

## —原著—

## 介護老人施設に入所している高齢者の摂食・嚥下機能にかかわる状況と施設の対応

中山富子<sup>1) 2)</sup>, 伊藤加代子<sup>3)</sup>, 井上 誠<sup>1)</sup><sup>1)</sup>新潟大学大学院医歯学総合研究科 摂食・嚥下リハビリテーション学分野<sup>2)</sup>都立南多摩看護専門学校<sup>3)</sup>新潟大学医歯学総合病院口腔リハビリテーション科

(主任: 井上 誠教授)

## Inquiring survey of the elderly people at nursing home and their feeding condition

Tomiko Nakayama<sup>1) 2)</sup>, Kayoko Ito<sup>3)</sup>, Makoto Inoue<sup>1)</sup><sup>1)</sup>*Division of Dysphagia Rehabilitation, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences*<sup>2)</sup>*Metropolitan Minamitama Nursing School*<sup>3)</sup>*Oral Rehabilitation, Niigata University Medical and Dental Hospital**(Chief: Prof. Makoto Inoue)*

平成 25 年 10 月 28 日受付 平成 25 年 10 月 29 日受理

キーワード: 聞き取り調査, 介護老人施設, 高齢者, 摂食・嚥下障害

Key words: Inquiring survey, nursing home, elderly people, dysphagia

## Abstract:

We conducted a questionnaire survey and interview on feeding function and meals in elderly people, as well as management of their feeding and oral health conditions at nursing homes. Five nursing homes in Tokyo were selected. There was a trend for mean age and nursing care level to be positively correlated with the number of dysphagic patients. In the nursing homes, most people required assistance with meals. In addition, assistant level of meal, meal time, and meal place were differently determined, and they appeared to depend on the caregivers' decisions. Dysphagia rehabilitation was conducted only for patients with tube feeding in two out of five homes, but otherwise, no aggressive rehabilitation was performed. In two homes, visiting dentists conducted a videoendoscopic examination when required. Clinical conferences were conducted in all of the homes, but not routinely, and clinical guidelines for dysphagic patients were supplied in only one home. In nursing homes, prompt measures of treating dysphagia should be taken to support residents.

## 要旨:

介護老人施設入所者の摂食・嚥下機能にかかわる状況と施設の対応を明らかにする目的で、東京都内にある特別養護老人ホーム 3 施設、老人保健施設 2 施設を対象とし、独自に作成したアンケート用紙を事前に郵送後、訪問した。アンケートの回答を確認しながら、インタビューにより内容の補足や追加を行った。平均年齢や平均介護度が高い施設に摂食・嚥下障害がある入所者が多い傾向であった。これらの施設は非経口摂取者も多かった。経口摂取者では、常食を食べている人の割合が少なく、食事摂取量も少ない傾向であり、食事介助を必要とする人数が多かった。入所者の食事摂取への対応で、食事介助や食事時間、食事場所については、看護・介護する職員の高齢者の食に対する思いや考えが反映されている結果であった。摂食・嚥下障害がある入所者に実施しているケアで、「摂食・嚥下訓練」は 2 施設で実施していたが、いずれも胃瘻入所者への楽しみのための経口摂取であり、摂食・嚥下機能向上のための積極的な訓練は行われていなかった。摂食・嚥下機能の評価は 2 施設が訪問歯科医師による嚥下内視鏡検査を実施していた。要介護高齢者を多数抱える介護老人施設でさえも、摂食・嚥下障害に対する十分な対策が統一して取られていない現状が捉えられた。

## 緒 言

我が国の65歳以上の高齢者人口は、平成24年に過去最高の3,074万人に達し、高齢化率は24.1%となった<sup>1)</sup>。超高齢社会を迎え<sup>2)</sup>、摂食・嚥下に問題をもつ患者が増加している<sup>3-5)</sup>。高齢者の摂食・嚥下障害の原因は、加齢による咀嚼・嚥下機能の低下や脳血管疾患やパーキンソン病などの神経・筋疾患を伴う場合に加えて、認知機能の低下に影響するものも多い<sup>6-8)</sup>。

平成22年の国民生活基礎調査によると、介護が必要になった原因の一位は脳血管疾患(脳卒中)であり<sup>9)</sup>、要介護者の中には摂食・嚥下障害を併せ持つ場合も多いと推察される。このような、要介護者の生活の場となる介護老人施設からは、摂食・嚥下障害がある入所者に関する食事や口腔ケア、摂食・嚥下指導<sup>10-12)</sup>の報告がなされており、今後、更に機能維持・回復に関わる対応が求められてくる。

摂食・嚥下障害患者に対する医療や介護側の問題として、患者の在院日数短縮に伴う入院中の嚥下機能評価や摂食・嚥下リハビリテーションの不足、医療・介護職員の知識不足、施設における嚥下機能評価の困難やマンパワーの不足<sup>13-16)</sup>などが指摘されている。急性期型の病院から高齢患者を受け入れる介護老人施設で、廃用性の機能低下を予防しつつ、適切な摂食・嚥下リハビリテーションが提供されなければ、高齢者の「食べる楽しみ」は永久に奪われることになり、ひいては生きる意欲の低下にもつながりかねない。

こういった高齢者の摂食・嚥下にかかわる施策として、平成18年4月、診療報酬改定による摂食機能療法算定基準の緩和や介護報酬改定による口腔機能向上加算、経口維持加算が新設され、以後、改定を重ねており<sup>17,18)</sup>、介護老人施設での摂食・嚥下障害をもつ高齢者への対策の促進<sup>19)</sup>が期待される。

介護老人施設に入所している要介護高齢者の摂食・嚥下障害の実態調査としては、平成17年度に北海道<sup>20)</sup>、平成18年に長野県<sup>21)</sup>、平成20年に宮城県<sup>22)</sup>を対象に実施した報告はあるが、著者らが知る限り、介護老人施設が全国で最も多い東京都<sup>23)</sup>での大規模調査研究報告は見当たらない。今後の高齢化の進行は、首都圏などの三大都市圏が顕著になる見通し<sup>24)</sup>であることを踏まえ、早急の実態把握と要介護高齢者の摂食・嚥下障害対策を講じる必要がある。

そこで、本研究は、東京都内の介護老人施設に入所している高齢者が「安全においしく食べる」ための医療や介護の課題を検討するために、介護老人施設入所者の摂食・嚥下機能にかかわる状況と施設の対応を調べることにした。

## 対象と方法

### 1) 対象

東京都内にある介護老人施設の施設長に、電話で研究の主旨を説明し、了解が得られた特別養護老人ホーム(特養)A(入所者58名)、特養B(同90名)、特養C(同89名)、ならびに老人保健施設(老健)D(同98名)、老健E(同101名)の合計5施設を調査対象とした。

### 2) 方法

独自に作成したアンケート用紙(図1)を事前に郵送後、約束の日時に訪問した。あらかじめ記入しておいてもらったアンケート用紙の回答を確認しながら、インタビューにより内容の補足や追加を行った。インタビュー対象者は、施設長、看護師長又は介護主任で、所要時間は1人30~40分程度とした。

調査内容は、(1)施設の概要、(2)入所者の食事摂取状況と施設の対応、(3)摂食・嚥下障害の症状がある入所者の状況と施設の対応、(4)口腔ケアの実施状況とした。本研究は、新潟大学歯学部倫理委員会の承認を得て実施した。

## 結 果

### 1 施設の概要

表1と2は施設別の概要を入所者、職員別にまとめたものである。入所者の男女比は、全施設共に女性が多く、いずれの施設も70%以上を占めていた。年齢構成は、全施設共に75歳以上の後期高齢者が80%以上を占めており、95歳以上の入所者の割合は、老健より特養の方が高かった。また、入所者の平均要介護度や平均年齢を特養と老健で比較したところ、平均要介護度は特養3.9、老健3.1、平均年齢は特養86.4歳、老健84.2歳であった。看護・介護職員について、入所定員50名当りに換算した数は、特養Aが看護師5.2名、介護職員28.3名、特養Bが看護師4.0名、介護職員16.0名、特養Cが看護師5.6名、介護職員22.5名、老健Dが看護師7.7名、介護職員8.2名、老健Eが看護師8.4名、介護職員18.3名であった。設置基準の違いもあり、ばらつきがみられるが、介護職員の数は入所者の要介護度の程度に相応していた。

全対象者の中で、摂食・嚥下障害がある入所者の割合は、特養Aが39.7%(23名)、特養Bが15.0%(15名)、特養Cが29.2%(26名)、老健Dが16.3%(16名)、老健Eが6.9%(7名)であった(図2)。さらに、摂食・嚥下障害がある入所者のほとんどが認知症の診断を受けており、摂食・嚥下障害があり、認知症をもたない入所者の数は老健Dの4名のみであった。全体として、入

次の【問1】から【問3】にお答え下さい。  
 使用する番号を□で囲んで下さい。□には数字を入力して下さい。「その他」を指定された場合は、数字又は内容をお書き下さい。

【問1】実居地の概要をお知らせします。

居住の形態	1 介護老人保健施設	2 介護老人福祉施設		
定員と人員配置	定員: 1人	居宅の人員配置: 1人		
入居者の性別	男性: 1人	女性: 1人		
入居者の年齢	65歳未満: 1人	65～69歳: 2人	70～74歳: 1人	75～79歳: 1人
	80～84歳: 1人	85～89歳: 1人	90～94歳: 1人	95～99歳: 1人
	100歳以上: 1人	平均年齢: 7歳		
入居者の要介護度	要介護1: 1人	要介護2: 1人	要介護3: 1人	
	要介護4: 1人	要介護5: 1人		
職員数	1 医師	2 歯科医師	3 看護師	4 管理栄養士
	5 栄養士	6 言語聴覚士	7 作業療法士	8 理学療法士
	9 歯科衛生士	10 介護福祉士	11 介護支援専門員	
	12 その他: 1			

【問2】入居者の食事(栄養)の状況と施設で実施しているケアについてお知らせします。

経口・非経口摂取の人数	経口摂取: 1人	経口・非経口の両方: 1人	非経口ののみ: 1人
-------------	----------	---------------	------------

【問3-1】非経口摂取者についてお知らせします。

食事摂取の方法	胃瘻: 1人	経管: 1人	経管栄養: 1人	その他: 1人
食事摂取の導入時期	1 早い段階	2 1人未満	3 1人未満	4 1人未満

【問3-2】経口摂取者についてお知らせします。

食事形態	1 常食: 1人	2 軟食: 1人	3 粥状食品: 1人	4 与えらぬ: 1人	5 EFN(チューブ)	6 その他: 1人
平均的な食事摂取量	1 ほぼ全量摂取: 1人	2 半分程度: 1人	3 量が少ない: 1人			
食事場所	1 テーブル(椅子): 1人	2 車椅子: 1人	3 ベッド: 1人	4 その他: 1人		
平均的な食事時間						
食事介助を要する入居者の人数	食介介: 1人	一部介介: 1人	全介介: 1人			
介助者1人あたりの平均的な介助人数						

【問3-3】施設で実施している食に関するケアについてお知らせします。

施設で実施している食事に 関するケア	1 対応あり	2 対応なし	3 特別な管理や器具	4 経管の調整
実施回数/週	1 1回	2 2回	3 3回	4 その他

【問3-4】経口ケアについてお知らせします。

経口ケア(歯科衛生士によるケア)	1 実施している	2 実施していない	3 その他	
毎日の経口ケアの実施状況	1 毎日	2 2回/日	3 1回/日	4 実施していない
実施回数/週	1 1回	2 2回	3 3回	4 その他

【問3-5】摂食・嚥下障害についてお知らせします。

摂食・嚥下障害の既往は、食事中心とする食物が口の中に入る、食事(食物)が口から出る、食事(食物)が声が出ず、食物が詰まり、誤嚥を繰り返すなどの症状がある場合です。

認知症は、その原因の介護認定申請書における認知症診断の診断書(医師)に「認知症」と記載されています。

摂食・嚥下障害がある人の数	1 1人	2 その他: 1人
認知症がある人	1 1人	
認知症がある人で摂食・嚥下障害がある人	1 1人	
誤嚥性肺炎の既往がある人の数	1 1人	

ここ1ヶ月で摂食・嚥下障害にかかわることで医療機関を受診した人の数

受診の目的	1 誤嚥性肺炎の治療: 1人	2 経管口への移行: 1人
受診回数/週	3 摂食・嚥下障害の検査(診断): 1人	4 摂食・嚥下障害の治療(経口摂取): 1人
5 その他: 1人		

ここ1ヶ月で食事摂取方法を変更した人の数

変更の理由	1 嚥下状態の低下: 1人	2 食事摂取量の低下: 1人
変更回数/週	3 摂食・嚥下障害の検査(診断): 1人	4 本人の希望: 1人
5 その他: 1人		

施設で実施する摂食・嚥下障害評価の実施

評価担当者	1 医師	2 歯科医師	3 看護師	4 管理栄養士
評価回数/週	5 栄養士	6 言語聴覚士	7 作業療法士	8 理学療法士
9 歯科衛生士	10 介護福祉士	11 介護支援専門員	12 その他	

摂食・嚥下障害に悩むことで施設・総合ケアと連携関係の構築

摂食・嚥下障害対策に関するガイドラインの実施	1 あり	2 ない
------------------------	------	------

摂食・嚥下障害対策に関する事例検討会等の実施

摂食・嚥下障害が認められる入居者 に施設として対応していること/回数	1 摂食・嚥下障害の相談	2 声かけ・食べ方の指導	3 経管口摂取(経管・吸引)への移行
回数/週	4 経口ケア	5 摂食・嚥下の訓練	6 その他

図1 アンケート用紙

所者の年齢層、介護度ともに高い特養A、特養Cの順に摂食・嚥下障害がある入所者の割合が高く、全入所者が経口摂取である老健Eが6.9%と最も低かった。摂食・嚥下障害がある入所者のうち、医師・歯科医師からの診断があると回答したのは、特養Aが60.9% (23名中14名)、老健Dが87.5% (16名中14名)であり、特養B、特養C、老健Eは0%であった。

誤嚥性肺炎の既往がある入所者の割合は、特養Aが17.2% (10名)、特養Bが6.0% (6名)、特養Cが5.6% (5名)、老健Dが4.1% (4名)、老健Eが5.9% (6名)であり、入所者の平均年齢、平均要介護度共に最も高い特養Aが高かった。また、最近半年の間に摂食・嚥下障害に関わる内容で医療機関に受診した入所者の割合は、

特養Aが3.4% (2名)、特養Bが3.0% (3名)、特養Cが9.0% (8名)、老健Dが3.1% (3名)、老健Eが6.9% (7名)であった。受診目的は、18名が誤嚥性肺炎の治療、3名が非経口への移行であった。最近1か月の間に食事形態や摂取方法を変更した入所者の割合は、特養Aが5.2% (3名)、特養Bが3% (3名)、特養Cが7.9% (7名)、老健Dが4.1% (4名)、老健Eは0%であり、変更理由は10名が嚥下不良、6名が義歯調整であった。

2. 入所者の食事摂取状況の概要

1) 経口・非経口摂取の状況 (図3)

特養Aは、経口摂取94.8%、非経口摂取5.2%、特養Bは、経口摂取98.0%、非経口摂取2.0%、経口摂取と

表1 施設の概要 - 入所者 -

	入所者数	男性	女性	平均要介護度	平均年齢
特養A	58	15(25.9%)	43(74.1%)	4.3	89.0
特養B	100	30(30.0%)	70(70.0%)	3.3	83.7
特養C	89	15(16.9%)	74(83.1%)	4.0	86.4
老健D	98	20(20.4%)	78(79.6%)	3.0	84.0
老健E	101	24(23.8%)	77(76.2%)	3.1	84.3
特養全体	247	60(24.3%)	187(75.7%)	3.9	86.4
老健全体	199	44(22.1%)	155(77.9%)	3.0	84.2

表2 施設の概要 - 職員 -

	医師	歯科医師	看護師	管理栄養士	栄養士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士	歯科衛生士	介護福祉士	介護支援専門員
特養A	1	0	6	1	0	0	0	1	0	34	1
特養B	1	1	8	1	1	0	0	0	0	32	2
特養C	6	0	10	1	0	0	2	1	0	40	1
老健D	1	1	15	2	2	0	2	3	1	16	3
老健E	1	0	17	2	0	0	3	2	0	37	3

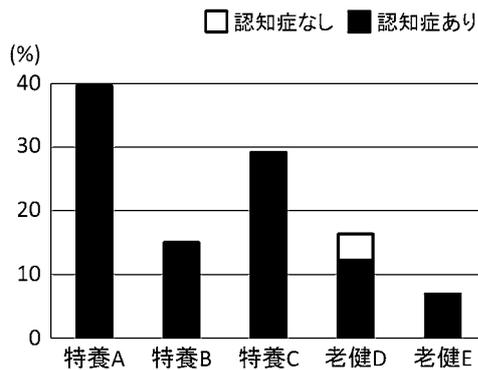


図2 摂食・嚥下障害がある入所者の割合

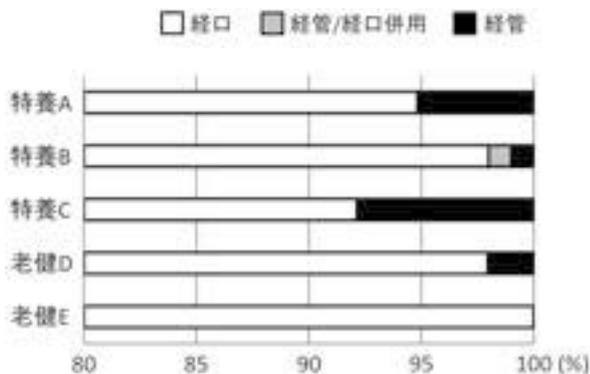


図3 経口・非経口摂取の状況

非経口摂取の併用 1.0%、特養 C は、経口摂取 92.1%、非経口摂取 7.9%、老健 D は、経口摂取 98.0%、非経口摂取 2.0%であり、非経口摂取の方法は、いずれも胃瘻であった。老健 E は、対象者 101 名全員が経口摂取であっ

た。経口摂取者の食事摂取量においては、ほぼ全量摂取する人の割合は特養 A が 67.3%、特養 B が 85.7%、特養 C が 85.4%、老健 D が 87.5%、老健 E が 92.1%であった。

## 2) 経口摂取者の食事形態 (図4)

経口摂取をしている人を対象として、その食事形態について「常食」「軟菜食」「きざみ食」「とろみ食」「ミキサー食」「その他」別で調べた。なお、食事形態は施設によって呼び方や分け方が様々であったが、この 6 形態に当てはめて回答してもらった。

常食を食べている人の割合が一番少ないのは、平均要介護度が最も高い特養 A (16.4%)、次いで特養 C (22.0%) であった。軟菜食を食べている人の割合が最も高かったのは特養 C (43.9%) だったが、きざみ食の割合は 13.4%と最も少なかった。きざみ食を摂取している人の割合が高いのは、特養 A (47.3%)、特養 B (37.8%)、老健 E (44.6%) などであった。全体を通して、食事形態の変更を軟菜やきざみに求めているが、その傾向は特養と老健の間で違いを認めなかった。

## 3) 経口摂取者の食事介助の状況 (図5)

経口摂取をしている人を対象として、一部あるいは全介助が必要な人の割合を調べたところ、特養 A が 54.6%、特養 B が 31.7%、特養 C が 30.5%、老健 D が 22.9%、老健 E が 19.9%であり、老健より特養の方が食事介助を要する入所者の割合が高かった。平均要介護度が最も高い特養 A は、全介助者が 36.4%、一部介助者 18.2%と経口摂取者の 5 割以上が介助を必要としていた。

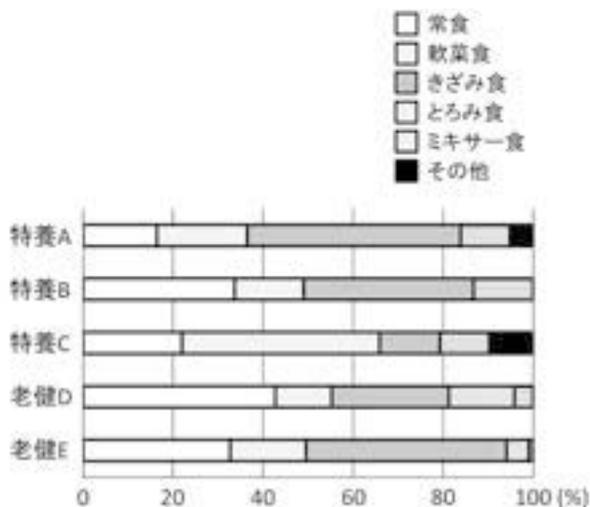


図4 経口摂取者の食事形態

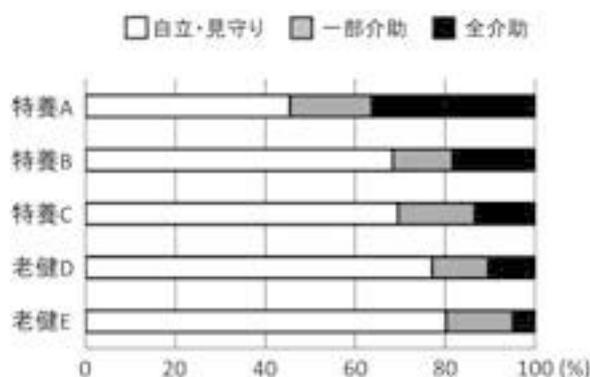


図5 経口摂取者の食事介助の状況

### 3. 入所者の食事摂取への対応および口腔ケアの実施状況

#### 1) 入所者の食事場所

入所者の食事場所は、全施設、食堂（デイルーム）であった。テーブル・椅子での摂取は、平均要介護度が最も高い特養Aが8.6%と最も少なく、2番目に介護度が高い老健Cも16.9%であった。老健Eは、介護度は特養B、老健Dと変わらないが、テーブル・椅子での摂取は22.8%と少なかった。これについて、入所者の多くが移動手段に車椅子を使用しているため、テーブル・椅子による摂取が可能であっても、そのまま車椅子で食べている現状があるとのことであった。ギャッジベッドは、いずれの施設も胃瘻の入所者であった。

#### 2) 食事介助が必要な入所者に対する平均的介助人数と食事時間

食事介助が必要な入所者に対する職員1人あたりの平均的介助人数は、特養Aが4名であり、介助が必要な人4名を1テーブルに集めて1人の介護職員が介助していた。特養B、C、老健D、Eは2名であったが、いずれも、介助の程度により、職員1人で3名程度介助する

時もあるとのことであった。特養3施設では、看護師は食事介助には直接加わず、嚥下に問題がある入所者を中心に観察する、老健2施設は、嚥下に問題があり、誤嚥しやすい入所者は、できるだけ看護師が直接介助をしているとのことであった。

経口摂取者の平均的な食事時間は、特養Aが25分、特養Bが30分、特養Cが20分、老健Dが30分、老健Eが20分であり、おおよそ20～30分であった。食事に時間がかかる人がいても、最長終了時間を決めているのは、特養B、C、老健Dであった。

#### 3) 食事時に行っているケア

食事時に行っている主なケアとして、以下の6項目について実施の有無を質問した。

- (1) おしぼり、エプロンの着用は、全施設で実施していた。
- (2) 特殊な食器・用具の使用は、全施設共に、麻痺のある場合等の自助具や軽量・すくいやすい形・滑り止め付きなどの介護用食器を使用していた。特殊な介護用具として、らくらくゴックン（特養A、B）、Kスプーン（特養C）を使用している施設もあった。
- (3) 姿勢の保持は、全施設で実施していた。特養Aは、食事中も座り直しを行っていた。特養Bは、適切な姿勢の保持とテーブル・椅子の高さの調節を行っていた。特養Cは、理学療法士と相談し、本人用クッションの使用や椅子の高さを調節し、踵が床に着くようにしていた。老健Eは、テーブルの高さの調整、足が床に着かない場合は足台の使用、クッションを使用して体幹のズレ防止を行っていた。
- (4) 食事への意識づけは、特養A、B、C、老健Dが実施しており、4施設共、覚醒を促したり、メニューを説明したりしていた。
- (5) 環境の調整は、全施設が食堂で摂取していると回答した。その他の環境調整として、特養BがBGMをかける、老健Dはテーブルに花をかざり、室温や換気に気をつけていた。
- (6) 食事前の準備運動は、特養B、老健D、Eの3施設が実施していた。特養Bは、非常勤のマッサージ師が昼食前に嚥下体操を実施、老健Dは看護師・介護士が口腔体操を実施、老健Eは、作業療法士（OT）が集団での嚥下体操、発声訓練を実施していた。

#### 4) 日々の口腔ケアの実施状況

日々の口腔ケアは、全施設ともに3回実施していた。口腔ケア担当者は、特養3施設は介護者、老健2施設は看護師と介護者であった。全施設ともに、むせやすい人で、残歯がある場合は、口腔洗浄液をつけた綿棒やスポンジブラシで実施していた。また、歯がない場合は、歯

みがきティッシュ等を用いて口腔内清拭を行っていた。特養 A, B は、毎食後行なっているが、介助人数が多いため、丁寧にケアできるのは勤務者が多い昼食後だけになってしまうとのことであった。

#### 4. 摂食・嚥下障害がある入所者への対応

##### 1) 看護師・介護者の介助

摂食・嚥下障害がある入所者への対応として、「食事場面の観察」「食事中の声かけや食べ方の指導」「口腔ケア」「非経口摂取の実施」「摂食・嚥下の訓練」の5項目について、実施の有無を質問した。

「摂食場面の観察」「食事中の声かけや食べ方の指導」「口腔ケア」「非経口摂取の実施」については、全施設、実施していた。「非経口摂取の実施」は、全施設、胃瘻であった。特養3施設は、胃瘻の入所者の受入人数の上限を決めており、特養 A が3人、特養 B が7人、特養 C が9人までであった。特養 A, B からは、看護師人数が少なく夜勤もないため、看護師配置基準の見直しをしてほしいとの要望が聞かれた。「摂食・嚥下の訓練」を実施しているのは、特養 C と老健 D の2施設であった。両施設共、胃瘻の入所者への楽しみのための経口摂取訓練であり、本人・家族の希望により、昼間、ゼリー等の摂取を試みている人が1名いるとのことであった。

##### 2) 施設での摂食・嚥下機能を評価するしくみの有無

摂食・嚥下機能を施設で評価するしくみがあると回答したのは、特養 A, C, 老健 E の3施設であった。評価者および方法は、特養 A は、医師・歯科医師による水飲みテスト、必要に応じて嚥下内視鏡検査 (VE) の実施であった。特養 C は、2ヶ月に1度、同一設置主体の病院から言語聴覚士 (ST) に来てもらい、水飲みテスト等を行って食形態のアドバイスをもらうとのことであった。老健 E は、訪問歯科医師による VE の実施であった。

##### 3) 摂食・嚥下障害に関して相談や紹介できる医療機関の有無

摂食・嚥下障害の相談や紹介できる医療機関は、全施設共に「ある」と回答した。特養 A は訪問歯科の歯科医師に相談、特養 B は摂食・嚥下療法を実施している病院への受診、特養 C は同一設置主体の病院への受診、老健 D は摂食・嚥下療法を実施している病院や近隣の公立病院の耳鼻科への受診、老健 E は訪問歯科医師への相談や同一設置主体の病院への受診であった。

##### 4) 摂食・嚥下障害に関する事例検討会の実施とガイドラインの有無

事例検討会を特養 A, B, 老健 D, E の4施設は「必要に応じて開催している」、特養 C は、「実施していない」

と回答した。特養 A は、該当者がいる場合に週1回のカンファレンスで食事介助の仕方等の意見交換をしていた。特養 B は、月1回の食事モニター会議で、むせがひどい人がいる場合は、介助の仕方や栄養摂取方法の検討をしていた。老健 D は、該当者がいる時に食事介助の仕方を検討していた。老健 E は、3ヶ月に1回、栄養士との合同カンファレンスで、摂食、栄養の両面から検討するほか、該当者がいる場合は、随時、介助方法を検討していた。摂食・嚥下障害対策についてのガイドラインが「ある」と回答したのは、老健 D のみであった。

#### 5. 専門的口腔ケアの実施状況

歯科医師・歯科衛生士による専門的な口腔ケアは、全施設「実施している」と回答した。具体的な介入方法について、特養 A, B, C は週1回の訪問歯科診療、老健 D, E は月1回の訪問歯科診療であった。

## 考 察

### 1 施設の概要

特養3施設、老健2施設を調査対象とした。5施設共、入所定員数に対する職員数は、配置基準<sup>25,26)</sup>を上回っていた。看護・介護職員数について、服部ら<sup>27)</sup>は、特養の場合、50床当たりの平均看護職員数3.2名、平均介護職員数24.2名であり、老健の場合は、平均看護職員数5.8名、平均介護職員数17.3名であったと報告している。本調査結果と服部らの調査結果とを比較すると、看護職員数は5施設共に上回っており、ことに特養 A, 特養 C の看護職員は1.5倍以上の配置であった。これは、両施設共、平均介護度が4.0以上と高く、看護師が医療処置として栄養剤を注入する<sup>28)</sup>胃瘻造設者が特養 A は3名、特養 C は7名おり、他施設より多いことと関係していると推察される。

その他全ての施設で管理栄養士を常勤で配置する、特養 B と老健 D は歯科医師、老健 D では歯科衛生士を非常勤で配置している、特養 C では定期的に ST が訪問して嚥下機能評価と摂食指導を実施している、特養 B では、非常勤のマッサージ師が口唇のマッサージの実施や昼食前に嚥下体操を集団指導しているなどの工夫がみられた。入所者の高齢化、介護度の重度化に伴い、摂食・嚥下や栄養状態のアセスメント、治療食の提供、食事形態の多様化への対応などが求められているが、その中核をなすであろう ST の配置については、平成22年度介護サービス施設・事業所調査結果<sup>28)</sup>では、特養0人、老健0.2人であり、本調査結果も同様であった。今後、益々、摂食・嚥下に関わる評価の必要性や機能訓練の需要が増すと考えられ、介護老人施設への ST の配置も考えるべきかも知れない。

入所者の男女比は、5施設共に女性が70%以上を占めており、特養、老健間に差はなかった。年齢層が高く、介護度も重度である施設に摂食・嚥下障害がある入所者が多い傾向であった。さらに、摂食・嚥下障害がある入所者のほとんどが認知症の診断を受けていた。しかし、いずれの施設も認知症の入所者が多いことから、専門医の診断が必要と思われるにも関わらず、実際には特養B、C、老健Eで摂食・嚥下障害の診断を医師・歯科医師から受けた者がいなかった。摂食・嚥下障害の判断を下す際に、現場ごとの独自の基準などがあるかどうかについては今回調べていないが、認知症、摂食・嚥下障害、医療機関への受診者数などが、必ずしも相関していないことは、これらの対応が施設間で統一されていないことを示唆しているのかも知れない。

## 2. 入所者の食事摂取状況と施設の対応

非経口摂取者の割合は、いずれの施設も10%未満と低く、老健Eでは0名であった。非経口摂取の方法は、全員胃瘻であった。胃瘻の入所者について、特養3施設は、入所定員の5～10%の範囲で受入制限をしていた。これは、特養ホームを対象にした胃瘻造設者の受入調査結果<sup>29)</sup>とほぼ一致していた。特養A、Bでは看護師配置基準の見直しをしてほしいとの要望も聞かれた。要介護高齢者の胃瘻造設が社会問題化<sup>30)</sup>してきており、特養での胃瘻造設者への適切な対応ができるような看護人員の配置や療養環境の整備が求められる。

経口摂取者の食事形態について、常食を摂取している人の割合は、年齢層が高く、介護度も重度である特養A(16.4%)と特養C(22.0%)が他の3施設(32.7%～42.7%)に比べ少なかった。年齢や介護度が高くなれば、摂食・嚥下機能が低下し、食事形態が多様化していくと考えられる。一方、食事介助の状況では、介護度が最も高い特養Aは、一部あるいは全介助を必要とする入所者の割合が他の4施設に比べて高かった。介助者1人当たりの平均食事介助人数が多いことや入所者の経口摂取量が低いことなど、上記を反映すると思われる結果となった。一方、平均的な食事時間は全施設20～30分の間であり、介助者が多い特養Aが他施設に比べて長いわけではなかった。また食事をする場所については、介護度が最も高い特養Aは、テーブル・椅子で摂取する入所者の割合が8.6%、2番目に高い特養Cが16.9%と他の3施設に比べて少なかったが、車椅子で摂取する入所者の割合については介護度との関係が認められなかった。これら食事介助の方法や食事時間の目安、食事場所は、施設によって統一された基準があるわけではなかった。最長終了時間は、特養Aと老健Eは本人と相談して決めるとしていたが、他の3施設は施設側で決めていた。また、食事場所に関しては、老健Eのように、テー

ブルでの摂取が可能な人でも、特段の理由がないまま、つつい移動せず、車椅子のまま食べている現状があった。以上のように、食事介助や食事時間、食事場所の対応については、看護・介護する職員の高齢者の食に対する思いや考えが反映されているようであった。

食事時に行っているケアについて、全施設が実施しているのは、「おしぼり、エプロンの着用」、「特殊な食器・用具の使用」、「姿勢の保持」「環境の調整」であった。「食前の準備運動」は3施設が実施していた。マッサージ師、看護・介護職員、作業療法士(OT)と実施者はさまざまであったが、食事前に口腔・嚥下体操を行っていた。また、4施設が「食事ですよ」と声をかけたり、メニューを説明したりすることにより「食事への意識づけ」を行っていた。このように、口腔・嚥下体操の実施や覚醒の促進、食事への意識づけなど、食前に心身の準備を整えることが危険回避につながり<sup>31)</sup>安全な食事摂取へのケアとして重要と考えられた。

## 3. 摂食・嚥下障害がある入所者の状況と施設の対応

摂食・嚥下障害がある入所者の割合は、平均年齢・平均介護度共に高く、常食を摂取している人の割合が低い特養A、Cが他の3施設に比べて高く、認知症があり摂食・嚥下障害のある人の割合も高かった。特養Aは、誤嚥性肺炎の既往がある入所者の割合も高かった。しかし、最近半年の間に摂食・嚥下障害に関わる内容で医療機関を受診した人数、最近1か月の間に食事形態や摂取方法を変更した人数は、入所者の介護度や摂食・嚥下障害がある人の割合との直接の関連性をもたなかった。医療機関を受診した人の7割以上が誤嚥性肺炎の治療であったが、上記に述べたように、ほとんどの施設が入所者の食事摂取状況に対応した様々な工夫をすることで、誤嚥・窒息事故を防いでいると思われた。

摂食・嚥下障害がある人への看護師・介護者の介助方法については、食事の取り込み、準備期、嚥下口腔期から咽頭期にいたるまで、各施設ともにそれぞれの症状に応じた対応がほぼとられていた。一方で、「摂食・嚥下の訓練」を実施しているのは、特養Cと老健Dの2施設のみであった。これらの施設では、本人・家族の希望により胃瘻の入所者に食べる楽しみのための経口摂取訓練をしていた。今回調査した施設においては、経口摂取をしている人に対して、摂食・嚥下機能向上のための積極的な訓練は行われていなかった。摂食・嚥下リハビリテーションを行うためのスタッフや設備等の環境が整っていない現状では難しいと考えられる。

摂食・嚥下機能を評価するしくみが「ある」と回答したのは、特養A、C、老健Eであり、特養Aと老健Eは、訪問歯科医師によるVEを実施していた。VEによる評価が、その後の訓練内容や食事介助に際してどのように

反映されているかについては不明であったが、画像を用いた評価を行うことが、施設スタッフへの教育や入所者・家族に対する指導にも役立つことが期待できる。今後、このように施設内で評価できるしくみが広がっていくことが望まれる。また、摂食・嚥下障害に関して相談・紹介できる医療機関は、全施設「ある」と回答した。摂食・嚥下療法を実施している病院との提携や、同一設置主体の病院への受診など、すぐに対応できるしくみが組み込まれているのは望ましいと考える。

摂食・嚥下障害に関する事例検討会は、4施設が必要に応じて開催していた。このように、検討会等を開催することで、看護・介護者間で正しい知識と情報を共有し、個々に応じた介護の提供につながると期待できる。しかし、いずれも定例化までには至っておらず、摂食・嚥下障害対策のガイドラインを作成しているのも1施設のみであった。少ないスタッフ数で多くの入所者を抱える施設における食事時の介助や指導、摂食・嚥下障害に対する介入法などに関する定期的な検討会の開催やガイドラインの作成が望まれる。

口腔ケアについては、全施設、歯科医師・歯科衛生士による専門的な口腔ケアを実施していた。施設により、週2回から月1回まで回数にバラツキはあったが、入所者個々に適した口腔ケアを実施してもらうほか、職員に磨き方の指導をしてもらっていた。日々の口腔ケアも全施設3回実施していた。口腔ケア担当者は、特養3施設は介護職員、老健2施設は、看護師と介護職員であった。特養職員を対象にした調査では、口腔ケアの重要性は認知しているが、負担感も感じている<sup>32,33)</sup>。施設職員が実施できる標準化された簡便な方法<sup>34)</sup>等も報告されており、施設の実情に合わせての工夫が望まれる。今回調査した5施設は、歯科医師や歯科衛生士による専門的口腔ケアと介護者が行う日常的な口腔ケアとを組み合わせ実施していた。要介護高齢者の清潔な口腔環境を維持し、食生活の維持はもちろん、誤嚥性肺炎などの致命的な疾患に曝される危険性が下がることが期待できる<sup>35)</sup>と考えられる。

#### 4. 研究の限界と今後の課題

本研究は、都内にある介護老人施設5施設を対象にした調査結果であり、この結果を東京都内の介護老人施設の状況として一般化するには無理がある。今回の結果を踏まえて、調査項目・内容を再検討し、より多くの施設を対象に調査を行うことが課題である。

## 結 論

介護老人施設入所者の摂食・嚥下機能にかかわる状況と施設の対応を明らかにすることを目的として、東京都

内の老人福祉施設3施設、老人保健施設2施設を対象にアンケート及びインタビューを行った。

1. 平均年齢、平均介護度が高い施設に摂食・嚥下障害がある入所者が多い傾向であった。これらの施設は、非経口摂取者も多く、その方法は全員胃瘻であった。さらに、経口摂取者では、常食を食べている人の割合が少なく、食事摂取量も少ない傾向であり、食事介助を必要とする人数が多かった。
2. 食事介助や食事時間、食事場所の対応については、看護・介護する職員の高齢者の食に対する思いや考えが反映されている結果であった。
3. 摂食・嚥下障害がある入所者への対応で、「摂食・嚥下訓練」は2施設で実施していたが、いずれも胃瘻入所者への楽しみのための経口摂取であり、摂食・嚥下機能向上のための積極的な訓練は行われていなかった。摂食・嚥下機能の評価は2施設が訪問歯科医師によるVEを実施していた。摂食・嚥下障害に関して相談・紹介できる医療機関は全施設持っていた。事例検討会は開催しているものの定例化までには至っておらず、摂食・嚥下障害対策についてのガイドラインを作成しているのも1施設のみであった。
4. 全施設で訪問歯科診療を導入し、歯科医師や歯科衛生士による専門的口腔ケアと介護者が行う日常的な口腔ケアと組み合わせ実施していた。
5. 本調査の結果、要介護高齢者を多数抱える介護老人施設でさえも、摂食・嚥下障害に対する十分な対策が統一して取られていない現状が捉えられた。

## 文 献

- 1) 総務省：統計トピックス NO.63 統計からみた我が国の高齢者（65歳以上）、Available from : <http://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics63.pdf> (2013年6月14日引用)。
- 2) 平成24年度版高齢社会白書。内閣府、61。
- 3) 大前由紀雄：高齢患者の有する摂食上の問題点と対応（3）嚥下障害とその対応。栄養評価と治療、21（5）：47-50、2004。
- 4) 横山通夫、加賀谷斉、才藤栄一他：高齢者の嚥下障害。総合臨床、57（1）：138-139、2008。
- 5) 巨島文子：高齢者の嚥下障害と誤嚥性肺炎。京都医学会雑誌、57（1）：11-14、2010。
- 6) 鎌倉やよい：高齢者の摂食・嚥下障害ケア。Quality Nursing1,10（6）：9-14、2004。
- 7) 高井逸史、村上将典、大西光子他：要介護高齢者の摂食嚥下障害に影響を及ぼす要因について。日本生理人類学会誌、11（3）：35-40、2006。
- 8) 馬場尊：リハビリ医学からみた摂食・嚥下障害へ

- の対応. 摂食・嚥下障害を考える, 口から食べる幸せづくり (第2集), (独) 国立健康・栄養研究所栄養教育プログラム食介護研究会, 株式会社カザン: 19-20, 2008.
- 9) 厚生労働省: 平成22年国民生活基礎調査の概況, Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-2.html> (2012年9月14日引用).
  - 10) 石川健太郎, 大岡貴史, 弘中祥司他: 介護老人福祉施設における摂食・嚥下指導-第1報-. 口腔衛生会誌, 55: 559-566, 2005.
  - 11) 市川朋江, 大塚すみ枝, 大木洋子他: 介護施設内の要介護高齢者の肺炎に対する「口から食べる」を支援する包括的肺炎ケア. 看護技術, 55 (14): 89-94, 2009.
  - 12) 和田圭子: 食べることはその人の生きる力を最大限に引き出す. 最期まで安全においしく食べてほしい: 特別養護老人ホームの取り組み, 臨床看護, 38 (11): 1488-1491, 2012.
  - 13) 植田耕一郎: 歯科の立場から (口腔ケア・口腔機能へのアプローチ) ~改正介護保険制度における「口腔機能の向上支援」の役割と医療-介護連携~. Jpn J Rehabil Med, 44 (2): 92-96, 2007.
  - 14) 服部史子, 戸原玄, 中根綾子他: 在宅および施設入居摂食・嚥下障害者の栄養摂取方法と嚥下機能の乖離. 日摂食嚥下リハ会誌, 12 (2): 101-108, 2008.
  - 15) 浅田美江: 摂食・嚥下障害患者に対する看護の役割. 臨床看護, 35 (4): 435-441, 2009.
  - 16) 長屋政博, 中澤信: 介護施設における摂食・嚥下リハビリテーション, J Clin Rehab, 21 (9): 855-862, 2012.
  - 17) 和田敬子, 浅田美江: 摂食・嚥下リハビリテーション領域の診療・介護報酬改定と看護職参画の必要性について. Nursing Today, 22 (10), 5-7, 2007.
  - 18) 厚生労働省ホームページ: 平成24年度介護報酬改定について (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/kaitei.html>)
  - 19) 戸原玄, 植田耕一郎: 平成21年度の介護報酬改定-特に歯科にかかわる部分に就いて-. 歯界展望, 113 (5): 895-897, 2009.
  - 20) 北海道総合保健医療協議会地域保健専門委員会・北海道保健福祉部: 要介護高齢者に対する摂食嚥下障害対策実態調査報告書: 1-93, 2006.
  - 21) 上村智子: 介護老人保健施設における摂食・嚥下障害者と食の支援状況の調査. 日摂食嚥下リハ会誌, 11 (1): 60-66, 2007.
  - 22) 宮城県仙南保健福祉事務所: 仙南圏域における要介護高齢者に対する摂食・嚥下障害対策実態調査結果: 1-44, 2009.
  - 23) 東京都福祉保健局ホームページ: 「社会福祉施設等一覧」平成24年度版 ([http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kiban/fukushi-shisetsu/shs\\_list/shisetsu\\_list/itiran/index.html](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kiban/fukushi-shisetsu/shs_list/shisetsu_list/itiran/index.html))
  - 24) 平成24年度版高齢社会白書. 内閣府, 6-8.
  - 25) 指定介護老人福祉施設の人員, 設備及び運営に関する基準 (平成十一年三月三十一日厚生省令第三十九号) 最終改正: 平成二四年三月一三日厚生労働省令第三〇号 (<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H11/H11F03601000039.html>)
  - 26) 介護老人保健施設の人員, 施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成十一年三月三十一日厚生省令第四十号) 最終改正: 平成二四年三月三〇日厚生労働省令第五三号
  - 27) 服部哲子・沢村香苗・中島民恵子他: 医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査【介護保険施設】報告書: 介護療養病床等における入所者の実態に関する調査研究 (老人保健健康増進等事業による研究報告書, 平成22年度). 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構, 2011.
  - 28) 厚生労働省: 平成22年介護サービス施設・事業所調査結果の概況 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service10/index.html>)
  - 29) 胃ろう造設者の受入「上限あり」施設が7割-特養ホームを良くする市民の会 (<http://news.goo.ne.jp/article/cabrain/life/cabrain-37962.html>)
  - 30) 植田耕一郎: 口腔ケアによる嚥下性肺炎予防. ICUとCCU, 33 (3): 235-241, 2009.
  - 31) 清水充子: 間接訓練の方法と注意したいこと. 臨床看護, 35 (4): 483-490, 2009.
  - 32) 中村康典, 三村保他: 鹿児島県の特別養護老人ホームにおける口腔ケアに関する実態調査-介護職員の口腔ケアに対する認識について-. 老年歯学, 16: 242-246, 2001.
  - 33) Sumi Y., Nakamura Y. et al: Attitudes to oral care among caregivers in Japanese nursing homes. Gerodontology 18: 2-6, 2001.
  - 34) 中村康典, 三村保他: 特別養護老人ホームにおける口腔ケアシステムの適用とその評価. 口腔外科学会誌, 53 (3): 117-120, 2004.
  - 35) 角保徳: 摂食・嚥下と口腔ケア. Geriatric Med, 45 (10), 1301-1305, 2007.