

D. 考察

高齢者における摂食・嚥下機能は、その阻害要因により食事摂取にかかわる問題点が異なる。それゆえ、摂食・嚥下機能の低下した高齢者の栄養ケアにあたっては、摂食・嚥下困難の徴候・症状のアセスメントを実施し、個々の問題点を的確に判定した上で、経口維持を目標とする多職種連携による栄養ケア計画をたて、モニタリングにより栄養ケア計画をより適切なものへと修正する栄養ケア・マネジメントの視点が重要である。本研究では、摂食・嚥下困難を有する高齢者への栄養ケア・マネジメント手法の標準化を促す目的で作成された「摂食・嚥下困難の徴候・症状に関するアセスメント・モニタリング票」²⁾を用い、多職種連携により問題の解決を図る栄養ケア・マネジメントを意識的に実施することによって、低栄養リスク者に対する栄養改善を試み、改善事例の要因を分析してみた。

本研究で用いた摂食・嚥下困難の徴候・症状に関するアセスメント・モニタリング票は、摂食・嚥下の各ステージについて、摂食・嚥下困難の徴候・症状として顕在化することが予想される事項をもとに作成したものである。徴候・症状がみられた場合には、その予想されるリスクを理解した上で、問題の解決を目標とした栄養ケア計画を作成するにあたり、どの栄養ケア専門職とともにどのようなケアを具体的に実施するかが考案できるように、摂食・嚥下アセスメントに対応するケア内容および担当専門職の例を一覧表として提示したものである²⁾。

このような摂食・嚥下困難の徴候・症状のアセスメントおよび栄養ケアの実施を促す手引きに従って、摂食・嚥下困難を有する介護施設入所高齢者に対して、多職種連携による栄養ケア介入を3か月間行ったところ、管理栄養士と介護職以外に、多くの専門職の関与が認められた。特に、歯科医師あるいは歯科衛生士が栄養ケアに参画した例は7施設（特養5施設、老健2施設）で21例（36.8%）に見られ、これらの

歯科専門職は、口腔・咀嚼・嚥下機能評価、口腔ケア・口腔機能維持指導、歯科診療を担当していた。これらの施設の中で、歯科衛生士が配置されていたのは、介護老人福祉施設の3施設に過ぎなかったが、歯科衛生士が配置されていない場合でも、歯科医師や歯科衛生士が栄養ケアに関与し、栄養状態が改善している事例は多く見られたので、高齢者施設においては、非常勤による歯科専門職のケアの資源が潜在的に存在し、活用できる施設が増加しているものと推察される。一方、本研究では、言語聴覚士が栄養ケアに参画した例は、言語聴覚士が配置されていた介護老人保健施設（2施設）でのみ6例に見られ、いずれの症例でも、体重が増加するなど、低栄養リスクの改善が認められた。すなわち、今回、栄養ケア介入を実施した介護老人保健・福祉施設13のうち9施設は、なんらかの形で歯科医師・歯科衛生士あるいは言語聴覚士が栄養ケアに関与できる体制にあり、管理栄養士の判断で、これらの摂食・嚥下に関する専門職に摂食・嚥下に関するケアを委託していたと考えられる。

本研究では、低栄養リスクを持つ高齢者施設入所者で、摂食・嚥下機能が低下していると判断された者に対して、歯科医・歯科衛生士あるいは言語聴覚士が参画して栄養ケアが実施された場合には、食事摂取量が徐々に増加するとともに、BMIが有意に上昇することが明らかになった。対象となった施設入所高齢者は、なんらかの摂食・嚥下困難のリスクを持っていたが、その徴候・症状を示すアセスメント票は、個々の対象者の問題の発見を促すために有効に活用されたと考えられる。また、栄養ケア計画に言語聴覚士が参画していた場合には、食事に要する時間が有意に減少した。それゆえ、管理栄養士と言語聴覚士あるいは歯科医・歯科衛生士との連携によって形成される多職種栄養ケアチームの適否が、経口維持による適正栄養補給量の確保ならびに体重の維持にとって重要な要件であることが示唆された。栄養専門職が嚥下困難の徴候・症状のスクリーニングおよびアセ

メントを積極的に実施し、摂食・嚥下障害リスクを把握できるようになると、歯科医・歯科衛生士あるいは言語聴覚士との連携による栄養ケア計画書の作成が可能となり、経口維持に対する予防的なケアを恒常的に実施する栄養ケアチームの形成が推進されるものと期待される。

先の研究³⁾によると、言語聴覚士は、回復期リハのほとんどの施設では、食事形態の選択・変更に関わっているなど、摂食・嚥下に関する取り組みに言語聴覚士が中枢的な役割を果たしているが、介護老人保健施設や介護老人福祉施設では、その配置は少ない。施設高齢者の経口移行・経口維持の主要な阻害要因は、摂食・嚥下機能評価の困難さと歯科医師や言語聴覚士などの摂食・嚥下機能評価専門職の配置の少なさである⁴⁾。介護老人保健・福祉施設における摂食・嚥下機能の評価とそのケア計画への活用の主体職種は管理栄養士が担うことが現実的であり、これらの施設における経口移行・経口維持を支えるケアチームを充実させるためには、歯科衛生士ならびに言語聴覚士の配置を促進し、これらの摂食・嚥下機能専門職と管理栄養士との連携を促進することが必要と考えられる。

E. 結論

本研究により、管理栄養士と、歯科医・歯科衛生士あるいは言語聴覚士との連携によって形成される多職種栄養ケアチームの適否が、経口維持による適正栄養補給量の確保ならびに体重の維持にとって重要な要件であることが示唆された。

引用文献

1) 宮本啓子、合田敏尚、杉山みち子、小山秀夫：摂食機能障害ケアマネジメントにおけるスクリーニング体制の現状。日本医療・病院管理学会誌 47: 145-153, 2010.

2) 合田敏尚、宮本啓子、市川陽子、麻植有希子：「摂食・嚥下困難を有する高齢者への栄養ケア・マネジメント」に関する研究、平成 21 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助「施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究」報告書（研究代表者 井形昭弘）2010.

3) 合田敏尚、杉山みち子、桐谷裕美子、大谷千晴：高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究- 回復期リハビリテーション病棟における摂食・嚥下に関わる情報連携の意義-、平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業 高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究報告書（研究代表者 葛谷雅文）2011.

4) 杉山みち子、梶井文子、菊谷武、合田敏尚、高田和子、葛谷雅文他：在宅、施設、病院における高齢者の経口摂取状況（終末期を含む）の実態調査：介護保険施設、医療療養病床、回復期リハビリテーション病棟、通所サービス事業所における高齢者の経口摂取状況、経口移行、経口維持の取り組みと情報連携の実態、平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業 高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究報告書（研究代表者 葛谷雅文）2010.

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 23 年度厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業
高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究
(主任研究者 葛谷雅文)
高齢者の最期まで『食べること』を支援し看取りを実施するための多職種による
栄養ケア・マネジメントプロセスチェックリスト作成に関する研究

分担研究者 梶井文子 聖路加看護大学 准教授
杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学 教授

研究要旨

本研究は、看取りの場である介護老人福祉施設において、終末期にある高齢者が最期まで経口摂取をあきらめずに「食べること」を支援するための多職種による栄養ケア・マネジメントプロセスならびに評価項目内容についての内容妥当性を検証した。

本研究は、平成 22 年度に管理栄養士へのインタビュー調査を通じて抽出された、「食べること」を支援しながら看取りのための栄養ケア・マネジメントの具体的な支援項目をもとに、施設内でその中心的役割をもつ管理栄養士、医師、看護師、介護職の 4 職種らを対象にデルファイ法を実施した。その結果、17 施設の介護老人福祉施設に協力が得られ、医師のべ 24 名、管理栄養士のべ 50 名、看護師のべ 46 名、介護職のべ 43 名の協力を得られた。

その結果、1) 終末期以降の病態のアセスメント項目については、3 大項目 17 小項目の内容妥当性が確保できた。2) 本人と家族のニーズのアセスメント項目では、2 大項目 15 小項目が確保できた。3) 施設の体制については、相談員、ケアマネジャーの役割のとどまらず、委託業者等の協力対応、ムンテラ・カンファレンス等の具体的内容についての内容妥当性が確保できた。また 4) 多職種では詳細な行動レベルでの役割内容の妥当性が確保できた。①医師の役割と対応では、家族への説明、柔軟な協力体制、看取りの判断が中心であった。②管理栄養士の栄養ケア関連内容は、幅が広く利用者の食事状況や心身のアセスメントや食事形態・内容の変更の工夫、他職種への食事に関する指示・連絡、他職種の業務の実行、家族への連絡、楽しみのある食事提供の工夫等の詳細の内容妥当性が確保できた。③看護師の役割と対応では、医師への連携、日頃からの高齢者の心身の観察と処置への判断等が中心の内容であった。④介護職の役割と対応は、高齢者の食事に対し、個別対応がもとめられ、その高齢者の身体状況の変化に合わせて、臨機応変な対応が期待される内容であった。以上のように、各職種の役割が明確化されただけでなく、一部の項目は施設間差がみられると考えられた項目もあり、今後の課題も明らかとなった。

以上の結果から、介護老人福祉施設で終末期にある高齢者が最期まで経口摂取をあきらめずに「食べること」を支援するための実践チェックリストと指針につながると考えた。

分担研究者：

梶井文子 分担研究者 聖路加看護大学看護学部准教授

杉山みち子 分担研究者 神奈川県立保健福祉大学教授

葛谷雅文 主任研究者 名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻発育・加齢医学

講座老年科学 教授

A. 目的

[食べる]という行動は、人間にとって必要な栄養を摂るといふ生命維持に不可欠な行動であるが、高齢者では、加齢ならびに多様な疾患・障害により嚥下機能の低下、食思不振、認知機能障害等によって経口摂取障害が生じる。この経口摂取障害は、低栄養状態¹⁾ならびに感染症や褥瘡等につながり、生命予後に大きな影響を与えている²⁾。人間が終末期に向う過程では次第に栄養状態が低下することは一般的に避けられない事実である。

2006年の介護保険の改正に伴い、介護保険施設においては、栄養ケア・マネジメントの普及による栄養ケアの充実が図られてきた。しかし現在、わが国における高齢者の終末期医療ならびに栄養ケアの課題として、「食べること」が不能となる経口摂取困難後、容易に経管栄養・経静脈栄養等の人工栄養が導入されること、高齢者本人の人工栄養の導入に対する意思の尊重による中止の判断、家族との意見の相違、本人の意思が確認できないという最終意思決定権の所在という課題が、ケア現場での葛藤として生じている³⁾。

これまでの高齢者の終末期医療ならびにケアに関する研究では、終末期医療・ケアの意識調査ならびにがん患者の終末期の栄養ケアについ

ては多くの研究がされているが、がん患者以外の高齢者の終末期の栄養ケアに関する研究⁴⁾は極めて少ない。一方、介護保険施設の終末期栄養ケアに対する関心や認識の高まりがみられ⁵⁾、最期まで日常的な営みである「口から食べることを優先的な課題とした栄養ケアの提供を試みている介護保険施設が増えつつある。

高齢者の終末期に向う人生の晩年期の残された時間をどのような状態で過ごすかは、高齢者個々人の価値観によることが多いが、その高齢者の過ごし方によって家族・介護者のQOLにも関係してくると考える。

平成22年度に実施した『介護保険施設における高齢者の最期まで「食べること」を支援し看取るための栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究』⁶⁾から、施設内で積極的に経口摂取を続けながら看取りを実践している9名の管理栄養士から語られた内容から、管理栄養士の栄養ケアの具体的な行動内容と他職種連携方法が抽出された。また実態調査⁷⁾では、介護保険施設での「食べること」を支援しながら看取ろうとする姿勢が明らかになったが、実際に定期的な多職種カンファレンスで栄養補給方法の検討の実施率は50%未満であり、最期まで経口摂取を継続しながら看取るための栄養ケア指針や栄養ケアマニュアル等を作成している施設は1割に満たない状況であった。これらから、今後は『介護保険施設における高齢者の最期まで「食べること」を支援し看取るための栄養ケア・マネジメント』の指針の作成と、多職種間での栄養ケア・マネジメントを実施する上でのケアの質の確保するためのチェックリストを作成する必要性が明確になった。

本研究は、看取りの場である介護老人福祉施設において、終末期にある高齢者が最期まで経口摂取をあきらめずに「食べること」を支援す

るための多職種による栄養ケア・マネジメントプロセスならびに評価項目内容についての内容妥当性を検証した。

<用語の定義>

本研究における「終末期」とは、主疾患ががん以外の根治的な治療ができない慢性疾患や難病、身体的な機能障害が主な老衰の状態にある時期であり、いわゆる狭義の終末期（看取り期）に限定せず、その前の時期(期間については未定)も含むものとする。

「最期まであきらめずに『食べること』を支援する」とは、経口摂取のみの場合だけでなく、胃瘻等の経管栄養や末梢点滴を併用しながらも、たとえ少量でも経口摂取を継続しながら最期を看取することをいう。

B. 方法

本研究は、平成 22 年度に明らかになった、看取りの場である介護老人福祉施設において、終末期の高齢者が最期まで経口摂取をあきらめずに「食べること」を支援しながら看取りのための栄養ケア・マネジメントの具体的支援項目についての内容妥当性を検証するために、施設内でその中心的役割をもつ管理栄養士、医師、看護師、介護職の 4 職種を対象に、デルファイ法を用いた。

1. 研究施設ならびに研究対象

(1) 研究協力施設

対象施設は、平成 21 年度厚生労働省労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究」における「在宅、施設、病院における高齢者の経口摂取状況（終末期を含む）の実態調査」の結果から、平成 22

年度、23 年度においても、研究協力機関として管理栄養士から任意の同意が得られている全国の代表的な介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、ならびに臨床栄養士の研修施設として登録されている介護老人福祉施設の中で、最期まであきらめずに「食べること」を支援して看取った事例数が過去 1 年以内に 5 件以上ある施設に協力依頼を行い、研究協力の同意の得られた施設 17 施設となった。

(2) 研究対象

最期まで経口摂取をあきらめずに看取る取り組みを積極的に行っている施設の管理栄養士、医師、看護師長、介護職を研究対象とした。

上記 4 職種を選出した理由は、昨年度の研究結果から、管理栄養士が栄養ケアを実施するために連携を密に行っている職種であり、彼らの具体的な栄養ケア関連項目も抽出されたためである。

2. 調査方法

1) 調査項目

平成 22 年度の管理栄養士への面接調査の結果から抽出された内容項目（評価する職種）

- (1) 終末期以降の病態のアセスメント項目（全職種）
- (2) 本人と家族のニーズのアセスメント項目（全職種）
- (3) 施設の体制についての内容（全職種）
- (4) 医師の役割と対応（医師）
- (5) 管理栄養士の栄養ケア関連内容（管理栄養士）
- (6) 看護師の役割と対応（看護師）
- (7) 介護職の役割と対応（介護職）
- (8) その他：自由記載

2) 1) の調査項目について、(1) (2) (3) は全職種が、(4) (5) (6) (7) は各専門職用として、調査票内の全項目について「とても当てはまる:4点」「やや当てはまる:3点」「あまり当てはまらない:2点」「全く当てはまらない:1点」のリッカードスケールによって評価を行い、さらに各項目に設けたコメント欄に自由コメントをしてもらった。1回毎の内容妥当性指数を集計しその結果とコメント等を対象者全員にフィードバックし、項目の内容修正、項目削除等を行い、評価を3回繰り返して、項目の収束をめざした。

3. 分析方法

デルファイ法については、評定者間一致度指数 (Kendall の一致係数:W) と、「内容妥当性指数 (Content Validity Index:CVI) :「とても当てはまる」「やや当てはまる」を評価した割合」が 0.80 以上を確保するように検討した。

また、全職種による項目については、各職種間の評価の差異の検討として ANOVA, Bonferroni の検定を行った。統計ソフトは、IBM SPSS Statistics Version20.0 を用いた。

4. 倫理的配慮

本調査は、聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認(承認番号 11-046)を得て実施した。

本研究は、研究対象となる施設の施設長及び管理栄養士、医師、看護師、介護職に対して、協力依頼状、計画書を送付し、研究についての理解を得たうえで、管理栄養士から本調査への参加の承諾ならびに文書で説明し書面による同意を得た。研究に協力した施設については、施設別個別 ID で管理し、事務局は、管理栄養士を除く医師、看護師、介護職の個人情報(氏名等)を把握しなかった。

C. 結果

以下に示す結果は、デルファイ法3回目の内的妥当性指数(以下、CVIとする)や評定者間の一致係数(以下、Wとする)含んでいる。

1. デルファイ法による調査協力者の概要

医師は、1回目10名、2回目6名、3回目8名の平均8.0名(47.1%)の参加であった。管理栄養士は、1回目17名、2回目16名、3回目17名の平均16.7名(98%)の参加であった。看護師は1回目16名、2回目15名、3回目15名の平均15.3名(90.2%)の参加であった。介護職は、1回目14名、2回目14名、3回目15名の平均14.3名(84.3%)の参加であった(表C-1)。

2. 終末期以降の病態のアセスメント項目に関する評価

終末期にあると判断した身体状況6項目、終末期にあると判断した食事に関する状態7項目、看取り期にあると判断した状況4項目すべてに CVI0.84 以上を確保することができた。またW0.138 であり、有意に評定者間の一致が確認された($p < .001$) (表C-2)。

① 終末期にあると判断した身体状況

終末期にあると判断した身体状況6項目のうち、CVI0.90 以上でかつ高い順に、「心身の衰弱 0.96」「ADL レベルの急激な低下 0.94」「傾眠時間の増加 0.91」であった。

② 終末期にあると判断した食事に関する状態

終末期にあると判断した食事に関する状態7項目のうち、CVI0.90 以上でかつ高い順に、「飲み込む力の減少 0.98」「食事摂取量の減少 0.96」「食事摂取量のむらの出現 0.93」「食べ物への拒否行動 0.93」「誤嚥のリスク

の増加0.93」であった。

③看取り期にあると判断した状況4項目のうち、全ての項目ともにCVI0.90以上であり、高い順に「採血や点滴が不可能な状態0.98」「ほとんど摂食が不可能な状態0.96」「咀嚼・嚥下ともできない状態0.94」「開口不能な状態0.91」であった。

3. 本人と家族のニーズアセスメント項目に関する評価

本人の意思・希望についての内容と方法と家族の意思・希望や行動についてのアセスメント内容と方法であり、前者は5項目すべてにおいてCVI0.93以上を確保することができた。一方、後者については11項目のうち、CVI0.80未満であった項目が2項目「家族が食事介助等の食に対する関わりを持つことを希望しているのか0.73」「家族の介護疲れ、精神的疲れ0.78」であった。その他の9項目については、CVIは0.84以上を確保することができた。

これら全体に関してのW0.206であり有意に評定者間の一致が確認された ($p < .001$) (表C-3)。

4. 施設の体制についての内容に関する評価

施設全体の体制については、相談員の家族への連絡・調整4項目、ケアマネジャーの施設内でのケア・マネジメント4項目、委託業者・厨房内の協力・対応1項目、受付・事務員の協力体制についての評価1項目となったが、全ての項目についてCVI0.82以上を確保できていた。

ムンテラに関する項目2項目、看取りに向けてのカンファレンス1項目、家族への環境面への配慮1項目、状況の変化に対する職種間の情報共有12項目、看取り期の本人の身

体的変化への統一した対応1項目、施設内での看取りケアの経験1項目についてCVI0.87以上が確保できていた。

しかし、「看取りに向けての研修受講」1項目はCVI0.74であった。

以上の施設の体制についての内容に関してのW0.094、有意に評定者間の一致が確認された ($p < .001$) (表C-4)。

5. 医師の役割と対応に関する評価

医師の役割と対応に関する評価では、家族への説明3項目中1項目「今の状態は老化現象であり、病気ではないという趣旨の説明をする」がCVI0.75であった。それ以外の協力体制4項目、看取りの判断を行う1項目については、CVI0.88以上を確保することができた。

しかし、これらの医師の役割と対応に関する評価でのW0.241であったが有意な一致ではなかった (表C-5)。

6. 管理栄養士の栄養ケア関連項目に関する評価

管理栄養士の栄養ケア関連項目に関する評価では、終末期の介入開始時期2項目、介入期間1項目ではCVI0.94以上確保できた。利用者の食事状況や心身のアセスメント内容13項目のうち1項目以外はCVI0.82以上を確保できていたが、1項目「必要時、摂食・嚥下状態のアセスメントを行う」はCVI0.77であった。

終末期における食事内容・形態の変更の工夫で7項目ではCVI0.83以上が確保できた。看取り期における食事の提供の工夫6項目では、CVI1.00と高得点であった。家族への指示・連絡3項目はCVI0.88以上、多職種の業務も実行する1項目CVI0.82、楽しみのある食事提供方法1項目CVI0.94であった。他職種への食事に

関する指示・連絡 7 項目のうち、3 項目「看護職へ褥瘡や検査値を含めた身体情報の提供の依頼をする」「調理師・委託業者への利用者の経過や食事内容の変更や協力の依頼をする」「食事形態が変更となるときには、調理師・委託業へ、貴重な仕事をしているという意味の説明をする」の CVI は 1.0 であった。一方 4 項目の「介護職へ、状態に応じてゼリーや水分等の補食の食べさせ方の指示・依頼をする」「介護職へノートや PC、個人の記録を通じて指示を依頼する」「医師へ栄養摂取状態に関する情報の報告をする」「医師・看護師とともに、他職種へ経口摂取の方針を説明する」は CVI0.8 未満であった。

これらの管理栄養士の栄養ケア関連の項目について、W0.279 であり、有意に評定者間の一致が確認された ($p < .001$) (表 C-6)。

7. 看護師の栄養ケアの役割と対応に関する評価

看護師の栄養ケアの役割と対応に関する評価では、看取りのムンテラの必要性の判断と医師への依頼 1 項目、定期的な健康チェックと様子観察 1 項目、食事内容と食事形態の検討・調整 2 項目、介護職への病態の説明 1 項目、本人へ身体状態や食事の変更についての説明 2 項目、栄養士から連絡事項を医師に伝達 1 項目、夜間時の対応 2 項目については CVI0.87 以上が確保できていた。身体状況の把握と処置への判断 7 項目中 1 項目の「家族が遠方時に家族の代理として食提供についての判断を行い、家族に電話で伝える」CVI0.73 であった。それ以外の 6 項目については 0.80 以上を確保することができた。これらの看護師の栄養ケアの役割と対応全体に対する W0.309 であり、有意に評定者間の一致が確認された ($p < .001$) (表 C-7)。

8. 介護職の栄養ケアの役割と対応に関する評

価

介護職の栄養ケアの役割と対応に関する評価では、食事介助 2 項目、具体的な食事内容の報告 2 項目、食べられる時に簡単な食事の提供 1 項目、全身のケアと最期の水分補給 1 項目、夜間時の判断と実施内容 2 項目で、CVI0.80 以上が確保できた。

しかし買い物 2 項目のうち、1 項目「本人が希望するときには、食材・食品の買い物を行う」は CVI0.73 であった。

これらの介護職の栄養ケアの役割と対応全体に対する W0.335 であり、有意に評定者間の一致が確認された ($p < .001$) (表 C-8)。

9. 医師・看護師・管理栄養士、介護職間での評価の差異について

共通項目である以下の内容について、各職種間での評価を検討した。

1) 終末期以降の病態のアセスメント項目に関する評価の差異

終末期以降の病態のアセスメント項目に関する評価では、終末期にあると判断した身体状況 6 項目の内 3 項目に、職種間での評価の差が見られた。「心身の衰弱」 $F(3,51)=3.339$ 、 $p < .05$ 、「動きの減少」 $F(3,51)=5.341$ 、 $p < 0.01$ 、「発声の減少」 $F(3,51)=4.305$ 、 $p < 0.01$ であった。(表 C-9)

これらの項目は、医師とその他の職種間での評価値に有意差が認められた。(図 C-1、図 C-2、図 C-3)

また終末期にあると判断した食事に関する状態 7 項目のうち、1 項目「食への執着の減少・無関心」 $F(3,51)=3.252$ 、 $p < 0.05$ 、看取り期にあると判断した状況 4 項目のうち 3 項目の「ほとんど摂食が不可能な状態」 $F(3,50)=5.716$ 、 $p < 0.01$ 、「咀嚼・嚥下もできない状態」 F

(3,50)=4.086、 $p<0.05$ 、「採血や点滴が不可能な状態」 $F(3,50)=3.417$ 、 $p<0.05$ 、であった。(表C-9)。

これらについても、医師とその他の職種間での評価値に有意差が認められた。(図C-4、図C-5、図C-6、図C-7)

2) 本人と家族のニーズアセスメント項目に対する評価の差異

本人と家族のニーズアセスメント項目に対する評価の差異では、本人の意思・希望についてのアセスメント内容与方法の5項目のうち、1項目「希望する食事内容」 $F(3,51)=3.456$ 、 $p<0.05$ について差異が認められた(表C-10)。

これらは、医師とその他の職種間での評価値に有意差が認められた。(図C-8)

3) 施設の体制についての内容に関する評価の差異

施設の体制についての内容に関する評価の差異では、ケアマネジャーの施設内でのケア状況の変化に対する職種間の情報共有4項目のうち、2項目「家族のことを含めた施設内でのケア・マネジメントを実施する」 $F(3,51)=3.378$ 、 $p<0.05$ 、「心身の状況の変化に対し、それを情報共有している」 $F(3,51)=5.402$ 、 $p<0.01$ であった。

(表C-11)

これらは、医師とその他の職種間での評価値に有意差が認められた(図C-9、図C-10)。

D. 考察

1. 研究協力施設と協力者について

本研究で調査に関する調整役となった管理栄養士は、各施設で勤務する他職種である医師、看護師、介護職へ調査票を3回配布するという仲介役割を担っており、日頃から施設内での他職種と円滑なコミュニケーションをとっていたことが考えられた。つまり協力施設となった17施設は、「最期まであきらめずに「食べること」を支援することを、比較的チームとして連携のとれている施設であったと考えられた。

また医師の平均協力比率は47%であったが、6名を除く11名が1回以上参加をしていたため、一般的に介護老人福祉施設では、医師は非常勤である場合が多く、本調査のような繰り返しの依頼をするには、協力には限界があったと考えられた。

2. 終末期以降の病態のアセスメントに関する評価

高齢者の終末期にあると考えられる病態について、検討を行ったが、全体としては内容妥当性指数CVIも0.80以上確保できており、評定者間の一致Wも明らかとなった。これらの項目は、すでに周知されている項目であることが確認された。

しかし、各職種間で比較した場合に有意差のある項目として、「心身の衰弱」 $F(3,51)=3.339$ 、 $p<0.05$ 、「動きの減少」 $F(3,51)=5.341$ 、 $p<0.01$ 、「発声の減少」 $F(3,51)=4.305$ 、 $p<0.01$ 、「食への執着の減少・無関心」 $F(3,51)=3.252$ 、 $p<0.05$ 、「ほとんど摂食が不可能な状態」 $F(3,50)=5.716$ 、 $p<0.01$ 、「咀嚼・嚥下もできない状態」 $F(3,50)=4.086$ 、 $p<0.05$ 、「採血や点滴が不可能な状態」 $F(3,50)=3.417$ 、 $p<0.05$ があがった。多重比較分析の結果、医師と他職種間で

の評価が異なることが明らかとなった。

これらは、医師は非常勤であり、入所者の細かい日頃の生活状況を把握することが難しいことが考えられた。このことから日頃から入所者の生活を観察する看護師、介護職、管理栄養士からの医師への情報提供の重要性と必要性が示唆された。

3. 本人と家族のニーズアセスメント項目に対する評価

本人の意思・希望についてのアセスメント内容と方法では、おおむね内容妥当性指数 CVI0.93 以上でかつ評価者間の一致率も有意であった。これらから実際は本人から直接把握することは困難な場合があるが、家族からや元気だった時に本人に直接聞くなどをして、把握に努めるようにしていることが明らかになった。

家族の意思・希望や行動についてのアセスメント内容と方法では、「家族が食事介助等の食に対する関わりを持つことを希望しているのか 0.73」「家族の介護疲れ、精神的疲れ 0.78」が CVI0.8 以下であった。

調査票のコメント欄の自由記載内容から、家族に食事介助等の関わりを積極的にとろうとしている施設と、あまり家族へ負担をかけるべきではないとする施設があり、施設方針の違いが考えられた。同様に家族の介護疲れ、精神的疲れのアセスメントを行う必要があるところとそうでないところがあり、上記の家族の施設への関わりと関係がみられると考えられた。

4. 施設の体制についての内容に関する評価

施設の体制についての内容に関する評価については、相談員の家族への連絡・調整、ケアマネジャーの施設内でのケアマネジメント、委託業者・厨房内の協力・対応、受付事務員の協力、

ムンテラに関する項目（同席者、時期と状況）、看取りのカンファレンスの時期、家族への環境面への配慮、状況の変化に対する職種間の情報共有、看取り期の本人の身体変化への統一した対応、施設内での看取りケアの経験については、内容妥当性指数 CVI0.8 以上でかつ評価者間の一致率も有意であった。

しかし、看取りに向けての研修受講での「スタッフは1年に数回の研修を受けるようにしている」は CVI0.74 であったことから、数回の研修を受ける機会が設けられていない施設があることが考えられた。平成 21 年度の調査⁵⁾ 時にも課題となっていた、研修機会が少ない点は、今後も課題であり、数回以上は困難であっても少なくとも年1回の研修を受講すべきであると考えられた。

5. 医師の役割と対応に関する評価

終末期の栄養ケア・マネジメントにおいて医師の果たす役割と具体的対応について評価をした結果、そのうちの1項目「今の状態は老化現象であり、病気ではないという趣旨の説明をする」が CVI0.75 であった。この数値の意味は、医師の間で、終末期における家族へのインフォームドコンセントに課題があると考えられた。

家族は、いよいよ終末期に入ると、高齢者の最期に苦しむ姿を見たくないと訴え、医療機関での看取りや延命処置を望む場合がある。治療による回復が可能な段階の病状であれば医療機関への入院が最善の利益となるが、老

衰終末期ではそうでない場合が多い。

施設での看取りの同意を求めるには、平穏な最期を約束することで、家族も老衰自然死を受け入れやすくなるといわれている。

高齢者の最善利益を遵守するという倫理

原則を尊重し、複雑な病状をもつ段階における決断のプロセスにおいて、経験の豊かな医師が、正しい医学的アドバイスを行うことで、家族は安心して高齢者が施設内で看取りを迎えることができると考える。今後は、積極的に施設内での看取りを進めるために、医師は他職種とともに協力し、家族へ不安を軽減できる説明を行うことが役割としての意識を広めていく必要があると考えられた。

6. 管理栄養士の栄養ケア関連項目に関する評価

管理栄養士の行う栄養ケア関連の項目の大部分が、内的妥当性指数 CVI が 0.8 以上となった。全体の中で比較的 0.8 未満の多い大項目は、他職種への食事に関する指示・連絡内容であった。具体的には、「介護職へ、状態に応じてゼリーや水分等の補食の食べさせ方の指示・依頼をする」「介護職へノートや PC、個人の記録を通じて指示を依頼する」「医師へ栄養摂取状態に関する情報の報告をする」「医師・看護師とともに、他職種へ経口摂取の方針を説明する」は CVI 0.8 未満であった。

これらは、多職種からなるチーム内での管理栄養士の位置づけによると考えられた。介護職へ直接指示をしたり、医師へ報告をしたりすることに抵抗があり、看護師を通じて行っている現状があると考えられた。

今後は、栄養ケア・マネジメントの中心的役割を担う管理栄養士が、自ら判断し他職種へ直接指導や指示、報告を行えるようにしていくことが求められていくと考えられた。

7. 看護師の栄養ケアの役割と対応

看護師の栄養ケアの役割と対応に関する評価では、概ね内容妥当性指数 CVI が 0.8 以上を確

保できていた。毎日の利用者の様子を介護職と一緒に観察し、病状の管理を含め、全般的な情報を把握し、身体状況の変化を把握し対応を行っていることが明らかになった。

1 項目 0.8 未満となった「家族が遠方時に家族の代理として食事提供についての判断を行い、家族に電話で伝える」は、家族の代理決定を看護師がすべきかどうかという点であろうと考えられた。来られない家族が代理決定が行いがないと同様に、その家族に代わり、高齢者の様子を毎日観察している看護師が、高齢者の最善の利益の追求という視点から代理判断を行うのであれば、差支えないのではないかと考えた。

8. 介護職の栄養ケアの役割と対応に関する評価

買い物の 1 項目「本人が希望するときには、食材・食品の買い物を行う」の CVI 0.73 であった。買い物は家族に依頼するとする施設と自らが代わりに購入できる施設とで施設の方針の違いがみられたと考えられた。

購入希望があった場合には、看護師や管理栄養士と相談していくことが大事であり、介護職自身だけで判断すべきことではないと考える。

これも上記の 7 と同様に、家族が遠方等で施設に面会に来られない家族の場合、待つことが高齢者の最善の利益の追求に反してしまうのであれば、必要時に他職種と相談しながら実行をしていく必要があると考える。

E. 結論

本研究は、高齢者の最期まで「食べること」を支援しながら看取るための栄養ケア・マネジメントプロセスならびに評価内容の内容妥当性を検証することを目的として、デルファイ法による調査を行い、一定の内容妥当性指数と、評

働者の一致を確認することができた。これらを活用しながら、介護老人福祉施設で多職種が協働していくためのチェックリストならびに指針につながる内容が明らかとなった。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

H. 引用文献

- 1) 五味郁子、杉山みち子、梶井文子、他：複合型高齢者ケア施設におけるタンパク質・エネルギー低栄養状態、日本健康・栄養システム学会.14(2),147-155, 2005.
- 2) 葛谷雅文、加藤昌彦：要介護高齢者の経口摂取に関する縦断調査、厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究,研究申請者 葛谷雅文,平成 21 年度 総括・分担研究報告書.2010.
- 3) 梶井文子、他：施設および居宅高齢者のエンド・オブ・ライフと栄養ケア・マネジメントに関する研究、平成 20 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金「施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究」報告書.平成 21 年 3 月 日本健康・栄養システム学会,2009.
- 4) 宮岸隆司、東琢哉、他：高齢者終末期における人工栄養に関する調査,日本老年医学会誌,44(2),219-223,2005.

5) 梶井文子：介護保険施設、医療療養病床における終末期栄養ケア・マネジメントの実態調査. 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究,研究申請者 葛谷雅文,平成 21 年度 分担研究報告書.2010.

6) 梶井文子、杉山みち子、葛谷雅文：介護保険施設における高齢者の最期まで「食べることを支援し看取るための栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究、厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究,研究申請者 葛谷雅文,平成 22 年度 分担研究報告書.2011.

7) 杉山みち子、梶井文子、葛谷雅文：介護保険施設、療養病床における終末期の栄養ケア・マネジメントに関する実態調査、厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究,研究申請者 葛谷雅文,平成 22 年度 分担研究報告書.2011.

<調査協力者と施設（五十音順）>

安間佐江子（特別養護老人ホーム 明和苑）
伊藤有子（特別養護老人ホーム 豊野みかんの里）
伊藤光子（特別養護老人ホーム 松寿園）
上原園絵（特別養護老人ホーム シルク）
梅垣佳津枝（特別養護老人ホーム 松寿園）
岡橋ひとみ（特別養護老人ホーム 和楽ホーム）
岡本裕子（特別養護老人ホーム はあとぴあ）
毛塚真理子（介護老人福祉施設 東京武蔵野ホーム）

国松鈴子 (特別養護老人ホーム 小栗田の里)
 齋藤奈美子 (指定介護老人福祉施設 樹の里)
 庄司典子 (特別養護老人ホーム 山水荘)
 田崎京子 (特別養護老人ホーム 柿生アルナ園)
 富松浩美 (特別養護老人ホーム ひまわりの丘)
 永田美香代 (特別養護老人ホーム 天寿園)
 日比野和歌子 (特別養護老人ホーム ラック)
 山室沙由里 (特別養護老人ホーム 妙義)
 武藤 民 (特別養護老人ホーム あいこう)

表C-1 調査協力者の概要

	医師		管理栄養士		看護師		介護職	
	n=17	%	n=17	%	n=17	%	n=17	%
1回目	10	58.8	17	100.0	16	94.1	14	82.4
2回目	6	35.3	16	94.1	15	88.2	14	82.4
3回目	8	47.1	17	100.0	15	88.2	15	88.2
M(SD)	8.0(2.0)	47.1	16.74(0.6)	98.0	15.3(0.6)	90.2	14.3(0.6)	84.3

表C-2 終末期以降の病態のアセスメント項目に関する評価

大項目	小項目	度数	平均値	標準偏差	内容妥当性指数 CVI	Kendallの一致係数 W
		n	M	SD		
終末期にあると判断した身体状況	ADL(日常生活動作)レベルの急激な低下	54	3.52	.606	0.94	0.138 ***
	傾眠時間の増加	55	3.25	.673	0.91	
	心身の衰弱	55	3.65	.552	0.96	
	動きの減少	54	3.30	.743	0.87	
	発声の減少	55	3.27	.781	0.84	
	点滴の併用が必要な状態	55	3.33	.771	0.86	
終末期にあると判断した食事に関する状態	食事(介助を含む)時間の延長	55	3.20	.755	0.84	
	飲み込む力の減少	55	3.49	.540	0.98	
	食への執着の減少・無関心	55	3.27	.732	0.84	
	食べものへの拒否行動(開口拒否・吐き出し等)	54	3.39	.627	0.93	
	食事摂取量の減少	55	3.49	.573	0.96	
	食事摂取量のむらの出現	55	3.29	.599	0.93	
	誤嚥のリスクの増加(むせの増加など)	55	3.42	.629	0.93	
	看取り期にあると判断した状況	ほとんど摂食が不可能な状態	54	3.80	.562	0.96
咀嚼・嚥下もできない状態	54	3.76	.612	0.94		
開口不能な状態	54	3.57	.716	0.91		
採血や点滴が不可能な状態	54	3.69	.577	0.98		

*** $p < .001$

表C-3 本人と家族のニーズアセスメント項目に対する評価

大項目	小項目	度数 n	平均値 M	標準偏差 SD	内容妥当性指数 CVI	Kendallの一致係数 W
本人の意思・希望についてのアセスメント内容 と方法	本人の最期までの希望・意思(可能であれば元気な時に、本人から最期までの希望・意思を聞く。困難な場合には家族からその情報を得る)	55	3.62	.652	0.95	0.206 ***
	希望する食事内容(本人からの情報が困難な場合には、摂食状況から把握する、家族から希望する食事内容を聞く)	55	3.62	.593	0.95	
	本人の希望する経口・非経口等の栄養補給方法(本人からの情報が困難な場合には、家族からの情報を参考にする)	55	3.55	.689	0.93	
	本人の食事形態・内容へ満足感(本人が意思を表示できない場合には、摂食状況等の様子から判断する)	55	3.60	.596	0.95	
	本人の延命に対する希望・意思(本人が希望・意思を表明できない場合には、家族からの情報を参考にする)	54	3.59	.687	0.93	
家族の意思・希望や行動についてのアセスメント内容 と方法	看取りを望む場所	54	3.81	.438	0.98	
	今後の処置・対応への希望・思い	55	3.87	.336	1.00	
	医療・ケア等への信頼感	55	3.69	.466	1.00	
	経口か胃ろう等の栄養補給方法の決定の意志・思い	55	3.69	.466	1.00	
	本人の嗜好について家族からの情報	55	3.56	.536	0.98	
	家族が食事介助等の食に対する関わりを持つことを希望しているか	55	3.04	.860	0.73	
	家族が最期の状態の苦痛の緩和の希望しているか	54	3.63	.623	0.93	
	家族・親族のメンバー間の意思の統一の状況	55	3.45	.633	0.93	
	家族の介護疲れ、精神的疲れ	54	3.07	.821	0.78	
	家族の面会の頻度	55	3.07	.742	0.84	
	食べられなくなったことや吸引時の様子を受け入れているか	55	3.60	.596	0.95	

*** $p < .001$

表C-4 施設の体制についての内容に関する評価

大項目	小項目	度数 n	平均値 M	標準偏差 SD	内容妥当性指数 CVI	Kendallの一致係数 W
相談員の家族への連絡・調整 ※施設によっては、相談員の代わりに、ケアマネジャー、看護師、ユニット職員等が行う場合がある。	キーパーソンへ今後の方向性をこまめに連絡・調整し、確認をする	55	3.75	.517	0.96	0.094 ***
	看取りを行うために家族に可能な協力を依頼する	55	3.56	.660	0.91	
	家族の経済的情報等を把握する	55	3.27	.804	0.82	
	家族に、終末期(最期)の場所の希望を確認する	55	3.82	.434	0.98	
ケアマネジャーの施設内でのケアマネジメント ※施設によっては、ケアマネジャーの代わりに相談員、ユニット職員等が行う場合がある	家族のことを含めた施設内でのケアマネジメントを実施する	55	3.75	.440	1.00	
	希望する看取りの内容を確認する	55	3.78	.459	0.98	
	家族・親族へ終末期に定期的な面会を依頼する	53	3.45	.722	0.91	
	看護師や介護職から食事関連情報を集め、家族に連絡・報告する	53	3.66	.553	0.96	
委託業者・厨房内の協力・対応	厨房の職員は、個別の食事形態の変更に随時対応する	55	3.80	.404	1.00	
受付・事務員の協力	受付や事務職も協力し、利用者の情報を把握する	55	3.44	.739	0.89	
ムンテラ時の同席	医師と看護師とケアマネジャー(相談員)が同意書の確認する	55	3.71	.533	0.96	
看取りのムンテラ時期と状況	看取りのムンテラは、個別の状況で異なるが比較的早めの時期に行う	55	3.47	.716	0.87	
看取りに向けてのカンファレンスの時期	看取りのムンテラ後にカンファレンスを実施している	51	3.47	.703	0.88	
家族への看取りの環境の配慮	家族が宿泊・仮眠できるように環境面(簡易ベッド等)の準備を行う	54	3.44	.793	0.89	
状況の変化に対する職種間の情報共有	心身の状況の変化に対して、それを情報共有している	55	3.78	.459	0.98	
	スタッフの一致団結した態度がある	55	3.47	.663	0.95	
	各職種は、常に観察(倦怠感へ対応やの声かけ、1人にさせない、体位変換)を重視している	55	3.51	.605	0.94	
	具体的な計画の検討を行う	55	3.56	.536	0.98	
	家族が食事介助を希望する場合には、職員がフォローするという関係を重視する	55	3.42	.762	0.87	
	栄養ケアマネジメントは、職種間で役割を分担している	55	3.27	.827	0.80	
	栄養ケアマネジメントとケアマネジメントが連動している	55	3.62	.561	0.96	
	定期的なケア会議・カンファレンスを実施している	55	3.67	.511	0.98	
	会議以外の形式でその都度情報交換を行っている	54	3.70	.461	1.00	
	食事介助の方法を統一している	54	3.39	.685	0.92	
	各職種の役割を確認している	55	3.47	.634	0.96	
職種にかかわらず利用者に積極的に接することを重視している	54	3.61	.529	0.98		
看取りに向けての研修受講	スタッフは1年に数回の研修を受けるようにしている	54	3.13	.848	0.74	
看取り期の本人の身体変化への統一的対応	看取りの方針とケアを徹底し、各職種が意識を統一して行う	54	3.46	.636	0.93	
施設内での看取りケアの経験	施設内での看取りを経験しているスタッフがいる	55	3.69	.540	0.96	

*** $p < .001$

表C-5 医師の栄養ケアの役割と対応に関する評価

大項目	小項目	度数	平均値	標準偏差	内容妥当性指数	Kendallの一致係数
		n	M	SD	CVI	W
家族への説明	ケースバイケースであるが、亡くなる約1週間前までには家族へ説明する	8	3.50	.535	1.00	0.241 ns
	今の状態は老化現象であり、病気ではないという趣旨の説明をする	8	2.88	.991	0.75	
	家族が希望を話しやすくするために、病院でも施設でもどちらでもご希望に添いますという内容の説明をする	8	3.38	.518	1.00	
協力体制	時間外であっても連絡をつけられるようにする(駆けつける場合もある)	8	3.63	.744	0.88	
	定期的診察し、指示を出す	8	3.75	.463	1.00	
	必要時のみ採血を実施する	8	3.38	.744	0.88	
	栄養より食べられるもの重視の考え方をもち	8	3.75	.463	1.00	
看取りの判断を行う	看護師からの心身の情報提供を受け、看取りの時期についての判断を行う	8	3.75	.463	1.00	

表C-6 管理栄養士の栄養ケア関連項目に関する評価

大項目	小項目	度数	平均値	標準偏差	内容妥当性指数	Kendallの一致係数
		n	M	SD	CVI	W
終末期の介入開始時期	食事が低下し始めた時から再計画を行う	17	3.47	.514	1.00	0.279 ***
	食欲が低下したときから再計画を行う	17	3.24	.562	0.94	
介入期間	最期まで	16	3.81	.403	1.00	
利用者の食事状況や心身のアセスメント内容	覚醒状態や嚥下状態を確認するために、食事の場面の観察している	17	3.94	.243	1.00	
	食事の場に出向き、他職種との情報交換している	17	3.94	.243	1.00	
	他職種への食事内容等の確認や相談している	17	3.88	.332	1.00	
	他職種から、身体状況や処置等を教えてもらう	17	3.76	.437	1.00	
	他職種と身体状況についての情報を交換している	17	3.82	.393	1.00	
	施設内の多職種共有の記録用ソフトや紙面記録類からの把握している	17	3.76	.437	1.00	
	全体申し送り以外の他職種との会話から情報収集している	17	3.71	.470	1.00	
	申し送り時には、他職種の話す口調や雰囲気から緊急性等の様子の理解している	17	3.65	.493	1.00	
	看護師・介護職員から、利用者の細かい情報(食べられるもの・時期)の情報収集している	17	3.65	.493	1.00	
	食事が摂取できないときも、その方の居室への訪問している	17	3.59	.712	0.88	
	必要時、食事介助を行いながら食べる状況の把握している	17	3.53	.800	0.82	
	無理はせず(可能な限り)、身長は年1回、体重は月に1回の計測を行う	16	3.75	.577	0.94	
必要時、摂食・嚥下状態のアセスメントを行う	17	3.12	.781	0.77		
終末期における食事内容・形態の変更の工夫	栄養補助食品(ゼリー、プリン、濃厚流動、アイス)を追加する	17	3.76	.437	1.00	
	嗜好や体調の変化にあわせて食べられるもの、好きなものを提供する	17	3.82	.393	1.00	
	栄養補助食品のサンプルを活用し、嗜好の変化への対応する	17	3.35	.786	0.83	
	好きなものは、外観を大切に形あるように工夫して提供する	17	3.53	.624	0.94	
	小鉢で追加したり、少量の形で提供する	17	3.71	.470	1.00	
	誤嚥を防止するために形態を嚥下しやすい状態で提供する	17	3.82	.393	1.00	
	食形態をそのときの状態に合わせて、ムース食、半固形、流動食等、段階的に変更する	17	3.76	.562	0.94	
看取り期における食事の提供の工夫	無理しない程度に、電解質・水分を重視(例-OS-1やゼリーを中心にした等)する	17	3.65	.493	1.00	
	誤嚥しないように、嗜好を重視して形態を工夫(とろみつきゼリー食、ムース食等)する	17	3.76	.437	1.00	
	出来る限り、本人の好きな食べ物を追加する	17	3.53	.514	1.00	
	本人・家族の意向や体調に合わせて内容・量等をタイムリーに対応する	17	3.65	.493	1.00	
	最期までいつでも食べものが出せるように配慮する	16	3.75	.447	1.00	
他職種への食事に関する指示・連絡	介護職へ、状態に応じてゼリーや水分等の補食の食べさせ方の指示・依頼する	17	3.18	.809	0.77	
	介護職へ、ノート(連絡ノート)やPC、個人の記録を通じて指示を依頼する	17	3.06	.827	0.71	
	医師へ栄養摂取状態に関する情報の報告する	17	2.94	.899	0.71	
	看護職へ褥瘡や検査値を含めた身体情報の提供の依頼する	17	3.59	.507	1.00	
	医師・看護師とともに、他職種へ経口摂取の方針の説明する	17	3.06	.748	0.77	
	調理師・委託業者へ利用者の経過や食事内容の変更や協力の依頼する	17	3.88	.332	1.00	
	食事形態が変更となる時には、調理師・委託業者へ、貴重な仕事をしているという意味の説明する	17	3.53	.514	1.00	
家族への指示・連絡	家族に、何でも食べさせたいものを持って来てほしいと、看護師・相談員を通じて依頼する	17	3.41	.712	0.88	
	家族へ食事量減少についての説明する	17	3.35	.702	0.88	
	本人の理解するため、できるだけ普段から日常会話を持つようになっている	17	3.35	.606	0.94	
他職種の業務も実行する	時間があがる場合には、一緒に生活行動(徘徊等)に付きそ、遊びへの関わりをする	17	3.06	.659	0.82	
楽しみのある食事提供方法	継続的に喫茶店、バイキング、昼食会、お花見、お弁当等を企画・運営する	17	3.71	.588	0.94	

*** $p < .001$

表C-7 看護師の栄養ケアの役割と対応に関する評価

大項目	小項目	度数	平均値	標準偏差	内容妥当性指数	Kendallの一致係数
		n	M	SD	CVI	W
看取りのムンテラの必要性の判断と医師への依頼	看護師が医師によるムンテラの必要性を判断し、依頼する	15	3.80	.414	1.00	0.309 ***
定期的な健康チェックと様子観察	定期的に健康状態と様子を観察、見守りを実施する	15	3.93	.258	1.00	
食事内容と食事形態の検討・調整	食事内容の変更等の検討に参加する	15	4.00	0.000	1.00	
	本人の摂食・嚥下状態や食形態のアセスメント結果を管理栄養士に伝える	15	3.53	.516	1.00	
身体状況の把握と処置への判断	身体状況、ADLの状態、皮膚の状態等の反応、どういふ方針、服薬の指示等を、朝の申し送り、夜の申し送りで常に説明する	15	3.60	.507	1.00	
	毎日、本人の様子観察とプラス思考の声かけをする	15	3.33	.816	0.93	
	家族が遠方時に家族の代理として食事提供についての判断を行い、家族に電話で伝える	15	2.87	.834	0.73	
	褥瘡処置や全身のケアを実施する	15	3.87	.352	1.00	
	最期の場合の食止め指示をする	15	3.27	.799	0.80	
	誤嚥のリスク判断を行う	15	3.73	.594	0.93	
	具合が悪い場合には、介護職に代わり食事助する	15	3.07	.884	0.80	
介護職への病態の説明	日々の心身の状態変化を介護職へ連絡する	15	3.87	.352	1.00	
本人へ、身体状態や食事の変更についての説明	多職種と連携しながら、本人へ身体状況やその対応(食事回数等)について納得できるように説明する	15	3.53	.640	0.93	
医師への連絡・依頼	医師に心身の状態について報告する	15	4.00	0.000	1.00	
	必要と判断した場合に、医師へ血液検査を依頼する	15	3.00	.655	0.80	
栄養士から連絡を医師へ伝達	管理栄養士から連絡を受けたエネルギー量、微量元素等を医師に報告するようにしている	15	3.53	.640	0.93	
夜間時の対応	夜間にプリン・ゼリー・アイス等を食べさせた状況を記録に残すように介護スタッフへ依頼する	15	3.73	.594	0.93	
	夜間時の飲食中止の判断・指示を行う	15	3.73	.594	0.93	

*** $p < .001$

表C-8 介護職の栄養ケアの役割と対応に関する評価

大項目	小項目	度数	平均値	標準偏差	内容妥当性指数	Kendallの一致係数
		n	M	SD	CVI	W
食事介助	声かけをしながら食事介助する	15	3.93	.258	1.00	0.335 ***
	できれば1対1が望ましいが、場合によっては1対1~3の食事介助を行う	15	2.93	1.100	0.80	
買い物	本人が希望する時には、食材・食品の買い物を行う	15	3.00	.926	0.73	
	本人が希望する場合には、家族に食材・食品の買い物を依頼する	15	3.27	.704	0.87	
具体的な食事内容の報告	毎食の摂取状況の報告をする	14	3.93	.267	1.00	
	本人(家族)からの希望を聞いて他職種へ報告・相談する	15	3.73	.594	0.93	
食べられる時に簡単な食事の提供	本人の希望時(必要時)に、用意されているプリン・ゼリー、アイスクリーム等の嗜好品を提供する	15	3.67	.617	0.93	
全身のケアと最期の水分補給	状況を観察し、全身ケア、最期は水分補給、看取りケアの実施する	15	3.80	.414	1.00	
夜間時の判断と実施内容	フロアの冷蔵庫にあるゼリー、アイス等を判断して提供する	15	3.47	.743	0.87	
	夜間プリン・ゼリー・アイス等を食べさせた状況の記録・報告する	15	3.87	.352	1.00	

*** $p < .001$

表C-9 各職種別の終末期以降の病態のアセスメント項目に関する評価の差異

大項目	小項目	職 種	医師 (n=8)		管理栄養士 (n=17)		看護師(n=15)		介護職(n=15)		分散分析の結果	
			M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F(3.51)	p
終末期にあると判断した身体状況	心身の衰弱		3.13	.835	3.71	.470	3.80	.414	3.73	.458	3.339	*
	動きの減少		2.50	.926	3.24	.562	3.60	.632	3.50	.650	5.341	**
	発声の減少		2.50	.926	3.24	.664	3.60	.632	3.40	.737	4.305	**
終末期にあると判断した食事に関する状態	食への執着の減少・無関心		2.63	.744	3.24	.752	3.53	.516	3.40	.737	3.252	*
看取り期にあると判断した状況	ほとんど摂食が不可能な状態		3.13	1.126	3.94	.250	3.87	.352	3.93	.258	5.716	**
	咀嚼・嚥下もできない状態		3.13	1.126	3.88	.342	3.80	.561	3.93	.258	4.086	*
	採血や点滴が不可能な状態		3.13	.991	3.81	.403	3.80	.414	3.73	.458	3.417	*

ANOVA * p<.05 **p<.01

表C-10 各職種別の本人と家族のニーズアセスメント項目に対する評価の差異

大項目	小項目	職 種	医師 (n=8)		管理栄養士 (n=17)		看護師(n=15)		介護職(n=15)		分散分析の結果	
			M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F(3.51)	p
本人の意思・希望についてのアセスメント内容と方法	希望する食事内容(本人からの情報が困難な場合には、摂食状況から把握する、家族から希望する食事内容を聞く)		3.25	.707	3.94	.243	3.60	.632	3.47	.640	3.456	*

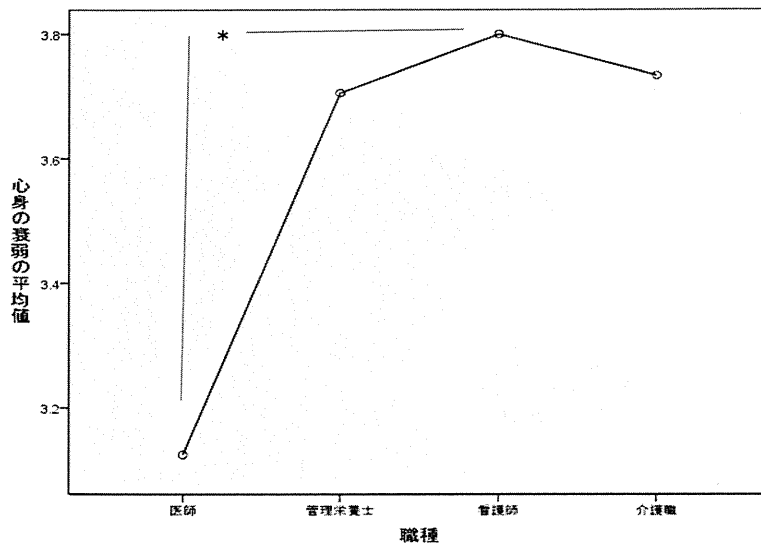
ANOVA * p<.05 **p<.01

表C-11 各職種の施設の体制についての内容に関する評価の差異

大項目	小項目	職 種	医師 (n=8)		管理栄養士 (n=17)		看護師(n=15)		介護職(n=15)		分散分析の結果	
			M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F(3.51)	p
ケアマネジャーの施設内でのケアマネジメント	家族のことを含めた施設内でのケアマネジメントを実施する		3.38	.518	3.88	.332	3.67	.488	3.87	.352	3.378	*
状況の変化に対する職種間の情報共有	心身の状況の変化に対して、それを情報共有している		3.25	.707	3.82	.393	3.87	.352	3.93	.258	5.402	**

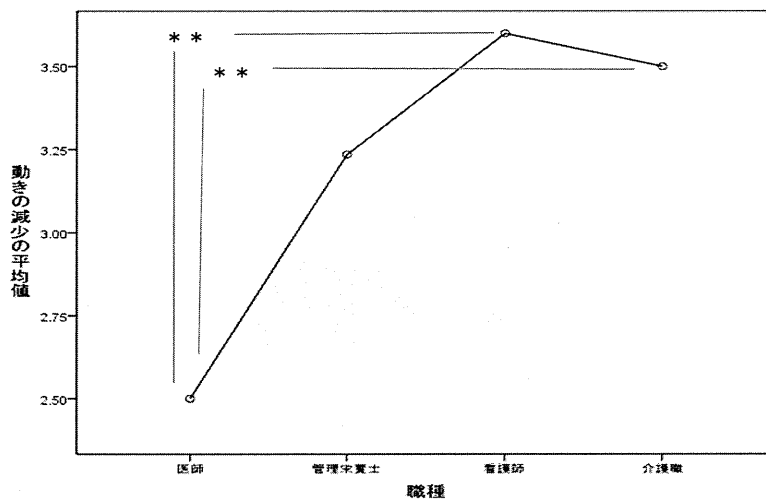
ANOVA * p<.05 **p<.01

図C-1 各職種間における「心身の衰弱」の評価の多重比較の結果



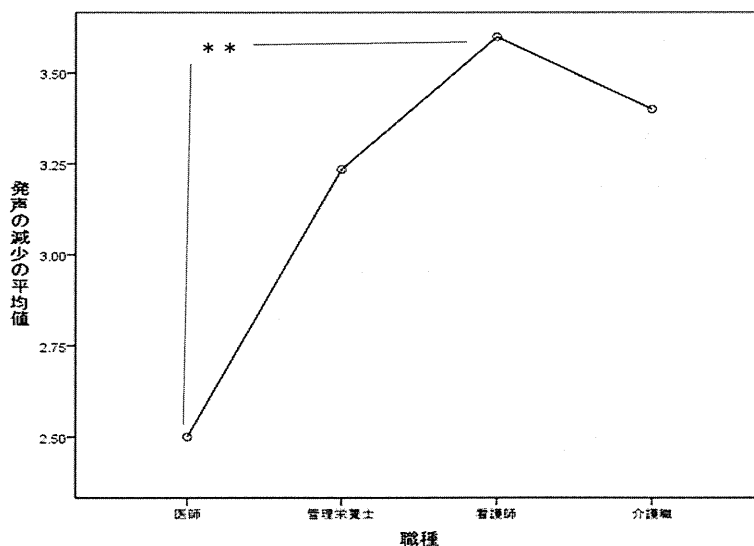
Bonferroni の検定 * $p < .05$ ** $p < .001$

図C-2 各職種間における「動きの減少」の評価の多重比較の結果



Bonferroni の検定 * $p < .05$ ** $p < .001$

図C-3 各職種間における「発声の減少」の評価の多重比較の結果



Bonferroni の検定 * $p < .05$ ** $p < .001$