

治療 全人的医療を目指す

認知症の方への食事ケア

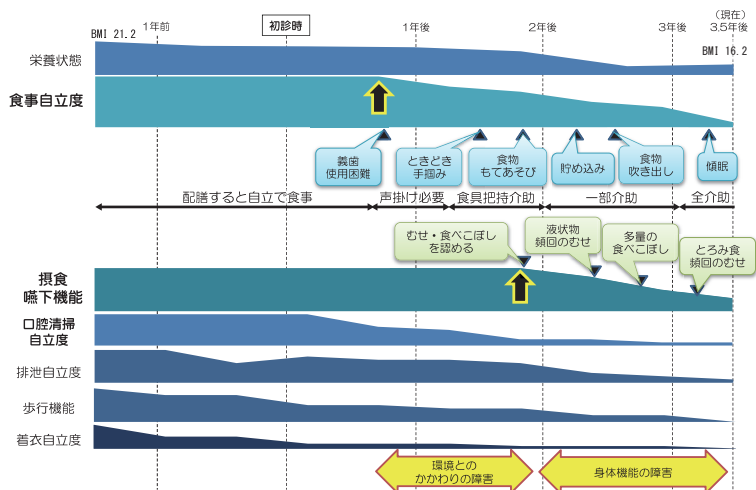
枝 広 あや子

はじめに

今後認知症高齢者は急速に増加することが知られており、どの専門職種にとっても、ケア方法を知らない、ケアができない、では済まされないフェーズを迎えたことは事実である。認知症によって歩行や排泄等の日常生活行動が障害されていくのは周知されているが、食事をする機能、飲み込む機能が追って障害されることも近年注目されている。食事の困難によって窒息事故や肺炎、低栄養、脱水などのリスクも上昇することから、食事ケアは介護者の大きな関心事の一つとなっている。

認知症の摂食・嚥下障害は、認知症の原因疾患によって大きく様相が異なり、それぞれの摂食・嚥下障害の様相は脳の萎縮部位や程度により特徴がある。特にアルツハイマー病（以下AD）では、自立して食事をする機能は比較的重度になるまで保たれるが、それでも注意の持続や食具の適切な使用が困難になり、さらに食事の認知や自立摂食が困難になる時期が訪れる。介助摂食になったのちも、口腔内の失行により開口が困難になり、口腔内での食塊形成（飲み込むのに適した状態までの食物の処理）や、嚥下が困難になる。こうした認知症の進行によ

①アルツハイマー型認知症の進行と日常生活機能の低下例



る「本人を取り巻く環境とのかかわりの障害」と「口腔咽頭の機能など身体機能の障害」が顕著になる時期のタイムラゲは、変性性認知症に特徴的な様相である(図①)。

これまで高齢者に対する摂食・嚥下障害診療は、その多くが脳血管障害後遺症や神経難病など、認知機能障害の程度が軽度である者の摂食・嚥下障害を対象として議論が広がってきた。

しかし、脳血管障害後遺症に対する手法だけでは、認知症による食事の障害が顕著になってからのリハビリテーションや治療は非常に困難を極める。実際のリハビリテーション現場でも、認知症を理由に適応から外れるケースも少なくない。生物の根源的欲求である食事に困難が生じている認知症高齢者は、理解力はもちろんリハビリテーションをする意欲もすでに低下している状態であることが多く、訓練メニューを自らトレーニングすることは非常に難しいからで

ある。また自発行動が減少している認知症高齢者は、すでに顔面口腔咽頭筋も廃用性萎縮が進行している症例が多い。したがって、こういった食事に困難を生じている認知症高齢者に対しては、治療よりも支援、ケアよりケアが重要である。つまり残された機能を引き出して上手に使えるように、周囲の環境を整えるケアが主体となる。

認知症の進行と摂食・嚥下障害

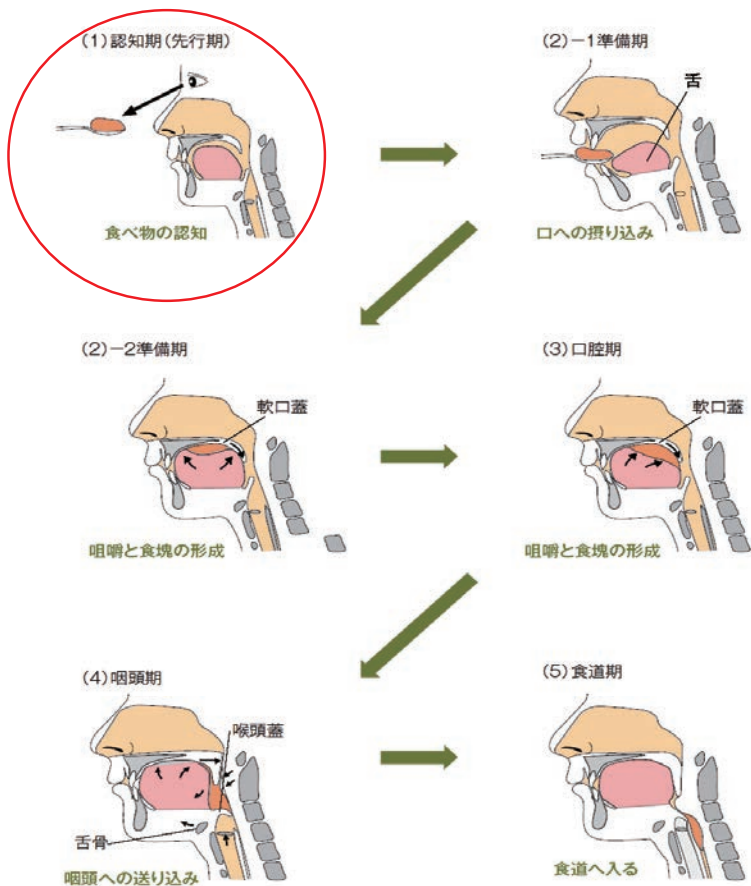
変性性認知症には根治療法は現時点では無く、その進行は避けられない。効果的な食事ケアのためには、認知症の進行により生じる精神機能・身体機能障害への予知性を持った対策を立てることが重要である。したがって、認知症の方の持てる機能の観察的アセスメント、および認知症の原因疾患の特徴を理解することが必要不可欠である。

A/Dを例にとるならば、「環境とのかかわり

の障害」の段階では、認知機能低下に加え何らかの混乱要因によって、食事に対する注意維持が困難になり、時間の感覚や食具の使い方、また食べ方がわからなくなる等の困難が生じる。この困難はLeopoldの摂食・嚥下運動5期モデルでいう、先行期の障害に該当する(図②)。

さらに、認知機能低下により食べているものかどうかという質感のものであるか、こういった動きをしなければいけないかを予測した動きが困難となり、嚥下に適した状態までの処理が不完全なまま食物が咽頭に入ってしまう可能性が高い(準備期・口腔期の障害)。この段階では、実際に咽頭反射や嚥下反射など咽頭の機能そのものに大きな問題がなくても、呼吸や会話との協調運動の障害による誤嚥が起こりやすく、いわゆる「広義の嚥下障害」が起こる状態であると考えられる。実際に嚥下造影によるA/Dと血管性認知症(以下VaD)の摂食・嚥下障害の比較では、A/DはVaDよりも咽頭期嚥下障害が

②Leopold の摂食・嚥下運動5期モデル



少ないが、咽頭期嚥下障害出現以前に口腔期障害や大脳皮質変化が出現していると報告されている。¹⁾

A Dがさらに進行すると、口腔顔面失行の進行とともに、口腔内に入った食物の咀嚼や食塊形成、移送の協調運動がよりいっそう不良になり、同時に徐々に咽頭の反射も低下していく。続いて廃用性萎縮による口腔咽頭の運動機能低下に加え、認知症の進行による嚥下反射や嚥出反射など咽頭反射の障害が顕在化し、咽頭期障害による、狭義の嚥下障害が生じることになる。この時期が「身体機能の障害」の時期であり、食物のテクスチャ（物性）の調整や姿勢の調整などがケアの主体となる。

認知症の摂食・嚥下障害への支援

「環境とのかかわりの障害」と「身体機能の障害」のステージは徐々に移り変わって経過す

るが、双方が混在する時期が食事支援のターニングポイントになる時期と考えられる(図③)。²⁾

これまでわれわれの調査ではA Dの自立摂食行為が困難になる要因として、「認知症重症度」や「嚥下障害」の他に「摂食開始困難」が強く関わっていることを報告した。³⁾ 食事開始への介入効果の検証において、A Dの摂食・嚥下障害の初期である「環境とのかかわりの障害」の時期では、食物の認知から口腔内での処理にかけての「食事に対する随意的な反応」が障害されていることが強く示唆された。認知症高齢者の食事環境において、混乱する要因を少なくシンプルに調整し、かつ適切な行動を起こすきっかけをうまく掴んでもらえるような支援によって、手続き記憶である食行動を呼び起こすことが可能な場面も多い。支援に際してはこのような視点を踏まえて、介護提供者の振る舞いや、食事提供方法も含めた食事の環境要因の調整を行い、認知症高齢者の自立した食行動を引き出すこと

eating among elderly with Alzheimer's disease. *Geriatr*

Gerontol Int, 12 (3), 481-490 (2012)

- 4) 枝広あや子・特集 認知症高齢者の食べる機能の課題と対応 変性性認知症高齢者への食支援、日本認知症ケア学会誌、12 (4)、671～681 (2014)

