

Original Article

高齢者施設における食事介助の実態と職員属性による入居者確認頻度

倉本尚美,¹ 鈴木健嗣,² 渡辺 忍,³ 日高紀久江⁴¹筑波大学グローバル教育院エンパワーメント情報学プログラム²筑波大学サイバニクス研究センター³日本社会事業大学社会福祉学研究所博士後期課程⁴筑波大学医学医療系

要旨

Kuramoto N, Suzuki K, Watanabe S, Hidaka K. Mealtime assistance and caregivers' frequency of checking the residents in nursing homes: a questionnaire survey. *Jpn J Compr Rehabil Sci* 2018; 9: 34–42.

【目的】高齢者施設で食事介助に携わる職員の基本属性や食事介助の現状を明らかにするとともに、職員による食事介助の講義受講や属性から、食事介助前後の入居者確認頻度に差があるか考察する。

【方法】関東 A 県 1 保険医療圏内の介護保険施設(18 施設)で食事介助を行う職員に対し質問紙調査を実施した。調査表において職員属性や食事介助状況に加え、入居者一般状況と食事介助前後での職員による入居者確認頻度を調査した。

【結果】695 通の調査表を配布し 493 通が返却された(回収率 70.9%)。職員は女性(70.9%)、介護の資格保持者が多く(78.7%)、多数の職員(74.4%)が食事介助に不安感を持っていた。食事介助の講義受講経験、看護職と介護職、また介護職の性別で食事介助前後における入居者確認頻度に差が生じていた。

【結論】職員に対し、安心して食事介助を行うための心理的サポートや、資格や特徴を考慮した上での食事介助の講義提供が求められる。

キーワード：高齢者施設，食事介助，摂食嚥下，高齢者，介護

はじめに

高齢者施設の入居者は、脳血管疾患など摂食嚥下障害を発症しやすい疾病を有する 경우가多く、入居者の

約 40%以上は摂食嚥下障害を伴うと推定される [1]。そのため、高齢者施設で入居者に提供される食事は、栄養やエネルギーの充足だけでなく、経口摂取を通じた嚥下機能の悪化防止やリハビリテーションとして重要な役割も担っている。さらに、入居者の摂食嚥下能力に適した食事の提供や介助は、誤嚥性肺炎の予防にもつながる。しかしながら、食事介助を担う職員の資格や経験は多様であり、食事介助の技術や知識に相違がある可能性が考えられる。

本研究は、高齢者施設で日常的に食事介助に携わる職員に質問紙調査を実施し、職員の基本属性や食事介助の現状を明らかにするとともに、食事介助の講義受講経験や職種および性別により、入居者の状況や食事介助前後において職員による入居者確認頻度に差があるか考察することを目的とする。

方法

関東 A 県の 1 保険医療圏内にある介護保険施設(介護老人福祉施設・介護老人保健施設)のうち内諾を得られた 18 施設で質問紙調査を実施した。調査対象者は該当施設に勤務し食事介助の経験がある職員とし、年齢や勤務年数、勤務形態、職種は問わなかった。調査期間中(2014 年 10 月から 2015 年 3 月)施設内に回収箱を設置し、各自で投函してもらい期間終了後に回収した。本調査は筑波大学医の倫理委員会承認後に実施した(承認番号: H24-904)。

調査表は 2 種類作成し、調査票 1 は施設管理者が施設概要を記載し、調査票 2 は施設管理者より調査対象の職員に配布された。調査票 2 では、職員属性、食事介助の現状、食事介助者による入居者の確認の有無、食事介助に関する講習の受講経験などを質問した。職種に関しては、複数免許を持つ職員が存在するため、看護師・准看護師の免許を持つ職員を「看護職員」とし、看護職員以外で介護福祉士やヘルパーなどの資格を有する場合は「介護職員」に分類した。また、社会福祉士や栄養士等の福祉・栄養関連の免許を持つ職員は「その他資格職員」とし、免許を持たない職員を「無資格職員」とした。

食事介助の現状は、食事介助の担当入居者数や入居者 1 人あたりの平均食事介助時間、食事介助中にひやりとした経験や食事介助に対する不安の有無を質問し

著者連絡先：倉本尚美
筑波大学グローバル教育院エンパワーメント情報学プログラム
〒305-8573 茨城県つくば市天王台 1-1-1 サイバニクス研究棟 4 階 404 室
E-mail: naomi@ai.iit.tsukuba.ac.jp
2018 年 7 月 30 日受理

本研究において一切の利益相反はありません。

た。また、食事介助の担当職員による入居者確認頻度を明らかにするため、入居者の通常時（一般状況）、食事介助前、食事介助中、食事介助後のそれぞれにおいて確認すべき入居者の心身状況を項目化し、各項目について「よくしている」「ときどきしている」「あまりしていない」「まったくしていない」の4段階で回答してもらった。分析では、便宜上「ときどきしている」と「あまりしていない」を統合し3段階評価とした。項目は、高齢者の摂食嚥下障害に精通した看護師と共に先行文献[2-4]を参考とし、臨床的に実施している項目を取り上げた。確認項目数は、一般状況11項目、食事介助前8項目、食事介助中14項目、食事介助後7項目である。

加えて、職員属性による食事介助前後での入居者確認頻度の相違を検討した。食事介助は、職員の食事介助経験年数や施設内の摂食嚥下障害者数等も関係すると思われるが、本研究においては職員の知識や技術、性別に着目し、①食事介助に関する講義受講経験、②職種、③看護職員と介護職員、④介護職員の性別の観点で分析を行った。

統計分析には全て χ^2 検定を使用し有意水準を5%に設定した。統計分析はSTATA ver.13 (StataCorp, Texas, USA)を使用した。

結果

調査期間中に695通の調査票を配布し、493通が返却された（回収率70.9%）。施設と回答者の概要を表1に示す。18施設のうち14施設が介護老人福祉

施設であり、平均 67.3 ± 18.8 人の入居者が居住していた。入居者数は介護老人福祉施設（ 59.4 ± 11.7 人）と比較して介護老人保健施設（ 95.0 ± 10.0 人）の方が多かった。平成27年度の調査[5]では、介護保険施設の全国平均居住者数は、介護老人福祉施設で68.6人、介護老人保健施設で87.9人であり、対象施設の入居者数は介護老人福祉施設ではやや少なく、介護老人保健施設ではやや多かったが、全国平均と大差はなかった。入居者平均年齢は 86.0 ± 1.2 歳で、介護老人福祉施設の入居者（ 86.4 ± 0.9 歳）は介護老人保健施設の入居者（ 84.7 ± 1.4 歳）よりもやや高齢であった。胃瘻利用者数は両施設ともに4人程度であった。

回答者の約70.9%が女性であり、ほとんどが何らかの資格を持っていた。そのうち、介護職が78.7%（388名）と多数を占め、4.2%（22名）は医療や介護関連の資格を有していなかった。回答者の57.5%は30～40歳であるが、看護職員が他職種と比べてやや年齢が高い傾向がみられた。平均食事介助経験年数は 8.1 ± 6.2 年であり、30年以上の経験を持つ回答者は看護職員のみで、最短1か月、最長で38.5年であった。

入居者1人あたりの食事介助時間（表2）は、15分から30分が最多で（68.6%）、約96%の回答者が45分以内で介助を終了していた。食事介助人数は、ユニット型と従来型ともに2名を担当する場合が多く、約90%の回答者が入居者3人以内の介助で、4人以上の食事介助を行う回答者は少なかった。ユニット型と従来型の人員配置は共に介護士や看護師1人あ

表1. 施設と職員の概要

介護保険施設	全体 (n=18)	介護老人 福祉施設 (n=14)	介護老人 保健施設 (n=4)		
施設利用者数±SD	67.3±18.8	59.4±11.7	95±10.0		
最小	50	50	80		
最大	100	82	100		
利用者平均年齢±SD	86.0±1.2	86.4±0.9	84.7±1.4		
PEG利用者数±SD	4.1±2.4	4.0±2.7	4.5±1.9		
職員属性	全体 (n=493)	看護職 (n=55)	介護職 (n=388)	その他 資格 (n=14)	無資格 (n=22)
女性, n(%) ¹	344(70.9)	53(96.4)	264(68.2)	9(64.3)	12(54.6)
年齢, n(%) ²					
10代	3(0.6)	0(0.0)	2(0.5)	0(0.0)	1(4.6)
20代	104(21.5)	1(1.8)	94(24.4)	2(14.3)	7(31.8)
30代	164(33.9)	13(23.6)	134(34.7)	8(57.1)	7(31.8)
40代	114(23.6)	12(21.8)	95(24.4)	2(14.3)	5(22.7)
50代	74(15.3)	21(38.2)	47(12.1)	2(14.3)	2(9.1)
60代以上	25(5.2)	8(14.6)	15(3.9)	0(0.0)	0(0.0)
勤務形態, n(%) ³					
常勤	389(80.2)	34(61.8)	317(82.1)	13(92.9)	20(90.9)
非常勤など	96(19.8)	21(38.2)	69(17.9)	1(7.1)	2(9.1)
食事介助年数, mean±SD ⁴	8.1±6.2	15.1±10.3	7.4±4.8	7.4±6.8	5.2±4.9
5年以下	28(6.0)	11(22.5)	135(35.9)	7(58.3)	15(71.4)
30年以上	7(1.4)	7(14.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

欠損値：1. n=8(1.6%), 2. n=16(3.2%), 3. n=8(1.6%), 4. n=28(5.7%)

たり利用者3名であるが、ユニット型で担当する利用者数が少ない傾向がある [6]。しかし、本調査では両方に大差はなかった。

食事介助に関する講義の受講経験では (表3)、高齢者施設に就職する前に講義受講経験がある回答者は約55%であり、その他資格職員が最多 (78.6%) で、無資格職員は受講経験割合が低かった (18.2%)。一方、

就職後の食事介助に関する講義受講経験者の割合は40%以下にとどまり、就職前と比べ受講割合が低かった。就職前と同様、その他資格職員の受講経験割合が最多で (64.3%)、看護職員と介護職員の割合はあまり変わらない (38.2%, 37.1%) が、就職後も無資格職員で受講経験割合が最も低かった (27.3%)。就職前後に食事介助の講義を受講した回答者のうち、窒息

表2. 平均食事介助時間と介助人数

	全体 (n=456)	看護職 (n=47)	介護職 (n=374)	その他 資格 (n=13)	無資格 (n=22)	χ^2 検定
平均食事介助時間 (入居者1人あたり) ¹ , n(%)						p<0.05
15分以下	63(13.8)	12(25.5)	42(11.2)	1(7.7)	8(36.4)	
15分~30分	313(68.6)	25(53.2)	270(72.2)	9(69.2)	9(40.9)	
30分~45分	64(14.0)	6(12.8)	50(13.4)	3(23.1)	5(22.7)	
45分~60分	13(2.9)	4(8.5)	9(2.4)	0(0.0)	0(0.0)	
60分以上	1(0.2)	0(0.0)	1(0.3)	0(0.0)	0(0.0)	
そのほか	2(0.4)	0(0.0)	2(0.5)	0(0.0)	0(0.0)	
食事介助人数, n(%)						
ユニット型	全体 (n=280)	看護職 (n=25)	介護職 (n=231)	その他 資格 (n=8)	無資格 (n=16)	n.s.
1人	110(39.3)	8(32.0)	89(38.5)	5(62.5)	8(50.0)	
2人	115(41.1)	12(48.0)	94(40.7)	3(37.5)	6(37.5)	
3人	32(11.4)	3(12.0)	28(12.1)	0(0.0)	1(6.3)	
4人	11(3.9)	1(4.0)	9(3.9)	0(0.0)	1(6.3)	
5人	7(2.5)	0(0.0)	7(3.0)	0(0.0)	0(0.0)	
6人以上	5(1.8)	1(4.0)	4(1.7)	0(0.0)	0(0.0)	
従来型	全体 (n=280)	看護職 (n=30)	介護職 (n=179)	その他 資格 (n=4)	無資格 (n=10)	n.s.
1人	67(30.0)	16(53.3)	45(25.1)	2(50.0)	4(40.0)	
2人	106(47.5)	9(30.0)	92(51.4)	2(50.0)	3(30.0)	
3人	34(15.3)	3(10.0)	29(16.2)	0(0.0)	2(20.0)	
4人	4(1.8)	1(3.3)	2(1.1)	0(0.0)	1(10.0)	
5人	4(1.8)	0(0.0)	4(2.2)	0(0.0)	0(0.0)	
6人以上	8(3.6)	1(3.3)	7(3.9)	0(0.0)	0(0.0)	

1. 欠損値: n=23(4.8%)

表3. 食事介助の講習受講人数(%)

食事介助に関する講義受講	就職前	就職後	緊急対応 ^{*1}	吸引の講義
全体 (n=464), n(%)	254(54.7)	180(38.7)	144(45.6)	249(53.7)
看護職	29(52.7)	21(38.2)	17(30.9)	42(76.4)
介護職	210(54.1)	144(37.1)	116(29.9)	195(50.3)
その他資格	11(78.6)	9(64.3)	7(50.0)	5(35.7)
無資格	4(18.2)	6(27.3)	4(18.2)	7(31.8)
χ^2 検定 ^{*2}	p<0.05	n.s.	n.s.	p<0.01

^{*1} 就職前または就職後および両方で講義をうけた職員 (n=316) のうち緊急対応の講義を受けた者を示す

^{*2} 職業間で検定

や誤嚥などの緊急対応に関する講義を受講した者の割合は約半数だった。吸引の講義受講は全体の半数程度(53.7%)で、職種別では看護職員の受講割合が高く(76.4%)、ついで介護職員となっていた(50.3%)。

回答者の71.2%が食事介助中にひやりとした経験があると回答していた。また、74.4%の回答者が不安を持ちながら食事介助を行っていた。就職前後の講義受講と食事介助に対する不安感の関係性では(表4)、就職前後ともに講義受講者で不安を感じる割合が高かった。

次に、入居者の一般状況と食事介助前・食事介助中・食事介助後で回答者による入居者確認頻度を調査した(表5)。回答者の80%以上が「よく確認している」と回答した場合、その項目を「確認頻度が高い項目」とし、60%以上80%未満を「確認頻度がやや高い項目」、また60%未満を「確認頻度が低い項目」として分類した。また、回答者が「よく確認している」と答えた割合が最も高い項目と最も低い項目を示した。一般状況では11項目中2項目(18.2%)が「確認頻度が高い」に分類された。「よく確認している」と答えた割合が最多の項目は飲み込みで(90.6%)、最小の項目は年齢であり回答者の25%程度だった。食事介助前では、8項目中3項目で確認頻度が高く(37.5%)、覚醒状態はよく確認されているが(91.5%)活動量(15.7%)はあまり確認されていない。食事介助中は14項目中9項目(64.3%)と最も確認頻度が高い項目が多かった。覚醒状態は約97%の回答者がよく確認していると回答した。食事介助中は、流涎が最も「よく確認している」と答えた割合が低かったが、それでも半数以上(58.7%)の回答者が確認できていた。食事後の状況では、7項目中2項目(28.6%)で確認頻度が高く、口腔内残渣はよく確認

されていた(97.3%)が、逆流の確認が少ない傾向がみられた(43.6%)。

就職前か就職後または両方で食事介助に関する講義を受講した回答者(講義受講経験者)と、一度も受講経験がない回答者(講義受講未経験者)の間で確認頻度を比較した(表6~9)。入居者の一般状況では確認頻度に有意差のある項目はなく、食事介助前3項目(夜間の咳、夜間の睡眠、体調)、食事介助中1項目(水分のむせ)、食事介助後5項目(呼吸、痰がらみ、食物の詰まり、口腔内残渣、体調・気分)で確認頻度に有意差がみられた。このうち、夜間の咳と夜間の睡眠以外は、講義受講経験者が講義受講未経験者に比べて確認頻度が高かった。

次に、4職種(介護士、看護師、その他の資格、無資格)における確認頻度の差を検討したが、結果で有意差はみられなかった。そこで、主に食事介助を担う看護職と介護職の回答者で確認頻度の比較検討を行った(表6~9)。回答した看護職員55人のうち52名が女性であり(96.4%)、性別の影響が懸念されるため女性職員のみで分析した(n=317)。結果、一般状況3項目(疾患名、誤嚥性肺炎既往、感染症)、食事介助前1項目(夜間の咳)、食事介助中2項目(覚醒、食欲)、食事介助後1項目(逆流)で有意差がみられ、これら全項目で看護職員が介護職員より確認頻度が高かった。

最後に、回答者の性別による確認頻度の差を検討した(表6~9)。全4職種のうち男女比率が比較的均整が取れており回答者数も多い介護職員を取り上げ、同じ専門職種内でも性別で確認頻度が異なるか検討した。結果、入居者一般状況3項目(食品の好み、食事量、感染症)、食事介助前1項目(覚醒)、食事介助中9項目(指示への反応、食欲、姿勢、介助量、固形のむせ、水分のむせ、口腔内残渣、食べにくさ、食べこぼし)、食事介助後6項目(痰がらみ、食事時間の延長、逆流、食物の詰まり、口腔内残渣、体調・気分)で有意に確認頻度差がみられ、これら全項目で女性介護職員が男性介護職員よりも確認頻度が高かった。

考察

本研究では、高齢者施設で食事介助に携わる職員の実態と講習受講経験、職種、また性別による入居者確認頻度の相違を検討した。

入居者確認頻度では、一般状況は食事介助前・食事介助中・食事介助後に比べて多くの項目で確認頻度が低い傾向がみられた。これは、職員が日常的に接する入居者について、急激な変化が生じない項目が多く、

表4. 食事介助の講義受講と食事介助に対する不安感(%)

	食事介助に対する不安感	
	なし	あり
就職前の講義受講 (n=452), n(%)		
なし	64(31.2)	141(68.8)
あり	53(21.5)	194(78.5)
就職後の講義受講 (n=451), n(%)		
なし	86(31.4)	188(68.6)
あり	28(15.8)	149(84.2)

表5. 入居者確認頻度(%)

	項目数	確認頻度			確認頻度	
		高い	やや高い	低い	最も高い項目	最も低い項目
利用者一般状況, n(%)	11	2(18.2)	3(27.3)	6(54.6)	飲み込み (90.6%)	年齢 (25.1%)
食事前の状況, n(%)	8	3(37.5)	0(0.0)	5(62.5)	覚醒 (91.5%)	活動量(15.7%)
食事中の状況, n(%)	14	9(64.3)	4(28.6)	1(7.1)	覚醒 (97.3%)	流涎 (58.7%)
食事後の状況, n(%)	7	2(28.6)	3(42.9)	2(28.6)	口腔内残渣(97.3%)	逆流 (43.6%)

表6. 入居者一般状況の確認頻度 (n(%))

		講義受講 (n=453)*		χ^2 検定	看護師・介護士 (n=317)		χ^2 検定	介護職性別 (n=388)		χ^2 検定
		あり	なし		看護師	介護士		男性	女性	
1 年齢	よくしている	83(26.4)	32(23.2)	n.s.	18(40.0)	59(23.5)	n.s.	26(21.3)	59(23.5)	n.s.
	ときどきしている	209(66.6)	93(67.4)		24(53.3)	179(71.3)		81(66.4)	179(71.3)	
	全くしていない	22(7.0)	13(9.4)		3(6.7)	13(5.2)		15(12.3)	13(5.2)	
2 疾患名	よくしている	136(42.6)	52(37.4)	n.s.	28(62.2)	96(37.5)	p<0.01	45(36.6)	96(37.5)	n.s.
	ときどきしている	174(54.6)	83(59.7)		17(37.8)	156(60.9)		72(58.5)	156(60.9)	
	全くしていない	9(2.8)	4(2.9)		0(0.0)	4(1.6)		6(4.9)	4(1.6)	
3 飲み込み	よくしている	294(91.3)	126(90.0)	n.s.	246(93.2)	18(6.8)	n.s.	107(87.0)	246(93.2)	n.s.
	ときどきしている	27(8.4)	14(10.0)		4(8.7)	4(8.7)		15(12.3)	18(6.8)	
	全くしていない	1(0.3)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)		1(0.8)	0(0.0)	
4 好み	よくしている	93(29.3)	33(23.4)	n.s.	14(30.4)	76(29.7)	n.s.	27(21.8)	76(29.7)	p<0.01
	ときどきしている	215(67.6)	100(70.9)		32(69.6)	175(68.4)		86(69.4)	175(68.4)	
	全くしていない	10(3.1)	8(5.7)		0(0.0)	5(2.0)		11(8.9)	5(2.0)	
5 食形態	よくしている	259(80.4)	97(71.3)	n.s.	388(80.9)	210(81.7)	n.s.	89(71.8)	210(81.7)	n.s.
	ときどきしている	59(18.3)	37(27.2)		9(19.2)	45(17.5)		33(26.6)	45(17.5)	
	全くしていない	4(1.2)	2(1.5)		0(0.0)	2(0.8)		2(1.6)	2(0.8)	
6 誤嚥性肺炎	よくしている	166(52.2)	63(46.0)	n.s.	30(66.7)	119(46.7)	p<0.05	63(50.8)	119(46.7)	n.s.
	ときどきしている	142(44.7)	67(48.9)		15(33.3)	129(50.6)		54(43.6)	129(50.6)	
	全くしていない	10(3.1)	7(5.1)		0(0.0)	7(2.8)		7(5.7)	7(2.8)	
7 食事量	よくしている	230(71.9)	99(70.2)	n.s.	39(83.0)	189(73.0)	n.s.	79(63.7)	189(73.0)	p<0.05
	ときどきしている	88(27.5)	41(29.1)		8(17.0)	70(27.0)		43(34.7)	70(27.0)	
	全くしていない	2(0.6)	1(0.7)		0(0.0)	0(0.0)		2(1.6)	0(0.0)	
8 体重変化	よくしている	96(30.0)	43(30.5)	n.s.	21(45.7)	75(28.9)	n.s.	31(25.0)	75(28.9)	n.s.
	ときどきしている	217(67.8)	95(67.4)		25(54.4)	182(70.0)		89(71.8)	182(70.0)	
	全くしていない	7(2.2)	3(2.1)		0(0.0)	3(1.2)		4(3.2)	3(1.2)	
9 感染症	よくしている	113(35.8)	50(35.7)	n.s.	24(52.2)	84(33.2)	p<0.05	41(33.1)	84(33.2)	p<0.01
	ときどきしている	188(59.5)	79(56.4)		21(45.7)	163(64.4)		68(54.8)	163(64.4)	
	全くしていない	15(4.8)	11(7.9)		1(2.2)	6(2.4)		15(12.1)	6(2.4)	
10 要介護度	よくしている	102(31.9)	36(25.7)	n.s.	17(36.2)	74(28.9)	n.s.	38(30.7)	74(28.9)	n.s.
	ときどきしている	200(62.5)	94(67.1)		26(55.3)	170(66.4)		76(61.3)	170(66.4)	
	全くしていない	18(5.6)	10(7.1)		4(8.5)	12(4.7)		10(8.1)	12(4.7)	
11 認知機能	よくしている	181(56.7)	70(50.0)	n.s.	32(68.1)	133(52.2)	n.s.	62(50.0)	133(52.2)	n.s.
	ときどきしている	133(41.7)	66(47.1)		14(29.8)	119(46.7)		58(46.8)	119(46.7)	
	全くしていない	5(1.6)	4(2.9)		1(2.1)	3(1.2)		4(3.2)	3(1.2)	

*nは総数。各項目に欠損値があるため、回答者数は各項目で異なる。看護師・介護士、介護士(性別)も同様

該当項目に「よくしている」と回答しなかった可能性が考えられる。実際、変化が生じやすい飲み込みの状況はよく確認されていた。

食事介助前、食事介助中ともに覚醒状態はよく確認されており、食事時の意識状態の重要性は十分理解されていた。一方、食事前に日中活動量を「必ず確認する」と回答した人の割合は、一般状況・食事介助前・食事介助中・食事介助後の確認項目の中で一番低かった。日中活動量を十分把握せず食事量が適切でない場合、低栄養状態やサルコペニアをひきおこす可能性も否定できず、摂食嚥下障害が悪化する場合も考えられるため [7], 入居者の日中活動量の把握も職員の重

要な役割と考えられる。ただし、調査票では「活動量」を質問したため、回答者は定量評価の有無と理解し「必ず確認する」と回答せず、回答割合が低くなった可能性がある。

食事介助中は、全項目で確認頻度が高い傾向がみられ、食事介助に携わる職員は、入居者の食事に十分注意を払いながら介助を行っている様子が示された。一方、食事介助後は入居者の確認頻度がやや低い傾向がみられていた。

入居者確認頻度を看護職員と介護職員で比較すると、疾患名、誤嚥性肺炎既往、感染症など医療ケア関連項目で看護師の確認頻度が高かった。これらは、看

表 7. 食事介助前の確認頻度 (n(%))

		講義受講		χ^2 検定	看護師・介護士		χ^2 検定	介護職性別		χ^2 検定
		あり	なし		看護師	介護士		男性	女性	
1 口腔内の汚れ	よくしている	99(30.6)	45(33.3)	n.s.	22(45.8)	85(33.1)	n.s.	31(25.4)	85(33.1)	n.s.
	ときどきしている	212(65.4)	78(57.8)		25(52.1)	163(63.4)		81(66.4)	163(63.4)	
	全くしていない	13(4.0)	12(8.9)		1(2.1)	9(3.5)		10(8.2)	9(3.5)	
2 義歯装着	よくしている	276(84.9)	111(78.7)	n.s.	40(83.3)	220(83.3)	n.s.	101(82.1)	220(83.3)	n.s.
	ときどきしている	47(14.5)	27(19.2)		8(16.7)	41(15.5)		20(16.3)	41(15.5)	
	全くしていない	2(0.6)	3(2.1)		0(0.0)	3(1.1)		2(1.6)	3(1.1)	
3 夜間の咳	よくしている	70(22.1)	41(30.8)	$p<0.01$	23(50.0)	58(23.2)	$p<0.01$	24(19.7)	58(23.2)	n.s.
	ときどきしている	226(71.3)	75(56.4)		21(45.7)	174(69.6)		85(69.7)	174(69.6)	
	全くしていない	21(6.6)	17(8)		2(4.4)	18(7.2)		13(10.7)	18(7.2)	
4 排便	よくしている	141(43.8)	76(53.9)	n.s.	28(58.3)	113(43.3)	n.s.	55(45.1)	113(43.3)	n.s.
	ときどきしている	173(53.7)	61(43.3)		20(41.7)	144(55.2)		60(49.2)	144(55.2)	
	全くしていない	8(2.5)	4(2.8)		0(0.0)	4(1.5)		7(5.7)	4(1.5)	
5 活動量	よくしている	40(12.5)	28(20.4)	n.s.	13(27.7)	40(15.7)	n.s.	15(12.2)	40(15.7)	n.s.
	ときどきしている	246(77.1)	96(70.1)		33(70.2)	194(76.1)		90(73.2)	194(76.1)	
	全くしていない	33(10.3)	13(9.5)		1(2.1)	21(8.2)		18(14.6)	21(8.2)	
6 夜間の睡眠	よくしている	125(39.2)	61(45.2)	$p<0.05$	24(52.2)	102(40.2)	n.s.	47(38.5)	102(40.2)	n.s.
	ときどきしている	185(58.0)	65(48.2)		21(45.7)	142(55.9)		69(56.6)	142(55.9)	
	全くしていない	9(2.8)	9(6.7)		1(2.2)	10(3.9)		6(4.9)	10(3.9)	
7 体調	よくしている	279(86.1)	106(75.7)	$p<0.05$	45(91.8)	222(84.4)	n.s.	99(84.4)	222(84.4)	n.s.
	ときどきしている	43(13.3)	34(24.3)		4(8.2)	41(15.6)		22(17.9)	41(15.6)	
	全くしていない	2(0.6)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)		2(1.6)	0(0.0)	
8 覚醒	よくしている	300(92.6)	125(88.7)	n.s.	46(95.8)	251(94.7)	n.s.	102(82.9)	251(94.7)	$p<0.01$
	ときどきしている	23(7.1)	16(11.4)		2(4.2)	14(5.3)		20(16.3)	14(5.3)	
	全くしていない	1(0.3)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)		1(10.8)	0(0.0)	

看護師が業務として確認する内容と重なるため、日常的に確認している場合も多く、頻度が高くなったと推察される。

現在、食事介助は無資格職員を含め、異なる専門知識や技術を持つ職員が実施しており、それぞれの専門職が食事ケアで求められる役割が存在する [8]。食事介助に携わる職員全員が必要な知識や技術と、各専門職が求められる知識を明確にし、多職種が協同して安全な食事介助を実践する必要がある。実際、病院内の多職種嚥下チームによる摂食機能療法回診で改善がみられた例もあり [9, 10]、高齢者施設への応用も有用と考えられる。

性別による確認頻度は、食事介助中と食事介助後の多数項目で女性介護職員が男性介護職員より確認頻度が高かった。特に、食事介助前の覚醒や食事介助中における入居者の反応、姿勢、むせは誤嚥性肺炎や窒息に関係するため、頻度の差が生じた要因について検証が必要である。考えられる要因として、女性は子育てや家族介護に関わる機会が男性より多い傾向にあり、これらの体験から食事介助時に注意するポイントを体得した可能性がある。

講義受講経験の有無で入居者確認頻度を比較した結果、講義受講者に比べ講義未受講者で、食事介助後の確認頻度が低い傾向がみられた。食事介助に関する講

義では、食事介助で確認するポイントや注意点を具体的に示される場合が多い。そのため、講義受講経験者は、講義受講未経験者に比べ質問項目に対し確認頻度が高かったと考えられる。また、今回の調査から就職前より就職後の講義受講割合が低いことが明らかとなった。また、無資格職員は他職種と比較して講義経験が少ないことが明示された。

また、多くの職員が食事介助中にひやりとした経験があり、また不安を持ちながら食事介助をしていた。加えて、講義受講者で不安感をもつ可能性が高いことがわかった。これは、講義受講を通して誤嚥や窒息などの危険性がより明確になり、また職員が講義で得た知識や技術を適切に実践できているか不安になるためと考察される。食事介助に対する適度な不安感は、ヒヤリハットの観点から必ずしもマイナスではないが、過度の不安は職員のストレスとなりうる。介護職員の食事介助に対する態度の形成は、食事介助中の予測できない出来事とつらい体験が大きな役割を担っているとされ、このような体験が安全意識を強め、命を守る職業的倫理観と入居者の食べる意味の間でジレンマを生じるとされる [11]。安全性を優先した食事提供や不安を持ちながらの食事介助は、職員と入居者双方にとって不利益な状態であり、食事介助を担う職員に対し十分な心理的サポートや技術支援を行うことで、よ

表8. 食事介助中の確認頻度

		講義受講		χ^2 検定	看護師・介護士		χ^2 検定	介護職性別		χ^2 検定
		あり	なし		看護師	介護士		男性	女性	
1 覚醒	よくしている	316(97.8)	137(95.8)	n.s.	47(97.9)	258(97.4)	$p<0.05$	121(97.6)	258(97.4)	n.s.
	ときどきしている	6(1.9)	6(4.2)		0(0.0)	7(2.6)		3(2.4)	7(2.6)	
	全くしていない	1(0.3)	0(0.0)		1(2.1)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)	
2 意思の表出	よくしている	272(84.5)	109(77.3)	n.s.	44(91.7)	216(82.8)	n.s.	95(76.6)	216(82.8)	n.s.
	ときどきしている	47(14.6)	29(20.6)		3(6.3)	42(16.1)		29(23.4)	45(17.2)	
	全くしていない	3(0.9)	3(2.1)		1(2.1)	3(1.2)		0(0.0)	0(0.0)	
3 指示への反応	よくしている	278(86.3)	116(81.7)	n.s.	43(91.5)	230(87.5)	n.s.	94(75.8)	230(87.5)	$p<0.01$
	ときどきしている	38(11.8)	24(16.9)		3(6.4)	31(11.8)		30(24.2)	33(12.6)	
	全くしていない	6(1.9)	2(1.4)		1(2.1)	2(0.8)		0(0.0)	0(0.0)	
4 食欲	よくしている	266(82.4)	107(74.8)	n.s.	40(83.3)	219(82.6)	$p<0.05$	90(72.6)	219(82.6)	$p<0.05$
	ときどきしている	54(16.7)	32(22.4)		6(12.5)	45(16.9)		34(27.4)	46(17.4)	
	全くしていない	3(0.9)	4(2.8)		2(4.2)	1(0.4)		0(0.0)	0(0.0)	
5 流涎	よくしている	196(61.1)	38(27.3)	n.s.	36(75.0)	152(59.1)	n.s.	64(52.0)	152(59.1)	n.s.
	ときどきしている	91(28.4)	24(17.3)		7(14.6)	74(28.8)		56(45.5)	104(40.5)	
	全くしていない	31(9.7)	3(2.2)		4(8.3)	30(11.7)		3(2.4)	1(0.4)	
6 姿勢	よくしている	296(91.4)	124(86.7)	n.s.	44(89.8)	244(92.1)	n.s.	106(85.5)	244(92.1)	$p<0.05$
	ときどきしている	28(8.6)	19(13.3)		5(10.2)	21(7.9)		18(14.5)	21(7.9)	
	全くしていない	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)	
7 介助量	よくしている	249(77.3)	112(78.9)	n.s.	38(79.2)	214(81.7)	n.s.	86(69.4)	214(81.7)	$p<0.01$
	ときどきしている	73(22.7)	30(21.1)		10(20.8)	48(18.3)		38(30.6)	48(18.3)	
	全くしていない	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)	
8 むせ(固形物)	よくしている	299(92.3)	130(90.9)	n.s.	46(93.9)	249(94.0)	n.s.	108(87.1)	249(94.0)	$p<0.05$
	ときどきしている	25(7.7)	12(8.4)		3(6.1)	16(6.0)		15(12.1)	16(6.0)	
	全くしていない	1(0.2)	1(0.7)		0(0.0)	0(0.0)		1(0.8)	0(0.0)	
9 むせ(水分)	よくしている	306(94.4)	123(86.6)	$p<0.01$	45(91.8)	248(93.9)	n.s.	108(87.1)	248(93.9)	$p<0.05$
	ときどきしている	18(5.6)	18(12.7)		4(8.2)	16(6.1)		15(12.1)	16(6.1)	
	全くしていない	0(0.0)	1(0.7)		0(0.0)	0(0.0)		1(0.8)	0(0.0)	
10 口腔内残渣	よくしている	272(84.0)	123(86.6)	n.s.	42(85.7)	235(89.0)	n.s.	94(76.4)	235(89.0)	$p<0.01$
	ときどきしている	52(16.1)	19(13.4)		7(14.3)	29(11.0)		29(23.6)	29(11.0)	
	全くしていない	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)	
11 食べにくさ	よくしている	229(70.9)	94(66.7)	n.s.	36(75.0)	188(72.0)	n.s.	73(58.9)	188(72.0)	$p<0.01$
	ときどきしている	93(28.8)	46(32.6)		12(25.0)	73(28.0)		49(39.5)	73(28.0)	
	全くしていない	1(0.3)	1(0.7)		0(0.0)	0(0.0)		2(1.6)	0(0.0)	
12 食べこぼし	よくしている	236(73.1)	99(70.7)	n.s.	35(71.4)	197(75.2)	n.s.	80(64.5)	197(75.2)	$p<0.05$
	ときどきしている	87(26.9)	41(29.3)		14(25.4)	65(24.8)		44(35.5)	65(24.8)	
	全くしていない	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)	
13 首の前傾	よくしている	244(76.0)	100(70.4)	n.s.	37(77.1)	198(75.3)	n.s.	84(68.3)	198(75.3)	n.s.
	ときどきしている	76(23.7)	41(28.9)		11(22.9)	65(24.7)		38(30.9)	65(24.7)	
	全くしていない	1(0.3)	1(0.7)		0(0.0)	0(0.0)		1(0.8)	0(0.0)	
14 食事ペース	よくしている	204(63.8)	87(60.8)	n.s.	37(77.1)	171(65.0)	n.s.	64(52.5)	171(65.0)	n.s.
	ときどきしている	115(35.9)	55(38.5)		11(22.3)	91(34.6)		57(46.7)	91(34.6)	
	全くしていない	1(0.3)	1(0.7)		0(0.0)	1(0.4)		1(0.8)	1(0.4)	

り安全な食事介助を進める必要がある。本調査では、不安の程度や講義の具体的な内容までは確認しておらず、今後は職員がどの場面で不安感を持ちやすいのか

考察するとともに講義内容を検討する必要がある。また、職員の講義受講にあたり受講しやすい環境、性別の考慮、また無資格者も受講しやすい工夫が求められる。

表9. 食事介助後の確認頻度 (n(%))

		講義受講		χ^2 検定	看護師・介護士		χ^2 検定	介護職性別		χ^2 検定
		あり	なし		看護師	介護士		男性	女性	
1 呼吸	よくしている	240(75.0)	88(62.4)	$p<0.05$	34(72.3)	169(64.0)	n.s.	65(53.3)	169(64.0)	n.s.
	ときどきしている	79(24.7)	52(36.9)		11(23.4)	90(34.1)		51(41.8)	90(34.1)	
	全くしていない	1(0.3)	1(0.7)		2(4.3)	5(1.9)		6(4.9)	5(1.9)	
2 痰がらみ	よくしている	257(79.8)	102(71.8)	$p<0.05$	41(82.0)	213(80.7)	n.s.	84(68.3)	213(80.7)	$p<0.05$
	ときどきしている	63(19.6)	35(24.7)		8(16.0)	48(18.2)		36(29.3)	48(18.2)	
	全くしていない	2(0.6)	5(3.5)		1(2.0)	3(1.1)		3(2.4)	3(1.1)	
3 食事時間の延長	よくしている	143(44.6)	61(42.7)	n.s.	30(61.2)	121(46.0)	n.s.	39(31.7)	121(46.0)	$p<0.05$
	ときどきしている	174(54.2)	81(56.6)		19(38.8)	140(53.2)		83(67.5)	140(53.2)	
	全くしていない	4(1.3)	1(0.7)		0(0.0)	2(0.8)		1(0.8)	2(0.8)	
4 逆流	よくしている	143(45.0)	59(42.1)	n.s.	30(61.2)	110(42.6)	$p<0.05$	47(38.2)	110(42.6)	$p<0.05$
	ときどきしている	164(51.6)	70(50.0)		17(34.7)	142(55.0)		65(52.9)	142(55.0)	
	全くしていない	22(4.8)	11(7.9)		2(4.1)	6(2.3)		11(8.9)	6(2.3)	
5 食物の詰まり	よくしている	276(85.5)	106(74.6)	$p<0.05$	39(79.6)	225(84.9)	n.s.	95(77.2)	225(84.9)	$p<0.05$
	ときどきしている	45(13.9)	35(24.6)		10(20.4)	40(15.1)		26(21.1)	40(15.1)	
	全くしていない	2(0.6)	1(0.7)		0(0.0)	0(0.0)		2(1.6)	0(0.0)	
6 口腔内残渣	よくしている	285(88.0)	110(76.9)	$p<0.01$	42(84.0)	232(87.2)	n.s.	100(81.3)	232(87.2)	$p<0.05$
	ときどきしている	38(14.8)	31(21.7)		8(16.0)	34(12.8)		20(16.3)	34(12.8)	
	全くしていない	3(0.6)	2(1.4)		0(0.0)	0(0.0)		3(2.4)	0(0.0)	
7 体調・気分	よくしている	240(75.0)	88(62.4)	$p<0.05$	39(79.6)	190(72.8)	n.s.	75(61.0)	190(72.8)	$p<0.05$
	ときどきしている	79(24.7)	52(36.9)		10(20.4)	71(27.2)		46(37.4)	71(27.2)	
	全くしていない	1(0.3)	1(0.7)		0(0.0)	0(0.0)		2(1.6)	0(0.0)	

さいごに

今回の調査により、多くの職員が食事介助に不安感を持ち、また食事介助の受講経験や職種、性別により入居者確認頻度で差が出るポイントが明らかとなった。

今後は、確認頻度の差が生じた要因を検証し、職員の食事介助に対する心理的負担が軽減され、かつ入居者が安全に食事できる環境づくりを考察することが求められる。

文献

1. National Center for Geriatrics and Gerontology. Project of Geriatric Health: Survey report of patients with dysphagia (Tech. Rep). Available from: http://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/roken/cl_hokoku1_23.pdf (cited 2017 Aug 20). Japanese.
2. Groher ME, Crary MA. Dysphagia: Clinical Management in Adults and Children. 2nd ed. Missouri: Elsevier; 2016.
3. Saito E, Ueda K. Dysphagia Rehabilitation. In: Izumi S, Kamakura Y, Kumakura I, Hironaka S, Fujishima I, Matuo K, et al. 3rd ed. Tokyo: Ishiyaku Publishers, Inc. Japanese.
4. Logemann JA. Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. 2nd ed. Texas: Pro ed.
5. Ministry of Health, Labour and Welfare. Survey of Institutions and Establishments for Long-term Care 2015 (Tech. Rep). Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service15/index.html> (cited 2017 Aug 20). Japanese.
6. Ministry of Health, Labour and Welfare. Reference for the 143 advisory council social security. Available from: http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Sei-sakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000171814.pdf (cited 2017 July 19). Japanese.
7. Mori T. Sarcopenic Dysphagia. J Jpn Soc Parent Enteral Nutr 2016; 31: 949-54. Japanese.
8. Sasatani M, Matsuda C, Nagahata. Recognition of the necessity of cooperation in dietary care among nursing and care staff for the elderly with dementia at a special elderly nursing home. Jpn Acad Gerontol Nurs 2013;17:38-46. Japanese.
9. Toda F, Kagaya H, Baba M, Shibata S, Ozeki Y, Kanamori D, et al. Effect of swallowing rounds on the outcome of dysphagic patients. Jpn J Compr Rehabil Sci 2015; 6: 50-5. Japanese.
10. Mizokoshi E, Kagaya H, Oguchi K, Aoyagi Y, Shibata S, Inamoto Y, et al. Usefulness of swallowing rounds in acute general hospital. Jpn J Compr Rehabil Sci 2016; 7: 73-9. Japanese.
11. Koura S, Sugisawa H. Psychological processes in care workers' experiences with meal-care for special nursing home residents with ingestion and swallowing difficulties. J Gerontol Res 2011; 1: 15-27. Japanese.