

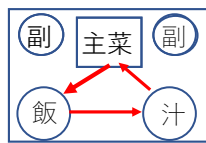
5-4. 認知症の進行と食事の食べ方の変化

アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症は別項で詳しくお話ししますが、いずれの認知症も変性疾患と言われ、認知機能の低下はゆっくりですが確実に進行していきます。

この過程では食べ方に共通する特徴がみられます。私たちは普通、三角食いという食べ方で食事をしています。主菜を食べたらご飯を食べ、みそ汁を飲み、また主菜を食べるという具合でお膳全体を見渡し（認知し）て食べていきます。（図）

認知症の進行と食べ方の変化

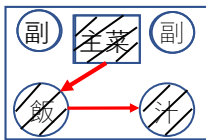
三角食い



普通の食べかた
主菜→飯→汁→主菜

注意・集中の障害が進行

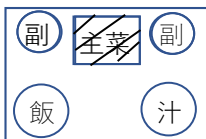
1品食い



1皿を食べ終わると、次の皿に移動してそれを食べる
食べ終わると次の皿に移動する

- ・皿を入れ替える
- ・次の皿を勧める、促すなどの介助が必要になる

1品しか食べない



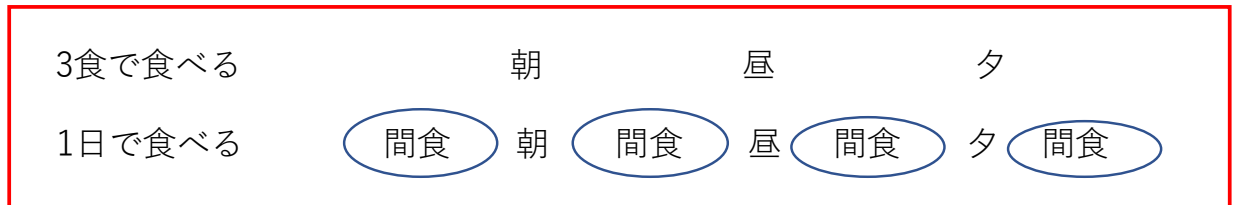
1皿しか食べないで食べることをやめてしまう

途中で席を立っていなくなる

- ・どんぶり、ワンプレートで提供する
- ・戻ってくるまで下膳しないで待つ
- ・立ったまま介助を行う

ところが認知症が進行すると注意が全体に向かず、一部にしか向かなくなります。この段階になると、1品ずつ食べるようになります。たとえば主菜を全部食べ終わると次に茶碗をもってご飯を全部食べます。そして次というように1品ずつ食べます。この段階では皿を入れ替える、他のものを進めるといった介助が必要になります。そして認知機能低下がさらに進行すると食べている途中で箸が止まったり、そのまま食べることをやめてしまったり、席を立ってどこかに行ってしまうといった行動がみられます。さらに進むと1品しか食べないということも起こります。このような状態では席を立ったら戻ってくるまで待つとか、どんぶりやワンプレートにして食事を提供し注意を向けなければいけないところを極力少なくします。また『座る』ということができない、しない人も出てきます。この時には座って食べることにこだわらず、立ったまま歩きながら食事を介助することも必要になります。手に持つことで、食べ物を口に運ぶ人もいるので、おにぎりやサンドイッチ、バナナなどの果物といった手に持てる食べ物をチョイスすることも必要です。

食事と必要カロリー摂取の考え方



一度に集中して食べられる量が少なくなる

⇒ 食べる回数を増やす = **小分け頻回食**

さらにこの段階では急な体重減少、栄養成分の低下がみられるようになります。1回のお食事に集中できる時間が短くなるので1日3食、朝・昼・夕で必要エネルギーを摂取することができなくなります。そこで1回に集中できる時間に合わせて、間食を何度も入れ、1回の必要エネルギーを摂取するようにします。しょうわではこれを小分け頻回食と呼びます。小分け頻回食で提供する食べ物は食べきれず残ったおかずでもいいし、おにぎりやサンドイッチ、果物、菓子類、ジュース類、何でも構いません。食べてくれれば、口に入れてくれればなんでも構いません。

下手に制限をして、
「食べさせてあげなかった」と後悔しないために
好きな時に、好きなものを、好きなように 食べさせる

間食は、お菓子、果物、ジュースなど何でもいい
本人が食べてくれるものを提供する
ちなみに栄養など考える段階ではない
間食は一口二口で食べられるサイズのもの
手に持てるもので、なるべく自分で食べるように援助する



さらに進行すると全介助となる

口に食べ物を入れても、食べ物と認識できなくなる
咀嚼しない、飲み込まない 舌で吐き出す
口を開かない
衰弱
死

この経過の中で、失行（今までできていたことができなくなる）がみられるようになります。1品食いが進行していく間に、箸の使い方がわからなくなり、1品しか食べなくなるころには、スプーンやフォークしか使えなくなります。さらに進行するとそれもできなくなり、手づかみでたべるようになります。また、皿をなめたりするようになります。日常生活でも服が着られない、体が洗えない、トイレの後始末ができない、尿・便失禁するというようにできないことが増えていきます。（図）

しょうわでは糖尿病や腎臓病などの病気を持った方でも食事制限をほとんど行いません。本人や家族が『どうしても』と制限を希望するときには、可能な範囲で制限を行うこともあります。そもそも制限食というものは提供していません。

病院や一般的な介護施設では当たり前のように制限をするのになぜしょうわではしないのか。「それで健康管理ができるのか」と疑問をもたれる方も多いと思います。

開設当初は制限食にも対応していましたが、日々利用者を見ていく中で、だんだん制限していくことがばかばかしく、空しく思えてきました。

人には必ず寿命があります。私たちの前にいる利用者の方々は人生の終末に近づき、また介護が必要になる基礎的な病気があります。糖尿病や高血圧など内科的な病気をベースに脳梗塞や脳出血になられた方、認知症の方、骨粗しょう症で骨折された方、このような利用者に残りの人生も我慢をしてその先に何か楽しいことがあるのか。と考えてみてください。もしかしたら明日突然亡くなるかもしれません。

悔いのない介護を行っていく上で、我慢は必要ないと思いました。「子供が小さくて成人するのを見るために、あと20年、30年生きていたい」と思う人生の先がまだ長い人と、目の前に人生の終わりが近づいている人ではおのずと医療や介護のやり方がかわってきます。我慢より、やりたいことを優先してもいいのではないかと思います。このため、しょうわでは食に対する制限を廃止しました。

認知症、特にアルツハイマー型認知症の方は食べたことを忘れて「食べていません」と日に何度も食事をしようとする方がいます。

しょうわで夕食を食べてから帰宅して、そこで他の家族が夕食を食べていると「わたしもまだ食べていません」という利用者がいます。このとき、家族の方は「食べさせていいのですか」「糖尿病になったりしませんか」などと心配され、食べさせないように色々と努力されます。

しかし認知機能低下は進行します。前述した三角食から1品食、1品しか食べない状態になります。そしてその先には口の中に食べ物が入っても食べ物と認識しない段階に入ります。介助で口に食べものを入れてもかまない、飲み込まないようにします。

こうなると繊維質は口の中に残り吐き出すようになります。だんだんそれ以外のものも吐き出すようになります。

このため舌と上顎でつぶすだけで飲み込める食形態の食事を提供します。喉の奥に食べ物を送りこまないで食べる姿勢はこの段階ではファーラー位（30度程度傾けた姿勢）にします。

さらに進行して、嚥下ステージでいうと先行期（食べ物と認識する 後述）の障害がみられるようになって口を開かなくなります。当然、口の中に入っても咀嚼しないし自らの意思で飲み込むことはしません。

この段階になると流動食を提供することになります。口を開かないので口角（口元）にドレッシングボトルや注射器のシリンジを入れて、言葉は悪いですが注入するようにします。このときも、ファーラー位のように傾けた状態で重力を利用して喉の奥に流れ込むように嚥下反射を起こさせて、飲み込みを行います。

一般的には咀嚼しない、飲み込まない段階で誤嚥やそれに続く肺炎を起こしやすくなります。また介助量も多くなっていくため胃ろうなど経管栄養の選択肢が家族に提示されます。

しかし認知症は進行性でさらに進むと呼びかけに反応なくなります。四肢の拘縮（関節が固まってしまう）も出てきて、進行していきます。母体の中の胎児の姿勢に近づいていきます。こうなると褥瘡（床ずれ）ができやすくなり、水分が十分とれず、脱水・発熱・尿路感染症や、誤嚥（誤って気管に唾液や胃液、食べ物などが入ってしまう）性肺炎を繰り返すといった状態になります。本人に苦しいかどうか確認することはできませんが、肺炎を起こし、繰り返し鼻や口から気管の手前までチューブを入れられ吸引されることは、傍からみていて苦痛以外のなにもものでもないだろうと思います。治療を行うことで改善し、日常生活を自分の意思で行えるようになるのならまだしも、寝たきりで手足が拘縮して、食事は味わうではなく反射で飲み込むという生活に戻るだけです。

胃ろうにすると口から食べるよりは確かに誤嚥する可能性は低くなりますが、誤嚥をしなくなるわけではありません。唾液や逆流した胃液を誤嚥することはしばしばあります。

このような状態に対して、どのように医療や介護を行うかを考える上で、私はこのような状態まで『どのような医療や介護をしてきたか』ということがその決定に大きな影響を与えたいと思います。

「食べていない」と言うときに笑ってもう1食、食べさせてあげたこと、手づかみで食べるのを「汚い」「礼儀が悪い」と止めるのではなく、「手づかみでも食べられた」と見守ること。誤嚥のリスク（危険）があっても「食べさせてあげた」という実感、このような満足感、思い出が持てる時、命を延ばす選択ではなく自然な経過にまかせるといふ選択肢を選べると私は思います。

食べ方についてお話してきましたが、人生の最期に向けて今からその選択肢が始まっていると思います。