

学生の摂食・嚥下に対する理解や援助の捉え方 — 介護福祉実習事後学習におけるアセスメント・スコアシートの分析 —

祢 宜 佐統美
小木曾 加奈子

I. はじめに

2007(平成19)年、「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律(平成19年法律第125号)」が成立し、12月5日に公布された。この法律改正と併せて、介護福祉士養成課程における新カリキュラム等の見直しがされ、2009(平成21)年より実施されている。そこでは、「人間と社会」「介護」「こころとからだのしくみ」の3領域に整理され、看護、家政、福祉の融合としての介護から「独立した専門領域としての介護」を目指すことが明示されている¹⁾。専門性や質の高い介護を目指すためにはエビデンスに基づいたケアのあり方を習得することが必要であると考えられる。さらに、介護福祉士養成の教育において、安全で安楽な介護を実践するために、多方面から情報収集できる能力と利用者のリスクをあらかじめ予測できるようアセスメント力の向上を目指すことが重要である²⁾。

利用者は心身機能の低下により、さまざまなリスクを持っている。川村ら³⁾は、療養上の世話におけるヒヤリ・ハット事象としては、転倒・転落が最も多く、次いで誤嚥が多いことを示している。この傾向は、祢宜らが介護学生に行った調査⁴⁾においても同様な結果が得られている。ヒヤリ・ハット事象の第2位として多い誤嚥は、ひとたびアクシデントが生じると死に繋がることも多い。そのため、小木曾の介護学生に対する調査⁵⁾では、介護福祉実習において食事に対する誤嚥のリスクが最も高いと認識していることが明らかになっている。摂食中の窒息・誤嚥患者の疾患名としては脳血管障害者が最も多く、次いで認知症患者であることが指摘されている⁶⁾。介護福祉実習で学生が介護を実践する多くの利用者は脳血管障害や認知症である場合が多く、誤嚥のリスクが高い利用者

に対して、あらかじめリスクマネジメントを行うためにも、摂食・嚥下アセスメント・スコアシート⁷⁾を活用する事が望まれる。医療現場ではさまざまな種類の摂食・嚥下アセスメント・スコアシートが活用されており⁸⁾、医師や摂食嚥下専門士などにより、プロジェクトチームを組んで取り組みを行う⁹⁾こともあるが、介護施設では希薄な状態である。先行研究においては、介護福祉実習における食事介助に関するインシデントは約2割の学生が体験しており¹⁰⁾、高齢者ケアに携わる介護福祉士の教育においても、これら摂食・嚥下アセスメント・スコアシートを活用してエビデンスに基づくリスクマネジメントを充実させる必要がある。

そこで、本研究では、以下の2つを研究目的とした。

1. 卒学年の介護福祉系短期大学生(以下、学生)の実習事後学習で実施する第3段階介護福祉実習の受け持ち利用者(部分的なケアを受け持つ場合も含み、介護過程を展開する利用者と異なる場合もある)の摂食・嚥下アセスメント・スコアシートによる傾向を明らかにする。
2. 受け持ち利用者に対する「誤嚥予防への配慮の方法」および「ヒヤリ・ハットを感じた理由」を明らかにする。

本研究により介護福祉実習の事後学習に実施するリスクマネジメント演習時に使用した摂食・嚥下アセスメント・スコアシートを分析することにより、利用者に対する摂食・誤嚥に対する理解や援助の捉え方の傾向が明らかとなり、「安全で安楽」な視点で援助ができるための教育的課題や工夫の糸口を見つける一助となったためここに報告する。

II. 研究方法

1. 調査期間及び研究対象者の特徴

調査期間は 2009 年 9～10 月である。研究対象者は学生 60 名である。同意が得られた 58 名のうち、摂食・嚥下アセスメント・スコアシートに欠損値がない 41 名の介護福祉実習の事後学習に実施する誤嚥に対するリスクマネジメント振り返りシートを分析対象とした。なお、リスクマネジメント振り返りシートは、第 3 段階介護福祉実習でケアを実践した利用者のうち、最もリスクがあると感じた利用者 1 名（介護過程を展開する利用者でも可）を対象としている。

2. 調査項目

調査項目は、ケースが食べていた食事形態、ケースに対する誤嚥予防の配慮、ケースの食事介助に関するヒヤリ・ハット、摂食・嚥下アセスメント・スコアシート（資料参照）である。摂食・嚥下アセスメント・スコアシートは、「A 食欲の状態」「B 食べ物の認識の状態」「C 口への取り込みの状態」「D 咀嚼の食塊形成の状態」「E 咽頭への送り込みの状態」「F 咽頭通過・食道への送り込みの状態」「G 食道通過の状態」の 7 領域からなっており、口腔咽頭相、咽頭食道相、食道相の 3 つの嚥下機能の側面からアセスメントができるという特徴をもっている。

3. 分析方法

データの分析には統計解析ソフト PASW STATISTICS 18.0J を用いた。主に単純集計、相関係数は pearson を用いた。自由記述の分析は、記述内容を忠実に反映させながらカテゴリー化を行った。関連性については、自然言語処理のために開発された専用のコンピュータソフトである PASW Text Analysis for Surveys を用い、テキストマインドの手法¹¹⁾により検討した。分析の基本単位は語句であり、キーワードの関連性は有向レイアウトを用いて、ダイアグラム（図解表示）を図示した。なお、カテゴリー化及びすべてのプロセスにおいて、研究者 2 名で協議し合意を得ながら進めた。

4. 倫理的配慮

介護福祉実習の事後学習に実施する誤嚥に対するリスクマネジメント振り返りシートを研究データとして使用することについては、介護技術Ⅳの 2 単位認定後に、学生に口頭及び書面で研究の趣旨と協力依頼について説明を行った。本研究の協力は自由意志であり、個人名が特定されることはないこと、評価の対象外であること、協力しない場合でも学生には不利益がないことを説明した。本研究の趣旨を理解し、協力の同意が得られた学生のデータを分析対象とし、同意書の提出をもって意思の確認を行った。なお、分析にあたっては、学生個人が特定できないよう配慮し入力を行った。

III. 結果

1. 利用者の性別と食事内容

摂食・嚥下アセスメント・スコアシートに欠損値がない 41 名の内訳として、男性は 10 名（24.4%）であり、女性は 31 名（75.6%）であった。対象利用者の食事形態としては、常食は 12 件（29.3%）であり、軟食は 6 件（14.6%）であり、刻み食は 13 件（31.7%）であり、ミキサー食とペースト食はともに 5 件（12.2%）であった。

2. 摂食・嚥下アセスメント・スコアシートの基礎統計

摂食・嚥下アセスメント・スコアシートは、「A 食欲の状態」の領域の『姿勢の保持はできるか』は平均値±SD は 2.098 ± 0.800 と最も高く、t 値 16.785^{**} ($p < 0.001$)、平均値の差は 2.098 であり、95%信頼区間は 1.845–2.350 であった。「B 食べ物の認識の状態」の領域の『食べ物を選択できるか』は平均値±SD は 2.146 ± 1.108 と最も高く、t 値 12.402^{**} ($p < 0.001$)、平均値の差は 2.146 であり、95%信頼区間は 1.797–2.496 であった。「C 口への取り込みの状態」の領域の『口から食べこぼしがないか』は平均値±SD は 2.317 ± 0.907 と最も高く、t 値 16.365^{**} ($p < 0.001$)、平均値の差は 2.317 であり、95%信頼区間は 2.031–2.603 であった。「D 咀嚼の食塊形成の状態」の領域の『歯牙があるか』は平均値±SD は 2.902 ± 0.944 と最も高く、t 値 19.697^{**} ($p < 0.001$)、平均値の差は 2.902 であり、95%信頼区

表 1 摂食・嚥下アセスメント・スコアシートの基礎統計

アセスメント項目		平均値	標準偏差	t 値	平均差	95%信頼区間
A 食欲の 状態	呼吸状態、顔色、痰の量、喘鳴、肺雑音、発熱がないか	1.585	0.591	17.189**	1.585	1.399 — 1.772
	食欲はあるか	1.732	0.775	14.300**	1.732	1.487 — 1.976
	食事環境はよいか（机の高さなど）	2.049	0.705	18.598**	2.049	1.826 — 2.271
	食事の体位はとれているか（前傾・前屈）	2.000	0.775	16.533**	2.000	1.756 — 2.245
	姿勢の保持はできるか	2.098	0.800	16.785**	2.098	1.845 — 2.350
	精神的問題はないか	2.000	0.775	16.533**	2.000	1.756 — 2.245
B 食べ物の 認識の状態	意識がはっきりしているか	1.634	0.767	13.648**	1.634	1.392 — 1.876
	理解力はよいか	2.000	0.894	14.318**	2.000	1.718 — 2.282
	スプーンなどが口唇に触れると開口するか	1.512	0.711	13.611**	1.512	1.288 — 1.737
	食べ物を認識できるか	1.732	0.867	12.793**	1.732	1.458 — 2.005
	食べ物を選択できるか	2.146	1.108	12.402**	2.146	1.797 — 2.496
	1 回に口に入れる食べ物の量が適量か	1.805	0.715	16.167**	1.805	1.579 — 2.031
C 口への 取り込みの 状態	上肢の運動に問題がないか	2.122	1.005	13.521**	2.122	1.805 — 2.439
	巧緻性（動きのなめらかさ）はよいか	2.122	0.872	15.588**	2.122	1.847 — 2.397
	開口状態はよいか	1.781	0.613	18.602**	1.781	1.587 — 1.974
	表情で額の皺・口角の左右差はないか（左右さ）	1.878	0.748	16.073**	1.878	1.642 — 2.114
	口唇が閉じられるか	1.634	0.662	15.814**	1.634	1.425 — 1.843
	口唇音の発音ができるか（マ行・ハ行・バ行）	2.146	0.910	15.103**	2.146	1.859 — 2.434
	口唇から唾液が漏れないか	2.098	0.995	13.497**	2.098	1.784 — 2.412
	口から食べこぼしがないか	2.317	0.907	16.365**	2.317	2.031 — 2.603
D 咀嚼と 食塊形成の 状態	歯牙があるか	2.902	0.944	19.697**	2.902	2.605 — 3.200
	義歯が合っているか（ない場合は 4 点）	2.049	1.024	12.817**	2.049	1.726 — 2.372
	口腔粘膜の問題はないか	1.781	0.571	19.979**	1.780	1.600 — 1.961
	口臭がないか	1.878	0.640	18.786**	1.878	1.676 — 2.080
	口腔内の乾燥はないか	1.854	0.573	20.723**	1.854	1.673 — 2.034
	下顎の上下・回旋運動ができるか	2.073	0.787	16.866**	2.073	1.825 — 2.322
	かむことができるか	1.902	0.800	15.224**	1.902	1.650 — 2.155
	舌の突出後退、口蓋につけることができるか	2.000	0.806	15.884**	2.000	1.746 — 2.255
	舌で口唇をなめることができるか	2.024	0.851	15.230**	2.024	1.756 — 2.293
E 咽頭への 送りこみの 状態	飲み込みに時間がかからないか	2.049	0.973	13.477**	2.049	1.742 — 2.356
	口の中に食べ物を溜め込んでいないか	2.220	1.061	13.395**	2.220	1.885 — 2.554
	上を向いて飲み込んでいないか	1.756	0.860	13.080**	1.756	1.485 — 2.027
F 咽頭通過 ・食道への 送り込みの 状態	水分でむせていないか	2.342	0.883	16.971**	2.341	2.063 — 2.620
	食べ物でむせていないか	2.171	0.834	16.671**	2.171	1.908 — 2.434
	食後に咳がないか	1.976	0.821	15.404**	1.976	1.716 — 2.235
	喉に食べ物の残留感がないか	1.927	0.818	15.078**	1.927	1.669 — 2.185
	食後に声が変わらないか	1.756	0.780	14.066**	1.756	1.504 — 2.008
	喉がゴロゴロしていないか	1.732	0.807	13.741**	1.732	1.477 — 1.986
	痰の量が増えていないか	1.659	0.693	15.321**	1.659	1.440 — 1.877
G 食道通過 の状態	胸やけがないか	1.659	0.656	16.186**	1.659	1.451 — 1.866
	飲んだ物やすっぱい液が喉に逆流していないか	1.610	0.628	16.423**	1.610	1.412 — 1.808
	就寝中に咳がないか	1.610	0.586	17.577**	1.610	1.425 — 1.795

** : $p < 0.01$

表2 摂食・嚥下アセスメント・スコアシートの各領域による相関関係

	A 食欲合計	B 認識合計	C 取込合計	D 咀嚼合計	E 咽頭合計	F 食道合計	G 通過合計
A 食欲合計	1						
B 認識合計	.492(**)	1					
C 取込合計	.509(**)	.630(**)	1				
D 咀嚼合計	.539(**)	.673(**)	.721(**)	1			
E 咽頭合計	.284	.725(**)	.570(**)	.571(**)	1		
F 食道合計	.462(**)	.731(**)	.687(**)	.770(**)	.750(**)	1	
G 通過合計	.466(**)	.610(**)	.714(**)	.768(**)	.564(**)	.862(**)	1

** : $p < 0.01$

間は2.605–3.200であった。「E 咽頭への送り込みの状態」の領域の『口の中に食べ物を溜め込んでいないか』は平均値±SDは2.220±1.061と最も高く、t値13.395** ($p < 0.001$)、平均値の差は2.220であり、95%信頼区間は1.885–2.554であった。「F 咽頭通過・食道への送り込みの状態」の領域の『水分でむせていないか』は平均値±SDは2.342±0.883であり、t値16.971** ($p < 0.001$)、平均値の差は2.341であり、95%信頼区間は2.063–2.620であった。「G 食道通過の状態」の領域の『胸やけがないか』は平均値±SDは1.659±0.656であり、t値16.186** ($p < 0.001$)、平均値の差は1.659であり、95%信頼区間は1.451–1.866であった。

3. 摂食・嚥下アセスメント・スコアシートの各領域による相関関係

各領域の相関関係としては、「F 咽頭通過・食道への送り込みの状態」と「G 食道通過の状態」のpersonの相関係数は0.862** ($p < 0.001$)であり、「D 咀嚼の食塊形成の状態」と「F 咽頭通過・食道への送り込みの状態」は0.770**であり、「D 咀嚼の食塊形成の状態」と「G 食道通過の状態」は0.768**など相関関係がみられた。その一方、相関関係がなかった領域の組み合わせは「A 食欲の状態」と「E 咽頭への送り込みの状態」であった。

4. 対象利用者に対する誤嚥予防の配慮

対象利用者に対する誤嚥予防の配慮は、「十分配慮した」は12名(29.3%)であり、「配慮した」

は10名(24.4%)であり、「どちらでもない」は2名(4.9%)であり、「少しは配慮した」は7名(17.1%)であり、「配慮の必要はなかった」は10名(24.4%)であった。

以下、カテゴリーは『 』、サブカテゴリーは“ ”で示す。回答内容の一文一義を一語彙とし、75語彙は、15サブカテゴリーから成り、4カテゴリーを形成した。

サブカテゴリーとしては、“食事形態や量に気をつける”“利用者のペースを大切に”“口腔内の観察”“楽しく食べられる環境づくり”“利用者に適した援助ができなかった”“嚥下を促す”で構成された。利用者の食事介助にあたり、さまざまな環境を整えることが重要であると認識されているため、カテゴリーとして、『食事介助の工夫』と命名した。

サブカテゴリーとしては、“誤嚥が生じやすい現状”“嚥下機能に課題はない”“利用者の身体機能に応じた援助”で構成された。介護福祉実習においては、援助を行う利用者は脳血管障害や認知症である場合が多く、嚥下機能の低下が生じていることが多い。そのため、食事の介護においては、身体機能のアセスメントをしながら具体的な援助方法を選択することが求められるため、カテゴリーとして、『利用者の身体機能』と命名した。

サブカテゴリーとしては、“利用者の食べるペースが早い”“リスクが低くても見守り”“むせに対してすばやく対応”“ゆっくり食べるよう声をかける”で構成された。認知力が低下している高齢者も多いため、自力で食事摂取できる場合においても、見守りが重要となることが認識されており、

表 3 誤嚥予防への配慮の方法

75 語彙数

カテゴリー	サブカテゴリー	主な内容
食事介助の工夫 36	食事形態や量に気をつける 11	ペースト食だったので量などを考えながら介助した 少しずつ分けて、別の茶碗に入れたり、飲み込んだら次の食物を入れるようにした
	利用者のペースを大切に 9	食事介助を行う際に利用者にあったペースで行うように心掛けた 一口一口、利用者が食事をきちんと飲み込んでから、次の一口を差し出すようにした
	口腔内の観察 8	口の中がどのような状態になっているかを確認してから、口の中へ食べ物を運んだ 飲み込みが遅いことが原因で誤嚥の危険性があるので口腔内の様子を十分注意して介助した
	楽しく食べられる環境づくり 3	楽しく食事ができるように、気分をあげるよう努めた 嚥下体操の時間に一緒に歌を歌うなど配慮した
	利用者に適した援助ができなかった 3	食事を摂取することを嫌がられるため、食べていただくことに執着してしまい、嚥下予防に対しての配慮はあまりできなかった
	嚥下を促す 2	なかなか嚥下しないため声かけをして嚥下を促すようにした 嚥下の様子を見ながら食事介助を行った
利用者の身体機能 26	誤嚥が生じやすい現状 11	食事介助では、食事をする際に頭を上下に振るため、口にしていった食物が鼻から逆流したりするため、誤嚥の可能性もあり、注意が必要である 食事介助を行っているとき、頭部が後ろにさがり顎が上がってしまう
	嚥下機能に課題はない 8	自立しているから嚥下機能の低下はなかった 身体能力的に嚥下の低下は見られず、噛む力も十分であったため、配慮する必要はなかった
	利用者の身体機能に応じた援助 7	右半側空間無視による右側の感覚が全くないため、右側に食べ物が残らないよう配慮した 食事を利用者自身で食べる時は、一口のペースなどに気を配るようにしていた
見守りの必要性がある 19	利用者の食べるペースが早い 6	特にお腹が空いているときなど食事を口の中にかき込んでしまって、むせたこともあった たくさん口に含み、苦しそうに食べられていることが多かった
	リスクが低くても見守り 6	いつ何時に事故が起こるか分からないのでしっかりと見守り配慮することが必要である 利用者自身で箸をしっかりと使い、全量摂取されていたため、見守りのみでよかった
	むせに対してすばやく対応 4	むせた時には声をかけて落ち着いていただく 食事中に会話をされることが多い人なので嚥下などで誤嚥のリスクが高まるため観察が必要
	ゆっくり食べるよう声をかける 3	よく噛みゆっくり食べるよう声かけをした 1つの食事に集中してしまうことがあったので、注意して声かけを行った
食事介助の必要性が低い 15	自立して食事摂取できる 13	食事については自立しており介助の必要性はなかった 利用者自身で食べられるので問題はなかった
	リスクが低い場合にもケアを行う 2	毎日、食事前に嚥下予防の体操を行ってから食事を摂取する

表 4 ヒヤリ・ハットを感じた理由

62 語彙数

カテゴリー	サブカテゴリー	主な内容
リスクを感じた 37	誤嚥が生じた 12	むせて咳をしたときに嘔吐に至ってしまった 食事介助をしている時に誤嚥される時があり、なかなか咳が止らない時は戸惑った 誤嚥された時に、息がしづらそうだった
	利用者の食べるペースが早い 7	利用者自身で食べているとペースがどんどん早くなってしまって、「ゆっくり食べてくださいね」と言っても、またどんどん早くなってしまわれた 食事を口腔内にかき込もうとすることがある
	口腔機能の低下 6	時々肉が噛み切れず吐き出す 口の中の食物が長くそのままであることも多かった 口腔内に食物が残渣することが多々あった
	食欲の低下から 4	食事中に眠ったりすることがあった 食事を嫌がられてしまい、口を開かなかったりする
	介助の未熟さから 4	食事を口へ運ぶペースが利用者であっていなかったのではないかと感じた 食事介助にかなりの時間を費やしてしまい、結果あまり食事を食べていただけなかった
	身体機能の低下 4	車椅子に座位の状態で食べていて、臀部がずり落ちてしまうことが食事中もあった 手指振戦のため、食物がうまく握めない
リスクを感じなかった 25	食事介助が必要ない 11	咀嚼力や嚥下力が十分あり、食事介助は必要なかった 利用者自身で食事を自己摂取できる
	見守りの中で5	見守りの中でヒヤリ・ハットを感じたことはなかった 見守っている中では利用者のペースで食事をする中で、ヒヤリ・ハットを感じることはあまりなかった
	ゆっくりとしたペースでの食事 5	利用者自身、自分のペースで食事を摂取され、問題はなかった よく嚥んで食べる利用者だったので、ヒヤリ・ハットはなかった
	誤嚥はなかった 3	食事でもせることはなかった 嚥下能力もあるし、ヒヤリ・ハットはなかった
	その他 1	他の利用者の食事を食べてしまわれることがある

カテゴリーとして、『見守りの必要性がある』と命名した。

サブカテゴリーとしては、“自立して食事摂取できる”“リスクが低い場合にもケアを行う”で構成された。食事を自力で摂取しており、誤嚥の可能性が低い場合でもケアが必要であるが、その援助の優先度は低くなることを示しており、それぞれの利用者の食事状態のアセスメントをし、限られた人材の中でケアを実践することも必要であると認識されており、『食事介助の必要性が低い』と命名した。

5. ヒヤリ・ハットを感じた理由

対象利用者に対するヒヤリ・ハットの体験は「いつも感じた」は1名（2.4％）であり、「時々感じた」は6名（14.6％）であり、「少し感じた」は11名（26.8％）であり、「感じなかった」は9名（22.0％）であり、「全く感じなかった」は14名（34.1％）であった。

回答内容の一文一義を一語彙とし、62語彙は、10サブカテゴリーから成り、2カテゴリーを形成した。

サブカテゴリーとしては、“誤嚥が生じた”“利

用者の食べるペースが早い”“口腔機能の低下”“食欲の低下から”“介助の未熟さから”“身体機能の低下”で構成された。利用者の食事介助状況や利用者の身体機能の低下などから感じたヒヤリ・ハットを示しており、カテゴリーとして、『リスクを感じた』と命名した。

サブカテゴリーとしては、“食事介助が必要ない”“見守りの中で”“ゆっくりとしたペースでの食事”“誤嚥はなかった”で構成された。食事を安全に自己摂取できる利用者の介助では、身体機能が保持されており、ゆっくりとしたペースで食事を食べることができるなど、ヒヤリ・ハットを感じなかった理由を示しており、カテゴリーとして、『リスクを感じなかった』と命名した。

6. 誤嚥予防の配慮とヒヤリ・ハットの体験の関係性

対象利用者に対する誤嚥予防の配慮とヒヤリ・ハットの体験の person の相関係数は 0.445 であり、有意確率は 0.002 であり、1 %水準で有意であった。

7. テキストマインド法による有向レイアウト

「誤嚥予防への配慮の方法」は「食事」のキーワードを記述したのは 19 名であり、「介助」が必要である場合もあるが、その反対に「問題がない」ことも多いことを示した。「食事」を中心に、利用者の食事摂取状態を把握し嚥下体操など積極的な関わりにも関連があることを示した。学生はさまざまな方向から利用者の食事に関連する機能をアセスメントしながら、誤嚥予防を考えていることが明らかになった。

「ヒヤリ・ハットを感じた理由」は「食事」のキーワードを記述したのは 25 名であり、ヒヤリ・ハットは「食事介助」やさまざまな「介助」場面で生じていることを示した。学生が経験したヒヤリ・ハットは、利用者自身が自分自身で摂食している場合にも生じていることを示した。

IV. 考察

1. 摂食・嚥下アセスメント・スコアシートによる利用者の傾向

本研究においては、学生の介護福祉実習の事後学習に実施するリスクマネジメント演習時に使用した摂食・嚥下アセスメント・スコアシートを分析対象としており、学生が臨地実習で情報収集を行った介護過程を展開する利用者のみを対象としていない。そのため、摂食・嚥下アセスメント・スコアシートの対象者の詳細な情報が不明であり、対象者の属性では、男性なのか女性なのかという情報と、該当した利用者が食べていた食事内容の情報に留まった。利用者が食べていた食事の形態として最も多いのは刻み食であった。刻み食は、利用者の摂食機能に合わせて、粗刻みや極刻みなど、刻み食自体もその内容にはばらつきがあるが、近年では、誤嚥しやすい食事の形態としても着目されている。人間の人体の構造からは、食物は唾液と混ぜ合わせ、食塊としてまとめ、嚥下しやすい形に整えるのだが、菜っ葉類などの刻み食は、口腔内で散らばってしまい、食塊としてまとめにくく、嚥下後口腔内の残渣が多くなる傾向にある。そのため、摂食・嚥下機能が低下している場合は、刻み食ではなく、ユニバーサルデザインフード¹²⁾等を取り入れることも必要である。その代表的な

図 1 「食事」を中心とした有向レイアウト 19

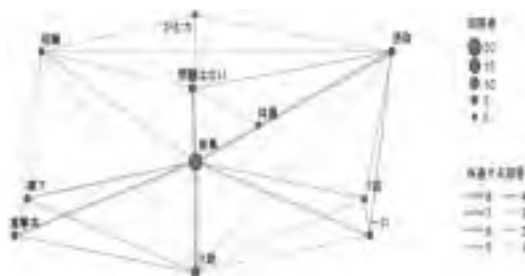
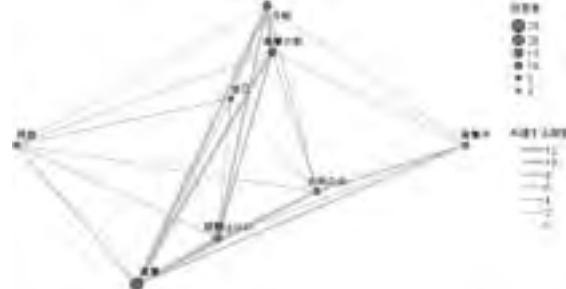


図 2 「食事」を中心とした有向レイアウト 25



食事形態の1つとしてソフト食やなめらか食もある。ソフト食とは、ミキサー食の前の段階の食形態で、なるべく元の料理に似せて形を再現しており、口への取り込み、食塊形成、移送、嚥下がしやすい食事である。ソフト食は舌で押しつぶせる程度の硬さであり、見た目も美しく美味しそうであることが重要であり、咀嚼・嚥下機能に障害のない普通食の人にも対応できる。ソフト食は食塊となっているような形でもあり、「摂取・嚥下のメカニズム」に関係しており、食塊を形成するのを補助する役目がある。刻み食との決定的な違いはこの特性である。すべりが良く、移送しやすいものである必要もあり、油脂などを使って、食材そのものを「つなぎ」にすることにより美味しさを保つことができる¹³⁾。本研究においては、利用者の食事の形態による、学生が認識した食事介助のヒヤリ・ハットの分析ではなく、食事形態における誤嚥リスクを明らかにしたものではないため、刻み食がヒヤリ・ハットに繋がりがやすいという方向性を示すことはできないが、刻み食摂取後の口腔ケアにおいて残渣が多いことにおいても、誤嚥のリスクを高めていることを示しているだろう。

2. 摂食・嚥下アセスメント・スコアシートについて

「A 食欲の状態」の領域では、『姿勢の保持はできるか』と『食事環境はよいか（机の高さなど）』に課題があることが明らかになった。正しい食事姿勢としては、前傾姿勢がとれること、安定した姿勢を保つために椅子に背もたれがあること、テーブルが高すぎないこと、足底が床につくことが重要となり¹⁴⁾、これらの学びは介護技術として学生も十分学んでおり、そのため、利用者を観察して課題として認識されたのだろう。

「B 食べ物の認識の状態」の領域では、『食べ物を選択できるか』と『食べ物を認識できるか』に課題があることが明らかになった。介護福祉実習における実習先の多くは認知症高齢者が入所しており、学生が関わった利用者の多くも認知症高齢者であった可能性が高い。本調査では認知症との関わりは明らかにすることはできないが、認知症が進行すると、食べ物を選択することも難しく、また、食べている物を認識することも難しくなる。

介護を実践するためには、利用者に食べ物の説明をし、利用者の同意を得ながら介助を行い、食べ物を認識できるよう関わるのが重要となる。認知症に特有な異常な確信や固執、食べる発動性の低下などもあるため、今後は認知症高齢者に対してのケアの工夫の構築も求められる¹⁵⁾。

「C 口への取り込みの状態」の領域では、『口から食べこぼしがないか』、『口唇音の発音ができるか（マ行、ハ行、バ行）』、『上肢の運動に問題がないか』、『巧緻性（動きのなめらかさ）はよいか』、『開口状態はよいか』と『口唇から唾液が漏れないか』に課題があることが明らかになった。介護が必要な高齢者は脳血管障害である場合も多く、片麻痺などの身体機能の低下を伴うことが多い。そのため、『上肢の運動に問題がないか』や『巧緻性（動きのなめらかさ）はよいか』など身体機能の低下に焦点をあて課題を認識できたのだろう。また、食事摂取の介護場面のみでなく、さまざまな生活の場で口腔機能を観察することが重要であり、歌唱を含めた発音などの広い視点で口腔状態の観察を行うことが重要である¹⁶⁾。

「D 咀嚼の食塊形成の状態」の領域では、『歯牙があるか』に課題があることが明らかになった。平均寿命の延長もあり、介護が必要な高齢者は年々高齢化しており、歯牙が欠損していることが多い。また、認知症である場合は、介護の拒否により十分な口腔ケアを実施することが難しい場合も多い。『歯牙があるか』は他覚的にも観察しやすい課題であることも影響を与えているだろう。

「E 咽頭への送り込みの状態」の領域では、『口の中に食べ物を溜め込んでいないか』に課題があることが明らかになった。2005年に大幅に見直しがされた介護保険制度の新たな課題の1つとして、認知症高齢者の増加がある¹⁷⁾。認知力が低下すると、口の中の食べ物に対する認識力が低下し、口腔内に食物が残っていても次の食物を口の中に入れることが多い。この行動は誤嚥のリスクを著しく高めるため、学生は食事介助の際に、利用者の口腔内観察を十分行う必要性を認識し実践ができていていると考える。摂食・嚥下アセスメント・スコアシートを活用することで、嚥下機能が低下している場合には、首のストレッチ運動やアイスマッサージを行う¹⁸⁾など機能低下している部

分に着目をして、具体的なケアに結びつけることが重要である。

「F 咽頭通過・食道への送り込みの状態」の領域では、『水分でむせていないか』に課題があることが明らかになった。嚥下機能の低下が生じると、水やお茶などの液体は最も飲み込みにくく、誤嚥のリスクが高まる。そのため、学生は水分に着目して誤嚥のリスクを認識できたと考える。最も飲み込みやすい食事の形態は 1.6%濃度のゼラチンゼリーであり¹⁹⁾、専用のゼリーを使用する場合もあるが、増粘剤を用い、水分にとろみをつけることも多く、食事形態の工夫を身近に感じており、食事形態からも利用者の状態をアセスメントできたと考える。

「G 食道通過の状態」の領域では、他の領域と比べ課題が少ないことが明らかになり、学生は口腔機能の第 1 相と第 2 相の課題はあるが、第 3 相の課題は少ないと認識をしている。高齢になると、唾液量の分泌の低下や食道粘液の分泌量の低下が生じるが、介護保険上の施設では、これらの身体機能を補完する目的で、食事内容には汁物などを取り入れ、食事前・中・後にはお茶を十分飲んでいただくなど工夫を行っている。そのため、課題が少なかったのだろう。

3. 「誤嚥予防への配慮の方法」および「ヒヤリ・ハットを感じた理由」

対象利用者に対する誤嚥予防の配慮とヒヤリ・ハットの体験は相関関係がみられたが、本調査では、ヒヤリ・ハットの体験があったため、その後の誤嚥予防の配慮を行ったのか、あるいは、誤嚥予防の配慮を実践していたが、ヒヤリ・ハットの体験があったのかは不明である。

「誤嚥予防への配慮の方法」として、食事形態や 1 回の量に配慮しながら、利用者のペースに合わせながら食事介助を実施していることが明らかになった。中村²⁰⁾は、摂食困難な認知症高齢者の食事援助では、「その人のペースをつくる」「食べる雰囲気づくり」「その人が持っている力を引き出す」「他職種・家族との連携」「誤嚥を防ぐ技術」が重要だと述べている。身体機能が低下している利用者も多く、学生は誤嚥が生じやすい現状を認識しながら、少しでも経口的な食事摂取を継続で

きるよう、さまざまな側面から観察を行っていることが明らかになった。

「ヒヤリ・ハットを感じた理由」として、『実際に誤嚥が生じた』学生が 12 名 (29.3%) であり、3 人に 1 人が実際に誤嚥に遭遇している。介護保険上の施設入所者は身体機能の低下や認知症のため、嚥下が困難になりやすく、誤嚥のリスクが高まる。嚥下機能の低下により十分な栄養が確保できなくなると、PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy 経皮内視鏡的胃瘻造設術：以下 PEG) を利用することも多いが、できるだけ経口摂取が継続できる、あるいは再開できるよう援助を行うことが重要である。大塚ら²¹⁾は咀嚼訓練は、重度認知症や意識レベルの低下、絶食や経管栄養を行っている対象者に対しても、嚥下機能の改善と唾液分泌が促進できると述べている。経口摂取のためには嚥下訓練を充実させ、嚥下造影や嚥下内視鏡検査などを行いながら、嚥下リハビリテーションを実施する²²⁾が、PEG からの離脱の場合は、職種間の障壁を取り払ったチーム医療²³⁾を行うことがより求められている。また、急性期治療を経た高齢患者は、施設などで継続したケアを受けることも多く、職種間だけでなく、施設間での調整や連携も重要となる²⁴⁾。また、口腔機能のみに着目するのではなく、生活行動を整える視点も重要であろう²⁵⁾。

V. 結語

本研究において、学生の利用者に対する摂食・誤嚥に対する理解や援助の捉え方の傾向を明らかにすることを目的として、以下の結論を得ることができた。

1. 利用者の摂食・嚥下アセスメント・スコアシートによる傾向として、「D 咀嚼の食塊形成の状態」の領域の『歯牙があるか』は平均値が最も高く、ほとんどの領域に関連性があった。嚥下機能の低下は多方面からの口腔機能の低下によって生じている傾向が明らかになった。
2. 「誤嚥予防への配慮の方法」は 15 サブカテゴリーから成り 4 カテゴリーを形成した。「ヒヤリ・ハットを感じた理由」は 10 サブカテゴリーから成り 2 カテゴリーを形成した。ダイヤグラムは「介助」が必要である場合もあ

るが、「問題がない」ことや「食事介助」やさまざまな「介助」場面でヒヤリ・ハットが生じていることを示した。

介護福祉実習における利用者の摂食・嚥下機能には多くの課題があり、学生は食事介助に際しては、食事形態や1回の量に配慮しながら、利用者のペースに合わせながら食事介助を実施しているが、実際に約3割の学生が利用者の誤嚥を経験しており、リスクを低減させるためにも食事介助の前に摂食・嚥下アセスメント・スコアシートを活用する意義が高いと考える。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、実習事後学習で実施する第3段階介護福祉実習の受け持ち利用者の摂食・嚥下アセスメント・スコアシートによる傾向を明らかにしたが、学生が臨地実習で情報収集を行った介護過程を展開する利用者のみを対象としていないため、利用者の詳細な情報が不明である。また、刻み食などとの食事形態における誤嚥リスクを明らかにする必要もある。今後は、施設における食事形態と誤嚥リスクの関連性などの検討も加味し、本研究で得られた知見を活かし、誤嚥予防に役立てていくことが課題である。

【参考文献・引用文献】

- 1) 「社会福祉士及び介護福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて」厚生労働省、2008. 4月
- 2) 小木曾加奈子、今井七重「転倒・転落に関するリスクマネジメントに関する一考」『教育医学』54 (3)、2009年、pp. 236-244.
- 3) 川村治子『ヒヤリ・ハット 11,000 事例によるエラーマップ完全本』医学書院、2003年、pp. 88-91.
- 4) 祢宜佐統美、小木曾加奈子「介護福祉実習におけるインシデントの傾向—リスクマネジメントワークシートの分析—」『名古屋柳城短期大学紀要』31、2009年
- 5) 小木曾加奈子「第1段階実習における学生のリスクマネジメントについて」『岐阜医療科学大学紀要』2、2008年、pp. 1-6.
- 6) 同掲書3) pp. 88-91.
- 7) 小木曾加奈子「医療職と福祉職のためのリスクマネジメント—介護・医療サービスの向上を視野に入れて」『学文社』2010年、pp. 127.
- 8) 石川佳代、杉原杏奈、原順子「『摂食・嚥下チェックリスト』使用前後における看護師の食事介助に対する理解・意欲の変化」『第37回日本看護学会論文集—老年看護—』、2006年、pp. 233-235.
- 9) 段下亜矢子、森川梨奈、三島松子ら「摂食嚥下プロジェクトチームによる口腔ケア充実の成果—口腔ケア監査の取り組みから—」『第40回日本看護学会論文集—老年看護—』2009年、pp. 93-95.
- 10) 森由香子、小木曾加奈子、今井七重「SHELモデルを用いたリスクマネジメントワークシートの分析—介護実習中の食事介助に関するインシデントから—」『日本福祉大学中央福祉専門学校紀要』9、2009年、pp. 50-54.
- 11) 佐藤郁哉『質的データ分析法』新曜社、2009年、pp. 54-55.
- 12) 藤崎享「ユニバーサルデザインフード」『日本食品化学工学会誌』55(2)、2008年、pp. 78-79.
- 13) 黒田留美子『高齢者ソフト食』株式会社厚生科学研究所、2001年、pp. 2-20.
- 14) 大田仁史、三好春樹『新しい介護』講談社、2004年、pp. 74-75.
- 15) 岡田慶一「介護老人保健施設認知症棟における摂食・嚥下機能—問題の分類と対策—」『北関東医学』59 (1)、2009年、pp. 9-14.
- 16) 川口久美、山本恵子、斎藤恵美ら「嚥下障害のある高齢患者に対する口腔ケアによる経口摂取開始アセスメント要因の分析」『第37回日本看護学会論文集—老年看護—』2006年、pp. 41-43.
- 17) 財団法人厚生統計協会「国民衛生の動向 2007年」54 (9)、財団法人厚生統計協会 2007年、pp. 38, 68.
- 18) 中山小百合、平山早百合、直江系佳ら「認知症、全失語、嚥下障害のある患者の経口摂取に向けての取り組み—首のストレッチ運動とアイスマッサージ、家族とともに支えた効果—」『第40回日本看護学会論文集—老年看護—』

- 2009 年、pp. 27-29.
- 19) 大田仁史、三好春樹『新しい介護』講談社、2004 年、pp. 86-87.
- 20) 中村奈美、原祥子「認知症高齢者の摂食困難場面における効果的な食事援助技術」『第 38 回日本看護学会論文集—老年看護—』2007 年、pp. 94-96.
- 21) 大塚恒子、甲斐麻里、矢野優子「咀嚼による嚥下障害の改善」『第 37 回日本看護学会論文集—老年看護—』2006 年、pp. 136-138.
- 22) 若林和江、清水順一「摂食・嚥下障害への取り組み—長期間経管栄養から経口摂取が可能となった一事例—」『第 37 回日本看護学会論文集—老年看護—』2006 年、pp. 139-141.
- 23) 仙田智彦、橘登美子、鳥谷繁ら「『食べたい』という願いをかなえたチームアプローチ」『第 37 回日本看護学会論文集—老年看護—』2006 年、pp. 38-40.
- 24) 直井千津子「急性期病院における摂食・嚥下障害高齢者へのベストプラクティス」『日本老年看護学会誌』13 (2)、2009 年、pp. 40-44.
- 25) 田中靖代「食のベストプラクティスを求めて」『日本老年看護学会誌』13 (2)、2009 年、pp. 35-39.

資料

摂食・嚥下アセスメントスコアシート

該当する箇所に○をつける

アセスメント項目		チェックポイント	とても良好な状態	正常な状態	やや不良な状態	とても不良な状態
A 食欲の状態	食欲 流動状態 生活習慣姿勢	呼吸状態、顔色、痰の量、喘鳴、肺雑音、発熱がないか				
		食欲はあるか				
		食事環境はよいか（机の高さなど）				
		食事の体位はとれているか（前傾・前屈）				
		姿勢の保持はできるか				
		精神的問題はないか				
B 食べ物の認識の状態	食べ物の認識	意識がはっきりしているか				
		理解力はよいか				
		スプーンなどが口唇に触れると開口するか				
		食べ物を認識できるか				
		食べ物を選択できるか				
		1回に口に入れる食べ物の量が適量か				
C 口への取り込みの状態	上肢運動 開口障害の有無 口への取り込み	上肢の運動に問題がないか				
		巧緻性（動きのなめらかさ）はよいか				
		開口状態はよいか				
		表情で額の皺・口角の左右差はないか（左右さ）				
		口唇が閉じられるか				
		口唇音の発音ができるか（マ行・は行・ぱ行）				
		口唇から唾液が漏れないか				
		口から食べこぼしがないか				
D 咀嚼と食塊形成の状態 <small>もしく</small>	口腔内の状態 歯牙の状態 口腔内の清潔 唾液分泌の状態 顎関節・咀嚼筋 ・顎関節による 上下・回旋運動 舌の運動障害はあるか	歯牙があるか				
		義歯が合っているか（ない場合は4点）				
		口腔粘膜の問題はないか				
		口臭がないか				
		口腔内の乾燥はないか				
		下顎の上下・回旋運動ができるか				
		かむことができるか				
		舌の突出後退、口蓋につけることができるか				
		舌で口唇をなめることができるか				
E 咽頭への送り込みの状態	咽頭通過 口腔知覚障害 舌の運動障害	飲み込みに時間がかからないか				
		口の中に食べ物を溜め込んでいないか				
		上を向いて飲み込んでいないか				
F 咽頭通過・食道への送り込みの状態	嚥下反射 嚥下反射の減弱 喉頭挙上不全はあるか 食道への送り込み	水分でむせていないか				
		食べ物でむせていないか				
		食後に咳がないか				
		喉に食べ物の残留感がないか				
		食後に声が変わらないか				
		喉がゴロゴロしていないか				
		痰の量が増えていないか				
G 食道通過の状態	食道通過 胃食道逆流	胸やけがないか				
		飲んだ物やすっぱい液が喉に逆流していないか				
		就寝中に咳がないか				

Students' awareness of users' understanding and assistance regarding feeding & deglutition

— Analysis of the assessment score sheet after learning of care training —

Negi, Satomi*

Ogiso, Kanako**

Purpose : The purpose of the research was to clarify trends in students' awareness of users' understanding and assistance regarding feeding and deglutition.

Method : 41 feeding & deglutition assessment score sheets were used as the subject for analysis. PASW ver.18 and PASW Text Analysis for Surveys were used for the statistical analysis.

Result : The domains of "The State of the Lump Formation of Masticated Food" and "Is There a Tooth?" had highest mean value. They showed a relationship to most domains. "Reasons for Aspiration Prophylaxis" formed 15 subcategories and four categories. "Reason for the Experience of Incident" formed ten subcategories and two categories. Diagrams indicated that "Assistance" was necessary in some cases, but there were also cases marked "No problem". Experience of incident occurred in situations calling for "Assistance with Meals" and other "Assistance"-related scenarios.

Conclusion : About 30% of students experienced experience of incident related to assistance with meals. It is necessary to utilize score sheets as an element of basic care training. We must improve risk management techniques based on evidence, as well as the overall quality of care.

キーワード：摂食・嚥下アセスメント・スコアシート，介護福祉実習事後学習，誤嚥予防，インシデント，ヒヤリ・ハット

* Nagoya Ryujo Junior College

** Gifu University Nursing Course, School of Medicine