

摂食嚥下機能が低下した在宅要介護高齢者と家族の希望する 経口摂取に向けた多職種による支援モデルの構築

前 川 一 恵 (和洋女子大学看護学部看護学科)
森 崎 直 子 (姫路大学大学院看護学研究科)

目的：摂食嚥下機能が低下した在宅要介護高齢者（以下、療養者）と家族が経口摂取を希望する場合の多職種の支援の現状を明らかにする。そして、支援の現状を基に療養者と家族の経口摂取に向けた支援モデルを構築する。

方法：まず研究1では、多職種の経口摂取への支援の現状を明らかにするために、多職種37名にインタビュー調査を行った。対象者の語りからカテゴリーを生成し、同様の目的を持つカテゴリーを統合したコアカテゴリーを要素として導き出した。次の研究2では、導き出した要素を用いて支援モデル案を作成した。さらに、支援モデル案を構成する要素の順序性、関連性、重要性を検討するために、専門家による会議を経て支援モデルを構築した。

結果：多職種の支援として15カテゴリー（以下、【 】）が生成された。カテゴリーは【療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】、【看護師は療養者と家族の希望する経口摂取に向けて多職種に働きかける】等であった。カテゴリーから生成した要素（以下、[]）は8つあり、[療養者の全身状態、摂食嚥下機能の情報収集と生活の全体像のアセスメント]、[療養者と家族と多職種での経口摂取と誤嚥に対する共通理解]等であった。

考察：多職種は、療養者と家族の経口摂取への希望に応じるために、共通理解を得ながら進めていた。看護師は支援の中心的な役割を担っており、看護師のマネジメント力が重要であることが示唆された。

KEY WORDS : frail older adults, family, oral intake, interprofessional work

I. はじめに

在宅要介護高齢者（以下、療養者）は低栄養状態の者が多い¹⁾。低栄養には、摂食嚥下機能低下（障害）が関与していることが明らかとなっている²⁾。摂食行動は本能の行動のひとつであり、体の自由を失っても食べることにに対する欲求はかなり強く残る³⁾と言われており、摂食嚥下機能が低下した療養者は、機能低下前と同じように食べたい思いが継続することがある。療養者にとって経口摂取は、味わう楽しみによって生きる喜びや生活の満足というQOLの向上に繋がる。大谷ら⁴⁾は、食事満足度は主観的QOLと有意な相関を示していることを報告している。療養者にとって、食べることへの満足はQOLの向上に繋がることは自明のことである。そのため、療養者に対する経口摂取への支援が求められている。

療養者に対する経口摂取への支援については、異なる専門性を有する多職種によって行われることの効果がいくつ報告されている。並木ら⁵⁾は、訪問歯科診療のみ

と多職種で支援した群を比較したところ、多職種で支援した群の方が統計学的に有意に摂食嚥下機能の改善があったことを報告している。また、英国において療養者に多職種でケアを提供した結果、入院回避や療養者の満足度の上昇、栄養状態や嚥下機能の改善があったことを報告している⁶⁾。

また、2022年度の診療報酬改定において、中心静脈栄養や鼻腔栄養等を実施している患者の経口摂取に向けて、多職種による効果的な取り組みを推進する観点から「摂食嚥下支援加算」⁷⁾が見直された。このように病院では、診療報酬によって多職種チームでの支援が示されている。介護保険施設では多職種による経口摂取への支援について、2017年に「多職種経口摂取支援チームマニュアル」⁸⁾が発表された。一方、在宅の多職種に対する療養者の経口摂取への支援に関する法制度やマニュアルは未整備である。

多職種連携（Interprofessional Work：以下、IPW）に関して、2010年に世界保健機構（World Health Organization：以下、WHO）は、Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice（専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み：以下、Framework for

Action)⁹⁾を発表し、「Collaborative practice happens when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care. (連携医療とは、異なる専門分野の複数の医療従事者が患者、家族、介護者、コミュニティとCollaborative (協働・連携) して、最高の品質のケアを提供すること)」と述べている。

日本老年医学会は2012年に、「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～」¹⁰⁾を発表した。このガイドラインには「何らかの工夫により、経口的に、ある程度水分・栄養の摂取が見込まれる」から、「経口摂取の努力を続ける」に続いていく。これは、経口摂取の判断が医療福祉専門職によって「見込まれる」場合であり、この判断の際に療養者と家族の経口摂取への希望について示されていない。そこで、療養者と家族の経口摂取の希望に応じる支援モデルが必要であると考えた。本研究において、支援モデルを構築することによって、療養者と家族の経口摂取の楽しみを継続あるいは取り戻すことになり、生きる喜びや生活の満足というQOLの向上に繋がる支援になることが考えられる。

II. 研究目的

摂食嚥下機能が低下した療養者と家族が経口摂取を希望する場合の多職種の支援の現状を明らかにする。そして、支援の現状を基に療養者と家族の経口摂取に向けた支援モデルを構築する。

III. 用語の定義

支援モデル：多職種が摂食嚥下機能の低下した療養者と家族への経口摂取に向けた支援のプロセスを、図で示したものとした。

IV. 研究方法

本研究は研究1と研究2で構成した。研究1では、療養者と家族が経口摂取を希望する場合の多職種の支援の現状を明らかにするために、インタビュー調査を行った。対象者の語りからカテゴリーを生成し、療養者と家族の経口摂取の希望に応じる支援を表すために、同様の目的を持つカテゴリーを統合したコアカテゴリーを要素として導き出した。研究2では、導き出した要素を用いて支援モデル案を作成した。さらに、支援モデル案の要素の順序性、関連性、重要性を検討するために、専門家による会議を経て支援モデルを構築した。

1. 研究1：インタビュー調査から要素の生成

1) 研究デザイン

質的帰納的研究を行った。

2) 対象者

関東地方にある訪問看護ステーションと、介護保険のサービス事業所に依頼した。訪問看護ステーション職員は、日本看護協会が公表する認定看護師登録者一覧¹¹⁾から、摂食嚥下障害看護認定看護師 (Certified Nurse in Dysphagia Nursing: 以下, CN), または理学療法士 (Physical Therapist: 以下, PT), 作業療法士 (Occupational Therapist: 以下, OT), 言語聴覚士 (Speech-Language-Hearing Therapist: 以下, ST) が登録されている施設に勤務する職員25名とした。25名は、看護師 (Nurse: 以下, NS) 10名 (CN 5名を含む), PT 6名, OT 4名, ST 5名であった。

介護保険のサービス事業所は、訪問看護ステーションに併設されている施設または、療養者の食支援に前向きに取り組まれている施設に勤務する医療福祉専門職を、在宅医療相談室や訪問看護ステーションの管理者等を通じ機縁法にて選定した。医療福祉専門職12名は、訪問診療医師2名 (在宅療養支援診療所で居宅療養管理指導を行っている), 歯科医師 (以下, 歯科医) 3名 (訪問歯科診療を行い、嚥下内視鏡検査にて嚥下機能評価を行っている。うち2名は摂食機能療法専門歯科医である), 歯科衛生士 (以下, 歯衛) 2名 (訪問歯科診療を行う歯科に勤務し、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士である), 管理栄養士2名 (在宅療養支援診療所に併設されており、訪問栄養指導を行っている), 介護支援専門員 (Care Manager: 以下, CM) 3名 (訪問介護事業所もしくは訪問看護ステーションに併設されている居宅介護支援事業所に勤務している。うち2名は主任CMである) とした。

3) 調査期間

訪問看護ステーション職員は、2022年2月から9月に、医療福祉専門職には、2022年12月から2023年4月に調査した。

4) データ収集方法

研究者と1対1の対面形式にて半構造化面接を実施した。面接時はCOVID-19の感染防止対策を行った。インタビュー内容はICレコーダーに録音した。インタビューでは、摂食嚥下機能の低下した療養者もしくはその家族が経口摂取を希望した場合の支援について伺った。具体的には、支援をした療養者と家族の経口摂取への希望や思い、訪問前後の情報収集、観察内容、提供したケア内容、多職種への連携について語ってもらった。

5) 分析方法

対象者の語りは逐語録を作成し、多職種が療養者もしくは家族が経口摂取を希望する場合の支援を抽出した。抽出した支援の内容は、まとまりのある文脈で区切りコード化した。そして、Krippendorffの内容分析¹²⁾の手法を参考に、意味内容の類似するコードを集めてサブカテゴリー、カテゴリーを生成した。さらにカテゴリーは、同様の目的を持つカテゴリーに統合しコアカテゴリーとし、これを要素として導き出した。分析の際は質的研究に精通した研究者のスーパーバイズを受けた。

6) 倫理的配慮

研究について研究依頼書と口頭にて、本研究への協力は自由意思に基づくこと、個人情報保護、学会や論文での成果公表について対象者に説明し、同意を得た。なお、本研究は、姫路大学大学院研究倫理委員会での承認を得ている（承認番号：2021-GN03）。

2. 研究2：支援モデル案の作成と専門家会議による検討

1) 支援モデル案の作成

インタビュー調査から生成した要素を用いて、支援モデル案を作成した。WHOのFramework for Actionに示されたCollaborative practice（連携医療）の概念図¹³⁾は、メカニズムによって構成され、1つのOptimal health services（最適な医療サービス）というアウトカムに向かっている。この概念図を基に本研究ではメカニズムを要素とし、各要素を経てアウトカムに向かう流れ図とした。

モデル案は、各要素の順序性や関連性等を検討し、配置したものを図にした。要素と要素の関連は矢印で示し、矢印の向きは多職種の働きかけや情報の流れを示した。モデル案作成時は、高齢者の摂食嚥下機能の看護に精通した研究者によるスーパーバイズを受けた。

2) 専門家会議を経て支援モデルの構築

専門家会議では、多職種の臨床現場の実践に即した支援モデルを構築することを意図とした。そのために、支援モデル案を構成する要素の順序性、関連性、重要性について、専門家によって検討した。専門家会議メンバーは、関東地方にある事業所に勤務し、在宅での経験が3年以上あり、かつ摂食嚥下機能の低下した療養者の食支援における成功事例を複数経験した在宅臨床実践者の、訪問看護ステーション管理者のNS 1名、CN 1名、訪問歯科診療を行っている摂食機能療法専門歯科医 1名であった。在宅臨床実践者に在宅分野の研究者 1名にて、対面 3名とオンライン 1名にて70分間ディスカッションした。

V. 結果

1. 研究1

1) 対象の概要（表1）

協力が得られた12訪問看護ステーション職員の概要は、年齢は20から50代、臨床経験年数は平均16.2年であり、訪問看護ステーションでの経験年数は平均6.0年であった。

協力が得られた8施設の医療福祉専門職の概要は、年齢は30から70代、臨床経験年数は平均22.8年であり、在宅での経験年数は平均12.4年であった。

表1 多職種の概要

(N=37)

職種	年齢 (代)	性別	臨床経験 年数 (年)	訪問看護ステーション での経験年数 (年)
1 認定看護師*	40	女性	22	4
2 認定看護師*	40	女性	21	13
3 認定看護師*	30	女性	11	6
4 認定看護師*	40	女性	22	3
5 認定看護師*	30	男性	11	3.5
6 看護師	50	女性	10	9
7 看護師	50	女性	24	4
8 看護師	40	女性	25	3
9 看護師	40	女性	22	11
10 看護師	50	女性	38	7
11 理学療法士	40	男性	11	2
12 理学療法士	50	女性	34	13
13 理学療法士	50	女性	30	22
14 理学療法士	20	女性	5	2
15 理学療法士	20	男性	7	1.5
16 理学療法士	30	女性	10	5.5
17 作業療法士	20	男性	6	1
18 作業療法士	40	女性	20	7
19 作業療法士	20	男性	5	1.5
20 作業療法士	30	男性	17	11.5
21 言語聴覚士	30	男性	8	6
22 言語聴覚士	30	男性	9	6
23 言語聴覚士	50	女性	15	1.5
24 言語聴覚士	30	女性	15	4
25 言語聴覚士	30	男性	7	1
職種	年齢 (代)	性別	臨床経験 年数 (年)	在宅での 経験年数 (年)
26 医師	70	男性	50	30
27 医師	50	男性	26	5
28 歯科医師	40	男性	24	24
29 歯科医師	40	女性	18	8
30 歯科医師	50	男性	26	26
31 歯科衛生士	50	女性	23	13
32 歯科衛生士	50	女性	36	15
33 管理栄養士	40	男性	8	5
34 管理栄養士	40	女性	10	0.5
35 CM**	50	女性	28	12
36 CM**	30	女性	14	8
37 CM	30	女性	10	2

*摂食嚥下障害看護認定看護師 **主任ケアマネージャー

2) 多職種による支援のカテゴリーの生成 (表2)

質的帰納的に分析した結果、789コード、51サブカテゴリー、15カテゴリーを生成した。以下、カテゴリー

【 】, サブカテゴリー 〈 〉, コードを『 』と示す。
カテゴリーは、時系列に配置し表2に示す。

表2-1 多職種による療養者と家族の経口摂取への支援

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード (抜粋)	*
療養者の摂食嚥下機能の低下を把握する	入院時に療養者の嚥下機能が低下したことを把握する	NS	療養者は誤嚥性肺炎に繋がる状況だと入院中に嚥下機能評価されて、食事形態がぐくっと落ちる	18
		医師	療養者は入院で抗不安薬や眠剤の投与により意識が朦朧としていたため、退院後はその内服を中止した	
	療養者の摂食嚥下機能の低下を把握する	PT	療養者に最近むせ込みが少し出てきて家族が心配していた	10
		栄養士	療養者の動きが悪くなりそこから聞いていくと、実はむせていることや食べづらいことがあった	
療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める	療養者の好きな物を食べたい希望を受け止める	ST	療養者は人生の最期にお寿司が食べたいと言った	32
		CM	療養者は誤嚥性肺炎で何回も入院し食物にとろみが必要であったが、サンドイッチを食べたいと言った	
	療養者の経口摂取の希望を受け止める	PT	胃瘻造設し退院してきたが、少し体調が落ち着いてきたので改めて口から食べたいという療養者がいた	22
		NS	ターミナルの療養者は誤嚥性肺炎を起こしていたが、食べたい飲みたいという希望があった	
	療養者の生活の満足を受け止める	NS	療養者が生きたいと思う生きる意欲を支援できるのは食だと思う	32
		医師	食欲は人間の楽しみで最期まで残るものだと思うので、生きている限りそこを満たしてあげたいと思う	
	家族の食べさせたい希望と思いを受け止める	NS	最初の介入から家族は口から食べさせたいという考えを明確に持っていた	25
		歯衛	家族はせめて一口でも食べてもらいたい、大好きだったものを舐めさせたいという希望があった	
家族の食べさせたい希望と思いを受け止める	家族の療養者の変化が受け入れられない思いを受け止める	NS	家族は療養者を元のような姿に戻したいという強い一念があった	8
		CM	食べることにに関しては療養者も家族も受け入れにくい部分、諦めきれない部分が一番強いと思う	
	家族だけ食べるものの後ろめたさを受け止める	歯衛	「本人が食べていないのに私は同じ部屋で匂いをさせて食べられない」と家族から聞いた	3
		CM	「自分達はご飯を食べているのに、その隣で胃瘻だけはちょっとかわいそうだ」と家族から聞いた	
療養者と家族の摂食嚥下機能低下への理解を確認する	療養者の嚥下機能低下への理解を確認する	ST	誤嚥について説明をして療養者に理解してもらえると、行動が変わる人もいる	9
		NS	療養者は頭の片隅にこれは嚥下しにくいと説明されたという意識があり、少し気を付けて食べていた	
	療養者の誤嚥の理解が進まないことを確認する	ST	療養者はゴロゴロしているがむせではないと思っている。断片的に知識が入っている療養者は多い	26
		栄養士	療養者がかき込んで食べることは結構気にしている	
	家族の療養者の現状への理解が進まない状況を受け止める	歯衛	専門職が多くのことを言うと、家族はうんざりだし聞きたくないと思うだろうし、そこまで理解が追いつかない	6
		栄養士	療養者の嚥下機能は入院を機に低下したが、家族は「牡蠣を食べさせていいですか」という感じだった	
NSは療養者の全身状態と摂食嚥下機能をアセスメントする	NSは初回訪問前に情報収集をする	NS	病院のソーシャルワーカーに根掘り葉掘りいろんなことを聞きながら、療養者をイメージして訪問する	4
		NS	療養者の入院中の嚥下評価や食事形態、家族への指導内容は、サマリーに書かれてあることを確認する	
	NSは療養者の全身状態をアセスメントする	NS	療養者の全身状態、生活環境の全体を把握しての食支援になる	19
		PT	NSがモニタリングに行って、療養者の身体に触ったり、観察して変化に気づく	

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード（抜粋）	*
NSは療養者の全身状態と摂食嚥下機能をアセスメントする	NSは療養者の摂食嚥下機能をアセスメントする	NS	療養者の義歯が合わないため歯ぐきに潰瘍ができていて、痛くて食べられなかったことを確認する	26
		NS	療養者は顕著なむせ方はしていないが、喉を鳴らすような音が聴かれたため誤嚥の可能性をアセスメントした	
療養者の状態と嚥下機能を確認する	NSのアセスメントから療養者の状態を確認する	CM	NSから介護士に食事介助を依頼することへの提案から、療養者の状態に気付いた	14
		栄養士	NSの訪問時にたまたま同席して療養者の情報共有をする	
	嚥下機能評価を療養者と家族と多職種で確認する	歯科医	VE* ¹ で精査する場合に、関係者、ST、NS、CM同席したい人は一緒に集まって確認してもらう	20
		CM	歯科医師の嚥下機能評価の検査時はできるだけ同席して、飲み込みができていないことを家族と一緒に確認した	
	STの嚥下機能評価を確認する	CM	STに入ってもらって療養者の舌の動きを観てもらってから食事を評価する	13
		医師	療養者の食べられない理由が嚥下機能低下の可能性があるという評価になれば、STにみてもらう	
	療養者の状況をICTによって多職種間で共有する	PT	ICTは他の事業所でも療養者に対して同じように連携が取れる	21
		PT	療養者から相談があった時はNSに「もう一回確認して下さい」とICTにて相談や依頼をする	
ICTによって多職種間で情報交換をする	ICTによって医師と情報共有する	医師	定期的に採血している療養者の検査結果が不良であれば直ぐにICTの情報共有の所に記載する	11
		NS	医師へ訪問時のことをICTで報告しタイムリーに情報共有する	
	食事の様子やケア方法をICTで確認する	NS	療養者の食べている時の動画と食事の写真をICTに載せて、一緒に共有していった	16
		栄養士	NSが訪問時の療養者の状況や食事摂取状況をICTに記載してくれるので分かる	
療養者と家族に経口摂取への思いと覚悟と責任を確認する	家族に悔いが残らない経口摂取の選択を確認する	歯衛	家族は療養者に食べさせた後悔よりも食べさせなかった後悔の方が大きい	5
		PT	最期を迎えるにあたっては家族の要望をなるべく汲んであげたいと思う	
	療養者と家族に経口摂取への覚悟と責任を確認する	NS	療養者に食べたい物を食べて満足して何か起こるかもしれないが、その覚悟があるのかということまで必ず聞く	23
		NS	在宅では療養者の人生の責任を誰が負うかという、その人だと思えばいいと思う	
		NS	食の楽しみを大切に家族は考え、何かあった時にはそれはそれで構わないという覚悟が決まっていた	
		CM	経口摂取は最終的には療養者本人の意思決定になる。難しいが何か正しいのか分からない	
療養者と家族と多職種で経口摂取の進め方と誤嚥時の対応を確認する	療養者と家族に経口摂取による誤嚥のリスクを説明する	歯科医	家族に療養者の経口摂取を試みると、発熱する可能性があることを必ずきちんと伝える	9
		医師	療養者と家族に経口摂取を優先するのであればリスクがあり、誤嚥・窒息が十分に起こり得ることを説明する	
	経口摂取の進め方と誤嚥時の対応を療養者と家族と多職種で確認する	NS	療養者の身体機能はPTが担当し、誤嚥性肺炎を早期に発見することはNSで観ていき、異常があれば医師と連携を取っていく体制の多職種連携について共通理解した	13
		ST	食べる練習をすることで、ある程度軌道に乗るまでは肺炎を繰り返す可能性があるため、その時のバックアップは医師が受けるという体制を、療養者・家族とST、NSのチームで共有した	
*コード数				

表2-2 多職種による療養者と家族の経口摂取への支援

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード (抜粋)	*
NSは療養者と家族の希望する経口摂取に向けて多職種に働きかける	NSは療養者と家族の希望する経口摂取について医師へ働きかける	NS	療養者は何も食べないのはかわいそうな気がして、STも入りますし毎日少しずつ口を拭う程度の許可をなんとか医師からもらった	7
		NS	療養者の食べたい物が食べられるために、医師と嚥下訓練を行うことを協議したことがある	
	NSは療養者の口腔機能の改善のため歯科受診を働きかける	NS	療養者の義歯が合わないため、訪問歯科に調整のために訪問してもらうことを療養者と相談した	12
		NS	療養者に専門的な口腔ケアが必要な時は歯科に依頼する	
	NSはCMに必要なケアの調整を依頼する	NS	療養者の生活の中の必要なことをアセスメントし、他のサービスと重ならないようにマネジメントしながらCMと相談する	8
		NS	療養者の状態が大きく変化した時はCMに電話連絡して、介護士に観察して欲しい内容やケアの内容を伝えて欲しいと依頼する	
	NSは嚥下に関してCMにSTの介入を依頼する	NS	誤嚥性肺炎で入院した療養者に嚥下機能評価とSTの介入の必要性を管理者に伝えて、管理者からCMにSTの介入を依頼してもらった	4
		ST	NSからむせが出るということでCMに話して、STに一度評価に入って欲しいという依頼があった	
	NSからPTに療養者の姿勢保持について相談する	NS	療養者の動きに合わせてマットレスの硬さについてPTに相談した	7
		NS	難病の療養者の端坐位時のベッドの高さについてPTに相談した	
	NSはOTに療養者の食事動作について相談する	NS	療養者の上肢の挙上が難しくなり、OTに飲みやすい道具やストロー等を相談した	6
		NS	療養者が口元までコップが上手く運べない時はOTに相談する	
	NSは介護士に口腔ケアや食事介助について説明・依頼する	NS	介護士の訪問時間に合わせて訪問して、口腔ケアの方法を説明した	11
		NS	小規模多機能型居宅介護の介護士が口腔ケアを行う際に、資料を作り口腔ケアの方法を説明した	
	NSとCNは療養者の嚥下について連携する	NS	CNは摂食嚥下の評価方法について系列のステーションから相談を受けた	11
		NS	CNが毎回訪問しないので他のスタッフに分かるように療養者の嚥下機能評価内容等を記録に残した	
療養者の経口摂取に向けて必要な職種に介入を依頼する	歯科からCMに食支援に必要な職種の介入を依頼する	歯科医	嚥下機能を上げていくためにPTも一緒に入ってもらわないと、歯科だけでは厳しいことをCMに伝える	5
		歯衛	家族は栄養士にペースト食の調理方法を1回教えてもらおうと、介護士に調理のためのサービス料金が不要になることをCMと相談した	
	STやPTに食支援に必要なケアを依頼する	歯科医	療養者の首肩の訓練、車椅子の選定やポジショニングはPTが適していると思うので依頼する	16
		CM	STが行う療養者への嚥下リハビリの内容をPTと共有してもらった	
	NSに療養者の口腔ケアや直接訓練を依頼する	歯衛	NSに療養者の口腔ケアをしてもらえると口腔内の清潔が保たれる。月2回の訪問歯科診療だけでは口腔内が元の状態に戻る	9
		CM	難病の療養者が経口摂取する時は、NSがいる時に食物が気道に詰まったらすぐ吸引できる体制で行ってもらったことがあった	
	医師から療養者と家族に多職種の介入を説明してもらう	医師	多少のお金はかかっても大好物が食べられる見込みは多分まだあるから、嚥下訓練をやってみましょうと療養者と家族に勧める	12
		栄養士	多職種が介入する際は医師の一声が一番大きいと思う。PT、OT、ST、管理栄養士の介入は全て医師の指示書が必要だ	
家族の介護力に応じた食事方法を提案する	家族の介護力を把握する	歯科医	家族にとろみ剤を買ってこられるのか、とろみをつけられるか、そういうことを知っているのかを聞く	33
		CM	家族が誤嚥を気にして食事を柔らかめに煮たり刻んでいる	
	家族が嚥下しやすい形態への調理・準備が難しいことを把握する	NS	家庭に給食センターは無いので、家族は入院時に指示された形態の食事の準備が難しいことを聞いた	10
		ST	コップの大きさに合わせて毎回、何ccと計りながらとろみ剤を何g入れるという作業は家族には難しい	

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード（抜粋）	*
家族の介護力に応じた食事方法を提案する	家族に誤嚥について説明する	CM	家族に「むせ込みはないですか」、「ゴロゴロという音は聞かれますか」、「食事中の咳はどうですか」と尋ねる	6
		栄養士	喉に引っ掛かった感じがあれば家族も気付くことがあり、そういう時は無理させないように説明する	
	家族に可能な食事方法を提案する	NS	市販のスーパーで売っている物（豆腐や温泉卵）や、普段皆さんが食べている物を家族に提案する	25
		ST	商品のパッケージを家族に渡して、これと同じような物を買って下さいと依頼する	
療養者の経口摂取に向けて口腔ケアと嚥下リハビリテーションをする	口腔ケアや吸引によって療養者の口腔内を清潔にする	NS	療養者が飲水する前に必ず口腔ケアをして、唾液が粘稠でない状態を確認する	7
		ST	療養者の口腔ケアをして口腔内を清潔にしてリスク管理に努める	
	療養者の口腔機能の維持・改善のため間接訓練を促す	ST	療養者の口唇に蜂蜜を塗って少しでも味覚刺激を入れて、唾液嚥下ができるように促していった	27
		NS	入浴後に療養者の一番好きな石原裕次郎を熱唱してもらい嚥下の訓練を行った	
	療養者の経口摂取を目指し直接訓練を行う	NS	NSの訪問時に必ず口腔ケアと吸引をきちんとして、直接訓練として療養者の好きなとろみのついたお酒を100cc経口から進めている	9
		ST	療養者は胃瘻があり経口摂取は不可であったが、STの見守り下で水分やゼリーを摂取してもらった	
	療養者の食事時の姿勢を整える	NS	車椅子の適切な角度を決めて療養者の姿勢を整えると、食事をむせなくなった	26
		PT	多職種へパンフレットを作成し、療養者への運動とポジショニングの仕方、移乗の仕方を伝えている	
	PTは車椅子を調整し療養者の座位の姿勢を整える	PT	介護士から「体が傾くようになった」、「これが難しくなってきた」という声があれば療養者に合った車椅子を検討する	4
		PT	VF*2の結果で細かく指示があるので、療養者の車椅子を調整ができる車椅子に変更した	
療養者の食事動作の改善へのケアをする	PTとOTは療養者の上半身の筋肉をほぐす	OT	療養者の口周り肩周り首周りの筋肉をほぐし、可動性を引き出すリハビリテーションをする	8
		PT	療養者の頸部や肩甲骨の周り、喉元の筋肉をほぐしておく、嚥下のし易さにつながる	
	療養者が食べ易くなるために食事環境を整える	OT	療養者の机と手の高さが違うと上腕のリーチ動作が困難となり、頸部も下がり気味となる前傾姿勢となるため、机の高さを調整した	18
		OT	スプーンの長さや持つ部分（柄）が細いと持ちづらいので、太さを変えることを提案する	
	療養者の食べる筋力の強化のために離床を促す	NS	療養者は車椅子移乗する機会が増えると徐々に体力が上がり、飲み込み時の疲労が少なくなってきた	25
		OT	療養者のできるところを見守りながら、痛みが出現せずに無理のないように活動を提案する	
経口摂取を試みた結果を見守る	療養者の摂食嚥下機能が回復し経口摂取が進んだことを見守る	ST	胃瘻造設し禁食だった療養者は間接訓練や口腔ケアをしながら、徐々に食事形態を上げていき、最終的に常食を食べられるようになった	68
		栄養士	少しずつ食事形態を上げていってミキサー食からソフト食ぐらいまで上げられた	
		医師	経口摂取をして徐々に元気になって、嚥下機能が回復することは日常にある。全然珍しいことではない	
	療養者が経口摂取した家族の喜びを見守る	PT	療養者は最終的には胃瘻になったが、STがゼリーの経口摂取を続けてくれたので、お楽しみで経口摂取できたことに妻は喜ばれていた	8
		医師	療養者がすごく喜んでる姿を家族の目線で見ると、誤嚥性肺炎に繋がったとしても納得してくれた	
		医師	療養者が今まで笑えなかったのに、これ食べてすごく嬉しそうにしていることを家族は実感できる	

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード（抜粋）	*
経口摂取を試みた結果を見守る	療養者の経口摂取が難しいことへの療養者と家族の受け入れを見守る	NS	療養者は誤嚥して苦しくなり吸引が必要になったが、NSが頻回に訪問して吸引をすることは難しかった	22
		ST	療養者は嚥下機能だけの問題ではなく消化器の問題もあったので、1回は経口摂取をトライしたが難しいねという話になった	
		CM	VE時の画面を見て「だから誤嚥性肺炎を繰り返すんですね」と言って家族は納得して諦めた	
		歯衛	誤嚥していざとなつてどうしようかという気持ちであれば、無理しない方がいいことを家族に伝える	

*コード数 VE^{*1}:嚥下内視鏡検査 (videoendoscopic evaluation of swallowing), VF^{*2}:嚥下造影検査 (videofluoroscopic examination of swallowing) 404

3) 要素の生成（表3）

インタビュー調査の結果から明らかとなった15カテゴリーを基に、7つの要素（以下、[]）を生成した。

第1要素：「療養者の摂食嚥下機能の低下の把握」は、【療養者の摂食嚥下機能の低下を把握する】の1カテゴリーから構成された。

第2要素：「療養者と家族の経口摂取への希望と意思の受け止め」は、【療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】、【家族の食べさせたい希望と意思を受け止める】の2カテゴリーから構成された。

第3要素：「療養者の全身状態、摂食嚥下機能の情報収集と生活の全体像のアセスメント」は、【療養者と家族の摂食嚥下機能低下への理解を確認する】、【NSは療養者の全身状態と摂食嚥下機能のアセスメントする】、【療養者の状態と嚥下機能を確認する】、【情報通信技術：Information and Communication Technology（以下、ICT）によって多職種間で情報交換をする】の4カテゴリーから構成された。

第4要素：「療養者と家族と多職種での経口摂取と誤嚥に対する共通理解」は、【療養者と家族に経口摂取への思いと覚悟と責任を確認する】、【療養者と家族と多職種で経口摂取の進め方と誤嚥時の対応を確認する】の2カテゴリーから構成された。

第5要素：「摂食嚥下機能回復と誤嚥予防のための相談とケアの依頼」は、【NSは療養者と家族の希望する経口摂取に向けて多職種に働きかける】、【療養者の経口摂取に向けて必要な職種に介入を依頼する】の2カテゴリーから構成された。

第6要素：「摂食嚥下機能回復と誤嚥予防のためのケアの提供」は、【家族の介護力に応じた食事方法を提案する】、【療養者の経口摂取に向けて口腔ケアと嚥下リハビリテーションをする】、【療養者の食事動作の改善へのケアをする】の3カテゴリーから構成された。

第7要素：「経口摂取を試みた結果の見守り」は、【経口摂取を試みた結果を見守る】の1カテゴリーから構成された。

表3 多職種による支援の要素

7要素 []	15カテゴリー []
【療養者の摂食嚥下機能の低下の把握】	
【療養者の摂食嚥下機能の低下を把握する】	
【療養者と家族の経口摂取への希望と意思の受け止め】	
【療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】	
【家族の食べさせたい希望と意思を受け止める】	
【療養者の全身状態、摂食嚥下機能の情報収集と生活の全体像のアセスメント】	
【療養者と家族の摂食嚥下機能低下への理解を確認する】	
【NSは療養者の全身状態と摂食嚥下機能のアセスメントする】	
【療養者の状態と嚥下機能を確認する】	
【ICTによって多職種間で情報交換をする】	
【療養者と家族と多職種での経口摂取と誤嚥に対する共通理解】	
【療養者と家族に経口摂取への思いと覚悟と責任を確認する】	
【療養者と家族と多職種で経口摂取の進め方と誤嚥時の対応を確認する】	
【摂食嚥下機能回復と誤嚥予防のための相談とケアの依頼】	
【NSは療養者と家族の希望する経口摂取に向けて多職種に働きかける】	
【療養者の経口摂取に向けて必要な職種に介入を依頼する】	
【摂食嚥下機能回復と誤嚥予防のためのケアの提供】	
【家族の介護力に応じた食事方法を提案する】	
【療養者の経口摂取に向けて口腔ケアと嚥下リハビリテーションをする】	
【療養者の食事動作の改善へのケアをする】	
【経口摂取を試みた結果の見守り】	
【経口摂取を試みた結果を見守る】	

2. 研究2

1) 支援モデル案の作成

多職種の支援は、【療養者の摂食嚥下機能の低下の把握】から始まった。そして、【療養者と家族の経口摂取への希望と意思の受け止め】に向かい、第3要素の【療養者の全身状態、摂食嚥下機能の情報収集と生活の全体像のアセスメント】と双方向の矢印で繋がった。次に、【療養者と家族と多職種での経口摂取と誤嚥に対する共通理解】と、【摂食嚥下機能回復と誤嚥予防のための相談とケアの依頼】は、第3要素と双方向の矢印で繋がった。そして、【摂食嚥下機能回復と誤嚥予防のためのケ

アの提供」は、第5要素と双方向の矢印で繋がった。さらに、ケア提供の評価として第3要素のアセスメントに再び戻るという循環するプロセスとした。第1から6要素を経たアウトカムとして、「経口摂取を試みた結果の見守り」へ辿り着く流れ図をモデル案とした。

2) 専門家会議による検討

(1) 要素の順序性と関連性の確認

多職種は、「療養者と家族の経口摂取への希望と意思の受け止め」によって、療養者もしくは家族の意向を尊重していることを確認した。次の要素として、療養者が経口摂取をして誤嚥しないかどうか、経口摂取するための身体機能、全身状態はどうかという「療養者の全身状態、摂食嚥下機能の情報収集と生活の全体像のアセスメント」をしていることを確認した。この要素は、他の要素と矢印で繋がっており関連していることを確認した。しかしながら、多職種による療養者の摂食嚥下機能に適した食事形態のアセスメントと、療養者の食べたい食事形態や家族の食べさせたい食事形態が合致しないことがあった。その場合に、療養者の嚥下機能に合っていない食事形態を経口摂取することは、誤嚥による肺炎・窒息の可能性がある。このリスクを優先して経口摂取を進めないのか、あるいは療養者と家族が誤嚥した際の覚悟を決めて経口摂取するのかという話し合いが必要であることが議論された。そして、「療養者と家族と多職種での経口摂取と誤嚥に対する共通理解」が次にあることを確認した。療養者の経口摂取には、医師からの同意が必要であることが話し合われた。医師の方針によって、療養者の経口摂取の可否が決まる場合があり、医師から経口摂取の同意を得ることが難しい状況があることを確認した。そのため重要な項目であることが確認されたので、「医師から経口摂取の同意」は1つの要素として生成した。また、医師への働きかけは、主にNSが行っている現状を確認した。

次の要素として、「摂食嚥下機能回復と誤嚥予防のための相談とケアの依頼」に繋がることを確認した。NSや歯科医はCMに必要な多職種の介入について相談と依頼をしており、CMから多職種へ介入依頼が行われると、「摂食嚥下機能回復と誤嚥予防のためのケアの提供」に繋がることを確認した。そして、多職種による「摂食嚥下機能回復と誤嚥予防のためのケアの提供」は、ケア提供の評価として第3要素のアセスメントに再び戻るという循環するプロセスを確認した。

多職種の支援によって、療養者は摂食嚥下機能が回復し経口摂取が進むケースと、誤嚥を繰り返し経口摂取は難しいケースがある。療養者と家族は、肺炎を繰り返す

ことによって最終的に経口摂取を断念する選択があり、その選択は療養者と家族が意思決定する必要があることが話し合われた。そのため、「経口摂取を試みた結果の見守り」は、多職種の支援のアウトカムとして妥当であることを確認した。

(2) 要素の重要性の確認

歯科医から、NSが多職種に事前に段取りを汲んでくれて根回ししてくれると、連携が促進されるという意見があった。その要素について支援モデル案を概観し、「摂食嚥下機能回復と誤嚥予防のための相談とケアの依頼」であることを確認した。この要素はNSが中心的な役割をしており、NSのマネジメントが多職種間の連携には重要であることを確認した。また、NSが中心的な役割を担っていると考えられる他の要素として、「療養者の全身状態、摂食嚥下機能の情報収集と生活の全体像のアセスメント」、「医師から経口摂取の同意」を確認した。

(3) 支援モデルの構築

専門家による意見を基に、インタビュー調査の結果から生成した7つの要素について検討した結果、重要な項目として、「医師から経口摂取の同意」を1つの要素として生成した。第1から第6要素と「医師から経口摂取の同意」の7つの要素を、多職種の支援の全体像とした。そして、支援のアウトカムを「経口摂取を試みた結果の見守り」として、支援モデルを構築した。

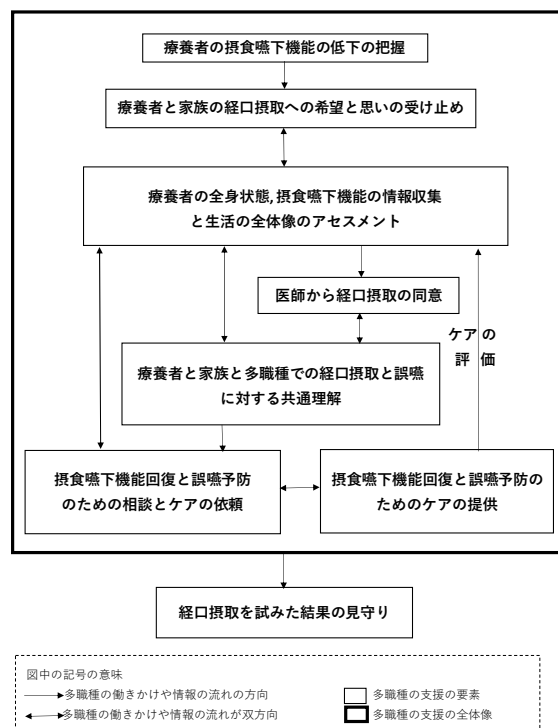


図1 摂食嚥下機能が低下した在宅要介護高齢者と家族の希望する経口摂取に向けた多職種による支援モデル

VI. 考 察

本研究では、療養者と家族の希望する経口摂取に向けた支援モデルを構築することを目的とした。本研究で構築した支援モデルの全体像と多職種の支援について考察する。

1. 支援モデルの全体像

多職種の経口摂取への支援は、[療養者の摂食嚥下機能の低下の把握]の入院時の指摘や、訪問時の観察による気づきから始まった。そして[療養者と家族の経口摂取への希望と意思の受け止め]によって、療養者の食べたいもしくは家族が食べさせたい希望を受け止めて、次に、[療養者の全身状態、摂食嚥下機能の情報収集と生活の全体像のアセスメント]をしていた。多職種は療養者と家族の希望に戻りつつアセスメントし、[医師から経口摂取の同意]と、[療養者と家族と多職種での経口摂取と誤嚥に対する共通理解]に進んだ。そして、[摂食嚥下機能回復と誤嚥予防のための相談とケアの依頼]をして、再びアセスメントに戻りつつ進んでいた。相談とケアの依頼は[摂食嚥下機能回復と誤嚥予防のためのケアの提供]に双方向の流れがあった。ケア提供の評価として第3要素のアセスメントに再び戻るという循環型のプロセスであった。このプロセスを経て支援のアウトカムである、[経口摂取を試みた結果の見守り]に辿り着いた。支援モデルは、療養者と家族と多職種で共通理解をしながら進めていた。これは、WHOの示すFramework for ActionのCollaborative（協働・連携）¹⁴⁾であったと考える。

2. 多職種の支援

(1) 情報収集とアセスメント

[療養者の全身状態、摂食嚥下機能の情報収集と生活の全体像のアセスメント]では、【NSは療養者の全身状態と摂食嚥下機能をアセスメントする】ことによって、摂食嚥下機能が低下した原因を全身状態の関連性を踏まえてアセスメントしていた。高齢者の摂食嚥下機能の低下の原因は、加齢に伴う機能低下、神経・筋群の障害による機能的障害、口腔・咽頭の諸器官の器質的異常による器質的障害、薬剤の影響による医原性障害がある¹⁵⁾。このように高齢者の摂食嚥下機能低下は、様々な原因が関与している。そのため、医学的知識と生活を観る視点を持ったNSのアセスメントが重要となることが考えられる。

また、経口摂取を進めていく際に、全身状態の変化や肺炎兆候を早期にアセスメントする必要がある。そのため多職種は療養者の情報交換として、【ICTによって多職種間で情報交換をする】ことをしていた。ICTは遠

隔で活動している在宅の多職種間の情報交換を可能にしている。また、ICTを活用することによって、タイミリーに効率よく多事業所の多職種との情報共有が可能である。Yoshimotoら¹⁶⁾は、多職種連携にICTを活用した結果、在宅高齢者の健康維持に効果的であったことを報告している。このように療養者の全身状態の変化を、ICTを用いながら早期に把握していた。以上のことから、第3要素は他の5つの要素と繋がる主要なものであったと考える。

(2) 療養者と家族の希望への尊重

[療養者と家族と多職種での経口摂取と誤嚥に対する共通理解]では、【療養者と家族の経口摂取への覚悟と責任を確認する】ことをしていた。NSは『療養者に食べたい物を食べて満足して何か起こるかもしれないが、その覚悟があるかということまで必ず聞く』と、療養者に誤嚥することへの覚悟を確認していた。これは、多職種の専門的な見解を療養者と家族に受け入れてもらうための関わりではなく、多職種の方が療養者と家族の希望を受け入れるということであった。訪問診療医師の小野沢は、「本人やご家族が経口摂取を強く望まれた場合、肺炎などのリスクをお話した上で経口摂取を試みることは悪いことではないと思う」¹⁷⁾と述べている。即ち、療養者と家族の経口摂取への希望を尊重した支援であると考える。

3. 療養者と家族の希望に応じる支援モデル

[経口摂取を試みた結果の見守り]では、療養者の摂食嚥下機能が回復し経口摂取が進んだ結果があり、療養者と家族は、喜びを感じていた。福原は¹⁸⁾、健康関連QOLの概念図に「生きがい・幸福人生の満足」を示し、QOLとは患者の視点に立脚して行われることと説明している。本研究の目指した療養者と家族の希望に応じる支援とは、療養者と家族のQOLを支援することであったと考える。

一方で、経口摂取を試みて誤嚥を体験することによって、経口摂取が難しいことへの受け入れに繋がることが考えられた。療養者よりも家族の方に、経口摂取への強い希望と意思がある場合があった。多職種のケア提供の評価としてアセスメントに再び戻るという循環型のプロセスの中で、療養者と家族が経口摂取に対して一つの方角性を見い出していくことについても支援のアウトカムと捉えた。医療福祉専門職の「見込まれる」という判断によって進めるのではなく、療養者と家族の希望に応じていた支援モデルであると考える。

4. 多職種に働きかけるNSの役割

療養者の経口摂取を進めるためには、[医師から経口

摂取の同意」を得る必要があった。医師への関りとして、【NSは療養者と家族の希望する経口摂取に向けて多職種に働きかける】の、〈NSは療養者と家族の希望する経口摂取について医師へ働きかける〉ことをしていた。樫ら¹⁹⁾の調査において、訪問看護師が在宅療養継続のために連携する必要がある職種は、医師が最も多い結果であり、医師との連携にNSが重要な役割を担っていたことが報告されている。また、【摂食嚥下機能回復と誤嚥予防のための相談とケアの依頼】の、【NSは療養者と家族の希望する経口摂取に向けて多職種に働きかける】ことをしていた。NSは医師、CM、介護士等に働きかけていた。三澤ら²⁰⁾は、利用者の摂食嚥下機能を多職種に連携した者のきっかけは、訪問看護ステーションからのアプローチが約8割であったことを報告している。先行研究の結果と同様に、本研究においてもNSは経口摂取への支援に中心的な役割を担っており、NSのマネジメント力が重要であることが示唆された。NSが中心的な役割を果たすことによって、多職種連携が促進され、支援モデルが円滑に流れることが考えられる。

VII. 研究の限界および今後の課題

本研究の対象は在宅訪問を行っている主な職種であったが、全ての訪問系職種ではなかった。加えて、対象者数にも限りがある。そのため、多職種の支援の全ては網羅しきれていない。しかしながら、本研究の支援モデルは、在宅の多職種へのインタビュー調査から支援の現状を把握し、さらに、専門家会議で検討したモデルであるため支援の主要な要素は含まれていると考える。今後は職種と共に対象者数を増やして、活動内容をより詳しく調査しつつ、本モデルを臨床の場で活用し、実用性を評価する必要がある。

謝 辞

新型コロナウイルス感染禍の中、本研究の調査にご協力頂きました施設長、対象者の皆様に深く感謝申し上げます。

本論文は、姫路大学大学院看護学研究科博士後期課程における博士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。また、本論文の一部を第30回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会にて発表した。

助 成

本研究は2022年度公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団公募助成事業より助成を受けた。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

オーサーシップ

KMは、研究の着想およびデザイン、データ収集と分析および草稿の作成と修正；NMは、データ分析時のスーパーバイズを含む研究プロセス全体への助言および原稿への示唆。すべての著者は最終原稿を読み、承認した。

引用文献

- 1) 榎裕美, 杉山みち子, 井澤幸子, 他: 在宅療養要介護高齢者における栄養障害の要因分析 the KANAGAWA-AICHI Disabled Elderly Cohort (KAIDEC) Study より, 日老医誌, 51(6): 547-553, 2014.
- 2) Hägglund P, Fält A, Hägg M, et al: Swallowing dysfunction as risk factor for undernutrition in older people admitted to Swedish short-term care: a cross-sectional study, Aging Clin Exp Res, 31(1): 85-94, 2019.
- 3) 山田好秋: 摂食嚥下の生理, 才藤栄一, 植田耕一郎 (監修), 摂食嚥下リハビリテーション, 第3版, 医歯薬出版, 70, 2016.
- 4) 大谷貴美子, 杉山美穂, 中北理映, 他: 高齢者のQOLに果たす食生活の役割 居住形態とADLの違いから見て, 日本食生活学会誌, 12(4): 306-313, 2002.
- 5) 並木千鶴, 原豪志, 中川量晴, 他: 生活期における嚥下障害患者に対する訪問での摂食嚥下リハビリテーションの短期観察による効果, 老年歯医, 35(1): 41-51, 2020.
- 6) Dinene S, Gower M, Van Wyk J, et al: Development and Evaluation of a Home Enteral Nutrition Team, Nutrients, 7: 1607-1617, 2015.
- 7) 厚生労働省 (2022): 診療報酬改定 個別改定項目について, 【Ⅲ-3 アウトカムにも着目した評価の推進-①】
① 摂食嚥下支援加算の見直し, <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000905284.pdf>. (2024. 11. 23)
- 8) 東京都健康長寿医療センター 要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究班編 (2017): 多職種経口摂取支援チームマニュアル-経口維持加算に係る要介護高齢者の経口摂取支援に向けて, https://www.tmgig.jp/research/release/cms_upload/541ef682c7c963f288bbc5b800c6dc3a.pdf. (2024. 11. 23)
- 9) WHO (2010): Framework for action on interprofessional education & collaborative practice, <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>. (2024. 11. 23)
- 10) 日本老年医学会 (2012): 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. (2024. 11. 23)
- 11) 日本看護協会: 分野別都道府県別登録者数一覧, <https://>

- nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn#approvedpersons.
(2022. 10. 9)
- 12) Klaus Krippendorff, 小林昭世 (訳): 意味論的転回デザインの新しい基礎理論, エスアイビー・アクセス, 237-309, 2009.
 - 13) 再掲9)
 - 14) 再掲9)
 - 15) 松尾浩一郎: 摂食嚥下機能と老嚥, 誤嚥. 藤本篤士, 糸田昌隆, 葛谷雅文編, 老化と摂食嚥下障害「口から食べる」を多職種で支えるための視点, 医歯薬出版, 東京, 79-80, 2017.
 - 16) Yoshimoto Takeru, Nawa Nobutoshi, Uemura Munenori, et al: The impact of interprofessional communication through ICT on health outcomes of older adults receiving home care in Japan: A retrospective cohort study, J Gen Fam Med, 23(4): 233-240, 2022.
 - 17) 小野沢滋: 在宅医療の技とこころ 在宅栄養管理—経口から胃瘻・経静脈栄養まで, 南山堂, 51, 2016.
 - 18) 福原俊一: いまなぜQOLか—患者立脚アウトカムとしての位置づけ 池上直己 (編集), 臨床のためのQOL評価ハンドブック, 医学書院, 2-7, 2001.
 - 19) 榎直美, 尾形由起子, 小野順子, 他: 在宅医療推進における訪問看護ステーション連携への取組に関する一考察, 福岡県大看研紀, 19: 13-23, 2022.
 - 20) 三澤麻衣子, 上原任, 山崎春美, 他: 要介護高齢者への歯科保健医療提供に関する研究 訪問看護ステーションにおける摂食・嚥下への対応状況について, 日歯医療管理会誌, 48(4): 277-282, 2014.

ESTABLISHING A SUPPORT MODEL BY INTERPROFESSIONALS TOWARD DESIRED ORAL INTAKE IN CASE OF FRAIL OLDER ADULTS WITH DYSPHAGIA AND THEIR FAMILIES

Kazue Maekawa^{*1}, Naoko Morisaki^{*2}

^{*1}: Department of Nursing, Faculty of Nursing, Wayo Women's University

^{*2}: Graduate School of Nursing Science, Himeji University

KEY WORDS :

frail older adults, family, oral intake, interprofessional work

Purpose: This study aimed to establish a support model by interprofessionals that responds to the wishes of frail older adults with dysphagia and their families regarding oral intake, for that clarify the current state of interprofessionals support for frail older adults with dysphagia and their families.

Method: This study comprises two parts. Study 1 involves the author interviewing 37 interprofessionals. Categories were integrated into core categories based on their similar purposes, and further led into elements. Study 2 involves the created of the original support model using the extracted elements. The appropriateness of the original support model was investigated by conference with experts. Finally, we established a support model.

Results: We extracted 15 categories from the interview survey. Categories such as “interprofessionals catch the wishes of the frail older adults for food and their satisfaction with life,” and “nurses work toward interprofessionals to achieve preferred oral intake by patients and their families” were included. We extracted eight elements from the categories, “collecting information on the general condition and eating and swallowing functions of the frail older adults, so that assessing the overall lives of the frail older adults,” “common understanding of oral ingestion and aspiration among frail older adults, their families, and interprofessionals,” and so on.

Discussion: Interprofessionals provided support in reaching a common understanding of the desired oral intake for frail older adults and their families. Nurses play a central role in providing support, and it was suggested that the management skills of nurses were important.