

疲労感】を表現した者は個別性を意識しない【没個別的ケア】を行う傾向にあった。

さらに、上記の2種類のケアの特徴は、介助者が介助の対象である利用者をどのように捉えるかということ、および入浴技術の要点をどのように考えるかということによって異なっていた。

【個別的ケア】を行っていた者は、利用者をそれぞれ能力や価値観が異なつた<個>として捉える傾向にあった。それ故、入浴介助の要点には個別性を重視しつつ【安全・安楽】に介助を行えることを第一に掲げており、さらに【安全・安楽】に介助を実施するために介助が【効率】良く行われることを考えていた。一方、【没個別的ケア】を行っていた者は、介助の対象である利用者を<集団>として捉える傾向にあった。この際、この集団に属す利用者の能力は一律に低く見積もられており、さらに介助には同一の作業を繰り返すという流れ作業的な特徴が入り込んでいた。それ故、入浴介助の要点には介助（作業）を【安全】かつ【効率】良く行うことをあげていた。（表6）

表6 入浴介助者の疲労とタイプとその要因

疲労感のタイプ	ケアの特徴	利用者の捉え方	入浴介助（技術）の重点
ポジティブな疲労	個別的ケア	個・（集団）	安全・安楽 ←効率
ネガティブな疲労	没個別的ケア	集団	安全・効率

## 【考 察】

### 1. 浴室環境

浴室温は真夏ほどの高温ではないが暑さを感じさせる値を示していた。この暑さは、高湿度によって助長されていたと考えられる。また、二酸化炭素濃度は最高1200ppmを示し、外気中の標準濃度とされている350ppmを大幅に上回った。二酸化炭素濃度の許容値5000ppm<sup>16)</sup>には至っていなかった。

以上より、浴室は高温多湿、かつ高二酸化炭素濃度という特徴的な環境にあるといえる。この環境が身体負荷に直接影響を及ぼすものであるか否かについては、今回のデータからは判断できないが、高湿度や高二酸化炭素濃度が呼吸機能や体温調節機能などに何らかの影響を及ぼしていると考えられる。

### 2. 介助者の生理機能変化

入浴介助は介助者の心拍数、収縮期血圧、呼吸回数、RPP、及び体温を有意に上昇させる

ものであった。これらの項目はいずれも運動負荷に伴って上昇する生理機能であり<sup>12)</sup>、入浴介助はいわゆる運動負荷という要素を兼ね備えた行為であるといえる。

入浴介助の運動強度は %tHR より判断した。入浴介助中の最大心拍数は中程度の運動強度を示した。しかし、最大心拍数は努責のかかる動作や足を浴槽の中につけるなど温度に影響を受けた結果得られた値であることから、入浴介助の運動強度を表すには適さない。介助開始40分後の心拍数によって運動強度を推定すると、入浴介助の運動強度は軽度であるといえる。

以上より、入浴介助に伴う生理機能負荷あるいは酸素消費量は、運動強度よりもむしろ運動を長時間継続するという運動量に影響を受けていると考えられる。この結果は、吉田ら<sup>6)</sup>の報告とも一致していた。

体温については、約半数の介助者が入浴介助に伴い0.5℃以上の体温の上昇をみていた。本研究でみられた体温上昇は、湿度の高い浴室環境と皮膚を広く覆うゴム製のエプロンの着用が、入浴介助という活動によって上昇した体温を低下するための熱放散機能<sup>13)</sup>、すなわち汗の蒸発を妨げたために生じたものと考えられる。

体重は、発汗が多かったためか、0.6kg以上の減少が33.3%にみられた。また、バラツキがみられた。入浴介助による体重の減少は、介助中の水分補給を制限していたことから、水分の喪失によるものであると考えられる。また、入浴介助者の一部には水分を500ml以上喪失しているものがあり、水分補給を行わないままの長時間の入浴介助は、脱水傾向を導く可能性があるといえる。一方で、体水分率に予想した減少がみられなかったのは、皮膚温の高い方が体水分量を高く測定したという報告<sup>14)</sup>から判断すると、介助者の皮膚温に影響され正確なデータが得られなかったためと考えられる。

握力、乳酸値に変化がみられなかったことから、入浴介助は筋肉疲労を伴うものではないようである。

また、フリッカー値にも変化がみられなかったことより、入浴介助は眼性疲労を伴うものではないと考えられる。

### 3. 自覚症状しらべ

自覚症状しらべの結果より、入浴介助に伴い自覚症状はⅠ群>Ⅲ群>Ⅱ群の順に訴え率が高かった。これは吉田らの結果と一致していた。このパターンを示す疲労感<sup>15)</sup>は精神疲労や疲弊を呈するよりも、ごく一般的な活動や労働に伴う疲労感であると報告されている<sup>16)</sup>。よって、疲労入浴介助は作業の継続を抑制するような過度のへばりや身体各部に局在した身体違和感を引き起こすものというよりも、活力低下や覚醒反応の減少を伴うものであるといえる。また、「ねむけやだるさ」は流れ作業に伴う初期症状としても報告されていることから、現行の入浴介助に流れ作業の要素が含まれるとも考えられる<sup>19)</sup>。

項目別にみると「口がかわく」の訴え率が高かったが、これはいわゆるⅢ群の身体違和感に分類される口の渇きというよりも、多量の発汗による脱水傾向に影響を受けたものであるといえよう。

今回調査の対象とした入浴介助の時間は、午後2時頃から3時30分頃であったが、この時間帯は自覚症状の訴え率が最も高くなるといわれていることから<sup>20)</sup>、今回の自覚症状しらべの結果には時間帯という要因が影響していたといえよう。さらに本施設では早出勤務者が入浴介助を行っており、入浴介助は勤務終了直前に実施されていた。このことから、自覚症状には午前中からの疲労の蓄積や入浴介助を終えることによって得られる仕事からの開放感などの要因の関与があると考えられる。

#### 4. 入浴介助に伴う疲労に関連する要因

入浴介助の伴う疲労感に【ポジティブな疲労感】と【ネガティブな疲労感】がみられたということ、そして【ポジティブな疲労感】を表現する者は個別性を重視したケアを行う傾向にあることを見いだした。専門職の疲労感には、これまでも仕事のやる気<sup>21)</sup>など様々な要因があると報告されてきたが、本研究によつては新たに「専門性」、具体的には「専門家として自らの対象者をどのように捉えるかということ」および「専門家として自らの専門技術の重点をどのように考えるかということ」を抽出することができた。

本年度の検討より、入浴介助に伴う疲労感を軽減するためのポイントとして以下の項目を抽出することができた。

##### a) 入浴介助が多人数に目を向けた比較的単純な流れ作業化していたことについて

入浴介助を作業として位置づけるならば、疲労の対策としては能率良く入浴介助をこなすことに焦点を当てることになるだろう。しかし、入浴介助は本来、日常生活の流れの中で清潔や疲れをとるために習慣化されたものであり、専門家による入浴介助は以上のような要介助者の立場に立ったものでなくてはならない。それ故、入浴介助の方法は、多人数に目を向けた方法（例えば短時間に大勢を介助する方法）から要介助者個人の日常生活に目を向けた方法へと改善する必要があるだろう。

##### b) 上記の方法に改善するにあたり、介助者の老人保健施設における療養上の世話に関するスタンスについても検討していく必要がある。例えば、老人保健施設における入浴介助は、利用者の個々人が日常生活において一般的に行っている「お風呂に入る」という意味に重点を置くものであり、「清潔にすること」のみにとどまらない。

##### c) 発汗による熱放散を妨げる環境について

a) の対策を行うことによって、浴室の高温多湿という環境を一時的なものにすることが可

能である。すなわち、多人数を一度に介助するのではなく、要介助者個々人の生活リズムを重視した援助プランを立てることにより、介助時間を分散でき定期的な換気が可能となる。

d) 入浴介助において「個別のケア」及び心地よいケア<sup>23)</sup>を実施することにより、利用者がその人らしい生活リズムを取り戻すことを援助できる可能性がある。

以上より、要介助者にとって望ましい介助は、専門家にとっても満足のいく援助であり、この両側面が介助者の疲労感という側面にも影響している可能性があることが示唆された。

### 【引用文献】

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生指標 臨時増刊，45(9)，119-125，1998.
- 2) 厚生省大蔵官房統計情報部：平成8年度老人保健施設調査の概要，病院，57(2)，184-190，1998.
- 3) 上田照子，橋本美知子，高坂祐夫，後藤博文，中園直樹：在宅障害老人の施設入所に関する家族介護の希望とその関連要因，日本公衆衛生雑誌，40(12)，1101-1110，1993.
- 4) 入浴介助中，65歳の母急死「脳性まひの長男も水死」，埼玉新聞，1996年，1月27日15面.
- 5) 横関利子，渡辺順子，牧田光代他：特別養護老人ホーム介護者の勤務及び介護動作別作業強度，日本衛生学雑誌，52(3)，567-573，1997.
- 6) 古田美奈子，河上さとみ，小川琴美，高村和義，恒松裕子，岡村珠美：入浴介助時の介助者の疲労度について，第22回日本看護学会集録（看護管理），229-232，1991.
- 7) Shimaoka, M., Hiruta, S., Ono, Y., Yabe, K.: Relationship of task strain and physical strength to end-of-work fatigue among nurses at social welfare facilities, *Journal of Occupational Health*, 37, 227-233, 1995.
- 8) 徳田哲男，児玉桂子：動作観察にもとづく入浴環境と福祉機器に関する研究，理学療法科学，10(4)，195-202，1995.
- 9) 渡辺淑子，四蔵勇一：救急看護における鼓膜音の有用性，第25回日本救急医学回総会，看護部会ランチョンセミナー（1），1997.
- 10) 武藤孝司：疲労自覚症状調査，保健の科学，33(10)，686-691，1991.
- 11) 川喜田次郎：発想法，中央公論社，1967.
- 12) 水野康，福田市蔵：循環器負荷試験法—理論と実際—，診断と治療社，45-50，1978.
- 13) American College of Sports Medicine: Guidelines for Exercise Testing and Prescription 4th edition, 1990/アメリカスポーツ協会編，日本体力医学会編集委員会監訳：運動処方指針第4版，71-78，南山堂，1993.

- 14) 日本医師会編：健康運動のガイドライン，医学書院，48，1994.
- 15) Robinson, B. F.: Relation of heart rate and systolic blood pressure to the onset of pain in angina pectoris, *Circulation* 35, 1073-1083, 1967.
- 16) 和田攻：衛生・公衆衛生学 第4版，医学書院，256-257，1994.
- 17) 入来正：体温調節のしくみ，文光堂，10-25，1995.
- 18) 福山由美子，西山久美子，浦田秀子，勝野久美子，大塚健作：生体インピーダンス法による体脂肪測定値に対する皮膚温の影響，長崎大学医療技術短期大学部紀要，7，141-144，1994.
- 19) 神代雅晴：機械化労働と疲労，からだの科学，148，61-66，1989.
- 20) 大島正光：疲労の研究，同文書院，1979.
- 21) 佐藤延子，本郷美智子，樋口和子，小室文江，渡辺寿美子，丹治和子，福田玲子，岩崎祥一：看護婦の疲労に関する要因分析（第4報）—休息の必要度予測式の開発をめざして—，第27回日本看護学会集録（看護管理），196-199，1996.
- 22) 湯浅美千代，正木治恵，佐藤弘美，酒井郁子，野口美和子：施設・病院に入っている老人の生活リズムの乱れとその看護，老年看護学，1(1)，79-89，1996.

# 高齢者の食行動援助についての検討

分担研究者 倉田トシ子 神奈川県立衛生短期大学

## A. 研究目的

### 研究要旨

老人保健施設に入所している高齢者は、医療機関や在宅から約3ヶ月を目安に、生活力の向上を目指して看護介護、機能訓練を受けるのである。生活力の根元となる食行動について、施設の職員の意識が高い事が入所者の生活力の向上をもたらすと言える。近年の医療技術の進歩は、自力での経口摂取が不可能になった場合であっても、鼻腔からの経管栄養、点滴注射、あるいは高カロリー輸液療法によって、栄養補給を可能にした。こうした医療機関で実施されている人工的な栄養補給は、疾患の治療をもたらす延命効果をあげている。疾患の治療を第一義的とする医療機関では、手足の抑制といった手段を講じても栄養補給を行うが、生活力向上を主眼とする老人保健施設では、極力自力での経口的食事摂取が望ましい。高齢者の場合、老化による生理的变化が食行動に關与しているのであり、自力で経口的に食事を摂る行動が身体的、心理的行動変化をもたらす。

医療と在宅、福祉施設の間施設である老人保健施設の実態調査をした中から高齢者の食行動の意味するところ、さらに食行動援助とは何かについて検討したので報告する。

老人保健施設における高齢者の食行動と援助の実態を把握し、生活力向上のための食行動援助とは何かを明らかにする。

## B. 研究方法

### 1. 調査の概要

- 1) 調査期間：平成10年11月1日～12月25日
- 2) 調査対象：K県内3老人保健施設に調査日に入所中の高齢者と職員（看護・介護・栄養士）
- 3) 調査方法：①昼食時の参加観察 ②入所者及び職員に対するインタビュー
- 4) 調査項目：①施設の概要 ②入所者の食行動と表情、意識 ③職員の援助行動と意識

## C. 結 果

調査対象施設は3老人保健施設であったが、入所者の行動、表情の違いが大きいと調査者には映った。違いをもたらしている要因はケア内容に帰結するといえる。その要因について調査結果から報告したい。

3施設の概要については表1に示した。また食事援助に関しての3施設の比較は表2に示した。3施設ともに私的施設であり、医療機関に併設していた。入所者数は80～100名であり、入所者対看護婦数では1施設が6.9名であったが、他は10名に1人の看護婦配置であった。栄養士は1～2名の配置である。調理員に関しては3施設ともに外部業者への委託であった。

食事の形態を決定するのは3施設ともに、看護婦が行っている。いずれの施設も食事の直接援助は、介護職員が行い援助方法については看護婦が状況を判断したり、指導したりしている。

疾患を有しながらも、生活力を向上させる援助が求められる老人保健施設にあつては、自力での食事摂取を原則としている。そのためには看護・介護職員全員が「老人保健施設に入所している高齢者の食事援助」であることを認識している必要がある。認識の度合いの違いが調査結果として、良好な食行動援助実施の施設と、そうでない施設に区分された。食行動援助に関して、調査者4名が良好な施設としたのは、表1のH施設のみであった。表3に老人保健施設の食行動のモデル的援助と思われた、H施設の運営システムとしての整備状況を表した。又看護婦へのインタビューで得られた情報を表4にした。調査者らが参加観察して、得られた入所者への援助の実態について特徴的な事例を抽出し分析した。分析は看護婦の判断、他職種との連携、ケア計画を中心に進めた。ケア計画はケア計画策定規準に沿って、介護職員が立案するが、看護婦を交えたケアカンファレンスで検討されている。又、H施設の特徴として、計画の評価が絶えず行われ、数日毎に評価内容が記載されている。

検討事例は①誤嚥の危険性が高い入所者へのケア（表5）、②食事摂取量にムラのある入所者へのケア（表6）、③腎不全で治療食が処方されている入所者へのケア（表7）、④動作緩慢、自助具使用者への援助、特に家族への指導的関わり（表8）、⑤覚醒悪く、動作緩慢で食事がすすまない入所者へのケア（表9）の5事例を抽出した。

5事例を総括してみると、以下の4点がモデル的存在の根拠として抽出された。

1) 個々の入所者の自立度の把握：入所時に病院や在宅での生活レベルを、H施設独自に作成したチェックリストに従って、詳細に把握している。その情報を食への関心、嗜好、食堂への移動動作、摂取動作、咀嚼、嚥下などに分類して、解釈判断しケア計画立案の資料とする。従って個々の入所者の状態が具体的に表現されているために、入所者の自立を阻害しない援助計画となっている。

2) 食べる楽しさへのこだわり：食行動を栄養補給であると同時に、楽しみの行為であるよう

に、看護婦が栄養士とともに、外部業者との徹底した話し合いをしている。

3) 経口摂取へのこだわり：調理法、食器、自助具等の活用によって、自力での摂取が可能な援助をしている。又、水分ゼリーのバラエティに富んだ味付けによって、経口水分摂取に努めている。

4) 安全性への配慮：食思不振、食行動への関心の低い入所者への刺激の仕方、嚥下、むせのある入所者の近くに吸引器の設置が行われている。居室から食堂への移動が見渡せる位置に職員が巡回し、入所者のペースにあわせた誘導を行っている。

## D. 考 察

### 1) 老化と食行動の関連

図1に示すように、高齢者の食行動は老化によって円滑に進まないことが多い。生理的変化のみならず、身体的、精神的要因によって容易に食行動は低下してしまう。日々高齢者が3食をつつがなく摂取できるためには、いろいろな要因が整っている必要がある。大脳での精神活動に始まり、口腔、胃、腸、運動器の働き、それぞれが関連しあっている。

環境的に見た場合、老人保健施設は限られた空間と限られた人との関わりの中に、日々が過ぎていく。さらに居室はベットを中心にした生活であり、運動量は医療機関とほとんど変わらない。これは大脳で受ける刺激の少なさや筋力と関係して、食欲に影響する。

在宅から入所した高齢者の場合には、人間関係や生活環境の変化に対応できずに、精神的にストレスフルな状態となって、食欲を減退させてしまうこともある。

味覚は老化によって鈍化しており、薄めの味付けになじまなかったり、嗅覚の低下が食事を目の前にしても、おいしそうと感じにくくなる。視覚機能を活用して、添え物の工夫などが望まれるところである。しかし視覚の減退している高齢者が多く、食べる行為が、楽しむというよりも単に一日のスケジュールの一つになりかねない。

歯の喪失や咀嚼に伴う筋肉の低下は、咀嚼力能力を減退させ、固形物を嚥んで味合う楽しさを奪ってしまう。唾液の分泌量減少は咀嚼、嚥下に関与し、咽頭、喉頭での反射機能の低下とともに、誤嚥の原因ともなる。むせやすさも誤嚥を助長する。

運動機能の低下は、まず食堂への移動動作を困難にし、上肢の機能低下は食器の保持や巧緻動作を不可能にする。こうした老化によってもたらされる、高齢者の食行動に伴う危険を介護者が熟知していなければならない。

### 2) 老人保健施設における食行動援助

1) で述べた高齢者の食行動上の危険をふまえた上で、さらに食事時間が楽しいと思える援助が必要である。入所者の抱える疾患は脳血管疾患が最も多く、次いで痴呆を含めた精神およ



び行動の障害であり、いずれも食行動をスムーズにできない要因となっている。こうした高齢者を対象とする、老人保健施設での食行動援助は幾つかの基本原則があると考えられる。

① 食事時間であるという認識を入所者が持つ：感覚機能の低下した高齢者は食事のにおいて、食事時間を察知する事が困難になっている。従って、他の感覚機能を使って認識を高める必要がある。食事時間を知らせるメロディを流す、職員が食事時間が近づいた事を知らせるなど聴覚からの刺激。調理員が食堂で準備を始めるといった視覚からの刺激などを組合わせて認識を持たせる。

② 自立している部分と、介助を要する部分を詳細に把握している：一律でない食事環境の設定、テーブルの配置、声かけ、介助を個々の入所者にあわせて変える。

③ 味覚を中心にした感覚機能の活性化：美味しいと感じ、食べた実感は生命力の活性化に不可欠である。簡便な冷凍食品は味が単調になりやすいため、高齢者の食材には適さない。食品の原型が極力残る形での調理、盛りつけが重要となる。

食べる行為には味覚以外の感覚機能が複雑に作用しており、視覚や舌に触れた感覚などから受ける刺激は多大である。さらに食行動は感覚器だけでなく、運動機能とも関与しており、自己の力によって摂取できた達成感は生活全体のレベルを向上させる。

④ 事故防止と危険への対処：食堂への誘導に始まり、食事摂取中全般に急がせない事は事故の発生を最小にする。また誤嚥などの危険を想定した対応がとられている。

研究者らが調査した施設において、良好な援助を行っていると思われた施設の場合、食堂まで自己能力を最大限に発揮して移動できるよう、入所者個々のやり方で準備できるゆとりを持っている。個人のテーブルには名前と共に、必要事項が記載されており自立を妨げない介助を行っていた。調理員、栄養士も参加して味加減を聞いて回る。入所者のペースで食べるよう「ゆっくり召し上がって下さい」と常に声かけを行っている。緊急事態に備えては覆いを掛けた吸引器が誤嚥の危険のある入所者の側に設置してある。

3) 食行動援助に寄与する看護活動：入所時の全身状態、及び前施設からの申し送り内容を看護婦がどう判断するかによって、入所者の生活形態が決定されてしまう。食行動に関していえば、食事をする場所、介助の程度、危険の予測などに影響を及ぼす。医師が常駐していない施設が多いため食事形態を決定するためには、看護婦が医療的な側面を加味して、食行動を構成している全体的査定ができなければならない。介助の方法については、介護職員の創意工夫に左右されるが、食行動がもたらす危険の予測的指導は看護婦の責任といえる。経口的食行動は、老人保健施設の重要視する援助であるにもかかわらず、高齢者にとっては危険も多大である。従って、看護・介護を問わず食事時間には職員の緊張は高い。嚥下障害の原因を正確に把握、判断してこそ誤嚥等の危険予防が行える。

事故防止と同様、看護婦の判断が欠かせないものに、水分出納バランスの管理がある。入所者の疾患、身体機能の状態によって、水分摂取困難が生じる。健康な場合にも高齢者は少しの生活の変化によっても、脱水に陥りやすい。しかし疾患の種類によっては、過剰な水分摂取が病状を悪化させる事もある。また排泄との関連からも、水分摂取量を考えなければならない。

疾患を含めて入所者の身体管理は、看護婦の業務であるという認識を常に心しておく必要がある。

## E. 結 論

食行動援助の視点から、老人保健施設における良質な療養生活の世話は、

- ① おやつや水分摂取を含むと、生活時間の大部分を占めている。
- ② 食行動は健康レベルの判断基準となる。
- ③ 安定した食行動は生活全般を向上させる。

以上から、疾患を持った高齢者の生活の中心は食行動であるとの結論を得た。安定した食行動がとれるような援助が、医療機関と在宅や福祉施設との橋渡しの立場にある老人保健施設の責務であるとの見解に達した。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 川島みどり：排泄援助の専門性とは、看護の科学社、1998.

### 2. 学会発表

- 1) 茂野香おる：排泄援助の実態と看護婦の思考過程，第17回日本看護科学学会誌，p.126，vol.17，no.2.

表1 K県内3老人保健施設の比較（施設概要）

	S施設	K施設	H施設																																																																
設置主体	医療法人	医療法人	財団法人																																																																
設立の趣旨	寝たきりなどの要介護老人に、医療サービスと日常生活のサービスを併せて提供する。病院と家庭の中間施設として、その家庭復帰を支援する役割を担う。また地域社会と連携を深め、医療と福祉の両面で社会に貢献する。	老人の自立を支援し、家庭への復帰を目指し、地域と密着した高齢者福祉に貢献する。	・・・「社会的入院」という形で病院に入院している状況・・・。当院ではこのような状況と地域住民の要望に応え、老人保健施設を併設することにした。この施設には、療養施設、ショートステイ、デイケア、在宅介護支援センターを設け、様々な機能を融合させたハイブリット型老人保健施設として運営する。																																																																
入所者数	定員80名、実入所者数73名 (男13名、女60名)	90名(10月31日現在)	100名 (内、痴呆16名、ショートステイ5名)																																																																
年齢構成	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>男</th> <th>女</th> <th>計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60-65</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>66-70</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>76-80</td> <td>3</td> <td>6</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>81-85</td> <td>4</td> <td>20</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>86-90</td> <td>4</td> <td>15</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>91以上</td> <td>0</td> <td>14</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table>		男	女	計	60-65	0	0	0	66-70	0	1	1	76-80	3	6	9	81-85	4	20	24	86-90	4	15	19	91以上	0	14	14	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>60-65</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>66-70</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>76-80</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>81-85</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>86-90</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>91以上</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	60-65	1	66-70	4	76-80	21	81-85	25	86-90	17	91以上	11	平均年齢 83.3才 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>男</th> <th>女</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>～64</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>65-69</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>70-74</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>75-79</td> <td>2</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>80-84</td> <td>4</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>85-89</td> <td>3</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>90以上</td> <td>5</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table>		男	女	～64			65-69	1	2	70-74	3	3	75-79	2	11	80-84	4	24	85-89	3	23	90以上	5	14
	男	女	計																																																																
60-65	0	0	0																																																																
66-70	0	1	1																																																																
76-80	3	6	9																																																																
81-85	4	20	24																																																																
86-90	4	15	19																																																																
91以上	0	14	14																																																																
60-65	1																																																																		
66-70	4																																																																		
76-80	21																																																																		
81-85	25																																																																		
86-90	17																																																																		
91以上	11																																																																		
	男	女																																																																	
～64																																																																			
65-69	1	2																																																																	
70-74	3	3																																																																	
75-79	2	11																																																																	
80-84	4	24																																																																	
85-89	3	23																																																																	
90以上	5	14																																																																	
健康レベル	寝たきり(寝たきり度ランクB) 41名 要介護(寝たきり度ランクA) 17名 痴呆性老人 10名	要介護 87 自立 0	①脳血管性疾患 ②循環器系の疾患 ③老年期及び初老期の器質性精神病 ④高血圧性疾患 ⑤骨折 寝たきり 8 屋内歩行困難 28 屋内歩行可能 43 痴呆 16																																																																
職員数	看護婦 8(看2 准6) 介護職(内介護福祉士11) 相談指導員 2 事務職員 4 栄養科職員 11(委託、内栄養士1) 清掃員 3(委託) リハビリ(内理学療法士2) 事務当直 3	看護婦 13 介護職 30 相談指導員 2 訓練士 3 栄養士 2 調理員 9 薬剤師(非常勤) 1	施設長 医師 1 看護婦 10(看護婦 8 看護師 1 准看護婦 1) 介護職 34(介護福祉士 16 介護補助者 18) 相談指導員 2 理学療法士 1 栄養士 1(栄養は委託業者: 栄養士・調理員 8) 薬剤師 1 事務員 3 清掃員 3																																																																
業務分担	生活の世話 介護員 医療 施設長(医師)、看護婦		1. 看護婦は総リーダー、各フロア担当、入浴担当 2. 介護福祉士はチームリーダー、チームメンバー、入浴担当 3. 夜間の業務体制は看護婦1名、介護士3名																																																																
ケア体制	1人の看護婦が3部屋担当2交代当直制		総リーダーの元に3チーム編成																																																																
ケア基準	マニュアルは作成していないが、急変時の対応は入職時に婦長から口頭で、吸引器の使用など伝える		オリエンテーションチェックリスト、及び業務内容を表した規準によって、教育																																																																
ケア計画の立案者	チーム、MDS方式で6Gで看護婦と介護職員6人の中のリーダー	2週間後に看護婦と介護職で	ケアプラン策定手順に従って、介護のリーダーが立案																																																																

表2 K県内3老人保健施設の比較（食事援助に関する事項）

	S施設	K施設	H施設
食事形態を決める人	婦長が決めて、後日医師に報告	前施設の申し送り文書、情報からや食事の摂取状況から看護婦が判断する	減塩、エネルギーなど治療食は医師、その他は看護婦が身体状況、摂取障害などにより介護職、栄養士と相談して決める
食事形態を決める判断基準	患者の希望、状態	食べる量、食べ方、飲み方、好み、麻痺	疾病、義歯、飲み込み、麻痺などを見るが、個別ケアでぎりぎりのところまで個人に合わせる 基準化ではなく、安全で楽しく食べられる
食事形態の変更の基準	週2回のDATA、週1回尿の性状を見る	摂取状況、波があるので変化を見る	状況を見て、看護婦と栄養士の連携を図りながら身体的なことは看護婦がイニシアティブをとる
入所者への看護婦の考え	自分で食べてもらう事を第一、疲れてきたら介助する 飲み込みの状態、嗜好を注意する とろみのあるお茶を用意する		
介護職の分担	基本的には介護職が中心 嚥下に問題のある人などは一週間ほど看護婦が行ってから介護職に指導する		食事の介助は介護職が中心 身体と心の健康は看護婦が責任を持って行う 看護婦が判断した上で、与薬、処置、検査、観察について介護職員も実施する
介護職への教育	介護職としての訓練を受けてきたヘルパーの経験者が2割、資格のある人が8割なので、介護職のリーダーが指導する 部屋持ちの看護婦が教育するときもある 介護職からの希望で食事介助のデモを婦長がするときもある	ポイントのある人を決めてみていく テーマをもって、看護婦、介護職と教育	VTR 教材や出版物、助手研修が病院看護部研修計画にある 接遇研修 業務内容の詳細な冊子 救急カードの使用法、気をつける患者を知らせる
介護上の工夫	嗜好にこだわる 食べられるものは何かをさぐる、例えばたこ焼きが食べられるのであれば買いに行く、うどんや、寿司やに連れていく 食べられないからエンシュア リキット・点滴といったことはしない 補食にヨーグルト、プリン、インスタントのコーンスープ、インスタントのカップうどんなどを用意する	行事、季節食、外でお茶会をする テーブルクロスを敷く 栄養科でははんぺんにチーズを入れる とろみをつける 天井、おいなり 水分ゼリー	食生活援助のためのフローチャート、在宅での問題の有無によって対策を立てている 食器の形態も個人に合わせている 自助具（発泡スチロールによるグリップの工夫等） 排痰援助、タッピング、体位の工夫
備考	ケアプランは介護職が立案、ケアカンファレンスは入所後14日以内に看護婦、医師、PT、OTが入り、計画する	月曜日、週に1回歯科衛生士が5～6人をみる	看護婦が副施設長をしており、婦長として現場に入り込まない 看護と介護職の両方を客観的に見られるようにしている 介護職とどう共働していくかは施設長の考えによる 開設当初は准看護婦が多かったが、現在は1名であり、保健施設で老人看護を是非やりたい人を採用できるようになった 婦長が総リーダーとなり、各フロアに看護婦1名、介護職3名の組織があり、業務内容別にグループがある そのグループ毎の業務内容は基準化されている ケア計画立案の手順があり、ケアプランが実施されているかの評価が短期日の間に行われている

表3 H施設の食行動に関する管理システムとしての整備モデル

項目	実践内容
栄養連絡会議開催	看護婦・介護職・栄養士・調理担当者間での連絡調整
外部業者への注文・提言	・冷凍食品は極力使わない ・単品盛りは避け、複数の素材を組み合わせて調理する
調理師(外部業者)によるメニューの説明および配膳	・食事を召し上がる方への直接接触を心がける ・調理した人がそのメニューを直接説明 ・(バイキング時)調理師によるおかわりのすすめと取り分け
食形態細分化 (食材毎の形態区分)	ex) 副食：普通 きざみ 極きざみ ミキサー 里芋 1/2 カット - 極きざみ ミキサー 魚 形 手でほぐす さらに包丁 ミキサー 形態分類(主食8種、副食4種)に見合うよう食材を形態細分化
食事箋変更への迅速対応	患者の時々刻々と変化する状態に合わせ、食事箋提出直後からの変更可能
水分補給の方法工夫 (味覚への刺激) 水分補給の方法工夫 (入所者の状況を判断・対応) 水分ゼリーの供給システム	・8種類のフルーツ味ゼリーのストック(ホール内冷蔵庫に大型タッパーで保管) ・水分補給の必要性、必要量を看護婦が判断 ・必要な方に必要な分量をいつでも供給可能 ・1日あたり4リットルまでは給食メニューの中に組み入れ無償で供給 ・4リットル以上で施設側負担のシステム
調理師(外部業者)の残飯量把握	・残飯量を召し上がる方の直接的反応として認識する
各個人の嗜好の把握	・(入所時)アンケートによる調査 ・実際の食事場面で摂取状況をみながら嗜好食品や好みの味付けなどを把握
栄養士による直接食事介助	実際の食事摂取場面に栄養士が入り込み、摂取状況を把握 ・食形態が各個人にマッチしているか ・介助者が変わること対象者に感覚的刺激を加える
看護婦(副施設長)による介護技術教育	・年間業務計画に基づく教育・指導計画 ・VTR やテキストを用いての学習会(関連施設職員合同学習会) ※テキスト「口から食べる嚥下障害Q&A」「介護技術指導マニュアル」、 VTR「こうすれば食べられる」、他
看護婦・介護職の共働体制日勤・夜勤各勤務帯における業務体制	婦長—総リーダー看護婦—各フロア担当看護婦及びチームリーダー—介護士—メンバー—介護士(助手)
業務分担の明文化(業務内容についての詳細な記述)	原則として入所者及び通所者の身体と心の健康に関する観察と管理については看護婦が責任を持って行う 介護職は入所者及び通所者の日常生活上の援助やレクリエーション、リハビリテーションの補助などを担当する ただし、看護婦が判断し、指導した上で行う与薬、処置、検温、観察などについては介護職も実施できる 入所者、通所者及びその家族の生活指導については、看護婦・介護職が話し合いの上でそれぞれの分担をもって行う
看護婦・介護職を横断面にした業務系の組織	教育係、業務係、衛生係、行事係、食事係、排泄係、物品係
ケアプラン策定手順マニュアルの整備	・入所から退所までのケアプラン策定の流れ/入所当面のプラン(T.C:チームカンファレンス)-アセスメント(T.C)-プラン策定(T.C)-ケース会議による評価・策定 ・プラン作成上の留意点や10箇条の明文化
ケース会議の定期的開催	・1週に1回、定期的にケース会議開催 ・看護婦、介護職、栄養士、理学療法士、医師の全職種が参加しケア計画策定 ・対象となるのは、退所後自宅療養される方が中心

T.C: チームカンファレンス(各勤務帯各フロア毎にNs.1名、介護職3名のチーム編成でカンファレンスを行う)

表4 看護婦インタビュー

センテンス	キーワード
・介護必要度の高い方は1つのテーブルに集め（おおよそ4～5名）、1～2人の介護者がついて介助する。	介護度の高い人の集合
・吸引器はスタッフカウンターの側に設置、常時使用可能な準備をしておく。入所者にはそれと分からぬようカバーを工夫。	吸引器の準備 入所者への配慮
・誤嚥の危険のある方は吸引器の近くにテーブルを配置し、緊急時に対処できるようにしている。	誤嚥の危険への対処
・誤嚥により吸引が必要な場合、原則的に看護婦が行うことになっているが、介護職にも使い方を教えている（そのような事態は発生していない）。	介護職への吸引技術教育
・配膳の順番は、まず食べるのに時間のかかる方を先に、早食いの方は最後になるように順序を決めている。	配膳の順序 食べるスピードの把握
・1回1回の食事・水分摂取量チェックは介護職。看護婦は水分出納（IN TAKE・OUT PUT）としてのトータルな評価は看護婦が行い、水分ゼリーで補う量を決めて介護職に依頼している。	水分出納管理 水分負荷量の算出

表5 事例①誤嚥の危険性が高い入所者へのケア

項目	内容	意味すること
観察場面	食事摂取中むせ込み、そばについていた介護職者が背部を叩打している	
患者状況	81才 女性 脳出血（H.6年）後遺症 パーキンソン氏病 白内障	
入所目的	3回目の入所 在宅にて家族により介護されていたが、今回は家族の一時休養のための入所	
介護度（入所時）	食事：一部介助・手づかみ 排泄：全介助・おむつ 清潔：全介助 更衣：全介助 移動：車椅子（移乗・操作とも全介助） *失語症，右不全麻痺有り，夜間オムツいじりが癖，話しかけられれば理解可能	
食行動援助に関する看護婦の判断（インタビュー）	・後遺症により，汁物をとると，ときどきむせがみられる。誤嚥の危険性の高い人なので常に看護・介護者がそばにいるようにしている ・スタッフカウンターの正面かつ吸引器の近くに座席指定。吸引器はいつでも使用可能	病態（脳出血）から誤嚥の危険性を判断

表6 事例②食事摂取量にムラのある入所者への援助

観察場面	カラーを装着し、車椅子に座っている。お重を右手に持ち、自力摂取されており、特に介助なし	
患者状況	78才 女性 頸椎症、右大腿頸部骨折(10.3.20人工骨頭置換) 右上下肢軽度麻痺、麻痺側大腿骨骨折が発生、上肢にはしびれ感が持続している	
介護度(入所時)	食事：自立 排泄：洋式トイレなら可能 清潔：入浴一部介助 更衣：自立～一部介助 移動：車椅子(移乗自立・操作自立)	
食行動援助に関する看護婦の判断 (インタビュー)	・食事摂取量にムラがあり、気分のいいときは表情もすっきりし、手、口の動きもスムーズである。しかし、気分のすぐれないときは食事を拒否し1/4程度しか摂取できないこともしばしばある。 →表情・動作と摂取量との関連を見ている	
	・水分摂取すらできないことがある。そのときには適宜水分ゼリーにより補っている。1種類の味ではなく、栄養科に相談し、味を変えてもらい、摂取しやすくする。	援助内容について他職種への相談・連携を図る
	・食事摂取量低下が持続するようならば栄養科と相談し、高カロリー食品(例えば高カロリーゼリー)を出してもらいカロリーと水分の補給に努める。	味覚の刺激により摂取量増加をねらう
	・それでも摂取できずに脱水に陥る様なことがあれば医師に報告し、必要に応じ点滴等の処置が施されるが、極力経口摂取で乗り切れるように援助する。	医療処置は最後の手段とする
ケア計画(ケース会議にて立案)	10/1 ・上肢しびれ感に対応する ・把持しやすい食器(井にむくものはお重に井状に盛りつける) ・汁物はコップへ ・夕食時水分ゼリーをつける 10/5 ・食べやすい形態を工夫する。 ・主食(粥)と副食(ミキサー)をお重に盛りつける。 ・朝、夕食に牛乳、その他に高カロリーゼリーを付ける 10/22(評価)「この方が食べやすい」 10/29、11/5 評価の上、計画続行 11/7 摂取量増加 咀嚼力アップのため常食きざみへ変更	

表7 事例③腎不全で治療食が処方されている入所者への援助

観察場面	食事全量摂取「お茶飲めるようになりましたね」と介護者がほほえみながら声をかけたのに対し、本人「のまないときげてもらえませんかね」	
患者状況	79才 女性 老人性うつ病, 慢性腎不全, 貧血, 高血圧	
	*RBC 281万, Hb 9.6, Ht 30.1, BUN 47, Cre 2.1 安静制限・水分制限はない(むしろ脱水傾向で飲めるだけ飲ませる) 食事制限: 塩分制限・蛋白制限あり	
入所目的	嫁も仕事のため留守にすることがあるが, 他人が家に入ることを嫌がるため	
介護度(入所時)	食事: 自立 排泄: 全介助(昼ポータブル, 夜おむつ) 清潔: 入浴一部介助 更衣: 一部介助 移動: 車椅子(移乗一部介助・操作全介助)	
食行動援助に関する看護婦の判断(インタビュー)	・現在腎機能は悪いながらも維持されており, 食事制限以外の制限は無いが, 腎不全とそれに伴う貧血があり易疲労性となっているので, そのつど状態を見極めていく必要がある。	「できるADL」の的確な把握病態との関連で考察する
ケア計画(ケース会議にて立案)	・11/2(入所時) 本人の体調に合わせ, 早めに居室へ戻るモーニングケア時は最後に起こし, おやつ及び3食後は早めに居室に戻す ・11/16(ケース会議) 約1時間程度の坐位は可能であるが, 経過観察必要であり計画続行	病態の把握とそれに対する適切な観察事項の考察

表8 事例④動作緩慢, 自助具使用者への援助(家族への援助含む)

項目	内容	意味すること
観察場面	・左手に小鉢(少量ずつ取り分ける), 右手に自助具スプーンを持ち, スローではあるが自力摂取されている。そばに介護者座り, 時々カップのお茶をすすめている「すごいすごい全部飲めそうよ」と励ましている。	
患者状況	82才 女性 多発性脳梗塞 右大腿骨骨頭置換	
入所目的	介護者(長男嫁) 体調不良	
介護度(入所時)	食事: 自立~一部介助 排泄: 昼トイレ 誘導+オムツ, 夜オムツ 清潔: 特殊浴槽使用 更衣: 全介助 移動: 車椅子+安全ベルト(移乗, 操作とも全介助)	
食行動援助に関する看護婦の判断(インタビュー)	・このところ自力で摂取する様子が少なくなっている ・退所に向け, この時期は家族への指導も重要である。食べやすい形態やどのようにしたら食べやすい, 摂取量を多くできるなどを伝えている。家族の都合が合えば, 食事時間に来所して, 実際の食事の様子を見ていただく	経時的な状態把握 家族指導の必要性と要点整理
ケア計画(ケース会議にて立案)	10/24 水分摂取少ない ・水分ゼリーを毎食+10時, 15時 10/31(評価) 摂取良好だが, 体重増加のため食事時のみとする 11/12 発語や活気の減少, それに伴う食事摂取量減少 ・体力消耗させないため, おやつ(10時, 15時)は居室で摂ってもらう ・食事時, 最後に起こしホールへ誘導し, 終了時早めにベッドに。様子変化あれば看護婦への報告, 記録に残す	患者の全身状態に合わせたきめ細かなプランニング



表9 事例⑤覚醒悪く、動作緩慢で食事摂取がすすまない入所者への援助

項目	内容	意味すること
観察場面	覚醒状態を介護職者から聴き、自らも声掛けしながら状態観察を行う 左手におにぎりを持ち、数口食べるが動きが緩慢で次第に動きが止まってしまう。看護者は介護職者に「眠そうね。介助しないとダメね」と確認	
患者状況	92歳 男性 脳出血、パーキンソン氏病、白内障（両眼手術） 右上下肢運動麻痺	
入所目的	介護者の休養	
介護度（入所時）	食事：一部介助 排泄：一部介助 清潔：一部介助 更衣：一部介助 移動：車椅子（移乗・操作とも一部介助）	
食行動援助に関する看護婦の判断（インタビュー）	覚醒が悪いときがあり、そのときは全てのADLが低下し、全介助しなければならない時がある。本日は覚醒が悪く、介助しないと無理な状態。先ほどから介護者が付きっきりの状態。	・一般状態の経過を把握（健康上の特性） ・覚醒状態把握と援助の必要性判断
ケア計画（ケース会議にて立案）	10/22 ADLに波があり、食事摂取量少ない ・体調悪いときはミキサー食に変えて介助 ・介助時、口の奥に食物を入れるようにする、口に残るときはゼリーで流す 10/29（評価）時々ミキサー食を摂取され、摂取良好のため続行 11/12（再評価）ADL低下時、その度ミキサー食に変え、摂取良好。プラン続行（12/2 評価予定）	状況に応じて即刻メニュー変更定期的で頻回な状態評価とケアプランの見直し



図1 老化による食行動への影響

# 慢性疾患や障害をもつ高齢者への 看護婦の教育的関わりに関する検討

分担研究者 河口 てる子 日本赤十字看護大学

## 研究要旨

老人保健施設に入所している慢性疾患や障害をもつ高齢者に対して、看護婦が日常生活援助を行いながら教育的関わりをすることにより、高齢者の生活の自立がはかれるのではないかとの仮定に基づく研究である。第1段階の今年、現状の老人保健施設の看護婦が入所者にどのような関わりをもっており、介護福祉士の視点とどのような違いがあるかを面接により検討した。また、慢性疾患をもつ高齢者への患者教育事例を収集し、効果的な関わりに対して具体的な対応と教育方法について検討した。

## A. 研究目的

高齢者の自立した生活とより高いQOLを目指すためには、介護を担当する専門家に高齢者の自立を促す教育技術や日常生活援助能力、家族との連携・家族への援助的関わりからカウンセリング機能、他の職種とのコーディネーション技術と健康に関する専門家としての能力が必要である。看護婦が上記のより高い専門的能力を発揮するならば、患者は快適に自立し、家族や友人と共に有意義な人生を送れるようになると考えられる。

看護と介護職のサービスは、表面上その活動形態や内容が類似しており、判別し難いものがある。高齢者の自立とより高いQOLを目指す目的において、看護と介護職が緊密な連携をとりつつケアすることが重要である。しかし、協調・連携をとりつつも、それぞれの専門職としての独立性や責任の所在を明らかにする必要もある。両者が円滑にサービスを提供するためには、それぞれの専門的特徴を把握し、それらの特徴を生かした関わりを検討することが、有効なケアの準備として必要であろう。

川村ら(1996)の研究によると在宅介護の領域では、看護と介護職は、援助すべき問題点の把握に関して上位5位に「世話の体制」「食事」「清潔」「排泄」を共通に挙げ、それ以外に看護職は「生命」を、介護職は「意欲」を挙げていたという。また、看護職は「世話の体制」や

「生命」をより強く選択し、介護職は「食事」「排泄」をより強く援助すべき項目として選択していたという。看護職は、生命、つまり健康の面から対象者を捉え、コーディネーターとして対象者の生活や健康を全般的に整えようとし、介護職は日常生活面での生活意欲に注目し、具体的な食事や排泄をケアしようとする傾向があるということである。

### 理論枠組み

理論的枠組みとしては、高齢者やその家族に高度に専門的な看護と教育的援助を病院と在宅との中間施設である老人保健施設で提供することにより、高齢者が自立した生活を回復し、再入院・入所のない状態の延長、在宅での生活の満足感を得られることとする。

教育的援助とは、教育的アプローチを使用した援助であり、教育技法、教授法、心理的アプローチ、学習理論を応用したアプローチを言う。この援助では、慢性疾患や障害をもつ高齢者やその家族がこのアプローチの学習援助プロセスを通して、自らが気づき、学び、また種々の生活条件を選んでいく中で、自立した生活への積極的な意識の変容や慢性疾患の自己管理への行動変容を獲得していくと考える。

この理論枠組みのなかで研究疑問が2つある。1つは、「看護婦の教育的援助は、慢性疾患や障害をもつ高齢者の自立（自立した生活）を促すか」であり、2つ目は「看護婦には、慢性疾患や障害をもつ高齢者の介護に関わる中で、教育的援助を発揮できるだけの専門的な教育能力があるか」である。

### 研究目的

研究目的は、まず第1に老人保健施設では、看護婦と介護者が高齢者に対してどのような対応をしており、どのような視点で高齢者の健康や生活を判断しているかを把握する。また看護婦は、慢性疾患や障害をもつ高齢者への教育的援助についてどのような意識をもっているか、看護婦には日常生活援助を行いながら教育機能に対する教育能力があるかどうかについて検討する。第2段階として、看護婦と介護者に教育的アプローチや教育技法についての講義・演習を数回のシリーズで行ない、その前後で教育的関わりについての意識と行動がどのように変化したかを明らかにする。第3段階では、第2段階からの看護婦と介護者の教育的関わりについての意識と行動を分析し、同時に教育的関わりに対する高齢者の反応や高齢者の家族の反応を総合分析する。それらによって看護婦の教育的援助が慢性疾患や障害をもつ高齢者の自立（自立した生活）を促すかどうか効果の判定を行う。

平成10年度は、第1段階の目的である「看護婦と介護者が高齢者に対してどのような対応をしており、どのような視点で高齢者の健康や生活を判断しているかを把握する。また看護婦は、