

厚生労働省科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

分担研究報告書

要介護高齢者への経口摂取支援への課題に関する質的調査

～専門職へのアンケート調査から～

研究分担者 小原由紀 国立大学法人東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 講師
研究分担者 田中弥生 駒沢女子大学人間健康学部健康栄養学科 教授
研究代表者 枝広あや子 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
研究協力者 本橋佳子 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

研究要旨：

要介護高齢者の口腔機能障害、摂食嚥下障害や栄養障害は多様な要因が影響しており、単独の職種のみで対応することは困難である。したがって、こういった課題に対しては医療・介護の専門職が互いに連携を取り合って、情報交換しながら協働により支援を行うことが望ましいとされている。しかしながら、要介護高齢者の経口摂取に関する支援の主な実施者である管理栄養士、看護師、歯科衛生士、介護士等の専門職種がそれぞれの専門性を発揮しつつも、効果的な連携を行う方法論は確立されていない。そこで本研究では平成 27・28 年度に行った要介護高齢者の経口摂取の支援を目的とする研修会の参加者を対象とした調査内容から、要介護高齢者に対する経口摂取支援における多職種連携上の課題について検討した。

対象は、宮城、福島、東京、名古屋、大阪、岡山、福岡、大分で行った医療・介護の専門職を対象とした、要介護高齢者の経口摂取支援方法に関する研修会の参加者 231 名を対象とした。方法は記述式のアンケート（無記名）とし、調査項目は職種（複数の場合は主たる職種）、経口維持加算算定の有無、食事観察実施の有無、食事観察参加の有無、経口摂取のアセスメントに対する実施可能内容と課題、連携すべき他の職種を採る際の課題、連携におけるコミュニケーションの方法についての課題と対策、医療・介護現場における課題とし、本検討では自由記載の記述内容を中心に検討を行った。

連携における課題について、テキストマイニングによる分析を行ったところ、職種間の視点の食い違いや意見統一の困難さ、職種を問わず必要性に対する理解の差異といった人的な要因によるもの、時間の制約といった物理的な要因のほか、家族の価値観や意見といった要因も複雑に関わっていることが示唆された。食事時のアセスメントにおける不安に感じている事項は、それぞれの職種の専門職としての実際の業務内容と養成課程における習熟機会が影響を与えている可能性が考えられた。専門教育課程と実際の業務内容において求められることの差を埋める習熟機会の必要性が示唆された。本検討によって、それぞれの課題、効率的な連携のための配慮が抽出された。本検討はさらに対象者数を増やして検討を行い、効果的な多職種連携に資する検討を行う必要がある。

A．研究目的

要介護高齢者の摂食嚥下機能の低下は、栄養障害や肺炎などの合併症の発生や QOL 低下につながる恐れがあり、可能な限り口腔機能や摂食嚥下機能、栄養状態の維持改善を図ることが重要である。介護保険施設入所者のみならず、要介護高齢者が急性疾患で入院する医療機関においても、要介護高齢者が経口摂取を維持するための取り組みが行われている。要介護高齢者の口腔機能障害、摂食嚥下障害や栄養障害は多様な要因が影響しており、単独の職種のみで対応することは困難である。したがって、こういった課題に対しては医療・介護の専門職が互いに連携を取り合って、情報交換しながら協働により支援を行うことが望ましいとされている。しかしながら、要介護高齢者の経口摂取に関する支援の主な実施者である管理栄養士、看護師、歯科衛生士等の専門職種がそれぞれの専門性を発揮しつつも、効果的な連携を行う方法論は確立されていない。要介護高齢者の自立摂食の維持と摂食量の維持、そして食事場面での安全の確保を検討することが重要であるが、要介護高齢者の経口摂取における課題は多岐にわたり、また多職種での検討が困難であることも影響し、食事に関連する介護負担が増加している実情もある^{1, 2, 3)}。

一方、多職種による連携の方法は、急性期病院の栄養サポートチーム、感染対策チームや在宅ケア・アセスメント等での検討が行われている^{4, 5)}。医療現場での連携や介護現場での連携方法は少しずつ検討されてきているが、要介護高齢者の経口摂取に関する課題は医療専門職と介護専門職が連携する必要もあり、指示系統や関係性が複雑になる傾向があるため、要介護高齢者に対する経口摂取支援の多

職種による検討の効果的な方法は、いまだ議論が緒についたばかりである。

以上を受け、今回我々は医療・介護の専門職を対象とした、要介護高齢者の経口摂取支援方法に関する研修会において行った記述式アンケートから、要介護高齢者の経口摂取支援における多職種連携での課題や工夫について検討を行ったので報告する。

B．研究方法

1.分析対象

医療・介護の専門職を対象とした、要介護高齢者の経口摂取支援方法に関する研修会の参加者とした。

研修会の会場は宮城、福島、東京、名古屋、大阪、岡山、福岡、大分であり、対象者は参加した 379 名（平成 27 年 180 名、平成 28 年 199 名）のうち、回答が得られたのは 231 名（平成 27 年 126 名、平成 28 年 105 名）であり、回答率は 60.9%であった。

2.分析方法

検討項目は以下とした（調査票 5）。

)職種（複数の場合は主たる職種）

)経口維持加算算定の有無、食事観察実施の有無、食事観察参加の有無

)経口摂取のアセスメントに対する実施可能内容と課題

)連携すべき他の職種を探す際の課題

)連携におけるコミュニケーションの方法についての課題と対策

)医療・介護現場における課題

3.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：対象者の職種内訳

対象者の中で看護師が多く、次いで介護士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士、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。介護支援専門員他関係者15名の内訳は、介護支援専門員、助産師、臨床心理士、患者家族であった。

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。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（表1）。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（表2）。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（表3）。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（表4）。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（表5）。

2. 記述式アンケート内容

自由記載の質問項目について、テキストマイニングを用いて分析を行った。自由記載のあった回答者の職種の内訳は、看護師23名、介護職14名、管理栄養士・栄養士17名、歯科衛生士10名、リハ職8名、歯科医師1名、そのほか職種6名であった。

経口摂取のアセスメントに対する実施可能内容と課題

要介護高齢者の経口摂取のアセスメント内容に関して、「できそうだが不安に思う」ことについて、記載を求めたところ、嚥下機能評価と食事介助と回答している者が多かった（図2）。職種ごとでは、管理栄養士は、嚥下機能評価、食事介助、食事形態について、看護師はアセスメントや食事介助について不安と回答していたが、介護職については、口腔ケアや認知症が頻出するキーワードとして抽出された。詳細な記載内容の一部を以下に示す。「嚥下機能評価を実際にやっているが命に関わることなのでこわい（管理栄養士・栄養士）」、「嚥下評価が不安、確認できる人がいない（管理栄養士・栄養士）」等、嚥下機能の評価については、管理栄養士・栄養士から不安と挙げる声が多かった。食事介助については、看護師から、「誤嚥しないように食事介助を行うこと」、「誤嚥性肺炎の繰り返しで、常時痰が多い患者さんへの食事介助」について、不安を挙げる声が多かった。食事形態については、「食形態の適・不適」の判断について、歯科衛生士および介護

職から不安であるとの声が挙がっていた。また、介護職からは、「認知症の方への口腔ケア」が不安とする声が挙がっていたことから、それぞれの職種の日常の業務内容によって不安と考える内容に差異があると推察された。

連携におけるコミュニケーションの方法についての課題と対策

職種間で特徴的な傾向は認められなかったが、「看護師と連携をとっています、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」、「うまく連携が進まない、医師の考え、栄養士の考え看護師の考えが一致しない」、「他の職種と連携が必要と思いつつも職場の職員さんがその必要性を理解していない」など、他の職種との連携を課題としてあげている者が多かった(図3)。「難しい」というキーワードに着目してみると、「職種同士の意識の統一、連携が難しい。人による差がある。(看護師)」、「自分の考えが伝わらない時、理解してもらえないアプローチが難しい(歯科衛生士)」などの声が挙げられた。食事に関しては、「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。(管理栄養士・栄養士)」、「医師との主治医連携忙しいので、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。(リハ職)」、「食事や嚥下の事が他部門は分からない方も多い。(リハ職)」など、食事そのものではなく、食事に関連する事項に関する他の職種との連携の困難さが挙げられていた。

医療・介護現場における課題

「家族」をキーワードとしてあげる者が最も多く、次いで「ケア」、「職員」であった(図4)。詳細な記載内容としては、「家族になかなか会えない。栄養ケア内容を伝える機会

がない」、「家族が患者の状況と違う食形態を望むことがある」、「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」、「安全にと考えている事が家族に伝わらない事も多い」などがあり、家族との関係性を課題と捉えている傾向があった。どの職種からも困りごととして挙げられていた食事に注目してみると、「介護職中心の職場であり、資格なしでも働ける。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」、「楽しみながら食事することへの支援を行う方法・工夫に悩みます」との記載があった。

看護師、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士の三職種別に特徴的な表現について抽出をしたところ、管理栄養士・栄養士および歯科衛生士は、コミュニケーションがとれないことを挙げていたが、看護師は、時間の制約を悩みとして挙げている点が特徴的であった(図5)。

学習意欲

「認知症の疾患や症状に応じた対応の仕方や注意点」など認知症患者への接し方や病態理解を挙げている対象者が17名、「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勉強したい」、「嚥下機能は良くても、認知症が邪魔をして食べにくくなっている方への対応の仕方と簡単な見分け方」等、認知症患者への食支援を挙げているのが15名であった。

D. 考察

連携における課題について、テキストマイニングによる分析を行ったところ、職種間の視点の食い違いや意見統一の困難さ、職種を問わず必要性に対する理解の差異といった人

的な要因によるもの、時間の制約といった物理的な要因のほか、家族の価値観や意見といった要因も複雑に関わっていることが示唆された。

食事時のアセスメントにおける不安に感じている事項は、それぞれの職種の専門職としての実際の業務内容と養成課程における習熟機会が影響を与えている可能性が考えられた。専門教育課程と実際の業務内容において求められることの差を埋める習熟機会の必要性が示唆された。

また連携することの重要性は理解されていても、価値観の相違や、時間の制約といった物理的な障害をいかに解消していくかが課題であった。特に関わる職種のなか、つまり“医療-介護”間や“常勤-非常勤”間などでの意思疎通の困難さを感じ、チームづくり、課題の共有の困難、認識のずれ、これに対し効率的な情報共有のための共通言語の必要性等を感じていた。

これらの課題に対する工夫は、専門的な情報を共有するために人間関係を取り持つ配慮、連携相手の意欲を引き出す工夫、専門的な知識の伝達を受け入れられるための工夫、あるいは取り組みのアウトカムの1つである利用者（患者）の好みや介入によって得られた効果などの情報の積極的なフィードバックなどの配慮などが挙げられた。

限界として、今回は分析対象となったテキストデータが少なく、十分な検討が行えていない。今後もさらにデータを蓄積し、検討していくことが必要である。

E . 結論

医療・介護の専門職を対象とした、要介護高齢者の経口摂取支援方法に関する研修会の参加者 231 名に対する記述式アンケートによっ

て、多職種連携の課題や工夫について検討を行った。

要介護高齢者の経口摂取支援には複数の職種が専門性をあわせ協働して支援することが必要である。しかしながら養成課程での学習機会の相違点、または専門職種間において優先順位の違いから齟齬が生じる例も多く経験する。本検討によって、それぞれの課題、効率的な連携のための配慮が抽出された。本検討はさらに対象者数を増やして質的な検討を行い、効果的な多職種連携に資する検討を行う必要がある。

参考文献

1. Priefer BA , Robbins J: Eating changes in mild-stage Alzheimer's disease: A pilot study . Dysphagia1997;12: 212-221 .
2. Durnbaugh T , Haley B , Roberts S: Assessing problem feeding behaviors in mid-stage Alzheimer's disease . Geriatric Nursing1996;17: 63-67 .
3. Gregory EG: Nutrition and dementia . J Am Diet Assoc 1989;89: 1795-1802 .
4. 野中 猛,野中ケアマネジメント研究会 . 多職種連携の技術 - 地域生活支援のための理論と実践 . P76-77 , P157 , 中央法規出版 , 東京 , 2014 .
5. 福原麻希 チーム医療を成功させる 10 か条 - 現場に学ぶチームメンバーの心得 - 第2刷 株式会社中山書店 , 東京 , 2014 .

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

なし

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

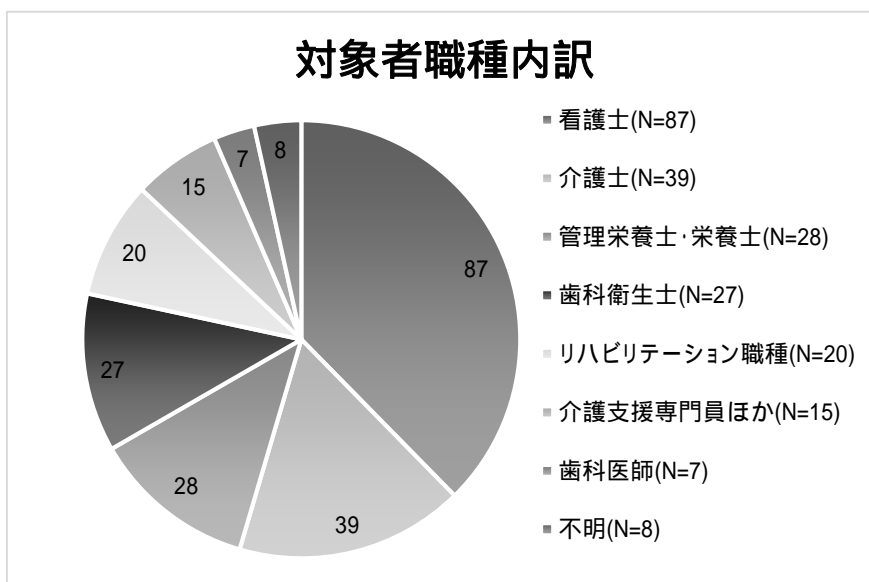


図1 対象者職種内訳

2) 職種ごとの経口維持加算, 食事観察への参加

看護師 (N=87)	経口維持加算の算定の有無			合計	
	算定している	算定していない	分からない		
食事観察業 務の有無	ある	15	9	2	26
食事観察業 務の有無	ない	4	30	27	61
合計		19	39	29	87

表1 看護師の経口維持加算算定と食事観察の有無

介護士 (N=39)	経口維持加算の算定の有無			合計	
	算定している	算定していない	分からない		
食事観察業 務の有無	ある	5	2	1	8
食事観察業 務の有無	ない	1	17	13	31
合計		6	19	14	39

表2 介護士の経口維持加算算定と食事観察の有無

管理栄養士・栄養士 (N=28)	経口維持加算の算定の有無			合計	
	算定している	算定していない	分からない		
食事観察業 務の有無	ある	8	8	1	17
食事観察業 務の有無	ない	2	9	0	11
合計		10	17	1	28

表3 管理栄養士の経口維持加算算定と食事観察の有無

歯科衛生士 (N=27)	経口維持加算の算定の有無			合計
	算定している	算定していない	分からない	
食事観察業 あり	8	5	1	14
務の有無 ない	1	9	3	13
合計	9	14	4	27

表 4 歯科衛生士の経口維持加算算定と食事観察の有無

リハビリテーション職種 (N=20)	経口維持加算の算定の有無			合計
	算定している	算定していない	分からない	
食事観察業 あり	3	3	0	6
務の有無 ない	0	11	3	14
合計	3	14	3	20

表 5 リハビリテーション職種の経口維持加算算定と食事観察の有無

介護支援専門員ほか (N=15)	経口維持加算の算定の有無			合計
	算定している	算定していない	分からない	
食事観察業 あり	5	1	2	8
務の有無 ない	0	6	1	7
合計	5	7	3	15

表 6 介護支援専門員ほかの経口維持加算算定と食事観察の有無

歯科医師 (N=7)	経口維持加算の算定の有無			合計
	算定している	算定していない	分からない	
食事観察業 あり	1	2		3
務の有無 ない	1	3		4
合計	2	5		7

表 7 歯科医師の経口維持加算算定と食事観察の有無

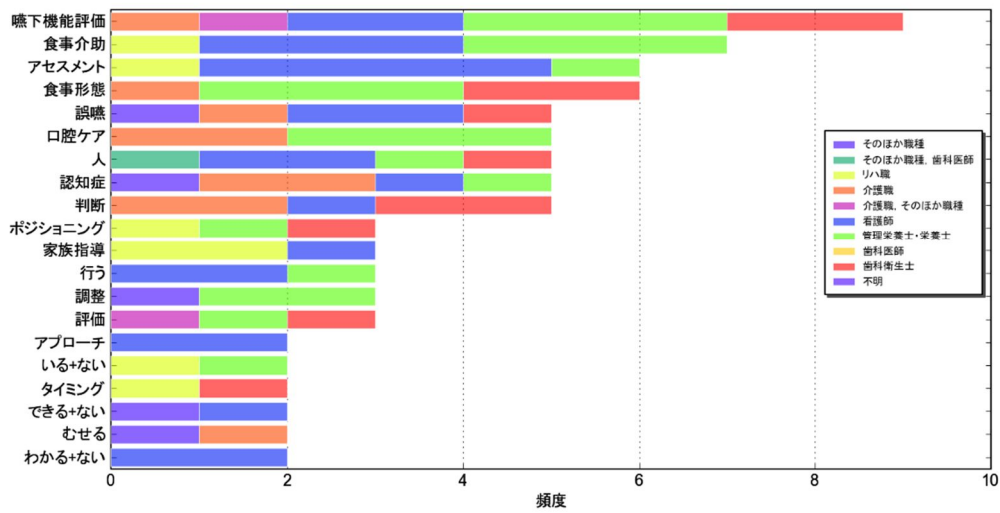


図 1 経口摂取のアセスメントに対する実施可能内容と課題

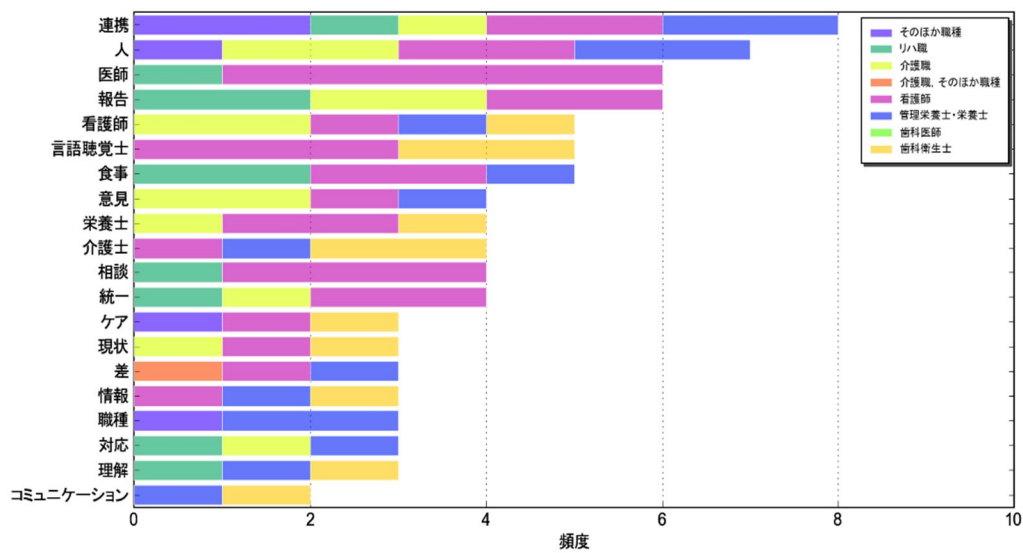


図 3 連携におけるコミュニケーションの方法についての課題と対策

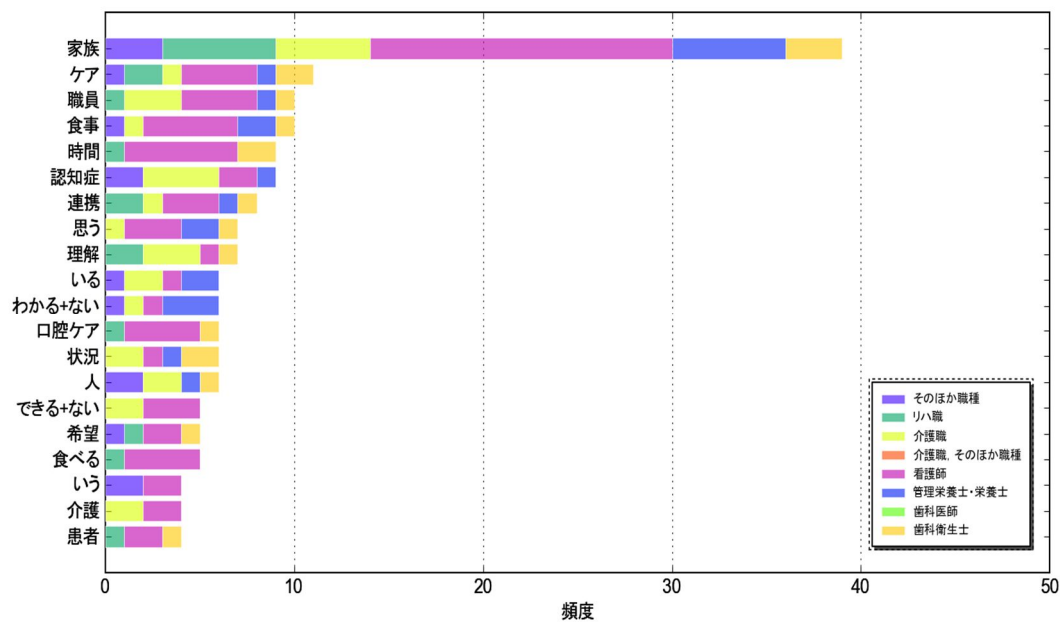
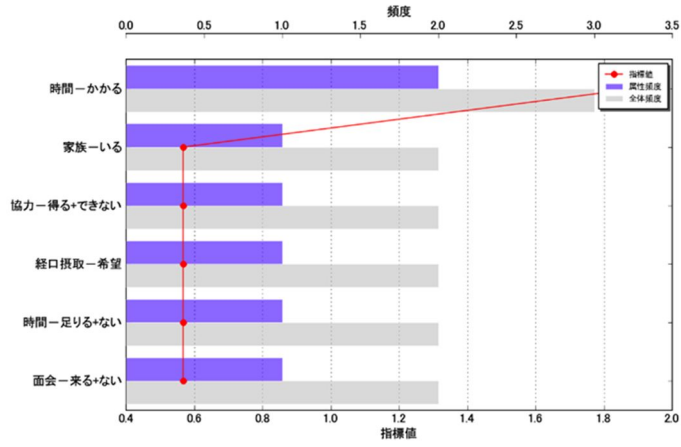
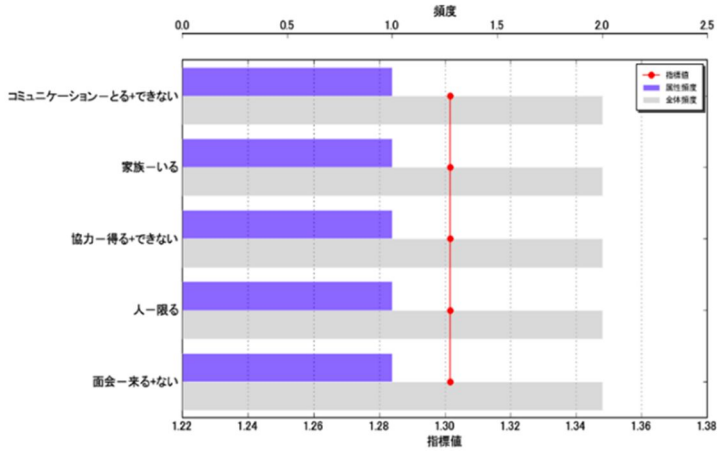


図 4 医療・介護現場における課題

看護師



管理栄養士



歯科衛生士

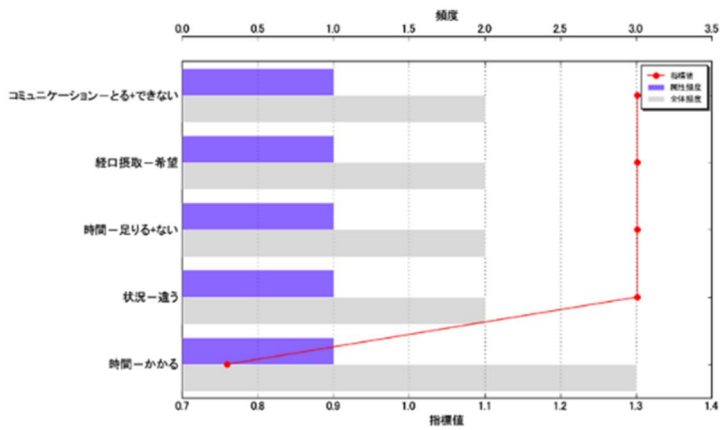


図 5-1,2,3 医療・介護現場での課題 特徴表現分析(職種ごと)