

博士学位論文

摂食・嚥下機能が低下した在宅要介護高齢者と家族の
希望する経口摂取への多職種による支援モデルの構築

**Establishing a support model by interprofessionals
for desired oral intake in case of frail older adults
with dysphagia and their families**

2024 年 3 月

姫路大学大学院看護学研究科

D12010005 前川 一恵

学位論文の要旨

2024 年 2 月 26 日

学籍番号	D12010005	氏 名	前川 一恵
論文題目	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への多職種による支援モデルの構築		
<p>目的：要介護高齢者（以下，療養者）は，嚥下機能低下から経口摂取が困難となる．しかし，経口摂取を希望する療養者や家族も多く，多職種による支援が必要である．そこで本研究では，摂食・嚥下機能が低下した療養者と家族の希望する経口摂取への多職種による支援の現状を明らかにし，支援モデルを構築することを目的とした．</p> <p>方法：療養者の支援に携わる訪問看護ステーション職員（看護師，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士：以下，職員）25 名と訪問系サービスの多職種（医師，歯科医師，歯科衛生士，管理栄養士，介護支援専門員：以下，専門職）12 名に，療養者と家族の経口摂取への支援の現状についてインタビュー調査を行った．インタビュー内容は逐語録で文字化し，内容分析の手法でカテゴリー化した．生成したカテゴリーを内容の類似性で分類し，支援モデルの構成要素とした．構成要素で支援モデルの図の素案を作成した後，専門家会議によって専門的視点を加え，支援モデルの精度を高めた．</p> <p>結果：調査から経口摂取への支援として18 カテゴリー（以下，【 】）が生成された．カテゴリーは【多職種は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】，【看護師は療養者の全身状態と摂食・嚥下機能をアセスメントする】，【専門職は看護師のアセスメントや嚥下機能評価から療養者の状態を把握する】，【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】，【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】，【経口摂取を試みた結果への療養者と家族の受け入れを多職種は見守る】等であった．カテゴリーから分類した構成要素（以下，[]）は8 つあり，モデル図は支援のきっかけ，具体的支援，支援のゴールで構成した．支援のきっかけを「療養者の摂食・嚥下機能の低下の把握」とし，具体的支援は，「療養者と家族の経口摂取への希望と思いの受け止め」，「療養者の全身状態と摂食・嚥下機能の情報収集と療養者と家族の生活の全体像のアセスメント」，「医師からの経口摂取の同意」，「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」，「摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種間での相談とケアの依頼」，「摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種間でのケアの提供」とし，支援のゴールは「療養者と家族の経口摂取への受け入れの見守り」とした．</p> <p>考察：多職種での経口摂取への支援には，支援のきっかけがあり，療養者と家族の納得を見守るというゴールがあった．これらの一連の支援には看護師から多職種への発信が多く，看護師のマネジメント力が重要であると考える．三澤ら¹⁾の調査においても在宅における多職種連携のきっかけは「訪問看護ステーションからのアプローチ」と示されており，経口摂取への支援に本モデルが活用され，看護師が中心的な役割を担うことで，実用性や有効性が高まると考えられる．</p> <p>1) 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．日本歯科医療管理学会雑誌，48(4), 277-282, 2014.</p> <p>キーワード：在宅要介護高齢者，家族，経口摂取，支援，多職種</p>			

Thesis title: Establishing a support model by interprofessionals for desired oral intake in case of frail older adults with dysphagia and their families

Abstract

Object: Frail older adults have difficulty in oral intake owing to eating disorders. However, many frail older adults prefer oral intake so that they can receive support from interprofessionals. This study aimed to determine the current state of interprofessional support in case of frail older adults with dysphagia and their family's preferred oral intake and create a support model.

Method: The author interviewed 25 visiting nursing station staff members including nurses, physical therapists, occupational therapists, and speech language hearing therapists and 12 home visiting service professionals including doctors, dentists, dental hygienists, registered dietitians, and care managers. The interviews focused on oral intake support required by frail older adults with dysphagia and their families. The contents of the interview were transcribed, and data were analyzed using the content analysis method. The generated categories revealed the current state of support by interprofessionals. The categories were merged into similar ones; furthermore, they were generated as elements. These elements are shown in one figure as they were used to create a basic support model, which improved the accuracy by obtaining opinions from feeding and swallowing experts.

Results: From this survey, 18 categories were generated for the current state of support for oral intake. The categories were: "interprofessionals catch the wishes of the frail older adults for food and their satisfaction with life," "nurses assess the general condition and eating and swallowing functions of frail older adults," "home visiting service professionals grasp the condition of the frail older adults through nursing assessments and swallowing function evaluations," "nurses contact with interprofessionals to achieve the oral intake desired by the frail older adults and their families and confirm how to proceed with oral intake and what to do in case of aspirations of the frail older adults, their families, and interprofessionals," "interprofessionals make sure whether the frail older adults and family are consented with oral intake attempt results," and so on. From the categories, eight elements were generated. The model diagram comprised the trigger for support, specific support, and the goals of support. As the beginning of support, "interprofessionals grasp the decline in eating and swallowing functions of frail older adults." The specific support is "interprofessionals catching the thoughts of the frail older adults and their families about oral intake," "collecting information on the general condition and eating and swallowing functions of the frail older adults," "assessing the overall lives of the frail older adults and their families," "taking consent for oral intake from a doctor," "achieving a common understanding of oral ingestion and aspiration among the frail older adults, their families, and interprofessionals," "consultation and requesting care by an interprofessional for recovery of eating swallowing function and prevention of aspiration," and "care provided by an interprofessional for recovery of eating swallowing function and prevention of aspiration." As a goal of support, "making sure whether the frail older adults and their family are consented with the results of the oral intake,"

Discussion: Interprofessional support model diagram comprises the trigger for support, specific support, and goals of support. We believe that management skills of nurses are important because the flow of support was often communicated by nurses to interprofessional. Misawa et al investigated and reported "being approached from visiting nursing station staff." Considering the feasibility and effectiveness of using this model when nurses play a central role.

key word: frail older adults, family, oral intake, support, interprofessional work

目次

第1章 研究背景

第1節	我が国の要介護高齢者の状況と介護力	1
第2節	要介護高齢者の生命予後に影響する要因	3
第3節	要介護高齢者の栄養状態の状況	4
第4節	高齢者の摂食・嚥下機能の維持・回復に向けて：文献検討1	5
第5節	摂食・嚥下機能障害のある患者に対する診療報酬・介護報酬の変遷	15
第6節	多職種チームによる高齢者への摂食機能療法に関する活動：文献検討2	17
第7節	摂食・嚥下機能障害のある高齢者の退院後の支援 摂食・嚥下機能障害のある高齢者への嚥下外来の現状：インタビュー調査	27
第8節	高齢者における経口摂取の意義	35
第9節	摂食・嚥下機能障害のある要介護高齢者への地域の取り組み 要介護高齢者に訪問診療を行う歯科医師の地域連携への取り組み	36 38
第10節	看護師による高齢者への食支援の現状	44
第11節	多職種連携による実践（Interprofessional Work）の行動の枠組み	46
第12節	研究背景のまとめ	48

第2章 本文

第1節 研究目的	49
第2節 用語の定義	49
第3節 研究の構成	49
第4節 研究の意義	51
第5節 調査	
I. 調査1：訪問看護ステーション職員への調査	
1. 目的	54
2. 対象	54
3. 方法	54
4. 結果	55
II. 調査2：在宅要介護高齢者を訪問する専門職への調査	
1. 目的	79
2. 対象	79
3. 方法	79
4. 結果	80
III. 結論	97
第6節 摂食・嚥下機能が低下した在宅要介護高齢者と家族の経口摂取への多職種 による支援モデルの作成	
I. 調査結果からの作成	
1. 目的	99
2. 方法	99
3. 要素の生成	99
4. 支援モデル案の作成	103

Ⅱ．専門家会議による検討	
1．目的	・ ・ ・ ・ ・ 105
2．方法	・ ・ ・ ・ ・ 105
3．結果	・ ・ ・ ・ ・ 105
4．支援モデル	・ ・ ・ ・ ・ 111
第7節 NS から在宅要介護高齢者と家族と多職種への働きかけ	・ ・ ・ ・ ・ 112
第8節 考察	・ ・ ・ ・ ・ 118
第3章 支援モデルの検討	
第1節 総括	・ ・ ・ ・ ・ 131
第2節 研究の限界と支援モデルの今後の展望	・ ・ ・ ・ ・ 131
謝辞	・ ・ ・ ・ ・ 132
引用文献	・ ・ ・ ・ ・ 133
別添1 調査1のインタビューガイド	・ ・ ・ ・ ・ 147
別添2 調査2のインタビューガイド	・ ・ ・ ・ ・ 148



第1章 研究背景

第1節 我が国の要介護高齢者の状況と介護力

我が国の65歳以上である高齢者の人口は2022年に約3627万人となり、総人口に占める割合は29.1%に達し、毎年増加傾向にある。高齢者の増加は、いわゆる「団塊の世代」（1947年～1949年生まれ）が2022年から75歳を迎え始めたことによる。高齢者の割合は世界で最も高く、第2位のイタリアが24.1%であることと比較すると、大幅な高齢化率といえる¹⁾。高齢化率が上昇している背景には、高齢者数の増加と共に、出生数の減少と生産年齢人口の減少がある。さらに、2022年（令和4年）1月の要介護認定を受けている高齢者数は、約677万人であり高齢者の中の約18.7%を占めている²⁾。すなわち、介護を要する高齢者（以下、要介護高齢者）が増えており、その介護を担う壮年期世代に人口減少が生じている。これは、高齢者の介護を家族だけでは担いきれない可能性が考えられる。

65歳以上は介護保険法により第1号被保険者に分類される。第1号被保険者の要介護高齢者は、在宅で暮らしながらサービスを受ける居宅（介護予防）サービス利用者と、施設に入所しサービスを受ける施設サービス利用者、あるいは地域密着型サービスを受ける利用者がいる。要介護高齢者は、これらの介護保険サービスを利用しながら生活をしている。第1号被保険者の介護保険サービス利用について表1と図1にまとめた。

表1と図1から、第1号被保険者の約6割は介護保険の居宅（介護予防）サービスを利用している。居宅サービス利用者は、担当する介護支援専門員（Care Manager：以下、CM）の作成したケアプランによって、決められた認定区分の支給限度基準額の範囲内で、専門職によるサービスを受けることができる。しかし、在宅は生活の場であり、専門職が常在していないため、要介護高齢者の介護は家族の力に委ねられる部分が多い。

表1 令和4年1月 第1号被保険者のサービス利用数²⁾

サービス利用別	単位：人
要介護認定者（総数）	6,767,193
居宅（介護予防）サービス利用者	4,003,992
地域密着型（介護予防）サービス利用者	891,983
施設サービス利用者	954,333
入院・利用しない等その他	916,885

表1 出展先のデータ：2022年度厚生労働省、介護保険事業状況報告

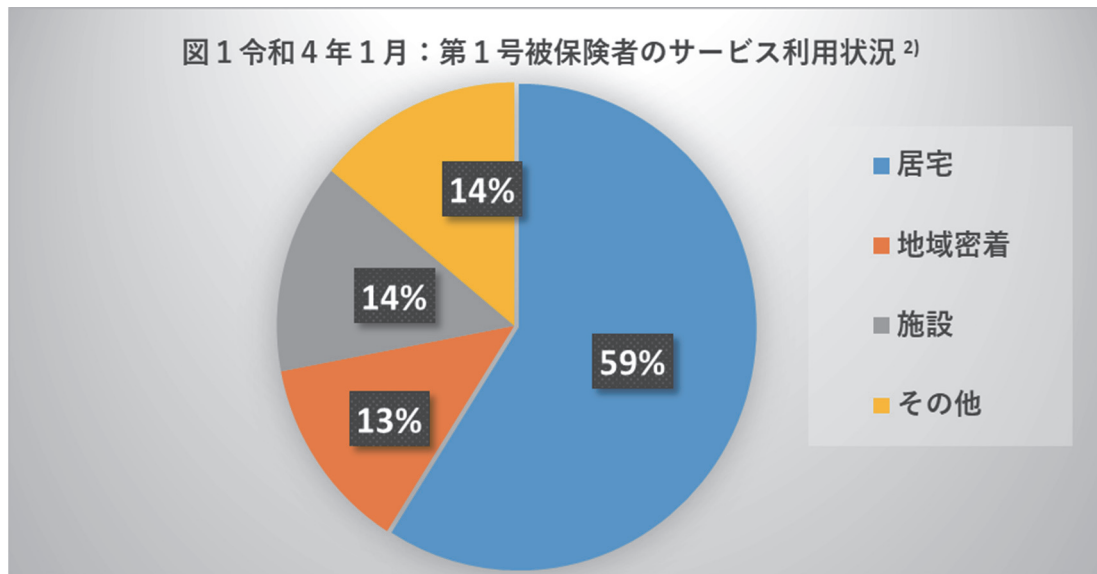


図1 出展先のデータ：2022年度厚生労働省，介護保険事業状況報告

施設サービス利用者は，専門職が配置された介護保険施設に入所し，見守りを受けながら生活を送ることができる．また，地域密着型サービスの認知症対応型共同生活介護でも，介護職による見守りを受けながら生活を送ることができる．小規模多機能型居宅介護は，通所介護，短期入所介護（ショートステイ），訪問介護サービスを組み合わせ利用することができる．さらに，このサービスに訪問看護サービスが加わったものが，看護小規模多機能型居宅介護である．これらは様々なサービスを組み合わせ利用でき，必要時はショートステイが利用できる．すなわち，居宅サービス利用者よりも施設サービスや地域密着型サービス利用者の方が，必要な介護が受けられる状況にあると言える．

介護力の状態を考える上では，我が国の世帯構造の変化も視野に入れる必要がある．2022年6月現在における世帯の調査は，「単独世帯」が全世帯の32.9%と最も多い．また，65歳以上の者のいる世帯は，「夫婦のみの世帯」が32.1%と最も多く，次いで「単独世帯」が31.8%である³⁾．この結果から高齢者の世帯は，夫婦のみ世帯と独居世帯がそれぞれ約3割であり，合わせて約6割が現在もしくは将来的に老々介護や介護者と同居していない状況にあると考えられる．また，要介護高齢者等と「主な介護者」との同別居の状況をみると，「同居」が約5割となっており，他は，「別居の家族等」約1割，「事業者」約16%，「不詳」26%であった⁴⁾．すなわち，約5割の要介護高齢者は，介護者が同居していない状況にある．我が国の高齢化と核家族化は，高齢者の介護力にも影響を及ぼすため，今後の更なる介護力の脆弱化が危惧される．

第2節 要介護高齢者の生命予後に影響する要因

Buurman ら⁵⁾は、急性期病院に入院した高齢者の1年後の追跡調査を行った。対象者のベースライン時の特徴は、Premorbid（入院となった疾患の発症前：以下、発症前）の手段的日常生活動作（Instrumental Activities of Daily Living：以下、IADL）の障害（83%）、ポリファーマシー：多剤併用（61%）、移動困難（59%）、介護者の負担感（53%）、malnutrition：低栄養（52%）、発症前の日常生活動作（Activities of Daily Living：以下、ADL）障害（51%）であった。ベースライン時の対象者は、1年後に3分の1が死亡し、その関連要因は、低栄養、転倒リスク、せん妄、IADL 障害であったことを報告している。また、古明地ら⁶⁾の居宅サービスを利用している高齢者への2年間の前向きコホート縦断研究においても、死亡と入院の双方に有意な関連が認められたのは、低栄養の有無、男性、併存疾患指数であった。これらの先行研究から、要介護高齢者の生命予後に影響する要因は、低栄養であることが明らかである。

葛谷ら⁷⁾は、要介護認定を受けている在宅療養中の高齢者への3年間の前向きコホート縦断研究によって、生命予後と入院への関連を検討した。対象者の食事内容を普通食、介護食、経管栄養に分類し追跡した。その結果、食事内容が介護食であった者と、経管栄養利用者は肺炎死亡のリスクが高かったことを報告している。これらのコホート調査の概要を表2に示す。

表2 要介護状態にある高齢者へコホート調査の概要

first author (Publication year)	対象者	生命予後への関連要因
Buurman BM ⁵⁾ (2011)	入院した高齢者の約6割に 移動困難あり	低栄養、転倒リスク、 せん妄、IADL障害
古明地夕佳 ⁶⁾ (2016)	居宅サービスを利用している 高齢者	低栄養の有無、男性 併存疾患指数
葛谷雅文 ⁷⁾ (2015)	要介護認定を受け 在宅療養中の高齢者	介護食、経管栄養利用者

また福田ら⁸⁾は、医療・介護関連肺炎で入院した高齢患者の再入院の要因は、低栄養や高齢、退院時のADL低下であることを報告している。また、日本呼吸器学会は医療・介護関連肺炎の診療ガイドラインを作成し、要介護高齢者や全身状態が不良であること、嚥下障害と経口摂取困難のある者は、医療・介護関連肺炎を発症しやすいことを報告している⁹⁾。これらのことから、要介護高齢者の低栄養と経口摂取は、生命予後に影響する重要な要因であることが明らかになっている。

第3節 要介護高齢者の栄養状態の状況

2019年度の国民健康・栄養調査では、体格指数の（Body Mass Index：以下、BMI） 20 kg/m^2 以下の低栄養傾向の65歳以上の割合は16.8%であった¹⁰⁾。さらに、居宅サービスを利用している要介護高齢者の栄養状態についての調査では、約7割が低栄養状態・低栄養リスクであったと報告されている¹¹⁾。これらの結果から、自立高齢者より要介護高齢者の方が栄養状態の低下した者の割合が高いことは明らかである。また、森田¹²⁾は地域在住高齢者の追跡調査を行い、要介護認定となる関連因子に、栄養状態の悪化を指摘している。よって、栄養状態の維持・改善は、高齢者が自立して生活を送るためには不可欠であると言える。

榎ら¹³⁾の管理栄養士による居宅療養管理指導を利用している対象者の実態調査において、介護度が重いほど、重度の摂食・嚥下障害者が多く存在していることを報告している。また、地域で栄養相談を担う食の支援ステーションによる調査においては、来所者の相談内容の約9割が食事に関する事柄であり、最も多かったのは咀嚼・嚥下に関する問題であった¹⁴⁾。これらのことから、要介護高齢者の多くは、食事や嚥下に関する問題を抱えていることが分かる。

第4節 高齢者の摂食・嚥下機能の維持・回復に向けて：文献検討1

要介護高齢者の生命予後について低栄養が影響していることは、本稿の第2節で説明した。また、スウェーデンの short-term care を受けている高齢者の低栄養に関する調査¹⁵⁾では、嚥下機能障害が低栄養のリスクファクターであることを明らかにしている。また要介護高齢者の栄養状態には、嚥下機能障害や咬合支持喪失という口腔機能低下の関与が報告されている¹⁶⁾。これは、加齢による嚥下機能や口腔機能の低下によって、経口摂取量が低下することによる栄養状態の悪化を示唆している。そこで、高齢者への摂食・嚥下機能の維持・回復に向けた効果的なケアを明らかにすることを目的に、文献検討を行った。

1. 目的

高齢者への摂食・嚥下機能の維持・回復に向けた効果的なケアについて、文献検討によって明らかにする。

2. 方法

2019年9月に医学中央雑誌 Web 版 (Ver. 5) と CiNii のデータベースを用い、「摂食・嚥下機能」、「高齢者」、「ケア」をキーワードとして検索した。その結果、医学中央雑誌 Web 版は 53 件、CiNii は 38 件がヒットした。なお、重複文献は 25 件であった。

英語文献は、PubMed, CINAHL, MEDLINE のデータベースを用い、「eating and swallowing function」、「elderly」、「care」をキーワードとして検索した。その結果、PubMed は 46 件、CINAHL は 4 件、MEDLINE は 11 件がヒットした。なお、重複文献は 12 件であった。

本研究の対象文献は、摂食・嚥下機能に関するケアを検証している研究を対象とするため、横断研究、事例検討、論説、会議録、topics を除外し、対象群を設定している介入研究と前後比較テストを選定した。また、対象文献の研究対象者の状態として、気管切開、看取り、災害に関するものを除外した。ケアの検証をしている過去 10 年 (2009～2019 年) の学術論文とし、さらに、周辺にある 6 文献を追加し、最終的に 16 文献を選定した。図 2 に文献選定の手順を示す。

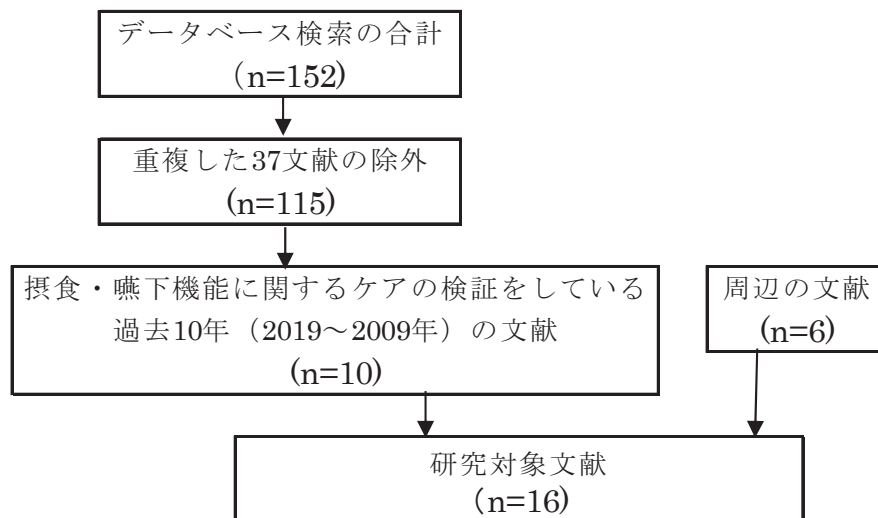


図2 文献の選定手順

3. 結果（表3）

対象文献は、対象群を設定し介入したケアの検証をした介入研究が4文献、前後比較研究が12文献であった。概要を表3に示す。

1) 対象文献の研究対象者の研究参加時の状態

本研究で対象とした16文献の研究対象者が研究に参加した時の場所は、病院（入院中）6文献、介護施設（入所中）5文献、通所介護施設（通所利用中）2文献、自宅2文献、外来（通院中）1文献であった。また、研究対象者の状態は、入院・外来治療中もしくは要介護の認定を受けている状態が14文献であった。地域に在住の自立した状態は2文献であった。入院中の者は、重度嚥下機能障害を有している高齢者や、ADLの低下した寝たきり高齢者、嚥下スクリーニングテストによって誤嚥リスクありと判断された高齢者であった。

2) 摂食・嚥下機能に関する介入プログラムによる検証した文献

介入プログラムによる効果を検証したのは、4文献であった^{20) 25) 27) 28)}。そのうちの2文献^{27) 28)}は、地域で生活している高齢者への口腔機能促進を目的としたものであった。通所介護を使用している要介護高齢者への口腔機能向上と栄養改善を目的としたものが1文献²⁰⁾、入院患者へ摂食機能療法のプログラムを用いて、効果的な摂食・嚥下リハビリテーションを行うことを目的としたものが1文献²⁵⁾であった。

3) 多職種チームでの摂食・嚥下機能に関するケア提供の検証をした文献

摂食・嚥下に関する多職種チームを編成し、ケアを提供したものは8文献^{17) 18) 22) 24) 25) 29) 30) 31)}であった。チームを構成している職種は、病院（入院・外来）では医師、歯科医師、歯科衛生士、摂食・嚥下障害看護認定看護師、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師、看護師、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）、管理栄養士、薬剤師であった。高齢者医療・介護施設では、医師、歯科医師、歯科衛生士、看護師、管理栄養士、OT、介護士であった。

提供したケアは、重度嚥下機能障害の有る患者に対する食事時の完全側臥位法¹⁷⁾、摂食・嚥下リハビリテーション^{22) 25) 29) 30) 31)}、間接訓練・直接訓練²⁴⁾、口腔ケア^{18) 29)}の実施であった。

4) 複数の職種もしくは単独の職種による摂食・嚥下機能に関するケア提供の検証をした文献

複数の職種によるケア提供の検証は4文献^{20) 23) 26) 32)}、歯科衛生士によるケア提供の検証は2文献^{27) 28)}、機器を用いた口唇閉鎖訓練の検証は1文献¹⁹⁾、registered nurseによるケア提供の検証は1文献²¹⁾であった。歯科衛生士による専門的口腔ケアは、歯磨き、舌清掃の実施と対象者への指導、口腔体操、唾液腺・耳下腺マッサージ、発声・構音訓練、呼吸訓練、頸部ストレッチであった。管理栄養士による栄養指導は、食事形態の調整や栄養補助食品の導入、栄養についての講義であった。registered nurseによる食事介助方法は、自力摂取を促すことや、1口飲みこんでから次の食事を進める方法や、閉口が不十分な患者には舌の付け根に食事を置き反射を刺激し嚥下を促すケアを提供していた。

5) 摂食・嚥下機能に関するケア提供の結果

対象文献の研究対象者が受けたケアは、歯科衛生士による専門的口腔ケアが10文献（62.5%）^{18) 20) 22) 24) 25) 26) 27) 28) 30) 32)}と最も多かった。また、様々なケアを受けた効果として、経口摂取への移行数の増加、食事動作の改善、口腔機能の改善があった。一方で、Shoji²⁴⁾の結果では、経口摂取状況についての評価方法である Functional Oral Intake Scale（以下、FOIS）³³⁾において、レベル1の「経口摂取なし」では、摂食・嚥下機能

の回復が難しい患者がいた。また、古屋³⁰⁾の結果では、初診時に摂食・嚥下障害の臨床的重症度分類（Dysphagia Severity Scale：以下、DSS）と栄養摂取方法が乖離していた患者もいた。これは、患者の嚥下機能に応じた食事形態が選択されていなかった状況であり、特に、DSS の分類 5 の「誤嚥はないが口腔期障害により摂食に問題あり」³⁴⁾ の場合に、経管栄養のみの栄養摂取方法が多かったと報告している。DSS の分類 5 は、誤嚥がないため食事形態や食事法の工夫によって経口摂取できる状態である。このことは、口から食べる機能がありながらも、経管栄養から栄養を補給している実態を示している。

参考資料

1) FOIS スケール³³⁾

【FOIS; Functional Oral Intake Scale】

Level	状態
1	経口摂取なし
2	経管栄養と、わずかな量の食事
3	経管栄養と、均一な物性の食事（ゼリー食、ペースト食 等）の併用
4	均一な物性の食事のみ（経管栄養の併用なし）
5	さまざまな物性の食事を経口摂取しているが、特別な準備等が必要 （例：きざみ食のトロミかけ 等）
6	特別な準備は不要だが、特定の食品の制限がある（軟菜食 等）
7	常食の経口摂取（制限なし）

表 3-1 対象文献の概要

No	著者 (発表年)	文献 タイトル	出典	方法	目的	対象	ケア内容	ケアを提供した職種	結果
17)	工藤浩 (2019)	重度嚥下機能障害を有する高齢者診療における完全側臥位法の有用性について検討する。	日本老年医学会雑誌	介入研究	重度嚥下機能障害を有する高齢者診療における完全側臥位法の有用性について検討する。	NST ^{*1} が介入した142例中、 重度嚥下機能障害と診断された65歳以上の高齢者47例を介入群、対象群34名	完全側臥位法を実施した。	NST ^{*1} メンバー	NST ^{*1} 介入群の方が、経口からの栄養摂取量が増加し、血清アルブミン値が上昇した。そのうち25名中13名は再び座位姿勢での食事摂取が可能となった。
18)	斎藤真由 (2019)	摂食嚥下障害患者への包括的介入を目的とした多職種によるチームの設立と活動の報告	老年病科 老年医学 医学	前後比較	口腔・嚥下ケアチームを設立し、このチームが介入した患者の変化と病棟看護師に対する院内教育を実施し、摂食・嚥下障害に対する理解度や意識変化が得られた結果を報告する。	チームに依頼のあった142名	①チームによる回診・スクリーニングの実施 ②初診時の栄養スクリーニング ③歯科衛生士による専門的口腔ケア ④病棟看護師への院内教育 ⑤病棟看護師が評価できるための摂食・嚥下機能測定用口腔ケアチャートを作成した。	チームメンバー：歯科医師、歯科衛生士、摂食・嚥下障害看護認定看護師、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師、管理栄養士、理学療法士	栄養路は経口摂取の患者が増えた。食事形態の上がった患者が増えた。 看護師へのアンケート調査では、口腔ケアチャート導入後では、「口腔内汚染」摂食嚥下状態に注目するようになったという回答が低い割合であった。歯科衛生士による専門的口腔ケアは、経口摂取のみより経口摂取なしの患者の方に多く実施していた。
19)	Takamoto Kouch (2018)	Lip closure training improves eating behaviors and prefrontal cortical homodynamic activity and decreases daytime sleep in elderly persons	Journal of Bodywork & Movement Therapies	介入研究	高齢者介護施設に居住している高齢者の食行動、睡眠、脳機能(前頭前野の活動)に対する口腔閉鎖訓練の効果を調べる。	養老の状態で関係なく自力で食物摂取できる高齢者介護施設の20名 (介入群：10名、対象群10名)	施設スタッフの指導の下、口腔リハビリテーション機器を1日3回各食前に3分の口腔閉鎖訓練を4週間連続で行った。口唇運動の機器は、被験者は上唇と下唇の間にバタカラ機器をセットし、唇を広げる力を加えて口輪筋の等尺性収縮をデバイスの負荷 (4.0 N) に対して3分間唇を閉鎖した。	施設スタッフ	介入群では最大口唇閉鎖力が介入後上昇し、食事時間が短縮し、食べこぼしが減った。さらに介入群に日中の睡眠時間が減り、前頭前野における血行動能が有意に増加した。
20)	森下志輝 (2017)	通所介護事業所利用者に 対する口腔機能向上および 栄養改善の報告サービス の長期介入効果	日本歯科衛生学会雑誌 生学会雑誌	前後比較	通所介護事業での口腔機能向上と栄養改善の各プログラムの複合的に実施した場合の口腔機能、栄養状態、生活機能の維持向上に対する長期的効果を明らかにする。	通所介護事業の 利用者55名	口腔群：口腔機能向上サービス、栄養群：栄養改善サービス をそれぞれ2回実施した。複合群：両方のプログラムを月1回ずつ18ヶ月実施した。1回の介入時間は20分。歯科衛生士による口腔機能向上プログラム①口腔ケア (歯磨き、舌清掃、義歯清掃のポイント) ②口腔体操 ③唾液腺マッサージ ④腺性唾液腺予防 (口腔清掃、食事環境作り、頭部姿勢訓練、息こらえ嚥下法、ブッシング・ブリング・トレーニング) ⑤舌の観察 (舌の清掃、口腔乾燥) ⑥発声・構音機能 (バタカラ体操、早口言葉) ⑦嚥む力 (定期歯科受診指導、咀嚼方法、口腔体操指導) 。 管理栄養士による栄養改善プログラム①講義 (食の楽しみ、食欲について、脱水予防、栄養状態の把握、体重管理、栄養バランス) 。	事前介入予防マニュアル に関する研修を受けた歯科衛生士と管理栄養士	解析対象者は69名であった。口腔群 (n=24)、栄養群 (n=21)、複合群 (n=24)。介入後に3群共に改善した項目は、介護保険の認定状況であった。口腔群ではMWST ^{*2} 、ODK ^{*3} の改善がみられ、栄養群ではCNAQ ^{*4} の改善がみられた。複合群ではBI ^{*5} 、VI ^{*6} 、CNAQ ^{*4} 、RSST ^{*7} 、ODK ^{*3} の改善がみられた。
21)	Chen Li-Li (2016)	Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer's disease and dysphagia	Journal of Clinical Nursing	前後比較	嚥下障害を伴うアルツハイマー病患者における摂食への介入の効果ある。	介護施設に居住者しアルツハイマー病と嚥下障害のある30名	食事前の患者準備、環境・食事 (栄養士のサポートの下に食事形態・栄養・温度の調整) ・食具の準備について示された。食事介助は、患者が自分で食事をするように促し、ゆっくりと1口飲みこんでから次の食事に進んだ。開口が不十分の患者には、舌の付け根に食事を置き反射を刺激し嚥下を促した。患者の食事中に喉に詰まった食事は、患者の肩甲骨の間に素早く連続的に転ぐたいて食物の残りを吐き出させたり、ハイムリッヒ法を行い嘔吐を予防した。精神的ケア、姿勢が快適であることを確認し、嚥下障害の患者に口腔ケアを提供した。	研究プロトコルについての講義を受け、手順書に基づいたケアを実施できる以上に指導を受けたregistered nurses	介入による全体的な改善は、患者の摂食/摂食能力に見られた。介入前に食事介助を必要とした22人の患者のうち、5人の患者が介入後に自力摂食を再開した。介入後に、食事量・くぼた水飲みテスト・EdFED ^{*8} ・上腕周囲・皮下脂肪・血清アルブミン・ヘモグロビン値は統計学的に有意に上昇した。
22)	片山正輝 (2016)	急性期脳卒中患者に対する 口腔ケアと摂食嚥下リ ハビリテーション介入の 効果	日本脳循環器 代謝学会機関誌	前後比較	急性期脳卒中患者の早期からの口腔管理と嚥下評価・摂食・嚥下リハビリテーションを実施している評価として、誤嚥性肺炎の予防効果と退院時経口摂取可否の影響因子の検討を行う。	脳卒中センターに入院した患者のうち、経口摂取の可否等の情報のある324名	摂食・嚥下サポートチームが、週1回の回診時に検査・ケアの評価、食事形態の変更を行っている。歯科医師による専門的な診療、歯科衛生士による専門的口腔ケア、摂食機能療法を積極的に行う。看護師による日常的な口腔ケアは毎日実施された。	摂食・嚥下サポートチーム：医師、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、看護師、薬剤師、管理栄養士	退院時の経口群は262名 (80.9%)、非経口群は62名 (19.1%)であった。肺炎発症率は退院時経口群で7.6%、退院時非経口群では21.0%であった。退院時の経口摂取可否の影響因子は、入院時の口腔衛生状態不良と舌運動不良が統計学的に有意に関連していた。

*1: NST (Nutrition Support Team、栄養サポートチーム) *2: MWST (Modified Water Swallowing Test、改良水飲みテスト) *3: ODK (oral diadochokinesis「オーラルディアドコキネシス」口腔機能の巧緻性および速度を評価する方法)

*4: CNAQ (Council on Nutrition Appetite Questionnaire、自記式シニア向け食欲調査票) *5: B (Barthel Index、基本的ADI) (評価ツール) *6: V (Vitality Index、高齢者の意欲評価ツール)

*7: RSST (Repetitive Saliva Swallowing Test、反復唾液嚥下テスト) *8: EdFED (Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia scale、認知症の人の食事尺度)

表 3-2 対象文献の概要

No	筆頭著者 (発表年)	文献 タイトル	出典	方法	目的	対象	ケア内容	ケアを提供した職種	結果
23)	佐々木 力丸 (2015)	介護老人福祉施設に 入居する要介護高齢 者に対する栄養支援 の効果について	老年歯科 医学	前後 比較	介護老人福祉施設に入居してい る要介護高齢者に対して、 摂食・嚥下機能評価と栄養支援 比較を行い、その効果につい て明らかにする。	介護老人福祉施設から当院 の摂食・嚥下機能評価依頼の あった入所者31名	摂食・嚥下機能評価は歯科医師1名が行い、食事の外部観察評価と頭部聴診、咳 テストを行い、重度の嚥下障害が疑われる場合にはVE ^{*)} を行った。施設の管理栄養 士は、歯科医師から提案された評価結果により栄養ケアを行った。支援の具体 策は、食形態の変更の指示(ソフト食からミキサー食・栄養補助食品へ、ミキ サー食から栄養補助食品へ)、食事時の姿勢の調整(リクライニングの傾斜角 度の変更)、食事介助方法の変更、水分の半固形化の指導を行った。	管理栄養士 歯科医師、管理栄養士	管理栄養士による介入後は、約7割にBMI(Body Mass Index: 体格指数)の増加があった。摂取量が増加 した者は約2割、体重は該患者あり群がなし群よりも、 有意に体重が増加した。食事の自立度は約3割に介助度 が増えた。
24)	Shoji Hirotsuka (2014)	The prognosis of dysphagia patients over 100 years old	Archives Gerontol ogy and Geriatrics	前後 比較	超高齢で嚥下障害のある患者の 予後を評価する。	内科および整形外科への 入院後、嚥下障害のため リハビリテーション部門 に依頼された100歳以上の 24名	間接・直接嚥下リハビリテーションを提供した。直接リハビリテーション運動 は食事の調整が含まれており、言語聴覚士・看護師・歯科衛生士によって行わ れた。間接リハビリテーションは、歯科衛生士による口腔ケア、理学療法士によ る電気刺激運動、運動の範囲、関節の可動性、姿勢保持のための身体的運動が行われ た。その他の嚥下リハビリテーションとして、声門上の嚥下訓練やメンデルゾー ン手法が行われた。	言語聴覚士、看護師、 歯科衛生士、理学療法士	経口摂取群は、FOIS ^{*)} の得点が、退院時には5→5、4 は横ばい、3・2はそれぞれ上昇した。7であった 患者は元に戻らず、5・4であった患者は入院前の状 態に回復した。経管群は入院時のスコアから入院後 の初期評価でスコアが下落し、初期評価2→2もしくは 1に低下した。(認知機能の悪化でリハビリが継続 できなかった)。このように、FOIS ^{*)} スコアが4以 上の時は経口摂取が回復する可能性が高く、レベル1 は回復が難しい、初期評価維持にレベル2の場合は経 口摂取できる可能性がある。
25)	小山珠美 (2012)	脳卒中急性期から始 める早期経口摂取獲 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 会雑誌	前後 比較	脳卒中急性期患者への効果的な 摂食・嚥下リハビリテーシ ョンによる摂食・嚥下能力 のグレードが6点以下で あった367名	脳卒中急性期摂食・嚥下リハビリテーションプログラムは、①入院時に医師が 摂食・嚥下障害ありと判断した場合に摂食機能療法の指示を出す。入院当日か ら看護師による口腔ケアやボジションニングの看護ケアを行う。摂食機能療養 は、歯科衛生士による器質的・機能的ケアを看護師と連携して行う。専従看護師 とSTはボジションニングに留意し、フィジカルアセスメントを協働で行う。ベッド サイドスクリーニング評価として、全身状態、MWST ^{*)} 等を実施する。MWST ^{*)} の3点以下で経口訓練を開始し、それ以下の点数は呼吸訓練、基礎訓練、抗重力 位による姿勢保持訓練、特殊感覚刺激や姿勢変化による覚醒への援助等を積極 看護師やリハ科と協働で行う。継続的なモニタリングを実施し、嚥下ピラミッド に応じた食物形態の段階的ステップアップをする。食物形態のステップアップ に合わせて、PTとOTは患者が自力摂取できるような食事動作訓練、自具の選 定、食事摂取時の姿勢等を評価しアプローチをする。	医師、看護師、歯科衛生士 言語聴覚士(ST)、理学療法 士(PT)、作業療法士(OT)	プログラム実施前の平成18年・プログラム実施年の 平成19年・プログラム実施翌年の平成20年で比較検 討した。プログラムを実施した平成19年から、入院か ら経口摂取開始までの日数が短縮し、退院時経口摂 取移行者が増加した。さらに、入院中の肺炎発症率が 減少し、退院時嚥下能力グレードが改善し、普通食を 摂取できる患者が増えた。	
26)	川名弘訓 (2010)	介護老人福祉施設に おける機能的な口腔 機能管理によるのか わりの義歯の装着に 与える効果	老年歯科 医学	介入 研究	継続的な歯科医療者によるのか わりの要介護高齢者の義歯装着 に与える効果を検討する。	介護老人福祉施設5ヶ所に 入居中で咬合支持を持た ない要介護高齢者78名 (介入施設43名、非介入3 施設35名)	歯科医師・歯科衛生士による定期的な口腔機能管理、週2回の歯科衛生士による 口腔ケア・施設スタッフへの口腔ケア指導、月1回の多職種カンファレンスを3 年間実施した。	介護人では、非介入群よりも義歯が継続的に使用さ れており、統計学的に有意に維持されていた。義歯装 着の関連要因は、障害老人の日常生活自立度の変化 であった。	歯科医師・歯科衛生士
27)	金子正幸 (2009)	地域在住高齢者に対 する口腔機能向上事 業の有効性	口腔衛生 学会雑誌	前後 比較	口腔機能向上事業が高齢者の口 腔の健康維持・増進に与える効 果を検討し、今後の事業展開の ための指針を得る。	65歳以上で基本健康診査 を受診し、基本チェック リストの口腔症状に關す る3項目すべてに該当した 55名	口腔衛生指導や集団訓練としての機能的口腔ケアからなる口腔機能向上事業 を、4回または6回コースとして3ヵ月間実施した。1回目事前アセスメント、2回 目以降は歯科衛生士による集団訓練として機能的口腔ケア・ブラッシング指導 を3ヵ月継続した。対象に自宅で機能的口腔ケアを行うよう指導した。その内容 は呼吸訓練、頸部のストレッチ、舌・口唇の自由自動運動、耳下腺マッサージ、 発声訓練「バ・タ・カ・ラ」の発音であった。	歯科衛生士	介入後に、基本チェックリストの固い食べ物、食べ にくさがあると回答した者の割合が減った。口腔機 能にさがあると同答した者の割合に有意差が見ら れ、ODK ^{*)} 、ボタンプル法 ^{*)} 、舌突出長さ、頬の膨ら ましガムによる咀嚼力には有意差に上昇した。

*2: MWST(Modified Water Swallowing Test,改良水飲みテスト) *9: V-E(videoendoscopic examination of swallowing 嚥下内視鏡検査) *10: ボタプル法(口腔機能の訓練)

*7: RSST(Repetitive Swallowing Test,反復嚥下テスト) *3: ODK(Koral) diadochokinesis 「オーラルディアドコネシス」口腔機能の巧緻性および速度を評価する方法)

表 3-3 対象文献の概要

No	筆頭著者 (発表年)	文献 タイトル	出典	方法	目的	対象	ケアを提供した職種	結果
28)	Evaluation of an oral function promotion programme for the independent elderly in Japan Hakata Chiyoko (2009)	高齢者活動センターに訪れるボランティアで介入プログラムを全て実施した796名(介入群) 対象者は2つのグループに分けられ、6つの高齢者センターを介入グループとし、他の6つのセンターを対照グループ (62名)	自立している高齢者に口腔機能介入 促進プログラムを提供し、口腔の研究 健康状態と口腔機能の変化を評価する。	介入前後比較	高齢者活動センターに訪れるボランティアで介入プログラムを全て実施した796名(介入群) 対象者は2つのグループに分けられ、6つの高齢者センターを介入グループとし、他の6つのセンターを対照グループ (62名)	介入群は3か月の口腔機能促進プログラムを受け、対照グループはプログラムを受けなかった。プログラム提供者は、コミュニティヘルスセンターに勤務する2人の歯科衛生士であった。1か月2つのセッションがあり、1回につき5時間の少人数のグループにてプログラム (①口腔の健康と口腔機能に関する知識、②咀嚼肉の運動と舌の運動と唾液腺マッサージによって口腔機能を強化する運動)を実施した。	ケアを提供した職種 歯科衛生士	口腔乾燥と口腔機能の評価はベースラインと3か月後に同じ歯科医師が行った。3ヶ月の介入群の結果は、舌の面積と厚さ、口臭、舌の乾燥のスコアが改善し、前後で統計学的に有意な差があった。口腔機能においても、舌の動き、口唇の発音、発音、唾液分泌、口腔内の食料においても改善し、前後で有意な差があった。対象群は全ての項目で改善はなく有意差もなかった。
29)	新名 由利子 (2009)	脳卒中エニュニットにおける看護職による看護を中心とした摂食機能療法の効果検証	脳卒中エニュニットにおける看護職を中心とした摂食機能療法の効果検証	介入前後比較	脳卒中急性期患者96名中、スクリーニングの結果で嚥下リスクを有すると判断された33名	対象者33名に摂食機能療法を導入した。摂食機能療法の導入は、医師、看護師、OT、管理栄養士、ST、PTで構成された。看護職によるスクリーニングテストを行い、問題なければ水飲みテストを行う。水のみテストで問題なければ直接訓練を開始し、問題があれば口腔ケア、間接訓練、ST介入依頼を行う。スクリーニングテストで問題があれば、医師の判断の基に看護師は間接訓練(咀嚼嚥下に関わる筋群の運動を促進する)、口腔ケア、直接訓練等を行う。PT・OTは姿勢保持や自助具の利用を含めた食事動作について助言し、嚥下リスクが高くなる経過中に専門的な介入が必要である場合には、リハビリテーション医とSTとともに指導を行う。	医師、看護師、言語聴覚士(ST)、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、管理栄養士	嚥下リスク 誰は介入後に、摂食状況のレベルが27名(81.8%)改善した。食事形態においては、口腔ケアのみで直接訓練に至らなかった。摂食形態は介入後には21%に減少した。直接訓練の実施ができた患者は、DSS ^{*1} が改善しやすく、初診時にNST ^{*1} の介入があった。
30)	古屋純一 (2009)	大学病院歯科医療センターにおける摂食・嚥下リハビリテーションの現状とその効果	大学病院歯科医療センターにおける摂食・嚥下リハビリテーションの現状とその効果	介入前後比較	口腔リハビリ外来の摂食・嚥下リハビリテーション (以下、摂食・嚥下リハ) の現状とその効果を明らかにする。	入院患者でNST ^{*1} の介入を受けている患者は、NST ^{*1} と連携した、摂食・嚥下リハを開始し週1回の嚥下回診と嚥下カンファレンスの実施、リハビリの内容は、摂食機能療法の間接訓練・直接訓練と患者の状態によって週1～5日の間で実施した間接訓練は、口腔周囲や舌の伸屈マッサージ、可動域訓練、筋力負荷訓練、息こらえ嚥下、舌圧明瞭法、咳嗽訓練、shaker exercise、ブローイング等)、直接訓練は、食事態の調整、姿勢や一口量の調整、リクタイニング、頭部屈伸、頭部回旋、交互嚥下、嚥下回診などとの嚥下代償法を用いて、段階的に摂食の難易度を上げていった。専門的口腔ケアは歯科医師と歯科衛生士が行い、病棟看護師へ日常的口腔ケアの指導も行った。	歯科医師、歯科衛生士	DSS ^{*1} のレベルは介入によって有意に改善した。栄養摂取法は初診時CDSS ^{*11} と栄養摂取方法が乖離しており、介入によって食事摂取方法の乖離が改善された。経管栄養のみで絶食が42%であったが介入後は21%に減少した。直接訓練の実施ができた患者は、DSS ^{*1} が改善しやすく、初診時にNST ^{*1} の介入があった。
31)	大畑道雄 (2009)	高齢者医療・福祉複合施設における摂食・嚥下障害の状況と摂食・嚥下リハビリテーション治療の効果	高齢者医療・福祉複合施設における摂食・嚥下障害の状況と摂食・嚥下リハビリテーション治療の効果	介入前後比較	高齢者医療・福祉複合施設で摂食・嚥下障害の疑いのある人にVF ^{*12} を実施し、摂食・嚥下障害の状況を明らかにする。また、摂食・嚥下障害と認められた人に対して、摂食・嚥下チームが摂食・嚥下リハビリテーションを実施した内容と成果を明らかにする。	摂食・嚥下チームは、医師、歯科医師、歯科衛生士、看護師、OT、管理栄養士、介護士から構成され、週2回昼食時に摂食・嚥下回診を行った。スクリーニングされた入院者にVF ^{*12} を行い、摂食・嚥下障害を認めた場合に、摂食・嚥下チームと看護師が15項目の摂食・嚥下リハビリテーションを実施した。摂食・嚥下リハビリテーションの15項目は、①ボジショニング②機能訓練 (関節可動域訓練、上肢機能訓練) ③交互嚥下④うなずき嚥下⑤繰り返す嚥下⑥頭部のローテーション⑦アイスマッサージ⑧水なめ⑨食内容指導⑩一口量・スピードの調整⑪道具の調整であった。	医師、歯科医師、看護師、言語聴覚士(OT)、管理栄養士、介護士	VF ^{*12} の結果375名中313名に摂食・嚥下障害が認められ、準備期(口腔回診と準備期の両方) は38.7%、準備期のみで障害は40.0%であった。摂食・嚥下リハビリテーションの内容では15項目中、食事内容指導が最も多く、ボジショニング、訓練的口腔ケア、交互嚥下の順に多かった。リハビリテーションを受けた47名で82名(68%)は改善し、5名(11%)は現状維持であった。
32)	Yumi Chiba (2009)	Effectiveness of care intervention related to deglutition for the elderly using day service in the community	地域の高齢者にデイサービスを利用する高齢者の、経口摂取と嚥下ケアに介入した口腔機能を改善する取り組みの効果を明らかにする。	介入前後比較	介入はデイサービス職員と口腔と嚥下の特別なケアプランを行う歯科衛生士によって行われた。デイサービス職員は、嚥下障害の医療専門家と公衆衛生研究の専門家から説明と訓練を受け、嚥下機能を改善するために、「嚥下運動」と「発声運動」を1年間実施した。歯科衛生士の行うケアは、歯ブラシと歯間ブラシを使用し歯と舌のブラッシングについて、週1回の指導を約5分行い、6か月間継続した。	介入群は3回 (ベースライン：BLI、ベースラインから6か月後：SI、ベースラインから1年後：TI) 同じ質問にて収集した。口腔乾燥については12項目中、BLIとSIの比較では6項目 (Q2、水をしばしば飲む、Q5-食物の飲み込みが難しい、Q6口のべたつき、Q7味覚の異常、Q8口呼吸、Q11汗をすくにかく) で統計学的に有意差があった。SIとTIでは有意差はなかった。BLIとTIでは5項目に有意差があった (Q1:口の乾燥、Q2、Q3:夜に水を飲む、Q6、Q11)。嚥下機能はBLIとSIの比較では1項目 (食事の時、間がかかる)、SIとTIでは2項目 (固い食べ物を食べることができない、声のかすれ)、BLIとTIでは3項目 (固い食べ物を食べることができない、口の乾燥でドライ食物や硬い食物が食べにくい、声のかすれ) に有意差があった。口腔乾燥と口腔と嚥下機能の間違についてBLIとTIでは、口腔乾燥のレベルの厚さで3因子 (舌のレベル、認知症の高齢者の自立度、歯磨きの回数)、口腔および嚥下機能の評価で8因子 (年齢、障害高齢者自立ケアレベル、IADL、デイサービスの使用頻度、歯磨きの回数) に関連があった。どちらにも関連があったのは歯磨きの回数であった。	医師、歯科医師、看護師、言語聴覚士(OT)、管理栄養士、介護士	データは3回 (ベースライン：BLI、ベースラインから6か月後：SI、ベースラインから1年後：TI) 同じ質問にて収集した。口腔乾燥については12項目中、BLIとSIの比較では6項目 (Q2、水をしばしば飲む、Q5-食物の飲み込みが難しい、Q6口のべたつき、Q7味覚の異常、Q8口呼吸、Q11汗をすくにかく) で統計学的に有意差があった。SIとTIでは有意差はなかった。BLIとTIでは5項目に有意差があった (Q1:口の乾燥、Q2、Q3:夜に水を飲む、Q6、Q11)。嚥下機能はBLIとSIの比較では1項目 (食事の時、間がかかる)、SIとTIでは2項目 (固い食べ物を食べることができない、声のかすれ)、BLIとTIでは3項目 (固い食べ物を食べることができない、口の乾燥でドライ食物や硬い食物が食べにくい、声のかすれ) に有意差があった。口腔乾燥と口腔と嚥下機能の間違についてBLIとTIでは、口腔乾燥のレベルの厚さで3因子 (舌のレベル、認知症の高齢者の自立度、歯磨きの回数)、口腔および嚥下機能の評価で8因子 (年齢、障害高齢者自立ケアレベル、IADL、デイサービスの使用頻度、歯磨きの回数) に関連があった。どちらにも関連があったのは歯磨きの回数であった。

*1: NST (Nutrition Support Team、栄養サポートチーム)

*11: DSS (Dysphagia Severity Scale、摂食・嚥下障害の臨床的重度化分類)

*12: VF (videofluoroscopic examination of swallowing、嚥下造影検査)

4. 考察

高齢者への摂食・嚥下機能の維持・回復に向けた効果的なケアを、明らかにすることを目的に文献検討をした結果、摂食・嚥下機能の維持・回復への効果的なケアが明らかになった。効果的なケアと課題について考察する。

1) 高齢者への摂食・嚥下機能の維持・回復に向けた効果的なケア

(1) 口腔ケア

口腔ケアは、摂食・嚥下機能の回復に効果的であったことが報告され、歯科衛生士の行う専門的口腔ケアが 10 文献 (62.5%) と最も多かった。また、歯科医師、歯科衛生士から指導を受けた介護職、看護師によっても行われていた。歯科衛生士による専門的口腔ケアは、歯磨き、舌清掃の器質的口腔ケアと、口腔体操、唾液腺・耳下腺マッサージ、発声・構音訓練、呼吸訓練、頸部ストレッチの機能的口腔ケアであった。

器質的口腔ケアは、「日常的に清掃できない部分の歯面や粘膜の清掃を行い、プラークフリーの状態を整える」³⁵⁾ と説明されている。このケアによって、口腔内の常在菌の繁殖が抑制され、上気道の感染予防に繋がっていた。また、Chiba ら³²⁾ は、歯磨きの回数が多い者の方が、口腔乾燥が少なく、口腔・嚥下機能評価スコアも良好であったことを報告している。

機能的口腔ケアは、「唾液分泌を促進し自浄作用を引き出し、口腔乾燥を予防できる。口唇・舌・頬・咽頭のマッサージは、咬合・咀嚼・嚥下運動を円滑にする」³⁶⁾ と説明されている。口腔機能に関する先行研究においても、咀嚼するための残歯数・補綴処理による咬合支持の維持³⁷⁾、舌の動き³⁸⁾、舌圧³⁹⁾⁴⁰⁾、口唇力⁴¹⁾、唾液分泌⁴²⁾⁴³⁾ が口腔機能に重要であることが報告されている。Takamoto¹⁹⁾ の研究による口唇閉鎖訓練では、対象者の食事時間が短縮したことを報告している。これらのことから、摂食・嚥下機能の維持・回復には、口腔ケアによる口腔機能を向上していくことが必要であることが示唆された。

地域で生活している高齢者を対象とした介護予防事業として、口腔機能促進プログラムが行われ²⁷⁾²⁸⁾、口腔機能が改善した結果から摂食・嚥下機能の維持に向けては、介護状態になる前からの介入が必要であることが示唆された。高齢者は加齢に伴う変化として、舌の動きや口唇力の低下が起きることが報告されている⁴⁴⁾。鈴木ら⁴⁵⁾ は自立高齢者に対して、口腔に関連した包括的な健康関連 QOL (Quality of life : 以下、

QOL)を測定する尺度である GOHAI (General [Geriatric] Oral Health Assessment Index) のスコアに関連する要因について調査した。その結果、現在歯数、主観的咀嚼能力、定期的な歯科健診が GOHAI スコアと強い関連を示していた。そのため、高齢者が口腔機能を維持するためにも、自立した生活をしている時からの介入が必要である。

(2) 多職種によるケア提供

嚥下障害と診断された入院・外来患者に対する多職種によるケア提供は、多職種チームで関わった8文献と、2職種以上で関わった3文献を合わせると、11文献(68.8%)であった。入院患者は栄養スクリーニングテストによって、早期に低栄養状態が発見されていた。病院では多職種から構成された Nutrition Support Team (栄養サポートチーム：以下、NST)等の摂食・嚥下に関するチームで介入するシステムが構築されていた。チームでの介入には、精密な嚥下機能検査である嚥下内視鏡検査 (Videoendoscopic evaluation of swallowing：以下、VE)、嚥下造影検査 (Videofluoroscopic examination of swallowing：以下、VF)や、歯科医師による専門的な診察があった。その所見を基に、摂食・嚥下リハビリテーションが開始され、姿勢保持に向けたリハビリテーションが開始されていた。チームは定期的に回診を行い、多職種で、食事の開始や形態を上げることを検討していた。このような多職種による介入によって、経口摂取への移行や食事動作の改善が認められていた。

また、管理栄養士は、通所介護を利用する要介護高齢者に、栄養についての講義を行っていた²⁰⁾。歯科医師の佐々木ら²³⁾は、介護老人保健施設に入所している要介護高齢者に対して、管理栄養士と連携し栄養ケアを実施し、その結果、約7割にBMIの増加があったことを報告している。

高齢者の摂食・嚥下機能障害は、全身状態、薬剤、ADL、認知機能等様々な影響が原因・要因となる。在宅要介護高齢者の摂食・嚥下機能への先行研究においても、慢性疾患、薬物の有害作用、活動量、ADL、認知機能、介護力等多くの要因が関与していることが報告されている⁴⁶⁾⁴⁷⁾。そのため、高齢者は多面的に生活の全体像を踏まえて評価していく必要があり、多職種による知識と技術の結集が必要である。

これらのことから高齢患者の摂食・嚥下機能の維持・回復には、多職種によるケア提供が効果的であった。

2) 課題

Shoji²⁴⁾の結果では、FOIS のレベル1の「経口摂取なし」³³⁾では、摂食・嚥下機能の回復が難しい患者がいた。これは、摂食・嚥下機能障害から禁食になると、その後の経口摂取への移行が難しいことが分かる。禁食になると、咀嚼・嚥下に関する動作の減少から、その機能が低下し、延いては口腔機能の低下が起きる。高齢者は一度低下した身体機能を元に戻すことは安易ではない。日本歯科医師会は、口腔機能の軽微な低下から身体の衰え（フレイル）になっていくことをオーラルフレイルと定義している⁴⁸⁾。この FIOS のレベル1であった患者は、禁食によるオーラルフレイル状態にあったと考えられる。また、古屋³⁰⁾の結果では、初診時に DSS の分類5は誤嚥なしの「口腔問題」の患者が、経管栄養のみで栄養補給をされていた場合が多いことを報告している。この結果は、継続的な嚥下機能評価がされていないために、患者の嚥下機能と食事形態とに乖離が起きたことが推察できる。他の先行研究においても、在宅療養高齢者への継続的な摂食・嚥下機能評価が行われていない現状が指摘されている。摂食・嚥下障害による胃瘻造設後に、約8割の対象者は食物形態や姿勢調節などの介入により、誤嚥を防止しながら経口摂取が可能な状態に回復したが、摂食・嚥下機能の再評価はほとんど行われず、胃瘻による栄養摂取が継続されていたことが報告されている⁴⁹⁾。また奥山⁵⁰⁾の調査において、胃瘻造設後の摂食・嚥下機能回復時の経口摂取への移行の必要性が示されており、胃瘻造設が介入の最終段階ではなく機能の改善を見極めながら、経口摂取に戻していく介入と評価の重要性が示されている。

以上のことから、摂食・嚥下機能障害が起きた場合に、経管栄養や嚥下しやすい食事形態に変更となった場合であっても、経口摂取の再開を目指して、継続的な機能評価と介入が必要であると考えられる。

第5節 摂食・嚥下機能障害のある患者に対する診療報酬・介護報酬の変遷

摂食・嚥下機能障害のある患者に対して、摂食・嚥下機能回復に向けて行う療法を「摂食機能療法」と定義され、その詳細は 2022 年度の医科診療報酬点数表⁵¹⁾に示されている。

医科診療報酬点数表 H004 摂食機能療法（1日につき）について⁵¹⁾

1 30分以上の場合 185点

1については、摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。

2 30分未満の場合 130点

2については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。

3 摂食嚥下機能回復体制加算

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。(2) 摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告していること。

イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点

[施設基準] (1) (2)

(3) 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。

ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点

[施設基準] (1) (2)

ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点

[施設基準] (1) (2)

(4) 療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院であること。

(5) 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。

このように、摂食・嚥下障害のある患者への経口摂取に向け、多職種チームでの取り組みが診療報酬や介護報酬で評価されるようになった。診療報酬改定においては、2014 年度に「経口摂取回復促進加算」が新設され、胃瘻造設前の嚥下機能評価の実施や、造設後の連携施設への情報提供を図ることについて評価された。また、胃瘻造設術に関する診療報酬が見直され、10,070 点から 6,070 点に引き下げられ、算定要件に「患者及び家族への説明を行うこと」が追加された⁵²⁾。2020 年（令和 2 年）度の診療報酬改定では、多職種チームによる摂食機能療法の介入の評価として、従来の経口摂取回復促進加算から「摂食嚥下支援加算」に改定された。この要件として、「摂食機能療法を算定する患者であって、摂食嚥下に係る専門知識を有した多職種からなるチームの介入によって摂食嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合」と定められている⁵³⁾。さらに、2022 年（令和 4 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回復に係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」⁵⁴⁾が見直された。

介護報酬改正では 2015 年に、口腔・栄養管理に係る取組として、口から食べる楽しみの支援の充実を図ることを目的に、「経口維持加算」や「経口移行加算」⁵⁵⁾が見直された。また、2021 年（令和 3 年）度の介護報酬改定では、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化を目的に、計画作成や多職種間会議に対して、「生活機能向上連携加算」⁵⁶⁾が新設され多職種間での連携について評価された。

第6節 多職種チームによる高齢者への摂食機能療法に関する活動：文献検討2

第4節での、摂食・嚥下機能の維持・回復に向けてのケアを検証している文献の検討において、多職種でのケア提供が効果的であることが明らかとなった。そして、第5節では、摂食・嚥下障害のある患者への経口摂取に向けた多職種チームでの取り組みに対する診療報酬・介護報酬の変遷を説明した。これらのことから、摂食・嚥下機能の維持・回復に向けては、多職種チームで介入することが重要であることが分かる。

病院では摂食機能療法に取り組み、「栄養サポートチーム」や「摂食嚥下チーム」等のチームを設立し多職種での医療を提供している。摂食機能療法における一般的な多職種の役割としては、病態管理を行う医師、口腔機能管理には歯科医師や歯科衛生士、嚥下機能訓練には言語聴覚士、ADL 訓練や食事体位・姿勢の保持に向けては理学療法士、食事動作や食具の工夫には作業療法士、嚥下機能に応じた食事形態の工夫には管理栄養士、栄養状態の検査には臨床検査技師、多剤併用療法等の薬物の有害作用や点滴管理時には薬剤師である。そして、患者のベッドサイドで食事介助や口腔ケア等のケアを行う看護師である。このような多職種で意見交換することは、各々専門性の向上と相乗効果が期待でき、医療の質の向上と効率的な医療サービスの提供に繋がることが考えられる。

高齢者は入院治療となる主疾患の他に、既往に慢性疾患を抱え複雑な疾病構造を有する場合がある。また、入院を機に身体機能の低下が起き、全身に様々な障害が起きることもあり、高齢者の摂食・嚥下機能の回復に向けては、多職種チームによる専門的な知識と技術が必要となる。そこで、多職種チームによる高齢者への摂食機能療法の具体的な活動内容やその成果について、文献検討を行った⁵⁷⁾。

1. 目的

多職種チームによる高齢者への摂食機能療法の具体的な活動内容やその成果について、文献検討によって明らかにする。

2. 方法

1) 国内文献検索

2020 年4月に、医学中央雑誌 Web 版 (Ver. 5) のデータベースを用い原著論文の検索を行った。対象論文は、摂食機能療法の評価の見直しとして、「経口摂取回復促進加

算」が新設された 2014 年度以降に掲載された論文とした。キーワードに、「摂食機能療法」、「チーム」で 14 件、「摂食嚥下機能」、「チーム」で 16 件、「摂食嚥下チーム」14 件の合計 44 件がヒットした。その中から、重複 2 件、事例研究を除外し、研究対象者を設定した多職種チームでの摂食機能療法の活動報告をしている 14 文献を対象とした。

2) 海外文献検索

2020 年 4 月に、CINAHL, MEDLINE のデータベースを用い、「Feeding therapy」, 「Eating and swallowing function」, 「team」をキーワードに検索を行った。同様に 2014 年以降に発表された論文とし選定を行ったが、研究対象が小児、人工呼吸器療法の患者、癌患者、気管切開患者であり本研究の目的に合致した文献は該当しなかった。

3. 結果

1) 対象文献の概要 (表 4)

本研究の対象とした、14 文献を表 4 に示す。筆頭者の職種もしくは所属は、管理栄養士もしくは栄養管理科 (室) に所属している者が 4 名、医師が 3 名、歯科医師 2 名、ST 2 名であった。

対象者の年齢について記載のあった 12 文献の対象者は、高齢者が大部分を占めており 90 歳以上の超高齢者も含まれていた。

2) 各文献のチーム名とコアチームメンバー (表 5)

対象とした 14 文献中、11 文献でチーム名とチームメンバーの記載があり、表 5 に示す。チーム名は NST が多く、チームの構成人数の中央値は 6 名であった。職種別では、管理栄養士が最も多く 10 チームに所属し、次に医師と看護師が 9 チーム、歯科医師と言語聴覚士が 6 チーム、歯科衛生士と薬剤師が 5 チームに所属していた。

表4 対象文献一覧

No.	筆頭者 / 職種(所属)	文献タイトル	投稿論文	掲載年	対象者の概要	対象者の年齢
58)	鈴木啓之 / 歯科医師	多職種連携医療(NST ^{*1})における栄養と口腔機能の関連と歯科介入効果の検討	8020: はち・まる・にい・まる	2019	2016～2018年までにNST ^{*1} 依頼となり歯科医師による評価を受けた231名	平均±SD 67.4 ± 16.4 歳
59)	齋藤真由 / 歯科医師	摂食嚥下障害患者への包括的介入を目的とした多職種によるチームの設立と活動の報告	老年歯科医学	2019	①2014～2015年にチームに依頼のあった142名の患者 ②内科・神経内科に勤務する看護師43名	①平均±SD 83.3 ± 10.8 歳
60)	菊地おり / 管理栄養士	静岡赤十字病院における地域の歯科クリニックとの連携	静岡赤十字病院研究報	2018	2017～2018年に歯科医師、歯科衛生士が診察した25名	食事摂取が困難・摂食嚥下に問題がある患者や高齢者が多い
61)	庭野元孝 / 医師	【咀嚼ができない高齢者への食事を考える】とちみとベーストの物性調整】高齢者患者の栄養サポート終了時における栄養法の検討5年間のまとめ	栄養経営エキスパート	2018	2013～2017年の5年間でチームが介入した1285名のうち内科入院の高齢患者961名	平均±SD 86.3 ± 4.2 歳
62)	逸見朋隆 / 医師	当院における摂食嚥下機能評価の取り組みについて	仙台市立病院医学雑誌	2018	2014～2017年の期間で摂食嚥下ラウンドで介入した165名	中央値 81 歳 平均値 77 歳
63)	濱中遥 / (医事課)	当院の摂食機能療法の取り組みと成果について	日本医療マネジメント学会雑誌	2018	摂食機能療案件数：2013年1729件、2014年4157件、2015年7511件	病院における内科入院患者の平均年齢は81 歳
64)	渡邊恵子 / (栄養管理科)	当院におけるNST ^{*1} 活動の現状報告と今後の課題	小樽市立病院誌	2018	2015～2017年の2年間でNST ^{*1} に介入依頼のあった30名	記載なし
65)	吉田知佳子 / (栄養管理室)	富山通信病院NST ^{*1} の活動経過と経口移行への取り組み	通信医学	2017	NST ^{*1} の介入した患者で、①2009年の92名、②2014年の75名	平均年齢 ① 男性80.1歳 女性85.7歳 2016年 男性82.8歳 女性84.8歳
66)	古川勝規 / 言語聴覚士	当院における経口摂取回復促進加算の算定への取り組み 現状分析と今後の課題について	回生病院医学雑誌	2016	①2014年1～3月に嚥下機能評価・訓練で言語聴覚士に紹介された145名と、②その中からカンファレンスを実施した46名	平均±SD ①76.8 ± 14.6 歳 (145名) ②80.8 ± 10.8 歳 (46名)
67)	戸田英美 / 医師	摂食嚥下障害患者に対する摂食機能療法回診の効果	Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science	2016	2006～2010年までに認定看護師 ^{*2} に紹介された998名	平均74 歳 (2～102歳)
68)	矢巻孝宏 / 言語聴覚士	当院における多職種協働による摂食機能療法の取り組み 導入による効果と今後の課題	小樽市立病院誌	2015	2013～2014年までに医師から摂食機能療法開始の指示があった患者53名	平均±SD 72.8 ± 14.5 歳
69)	井手聖実 / (病棟)	急性期における肺炎患者の摂食嚥下機能評価実践への取り組み	佐世保市立総合病院紀要	2015	①誤嚥性肺炎で入院した65歳以上の患者8名と②看護師23名	①65 歳以上
70)	仲川瀧弓 / 管理栄養士	大学病院における全科型NST ^{*1} 活動の成果と課題	日本静脈経腸栄養学会雑誌	2015	2013～2014年NST ^{*1} 介入を行った564名	記載なし
71)	齊木直美 / (病棟)	脳血管障害患者に対する「摂食嚥下機能クリティカルパス」導入後の活用実態と病棟看護師の意識調査	国立病院機構熊本医療センター医学雑誌	2015	①2012年6～10月に、摂食嚥下機能クリティカルパスを適応した10名と②パスの使用頻度が高い2病棟の看護師94名	①平均 79.3 歳 (67～94 歳)

*1: NST (Nutrition Support Team, 栄養サポートチーム), *2: 認定看護師 (摂食・嚥下障害看護認定看護師)

表 5 各文献のチーム名とコアチームメンバー										n=11	
No.	59)	60)	61)	62)	63)	64)	65)	66)	67)	68)	70)
チーム名 職種	口腔・嚥下 ケアチーム	NST ^{*1} 嚥下 チーム	摂食嚥下 チーム	NST ^{*1} 嚥下 チーム	摂食機能 療法 チーム	NST ^{*1} 嚥下 チーム	NST ^{*1} 委員会	摂食嚥下 サポート チーム	嚥下 チーム	NST ^{*1} 委員会	NST ^{*1} 合計数
医師		○	○	○	○	○	○	○	○	○	9
歯科医師	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	6
歯科衛生士	○				○			○	○	○	5
認定看護師 ^{*2}	○	○						○			3
認定看護師 ^{*3}	○										1
認定看護師 ^{*4}						○					1
看護師		○	○	○	○	○	○	○	○	○	9
リハビリテ ーション科					○						1
言語聴覚士				○		○		○	○	○	6
理学療法士	○		○			○		○		○	5
作業療法士								○		○	2
管理栄養士	○	○	○	○		○	○	○	○	○	10
薬剤師			○			○	○			○	5
臨床検査技師						○	○		○	○	4
事務						○	○			○	3
各チームの 職種数	6	2	6	5	5	9	6	7	7	8	9

*1: NST(Nutrition Support Team, 栄養サポートチーム)

*2: 摂食・嚥下障害看護認定看護師, *3: 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師, *4: 皮膚・排泄ケア認定看護師

3) チームでの活動内容 (表 6)

表 4, 5 の文献の活動内容を「 」, 活動内容の類似しているものを集めてカテゴリー化したものを【 】と表記する.

対象とした 14 文献のチームでの活動一覧を表 6 に示す. チームでの活動内容としては, 【観察と評価】が 13 項目と最も多く, 具体的な内容としては「摂食・嚥下機能評価 (嚥下スクリーニングテスト)」の 9 文献, 「チーム回診」が 8 文献, 「カンファレンス (委員会の開催)」が 6 文献であった. 【食事の検討】では, 「経口摂取の判断, 移行方法を検討」と, 「個々の患者の状況に合った食形態の提案・決定」がそれぞれ 4 文献であった. 摂食機能療法に関する【共有チャート】は, 「摂食・嚥下機能評価表」, 「摂食機能療法フローチャート」, 「摂食・嚥下機能クリティカルパス」等を各々病院で独自に作成していた. 【多職種との連携】では, チームで検討した「適切な食事形態・口腔ケア訓練法などを主治医への伝達・助言」をしていた. 【看護師との連携】では, 病棟看護師と ST との連携や, 認定看護師による指導や助言を受けていた. さらに, 「リンクナースからの情報を活用」することによって, チームとの情報交換を行っていた. 【全入院患者に実施】で, 「全入院患者の血清アルブミン 3.0g/dl 以下の患者抽出」を実施していた. 【院内への発信】では 6 文献で「摂食機能療法や口腔ケアの勉強会・研修等の実施」や, 「栄養不良症例の検討会の実施」を行っていた. 【地域との連携】では, 「退院時に情報提供書の作成」, 「退院時に栄養サマリーの作成」, 「転院先に NST の経過・終了時の評価シート等の送信」によって情報提供していたが, 3 文献と少ない状況であった.

表6 チームでの活動内容一覧

チームでの活動内容		文献No.														合計
		58)	59)	60)	61)	62)	63)	64)	65)	66)	67)	68)	69)	70)	71)	
観察と評価	摂食・嚥下機能評価 / 嚥下スクリーニングテスト		○		○		○		○	○	○	○		○	○	9
	チーム回診		○		○	○		○	○		○			○	○	8
	カンファレンス / 委員会の開催		○	○				○		○		○		○		6
	VE ^{*5} とVF ^{*6} の結果をもとに評価する / 実施					○	○				○	○				4
	全身状態の観察/評価		○			○					○					3
	栄養スクリーニング							○	○					○		3
	患者の食事場面の観察		○									○				2
	歯科医師による評価		○	○												2
	栄養サポートの検討								○							1
	ST ^{*7} 中心の嚥下カンファレンスから介入患者の抽出													○		1
	嚥下訓練の開始基準の設定												○			1
	栄養投与法の評価		○													1
	認定看護師 ^{*2} による摂食・嚥下機能評価			○												1
食事の検討	経口摂取の判断, 移行方法を検討		○			○				○		○				4
	個々の患者の状況に合った食形態の提案・決定		○			○		○						○		4
	経口摂取の開始基準の設定												○			1
	食事介助の方法の検討		○													1
	嚥下調整食の検討					○										1
共有チャート	摂食・嚥下機能評価表						○					○	○			3
	摂食機能療法計画書						○					○				2
	NST ^{*1} 介入患者連絡シート			○												1
	摂食・嚥下機能判定用口腔ケアチャート		○													1
	採血結果や各職種のコメントなどを記載する								○							1
	NST ^{*1} アセスメントシート								○							1
	摂食機能療法フローチャート												○			1
多職種との連携	栄養管理計画書													○		1
	摂食・嚥下機能クリティカルパス														○	1
	適切な食事形態, 口腔ケア, 訓練法などを主治医への伝達・助言		○									○				2
	摂食・嚥下機能訓練の評価はST ^{*7} の教育の下にリンクナースが中心に行う							○								1
	経過中に再評価が必要な場合にはVE ^{*5} ・VF ^{*6} の再検査の依頼を受ける											○				1
	嚥下スコアの高い患者は歯科へ嚥下機能評価を依頼													○		1
	院内各部署や他チームとの連携									○						1
	医師が摂食機能療法の指示を出す												○			1
	ST ^{*7} から看護師へ嚥下訓練内容や留意点等を伝達								○				○			2
	認定看護師 ^{*1} による機能回復訓練など看護ケア介入の検討、看護師教育や指導、相談		○									○				2
看護師との連携	ST ^{*7} から看護師への学習会や摂食嚥下機能評価表への助言・情報交換													○		1
	週1回程度の歯科医師による専門的な口腔機能訓練の実施指導						○									1
	病棟看護師への院内教育		○													1
	看護師による指導内容をベッドサイドに掲示						○									1
	リンクナースからの情報を活用														○	1
	血清アルブミン低値の患者はリンクナースに情報提供								○							1
	全入院患者に定期的に採血								○						○	2
全入院患者に実施者	全入院患者の血清アルブミン3.0g/dl以下の患者抽出								○						○	2
	管理栄養士が約2週間に1回全入院患者のベッドサイドを訪室して栄養状態の評価														○	1
	摂食機能療法や口腔ケアの勉強会・研修等の実施				○				○	○			○		○	5
院内へ発信	摂食機能療法, 患者の摂食・嚥下機能の現状について状況報告, 周知, 検討		○										○			2
	栄養不良症例の検討会の実施									○						1
	コンサルテーション									○						1
地域との連携	退院時に情報提供書の作成		○													1
	退院時に栄養サマリーの作成		○													1
	地域の歯科医師と歯科衛生士のカンファレンス参加				○											1
	地域の歯科医師と歯科衛生士による診療, 治療				○											1
	転院先にNST ^{*1} の経過・終了時の評価シート等の送信														○	1

*1: NST (Nutrition Support Team, 栄養サポートチーム), *5: VE (嚥下内視鏡検査), *6: VF (嚥下造影検査)

*2: 認定看護師 (摂食・嚥下障害看護認定看護師), *7: ST (Speech-Language-Hearing Therapist, 言語聴覚士)

4) チームで活動した結果 (表 7)

対象とした 14 文献のチームで活動した結果の一覧を表 7 に示す。介入した【患者への成果】として 16 項目あり、「経口摂取が増えた (経口摂取で退院できた)」が 7 文献、「食事形態が上がった (改善した)」が 6 文献であった。また、「DSS が 3 以上の患者の回復率は高かった」と報告していた。【病院全体への成果】としては、「職員の訓練に対するレベルの向上・均一化ができた」、「病棟全体に口から食べることの大切さを広げられた」と職員の啓発に繋がる結果であった。また、【その他の結果】では、「介入後も経口摂取を行えないケースがあった」、「DSS が 1・2 の患者の回復率は低く、回復期間も長かった」、「藤島式摂食・嚥下能力グレード⁷²⁾ の Gr. 5 (1 から 2 食の経口摂取が可能) 以下の患者が経口摂取で退院する割合は低かった」との経口摂取に移行できなかった事例があった。また、介入した患者の在院日数の長い困難事例の報告もあり、転院となった結果もあった。

表7 チームで活動した結果の一覧

	チームで活動した結果	文献No.														合計
		58)	59)	60)	61)	62)	63)	64)	65)	66)	67)	68)	69)	70)	71)	
患者への成果	経口摂取が増えた / 経口摂取で退院できた		○			○			○	○	○	○		○		7
	食事形態が上がった / 改善した		○	○							○	○	○		○	6
	介入後の血清総蛋白・血清アルブミン値は上昇した							○						○	○	3
	食事摂取量が増加した			○		○										2
	末梢静脈栄養の患者数が低下した		○											○		2
	食事時の体位が端坐位・車椅子に変化した者が増えた												○			1
	誤嚥事故が減った						○									1
	介入した患者のDSS ^{*8} は統計学的に有意に改善した											○				1
	DSS ^{*8} が3以上の患者の回復率は高かった									○						1
	MWST ^{*9} とFT ^{*10} が4点以上の脳卒中患者にはバスが概ね適切であった														○	1
	介入後に藤島式摂食・嚥下グレードの評価は改善した											○				1
	藤島式摂食・嚥下グレードのGr.6以上の患者は在院死以外は全員が経口摂取で退院した					○										1
	介入後に摂食・嚥下機能評価表の嚥下スコアが改善した												○			1
	介入期間中の肺炎患者の割合は3.7%と低かった										○					1
	退院時に血液検査の血清CRP(C反応性蛋白)が低下した												○			1
	中心静脈栄養、経腸栄養などの長期的な栄養投与経路の確保		○													1
	摂食機能療法の算定率・実施件数が上がった						○					○				2
	5年間の比較でNST ^{*1} の活動回数が月2回から4回に増えた								○							1
	5年間の比較で一人あたりのNST ^{*1} 介入回数は増えた								○							1
病院全体の成果	5年間の比較でNST ^{*1} 終了時の採血率が増えた								○							1
	職員の訓練に対するレベルの向上・均一化ができた						○									1
	病棟全体に口から食べることの大切さを広げられた							○								1
	嚥下リハビリテーションや口腔ケアの充実に繋がった							○								1
	看護師の口腔ケアの方法・手順が分かった			○												1
	看護師が摂食・嚥下機能を評価するポイントが分かった			○												1
	看護師の口腔内汚染、摂食・嚥下状態に注目するようになった			○												1
	摂食嚥下機能評価表の活用で観察ポイントや看護実践に役立った												○			1
	バス使用で食事介助に注意してできるようになった													○		1
	バスは観察項目が具体的に分かりやすかった													○		1
	介入後の血清アルブミン値は変化なし、または低下した							○	○							2
	口腔機能に問題のある患者が約50%以上であった		○	○												2
	DSS ^{*8} が1.2の患者の回復率は低く、回復期間も長かった									○						1
	摂食・嚥下障害が重度でリスク管理が難しいため、経口摂取を進められないケースがあった									○						1
	死亡退院群の血清アルブミン値は統計学的に有意に低下した													○		1
	介入後も経口摂取を行えないケースがあった					○										1
	誤嚥リスクの高い患者へはバスが対応できなかった													○		1
その他の結果	歯科衛生士による専門的口腔ケアの介入回数は「退院時に経口摂取なし」の患者の方に多かった		○													1
	藤島式摂食・嚥下グレードGr.5以下の患者が経口摂取で退院する割合は低かった					○										1
	人工的水分・栄養補給法を選択せずに看取りを前提とし、経口摂取で退院したケースがあった					○										1
	介入中に肺炎を発症すると、終了時まで禁食のままや食事形態を回復させることができなかった										○					1
	NST ^{*1} 介入症例は入院から介入まで平均22.7日で、平均在院日数は57日、転帰は転院が60%と最も多かった							○								1
	入院からチーム介入期間は中央値13日(0~275日)、介入から終了までの期間は中央値24日(1~337日)であった										○					1
	5年間の比較で摂食機能療法を行い患者の在院日数が30.3日から33.1日と長くなった								○							1
	摂食機能療法の実施期間は平均31.9日±24.7日であった										○					1
	介入した患者の57%は在院日数30日以上で、転帰は軽快退院が54%、転院32%、死亡退院14%であった													○		1

*1: NST (Nutrition Support Team, 栄養サポートチーム), *8: DSS (Dysphagia Severity Scale, 摂食・嚥下障害重症度分類)

*9: MWST (Modified Water Swallow Test, 改訂水飲みテスト), *10: FT (Food Test, フードテスト)

4. 考察

1) 多職種チームでの介入による成果

多職種で摂食機能療法に取り組み、専門知識と技術が集約されたことによって、【患者への成果】に示されるように、経口摂取に繋がったことが考えられる。看護師は、専門的な摂食・嚥下ケアを提供する認定看護師や ST との連携があり、摂食機能療法のスキルアップが考えられた。また、リンクナースとの情報交換によって、患者のベッドサイドで 24 時間観察している看護師からの情報を活用していた。また、【共有チャート】の活用によって、職員間での共通理解と共通実践が提供できたことも成果に繋がったことが考えられた。

逸見らは、「肺炎の発症はないものの、主治医が誤嚥を疑い経口摂取制限を行っていた」⁶²⁾とあり、禁食のまま経過すると、患者の摂食・嚥下機能が低下するリスクがある。そのため、チームでの検討内容を主治医に伝えることによって、禁食期間が短縮でき、患者の摂食・嚥下機能低下の予防に繋がることが考えられた。また、DSS が 3 以上の患者の回復率は高かったことや⁶⁶⁾、Shoji ら²⁴⁾は、入院初期に FOIS スケールが 4 以上であれば、経口摂取へと回復する可能性が高いことを報告している。このことから、点滴療法や経管栄養となり経口摂取をしない状態は、経口摂取の再開が難しくなることが考えられる。そのため、嚥下機能の回復の見込みのある患者に対しては、経口摂取に移行できるように目標設定していくことが必要であると考えられる。

NST 等のチームでの活動は、入院患者に対して血清アルブミン値によるスクリーニングを行い、患者の栄養管理と早期のチーム介入に努めていた。また、勉強会や研修、症例検討会等を実施しており院内全体に波及していた。このように、チームでの活動が院内に広がることで、医療の質の向上に繋がることが考えられる。

2) 高齢者の経口摂取への困難

表 7 の【その他の結果】にある、介入期間と在院日数の長くなった困難事例や、摂食・嚥下障害が重度であると嚥下機能の回復率が低い結果であった。経口摂取への移行が困難であった事例の中には、退院時に胃瘻造設となった患者がいた。高齢者の経口摂取の有無は退院後の転帰にも影響し、転院や介護施設への転帰となっていた。また、退院時に経口摂取に移行できなかった患者は、退院後も継続的な介入が必要となる。しかし、退院後の連携についての活動は 3 文献と少ない結果であったが、6 文献

において地域への引き渡しや，退院後の継続的な介入の必要性を述べていた⁵⁹⁾⁶⁰⁾⁶³⁾⁶⁴⁾⁶⁸⁾⁷⁰⁾．これらのことから，高齢者の摂食機能療法は，入院中だけではなく退院後の継続介入が必要であり，病院の多職種が地域に出向くシステム構築が必要であると考えらる．

結語

文献検討の結果，多職種の専門的な知識と技術が集約され，適切な医療の提供が実現できたことによって，高齢者の摂食・嚥下機能は回復し経口摂取できた患者が増えた．一方で，摂食機能療法を長い在院日数をかけて取り組んだが，経口摂取への移行が困難であった患者に対しては，退院後も継続的な介入が必要であり，地域との連携の必要性が示唆された．

第7節 摂食・嚥下機能障害のある高齢者の退院後の支援

第6節の文献検討の結果、NST 等の多職種チームによる摂食機能療法の活動状況が明らかとなった。摂食機能療法に関する文献は、診療報酬で評価されていることもあり病院での取り組みがほとんどであった。また、病院は施設内に多職種が勤務しているため、連携しやすい環境にある。院内の電子カルテによって、情報収集・交換も可能である。

高齢者は入院治療により ADL が低下する可能性があり、特に治療に伴う禁食によって口腔機能の低下が考えられる。小山ら⁷³⁾は誤嚥性肺炎で入院してきた高齢者へのチームによる早期経口摂取が、退院時の経口摂取に影響することや、在院日数が短縮することを報告している。また佐藤ら⁷⁴⁾は、脳卒中急性期患者で摂食機能療法の対象となった患者に対し、チームによる早期に口腔ケアを提供することによって、胃瘻造設者が統計学的に有意に減少したことを報告している。このように、入院治療時から早期にチームで介入し、口腔機能低下予防や、早期退院に向けて取り組むことが必要であると考えられる。

一方で、多職種チームによる摂食機能療法を提供したにも関わらず、経口摂取に移行できなかった患者がいたことが明らかとなった。その患者は退院後も継続的に支援を受ける必要があることが考えられる。高齢者の摂食・嚥下機能について、診療・評価や相談を担う嚥下外来がある。高齢者への嚥下外来の活動については、退院後の患者に対する介入研究による効果の報告⁷⁵⁾⁷⁶⁾や、嚥下外来を受診する患者の特徴⁷⁷⁾、経口摂取が可能となる患者の特徴⁷⁸⁾、嚥下外来受診後の死亡症例の検討⁷⁹⁾について報告されている。しかし、受診する高齢者と家族に対する支援について質的に調査報告した研究や、嚥下外来に関わる多職種の支援の実態を明らかにした調査はほとんどない。そこで前川ら⁸⁰⁾は、嚥下外来に関わる多職種が、高齢者と家族に対する支援の現状を明らかにすることを目的に調査した。

I. 摂食・嚥下機能障害のある高齢者への嚥下外来の現状：インタビュー調査

1. 目的

嚥下外来に関わる多職種の、高齢者と家族に対する支援の現状を明らかにする。

2. 対象

A 県内の摂食嚥下リハビリテーション研究会の嚥下に関する相談窓口となっている 29 病院と、日本看護協会のホームページに掲載されている A 県内で摂食・嚥下障害看護認定看護師が勤務する 25 病院を合わせて、重複した 6 病院を除く 48 病院の中で、ホームページにて嚥下外来の紹介のあったのが 21 病院であった。その中から、本研究への協力の同意を得た 4 病院のいずれかに所属し、嚥下外来に関わっている多職種 8 名を対象とした。対象者の選定方法は、院長もしくは嚥下外来の責任者に依頼して選定された。

3. 方法

2020 年 11～12 月に、半構造化面接による質的帰納的研究を行った。面接時の新型コロナウイルス感染防止対策として、筆者は調査 2 週間前から検温と体調チェックを行い、その結果を表に記載し健康状態の申請をした。面会前には手洗い、うがい、手指のアルコール消毒を行い、サージカルマスクを着用し、挨拶後にさらにフェイスシールドを装着し、対角線上に 1 m 以上の間隔を空けて座った。インタビューはインタビューガイド（表 8）を提示し、項目に沿って日頃行っていることを想起してもらい自由に語ってもらった。インタビューガイドは嚥下外来の活動内容について報告している先行研究⁷⁷⁾⁸¹⁾⁸²⁾からその機能を把握し、共同研究者とブレインストーミングを重ねて作成した。インタビュー内容は、対象者の許可を得て IC レコーダーに録音された。

表8 インタビューガイド(主な質問項目)

- | |
|---------------------------|
| 1. どのようなことを観察しているかについて |
| 2. 院内の多職種との連携について |
| 3. 在宅ケアチームとの連携について |
| 4. 経口摂取に移行できた具体的なケアについて |
| 5. 経口摂取に移行できなかった患者の状態について |

分析には、木下の提唱する修正版グランディッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach : M-GTA）の手法を用いた⁸³⁾⁸⁴⁾⁸⁵⁾。分析する上で逐後録の全体を精読し、分析テーマ⁸⁶⁾を嚥下外来に関わる多職種が『本人と家族の納得を目指した支援』のプロセスと設定した。まず、1 事例目の逐後録から、分析テーマに関連があると考えられる文脈を 1 つのバリエーションとし、1 つの分析ワークシートを作成

した．分析ワークシートの1例を表9に示した．分析ワークシートは、バリエーションの意味内容を損ねないように短文で表現する『定義』、定義の内容を凝縮した言葉に変え命名した『概念』、この一連の解釈過程で湧いてきたアイデアや疑問を記載する『理論的メモ』で構成されている．2事例目以降は、1事例目で生成した概念に対して、類似例と対極例を比較検討しながら、新しい概念を生成していった．類似する概念を集めて、カテゴリー化した．概念数の多いカテゴリーには、サブカテゴリーを生成し分かりやすくした．さらに、「複数のカテゴリー間の関係となるコアカテゴリー」⁸⁷⁾を生成した．カテゴリーのプロセスを整理し、ストーリーラインを作成した．分析の際は、質的研究に精通した共同研究者1名に、逐語録の概念化、さらにカテゴリー化していく際に、スーパーバイズを受けた．生成した概念とカテゴリーが臨床現場と乖離していないかどうかについては、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士であり、摂食機能療法専門歯科医師の共同研究者1名に確証性の確認を受けた．

4. 倫理的配慮

研究対象者に研究説明書を提示しながら、口頭にて研究内容を説明した．研究への参加は自由意志であること、研究への同意をした後でも同意の撤回が可能であること、研究への不参加による不利益がないこと、インタビューデータを逐語録にしたものは、匿名化し施設や個人が特定されないように十分に配慮し、ICレコーダーに録音されたデータは、USBに保管した後に消去する．インタビューデータの逐語録とUSBは、施錠できる書庫に厳重に管理することを事前に説明し、文書での同意を得た．本研究は、神奈川歯科大学研究倫理審査委員会にて承認を得て行った（第710番：2020年10月21日）．

表9 分析ワークシートの1例

概念名	食欲の湧かないミキサー食の形態を上げたい本人の希望を聞く
定義	退院後に食欲の湧かないミキサー食を長い期間食べていて、嚥下外来で評価して食事の形態を上げたいという本人の希望を聞いている
バリエーション (具体例)	「肺炎のため入院し、入院先の担当医からミキサー食の指示が出ると、退院後もミキサー食をずっと食べていた．ミキサー食は食欲が湧かないので、食事の形態を上げたいという理由で受診する．安全を見てるけど 本人にしてみれば3食なので長かっただろうなと思った．急性期病院は治療が主になるので嚥下機能をフォーカスする場ではない」
理論的メモ	退院後にも入院時の食事形態の指示が継続されていた．退院後に身体機能が回復すれば嚥下機能も回復することが考えられる．ミキサー食を上げて美味しく食べたいという本人の希望である．本人と家族が嚥下外来を受診していなければ、そのままの食事形態であったのか、他にも同様に入院時の食事形態を食べている人はいるのではないか

5. 結果

1) 対象者の概要 (表 10)

本研究への協力が得られた 4 病院のいずれかに所属し、なおかつ嚥下外来に関わっている多職種 8 名の概要を表 10 に示した。

	年齢 (歳代)	性別	職種	臨床経験年数 (年)	嚥下外来に 関わっている年数 (年)	インタビュー 時間(分)
A	40	男性	医師	25	12	30
B	50	女性	認定看護師*	28	9	55
C	40	女性	看護師	18	5	35
D	40	男性	言語聴覚士	19	12	31
E	30	女性	管理栄養士	17	10	53
F	40	女性	管理栄養士	22	15	45
G	20	女性	歯科医師	4	3	44
H	30	女性	歯科衛生士	15	2	56

*: 摂食・嚥下障害看護認定看護師

2) 嚥下外来を受診する高齢者の特徴

インタビューの語りにあった高齢者の基礎疾患は、脳血管疾患、神経難病、認知症、慢性呼吸器疾患、舌癌であった。高齢者の摂食・嚥下機能は、VE、VF の検査所見に基づき、経口摂取への移行が可能な状況と、誤嚥のリスクが高く経口摂取が難しい状況であった。

3) 嚥下外来に関わる多職種の高齢者と家族への支援 (表 11)

8 名の語りから、30 概念、3 つのサブカテゴリー、7 つのカテゴリーを生成したものを表 11 に示した。以下、概念を〈 〉、カテゴリーを【 】、コアカテゴリーを《 》とする。表中の表記は、VE：嚥下内視鏡検査 (videoendoscopic evaluation of swallowing)、VF：嚥下造影検査 (Videofluoroscopic examination of swallowing)、ADL：日常生活動作 (Activities of Daily Living)、QOL：生活の質 (Quality of life) とする。

表11 嚥下外来に関わる多職種の高齢者と家族への支援

サブカテゴリー		概念
嚥下外来受診初期の支援	本人および家族の食事への意向を聞く	食事に対する意向を本人の言葉で確認する 食欲の湧かないミキサー食の形態を上げたい本人の希望を聞く とろみ調整剤の使用を止めたいという本人の希望を聞く 本人の喜ぶところが見たいという家族の意向を聞く 本人の食事への目標や嗜好を知る 本人の食べたいものを細かく聞き取る
		VE・VFの所見を把握する
		医学的な診断 所見を把握する
	全体的な背景を踏まえた 摂食・嚥下機能の評価 をする	鎮静剤の副作用による影響と判断する 移動動作や会話時の観察をする 食べている様子を観察する 普段の食事の様子を聞き取る
		関わられるマンパワーを把握する
		家庭内での調理の担い手を把握する
		生活の全体像 を把握する
		生活環境を把握する
		介護力と経済力を把握する
		介護者の負担を考慮する
経口摂取可能な支援 誤嚥のリスクがある	生活全体と介護力のバランスを踏まえた指導をする	介護力に応じた食事の選定をする アドバイスしたことが在宅・施設で実施可能かどうかを判断する 徐々に経口摂取量を増やす経過を見守る
	本人の飲み込みが難しい現状を家族に説明する	VFによって飲み込めていない事実を家族に説明する VF時の本人の指示への理解力を家族に伝える
	本人の味わう楽しさを支える	本人の食事について家族に考える機会を作る お楽しみ程度のわずかな量でも食べられる喜びを支える 味覚に刺激し味わう楽しさを支える
	本人と家族の安定した生活について話合う	本人の望まない経口摂取を促すよりも安定した栄養補給を提案する 無理に経口摂取を進めることでADL・QOLの低下を招くことを伝える
	多職種での支援の方向性を決める	家族の看取りへの決断を多職種で支える 本人と家族と多職種で話し合い生活の方向性の統一をする

4) 結果のストーリーライン (図3)

嚥下外来に関わる多職種による高齢者と家族への支援のプロセスと、カテゴリー間の関係性を整理したストーリーラインを図3に示した。支援は嚥下外来の初診時から始まり、矢印に沿って上から下に流れていくプロセスを辿る。

多職種による初期の支援として、【本人および家族の食事への意向を聞く】支援をし、【全体的な背景を踏まえた摂食・嚥下機能の評価をする】支援を行っていた。誤嚥のリスクはあるが経口摂取が可能な高齢者に対しては、【生活全体と介護力バランスを踏まえた指導をする】支援を行っていた。誤嚥のリスクが高く経口摂取が難しい高齢者に対しては、【本人の飲み込みが難しい現状を家族に説明する】ことを行い、味覚刺激等による【本人の味わう楽しみ支える】支援を行っていた。さらに、【本人と家族の安定した生活について話し合う】支援を行っていた。一方で、人工的水分・栄養補給法を希望せずに看取りを決断する家族や、嚥下調整食の指示があるにも関わらず、食べたいものを食べる選択をする高齢者に対しては、【多職種で支援の方向性を決める】支援を行っていた。これらの支援の最終目標として、《本人と家族と多職種で実現可能な目標をすり合わせる》支援を生成した。

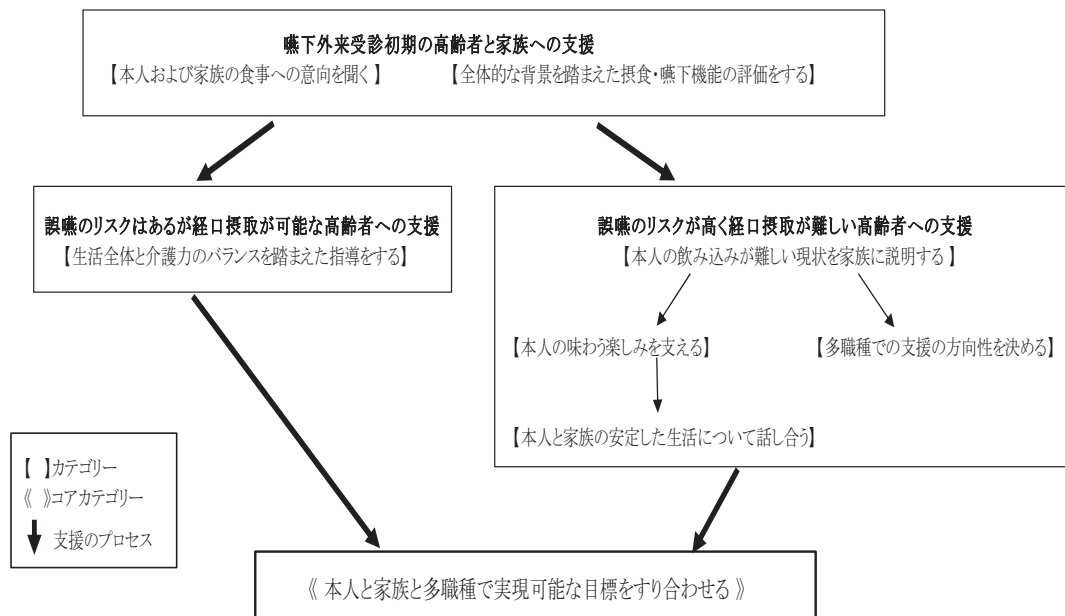


図3 嚥下外来に関わる多職種の高齢者と家族への支援 -本人と家族の納得を目指した支援のプロセス-

6. 考察

1) 本人と家族の納得を目指した支援

多職種らは、【本人および家族の食事への意向を聞く】支援で、好きなものを食べたい本人の思いと、本人に食べさせて喜ぶところが見たい家族の思いを汲み取っていた。しかしながら、誤嚥のリスクが高く、家族の思いに応じられない場合があった。まずは家族に VE、VF の所見を基に【本人の飲み込みが難しい現状を家族に説明する】ことを行い、〈本人の食事について家族に考える機会を作る〉支援を行っていた。本人の嚥下機能に応じて、〈お楽しみ程度のわずかな量でも食べられる喜びを支える〉や〈味覚に刺激し味わう楽しみを支える〉ことから、【本人の味わう楽しみを支える】支援を行っていた。このように本人と家族の納得に向けて、【本人と家族の安定した生活について話し合う】支援を行っていたことが考えられた。

2) 本人と家族と多職種で実現可能な目標をすり合わせる

高齢者の摂食・嚥下機能は、疾患、薬物の副作用、身体機能、経口摂取への意向や意欲、介護力等様々な要因が影響している。Takeuchi⁴⁶⁾と Furuta⁴⁷⁾は、高齢者の日常生活動作と嚥下障害、認知機能等への関連を報告しており、生活の全体像を多面的に踏まえて評価をしていく必要がある。【全体的な背景を踏まえた摂食嚥下機能の評価をする】支援では、多職種による知識と技術の集約によって、多面的な評価に繋がったことが考えられる。多職種による多面的な評価をした上で、【生活全体と介護力のバランスを踏まえた指導をする】支援を行い、家族に無理のない範囲での介護を考慮していた。岡澤ら⁸⁸⁾は、介護負担度には食事形態の関連を報告しており、嚥下調整食の調理は、家族の負担になることを認識しておく必要がある。しかし一方で、看取りを決断する家族や、食べたいものを食べる選択をする高齢者もいるため、【多職種での支援の方向性を決める】支援を行い、あらゆる状況に応じた支援を行う必要があった。多職種らは、本人と家族の意向を尊重し《本人と家族と多職種で実現可能な目標をすり合わせる》支援を行っていたことが考えられた。

3) 高齢者に対する摂食・嚥下評価の課題

表9のバリエーションに示した、「入院先の医師からミキサー食の指示が出ると、退院後もそれを継続して食べていた」という語りから、退院後に継続的な嚥下機能評価

を受けていなかったことが課題として明らかとなった。先行研究においても、在宅療養者に対する継続的な摂食嚥下評価が行われていない課題が指摘されている⁴⁹⁾⁵⁰⁾。今後は、高齢者が必要時に嚥下機能評価が受けられるような体制作りが、必要であることが示唆された。

7. 結論

嚥下外来に関わる多職種らは、高齢者と家族の食べることへの意向を尊重し、納得を目指した支援を行っていた。看取りを決断する家族や食べたい物を食べる選択をする高齢者もあり、本人と家族と多職種で実現可能な目標をすり合わせていた。

第8節 高齢者における経口摂取の意義

第7節では、嚥下外来に関わる多職種が、高齢者と家族に対する支援の現状を明らかにすることを目的に調査した。嚥下外来を受診する高齢者は、口から食べたいという希望を持っていた。同様に家族も、本人に口から食べさせたい、わずかな量でも食べる本人の喜びを取り戻したい、食べて喜ぶ本人の顔が見たいと願っていた。食欲という人間の基本的な欲求は、マズローのニード論の「生理的欲求」として、ニードの根底にある第1段階として提唱されている⁸⁹⁾。当然のことながら食欲は、空腹を感じて人間が生きていくための食べる行動への原動力となる。また、食事は栄養補給と共に、食べる喜びや満足感を得ることができる。生活の中で食欲が満たされることによって、QOLの維持となる。

高齢者にとっての経口摂取の意義について考える。食べるという動作は、全身の諸機能を総動員すると言っても過言ではない。まずは、座位姿勢を保持するための全身の筋力が必要である。目の前の食事を食事と認知するための認知機能、食事を食べるための食具を持つ指先の巧緻動作、口腔内の唾液・舌による食塊形成のための咀嚼運動、食塊を舌が咽頭に送り、喉頭蓋が反転し喉頭口を閉鎖し、嚥下となる⁹⁰⁾。このように、食べるという行動には、全身の筋力、認知機能、口腔機能が必要である。特に、口腔機能は様々な機能に関与し、摂食・飲水、発語、顔面運動による感情の表出等を司っている。さらに、口腔内に食物が入った刺激によって、唾液分泌を刺激し消化活動を誘発している⁹⁰⁾。口腔機能が低下する口腔機能低下症は、身体機能の低下となるフレイルの原因になる。日本歯科医師会はオーラルフレイル概念図 2019 年度版を作成し、口のささいなトラブルを放置することで、咀嚼・嚥下機能の低下となり延いては身体機能の低下に陥ることを提唱した⁹¹⁾。先行研究においても、オーラルフレイルは低栄養のリスクであり、体力低下から要介護状態に陥ることの関連性が報告されている⁹²⁾⁹³⁾。そのため、高齢者にとって食べるという行動は、口腔機能低下症を防ぐために重要となる。谷口らは⁹⁴⁾、地域に在住している自立した高齢者に対して、口腔機能と健康関連 QOL について調査した。その結果、口腔機能低下症と群分けされた者は、健康関連 QOL のスコアが低いことが明らかとなった。また、歯科医師の絹川ら⁹⁵⁾は、意思疎通が困難であり、なおかつ寝たきり状態で胃瘻の 80 歳男性に、家族が口腔機能管理と経口摂取による栄養改善を希望があり介入した。そして、訪問歯科診療による摂食嚥下リハビリテーションを行い、家族が間接訓練を実施した。このこと

によって、経口摂取には移行できなかったが、覚醒が改善したことを報告している。このように、口腔機能を刺激することによる成果が報告されている。口腔機能を維持するための口腔ケアの重要性については、第4節にて述べた。以上のことから、高齢者にとって経口摂取は、喜びや満足のいく QOL の維持と共に、身体機能の維持に繋がる。そのため、高齢者にとって経口摂取は重要であると言える。

第9節 摂食・嚥下機能障害のある要介護高齢者への地域の取り組み

1. 地域での食支援への取り組み

全国国民健康保険診療施設協議会は、摂食・嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の大規模調査を実施した⁹⁶⁾。その結果、摂食・嚥下障害のある人を発見した時の相談窓口が不明であると回答した地域が約5割であった。加えて、織本らの⁹⁷⁾在宅で療養している高齢者に関わる専門職への調査においても、栄養・食生活支援を実施することにあたり困っていると回答した介護支援専門員は約7割、看護師は約8割という結果であった。これらの結果から地域の多職種は、在宅で療養している高齢者への食支援に、困難を抱えていることが明らかである。

地域によっては医師や歯科医師がリーダーとなり、食支援の研究会を発足させ、地域ぐるみで取り組んでいる報告がある。荒金⁹⁸⁾は、「京滋摂食嚥下を考える会」を設立し、地域で継続した摂食・嚥下障害への支援と地域連携を目的に活動している。また、五島⁹⁹⁾は、「新宿食支援研究会」を設立し、専門職だけでなく一般住民も参加する地域食支援に取り組んでいる。このように、チームリーダーとなって組織的に運営している地域では、多職種での地域ネットワークが良好である。最終的にこのような地域ネットワークの構築は目標であるが、全ての地域に支援体制が整備されていないのは現状であり、地域における課題である。

2. 地域における多職種連携の現状

2017年に「多職種経口摂取支援チームマニュアル」¹⁰⁰⁾が刊行された。これは、介護報酬で評価されている「経口維持加算」を、多くの介護保険施設で実施できるようにマニュアル化されたものである。介護保険施設は、設置基準として配置された多職種が勤務しており、食事に関しては管理栄養士による栄養管理が行われている。また、栄養管理を多職種チームで行う NST 稼働認定施設においても、その認定施設のほとん

どは病院であった¹⁰¹⁾。このように、多職種チームによる栄養管理は、主に病院や介護保険施設で行われているのが現状であった。

在宅生活を支えている介護保険制度の居宅サービスは、同じ時間帯に1つのサービスの利用と定められている。このため、多職種が同時に集まって情報交換する場は持ちにくい。さらに、摂食・嚥下に関しての専門職であるSTの訪問看護ステーションの登録者数が少ない現状である。令和3年の訪問看護ステーションに従事しているSTは、全国で2,750人でありPTの22,579人の約8分の1である¹⁰²⁾。また、管理栄養士は、介護保険施設と通所系で従事者登録されているが、訪問系（訪問介護、訪問看護ステーション、訪問入浴介護）での登録はない。藤¹⁰³⁾の管理栄養士への調査結果では、約8割が在宅訪問栄養指導を行っていない結果であった。その理由は、医師の方針が約5割であり、在宅訪問栄養指導には医師の指示書が必要なことが影響している。このように、在宅ではSTや管理栄養士による活動が未充足である。

腰原¹⁰⁴⁾は在宅に退院した患者の栄養管理について調査した。調査の対象者は、訪問看護、訪問リハビリテーションを利用しており、要介護認定は4と5が約5割であった。むせがある患者は約3割であり、その3割の中の約4割がむせの対処法を説明されていない結果であった。その原因についての調査はされていないが、1つは訪問看護師、訪問リハビリテーション職が、食事場면을観ていない可能性が推察される。これも制度の限界があり、訪問時間が決められており、決められた訪問時間内に必要なサービス・ケアを提供するという仕組みが影響していると考えられる。また、森田¹⁰⁵⁾は、口腔機能低下に伴う栄養障害に対する介護職や医療職の認識について、地域の多職種に調査した。その結果、全体では約7割が「知っている」と回答し、STが約9割と最も多かった。「知っている」の最も低い回答は、看護師で約6割であった。このように、職種間でも同じ認識でないことが明らかである。

松井¹⁰⁶⁾は、訪問看護、訪問介護、居宅介護支援事業者の多職種に、チーム活動をどの程度実践できているかについて調査した。その結果、利用者や職場での人間関係、保険外のサービスの情報、職場外連携研修、職場内現任研修が関連要因であったことを報告している。この結果から、保険外のサービス情報、職場外連携研修は、地域との交流が必要であると考えられる。すなわち、所属する勤務先だけの活動では、チーム活動が実践できたと認識されないことが言える。阿部ら¹⁰⁷⁾は、地域における医療介護福祉従事者間の連携を評価するツールとして、「医療介護福祉の地域連携尺

度」を開発した。この尺度の下位項目として、「地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる」、「地域に相談できるネットワークがある」とある。このように地域の医療介護福祉の専門職種は、各々の事業所で勤務しているが、顔の見える関係性や地域ネットワークへの参加を必要としていることが分かる。

3. 要介護高齢者に訪問診療を行う歯科医師の地域連携への取り組み

摂食・嚥下障害のある要介護高齢者に対して、嚥下機能の評価や口腔歯科治療、摂食・嚥下リハビリテーション等を療養先に訪問して行う訪問歯科診療がある。訪問歯科診療による嚥下機能評価は、在宅に機器を持ち込み VE による精密検査が可能である。訪問歯科診療について厚生労働省は e-ヘルスネットにおいて、「要介護高齢者が在宅や施設で歯科診療が受けられるものであり、歯科治療をはじめとする口腔機能の維持管理は、食べるという機能ばかりでなく、生きる力や QOL の向上に寄与している」¹⁰⁸⁾ と掲載されている。

日本老年歯科医学会は、2016 年に摂食機能療法専門歯科医師という摂食・嚥下機能に関する専門性のある歯科医師を認定している。その認定内容は、「高齢者に必要とされる歯科医療を提供するための摂食・嚥下リハビリテーションに関する専門的な知識と技術を有する歯科医師」¹⁰⁹⁾ と定めている。

2018 年に日本老年歯科医学会の会員に対して行われた調査において、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組み（地域ネットワーク事業、地域ケア会議、サービス担当者会議）に関わっている者が約 4 割と低い結果であり、歯科医療従事者および他職種への情報提供の必要性を述べている¹¹⁰⁾。また、横浜市に開設された口腔保健センターの患者動向の結果は、大半が比較的若年層で通院可能な発達障害患者が占めており、通院困難な在宅療養高齢者が少なかったことへの要因として、福祉関連職種との連携不足を述べている¹¹¹⁾。これらの先行研究から、歯科分野の地域連携不足の課題が指摘されている。そこで前川ら¹¹²⁾は、摂食・嚥下障害のある要介護高齢者の訪問歯科診療を行っている摂食機能療法専門歯科医師に、地域連携への取り組みについて聞き取り調査を行った。さらに、入院患者や在宅療養者の口腔機能の維持に向けた看護師の役割について考察した。

1) 目的

摂食・嚥下障害のある要介護高齢者の訪問歯科診療を行っている摂食機能療法専門歯科医師に聞き取り調査を行い、地域連携への取り組みについて明らかにする。さらに、入院患者や在宅療養者の口腔機能の維持に向けた看護師の役割について、考察することを目的とする。

2) 対象

関東地方の中核市にある歯科大学病院の摂食嚥下外来に勤務し、在宅療養者や施設入所者への訪問歯科診療と、入院中の高齢患者に対して診察を行う摂食機能療法専門歯科医師1名（以下、A氏）を対象とした。

A氏の概要を表12に示す。A氏の勤務している診療科は、全身管理高齢者歯科であるため、診療を行う人のほとんどは高齢者であった。

A氏は、地域で活動している多職種と地域住民に向けて口腔機能や食支援について啓蒙していた。A氏の他に地域に向けて啓蒙活動を行っている摂食機能療法専門歯科医師を探したが、複数名見つけることが難しかった。

表12 対象者の概要

年齢 (歳代)	性別	臨床経験年数 (年)	嚥下外来に 関わっている年数(年)
30	男性	12	11

3) 方法

(1) 研究デザイン：質的帰納的研究を行った。

(2) データ収集方法

2020年11月に、研究対象者に研究内容を口頭と紙面で説明し、同意を得た上でインタビュー調査を約1時間行った。研究対象者の許可を得て、会話をICレコーダーに録音させてもらった。面接時の新型コロナウイルス感染防止対策として、著者は調査2週間前から検温と体調チェックを行い、その結果を表に記載し健康状態の申請をした。面会前には手洗い、うがい、手指のアルコール消毒を行い、サージカルマスクを着用し、挨拶後にさらにフェイスシールドを装着し、対角線上に1m以上の間隔を空けて

座った。インタビューは、地域連携への取り組みについて、自由に語ってもらった。

（３）分析方法

インタビュー内容は逐後録に起こし、Krippendorff の内容分析¹¹³⁾ の手法を用い、会話の意味内容を損ねないように文脈で区切りコード化した。類似するコードを集めてサブカテゴリー、さらにカテゴリーを生成した。分析の際は、質的研究に精通した共同研究者のスーパーバイズを受けた。

（４）倫理的配慮

研究対象者に研究説明書を提示しながら、口頭にて研究内容を説明した。研究への参加は自由意志であること、研究への同意をした後でも同意の撤回が可能であること、研究への不参加による不利益がないこと、インタビューデータは匿名化し施設や個人が特定されないように十分に配慮し、施錠できる書庫に厳重に管理することを事前に説明し、同意書に署名してもらい同意を得た。論文としてまとめたものを公表する前に研究対象者に送付し、内容を確認してもらい論文投稿の承諾を得た。本研究は、神奈川歯科大学研究倫理審査委員会にて承認を得て行った（第 710 番：2020 年 10 月 21 日）。

４）結果

（１）A 氏の地域連携への取り組み

A 氏の地域連携への取り組みに関する結果を表 13 に示す。以下の文中では、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉, コードを『 』で示す。A 氏の地域連携への取り組みは 3 つのカテゴリーの、【地域の多職種を巻き込んだ診療】、【地域の多職種と顔の見える関係作り】、【地域の住民への啓蒙】が生成された。【地域の多職種を巻き込んだ診療】は 3 つのサブカテゴリーの、〈地域の多職種からの診察依頼〉、〈地域の多職種への働きかけ〉、〈地域の多職種での支援の方向性の統一〉から構成されている。

【地域の多職種と顔の見える関係作り】では、〈地域ネットワークへの目標〉、〈地域の多職種への研修会〉、〈地域の職能団体への参加〉、〈地域の多職種との活動〉の 4 つのサブカテゴリーから構成されている。【地域の住民への啓蒙】では、〈地域の住民から受診の依頼〉、〈地域の住民への口腔衛生教育〉の 2 つのサブカテゴリーから構成されている。

表 13 中の嚥下調整食は、食事にとろみを付けて嚥下し易くした食事形態とする。

カテゴリー		サブカテゴリー	コード
地域の多職種 を巻き込んだ 診療	地域の多職種の 診療依頼	地域の多職種からの 診療依頼	主治医、ケアマネジャー、言語聴覚士等から受診の依頼がある コメディカル(看護師、言語聴覚士)、主治医がなんとか食べさせようという場合や食べられそうだと判 断した場合に診療の依頼がある
			主治医から診療の依頼が多い
			栄養士連絡協議会の管理栄養士から嚥下障害の相談を受け、訪問診療の依頼に繋がることがあった
			連携する職種は、管理栄養士や訪問看護ステーションにいる言語聴覚士が多い
			在宅療養者に栄養指導が必要な場合は、管理栄養士に依頼する
			訪問介護士、訪問看護師に連絡し、在宅療養者に必要なケアを見もらう
			在宅療養者と関わっているケアマネジャーと連携する
			施設入所者であればケアワーカーとも連携する
			在宅療養者の嚥下障害が改善されない場合は、地域にある一般病院の耳鼻科に紹介する
			唾液誤嚥が多い在宅療養者は経口摂取よりも誤嚥性肺炎予防の方に重点を置いて、吸引指導や口腔ケア の方法を家族や訪問介護士、看護師に指導する
地域の多職種 と顔の見える 関係作り	地域の多職種での 支援の方向性の 統一	地域の多職種での 支援の方向性の 統一	在宅療養者と家族、または施設入所者が、説明を聞き入れずに今までの方法を継続する場合は、療養者と 家族、ケアマネジャー、主治医、関わっている多職種間でカンファレンスを行った
			在宅療養者と家族の意向が、好きな物を食べて、肺炎で亡くなっても悔いはないということであれば、その方 向でいくことを多職種で確認した
			診療地域における地域の人々とのネットワークを目標に行っている
			地域の高齢者の摂食・嚥下障害を早期に見出し、相談してもらえるような仕組み作りを目指している
			地域の多職種に向けては、通年講座という形で摂食・嚥下の基礎講座を開催した
			地域の多職種に対して研修会や講演会を行った
			施設や病院から「口腔ケアのセミナー」の勉強会をして欲しいとの依頼があった
			地域にある摂食嚥下リハビリテーション研究会の会合に参加している
			地域にある栄養士連絡協議会のサブの会員として月1回の会合に参加している
			栄養士連絡協議会で嚥下調整食のコード分類を作成している
地域の住民 への啓蒙	地域の住民から 受診の依頼	地域の住民から 受診の依頼	地域にある病院・施設の食事形態の統一のために、多職種で嚥下調整食を食し食事形態を確認した
			地域にあるレストランのシェフが作った嚥下調整食を、多職種で食し食事形態を確認した
			家族の「食べさせたい」という希望から受診に繋がる
			地域の住民に対して研修会や講演会を引き受けていた
			年に1～2回の割合で、100人弱の市民公開講座を行った
			外来の患者が所属している老人会で飲み込みの話をしたいという依頼があり行った
			認知症カフェでの講演を行った

5) 考察

(1) 地域の多職種との関わり

A氏は地域との多職種と、【地域の多職種を巻き込んだ診療】、【地域の多職種と顔の見える関係作り】の関わりをしていた。

【地域の多職種を巻き込んだ診療】では、診療後にA氏から地域の多職種に〈地域の多職種への働きかけ〉をしていた。看護師との連携については、『訪問介護士、訪問看護師に連絡し、在宅療養者に必要なケアを見てもらう』、『唾液誤嚥が多いケースは経口摂取よりも誤嚥性肺炎予防の方に重点を置いて、吸引指導や口腔ケアの方法を家族や訪問介護士、看護師に指導する』ということを行っていた。このように摂食機能療法専門歯科医師が、在宅療養者の口腔に関する必要なケアを多職種に伝えてもらうことによって、摂食・嚥下に必要なケアが継続されると共に、多職種の摂食・嚥下に関する知識や技術の向上に繋がることが考えられる。

【地域の多職種と顔の見える関係作り】では、A氏の勤務している地域には、様々な職能団体の会合が定期的にあり、多職種のネットワークが構築されている地域であった。地域の多職種が定期的に集まる機会があることで、多職種間の顔の見える関係が構築されていた。多職種のネットワークによって、〈地域の多職種からの診察依頼〉があり、嚥下機能に問題のある在宅療養者がいた場合に相談してもらい、嚥下外来への受診や訪問診療の依頼を受ける機会となっていた。このように、在宅療養者の嚥下機能低下時に早期から歯科医師の介入が出来ることが明らかとなった。歯科医師の早期に介入によって、口腔機能の改善やオーラルフレイルの予防が出来ることが考えられる。

(2) 地域の住民との関わり

A氏は【地域の住民への啓蒙】によって、地域の住民に向けての研修会や公開講座等を行っていた。地域の住民が口腔機能への知識や関心を持つことで、介護予防に繋がることが考えられる。また、〈地域住民から受診の依頼〉で、『家族の「食べさせたい」という希望から受診に繋がる』とあり摂食嚥下に関する相談窓口の周知になることが考えられる。在宅歯科医療の認知度に関して50歳以上の住民に対して行った調査において、自分や家族、知り合いが訪問歯科診療を依頼したことがある人や、「オーラルフレイル」という言葉を知っている人は低い結果であった¹¹⁴⁾。そのため、地域の

住民らに口腔機能についての知識を伝えることが急務であり、地域の住民に対しての講座等をあらゆる地域で行っていく必要があると考える。

（３）要介護高齢者の口腔機能の維持に向けた看護師の役割について

森田らの介護職や医療職を対象とした調査の結果は、口腔機能低下に伴う栄養障害への認識度が最も低かった職種は看護師であった¹⁰⁵⁾。これは看護師が予防分野に精通していないことが考えられる。在院日数の短縮化によって、急性期治療が終了すれば退院となり、在宅で慢性期医療が行われるようになった。退院後の生活を見据えた医療や看護を提供していく上で、患者の身体機能の維持に向けた予防的な視点も必要である。そのために看護師は、患者の口腔機能にも着目し、必要時は早期に歯科医師に連携していくことによって、オーラルフレイルの予防や介護予防に繋がることが考えられる。口腔機能を良好に保つことによって経口摂取量の増加、延いては栄養状態の改善や体力回復に繋がることが考えられる。

6) 結論

地域ネットワークによって多職種間の顔の見える関係性が構築されていると、在宅療養者の嚥下機能低下時に早期から歯科医師の介入ができることが明らかとなった。看護師は患者の口腔機能にも着目し、必要時は早期に歯科医師に連携することで、オーラルフレイルの予防や介護予防に繋がることが考えられる。看護師は入院患者や在宅療養者が必要時に嚥下機能検査が受けられるために、歯科医師への橋渡し役となることが期待される。

第10節 看護師による高齢者への食支援の現状

第9節にて、摂食機能療法専門歯科医師への地域連携への取り組みについて調査した。その結果、地域ネットワークによって多職種間の顔の見える関係性が構築されていると、要介護高齢者の嚥下機能低下時に早期から歯科医師の介入ができることが明らかとなった。看護師の役割として、患者の口腔機能にも着目し、必要時は早期に歯科医師に連携することが必要であると考ええる。

千葉ら¹¹⁵⁾は、胃瘻を造設した高齢者が胃瘻を離脱するための、看護実践におけるケアプロトコルを開発した。そのケアプロトコルの中で、経口開始の判断基準を評価指標として検証している。また、日本看護科学学会は看護ケア開発・標準化委員会を設立し、看護ケアのための摂食嚥下時の誤嚥・咽頭残留アセスメントに関する診療ガイドライン¹¹⁶⁾を公表した。このガイドラインは、「成人の摂食嚥下時の誤嚥・咽頭残留のアセスメント及び看護ケアの選択方法・実施方法を示し、早期に適切な摂食嚥下ケアを行い誤嚥性肺炎の発症を予防すること」を目的としている。加えて西澤らは¹¹⁷⁾、看護職が嚥下障害を臨床判断するための診断指標を開発した。この診断指標は63項目から構成される主観的・客観的観察に基づいている。このように摂食・嚥下の看護ケアのエビデンスを標準化した潮流があり、看護師のアセスメント能力の向上が期待されている。

三澤ら¹¹⁸⁾は、訪問看護ステーション職員に対して、在宅高齢者の摂食・嚥下機能に関しての把握状況と歯科医療関連施設との連携について調査した。その結果、「利用者の食事中の誤嚥、窒息について心配なことがあったかどうか」のあると回答した者は約9割いた。また、「利用者の摂食・嚥下機能に関して医師・歯科医師・歯科衛生士といった専門職との連携」についてあると回答した者は約6割であり、その連携のきっかけは「訪問看護ステーションからのアプローチ」と回答した者が約8割であった。また、中山らは、家族介護者へ多職種ケアについて既存の尺度で測定した結果、訪問看護サービスを利用している家族は、「優れたケアを提供するために連携してくれる」という項目に統計的に有意差があり、訪問看護師が多職種連携の中核的な役割を担っていることを報告している¹¹⁹⁾。これらの結果から、要介護高齢者の摂食・嚥下機能の把握や多職種との連携は、訪問看護ステーション職員の果たす役割が大きいことが明らかである。

深田らは¹²⁰⁾、訪問看護における摂食・嚥下障害看護の質評価指標改定版の妥当性

と信頼性の検討を行った。この尺度の項目である「他の利用サービス職員への指導」のほぼできているが約4割、「他職種とのチームアプローチの調整」のほぼできているが約3割であった。さらに、妥当性の確認のために因子分析を行い、項目分析と確認的因子分析にて信頼性を確認した。尺度の項目の、「他の利用サービス職員への指導」「他職種とのチームアプローチの調整」は、構成概念妥当性が確認され、信頼性が高い指標であることを報告している。

太尾らは¹²¹⁾、高齢者福祉施設に勤務する看護師と介護士に、高齢者の食形態を普通食へと回復させるためのケアについて調査した。その結果、多職種連携として、「STの意見を聞きながら食事を勧める」、「栄養士と嚥下食を考慮する」の具体的なケアを報告している。大野らは¹²²⁾、訪問看護師に食支援の実際について調査している。「包括的な食支援のための多職種連携」について報告し、ヘルパー、ケアマネージャー、主治医、耳鼻科医、歯科医師、歯科衛生士、ST、入院時の病棟看護師、訪問看護師間との連携を報告している。深田は¹²³⁾、訪問看護師に摂食・嚥下障害看護を推進する要因と妨げる要因について調査した。その結果、推進する要因は、リハビリテーション医療職と連携することであった。妨げる要因は、看護師が、増粘剤・摂食体位について知識不足であることであった。これらの先行研究は、多職種連携について報告しているが、訪問看護ステーション職員が、どのように連携しているのかという具体的な内容は明らかにされていない。

第 11 節 多職種連携による実践（Interprofessional Work）の行動の枠組み

多職種連携による実践（Interprofessional Work：以下、IPW）の行動の枠組みとコンピテンシーについて、以下に説明する。

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）¹²⁴⁾ を発行した。このレポートにおいて、Collaborative Practice を、「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」とあり、異なる専門分野の医療従事者が患者、家族、コミュニティと Collaborative（協働・連携）して最も質の高いケアを提供することと説明している。さらに、Collaborative practice works の提供方法と Interprofessional という概念の導入方法を決定する際には、集団またはニーズに即したアプローチが必要であることを記述している。

WHO が掲げた Collaborative という概念は、1998 年に Hugh Barr¹²⁵⁾ によって説明されている。Hugh Barr は、多職種連携能力を 3 つの types によって提唱した。1 つ目は全ての専門職が備えている共通の能力の“Common”，2 つ目は他の専門職と区別して備わる専門職能力の“Complementary”，3 つ目はあらゆる専門職が、他の専門職と、非専門家と、組織内や組織間で、患者とその介護者、ボランティア、地域グループと協力するために必要な能力の“Collaborative”であった。

1. Common : Competences held in common between all professions.
2. Complementary : Competences which distinguish one profession and complement those which distinguish other professions.
3. Collaborative : Dimensions of competence which every profession needs to collaborate within its own ranks, with other professions, with non-professionals, within organisations, between organisations, with patients and their carers, with volunteers and with community groups.

2010 年にカナダの Canadian Interprofessional Health Collaborative（以下、CIHC）は、多職種連携に必要とされるコンピテンシーとして“A National Interprofessional Competency Framework”¹²⁶⁾（以下、NICP）を発行した。この framework は 6 つのドメ

インで構成されているが、全てのドメインの説明に、「patient/client, family, and community」という words が含まれている。これは、多職種連携には専門職がケアを受ける本人（patient/client）と家族と共に行うという構成になっている。Framework のゴールは、Interprofessional Collaboration であり、「A partnership between a team of health providers and a client in a participatory, collaborative and coordinated approach to shared decision-making around health and social issues」と説明されている。これは、ケア提供者とケアを受ける client との共有を示しており、Hugh Barr の提唱した“Collaborative”の説明と適合している。NICP の6つのドメインを次に示す。

The six competency domains of NICP

- 1) Interprofessional communication
- 2) Patient/client/family /community-centred care

この2つのドメインは、以下の4つのドメインに影響する。

- 3) Role clarification
- 4) Team functioning
- 5) Collaborative leadership
- 6) Interprofessional conflict resolution

我が国では春田らが多職種連携コンピテンシー開発チームを発足させ、2016 年に医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシーモデルを開発した¹²⁷⁾。このモデルは、専門職の連携協働を円滑に進めるための能力の中でも、特に協働的能力に焦点を当てて開発されている。このコンピテンシーモデルは、2つのコア・ドメインとコア・ドメインを支える4つのドメインから構成されている。このコンピテンシーモデルの6つのドメインを次に示す。

1. 2つのコア・ドメイン
 - 1) 患者・利用者・家族・コミュニティ中心
 - 2) 職種間コミュニケーション
2. コア・ドメインを支える4つのドメイン
 - 1) 職種としての役割を全うする
 - 2) 関係性に働きかける
 - 3) 自職種を省みる
 - 4) 他職種を理解する

第 12 節 研究背景のまとめ

我が国の高齢者数の増加と共に、要介護高齢者数も増えている。しかしながら介護を担う壮年期世代の人口減少と、核家族化による世帯構造の変化から家族による介護力の脆弱化が起きている。そのため、在宅の多職種に求められる支援内容が拡充している。

要介護高齢者は低栄養状態の者が多く、低栄養の原因は、摂食・嚥下機能低下（障害）や口腔機能低下が関与している。また、要介護高齢者の低栄養は生命予後に影響している。高齢者が自立した生活を送るためには、栄養状態の悪化を防ぐことが重要である。また、我が国の家族の介護力が弱い現状を踏まえ、要介護状態の高齢者を増やさないことは差し迫った目標となることが考えられる。

要介護高齢者の経口摂取への支援に関する文献検討の結果、口腔ケア・多職種によるケア提供が効果的であった。病院での多職種によるケアは、NST 等のチームによる摂食機能療法を提供していた。しかしながら、長い期間に渡り摂食機能療法をチームで提供したにも関わらず、経口摂取に移行できなかった患者がいた。そのため、地域での継続介入が必要であることが示唆された。そこで、地域で療養者の摂食・嚥下機能の診察・評価と相談を担う嚥下外来に調査した。その結果、嚥下外来を受診する高齢者は、経口摂取を希望していた。

2017 年に介護保険施設での多職種による経口摂取への支援をマニュアル化した、「多職種経口摂取支援チームマニュアル」¹⁰⁰⁾ が刊行された。また、栄養管理を多職種チームで行う NST 稼働認定施設においても、その認定施設のほとんどは病院であった¹⁰¹⁾。このように、多職種チームによる栄養管理は、主に病院や介護保険施設で行われているのが現状であった。

在宅の訪問系で活動している多職種には、経口摂取への IPW のマニュアルや指針は示されていない。在宅では、食支援の専門家の ST、管理栄養士の登録人数が少ない現状であることから、食支援が難しいことが考えられる。また、摂食・嚥下機能が低下した高齢者の継続的な嚥下機能評価が行われていない現状が指摘されており、これは在宅の多職種に食支援の指針のないことが影響していると考えられる。

経口摂取への支援は、栄養状態の改善と共に、QOL の向上に繋がる。そのため要介護高齢者の経口摂取に向けた支援モデルを構築し、指針を示す必要がある。

第2章 本文

第1節 研究目的

本研究の目的は、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への多職種による支援モデルを構築することである。

第2節 用語の定義

1. 訪問看護ステーション職員（以下、職員）

訪問看護ステーションに勤務する看護師と、摂食・嚥下障害看護認定看護師（Certified Nurse in Dysphagia Nursing：以下、CN）を（Nurse：以下、NS）とする。さらに、訪問看護ステーションに勤務する理学療法士（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）とする。

2. 専門職

在宅要介護高齢者（以下、療養者）宅を訪問し居宅療養管理指導を行う医師、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士と介護支援専門員（Care Manager：以下、CM）とする。

3. 多職種

本研究で定義した職員と専門職と、療養者宅を訪問しサービスを提供する職種を合わせて多職種とする。

第3節 研究の構成

本研究は、第1段階として調査を行う。訪問看護ステーション職員（調査1）と療養者宅を訪問する専門職（調査2）に調査を行い、摂食・嚥下機能が低下した療養者と家族の希望する経口摂取への支援の現状を明らかにする。第2段階で、調査の結果から生成したカテゴリーを、類似性を基に支援の内容ごとに分類し要素とする。要素を用い、それぞれの関連性や順序性等を整理し、モデル案を作成する。さらに、専門家会議によって、専門家からの視点を加え、要素の順序性、関連性、重要性、実用性を検討し、モデルの精度を高め、摂食・嚥下機能が低下した療養者と家族の希望する経口摂取への支援モデルを構築する。図4に一連の流れを示す。

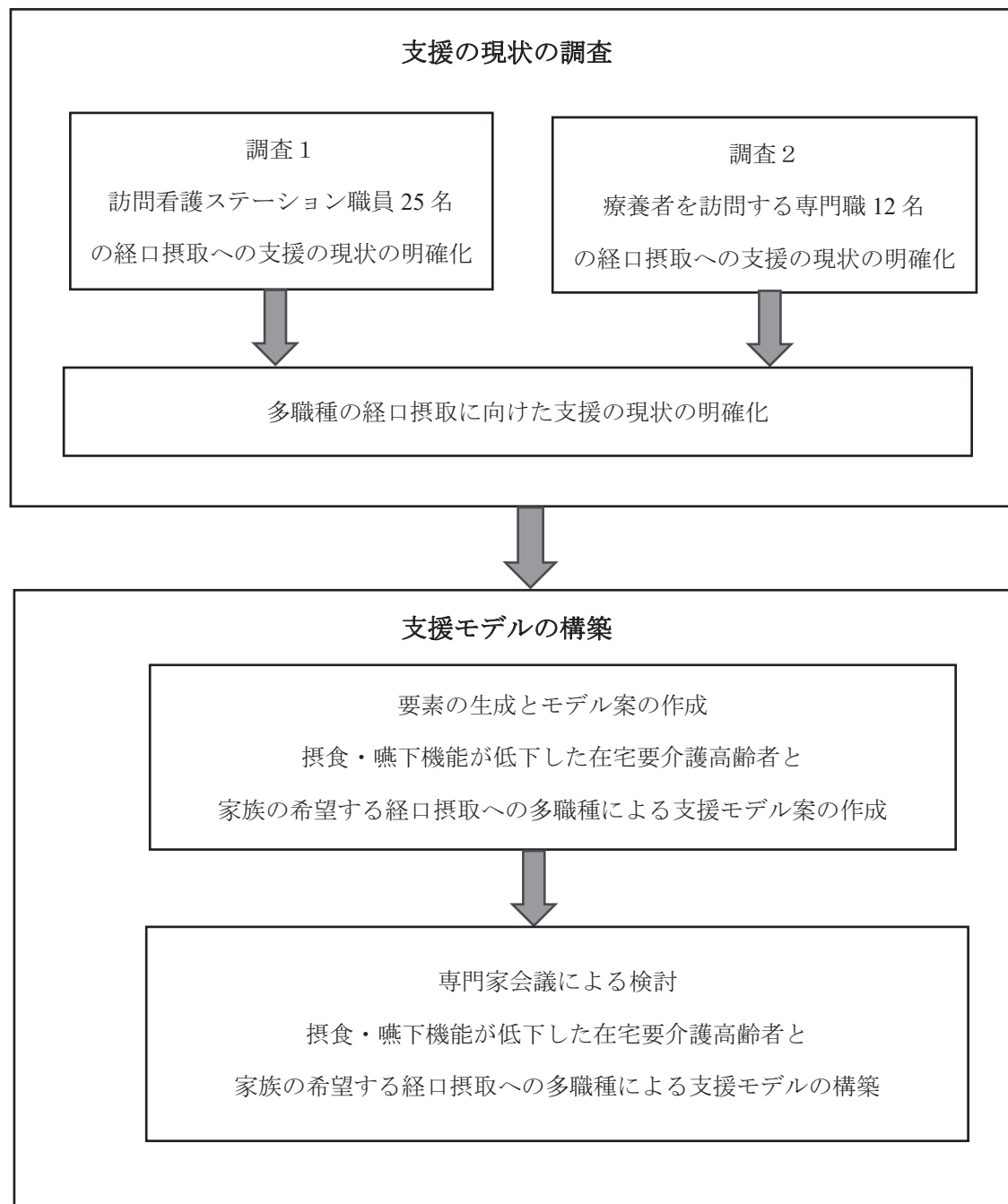


図 4 摂食・嚥下機能が低下した在宅要介護高齢者と家族の希望する経口摂取への多職種による支援モデルの構築の流れ

第4節 研究の意義

摂食・嚥下機能が低下すると経口摂取量の低下から低栄養に陥るため、人工的水分・栄養補給法（Artificial Hydration and Nutrition：以下，AHN）で栄養管理を行うことが一般的である。しかし，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という食欲が継続することある。摂食行動は，本能の行動の1つと考えられ，体の自由を失っても食べることに對する欲求はかなり強く残る¹²⁸⁾と言われている。在宅は療養者と家族が暮らす生活の場であり，そこに医療的ケアのAHNを持ち込むことは難しいことが考えられる。

訪問診療医師の太田は歯科医師と協働し，療養者が口から食べることを推奨している。そして，在宅医療について cure から care へと大きく変わり，life care という暮らしを支え，人生に関わることにパラダイムシフトしたことを述べている¹²⁹⁾。このように在宅での高齢者への医療提供は，療養者と家族のQOLを重視している。

2013年の社会保障制度改革国民会議報告書¹³⁰⁾にて，医療を受ける患者と提供される医療とに，大きなミスマッチが生じていることを指摘している。このミスマッチの解消のために，医療と介護が患者のQOLの維持・向上という同じ目標を掲げ，医療福祉システムの構築を進めるようになった。療養者が住み慣れた地域や自宅で生活するための地域完結型医療へパラダイムシフトしている。

日本老年医学会は2012年に，高齢者のAHN導入に対する意思決定に関して「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～（図5）」¹³¹⁾を発表した。このガイドラインは，本人及び家族とのコミュニケーションを通して，AHN導入をめぐる選択をしなければならなくなった場合に，医療・介護側の関係者（以下，医療・ケアチーム）¹³¹⁾が適切な意思決定プロセスを進めることができることを目的とし，意思決定のプロセスのフローチャートを示している。このフローチャートは「口から食べられなくなった 必要量を摂れなくなった」から始まり，「経口摂取の可能性を身体機能面とケアの実施可能性の面から十分に評価する」に続いていく。次に，「何らかの工夫により，経口的に，ある程度の水分・栄養の摂取が見込まれる」場合は，「経口摂取の努力を続ける」に続いていく。しかし，「経口摂取だけでは水分・栄養摂取が不十分」と医療・ケアチームが判断すると，AHN導入することの延命効果やQOLについて，本人・家族及び医療・ケアチームで考えることに続いていく。このように，AHNの導入に関しての指針は示されている。しかしながら，

摂食・嚥下機能の低下した療養者と家族が経口摂取を希望する場合の支援の指針は、示されていない。また、在宅で療養者を訪問する多職種は医療・福祉介護・保健分野の様々なバックグラウンドであるため、多職種での支援の内容を示す指針が必要であると考えられる。

療養者に対して多職種で支援をした成果が報告されている。地域で訪問歯科診療を行っている並木ら¹³²⁾は、在宅や介護施設で暮らす要介護高齢者に調査を行った。その調査内容は、訪問歯科診療のみ群と多職種で介入した群に分けて、比較検討を行った。介入した多職種は、歯科衛生士、NS、PT、OT、STであった。その結果、多職種が介入した群の方が統計学的に有意に摂食・嚥下機能が改善した。また、脳血管疾患で入院中に誤嚥を繰り返し胃瘻造設となった高齢者が在宅への退院後に、多職種で介入し経口摂取に移行できた事例が報告されている。この事例は、歯科医師、歯科衛生士、OT、栄養士、CM が関わり、約 6 か月後に 1 日 1 食は経管栄養から経口摂取に変更できたことが報告されている¹³³⁾。多職種で介入している諸外国の先行研究については、デンマークのナースィングホームと在宅で暮らす低栄養状態にある高齢者に、多職種（PT、OT、栄養士）で介入し、QOL スコアの上昇、下肢筋力の向上、口腔内の状態が良好になったという成果が報告されている¹³⁴⁾。また、英国において経腸栄養療法を受けている人に、多職種（栄養士、NS、ST）でケア提供し、その成果は、入院回避や療養者の満足度の上昇、栄養状態の改善、嚥下機能の改善が報告されている¹³⁵⁾。このように、多職種で支援することによって、質の高い医療が提供されている。

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）¹²⁴⁾を発行し、「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、コミュニティと連携して、最も質の高いケアを提供することである。連携医療により医療従事者は、医療現場における目標達成を実現するスキルを持ち合わせたあらゆる個人との連携が可能となる」と示し、異なる専門分野の医療従事者が療養者、家族、コミュニティと Collaborative（協働・連携）して質の高いケアを提供することが説明されている。すなわち、在宅での多職種連携による実践（IPW）は、多職種と療養者と家族が Collaborative（協働・連携）していくことであり、多職種による支援モデルが必要であ

る。現在、介護保険の施設サービスには多職種での支援マニュアル¹⁰⁰⁾があるが、在宅の訪問系の多職種には具体的な支援の内容は示されていない。そのため本研究にて、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、在宅の訪問系の多職種の具体的な支援について現状を明らかとし、支援の内容を示した指針となるモデルを構築する。このモデルによって、IPW が促進され、質の高い医療提供と共に在宅看護の質を高めることが期待できる。

Appendix 1 人工的水分・栄養補給の導入に関する意思決定プロセスのフローチャート

☆以下の意思決定プロセスは、「1. 医療・介護にける意思決定プロセス」と「2. いのちについてどう考えるか」に従い、本人・家族や医療・介護・福祉従事者のあいだのコミュニケーションを通じて、皆が納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指して、個別事例ごとに進めてください

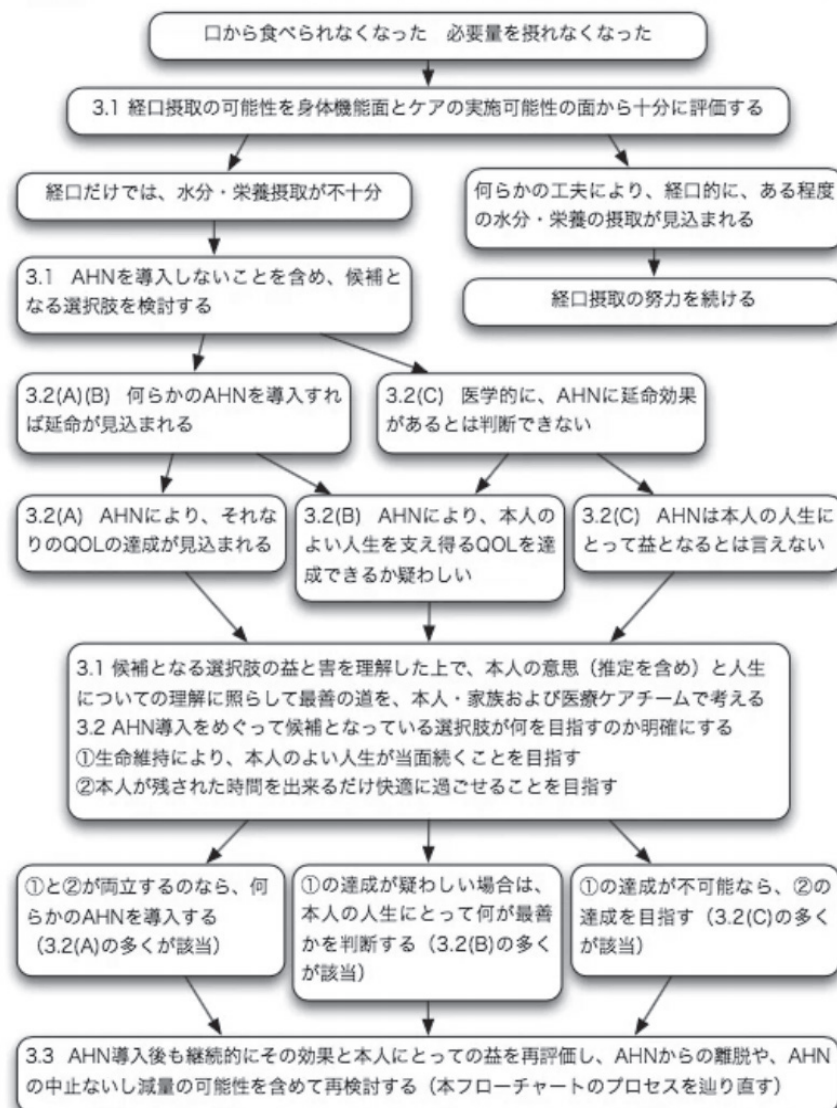


図5 日本老年医学会：「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン人工的水分・栄養補給の導入を中心として」¹³¹⁾

第5節 調査

I. 調査1：訪問看護ステーション職員への調査

1. 目的

訪問看護ステーション職員が行う摂食・嚥下機能が低下した療養者と家族の経口摂取への支援の現状を明らかにする。

2. 対象

関東地方にある PT, OT, ST が勤務している訪問看護ステーションもしくは、日本看護協会が公表する認定看護師登録者一覧¹³⁶⁾ から、CN が勤務している訪問看護ステーションに勤務し、摂食・嚥下機能の低下した療養者の食支援の経験がある職員とした。協力が得られた 12 施設の、NS10 名(CN 5 名を含む)、PT 6 名、OT 4 名、ST 5 名の合計 25 名を対象とした。

3. 方法

1) 研究デザイン

質的帰納的研究を行った。

2) 調査期間

2022 年 2 月から 2022 年 9 月に行った。

3) データ収集方法

研究代表者と 1 対 1 の対面形式にて半構造化面接を実施した。面接内容は、摂食・嚥下機能の低下した療養者とその家族の経口摂取への支援について伺った（別添 1，インタビューガイド）。インタビュー内容は IC レコーダーに録音した。

4) 倫理的配慮

本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、個人情報の厳重管理、匿名性等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審査会での承認を得ている（承認番号：2021-GN03）。

5) 分析方法

対象者の語りは逐語録を作成し、逐語録の意味内容を損ねないように文脈で区切りコード化した。Krippendorff の内容分析¹¹³⁾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。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。

4. 結果

1) 対象者の概要およびインタビュー時間 (表 14)

年齢は 20 から 50 代、臨床経験年数は平均 16.2 年であった。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。

表14 対象者の概要およびインタビュー時間 (n=25)

職種	年齢 (歳代)	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)	インタビュー 時間 (分)
A 認定看護師 *	40	女性	22	4	35
B 認定看護師 *	40	女性	21	13	43
C 認定看護師 *	30	女性	11	6	60
D 認定看護師 *	40	女性	22	3	41
E 認定看護師 *	30	男性	11	3.5	54
F 看護師	50	女性	10	9	31
G 看護師	50	女性	24	4	37
H 看護師	40	女性	25	3	41
I 看護師	40	女性	22	11	58
J 看護師	50	女性	38	7	62
K 理学療法士	40	男性	11	2	32
L 理学療法士	50	女性	34	13	44
M 理学療法士	50	女性	30	22	55
N 理学療法士	20	女性	5	2	52
O 理学療法士	20	男性	7	1.5	50
P 理学療法士	30	女性	10	5.5	62
Q 作業療法士	20	男性	6	1	35
R 作業療法士	40	女性	20	7	50
S 作業療法士	20	男性	5	1.5	38
T 作業療法士	30	男性	17	11.5	66
U 言語聴覚士	30	男性	8	6	51
V 言語聴覚士	30	男性	9	6	40
W 言語聴覚士	50	女性	15	1.5	55
Y 言語聴覚士	30	女性	15	4	58
Z 言語聴覚士	30	男性	7	1	60

* 摂食・嚥下障害看護認定看護師

2) 療養者と家族の経口摂取への支援の現状

対象者の逐語録を質的帰納的に分析し、摂食・嚥下機能が低下した療養者と家族の経口摂取への支援についてカテゴリー化した。カテゴリーは支援を行う職種ごとに時系列に沿って分類し、555 コード、46 サブカテゴリー、14 カテゴリーを生成した。生成したカテゴリーは、【職員は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する】、【職員は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】、【職員は療養者の摂食・嚥下機能低下への理解を確認する】、【職員は家族の食べさせたい希望と意思を受け止める】、【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】、【職員は家族の介護力に応じた食事方法を提案する】、【職員は療養者と家族に経口摂取への覚悟と責任を確認する】、【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】、【職員は摂食・嚥下の専門家の ST と CN に食事について相談する】、【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】、【職員は ICT によって多職種間で情報交換をする】、【職員は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】、【職員は療養者の食べる機能の回復に向けて姿勢や環境を整え、離床を促す】、【経口摂取を試みた結果への療養者と家族の受け入れを職員は見守る】であった。以下、カテゴリー【 】、サブカテゴリー〈 〉、コードを『 』と示す。

表中と図中の表記は、嚥下調整食：食事にとろみを付けて嚥下し易くした食事形態、VE：嚥下内視鏡検査（videoendoscopic evaluation of swallowing）、VF：嚥下造影検査（videofluoroscopic examination of swallowing）、ALS：筋萎縮性側索硬化症、OHAT：口腔アセスメント用の評価用紙（Oral Health Assessment Tool）、ICT：情報通信技術（Information and Communication Technology）、嚥下リハビリ：嚥下リハビリテーションとする。

3) カテゴリーの結果

(1) 【職員は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する】(表 15)

18 コード、2 サブカテゴリーから構成された。職員は療養者の入院治療後に、〈職員は入院時に療養者の嚥下機能が低下したことを把握する〉ことをしていた。そのコードに、『療養者は胃瘻増設され病院では唾液も飲み込まずに吐き出すようと、指導をきちんと受けて退院してきた』と、療養者は入院中に胃瘻造設され禁食の状態で在宅に戻るケースがあった。また、『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て帰ってくる』と、入院時の嚥下機能評価によって、今までの食事形態から食事にとろみを付けて嚥下し易くした食事形態（以下、嚥下調整食）に変更されるケースがあった。

〈職員は療養者の摂食・嚥下機能低下を把握する〉では、『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』、『療養者は薬の内服時に錠剤の飲み込みが難しくなったことを療養者と家族から相談された』と、家族が療養者の嚥下機能低下の徴候に気づくことがあり、職員はその様子を傾聴していた。また、『療養者の筋肉が痩せてきたため食事について聞くと「実はあんまり食べられなくなった」ということがあり、体重測定すると減少していた』と、療養者の体型の変化から食事量の減少を職員は把握していた。

表15 職員は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
職員は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する	職員は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	療養者は胃瘻増設され病院では唾液も飲み込まずに吐き出すようにと、指導をきちんと受けて退院してきた	12
		PT	療養者は病院で胃瘻増設されて退院してきた	
		NS	療養者は食道瘻増設され100%経口摂取していなかった	
		NS	療養者のVFの結果は喉に溜まってしまう所見で誤嚥するリスクがものすごく高いため、経口摂取は難しいと医師から言われた	
		NS	療養者は医師から経口摂取を完全に禁止され、栄養投与のため胃瘻増設した	
		NS	療養者の退院当初の経口摂取はゼリーだけの許可であった	
		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て帰ってくる	
		NS	退院時にSTによる療養者の嚥下機能評価がある場合が多いが、安全対策みたいなものが多い	
		NS	療養者は多発性脳梗塞のため入院時にVF検査で経口摂取困難との診断を受けた	
		PT	療養者は病院から「経口摂取はダメだ、飲食を詰まらせる」と言われており、誤嚥や窒息する可能性があった	
		ST	療養者は退院時に経口摂取が難しいと言われた	
		ST	療養者は病院から経口摂取はできませんと言われて帰ってきた	
職員は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する	職員は療養者の摂食・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	6
		OT	療養者の口腔機能は既に廃用が進んでおり唾液の嚥下でむせてしまい、主たる栄養摂取は経口からできない状態であった	
		NS	療養者は薬の内服時に錠剤の飲み込みが難しくなったことを療養者と家族から相談された	
		PT	療養者の筋肉が痩せてきたため食事について聞くと「実はあんまり食べられなくなった」ということがあり、体重測定すると減少していた	
		ST	食事量が低下し徐々に痩せていく療養者がいる	
		NS	療養者はもともとが食欲がない上にさらに食欲低下があり、徐々に体重減少があり医師と困ったなという感じで見ていた	

*コード数

18

（２）【職員は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】（表 16）

65コード，３サブカテゴリーから構成された．〈職員は療養者の好きな物を食べたい希望を受け止める〉の，『療養者は人生の最期にお寿司が食べたいと言った』，『療養者の夢はリブステーキを食べることで，リブステーキを目指して頑張りましょうと言った』と，職員は療養者の好きな物を食べたいという希望を受け止めていた．〈職員は療養者の経口摂取の希望を受け止める〉では，『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』と，職員は胃瘻造設した療養者が経口摂取をしたい希望を受け止めていた．また，『誤嚥や窒息のリスクが高い療養者が「食べたい，食べたい」と言って，とにかく食べたい希望が強かった』と，誤嚥リスクが高い状態であっても療養者は経口摂取を希望していることを職員は受け止めていた．〈職員は療養者の生活の満足を受け止める〉では，『療養者は家に帰ってきた醍醐味として食べたい物を食べられたという達成は嬉しい』と，職員は療養者が経口摂取したことによる生活の満足を受け止めていた．

表16 職員は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード (抜粋)	*
職員は療養者の好きな物を食べたい希望を受け止める		NS	療養者のこれまでの生活から「酒が飲みたかった」という言葉が聞かれた	27
		NS	療養者は自分の好きな物を食べたいと、焼き芋も好んで食べていた	
		ST	療養者は人生の最期にお寿司が食べたいと言った	
		NS	療養者は炭酸が飲みたいと希望があり、1kcalのコーラ・サイダーをよく飲んでいて	
		NS	療養者の夢はリブステーキを食べることで、リブステーキを目指して頑張りましたと言った	
		ST	療養者の好きな物だったり、甘い物が好きだったのでアイスクリームを食べていた	
		ST	進行性の難病の療養者でプリンを食べていたが、ミキサー食を食べたいという希望があった	
		OT	療養者は料理人だったため食へのこだわりもあり美味しく食べたいという希望があった	
		NS	療養者はワインが飲みたいという希望があった	
		NS	病院から帰ってきたら、今まで通りのご飯が食べたいというのが生活者の希望だ	
		NS	病院なら我慢するけど家に帰ったら好きな物を食べることを目的に家に帰ってくる療養者も多い	
		NS	療養者から食べたい、好きなものが食べたい、とろみなんて嫌だ、マックが食べたいことを聞いた	
		NS	療養者からウナギが食べたい、パンが食べたい、大福が食べたい、クリスマスの料理が食べたいおせちが食べたいと聞いた	
		NS	療養者からおいなりさんが食べたいと聞いた	
		NS	療養者からアイスクリームがどうしても食べたいと聞いた	
		NS	療養者はウイスキーが飲みたいと言った	
		NS	療養者は鶏肉が食べたい、から揚げの天才が食べたいことを聞いた	
		NS	療養者は妻の作るうどんが大好きで、うどんの汁をすぐ飲みたと言った	
職員は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める		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
		ST	病院からは経口摂取は不可と言われて帰ってきたが、療養者は食べたい気持ちがあった	
		ST	STへの依頼はなんとか経口摂取を継続したいという希望のある療養者が多い	
		NS	年齢相応に認知機能低下や高次脳機能障害はあったが、療養者の食べたいという意思があった	
		NS	療養者はすぐ食べたくて、聞き取りにくいけど「食べたい」と言った	
	職員は療養者の経口摂取の希望を受け止める	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	
		NS	90代の誤嚥性肺炎の療養者で、吸引が必要だったが、ただ食べたい人だった。食に対する意欲は強かった	
		NS	療養者は胃瘻増設され病院では唾液も飲み込まずに吐き出すようにと指導を受けて退院してきたが、経口摂取を希望していた	
		NS	療養者は徐々に麻薬によって意識レベルが低下していたが、食べたい飲みたいと希望した	
		NS	療養者は亡くなるまでの人生の中で僅かな時間に食べたいという強い気持ちがあった	
		NS	退院後に療養者は口から食べたいという要望が強かった	
		PT	超高齢の90代、100代に近い人は、食に対する希望が強く生理的な反応を感じる	
		PT	誤嚥や窒息のリスクの高い療養者が「食べたい、食べたい」と言って、とにかく食べたい希望が強かった	
職員は療養者の生活の満足を受け止める		NS	療養者は経口摂取によって誤嚥しているが、嚥下リハビリは楽しそうにしているし穏やかな生活を送っていた	16
		NS	療養者は嚥下リハビリを毎日繰り返し行い、食べる楽しみがあるから大丈夫ということ聞いた	
		NS	療養者は「味が美味しいね」と食べる楽しみを感じていた	
		NS	療養者の生きる意欲を支援することで、生きたいと思うところを支援できるのは食だと思う	
		NS	食べることは療養者の反応の無いところから反応が見れるようになった	
		NS	療養者は家に帰ってきた醍醐味として食べたいものを食べられたという達成は嬉しい	
		ST	療養者の好きな食物を安全配慮した上で、本人の希望を尊重できるような経口摂取をしていた	
		PT	療養者は自宅に退院したら好きなことしたいと思う	
		PT	療養者と経口摂取できた喜びを共有した	
		PT	人間は口から甘いか辛いとかを感じられる五感は大事だと思うし、食べることはやはり嬉しいと思う	
		PT	療養者は食べる楽しみがあると活気が出る	
		PT	療養者は好きな食物や甘い物を楽しみながら食べていることは、生きる力になっている	

*コード数

65

（３）【職員は療養者の摂食・嚥下機能低下への理解を確認する】（表 17）

30 コード， 2 サブカテゴリーから構成された．〈職員は療養者の嚥下機能低下への理解を確認する〉では、『療養者は自身の病状を理解しており，無理できないことを自分の中で割り切って理解していた』と，職員は療養者の嚥下機能低下への理解について確認していた．〈職員は療養者の誤嚥の理解が進まないことを確認する〉では、『私達からの観察では，むせているなとか誤嚥しているなということが分かっても，療養者はたまにむせるなんて当たり前のことと捉えていて，年齢問わずある』、『ゼリーみたいなものを一気に食べる．少しずつでないとダメなことを伝えているが，一気に食べてしまう．なかなか療養者に分かってもらえない』と，誤嚥は可視化することが難しく，療養者には理解しづらい状況について職員は確認していた．

表17 職員は療養者の摂食・嚥下機能低下への理解を確認する

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード（抜粋）	*
職員は療養者の嚥下機能低下への理解を確認する		ST	療養者はすぐに経口摂取できないことを分かっていた	9
		ST	療養者の認知機能はクリアだったので飲み込みづらさの自覚があった	
		NS	療養者はおっかなびっくり食べていることが多かった	
		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	
		NS	療養者はどのような姿勢がいいのか気を付けており，嚥む時や飲み込む時の姿勢を考えていた	
		ST	療養者は自身の病状を理解しており，無理できないことを自分の中で割り切って理解していた	
		ST	誤嚥について説明をし療養者に理解してもらえると行動が変わる人もいた	
		ST	経口摂取しているため，きちんと説明すれば「そっか」と自分で気を付けてもらえた	
		ST	療養者の理解度がすごく大事になるので確認する	
		NS	危ないことを伝えても理解しにくい療養者は「今まで大丈夫だったんだから大丈夫だ」と結構頑固な人だった	
		ST	療養者はもちろん嚥下が弱いことは聞いて危ないことは誤嚥性肺炎になった人もいるのでよくよくそこは分かっているが，少しずつそこからずれていくみたいな感じであった	
		NS	ALSの療養者は球麻痺が進行しているが，療養者はまだ食べられると思っている．なかなか医療従事者と療養者の思いの差は結構ある	
		ST	最近になってようやくテレビで嚥下という言葉が出るようになってきたが，まだ食べられなくなるとかむせることや，嚥下障害のことをよく分かってない療養者もいる	
		NS	療養者は「食べてもなんとかかなよ，苦しくならないよ」となんとかかなと思っていた	
職員は療養者の摂食・嚥下機能低下への理解を確認する	職員は療養者の誤嚥の理解が進まないことを確認する	ST	私達からの観察では，むせているなとか誤嚥しているなということが分かっても，療養者はたまにむせるなんて当たり前のことと捉えていて，年齢問わずある	21
		ST	食べられなくなることや，誤嚥することは分かりづらい	
		ST	療養者は窒息しなかった，むせていないと言っているが，私から見るとむせているように見える．その辺の感覚の違いとか，咳払いはいむせではないとか，ゴロゴロしているがそれはむせではないと思っている．そこは誤嚥と繋がらないという断片的に知識が入っている療養者は多い	
		NS	在宅での療養者の生活は見えない．健康維持に向けた助言を守ってもらうことは見えない分難しい	
		ST	病院では素直に助言を聞くこともあると思うが，家に帰ってくると療養者は好きなように生活する	
		NS	ゼリーみたいなものを一気に食べる．少しずつでないとダメなことを伝えているが，一気に食べてしまう．なかなか療養者に分かってもらえない	
		NS	食上げとか，療養者の判断で嚥下機能に合わない食事形態を食べてしまっている場合はある	
		NS		

*コード数

30

(4)【職員は家族の食べさせたい希望と意思を受け止める】(表 18)

20 コード, 2 サブカテゴリーから構成された。〈職員は家族の食べさせたい希望を受け止める〉の、『脳血管疾患の後遺症から経管栄養となった療養者に, 家族がとても献身的でなんとか口から食べさせたい思いがあった』と, 療養者に口から食べさせたいという家族の希望を, 職員は受け止めていた。〈職員は家族が療養者の変化を受け入れ難い意思を受け止める〉では、『親の変化していく姿をなかなか受け入れられない家族は多い』、『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』と, 療養者の加齢に伴う身体機能の低下や, 疾病による身体的な障害を, 家族が受け入れ難い状況を職員は受け止めていた。

表18 職員は家族の食べさせたい希望と意思を受け止める

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
職員は家族の食べさせたい希望と意思を受け止める	職員は家族の食べさせたい希望を受け止める	NS	脳血管疾患の後遺症から経管栄養となった療養者に,家族がとても献身的でなんとか経口摂取させたい思いがあった	16
		PT	療養者は在宅に戻られて精神的に安定されて少し嚥下の状態が良くなったので,家族は食べさせたいのでSTの介入を希望する人もいる	
		PT	療養者の体調が良くなってくる場合に,家族から「もう一回経口摂取をトライしたい」,「これは食べれるのではないか」という思いが出てきた	
		ST	病院から療養者は経口摂取は不可と言われて帰ってきたが,家族は食べさせたいという思いがあった	
		NS	胃瘻増設され病院では唾液も吐き出すようにと指導を受けて退院してきたが,家族は経口摂取を望んでいた	
		NS	家族は療養者がお寿司を食べたことを報告してくれた。「ちょっとね」と言ったがそこが家族の喜びになる	
		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	
		NS	家族は食べさせたくて早く早くという思いがあった	
		NS	家族があれこれお願いして,これを食べさせて欲しい希望をショートステイの職員に依頼していた	
		NS	家族は経口摂取させたいと思う	
		PT	家族がやたらと食べさせたい希望があった	
		PT	食べさせたいという家族の希望を聞くことは多い	
		PT	家族の方が食べさせたいという思いが強い	
		PT	パーキンソン病で円背が強い療養者に家族は一生懸命に経口摂取させていた	
		PT	家族は療養者に食事の匂いだけでも,タレの味だけでもと希望する	
		PT	栄養補助食品や高カロリーの食物を家族は療養者の経口摂取にこだわっていて,栄養の全部を口から食べさせたいという希望があった	
	職員は家族が療養者の変化を受け入れ難い意思を受け止める	PT	親の変化していく姿をなかなか受け入れられない家族は多い	4
		PT	「母はこういう人だった」,「こういう食物が好きだった」と摂食にこだわる家族は多い	
		NS	療養者の認知機能は低下しているため後は何もできないよと言われたが,家族は諦めたくない思いがあった	
		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	

*コード数

20

(5) 【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】(表 19)

49 コード, 3 サブカテゴリーから構成された. NS は初回訪問に向けて〈NS は初回訪問前に情報収集をする〉の, 『退院サマリーから嚥下調整食や療養者の嚥下状況については情報として入るし, 聞く』ことによって, 療養者の食事に関する情報を事前に把握していた. NS は事前に情報収集した上で初回訪問し, 〈NS は療養者の全身状態をアセスメントする〉ことをしていた. 実際に訪問してみると, 『初回の訪問時に意外と療養者の状況が事前情報と違っていることがあった』, 『初回の訪問時に療養者の状況を観察すると, 実は困り事は他にある場合がある』と, NS は初回訪問時に必要なケアをアセスメントする必要性があった. また, 『退院カンファレンス時に眠剤について内服量を減らしてみようことを提案し, 眠剤を 1 剤減らしてもらった』と, 在宅生活に向けて入院中に内服していた眠剤を減らしてもらうことを提案していた. また, 〈NS は療養者の摂食・嚥下機能をアセスメントする〉ことによって, 『療養者から食べられないと聞くと口腔内を観察する』, 『療養者の口腔内の汚染を観察する』と, NS は療養者の口腔内の観察をしていた. NS は観察から, 『療養者は顕著なむせ方はしていないが, ごろごろと喉を鳴らすような音が聴かれ, 痰をきるような動作もあり誤嚥の可能性をアセスメントした』, 『療養者はストマを交換するのに横になるとむせる, 唾液でむせるため不顕性誤嚥の注意が必要であった』と, 療養者の嚥下機能低下を早期に発見していた.

表19 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

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
NSは初回訪問前に情報収集をする		NS 病院のMSWに根拠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 療養者の既往に誤嚥性肺炎があることは気にする		
		NS 退院サマリーから嚥下調整食や療養者の嚥下状況については情報として入るし,聞く		
		NS 療養者の病院で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のを確認する		
		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
		NS 療養者の生活上と医療的なことを全て観ている		
		NS まずは看護師として訪問し療養者の全身を観察する		
		NS 初回の訪問時に意外と療養者の状況が事前情報と違っていることがあった		
		NS 初回の訪問時に療養者の状況を観察すると,実は困り事は他にある場合がある		
		NS 初回時に療養者の必要なケアをケア計画の中に入れる必要性をアセスメントする		
		NS 初回の訪問前に療養者の情報を全部得ることは無理なので,気になるところを意図的に観察する		
		NS 初回は管理者が訪問し療養者を全体的に評価し,その上でスタッフに繋ぐ		
		NS 療養者は排泄の方もなかなかうまく間に合わない感じになってきていた		
		NS 療養者からお酒を飲みたいと聞いた時にアルコール性の肝硬変があるかどうかや,検査データは異常値がないかどうかを確認する		
		NS 療養者は糖尿病の検査値が不良であり感染予防をまずは考えなくてはならない状況であった		
		NS 内服管理の目的で訪問看護の導入であったが,療養者は便秘をしていたり,ご飯が食べられていない等の他の悩みがその場で出てくる		
		NS 療養者は入院中に眠剤を投与されていたが,家族の見守りがあれば眠剤は必要ないかもしれないので眠剤の中止を考えた		
		NS 療養者の退院後に内服薬の見直しをした		
		NS 退院カンファレンス時に眠剤について内服量を減らしてみようことを提案し,眠剤を1剤減らしてもらった		
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		ST 「実際はこんな感じになっています,どうしましょうか」とNSに相談する		26
		OT NSが訪問しているのであれば,療養者はどういう感じであったかや,NSの意見を聞くことはある		
		PT NSがモニタリングに行って,療養者の身体を触ったり,観察して変化に気づく		
		PT NSは療養者の全体を観る		
		NS 訪問してみたら療養者は最近食べられていないことを聞いた		
		NS 療養者から食べられないと聞くと口腔内を観察する		
		NS 療養者の口腔内の汚染を観察する		
		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		
		NS 療養者の歯は自分の歯かどうか観察する		
		NS 療養者は歯医者にしかかかってるかどうか確認する		
		NS 療養者の流涎,口腔口唇閉鎖,舌の動き,口を開ける大きさを観察する		
		NS サマリーに食事について何も書かれていないけど,実際に訪問すると療養者は食事を食べていないことがあった		
		PT NSがモニタリングに行って,療養者の食欲低下に気づくことがある		
		PT NSがモニタリングに行って,療養者の姿勢を観察して骨が突出してきたことに気づき,体重を測ってみたら痩せていた		
		PT NSは吸引したり療養者の飲み込みやむせ込みないかを観察する		
		NS 療養者の嚥下機能に関しての情報はどのような物を食べているかを聞く		
		NS 療養者の嚥下機能に関しての情報は食べられているのかを聞く		
		NS 療養者は食事を食べていないことがあり補食が必要であった		
NSは療養者の摂食・嚥下機能をアセスメントする		NS 療養者は痩せてきていないかどうかを観察する		26
		NS 療養者は体重が減ってきたため減ってきた原因を考える		
		NS 療養者の体重が減っていたのでその原因をアセスメントする		
		NS 療養者は食べたとしてもむせているのかもしれないという不安要素を予測する		
		NS 療養者の飲水状況や唾液でむせていないかを訪問中に観察する		
		NS 誤嚥性肺炎の入院歴のある療養者で嚥下機能評価と嚥下リハビリの必要性を感じた		
		NS 療養者は顕著なむせ方はしていないが,ごろごろと喉を鳴らすような音が聴かれ,痰をきするような動作もあり誤嚥の可能性をアセスメントした		
		NS 療養者はストマを交換するのに横になるとむせる,唾液でむせるため不顕性誤嚥の注意が必要であった		
		NS CNは療養者は指示が入るか入らないかを確認し,とろみ水の飲水状況を観察する		
		NS CNはOHATにて療養者の口腔内の評価をした		
		NS CNは療養者の摂食・嚥下のスクリーニング評価をした		
		NS 療養者の体重や排泄も含めて観察し,気になった時にCNは嚥下機能評価する		

*コード数

49

(6) 【職員は家族の介護力に応じた食事方法を提案する】(表 20)

45 コード, 4 サブカテゴリーから構成された. 療養者の生活は家族の介護力の影響を受けるため, 〈職員は家族の介護力を把握する〉ことをしていた. 『食べることに關してや摘便まで家族が行っている. 訪問介護も利用していないし, 両親を一人で介護しているため介護がたくさんあるが, 楽しんで介護している人であった』と, 職員は家族の介護力が高いことを把握していた. 一方で, 『療養者の家族は仕事しているため介護にほとんどタッチしていない. 訪問介護等のサービスの利用で生活していた』と, 職員は家族が介護にほとんど関わらない状況を把握していた. 〈職員は家族独自の判断による食事の介護を把握する〉の, 『退院後に家族は迷うことがあるようで, 病院からはとろみを付けた方がいいですよと言われたが, 「食べさせてみると意外と食べられたんですよね」という話を聞いた』と, 職員は家族の勘によって食事を進めていることを把握していた. また, 『療養者に嚥下しやすい食事の形態が合わないと嚥下がゆっくりになり, 咽頭への送り込みの時間もかかるし体力が消耗するため「食べさせたい」, 「体のためには食べなければならない」ということも大事であるが, 介護が間違った方向に行かないようにしなければならない』と, 家族独自の判断によって食事介助をしている状況を職員は把握していた. 職員は介護力を把握した上で, 〈職員は家族から嚥下調整食の準備が難しいことを把握する〉の, 『妻が主に調理しているが高齢であり, 病院での指導通りの食事準備はほとんどできなかった』と, 嚥下調整食の準備が難しい状況を把握していた. 〈職員は家族に可能な食事方法を提案する〉の, 『家族の介護が楽にできるようにレトルトや冷凍食品を紹介して, 上手く使っていければいいと思う』と, NS は市販の物を活用して, 介護の負担が軽減できるように提案していた.

表20 職員は家族の介護力に応じた食事方法を提案する

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード (抜粋)	*
職員は家族の介護力に応じた食事方法を提案する	職員は家族の介護力を把握する	NS	栄養面では栄養補助食品を蒸しパンの中に入れて卵を溶いてということ、家族が自分で調べて調理していた。こちらから提案しなくてもかなりリテラシーの高い家庭だった	16
		NS	食べることに限らずや摘便まで家族が行っている。訪問介護も利用していないし、両親を一人で介護しているため介護がたくさんあるが、楽しんで介護している人であった	
		NS	療養者の家族は仕事しているため介護にほとんどタッチしていない。訪問介護等のサービスの利用で生活していた	
		NS	完全に介助で食事をしている療養者の介護は家族が大変ということ聞いた	
		PT	90代の療養者は最期まで経口摂取したいという意思を持っていたが、食事介助する家族は大変だった	
	職員は家族独自の判断による食事の介護を把握する	PT	退院後に家族は迷うことがあるようで、病院からはとろみを付けた方がいいですよと言われたが、「食べさせてみると意外と食べられたんですね」という話を聞いた	4
		NS	家族は誤嚥が怖いから食事形態を上げられないこともある。本人に嚥下する力があるが家族がこのままでいいという考えであった	
		PT	療養者に嚥下しやすい食事の形態が合わないとう嚥下がゆっくりになり、咽頭への送り込みの時間もかかるし体力が消耗するため「食べさせたい」、「体のためには食べなければならぬ」ということも大事であるが、介護が間違った方向に行かないようにしなければならない	
		PT	療養者の嚥下機能に適した食事形態に変えない場合は、食事の介護が2時間くらいかかっていた	
	職員は家族から嚥下調整食の準備が難しいことを把握する	NS	入院中に嚥下調整食を説明されて退院してくるが、家庭に給食センターが無いので、家族は指示の形態の食事の準備が難しいことを聞いた	10
		NS	入院前は柔らかめの食品を食べていた療養者が、誤嚥性肺炎で入院となり食事形態がペースト食の指示になった。老々介護であり、家族にその対応が難しくなった	
		NS	妻が主に調理しているが高齢であり、病院での指導通りの食事準備はほとんどできなかった	
		NS	家族はとろみの粘度の指導は受けて来ているが、その通りにできる時とできない時がある	
		ST	刻み食であれば家族は調理できるが、ペースト食は難しい場合がある	
		ST	家族の食事と療養者の食事を作ることは難しいことを聞く	
		ST	コップの大きさは毎回違うので、それを毎回、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	
		NS	家庭にある普通のティースプーンを使って食事介助を説明する	
		NS	難しいことを家族に言うとうギブアップになると思うので、主食だけを見直しましょうかなど簡単な言い方をしないと伝わらない	
		NS	市販のスーパーで売っている療養者に食べられそうな物（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	
		NS	家族の介護が案にできるようにレトルトや冷凍食品を紹介して、上手く使っていけばいいと思う	
職員は家族に可能な食事方法を提案する		NS	摂取カロリーが不足している場合は、MCTオイルやオリーブオイル、サラダオイルをかけてみてはどうかと家族に提案する	15
		NS	誤嚥性肺炎を起こさない体位のポジショニングの方法を家族に指導する	
		ST	商品のパッケージを家族に渡し、これと同じような物を買って下さいと依頼する	

*コード数

45

（7）【職員は療養者と家族に経口摂取への覚悟と責任を確認する】（表 21）

12コード、2サブカテゴリーから構成された。〈職員は療養者と家族に経口摂取による誤嚥の覚悟と責任を確認する〉では、『療養者に食べたいものを食べて満足して、それで何か起こるかもしれないが、その覚悟がありますかというところまで必ず聞く』、

『家族は食の楽しみを大切に考え、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』と、NS は療養者と家族に経口摂取することによる誤嚥や窒息等が起こることへの覚悟を確認していた。

〈職員は家族に悔いが残らない経口摂取の選択を確認する〉では、『最期に家族から食べさせなかったという悔いが残らないように家族の意思を確認する』、『家族から食べさせて誤嚥したという悔いは聞いたことがない。それよりも食べさせなかったことへの悔いを聞いたことがある』とあり、職員は家族が療養者に経口摂取を進めなかったという悔いが残らないように、家族の意思を確認していた。

表21 職員は療養者と家族に経口摂取への覚悟と責任を確認する

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
職員は療養者と家族に経口摂取への覚悟と責任を確認する	職員は療養者と家族に経口摂取による誤嚥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、それで何か起こるかもしれないが、その覚悟がありますかというところまで必ず聞く	8
		NS	療養者にもしもこれで上手く飲み込めない時やむせてしまったら肺炎になり命を落とすことになるかもしれないことを伝えたが、「食べたい・飲みたい」と言った	
		NS	在宅では療養者が自分の人生を決めていいと思う。その人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	療養者は食べることによって何か起こればその責任は自分が取り、責任を他者に負わせないと医師に言った	
		NS	家族は食の楽しみを大切に考え、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	
		NS	療養者が既に自分で判断ができなくて、誤嚥性肺炎を起こしながら食べていて、何度も繰り返すという時に、「それでも食べさせてあげたいんです」と家族が責任を負う覚悟があるのかを確認する	
	職員は家族に悔いが残らない経口摂取の選択を確認する	ST	実際に本当に極端な話であるが、「食べたら死にますよ」というのが分かっていたとしても、その人の余命が限られてるとか、人生の集大成を考えるのであれば、そういったリスクを説明した上でより良いそれに近づける方法や、療養者の希望になるべく近づけるような方法で 上手く模索できればいいと思う	4
		PT	療養者が好きな物を食べてその結果で食物を喉に詰まらせても本望だという家族はいる	
		NS	最期に家族から食べさせなかったという悔いが残らないように家族の意思を確認する	
		NS	家族から食べさせて誤嚥したという悔いは聞いたことがない。それよりも食べさせなかったことへの悔いを聞いたことがある	
		NS	説明をして家族の納得が得られればいいが、その選択と意思決定に間違いはないことを伝える	
		PT	最期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	
*コード数				12

（８）【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】

（表 22-1・2）

55 コード， 7 サブカテゴリーから構成された。NS は療養者と家族の覚悟を確認し，療養者の経口摂取を進めるために，〈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。そのコードに、『療養者は何も食べないことはかわいそうな気がして、ST も入りますしゆっくり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』、『ターミナルの療養者の経口摂取は、誤嚥性肺炎を起こしていたが、本人は食べたり、飲みたいので医師も禁食にはしなかった』と、医師から療養者の経口摂取への同意を得ていた。〈NS は療養者の口腔機能の改善に向けて歯科受診を働きかける〉では、NS は療養者の口腔内の観察をし、義歯の調整や歯科による専門的な口腔ケアが必要であると判断し、歯科に受診するための働きかけをしていた。療養者の通院が難しい場合には、『療養者の義歯が合わないため調整のために訪問歯科に来てもらうことを療養者と相談した』と、療養者と歯科受診を相談していた。また、『訪問歯科の依頼を地域の歯科医師会に連絡したことがある』と、NS から訪問歯科へ依頼をしたり、『電話のできない家族の場合は、医師から歯科に相談してもらうように依頼する』のように、NS は医師へ歯科受診について依頼していた。

表22-1 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

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	療養者の嚥下機能と全身状態が安定してきたところで、多少の味見から始めてもいいのかなと判断し医師に相談した	7
		NS	療養者は何も食べないことはかわいそうな気がして、STも入りますしゆっくり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	
		NS	元々連携のとれている医師に、療養者はもしかしたらこの先はそこまで長くないかもしれないということと理解してもらって、納得というよりもこうしてあげたいんですと話させてもらい、医師から数口くらいであればいいでしょうと許可をもらった	
		NS	在宅の医師は気さくな人であり、療養者はがんの末期ということで「そんなに食べたいんだったら食べてみたら」と、それに伴うリスクを説明した上で、経口摂取することに同意してくれた	
		NS	ターミナルの療養者の経口摂取は、誤嚥性肺炎を起こしていたが本人は食べたり、飲みたいので医師も禁食にはしなかった	
		NS	医師は「誤嚥には十分に納得してもらうこと、ストップされているものを無理して食べさせるということとは救急搬送もできないことを覚悟してやってくださいね」と厳しく言った	
		NS	療養者の飲みたいねというものが飲めるように、食べたい物が食べられるように、医師と嚥下訓練を行うことを協議というかバトルしたことがあった	
		NS	療養者の義歯が合わないため調整のために訪問歯科に来てもらうことを療養者と相談した	
		NS	家族が付き添って通院できる歯科の診療所があれば、診療を依頼する	
		NS	通院できない場合は訪問歯科を家族に紹介したり、家族から電話してもらう	
	NSは療養者の口腔機能の改善に向けて歯科受診を働きかける	NS	訪問歯科の依頼を地域の歯科医師会に連絡したことがある	12
		NS	電話のできない家族の場合は、医師から歯科に相談してもらうように依頼する	
		NS	訪問歯科に電話したところ所定の用紙に記入して下さいと返信をもらった	
		NS	NSから歯科へ療養者の歯の痛みやクリーニングの希望で依頼する	
		NS	療養者の義歯は全くない状態のため歯科で義歯を作ることになった	
		NS	療養者に専門的な口腔ケアが必要時は歯科に依頼する	
		NS	療養者に歯科治療が必要時は歯科に依頼する	
		NS	療養者の義歯の診察時は歯科に依頼する	

*コード数

19

NSは介護保険制度のケアプランを立案しているCMに、〈NSはCMに必要なケアの調整を依頼する〉、〈NSは嚥下に関してCMにSTの介入を依頼する〉ことをしていた。NSはCMに、『療養者の生活の中で何時に何をやる必要があるのかをアセスメントし、ディサービスや訪問介護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』と、療養者の生活リズムを考慮して、必要なサービスを依頼していた。NSは嚥下の専門家のSTの介入について、『誤嚥性肺炎の入院歴のある療養者に、嚥下評価と嚥下リハビリの必要性を感じ管理者にSTの介入の必要性を伝え、管理者からCMに依頼してもらった』と、CMに依頼していた。

またNSはPTに、〈NSからPTに療養者の姿勢保持について相談する〉の、『療養者のギャッジアップ時にクッションをどのように使うかについてPTに相談した』ことをしていた。NSはOTに、〈NSはOTに療養者の食事動作について相談する〉の、『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』ことをしていた。

NSは介護士に〈介護士に口腔ケアや食事介助について説明・依頼する〉の、『訪問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』、『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する』ことをしていた。訪問介護士と地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護の介護士へ、口腔ケアの方法を説明していた。

表22-2 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

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CMに必要なケアの調整を依頼する	NS	療養者に必要なことをケア計画の中に修正・追加して欲しいことを初回時にCMに依頼する	8
		NS	CMと家族も同席しているところで、最初のサービス調整は管理者の目線で大事にしている	
		NS	療養者の現在の生活状況と、生活への希望があるため、このぐらいの訪問時間が必要であることをCMに交渉する	
		NS	療養者がこれを必要としているからケア計画の中に追加してほしいことをCMに交渉する	
		NS	自分達は1週間に何日訪問できることや何曜日なら訪問できることをCMに伝える	
		NS	療養者の状態とケアの必要性とそれにかかる労力について、こちらがどのぐらいの率で訪問できること全部兼ね合わせて週に何回にしましょうとCMと相談する	
		NS	療養者の生活の中で何時に何を必要があるのかをアセスメントし、ディサービスや訪問介護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	
		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、訪問介護士に観察して欲しい具体的な内容やケアの内容を伝えて欲しいことを依頼する	
		NS	CMと家族も同席しているところで、STどうですかね、1回嚥下機能評価どうですかねと提案する	
		NS	STに1回入ってもらえないかと管理者に相談し、管理者からCMに依頼してもらう	
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は嚥下に関してCMにSTの介入を依頼する	NS	誤嚥性肺炎の入院歴のある療養者に、嚥下機能評価と嚥下リハビリの必要性を感じ管理者にSTの介入の必要性を伝え、管理者からCMに依頼してもらった	4
		ST	NSからむせが出るということでCMに話して、STに一回評価に入って欲しいという依頼があった	
		NS	療養者の姿勢が悪い場合はPTに相談する	
		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	療養者の動く度合いによってマットレスの硬さは、動く際に柔らかいマットレスは動きづらく力が入りにくいのでPTに相談した	
		NS	療養者のギャッジアップ時にクッションをどのように使うかについてPTに相談した	
		NS	療養者の動線についてPTに相談した	
		NS	療養者にクッションを扶むことをPTに相談した	
		NS	療養者の長椅子の座位時は椅子の高さをアップするための調整をPTに相談した	
		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	
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に飲みやすい道具を作ってもらった	6
		NS	OTは器用な方が多いので相談すると、100均の物を工夫して道具を作ってくれる	
		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	指先の細かい部分の巧緻性を上げるためにOTへ相談する	
		NS	療養者の運動機能が低下すればOTに相談する	
		NS	訪問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	
		NS	訪問介護士の訪問時間に合わせて訪問して、誤嚥リスクの取り方について説明した	
		NS	訪問介護士の訪問時間に合わせて訪問して、「こういう状況時には連絡ください」と説明した	
		NS	訪問看護時に食事介助することは少なく、訪問介護士に依頼することが多い	
		NS	口腔ケアは日常のケアであり家族や訪問介護士に依頼することが多い	
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	介護士に口腔ケアや食事介助について説明・依頼する	NS	訪問介護士に食事介助方法を説明した	11
		NS	小規模多機能型居宅介護の介護士が実施できる可能なケアを聞いて、相談しながらさじ加減を考えながら説明する	
		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する	
		NS	訪問介護士の現在のケアを認めながら、もう少しこうするとケアが良くなることを説明する	
		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、訪問介護士が困っていないかを聞く	

*コード数

36

（9）【職員は摂食・嚥下の専門家の ST と CN に食事について相談する】（表 23）

23 コード、4 サブカテゴリーから構成された。〈ST へ嚥下機能について相談する〉では、『ST に療養者の嚥下機能評価をしてもらってアプローチが可能かどうかを聞く』と、

職員は ST に相談していた。〈ST に食事形態や食事方法を相談する〉では、『ベッドのギャッジアップの角度や療養者の首の角度について ST と相談する』と、職員は ST に誤嚥しないための姿勢について相談していた。

また、〈CN は嚥下機能について相談を受ける〉ことがあり、『他の NS から CN に「このような訓練はした方がいいですか」と相談を受けている』ことがあった。加えて、〈CN から NS に療養者の嚥下について共有する〉ことがあり、『時間が合えば CN と NS で一緒に訪問することがあり、療養者のケアを伝達する』と、NS と CN は連携していた。ST への相談は NS と PT・OT からあったが、CN への相談は NS からのみであった。

表23 職員は摂食・嚥下の専門家のSTとCNに食事について相談する

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
職員は摂食・嚥下の専門家STとCNに食事について相談する	STに食事形態や食事方法を相談する	PT	STに療養者の嚥下機能評価をしてもらってアプローチが可能かどうかを聞く	7
		ST	STは療養者が食べていてむせが多くなってきたという依頼を多く受ける	
		ST	療養者の飲み込みが明らかに悪くなってきてむせまくっている情報がCMにあがって、STへの依頼になるパターンが多い	
		NS	STが食事に関わっているので施設で会えた時に話を聞いたり、記録を見たりしている	
		NS	STに声を出す、歌をうたうのは喉の訓練になることを聞いた	
		PT	パーキンソン病の療養者で口の中にため込んでなかなか飲み込めなくなり、そのうちに吐き出してくる感じになってきたのでステーションにSTがいるので相談する	
		NS	療養者のむせこみがかなり出るようになりSTも介入しているので、むせていることや飲水時に咳き込んでいたという情報を話しながら、どのようにしたらいいのかを相談した	
		PT	市販の加工した食品は独特な上、値段も若干高いため、食物の工夫をSTが入ってればSTと相談する	
		PT	ベッドのギャッジアップの角度や療養者の首の角度についてSTと相談する	
		NS	見本品の嚥下しやすい食品を持っていき、STから療養者に食べさせてもらい、この食事形態であれば大丈夫というようなお試をする	
		NS	療養者の食事形態はSTがアドバイスをして順調に進めていった	
		NS	STに療養者に合った誤嚥しないような飲み込みの仕方を指導してもらう	
		NS	摂食・嚥下の評価方法について、系列のステーションからCNに相談があった	
		NS	嚥下機能評価をして欲しいとCNに依頼がある	
CNは嚥下機能について相談を受ける	CNは嚥下機能について相談を受ける	NS	記録のことでNSからCNに質問があり助言した	5
		NS	同じ事務所内の職員からCNは相談を受ける	
		NS	他のNSからCNに「このような訓練はした方がいいですか」と相談を受けている	
		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す	
		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資料を作った	
		NS	嚥下困難な人はCNに依頼があるため、自分が訪問し必要なことをNSに伝える	
		NS	NSの訪問時に、こういうものを持っていけるよとか、量は少なくとも栄養あるよとCNは紹介する	
		NS	時間が合えばCNとNSと一緒に訪問することがあり、療養者のケアを伝達する	
		NS	CNからNSにその後の療養者の状態を確認する	
		NS	CNからNSにその後の療養者の状態を確認する	

*コード数

23

(10)【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】(表 24)

24コード, 2サブカテゴリーから構成された。〈嚥下機能評価を療養者と家族と多職種で確認する〉では、『療養者の VE の結果, 綺麗に飲み込めていない所はあるが経口摂取の訓練を開始できるのでないかということであった』, 『お楽しみ程度の経口摂取の評価として VF を療養者に受けてもらったが, 「2口が限度」という結果であった』と, VF・VE の結果を療養者と家族と多職種で確認していた。摂食・嚥下機能の低下した療養者への経口摂取の進め方について, 〈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〉ことをしていた。『療養者の状態をチーム内で情報共有し, 栄養面をまずは重視して体調を整えることが必要なのかを情報共有しながら, どのように経口摂取を進めていくことは決めていかなければならない』, 『療養者の全身の機能・体の機能は 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を, 多職種連携することを共通理解した』と, 摂食・嚥下機能の低下した療養者の経口摂取は, 誤嚥した時の対応も同時に考えていた。この難しい支援を, 療養者と家族と多職種で話し合い, 共通理解をしていた。

表24 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

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード（抜粋）	*
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	嚥下機能評価を療養者と家族と多職種で確認する	NS	療養者のVEの結果、綺麗に飲み込めていない所はあるが経口摂取の訓練を開始できるのでないかということであった	11
		PT	お楽しみ程度の経口摂取の評価としてVFを療養者に受けてもらったが、「2口が限度」という結果であった	
		NS	NSが療養者のVFの結果を確認し、STの進捗状況を確認し、食事形態はとろみのゼリーやプリンはつるんと喉に入ってしまうのは誤嚥するので駄目ということであった	
		ST	VEの結果を基に歯科医師から療養者の安全な食事形態や食べ方について、直接訓練する上でのアドバイスをもらった	
		NS	療養者のVEの結果はヨーグルトでは散らばるため、ゼリーやプリンの方が飲み込み易いのではないかということであった	
	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	OT	療養者の経口摂取は難しいという評価の場合に、療養者・家族の意向と全身状態を医師、NS、ST、PT OTが現状について協議をし、落とし所としてリスクの少ない形での経口摂取をどうしていくのかという方向性を決めていった	13
		PT	療養者のVF所見では「2口が限度だね」と、それを超えると誤嚥リスクが上がるのでゴロゴロしてくる。体調もあり、体調悪い時だと同じ2口でもゴロゴロしたりするので、その辺はチームメンバーが把握していた	
		NS	どういう方向性で行くのかということをチーム内で共有するために、担当者会議の目的、参加者、話し合われた概要を電子カルテに記載し分かるようにしている	
		NS	施設職員とCMとNSと医師の往診のチームで、療養者と家族に嚥下機能が低下したことを理解してもらおうというカンファレンスを何回も行った	
		NS	話しがとても良く通るチームだったので、どこかが引っ掛かることもなかったのでチーム内で目標の統一がされていた	
		OT	療養者の状態をチーム内で情報共有し、栄養面をまずは重視して体調を整えることが必要なのかを情報共有しながら、どのように経口摂取を進めていくのかを決めなければならない	
		OT	実際にその状況判断と理解力も含めての判断が療養者だけでは厳しい状況になってきている場合もある。療養者と家族の思いと私達の評価と現状の状態で落とし処のようなことを決めつつ方向性を決めていった	
		ST	療養者の食事の形態を上げてみることや、とろみをなくしてみるものの新しいチャレンジをするのであれば、しっかりチーム内で共有していくことは結構大事になる	
		NS	療養者の全身の機能・体の機能は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を、多職種連携することを共通理解した	
		NS	誤嚥したら肺炎、肺炎になったら治療するというチーム内の共通認識があったし、療養者・家族との共通認識があり目標が統一されていた	
		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	
		ST	療養者が発熱して恐らく誤嚥性肺炎だろうとなれば、一時的に食事を止めることはあるが、またある程度回復したら経口摂取を再開するという形になる	
		NS	自宅に吸引器が準備してあり家族も吸引が出来る状況だったため、療養者の痰の分泌が増えてくれば家族が対応できた	

*コード数

24

【(11) 職員はICTによって多職種間で情報交換する】(表 25)

33 コード、4 サブカテゴリーから構成された。在宅の多職種は遠隔地で活動しており、お互いの情報を交換するツールとしてICTを利用していた。〈療養者の状況をICTによって多職種間で共有する〉では、『他の事業所でも同じ療養者に対して同じように連携が取れる』ことから、施設が違う場合でもICTによって多職種間で連携していた。

〈職員は ICT で多職種に相談する〉では、『疑問に思った本当に必要な時には直ぐに ICT に記載する』ことによって、療養者の状況をタイムリーに知らせることができ、多職種は自分の訪問以外の療養者の状況を把握することができていた。〈職員は ICT によって医師とやり取りする〉では、『その時の療養者の状態の変化によって、内服薬の変更の指示がもらえたり、経管栄養の内容を変更する指示等がもらえるためタイムリーな対応ができる場だ』と、ICT によって医師とのやり取りができていた。〈職員は療養者の食事の様子やケア方法を ICT で多職種に伝える〉では、『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、一緒に共有して進めていった』と、多職種は療養者の食事場面を観察することが少ないため、動画によって観察できることは貴重な情報共有となっていた。『療養者のポジショニングの写真を載せて伝えている』と、文章では伝わりにくい内容は、写真等の活用によって多職種間で情報交換をしていた。

表25 職員はICTによって多職種間で情報交換をする

カテゴリ	サブカテゴリ	職種	コード (抜粋)	*
職員はICTによって多職種間で情報交換をする	療養者の状況をICTによって多職種間で共有する	NS	医師への相談内容や医師からの返信を多職種全員と、数ステーション入っていた場合でも見ることができる	11
		PT	他の事業所でも同じ療養者に対して同じように連携が取れる	
		PT	日頃のちょっとした情報や必要な情報共有をICTで行う。結構便利になっている	
		NS	医師、相談支援員、NS、PT、他ステーションの全員の状況を一目瞭然で把握できるアプリを活用して、様々で密な連携の必要がある療養者は、電話では伝わりにくい部分もあるのでICTを通して報告する	
		PT	疑問に思った本当に必要な時には直ぐにICTに記載する	
	職員はICTで多職種に相談する	PT	療養者から相談があった時に、NSに「もう一回確認して下さい」と相談や依頼をする	5
		OT	ICTの中にCMが入っているので、CMとも相談できる場である	
		OT	その時の療養者の状態の変化によって、内服薬の変更の指示がもらえたり、経管栄養の内容を変更する指示等がもらえるためタイムリーな対応ができる場だ	
	職員はICTによって医師とやり取りする	NS	医師がICTを導入しており、療養者に関わる多職種は診療情報を把握できる	8
		NS	医師へ訪問時のことを報告しタイムリーに情報共有できる	
		PT	診療計画とか往診の記録をICTに記載してくれる医師もいる	
		NS	医師が診察した内容がその場でわかる	
		PT	NSはケアの内容を度々記載してくれている	
	職員は療養者の食事の様子やケア方法をICTで多職種に伝える	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、一緒に共有して進めていった	9
		NS	CMへ多職種に伝えて欲しい内容のデータを送り、CMから多職種に発信してもらい、できるだけ統一したケアができるようにする	
		NS	療養者のポジショニングの写真を載せて伝えている	
		PT	療養者のポジショニングの写真をICTを利用して伝達している	
		PT	「こうしてみたら上手くいきました」とICTにあると「なるほど」という気づきになる	
		PT	伝達内容の写真等は療養者の所に置かせてもらって、ICTでは「こういうのを作成したので確認して下さい」と伝達する	

*コード数

33

(12) 【職員は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】

(表 26)

43 コード， 3 サブカテゴリーから構成された．〈職員は口腔ケアや吸引によって療養者の口腔内を清潔にする〉では、『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』と，NS は口腔ケアによって口腔内の湿潤をしていた．

〈職員は療養者の口腔機能の維持・改善のため間接訓練を促す〉では、『脳梗塞の影響で舌の口腔機能が低下していたため，療養者に舌の可動域の訓練と口唇閉鎖訓練をしてもらった』と，NS は口腔機能を高める運動を療養者に促していた．『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った．ささやかながら嚥下の訓練を行った』と，NS は歌をうたうことによって，発声訓練を療養者に促していた．〈職員は療養者の経口摂取を目指し直接訓練を行う〉では、『療養者の飲み込みはかなり厳しいので，とろみ水の介助は CN の訪問時に行った』，『ST の下で安全性が保たれていることを医師に話し同意してもらい，最初は 1 食から始めて徐々に食事回数を上げていった療養者がいた』というように，NS・CN と ST の見守り下で直接訓練を行っていた．

表26 職員は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

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
職員は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
		NS	療養者の飲水の前に吸引して痰が絡んでない状態を確認する	
		NS	療養者の飲み込み方と舌の送り込みの練習の前に必ず口腔ケアをする	
		NS	療養者はもともと経口摂取していたため、口腔ケアをすると再び経口摂取できるようになった	
		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	
		ST	療養者の口腔内が結構汚れていたので口腔ケアから始めた	
		NS	療養者の口腔内を清潔にする	
	職員は療養者の口腔機能の維持・改善のため間接訓練を促す	ST	療養者は胃瘻造設し経口摂取は不可ということであったため、口腔内の間接訓練から始めた	27
		ST	療養者に飲み込みの筋力を鍛えるトレーニングをしていった	
		ST	療養者の口の動きを良くするリハビリをしてもらった	
		ST	進行性の難病の療養者に間接訓練をして最期まで経口摂取ができた	
		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、唾液嚥下をできるように促していった	
		PT	療養者に口腔体操をしてもらった	
		NS	療養者が嚥下体操をしてくれたためかなり口輪筋が強くなってきた	
		NS	脳梗塞の影響で舌の口腔機能が低下していたため、療養者に舌の可動域の訓練と口唇閉鎖訓練をしてもらった	
		NS	NSの訪問時に療養者に棒付きの飴を舐めてもらい、飴の味も色々あり選んでもらった	
		NS	ガーゼガム訓練時は噛んだ混ざり具合が分かるように2色入れ、療養者が楽しみながら行えるようにし、週2回の訪問時にNSの見守り下で行った	
		NS	吹き戻しをやると嚥下がよくなり呼吸のコントロールができるので、嚥下後の吐き出す息に結びつくから呼吸の強化となることを療養者に説明し、遊びながらやるといいよと嚥下リハビリを紹介する	
		NS	口唇閉鎖訓練として療養者の口にストローをくわえもらって押しつぶすメニューをしてもらった	
		NS	吹き笛は口唇閉鎖訓練と呼吸筋を強くするため療養者にしてもらう	
		PT	療養者は発声の仕方、飲み込みの仕方を獲得し嚥下機能が回復した	
		NS	NSが療養者にSTのような嚥下訓練をしていることに家族は十分に満足している	
		NS	NSと療養者と家族の3人で一緒に昭和歌謡をうたうことがリハビリになっている	
		NS	療養者は横になると喉がコロコロと音がする。そこはSTが介入していないため、CNから咽頭を鍛えるトレーニングを教えてもらい、それをNSの方で行っている	
		NS	療養者はディサービスに行っていないためNSの訪問時に声を出すことを促した	
		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った。ささやかながら嚥下の訓練を行った	
		NS	嚥下体操を訪問時に療養者と一緒に実施した	
		NS	療養者に舌の動きの体操と口腔内乾燥もあったので舌を頬粘膜に左右にすることを、テレビを見ながらするという自主的なトレーニングを促して実施してもらった	
		NS	療養者に舌を放っておいたらここまでしか届かないけど、訓練後はここまでいけたという成功体験を確認した	
		NS	療養者にこんな顔でできるとか、嚥下訓練をやった後に開口訓練にここがきつくなったりするという効果を確認した	
		NS	療養者は開口訓練をしっかりやった後は「喉の通りがいいんだよ」と言い、実感できる積み重ねが凄い大事だと伝えて励ましている	
		NS	療養者は声が少し大きく出るようになり、嚥下体操をすると舌の動きも先週の前回よりも良くなった	
職員は療養者の経口摂取を目指し直接訓練を行う		ST	療養者からどのようにすれば嚥下機能が良くなるのかを教えて欲しいとか、自分で運動をやりたいという人もいて、嚥下リハビリを説明したら毎日必ず朝・晩してくれた	9
		ST	療養者は嚥下リハビリを毎日必ず朝・晩して効果が出ると、大切だと認識され必ずやってくれている	
		NS	療養者は頸部性のめまいということで、首の体操は止めてまずは食べることで介入した	
		NS	療養者の飲み込みはかなり厳しいので、とろみ水の介助はCNの訪問時に行った	
		NS	療養者の希望を主治医に確認し了解を取り、CNの訪問時にコーンポタージュに濃いとろみをつけて約100mlと、とろみのお茶も50mlをむせこみなく摂取した	
		NS	訪問歯科のVEの所見で療養者はゼリーは問題ないという評価のためCNの見守りでゼリーを始めて問題なく食べられた	
		NS	療養者はプリンを食べた際にむせこみもなく、茶やコーヒーを濃いとろみを付けて170ml程摂取した	
		NS	直接訓練をする前に必ず口腔ケアと吸引をきちんとし、嚥下リハビリを毎日繰り返してNSの訪問時に療養者の好きなとろみのついたお酒を100cc経口摂取した	
		PT	療養者は飲み込みにリスクがあったので、STがゼリーの経口摂取を続けてくれた	
		ST	STの見守り下で安全性が保たれていることを医師に話し同意してもらい、最初は1食から始めて徐々に食事回数を上げていった療養者がいた	
		ST	療養者は胃瘻から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	

*コード数

43

(13)【職員は療養者の食べる機能の回復に向けて姿勢や環境を整え、離床を促す】

(表 27)

81 コード， 5 サブカテゴリーから構成された．〈職員は療養者の食事時の姿勢を整える〉では、『車椅子のヘッドレストとアームレストを直して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』，『療養者は座る姿勢がしっかり整うと嚥下機能は変わるため，食事の姿勢を整えることを意識している』と，職員は療養者の食事時の座位の姿勢を整えていた．〈PT は車椅子を調整し療養者の座位の姿勢を整える〉では、『VF の結果で細かく指示があるので，療養者の車椅子を選び直し調整ができる車椅子に変えた』と，PT は療養者に合った車椅子を選んでいた．〈PT と OT は療養者の上半身の筋肉をほぐす〉では、『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』，『療養者の上肢が口元まで届き，自力摂取ができるように肘の可動域の訓練をする』と，PT と OT は療養者の上半身の筋肉をほぐし，摂食・嚥下がし易くなるためにリハビリテーションをしていた．〈職員は療養者が食べ易くなるために食事環境を整える〉では、『療養者と机の高さが合わないと言われないと段ボールで作れるし，発泡スチロールでも作れる』と，OT は家庭にある物を使って療養者が食事し易いように工夫していた．〈職員は療養者の食べる筋力の強化のために離床を促す〉では、『療養者にダイニングへ移動し座ることで嚥下能力は回復するため促す』，『長い間寝たきりだった療養者が車いすに移乗し，自分でご飯を食べられるようになった』とあり，療養者に離床を促し体幹の筋力が強化したことによって，姿勢保持に繋がり嚥下機能の回復に繋がっていた．

(14)【経口摂取を試みた結果への療養者と家族の受け入れを職員は見守る】(表 28)

57 コード， 3 サブカテゴリーから構成された．療養者の経口摂取を進めた結果として，〈職員は療養者の摂食・嚥下機能が回復し経口摂取が進んだことを見守る〉，〈職員は家族の療養者が味わう喜びを見守る〉という，療養者と家族の希望が叶ったことを見守っていた．しかしながら，〈職員は療養者と家族の希望する経口摂取が難しいことへの受け入れを見守る〉の，『医師から嚥下は難しいことを説明され納得して諦める療養者がいる』，『療養者は食べたい物を食べて誤嚥して苦しくなって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』，『療養者は上手く食べられなくて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，経口摂取は難しいね

という感じになり、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』という経口摂取をすることは難しい結果となり、療養者と家族がその結果を受け入れることを職員は見守っていた。

表27 職員は療養者の食べる機能の回復に向けて姿勢や環境を整え、離床を促す

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード（抜粋）	*
	職員は療養者の食事時の姿勢を整える	NS	車椅子のヘッドレストとアームレストを直して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	VF後に細かく指示があり、車椅子とベッドの角度や枕を作ってくださいとSTは多職種に絵を書いて説明してくれた	
		PT	多職種へパンフレットを作成し、療養者への運動と体操の種類やポジショニングの仕方、移乗の仕方を必要に応じて伝えている	
		OT	療養者は座る姿勢がしっかり整うと嚥下機能は変わるため、食事の姿勢を整えることを意識している	
	PTは車椅子を調整し療養者の座位の姿勢を整える	PT	介護職から「最近こっちに傾く」、「これが難しくなってきた」という声があれば、療養者の現状に合った車椅子を検討する	4
		PT	VFの結果で細かく指示があるので、療養者の車椅子を選び直し調整ができる車椅子に変えた	
	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のこわばりをほぐし、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	
		PT	療養者のアームストレッチをしている	
		PT	療養者の上肢が口元まで届き、自力摂取ができるように肘の可動域の訓練をする	
職員は療養者の食べる機能の回復に向けて姿勢や環境を整え、離床を促す	職員は療養者が食べ易くなるために食事環境を整える	OT	上肢の筋力と運動量が落ちてきた療養者は食事時に机と手の高さが違うと、下から上に持っていく腕のリーチの長さが短くなり前かがみになり頸部も下がり気味となるので机の高さを調整した	18
		OT	療養者はベッド上で過ごしていたので膝のところに小高い机を用意して食べてもらった	
		OT	療養者と机の高さが合わないで段ボールで作れるし、発泡スチロールでも作れる	
		OT	療養者は座位の継続が難しくなりストローと吸い飲みを使うようにした	
		OT	療養者はスプーンとフォークを指に引っ掛けて食べるという自助具で食べている	
		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	
		OT	脳機能の失調症状がある場合は道具を使うよりは楊枝を使って食べてもらったほうが良いと思う	
		NS	訪問時に臥床のままではなく療養者に椅子へ移動し座ってもらう	
	職員は療養者の食べる筋力の強化のために離床を促す	NS	訪問時に療養者に起きてこれをしましと活動を促す	25
		NS	療養者に何かを自分で取ることが腕の力になるので、自分でスプーンが使えるようになる動きを取り入れる	
		NS	療養者に全身の筋力トレーニングとして「立ち上がりにやろうね」とさせてもらう	
		NS	療養者にダイニングへ移動し座ることで嚥下能力は回復するため促す	
		NS	週に2回リハビリも入り療養者に車椅子移乗していると少しずつ体力が上がってきたと同時に、飲み込み時の疲労も徐々になくなってきた	
		PT	長い間寝たきりだった療養者が車いすに移乗し、自分でご飯を食べられるようになった	
OT		療養者の体幹の機能が上って上肢の機能が上ってくると口の機能も必然的に上がってくる		
ST		療養者は退院して活動が増えると痰が減ってきて、吸引の回数も減った		
	OT	療養者の日中の過ごす姿勢が大事だと思う。食事時だけ良い姿勢をとるだけではなく普段の姿勢を観る		
	OT	療養者のできるところを見守りながら次になるべく習慣化して、痛みが出現せずに無理のないように活動を提案していきたい		
	OT	療養者は退院後に在宅に戻り活動が増え通所介護を再開できたため離床時間が確保できた		

*コード数

81

表28 経口摂取を試みた結果への療養者と家族の受け入れを職員は見守る

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への療養者と家族の受け入れを職員は見守る	職員は療養者の摂食・嚥下機能が回復し経口摂取が進んだことを見守る	ST	胃瘻造設した療養者は禁食から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	38
		PT	療養者は退院後に活動が増えて、好きな食物をチャレンジし食べられるようになり、少しずつ柔らかいご飯からとろみのあるご飯になり少しずつ食事形態を固くしていき、最終的にカップラーメンを食べられるようになった	
		PT	胃瘻増設した療養者で全身的な体力も回復し、少し食べられるようになりお楽しみ程度で味わうことができた人はいる	
		NS	退院後に嚥下機能が良くなった療養者は結構いる	
		NS	中心静脈栄養の療養者に介入して半年くらいで、口腔ケアをしながらとろみをつけたものやゼリー様を経口摂取できるようになった	
		PT	退院後に療養者の判断で自我流で食べていると、食べられるようになった人がいた	
		NS	療養者は少しずつ食事摂取量が増え、最初はティースプーン3分の1だったが、2ヶ月後くらいにはゼリーを1個と、濃いとろみを100ccくらい飲めるようになった	
	職員は家族の療養者が味わう喜びを見守る	NS	療養者が食べて「おいしい」と言って「本当にうれしかったんです」と家族が言ったことを聞いた	2
		PT	療養者は飲み込みにリスクがあったので最終的には胃瘻になったが、STが経口摂取でゼリーを続けてくれたので、お楽しみで経口から食べられていることに妻も喜ばれていた	
	職員は療養者と家族の希望する経口摂取が難しいことへの受け入れを見守る	NS	療養者の食べたくない選択もあると思う	17
		NS	家族が療養者に経口摂取を進められない選択も間違っていない	
		NS	経口摂取しないという選択肢も必要である	
		NS	リスクを取らざるを得ないこともある	
		NS	医師から嚥下は難しいことを説明され納得して諦める療養者はいる	
		NS	療養者は食べたい物を食べて誤嚥して苦しくなって緊急コールが何回もあった	
		NS	療養者は食べたい物を食べて誤嚥して苦しくなって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	
		NS	療養者は誤嚥性肺炎を起こして最終的には胃瘻造設の方向になった	
		ST	誤嚥を覚悟しながら少し食べる練習をしていたことがあったが、最初の頃は1カ月に1回、2回発熱し、誤嚥性肺炎だろうということがあり、療養者もすぐつらそうにしていた。それを介護する家族はすごいつらい思いをした	
		ST	お楽しみのための経口摂取で焼肉が食べたい療養者は、焼肉のソースをガーゼに付けてちょっと舌に付けて味わうことをしたが、誤嚥して直ぐに口腔ケアをした	
		ST	療養者と家族に食べられないことを納得してもらえるように関わった	
		ST	療養者と家族が食べられないことを納得すれば、楽しく療養生活を送れると思う	
		ST	神経難病の療養者は徐々に嚥下機能が低下していく。食べられるようになることよりは、食べられる状態を維持する目標の方が多い	
		ST	療養者の記録を見ながら最近全身状態が低下してきていることや、痰がらみが出てきていることを把握する	
		ST	療養者が安全に在宅を暮らしてもらうためには、STから安全な食事はここですよという形で勧めていく	
		ST	療養者は上手く食べられなくて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、経口摂取は難しいねという感じになり、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	
		ST	療養者は進行性の疾患だと嚥下機能も徐々に低下するし、今ここで経口摂取を選択をすると、後々危険でリスクもあるので難しいとSTは判断をすることもあった	

*コード数

57

II. 調査 2：在宅要介護高齢者を訪問する専門職への調査

1. 目的

療養者を訪問する専門職が行う摂食・嚥下機能が低下した療養者と家族の経口摂取への支援の現状を明らかにする。

2. 対象

関東地方にある診療所もしくは介護保険サービス事業所に勤務し、摂食・嚥下機能の低下した療養者の食支援の経験がある次の 5 職種 12 名を対象とした。訪問診療医師 2 名（在宅療養支援診療所で訪問診療を行っている）、歯科医師 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 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 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 名は主任ケアマネージャーである）を選定した。

3. 方法

1) 研究デザイン

質的帰納的研究を行った。

2) 調査期間

2022 年 12 月から 2023 年 4 月に行った。

3) データ収集方法

研究代表者と 1 対 1 の対面形式にて半構造化面接を実施した。面接内容は、摂食・嚥下機能の低下した療養者と家族の経口摂取への支援について伺った（別添 2，インタビューガイド）。インタビュー内容は IC レコーダーに録音した。

4) 倫理的配慮

本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、

個人情報の厳重管理，匿名性等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審査会での承認を得ている（承認番号：2021-GN03）．

5) 分析方法

対象者の語りは逐語録を作成し，逐語録の意味内容を損ねないように文脈で区切りコード化した．Krippendorff の内容分析¹¹³⁾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．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．

4. 結果

1) 対象者の概要およびインタビュー時間（表 29）

年齢は 30 から 70 代，臨床経験年数は平均 22.8 年であった．在宅での経験年数は平均 12.4 年であった．

表29 対象者の概要およびインタビュー時間

	職種	年齢 (歳代)	性別	臨床経験年数 (年)	在宅での経験年数 (年)	インタビュー 時間 (分)
A	CM*	50	女性	28	12	94
B	CM*	30	女性	14	8	46
C	CM	30	女性	10	2	41
D	歯科医師	40	男性	24	24	46
E	歯科医師	40	女性	18	8	28
F	歯科医師	50	男性	26	26	50
G	歯科衛生士	50	女性	23	13	28
H	歯科衛生士	50	女性	36	15	80
I	管理栄養士	40	男性	8	5	68
J	管理栄養士	40	女性	10	0.5	72
K	医師	70	男性	50	30	24
L	医師	50	男性	26	5	41

*主任ケアマネジャー

2) 療養者と家族の経口摂取への支援の現状

対象者の逐語録を質的帰納的に分析し，摂食・嚥下機能が低下した療養者と家族の経口摂取への支援についてカテゴリー化した．カテゴリーは支援を行う職種ごとに時

系列に沿って分類し、280 コード、34 サブカテゴリー、11 カテゴリーを生成した。生成したカテゴリーは、【専門職は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する】、【専門職は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】、【管理栄養士は療養者の食べ方が誤嚥しやすいため誤嚥について説明する】、【専門職は家族の食べさせたい希望と意思を受け止める】、【訪問歯科診療は依頼目的を事前に確認する】、【専門職は NS のアセスメントや嚥下機能評価から療養者の状態を把握する】、【専門職は家族の介護力に応じた食事方法を提案する】、【専門職は療養者と家族に経口摂取への覚悟と責任を確認する】、【専門職は療養者の経口摂取に向けて多職種に介入を依頼する】、【専門職は ICT によって多職種間で情報交換をする】、【経口摂取を試みた結果への療養者と家族の受け入れを専門職は見守る】であった。

表中と図中の表記は、歯衛：歯科衛生士、歯科医：歯科医師、栄養士：管理栄養士、IC：インフォームドコンセント（Informed Consent）、KTBC：口から食べるバランスチャート（小山珠美氏の開発した口から食べるための包括的評価指標）¹³⁷⁾、ICT：情報通信技術（Information and Communication Technology）とする。

3) カテゴリーの結果

(1) 【専門職は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する】（表 30）

10 コード、2 サブカテゴリーから構成された。〈専門職は入院時に療養者の摂食・嚥下機能が低下したことを把握する〉では、『入院によって療養者の嚥下機能が低下したので、ほぼ看取りでお願いしますという依頼がある』と、経口摂取が進まない状態となった療養者が、胃瘻造設や点滴等の治療を受けないことによって看取りと言われて退院するケースがあった。〈専門職は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する〉では、『療養者の動きが悪いことがありそこから掘り出して聞いていくと、実はむせるんだよとか食べづらいんだよということがあった』と、専門職が詳しく聴取することによって摂食・嚥下機能の低下に気づくことがあった。また、『療養者は退院当初は病院で投与された薬でぼんやりしてることが多い』と、専門職は睡眠薬（抗不安薬）等による影響から療養者の嚥下機能が低下していることを把握していた。

表30 専門職は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
専門職は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する	専門職は入院時に療養者の嚥下機能が低下したことを把握する	歯衛	病院では命を救うかどうかだから食べさせられませんかと言われた	6
		栄養士	療養者はリハビリの病院を退院された後に嚥下機能が低下した	
		医師	入院によって療養者の嚥下機能が低下したので、ほぼ看取りでお願いしますという依頼がある	
		CM	家に帰るための準備として、退院の1週間前から療養者の眠剤や脳に作用する薬剤を全部抜いてもらう	
		CM	病院での退院時のカンファレンスで療養者の胃瘻造設について医師から説明された	
	専門職は療養者の摂食・嚥下機能を低下を把握する	CM	誤嚥性肺炎で何回も入院する度に病院の栄養士から「こういうものを食べさせてください。食事形態はこういうふうにしてください」と療養者は言われる	4
		歯科医	食べているけどむせることが増えて嚥下機能が落ちてきたから一度診て欲しいという依頼の方が圧倒的に多い	
		栄養士	療養者の動きが悪いことがありそこから掘り出して聞いていくと、実はむせることや食べづらいことがあった	
		医師	療養者は入院中に認知症扱いされて抗不安薬や眠剤の投与によって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	
		医師	療養者は退院当初は病院で投与された薬でぼんやりしていることが多い	

*コード数

10

（２）【専門職は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】（表 31）

21 コード， 2 サブカテゴリーから構成された．〈専門職は療養者の好きな物を食べたい希望を受け止める〉では、『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だったりペースト食であったが，家に帰るとサンドイッチを食べたいと言う』という療養者の好きな物を経口摂取したい希望を専門職は聞いていた．〈専門職は療養者の生活の満足を受け止める〉では、『食べることや食欲は人間の楽しみ，生理的な本能的な楽しみの中で最期まで残っているものだと思うので，生きいてる限りはそこを満たしてあげたいと思う』，『長く生きることの意味あるのか，療養者の生活の質，療養者にとって良い生活・納得いく生活をする事のどちらに比重を置くのかということだから，人生の長さじゃなくてその人にとっての人生の質はある』と，専門職は療養者が生活に満足することを受け止めていた．

表31 専門職は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
専門職は療養者の好きな物を食べたい希望を受け止める		医師	療養者から「酒が飲みたい」と聞いた	5
		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だったりペースト食であったが、家に帰るとサンドイッチを食べたいと言う	
		栄養士	ご飯の時は必ず味噌汁が欲しいという療養者がいて、自宅に戻ると飲んでいる	
		CM	療養者に誤嚥を説明しても「なんで食べられないんだ」、「自分が食べたいと言っているからいいだろう」と怒った人もいる	
		CM	療養者は最期の数日前は何も食べていなかったが、プリンが大好きで最期にプリンと言ってプリンを食べた	
専門職は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める	専門職は療養者の生活の満足を受け止める	医師	いかに快適に過ごすのかという在宅のアウトプットは、治療をしている病院とは全然違う	16
		医師	在宅のアウトプットは違っていて療養者がどう快適に自宅で過ごせるのかということなので、病院の規準をそのまま在宅には適用できないと思う	
		医師	療養者にとって生きることの喜びのために、ある程度リスクを背負うことができることは在宅の良い所だ	
		医師	療養者は病院の標準治療と違うことを受け入れるために在宅生活を選ぶ	
		医師	食べることや食欲は人間の楽しみ、生理的な本能的な楽しみの中で最期まで残っているものだと思うので、生きている限りはそこを満たしてあげたいと思う	
		医師	在宅の良さは単に治療ではなく療養者の喜びや別の意味で生きることの喜びを共有できることだ	
		医師	合併症を起こさず命を長く生きたい療養者と、少しくらいリスクを選んでも今を楽しみたい療養者は個性なので随分違う	
		医師	長く生きることの意味あるのか、療養者の生活の質、療養者にとって良い生活・納得いく生活をするかどうかどちらに比重を置くのかということだから、人生の長さではなくその人にとっての人生の質はある	
		医師	在宅は生きることの喜びを受け入れること	
		医師	食べることは生きていく上で優先になる。食べないで生きていてもしょうがないと思う	
		歯衛	療養者がどんなニーズを持っているのかを知り、それに丁度よく応えたい	
		歯衛	療養者がどうしたいのかということを知る	
		歯科医	療養者は食事をすることで喜びを感じている	
		歯科医	食べることは大事だ、食べることは死ぬまで楽しみにしている	
		CM	療養者は何が望みなのかを知る	
		CM	「帰ったら食べようよ」、「好きなお酒を飲もうよ」、「それするためにどうしたらいいの」と療養者のやる気を奮い立たせる	

*コード数

21

(3) 【管理栄養士は療養者の食べ方が誤嚥しやすいため誤嚥について説明する】

(表 32)

9コード、2サブカテゴリーから構成された。〈管理栄養士は療養者の食べ方が誤嚥しやすいことを把握する〉では、『療養者がかき込んで食べることは結構気にしている』と、管理栄養士は療養者の食事時の観察から把握していた。〈管理栄養士は療養者に誤嚥について意識してもらうように説明する〉では、『療養者が誤嚥を理解してない場合だと、説明するよりも危ないポイントと誤嚥の症状がないかということを確認する感

じだ』とあり、管理栄養士は療養者に誤嚥を意識してもらえるように説明していた。

表32 管理栄養士は療養者の食べ方が誤嚥しやすいため誤嚥について説明する

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
管理栄養士は療養者の食べ方が誤嚥しやすい め誤嚥について 説明する	管理栄養士は療養者の食べ方が誤嚥しやすいことを把握する	栄養士 療養者の食べ方で一口の量が大い Spoon で食べているとむせることに繋がる		5
		栄養士 普通に食べていて、むせながら食べている療養者は結構いる		
		栄養士 一番心配なのは療養者の早食いや丸飲みすることだ		
		栄養士 実際に療養者を見ないと、気を付けているという申告だけだと分からない		
		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		
	管理栄養士は療養者に誤嚥について意識してもらおうように説明する	栄養士 療養者に出ている症状を説明した方が理解し易いと思う		4
		療養者が誤嚥を理解していない場合だと、説明するよりも危ないポイントと誤嚥時の症状がないかということを確認する感じだ		
		療養者にこういうことは誤嚥する可能性があり危ないので、こうした方がいいよと最低限のところは説明する		
		療養者は食べられないことはないが、無茶して食べると誤嚥のリスクは高くなるので、その説明はきちんとさせてもらおう。もし食べてむせるぐらいだったらまだいいが、窒息が一番怖い		

*コード数

9

（４）【専門職は家族の食べさせたい希望と意思を受け止める】（表 33）

22 コード、4 サブカテゴリーから構成された。〈専門職は家族の食べさせたい希望を受け止める〉では、『依頼の時点で「なんとしてでも食べさせたい」という家族は多い』、『家族は一口でもいいから食べてもらいたい、大好きだったものをせめて舐めさせたいという希望があった』と、専門職は家族の食べさせたい強い希望を受け止めていた。〈専門職は家族だけ食べることの後ろめたさを聞く〉では、『「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ね」ということを家族から聞いた』と、専門職は同じ家庭の中で家族だけ食事することへの後ろめたさを受け止めていた。〈専門職は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〉では、『医師の説明を聞いているようで聞いてない家族が結構いる』と、医師の説明への理解が家族には難しい状況を専門職は受け止めていた。〈専門職は家族の療養者の変化が受け入れられない意思を受け止める〉では、『家族としては療養者の禁食が受け入れ難いことで「せめてゼリーだけでも食べられるようになりませんか」、「お水だけでも飲めるようになりませんか」と直ぐに受け入れられず諦めきれない家族はいる』とあり、専門職は家族が療養者の禁食の受け入れが難しいことへの意思を受け止めていた。

表33 専門職は家族の食べさせたい希望と意思を受け止める

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
専門職は家族の食べさせたい希望と意思を受け止める	専門職は家族の食べさせたい希望を受け止める	歯科医 依頼の時点で「なんとしてでも食べさせたい」という家族は多い		9
		歯科医 家族に食べさせたいという思いがある		
		歯科医 亡くなる前に最期に食べさせたいと思う家族はいる		
		歯衛 家族は一口でもいいから食べてもらいたい,大好きだったものをせめて舐めさせたいという希望があった		
		CM もともと食べていた療養者が食べられなくなり,家族は食べさせたいという思いが強い		
		CM 家族の食べさせたいという希望に沿えることが一番大きいと思う		
		CM 療養者の意思だけでは食は進められないため,家族の意思がかなり影響する		
		CM 療養者が食べたいことを聞いて「おじいちゃんがそう言うからしょうがないわ」と家族は思った		
	専門職は家族だけ食べることの後ろめたさを受け止める	栄養士 本当に家族がどうしても食べさせてあげたいという気持ちがあった		3
		歯衛 家族から「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」,「外食もできない,本人が食べていないのに私だけというのはできません」という話を聞いた		
		歯衛 家族からテレビの料理番組になるとチャンネルを変えていることを聞いた		
		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よな」ということを家族から聞いた		
		歯衛 専門職が知識とスキルがあるからといって多くのことを言う,家族はうんざりだしそんな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		
		栄養士 療養者の嚥下機能は入院を機に低下したが,家族の感覚としては「牡蠣を食べさせていいですか」という感じであった		
		医師 療養者の希望はどうか,家族の希望を療養者がそのように希望するかどうか考えて欲しいと言った		
専門職は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	専門職は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	CM 家族が内緒で食べさせてみたことがあったが,そこは家族の強みなのかなと思う,家族の意外と大丈夫という勘ですることがあった		6
		CM 家族がうどんを食べさせてみて,いつの間にか「あれ,食べてる」ということもあるので,医学的には危ないかもしれないけど家族の思いがあり,意外とやってみたら食べれたというパターンもあるので嚥下機能評価だけが全てじゃないのかなという感じだ		
		CM 医師の説明を聞いているようで聞いてない家族は結構いる		
		医師 嚥下の悪い人は療養者よりは家族をどう説得するかになってくる		
	専門職は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	CM 療養者の身体機能がぐっと落ちて家族は受け入れられないことがある		4
		CM 家族としては療養者の禁食を受け入れ難いことで「せめてゼリーだけでも食べられるようになりませんか」,「お水だけでも飲めるようになりませんか」と直ぐに受け入れられず諦めきれない家族はいる		
		CM 食べることに限っ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		

*コード数

22

(5) 【訪問歯科診療は依頼目的を事前に確認する】(表 34)

29 コード, 3 サブカテゴリーから構成された. 訪問歯科診療の依頼を受ける歯科医師と歯科衛生士は,〈歯科は診療前にできる限り療養者の情報を集める〉ことや,〈歯科は依頼目的を事前に確認する〉ことによって,療養者の状態と歯科への依頼目的を診療前に確認していた. 歯科への依頼目的は,『家族が勝手に食べさせようとするから,歯科に駄目と言って欲しくてVEを依頼してくる時もある』と,家族に療養者の嚥下が

難しいことを伝えて欲しいという依頼があった。また、『NS に歯科の依頼理由を詳しく聞くと、環境設定を検討したほうがいい場合は、食事環境を 1 回見せてもらう』こともあり、療養者の経口摂取をどのように進めていけばいいのかという相談があった。さらに、〈歯科は医師の方針を最初に確認する〉ことによって、『歯科は IC をした後の介入が一番の理想だが、IC の題材にしたいという医師もいる。歯科医師が食べられないと言ってるからもう食べられないと言いたいのか、歯科医師がいいと言っているから食べましょうというのかを判断するための依頼かを確認する』ことをしていた。このように依頼目的によって、嚥下機能評価の結果の解釈が変わってくるため、訪問歯科診療時は依頼目的を事前に確認していた。

（6）【専門職は NS のアセスメントや嚥下機能評価から療養者の状態を把握する】

（表 35）

31 コード、3 サブカテゴリーから構成された。〈専門職は NS のアセスメントを聞き療養者の状態を把握する〉では、『難病の療養者の経口摂取の進め方については NS の意見を聞く』、『NS の意見とすり合わせをしてから「じゃあ、やってみようか」、「嚥下機能評価してからのほうがいいから、ST 入れてからのほうがいいよね」、「検査してからのほうがいいよね」という専門的な意見も聞いた上で、家族に「こうしませんか」と提案をする』と、専門職は NS のアセスメントを聞き療養者の状態を把握していた。また、『NS から訪問介護に食事介助を依頼することの提案をしてもらった』と、NS からの提案によって療養者の状態を把握していた。〈専門職は ST の嚥下機能評価を確認する〉では、『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』、『ST が療養者の嚥下機能評価をした上で次の段階に進んでいける』と、専門職は ST による嚥下機能の評価を把握しながら、経口摂取の検討をしていた。〈嚥下機能評価を療養者と家族と多職種で確認する〉では、『VE 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』、『歯科医師による嚥下機能評価の検査時は、できるだけ同席して自分の目で見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』とあり、嚥下機能の精密検査の VE 時に多職種は、療養者と家族と一緒に療養者の嚥下機能を確認していた。

表34 訪問歯科診療は依頼目的を事前に確認する

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
訪問歯科診療は依頼目的を事前に確認する	歯科は診療前にできる限り療養者の情報を集める	歯科医	歯科の事務は最初に訪問看護ステーション等の様々な所に連絡して情報を得る	7
		歯科医	在宅クリニックや訪問看護ステーションで付き合いが長い所からは、診療情報提供書で医療的なことや服薬等を紹介状という形で貰う	
		歯科医	連携が取れていて慣れている事業所は、主治医の紹介状等全部用意して送ってくれる場合もあるし「当日でいいですか」と訪問先で見る場合もある	
		歯科医	必ず療養者の医療情報を収集する	
		歯科医	医師が別の施設の場合は、こちらから診療に当たる前に照らし合わせの紹介状の方を書いて「歯科が介入します」や「初診で抜歯が必要だったので医療情報を下さい」と依頼すると、ほぼ100%紹介状がもらえて療養者の医療情報が収集できる	
		歯衛	医師からの依頼時は、こちらから医師に療養者の情報を全部下さいとお願いする	
		歯衛	歯科の受付で情報を集めるようにシステム化させている。情報はできる限り貰うものがセットになっている	
		歯衛	まずは一旦、依頼が来た時に先方がどういう答えが欲しいのかを事前にリサーチする	
	訪問歯科診療は依頼目的を事前に確認する	歯衛	多職種と支援の方向性が違うと全く無駄な動きになるし、コミュニケーションが最初からちぐはぐになる	16
		歯衛	歯科の介入の目的が全然変わってくるので、依頼目的はすごく気をつけている	
		歯衛	歯科は先方のニーズに応えるという意味では、誰からどのような依頼が来たのかに応じていく	
		歯衛	家族が勝手に食べさせようとするから、歯科に駄目と言って欲しくてVEを依頼してくる時もある	
		歯衛	家族はVEをしたら食べられると思っている場合もある	
		歯衛	療養者と家族が何に困ってるのかを多職種から事前に聞いていても、自分達で1回りリサーチする	
		歯衛	CMに詳しく聞くと、「私の思いでした」ということもある。家族は同じように思っていないこともある	
		歯衛	何で食べられないのかかわからないという理由でNSから歯科に依頼することが多く、NSに歯科の依頼理由を詳しく聞くと訪問のタイミングもわかる	
		歯衛	NSに歯科の依頼理由を詳しく聞くと、環境設定を検討した方がいい場合は、食事環境を1回見せてもらう	
		歯衛	脳卒中の療養者であればSTに同行してもらおうと、どういう訓練が必要なのかをその場で判断できる	
		歯衛	誰が依頼の発信者であるかを聞くと、その理由が分かる。例えば、食事介助した時にむせたから気になった、口腔ケアした時に何かぼろっといった、褥瘡があるため栄養が気になっていた、褥瘡が痛くて食べられないかもしれないと嚥下機能以外のことも分かる	
		歯衛	依頼目的をリサーチをして目的のすり合わせを1回しないと、家族は別にVEを望んでないこともある	
		歯科医	STは相談先がないため、VEだけ依頼されたことがあった	
		歯科医	NSからの発信でCMから訪問歯科診療を入れた方がいいと思うと家族に助言してくれて介入することがある	
		歯科医	食事環境を整えたり、食事形態の見直しからまずはやりましょうという歯科への導入が最近結構増えてきている	
訪問歯科診療は依頼目的を事前に確認する	歯科は医師の方針を最初に確認する	歯衛	医師のICを把握しておくことは介入のスピードが違ってくる	6
		歯衛	療養者がどうして欲しいかに応えようと思って医師も歯科医師も入ってると思う	
		歯衛	まずは一旦、医師がどうしてほしいのかを依頼が来た時にどういふ答えが欲しいのかを歯科は事前にリサーチする	
		歯衛	歯科は医師がICをした後の介入が一番の理想だが、ICの題材にしたいという医師もいる。歯科医師が食べられないと言ってるからもう食べられないと言いたいのか、歯科医師がいいと言っているから食べましょうというのかを判断するための依頼を確認する	
		歯衛	医師は歯科医師のVE検査の評価だけを知りたいという依頼があった	
		歯衛	歯科のそういう結果を聞きたいわけではないという医師がいたため、初回に医師の意図を確認する	

*コード数

29

表35 専門職はNSのアセスメントや嚥下機能評価から療養者の状態を把握する

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
専門職はNSのアセスメントを聞き療養者の状態を把握する		CM	難病の療養者の経口摂取の進め方についてはNSの意見を聞く	14
		CM	NSは毎週訪問し療養者の状態を把握しているので、NSからの助言は聞く	
		CM	NSは療養者の入浴の状況や皮膚状態の悪い部分を観察してくれているので、気づいたことを言ってもらえると助かる	
		CM	療養者で大丈夫と多分言いそうな場合にはNSに療養者の様子を聞いておく	
		CM	血圧が不安定な療養者について臨時で多職種で集まる時もあるが、時間が合わない場合はNSの訪問時間に合わせてその終わり10分ぐらいに訪問介護士と一緒にカンファレンスをした	
		CM	必要時にNSと療養者について情報共有する	
		CM	NSは療養者宅にNS用のノートを置いて療養者について記入してくれているので、それを見る	
		CM	療養者の飲み込みが悪くなり時々むせ込むようになり、食欲が無く嘔気もあり、NSに相談しSTにみてもらった方がよいという助言をもらった	
		CM	NSの意見とすり合わせをしてから「じゃあ、やってみようか」、「嚥下機能評価してからのほうがいから、STが入ってからの方がいいよね」、「検査してからの方がいいよね」という専門的な意見も聞いた上で、家族に「こうしませんか」と提案をする	
		CM	NSから訪問介護士に食事介助を依頼することへの提案をしてもらった	
		CM	NSから家族が疲れているみたいで、ショートステイ等の相談について助言をもらった	
		CM	NSからSTに嚥下機能評価してもらいながら食上げできたらいいのではないかと助言をもらった	
		栄養士	NSに記録について確認をする	
		栄養士	たまにNSの訪問時に同席して療養者の情報共有をする	
専門職はNSの アセスメントや 嚥下機能評価か ら療養者の状態 を把握する		CM	STに入ってもらって療養者の舌の動きを親てもらってから食事を評価する	8
		CM	STに1回入ってもらい療養者の嚥下機能評価をしてもらった	
		CM	食べさせたいという思いが強い家族に「飲み込みの評価をまず1回受けてもらってからでないと、私はいとも悪いとも言えません」と言った	
		CM	嚥下機能の低下した療養者のとろみの加減や硬さ、食事形態、食事のタイミングはSTに相談する	
		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評価になればSTにみてもらう	
		医師	STが療養者の嚥下機能評価をした上で次の段階に進んでいける	
		医師	正直、STに任せている。スタッフを信じて評価してもらう	
		医師	まずSTに依頼して療養者の嚥下機能評価をしてもらう	
		歯科医	VE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	
		歯科医	多職種にVEに立ち会ってもらって一緒に確認することを何回かした	
		歯科医	VE時に同席して見てもらえれば、NSは解剖学的構造が分かるから検査所見をなんとなく分かる	
		歯衛	VE時にST、PTが同席することがあり大勢で確認した	
		歯衛	NSからVEに同席していいですかと来られることがあった	
		CM	VE時の画面を見て「今、飲み込みなかったからここに残ってる」というのを多職種で確認した	
嚥下機能評価を療養者と家族と多職種で確認する		CM	歯科医師による嚥下機能評価の検査時は、できるだけ同席して自分の目で見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	9
		CM	家族はVEで見て「こういうことだから駄目なんだね」ということを可視化された	
		CM	VEの結果は「まだ咽頭の機能が残っている」ということで、胃瘻が外せるのかという話になった	

*コード数

31

(7)【専門職は家族の介護力に応じた食事方法を提案する】(表 36)

36 コード, 4 サブカテゴリーから構成された。〈CM は家族が療養者から言われるまま食べさせていることを把握する〉では、『「パンが食べたい」と言われると家族関係ですよね。療養者の言うことが絶対という家族になると食べさせている』と, CM は家族の関係性が療養者の経口摂取に影響していることを把握していた。〈専門職は家族の介護力を把握する〉では、『家族の食事形態の知識や嚥下しやすい調理ができる介護力があるかどうかが重要だ』, 『家族がとろみ剤を買ってくれるか, 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』と, 専門職は家族の介護力を把握していた。〈専門職は家族に誤嚥を意識してもらえるように説明する〉では、『家族に「むせ込みがありませんか」, 「ゴロゴロいってませんか」, 「食事中の咳の具合はどうですか」と尋ねる』ことによって, 専門職は誤嚥した時の症状を家族に意識してもらえるように説明していた。〈専門職は家族に可能な介護を提案する〉では、『なるべく家族にできることをやってもらうように提案する』, 『食べ易いものを紹介すると, それに則ってやってくれる家族は多い』と, 専門職は家族に可能な介護を提案していた。

表36 専門職は家族の介護力に応じた食事方法を提案する

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
専門職は家族の介護力に応じた食事方法を提案する	CMは家族が療養者から言われるまま食べさせていることを把握する	CM	家族と療養者の関係性によって、療養者に「食べたい」と言われてもそこはかたくなに「無理だ」と言える家族かどうかにもよって変わってくる	3
		CM	「パンが食べたい」と言われると家族関係ですね、療養者の言うことが絶対という家族になると食べさせている	
		CM	家族が療養者の食べたい物を食べさせてしまっ、喉に詰まらせるというパターンはある	
		歯科医	家族の食事形態の知識と嚥下しやすい調理ができる介護力があるかどうかが重要だ	17
		歯衛	家族のバックグラウンドによって療養者の状態が大きく左右される	
		歯衛	家庭の中で介護は誰が何をできるのかを見極める	
		歯衛	在宅ならではの家族のジレンマはある、自分で介護したいけど介護が難しいため、誰かに頼まなければならない状況がある	
		歯科医	家族は食事の用意ができるか、後片付けができるのかを評価する	
		歯科医	家族はとろみ剤を買ってこれるか、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	
		歯科医	療養者と家族の関係性を把握する	
		歯科医	しっかりしている家族がいるかどうかを確認する	
		歯科医	家族が常にそばにいて献身的に介護する家族かを把握する	
	専門職は家族の介護力を把握する	栄養士	スケールで食品を測りながら調理する家族がいた	
		栄養士	家族が結構心配性な人で食事にはすごく気を付けていた	
		栄養士	実際に療養者の食事場面を観察してみると、家族はできているということであったが指示通りの食事形態でない時がある	
		CM	療養者の周りの家族がいかに根気強く介護できるかどうかだと思う	
		歯科医	家族が協力的であることが一番進めやすい	
		歯衛	家族がすごく熱心であるかどうかによる	
		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	
		栄養士	奥様がすごくお食事作りに頑張っている	
		CM	家族に「むせ込みがありませんか」、「ゴロゴロいってませんか」、「食事中の咳の具合はどうか」と尋ねる	
		CM	「熱出ました」、「痰がゴロゴロとしていませんか」と聞かないと、誤嚥とは思えないのでなかなかその判断は家族には難しいと思う	
	専門職は家族に誤嚥を意識してもらえようように説明する	栄養士	本当に家族がどうしても食べさせてあげたいという気持ちがある人には、やっぱり無理しちゃうのはよくないからねと説明する	6
		栄養士	誤嚥していることに結び付かない場合でも、むせるとつらいよねと言うと「そうだよね」と家族は分かってくれる	
		栄養士	むせるだけでカロリー消費することを説明すると「そうよね」と家族は分かってくれる	
		栄養士	ちょっと喉に引っ掛かった感じがあれば家族も気付くことが多いので、そういう時は無理させないように説明する	
		CM	家族にまずは介護をお願いして様子を見る	
専門職は家族に可能な介護を提案する		歯衛	他者に食事介助してもらったら窒息したこともあり、自分ですればよかったという家族もざらにいる	10
		歯科医	食事の形態とかスプーンを平たくすることを家族に指導する	
		歯科医	毎回行ったことや注意して欲しいことは全部メモに書いて置いて帰ってくるので、家族はそれを見てもえれば分かるようにしている	
		歯科医	なるべく家族にできることをやってもらうように提案する	
		歯科医	在宅なので家で過ごすため、訓練というよりはどのようにして生活に落とし込むかを考える	
		歯科医	家族に何をやらしてもらうのかという感じで協力してもらえようようにしている	
		栄養士	食べ易いものを紹介すると、それに則ってやってくれる家族は多い	
		栄養士	いきなりこういうふうにして下さいと言ってしまうと家族の受け入れはよくない、状況を少しずつ確認していく中で、少しずつ意識づけしてもらうようにする	
		栄養士	家族の支援を含めて考えることが多い	

*コード数

36

(8)【専門職は療養者と家族に経口摂取への覚悟と責任を確認する】(表 37)

28コード、3サブカテゴリーから構成された。〈専門職は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〉で、『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ちゃんと伝える』、『療養者と家族に経口摂取を優先するのであれば、それだけのリスクがあり誤嚥・窒息が十分に起こり得るということを説明する』と、専門職は経口摂取による誤嚥や窒息の可能性を説明していた。〈専門職は療養者と家族に経口摂取を試みる覚悟と責任を確認する〉で、『もしどうしても療養者の経口摂取をするのであれば、「その覚悟がどこまでありますか」ときちんと家族に尋ねる』、『嚥下機能が低下した療養者が蕎麦を食べることは危険だが、「最期に蕎麦を食べて死にたい」と言った』と、専門職は療養者と家族に経口摂取によって誤嚥のリスクがあるが、その覚悟について確認していた。また、『その時々状態にもよるが、専門職がリスクについて忠告した上で、家族がそれを選択する場合には、それは家族判断、家族の責任になってくる』、『基本的な権利は療養者本人にあり特に在宅という生活の場で主権が療養者にある以上、本当はそれを止める権利は専門職にはない』と、専門職は療養者と家族の責任で経口摂取することを尊重し、それを認めざるを得ない状況であった。このように療養者と家族の覚悟を確認し、〈医師と歯科医師は家族に経口摂取の進め方を説明する〉では、『療養者の経口摂取を優先するのであれば、それだけのリスクを説明した中で、徐々に経口摂取してみたらどうでしょうかと家族に説明する』と、医師は家族に経口摂取の進める上では、「徐々に」、「少し」というように説明していた。

表37 専門職は療養者と家族に経口摂取への覚悟と責任を確認する

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
専門職は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	専門職は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ちゃんと伝える	9
		医師	自分の身を守るためにはちゃんと家族に療養者の誤嚥リスクを説明する	
		医師	療養者と家族に経口摂取を優先するのであれば,それだけのリスクがあり誤嚥・窒息が十分に起こり得ることを説明する	
		医師	療養者に経口摂取をする経過で誤嚥すれば吸引する,連絡してもらうことの繰り返しになることを家族に説明する	
		歯衛	家族に療養者は検査するよりも直接訓練をする時点でリスクが高いことを説明する	
		CM	医師は誤嚥リスクを説明している	
		CM	家族にももちろん誤嚥性肺炎になる確率があることを説明する	
		CM	経口摂取をする際は家族と療養者が理解できるのであれば,きちんと誤嚥のリスクを話す	
		CM	誤嚥性肺炎を起こして亡くなるかもしれないので,そこは明確に療養者と家族に伝える	
		歯衛	もしどうしても療養者の経口摂取をするのであれば,「その覚悟がどこまでありますか」ときちんと家族に尋ねる	
		歯衛	もしどうしても経口摂取をチャレンジしたいのであれば,家族が医師を説得して下さいと依頼する	
		CM	家族が熱い人じゃないと経口摂取のチャレンジをすることは難しいと思う	
		CM	嚥下機能が低下した療養者が蕎麦を食べることは危険だが,「最期に蕎麦を食べて死にたい」と言った	
		CM	死んでもいいから食べたい療養者はたまにいる	
		歯科医	誤嚥リスクを承知の上で経口摂取をチャレンジしたい家族はサインを貰ってチャレンジする	
専門職は療養者と家族に経口摂取への覚悟と責任を確認する	専門職は療養者と家族に経口摂取を試みる覚悟と責任を確認する	CM	療養者が家族の熱意に応えられる人,キャラかどうかという感じになると思う	16
		栄養士	その時はその時で,家族がどうしたいかということは確認する	
		医師	経口摂取によって誤嚥して肺炎になるリスクがある場合に,療養者と家族がそれを受け入れた中で,美味しい物,そういう物を食べたいということであれば,ある程度リスクを理解した上で医師も経口摂取を容認するしかない	
		医師	誤嚥リスクがあっても療養者と家族や周りの人が経口摂取を希望すれば,それは納得した上で経口摂取することも1つの選択肢としてあると思う	
		医師	最終的な責任は療養者と家族にある,誤嚥した時はそれは受け入れなければならない	
		CM	その時々状態にもよるが,専門職がリスクについて忠告した上で,家族が経口摂取を選択する場合には,それは家族判断,家族の責任になってくる	
		CM	療養者に誤嚥リスクがあっても家族が,「食べさせてあげたい」,療養者が「食べたい」と言うのであれば,そこは止められない	
		CM	経口摂取は最終的には療養者本人の決定になる.難しいが何か正しいかも分からない.最終的には療養者本人の意思決定になる	
		歯衛	療養者に食べさせなかった後悔と食べさせた後悔の両方があるが,どちらが家族が後悔してるかというと食べさせなかった方の後悔が大きい	
		歯科医	基本的な権利は療養者本人にあり特に在宅という生活の場で主権が療養者にある以上,本当はそれを止める権利は専門職にはない	
	医師と歯科医師は家族と経口摂取の進め方について説明する	医師	療養者の経口摂取を優先するのであれば,それだけのリスクを説明した中で,徐々に経口摂取してみたらどうでしょうかと家族に説明する	3
		歯科医	療養者の嚥下が無理なものは無理だし,もしかして嚥下ができるかもしれないので経口摂取をチャレンジしてみましょうと家族に説明する	
		CM	療養者の状態が落ち着いていて家族が経口摂取させるのであれば,少しやってみたらという感じで同意する医師はいる	

*コード数

28

（９）【専門職は療養者の経口摂取に向けて多職種に介入を依頼する】（表 38）

38 コード， 4 サブカテゴリーから構成された．〈歯科から CM に食支援に必要な職種の介入を依頼する〉では、『嚥下機能を上げていくためには 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』と， 歯科医師は療養者に必要な PT の介入を CM に依頼していた．〈専門職は NS に療養者の口腔ケアや直接訓練を依頼する〉では、『NS が週に 2 回の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．訪問歯科診療は月に 2 回の隔週になるので口腔内が元の状態に戻ってしまう』と， 療養者への口腔ケアの頻度を増やして口腔内の保清を保つために， 歯科衛生士は NS に口腔ケアを依頼していた．〈専門職は ST や PT に食支援に必要なケアを依頼する〉では、『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』と， CM が ST の嚥下リハビリを PT と共有してもらうことによって， 嚥下リハビリの機会を増やすことができていた．また，『療養者の首肩の訓練をしてもらったり車椅子を選んでもらうことや， 車椅子のポジショニングは PT が適切だと思うので依頼する』と， 歯科医師から PT に依頼していた．〈医師から療養者と家族に嚥下の多職種の介入を説明してもらう〉では、『多少のお金はかかっても大好物が食べられるようにな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』と， 医師は療養者と家族に多職種の介入について説明していた．

表38 専門職は療養者の経口摂取に向けて多職種に介入を依頼する

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
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	細かい指先の動きや食具が必要な場合はCMにOTの介入を依頼する	5
		歯科医	歯科で全部を抱えこまずに療養者に必要なケアはCMを通して依頼する	
		歯科医	嚥下機能を上げていくためには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	
		歯衛	福祉用具でこういうものがあることを紹介するとすぐ動いてくれるCMは、貸与の手配をしてくれる	
		歯衛	家族は栄養士にペースト食の調理方法を1回教えてもらいペースト食が調理できると、訪問介護にペースト食の調理のためのサービス料金がかからないことをCMと相談する	
		歯衛	NSやSTに療養者の口腔ケアをしてもらえると口腔内の保清が保たれる	
		歯衛	NSが週に2回の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。訪問歯科診療は月に2回の隔週になるので口腔内が元の状態に戻ってしまう	
		歯衛	NSは全身的なケアを含めての60分の枠と決められており難しいが、療養者の口腔ケアをしてもらえると全く違う	
		歯衛	訪問看護ステーションに電話して歯科のケアを伝えることもある	
		医師	NSに療養者の嚥下訓練を依頼した	9
専門職はNSに療養者の口腔ケアや直接訓練を依頼する		CM	NSの中で嚥下に対して強い思い入れを持った人を探して、週1・2回入ってもらい療養者の食事介助と飲み込みの状態を確認してもらった	
		CM	難病の療養者が経口摂取する時は、NSがいる時に食物が詰まったらすぐ吸引できるような体制で行ってもらったことがあった	
		歯科医	経口摂取の進め方はまずは歯科がいる時だけにして、それを今度はNSに教えて実施してもらい、NSの時も問題なければ次は家族に教えていき少しずつ経口摂取の機会を増やしていった	
		歯科医	嚥下に詳しいNSが入っていれば歯科とNSで療養者の経口摂取ができる	
		歯科医	療養者にSTが入っていれば歯科とSTで経口摂取を進められる	
		歯衛	家族に経口摂取が難しくてもSTやPTが来てくれた時に、療養者に経口摂取してもらうことによって、食べる回数が増えていく	
		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	
		CM	専門的な療養者への嚥下リハビリはSTに実施してもらった	
		CM	STからPTに療養者の嚥下リハビリを共有してもらいPTのリハビリにうまく組み込んでもらえるように依頼した	
専門職は療養者の経口摂取に向けて多職種に介入を依頼する	専門職はSTやPTに食支援に必要なケアを依頼する	歯衛	療養者の移乗時の姿勢やポジショニングは足をしっかりクッションで支えることが必要なため、PTが入っていると助かる	12
		歯科医	療養者の首肩の訓練をしてもらったり車椅子を選んでもらうことや、車椅子のポジショニングはPTが適していると思うので依頼する	
		歯科医	歯科にいるSTとNSに訪問時間を合わせて、食べさせる方法を伝えてもらうことはある	
		歯科医	多職種から質問の電話やメールがあったり、STから電話をかけて療養者について共有する	
		歯科医	歯科のSTから多職種に電話して療養者の注意事項を伝えることがある	
		歯科医	家族に渡す療養者の検診表の結果をNS、PT、STに電話にて伝える時がある	
		歯衛	協力的なSTから依頼されれば、歯科からSTに療養者のVEの動画と情報提供のコピーを渡すことがある	
		CM	療養者に確認してから、医師に嚥下の専門職の介入を説明してもらって導入できた人はいる	
		CM	医師から必要な多職種の介入が必要であることを説明してもらった方が、療養者と家族に受け入れてもらえる	
		CM	体調の変わりやすい人は医師からNSを入れて欲しいことを療養者と家族に伝えてもらえるように相談する	
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ようにな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
		医師	嚥下訓練をやってみて嚥下機能の回復の見込みがなさそうだったら、すぐやめることができることを療養者と家族に説明する	
		医師	医師からの検査所見等の事例の説明がないと療養者と家族に説得力がないと思う	
		医師	嚥下機能が回復する望みを感じないと家族は嚥下の専門職を入れてみようとは思わない	
		医師	療養者と家族が初期段階で納得していれば、多職種の介入の継続率は高いと思う	
		医師	多職種の介入を納得してもらうためには、医師が療養者のデータを見せながら説明することが一番説得力があると思う	
		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	
		栄養士	医師から「このままだと難しいよ」と言われて、ようやく多職種の介入ができた療養者がある	
		栄養士	医師から「栄養管理が必要だよ」と言ってもらえたため管理栄養士が介入できた	

*コード数

38

(10)【専門職はICTによって多職種間で情報交換する】(表 39)

15 コード、4 サブカテゴリーから構成された。〈療養者の状態を ICT によって多職種間で共有する〉では、『ICT に情報がぱっと記載されると、多職種もそれを見て合わせてすぐ動くことができる』と、遠隔地で活動している多職種が ICT によって情報の共有ができていた。〈医師の診療録を ICT で確認する〉では、『定期的に採血している療養者の結果を、血清タンパク低い・血糖値のコントロールが不良であればすぐに ICT の情報共有のところに記載する』ことによって、療養者の体調を多職種間で確認することができていた。〈多職種は食事の様子やケア方法を ICT で確認する〉では、『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』と、管理栄養士は月に数回の訪問のため、訪問していない時の療養者の様子を ICT によって把握することができていた。〈動画や写真を ICT に載せて多職種間で共有する〉では、『訪問介護に療養者のポジショニング方法の動画を撮って ICT で伝える』ことによって、療養者のポジショニング方法を多職種間で統一して行うことができていた。

表39 専門職はICTによって多職種間で情報交換をする

カテゴリー	サブカテゴリー	職種	コード	*
専門職はICTによって多職種間で情報交換をする	療養者の状態をICTによって多職種間で共有する	医師 ICTに情報がぱっと記載されると、多職種もそれを見て合わせてすぐ動くことができる		
		栄養士 訪問時に療養者の血圧が高めであったことをICTに記載した		
		医師 現場の情報が直ぐにリアルタイムで伝わるICTシステムを活用している		5
		歯科医 家族に渡す療養者の歯科の検診結果をICTに記載し共有する		
	医師の診療録をICTで確認する	歯科医 日課としてICTで療養者を全部見て情報が把握できる		
		医師 定期的に採血している療養者の結果を、血清タンパクが低い・血糖値のコントロールが不良であればすぐにICTの情報共有のところに記載する		
		医師 療養者の診察の状況と、もう少し体調が悪化すれば病院搬送が必要になるかもしれないという判断をICTに記載した		3
		医師 ICTで療養者の連絡があるので、下剤の検討については直ぐにICTで返信する		
	多職種は食事の様子やケア方法をICTで確認する	医師 STが療養者の飲み込み具合を評価し、上達していれば「ここまではいけそうです」という所見をICTに記載してくれた		
		歯衛 療養者の歯の磨き方や留意点をICTに記載し全員に発信できるので共有が早くなった		4
		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		
		歯衛 療養者のKTBCの初回の評価と3カ月後の評価をICTに記載し、多職種に送って共有してもらう		
	動画や写真をICTに載せて多職種間で共有する	歯衛 療養者の写真や動画をICTに撮って共有している		
		栄養士 PTが週に2回入り家族が記載している食事メモを写メで撮ってICTに記載してもらっているので、現在、食べている食事内容が分かる		3
		歯衛 訪問介護に療養者のポジショニング方法の動画を撮ってICTで伝える		

*コード数

15

【(11) 経口摂取を試みた結果への療養者と家族の受け入れを専門職は見守る】(表 40)

41 コード, 3 サブカテゴリーから構成された。〈療養者の経口摂取の喜びへの家族の満足を見守る〉では、『在宅だと家族も巻き込んで一緒につらいのも嬉しいのも共有できるから, 説得力がそこに生まれると思う』、『療養者は食べてこんなに喜んでるけど, どっちを選ぶかの最終決定はもちろん療養者と家族に委ねる』とあり, 医師は療養者と家族の経口摂取の喜びや, 経口摂取をしたことへの納得を見守っていた。

〈専門職は療養者の摂食・嚥下機能が回復し経口摂取が進んだことを見守る〉の、『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』、『胃瘻と並行してお楽しみでゼリーや好きな物を少し食べることができた療養者はいた』と, 専門職は療養者の摂食・嚥下機能が回復し経口摂取が進んだことを見守っていた。

〈専門職は療養者と家族の希望する経口摂取が難しいことへの受け入れを見守る〉では、『死んでもいいから食べたいという人はなかなかいない』、『いざとなるとその覚悟ない家族が多い』とあり, 専門職は経口摂取が難しいことを家族が受け入れることを見守っていた。

表40 経口摂取を試みた結果への療養者と家族の受け入れを専門職は見守る

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への療養者と家族の受け入れを見守る	療養者の経口摂取の喜びへの家族の満足を医師は見守る	医師	リスクのあることをした時に療養者がすごく喜んでる姿を家族の目線で見ると,例えばそれが誤嚥性肺炎に繋がったとしても納得してくれた	6
		医師	在宅だと家族も巻き込んで一緒につらいのも嬉しいのも共有できるから,説得力がそこに生まれると思う	
		医師	療養者は食べてこんなに喜んでるけど,どっちを選ぶかの最終決定はもちろん療養者と家族に委ねる	
		医師	病院だと食べた時の療養者の嬉しそうな顔を家族は見えていないが在宅では見える	
		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	
		医師	あんなにおいしいの食べたんだから,病院にいたら絶対食べられないようなもの食べられたことに家族は納得できた	
		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	
		歯科医	胃瘻と並行してお楽しみでゼリーや好きな物を少し食べることができた療養者はいた	
		歯衛	家族が熱心に介護していると胃瘻も除去でき経口摂取に移行できた	
		医師	リスクを選んで経口摂取をして徐々に元気になって,嚥下機能が回復して食べられるようになることは日常的にある,全然珍しいことではない	
専門職は療養者と家族の希望する経口摂取が難しいことへの受け入れを見守る	専門職は療養者と家族の希望する経口摂取が難しいことへの受け入れを見守る	CM	VE時の画面を見て「今,飲み込めなかったからここに残ってる」というのを見ると,「だから食べれないんですね」,「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	5
		CM	家族に胃瘻にしなければならないことを話した,経口摂取にストップがかかった療養者がいたが,元気に過ごしている	
		栄養士	死んでもいいから食べたいという療養者はなかなかいない	
		歯衛	いざとなるとその覚悟ない家族は多い	
		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て,私達はそれ以上介入しない	

*コード数

41

III. 結論

調査 1 から 14 カテゴリー、調査 2 から 11 カテゴリーの合計 25 カテゴリーが生成された。調査 1 と調査 2 に共通したカテゴリーは 7 つあり、表 41 に示す。共通したカテゴリーは表中に網掛けした。

表 41 調査 1 と調査 2 のカテゴリー

調査 1 のカテゴリー	調査 2 のカテゴリー
【多職種は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する】	
【多職種は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】	
【職員は療養者の摂食・嚥下機能低下への理解を確認する】	【管理栄養士は療養者の食べ方が誤嚥しやすいため誤嚥について説明する】
【多職種は家族の食べさせたい希望と意思を受け止める】	
【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】	【専門職は NS のアセスメントや嚥下機能評価から療養者の状態を把握する】
【多職種は家族の介護力に応じた食事方法を提案する】	
【多職種は療養者と家族に経口摂取への覚悟と責任を確認する】	
【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】	【専門職は療養者の経口摂取に向けて多職種に介入を依頼する】
【職員は摂食・嚥下の専門家の ST と CN に食事について相談する】	【訪問歯科診療は依頼目的を事前に確認する】
【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】	
【ICT によって多職種間で情報交換をする】	
【職員は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】	
【職員は療養者の食べる機能の回復に向けて姿勢や環境を整え、離床を促す】	
【経口摂取を試みた結果への療養者と家族の受け入れを多職種は見守る】	

表中 : 調査 1 と調査 2 に共通したカテゴリー

調査1から訪問看護ステーション職員（以下、職員）が行っている、摂食・嚥下機能が低下した療養者と家族の希望する経口摂取への支援として、【職員は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する】、【職員は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】、【職員は療養者の摂食・嚥下機能低下への理解を確認する】、【職員は家族の食べさせたい希望と意思を受け止める】、【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】、【職員は家族の介護力に応じた食事方法を提案する】、【職員は療養者と家族に経口摂取への覚悟と責任を確認する】、【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】、【職員は摂食・嚥下の専門家のSTとCNに食事について相談する】、【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】、【職員はICTによって多職種間で情報交換をする】、【職員は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】、【職員は療養者の食べる機能の回復に向けて姿勢や環境を整え、離床を促す】、【経口摂取を試みた結果への療養者と家族の受け入れを職員は見守る】の14カテゴリーを生成した。

調査2から専門職が行う支援内容として、11カテゴリーを生成した。調査1と調査2に共通するカテゴリーは、【職員（専門職）は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する】、【職員（専門職）は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】、【職員（専門職）は家族の食べさせたい希望と意思を受け止める】、【職員（専門職）は家族の介護力に応じた食事方法を提案する】、【職員（専門職）は療養者と家族に経口摂取への覚悟と責任を確認する】、【職員（専門職）はICTによって多職種間で情報交換をする】、【経口摂取を試みた結果への療養者と家族の受け入れを職員（専門職）は見守る】の7カテゴリーであった。調査1と調査2に共通したカテゴリーは、職員と専門職という主語を多職種とした。

調査2で生成された4カテゴリーは、【管理栄養士は療養者の食べ方が誤嚥しやすいため誤嚥について説明する】、【訪問歯科診療は依頼目的を事前に確認する】、【専門職はNSのアセスメントや嚥下機能評価から療養者の状態を把握する】、【専門職は療養者の経口摂取に向けて多職種に介入を依頼する】であった。

2つの調査結果の合計25カテゴリーから、共通した7カテゴリーを除いた18カテゴリーが、在宅の多職種の支援の現状とした。18カテゴリーから、コアカテゴリー（以下、《 》）として、《多職種は療養者と家族の意思を受け止め経口摂取を試みながら療養者と家族が受け入れることを見守る》を導き出した。

第6節 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への多職種による支援モデルの作成

I. 調査結果からの作成

1. 目的

摂食・嚥下機能が低下した療養者と家族の希望する経口摂取への多職種による支援の現状を表す 18 カテゴリーから要素を生成し、要素を用いて支援モデル案を作成する。

2. 方法

調査1と調査2から明らかとなった経口摂取への多職種による支援の現状の 18 カテゴリーを、支援の内容ごとに類似性を基に分類し、支援のまとまりを要素（以下、[]）とした。要素は、分類されたカテゴリーの意味を表す用語に命名した。多職種による支援の要素を以下の表 42 に示す。

次に、要素を支援の流れの順序性に従って配置し、図にしたものを支援モデル案とした。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。モデルの検討の際は、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。

3. 要素の生成

1) 第1要素【療養者の摂食・嚥下機能の低下の把握】

1 カテゴリーの【多職種は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する】から構成された。この要素は多職種による経口摂取への支援のきっかけとした。そのため、支援モデルの図の素案の、一番上に配置した。

2) 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】

2 カテゴリーの【多職種は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】、【多職種は家族の食べさせたい希望と意思を受け止める】から構成された。多職種は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握すると次に、療養者と家族が経口摂取を希望しているのか、どのような生活を送りたいと思っているのかを把握し、その希望や意思を受け止めていた。

3) 第3要素〔療養者の全身状態と摂食・嚥下機能の情報収集と療養者と家族の生活の全体像のアセスメント〕

5 カテゴリーの【職員は療養者の摂食・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】、【訪問歯科診療は依頼目的を事前に確認する】、【ICTによって多職種間で情報交換をする】、【専門職はNSのアセスメントや嚥下機能評価から療養者の状態を把握する】から構成された。

多職種は療養者と家族が経口摂取を希望することを確認し、情報収集とアセスメントをしていたため、次にこの要素を配置した。

4) 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〕

2 カテゴリーの【多職種は療養者と家族に経口摂取への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】から構成された。

第3要素の情報収集によって、摂食・嚥下機能が低下した療養者は誤嚥のリスクがあることをアセスメントした後に、次にこの要素を配置した。多職種は療養者と家族と経口摂取を試みるには、誤嚥への覚悟を確認し、誤嚥時の対応を共通理解していた。

5) 第5要素〔摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種間での相談とケアの依頼〕

3 カテゴリーの【職員は摂食・嚥下の専門家のSTとCNに食事について相談する】、【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】、【専門職は療養者の経口摂取に向けて多職種に介入を依頼する】から構成された。多職種は療養者と家族の経口摂取の希望と誤嚥への覚悟を確認した上で、次の支援としてこの要素を配置した。多職種は経口摂取への支援と同時に誤嚥予防への支援が必要であり、多職種間で必要なケアについて相談し、必要なケア提供のための専門家に介入を依頼していた。

6) 第6要素〔摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種でケアの提供〕

4 カテゴリーの【多職種は家族の介護力に応じた食事方法を提案する】、【管理栄養士は療養者の食べ方が誤嚥しやすいため誤嚥について説明する】、【職員は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】、【職員は療養者の食べる

機能の回復に向けて姿勢や環境を整え、離床を促す】から構成された。第5要素で多職種間での必要なケアを相談した後に、次にこの要素を配置した。在宅の多職種は毎日療養者宅を訪問しないため、訪問しない間の日常生活を視野に入れて、療養者と家族に食事や口腔ケアについて指導していた。また、多職種は療養者の姿勢保持のためや摂食・嚥下機能の回復のためにリハビリテーションを提供していた。

7) 第7要素【療養者と家族の経口摂取への受け入れの見守り】

1 カテゴリーの【経口摂取を試みた結果への療養者と家族の受け入れを多職種は見守る】から構成された。多職種の支援によって摂食・嚥下機能が回復した療養者と、誤嚥を繰り返し経口摂取が難しい療養者がおり、この要素を支援のゴールとした。摂食・嚥下機能が回復し経口摂取が進んだ場合でも誤嚥している場合もあり、支援のゴールは療養者と家族が受け入れることを見守るとした。

8) 7要素のまとめ

多職種の支援のきっかけを、[療養者の摂食・嚥下機能の低下の把握]とした。多職種が療養者の摂食・嚥下機能の回復と誤嚥予防への具体的な支援として、[療養者と家族の経口摂取への希望と意思の受け止め]、[療養者の全身状態と摂食・嚥下機能の情報収集と療養者と家族の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]、[摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種間での相談とケアの依頼]、[摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種でケアの提供]の5要素とした。そして支援のゴールを[療養者と家族の経口摂取への受け入れの見守り]とした。

表 42 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への多職種による支援の要素

要素	多職種の支援の現状の 18 カテゴリー
〔療養者の摂食・嚥下機能の低下の把握〕	【多職種は療養者の摂食・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〕	【多職種は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】 【多職種は家族の食べさせたい希望と意思を受け止める】
〔療養者の全身状態と摂食・嚥下機能の情報収集と療養者と家族の生活の全体像のアセスメント〕	【職員は療養者の摂食・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】 【訪問歯科診療は依頼目的を事前に確認する】 【ICT によって多職種間で情報交換をする】 【専門職は NS のアセスメントや嚥下機能評価から療養者の状態を把握する】
〔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〕	【多職種は療養者と家族に経口摂取への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多職種間での相談とケアの依頼〕	【職員は摂食・嚥下の専門家の ST と CN に食事について相談する】 【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】 【専門職は療養者の経口摂取に向けて多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多職種でケアの提供〕	【多職種は家族の介護力に応じた食事方法を提案する】 【管理栄養士は療養者の食べ方が誤嚥しやすいため誤嚥について説明する】 【職員は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】 【職員は療養者の食べる機能の回復に向けて姿勢や環境を整え、離床を促す】
〔療養者と家族の経口摂取への受け入れの見守り〕	【経口摂取を試みた結果への療養者と家族の受け入れを多職種は見守る】

4. 支援モデル案の作成

経口摂取への多職種による支援の要素を図に示したものを支援モデル案とした。支援モデルの図に、多職種の摂食・嚥下機能の回復と誤嚥予防への具体的な支援とした5要素を四角で囲み示した。

〔療養者と家族の経口摂取への希望と意思の受け止め〕は、〔療養者の全身状態と摂食・嚥下機能の情報収集と療養者と家族の生活の全体像のアセスメント〕を行きつ戻りつとするため双方向の矢印で示した。

〔療養者の全身状態と摂食・嚥下機能の情報収集と療養者と家族の生活の全体像のアセスメント〕は、〔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多職種間での相談とケアの依頼〕と、行きつ戻りつとするため双方向の矢印で示した。

〔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〕の後に、〔摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種間での相談とケアの依頼〕に向かう矢印で示した。

〔摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種間での相談とケアの依頼〕と、〔摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種でケアの提供〕は、行きつ戻りつとするため双方向の矢印で示した。

〔摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種でケアの提供〕は、援助した結果を〔療養者の全身状態と摂食・嚥下機能の情報収集と療養者と家族の生活の全体像のアセスメント〕に戻り再評価する流れに向かう矢印で示した。このように具体的な支援の要素は巡回する流れとなり、支援のゴールとして〔療養者と家族の経口摂取への受け入れの見守り〕へ向かう矢印で示した。図6に在宅要介護高齢者と家族の経口摂取への多職種による支援モデル案を示す。

図6 支援モデル案

多職種の実践：多職種は療養者と家族の思いを受け止め経口摂取を試みながら療養者と家族が受け入れることを見守る

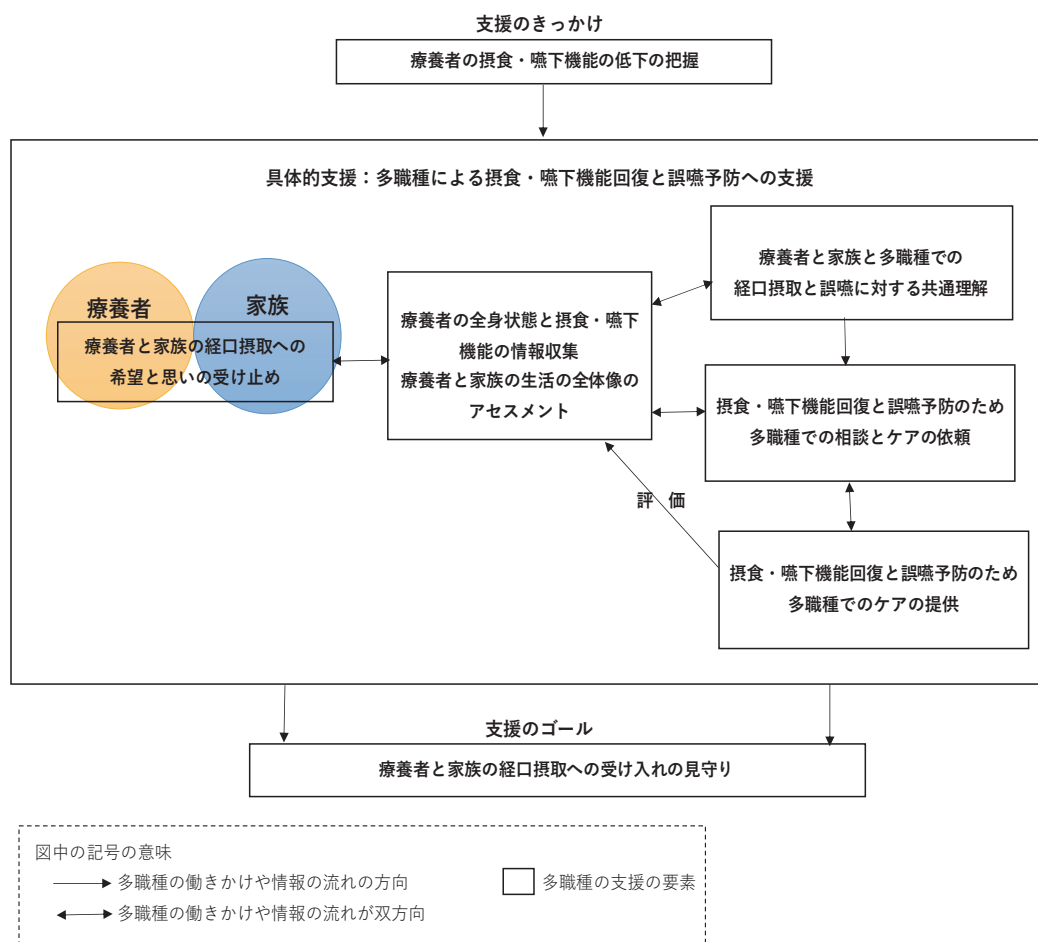


図6 摂食・嚥下機能が低下した在宅要介護高齢者と家族の希望する経口摂取への多職種による支援モデル案

II. 専門家会議による検討

1. 目的

調査結果から作成した支援モデル案に、専門家の意見を加え、精度の高い支援モデルを構築する。

2. 方法

1) 専門家

専門家はいずれも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臨床実践者とした。専門家会議のメンバーは、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、在宅分野の研究者 1 名であった。支援モデルの修正後の確認には、訪問看護ステーション管理者の NS 1 名、ST 1 名に依頼した。

2) 方法

(1) 第1回専門家会議

在宅臨床実践専門家による会議を開催した。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を行った。会議では、モデル案を基に構成要素の順序性、関連性、重要性、実用性を検討し、内容の精度を高めていった。専門的意見や検討内容を基にモデル案を修正した。

(2) 第2回専門家会議

修正したモデル案を会議参加者とは別の専門家2名によって妥当性を確認してもらった。

3) 検討時期

2023年11月に検討を行った。

3. 結果

1) 第1回 専門家の属性 (表 43)

専門家会議に参加した専門家3名の属性を表43に示す。

表43 第1回 専門家会議メンバー

職種	年齢 (歳代)	性別	臨床経験年数 (年)	在宅での臨床経験年数 (年)	役職	専門分野の資格
NS	40	女性	23	4	看護主任	CN
NS	50	女性	39	8	管理者	介護支援専門員
歯科医師	40	男性	15	15	—	摂食機能療法専門歯科医

2) 会議の結果

会議の検討事項を以下に示す。

(1) 要素の順序性と関連性について

要素の順序性については、多職種は療養者と家族が経口摂取への希望や思いに対して、[療養者と家族の経口摂取への希望と意思の受け止め]を、支援開始時に確認しているということであった。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、食べるための身体機能、全身状態はどうかという[療養者の全身状態と摂食・嚥下機能の情報収集と療養者と家族の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。

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。その際に経口摂取を進めていくかについて議論された。療養者が肺炎を発症し、入院治療を行っている状態であれば、経口摂取を進めることは難しいことが考えられる。しかし在宅で生活している場合に、誤嚥の症状がみられていない状態で、肺炎・窒息の可能性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とのことであった。そのため、[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]の要素が次にあることを確認した。[療養者の全身状態と摂食・嚥下機能の情報収集と療養者と家族の生活の全体像のアセスメント]の要素と、[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]の要素は、双方の矢印で行き来しながら、療養者の経口摂取の試みをすることを確認した。この2つの要素は支援の要と話し合われたため、要素を太線で囲むことにした。

次の要素として、[摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種間での相談とケアの依頼]に繋がることを確認した。療養者が経口摂取を進めていく上で、医師からの療

養者の経口摂取への同意が必要だと話し合われた。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。当然のことながら医師は、療養者の治療方針や健康管理の責任を担っている。誤嚥リスクが高く退院時に経口摂取が難しいと説明されている療養者に対して、再入院を予防する方針は間違っていない。NS は療養者と家族の希望する経口摂取への同意を医師から得るために、療養者と家族の覚悟を伝えて話し合われていることが議論された。

CN から VE・VF 検査を療養者に受けてもらう際に、医師に相談してから受けてもらうことがあるという意見があった。医師からの経口摂取への同意を得る際に、VE・VF 検査所見を基に話し合う際もあるが、療養者に VE・VF 検査を受けてもらう前に医師に方針を確認していることもあるという意見があった。

歯科医師から、医師から VE・VF 検査は必要ないと言われると歯科に繋げないので、医師を通さずに歯科に依頼しても問題ないという意見があった。

管理者の NS から、医師から VE・VF 検査は必要ないと言われてしまうと、検査によって嚥下の状態を確認したいところであるが、医師からの意見によって遮られ検査が受けられないという躊躇が発生する可能性がある。療養者が歯科受診する際は、医師の了承は必要ないが、歯科に受診するということを伝える連携は必要だと思うという意見があった。これらの意見を踏まえて、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、重要な要素であるため太線で囲むことにした。

次の要素とした、[摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種間での相談とケアの依頼] について検討した。この要素は、[療養者の全身状態と摂食・嚥下機能の情報収集と療養者と家族の生活の全体像のアセスメント] と双方向の矢印で行き来しながら進めているといことを確認した。NS や歯科医師は 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 から多職種への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多職種でケアの提供] に繋がることを確認した。摂食・嚥下機能の回復への援助は、主に訪問看護ステーション職員によって提供されていることを確認した。訪問看護ステーション職員による支援の提供は、主に介護保険制度で提供されているため CM からの依頼が必要である。そのためこの 2 つの要素の順序について確認した。

多職種による「摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種でケアの提供」の成果を評価し、支援全体を再評価するために、「療養者の全身状態と摂食・嚥下機能の情報収集と療養者と家族の生活の全体像のアセスメント」に戻っていくプロセスに関して確認した。このように具体的支援はケア提供し、アセスメントへ戻り評価するという巡回をしていることを確認した。

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事ケースと、誤嚥を繰り返し経口摂取は難しいというケースがあり、支援のゴールは最終的に療養者と家族が意思決定していくことであることが議論された。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しないことを選択することもあるとは思いますが、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を確認した。そのため、「療養者と家族の経口摂取への受け入れの見守り」は、療養者と家族の意思決定の見守りの意味があると考えられるため妥当であることを確認した。

管理者のNSから、療養者と家族が自分達の経口摂取への希望を声に出すことができるかどうか、医師の方針に沿う療養者と家族であるかどうかによるという意見があった。在宅での支援は、療養者と家族の希望に沿うことだという意見があった。医師に経口摂取を止められたら、療養者と家族は経口摂取ができない場合がある。療養者と家族の希望が尊重されていない現状がある。議論のまとめとして、療養者と家族が経口摂取の希望を自分達で決断できる支援が必要であることを確認した。療養者と家族の経口摂取への希望を叶えるために支援していくが、最終的には療養者と家族が経口摂取をどうしていくのかを決断し、その決断を多職種で受け入れることが重要であることを共通認識した。

（２）要素の重要性について

歯科医師から、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多職種間での相談とケアの依頼」であることを確認した。

管理者のNSからの意見として、歯科受診はケアマネージャーを通さずに受診してもらうことがあるということであった。ケアマネージャーは介護保険のマネジメントなので、歯科受診は医療保険でないのでは知らなくてもいいが、知っていて欲しいのでNS

から連絡する。ケアマネジャーに介護保険以外のことも全部プランに組み込んでもらって、療養者にいろんな職種が関わっていることを把握して欲しいと思うという意見があった。

これらのことから、NS のリーダーシップが鍵となることが議論された。しかし療養者の経口摂取に関心のある NS ばかりではないのが現状である。NS は療養者と家族の生活の全体像を把握しており、医療と介護を繋ぐ連携の役割があることから、NS のリーダーシップが重要であることを確認した。そのため、支援には 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なため、この要素を色付けすることにした。また、全体の要素を確認し、NS が中心的な役割を担っていると考えられる 3 要素、[療養者の全身状態と摂食・嚥下機能の情報収集と療養者と家族の生活の全体像のアセスメント]、[医師から経口摂取の同意]、[摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種間での相談とケアの依頼] を色付けすることにした。

療養者と家族が納得のいく経口摂取の意思決定のためには、経口摂取を試みることに重要であるということが議論された。経口摂取によって、食べる満足を感じることを選択するのか、あるいは誤嚥性肺炎によって苦しい思いをしたくないことを選択するのかは、療養者と家族が選択することが重要であることを確認した。家族が療養者の経口摂取を希望する理由の 1 つに、『家族は療養者を元のような姿に戻したい』という思いがあった。これは、家族が療養者の変化を受け入れ難いという障害受容が進んでいない状況があることが議論された。家族が療養者の障害を受容していく過程においても、経口摂取を試みて、その結果を体験することも一助になることが議論された。また、療養者に食べる能力が残っている場合でも、家族が難しい食事介助をできない場合に経口摂取をしない選択をする場合もある。どのような場合においても療養者と家族が納得した選択であれば間違っていないことを確認した。支援のゴールに至る前に、経口摂取が進んだケースと経口摂取が難しいケースがあり、どちらの結果になった場合でも療養者と家族には有意義なことを確認した。

また、在宅での支援の方向性を決めるのは、[療養者と家族の経口摂取への希望と意思の受け止め] に沿っていることを確認したため、この要素を重要と考え太枠で囲んだ。

(3) 要素の実用性について

管理者の NS から、嚥下障害のある療養者の成功事例において、NS が毎日口腔ケア

と嚥下訓練を長い期間をかけて行いながら、療養者の飲みたいお酒が飲めるようになった。その療養者は「死んでもいいから飲みたい」という強い意思があったが、医師から経口摂取の同意を得ることは難しかった。療養者が自分の責任で経口摂取したいことを医師に伝え、NS は療養者の希望を支援した。NS がいかに療養者の経口摂取への実現のために覚悟を持って支援できるかが大きいと思うという意見があった。NS が医師から同意が得られませんので責任とれませんから支援できませんと判断するのではなく、経口摂取することと誤嚥することの責任は療養者本人にあるということを共通理解していくことの意見があった。歯科医師から、療養者の人生の責任を、医師に取れるのかという意見があった。誰しも死は訪れる。療養者自身が経口摂取を選択して、その結果、死の原因として誤嚥性肺炎では駄目なのかということだと思う。その時に、マネジメントしてくれる NS や CN がいると上手く療養者の意向に対して支援が向くと感じている。しかし実際は、そういうマネジメントしてくれる人は少ないので、どのように連携を作っていくかが重要だと思うという意見があった。現状では療養者と家族の覚悟に対して、覚悟を持って引き受けてくれる多職種は少ないことを確認した。支援モデルが実用的かどうかで議論となった。モデルの位置づけとして、現状を示しながら多職種への支援の方向性を示すツールとなることを期待したいという意見の共通理解を得た。さらに、療養者と家族の希望する経口摂取への意向を尊重していくことが必要であることを確認した。経口摂取を試みて誤嚥することによって、療養者と家族が現状を受け入れることに繋がり、経口摂取の意思決定ができる支援は意味があることを確認した。多職種は、療養者と家族の経口摂取への意思決定について「療養者と家族の経口摂取への受け入れの見守り」をしていることを確認した。

2) 会議後に修正したモデルの確認

会議後に修正したモデルの内容を、会議参加者とは別の専門家2名によって妥当性を確認してもらった。その結果、専門家2名共に妥当であるという意見であった。

(1) 第2回 専門家の属性 (表 44)

表44 第2回 専門家会議メンバー

職種	年齢 (歳代)	性別	臨床経験年数 (年)	在宅での臨床経験年数 (年)	役職
NS	50	女性	25	5	管理者
ST	30	男性	9	7	—

図7 支援モデル

多職種は療養者と家族の思いを受け止め経口摂取を試みながら療養者と家族が受け入れることを見守る

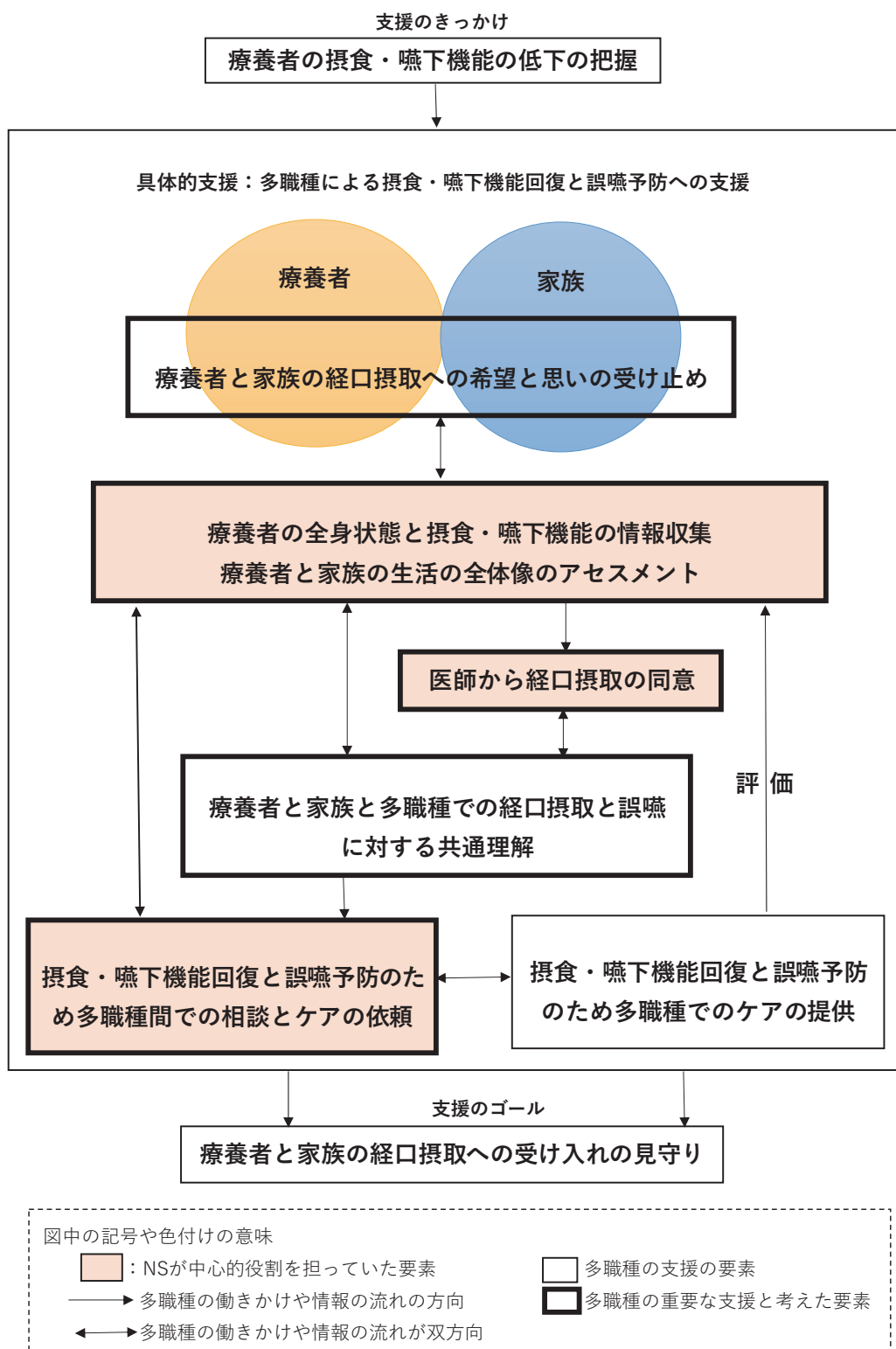


図7 摂食・嚥下機能が低下した在宅要介護高齢者と家族の希望する経口摂取への多職種による支援モデル

第7節 NS から在宅要介護高齢者と家族と多職種への働きかけ

本研究の結果において、NS は療養者と家族と多職種に働きかけ、説明・依頼、相談・確認、情報提供・情報発信をしていた。図8に、NS から多職種への働きかけを矢印（図中、→）で示す。また、NS は療養者と家族と多職種からの働きかけとして、説明・依頼、相談・確認、情報提供・情報発信を受けていた。図9に、NS への多職種の働きかけを矢印（図中、←）で示す。

I. NS から療養者と家族と多職種への働きかけ

NS は療養者に対して、【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】ことによって、療養者の全身状態を確認していた。また、【職員は療養者の摂食・嚥下機能低下への理解を確認する】では、療養者に誤嚥の理解について、『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』と確認していた。【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】では、NS は療養者の義歯が合っていないことに気づき、『療養者の義歯が合わないため調整のために訪問歯科に来てもらうことを療養者と相談した』と、歯科受診について相談していた。嚥下リハビリテーションについては、【職員は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】の、『療養者に舌の動きの体操と口腔内乾燥もあったので舌を頬粘膜に左右にすることを、テレビを見ながらするという自主的なトレーニングを促して実施してもらった』と依頼をしていた。さらに、【職員は療養者の食べる機能の回復に向けて姿勢や環境を整え、離床を促す】の、『訪問時に臥床のままではなく療養者に椅子へ移動し座ってもらう』と離床を促していた。また、【職員は療養者と家族に経口摂取への覚悟と責任を確認する】の誤嚥の覚悟について、『療養者に食べたいものを食べて満足して、それで何か起こるかもしれないが、その覚悟がありますかというところまで必ず聞く』と確認をしていた。

NS は家族に対して、【職員は家族の介護力に応じた食事方法を提案する】では、『家庭にある普通のティースプーンを使って食事介助を説明する』、『誤嚥性肺炎を起こさない体位のポジショニングの方法を家族に指導する』と、介護方法について説明・依頼をしていた。また家族の食事への理解について、『家族は誤嚥が怖いから食事形態を上げられないこともある。本人に嚥下する力があるが家族がこのままでいいという考えであった』と確認していた。また、【職員は療養者と家族に経口摂取への覚悟と責任

を確認する】の誤嚥への覚悟について、『療養者が既に自分で判断ができなくて、誤嚥性肺炎を起こしながら食べていて、何度も繰り返すという時に、「それでも食べさせてあげたいんです」と家族が責任を負う覚悟があるのかを確認する』ことをしていた。

NS は医師に対して、【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】では、『療養者は何も食べないことはかわいそうな気がして、ST も入りますしゆっくり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』と経口摂取の同意を依頼していた。また、【職員は ICT によって多職種間で情報交換をする】で NS は ICT を活用し『医師が ICT を導入しており、療養者に関わる多職種は診療情報を把握できる』、『医師へ訪問時のことを報告しタイムリーに情報共有できる』と、医師と情報共有をしていた。

NS は歯科に対して、【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】では、『NS から歯科へ療養者の歯の痛みやクリーニングの希望で依頼する』、『療養者に専門的な口腔ケアの必要時は歯科に依頼する』ことをしていた。また、【訪問歯科診療は依頼目的を事前に確認する】では、『NS からの発信で CM から訪問歯科診療を入れた方がいいと思うと家族に言ってくれて介入することがある』と、歯科受診を働きかけていた。加えて、『何で食べられないのかがわからないという理由で NS から歯科に依頼することが多く、NS に歯科の依頼理由を詳しく聞くと訪問のタイミングもわかる』と、療養者の経口摂取が進まないために歯科に依頼していた。

NS は ST に対して、【職員は摂食・嚥下の専門家の ST と CN に食事について相談する】では、『療養者のむせこみがかなり出るようになり ST も介入しているので、むせていることや飲水時に咳き込んでいたという情報を話しながら、どのようにしたらいいのかを相談した』と療養者がむせていることへの対応の相談や、『療養者の食事形態は ST がアドバイスをして順調に進めていった』と、食事形態について相談や確認をしていた。また CN に対しては、『嚥下機能評価をして欲しいと CN に依頼がある』と、嚥下機能評価の依頼をし、『他の NS から CN に「このような訓練はした方がいいですか」と相談を受けている』と相談をしていた。しかしながら CN への働きかけは、同じステーション内もしくは同じ系列の事業所内の職員であった。

嚥下機能評価については、【専門職は NS のアセスメントや嚥下機能評価から療養者の状態を把握する】の、『NS から ST に嚥下機能評価してもらいながら食上げできたらいいのではないかと助言をもらった』と、NS は ST の嚥下機能評価について CM に説

明していた。

NS は CM に対して、【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】では、『療養者がこれを必要としているからケア計画の中に追加してほしいことを CM に交渉する』と、必要なケア調整を依頼していた。さらに、【職員は ICT によって多職種間で情報交換をする】では、『CM へ多職種に伝えて欲しい内容のデータを送り、CM から多職種に発信してもらい、できるだけ統一したケアができるようにする』と、ICT によってケアを多職種に発信してもらうように依頼していた。

PT・OT・ST には、【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】の、『NS がモニタリングに行って、療養者の身体を触ったり、観察して変化に気づく』と、月に 1 回の NS のモニタリング時の訪問の様子を情報提供していた。

NS 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】では、PT には、『療養者の姿勢が悪い場合は PT に相談する』と療養者の姿勢について相談し、OT には、『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』と食事動作や食具の相談をしていた。また、介護士に対しては、『訪問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』、『訪問介護士の訪問時間に合わせて訪問して、「こういう状況時には連絡ください」と説明した』、『訪問介護士に食事介助方法を説明した』と、口腔ケアや食事介助方法と、誤嚥時の対応を説明していた。

NS は管理栄養士に対しては、【専門職は ICT によって多職種間で情報交換をする】の、『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』と、療養者の食事の状況を情報提供していた。さらに、【職員は ICT によって多職種間で情報交換をする】の、NS は多職種に対して、『NS はケアの内容を度々記載してくれている』、『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、一緒に共有して進めていった』、『療養者のポジショニングの写真を載せて伝えている』と、ケアの内容、療養者の食事の様子やポジショニングについて ICT によって発信していた。

II. NS への療養者と家族と多職種の働きかけ

療養者は NS へ、【職員は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】の、『90 代の誤嚥性肺炎の療養者で、吸引が必要だったが、ただ食べたい人だった。食に対する意欲は強かった』と、経口摂取の希望を伝えていた。また家族は NS へ、【職員

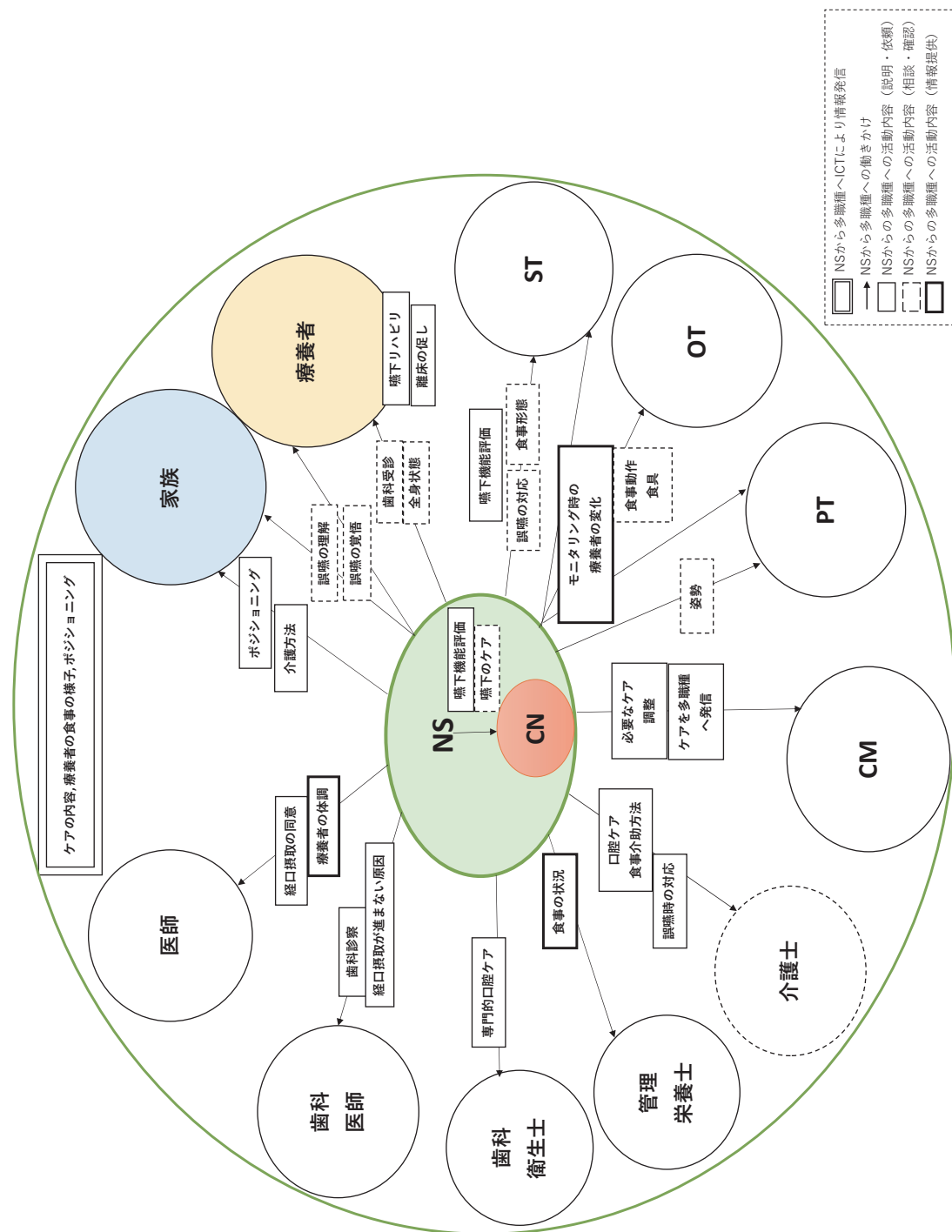
は家族の食べさせたい希望と思いを受け止める】の、『療養者の認知機能は低下しているため後は何もできないよと言われたが、家族は諦めたくない思いがあった』と、経口摂取への思いを伝えていた。

医師は NS へ、【職員は ICT によって多職種間で情報交換をする】の、『医師が診察した内容がその場でわかる』と、ICT を活用し診療情報を提供していた。また、【専門職は療養者の経口摂取に向けて多職種に介入を依頼する】では、『NS に療養者の嚥下訓練を依頼した』と、嚥下訓練の依頼をしていた。歯科医師は NS へ、『経口摂取の進め方はまずは歯科がいる時だけにして、それを今度は NS に教えて実施してもらい、NS の時も問題なければ次は家族に教えていき少しずつ経口摂取の機会を増やしていった』と、直接訓練の依頼をしていた。歯科衛生士は NS へ、『NS や ST に療養者の口腔ケアをしてもらえると口腔内の保清が保たれる』と、日常的な口腔ケアの依頼をしていた。CM は NS へ、『NS 中で嚥下に対して強い思い入れを持った人を探して、週 1・2 回入ってもらって食事介助をしてもらい飲み込みの状態を確認してもらった』と、食事介助の依頼をしていた。また、【専門職は NS のアセスメントや嚥下機能評価から療養者の状態を把握する】では、『NS は療養者宅に NS 用のノートを置いて療養者について記入してくれているので、それを見る』と、CM は NS の記録から療養者の体調を確認していた。管理栄養士は NS へ、『たまに NS の訪問時に同席して療養者の情報共有をする』と、療養者の体調について NS に相談・確認していた。

CN は NS へ、【職員は摂食・嚥下の専門家の ST と CN に食事について相談する】では、『時間が合えば CN と NS で一緒に訪問することがあり、療養者のケアを伝達する』と、嚥下のケアについて説明・依頼をしていた。

PT は NS へ、【職員は ICT によって多職種間で情報交換をする】では、『療養者から相談があった時に、NS に「もう一回確認して下さい」と相談や依頼をする』と、ICT を活用し依頼をしていた。

OT は NS へ、【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】では、『NS が訪問しているのであれば、療養者はどういう感じであったかや、NS の意見を聞くことはある』、ST は、『「実際はこんな感じになっています。どうしましょうか」と NS に相談する』と NS へ相談していた。



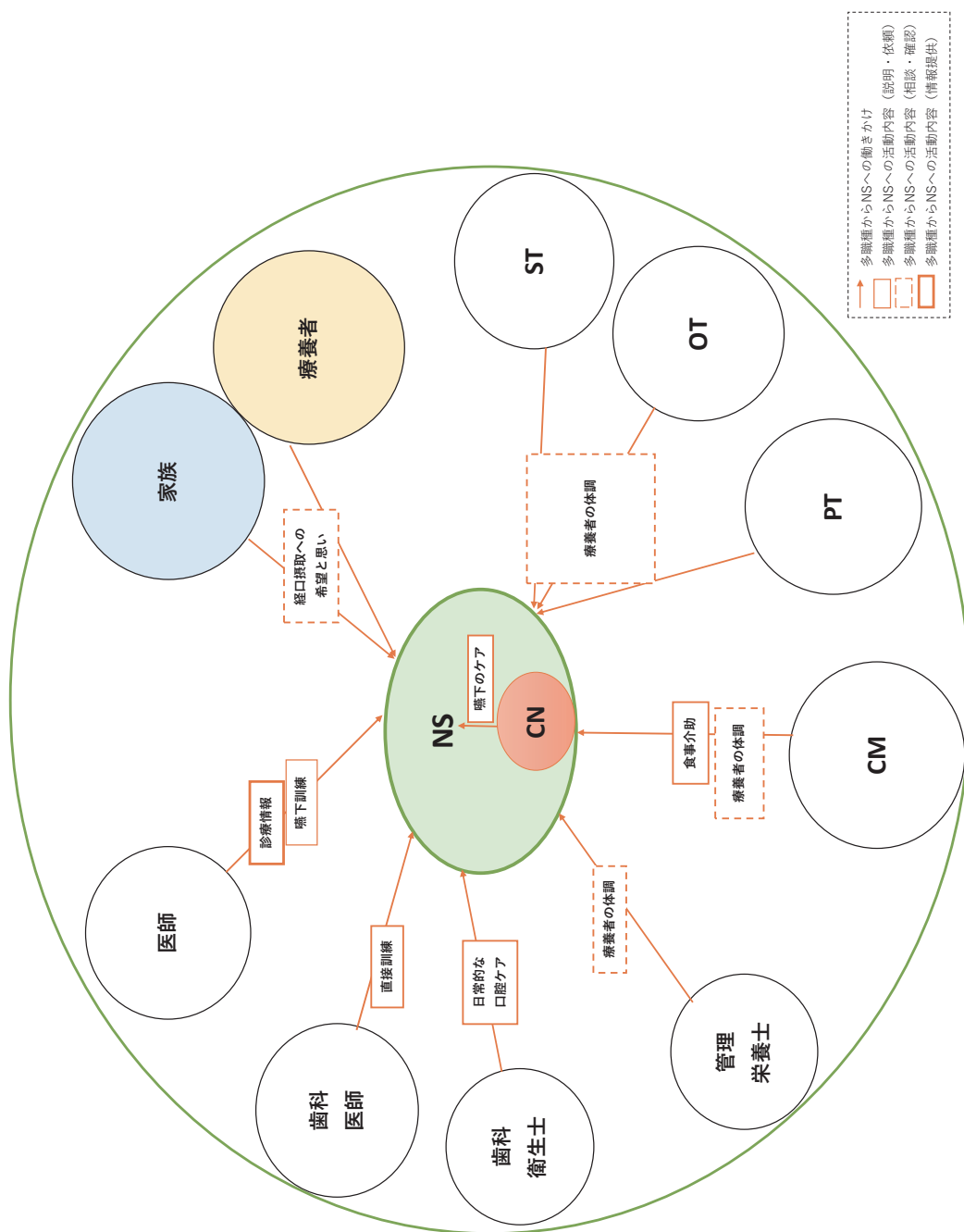


図9 NSへの療養者と家族と多職種の働きかけ

第8節 考察

本研究の目的は、摂食・嚥下機能が低下した療養者と家族の経口摂取への多職種による支援モデル（以下、本モデル）を構築することである。本モデルの多職種の支援の現状を表した構成要素に沿って考察し、さらにNSの役割について考察する。

I. 本モデルの構成要素

1. 第1要素〔療養者の摂食・嚥下機能の低下の把握〕

本研究結果の、〈多職種は入院時に療養者の嚥下機能が低下したことを把握する〉では、多職種は療養者の嚥下機能低下による栄養経路や食事形態の変更について把握していた。訪問診療医師の佐々木¹³⁸⁾は、高齢者の入院による心身の機能低下に対して、退院後の2週間の集中ケアの重要性について述べている。それは、退院直後の機能低下した状態に合わせたケアプランを立案するのではなく、最初の2週間に回復する人が存在しているため、どこまで機能回復が目指せるのかを踏まえ評価していくことを述べている。このことから退院した療養者に、どのような支援が必要であるのかを検討するために、入院による摂食・嚥下機能低下の把握は重要であると考える。

また、〈多職種は療養者の摂食・嚥下機能の低下を把握する〉と、多職種は療養者と家族との関わりから、摂食・嚥下機能の低下の徴候への気づきがあった。『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』、『筋肉が痩せてきたことで、療養者に食事について聞くと「実はあんまり食べられなくなった」ということがあり、体重測定すると減少していた』ように、むせ込みや痩せてきたという兆候を観察していた。在宅の多職種は療養者と家族の生活場面、特に食事場면을観察することは難しい。食事に問題があればむせ込みや体重減少が起こる場合がある。そのため多職種は訪問していない生活状況や食事状況を把握する指標を観察していたことが考えられる。多職種は、療養者の摂食・嚥下機能の低下の把握をしており、本モデルでの支援のきっかけとした。

2. 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〕

摂食・嚥下機能が低下した療養者と家族に対して、【多職種は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】、【多職種は家族の食べさせたい希望と意思を受け止める】ことをしていた。

本研究の療養者は、入院によって摂食・嚥下機能が低下し胃瘻造設され禁食の状態であったが、経口摂取を希望していた。摂食行動は本能の行動の1つと考えられ、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¹²⁸⁾と言われている。胃瘻造設によって栄養が充足されていても、経口摂取への欲求は残っていることが考えられる。金子ら¹³⁹⁾は、訪問看護ステーションに勤務するNS、ST、PTらの支援によって、胃瘻造設者が経口摂取に移行できたことを報告している。この調査の経口摂取に向けての取り組みのきっかけは、患者と家族の希望が約8割であった。また、CNである中込ら¹⁴⁰⁾が報告した中心静脈栄養となり退院した事例においても、「口から食べたい」という療養者の希望を汲み取って、多職種と段階的な支援を積み重ねて経口摂取に移行していた。このように、胃瘻造設や中心静脈栄養となった療養者とその家族は、経口摂取への希望を持っている場合があり、その希望を受け止めて支援していく必要があると考える。さらに、この要素のカテゴリーの【多職種は療養者の経口摂取の希望と生活の満足を受け止める】を構成するサブカテゴリーに、〈職員（専門職）は療養者の生活の満足を受け止める〉とあった。大谷ら¹⁴¹⁾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。また、WHOの提唱しているCollaborative practice（連携医療）の概念図の説明に、「Working culture : Collaborative practice is effective when there are opportunities for shared decision-making and routine team meetings. This enables health workers to decide on common goals and patient management plans, balance their individual and shared tasks, and negotiate shared resources.」¹²⁴⁾（職務遂行における行動様式：意思決定の共有と定期的なチーム会合の機会を設けることにより、連携医療は効果を発揮する。これにより、医療従事者は共通の目標と患者管理計画を決定し、単独業務と分担業務のバランスを取り、共有資源の調整を図ることが可能となる）とあり、多職種による連携医療の方向性は、療養者と家族と多職種の共通の目標を掲げることと述べている。多職種は療養者と家族の経口摂取の希望を受け止めることによって、療養者と家族の目標を多職種の支援の目標としたことが考えられる。

3. 第3要素〔療養者の全身状態と摂食・嚥下機能の情報収集と療養者と家族の生活の全体像のアセスメント〕

摂食・嚥下機能の低下した療養者が経口摂取をすることは、誤嚥や窒息のリスクが

考えられる。誤嚥は通常の生活の中で可視化できないため、療養者と家族には理解しづらい部分である。そのため多職種は、【職員は療養者の摂食・嚥下機能低下への理解を確認する】ことをしていた。療養者が自身の嚥下機能の状態を理解していないと、食べたい物を食べてしまう可能性があり、誤嚥や窒息のリスクが高まることになる。

また、【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】ことによって、療養者の食べたい物が食べられる摂食・嚥下機能であるのか、経口摂取が可能な摂食・嚥下機能であるのかどうか、さらに、経口摂取を試してみることでできる全身状態であるのかを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¹⁴²⁾。高齢者は加齢に伴う薬剤の代謝機能の低下により、薬剤の影響を受けやすい。薬剤によっては有害作用として嘔気を伴うものもある。本研究での〈NS は療養者の全身状態をアセスメントする〉の、『療養者は入院中に眠剤を投与されていたが、家族の見守りがあれば眠剤は必要ないかもしれないので眠剤の中止を考えた』と、NS は眠剤の投与についてアセスメントしていた。高齢者は睡眠薬（抗不安薬）を内服していることで、嚥下機能が低下することがある。野原¹⁴³⁾は睡眠薬（抗不安薬）について、睡眠作用だけでなく筋弛緩作用があり、意識レベルの低下や嚥下に関する筋弛緩から誤嚥の原因となることを述べている。そのため、高齢者は翌朝の持ち越し効果がみられることを指摘し、覚醒不良によることや嚥下に関する筋弛緩による嚥下機能低下の出現が考えられる。このように摂食・嚥下機能の低下には薬剤の影響もあるため、NS は眠剤の中止をアセスメントしたことが考えられる。

さらに、高齢者の摂食・嚥下機能は、経口摂取への意向や意欲、介護力等様々な要因が影響している。Takeuchi⁴⁶⁾とFuruta⁴⁷⁾は、高齢者の日常生活動作と嚥下障害、認知機能等への関連を報告しており、生活の全体像を多面的に踏まえて評価をしていく必要がある。このように、療養者と家族の全体像を把握するには、医学的知識と生活を観る視点を持ったNSのアセスメントが要となり、NSは、『療養者の全身状態、生活環境の全体を見ての食支援になる』と全体的に捉えていた。

訪問歯科診療を行う歯科医師と歯科衛生士は、【訪問歯科診療は依頼目的を事前に確認する】の、〈歯科は依頼目的を事前に確認する〉で、『誰が依頼の発信者であるかを聞くと、その理由が分かる。例えば、食事介助した時にむせたから気になった、口腔

ケアした時に何かぼろっといった、褥瘡があるため栄養が気になっていた、褥瘡が痛くて食べられないかもしれないと嚥下機能以外のことも分かる』と、療養者と家族の全体像を把握するための情報収集をしていた。在宅の多職種への介入は、療養者と家族の生活に部分的にしか関われないため、全体的に把握するためには療養者と家族の情報を事前に確認する必要がある。

多職種は日々の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、タイム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。加えて、〈多職種は食事の様子やケア方法を ICT で確認する〉の、写真や動画を載せることによって安全な方法が伝わりやすく、多職種可間での理解がより深まることが考えられる。Yoshimoto ら¹⁴⁴⁾は、セキュリティの担保された在宅での ICT を用いた多職種連携ツールの活用によって、在宅高齢者の健康維持に効果的であったことを報告し、中村¹⁴⁵⁾は ICT を活用した在宅医療ネットワークについて、多職種間での情報共有のネットワークが構築されたことを報告している。摂食・嚥下機能が低下した療養者の経口摂取による体調の変化を、多職種はタイムリーに把握する必要があるため、ICT の活用は効率的であり、なおかつ効果的であったと考える。

【専門職は NS のアセスメントや嚥下機能評価から療養者の状態を把握する】ことでは、〈専門職は NS のアセスメントを聞き療養者の状態を把握する〉ことをしていた。CM は、『NS の意見とすり合わせをしてから「じゃあ、やってみようか」、「嚥下機能評価してからのほうがいいから、ST が入ってからの方がいいよね」、「検査してからのほうがいいよね」という専門的な意見も聞いた上で、家族に「こうしませんか」と提案をする』と、NS のアセスメントを聞くことによって、療養者の全体像を把握していたことが考えられる。〈専門職は ST の嚥下機能評価を確認する〉、〈嚥下機能評価を療養者と家族と多職種で確認する〉では、嚥下の専門家である ST と精密な嚥下機能評価の VE を行う歯科の嚥下機能評価を確認していた。歯科の嚥下機能評価時に多職種で確認する意義について菊谷¹⁴⁶⁾は、VE 時に家族やケア担当者の立ち会いのもとに行い、有効な代償手段の提示を共有できる利点を述べている。このように多職種によって、嚥下機能評価と療養者の全体像のアセスメントの共有は重要であると考えられる。

4. 第4要素〔医師から経口摂取の同意〕

この要素は本研究での専門家会議時に、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は重要な項目であることが確認され、〔医師から経口摂取の同意〕を1つの要素として追加した。

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の希望する経口摂取について医師へ働きかける〉で、『元々連携のとれている医師だったので、もしかしたらこの先はそこまで長くないかもしれないということを理解してもらって、説得というよりもこうしてあげたいんですと話しをさせてもらい、医師から数口くらいであればいいでしょうと許可をもらった』とあり、NS は医師から経口摂取の同意を得ていた。櫟ら¹⁴⁷⁾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のある職種は、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ることが考えられる。

5. 第5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〕

在宅では多職種が常在していないため、療養者が誤嚥した際は直ぐに対応することが難しく、窒息となる可能性がある。そのため、【多職種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、それで何か起こるかもしれないがその覚悟がありますかというところまで必ず聞く』と、療養者に誤嚥することへの覚悟を確認していた。また、医師は療養者と家族に、『療養者と家族に食べることを優先するのであれば、それだけのリスクがあり誤嚥・窒息が十分に起こり得るということを説明する』ことをしていた。このように在宅では療養者と家族にリスクを説明し、その上でどうしていくのかという意思決定を療養者と家族に委ねていた。これは多職種が、療養者と家族の経口摂取への希望を尊重していたことが考えられる。病院では治療を優先するために、患者と家族はその方針に沿わせざるを得ないことがある。Maeda ら¹⁴⁸⁾は、誤嚥性肺炎の入院治療時の禁食の期間について調査した。その結果、入院初日に禁食となった患者の約 35% は、入院 7 日目までに依然として禁食であった。これは、肺炎再発を恐れるあまりリスク管理を重視し、経口摂取の再開を躊躇する従来の我が国の医療の実態である。

多職種は療養者と家族の経口摂取への意思と、リスクへの覚悟や責任を確認した後、【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】ことをし

ていた。このサブカテゴリーの〈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〉では、『全身の機能・体の機能は 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を、多職種連携することを共通理解した』、『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、本人・家族と ST, NS のチームで共有した』のように、誤嚥した時の対応を療養者と家族と多職種で共通理解していた。このことから在宅での経口摂取への支援は、誤嚥した時の対応も同時に確認していく必要があった。2010 年にカナダのワーキンググループである CIHC は NICP¹²⁶⁾を発行し、その framework を 6 つのドメインで示した。そのドメインの 1 つに、「Interprofessional communication：多職種間のコミュニケーション」の説明の descriptors（内容の要約）に、「supporting shared decision-making：共有された意思決定をサポートする」、「sharing responsibilities for care across team members：ケアに対する責任をチームメンバー間で共有する」と示されている。本研究の多職種が行っていたことは、NICP に示されている多職種間のコミュニケーションとして重要な要素であり、多職種が療養者と家族の意思を尊重することの意義を示している。

本研究においても、チームの中に療養者と家族を含めて話し合っていくことによって、支援の方向性が明確になっていた。本研究での多職種による経口摂取への支援は、療養者と家族の意思を尊重し、多職種が療養者と家族の意思を共通理解していたことが示唆された。

6. 第 6 要素〔摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種間での相談とケアの依頼〕

多職種は支援の方向性を共通理解した後に、必要なケアについて相談し、そのケアを担当する職種に依頼していた。

【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 CM に必要なケアの調整を依頼する〉で NS は CM に、『療養者がこれを必要としているからケア計画の中に追加してほしいことを CM に交渉する』ことをしていた。摂食・嚥下機能の回復に向けたリハビリテーションは、主にリハビリテーション医療職である PT, OT, ST によって、介護保険制度によってケア提供されている。介護保険制度の利用は、CM からの依頼によってサービス利用が可能となるため、NS は CM に

必要なサービスを依頼していた。成瀬ら¹⁴⁹⁾は、A市の多職種交流会参加者を対象に、在宅ケアにおける多職種の困難と課題について調査した。この交流会の参加者はNSが最も多く(25.3%)、次にCM(20.4%)でありNSとCMを合わせて約45%であった。その結果、他職種との連携に困難感を抱いていた者が第1回の交流会で84%であり、CMは「ケアチームとして機能する上での困難に、医師や医療職との知識の差」を感じていたことを報告している。この結果から、医療職と介護職の連携は困難であることが分かる。また、依田ら¹⁵⁰⁾は、訪問看護師がもつCMとの連携の困難性と課題について調査し、NSとCMの情報共有の難しさがあるが、NSからCMに情報共有への努力をしていることを明らかにしている。この結果から、NSからの歩み寄りが必要であり、本研究においてもNSからCMに依頼しており、NSはCMとの連携を促進していたことが考えられる。

【職員は摂食・嚥下の専門家のSTとCNに食事について相談する】の、〈STへ嚥下機能について相談する〉、〈CNは嚥下機能について相談を受ける〉ことによって、職員は摂食・嚥下の専門家のSTとCNに相談していた。また、専門職も〈専門職はSTの嚥下機能評価を確認する〉とあり、『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』ことをしていた。このように、多職種はSTやCNの嚥下機能評価と専門的な意見を基に、療養者が誤嚥しないように安全な経口摂取を目指していたことが考えられる。また、【専門職は療養者の経口摂取を目指し多職種に介入を依頼する】の、〈専門職はNSに療養者の口腔ケアや直接訓練を依頼する〉で歯科衛生士は、『NSが週に2回の口腔ケアをしてもらえると口腔内の清潔が保たれる。訪問歯科診療は月に2回の隔週になるので口腔内が元の状態に戻ってしまう』とあった。訪問歯科診療による専門的口腔ケアは行われているが、制度の規定によって毎週訪問することが難しい。口腔機能を向上させるために、多職種に依頼しケアの頻度を増やしていた。Chibaら³²⁾は、歯磨きの回数が多い者の方が、口腔乾燥が少なく、口腔・嚥下機能評価スコアも良好であったことを報告している。そのため、歯科の専門的口腔ケアにNSの日常的口腔ケアを加えることによって、療養者の口腔ケアの回数が増え、口腔内の清潔が保持されるため効果的であったことが考えられる。またCMは、『NSの中でもものすごく嚥下に対して思い入れを持った人を探して、週1・2回入ってもらって食事介助をしてもらい飲み込みの状態を確認してもらおう』と、NSに依頼していた。このように専門職は口腔ケアや直接訓練をNSに依頼していた。

療養者と家族に必要なケアに気づいた多職種が、多職種にケア提供を依頼していくことによって、摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防に向けた質の高いケアに繋がることが考えられる。

7. 第7要素〔摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種でケアの提供〕

多職種は療養者と家族に対して、【管理栄養士は療養者の食べ方が誤嚥しやすいため誤嚥について説明する】、【多職種は家族の介護力に応じた食事方法を提案する】ことによって、療養者の誤嚥予防に努めていた。管理栄養士は、『療養者の食べ方で一口の量が多いスプーンで食べているとむせることに繋がる』という療養者の誤嚥に繋がる食事方法について気づきがあった。高畠は誤嚥予防の食事方法について、「一口量は一度に飲み込める量とし、小さいスプーンなどを使用する」¹⁵¹⁾と注意点を説明している。そのため、療養者の使用していた食具の気づきは、誤嚥予防に重要であったことが考えられる。また、〈多職種は家族の介護力を把握する〉ことをしていた。介護力の高い家族がいる中で、『完全に介助で食事をしている人は家族が大変ということを聞いた』、『在宅ならではの家族のジレンマはある。自分で介護したいけど介護が難しいため、誰かに頼まなければならない状況がある』と、介護の難しい家族の状況を把握していた。さらに、嚥下機能が低下した療養者には嚥下調整食の準備が必要であり、〈職員は家族から嚥下調整食の準備が難しいことを把握する〉の、『刻み食であれば家族は調理できるが、ペースト食は難しい場合がある』と、家族の介護状況を把握していた。岡澤ら⁸⁸⁾は、嚥下調整食の調理は家族の介護負担になっていることを報告している。多職種は、家族が嚥下調整食の準備を負担に感じていることを考慮していたことが考えられる。そして、多職種は家族の介護負担を把握し、〈職員は家族に可能な食事方法を提案する〉ことをしていた。NSは、『市販のスーパーで売っているもので食べられそうな物（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』と、家族が無理なく介護していくための具体的な工夫を伝えていた。梶ら¹⁵²⁾は、訪問看護師の家族支援について、家族に対して訪問時の話し相手や電話にて相談に応じていることを報告しており、NSが家族の思いや感じている負担について考慮していたことが考えられる。

【職員は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】の、〈職員は口腔ケアや吸引によって療養者の口腔内を清潔にする〉でNSとSTは口腔内

の清潔に努めていた。〈職員は療養者の口腔機能の維持・改善のため間接訓練を促す〉では、『口唇閉鎖訓練として療養者の口にストローをくわえもらって押しつぶすというメニューをしてもらった』という専門的な口唇閉鎖訓練や、『療養者はディサービスには行っていなかったため NS の訪問時に声を出すことを促した』と発声を促していた。口唇閉鎖訓練や発声は、口裂周囲の表情筋群の運動を促すため¹⁵³⁾、摂食・嚥下機能の回復には効果的であったことが考えられる。さらに、〈職員は療養者の経口摂取を目指し直接訓練を行う〉と間接訓練から直接訓練に進んでいった。直接訓練は、嚥下運動を繰り返し安全な嚥下方法を再獲得することを目的¹⁵⁴⁾としている。加えて田中ら¹⁵⁵⁾は食事形態と舌圧の関連について、常食を摂取している人の方が、形態を調整した食事を摂取している人よりも舌圧は高かったことを報告し、森崎ら⁴⁰⁾は、舌圧が高まることによって嚥下機能を示す反復唾液嚥下テストの回数が改善されたことを報告している。そのため、直接訓練は療養者の咀嚼力や舌圧の力を高め、嚥下機能の回復に繋がることが考えられる。直接訓練時に専門職は誤嚥予防のために、〈専門職は NS に療養者の口腔ケアや直接訓練を依頼する〉の、『難病の療養者が経口摂取する時は、NS がいる時に食物が詰まったらすぐ吸引できるような体制で行ってもらったことがあった』と、安全対策を整えていた。このように、多職種は療養者の直接訓練や経口摂取を進める上では、誤嚥を予防する対策を同時に考えながら進めていた。

【職員は療養者の食べる機能の向上のために姿勢や環境を整え、離床を促す】では、PT、OT、ST と NS によって、食事時の座位の姿勢を整えたり、テーブルの高さを調整するといった食事環境の調整をしていた。さらに姿勢保持するために全身の筋力を強化するための離床を促していた。内田¹⁵⁶⁾は、体幹の筋力が強化されることによって座位の姿勢が整い、誤嚥予防にも繋がることを報告している。田上ら¹⁵⁷⁾は、離床時間や座位時間の延長が嚥下機能に影響することを報告しているため、職員らが離床を促し全身の筋力を強化するケアは、嚥下機能の回復に効果的であったと考える。

OT は食事動作について、〈職員は療養者が食べ易くなるために食事環境を整える〉の、『療養者はベッド上で過ごしていたので膝のところに小高い机を用意して食べてもらった』、『療養者はスプーンとフォークを指に引っ掛けて食べるという自助具で食べていた』と療養者の自力摂取のための工夫をしていた。寺岡ら¹⁵⁸⁾は介護保険福祉施設に入所中の療養者の意欲について Vitality Index¹⁵⁹⁾を用いて調査した。その結果、対象者の 6 割は 1 年後に Vitality Index のスコアが低下し、そのスコアの低下要因は食事動

作の自立度の低下であることを報告している。この結果は、食事の自力摂取が困難になることは、高齢者の意欲低下に影響することを示している。このことから、高齢者の食事の自力摂取は生活意欲の保持に繋がるため、高齢者が自力摂取できるような支援が必要であると考ええる。以上のことから、多職種でケア提供することによって、摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防に効果的であることが考えられる。

8. 第8要素〔療養者と家族の経口摂取への受け入れの見守り〕

多職種の支援のゴールとして、療養者の摂食・嚥下機能が回復し経口摂取が進んだ結果と、療養者が誤嚥によって経口摂取が難しい結果があった。経口摂取によって誤嚥し肺炎となった場合でも、〈療養者の食べて喜べた家族の満足を医師は見守る〉で、『リスクのあることをした時に本人がすごく喜んでる姿を家族の目線で見えるから、例えばそれが誤嚥性肺炎に繋がったとしても納得してくれた』、『あんなにおいしいの食べたんだから、病院にいたら絶対食べられないようなもの食べられたことに家族は納得できた』とあり、経口摂取したことへの療養者と家族の喜びと納得を見守っていた。

一方で、誤嚥によって経口摂取が難しい結果であった療養者と家族がおり、【多職種は療養者と家族の希望する経口摂取が難しいことへの受け入れを見守る】ことをしていた。これは、療養者と家族が経口摂取を試みたことによって、『食べたい物を食べて誤嚥して苦しくなって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』、『医師から嚥下は難しいことを説明され納得されて諦める療養者がいる』ことであった。訪問診療医師の小野沢は、高齢者が食べられない時の対処について、「投与経路の原則は口から食べること、どんな場合でも経口摂取の可能性を排除しない方がいい」と述べ、さらに「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」と述べている¹⁶⁰⁾。このように多職種は、療養者と家族の経口摂取を試みたいという希望に沿って支援していたことが考えられる。富田ら¹⁶¹⁾は、胃瘻造設に関する療養者と家族の受け入れについて調査し、療養者と家族の思いに、経口摂取への思いがあったことを報告している。このように療養者と家族は経口摂取への希望があるため、経口摂取が難しいことを受け入れ、経口摂取を断念することへの意思決定は難しいことが考えられる。入院治療中であれば誤嚥することは、体調の悪化になるため成果をもたらすという思考には至らないことが考えられる。しかし在宅での経口摂取は、療養者と家

族は誤嚥を体験し、経口摂取の難しさを知ることによって受け入れに繋がっていた。内田ら¹⁶²⁾は、胃瘻造設した患者とその家族に対して胃瘻造設時の状況について調査した。その結果、胃瘻造設時の意思決定は、病院や介護施設に入院・入所している患者では意思疎通が困難な場合もあり不明というケースもあったが、本人の意思が明らかに関わったのは2名(2.8%)であったことを報告している。この結果からこれまでは、胃瘻造設する全ての患者の意思を確認していなかったことがわかる。胃瘻造設に至るプロセスに対して、2014年度の診療報酬改定では胃瘻造設時に本人及び家族への説明を行うことが追加された⁵²⁾。このことから、現在求められている医療は、療養者と家族が意思決定できるための支援であり、まさに、多職種の経口摂取への支援のゴールとした「療養者と家族の経口摂取への受け入れの見守り」は、療養者と家族の意思決定支援であったと考える。

II. NS の役割

1. NS によるフィジカルアセスメント

NSは、〈NSは療養者の全身状態をアセスメントする〉では、療養者の疾病、内服等の医学的観察と、身体機能の状態、さらに生活を送る上での介護者の状態と全体像を把握し、アセスメントしていた。また、『食べられないと聞くと、口腔内を観察する』と、意図的な観察をしていた。さらに、『ストマを交換するのに横になるとむせる、唾液でむせるため不顕性誤嚥の注意が必要であった』とあり、予測的視点で観察しアセスメントしていた。在宅では血液検査データやレントゲン検査がタイムリーにある状況ではないため、NSのフィジカルアセスメントによって、療養者の体調の変化や体調悪化時の早期発見に繋がっていると考えられる。特に、摂食・嚥下機能が低下した療養者が経口摂取をする場合に、誤嚥徴候の早期発見にはNSのフィジカルアセスメントが重要であると考ええる。

看護師の摂食・嚥下障害看護に関する知識と技術について、日本看護科学学会は看護ケア開発・標準化委員会を設立し、看護ケアのための摂食嚥下時の誤嚥・咽頭残留アセスメントに関する診療ガイドライン¹¹⁶⁾を公表した。また、西澤らは、「看護職が「嚥下障害」を臨床判断するための診断指標の内容妥当性に関する研究」¹¹⁷⁾において、嚥下障害の診断指標について検証した指標を報告している。このように摂食・嚥下の看護ケアのエビデンスを標準化した潮流があり、看護師の摂食・嚥下障害看護に関す

る知識と技術の向上への重要性が高まっている。

日本看護協会は、1995年に認定看護師制度を発足させ、認定看護師を「特定の看護分野における熟練した看護技術及び知識を用いて、水準の高い看護実践のできる看護師」¹⁶³⁾と定義した。さらに、認定看護分野を21に分類しており、CNの知識と技術について、「摂食・嚥下機能の評価および誤嚥性肺炎、窒息、栄養低下、脱水の予防と、適切かつ安全な摂食・嚥下訓練の選択および実施」¹⁶⁴⁾と定義している。水準の高い看護技術を持ったCNは、『CNは指示が入るか入らないかを確認し、とろみ水の飲水状況を観察する』、『CNは摂食・嚥下のスクリーニング評価をした』と、観察技術によって嚥下機能の評価をしていた。CNの観察と摂食・嚥下評価法によるスクリーニングテストについて西村ら¹⁶⁵⁾は、以下のように述べている。CNのスクリーニングテストによって定めた摂食・嚥下障害臨床的重症度分類(DSS)は、VE所見と高い一致率であった。このように水準の高い看護技術を習得したCNのスクリーニングテストは信頼性が高く、今後、CNは、特に在宅療養支援に関して活動の場を広げる必要がある。しかし、日本看護協会がホームページで公表している2021年度のCNの登録の全国総数は1,089名であり、その勤務先は病院が約9割の980名で、訪問看護ステーションへの勤務者は32名(約2.9%)¹³⁶⁾と少ない状況である。地域で活動するCNを増やしていくことも必要であるが、病院や施設に勤務しているCNが地域に出向いていくような保険制度の改正が必要であると考ええる。本研究の結果では、CNへの相談は同じステーションのNSが主となっていた。これは、地域の多職種にCNの周知度が低いことが考えられる。今後は、CNの知識と技術をNSが学ぶ研修会等の地域看護のしくみ作りが必要であり、NSのフィジカルアセスメント力の向上に繋がると考えられる。

2. NSから療養者と家族と多職種への働きかけ

本研究結果の第2章第7節で述べたNSから療養者と家族と多職種への働きかけについて考察する。NSからの働きかけを図8にまとめ、NSへの働きかけを図9に示した。図8と比較すると図9は働きかけの内容が少ないことが分かる。このことから、NSは全ての職種に働きかけており、NSから多職種への働きかけが多いことが明らかとなった。NSは療養者と家族の思いを傾聴し、多職種に働きかけることで円滑なチーム作りに尽力するファシリテーター的な役割を担っていたことが考えられる。篠田は、多職種連携を円滑に進めるファシリテーターについて、「組織・チームの縦横と連携し、メ

ンバー間の相乗効果を発揮しながら、チームを管理・維持し、目標達成という成果を導き出す人」と定義している¹⁶⁶⁾。CMは介護保険サービスのマネジメントの役割を担っている。しかし、療養者には医療保険制度で支援するサービスもあり、医療保険と介護保険のサービスを把握する必要がある。医療的側面と生活の視点を全体的にアセスメントし、医療保険制度と介護保険制度を繋ぐ中心的な役割を担うのがNSであると考えられる。三澤ら¹¹⁸⁾は、訪問看護ステーション職員に対して、在宅高齢者の摂食・嚥下機能に関しての把握状況と歯科医療関連施設との連携について調査した。その結果、「利用者の摂食・嚥下機能に関して医師・歯科医師・歯科衛生士といった専門職との連携」についてであると回答した者は約6割であり、その連携のきっかけは「訪問看護ステーションからのアプローチ」と回答した者が約8割であった。また、中山ら¹¹⁹⁾は、家族介護者へ多職種ケアについて既存の尺度で測定した結果、訪問看護サービスを利用している家族は、「優れたケアを提供するために連携してくれる」という項目に統計的に有意差があり、訪問看護師は多職種連携の中核的な役割を担っている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。

第3章 支援モデルの検討

第1節 総括

本研究の結果から、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として、8つの要素を生成し支援モデルを構築した。

本モデルは支援のきっかけ、具体的支援、支援のゴールで構成した。支援のきっかけを、[療養者の摂食・嚥下機能の低下の把握]とし、支援のゴールを[療養者と家族の経口摂取への受け入れの見守り]とした。具体的支援には、[療養者と家族の経口摂取への希望と意思の受け止め]，[療養者の全身状態と摂食・嚥下機能の情報収集と療養者と家族の生活の全体像のアセスメント]，[医師から経口摂取の同意]，[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]，[摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種間での相談とケアの依頼]，[摂食・嚥下機能回復と誤嚥予防のため多職種でケアの提供]とした。本モデルの具体的支援に、療養者と家族と多職種の Collaborative（協働・連携）の流れを示した。チームの中に療養者と家族を含めて話し合っていくことによって、支援の方向性が明確になっていた。摂食・嚥下機能の低下により胃瘻造設や嚥下調整食に変更になった療養者に対して、経口摂取の再開や療養者の食べたい物が食べられることを目指して、継続的な機能評価と介入が必要であると考え、本研究での多職種による経口摂取への支援は、療養者と家族の意思を尊重していたことが示唆された。

本モデルが在宅の多職種に活用されることによって、IPW が促進され、効果的な食支援が期待できる。また、具体的支援には NS から多職種への発信が多く、NS のマネジメント力が重要であることが示唆された。本モデルを NS が活用し IPW の中心的な役割を担うことによって、在宅看護の質を高めることが考えられる。

第2節 本研究の限界と支援モデルの今後の展望

本研究の限界は、調査対象が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。本研究のインタビューに、介護士へ連携の活動内容があった。第1章の第1節で述べた、我が国の高齢化率の上昇に伴う介護力の脆弱化が起きており、療養者の介護を担う介護士の生活支援は重要である。そのため介護士やディサービス職員等への調査も必要であったと考える。今後は、調査の対象職種を広げて調査していく必要がある。加えて、対象者数にも限りがあったため、多職種の支援の現状の全ては網

羅しきれていない。しかしながら、支援の主要な要素は含まれていると考える。今後は職種ごとの対象者数を増やして、活動内容をより詳しく調査していく必要がある。

また、本モデルの有用性、実用性の検証に課題がある。今後は、本モデルを臨床の場で活用し、効果を評価した上で、支援のツールとして確立していく必要があると考える。本モデルが支援のツールとして確立されることによって、IPW が促進され、療養者と家族が希望する経口摂取ができることを目指している。

本モデルの有用性、実用性を検証には、第一段階として、IPW の中心的な役割を担う NS に本モデルを試用してもらい、構成要素の内容を確認してもらう。具体的には関東地方にある数施設の訪問看護ステーションに、摂食・嚥下機能が低下した高齢者の数事例に対しての半年間程度の試用を依頼予定である。本モデルの構成要素は、支援の流れを分かりやすくなおかつ活用し易さを考慮し、フレーズで示している。しかし要素の中には、具体的な行動を入れた方が支援しやすいことも予測される。このように実際に試用してもらうことによって、有用性と実用性を検証する予定である。

利益相反（COI）に関わる情報の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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、対象者様に深く感謝申し上げます。本論文の作成にあたり、御指導と御鞭撻を賜りました森崎直子教授に心よりお礼を申し上げます。森崎教授には土日祭日、さらに年末年始も返上してご指導を頂きました。特に考察では、自分の考えに対して文献を用いて客観的に論述することへのご教授を頂き、研究的視点の幅を広げることに繋がりました。また、インタビューデータの分析時に御指導を頂きました元姫路大学大学院藤野文代特任教授、副指導をお引き受け頂きました野地有子特任教授に厚くお礼申し上げます。

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団公募助成事業 2022 年度（前期）公募の助成を受けた。本論文の一部は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌 26 巻 1 号、26TH EAFONS 2023、千葉看護学会第 29 回学術集会、千葉看護学会会誌 29 巻 2 号で公表している。公表した論文の著作権は、著者最終稿と出版社にあり利用は著作権の範囲に限られる。

引用文献

研究背景

- 1) 総務省統計局 (2022) : 高齢者の人口, <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1321.html>, (参照 2024-1-6)
- 2) 厚生労働省 (2022-1) : 介護保険事業状況報告 (暫定), <https://www.mhlw.go.jp/topics/k> (参照 2024-1-6)
- 3) 厚生労働省 (2022-6) : 国民生活基礎調査の概況. 世帯数と世帯人員の状況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/02.pdf>, (参照 2024-1-6)
- 4) 厚生労働省 (2022-6) : 国民生活基礎調査の概況. 介護状況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/05.pdf>, (参照 2024-1-6)
- 5) Buurman BM, Hoogerduijn JG, Haan RJ, et al. Geriatric conditions in acutely Hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. PLoS One ,6(11), e26951.1 – 7,2011.
- 6) 古明地夕佳, 杉山みち子, 榎裕美, 他 : 在宅サービス利用高齢者における低栄養状態と 2 年間の予後. 日本健康・栄養システム学会誌, 16 (2), 28-35, 2016.
- 7) 葛谷雅文, 長谷川潤, 榎裕美, 他 : 在宅療養中の要介護高齢者における栄養摂取方法ならびに食形態と生命予後・入院リスクとの関連. 日本老年医学会雑誌, 52 (2), 170-176, 2015.
- 8) 福田浩巳, 西田宗幹, 石橋雄介, 他 : 医療・介護関連肺炎患者の再入院に影響を及ぼす因子の検討. 理学療法学, 47 (1), 42-48, 2020.
- 9) 日本呼吸器学会 医療・介護関連肺炎(NHCAP) 診療ガイドライン作成員会 : 医療・介護関連肺炎 (NHCAP) 診療ガイドライン, 日本呼吸器学会, 東京, 2011.
- 10) 厚生労働省 (2019) : 国民健康・栄養調査報告, 身体状況調査の結果, 第 1 章 身体状況および糖尿病に関する状況, <https://www.mhlw.go.jp/content/000711005.pdf>, (参照 2024- 1- 6)
- 11) 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. 日本老年医学会雑誌, 51(6), 547-553, 2014.
- 12) 森田泰裕, 新井智之, 藤田博暁, 他 : 地域在住高齢者の 2 年間の基本チェックリストの変化と 3 年後の新規要介護認定との関連. 理学療法科学, 36 (1), 7-14, 2021.

- 13) 榎裕美, 杉山みち子, 加藤昌彦, 他: 「管理栄養士による居宅療養管理指導」利用者の摂食・嚥下障害と栄養障害の実態調査. 栄養—評価と治療, (32)1, 12-15, 2015.
- 14) 梶井友佳, 別府茂, 秋元幸平, 他: 食の支援ステーションにおける実態調査. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌, 17(2), 153-163, 2013.
- 15) 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 Clinical and Experimental Research*, 31(1), 85-94, 2019.
- 16) 伊藤英俊, 菊谷武, 田村文誉, 他: 在宅要介護高齢者の咬合 摂食・嚥下機能および栄養状態について. 老年歯科医学, 23(1), 21-30, 2008.
- 17) 工藤浩, 井出浩希, 中林玄一, 他: 重度嚥下機能障害を有する高齢者診療における完全側臥位法の有用性. 日本老年医学会雑誌, 56(1), 59-66, 2019.
- 18) 齋藤真由, 北澤浩美, 長谷川士朗: 摂食嚥下障害患者への包括的介入を目的とした多職種によるチームの設立と活動の報告. 老年歯科医学, 34(1), 101-111, 2019.
- 19) Takamoto K, Saitoh T, Taguchi T, et al. Lip closure training improves eating behaviors and prefrontal cortical hemodynamic activity and decreases daytime sleep in elderly persons. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 22(3), 810-816, 2018.
- 20) 森下志穂, 渡邊裕, 平野浩彦, 他: 通所介護事業所利用者に対する口腔機能向上および栄養改善の複合サービスの長期介入効果. 日本歯科衛生学会雑誌, 12(1), 36-46, 2017.
- 21) Chen LL, Li H, Lin R, et al. Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer's disease and dysphagia. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 699-707, 2016.
- 22) 片山正輝, 酒井克彦, 三條祐介, 他: 急性期脳卒中患者に対する口腔ケアと摂食嚥下リハビリテーション介入の効果. 日本脳循環代謝学会機関誌, 27(2), 243-247, 2016.
- 23) 佐々木力丸, 高橋賢晃, 田村文誉, 他: 介護老人福祉施設に入居する要介護高齢者に対する栄養支援の効果について. 老年歯科医学, 29 (4), 362-367, 2015.
- 24) Shoji H, Nakane A, Omosu Y, et al. The prognosis of dysphagia patients over 100 years old. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(2), 480-484, 2014.
- 25) 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獲得を目指した摂食・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雑誌, 16(1), 20-31, 2012.

- 26) 川名弘剛, 菊谷武, 高橋賢晃, 他: 介護老人福祉施設における継続的な口腔機能管理によるかかわりが義歯の装着に与える効果. 老年歯科医学, 25(1), 3-10, 2010.
- 27) 金子正幸, 葭原明弘, 伊藤加代, 他: 地域在住高齢者に対する口腔機能向上事業の有効性. 口腔衛生学会雑誌, 59(1), 26-33, 2009.
- 28) Hakuta C, Mori C, Ueno M, et al. Evaluation of an oral function promotion programme for the independent elderly in Japan. Gerodontology, 26(4), 250-258, 2009.
- 29) 新名由利子, 山田深, 岡崎雅代, 他: 脳卒中ユニットにおける看護師を中心とした摂食機能療法. 脳卒中, 31(1), 23-28, 2009.
- 30) 古屋純一, 織田展輔, 長谷理恵, 他: 大学病院歯科医療センターにおける摂食・嚥下リハビリテーションの現状とその効果. 老年歯科医学, 24(1), 37-47, 2009.
- 31) 犬飼道雄, 石田瞭, 有岡享子, 他: 高齢者医療・福祉複合施設における摂食・嚥下障害の状況と摂食・嚥下リハビリテーションの効果. 在宅医療と内視鏡治療, 13(1), 64-69, 2009.
- 32) Chiba Y, Sasaki A, Morita K, et al. Effectiveness of care intervention related to ingestion and deglutition for the elderly using day service in the community. International Medical Journal, 16(4), 293-303, 2009.
- 33) Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 86(8), 1516-20, 2005.
- 34) 加賀谷斉: 重症度分類. 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, 東京, 180, 2016.
- 35) 角保徳 編: 超高齢社会のための新編 専門的口腔ケア要介護・有病者・周術期・認知症への対応. 医歯薬出版, 東京, 33-34, 2017.
- 36) 再掲 35) p.34.
- 37) 糸田昌隆, 楠本哲次, 川添堯彬: 日常生活自立度の低い障害者の摂食・嚥下機能における咬合状態の影響. 歯科医学, 67(1), 121-135, 2004.
- 38) Sagawa K, Furuya H, Ohara Y, et al. Tongue function is important for masticatory performance in the healthy elderly: a cross-sectional survey of community-dwelling elderly. Journal of Prosthodontic Research, 63(1), 31-34, 2019.
- 39) Yajima Y, Kikutani T, Tamura F, et al. Relationship between tongue strength and 1-year life

- expectancy in elderly people needing nursing care. *Odontology*, 105(4), 477-483, 2017.
- 40) 森崎直子, 三浦宏子, 薄井由枝, 他: 在宅要介護高齢者の舌尖口角付け運動能とその他の口腔機能評価との関連性. *老年歯科医学*, 29(1), 36-41, 2014.
- 41) Tamura F, Fukui T, Kikutani T, et al. Lip-closing function of elderly people during ingestion: comparison with young adults. *International journal of orofacial myology*, 35, 33-43, 2009.
- 42) Samnieng P, Ueno M, Shinada K, et al. Association of hyposalivation with oral function, nutrition and oral health in community-dwelling elderly Thai. *Community Dental Health Journal*, 29(1), 117-123, 2012.
- 43) Gerdin EW, Einarson S, Jonsson M, et al. Impact of dry mouth conditions on oral health-related quality of life in older people. *Gerodontology*, 22(4), 219-226, 2005.
- 44) 森本紀巳子, 野村志保子, 谷脇考恭: 嚥下障害患者の摂食・嚥下機能レベルの判定指標と測定方法 健常者の摂食・嚥下機能測定結果からの検討. *久留米医学会雑誌*, 75(1-2), 42-53, 2012.
- 45) 鈴木誠太郎, 高柳篤史, 吉野浩一, 他: 自立高齢者における GOHAI スコアと関連する要因. *口腔衛生学会雑誌*, 66(5), 452-457, 2016.
- 46) Takeuchi K, Furuta M, Okabe Y, et al. Swallowing disorders and 1-year functional decline in community-dwelling older adults receiving home care. *Journal of oral rehabilitation*, 44(12), 982-987, 2017.
- 47) Furuta M, Komiya-Nonaka M, Akifusa S, et al. Interrelationship of oral health status, swallowing function, nutritional status, and cognitive ability with activities of daily living in Japanese elderly people receiving home care services due to physical disabilities. *Community dentistry and oral epidemiology*, 41(2), 173-181, 2013.
- 48) 日本歯科医師会: オーラルフレイルについて.
<https://www.jda.or.jp/enlightenment/oral/about.html>, (参照 2023-8-25)
- 49) 原豪志, 戸原玄, 近藤和泉, 他: 胃瘻療養中の脳血管障害患者に対する心身機能と摂食状況の調査. *老年歯科医学*, 29(2), 57-65, 2014.
- 50) 奥山秀樹, 三上隆浩, 木村年秀, 他: 胃瘻の造設および転帰に関する実態調査. *老年歯科医学*, 28(4), 352-360, 2014.
- 51) 厚生労働省 (2022): 別紙 1 - 1, 医科診療報酬点数表,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000894873.pdf>, (参照 2024-1-17)

- 52) 厚生労働省（2014）：診療報酬改定 個別改定項目について，【Ⅰ－8(充実が求められる分野／医療技術の適正な評価)－⑤】胃瘻等について，1．胃瘻造設術，
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000037464.Iryouka/0000037464.pdf>, (参照 2024- 1-17)
- 53) 厚生労働省（2020）：診療報酬改定 個別改定項目について，【Ⅱ－3 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化－⑦】⑦ 多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価，<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000601838.pdf>,
(参照 2024-1-17)
- 54) 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>, (参照 2024-1- 17)
- 55) 厚生労働省（2015）：介護報酬改定の骨子，1．中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化，(4)口腔・栄養管理に係る取組の充実，
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000081007.pdf>,
(参照 2024-1-17)
- 56) 厚生労働省（2021）：介護報酬改定の主な事項について，3．(1) リハビリテーション・機能訓練，口腔，栄養の取組の連携・強化（その1），生活機能向上連携加算，<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000753776.pdf>, (2024-1-17)
- 57) 前川一恵，藤野文代：多職種チームによる高齢者への摂食機能療法に関する活動の動向と課題，姫路大学大学院看護学研究科論究，4, 89-97, 2021.
- 58) 鈴木啓之，松原ちあき，中山玲奈，他：多職種連携医療(NST)における栄養と口腔機能の関連と歯科介入効果の検討. 8020：はち・まる・にい・まる：財団法人 8020 推進財団会誌，151-153, 2019.
- 59) 齋藤真由，北澤浩美，長谷川士朗，他：摂食嚥下障害患者への包括的介入を目的とした多職種によるチームの設立と活動の報告. 老年歯科医学，34(1), 101-111, 2019.
- 60) 菊地しおり，梅木幹子，川下考，他：静岡赤十字病院における地域の歯科クリニックとの連携. 静岡赤十字病院研究報，38(1), 14-17, 2018.
- 61) 庭野元孝，村田升，澤田和子，他：【咀嚼ができない高齢者への食事を考える とろみとペーストの物性調整】高齢者患者の栄養サポート終了時における栄養法の検討 5 年間のまとめ. 栄養経営エキスパート, 3(6), 51-57, 2018.

- 62) 逸見朋隆, 小倉正樹, 山崎宗治, 他: 当院における摂食嚥下機能評価の取り組みについて. 仙台市立病院医学雑誌, 38, 9-13, 2018.
- 63) 濱中遥, 古川麻央里, 須崎真, 他: 当院の摂食機能療法の取り組みと成果について. 日本医療マネジメント学会雑誌, 18(4), 56-259, 2018.
- 64) 渡邊恵子, 和田裕子, 川野夕花里, 他: 当院における NST 活動の現状報告と今後の課題. 小樽市立病院誌, 6(1), 57-61, 2018.
- 65) 吉田知佳子, 大上英夫, 常田孝幸, 他: 富山逋信病院 NST の活動経過と経口移行への取り組み. 逋信医学, 69(4), 213-219, 2017.
- 66) 古川勝規, 寒川揚子, 氏家千津子, 他: 当院における経口摂取回復促進加算の算定への取り組み 現状分析と今後の課題について. 回生病院医学雑誌, 22, 41-43, 2016.
- 67) 戸田芙美, 加賀谷斉, 馬場尊, 他: 摂食嚥下障害患者に対する摂食機能療法回診の効果. Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science, 6, 50-55, 2016.
- 68) 矢巻孝宏, 古川雅一, 井戸坂弘文, 他: 当院における多職種協働による摂食機能療法の取り組み 導入による効果と今後の課題. 小樽市立病院誌, 3(1), 75-80, 2015.
- 69) 井手聖実, 高田悦子, 安富佐智枝, 他: 急性期における肺炎患者の摂食嚥下機能評価実践への取り組み. 佐世保市立総合病院紀要, 40, 87-88, 2015.
- 70) 仲川満弓, 栗原美香, 神谷貴樹 他: 大学病院における全科型 NST 活動の成果と課題. 日本静脈経腸栄養学会雑誌, 30(6), 1307-1310, 2015.
- 71) 齊木直美, 白川結佳, 草原麻紀, 他: 脳血管障害患者に対する「摂食嚥下機能クリティカルパス」導入後の活用実態と病棟看護師の意識調査. 国立病院機構熊本医療センター医学雑誌, 14(1), 70-76, 2015.
- 72) 藤島一郎: 脳卒中の摂食嚥下障害の総合評価と評価スケール. 藤島一郎, 谷口洋 著, 脳卒中の摂食嚥下障害. 第3版, 医歯薬出版, 東京, 148-149, 2017.
- 73) 小山珠美, 若林秀隆, 前田圭介 他: 誤嚥性肺炎患者に対するチーム医療による早期経口摂取が在院日数と退院時経口摂取に及ぼす影響. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌, 24 (1), 14-25, 2020.
- 74) 佐藤理恵, 中村友香, 石田敬子, 他: 脳卒中急性期における早期口腔ケア介入による誤嚥性肺炎の予防効果と QOL. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌, 19 (2), 136-144, 2015.
- 75) 飴矢美里, 田中加緒里, 池田健二, 他: 当院における嚥下障害を有する高齢者の臨床

- 的検討. 音声言語医学, 59, 203-208, 2018.
- 76) 長尾菜緒, 田中直美, 藤島一郎, 他: 藤島式嚥下体操セットの継続的な実施による嚥下障害症状改善効果: 体操セット実施群と未実施群の比較検討. 嚥下医学, 7(2), 262-272, 2018.
 - 77) 大田隆之, 西山耕一郎, 松井和夫, 他: 当院における NST に対応した嚥下外来の現状. 日本気管食道科学会会報, 65(3), 226-233, 2014.
 - 78) 岡田拓朗, 小川恭生, 船戸宣利, 他: 当院嚥下外来の臨床統計. 日本気管食道科学会会報, 67(1), 7-13, 2016.
 - 79) 竹林慎治, 谷上由城, 中平真衣, 他: 急性期病院における嚥下外来受診後死亡症例の検討. 嚥下医学, 5(2), 214-220, 2016.
 - 80) 前川一恵, 藤野文代, 飯田貴俊: 嚥下外来に関わる多職種の在宅療養高齢者と家族への支援の現状—本人と家族の納得を目指した支援のプロセス—. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌, 26(1), 24-30, 2022.
 - 81) 佐藤哲也, 唐帆健浩, 中山剛志, 他: 杏林大学病院における摂食嚥下診療体制. 耳鼻と臨床, 55(2), S164-S170, 2009.
 - 82) 浜井行夫: 外来診療の工夫 将来に向けて— 嚥下障害—外来と往診・訪問診療について嚥下診療 15 年の実践から. 日本耳鼻咽喉科学会会報, 121(2), 110-118, 2018.
 - 83) 木下康仁: ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 弘文堂, 東京, 114-229. 2007.
 - 84) 木下康仁: 定本 M-GTA 実践の理論化をめざす質的研究方法論. 医学書院, 東京, 62-210. 2020.
 - 85) 菊地真美: M-GTA を用いた研究の分析プロセスと思考のログ. 看護研究, 53(7), 573-582, 2020.
 - 86) 再掲 86), 150.
 - 87) 再掲 87), 186.
 - 88) 岡澤仁志, 菊谷武, 高橋賢晃, 他: 在宅要介護高齢者家族の介護負担と食事との関連. 老年歯科医学, 31 (3), 354-362, 2016.
 - 89) A.H.マズロー. (小口忠彦訳): 人間性の心理学 モチベーションとパーソナリティ. 産業能率大学出版部, 東京, 56-61, 1987.
 - 90) 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, 東京, 68-77, 2016.
- 91) 日本歯科医師会 (2019): 歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル,
https://www.jda.or.jp/dentist/oral_flail/pdf/manual_all.pdf, (参照 2021-10-20)
- 92) 鶴岡祥子, 高守史子, 山下佳雄: オーラルフレイルに対する自覚度合と口腔機能低下症の検査結果の相違に関する臨床的検討. 老年歯科医学, 36(1), 53-64, 2021.
- 93) Tanaka T, Takahashi K, Hirano H, et al .Oral Frailty as a Risk Factor for Physical Frailty and Mortality in Community-Dwelling Elderly. The Journals of Gerontology, Series A, 73(12), 1661-1667, 2018.
- 94) 谷口圭佑, 坂本晴美, 巻直樹: 地域在住自立高齢者における口腔機能と健康関連QOL との関連. 国際エクササイズサイエンス学会誌 ,5 (2), 7-13, 2022.
- 95) 絹川雅夫, 今田良子, 竹前健彦, 他: 胃瘻造設して退院した在宅高齢者に対する早期の栄養評価と摂食嚥下リハビリテーションを併用した1例. 老年歯科医学, 32 (2), 89-95, 2017.
- 96) 全国国民健康保険診療施設協議会 摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の構築に関する検討委員会 (2015): 摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の取組収集 分析に関する調査研究事業,
<https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/tabid/57/Default.aspx?itemid=247&dispmid=1547>, (参照 2023-8-13)
- 97) 織本智香, 山田五月, 饗場直美: 介護・看護関連事業所および専門職から見た療養高齢者の栄養・食生活支援における課題と必要な取り組み. 日本栄養士会雑誌, 63 (6), 322-327. 2020.
- 98) 荒金秀樹: 食を支える地域連携. 特集 実践!在宅摂食嚥下リハビリテーション診療. Monthly Book Medical Rehabilitation, 267, 全日本病院出版会, 東京, 137-143, 2021.
- 99) 五島朋幸: 地域食支援活動と摂食嚥下リハビリテーション. 特集 実践!在宅摂食嚥下リハビリテーション診療. Monthly Book Medical Rehabilitation ,267, 全日本病院出版会, 東京, 131-135, 2021.
- 100) 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ー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.tmg Hig.jp/research/release/cms_upload/541ef682c7c963f288bbc5b800c6dc3a.

pdf, (参照 2023-8-27)

- 101) 日本臨床栄養代謝学会：NST 稼働認定施設一覧，
https://www.jspen.or.jp/wp-content/uploads/2023/08/kadou_20230817.pdf,
(参照 2023-8-27)
- 102) 厚生労働省 (2021)：介護サービス施設・事業所調査の概況，従業者の状況，職種別従事者数，https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service21/dl/kekka-gaiyou_2.pdf, (参照 2023-8-27)
- 103) 篠希望：在宅患者訪問栄養食事指導に関する現状と課題：450名の栄養士および管理栄養士を対象としたインターネット調査による在宅訪問栄養食事指導に対する意識調査. 日本食生活学会誌, 28(3), 159-168, 2017.
- 104) 腰原裕之, 宮尾真由美, 横田佐和子, 他：在宅患者における栄養管理の現状と課題. 日本農村医学会雑誌, 61 (5), 689-694, 2013.
- 105) 森田一三, 森岡久尚, 阿部義和, 他：口腔機能低下に伴う栄養障害に対する介護職や医療職の認識状況の特徴. 日歯医療管理会誌, 55(2), 102-109, 2020.
- 106) 松井妙子, 綾部貴子, 沖亜沙美：訪問看護・訪問介護・居宅介護支援事業所従事者のチーム活動に関連する要因. 香川大学看護学雑誌, 23(1), 23-32, 2019.
- 107) 阿部泰之, 森田達也：「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発. Palliative Care Research, 9(1), 114-120, 2014.
- 108) 厚生労働省：e-ヘルスネット，訪問歯科診療，
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/teeth/h-08-002.html>. (参照 2021-10-17)
- 109) 日本老年歯科医学会：摂食機能療法専門歯科医師，https://www.gerodontology.jp/authorization/eating_function.shtml, (参照 2023-8-29)
- 110) 伊藤加代子, 梅本丈二, 渡部芳彦, 他：地域包括ケアシステムのフォローアップならびに情報共有化に向けた取り組みに関する調査報告. 老年歯科医学, 35(1), 29-40, 2020.
- 111) 濱陽子, 三浦誠, 西村三美, 他：地域包括ケアシステムにおける当センターの役割についての検討ー再構築後5年間の患者動向からー. 障害者歯科, 36(2), 140-148, 2015.
- 112) 前川一恵, 藤野文代：要介護高齢者に訪問診療を行う歯科医の地域連携への取り組み. 姫路大学大学院看護学研究科論究, 5, 159-163, 2022.

- 113) 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, 東京, 237-309, 2009.
- 114) 竹内一夫, 杉本太造, 服部正巳, 他: 在宅歯科医療の認知度に関するインターネット調査. 日本口腔ケア学会雑誌, 15(2), 19-25, 2021.
- 115) 千葉由美, 山田律子, 市村久美子, 他: 看護実践における「高齢者の胃ろう離脱のためのケアプロトコールの構成項目」の信頼性と妥当性の検証. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌, 25 (3), 190-207, 2021.
- 116) 日本看護科学学会 看護ケア開発・標準化委員会: 看護ケアのための摂食嚥下時の誤嚥・咽頭残留アセスメントに関する診療ガイドライン,
<https://www.jans.or.jp/uploads/files/about/Clinical%20Jp.pdf>, (参照 2022-3-20)
- 117) 西澤和義, 大島弓子: 看護職が「嚥下障害」を臨床判断するための診断指標の内容妥当性に関する研究. 日本看護科学会誌, 41, 132-140, 2021.
- 118) 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. 日本歯科医療管理学会雑誌, 48(4), 277-282, 2014.
- 119) 中山元, 舛本祥一, 春田淳志, 他: 訪問看護サービス利用の有無と, 家族介護者からみた多職種によるケアの質評価との関連. 日本老年医学会雑誌, 59(2), 209-218, 2022.
- 120) 深田順子, 北池正, 石垣和子: 訪問看護における摂食・嚥下障害看護の質評価指標改訂版の妥当性と信頼性の検討. 日本看護科学会誌, 30 (1), 80-90, 2010.
- 121) 太尾元美, 坂下玲子: 高齢者の食形態を普通食へと回復させるためのケアの方略の抽出. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 20, 41-53, 2013.
- 122) 大野かおり, 坂下玲子, 小枝美由紀, 他: 在宅での生活支援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, 2017.
- 123) 深田順子, 鎌倉やよい, 北池正, 他: 訪問看護における摂食・嚥下障害看護を推進する要因と妨げる要因. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌, 16 (3), 253-268, 2012.
- 124) 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, (参照 2023-11-10)

- 125) BARR H: Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), 181-187, 1998.
- 126) Canadian Interprofessional Health Collaborative: The National Interprofessional Competency Framework(2010):
<https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>, (参照 2023-11-11)
- 127) 多職種連携コンピテンシー開発チーム (2016) : 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー,
http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryō/pdf/Interprofessional_Competency_in_Japan_ver15.pdf, (参照 2023-10-27)

本文

- 128) 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, 東京, 70, 2016.
- 129) 太田秀樹: 長寿を目指す医療から, 天寿を叶える医療へ. *老年歯科医学*, 24 (3), 277-283, 2009.
- 130) 厚生労働省 (2013) : 社会保障制度改革国民会議, 社会保障制度改革国民会議報告書, https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000052615_1.pdf, (参照 2024-1-3)
- 131) 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, (参照 2023-8-29)
- 132) 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. *老年歯科医学*, 35 (1), 41-51, 2020.
- 133) 齋藤貴之, 戸原玄, 半田直美, 他 : 摂食機能療法ならびに多職種のチーム連携により QOL が改善された 1 例. *老年歯科医学*, 26 (1), 18-24, 2011.
- 134) Beck AM, Christensen AG, Hansen BS, et al. Multidisciplinary nutritional support for undernutrition in nursing home and home-care: A cluster randomized controlled trial.

Nutrition, 32, 199–205, 2016.

- 135) Dinenage S, Gower M, Van Wyk J, et al . Development and Evaluation of a Home Enteral Nutrition Team. *Nutrients*, 7, 1607–1617, 2015.
- 136) 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>, (参照 2022-10-9)
- 137) 小山珠美：口から食べる幸せをサポートする包括的スキル KT バランスチャートの活用と支援. 第2版, 医学書院, 東京, 2017.
- 138) 佐々木淳：特集「低栄養」打開の鍵は、多角的な栄養アセスメント-低栄養と病態を結びつけ、ケアに活かす！-【Lecture1】-居宅療養高齢者の栄養状態の現状と、そこにどう介入するか. 訪問看護と介護, 29(1), 8-19, 2024.
- 139) 金子綾香, 河原加代子：在宅療養中の胃瘻造設患者における 経口摂取再開のケースの特徴と摂食状況のレベルに関連する要因. *日本保健科学学会誌*, 21 (4) ,167-180, 2019.
- 140) 中込由紀代, 河西由貴, 花輪啓子：看護小規模多機能型居宅介護において多職種連携・協働により中心静脈栄養から経口摂取のみに移行した事例. *山梨大学看護学会誌*, 17 (2),1-7, 2019.
- 141) 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.
- 142) 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.
- 143) 野原幹司: 睡眠歯科の視点で行うポリファーマシー対策 薬剤性嚥下障害に挑む. *睡眠口腔医学*, 7 (1), 2-7. 2020.
- 144) 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. *Journal of General and Family Medicine*, 23(4), 233-240, 2022.
- 145) 中村努: ICT を活用した在宅医療ネットワークの空間特性. *バイオクリニカ*, 37 (11), 1052-1056. 2022.
- 146) 菊谷武：歯科の立場から、在宅における経口アプローチ. 藤島一郎, 栢下淳 監修,

嚥下機能の低下した高齢者への適切な食事提供に向けた 病院・地域での取り組み
経口摂取アプローチハンドブック. 日本医療企画, 東京, 167, 2015.

- 147) 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. 福岡県立大学看護学研究紀要, 19, 13-23, 2022.
- 148) Maeda K, Murotani K, Kamoshita S, et al. Nutritional management in inpatients with
aspiration pneumonia: a cohort medical claims database study. Archives of Gerontology
and Geriatrics, 95, 104398, 2021.
- 149) 成瀬和子, 宇多みどり: 在宅ケアにおける多職種連携の困難と課題. 神戸市看護大
学紀要, 22, 9-15, 2018.
- 150) 依田純子, 佐藤悦子, 泉宗美, 他: 訪問看護師がもつ介護支援専門員との連携の困
難性と課題の構造: 管理職にある訪問看護師のフォーカス・グループインタビュー.
日本地域看護学会誌, 16 (3), 13-21, 2014.
- 151) 高畠英昭: 誤嚥性肺炎の包括的アプローチ 診断・治療から, 栄養管理・呼吸リハ・
嚥下リハ・口腔ケアまで. 医歯薬出版, 第1版, 東京, 216-219, 2021.
- 152) 梶瑞紀, 塚崎恵子, 京田薫: 訪問看護師による家族支援を必要とする事例への支援
実態と看護師の主観的効果の関連要因. 日本地域看護学会誌, 20 (2), 55-63, 2017.
- 153) 松永智, 阿部伸一, 井出吉信: 摂食嚥下に関与する筋. 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, 東京, 60-61, 2016.
- 154) 高畠英昭: 誤嚥性肺炎の包括的アプローチ 診断・治療から, 栄養管理・呼吸リハ・
嚥下リハ・口腔ケアまで. 医歯薬出版, 第1版, 東京, 143-152, 2021.
- 155) 田中陽子, 中野優子, 横尾円, 他: 入院患者および高齢者福祉施設入所者を対象と
した食事形態と舌圧, 握力および歩行能力の関連について. 日本摂食嚥下リハビ
リテーション学会雑誌, 19 (1), 52-62, 2015.
- 156) 内田学: 在宅におけるPT訓練 姿勢と摂食嚥下リハビリテーション. 特集 実践!
在宅摂食嚥下リハビリテーション診療. Monthly Book Medical Rehabilitation ,267,
全日本病院出版会, 東京, 101-107, 2021.
- 157) 田上裕記, 太田清人, 南谷さつき, 他: 在宅高齢者における嚥下障害と生活時間構
造の関連性. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌, 14(1), 3-10, 2010.
- 158) 寺岡加代, 森野智子: 施設在住要介護高齢者の意欲 (Vitality Index) に関する縦断
研究. 老年歯科医学, 25 (2), 115-122, 2010.

- 159) Toba K, Nakai R, Akisita M, et al. Vitality Index as a useful tool to assess elderly with dementia. *Geriatrics & Gerontology International*, 2 (1), 23-29, 2002.
- 160) 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，東京，51, 2016.
- 161) 富田千恵子，牛久保美津子：筋萎縮性側索硬化症療養者における胃瘻造設の説明から受け入れまでの療養者と家族の思いの変化と看護支援. *日本難病看護学会誌*, 22(2), 127-141, 2017.
- 162) 内田信之，剣持る美，永井多枝子，他：在宅胃ろう患者の訪問調査から見てきた在宅医療の問題と今後の展望. *日本静脈経腸栄養学会雑誌*, 30(4), 953-958, 2015.
- 163) 日本看護協会：認定看護師（Certified Nurse）とは 制度の目的，
<https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/vision/cn/index.html>, (参照 2024-1-17)
- 164) 日本看護協会：認定看護分野一覧，
<https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/vision/cn/index.html>, (参照 2024-1-17)
- 165) 西村和子，加賀谷斉，柴田斉子，他：嚥下内視鏡検査を用いない摂食嚥下障害臨床的重症度分類判定の正確性. *Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science*, 6, 124-128, 2015.
- 166) 篠田道子:多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル. 医学書院，東京，25, 2011.

別添1 インタビューガイド

1. 訪問看護ステーション職員に対するインタビューガイド

1) 対象者の属性に関すること

何歳代、性別、職種、臨床経験年数、訪問看護ステーションでの経験年数

2) 摂食嚥下機能が低下し嚥下調整食を食べている（た）在宅療養中の高齢者で、 嚥下調整食の形態を上げられた人への関わりについてお尋ねします。

具体的には以下の表にお示した、FOIS のレベルを上げられた場合を想起して頂けますと幸いです。

【FOIS; Functional Oral Intake Scale】

Level	状態
1	経口摂取なし
2	経管栄養と、わずかな量の食事
3	経管栄養と、均一な物性の食事（ゼリー食、ペースト食 等）の併用
4	均一な物性の食事のみ（経管栄養の併用なし）
5	さまざまな物性の食事を経口摂取しているが、特別な準備等が必要 （例：きざみ食のトロミかけ 等）
6	特別な準備は不要だが、特定の食品の制限がある（軟菜食 等）
7	常食の経口摂取（制限なし）

その人の摂食嚥下機能の回復に向けて、以下①～⑤について教えてください。

- ①訪問前後にどのような情報を収集していますか（いましたか）
- ②訪問中にどのようなことを観察していますか（いましたか）
- ③多職種の情報収集はどのように行っていますか（いましたか）
- ④どのような状況の時にどの職種に連絡しますか（いましたか）

3) 多職種とのネットワークについてお尋ねします。

- ①多職種とのコミュニケーションはどのように取っていますか
- ②多職種とのカンファレンス（リモートも含む）はありますか
- ③多職種との研修会や事例検討会はありますか

別添2 インタビューガイド

2. 在宅療養者を訪問する多職種に対するインタビューガイド

1) 対象者の属性に関すること

何歳代、性別、職種、臨床経験年数、在宅訪問診療もしくは居宅療養管理指導の経験年数、ケアマネージャーの方には、在宅でのケアマネージャーの経験年数

2) 摂食嚥下機能が低下し（た）在宅療養中の高齢者への食支援について

本研究における「食支援」とは、摂食嚥下機能が低下した在宅療養高齢者が、本人の食べる意欲を尊重し、本人が食べたい物を経口摂食できるための支援と定義する。

食べたい物を食べる支援の視点については、小山の開発した **KT** バランスチャート（口から食べるバランスチャート）の、心身の医学的視点、摂食嚥下の機能的視点、姿勢・活動的視点、摂食状況・食物形態・栄養的視点の4側面とする。

その人の食支援に向けて、以下の①～⑥について教えてください。

- ①訪問前後にどのような情報を収集していますか（いましたか）
- ②訪問中にどのようなことを観察していますか（いましたか）
- ③多職種の情報収集はどのように行っていますか（いましたか）
- ④どのような状況の時にどの職種に連絡しますか（いましたか）

⑤訪問看護ステーションの看護師と、どのような連携をしていますか

⑥訪問看護ステーションのセラピスト（PT・OT・ST）と、どのような連携をしていますか

3) 多職種とのネットワークについてお尋ねします。

- ①多職種とのコミュニケーションはどのように取っていますか
- ②多職種とのカンファレンス（リモートも含む）はありますか
- ③多職種との研修会や事例検討会はありますか