

【ポスター発表】

介護保険施設の食事支援における食事機能評価と職種間の業務役割

○徳島大学大学院 竹内 祐子 (8200)

柳沢志津子 (徳島大学大学院・4463), 白山靖彦 (徳島大学大学院・4973)

〔キーワード〕 食事支援・多職種連携・情報共有

1. 研究目的

高齢者介護の現場では、経口摂取の重要性が認識されており、平成 27 年度介護保険法改正でも、経口維持や経口移行への取り組みを評価する制度が整備された。その一方で、介護現場の慢性的なマンパワー不足に加え、評価の困難さなどの要因から、経口維持・移行の取り組みが十分に進んでいない現状がある。食事支援は、一人の介護職員が複数の利用者を見守りながら、摂食・嚥下に障害のある方に直接介助を行うことも珍しくはない。安全に配慮した食事支援を行うためには、利用者ごとの心身状態や食事機能を正確に評価する必要があるが、観察の視点や評価項目、評価を行うタイミングが施設毎に異なることや、同一施設の専門職種間でも異なることはすでに報告している。その際報告では、食事機能評価における各職種の役割が不明確な点が課題として残された。介護現場のマンパワー不足や食事機能評価の技術に関する問題は、様々な研修の積み重ねによる知識の習得を必要とし、早急な解決は望めない。そこで ICT を用いた食事支援サポートシステム(仮称：[Meal Round-based Cloud Database]、以下、MeRoD)の開発をより進めているところである。MeRoD では、摂食・嚥下障害を持つ高齢者の心身状態や食事機能に関して、多職種から得られた諸情報を集約しタブレット端末に入力することで、職種間の情報共有および適切な食事形態やメニュー選択の指標を構築することを目指している。今回の研究では、MeRoD 開発の参考とするために、介護現場における食事機能評価の実際と各専門職の役割を明らかにすることを目的とした。

2. 研究の視点および方法

本研究は、介護現場における食事支援の構造を明らかにしたうえで、食事機能評価のタイミングと内容、専門職の業務役割を明らかにすることを目的として、食事支援業務に関わる専門職にグループインタビュー調査(以下、インタビュー)を実施した。調査対象は、同意を得られた介護保険施設(特別養護老人ホーム)4ヶ所で食事支援業務に関わる介護職員、管理栄養士、看護師、歯科衛生士の合計 25 名とした。調査期間は、平成 29 年 9 月 21 日から平成 30 年 1 月 30 日であった。インタビュー内容は、①食事支援業務の職種間の分担内容②メニュー決定や食形態の選定・変更に伴う手続き③ミールラウンド等に関する多職種連携業務の実施状況等である。インタビュー内容を IC レコーダーに録音した後、逐語録を作成し、食事支援の構造、実施される食事機能評価、職種間業務ごとにカテゴリー分類を行った。

3. 倫理的配慮

研究対象者には調査概要と倫理的配慮事項を口頭で説明し、本研究の協力同意を書面で得た。研究にあたり、徳島大学病院臨床研究倫理審査委員会の倫理審査に申請し承認（承認番号：2911.承認日：平成29年7月24日）を受けている。

4. 研究結果

インタビューの結果から介護現場における食事支援は、①施設入所、②食事形態・メニュー選定、③調理・盛り付け・配膳、④誘導・手洗い・食事前処置、⑤食事介助、⑥観察（摂取量・残量）、⑦情報収集（報告・記録・伝達）、⑧食形態・メニュー変更（専門職別の役割・多職種連携・カンファレンス・担当者会議）という8つの場面で構成されていた。①から⑧の食事支援場面において食事機能評価は、⑤食事介助から⑧食事形態・メニュー変更の段階で連続的に実施されていた。食事機能評価における職種間の具体的な業務役割をみると、⑤食事介助では、介護職員は利用者の心身状態把握や摂食・嚥下状態における異常の把握を行いつつ、周囲の利用者に配慮する声掛けを行っていた。さらに、味付けや嗜好など食事内容の適合も並行して評価していた。看護師の役割は、食後の嘔声や喘鳴の有無を確認、検温など、誤嚥性肺炎の早期発見にかかる評価を行っていた。歯科衛生士は、口腔内の観察や噛み合わせ、歯の痛み等の評価であった。⑥観察では、介護職員や相談業務職員が摂取量の確認、メニューの嗜好判断を調理担当者が行っていた。それらの評価を受けて管理栄養士は、食事摂取量の計算・記録、定期的な食形態の評価、全体的な残量の確認を行っていた。⑦情報収集では、食事介助中の状態を介護職員から看護師に報告、あるいは看護師と介護職員共通の日誌に、食事形態の変更や体調の変化、介助中の利用者情報を細かく記録していた。⑧食事形態・メニュー変更は、それまでの評価結果に基づき、管理栄養士が栄養ケアプランを立案し家族から同意を得ること、看護師が摂取する水分や食材の形状を変更し低栄養予防への対処を行い、体調や疾患などの全身管理を担っていた。食形態変更は介護職員から咀嚼や嚥下状態の報告を受けた管理栄養士と看護師など、多職種で判断し決定していた。しかし、問題の内容によって即時対応が判断された場合には、その場で情報交換し変更する場合もあった。多職種連携場面には、ケアプラン会議、担当者会議、カンファレンス等の業務があり、施設毎に目的や出席メンバーが異なる。そのほか、介護力向上委員会、介護部会の名称でケアに関する介護職員による話し合いが行われており、その時残された課題を多職種が参加する全体会議に引き継ぐ手順もみられた。

5. 考察

食事機能評価の実施は、食事支援業務の中に独立して存在するのではなく、その他の業務と同時並行で実施されていた。必要に応じて食事支援の場面で臨機応変な対応が求められることも多く、食事機能評価を担当する職種やタイミングを限定的に捉えることは困難と考えられる。食事機能評価の中心的役割は食事支援に携わる介護職員が担っており、介護職員の把握した情報に看護師による全身状態、医療的評価と、歯科衛生士による口腔機能評価が追加され、最終的に管理栄養士によってメニュー作成や食材の変更に反映されていた。以上のことから、食事機能評価では、介護職・医療職ともに専門領域に特化した役割が確立されており、職種による評価観点の差異が示唆された。