

## 独居生活を営む軽度痴呆老人の「食行動」 —安全を保つ観点から—

鹿内 あずさ\*

抄録：本研究の目的は、軽度痴呆を持ちながら在宅に暮らす独居老人の「食行動」の実際を、安全を保つ観点から明らかにすることである。対象者は、痴呆の程度が境界・軽度痴呆の独居老人である。対象者11名の痴呆の判定には、NMスケールを用いた。本研究では、「食行動」を「食物を入手してから調理、配膳して食べるまで」の一連の過程と捉えた。昼食時に観察を行い、本研究者が作成した10項目の食行動の安全性について分析した。痴呆の程度が進むに伴って「食行動」全ての安全性が減少するわけではなく、『食事摂取』と『食卓づくり』は安全が保ちやすい、『保存・廃棄』と『後片付け』は、『調理（ご飯炊き）』に比べて安全を保ちにくいことが明らかとなった。また、NM得点の低い対象者（38～33点）は、「自分独りでやっている行動」より、他者の関与によって安全に行動できるという特徴がみられた。これらの結果から、痴呆老人が独居生活を安全に継続するためには、「食行動」を一連の過程として広く捉えることと、痴呆の進行に伴う行動の実際を把握することの必要性が考察された。

キーワード：軽度痴呆、老人、独居、食行動、参加観察

### はじめに

わが国では、人口の高齢化に伴い独居老人の割合が増加している。1990年の痴呆性老人の推計は、約100万人で、2015年には262万人まで増加すると予想されている（国立社会保障・人口問題研究所）。厚生労働省は、介護予防という観点から生活支援事業としてのサービスを盛り込み、今後増加することが見込まれている痴呆老人に対する重点課題としてのこれからの取り組みのひとつとして介護サービス基盤の整備を謳っている<sup>1)</sup>。

痴呆性老人に対する研究は、1995年以降では質の高いケア開発を意図した研究が行われてきており<sup>2)</sup>、「食（食事）」に関する研究には、摂食困難に関する研究や摂食障害とケアのあり方に関する研究<sup>3)4)</sup>など、施設における痴呆性高齢者の摂食困難や摂食障害のアセスメントや食事の援助方法、ケアシステムについての研究がある。食環境やケアシステムを含む痴呆の進行した状態に伴う摂食困難や摂食障害への援助（摂取介助の方法・食形態・食器の配置・姿勢・体位）について具体的に明らかにされてきている。

独居老人の「食」に関する研究は、自立支援<sup>5)</sup>、軽度

痴呆老人の社会的交流を促進するための地域リハビリ事業の取り組み<sup>6)7)</sup>やアクティビティへのケア<sup>8)</sup>で一部報告されている。介護保険施行前後の在宅サービス（配食サービス・デイサービスや訪問看護）の利用や家族介護者への支援に関する研究は数多くあるが、地域に暮らす軽度痴呆を有する独居老人の食行動に焦点を当てた研究はまだ見当たらない。

### I 文献検討

#### 1. 痴呆性老人の食行動

痴呆性老人の「食」に関する先行研究では、痴呆性老人の摂食困難に関する研究<sup>3)~6)</sup>があり、老人病院入院中の痴呆性老人（中等度・高度・最高度）が自分で摂食する「自動摂食」の割合は痴呆の重度化に伴い減少する傾向にあることが明らかにされている。

痴呆症とは進行性に記憶障害をきたすさまざまな疾患を総称することばであり、症状の進行過程においては、食べる、着る、洗うなどといった日常生活の基本すらできなくなる疾患である<sup>11)</sup>が、痴呆性老人の「食べる」という行動は、初期のころは食事摂取に関する問題は比較的少なく<sup>12)</sup>、痴呆が進み日常生活に支障をきたすようになっても何とか自立できる<sup>13)</sup>とされている。痴呆の重度

\*看護学科実践基礎看護学講座

化に伴って摂食状態や摂食行動のアセスメントと適切なケアが必要となるが、痴呆が進行して記憶が損なわれ不確かになっても食事摂取動作に関しては、時間をかければ自分で食べられる場合が殆どである<sup>14)</sup>。痴呆の程度が中等症より進んだ状態でも「食」に関する行動は行える<sup>15)</sup>とされている。また、グループホームでは、家事関連動作である役割行動がみられ、生活の継続性や人間関係を維持しやすい<sup>16)</sup>ことが報告されている。

## 2. 独居老人の食行動

独居老人の「食」に関する研究に関しては、毎日の食事にどのように対処しているかについての聞き取り調査<sup>7)</sup>がある。対象者の中で痴呆を有する者は1名(女性)で、痴呆のない人との比較はされているが、食行動を食事摂取状況や購買行動等に限定している。老人の「食」に対する研究では、調査票を用いて生活行動と健康、食生活に関する意識、地域での生活の意識を調べたもの<sup>17)</sup>、食行動と主観的幸福感の視点から「食」の問題を明らかにするための質問紙による調査<sup>18)</sup>、食事満足度と食事満足度に影響する要因を明らかにするための質問紙調査<sup>19)</sup>がある。これらの研究では、対象者に痴呆老人を含んでいることが推測されるが、老人の世帯構成別・性別による比較以外に、痴呆であるかないかによって比較した研究報告はなかった。

## 3. 食行動の概念

中島<sup>20)</sup>は、“食事を「する」という食行動は、『食物を入手してから調理、配膳して食べるまでの一連の過程をさし、生産、加工、流通、献立、買い物、食品の選択と補充、管理、調理、食卓づくり、後片づけ、保存あるいは廃棄、そして食べる時間、共に食べる人数、健康、場所などに応じて量や調理方法、栄養価を考え、ふさわしい盛り付けをし、味わって食べるまでの一連の行動である』と述べている。更に、食事をする「身」への洞察には、3つの問題として、『移動と体力』『感覚、知覚』『知力』がある”と述べている。

すなわち、食行動の実際を明らかにしようとする場合には、食行動を買い物や調理・食事摂取のみならず、生産から食事摂取・保存と廃棄までの一連の行動として広く見ていくことが重要であると考えられる。

## 4. 痴呆を有する独居老人の在宅継続の可能性

軽度痴呆を有する独居老人が、在宅で生活を継続していくには、様々な条件が関与していることが推測される。しかし、痴呆性老人がどのような経過をたどるかは、疾患の種類、性質、年齢や全身状態、心理的社会的環境や介護条件、医療や福祉条件などに左右されるた

め、一概に述べることは大変困難である<sup>21)</sup>。記憶障害、失見当識→精神症状の多出→身体障害の複合→障害重度というように斬時進行する型と、長い間記憶障害と失見当識のレベルにとどまっているが、その間に他の合併症をおこして重度化する型とがある<sup>21)</sup>とされている。

痴呆を有する独居老人の在宅の継続に関してHarry<sup>11)</sup>は、「痴呆性老人がどんな状態になったら在宅生活の継続が無理になるかということについてはこれといった一定の原則はなく、食べるということは常識的な観点から生活環境をチェックして危険性を防ぐように対処されるならある程度は可能である」と述べている。痴呆性老人は判断力や注意力の低下に伴って安全を保つ能力が低下し、何が危険につながり、危険を回避するためにはどのような行動をとればいいのかを判断することができなくなる<sup>13)</sup>。そのため、痴呆性老人の「食べる」ことに関しては、摂食だけではなく食行動として広く見る必要があると考える。

痴呆の程度が中等症以上に進行している場合は、殆どは同居の家族がおり、食とセルフケアにおいて何らかの支援を受けて生活している。食行動において出来るところはたくさんあるが、失禁などをきっかけに一番出来る食生活にまで同居家族がサポートを行い過介護になっている状況では、セルフケア能力を排除してしまうことが問題になる。しかし、セルフケア能力は痴呆の進行に伴って一気に何も出来なくなる訳ではない。そのため、軽度痴呆老人が家族に引き取られずに独りで暮らしている場合、食行動が把握されていなければ、その後の経過を把握することや適切なサポートを受けることは、困難になる可能性があると考えられる。

以上のことから、軽度痴呆の独居老人の食行動について明らかにすることは、住み慣れた家での生活を願う痴呆老人の支援にも貢献すると考えるが、このような研究は見当たらない。

## II 研究目的

本研究の目的は、軽度痴呆を持ちながら在宅に暮らす独居老人の生活を構成する重要な要素である「食行動」について、安全を保つ観点から明らかにすることである。

## III 研究方法

### 1. 用語の操作的定義

本研究では、中島の食行動<sup>20)</sup>を参考に、「食行動」を『食物を入手してから調理、配膳して食べるまでの一連

の過程であり、生産、加工、流通、買い物、献立、調理、食卓づくり、食事摂取、後かたづけ、保存、廃棄までの一連の行動』と操作的に定義する。そして『食べる時間、共に食べる人数、場所などに応じて量や調理方法、栄養価を考え、ふさわしい盛り付けをし、味わって食べる』行動を含むものとする。

## 2. 対象者

本研究の対象者は、人口約2万人の北海道A町の市街地域で独居生活を営む軽度の痴呆老人11名である。軽度痴呆の判定については、NMスケール（N式老年者用精神状態尺度）<sup>22)</sup>を用いた。境界（47～43）・軽症痴呆（42～31）に該当する対象とした。

## 3. データ収集方法

1) 対象者が訪問日時を忘れて戸惑うことを避けるために、対象者によっては訪問日の前に3回以上にわたり、予約と確認に出向いた。

2) 対象者が安心して訪問を受け入れ、普段通り食行動をとれた時期、食卓を囲む際に本研究者の坐る席を用意してくれるなど、共に食べようという積極的な支持が得られた時期に観察をはじめた。

3) 事前に約束していた日時に訪問し、昼食の場面に同席し、食事を勧められた時に共に食べ、観察することによりデータを収集した。なお、訪問時には調査者は自分用のお弁当を持参した。

4) 観察を行う回数は、予約や確認などのための訪問を除いた、2～3回とした。

5) 食行動項目の内容（表1）について、昼食時とそれ以外の場面で観察することで把握した。食物を作る「生産」から「加工」「流通」や「保存・廃棄」に関する行動は、昼食の前後に観察した。昼食を共にする場面の観察は、「献立」「調理」「食卓づくり」「食事摂取」「後片づけ」で以下の(1)～(3)とした。

(1)調理・配膳の場面：①火の使い方を含む調理動作【使っている調理器具と使い方、献立、食材と調味料の使い方、台所から食卓への移動の仕方】②食卓にのっているもの【食卓の上に配膳されたもの、配膳の前からあるもの】

(2)食事摂取場面（食べ始め～食べ終わり）：①食事の時の姿勢【座る場所】②食器用具（箸やスプーンなど）の使用状況【使っている食器用具は何か、食器用具の使い方は慣れているか】③義歯装着の有無【義歯を使用の有無、義歯が合っているか】④咀嚼と嚥下の状況【良く噛んで食べている、漬物などを噛んでいるか、むせの有無】⑤食べ方【手前から食べるのか、一品づつ食べるのか、まんべんなく食べるのか、ゆっくり食べるのか】⑥

表1 食行動項目の内容

項目	内容
生産	近所の畑や庭先の畑で野菜等を作ること。
加工	採った山菜や作った野菜で漬物などをつくること。
流通	自分の食べ物を他者と交換する（もらう、あげる）こと。
献立	食事のメニューを考えて、決めること。
買い物	食材の選択、食材・食品・調味料等の補充管理。
調理	ご飯を炊くこと、考えた献立を料理すること。
食卓づくり	調理後に行う食べる前の準備行動。台所から料理や食品・必要な物品を食卓に準備すること。
食事摂取	準備行動後の食べる動作のこと。
後片づけ	食卓から食後の食器や残った料理をしまう、食器類を洗い食器棚などにしまうこと。
保存・廃棄	残った料理・食品に合ったしまい方をする、痛んだ食材・料理を捨てること。

摂取内容と量【全部食べたか、残したか】⑦食べ終わりまでの時間【食べるのに要した時間】⑧嗜好【味付けの好み】⑨表情と雰囲気【食事を楽しんで食べているか、話しかけて食べるか、黙々と食べるか】⑩話した内容【対象者のペースに合わせた会話の内容】

(3)食事終了後・後片付けの場面：食器等の後片付けの仕方【空いた食器を手で運ぶ、お盆で運ぶ等の片づけ方、残った料理の廃棄と保存の仕方、移し変えた器の清潔等】

6) 観察によって得られたデータは、訪問直後にフィールドノートに記述した。痴呆の判定は、行動観察式のNMスケール（N式老年者用精神状態尺度）<sup>22)</sup>を用いて、毎回の訪問時に観察、記述した。

7) 「食」以外の変数として、年齢、性別、NMスケール得点（以下、NM得点）、独居年数、外出状況（回数／週、外出先）、身体状況の外観、既往歴を加えて対象者の特性（表2）に示した。

なお、本研究の調査期間は、平成13年6月～8月の3カ月間である。

## 4. 分析方法

食行動の項目によっては、他者との交流を持ちながら行っている内容があり、その行動が安全であるかどうかを判断するために基準が必要である。「食事摂取」以外の項目について「自分だけで行っている食行動」と「他者の関与のある食行動」に分けて安全性の基準（表3）を作成した。それぞれの食行動の基準について、フィールドノートに記述した観察内容を、「安全」「やや安全」「やや危険」「危険」の4つに分類し、分析した。

## 5. 倫理的配慮

研究対象者に対しては研究者が書面と口頭によって研究の目的と参加方法を説明し、了解を得た。了解の得ら

表2 対象者の特性

	対象者	性別	年齢 (歳)	独居歴 (年)	NM スケール	外出状況 <sup>※1</sup>	既往歴	身体状況の外観
1	A	女性	79	39	47	毎日 (庭先等)	乳がん術後(3カ月前)定期受診中。	顔色不良。小柄でやや痩せあり。動作は緩やかだが、日常生活に支障はない様子。
2	B	男性	82	3	47	毎日 (庭先等)	両耳感音性難聴(身障 <sup>※2</sup> 6級)。両肘・下肢痛。	顔色良好。中肉中背。長い距離歩行・荷物を持つことが困難。
3	C	女性	75	3	47	毎日	脳梗塞後遺症。	顔色良好。右片麻痺軽度あるが、日常生活に支障なし。
4	D	女性	79	15	45	毎日	乳がん術後(5年前)定期受診なし。	顔色良好。背が高め・頬ふっくら・痩せなし。
5	E	女性	83	30	43	毎日	脊椎カリエスで入院(11年前)。心臓病で内服中	顔色良好。頬ふっくら・中背で痩せなし。
6	F	女性	94	20	42	毎日	鼻頭部腫瘍。両下肢・腰痛で定期受診。	顔色良好。小柄・痩せなし。
7	G	女性	79	1	41	毎日	白内障の術後(8カ月前)。糖尿病で定期受診・内服中。	顔色良好。全体的にふっくらとしている。
8	H	女性	77	3	39	毎日	くも膜下出血で入院(50歳頃)。現在受診なし。	顔色良好。中肉中背・頬ふっくらとしている。歩行等の動作早く、身体能力は高い。
9	I	男性	79	38	38	3日 (受診)	胃がん術後(30年前)。血圧不安定、体調不調で半年前入院。定期受診中。	顔色やや不良。大柄でやや痩せている。動作はゆっくり。
10	J	女性	85	30	35	毎日 (庭先等)	高血圧・虚血性心疾患で定期受診内服中。	顔色良好。中肉中背。
11	K	女性	88	32	33	毎日 (庭先等)	白内障で定期受診。咳嗽あり内科定期受診中。	顔色普通。大柄で全体的にふっくらしている。

※1 1週間の外出状況、( )内は主な外出先。

※2 身体障害者手帳の略。

れた場合のみ対象者の食事の場面へ同席させて頂き、対象者の都合によりいつでも中止できること、協力の有無は地域からのサービスに影響しないこと、得た情報は研究以外に使用せずプライバシーを保護することを説明した。

#### IV 研究結果

##### 1. 対象者の特性

対象者は、男性2名、女性9名の計11名である。年齢は男性79~82歳、女性75~94歳、独居歴は1年から39年であった。対象者の特性をNM得点の高い順番(A~K氏)に示した(表2)。痴呆の程度は、境界5名、軽症6名であった。疾病の有無に関しては、既往と現在の疾病を有した人が殆どであったが、H氏のみは現在の疾病はないと話し、不明であった。また、身体状況を外観したなかでは、食欲があまりない、または、お腹の調子が良くないと答えたA氏I氏の2名が痩せ型であった他は、殆ど人は痩せがないか頬がふっくらとしていた。

##### 2. 自分でやっている食行動の状況

食行動の状況についての結果を表に示した(表4)。

痴呆の程度が境界から軽症に(A氏からK氏へと)移行するにしたがって、“全部独りでやっている食行動”は少なくなり、“自分でもやっているが一部にサポート

を受けている食行動”と“行っていない食行動”の割合が増している。つまり、NM得点が低くなるにつれて全部独りでやっている食行動の項目が減っていた。

3名の対象者は、食行動の各項目について全部自分でやっていることが多く殆ど自立している。B氏は、両上肢の痛みにより買ったものを持ってないため、食品の選択や支払いは自立しているが、店への移動と荷物を運ぶという支援を娘から受けている。他の5名は、自分でも行っているが食行動に関して他者からの関与がある項目が多くなっている。その中でもG氏は、週末に食事を持ってくる娘の他には他者の関与を受けず、全部独りで行っているのが特徴的であった。独りで行っている項目が少ない3名では、C氏とG氏は娘が隣在し、実際の支援(他者の関与)は殆ど受けていないが日常の見守りを受けている状況であった。I氏は、食卓づくりや食後の後片づけは日によって自分で行わず、親しい女性による代行を受けていた。

食行動の項目別にみると、『献立』『調理』『食卓づくり』は他の項目に比べて自分で行うことが多い項目であった。『生産』『加工』『流通』全てを行っていない者は3名で、全て自分独りで行っている者はいなかった。

『生産』の項目では、対象者のうち4名が行い、行っていない人が7名であった。『生産』を行っている人のうち、F氏とG氏は全部自分で行っており(敷地内の畑で野菜を作る)、D氏とI氏は自分では行わず、他者が代行

表3 食行動の安全性の基準

食行動	自分だけで行っている場合	他者の関与がある場合
生産・加工	身体的に疲労がないこと、作ったものや加工したものを腐らせない、食べ頃のうちに食べること。	他者からの支援を受ける方法が精神的に負担となっていない、本人が納得する支援が得られていること。
流通	自分の考えで欲しい物と交換できること、あげたり貰ったりしている人と互いの和が保たれていること。	支援の方法が精神的に負担となっていない、本人が納得する支援が得られていること。
買い物	身体的に疲労がない、定期的に食材や食品を購入している、金銭管理ができる、時期や献立を考えて買い物ができること。	購入して欲しい食材や食品について関与している人に伝えることが出来る、支援の方法が精神的に負担となっていない、本人が納得する支援が得られていること。
食品の選択	献立に合った食品・食材を選ぶことができる、調理方法に合わせた食材を選べること。	献立や調理方法に合った食品・食材を選ぶことができる、食品や食材の選び方を支援する人に伝えることが出来る、支援の方法が精神的に負担となっていない、本人が納得する支援が得られていること。
調理	準備する動作や火の使い方を含む調理動作（使っている調理器具とその使い方、献立、食材と調味料の使い方）に危険を伴う動作がないこと、使っている鍋やザルなどが清潔である、物忘れのために危険な状態がないこと（例えば火の消し忘れ、鍋やヤカンの吹きこぼれがない）、電子レンジやオーブントースターなどの器具を使うことができる、簡単に作れるレトルト食品を状況によって取り入れること。	好みの料理や使用する食材や味付けについて、また自分が良いと思う調理方法をサポートしている人に伝えることができる、支援の方法が精神的に負担となっていない、本人が納得する支援が得られていること。
献立	栄養のバランスや消化の良いもの、食べたいメニューを考へること、旬の食材を使った料理を考へることができる、保存してある食材や食品を工夫してメニューを考へること。	栄養のバランスが良いものや消化の良いものについて自分の考えを関与する人に伝える、支援の方法が精神的に負担となっていない、本人が納得する支援が得られていること。
盛り付け	料理の量や料理にあった食器を選択して使うことができること。	料理にあった食器を選択し、サポートする人に伝えることが出来ること、サポートを受ける方法が精神的に負担となっていない、本人が納得する支援が得られていること。
食卓づくり	食卓の上に配膳されたもの、配膳の前からあるものなどが使い易い状態で置いている、安全な位置に置いていること。	食卓の上に配膳されたもの、配膳の前からあるものなどが、使い易く安全な位置に置くようサポートする人に伝えることが出来る、サポートを受ける方法が精神的に負担となっていないこと、本人が納得する支援が得られていること。
食事摂取	食事の時の姿勢や座る場所が安全である、箸やスプーンなどを食材に合わせて上手に使う、食欲がある、義歯が合っていて痛みがない、よく噛んで食べている、むせがなく飲み込みが良い、硬いものでも良く噛んで食べる、歯や口の中の状態を考慮して食べる、万遍なく食べる、ゆっくり食べる、十分な量を食へる（腹八分日や満腹に）、味付けの好み健康に悪いと考へられるものは制限できる（例：しょっぱいものが好き→味噌汁を飲む回数を減らし、漬物をたくさん食へないなど）、食事を楽しんで食へる表情と雰囲気がある、誰かと食事を共にする時は話しかけながら食へる、誰かと食へると「美味しい」「楽しい」と感じていること。	
後片づけ	移し変えた食器が清潔である、片づける動作が安全である、食器を洗う、洗った食器を清潔な場所に置くこと（物を使う）こと。	片付け方や食器などの洗い方などを支援する人に伝えることができる、支援の方法が精神的に負担となっていないこと、本人が納得する支援が得られていること。
保存・廃棄	数食分に分けて冷凍する、食べ残したものは冷蔵庫に保存できるなど、食品の管理のための判断ができること。	食べ残した食品・食材の管理の方法を考へて人に伝えることができる、支援の方法が精神的に負担となっていない、本人が納得する支援が得られていること。

していた。D氏は家政婦による支援を受け、I氏は自らの指導のもとで親しい女性による代行を受けていた。

『加工』の項目では、行っていない者は5名であったが、G氏とH氏は全部自分で行っており、D氏とE氏は一部他者の関与を受けていた（自分で漬物を作る時もあるが、D氏は家政婦にも作ってもらい、E氏はヘルパーにも時々作ってもらう）。

『流通』の項目では、行っていない者は7名であった。C氏とH氏は全部自分で行っており、I氏とK氏が一部に他者の関与を受けていた（I氏は親しい女性に指示し、作らせた野菜を友人が持ってきた魚と交換、K氏は娘の提案によって友人が持ってきた野菜や果物と自分の持っているものと交換）。

『献立』の項目は、他者による関与のある人を含めると全員が行っている。J氏は週5日（1日1回）の配食サービスにより、K氏は隣在の娘により代行を受けてい

た。D氏とE氏は、他者からの支援を受けていた。

『買い物』は、4名が全部自分で行っており、4名は独りでも行うが一部他者の関与があり（B氏は娘、D氏は家政婦、E氏はヘルパー、J氏は自分が頼んだ時だけはあるが隣在の義理の息子の妻）、3名は自分で行っていないが他者の関与による代行（F氏とK氏は隣在の娘、I氏は親しい女性）を受けていた。

『調理』は4名が独りで行っており、3名は主食の調理だけを独りで行い、F氏は副食の調理を時々自分でも行うが隣在の娘が代行し、I氏は親しい女性が一部代行、J氏は配食サービスを利用し、自分では行っていない。

『食卓づくり』の項目は、8名が全部独りで行い（H氏は日によってはやらない）、2名（EK氏）は独りで行うこともあるが一部他者の関与を受けていた（E氏は週5回のヘルパー訪問時、調理後に料理をテーブルに運ん

表4 行っている食行動

全部自分で行う◎

時々自分で行う・一部他者が関与○

行っていない×

対象者(NM)	項目	生産	加工	流通	献立	買い物	調理 (主・副食)	食卓づくり	食事摂取	後片づけ	保存・廃棄	関与している人・サービス:住んでいる地域
A (47)		×	×	×	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
B (47)		×	×	×	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	娘:隣のS市
C (47)		×	×	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	娘:隣在 <sup>*1</sup>
D (45)		×	○	×	○	○	○	◎	◎	○	○	家政婦:町内 妹:隣のS市
E (43)		×	○	×	○	○	○	○	◎	◎	○	ヘルパー:町内
F (42)		◎	○	×	◎	×	主◎副○	◎	◎	◎	◎	娘:隣在
G (41)		◎	◎	×	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	娘:隣のS市 <sup>*2</sup>
H (39)		×	◎	◎	◎	◎	○	◎ <sup>*3</sup>	◎	◎ <sup>*4</sup>	保◎・廃 ×	友人:近在
I (38)		×	×	○	◎	×	主◎副×	×	◎	×	×	親しい女性:近在
J (35)		×	×	×	×	○	主◎副×	◎	◎	◎	◎	配食サービス
K (33)		×	×	○	×	×	×	○	◎	×	×	娘:隣在

※1 実際のサポート(代行など)は殆どなく自分で行っているが、それとなく日常の見守りを受けている。

※2 実際のサポート(代行など)は殆どなく自分で行っているが、それとなく日常の見守りを受けている。

※3 日によってやらない日もある。

※4 日によってやらない日もある。

でもらう、食べやすい位置に自分で並べ替え、食事に必要な小皿などは自分で準備している。K氏は娘が料理をテーブルに並べ、食事に必要な箸や小皿は自分で台所の食器棚から持ってくる)。自分独りで行わず、他者による代行を受けているのは1名(I氏)であった。

『食事摂取』は、全ての対象者が独りで行っている。

『後片づけ』の項目は、8名が独りで行っており(ただし、H氏は日によってやらない時がある)、自分でも行うが一部に他者の関与があるのはD氏のみ、I氏とK氏の2名は自分では行わず、他者の代行があった。

『保存・廃棄』は、6名が全て独りで行っており、H氏は『保存』のみ自分で行っており、D氏は町内在住の家政婦、E氏はヘルパーにより時々一部を代行、I氏とK氏は自分では行わず、代行を受けていた。

全体を通して食行動の項目をみると、『食事摂取』は全員が独りで行き、『食卓づくり』『後片づけ』は、他の項目に比べて独りで行う者は8名と多い傾向にあった。

### 3. 個人別の食行動の特徴と安全性

ABC氏では各食行動を安全に行っていた。A氏は、よく食べる献立(煮付け)を数食分をまとめて作り、冷凍して、食べる際に電子レンジで解凍していた。練り製品などの加工食品を好んで食べ、いつもと同じもの(野菜や魚肉入り等)は買わないようにするなど、栄養に気を

つけていた。また、『保存』には冷凍庫をよく活用し、『廃棄』では調理や食事摂取後にできる生ごみを牛乳の空きパックに入れ、そのまま棄てられるように工夫していた。B氏は、毎朝味噌汁を作り、ご飯を炊いており、漬物はよく食べるため味噌汁の味付けを薄味にするように気をつけていた。買い物は娘の支援で定期的に行い、すぐに食べられる惣菜と保存が利く食品の両方を購入し、安価で美味しい食品・食材を選んで購入していた。C氏は、友人が持ってきた魚と自分が購入してきた様々な品と『交換』をよく行い、「昔からやっているの、一時期入院して出来なくなるかとも思ったけど、また以前のように出来て(交換や交流)嬉しい」と話していた。また、友人との交流だけではなく、隣在の娘からの声かけ(自分で何でもしなさいと励まされる)等のさり気ない日常の見守りもあって、食事中もテレビに向かって話しかけて笑うなど、活気が良い様子であった。

DEFH氏では、食事摂取は安全であるが、『加工』『食卓づくり』『後片づけ』『保存・廃棄』でやや危険な部分があった。D氏は、『加工』については、時々自分でも敷地内で採れた野菜(キュウリ)を漬物にしたりすること、『買い物』『食卓づくり』『食事摂取』は安全に出来ており、『加工』『献立』『調理』は家政婦による支援を受けてほぼ安全に出来ている。『後片づけ』は気が向いたらするか、ひとりの時にはしない。『保存・廃棄』では廃棄す

る食品の管理はサポートにより出来ていたが、冷蔵保存が必要な食品かどうかが分からなくなる、冷蔵庫に保存したものを忘れるなど、やや危険な行動があった。E氏は、『加工』『献立』『買い物』『食事摂取』『後片づけ』は安全にできていた。『加工』は自宅前の畑で採れた二十日大根を酢漬けにすることが出来ていた。『買い物』は一部ヘルパーによる支援で安全に出来ていた。『調理』は平日1回のデイサービスに行く日以外の5回をヘルパーの調理による支援を受けており、『保存・廃棄』ではいつ調理してもらった料理か忘れて分からなくなるため、腐ったものを食べないように毎日ヘルパーから声をかけてもらうことで安全に出来ていた。F氏は、『生産』『献立』『調理(主食)』『食卓づくり』『食事摂取』『後片づけ』『保存・廃棄』を安全に出来ていた。『献立』では、味噌汁に野菜(ジャガイモ)と卵を入れ、卵を半熟の状態にして食べており、「なんぼ年とってもねー、味噌汁くらいは作らないとねー、美味しいですよー」と話していた。『調理(副食)』では火(ガスコンロ)を使用し、時々鍋を焦がすと話していたが、火の管理への注意は出来ていた。また、自分で作るほかに娘が持参し、声がけなどの見守りを安全に出来ていた。H氏は、近所の友人の食べ物と自分が買って来た食材を『交換』出来ており、『献立』は、安くて新鮮な食材を見つけたり、『買い物』に行ってから考えて購入出来ていた。また、安くなった食パンやカップ麺などを購入し、食パンは2~3日で食べきる、カップ麺は食器棚への保存が出来ていた。『調理』は時々鍋を焦がすと話す、火の管理はほぼ安全に出来ていた。『加工』では作った山菜の漬物を作るが、食べごろの時期を忘れて腐らせるなど、やや危険な行動があった。また、『食卓づくり』では食卓は使用せず、食器を床に置いて食べていた。『後片づけ』は日によってやらない時もあり、食器を洗わずに次の食事に使用していた。『保存・廃棄』で生ものを保存する時は、冷蔵庫殆ど使用せず戸棚や蓋付の容器に入れ、忘れて腐らせ、そのまま置いてあり、やや危険な状況であった。なお、G氏は食事場面の観察は出来なかった。

IJK氏では、J氏の『買い物』に関してやや危険である他は支援を受けている内容が多いためか危険な項目はみられなかった。I氏は、『献立』を畑で採れた野菜や食べたい食材、購入した食材をもとに毎日考え、『調理(主食)』はもち米を加えて炊くなど美味しく食べる工夫が出来ており、寝る前に砥ぎ、毎朝時間を決めて炊くことが安全に出来ていた。『流通』では、古い友人が持ってくる魚と畑で採れた野菜を親しい女性に指示して交換し、『調理(副食)』『食卓づくり』『後片づけ』『保存・廃棄』を自分では行っていないが親しい女性に指導し代行を受けていた。J氏は、『調理(主食)』を配食サービスのな

い日(週末)には自分で炊くことが安全に出来ていた。『食卓づくり』『食事摂取』『後片づけ』『保存・廃棄』は、安全に出来ていたが、『買い物』に関しては、健康よりもお金(経済面)を優先し、やや危険な状況があった。K氏は、『交換』で友人との食べ物を貰ったりあげたり出来ていた。『食事摂取』は時々咳嗽があるものの飲み込み等は良かった。『調理』は娘が行い、『食卓づくり』の一部に関与を受けていたが、自分で使いやすい位置に置き換えて食べる等は危険なく出来ていた。娘が行っている『献立』『買い物』『後片づけ』『保存・廃棄』は、本人が納得して代行を受けていた。

行っている項目の中で、『食事摂取』『食卓づくり』『調理(ご飯炊き)』は安全に行っていた。『保存・廃棄』『後片づけ』は、安全に保ちにくかった。

## V 考 察

### 1. 痴呆の進行と食行動の安全性について

食行動の各項目別の安全性については、先行研究でも痴呆の程度が重度になっても食事を摂る(食事摂取)行動は保たれていることが多い<sup>14)</sup>と言われているように、本研究の対象者でも『食事摂取』に関しては、全ての対象者の安全は保たれていた。食事の場面では、本研究者に気遣いながらも自分のペースで話し、作った料理を勧める(ABDI氏)、自分以外が作ったものではあるが「一緒に食べようね」と料理を勧める(EFHJK氏)などの配慮と誰かと食事を共にすることを楽しむ雰囲気が感じられた。

痴呆の程度が進む程にどの食行動も同じように安全性が低下していく訳ではなく、特に痴呆が軽度のうちは、『食事摂取』は、他の食行動項目に比べ安全性が維持されていると言える。『調理(ご飯炊き)』と『食卓づくり』の安全性は、『後片づけ』『保存・廃棄』に比べて比較的維持されていると考えられた。また、『後片づけ』『保存・廃棄』の項目は、安全性の低下が早いようである。中谷ら<sup>7)</sup>も「軽度痴呆を有する対象者(1名)は、食事の準備や後片づけができないため、配食サービス(毎日、昼のみ)やヘルパー(週3回、夕食の調理のみ)を利用しているが、サービス提供時以外の食事を近在の家族(長女)のサポートを受けていた」と報告している。

痴呆性老人は判断力や注意力の低下に伴って安全を保つ能力が低下するため、何が危険につながり、危険を回避するためにはどのような行動をとればいいのかを判断することができなくなり<sup>15)</sup>、また、一般的に「動作性知能」は加齢とともに低下するが、言語性知能は比較的よく保たれる。しかし、痴呆性老人は「言語性知能」の

ダメージのほうが大きく、「動作性知能」は比較的維持されている<sup>14)</sup>と言われおり、本研究の結果では、『後片づけ』『保存・廃棄』『食事摂取』『食卓づくり』『ご飯炊き』に比べて、記憶力、判断力や注意力の低下が影響しやすい食行動であることが考察された。

痴呆の程度が進むと食行動の一部の安全性を保つことが困難になるが、近在の家族や近隣の支援や在宅ケア機関からの支援を受けながらも、高齢者が長い人生の間に培った様々な工夫と知恵が助けとなり、物忘れにもその人なりに対処して食行動の安全性が保たれていると考えられる。

本研究において食事場面に同席することによる参加観察の所要時間は1回1～3時間の場合が多く、食事場面を含む観察には時間を要した。また、対象地域であるA町は、冬が厳しく、夏期間と比べると冬季間の買い物や外出が大変困難な地域でもあった。対象者の住んでいる地区は市街地であり、いずれも歩いて10分程度でスーパーなどの食品店があった。対象者によってはシルバーカーを押して買い物や散歩に出かけており、冬期間は出かけにくいと思われる。今回の調査では、夏の過ごしやすい季節に訪問したため、冬季の状況の把握を加えた1年を通しての食行動の変化をみていくことも重要であると考えられる。

## 2. 痴呆の程度と独居生活の継続について

本研究では、痴呆症の診断を受けた人は1名（J氏）であったが、痴呆性老人の行動評価尺度であるNMスケール（N式老年者用精神状態尺度）<sup>22)</sup>で境界・軽症（得点47～31）の人を対象にしている。NMスケールは、見当識や記憶、会話などの知的機能のほかに、意欲、感情、日常生活能力も評価し、精神機能を幅広く捉えようとする尺度である。他のスケールで対象者をみると、柄澤式「老人知能の臨床判定基準」<sup>23)</sup>で「軽度」であり、痴呆性老人の日常生活自立度判定基準（厚生省）でも「Ⅰ～Ⅱ」であった。

独居継続の要因として、食行動の継続は特に重要である。痴呆性老人の「食べる」という行動は、痴呆が進み日常生活に支障をきたすようになってもなんとか自立でき<sup>13)</sup>、軽度痴呆の場合は食事についての問題が比較的少ない<sup>12)</sup>と言われているが、中島<sup>20)</sup>は、痴呆を有する独居老人の在宅生活の継続性について「発症時からどれくらいの期間、どのような経過をたどるかは、疾患の種類・性質・年齢や全身状態、心理的・社会的環境や介護条件、医療・福祉条件などに左右されるため、いちがいに述べることは大変困難である」と述べている。

本研究では、独居歴の長い人が多く、痴呆ゆえに障害された部分はあるものの、近隣の家族や友人、知人、在

宅ケアサービスの見守りを含むサポートでほぼ安全な食行動を継続していることが明らかになった。特に独居歴が長い人の場合は、痴呆ゆえの症状として出来ない部分や出来にくい部分が増えたとしても、自分なりの生活の積み重ねがあり、出来にくい部分を本人の納得する方法で食行動を含めてサポートが得られている場合はそれまでのような生活の継続が可能であると考えられる。ただし、独居老人の場合は近隣の人々が気づかないうちに徐々に痴呆が進行していく場合や基礎疾患の悪化により在宅生活の継続が困難になることも考慮される。

## 3. 研究方法の妥当性について

本研究では、昼食の場面に参加して観察を行い、本研究者が自分の分として弁当を持参して共に食事をとり、食事が対象者のペースで進むように配慮した。

佐藤<sup>24)</sup>は、「完全なる参加者・観察者としての参加者・参加者としての観察者・完全なる観察者」という4つのタイプを説明している。本研究者がとった方法のなかでの役割は、その4つのうちの「観察者としての参加者」にあたり、「観察者として対象者の食事の場面に参加した」ことに相当すると考える。軽度痴呆の独居老人が普段独りで食べている場に本研究者が居ることは、介入（バイヤス）になると推測されるが、バイヤスを最小限にするために、なるべく対象者の言動の妨げにならないように配慮した。厳密に独りで食べる場面とはならないという限界があるが、実際には訪問予約や訪問確認のために訪問日以外にも顔を合わせるようにした。対象者が本研究者を「私がいろいろ教えてあげている学生なのよ」と他の訪問者に伝えるようになり、その頃には傍に居ても自然な振る舞いになったことは普段の行動に近い状態であったと考える。

## VI 研究の限界と課題

本研究の対象者が居住する北海道A町は、冬季の寒さの厳しい地域である。今回データ収集した期間は、友人との行き来がしやすく、買い物などのための外出が容易な夏の季節であったため、1年を通しての食行動について明らかにされているとはいえない。寒冷地域の独居後期高齢者の外出行動<sup>25)</sup>でも季節の違いによる実態とニーズについても把握する必要が報告されており、「食行動」の季節変化を明らかにしていくことは、今後の課題である。

## VII 結 論

本研究では、軽度痴呆を有する独居老人が普段どのように食事をしているか、食材の購入、調理、配膳、摂



取、片づけなどの食行動について、安全を保つ観点から明らかにするために、昼食時に訪問し食事を共にしながら観察した。

1. 「食行動」は、痴呆の程度が進むに伴ってどの項目も同じように出来なくなっていくわけではなく、『食事摂取』と『食卓づくり』は殆どの対象者で安全が保たれていた。次に安全に保たれていたのは『調理（ご飯炊き）』であった。『保存・廃棄』と『後片付け』は、安全を保ちにくいことが明らかとなった。痴呆の程度が境界域から軽症へと進行すると食行動の一部は安全性を保つことが困難になり、「自分独りでやっている行動」より、他者の関与によって安全に行動できるという特徴があった。独りでやっている項目については、出来ている部分を維持させるサポートがある場合は安全を保っていた。

2. 軽度痴呆を有する独居老人の食行動の実際を把握するために、「生産」から「保存・廃棄」までの一連のプロセスとして食行動を広く捉え、安全性の基準を作成し、食事の場に同席して観察し、食行動を項目別に記述する方法を試みることは有用であった。

## 謝 辞

本研究は、平成13年度北海道医療大学看護福祉学研究科修士論文の一部を加筆、修正したものである。研究の構想から論文作成まで御指導を頂きました長野県立看護大学学長深山智代先生に深く感謝致します。

また、研究の対象者である北海道A町在住の独居高齢者の方々とその支援をされている御家族や近隣の方々、対象者と出会う際に助言をして下さった在宅ケア機関や自治体の保健福祉担当保健師の皆様の御協力に感謝いたします。特に、対象者の方々には、数回にわたり昼食を共にすることを快く承諾し、本研究者を傍らに居させて下さったことを心から感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 厚生省（監修）：厚生白書(12)新しい高齢者像を求めて、168-176, 2000.
- 2) 北川公子・萩野悦子・中島紀恵子：わが国における老年看護学研究の動向と今後の課題，看護研究，33(6)，27(467) - 37(477)，2000.
- 3) 伊佐マル・石綿文：痴呆性老人の拒食と失禁，Geriat Med, 23, 900-906, 1985.
- 4) 野口美和子・松本美穂・正木治恵：痴呆老人の食事摂取に関する研究—食行動パターンの分析から，第22回日本看護学会収録（老人看護），206 - 209, 1991.
- 5) 山田律子：痴呆性老人の摂食困難とケアのあり方に関する研究，老年看護学，2(1)，69-78, 1997.
- 6) 山田律子：痴呆の程度別「摂食リズムの乱れ」の特徴—作成したシートを用いて—，老年看護学，4(1)，73-82, 1999.
- 7) 中田千鶴子・石井八重子・野中和代・小林たつ子・川西恭子：一人暮らし高齢者の自立支援への検討—食行動をとおして—，日本在宅ケア学会誌 第5回日本在宅ケア学会講演集，4(2)，204-205, 2001.
- 8) 別所遊子他：痴呆性高齢者のための地域リハビリ教室活動における職種間の協働，第3回日本地域看護学会 学術集会講演集，49, 2000.
- 9) 別所遊子他：痴呆症高齢者のための地域リハビリ教室活動の成果評価の試み—保健・福祉専門職，研究者，ボランティアの協働に焦点をあてて—，日本地域看護学会誌，3(1)，138-141, 2001.
- 10) Harry, C., Nori, G., & James, W. 朝田隆（訳）：痴呆症のすべてに答える，医学書院，1999.
- 11) 沖田裕子・岡本玲子・中山貴美子：在宅痴呆高齢者へのアクティビティ導入までの看護介護職の判断と介入方法，日本在宅ケア学会誌，第5回日本在宅ケア学会講演集，4(2)，176-177, 2001.
- 12) 七田恵子・深谷安子・根岸茂登美：痴呆性老人の日常生活への援助，老年精神医学雑誌，11(1)，107-111, 2000.
- 13) 水野陽子（五島シズ・水野陽子 共著）：痴呆性老人の看護，医学書院，1998.
- 14) 柿崎光弘・末安民生・永田久美子（編著）：痴呆性老人グループホームケアの理念と技術—その人らしく最期まで，バオバブ社，1996.
- 15) 北村ゆり・真田順子・井上新平・上村直人：痴呆性老人グループホーム入居者の経過，老年精神医学雑誌，9(6)，701, 1998.
- 16) 神宝貴子・小田真由美・北園明江・山本桂子・渡辺文子：グループホームと介護老人保健施設における痴呆性高齢者の行動特性の比較，第21回日本看護科学学会 学術集会講演集，258, 2001.
- 17) 山本愛子・山口敦子・斎藤郁子：高齢者の食行動—地域での生活と意識から—，高齢者問題研究，15，17-24, 1999.
- 18) 白井英子・小川貴代・吉田礼維子・杉山佳子・山本愛子：在宅高齢者の「食」の生活行動と主観的幸福感，高齢者問題研究，16，51-62, 2000.
- 19) 足立蓉子：高齢者における食事満足度に及ぼす要

- 因, 栄養学雑誌, 46(6), 273-287, 1998.
- 20) 中島紀恵子: 生活の場から看護を考える—看護概念の転換への提起—, 医学書院, 1994.
- 21) 中島紀恵子 (大友英一・中島紀恵子・杉浦昌也・野口美和子編著): 改訂版 老人看護学, 真興交易医書出版部, 1992.
- 22) 小林敏子 (大塚俊男・本間昭監修): N式老年者用精神状態尺度 (NMスケール) 高齢者のための知的機能検査の手引き, ワールドプランニング, 81-86, 1991.
- 23) 柄澤昭秀 (大塚俊男・本間昭監修): 柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」高齢者のための知的機能検査の手引き, ワールドプランニング, 55-58, 1991.
- 24) 佐藤郁哉: フィールドワーク—書を持って街へ出よう, 新曜社, 1992.
- 25) Estina, E.T., & Neal, K.: Living Alone and Neighborhood Characteristics as Predictors of Social Support in Late Life, *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*, 53B(6), S354-S364, 1998.
- 26) 工藤禎子他: 寒冷広域地域における1人暮らし高齢者の外出行動, 保健婦雑誌, 55(6), 506-513, 1999.

# Eating behaviors among elderly persons with mild dementia —analysis of the safety of living alone—

Azusa Shikanai\*

**Abstract :** The purpose of this study is to evaluate the safety of different eating behaviors. The subjects chosen for the study were mildly demented elderly people living alone. Eleven subjects screened, using the NM scale, for the severity of their dementia. In this study, eating behavior was defined as a series of processes of “obtaining food, cooking, serving and eating”. These processes were investigated by observing the subjects at lunch time, and rating the safety of their eating on 10 behaviors previously chosen by the researcher. It was found that not every “eating behavior” decreased in safety as dementia advanced. “Food intake” and “table-setting” remained safe regardless of dementia level. With increasing dementia the safety of “food preservation” and “food discarding” decreased more than the safety of “coking”. Furthermore, subjects of lower dementia (38~33 on the NM scale) were safer performing behaviors in which other take part than in “behaviors done by themselves”. These results suggested that understanding “eating behavior” as a series of processes was important, and detecting how much a little different eating behavior are actually affected by level of dementia. In conclusion, knowing how much different eating behaviors are affected by different severity of dementia, was found to be important to allow the elderly with dementia to safely live alone.

**Key words :** mild dementia, elderly, living alone, eating behavior, observation