岡山大学医学部保健学科紀要，14：37～45，2003
Bull Fac Health Sci, Okayama Univ Med Sch
（短　報）

自己申告による入院患者の病院食の摂取量とその関連要因に関する研究

片岡徹也，住吉和子[1)]，川田智恵子[1)]

要　　約

岡山大学医学部附属病院に入院中で，主に消化器系の疾患を持ち手術を受けた患者，主に消化器内で治療中の患者，主に血液内科で治療前・治療中の患者，主に腎・内分泌内科など慢性疾患の治療を受けている患者で，1週間以上入院しており，了承の得られた92名の患者を対象に，自己申告による病院食の摂取量とその関連要因について調査した結果以下の4点が明らかになった。

1．病院食の摂取量が半分以下であると答えた患者は約40%であった。
2．病院食の摂取量は，治療方法，身体症状と強い関連がみられた。
3．病院食の摂取量が多い者は食事の時間を楽しく感じ，食事にも満足していた。
4．食事に対する知識・興味・行動・有益性と病院食の摂取量との間には有意な関係はみられなかった。

キーワード：病院食の摂取量，身体症状，食事の満足度，給食サービスの評価

緒　　言

入院中の患者，訪問看護サービスを受けて在宅療養中の患者，および外来に通院している患者を対象とした大規模な栄養状態の調査で，入院中の患者の低栄養状態の出現率は約40%であることが報告されている[1)]。当院は特定機能病院に指定されており，一般病院よりも特殊な治療を必要とする患者，全身状態の悪い患者が多く，患者の栄養状態については十分な配慮が必要である。低栄養状態が続き，栄養障害が進行すると体内の蛋白，骨格筋，臓器蛋白が減少し，免疫機能の障害，創傷治癒の遅延，臓器障害を引き起こすことが明らかにされているため[2)]，必要な栄養を補給したり，低栄養状態を改善することは，手術や投薬などの治療と同様に疾病の回復に大きく影響する。ここ数年，栄養状態の改善と治癒の促進を目的として多くの病院でNST（Nutrition Support Team）が立ち上げられおり，入院患者の栄養状態に注目する傾向にある。当院でも2001年にNSTが発足し，月1回の勉強会を行うとともに，経腸栄養・経管栄養中の患者で栄養状態がよくない患者の回診を実施している。医療者，特に患者の日常生活の援助をする機会が多い看護師は，患者の栄養状態を把握し，栄養状態を改善するための援助が行える立場にある。しかし実際には，カルテには食事量を記入するものの，下痢が続いている患者の栄養状態の悪化に気づかないこと，食事摂取量が少ない患者の摂取量を把握していないことはよくみられることである。筆者自身も食事摂取量が少ない患者であったにもかかわらず，病態生理や治療に目がいきがちで，食事摂取量や栄養状態にまで気を配り，配慮することはできなかったという経験がある。そこで，病院食を食べている入院中の患者が，どのくらい食事摂取ができているのか否かという現状と，どのようにしたら食事が食べられるのかという関連要因を把握したいと考えた。

さらに食事は，栄養学的な必要性に加えて，目で楽しむと言われるように，生活の楽しみとなる情緒的な面も兼ね備えている[3)]。したがって入院患者に，適切な食事を提供することにより，身体的な健康維持・回復に加えて，精神的健康の向上，入院生活の質の向上に繋がると考えられる。しかし，入院患者を対象とした食事摂取量の現状とその関連要因との

岡山大学医学部・歯学部附属病院
1）岡山大学医学部保健学科看護学専攻

関係についての報告は極めて少ない。そこで今回は，看護師が入院患者の食事摂取状況と栄養状態に関心を向けることの意義を明らかにし，栄養状態を改善する介入方法を考える上での資料を得るために，1．入院中の患者の病院食の摂取量，および2．さらに病院食の摂取量と関連要因との関係を明らかにすることを目的とする。

方　　法

1．調査対象者及び調査方法

調査対象者は，岡山大学医学部附属病院の主に消化器外科の患者が多い病棟，主に消化器内科の患者が多い病棟，主に血液内科の患者が多い病棟，主に腎・内分泌内科の患者が多い病棟に1週間以上入院しており，1週間以上病院の食事を摂取し，質問紙の回答が可能な状況である患者を，各病棟20名程度選び出すことを各病棟の看護師長に依頼した。消化器の手術を受けた患者については，手術後2週間以上経過し，食事が開始されていることを追加条件とした。選定された患者のうち，了承が得られ質問紙を配布した94名を調査対象とした。患者には，調査者1名が対象者一人一人に，研究目的を口頭で説明し，文書を手渡した。調査結果については無記名の調査であるため，「病院だより」で報告することを説明し了承を得た。今回の調査は無記名の質問紙調査であり，侵襲性を伴う介入研究ではないため，倫理委員会の審査は受けていないがインフォームド・コンセントは得ている。

調査方法は，自記式の質問紙を作成し，病室を訪問してその場で記入してもらい回収した。視力の低下があり自分で記入ができない場合は，調査者1名が口頭でアンケートの質問項目を読み回答を調査用紙に記入した。調査期間は平成14年10月30日～11月8日であった。

2．調査内容

調査項目は，年齢，性別，BMIなど患者の背景，疾患，治療方法，食事の種類，身体症状，自己申告の病院食の摂取量（以下病院食の摂取量とする），病院食以外の食事で家からの持込や売店で購入した補食の摂取頻度（以下補食とする），食事以外の菓子類などの間食（以下間食とする）の摂取頻度とその理由，食事の知識・興味・行動・有益性・食事時間の楽しさ・病院食の満足感，病院の給食サービスに対する評価であった。病院食の摂取量とそれぞれの要因との関係について分析した。本調査の概念枠組みおよび調査項目については図1に示す。

食事の摂取量を把握する方法として，食品摂取頻度調査，食事記録，写真撮影を用いることが多い[4-7]。しかし今回の調査の目的は，摂取エネルギーや栄養成分の分析ではなく，病院食を患者自身がどの程度摂取できていると考えているかとその摂取状況に関

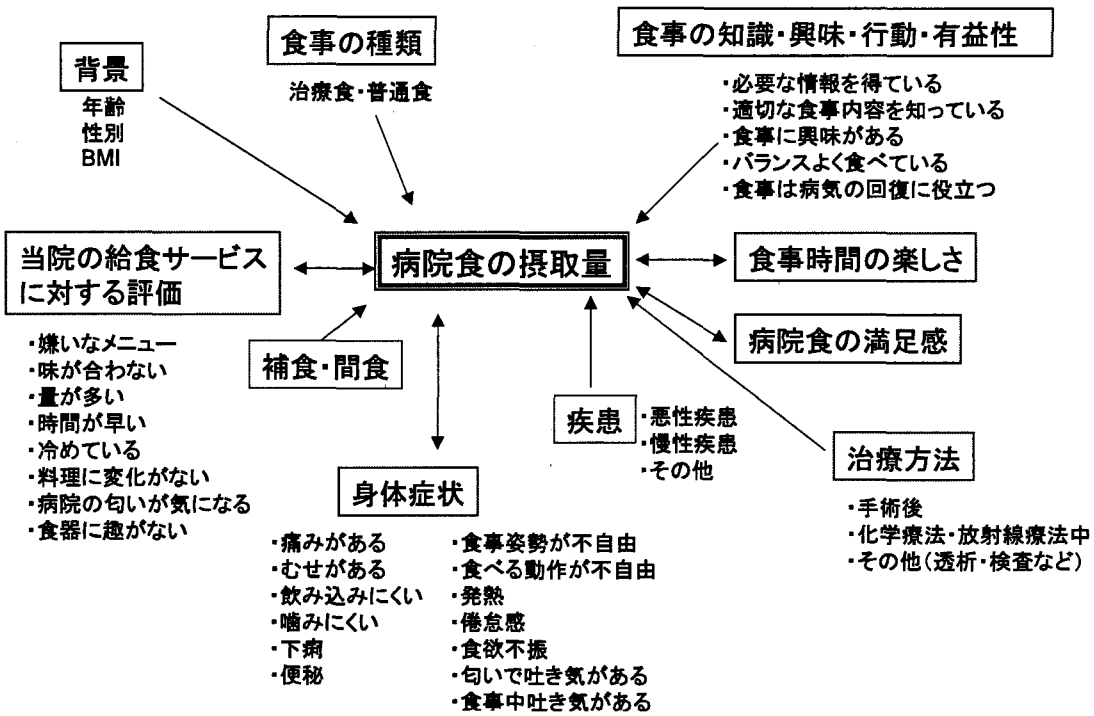

図1　病院食の摂取量に関連すると考えられる要因と調査項目

連する要因を探ることであるため，自己申告による主観的な食事摂取量を尋ねる方法を採用した。病院食の摂取量は時間帯により摂取量が異なることが予測されたため，最近1週間を振り返り一日の全体的な病院食の摂取量と朝食，昼食，夕食それぞれの摂取量を［全く食べられない（1点)］［あまり食べられない（2点)］［半分程度食べられる（3点)］［かなり食べられる（4点)］［全量食べられる（5点)］の5件法で評価してもらった。食事時の病院食以外の補食と間食を［毎日食べている（3点)］［時々食べる（2点)］［全く食べない（1点)］の3点満点で尋ねた。食事が「あまり食べられない理由」と間食をする理由を自由記載欄に記入してもらい，内容分析の手法を用いてカテゴリーに分類した。

食事についての知識［食事や栄養について必要な情報を得ている，自分にとって適切な食事内容・量を知っている］，興味［食事や栄養について興味がある］，行動［バランスよく食べようと気をつけている］，有益性［食事が病気の回復に役立つと思う］，楽しさ［食事の時間を楽しく感じている］，満足感［この病院の食事に満足している］について尋ねる質問項目は，プレテストを経て選定し，〔全くない（1点)〕，〔そうでない（2点)〕，〔そうである（3点)〕，〔おおいにそうである（4点)〕の4件法で問うた。

身体症状についての質問項目は，文献より抽出した項目を研究者間で検討し，プレテストを実施したのちに，倦怠感，食欲不振など13項目抽出した。身体状況については複数回答とし，症状がある場合には（1)，ない場合には（0）とした。

病院の給食サービスに対する評価項目として，プレテストの結果，メニューや味など8項目について複数回答とし，当てはまる場合には（1)，当てはまらない場合には（0）とした。

食事の種類は普通食か治療食，治療食の場合は食事の種類を尋ねた。疾患については，主な疾患を記入してもらい，後で先行研究を参照して，悪性疾患，慢性疾患，その他の疾患の3種類に分類した。

治療方法に現在行っている治療を問い，後で手術療法後（現疾患や手術の種類に関係なく手術後の患者)，化学療法・放射線療法中（化学療法中あるいは放射線治療中の患者)，その他（透析，点滴，薬物療法，食事療法，検査中，化学療法や放射線治療前の患者）に分類した。

プレテストは，今回の対象病棟以外の病棟の入院患者で調査協力が得られた，糖尿病患者，腎疾患患者，消化器の手術後の患者合計14名を対象に実施した。

分析はSPSS ver. 11.0を使用して，病院食の摂取量とその関連要因をPearsonの相関係数，t検定，一元配置分散分析を用いて分析した。

結　　果

1．対象者の背景及び病態

配布したアンケート用紙は94件で全て回収し，普通食か治療食かの食事の種類と，病院食の摂取量の項目に記入漏れのない92件について分析を行った。対象者の平均年齢は58.2±13.9歳（21～83歳)，男性46名（51.0%)，女性45名（48.9%)，未記入1名（0.1%）であった。病棟別では，主に消化器外科に入院中の患者14名（15.2%)，主に消化器内科に入院中の患者21名（22.8%)，主に血液内科に入院中の患者37名（40.2%)，主に腎・内分泌内科に入院中の患者20名（21.8%）であった。現在の主な病名は，悪性疾患患者53名（57.6%)，糖尿病，腎不全，肝炎などの慢性疾患患者24名（26.1%)，その他の疾患患者（急性肝炎，急性腎不全，胃腸炎など）8名（8.7%)，未記入7名（7.6%）であった。治療方法は，手術療法後13名（14.1%)，化学療法・放射線療法中31名（33.7%)，その他の治療中（点滴・内服など）39名（42.4%)，未記入9名（9.8%）であった。悪性疾患患者53名をみると，手術療法後の患者12名（22.6%)，化学療法・放射線療法中の患者30名（56.6%)，化学療法の治療前あるいは検査中の患者9名（17.0%)，未記入2名（3.8%）であった。慢性疾患患者24名をみると，その他の治療を受けている患者は20名(83.3%)，未記入4名(6.7%)であった。その他の疾患8名では，手術療法後1名（12.5%)，その他の治療を受けているもの7名（87.5%）であった。

調査時に普通食が出されている者47名（51.0%）治療食が出されている者45名（49.0%）であった。患者の栄養状態の指標としてBMIを算出し，肥満度を判定した。やせ（18.5未満）15名（16.3%)，正常(18.5～25.0未満)62名(67.4%)，1度肥満(25.0以上～29.0) 10名（10.9%)，2度肥満（30.0～34.0）1名（1.1%）であった。

生活活動状況は，ベッド上での生活1名（1.1%)，病室内移動が可能5名（5.4%)，車椅子でトイレ・病棟内の移動が可能3名（3.3%)，トイレ・病棟内の歩行が可能58名（63.0%)，院外の歩行可能25名（27.2%）であった。

2．自己申告による病院食の摂取状況，補食・間食の摂取状況

全体的な病院食の摂取量と朝食，昼食，夕食のそれぞれの病院食の摂取量との関係は，朝食；$r=0.83$, $p<0.001$，昼食；$r=0.82$, $p<0.001$，夕食；$r=0.94$, $p<0.001$のごとく強い相関がみられた。したがって本研究では全体的な病院食摂取量（5点満点）を病院食の摂取量として採用した。

自己申告の病院食の摂取状況は，「あまり食べられない」「半分程度食べられる」と答えた者を合わせて約40%であった（図2）。食事が食べられない理由は，「給食の問題」「消化管切除の影響」「体調不良」「治療の影響」であった（表1）。

食事時に病院食以外の補食を食べる頻度については，「毎日食べる」「時々食べる」と答えた者を合わせて約30%であった（図3）。

間食について摂取頻度を尋ねたところ，「毎日食べる」「時々食べる」と答えた者を合わせて約60%であった（図3）。間食をする理由は，「栄養の補充」「低血糖予防」「便秘予防」「口寂しさ」「気分転換」「目の前にあるから」であった（表2）。

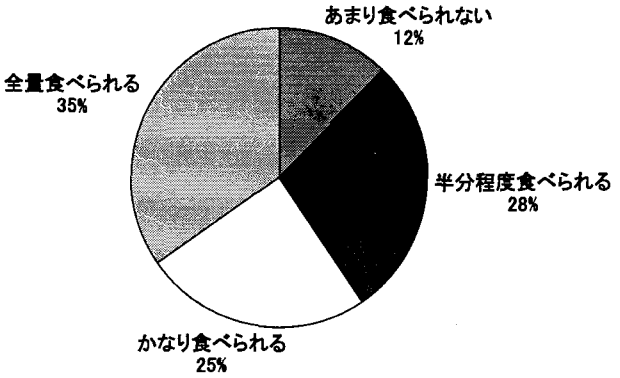

図2　自己申告による病院食の摂取状況（n＝89）

表1　食事が［あまり食べられない］理由
（n＝12　重複回答あり）

カテゴリー	具体的な例
給食の問題	量が多すぎる 食品ににおいがありご飯がまずい
消化管切除の影響	胃がほとんどないこと 食道を切除したため容量が少ない
体調不良	検査後の発熱がある
治療の影響	治療の副作用 治療のため食欲がわかない 食欲がない

3．身体症状について

身体症状があると回答したものは，［倦怠感がある］32名（34.8%），［食欲不振がある］32名（34.8%），［便秘が続いている］24名（26.1%），［発熱がある］21名（22.8%），［食物を噛みにくい］18名（19.6%），［食事姿勢が不自由］18名（19.6%），［食事のにおいで吐き気や嘔吐がある］18名（19.6%），［食事中，食後に吐き気や嘔吐がある］12名（13.0%），［食物を飲み込みにくい］11名（12.0%），［下痢が続いている］11名（12.0%），［食べる動作が不自由］10名（10.9%），［食事をして痛みがある］6名（6.5%），［食事をしてむせる］2名（2.2%）であった。

4．食事の知識・興味・行動・有益性・楽しさ・満足感について

食事の知識・興味・行動・有益性・楽しさ・満足感については，［食事や栄養について必要な情報を得ている］および［自分にとって適切な食事内容，量を知っている］については約60%の者が「そうである」「おおいにそうである」と回答していた。［食事や栄養について興味がある］については約80%が，［バランスよく食べようと気をつけている］および［食事が病気の回復に役立つと思う］については約90%が「そうである」「おおいにそうである」と回答していた。［食事の時間を楽しく感じている］という問いに約66%の者が「そうである」，「おおいにそうである」と回答し，［この病院の食事に満足している］という問いに約52%の者が「そうである」「おおいにそうである」と回答していた。

5．病院の給食サービスに対する評価

病院の給食サービスに対する評価については，［味

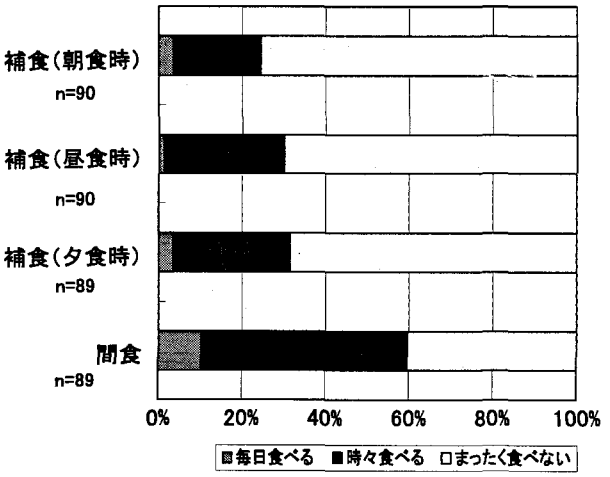

図3　補食と間食の摂取状況

表2　間食をする理由（n＝35　重複回答あり）

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的な内容
栄養の補充	食事摂取量が少ない	量が少ない 病院食だけでは必要な量や質を確保できないと思うから 食事があまり食べられないので，カロリー補給のため間食で補っている 一度に食べられないので回数を増やしている
	空腹感	空腹のため 空腹にて（一応カルシウム摂取に気を付けているつもり） お腹がすくため 子供のおやつタイムのようなもので15時くらいに
	健康回復	体にいいから
低血糖予防		糖尿病のため，血糖低下思われるとき 検査の後，食事時間まで間があるとき その日の体調，行動量を考慮し，自分なりにインスリンとの兼ね合い
便通予防		便秘予防のため ヤクルトはお通じが良く出るようになればよいと思って 便秘しないため
口寂しさ		口がさみしい，好きなものを食べられる 口さみしい感じ 食事の後に少し欲しくなる
気分転換		気分転換 気分のいいときは食べてみようかと 化学療法　治療によりむかつき・吐き気がある時
目の前にあるから		家で取れるので持ってきてくれる いただき物

が合わない］31名（33.7%），［冷めている］29名（31.5%），［料理に変化がない］24名（26.1%），［食器に趣がない］23名（25.0%），［嫌いなメニューがある］22名（23.9%），［量が多い］22名（23.9%），［時間が早いまたは遅い］9名（9.8%），［病院のにおいが気になる］6名（6.5%）であった。

6．病院食の摂取量と対象者の背景及び病態との関係

病院食の摂取量と年齢との間には有意な相関はみられなかった（r＝－0.11，p＝0.32）。病院食の摂取量は，男性3.89±1.12点，女性3.82±0.98点で性別による差は認められなかった（p＝0.25）。病院食の摂取量とBMI値の間には有意な相関がみられた（r＝0.29，p＜0.001）。

病院食の摂取量と食事の種類の関係は，普通食3.79±1.01点，治療食3.39±1.09点で有意な差はみられなかった（p＝0.35）。対象者の主な疾患を悪性疾患，慢性疾患，その他に分類し，一元配置分散分析を用いて疾患による病院食の摂取量の差をみた。悪性疾患患者;3.49±1.03点，慢性疾患患者；4.46±0.83点，その他の患者；4.00±0.93点で，悪性疾患患者と慢性疾患患者の間に有意な差がみられた（p＜0.001）（表3）。治療方法の違いによる病院食の摂取量は，手術療法後2.92±0.95点，化学療法・放射線療法中3.48±1.00点，その他の治療中4.46±0.72点であった。一元配置分散分析を用いて治療方法による病院食の摂取量は，手術療法後とその他の治療中（p＜0.001），化学療法・放射線療法中とその他の治療中の間に有意な差がみられた（p＜0.001）（表3）。

表3　疾患別，治療方法別の病院食の摂取量

		食事摂取量	有意性
疾患別 n＝85	悪性疾患患者	3.49±1.03	***
	慢性疾患患者	4.46±0.83	
	その他の患者	4.00±0.93	
治療方法別 n＝83	手術療法後	2.92±0.95	***
	化学療法・放射線療法中	3.48±1.00	
	その他の治療	4.46±0.72	***

*** p＜0.001

7．病院食の摂取量とその関連要因の関係

1）病院食の摂取量と補食・間食の摂取状況の関係

病院食の摂取量の少ない者は補食や間食でエネルギーを補っているのではないかという予測に反して，病院食の摂取量と病院食以外の補食を摂取する頻度

表4　身体状況と病院食の摂取量（n＝92）

項　　目	食事摂取量		有意差
	ある	ない	
1 食事中に痛みを感じる	3.00±0.63	3.93±1.04	*
2 食事中にむせることがある	3.00±1.14	3.88±1.04	
3 食物を飲み込みにくい	3.36±1.12	3.93±1.02	
4 食物を噛みみくい	3.88±1.07	3.78±0.94	
5 下痢が続いている	3.00±1.10	3.98±0.99	**
6 便秘が続いている	3.85±1.03	3.88±1.12	
7 食事姿勢が不自由である	3.22±1.06	4.01±0.99	**
8 食べる動作が不自由である	3.20±0.79	3.94±1.05	*
9 発熱がある	3.48±1.08	3.97±1.01	
10 倦怠感がある	3.34±1.10	4.13±0.91	***
11 食欲不振がある	2.97±0.82	4.33±0.82	***
12 食事のにおいによる吐き気がある	2.78±0.65	4.12±0.95	***
13 食中，食後の吐き気がある	2.75±0.75	4.03±0.98	***

*p<0.05
**p<0.01
***p<0.001

との相関は，負の相関はみられなかった（朝食；r＝0.06，p＝0.60，昼食；r＝0.11，p＝0.31，夕食；r＝0.18，p＝0.10）。病院食の摂取量と間食の状況についても同様の結果であった（r＝0.03，p＝0.76）。

2）病院食の摂取量と身体症状の関係

13項目の身体症状のうち，「身体症状あり」と回答した群と「身体症状なし」と回答した群の病院食の摂取量をt検定を用いて比較した。その結果，［食事中に痛みを感じる］，［下痢が続いている］［食事姿勢が不自由である］［食べる動作が不自由である］［倦怠感がある］［食欲不振がある］［食事のにおいで吐き気や嘔吐がある］［食事中，食後に吐き気や嘔吐がある］の8項目に症状があると回答した者は症状がないものと比較して，食事摂取量が有意に低かった（表4）。

3）病院食の摂取量と食事の知識・興味・行動・有益性・楽しさ・満足感の関係

病院食の摂取量と，食事についての必要な知識や情報を得ているか，適切な食事量を知っているかなど食事に関する考え方の質問5項目と間には有意な相関はみられなかった。しかし，食事の時間を楽しく感じているか，当院の食事に満足しているかと病院食の摂取量の間には有意な相関が見られ，病院食の摂取量が多い人ほど食事の時間を楽しく感じており（r＝0.37，p<0.001），当院の食事に満足していた（r＝0.32，p<0.01）（表5）。

表5　食事に対する知識・興味・有益性・行動・楽しさ・満足度と病院食の摂取量との関係

食事に関する知識・興味・有益性・行動・楽しさ・満足度（1-5）		相関係数	有意性
1 必要な情報を得ている	(n＝91)	−0.03	
2 適切な食事内容を知っている	(n＝90)	−0.055	
3 食事や栄養について興味がある	(n＝92)	−0.126	
4 バランスよく食べている	(n＝92)	−0.026	
5 食事は回復に役立つ	(n＝92)	−0.009	
6 食事の時間が楽しい	(n＝91)	0.343	**
7 当院の食事に満足している	(n＝90)	0.362	***

**p<0.01
***p<0.001

表6　給食サービスと病院食の摂取量（n＝92）

項　　目	「該当する」と回答した人の食事摂取量	「該当しない」と回答した人の食事摂取量	有意性
1 嫌いなメニューがある	3.73±0.83	3.90±1.11	
2 味が合わない	3.45±1.03	4.07±1.00	**
3 量が多い	3.36±0.85	4.01±1.06	*
4 時間が合わない	4.00±1.00	3.84±1.05	
5 冷めている	3.93±1.07	3.83±1.04	
6 料理に変化がない	3.75±1.07	3.90±1.04	
7 病院のにおいが気になる	2.67±0.82	3.94±1.01	*
8 食器に趣がない	3.43±0.95	4.00±1.04	*

*p<0.05
**p<0.01

4）病院食の摂取量と給食サービスに対する評価の関係

当院の給食サービスに対する評価8項目のうち，［味が合わない］［量が多い］［病院のにおいが気になる］［食器に趣がない］の4項目について該当する者と該当しない者と比較すると，それぞれ有意に差があり該当する者の摂取量が低かった（表6）。

考　　察

1．病院食の摂取量と摂取量に関連する要因について

今回の調査で，あまり食べられない11名（12.4%），半分程度食べられる25名（28.1%）と調査対象者全体の約40%の者が病院食の半分以下しか摂取できていない状況が明らかになった。今回の調査対象者は，

ある程度食事が摂取可能で，質問紙に回答が可能な患者を看護師長に選出してもらった。したがってこの結果は当病院内に入院中の患者の平均食事摂取量を考えると適切に反映しているのもではなく，経口から食事が可能であっても治療の副作用が強く今回の調査の対象とならなかった患者があり，それらの患者を含めれば，食事摂取量が半分に満たない患者の割合は40%以上であろうと予測される。

手術療法後の患者の食事摂取量が最も低く，続いて悪性疾患で化学療法・放射線療法中の患者の食事摂取量が低いことが明らかになった。今回は，自己申告により主観的な病院食の摂取量を尋ね，残飯調査，体重の変化や血液検査を実施していないため，半分以下しか食べられないこれらの患者が必ずしも食事のエネルギー量の不足あるいは低栄養状態であるとは断定できない。しかしながら，手術後の患者および悪性疾患で化学療法・放射線療法中の患者については，倦怠感，食欲不振，食事の姿勢が不自由，下痢，食事の匂いによる吐き気，食事動作の不自由，食事のための痛みなどの身体症状を伴っており，このような状態が長期間継続することにより，低栄養状態になる可能性があると考える[8]。さらに，栄養状態の悪化や貧血から鬱状態になり，精神的な健康も侵される可能性がある[9]。したがって看護師は，手術療法後の患者，化学療法・放射線療法中の患者で身体症状を伴っている患者の食事摂取量，食事が十分に食べられていない期間，栄養状態を把握するとともに，食事の摂取できない原因，食べる工夫について一人一人の事例を通してデータを蓄積し，患者に知識を提供し，食事摂取が可能となるような工夫を継続的に実施することが必要であると考える。

病院食の摂取量が多い者は食事の時間を楽しく感じ，食事に対して満足していた。今回の調査では病院食が摂取できるから食事の時間を楽しく感じ，食事について満足していたのか，食事の時間を楽しく感じ，食事に満足していたから食事の摂取量が多いのかという因果関係については明らかでない。しかし，食事摂取量と楽しさ・満足感との関係を考えると，日常生活に満足し，楽しみを感じていることにより食欲がわき食事摂取量に繋がる場合と，身体的・生理的な要因で食事摂取が思うようにいかず，楽しさ・満足感を感じられない場合があると考えられる。そこで，食事摂取量が少ない人については，原因を明らかにし，可能な限り必要な食事が摂取できる環境を整えることにより，余裕が生まれ，食事に対して関心が高まることが考えられる。その結果少しでも食事が摂取できるようになることで，楽しさ・満足感が増し，生きる気力が高まり，健康を回復する力が高まると考えられる[10-12]。また入院患者が生きがい，楽しいプランを持つように支援することも必要であろう。

2．病院食の摂取量と食事に関する知識・興味・行動・有益性

患者の病院食の摂取量と食事に関する知識・興味・行動・有益性との間には，統計的には有意な相関はみられず，病院食の摂取量は，患者の食事に関する知識・興味・行動・有益性よりも手術や化学療法などの治療方法，身体症状に関連があることが明らかになった。しかしながら，間食をする理由をみると，「(食べる) 量が少ない」「一度に食べられないので回数を増やしている」など，〔食事摂取量が少ない〕ためのエネルギーの補充，〔低血糖予防〕〔便通予防〕などが記入されており，食事に関する工夫をしていることが伺える。さらに，約90%のものが，食事は健康回復に有益であると考えており，食事量が十分摂取できていない場合には，補食や間食で補充をするなど，可能な範囲で努力していることが示されている。糖尿病や腎症など慢性疾患で入院中の患者は食事についての知識を得る機会が多いが，悪性疾患患者や手術を受ける患者については，食事と健康についての知識を得る機会が病院では多くはない現状である。どのような疾患を持つ患者であっても，健康を回復するための食事に関連する知識や情報を提供できる場をつくることにより，さらに食事への関心が高まることが期待できる。

3．病院食の摂取量と給食サービスに対する評価

当院の給食サービスについて，［味があわない］，［量が多い］，［病院のにおいが気になる］，［食器に趣がない］の項目を選択したものは有意に病院食の摂取量が低かった。その理由として，味が合わないことについては，消化管の手術後にはメニューが単調になりやすく，塩分も控えめであること，化学療法の副作用として味覚が変化し，濃い味を好むようになること，塩分制限が必要な治療食では薄味に慣れるのに時間がかかることなどが考えられる。

身体的に食事摂取が困難であっても，食事の量の調整や保存可能な食品を加えることで患者自身が食事量や食事時間を調節することができるのではないであろうか。病院によっては，何種類かのメニューの中から患者が食事を選べる工夫がなされており，

このように給食の環境を整えることにより食事摂取が可能となることも予測できる。当院の病院食の主食は年齢・性別に関係なく主食の量はほぼ同量である。さらに主食が粥の場合には，エネルギーは同じでも水分が多いため量は多く感じる。したがって，その日の状況により，主食の量を選ぶシステムがあれば，食事量についての問題は改善される可能性がある。

においについては，食事のにおいのみでなく病棟のにおいも合わさっていると考えられる。したがって，病室を清潔に保ち，消臭剤を使用するなどの配慮が必要であると考える。

食器については，入院前には家庭で陶器の食器を使用している人がほとんどであろう。病院によっては食器にこだわり陶器の器を使用しているところもあるが現在当院ではプラスティックの食器を使用している。特に消化器の手術後の流動食はタッパーで配膳されるため味気ないものがある。できるだけ日常生活に近い環境を整えるという意味では陶器の食器を使用することが望ましいが，管理上の問題もあり現実には難しいと思われる。そこで，入院患者全員ではなく，長期入院の患者，食事摂取量が少ない患者に限ってでも食器を検討することが必要なのではないかと考える。

4．今後の課題

看護師は，疾患にかかわらず特に倦怠感がある患者，食欲不振がある患者，食事の姿勢や食事の動作が不自由な患者，下痢をしている患者，食事のための痛みがある患者，吐き気のある患者については，食事が摂取できているか否か注意深く観察することが重要である。低栄養状態が続くことにより身体症状がさらに悪化する場合が考えられることから，少しでも食事が摂取できるように，気分のよい時間に食事ができるように配慮する，患者の好みを聞く，食事の回数を増やす，おやつを追加するなどメニューについて主治医や栄養士との連携が必要になると考える。

結　　論

岡山大学医学部附属病院に入院中で，主に消化器系の疾患を持ち手術を受けた患者，主に消化器内で治療中の患者，主に血液内科で治療前・治療中の患者，主に腎・内分泌内科など慢性疾患の治療を受けている患者で，1週間以上入院しており，了承の得られた92名の患者を対象に，自己申告による病院食の摂取量とその関連要因について調査した結果以下の4点が明らかになった。

1．病院食の摂取量が半分以下であると答えた患者は約40%であった。
2．病院食の摂取量は，治療方法，身体症状と強い関連がみられた。
3．病院食の摂取量が多い者は食事の時間を楽しく感じ，食事にも満足していた。
4．食事に対する知識・興味・行動・有益性と病院食の摂取量との間には有意な関係はみられなかった。

謝　　辞

本調査に快くご協力下さいました患者様，病棟の看護師長様，調査用紙作成にアドバイスをいただきました坂本栄養管理室室長に心より感謝申し上げます。

文　　献

1）杉山みち子，清水瑠美子，若木陽子，中本典子，小山和作，三橋扶佐子，小山秀夫：高齢者の栄誉状態の実態．栄養－評価と治療，17(4)：553-562，2000．No. 2056，12，2000．
2）日本静脈経腸学会編：コメディカルのための静脈・経腸栄養ガイドライン．5，南江堂：東京，2000．
3）尾岸恵三子，正木冶恵編著：看護栄養学．195，医歯薬出版株式会社：東京，2000．
4）池田順子：食品群摂取度調査結果のスコア化による評価の妥当性について．日本公衆衛生雑誌，42(10)：829-842，1995．
5）井野教子：遠い過去の思い出し法による食事調査の妥当性　男子入院患者による食品摂取の経年変化と国民栄養調査結果との関連．日本公衆衛生雑誌，39(8)：479-488，1992．
6）多田敏子，二宮恒夫，土橋純子：鉄欠乏性貧血の改善における食事記録の意義．小児保健研究，51(1)：33-38，1992．
7）高野美幸，三橋扶佐子，杉山みち子，細谷憲政：施設入居高齢者を対象とした簡易食物摂取状況調査の妥当性，信頼性の評価．日本臨床栄養学会雑誌，21(3)：59-70，2000．
8）尾岸恵三子，正木冶恵編著：看護栄養学．154-155，医歯薬出版株式会社：東京，2000．
9）丹羽利充，江口さなゑ，立石恭子：在宅患者の栄養管理．日本在宅医学会雑誌，3(2)：43-48，2002．
10）大久保いく子，小西恵美子，麻原きよみ：在宅酸素療法患者の食事の実態と食べる楽しみに関わる因子の検討．Quality Nursing，6(11)：959-967，2000．
11）加藤由美子，中村周子，岩崎美子，梶沼吉幸，高瀬愛子，駒井恵美子，荻野弘子，宮田睦彦，西　基：摂取エネルギー過剰者及び不足者に関する検討．北海道公衆衛生学雑誌，13(2)：174-178，2000．
12）藪添朋子，山本由喜子，灘井　城，藤原政嘉，中村士郎，松本誉之：間欠的完全経腸栄養療法導入時におけるクローン病患者の食事摂取状況．栄養学雑誌，60(5)：231-237，2002．

Bull Fac Health Sci, Okayama Univ Med Sch 14 : 37～45, 2003
(Short Note)

A study of patient's intake of meals provided by the hospital and its relevant factors using a self-administered questionnaire

Tetsuya KATAOKA, Kazuko SUMIYOSHI[1] and Chieko KAWATA[1]

Abstract

We examined patient's intake of meal and its relevant factors using a self-administered questionnaire. The 92 subjects of this study were patients in 1) post operational status with digestive diseases, 2) therapeutic conditions with digestive diseases, 3) therapeutic conditions with hemopathy, and 4) therapeutic conditions with kidney and endocrine diseases. All patients were hospitalized for more than a week.

The results demonstrate that: 1) approximately 40% of the patients ate less than half of the patient meal; 2) patient's intake of meal was significantly related to pleasure of meal time and satisfaction of hospital food service; and 3) patient's intake of meal was strongly affected by the applied treatment and the symptoms in the patient; and 4) there was no significant correlation between patient's intake of meal and dietary knowledge, interest, action and benefit.

Key Words: patient's intake of meals, the symptoms in the patient, satisfaction of patient food service, evaluation of patient food service

Division of Nursing, Okayama University Hospital
1) Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Okayama University Medical School