

体重減少を認める認知症入所者の「食」に対する介護職員の介入

中村陽子

看護学科 臨床看護学講座

Caregivers' Intervention of Food Intake toward Demented Residents who have admitted Severe Weight Loss

NAKAMURA, Yoko

Department of Clinical Nursing, School of Nursing, University of Fukui

Abstract :

The aim was to determine how caregivers performed, perceived demented residents, and was conscious of the problems during food intake. Additionally, it was to determine whether such care focused well-being influenced to demented residents. The participants were 13 qualified caregivers who were 12 care workers and 1 helper working for long-term care institutions. A contact hour was about 60 minutes. Data were collected utilizing semi-structured transcripts of interview with sample individual data were analyzed by Grounded Theory Approach of inductive methods. Inductive methods discovered 4 categories and 16 subcategories. Findings were as follows.

1. Caregivers' commitments were to let residents' well-being maintain as long as possible as a specialist.
2. The axis of food intake care were observed in communication and awareness of cues demented residents during feeding/eating.
3. Care process by caregivers was interpreted as the problem of weight loss, explored cues which demented residents represented and then became aware of them . On the other hand, data and knowledge which were acquired by practical experiences were integrated, and then developed to individual care. However, parts of individual care constituted routine care and led to indifference to residents.
4. Limitations of care related to environmental factors, finance, autonomy and others, dilemma which originated from care systems of feeding in each institution and others, and routine care were generated from care.
5. Although care of weight loss was individual care focused on deglutition function, nutritional management inclined to eating ability.
6. Relationship of other specialists not only were built in trust relation and closely connected with them, but also worked as a team. The relationship of families were well cooperated.
7. Risk factors of weight loss related to dependence of residents, aging such as swallowing, environmental factors as lack of man-power, and lack of menu considerations of historical background, local culture they have lived in communities.

Key Words : caregivers, demented residents, individual care, commitment, long-term institution

(Received 30 August, 2013 ; accepted 7 November, 2013)

I. はじめに

老年期の老化徴候の一つに体重減少がある。特に介護保険施設に入所している認知症高齢者には、体重減少が顕著に表れる。その体重減少には認知症による摂食意欲の低下や摂食への認知低下がみられる。また、加齢による予備能力から誤嚥性肺炎等の感染症に罹り易くなり極度の体重減少（るい瘦）へと進展して死期を早める（Carrier Natalie, et al, 2006; Keller Heather H, et al, 2006; Amella Elaine, et al, 2008）。

2013年(平成25年)の65歳以上の認知症高齢者人口は、約462万人に達し、2002年(平成14年)からの10年間で約3倍に増加した(www.mhlw.go.jp/shingi・認知症高齢者の現状)。これはこれまでの推計(青葉, 2002)を大きく超えるものである。また、2025年には日常生活に支障をきたす症状や行動および意思疎通困難がみられる要介護認定者は認知症高齢者の60%以上を占めると予測されている(<http://www.jarc.net>・要介護認知症高齢者の推計)。

体重減少は複合的要因で起きる。まず、身体的・生理学的側面から考えると、主として腎機能低下に基づく水分や電解質バランスが崩れて、基礎代謝および活動量が低下する。同時に、食事摂取量の低下や消化・吸収能力の低下に基づく栄養状態の低下が起きる。このような栄養不良へのプロセスを通して体重減少を招く。また、高齢者に見られる慢性疾患はサイトカインの上昇を引き起こして消化・吸収能力をさらに弱めるため、栄養不良および免疫力低下を助長して、著しい体重減少であるるい瘦へと進展させる。(Dyck Mary J, et al, 2011)。加えて、高齢者は歯牙や口腔健康問題を抱えているため、残存歯の減少や唾液分泌低下は咀嚼能力や嚥下機能に影響を与える。さらに、認知機能や視力低下も栄養低下を招く要因になりうる(Poulsen, I, et al, 2006)。

一方、高齢者の抑うつや認知機能障害(自分のニーズを表現できないを含む)による心理・精神的側面も高齢者の低栄養の要因となる独居等による食事回数の低下や偏食による栄養バランスの低下等の社会的要因、および経済的側面も低栄養に影響する(Elizabeth Barrett-Connor, E, et al, 1996; Keller Heather, M, et al, 2006)。加えて、食事環境の雰囲気、メニューや盛りつけ等の環境要因(Carrier Natalie, et al, 2006;

Keller Heather, et al, 2003; Payettel Helen et al, 2005)), および嚥下機能との関連もある(Eula Boylston, et al, 1996)。

このような老年期における認知症高齢者の体重減少の要因は、病態・生理学的側面のみならず、心理・精神的側面、および社会、環境においても重要な要因であることが明らかになった。特に認知症高齢者は、「食べる」という認識が喪失していくため食事摂取量の減少を導く(Elsy Athlin, et al, 1990)。一方で、記憶障害に基づく過食もあるが、このような時期の過食は体重増加に繋がらないことが多い(杉山, 2008)。摂食能力はあるが、空腹感や満足感が理解できず、摂食行動を失うケースもある(Chang Joan, et al, 2006)。

認知症高齢者の「食」に関連した先行研究として、体重減少を栄養学的視点で行った食事管理に関する報告がある(Chang Joan, et al, 2006; Poulsen, I, et al, 2006)。また認知症高齢者の栄養問題の事例研究では、その研究成果がケア評価に生かされている(Elizabeth R. A, et al, 2002; Stajkovic, Svetian, et al, 2011)。その他、介護施設に入所している認知症高齢者に対しての体重減少のリスク要因やフードサービスの在り方の報告がある(Dyck Mary, et al, 2011)。これらの報告からは、嚥下障害等の機能的側面や認知レベルにおける「食」への介入およびリスク要因を量的分析で明らかにしているが、介護職員の「食」の認知に関する研究はほとんどない。よって、本研究では、介護保険施設の体重減少著しい認知症入所者に対して、介護職員はどのように感じ、意識し、かつ関わっているかについて明らかにしたいと考えた。そして、その介入が入所者の生活の質であるwell-beingという視点においてその人らしい「食」の在り方とどのように関連づけられているかを検証することである。それはまた、入所者の人としての尊厳を維持する「食べる」ことの重要性を看護職員がどのように認知しているかを検証することでもある。

本研究で得られた結果は、「食」の介入に対する問題を提起する機会となり、かつ介護職員の指導・教育における認知症高齢者ケアの一助となると考える。

II. 用語の定義

1) 体重減少

認知症者の体重減少とは、カロリー欠乏による脂肪組織の喪失、重篤な腎・肝疾患に起因する飢餓、急性炎症感応に伴うサイトカインの活性化による筋蛋白質の減少に伴うい瘦、筋肉減少症を指す。これらすべてが栄養失調と同義語であり、死亡率の増加に繋がる (Dyck, M, et al, 2011)。また体重減少の目安として、1ヶ月で体重の5%の減少、あるいは180日間で10%の減少を目安にした (Chang, J, et al, 2007)。

2) 個別ケア

個人のニーズに応じて、専門的知識、技術、態度をもって専門職として関わる。その結果、ケアされる側だけでなく、ケアする人の自己実現を意味し双方が癒されることを概念とする。(看護大辞典第2版, 2010)

3) キャリア

専門職に携わる職業の経歴を指す (広辞苑より)

4) Cue

認知症のようにコミュニケーション障害がある場合、言語として伝えられないが次の行動を示唆する合図またはきっかけになる仕草 (手がかり) (clinical geriatrics, 第5版, 2003)

III. 研究方法

1) 対象者

介護保険施設に勤務している職員で、介護福祉士か他の有資格者で5年以上の認知症入所者のケア経験のある13名程度とした。また、各フロアにてチームリーダーとしての職務を果たし、総合的に判断ができる人とした。

2) 対象施設

A市または近郊の3ヶ所の介護保険施設であり、医療機関の実習施設として、あるいは他の領域の研修施設として利用され、研究に協力的な施設で実施した。

3) データ収集および分析期間

平成23年10月2日～平成24年1月22日

4) 研究デザイン

グラウンデッドセオリーアプローチ

5) データ収集方法

半構成的質問紙を用いて面接を行った。面接は各施設職員の勤務に支障をきたさないように施設管理者に

前もって面接日時を調整を依頼した。調整の結果、週末の15時以降に1時間程度で1回のみ面接を行った。本研究の内容に関しては、施設側に筆者が作成した計画書を前もって配布していたため、対象者は研究内容をよく理解していた。質問内容は、基本的に認知症者の体重減少に関しての考えと施設環境と「食」との相互関係について聞き取り調査を行った。ICレコーダーの使用については、対象者の承諾を得た。

6) 分析方法

データ分析は、Grounded theory approach (南, 1999) の手順に基づいて行った。い瘦のある認知症入所者へのケアを通して、介護職員が何を感じ、どのような認識で関わっているか等を一人ずつの個別のインタビューによる聞き取り調査を行った。得られたデータから個々の意味を解釈し、他のデータと比較検討を行い、概念化し、同じ意味をもつコード同士をグルーピング、さらに修正を繰り返し、抽象度をあげながらカテゴリー化し理論的構成を行った。本研究の分析結果の妥当性を高めるため、個々の分析結果と仮説を次のインタビューのフィールドにて検証し、飽和状態になるまでその作業を繰り返した。また、10年以上のキャリアをもつ看護師と結果を検討した。

7) 倫理的配慮

対象施設にての倫理審査を受け許可を得た。その後、研究の条件を満たす対象者について施設の教育指導者に説明し、対象者の選択とインタビューの日時を対象者の都合に合わせて依頼した。インタビュー時には研究の主旨を文書と口頭で説明し、同意書に対象者の署名を得た。インタビューする場所も、施設の指定された場所で行ったが、他者にインタビュー内容が聴取できない面会室やホールで実施した。ICレコーダーの使用の有無は任意であること、質問への拒否は可能であること、データは匿名で処理すること、守秘義務を負うこと、データは本研究のみに使用し、鍵のかかる保管庫に保管し、他者の目には触れないこと等を説明し了承を得た。

IV. 結果

表1 対象者の特徴 N=13

性別	男性	2名
	女性	11名
年齢	平均	42.08歳
	中央値	36.50歳
	SD	12.54
キャリア	平均	8.67年
	中央値	7.25年
	SD	3.80
職種	介護福祉士	12名
	ヘルパー	1名

1) 対象者の特徴

対象者は13名で、男性2名、女性11名であった。1名はヘルパーで、残りの12名は介護福祉士でその内1名はケアマネジャーの資格も有していた。平均年齢は、42.08歳（中央値36.5歳；SD12.54歳）であった。平均キャリアは8.67年（中央値7.25年；SD3.80年）であった（表1）。

2) 体重減少のある認知症入所者の介護職員の「食」への介入

A市内とその近郊の3ヶ所の介護保険施設で就労している介護職員に対し、著しい体重減少のある認知症高齢者のケアを通しての認知について、質的・帰納的方法で分析した。分析結果は、《「食」の否定的環境下における良好「食」な環境ニーズ》《体重維持ニーズ》《「食」することの楽しさを提供したいという意識》《プロとして寄り添うケアとその葛藤》の4つのカテゴリーと16のサブカテゴリーを発見した。各カテゴリーは相互に関連し合っていた。なお文中における記述表記は、《》はカテゴリー、〈〉はサブカテゴリー、「」は本研究の主テーマ、**太文字**は各カテゴリーの柱を成す要素とした。

《「食」の否定的環境下における良好な環境ニーズ》

《「食」の否定的環境下における良好な環境ニーズ》は、〈食思を奪う施設環境〉〈適切な「食」環境の提供への願望〉の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

認知症高齢者が入所している施設環境は、食欲を低下させる否定的要因が複合的に存在していることを介護職員は常に感知していた。しかし、負の環境であっても介護職員の介入による冷静な状況判断や配慮によ

って楽しく食事ができるような好ましい環境に変えたいと考え、そのような環境を提供しようと努力していた。

〈食思を奪う環境〉

施設環境は、外界と遮断されたカプセルの中の状況と同じであり、そこでの生活環境は規則的ではあるが、制約的で刺激が少なく、四季の変化や時間的経過を直接感じられない単調な負の生活空間であった。また、行動範囲も規制され、かつ狭い空間で空腹感を知覚できるような環境とは言い難いものであった。このような環境下で食思を向上させるような刺激要因を探すことは極めて困難であった。介護老人福祉施設に勤務しているA氏（12年のキャリア、ケアマネジャーの資格をもつ介護福祉士）は、施設環境について以下のように述べた。

- ・ここに入っている人は食べたいという気持ちは在宅にいらっしゃるお年寄りと同じに変わらないと思いますよ。ただ、施設という環境がこの食べたいという意識を奪ってしまうんじゃないでしょうかねえ
- ・ご高齢になると絶対的な活動量は低下し、ましてやこのような施設におればもっと動かんようになってしまうんじゃないですか

ユニット型介護老人福祉施設に勤めるB氏（8.5年のキャリア、介護福祉士）は、食思を奪う環境について以下のように応えた。

規則的な生活はできますが、1つの欠点は食事を自分の好きな時間に、好きなメニューで食べることができないことでしょうか

施設環境は、自己選択ができない規制環境であり、自ら食事を楽しめる、食欲を感知させる環境ではなかった。

〈適切な「食」環境の提供への願望〉

食思を奪う環境下において、介護職員はそれでもリラックスして食事を楽しめる環境を提供しなければならない、否したいことを異口同音に述べていた。しかし、そのような環境にびったりと当てはまるにはまだかなり乖離した厳しい現実があることを介護職員自身認めざるを得なかった。よって、今できるサービスは何かを考え、入所者の個々の認知レベルに対応した関

わりを通して、どこに介入すればよいか、あるいは個々の入所者の発する cues（手がかり）やタイミングを測りながら、環境との相互作用を評価し、調整していた。

ユニット型の介護老人福祉施設に働いている C 氏（16 年のキャリア、介護福祉士）と D 氏（5 年のキャリア、ヘルパー）は「食」のための環境づくりについて以下のように述べた。

- ・最近職員の人数の関係で、昔よりできなくなったケアってあるんですが、なるべく家庭的な雰囲気の中で食事ができるように私達のエプロンなどを考えているんですよ（C 氏）
- ・おやつ療法なんかで自分でたこ焼きやベビーカステラを作って、皆で食べますでしょう。そこで、喫茶店みたいに BGM なんかを流すと、そりゃ、皆さんいい顔して召し上がりますよ。食べる時の雰囲気って大切ですよ（D 氏）

両氏の職場はユニット型であるので、比較的家庭的雰囲気のある環境ではあった。そのような中で介護者は家庭にいる時のようにエプロンの使用や BGM を流して、家庭的雰囲気を作り入所者がリラックスできるように創意工夫をした。また、食事時に入所者のリラックスの程度や食欲の有無、会話、および食事のスピードやパターン等を観察し、入所者の「食」環境のニーズを評価した。

一方で、介護老人保健施設に勤務している I 氏（7 年のキャリア、介護福祉士）や J 氏（5 年のキャリア、介護福祉士）は、同じ質問に以下のように述べた。

- ・人が少ない所で食事しても余り食欲でないけど、人の多い所で皆と一緒に食べると食欲も出ますよね（I 氏）
- ・今、ここではマンパワーが不足しております、もう少し職員の人数がいれば昼食ぐらいお天気のいい日は中庭で食べてもらえるなどできるんですがね。いい気晴らしになると思いますよ。食は楽しくなければいけないと思いますよ。そのためには、やっぱり環境の充実でしょうね（J 氏）

一緒に同じテーブルで食べることや野外での食事は気分転換や心理社会的効果があることを介護職員はよく認知していた。しかし、マンパワー不足が障害になっており、介入の**限界**を感じていた。

《「食」の楽しさを提供したい》

《「食」の楽しさを提供したい》には、＜楽しんで「食」することの意義＞＜高齢者の自律を尊重した対応＞の 2 つのサブカテゴリーで構成されていた。

介護職員の認知症入所者の介入を通して、認知症入所者の「食」への感情や情動の内面を理解しようと、看護職員自らに置き換え、感情移入させながら考えた。そのため cues（手がかり）を探すために感性を高めて関わった。関わりにおいて、好きな食品を楽しむことでの効果や入所者の選択の自由度の拡大等は人として豊かに生活する意味があった。本カテゴリー内の要素は**味わう**と**快の刺激**であった。

＜楽しんで「食」することの意義＞

できるだけ長く、例えそれが食介であったとしても、摂食して味覚を感じることは、機能的効果ばかりでなく、人として**味わう**という感性の意味においても重要な行為であることを介護職員は熟知していた。A 氏は「食」することの意味について以下のように述べた。

できるだけ最後まで、食べられるように維持してあげたいからねえ。だから嚥下障害の人の食介って非常に大切だし、できるだけ最後まで食べる機会を残してあげたいですね

A 氏は認知症入所者へ食事を詰まらせないようにむせないように、相手の食事のペースに合わせてながら食介を行うように心掛けた。同時に、美味しいかどうか、辛くないかどうかと入所者の立場にたってケアし、人として食べる豊かさを維持してほしかった。I 氏は同じ質問に以下のように述べた。

食事はね、ここの利用者さんの好みのものをあげたいですね。例えば、おやつにお年寄りの好きな和菓子などお出しすると、大変喜ばれるし、今まで余り水分を取らなかった人でもお茶をお替りしたりと普段じゃ見れない効果がありますからねえ

介護職員は、食事という時間の中で何が好きか嫌いか、どうすれば喜ばれるのかを理解し、その理解の中で食事を提供すれば、「食」を楽しめるのではないかと考えていた。「食」を**快の刺激**と感じられれば、他の効果も期待できるのではないかと考えていた。

＜認知症入所者の自律を尊重した対応＞

認知症入所者の意思決定や選択を尊重した対応は、強要することなく食思向上に向けて意味あるケアであることを実践経験を通して知っていた。また、自律を尊重するケアの中で個々の入所者の出す cues（手がかり）を把握しておかなければいけないことも知っていた。

K氏は入所者の「食」に関するケアについて以下のように述べた。

入所者の食事の好き嫌いはアンケート調査をして大体把握しています。ですから、嫌いなものはお出ししないようにしていますね。そうであっても、その日の気分もありますからね。なるべくその人に合わせるようにはしているつもりです

介護職員の知りえる情報をできるだけ多く入手し、それ以外にもあるかどうか食事の場を通して感性を高めていた。A氏は同じ質問に以下のように述べた。

できればメニューを選べるようにできれば、「食」への楽しみは湧きますよね

入所者の食品の自己選択は食思向上には意義があることを介護職員は認知していたが、多くの諸条件で栄養士の献立通りの固定制であった。介護職員はこのように日々のケアにおいて現実の壁もしくは限界を感じていた。A氏は「食」の自由な選択はその人らしさの維持に繋がる重要なケアであることを指摘した。

売店が出る時は、制限せず買っていたいでます。施設生活では普段できない刺激ですし楽しみですからね。楽しそうに買ってますよ。それを私たちに預けてもらって、おやつや夜間の不眠時にお上げしてます

A氏は自分の好みの食品を選んで買うという快の刺激は、「食」することへの関心をもたせ、強いては食思向上に繋がることを知っていたので、何の制約を設けず見守ることを優先した。

《体重維持ニーズ》

《体重維持ニーズ》には＜体重減少の要因＞＜体重減少の限界＞＜栄養管理＞＜高齢者に適したメニュー＞＜体重コントロール＞の5つのサブカテゴリーで構

成されていた。

介護職員の認知症入所者の介入において、実践による介入から得た知識（食事時の遊び、食べたい動作、言動等）と客観的データに基づいた摂取量、体重、BMI等にての体重の維持・管理を統合して入所者の個別ケアに生かしていた。また、介護職員は家族の施設ケアに対しての信頼に基づく協力関係を構築し、入所者の食思のない時の体重管理に協力を要請していた。一方で、入所者に適したメニューの在り方については実際のメニューの選択に疑問を持つこともあった。本カテゴリー内の要素は**気づき**、**家族協労**、そして**チームワーク**であった。

＜体重減少の要因＞

体重減少の要因には、多方面の要素が複合的に存在していた。介護職員は、それを認知症入所者の関わりを通して理解していた。主として、上述のように施設環境の負の要因の他に、直接的入所者自身に関わる加齢、病気、嚥下機能低下、それ以外に職員の気づき不足、心理社会的要因等があることを介護職員自身が認知していた。体重減少の予防策として毎食後の口腔ケアを各施設で徹底していた。

介護老人保健施設に勤務しているK氏（9年のキャリア、介護福祉士）は、毎日の入所者への関心が体重減少に大きな影響を与えていると述べた。

入所後痩せていく人を見ると、何が原因かなあって思ってしまうし、途中で気づいてやれなかったのかなあって思いますね。途中で気づいてやれば、カンファレンスで対応を考えてそんなことにならないようにできたんじゃないかって、後悔ですね

K氏は職員の小さな変化の気づきの重要性を指摘した。気づき不足は専門職としての無関心さ、強いては能力不足を批判した。この**気づき**は入所者の「食」の cues（手がかり）にとって最も重要な要素であり、入所者の体重維持にとって不可欠な認知であった。H氏は、メニューについて、以下のように述べた。

（メニューの個別ケア）個別性はかなり難しいじゃないですか。多分今出されているメニューで入所者が食べ慣れた食事はそんなに多いとは思いませんねえ。この年代の人って、お米やお魚が中心でしょう。でもメニューの中って結構洋物がありますよね。だから残すんですよ

H氏は入所者の食習慣に焦点化して、同世代の嗜好や文化背景への配慮不足を指摘した。栄養バランスのみの視点で献立をたてても嫌いなものを拒否するという入所者の摂取行動を把握する必要性を栄養士に求めた。

介護老人保健施設に勤務しているI氏は、絶対的な食事拒否が体重減少の第一要因であると述べた。

体重減少に至るにはいろんなことを言いますが、やっぱり食べないことが一番の原因だと思いますね。食べない原因もその人によると思いますが、だんだん弱ってきて機能も低下するからでしょうね

I氏は食事を拒否する理由は極めて個別的ではあるが、意図的でなく自然の加齢プロセスによる体重減少であることを指摘した。D氏は、東日本大震災後の入所者の変化について述べた。

最近では東北の方の地震の影響で、皆苦しんでいるのに私がこんな所でノウノウと食事しているのかななんておっしゃられてね、食べなくなった方もいらっしゃいましたよ

上述のような心理社会的要因で急速に食事摂取を拒む状況も関連していた。一方で、摂食行為が自立している入所者は、体重維持も可能であり、依存の高い入所者に体重減少がおきている実態が明らかになった。C氏はそれについて以下のように述べた。

認知症の方でも普通にお食事ができる人は、うちでは体重減少なんかおきてませんよ

セルフケアの自立は単なる正常な身体的機能を有しているばかりでなく、心理・精神機能も正常であるため食べる楽しみ・満足感にも繋がり正常な体重を維持できていたと考えられた。

<体重減少の限界>

各介護施設において、体重測定を月1回実施し、体重の増減を客観的に評価していた。そして、体重の増減の異常値の幅は1~5kgであり、基本的にはBMIを標準化して判断していた。

H氏、D氏は体重増減の目安について以下のように述べた。

- ・体重減少の目安は、1ヶ月3~5kg位かな。この位になると栄養士さんや看護師さんに相談しますね。でも1~2kg位なら私達だってあるじゃないですか。だからその位の増減だったら余り問題にしませんね（H氏）
- ・体重減少の関心は比較的高いですね。当然体重1kg~2kg減っている人は看護師さんや栄養士さんに伝え、話し合いをもちますね。必要時、医師にも伝える場合があります（D氏）

体重増減の基準値についても自分に置き換えて判断していた。また、その限界域になる入所者に対しては栄養士や医療関係者に伝え対応を極めて冷静に判断した。そのような状況下で、栄養士は専門的な栄養的側面のみ、看護師は個人差があるが主として医療的側面のみの評価に偏る傾向がある中、介護職員は体重のみならず食事の仕方、食事時の興奮や遊びの有無、生活態度等のケアを通して得られた情報を伝え全人的ケアに繋げようとしていた。

<栄養管理>

食思が低下している認知症入所者への栄養管理は、カロリーもしくは高蛋白質の補足のどちらかの対応で実施していた。この時、**家族との協働**と栄養士や他の医療者との**チームワーク**がケアの重要な柱であった。それらの連携が十分に機能していた時、適切な栄養バランスが維持されていた。

施設の栄養管理において、食思がなく、るい瘦の顕著な入所者への対応についてH氏は以下のように述べた。

体重の低下が著明ならば嘱託医に相談し、過去に血液検査のオーダーがでたこともありましたよ。このような方には、補助食品といますか、マヨネーズやきなこ、卵豆腐などを補填したりして工夫してきましたね。それ以上に状態が悪ければ、家族と相談して食費として経済的協力をお願いしますが、大体の家族はOKしますよ

栄養管理において、便秘の有無も重要であり、L氏（5年のキャリア、介護福祉士）は、その対応を以下のように述べた。

お通じの調節は、オリゴ糖を1日7~14gでちゃんと調節できますよ

また、同時にカロリーコントロールについて以下のよう述べた。

PEG なんかですと、1日 1200~1500kcal で、それでも栄養が行過ぎてれば、カロリーを減らしてコントロールしてますね。経管栄養はどれもカロリーオーバーになって、太ってしまうの注意しています (L氏)

介護職員は、認知症入所者の異常時の栄養管理において他職種への橋渡しの役割を果たし管理していた。一方で、標準以上の体重増加への警戒は、認知症入所者の活動に際し各臓器への負担、動脈硬化、そして心不全等へのリスクへの危惧のみならず、介護者自身への負担も考慮されていた。

家族との関係についてF氏は以下のように述べた。

補食の中で梅干しや佃煮なんかを家族の方に依頼して、それで何とか食べてもらっていますね。ご家族の協力はそういう意味でとっても大切ですね

家族の差し入れは単なる食品のみならず、入所者にとって家族の思いやりや愛情の差し入れでもあり、入所者と家族をつなぐ心理的効果として有効であるという意味があった。一方で、このような差し入れを“できる家族”と“できない家族”の格差もあり介護職員のジレンマの要因にもなっていた。“できない家族”に対しては、B氏は以下のように述べた。

症例カンファレンスが3ヶ月に1回あって、その時カロリーなどその人の体重にあっているかどうか考えますし、栄養士さんと相談して食事変更もします

家族格差はあっても、カンファレンスでなるべく公平で誠実なケアになるよう努力していた。加えて、嚥下機能低下のある入所者には食品の形状を変えたり、分食を実施したりして認知症入所者の“摂取力”にケアを焦点化していた。栄養士との関係についてC氏は以下のように述べた。

体重減少に関しては、栄養士さんがちゃんと管理していますので安心です

以上のように、介護職員と栄養士、看護師、および医師との信頼関係が構築され、**チームワーク**として機能していた。また、栄養管理において介護職員や他職種の職員も食事時の状況をラウンドすることは大きな任務と考えていた。E氏はその重要性を以下のように述べた。

食事時のラウンドでは食事の摂取状況や摂取量などもわかりとても重要です

ラウンドにて、上述以外に入所者の気分、嗜好、コミュニケーション等も観察できた。

<高齢者に適したメニュー>

介護施設の食事の時間は施設生活の中での楽しみの1つになるように各職員は心がけていた。認知症入所者が美味しく食べてもらうためにどのようなメニューが必要かとの意味であるが、同時に体重コントロールの延長線上になるものと考えていた。

介護施設の毎日提供される食事のメニューについて、B氏とE氏は以下のように述べた。

- ・お味噌汁は毎食でも完食だと思いますが、それ位皆さん好きなんですよ。お家で食べてきたものをお出しすれば召し上がってくれますが、この頃のメニューはやはり洋食系が多いですよ。それで食べ残すんでしょうかねえ (B氏)
- ・盛りつけなんかも大事ですよ。だって、見た目が美味しそうに盛りつけられてると当然箸が伸びますよね (E氏)

美味しく感じることは食べ慣れた味覚やメニューであり、それに食欲をそそられるような外観も食事の重要な要素であることを介護職員も熟知していた。それは、単に体重コントロールのためのメニューの配慮ではなく、心理的な満足感をも内包したニードでもあった。

<体重コントロール>

入所者の体重コントロールは、日常生活を営む上で自立し活動するために重要であった。加えて、寝たきり防止や感染防止にも繋がることを介護職員は確信もっていた。そのための観察はケアの最優先に位置づけられていた。D氏はそのことについて以下のように述べた。

痩せの状態は日頃お風呂や排泄の時に見ていますので、体重測定のための判断じゃありませんよ

またF氏やM氏（7年のキャリア、介護福祉士）は自立について以下のように述べた。

- ・ここは老健ですので、ケアの中に当然リハビリが求められますよね。リハビリのためにも体重コントロールは重要でして、なるべく太らせないように配慮してますね。歩くのに太っていたら膝や背骨に負担がかかって歩けなくなるじゃないですか（F氏）
- ・ここではできるだけ自力で座位や立位を維持できるように最低限の体重は維持しなければって思っていますね。最低限の体重って？そうですね、自立するための運動機能を維持できる体重ってことです（M氏）

K氏は、体重減少のある認知症入所者の今後のプロセスを危惧し、以下のように述べた。

私がまだ若かった頃は、体重の重要性っていいですか、余り気にしてなかったんですが、やっぱり体重が減ると寝たきりになりやすいですし、病気にもなりやすいでしょう。だから体重の低下は怖いので体重の維持って重要なんだということが経験を重ねてわかってきましたね

介護職員は経験に基づいて体重低下への危惧感とコントロールの重要性を認知していた。

《プロとしての寄り添うケアとそのジレンマ》

《プロとしての寄り添うケアとそのジレンマ》には、<cuesの気づき><認知症入所者の「食」に関する特徴><質と量の両面における食事向上への工夫><「食」のマナーより機能重視の意識><ケア優先度><自責の念><「食」へのジレンマ>の7つのサブカテゴリーで構成された。

介護職員は認知症入所者のケアを通して入所者の体重減少の個々のcues（手がかり）に気づき、その気づきから個別ケアを展開していった。一方で、ケアで得られた知識（認知レベルや症状、嗜好、マナーや食事の仕方等）を統合し、評価し、さらに効果的と判断したケアは再度フィードバックさせていた。そのようなプロセスにおいて、認知症入所者の意思決定や選択を尊重し、常に入所者の側でニーズを把握するケアを心

がけていた。その反面、個別ケアに伴うジレンマとも闘い、理想と現実との狭間で適切な解決策がないことへ苦悩していた。その他個別ケアが一部ルーティン化されることによる入所者への無関心が課題となった。本カテゴリー内の要素は**使命感、感、暗黙のルール、無関心**であった。

<Cues（手がかり）の気づき>

介護職員は日々の施設生活の中で認知症入所者の表す言動を観察し、そこから習慣的に示す小さなサインを見つけ出すことを心がけていた。そのサインの重要性を知り、かつ介護職員のプロである所以であると認識していた。その中で、H氏やI氏は気づきの重要性を以下のように述べた。

- ・ケアの中で体重減少への優先度ってそれほど高くないけど、でもね、低くもないのですね。つまり、体重ってそんなに急に変わるものではなく、徐々に減少していくものですので、我々の日常の観察の中で常に気づくところが大きいわけですよ（H氏）
- ・普段トレイのお食事を食べない方がお弁当箱に興味を示したので、お弁当箱にトレイのお食事を詰めてお出ししたら食べるようになった例もありました（I氏）

入所者自らが訴えることもない認知症入所者であるから介護職員は入所者の日々の小さな変化（食事が最近ない等）やそのための小さなサイン（食事時の遊び等）の有無を細心の観察を通して分かるものであった。そのためには常に入所者への関心をもって関わらなければいけなかった。よって介護職員は、プロとしての**感**をもってcues（手がかり）を発見した。Cuesの重要性を十分理解し、介護職員としての**使命感**と入所者への愛情をもって関わっていた。

<認知症入所者の「食」に関する特徴>

介護職員が入所者と直接関わる中で認知症入所者の特徴に気づいた。認知症入所者の主な特徴は、自分で意思表示ができない、食事に集中せず遊ぶ、興奮する、マナー、食事をしている認知がない、空腹感・満足感が不明等であった。C氏とB氏は認知症入所者について以下のように述べた。

- ・全部食べているからその人は満足感があると勿論考えてません。認知症の人の特徴を理解しないとイケませんし、って、自分で意思表示できないことをわかってあげないとね。かわいそうじゃないですか（C氏）
- ・認知症の程度もあるんですが、口に食事を入れても咀嚼すら忘れる人っていらっしやるでしょう。おかずを見せてもわからんですしね。ですからその日の状態に合わせたケアって重要なんですよ（B氏）

K氏は、認知症入所者を深い理解と客観的思考をもって行うケアの重要性を以下のように述べた。

普段私達って結構抑制された生活を送っていますよね。でも認知症の人って、そのような抑制から解放されていますので、それを私達は認めてあげなきゃイケませんよね。そこから何が出来るかを考えますね

<質と量の両面における食思向上への工夫>

介護職員は、食事の摂取量と美味しさや満足感に繋がる質の両面を満たす「食」のケアに苦慮した。介護職員は、食事を拒否あるいは食思不振な入所者に対し食品交換や寝たきりへのリスクを危惧するため何としても食思向上のための方策を個々の入所者に合わせて試みた。B氏は食思のない入所者への対応について以下のように述べた。

- ・食欲のない場合は、代替ものを考えて、例えばご飯の代わりにうどんやそうめんにするとか、一口大の大きさにしたパンにするとかして、何としても食べてもらえるように工夫しています
- ・塩分制限のある人は、食欲を落とさず食べてもらうようにつけもの代わりにふりかけにするなどの工夫をしています

J氏に同じ質問を行い、以下のように述べた。

食べない人って、ちょっと無理矢理にでも食べさせないとちょっと悲惨なことになりますので、かわいそうだけど食べさせてますね。何よりも口から食べることで機能維持にとって大事ですからね

J氏は食事の強要はよくないことを理解しつつも、栄養失調への危機意識をもつばかりに、看護職員の食べさせるという**使命感**もあって、無理矢理摂取させようと奮闘した。このような使命感はケアにおいてメリ

ットとデメリットに作用した。また、同じテーブルで食事をする入所者間の関係で、E氏とD氏は食事の配列について以下のように述べた。

- ・入居さんの配置も工夫しています。食事形態の違う人が同じテーブルだと摂取状況も変わるので配置は重要なんです（E氏）
- ・認知症の方は、お隣さんが食べてないとその人も食べないという連鎖反応がありましてね、だから食事の時はそのような方の横に座らせないように注意しますよ（D氏）

その他として、バイキング、分食、出前、外食、厨房への個別のオーダー、食事時に集中させるためにテレビを消す等であった。これらはすでに定例化され、以前からあるお誕生日会を含め一般化されたケアになっていた。いずれのケースも最初は個々の入所者のcues（手がかり）から始まり、その後の関わりで試行錯誤しながら最終的にその入所者に適合したケアとして定着したものであった。

<「食」のマナーより機能優先の意識>

外観的「食」のマナーより、嚥下機能維持を優先させることの方が重要であると介護職員は考えた。一方で、「食」のマナーは、人間らしさという観点において注目すべきことであるが、認知症入所者には普通の価値観では通用しないケアも必要であることも理解していた。

H氏、D氏、そしてK氏に「食」のマナーとケアについて質問し、以下のように述べた。

- ・手掴みで食べる人や食べ物をこぼす人、いますよね。でも私は食べれるだけでいいと思っていますよ。食べるということは機能を使っているってことでしょう。ですから、そんなにマナーに目くじら立てず、そのまま食べていただいていますね。その人にとって、普通の食事マナーはもうできなくなったってことです。世間の価値でケアなんかできませんよ（H氏）
- ・食べ物をこぼす人はうちには一杯いらっしやいますよ。でもこぼしながらでも食べてもらってます。その人のスタイルで好きなように食べてもらえればいいと思っていますよ（D氏）
- ・こぼしながら食べる人って、その人も辛いだろうし、他の人から汚いって言われることもありますよ。だからそんな人にはちょっと離れたところでゆっくり食べていただいていますね（K氏）

上述のように、介護職員は摂食態度より食べることが機能としてどれくらい重要であるかを理解していた。よって、人としての威厳を尊重するという倫理的側面は時には無視しなければいけないこともあった。介護職員にとって最も優先すべきことは、嚥下機能維持であり、そのことが生命維持に繋がるためであった。加えて、食べることは、人間の基本的欲求の充足とその人の人権に寄与していることを知っていたからであった。

<ケアの優先度>

介護職員は通常の仕事の多くはルーティン化された中で実施されていた。そのようなケア状況下で「食」のケアはより個別性を必要とされていたが、実際のケアはそれに反することも多かった。M氏（8年のキャリア、介護福祉士）は仕事内容について以下のように述べた。

- ・毎日の忙しい中で、入所者さんを個別にもっとケアできればいいけど、なかなかそうもいかないことも多いと思います。特に入浴の後って疲れが出て昼食にどうしても影響がでるじゃないですか。だから、その人の入浴時間の配慮とかもってできれば食事に影響を与えないですむと思いますねえ
- ・食事を拒否する人には、最初は時間をずらせて、それでもダメなら分食に、そして最後は食介という風に段階がありますけど、その食介も忙しいと時間の関係で器械的になってしまいますね

入所者への個別ケアよりルーティン化した職務を優先させている現状に警鐘を鳴らし、そのような仕事は入所者への**無関心**を誘発していた。

<ケアに対する自責の念>

適切と考えられるケアを実践しても予測通りの成果が得られない時、介護職員は自省しその結果を責めた。

L氏やJ氏は自分の仕事について以下のように述べた。

- ・入所者さんに痩せていく人を見ると自分のケアがまずいかなあって思ってしまいますね（L氏）
- ・入所者さんの好き嫌いは自分の受け持ちの分は把握していますが、それでも食べてくれないと自分のケアの仕方がまずいかなあって思ってしまいますね（J氏）

仕事の責任を強く感じているからこそ、このような心理行動が生まれ、その反省が新たな成長へと発展す

ると考える。

<「食」のケアのジレンマ>

食事拒否あるいは食べたくない認知症入所者に対して、施設は量へのこだわりがあり、そのこだわりと介護職員との間で板挟みとなり苦悩した。このように「食」のケアを通して、B氏やF氏は以下のように述べた。

- ・人間って誰でも好き嫌いはあるでしょう。嫌いな食事を食べたくないのも当たり前じゃないですか。それでも食べさせなければいけないのですよ。これって、変ですよ。その日のトータルで摂取量を考えればいいと思いますよ。一食位取らなくても問題ないと思いますよ
- ・認知症の人はその日の気分で食べたり、食べなかったりします。それでも施設では全部摂取させないといけないような暗黙のルールみたいな所がありまして、摂取させないといけないわけですが、何でしょう、おかしくありません？（F氏）

「食」のケアにおいて、介護施設の摂取量にこだわると**暗黙のルール**がケアに問題提起していたが、解決策はいまだ見つかっていなかった。施設の摂取量へのこだわりは、入所者の“摂取力”のアセスメントを遠ざけ、ケアの質を固定化していたが、それが介護職員のケアへの負担となっていた。

以上の結果から本研究の認知症入所者の体重減少と介護職員のケア介入との関連性は以下の通りであった。

先ず、「食」に関して自立できている入所者は体重減少を起こしていなかったため、介護職員のケア対象は自立できていない認知症入所者であった。本研究は、介護職員の「食」への介入に関しての主たる認知は、適切な介入を行うために体験に基づいた介護職員の主観と知識やデータ等の客観的側面からの観察を通しての気づきによる cues（手がかり）の発見、負の環境要因、および「食」への個別ケアの4側面にて構成され、個々に相互に関連し合っていた。また、それによる各カテゴリーを発見した。

認知症入所者への「食」ケアは、認知症者の言動を自分の立場に置き替えて感情移入させながら解釈した。食することが楽しさのなるように**味わう**ことが**快の刺激**になるように介入した。その中で認知症入所者の発する cues を探した。また、毎日の認知症入所者の行動の観察からの**気づきや感**が最も重要であった。認知症

入所者の身体的症状や言動を観察し、その中で小さな変化を見逃すことなく、それを加えて、毎日の関わりから得た知識（嗜好、衰退へのプロセス、栄養、マナー等）や積み重ねたデータ（体重・BMI・摂取量・マナー等）を通して観察し、それらを統合し cues の探索を行った。このような流れで入所者独自の個別ケアへと発展させた。また、個別ケアは介護職員の長年の経験に基づいた感を頼りにその人特有の cue（手がかり）を発見していた。一方で、個別ケアを実施することで、介入への限界、ジレンマ、そして仕事のルーティン化が課題となった。課題の1つである介入での限界は、施設環境要因としてシステムとしてのメニューの固定化（入所者が選択不可）や入所者の自律性の無視として認知された。加えて、マンパワー不足が最適と考えるケアから大きく乖離していることがケアの限界を感じさせた。次にジレンマは、体重減少のためのケアにおいては、施設内の暗黙のルールである全量摂取量にこだわるケアが存在していた。それは入所者の特徴を無視したケアに繋がっていることに介護職員としての

使命感の間で強いジレンマとして受け止められていた。また、認知症入所者の食事の態度は外観的には非人間的（手掴み等）で体裁は悪いが食べる機能を優先した。最後にケアのルーティン化であり、個別ケアの一部が規定化することで入所者への無関心を導くことへの警告にもなった。

しかし、負の施設環境ではあったが、月1回の外食、好きなメニューのオーダー、バイキング形式等は「食」の楽しさを刺激するものであったが、これらの個別ケアは徐々にルーティン化されていた。

家族－職員間の関係は十分な信頼関係で成立していたが、差し入れや補助食品の経済的サポートにおいては“できる家族”と“できない家族”間で格差があり、ケア上の不公平感で介護職員のジレンマにもなっていた。一方で、家族の差し入れは入所者と家族間の絆を意味し、大きなサポートになり個別ケアに繋がった。また、介護職員と他の職種間でもチームワークができており栄養管理のチームとして機能していた。介護職員は他の職種間で橋渡しの役割を担っていた（図1）。

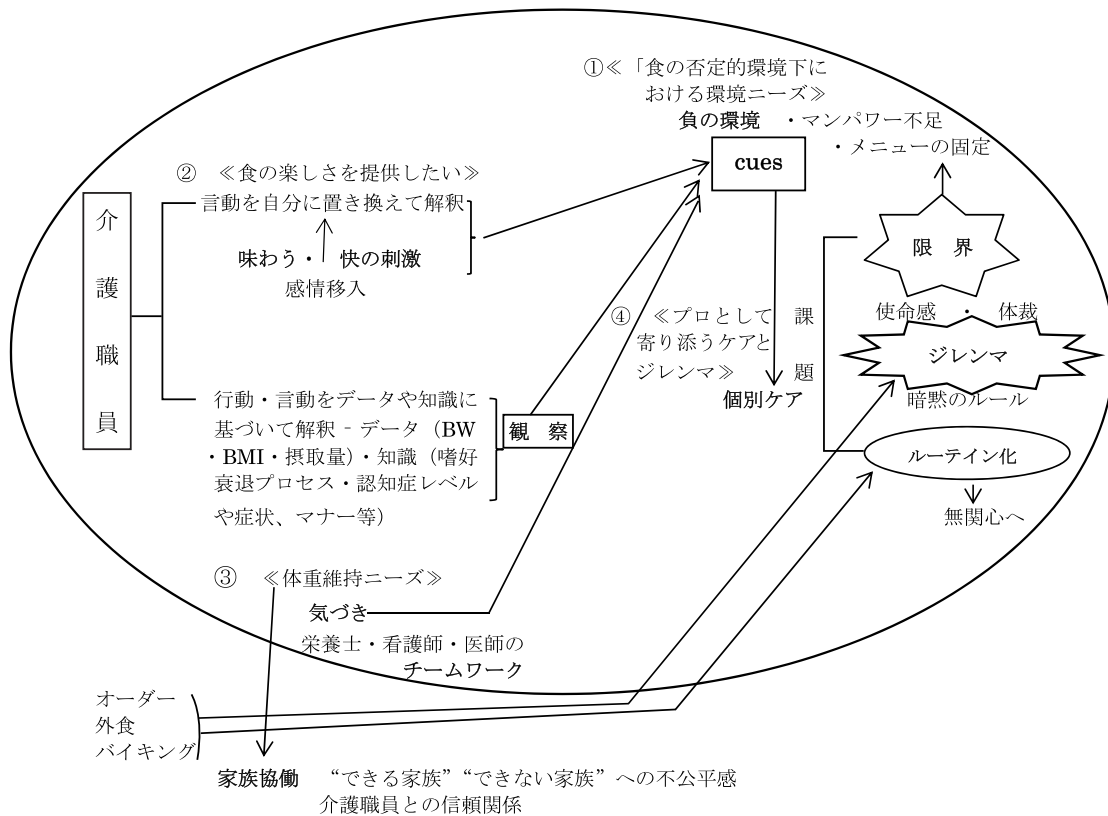


図1 認知症入所者の体重減少に対する介護職員のケア介入における関連性

V. 考察

本研究における体重減少をもつ認知症施設入所者の「食」のケアを通して、介護職員の認知について質的・帰納的方法で分析した。介護職員の「食」の介入においては、長年の臨床経験における感に基づいた気づきと観察をケアの軸に、かつ介護職員の専門職としてのプライドに基づく仕事への強い使命感をもって実践していた。介護職員の使命感は機能的側面からの自己摂取力の維持のためであった。反面、使命感の強さ故にその相反する食べたくないことへの心の揺れでのジレンマをおこした。このことは、認知症入所者の生きる権利や人としての尊厳を保つ権利である倫理的側面にも関与していた。よって、認知症入所者の「食」のケアはその人らしくあるために自力で摂食機能を維持し、「食」を味わうことができ、人としてあるべき姿を保つ生活の質としての well-being に繋がるものであった。加えて、入所者の自律の尊重や環境要因は、ケアの限界でもあるが、その限界を介護職員の努力で楽しい時間へと徐々に克服しようとするケアは、入所者の心理・精神的側面への充足へ、そして QOL に寄与していた。介護職員の使命感はこのような人のケアとしての基本的意味をもって、そこには人への愛情は不可欠であった。E, Athlin らは愛情や責任のない介護者はケア対象に無関心になり、心のない冷たい技術的なルーティン化したケアになってしまうと述べている (E, Athlin, et al, 1990)。本研究において、介護職員は特異な行動をもつ認知症入所者なりの自立 (介助を含む) と well-being の維持のための「食」のケアには大きな愛情をもって関わっていた。

介護職員によるケアプロセスは、観察にて体重減少または食思不振、およびそれに随伴する cues (手がかり) に気づき、先ずどうして体重減少するのか、何を感しているのか等を入所者に同調し、感情移入させながら相手の立場にたって解釈した。そのため入所者が表すいくつかの cues (手がかり) は認知症入所者だけに直接的ではなく迂回した表現で、かつほとんど意味がないことも多い中で、「食」に関するサインに気づくことはかなり困難であったろうと推察された。しかし、毎日の関わりにおいて、癖や性格の把握等で入所者への関心に基づく独特の感を働かしながら個々の気づきに辿り着いたと考えられた。介護職員の感とは長年積

み重ねた体験から得たひらめきであり、気づきとほとんど同義語として本研究では捉えた。このような根拠のいる介入への意識は、介護職員の仕事への責務 (松木, 2011) と使命感で遂行できたと考えた。それを成就できたのは介護職員の仕事に対する生真面目さと努力の賜物であった。そこを手がかりにいくつかの選択肢からケアを選び、実践し評価した。次に、客観的データや実践を通して得た知識から入所者の言動・行動を解釈し、それに沿った実践と評価を行った (表 2)。

このようなケアプロセスを経て一般化され、他の入所者のケアにも用いられるようにした。このようなケアの流れにおいて、一部はルーティン化された。そのルーティン化したケアは一日のケアにおいて、かなりの割合を占める現状があった。折角の介護職員が導き出した個別ケアがルーティン化されることで、E, Athlin ら (1990) の報告のように認知症入所者への無関心に繋がる懸念された。しかし、単なるルーティン化されたケアと片づけるより、毎日の煩雑な仕事内容を調整・整備し、ケアの優先度に鑑みたケアを実施すべきだと考える。そうすれば食介等に割り当てる時間をもっと多く取れて器械的でなく、介護者-入所者間でより豊かな心の交流のできる時間を共有できるのではないだろうか。

体重減少へのケアにおいて、機能的な摂取力に焦点化し、栄養管理もその方向で、いわゆる身体的あるいは機能面に偏重した個別ケアではなかったか。ちなみに、摂取力とはその入所者の嚥下機能の程度や摂取量の物理的能力を指す。施設の栄養管理はそこに集約され、個別に工夫されていた傾向があった。

介護職員が認知症入所者の理解において、入所者が食べたいのか、食べたくないのか、何を感しているのか、好き嫌いはあるのかを介護職員が直接感知し、それに伴う認知症入所者の態度や行動でも解釈しなければいけなかった。これらをコミュニケーションや関わりを通して理解し、ケアに繋げた。いずれの場合も、入所者の反応を直に観察しながら繰り返し修正することで妥当性の高いケアになると考えられた。また、人間関係において、介護職員同士、および他職種との連携もとれ、チームとして認知症入所者を中心としたパーソンセンタードケア (川島, 2010) が実現していた。また家族との関係も円滑に信頼関係が構築されていた。

介護職員のケアのみならず家族と入所者間の「食」における絆は、家族は入所者を心理的にサポートしていた。Slaughter ら (2011) は、介護職員—家族関係は入所後入所者の大きな変化に対応するためには大変重要であり、家族はそのキーパーソンでなければならない。しかし、介護者と家族間での問題に対する認識に相違することがあるので、問題の共有化と家族の協力を得るためには介護職員は家族に十分な説明が必要であることを説いているが、本研究でも介護職員の行動が Slaughter ら (2011) の説とそのまま適合し、家族に入所者の体重減少とそのため栄養補充の説明を行い、家族から同意と協力を得た。一方で、介護職員の説明に同調できる家族と経済的にできない家族に分かれ、倫理原則においてもケアの不誠実や不公平を感じていた。他に、栄養管理において、食事時のラウンドは一般的にどの施設でも実施され、機能障害の早期発見、嗜好、入所者のマナー、気分、摂取量、態度等を観察できる機会になっており、それをケアにフィードバックさせていた。Keller ら (2006) は、ミールラウンドは上述に加え、体重減少の予防のためのケアであると強調している。栄養士も昼食時はラウンドに参加し、入所者個々の食事状況を把握していたことは献立作成においても参考になると考えられた。

体重減少の定義は最新の先行研究では、Stajkovic ら (2011) は自然な体重減少は一般的に年間で約 13% で、高齢者においては 1 ヶ月で 5% の体重減少があれば問題であると説明している。Keller ら (2003) は、1 ヶ月 5% の体重の変化は生存や生命維持に深く関連する。そのためにはその人に合った個別メニューで対応すべきであると提唱した。本研究の対象施設において、一定の基準を設けており 1 ヶ月 1kg~5kg の幅で監視体制がとられていた。介護職員は、「食べる」ことは、生命の維持という認識で介入していた。よって、食事が充足しないということは死に近づくということを経験で知っていた。そのため、栄養管理は熱心に行われ、かつ一方的な摂取力に重心をおいた偏重したケアになっていた。その中で基本的な栄養管理は補助食品でカロリーもしくは高蛋白質の補充目的で行われ、ある程度の効果が得られていた。また、嚥下機能を考慮した食品の大きさや形態を変えて提供されたり、嚥下力はあるが食思低下の場合は日頃の「食」行動の観察を通し

て、個人に合わせて容器を変更したりすることもあった。

認知症入所者を考える時、Barrett-Connor ら (1996) の報告で、認知症と認知症でない入所者間での体重減少をみると、認知症入所者に体重減少は顕著であった。その理由について認知症者は食べること、満腹感および空腹感の認知に欠けること、その他として加齢や抑うつ等の精神的側面、またその他の病気との関連性等の要因が考えられた。よって、本研究でも認知症入所者の体重減少に絞った。

個別ケアは、上述したように比較的“摂取力”に焦点化した栄養管理であった。反面、各施設の環境的問題としてマンパワー不足による整備不足や入所者の「食」を楽しむや満足感という内面に視点を向けたケア不足を介護職員は認知していた。そのような問題において、メニューは入所者の育った時代背景や地域文化の配慮が少なく、入所者の嗜好に関係なく栄養学的視点でメニューが決定されていた。馴染み深い味覚を無視したメニューも入所者の内面性に向けたケア不足の一環であった。

体重減少のリスク要因において、Keller ら (2006) は自立との関連を指摘した。セルフケアの 1 つである摂取能力のある入所者は体重減少を起こさないことを明らかにしている。その一方で、環境との関連において、適切な環境での食事は、消化機能にも影響を与えていることを報告している。本研究において、介護職員は前述の結果を経験に基づいてすでに認知していた。そのため、最後まで自立にこだわり、食事時には BGM を流したり、定期的に外食やバイキングによって「食」の楽しさを満喫できる方法を選択した。また、Carrier ら (2006) の報告では、体重減少のリスク要因として、嚥下障害、歯喪失、補助具使用の困難、不適切な姿勢等を挙げていたが、本研究でも加齢、嚥下障害、慢性疾患、地震等の心理社会的要因、メニューの固定化等が介護職員によって挙げられた。嚥下機能は加齢との関連における Carrier らの述べる歯喪失や唾液分泌の低下等も含めて重要であった。また食思向上にはメニューの固定化ではなく自律性のある選択肢のあるものが理想であるが、日本の介護保険施設においてこのようなサービスシステムは非現実的であった。しかし、工夫次第で選択可能なサービスを今後の検討課題とし

たいし、現在で定期的にバイキングや外食のサービスを実施している施設もあった。さらに、手指の機能低下等に対応して食器の蓋やストローがパッケージされているものはストローを外して配膳したり、個人の食器で食事をしてもらう等の配慮で家庭的雰囲気の中で「食」を楽しむことが可能になると考えられている。これらのサービスはほとんどの施設で実施されており、今できる環境整備の一つでもあった。今後環境との相互作用としてより心理的な満足感や楽しみにつながるサービスを充実させていく必要がある。本研究において、Carrier らが提唱するメニューの選択システム以外はすべて達成されていた。

食思のない人の cues (手がかり) において、今は食べたくないが、いつだったら食べられるか、どこでどのようにすれば食べられるか、その時どのようなサインを表すのか等を毎日のケアの中で探した。ある介護職員は入所者の Cues (手がかり) がわからず、何をすればよいかわからない時の手順として、先ず時間をずらす、分食する、またはおやつを提供するなどの方法で実施した。そして、最後の手段として食介をしたと述べた。個々の方法で何が有効かを見極めようとしたが、最初から食介へと進まず入所者の自立優先のケアを実施していたことがわかった。Lynn&Childness (1983) は、食介は愛のシンボルであると述べているように、愛情を基本としたフィーディングは、入所者-介護者の 1 対 1 の人間関係で成立していた。そこで介護職員と入所者間の関係が確立されてないと失敗し、介護職員の自責の念を引き起こしていた。少なくとも、器械的なフィーディングでは食介の意味がないことを意味していた。しかし、このような食介は入所者の重度化や時間的制約のためかなり困難を極めている現状があった。また、認知症の進行に伴い、手掴みやこぼす等の食事のマナーに変化を起こす入所者もいた。そのような入所者に対して、介護職員は“食べることは嚥下機能のみならず、消化・吸収機能も維持でき、病気や寝たきり予防に繋がる”と述べたように、マナーより機能重視を優先した。「食べる」ことは、口腔機能や脳の活性化にも繋がるため認知症入所者の自立においても意義のある行為であることから入所者のニーズに沿って行われていたと考えられる。

ケアにおいて、“食べたくない人になぜ食べることを

強要しなければいけないのか”、“嫌いな食事をなぜ食べさせなければいけないのか”という疑問と“食べなければダウンヒルで直ぐに衰退し寝たきりになる”という介護職員の使命感の間でジレンマがおきた。このジレンマは、施設内での“暗黙のルール”としての摂取量へのこだわりがケアを画一化し、結果として個別ケアと相反することと食介がルーティン化した仕事の一部になっていて、単なる技術的なケアに変わっていることによるものだった。よって、再度個別ケアを再考しなければいけない提起にもなっていた。このようなかなりの割合でルーティン化したケアは、個別ケアの中に隠れているが、入所者不在の愛のない仕事業務になることを危惧する。

以上から、介護施設における「食」環境の改善を鑑みて、2005 年に介護保険制度の見直し後に新たに創設された地域密着型小規模多機能型サービスにおいて、軽症な高齢者はより自由にサービスの選択ができるようになった。このサービスをうまく利用することで施設の規制から解放され「食」の選択等もより自由になり「食」の課題も克服できる時代の到来が予想される。

その他、施設のケアシステムは、仕事の割り当て制から受け持ち制へ移行しているが、その中でまだ一部割り当て制(ルーティン化した仕事)が現存していた。しかし、完全に受け持ち制になれば個別ケアの確立に繋がるだろうと考える。そのための介護職員の増員とケアの質の確保も今後の課題になっていだろう。本研究で、「食」のケアを通して施設におけるいくつかの問題点を抽出したが、それ以上に介護者が入所者への関心と積極的な介入で、介護ケアの特徴である生活に根ざした個別ケアが創出されていた。このように個々の介護職員の「食」の介入を通して、個別に入り込み、看護師より強く表れる主観的ケアおよび客観性の両面のケアは、とりもなおさず認知症入所者の well-being の生活維持の基本的ケアであった。

表2 介護保険施設におけるケア介入プロセス

プロセス	内 容
Phase 1	<p>入所者の観察を通して cues の気づき <u>Cues の見つけ方</u> 1. 入所者の立場で考える 2. 気づき+感（入所者の癖・声のトーン・仕草・表情・関心・言語等を観察し、そこに意味を見つける） 例) 普通のトレイの食事は拒否するが、同じ食事内容を弁当箱に入れて提供すると興味を示すのを見て 弁当箱に入れて配膳する 【検討】 チームカンファレンスにて 入所者の示すサインから意味を見つける → 入所者の癖、特徴、性格等の知り得る知識と統合し、解決策を見出す</p>
Phase 2	得られた解決策を実践し、その効果を見つけ、評価、ケアの修正を繰り返す。
Phase 3	効果的なケアは一般化させて他者に用いる（一部ルーティン化）

VI. まとめ

認知症入所者への「食」の介入において、介護職員
 の認知症入所者が出す cues の気づきから始まるケアプ
 ロセスを通して、個々の入所者の特徴に適合した個別
 ケアを展開していた。個別ケアに関わる身体的、情緒
 的、そして環境的要因が相互に関連していた。

1. 介護保険施設における体重減少がある認知症入所者への介護職員の「食」への介入において、4つのカテゴリと16のサブカテゴリを発見した。
2. 介護職員のケアプロセスは、体重減少というテーマを自分に置き換えて、認知症入所者の言動を解釈し、cues の気づきから始まり、個別ケアへと発展させた。一方で、実践経験から得た知識やデータを統合し、環境との相互作用を含めた個別ケアへ発展させ、評価した。
3. 介護職員の個別ケアを通して、限界、ジレンマ、ルーティン化の3つの課題があった。介入の限界は、マンパワー不足やメニューの固定化であった。ジレンマは、体重減少のある入所者の家族の協働にて“できる家族”と“できない家族”の間で入所者への不公平感があった。また、施設の“暗黙のルール”により摂取量優先のケア方針への疑問に対する適切な解決策がないこともジレンマを助長させた。そのことは介護職員の強い使命感から生じたものであった。ルーティン化は徐々に入所者の無関心へ導き、器械的作業になりやすいリスクを潜在的にもつ傾向があった。

4. 体重減少へのケアは、嚥下機能や栄養管理に焦点化した摂取力への偏重した個別ケアであった。
5. 認知症入所者の理解において、入所者が何を感じているか、食べたいのか、食べたくないのか、何が嫌なのかという入所者の感情を主に感知したものであり、そこから個々の入所者の cues を感じ、気づいたもので、関わりと関心がなければ明らかにはならないものであり、かつその気づきは介護職員の長期の体験に基づく感であった。
6. 介護職員と他職種との関係は、信頼関係で構築され、かつ円滑な連携が取れ、チームワークとして機能していた。また、家族との関係も信頼関係が存在し積極的な協力を得られていた。このような家族は、入所者と食事で結びつきを強化し、入所者にとって掛け替えのない心理・精神的サポートであった。
7. 栄養管理において食事時のラウンドは、機能障害の有無、マナー、摂取量、コミュニケーション等の大きなデータとなり、ケアへフィードバックさせていた。
8. 体重減少の定義は、どの施設でも一定基準を設けて判断基準にしていたが、1ヶ月1~5kgの範囲であった。また、栄養補充の定義は、カロリーか高蛋白質の補充を目的としていた。いずれも補助食品が使われていたが、基本的には別料金で対処され、一定の効果はあった。
9. 体重減少のリスク要因には入所者の依存との関連があった。また、加齢要因としては、嚥下機能の低

下、環境要因においては、楽しく食べることをコンセプトに個々のケアを提供されていたが、介護職員間では限界を感じていた。その他の環境要因として、メニューの固定化やメニューの入所者の時代背景や地域文化の配慮不足を認知していた。

VII. 引用文献

- 1) <http://www.jarc.net> (要介護認知症高齢者の推計, 2012, 11月)
- 2) <http://www.go.jp/shingi> (認知症高齢者の現状, 2013, 9月)
- 3) 青葉安里: 老年期痴呆の治療と看護, 1, 南江堂, 東京, 2002
- 4) Elaine J. Amella, Alicia P. Grant, and Cathy Mulloy: Eating behavior in persons with moderate to late-stage dementia: Assessment and Interventions, Journal of American Psychiatric Nurses Association, vol.13(6), 360-367, 2008
- 5) Elizabeth Barrett-Connor, Sharon L. Edelstein, Jody Corey-Bloom et al: Weight loss precedes dementia in Community-Dwelling older adults, Clinical Investigation, vol.44(10), 1147-1152, 1996
- 6) Elizabeth R. A. Beattie, and Donna L. Algase: Improving table-sitting behavior of wander-ers via theoretic substruction, Journal of Gerontological Nursing, 6-11, 2002
- 7) Elsy Athlin, Astrid Norberg, and Kenneth Asplund: Caregivers' perceptions and interpretations of severely demented patients during feeding in a task assignment system, Scand Journal of Science, vol.4(4), 147-155, 1990
- 8) Eula Boylston, Cass Ryan, Carla Brown, and Beth Westfall: Preventing precipitous weight loss in demented patients by altering food texture, Journal of Nutrition for the elderly, vol.15(3), 43-48, 1996
- 9) Helen Payettel: Nutrition as a determinant of functional autonomy and quality of life in aging, Canadian Journal of physiology and pharmacology, vol.83(11), 1061-70, 2005
- 10) Heather H. Keller, Amie Gibbs-Wand, Janis Randall-Sympson, et al: Meal rounds: An essential aspect of quality nutrition services in long-term care, JAMDA, 40-44, 2006
- 11) Heather H. Keller, Amie Gibbs, Lynn D. Boudreau, Richard Goy et al: Prevention of weight loss in dementia with comprehensive nutritional treatment, Journal of the American Geriatrics Society, vol.51(7), 945-951, 2003
- 12) Joan C. Chang, Thomas E. Finucane, Colleen Christmas, et al: Nutrition and involuntary weight loss: a pilot study of an educational intervention for nursing home surveyors, JAMDA, 111-114, 2006
- 13) 川島みどり: 老年看護学, 151, 看護の科学社, 東京, 2010
- 14) Mary J. Dyck, and Julie Raeder Schumacher: Evidence-based practices for the prevention of weight loss in nursing home residents, Journal of Gerontological Nursing, vol.37(3), 22-32, 2011
- 15) 南裕子(監修), 操華子, 森岡崇他: 質的研究の基礎: グランデッドセオリーの技法と手順, 医学書院, 東京, 1999
- 16) 松木光子(編集), 赤林朗, 浅野遼二他: 看護倫理学, 123, スーヴェルヒロカワ, 東京, 2011
- 17) Natalie Carrier, Gale E. West, and Denise Ouellet: Cogitively impaired residents' risk of malnutrition is influenced by foodservice factors in long-term care, Journal of nutrition for the elderly, vol.25(3/4), 73-87, 2006
- 18) Poulsen, I, Rahm Hallberg, M: Nutritional status and associated factors on geriatric admission, The Journal of nutrition, health & aging, vol.10(2), 84-90, 2006
- 19) Susan E. Slaughter, Debra Morgan, and Neil Drummond: Functional transitions of nursing home residents with middle-stage dementia, Journal of gerontological Nursing, vol.37(5), 50-59, 2011
- 20) Stajkovic Svetain, Elizabeth M. Altken, et al: Unintentional weight loss in older adults, Journal of Canadian Medical Association, vol.183(4), 443-449, 2011