

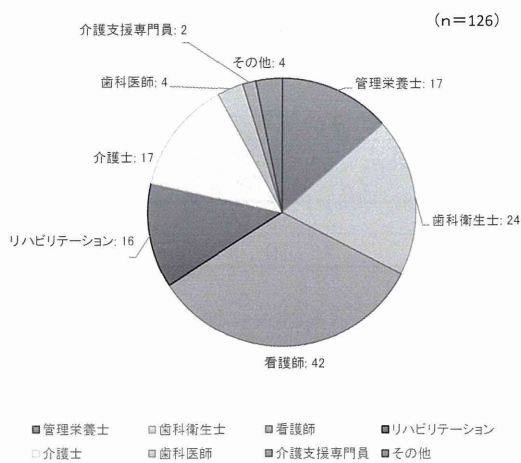
<倫理的配慮>

本調査に関するインフォームドコンセントは、研修会に参加した医療・介護の専門職本人に対して事前に十分な説明を行い、調査への参加を拒否してもなんら不利益を被らないことを伝えた上で、回答をもって同意とした。すべてのデータは匿名化した上で取り扱い、個人を特定できない条件下で分析を行った。なお、本研究は東京都健康長寿医療センター研究部門倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1) 基礎情報：

・職種の人数比



対象者の中で看護師が多く、次いで歯科衛生士、管理栄養士、介護士、リハビリテーション職種（主に言語聴覚士で、うち作業療法士3名、理学療法士1名を含む）であった。その他4名の内訳は、医師、助産師、臨床心理士、患者家族であった。

以下は管理栄養士、歯科衛生士、看護師、介護士、リハビリテーション職種の5職種に絞って検討する。

2) 経口維持加算、および食事観察への参加

管理栄養士(n=17)		経口維持加算の算定の有無		
		算定している (n=5)	算定していない (n=10)	分からない (n=2)
食事観察業務がある (参加しているn=10)	ある(n=10)	4 (4)	5 (5)	1 (1)
	ない(n=7)	1 (0)	5 (0)	1 (0)

歯科衛生士(n=24)		経口維持加算の算定の有無		
		算定している (n=8)	算定していない (n=10)	分からない (n=6)
食事観察業務がある (参加しているn=11)	ある(n=14)	7 (6)	5 (5)	2 (0)
	ない(n=10)	1 (0)	5 (0)	4 (0)

看護師(n=42)		経口維持加算の算定の有無		
		算定している (n=12)	算定していない (n=20)	分からない (n=10)
食事観察業務がある (参加しているn=5)	ある(n=14)	9 (2)	4 (2)	1 (1)
	ない(n=28)	3 (0)	16 (0)	9 (0)

介護士(n=17)		経口維持加算の算定の有無		
		算定している (n=3)	算定していない (n=7)	分からない (n=7)
食事観察業務がある (参加しているn=3)	ある(n=3)	2 (2)	0 (0)	1 (1)
	ない(n=14)	1 (0)	7 (0)	6 (0)

リハビリテーション職種(n=16)		経口維持加算の算定の有無		
		算定している (n=2)	算定していない (n=10)	分からない (n=4)
食事観察業務がある (参加しているn=5)	ある(n=5)	2 (2)	3 (3)	0 (0)
	ない(n=11)	0 (0)	7 (0)	4 (0)

本対象者は要介護高齢者の経口摂取支援をテーマとした研修会参加者であるため、対象は急性期病院、介護保険施設、在宅療養など様々な現場に従事する専門職のうち、要介護高齢者の経口摂取支援に積極的なものが集まった可能性があった。管理栄養士は勤務する施設の経口維持加算算定に関わらず、要介護高齢者の食事観察業務を実施しているものも半数であった。歯科衛生士に関しては勤務す

る・訪問する施設の経口維持加算算定の有無に関わらず食事観察業務に参加しているものがいた。看護師では勤務する施設で食事観察業務が行われていることは把握していても参加していないものが多かった。介護士では、勤務する施設で経口維持加算を行っていて、食事観察にも参加しているものがある反面、諸々の理由により算定および食事観察業務は行っていないが、要介護高齢者の経口摂取支

援を学ぶ必要性を感じているものが多い結果であった。リハビリテーションに関する職種は、勤務する施設での加算の有無に関わらず食事観察業務があれば参加している反面、食

事観察業務を行っていないものも要介護高齢者の経口摂取支援を学ぶ必要性を感じているものが多くいた。

3) 記述式アンケート内容

i) 管理栄養士

① 食事の際のアセスメント内容に関して

【自分が自信を持ってできること】

- ・ 食事量の把握・声かけ・観察・口を開いてくれる方の食介・食べやすい形への展開
- ・ 食事量の調整、データ管理
- ・ 食事形態・栄養の評価
- ・ 食形態・内容の調整
- ・ 食事形態の決定（提案）
- ・ 食事へのアドバイス（食事の環境・形態・栄養補給方法など）
- ・ 目を見て話す。
- ・ 嗜好を伺い食事内容に反映させること。
- ・ 最期まで口から食べる支援をする。

【勉強すればできそうだとおもうこと】

- ・ 口を開けにくい方への食事介助
- ・ 日々の状態の変化からの予測
- ・ 嚥下評価
- ・ 認知症の判別評価
- ・ レビー・アルツハイマーの見分け方
- ・ 認知症の症状に応じた利用者への対応

【できそうだが不安に思っていること】

- ・ 食事形態をよりよいものにする（栄養価の高いゼリー食の提供）。
- ・ 口腔ケアへの介入を行うこと。
- ・ 体重測定ができない利用者に対して皮脂厚計を使用する事。
- ・ 触れる事もするが、感染面から戸惑う事もある。
- ・ 食事形態の決定は、看護師に相談
- ・ 認知症の興奮時の対応
- ・ 口腔ケアの方法
- ・ 食事介助
- ・ 嚥下評価をできる人がいない。
- ・ 食支援（食事内容以外の調整）

【やりたいが出来ないこと】

- ・ミキサー食の廃止、付ききりでの食事介助
- ・口腔ケア、技術的な面と感染症対策への不安がある。
- ・歯がない方、上手く噛めない方の歯科受診で金銭的に難しい方にはどうしたら食事を美味しく召し上がって頂けるのか、ムース食などで本当に良いのか不安である。
- ・1人1人への日々の対応
- ・評価；摂取可能・不可能は評価出来るが、必要量・必要栄養素が摂れているか等評価が難しい（体重増加＝必要量確保 or 浮腫？）。

②連携相手の有無と連携相手を探す際の課題

【連携する相手】

- ・医師、介護士、看護師、調理師、歯科衛生士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、ケースワーカー、相談員、施設員、ケアマネージャー
- ・パワーバランスが偏っているので、発言権の強い人が食事への興味が薄く、発見・提案しづらい。
- ・言語聴覚士や歯科衛生士等、職種はいるのに、それぞれが上手く機能・協力出来ていない。
- ・ケアマネ以外には、相談する相手がいない。
- ・連携がとれており、特に問題なし。

【探す際の課題】

- ・介護士・看護師はPHSを持っているが、自分はないので探し回ってしまう。
- ・歯科医師・歯科衛生士が常勤でいないので、いつも相談できない。
- ・業務が忙しくて時間が合わない。
- ・施設の理解（連携する職種の方が必要であるという理解）
- ・専門職種がいないため、嚥下評価がしっかり出来ない。

③連携の仕方

【困っていること】

- ・パワーバランスが偏っているので、発言権の強い人が食事への興味が薄く、発見・提案しづらい。
- ・新しいことを提案しても「前は、昔は…」と言って聞き入れようとしない人が多い。意見を出してもなかなか理解してもらえない。
- ・ケアプランへの反映。正確な体重測定方法、介護士との連携。ケアマネ・家族への理解を得る方法。
- ・忙しい時など、対応が厳しい方がいる。
- ・多職種の情報共有。情報が閉ざされてしまうので、朝のミーティングなどを利用して関わっていますが、上手いコミュニケーションの取り方を考えています。

- ・ワーカーさんで支援方法、声かけが違う。
- ・看護師と介護士の認識のズレがある。
- ・ミーティング時間が揃わない（各フロアで会ったとき話す）。

【自ら行っている配慮】

- ・忙しい時は話しかけない。
- ・出来るだけ短くまとめて報告する。
- ・時系列で伝えられるように、簡潔に話す事。
- ・優しい言葉遣いをする。きちんとお礼を言う。笑顔で接する。
- ・評価用紙とは別に言語聴覚士がミーラウンドの際に出た検討中の課題などをまとめた用紙を作成している。
- ・主観的な発言や解釈、報告・連絡・相談・記録を丁寧にして根拠を持って接している（頼られる）。
- ・上から言わない。自分ができる事は実施し報告する。
- ・他職種の人の意見をしっかり聞くようにしている。
- ・記録を回してチェックして頂く。
- ・できるだけ声をかけ情報を得る・伝える。

④現場での課題

【点数・制度】

- ・何が必要か（書類・サイン等）ははっきりされていないのに監査で指摘される。
- ・未だ不明な点が多く、不安である。日付や書式、変更内容についてどこまで同意のサインが必要なのかなど。
- ・加算を取りたいが、ご家族の負担が増えていく中で、もう少し様子を見ている。
- ・栄養マネジメントをとっているが、経口維持加算は実施していても算定しにくい。
- ・介護度3以上の方が入所されるようになり、重度化が進み、業務に追われ、個別ケアが出来なくなってきた。

【現場での指示系統】

- ・食事サービス部は自分だけなので、全て自分の責任になる。
- ・伝達したことが全職員に伝わらない。
- ・看護師が指示するが多いが、夕食前に帰ってしまうところ。
- ・職員が集まらず、パート職員が増え、指示が下まで届かない。
- ・介護のトップがいない。

【連携相手】

- ・食事に興味のある一部の人に限られる。
- ・介護出身のケアマネは移乗のことばかり、看護師出身のケアマネは嚥下のことばかり重視する。

- ・問題点が出た時に誰に相談したら良いか、対応範囲が明確でないところ。
- ・業務に追われ、なかなか声をかけづらい。

【患者・家族】

- ・なかなか、自分からコミュニケーションをとれず、家族の意向を汲み取ることができない。
- ・会えない家族がいる。
- ・家族と接する機会が少なく、食事に対する意向が確認できない。最期まで食べさせたいのか、何もしないでほしいのか、ということが早い段階（食べれる状態の時に）でわからない。
- ・なかなか面会に来ていただけない方や、協力が得られない方へのアプローチ
- ・家族様の食べられると思っている形態と、本人の状態に合ってるであろうと職員が思う形態にギャップがある。
- ・自己主張される方が増え、どこまで対応したら良いかわからなくなることがある。

【ケア等の実務】

- ・本当にこれでいいのかわからない時がある（自分の選んだ方法・食事等）。
- ・ケア内容を振り返って正しかったのかどうか確認する時、ご説明しても、伝え方がいけないのか、理解して頂けない家族様へのアプローチについて悩んでいる。
- ・他の職種の方との連携がスムーズにいかない。
- ・疾病をもって入居される方、食事制限の方が増え、業務が細かくなってきた。
- ・栄養ケア内容を伝える機会がない。

⑤また研修を受ける機会があればどういうことを学びたいか

- ・色々な立場から支援する事の考え方、多種多様な意見・方向性
- ・VFなどない施設での誤嚥の評価
- ・認知症の方への接し方、食事での関わり方、食支援の方法
- ・近い将来、施設で加算を取る予定だが、どの様にアプローチしていけば、どうしたら食事をきちんと召し上がって頂くか、具体的な内容を施設に持ち帰りたい。

ii) 歯科衛生士

①食事の際のアセスメント内容に関して

【自分が自信を持ってできること】

- ・口腔状況の把握（歯式・咬合・口腔清掃・乾燥等）
- ・口腔内の異常の発見（歯・粘膜）、義歯の適合、スクリーニングテスト
- ・口腔環境の評価・歯科との連携・食事介助の注意観察
- ・咀嚼出来る方を見極め。歯（義歯）がちゃんと使えて（噛めて）いるか。
- ・食事姿勢を整える。覚醒・目覚めへの支援
- ・摂食前後の口腔ケア・食前の嚥下体操

【勉強すればできそうだと、思うこと】

- ・嚥下評価、食事形態の検討
- ・栄養データの見方・疾患の知識の獲得
- ・摂食嚥下障害への対応（介助方法・食形態）
- ・聴診。呼吸や肺に興味がある（誤嚥性肺炎と関連性）。
- ・食事形態や食事についての支援
- ・食事介助・嚥下訓練
- ・食形態の選択、食事環境を整える。
- ・義歯の適合状態

【できそうだが不安に思っていること】

- ・経口開始、中止の判断
- ・全身疾患の管理
- ・ポジショニング
- ・摂食・嚥下に関する助言
- ・食事介助（嚥下障害の人）
- ・栄養管理（食事形態の選択・評価・カロリー）
- ・頸部聴診
- ・誤嚥をいかにさせないか（食事の形態を含めて）。

【やりたいが出来ないこと】

- ・ミールラウンドを行うが、大人数で行うと入居者に圧迫感を与えてしまい、普段と違う食事摂取の風景になる場合もある。
- ・毎日食にかかわるラウンドを行うこと（現在週1回）。マンパワーが足りず無理である。
- ・栄養課との連携
- ・薬の作用・精神疾患の把握
- ・嚥下機能の評価・改善
- ・共通認識を持てる他職種が少ない。
- ・吸引
- ・いつまでも美味しい食事を食べさせたいが、トロミが美味しくないと思うので、その代わりに出来る事が見つからない。

②連携相手の有無と連携相手を探す際の課題

【連携する相手】

- ・栄養士、看護師、ケースワーカー、生活相談員、理学療法士、ケアマネ、歯科医師との時間調整が難しい。
- ・看護師：すぐに摂食、安静をとり、なかなか元に戻さない。口腔ケア等、口の中をみていない。
- ・管理栄養士：個別対応（補食の種類が増やせない）。

- ・介護職：忙しく、頼みづらい。
- ・病棟、施設内のどの職種スタッフに相談したら良いかわからない。
- ・専門職の現場は動いていることを事務職にもわかってほしい。
- ・連携する相手はいますが、介助の力（人手・スキル）の問題で、安全を優先する余り、出来る事と実施している事に差がある。
- ・医師・作業療法士・言語聴覚士・理学療法士・管理栄養士と摂食・嚥下・口腔ケアラウンドを行っているが、医師がチームリーダーであるため意見交換が難しい。

【探す際の課題】

- ・栄養士・言語聴覚士が職場にいない。
- ・連絡の相手についてはラウンド時、スケジュールに組み込んでもらっている。

③連携の仕方

【困っていること】

- ・伝える相手によって理解度が違う。
- ・自分の考えが伝わらない時。理解してもらえるアプローチが難しい（言語聴覚士・栄養士とはいつもコミュニケーションをとっている）。
- ・医務（看護）⇔介護士、医師⇔介護士と、バラバラに活動していて、情報が伝わりにくい。
- ・言語聴覚士がいない。
- ・共通言語がない。
- ・電子カルテに入力しているが、他職種がみていないことが多い。
- ・関連施設の介護士に、利用者さんの義歯のケアを頼んでも、1日で終わってしまう。
- ・ラウンドのメンバーには限りがあって「チーム」の体系ができていないのが現状である。
- ・一人の看護師に伝達して電子カルテで共有できるように入力してもらっても、全スタッフに波及させるのは難しい。
- ・介護職との連携

【自ら行っている配慮】

- ・報告の仕方。パソコンに記録を残し、スタッフに申し送る。
- ・現場でやってみせる→文や写真にまとめて主任に渡し下へ下ろしてもらう。
- ・他の職種のアドバイスや意見を尊重する。
- ・気がついた事をすぐに相談するようにしている。
- ・1枚の用紙に情報を記入し、皆にまわしている。
- ・入所者に少しでも変化があれば、看護師・医師等に報告する様心がけている。
- ・歯科用語をできるだけ使わない。
- ・患者さんに対してどうしているかを電子カルテ SOAP で簡単に書くようにしている。話しかけ方は相手の余裕のある時間に笑顔で行っている。

- ・介護士に話しかける時に、「毎日忙しいのに申し訳ないのですが…」と言うようにしている。
- ・嚥下ラウンド当日までに氏名・病棟・病名などを記入したスケジュール表を予め対象となる病棟や部署に配布して、スタッフ全員に周知してもらっている。
- ・して欲しいことを伝える人を選ぶ。適当に仕事をしているような人は当てにしない。
- ・始めから否定しないように気をつけている。
- ・認知症の様子や食事の際の様子（量や嚥下の状態等）に注意している。

④現場での課題

【点数・制度】

- ・180日過ぎた場合の加算は内科医師の2週間ごとの指示は必要か。
- ・加算がある事は良いことだが、訪問に比べ現場の点数は低い。
- ・加算の種類が増え、重要性が高まったのは嬉しいが、業務の負担になっている（記録物）。点数の改正を望みたい。
- ・180日経過後には、誤嚥がある方が継続対象となるため、摂食障害のみの方は対象になっていない。
- ・歯科医師と医師からの指示で点数ができると嬉しい（摂食嚥下両方について）。
- ・グループホームでの加算について

【現場での指示系統】

- ・トップの知識が低い。
- ・トップダウンが末端まで浸透できていない。
- ・時々来る歯科医師が、現場を知らずに指示するので困る(摂食嚥下に対しての知識がない)。
- ・言いたい事が上手く伝わらなかったり、違う方向に捉え違いをしてしまう。
- ・食事に関してまとまってない。
- ・歯科医師からの指示が口腔ケアも（家族）看護師→医師→歯科医師→歯科衛生士になっているが、時間がかかる。

【連携相手】

- ・食事支援委員会をミールラウンド後に行い、食事の形態、提供方法の変更を決める。
- ・看護師は現状維持で良いと考えており（特養なので）、点滴や薬に頼る。
- ・ゆっくり話し合う時間、ミールラウンド・カンファレンスでの時間が足りない。
- ・他職種一人一人の考えが一致しない。
- ・歯科医師、看護師、言語聴覚士、指導員、医師個人によって差があり、文章化しても時間がかかる。
- ・他職種連携が重要なポイントである事は理解しているが、なかなか困難なことは事実である。

【患者・家族】

- ・面会時に食事の様子に変化があれば伝える。
- ・経口摂取の希望は多い。反面、胃ろう等を望まない方が多くなり、もしかしたら、経管栄養が確保できれば、予後が期待できる人も、看取りの方向になる。
- ・医師や看護師やケアマネージャーを通じてしか情報がとれない。
- ・患者の状況と違う食形態を望むことがある。
- ・あまり関わりの少ない家族について、手紙（お便り）を書くが、コミュニケーションがとれない。
- ・状態が下がっていく際のご家族のメンタルサポート。

【ケア等の実務】

- ・実際に介助についてもらい状況を把握してもらおう。
- ・訓練や対応等を介護士に指示していても、実践できていないことが多い。
- ・ターミナルケアではリハビリよりケアが大切だと思うがマンパワー不足。
- ・スタッフの数が多いので、パート、ケアワーカーの全体まで情報が上手に伝わらないことがある。
- ・個別対応。
- ・個別性が高く、個人個人の口腔ケアが困難な事が多い。実技指導の設定がしづらい。

⑤また研修を受ける機会があればどういうことを学びたいか

- ・認知症の食支援については、人それぞれで難しい。いろいろやってこれなら成功したという事の積み重ねになってしまうが、もっと系統だった対応策はないのか。
- ・認知症患者、利用者とスタッフ家族がどう食支援について協働していったら良いか。
- ・在宅に戻す、胃ろうにする等、いろいろなケースがあるので、DHとして情報提供、情報共有する方法を知りたい。
- ・病態別症状の食支援の方法について。
- ・嚥下食の作り方。
- ・認知症患者さんの口腔内と栄養の関係
- ・認知症の方への接し方全般
- ・ユマニチュードケア

iii)看護師

①食事の際のアセスメント内容に関して

【自分が自信を持ってできること】

- ・VE・VFへの参加、直接・間接摂食機能療法の実施
- ・食事の状況を確認
- ・食事介助の方法・姿勢・口腔ケア

<ul style="list-style-type: none"> ・食思のない人に補食などの検討は、スタッフで話し合い考えることができる。 ・患者の情報提供、現在の状態の説明 ・口腔ケア方法や、摂食に関する支援は在宅の目線で行っている。それを目標（ゴール）として支援していくことができていると思う。 ・病院附属ですので、摂食・嚥下認定看護師、歯科衛生士、栄養士、ケアマネージャー、医師、セラピストへも相談し、助言を頂きながら連携ができるよう、繋ぎ役として頑張っている。 ・姿勢・食具の選択 ・スクリーニングテスト ・脳神経フィジカルアセスメント ・患者の疾患に応じた食事形態、摂取方法をアセスメントでき、他職種と連携している。
<p>【勉強すればできそうだとおもうこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の食支援、ユマニチュードケア ・誤嚥のリスクを減らす。 ・食形態の指示は主治医、又は歯科、摂食機能に詳しい医師からすべきだが、食べ方をみて、形態を下げたり、上げたり、先生に伺いを立てることは勉強すればできそうである。 ・摂食・嚥下プロセス・口腔ケア ・嚥下能力テスト
<p>【できそうだが不安に思っていること】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険について加算に対する流れ、マネジメント ・嚥下が困難になってきた人への食事介助 ・誤嚥しないように食事介助を行うこと・他職種との連携 ・食事摂取時の誤嚥予防 ・家族・他職種へのアドバイス ・病態別のアセスメント ・嚥下能力テスト ・摂食障害の原因となっている事のアセスメント評価・アプローチ ・家族指導
<p>【やりたいが出来ないこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・拒食時の介入、声かけ、原因探求 ・嚥下評価 ・開口・嚥下しない患者さんへの食事介助 ・言語聴覚士が時々関わっている方に関してはすべて言語聴覚士の言われる事しか出来ない。 ・認知症もだが、摂食もケアは1人だけの力では出来ないと思っている。連携やチームで支援していく形が理想だと思うが、働いているスタッフ全員が協力的という環境へ近づける為に自分が出来る事を模索中である。

- ・在宅でチームをすること
- ・「食べる」ことを止めること
- ・1人1人に時間をかけること

②連携相手の有無と連携相手を探す際の課題

【連携する相手】

- ・作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、認定看護師、管理栄養士、医師、歯科医師、介護士、医療ソーシャルワーカー
- ・栄養士、介護士との連携が必要だが、現場では特に介護士の人手不足で食事が流れ作業的になり、個々にじっくり介入できていない。

【探す際の課題】

- ・言語聴覚士→常駐していない。
- ・一度食事での誤嚥がおこると、すぐに食形態や食事量を下げたまま（量・質とも）、リスク回避のための方針が続いてしまう。
- ・介護スタッフもゆっくり食べている人に対してスプーンをとって介助してしまう。
- ・看護師→栄養士…栄養改善加算に対して、マンパワー不足から、来訪してもらい、実際の食事をとっている姿を見てもらうことや、他職種カンファへの参加が困難と言われ、紙面上や栄養士と2人での軒下カンファしか行えていない。
- ・カンファは、セラピストや介護士が参加し、生の現場での声や在宅の状況を聞いて知って頂きたい気持ちがあるが、難しいと言われる。
- ・介護士…利用者さんがムセ込むと程度に関わらず、すぐに看護師を呼ばれます。食事の量はようやく見てくれるようになったが、姿勢や食べ方なども見て、支援して欲しい。何度も対応の方法等を伝えているが、「怖いからできない」「介護の仕事じゃない」と言われチームでケアすることが困難でリスクも高い。
- ・連携の相手が、町内施設や家族キーパーソンのケアマネであるが、意識が統一されていないと食支援が難しい。
- ・訪問するタイミング、どんな風に声かけ、連携すれば良いかわからない。
- ・言語聴覚士との連携はとれているが、看護師同士での連携が難しい。
- ・医師は疾患しかみてくれない。手術による侵襲や、骨折による痛みを軽減するための手術についてよく話しますが、まず「手術がしたい」という気持ちが言動に現れる。術後食欲が低下し、だんだん嚥下能力が低下してきても「自分は骨折を治療した。治療は終わった。」と言われてしまう。
- ・嚥下造影ができない（医師がいない）。

③連携の仕方

【困っていること】

- ・ 食べる事の大切さや楽しさに介護職との認識のズレを感じる。
- ・ NST の介入がいいと思われる人も主治医によって必要ないと言われることがある。
- ・ 言語聴覚士が出される指示の根拠が曖昧で、職場スタッフにより実践に生かせない事がある。
- ・ 同じようなケースの患者に応用できるようなものが欲しいと思っている。
- ・ 意見のすれ違い、価値観の違い
- ・ 疾患や現状についての報告はできるが、食事の摂取量を増やしたり、カロリーUP するために高カロリー輸液が良いのか、経口ドリンクの方がいいのか判断が難しく、自分から提案できない。
- ・ 個人的に相談することが多く、記載に残しても次につながっていかない。
- ・ 一度かかわっただけで、あとは看護師まかせになっている感じがする。
- ・ 報告して帰っても（臨時職員の為）、その後のケア継続できていなかったり、途中で終わったままになっており、フィードバックもない。
- ・ 職種同士の意識の統一、連携が難しい。
- ・ 急性期から地域へ退院される時に訪問看護師とどう連携していくのかわからない。
- ・ 医師の視点と看護師の視点の食い違い
- ・ 栄養士、歯科衛生士、看護師、リハビリ部門の情報のつながりが無い。

【自ら行っている配慮】

- ・ 積極的に質問、疑問点を確認している。
- ・ 介護職に依頼せず自ら実施してみる。→逆に介護職からの依存度が増す、結果にもつながる。
→「看護師がやってくれる」というマイナス面がある。
- ・ 栄養士と言語聴覚士とは連携して食事について考えている。今後は薬剤師とも連携していきたい。
- ・ 必ず管理職へ報告する。
- ・ コミュニケーション、チームワーク
- ・ 現状（活動量や病状）をわかりやすく伝える。
- ・ 記録に残すようにしている。
- ・ 苦手な方にも話し方を変えない様に意識している。手伝ってもらった時、助けてもらった時は必ず感謝を言葉で伝える
- ・ 人手は大丈夫か確認している。自分の手が離せず利用者が困っているとわかればすぐに声かけし、応援をお願いしている。
- ・ 在宅生活を支える現場なので、本人の食パターンを変えずに支援できる様に気に掛けている。
- ・ 患者さんをより良くしていく為に、一緒にやっという姿勢、話し方を意識している。
- ・ 食事介助にどんどん家族に参加してもらう。
- ・ 相手のペースをつかむ。

- ・すぐに対応できるように、連携を心がけている。
- ・カンファレンスを実施
- ・摂取（食事介助）時に注意する事をみんなで共有し、守ってやるようにしている。

④現場での課題

【点数・制度】

- ・在宅分野ではマンパワー不足である（食事に関しては管理栄養士の常駐がない）。

【現場での指示系統】

- ・低アルブミン血症の方でも、主治医の指示がないと再検、補助飲料追加出来ない。
- ・医師があまり食事摂取において協力的でないことが多い。

【連携相手】

- ・介護職中心（資格なしでも働ける）職場であり、食事の大切さを共有できていない為、食べられないことが問題意識としても上がってこない。
- ・歯科医が信頼できる人でない。
- ・義歯の調整が下手である。
- ・すぐに抜歯したがる。
- ・同じ病院内でも病棟・部署をこえての連携
- ・在宅でどの様にチームを組めば良いかわからない。
- ・協力者が少ない。

【患者・家族】

- ・傾眠にもかかわらず、ムリヤリ食べさせようとしてしまう家族がいる。介護に熱心すぎて、その気持ちが先行しすぎている。
- ・「食べさせたい」とおっしゃるが、好みのものを持参されるわけでも、介助に見えるわけでもない。
- ・食べさせたい家族と、誤嚥のリスク高い患者の関わり方
- ・家族も関わってもらえれば良いが、ほとんど食事の際に面会がない。
- ・家族の協力が得られない場合、特に在宅現場は家族の同意が無ければ加算をつけ集中的ケアができない。家での様子がみれない（食環境を把握しにくい）。
- ・“食べる”ことの認識の低さ、訪問することでの経済的負担がある。
- ・家族の急性→回復期→在宅をたどる際、食事支援に不安を持たれている方が多いが、指導を行う上でどの様に導入して、どこまで求めるのか、家族の理解度などに合わせて行う事に悩む。
- ・家族が面会時に差し入れなどをし、食事時注意事項があるが、なかなか徹底できず。ENT後も誤嚥をくり返す。

【ケア等の実務】

- ・遊んだりして食事を食べない。

- ・トロミ嫌いで経口摂取進まず、経管を脱せない。
- ・嚥下障害、嚥下困難な患者さんが数名いる中で、スタッフが1対1で介助できない。1時間かけて食事介助しても摂取量が少ない。
- ・自身の知識・技術不足を感じる。
- ・時間がかかるため、具体的なマニュアルや個別的なケアの指導ができない。
- ・他施設とも同じ認識での処置の統一
- ・ゆとりがなく、限られた時間の中でいかに摂取量を上げ、栄養をつけてもらうか、といったところが重点的になりがちで、楽しみながら食事をする事への支援を行う方法・工夫に悩む。
- ・短期間で経口摂取が可能かどうか評価し、経管栄養にするのか経口でいくのか判断を迫られることが多く、時間はかかるが、経口摂取の希望が持てても、断念しなくてはならないことがある。

⑤また研修を受ける機会があればどういうことを学びたいか

- ・食事に対する欲求が低下した患者さんのケア
- ・食べる喜びを支える方法
- ・ユマニチュードの基本
- ・疾患別のケア方法
- ・口腔ケアの方法、認知症の方への食事摂取へのアプローチ
- ・認知症の種類と症状に合わせた援助
- ・食べられない時の支援の方法がひとつでも実践できるようになるアセスメントの視点
- ・認知症の人の食支援の具体的方法
- ・症状に対してのアプローチ方法
- ・食事を楽しく、必要量食べてもらうための方法、介護未経験者への食事支援指導方法
- ・退院支援の調整

iv)介護士

①食事の際のアセスメント内容に関して

【自分が自信を持ってできること】

- ・ゆっくりとした食事介助
- ・ムセないようにすること
- ・食後の口腔ケア
- ・食前の口腔体操・アイスマッサージ
- ・生活史からのアセスメント、ご本人の好みを知っていること
- ・認知症以外の食べない現象の背景をアセスメント
- ・患者ペースで食事介助を行うこと

【勉強すればできそうだとおもうこと】

- ・食べてくれない人のケア
- ・安全な食事介助
- ・口腔ケア・食事形態の調整（グループホームで調理あり）
- ・水分トロミの調整
- ・必要な情報整理・報告のポイント
- ・ユマニチュード
- ・認知症により食べない（中核症状と食事行為、嚥下機能）という仮説からチームでプランすること

【できそうだが不安に思っていること】

- ・看護師が帰った後に食事を詰まらせた時
- ・認知症の方の口腔ケア
- ・ムセたり誤嚥した時の対応

【やりたいが出来ないこと】

- ・栄養士がおらず、アドバイスを得ることができない。
- ・食事時間は決まっていて、なかなか患者ペースで介助にて召し上がって頂けない。

②連携相手の有無と連携相手を探す際の課題

【連携する相手】

- ・栄養課、看護課、課長、歯科医師、歯科衛生士、往診医

【探す際の課題】

- ・連携する相手がいない時間があるので、その時が一番心配。
- ・認知症の人の理解が少ないと困る。
- ・「栄養が大事」ということは分かっているが、食形態レベルを下げてしまうことに疑問に思うことがある。
- ・看護師・栄養士の立場も分かるが、食べる意欲を大事にし、美味しそうと思える見た目も大事にしたい。
- ・連携をとっているが、個々に仕事をしているので忙しく、看護師になかなか声かけづらい。

③連携の仕方

【困っていること】

- ・看護師と少し温度差がある。
- ・介護、看護との意見が合わないこと。
- ・自分自身の困っている事に対して、どこまで対応してくれるか、食べない人へのどこまで食事形態で良いか不安である。

- ・食形態をその時の利用者の状態で突然変更した時の記録に不備がある。
- ・段階を得ない検査を提示される。
- ・看護師と連携をとっていますが、報告の仕方をもっとわかりやすく、簡潔に伝えられればと思う。

【自ら行っている配慮】

- ・メモをして忘れないようにする。
- ・失礼のないように話しをする。
- ・利用者のことで、変えた方がいいことは相談するようにしている。
- ・業務中心ではなく、入居者さんを優先にしたゆとりを持った介護
- ・食事の残量、摂取量の把握
- ・他職種にも連携を図り、口頭でも確認している。
- ・飲食の仕方、咳き込み、口腔内乾燥の状況変化をこまめに伝えている。
- ・ご本人の基本情報と今の好み、アプローチした際のご本人の反応は報告の際に配慮している。
- ・一言、「手が空いたらで良いので」とか、「今良いですか」とか、話すタイミングに気を付けている。

④現場での課題

【点数・制度】

- ・常に評価出来る仕組みがない。

【現場での指示系統】

- ・意見がばらばらでまとめにくい。
- ・報告の漏れがある。
- ・連携をとる事、ケアの統一が難しい。
- ・自発的な行動のない同僚に対し憤る。教育効果があがらず継続したケアができない。

【連携相手】

- ・温度差を感じる。
- ・主治医の意見次第で状況が違って来る。食事時間の往診依頼ができていない。
- ・医療と介護の連携の際で、その時々タイミングでご本人にとってそれが幸せであるか、客観的に評価できているかを悩む。
- ・かかりつけ医がすぐ薬物療法の思考になる。
- ・歯科医（指示が入らないから治療しない人いる）等を含め、認知症と生活障害のつながりがたぶん理解されていない。
- ・管理栄養士に、もう少し入居者の理解をしてほしい。

【患者・家族】

- ・なるべく情報提供出来るように努めている。
- ・どこまで介護で話して良いか分からない。

- ・難しい説明で理解ができない。
- ・認知症の理解を促すことと、家族だからこそそのストレス
- ・特に認知症の入居者への理解が足りない。

【ケア等の実務】

- ・認知症の方の拒否があった場合の声かけ
- ・統一したケアができていない。
- ・きちんと行えているか不安である。
- ・食事時、残存機能を生かしたいので、食介助する職員の意識をかえたい。
- ・資格を持っていないスタッフがいて、業務全般を一から伝えないといけない。また、人員不足のため、教えられないことが多い。
- ・認知症ケアの複雑さを理論的に理解しながら実践する。
- ・水分補給で、食事時の常備茶（ほうじ茶）を嫌う人が多い。
- ・ポカリスエット、コーヒー、ココア等、飲み物の味がうすい。

⑤また研修を受ける機会があればどういうことを学びたいか

- ・認知症の人への声かけ方
- ・ベッドへ寝た際に、ムせて窒息することが一番怖いですが、前もって予防するには、ゆっくり食べることや、食べてすぐに横にしないなど他に気をつけることはあるかについて知りたい。
- ・認知症の進行により「口へ食べ物を運ぶ」動作を忘れてしまった方へのケアの仕方
- ・ユマニチュードについて
- ・色々な事が考えられますが、食事を食べてくれない方のアプローチの仕方について学びたい。
- ・口腔ケアをなかなかしてくれない方のアプローチの仕方について学びたい。
- ・誤嚥しにくい食事介助の方法について学びたい。
- ・何でも学びたいが、研修料が高額なので機会が持てない。

v)リハビリテーション職種

①食事の際のアセスメント内容に関して

【自分が自信を持ってできること】

- ・言語聴覚士的な部分
- ・嚥下スクリーニング評価（RSST・水飲みテスト・フードテスト）、VF 評価
- ・口腔・嚥下機能に適した食形態の助言
- ・嚥下機能評価・食事形態の調整
- ・認知面～食道期までの一連の動作観察・食形態の検討
- ・食事の大切さ、楽しさを伝えること

【勉強すればできそうだとおもうこと】

<ul style="list-style-type: none"> ・筋や神経への理学療法士的なアプローチによる摂食嚥下機能の向上 ・薬剤による嚥下障害についてのアセスメント ・認知症の方に対しての関わりの工夫 ・頸部聴診 ・先行期（認知期）の維持 ・カロリー評価 ・食べる為に必要な口腔面の状態・衛生面・特に歯に関すること ・認知症の方への食を通したアプローチ
<p>【できそうだが不安に思っていること】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・VF での問題点抽出 ・患者様を怒らせない関わり方 ・退院後の長いスパンの予後、家族指導 ・アセスメントやプランニング
<p>【やりたいが出来ないこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師が常にいるわけではないので、咀嚼力あるのに義歯が無い、合わないことに対応できない事も多い。 ・義歯調整の橋渡しの役割 ・家族に義歯の意義を説明しても、作成し直しの同意が得られにくい。 ・多職種での嚥下カンファレンス ・経口摂取可能かの言語聴覚士としての視点 ・リハでは自立で食事が可能だが、時間的關係もあり、リハ以外では介助となってしまう。 ・管理栄養士や調理員との連携、他の職種との連携（看護師・介護職） ・食事形態の細分化 ・栄養指導

②連携相手の有無と連携相手を探す際の課題

<p>【連携する相手】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師、歯科医師（衛生士含む）、介護士、看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、ケアマネージャー、相談員、ケースワーカー ・介護士は個々人で温度差があり、熱心な介護士とそうでない人がいる。 ・医師（主治医）との連携（忙しいので、なかなか食事に関するディスカッションがタイムリーに出来ない） ・介護まで行き届かないことが多い。 ・専門職としての意見と受け取ってもらえず、考え方が違うと受け入れてもらえない。なぜ、危機感あるかがわかってもらえない（認知症の方に対してという限定でなくても）。
<p>【探す際の課題】</p>

・同じ目的・考えを持った人が少ない。

③連携の仕方

【困っていること】

- ・医師（主治医）との連携（忙しいので、なかなか食事に関するディスカッションがタイムリーに出来ない）。
- ・情報交換、報告は口頭で部屋持ち看護師、受け持ち師長（居る時）に伝える。
- ・カルテ記載も行っているが、看護師全体に伝わりにくく、統一した関わりがなかなか出来ていない。
- ・全体が忙しくしているため、声かけをするのに躊躇する場合がある。
- ・食事や嚥下の事が他部門は分からない方も多い。
- ・認知症の方で、いつまでも嚙んでいる。遊んでしまって食べない。「あなた食べろ」と口までスプーンを持って行っても食べない方への対応。
- ・何をどこまで伝えたらいいかわからない。

【自ら行っている配慮】

- ・他職種とのこまめなコミュニケーション
- ・食事介助への積極的介入
- ・電子カルテによる情報収集・情報伝達
- ・他職種へ相談する形で連携をとっている（専門職としての意見を伝え、他職種の意見も聞いた上で利用者さんの方向性について決めるようにしている）。
- ・食事時間（主に昼食時）に病棟に常駐して、看護師や栄養士、ヘルパーさん達と食事に関する（嚥下 Pt(ムセル・食べないなど)) コミュニケーションを積極的に行っている。
- ・食事場面を看護師と一緒に観察してもらい、状態や注意点など直接話して申し送るように行っている。
- ・分かりやすい言葉（専門用語は使用しない）で伝える、紙面などに残し、伝える。
- ・無理に食べさせようとしない。

④現場での課題

【点数・制度】

- ・認知症の方の食支援は、誤嚥がなくても先行期・咽頭への送り込みのプロセスで介護者が大きな支援をするケースが多いのですが、その労力を評価して頂く制度ができれば…と現場スタッフたちといつも話している。
- ・摂食機能療法が 30 分と決められており、30 分以上時間がかかる場合が多い。点数も脳血や廃用に比べ低い。3 ヶ月と決められており、病気を発症しなければ新たに算定できない。
- ・学生時代詳しく習わなかったため、知識がとても浅い。