

摂食嚥下機能低下を認める特別養護老人ホーム入所者の 経口摂取支援のための看護職役割行動指標の作成

—看護—介護連携に着目して—

清 水 みどり (自治医科大学看護学部)

吉 本 照 子 (千葉大学大学院看護学研究科)

杉 田 由加里 (千葉大学大学院看護学研究科)

目的：摂食嚥下機能低下を認める特別養護老人ホーム（以下、特養）入所者が、本人や家族の希望に沿って最期まで可能な限り安全・安楽に経口摂取できるよう、介護職との連携に着目した看護職の役割行動指標を作成する。

方法：経口摂取支援に積極的に取り組む特養で、支援に責任を持つ立場の看護職7名、介護福祉士12名に半構成的面接を実施した。入所者や家族の希望に沿って最期まで安全・安楽な経口摂取を支援した事例を想起してもらい、支援行動、支援上の困難と解決のための工夫、多職種からの支援を質的・帰納的に分析し、指標案を作成した。次に摂食嚥下障害高齢者のケアを熟知した看護師、学識経験者等、6名から成る専門家会議で指標の内容妥当性を検証した。

結果：中長期的に経口摂取の限界を見極めながら可能な限り経口摂取の可能性を探る行動、リスクに備えながら、その日の食事を安全・安楽に介助する行動、家族や介護職に入所者のハイリスクな身体状況を説明し、経口摂取の継続・中止の合意を形成する行動、介護・看護職が省察的实践により支援に必要な力量を開発する行動から成る看護職役割行動指標を作成した。

考察：本指標は可能な限りの経口維持に向け、特養の看護職が中長期的に経口摂取の限界を見極めながら経口摂取の可能性を探る医療職の役割遂行をもとに、家族・介護職と連携して、ハイリスクであっても本人の希望を叶えるといった考え方と、その考え方を具現化するための行動を示したと考える。

KEY WORDS : nurses role, oral-intake, special elderly care home

I. はじめに

高齢者にとって経口摂取は、生命維持に必要な栄養・水分の摂取、心身機能の活性化と維持、認知機能への影響、生活における満足感などにつながる重要な行為である。特別養護老人ホーム（以下、特養とする）の入所者は、平成27年の調査によると85歳以上が64.4%¹⁾を占め、彼らの摂食嚥下機能は内的・外的要因の影響で変動しやすく、誤嚥性肺炎のリスクも高い。また一時的な咀嚼機能低下で食形態を下げたまま習慣化すると、オーラルフレイルによる摂取量低下で低栄養・サルコペニアを引き起こし、さらに摂食嚥下障害が進むといった悪循環を引き起こすといわれている²⁾。

高齢者施設入所者の摂食嚥下障害の有病率は、日本では45.3%～59.7%³⁾、欧米では40～60%⁴⁾、韓国では52.7%⁵⁾と報告されている。我が国の肺炎入院患者のう

ち、誤嚥性肺炎は60.1%、患者の75%が70歳以上で、かつ高齢になるほど誤嚥性肺炎の割合が多く、80歳以上では80.1%という報告⁶⁾がある。特養入所者は誤嚥性肺炎の頻度が高く、医療的管理が困難なことによる入院も多いと推察される。入院は高齢者への心身の負担が大きく、施設職員の業務量の増加や減収など施設にも不利益が生じる可能性がある。

以上のことから、特養の看護職は入所者や家族が希望する限り安全・安楽な経口摂取を支援すること、経口摂取可能な心身機能を維持できるよう健康管理をすること、嚥下障害があっても食を楽しむ、味わうという行為を支援することが重要な役割であると考ええる。

摂食嚥下機能が低下した高齢者に関するガイドラインに日本老年医学会の「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」⁷⁾がある。これは経口摂取支援の判断のプロセスで、本人・家族を含む関係者の合意形成における考え方や拠り所を示すものである。実践の場でガイドラインに導かれた方針に基づいて提供すべきサ-

ビスを具現化するには、個別ケアを提供できるような指標が必要と考える。

摂食嚥下機能が低下した高齢者に対する看護師の役割に関する知見^{8)~10)}は、主に脳血管疾患患者の経口移行に向けた支援をもとに蓄積され、医療専門職チームによって成果を上げている。直井⁹⁾は、脳血管障害・頭部外傷患者の急性期からの経口摂取支援に関する援助指針を作成した。誤嚥性肺炎を予防し、適正な栄養状態・水分バランスを維持し、活動性を高め、意欲・自発性を高める「全身状態の改善」、嚥下機能を高め、経口摂取開始時期を見極め、直接嚥下訓練を安全に進める「嚥下機能の改善」、本人・家族の意思決定を促す家族支援、家族機能を高め、チームアプローチのなかで看護の役割を効果的に果たす「チームの機能向上」が必要な要素であることを示した。介護保険施設の入所者を対象とした研究では、北川ら⁸⁾が経管栄養からの離脱を目指すプロトコルとして、経口摂取可能な徴候の把握、摂食嚥下機能のアセスメント、摂食嚥下の5期モデルに基づいたケア、モニタリング（リスク管理）と評価、を構成要素とするプロトコルを開発している。直井⁹⁾や北川ら⁸⁾の知見は、対象は異なっても誤嚥・窒息のリスクを低減しつつ経口摂取を支援するための看護職のあるべき行動を示しており参考になる。しかし摂食嚥下機能低下を認める特養入所者は、機能回復だけでなく中長期的には機能低下と看取りも視野に入るため、これらの要素を含む指標の開発が必要と考える。

特養の介護職を対象にした調査^{11),12)}では、嚥下や食事の形態に関すること、介助技術に不安を感じていた。別の調査¹³⁾では、経口摂取支援における職員のスキル向上、咀嚼嚥下状態を判断する看護職と食事介助を担う介護職との協力体制、リスクに備えた連携体制などの必要性が指摘されている。清水ら¹⁴⁾は、経口摂取支援に積極的に取り組む特養1施設の調査から、摂食嚥下機能が著しく低下した特養入所者に対し、安全・安楽に配慮しながら経口摂取を支援するための看護職の行動として、入所者の全身状態を看ながら経口摂取の可能性を極力保持すること、支援の過程で手を尽くしつつ家族・介護職と合意を形成すること、看護・介護職の力量向上を支援する必要性を示唆した。よって介護職が不安を軽減しつつ安全な介助ができ、日々の入所者の体調変化を把握し、看護職につなげるための介護職のアセスメント力や情報共有スキルの育成を支援するには、看護職はどのように行動すべきかを具体的に示す指標の開発が必要と考える。特養の看護職は代替職員確保の困難さから外部研修を受けにくい状況があり、自施設内で経験を積みな

がら学べるような指標を作成することは、特養看護職の質向上に寄与すると考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、摂食嚥下機能低下を認める特別養護老人ホーム入所者が、本人および家族の希望に沿って最期まで可能な限り安全・安楽に経口摂取できるように、介護職との連携に着目した特養看護職の役割行動指標を作成することである。

III. 用語の定義

看護職：特養に勤務する看護師・准看護師を指す。

看護職役割行動：特養看護職の役割とは、看護職と入所者・家族・他職種との相互関係の中で認知された、看護職に対する暗黙の期待や要請であり、看護職役割行動とは、特養看護職としての役割遂行のための行動とする。

行動指標：指標を、「物事の見当をつけるためのめじるし」（広辞苑、第六版）、「物事を判断したり評価したりするためのめじるし」（大辞泉、初版）にとらえ、本稿では行動指標を、行動を判断したり評価したりするためのめじるし・目安、とする。研究対象は看護職の役割行動という、役割期待に応える目的的行动であり、一見同じに見えても意図が異なる場合は別の行動として区別されるため、作成する行動指標は、意図と行動を含めて記述する。

IV. 研究方法

1. 第一段階：看護職役割行動指標試案の作成

1) 研究対象施設および対象者の選定基準：施設サービスの質向上の観点から、看取り期も含めて経口摂取支援に積極的に取り組む特養を、学会誌等での実践報告、または筆者のネットワークサンプルから抽出した。ユニット型特養の定員数が32.3%（H24年）¹⁵⁾であることから、従来型特養4施設、ユニット型特養2施設を選定した。施設長に看護師又は准看護師1～2名、介護福祉士2名を推薦してもらい、選定基準は当該施設勤務経験3年以上で、各職種とも経口摂取支援に責任を持つ立場の者1名を含み、施設の経口摂取支援の内容を言語化できる者とした。

2) データ収集期間：平成27年5月～平成28年12月

3) データ収集方法：摂食嚥下機能低下を認める事例を想起してもらい、本人（家族）の意思に沿って最期まで安全・安楽に食べてもらうために、単独あるいは介護職（看護職）をはじめとする多職種と協力して行った行動、

支援上の困難と解決のための工夫、介護職（看護職）への支援と介護職（看護職）から受けた支援、それぞれの意図や目的について、半構成的面接を2回実施した。

施設固有の経口摂取支援の状況を把握するため、聴取内容と実践が著しく乖離していないかを確認するため、対象看護職に付いて、昼食時の入所者および介護職への支援行動の観察を1回行った。

4) 分析方法：

①個別分析：まず個々の施設の経口摂取支援の文脈と支援内容を把握するために、個別分析を行った。逐語録から行動とその意図を示す部分を切り出して要約し、「～のために（意図）」「～する（行動）」の順で一文にしコードとした。要約した意図と行動は、2回目面接でメンバーチェックを行い妥当性の確保に努めた。介護職が認識する看護職と協力して入所者に行う支援行動と、介護職が看護職から受けている支援行動を確認し、看護職の行動に漏れが無いようにした。2回目面接時に、協力が得られた看護職4名に対し昼食時の入所者・介護職への支援行動を観察し、施設固有の経口摂取支援の状況把握と、聴取内容と実践の著しい乖離の有無について確認を行った。逐語録の切り出し・コード化の作業は複数の共同研究者間で確認し合いながら行い、分析の妥当性を確保した。

次にコードの「意図」の類似性に基づいて分類してカテゴリー化し、小項目として命名した。命名はコード内の単語や類語、それらを包括する概念を用いて表現した。これら小項目について、北川ら⁸⁾、直井⁹⁾の経口移行における安全な経口摂取支援に関する知見と、清水ら¹⁴⁾の摂食嚥下機能低下を認める特養入所者の経口摂取支援の知見を参考にしながら、類似性に基づいて分類・カテゴリー化し、大項目として命名した。

②総合的分析：6施設とも大項目は4個で内容も類似していたが、小項目は個々の施設により抽出された数やカテゴリーにばらつきがあった。これは個々の施設で支援の文脈が異なることが原因と考えられた。そこで個別分析における施設特性による支援の文脈の影響を取り除き、規模・ケア体制が異なる6施設全体における小・中項目を導くために、4個の大項目ごとに6施設全てのコードを集めた。次に大項目ごとにコードの「意図」の類似性に基づいて分類・カテゴリー化し、新たな小項目とした。それらの小項目を類似性に基づいて分類・カテゴリー化し中項目として命名した。最後に大項目ごとに、中・小項目が大項目を構成する要素として適切かつ不可欠であるか検討した。

大項目は経口摂取支援において、看護職が常に念頭に

置くべき目標、中項目は目標を達成するための下位目標、小項目は下位目標を達成するための具体的行動の例示、行動の手がかりとなるものと考えた。小項目を具体的行動の例示とした理由は、個々の入所者の置かれた状況の違いから目標達成の行動は無数にあるため、よって小項目内のコードで頻度が多いもの、看護職役割行動として重要と思われるものを統合し、小項目名とした。小項目の命名については、「～のために」といった意図を示す表現を可能な限り含まない、より具体的な行動表現になるよう留意した。

看護職役割行動指標を大項目・中項目・小項目で構成することにより、多様な背景の看護職に対して、特養の看護職が役割を遂行するためにどのように行動すべきかという考え方と、より具体的な行動の目安を示し、力量開発の手がかりや拠り所を示しうると考えた。

2. 第二段階：専門家会議による看護職役割行動指標案の検討

1) 研究対象者の選定基準：専門家会議の対象者は、高齢者施設での看護を熟知し、摂食嚥下機能低下を認める高齢者のケアに関する学会発表等の経験を有する看護管理者および看護師計3名と、高齢者ケアと多職種連携、または高齢者の経口摂取支援を専門とする看護系大学の研究者2名、連携する介護職の立場から、摂食嚥下機能低下を認める高齢者に関する研修の講師経験を有する介護管理者1名を選定した。選定は学会での実践報告等を参考に研究者のネットワークサンプルから抽出した。

2) データ収集・修正方法：事前に指標試案評価票を送付して評価してもらい、評価結果をまとめた資料を作成した。会議当日はこの資料をもとに、項目妥当性および内容妥当性、指標項目の補充・統合の必要性について検討した。検討内容を踏まえて指標試案を修正し、再度対象者に郵送して意見を求めた。回収した意見をもとに再々度修正して看護職役割行動指標を作成した。

3. 第三段階：特養看護職による看護職役割行動指標の判読可能性の確認

作成した看護職役割行動指標を、第一段階の施設とは別の特養3施設に勤務する経験2年以上の看護職各2名、計6名に郵送し、文章の内容や意味の判読が困難な項目がないか意見を求めた。意見にもとづいて修正し看護職役割行動指標を精練した。

4. 倫理的配慮

研究の第一段階では、研究依頼施設の管理者に研究目的・内容を説明し承諾を得た後、研究対象者に研究の主旨・方法、自由意思と匿名性の保障、個人情報保護について、研究中や研究公表に関する配慮について、文書

表1 施設概要・対象者属性

施設	A	B	C	D	E	F
看護職 資格	准看護師	看護師	看護師	看護師	看護師	看護師
年代・性別	50歳代・女性	30歳代・男性	50歳代・女性	60歳代・女性	60歳代・女性	50歳代・女性
当該施設勤務年数	13年	5年	3年	15年	5年	4年10ヶ月
特養看護職経験年数	13年	5年	15年	17年	5年	14年
介護福祉士・管理職						
年代・性別	40歳代・女性	20歳代・男性	50歳代・女性	20歳代・女性	40歳代・男性	40歳代・女性
当該施設勤務年数	13年	5年6ヶ月	8年	7年	7年	5年
介護職経験	13年	5年6ヶ月	15年	7年	14年	10年
介護福祉士						
年代・性別	20歳代・女性	20歳代・女性	30歳代・女性	なし	20歳代・男性	なし
当該施設勤務年数	4年1ヶ月	5年	8年		5年11ヶ月	
介護職経験	4年1ヶ月	5年	16年		5年11ヶ月	
入所定員	50名 従来型	52名 従来型	50名 従来型	130名 従来型	40名 ユニット型	100名 ユニット型
開設年	2002	2001	1994	2001	2001	2008
平均年齢	86.2歳	86.7歳	84.8歳	83.3歳	88.6歳	84.9歳
平均介護度	4.1	3.8	4.4	4.0	3.2	4.0

と口頭で説明し、同意を得て実施した。第二段階では、研究対象者に（必要な場合はその上司にも）研究の主旨・方法、自由意思と匿名性の保障、個人情報保護について、研究中や研究公表に関する配慮について、文書と口頭で説明し、同意を得て実施した。第三段階では、研究依頼施設の管理者に研究目的・内容を説明し承諾を得た後、研究の主旨・方法、自由意思と匿名性の保障、個人情報保護について、研究中や研究公表に関する配慮について記載した調査票を郵送し、調査票の返信をもって同意を得たものとした。本研究は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した。

V. 結 果

1. 第一段階の対象者の概要

研究対象施設および対象者の概要を表1に示す。看護師6名、准看護師1名。介護福祉士12名であった。D、F施設では、介護福祉士は2名とも管理的立場だったが、日常的に食事介助業務に携わっていた。

2. 第二段階の対象者の概要

対象者の概要を表2に示す。学識経験者2名、介護保険施設の管理者2名、専門看護師1名、認定看護師1名であった。

3. 最期まで可能な限り安全・安楽な経口摂取を支援する看護職役割行動指標

6施設への聴取調査の結果、4個の大項目【Ⅰ. 摂食嚥下機能が著しく低下しても、本人（家族）の意向に

表2 専門家会議・対象者属性

職種	性別	年齢	資格
学識経験者	女性	60歳代	
学識経験者	女性	50歳代	
病院看護師	女性	40歳代	専門看護師
介護保険施設看護師	女性	30歳代	認定看護師
介護保険施設管理者	男性	30歳代	認定看護管理者
介護保険施設管理者	女性	60歳代	社会福祉士 介護福祉士 介護支援専門員

添って、生命維持は可能な限り経口で行えるよう、介護職と協力して経口摂取支援に取り組む】、【Ⅱ. 摂食嚥下機能が著しく低下しても、安全にできるだけ自分の意思で食べられるように介護職と協力して食事介助に取り組む】、【Ⅲ. 入所者の意思・家族の思い・介護職の価値観を尊重しながら経口摂取支援の経過を共有し、支援方針決定のさいには、入所者の身体的苦痛を基準に行う】、【Ⅳ. 介護職の経口摂取支援に関する負担軽減とモチベーションの維持を支援しながら、介護職と自身の力量を開発し、省察的实践（実践の振り返り）を重ねる】と、18個の中項目、54個の小項目が抽出された。

専門家会議で項目妥当性および内容妥当性、項目の補充・統合について検討した結果、大項目Ⅰ～Ⅳは【Ⅰ. 摂食嚥下機能が著しく低下しても、入所者（家族）の意

向に添って可能な限り経口摂取できるよう、医師・歯科医師・管理栄養士・介護職等と協力して経口摂取の可能性を探る】、【Ⅱ. その日その時のリスクを考慮しながらできるだけ自分の意思で食べられるように、介護職・管理栄養士等と協力して食事介助に取り組む】、【Ⅲ. 入所者の意思と家族の思いを尊重し、介護職の考え方に配慮した支援過程を共有し、入所者の意思または身体的苦痛軽減を優先に支援方針を決定する】、【Ⅳ. 介護職の経口摂取支援に関する負担軽減とモチベーションの維持を支援しながら、実践の振り返りを重ね、介護職と自身の力量（知識・技能）を開発する】に修正した。中項目は2項目増えて20個に、小項目は6項目追加で60個になった。特養看護職6名による判読可能性の確認を経て、完成した看護職役割行動指標を表3に示し、大項目および中項目について述べる。大項目は【Ⅰ】、中項目は「Ⅰ」で示す。

- 1) 【Ⅰ. 摂食嚥下機能が著しく低下しても、入所者（家族）の意向に添って可能な限り経口摂取できるよう、医師・歯科医師・管理栄養士・介護職等と協力して経口摂取の可能性を探る】

この大項目は摂食嚥下機能低下を認める全ての入所者が対象となる。「介護職・管理栄養士等と協力して摂食嚥下機能（唾液嚥下・湿性嚥声）や呼吸機能（SpO₂・呼吸音）、意識レベルを日常的にアセスメントし、「食べたい（食べさせたい）」という入所者（家族）の意思を尊重しながら経口摂取の可能性とリスクを探り、「全身状態の改善と全身の筋力および口腔機能を維持・向上し、経口移行または経口維持に努める」が、やがて機能の維持が困難になると「介護・管理栄養士等と協力して、経口摂取のための方策を尽くしつつ、入所者の意思・身体的苦痛を基準に経口摂取の限界（完全中止）を見極める」。多職種の協力を得て入所者の摂食嚥下機能に対し中長期的な見通しをつけながら、看護職としての方針を示すための行動である。

- 2) 【Ⅱ. その日その時のリスクを考慮しながらできるだけ自分の意思で食べられるように、介護職・管理栄養士等と協力して食事介助に取り組む】

この大項目は経口摂取可能と診断された入所者が対象となる。「その日注意すべき入所者を選定し、介護職・管理栄養士と協力して全身状態・摂食嚥下状態を既存の評価ツール等を用いて評価」し、「誤嚥・窒息のリスクが高い（覚醒状態が悪い、疲労している、発熱がある、呼吸状態が悪い）、摂取拒否の意志表示（食物を吐き出す等）がある場合は、経口摂取を見合わせ」、摂取可能と判断した場合は「介護職等と協力して、覚醒状態の維

持、食事環境の整備、姿勢の保持、食形態・摂取量の吟味、介助方法の検討を行い、介助者を選定し、誤嚥・窒息のリスクを低減」しながら安全な食事介助に努め、摂取に伴うリスクには「食事介助やラウンドしながら誤嚥・窒息のリスクと肺炎の徴候をモニタリングし、介護職等と入所者の異変を相談しやすい関係を築き、アクシデントに直ぐに対応できる体制を作る」ことにより対応する。また「家族・介護職・管理栄養士と協力して、入所者の意思を尊重しながら食物の好みや味を探り、食べることに對する意欲を促す」。リスクに備えながら、その日の食事を安全・安楽に介助するための行動である。

- 3) 【Ⅲ. 入所者の意思と家族の思いを尊重し、介護職の考え方に配慮した支援過程を共有し、入所者の意思または身体的苦痛軽減を優先に支援方針を決定する】

この大項目は入所者と家族、および介護職をはじめとする多職種が対象となる。介護職には、少しでも多く食べて欲しいという「介護職の考え方に配慮しつつ支援に取り組む、入所者の意思・身体的苦痛（発熱、呼吸状態、疲労感、意識レベル）を根拠に食事介助の止めどきや中止を説明し、介護職が支援方法を見いだせるよう問いかけ」、経口摂取の限界が近づくと、完全中止も視野に入れ「介護職の考え方に配慮しつつ共に手を尽くした結果、経口摂取は限界にあるという看護職の判断を介護職に伝え、ケアカンファレンスで支援方法を検討し決定する」、また家族には、「介護職等と協力して入所者の意思と家族の思いを尊重した経口摂取支援に取り組む、経過を逐一家族に報告しながら、安全に好きな物を摂取できる方法を探索」し、経口摂取が限界に近づくと、多職種とともに「家族の思いを尊重しつつ、ともに手を尽くした結果、経口摂取は限界にあるという施設側の判断と根拠を伝え、家族が支援方法を決定できるよう問いかける」。家族や介護職に対し、入所者の身体状態から経口摂取はハイリスクであること説明し、経口摂取の継続・中止について合意を形成する行動である。

- 4) 【Ⅳ. 介護職の経口摂取支援に関する負担軽減とモチベーションの維持を支援しながら、実践の振り返りを重ね、介護職と看護職自身の力量（知識・技能）を開発する】

この大項目は食事介助を担う介護・看護職が対象である。介護職には「介護職が実践と振り返りを積み重ね、安全で安楽な食事介助に必要な技術を習得できるよう支援」し、介護職が支援した成功例を意味づけて高く評価するなど「介護職の経口摂取支援におけるモチベーションを維持できるよう支援」し、できる限り食事介助に入り、介護職の相談に素早く対応するなど「経口摂取支援

表3 摂食嚥下機能低下を認める特養入所者のための看護職役割行動指標

I	摂食嚥下機能が著しく低下しても、入所者（家族）の意向に添って可能な限り経口摂取できるよう、医師・歯科医師・管理栄養士・介護職等と協力して経口摂取の可能性を探る
1-1	介護職・管理栄養士と協力して、摂食嚥下機能（唾液嚥下・湿性嚥声）や呼吸機能（SpO ₂ ・呼吸音）、意識レベルの変化を日常的にアセスメントし、経口摂取の可能性を探る
1-2	摂食嚥下機能が著しく低下しても食べたい（食べさせたい）という入所者（家族）の意思を尊重し、医師・歯科医師等と協力して経口移行または経口維持の可能性とリスクを探る
1-3	介護職・管理栄養士等と協力して、経口摂取のための方策を尽くしつつ、入所者の意思・身体的苦痛を基準に経口摂取の限界を見極める
1-4	介護職・管理栄養士等と協力して全身状態の改善と全身の筋力および口腔機能を維持・向上し、経口移行または経口維持に努める
II	その日その時のリスクを考慮しながらできるだけ自分の意思で食べられるように、介護職・管理栄養士等と協力して食事介助に取り組む
2-1	その日注意すべき入所者を選定し、介護職・管理栄養士と協力して全身状態・摂食嚥下状態を既存の評価ツール等を用いて評価する
2-2	誤嚥・窒息のリスクが高い（覚醒状態が悪い、疲労している、発熱がある、呼吸状態が悪い）、摂取拒否の意志表示（食物を吐き出す等）がある場合は、経口摂取を見合わせる
2-3	介護職等と協力して、覚醒状態の維持、食事環境の整備、姿勢の保持、食形態・摂取量の吟味、介助方法の検討を行い、介助者を選定し、誤嚥・窒息のリスクを低減する
2-4	食事介助やラウンドしながら誤嚥・窒息のリスクと肺炎の徴候をモニタリングし、介護職等と入所者の異変を相談しやすい関係を築き、アクシデントに直ぐに対応できる体制を作る
2-5	家族・介護職・管理栄養士と協力して、入所者の意思を尊重しながら食物の好みや味を探り、食べることにする意欲を促す
III	入所者の意思と家族の思いを尊重し、介護職の考え方に配慮した支援過程を共有し、入所者の意思または身体的苦痛軽減を優先に支援方針を決定する
3-1	介護職の考え方に配慮しつつ支援に取り組み、入所者の意思・身体的苦痛（発熱、呼吸状態、疲労感、意識レベル）を根拠に食事介助の止めどきや中止を説明し、介護職が支援方法を見いだせるよう問いかける
3-2	介護職の考え方に配慮しつつ共に手を尽くした結果、経口摂取は限界にあるという看護職の判断を介護職に伝え、ケアカンファレンスで支援方法を検討し決定する
3-3	介護職等と協力して入所者の意思と家族の思いを尊重した経口摂取支援に取り組み、経過を逐一家族に報告しながら、安全に好きな物を摂取できる方法を探索する
3-4	家族の思いを尊重しつつ、ともに手を尽くした結果、経口摂取は限界にあるという施設側の判断と根拠を伝え、家族が支援方法を決定できるよう問いかける
IV	介護職の経口摂取支援に関する負担軽減とモチベーションの維持を支援しながら、実践の振り返りを重ね、介護職と看護職自身の力量（知識・技能）を開発する
4-1	介護職が実践と振り返りを積み重ね、安全で安楽な食事介助に必要な技術を習得できるよう支援する
4-2	介護職の経口摂取支援におけるモチベーションを維持できるよう支援する
4-3	経口摂取支援に関する介護職の不安と業務負担の軽減に努め、信頼関係を築く
4-4	研修・文献の活用・介護職等多職種の工夫も活用して、経口摂取支援に関する看護職自身のスキルを向上させる
4-5	施設の方針に沿いつつ、経口摂取支援に関する理念を実現するためのより良い方法を提案する
4-6	経口摂取支援における看護職自身の判断の妥当性を保障しつつ、判断に伴う精神的負担感を軽減する
4-7	経口摂取支援における看護職自身の知識・技術でできることと、できないことを見極め、介護職に説明する

ローマ数字は大項目を示す。アラビア数字は、例として1-1は、大項目Ⅰの中項目1を示す。

に関する介護職の不安と業務負担の軽減に努め、信頼関係を築く」。看護職には「研修・文献の活用・介護職等多職種の工夫も活用して、経口摂取支援に関する看護職自身のスキルを向上」させ、施設の経口摂取支援に関する理念を反映させた具体的なケアプランを提案し説明するなど「施設の方針に沿いつつ、経口摂取支援に関する理念を実現するためのより良い方法を提案」し、「経口

摂取支援における看護職自身の判断の妥当性を保障しつつ、判断に伴う精神的負担感を軽減」し、「経口摂取支援における看護職自身の知識・技術でできることと、できないことを見極め、介護職に説明する」。介護・看護職が省察的实践等により、支援に必要な力量を開発するための行動である。

VI. 考 察

まず本指標の妥当性と新規性について考察し、次に本指標をもとに特養看護職が的確に効果的な実践を展開できるように、役割行動指標間の関係を示すモデルを図1に示す。

1. 本指標の妥当性と新規性

本指標は、介護職をはじめとする他職種と協力して、摂食嚥下機能や呼吸機能、意識レベルを日常的にアセスメントし、経口摂取の可能性とリスクを探り、全身状態の改善と筋力・口腔機能の維持向上に努め、リスクに備えながら安全に経口摂取できるよう介助する、という役割行動を含む。これらは介護保険施設で経管栄養から経口移行を目指す高齢者を対象とした北川ら⁸⁾の知見と一致していた。機能向上を目指す対象であっても、低下傾向にある対象であっても、十分なアセスメントのもとハイリスクな入所者の経口摂取を援助する上で必要な役割行動と考えられ、指標の妥当性を示すものと考ええる。

新規の役割行動として、中長期的に経口摂取の限界を見極めながら、手を尽くして経口摂取の可能性を探ること、家族や食事介助を担う介護職に、ハイリスクな身体状況の経過と今後の見通しを示しながら、合意を形成していくこと、介護・看護職が省察的实践等により、支援に必要な力量を開発することが導かれた。

限界を見極めながら、手を尽くして経口摂取の可能性を探るという役割行動は、北川ら⁸⁾の知見は機能向上を目指す入所者が対象であり、看取り期の対象は除外されているのに対し、本指標が摂食嚥下機能が低下傾向の入所者に対し、経口摂取の安易な完全中止を回避し、その時期をできるだけ前へ延ばす経口維持を目的に作成したことで新たに見出されたと考える。

次に合意形成についてであるが、北川ら⁸⁾は支援開始の前提として位置付けているが、本指標では、摂食嚥下機能低下を認める特養入所者の経口維持という観点から、身体状況の変化に応じてその都度働きかけるプロセスとして捉えるという特徴がある。経口摂取に関連する合意形成のあり方を示すものに日本老年医学会のガイドライン⁷⁾があるが、本指標はガイドラインに導かれた方針に基づいて提供すべきサービスを具現化するためのツールとして位置付けることができ、新規性があると考ええる。

特養では、食事介助の主な担い手は介護職で、摂食嚥下機能が低下しハイリスクの状態になっても手を尽くして経口摂取の可能性を探るためには、介助に伴う介護職の不安や負担感を軽減しつつ、介助技術の向上に努める必要がある。本指標は看護職が食事介助に伴うリスクを予測し事故を予防しながら、介護職の力量開発を支援し

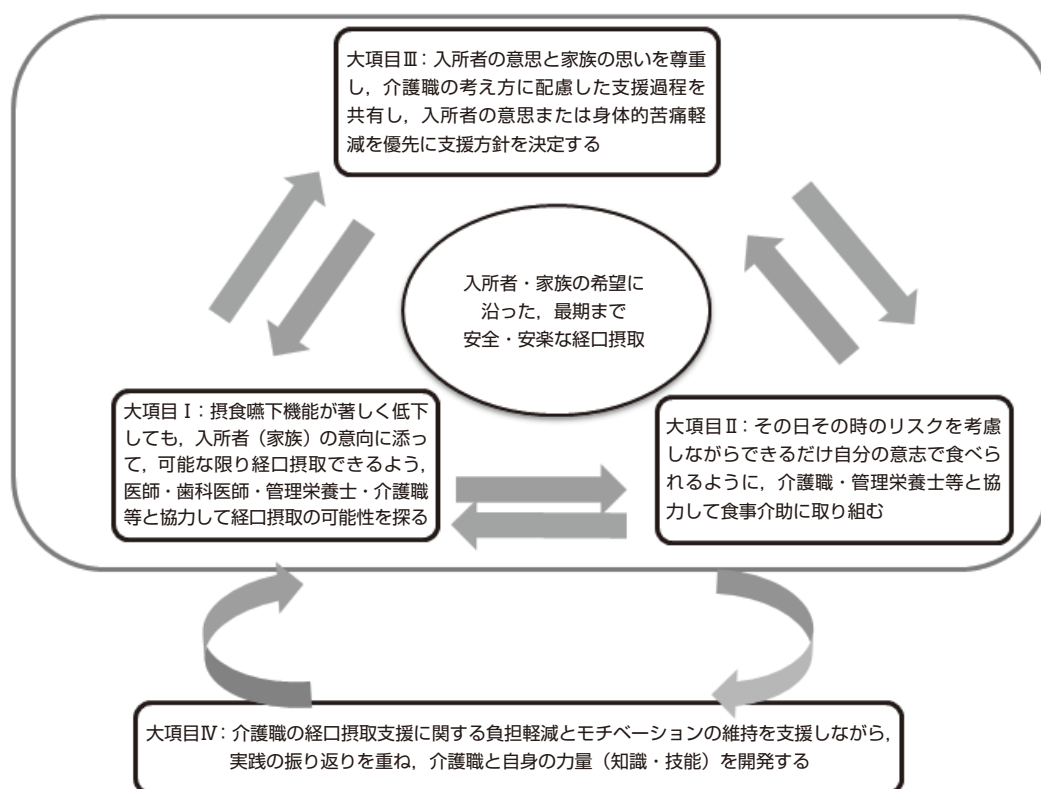


図1 摂食嚥下機能低下を認める特養入所者のための看護職役割行動指標間の関係

彼らが自立してケア実践できるようにするための考え方と具体的方法を示した。これらの役割行動は、食事介助の主たる介助者である介護職を支援するという指標作成の目的にかなうと考える。

2. 役割行動指標間の関係

本指標の役割行動には、入所者や家族の希望に沿って、最期まで可能な限り安全・安楽な経口摂取を支援するための中核となる役割行動と、それらの実践を押し進め支持的・促進的機能を果たす役割行動がある。

1) 中核となる看護職役割行動

大項目Ⅰは、食べたい・食べさせたいという入所者や家族の希望に基づき、多職種の協力を得て入所者の摂食嚥下機能を評価し、中長期的な見通しをつけながら可能な限り経口摂取の可能性を探る行動である。これにより今までは摂食嚥下機能の低下を理由に簡単に諦めていた経口摂取を、本人や家族が望む限りにおいて延長する可能性が生じる。そのためには大項目Ⅱのリスクに備えつつその日の食事を安全・安楽に介助することが重要となる。また、その日その時の摂食嚥下機能を評価し、安全で安楽な経口摂取支援を的確に積み重ねるというプロセスをたどることで、中長期的な摂食嚥下機能の見通しをつけながら経口摂取の可能性を探り続けることが可能となる。よって大項目ⅠとⅡは双方向に影響し合う。

大項目Ⅲは、家族や介護職に入所者のハイリスクな身体状況を説明し、経口摂取の継続・中止の合意を形成する行動である。大項目Ⅱで示したリスクに配慮しながら日々の食事介助を安全に実施するには、大項目Ⅲの家族や食事介助に携わる介護職との合意形成が不可欠である。また確実に安全な経口摂取支援を日々提供できるように調整することで、家族や介助する介護職との信頼関係が促進され、支援方針決定に関する合意形成が容易になる。従って大項目ⅡとⅢは双方向に影響し合う。

また、経口摂取の継続・中止に関する家族や介護職との合意形成のあり方は、大項目Ⅰで示した中長期的な見通しをつけ、どこまで手を尽くして経口摂取の可能性を探るのか、という看護職の行動に影響する。逆に中長期的に手を尽くして経口摂取の可能性を探ってきたからこそ、経口摂取がいよいよ困難になった時点で、経口摂取の完全中止を含む支援方針決定に関する合意形成が容易になる。よって大項目ⅢとⅠは双方向に影響し合う。

2) 中核行動を支える看護職役割行動

大項目Ⅰ、大項目Ⅱ、大項目Ⅲの役割行動は、入所者・家族の希望に沿って最期まで可能な限り安全・安楽な経口摂取ができるよう、特養看護職の実践の中核を成し、それぞれが相互に影響し合い循環する関係である。

大項目Ⅳの役割行動は、中核となる役割行動の実践を押し進める支持的・促進的機能を果たす。介護・看護職が省察の実践等で経口摂取支援に必要な力量を開発することで実践力が向上し、より質の高い実践を通じてさらに高度な力量を開発するという循環関係にある。したがって本指標の実用では、単に各々の項目を実践するのではなく、これら項目間の関係性を常に意識しながら、各項目について同時的に実践していくことでハイリスクな入所者に対する効果的な支援が可能となると考える。

Ⅶ. 今後の課題

本指標は、摂食嚥下機能低下を認める特養入所者の経口維持に向けた支援に焦点化して作成した。指標は支援における看護職の判断と行動の手がかりとして、省察的実践のツールとして、あるいは看護－介護職連携の円滑化や、自身の知識・技術の確認と学習課題の抽出に資するのではないかと考える。今後は本指標を実際に用いて看護援助における事例を積み重ね、詳細且つ継続的な記録から指標の実行可能性と有用性を検証することが課題と考える。

Ⅷ. 結 論

摂食嚥下機能低下を認める特養入所者の経口摂取支援のための看護職役割行動指標として、大項目4個、中項目20個からなる指標を開発した。本指標は可能な限りの経口維持に向け、特養の看護職が中長期的に経口摂取の限界を見極めながら経口摂取の可能性を探る医療職の役割遂行をもとに、家族・介護職と連携して、ハイリスクであっても本人の希望を叶えるといった考え方と行動例を示した。

謝 辞

本研究にご協力いただきました施設および対象者の皆様に心より感謝申し上げます。なお本研究は平成25-28年度文部科学省科学研究費補助金（基盤研究C 課題番号 24594806）の助成を受けて実施した。本研究に利益相反はない。

文 献

- 1) 日本看護協会医療政策部：特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査報告書，公益社団法人日本看護協会，9，2016.
- 2) 菊谷 武，古屋裕康：食べることの障害としてのオーラルフレイル，日本老年医学会雑誌，53(4)：341－346，2016.
- 3) 才藤栄一：平成23年度老人保健事業推進費等補助金「摂食嚥下障害に係る調査研究事業」摂食嚥下障害の臨床的重

- 症度分類を用いた摂食嚥下障害患者の分布，重症度調査。「摂食嚥下障害に係る調査研究事業報告書」，独立行政法人国立長寿医療研究センター，9-10，2012.
- 4) Teramoto S., Fukuchi Y., Sasaki H., Sato K., Sekizawa K. & Matsuse T.: High incidence of aspiration pneumonia in community- and hospital-acquired pneumonia in hospitalized patients: a multicenter, prospective study in Japan. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 56(3): 577-579, 2008.
 - 5) Shanley C. O'Loughlin G.: Dysphagia among nursing home residents: an assessment and management protocol. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(8): 35-48, 2000.
 - 6) Park Y.H. Han H.R. Oh B.M. Lee J. Park J.A. Yu S.J. Chang H.: Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 34(3): 212-7, 2013.
 - 7) 日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン：人工的水分・栄養補給の導入を中心として。 https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf (2017/ 3 /21検索)。
 - 8) 北川公子，山田律子，千葉由美：第4章 口から食べることを目指すケア—経管栄養から経口へ：高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコール—連携と協働のために（中島紀恵子，石垣和子），日本看護協会出版会，76-87，2010.
 - 9) 直井千津子：重度の摂食嚥下障害高齢者に経口摂取を可能にする看護 援助指針を適用して，老年看護学，11(2)：120-131，2007.
 - 10) 小山珠美，黄金井裕，加藤基子：脳卒中急性期から始める早期経口摂取取得を目指した摂食嚥下リハビリテーションプログラムの効果，日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌，16(1)：20-31，2012.
 - 11) 川西進一，渡邊純子，田淵久代他：介護職員の食事に関する不安。京都市立病院紀要，33(1)：57-60，2013.
 - 12) 杉谷かずみ：介護老人福祉施設における介護職員の食事に対する不安感の検討，日本看護学会論文集・老年看護，(36)：145-147，2005.
 - 13) みずほ情報総研株式会社：平成24年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「施設入所者に対する栄養ケアマネジメントにおける効果的な経口摂取の支援のあり方に関する調査研究事業報告書」平成25年3月。
 - 14) 清水みどり，吉本照子，杉田由加里：一特別養護老人ホームにおける重度の摂食嚥下障害を有する入所者の安全で安楽な経口摂取に向けた看護職の役割行動—看護—介護連携に着目して—，自治医科大学看護学ジャーナル，13：3-10，2015.
 - 15) 厚生労働省 社保審—介護給付費分科会：平成27年度介護報酬改定に向けて，H26.7.23 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000051840.pdf> (平成29年3月31日閲覧)

ESTABLISHING INDICATORS OF NURSES ROLE BEHAVIOR TO SUPPORT ORAL INTAKE
IN DYSPHAGIC SPECIAL ELDERLY CARE HOME RESIDENTS:
FROM THE VIEWPOINT OF NURSE-CARE WORKER COLLABORATION

Midori Shimizu ^{*1}, Teruko Yoshimoto ^{*2}, Yukari Sugita ^{*2}

^{*1}: Jichi Medical University School of Nursing

^{*2}: Chiba University Graduate School of Nursing

KEY WORDS :

nurses role, oral-intake, special elderly care home

Objective: Many special elderly care home (SECH) residents experience dysphagia, and the role of nurses, they manage the residents' oral intake safely and comfortably to the extent possible, in line with the wishes of residents and their families, until the terminal phase. Accordingly, this study aimed to establish indicators of nurses role behavior to support their oral intake.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with seven nursing staff and 12 certified care workers responsible for oral-intake support at SECHs with a proactive stance towards such support. Interviewees had provided relevant oral-intake support. Their collected recollections of these cases were subjected to qualitative-inductive analysis targeting support behavior, means of resolving support-related difficulties, and multidisciplinary support, to tentatively identify indicators. A specialist panel of six nurses and academic experts who are familiar with geriatric dysphagia care was then convened for detailed validation of the tentatively identified indicators.

Results: Indicators for nurses role behavior were identified based on the following behaviors: exploring the residents' potential oral intake to the maximum extent while ascertaining their limits in the medium-to-long term, assisting safe and comfortable consumption of daily meals while addressing risks, explaining the high risks associated with residents' physical state to families and care workers and securing agreement for continuation/discontinuation of oral intake, and developing capabilities needed by nursing staff and care workers to deliver support based on reflective practice.

Discussion: These indicators were focused on maximizing the residents' potential for oral intake. We consider that behaviors and thinking were indicated as follows: SECH nursing staff accomplished their role as medical health professionals, by exploring the residents' potentiality for oral intake while ascertaining their limits in the medium-to-long-term. Based on the findings, nursing staff, care workers, and residents' families are collaborated, in order to meet the wishes of dysphagic residents even in a high-risk situation.