

# 高齢者の食を支える看護職・介護職の実践における現状と課題

古澤 幸江<sup>1)</sup> 宇佐美 利佳<sup>2)</sup> 宗宮 真理子<sup>1)</sup> 渡邊 法男<sup>3)</sup> 宮田 智子<sup>4)</sup>  
小奇 まゆみ<sup>5)</sup> 増田 聖子<sup>6)</sup>

## The Current Status and Issues in Practice of Nurses and Care Workers who Support the Elderly's Diet

Yukie Furuzawa<sup>1)</sup>, Rika Usami<sup>2)</sup>, Mariko Somiya<sup>1)</sup>, Norio Watanabe<sup>3)</sup>,  
Noriko Miyata<sup>4)</sup>, Mayumi Kozaki<sup>5)</sup> and Seiko Masuda<sup>6)</sup>

### ● 要旨 ●

本研究は、A 県内における病院、介護施設、訪問看護ステーションで勤務している看護職または介護職が捉えている高齢者の食支援の現状と実践上の課題を明らかにし、今後の高齢者のよりよい食支援の実現に向けて示唆を得ることを目的とした。

病院、介護施設、訪問看護ステーションで勤務する看護職もしくは介護職を対象に個別面接調査を実施した。面接内容を逐語録に起こし、質的帰納的に内容分析を行った。

結果、同意の得られた看護職 12 名、介護職 1 名の語りから、「看護職・介護職が実践できている食支援」は、【多職種で協働し実践している】【誤嚥のリスクへ対応している】【食支援に関する学習体制が整備されている】【食支援に関する情報を共有している】【対象の希望に沿った食支援を工夫している】【適切な薬剤管理・対応を工夫している】の 6 つに整理された。「看護職・介護職が抱えている食支援の課題」は、【食支援の対応への不安を抱えている】【食支援に関する学習機会やツールが十分に整備できていない】【チーム医療の体制に課題がある】【人員配置の体制に課題がある】【対象の希望に沿った食支援が困難である】【適切な薬剤管理・対応ができていない】【継続看護の体制に課題がある】【適切な食形態が退院後に継続できない】の 8 つに整理された。

高齢者のよりよい食支援を実現するために、主介護者を巻き込んだ在宅と病院・介護施設が連携した多施設・多職種連携の教育プログラムの検討・整備の必要性が示唆された。

キーワード：高齢者，看護職，介護職，食支援

受付日：2022年9月26日 受理日：2023年2月2日

1) 岐阜県立看護大学 機能看護学領域 Management in Nursing, Gifu College of Nursing

2) 岐阜県立看護大学 成熟期看護学領域 Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

3) 愛知学院大学 薬学部 臨床薬学 Dept. of Clinical Pharmacy and Sciences, School of Pharmacy, Aichi Gakuin University

4) 岐阜市民病院 Gifu Municipal Hospital

5) 羽島市民病院 Hashima Municipal Hospital

6) 増田・横山法律事務所 Masuda & Yokoyama Law Office

## I. はじめに

近年の高齢化の進展により、不慮の事故による死亡者は高齢者が大半を占め、死因として不慮の窒息が顕著に高く、特に「食品」によるものが多いとされ（消費者庁, 2018；厚生労働省, 2021）、また誤嚥に起因する誤嚥性肺炎による死亡例は増加傾向で摂食嚥下機能の訓練の重要性が指摘されている（池田ら, 2018）。

病院では、高齢者が入院すると入院時に患者の食事に関する情報収集は看護師が行い、食事の形態や内容は医師が指示し、患者の状況を確認・判断しながら看護職または介護職が食事を直接提供する場合が多い。不慮の窒息の要因である誤嚥を防ぐためには、嚥下評価の意識・知識や食事に関連する技術の向上が重要とされている。また高齢者看護に関する院内教育の充実の必要性が述べられ、多くの病院では高齢者看護の教育的な取り組みを実施している（菅谷, 2020）。しかし、特別養護老人ホームでは、看護職・介護職らが誤嚥・窒息のリスクに対する不安や負担を感じながら食事介助を実践している（田中ら, 2022）現状があり、多くの介護施設では、摂食嚥下に関わるスクリーニングの実施が不十分であることが課題となっている（渡邊ら, 2021）。また、自施設以外の保健・医療・福祉施設と連携した教育体制に関する報告は見当たらないことから、組織の規模や機能の違いによって職員の教育体制の違いや格差、対象の嚥下機能の評価、チーム活動の実践状況などに課題があると思われる。

多職種が協働してケアに関わることで、摂食嚥下リハビリテーションの看護の質が向上すること（小橋川, 2019）、チーム医療を強化することで誤嚥性肺炎が減少するなどの多職種協働の必要性（藤川ら, 2015）が先行研究で報告されている。さらに、急性期病院と地域医療や介護の現場との繋がり的重要性（藤川ら, 2015）や、誤嚥性肺炎を引き起こすことなく飲食できるようサポートすることが求められている（荏安ら, 2016）。

口から食べることは、人にとって、生命を維持するために必要な栄養素を摂ると同時に、人との交流を深め、生きる意欲や喜びに繋がる重要な生活行動である（田中ら, 2022）。また、食

支援を行うことは人の生活機能の維持・向上に繋がるため食を通じた生活支援は非常に重要である（大野ら, 2017）ことが報告されている。しかし、加齢により摂食嚥下機能が低下する高齢者にとっては、“口から食べる”ことは、生きる意欲や喜びに繋がると同時に誤嚥・窒息のリスクも高まってしまう。そのため高齢者の“おいしい食べ物を口から食べる”という生きる喜びや意欲を支えるために、保健・医療・福祉施設の食支援における看護職・介護職の実践上の課題を明らかにし、高齢者のよりよい食支援に繋げる必要がある。

そこで本研究では、A 県内における病院、介護施設、訪問看護ステーションで勤務している看護職または介護職が捉えている高齢者の食支援の現状と実践上の課題を明らかにし、今後の高齢者のよりよい食支援の実現に向けて示唆を得ることを目的とした。

## II. 用語の定義

食支援とは、先行研究（大野ら, 2017）を基盤に、生活支援の一環と捉え「食べる」に関わるすべての支援であり、食事前から食事後の生活の評価までを捉えるものとする。さらに対象者本人への直接的ケアにとどまらず、多職種連携や協働を含めるものとする。

## III. 方法

### 1. データ収集方法

#### 1) 対象

A 県内の一般社団法人日本病院会に登録している病院 41 施設、A 県のホームページの高齢者施設一覧表に登録している入所定員が 100 床以上の介護老人保健施設 26 施設と介護老人福祉施設 36 施設、同ホームページの訪問看護ステーション一覧に登録している看護師 5 名以上常駐かつ言語聴覚士が所属している訪問看護ステーション 3 施設の計 106 施設とした。対象者は、当該施設での勤務経験が 5 年以上、かつ施設の経口摂取支援の状況を説明でき、現場で直接食事介助を担っている者のうち、看護責任者から推薦された看護職または介護職とした。

#### 2) 調査方法

調査対象施設の看護部管理部門の責任者（以下

看護責任者とする)宛てに、研究の説明文書と同意書を郵送にて配布し、看護責任者および所属長の承諾が得られた施設より個別面接調査の対象者を決定した。さらに、個別面接調査の対象者への説明書と同意書を郵送し、同意を得た。

対象者に対して研究メンバー1～2名が、各施設の個室またはオンラインにて20～30分程度の面接を実施した。個別面接は、インタビューガイドを用いて行った。内容は、①スクリーニングテストの実際、②嚥下訓練の実際、③食事形態の判断と指示の実施、④食事介助の実際、⑤教育・訓練、⑥食事に対する本人および家族への説明・話し合い、⑦チーム活動の状況、⑧他施設との連携状況、⑨食事介助者が抱く思いや考えとした。面接内容は対象者の承諾を得て録音し、逐語録を作成し、データとした。

### 3) 調査期間

調査期間は、2020年10月から12月までの3ヶ月間とした。

### 4) 分析方法

本研究は、看護職・介護職が所属する施設における高齢者の食を支援することに関連した「看護職・介護職が実践できている食支援」「看護職・介護職が抱えている食支援の課題」に着目し、質的帰納的に内容分析を行った。まず逐語録を繰り返し読み、看護職・介護職が考えている「実践できている食支援」「食支援における課題」に関連する語りに着目し、データを抽出した。抽出したデータの文脈を考慮しながら意味を要約し質的に整理した。さらに共通性や関連性のあるものを比較、分類しながら、サブカテゴリを抽出した。次にサブカテゴリの類似性、相違性などによって比較、分類し、カテゴリとして統合して抽象度をあげた。

分析にあたっては、分析内容の妥当性を確保するために、共同研究者間で共通理解が得られるまで協議した。

## 2. 倫理的配慮

研究対象者に対して、研究協力の説明文書に、研究の趣旨、研究協力は自由意思であること、研究協力に不参加の場合に業務上の不利益が生じないこと、個人情報保護、結果公表の可能性と匿名性を遵守することについての説明を記述し

た。

本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号:0254、承認年月:令和2年7月)。

## IV. 結果

### 1. 対象の概要

本研究に同意を得た施設(病院10施設、介護老人保健施設2施設、訪問看護ステーション1施設)に勤務する看護師12名(そのうち5名が、慢性疾患看護専門看護師1名、摂食嚥下障害看護認定看護師3名、訪問看護認定看護師1名の資格を保有)、介護福祉士1名を対象とした。面接所要時間は、最短23分から最長47分であった。

### 2. 個別面接調査の語りから捉えた結果

個別面接調査の研究対象者13名の語りより222の記述データを質的に整理した結果、「看護職・介護職が捉えている実践できている食支援」が138記述で6カテゴリ(表1)、「看護職・介護職が捉えている食支援における課題」が84記述で8カテゴリ(表2)に整理された。以下、カテゴリを【 】,サブカテゴリを〈 〉で表記するとともに代表的な記述内容を例示として表1と表2に示す。斜字は表中の語りの例示を示す。

#### 1) 看護職・介護職が実践できている食支援

カテゴリは、【多職種で協働し実践している】【誤嚥のリスクへ対応している】【食支援に関する学習体制が整備されている】【食支援に関する情報を共有している】【対象の希望に沿った食支援を工夫している】【適切な薬剤管理・対応を工夫している】の6つに整理された。

【多職種で協働し実践している】は、〈多職種で構成されたチームにより支援する体制がとられている〉〈安全な食事ができるよう言語聴覚士と相談し対応している〉〈対象の嗜好や希望を栄養士と相談し対応している〉〈口腔内や義歯の調整は専門医(歯科医・口腔外科医)に相談し対応している〉〈専門的な対応は認定看護師に相談している〉〈薬剤の調整は薬剤師に相談している〉〈看護補助者と業務分担している〉〈対象の情報を主治医と共有し対応している〉〈自施設内外の多職種と連携している〉の9サブカテゴリから構成された。

表1 看護職・介護職が実践できている食支援

カテゴリ	サブカテゴリ	語りの例示
多職種で協働し実践している	多職種で構成されたチームにより支援する体制がとられている(7)	栄養サポートチームと口腔サポートチームが組織されており、口腔トラブルや口腔内の汚染のある利用者に対し、看護師や管理栄養士、薬剤師とともに地域の歯科医師がカンファレンスやラウンドをするなどの活動をしている 認知症患者の薬剤コントロールについては、院内の認知症ケアチーム(認定看護師、神経内科医、臨床心理士、薬剤師)に相談して、薬剤調整をしてもらい対応している
	安全な食事ができるよう言語聴覚士と相談し対応している(7)	NST委員会では、週に一回アルブミンが3.0以下の人をピックアップし、リストを各階に配布し、各病棟で低栄養の患者を把握し、改善が必要な患者を選別して、NSTに介入依頼するという組織的な体制ができています 看護師が食形態をアセスメントし、必要時には言語聴覚士に介入依頼をすることで、言語聴覚士が対応する流れができています
	対象の嗜好や希望を栄養士と相談し対応している(5)	重度の嚥下障害の患者は、看護師と言語聴覚士が協働で嚥下評価、嚥下訓練を行っている 利用者の食べたいものや嗜好を確認し、栄養科に相談したり家族に依頼することで利用者の希望に対応している 患者の希望を叶えるために栄養士と相談しながら、食べることができるよう対応している
	口腔内や義歯の調整は専門医(歯科医・口腔外科医)に相談し対応している(4)	歯科医が口腔内の状態と一緒に見て、義歯の不具合の調整や、その後のフォローも週一回くらいで継続して試している 嚥下機能に問題がある場合、言語聴覚士が介入する前に、口腔外科医が歯の状態を確認し、食べられる状態かを判断し、言語聴覚士が介入している
	専門的な対応は認定看護師に相談している(3)	スタッフ(看護師)の中で、内服薬の選択や内服のタイミングがわからなければ認知症看護認定看護師に相談し対応している 摂食嚥下障害看護認定看護師に、摂食嚥下に関連する不安な事を相談している
	薬剤の調整は薬剤師に相談している(3)	患者が不穏の時は病棟担当薬剤師と連携し、薬剤の使用に関する相談をし、アドバイスを受けている 覚醒や嚥下状態がよくない患者の薬の整理を薬剤師に依頼している
	看護補助者と業務分担している(3)	看護補助者は、自室で食事をしている嚥下障害のない患者の食事介助に対応し、看護師は食堂で食事をしている嚥下障害のある患者の食事介助に対応し、誤嚥のリスクが高くなる食事の最初と最後は必ず看護師が確認している 嚥下障害がある患者への食事介助は看護師が行い、嚥下障害はないが自力摂取が難しい患者の食事介助は助手が行っている
	対象の情報を主治医と共有し対応している(2)	食事形態のアップの希望がある時は医師に相談し、嚥下内視鏡検査の施行に繋げている 誤嚥リスクの高い利用者の意向を医師に伝え、リスクを低減させる形状・調理方法を工夫し、利用者の意向を汲んだ食事ができるようにしている
	自施設内外の多職種と連携している(2)	言語聴覚士と在宅を訪問しアセスメントしたり、ホームヘルパーと食事介助方法を検討している コーディネートしている相談員や施設ケアマネジャーが、一ヶ月のスケジュールを組み、それに従ってやっている
	誤嚥のリスクへ対応している	患者の嚥下機能をスクリーニングし支援している(10)
誤嚥・窒息が防止できる対策を工夫している(5)		何とか食べさせたいという家族と本人の思いの中で、誤嚥を覚悟で食べさせてくださいという風な方もみえて、吸引をしながら食べさせるケースもあるので、嚥下体操を食前にしたり、マッサージしたりなど多様な方法を試している 在宅で療養中のパーキンソン病患者は、現場のホームヘルパーからの連絡で看護師が訪問し内服を介助している
嚥下機能および嗜好に配慮した食事を工夫している(4)		嚥下評価にて、ゼリー系統が食べられる場合には、本人の嗜好を考慮し、かゆゼリー+ウナギのたれなどの工夫をしている ウナギを希望した際に、キザミとろみ食を摂取中であり、ウナギの提供が難しい状況だったため、ウナギのたれを買ってきてもらい、味付けを工夫し対応をしている
誤嚥のリスクについて患者に説明している(1)		(患者が納得するように患者の食事に対する希望について) 何度も説明し、認知症の患者は、言われたことをすぐ忘れてしまったりするので、その都度、また熱が出たり、痰が増えたりするからと説明し対応している
摂食嚥下の学習プログラムがある(4)		病態や嚥下評価、口腔ケアなど幅広く院内で研修が行われている 院内や病棟で嚥下に関するクリニカルラーを作成・運用している 看護補助者に対する食事介助の研修の基盤を作成している
食支援に関する学習体制が整備されている	認定看護師や専門職などから食事介助の指導を受けている(4)	摂食嚥下障害看護認定看護師と、管理栄養士が、病棟の昼食摂取の状況を観察に行き、介助の仕方が気になればその場で指導している 認定看護師から頻りに直接指導を受けることができる
	言語聴覚士による学習の機会がある(3)	言語聴覚士による全スタッフを対象とした摂食嚥下に関する研修会を年に1回ぐらい開催し、新人教育では、摂食嚥下、嚥下食、食事介助などの演習教育を行っている 言語聴覚士が他施設の看護師、介護職に学習の機会を提供している
	摂食嚥下に影響する薬剤について学習する機会がある(2)	各病棟で開催する栄養カンファレンスにおいて、口腔の状態や嚥下に影響のある内服薬の確認など適切な情報を準備できるようシラバス化し、その体制を全病棟に周知している 認定看護師が嚥下機能に影響する可能性のある薬剤の一覧表を作成し、病棟勉強会を開催している

( ) はデータ数

表1 看護職・介護職が実践できている食支援（つづき）

カテゴリ	サブカテゴリ	語りの例示
食支援に関する情報を共有している	施設外の多職種と情報共有している (24)	ケア会議にケアマネジャーや地域の人々が参加し、病棟スタッフと（看護師・介護職）退院調整看護師と必要に応じて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士も参加する
		退所前に退所前カンファレンスを実施し、家族・ケアマネジャー・他の外の方（福祉用具・ヘルパー・訪問看護）が出席し、必要時は本人も入る
		自施設と他施設が参加する地域連携会議が開催され、そこで食事支援などの事例を元に話し合う取り組みがされている
		病院からグループホーム・老健などの施設へ、紙媒体のサマリーを使用して、誤嚥防止に関する情報提供を行い連携している
	施設内の多職種によるカンファレンスを行っている (14)	施設が所在する地域で食事形態の表現を統一している食事形態マップが作成されている
		施設外との情報提供には、視覚的にわかりやすい写真を多用している
		施設に転院する際は、継続される内容か両施設の栄養士同士で直接やり取りして、退院前に誤嚥なくいける形態であるか検証して、形態を決定するかたちをとっている
		病棟カンファレンスは看護師が中心となり、病棟ごとに行っている。メンバーは、主治医、薬剤師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、地域連携の際はケースワーカーなど、看護師が声掛けをした職種が参加し行っている
		週1回NSTの栄養に関するカンファレンス（栄養士、病棟看護師）や、リハビリカンファレンス（リハビリ職、病棟看護師）を行って、多職種で情報交換やケアの検討を行っている
		カンファレンスはほぼ毎日開催し、利用者や家族が参加したり、ケースカンファレンスなどを行っている
施設内の多職種と情報共有している (10)	食べる形態、とろみを統一している食事の分類（ごっくんネット）があるので、それに沿って多職種で検討し食事を提供している	
	法人内の各施設に管理栄養士が配置されているので、栄養士の方々を通じて連携を取って情報共有している	
対象の希望に沿った食支援を工夫している	対象の希望を尊重した食事支援をしている (8)	病院の併設施設というもあり、入院時のサマリーの情報を栄養士の方から提供してもらう形で、食事を決めて、私たちは決められたものを提供している
		患者と家族の方がどんなものが食べたいのか聴取している
	患者の希望に添えるように各専門職で対応している (6)	治療食を食べている患者でも、終末期や栄養コントロールが必要であるなど、状態に応じて希望に沿うようにしている 利用者の嗜好に合わせて補助食品を検討し、食事以外でゼリー状のものを摂取してもらうなど支援している
適切な薬剤管理・対応を工夫している	患者の覚醒状況を観察し対応している (4)	嚥下障害のあるがん患者には、言語聴覚士と相談し希望に近い食事を出すようにしている
		栄養士に相談し、チョコレートが食べたい方なら、その味の補助食品を検討し、ミキサー食で形あるものを希望されたら、形のあるミキサー食を頼んで対応している
	患者の内服状況を確認しながら支援している (3)	睡眠薬の影響で覚醒が悪い患者は、食事のタイミングをずらして対応している 内服のタイミングについて多職種で検討することもあるが、明日からどうするかという話になるので、その日のメンバーで話し合い、すぐに薬の調整をすることが多い 内服薬による副作用について医師に報告し調整を促している 鎮静により意識レベルが低下している患者に食事を控えるよう家族に説明している

( ) はデータ数

対象の誤嚥リスクの軽減や適切な食形態の調整に向け、口腔トラブルや口腔内の汚染のある利用者に対し、看護師や管理栄養士、薬剤師とともに地域の歯科医師がカンファレンスやラウンドを実施したり、薬剤コントロールについては院内の認知症ケアチーム（認定看護師、神経内科医、臨床心理士、薬剤師）に相談するなど〈多職種で構成されたチームにより支援する体制がとられている〉ことが確認された。また重度の嚥下障害の患者は、看護師と言語聴覚士が協働で嚥下評価、嚥下訓練を行い〈安全な食事ができるよう言語聴覚士と相談し対応している〉、食事介助の場面では、嚥下障害がある患者への食事介助は看護師が行い、嚥下障害はないが自力摂取が難しい患者の食事介助は助手が行い〈看護補助者と業務分

担している〉ことが確認できた。

【誤嚥のリスクへ対応している】は、〈患者の嚥下機能をスクリーニングし支援している〉〈誤嚥・窒息が防止できる対策を工夫している〉〈嚥下機能および嗜好に配慮した食事を工夫している〉〈誤嚥のリスクについて患者に説明している〉の4サブカテゴリから構成された。

対象の嚥下状態に応じて誤嚥や窒息のリスクを考慮して、院内統一の評価表を作成し、看護師が嚥下評価したり、水飲みテストやフードテスト・既往歴や内服薬・フィジカルアセスメントをして判断しているなど〈患者の嚥下機能をスクリーニングし支援している〉、吸引をしながらかきさせるケースもあるので、嚥下体操を食前にしたり、マッサージしたりなど多様な方法を試

し〈誤嚥・窒息が防止できる対策を工夫している〉ことが確認できた。

【食支援に関する学習体制が整備されている】は、〈摂食嚥下の学習プログラムがある〉〈認定看護師や専門職などから食事介助の指導を受けている〉〈言語聴覚士による学習の機会がある〉〈摂食嚥下に影響する薬剤について学習する機会がある〉の4サブカテゴリから構成された。

食支援に関する学習体制として、病態や嚥下評価・口腔ケアなど院内研修の開催、嚥下に関するクリニカルラダーの作成・運用、看護補助者に対する食事介助の研修の基盤の作成など〈摂食・嚥下の学習プログラムがある〉ことが確認できた。日々の実践の場面では、摂食嚥下障害看護認定看護師や管理栄養士が、病棟の昼食摂取の状況を観察に行き、介助の仕方が気になればその場で指導するなど〈認定看護師や専門職などから食事介助の指導を受けている〉機会がある施設もあった。

【食支援に関する情報を共有している】は、〈施設外の多職種と情報共有している〉〈施設内の多職種によるカンファレンスを行っている〉〈施設内の多職種と情報共有している〉の3サブカテゴリから構成された。

対象の個々の状況に応じた食支援を行うために、ケア会議にケアマネジャーや地域の人々が参加し、病棟スタッフ（看護師・介護職）と退院調整看護師と必要に応じて理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が参加したり、自施設と他施設が参加する地域連携会議が開催され、そこで食事支援などの事例を元に話し合うなど〈施設外の多職種と情報共有している〉ことが確認できた。施設内においては、病棟カンファレンスは看護師が中心となり、病棟ごとに多職種が参加し行っている、週1回NSTの栄養に関するカンファレンスやリハビリカンファレンスを行って、多職種で情報交換やケアの検討をするなど〈施設内の多職種によるカンファレンスを行っている〉取り組みをしていた。また、食べる形態、とろみを統一している食事の分類（ごっくんネット）があるので、それに沿って多職種で検討し食事を提供したり、法人内の各施設に管理栄養士が配置されているので、栄養士の方々を通じて連携を取り〈施設内の多職種と情報共有している〉現状が確認できた。

【対象の希望に沿った食支援を工夫している】は、〈対象の希望を尊重した食事支援をしている〉〈患者の希望に添えるように各専門職で対応している〉の2サブカテゴリから構成された。

対象の希望や嗜好を尊重し、患者と家族の方がどんなものが食べたいのか聴取したり、治療食を食べている患者でも、終末期や栄養コントロールが必要であるなど、状態に応じて希望に沿うようにし〈対象の希望を尊重した食事支援をしている〉現状が確認できた。また嚥下障害のあるがん患者には、言語聴覚士と相談し希望に近い食事を出すようにしたり、栄養士に相談し、チョコレートが食べたい方なら、その味の補助食品を検討し、ミキサー食で形あるものを希望されたら、形のあるミキサー食を頼んで対応しているなど〈患者の希望に添えるように各専門職で対応している〉ことが確認できた。

【適切な薬剤管理・対応を工夫している】は、〈患者の覚醒状況を観察し対応している〉〈患者の内服状況を確認しながら支援している〉の2サブカテゴリから構成された。

適切な薬剤管理や対応として、睡眠薬の影響で覚醒が悪い患者は、食事のタイミングをずらして対応したり、内服のタイミングについて多職種で検討するなど〈患者の覚醒状況を観察し対応している〉、内服薬による副作用について医師に報告し調整を促している、鎮静により意識レベルが低下している患者に食事を控えるよう家族に説明しているなど〈患者の内服状況を確認しながら支援している〉対応が確認できた。

## 2) 看護職・介護職が抱えている食支援の課題

カテゴリは、【食支援の対応への不安を抱えている】【食支援に関する学習機会やツールが十分に整備できていない】【チーム医療の体制に課題がある】【人員配置の体制に課題がある】【対象の希望に沿った食支援が困難である】【適切な薬剤管理・対応ができていない】【継続看護の体制に課題がある】【適切な食形態が退院後に継続できない】の8つに整理された。

【食支援の対応への不安を抱えている】は、〈誤嚥リスクの高い患者の対応に不安になる〉〈食事介助の知識・技術の不足から不安になる〉〈食支援の対応に困難さを感じている〉〈患者の状況が

表2 看護職・介護職が抱えている食支援の課題

カテゴリ	サブカテゴリ	語りの例示
食支援の対応への不安を抱えている	誤嚥リスクの高い患者の対応に不安になる(9)	意識レベルの低い患者等への食事介助に対する不安がある 認知症などを抱える高齢患者はこれまでできていたことができなくなり、ご飯を飲み込む際に窒息することもあるため不安に思う 誤嚥リスクが高い利用者に誤嚥させてはいけないという気持ちを抱き対応が不安になる
	食事介助の知識・技術の不足から不安になる(5)	経験値の浅い職員は、特に介助に不安をもっている 病棟スタッフのなんとなくの嚥下評価で、とろみをつけたり、嚥下機能以上の食事を提供することがあり、窒息リスクが高くなることに不安がある
	食支援の対応に困難さを感じている(4)	食事介助の際に、怒って口を開けない患者への対応に困っている 薬剤の服用(眠剤・安定剤)により傾眠傾向のある患者への食事介助が難しい
	患者の状況から食形態の決定に悩む(3)	経口摂取を再開する時は、誤嚥性肺炎の怖さを抱くため食形態の決定にとっても悩む 高齢者がほとんどが、甘い物を食べられない方や牛乳が苦手な方が多いので、乳製品入りのゼリーだと下痢になって勧めづらい
	食支援についてジレンマを感じる(2)	全身状態が悪い患者が食事を摂取することの危険性と、家族の食べさせたい思いによりジレンマを感じる 食事が楽しい時間になるのが一番かと思うため、誤嚥窒息のリスクで病院食が制限され、食べたくないという患者を見るとジレンマを感じる
	食支援に関して学習する機会がない(4)	研修会や勉強会はコロナの影響でできておらず、緊急事態宣言がでて摂食嚥下の活動がストップになった 勉強会や研修会は、今はまったくない状態である 看護補助者に対する食事介助の研修は行われていない
	食支援に関する学習機会やツールが十分に整備できていない	病院において、技術がなく食事摂取による誤嚥・窒息を恐れるばかり、食事が減り、患者が弱ってしまっている 水分のとろみ付けの際は、各患者の持ち込みのトロミ剤を用いて助手がまとめて行っており、正確なとろみ付けができていない可能性がある
	適切な嚥下スクリーニングができる組織体制がない(2)	看護師が患者の嚥下スクリーニングを行う選択基準が明確でない 観察項目や、食形態、誤嚥して、とろみをつける・つけないなど、嚥下評価が定着していない 病棟では、経験値で対応している病棟が多い
	食事介助に関する基準・手順がない(1)	職務上は食事介助の役割を実践しているがマニュアル上には食事介助の手順がない現状であり、しかし現場にいますので食事介助には関わっている
	チーム医療の体制に課題がある	薬剤管理について薬剤師と連携する体制がない(4)
医療者間で検討する機会がない(4)		理学療法士には姿勢調整などで協力してもらおうことが多いので、委員会のメンバーに入って欲しいが、そこまで出ていない 栄養サポートチームから嚥下に関する助言はない
対応がスタッフによって異なる(1)		誤嚥窒息のリスクがある患者への対応方法がスタッフによって異なる
人員配置の体制に課題がある	職員の配置数の不足が業務へ影響している(9)	職員の人数が少ない夜勤帯では、マンパワー不足で食事の際の見守りが不十分な時がある 食事の際は、職員3人で60人分の食事を見る事になるので、目が届かないし手もかけてられない 寝たきりの患者には、スタッフの人数が少ない時には、食事介助の順番を待たせている
	患者に対応する時間の確保が難しい(4)	コロナ禍のため、病棟のデイルームに食事介助が必要な患者を集めて、見守りながらの食事介助ができない
対象の希望に沿った食支援が困難である	嚥下状況により対象の希望の食形態を提供できない(5)	患者の嚥下の状況により希望の食形態にならないことがある 患者の希望とは別に、嚥下状態や歯の具合・口腔内の状態・義歯の有無などの状態により、希望に添えないことがある 患者の既往歴を考慮すると希望に沿うことが難しい
	治療食であることから患者の希望に添えない(4)	急性期病院であるため疾患の症状から食事が摂れない場合や、治療として食事制限をしている場合は、患者の希望に応じられない 病院食は予算があるため採用されているものも限られ、この嚥下状態にあれば欲しいこれが欲しいと思ったり、食べられないので高栄養のものを出したいと思ってなかなか難しい
適切な薬剤管理・対応ができていない	薬物の影響をアセスメントし対応できていない(8)	睡眠導入剤を内服した患者が朝食時に覚醒しておらずむせることがある 不眠やせん妄などに対して、薬剤で対応していることが多い
	診療報酬上の問題から薬剤が選択できない(1)	地域包括ケア病棟では、薬価の問題から転倒リスクの少ない眠剤を使用できない
継続看護の体制に課題がある	食支援に関する情報が不足している(5)	病院からの転院や施設からの入院を受ける際には、看護サマリーから食形態や嚥下状態を確認しているが、食形態のみの記載も多く、直接患者の状態を確認しないとわからないことも多い どのような介助を今までしてきたのかという情報がサマリーなどの紙面上にしかないため、十分にわからなくて不安に繋がる
	施設間で嚥下支援に関する体制が異なる(3)	施設間で患者の嚥下状態の確認、トロミの形状判断、調製者などの嚥下支援に関する体制が異なる 最期までおいしく食べられる支援がしたいと思い、退院に向けて支援しているが食べられなくなる高齢者が多い現状があり、食事が摂取できないと施設など行く場所が限られる
適切な食形態が退院後に継続できない(3)	入院中の食形態を退院後に継続するのは困難である	退院後も入院中と類似した食形態で食事を提供することが難しい 自宅に退院する場合は、適切な食形態を伝えているが、自宅で病院と同様の食形態を調理できるかどうか難しい

( ) はデータ数

ら食形態の決定に悩む）〈食支援についてジレンマを感じる〉の5サブカテゴリから構成された。

高齢者の食支援の対応において、意識レベルの低い患者等への食事介助に対する不安がある、認知症などを抱える高齢患者はこれまでできていたことができなくなりご飯を飲み込む際に窒息することもあるため不安を抱くなど〈誤嚥リスクの高い患者の対応に不安になる〉、全身状態が悪い患者が食事を摂取することの危険性と家族の食べさせたい思いによりジレンマを感じたり、食事が楽しい時間になるのが一番かと思うが誤嚥・窒息のリスクで病院食が制限され、食べたくないという患者を見るとジレンマを感じるなど、日々の実践において〈食支援についてジレンマを感じる〉などの課題が挙げられた。

【食支援に関する学習機会やツールが十分に整備できていない】は、〈食支援に関して学習する機会がない〉〈食支援を行う実践的な知識・技術が乏しい〉〈適切な嚥下スクリーニングができる組織体制がない〉〈食事介助に関する基準・手順がない〉の4サブカテゴリから構成された。

看護職・介護職の食支援に関する学習の機会は、勉強会や研修会はまったくない状態であったり、看護補助者に対する食事介助の研修は行われていないなど〈食支援に関して学習する機会がない〉、技術がなく食事摂取による誤嚥・窒息を恐れる、正確なとろみ付けができていないなど〈食支援を行う実践的な知識・技術が乏しい〉、看護師が患者の嚥下スクリーニングを行う選択基準が明確でないという〈適切な嚥下スクリーニングができる組織体制がない〉などの課題が挙げられた。

【チーム医療の体制に課題がある】は、〈薬剤管理について薬剤師と連携する体制がない〉〈医療者間で検討する機会がない〉〈対応がスタッフによって異なる〉の3サブカテゴリから構成された。

薬剤の使用において、病棟薬剤師を頼ることは少ない、薬剤師と直接相談するという事はないなど〈薬剤管理について薬剤師と連携する体制がない〉課題が挙げられた。また栄養サポートチームから嚥下に関する助言はないなど〈医療者間で検討する機会がない〉などの課題が挙げられた。

【人員配置の体制に課題がある】は、〈職員の配

置数の不足が業務へ影響している〉〈患者に対応する時間の確保が難しい〉の2サブカテゴリから構成された。

業務の多忙さや人員の配置から、職員の人数が少ない夜勤帯では、マンパワー不足で食事の際の見守りが不十分な時がある、食事の際は職員3人で60人分の食事を見る事になるので、目が届かないし手もかけてもらえないといった〈職員の配置数の不足が業務へ影響している〉状況が挙げられた。また、寝たきりの患者には、スタッフの人数が少ない時は食事介助の順番を待たせたり、コロナ禍のため病棟のデイルームに食事介助が必要な患者を集めて、見守りながらの食事介助ができないなど〈患者に対応する時間の確保が難しい〉状況も挙げられた。

【対象の希望に沿った食支援が困難である】は、〈嚥下状況により対象の希望の食形態を提供できない〉〈治療食であることから患者の希望に添えない〉の2サブカテゴリから構成された。

対象の嚥下状態などにより、希望の食形態にならない、歯の具合・口腔内の状態・義歯の有無などの状態により希望に添えないこともあり〈嚥下状況により対象の希望の食形態を提供できない〉課題があった。また急性期病院では疾患の症状から食事が摂れない場合や、治療として食事制限をしている場合は、患者の希望に応じられない、病院食は予算があるため採用されているものも限られ、嚥下状態に合わせた対応が難しいなど〈治療食であることから患者の希望に添えない〉などの課題も挙げられた。

【適切な薬剤管理・対応ができていない】は、〈薬物の影響をアセスメントし対応できていない〉〈診療報酬上の問題から薬剤が選択できない〉の2サブカテゴリから構成された。

適切な薬剤管理・対応の課題として、睡眠導入剤を内服した患者が朝食時に覚醒しておらずむせることがあるなどの〈薬物の影響をアセスメントし対応できていない〉課題が挙げられた。さらに、地域包括ケア病棟では、薬価の問題から転倒リスクの少ない眠剤を使用できないという〈診療報酬上の問題から薬剤が選択できない〉課題も挙げられた。

【継続看護の体制に課題がある】は、〈食支援に

関する情報が不足している）〈施設間で嚥下支援に関する体制が異なる〉の2サブカテゴリから構成された。

継続看護の体制の課題として、病院からの転院や施設からの入院を受ける際には、看護サマリーから食形態や嚥下状態を確認しているが、食形態のみの記載も多く、直接患者の状態を確認しないとわからないことも多い、どのような介助を今までしてきたのかという情報がサマリーなどの紙面上にしかないため、十分にわからなくて不安に繋がるなどの〈食支援に関する情報が不足している〉課題があった。また、施設間で患者の嚥下状態の確認・トロミの形状判断・調製者などの嚥下支援に関する体制が異なるや、最期までおいしく食べられる支援がしたいと思うが、食事が摂取できないと施設など行く場所が限られるなどの施設間の連携がスムーズにいかない〈施設間で嚥下支援に関する体制が異なる〉という課題などが挙げられた。

【適切な食形態が退院後に継続できない】は、〈入院中の食形態を退院後に継続するのは困難である〉の1サブカテゴリから構成された。

食形態が退院後に継続できない課題として、退院後も入院中と類似した食形態で食事を提供することが難しい、自宅に退院する場合は、適切な食形態を伝えているが自宅で病院と同様の食形態を調理できるかどうか難しいなど〈入院中の食形態を退院後に継続するのは困難である〉という課題が挙げられた。

## V. 考察

本調査で捉えた食支援における看護職・介護職の実践上の課題を踏まえ、高齢者のよりよい食支援の実現に向けて、医療・介護施設における施設内及び施設間で取り組むべきことの2点について考察する。

### 1. 施設内での組織的な取り組み

高齢者が最期まで食べる楽しみを実感しながら生活ができることを目指し、看護職・介護職が個々の対象の食べたい思いを尊重し【多職種で協働し実践している】【食支援に関する情報を共有している】などが確認できた。一方で食支援の課題として〈薬剤管理について薬剤師と連携する体

制がない〉〈医療者間で検討する機会がない〉〈対応がスタッフによって異なる〉などの、【チーム医療の体制に課題がある】状況にあった。現在、高齢化の進展による入院患者数の増加や医療従事者の不足が喫緊の課題となっている中で、山口ら(2017)の報告にあるようにチーム医療の推進や専門職それぞれの役割拡大が求められている。【多職種で協働し実践している】施設内においては、医師、薬剤師、栄養士、言語聴覚士、専門医(歯科医・口腔外科医)などの職種と協働し、さらには認定看護師との協働も確認できた。一方で病院・介護施設において各専門職の常駐が困難な状況の中で、言語聴覚士をはじめとするリハビリテーションに従事する職種、栄養士や薬剤師、福祉専門職などの業務を看護職はある程度担える(田中ら, 2022)と述べられていることから、現在【チーム医療の体制に課題がある】施設において、看護職が中心となり多職種と連携を図りながら、食支援を支えることが重要と考える。もちろん、多職種協働の体制は、組織内に留めず、対象の生活の場となる地域または施設に拡大することを期待したい。

また多職種と協働し実践する際には、【食支援に関する情報を共有している】方法や体制の整備が重要と考える。病院・介護施設において、誤嚥・窒息を防止するために摂食嚥下に関わるスクリーニングの必要性について(渡邊, 2021)報告がされているように、組織内において適切なスクリーニングの実施とその評価を多職種間やチームで情報共有することが重要である。その方法として情報共有のためのツールの工夫や、カンファレンスなどの検討の場が求められる。

### 2. 病院・介護施設が連携した多施設・多職種連携の教育体制整備の取り組み

看護職・介護職は、対象の「食べたい」や主介護者の「食べさせたい」という思いを尊重し、【対象の希望に沿った食支援を工夫している】ことが確認できた。同時に起こりうる誤嚥のリスクへ対応しながら、高齢者の“おいしい食べ物を口から食べる”という生きる喜びや意欲を支えるために、日々努力していることが推察された。高齢者のよりよい食支援を目指す一方で、看護職や介護職は【食支援の対応への不安を抱えている】【対

象の希望に沿った食支援が困難である】【適切な薬剤管理・対応ができていない】などの課題を抱えながら、食支援の役割を担っている。これらの解決には【食支援に関する学習機会やツールが十分に整備できていない】の〈食支援に関して学習する機会がない〉〈食支援を行う実践的な知識・技術が乏しい〉〈食事介助に関する基準・手順がない〉が特に関連すると考えられる。〈食支援を行う実践的な知識・技術が乏しい〉ことは、実践で活用できる知識・技術が習得できれば、看護職・介護職は、自信をもち安心して食支援ができると考えるが、現在は〈食支援に関して学習する機会がない〉〈食事介助に関する基準・手順がない〉状況である。

実践できている食支援として【食支援に関する学習体制が整備されている】は、〈摂食嚥下の学習プログラムがある〉〈認定看護師や専門職などから食事介助の指導を受けている〉〈言語聴覚士による学習の機会がある〉〈摂食嚥下に影響する薬剤について学習する機会がある〉などが確認できている。超高齢社会で、対象の「食べたい」や主介護者の「食べさせたい」という思いを尊重するためには、本人や家族の希望に即して人生の最期まで食べ続けられること、どこで生活していても食べる支援を当たり前にしてもらえる社会的規範の定着が必要である（小山, 2021）と述べられている。また病院や介護施設だけでなく地域での多職種による支援体制の整備が必要（荒金, 2021）とされている。

そこで一つの提案であるが、まず地域の病院と介護施設が連携し学び合える学習体制の整備が可能となれば、できている施設から学習の機会を提供し、課題となっている施設は学習する機会を得ることができる。他の専門職と同じ目標に向かい調和を取りながらチームで地域を支えていくこと（片桐, 2021）が示唆されているように、地域の病院や介護施設が連携・協働し、高齢者へのよりよい食支援を目指した学び合いの体制が実現すると考える。また、このような連携が、個別の患者の食支援についての連携も容易にすることに寄与すると考える。

この提案の学習体制は、地域の病院・介護施設のみではなく、今後在宅で療養する高齢者が増加

することを鑑み、対象がどこで生活していても食べる支援を当たり前にしてもらえる社会的基盤の定着に向けて、在宅で食支援を担う主介護者も対象にした学び合える体制を検討すべきである。主介護者に対して、摂食嚥下リハビリテーションに関する教育を行ったところ、知識の向上がみられた（松田, 2003）報告や、主介護者への指導の重要性を指摘した報告では、嚥下状態に合わせた食事の姿勢や食形態の調整方法、摂取動作時のスプーンの操作やペーシングなどの観察方法を指導すべきとしているように（野崎ら, 2016）、主介護者も対象とした具体的な教育が必要であると考える。

今後、地域における高齢者の“おいしい食べ物を口から食べる”という生きる喜びや意欲を支えることは、高齢者が最期まで豊かな生活を送るために不可欠である。このような食支援を実現するために、主介護者を巻き込んだ在宅と病院・介護施設が連携した多施設・多職種連携の教育プログラムの検討・整備が求められる。

## VI. 研究の意義と限界

本研究では、A 県内における病院、介護施設、訪問看護ステーションで勤務している看護職または介護職が捉えている高齢者の食支援の現状と実践上の課題を明らかにしたが、以下のような限界がある。

本研究の対象は、A 県内の病院、介護施設、訪問看護ステーションにおいて調査の同意を得られた施設に勤務する者を対象としていることから、多様な施設の課題を把握できていないため、本結果の一般化には限界がある。

最後に今後の課題として、地域における高齢者の“おいしい食べ物を口から食べる”という生きる喜びや意欲を支える食支援を実現するために、高齢者の主介護者を巻き込んだ在宅と病院・介護施設が連携した多施設・多職種連携の体制を構築するために、対象者数を増やした調査や実証的研究の蓄積が必要である。

## 謝辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました皆様に深く感謝申し上げます。

本研究は、令和2年度岐阜県立看護大学在宅看護支援に関する研究助成事業の助成を受けて行った。

本研究における利益相反は存在しない。

## 文献

荒金秀樹. (2021). 食を支える地域連携. 全日本病院出版会, 267, 137-143.

藤川啓子, 藤本真由美, 藤井美幸ほか. (2015). 誤嚥性肺炎看護プログラムを試行して. 高松赤十字病院紀要, 3, 19-22.

池田一夫, 石川 貴敏. (2018). 人口動態統計からみた日本における肺炎による死亡について. 東京都健康安全研究センター年報, 69, 271-277.

荊安誠, 外山稔. (2016). 高齢摂食嚥下障害患者診察におけるリスク・マネジメント. 全日本病院出版会, 196, 103-112.

片桐美由紀. (2021). 多職種連携による食支援とネットワークづくり. 老年歯科医学, 36(1), 13-16.

小橋川由美子. (2019). 他職種協働による摂食・嚥下リハビリテーション推進チームの立ち上げ. 日本職業・災害医学会会誌, 67(2), 114-118.

厚生労働省. (2021). 令和3年(2021)人口動態統計月報年計(概数)の概況, 2022-8-23. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai21/dl/gaikyouR3.pdf>

小山珠美. (2021). 高齢者の口から食べる幸せを守るために. 日本老年医学会雑誌, 58, 561-569.

松田明子. (2003). 在宅の摂食・嚥下障害者をもつ主介護者に対する教育効果. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 7(1), 19-27.

野崎希元, 玉井なおみ, 金城利雄. (2016). 誤嚥性肺炎の既往がある高齢者に対する主介護者の経口摂取への思い. 日本リハビリテーション看護学会誌, 6(1), 44-50.

大野かおり, 坂下玲子, 小枝美由紀ほか. (2017). 在宅での生活の中で行われる食支援の実際－食支援を積極的に展開している訪問看護師の取り組み－. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 24, 27-41.

菅谷綾子. (2020). 一般病床を有する病院における高齢者看護に関連した院内教育の現状と課題.

東邦大学健康科学ジャーナル, 3, 53-64.

消費者庁. (2018). 高齢者の事故の状況について－

「人口動態調査」調査票情報及び「救急搬送データ」分析－, 2022-8-23. [https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer\\_safety/caution/caution\\_009/pdf/caution\\_009\\_180912\\_0002.pdf](https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_safety/caution/caution_009/pdf/caution_009_180912_0002.pdf)

田中美菜子, 奥田玲子, 深田美香. (2022). 食支援で大切にしていることおよび課題に関する自由記述の分析－特別養護老人ホームにおける食支援の実態調査から－. 鳥取看護大学・鳥取短期大学研究紀要, 84, 13-23.

渡邊法男, 古澤幸江, 宗宮真理子ほか. (2021). 岐阜県内の病院・介護施設における摂食嚥下支援体制の現状と課題. 農村医学会誌, 70(5), 485-497.

山口浩平, 戸原玄. (2017). 高齢者の「食べる」に関する在宅・施設現場の諸問題－「残存機能」をきちんと評価・活用しているか?. 訪問看護と介護, 22(9), 666-669.