

老年者の栄養と食行動

— 栄養教育の観点から —

吉田 繁子

1. はじめに

厚生省が発表した「昭和 62 年簡易生命表」によると、昨年誕生した 0 歳児の男児は 100 人中 82.0 人、女児は 100 人中 90.8 人までが、65 歳まで生きるであろうと推計されている。¹⁾ 年々歳々、確実に平均寿命は伸び、高齢化がピークになる昭和 95 年には、65 歳以上の者が約 3,200 万人に達するものと想像される。²⁾ このような急速な高齢化社会の伸展につれ、劣悪な食環境におかれる老年者も多くなるであろうことは、当然予想されることであろう。

高齢化社会にそなえての、老年期の総合的な食事管理と、栄養教育についての実践栄養学的研究は、遅々たるものがある。その原因は、栄養教育の指標とされる「日本人の栄養所要量」において、老年者の所要量が 60, 70, 80 歳代以上の 3 区分に分類されたのが、やっと「第 3 次改定日本人の栄養所要量」(昭和 60 年)からであり、老年期栄養への考慮が、社会情勢の変化よりやや遅かったこと、また、近代科学の分化の中で、ヒトを丸ごと見る統合的研究や、実践的研究・学問が、評価されにくいものであることなどであろう。

Scherwood, S は「老人の食事は単に栄養補給だけではなく、心理学上あるいは社会生活上に役立つものである」³⁾と述べているが、人生の終着点に近づきつつある老年者にとっての、「食事」の意味するものは、実にいろいろな重みを持ったものであろう。地域にあり、家庭にある老年者像を“食”という観点から、できるだけ多面的にとらえ、健康な老年期の食事管理と栄養教育が如何にあるべきか考察したい。

2. 老年栄養学研究と現栄養所要量について

栄養素の所要量は、実験の根拠を持ち、生理的機能の維持に必要な最小値に、性、年齢、労作などの様々な条件を考慮された値が加味されて決定される。ところが、現在老年者で使用されている栄養所要量は、基礎数値のほとんどが、青年者で得られた実験的データによるもの

である。その理由は、参考となる日本人老年者の基礎データが現在ほとんどないためである。例えば、たん白質の決定では、1981 年 FAO/WHO/UNU 報告の考え方を取り入れ、N 出納維持値が必要量算定のもととなり、維持エネルギー摂取下では、成人男子で 0.64 g/kg の良質たん白質摂取が N 出納維持に必要な実験値であった。これに相対的利用効率の補正、日常生活での外傷、感染、ストレスによる代謝亢進の安全率、個人間変動への安全率を見込んで、1.14 g/kg を成人男子たん白質所要量の基礎数値とし、老年者では、これに各年代の推計基準体重を乗じて、各年代の所要量とした⁴⁾ことなどである。

一方、桂⁵⁾は老年者 3 例、若年者 2 例について、体重 kg 当り 1.3 g のたん白質摂取を考慮した食事(うち 1/3 が肉・卵などの動物性たん白質)を与え、その窒素出納をみると、若年者ではほぼ平衡を維持し、老年者では 2 例は平衡、1 例は正值を示したことを報告し、Yan⁶⁾は血清アルブミンの異化について、¹²⁵I-アルブミンを用いて若年者との比較を行ない、異化率に年代差があまりないことを述べている。また、Zanni, E や Cheng は外国人老年者の N 出納実験で、良質たん白質の 0.6 ~ 0.8 g/kg で N 平衡が維持される⁷⁾⁸⁾という結果を示し、Gersovitz らは、全卵たん白質 0.8 g/kg の投与実験で、一部の被験者は負の出納を示したという。⁹⁾

また、老化現象の発現は年齢とともに進むが、その時期、発現部位、形、量と全く個人差がみられる。とすれば、当然個人が摂る食物の体内での働きも、一人一人少しずつ異なってくると考えられる。それについて大磯¹⁰⁾は、代謝の個人差を蔗糖摂取を例にあげて、次のように述べている。同量の蔗糖を年齢の異なる個人が摂った場合、若い健康な者がこれを消費すれば、計算上の熱量となって体を温め、かつ運動・労作で消費していくであろうが、これを高齢者がとれば、血中の脂質を増やし、血管内壁に沈着するかもしれないし、

インスリン分泌に多少障害のある中年が摂れば、直ちに血糖を上げ、尿中に糖が検出されるであろう。同じ年齢層の若者のみの集団なら、結果はバラツキが少ないであろうが、高齢層になれば、同年齢でも内部代謝や、個人の持つ条件は大きく変り、蔗糖の消長には大きなバラツキがみられる。それぞれの個体の情況変化に応じて、同じ栄養素の機能にも差が出てくるというものである。

以上、たん白質、アミノ酸、蔗糖の面よりながめたわけであるが、これとて、それぞれの個体が実験までにどのような食事をし、どのような健康状態にあったかなど、さまざまな疑問が出てくる。全く、老年栄養学研究における不均一性は、老年者の1つの大きな性質である“個体差”について考慮することが、実際上不可能であるための結果であろう。

このような老年栄養学研究の現状のもとに、当面、老年栄養指導の現場で、この栄養所要量を使用するにあたっては、現所要量の意味を十分に納得した上で、対象の個々の老年者の生活全般を熟知し、個々人にあった適切な食事指導がなされるべきであろう。

3. 栄養所要量を食品に置き換えた場合

以上のような事柄を考慮した上で、現場でこの栄養所要量を、指導の目安として使用していくためには、所要量を食品に置き換えなければならない。人間は栄養素を食べるのではなく、食べ物・料理を食べるのだからである。

さて、第三次改定栄養所要量の場合、年齢、性、生活活動による差が大きくみられるのは熱量のみであり、

たん白質やビタミン、ミネラル等にはあまり差がみられない。また、保全素での安全摂取量は、許容範囲が比較的広いと、食品におきかえた必要量は、ある意味で個人差を度外視して決めることができる。そこで、対象向けに現所要量を食品で置き換えるには、保全素は全対象群間で適量ずつ満たされており、熱量素は個々人で過不足なく摂取できるように、自己管理できるようにしておけばよいわけである。その目的を満たすためにはさまざまな食べ方が提唱されてきたが、食品群別の数の少なさ、全年齢、労作、性別、疾病別に共通して使用できる合理的で普及力のあるものとして、香川が永年実験と実践を積み重ねて作り出した「香川式食事法（四群点数法）」をあげたい。

香川式食事法¹¹⁾では、まず熱量80キロカロリーを1点という熱量点数で表現し、食品ごとに1点あたりの重量が決められている。次に、食品を、食品のもつ栄養的特徴により、4つのグループに分け、1群から3群までは主に保全素を提供し主菜、副菜になり得る食品群、4群は熱量素を提供し、主食になる食品群とする。そして1群から3群は保全素をみたくす目的で、成人であれば性、年齢、生活活動を問わず、まず3点ずつ摂取し、4群で熱量素の不足を補い、個人差をつける食べ方である。つまり、食品にはエネルギーと同時に、いろいろな濃さで保全素が含まれているため、特に保全素含有量の多い第1から第3群で、生命を保ち健康の維持に必要な保全素をまず摂り、その後で、熱量素としての4群で、各個人の生活活動に見合ったエネルギーを摂ろうとするものである。必ず摂る第1～3群の各3点からの、各栄養素充足率は表1のようになる。

表1 第1～3群各3点で摂取できる栄養量と栄養所要量との比較¹²⁾

群別	食品名	正味重量 (g)	点数 (点)	たん白質 (g)	脂質 (g)	糖質 (g)	カルシウム (mg)	鉄 (mg)	ナトリウム (mg)	ビタ ミ ン			
										A効力 (IU)	B1 (mg)	B2 (mg)	C (mg)
第1群	牛乳	280	2	8.0	8.82	12.4	276	0.28	138	304	0.08	0.42	φ
	卵	50	1	6.2	5.67	0.4	28	0.91	66	324	0.04	0.24	0
第2群	カツオ	65	1	15.8	1.23	0.2	6	1.17	27	10	0.14	0.10	φ
	牛モモ肉	55	1	12.0	3.02	0.1	3	1.23	33	4	0.04	0.08	0
	豆腐	120	1	7.8	5.80	0.9	139	1.62	3	0	0.08	0.03	0
第3群	ほうれん草	100	0.3	3.2	0.19	3.5	53	3.55	20	1,632	0.13	0.22	62
	キャベツ	70	0.2	0.9	0.06	3.3	29	0.27	4	7	0.03	0.03	29
	玉ねぎ	70	0.3	0.7	0.07	5.2	10	0.27	2	φ	0.03	0.01	5
	もやし	70	0.2	2.1	0.06	2.6	11	0.38	2	φ	0.05	0.06	10
	じゃが芋	100	1	2.0	0.21	17.4	5	0.52	2	φ	0.11	0.03	23
	みかん	200	1	1.4	0.20	20.0	26	0.20	2	130	0.16	0.08	70
第1～3群の計			9	60.1	25.33	66.0	586	10.40	299	2,411	0.89	1.30	199
第1～3群までの所要量に対するの充足率(%)					100.2		97.7	86.7		133.9	127.1	130.0	398.0

老年者の栄養と食行動

四群点数法を、対象の食生活に導入する場合、習慣化までには一般にいろいろと障害があることも考えられるが、年齢も、仕事の量も、健康度も全く流動的なライフサイクルの中で、一生の一時期に、糖尿病の患者が食品交換表でしばらく訓練するのと同じように、短期間集中してマスターさせ得れば、一生これによって自己の食事管理が行えるものである。そしてまた、同法は、新しい知識を受け入れがなくなっている老年期においても、食品群分けの数が少ないという点、日常使用に供する食品の1回使用量が単位であるという点で、導入しやすい方法であると考えられる。

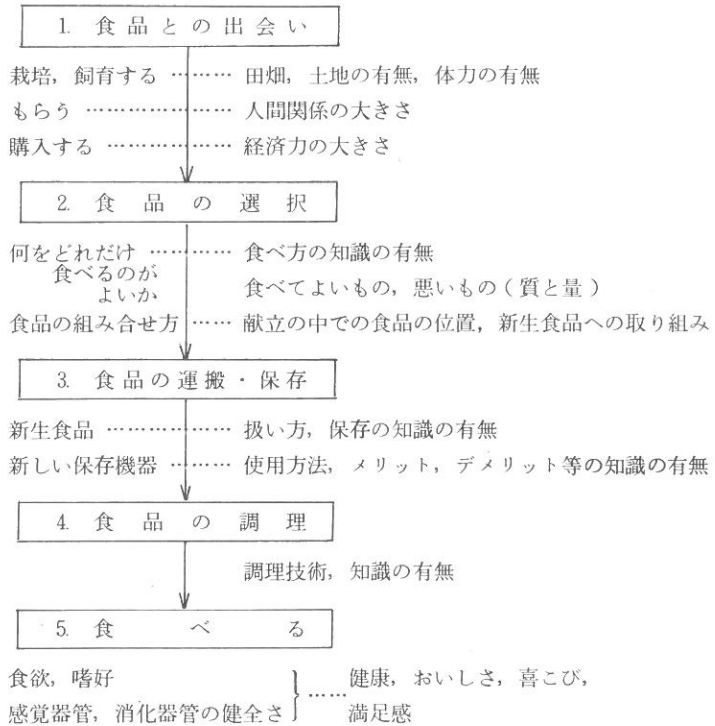
4. 食行動の分析から

栄養所要量に見合った食事の質と量が決められたら、決めら

れた食品群を、個々の対象がなんの支障もなく食べられる状況にあるかどうか、食行動の視点から分析を試みる必要がある。人間の食生活はきわめて多様であり、有機的であるので、内的、外的環境と食行動の因果関係における有機的把握が望まれる。¹³⁾食品を料理として食べるまでの過程には、図Ⅰのような5つの過程と条件が考えられる。

また、食行動に影響を及ぼす要因を、心理面、生理面、食素材の持つ属性、栄養面から坂元は図Ⅱのように表わした。¹⁴⁾筆者は坂元の図中の「生理面」を、「生理面・社会面」としたい。

人間側の保持する要因として、心理面では気質、性格、人格、知覚などがあり、生理面・社会面では年齢、性、体位、体格、体質、遺伝、交通、収入、学歴、居住環境などの要因がある。これらが複雑にからみあって、食品に対する1つ1つの人間像を作り出している。一方、食品側の自然的要因をみると、形、色、味、風味、舌ざわりなどの属性面と、栄養素のもとという側面を持ち、これがからみあって、1つの食品としての像をなしている。両者の多面的な交錯によって、心理面では嗜好、連想、価値感、イメージなどの心理現象が、生理面では、消化、吸収、運動、睡眠、体力、



図Ⅰ “食べる”過程

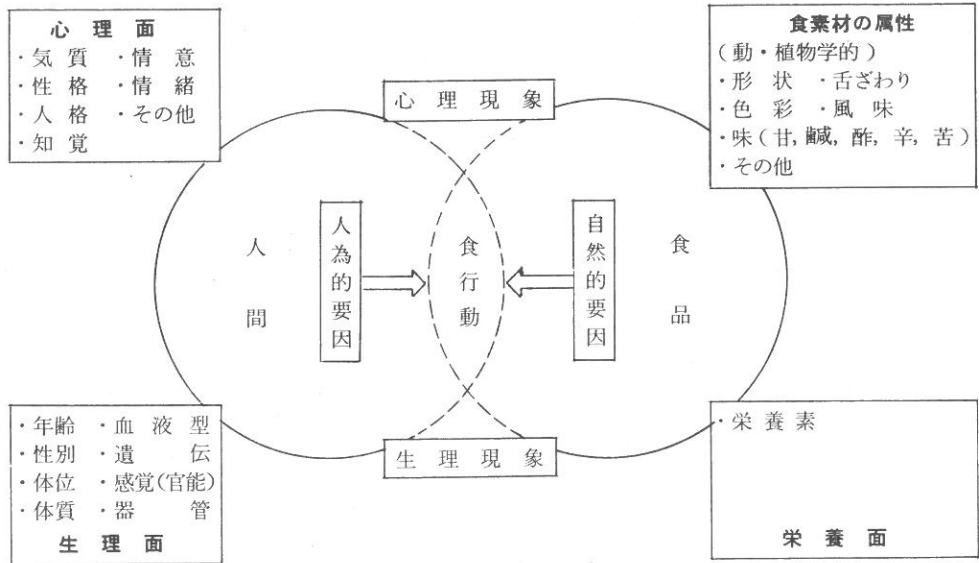
疲労、老化、その他の生理現象が生まれ¹⁴⁾これらの現象と、先の人為的要因、自然的要因の影響を受けたところに食行動が起こる。その食行動は図Ⅰに示すような、食品の生産、選択、購売、運搬、保存、組み合わせ、調理、摂食などの形で表現される。そして、その食行動の積み重ねにより、食パターン、食習慣、食作法が形成され、これがまた、食行動を規制する要因となる。まさに、複雑に重なり、からまり、影響しあっているのではないか。

そこで、老人が1つの食行動を起こすにしても、逆に起こすに至らなかったとしても、実にさまざまな要因が、老人の食行動のまわりを取りまき、影響しているものといえる。

(1) 食行動を障害する因子

それでは、老人の食行動を障害する因子があるとするれば、どこにそれがあ、その因子を取り去り、老人に“命としての食”の喜び、満足感を保障するには、どうしたらよいのであろうか。

Exton-Smith は、イギリスでの老年者の栄養調査を行い、老年者の低栄養の原因が、一次的なものと、二次的なものに分けられること、一次的原因は①栄養知識のないこと、②孤独であること、③精神障害のあ



図Ⅱ Behavior に及ぼす諸要因¹⁴⁾

ること、④身体の不自由、⑤無計画に行なわれる食事、⑥経済的貧困などであり、二次的原因は、①食欲不振のあること、②歯牙の欠損があること、③脂肪吸収障害をきたしていること、④長期発熱患者など栄養要求量の増す場合をあげている。¹⁵⁾ これらは、現在の日本の老人にも共通する事項が多いが、筆者は、老人の食行動を障害する要因を表Ⅱのように、身体関連要因、精神・心理関連要因・環境関連要因の3要因に大別し、さらにそれぞれを細分し、11項目に分類した。まず、身体関連要因は食欲不振、身体的不自由の2要因が、精神・心理関連要因は生活意欲全般の低下、好き嫌い、拒食、アルコールの多飲やアルコール中毒、過食の5要因、環境関連要因としては老人のみの核家族、または1人暮らしとその副次要因である貧困・その他、台所の不備、食素材の購入、欠食の計11要因が考えられ、それぞれの要因には、表中に示すとおり各々数種の要因を生じた原因がある。

老人者の食事摂取行動に問題がみられる場合、指導者は、問題を生んだ要因が表中のどれに起因するのか、要因は1つなのか、複数なのかの検討を細かく行わなければならない。更にそれらの要因に関連する原因を究明し、個々人に特有な解決策、教育法などをみつけなければならない。

そしてまた、指導に対し重要なことは、指導を必要とする対象は老人者なのか、介護者なのか、それとも両方なのかのみきわめられなくてはならないし、それ

ぞれに使用する指導の技術はまったく異なってくるであろう。その差については、また機会をあらためて考察することにし、今回は最近ますます増えつつある老人者に直接指導する場合につき考察したい。

(2) 食行動障害因子を除去するために

さて、それでは食行動を障害する要因と原因が明らかになると、指導者は、その要因と原因から老人者を解き放つことを考えなければならない。その方法・技術については表Ⅲに掲げたような事柄が、要因個々に対して考えられよう。

身体関連要因と精神・心理関連要因については、直接、栄養教育を行うものが、たゆみなく老人者に働きかけることで解決したり、効を奏する場合が多いが、環境関連要因については、栄養教育者の努力のみでは解決できない要因が多く、公的機関への環境改善のための働きかけなど、間接的な作業が多くなるであろう。

5. 対象との面接の場で

以上おおまかに、老人者の食行動の成り立ちと様々な影響因子および食行動障害因子等についてながめてきたが、実際に対象老人者または介護者に対して対面指導をしてゆく場合に、老人者という特殊性を考えたとき、他の対象層に比し、具体的にはどのような事柄に留意をした上で、指導すればよいのであろうか。

老人者の食生活をよりよい方向へ導くことは、老人者自身が歩いてきた長い生活歴を考えれば、なかなか

表Ⅱ 老人の食行動を障害する要因とその原因

身体関連要因と原因	精神・心理関連要因と原因	環境関連要因と原因
<p>1. 食欲不振</p> <ul style="list-style-type: none"> ○味覚, 視覚の低下 ○活動量の不足 ○急激な情動の変化(怒り, 悲しみ) ○感染症, 貧血, 脱水などの疾患 ○歯痛, 舌炎, 口内炎など口中の障害 ○習慣性便秘で腹部膨満 ○薬剤使用の副作用 ○間食のとりすぎ ○若い家族と同じ食事内容では食欲がわからない <p>2. 身体的不自由</p> <ul style="list-style-type: none"> ○欠損歯が多かったり義歯が合わなくて咀嚼がうまくできない ○上肢の機能障害で, 茶碗, はしが持てない ○視力障害がある ○嚥下障害がある 	<p>1. 生活意欲全般の低下</p> <ul style="list-style-type: none"> ○楽しいことがなく, 生きていてもしょうがないと思ひ積極的に食べようとしない <p>2. 好き嫌い</p> <ul style="list-style-type: none"> ○高食塩, 高蔗糖, 高果糖摂取につながる ○主食食品に頼りすぎる ○食べなれた好きなものだけ食べる <p>3. 拒食</p> <p>4. アルコールの多飲, アルコール中毒</p> <ul style="list-style-type: none"> ○一日中酒浸りでアルコールと塩からいつまみしか食べないため正常の食事が行なわれない <p>5. 過食</p> <ul style="list-style-type: none"> ○憤りや攻撃感情が食欲に転換され, 過食になる¹⁶⁾ 	<p>1. 老人のみの核家族または1人暮らし</p> <p>1-1 貧困・その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○経済力が弱く, 食生活面での支出を抑えなければならない ○将来を考えての節約を食事の面で行なう ○貧困ではないが, 質素に過ごしてきた過去の食習慣から粗食でないともったいないと思う <p>1-2 台所の不備</p> <ul style="list-style-type: none"> ○調理台が高い ○省力化のための便利な道具がない ○鍋, フライパン等, 家族の多かった時のままの大きさに使いにくい ○広くて動線の長い台所 <p>1-3 食素材の購入</p> <ul style="list-style-type: none"> ○商店が遠くて買い出しが不便 ○毎日買い物に出るのはめんどろ ○体力が弱っているためまとめ買い, 運搬ができない <p>1-4 欠食</p> <ul style="list-style-type: none"> ○女性の1人暮らし……今まで家族を喜ばせるために作ってきたが, 今では1人分だけ作るのは張り合いがないし, 食事作りや準備がめんどろである ○男性の1人暮らし……食の自立ができてないため, 何をどう食べたらいかわからないし, 調理もできない

表Ⅲ 食行動障害要因とケアの方法

身体関連要因に対するケア	
<p>1. 食欲不振</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 摂取エネルギーと消費エネルギーのアンバランス ○ 習慣性便秘による腹部膨満感 ○ 自覚なしで鉄欠乏、脱水、感染がある、また口中の異常などの不健康 ○ 神経性食思不振 ○ 味覚の低下 ○ 漠然とした食欲不振 	<p>老年期でも適度な運動が健康維持に必要なことを納得させ、とじこもり勝ちな生活から外に目を向けさせ、ラジオ体操、自己流体操を朝・夕日課としたり、簡単な買い物、庭木の手入れ、野菜の世話などの家事分担を持たせる。欲求不満がある場合は間食が多くなり、食欲をなくし勝ちになるので、十分に話し相手となり不満の根本がどこにあるのかをみつけて、不満解消に導く。</p> <p>適度な運動と穀類、豆、芋、野菜、海藻などの食物繊維の摂取増を計る。老人は夜間頻尿をおそれ、水分を制限することもあるので、適度な水分が摂取できるようにし、早朝の水・牛乳の飲用もすすめる。運動ができない者の場合は腹部のマッサージで、腹部を下から上へ押し上げるようにし、腹圧を高める。見逃しやすいので、個々人の栄養、食品摂取状況の把握や聞き取りを平素から十分にしておくこと。そしてまず、身体の異常をなおさせることが必要。</p> <p>情動やストレスによってもたらされる心身症の一部と考えられるので、老年者の心理の動きを十分に理解し、批判的ではなく愛情を持ってサポートしていかなければならない。</p> <p>老人の甘鹹に対する味覚の閾値は上がっているため、高血圧や肥満を心配して、どれもこれも低塩、低甘味にしたのでは、まずくて食べられないと感じる。料理の味つけに濃度差をつけ、満足するものを一品作っておくよう指導。</p> <p>食事作り担当者に料理の盛りつけ、色どり、温度、食品の選択に気を配るべく指導。また、過去の食事内容から老人の嗜好をしり、時には好物で食卓を整え、老人のことを十分に考慮していることを示す。味覚の低下ほど嗅覚の低下は顕著でないので、季節の香味野菜、香辛料をうまく取り入れ食欲を湧かせる。</p>
<p>2. 欠損歯、義歯のため咀嚼がうまくできない</p>	<p>先ず、歯牙を治療し、適合した義歯を装置すること。義歯を調整し「さあ、これでよく噛めますよ」と励ますだけで食欲がでてくる¹⁷⁾場合もある。</p> <p>欠損歯の補充ができるまでの期間は糖質、脂質にとかくかたより勝ち¹⁸⁾であるため、良質たん白質や繊維の多い食品をうまく摂取できるようとり方、調理法の指導に重点をおく。</p> <p>(イ) 食品の選択法（軟かいもの。すすりこめるもの。食器の中で箸やスプーンなどでつぶせるもの。口の中で溶けるもの。）</p> <p>(ロ) 調理上の留意点（隠し包丁をする。繊維をたち切る方向に包丁する。刻む。おろす。肉はたたく。ミキサーにかける。水分を多くしてやわらかく煮る。圧力鍋の使用で骨まで軟らかくする。）</p> <p>(ハ) 加熱時間の調整（十分に時間をかけると軟らかくなるものと時間をかけすぎると固くなるものがあることに留意）</p>
<p>3. 嚥下反射の低下</p>	<p>食欲の旺盛な老年者が急激な空腹感からあわてて食べ物をのみこもうとする時、反射低下のためつもらせたり、むせかえったりする。調理上の留意点とし、餅など粘性性のあるものは一口大に切り、こんがりやいて汁に浸して軟らかくし食べさせる。汁物は葛粉、片栗粉でトロミをつけ、麺類は短かく切っておくなどの指導。</p>
<p>4. 上肢の麻痺、振戦、握力の低下</p>	<p>スプーンやフォークなどには持ちやすいものが開発されているので、そういうものの使用をすすめる。ご飯は握って、手づかみでも食べやすくする。</p>
<p>5. 視力障害のある場合</p>	<p>料理は常時一定の盆にのせ、食事の前にはそのお盆のどの位置にどのような料理が置いてあるかを十分に説明する。盆や食器はすべりにくく、安定感のあるものを使用し、慣れさせる。骨のあるものや食べられない皮、殻のあるものは、あらかじめそれらを除いておく。湯茶は呑口で飲ませ、汁物は汁の部分は呑口で、具の部分は別の食器に盛り付け、食べながら口の中で調合するようにさせる。</p>

老年者の栄養と食行動

精神・心理関連要因に対するケア	
1. 生活意欲全般の低下 3. 拒食	<p>じっくり話しを聞くことで生きる意欲や気力を無くした動機、原因を明らかにし、新しい生きる目的、喜びを共にみつけ出してあげる。目的ができると食事に対しても積極的に文句を言ったり、食べたりするようになる。</p> <p>家庭の中でなんらかの老人にできる役割りを持たせることは、家族の一員であることの喜びにつながり、特に女性の場合、得意料理、郷土料理など作りなれた自慢料理を、家族の皆に期待されながら作ることは、疲労がないばかりでなく、喜びであり、精神安定剤にもなりうる。</p>
2. 好き嫌い	<p>60才代、70才代ではまだまだ余命が長いので、食べ物の意義、働きをくわしく指導し、活動的に生きるためには、特定の食品群のみにかたよるのはよくないことを十分に納得させる。</p> <p>80才代以上では、アルコールしか受け付けられないなどの特別な片寄りが無い限り、食欲不振になることを考えて、静かに見守ることが必要。</p>
4. アルコール多飲、アルコール中毒	<p>身体の不調から医療を受けている場合が多いので主治医との連携で教育を行なう。酒中心の飲み方から、つまみ中心の飲み方に変え、そのつまみは、食事の副食として作ったものに変えること。</p>
5. 過食	<p>欲求不満や憤りの感情がなげに起因するのにかまず十分に話し相手になってあげることで原因をみつけ、その後、ケースにあった指導を行う。</p>
環境関連要因に対するケア	
1. 老人家庭または一人暮らし 1-1 貧困・その他	<p>間食やお茶には非常に高額な支出をすることになっているが、食事への支出はきりつめているパターンや、たいへん高価な食品を時々無分別に購入し、後の日はご飯と漬け物ですませるといったパターンになっていないかを観察し、食費の確保が最重要であること、低額であっても十分おいしく栄養のある食事を調えることができることを指導。</p>
1-2 台所の不備	<p>動線の長さ、調理台の高さなど、経済的負担なしに改善させなければならない。例えば、台所へ小さいテーブルや、机などを運んできて、作ったものをすぐ食べられるようにする等。</p> <p>鍋は小さめなもの、軽いものを購入させる。</p> <p>圧力鍋、冷凍庫、電子レンジは老年期の食事作りの必需品。持っているのに使いこなせていない場合が多いので、使用方法について指導を徹底し、食事作り時間の短縮化を測る。また、行政で車イスなどと同じように借出し制度を作ること。</p>
1-3 食素材の購入	<p>平素から地域の中で相互扶助の流れを作っておくことが必要であるが（行政的にも、個人的にも）、食材料の宅配が行なわれている現在、若い世帯向けの宅配でなく、老人世帯向けの食素材を低額で宅配する業者を作ることが必要。地域の老人福祉施設においても、週に何度か施設で供すると同じ食素材を大量購入することでコストを下げ、施設で実施する献立表とともに配達することもできよう。（地域とともにある福祉施設のあり方であろう。）</p>
1-4 欠食	<p>食の自立ができていない男性の場合は具体的に何をどれだけ食べたらいいか、また、食素材入手から料理として仕上げるまでの過程を、時間をかけてくり返し指導しながら自立へ導く。</p> <p>作る意欲を失った女性の場合、友達を招いての食事などを積極的に計画させ、食事が生きる意欲につながることを、食事の意義、健康との関連などを教え、自分のために食べることの必要性を理解させる。</p> <p>体力に食事作りの余力のない場合は、当面家庭奉仕員、ボランティア組織に依存することになるが、行政が主体になった給食サービスの充実を計らなければならない。</p>

困難なものが多い。衣食住の生活の中で、食生活に関わる部分はとりわけ他人にさわられたくない部分であり、また、老年者のみの核家族の場合、一人暮らしの場合、自分達だけの、自分だけの殻にとじこもり、第三者の介入を極端に拒否する例を、筆者は多く体験してきた。

そこで、老年者の食行動の変容をめざすためには、まず老年者と接触する機会をできるだけ多くし、老年者との間に“rapport”の形成が行なわれるところまでもってしておく必要がある。本来の食行動を障害する要因を取り除く作業や食教育は、その後開始されるべきである。

次に、栄養管理などでケアするため、老年者に接する場合、老年者が保守的で柔軟性に乏しく、物事に固執すること、適応力の低下があること、過剰に健康にこだわる心気的な傾向を持つこと、依存性が強いことなどに留意すべきである。¹⁶⁾

老年者は生理的衰退のため、理解力や聴力が低下している場合が多いので、会話のテンポはゆるやかに、適度な声の大きさ（聴力の弱まった者でも、かなりたてた大声では余計に聴き取れない）で話すこと、そして、一回の面接での主題をしぼることが必要であろう。また、老年者のその日の心身の状態を十分に観察し、性急になることのないよう、相手の人格を尊重しながら、じっくりと納得・理解へと導くことである。また、教えるのではなく、サポートティブな構えで同じ土俵に立ち、共通の問題として話しあい、考えあい、共同で問題の解決を計ることが必要である。老年者の場合は

特に一方的に与えるだけでは、指導者の自己満足に終るだけで、問題の解決にならない場合が多いことは周知のとおりである。独りよがりの指導ではなく、相手に理解され、納得され、行動に移されてこそ、教育の効果があつたといえる。

6. おわりに

現在 65 歳以上の人口が総人口の 10% を越え、「高齢化社会」から「高齢社会」への移行も間近なものと危惧される。社会がどのような変遷をとげようと、誰もが「健やかで満ち足りた老後を全うしたい」と願うのは当然であり、1 人でも多くの老年者が、地域の中で社会の一員として、身体的・精神のおよび社会的に健康で、満足感を持って一生を終えることができるよう、各分野での研究が発展することが望まれる。

もちろん、老年者の心身の健康に最も大きな影響を及ぼすのは「食」であり、ある意味では、老年者の生活イコール“食そのもの”ともいえよう。そして、老年者の“食”をよりよい方向に導びくためには、深い愛情と綿密な計画、たゆまぬ実践、努力が要求されよう。筆者は未だ不十分ではあるが、老年者の食の成り立ち、老年者の食を規制する要因などを検討し、ケアの方法論についても考究した。老年者を対象とした実践栄養学に取り組みだしてまだ日の浅い筆者などが、予想もできない幾多の問題点を、このたびの考察では、浅学故に見過ごし、取り落していると思われるが、今後ますますフィールドでの研究を深め、更に充実したものとしたい。

参 考 文 献

- 1) (社)日本栄養士会・栄養指導研究所編：栄養・食生活情報，VOL. 2, No. 3, 東京, 24 (1989)
- 2) 鈴江緑衣郎：高齢化社会と栄養，栄養学雑誌，VOL. 45, No. 1, 1～2 (1987)
- 3) Scherwood, S. : *Aging and Human Development*, 1, 61～85 (1970)
- 4) 厚生省保健医療局健康増進栄養課編：第三次改定 日本人の栄養所要量，第一出版，東京，58～66 (1984)
- 5) 桂 英輔：老年者の栄養，老年病，5, 13 (1961)
- 6) Yan, S. H. Y. et al. : Albumin metabolism in elderly men and women, *J. Lab. Clin. Med.*, 72, 449, (1968)
- 7) Zanni, E. et al. : *J. Nutr.*, 109, 513 (1979)
- 8) Cheng, A. H. R. : *J. Clin. Nutr.*, 31, 12 (1978)
- 9) Gersovitz, M. et al. : *Am. J. Clin Nutr.*, 35, 6 (1982)
- 10) 大儀敏雄：老化現象と栄養学の接点，栄養・食生活情報，VOL. 1, No. 4, (1988)
- 11) 香川芳子監修：なにをどれだけ食べたらいいか，女子栄養大学出版部，東京，17 (1983)
- 12) 香川 綾編：新版 80 キロカロリー成分表，女子栄養大学出版部，東京，11 (1981)
- 13) 山口和子編：食教育，医歯薬出版，東京，67 (1986)
- 14) 細谷憲政，鈴木継美編：食生活研究—新しい視点から人間の栄養を考える試み—，第一出版，東京，88～90 (1975)
- 15) Exton-Smith, A. N. : Nutrition of the elderly, *Brit. J. Hosp. Med.*, 5, 639 (1971)

老年者の栄養と食行動

- 16) 河野友信：老年者の心理，臨床栄養，Vol. 51，No. 7，778（1977）
- 17) 内田安信：歯の病気，臨床栄養，Vol. 66，No. 3，368（1985）
- 18) 篠原恒樹：中高年者・老年者と栄養，からだの科学，増刊1－新・栄養学読本－，163（1983）

平成元年 1 月 9 日受付

平成元年 3 月 16 日受理