

【研究報告】

## 看護師の認識による認知症の高齢者の食事拒否の構造と対応

眞鍋瑞穂<sup>1)</sup>, 讃井真理<sup>2)</sup>, 河野保子<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 人間環境大学松山看護学部高齢者看護領域

<sup>2)</sup> 広島文化学園大学看護学部

### 【要旨】

【目的】本研究は、看護師が認識する認知症の高齢者の食事拒否の構造を明らかにし、食事拒否への援助の手がかりを得ることを目的とした。【方法】研究の承諾を得た老人保健施設において、認知症の高齢者を看護する看護師50名に対し食事拒否の状況等に関する質問紙を配布し郵送で回収した。分析は質的統合法を用いた。【結果】食事拒否は、[失認・失行により食べるという行動発現の消失]、[介助者との親和感低下に起因する嫌という思い]、[自分の居場所であるという感覚の低下に起因する安心感の喪失]、[身体的な症状悪化に伴う生活意欲の減退]という4つの概念が[心身機能と見当識の低下に起因する食欲の減弱]に関連していた。【考察】看護師は認知症の高齢者が発信している食事拒否に関する心身・環境の状況に気づき、安心できる居住空間を整えること、認知症の高齢者の嫌な思いを回避する援助等の必要性が示唆された。

キーワード：認知症者の食事拒否、高齢者、看護師の対応

## I. 緒言

認知症は脳の器質的な障害により認知機能が低下した状態であり、中核症状（記憶障害、見当識障害、失語・失行・失認・実行機能障害、理解・判断力の障害）と、行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD と略、野原、2016）が発現する。BPSDは暴言、暴力、幻覚、妄想、興奮、徘徊、異食、弄便、失禁、ケアへの抵抗などがあり、その人が置かれている環境、人間関係、性格などが複雑に絡み合っ発症し、その現れ方は個人により異なるため、介護者が対応に困難をきたすことが多い。

小木曾ら（2013）は、介護老人保健施設のケア実践者が経験する認知症の高齢者の「拒薬、拒食、拒絶」などケアの拒否の現状は食事拒否が最も多いことを指摘した。また、認知症の高齢者への看護師の対応では、認知症の高齢者の不快感を軽減するケアが必要と報告している。しかし、介助者がケアの拒否の原因をどのようにアセスメントしてケアを実施したのかは不明である。

食事拒否は経口からの十分な食物摂取ができないことを意味しており、その結果、栄養状態の低下を招き、生命の危機にもつながってくる。荒木（2013）は体重減少やビタミンB群の摂取不足は、アルツハイマー病になっても認知機能低下の危険因子になると指摘している。食事拒否は生命の危機に関係すると共に、認知症を悪化させる原因にもなるので重要である。しかし、なぜ認知症の高齢者が食事拒否をするのか、その背景要因に対する看護師の認識についてはほとんど報告されていない。

本研究は、認知症の高齢者への食事援助の必要性から、援助をしている看護師を対象に、認知症の高齢者の食事拒否の背景要因を抽出し、その構造を明らかにすることにより、食事拒否に対する援助方法を構築する手掛かりを得ることを目的とした。

## II. 本研究における用語の定義

本研究では食事拒否を、食事の認識がなく食事をしない、あるいは食事の認識があっても食べ始めないなどの摂食開始困難、少しでも食べて途中で立ち去るなどの摂食中断、一度口に入れた食べ物を吐き出すことや食べたという誤認識など、食事を拒否する食行動の障害と定義した。

## III. 方法

### 1. 対象

老人保健施設で認知症の高齢者の看護経験を1年以上有し、同意・不同意欄にチェック後、投函をもって研究に同意の意思表示が得られた看護師50名である。

### 2. データ収集及び分析方法

データの収集方法：施設長および看護責任者に研究の趣旨と内容を口頭と書面で説明し、書面による承諾を得た。研究承諾の得られた7施設の看護責任者から看護師81名に研究依頼書とともに質問紙を配布してもらった。回答は無記名の自記式で実施し、管理者を介さず対象者から研究者への郵送で回収した。

調査内容：属性は年齢、性別、看護師経験年数、認知症

看護の経験年数、認知症教育受講経験の有無とした。経験した食事拒否の状況と、その原因及び対応などを約30分間以内で自由記述してもらった。

データ分析方法：食事拒否の状況と要因の分析は、山浦晴男（2016）の質的統合法を用いて行った。

（1）食事拒否の構造の分析：質的統合法は、現象に見られる要素を取捨することなく構造的に表すことができるとされ、本研究は認知症の食事拒否について看護師の認識を見出すことを目的としており、分析方法として適切であると考へた。具体的な分析手順は以下のとおりである。分析に当たっては、質的研究に経験豊かな研究者からラベルのグループ化、ラベルの表現、空間配置図による構造化についてスーパーバイズを受け、信頼性・妥当性の確保を図った。

①アンケート記述から、記述された言葉を可能な限り使用して単位化し、一文一意味の1枚の元ラベルを作成した。②ラベルを一面に広げて意味が同じ、あるいは似たラベルをグループ化し、内容を凝縮した表現で新たなラベルを作成した。最終的に6個以下のラベルになるよう、この段階を繰り返した。③最終ラベルのラベル間の関係性を記号で示して空間配置図を作成した。④各最終ラベルの性質を表す[シンボルマーク]を付し、空間配置図から全体の構造を文章化した。

#### （2）看護師の対応の分析

自由記述の回答から食事拒否への対応、ケア内容、その方向性に関する記述を抽出し、それぞれ（1）で得られた食事拒否の構造ごとに分類した。

### 3. 倫理的配慮

施設長および看護責任者に、研究目的、方法、人権と個人情報保護の保護、研究資料の取扱い等について文書と口頭で説明を行い、書面で承諾を得た。対象者には同意・不同意欄にチェックをしてもらったのち、投函をもって研究の同意とした。研究の参加・不参加は自由意志で行われることを、研究依頼書に記述した。本研究は広島文化学園大学看護学研究科倫理委員会の承認（承認番号：16012）を得て実施した。

## IV 結果

### 1. 対象者の属性

質問紙調査7施設の看護師81人のうち50人から回答を得た（回収率61.7%）。対象である看護師の平均年齢は $54.1 \pm 7.8$ 歳、性別は男性3名、女性47名であった。看護師の平均経験年数は $27.8 \pm 9.7$ 年、認知症看護の平均経験年数は $12.4 \pm 7.1$ 年、認知症教育を受講した経験は有りが17人、無しが30人、不明が3人であった。

### 2. 看護師が認識する認知症者の食事拒否の構造

看護師の自由記述を熟読し、ほとんど同一とみなした記

述を除外した一文一意味の1枚のラベルを47枚作成した。グループ化できなくなるまで5回のグループ編成を行い5枚の最終ラベルを抽出し、空間配置図を作成した。最終ラベルにはシンボルマークを付した。看護師が認識する認知症者の食事拒否の構造は図1に示した。以下、シンボルマークは[ ]、最終ラベルは〈 〉、それまでのラベルは< 〉、元ラベルは「 」で示した。

#### 1) 食事拒否の全体構造（図1）

食事拒否をなす要因は、[失認・失行により、食べるという行動発現の消失]、[介助者との親和感低下に起因する嫌という思い]、[自分の居場所であるという感覚の低下に起因する安心感の喪失]、[身体的な症状悪化に伴う生活意欲の減退]であり、これらが[心身機能と見当識の低下に起因する食欲の減弱]につながっていた。またそれぞれの最終ラベルの概念は、互いに影響しあう構造を成していた。以下に詳細を述べる。

#### 2) [失認・失行により食べるという行動発現の消失]

認知症の機能低下は、「認知症が進行して食べ物と理解できていない」、「口に入れるとベツと吐き出す」、「食器を重ねる動作を繰り返し、食事に集中できない」、「食べることを忘れる」、「そっぽを向く」、「手で払いのける」などで表され、<失認により食事を物として扱う>、<飲み込むことを忘れる>、<呑み込めずに吐き出す>などの行動を引き起こしていた。またそのことにより「口の中にため込み、飲み込まない」、「もういいと大声を上げ、不快反応を示す」、「20分以上たつと嘔む、飲み込む事に疲れて食べなくなる」など集中力の維持困難と疲れによって、嚥下・咀嚼運動が低下して口の中にため込むという特徴がみられた。食事拒否の要因の一つとして[失認・失行により食べるという行動発現の消失]が抽出された。

#### 3) [介助者との親和感低下に起因する嫌という思い]

認知症の高齢者には、「高度の認知症では、怒って口を開けない」、「何か嫌なことをされると思い、お膳をひっくり返す」、「落ち着きなく歩き出す」、「自力摂取を進めると食べたくないことをお腹いっぱい、今はいらぬといくつかの限られた言葉で拒否する」、「無理やり食べさせられる」、「自分のペースとは違うタイミングで、次々口の中へ物が運ばれることが嫌だ」など、<無理やり食べさせられる、嫌なことをされるという思い>を認識していた。また、「人によって、男女の好き嫌いで摂食状況が違う」や「介助者の口調によって食べたり食べなかったりする」ことも抽出された。食事拒否は<食べたくない時に、無理やり介助されることが嫌という思い、介助する人によって食べたり食べなかったりする>という、介助者との関係性から生じる[介助者との親和感低下に起因する嫌という思い]が要因のひとつであった。

#### 4) [心身機能と見当識の低下に起因する食欲の減弱]

食欲に関しては「気分によっては甘いものは食べることができる」、「食事量にむらがあり、嗜好にあった物だけ摂取する」、「間食は食べるが本来の食事は食べない」、「味覚異常がある」、「長年の施設生活で食事に飽きた」、「好き嫌いがあがり、おいしくない」など、〈好きな時に好きなものを食べたいが、嗜好にあっていない、味覚低下からおいしく感じられず、食事に対する不満がある〉。また「のどが痛い、通らない、と少量しか食べず、脱水になるからと飲み物をすすめると手で払う」、「誤嚥防止のためミキサー食であり、見た目が悪く、食が進まない」など、〈食事の形が見た目おいしくなさそうで食欲がわからない〉状況があった。さらに、「体調不良で食欲がないため、開口できない」、「摂取しようとせず手で払いのける」、「自ら動くことがないためことから空腹を感じていない」など、〈活動量が少ない、体調不良などにより空腹感や食欲がない〉状況も抽出された。このように、食事拒否は〈時間帯、好みの味や食べ物、見た目、味覚の変化、空腹感のなさなどから食べたいという気持ちが低下する〉ことによる「心身機能と見当識の低下に起因する食欲の減弱」が要因のひとつであった。

5) [自分の居場所であるという感覚の低下に起因する安心感の喪失]

施設で食事をすることにに関して、「家に帰るのでご飯はいらない」、「帰宅願望があり不穏状態」、「息子が帰ってくるから先に食事することはできない」という拒否や、「家族と一緒に食べたい」、「帰宅願望が強く、出口を求めて徘徊」、「すでに食べたのでいらない」と帰りたいという思いなど食事に集中できないための拒否があった。また、「入所に対し納得していない」、「自分が食べるのではなく、子供に食べさせたい」などを含めて〈帰宅願望があり、自分の居場所、家族の心配をする〉状況があった。また「毒が入っている、砂が入っている」などの思いと、「興奮が強く言葉も荒い」、「表情が険しい」、「他の人の話を（自分のことと）間違う」結果として、「他人に対して攻撃的、興奮状態が強く」なり、「妄想による対人拒否」、「毒が入っているとの食事拒否」などが起こっている状況が抽出された。さらに「食事のため席に座っていただくとするが応じない」、「介助するが席を立ち、その場から立ち去る」、「そわそわして落ち着きがない」、「他の事に気を取られている可能性がある」、「音などの刺激が強すぎる」など、〈食べることに気持ちが集中できない〉状況が抽出された。このように食事拒否には〈居住空間、その場の雰囲気、人などの環境により落ち着かず、安心できる居場所として感じられない〉という「自分の居場所であるという感覚の低下に起因する安心感の喪失」が存在した。

6) [身体的な症状悪化に伴う生活意欲の減退]

身体面に関して「便秘などで腹部膨満感があり、口まで運んでも振り払う」、「表情険しく言葉も乱暴になる」、「義

歯が合わなくなっている」、「強く勧めるとお膳を投げたり吐き出したりする」、「もともと食事量にむらがあった」、「発熱後に食事に対する拒否が極端になった」、「掻痒感が気になり、介助して口腔内に入れても吐き出す」など、〈身体の不調、苦痛などが食べられない原因となっている〉状況が抽出された。また、「食事時間になっても覚醒できず、目を開けようとせず、口をつぐんだまま」、「傾眠があり、返事はするがすぐに眠ってしまう」、「精神安定剤が効きすぎているのでは」、「薬は飲んでいるのに、食事は食べられない」、「薬の影響」、「抗うつ薬や認知症薬で食べなくなることがある」など、〈抗うつ薬や認知症治療薬などの影響で食事の時間帯に起きられない状態や食欲がなくなる〉というBPSD以外の薬剤との関連が抽出された。さらに「重篤感染症後の倦怠感による意欲低下から、食欲不振がある」、「生きることへの意欲低下」、〈疾患後の身体的症状などの影響から意欲が低下している〉状況があった。このように認知症の高齢者の食事拒否には〈薬の影響や疾患による身体的症状の急激な変化により生活する意欲減退となっている〉という「身体的な症状悪化に伴う生活意欲の減退」が存在した。

### 3. 看護師の食事拒否に対する対応

回答の自由記述から看護師の食事拒否への対応、ケア内容、ケアの方向性について35個の項目を抽出した。それぞれの項目について、前述した食事拒否の構造を参考に分類した結果、対応の項目すべてが5つの概念に含まれ、詳細は以下のとおりであった。

(1) [失認・失行により食べるという行動発現の消失] への看護師の対応

看護師は「食事の時間、食べ物であるということの説明」、「アイシング」、「口腔体操」、「声掛けをしながら、あわてずゆっくり介助」、「口腔内貯留物の除去」、「ジュースや甘い物を最初に食べさせ、食べるきっかけ作り」などを行っていた。

(2) [介助者との親和感低下に起因する嫌という思い] への看護師の対応

看護師は「時間をずらす」、「落ち着くまで待つ」、「無理強いしない」、「手や体に触れる」、「毎日声掛けによる関係作り」、「笑顔で優しく接する」、「人を変えて対応」、「ゆっくり話し、好きな歌を歌って楽しい気分にする」ことなどを行っていた。

(3) [心身機能と見当識の低下に起因する食欲の減弱] への看護師の対応

看護師は「食べやすい形態（おにぎりなど）にする」、「味付けの工夫」、「好物を家族に持ってきてもらう」、「時間をずらす」、「水分と食物を交互に介助」、「少量ずつ頻回に介助」、「前半自分のペースで好きなものを摂取してもらい後半に思い出話をしながらゆっくり介助」、「ジュースや甘い

物を最初に食べさせる（食べる気になることがある）」などを行っていた。

(4) [自分の居場所であるという感覚の低下に起因する安心感の喪失] への看護師の対応

看護師は「落ち着くまで待つ」、「否定をしない」、「ゆっくり話し、好きな歌を歌って楽しい気分にする」、「介助者が実際に食べてみせて、安心感を与える」、「別の容器に入れ替えて出す」、「徘徊に付き添い、休憩場所を提供」、「静かな場所に移動」などを行っていた。

(5) [身体的な症状悪化に伴う生活意欲の減退] への看護師の対応

看護師は「時間をずらす」、「気持ち落ち着くまで待つ」、「腹部症状や便秘、義歯の不具合など直面している症状への対処」、「睡眠導入剤などの内服薬の検討」、「少量ずつ頻回に介助」、「覚醒の促し（アイシング、声掛け）」を行っていた。

#### IV. 考察

認知症の高齢者の食事拒否は、看護師がケアに困難感を感じる行動・心理症状（BPSD）の一つである。本研究の結果、食事拒否の要因は [失認・失行により食べるという行動発現の消失]、[介助者との親和感低下に起因する嫌という思い]、[自分の居場所であるという感覚低下に起因する安心感の喪失]、[身体的な症状悪化に伴う生活意欲の減退]、[心身機能と見当識の低下に起因する食欲の減弱] という5つの概念が抽出された。以下に認知症の高齢者の食事拒否に対する看護師の認識の構造と、看護師の対応の現状から援助について考察する。

食事拒否の要因である [失認・失行により食べるという行動発現の消失]、[介助者との親和感低下に起因する嫌という思い]、[身体的な症状悪化に伴う生活意欲の減退] に対し看護師は、時間の工夫やその時の認知症の高齢者の状態に応じた臨機応変な対応を行っていた。なかでも [身体的な症状悪化に伴う生活意欲の減退] に対しては症状への対応を優先的に行い、[失認・失行により食べるという行動発現の消失] を助長しないような関わりを行い、[失認・失行により食べるという行動発現の消失] 以外の項目との悪循環を断つ介入を行っていた。

伊東ら(2010)は、認知症の高齢者の不同意メッセージ(意識的とはいえませんが、不安・混乱・落ち着きのなさ・あきらめを示す態度や言動)である<服従><謝罪><転嫁><遮断><憤懣>に気づき、『ケアの方向性を変更する』、『状況が変化するのを待つ』、『責任転嫁のための言い訳を提案する』ことができた場合に、BPSDへの移行を防ぐことができることを明らかにした。上述のように、看護師の食事拒否への対応は、状況の変化を待つために時間をずら

し、いろいろな方面からアセスメントシケアの変更を行っていた。このことは不同意メッセージに配慮した対応を取り入れ、食事拒否の予防や改善を試みることであるが、同時に身体面、心理面、環境面において認知症の高齢者が発信していることへの気づきが重要であることを示唆している。

[自分の居場所であるという感覚の低下に起因する安心感の喪失] では徘徊、被害妄想、音などの物理的環境が抽出された。物理的環境面において末広ら(2002)はアルツハイマー型の認知症の高齢者は、食事場面で、物音や人の動きという刺激により視線変化が生じ、援助者が言語誘導や身体誘導により、完全介助を行っても容易に食事に注意を集中できないことを指摘している。本研究の結果も、同様に、認知症の高齢者の行動が食事に注意を向かせる困難さを示しており、看護師は環境調整をしていた。また、[介助者との親和感低下に起因する嫌という思い] に対して、対人関係で援助者が認知症の高齢者の変化を察知し、個々の認知症の高齢者が落ち着ける援助者と交代するなど、毎日の声掛けや笑顔、やさしい対応による人間関係作り、楽しい気分になるような工夫をしていた。食事場面では援助者との人間関係が鍵となるため、認知症の高齢者が感じる [介助者との親和感低下に起因する嫌という思い] を回避する援助を考えていく必要がある。

帰宅願望は食事拒否の原因にもなっていた。柴尾(2016)は帰宅願望について、「居場所」、「落ち着きの得られる空間」、「自分らしさの表現」である過去の心の原風景と、「誰かの空間」、「自分の物ではない」、「違和感、疎外感」という現実の世界の違いが「自分の居場所」、「何かを探し続ける」、「生きることの意味」に示される魂のさまよいとして表出されている状態と述べている。そのため帰宅願望による食事拒否の場合、看護師は認知症の高齢者が安心できる空間作りをしていかなければならない。山田(2003)は、介助で行っていた移動や排泄などのセルフケア能力を引き出す介入により、自発摂食割合の改善があったことを報告している。今後、食事場面のみならず、生活全般から食事をとらえる視点で食事拒否に対する援助方法を深めていく必要があると考える。

#### V. 結論

認知症の高齢者の食事拒否の要因は [失認・失行により食べるという行動発現の消失]、[介助者との親和感低下に起因する嫌という思い]、[自分の居場所であるという感覚低下に起因する安心感の喪失]、[身体的な症状悪化に伴う生活意欲の減退]、[心身機能と見当識の低下に起因する食欲の減弱] という5つの概念から構成できた。看護師は、認知症の高齢者に内在化している食事拒否の要因に気づき、安心できる人的・物理的空間を提供することが重要である。

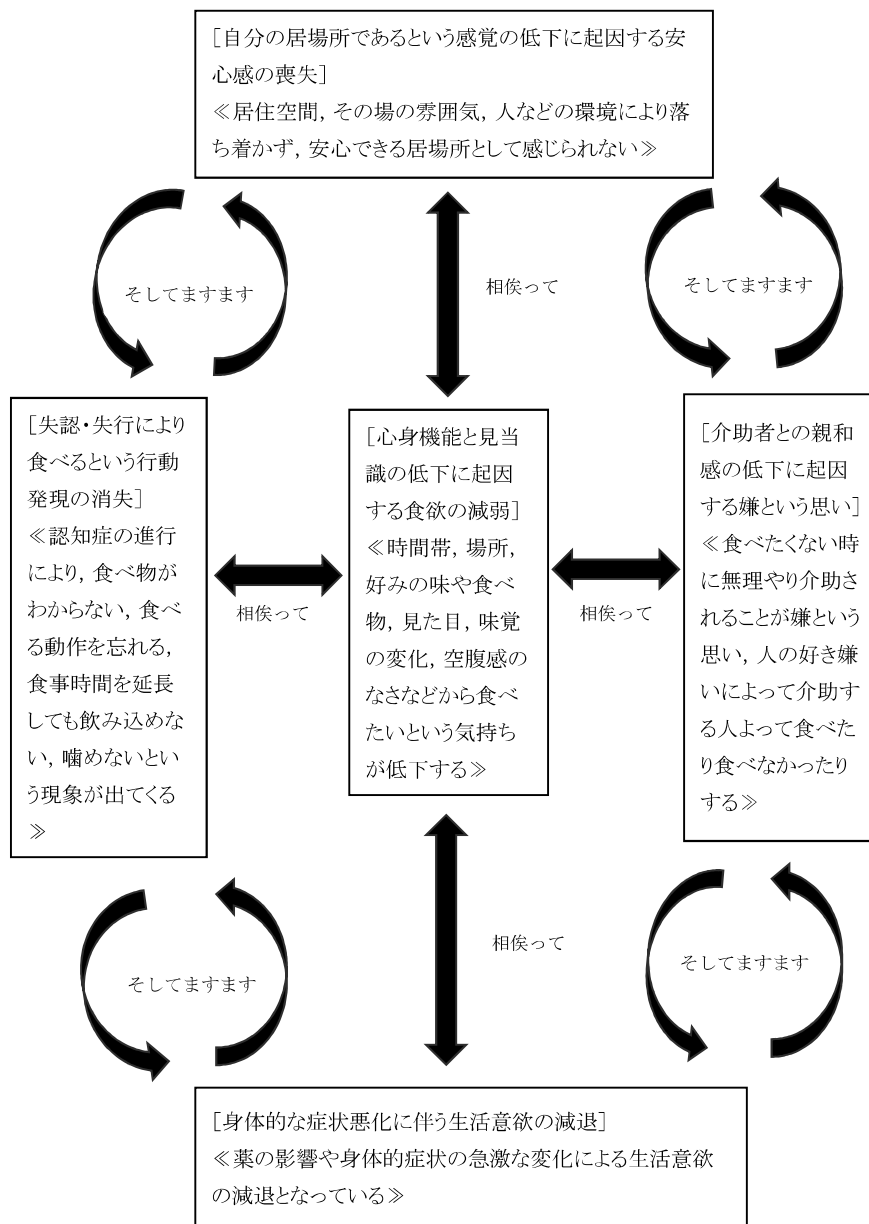


図1 食事拒否の構造

【謝辞】

本研究を進めるにあたりご理解、ご協力下さった施設、看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。本研究は、日本看護研究学会中国・四国地方 第31回学術集会で発表した一部に加筆・修正を加えた。

文 献

荒木厚 (2013). 講演 I 認知症と栄養状態. Geriatric Medicine, 51 (8), 826-832.  
 伊東美緒・宮本真巳・高橋龍太郎 (2011). 不同意メッセージへの気づき, 介護職員とのかかわりの中で出現する認知症の行動・心理症状の回避に向けたケア, 老年看護学, 15 (1), 5-12.  
 野原幹司 (2016). 認知症患者の摂食・嚥下リハビリテーション (16). 東京都: 南山堂.

小木曾加奈子, 平澤泰子, 安藤巴恵, 佐藤八千子 (2013). ケア実践者が認識する介護老人保健施設における認知症高齢者の「拒薬・拒食・拒絶」の現状. 老年看護学, 18 (1), 74-81.  
 柴尾啓二 (2016). 介護現場のリスクマネジメント. おはよう21 (66-67). 東京都: 中央法規出版.  
 末広理恵・三重野英子・マーナ豊澤英子・桶田俊光 (2002). 痴呆性高齢者の摂食困難尾状況をその影響要因 - ビデオ観察による分析 -. 老年看護学, 17 (1), 79-87.  
 山浦晴男 (2016). 質的統合法入門 考え方と手順, 東京都: 株式会社医学書院.  
 山田律子 (2003). 痴呆高齢者の摂食困難の改善見に向けた環境アレンジメントによる効果. 老年看護学, 7 (2), 57-69.

【付記】 本論文の研究内容における利益相反は存在しない。

**Abstract:** *The structure in a denial of dementia meal in elderly people and the correspondence of nurses on the subject.* Journal of Nursing Science in Human Life, 1:30-35 (2018) . Mizuho Manabe<sup>1)</sup> ,Mari Sanai<sup>2)</sup> and Yasuko Kawano<sup>3)</sup> (Gerontological Nursing Laboratory<sup>1)</sup> , Faculty of Nursing at Matsuyama Campus, University of Human Environments and School of Nursing<sup>2)</sup> Hiroshima Bunka Gakuen University).

We clarified the structure of refuse of eating and drinking in elderly people with dementia recognized by nurses, and proposed a clue for alleviating refuse of meals. We used a questionnaire concerning the situation of diet refuse. We examined 50 nurses at the Geriatric Health Facility, who were taking care of elderly people with dementia. All subjects consented to this research, and responded by mail. For analysis, we used a qualitative integration method. The refuse of eating consisted of the following items: [loss of action to eat with agnosia/apraxia], [feeling of dislike following the decrease in affinity with caregivers], [the depression of the sense of security which comes from the decline of feeling that it is a place of oneself] [weakness of living vitality due to deterioration of physical symptoms]. These were related to [attenuation of appetite which was affected by psychosomatic functions and disorientation], [loss of appetite which was affected by decrease in mental and physical functions and lowering of disorientation], respectively. These findings suggest that nurse should be noticed issues of the physical and mental conditions which were originated from elderly people with dementia. It seems that either the creation of a relieving space or the need for assistance may play an important role for avoiding the aversive feelings in elderly people with dementia.

**Key words:** Denial of dementia meal, Elderly people, Correspondence of nurse,