

回復期リハビリテーション病棟の食支援における看護師の役割の検討

—食支援に関わる多職種の役割認識についての横断的調査—

Investigation of the Role of Nursing regarding Eating Assistance in a Convalescent Rehabilitation Ward: Cross-Sectional Study on the Role Recognition of Multiple Professionals Related to Meal Support

徳田葉子

TOKUDA Yoko

要旨

【目的】回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）で働く看護師および他職種が患者の食支援において看護師の役割をどのように考えているかを明らかにする。【方法】管理栄養士が専任で常勤する関西圏内の回リハ病棟入院料 1 の全病院を対象に無記名自記式質問紙調査を行った。【結果】アセスメント・推論の患者・家族のリスク管理をアセスメント(他職種 $p=0.022$; 看護師 $p<0.001$)、介入の口腔機能や免疫力を高める口腔ケアを実施($p<0.001$)、食事に必要な道具をセッティング($p<0.001$)、窒息やむせた時の対応を患者・家族に説明($p<0.001$)は看護師・他職種共に看護師の役割と答えた。【結論】看護師の役割は、食べる口づくり、食事時のリスクへの対応と患者・家族への指導、心身のコンディションを考慮した食べるための体づくり、自ら食べるための環境調整、自宅での生活の準備・調整、生活の中で変化する患者の心情に寄り添い、食べる気持ちに働きかけ、食べられるように支援する事であった。

キーワード: 食支援、回復期リハビリテーション、多職種連携、看護師、チームアプローチ

[Purpose] This study aimed to clarify how nurses and other healthcare professionals view the nurses' role of providing food support to patients in convalescent rehabilitation wards. [Method] An anonymous, self-administered questionnaire survey was conducted in all hospitals imposing an admission fee 1 in the Kansai area rehabilitation wards, where full-time dietitians work. [Results] Nurses and other healthcare professionals reported that nurses' role in nutritional assessment included the assessment of patient and family risk management (other professionals, $p=0.022$; nurses, $p<0.001$), implementing oral care to improve oral function and immunity ($p<0.001$), setting up utensils for meals ($p<0.001$); and instructing the patient/family on necessary actions should suffocation or choking occur ($p<0.001$). [Conclusion] The role of nurses in food support includes "oral health care for eating," "response to risks during mealtimes and provision of guidance to patients/families," "preparation of the body and mind for eating," "adjustments to the environment to facilitate independent eating," "preparing for life at home," and "attending to patients' lifetime changes in emotional state, working on their desire to eat, and helping them to eat."

Key word: Assistance for Eating, Convalescent rehabilitation ward, Inter-professional, Nursing, Team approach

I. 緒言

回リハ病棟では、患者の機能回復を目指しリハビリテーション(以下、リハ)を行うが、栄養補給の十分でない低栄養患者では、自らの筋肉を分解しエネルギーを得ようとするため筋肉量は減少し、栄養状態が悪化する危険性が高い(若林, 2014)。

回リハ病棟の入院患者のうち BMI18.5 未満の低栄養患者が全体の約 2 割を占めており(厚生労働省, 2017)、サルコペニアはリハ患者の 50%に存在している(Churilov ら, 2018)。低栄養は、高齢な誤嚥性肺炎患者の生命予後に関係(坂口ら, 2018; 相馬, 2017)し、自宅復帰率、ADL 帰結にも関係(御子神, 2010; 西岡, 2015; 笛吹, 2008)しており、質の高い栄養管理とリハが受けられるよう支援する事が求められる。

回リハ病棟では様々な専門職が専従し専門性を生かし患者のケアにあたっており、栄養管理は看護師だけではできず、多職種とのチームアプローチが必要不可欠である(藤島, 2000; 重松, 2011; 和田, 2018)。若林(2014)は、国際生活機能分類による全人的評価と栄養障害・サルコペニア・栄養素摂取の過不足の有無と原因の評価、リハ栄養診断・ゴール設定を行ったうえで、障害者やフレイル高齢者の栄養状態・サルコペニア・フレイルを改善し、機能・活動・参加、QOL を最大限高める「リハからみた栄養管理」や「栄養からみたリハ」をリハ栄養と定義している。質の高いリハ栄養の実践には栄養ケアプロセスの運用が有用であり、チームでの実践により患者の摂取エネルギーの有意な増加、低栄養の割合の減少が見られたと述べている(若林, 2015; 和田, 2018)。リハ栄養の実践の中で管理栄養士は「リハからみた栄養管理」、セラピストは「栄養からみたリハ」を担当することが多いが、病棟で常に患者の活動量の変化や食事摂取量の増減を観察している看護師はその変化にいち早く気づき、リハ栄養の両方に関わることができる。また、管理栄養士は看護師からのフィードバックを受けることで「リハからみた栄養管理」の次の一手を打つことができる(小蔵, 2018)。看護師が各職種から求められる情報は、栄養管理

の中で患者の全身状態や治療内容など医学的管理に関する情報と病棟での生活状況や ADL 評価(Activities of Daily Living : ADL)など能力障害と生活支援に関するリハ領域に特徴的な情報(石鍋, 2000)であり、それは看護師が認識している以上に期待されている。

看護師は「経管栄養に関する援助」、「食事摂取に関する援助」、「アセスメントに基づく食事指導」、「職種間との連携」、「在宅栄養管理」を看護師の役割と認識している(森山, 2014)。しかし、その実施率は、経管栄養や食事摂取に関する援助は 85.3%以上であるのに対し、アセスメントに基づく食事指導は 68.2%、在宅栄養管理 47.3%と低い現状がある。その背景には、何から始めたらいいのか判断できない現状や看護師があらゆる領域に対して幅広い知識を要求されること、日常業務が忙しいことがある(長谷川, 2008)。これはリハ医療チームでは看護職以外はセラピーという機能を持つ専門職であり、具体的で明快な知識体系をもつのにに対し看護の専門性はケアにあり、利用者を捉える時に全体的で包括的継続的な視点をもつため、専門性を認識し明示することが難しい(酒井, 2001)ことにある。

チームアプローチの共通基盤は、チーム内で他職種や他機関の役割を十分に理解し、利用者本人の生活のニーズに対して、他のメンバーが果たすべき役割と限界を認識出来ていること、自分の専門性や自己が属する機関がチーム内でどのような機能と役割を果たせるかを常にチーム内に明確に示せることである(横山, 2011)。しかし、看護師や他職種が多職種で関わる食支援において看護の役割をどのように考えているかは明らかになっていない。回リハ病棟に入院する患者の食支援に関わる専門職が互いの役割を理解し、患者の食支援に意識的に関わることは患者を生活者として包括的に捉えた「食支援」の介入が強化され、患者の QOL の向上を図ることに繋がると考える。

以上から、回リハ病棟で働く看護師および他職種(医師、管理栄養士、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士)が多職種で関わる患者の食支援にお

いて、看護師の役割をどのように考えているのかを明らかにする。

II. 用語の定義

1. 栄養管理：「療養上の世話」をしながら栄養に関する情報収集や観察を継続し、栄養評価を行い、その結果を他の職種と共有して患者の栄養状態の管理を行うこと。
2. 食支援：栄養状態の改善に留まる事なく、生活者としての ADL 拡大、食べる楽しみの拡充、QOL の向上ができるよう支援すること(小山, 2011)。
3. 多職種連携：複数の領域の専門職がそれぞれの専門性を活かし共通の目標達成を患者と共に目指して協働すること(藤田, 2016)。
4. 役割：職種や地位によって期待されることや遂行しているはたらきや役目。
5. 回りハ病棟入院料 1：リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師 1 名以上、専従の理学療法士 3 名以上、作業療法士 2 名以上、言語聴覚士 1 名以上、専任の管理栄養士 1 名以上、専任の社会福祉士等 1 名以上の常勤配置のある病棟 (中医協, 2019)。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、無記名自記式質問紙調査による横断研究である。

2. 対象者

1) 病院の選定

関西(京都、滋賀、大阪、兵庫、奈良、和歌山)で、回りハ病棟入院料 1 を算定された全病院の 161 病院を対象とした。専任の常勤管理栄養士の 1 名以上の配置が努力義務とする回りハ病棟入院料 1 は管理栄養士の積極的な介入が期待でき、条件を一定にできる入院料 1 の病棟のみに設定した。

2) 対象者の選定

対象者数は、中医協(2019)に記載の日本全国の入院料 1 算定の 688 病院と看護師の平均配置数 19 名(回復期リハビリテーション病棟協会, 2019)を掛け合わせ母集団を 13000 名と想定し、信頼度 95%、誤差を 0.07 まで許容する 196 名とした。

対象者は回りハ病棟入院料 1 の施設基準から各病棟の看護師 8 名、医師、管理栄養士各 1 名、言語聴覚士 2 名、作業療法士、理学療法士各 4 名の計 20 名とし、下記の基準を満たすものとした。

(1) 看護師

看護の質評価の検討(多久島, 2018)、我が国の文献調査による中堅看護師の定義(小田山, 2009)から、対象者の条件は臨床経験が 5 年以上で、回りハ病棟に 3 年以上勤務経験があるスタッフとした。栄養サポートチームに属する NST (Nutrition Support Team : NST) は、看護師の役割認識とは異なるため NST 認定の看護師は除外した。

(2) 医師

リハ医療に 3 年以上の経験を有し、適切なリハの研修を受けた回りハ病棟専任常勤医とした。

(3) 管理栄養士

回りハ病棟専任の管理栄養士とした。

(4) 言語聴覚士、作業療法士、理学療法士

知識・思考・技術の向上が見られる(芳野, 2017)、勤務年数 3 年以上の回りハ病棟専従の言語聴覚士、作業療法士、理学療法士とした。

3) 調査方法

質問項目は下記のように構成し、データは郵送法による無記名・自記式質問紙調査とした。

① 対象者の基本属性：所属病院、職種、回りハ勤務年数、臨床経験年数、資格について

② 看護師および多職種の食支援に関わる援助

a) リハ栄養アセスメント・推論：摂食能力や栄養スクリーニングなどの 25 項目

b) リハ栄養診断：低栄養・過栄養、筋肉量の増減、身体機能の低下、栄養素の不足・過剰、悪液質を診断などの 3 項目

リハ栄養ゴール設定：食支援における連携、体制づくりなどの 7 項目

- c) リハ栄養介入：食事の姿勢や自助具の選択、食形態選択などの43項目
- d) リハ栄養モニタリング：摂食状況のモニタリングや評価などの5項目

文献(深田, 2009; 田中, 2011; 若林, 2014; 小山, 2017; 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議, 2010a, 2010b)を参考に、看護師および他職種が行う食支援に関わる援助を抽出した。その後、抽出した質問項目を若林(2014)のリハ栄養プロセスである②a)～d)に分類した。質問紙作成後、近畿圏内の回復期リハ病院の対象病院を含む2施設の看護師2名と言語聴覚士1名、看護教員2名にプレテストを行い、若林(2017)、日本リハビリテーション栄養学会(2019)、前川(2020)の文献検討を合わせて質問項目の再編をした。

(1) 回答方法

看護師および他職種が多職種に関わる患者の食支援において、看護師、医師、管理栄養士、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士のどの職種の役割だと考えるのか、考えに一番近いと思うものを一つ回答してもらった。

(2) 調査手順

対象病院の院長・看護部長宛に、研究への協力依頼、研究の趣旨、方法を記載した用紙を郵送し、返信用ハガキの返送にて研究協力の同意を得た。病院の調査の窓口になる人への依頼状、各職種の責任者用の依頼状、各スタッフへの協力に関する依頼状および質問紙を送付した。病院の調査の窓口になる人から各職種の責任者へ依頼状の配布、責任者に対象者の選定をしてもらい責任者より対象者に依頼状と質問紙を配布してもらった。回収率を上げるため、1か月後にリマインダーハガキ送付し、再度研究協力を依頼した。

(3) 分析方法

各質問項目について記述統計を行った。その後、医師、管理栄養士、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士を他職種と分類し、他職種、看護師のそれぞれに χ^2 適合度検定を行った。有意水準は0.05とした。分析にはIBM SPSS Statistics25を使用した。

IV. 倫理的配慮

研究に関わる全ての医療職に対し、研究の趣旨と方法、倫理的配慮、研究の参加の自由意思、個人情報保護の保護、データの取り扱いについて書面で説明した。看護管理者は返信用ハガキ返送、対象者は質問紙の投函をもって研究参加の同意とした。研究の参加・不参加は自由であり不参加による不利益は被らないものとしたが、質問紙は無記名の郵送調査であり質問紙の返信後の参加の離脱は不可能であることを書面で説明した。個人情報および調査で得られたデータは、研究者のみが取り扱い研究目的のみに使用すること、施設可能な書類庫で10年間保管した後、紙媒体のデータは速やかにシュレッダーにて裁断処分、USBは粉碎することとした。なお、本研究は京都看護大学研究倫理委員会の承認(2018-99)を得て行った。

V. 結果

データ収集期間は、2020年7月1日～2020年10月22日であった。近畿161病院に依頼状を送り27病院37病棟に同意得た。722名に質問紙を配布し430名から回答(59.6%)があった。回答が得られた430名のうち、包括基準を満たす350名(81.4%)を分析対象とした。

1. 対象病院の内訳と対象者の属性

対象者の所属病院は、総合病院の回りハ病棟150名(42.9%)、リハ専門病院167名(47.7%)、その他32名(9.1%)であった(表1)。対象者は看護師が128名(36.6%)、他職種222名(63.4%)で、医師21名(6.0%)、管理栄養士27名(7.7%)、言語聴覚士35名(10.0%)、作業療法士68名(19.4%)、理学療法士71名(20.3%)であった(表2)。対象者の回復期の経験年数は、看護師は 6.2 ± 3.2 年、他職種は 5.6 ± 3.4 年、臨床経験年数は、看護師は 18.4 ± 9.5 年、他職種は 9.7 ± 9.2 年であった(表3)。食に関わる資格保持者は全体の16.3%であった(表4)。

項目	N=350	
	N	%
総合病院 (リハビリテーション病棟)	150	42.9
リハビリテーション専門病院	167	47.7
その他	32	9.1
無回答	1	0.3

表2 職種を選択

項目	N=350	
	N	%
看護師	128	36.6
他職種	222	63.4
医師	21	6.0
管理栄養士	27	7.7
言語聴覚士	35	10.0
作業療法士	68	19.4
理学療法士	71	20.3

表3 経験年数

項目	N/平均		SD
	N	平均	
回復期リハビリテーション病棟の勤務年数			
看護師	6.2	3.2	
他職種	5.6	3.4	
医師	6.4	4.3	
管理栄養士	2.9	2.5	
言語聴覚士	6.2	3.3	
作業療法士	6.0	3.2	
理学療法士	5.7	3.3	

臨床経験年数

看護師	18.4	9.5
他職種	9.7	9.2
医師	31.2	12.0
管理栄養士	8.1	7.1
言語聴覚士	7.4	4.7
作業療法士	7.5	4.2
理学療法士	7.1	5.0

表4 摂食・嚥下に関わる資格の保有

項目	N=350	
	N	%
保有なし	292	83.4
保有あり	57	16.3
回復期リハビリテーション病棟協会認定看護師	16	4.6
回復期リハビリテーション病棟協会認定セラピスト	5	1.4
脳卒中リハビリテーション認定看護師	1	0.3
日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士	3	0.9
栄養サポートチーム (NST) 専門療法士	8	2.3
その他	24	6.9
無回答	1	0.3

2. 各職種の考える自らの役割

質問項目ごとの記述統計において、各職種が自らの役割と答えた割合が一番多い順に各質問項目の内容を要約したもので結果を示す(表5)。

1) 医師の考える自らの役割

アセスメント・推論では、a-16 誤嚥性肺炎のリスクのアセスメント 81.0%、a-2 意識状態の程度からアセスメント 76.2%、a-13 嚥下造影検査などの結果からアセスメント 65.0%、a-6 脳神経のフィジカルアセスメント 61.9%、a-4 視覚の程度からアセスメント 57.1%の計5項目を自らの役割と答えていた。

診断・ゴール設定は、d-2 サルコペニアの有無、筋肉量、筋力低下、身体機能の低下の有無と原因の診断 57.1%、d-8 患者・家族と医療スタッフが治療方針を決定する場を提供 52.4%などで、介入に自らの役割と回答したものは無かった。

2) 管理栄養士の考える自らの役割

アセスメント・推論は計5項目を自らの役割と回答し、a-18 患者に必要なエネルギー量・蛋白質

量をアセスメント 96.3%や a-17 低栄養のリスクのアセスメント 92.6%を特に多く回答した。

診断・ゴール設定では、d-5、d-7 のように必要栄養量や目標体重、必要栄養素量が達成できる目標を設定は 96.3%、d-1、d-3 のように低栄養・過栄養・栄養障害のリスクや栄養素の摂取不足・過剰の有無と原因の診断は 81.5%の計4項目を自らの役割と回答した。

介入は7項目で、i-33 低栄養のリスクのある患者に対し、食形態や方法を考慮し、不足している栄養量を補給 100.0%、i-28 患者が食事を楽しめるように内容を検討 96.3%、i-36 食形態、調理方法、増粘剤の使用法を患者・家族に説明 88.9%、i-36 食形態、調理方法、増粘剤の使用法を患者・家族に説明 88.9%、i-26 患者が必要量食べられていない理由をアセスメント 85.2%は自らの役割と特に多く回答した。

モニタリングは、m-4 栄養素の摂取不足・過剰の程度を評価し、状況に応じて目標や介入計画を変更 100.0%、m-3 栄養状態を評価し状況に応じて目標や介入計画を変更 77.8%の計2項目を自らの役割と回答した。

3) 言語聴覚士の考える自らの役割

アセスメント・推論は計8項目で、a-3 高次脳機能障害の程度からアセスメント 97.1%、a-22 患者・家族の口腔ケアの方法や基礎訓練をアセスメント 94.3%、a-14 嚥下障害のスクリーニング検査の実施 91.4%、a-15 嚥下障害の重症度を摂食嚥下のグレードを用いてアセスメント 88.6%を特に多く自らの役割と回答した。

介入は計17項目で、i-13 患者・家族に口腔期嚥下障害に有効な嚥下方法を指導、i-15 ブローイングを患者・家族に指導、i-16 鼻咽頭閉鎖不全にプッシング・プリング訓練を患者・家族に指導、i-17 咽頭挙上障害がある場合、頭部挙上法を患者・家族に指導、i-18 嚥下反射の減弱・消失がある場合、息こらえ嚥下法を指導、i-20 咽頭クリアランスの低下の場合、空嚥下、交互嚥下、頸部を患側に回旋することを患者・家族に説明の6項目は

97.1%、i-24 誤嚥性肺炎がある場合、呼吸訓練、咳嗽訓練、発声訓練の実施、i-39 基礎訓練、摂食訓練の内容について、退院後の生活に即した方法を計画し、患者・家族に説明の2項目は94.3%と特に多く自らの役割と答えた。

4) 作業療法士の考える自らの役割

アセスメント・推論は計2項目で、a-9 摂食姿勢や自力での摂食レベルをアセスメント92.6%は特に多く自らの役割と答えていた。診断・ゴール設定は計2項目で、d-6 ADL の到達目標を設定52.9%は特に多く自らの役割と回答した。介入は計5項目で、i-9 患者にあった食器・食具を選択97.1%、i-7 食事姿勢を整える80.9%が特に多く、モニタリングは、m-1 患者の希望やQOLを達成できるよう状況に応じ目標や介入方法を変更

48.5%の1項目を自らの役割と回答していた。

5) 理学療法士の考える自らの役割

アセスメント・診断はa-8 筋・骨格・脳神経系のフィジカルアセスメント52.1%、ゴール設定はd-6 ADL の到達目標を測定可能で達成できる目標を設定71.8%、モニタリングはm-2 目標とするADLに到達しているか評価し、状況に応じ目標や介入計画を変更73.2%は自らの役割と回答した。

6) 看護師の考える自らの役割

看護師は、アセスメント・推論10項目、診断・ゴール設定4項目、介入28項目、モニタリング2項目の計44項目を自らの役割と回答した。看護師の考える自らの役割は、次の結果で示す。

表5 各職種が考える自らの役割

職種	栄養ケアプロセス 質問番号 (%)	質問項目	看護師の役割		医師の役割		管理栄養士の役割		言語聴覚士の役割		作業療法士の役割		理学療法士の役割	
			度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
医師	アセスメント・推論	a-16 誤嚥性肺炎のリスクのアセスメント	3	14.3	17	81.0	0	0.0	1	4.8	0	0.0	0	0.0
		a-2 意識状態の程度からアセスメント	2	9.5	16	76.2	0	0.0	3	14.3	0	0.0	0	0.0
		a-13 嚥下造影検査などの結果からアセスメント	0	0.0	13	65.0	0	0.0	6	30.0	0	0.0	1	5.0
		a-6 脳神経のフィジカルアセスメント	1	4.8	13	61.9	0	0.0	7	33.3	0	0.0	0	0.0
	a-4 視覚の程度からアセスメント	3	14.3	12	57.1	0	0.0	3	14.3	3	14.3	0	0.0	
	診断・ゴール設定	d-2 サルコペニアの有無、筋肉量、筋力低下、身体機能の低下の有無と原因の診断	0	0.0	12	57.1	3	14.3	0	0.0	2	9.5	4	19.0
		d-8 患者・家族と医療スタッフが治療方針を決定する場を提供	2	9.5	11	52.4	2	9.5	5	23.8	1	4.8	0	0.0
	d-1 低栄養・過栄養、栄養障害のリスクの有無と原因を診断	2	9.5	10	47.6	9	42.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	モニタリング	m-2 目標とするADLに到達しているか評価し、状況に応じ目標や介入計画を変更	3	14.3	6	28.6	2	9.5	0	0.0	5	23.8	5	23.8
	管理栄養士	アセスメント・推論	a-18 患者に必要なエネルギー量・蛋白質量をアセスメント	0	0.0	0	0.0	26	96.3	0	0.0	0	0.0	1
a-17 低栄養のリスクのアセスメント			2	7.4	0	0.0	25	92.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
a-11 患者・家族の食べること（経口摂取）に対する考え、希望に関するアセスメント			7	25.9	1	3.7	19	70.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
a-10 患者・家族に問診して摂食嚥下障害の有無や程度をアセスメント			6	22.2	0	0.0	19	70.4	2	7.4	0	0.0	0	0.0
a-1 主観的包括的評価(SGA)や簡易栄養状態評価表(MNA-SF)などを用い、入院後72時間以内にスクリーニングを実施		8	29.6	0	0.0	18	66.7	0	0.0	0	0.0	1	3.7	
診断・ゴール設定		d-5 必要栄養量や目標体重が達成できる目標を設定	0	0.0	1	3.7	26	96.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
		d-7 必要栄養量が達成できる目標を設定	0	0.0	1	3.7	26	96.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
		d-1 低栄養・過栄養、栄養障害のリスクの有無と原因を診断	1	3.7	4	14.8	22	81.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
		d-3 栄養素の摂取不足・過剰の有無と原因を診断	1	3.7	4	14.8	22	81.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
介入		i-33 低栄養のリスクのある患者に対し、食形態や方法を考慮し、不足している栄養量を補給	0	0.0	0	0.0	27	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	i-28 患者が食事を楽にするように食事内容を検討	1	3.7	0	0.0	26	96.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	i-36 食形態、調理方法、増粘剤の使用法を患者・家族に説明	0	0.0	0	0.0	24	88.9	3	11.1	0	0.0	0	0.0	
	i-26 患者が必要量食べられない理由をアセスメント	3	11.1	0	0.0	23	85.2	1	3.7	0	0.0	0	0.0	
	i-27 患者の嗜好を食事に取り入れられたり、食べられないものを差し入れてもらうよう家族に依頼	11	40.7	1	3.7	15	55.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	i-38 摂食訓練について介護力や経済性を加味した食品の工夫を計画	6	22.2	0	0.0	15	55.6	6	22.2	0	0.0	0	0.0	
	i-29 食べることが成功体験になるように関わる	13	48.1	0	0.0	14	51.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	m-4 栄養素の摂取不足・過剰の程度を評価し、状況に応じて目標や介入計画を変更	0	0.0	0	0.0	27	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	m-3 栄養状態を評価し状況に応じて目標や介入計画を変更	5	18.5	0	0.0	21	77.8	0	0.0	0	0.0	1	3.7	
言語聴覚士	アセスメント・推論	a-3 高次脳機能障害の程度からアセスメント	0	0.0	1	2.9	0	0.0	34	97.1	0	0.0	0	0.0
		a-22 患者・家族の口腔ケアの方法や基礎訓練をアセスメント	1	2.9	1	2.9	0	0.0	33	94.3	0	0.0	0	0.0
		a-14 嚥下障害のスクリーニング検査の実施	2	5.7	1	2.9	0	0.0	32	91.4	0	0.0	0	0.0
		a-15 嚥下障害の重症度を摂食嚥下のグレードを用いてアセスメント	1	2.8	3	8.6	0	0.0	31	88.6	0	0.0	0	0.0
	a-7 食事の所要時間・体位の観察からアセスメント	2	5.7	1	2.9	0	0.0	29	82.9	3	8.6	0	0.0	
	a-13 嚥下造影検査などの結果からアセスメント	0	0.0	7	20.0	0	0.0	28	80.0	0	0.0	0	0.0	
	a-5 口腔内のフィジカルアセスメント	5	14.3	3	8.6	0	0.0	27	77.1	0	0.0	0	0.0	
	a-6 脳神経のフィジカルアセスメント	0	0.0	12	34.3	0	0.0	22	62.9	0	0.0	1	2.9	
	ゴール設定	d-4 患者の希望やQOLの向上を達成できるよう目標を設定	7	20.0	6	17.1	7	20.0	15	42.9	0	0.0	0	0.0
	介入	i-13 患者・家族に口腔期嚥下障害に有効な嚥下方法を指導	1	2.9	0	0.0	0	0.0	34	97.1	0	0.0	0	0.0
		i-15 ブローイングを患者・家族に指導	1	2.9	0	0.0	0	0.0	34	97.1	0	0.0	0	0.0
		i-16 鼻咽頭閉鎖不全にプッシング・プリング訓練を患者・家族に指導	1	2.9	0	0.0	0	0.0	34	97.1	0	0.0	0	0.0
		i-17 咽頭挙上障害がある場合、頭部挙上法を患者・家族に指導	1	2.9	0	0.0	0	0.0	34	97.1	0	0.0	0	0.0
i-18 嚥下反射の減弱・消失がある場合、息こらえ嚥下法を指導		1	2.9	0	0.0	0	0.0	34	97.1	0	0.0	0	0.0	
i-20 咽頭クリアランスの低下の場合、空嚥下、交互嚥下、頸部を患側に回旋することを患者・家族に説明		1	2.9	0	0.0	0	0.0	34	97.1	0	0.0	0	0.0	
i-24 誤嚥性肺炎がある場合、呼吸訓練、咳嗽訓練、発声訓練の実施		0	0.0	0	0.0	0	0.0	33	94.3	0	0.0	2	5.7	
i-39 基礎訓練、摂食訓練の内容について、退院後の生活に即した方法を計画し、患者・家族に説明		2	5.7	0	0.0	0	0.0	33	94.3	0	0.0	0	0.0	
i-14 咽頭期の嚥下障害のためアイスマッサージの実施		5	14.3	0	0.0	0	0.0	30	85.7	0	0.0	0	0.0	
i-1 摂食訓練や食事の前にバイタルサインなど摂食できる状態を確認		6	17.1	0	0.0	0	0.0	29	82.9	0	0.0	0	0.0	
i-12 食前に頭部・肩・頰・口唇・舌の他動運動を実施		4	11.4	0	0.0	0	0.0	28	80.0	1	2.9	2	5.7	
i-21 むせが起きた時、しっかり咳をさせる、咳が止まるまで次の食事をしないように指導		7	20.0	0	0.0	0	0.0	28	80.0	0	0.0	0	0.0	
i-23 薬物や経鼻栄養チューブや気切カニューレが影響する場合は医師に相談		7	20.0	2	5.7	0	0.0	26	74.3	0	0.0	0	0.0	

※質問番号は、栄養ケアプロセスのAssessment(a)、Diagnosis(d)、Intervention(i)、Monitoring(m)の()で示す頭文字と調査項目番号で構成している。

表5 各職種が考える自らの役割 (続き)

職種	栄養ケアプロセス	質問番号	質問項目	看護師の役割		医師の役割		管理栄養士の役割		言語聴覚士の役割		作業療法士の役割		理学療法士の役割		
				度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	
言語聴覚士	介入	i-25	会話や表情から患者の気持ちを理解する	12	34.3	1	2.9	0	0.0	22	62.9	0	0.0	0	0.0	
		i-43	他の病院へ転院する際、連絡し、必要に応じて指導	12	34.3	0	0.0	2	5.7	20	57.1	0	0.0	1	2.9	
	アセスメント・推論	a-26	患者が必要量を食べられていない理由をアセスメント	12	34.3	1	2.9	5	14.3	17	48.6	0	0.0	0	0.0	
		i-29	食べることが成功体験になるように関わる	17	48.6	0	0.0	1	2.9	17	48.6	0	0.0	0	0.0	
	作業療法士	アセスメント・推論	a-9	摂食姿勢や自力での摂食レベルをアセスメント	1	1.5	0	0.0	0	0.0	2	2.9	63	92.6	2	2.9
			a-8	筋・骨格・脳神経系のフィジカルアセスメント	0	0.0	3	4.4	0	0.0	5	7.4	32	47.1	28	41.2
		ゴール設定	d-6	ADLの到達目標を測定可能で達成できる目標を設定	2	2.9	4	5.9	6	8.8	2	2.9	36	52.9	18	26.5
			d-4	患者の希望やQOLの向上を達成できるよう目標を設定	11	16.2	2	2.9	4	5.9	19	27.9	31	45.6	1	1.5
		介入	i-9	患者に合った食器、食具を選択	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.9	66	97.1	0	0.0
			i-7	食事姿勢を整える	6	8.8	0	0.0	0	0.0	2	2.9	55	80.9	5	7.4
i-37			患者に適した補助具を患者・家族に指導	5	7.4	0	0.0	0	0.0	10	14.7	53	77.9	0	0.0	
i-11			食事動作のペーシングに問題がある場合、手をそえベーシングの調整や摂食用具や容器の調整	16	23.5	0	0.0	0	0.0	20	29.4	32	47.1	0	0.0	
モニタリング		i-10	半側無視や半盲がある場合、食器が見える位置に配置	23	33.8	0	0.0	0	0.0	14	20.6	31	45.6	0	0.0	
		m-1	患者の希望やQOLを達成できるよう状況に応じ目標や介入方法を変更	12	17.6	5	7.4	1	1.5	17	25.0	33	48.5	0	0.0	
理学療法士	アセスメント	a-8	筋・骨格・脳神経系のフィジカルアセスメント	1	1.4	3	4.2	0	0.0	10	14.1	20	28.2	37	52.1	
		d-6	ADLの到達目標を測定可能で達成できる目標を設定	1	1.4	4	5.6	7	9.9	1	1.4	7	9.9	51	71.8	
	ゴール設定	d-6	ADLの到達目標を測定可能で達成できる目標を設定	3	4.2	5	7.0	4	5.6	2	2.8	5	7.0	52	73.2	
		m-2	目標とするADLに到達しているか評価し、状況に応じ目標や介入計画を変更	3	4.2	5	7.0	4	5.6	2	2.8	5	7.0	52	73.2	
	アセスメント・推論	a-23	患者・家族の経腸経管栄養管理の習得状況をアセスメント	125	97.7	3	2.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
		a-21	患者・家族が行う緊急時の対応をアセスメント	124	96.9	3	2.3	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0	
		a-25	家族の介護力をアセスメント	122	95.3	2	1.6	0	0.0	4	3.1	0	0.0	0	0.0	
		a-20	患者・家族のリスク管理に関するアセスメント	120	93.8	4	3.1	3	2.3	1	0.8	0	0.0	0	0.0	
		a-19	脱水のリスクをアセスメント	113	89.0	14	11.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
		a-11	患者・家族の食べること(経口摂取)に対する考え、希望に関するアセスメント	112	87.5	0	0.0	15	11.7	1	0.8	0	0.0	0	0.0	
a-24		在宅療養に必要な資源についてアセスメント	110	86.6	3	2.4	2	1.6	4	3.1	6	4.7	2	1.6		
a-10		患者・家族に問診して摂食嚥下障害の有無や程度をアセスメント	100	78.1	0	0.0	21	16.4	7	5.5	0	0.0	0	0.0		
a-12		治療的要因、精神・心理的要因についてのアセスメント	77	60.2	46	35.9	0	0.0	5	3.9	0	0.0	0	0.0		
a-5		口腔内のフィジカルアセスメント	63	49.2	5	3.9	0	0.0	59	46.1	1	0.8	0	0.0		
ゴール設定	d-9	在宅医療に関わるスタッフと多職種連携が図れるように調整	113	90.4	9	7.2	0	0.0	2	1.6	1	0.8	0	0.0		
	d-4	患者の希望やQOLの向上を達成できるよう目標を設定	108	84.4	1	0.8	8	6.3	9	7.0	1	0.8	1	0.8		
	d-10	患者・家族をはじめ多職種が共通の目標設定にむかってアプローチャできる仕組みづくり	105	82.7	15	11.8	0	0.0	7	5.5	0	0.0	0	0.0		
	d-8	患者・家族と医療スタッフが治療方針を決定する場を提供	60	46.9	37	28.9	1	0.8	30	23.4	0	0.0	0	0.0		
看護師	介入	i-19	誤嚥を起こした場合の対応の準備	127	99.2	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0	
		i-3	食事の前に手洗いや排泄を済ませられる支援	126	98.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.6	0	0.0	
	i-41	患者・家族に経腸経管栄養の管理方法を指導	126	98.4	1	0.8	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	i-6	嚥下に集中できる環境で食事ができる環境設定	123	96.1	0	0.0	0	0.0	2	1.6	2	1.6	1	0.8		
	i-25	会話や表情から患者の気持ちを理解する	123	96.1	1	0.8	0	0.0	4	3.1	0	0.0	0	0.0		
	i-29	食べることが成功体験になるように関わる	123	96.1	0	0.0	3	2.3	1	0.8	0	0.0	1	0.8		
	i-40	窒息やむせたとときの対応について理解し実施できるよう患者・家族に説明	121	94.5	4	3.1	0	0.0	3	2.3	0	0.0	0	0.0		
	i-30	体調や疲労度を考慮して、食事前に休息がとれるようにする	120	93.8	1	0.8	0	0.0	2	1.6	0	0.0	5	3.9		
	i-8	患者の食事に必要な道具(衣服が汚れない工夫、箸やコップ)をセッティング	118	92.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	7.8	0	0.0		
	i-22	胃食道逆流症・胸やけがある場合、上体を起こす、腹部を圧迫しないよう指導	117	91.4	4	3.1	0	0.0	7	5.5	0	0.0	0	0.0		
	i-2	食事オーダーと実際の食事、内服薬と食事、差し入れ・間食の組み合わせ、食事制限を確認し、安全に食べられるよう支援	116	90.6	1	0.8	9	7.0	2	1.6	0	0.0	0	0.0		
	i-27	患者の嗜好を食事に取り入れたり、食べられものを差し入れてもらうよう家族に依頼	115	89.8	2	1.6	10	7.8	1	0.8	0	0.0	0	0.0		
	i-23	薬物や経鼻栄養チューブや気切カニューレが影響する場合は医師に相談	113	88.3	6	4.7	0	0.0	9	7.0	0	0.0	0	0.0		
	i-21	むせが起こった時、しっかりと咳をさせる、咳が止まるまで次の食事をしないように指導	112	87.5	1	0.8	0	0.0	15	11.7	0	0.0	0	0.0		
	i-26	患者が必要量を食べられていない理由をアセスメント	111	86.7	1	0.8	11	8.6	5	3.9	0	0.0	0	0.0		
	i-42	計画に困難が生じた場合、NSTと連携	111	87.4	9	7.1	4	3.1	3	2.4	0	0.0	0	0.0		
	i-43	他の病院へ転院する際、連絡し、必要に応じて指導	108	84.4	1	0.8	1	0.8	18	14.1	0	0.0	0	0.0		
	i-4	口腔機能や免疫力をたかめるため、口腔ケアを実施	107	83.6	0	0.0	0	0.0	21	16.4	0	0.0	0	0.0		
	i-5	誤嚥性肺炎のリスクがある場合、歯や口腔内の状況に合わせた用具を用いた口腔ケアを実施	106	82.8	0	0.0	1	0.8	19	14.8	2	1.6	0	0.0		
	i-10	半側無視や半盲がある場合、食器が見える位置に配置	101	78.9	0	0.0	0	0.0	15	11.7	11	8.6	1	0.8		
	i-31	離床時間や生活レベルの活動を調節	95	74.2	2	1.6	3	2.3	2	1.6	4	3.1	22	17.2		
	i-1	摂食訓練や食事の前にバイタルサインなど摂食できる状態を確認	85	66.4	3	2.3	1	0.8	39	30.5	0	0.0	0	0.0		
	i-35	整腸作用のある食品、食物繊維、薬品などによる排便コントロール	82	64.1	35	27.3	11	8.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	i-32	基礎訓練、摂食訓練は生活リズムや時間帯を考慮して実施可能なスケジュールで実施	80	63.0	2	1.6	0	0.0	25	19.7	5	3.9	15	11.8		
	i-11	食事動作のペーシングに問題がある場合、手をそえベーシングの調整や摂食用具や容器の調整	69	54.3	0	0.0	0	0.0	26	20.5	31	24.4	1	0.8		
	i-13	患者・家族に口腔嚥下障害に有効な嚥下方法を指導	65	50.8	0	0.0	0	0.0	60	46.9	3	2.3	0	0.0		
	i-38	摂食訓練について介護力や経済性を加味した食品の工夫を計画	62	48.4	2	1.6	37	28.9	26	20.3	1	0.8	0	0.0		
	i-39	基礎訓練、摂食訓練の内容について、退院後の生活に即した方法を計画し、患者・家族に説明	62	48.8	1	0.8	2	1.6	62	48.8	0	0.0	0	0.0		
	モニタリング	m-5	食事摂取や排泄、活動と休息、知覚や認知などを評価し、状況に応じて目標や介入計画を変更	115	89.8	2	1.6	3	2.3	3	2.3	3	2.3	2	1.6	
		m-1	患者の希望やQOLを達成できるよう状況に応じ目標や介入方法を変更	102	79.7	3	2.3	8	6.3	10	7.8	2	1.6	3	2.3	

3. 栄養ケアプロセスにおける他職種と看護師の看護師の役割についての認識の違い

χ^2 適合度検定において有意に看護師の役割と回答された網掛けの項目を比較した(表6)。各栄養ケアプロセスにおいて、他職種はアセスメント推論を25目中4項目(16.0%)、看護師は9項目(36.0%)を有意に看護師の役割と回答していた(表7)。診断・ゴール設定は、他職種は10項目中0項目(0.0%)、看護師は3項目(30.0%)、介入を他職種は43項目中13項目(30.2%)、看護

師は24項目(55.8%)、モニタリングを他職種は5項目中1項目(20.0%)、看護師は2項目(40.0%)を有意に看護師の役割と回答していた(表7)。

1) アセスメント・推論(表6)

a-19 脱水のリスクや a-21 患者・家族の緊急時の対応(p<.001)、a-20 患者・家族のリスク管理(他職種 p=.022; 看護師 p<.001)、a-23 経管栄養管理の習得状況をアセスメントする(p<.001)ことを他職種、看護師ともに看護師の役割と回答していた。一方、看護師は a-10 患者・家族に問診や a-11 患

者・家族の食べる事に対する考えや希望(p<.001)、a-12 治療的要因・精神・心理的要因(p=.022)、a-24 在宅医療に必要な資源、a-25 家族の介護力(p<.001)の計 5 項目について情報を得てアセスメントすることも看護師の役割と回答した。

2) 診断・ゴール設定 (表 6)

d-4 患者の希望や QOL の向上を達成できるような目標を設定、d-9 在宅医療に関わるスタッフと多職種連携が図れるように調整、d-10 患者・家族をはじめ多職種が共通の目標設定にむかってアプローチできる仕組みづくりの計 3 項目(p<.001)を看護師のみが有意に自らの役割と回答した。

3) 介入 (表 6)

i-2 食事制限を確認し安全に食べられるように支援、i-3 食事の前に手洗いや排泄を済ませられる支援、i-4、i-5 口腔ケアの実施、i-6 嚥下に集中できる環境で食事ができる環境設定、i-8 食事に必要な道具のセッティング、i-19 誤嚥を起こした場合の対処の準備、i-22 胃逆流症・胸やけがある場合、上体を起こす、腹部を圧迫しないように指導する、i-23 薬物や経管栄養チューブや気切カニューレが影響する場合は医師に相談、i-30 食事前に休息がとれるようにする、i-40 窒息やむせた時の対応を患者・家族に説明、i-41 患者・家族に経管栄養の

管理方法を指導、i-43 他の病院へ転院する際、連絡し、必要に応じて指導するの計 13 項目(p<.001)を全職種が有意に看護師の役割と回答した。

これに加え看護師は、i-1 バイタルサインなどで摂食できる状態か確認、i-10 食器が見える位置に配置、i-20 むせが起こった時、しっかり咳をさせる、咳が止まるまで次の食事をしないように指導、i-25 会話や表情から気持ちを理解、i-26 患者が必要量食べられていない理由をアセスメント、i-27 患者の嗜好を食事に取り入れたり、食べられるものを差し入れてもらうよう家族に依頼、i-29 食べることが成功体験になるよう関わる、i-31 離床時間や生活レベルの活動量を調節、i-32 基礎訓練、摂食訓練は生活リズムや時間帯を考慮して実施可能なスケジュールで実施、i-35 排便コントロール、i-42 計画に困難が生じた場合、NST と連携の計 11 項目(p<.001)も自らの役割と回答していた。

4) モニタリング (表 6)

全職種が m-5 食事摂取や排泄、活動と休息、知覚や認知などを評価し、状況に応じて目標や介入計画を変更することの 1 項目(他職種 p=.002、看護師 p<.001)を看護師の役割と回答していた。加えて看護師は、m-1 患者の希望や QOL を達成できるような状況に応じ目標や介入方法を変更すること(p<.001)も自らの役割と回答していた。

表6 栄養ケアプロセスにおける食支援について他職種と看護師の考え

栄養 ケア プロセス	質問 番号	質問項目	他職種が考える役割 (N=222)			看護師が考える役割 (N=128)						
			看護師		他職種	p値	看護師		他職種	p値		
			N	%			N	%			N	%
ア セ ス メ ン ト ・ 推 論	a-1	主観的包括的評価 (SGA) や簡易栄養状態評価表 (MNA®-SF) などを用い、入院後72時間以内にスクリーニングを実施	55	24.8	167	75.2	<0.001	33	25.8	95	74.2	<0.001
	a-2	意識状態の程度からアセスメント	25	11.3	197	88.7	<0.001	45	35.2	83	64.8	0.001
	a-3	高次脳機能障害の程度からアセスメント	5	2.3	217	97.7	<0.001	10	7.8	118	92.2	<0.001
	a-4	視覚の程度からアセスメント	17	7.7	205	92.3	<0.001	35	27.3	93	72.7	<0.001
	a-5	口腔内のフィジカルアセスメント	69	31.1	153	68.9	<0.001	63	49.2	65	50.8	0.860
	a-6	脳神経のフィジカルアセスメント	5	2.3	217	97.7	<0.001	13	10.2	115	89.8	<0.001
	a-7	食事の所要時間・体位の観察からアセスメント	15	6.8	207	93.2	<0.001	55	43.0	73	57.0	0.112
	a-8	筋・骨格・脳神経系のフィジカルアセスメント	7	3.2	215	96.8	<0.001	15	11.7	113	88.3	<0.001
	a-9	摂食姿勢や自力での摂食レベルをアセスメント	9	4.1	213	95.9	<0.001	35	27.3	93	72.7	<0.001
	a-10	患者・家族に問診して摂食嚥下障害の有無や程度をアセスメント	99	44.6	123	55.4	0.107	100	78.1	28	21.9	<0.001
	a-11	患者・家族の食べる事 (経口摂取) に対する考え、希望に関するアセスメント	81	36.5	141	63.5	<0.001	112	87.5	16	12.5	<0.001
	a-12	治療的要因、精神・心理的要因についてのアセスメント	90	40.5	132	59.5	0.006	77	60.2	51	39.8	0.022
	a-13	嚥下造影検査などの結果からアセスメント	0	0.0	222	100.0	<0.001	3	2.3	125	97.7	<0.001
	a-14	嚥下障害のスクリーニング検査の実施	6	2.7	216	97.3	<0.001	5	3.9	123	96.1	<0.001
	a-15	嚥下障害の重症度を摂食嚥下のグレードを用いてアセスメント	13	5.9	209	94.1	<0.001	11	8.6	117	91.4	<0.001

χ²適合度検定 p<0.05

表6 栄養ケアプロセスにおける食支援について他職種と看護師の考え(続き)

ブ ロ ク セ ク ス ア	質問 番号	質問項目	他職種が考える役割(N=222)				看護師が考える役割(N=128)					
			看護師		他職種		看護師		他職種			
			N	%	N	%	N	%	N	%		
ア セ ス メ ン ト ・ 推 論	a-16	誤嚥性肺炎のリスクのアセスメント	26	11.7	196	88.3	<0.001	50	39.1	78	60.9	0.013
	a-17	低栄養のリスクのアセスメント	38	17.1	184	82.9	<0.001	47	36.7	81	63.3	0.003
	a-18	患者に必要なエネルギー量・蛋白質量をアセスメント	7	3.2	215	96.8	<0.001	11	8.6	117	91.4	<0.001
	a-19	脱水のリスクをアセスメント	188	84.7	33	14.9	<0.001	113	88.3	15	11.7	<0.001
	a-20	患者・家族のリスク管理に関するアセスメント	128	57.7	94	42.3	0.022	120	93.8	8	6.3	<0.001
	a-21	患者・家族が行う緊急時の対応をアセスメント	196	88.3	26	11.7	<0.001	124	96.9	4	3.1	<0.001
	a-22	患者・家族の口腔ケアの方法や基礎訓練をアセスメント	34	15.3	188	84.7	<0.001	57	44.5	71	55.5	0.249
	a-23	患者・家族の経腸経管栄養管理の習得状況をアセスメント	208	93.7	14	6.3	<0.001	125	97.7	3	2.3	<0.001
	a-24	在宅療養に必要な資源についてアセスメント	124	55.9	98	44.1	0.059	110	85.9	18	14.1	<0.001
	a-25	家族の介護力をアセスメント	120	54.1	102	45.9	0.178	122	95.3	6	4.7	<0.001
診 断 ・ ゴ ール 設 定	d-1	低栄養・過栄養、栄養障害のリスクの有無と原因を診断	5	2.3	217	97.7	<0.001	24	18.8	104	81.3	<0.001
	d-2	サルコペニアの有無、筋肉量、筋力低下、身体機能の低下の有無と原因の診断	4	1.8	218	98.2	<0.001	16	12.5	112	87.5	<0.001
	d-3	栄養素の摂取不足・過剰の有無と原因を診断	9	4.1	213	95.9	<0.001	16	12.5	112	87.5	<0.001
	d-4	患者の希望やQOLの向上を達成できるよう目標を設定	55	24.8	167	75.2	<0.001	108	84.4	20	15.6	<0.001
	d-5	必要栄養量や目標体重が達成できる目標を設定	9	4.1	213	95.9	<0.001	25	19.5	103	80.5	<0.001
	d-6	ADLの到達目標を測定可能で達成できる目標を設定	9	4.1	213	95.9	<0.001	27	21.1	101	78.9	<0.001
	d-7	必要栄養量が達成できる目標を設定	9	4.1	213	95.9	<0.001	22	17.2	106	82.8	<0.001
	d-8	患者・家族と医療スタッフが治療方針を決定する場を提供	52	23.4	170	76.6	<0.001	60	46.9	68	53.1	0.480
	d-9	在宅医療に関わるスタッフと多職種連携が図れるように調整	116	52.3	106	47.7	0.148	113	88.3	15	11.7	<0.001
	d-10	患者・家族をはじめ多職種が共通の目標設定にむかってアプローチできる仕組みづくり	114	51.4	108	48.6	0.414	105	82.0	23	18.0	<0.001
介 入	i-1	摂食訓練や食事の前にバイタルサインなど摂食できる状態を確認	67	30.2	155	69.8	<0.001	85	66.4	43	33.6	<0.001
	i-2	食事オーダーと実際の食事、内服薬と食事・差し入れ・間食の組み合わせ、食事制限を確認し、安全に食べられるよう支援	178	80.2	44	19.8	<0.001	116	90.6	12	9.4	<0.001
	i-3	食事の前に手洗いや排泄を済ませられる支援	216	97.3	6	2.7	<0.001	126	98.4	2	1.6	<0.001
	i-4	口腔機能や免疫力をたかめるため、口腔ケアを実施	162	73.0	60	27.0	<0.001	107	83.6	21	16.4	<0.001
	i-5	誤嚥性肺炎のリスクがある場合、歯や口腔内の状況に合わせた用具を用い口腔ケアを実施	152	68.5	69	31.1	<0.001	106	82.8	22	17.2	<0.001
	i-6	嚥下に集中できる環境で食事ができる環境設定	156	70.3	66	29.7	<0.001	123	96.1	5	3.9	<0.001
	i-7	食事姿勢を整える	31	14.0	191	86.0	<0.001	56	43.8	72	56.3	0.157
	i-8	患者の食事に必要な道具(衣服が汚れない工夫、箸やコップ)をセッティング	186	83.8	36	16.2	<0.001	118	92.2	10	7.8	<0.001
	i-9	患者に合った食器、食具を選択	15	6.8	207	93.2	<0.001	26	20.3	102	79.7	<0.001
	i-10	半側無視や半盲がある場合、食器が見える位置に配置	112	50.5	109	49.1	0.840	101	78.9	27	21.1	<0.001
	i-11	食事動作のペースに問題がある場合、手をそえペースの調整や摂食用具や容器の調整	79	35.6	143	64.4	<0.001	69	53.9	59	46.1	0.329
	i-12	食前に頭部・肩・頬・口唇・舌の他動運動を実施	36	16.2	186	83.8	<0.001	44	34.4	84	65.6	<0.001
	i-13	患者・家族に口腔期嚥下障害に有効な嚥下方法を指導	23	10.4	199	89.6	<0.001	65	50.8	63	49.2	0.860
	i-14	咽頭期の嚥下障害のためアスマッサージの実施	30	13.5	192	86.5	<0.001	38	29.7	90	70.3	<0.001
	i-15	ブローイングを患者・家族に指導	41	18.5	181	81.5	<0.001	38	29.7	90	70.3	<0.001
	i-16	鼻咽頭閉鎖不全にプッシング・ブリング訓練を患者・家族に指導	27	12.2	195	87.8	<0.001	25	19.5	103	80.5	<0.001
	i-17	咽頭挙上障害がある場合、頭部挙上法を患者・家族に指導	27	12.2	195	87.8	<0.001	32	25.0	96	75.0	<0.001
	i-18	嚥下反射の減弱・消失がある場合、息こらえ嚥下法を指導	19	8.6	203	91.4	<0.001	37	28.9	91	71.1	<0.001
	i-19	誤嚥を起こした場合の対処の準備	206	92.8	16	7.2	<0.001	127	99.2	1	0.8	<0.001
	i-20	咽頭クリアランスの低下の場合、空嚥下、交互嚥下、頸部を患側に回旋することを患者・家族に説明	35	15.8	187	84.2	<0.001	61	47.7	67	52.3	0.596
i-21	むせが起こった時、しっかり咳をさせる、咳が止まるまで次の食事をしないように指導	106	47.7	116	52.3	<0.001	112	87.5	16	12.5	<0.001	
i-22	胃食道逆流症・胸やけがある場合、上体を起こす、腹部を圧迫しないよう指導	135	60.8	87	39.2	0.001	117	91.4	11	8.6	<0.001	
i-23	薬物や経鼻栄養チューブや気切カニューレが影響する場合は医師に相談	147	66.2	75	33.8	<0.001	113	88.3	15	11.7	<0.001	
i-24	誤嚥性肺炎がある場合、呼吸訓練、咳嗽訓練・発声訓練の実施	4	1.8	218	98.2	<0.001	28	21.9	100	78.1	<0.001	
i-25	会話や表情から患者の気持ちを理解する	121	54.5	100	45.5	0.158	123	96.1	5	3.9	<0.001	
i-26	患者が必要量食べられていない理由をアセスメント	68	30.6	154	69.4	<0.001	111	86.7	17	13.3	<0.001	
i-27	患者の嗜好を食事に取り入れられたり、食べられものを差し入れてもらうよう家族に依頼	119	53.6	103	46.4	0.283	115	89.8	13	10.2	<0.001	
i-28	患者が食事を楽しめるように食事内容を検討	43	19.4	179	80.6	<0.001	60	46.9	68	53.1	0.480	
i-29	食べることが成功体験になるように関わる	120	54.1	102	45.9	0.201	123	96.1	5	3.9	<0.001	
i-30	体調や疲労度を考慮して、食事前に休息がとれるようにする	165	74.3	57	25.7	<0.001	120	93.8	8	6.3	<0.001	
i-31	離床時間や生活レベルの活動量を調節	112	50.5	110	49.5	0.735	95	74.2	33	25.8	<0.001	
i-32	基礎訓練、摂食訓練は生活リズムや時間帯を考慮して実施可能なスケジュールで実施	111	50.0	111	50.0	0.946	80	62.5	48	37.5	0.003	
i-33	低栄養のリスクのある患者に対し、食形態や方法を考慮し、不足している栄養量を補給	24	10.8	198	89.2	<0.001	22	17.2	106	82.8	<0.001	
i-34	脱水のリスクがある患者に不足している水分量を補給	121	54.5	101	45.5	0.179	61	47.7	67	52.3	0.596	
i-35	整腸作用のある食品、食物繊維、薬品などによる排便コントロール	100	45.0	122	55.0	0.158	82	64.1	46	35.9	0.001	
i-36	食形態、調理方法、増粘剤の使用法を患者・家族に説明	58	26.1	164	73.9	<0.001	57	44.5	71	55.5	0.216	
i-37	患者に適した自助具を患者・家族に指導	28	12.6	194	87.4	<0.001	55	43.0	73	57.0	0.112	
i-38	摂食訓練について介護力や経済性を加味した食品の工夫を計画	43	19.4	179	80.6	<0.001	62	48.4	66	51.6	0.724	
i-39	基礎訓練、摂食訓練の内容について、退院後の生活に即した方法を計画し、患者・家族に説明	23	10.4	199	89.6	<0.001	62	48.4	66	51.6	0.790	
i-40	窒息やむせたとときの対応について理解し実施できるよう患者・家族に説明	167	75.2	55	24.8	<0.001	121	94.5	7	5.5	<0.001	
i-41	患者・家族に経腸経管栄養の管理方法を指導	206	92.8	16	7.2	<0.001	126	98.4	2	1.6	<0.001	
i-42	計画に困難が生じた場合、NSTと連携	120	54.1	102	45.9	0.227	111	86.7	17	13.3	<0.001	
i-43	他の病院へ転院する際、連絡し、必要に応じて指導	139	62.6	83	37.4	<0.001	108	84.4	20	15.6	<0.001	
モ ニ タ リ ン グ	m-1	患者の希望やQOLを達成できるよう状況に応じ目標や介入方法を変更	72	32.4	150	67.6	<0.001	102	79.7	26	20.3	<0.001
	m-2	目標とするADLに到達しているか評価し、状況に応じ目標や介入計画を変更	10	4.5	212	95.5	<0.001	31	24.2	97	75.8	<0.001
	m-3	栄養状態を評価し状況に応じて目標や介入計画を変更	52	23.4	170	76.6	<0.001	48	37.5	80	62.5	0.005
	m-4	栄養素の摂取不足・過剰の程度を評価し、状況に応じて目標や介入計画を変更	14	6.3	208	93.7	<0.001	36	28.1	92	71.9	<0.001
	m-5	食事摂取や排泄、活動と休息、知覚や認知などを評価し、状況に応じて目標や介入計画を変更	134	60.4	88	39.6	0.002	115	89.8	13	10.2	<0.001

X:適合度検定 p<0.05

表7 各栄養ケアプロセスで有意に看護師の役割と回答した割合

栄養ケアプロセス (総項目数)	他職種		看護師	
	項目数	%	項目数	%
アセスメント・推論 (25)	4	16.0	9	36.0
診断・ゴール設定 (10)	0	0.0	3	30.0
介入 (43)	13	30.2	24	55.8
モニタリング (5)	1	20.0	2	40.0

4. 食支援における看護師の役割分類 (表8)

χ^2 適合度検定において、他職種・看護師が看護師の役割と答え、有意差のあったものを質問項目

の意味内容から分類し要約すると「食べる口づくり」、「食事時のリスクへの対応と患者・家族への指導」、「心身のコンディションを考慮した食べるための体づくり」、「自ら食べるための環境調整」、「自宅での生活の準備・調整」、「生活の中で変化する患者の心情に寄り添い、食べる気持ちに働きかけ、食べられるように支援」の6つの看護師の役割が抽出された。

表8 食支援における看護師の役割分類

看護師の役割	質問番号	質問項目	他職種が考える役割 (N=222)			看護師が考える役割 (N=128)		
			N	%	p値	N	%	p値
食べる口づくり	i-4	口腔機能や免疫力をたかめるため、口腔ケアを実施	162	73.0	<0.001	107	83.6	<0.001
	i-5	誤嚥性肺炎のリスクがある場合、歯や口腔内の状況に合わせた用具を用い口腔ケアを実施	152	68.5	<0.001	106	82.8	<0.001
食事時のリスクへの対応と患者・家族への指導	a-19	脱水のリスクをアセスメント	188	84.7	<0.001	113	88.3	<0.001
	a-20	患者・家族のリスク管理に関するアセスメント	128	57.7	0.022	120	93.8	8 6.3 <0.001
	a-21	患者・家族が行う緊急時の対応をアセスメント	196	88.3	<0.001	124	96.9	4 3.1 <0.001
	i-2	食事オーダーと実際の食事、内服薬と食事・差し入れ・間食の組み合わせ、食事制限を確認し、安全に食べられるよう支援	178	80.2	<0.001	116	90.6	12 9.4 <0.001
	i-19	誤嚥を起こした場合の対処の準備	206	92.8	<0.001	127	99.2	1 0.8 <0.001
	i-23	薬物や経鼻栄養チューブや気切カニューレが影響する場合は医師に相談	147	66.2	<0.001	113	88.3	15 11.7 <0.001
	i-22	胃食道逆流症・胸やけがある場合、上体を起こす、腹部を圧迫しないよう指導	135	60.8	0.001	117	91.4	11 8.6 <0.001
	i-40	窒息やむせたとときの対応について理解し実施できるよう患者・家族に説明	167	75.2	<0.001	121	94.5	7 5.5 <0.001
	a-12	治療的要因、精神・心理的要因についてのアセスメント	90	40.5	0.006	77	60.2	51 39.8 0.022
	i-21	むせが起こった時、しっかり咳をさせる、咳が止まるまで次の食事をしないように指導	106	47.7	<0.001	112	87.5	16 12.5 <0.001
心身のコンディションを考慮した食べるための体づくり	i-30	体調や疲労度を考慮して、食事前に休息がとれるようにする	165	74.3	<0.001	120	93.8	8 6.3 <0.001
	m-5	食事摂取や排泄、活動と休息、知覚や認知などを評価し、状況に応じて目標や介入計画を変更	134	60.4	0.002	115	89.8	13 10.2 <0.001
自ら食べるための環境調整	i-1	摂食訓練や食事の前にバイタルサインなど摂食できる状態が確認	67	30.2	<0.001	85	66.4	43 33.6 <0.001
	i-31	離床時間や生活レベルの活動量を調節	112	50.5	0.735	95	74.2	33 25.8 <0.001
	i-32	基礎訓練、摂食訓練は生活リズムや時間帯を考慮して実施可能なスケジュールで実施	111	50.0	0.946	80	62.5	48 37.5 0.003
	i-35	整腸作用のある食品、食物繊維、薬品などによる排便コントロール	100	45.0	0.158	82	64.1	46 35.9 0.001
i-42	計画に困難が生じた場合、NSTと連携	120	54.1	0.227	111	86.7	17 13.3 <0.001	
自宅での生活の準備・調整	i-3	食事の前に手洗いや排泄を済ませられる支援	216	97.3	<0.001	126	98.4	2 1.6 <0.001
	i-6	嚥下に集中できる環境で食事ができる環境設定	156	70.3	<0.001	123	96.1	5 3.9 <0.001
	i-8	患者の食事に必要な道具 (衣服が汚れない工夫、箸やコップ) をセッティング	186	83.8	<0.001	118	92.2	10 7.8 <0.001
	i-10	半側無視や半盲がある場合、食器が見える位置に配置	112	50.5	0.840	101	78.9	27 21.1 <0.001
生活の中で変化する患者の心情に寄り添い、食べる気持ちに働きかけ、食べられるように支援	a-23	患者・家族の経腸経管栄養管理の習得状況をアセスメント	208	93.7	<0.001	125	97.7	3 2.3 <0.001
	i-41	患者・家族に経腸経管栄養の管理方法を指導	206	92.8	<0.001	126	98.4	2 1.6 <0.001
	i-43	他の病院へ転院する際、連絡し、必要に応じて指導	139	62.6	<0.001	108	84.4	20 15.6 <0.001
	a-24	在宅療養に必要な資源についてアセスメント	124	55.9	0.059	110	85.9	18 14.1 <0.001
	a-25	家族の介護力をアセスメント	120	54.1	0.178	122	95.3	6 4.7 <0.001
	d-9	在宅医療に関わるスタッフと多職種連携が図れるように調整	116	52.3	0.148	113	88.3	15 11.7 <0.001
生活の中で変化する患者の心情に寄り添い、食べる気持ちに働きかけ、食べられるように支援	d-10	患者・家族をはじめ多職種が共通の目標設定にむかってアプローチできる仕組みづくり	114	51.4	0.414	105	82.0	23 18.0 <0.001
	a-10	患者・家族に問診して摂食嚥下障害の有無や程度をアセスメント	99	44.6	0.107	100	78.1	28 21.9 <0.001
	a-11	患者・家族の食ること (経口摂取) に対する考え、希望に関するアセスメント	81	36.5	<0.001	112	87.5	16 12.5 <0.001
	d-4	患者の希望やQOLの向上を達成できるよう目標を設定	55	24.8	<0.001	108	84.4	20 15.6 <0.001
	i-25	会話や表情から患者の気持ちを理解する	121	54.5	0.158	123	96.1	5 3.9 <0.001
	i-26	患者が必要量食べられていない理由をアセスメント	68	30.6	<0.001	111	86.7	17 13.3 <0.001
	i-27	患者の嗜好を食事に取り入れたたり、食べられるものを差し入れてもらうよう家族に依頼	119	53.6	0.283	115	89.8	13 10.2 <0.001
	i-29	食べることが成功体験になるように関わる	120	54.1	0.201	123	96.1	5 3.9 <0.001
	m-1	患者の希望やQOLを達成できる状況に応じて目標や介入方法を変更	72	32.4	<0.001	102	79.7	26 20.3 <0.001

χ^2 適合度検定

VI. 考察

1. 他職種が考える自らの役割

先行研究における各専門職の役割認識によると、医師は、全身管理、リスク管理、検査、訓練指示、ゴール・治療方針の最終決定を行う役割(藤島, 2000)があり、管理栄養士は、栄養状態を評価し栄

養管理を行う役割(西山, 2019)がある。言語聴覚士は、口腔機能、基礎訓練、摂食訓練、構音訓練、高次脳機能評価と治療を行う専門職(藤島, 2000; 大渡, 2019)であり、作業療法士は、栄養摂取を妨げる要因に切り込み、具体的に摂食行為や環境調整、精神機能面のフォローに介入することができ

る(斎藤, 2019)。また、理学療法士は運動療法を用いて低栄養やサルコペニアの治療に介入する役割を担う(備瀬, 2019)と述べている。これらは本研究で他職種が自らの役割と回答した項目と一致しており、他職種はそれぞれの学問体系による知識に基づいた、オリジナルな技術(酒井, 2001)として自らの専門性をはっきりと認識しリハ栄養に関わっていると言える。嚥下障害になると食べることができないといった QOL にかかわるのみならず、誤嚥による肺炎や窒息の呼吸器合併症、低栄養や脱水などの生命を脅かす(重松, 2018)。それゆえ、嚥下障害や低栄養の問題を抱える患者の多いリハ病棟での食支援では、多職種が協働して行う専門的アプローチが有効であると言える。

2. 栄養ケアプロセスにおける他職種と看護師の看護師の役割についての認識の違い

表7の栄養ケアプロセスの各プロセスを比較すると、看護師の役割を他職種は介入に最も多く回答したのに対し、看護師は全てのプロセスに自らの役割があると回答していた。

西原ら(2007)のNSTにおけるリハ病棟の取り組みでは、病棟看護師は食支援の必要な患者を抽出しNSTにつなぎ、より専門的な視点から患者の栄養評価をうけ、患者に直接的な食支援を行う役割を担っている。これは他職種が評価よりも直接的な介入を求めている本研究と一致する。

しかし、永野(2017)は、看護師は入院時のファーストタッチから24時間の生活を通して、患者の栄養状態に関する多くの情報をもっていることや食事介助、経管栄養、輸液管理など直接的に栄養管理に関わるのも看護師であり、リハ栄養における看護師の果たす役割は大きいと述べている。これは、本研究で看護師が全プロセスに看護師の役割があると答えた結果と一致し、各プロセスにおいて看護師の果たせる役割があることを示している。看護師は、介入の部分だけでなく看護師が栄養ケアプロセスの各過程において果たせる役割を他職種に明示し、協働していく事が

課題であると考えられる。

3. 他職種と看護師が看護師の役割と答えた食支援の項目から考える看護師の役割の検討

1) 食べる口づくり

入院高齢者に対して口腔機能評価や口腔ケアを質・量とも充実させるには、歯科職種だけでなく看護師を含めた多職種連携が必要である(白石, 2016; 重松, 2018)。歯科医師による専門的口腔ケア、言語聴覚士による摂食・嚥下評価・間接・直接嚥下訓練に加え、看護師による日常的口腔ケアを行うことで、誤嚥性肺炎の予防効果が得られたという報告がある(斎藤, 2019; 佐藤, 2015; 小山, 2012)。また、ブラッシングによる口腔ケアは、歯や舌の汚れを取るだけでなく唾液の分泌も促進する(倉舗, 2008)。口腔の清潔を保持することと口腔機能を促進するという二つの概念は、口腔ケアを確実に行うことによって別物ではなく相乗効果が期待できる(倉舗, 2008)。このことから、本研究でも他職種は看護師の行う日常的口腔ケアに同様の効果を期待していると考えられる。口腔の清潔を保持することと口腔機能を促進することは、口から食べるための口づくりにつながる。ゆえに、看護師と他職種は食べる口づくりを看護の役割と考えたと推測できる。

2) 食事時のリスクの対応と患者・家族への指導

機能的摂食嚥下患者においては、咽頭嚥下の問題による誤嚥に加えて、慢性的な脱水や低栄養のinsidiousな問題を抱えている(才藤, 1997)。摂食量や水分量が少ない時に脱水は起こりやすく(相馬, 2017)、24時間のケアの中でないと管理の難しいことから、全ての職種が「脱水のリスクをアセスメント」を看護師の役割と回答したと考えられる。一方、結果としては記載していないが本研究の記述統計では、全ての職種が「誤嚥性肺炎のリスクをアセスメント」は医師の役割、「低栄養のリスクのアセスメント」は管理栄養士の役割と回答していた。先行文献では誤嚥性肺炎のリスクを見極めながら誤嚥性肺炎を予防し、適切な栄養・

水分バランス維持のために経管栄養の管理する（佐藤, 2008）ことや誤嚥性肺炎や窒息の兆候にいち早く気づき、治療につなげるリスクマネジメント（浅田, 2016）は看護師の役割と述べており、本研究の結果とは一致しない。その理由として、本研究は食支援の各項目の役割に一番近い職種を一つのみ回答する形式のため、より専門性が高い職種が選ばれた可能性が考えられた。もう一つに、患者の栄養から見たリハやリハから見た栄養管理の推進を図る観点から、回リハ病棟入院料1には専任の常勤管理栄養士の配置があり（厚生労働省, 2018）、より専門性の高い医師や管理栄養士が積極的な介入をしており、看護師の役割としての認識が低い可能性が考えられた。誤嚥性肺炎は回リハ病棟の入棟時の低栄養や経管栄養が危険因子であり、その後の摂食状況やADLの回復に影響する（中村, 2020）ことから、患者の生活過程の中で誤嚥性肺炎や低栄養のリスクの予兆を捉え、他職種に繋ぐことは重要であり、回リハ看護師の積極的な介入が期待される。また、安全に食事を食べられる支援や誤嚥を起こした場合の対処の準備、薬物や経鼻栄養チューブや気切カニューレが影響する場合は医師に相談することは、全ての職種が看護師の役割と答えていた。先行研究でも、摂食・嚥下患者への看護で誤嚥や窒息を回避する吸引の実施率は高かった（直井ら, 2008）。これらをふまえると、看護師には普段の患者の状況把握からの情報提供や24時間絶え間なく患者の状態をみながら多職種と協働する役割（吉田, 2018）があることから、回リハ病棟では特に毎食の食事時のリスクの対応をすることを看護師に求めていると考えられる。

患者・家族のリスク管理に関するアセスメントや患者・家族が行う緊急時の対応のアセスメントは、全ての職種が看護師の役割と答えた項目であった。しかし、摂食嚥下障害患者の病棟看護で、患者・家族のリスク管理の知識のアセスメントは56.2%、患者・家族が行う緊急時の対応のアセスメントは60.5%、該当患者がいるが全くできていないまたはできていない項目（深田, 2009）であり、

本研究とは一致しない。ゆえに、患者・家族のリスク管理に関するアセスメントや患者・家族が行う緊急時の対応のアセスメントは、回リハ病棟で特に求められる看護師の役割であると言える。

また、胃食道逆流症・胸やけがある場合、上体を起こす、腹部を圧迫しないよう指導すること、窒息やむせたときの対応について理解し実施できるよう患者・家族に説明することは、深田ら（2009）の研究でもほぼできている、またはできている項目であり本研究と一致していた。回リハ看護の退院支援の特徴として、山本ら（2019）は、疾病のリスク管理・ケア獲得と定着への支援があり、患者・家族に退院後に起こり得る異常の早期発見方法と応急対応に関する情報を提供することであると述べている。

以上のことから、回リハ病棟では、食事時のリスクの対応に加え、食事時のリスクに対応するために必要な知識や技術を患者・家族に指導することを看護師に求めていると考えられる。

3) 心身のコンディションを考慮した食べるための体づくり

本研究では、体調や疲労度を考慮して休息をとれるようにすること、食事摂取や排泄、活動と休息、知覚や認知などを評価し、状況に応じて目標や介入計画を変更することを、全ての職種が看護師の役割と回答した。

一方、離床時間や生活レベルの活動量を調節すること、基礎訓練、摂食訓練は生活リズムや時間帯を考慮した実施は、看護師は看護師の役割と答えたが他職種は看護師と理学療法士、言語聴覚士の役割と答えていた。また、バイタルサインなどで体調を確認することや患者の食に影響する治療的要因、精神、心理的要因についてのアセスメントにおいても看護師は看護師の役割と答えていたが、他職種は看護師または医師、言語聴覚士の役割と回答した。理学療法士には、頸・体幹機能などのアプローチを行い評価治療していく役割があり（太田, 2008）、言語聴覚士には、嚥下に関する筋力の改善、機能面の改善を図る役割（大渡,

2019)がある。このような筋力や機能を回復させるためには、体調が整っていることが前提であり、リハビリの場での効果的な機能回復を目指すための支援として、他職種は医師や言語聴覚士、理学療法士の役割と答えたと考えられる。

一方では、回リハ看護の身体機能を整える支援として、「医療重症度の高い状態を脱しリハビリを効果的に行えるように全身状態を整える」「リハビリも含めた1日の過ごし方を考え、リハビリが苦痛にならないように休息を取り入れ疼痛や疲労による心身の負担を軽減する」がある(原田,2019)。また、松本ら(2017)は、リハビリテーションを効果的に行えるよう心身のコンディションを整えることは回リハ看護師のコンピテンシーであるとも述べている。また、回リハ病棟において全身状態を整えることに加えて、患者の疲労度などを看護職からリハビリ職に伝えて連携する役割がある(原田, 2019)。これらの事をふまえると、回リハ看護師は、一日の予定や活動量を調整し心身のコンディションを整え、リハビリを効果的に行えるよう全身状態を整え、食べる体をつくる、すなわち、生活の場での心身のコンディションを考慮した食べるための体づくりをすることを看護師は求められていると考える。また、看護師によるバイタルサイン測定や食に影響する治療的要因、精神、心理的要因のアセスメント結果を他職種に連携し、より効果的に患者の食を支えていくことが望まれる。

4) 自ら食べるための環境調整

本研究では食事の準備につながる排泄や食事に必要な道具のセッティング、嚥下に集中できる環境を整えることを全ての職種が有意に看護師の役割と捉えられていた。一方、半盲がある場合の食器の設置を看護師は看護師の役割と回答したが、他職種は、看護師または作業療法士、言語聴覚士の役割と回答していた。看護師とセラピストのADLの捉え方の違いは、看護師は現在の援助の状態を基準に、期待すべき自立として大きくイメージ化して捉えているのに対し、セラピスト

は、動作に必要な能力を獲得するために、具体的なプロセスを表し、そのプロセスの段階的な動作が獲得できた状態を自立として捉えており(和田ら, 2012)、その影響が考えられる。

看護師は、患者の自立を支えるために食べやすさの工夫や残存能力を生かす援助を目指すことでその人らしさを支える援助につなげている(田中, 2011)。また、石鍋(1997)はリハ看護の専門的機能として、セルフケアの確立として、患者が自分自身でADLを行うように動機づけることや自立のための病棟生活をプログラムすることは特に重要と述べている。ゆえに、看護師は期待すべき自立にむけ自ら食べるための環境を整え、患者自身で食に向き合えるように動機づけることや自立のための食生活をプログラムするため看護の視点で食に関わることが看護師に求められていると考える。

5) 自宅での生活の準備・調整

本研究では、退院後を見据え、患者・家族に経腸経管栄養の管理方法を指導し、その習得状況をアセスメントすること、転院する場合は病院の看護スタッフに連携・指導することを全ての職種が看護師の役割と回答していた。気持ちだけでは自宅退院はできず、段取りを組んで十分にケアして患者・家族が望む自宅での生活を準備する看護実践(長嶋, 2017)が必要である。ゆえに、退院後の生活を予測し安全に摂食が行えるよう患者・家族に指導することや退院先への連携を看護師の役割と認識していたと考える。

一方、「在宅生活に必要な資源についてアセスメント」や「家族の介護力をアセスメント」を他職種は前者を看護師または作業療法士の役割、後者は看護師または言語聴覚士の役割と答えていた。これは、作業療法士が運動療法やADLの改善だけでなく、本人の「したい作業」や社会参加の支援(斎藤, 2019)を行うこと、言語聴覚士は、家族の介護力、経済力を考慮し、自宅で負担感がなく安全に栄養を確保出来る方法や今後予測される問題点を洗い出す役割(大渡, 2019)があるこ

とが関係していると考えられる。

また、在宅医療に関わるスタッフと多職種連携が図れるよう調整することや患者や家族をはじめ多職種が共通の目標に向かってアプローチできる仕組みづくりは、他職種は看護師または医師の役割と答えていた。これは、医師には、ゴールや治療方針の最終決定を行うなど総合的判断を下す役割があるため、看護師と協働して行う役割と捉えられたと考えられる。

小野(2006)は、回リハ病棟の看護師は退院支援において長期に自宅で障害者と向き合って介護する人の背景や立場にたった介護力を見据え、自宅退院が安全に送れるのか否かという安全性の分析であり、患者家族の緊張をキャッチする感受性をもつと述べている。また、他職種間の様々な連絡調整は病棟に常に存在する看護師だからこそできる(久米, 2012)。これらから、看護師だからこそ知る必要な情報の伝達や他職種間の調整を行い、退院後を予測し、患者・家族が困らないよう自宅での生活の準備を行うことが看護師の役割であると考えられる。

6) 生活の中で変化する患者の心情に寄り添い食べる気持ちに働きかけ、食べられるよう支援

田中(2011)は看護師が行う「食への援助」には、患者の食べたい気持ち、食べたくない気持ち、さらに食べられた時の気持ち、食べられないことを理解しようとする看護師の姿勢や、患者がどのように食べたいと思っているか、どのような表情で食べているかなどを捉え、楽しく食べられるようにする、食欲への働きかけ、食べることの働きかけがあると述べている。また、入院という制限の中で、可能な限り日常生活での食形態に近づけられることが楽しい時間を作り、患者の満足を支えることにつながる(田中, 2011)と述べている。これらは、本研究の看護師が考える看護師の役割と一致し、看護師は生活の中で変化する患者の心情に寄り添う援助を担うと考えていることが分かる。

一方、本研究では、これらは管理栄養士や言語聴覚士が自らの役割と答えた項目であった。管理栄養士は、発症前の食生活や食環境、嗜好を把握し、食欲を向上させる食事環境や食事内容を考える(西山, 2019)。また、言語聴覚士は、嚥下に関する機能面の改善を図る、適切な食事形態の食事を提供する、食事場面の問題解決など、認知、コミュニケーションの面からの対応を考慮し食を通じてのマネジメントの役割を担っている(大渡, 2019)。このことから、他職種は管理栄養士や言語聴覚士の役割と捉えたと考えられる。ヘンダーソン(1960)は、施設に栄養士がいる場合、看護師は栄養上の必要を満たすのを助けるにあたり、彼女と密に連絡をとりあって仕事をすると言うまでもないと言っている。それは、管理栄養士との連携に限ったことではなく、他の職種との連携でも言える。ゆえに、看護師は生活の中で変化する患者の心情を捉え、楽しく安全に食べられる方法を検討し、他職種に情報提供することで、より効果的に栄養を管理し患者の楽しめる食を患者に提供できると推測する。

以上より、6つの回リハ病棟の患者の食支援における看護師の役割が抽出された。しかし、看護師が有意に看護師の役割と回答した役割も他職種は他職種の役割と回答した役割や看護師と他職種のどちらの役割とも言い切れなかった役割があった。このような役割認識の違いが生じた原因は、回リハ病棟の多職種連携の在り方や各職種の考える自らの役割が大きく影響しているものと考えられた。多職種連携は、メンバー間の相互信頼と尊重を基盤としており、緊密に連携・協働を行おうとすれば、お互いの職種の役割に重複が生じ、連携の目的にそった役割の調整と遂行の管理が必要になる(吉本, 2005)。吉本(2005)は、役割の調整を「仕事を取られる」「あなたの仕事」と思うのではなく「仕事を重ねていく」と捉えることでリハ医療の質が高まっていくと述べている。ゆえに、役割調整をしていく中で、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士はリハビリの場、管理栄養士は食べる場、看護師は生活の場を通じた食支

援を重ねていく事で、患者の食の質の向上につながると考えられた。

VII. 看護への示唆

本研究の結果、栄養ケアプロセスにおいて、他職種は看護師に、直接的な介入を行うことを求めていることが明らかになった。ゆえに、多職種連携における食支援において、看護師は直接的な介入をより積極的に行っていくことが望まれる。介入とは異なり、情報提供の点でも看護師の担う役割がある。多職種で行う患者の食支援では、患者の QOL の向上を達成するための目標設定や目標に応じた介入方法をとともに考えていくことが重要である。その中で看護師は退院後の患者の生活を見据え、生活の中で変化する患者の心情や変化を捉え、楽しく安全な食につながる情報や、こまごまとした観察と患者の生活をとりまくあらゆる条件や状況の探求を他職種につなげることが望まれる。

VIII. 研究の限界と課題

本研究では、全ての職種に対し同数の依頼が来ず、他職種を一括にして分析した。このことで各職種の意見としては十分な分析が出来ておらず、今後は数を増やし検討することが課題である。

回答方法として、各項目の役割を担う職種を一つだけを選択してもらったため、確実にある職種の役割と言い切れないものに関しては、回答にばらつきがでた可能性がある。また、今回の結果から看護師は食支援を医師やセラピストと一緒にっており、役割拡大と権限委譲が生じている(栗生田, 2018)可能性が考えられた。今後、専門職の役割分担と委譲がどのように行われているか検討していきたい。

IX. 結論

回リハ病棟の食支援における看護師の役割は以下の 6 点が抽出された。

- 1) 食べる口づくり
- 2) 食事時のリスクへの対応と患者・家族への指

導

- 3) 心身のコンディションを考慮した食べるための体づくり
- 4) 自ら食べるための環境調整
- 5) 自宅での生活の準備・調整
- 6) 生活の中で変化する患者の心情に寄り添い、食べる気持ちに働きかけ、食べられるように支援

X. 謝辞

本研究の趣旨を理解し快くご協力くださいました、院長様、看護管理者様、病棟責任者ならびに各職種の責任者様、研究参加者の皆様に心から感謝申し上げます。また、研究の全過程におきまして、ご指導いただきました三輪眞知子先生、福田里砂先生、研究の過程において貴重なご助言、ご指導をいただきました京都看護大学大学院の先生方に感謝申し上げます。

XI. 付記

研究の一部を、一般社団法人日本看護研究学会第 47 回学術集会で発表した。本研究は、2020 年度京都看護大学地域生活支援探究領域卒業論文に加筆修正したものである。

XII. 引用文献

- 浅田美江. (2016). 特集/リハビリテーション看護—エビデンスと可能性— 摂食嚥下を支援する, *MB Medical Rehabilitation*, 201, 28-31.
- 栗生田友子. (2018). リハビリテーション看護, (pp.70-89). 東京; メヂカルフレンド社.
- 備瀬隆広, 吉村芳弘. (2019). 理学療法士による脳卒中に対するリハ栄養の実践, *臨床栄養*, 3 (2), 173-178.
- Churilov I, Churilov L, MacIsaac RJ. (2018). Systematic review and meta-analysis of prevalence of sarcopenia in post acute inpatient rehabilitation, *Osteoporosis International With other metabolic bone diseases*, 29(4), 805-812.

- 藤島一郎. (2000). 嚥下障害のチームアプローチとその実際, 臨床栄養, 96(3), 238-243.
- 藤田厚美, 習田明裕. (2016). 回復期リハビリテーション病棟看護師の多職種連携実践能力に関する要因, 日本看護科学会誌, 36, 229-237.
- 深田順子, 鎌倉やよい, 浅田美江. (2009). 認定看護師および看護師のための摂食・嚥下障害看護質評価指標の開発. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 13(2), 88-106.
- 原田めぐみ, 奥村美奈子. (2019). 回復期リハビリテーション病棟における脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える看護のあり方, 岐阜県立看護大学紀要, 19(1), 41-52.
- 長谷川忍, 田村奈美, 中村信一郎. (2008). 低栄養患者に対する看護師の意識と介入行動の実際, 静脈経腸栄養, 23(1), 51-58.
- 石鍋圭子, 福屋靖子. (1997). リハビリテーション看護の「専門機能」と「専門的技術」の検討ー領域別看護婦の意識調査からー, 筑波大学リハビリテーション研究, 6(1), 13-23.
- 石鍋圭子, 野々村典子, 吉田真季. (2000). リハビリテーション医療における職種間連携の実態と看護婦の役割ー専門職種を対象とした全国アンケート調査よりー. リハビリテーション連携科学, 1(1), 141-149.
- 回復期リハビリテーション病棟協会(2010a). 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理マニュアル, 2020,2,13 閲覧, www.rehabili.jp/publications/manual/221108_eiyo_m.pdf
- 回復期リハビリテーション病棟協会(2010b). 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理マニュアル 追補版, 2020,2,13 閲覧.
- 回復期リハビリテーション病棟協会. (2019). 平成30年度 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書, 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会, 18.
- 小蔵要司. (2018). 病棟配属の管理栄養士と取り組むリハ栄養. リハビリナース, 11(6), 59-62.
- 厚生労働省. (2010). チーム医療の推進について (チーム医療の推進に関する検討会 報告書, 2021,2,1 閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>
- 厚生労働省(2017). 総-3 個別事項(その5: リハビリテーション). 2019,9,3 閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000182077.pdf>.
- 厚生労働省. (2018). 平成30年度診療報酬改定の概要, 医科 I, https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/shido_kansa/shidoubumonn/documents/20180316ikagikan.pdf.
- 久米龍子, 久米和興. (2012). 看護師の専門性に関する一考察, 豊橋創造大学紀要, 16, 79-92.
- 倉鋪啓子, 福森絢子, 網木政江. (2008). 10年間の看護文献にみる口腔ケア方法の検討: 1997-2006年, 宇部フロンティア大学看護学ジャーナル, 1(1), 83-90.
- 小山珠美. (2011). リハビリテーション栄養における看護師の役割, 静脈経腸栄養, 26 (6).
- 小山珠美, 黄金井裕, 加藤基子. (2012). 脳卒中急性期から始める早期経口摂取獲得を目指した摂食・嚥下リハビリテーションプログラムの効果, 日本摂食・嚥下リハビリテーション会誌, 16(1), 20-31.
- 小山珠美. (2017). 口から食べる幸せをサポートする包括的スキル KT バランスチャートの活用と支援, (pp.1-156), 東京; 医学書院.
- 前川一恵, 藤野文代. (2020). 多職種チームによる高齢者への摂食機能療法に関する活動の動向と課題, 姫路大学大学院看護学研究科論究 (4), 89-97.
- 松本志保子, 片山はるみ. (2017). 回復期リハビリテーション看護に従事する看護師のコンピテンシー, 日看菅会誌, 21(1), 17-29.
- 御子神由紀子, 丸山道生, 橋本直子. (2010). 高齢者の摂食・嚥下障害患者の低栄養の分析とリハビリテーションの効果. 静脈経腸栄養, 25(5), 47-51.
- 永野彩乃. (2017). 看護師によるリハビリテーション栄養 リハビリテーション栄養における看護師の役割(pp17-24). 東京; 医学書院.

- 森山明美, 阿部典子, 山岸由幸. (2014). 看護師の栄養管理に関する自己評価指標尺度の開発. 静脈経管栄養, 29(5), 61-70.
- 長嶋祐子. (2017). 回復期リハビリテーション病棟の看護実践—退院支援に焦点を当てて—, 昭和学会誌, 77(1), 33-39.
- 中村健正. (2020). 回復期リハビリテーション病棟に入棟した高齢脳卒中患者における誤嚥性肺炎—危険因子と脳卒中後の回復に及ぼす影響—, 日本老年医学会誌, 57(1), 45-52.
- 直井千津子, 佐藤弘美, 天津栄子. (2008). 摂食・嚥下障害者への看護援助技術の開発—第1報 摂食・嚥下の看護技術に関する実態調査—, 石川看護雑誌, 5, 69-74.
- 日本リハビリテーション栄養学会. (2019). リハビリテーション栄養 特集脳卒中のリハビリテーション栄養(pp.145-226). 東京; 医歯薬出版株式会社.
- 西原常宏, 寺松寛明, 井上裕文. (2007). 当院 NS T におけるリハビリテーション科の取り組み. 日本職業・災害医学会会誌, 55(4), 186-193.
- 西岡心大, 高山仁子, 渡邊美鈴. (2015). 本邦回復期リハビリテーション病棟入棟患者における栄養障害の実態と高齢脳卒中患者における転帰、ADL 帰結との関連 日本静脈経腸栄養学会雑誌, 30(5), 1145-1151.
- 西山愛. (2019). それぞれの専門性から考える脳卒中のリハ栄養サポート—一回リハ病棟を中心に—, 臨床栄養, 3(2), 161-166.
- 太田清人. (2008). 理学療法士に必要な摂食機能療法の基礎知識, 愛知県理学療法学会誌, 19(4), 143-147.
- 小野美喜. (2006). 回復期リハビリテーション病棟看護師の自宅への退院援助プロセス, 日本看護研究学会雑誌, 29(1), 97-105.
- 小田山恭子. (2009). 我が国の中堅看護師の特性と能力開発手法に関する文献検討, 13(2), 73-80.
- 大渡崇世. (2019). それぞれの専門性から考える食を通じてのリハビリテーション 脳卒中の嚥下リハビリテーションと栄養管理における言語聴覚士の役割, 臨床栄養, 3(2), 186-192.
- 才藤栄一. (1997). 摂食・嚥下リハビリテーションの目指すもの, 摂食・嚥下リハ学会誌, 1, 9-14.
- 斎藤真由. (2019). 摂食嚥下障害患者への包括的介入を目的とした多職種によるチーム設立と活動の報告, 老年歯学, 34(1), 101-111.
- 斎藤嘉子. (2019). 「食べる」ことから「したい作業」を支援する, 臨床栄養, 3(2), 179-185.
- 坂口紅美子, 原修一. (2018). 高齢な誤嚥性肺炎患者の生命予後に関する因子, 日摂食嚥下リハ会誌, 22(2), 136-144.
- 酒井郁子. (2001). リハビリテーション医療におけるインタープロフェッショナルワーク 利用者中心のケアコーディネイトシステム構築に向けた課題と展望, Quality nursing, 7(9), 754-762.
- 佐藤弘美, 天津栄子, 直井千津子. (2008). 摂食・嚥下障害者への看護援助技術の開発—第2報— 摂食・嚥下障害患者の経口摂取を可能にした看護援助, 石川看護雑誌, 1349-0664(5), 69-74.
- 佐藤理恵. (2015). 脳卒中急性期における早期口腔ケア介入による誤嚥性肺炎の予防効果と QOL, 日摂食嚥下リハ会誌, 19(2), 136-144.
- 白石愛. (2016). 高齢入院患者における口腔機能障害はサルコペニアや低栄養と関連する, 日本静脈経腸栄養学会誌, 31(2), 711-717.
- 重松孝, 藤島一郎. (2011). 摂食訓練 update, MB Medical Rehabilitation, 136, 31-37.
- 重松孝, 藤島一郎. (2018). 摂食嚥下リハビリテーション—嚥下チーム内での役割とリスクマネージメント—, MB Medical Rehabilitation, 222, 48-53.
- 相馬直記. (2017). 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の栄養状態と感染症発症率の関係, 医薬品相互作用研究, 41(2), 44-47.
- 多久島寛孝, 羽田野花美, 中原恵美. (2018). 看

- 護師の看護実践の質の評価 臨床経験年数および年代別の比較検討, 熊本保健科学大学研究誌, 15, 27-37.
- 田中瞳, 山元由美子. (2011). 看護師が実施する「食への援助」を測定する尺度の開発(第1報) 調査用紙の開発にむけた調査, 東京女子医科大学看護学会誌, 6(1), 71-79.
- 中医協. (2019). 中医協総-5-(令和元年12月13日), 17. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000576628.pdf>
- 笛吹亘, 園田茂, 鈴木亨. (2008). 脳卒中回復期リハビリテーションへの栄養サポートチーム介入 -Functional Independence Measureを用いた効果検証-. Japanese Association of Rehabilitation Medicine, 45, 184-192.
- ヴァージニア・ヘンダーソン. (1960). V. 湯眞ます, 小玉香津子. (pp.37-42). 東京: 日本看護協会出版会.
- 和田美保, 奥本奈穂美, 川野美穂. (2012). 回復期リハビリテーション病棟における看護師と理学療法士・作業療法士のADL状態の捉え方の違い, 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録(24), 36-39.
- 和田知子, 小蔵要司, 木元一仁. (2018). 回復期リハビリテーション病棟におけるリハ栄養チームの取り組みとその効果. 日本静脈経腸栄養学会雑誌, 33(5), 1186-1190.
- 若林秀隆. (2014). リハビリテーション栄養ポケットガイド. ジェフコーポレーション, 1-32.
- 若林秀隆, 溝部恵美, 津戸佐季子. (2015). チーム医療としてのリハビリテーション栄養の実践. 理学療法学, 42(8), 671-672.
- 若林秀隆, 荒木暁子, 森みさ子. (2017). サルコペニアを防ぐ! 看護師によるリハビリテーション栄養. 若林秀隆, (pp.104), 東京; 医学書院.
- 山本ひとみ, 牧上久仁子, 福村直毅. (2019). 回復期リハビリテーション病棟における積極的摂食嚥下リハビリテーションの院内肺炎予防対策, 日本老年医学会雑誌, 56(4), 516-524.
- 横山正博, 斎藤良太, 瀬瀬良. (2011). チームアプローチを問われるソーシャルワーカー, 山口県立大学社会福祉紀要, 110-114.
- 吉田美穂, 山本智恵子, 土井英子. (2018). チーム医療における摂食嚥下障害患者に対する看護師の役割, 新見公立大学紀要, 39, 159-162.
- 吉本照子. (2005). インタープロフェッショナルワークによる専門職の役割遂行 リハビリテーションゴールとしての地域づくり, 超リハ学, (pp.94-103), 東京; 文光堂.
- 芳野純. (2017). 理学療法士の臨床能力の難易度と経験年数の差に関する横断的研究, 理学療法学, 44(2), 154-155.

研究データ公開について

本研究で記載できなかった記述統計の結果の閲覧を希望される場合は、下記、研究責任者にお問い合わせください。

研究責任者：梅花女子大学 徳田葉子

問い合わせ先：〒567-8578 大阪府茨木市宿久庄 2-19-5

TEL：072-643-6221 (代表)