

寄稿

## 食べる幸せへの支援の重要性と展望

小山 珠美<sup>1</sup>

皆さんこんにちは。小山と申します。今日の講演の準備をしていただき、本当にありがとうございます。とても光栄に思います。

皆さんの中には、まだ看護を学び始めて間もない方もいらっしゃると思いますね。そんな若い方たちが、これからの時代をどのように担ってくださるのでしょうか。

私は、ただただ食べて元気になってほしいという思いで、患者さんを看護してきました。その間、要介護高齢者や摂食嚥下障害の方が増える等、社会が変化しており、それに伴って看護に求められる役割も変わってきたように感じます。この講演では、今まで私が経験してきたこと、課題に思っていることとともに、皆さんに継承していただきたいことをお伝えできればと思います。

### 看護師としての歩み

私の簡単なプロフィールです。出身は熊本です。看護師になって、最初は神奈川リハビリテーション病院に就職しました。当時は、東洋一のリハビリテーション病院と言われていました。私は看護学生の時に、その患者さんたちが元気になっていく様子を見学させていただき、「絶対ここで働きたい」と思い、熊本から神奈川に引っ越して就職しました。

そこで神経難病の患者さんのリハビリテーションを中心とした看護を8年間行った後、看護学校の教員や脳血管センターの勤務を経験して、再度神奈川リハビリテーション病院に戻りました。その頃、こちらの学長の鎌倉先生から「2005年に摂食・嚥下障害看護の認定看護師教育課程を開設するので、主任教員で来て欲しい」と誘っていただきました。非常に迷ったので

すが、27年勤務した神奈川県を離れて名古屋で、認定看護師教育課程の教員になることにしました。

教員をしたのは1年間でしたが、その時の教育経験を通して「急性期医療でリハビリテーションをしっかりとやって、早期に経口摂取を始めると必ず良い結果は出る」という思いを強くしました。すると、もう一度臨床看護をやりたいという気持ちが湧いてきて、自宅近くの東名厚木病院に就職しました。

東名厚木病院には9年間勤務して、患者さんへの直接的な看護実践以外にも、地域連携を推進させる仕事もしました。また、「食べるのが困難な人への支援がもっと必要ではないか」「もっと社会に向けて啓発的な活動をしよう」という思いもあって、NPO法人を立ち上げました。その後、自宅の引っ越しの都合もあって今の病院に移り、それから2年が経ちます。以上が私の歩みです。

### 食べることの支援に対するこだわり

日本は世界で一二を争う長寿国です。高齢になっても生きられるというのは、非常にありがたいことです。しかしその一方で、生かされることでつらい思いをしている人たちもたくさんいます。その人に看護は何ができるか？ということで、非常に難しい問題に突きあたっています。

高齢者は、ある意味で長生きさせられてしまうわけですが、せっかく長生きするのだったら、高齢者自身に満足できるものや幸せなことを、一つでも感じてもらいたいと思います。それは看護師になってから、ずっと思っています。そして、患者さんたちが、つらい中でもどんなときにホッとするかというと、やはりご飯を食べるときです。それは私にとっても同じです。仕事はかなり多忙だったのですが、食事介助をし

<sup>1</sup> JA 神奈川県厚生連伊勢原協同病院・NPO 法人口から食べる幸せを守る会

ているときは一番ホッとしました。心と心、身体と身体がつながった感覚がして、食事介助をすることがとても好きでした。

最初に勤務したのは神経難病の病棟でした。患者さんたちの病気は悪くなる一方で、亡くなる方もいらっしゃいました。その中でも、患者さんに食べる幸せを感じてもらおう仕事に誇りを持っていました。誠心誠意また精一杯に食べる援助をすることは、命をつなぐことだと考えていたからです。

今から思えば、援助としては不十分なことはたくさんあったと思います。それでも、重症筋無力症や筋萎縮性側索硬化症といった難病で、舌がほとんど動かない患者さんでも、食べ物を、口の中のどこにどのようのせれば飲み込めるかとか、どうすればむせないかとか、どうしたら病状が進行する中でできるだけ飲み続けられるか、ということを真剣に考えていたのです。今思うと、食べることの支援に最初からこだわってきたように思います。

生きている喜びを実感できるためには、口からおいしく食事ができることが大切です。食べることは人間の尊厳であって、人には口から食べる権利というものがあると考えています。すなわち、食べることを守るということは、命を守ると同時に、人としての権利を守ることだと考えています。

「食」という漢字は、「人」を「良」くすると書きます。人に良くしてもらおうとも読めます。実際の文字の成り立ちはそうでないかもしれませんが、私は「人生を良くする」というふうに取り取っています。食事の支援で困ったときや自分の無力さを感じたときには、いつも「食」という字を指で書いて、それを自分の頭、心、魂の中に入れ込むという作業をしています。

### 胃ろうに頼らず食べる力を取り戻す

年月が経つにつれ、医療現場にもいろいろな変化が起きています。今から 22 年前ですが、看護学校の教員を 8 年間経験した後、病院に戻りました。そのとき病院では、当時新しい栄養療法であった胃ろうを造設した患者さんが増えており、私はそのことに本当に驚きました。

胃ろうは、患者さんの健康回復に効果的で、経鼻のチューブよりも負担が少ないと言えます。しかし、食

べられないと安易に判断して胃ろうを造設し、その後は口から食べさせることをしない医療従事者が多いと感じました。胃ろうは食べられない場合の代替的な栄養法であり、あくまでも補うものなのですが、その代替であるはずのものが、主の栄養法になったことに疑問を持ちました。特に、高齢者が肺炎になってしまうと、急性期医療の場では絶飲食にして点滴を施します。点滴がその人に本当に必要な時間、必要な量、必要な内容だけ行われれば良いのですが、実際はそうでないこと多くあります。点滴によって水分補給ができると、口から食べるのが後回しになってしまい、かえって「誤嚥するリスクがあるので、食べるのは危険」という考え方がスタンダードになっていました。私は、そういった状況を見るにつけ、「食べられる可能性がある患者さんなのに、なぜ簡単に胃ろうや点滴にしてしまうのか」という思いが払拭できませんでした。

そこで、関わりが多かった脳卒中と肺炎の患者さんについて、早期に口から食事を食べるための方法を確立したいと考えました。それは、早期から経口摂取にすれば、患者さんたちは早く良くなるし、合併症も起こしにくく在院日数も短くなるという、自分なりの仮説があったからです。

今も、肺炎を発症した要介護高齢者は、絶飲食で安静臥床にされがちです。しかし、絶飲食と安静臥床は廃用症候群を引き起こし、生活全般の機能を低下させてしまうのです。私がりハビリテーション病院で受けた教育は、「寝たきりは悪、絶飲食は罪」でした。寝たきりにさせたら絶対駄目で、重症の脊髄損傷で呼吸機能が低下している患者さんでも、とにかく起きて移動させなければいけない。背面がずっとベッドについているような状態から一刻も早く解放して、食べる力を取り戻そうという考え方です。そのため、絶飲食と安静という治療や、その結果として胃ろうを造設しなければならなくなる状況に、私は非常に違和感を持ちましたし、ある意味では「戦ってきた」と言えます。

### 看護師によるアセスメントが重要

私が疑問を持つポイントは、「患者さんは本当に食べられないのか？」ということでした。それを十分に吟味する前に、食べられないと判断していないだろうか。ここは、看護師が、自分自身で考えていただきたい

い。医師の指示だからといって、そのまま従うということではいけません。

私が神奈川県リハビリテーション病院の神経内科病棟に勤務していたとき、食事の指示を医師から出されたことは、ほとんどありませんでした。看護師が入院してきた患者さんの全体の情報をアセスメントして、どんな食事を出すか判断していました。医師とはそこで話し合いをする関係性です。患者さんについて「こうだからこの食事にしよう」とか、「今は食べられないから、食事を一時やめてもいいですか」とか「食事の形態を変えましょう」ということを、すべて看護師が考えて行ってきたのです。ですから、医師が食事の指示を出して看護がそれに従うという状況には、非常に違和感があります。日常生活の援助は、看護師がきちんと判断してやるべきことだからです。

アセスメントのポイントをいくつか紹介します。皆さん、口を開けて天井を見て、つばを3回飲み込んでください。飲み込めないですね。つまり食べる時には、姿勢がとても重要で、顎が上がる姿勢は不適切です。次に、口の状態ですね。口は、呼吸、栄養、コミュニケーションの要です。口腔ケアをおろそかにする看護は質が悪いと言えます。口腔の汚染が、病原細菌の温床になって呼吸器感染症を引き起こすのです。私はいつも言っているのですが、急性期医療の場において、看護が口腔ケアや食事時の姿勢の改善に力を注いでいない状況があります。これは、非経口的に栄養が確保できることでもたらされる問題だと思います。看護師は、入院初期から食べることを想定していれば、きちんと口腔ケアを行うはずですが、その他にも体幹や手の抑制の問題があります。患者さんからすれば、抑制されていることでどれほど行動を制御され、認知機能を低下させられ、ストレスを高めさせられているかを考えてください。安全上やむを得ないのは分かるのですが、抑制を解除する看護が先に行われるべきです。最も良いのは、患者さんをチューブレスにすることです。点滴や経鼻チューブを抜くことで、ストレスは緩和すると思います。チューブを抜くためには、早期経口摂取が重要となります。

### 食べられる可能性がある人が食べていない

最近では、「嚥下造影や嚥下内視鏡をして、嚥下す

る力があることを確認できなければ、経口摂取はできない」というような意見を見聞きます。しかし、嚥下する力を評価するにしても、嚥下機能や認知機能が低下している方は、検査の際にご自分が持っている力を十分に発揮できないこともあります。私は嚥下造影も嚥下内視鏡も、自分で経験しましたが、とてもつらい検査でした。あの状態で嚥下する力を100%発揮することは困難でしょう。

それに、過度に安全を確保しようとするあまり、「もし肺炎になったらどうする、何かあったらどうする」ということも聞こえてきます。私も最初のころ、医師からよく言われました。「この人、肺炎になったら退院できないよ。あなたが家に連れて帰ってくれますか」と。他にも「もし肺炎で亡くなったら、あなたは死亡診断書を書けますか」ということも言われました。つまり、「命と食べることとどっちが大事なのか」と突きつけられたのです。「食べさせたら、肺炎になるに決まっている」という理屈ですね。しかし、やりもしないのに、どうして決めつけてしまうのでしょうか。起こってもいない悪い結果を懸念するばかりに、食べられる可能性がある人に食べさせていない状況があります。

私は、食べることは生きることだと思っているし、保障されるべき人間の権利だと考えています。命ある限り、食べることを諦めてはいけないと思っています。しかも、本人が「食べたい」と言っているなら、なおさら諦めさせてはいけません。本人が「食べたくない」、ご家族も「もう食べさせなくてもいいです」ということであれば、そこまで私もこだわりません。しかし、本人が「何か食べたい。食べさせて」と言うのなら努力すべきです。

### 自分を向上させて他職種と連携する

胃ろうのような代替栄養法を必要とする人が存在するのは、百も承知です。しかし先述したように、必ずしも必要とは言えない人にまで代替栄養が行われている可能性があります。その背景にはいくつかの要因がありますが、私たち看護師の食事介助技術が貧相であることもその一つと感じています。

つまり、看護師がきちんと食事支援を行えば患者さんは良くなっていくはずなのに、不適切な姿勢や介助

方法、または患者さんにミスマッチな食物形態が提供されているといった、不適切な看護によってその人の食事摂取や健康回復が阻害されてしまうことが起きているのです。ですから、看護師あるいは看護チームは、しっかりとした技術力を持ち、適切な食事支援ができる必要があります。また、それとともに、他の職種や食事に関わるいろいろな人たちに、食べることの重要性や適切な介助方法を認識するような働きかけも必要です。そのため、看護師には他職種と連携できるマネジメント能力を持つことが求められます。私は、そうした支援ができる看護師を、もっと増やしたいと思います。

どうすれば食べることができるか、皆さんもぜひ考えてください。摂食嚥下障害の要因には、年齢とか疾病とか、認知症や高次脳機能障害など、いろいろな心身の問題が複雑に絡み合っています。食べることは、簡単ではありません。しかし、私たち看護師が知識を持ってケア技術を高めたり、考え方をええたりしながら、多職種とも協力して向かっていけば、何とかできると思います。

他職種をええることはできなくても、自分がええれば相手の反応もえわっていきます。相手にえ化をえめるのではなく、自分がえ化しようというええ方です。専門職の中でも、まだまだ不適切な人的環境はありますので、そこをえ正するため、現場の人たちの教育も重要です。

## 口から食べることの支援に自分の人生を賭ける

私は、見通しのつかない絶飲食によって心身の活動を奪われたことで、生きる希望を失い、幸せが遠のいてしまった患者さんを、何人も見てきました。そのたびに力不足を感じました。しかし、元気になる人も見てきました。私が、食べることを支援する看護に自分の人生を賭けるきっかけをつくってくださった方は、NHKのテレビ番組「プロフェッショナル仕事の流儀」でも紹介された人です。私が47歳のときでした。Aさんという32歳の方ですが、この方が、リハビリ目的で転院してきました。彼女は妊娠8カ月の時に、脳動静脈奇形が破裂してくも膜下出血をえ症したのです。お腹の赤ちゃんは帝王切開でえまれました。これは、お父さまが「娘はこうだったんです」と

ええて下さるために、私に提供してくださった写真です。この写真を見て、皆さんは何を感じますか。彼女は人工呼吸器をつけて意識はもうろうとしているのですが、左手で自分の子どもを「よしよし」としているんですね。

脳外科の急性期病院でも、食べるリハビリテーションが行われたみたいですが、肺炎になってしまい、「もう経口摂取は困難だから胃ろうを造設しましょう」とえわれたそうです。しかし、彼女のお父さんは「これ以上、娘を傷付けたくない」というえいで転院先を探し、私がいた病院にいらっしやいました。転院時は、点滴と経鼻の経管栄養チューブが入っていました。

転院の時、お父さんがAさんに付き添っていらっしやいました。お母さんは、自宅でえまれたばかりのお子さんをお世話しているので、病院に来ることができませんでした。Aさんのご主人は仕事です。お父さんは、入院した当日、私に「どうか、娘を母親にしてほしい。えべられなければ、母親になれないんです。えべられるようにしてもらえれば、娘は必ず母親になれるはずです」とポロポロ涙をこぼされました。私は、何としてでもAさんにえべてもらいたいと思いました。

Aさんは、第四脳室から出血して延髄（嚥下機能をつかさどる複数の神経が集まっている場所）が圧迫されたため、嚥下障害はかなり重症でした。そこで、私たち看護チームが一番初めに立てた看護計画は、経口摂取ではなく、外泊でした。まず子どもにえわせてあげたいということです。だから、直接訓練をしつつも、代替栄養の方法を確立して、とにかく3週間目には自宅に外泊できるように計画を立てました。

外泊したときのご夫婦、親子3人の写真です。このとき、彼女はまだ食べるできません。でも、彼女がミルクをあげているこの姿どうですか？うれしそうですね？食べることもうれしいけど、子どもにこうしてミルクを飲ませてあげられる母親の幸せです。実は、えべさせてあげることでも幸せを感じるのです。こんなに心がえしくなるのは、食事場面ならではです。私も食事介助をしていると、緊張もしますが心がえやかになり、幸せな気分になります。そして、「患者さんに元気になるしてほしい！」というさらなる自分のやるべき躍動感が湧いてくるのです。看護には大切にしなければいけないことがいろいろあります

が、その一つに、患者さん自身が回復への意思を持てる支援があります。

外泊してお子さんにミルクをあげることで、Aさんの心の中に、わが子の世話をしたいという気持ちが湧いて、それが自分の身体を回復させたいという強い意志につながったのではないかと思います。ここから彼女の食べるリハビリにより、1カ月半後には食べられるようになり、最終的には2カ月半で退院できました。

その後も、彼女はリハビリを続けお付き合いをさせていただきました。神奈川の看護大学で授業があったので、Aさんのご家族に「ぜひ、経験を看護学生に伝えてほしい」とお願いをしたら、お父さんもご本人も「いいですよ」と言って、ゲストスピーカーとして来ていただきました。学生の皆さんは、前のめりになって聞いていました。最後に、お父さんは「学生の皆さん、急性期医療の時から食べることを支援できるように勉強してください。患者や家族が希望を持てるように励ましてください」と言ってくださいました。そして私には、「小山さん、ぜひそういった教育をたくさんやってください」と言われました。この言葉は私の中で、ものすごく大きな課題になりました。

### 食べることは患者さんのささやかな「夢」

患者さんが食べたいものは、ささやかなものです。この方は、重症の脳幹部梗塞の方でした。人工呼吸器から離脱して、これから経口摂取を進めたいというときですが、気管カニューレから痰が吹き出てくるのです。それでも「食べたい」ということをジェスチャーで示されました。

私は、最初に患者さんに「今、食べたいものは何ですか」と聞きます。この人にも同じことを聞きました。彼女はペンで、「パンとコーヒーを食べるのが夢」と書きました。1カ月以上も重篤な状態が続いて、厳しい治療を受けてきたわけですから、パンとコーヒーが夢なんですね。

私たちは、食べたいものは何ですかと尋ねられて、パンとコーヒーとは思わないでしょう。もっとおいしいもの、お寿司とかピザとかなりますよね。でも患者さんたちの多くは、「うどんが食べたい」「ご飯が食べたい」「水が飲みたい」とごく普通の食事をおっしゃいます。私たちは、このささやかな夢をかなえなけれ

ばいけないと思います。

その時は研修にきていた言語聴覚士と歯科医師が一緒にいたのですが、歯科医師がどうしたかというところ、売店に走って行ってコーヒーを2本買ってきてくれました。「どっちが好きか選んでもらおうと思って」と彼は言ったのです。私は「すごいね」と言ったあとに「パンは？」と聞きました。「彼女はパンとコーヒーと言ったよね。何でパンを買ってこないの」と言いました。コーヒーを買ってきた彼は「あ、そうでした」。でもまさか、痰を吹き出している人がパンを食べるとは考えにくいですよ。コーヒーであれば、とろみを付けて何とかという発想はするとは思いますが…。そこで私は、「じゃあ、パンを買ってくるね」と言って、もう一度売店に行って、メロンパンがあったので買ってきました。

そして、「メロンパンよ」と本人に持ってもらい、それをちぎって匂いを嗅いでもらいました。「ああ、いい香りね!」。次にそれをガーゼに包んで、少しだけ水にくぐらせたあと絞って、「これをかんで」と。メロンパンをかんでもらいました。メロンパンのエキスが口の中に広がったんですね。かんで唾液も出てきたので、それで、またカニューレから唾液が吹き出てきました。私はそれをそっと吸引してあげました。こうして、彼女はコーヒーとパンを味わえたのです。この後、彼女は嬉しそうに涙をこぼし、唇を動かして「ありがとう」と言ってくれました。その後、元気になって、本当に食べられるようになって、自宅退院できたのです。退院後に1回だけ肺炎になって入院したことがあったそうですが、その後も自分で食べ続けていらっやいます。

### 実践を形に残し他者に伝える

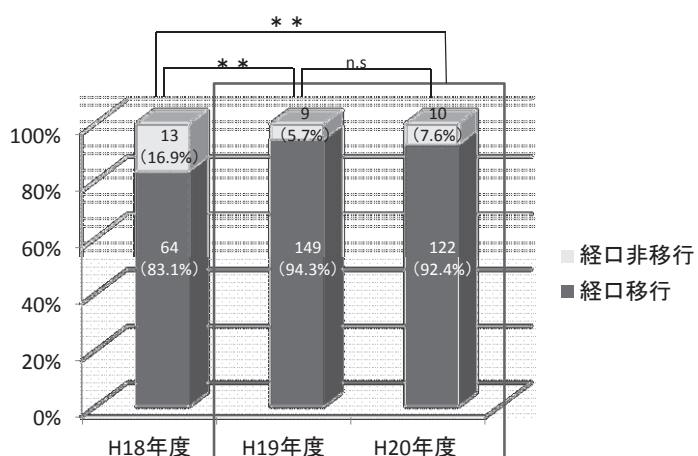
私が、食べることの支援に人生を賭けると決意して十数年たちます。この間、徐々にですが、どのように支援すると良いかがわかってきました。ただ、どんなに良い看護ケアをしても、その場でやりっぱなしでは消えてしまいます。素晴らしい看護ケアは、普遍化して他者に伝承することが必要です。口から食べることの看護ケアを普遍化して他の看護師に伝承することは、その看護師が関わる患者さんやご家族の生きる喜びや幸せへとつながります。だから、看護ケアのエビ

デンスを作るといふことも、同時にやらなければいけないわけです。私は、研究は得意ではなかったのですが、脳卒中と肺炎の早期経口摂取開始の有効性について実証することにチャレンジしました。

2012年に発表したものが、『脳卒中急性期から始める早期経口摂取獲得を目指した摂食・嚥下リハビリテーションプログラムの効果』（小山ら、2012）です。当時、脳卒中の方が多く入院している病院にいましたが、摂食嚥下障害に対する看護ケアおよびリハビリテーションのスタンダードは、ジャパン・コマー・スケール（意識レベル）がI桁になるまでは間接訓練のみとして、早期に食べ物を用いた直接訓練を行うことは控えられていたのです。でも、意識レベルの回復を待っていたら、廃用性症候群によって嚥下機能が低下しますし、患者さんは食べられない状態を長期間強いられるのです。また、「食べないから肺炎にならないか」と言うともうそうでもなく、食べなくても肺炎が悪化する方もいたのです。だから私は、摂食嚥下障害に対する看護ケアとリハビリテーションのスタンダードを変えなければならぬと考えました。そのためには、医師の考え方を換えなければいけないし、さらには、早く経口摂取を開始する効果を裏付けるエビデンスを示さなければならぬと思ったのです。

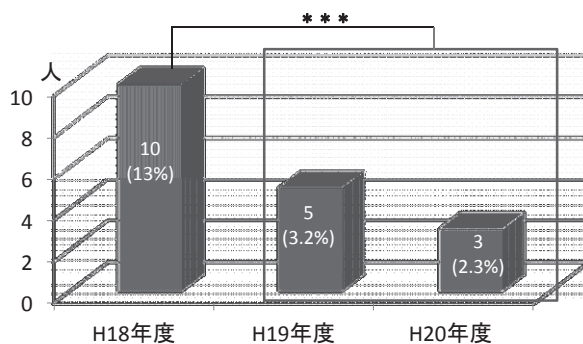
早期経口摂取獲得を目指したりハビリテーションというのは、意識レベルの回復を待つのではなくて、口をきれいにして身体を起こし、覚醒が十分ではないにしても、食べ物が入ったスプーンを舌のやや奥にきちんと入れて嚥下運動を起こさせて、認知機能を高めて覚醒を良くするという方法です。これは、入院して2日とか3日目までには始められます。早期に経口摂取のリハビリテーションを開始する効果として、退院時に経口摂取をしている人の割合が高くなり（図1）、以前は、肺炎の発症率が13%でしたが、それが3%前後に低下し（図2）、在院日数を短縮できる（図3）と示すことができました。

この効果を明らかにした論文は、『脳卒中治療ガイドライン2015』（日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会、2015）の中で、「脳卒中では、急性期に嚥下障害を70%程度の例で認めるとされ、早期から他職種が連携して、適切な評価に基づく包括的な介入をすることで、肺炎の発症が有意に減少し、経口摂取の拡大が得られる。レベル1、大いに推奨する」というこ



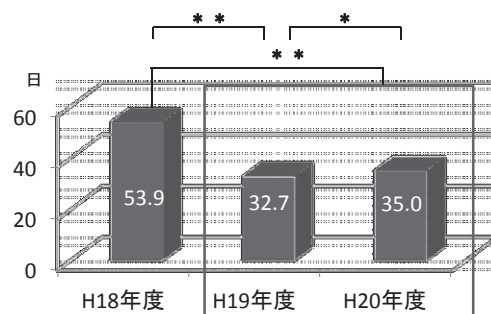
$\chi^2$  検定  
\*\*  $p < 0.001$

図1. 退院時に経口摂取に移行した人の割合



Kruskal Wallis検定  
\*\*\*  $p < 0.001$   
n=367

図2. 肺炎発症者数 (n=367)



Mann-WhitneyのU検定  
\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$   
n=367

図3. 平均在院日数

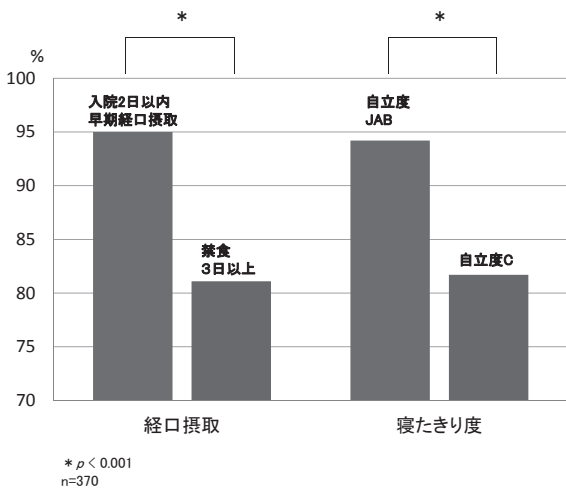


図4. 肺炎患者の退院時の経口摂取率 (JAGS, 2015)

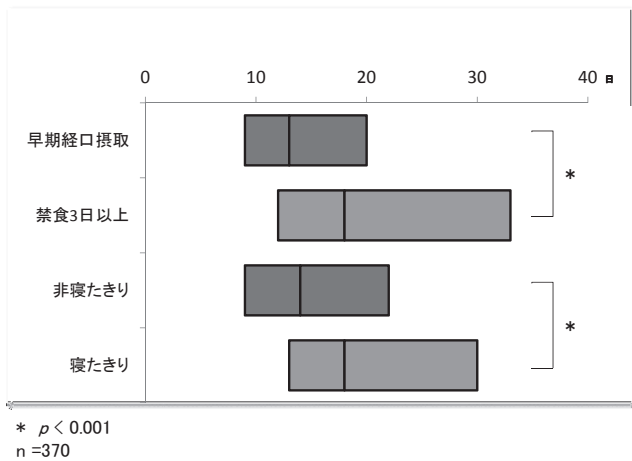


図5. 肺炎患者の在院日数の差 (JAGS, 2015)

とを裏付ける文献として、掲載されました。

食べさせるから誤嚥性肺炎を発症または悪化するのではなく、寝かせきりにして食べさせないことの方が問題です。食べさせないと、痰の咯出もできません。呼吸状態も改善しません。この論文を作った時は、本当に吐くほど統計処理をして、文章を書き直しましたが、本当にやってよかったと思いました。

### 誤嚥性肺炎への対処の考え方

私は、誤嚥性肺炎への対処としては、看護師が食事介助技術を向上させることと、患者さんに多職種で包括的に関わるのが重要だと思っています。

誤嚥性肺炎の病態は、全身の状態が影響しています。脳卒中は単発であれば脳の問題だけですが、高齢者の肺炎は全身疾患だと思って診なければいけませ

ん。多くは要介護高齢者で、認知機能を含め心身の機能が低下しています。単に食べ物を誤嚥しているという考え方ではなく、汚染された口腔内での大量の細菌を含んだ唾液を誤嚥していないか、不良姿勢で胃から食道に胃液などの逆流がおきていないか。痰を咯出するための咳嗽もできないほど体力が低下していないかなど多面的・総合的なアセスメントが必要です。

サルコペニア肺炎と言われる病態があります。虚弱な要介護高齢者が低栄養状態になると筋肉量が減少して、全身の筋力低下および身体機能の低下が起こることをサルコペニアと言い、そのことが原因で食べる・飲み込む力が衰えて肺炎になるという病態です。以前は、誤嚥性肺炎は脳卒中の後遺症が問題だと考えられていましたが、今はサルコペニアの問題が注目されています。

誤嚥性肺炎にはいろいろな背景要因がありますが、中でも重要なのが援助する側の人的要因です。入院して口腔ケアが十分に行われなかったり、患者さんにとって不適切な形態の食事が提供されたり、不良姿勢で食事の介助をしている状況があります。こうしたことが、心身の消耗した患者さんの状態をさらに悪化させてしまいます。

私たちは、早期に経口摂取のリハビリテーションを開始することによって、経口移行率は向上するし、さらに在院日数は短縮するというエビデンスを作ることができました (図4、5)。このことは、どのような看護をするかを判断する上で大事ですけど、医師たちの意識の変化にも大きく影響すると思っています。

私が、医師に「こういった研究をしたのですよ」と見せると、「すごいね」と言ってくださいます。私たちがやっている食事介助は大事なことだととらえてもらえます。ある医師は、「この食事介助技術は、抗菌薬以上の治療効果があるね」と言ってくれました。つまり、早期に経口摂取を開始して、適切な食事介助することによって、患者さんの健康回復が促進されると、医師も実感しているのです。医師が抗菌薬を処方したり、酸素を投与したりすることも必要ですが、それと同時に看護師が早期に口から食べることを進めていくことで、健康回復が促進されるのです。

肺炎の患者に、多職種で包括的な支援をするのもしないのではどう違うかということも、一緒にやってきた医師たちと研究をしました (Koyama T, et al.

2016)。結果だけお示ししますと、多職種で包括的に支援をした場合（MDCC 群）、在院日数が短縮し、経口摂取率が向上するということが明らかになりました（図 6 参照）。

また、口から食べるためには、呼吸ケアも口腔ケアも必須です。認知機能を高めるとか、車いすへの移乗を進めるといったことも含めた包括的ケアが必要になります。そうすると、患者さんの健康の回復が早くなっていくということ、手応えとして感じています。

### リスクのとらえ方

リスク管理についてです。リスクは、どこにも存在します。食べるリスク・食べないリスク。私は、リスク管理で特に重要なことは、誤嚥性肺炎を懸念して食べさせないのではなく、より安全性を高め、患者さんの食べる力をレベルアップするリスク管理が重要だと思っています。

その方法は、食物形態を調整し、姿勢を整え、適切な食事介助を行いその人の嗜好にあわせることで食欲を向上させる。それによって、できるだけ誤嚥性肺炎を起こさないようにして、その人が満足する食事で、早く元の生活に戻れるようにすることが、食べることのリスク管理として重要です。そのためには、食事介助の技術を精鋭化しなければなりません。

技術力を高めていけば、無理だと思われた方でも食べられるようになっていくし、誤嚥性肺炎が早く回復する。当院も、私が就職する 2 年前は、肺炎の在院日数は平均 29.5 日だったのですが、昨年度は 19.6 日に

なりました。約 10 日間短縮できたのです。ほとんどの医師は、早期に経口摂取を開始することの成果を感じています。

当院で働く常勤の看護師さんに、食事の援助の研修をしました。その研修でほとんどの看護師が、「小山さんが来る前は、食べさせたら肺炎が悪化するのではないかと思っていた。でも、実際に早期経口摂取を行うと、肺炎は悪化しないし、患者さんたちが早く元気になっていく」と言ってくれました。

援助技術を向上させることは、効果的なリスクマネジメントになると感じています。技術を向上させれば、ハイリスクであったものが、ミドルリスクにもロウリスクになるということです。でも、技術向上に挑まなければ、リスクは低減せず、いつまでもハイリスクの患者さんになります。

### 看護によって食べられる可能性を広げる

この写真を見てください。こういう口の方に口腔ケアをすると、ここまできれいになります。この方も 3 日間できれいになりました。この方は偽性球麻痺で、脳の左右両方に梗塞があって、2 カ月間にわたってチューブ栄養でした。舌はほとんど動かず声も出ませんでした。それでもケアをすると、口はきれいになります。そして 3 日後には舌が動くようになったのです。患者さんはしゃべれないのではなく、看護師がしゃべれない環境を作っていただけです。ただ口腔ケアをすればよいのではなく、口腔ケアは美味しく食べるための必要条件であって、十分条件ではありません。

この方は 50 歳代の脳出血で、3 年間にわたって胃ろう栄養のみで、療養型病院の主治医からは「99%経口摂取は無理。しゃべることも無理」と言われたそうです。でも、80 歳代のお母さんが息子さんの回復可能性を信じて、3 週間という期限限定付きで入院された方です。この方は、乳酸菌飲料をストローで飲んで、バナナを丸かじりできるようになり、ペースト食を食べられるようになったんです。ところが、元の療養型病院に戻ったら、2 週間でまた胃ろう栄養のみになりました。なぜでしょう。それは、胃ろうが楽で、胃ろうに依存している看護師さんがいるからです。最初は 1 日 1 回食事介助をやってくれたそうですが、徐々に介助をしなくなって、2 週間でゼロになったそ

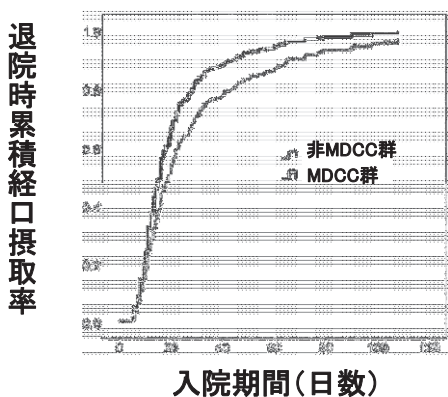


図 6. 多職種による包括的支援の有無と経口摂取率および入院期間との関連 (JGN, 2016)



うです。お母さんが「経口摂取をやってほしい」と懇願したら、「では、お母さんが来たときにやってください」と言われたそうです。これは、胃ろう栄養に依存する弊害そのものです。

この他にも、誤嚥性肺炎で福祉施設から入院となった方がいらっしゃいました。その方は、急性期病院で終末期と判断されたそうです。転院されてきたときの体重は 30 キロしかなく、BMI（体格指数）は約 14 でした。でも、摂食嚥下チームでリハビリを強化したところ、全介助でしたが 3 週間で、3 食とも食べられるようになって退院できたのです。施設に戻って 1 年 2 カ月後には体重が 12 キロ増えました。お正月にお酒を飲めるようになったのです。「終末期で食べる力はない、嚥下内視鏡で誤嚥を確認した。食べさせたら危険」と言われていた方です。患者さんと家族とチームの力です。

すべてこういう方ばかりではありません。当然、亡くなっていく方も、経口摂取ができない方もいらっしゃいます。しかし、食べるための看護をすることによって、食べる喜びや、自分で食べる可能性が広がる人が多く存在しています。私が「諦めないで、やるべきことをやりましょう」と言うのは、そういうことです。

### 私が考える食事介助技術の真髄

どうすれば食べるのが難しくなった要介護高齢者を救えるか。ナイチンゲールは看護覚え書の中で、「自然治癒力をより促進する看護をしなさい」と述べています。私は、この「自然治癒力の促進」を、自分の看護観の大事な柱としています。

自然治癒力を促進するため、病気の発症からなるべく短い時間の中で、健康回復を促す看護を目指してきました。10 日間ずっとゼリー食を食べるのではなく、はじめの 3 日間はゼリー食、次の 2 日間はペースト食、その後は咀嚼食というように、1 週間で形のあるものを食べられる方が良いに決まっています。だから、そのために食事介助を精鋭化することが重要になります。私は、食事介助の考え方として、患者さんの気持ち、つまり、患者さんの食欲、目、手、食べる器官になれば、自分に言い聞かせています。自分が患者さんの唇とか舌とか咽喉（のど）になったように想像して介助するのです。その上で、患者さんが自分で食

べるために不足している働きを補うのです。その人の口や手になって、どの方向からどの角度で、どういう体勢でスプーンを舌にのせれば食べやすいのか。その人からみて食事がどの方向にあれば、きちんと認識できるのか。舌をどう刺激すると唇を閉じられるのか。食べ物を口の中のどこにおけば、飲み込めや咀嚼がスムーズにできるのか。片麻痺のために利き手交換をした場合、その人は左手で食べるのに、左側から右手で介助して良いはずがないです。こういうことが、「その人の、目になり、手になり、食べる器官になる」ということで、私が自分に言い聞かせてきた、食事介助の真髄です。私は、これからもこういう看護をしたいし、技術をさらに先鋭化して進化しつづけたと考えています。

### 諦めないで心に決める

「その人の、目、手、食べる器官になる」には、細心の観察と注意、技術と洞察力と感受性が必要になります。観察力がなければ、その人が何を欲しているのは分からないでしょう。しっかり注意深く観察して、想像力を働かせないと大きな落とし穴にはまれます。それに、患者さんの希望を奪ってしまうかもしれないし、悲しい思いをさせるかもしれません。看護師が技術を進化させて、上手に介助できる精度を高めれば、患者さんと口から食べられる幸せを共有できるのです。

そのためには、「もし、この人が私の母だったら、子どもだったら」と思う気持ちを大事にしてください。これは誰でも思うことです。忙しいときには目の前の業務に追われて、本当に申し訳ないと思って、患者さんのもとを去ることも当然ありますが、それでも気持ちにとどめておかないと、いい加減になってしまうと思っています。

私も「もう無理だ」と思ったこともあります。救急で来られた患者さんで、かなり重症な方でした。呼吸不全で、飲み込みも厳しい方でした。人工呼吸器を装着していたのですが、離脱後も状態が改善しなかったため、私が「もう食べるのは無理だと思う」と言ったことがあるのです。そうすると、その時の救急医から「小山さん、あなたがここで諦めたら誰がやるの」と言われました。また別の脳外科の患者さんですが、食事食べていたのですが、肺炎になりかかって発熱し

たので、私がすごく落ち込んだのです。そして、主治医に「熱が出ちゃった…」と言ったら、その医師は「またやり直せばいいでしょう」と言ってくれました。これまで、医師といろいろ対峙してきましたが、一方で本当に助けられましたし、背中を押してもらいました。

何人もの医師から、「諦めるなよ」と言われたことは、前へ進む駆動力になりました。当初は、孤軍奮闘といった感じでしたが、だんだん味方は増えて、今は私以上に頑張っている人もいます。私も、「諦めない」と心を決めるまで時間がかかりましたけれど、決めてしまえば何も怖いものはないという気がします。

## 食事介助のスキルアップ

食事介助で大切なのは、食事に集中できて食欲が増すような環境調整です。まずは、ご本人の姿勢と視線を注意深く見ます。テーブルと患者さんの身体が離れていて、背中が前傾して食べている方がいますが、これは疲労感を与えます。テーブルと身体を近づける、もしくは肘がつくテーブルを提供して肘をのせることで、患者さんの身体を支える面積が広くなり、姿勢が安定して疲れにくくなり、食べこぼしも少なくなります。普段、寝ているときの姿勢も上肢を腋窩中央線まで上げ、伸展位にしないことが大事です。

介助の方法としては、きちんと患者さんに斜め下を向いてもらい、食べ物をすくうところから見てもらいます。介助の際、スプーンが顔の上から来ると顎が上がってしましますが、斜め下から来ると顎は下がります。また、患者さんの右から介助する場合は右手、左から介助する場合は左手で介助します。患者さんが食べる手の側から介助をするというのが原則です。ぜひ、左右のどちらでも介助できるように練習してください。

患者さんが自分でスプーンを持ち、その動きを介助する場合、どのように本人の手を包み込んであげれば良いか。手首の関節をつかむとか、スプーンを把持する親指を強く押さえると、スプーンが跳ね上がってしまいます。そうすると、お皿から食べ物をすくう操作も、食べ物を口に入れるという操作も難しくなります。本人の手になるように。つまりは、本人があたかも自分の手の力でスプーンを持って操作していると感じられるように、患者さんの手を介助者の手で包み込

んで添えることが必要です。

この他にも、非常に重度な障害を持った方の食事介助に用いる、特殊なスキルもあります。重症のくも膜下出血の女性の方で、気管切開をして、胃ろうを造設している方でした。この方の息子さんが「お母さんに少しでも食べさせてあげたい」とおっしゃいましたので、偽性球麻痺でとても難しかったのですが、食べることに挑戦することになりました。私はこの方の援助を通して、2本スプーン法という介助方法を考案しました。この方は、スプーンを舌根部においても、舌による送り込みの動きが不十分なためにゼリーが手前に戻ってきてしまい、嚥下反射が起こらないのです。そこで、1本のスプーンでゼリーを舌の奥に入れて、もう1本のスプーンでゼリーを舌根部から咽頭へ落下させる「咽頭嚥下」という方法を見出しました。ゼリーを咽頭へ落としてあげると、重力によって咽頭部の後壁を通り、それによって嚥下反射が起こり、食道へ入ることができるのです。こういった介助を繰り返すことで、1カ月後には一日1食を食べられるようになりました。

## KT バランスチャートの開発

患者さんの食べる機能は、多職種で構成されたチームによって、多面的かつ包括的に評価することが大事です。そこで、食事摂取に関連する要素を13項目に整理して、KT（口から食べる）バランスチャート（小山, 2015）を開発しました。使い方は、各項目を1点から5点で評価をします。どの職種の人でも使えますし、観察によって評価できるので身体侵襲がありません。このチャートを使って、チームのメンバー全員が患者さんの食べる機能の全体像をとらえ、その上で各職種が専門的な2次アセスメントを行います。

KT バランスチャートによる評価結果は、レーダーチャートで視覚的に見ることができ信頼性・妥当性が検証されています（JAGS, 2016）。例えば、「摂食状況レベルが4点で、食物形態はペースト食の3点。1日3食提供されている。ただ、活動領域は低く1点、自力で食べることはできないため1点。栄養状態は不良で2点」といったように、患者さんの食事に関して、全体像が一目で捉えられます。そしてそこから、「この部分を高める関わりを実施してください」と

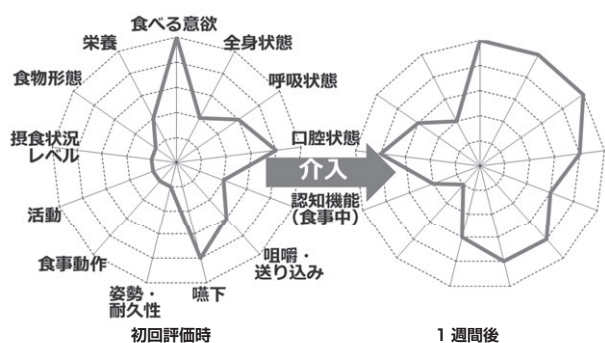


図7. 肺炎患者のKT（口から食べる）バランスチャートの例

いったように、必要な対策を考えることができます。これは、患者さんの食べる機能および課題の見える化です。(図7. 参照)

### 『できないと思わない。できると信じる。』

皆さんの中に、テレビ（NHK プロフェッショナル仕事の流儀）を見てくださった人もいます。あの番組に出演してほしいというお話があったとき、ビックリして「私は食事介助しかできない人間ですよ」という話をしました。その時にディレクターから言われたことは、「小山さんは多くの方が当たり前と思っていたことに疑問を持って改革を志した人です。これは誰もができることではありません」「食事介助はとても大事なことであって、食事介助によってたくさんの方々が食べられるようになったという実績を小山さんはもっていらっしゃいます。ですから小山さんの番組をつくらなければ、世の中の損失になると思っています」と言ってくださったのです。

番組の中で、『できないと思わない。できると信じる。』という言葉が、黒ポン（黒い画面に白い文字）で出ました。放送後、私はディレクターに「何故この言葉にしたのですか」と聞きました。そうしたらディレクターは、「小山さんは僕たちにいつも言っていました。『できないではなく、どうすればできるか考えて、そこに向かっていくことが大事だ』と。私は、ロケ中もたくさんの方々の困難にぶち当たりました。そのたびに、「ここでひるんじゃ駄目。できないと思ったら、それで終わり」ということを、よく言っていたみたいです。それで、この『できないと思わない。できると信じる。』にしたと言われ、妙に納得させられました。

### 熊本地震における活動：看護のアセスメント

熊本地震から1年たちました。私は地震の4日後に熊本に入りました。益城町という、一番被災が大きかったところ。私が出た高校はこの町のすぐ近くで、看護学校は熊本城の二の丸公園の近くでした。ですから、本当にいてもたってもいられなかったのです。4月初めに高校に行きましたが、体育館は使えず、入学式は別のところでやっていました。校舎も復旧していないため、授業は一部プレハブで行われており心が痛みました。

避難所における支援活動を紹介します。熊本に私たちの仲間の医師や看護師がいて、発震2日目から活動していました。この人たちも被災していたのですが、以前に東日本大震災の教訓から、早期に食べることの支援をすれば二次的な災害関連死を予防できると話し合っており、そういった関連死を出してはいけないという使命感を持っていました。その後、職種も住んでいる地域もいろいろなメンバーが集まって、ある福祉施設を拠点にして、多職種チームを作りました。そして、避難所での聞き取り調査をしつつ、必要な方にはケアを提供しました。

例えば、床に寝ていらっしゃる方を見たときに、「この人はどういう人だろう」とパッと考えるのです。私が行った時点では、既に他の医療支援チームが一通り状況を見終わっており、現在いる方はこの避難所において大丈夫な人と判断されていました。しかし、一人一人に「どんな状況ですか」声を掛けて聞き取りをしないと、本当に大丈夫かどうかわかりません。

聞き取りをする際には、このKT（口から食べる）バランスチャートを使いました。「食欲はありますか。熱はありませんか。痰は多くないですか。口はきれいですか。義歯はありますか。起きてご飯食べていますか。飲み込むときに水分を取れますか。むせはないですか。体を起こしてトイレに行っていますか。今、何を食べていますか。昨日の夜・今朝、どれくらい、何を食べましたか」。そういったことを、きちんと系統立てて聞くのです。「ご飯食べていますか。お通じ出ていますか」と尋ねるだけでは駄目です。「何をどれくらい、いつ食べましたか」「トイレには行っていますか。おしっこ何回出ましたか」ということを具体的に聞くのです。そうすると、「もともと脳卒中の後遺

症があって、水分でむせるんです」とか、「ご飯が硬くて食べられません。昨日の夜はおにぎりを半分、今朝はお水をペットボトル半分しか飲んでいません」ということがわかってきます。これはもう支援が必要な状況です。次に「ちょっと申し訳ないですが、身体を起こして口の中を見せていただけませんか」と言って見せてもらおうと、やはり口腔内の汚染は顕著でした。それと、家が崩壊してしまい義歯を持ってこられないということもわかりました。このKT バランスチャートの13項目で、「ご飯が硬くて食べられない。水分でむせる。義歯がない。歯みがきは5日間一度もしていない。昼で寝ている。寝返り・起き上がりはできない。食事介助が必要。でもストローは使える」と、いったことが見えてきました。私は、東日本大震災の時も支援活動に関わりましたので、避難所の方々がこの後どうなっていくのか想像できました。先ほどの方も含めて、食欲低下、口腔衛生不良、不良姿勢、低活動、栄養不良な方がいましたので、福祉避難所に移さなければいけないレベルの人をトリアージする必要性がありました。

次に想定しなければいけないことは、低栄養・脱水・活動性の低下による二次的災害関連疾病の『肺炎』です。肺炎予防のためには、身体を起こして、口をきれいにして、栄養価の高い食品を食べることが必要です。先ほどの方は自分で座位保持ができないので、寝る場所を壁側に移して、布団をたたんで背もたれにするという姿勢調整をしました。そして、「このゼリーは400キロカロリーあるので、とにかくこれを食べましょう」と食べていただいたところ、「おいしかった」と言ってくださったのです。それで、ご家族に、「今日の夜、この姿勢で、こうして食べさせていただいていいですか。明日もう1回来ますから」とゼリーをもう一つ渡しました。そして、保健師さんに、このKT バランスチャートを見せて引継ぎました。

また、JRAT（大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会）と連絡を取り合って、段ボールベッドを入れてもらいました。その避難所では、足の踏み場もないくらいにたくさんの方がいたので、「段ボールベッドを置くスペースがない」と保健師さんから言われましたが、「この人は、今こういったケアをやっておかないと、この後大変なことになるかもしれない」とKT バランスチャートを見せて説明をし

たら納得してくれました。

この方は、別の医療チームから「この避難所においても大丈夫」と判断されていましたが、食べることを主眼にした看護の視点で見ると、明らかに大丈夫ではありませんでした。なんとか3日後に福祉避難所に移ることができました。

## 熊本地震における活動：できないと思わない。できることを行う

避難所の問題に、食事の形態があります。配給された、おにぎり4個、みそ汁のカップ、お湯。私はこれを見たときに、これを要介護高齢者が食べられるか？と思ったのです。それで、同行している医師に、「自衛隊に掛け合っておかゆを炊いてくださいとお願いしてきてください」と言って交渉してもらいました。「看護師が言うよりも医師が言ったほうが、自衛隊も受け入れると思うから」と言って。その後、医師からは、「おかゆを炊いてくれることになりました」と報告を受けました。しかし、翌日になっても、さらにその翌日になってもおかゆが出てきません。そのため、チームメンバーに「どうしたんですか」と尋ねたら、「自衛隊の対応に、なかなか統一感がないです」と言われました。私は、これでは話にならないと思って、自衛隊に直談判しました。「避難所の方の命に関わります。お粥を炊いてください」と言ったら、自衛隊の方は「わかりました。今晚からおかゆを炊きます」と言ってくださったのです。私の母は特養で生活しており大丈夫だったのですが、「自分の母だったら、レトルトの冷たいおかゆは美味しくないし、絶対食べないと言うだろうな」と思いました。あの時、目の前の避難所にいる方を見ていて、温かいお粥を食べさせてあげたいと心底思いました。あの時期は、とても寒かったのです。温かいお粥を食べた人は、「ああ、これで生きかえた感じがする。これで生き延びた」と言ってくださいました。水も電気もガスもないから、自衛隊に頼むしかありませんでした。自衛隊の皆さんは、すごく良くしてくださいました。

おかゆに補助栄養食品も付けました。カレー Spoon 1杯のMCTオイルを入れると100キロカロリーふえます。それと、海苔のつくだ煮とか梅干しを付けて、お粥が必要な方たちに食べていただきました。

また、被災したある福祉施設では、配給された食事の汁物の中に、刻んだ野菜とひき肉みたいなものが入っていました。高齢のやせた方でしたが「この人はむせて食べられません」と施設の方はおっしゃるので、きちんと座位をとることもできない状態でしたので、それはむせるに決まっています。でも、被災者は「仕方がない」と思い、そのことを変える余裕がありません。そのため、支援に入った人が「仕方がない」ではなくて「どうすればできるか」ということを考案していくことが大事です。その方は、座位をとることが難しかったので、施設にあったソファでリクライニング姿勢になっていただきました。手持ちのゼリーを食事介助したら、むせなく食べられましたので数日分のゼリーとスプーンを職員にわたしました。知恵を出し合って考えると、できることが生まれるのです。

そういった活動の中で、避難所となっていた総合体育館に94歳の誕生日を迎えられた方がいました。ケーキ屋さんのホールケーキはなかったのですが、コンビニに小さいケーキがあったので、それを買ってみんなでお祝いをしました。つらい避難生活の中、みんなが喜んで心が和んだ瞬間でした。

被災地で、いろいろと活動しましたがけれども、多くの方に共通する問題は、食べる意欲の低下、口腔の不衛生、低活動、低栄養でした。ですから、災害が起こったときには、早い時点で、こういった観点から丁寧に支援することが大切です。

すみません。時間が少し延長しましたがけれども、これで終わらせていただきます。どうも、ご清聴ありがとうございました。(拍手)

## 注

講演では、実際の場面の写真が示されましたが、本

稿ではプライバシー保護の観点から掲載を控えさせていただきます。

## 文献

小山珠美, 黄金井裕, 加藤基子 (2012): 脳卒中急性期から始める早期経口摂取獲得を目指した摂食・嚥下リハビリテーションプログラムの効果. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌, 16 (1), 20-31.

小山珠美編 (2015): 口から食べる幸せをサポートする包括的スキル KT バランスチャートの活用と支援. 医学書院.

日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会 (2015): 脳卒中治療ガイドライン 2015. 協和企画.

Koyama T, et al (2015): Early commencement of oral intake and physical function are associated with early hospital discharge with oral intake in hospitalized elderly individuals with pneumonia. *J Am Geriatr Soc*, 63, 2183-2185.

Koyama Tamami, Shamoto Hiroshi, Anzai Hideaki, Koganei Yutaka, Maeda Keisuke, Wakabayashi Hidetaka (2016). Multidisciplinary Comprehensive Care for Early Recommencement of Oral Intake in Older Adults With Severe Pneumonia. *Journal of Gerontological Nursing*. 42 (10), p21-29.

Maeda K, Shamoto H, Wakabayashi H, Enomoto J, Takeichi M, Koyama T. (2016). Reliability and Validity of a Simplified Comprehensive Assessment Tool for Feeding Support: Kuchi - Kara Taberu Index. *Journal of the American Geriatrics Society*. DOI: 10.1111/jgs.14508.

