

摂食嚥下機能低下を認める特別養護老人ホーム入所者への 経口摂取支援のための看護職役割行動指標の 有用性・実用可能性の検証

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)

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) 入所者の経口摂取を支援するための看護職役割行動指標 (以下, 指標) の有用性と実用可能性を検証する。

方法: 指標は看護職が他職種と共に取り組むべき支援目標を示す4つの大項目, 看護職固有の役割行動を示す20の中項目, 具体的な役割行動を示す60の小項目から成る。研究者がガイドブックを用いて参加看護職・介護職に試用方法を説明した。規模とケア提供体制が異なる4施設の看護職9名が指標を試用し3カ月間, 介護職12名と協力して9名の嚥下障害を有する入所者を支援し, 試用前後の看護職の行動と認識の変化等をもとに検証した。

結果: 組織的な経口摂取支援に取り組んだ経験がない5名の看護職は, 指標をもとに行動の根拠を含めすべきことを理解し, 入所者が食べる様子を観察する, 口腔機能を維持する等の課題に気づき, 小項目を手がかりに行動し課題を達成した。他の4名の看護職は指標をもとに自己の実践を評価し, ケアの提供体制の再調整, 介護職の力量形成支援等の課題に気づき, 状況の変化に即した役割を遂行し課題を達成した。実施に伴う負担感はなく, 研修等での活用の意向が語られた。

考察: 指標は特養看護職の経口摂取支援におけるケアの根拠と役割を示すことにより, 経験学習および確実な役割遂行を促す自己評価を支援すると考えられ, 有用性および実用可能性があると考えられる。

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

I. はじめに

高齢者はオーラルフレイルから低栄養・サルコペニアによる摂食嚥下機能低下が生じやすく¹⁾, 施設入所者の約半数は摂食嚥下障害を有する²⁾。しかし食に対する意欲と機能は残存しやすい³⁾ことから, 特別養護老人ホーム (以下, 特養) の看護職が入所者の誤嚥を回避しつつ本人が望む限り安全で安楽な摂取ができるよう支援することは, エンド・オブ・ライフ (EOL) におけるQOLの維持に重要と考える。

高齢者の経口摂取支援に関し, 病院や施設での摂食嚥下機能の回復を目指した直井⁴⁾, 小山ら^{5), 6)} 北川ら⁷⁾の知見, 看取り期では川上ら⁸⁾の知見, 意思決定支援では日本老年医学会のガイドライン⁹⁾がある。しかし特養の入所者は中長期的には摂食嚥下機能の低下が予測されるが, 経口摂取の維持に焦点を当てた知見はみられず, また特養の経口摂取支援は介護職の技術能力の向上

や介護職を支える専門職の支援の必要性が提言¹⁰⁾されているが, 介護職の力量形成支援も含めた看護職の経口摂取支援の考え方と方法に関する知見はみられなかった。そこで清水ら¹¹⁾は特養の看護職が多様な状況下での確実な意図のもと果たすべき役割を行動レベルで理解できるように「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 (以下, 指標)」を作成し, 内容妥当性を検証した¹¹⁾。

指標は「物事の見当をつけるためのめじるし」(広辞苑, 第七版)として, 看護職が経口摂取に関する各状況で専門職として期待され, 学習する行動様式の役割, および役割を遂行するための役割行動を指す。看護職役割行動は行動のねらいである意図を含めた1文で記述した。

指標の構成は, 特養看護職が介護職を含む多職種と連携して取り組むべき経口摂取支援の目標を示す4つの【大項目】, 特養看護職固有の役割行動を示す20の〈中項目〉, 具体的な看護職の役割行動の例示である60の「小項目」から成る。【大項目】は【I 摂食嚥下機能が著しく低下しても, 入所者 (家族) の意向に沿って可能な限

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看護職自身の力量（知識・技能）を開発する】から成る。

開発の狙いに対し、実践の現場で使用できるか（実用可能性）、また各状況において看護職がすべき行動の判断や評価の手がかりとなり、実践を改善し、期待の効果が得られるか（有用性）の検証が必要である。これらの検証は指標の効果的な活用方法を明らかにし、経口摂取支援の改善を導くと考えた。

Ⅱ. 研究目的

清水ら（2017）が開発した指標を用いて、特養看護職が摂食嚥下機能低下を認める入所者に経口摂取支援を実施することにより、指標の有用性・実用可能性を検証する。

Ⅲ. 用語の定義

経口摂取支援：摂食嚥下障害が藤島のレベル評価¹²⁾でLv.4（1食分未満の嚥下調整食を経口摂取しているが代替栄養が主体）からLv.7（3食の嚥下調整食を経口摂取しており代替栄養はおこなっていない）の入所者が、安全で安楽に可能な限り経口摂取を維持するための支援。

力量形成支援：摂食嚥下機能低下を認める入所者の経口摂取の維持に必要な知識・技能を習得し適用できるようにするための支援。

Ⅳ. 研究方法

1. 研究参加施設と参加者の選定基準および依頼方法

本研究は経口摂取支援の改善をめざすことから、施設ケアの質向上を施設方針とし施設管理者の協力が得られる施設を、認定看護師や老人福祉施設協議会等を通じ機縁法で選定した。ユニット型は一度に食事の様子を把握し必要時に看護職が介助することが困難で、食事時間帯の介護職数は2名前後で介助に力量差が出やすく、新人が熟練者から学ぶ機会が少ないなど、従来型とは異なる看護職の役割行動が予測される。指標の汎用性を検討す

るため両型を含むようにした。検証する指標は看護職の役割行動の対象に入所者と介護職が含まれることから研究参加者は看護職、介護職、入所者とした。施設管理者に経口摂取支援に責任を持つ立場の看護管理者1名を含む看護職2～3名の選定を依頼した。施設管理者並びに看護管理者に、指標を用いて支援する入所者2～3名と入所者が所属するユニットの介護管理職1名を含む介護職3名の選定を依頼した。

2. 指標の試用方法

試用方法を標準化するため指標の構成と内容、期待される効果等を記したガイドブックを作成し、指標の試用開始時（以下、開始時）に参加看護職と参加介護職に10～20分程度説明した。指標を用いて参加看護職に3カ月間、経口摂取支援の課題と参加入所者の経口摂取支援に取り組んでもらった。研究者は試用中の助言等は行わず指標の勧奨に留めた。

3. データ収集および分析方法

一群事前事後テスト研究デザインを適用した。検証は先行研究^{13),14)}の検証の問いや項目、分析方法を参考に、有用性と実用可能性の2つの視点から行った。有用性は指標が特養看護職の実践上の判断や評価の手がかりを与え、他職種との連携や力量開発支援などを含むケア実践を改善し、役割認識に影響を与えたか、入所者の経口摂取を維持できたかを評価した。実用可能性は負担のない試用、実際の使われ方、試用後の活用の意向を評価した。

参加看護職に開始時、3カ月後（以下、試用後）に指標小項目の実施状況を5段階評価（5常に行っている、4どちらかと言えば行っている、3どちらでもない、2どちらかと言えばおこなっていない、1行っていない）してもらい、各施設で大項目の平均値を算出し前後を比較した。試用中は1～2週間毎に小項目の実施の有無をチェックしてもらい項目の実施状況を把握した。

対象入所者の属性・基礎情報、体温、体重、食形態と摂取量を記録から収集し、量的データは1カ月ごとの平均と範囲を比較し経口摂取の維持・改善を効果評価した。

開始時、1カ月後、2カ月後、試用後に半構造化面接による聴取調査を実施した。看護職には開始時の経口摂取支援に関する認識と行動および課題、支援上の困難や負担感、試用中は各参加者への働きかけとその帰結、課題の進捗状況、各参加者の負担感、試用後はそれらに加え指標の概念理解、今後の活用方法を尋ねた。介護職には開始時の経口摂取支援に関する認識と行動および課題、支援上の困難や負担感、試用中は参加看護職の行動

の変化、看護職からの支援内容とその帰結、各参加者の負担感を尋ねた。これらのデータをもとに、指標の項目を手がかりとして活用し、支援が改善したか、過程評価した。

分析の手続きは、聴取調査データから逐語録を作成し、施設ごとに上記の聴取項目を示す部分を、文脈がわかるように抽出し、意味を損なわないよう要約して分析単位とした。課題を起点として取り組みの過程がわかるよう時系列で並べ、結果を記述した。本指標の活用の方法と効果は、これまでの施設の取組が影響すると考え、取り組んだ経験の有無に着目して分析した。

倫理的配慮：千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認後（承認番号28-82, 28-100）、施設管理者および研究参加の看護・介護職に研究の主旨・内容、自由意思による参加、匿名性の保証、個人情報保護、公表時の配慮を文書で説明し同意を得た。参加入所者は全員が本人の同意を得るのが困難だったことから、相談員が強制力が働かないよう留意して家族に口頭または電話で説明し内諾を得た。家族の面会時に研究者が文章で説明し同意を得たが日程が合わない場合は相談員が文章で説明し同意を得た。入所者に異常が生じた際は中止するよう看護管理者に依頼し聴取調査毎に継続の可否を確認した。

V. 結果

1. 研究参加施設および参加者の概要

概要を表1に示す。開設から5年未満が2施設、10年以上が2施設であった。各施設の試用前の支援状況は、

A・D施設は口腔ケアと食事介助は介護職に一任され、介護職の力量形成支援は介護管理者が担っていた。B・C施設は職員の研修会参加を奨励し経口摂取支援の実践報告の経験を有していた。B施設は看護職も口腔ケアや食事介助に入り、看取り期は看護職が担当し、介護職の力量形成支援は看護職も行ってた。開始直前に看護職の定数が削減された。C施設は口腔ケアや食事介助は介護職が担い、看護職は食事時間帯にラウンドしていた。介護職の力量形成支援は介護管理者が行っていた。

参加看護職は9名、准看護師が2名、年齢は50歳代以上が8名、全員が介護施設経験年数が5年以上であった。参加介護職は12名、全員が介護福祉士で、年齢は20～30歳代が9名であった。参加入所者は9名、全員に認知症があり80歳代以上が7名であった。

2. 全指標項目の実施状況の平均値および特徴

大項目を【ローマ数字】で示す。A施設のE氏の指標項目の実施状況は、開始時の平均値は2.6、試用後は3.7(+1.1)、F氏の開始時は3.6、試用後3.4(-0.2)で、【I】経口摂取の可能性を探る、【IV】力量形成支援の項目で低下した。試用中に一度も実施しない小項目は両氏とも【III】【IV】に複数あった。B施設のJ氏の開始時は4.8、試用後4.8(±0)、K氏は開始時5.0、試用後3.6(-1.4)でほぼ全ての項目で減少した。両氏は全小項目を実施していた。C施設のO氏の開始時は4.2、試用後4.9(+0.7)、P氏の開始時は4.3、試用後4.5(+0.2)で両氏は全小項目を実施していた。D施設のT氏の開始時は3.5、試用後4.4(+0.9)、U氏の開始時は4.8、試用後

表1 研究参加施設および参加者の概要

研究参加施設	属性	研究参加施設				
		A施設(ユニット型)	B施設(ユニット型)	C施設(従来型)	D施設(ユニット型)	
研究参加施設	開設年・定員	2012年・96名	2013年・30名	2000年・56名	2007年・50名	
	平均年齢・平均要介護度	86.1歳・3.8	87.8歳・4.3	86.5歳・4.0	89.0歳・3.4	
研究参加者	看護職	ID・性別・資格・年代	E氏・女性・看(管)・40歳代	J氏・女性・看(管)・60歳代	O氏・女性・准看(管)・50歳代	T氏・女性・看(管)・60歳代
			F氏・女性・看・50歳代	K氏・女性・看・50歳代	P氏・女性・看・50歳代	U氏・女性・准看・60歳代 V氏・女性・看・50歳代
	介護職	ID・性別・資格・年代	G氏・男性・介福(管)・40歳代	L氏・女性・介福(管)・20歳代	Q氏・男性・介福(管)・30歳代	W氏・男性・介福(管)・20歳代
			H氏・女性・介福・40歳代	M氏・女性・介福・30歳代	R氏・男性・介福・20歳代	X氏・男性・介福・20歳代
			I氏・女性・介福・30歳代	N氏・女性・介福・20歳代	S氏・女性・介福・20歳代	Y氏・女性・介福・40歳代
	入所者	ID・性別・年代・要介護度・認知症・認知症自立度・食事動作	A1氏・女性・90歳代・5・有・M・一部介助	B1氏・女性・80歳代・5・有(AD)・IV・全介助	C1氏・女性・90歳代・5・有・IIIa・ほぼ全介助	D1氏・女性・80歳代・5・有(AD)・M・全介助
			A2氏・男性・70歳代・4・有・IIIa・一部介助	B2氏・女性・80歳代・5・有(DLB)・M・全介助	C2氏・女性・70歳代・4・有(DLB)・IIb・一部介助	D2氏・女性・90歳代・3・有(AD)・IIIa・一部介助
					C3氏・女性・90歳代・4・有・IIb・ほぼ自立	

看は看護師、准看は准看護師、介福は介護福祉士、(管)は管理者を示す。認知症自立度は認知症高齢者の日常生活自立度を示す。

4.1 (-0.7) で【I】その日その時のリスクを考慮した食事介助、【IV】力量形成支援の項目で低下した。V氏の開始時は3.3、試用後3.9 (+0.6) で、3名ともほぼ全ての小項目を実施していた。

3. 看護職の認識・行動の変化と介護職の変化および入所者の変化

参加看護職の認識・行動の変化の特徴を見出しに示し、聴取調査から手掛かりや認識の帰結になった大項目を【ローマ数字】、中項目をアラビア数字で示す。語りにはないが手掛かりにしたと推察される項目は《 》で括弧で示す。試用された指標項目を表2に示す。看護職は課題や入所者の状況等に応じて使用する項目を選択しており、語りからは全ての指標を活用したか確認できなかった。

参加入所者の状態であるが、開始後まもなく傾眠が強くなり看取りに入ったB1氏(6週目に死亡)とB2氏を除き、体温は平均35度代~36度台、変動幅は+1.2度以内であった。B1氏を除き肺炎の徴候はなかった。体重はB1氏が-4.6Kg、C2氏が+2.7Kg、C3氏が+1.9Kgで、他は増減幅が0.5Kg以内であった。食形態はA2氏が軟飯粗刻みから軟飯極刻み・とろみ有りに、C2氏が軟飯から刻み食に変更した。摂取量はB1氏とA2氏が低下し、A2氏は介入により回復した。他は著明な変化はなかった。

1) A施設：看護職としてすべきことに気づき、入所者の状態を直接把握して食べたい気持ちに応える

開始時のE氏、F氏の指標項目に対する意見は、実施していない内容が一部ある、実践を評価し両者で取り組んだ課題は(1)入所者の摂食嚥下の状態を直接把握していない、その結果(2)入所者の食べたい気持ちに応えられていないであった。

(1) 看護職が摂食嚥下の状態を直接把握し対応する

E氏は処置時にA1氏の湿性嘔声に気づき、介護職から食事摂取量低下とムセ、姿勢保持困難、傾眠傾向がみられるという情報を得て、【II】2-4を手掛かりに、必要を感じつつ実施していなかった多職種によるミールラウンドを実施した。A1氏の摂食嚥下の状態を直接観察して多職種で評価し食形態等を変更した。また傾眠の要因が疑われる鎮痙薬を調整して誤嚥・窒息のリスクの低減に努め、参加介護職を始めとするユニットの介護職にA1氏の状態を積極的に問いかけ状態の把握に努めた。E氏が直接観察することで、家族や介護職に説明できるようになり合意形成【III】が容易になった。また【II】《2-3, 2-4》をもとに、施設内の食事環境や介護職の介助方法にも注意を向けるようになり、次の課題と

して【IV】4-1の力量形成支援の必要性を認識した。

F氏は【II】《2-3, 2-4》を手掛かりに、業務を調整して可能な限り食事時にユニットに行き、参加介護職を始め介護職が相談しやすい環境を作り、A1氏の食事姿勢を整え、食形態の微調整をその都度介護職に依頼した。E氏、F氏の取り組みの結果、A1氏は自助具を用いた自力摂取が可能になり摂取量も回復した。

(2) 入所者の食べたい気持ちに応える

F氏は、【I】1-1, 1-2を手掛かりに、朝の覚醒状態が改善し空腹を訴えるA2氏(朝：経管栄養、昼・夜：経口摂取)の3食経口摂取への移行を管理栄養士に提案した。明確な返答は得られなかったが諦めずにA2氏の状態把握に努めた。しかし徐々に覚醒不良と食欲低下がみられ、カンファレンスで検討の結果、家族は経管栄養からの十分な栄養摂取を希望しており暑さによる食欲低下の可能性もあるため経管栄養の維持を決定した。経管栄養を離脱できなかったことから【I】経口摂取の可能性を探る、の実施状況の値は低下した。またF氏は自身の知識不足を自覚し【IV】4-1, 4-4を手掛かりに、嚥下のメカニズム、呼吸音の聴取とハフピングの方法を学習し、他の看護職や参加介護職を含む介護職に指導し、嚥下評価に関する研修を受講した。しかし【IV】力量形成支援の実施状況の値は低下した。

E氏は食形態の変更を強く希望する入所者(非参加者)に対し、ミールラウンドで多職種と共に嚥下状態を評価し検討ののちソフト食から極刻み・あんかけに変更した。しかしムセが増加し摂取量も低下したことから再評価して結果を入所者と家族に説明し、安全性を優先して食形態を戻すことについて最終的に同意を得た。

E氏は、指標の試用で入所者の機能を正しく評価して受け止め、できる支援をし尽くす【I】1-2の必要性和重要性を実感し、自身ができていないことを指標で確認し、小項目を実践して成果を実感することで大・中項目の内容を理解していた。F氏は、漠然と実践していたことを指標で具体的に認識し、経験や能力が異なる看護職間ですべきことやケア方針を意思統一することができた。

2) B施設：人員削減に伴うケアの提供体制を調整し、介護職の力量形成支援に取り組む

開始時のJ氏、K氏の指標項目に対する意見は、普段から実践している内容である、J氏が自己の実践を評価し取り組んだ課題は(1)介護職による口腔ケア後の汚れが残存している、その後(2)アクシデント回避の体制が不十分、(3)多職種と食事介助の止め時を合意する、を追加した。K氏は実践の評価から課題を見出さな

表2 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

※今回活用された大項目、中項目のみ抜粋

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・管理栄養士等と協力して摂食嚥下機能（唾液嚥下・湿性嘔声）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	入所者の唾液嚥下・湿性嘔声・SPO ₂ ・呼吸音・覚醒の状態から嚥下機能や呼吸機能、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
2	摂食嚥下機能が著しく低下しても入所者の摂食嚥下機能や呼吸機能、意識レベルの変化から経口摂取の可能性をアセスメントし、医師・歯科医師等に伝える
3	摂食嚥下機能が著しく低下しても入所者（家族）の食べたい（食べさせたい）という意思を尊重し、医師・歯科医師・他機関と協力して安全で安楽な経口摂取方法を検討する
4	摂食嚥下機能が著しく低下しても入所者の食べたいという意思を尊重し、入所者の意思表示、身体状況、経口摂取の進め方とリスクを、状態の変化に応じて家族に説明し承諾を得る
5	摂食嚥下機能が著しく低下しても入所者（家族）の食べたい（食べさせたい）という意思を尊重し、介護職・管理栄養士等と相談して摂取可能な物・量・形態を見定める
6	摂食嚥下機能が著しく低下しても入所者（家族）の食べたい（食べさせたい）という意思を尊重し、可否の判断に悩みつつ経口摂取継続の可能性を探る
7	家族・介護職と協力して入所者の好物等で食への意欲を高め、摂食嚥下の状態と過去の経過から機能回復の可能性を探る
1-4	介護職・管理栄養士等と協力して必要な状態の改善と全身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
13	逆流性・誤嚥性肺炎・心不全を回避しつつ、経管栄養等により脱水・低栄養を改善し、排便を整え、全身状態の向上に努める
14	歯科医師・歯科衛生士・介護職と協力し、口腔汚染・乾燥状態に応じて1日3回以上口腔ケアを行い、口腔環境を整え、誤嚥性肺炎の発症を回避する
15	介護職と協力して食前の嚥下体操、必要に応じてのどのアイスマッサージ（咽頭後壁を除く）を実施し、摂食嚥下機能の改善に努める
16	歯科医師と協力して、必要時に歯科治療や義歯の調整等により摂食嚥下機能の改善に努める
17	介護職と協力して生活リズムを整えてADLを維持・拡大し、経口摂取に必要な筋力の向上に努める
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	
2-3	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
22	介護職と協力して、しっかりと覚醒している状態を見計らって食事介助し、食事中は刺激し続け、覚醒状態を維持する
23	介護職と協力して認知症がある入所者が、食事に集中でき安心して食べられる環境（座席の位置やメンバー）を整える
24	介護職と協力して、食事介助中は誤嚥・窒息のリスクが回避できる個別の姿勢（例：頭部・体幹正中位、頭頸部軽度屈曲位で足底接地）を保持する
25	介護職・管理栄養士等と協力して必要な情報を収集し、既存のアセスメントツールを用いて摂食嚥下機能を評価し、食形態を吟味し提案する
26	呼吸や喉頭挙上の状態、口腔残渣、湿性嘔声（ゴロゴロ音）、咽せの有無から、次の一匙の判断（量・交互嚥下等）、ペーシング、摂取量、介助時間を探る
27	可能であれば誤嚥・窒息のリスクを低減できる介助者を選定し、必要時は食事介助の前後に吸引処置をおこなう
28	誤嚥・窒息のリスクを低減できる食事介助の方法を、介護職とともに吟味し共有する
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
29	誤嚥・窒息のリスクに備えて、食事時間に食事介助やラウンドしながら摂取状況をモニタリングし、直ぐに対応できるようにする
30	誤嚥性肺炎の徴候を見逃さないように注意して観察し、介護職から入所者の異変を相談しやすい関係を作る
31	認定を受けた介護職が医師の指示のもと看護職と連携して、安全且つ適正な痰吸引を実施できるように、記録や環境を整備し、手技を指導する
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
33	介護職が混乱しないように、看護職間で経口摂取の方針がブレないようにする
34	介護職と共に支援に取り組み、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の判断を伝え、介護職が共感し対応できるように問いかける
35	食べてもらいたいという介護職の考え方に配慮しつつ、安全に摂取できる方法を共に模索する
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
36	共に支援に手を尽くしてきたが、入所者の意思と身体的苦痛を根拠に経口摂取は限界という看護職の判断を介護職に伝え、支援方法をカンファレンス等で検討し決定する
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、介護職と自己の力量（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
41	看取り期の身体機能のバランスの崩れと症状を介護職にわかりやすく説明し、入所者の苦痛を根拠に、経口摂取が限界に近づきつつあることを伝える
42	入所者のモニタリングに必要な身体機能の知識と観察項目および必要性を、わかりやすく介護職に説明する
43	介護職が入所者の身体機能の変化に応じて根拠に基づいた食事介助ができるように、医療的知識や経過予測をわかりやすく伝える
44	食事介助しながら自身で吟味した介助方法を、介護職に具体的に伝える
45	歯科医師等の協力を得て、食前の嚥下体操・のどのアイスマッサージ（咽頭後壁を除く）のねらいを介護職に説明し、具体的な方法を示す
46	食事介助やラウンドしながらポジショニング、嚥下の確認の有無、介助ベースと介助量を観察し、危険な場合はその都度具体的方法を根拠とともに介護職に提案する、またはモデルを示す
47	口腔ケアの評価を介護職にフィードバックし、改善策について業務調整の見直しも含めて具体的に提案する
48	終末期の入所者の食事介助を行うよう介護職に勧めたさいには、看護職も一緒に入りサポートする
49	歯科医師等の協力を得て、医療的根拠に基づいた、個々の入所者にあった食事介助の方法を介護職と共に実践する
50	介護職が経口摂取支援の基本となる考え方を経験から習得できるように、介護職とともに支援に取り組み、実践の振り返りと意味づけを支援する
51	介護リーダーと協力して、介護職の力量（知識・技能）開発を支援する
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にする
52	経口摂取支援の改善に向けた介護職のニーズに応え学習教材を提供し、介護職が支援した成功例を意味づけ高く評価する
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
53	経口摂取の可否の判断と具体的な介助方法を説明し、トラブルに素早く対応する体制を整える
54	経口摂取に関する介護職の相談に素早く対応し、介護職の思いや判断を尊重して信頼関係を形成する
55	できるだけ食事介助に入り、介護職の業務負担の軽減に努める
4-4	研修・文献の活用・介護職等他職種との工夫も活用して、経口摂取支援に関する自己のスキルを向上させる
56	研修会（歯科医師・リハビリ職・認定看護師等が講師）への参加、文献の活用、熟練看護・介護職等の工夫も活用し、自己のスキルを向上させる

大項目をローマ数字、中項目をアラビア数字→アラビア数字、役割行動例を2桁のアラビア数字で示す。

かったが、J氏が(2)の課題を設定した時点で同じ課題に気づき共に取り組んだ。

(1) 介護職への役割移譲に伴うアクシデントを回避する体制を整える

定数削減で看護職がケアの補助に入ることが困難な況変化のなか、看取りで欠食中の入所者のケアに関する知識が欠如した介護職により、B1氏の口腔ケアが実施されていないことが判明した。J氏はできていると思っていた口腔ケアが実施されておらず《【I】1-4》、介護職に役割を一部委譲するさいには必ずモニタリングし、不足しているケアの根拠と必要性に関する知識を伝える【IV】《4-1》必要性を認識した。J氏は入所者全員の口腔ケアを徹底することを施設全体で取り決め、全介護管理者とK氏に具体的な方法の検討と支援を依頼した。

K氏もJ氏の役割移譲に伴う介護職の力量形成支援【IV】《4-1、4-2、4-3》の必要性を認識し、看取り期でも口腔ケアが必要な理由を説明して吸引器を用いた方法を共に実施しながら指導した。また歯科医師の口腔評価を該当ユニットの介護職に伝えてモチベーションを維持し、口腔ケアが未実施な入所者を確認してユニットの介護職に伝えた。

J氏は介護職のニーズに応じた学習(口腔ケア)の提供【IV】4-2の必要性を認識し、K氏と口腔ケア研修を企画して歯科医師に技術指導を依頼し、介護職が相互に知識を共有できる機会を設けた。その結果、B1氏を含む入所者の口腔内保清は改善した。

看取りに入る入所者が相次ぎ、若手を中心に看取り期のケア経験がない介護職がいたことから、J氏は課題(2)アクシデント回避の体制が不十分を追加し、【II】2-4、【IV】4-3を手掛かりに該当ユニットの介護職に吸引の手技を指導し、不安を訴える介護職には体位ドレナージ法を指導した。J氏とK氏は全介護職を対象に痰吸引の技術演習を企画した。更に機能訓練指導員(看護職)の協力を得て可能な限りケアの補助に入り、B1氏の安全な食事体位を該当ユニットの全介護職と検討し統一した。K氏は、ユニットの介護職がB1氏の身体機能低下を看護職に相談していなかったことから、多忙でも相談できる関係の必要性【II】2-4を再認識した。

(2) 看取り期の食事介助の止めどきを他職種と合意する

B1氏が看取りに入り、J氏は過去に合意できなかった課題(3)管理栄養士や介護職と食事介助の止めどきを合意する、を追加した。J氏は【III】3-1、3-2を根拠にB1氏は死期が近く無理な摂取は苦痛を増すことを説明し、水分や食事は無理のない範囲で介助し痰吸

引も積極的に行わないことで合意し実施した。他の入所者も次々に看取りに入り、J氏とK氏は個別の状態に応じた介助方法を該当ユニットの介護職に指導した。その結果、参加介護職を含む介護職からの報告・連絡・相談が増え、介護職が不安なく無理なく介助できるようになり、B1氏は穏やかな死を迎えられた。B2氏は3カ月目に原因不明の発熱が時々みられたが呼吸音の異常はなかった。

J氏は、指標によりケアの提供体制や入所者の状態が変化するなかでできていないことに気づき、すべきことを確認していた。K氏はJ氏の課題に共に取り組み、施設ケアの現状を見直し、すべき事柄を確認したが、状況の変化を評価せず的確なケア提供ができていないという課題に気づき指標項目の実施状況の値は低下した。

3) C施設：介護職が確実にケア提供できる環境を整え、力量形成支援に取り組む

開始時のO氏、P氏の指標に対する感想は、普段実践している内容である。O氏、P氏が実践を評価し取り組んだ課題は、(1)介助が必要な入所者の口腔ケアが3回/日実施できていない、更にO氏は(2)一部の新任介護職の食事介助が適切でない、であった。

(1) 介護職が要介助者の口腔ケアを3回/日実施できる環境を整える

O氏、F氏は【I】1-4、【IV】4-1を手掛かりに、口腔ケアの方法を統一するために全介護職と協力して全入所者に必要な用品と方法を記した一覧表を作成し、看護業務を調整して口腔ケア担当を設け、介護職への技術指導を依頼した。F氏は口腔ケアの手技がわからず実施していなかった新任介護職に対し、一緒に実施しながら手技を説明した。O氏は食事時間帯に食堂に居ることが多くなった。その結果、全介護職が食後の口腔ケアを意識的に行い、多忙でも自身の役割と認識するようになった。口腔ケアの徹底で看取り期の入所者(非参加者)は少量だが経口摂取できるようになった。

O氏は手技を知らない新任介護職がいたことで介護主任と協力して介護職の指導にあたる必要性【IV】4-1を認識した。P氏は看護職が口腔ケアの補助に入り歯科受診が増加したことから、口腔内を直接観察する【I】1-4の必要性を認識し、自身が食事介助する際は口腔ケアまでの実施を心掛けるようになった。

(2) 介助方法がわからない介護職が適切に食事介助できるよう支援する

入所後間もないパーキンソンニズムを有するC2氏が食後に窒息しかけたことをきっかけに、O氏、P氏はC2氏に関わる全介護職に、C2氏の食事介助は覚醒を促し、

自尊心に配慮した声掛けと姿勢に注意して少量の水分摂取後に介助し、食後は食物残渣を除去して臥位にするよう、モデルを示しつつ繰り返し説明した《【II】 2-3, 【IV】 4-1》。P氏は、C2氏の褥瘡悪化や疲労による姿勢の崩れを防ぐ食事姿勢を参加介護職を含む介護職と検討《【II】 2-3》した。C2氏には専門医の受診を支援した。

その結果、C2氏は治療薬による頸部後屈・食事姿勢の改善、介助方法の工夫で摂取量・BMIともやや改善した。参加介護職は食事介助中も他の入所者の摂取状況に注意を払うようになり、O氏、P氏への相談・確認が増えた。

P氏は、食形態を多職種で検討し変更後は必ず評価するようになったが、適切な食形態が導き出せるアセスメントツールの必要性【II】 2-3を感じ、自施設でも使用可能なツールをネット上で検索するようになった。

O氏は、指標の確認中に他の入所者にすべきことを思い浮かべ、実践を通して大項目同士の関連を理解した。P氏は、漠然と実践していたことを指標の文章で意識化し、すべきことを大項目・中項目ではなく小項目を確認しながら実践していた。

4) D施設：看護職としてすべきことに気づき、誤嚥性肺炎の回避と口腔機能の改善に取り組む

開始時のT氏、U氏、V氏の指標に対する感想は、自施設や自身が実施していない内容が一部ある、実践を評価し取り組んだ課題は、T氏とV氏は(1)口腔ケアの手技が不適切で誤嚥性肺炎を繰り返す、(2)口腔機能回復の取り組みをしていない、U氏は(3)介護職への指導が伝達されず継続されない、であった。

(1) 誤嚥性肺炎回避のため口腔ケアを実施し、口腔機能を改善する

T氏、U氏、V氏は【I】 1-4を手掛かりに共通の目標を設定し、誤嚥性肺炎回避のため口腔ケアを実施し口腔機能を改善する、とした。3人で業務を調整し、送り込み障害で食事に1時間の介助を要するD1氏と誤嚥性肺炎を繰り返すD2氏に顔面マッサージ、口腔ケア、発語訓練を1回/日実施した。

V氏は【IV】 4-4を手掛かりにアイスマッサージの方法を検索し看護職間で共有したが実施には至らなかった。U氏は看護職が多忙で実施できないときの協力を参加介護職に依頼し、統一した手技を指導した。またD1氏の自発性を促す食事介助方法をモデルを示しながら指導した《【II】 2-5, 【IV】 4-1》。

その結果、座位保持が困難で発語も無かったD1氏は、1カ月後に上体の傾きが改善し、数語の発語がみられ、

1~2口は自力で摂取できるようになった。3カ月後、食事時間は20~30分に短縮した。D1、D2氏の口腔内保清は保たれ、肺炎の兆候はみられなかった。

T氏、U氏、V氏は、高齢でも諦めずに口腔機能の回復に取り組む大切さ【I】 1-4を実感した。T氏はケアを継続するためにケアプランに組み入れる必要性を認識した。

D1氏、D2氏の変化を見た参加介護職は、参加看護職の多忙時は自発的に口腔ケアと発語訓練を実施し報告するようになり、支援に関する疑問や自身の判断を相談するようになった。

(2) 得られた成果を他の入所者にも適用する

指標の効果を実感したT氏、U氏、V氏は、他ユニットで摂取量が低下した入所者2名にも適用した。歯科医の許可を得て当該ユニットの介護職と協力して顔面マッサージ、口腔ケア、発語訓練を行い、V氏はケアマネジャーに依頼してケアプランに組み入れた。その結果、入所者1名は摂取量が改善したが、1名は嚥下機能が改善せず経管栄養目的で入院となった。

T氏は試用を通じて大項目間の関連を理解した。U氏は実践を振り返ることで指標の内容を理解し、看護職間で方法を統一して介護職に指導する必要に気づき、【IV】力量形成支援の実施状況の値は低下した。V氏は看護職と家族と多職種が一体となり取り組む必要があることを、試用を通じて理解した。

以上のように、参加看護職9名のうちK氏を除く8名が開始時に大・中・小項目の何れかを評価することで課題を見出し、指標を実施の判断や手掛かりにしながら課題解決に取り組んだ。組織的な経口摂取支援に取り組んだ経験のないA・D施設の看護職は、指標からすべきことを理解し、入所者の摂取状況を観察する、口腔機能を維持する等の課題に気づき、指標を手がかりに実践し、評価により効果を実感することで参加入所者以外の対象にも適用していた。経口摂取支援の取り組み経験があるB・C施設では、指標をもとに自己の実践を振り返って評価し、日々変化する状況の中でケアの提供体制の再調整、介護職の力量形成支援等の課題に気づき、状況の変化に即した役割を遂行していた。

その結果、参加介護職を始めとする多職種との連携が促進され、参加介護職は状況に応じたケア提供ができるようになり、参加入所者の経口摂取は看取りに入った1名を除き維持することができた。

4. 試用に伴う負担感と活用に関する意向

入所者・家族への負担はなく、看護職3名、介護職1名は業務負担が多少あるが本来の役割であると回答し

た。指標の理解困難等はなく、実践の評価時間は20～60分で5名は指標の閲読に時間がかかると回答した。今後の活用の意向は看護職の役割説明（A，B，C，D施設）、新人看護職のオリエンテーション（B，C施設）、研修会での活用（B施設）、看取りや新規入所者のアセスメント（C施設）、実践のチェックリスト（C，D施設）であった。

VI. 考 察

指標は組織的な経口摂取支援の経験、従来型・ユニット型、入所者特性を問わず多様な状況にある4施設で看護職の課題解決に手がかりを与え実践を改善し、役割行動を認識することができたことから汎用性があると考えられる。また参加入所者の経口摂取は、開始後まもなく看取りに入った1名を除き維持されたことから本指標は有用性ありと判断する。以下に指標の使われ方と有用性との関係、および実用可能性について考察する。

指標の使われ方では小項目をみて課題を認識し、小項目が属する中項目内の小項目群を手掛かりに解決策を検討し、実践するなかで中・大項目の関係性を理解していた。使用法として、大・中項目から課題を抽出し、所属の小項目を手掛かりに解決策を導くことを想定していたが、看護職のもとめる手がかりや思考方法に応じて活用されたと考える。

1. 学習支援ツールおよび評価ツールとなる

A・D施設の看護職は組織的な経口摂取支援の経験がなく、看護職役割を知識や行為ベルで理解していたが根拠の部分に確信がなかった。本指標の試用により看護職は経験学習サイクル¹⁵⁾を辿り確信を得ていた。まず指標により行動の根拠となる意図を含めてすべきことを理解（具体的経験）したことが実施（積極的行動）を動機づけ、実施に際し知識不足の自覚（内省的検討）が学習（抽象的思考）を促す刺激となり、更に試用効果の実感が学習内容を他の入所者や介護職等に適応する動機づけになっていた。本指標は特養看護職の役割認識を高める学習支援ツールとして有用性があると考えられる。

K氏は開始時に指標から課題を見いださず、指標項目の実施状況の値も高かったが、J氏の課題認識をきっかけにすべき看護役割に気づいて取り組み、実践を評価して必要な看護支援を計画し取り組んだ。試用後の実施評価の値の低下は、役割認識が向上し、役割行動に対する自らの実践の評価ができたことを示すと考える。よって指標は役割認識の向上や、自己評価の支援ツールとして有用であると考えられる。また指標をもとに、課題を共有したり、他の看護職の協力を得たり、学習した知識を共有

したことから、看護職間のコミュニケーションツールとしても有用であると考えられる。

特養入所者は摂食嚥下機能が変化しやすく、介護の主体が介護職で職員の入れ替えもあることから継続的な看護-介護職間の役割調整と安全なケア提供のため介護職の力量形成支援が必要である。B・C施設の看護職は指標を用いて施設の状況とリスクおよび役割移譲に伴う介護職の力量形成支援の必要性を評価し対策をたて取り組んだ。本指標は変化する状況の中で看護職がリスクを適切に判断し介護職の力量を高め、特養看護職の確実な役割遂行を促せたことから、有用性があると考えられる。

2. 看護の論拠を他職種に示しEOLケアの方針に関する合意形成を促す

B施設では、指標を論拠に経口摂取の困難さが看取りへの移行を示すことを他職種に説明し、無理のない経口摂取支援の方針を合意できた。高齢者の意思決定プロセスでは、関係者が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定が重要^{9), 16), 17)}であり、経口摂取の努力を続けつつ残された時間を可能な限り快適に過ごす支援が必要¹⁸⁾とされる。川上ら¹⁹⁾は自然な死に向けた経口摂取支援のあり方を示した。本指標は手を尽くしつつ看取りに移行する入所者の支援方針を合意できたことから、施設のEOLの質向上に資するといえる。

3. 指標の実用可能性

指標の試用による入所者・家族への負担はなく、看護職、介護職ともに業務上の負担は多少あっても本来の役割であると回答し、今後の活用の意向が語られたことから、指標は実用可能性があると考えられる。

VII. 研究の限界

検証では利用者と家族の満足に関する評価が無く、両者の意向が対立する場合など豊富な事例は得られなかった。また現場の負担軽減のため事前研修なしで試用したが、効果的に活用するための研修も検討する必要がある。

VIII. 結 論

本指標は、施設内に学習および評価支援者がいない状況でも、特養看護職が施設内の看護職と協力してガイドブックを活用しながら使用する条件で、なすべき経口摂取支援における看護職役割行動を理解し、実践を振り返り、経験学習および確実な役割遂行を促す自己評価を支援することで、経口摂取支援の改善に対する有用性・実用可能性がある。

謝 辞

本研究にご協力いただきました皆様に厚く御礼申し上げます。本論文は、千葉大学大学院看護学研究科における博士学位論文を一部加筆修正したものである。本研究における利益相反はない。

文 献

- 1) 菊谷武他：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.
- 2) 独立行政法人国立長寿医療研究センター：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報告書」，9-10，2012.
- 3) 今井宏美他：介護老人保健施設に入所する要介護高齢者における生活状況及び口腔状態の実態調査，千葉県立衛生短期大学紀要，24(2)，13-16，2005.
- 4) 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.
- 5) 小山珠美他：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.
- 6) Koyama T, et al.: Multidisciplinary Comprehensive Care for Early Resumption of Oral Intake in Older Adults With Severe Pneumonia. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(10): 21-29, 2016.
- 7) 北川公子他：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，中島紀恵子，石垣和子監修：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，日本看護協会出版会，76-87，2010.
- 8) 川上嘉明他：BMIの推移を根拠とした高齢者の看取りの時期および死期の推定—介護保険施設で死亡した高齢者の調査から—，東京有明医療大学雑誌，6，13-19，2014.
- 9) 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 (検索日2019年7月30日)
- 10) 日本健康・栄養システム学会：平成25年老人保健事業推進費等補助金「施設入居者に対する栄養管理，口腔管理のあり方に関する調査研究報告書」，p10.
- 11) 清水みどり他：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—，千葉看護学会会誌，23(1)，11-20，2017.
- 12) 藤島一郎：嚥下の評価と治療，神経治療，32(2)，113-118，2015.
- 13) 山口絹代他：経営の危機的状況の予防に着目した訪問看護ステーション管理者の経営管理行動指標試案の有用性・実用可能性の検証，千葉看護学会会誌，24(2)，75-84，2019.
- 14) 高橋良幸：終末期慢性呼吸器疾患患者と看護師の互いの了解を尊重した対人援助実践ガイドの開発，千葉看護学会会誌，23(1)，43-52，2017.
- 15) David A. Kolb (中野真由美訳)：最強の経験学習，辰巳出版，33-42，2018.
- 16) Hanson, Laura C. et al.: Improving Decision-Making for Feeding Options in Advanced Dementia: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 59(11): 2009-2016. 2009.
- 17) Snyder, E. Amanda et al.: Impact of a Decision Aid on Surrogate Decision-Makers' Perceptions of Feeding Options for Patients with Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*. 14(2): 114-118, 2013.
- 18) Palecek EJ et al.: Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* 58(3): 580-584, 2010.
- 19) 川上嘉明：はじめてでも怖くない 自然死の看取りケア—穏やかに自然な最期を施設の介護力で支えよう，メディカ出版，38-44，2016.

EXAMINATION OF THE EFFICACY AND FEASIBILITY OF NURSING ROLE BEHAVIOR INDICATORS
IN SUPPORTING ORAL INTAKE IN DYSPHAGIC SPECIAL ELDERLY CARE HOME RESIDENTS

Midori Shimizu^{*1}, Teruko Yoshimoto^{*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

Purpose: This study was conducted to examine the efficacy and feasibility of nursing role behavior indicators used to support oral intake in dysphagic residents of special elderly care homes.

Methods: The indicators consisted of four major items showing support targets that nurses should approach together with other professional staff, 20 middle items showing role behaviors specific to nurses, and 60 minor items showing explicit role behaviors. The trial method was explained to nurses. A three-month trial of the indicators was conducted with nine nurses in four institutions of different sizes and systems of providing care. These nine nurses cooperated with 12 care workers in supporting nine residents with dysphagia, and the indicators were tested based on the changes in behavior and attitudes of nurses before and after the trial.

Results: Five nurses who had never before attempted to provide organizational support for oral intake understood what they were supposed to do, including the reasons for the behaviors, based on the indicators. They noticed such tasks as observing the residents when they eat and supporting oral function, and acted with reference to the minor items to achieve their tasks. The four other nurses assessed their own practices based on the indicators, noticed tasks such as readjusting the care provision system and supporting the formation of competence in care workers, executed their roles according to changes in the situation, and achieved their tasks. They did not feel that conducting the trial was a burden, and said that they intended to utilize the indicators in training and other situations.

Discussion: Considering the improved practices, the indicators are thought to be useful and feasible for use as tools to support learning and evaluate practices as they show the reasons and roles for care in supporting oral intake by special home nurses.