

資料

療養病床入院中に経口摂取が可能となった 高齢者の援助成功例の分析

根生とき子¹⁾・松谷信枝²⁾・加藤積良²⁾
関 妙子²⁾・伊藤まゆみ³⁾

An Analysis of Nursing Support Care for the Elderly Inpatients Succeeded in Transitioning from Total Parenteral Nutrition (TPN) to Oral Intake

Tokiko NEOI¹⁾, Nobue MATSUTANI²⁾, Kazuyoshi KATO²⁾
Taeko SEKI²⁾, Mayumi ITO³⁾

キーワード：高齢者、経口摂取、看護実践、援助成功例

I. はじめに

現在の医療制度では、患者は急性期病床で病状の早期安定に向けた援助がなされ、病状が安定すると速やかに、患者の状態に応じた施設に移動し、援助が継続される。複合的な合併症を持つ高齢者や難病の患者では、回復に時間がかかることや経口摂取ができない状況で療養病床に入院している患者も少なくない。

また、急性期病床の平均在院日数の短縮に伴い、療養病床に入院する患者は重症化しているが、急性期病床と比べ療養病床の看護配置基準は4対1であり、一般病床と比較し看護職数は少ない。このような状況下において、「口から食べることが困難であっても、本人や家族は、人生の最後を迎えるときまで、幸せな気持ちでおいしく食べ続けたい・食べさせてあげたいと切実に願っている」¹⁾ことから、その期待に応えるために看護師は日々食の援助を実践し、実際に経口摂取が可能になった事例を経験している。しかし、経口摂取できない入院患者全員が可能になる訳ではない。患者は疾病や障害の程度、認知機能の状態もさまざまであり、経口摂取再開の成否にはさまざまな関連している要素がある。

小山²⁾は「高齢者が誤嚥性肺炎のリスクと対峙しながら経口摂取を継続していくためには、急性期医療の

段階からの安全かつ早期の経口摂取開始、質の高い摂食・嚥下チームとNST（栄養サポートチーム）の充実」などが不可欠であると述べている。慢性期医療においても経口摂取が可能になることにより、患者のQOLは高まり、療養病床からの在宅復帰が望める事例が存在している。それを実現するための看護技術の構築は、医療行政における施設から在宅への移行を推進する方針とも一致しており、患者や家族の可能な限り「口から食べたい」という願いに応えることができると考える。

そこで、本研究では、療養病棟入院後に経口摂取が可能になった事例から、援助内容を抽出し、援助にかかわった看護師のインタビューにより、経口摂取の成否にかかわる要素を実践事例より明らかにしたいと考えた。その研究成果から、療養病床における患者の禁食から経口摂取自立への援助をより多くの患者に提供できるようになるという意義をもつと考える。

II. 方 法

1. 研究目的

療養病床入院中に経口摂取が可能となった高齢者の援助成功事例の分析から、①経口摂取自立までの援助の方法をあきらかにし、②療養病床における経口摂取

1) 前群馬パース大学 2) ほたか病院 3) 群馬パース大学

再開を導くためのチームアプローチのあり方について検討を加えることを目的とする。

2. 用語の定義

- 1) 禁食：医師の指示で経口から飲食物の摂取を禁止されている状態
- 2) 訓練期間：禁食期間を経た後、口から飲食物の嚥下訓練を開始しつつ、経口以外の方法でも栄養補給している期間
- 3) 経口自立：経口で飲食物が摂取でき、他の手段による栄養・水分補給が不要になった状態

3. 協力施設の概要

協力施設は、療養病床144床、一般病床と地域包括ケア病床52床を有する196床のケアミックス型の病院であり、療養病床は入院基本料1を取得しており、医療区分3または2の患者が80%以上入院している病棟である。療養病床で経口摂取している患者は入院患者の1割未満である。

4. 対象者

1) 対象患者

平成27年1月～8月の間、療養病床において禁食状態から経口摂取の訓練を経て、経口摂取が自立した患者6名

2) 対象看護師

対象患者の援助に関わった看護師9名。看護師はベナー³⁾が示す臨床実践能力5段階のうち、臨床での不測の事態に対応し、管理する能力を持っている第3段階の一人前レベル以上を対象とした。

5. 調査方法

1) 対象患者情報

療養病床において経口摂取の訓練を開始し、経口摂取が可能になった経口摂取成功事例を共同研究者より推薦してもらった。この経口摂取成功事例6名の診療録及び看護記録から①年齢、②性別、③既往歴、④禁食に至る経過、⑤意識レベル、⑥日常生活動作、⑦禁食中の栄養補給方法、⑧禁食期間、⑨経口摂取の訓練期間、⑩経口摂取自立から退院決定までの期間、⑪退院先施設、の情報を得た。

2) 対象看護師情報

経口摂取成功事例に関わった看護師9名の、①看護

師経験年数、②療養病棟勤務年数、③摂食嚥下に関する研修参加の有無の情報を得た。

3) グループインタビュー調査

インタビューでは、経口摂取開始の判断要素と援助プロセス、援助で難しかった点、注意したこと、誤嚥性肺炎についての危険の有無、医療者間のチームワークや役割分担、看護師の思い等をグループインタビュー（以下インタビューとする）により自由に語ってもらい収集した。インタビューは9名を2回に分け、カンファレンス室で実施した。インタビュー時間は各回とも約60分であった。インタビュー内容は、研究者が逐語録をとり、文章化した。インタビュー内容は参加者に確認し、内容の追加・修正を依頼し、データの信頼性を確保した。

4) 個別インタビュー調査

グループインタビュー内容を整理する中で得られた経口摂取開始の判断要素について、優先順位を知るため、9名の看護師に対し、個別に5分程度の聞き取りを行った。

6. 分析方法

診療録や看護記録で得られた患者情報は項目ごとにまとめ一表化した。インタビュー内容は、経口摂取成功事例の実践について書かれている文脈を意味内容の類似性によりサブカテゴリ、カテゴリの整理を行った。カテゴリ化に関しては、複数の老年看護学研究者が加わり検討を行った。個別インタビューにより得られたデータは、優先順位を集計し、平均値を算出、順位付けを行った。

7. 調査期間

平成27年12月から平成28年3月

8. 倫理的配慮

対象患者及び看護師には事前に説明文書を使用し、研究の説明を行った。患者の意思確認が困難な場合は、家族の承諾を得た後に実施した。対象者の匿名性に配慮し、個人が特定されないよう努めた。なお、この研究は、群馬パース大学研究倫理審査委員会(PAZ15-13)及び協力施設における研究倫理審査(承認番号第5号)の承認を得て実施した。

表1 患者の概要

事例	年齢・性別	既往歴	禁食に至る経過	Japan Coma Scale (JCS)	日常生活動作	禁食中の栄養	禁食期間(日)	経口摂取訓練期間(日)	経口摂取自立から退院許可までの期間(日)	退院先施設
事例1	90代・女性	慢性関節リウマチ 大腿骨頸部骨折 心不全 認知症	低アルブミン血症のため入院、その後肺炎を併発し禁食	I-1~3	全介助	経管栄養 Total Parenteral Nutrition	170	47	1	有料老人ホーム
事例2	80代・女性	慢性心不全 心房細動 症候性てんかん 誤嚥性肺炎	慢性心不全で入院。入院後、食思不振・嘔吐により誤嚥性肺炎をおこし禁食	I-1~3	全介助	Total Parenteral Nutrition	26	41	0	有料老人ホーム
事例3	90代・女性	心不全 アルツハイマー型認知症 大腸炎(CDトキシノ+)	夕食後嘔吐。両肺に雑音あり、誤嚥性肺炎のため入院し禁食	I-1~3	全介助	Total Parenteral Nutrition	24	35	0	有料老人ホーム
事例4	80代・女性	脳梗塞後遺症 糖尿病 心臓弁膜症 難治性逆流性食道炎	出血性胃潰瘍で入院。入院中、貧血が悪化し頻回に嘔吐するため禁食	I-1~3	全介助	胃瘻 Total Parenteral Nutrition	73	18	8	特別養護老人ホーム
事例5	90代・女性	廃用性症候群 認知症	便秘のため緩下剤を使用していたが腹痛が出現し入院。イレウスのため禁食	I-1~3	全介助	Total Parenteral Nutrition	106	24	0	グループホーム
事例6	90代・女性	関節リウマチ 大腿骨頸部骨折 心不全 認知症	発熱し誤嚥性肺炎の診断で入院し、禁食	I-1~3	全介助	Total Parenteral Nutrition	52	48	13	有料老人ホーム
平均期間							75	36	4	

Ⅲ. 結 果

1. 患者の概要(表1)

対象患者は、全員女性で、90代4人、80代2人、全事例とも意識レベルはJapan Coma Scale(JCS) I-1~3、日常生活動作は全介助、禁食中は中心静脈カテーテルが挿入されていた。禁食から経口摂取訓練開始まで最短で24日、最長で170日だった。経口摂取訓練に要した期間は最長で48日、最短で18日だった。経口摂取自立後0日から13日で全員退院許可が出た。

2. 看護師の背景(表2)

成功事例6名が入院していた二つの病棟に勤務する看護師9名は、看護師経験9年から25年で平均13.8年、療養病棟の勤務年数は1年から9年で平均3.8年、摂食嚥下障害看護に関する研修受講者は5名であった。

3. 援助内容の実際

グループインタビューによって得られた実践内容を文書化し、文脈を意味内容の類似性によりカテゴリ化した結果、経口摂取成功事例の実践カテゴリとして、【具体的な活動内容】【医師と看護職員の考え方の違い】【経口摂取を阻害するもの】【患者と家族の状況】の4つの項目が抽出された。(表3)

表2 看護師の背景

番号	資格	看護師経験年数(年)	療養病棟勤務年数(年)	摂食嚥下に関する研修参加の有無
1	看護師	15	1	無
2	看護師	16	1.5	有
3	看護師	13	3	有
4	看護師	19	2	有
5	看護師	9	2	有
6	看護師	9	9	無
7	看護師	9	4	無
8	看護師	9	3	無
9	看護師	25	9	有
	平均	13.8	3.8	有：5人、無：4人

【具体的な活動内容】のサブカテゴリとして〈食べる気持ちを高める援助〉〈具体的な援助〉〈チームによる支援〉〈食べる気持ちを低下させない援助〉〈食べる工夫〉〈食欲不振の原因追及〉の6つが抽出された。

具体的な分脈として〈食べる気持ちを高める援助〉では、「認知症が進み会話も不明瞭だったが食べたい気持ちを引き出す」「訪室時は声かけをする」「好きな食べ物や食べたいものを聞く」「会話に食事のことを入れ、食べることに興味を持たせる」など経口摂取前の日常的な会話の工夫があり、「調理師のふりをして食べたいものを聞き出す」「目先を変え食事形態の変化をつける」といった具体的な食べる気持ちを高める

表3 経口摂取成功事例の実践カテゴリー

カテゴリ	サブカテゴリ	分 脈
具体的な活動内容	食べる気持ちを高める援助 (9)	認知症が進み会話も不明瞭だったが食べたい気持ちを引き出す
		訪室時は声かけをする
		好きな食べ物や食べたいものを聞く
		会話に食事の事を入れ、食べることに興味を持たせる
		調理師のふりをして食べたいものを聞き出す
		食事の都度好みを引き出す声掛けをする
		目先を変え食事形態の変化をつける
		おにぎりやパン等の患者の食べたい希望をかなえる
	具体的な援助 (7)	綿あめやスイカなど緑日やイベントの食べ物を食べる
		テレビに夢中になると口を動かさなくなってしまう
		誤嚥の予防と観察
		イレウス症状の早期発見
		食事のとき覚醒させるために積極的に話しかける
	チームによる支援 (5)	食事開始や禁食の判断をカンファレンスで共有する
		医師に直接言うのではなくカンファレンスで提案する
		個人レベルの援助から組織的援助になり協力体制ができる
		言語聴覚士によるリハビリテーションの開始
	食べる気持ちを低下させない援助 (3)	無理強いをしない
		食べることが苦痛にならないようにする
		食べる意欲を失わせないために食べ物の形態を工夫する
	食べる工夫 (2)	副食を取らないのでミキサー食からキザミ食に変更し見た目をよくする
飴をなめることで口に物を運ぶことが習慣化される		
食欲不振の原因追及 (2)	食事摂取量の低下の原因を推察するのが難しい	
	嚥下障害がないのに食事をとらない原因を知り対処する	
医師と看護職員の考え方の違い	食べたい気持ちを尊重したい (9)	禁食になると認知機能も低下してしまうので、できるだけ禁食期間を短くしたい
		三食口から食べ、点滴を中止し退院させてあげたい
		栄養が改善すれば退院が見えてくる
		栄養状態が悪くなっているため早く食事を始めたい
		経口摂取で行ける
		安易に食事を中止したくない
		食べたいという気持ちを尊重したい
		発熱をすると禁食になってしまう
	もっと早く食事が再開できたと思う	
	医師は治療を優先する (5)	糖尿病があるため飴を許可しない
		高カロリー輸液により、空腹感がなく摂取量が増えないが、摂取量が増えないと輸液量が減らない
		発熱すると即禁食になる
		患者の誤嚥防止の安全を優先し食事再開の指示が遅延
		誤嚥肺炎の予防上食形態の変更に慎重
おいしく食べることを優先しない		
経口摂取を阻害するもの	看護職と医師とのコミュニケーション不全 (4)	同一患者の食に関する話し合いを複数回もつのが困難
		看護師からの情報が反映されにくい
		食事再開の指示が必須だが時間が必要
	認知機能の低下 (3)	チューブ抜去防止のためミトンを装着する
		危険防止のため拘束が必要
		昼夜逆転
身体機能の低下 (3)	感染症があり、個室に入院し刺激が少なく自発語も減る	
	発熱を繰り返す	
	腸の動きが悪く大腸のガスが貯留	
患者と家族の状況	家族の思い (4)	誤嚥性肺炎で再度患者に苦しい思いをさせたくない
		固形物を長い期間食べていなかったため経口摂取をあきらめている
		胃瘻増設を希望
	患者の変化 (3)	積極的な治療を希望しない
		経口摂取が始まると大声を出すことが少なくなり、表情も穏やか
		食事に関する会話も増え活気が生まれる
患者の思い (2)	オムツをいじらなくなり、抑制着から普通の病衣に移行できる	
	「食事まだですか」と希望する	
		「早くご飯が食べたい」と言う

援助があがった。

〈具体的な援助〉では、「テレビに夢中になると口を動かさなくなってしまう」「誤嚥の予防と観察」「イレウス症状の早期発見」など注意深く症状を観察する援助や誤嚥予防に関する援助があがった。

〈チームによる支援〉では、「言語聴覚士によるリハビリテーションの開始」「言語聴覚士が加わることでよりチームの援助になる」「食事の開始や禁食の判断をカンファレンスで共有する」「医師に直接言うのではなくカンファレンスで提案する」など、他職種がかかわることのメリットがあがった。

〈食べる気持ちを低下させない援助〉では、「無理強いをしない」「食べることが苦痛にならないようにする」があがった。

【医師と看護師の考え方の違い】のサブカテゴリとして〈食べたい気持ちを尊重したい〉〈医師は治療を優先する〉の2つが抽出された。

〈食べたい気持ちを尊重したい〉の具体的な分脈として「禁食になると認知機能も低下してしまうので、できるだけ禁食期間を短くしたい」「三食口から食べ、点滴を中止し退院させてあげたい」「栄養が改善すれば退院が見えてくる」等があり、看護師が患者への思いを投影させた分脈が多くあがった。また、「安易に食事を中止したくない」「発熱すると禁食になってしまう」「もっと早く食事が再開できたと思う」といった現状へのジレンマがあがった。

〈医師は治療を優先する〉の具体的な文脈として、「糖尿病があるため飴を許可しない」「高カロリー輸液により、空腹感がなく摂取量が増えないが、摂取量が増えないと輸液量が減らない」「発熱すると即禁食になる」「患者の誤嚥防止の安全を優先し食事再開の指示が遅延」といった現状の問題点があがった。

【経口摂取を阻害するもの】のサブカテゴリでは、〈看

護職と医師とのコミュニケーション不全〉〈認知機能の低下〉〈身体機能の低下〉の3つが抽出された。

〈看護職と医師とのコミュニケーション不全〉の具体的分脈として「美味しく食べることを優先しない」「同一患者の食に関する話し合いを複数回持つのが困難」「看護師からの情報が反映されにくい」「食事再開の指示が必須だが時間が必要」といった医師とのコミュニケーション不全の状況があがった。

〈認知機能の低下〉では、身体拘束や昼夜逆転の状況が抽出された。〈身体機能の低下〉では、感染症による隔離対応や病状の悪化があがった。

【患者と家族の状況】のサブカテゴリでは、〈家族の思い〉〈患者の変化〉〈患者の思い〉が抽出された。

〈家族の思い〉では、「誤嚥性肺炎で再度患者に苦しい思いをさせたくない」「固形物を長い間食べていなかったため経口摂取をあきらめている」「胃瘻増設を希望」「積極的な治療を希望しない」があり経口摂取移行へのあきらめの分脈があがった。

〈患者の変化〉では、経口摂取開始後の認知機能の改善に関する分脈があがった。

〈患者の思い〉では、『「食事まだですか」と希望する』『「早くご飯が食べたい」と言う』と、食事を楽しみに待つ分脈があがった。

4. 経口摂取開始の判断要素

インタビューより経口摂取開始の判断要素として9要素を抽出した。この抽出された判断要素を個別インタビューにより優先順位の最も高いものを1として、1から9までの順位付けをしてもらった。看護師9名の順位の平均値を算出し、平均値の低い順に整理した結果を表4に示した。

看護師は、経口摂取開始の判断要素の優先順位の高いものとして、嚥下運動があること、意識が覚醒（ム

表4 経口摂取開始の判断要素

順位	項目	平均値	各要素の状況 (○満たしている △不十分)					
			事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6
1	嚥下運動がある	1.7	○	○	○	○	○	○
2	意識が覚醒している (Japan Coma Scale I-1~3 ムラがあってもいい)	2.3	○	○	○	○	○	○
3	本人や家族が経口摂取への意思を持っている	3.2	○	○	△	○	△	○
4	バイタルサインが安定している	4	○	○	○	○	○	○
5	禁食となった症状が改善してきている	4.9	○	○	○	○	○	○
6	食事再開のインフォームドコンセントがなされている	5.5	○	○	△	○	△	○
7	入院前、経口摂取していた	5.9	○	○	○	○	○	○
8	会話が出来る	6.2	○	○	○	○	○	○
9	痰の咯出が出来る、もしくは吸引回数が少ない (3回/日程度)	6.8	○	○	○	○	○	○

ラがあってもよい) していること、本人や家族が経口摂取への意思を持っていること、バイタルサインが安定していること、禁食となった症状が改善してきていること、入院前に経口摂取していたこと、経口摂取再開に関するインフォームドコンセントがなされていること、会話ができること、痰の咯出ができるか若しくは吸引回数が3回/日以下であることの9要素が抽出された。

経口摂取開始の判断要素として抽出された9要素の全てが満たされていた患者は6事例中4事例である。9要素の中で、家族に経口摂取の意思があること、インフォームドコンセントがなされていることの2つが、事例3と事例5で満たされていなかった。事例3の家族は、胃瘻造設を希望し、事例5の家族は、病気が長期化することで疲労しており、病状の安定を望み、経口摂取の訓練による危険回避の理由から現状維持を希望していた。

IV. 考 察

1. 経口摂取自立までの援助方法について

1) 経口摂取成功事例の実践カテゴリ

経口摂取成功事例の実践カテゴリとして、最も多くの分脈があがったのが【具体的な活動内容】のサブカテゴリ〈食べる気持ちを高める援助〉である。看護師は、食べる気持ちを引き出すために、食事に関することを話題に入れ、患者に食への関心を向けさせていることが分かる。長期にわたる禁食により経口摂取をあきらめている家族の状況や無欲状態の患者の状況からの離脱が必要であった。

事例3と事例5の患者は共に、長期間の禁食で患者は口から食べる意欲を失い無欲状態にあった。この2事例は小山⁴⁾が「絶食は人を絶望させる」と述べ、「生きる希望を奪い取られて気を失う」と述べているような状況にあったことがわかる。看護師は患者が入院前に経口摂取していたことや、簡単な受け答えができる程度ではあるものの会話ができることから、患者に対して食べ物の話題を積極的に行い食べる気持ちを高める援助を行っていった。その結果、患者から「ごはんはまだですか」といった意欲を引き出すことができ、経口摂取を諦めていた家族の意識を変え、すべての要素を満たすことができた。こういった援助が経口摂取を開始する医師の判断を導いたといえる。身体的症状の改善と並行して食べる意欲を引き出す働きかけが看

護師の役割として大きいことが明らかになった。

経口摂取の訓練開始後、実際に患者は口から食物が入ると患者の自発語も増え、食べたいものを言い、「まだ死ねない」といった意思を表出するようになり精神面での改善も図れた。

2) 経口摂取開始の判断要素の優先順位

看護師の個別インタビューにより、経口摂取の判断要素に順位付けを行ったところ、嚥下運動があることや意識が覚醒していることに次いで本人や家族が経口摂取への意思を持っていることがあがった。長期間の禁食により患者が無欲状態になることで家族も経口摂取をあきらめてしまうことがある。小山⁵⁾の包括的アセスメントとアプローチの視点として、まず食べる意欲をあげているように、特に禁食期間が長期になった患者の場合、食べる気持ちを高める援助は身体の回復への援助と同等に重要である。

また、経口摂取再開のインフォームドコンセントがなされていることは優先順位が低かったが、実際に訓練を開始するうえでは不可欠な要素である。医療者サイドの働きかけにより築いていくものであり、行為が患者の気持ちに沿ったものであるよう努めなければならないと考える。

2. 療養病床における経口摂取再開を導くチームアプローチ

1) 食の援助に関するコミュニケーション不全

患者の医療依存度が高い療養病棟において、一人の医師が担当する患者数は多く、患者個々の客観的な情報のために看護職の観察やカンファレンスが重要となっている。経口摂取を開始する判断は医師であるが、日々患者をケアする看護職の情報提供は重要と考える。【医師と看護職との考え方の違い】のなかで、看護師は〈食べたい気持ちを尊重したい〉との思いが強く、医師は〈医師は治療を優先する〉のサブカテゴリが抽出されたように、医師と看護師は専門性の違いから、患者にとって最良のケアを提供する考え方は一致していても意見の対立は当然ありうることである。しかし、そのことで看護職と医師とのコミュニケーション不全に陥ることは、目標達成を阻害する要因となり得る。

6事例の絶食期間は最長170日、平均75日である。小山⁶⁾は「経口摂取のみで口から全く食べないことは脳機能の低下を招くだけでなく、人間として非常にス

トレスがかかる状態を引き起こしている」ことや「筋肉の衰えるスピードは速く1週間使わないだけで15～20%も低下するため、飲み込む力も失われていく」と述べている。看護師は9人中5人が摂食嚥下に関する研修を受講しており、禁食が長期化することの問題意識を持っていることが伺える。6事例の禁食期間の平均は76日であり、長期の禁食からの離脱事例でもある。「早く食事を食べさせてあげたい」「安易に食事を中止したくない」等の看護師の思いは摂食嚥下に関する研修を積むことによっても動機づけられたものである。

安齋⁷⁾は「『食べない』ことのリスク回避が考慮されていない」といった医師の現状を指摘しており、安齋⁷⁾の「患者のために早期に経口摂取にむけた援助に取り組む体制を作るべきである」と述べていることとも一致している。看護師のインタビューの中で、文脈としてあがっていた医師との意見調整やコミュニケーション不全は、看護師と医師の経口摂取への取り組み方の相違から生じているといえる。

〈看護職と医師とのコミュニケーション不全〉を緩和する働きをしたのが〈チームによる支援〉である。「医師に直接言うのではなくカンファレンスで提案する」や「個人レベルの支援から組織的な支援になり協力体制ができる」といった文脈からわかる。

医師、言語聴覚士、ソーシャルワーカー、管理栄養士、看護職員で構成されたNSTチームにより、口から食べることに挑む姿勢が共有されたことが医師を動かす要因になっていた。小山⁸⁾は「口から食べることを早期に実現していくためにはチーム医療が不可欠」と述べている。多職種協働が患者の願いを現実のものとすることが示された。

前田⁹⁾は、「医師はさまざまな場面で禁食に慣れてしまっているので、高齢者に対しても誤嚥のリスクがあるなら禁食という判断になりがちである」と述べ、「それにはエビデンスがなく、むしろ禁食を強いることで嚥下機能が落ちる」とも述べている。山下¹⁰⁾も「高齢者肺炎患者に対する早期経口摂取開始の有用性について」の研究で「早期経口摂取開始は誤嚥のリスク管理を念頭に置けば、病状改善、QOLの向上、入院期間の短縮に有用である」と報告している。

今回の療養病床入院中に経口摂取が可能となった6事例は、看護師の摂食嚥下の研修により身につけた知識や技術の実践とチームによるアプローチによるところが大きい。経口摂取の自立に30日以上かかっているが、全事例退院につながっていることから、禁食期間

が最短になるように援助することが入院期間を短縮する上で重要であると考えられる。

2) 今後の課題

療養病床は「主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのもの」であり、医師と看護職員の配置基準が低い。また、検査、投薬、注射、処置などが入院基本料に包括されており、一般病床や回復期リハビリテーション病床の設備や人的資源とは大きく異なっている。嚥下造影や嚥下内視鏡検査が日常的に行える環境にない状況下や限られた人的資源の中で、経口摂取が可能となるためには、経口摂取が可能となった成功事例から得た、エビデンスに基づく基準作りが必要である。

また、本研究の協力施設のような院基本料1を取得している療養病棟では、認知症の診断の有無は、「認知症あり47.5%、認知症なし15%、認知症の診断を受けていない36%」¹¹⁾のような状況であり、認知症患者が多く入院していることや、認知症の診断さえ受けていない患者が多いことが分かる。認知症患者の摂食嚥下障害では、先行期の障害が重要であり、中でもレビー小体型認知症患者は、誤嚥している多くが「不顕性誤嚥であり、肺炎を発症するリスクが高いとされる」¹²⁾ことや「認知機能の変動とパーキンソン症状により、さまざまな摂食行動の障害が起こる」¹³⁾ことが分かっている。しかし、療養病床の患者は、認知症の原因となっている疾患の診断はされていないことが多い。摂食嚥下に関する援助をより安全に行うためには、認知症の特徴を踏まえた援助も重要となると考える。

療養病床で勤務する看護職員には、重症患者のケアとともに患者の可能性を評価し、自立への援助が課せられているが、看護職はプロとして『危険だから禁食』ではなく『どうすれば安全に食べられるのか』¹⁴⁾を考え、実践する職員教育をしていかなければならないと考える。

V. 結 論

療養病床入院中に経口摂取が可能となった高齢者の援助成功事例の分析から、援助内容を抽出し、①経口摂取自立までの援助方法を明らかにすること、②経口摂取再開を導くためのチームアプローチのあり方について検討を加えた。

療養病床において経口摂取の訓練を開始し、経口摂

取が可能になった6事例の援助内容を、患者の援助にかかわった看護師のグループインタビューおよび個別インタビューにより得た情報を分析した。

経口摂取成功事例の実践カテゴリとして、【具体的な活動内容】【医師と看護職員の考え方の違い】【経口摂取を阻害するもの】【患者と家族の状況】の4つの項目が抽出された。また、経口摂取開始の判断要素として9要素を抽出した。

療養病床の限られた設備や人的資源の中で、エビデンスに基づいた食事援助を行うにはチームアプローチと、エビデンス獲得のための看護職の教育が不可欠である。療養病床においても摂食嚥下に関するリハビリテーションチームの看護職の役割を明確にした基準作りが求められている。

VI. お わ り に

人間にとって食べる行為は単に体に栄養補給するだけでなく、人生の楽しみや生きがいにつながっている。不幸にも疾病により一時的な禁食状態になったとしても、再び食べることにより希望を見出ししていく。看護職は、患者や家族の希望を踏まえ、看護ケアの実践者としての機能を果たしていかなければいかなければならないと考える。本研究に協力して下さった患者及びそのご家族の方々、並びに病院職員の方々に感謝する。

引 用 文 献

- 1) 小山珠美：「口から食べる」ことの意義と包括的支援。COMMUNITY CARE：2016：10-15, 10.
- 2) 小山珠美：誤嚥性肺炎を繰り返していても「それでも食べたい」を叶えるには一早期経口摂取再開からの食事介助と摂食・嚥下リハ。訪問看護と介護19(5)：2014：379-386, 380.
- 3) 井部俊子監訳：ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ。医学書院，東京：2006, 16-29.
- 4) 小山珠美：特集 食事介助の根拠とコツA総論1. オーバービュー 食事介助の重要性と課題. リハビリナース08(4)：2015：314-319, 314.
- 5) 小山珠美：特集 地域の「食」を支える取り組み、口から食べるリハビリテーション. 日本静脈慶弔栄養学会紙30(5)：2015：1113-1118, 1114.
- 6) 小山珠美：経口摂取を進めるために知っておきたいこと—早期経口摂取開始とチームで取り組む意義. 臨床栄養122(7)：2013：882-886, 883.
- 7) 安西秀聡：誤嚥性肺炎患者への経口摂取を主軸とした医学管理—誤嚥性肺炎の治療を変える戦略，口から食べ続けられる高齢社会への変革：シルバー&ヘルスケア戦略特別セミナーテキスト：2014：53-77, 58.
- 8) 小山珠美：経口摂取を進めるために知っておきたいこと—早期経口摂取開始とチームで取り組む意義. 臨床栄養122(7)：2013：882-886, 884.
- 9) 小山珠美, 前田圭介：口から食べる喜びを支える. 医学界新聞第3147号：2015, 2.
- 10) 山下 巖 他5名：高齢者肺炎患者に対する早期経口摂取開始に有用性について. 日本救急医学会誌23：2012：611.
- 11) 厚生労働省ホームページ：“平成28年度 入院医療等における実態調”. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000167026.pdf>, (平成30年8月20日取得)
- 12) 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. 医歯薬出版株式会社, 東京：2017：318.
- 13) 吉田貞夫 編：認知症の人の摂食障害最短トラブルシューティング. 医歯薬出版株式会社, 東京：2015：132.
- 14) 小山珠美：特集 地域の「食」を支える取り組み、口から食べるリハビリテーション. 日本静脈慶弔栄養学会紙 30(5)：2015：1113-1118, 1114.