

ケアプラン立案時におけるアセスメントの重要性について ～食の援助におけるアセスメント展開～

百瀬 ちどり

Tidori MOMOSE

高野 晃 伸

Akinobu TAKANO

島村 智 子

Tomoko SHIMAMURA

中村 由 佳

Yuka NAKAMURA

はじめに

公的介護保険では、介護を必要とする人が自ら、あるいはその家族の意志に基づいて利用したいサービスを選択し、決定することになっている。そして、それを専門職者たちが支える仕組みになっている。サービス利用者を中心に多職種がチームアプローチを行なうためには、スタッフ全員の合意が得られる客観的な方法としてケアプランは有効な手段である。ケアプランのツールは共通の用語で標準化された手続きを踏めば、誰が立てても同じレベルのケアプランが作成できることが求められる。そのための具体的な手段として開発された方法がアセスメント・ケアプランツールである。介護支援専門員実務研修で取り上げられているアセスメント・ケアプランツールは5種類ある(表1)。いずれのツールも一定レベルの基礎知識の習得とトレーニングが必要である。

表1 アセスメントケアプランツールの概要

	①MDS-HC/CAPs	②日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン	③包括的自立支援プログラム
ア セ ス メ ン ト 方 法	30の問題領域 《機能面》 《感覚面》 《精神面》 《健康問題》 《ケアの管理》 《失禁の管理》	30の問題領域	I. 介護サービス調査票 II. 在宅復帰および在宅支援の検討表 III. ケアチェック表 7領域のケアをチェック

表1つづき

	①MDS-HC/CAPs	②日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン	③包括的自立支援プログラム
備考	200項目のチェックリストから問題領域を確定	323項目のチェックリストによる問題領域の選定	実施されているケアを中心にケアチェック表による一貫したケアプラン作成を目指す
	④日本介護福祉士会「生活援助を基礎とした自立支援アセスメント・ケアプラン」	⑤日本社会福祉士会「ケアマネジメント実践記録様式」	
アセスメント方法	I 全体状況アセスメント II 生活領域から捉えたアセスメント III 家族・関係者が捕らえている問題 IV 病歴、障害歴などの経過 V 住宅改修と福祉用具活用の必要性 VI 利用者とともに作る生活スケジュール	I アセスメント票：9領域51項目 II アセスメント要約表	
備考	主に在宅で生活している高齢者を対象としている。生活7領域、43項目について順番に記入する。	「アセスメント票」により挙げられた問題点を5段階の問題レベルに分類し、「アセスメント要約票」にまとめてケアプラン作成につなげる。	

しかし、いずれのツールでアセスメントを行なったとしても、なぜそのように判断したのかという根拠の記載は少ない。基礎教育では、アセスメントの判断根拠を明確にすることを重視して指導にあたっている。ケア計画を立案する際の最も重要な要素であるニーズアセスメントをどのような情報から、根拠を明確にして判断するかという視点で“食の援助”におけるアセスメントを展開してみた。

1. 高齢者の摂食・嚥下障害のアセスメント

<摂食・嚥下障害の概要と背景について>

摂食・嚥下障害とは「食べること」と「飲み込むこと」の障害であり、さまざまな疾患に伴って生じてくる症候群であり、病名ではない。そのため、病名の診断より機能的な診断が重要になる。摂食・嚥下のプロセスは食物を認識し、口へ取り込み、咀嚼、食塊の形成、咽頭への送り込み、咽頭通過、食道通過の6段階で成り立っている。摂食・嚥下障害の診断を行う場合には機能的障害、器質的障害、心理的傷害のいずれであるかを判断する必要がある。

藤島(1995)は、高齢者に多く見られる摂食・嚥下障害は以下の5つの原因により生ずると述べている。①歯牙の喪失による咀嚼力の低下、②嚥下に関わる筋神経系の機能低下、③喉頭閉鎖の運動の遅延、④注意力、集中力の低下などから嚥下機能が低下すること、⑤脳血管障害や神経疾患による症状として嚥下障害が生ずることが多いとしている。以上から、高齢者には個人差があるとはいえ、摂食・嚥下に関しては基礎的な問題を抱えているといえる。その為、容易に摂食・嚥下障害の状態を引き起こしやすいことが理解できる。しかし、Bidlack ビドラックと Wang ワン(1995)が指摘するように高齢者の栄養摂取や嚥下障害に関する研究は、過去、ほとんど行われていない状況であった。

日本においても、「食べること」そのものの研究は少なく、栄養量と疾患とに関心が置かれていた。介護保険の施行と共に、食べることに关してのサービスが重要な課題として注目されるようになった。特に、要介護高齢者は摂食・嚥下障害を起こす場合が多く、質の高いケア提供の重要な部分でもあると思われる。

<摂食・嚥下障害に関する具体的なアセスメントの事例展開>

摂食・嚥下に関する障害を起こしている要介護高齢者、Y氏の場合を取り上げて摂食・嚥下障害に関するアセスメントを判断根拠を明確に考えながら展開してみた。Y氏は福祉施設を生活拠点としている。

Y氏(77歳、男性)の状態は脳血管障害の後遺症により左半身不全麻痺がある。車椅子での座位保持は可能だが、姿勢は安定しない。意志表示、言語ははっきりしないが、問いかけに対して応答はある。食事はミキサー食を右手にスプーンでゆっくりと摂取。顔面機能が低下しているため、口角より流涎が見られる。開口が不良のためと右手の動作制限により、一回の口腔に入れられる量はティースプーン半分ほどである。栄養状態は普通で、検査上からは軽度の栄養障害が見られる。以上のような状態は多くの要介護高齢者に見られる状態である。藤島(2000)によれば、摂食・嚥下障害を評価し、適切な指導やリハビリテーションを実施するためには、対象者の障害のレベルを理解し、どこに重点をおくかを考慮する必要がある。Y氏の場合、機能的な障害としての摂食・嚥下障害であることが理解できる。どんな時にど

んなものでむせるのかを観察することで機能評価ができる。

また、加藤（1998）は、口腔のアセスメントは口から食べるために欠くべからざる要素であると主張している。以上のような事柄を参考にY氏の食事に関するアセスメントとその判断根拠を以下のように考えた。

1) 介護上の問題

(1)脳血管障害の後遺症による摂食・嚥下障害があり、日常の水分、栄養摂取に援助が必要である。

① 食事を十分に取り入れられるようにすること

Y氏の場合、脳血管障害の後遺症に起因すると思われる摂食と嚥下困難が認められる。食事の声かけとスプーンを持たせることで、食べ物をすくって口へ運ぼうとする動作は見られるため、食物の認識はできていると判断できる。声掛けにも反応しうなずく、発語をすることがある。脳血管障害による嚥下障害では、藤島（2000）の調査によれば、嚥下反射は保たれているものの、随意的に誘発しにくく反射が弱いという状態が認められると報告している。Y氏はゆっくりとしたペースで飲み込むことは可能であるが水分はむせることが多いため、とろみをつけて摂取している。食事に関しては、自分で食べたいという行動が認められ、十分な時間をかけて、バランスの良い食事を提供することが大切である。

② 水分を十分に取り入れてゆくことが必要

顔面の機能低下による流涎と嚥下困難、身体可動性の制限のため、自分で水分摂取することができない。促さないと水分の摂取はしない。一回の摂取量は口腔に含んだ量の約半分と思われる。口唇の機能低下により口からこぼれる量が多い。自発的な水分摂取ができないことで脱水を起こす危険があり、身体面の援助と安全に注意しながら水分摂取を進めていく必要がある。

(2)歯牙欠損による食物粉砕の障害があるため、食べるものに支障が生ずる

① 食物の形態を咀嚼しやすいものにする

Y氏自身の歯は上下合わせて6本であり、いずれも前歯で点在している。

食物をすりつぶすための奥歯がない。その為、食事はすべて流動物かミキサー食であり固形物がないため、食べ物が口腔に入った感覚が少なく咀嚼ができないのではないかと考えられる。形があつて柔らかい物など食物の形態も考慮することが大切である。

2) ケア介入について

食に関するアセスメントに基づき作成したケア介入については以下のとおりである。

<ケア目標：十分な栄養と水分が摂取できる。>

(1) 具体的な介護目標

① 食事前に声がけをして、しっかりと覚醒した状態で食事に臨むようにする

根拠

食事であることを認識することで食べることを意識し、心理的な摂食の準備を整えることができる。斎藤（2001）らは意欲を支えるという視点からも準備段階のケアを強調している。意識がはっきりしない状態では、自発的な摂食行動も取れないばかりか、食べ物を口に入れてもうまく対処できず、却って食事が苦痛となる。同時に、誤嚥の危険性も大きくなる。

② 体位を整える

根拠

体位の工夫により飲み込みやすさは異なる。頭部を前方に出すことで、喉頭蓋がきちんと咽頭に折り重ねられ、気管が閉じられ、食道が開かれる。それにより嚥下が容易になり、誤嚥の危険が減少する。また、食事を視野に入れることで自力での摂取へ働きかけることもできる。Y氏のばあい、腹筋の萎縮による円背がみられ、体調によりほとんど下を向いてしまうため、考慮する必要がある。

③ 食事をしているときは食事に集中できるように配慮する

根拠

食事の環境を整えることは大切である。食行動に影響する要因の一つとして斎藤（1998）は物理的環境要因を挙げている。食事をするという、気持ちを高揚させるような環境因子を整えることはすべての高齢者にとっても大切なことである。食物の持つ物理的環境特性と高齢者を取り巻く環境特性を考慮することが必要であると述べている。Y氏は感情失禁があり、食事中でも家族や家など他の話題になると泣き出してしまい、食事が中断することがある。話題も食事や食べることに關するものを選んで声がけする必要がある。

④ Y氏のペースを大切に、できるだけ自力で摂取するように進める

根拠

スプーンを持たせることで、ゆっくりとではあるが自力ですくい上げて口へ持っていくことができる。セルフケアの自立を援助するというリハビリテーションの視点からも残存能力を最大限に活用すべきである。

ペースを見ながら、あせらせないようにして行く必要があると思われる。食事をしようとする意志と右手が動くという残存能力を大切に、食事を楽しいものとするように働きかけることが大切であると思われる。

⑤ 水分摂取が十分になされるように働きかける

根拠

成人の水分出納のバランスは飲料としての水分で、1200～1500 mlが目安とされている。Y氏の生活環境にはベッドサイドやホールなど常にお茶が利用できるように用意されている。しかし、Y氏は声かけ、働きかけをしないと水分摂取はしないため、定期的に水分摂取を促し、1200 ml以上になるように心がける。現在、食事以外では午前中に180 ml、午後に180 mlを目安として摂取し、150 ml～180 mlの摂取を目標としている。1日量としては1000 mlに達しているが、更に気をつけてすすめる必要がある。皮膚状態や尿量など脱水についての観察は必要であると思われる。

2. Y氏のケア介入に関する評価の方向性

「食べる」ということは生命を維持するための基本的な欲求であり、長年培ってきた食習慣によって、その人らしく生きるための社会的、心理的欲求でもあると、斎藤（2001）は「食べる」ことの持つ意義について述べている。健康な時は「食べること」は楽しみであり、何の苦勞も感じない。しかし当たり前のことと考えられがちな「食べる」機能は大変に複雑で、多くの筋群のきわめて微妙な強調を要する運動機能であると金子（2001）は指摘する。さらに、いったん傷害されると「食べる」ことは苦痛ともなると述べている。年齢を重ねるほどに、改善できない障害が発生することが多い。高齢者自身の状態もわずかな環境の変化で異なる。食事の援助にしても、日々状態が違い、確実な手段が見出せないことが多い。高齢で健康障害をもつ人にとって、その日、その時の状態をしっかりと理解してケアにあたるのが大事であると思われる。単なる栄養補給だけを見ても、食事に関する健康問題そのものの解決にはならないということである。全身状態と生活状態、心理的安定など様々な要素からケア介入について考えてゆくことが大切である。

高齢者の機能評価では加齢に伴う喪失という、否定的な側面がほとんどであるが、どういふ機能が残っているのか、高齢者はその環境の中でどれだけ良好に機能しているかを判断する方に注意を向けることで高齢者の機能は肯定的に判断できると、J. Galloガロ（1998）は機能評価の方法について提言している。Y氏の食事援助では、どこまで自分で摂取できたのか、姿勢の保持はどうだったか、本人の満足度はどうか、食事に関わる他の要素、排泄や睡眠、活動についてはどうかといった生活上の多くの視点から評価してゆくことが必要である。

高齢者の健康問題は複雑であり、取り巻くケアチームは様々な職種から構成される。摂食と嚥下に関しては、近年、歯科領域からアプローチが注目されるようになった。「口から食べる」援助は口腔ケアをきちんと行なうことで改善が期待できるということである。食事の援助は、単に食べることでなく、前後のケアも重要なのである。食事後の口腔ケアは口腔内の食物残渣を取り除くことで誤嚥や窒息を避け、清潔にすることで細菌の繁殖を予防する。口腔が爽快であれば食欲も増す。食の回復が人間性の回復に繋がるということ、藤島

(1995) は主張する。食べられることは食べる楽しみにつながり、生活の楽しみになり、生きる意欲へと発展してゆくことを心にとめておきたい。しかし、「食」に関する援助は、関わる職種が多様になればなるほどに認識の差が生ずる。植田(2001)はこの点について、要介護者にファーストタッチする職種がしっかりと摂食・嚥下障害について認識し、職種間のつながりを持たせるコーディネーターとしての役割を果たしてゆくべきであると強調する。ファーストタッチあるいはより身近に接しているという点で、この役割は介護職に期待されるものでもあらうと思われる。

食は文化であり、高齢者の生活の中の出来事象徴でもある。季節や行事の時の食事や食べ物は独特であり、それらを尊重し、その上で楽しい食事、利用者が満足できる食事についてもっと積極的に取り組んでゆくことが大切であらう。

3. 根拠を明確にすることの意義

脳血管障害の後遺症による摂食・嚥下障害を持つY氏を例に取り、援助計画におけるアセスメントとケア計画を立案するときのなぜそのように判断し、援助するのかという根拠にこだわって展開してみた。

高齢社会への緊急の対応策としての介護保険制度が法制化され、様々な議論のある中で高齢者に関するケアシステムの変革は、制度と結びつきながら着実に進められてきた。質の高い効率的なケアの提供を目指して、保健医療福祉の高齢者ケアの各関連分野では、必要とされる最適なケアを効率よく行なうための努力が不可欠となってきた。特に保健医療の分野では、最適な医療を科学的に証明することが求められ、証明の根拠にできる証拠(Evidence)を各専門領域で集積していくことが大きな課題となった。根拠に基づく(Evidence-Based)という考え方を最初に用いたカナダのマクマスター大学の定義では、「臨床で判断を行なう時に基礎となる、系統的な研究結果、研究の評価や利用のためのプロセスである。」としている。つまり、直感や個々の臨床体験を基に判断するのではなく、臨床研究から得られた事実を根拠として判断する方法である。今日、この考え方は高齢者ケアに関わるすべての専門職に通ずるものである。しかしながら、介護職は専門職としての歴史も浅く、根拠となりうるだけの研究量が蓄積されていない現状である。直接介護にあたる際のケアプランにしても、判断根拠が曖昧なままに実施されていないだろうか。高齢者の生活を対象とするという、極めて特殊なケアの場ではすべてが法則になり得るはずはないが、だからこそ、ケアを組み立てる際の判断根拠に関しては、あらゆる関連分野の先行研究に関心を持つことが必要ではないだろうか。既に実証されている研究結果を活用することで、介護の質の向上になると同時に、関連分野との連携がより濃密になされてゆくものと思われる。直接の援助計画のアセスメントに関し、根拠を明確にしながらという点にこだわりつつ、事例を展開してみた。諸氏

のご批判などをいただければ幸いです。

おわりに

今回は食について事例を用いてアセスメントの展開を行った。食は高齢者にとって残された最後の欲求と言われている。しかし、その食についての研究は近年まであまり進んでいなかった。それは高齢者福祉で生活の質（QOL）を追求し始めるようになり、その日が浅いことが原因と筆者らは考える。この質についての研究は今後の課題とさせて頂きたい。

アセスメントの重要性については、今回の事例でも明らかだといえるであろう。介護保険導入により共通のケアプランツールが作成されている。共通のツールにより、その質を保つことが可能となるが、そこには職員個々人のアセスメント能力が確保されているとはいえない。対象者への観察力を養いニーズを把握することにより、その対象者にとって最もよいプランを立案する技術を養うことが、これからの高齢者福祉に携わる者にとって求められる資質といえる。よってアセスメント技術の向上が今後の大きな課題である。

引用参考文献

- 1) Bidlack, W.R., & Wang, W. (1995). Nutritional requirements of the elderly. In J.E. Morely, Z. Glick, & L.Z. Rubenstein, (Eds.), *Geriatric Nutrition*, 2nd edn. New York: Raven Press,
- 2) 江藤文夫. (1995). 障害のレベルと基本的アプローチ. [収録文献] 貝塚みどり・大森武子・江藤文夫 (編) QOLを高めるリハビリテーション看護. 東京: 医歯薬出版
- 3) ガロ J, レイチェル W, & アンダーセン L, 岡本裕三監訳. (1998). 高齢者機能評価ハンドブック: 医療・看護・福祉の多面的アセスメント技法. 東京: 医学書院
- 4) ギボンズ J. (1997). 視覚と聴覚の変化. [収録文献] M. W. ショウ (編). 高齢者ケアへの挑戦: アセスメントからチームアプローチまで (老人の専門医療を考える会). 東京: 医学書院
- 5) 藤島一郎. (1995). 脳卒中の嚥下障害. 東京: 医歯薬出版
- 6) 藤島一郎. (2001). 摂食・嚥下障害を評価するために: 患者の障害の重点ポイントを考慮. *Gpnet*. Vol.48-No. 7. 東京: 厚生科学研究所
- 7) 藤田道子. (1997). 看護・介護職のためのケアプランのやさしい作り方. 東京: 医学書院
- 8) 稲田まつ江編著. (2000). 事例で学ぶ、脳血管障害のリハビリテーション看護. 東京: 南江堂
- 9) ハーレイ J. (1997). 老化に伴う問題. [収録文献] M. W. ショウ (編). 高齢者ケアへ

の挑戦：アセスメントからチームアプローチまで（老人の専門医療を考える会）。東京：医学書院

- 10) 日野原重明. (1963). 水と電解質のバランス. 東京：医学書院
- 11) 金子芳洋. (2001). 要介護高齢者の摂食・嚥下障害：個に対応した摂食訓練の実施. Gpnet. Vol.48-No.7. 東京：厚生科学研究所
- 12) 加藤武彦・黒岩恭子編著. (1998). 口から食べたい：口腔介護Q & A. 東京：医歯薬出版
- 13) 尾岸恵美子. (2001). 「食」の看護とエビデンス. Ebnursing. Vol. 1 -No. 4. 東京：中山書店
- 14) 斎藤やよい. (2001). 食生活と摂食障害のアセスメントとケアの技法. [収録文献] 中島紀恵子（編）. 老年看護学. 東京：医学書院
- 15) 斎藤やよい. (1998). 食行動と環境. [収録文献] 小松浩子・菱沼典子（編）. 看護実践の根拠を問う. 東京：南江堂
- 16) 佐藤章. (1995). ADL自立への援助. [収録文献] 貝塚みどり・大森武子・江藤文夫（編）. QOLを高めるリハビリテーション看護. 東京：医歯薬出版
- 17) スティーブン J. カバナ著. 数間恵子・雄西智恵美訳. (2000). 看護モデルを使う①：オレムのセルフケアモデル. 東京：医学書院
- 18) The Joanna Briggs Institute. (1999). Management of Constipation in Older Adult. Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. 3 (1):1-6,
- 19) 植田耕一郎. (2001). 摂食・嚥下障害観察のポイントと食事ケアへの有効な対応. Gpnet. Vol.48-No.7. 東京：厚生科学研究所

