する行動障害がおこる。こういった障害は、窒息事故や脱水、低栄養にもつながるが、対応は確立しておらず、介護現場では対応に困窮している実態がある<sup>1)</sup>。

対応が確立していない背景には、認知症高齢者の原因疾患や重症度別の食事に関する障害の実態把握が進んでいないことや、認知症高齢者の行動障害に大きな個人差があり系統的な解析が進んでいないことが挙げられる。

増加する認知症高齢者への支援方法の確立は国家施策的にも急務であり、広範囲な実態把握と効果的な支援案の検討が必要である。また、これまでの我々の調査研究において、アルツハイマー型認知症高齢者の食事の自立に関連する要因は認知症重症度と嚥下機能障害のほか食事開始困難といった要素の関連が大きいという事が明らかになった<sup>2)</sup>。このことを踏まえて、認知症の重症度別の特性を踏まえた、食事行為に関する環境調整や支援の有効性を検証した。

### 【対象と方法】

対象：特別養護老人ホーム、認知症グループホームに入院・入所中の高齢者でアルツハイマー型認知症（以下 AD）の確定診断がついた認知症高齢者のうち、経口摂取をしている140名を対象に調査をおこなった。このうち有効な調査内容が得られた125名を対象として検討を行った。

対象者数 AD 125名（女性:117名 男性:8名）

平均年齢 87.39±7.54歳（65歳～102歳）

診断 ADの診断はDSM-IV-TRおよびNINCDS-ADRDAを基準に行った。

## 方法

[食行動観察調査]食行動実態調査票を用い食行動観察調査を行った。

[対面調査]口腔機能評価および認知機能検査(Mini-Mental State Examination:MMSE)、認知症重症度(Clinical Dementia Rating:CDR、1:軽度、2:中等度、3:重度)なお、面接調査は医師(対象病院)および、事前に診査内容に関する研修を受けた歯科医師(老年歯科医学会認定医)によって行った。

[質問紙調査](看護・介護職員に対し郵送)

基礎的調査項目:年齢、性別、身長、体重、既往歴、など

食行動情報:食事開始、食事中断、食事中の乱れ等の摂食力評価

日常生活機能評価:Barthel Index(BI)

栄養評価項目:血清Alb

[解析]得られた情報をSPSS Ver 19により解析を行った。各群間の有意差検定を $\chi^2$ 乗検定、3群間の有意差検定をone way ANOVA、線形性の検定はCochran-Armitage testを使用した。なお $P < 0.05$ を有意差ありとした。

## 【介入方法】

食事開始時の認知症高齢者の行動をもとに、Feeding Cycle Recording Sheet (FCR)を使用しアセスメントを行った(図1)<sup>3)</sup>。アセスメントによって検出された食事開始困難を起こす行動障害について、熟練した認知症ケア提供者および摂食・嚥下医療の専門職によってFCRに準じた段階的介入支援案を使用して対象者に支援を行い、効果を検証した。

対象者(食事介助者も含む)の自発的な摂食能力について、以下の方法で評価し、該当する番号に○をつけてください。

<b>FCR1</b>	配膳後、何も介助せずに5分間観察し、摂食開始状況の評価してください	0. 無反応 1. 食器等に触れるが食べるに至らない 2. 食べ始める	9. 評価不能
-------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---------

※上記1で食べ始めなかった場合、次の2～7の順序で援助を徐々に加え、該当する番号に○をつけてください。なお、評価は食べ始めた段階で終了してください。

<b>FCR2</b>	「○○さんの食事です。召し上がってください」等、言語的に誘導する	0. 無反応 1. 「はい」など反応はあるが食べるに至らない 2. 食べ始める	9. 評価不能
<b>FCR3</b>	食事を手で示しながら(非言語的誘導)、「どうぞ」等と言語的に誘導	0. 無反応 1. 「はい」など反応はあるが食べるに至らない 2. 食べ始める	9. 評価不能
<b>FCR4</b>	対象者の利き手に、箸ないしスプーンを手渡す	0. 無反応 1. 箸・スプーンは持つが食べるに至らない 2. 食べ始める	9. 評価不能
<b>FCR5</b>	対象者の利き手に箸かスプーン、もう一方の手に食器を手渡す(アシストを拒む場合は「8」の援助へ)	0. 無反応 1. 食具は持つが食べるに至らない 2. 食べ始める	9. 評価不能
<b>FCR6</b>	対象者の利き手をアシストして、食物をすくうところまで誘導する(アシストを拒む場合は「8」の援助へ)	0. 無反応 1. 食物を口に運ぶまでには至らない 2. 食べ始める	9. 評価不能
<b>FCR7</b>	対象者の利き手をアシストして、口に運びいれるところまで誘導する(アシストを拒む場合は「8」の援助へ)	0. 無反応 1. ひと口摂取するが、継続して食べない 2. 食べ始める	9. 評価不能
<b>FCR8</b>	対象者がアシストを拒む場合、(対象者は食具を持ったままの状態)介助者は別のスプーン・箸を使って、対象者の好む食物を一口だけ介助する	0. 無反応 1. ひと口摂取するが、継続して食べない 2. 食べ始める	9. 評価不能

図1. Feeding Cycle Recording Sheet (FCR)

【結果】

認知症重症度別に CDR1, 2, 3 の 3 群に層化して検討した。認知症が重度の者ほど低栄養である傾向を示し、また日常生活機能も有意に低い傾向があった (図 2、3)。同様に、食事の開始から終了までの全体を通した自立の程度も有意に低い結果であった (図 4)。食事開始時の自立行動についての検討では CDR1 では自立開始困難な者は 0%であったが、重症度が上がるにつれて有意に食事を目の前に提供しただけでは自立して食事が始まらない (自立開始不可能な) 者が増えていた (図 5)。

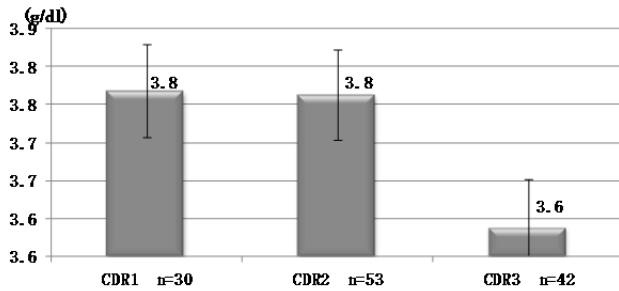


図2, 認知症重症度別 血清アルブミン値 (P=0.080) (one way ANOVA)

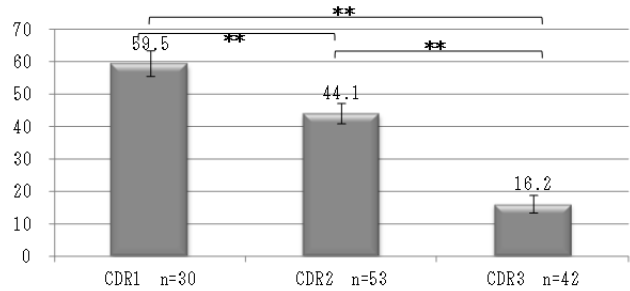


図3, 認知症重症度別 Barthel Index (P<0.001) (one way ANOVA)

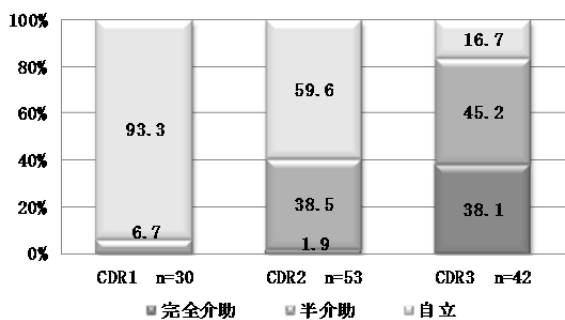


図4, 認知症重症度別 食事の自立 (P<0.001) (X<sup>2</sup>test)

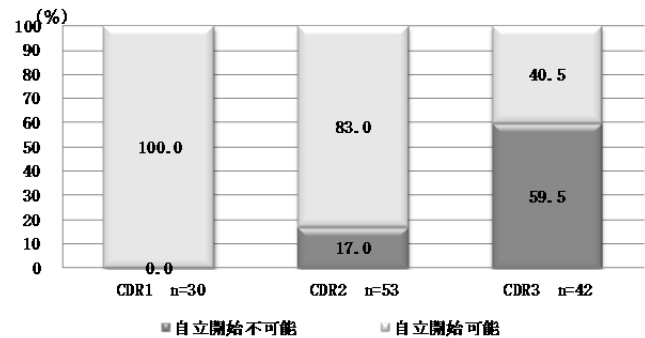


図5, 認知症重症度別 食事開始の自立 (P<0.001) (Cochran-Armitage test)

CDR2, 3 の食事の自立開始不可能である者 34 名に対して、FCR に基づいた食事開始時の段階的介入を行った (図 6)。言語的誘導で 8.8%、非言語的誘導で 8.8%、利き手に食具を把持することの誘導で 14.7%、利き手に食具・もう一方の手に食器の把持誘導 (スタートポジション誘導) で 26.5%が食事開始可能であった。食事開始時の介入を行ったことで、自立摂食行動が誘発され得た者を“介入効果あり”とすると、CDR2, 3 あわせて約 68%の者に介入効果が認められた。

この介入効果は CDR2 では全ての者にみられたが、CDR3 では介入効果があったものは CDR3 のうち 56%の者にとどまり、CDR3 の 44%の者では、自立摂食を促すための介入の効果が見られなかった。



図6, 食事開始時の段階的介入の効果

### 【考察】

“食事開始の手がかりの喪失”を引き起こす認知障害があっても、機能的な問題がない場合は、開始の手がかりの支援や、食事開始を障害する環境因子の刺激の質と量を調整する支援をすることで部分的にでも自立摂食行動を維持することができると報告されている<sup>1)</sup>。本検討において食事を開始することにつながる手掛かりは、中等度ADでは「言語的誘導」や「非言語的誘導」も有効であったが、重度ADでは「両手に食具を持つことを支援（スタートポジション誘導）」が有効であった。本検討から、認知症が重度の者ほど食事開始が困難になるが、困難を生じさせている認知障害に応じた介入によって、食事を開始する手掛かりがつかめれば、摂食行動を実行でき、自力摂取を可及的に維持できる可能性が示唆された。

認知症ケアの現場、特に食事の場面においては、認知障害の特徴を個々に把握し、個別のプランを立て対応する必要性がある<sup>4)</sup>。また本研究において、認知症の程度により有効

な食事開始の援助方法が異なっていたことから、認知症重症度に応じた食事環境調整および食事提供方法の調整を中心とした食事開始支援法の確立への示唆が得られた。これにより食事に関する行動障害の軽減、食事摂取時間の短縮、食事介助負担の軽減を図ることができると考えられる。認知症は進行性疾患であり、改善した状態が年単位で継続することは困難である可能性は高いが、可能な限り食事の自立を支援する為の効果的な対応案の妥当性の検証を行うことで、介護現場に情報提供を行うことが可能となると考えられる。今後は食事の内容や食事環境、食事の準備なども含め、多面的に支援法を検討していく必要がある。

- 1) Priefer BA, Robbins J: Eating changes in mild-stage Alzheimer's disease: A pilot study. *Dysphagia* 1997; 12: 212-221.
- 2) Edahiro A, Hirano H, Yamada R, Chiba Y, Watanabe Y, Tonogi M, et al.: Factors affecting independence in eating among elderly with Alzheimer's disease. *Geriatr Gerontol Int* 2012; 12: 481-490.
- 3) Yamada R, Isoda J, Nakajima K *et al.* The features of "Feeding Rhythm Disorder" According to the severity of dementia: The use of a specially designed recording sheet. *Journal of Japan Academy of Gerontological Nursing* 1999; 4: 73-82.
- 4) Yamada R: Effect on arranging the environment to improve feeding difficulties in the elderly with dementia. *Journal of Japan Academy of Gerontological Nursing* 2003; 7: 57-69.

【経費使途明細】

使途内容	金額
交通費：近郊旅費 3回×6名	14040 円
印刷費：調査票印刷費 15円×6頁×140部	12600 円
消耗品費：CD-R	4179 円
消耗品費：事務局消耗品	10311 円
通信運搬費：レターパック 500円×2回×13施設	13000 円
会議費：会議室借用費、お茶代等会議経費	37800 円
報酬・謝礼：調査者および調査票記載謝礼 派遣調査者 3回×6名	214000 円
調査票記載謝礼 140名分	
合計	305930 円