

2020 年 1 月 31 日

2019 年度聖路加国際大学大学院看護学研究科
課題研究

脳血管障害患者の“口から食べる”を支援するための看護実践の探求
～ニューロサイエンス看護高度実践看護師の役割の視点から～

Role of the neuroscience advanced practice nurse in supporting oral
ingestion for patients with a cerebrovascular disorder

17MN304

杉山 理恵

目次

要 旨	1
第1章 序 論.....	5
I. 研究の背景	5
II. 研究の目的	7
III. 研究の意義	7
IV. 用語の定義	7
第2章 文献検討.....	9
I. 脳血管障害と嚥下障害の関係性.....	9
II. ”口から食べる”を奪われた嚥下障害患者の倫理	10
III. 嚥下障害と胃瘻と患者・家族支援の必要性	10
IV. 脳血管疾患とリハビリテーションから“口から食べる”を支援する看護師の役割	11
V. アメリカにおけるニューロサイエンス看護高度実践看護師の役割.....	14
VI. 実践における専門看護師として求められる能力	16
VII. “看護実践”の定義について.....	17
第3章 研究方法	19
I. 研究デザイン	19
II. 研究対象者	19
III. 研究期間.....	19
IV. データ収集方法.....	19
V. データ項目	19
VI. 分析方法.....	20
VII. データの信憑性と妥当性の確保	21
第4章 倫理的配慮.....	22
I. 対象患者への意思の確認.....	22
II. 研究施設への説明と同意.....	23
III. 対象患者の知る権利の保障.....	23
IV. 対象患者に対する研究協力によって生じる危険性・不利益、それに対する配慮	23
V. 個人情報、研究データの管理	23

VI. 利益相反.....	24
VII. 倫理委員会での承認	24
第4章 結 果.....	25
I. 各事例紹介	25
II. 3事例の“口から食べる”の看護実践のまとめ.....	60
第5章 考 察.....	77
I. “口から食べる”看護実践に関する17のカテゴリーについて	77
II. ニューロサイエンス看護高度実践看護師の役割について	82
III. 研究の限界	83
第6章 結 論.....	84
引用文献.....	86
表	90
表7 “口から食べる”を支援するための看護実践の内容とカテゴリーを3つの側面で捉えた	91
資 料	96
資料 1 研究説明書:実習病院用	96
資料 2 研究説明書:研究対象者用	97
資料 3 研究協力同意書	101
資料 4 研究協力撤回書	102
資料 5 実習計画書	103
資料 6 記録用紙①	109
資料 7 記録用紙②	112
資料 8 記録用紙③.....	113
謝辞	114

表目次

表 1 摂食嚥下障害の臨床的病態重症度に関する分類(DSS)	13
表 2 A 氏の”口から食べる“を支援するための看護実践の内容	36
表 3 B 氏の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容	47
表 4 C 氏の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容	58
表 5 3 事例の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容とカテゴリー	72
表 6 17 のカテゴリーと 3 つの側面	81

第1章 序 論

I. 研究の背景

人にとって“口から食べる”という行為は、単に栄養摂取のための行為ではなく、基本的ニードであり、人としての尊厳や楽しみの1つである。“誰と”、“いつ”、“どこで”、“何を食べる”ということとは、その人らしく生きる原点であり、生活の質に大きく影響する重要なものである。

しかし、この人にとっての“口から食べる”という行為が障害され、断念せざる得ない場面がある。2017年度の厚生労働省の報告によると、脳血管障害は死因の第3位であり、死者数は年間約10万人といわれている（厚生労働省, 2017）。

高野ら(2015, p36)は、脳卒中による死亡者数の割合は、発症7日以内の死亡率が53.7%、8～30日が26%、31日以降が20.3%で、全体の半数が7日以内の死亡であり、その原因の多くは、脳血管障害による直接死亡(93.1%)である。31日以降の死亡原因は、間接死亡が多く、その内訳は、肺炎(37.0%)が最も多いと報告している。

嚥下障害は、急性期脳血管障害患者の約40～70%に認められると報告され、急性期における嚥下障害が、誤嚥性肺炎の合併の要因となり、在院日数の延長、リハビリテーション(以後、リハビリ)開始時期の遅れ、患者のQOL低下、予後不良につながっていると考えられる。さらに、摂食嚥下障害が、人としての日常生活の営みである“口から食べる”を困難にさせ、患者や家族のQOLを低下させる要因となっている。(才藤, 千野, 1991; 前島ら, 2011; 前島, 大沢, 棚橋, 2013)

脳血管障害は、介護が必要になった主原因の総数で、認知症に次ぐ第2位の約16%を占め、要介護5となる原因では、第1位である。高齢社会となった日本において、高齢での脳血管障害の発症、予備能力低下に伴う合併症の併発は、介護度の重度化につながっている(厚生労働省, 2016)。

急性期脳卒中リハビリテーションの実施率は、回復期リハビリテーション医療が導入された2000年は41.6%、2009年～2013年3月は74.7%へ増加し、急性期からの積極的なリハビリの開始が影響している(酒向, 2015)。しかし、摂食嚥下障害に関わる言語聴覚士(以下、ST: speech therapist)の人数は、2018年3月現在31000人で、理学療法士115825人、作業療法士57960人に比べ、リハビリスタッフの中では最も割合が少ない。そのため、摂食嚥下障害患者に対する、“口から食べる”ためのリハビリは、リハビリスタッフに頼るだけでは、患者の摂食嚥下

障害を改善することは困難であり、日常生活の援助を担う看護師の力は大きいと考える（日本理学療法士協会，2019；日本言語聴覚士協会，2019；日本作業療法士協会，2018）。

2006年に摂食嚥下障害看護認定看護師教育課程が開講され、2018年度までに約730名が認定看護師として現場で活躍している。筆者も2010年に認定看護師資格を取得し、高度救命救急センターに所属しながら、超急性期にある患者の嚥下機能評価と経口摂取への取り組みに着手してきた。筆者の認定看護師としての活動範囲は、所属部署内だけでなく、務める病院全体で、急性期から慢性期に至るまでの多くの患者を対象としてきた。そのなかでも、気道管理を必要とした脳血管障害患者の嚥下機能評価と嚥下訓練、気管カニューレ抜去の可否について実践している。脳血管障害患者の嚥下障害は、個別性が高く、脳血管障害の部位や出血量、梗塞範囲などによる影響のみならず、年齢や栄養状態なども考慮しながら介入する必要性があると感じていた。その臨床では、“口から食べる”を再獲得した患者の表情の変化、リハビリに対する意欲の変化、家族の喜びをともに経験することができ、やりがいを感じていた。一方では、“口から食べる”をどうしてもかなえることができない患者の倫理的問題、権利について看護介入するときに困難感を感じていた。

鈴木(2012)は、胃瘻造設を含む経管栄養や気管切開などの治療が、患者本人の尊厳を損ね、苦痛を増大させる可能性がある場合、治療の差し控えや治療の撤退もあり得ると、見解を示した。摂食嚥下障害を有する患者・家族には、胃瘻を選択することの不安やあきらめなどの気持ちを生み出し、“胃瘻造設＝経口摂取の断念”といったネガティブな面ばかりがクローズアップされ、胃瘻造設についての正しい情報を十分に提供できていない医療者側の弊害も見えてきた。

聖路加国際大学大学院看護研究科の新しいカリキュラムに、ニューロサイエンス看護学という分野ができた。看護職がニューロサイエンスの視点から、患者の日常生活の営みである“口から食べる”を支援するために、どうあるべきかを学問として学び、高度実践看護師としての6つの役割(直接的実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究)を用いて患者を深く洞察することで、看護実践に根拠を持たせることができると考えた。さらに、筆者のこれまでの摂食嚥下障害看護認定看護師としての活動のプロセスを理論的に解釈し、看護の必要性、看護の意義を見出し、患者のQOLの維持向上につなげられると考えた。

講義や演習を重ね、人にとって“口から食べる”ことの重要性を再認識し、急性期における看護介入の有無が、その後の生活期における患者のQOLを左右していることを実体験した。特に、在宅で生活する患者の気管カニューレ抜去の困難さは、入院中は、医療者が24時間観察し、対応できるが、在宅では、24時間医療者が観察していることが稀であることから、格段に難し

いことを実感した。患者の病期に応じた看護介入の方法やケアがあり、患者の病態の変化、生活の場に応じた看護介入内容の変更と工夫が必要であると考え。

現在、まだニューロサイエンス看護高度実践看護師としての役割は確立されていない。今回、ニューロサイエンス看護学実習(役割実習)で高度実践看護師の6つの役割のうち、研究を除く5つの役割を実践し、記述する。この実践の記述内容(実習記録)をもとに、本研究では人の営みとしての“口から食べる”を支援する高度実践看護を後ろ向きに分析し、ニューロサイエンス看護高度実践看護師としての役割を明確にする。

II. 研究の目的

ニューロサイエンス看護高度実践看護役割実習中に行った、脳血管障害患者に対する“口から食べる”を支援する高度実践看護の記述内容(実習内容)を質的記述的に分析し、ニューロサイエンス看護高度実践看護師の役割を明確にする。

III. 研究の意義

ニューロサイエンス看護において、人としての“口から食べる”の看護実践を明確にすることで、脳血管障害発症直後の超急性期においても、誤嚥性肺炎の予防的看護介入の充実とともに、早期より人としての営みの1つである“口から食べる”を取り戻す看護介入が可能になると考える。

また、脳血管障害患者の“口から食べる”を支援する高度実践看護の内容を明確にすることによって、実践科学としてのニューロサイエンス看護学の発展に寄与できると考える。

IV. 用語の定義

- 脳血管障害

内因性の疾患として、脳の血管が詰まる脳梗塞と脳の血管が破れる脳出血・くも膜下出血を示す。さらに、外因性の疾患として、外傷性くも膜下出血、急性硬膜下血腫、急性硬膜外血腫、慢性硬膜下血腫を示す(厚生労働省, 2017)。

- 嚥下障害

食物が口腔内で咀嚼され、口腔、咽頭、食道より成る通路およびその隣接器官に、飲食物の正常な通過を障害するような形態的異常、あるいは機械的障害がある。この運動を遂行する上に必要な神経・筋系の働きが障害されていることを示す(日本気道食道科学会, n.d.)。

- ・ 摂食嚥下障害

上記の嚥下障害に加え、脳で食物を認識し、上肢の筋肉と関節などの筋骨格系を使用して口に運ぶまでのプロセスに障害があることを示す。たとえば、認知機能の低下による食事時間の健忘や食事拒否、失行や麻痺による食具の使用が困難なことを付け加わる（松尾浩一郎, Jeffery B. P., 2016）。

- ・ 看護実践

本研究を行うに当たり、“看護実践”の定義を明確にするために、“ケア／ケアリング”、“看護技術”、の定義との相違を踏まえて検討し、“看護実践”の定義を定めた。“看護実践”とは、“ケアを受ける人を、医学的、社会的、倫理的、スピリチュアル的側面からとらえ、その人の状態に合わせて、専門的知識や技術、これまでの経験知を臨機応変に工夫しながらケアを行い、相互関係を築いていく一連のプロセスである”とする（池川, 1991；川原, 2013；西田, 2018）。

- ・ ニューロサイエンス看護高度実践看護師

脳血管障害、神経筋疾患、頭部外傷、脊髄損傷などにより意識障害や、神経障害を有し、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族および集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供し、保健医療福祉の発展に貢献し、看護学の向上を図ることも目的として活動を行う看護師とする。その活動の内容には、日本看護協会が6つの役割と示している実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究の要素が盛り込まれている（日本看護協会, 2019）。

第 2 章 文献検討

I. 脳血管障害と嚥下障害の関係性

2017 年度の厚生労働省の報告によると、脳血管障害は死因の第 3 位であり、死者数は年間で約 10 万人といわれている(厚生労働省, 2017)。世界全体でみても、脳血管障害による死亡率は第 2 位であり、予防と対策は世界レベルでも重要となっている(日本 WHO 協会, 2017)。

高野(2015)は、脳卒中の死亡例全体では、発症 7 日以内の死亡が 53.7%、8~30 日が 26%、31 日以降が 20.3%で、全体の半数が 7 日以内の死亡であり、その原因の多くは、脳血管障害による直接死亡(93.1%)である。31 日以降の死亡原因は、間接死亡が多く、その内訳は、肺炎(37.0%)が最も多いと報告している。

高齢社会を迎えた日本において、介護保険法による要介護認定者の増加も大きな社会的問題である。要介護認定の各階級の原因の第 3 位までに脳血管障害が入っており、要介護 5 の原因としては第 1 位で 30.8%を占めている。(厚生労働省, 2016)

急性期脳血管障害患者の約 40~70%に嚥下障害を認めると報告されており、急性期における嚥下障害が、誤嚥性肺炎の合併の要因となり、在院日数の延長、リハビリ開始時期の遅れ、患者の QOL 低下、予後不良につながっていると述べられている(才藤, 千野, 1991; 前島ら, 2011; 前島, 大沢, 棚橋, 2013)。

急性期の脳出血患者において、出血部位、出血量と嚥下障害の関連についての報告数は、多いとは言えず、前島ら(2013)の研究では、急性期脳出血患者 447 名を対象に、初回ベッドサイド嚥下機能評価(反復唾液嚥下テスト、改訂水飲みテスト)を実施したところ、289 名(64, 7%)に異常を認め、その患者の多くの疾患が被殻出血であった。年齢、出血部位、血腫量、神経症状、認知機能などで有意差を認めており、摂食嚥下障害の責任病巣としての脳幹だけではなく、島や、中心後回などの大脳皮質、さらには大脳基底核などの皮質下の関与が指摘されたが、障害部位の左右差による有意差は認めなかった。さらに前島ら(2011)は、脳卒中に関連した肺炎(stroke-associated pneumonia : SAP)の発症についても検討しており、急性期の脳卒中患者 504 名のうち 91 名(18.1%)に肺炎を認めており、85 名(93.4%)が嚥下スクリーニング(反復唾液嚥下テスト、改訂水飲みテスト)で異常を認めた。

中島, 稲富, 米原, 藤岡, 内野(2003)は、脳梗塞急性期の患者 143 名を対象に脳卒中の重症度と嚥下障害と相関について検討したが、明らかな相関関係は認めなかったと報告している。しかし、65 歳以上の患者では、嚥下障害の合併が多いと述べている。

II. “口から食べる”を奪われた嚥下障害患者の倫理

脳血管障害患者の約数%から10%に嚥下障害の残存がある(近藤, 1998)といわれ、演習で在宅訪問した際、退院から1年かけてやっと常食が食べられるようになった患者がいた。その患者の家族は、胃瘻を選択したが、できるだけ患者に“口から食べる”という楽しみを感じて欲しい、家族団らんの時間をもちたいと考え、在宅での嚥下リハビリを実施していた。田中、堀内(2011)は、胃瘻造設後に経口摂取を併用することの意思決定は、患者本人よりも家族である場合が多く、およそ78.6%であると報告している。家族が患者の経口摂取を開始した理由として最も多いのは、“楽しみとして”の75%であった。医師からは、禁止されていたが経口摂取を開始した家族が53.6%と半数以上であったのも、この調査の特徴である。一方で、医療者からの助言や指導を受けながら経口摂取を併用している患者は、42.9%と半数にも満たないのが現状である。この背景に隠れているものは、倫理的ジレンマではないかと考える。

箕岡、稲葉、藤島(2014)は、嚥下障害を有する患者が「自由に好きなものを食べる」という“自律尊重の原則”と、医療者側の「経口摂取を禁止し誤嚥性肺炎を予防すること」という“善行の原則”が対立することが事例を通して述べており、“口から食べる”をとりまく倫理的ジレンマは多いと感じる。この倫理的ジレンマと向き合うためには、医学的事実と倫理的価値判断の区別について考えることが非常に重要である。医学的事実とは、検査や画像診断の結果、および診断名・予後などであり、倫理的価値判断とは、それらの事実を踏まえて、個人の価値観や信念・良心に沿って判断・行動をすることである。ニューロサイエンス看護の高度実践看護師として、摂食嚥下障害を引き起こしている医学的事実を確認できる判断能力、知識、技術が求められる。さらにこれまでの看護実践をリフレクションしながら、自己の価値観を認識し、患者・家族がより良い価値判断ができるよう支援できる必要がある。このことは、高度実践看護統合的アプローチ(Hamric, 2014/2017)のShared Decision makingにも共通するように、患者に適切な情報が提供され、治療や訓練に対するディスカッションができ、再考を重ねながら、最終的に患者の納得できる価値観に沿った結論、意思決定を導き出すための重要なスキルである。

III. 嚥下障害と胃瘻と患者・家族支援の必要性

鈴木(2012)は、胃瘻造設を含む経管栄養や気管切開などの治療が患者本人の尊厳を損ねたり、苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療の撤退もあり得るとの見解を示した。このことから、国民の胃瘻や終末期に対する意識に変化があった。

田中ら(2011)は、胃瘻造設患者の特徴は介護度が高く、要介護 5 が 88.6%、四肢あるいは半身麻痺を有する者が 79.5%、失語が見られたが 68.2%と報告している。このことから、胃瘻造設時に患者本人の意思を確認できたかどうかは不明であり、家族により意思決定がされていた可能性がある。小楠, 萩原(2009)の研究から、胃瘻造設前の家族の思いは、食べる喜びがなくなることへの「不安」、施設での生活をするための最終手段としての「あきらめ」、確実な栄養摂取と回復の可能性にかけるための「納得」などのカテゴリーが抽出された。胃瘻造設後は、確実な栄養摂取ができるようになったことへの「現状に納得」、積極的な訓練による「経口摂取への期待感」、医師から経口摂取は無理であると説明を受け「経口摂取への完全な諦め」というカテゴリーが抽出された。また、経口摂取が可能になった時の家族の思いは、食べる楽しみを味わっている患者の姿や、自分の手を使って食べている姿を見て感激し、喜びを味わうなどの経験から「喜び」、訓練を継続して実施してくれたスタッフへの「感謝」のカテゴリーが抽出された。家族にとって、患者が十分量ではなくとも、口から食べることを楽しんでいる様子を見ることは、その人らしく生きていることを認識できる1つの行為であると考えられる。

胃瘻造設がゴールなのではなく、胃瘻造設がリハビリに必要な十分なエネルギーの確保と嚥下障害を助長させる胃管留置からの解放による積極的な嚥下訓練の提供につながり、経口摂取への第一歩を患者家族が踏み出せるよう支援し、継続した訓練提供ができる環境調整が必要である。

IV. 脳血管疾患とリハビリテーションから“口から食べる”を支援する看護師の役割

兵頭(2009)は、加齢による嚥下機能の変化は、70 歳以上の嚥下障害をきたす基礎疾患がない高齢健常者でも、潜在的な嚥下障害を有する例が少なくないことを明らかにしている。脳血管疾患の好発年齢は、70～80 歳代が多く、加齢による嚥下機能の低下に加え、脳血管疾患発症による急性期の嚥下障害から、誤嚥を契機に肺炎の合併に発展することが予測できる。そのため、発症直後である超急性期からの肺炎予防と早期経口摂取に向けた看護介入を並行して実施していく必要がある(小林, 2015)。

嚥下機能評価ツールは、2015 年に日本摂食嚥下リハビリテーション学会より簡易版がダウンロードできるように公開され、代表的なものとして反復唾液嚥下テスト(RSST)、改訂水飲みテスト(MWST)、フードテスト(FT)が用いられている。どの嚥下機能評価ツールも感度・特異度が高く、嚥下障害患者の抽出に優れていると報告されている(小口ら, 2000; 大沢, 前島, 棚橋, 2012)。しかし、これらの評価ツールが臨床にどのように広まり定着されているのかは調査研究さ

れておらず不明確である。さらに脳血管障害患者の嚥下訓練開始や食事開始に伴う嚥下機能の評価者も、その病院に任されている部分が大いと考ええる。嚥下機能評価ツールに加え、嚥下評価時の頸部聴診も誤嚥の有無や咽頭残留の有無を確認するのに有益とされているが、臨床での研究結果としては少なく、臨床現場から優位性を示す必要がある。ベッドサイドの嚥下機能評価として RSST、MWST、FT の安全性は示されているものの、その使い手による優位性、安全性の検証が少ないのが現状である。そのため、ベッドサイドで嚥下機能評価に立ち会う、もしくは自ら嚥下評価を実践する一般の看護師の知識・技術の習得レベルは、患者の誤嚥予防には重要となる。そのため、“口から食べる”を支援する高度実践看護師からの教育により、一般看護師の知識と技術の質の向上に努める必要がある。

次に医師により実施される嚥下内視鏡検査 (Videoendoscopic examination of swallowing: 以後、VE)、嚥下造影検査 (Videofluoroscopic examination of swallowing: 以後、VF) は、食物の流れや咽頭の動きを動的に観察することができ、視覚的に誤嚥の有無や嚥下障害の程度を評価することに優れている。しかし、内視鏡を鼻腔より挿入されることや、検査室までの移動などの患者への負担も考慮する必要があり、ベッドサイドでの評価と VE、VF による評価の組み合わせが嚥下訓練や食事形態の選択には重要であるとされている。日頃、ベッドサイドで配膳や食事介助をする看護師が、患者の嚥下機能に合った食事形態の有無をアセスメントできることは、誤嚥及び窒息からの誤嚥性肺炎予防の重要なカギとなる。

摂食嚥下障害の重症度は、馬場、才藤 (2001) により平成 11 年度厚生科学研究費補助金「摂食・嚥下障害の治療・対応に関する統合的研究」において、「摂食・嚥下障害の臨床的病態重症度に関する分類 (以下 Dysphagia Severity Scale: 以後、DSS)」(表 1) を考案された。この分類の特徴は、嚥下障害の各期の問題を一元化し、その重症度を臨床上使用しやすい 7 段階に分類し、さらに各段階で必要な対応について明らかにしたことである。この分類表を用いることで、患者の嚥下障害の程度と必要な対応を多職種で共通認識することができ、嚥下訓練の進め方や転院時の情報提供に役に立ち、臨床で活用され研究にも使用されている。

菅原、福良、林、伊藤 (2008) は、脳血管障害患者の嚥下の臨床症状と高次脳機能分類に焦点を当て、摂食嚥下訓練の効果について検証している。訓練期間の平均日数 26.0 ± 13.7 日の中で、8 名が水分誤嚥、食物誤嚥の「誤嚥あり」であったが、うち 6 名が「誤嚥なし」へ移行できたと評価されており、“口から食べる”を支援している看護師へのフィードバックとしても、わかりやすい内容であると考ええる。

表 1 摂食嚥下障害の臨床的病態重症度に関する分類 (DSS)

		食事	経管栄養	直接訓練
誤嚥なし	7 正常範囲	常食	不要	必要なし
	6 軽度問題	軟飯、軟菜食など 義歯、自助具の使用	不要	ときに適応
	5 口腔問題	軟飯、軟菜食、ペースト食など 食事時間の延長 食事に指示、促しが必要 食べこぼし、口腔内残留が多い	不要	適応 一般施設や在宅で可能
誤嚥あり	4 機会誤嚥	嚥下障害食から常食 誤嚥防止方法が有効 水の誤嚥も防止可能 咽頭残留が多い場合も含む	ときに間歇的経管栄養法の併用	適応 一般施設や在宅で可能
	3 水分誤嚥	嚥下障害食 水を誤嚥し誤嚥防止方法が無効 水分に増粘剤必要	ときに間歇的経管栄養・胃瘻の併用	適応 一般施設で可能
	2 食物誤嚥	経管栄養法	長期管理に胃瘻の検討	適応 専門施設で可能
	1 唾液誤嚥	経管栄養法	長期管理に胃瘻の検討	困難

藤原, 長谷, 永島, 沖塩 (2015) は、意識障害と DSS、経口摂取の状況に負の相関を認め、意識レベルと摂食機能の改善が関連していること明らかにした。特に訓練開始時の DSS によって、意識レベルの改善度が経口摂取確立の成否に与える影響が異なることが示唆されたため、嚥下機能訓練だけではなく、意識レベルの改善、日常生活レベルを向上させるための看護介入が必要であると考ええる。

急性期脳血管障害患者の合併症の多くは肺炎であり、肺炎合併による離床遅延への影響は、患者の QOL を低下させるものと述べている (稲垣ら, 2013; 佐藤ら, 2015)。さらに、肺炎発症は入院 1.4~2 日であることを示し、早期からの口腔環境の正常化を行い、誤嚥性肺炎予防に努める必要があることを示唆している (稲垣ら, 佐藤ら)。その 1 つの方法が口腔ケアであり、看護師による日常的な口腔ケアに加え、歯科衛生士による専門的口腔ケアを行うことにより、多職種連携が患者の口腔環境の正常化を早期に行えると述べている。

嚥下訓練の内容については、2014 年に日本摂食嚥下リハビリテーション学会より、訓練の意義、対象者、具体的な方法や注意点を網羅したものが発表されている。摂食嚥下障害患者を第一線で治療し、訓練している多職種にて審議されており、その信頼性は高いと考える。しかし、実際に患者への効果をもたらすものとしてエビデンスは少なく、有用性の検証が求められている。

近藤, 二木(1988)によると、脳卒中の早期のリハビリテーションにおいて、経口摂取能力の再獲得に段階的嚥下訓練法を用いたが、約 52%の患者に訓練が有効であったと述べている。その結果、第 7 病日目には 86%の患者が経口摂取を開始することができ、第 14 病日目には 79.4%の患者が普通食を摂取可能になったと報告している。また、積極的な嚥下訓練を行うことで経口摂取への移行を促進することができたと報告している(太田ら, 2017; 稲本, 保田, 小口, 才藤, 2003)。一方で、ST による訓練だけでは人的資源に限界があり、リハビリは ST のみで完結するものではなく、多職種と連携し、安全性に配慮しながら進めていくものであるという見解を示している。このことから、ベッドサイドにいる看護師が、患者の“口から食べる”を意識した看護介入を行うことで、リハビリを日常生活に組み込み、ST や PT、OT とのコラボレーションにより、相乗効果を発揮できるようになると考える。

先にも述べたが、急性期の脳血管障害患者の約 40～70%に嚥下障害を認めることから、栄養管理の目的で経鼻経管栄養チューブによる栄養管理を必要とする。鼻経管栄養チューブの留置における嚥下機能への影響が示唆されており、太さは 12Fr 以上で、咽頭の走行状態は交差群で有意に嚥下が不良であることが明らかとなっている(大野ら, 2006; 西, 武原, 猪飼, 宮野, 2006)。このことから、経鼻経管栄養の選択、挿入方法、管理について、看護師が医師と情報共有や手技の獲得の必要性があると考ええる。

重度の脳血管障害患者では、気道管理や呼吸管理を目的に気管切開を必要とする患者もいる。しかし、気管カニューレの留置は、喉頭拳上の阻害や食道入口部の開大不全をきたすことから、嚥下障害を誘発するとされており、気管カニューレの必要性について常に検討する必要がある。大熊, 木下(2010)は、回復期に移行した患者の約 59%が、カニューレ抜去・気管切開口閉鎖に至ったと報告しており、65%の患者が何らかの形で経口摂取が可能になった。このことから、急性期から気管切開カニューレ抜去、経口摂取を見越した看護介入ができたならば、より早期からの経口摂取、より多くの患者の気管カニューレ抜去が可能になると考える。

V. アメリカにおけるニューロサイエンス看護高度実践看護師の役割

高度実践看護統合的アプローチでは、専門看護師の役割は、①複雑な疾患や状態の患者に対して直接的ケアを提供する、②看護スタッフの臨床技能や判断能力を開発することにより患者ケアを改善する、③臨床実践の専門性を持った看護師を確保することから生まれたと述べている。現在のアメリカの CNS の定義は、複雑で脆弱な人々の管理、看護スタッフや多職種の教育および支援、医療システムにおける変革とイノベーションの促進という 3 つの実質的分野にお

いて実践を行うものとされている。高度実践看護師の 7 つのコアコンピテンシーとして、直接的ケア、コンサルテーション、リーダーシップ、コラボレーション、コーチング、研究、倫理的意思決定が挙げられており、特に強調されているのは、直接的ケアを行うことは高度実践看護師として重要な構成要素としてとらえられており、専門看護師のコンピテンシーの中核にある(Hamric et al, 2014/2017)。

米国クリティカルケア看護師教会 (American Association of Critical care Nursing ; AACN) が示す Synergy model for patient care は、専門看護師に必要な能力を臨床判断、臨床探究、学習の促進者、コラボレーション、システムシンキング、代弁者、道徳的主体者、ケアリング、多様性の理解の 8 つの要素に分けている(Becker et al, 2006)。さらに 8 つの要素は、3 段階のレベルに分けてスケーリングし、患者に対して最も適切なアウトカムを導く看護師の能力を考慮されている(Becker et al)。この Synergy model for patient care は、シンプルで理解が比較的容易であり、臨床に応用しやすいものであることが示されている。(卯野木, 2009)

アメリカにおけるニューロサイエンス看護高度実践看護師の役割は、Neuroscience Nursing (AANN, 2013)からアセスメント、診断、アウトカムの識別、プランニング、実施、ケアコーディング(教育、コンサルテーション、規範的な権限と治療)、評価の 6 つの項目が立てられている。さらに、アドバンスになると倫理、教育、エビデンスにのっとった実践研究、実践の質、コミュニケーション、リーダーシップ、コラボレーション、プロとしての実践評価、リソースとしての利用、健康で安全な環境の調整が含まれている。特に患者擁護の視点では、患者の意思決定支援における役割は重要とされており、コミュニケーションのとれない患者、意識障害により意思決定を判断できない患者の家族に対して、治療の差し控えや治療の撤退に関する問題を予測した活動が求められており、日本の現状と変わらないことが分かった。また、運動障害を患った患者に対しては、リハビリと回復に向けた看護ケアを提供し、麻痺を持ったこれからの人生をどう生きていくかという、予後予測をしてかかわることが重要であると述べられている。

アメリカの認定看護師と高度実践看護師の違いには、他分野にまたがる観点からの介入つまり学際的チームによる介入、医療システム全体を見た連携、教育指針の開発などが加えられており、直接的ケアはもちろん、より広い視野をもって活動することが高度実践看護師に求められていると考える。

VI. 実践における専門看護師として求められる能力

専門看護師制度は、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族および集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供し、保健医療福祉の発展に貢献し、看護学の向上を図る目的で、日本看護協会が 1994 年より開始した制度である。専門看護師には、6 つの役割「実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究」が求められており、領域ごとに教育目標がある。2018 年 12 月では、13 分野で 2279 名の専門看護師が誕生している（日本看護協会，2019）。

また、認定看護師制度は、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかることを目的に日本看護協会が 1995 年に開始した制度である。認定看護師には、3 つの役割「実践・指導・相談」が求められている。2018 年 7 月では、21 分野で 19835 名の認定看護師が誕生している（日本看護協会，2019）。

ニューロサイエンス看護高度実践看護師は、慢性疾患看護専門看護師のサブスペシャリティーとして、その役割を確立させていく必要がある。脳血管疾患は、死亡原因の第 3 位であり、発症直後からの治療・看護がその後の予後を左右させるため、発症直後である超急性期から専門的知識・技術を持った看護師が役割を担う必要があり、フェイズを超えた活動が求められると考える。慢性疾患看護専門看護師の教育課程では、「サブスペシャリティーを基盤として専門領域に特化した知識・技術を開発あるいは深める」とされ（日本看護協会，2019）、その範囲は広く、専門看護師個々の専門性によって求められる役割が異なると考える。現在、慢性疾患看護専門看護師のサブスペシャリティーであるニューロサイエンス看護として高度実践看護師の役割は明らかにされていないため、この研究がニューロサイエンス看護の高度実践看護師としての役割を示す一助になると考える。

また、摂食嚥下障害看護認定看護師は、“口から食べる”ということに特化した教育がなされ、その教育課程では、脳血管障害や神経疾患、脊髄損傷、口腔・咽頭癌などによる神経障害に伴う病態生理、解剖生理、薬理学をはじめ、摂食嚥下障害患者に対するリハビリや看護に対する具体的な看護ケア方法を学習し、実践現場で能力を発揮している。“口から食べる”を支援する高度実践看護師が、認定看護師の役割を超えた看護師として必要な能力は何かを考察し、ニューロサイエンス看護学の発展に寄与していく必要がある。

VII. “看護実践”の定義について

「ケア」の語源は、気がかり、気づかい、心配、注意、気にかける、気をもむ、心配する、気にする、関心を持つ、などの意味がある(筒井 1993; 城ヶ崎 2007; 西田 2018)。広辞苑では、介護、世話、手入れ、と表現されており、対象に対する関心を意味する。

「ケア/ケアリング」の概念は、1980年代より米国で提唱され始め、1990年代になると日本の学会でも論議されるようになった。今日においても、研究者によって異なるとらえ方が混在し、様々な側面をもっている。筒井(1993)は、多くの理論家の文献をまとめた結果から、「ケアの定義は、個人または集団の生活上のニーズに応じて専門職として関わる(援助、支援、能力を与える、監督、保護など)こと」と述べている。さらに、そこにはケアを提供する人、ケアを受ける人の相互作用があることも示唆している。西田(2018)は、ケアリングは単なる知識や技術ではなく、「他者への願いや思い」の表現であることを定義している。「ケア/ケアリング」とは、患者の願いや思いに寄り添い、患者が安全で安心してニーズが満たせるよう看護職としての援助、支援、保護する行為である、と考える。

「看護技術」の定義は、「看護師になるために必要な要素として『知識』と並列的な位置づけとして取り上げられ、認識されている」とされ、「血圧測定」、「体位変換」、「手洗い方法」などの手順や手技のことを示している(西田, 2018, p.11)。しかし、看護技術は手順通りに手技が実施できればよいのではなく、看護技術に関する基本的知識、根拠を理解していることが重要であると考える。

“口から食べる”を支援する「看護技術」とは、解剖学や生理学などの知識に裏付けされた「口腔ケア」、「食事介助方法」、「嚥下訓練」などを示す。

「看護実践」とは、「社会の影響から決して免れない特徴を持つ」(川原, 2013, p.5)としており、「看護実践では、専門的知識や職業倫理など医療者一般が持つべき知識が用いられるが、それに加えて、その時その場における個々の患者や家族の状況について知りえた情報、看護師に沸き起こった思考や感情、そして過去の似た場面での経験などが多く影響されながら、判断が行われている」(川原 2013, p.24)と述べている。さらに池川(1991)は、看護実践は知識や概念モデルをスケールにあてはめて考えるものではないとし、医科学や基礎的な諸科学の専門知識に支えられながら、看護師自身に関わる何かが働いているものであると考えている。西田は、「その時の相手の状態に合わせて、看護技術の知識、手順、方法などを臨機応変に工夫して行うことであり、その工夫は事前に予測し準備できるものではない」としている。これは、看護実

践が一般的に再現性のある側面を持つ一方で、個別性のある相手やその場に応じた再現不可能な 2 つの側面を持っていることを意味している（西田, 2018, p.12）。

「看護実践」の定義は、「ケアを受ける人を、医学的、社会的、倫理的、スピリチュアル的側面からとらえ、その人の状態に合わせて、専門的知識や技術、これまでの経験知を臨機応変に工夫しながらケアを行い、相互関係を築いていく一連のプロセスである」と考える。

以上から、本研究において筆者の経験した“口から食べる”を支援するための看護実践を抜き出し、その時その場で使用した専門的知識、技術のみならず、思考や感情、感、コツといった自己の経験知による判断についても振り返り、高度実践看護師としての役割について考察する。

第3章 研究方法

I. 研究デザイン

脳血管障害患者の“口から食べる”を支援する看護実践を、ニューロサイエンス看護の高度実践看護の役割の視点から明らかにする質的記述的研究である。また、本研究は、ニューロサイエンス看護学実習(役割実習)の実習記録をもとに内容分析を行い質的記述的にまとめる観察研究である。

II. 研究対象者

研究対象者は、都内医療機関(以下、A病院とする)で実施するニューロサイエンス看護学上級実践コースの役割実習において、受け持つ脳血管障害患者および家族のうち、患者の特徴に合わせて各群1～2事例ずつ、計3～6例とした。

<患者の特徴>

A群:摂食嚥下障害重症度分類1の患者

B群:摂食嚥下障害重症度分類2-4の患者

C群:摂食嚥下障害重症度分類5-6の患者

*摂食嚥下障害重症度分類とは、表1に示す7段階で評価したものを使用した。

III. 研究期間

聖路加国際大学研究倫理審査委員会承認後 ～ 2020年3月31日

データ収集期間(実習期間):2019年7月24日～2019年9月10日

*聖路加国際大学研究倫理委員会の承認後、A病院の倫理委員会の承認を受けた。

IV. データ収集方法

役割実習のために作成した記録用紙①・②より、以下の内容を収集した。

V. データ項目

本研究は、ニューロサイエンス看護高度実践看護師の役割実習の実習記録をデータとして分析した。(以下のデータ項目)

1. 実習開始から終了までの実習記録①・②をデータとした。
 - 1) 患者基本情報(記録用紙①-1～3 参照)
 - ① 患者背景:性別、年齢(年代に置き換える)、診断名、病日(入院日をX年X月X日として加算していく)、既往歴、現病歴、家族歴、職業
 - ② 治療に関する内容:意識レベル、バイタルサイン、NIHSS、MMSE、MMT、神経学的所見(三叉神経、顔面神経、舌咽神経、迷走神経、舌下神経に由来するもの)、治療方針、実施した治療、投与した薬剤、画像検査(CT、MRI、レントゲン)血液検査(TP、Alb、WBC、CRP、Hb)
 - ③ 「口から食べる」に関する内容:嚥下機能評価(反復唾液嚥下テスト、改訂水飲みテスト、フードテスト)、嚥下音、栄養管理方法、口腔ケア方法、嚥下訓練方法、食事摂取量、ADLの内容
 - 2) 経過記録(記録用紙②-1 参照)

病棟看護師や他職種とともに看護介入した内容を記載した。主に実施した「看護実践内容」、「アセスメント内容」、「患者家族の表情や言動」を記載した。
 - 3) “口から食べる”に特化した看護実践の記録(記録用紙③-1 参照)

経過記録②より、患者の“口から食べる”を支援する看護実践内容を抽出し、看護実践に至った思考過程を詳細に文章と図を用いて記述した。
2. 用紙③をもとに、思考過程の内容を大学教員とともに高度実践看護師としてどのように判断し、どのような意図のもと支援を実施し、その結果をどのように認識したのかを振り返り、追加、修正を行いながら質的記述的に分析を行った。また、この振り返りの内容を筆者のボイスメモとしてICレコーダーに録音し、自分の意図や判断をデータにできるように録音内容を逐語録として作成した。

VI. 分析方法

1. 各事例の記録用紙①・②をもとに、各事例の用紙③に”口から食べる”の看護実践の内容を書き出した。
2. 各事例の用紙③をもとに“口から食べる”を支援するための看護実践の思考過程から、“口から食べる”を支援するための看護実践を場面ごとに整理した。

3. 各事例の”口から食べる“を支援するための看護実践の内容を統合し、共通する”口から食べる“を支援するための看護実践をカテゴリー化した。
4. 3. で抽出したカテゴリーを高度実践看護師のコンピテンシーとアメリカにおけるニューロサイエンス専門看護師のコンピテンシーに照らし合わせながら、日本におけるニューロサイエンス看護高度実践看護師としての“口から食べる”を支援する看護実践を明確にした。

VII. データの信憑性と妥当性の確保

分析結果の信憑性、妥当性を確保するため、質的研究に精通した研究指導者にスーパービジョンを受けながら実施し、分析時には、経験年数の豊富な看護師、摂食嚥下障害看護認定看護師、大学教員とで言語化や”口から食べる“を支援するための看護実践の内容、カテゴリーの内容について検討を繰り返した。

第4章 倫理的配慮

本研究は、人を対象として行う探索研究であり、文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」、「ヘルシンキ宣言」に沿って倫理的配慮に細心の注意を払う。発症直後の超急性期の脳血管障害患者を対象とするため、意識障害を伴い、研究参加への意思決定の判断が困難な場合も考えられるが、基本的には患者に対し[資料・2]を用いて説明を行った上で、家族へ再度説明を行った。説明は、口頭および文書にて行い、同意を得たうえで実施した。

I. 対象患者への意思の確認

本研究の対象患者と家族は、研究者の聖路加国際大学看護学研究科ニューロサイエンス看護学実習の実習期間に受け持った患者家族に対する看護実践内容がデータとなるため、実習開始前に筆者の身分(聖路加国際大学看護学研究科の大学院生であること)と実習計画書[資料・5]をもとに今後、病棟看護師と共に関わらせてもらうことを紙面と口頭で説明した。

1. さらに課題研究への参加・協力の説明書[資料・2]を用いて、実習内容を本大学院における課題研究としてまとめ、学会発表、論文等で公表する予定があることを説明し同意を得た。対象者となることについての意思確認は、研究協力の説明と同意書[資料・3]の署名をもって行う。その際、いかなる時点でも研究協力の辞退が可能であることを口頭で説明し、研究協力の同意撤回書[資料・4]を記載し、病棟看護師へ渡すことで撤回することとした。同意撤回について、病棟管理者以外の医療職へ好評することはないこと、提供される看護ケアに差がないことを説明した。
2. 対象患者が意識障害により、研究内容の説明を理解できないと判断した場合には、家族へ説明し同意を得た。さらに、患者の意識障害が改善した際には、その都度患者へ[資料・2]を用いて、内容をかみ砕き、できるだけ患者が理解できる言葉で実習と研究の目的を説明し、同意を得た。この時点で、対象患者より研究協力の撤回意思があった場合に、これまで収集したデータは研究データとしては取り扱わず、実習記録として扱った。

II. 研究施設への説明と同意

A 病院の所属長に対しては、実習記録を研究データとして使用することを研究協力依頼書[資料1]と実習計画書[資料・5]、をもとに説明した。病棟管理者、受け持ち患者の主治医に対して、実習研究計画書[資料・5]をもとに説明した。

III. 対象患者の知る権利の保障

1. 対象患者や家族、研究協力者が、患者の実習記録のまとめ、研究結果の要約などを希望される場合には、研究終了後に報告することを約束した。
2. 対象患者や家族が、研究中に研究に対する質問や意見がある場合には、病棟管理者（師長）へ伝えてもらうか、研究協力の説明書[資料・2]に記載されている研究者の連絡先に連絡するよう説明した。質問や意見に対する対応は、研究者が行った。

IV. 対象患者に対する研究協力によって生じる危険性・不利益、それに対する配慮

本研究は、既存の資料を用いた研究のため、対象となる患者に直接的利益・不利益・危険はない。しかし、データ処理等の際に個人情報情報が漏れる可能性は完全に否定できない。そのため匿名性の保持やデータ保管管理方法などのデータの取り扱いには十分留意した。

V. 個人情報、研究データの管理

1. 本研究は、対象の同意のもと実習記録から情報を収集し、研究に必要な項目のみを使用した。実習記録や収集したデータは、情報漏えい、盗難および紛失することがないように細心の注意を払う。
2. 研究に使用する媒体は鍵のかかる場所に保管し、研究者のみが研究目的のみに使用する。
3. 実習記録の管理は、ファイルにパスワードによるロックをかけ、USB への保存はせず、Google Drive 上の専用フォルダに保管する。
4. ディスカッションなどで紙媒体を使用する際には、配布時に印刷物にナンバリングを行い、会の最後に印刷物を回収し、ナンバリングがあっていることを確認後、シュレッダーで速やかに裁断する。
5. ディスカッション時の IC レコーダー記録については、逐語録作成後に速やかに消去する。

6. 得られたデータは、本研究のみで使用し、聖路加国際大学大学院修士論文としてまとめ、学会や学術雑誌等で公表する場合があるため、匿名性が保持する。
7. 研究に用いた紙データ類は、研究終了後はすべて PDF 化する。電子媒体へ変換後 Google Drive の専用フォルダに保管し、シュレッダーにて裁断した後に破棄する。研究に用いた電子データ類は、研究成果が再現できるように研究結果報告から 5 年、研究公表から 3 年保存し、それ以降に再現不可能な形で破棄する。

VI. 利益相反

本研究において、研究の資金源等、研究にかかる利益相反および個人の収益など、研究にかかる利益相反はない。

VII. 倫理委員会での承認

1. 本研究は、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を受けた上で実施した。(承認番号:19-A017)
2. 聖路加国際大学研究倫理審査委員会に承認を得た後、研究協力施設の依頼を行った。研究協力施設より同意を得た後は、研究協力施設内の倫理審査委員会(承認番号:B-2019-015)にて承認を得て、本研究を実施した。
3. 研究倫理審査委員会の求めに応じ、本研究の現状の概要を年1回研究機関の長に報告する。

第4章 結果

研究対象者は、摂食嚥下障害重症度分類の A～C 群において、各 1 事例ずつ選出し、合計 3 事例の”口から食べる”の看護実践を分析した。

I. 各事例紹介

1.1 患者概要(A氏)

A 氏、70 歳代、男性。起床時に右上下肢が動かないこと、呂律が回らないことを自覚し、妻とともにタクシーで A 病院を受診した。頭部 MRI の結果、左橋腹側から延髄にかけての Branch atheromatous disease(以下:BAD)と診断され、BAD によるラクナ梗塞を合併し、右不全麻痺、構音障害、重度嚥下障害の症状を認めた。既往に、大腸がん(ストマ造設)、胃潰瘍、高血圧、高脂血症、糖尿病を患っていた。入院前の生活は、妻が 3 年前に脳梗塞を患い、左上下肢の麻痺が残存しているため、家事全般を A 氏が行っていた。

1.2 看護実践の経過

場面 1(入院 6 日目): “口から食べる”が障害された A 氏との出会い



場面 2(入院 6 日目): “口から食べる”を支援するために、嚥下機能を正確に知る



場面 3(入院 7～11 日目): “口から食べられない”からの解放のためのリハビリを考える



場面 4(入院 11 日目): 身体的な解放と“口から食べられない”ことからの一時的な解放を手に入れる



場面 5(入院 11 日目): リハビリの場所を決めるための意思決定を支援する



場面 6(入院 11 日目): リハビリを効果的に行うために弊害となるものに気づき、対処する



場面 7(入院 11 日目): “口から食べられない”リハビリを支えるための栄養管理を実践する



場面 8(入院 8～10 日目): “口から食べる”を目指した嚥下訓練の継続する



場面 9(入院 10～13 日目): ゼリー1個を“口から食べる”という成功体験を A 氏とともに経験する



場面 10(入院 14 日目): 食事への挑戦とお楽しみ程度の“口から食べる”のアプローチ



場面 11(入院 15 日目): 転院先へ A 氏の“口から食べる”の現状と未来への希望をつなぐ

1.3 看護実践の実際

場面 1: “口から食べる”が障害されている A 氏との出会い

入院 6 日目、A 氏の意識レベルは、GCS で E4V5M6 (JCS0) であった。入院から 5 日間は、橋梗塞の増悪から抗血栓療法が追加治療となり、ベッドでヘッドアップができない状態で過ごしていた。6 日目の頭部 MRI 検査で脳梗塞の進行が見られていないことを確認した後、主治医より車椅子乗車の許可がでたため、車椅子でテレビを見ていた。筆者は、A 氏がテレビを見ながら口腔内にティッシュを詰めているところを目にしていた。さらに、昼食時に、病棟のリーダー看護師が、A 氏のベッドサイドのカーテンを引いたため、その意図を確認すると、『A さんが、ティッシュを口に詰めている理由を、「食べたい気持ちを抑えるため、痰を取るために行っている」といっていたので、ほかの患者さんが食事をしている光景が見えることで食べたい気持ちがより増してつらいと思ったので、カーテンをして見えないようにした』と教えてくれた。リーダー看護師は、4 人部屋の患者のうち、3 人が食事をしている中で、A 氏だけが食事ではなく経管栄養による栄養管理であったため、A 氏の“口から食べる”が障害されていることに対する配慮を実践していた。A 氏のティッシュを口に詰めるという行動とリーダー看護師がカーテンを閉める行動からく人にとって基本的ニードである“口から食べる”がかなわない患者が、“口から食べられる”患者と共存しなければならないストレスに気づく:A-1>きっかけとなった。

この気づきは、筆者が過去に A 氏と同じように“口から食べる”がかなわない患者の行動で、身近にあるもの(ティッシュ、タオル、心電図のコード)を口に入れて悔しい思い、つらい思いを解消し、医療者に「こないつらい思いをしているんだ」と訴えている場面に遭遇した経験があったため、<口にティッシュを詰めるという、一見すると異常行動ともとれる患者の行動を過去の経験と重ねてその意図を読み解く:A-2>ことにつながった。

病棟看護師は、A 氏が“口から食べたい”と思っていることを知りながらも、誤嚥リスクがあるため、“口から食べる”を直接支援できない状況にあり、<“口から食べたい”という患者の“自立尊厳”と、誤嚥を予防しなければならないという医療者の“善行の原則”、“無危害の原則”がぶつかる:A-3>状態であるとアセスメントした。

場面 2: “口から食べる”を支援するために嚥下機能を正確に知る

A 氏は、6 日間、ベッド上でベッドアップができない状態で過ごしていたため、嚥下機能評価を行える状況ではなかった。そのため、A 氏の<“口から食べる”に対する見通しが不確実な

め、明確な目標設定を患者と共有することが困難である:A-4>という状態であった。病棟看護師が、A 氏の“口から食べられない”ことに対してカーテンを閉めるという配慮をしていたが、<人にとって“口から食べる”とは、見て、聞いて、嗅いで、味わうことで実感するものである:A-5>ため、カーテンで“見る”を遮っても、会話が聞こえ、食事のにおいがすれば、食欲中枢は刺激されるとアセスメントした。

A 氏が発症した橋梗塞は重度の嚥下障害を合併すると言われ、“口から食べる”を困難にしている状況から<“食欲”という本能と戦わなくてはならない苦痛は、心理的関わりで解決できるものではないと知っている:A-6>ことから、<根拠のない禁食を避けるために、専門的知識とスキルを持った看護師が嚥下機能評価をする必要性がある:A-7>と考えた。専門的知識を持った看護師である筆者が介入することで、A 氏の<“口から食べる”の病態をまずは身体的側面からアセスメントし、患者の身体に起きていることを正確に知る:A-8>ことから、嚥下障害を改善するために“口から食べる”に向けた道筋を見いだしたいと考えた。

頭部 CT・MRI から A 氏は、左橋腹側から延髄にかけての Branch atheromatous disease(BAD)と診断され、BAD によるラクナ梗塞の特徴的な症状として、進行性の右半身の運動麻痺が見られていた。A 氏の嚥下障害は、左橋腹側から延髄の左外側にかけての梗塞像を認めた。そのため、嚥下中枢に障害を受け、嚥下反射惹起が起きないこと、舌咽迷走神経の中枢にも障害を受け、嚥下関連の知覚神経、嚥下関連筋群の運動障害をきたしていること、さらに病巣が左であるため障害は右側に出現していることが考えられた。

日常生活行動である口腔ケアから A 氏の嚥下機能評価前に、A 氏の嚥下障害の程度がみられるため、ヘッドアップ 90 度の頸部前屈位を取り、利き手の右手は麻痺していたため、左手で歯ブラシを持ってもらい、ブラッシングを促した。左口腔内はブラッシングできたが、右口腔へ歯ブラシを移動させるための上肢の運動が困難であり、看護師の介助が必要であると判断した。嗽のため、コップに口唇をつけて水を口に含ませた瞬間に強いムセを認めた。A 氏にしっかりとムセて排痰するよう促し、呼吸状態が落ち着くのを待った。

さらに、A 氏の嚥下障害を<嚥下の 5 つのプロセスを観察し、患者の“口から食べる”の全体像から、どこに障害があるのか考える:A-9>ことで、“口から食べる”をどのように支援していくべきか、具体的な内容を思案した。A 氏の嚥下の先行期は、意識レベルは清明、右半身麻痺のため体幹バランスが不安定であり、食事姿勢が崩れることで誤嚥のリスクがあがった。両上肢の不全麻痺は口腔ケア時の状況から、摂食行動に看護介入が必要であると考えられた。準備期、口腔期は、口腔ケア時に嗽の水を口に含むとムセたこと、発声時にカーテン兆候が見られた。この

ことから、舌咽・迷走神経障害による嚥下運動に関連する知覚神経、運動神経の伝達信号発信量が不足しているため咽頭知覚低下、嚥下関連筋群の筋力低下が考えられた。そのため、水分の口腔流入を感じ取れず、量を測定できないため、水を口腔内で保持できず早期喉頭侵入を起こしているとアセスメントした。咽頭期は、嚥下関連筋群の筋力低下による喉頭挙上が阻害され、嚥下中枢が障害されていることにより嚥下反射が起こらないため、食道入口部の開大不全から食道ではなく喉頭から気管への侵入を認めた。更に声帯麻痺による誤嚥防御機構の低下から、誤嚥をきたしていると判断した。重症度分類では最も重度な“唾液誤嚥レベル”と判断し、**<患者の嚥下障害の重症度から、提供できる嚥下訓練と看護ケアを見定め、実践する:A-10>**ために、唾液誤嚥による誤嚥性肺炎への重症化を防ぐために口腔環境を整えるための口腔ケア、排痰がしっかり行えるようになるための呼吸訓練や離床を進め、間接嚥下訓練で“口から食べる”ための基礎訓練を行うことを考えた。

咽頭期の誤嚥は、肉眼では確認できない体の内部で起きている現象であり、VE や VF での画像診断により嚥下障害の程度や左右差の有無を確認すること、訓練内の妥当性を保証することで、患者の誤嚥リスクが最小限の適切な訓練を選択し実施することができるため**<正確な嚥下評価と適切な訓練の選択には画像診断が重要であるため、常に取り入れようとする姿勢を持つ:A-11>**ことを意識して、ST と相談したが実施は困難であった。A 氏が、口腔内の唾液をティッシュで回収している状況、排痰量が多く、吸引を必要としていることに加え、嚥下障害の重症度から、盲目的に“口から食べる”に対する直接訓練は誤嚥のリスクが高いため実施できないと判断した。また、現段階では可逆的な障害と残存するであろう障害を見極めるのは難しく、神経可塑性の原理から**<神経の再生を促進するために積極的なリハビリを実施する:A-12>**ことが重要であると考えた。

また、A 氏は、声帯麻痺と舌麻痺はないものの舌咽・迷走神経障害により、舌と軟口蓋や咽頭収縮筋との協調運動が阻害されていることから、発声時に十分に声帯を震わせることができないでいた。さらに、臥床による筋力低下も加わり肺活量が低下していたため、声量が維持できず“口から食べる”と同じ機能を必要とする“話す”にも不便さをきたしていた。

A 氏は、「看護師や妻から何度も聞き返されて、自分の言いたいことが伝わらないのがつらい」と話し、質問に対して答えてくれるものの、口数は少ない印象から、**<“口から食べる”と同じ機能を必要とする“話す”にも影響が出ており、患者が自分の思いやニードの表出をあきらめる:A-13>**状況が、さらに**<口腔機能を使い“口から食べる”の訓練をする機会を少なくしている:A-14>**と感じた。会話を増やすとともに、A 氏の**<初回嚥下機能評価だけで“口から食べる”を**

断念するのではなく、再挑戦する気持ちを持ち続ける:A-15>ことで“口から食べる”に挑戦できるタイミングを見極め、A 氏の“口から食べる”能力の改善に努める必要があると判断した。

場面 3: “口から食べられない”から解放するためにリハビリを考える

ST と筆者がベッドサイドで実施した嚥下機能評価だけでは、安全に A 氏の“口から食べる”方法論を見いだせないため、誤嚥のリスクが高い A 氏に対して、“口から食べる”の直接訓練を提供できないと判断した。＜嚥下障害は、嚥下訓練だけで改善されるものではなく、全身のリハビリを行うことが重要である:A-16>ため、PT による体幹バランス訓練や OT による四肢の動作訓練などの全身のリハビリで、“口から食べる”が実現できる時に備えた積極的なリハビリを取り入れ、A 氏の＜“口から食べられない”ことに対するストレスの解消法について検討する:A-17>必要があると考えた。

1 日 3 回ある食事時間のうち、1 食でもリハビリ時間を活用して＜必然的に患者が食事時間に病室にいなくなる口実を作る:A-18>ことで、A 氏の“口から食べられない”ストレスが、少しでも解消されるのではないかと考え、リハビリスタッフとリハビリの時間と場所について調整ができるか話し合った。しかし、痰の量、吸引回数が多いことを考えた結果、病棟から離れることは、誤嚥のリスクが高く A 氏の＜リハビリ環境を考えたとき、嚥下障害が障壁となり、リハビリ室へ行くことができないと判断せざる負えない:A-19>と考えた。今後、痰の量、吸引回数の減少と身体的状況の改善を評価し、リハビリスタッフと A 氏の＜身体的、精神的状況を経時的にアセスメントして、適切なリハビリ環境を提供できるよう検討し続ける:A-20>ことにした。

＜誰が中心となって、患者の“口から食べる”を支援すべきか判断する:A-21>とき、A 氏の嚥下障害の重症度が“唾液誤嚥レベル”であることから、嚥下障害の知識や技術、経験知が不十分な病棟看護師に委ねることは、誤嚥のリスクが高く難しいと判断した。そのため、ST と筆者が協働で訓練を提供することが、嚥下訓練時の誤嚥のリスクを最小限にし、リハビリ効果を最大限にできると考えた。A 病院の ST は、吸引操作が許可されていないため、＜チームメンバーが安心してリハビリを提供できるための環境を整える:A-22>目的で、看護師である筆者が訓練時に同席することは、ST の吸引ができないという不安を解消し、積極的な嚥下訓練に挑戦できると考えた。A 氏が椅子に座って、自分の手を使って、食べたいものを“口から食べる”の実現をめざしくチーム力を駆使して患者をケア、キュアするための看護師の役割を果たす:A-23>ため、リハビリスタッフとディスカッションを重ね＜チームメンバーとの信頼関係を築く努力をする:A-24>ことを意識して、支援するチームの調整をした。

A 氏の＜嚥下障害の重症度と経験知をリンクさせて、大まかな予後予測をする:A-25＞と、A 氏の“口から食べる”を実現させるためには時間を要すること、A 氏の＜ 実現可能性が不確かな“口から食べる”の目標を患者と一緒に設定することの難しさを感じる:A-26＞ことから、A 氏の“口から食べられない”ストレスを解消するために A 氏の＜ “口から食べられない”を考えない時間を確保する:A-27＞ことが必要であると考えた。

場面 4:身体的な解放と“口から食べられない”ことからの一時的な解放を手に入れる

入院11日目、朝のリハビリスタッフとのミーティングで、A 氏のリハビリをリハビリ室で実施してみることになった。＜リハビリ環境が変化するので誤嚥に対するリスク管理をする:A-28＞ために、筆者がリハビリ室まで同行し＜リハビリ室の吸引環境を確認する:A-29＞こと＜リハビリスタッフと情報共有を行う:A-30＞ことが重要であると考えた。

A 氏にとってリハビリ室に行ってリハビリを実施することは、ベッド上でのリハビリとは異なり、病室のベッドの 2 倍ほどある訓練用のベッドで訓練できること、リハビリに集中することで＜リハビリを通して身体的な解放と精神的な解放により“口から食べられない”という現実から、一時離れることができる:A-31＞のではないかと考えた。

A 氏の嚥下障害は重度であるため、A 氏が“口から食べる”の達成感を味わうには時間を要するため、PT や OT の体幹バランスや立位訓練、四肢の動作訓練で “〇〇ができる”という達成感が精神的な患者の支えとなり、＜“口から食べる”の訓練では得られない達成感をほかのリハビリで得ることで、“口から食べる”への意欲に変える:A-32＞のではないかと考えた。

さらに、実際にリハビリ室でリハビリを行うことは、低周波装置を使用して訓練を行うことができ＜A 氏に実施可能なリハビリの内容を増やすことができる:A-33＞ため、A 氏のできる能力が引き出される環境を提供することができた。＜1 つの訓練で 1 つの障害が回復するのではなく、1 つずつ補い合いながら、全体を見ていけることが重要である:A-34＞ことから、積極的にリハビリ室に行って PT と OT によるリハビリを受けることで、体幹バランスや上肢の構築性の改善が“口から食べる”につながると考えた。

場面 5:リハビリの場所を決めるための意思決定を支援する

OT が A 氏に「明日もリハビリ室に来てリハビリを実施しますか」と質問した時、A 氏が筆者の顔を見た。そのとき、A 氏の表情が「明日のリハビリをリハビリ室でするかどうか判断してほしい」と訴えているように感じた。A 氏が筆者に決定権を委ねようとしていると感じ、これまでの A 氏との

関係から<信頼関係ができてきていることを確認しながら、A氏が自分でリハビリをする環境を決められるよう支援する:A-35>ことが必要であると判断した。

A氏が自分でリハビリを実施する場所が決めることができるように、リハビリ室に来て安全にリハビリができることを確認できていること、リハビリ室でできるリハビリと病室でできるリハビリの違いなどを情報提供した。そして、A氏が決めた「明日もリハビリ室でリハビリをする」というA氏の<意思決定を保証する:A-36>ことを実践した。

A氏の“口から食べる”のリハビリを通して、<チームの中で、患者を支援すること、リハビリスタッフを支援することの2つの役割を担う:A-37>ために、A氏と信頼関係を作り、リハビリを頑張る気持ちを支えること、リハビリスタッフが安心してリハビリを実施できるよう環境調整することが看護師の役割であると考えた。

場面 6: リハビリを効果的に行うために弊害となるものに気づき、対処する

A氏が、リハビリ室に行くようになり、持続の点滴のための輸液ポンプ、点滴台をリハビリ室まで持って行くことで、リハビリスタッフも患者もリハビリに集中できず、リハビリを有効に実施できないのではないかと感じた。<リハビリを効果的に実施するために、弊害となるものに気づき、できるだけ不必要なものを取り除く努力をする:A-38>ことを目的に、病棟看護師にリハビリ中は、点滴を中断し、ロックしておくことを主治医に検討してもらうよう依頼した。あえて病棟看護師に依頼した意図は“なぜ、リハビリ中に点滴をロックする必要があるのか病棟看護師に考えてほしい、他の担当している患者にも、当てはめて考えてほしい”という<病棟看護師のレディネスを把握して、筆者が提案したケアの意図を伝え、次の患者のケアに活かしてもらえるような効果を生む:A-39>ためであった。

場面 7: “口から食べる”を支えるための栄養管理を実践する

入院10日が過ぎ、リハビリ室でリハビリができるまでに全身状態が改善してきたため、A氏の<日常生活レベルにあった栄養管理の必要である:A-40>こと、A氏の<病態から再発予防に向けた栄養管理を考える:A-41>ことを実践した。1日5単位のリハビリを実施しているA氏の活動レベルにあった必要エネルギー量を設定し1日の摂取カロリーを1500kcalに、脱水による血栓形成による再梗塞予防のため1日1500mlの水分が確保されるように設定した。

A氏が橋梗塞による迷走神経障害をきたし、長期臥床が続いていることから消化管機能の低下から、嘔吐や便秘、下痢などの排便コントロールを乱す可能性があった。脳血管障害患者に

多くみられる上部消化管の運動機能低下では、胃の消化排泄能が低下するため、経管栄養剤の残留がリハビリや体位変換、吸引時の嘔吐を誘発するため＜**神経の支配領域から患者に起こりうる消化・排泄に関する合併症を回避するための栄養管理を考える:A-42**>が必要であった。また、A 氏の場合、既往に大腸がんを患っており、便秘や硬便が腸管を傷つけ出血をきたす可能性が、下痢を引き起こせば、腸管での消化吸収が十分ではなく、必要カロリーや必要な栄養素の摂取に至らなくなる可能性があった。A 氏の＜**既往から合併症を予測して、予防的栄養管理を考える:A-43**>必要性があり、経管栄養剤の内容、1 回投与量、投与速度、投与間隔について個別的に検討した。

A 氏の＜**全体像をアセスメントして、患者に適切な栄養管理を実践する:A-44**>ために、栄養剤は 1ml あたり 1.5kcal の高カロリーで胃の排泄能に配慮された嘔吐のリスクが少ないとされるものを選択した。さらに投与量を朝 400ml、昼 200ml、夜 400ml に設定し、活動量の増える日中の投与量を少なくし、1 日全体で 1500kcal が摂取できるよう、主治医に提案した。

A 氏の消化管の機能を考慮して、400ml/時で投与することで、消化管にやさしい投与方法を選択することがよいと判断した。脱水予防のために静脈から確実に投与できる輸液 500ml を夜間帯に投与することは、腸管からの水分吸収は個人差が大きいため、夜間の排尿にも配慮が必要であると判断し留意した。夜間の輸液は、できるだけ早期に点滴が終了できるよう栄養状態と脱水の評価をしていくことを主治医と共有した。

今回、A 氏の栄養管理についての実践から＜**チームの中に患者の栄養管理に関心を向けるメンバーが必要であることに気づく:A-45**>ことができた。

場面 8: “口から食べる”を目指し嚥下訓練を継続する

これまで“口から食べる”を目指して間接嚥下訓練を実践してきたが、A 氏がリハビリ室に行けるようになったこと、口の中にティッシュを詰めることがなくなったことから、ST と筆者で、A 氏が＜**自分の唾液を飲み込んでいるかもしれないという予測から、訓練のステップアップを決める:A-46**>ことを判断した。A 氏に起きている＜**嚥下障害をイメージして、訓練を選択する:A-47**>ために、左橋梗塞であり、右麻痺であることから、右側の咽頭知覚や咽頭収縮筋の運動が障害されているのではないかとアセスメントし、＜**専門的知識を用いて、患者にとって最も誤嚥のリスクが少ないとされる体位を選択する:A-48**>ことを考え、左側臥位を選択した。誤嚥のリスクの少ない頭部と頸部の位置、食物を通過させたい咽頭側を考慮して、頭部と頸部がストレートになるベッドアップ 30 度、頸部右回旋が良いと判断した。＜**嚥下訓練を行う前の準備として口腔ケア**

を実施する:A-49>ことは、口腔環境を整え、訓練によって分泌量の増えた唾液、食物を誤嚥した場合に、口腔内の細菌も一緒に肺に入り、肺炎を発症させる可能性が高くなるため、毎回重点的に実践した。

A 氏の<嚥下障害の重症度から、唾液を誤嚥する可能性があるのか、評価することで、この先の訓練の進め方を考える:A-50>ため、“口から食べない”時にも誤嚥を起こしていないか評価することから始めた。MWST は、通常は真水 3 cc を使用するところを、トロミ水 1 cc を使用することで、少しトロミのある唾液に似た液体を、誤嚥しても肺炎にならない程度の量から使用して評価と訓練を行った。ムセは、健常人でも起こり得ることであり、1 回のムセが“口から食べられない”の判断基準にはならない。ムセられるということは、喉頭侵入はしているが、誤嚥を回避することができている可能性が高いと判断できた。

A 氏の嚥下障害の重症度が、嚥下訓練を選択する際に誤嚥のリスクに対する躊躇につながるという弱みがあるものの、看護師が訓練に同席することで吸引ができるという強みに加え、A 氏の“口から食べたい”という思いが、積極的に訓練を進めていく動機になった。そのため、<“口から食べる”に挑戦する患者の強みと弱みが理解できている:A-51>ことから、一度ムセがあったがもう一度 1cc のトロミ水に挑戦することを選択した。<過去の経験から、患者の“口から食べる”の成功ポイントを見つける:A-52>ため、頭部と頸部の位置、頸部の回旋に注意して<嚥下運動を脳内でイメージする:A-53>ことを意識して実践した。筆者の経験知から、頭部と頸部の位置の少しのズレや、頸部の回旋が不十分になることで、食道ではなく気管に流入してしまうと考えた。

A 氏がトロミ水 1cc の嚥下で失敗と成功を確認できたのは、評価する医療者がムセの有無、嚥下音の聴取や声質の確認など<知識と技術をつかって見えない嚥下運動を評価できる:A-54>からであり、日頃の実践が<経験知がその精度を上げる:A-55>と考えた。さらに、トロミ水 2cc の嚥下に成功したことを確認による、トロミ水 1cc を飲むときと同じ条件で、ムセの有無、嚥下音の聴取、声質の確認をすることで、一定の評価基準をもとに、A 氏の成功体験を積み重ねていくことを可能にした。訓練を実施する医療者の知識と技術、経験値が、誤嚥しても肺炎にならない程度の失敗かどうかの判断ができ、<失敗の程度による緊急性の判断ができ、誤嚥したときに素早い対応ができる:A-56>ため、訓練を継続することができたと考えた。

場面 9:ゼリー1 個を“口から食べる”という成功体験を A 氏とともに実感する

入院 10 日目からゼリーに挑戦した。人にとって“口から食べる”は、見て、聞いて、嗅いで、味わうことで実感することであることを念頭に置き、**＜常に次にどのようなステップを踏むか考え続ける:A-57＞**ことから、ゼリー摂取へステップアップすることは、ゼリーの色を見て、フタを開ける音を聞き、甘みを嗅いで、咀嚼して、甘みを味わうことで、A 氏が“口から食べる”を実感できると考えた。ゼリーへのステップアップは、もう一度、A 氏にとって**＜“口から食べる”ということを考える:A-58＞**とき、無味無臭で透明なトロミ水では味わうことのできない醍醐味が体験でき、“口から食べる”をより実感できると考えた。筆者は、A 氏と出会ったときの口にティッシュを詰める行為が思い出され、A 氏の“口から食べる”を実現させるためのステップとして、ゼリー摂取ができることは、1 歩“口から食べる”の実現に近づけると感じた。

一方で、筆者は、添加物を多く含みカロリーのあるゼリーを誤嚥した場合、トロミ水に比べ、肺炎を合併する可能性が高いという**＜誤嚥による肺炎発症のリスクの変化を認識している:A-59＞**ことがあった。訓練中にムセる体験は、失敗体験となり、患者と訓練を実施する医療者に恐怖感をあたえかねないことを知っていた。そのため、訓練を実施する者は、A 氏の「食べたい」という発言と、しっかり嚥下しようという意思を汲み、A 氏の**＜「食べたい」に答え、“口から食べる”が恐怖にならない:A-60＞**よう知識と技術、経験知を用いて、訓練を成功体験する必要があると考えた。

A 氏の「食べたい」意思を確認し、ゼリー摂取をティースプーンに 1/2 杯という少量から開始し、トロミ水の時と同様に評価を重ね、成功体験にすることで、20 分かけて**＜ティースプーン 1/2 から 1 杯へ小さなステップを確実に踏むことで、ゼリー1 個という大きな成功と自信を獲得する:A-61＞**ことにつながった。

さらに 20 分かけて 1 個のゼリーを食べきった時、A 氏が顔をくしゃくしゃにしながら笑顔で「食べれた」と答え、やや涙ぐんでいる表情の変化から、感情が言動だけではなく、表情や涙から漏れ出し、A 氏にとって**＜“口から食べる”の意味を患者の言葉や表情から受け取る:A-62＞**ことが、人にとって“口から食べる”がどれだけ重要な意味を持つものなのか、改めて実感することができた。

場面 10: 食事への挑戦とお楽しみ程度の“口から食べる”の安全の間で葛藤する

ゼリー摂取訓練を開始して3日目、STと筆者の中で、食事としてペースト食への挑戦ができるのではないか、という次のステップが見えてきたときに転院が決まった。A氏の嚥下障害の重症度、訓練の経過を過去の経験とリンクさせながら、STとの話し合いを重ね、A氏の今後の“口から食べる”のステップアップの過程を想像した。ゼリー1個が誤嚥なく食べられるという確約とペースト食が食べられるかもしれないという不確かな状態で転院を迎えること考えた時、A氏の＜“口から食べる”をもっと支援したいという気持ちと次の病院へつなげなければならないため無理はさせられないという気持ちが葛藤する:A-63＞状況の中、中途半端な評価になる可能性のあるペースト食よりも、ゼリー1個が誤嚥なく食べられる確約を選択することが、A氏の“口から食べる”の実現の近道であると判断した。A氏の今後の日常生活を考えたとき、＜さらなる“口から食べる”のステップへの挑戦で誤嚥した場合、患者のこれからのリハビリで獲得できるかもしれない機能回復を阻害する可能性を考える:A-64＞と転院時期を逃し、A氏の“口から食べる”以外のリハビリを受ける権利を損ね、A氏が自分で寝返りを打つ、自分で歩くチャンスを奪う可能性があるかと判断した。

場面 11: 転院先へA氏の“口から食べる”の現状と未来への希望をつなぐ

初めは、まったく見通しが不明確であったA氏の“口から食べる”に段階的な訓練を実施したことで、時間はかかるが食事を“口から食べる”の実現ができるかもしれないという＜不明確であった“口から食べる”にポジティブな見通しをつけることができた実感する:A-65＞ことができた。

一方で、これから先も一度の誤嚥という失敗体験が、A氏の食事を“口から食べる”という目標達成までの道のりを遠回りにさせる可能性もあることを理解しておく必要があった。筆者の責任は、急性期病院で実践してきたA氏の“口から食べる”に対する支援と、A氏の“口から食べる”の今後の見立てを次の病院へ引き継ぐことであると考えた。そのため、主治医とともに＜転院先のSTの所在を確認して、患者の“口から食べる”が継続して支援されることを確認する:A-66＞ことで、次の病院でもA氏の“口から食べる”の支援が継続されることを確認した。

さらに、ティッシュを口に詰める行為で表現されていた“口から食べられない”苦痛から、ゼリー1個を食べた時のA氏の「顔をくしゃくしゃにして笑顔になり、涙ぐんでいる」感情表現で、少し“口から食べる”を取り戻せたうれしい瞬間であったこととして、A氏の＜“口から食べる”が阻害さ

れていた時の苦痛、少しではあるが“口から食べる”が実現した時の喜びを次につなぐための責任を果たす:A-67>ため、ST に情報提供を依頼した。

表 2 A 氏の”口から食べる“を支援するための看護実践の内容

場面	看護実践の内容	No.
“口から食べる”が障害されている A 氏と出会う	人にとって基本的ニードである“口から食べる”をかなえられていない患者が、“口から食べられる”患者と共存しなければならないストレスに気づく	A-1
	口にティッシュを入れるという、一見すると異常行動ととれる患者の行動を過去の経験と重ねてその意図を読み解く	A-2
	“口から食べたい”という患者の“自立尊厳”と、誤嚥を予防しなければならないという医療者の“善行の原則”、“無危害の原則”がぶつかる	A-3
“口から食べる”を支援するために嚥下機能を正確に知る	“口から食べる”に対する見通しが不確実なため、明確な目標設定を患者と共有することが困難である	A-4
	人にとって“口から食べる”とは、見て、聞いて、嗅いで、味わうことで実感するものである	A-5
	“食欲”という本能と戦わなくてはならない苦痛は、心理的関わりで解決できるものではないと知っている	A-6
	根拠のない禁食を避けるために、専門的知識と技術を持った看護師が嚥下機能評価の必要性がある	A-7
	“口から食べる”の病態を身体的側面からアセスメントし、患者の身体に起きていることを正確に知る	A-8
	嚥下の 5 つのプロセスを観察し、患者の“口から食べる”の全体像から、どこに障害があるのか考える	A-9
	患者の嚥下障害の重症度から、提供できる嚥下訓練と看護ケアを見定め、実践する	A-10
	正確な嚥下機能評価と適切な訓練の選択には画像診断が重要であるため、常に取り入れようとする姿勢を持つ	A-11
	神経の再生を促進するために積極的なリハビリを実施する	A-12
	“口から食べる”と同じ機能を必要とする“話す”にも影響が出ており、患者が自分の思いやニードの表出をあきらめる	A-13
	口腔機能を使い“口から食べる”の訓練をする機会を少なくしている	A-14
	初回嚥下機能評価だけで“口から食べる”を断念するのではなく、再挑戦する気持ちを持ち続ける	A-15
	嚥下障害は、嚥下訓練だけで改善されるものではなく、全身のリハビリを行うことの重要性がある	A-16
	“口から食べられない”ことに対するストレスの解消法について検討する	A-17
	必然的に患者が食事時間に病室にいない口実を作る	A-18
“口から食べられない”から解放するためにリハビリを考える	リハビリ環境を考えたとき、嚥下障害が障壁となり、リハビリ室へ行くことができないと判断せざる負えない	A-19
	身体的、精神的状況を経時的にアセスメントして、適切なリハビリ環境を提供できるよう検討し続ける	A-20
	誰が中心となって、患者の“口から食べる”を支援すべきか判断する	A-21
	チームメンバーが安心してリハビリを提供できるための環境を整える	A-22
	チーム力を駆使して患者をケア、キュアするための看護師の役割を果たす	A-23
	チームメンバーとの信頼関係を築く努力をする	A-24
	嚥下障害の重症度と経験知をリンクさせて、大まかな予後予測をする	A-25
	実現可能性が不確かな“口から食べる”の目標を患者と一緒に設定することの難しさを感じる	A-26
	“口から食べられない”を考えない時間を確保する	A-27

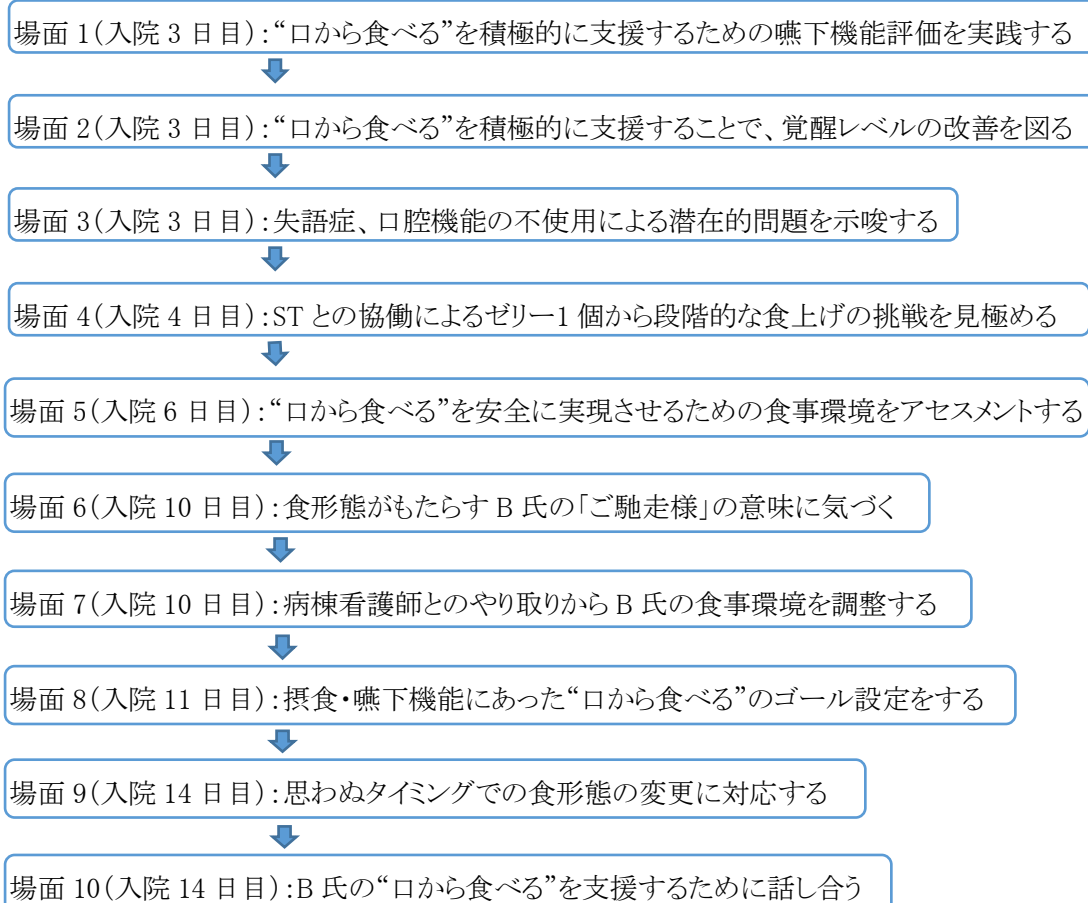
身体的な解放と “口から食べ られない”からの 一時的な解放 を手に入れる	リハビリ環境が変化するので誤嚥に対するリスク管理をする	A-28
	リハビリ室の吸引環境を確認する	A-29
	リハビリスタッフと情報共有を行う	A-30
	リハビリを通して身体的な解放と精神的な解放により“口から食べられない”という現実から、一時離れることができる	A-31
	“口から食べる”の訓練では得られない達成感をほかのリハビリで得ることで、“口から食べる”への意欲に変える	A-32
	実施可能なリハビリの内容を増やすことができる	A-33
	信頼関係ができていることを確認しながら、患者が自分でリハビリをする環境を決められるよう支援する	A-34
リハビリの場所 を決めるための 意思決定を支 援する	1つの訓練で1つの障害が回復するわけではなく、1つずつ補い合いながら、全体を見ていけることが重要である	A-35
	意思決定を保証する	A-36
	チームの中で、患者を支援すること、リハビリスタッフを支援することの2つの役割を担う	A-37
リハビリを効果 的に行うために 弊害となるもの に気づき、対処 する	リハビリを効果的に実施するために、弊害となるものに気づき、できるだけ不必要なものを取り除く努力をする	A-38
	病棟看護師のレディネスを把握して、筆者が提案したケアの意図を伝え、次の患者のケアに活かしてもらえそうな効果を生む	A-39
“口から食べ る”を支えるため の栄養管理を 実践する	日常生活レベルにあった栄養管理の必要である	A-40
	病態から再発予防に向けた栄養管理を考える	A-41
	神経の支配領域から患者に起こりうる消化・排泄に関する合併症を回避するための栄養管理を考える	A-42
	既往から合併症を予測して、予防的栄養管理を考える	A-43
	全体像をアセスメントして、患者に適切な栄養管理を実践する	A-44
	チームの中に患者の栄養管理に関心を向けるメンバーが必要であることに気づく	A-45
“口から食べる” を目指し嚥下訓 練を継続する	自分の唾液を飲み込んでいるかもしれないという予測から、訓練のステップアップを決める	A-46
	嚥下障害をイメージして、訓練を選択する	A-47
	専門的知識を用いて、患者にとって最も誤嚥のリスクが少ないとされる体位を選択する	A-48
	誤嚥のリスクが高い訓練を行う前の口腔ケアを実施する	A-49
	嚥下障害の重症度から、唾液を誤嚥する可能性があるのか、評価することで、この先の訓練の進め方を考える	A-50
	“口から食べる”に挑戦する患者の強みと弱みを理解できている	A-51
	過去の経験から、“口から食べる”の成功ポイントを見つける	A-52
	嚥下運動を脳内でイメージする	A-53
	知識と技術をつかって成功体験を評価できる	A-54
	経験知がその精度を上げる	A-55
ゼリー1個を“口 から食べる”とい う成功体験をA 氏とともに経験 する	失敗の程度による緊急性の判断ができ、誤嚥したときに素早い対応ができる	A-56
	常に次にどのようなステップを踏むかを考え続ける	A-57
	“口から食べる”ということを考える	A-58
	食形態の違いが誤嚥から肺炎発症のリスクを変化させることを認識している	A-59
	「食べたい」に答え、“口から食べる”が恐怖にならない	A-60
	ティースプーン 1/2 から 1 杯へ小さなステップを確実に踏むことで、ゼリー1 個という大きな成功と自信を獲得する	A-61
	“口から食べる”の意味を患者の言葉や表情から受け取る	A-62

食事への挑戦と お楽しみ程度 の”口から食 べる”のアプ ローチの間で葛藤 する	“口から食べる”をもっと支援したいという気持ちと次の病院へつなげなければならな いため無理はさせられないという気持ちが葛藤する	A-63
	さらなる“口から食べる”のステップへの挑戦で誤嚥した場合、患者のこれからのリハビ リで獲得できるかもしれない機能回復を阻害する可能性を考える	A-64
転院先へ A 氏 の“口から食 べる”の現状と未 来への希望を つなぐ	不明確であった“口から食べる”にポジティブな見通しをつけることができた実感する	A-65
	転院先の ST の所在を確認して、患者の“口から食べる”が継続して支援されることを 確認する	A-66
	“口から食べる”が阻害されていた時の苦痛、少しではあるが“口から食べる”が実現し た時の喜びを次につなぐための責任を果たす	A-67

2.1 患者概要 (B 氏)

B 氏、80 歳代、女性。自宅で夫と会話中に意識障害、構音障害を発症し、その後右側へ倒れ、救急要請となった。頭部 MRIA 病院で血管内治療にて左 MCA の血栓回収を行うができなかった。血管内治療中に軽度の出血を起こした。また、右慢性硬膜下血腫を認めたため tPA は実施しなかった。既往に不整脈、甲状腺機能低下症を患っていた。入院前の生活は、夫と 2 人暮らしであり、日常生活は自立されていた。

2.2 看護実践の経過



2.3 看護の実際

場面 1: “口から食べる”を積極的に支援するための嚥下機能評価を実践する

発症 3 日目に、受け持ち看護師より、「前日に水飲みテストを実施したところムセが見られたため、経口摂取を断念した。本日、経鼻胃管を挿入する予定となっているが、本当に経鼻胃管が必要か、経口摂取ができるのではないかと考えるが、自信がないため、嚥下機能評価をしてほしい。」と依頼があった。

嚥下機能評価実施時に、B 氏の＜ “口から食べる”の病態を身体的側面からアセスメントし、患者の身体に起きていることを正確に知る:B-1＞ため、まず頭部 CT、MRI で左の MCA 梗塞の所見から、血管内治療を実施したが再開通はできず、軽度のくも膜下出血をきたしていることを確認した。B 氏の意識レベルは、GCS で E3V4M6 (JCS II-10)、容易に声かけで開眼するものの持続性がなく、傾眠傾向と評価され“口から食べる”の第 1 段階である先行期で、直接訓練開始の条件である意識レベルが JCS1 桁であることから外れていた。MWST を実施したところ、準備期、口腔期で、右の顔面神経障害による口角下垂と口唇閉鎖不全から、真水が右口角より流れ出ている。このことから、提供する食形態により、食物が口角より出てしまう可能性と右口腔に食物が残ってしまう可能性が考あると評価した。咽頭期では嚥下反射の惹起が遅いため、食塊の流れと嚥下運動のタイミングがズレることによる誤嚥の可能性を否定できなかった。食道期は、明らかな症状を認めないが、右半身の麻痺を伴っているため、右半身の腸管機能の低下が予測されるため、経過を見ていく必要があった。＜嚥下機能評価の基本は、5 つのプロセスのどこに障害をきたしているか、どのような訓練、ケアを行うことで“口から食べる”を実現できるか常に考える:B-2＞ことで、B 氏の嚥下障害の重症度は誤嚥なしの“口腔問題レベル”であると判断できた。通常であれば、食形態の調整を行うことで食事が可能な嚥下障害のレベルであるが、B 氏が脳梗塞発症後 3 日目であり、意識レベルの変調に注意が必要であると考えた。筆者のこれまでの経験から、脳血管障害患者の多くが、発症直後に生じる脳浮腫により、意識レベルの変調をきたしやすく、JS1 桁～2 桁を推移し、覚醒を維持できないことを把握していた。そのため、急性期における B 氏の脳内病変の変化、意識レベルの日内変動により、食事摂取量が安定しない可能性から＜患者の嚥下障害の重症度と患者の病期を考慮した成功体験ができる訓練を選択する:B-3＞ことを考え、患者の持つ機能よりも一段階低いレベルである 1 日 1 個のゼリーから開始することを医師に提案した。＜栄養管理と嚥下訓練を別に考えることで、病棟看護師の訓練実施の判断がしやすい状況を作る:B-4＞ことを意識し、B 氏の栄養管理は経管栄養

で確実に実施し、訓練の実施の有無が患者の栄養管理を左右しない状態にした。ゼリー1個を食べる訓練の実施は、病棟看護師がB氏の意識レベルに合わせて判断することにした。

このとき、B氏は覚醒を数分しか維持できないが、嚥下機能は保持されており<直接訓練開始基準から少し逸脱していても、総合的な判断で患者の“口から食べる”に積極的に動く:B-5>べきであると判断した。また、ゼリーの食形態であれば、液体に比べると口角からの流延は少ないこと、口腔内の残留も介助方法と声かけで解決できるため、まずは“口から食べる”をやってみる条件として<食べる物、食べる回数を制限することで、誤嚥のリスクを最小限にする努力をする:B-6>ことを考え、B氏の少し“口から食べる”を支援した。

場面 2: “口から食べる”を積極的に支援することで、覚醒レベルの改善を図る

ゼリーを食べる効果は、口腔からの知覚、味覚、冷感による感覚刺激が脳へ伝達され、さらに、咀嚼運動が脳の前頭葉への血流を増加させ、<“口から食べる”ことで嚥下と覚醒の改善を促す相乗効果を狙う:B-7>ことを考えた。B氏の“口から食べる”の能力と誤嚥のリスクの境を見極めることは重要なことであるが、“口から食べない”を選択することで、B氏の嚥下機能を衰えさせ、食べることへの関心も薄れさせることにつながり、“口から食べる”からどんどん遠のいていく可能性がある判断した。そのため、“口から食べる”と“口から食べない”の2つの選択肢だけではなく、<“口から食べる”を基本に嚥下機能の維持と、覚醒レベルの改善の効果が期待でき、誤嚥を起こさない程度の訓練を選択する:B-8>という思考から、1日1個のゼリーを“口から食べる”訓練を組み込むことで、少し“口から食べる”を選択した。

B氏の嚥下機能評価を筆者が実践した目的は、<嚥下機能評価の専門的知識を持った医療者が行うことで、覚醒レベルの不安定な患者のできる能力を見極める:B-9>こと、<訓練を行う病棟看護師に専門家の評価に基づく訓練であるため、自信を持って提供してよいことを示す:B-10>ことで、B氏の嚥下機能を保証し、病棟看護師に実施してよいという保証を与えると考えた。

場面 3: 失語症、口腔機能の不使用による潜在的問題を示唆す

B氏は、失語症を合併しており、「はい」などの単語は聞かれるが、会話が成り立つ文章を発することができないことから、頭部MRIなどの画像と症状からブローカー失語(運動性失語)であると予測した。そのため、失語により他者とのコミュニケーションが減少し、口腔機能を使う機会が減っていると考えた。しかし、現状のB氏は、覚醒レベルを長時間維持できないことで、他者と

のコミュニケーションに障害を感じるまでには至っておらず、＜口腔機能の不使用から誤嚥性肺炎へ思考を広げる:B-11＞ことから、不顕性誤嚥による肺炎合併を回避することが優先された。ただし、今後の失語症の改善状況により、精神的ストレスを感じる可能性があるため、＜失語症がもたらす潜在的問題を示唆しておく:B-12＞ことを考えた。

場面 4:ST との協働によるゼリー1 個から段階的な食上げの挑戦を見極める

入院 4 日目、ST と筆者で初回のゼリー摂取を実施した。B 氏と初対面である ST に B 氏の嚥下機能のイメージができるよう、前日の嚥下機能評価情報を共有した。その理由は、評価者が複数人になると、見立てが異なり、同じ検査や嚥下機能評価を何度も患者に強いること、主軸となる評価者が不在のときは B 氏の機能にあった“口から食べる”の訓練が進んでいかなことが予測されたためであった。B 氏の＜日々変化する嚥下機能に対応するために筆者と ST の間で情報の引き継ぎあいを行う:B-13＞ことで B 氏の“口から食べる”が積極的に次のステップに進めていける必要があると判断した。

B 氏の意識レベルは、質問に答え、指示に従って動作を行うことができていたことから、脳は起きているが、眼を開けていられない状態で“口から食べる”意思はあると判断した。嚥下障害の重症度から、ゼリーは問題なく摂取できると考えティースプーン 1 杯から始め、ティースプーン山盛り1杯のゼリーを口腔内に入れても咀嚼から嚥下まではスムーズに行え、嚥下音、声質の変化に問題はなかった。口角からの流延も口腔内の残留もないことを確認できた。＜食物の内容が変化しても、誤嚥の有無をムセ、嚥下音、声質の視点をもって経時的に評価する:B-14＞ことで、トロミ水とゼリーが、共に誤嚥していないと評価した。B 氏の嚥下障害の重症度が“口腔問題レベル”であることを再度確認し、誤嚥のリスクは少ないため、食事を中心とした“口から食べる”を支援できると判断した。ただ、ゼリー1 個摂取するのに約 10～15 分の時間を要しており、覚醒を促しながら摂取したため、食事時間と疲労が誤嚥のリスクをあげ、食事摂取量にムラが生じる可能性を考慮する必要があると考えた。そのため、食事形態や食事介助方法、自分でできる食事動作の査定など、B 氏の＜嚥下障害の重症度に合わせた“口から食べる”の支援内容を選択する:B-15＞必要があった。

さらに、ゼリー摂取時の B 氏の“口から食べる”を観察していた ST と筆者は、B 氏の咀嚼運動に違和感を抱いた。B 氏の咀嚼運動は、硬口蓋と舌運動によるすりつぶしがメインで、歯列を使って咀嚼しているようには見えず、B 氏の＜“口から食べる”に影響をおよぼす咀嚼の問題に

気づく:B-16>ことで、食形態が固形になったとき、どこまで咀嚼できるかが誤嚥と口腔内残留のリスクと関係すると推測された。

B 氏の覚醒状況は、急性期である脳浮腫の影響、脳梗塞による脳自体のダメージによって、脳内の神経伝達信号がスムーズに行われていないことが、覚醒の維持を困難にさせていると考え、B 氏の<脳の中で起きていることを神経伝達レベルで推測し、患者の“口から食べる”への影響を想像する:B-17>ことで、嚥下に必要な筋肉への神経伝達も途切れ易くなり、易疲労状態となる可能性が考えられた。B 氏の“口から食べる”をトロミ水とゼリー摂取の観察から総合的に評価すると、水分はトロミをつけることで誤嚥のリスクを最低限にできるが、咀嚼運動に注意が必要であり、食形態により咀嚼が不十分となること、食事中に集中力の維持が困難であることで、窒息や口腔残留から不顕性誤嚥を起こすリスクがあると考えた。

B 氏の“口から食べる”の能力は、嚥下調整食 2-1 レベルの食事に挑戦できると ST と共に判断し、摂取量が未確認であるため、胃管(8Fr)が嚥下に影響が少ないものであるため、栄養ルートの確保のために胃管を留置したままにして<“口から食べる”に挑戦し、“口から食べる”が不十分であった時の対応を考える:B-18>ことで、必要エネルギー量の充足される栄養管理と誤嚥予防の確認を行った。

今後の見通しとして、嚥下調整食 2-1 レベルの食事を口腔残留なく、7 割程度摂取できるようであれば、嚥下調整食 3 レベルの食事へのステップアップが見えており、B 氏の嚥下機能であれば実現可能であると考えられた。そのため、B 氏の<嚥下機能に適した食形態へステップアップしていけるよう働きかけを行う:B-19>ことと、<ST がチーム内でためらわずに、患者の“口から食べる”に介入できるよう調整する:B-20>ことが、B 氏の“口から食べる”のゴールへの近道であると判断した。

場面 5: “口から食べる”を安全に実現させるための食事環境をアセスメントする

B 氏は、自分の右半身を認識できず注意が払えない状況で、右上肢は車いすの外側に置き去りになり、体が右上肢の重みに引っ張られ、右側に傾いていくといった状態であることから、右体幹失認、病態失認は重度であると判断できた。そのため、<右体幹失認、病態失認が、食事姿勢を崩し誤嚥のリスクを挙げているため、対策を講じる:B-21>必要があり、ベッド上での食事摂取よりも車椅子に乗車して食事をする方が、体幹の崩れを予防しやすいと考えた。さらに、B 氏は、右手から左手へ利き手交換を行う必要があり、OT、ST と B 氏に<自分の左手でスプーンを使って“口から食べる”を実現してもらうための支援を行う:B-22>ことを共有した。

実際には、B氏が自分で“口から食べる”を実現するために、右上肢の不自由さを代償する滑り止めマットを使用して、食器が固定されるように工夫した。過去の経験から、病棟看護師が滑り止めマットの必要性に気づくことは稀であり、OTの訓練が食事時間に重なることも少なかった。また、家族やOTに食事のための補助具の準備を依頼し対応できるまでに時間を要すること、滑り止めマットの使い方も、食器1つ1つの固定がされることが大切であることが経験知となり、**おりく筆者用の滑り止めマットを準備しておくことが、目の前の問題を迅速に解決する:B-23**＞ための行動になった。B氏の右半側空間無視の程度が、頸部が45度左側を向くほど重度であり、正中位に食事を準備すると患者の右側の食物に気づけないため、右半側空間無視の矯正が必要であり、食事時間を訓練の一環として取り入れることもある。しかし、まずは**食事時間は安全に美味しく食べられることを優先し、あえて無理に右半側空間無視を矯正しない:B-24**＞ことで、食事が一定量きちんと摂取できることを重要視し、B氏の食事場面に右半側空間無視の訓練要素は含めずに、机の左側に食事をセッティングした。

場面 6: 食形態がもたらす B 氏の「ご馳走様」の意味に気づく

数日後の昼食時に、主治医の判断で食事内容が、嚥下調整食3から一般全粥に変更となった。主治医の判断は、「食事量が全量摂取、一般全粥へ」とカルテに記載があった。B氏の一般全粥の摂取患者場面を見ると、主食である全粥は上手にスプーンで掬って食べられるものの、一品を食べ続けてしまう傾向がみられること、副食はほぼ咀嚼なく丸呑みであること、肉や魚は形が大きすぎてスプーンを使って食べることができていないこと、右口角から咀嚼できなかった食物がこぼれていた。このことから、**＜患者の食事場面を見ずに食上げをすることで誤嚥・窒息リスクを実感する:B-25＞**出来事となった。B氏は、主食はきれいに食べられたものの、副食やデザートゼリーは残して、「ご馳走様」と言った。筆者には、この「ご馳走様」が、食事を終了する時に発する「ご馳走様」ではないと捉えた。B氏の言葉の裏には、「もう、自分で食べることができないから、諦めます」と言われた気がした。本当に満腹でB氏が「ご馳走様」と発したのか確認するために、筆者が魚を刻み、ゼリーの蓋を開け食べやすい形に砕き、スプーンを渡すと、再び食べ始めたことからB氏の**＜「ご馳走様」の本当の意味を知る:B-26＞**ことができた。B氏が“口から食べる”を途中で諦めてしまう環境を改善する必要があると考えた。

場面 7: 病棟看護師とのやり取りから B 氏の食事環境を調整する

食事が配膳され、B 氏が＜食事を食べはじめまでの流れの中で、筆者が行っている看護介入の実際を、受け持ち看護師に見てもらう:B-27＞ことで、＜自分たちの看護を振り返り、食器をお盆から滑り止めマットに移すひと手間の意味を理解してもらう:B-28＞必要があった。そのため、病棟看護師に解説をしながら＜車椅子での体幹保持、食器を滑り止めマットの左側に1つ1つ置く、最後の一口を自分で口に運ぶための一部の支援など、患者にあった看護ケアが提供されるよう、病棟看護師自身に考えてもらう:B-29＞ことで、観察するポイントや正常と異常の違いがわかるように意図的に関わった。また、食形態が患者の能力に合っていないため、窒息のリスクがあること、自分で“口から食べる”機会を奪ってしまっていることを説明した。＜食形態の再調整により、患者を窒息のリスクから守る:B-30＞ために、主治医に嚥下調整食 3 への変更依頼を伝達した。さらに、筆者が介入した場面を病棟管理者に見せることで、＜病棟管理者に患者の左手を使って“口から食べる”を実現することにこだわり、看護介入していることを知ってもらう:B-31＞ことで、病棟に埋もれているかもしれない同じような患者に気づいて欲しいこと、患者が自分で“口から食べる”を実現するための機会にしたかった。

場面 8: 摂食・嚥下機能にあった“口から食べる”のゴール設定をする

昼食時に B 氏のベッドサイドに行くと、車いすに座っているものの、滑り止めマットの上に食事のお盆が配膳されていた。病棟看護師の滑り止めマットを使うという思考は、筆者と異なり、食器 1 つ 1 つに意識が向くのではなく、お盆に乗っている食器全体に意識が向いていることから、＜“口から食べる”を実現するための食事環境に対する思考が病棟看護師と違うことを知る:B-32＞ことができた。B 氏の場合、右半側空間無視、右麻痺を患っているため＜自分の力で“口から食べる”ための食具の選択を支援する:B-33＞必要性として、右手の代わりに食器を固定する要素を持つ滑り止めマットを用いることは重要である。しかし、滑り止めマットの使い方の意図と重要性を、病棟看護師に伝えることの難しさを感じた。

B 氏の“口から食べる”行動に日々変化が見られ、“口から食べる”ことに慣れてきた様子であるが、食べるペースが速く、口腔内に食塊が残留しているにも関わらず、食物を口の中に入れるというペーシングの症状が見られた。B 氏の“口から食べる”の全体を観察し＜食べるペースの変化や咀嚼力の変化、看護介入の必要性の変化に気づく:B-34＞が、ムセはなく、軽度の声掛けで、水分を飲んで口腔内の食塊の残留をクリアできていた。そのため、B 氏が＜“口から食べ

る”に自信が持てるよう、誤嚥のリスクがないと判断したため細かく食べ方を注意しない：B-35＞ことを選択した。しかし、＜右麻痺により食器を支えられないこと、左手の巧緻性も低く、スプーンを上手に扱えないことが患者の“最後の一口まで自分で食べきる”ことを困難にしている：B-36＞状況であった。B 氏にとって“口から食べる”を成功させるポイントは、B 氏にとっての＜“口から食べる”のゴールを自分の力で食べきることに重きを置く：B-37＞ことで、そのために専門的知識と技術を結集する必要があると考えた。

栄養科の現状では、食器を変えて調理することは難しく、OT がリハビリの一環として、食器を購入する方法もあるが、衛生面の管理をどのようにすべきか、問題となった。しかし、このような事象はこれからも起こり得ることから、＜“最後の一口まで自分で食べきる”ために行動を起こすタイミングを見極める：B-38＞こと、B 氏の力で“口から食べる”を成功させるために、＜両上肢の使い方と食器について解決するためのチームメンバーを招集し問題解決に向けてタイムリーに行動する：B-39＞ことが必要であると考えた。そのために必要なチームメンバーとして嚥下機能スペシャリストとして ST を、上肢の訓練と食具の選択のスペシャリストとしえ OT を、食形態の調整と栄養管理のスペシャリストとして管理栄養士を加えて、改善策を検討しようと考えた。

場面 9: 思わぬタイミングでの食形態の変更に対応する

この日の昼食の食事内容が、再び主治医により一般全粥に変更された。メニューを確認すると、鶏のから揚げ、もやしとほうれん草のナムル、ミニトマト、アスパラ、レタスのサラダであった。食形態は一口大になっていたが、かなり咀嚼力が必要な食材があること、丸みのあるミニトマトはそのまま 1 つ皿に入っており、スプーンでは掬えない状態であった。その場で食形態の変更も考えたが、ST や筆者の B 氏の持つ嚥下機能の見立てが低く、B 氏の嚥下機能の回復が予想よりも早く食形態をステップアップできる可能性について考えた。筆者の B 氏の＜**摂食嚥下機能評価への疑念、患者の予想以上の回復への期待から、一般全粥への挑戦をしてみる**：B-40＞こと、＜**筆者が描いている患者の回復過程の段階では、まだ想定していない食形態の変更をまず受け入れる**：B-41＞ことを選択した。

一方で、ST と筆者の予測では、B 氏の左手のスプーンの動作、咀嚼運動を考えると、食べたものを上手に扱えずに“食べる”ことを諦めてしまう可能性、咀嚼が不十分で口腔内に食物が残留してしまうことが考えられた。B 氏の食事を観察し、ST と共に、筆者が想像していたように、副食は、掬えず、看護師を必要とし、食物は咀嚼しきれずに右の口腔内にどんどん溜まって

いってしまった。結果として、B 氏の＜持っている摂食行動、咀嚼力から一般全粥を自分の力では食べることができないこと納得する：B-42＞状態であった。

医師が考える B 氏の食事に関する目標は、一般食が食べられることであり、そのステップの過程の判断は、毎食全量食べきれているかどうかであると想像できた。しかし、B 氏の“口から食べる”を現場で見ている者は、B 氏が自分の持っている能力の範囲で、“口から食べられる”ものを全量、自分の力で食べきることであり、＜主治医の“口から食べる”価値と“口から食べる”を専門的に見ている医療者の“口から食べる”価値にズレがある：B-43＞とアセスメントした。このことから、重要なことは、患者の“食べられている”という状況は、食事摂取量だけで判断できるものではなく、患者の持つ能力と食形態が合致していることが重要な点であることを、主治医に理解してもらう必要があると考えた。B 氏にとって＜自分の力で“口から食べる”を成功させるために食形態が重要であることを主治医に認識してもらう：B-44＞ために、今回は、病棟看護師に主治医に食形態の変更依頼を頼んだが、今回は筆者が直接主治医に B 氏の摂食・嚥下機能の状態、右麻痺への配慮、咀嚼力の代償が必要であることを説明し、もう一度食形態を嚥下調整食 3 に変更してもらうよう依頼した。

場面 10：“口から食べる”を支援するために話し合う

B 氏の“口から食べる”を支えるチームとして、＜患者と接点を持ちにくい管理栄養士をベッドサイドに連れ出し、患者を知ってもらう：B-45＞ことができるように、昼食時、B 氏のベッドサイドで ST、OT、管理栄養士とともに、B 氏の食形態、使用する食具について検討を行った。その意図は、筆者や ST、OT は実際の B 氏の食事摂取の現状を日々見て B 氏の持つ“口から食べる”の能力を把握していた。しかし、管理栄養士が食事をしている患者のベッドサイドに行く機会は少なく、実際の患者の“口から食べる”能力を見てももらうことはもちろん、B 氏がもつ雰囲気、療養している環境を知ってもらうためであった。参加するチームのスタッフが、B 氏の食事環境、食事摂取量だけではなく、B 氏を取り巻く環境全体を理解したうえで話し合いをすることが、B 氏の＜“口から食べる”を支援するチームスタッフが同じ目線で、患者の“最後の一口まで自分で食べることができる”というゴールに向かって、前向きに話し合いができるよう話し合いの場を調整する：B-46＞ために重要であると考えた。

話し合いでは、B 氏の“口から食べる”の最終ゴールは、“最後の一口まで自分で食べる”こと共通認識し、OT と栄養科の見解も含め、B 氏のゴールに向かってできることはないか話し合っ

た。結果は、栄養課の責務として衛生面の管理、食器の紛失予防、コストなどの問題があり、すぐに解決できる問題ではないことが明らかとなった。

B 氏の“口から食べる”のゴールを達成するための食器の変更は難しく、現状では最後の一口は看護が支援することとした。しかし、今後の B 氏自身の＜右上肢や左上肢、咀嚼機能の回復に期待する：B-47＞ことから、OT に B 氏の“口から食べる”を意識した上肢の訓練も実施してもらえよう依頼した。

また、B 氏の＜全量を自分の力で“口から食べる”をかなえるための食器の変更はかなわなかったが、問題をそのままにせず、解決するための戦略を練る：B-48＞ことで、B 氏の＜“口から食べる”の問題を通して、未来の“口から食べる”に障害をもつ患者に還元できることを考える：B-49＞ことにつなげることが今後の課題であると評価した。

表 3 B 氏の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容

場面	看護実践の内容	NO.
“口から食べる”を積極的に支援するための嚥下機能評価を実践する	“口から食べる”の病態を身体的側面からアセスメントし、患者の身体に起きていることを正確に知る	B-1
	嚥下機能評価の基本は、5 つのプロセスのどこに障害をきたしているか、どのような訓練、ケアを行うことで“口から食べる”を実現できるか常に考える	B-2
	患者の嚥下障害の重症度と患者の病期を考慮した成功体験ができる訓練を選択する	B-3
	栄養管理と嚥下訓練を別に考えることで、病棟看護師の訓練実施の判断がしやすい状況を作る	B-4
	直接訓練開始基準から少し逸脱していても、総合的な判断で患者の「口から食べる」に積極的に動く	B-5
	食べる物、食べる回数を制限することで、誤嚥のリスクを最小限にする努力をする	B-6
“口から食べる”を積極的に支援することで覚醒レベルの改善を図る	“口から食べる”ことで嚥下と覚醒の改善を促し相乗効果を狙う	B-7
	“口から食べる”を基本に嚥下機能の維持と、覚醒レベルの改善の効果が期待でき、誤嚥を起こさない程度の訓練を選択する	B-8
	嚥下機能評価に必要な専門的知識を持った医療者が行うことで、覚醒レベルの不安定な患者のできる能力を見極める	B-9
	訓練を行う病棟看護師に専門家の評価に基づく訓練であるため、自信を持って提供してよいことを示す	B-10
失語症、口腔機能の不使用による潜在的問題を示唆する	口腔機能の不使用から誤嚥性肺炎へ思考を広げる	B-11
	失語症がもたらす潜在的問題を示唆しておく	B-12
ST との協働によるゼリー 1 個からの段階的な食上げの挑戦を見極める	日々変化する嚥下機能に対応するために筆者と ST の間で情報の引き継ぎあいを行う	B-13
	食物の内容が変化しても、誤嚥の有無をムセ、嚥下音、声質の視点をもって経時的に評価する	B-14
	嚥下障害の重症度に合わせた“口から食べる”の支援内容を選択する	B-15
	“口から食べる”に影響をおよぼす咀嚼の問題に気づく	B-16

	脳の中で起きていることを神経伝達レベルで推測し、患者の“口から食べる”への影響を想像する	B-17
	“口から食べる”に挑戦し、“口から食べる”が不十分であった時の対応を考える	B-18
	嚥下機能に適した食形態へステップアップしていけるよう働きかけを行う	B-19
	ST がチーム内でためらわずに、患者の“口から食べる”に介入できるよう調整する	B-20
“口から食べる”を安全に実現するための食事環境をアセスメントする	右体幹失認、病態失認が、食事姿勢を崩し誤嚥のリスクを挙げているため、対策を講じる	B-21
	自分の左手でスプーンを使って“口から食べる”を実現してもらうための支援を行う	B-22
	筆者用の滑り止めマットを準備しておくことが、目の前の問題を迅速に解決する	B-23
	食事時間は安全においしく食べられることを優先し、あえて無理に右半側空間無視を矯正しない	B-24
食形態がもたらす B 氏の「ご馳走様」の意味に気付く	患者の食事場面を見ずに食上げをすることで誤嚥・窒息リスクを実感する	B-25
	「ご馳走様」の本当の意味を知る	B-26
病棟看護師とのやり取りから B 氏の食事環境を調整する	食事を食べはじめるまでの流れの中で、筆者が行っている看護介入を実際に、受け持ち看護師に見てもらう	B-27
	自分たちの看護を振り返り、食器をお盆から滑り止めマットに移すひと手間の意味を理解してもらう	B-28
	車椅子での体幹保持、食器を滑り止めマットの左側に1つ1つ置く、最後の一口を自分で口に運ぶための一部の支援など、患者にあった看護ケアが提供されるよう、病棟看護師自身に考えてもらう	B-29
	食形態の再調整により、患者を窒息のリスクから守る	B-30
	病棟管理者に患者が左手を使って“口から食べる”を実現することにこだわり、看護介入していることを知ってもらう	B-31
摂食嚥下機能にあった“口から食べる”のゴール設定をする	“口から食べる”を実現するための食事環境に対する思考が病棟看護師と違うことを知る	B-32
	自分の力で“口から食べる”ための食具の選択を支援する	B-33
	食べるペースの変化や咀嚼力の変化、看護介入の必要性の変化に気づく	B-34
	“口から食べる”に自信が持てるよう、誤嚥のリスクがないと判断したため細かく食べ方を注意しない	B-35
	右麻痺により食器を支えられないこと、左手の巧緻性も低く、スプーンを上手に扱えないことが患者の“最後の一口まで自分で食べきる”ことを困難にしているとわかる	B-36
	“口から食べる”のゴールを自分の力で食べきることに重きを置く	B-37
	“最後の一口まで自分で食べきる”を成功するために行動起こすタイミングを見極める	B-38
	両上肢の使い方と食器について解決するためのチームメンバーを招集し問題解決に向けてタイムリーに行動する	B-39
思わぬタイミングでの食形態の変更に対応する	摂食嚥下機能評価への疑念、患者の予想以上の回復への期待から、一般全粥への挑戦をしてみる	B-40
	自分が描いている患者の回復過程の段階では、まだ想定していない食形態の変更をまず受け入れる	B-41
	持っている摂食行動、咀嚼力から一般食を自分の力では食べることができないことに納得する	B-42
	主治医の“口から食べる”価値と“口から食べる”を専門的に見ている医療者の“口から食べる”価値にズレがある	B-43
	患者の力で“口から食べる”を成功させるために食形態が重要であることを主治医に認識してもらう	B-44

“口から食べる”を支援するために話し合う	患者と接点を持ちにくい管理栄養士をベッドサイドに連れ出し、患者を知ってもらう	B-45
	“口から食べる”を支援するチームスタッフが同じ目線で、患者の“最後の一口まで自分で食べることができる”というゴールに向かって、前向きに話し合いができるよう話し合いの場を調整する	B-46
	右上肢や左上肢、咀嚼機能の回復に期待する	B-47
	全量を自分の力で“口から食べる”をかなえるための食器の変更はかなわなかったが、問題をそのままにせず、解決するための戦略を練る	B-48
	“口から食べる”の問題を通して、未来の“口から食べる”に障害をもつ患者に還元できることを考える	B-49

3.1 患者概要(C 氏)

C 氏、80 歳代、男性。椅子から崩れ落ちるように倒れ、前医に搬送された。頭部 MRI の所見で、島皮質、頭頂葉皮質梗塞(右 ICA 梗塞)を認めたため、血管内治療目的で A 病院へ搬送となり、到着直後に tPA を実施した。その後、血管再建術を実施したが、カテ中に出血を認め、終了した。既往に高血圧、重症筋無力症、大腸ポリープを患っていた。入院前の生活は、月に 1～2 回は、自転車で新聞配達を行っていた。

3.2 看護実践の経過看護

場面 1(入院 4 日目):経管栄養投与後、リハビリ中に嘔吐し誤嚥をきたす



場面 2(入院 4 日目):気管挿管を回避するための迅速なケアとケアを提供する



場面 3(入院 4 日目):気管挿管を回避するためのケアを継続する



場面 4(入院 4 日目):嘔吐の原因を分析する



場面 5(入院 4～7 日目):適切な栄養管理を実践する



場面 6(入院 7 日目):“口から食べる”に向けた見立ての修正をする



場面 7(入院 7～14 日目):栄養管理と排便コントロールを実践する



場面 8(入院 10～14 日目):“口から食べる”の評価と訓練を実践する

3.3 実践の実際

場面 1: 経管栄養投与後、リハビリ中に嘔吐し誤嚥をきたす

入院 2 日目に主治医より、経口摂取開始に向けた嚥下機能評価の依頼があったが、意識レベルが GCS で E3V5M6 (JCS II-10) であり、傾眠傾向が強く、自己唾液でむせている状況であった。口腔ケア実施時に、含嗽をしてもらったところ、ムセから窒息様の表情となり、SpO₂ が 87% まで低下を認めた。このことから、C 氏の嚥下機能レベルは“唾液誤嚥レベル”であり、水分を用いた嚥下機能評価は、誤嚥のリスクが高く実施できないと判断し、口腔ケアを徹底することで不顕性誤嚥による肺炎予防を行い、ADL を拡大することで意識レベルの改善に努めることを主治医に提案した。

主治医は、C 氏の栄養管理を嚥下機能の状態から、経管栄養で行うことを決め、早期経腸栄養のプロトコールに則り、消化態栄養剤が 1 回投与量 200ml を 1 時間で 1 日 3 回実施し、輸液と合わせて摂取カロリーが 1 日 1080kcal になるように指示が出されていた。

入院 4 日目の昼食の経管栄養投与後 1 時間弱経過した頃、PT が訪室し、初回のリハビリを実施していた。筆者が気づいた時は、C 氏は嘔吐後に SpO₂ が 80% まで低下し、受け持ち看護師が吸引をしている状況であった。まず、C 氏が<嘔吐している現状について、振り返りの必要性を感じるが、誤嚥性肺炎の重症化の回避を優先する:C-1>ことが必要であると考え、C 氏の全身状態を把握し、どのような対処が必要か判断した。

C 氏を観察すると、大量の汗をかき、顔面を真っ赤にして、明らかに苦しそうな表情であった。呼吸状態は、SpO₂ が 80 台から上昇せず、咽頭と主気管支に著明な雑音が聴取されることから C 氏の<表情、バイタルサインから、緊急度を把握する:C-2>ことで、誤嚥により呼吸状態が切迫していることが明らかであった。

場面 2: 気管挿管を回避するための迅速なケアとケアを提供する

C 氏のベッドサイドには、受け持ち看護師、応援看護師、リハビリを実施していた PT、主治医がおり、この事象が起きたことを認識しておくべき必要のあるチームのメンバーはすべて現場にいることを確認した。さらに、<再嘔吐のリスクを最小限にするために、胃残の確認と吸引が必要であることを瞬時に判断する:C-3>必要があると考え、受け持ち看護師に胃内容物の吸引を行ったか、医師から消化器機能改善薬の投与指示が出されているか、および胸部 XP のオーダーが出されているか、確認した。C 氏の呼吸音から次第にウィーズが聴取されるようになり、そ

の要因が<何度も繰り返される吸引により、咽頭狭窄をきたしている>と判断する:C-4>ことから、これ以上の吸引による咽頭刺激は、咽頭浮腫を増強させ、誤嚥ではなく気道閉塞による気管挿管が必要になる可能性が高いと判断した。C 氏の呼吸状態の悪化を回避するため、受け持ち看護師に、咽頭浮腫による気道閉塞のリスクがあることを説明し、医師に気道拡張薬、去痰薬の吸入による投与指示を提案した。C 氏の呼吸音を聴取した結果、嘔吐物は主気管支から肺尖部に達し、気管支の解剖学的に右肺に優位に流入していることがイメージできた。そのため、SpO₂の変化と呼吸音の左右差に注意して体位ドレナージを行い、気管支末梢部への流入を予防するケアが必要であると考え実践した。これまでに、肺炎の重症化により気管挿管が必要になった患者が気管切開に移行するケースを何例も経験しているため、<嘔吐物が気管から肺に流入するイメージができる:C-5>ことと、<経験知をもとに、誤嚥性肺炎予防のために酸素投与、吸引、ネブライザーなどの対応を迅速に行う:C-6>ことで気管挿管を回避するための迅速なケアが重要であると判断した。さらに、C 氏の<主疾患を忘れず、低酸素による脳浮腫の予防対策を立てる:C-7>必要があると考え、C 氏の SpO₂の改善が不十分であったことから、酸素の濃度を調節し確実に酸素投与できていること、咽頭狭窄の状態、誤嚥の状態にあるが、SpO₂が95%以上に保たれていることを確認した。C 氏が誤嚥から呼吸状態の変調をきたしていることをアセスメントした結果と、<受け持ち看護師、主治医の行動を情報として収集する:C-8>ことや、<現場の緊急性を判断して指示命令系統を考える:C-9>ことで、危機回避のための治療とケアが迅速に提供されるように調整した。

さらに C 氏は、入院前の日常生活に問題はなかったが、既往に重症筋無力症を患っており、今回の脳梗塞をきっかけに潜在的にあった嚥下障害が顕在化する可能性があった。C 氏の<既往歴から、今後起こり得る誤嚥性肺炎の重症化から気管挿管、気管切開までの予後予測をする:C-10>と、気管挿管が必要な状況になった場合、気管切開まで視野に入れ、C 氏に対する<気道管理の有無が、これから先の患者の“口から食べる”を困難にすることが予測できる:C-11>とアセスメントした。

場面 3: 気管挿管を回避するためのケアを継続する

C 氏の誤嚥性肺炎の重症化を予防するために、日勤の病棟看護師とともに体位ドレナージの実施で排痰を促し、口腔ケアを実施することで不顕性誤嚥の予防に努めた。筆者が C 氏の<ベッドサイドで呼吸ケアを実践し、指示をだすことで、患者にとって誤嚥が生命の危機に移行する可能性を示唆する:C-12>ことを意識した。

C 氏の“口から食べる”に向けて、できるだけリハビリを滞らせないようにすること、適切な栄養管理が再開されることをめざし、誤嚥の重症化がくリハビリや栄養管理に影響を及ぼすことを考え、力を入れてケアをすべき時期を見定める:C-13>こと、C 氏の<肺炎がもっとも重症化する時期を最短にするためのキーとなる看護師を見極める:C-14>ことが必要であると考え、夜勤のリーダー看護師へ、C 氏の今後予測される呼吸状態の変化を説明し、重症患者として状態変化に注意して診てもらえるよう依頼した。

夜勤の受け持ち看護師には、C 氏が誤嚥した経緯を説明し、状態悪化が予測されることを念頭に置き、特に注意して観察とケアが必要な患者であることを印象づけた。さらに、具体的なケア方法として、体位ドレナージと口腔ケアの実施を強化することを提案した。体位ドレナージの方法は、右肺野からの排痰を促すことと流入する誤嚥物の量を少なくことを両立させるために、左側臥位 3～4 時間、右側臥位 2 時間程度の変則体位変換の実施を依頼した。口腔ケアの方法は、痰の量が増え硬口蓋や奥舌に貯留しやすいため、重点的に観察する口腔の部位を説明し、乾燥がひどい場合には、保湿剤の使用を検討することなどの個別性のあるケアができるようについて説明した。<筆者の存在が受け持ち看護師の負担とならないよう、患者を良くするために実施すべきことを明確に説明し、信頼していること伝える:C-15>ことで、受け持ち看護師が不安なくケアが行えるように、疑問を解決できるようにコミュニケーションを図った。

場面 4: 嘔吐の原因を分析する

C 氏の<嘔吐に至った要因を受け持ち看護師の情報から分析する:C-16>と、昼食前の胃残が 60ml であったことが明らかとなったが、一般的な胃残の量としては許容範囲であり、嘔吐のリスクとは言い難い状況であった。また、嘔吐時に使用していた栄養剤を検討した結果、使用していた栄養剤は消化態栄養であり、ホエイペプチドを使用しているため、胃の滞在時間が他の栄養剤に比べると短いこと、ジペプチドであるため消化が容易であり、腸管からの吸収も効率よく吸収される分子態であることが特徴であった。筆者が、<施設で使用している栄養剤の特徴の知識を持っている:C-17>ことから、栄養剤の種類も嘔吐のリスクとは言えなかった。C 氏の<嘔吐に至った要因を PT の情報から分析する:C-18>と、昼食の経管栄養が終了してから十分な時間が空いていない状況で、ベッド上で体を左右に動かす内容のリハビリをしていたことが明らかとなった。

脳血管障害患者の場合、神経伝達が断裂されるため、正常時よりも消化管に伝達される刺激も減少し、栄養剤が胃から小腸に移送される機能も低下していたことが予測された。さらに C 氏

の場合は、入院 2 日目から経管栄養が開始されていたが排便がなかったことから、小腸から大腸にかけての機能低下もきたしており、便が腸管に貯留していたことで、**<経管栄養投与後に腹圧が上昇してしまったことを推測する:C-19>**ことができた。そのため、経管栄養の投与終了からリハビリ開始までの時間が短かったことで、リハビリ実施中に腹腔内圧が容易に上昇し、嘔吐を引き起こした可能性があるとしてアセスメントした。

SCU では、早期リハビリの導入による患者の機能回復の向上、早期経腸栄養プロトコルの導入にて低栄養予防に着手しようと計画していたため、**<早期リハビリと早期経腸栄養の導入から、今後も引き起こる可能性のあるリハビリ中の嘔吐に対するスタッフの感度を上げる必要性を感じた:C-20>**ことから、C 氏の事象を多職種で共有する場を設けた。

早期経腸栄養プロトコルの検討カンファレンスで、**<早期リハビリの導入と早期経腸栄養による栄養管理の相乗効果を生むための対策をとる:C-21>**ことを目的に、特に脳血管障害患者の消化管の機能障害を考慮した栄養管理と排便コントロールの重要性を認識してもらえるよう働きかけた。その結果、PT からは、今回の事象をきっかけにリハビリのチーム内でも情報共有と知識の普及をしていくこと、**<他の患者で繰り返さないための対策を立てる:C-22>**前向きな意見が得られた。看護師からは、毎朝のカンファレンスにおいて、リハビリスタッフと情報交換に用いている用紙の項目の修正が必要ではないかという案があり、翌日に新たな情報交換用紙を作成してくれた。C 氏の事象にかかわったスタッフが、各自で事象を振り返り改善策を思案して、より良い治療、ケア、リハビリを提供しようとしていることが把握できた。特にリハビリスタッフとコミュニケーションをとり、迅速に対応していた看護師を**<日々使っていた情報交換用紙の修正を迅速に行えるスタッフを承認する:C-23>**ことで、一人一人の看護師が新たな取り組みに対するモチベーションを持つことができると考えた。

場面 5: 適切な栄養管理を実践する

C 氏の栄養管理については、早期経腸栄養プロトコルの導入に向けた先駆的な試みとして、主治医とともに入院 2 日目から、積極的に早期経腸栄養を開始した事例であったが、嘔吐による誤嚥のため、一旦中止せざるを得なかった。筆者は、各学会が出すエビデンスで、腸管機能維持と免疫機能維持の面から、経管栄養の中止期間はできるだけ短くすることが推奨されているため、C 氏の場合も、誤嚥性肺炎に対する免疫維持のために、経管栄養の中止時期は短いほうがよいと考えた。C 氏の栄養管理を安全に再開するために**<主治医の栄養管理に対する意向を確認してから、筆者の意見を述べる:C-24>**ことが、得策であると考えた。主治医から「明

日の状態をみて考えようと思う。できるだけやめないほうがいいでしょ。」という発言を受け、主治医が経管栄養再開に対して前向きであることを理解した。C 氏の嘔吐の要因として考えられた胃の蠕動運動の低下、排便コントロールの不良に対しては、内服が処方され、嘔吐のリスクは軽減してくると予測した。

C 氏の栄養管理を通して、今後の SCU の栄養管理につなげられるよう、**<筆者が不在でも、主治医が相談できるがいることで、経管栄養の再開を意識してくれることを期待する:C-25>**ことから、主治医と C 氏の経管栄養再開について話し合いができる看護師がいたほうがよいと考えた。そのため、C 氏の事象を把握し、病棟でリーダー役割を担う看護師を選抜し、明日以降に主治医と経管栄養の再開のタイミングについて討議してほしいことを伝えた。看護師より、再開した時の注意点について質問があり、看護師として C 氏の栄養管理について考えていること、嘔吐を繰り返さないための対応策を考慮しようとしていることが理解できた。そのため、筆者は、依頼した看護師が不安なく経管栄養の再開の判断が討議されるよう、疑問を解消した。その際、筆者が考える経管栄養再開のメリットやデメリット、再開後に起こり得る可能性のある出来事については、看護師の思考を混乱させる可能性があるかと判断して伝えることを控えた。

しかし、**<経管栄養の再開を契機に再嘔吐した場合、患者の呼吸状態悪化に追い打ちをかけ、“口から食べる”をさらに困難にさせると考えられたため確実に予防できるケアと観察を行う:C-26>**必要があると考え、**<経管栄養を開始するときに必要だと考え、胃残の確認、排便コントロールの観察ができていることを確認する役割を筆者から病棟看護師に委譲する:C-27>**ことで、**<栄養管理の責任感を持ってもらう:C-28>**ことを意識して、病棟看護師に関わった。

C 氏の経管栄養は、嘔吐 3 日後より、医師が C 氏の日中のリハビリが安全に行えるよう配慮して、消化態栄養剤が 1 回投与量 200ml を 1 時間で 1 日 2 回(朝夕)の実施指示であった。しかし、1 日の摂取エネルギー量が輸液と合わせても 780kcal であったため、**<必要エネルギー量を充足するための戦略を立てる:C-29>**必要があると考えた。

場面 6: “口から食べる”に向けた見立ての修正をする

C 氏が嘔吐して 3 日目の状態は、呼吸回数 25 回/分前後、呼吸音は右肺野減弱、ウィーズは見られていない、痰の性状は白色粘調性あり、熱は 37 度後半で推移していた。胸部 XP・CT で右下葉に浸潤影、採血データで炎症所見の上昇を認めた。C 氏の**<呼吸状態を臨床症状、バイタルサイン、XP や採血データなどの情報を収集してアセスメントする:C-30>**と、誤嚥による肺炎発症はあったが気管挿管に至る状態は回避され、酸素投与を 3L カヌラまで減らすことが

できる呼吸状態に改善されていると評価できた。誤嚥性肺炎に対して広域の抗生剤が開始され、ネブライザーの実施指示と合わせてキュアとしてできることは実施されていた。誤嚥性肺炎に対するケアは、全身のモニタリングを含め、体位ドレナージ、口腔ケア、吸引が提供されていることを確認した。

＜筆者が不在であった時の患者の状態変化を記録、患者の状態からアセスメントする:C-31＞こと、さらに＜実施されていた治療、ケアが効果的であったか評価する:C-32＞ことで、誤嚥による呼吸状態の変化が、C氏の“口から食べる”に重大な影響とならずに経過できたと判断した。そのため、C氏の＜“口から食べる”に対する見立ての修正をする:C-33＞ために、誤嚥性肺炎の改善が確認できた段階で、再度嚥下機能評価を行うことを思案した。

入院7日目のC氏の意識レベルは、GCSでE3V3M6(JCSⅡ-20)に加えて、昼夜逆転しており、日中は覚醒が著しく悪く、口腔内に唾液が大量に処理できずに貯留し、声も湿性声であること、唾液処理能力の低下が考えられた。以上のことから、＜炎症所見の上昇や誤嚥性肺炎による身体の変化が意識レベルや嚥下機能に影響を及ぼす:C-34＞ため、C氏の嚥下障害の重症度は、“唾液誤嚥レベル”から改善されておらず、嚥下機能評価を行うレベルではない判断した。さらに、この意識レベルの変化の要因は、誤嚥性肺炎により昼夜問わず吸引を行う必要があったため、睡眠が十分に確保できなかったこと、炎症所見の上昇により、身体的にせん妄をきたしやすい状況になっていたことが考えられた。現在のC氏の＜意識レベル、嚥下機能レベル＞では、“口から食べる”を積極的に挑戦する時期ではないことを判断する:C-35＞が、＜嚥下機能評価のタイミングを見定めよう:C-36＞と考えた。現状ではくりハビリの再開によりADLの拡大を試みる:C-37＞ことで、入院前の生活に近づけることに重点を置くことを考えた。

場面 7: 栄養管理と排便コントロールを実践する

筆者がC氏の＜排便状況が便秘から下痢に移行していることに気付く:C-38＞とともに、主治医より、栄養管理と排便コントロールについての相談を受けたため、自分の見解を整理したうえで、いくつかの提案をすべきであると考えた。

C氏の下痢が見られるようになったのが、緩下剤を使用し始めた時期と広域の抗生剤(嫌気性球菌にも効力がある)を開始した時期に合致することから、腸内細菌叢の乱れが最も考えられる要因であった。他の要因としては、乳糖不耐症により経管栄養剤の種類が身体に適していないこと、免疫機能低下により腸炎を合併していることが考えられた。まずは、C氏の＜腸内で起きているであろう現象を想起できるだけ列挙する:C-39＞ことで思考の整理を行い、＜考えられる

下痢の要因を1つずつ消去していくための調整を行う:C-40>ために、鑑別に必要な検査や情報収集を行った。C氏の栄養管理と排便コントロールの対応策として、すでに整腸剤が投与されていたが、抗生剤の使用により、腸内細菌のバランスの不均衡が起きていることを予測した場合は、整腸剤の使用量を増やし、腸内の酪酸菌量を増やすことを考えた。さらに、整腸剤の種類について検討した。腸内細菌1種だけを増量しても、腸管内の消化吸收機能を補助できていないと予測し、整腸剤を腸内細菌が3種含まれるものを使用するという<整腸剤の種類、薬効を知っていることで、患者の腸内細菌叢を改善させるための対策を講じる:C-41>ことを考えた。便培養の結果から感染症でないことが確認できていたため、止痢剤の使用も視野に入れることができると考えた。また、<経管栄養剤の種類、特徴を知っていることにより、排便コントロールと嘔吐対策に適した栄養剤を選択する:C-42>ことを考え、経管栄養剤の種類を半固形のものに変更し、便の性状をコントロールすることで、再嘔吐の予防対策を考えた。栄養剤を半固形に変更するに当たっては、過去の半固形化栄養剤の投与中に嘔吐をきたした経験から<栄養剤を変更するときに起こりうるリスクを知っている:C-43>ため、液状の栄養剤に比べ、半固形化栄養剤の胃への重量負担があるため、経管栄養後の嘔吐のリスクは軽減するが、経管栄養中の嘔吐のリスクがあることを考慮する必要があった。

さらに、すべての提案をするにあたり、誤嚥性肺炎によって消費カロリーが増えている状況で、さらにリハビリを再開しようとしているため、必要エネルギー量として1200～1500kcalをどのように補うかを考える必要があった。主治医が、<筆者の出した提案から医師が患者に最善と思われる選択をする:C-44>ことができるように、①整腸剤を増やす、②整腸剤を変更する、③止痢剤を使用する、④経管栄養剤を変更するパターンを提示した。その結果、主治医は②と④の組み合わせから新たなパターンを提案してきた。主治医と筆者が、C氏の栄養管理について、再嘔吐のリスクを最小限にして必要エネルギー量を充足すること、腸内環境を整えて排便コントロールする方向で実施していくことについてコンセンサスを得た。すべての経管栄養剤が万能ではないため、<病棟看護師やリハビリスタッフに経管栄養投与時間とリハビリ時間の調整を依頼する:C-45>ことで、C氏の再嘔吐による誤嚥を繰り返すことを回避し、C氏の“口から食べる”タイミングを待った。

場面 8: “口から食べる”の評価と訓練を実践する

C 氏は総入れ歯であり、C 氏の“口から食べる”の訓練は、“口から食べていない”時から始まっており、C 氏の＜ “口から食べる”準備段階として、口腔機能の維持が重要であることを知っている:C-46＞ため、口腔ケアと義歯の装着により、口腔環境をいつでも“口から食べる”訓練ができる状態にしておく必要があると考えた。そのため、義歯の管理方法について、C 氏の口腔機能維持に必要な装着時間の確保と安全管理方法について、病棟看護師の業務に組み込めるように＜病棟看護師に、義歯の管理方法が統一されるように看護指示を出す:C-47＞ことを提案した。

入院 10 日目、C 氏の意識レベルが GCS で E4V4M6 (JCS I -3) となり、良く話をしてくれるようになったが、話の流れにつじつまが合わないこともあり、指示動作に従うことができないことがあった。しかし、口腔環境は、舌苔がみられたが唾液の貯留が少なくなってきたこと、炎症所見が改善し抗生剤投与が終了したことから、C 氏の＜全身状態から嚥下機能評価のタイミングを図る:C-48＞と、主治医より早期経口摂取を考えている旨を聞き、嚥下機能評価の実施を決めた。

頭部 CT の所見から、島皮質の梗塞を認めているため、嚥下機能に何らかの障害をきたしていることが予測された。C 氏に対して、MWST を実施したところ、C 氏は「飲み込まない」と言っていて、口腔内にトロミ水 3 cc を保持したまま、嚥下反射が起きないまま、トロミ水が徐々に喉頭に流入し、ムセにつながっていた。意識レベルは、コミュニケーションが取れるレベルであるが、指示動作が入らないことがあるため、C 氏の＜ “口から食べる”の病態を身体的側面からアセスメントし、患者の身体に起きていることを正確に知る:C-49＞こと、＜嚥下プロセスの 5 つの視点から観察し、患者の“口から食べる”の全体像から、どこに障害があるのか考える:C-50＞ことから、準備期では、舌苔の貯留が味覚障害につながる可能性が考えられたが、トロミ水を口腔内に保持できていたため舌自体の運動に問題はないと判断した。口腔期、咽頭期に関しては、高次脳機能障害により C 氏の“飲み込まない”という状態を変えることができずにいた。さらに、トロミ水の口腔保持時間が長時間になると、自然と口腔から咽頭に流れ込み喉頭侵入し、ムセにつながっていることが考えられた。食道期は、すでに嘔吐による誤嚥性肺炎を合併しており、食道の蠕動運動や筋収縮の低下をきたしていると考えた。C 氏の嚥下障害の重症度は、“機会誤嚥レベル”であると判断し、誤嚥に注意しながら、ST もしくは筆者が、直接訓練を提供することでお楽しみ程度の“口から食べる”を実現できると判断できた。

しかし、C 氏の“口から食べない”に対する直接的嚥下訓練の介入に、いつもの”口から食べる“を支援するための看護実践とは違う困難感を感じた。日々の実践では、人としての営みである“口から食べる”が障害され、“口から食べたい”のに“口から食べられない”患者に対する実践が多かった。今回は、本当に本人の意思で“口から食べない”と発言しているのか不明確な患者に対する介入であり、“食べたくない”を“食べたい”に変えるために、再度患者の病態を確認する必要があった。

脳血管障害患者の中には、高次脳機能障害により“口から食べる”ことに対する人としての本能を刺激する機能が阻害されてしまい“口から食べない”という行動をとる患者がおり、その“口から食べる”の欲望を司る脳の部位が島皮質であった。そのため、島皮質を障害された C 氏の病態としては、合致する症状であると判断できた。そのため、ST とともに、C 氏の＜ “口から食べない” に対して、患者の食の嗜好を取り入れる視点から “口から食べる” にアプローチする：C-51＞ 訓練としてスイカジュースを用い、C 氏の＜ “口から食べない” に対して、口腔ケアや嚥下訓練による口腔内への感覚刺激から脳内の “口から食べる” の細胞にアプローチする：C-52＞ 訓練を行うことで、“口から食べる”ということが C 氏にとってどのような意味であったかを取り戻してもらう必要があると考え＜ST と試行錯誤を続ける：C-53＞ こととなった。

表 4 C 氏の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容

場面	看護実践の内容	NO.
経管栄養投与後、リハビリ中嘔吐し誤嚥をきたす	嘔吐している現状について、振り返りの必要性を感じるが、誤嚥性肺炎の重症化の回避が優先する	C-1
	表情、バイタルサインから、緊急度を把握する	C-2
	再嘔吐のリスクを最小限にするために、胃残の確認と吸引が必要であることを瞬時に判断する	C-3
気管挿管を回避するための迅速なケアとケアを提供する	何度も繰り返される吸引により、咽頭狭窄をきたしていると判断する	C-4
	嘔吐物が気管から肺に流入するイメージができる	C-5
	経験知とリンクさせて、誤嚥性肺炎予防のために酸素投与、吸引、ネブライザーなどの対応を迅速に行う	C-6
	主疾患を忘れず、低酸素による脳浮腫の予防対策を立てる	C-7
	受け持ち看護師、主治医の行動を情報として収集する	C-8
	現場の緊急性を判断して指示命令系統を考える	C-9
	既往歴から、今後起こり得る誤嚥性肺炎の重症化から気管挿管、気管切開までの予後予測をする	C-10
	気道管理の有無が、これから先の患者の“口から食べる”を困難にすることが予測できる	C-11

気管挿管を回避するためのケアを継続する	ベッドサイドで呼吸ケアを実践し、指示をだすことで、患者にとって呼吸状態の変調が生命の危機に移行する可能性を示唆する	C-12
	リハビリや栄養管理に影響を及ぼすことを考え、力を入れてケアをすべき時期を見定める	C-13
	肺炎がもっとも重症化する時期を回避するためのキーとなる看護師を見極める	C-14
	筆者の存在が受け持ち看護師の負担とならないよう、患者を良くするために実施すべきことを明確に説明し、信頼していること伝える	C-15
嘔吐の原因を分析する	嘔吐に至った要因を受け持ち看護師の情報から分析する	C-16
	施設で使用している栄養剤の特徴の知識を持っている	C-17
	嘔吐に至った要因を PT の情報から分析する	C-18
	経管栄養投与後に腹圧が上昇してしまったことを推測する	C-19
	早期リハビリと早期経腸栄養の導入から、今後も引き起こる可能性のあるリハビリ中の嘔吐に対するスタッフの感度を上げる必要性を感じた	C-20
	早期リハビリの導入と早期経腸栄養による栄養管理の相乗効果を生むための対策をとる	C-21
	他の患者で繰り返さないための対策を立てる	C-22
	日々使っていた情報交換用紙の修正を迅速に行えるスタッフを承認する	C-23
適切な栄養管理を実践する	主治医の栄養管理に対する意向を確認してから、自分の意見を述べる	C-24
	筆者が不在でも、主治医が相談できることで、経管栄養の再開を意識してくれ、検討してくれることを期待する	C-25
	経管栄養の再開を契機に再嘔吐した場合、患者の呼吸状態悪化に追い打ちをかけ、“口から食べる”をさらに困難にさせると考えられたため確実に予防できるケアと観察を行う	C-26
	経管栄養を開始するときに必要だと考え、胃残の確認、排便コントロールの観察ができていることを確認する役割を自分から病棟看護師に委譲する	C-27
	栄養管理の責任感を持ってもらう	C-28
	必要エネルギー量を充足するための戦略を立てる	C-29
	呼吸状態を臨床症状、バイタルサイン、XP や採血データなどの情報を収集してアセスメントする	C-30
“口から食べる”に向けた見立ての修正をする	筆者が不在であった時の患者の情報を記録からアセスメントする	C-31
	実施されていた治療、ケアが効果的であったか評価する	C-32
	“口から食べる”に対する見立ての修正をする	C-33
	炎症所見の上昇や誤嚥性肺炎による身体の変化が意識レベルや嚥下機能に影響を及ぼす	C-34
	意識レベル、嚥下機能レベルでは、“口から食べる”を積極的に挑戦する時期ではないことを判断する	C-35
	嚥下機能評価のタイミングを見定めよう	C-36
	“口から食べる”への準備として、リハビリの再開と ADL 拡大を試みる	C-37
栄養管理と排便コントロールを実践する	排便状況が便秘から下痢に移行していることに気付く	C-38
	腸内で起きているであろう現象を想起できるだけ列挙する	C-39
	考えられる下痢の要因を 1 つずつ消去していくための調整を行う	C-40
	整腸剤の種類、薬効を知っていることで、患者の腸内細菌叢を改善させるための対策を講じる	C-41
	経管栄養剤の種類、特徴を知っていることにより、排便コントロールと嘔吐対策に適した栄養剤を選択する	C-42
	栄養剤を変更するときに起こりうるリスクを知っている	C-43
	筆者の出した提案から医師が患者に最善と思われる選択をする	C-44

	病棟看護師やリハビリスタッフに経管栄養投与時間とリハビリ時間の調整を依頼する	C-45
	“口から食べる”準備段階として、口腔機能の維持が重要であることを知っている	C-46
	病棟看護師に、義歯の管理方法が統一されるように看護指示を出す	C-47
	全身状態から嚥下機能評価のタイミングを図る	C-48
“口から食べる”の評価と訓練を実践する	“口から食べる”の病態を身体的側面からアセスメントし、患者の身体に起きていることを正確に知る	C-49
	嚥下の5つのプロセスを観察し、患者の“口から食べる”の全体像から、どこに障害があるのか考える	C-50
	「口から食べない」に対して、患者の食の嗜好を取り入れる視点から“口から食べる”にアプローチする	C-51
	「口から食べない」に対して、口腔ケアや嚥下訓練による口腔内への感覚刺激で脳内の“口から食べる”の細胞にアプローチする	C-52
	STと試行錯誤を続ける	C-53

II. 3 事例の“口から食べる”の看護実践のまとめ

3 事例に対する”口から食べる“を支援するための看護実践を分析した結果、“口から食べる”を支援するための看護実践の内容が計 169 個抽出された。この“口から食べる”を支援するための看護実践の内容から抽象度を上げカテゴリー化を行ったところ、以下の 17 のカテゴリーが抽出された。本文中では、“口から食べる”を支援するための看護実践の内容を<>で、カテゴリーを【】で示す。

1. 【患者の“口から食べる”を実現するために思考を止めない】

筆者が、患者の“口から食べる”を実現するために、患者の状態を把握し、嚥下機能評価を実践すべきか、誰かに相談すべきか、人員や場所を調整するべきかについて、瞬時に判断しながら、時間経過の中で絶えず考え続けていくことが患者の“口から食べる”につながったといえる場面とがあった。以下、7 の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容で構成された。

脳血管障害患者の“口から食べる”を支援するとき、<初回嚥下機能評価だけで“口から食べる”を断念するのではなく、再挑戦する気持ちを持ち続ける>ことが、患者の“口から食べる”に興味を持ち続け、<常に次にどのようなステップを踏むかを考え続ける>ことで、患者の“口から食べる”が実現した。

患者の嚥下機能の変化に合わせて、<“口から食べる”に対する見立ての修正をする>ことで、患者の機能にあった訓練を選択した。口から食べられると評価した後も<最後の一口まで自分で食べきる>ために行動を起こすタイミングを見極める>、<嚥下機能評価

のタイミングを見定める>、<全身状態から嚥下機能評価のタイミングを図る>ことで、常に“口から食べる”をその人らしく実現していくために何が必要か、考え続けていた。患者の<リハビリ環境を考えたとき、嚥下障害が障壁となり、リハビリ室へ行くことができないと判断せざる負えない>と感じた。リハビリが適切な場所で行えるようになるために、どうしたらうまくいくか考え、患者がリハビリ室で、安全にリハビリが実施できるまで、考え続けていた。

2. 【人にとって“口から食べられない”を倫理的側面からとらえる】

A氏は、疾患の発症と同時に“口から食べる”が困難となり、“口から食べられる”患者と同じ病室で入院生活を送らなければならなかった。また、いつ“口から食べる”が実現するか不明確であり、人にとっての“食べる”権利を擁護する看護師として、患者の権利をできるだけ早く回復する役割を感じた。以下、5の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容で構成された。

病室の4人の患者のうち3人が食事をしている中、A氏だけが“食べられない”にもかかわらず、食事時間に病室にいないといけないことや、患者が口にティッシュを詰めるという行為から<人にとって基本的ニーズである“口から食べる”をかなえられていない患者が、“口から食べられる”患者と共存しなければならないストレスに気づく>、<“口から食べたい”という患者の“自立尊厳”と、誤嚥を予防しなければならないという医療者の“善行の原則”、“無危害の原則”がぶつかる>という、権利擁護の視点、倫理的視点で、A氏の“口から食べられない”状況を捉えた。病棟看護師もA氏が“口から食べられない”ことでストレスを感じていることに気づき、ベッドサイドのカーテンを引くことで、配慮をしていた。しかし、<“食欲”という本能と戦わなくてはならない苦痛は、心理的関わりで解決できるものではないと知っている>ことから、食べたいのに食べられないという気持ちの葛藤を持つ患者に対して、“口から食べる”に関して直接的な看護介入をすることで葛藤を軽減するための介入が必要だと判断した。さらに、<“口から食べる”と同じ機能を必要とする“話す”にも影響が出ており、患者が自分の思いやニーズの表出をあきらめる>ことが、患者のニーズや権利を訴えられない状況をつくっていることを倫理的に問題があると捉えた。

<“口から食べる”に対する見通しが不確実なため、明確な目標設定を患者と共有することが困難である>、<実現可能性が不確かな“口から食べる”の目標を患者と一緒に設定することの難しさを感じる>は、患者の嚥下障害の重症度が、患者のニーズや権利の回復の不確実さとなり、患者のストレスになっていると捉えた。

3. 【患者にとって”口から食べる”ことの価値について考える】

3 事例全てにおいて、“口から食べる”に対する価値が異なった。特に A 氏にとってゼリー1 個が食べられた時の喜び、B 氏のセルフケア能力で最後の一口まで食べきる達成感などが、それぞれの患者の価値としてとらえられた。以下、11 のカテゴリーで構成された。

＜人にとって“口から食べる”とは、見て、聞いて、嗅いで、味わうことで実感するものである＞ため、“口から食べる”が困難な患者の＜“口から食べる”ということを考える＞ことは、これまで当たり前のように食べたり、飲んだりしていた日常が、脳血管障害の発症により、それぞれの患者の“口から食べる”の価値に変化があった。それは、A 氏の＜口にティッシュを入れるという、一見すると異常行動ともとれる患者の行動を過去の経験と重ねてその意図を読み解く＞から、＜ティースプーン 1/2 から 1 杯へ小さなステップを確実に踏むことで、ゼリー1 個という大きな成功と自信を獲得する＞が、＜“口から食べる”の意味を患者の言葉や表情から受け取る＞のように、A 氏にとってゼリー1 個が食べられることに価値があり、それが患者の行動や言動、表情の変化から伝わってきた。

食形態の違いが、患者にとって“口から食べる”を困難にする状況もあり、＜「ご馳走様」の本当の意味を知る＞ことで、食形態への選択の重要性を感じ、＜主治医の“口から食べる”価値と“口から食べる”を専門的に見ている医療者の“口から食べる”価値にズレがある＞ため、修正を行った。＜食事時間は安全においしく食べられることを優先し、あえて無理に右半側空間無視を矯正しない＞、＜“口から食べる”に自信を与えるため、誤嚥のリスクがないと判断したため細かく食べ方を注意しない＞ことで、患者の持つセルフケア能力を活かして＜“口から食べる”のゴールを自分の力で食べきることに重きを置く＞ことに価値を持った。

また、＜「食べたい」に答え、“口から食べる”が恐怖にならない＞ことで、“口から食べる”ことが常にポジティブな価値を持てるように実践した。

4. 【患者の“口から食べる”を正確に評価し予後予測をする】

患者の“口から食べる”の実現には、精度の高い嚥下機能評価ツールを用いて患者の嚥下障害の程度を正確に知る必要があった。また、脳血管障害患者の疾患、病態、病期において出現する嚥下障害とその改善率が異なることから、豊富な嚥下に関する知識と技術、経験知が求められた。以下、24 の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容で構成した。

患者の”口から食べる“を実現するために、＜根拠のない禁食を避けるに、専門的知識と技術をもった看護師が嚥下機能評価の必要性がある＞、＜正確な嚥下機能評価と適切な訓練の選択には画像診断が重要であるため、常に取り入れようとする姿勢を持つ＞、＜炎症所見の上昇や誤嚥性肺炎による身体の変化が意識レベルや嚥下機能に影響を及ぼすところを知っている＞、＜“口から食べる”準備段階として、口腔機能の維持が重要であることを知っている＞などの知識を活用して、いつ、どのような評価を行うべきか、どのような結果になるか、大まかな結果の予測のもと実践した。

3 事例すべてでく“口から食べる”の病態を身体的側面からアセスメントし、患者の身体に起きていることを正確に知る＞、＜嚥下の5つのプロセスを観察し、患者の“口から食べる”の全体像から、どこに障害があるのか考える＞が、嚥下機能評価を実践するうえで、基盤となっていた。＜食物の内容が変化しても、誤嚥の有無をムセ、嚥下音、声質の視点をもって経時的に評価する＞ため、同じ評価指標で経時的に評価することの重要性を実践で示した。さらに、＜嚥下運動を脳内でイメージする＞、＜脳の中で起きていることを神経伝達レベルで推測し、患者の“口から食べる”への影響を想像する＞こと、＜経験知がその精度を上げる＞、＜知識と技術をつかって成功体験を評価できる＞、＜過去の経験から、“口から食べる”の成功ポイントを見つける＞、＜嚥下障害の重症度と経験知をリンクさせて、大まかな予後予測をする＞ことで、ベッドサイドで実施する嚥下機能のアセスメント内容を筆者の脳内で映像化し、障害を理解するように努めていた。“口から食べる”の見極めには、＜嚥下機能評価に必要な専門的知識を持った医療者が行うことで、覚醒レベルの不安定な患者のできる能力を見極める＞、＜意識レベル、嚥下機能レベルから“口から食べる”を積極的に挑戦する時期ではないことを判断する＞ことで、“口から食べる”とリスク管理を行う必要があった。

＜右麻痺により食器を支えられないこと、左手の巧緻性も低く、スプーンを上手に扱えないことが患者の“最後の一口まで自分で食べきる”ことの困難にしているとわかる＞、＜“口から食べる”に影響をおよぼす咀嚼の問題に気づく＞、＜食べるペースの変化や咀嚼力の変化、看護介入の必要性の変化に気づく＞、＜持っている摂食行動、咀嚼力から一般食を自分の力では食べることができないことに納得する＞から、患者の摂食行動の変化に気づく観察力が、嚥下機能評価の裏付けや修正の糸口となった。＜右上肢や左上肢、咀嚼機能の回復に期待する＞は、嚥下機能評価から予後の改善に期待をもつことを示した。

5. 【嚥下障害の重症度に合わせた嚥下訓練を実践する】

嚥下機能評価による重症度の判別から、誤嚥のリスクを考慮した訓練の選択と実践であるとともに、“口から食べる”を実現するために有効的な訓練の選択と実践が必要であった。以下、の 12 の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容で構成した。

＜患者の嚥下障害の重症度から、提供できる嚥下訓練と看護ケアを見定め、実践する＞、＜嚥下障害の重症度から、唾液を誤嚥する可能性があるのか、評価することで、この先の訓練の進め方を考える＞などの、嚥下機能評価の結果と訓練実施の経過の中で、ケアの過不足とキュアの過不足を見極める力が必要であった。

重症度により誤嚥のリスクが異なるため＜患者の嚥下障害の重症度と患者の病期を考慮した成功体験ができる訓練を選択する＞、＜嚥下障害の重症度に合わせた“口から食べる”の支援内容を選択する＞、＜自分の唾液を飲み込んでいるかもしれないという予測から、訓練のステップアップを決める＞、＜専門的知識を用いて、患者にとって最も誤嚥のリスクが少ないとされる体位を選択する＞などの脳内でのイメージや訓練の選択を実践していた。＜嚥下障害をイメージして、訓練を選択する＞ことで、安全性のシミュレーションを脳内でしていた。

食事摂取を中心に“口から食べる”を支援する場合には、＜直接訓練開始基準から少し逸脱していても、総合的な判断で患者の“口から食べる”に積極的に動く＞、＜自分の左手でスプーンを使って“口から食べる”を実現してもらうための支援を行う＞、＜自分の力で“口から食べる”ための食具の選択を支援する＞ように、患者のセルフケア能力に合わせた支援をした訓練を実践した。食べたいけど食べられない患者がいる一方で、＜「口から食べない」に対して、患者の食の嗜好を取り入れる視点から“口から食べる”にアプローチする＞、＜「口から食べない」に対して、口腔ケアや嚥下訓練による口腔内への感覚刺激で脳内の“口から食べる”の細胞にアプローチする＞ことで、脳の島皮質に刺激を与えることを目的に支援を行った。

6. 【“口から食べる”の副次的効果を狙う】

患者に“口から食べる”ことでもたらされる結果と“口から食べない”ことで起こる結果を考え、できるだけ、患者にとって“口から食べる”により良い効果となる訓練や支援を行う必要があった。以下、5 つの“口から食べる”を支援するための看護実践の内容で構成した。

“口から食べる”がもたらす効果として、＜“口から食べる”ことで嚥下と覚醒の改善を促し相乗効果を狙う＞、＜“口から食べる”を基本に嚥下機能の維持と、覚醒レベルの改善の効果が期待でき、誤嚥を起こさない程度の訓練を選択する＞から、覚醒の改善に期待した。“口から食べない”がもたらす結果として＜口腔機能の不使用による誤嚥から誤嚥性肺炎への可能性を考える＞、＜口腔機能を使い“口から食べる”の訓練をする機会を少なくしている＞、＜失語症がもたらす潜在的問題を示唆しておく＞から、誤嚥や口腔機能の不使用による“口から食べる”が遠のく可能性があった。

7. 【“口から食べる”のチーム内で役割を遂行する】

患者の“口から食べる”を実現するためには、多くの医療スタッフと連携する必要がある、筆者が患者を中心として“口から食べる”のチームのなかで、各医療スタッフをつなぐ役割を担った。以下、21 のカテゴリーで構成した。

チームで患者を支えるために＜チームメンバーとの信頼関係を築く努力をする＞、＜リハビリスタッフと情報共有を行う＞などのコミュニケーション能力が必要であった。患者とは、＜信頼関係ができていることを確認しながら、患者が自分でリハビリをする環境を決められるよう支援する＞、＜意思決定を保証する＞役割を実践した。主治医との関係は、＜自分の力で“口から食べる”を成功させるために食形態が重要であることを主治医に認識してもらう＞、＜主治医の栄養管理に対する意向を確認してから、自分の意見を述べる＞、＜筆者が不在でも、主治医が相談できることで、経管栄養の再開を意識してくれ、検討してくれることを期待する＞、＜筆者の出した提案から医師が患者に最善と思われる選択をする＞など、できるだけ医師の意向を確認してから、治療に参画するように意識した。最も密接にかかわる ST と＜ST がチーム内でためらわずに、患者の“口から食べる”に介入できるよう調整する＞、＜日々変化する嚥下機能に対応するために筆者と ST の間で情報の引き継ぎあいを行う＞、＜嚥下機能に適した食形態へステップアップしていけるよう働きかけを行う＞、＜ST と試行錯誤を続ける＞など、情報共有や調整、実践の共有を行った。

＜チームの中に患者の栄養管理に関心を向けるメンバーが必要であることに気づく＞ことで、管理栄養士をチームに巻き込み、＜患者と接点を持ちにくい管理栄養士をベッドサイドに連れ出し、患者を知ってもらう＞ことで、同じ目線で患者を捉えてもらえるよう調整した。患者の“口から食べる”を支援するチームを動かすために＜誰が中心となって、患者の“口から食べる”を支援すべきか判断する＞、＜チーム力を駆使して患者をケア、キュアするた

めの看護師の役割を果たす>ことを認識した。チームが患者に効果的にかかわれるよう<リハビリ環境が変化するので誤嚥に対するリスク管理をする>、<筆者用の滑り止めマットを準備しておくことが、目の前の問題を迅速に解決する>、<両上肢の使い方と食器について解決するためのチームメンバーの招集と問題解決に向けてタイムリーに行動する>、<筆者が描いている患者の回復過程の段階では、まだ想定していない食形態の変更をまず受け入れる>から、<チームの中で、患者を支援すること、リハビリスタッフを支援することの2つの役割を担う>ことでリスク管理やチーム内の調整などの看護師の役割が見られた。

8. 【“口から食べる”のチームの環境を調整した】

患者が最適なリハビリができる環境を整えること、患者の“口から食べる”について話し合う場を調整する2つの環境について調整を行った。以下、4の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容で構成した。

<身体的、精神的状況を経時的にアセスメントして、適切なリハビリ環境を提供できるよう検討し続ける>、<チームメンバーが安心してリハビリを提供できるための環境を整え>、<リハビリ室の吸引環境を確認する>は、患者とリハビリスタッフが安全にリハビリを実施できる環境調整を行った。<“口から食べる”を支援するチームスタッフが同じ目線で、患者の“最後の一口まで自分で食べることができる”というゴールに向かって、前向きに話し合いができるよう話し合いの場を調整する>は患者の“口から食べる”を支援するためのディスカッションを行う場の調整を行った。

9. 【病棟看護師とのかかわりから“口から食べる”を支援する】

患者の日常生活の支援の多くを担っているのは、病棟看護師であるため、看護ケアの充実を図り、患者の“口から食べる”と誤嚥性肺炎予防に努めた。以下、13の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容で構成した。

<“口から食べる”を実現するための食事環境に対する思考が病棟看護師と違うことを知る>は、病棟看護師との思考の違いを確認した。<日々使っていた情報交換用紙の修正を迅速に行えるスタッフを承認する>では、迅速な対応ができるスタッフの存在に気づいていた。“口から食べる”を支援するために<栄養管理と嚥下訓練を別に考えることで、病棟看護師の訓練実施の判断がしやすい状況を作る>、<筆者の存在が受け持ち看護師の負担とならないよう、患者を良くするために実施すべきことを明確に説明し、信頼している

こと伝える>、<訓練を行う病棟看護師に専門家の評価に基づく訓練であるため、自信を持って提供していいとよいことを示す>、<食事を食べはじめるまでの流れの中で、筆者が行っている看護介入を実際に、受け持ち看護師に見てもらう>、<自分たちの看護を振り返り、食器をお盆から滑り止めマットに移すひと手間の意味を理解してもらう>ために、筆者の看護実践から意図がわかるように言葉で説明した。<車椅子での体幹保持、食器を滑り止めマットの左側に1つ1つ置く、最後の一口を自分で口に運ぶための一部の支援など、患者にあった看護ケアが提供されるよう、病棟看護師自身に考えてもらう>ことは、自分たちでできることを見つけてもらえるように促した。<病棟看護師に、義歯の管理方法が統一されるように指示を出す>ことで患者に適切な看護ケアが提供されるための知識や根拠が見えるように実践した。<経管栄養を開始するときに必要なだと考え、胃残の確認、排便コントロールの観察ができていることを確認する役割を自分から病棟看護師に委譲する>、<栄養管理の責任感を持ってもらう>、<病棟看護師やリハビリスタッフに経管栄養投与時間とリハビリ時間の調整を依頼する>ことは、病棟看護師に責任感と役割委譲をすることで、病棟看護師に問題意識を持ってもらえるよう、人選した。

<病棟管理者に患者が左手を使って“口から食べる”を実現することにこだわり、看護介入していることを知ってもらう>は、筆者の対象を病棟看護師から病棟管理者に変更し、患者の“口から食べる”の支援について知ってもらう実践行為があった。

10. 【“口から食べる”以外のリハビリで“口から食べる”を支援する】

“口から食べる”ためには、体幹バランス、下肢で上半身を支え、上肢で食具を上手に使いこなすことが必要であった。脳血管障害により、麻痺を認め、入院前の“口から食べる”の上体に回復する過程で、PT、OTの訓練は重要であった。以下、7つの“口から食べる”を支援するための看護実践の内容で構成した。

“口から食べる”が障害され、見通しのわからない患者に対して、PT、OTによるリハビリが<“口から食べる”の訓練では得られない達成感をほかのリハビリで得ることで、“口から食べる”への意欲に変える>と、患者の精神的な部分を支援した。<神経の再生を促進するために積極的なリハビリを実施する>、<嚥下障害は、嚥下訓練だけで改善されるものではなく、全身のリハビリを行うことの重要性がある>、<実施可能なリハビリの内容を増やすことができる>、<1つの訓練で1つの障害が回復するわけではなく、1つずつ補い合いながら、全体を見ていけることが重要である>、<“口から食べる”への準備として、リハビリの

再開とADL 拡大を試みる＞など、全身のリハビリを早期から実施することで“口から食べる”につながる支援だった。＜リハビリを効果的に実施するために、弊害となるものに気づき、できるだけ不必要なものを取り除く努力をする＞は、リハビリを有効に実施するための支援だった。

11. 【“口から食べられない”から一時的に解放する】

患者が“口から食べられない”ことによるストレスをどのように軽減できるか考え、少しの間でもストレスから解放される時間を作ることにリハビリを活用しようと考えた。以下、4の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容で構成した。

＜口から食べられないことに対するストレスの解消法について検討する＞は、＜必然的に患者が食事時間に病室にいなくなる口実を作る＞、＜“口から食べられない”を考えない時間を確保する＞で具体的な対策を挙げた。その結果、＜リハビリを通して身体的な解放と精神的な解放により“口から食べられない”という現実から、一時離れることができる＞から、一時的ではあるがリハビリ室でリハビリに集中できる時間ができた。

12. 【誤嚥・窒息の重大性を認識し予防策を講じる】

嚥下は、常に誤嚥と背中合わせて訓練が実施されるため、誤嚥予防の観点と、誤嚥しても肺炎にならない対策を講じることが重要であった。以下、7つの“口から食べる”を支援するための看護実践の内容で構成した。

＜食形態の違いが誤嚥から肺炎発症のリスクを変化させることを認識している＞、＜患者の食事場面を見ずに食上げをすることで誤嚥・窒息リスクを実感する＞で誤嚥・窒息の重大性を認識し、＜誤嚥のリスクが高い訓練を行う前の口腔ケアを実施する＞、＜食べる物、食べる回数を制限することで、誤嚥のリスクを最小限にする努力をする＞予防に対する実践が挙げた。＜右体幹失認、病態失認が、食事姿勢を崩し誤嚥のリスクを挙げているため、対策を講じる＞、＜食形態の再調整により、患者の窒息のリスクから守る＞で、患者の病態にあった誤嚥・窒息の対策が必要であり、＜失敗の程度による緊急性の判断ができ、誤嚥したときに素早い対応ができる＞ことの重要性が挙げた。

13. 【誤嚥による呼吸状態の悪化、生命の危機から患者を救う】

肺炎による呼吸状態の悪化は、患者の“口から食べる”を難しくするため、予防的介入に加え、誤嚥を認めた場合には迅速な対応によるケアとキューアを提供し、患者を生命の危機が生命の危機から脱せられるよう支援した。以下、19の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容から構成した。

患者に誤嚥の事実があったことを確認し、＜表情、バイタルサインから、緊急度を把握する＞、＜嘔吐に至った要因を受け持ち看護師の情報から分析する＞、＜嘔吐に至った要因をPTの情報から分析する＞、＜受け持ち看護師、主治医の行動を情報として収集する＞、＜嘔吐している現状について、振り返りの必要性を感じるが、誤嚥性肺炎の重症化の回避が優先する＞から誤嚥が呼吸状態を悪化させている状況を把握した。＜既往歴から、今後起こり得る誤嚥性肺炎の重症化から気管挿管、気管切開までの予後予測をする＞、＜気道管理の有無が、これから先の患者の“口から食べる”を困難にすることが予測できる＞、＜ベッドサイドで呼吸ケアを実践し、指示をだすことで、患者にとって呼吸状態の変調が生命の危機に移行する可能性を示唆する＞から、呼吸状態の悪化がきたす“口から食べる”の予後予測があった。＜再嘔吐のリスクを最小限にするために、胃残の確認と吸引が必要であることを瞬時に判断する＞、＜何度も繰り返される吸引により、咽頭狭窄をきたしていると判断する＞、＜嘔吐物が気管から肺に流入するイメージができる＞、＜過去の経験とリンクさせて、誤嚥性肺炎予防のために酸素投与、吸引、ネブライザーなどの対応を迅速に行う＞、＜主疾患を忘れず、低酸素による脳浮腫の予防対策を立てる＞から、呼吸状態の悪化の予防に向けた迅速なケア介入を行った。＜現場の緊急性を判断して指示命令系統を考える＞、＜リハビリや栄養管理に影響を及ぼすことを考え、力を入れてケアをすべき時期を見定める＞、＜肺炎がもっとも重症化する時期を回避するためのキーとなる看護師を見極める＞から患者に必要なケアとキューアが提供されるための時期、人の調整を行った。＜呼吸状態を臨床症状、バイタルサイン、XPや採血データなどの情報を収集してアセスメントする＞、＜筆者が不在であった時の患者の情報を記録からアセスメントする＞、＜実施されていた治療、ケアが効果的であったか評価する＞ことでケアとキューアの効果を評価した。

14. 【“口から食べる”に向けた栄養管理を実践する】

脱水や低栄養、再梗塞を予防しながら、患者が“口から食べる”の再獲得のために、必要エネルギー量や投与方法について、支援を実践した。以下、10の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容で構成した。

＜施設で使用している栄養剤の特徴の知識を持っている＞、＜栄養剤を変更するとき
に起こりうるリスクを知っている＞から、栄養管理に必要な知識やリスク管理が挙げた。＜
日常生活レベルにあった栄養管理の必要である＞、＜病態から再発予防に向けた栄養管
理を考える＞、＜既往から合併症を予測して、予防的栄養管理を考える＞、＜必要エネ
ルギー量を充足するための戦略を立てる＞、＜“口から食べる”への挑戦と“口から食べる”が
不十分であった時の対応を考える＞患者の状態にあった“口から食べる”に向けた栄養管
理を考えた。＜全体像をアセスメントして、患者に適切な栄養管理を実践する＞、＜経管
栄養の再開を契機に再嘔吐した場合、患者の呼吸状態悪化に追い打ちをかけ、“口から
食べる”をさらに困難にさせると考えられたため確実に予防できるケアと観察を行う＞、＜早
期リハビリの導入と早期経腸栄養による栄養管理の相乗効果を生むための対策をとる＞で
栄養管理に関する多職種カンファレンスを開催した。

15. 【栄養管理を成功に導くために排便コントロールを実践する】

脳血管障害患者に特徴的な、神経障害が消化機能に影響を及ぼしていることを予測し
て、持っている知識を活用し、患者の栄養管理を考えた。以下7の“口から食べる”を支援
するための看護実践の内容で構成した。

＜神経の支配領域から患者に起こりうる消化・排泄に関する合併症を回避するための栄
養管理を考える＞ことは、患者に起きている症状から、神経障害がもたらす消化器機能障
害を、＜経管栄養投与後に腹圧が上昇してしまったことを推測する＞、＜排便状況が便秘
から下痢に移行していることに気付く＞、＜腸内で起きているであろう現象を想起できるだ
け列挙する＞ことからアセスメントした。＜考えられる下痢の要因を1つずつ消去していく
ための調整を行う＞、＜整腸剤の種類、薬効を知っていることで、患者の腸内細菌叢を改
善させるための対策を講じる＞、＜経管栄養剤の種類、特徴を知っていることにより、排便
コントロールと嘔吐対策に適した栄養剤を選択する＞から栄養管理に関する実践を行っ
た。

16. 【挑戦と現状維持のはざまで葛藤する】

患者の望む“口から食べたい”をかなえるために、看護師としてできることを支援したいと考えるが、誤嚥を予防することも重要な責務であった。看護師として、患者が次の訓練に進められるよう支援したい気持ちと、誤嚥せずに転院を迎えられるよう支援したい気持ちが葛藤していた。以下、4つの“口から食べる”を支援するための看護実践の内容で構成した。

＜“口から食べる”に挑戦するA氏の強みと弱みを理解できている＞、＜“口から食べる”をもっと支援したいという気持ちと次の病院へつなげなければならないため無理はさせられないという気持ちが葛藤する＞、＜さらなる“口から食べる”のステップへの挑戦で誤嚥した場合、患者のこれからのリハビリで獲得できるかもしれない機能回復を阻害する可能性を考えるから、“口から食べる”を実践するときの誤嚥に対する不安や次のステップへの期待との間での気持ちの揺れを認めた。

＜摂食嚥下機能評価への疑念、患者の予想以上の回復への期待から、一般全粥への挑戦をしてみる＞は、筆者のB氏に対する嚥下機能評価の見立てに、誤りがあった場合について考え、B氏の可能性にかけてみた。

17. 【患者の“口から食べる”をかなえる未来へつなぐ】

患者個人の“口から食べる”を次の転院先につなげ、その先にある目標達成ができるよう支援すること、一患者の経験をほかの患者や、今後、同じような症状をきたした患者に還元できるように未来につないでいく必要があると考えた。以下、8のカテゴリーで構成した。

＜不明確であった“口から食べる”にポジティブな見通しをつけることができた実感する＞は、患者個人に対する“口から食べる”に対する未来を見据えていた。＜転院先のSTの所在を確認して、患者の“口から食べる”が継続して支援されることを確認する＞、＜“口から食べる”が阻害されていた時の苦痛、少しではあるが“口から食べる”が実現した時の喜びを次につなぐための責任を果たす＞は、患者の“口から食べる”を次の病院へ繋ぐという意味が含まれていた。＜全量自分の力で“口から食べる”をかなえるための食器の変更はかなわなかったが、問題をそのままにせず、解決するための戦略を練る＞、＜“口から食べる”の問題を通して、未来の“口から食べる”に障害をもつ患者に還元できることを考える＞、＜他の患者で繰り返さないための対策を立てる＞は、大勢の患者の“口から食べる”に還元されるための実践であった。＜病棟看護師のレディネスを把握して、筆者が提案したケアの意図を伝え、次の患者のケアに活かしてもらえるような効果を生む＞、＜早期リハビ

リと早期経腸栄養の導入から、今後も引き起こる可能性のあるリハビリ中の嘔吐に対するスタッフの感度を上げる必要性を感じた>は、病棟看護師やリハビリスタッフなどの医療者に実践することで、患者に繋がると考えた行動が挙がっていた。

表 5 3 事例の“口から食べる”を支援するための看護実践の内容とカテゴリー

カテゴリー	看護実践の内容	NO.
患者の“口から食べる”を実現するために思考を止めない	初回嚥下機能評価だけで“口から食べる”をあきらめるのではなく、再挑戦する気持ちを持ち続ける	A-15
	常に次にどのようなステップを踏むかを考え続ける	A-57
	“口から食べる”に対する見立ての修正をする	C-33
	“最後の一口まで自分で食べきる”を成功するために行動起こすタイミングを見極める	B-38
	嚥下機能評価のタイミングを見定めよう	C-36
	全身状態から嚥下機能評価のタイミングを図る	C-48
人にとって“口から食べられない”を倫理的側面からとらえる	人にとって基本的ニードである“口から食べる”をかなえられていない患者が、“口から食べられる”患者と共存しなければならないストレスに気づく	A-1
	“口から食べたい”という患者の“自立尊厳”と、誤嚥を予防しなければならないという医療者の“善行の原則”、“無危害の原則”がぶつかる	A-3
	“食欲”という本能と戦わなくてはならない苦痛は、心理的関わりで解決できるものではないと知っている	A-6
	“口から食べる”と同じ機能を必要とする“話す”にも影響が出ており、患者が自分の思いやニードの表出をあきらめる	A-13
	“口から食べる”に対する見通しが不確実なため、明確な目標設定を患者と共有することが困難である	A-4
	実現可能性が不確かな“口から食べる”の目標を患者と一緒に設定することの難しさを感じる	A-26
患者にとって“口から食べる”ことの価値について考える	人にとって“口から食べる”とは、見て、聞いて、嗅いで、味わうことで実感するものである	A-5
	“口から食べる”ということを考える	A-58
	口にティッシュを入れるという、一見すると異常行動ともとれる患者の行動を過去の経験と重ねてその意図を読み解く	A-2
	“口から食べる”の意味を患者の言葉や表情から受け取る	A-62
	「ご馳走様」の本当の意味を知る	B-26
	ティースプーン 1/2 から 1 杯へ小さなステップを確実に踏むことで、ゼリー 1 個という大きな成功と自信を獲得する	A-61
	食事時間は安全においしく食べられることを優先し、あえて無理に右半側空間無視を矯正しない	B-24
	“口から食べる”に自が持てるよう、誤嚥のリスクがないと判断したため細かく食べ方を注意しない	B-35
	「食べたい」に答え、“口から食べる”が恐怖にならない	A-60
	“口から食べる”のゴールを自分の力で食べきることに重きを置く	B-37
患者の“口から食べる”を正確に評価	主治医の“口から食べる”価値と“口から食べる”を専門的に見ている医療者の“口から食べる”価値にズレがある	B-43
	根拠のない禁食を避けるに、専門的知識と技術を持った看護師が嚥下機能評価の必要性がある	A-7
	“口から食べる”準備段階として、口腔機能の維持が重要であることを知っている	C-46
	炎症所見の上昇や誤嚥性肺炎による身体の変化が意識レベルや嚥下機能に影響を及ぼす	C-34

し予後予測をする	正確な嚥下機能評価と適切な訓練の選択には画像診断が重要であるため、常に取り入れようとする姿勢を持つ	A-11
	専門的知識と技術をつかって成功体験を評価できる	A-54
	嚥下機能評価に必要な専門的知識を持った医療者が行うことで、覚醒レベルの不安定な患者のできる能力を見極める	B-9
	意識レベル、嚥下機能レベルでは、“口から食べる”を積極的に挑戦する時期ではないことを判断する	C-35
	“口から食べる”の病態を身体的側面からアセスメントし、患者の身体に起きていることを正確に知る	A-8
	嚥下の5つのプロセスを観察し、患者の“口から食べる”の全体像から、どこに障害があるのか考える	A-9
	“口から食べる”の病態を身体的側面からアセスメントし、患者の身体に起きていることを正確に知る	B-1
	嚥下機能評価の基本は、5つのプロセスのどこに障害をきたしているか、どのような訓練、ケアを行うことで“口から食べる”を実現できるか常に考える	B-2
	“口から食べる”の病態を身体的側面からアセスメントし、患者の身体に起きていることを正確に知る	C-49
	嚥下の5つのプロセスを観察し、患者の“口から食べる”の全体像から、どこに障害があるのか考える	C-50
	食物の内容が変化しても、誤嚥の有無をムセ、嚥下音、声質の視点をもって経時的に評価する	B-14
	嚥下障害の重症度と過去の経験知をリンクさせて、大まかな予後予測をする	A-25
	過去の経験から、“口から食べる”の成功ポイントを見つける	A-52
	専門的な経験知がその精度を上げる	A-55
	嚥下運動を脳内でイメージする	A-53
	脳の中で起きていることを神経伝達レベルで推測し、患者の“口から食べる”への影響を想像する	B-17
	右麻痺により食器を支えられないこと、左手の巧緻性も低く、スプーンを上手に扱えないことが患者の“最後の一口まで自分で食べきる”ことを困難にしているとわかる	B-36
	“口から食べる”に影響をおよぼす咀嚼の問題に気づく	B-16
	食べるペースの変化や咀嚼力の変化、看護介入の必要性の変化に気づく	B-34
	持っている摂食行動、咀嚼力から一般食を自分の力では食べることができないことに納得する	B-42
	右上肢や左上肢、咀嚼機能の回復に期待する	B-47
嚥下障害の重症度に合わせた嚥下訓練を実践する	患者の嚥下障害の重症度から、提供できる嚥下訓練と看護ケアを見定め、実践する	A-10
	嚥下障害の重症度から、唾液を誤嚥する可能性があるのか、評価することで、この先の訓練の進め方を考える	A-50
	患者の嚥下障害の重症度と患者の病期を考慮した成功体験ができる訓練を選択する	B-3
	嚥下障害の重症度に合わせた“口から食べる”の支援内容を選択する	B-15
	自分の唾液を飲み込んでいるかもしれないという予測から、訓練のステップアップを決める	A-46
	嚥下障害をイメージして、訓練を選択する	A-47
	専門的知識を用いて、患者にとって最も誤嚥のリスクが少ないとされる体位を選択する	A-48
	直接訓練開始基準から少し逸脱していても、総合的な判断で患者の「口から食べる」に積極的に動く	B-5
	自分の左手でスプーンを使って“口から食べる”を実現してもらうための支援を行う	B-22
	自分の力で“口から食べる”ための食具の選択を支援する	B-33
	「口から食べない」に対して、患者の食の嗜好を取り入れる視点から“口から食べる”にアプローチする	C-51
	「口から食べない」に対して、口腔ケアや嚥下訓練による口腔内への感覚刺激で脳内の“口から食べる”の細胞にアプローチする	C-52

“口から食べる”の副次的効果を狙う	“口から食べる”ことで嚥下と覚醒の改善を促し相乗効果を狙う	B-7
	“口から食べる”を基本に嚥下機能の維持と、覚醒レベルの改善の効果が期待でき、誤嚥を起こさない程度の訓練を選択する	B-8
	口腔機能の不使用から誤嚥性肺炎へ思考を広げる	B-11
	口腔機能を使い“口から食べる”の訓練をする機会を少なくしている	A-14
“口から食べる”のチーム内で役割を遂行する	失語症がもたらす潜在的問題を示唆しておく	B-12
	チームメンバーとの信頼関係を築く努力をする	A-24
	リハビリスタッフと情報共有を行う	A-30
	信頼関係ができていることを確認しながら、患者が自分でリハビリをする環境を決められるよう支援する	A-34
	意思決定を保証する	A-36
	自分の力で“口から食べる”を成功させるために食形態が重要であることを主治医に認識してもらう	B-44
	主治医の栄養管理に対する意向を確認してから、自分の意見を述べる	C-24
	筆者が不在でも、主治医が相談できることで、経管栄養の再開を意識してくれ、検討してくれることを期待する	C-25
	筆者の出した提案から医師が患者に最善と思われる選択をする	C-44
	ST がチーム内でためらわずに、患者の“口から食べる”に介入できるよう調整する	B-20
	日々変化する嚥下機能に対応するために筆者と ST の間で情報の引き継ぎあいを行う	B-13
	嚥下機能に適した食形態へステップアップしていけるよう働きかけを行う	B-19
	ST と試行錯誤を続ける	C-53
	チームの中に患者の栄養管理に関心を向けるメンバーが必要であることに気づく	A-45
	患者と接点を持ちにくい管理栄養士をベッドサイドに連れ出し、患者を知ってもらう	B-45
	誰が中心となって、患者の“口から食べる”を支援すべきか判断する	A-21
	チーム力を駆使して患者をケア、キュアするための看護師の役割を果たす	A-23
	リハビリ環境が変化するので誤嚥に対するリスク管理をする	A-28
	筆者用の滑り止めマットを準備しておくことが、目の前の問題を迅速に解決する	B-23
	両上肢の使い方と食器について解決するためのチームメンバーを招集し問題解決に向けてタイムリーに行動する	B-39
“口から食べる”のチームの環境を調整する	自分が描いている患者の回復過程の段階では、まだ想定していない食形態の変更をまず受け入れる	B-41
	チームの中で、患者を支援すること、リハビリスタッフを支援することの 2 つの役割を担う	A-37
	身体的、精神的状況を経時的にアセスメントして、適切なリハビリ環境を提供できるよう検討し続ける	A-20
	チームメンバーが安心してリハビリを提供できるための環境を整える	A-22
病棟看護師とのかかわりから“口から食べる”を支援する	リハビリ室の吸引環境を確認する	A-29
	“口から食べる”を支援するチームスタッフが同じ目線で、患者の“最後の一口まで自分で食べることができる”というゴールに向かって、前向きに話し合いができるよう話し合いの場を調整する	B-46
	“口から食べる”を実現するための食事環境に対する思考が病棟看護師と違うことを知る	B-32
	日々使っていた情報交換用紙の修正を迅速に行えるスタッフを承認する	C-23
	筆者の存在が受け持ち看護師の負担とならないよう、患者を良くするために実施すべきことを明確に説明し、信頼していること伝える	C-15
	栄養管理と嚥下訓練を別に考えることで、病棟看護師の訓練実施の判断がしやすい状況を作る	B-4
	訓練を行う病棟看護師に専門家の評価に基づく訓練であるため、自信を持って提供してとよいことを示す	B-10
	食事を食べはじめまでの流れの中で、筆者が行っている看護介入を実際に、受け持ち看護師に見てもらう	B-27
	自分たちの看護を振り返り、食器をお盆から滑り止めマットに移すひと手間の意味を理解してもらう	B-28

	車椅子での体幹保持、食器を滑り止めマットの左側に1つ1つ置く、最後の一口を自分で口に運ぶための一部の支援など、患者にあった看護ケアが提供されるよう、病棟看護師自身に考えてもらう	B-29
	病棟看護師に、義歯の管理方法が統一されるように看護指示を出す	C-47
	経管栄養を開始するときに必要だと考え、胃残の確認、排便コントロールの観察ができてい	C-27
	ることを確認する役割を自分から病棟看護師に委譲する	
	栄養管理の責任感を持ってもらう	C-28
	病棟看護師やリハビリスタッフに経管栄養投与時間とリハビリ時間の調整を依頼する	C-45
	病棟管理者に患者が左手を使って“口から食べる”を実現することにこだわり、看護介入していることを知ってもらう	B-31
“口から食べる”以外のリハビリで“口から食べる”を支援する	“口から食べる”の訓練では得られない達成感をほかのリハビリで得ることで、“口から食べる”への意欲に変える	A-32
	神経の再生を促進するために積極的なリハビリを実施する	A-12
	嚥下障害は、嚥下訓練だけで改善されるものではなく、全身のリハビリを行うことの重要性がある	A-16
	実施可能なリハビリの内容を増やすことができる	A-33
	1つの訓練で1つの障害が回復するわけではなく、1つずつ補い合いながら、全体を見ていけることが重要である	A-35
	“口から食べる”への準備として、リハビリの再開とADL拡大を試みる	C-37
	リハビリを効果的に実施するために、弊害となるものに気づき、できるだけ不必要なものを取り除く努力をする	A-38
“口から食べられない”から一時的に解放する	口から食べられないことに対するストレスの解消法について検討する	A-17
	必然的に患者が食事時間に病室にいない口実を作る	A-18
	“口から食べられない”を考えない時間を確保する	A-27
	リハビリを通して身体的な解放と精神的な解放により“口から食べられない”という現実から、一時離れることができる	A-31
誤嚥・窒息の重大性を認識し予防策を講じる	食形態の違いが誤嚥から肺炎発症のリスクを変化させることを認識している	A-59
	患者の食事場面を見ずに食上げをすることで誤嚥・窒息リスクを実感する	B-25
	誤嚥のリスクが高い訓練を行う前の口腔ケアを実施する	A-49
	食べる物、食べる回数を制限することで、誤嚥のリスクを最小限にする努力をする	B-6
	右体幹失認、病態失認が、食事姿勢を崩し誤嚥のリスクを挙げているため、対策を講じる	B-21
	食形態の再調整により、患者を窒息のリスクから守る	B-30
	失敗の程度による緊急性の判断ができ、誤嚥したときに素早い対応ができる	A-56
誤嚥による呼吸状態の悪化、生命の危機から患者を救う	表情、バイタルサインから、緊急度を把握する	C-2
	嘔吐に至った要因を受け持ち看護師の情報から分析する	C-16
	嘔吐に至った要因をPTの情報から分析する	C-18
	受け持ち看護師、主治医の行動を情報として収集する	C-8
	嘔吐している現状について、振り返りの必要性を感じるが、誤嚥性肺炎の重症化の回避が優先する	C-1
	既往歴から、今後起こり得る誤嚥性肺炎の重症化から気管挿管、気管切開までの予後予測をする	C-10
	気道管理の有無が、これから先の患者の“口から食べる”を困難にすることが予測できる	C-11
	ベッドサイドで呼吸ケアを実践し、指示をだすことで、患者にとって呼吸状態の変調が生命の危機に移行する可能性を示唆する	C-12
	再嘔吐のリスクを最小限にするために、胃残の確認と吸引が必要であることを瞬時に判断する	C-3
	何度も繰り返される吸引により、咽頭狭窄をきたしていると判断する	C-4
	嘔吐物が気管から肺に流入するイメージができる	C-5
	過去の経験とリンクさせて、誤嚥性肺炎予防のために酸素投与、吸引、ネブライザーなどの対応を迅速に行う	C-6
	主疾患を忘れず、低酸素による脳浮腫の予防対策を立てる	C-7
	現場の緊急性を判断して指示命令系統を考える	C-9
	リハビリや栄養管理に影響を及ぼすことを考え、力を入れてケアをすべき時期を見定める	C-13

	肺炎がもっとも重症化する時期を回避するためのキーとなる看護師を見極める	C-14
	呼吸状態を臨床症状、バイタルサイン、XP や採血データなどの情報を収集してアセスメントする	C-30
	筆者が不在であった時の患者の情報を記録からアセスメントする	C-31
	実施されていた治療、ケアが効果的であったか評価する	C-32
“口から食べる”に向けた栄養管理を実践する	施設で使用している栄養剤の特徴の知識を持っている	C-17
	栄養剤を変更するときに起こりうるリスクを知っている	C-43
	日常生活レベルにあった栄養管理の必要である	A-40
	病態から再発予防に向けた栄養管理を考える	A-41
	既往から合併症を予測して、予防的栄養管理を考える	A-43
	必要エネルギー量を充足するための戦略を立てる	C-29
	“口から食べる”に挑戦し、“口から食べる”が不十分であった時の対応を考える	B-18
	全体像をアセスメントして、患者に適切な栄養管理を実践する	A-44
	経管栄養の再開を契機に再嘔吐した場合、患者の呼吸状態悪化に追い打ちをかけ、“口から食べる”をさらに困難にさせると考えられたため確実に予防できるケアと観察を行う	C-26
	早期リハビリの導入と早期経腸栄養による栄養管理の相乗効果を生むための対策をとる	C-21
栄養管理を成功に導くために排便コントロールを実践する	神経の支配領域から患者に起こりうる消化・排泄に関する合併症を回避するための栄養管理を考える	A-42
	経管栄養投与後に腹圧が上昇してしまったことを推測する	C-19
	排便状況が便秘から下痢に移行していることに気付く	C-38
	腸内で起きているであろう現象を想起できるだけ列挙する	C-39
	考えられる下痢の要因を1つずつ消去していくための調整を行う	C-40
	整腸剤の種類、薬効を知っていることで、患者の腸内細菌叢を改善させるための対策を講じる	C-41
	経管栄養剤の種類、特徴を知っていることにより、排便コントロールと嘔吐対策に適した栄養剤を選択する	C-42
挑戦と現状維持のはざまで葛藤する	“口から食べる”に挑戦する患者の強みと弱みを理解できている	A-51
	“口から食べる”をもっと支援したいという気持ちと次の病院へつなげなければならないため無理はさせられないという気持ちが葛藤する	A-63
	さらなる“口から食べる”のステップへの挑戦で誤嚥した場合、患者のこれからのリハビリで獲得できるかもしれない機能回復を阻害する可能性を考える	A-64
	摂食嚥下機能評価への疑念、患者の予想以上の回復への期待から、一般全粥への挑戦を試みる	B-40
“口から食べる”を未来につなぐ	不明確であった“口から食べる”にポジティブな見通しをつけることができた実感する	A-65
	転院先の ST の所在を確認して、患者の“口から食べる”が継続して支援されることを確認する	A-66
	“口から食べる”が阻害されていた時の苦痛、少しではあるが“口から食べる”が実現した時の喜びを次につなぐための責任を果たす	A-67
	全量を自分の力で“口から食べる”をかなえるための食器の変更はかなわなかったが、問題をそのままにせず、解決するための戦略を練る	B-48
	“口から食べる”の問題を通して、未来の“口から食べる”に障害をもつ患者に還元できることを考える	B-49
	他の患者で繰り返さないための対策を立てる	C-22
	病棟看護師のレディネスを把握して、筆者が提案したケアの意図を伝え、次の患者のケアに活かしてもらえるような効果を生む	A-39
	早期リハビリと早期経腸栄養の導入から、今後も引き起こる可能性のあるリハビリ中の嘔吐に対するスタッフの感度を上げる必要性を感じた	C-20

第5章 考 察

本研究結果から、脳血管障害間に対する“口から食べる”を支援する看護実践において、17 のカテゴリーが抽出された。これらは、経験豊富な看護師と摂食嚥下障害看護認定看護師、高度実践看護師の要素が絡み合って形成されていた。ここでは”口から食べる“の看護実践の17のカテゴリーについて、ニューロサイエンス看護高度実践看護師の役割の視点から考察した。

I. “口から食べる”看護実践に関する17のカテゴリーについて

高度実践看護師の役割の視点については、高度実践看護総合的アプローチの高度実践看護師の7つのコンピテンシー (Hamric, 2014/2017) と Synergy model for patient care (Becker et al, 2006) の8つのコンピテンシーを参考に考察した。(文献検討p.13 参照)

【患者の“口から食べる”を実現するために思考を止めない】は、“口から食べる”を支援するとき、“口から食べる”を開始するタイミング、変更するタイミング、時には中止するタイミングを見極めるために、患者情報、知識、経験知などをもとに、広く深く思考を巡らせていることを意味するカテゴリーと捉えることができた。

高度実践看護師は、組織を横断的に関わることが多く、タイミング良く患者のベッドサイドに向くことが難しいことから、限られた時間と環境のなかで必要な患者情報を収集し、これまでの経験と知識を踏まえ、思考に広がりと深みを持たせ、患者にとって“口から食べる”に必要なケア、キューを脳内でシミュレーションした後で、具現化していくことが重要である。特に嚥下障害を有する患者の“口から食べる”を支援する際は、誤嚥や窒息のリスクとの境を見極めなければならないため、患者の“口から食べる”を実現するために不可欠な行為と言って過言ではない。

この行為は、その他のカテゴリーを行う際にも常に基盤となり、患者の“口から食べる”を支援するために何が必要かを考え続けることが、他のカテゴリーの看護実践を生みだしていくことだと考えた。

【人にとって“口から食べる”を倫理側面からとらえる】、【患者にとって“口から食べる”事の価値について考える】、【“口から食べられない”から一時的に解放する】、【挑戦と現状維持のはざまで葛藤する】の4つは、患者の精神的ストレスへの対応や権利と価値についての考え方について、心理的变化に対する看護実践を表していると考ええる。患者だけではなく、看護師自身の

葛藤は、看護師の心の中で起きている現象をとらえ、医療者間の価値のズレは、倫理的にとらえることができたため、精神的・倫理的側面に分類できた。

【人にとって“口から食べる”を倫理側面からとらえる】、【患者にとって“口から食べる”事の価値について考える】の間で、人の持つ権利は、“口から食べる”が障害されることで、箕岡ら(2014)が述べる嚥下障害を有する患者の“自立尊厳の原則”と医療者側の“善行の原則”が対立していると考えられる。特に、患者に最も近い病棟看護師が倫理的ジレンマを感じやすく、解決困難な問題を抱えやすくなる。そのため、高度実践看護師は、患者と医療スタッフの両方に視野を向け、倫理的ジレンマが起きていないか判断し、支援する必要がある。

価値は、権利に比べ個人の考え方が含まれ、価値と権利がお互いに影響しあっている。ただ“口から食べる”のではなく、その人らしく“口から食べる”を実現することが重要である。そのために、患者の“口から食べる”権利は、“ゼリーを食べる”で回復できるが、“食事を食べる価値”と“ゼリーを食べる”価値の間で葛藤が起き、**【挑戦と現状維持のはざまで葛藤する】**に繋がると考えられる。さらに、CNS は、医療者間でも価値のズレから生じるコンフリクトを解消するため、チームの構築とパートナーシップが築けるように、リーダーシップとコミュニケーション能力を発揮する。

また、患者を**【“口から食べられない”から一時的に解放する】**ことは、“口から食べる”という行為を、“見て、聞いて、嗅いで、味わう”という 4 つの感覚を通して捉え、患者の精神的ストレスを少しでも緩和するための支援につなげている。

以上から、高度実践看護師は、患者をホリスティックに支援するために、コミュニケーション能力を駆使して身体的、精神的、社会的、スピリチュアル的に情報収集からアセスメントできる能力が必要であると考えられる。また、リーダーシップを発揮し、医療者間のコンフリクトを作らないよう情報共有とディスカッションの機会を作れる能力が必要であると考えた。

【患者の“口から食べる”を正確に評価し予後予測をする】、【嚥下障害の重症度に合わせた嚥下訓練を実践する】、【“口から食べる”の副次的効果を狙う】、【誤嚥・窒息の重大性を認識し予防策を講じる】、【誤嚥による呼吸状態の悪化、生命の危機から患者を救う】、【“口から食べる”に向けた栄養管理を実践する】、【栄養管理を成功に導くために排便コントロールを実践する】の 7 つは、患者の病態、嚥下障害の重症度を画像診断やフィジカルアセスメントから情報収集し、安全な食事や訓練につなげていくための看護実践を表している。さらに、誤嚥・窒息に対するリスク管理や“口から食べる”ための栄養管理など、患者の身体管理を中心とする看護実践のため、身体的側面に分類できた。

【患者の“口から食べる”を正確に評価し予後予測をする】、【嚥下障害の重症度に合わせた嚥下訓練を実践する】、【“口から食べる”の副次的効果を狙う】、【誤嚥・窒息の重大性を認識し予防策を講じる】、【誤嚥による呼吸状態の悪化、生命の危機から患者を救う】は、患者の病態と嚥下障害の重症度を正確に把握するため、先行研究より、明らかにあったエビデンスレベルの高い RSST、MWST などの嚥下機能評価指標を用いることや神経支配領域を含めてアセスメントできることが重要である。その結果から、予後予測のもと、患者がたどる“口から食べる”までの道のりを推測し、“口から食べる”を支援するための高度実践看護師が介入すべき臨床的問題の鑑別判断を行う。また、専門的知識と経験知を用いて、患者の嚥下機能に適した訓練や食形態の調整を行うこと、稲垣ら(2013)の研究による口腔ケアを行うことで誤嚥・窒息のリスクを最小限にする。常に食事や訓練には、誤嚥・窒息のリスクがあることを認識し、誤嚥した場合には、対処できる能力を持っている必要がある。特に、気道管理は、患者の“口から食べる”を困難にさせるため、回避するための努力を行う。しかし、大熊ら(2010)が回復期に移行した患者の 50%が気管カニューレ抜去・気管切開口閉鎖に至り、65%の患者がなんらかしらの経口摂取に移行できたという報告から、急性期に気道管理が施されたとしても、適切なケアやリハビリが提供されることで、患者の“口から食べる”を回復期につなぐことができると考える。さらに、誤嚥・窒息の原因について、患者の“口から食べる”を支援するチーム内でリフレクションし、繰り返さないための方略を検討できるためのコーディネーション能力が求められる。

【“口から食べる”に向けた栄養管理を実践する】、【栄養管理を成功に導くために排便コントロールを実践する】は、患者の病態、入院前の生活状況と神経障害がおよぼす消化機能への影響を推測し、臨床実践ガイドラインやスクリーニング、診断指針を用いて、患者に適切な栄養管理方法を検討する。高度実践看護師は、輸液製剤、栄養剤、内服薬の特徴を把握し、エビデンスレベルの高いガイドラインを用いて、患者の病態と症状からいくつもの推論を立て、主治医とコラボレーションしながら、患者にとって適切な栄養管理が選択されるよう調整する。まずは、“口から食べる”ことを前提に栄養管理を考え、経管栄養を併用する際は、胃管の太さや走行が嚥下機能に影響を与えること(大野ら, 2006; 西ら, 2006)を加味して、経管栄養をしながらも“口から食べる”を試みる必要がある。

以上から、高度実践看護師は、患者の嚥下障害の重症度を画像診断や卓越したフィジカルアセスメント、嚥下機能評価指標を用いて評価できる。また、患者の重症度と予後予測をもとに、患者に適したケアや訓練が提供されるよう調整し、誤嚥時に迅速な対応ができることが重要である。さらに、“口から食べる”を少しでも試せるように栄養管理と経管栄養についての知識を持ち、

主治医や多職種とコラボレーションできる能力が必要であると考えた。また、患者に提供した“口から食べる”のケアや訓練が、患者にとって効果的で安全で、質の高いケアであるか評価し、看護下の価値の向上に貢献すると考える。

【“口から食べる”のチームの中で役割を遂行する】、【“口から食べる以外のリハビリで”口から食べる“を支援する】、【病棟看護師との関わりから”口から食べる“を支援する】、【“口から食べる”のチームの環境を調整する】、【患者の“口から食べる”を未来につなぐ】の5つは、患者を取り巻く人、物、場所、時間に関して、患者が“口から食べる”を実現するための看護実践のため、環境的側面に分類した。

【病棟看護師との関わりから”口から食べる“を支援する】は、患者の”口から食べる“を日常生活から支援するのは病棟看護師である。そのため、高度実践看護師は、ロールモデル、教育、ケアの質のモニタリングから患者に適切な”口から食べる“のケアが提供されるよう促進する。病棟看護師が、患者の誤嚥に不安を感じずにケアが提供できる範囲を把握し、患者にケアや訓練が恐怖にならないよう配慮する。また、病棟看護師のレディネスに合わせた教育的関わりを行う。

【“口から食べる”のチームの中で役割を遂行する】、【“口から食べる以外のリハビリで”口から食べる“を支援する】、【“口から食べる”のチームの環境を調整する】は、患者の“口から食べる”を支援するには、チーム力が必要である。患者を中心としたチームは、主治医、ST、PT、OT、管理栄養士、病棟看護師を含み、太田ら(2017)の研究からも述べられているように、多職種による協働で取り組むことが重要である。

高度実践看護師は、まず他者の意見を聞く姿勢を持ち、自分の判断を過信せず、コミュニケーション能力とリーダーシップを発揮し、メンバーとの信頼関係を構築する。患者の“口から食べる”を支援するために、他のメンバーに話し合いへの参加を促し、貢献を補し、患者アウトカムが最適になるよう調整する。その際、どこで、誰が、いつ話し合うかを調整することで、課題の明確化と迅速な対応に繋がると考えた。

高度実践看護師は、知識と経験知から、患者の回復には、全身のリハビリを実施することが重要であることを知っている。そのため、誤嚥予防のための呼吸、咳漱の改善、座位を保つための体幹、四肢の筋力アップなどが実施されていることをチームメンバーと共有し、総合的に患者に必要なリハビリが提供されていることを把握する。また、リハビリを実施する環境を調整し、患者アウトカムが達成されるよう資源を最大限利用する必要があると考えた。

【患者の“口から食べる”を未来につなぐ】は、2つの意味を持つ。1つは、患者個人の“口から食べる”の未来をつなぐという意味である。実践してきた看護ケアや訓練が、転院先や在宅でも引き継がれるよう情報提供を行う。2つは、一患者の看護実践から得られた経験を、他の患者に還元できるよう、環境を整備することである。

以上から、高度実践看護師は、“口から食べる”を支援するチーム力を促進するために、リーダーシップとコミュニケーション能力を発揮して、情報共有やディスカッションがスムーズに行われるよう調整できる能力が必要である。臨床現場において、ロールモデルとして、看護の質の維持に貢献する必要がある。患者を個人として看ること、集団として看られることが重要である。個人に対する看護実践の経験を、今後の患者集団に生かしていけるような、自己の経験をリフレクションすること、研究レポートを読むことなどで、自己研鑽が重要であると考えた。

表 6 17 のカテゴリと3つの側面

側面	カテゴリ
精神的・倫理的側面	人にとって“口から食べられない”を倫理的側面からとらえる
	患者にとって“口から食べる”ことの価値について考える
	“口から食べられない”から一時的に解放する
	挑戦と現状維持のはざまで葛藤する
身体的側面	患者の“口から食べる”を正確に評価し予後予測をする
	嚥下障害の重症度に合わせた嚥下訓練を実践する
	“口から食べる”の副次的効果を狙う
	誤嚥・窒息の重大性を認識し予防策を講じる
	誤嚥による呼吸状態の悪化、生命の危機から患者を救う
	“口から食べる”に向けた栄養管理を実践する
	栄養管理を成功に導くために排便コントロールを実践する
環境的側面	“口から食べる”のチーム内で役割を遂行する
	“口から食べる”のチームの環境を調整する
	病棟看護師とのかかわりから“口から食べる”を支援する
	“口から食べる”以外のリハビリで“口から食べる”を支援する
	“口から食べる”を未来につなぐ
すべてに共通	患者の“口から食べる”を実現するために思考を止めない

II. ニューロサイエンス看護高度実践看護師の役割について

Neuroscience Nursing (AANN, 2013)のスタンダードな6項目と、アドバンスとしての11項目を参考に考察した。(文献検討p.13を参照)

脳血管障害は、突然発症し、意識障害や麻痺の進行など、患者の病態は時間単位で変化する。そのため、今まで何の障害もなく送れていた日常生活が、自分一人では送れなくなり、“口から食べる”ことが困難になる。さらに、意識障害や失語症などにより、自分の意思を表現することができず、“口から食べたい”と声にできない患者の尊厳や自尊心が傷ついている可能性がある。ニューロサイエンス看護高度実践看護師は、患者を身体的、社会的、精神的、スピリチュアル的に受け止め、理解しようと努めることが重要であると考えた。自分の意思がうまく表現できない患者から、患者にとって“口から食べる”ことがどのような意味を持っているのか、少しでも患者の意思を理解し、患者の意向に沿ったケアが提供できるよう高度なコミュニケーション能力が求められる。また、このコミュニケーション能力は、患者だけではなく家族との間でも発揮され、患者の代弁者である家族からも患者の意思や思いについて聴取すること、家族の患者に対する思いについて聴取し、多職種で情報共有することが、患者の意向に沿った治療やケアを提供するために重要であると考えた。

急性期の脳血管障害患者の約40～70%の患者に嚥下障害を認め、誤嚥性肺炎による患者のQOLの低下は、その後のリハビリや予後を悪くする(才藤ら, 1991; 前島ら, 2011; 前島ら, 2013)。そのため、早期より患者の状態を把握する必要があり、頭部MRI、CTによる画像診断と症状をリンクさせ、患者の脳の障害部位を見逃さず、症状変化の予期が重要である。特に、延髄、橋が病巣の場合は、嚥下中枢が障害されるため、重度の嚥下障害を合併する可能性が高い。また、前島ら(2013)の研究から、島皮質や大脳皮質、大脳基底核の嚥下への関与が指摘されていることを認識し、神経伝達経路から障害を受けた脳が支配する神経領域を把握し、出現する可能性がある症状を予測し、患者の全身状態を観察する。

ニューロサイエンス看護高度実践看護師が、“口から食べる”の看護を実践する際には、画像診断やフィジカルアセスメントから得られた患者情報で“口から食べる”に影響をおよぼす機能障害をアセスメントする。また、前述した高度実践看護師の役割と同様に、患者の有する嚥下障害の正確な把握には、嚥下機能評価に用いる評価指標の信頼性、妥当性を熟知し、豊富な経験知で評価の質を保証する能力が必要であると考えた。

さらに、ニューロサイエンス看護高度実践看護師は、嚥下機能評価の結果から、患者の嚥下障害の重症度と誤嚥・窒息のリスクを加味し、ケアや訓練内容の選択と誰が中心となって訓練を

実践するか判断し、ケアや訓練の質の担保を行う。ケア提供後には、リフレクションにより実践したケアが、患者にどのような影響をもたらしたのか、患者のニーズは満足されたのか、より良い看護を目指して、ディスカッションの機会をコーディネートできる能力が必要である。

脳血管障害患者の“口から食べる”を支援するには、嚥下に特化した訓練だけで支援することは難しく、離床や歩行訓練などで全身の筋力を使用し、体幹バランスを改善させ、作業療法による細かな四肢の動きをスムーズにすることが必要である。また、栄養管理を適切に行うことで、リハビリを効果的に進めていくことに繋がる。

ニューロサイエンス看護高度実践看護師は、多職種と連携し、安全にリハビリを進め、“口から食べる”を再獲得できるようコラボレーションすること重要であると考えた。

現在、“口から食べる”の看護実践において、患者に効果的なエビデンスを持つ訓練は少なく、検証が求められている。また、近年は神経可塑性が注目され始め、リハビリの分野とコラボレーションを行い、“口から食べられる”患者を増やすケアの開発、臨床実践による効果検証を行い、ケアの普及を進める役割があると考ええる。

また、ニューロサイエンス看護高度実践看護師は、患者の病態によってどうしても“口から食べる”をかなえられない場合があることを認識し、解決できない問題に向き合わなければならない時がある。そのような時には、患者や家族と根気よく話し合い、権利と価値を尊重し、患者家族の思いを受け止める機会を作ることが重要である。

III. 研究の限界

本研究は、筆者の高度実践看護師の役割実習で受け持った患者 3 名に対する看護実践について分析を行ったため、一般化に限界がある。

筆者が、高度実践看護師としての役割について、初学者であるため、1 つ 1 つの看護実践について高度実践看護師の視点で十分に分析できていない可能性がある。

今後は、本研究で得られた結果をもとに、筆者自身の経験知を増やし、直接的な看護実践だけではなく、6 つの役割それぞれで脳血管障害患者に対する“口から食べる”を支援するための看護について探求し、ニューロサイエンス看護の高度実践看護師のコンピテンシーを明らかにしていく必要がある。

第6章 結 論

本研究で、高度実践看護師としての役割実習で受け持った3名の患者の実習記録を用いて、“口から食べる”を支援するための看護実践を抽出し、カテゴリー化を行い、ニューロサイエンス看護高度実践看護師としての役割を考察した。

脳血管障害患者に対する“口から食べる”を支援するための看護実践を分析した結果、169の“口から食べる”の看護実践の内容が抽出され、17のカテゴリーに分類できた。

“口から食べる”を支援するための看護実践は、【患者の“口から食べる”を実現するために思考を止めない】を基盤に、【人にとって“口から食べる”を倫理側面からとらえる】、【患者にとって“口から食べる”事の価値について考える】、【“口から食べられない”から一時的に解放する】、【挑戦と現状維持のはざまで葛藤する】の4つ精神的・倫理的側面、【患者の“口から食べる”を正確に評価し予後予測をする】、【嚥下障害の重症度に合わせた嚥下訓練を実践する】、【“口から食べる”の副次的効果を狙う】、【誤嚥・窒息の重大性を認識し予防策を講じる】、【誤嚥による呼吸状態の悪化、生命の危機から患者を救う】、【“口から食べる”に向けた栄養管理を実践する】、【栄養管理を成功に導くために排便コントロールを実践する】の7つの身体的側面が明らかとなった。加えて、【“口から食べる”のチームの中で役割を遂行する】、【“口から食べる”以外のリハビリで口から食べる“を支援する】、【病棟看護師との関わりから”口から食べる“を支援する】、【“口から食べる”のチームの環境を調整する】、【患者の“口から食べる”を未来につなぐ】の5つを環境的側面に分類でき、3つの側面から“口から食べる”を支援するための看護実践が行われていた。(表7 参照)

以上から、ニューロサイエンス高度実践看護師の役割は、患者の“口から食べる”権利と価値について、身体的、社会的、精神的、スピリチュアル的側面で受け止め、“口から食べる”が障害された患者・家族の苦痛を理解しようと努めること、2. 意識障害や失語症を合併した患者の表現できない自分の意思を、高度なコミュニケーション能力を発揮し、患者の意向に沿ったケアに繋げること、3. 頭部MRI、CT等の画像診断と卓越したフィジカルアセスメントを駆使して、患者の病態を把握し、障害を受けた脳が支配する神経領域を神経伝達経路のイメージから、出現する可能性のある症状を予測すること、4. 豊富な嚥下機能の知識と経験知から、摂食嚥下障害の予後予測をし、患者にあった嚥下訓練とケアを提案すること、5. 嚥下障害患者のケアや

リハビリは、誤嚥・窒息のリスクを伴うため、誤嚥から肺炎を合併しないために予防的ケアを提供し、誤嚥時には、迅速な対応が取れること、6. “口から食べる”を支援するチームを形成し、多職種が協働して、患者の“口から食べる”を支援できるようリーダーシップをとり、ディスカッションの機会を作ること、7. より良いケアとケアの融合のため、リハビリ分野とのコラボレーションによるエビデンスの蓄積から、看護ケアの質の担保に貢献すること、8. 看護実践内容をリフレクションし、課題を明確化して、他の多くの患者に還元し、看護実践の視野を個から集団へ広げることであると考えた。

今後は、高度実践看護師としての臨床実践と研究を積み重ね、ニューロサイエンス看護高度実践看護師のコンピテンシーを明らかにしていく必要がある。