

Title	誤嚥のリスクがある高齢者への食事介助を行う主介護者が抱く家族指導に対する認識
Author(s)	野崎, 希元; 玉井, なおみ; 金城, 利雄
Citation	名桜大学紀要 = THE MEIO UNIVERSITY BULLETIN(23): 71-78
Issue Date	2018-03
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12001/23394
Rights	名桜大学

【研究資料】

誤嚥のリスクがある高齢者への食事介助を行う主介護者が抱く 家族指導に対する認識

Perceptions of family guidance among primary caregivers who assist with meals for elderly people with a risk of aspiration pneumonia

野崎 希元, 玉井 なおみ, 金城 利雄

要旨

【目的】 誤嚥のリスクがある高齢者を食事介助する家族が、看護師から受けた指導をどのように受け止めているのか、家族の認識を明らかにする。

【方法】 誤嚥性肺炎の既往がある高齢者の主介護8名に対し、看護師から受けた指導に対して、インタビューガイドを用いて半構造化インタビューを行った。インタビュー内容を逐語録に起こし、質的帰納的に分析を行なった。

【結果】 誤嚥のリスクがある高齢者を介護する家族の家族指導に対する認識について、3つのカテゴリ【嚥下障害ケアへの理解不足より生じる不適切な食支援】、【看護師の高圧的な態度より生じたケア参画への恐怖】、【介護負担を軽減し、より良い介護に向けて一緒に連携したい家族の思い】が明らかとなった。

【結論】 主介護者は看護師の食事介助について嚥下障害を十分に理解しないままケアを行なっているのではないかと不信感を抱いていた。また、看護師より注意を受けたことにより、ケアに参画することに恐れを抱きながらも、看護師への不信感から安心してケアを任せることができずに介護負担につながっていた。看護師には、主介護者がチーム医療の一員である仲間としてケアに参画できるような環境を作り、主介護者の強みである「介護のコツや知恵」をケア計画に反映させられるよう一緒に話し合っていく姿勢が求められていることが示唆された。

キーワード：主介護者、家族指導、認識、嚥下障害、食事介助

I. 緒言

我が国の高齢化率は増加の一途をたどっており、平成47年には33.4%と今後も増加するものと推計される（内閣府, 2014）。超高齢社会が進む中、加齢による筋肉量や筋力の低下からオーラルフレイルやサルコペニアとなり、これらの影響を受けて嚥下機能が低下し、誤嚥のリスクが高くなる現状にある（小川, 2014；直江ら, 2000）。在宅介護の現場において、誤嚥のリスクの高い摂食嚥下障害者の割合は平成23年の調査（葛谷ら, 2011）で33.7%であったのに対し、平成26年の調査（榎ら, 2014）では34.1%と増加していた。加齢に伴う嚥下機能の低下によって誤嚥のリスクの高い高齢者は増加傾向にあり、このようにリスクの高い高齢者への食事介助は主に家族によって行われている現状がある（厚生労働省, 2014；大塚ら, 2004）。また、直江ら（2000）は誤嚥の

リスクの高い高齢者への食事介助を嚥下障害の教育を受けたことのない家族が行っていたと報告している。このような状況は、誤嚥のリスクがある高齢者が生命の危機的状況に陥る可能性を高くし、その家族は安心して介助を行うことが困難である（川辺ら, 2016）。このような背景の中、嚥下障害がある高齢者を主に介護する家族に対して、教育的支援の検討を目的とした研究は散見されるのみであり（松田明子, 2003a, 2003b）、芦田ら（2010）が行った調査では誤嚥の事故は増加傾向にあると報告されている。これらの先行研究より、嚥下障害のある高齢者の主介護者に対する教育的支援は十分とはいえず、誤嚥の事故も増加傾向にあることがわかったが、主介護者が看護師よりどのような教育的支援を受けてきたのか指導の実態は明らかでない。そこで、本研究は嚥下障害のある高齢者の食事介助をする主介護者が、看護師からどのような指導を受けたと認識しているのかについて明ら

かとするものである。主介護者の指導に対する認識を明らかとすることで、誤嚥のリスクがある高齢者が安全に食事をする事ができ、主介護者は安心して介助を行えることができるものとする。さらに、主介護者に対する食事介助の指導方法について、現行の食事介助方法を見直し、より効果的に伝えるための資料となるものとする。

II. 研究目的

本研究は、誤嚥のリスクがある高齢者を食事介助する家族が、看護師から受けた指導をどのように受け止めているのか、指導に対する家族の認識を明らかとすることを目的とする。

III. 用語の操作的定義

本研究における用語の操作的定義は下記の通りである。

1. 主介護者：松田（2003c）の研究を参考に、家族の中で誤嚥性肺炎の既往がある高齢者を主に介護している者。
2. 指導に対する認識：食事介助を行なう家族が看護師の指導に対して感じたり、思ったりしていること。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザインとし、半構造化インタビューを行なった。

2. 研究参加者

研究参加者は、誤嚥性肺炎の既往がある高齢者（以下：被介護者）を主に介護している家族（以下：主介護者）とした。

3. データ収集方法

沖縄県本島において、同意の得られた訪問看護ステーションの管理者に研究参加者の紹介を依頼した。紹介された研究参加者に研究者が直接口頭と文書で研究の趣旨について説明し、同意を得た上でインタビューガイドを用いて半構造化インタビューを行なった。インタビュー内容は研究参加者の了承を得て、ICレコーダーに録音し逐語録を作成した。研究参加者から得られたデータの分析を進め、これ以上研究参加者を追加しても新たな語りの内容が生まれない状態をもって、データの飽和化と考慮し、データ収集を終了とした。

4. データ収集期間

平成27年5月～平成27年7月

5. インタビュー内容

誤嚥のリスクがある高齢者を食事介助している家族が、看護師より受ける指導についてどのように感じたり思ったりしているのかについてインタビューガイドを用いて半構造化インタビューを行った。

6. 分析方法

質的帰納的に分析を行なった。インタビュー内容を逐語録に起こし、コード化を行なった。個別分析として事例別、意味内容ごとにコードを作成した。さらに全体分析として、個別分析で抽出されたコードから類似しているコードをサブカテゴリ、カテゴリに段階的に抽出した。

7. 真実性の確保

解釈した内容が研究者の主観で歪められていないか常に生データに戻りながら慎重に分析した。摂食嚥下障害看護に精通した研究者らに生データと分析内容の整合性を確認する他、分析の全過程でスーパーバイズを受けた。

8. 倫理的配慮

研究参加者に文書と口頭で研究の趣旨と内容を説明し、研究参加は自由意思によることや途中辞退も可能であることを伝えた。また、研究過程で得た情報は研究目的以外に使用せず、インタビューは研究参加者へ心理的負担をかけないように行なった。本研究は名桜大学の倫理審査承認後（承認番号26-5）に実施した。

V. 結果

1. 研究参加者の基本的属性

主介護者8名に半構造化インタビューを行なった。研究参加者の基本的属性を表1に示す。研究参加者の年代は70代3名と一番多く、次いで80代2名、60代1名、50代2名であった。性別は、女性7名、男性1名であった。被介護者との関係は妻が一番多く5名、次いで娘2名、息子1名であった。被介護者の年代は80代5名が最も多く、次いで70代2名、90代1名であった。

研究参加者8名のデータから、主介護者の看護師への思いとして66のコードが抽出された。抽出されたコードを類似性に従って分類した結果、8つのサブカテゴリ、3つのカテゴリが得られた3つのカテゴリは【嚥下障害ケアへの理解不足より生じる不適切な食支援】、【看護師の高圧的な態度より生じたケア参画への恐怖】、【介護負担を軽減し、より良い介護に向けて一緒に連携したい家族の思い】であった（表2）。

以下、カテゴリ【墨付カッコ】、サブカテゴリ〈鍵カッコ〉を用いて結果を説明する。

表1. 研究参加者の基本的属性

No	性別	年代	被介護者*		面接時間(分)
			との関係	性別 年代	
1	女性	50	娘	女性 90	76
2	女性	80	妻	男性 80	46
3	女性	70	妻	男性 80	62
4	男性	60	息子	男性 80	44
5	女性	80	妻	男性 80	38
6	女性	70	妻	男性 70	77 (第1回) ** 75 (第2回) **
7	女性	50	娘	男性 80	51
8	女性	70	妻	男性 70	54

* 誤嚥性肺炎の既往がある高齢者

** 1回目のインタビューが途中で中断したため、後日2回目を実施した

表2. 誤嚥のリスクがある高齢者への食事介助を行う主介護者が抱く家族指導に対する認識

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
嚥下障害ケアへの理解不足より生じる不適切な食支援	経管栄養や経腸栄養を検討する前に、嚥下機能を評価することの重要性	経管栄養や胃ろう造設前に嚥下機能を評価することは大事だと思う
		食べられる力を見極めることが大事だと思う
		安易に経管栄養を勧めることに疑問を感じる
		嚥下機能評価のテストを勧められた
		嚥下障害の検査を受けてみるようにいわれた
	看護師の不適切な食形態の判断や不十分な看護ケアの統一で食べられなくなり誤嚥した	経管栄養や胃ろう造設の前に嚥下機能評価をしないといけないといわれた
		嚥下障害について教育を受けていないことが誤嚥につながる問題点
		嚥下障害の食事介助について、広く浸透してないと思う
		刻み食になり誤嚥してしまった
		刻み食は良くないと思うが、病院では刻み食にされた
		入院後に刻み食へ変更となり食事が食べられなくなって痩せてしまった
		入院中に刻み食に変わっていなければ、食べられていたと思う
		看護師のケアによって患者の状態は変わる
		入院中はどんどん弱っていく
		退院したら旦那は良くなった
看護師によってケアの方法が全然違っていった		
病棟では口腔内も綺麗にケアされていなかった		
看護師によって行うケアの内容が違う		
摂食嚥下リハビリテーションのできる看護師がいない環境	摂食嚥下リハビリテーションができるのであればお願いしたかったが、できる人がいなかった	
	身近ですぐに摂食嚥下リハビリテーションが受けられたら良かったと思う	
	指導はなく、吸引器を借りたらすぐに退院になった	
	摂食嚥下リハビリテーションについては教えてくれなかった	
	摂食嚥下リハビリテーションについては習わなかった	
看護師の高圧的な態度より生じたケア参画への恐怖	吸引や食事の一口量、介助のペース、ポジショニングに関する指導	食後は30分座らせて、水分にとろみをつけるようにいわれた
		水分にとろみをつけるようにいわれている
		とろみについて指導があった

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
看護師の高圧的な態度より生じたケア参画への恐怖	吸引や食事の一口量、介助のペース、ポジショニングに関する指導	退院するにあたり吸引が必要なので準備するよういわれた
		吸引の指導を受けるよういわれた
		食事の際に正面を向いて80度程度の角度で座るよういわれている
		食事の姿勢や角度について指導を受けた
		枕などを使用してポジショニングをしている
		食事は上から介助せず、正面から介助するとむせない
		看護師と食事の一口量や早さを確認しながら介助を行う
		看護師に食事の一口量や介助のペースに気をつけるよういわれた
		小さいサイズのスプーンで介助するよういわれた
		飲み込むスピードが遅いので気をつけるよういわれた
	介助のタイミングについて指導を受けた	
	意見を聞かず、ケアのみをする看護師には見てもらいたくない	意見をいっても看護師は聞き入れてくれない
		嚥下機能だけをみる看護師には見てほしくない
		入院したら病院の言う通りにしないといけないので、入院しないことが一番良い
		病院に長くいることは一番良くない
普通食をあげて看護師に怒られたことによるケア参画への恐怖	病院では運動させないようにいわれた	
	病院では全然ケアができないので、退院してから一生懸命ケアをした	
	看護師にみられていたらケアができない	
	病院ではケアをすると怒られて、来るなといわれな	
	いと怖かった	
	病院に行くのも怖い	
	病棟では旦那に手を貸すこともできない	
	看護師に普通の形態の食事を与えてはいけないといわれた	
普通食をあげて何かあったら困るといわれた		
介護負担を軽減し、より良い介護に向けて一緒に連携したい家族の思い	家族と看護師と一緒に話し合い、情報共有することで良い介護ができる	食事の方法は施設や病院任せにせず、家族と専門家が一緒に話し合う必要がある
		専門職と家族が話し合う中で良い介護が生まれてくると思う
		言葉だけでは伝わらないので、食事の記録をつけて説明している
		旦那の体の状態や対応について知らないでいると大変なことになる
		旦那の状態について看護師と一緒に情報共有している
	旦那の日々の状態について看護師に伝えている	
	看護師の不適切な食事介助のため、安心して任せることができず、家族の介護負担が大きい	施設に食事介助を任せたいが、任せられないので家族がやらざるを得ない
		口の中に食事が残っている状態で、食事介助をしているので、看護師に任せられない
		食事介助が荒っぽく、短時間であげている
		施設側の人が見るのは目一杯なんだと思った
施設では人が足りなくて食事介助が手薄だと感じる		
施設や病院では人手不足で食事介助は手薄になる		
看護師が嚥下障害の食事介助方法をマスターすることで、家族の負担が軽減する		
看護師は嚥下障害の食事介助方法をマスターしておかないといけない		
施設や病院で食事介助の人員が確保できれば、家族がやらなくてもいいと思う		
看護師が食事介助方法をマスターしていれば、家族が食事介助をする必要はないと思う		

2. 嚥下障害ケアへの理解不足より生じる不適切な食支援

【嚥下障害ケアへの理解不足より生じる不適切な食支援】は3つのサブカテゴリ、23のコードから抽出された。

主介護者には被介護者が<看護師の不適切な食形態の判断や不十分な看護ケアの統一で食べられなくなり誤嚥した>経験があり、<経管栄養や経腸栄養を検討する前に、嚥下機能を評価することの重要性>を強く感じていた。主介護者は、被介護者への食形態の変更やケアが統一されていないなどの食事介助の場面を通して、看護師が嚥下障害に関するケアについて十分な教育を受けていないと考えていた。さらに、<摂食嚥下リハビリテーションのできる看護師がいない環境>であることから、看護学の領域においては嚥下障害に関するケアについて十分に普及していないと考えていた。

3. 看護師の高圧的な態度より生じたケア参画への恐怖

【看護師の高圧的な態度より生じたケア参画への恐怖】は3つのサブカテゴリ、27のコードから抽出された。

主介護者は看護師より<吸引や食事の一口量、介助のペース、ポジショニングに関する指導>を受けていた。しかし、看護師の指導する態度に対し<意見を聞かず、ケアのみをする看護師には見てもらいたくない>と感じていた。また、<普通食をあげて看護師に怒られたことによるケア参画への恐怖>の経験から、看護師に対して負の感情を抱いていた。主介護者は被介護者の普段の食事摂取の様子から、食形態の変更が出来るのではないかと考え、被介護者が病院や施設に入院時、提供される食事以外に食事をあげることがあった。しかし、入院や入所した施設から提供される食事以外は被介護者に食べさせないように看護師より注意を受けたことで、ケアに介入することを躊躇するようになった。

4. 介護負担を軽減し、より良い介護に向けて一緒に連携したい家族の思い

【介護負担を軽減し、より良い介護に向けて一緒に連携したい家族の思い】は2つのサブカテゴリ、16のコードより抽出された。

主介護者は被介護者への食事介助について<看護師の不適切な食事介助のため、安心して任せることができず、家族の負担が大きい>と感じていた。さらに、嚥下障害者への食事介助方法について、看護師が十分な知識と技術を習得しているのであれば、家族の介護負担は軽減すると考えていた。また、主介護者には<家族と看護師と一緒に話し合い、情報共有することで良い介護ができる>という思いもあった。家族と看護師が情報共有を密にし、一緒に被介護者の食事介助方法について話し合うことで、介護負担が軽減しより良い介護につながるものと考えていた。

VI. 考察

誤嚥のリスクがある高齢者を食事介助する家族の家族指導に対する認識について、3つのカテゴリ【嚥下障害ケアへの理解不足より生じる不適切な食支援】、【看護師の高圧的な態度より生じたケア参画への恐怖】、【介護負担を軽減し、より良い介護に向けて一緒に連携したい家族の思い】が明らかとなった。3つのカテゴリ毎に、指導のあり方について検討を行った。

1. 研究参加者の基本的属性

被介護者を介護している主介護者は70代以上が半数の5名を占めており、近年問題視されている老々介護の現状と一致していた。被介護者が高齢者の場合、加齢に伴う変化から身体状態は容易に急変し、生命の危機的状況を招くこともある。特に発熱や食思不良などの体調不良は嚥下機能を容易に低下させ、誤嚥のリスクが高くなる。また、誤嚥性肺炎の既往がある者においては、再発するリスクが高い。Teramotoら(2008)は、肺炎で入院となった患者の66.8%は誤嚥性肺炎であり、高齢であるほど高い割合であったと報告している。そのため、誤嚥のリスクが高い被介護者の食事介助をしている主介護者は食事介助をする際に不安を抱えながら行っていると推測できる。主介護者が安心して食事介助を継続するためには、高齢者や誤嚥性肺炎の既往がある被介護者は誤嚥や窒息などにより容易に急変する可能性があることを予め伝えるとともに、急変時の連絡体制を整備することが必要であると考えられる。さらに、主介護者が誤嚥や窒息などの急変時にチョークサインに気づくことができ、ハイムリッヒ法や背部叩打法を迅速に行えるなど予め指導しておくことが重要であると考えられる。

2. 嚥下障害ケアの理解不足より生じる不適切な食支援

「食べる」ことには「動物的側面」と「文化的側面」の2つの側面がある。人間にとって、食べるということはただ単に生きる為に食べるという「動物的側面」だけでなく、食文化や食習慣、食生活といった「文化的側面」をもつ(尾岸, 2007)。「食べること」は個々の人間のアイデンティティと密接に関わっており(川崎, 2014)、精神的満足感を得ることも含まれている(竹内, 2007)。被介護者の「食べる」ことが継続できることで、家族や友人と食卓を囲みながら一緒に食事や会話をしたりするなどのコミュニケーションを図ることができる。このことは、被介護者の社会参加を維持・向上させることにつながり、主介護者は介護のやりがいにつながると考えられ、相互作用することで好循環を生み出すことができると考える。看護師は「療養上の世話」を業とすることか

ら、「食べること」を支える日常生活援助の一つである食事介助を行う機会が多い。被介護者に嚥下障害のある場合の食事介助には細心の注意が必要だといわれているが、井上ら（2010）は看護師の嚥下障害に関する知識や技術は不十分であると指摘している。本研究においても、研究参加者は看護師が行う食事介助について課題を感じていた。看護師は食事介助の知識や技術について、看護系大学または看護師養成施設での在籍中に、看護技術の科目を履修して習得している。さらに臨床の現場においては、日々の食事介助を通して看護経験を積み重ね、誤嚥予防に焦点を当てた食事介助を行っていると考えられる。誤嚥予防のための食事介助が行われている一方で、嚥下機能に着目し嚥下障害ケアについて根拠を踏まえた食事介助は積極的に行われていない状況にあると考えられる。食事介助の方法は被介護者の嚥下障害の有無と程度によって大きく異なる。嚥下障害のある被介護者への食事介助には、嚥下の5期である先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期のどこにどのような障害が起きているのかを適切に判断し、障害の部位と程度に応じたアプローチを行うことが重要である。しかし、松田（2003）は嚥下障害を見極めることのできる看護師は少ない現状にあると報告しており、本研究の結果を支持していた。また、嚥下障害について相談できる環境にないことから、主介護者は被介護者への食事介助に対して不安や困難を抱えている可能性がある。以上のことより、看護師は嚥下障害に関する知識とアセスメント能力を習得するとともに、主介護者が安心して相談できる環境を提供できるように努める必要があると考える。

3. 看護師の高圧的な態度より生じたケア参画への恐怖

主介護者は看護師より食事介助方法について指導を受けていたが、指導する態度に対しては「意見を聞かず、ケアのみする看護師には見てもらいたくない」という負の感情を抱いていた。看護師は疾患に関する豊富な知識や経験から無意識に介護者へパターナリズム的な態度で接していることがある（野嶋、2006）と報告があり、本研究においても同様の結果であった。主介護者をチーム医療の一員に加えた多職種連携の実現に向けて、看護師はチームの要であり調整役として重要である。そのため、主介護者がチーム医療の一員として上手く機能できるかどうかは、主介護者と看護師の関係が大きく影響するものと考えられる。野嶋（2006）は信頼関係を築くためには、看護師が主介護者より信頼される存在となること、家族の力を信頼することであると述べている。本研究において、主介護者は被介護者に普通食を食べさせて看護師より注意を受けた経験より、看護師の注意を恐れてケアへの参画に対して消極的であったことがわかった。被

介護者への不適切な食形態は誤嚥のリスクを高め、命の危機的状況を引き起こす可能性がある。しかし、主介護者と信頼関係を構築するためには、行動を一方的に注意するのではなく、行動の背景に視点を置き、認めて理解しようとする姿勢が看護師には求められている（渡辺、2007）。看護師は主介護者への指導する態度について自ら振り返るとともに、指導方法についても主介護者の理解度に合わせて工夫する必要がある。

4. 介護負担を軽減し、より良い介護に向けて一緒に連携したい家族の思い

本研究の結果、主介護者は看護師より注意を受けたことによりケアへ参画することに対して恐怖を抱いていることがわかったが、同時に「看護師の不適切な食事介助のため、安心して任せることができず、家族の負担が大きい」とも感じていることが明らかとなった。つまり、主介護者にはチーム医療の一員としてケアに参画し、一緒に話し合いながら看護師と連携していきたいという思いがあった。しかし、意見を聞いてもらえないことで看護師に対する不信感から安心してケアを任せることができず、そのことが主介護者の介護負担につながったと考えられる。主介護者の介護負担を軽減するためには、看護師に対する不信感を払拭し、安心してケアを任せられるように信頼を得る努力をする必要がある。さらに、主介護者の身体的・精神的状態をアセスメントしながら、介護と休息のバランスが取れるようにすることが重要であると考えられる。

池添（2002）は主介護者が被介護者の介護経験を通して「介護のコツや知恵」を持ち、発展させていると報告している。また、兵藤ら（2009）は主介護者がケアに参画することで、被介護者の精神的安定につながると報告している。このように、在宅介護への移行が進められている中、主介護者が担う介護の役割は今後さらに重要となってくるものと考えられる。被介護者へ個別性のあるケアを提供するためには、主介護者がチーム医療の一員である仲間としてケアに参画できるような環境作りが必要である。そのためには、主介護者の価値観や介護に対する考えを把握したいという共感的態度で接し、主介護者の強みである「介護のコツや知恵」を尊重しながらケア計画に反映させていくことが重要であると考えられる。

5. 研究の限界と今後の課題

在宅介護への移行が進められている現状の中、主介護者がどのように家族指導を認識しているのかについて、様相の一部を明らかにできたことは今後の家族指導のあり方を検討する上で有用であると考えられる。しかし、対象者が8名であることから、家族指導の現状について全て

を捉えたとはいえないと考える。今後は対象者を増やし、データを蓄積することで家族指導の様相の全体像について明らかにすることが課題である。

VII. 結論

誤嚥のリスクがある高齢者を介護する家族の家族指導に対する認識について、3つのカテゴリ【嚥下障害ケアへの理解不足より生じる不適切な食支援】、【看護師の高圧的な態度より生じたケア参画への恐怖】、【介護負担を軽減し、より良い介護に向けて一緒に連携したい家族の思い】が明らかとなった。

主介護者は看護師の食事介助について嚥下障害を十分に理解しないままケアを行なっているのではないかと不信感を抱いていた。また、看護師より注意を受けたことにより、ケアに参画することに恐れを抱きながらも、看護師への不信感から安心してケアを任せることができずに介護負担につながっていた。看護師には、主介護者がチーム医療の一員である仲間としてケアに参画できるような環境を作り、主介護者の強みである「介護のコツや知恵」をケア計画に反映させられるよう一緒に話し合っていく姿勢が求められていることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究参加者の皆様、訪問看護ステーションのスタッフの皆様へ厚く御礼申し上げます。NPO法人日本リハビリテーション看護学会、第28回学術大会において研究の一部を発表した。

引用文献

芦田貴司, 小野圭昭, 田中栄士, 上杉直斗, 村岡正規, 小正裕 (2010). 阪神7地区における誤飲・誤嚥事故の実態調査—平成16~18年の各市消防局への救急要請—. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 14(2), 123-133.

榎裕美, 杉山みち子, 沢田(加藤)恵美, 古明地夕佳, 葛谷雅文 (2014). 在宅療養要介護高齢者における摂食嚥下障害と栄養障害に関する調査研究The KANAGAWA-AICHI Disabled Elderly Cohort (KAIDEC) studyより. 日本臨床栄養学会雑誌, 36(2), 124-130.

兵藤博行, 井奈波良一, 村田公一, 太田清人, 高橋哲也, 日置久視, 小野桂子, 金田嘉清 (2009). 摂食・嚥下障害患者の情緒的支援に関する研究 (Study on Emotional Support for Patients with Dysphagia).

医学と生物学, 153(5), 134-142.

池添志乃 (2002). 脳血管障害をもつ病者の家族の生活の再構築における家族の知恵. 日本看護科学会誌, 22(4), 44-54.

井上ふみ子, 加茂力, 岡田みちよ, 鈴木まち子 (2010). 川崎市北部医療圏における嚥下障害に対する基礎知識の実態と効果的な研修プログラム. 日本医療マネジメント学会雑誌, 11(1), 46-51.

川辺千秋, 伊井みず穂, 茂野敬, 道券夕紀子, 梅村俊彰, 吉井忍, 新鞍真理子, 寺西敬子, 成瀬優知, 安田智美 (2016). 食事の介護における主介護者の身体的負担感及び恐怖—要介護者の摂食・嚥下障害の症状との関係—. 富山大学看護学会誌, 16(1), 13-27.

川崎惣一 (2014). 「食べること」についての哲学的試論：人間と自然との関わりという観点から. 宮城教育大学紀要, 48, 89-99.

厚生労働省 (2014). 平成25年国民生活基礎調査. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/16.pdf> (2016.10.8)

葛谷雅文, 榎裕美, 井澤幸子, 広瀬貴久, 長谷川潤 (2011). 要介護高齢者の経口摂取困難の実態ならびに要因に関する研究. 静脈経腸栄養, 26(5), 1265-1270.

松田明子 (2003a). 在宅の摂食・嚥下障害者をもつ主介護者に対する教育効果. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 7(1), 19-27.

松田明子 (2003b). 摂食・嚥下障害者の症状の改善をめざした主介護者に対する教育介入研究. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌, 7(2), 126-133.

松田明子 (2003c). 在宅における要介護者の摂食・嚥下障害の有無と身体機能, 主介護者の介護負担感および介護時間との関連. 日本看護科学会誌, 23(3), 37-47.

松田明子, 九里美和子 (2003). 在宅における摂食・嚥下障害者に関する看護師の判断とケア状況. 日本在宅ケア学会誌, 7(1), 49-54.

内閣府 (2014). 平成26年版高齢社会白書. 3-11. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/26pdf_index.html (2016.10.8)

直江祐樹, 高山文博, 太田清人, 森正博 (2000). 在宅患者における摂食・嚥下障害に関する調査—訪問看護ステーション看護婦に対する質問調査—. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌, 4(2), 30-37.

野嶋佐由美 (2006). 家族とのパートナーシップ構築の方略. 家族看護, 4(1), 6-13.

小川純人 (2014). サルコペニアと高齢者肺炎の関係. Geriatric Medicine, 52(11), 1307-1310.

尾岸恵三子 (編), 正木治恵 (編) (2007). 『食看護学：

- いのち・いきる』. 医歯薬出版, 2-11.
- 大塚きく子, 橋本結花, 川村智賀子 (2004). 在宅療養者の摂食・嚥下障害と食事介護の現状. 看護・保健科学研究, 4(1), 51-58.
- 竹内千鶴子 (2007). 食べること・排泄することに関する身体機能. 尾岸恵三子 (編), 正木治恵 (編) 『食看護学:いのち・いきる』, 40-48.
- Teramoto, S, Fukuchi, Y, Sasaki, H, Sato, K, Sekizawa, K, Matsuse, T (2008). High incidence of aspiration pneumonia in community- and hospital acquired pneumonia in hospitalized patients:A multicenter, prospective study in Japan. *Jornal of the American Geriatrics Society*, 56(3), 577-579.
- 渡辺裕子 (2007) .家族の力を引き出す援助のためのナーズの課題. 家族看護, 5(1), 13-17.