

第二章 安全な、施設での誤嚥を防ぐ取り組み編

1) 安全な食支援のために

食べること、飲むことは、人が生命を維持する上で必要不可欠な営みであると同時に、人との交流を促進し、生きる喜びにつながる行為です。加齢に伴い、食べる・飲むための機能が変化することに加えて持病や薬物などの影響も加わり、高齢者の食事行動は若年者に比べて問題を抱えることが多くなります。安全に口から食べることを支援していくために、まずは摂食・嚥下についてしっかりと学び、理解しておくことが大切です。

① 摂食・嚥下について理解する

摂食・嚥下とは、目の前にある食べ物を口に入れて、咀嚼して、飲み込み、食べ物が食道を通過して胃に到達するまでの一連の動きを指します。摂食・嚥下の過程を段階でわけ、それぞれの観察視点と援助内容を表の「摂食・嚥下に関する過程と援助」にまとめています。観察視点をもとにその人の摂食・嚥下における課題や困難点を知り、右欄の援助項目を例にして、その人ごとの支援を多職種で話し合しましょう。

A) 先行期

目で見て得た情報(対象物)を食べ物だと判断し、それがどんな食べ物で、どのくらいの量を、どんな風に食べるかなどを考え、口に取り込むまでの段階です。

→観察の視点と援助

当然、目の前にある物が食べ物だと認識できなければ「食べる」ための行動に結びきませんし、食べ物とそうではないものの見分けがつかない状態では誤飲や窒息事故につながりかねません。

・意識レベルや覚醒度の確認

そのため、食事を開始する前に普段と違う様子はないか、普段と変わらないコミュニケーションが取れるか、発熱や痛みなどの不調はないか、意識レベルや覚醒状態に違和感はないか、疲労感や眠そうな様子はないか、落ち着きのない様子はないかなどを観察し、食事に集中できる心身の状態かどうか確認することが必要です。

・加齢に伴う感覚機能の影響を確認

高齢者では特に、白内障などの眼科疾患による視覚障害や加齢に伴う視力低下がある場合が多く、対象物が食べ物であることは認識できても、その食べ物の内容や大きさ・量といった全体像がしっかりと見えず、固形の食べ物なのに皿に口をつけて吸って食べようとする、大きな塊を丸ごと口に入れてむせてしまうなどの危険性が考えられます。本人が使用しているものがあれば、視力や聴力などの感覚機能を補うための眼鏡・補聴器はきちんと装着しましょう。義歯も同様です。そのような身の回りの準備のほか、その人が使いやすい食具、食事にふさわしい姿勢を維持

するためのクッションや椅子といった食事環境についても調整していくと良いでしょう。特に、心身の状態が不安定な人や、何らかの理由で判断力が低下している人、認知症がある人の場合には、多職種で情報共有をしながら、安全に美味しく飲食するためにどのような工夫ができるか、個別のプランを相談していきましょう。

・高次脳機能障害・認知症による影響を確認

高次脳機能障害や認知症がある場合、食べ物を食べ物だと認識できない「失認」や、食べ方が分からない「失行」、いろいろなことが気になって集中できず落ち着かない「注意障害」、電気の光や器の柄が不快なものに見えて食べられない「幻視」、顔・口周辺の動きには問題がないけれども、どうやって口を開けたら良いのか分からず、意図的に開口できない「口・顔面失行、開口失行」がある人もいます。

そのような時は必要な動きを促すための声掛けや説明のほかに、環境や食具の調整、提供方法やタイミングの検討、言語的な説明が理解しづらい人には見本行動を見せるなど、その人の理解力に合わせてかかわり方を探していく必要があります。

・口の開閉や頬の動きを日頃から観察

食べる動作には、「口を開けて食べ物を含み、しっかりと口を閉じること」が必要です。しかし麻痺やしびれ、口・顎周辺の筋力低下や拘縮があると口の開閉が困難になることがあります。口を開けることができないと口のなかに食べ物を取り込むことができませんし、口を閉じることができないと、食べ物を咀嚼して食塊を形成する準備期(咀嚼期)や食塊を咽頭から喉頭、食道に送りこむ口腔期に大きく影響します。普段のコミュニケーションの時から口の動きや発声、表情の様子を確認し、なにか問題がある場合には早期に専門職種、専門科に対応を相談しましょう。

一般的には、飲食を開始する前の口腔体操(パタカラ発声、つばのみ練習など)、話すことができない人には、口・頬・喉付近を優しくマッサージをするなど周辺の筋肉を意識したトレーニングも効果的です。

・生活歴や性格、趣向などからも情報収集

食事動作は何十年もの間、毎日毎日繰り返してきたものですから、その人の生活歴や性格、趣向などの情報のなかに、その人が安全に飲食をするためのヒントが見つかるかもしれません。一つの例ですが、飲食時には介助が必要な認知症の人がいて、なかなか開口して頂けず困っていました。しかし、ある時本人の手に食具を握って頂き、介護者の手を添えて一緒に口元に近づけると自然に開口できたのでした。手から感じる食具の感触に始まり、口元に食べ物を運ぶ時の腕の動き、顔の傾け方、唇にあたる食具の感触と食べ物の湯気や匂いという一連の感覚の流れを通して「開口」動作を引き出すことができたのです。

このように、長年行ってきたことや経験から体に染みついている記憶を「手続き記憶」を言います。この手続き記憶から次の動きを引き出すことができたのかもしれません。このほかにも、お弁当箱につめることで食事開始がスムーズになった例や、生活歴からヒントを得て行った環境調整が上手く行った例もあります。

B) 口腔準備期(咀嚼期)

※下顎が上下左右前後に動いて食べ物をすりつぶし、唾液と食物を混ぜる作業を咀嚼といいます。

口の中に入れた食べ物を細かくかみ砕き、唾液と混ぜあわせて飲み込みやすい形状の食塊を形成し、舌や頬を動かして、この食塊を喉の奥の方に集めていくまでの段階です。

→観察の視点と援助

食べ物を口に取り込む時、唇や舌、歯が動きます。硬いお煎餅なら、口の奥や左右に移動させて奥歯で噛めるように唇や舌を動かしますし、水や汁物ならすぐに唇を閉じてこぼれないようにします。こうした判断は瞬時に脳で行われています。

しかし、加齢や疾患などの影響による唾液分泌の減少、唇の機能不全や口腔顔面筋群や喉の筋肉の低下、麻痺があると、口に取り込んだものを口の中に保持し、咀嚼し、食塊を作ることが難しくなる上、咀嚼や喉への送り込み動作も困難となります。

・咀嚼中のむせや誤嚥の原因を知る

食物を口に取り込んだ時、唇と舌と口蓋は閉鎖しています。食べ物は舌の上(口腔内)にとどまっている状態です。この舌と口蓋部分がしっかりと閉鎖できてないと食べ物が舌の上にとどまらず咽頭に流れこんでいってしまうのでむせや誤嚥の原因となります。

咀嚼の間は、嚥下反射は抑制されている状態です。例えば、水分を多く含むスイカは咀嚼している間に果肉と水分にわかれます。水分は流動性が高いため喉に流れていこうとしますが、健康な人の場合、咀嚼中なので舌と口蓋は閉鎖されており、嚥下反射も起きません。一度咀嚼を中断して水分を先に嚥下し、また咀嚼を再開することもできます。しかし、嚥下に問題のある人の場合では、咀嚼中の流れ込みや嚥下のタイミングが合わないことで、むせや誤嚥の原因になってしまうことがあります。

・口腔状態を観察し、歯科医師や歯科衛生士と情報共有

食物をかみ砕くための歯の状態がどうなっているのか、虫歯や歯周病（ぐらぐらの歯）はないか、義歯は合っているか、舌は乾燥していないか、舌の動きはどうか、口内炎はないか、唾液は出ているかなど、日頃から口腔状態を観察し、歯科医師や歯科衛生士とも情報を共有していくことが重要です。

もし食べ物を口に入れた後も口の中が動いていない、いつまでも飲み込めずに残っている様子が見られたら、舌や喉の機能に問題がある可能性も考えましょう。その場合は口腔ケアや嚥下リハビリテーション、姿勢や食事形態の調整が必要かもしれません。

・食塊形成しやすい食事内容と姿勢保持の工夫

脳血管疾患による片麻痺がある人の場合、口腔内の麻痺側に食べ物が溜まりやすく、むせや誤嚥を起こす原因となります。口腔内でバラバラになりやすい食べ物は餡かけにしてみるなど、口腔内でまとめやすい(→食塊形成がしやすい)食事内容の工夫をしていくと良いでしょう。

筋力低下や麻痺がある人の場合では特に食事終了まで安全・安楽な姿勢が保持できるようにポジショニングも重要です。困った時は機能訓練士や理学療法士、医師に相談し助言をもらいましょう。

C) 口腔(送り込み)期

舌や頬の運動によって、食塊を口腔から咽頭へ送る段階を言います。(随意運動)

→観察の視点と援助

食塊となった食べ物は、舌や頬の筋肉によって喉の奥に移動し、咽頭へと送り込まれます。この時、舌を口蓋(上顎)に押し付けて圧をかけることで食べ物を送り込んでいます。しかし、舌や頬の機能不全があるとその動きができず、食べ物を咽頭へ運び、送り込むことが難しくなります。

・「溜め込み」に注意する

舌や顎、頬を動かす筋肉の力が弱くなると上記のような動きが困難となり、口腔内の食物を処理できないため、動きが止まってしまうことがあります。さらに、口の中に食べ物を溜め込み、食事時間が長くなることで、疲労感や集中力の低下を生じますし、処理可能量を越えた食物が口腔内に溜まることで、嚥下反射が一層起きにくくなり、むせや誤嚥のリスクが高まることが考えられます。そのような場合は、一旦口腔内に溜まっているものを取り除いてから、再開する方が良いでしょう。

また食品によっては、口腔内に長時間とどまることで形状や性質が変化する物があります。例えば、ゼラチンゼリーは口の中で時間が経つと溶けて液体となり、咽頭に流れ込みやすくなります。そうした食べ物にも注意しましょう。

D) 咽頭期

咽頭の入り口に食塊がくると嚥下反射(不随意運動)がおこり、咽頭から食道へ送り込まれます。この段階を言います。

→観察の視点と援助

・口腔内圧がしっかりとかからないと、むせや誤嚥のリスクが高くなるため注意する

舌を口蓋に押し付けて圧をかける時、同時に鼻腔に食塊が流れないように鼻咽腔が閉鎖して食塊を咽頭に送り込んでいます。この鼻咽腔の閉鎖が不完全だと、食塊の一部が鼻咽腔へ流れ込むだけでなく、口腔内圧が十分にかからないために嚥下時にむせや誤嚥を引き起こしやすくなります。例えば、食事中に鼻水が多くなったり、摂取した物が鼻から出たりする人は、軟口蓋の拳上が悪いことが予測できます。

・呼吸状態が整っているか確認

食べ物が咽頭に送り込まれると、嚥下反射(不随意運動:意識しないでも起こる反射)が起きます。口腔・鼻咽腔が閉じられて口腔内圧が上昇して、「ゴクン」と飲み込む動きです。飲食物が通過す

る嚥下の瞬間、喉頭が拳上し、喉頭蓋頭蓋反転し気管の入り口を覆って閉鎖し、食物や液体が気管の中へ流れ込まないようにしています。つまり、嚥下時は呼吸を止めている状態になるのです。これを嚥下性無呼吸と言います。当然、呼吸が不安定な状態にある場合は生命維持のための呼吸運動が優先されますから、呼吸運動と嚥下運動のリズムが乱れて誤嚥のリスクが高まります。「嚥下」運動と「呼吸」運動が同時に起こることはなく、必ずどちらか一方になるため、安全に摂食をすすめるためには、まず呼吸状態が整っていることが重要です。

・嚥下反射が遅延している人は食品の流動性の調整を

嚥下反射が遅延している人の場合、水様物などの流動性が高いものは咽頭に流れこむ速度が早いため、嚥下のタイミングを合わせられずに、むせてしまうことがあります。このような時、喉を通過する速度を抑える目的で飲食物にとろみをつけたり、食形態の調整を検討しましょう。

・嚥下力が低下している人は、一口量や摂取方法の検討を

口や喉の筋力低下によって、飲み込む力が弱くて食べ物をなかなか食道に送り込めない、もしくは、少しずつ飲み込んではいけるが咽頭に残ってしまい、結果的にむせてしまうということもあります。外から見てみると一度ゴクンと飲み込んだ後にむせるというような状態です。そのような時は、その人の一口量や飲み込みペースをよく観察し、それに合わせて介助方法を見直していきます。

また、飲み込むときに口が空いている(口唇閉鎖不全)と食べ物を咽頭へ送るための圧が不足して嚥下のパワーが不足します。飲み込むときには口をしっかりと閉じてもらいましょう。機能低下や麻痺があって、どうしても口が開いてしまう場合は、本人や介護者の指を添えて唇を閉じる力を補うという支援方法もあります。

ほかに、1度「ゴクン」と飲み込んだ後に、もう一度飲み込んでもらう**追加嚥下(複数回嚥下)**や一つの物を連続して食べ続けるのではなく、硬さや口の中でのまとまりやすさの違う食べ物を交互に食べ、付着性の違いにより口の中の残留物を減らす**交互嚥下**などの摂取方法が効果的な場合もあります。

・安全な食事姿勢を日頃のポジショニングから意識する

中枢神経系疾患を患う高齢者の中には首が固くなってしまい、なかなか頸部前屈位が取れない人がいます(頸部周辺の筋肉の柔軟性がなくなり、関節可動域が制限されている状態です)。頸部前屈位が取れない、つまり後屈位になってしまうということは、嚥下に必要な筋肉が伸びきった状態となってしまう気管に飲食物が流れ込みやすくなるため、誤嚥や窒息のリスクが高くなります。

自分で首を動かせないほどの寝たきりの方は、徐々に筋が痩せて(線維化)短縮していき、自然と首が後屈した状態で硬直していくため、食事時間に限らず、日ごろのポジショニングから見直して日常ケアに取り入れていくことが大切です。

E) 食道期

食塊が食道から胃まで送りこまれる段階を言います。食塊がいったん食道に入りこめば、蠕動運動によって胃に到達します(食道期)。

→観察の視点と援助

飲み込んだ後に喉に残っている感じや詰まる感じがある場合は、食道の蠕動運動が弱くなって食べ物が残っている状態か、加齢による食道括約筋の閉鎖不全や弛緩不全などが起きている状態が考えられます。食塊が入り口部分でつかえてしまうと喉頭への流れ込みの原因となります。

入り口部分での残留や食道途中のつかえ感は、もう一度嚥下してもらうと、その刺激で通過することがあるので、試してみてください。また、食道の途中に横隔膜を通過する部分があり、その部分に生理学的な狭窄が存在します。この部分で食塊がつかえると「胸やけ」がおこります。食道括約筋の低下によって胃の内容物が逆流し、誤嚥する危険性もあるため、入居者一人一人の個別性を考慮しながら、食後の様子を観察していきましょう。

摂食・嚥下に関する過程と援助

摂食・嚥下の過程	観察の視点	援助
全時期共通	【覚醒】 ・意識レベルの評価(JCS, GCS)、せん妄の有無 【感覚・知覚】 ☐ 視覚障害(老視、白内障、視野狭窄など)はないか ☐ 聴覚障害(難聴など)はないか ☐ 知覚鈍麻や麻痺など触覚に障害はないか 【活動耐性】 ・食事行動を継続するための集中力は保たれているか(注意力、意欲、意識レベルの変化) ・食事の途中で姿勢が崩れるなどの易疲労性の有無 ・座位保持困難、頭部支持困難、体位を自分で修正できない様子はないか 【個別的な影響】 ・以前の生活歴や現在の生活が及ぼす影響因子はないか ・認知症や高次脳機能、その他の疾患や内服薬の影響 ・加齢に伴う体力・筋力低下の影響	・普段と違う様子があったり、体調や様子が不安定な時は医療職と連携し、状態に合わせて食事提供を検討する。 ・安全な姿勢を保持するためのクッションなど、個別性に合わせて必要な準備を行う ・嚥下機能に影響を来す疾患(脳血管障害やパーキンソン病など)や認知症、身体機能の加齢的变化について、多職種カンファレンスや勉強会を開催し、日ごろから学習しておく
① 先行期(認知・捕食期) 食べ物が口に入る前の時期で、何を、どのくらい、どのように食べるのかを考え行動する 	【感覚・知覚】 ☐ 対象物を見て飲食物だと認識できるか(→失認・視力障害・覚醒不良・その他の関連を探る) ☐ 口唇にスプーン等が触れると唇を動かす等の反応はあるか。 【摂食動作】 ☐ 義歯は正しく装着されているか ☐ 麻痺・拘縮、筋力低下、振戦、失調など上肢・手関節の運動機能、関節可動域の評価 ☐ 食具や食器の種類・形状が身体機能に合うものか ☐ 食事形態は本人の身体機能に適したものか ☐ 安全に食事ができる姿勢か ☐ 食べ物の全体が把握できる、テーブル・椅子の高さか 【個別的な影響】 ☐ 今までの食事環境との違い、性格や生活習慣の影響 ☐ スプーンを逆さに持つ、スープを箸ですくう、皿に口をつけて固形食をすすって食べるなど、食具を上手に使えない、使い方がごちない、または食べ方が分からない様子はないか(→失認・失行・視力障害・筋力低下・麻痺・痛みや心身の不調、その他の関連を探る) ☐ 注意力が散漫で、落ち着きのない様子はないか	・視覚や聴覚、触覚に障害があると食べ物の内容や量を正しく認識しづらくなる。眼鏡、補聴器など感覚機能を補うものが装着されているか確認する。 ・義歯を正しく装着する。 ・本人の身体機能に合わせて、安全に食事がとれる姿勢を工夫する。筋力や拘縮・麻痺の有無、活動耐性などをアセスメントし、個別性にそって多職種で検討する。 ・食事形態、食具や食器、提供方法についても上記同様。 ・器の色、盛り付け方の工夫も有効(白い皿に白いご飯をいれると見えにくい、色の差をつける等も効果的) ・1口目だけ援助すると「食べ物だ」と理解でき、その後は自分で食べだすこともある ・適宜、声掛けをしながら危険な食べ方にならないよう見守る ・食事に集中できる環境調整をする
② 準備期(咀嚼期) 食物を口腔内に取り込み、咀嚼し、唾液と混ぜることによって食塊を形成する。 	【捕食行動】 ☐ 開口障害、発音不明瞭などの様子はないか ☐ 顎の関節が上手く動かない、その周囲の筋肉が固い様子はないか(口腔顔面筋群の低下、拘縮) ☐ 歯の欠損・不安定な部分、義歯やかみ合わせの不具合、口内炎などはないか ☐ 口唇閉鎖不全、流涎、口に入れた食物が口端からこぼれてくる様子はないか ☐ ま・ば行の発音が不良ではないか 【咀嚼と食塊形成】 ☐ 十分な咀嚼が行えているか ☐ 歯や義歯に不良はないか ☐ 食塊形成はできているか(口腔内の食物残留からアセスメント) 【個別的な影響】 ☐ 食べるのが早い、一口量が多い等、食べ方の癖 ☐ 誤嚥しやすいもの、過去に窒息したことがあるか ☐ 唾液分泌や味覚、口の動きに影響する疾患や内服薬はあるか ☐ 食行動の様子が時間によって変化していないか(認知機能の日内変動の有無)	・関節や筋肉が固い時は口唇や口腔内のマッサージ、首や肩・背中中の筋肉をほぐす対応も効果的 ・歯や歯茎を健康に保ち、唾液の分泌を促進するために、日ごろから口腔内を清潔にする ・本人に合う食具、食事形態、提供方法を選択する ・本人のペースに合わせて食事の援助を行う(嚥下を確認しながら、リズムよく捕食すると反射が上手に続きやすい) ・歯科医師、衛生士に助言を貰う ・食べるペースを自分でコントロールできない人の場合は、食事の提供方法や支援の仕方を多職種で検討する ・唾液分泌の低下や味覚障害、覚醒レベルの低下等を招く可能性のある薬剤を使用している人は特に注意が必要。多職種で情報共有をしながら、観察した事を適宜医師に相談し、助言を貰う。

摂食・嚥下に関する過程と援助

嚥下期		
③ 口腔期 (食塊を口腔から咽頭へ) 舌の運動によって、食塊を咽頭に送る。(随意運動)  舌の動きで 食物の塊が 口の奥へ 移動	【食塊を奥舌に移送】 ☐ 口腔内にため込まずに飲み込むことができるか ☐ ら・た・かなどの舌先を使う音や舌の奥を使う音が不良ではないか 【姿勢】 ☐ 顔が上を向いていないか 【個別的な影響】 ☐ 集中力が保たれているか ☐ 脳血管疾患、神経変性疾患など疾患や後遺症による影響はないか	・飲み込みの様子を観察する ・認知症の影響で、口に食べ物が入っていることを忘れてしまうことがある。「口に入ってますよ」「今嚥んですよ」等、状況を伝えるような声掛けが有効な場合もある ・嚥下機能に影響する薬剤を使用している人は特に注意が必要。多職種で情報共有をしながら、観察した事を適宜医師に相談する。
④ 咽頭期 (食塊を咽頭から食道へ) 食塊が咽頭の入り口にくると、反射(不随意)運動が起こり、咽頭から食道へ送り込まれる。この時、喉頭蓋は喉頭の入り口を覆って食物が気管側に入るのを防止する。  食物が咽頭の 入り口にきて 反射がおこる ↓ 気管の入口が 閉じて 食物は下方へ	【食塊を食道に移送】 ☐ なかなか食べ物を飲み込めない様子はないか(有り→嚥下反射の減弱・消失の可能性はある) ☐ 食事中、鼻腔から鼻水や食物が出てこないか ☐ 嚥下後に食物が口腔内に残っていないか。 ☐ 飲み込んだ後、咳がでる、声が出ない・枯れている、発語が不明瞭になっている様子はないか ☐ 咽込み、咳反射があるか ☐ か・が行の舌の奥を使う音が不良ではないか 【個別的な影響】 ☐ 疾患や内服薬、加齢に伴う機能低下による、嚥下反射への影響はあるか ☐ 高次脳機能障害による嚥下失行ではないか ☐ 上手く飲み込めなかった時や苦しい時に、どのような表現ができる人か 	・嚥下失行がある場合は、重力を利用したリクライニング姿勢で送り込みを助けるのも一つの方法である。 ・麻痺や拘縮等で体が思うように動かせない人や、苦しいことを上手く表現できない人については、日ごろから表情の変化を観察しておくと共に、唇の色や呼吸の様子を観察し、異常の早期発見に努める。
⑤ 食道期 (食塊を食道から胃へ) 蠕動運動(不随意運動)により、食塊は食道から胃に送られる  食物は食道 を通過して 胃の方へ	【食塊を食道から胃へ移送】 ☐ のどにつかえる感じや食道につかえる感じはないか ☐ 飲食物が咽頭・口腔に逆流していないか ☐ 吐き気や嘔吐、胸やけなどはないか 【個別的な影響】 ☐ 食道や胃に関連する疾患はあるか ☐ 上手く飲み込めなかった時や苦しい時に、どのような表現ができる人か	・食事時間、食事形態、提供量、介助方法など総合的に多職種でカンファレンスを行い、評価する。

特別養護老人ホーム博水の郷 認知症看護認定看護師 渡邊 麻衣子 様ご提供資料

② 覚醒水準

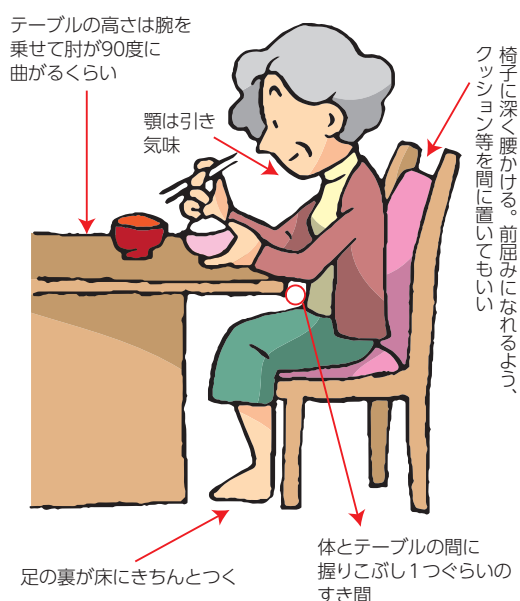
覚醒水準が低い状態での食事の提供は、誤嚥や窒息につながりかねません。そのため少し時間を置き、しっかり目覚めてから食事を進めるなどの対応が必要です。まず食事の姿勢を整えたうえで、タオルを水に濡らし、絞った後、電子レンジで1分程度あたためます。このホットタオルを用いて、口腔の周囲や頸部を温めることにより、リラックス効果が期待でき、筋肉の緊張をほぐし、頬や唇、顎下をマッサージすることで覚醒効果が得られ、認知機能が低下している高齢者の方には、これから食事が始まるという刺激にもなります。

③ 安全な食事のための姿勢

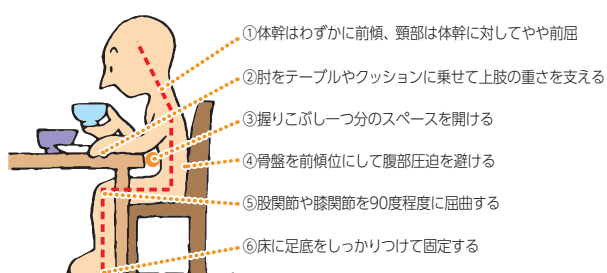
上を向きながら食べてしまうと誤嚥しやすいので、前かがみの状態で姿勢が保てるようにしましょう。前かがみの状態を保つのが難しい場合は、背中と背もたれの間にクッションを入れるなどして前傾が保てるようにしましょう。

テーブルの高さは、利用者が座っている椅子の高さにあっていますか。腕をのせて肘が90度に曲がるくらいの高さが理想です。椅子の高さも、利用者の足裏がしっかりつき、ひざ関節やかかとの角度が90度になるよう身長に応じて、可能な限り調整しましょう。

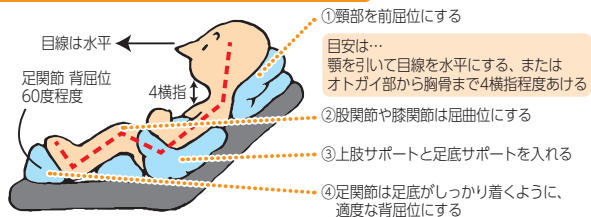
ベッドで食事をする場合もあろうかと思います。その場合も、利用者の嚥下能力や希望に合わせて、リクライニングの角度を30～90度くらいに保ちます。腰はベッドのリクライニング部分にしっかりと沿い、隙間ができないように座っていただきます。膝は軽く曲げられるようにして、その下にクッションなどを挟んであげると姿勢が楽になります。リクライニングの場合もバスタオルを固く丸める、クッションを利用するなど土踏まずにあて足底接地をしましょう。頭部を安定させるために、首下から後頭部の肩甲骨の辺りにクッションや枕やバスタオルで調整し、顎と胸部の間隔が4横指になるような姿勢を保ちましょう。



椅子(車いす)の基本的な食事姿勢



ベッド(リクライニング位)の基本的な食事姿勢



④ 食事形態の選定について

当然ですが、日ごろの食事の提供、口腔ケアも非常に重要です。

食事は、健康増進のためにも重要です。栄養量が低下すると褥瘡ができたり、免疫力の低下によって感染症などを引き起こしたりします。また、おいしく食べることは、日常生活の中で大きな楽しみの一つです。料理のなかでも季節感を演出し、楽しい雰囲気を醸成することで、日々の食事にメリハリが出て、食欲も増します。また、他の利用者さんとの関わりのなかで、満足感や精神的な潤いが得られることがあります。

なるべく、「自分で食べたい」と思っただけのような気持ちを引き出すことが重要です。視覚、嗅覚などの五感を刺激する食事の提供を心掛けましょう。また、ご自身で召し上がれるような工夫も必要です。もちろん、食べる時間や食べ方には個人差がありますので、その方の状況に応じて、ゆとりをもって見守ります。

高齢者施設で「食べることを支援するために、その方の機能に合った食事形態を選定する事も重要です。まず、施設でどんな基準で作られた食事が提供されているかを多職種で知っておきましょう。施設の調理提供形式や新しい食事形態の設定など大きな変化があったときは、様々な職種で意見交換をしながら確認し合うと良いでしょう。

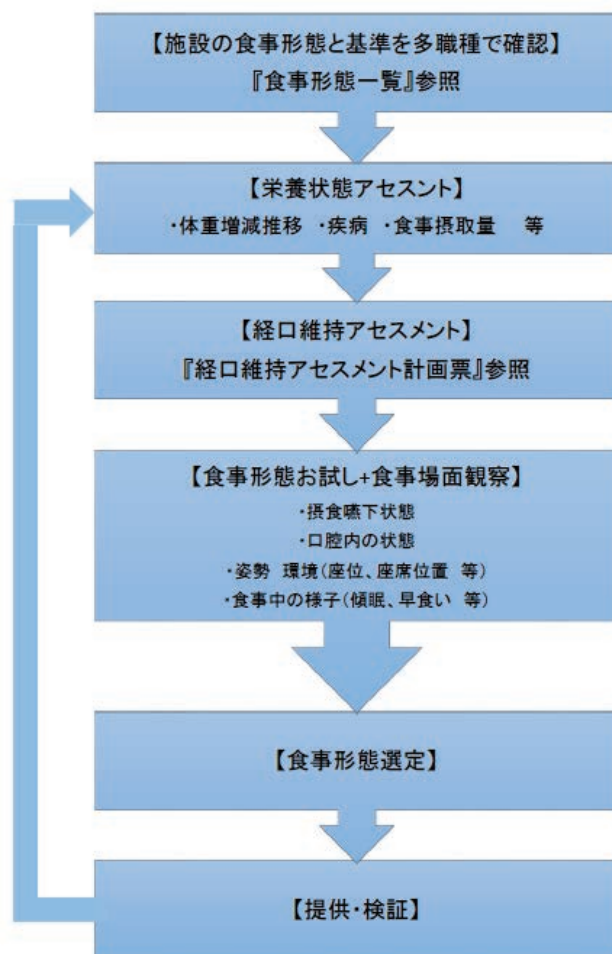
栄養状態、経口摂取状態の現状把握をし、その方に適していると思われる食事形態を召し上がっていただき、その様子を多職種で観察し記録に残しておく、その後のモニタリングや評価に役立ちます。

一部の薬剤についても、唾液分泌の低下や味覚障害、歯肉増殖、覚醒レベルの低下を招くため、摂食嚥下機能に支障をきたすことがあります。

個々の摂食嚥下機能に配慮した適切な食形態の提供を考慮しましょう。歯に問題がある方や、舌の動きに問題がある方は、咀嚼や食塊を形成することがうまくできません。このような方には「嚥下調整食」等を検討しましょう。

なお、嚥下調整食の種類や基準がわからない、どのように利用者の食事形態が選定、変更されるのか（していいのか）分からないといった疑問も多いのが実際のところと思われます。例えば能登脳卒中地域連携協議会における「食形態マップ」や、「水分のとりみ」に関する学会分類など、以下に示している手順なども参考に、まずは近隣施設とも情報交換を行ってみましょう。

【高齢者施設における安全な食支援のための手順】（例）



【食事形態一覧】(例)

分類	施設名 (例)	形状	目的・特色	必要な咀嚼能力	提供例
コード0 j	嚥下ゼリー	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー。離水が少なく、スライス上にすくうことが可能なもの	重度の症例に対する評価・訓練用。少量をすくってそのまま丸呑み可能 残留した場合にも吸引が容易 たんぱく質含有量が少ない	若干の送り込み能力	
コード0t	とろみゼリー	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水 (原則的には、中間のとろみがあるいは濃いとろみ*のどちらかが適している)	重度の症例に対する評価・訓練用。少量ずつ飲むことを想定 ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口中で溶けてしまう場合 たんぱく質含有量が少ない	若干の送り込み能力	
コード1 j	栄養ゼリー	均質で、付着性・凝集性・硬さ、離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔外で既に適切な食塊状となっている(少量をすくってそのまま丸呑み可能) 送り込む際に多少意識して口蓋に舌を押しつける必要がある 0jに比し表面のざらつきあり	若干の食塊保持と送り込み能力	
コード2-1	ゼリー食	ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの。スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの (咽頭では残留、誤嚥をしにくいように配慮したもの)	下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力	
コード2-2	ミキサー食	コード2-1に加え不均質なものも含む		下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力	
コード3	ムース食	形はあるが、押しつぶしが用意、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの。多量の離水がない。	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの 押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し(あるいはそれらの機能を賦活し)、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの	舌と口蓋間の押しつぶし能力以上	
コード4	ソフト食	硬さ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの。箸やスプーンで切れる柔らかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだもの 歯がなくても対応可能だが、上下の歯槽提間では押しつぶす必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難	上下の歯槽提間の押しつぶし能力以上	
普通食		嚥下調整をしていないもの	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理したもの		

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013」に準ずる

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類 2013 とろみ早見表

学会分類 2013 (とろみ) 早見表			
	段階 1 薄いとろみ 【Ⅲ-3 項】	段階 2 中間のとろみ 【Ⅲ-2 項】	段階 3 濃いとろみ 【Ⅲ-4 項】
英語表記	Mildly thick	Moderately thick	Extremely thick
性状の説明 (飲んだとき)	「drink」するという表現が適切なとろみの程度 口に入れると口腔内に広がる液体の量・味や温度によっては、とろみが付いていることがあまり気にならない場合もある 飲み込む際に大きな力を要しないストローで容易に吸うことができる	明らかにとろみがあることを感じ、かつ「drink」するという表現が適切なとろみの程度 口腔内での動きはゆっくりですが、舌の上でまとめやすい ストローで吸うのは抵抗がある	明らかにとろみが付いていて、まとまりがよい 送り込むのに力が必要 スプーンで「eat」するという表現が適切なとろみの程度 ストローで吸うことは困難
性状の説明 (見たとき)	スプーンを傾けるとすっと流れ落ちる フォークの歯の間から素早く流れ落ちる カップを傾け、流れ出た後には、うっすらと跡が残る程度の付着	スプーンを傾けるととろとろと流れる フォークの歯の間からゆっくりと流れ落ちる カップを傾け、流れ出た後には、全体にコーティングしたように付着	スプーンを傾けても、形状がある程度保たれ、流れにくい フォークの歯の間から流れ出ない カップを傾けても流れ出ない (ゆっくりと塊となって落ちる)
粘度 (mPa・s) 【Ⅲ-5 項】	50-150	150-300	300-500
LST 値 (mm) 【Ⅲ-6 項】	36-43	32-36	30-32

学会分類 2013 は、概観・総論、学会分類 2013 (食事)、学会分類 2013 (とろみ) から成り、それぞれの分類には早見表を作成した。
本表は学会分類 2013 (とろみ) の早見表である。本表を使用するにあたっては必ず「嚥下調整食学会分類 2013」の本文を熟読されたい。
なお、本文中の【 】表示は、本文中の該当箇所を指す。
粘度：コーンプレート型固形粘度計を用い、測定温度 20℃、ざり速度 100 α^{-1} における 1 分後の粘度測定結果【Ⅲ-5 項】。
LST 値：ラインスプレッドテスト用プラスチック測定板を用いて内径 30 mm の金属製リングに試料を 20 ml 注入し、30 秒後にリングを持ち上げ、30 秒後に試料の広がり距離を 6 点測定し、その平均値を LST 値とする【Ⅲ-6 項】。
注 1. LST 値と粘度は完全には相関しない。そのため、特に境界値付近においては注意が必要である。
注 2. ニュートン流体では LST 値が高くなる傾向があるため注意が必要である。

学会分類2013(とろみ)早見表 利用例 【ほほえみ福寿の家】

	極うすいトロミ	段階1 薄いとろみ	段階2 中間のとろみ	段階3 濃いとろみ
とろみの量	青スプーン1 2.5cc 0.75g (200ccに対し)	ピンクスプーン1 5cc 1.5g (200ccに対し)	黄色スプーン1 10cc 3g (200ccに対し)	黄緑スプーン1 15cc 4.5g (200ccに対し)
性状 (見た目)		スプーンを傾けると、すっと流れ落ちる	スプーンを傾けると、とろとろと流れる	スプーンを傾けても流れにくい
性状 (飲んだ時)		スプーンを傾けると、すっと流れ落ちる	スプーンを傾けると、とろとろと流れる	スプーンを傾けても流れにくい
性状 (見た目)	とろみがついているのかわからない	フォークの間から素早く流れ落ちる	フォークの間からゆっくり流れ落ちる	フォークの間から流れ出ない
性状 (飲んだ時)	「drink」する	「drink」する	明らかにとろみがあり、「drink」する感じ	明らかにとろみがあり「eat」する
性状 (見た目)	とろみがついていることが気にならない	温度や味によってはとろみが付いていることが気にならない	口腔内ではすぐには広がらずゆっくり	まとまりがよく、送り込むのに力が必要
性状 (見た目)	細いストローで容易に吸える	細いストローで容易に吸える	ストローで吸うのは抵抗がある	ストローで吸うのは困難

※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類 2013 とろみ早見表に準ずる
※学会分類は「薄い」「中間」「濃い」とろみの3種類に分類されます
※とろみ剤の種類により、とろみの量は変わります。

特別養護老人ホームほほえみ福寿の家 日本老年歯科医学会認定歯科衛生士 伊藤 ひとみ 様
ご提供資料

嚥下能力が低下している方の場合には、誤って気道に食べ物が入ってしまうことがあります。むせる力が衰えてしまうと、そのまま肺に入ってしまう、誤嚥性肺炎を起こしてしまいます。そのため、食事や水分にとろみをつけることで、分散しにくくなるため飲み込みやすくなることもあります。とろみの強弱やゼリー飲料などでその方に合った水分の形態も見極めておくことが誤嚥防止に繋がります。

また、口に入れたものがゴクンと嚥下されてから、次の一口を食べていただきましょう。ゴクンとならない場合は、喉仏から顎に向かって軽く皮膚をマッサージすると起こりやすいことがあります。他にも、違う味の食物を交互に食べていただくことで、それが刺激となり嚥下を促すことができる場合があります。

この点、経口移行・維持アセスメント計画表のなかで、食事の環境や介助方法、食事の形態等に関する支援項目を設け、多職種で連携して食事形態と口腔ケアに意識が行き渡るように対応しているケースもあります（次頁）。

⑤ 口腔ケアの役割

加齢や疾病による口腔機能の低下や多剤服用などにより、高齢者の多くは唾液の量が減少し、口腔内や咽頭が乾燥しやすくなります。そこで、食前に、水でうがいをするか、ミストタイプの保湿剤を用いて口腔内を潤すことや口腔内の汚れを取り除くことで口腔環境を整えます。

また、食前の嚥下体操（呼吸や姿勢を整えて、口唇、舌、頬、頸部を動かしたり、声を出したりすることにより筋肉をほぐし鍛える運動）をすることで、頸部や口唇の緊張がとれて嚥下がスムーズになり、食事に対する心構えができます。

口腔清掃が不十分な状態では口腔内細菌が繁殖しやすく、細菌を多く含んだ唾液や食物を誤嚥することで、抵抗力の低下した高齢者は、誤嚥性肺炎等の気道感染症が誘発されてしまい、さらなる低栄養や生活の質の低下につながることが考えられます。

さらに、口腔環境を整えることが重要です。う歯や歯周病による歯数の減少や、義歯の不適合により咀嚼機能が低下すると食塊形成が困難となり、誤嚥の原因となります。また、歯の問題だけではなく、口内炎や、舌苔、口腔乾燥により口腔内の環境が悪化すると食事の意欲の減退、誤嚥・窒息のリスクも高まります。利用者の食事の場면을観察し、普段とのちがいに早く気づき、必要に応じて歯科受診へと繋げる必要があります。

こうした前提を踏まえつつ、「食べる」ための口腔ケアを行いましょう。口腔ケアについては、全国老施協が提供している「高齢者福祉施設のための口腔ケアガイドブック」（<http://www.roushikyo.or.jp/contents/research/other/detail/130>）もご参照ください。

(参考例)

経口移行・維持アセスメント・計画表(アコモード)

氏名	様			性別		フロア		
食事の形態	主食情報		副食情報		汁物		パン形態	
摂取量(割合)					水分平均			cc
その他特別な食事								
義歯				水分	トロミ有無		ゼリー	
食事の観察								
事観察項目	年	月	日	担当者	職種 氏名	介護職員		
環境 介助法	①食事に関する認知障害や意識障害がある(失認)							
	②上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である							
	③頭部が後屈しがちである(戻しても顔が上を向いてしまう)							
	④口を開かない(開口不良)又は口を閉じない(閉口不良)							
	⑤次から次へと食べ物を口に運ぶ							
	⑥食事に注意力がむかない・食事に集中できない							
	⑦食事又はその介助を拒否する							
	⑧食事をしながら寝てしまう(傾眠)							
	⑨食事に時間がかかり、疲労する							
咀嚼	⑩歯を食いしばることができない							
	⑪固いものを避け、柔らかいものばかり食べる							
	⑫食べ物をいつまでも飲み込まずに嚥んでおり、嚥下に時間がかかる							
嚥下	⑬一口当たり何度も嚥下する							
	⑭頻繁にむせたり、せき込んだりする							
	⑮食事中や食後に濁った声になる							
	⑯異物や痰などを咳払いで吐き出せない							
口腔状態	⑰口から食べ物や唾液がこぼれる							
	⑱口腔内に食物残渣が目立つ							
	⑲口腔内が乾燥している							
	⑳口腔内の衛生状態が悪い							
その他 医療	㉑観察時から直近1か月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある							
	㉒義歯の不具合(歯・義歯の状態または咀嚼能力等に問題がある)							
多職種会議における議論の要点								
会議実施日	月	日	参加者 ☐ 歯科医師 ☐ 歯科衛生士 ☐ 管理栄養士 ☐ 看護師 ☐ 生活相談員 ☐ 介護職員 ☐ 理学療法士					
支援項目	①食事の環境・介助法							
	②食事の形態							
	③訓練の方法							
	④口腔ケアの方法							
	⑤医療または歯科受診							
	担当職種	担当者氏名		気付いた点・アドバイス				
経口維持(Ⅰ)	管理栄養士							
	看護師							
	生活相談員							
	介護主任							
	介護職員							
経口維持(Ⅱ)	介護支援専門員							
経口維持(Ⅱ)	歯科医師							
摂食・嚥下 機能検査	☐ 水飲みテスト ☐ 頭部聴診法 ☐ 嚥下内視鏡検査 ☐ 咀嚼能力・機能の検査 ☐ 認知機能に課題有 ☐ その他							
	年	月	日	検査実施者				
協力歯科医療機関名				所見:		所見:		
歯科医師名								
アセスメント後の食事形態								
経口維持計画				初回作成日	年月日			
作成者				180日後	年月日			
本人・家族の意向								
経口維持計画	経口移行							
	経口維持Ⅰ							
	経口維持Ⅱ							
同意者	続柄()			日付	年 月 日			

(※初回作成時及び大幅な変更時)

特別養護老人ホームアコモード 管理栄養士 寺山 加恵 様ご提供資料

⑥ 利用者個別の危険性

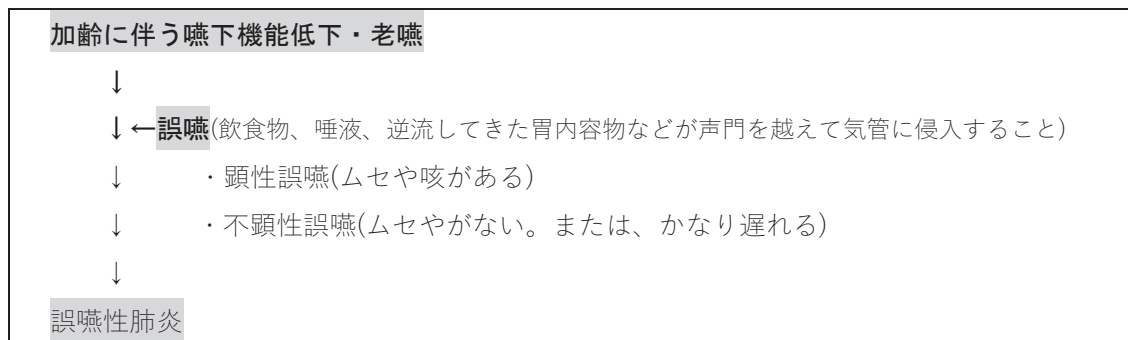
摂食・嚥下に伴うリスクを知る

摂食・嚥下行動に考えられるリスクとして、誤嚥、誤嚥によって引き起こされる肺炎や全身状態の悪化、窒息などがあります。1の「観察の視点と援助」を参考に日頃の生活の様子や食事支援の状況から、摂食嚥下においてその人が抱える困難な部分や起こりうるリスクを予測して、支援方法に活かしていくことが望まれます。しかし、いつ何が起こるかわからないのが実際ですから、ここでは、前述した「誤嚥と誤嚥によって引き起こされる肺炎」、「窒息」について、言葉の整理とともに説明していきます。

(1). 誤嚥

高齢者では加齢に伴う嚥下機能低下・老嚥の状態がベースにしていることが多くあります。そこで、「誤嚥」が起きます。誤嚥には、ムセや咳を伴う顕性誤嚥とムセや咳を伴わない不顕性誤嚥があります。誤嚥した飲食物・唾液・胃内容物とともに病原性微生物が気管に入ることによって発症した肺炎を**誤嚥性肺炎**と言います。つまり、誤嚥性肺炎は歯周病や虫歯、口腔内汚染、唾液量が少ないなど、雑菌や病原性細菌が繁殖しやすい口腔環境である場合は、特に起こりやすくなるといえます。主症状は、咳・痰・発熱・呼吸困難が一般的ですが、人によって症状がはっきりと出ない場合もあります。

【加齢に伴う嚥下機能低下と誤嚥から誤嚥性肺炎に至る経過】



誤嚥のリスク因子① 身体機能の加齢的变化

加齢に伴う身体機能の変化として、味覚・嗅覚の減退、歯数の減少、唾液分泌量の低下、咽頭の下垂と収縮筋力の減退、咀嚼筋力の低下などがあります。これらのことから摂食嚥下機能は少しずつ低下していきます。食事に時間がかかるようになり、しっかりと咀嚼ができないことやむせることが増えていきます。

・ 誤嚥には、顕性誤嚥と不顕性誤嚥がある

通常は、食物や唾液が、声門に侵入した場合、生体の防御作用によって、咳やムセを起こして、

自力で喀出しようとしします。しかし、摂食・嚥下障害者や高齢者においては、この反応が低下していることがあります。嚥下筋力の低下や感覚閾値の低下、咳反射の低下によって、飲食物が気管へ侵入した時のムセや咳が起きなくなります。つまり、誤嚥の際に、咳やむせがない、もしくは非常に遅れてから咳やむせが起こる不顕性誤嚥の状態です。よって咳やムセがないから誤嚥していないということではないのですし、咳やムセで自己喀出ができれば、誤嚥しても直ちに誤嚥性肺炎になるわけではありません。

・咳やムセが起きた時は自力喀出を支援する

食事時の咳やムセは、食事や水分が喉頭に侵入、もしくは誤嚥した時に起こる生体の防御反応です。ふいに食物が気管に入りかけた時にムセた経験はありませんか。その時は激しく咳をすることで自力喀出したのではないのでしょうか。

健常人の場合、この咳反射による気道防御機構がしっかりと働くため、危うく誤嚥しかけても大事には至りません。咳やムセが起きた時は、軽く背中をさすって咳を促し、自力喀出しやすいような前傾姿勢をとるなどの支援がよいでしょう。咳で誤嚥物を自力喀出できたら、ゆっくりと呼吸を整えるように促し、呼吸状態が安定するのを待ちましょう。

しかし、加齢や既往疾患によって咳が上手くできず、食物が気道に入って誤嚥性肺炎を発症してしまうことがあります。前記した通り、不顕性誤嚥の場合は咳やムセが出ません。疑わしい時は「あー」と発声してもらい声や息の様子を確認してみましょう。もし、声が哽れていたり、液体が振動するようなガラガラ音(うがいをしているような音)が聞かれたりするときは、一旦食事を中止し、咳払いを促しましょう。

※『声や息の様子から、どんなことが予測できるか』※

発声の評価・・・声質の状態から嚥下機能の障害を推測してみましょう

声を出して話す時、摂食嚥下と同じ器官が運動しています。

そのため、摂食・嚥下機能の程度や状態を知るための、一つの手がかりになります

・ 声がかすれている。声が続かない(気息性嚙声)

➡声門が完全に閉じていないことが疑われます。

声門閉鎖が不十分な場合は誤嚥のリスクが非常に高くなり、咳をする力も低下します。慎重に摂食・嚥下をすすめていく必要があります。

・ 喉がゴロゴロゼロゼロしている(湿性嚙声)

➡食事を食べていないときに、咽頭でゴロゴロ音が聴取できる場合は、唾液を嚥下により飲みこめていない可能性があります。咽頭や喉頭の感覚が低下しているか、食道入口の開大不全などが予測されます。この場合には喉頭侵入や誤嚥の可能性が強く疑われるため、注意が必要です。

食事中に声質がゴロゴロ声に変わった時は、声門付近に食べ物や唾液の貯留が疑われます。咳払いをさせ、声質が改善するか観察しましょう。

構音の評価・・・舌・口唇の運動障害を反映する構音の状態を評価

- ・口唇音(パ・バ・マ)が不明瞭。母音が不明瞭⇒口唇閉鎖が悪いかも？
- ・舌尖音(タ・ダ・ナ・ラ)が不明瞭⇒食塊送り込みが悪いかも？
- ・奥舌音(カ・ガ)が不明瞭⇒奥舌の送り込みが悪いかも？
- ・母音(a)が不明瞭⇒下顎の開閉が悪いかも？

誤嚥のリスク因子② 既往疾患の影響

その人の今までの暮らしや既往疾患を確認し、窒息した経験はないか、誤嚥性肺炎や間質性肺炎などの肺炎既往はないか、COPD（慢性閉塞性肺疾患）・喘息・慢性気管支炎などの肺疾患はないか、脳疾患や神経筋疾患はないか、あれば飲食における注意点や観察点を事前に確認し、現状で考えうるリスクについても職員間で情報共有しておく必要があります。

また、安全に「食べられない」理由に、高次脳機能障害・認知症などによる影響(例えば、失認によって食べ物を認識できない、失行によって箸などの食具の使い方がわからない、視空間認知障害によって口と食具の位置関係が上手く調整できないなど)が関わっている可能性や、便秘や歯痛、体のかゆみなどの身体的苦痛がかかわっている可能性もあります。

特に、まだ飲み込んでいないのに次々と食べ物を口に入れるなどとペース配分ができない食べ方や、ため込んだまま飲み込まないなどという状態は、誤嚥だけでなく窒息のリスクも高まります。加齢による機能低下や疾患や内服薬による影響、その時のその人の心身の状態など多面的にアセスメントをした上で、その人ごとの支援方法を探求していくことが重要です。

誤嚥のリスク因子③ 内服薬の影響

高齢者の多くが疾患治療のために複数の薬剤を服用しています。そのなかには、摂食嚥下に関わる機能に影響を及ぼすような副作用を有するものがあります。しかし、すぐにそうした薬をやめるというわけにも行きません。その人の体にとって継続して内服する必要がある薬もあります。重要なことは、「その薬剤が本当に今も必要なのか」という視点を常に持つことです。直接介護に当たる職員は、飲食時の様子や生活の中で気がついた観察内容を看護師、医師、薬剤師などの医療職とこまめに共有していきましょう。

時々、食事はゼリー食なのに内服薬は錠剤のままであったり、飲食の摂取が非常に難しい状態にあっても内服薬だけは飲んで頂こうとしたりするというケースがあります。身体状況に合わせて食事形態や飲食物の提供方法を話し合う際は、内服している薬の大きさ、硬さ、溶けやすさ、飲みやすさについても医師や薬剤師と相談するようにしましょう。

【摂食・嚥下の各期に影響を及ぼす薬剤】

① 先行期に影響を及ぼす薬剤

先行期は対象物が食べ物であると認識する時期です。眠気や鎮静作用により意識レベルを低下させるものとして、抗不安薬、抗精神病薬、抗うつ薬、抗てんかん薬、抗ヒスタミン薬等があります。

② 準備期に影響を及ぼす薬剤

準備期は口腔内の食べ物を咀嚼し、食塊を作って、飲み込める状態にする時期です。先行期と同様に意識レベルを低下させる薬剤は当然、咀嚼機能にも影響を及ぼします。また食塊を形成する時に必須となる唾液の分泌を低下させ、口腔乾燥を引き起こすものとして、抗コリン薬や抗コリン作用を持つ抗ヒスタミン薬、利尿薬等があります。

③ 口腔期に影響を及ぼす薬剤

口腔期は食塊を口腔から咽頭に送りこむ時期です。その際には舌と口蓋の圧力が重要となるため、舌や下顎の筋力が必要になります。これらの筋力低下や機能障害を引き起こす薬剤として、筋弛緩薬、抗不安薬などがあります。また、抗精神病薬、消化管運動促進薬の副作用による錐体外路障害が起きるとジストニア、遅発性ジスキネジア、口の開閉困難や舌運動障害によって、咀嚼・食塊形成だけでなく食塊を咽頭へ送り込むことも難しくなります。

④ 咽頭期に影響を及ぼす薬剤

咽頭期は嚥下反射によって食塊が咽頭を通過する時期です。嚥下反射に必要な各機能の協調性を低下させるような薬剤として、ベンゾジアゼピン系の薬剤があります。

⑤ 食道期に影響を及ぼす薬剤

食道期は食塊を胃に送り込む時期です。食道粘膜の潰瘍の原因となる薬剤として、非ステロイド性消炎鎮痛薬があります。また、骨粗鬆症に用いるビスホスホネート製剤(飲水量が少ない場合や服用後に座位が保てない場合)も食道潰瘍のリスクを有します。

誤嚥のリスク因子③ 生活習慣や生活歴の影響

例えば、食事に集中するためには、現在食事中であることをしっかりと認識してもらうことが大切ですが、人によって、静かな空間を好む人がいれば、複数名が食事をする食堂のような場所の方が「食べる時間である」という理解が促進される人もいます。そこにはその人の以前の生活歴や性格も関係してきます。施設入居前や初回利用前の情報収集は丁寧に行いましょう。**その人にとってどうなのか**を中心に、施設の中で実現と継続が可能な環境調整やケアの方法を検討していくことが大切です。

(2). 窒息

窒息の原因には、「食べ物が気管まで入ってしまっていて閉塞する」「咽頭や喉頭の入り口で停滞し、軌道が狭窄・閉塞する」があります。

窒息に陥った場合、症状が発現してから呼吸運動の停止までの時間は通常 5-8 分程(高齢者の場合、加齢や既往疾患なども影響するため個人差が大きいと考えられます)で、その後、数分から数十分で心停止になるといわれます。そのため、窒息を発見した時は速やかな対応が求められます。日ごろから、リスク管理への意識を高めて、窒息事故を想定した訓練を行っておく事が重要です。重篤な気道閉塞のサインは以下の通りです。

【窒息時サインに気づく】

① 呼吸がほとんど、または全くできない

② 咳が弱い、または全くできない	
③ 呼吸障害が増悪していく	
④ チアノーゼを呈する場合がある。	
⑤ 話す事ができない	
⑥ 手で首をわしづかみにする(チョークサイン)	(厚労省)

2) 具体的なヒヤリハット活動について

介護事故の防止のため行うべき基本的な活動として、ヒヤリハットの収集・分析があります。ヒヤリハットは、介護をする中で「ひやりとした」、「はっとした」といった、事故につながりそうな事例を指します。ご存知のとおり、1件の重大事故の発生背景には29件の軽微な事故があり、300件のヒヤリハットがあるといわれます(ハインリッヒの法則)。日頃から、ヒヤリハット活動を行うことによって、事故に対する意識を高める必要があります。

ヒヤリハットは介護事故には至らなかったものの、注意すべきケースです。どの範囲までヒヤリハットとして扱うかについては、介護事故の範囲がどの程度かを定義する必要があります。誤嚥についていえば、食事が喉に詰まってしまい呼吸困難となったら窒息の事故と捉え、自力で飲み下すことができた場合など、職員の処置が必要ではなかった場合には、ヒヤリハットとして扱うといった定義づけが考えられます。

ヒヤリハット活動を行うにあたっては、現場の職員が難なく書くことができる必要があります。つまり、細かく調べなければわからない事柄はなるべく避け、シンプルな様式であることが必要です。例えば以下のような内容です。ヒヤリハットを活かすためにはヒヤリハットシートにはなるべく当時の状況に沿って具体的に記載することが重要です。

(参考例)

No.

ヒヤリハット報告シート

発生日時	年 月 日 曜 日 時 分				
利用者名		報告者名		確認者名	
発生場所					
サービス名	特養・短期入所・通所介護・その他（ ）				
事故内容	転倒・転落・誤嚥・誤薬・その他（ ）				
発生状況					
受傷箇所					
応急処置や手配	誰の指示で？				
	誰が？				
	何をどのように？				
治療の経過等					
ご家族との連絡	いつ？				
	誰が誰に？				
	なにを？				
	どのように？				
考えられる原因					
対応策					

① ヒヤリハットケースの検証

起こった事故に対しては全体で再発防止策等を検討し、対応を進めていくための会議体をもつ

ことが一般的ですが、ヒヤリハットについても同様に、起きうる事故をなるべく防ぐ観点から、ヒヤリハットケースの検証の場（以下、ケース会議という。）を持つことも肝要です。ケース会議についてはあまり日にちを空けずに行いましょう。ケース会議に先んじて、数名の職員で再発防止策を検討し、改めて全体のケース会議を行うという方法でも良いでしょう。定例的に、かつ職場ごとに行うことが望ましいです。

例えば月に1回ヒヤリハットのケース会議を行うとなった際に、どのような事例を扱うかについては、損害の大きさと発生頻度の多いものから順に検討するのがよいでしょう。順番としては下表のとおり、最も優先すべきは損害が大きく発生頻度が多いもの、次に損害が大きく発生頻度が少ないもの、次に損害が小さく発生頻度が多いもの、最後に損害が小さく、発生頻度が少ないものとなります。

	損害が小さい	損害が大きい
発生頻度多	3	1
発生頻度少	4	2

ケース会議では、損害が大きく発生頻度も多いものから順に①原因を追究し、②再発防止策の整理、③事故防止マニュアルとしてまとめていきましょう。

（ア） 原因の追究

原因の追究については、可能性のある原因をなるべく多く洗い出すことです。さらに言えば、そうした原因の元に潜む原因もありますので、より深い洞察が不可欠です。これには「なぜなぜ分析」が有効です。なぜなぜ分析は、トヨタをはじめ製造業の生産過程においても用いられます。具体的には、ある問題とその問題を引き起こした要因をなぜ？と問うことにより引き出し、さらにその要因を引き起こした要因をなぜ？と問うことにより真相の究明を導くというものです。誤嚥の場合には、例えば次のような事例が考えられます。

ヒヤリハット報告シートの事例

利用者Aさんが昼食の際にむせこんでしまい、背部叩打法によりことなきを得た。

ヒヤリハット報告シート「考えられる原因」の記載内容

（例）

介護者の食事の提供方法に問題があった可能性がある

なぜ？

→
咀嚼の際の姿勢をしっかりと確認していなかった
声かけが不十分だった
しっかりと目覚めていたか確認していなかった
義歯のチェックをしていなかった
…etc
*職員側の要因だけでなく、
利用者側の要因や使用する器具等の
要因もなかったか考えてみましょう

なぜ？

→ 食事介助の基本を復習する施設内研修の機会がない
→ 食事介助に関するマニュアルがない
→ 利用者さんごとの声かけの方法を共有する仕組みがない
→ 義歯を定期的にチェックする機会がない
…etc

一つの要因に対して複数の要因が関連して浮かび上がる
こともあります。対応できる策から順に進めていきましょう。

（イ） 再発防止策の整理

再発防止については、大きく2段階にわけることができます。ひとつは、平常時の対策として、

事故の発生を未然に防ぐ対応策です（以下、事前対応策という。）。二つ目に事故が起こったときに被害を軽くするための対応策です（以下、事後対応策という。）。誤嚥に関する窒息などの事故を未然に防ぐ観点から、事前対応策としては、誤嚥そのものの発生を少なくするためのケアの充実が考えられます。

3) 事前・事後対応策について

日ごろのケアについては、第二章をご参照ください。誤嚥等の事故が発生したとき、施設としては当然、利用者の救命措置を始めとする種々の対応を取らなければなりません。前章で述べたとおり、事故後の対処のミスに関して責任が問われることもあります。最低限、事故対処のルール（マニュアル）を定めておきましょう。以下、施設全体として取り組むべき4つのステップを順に説明します。

A) ステップ1・定める（マニュアルの整備）

まずは、異常事態の早期発見、異物の除去、心肺蘇生措置、救急隊の要請といった一連の流れを、直ちに行動に移せるよう準備します。P57ページの図をご参照ください。このように、イラストを多用し誰が見ても分かりやすいマニュアルを作成し用います（この図をそのまま取り入れても構いません。）。既存のマニュアルを見直す場合のポイントは、一連の措置の流れが複雑ではないか、現場で悩むことなく実践できるかという点です。特に誤嚥については「異物が除去できないときはどうすればよいのか」という素朴な疑問に答え、はっきりとなすべきことを示すことが重要です（なお、正解は「異物が詰まっていたとしても心肺蘇生に移行する」です）。

このように、いざという時になすべきことを整理しておくことで、抜けや漏れがなくなり、利用者の生死を分かť緊急事態でも落ち着いて対処することが可能となります。

事前の準備がものをいう所は、天災に備える避難訓練と同じです。やるべきことがクリアになれば、誤嚥等に対する漠然とした不安も消えるでしょう。

B) ステップ2・知る（人体メカニズムと救命方法の意味）

誤嚥や窒息は何故起こるのか、また起きたときどう対処すればよいのかを、医学的根拠に基づき一通り学習します。現場職員がこれらを学ぶ機会は少ないかもしれませんが、全国老施協の第二弾のプロジェクトとして動画による講義解説を企画していますので、公開後はその内容をご参照いただき、みなさまで学習を深められると良いでしょう。

C) ステップ3・習う（心肺蘇生、異物除去の手技を身に着ける）

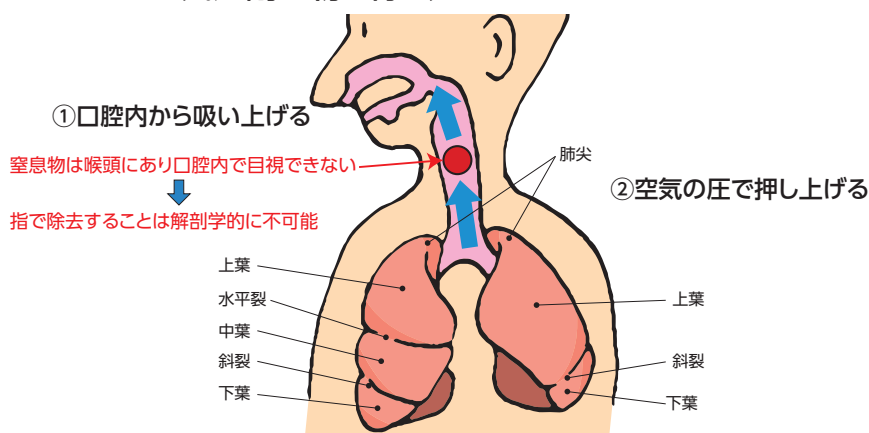
近隣の消防署や看護師などから、心肺蘇生の方法を習う研修会を開催します。避難訓練と同じく毎年定期的に行い、徐々に定着度を高めていきましょう。

心肺蘇生の中でも胸骨圧迫（いわゆる心臓マッサージ）は救命措置の最も基本的かつ重要な措置ですが、実際にやってみると胸を押すテンポが速く、体力を要することが分かります。そのため消防署などでは、複数名で交代しながら継続するよう指導されます。その他 AED（自動体外式除細動器）の使い方や、異物除去の手技等も一通り現場職員全員が習っておく必要があります。誤嚥等はいづ起きるか分かりません。夜勤職員や運転手も一度は受講するようにしてください。

（留意点）気道閉塞物を除去するメカニズム

窒息時の救急措置を実施するにあたり、まずは閉塞物をどのようにして除去するのか、そのメカニズムをしっかり理解することが不可欠です。窒息とは空気の通り道である管（気管）に異物が詰まっている状況であり、異物を除去するために重要な力学は、肺から口腔への強い空気の流れと圧です。この圧を活用し詰まった異物を押し戻す方法が②です。一方で口腔側から陰圧をかけて吸い上げ閉塞物を除去するものが①吸引処置です。よって確実に異物を除去する最も効果的な手段は吸引処置と言えます。

気道閉塞物を除去するメカニズム



①口腔内から吸い上げて除去する ⇒ ・『吸引処置』

②空気の圧で押し上げ手除去する ⇒ ・『咳』による自己喀出（咳嗽反射）

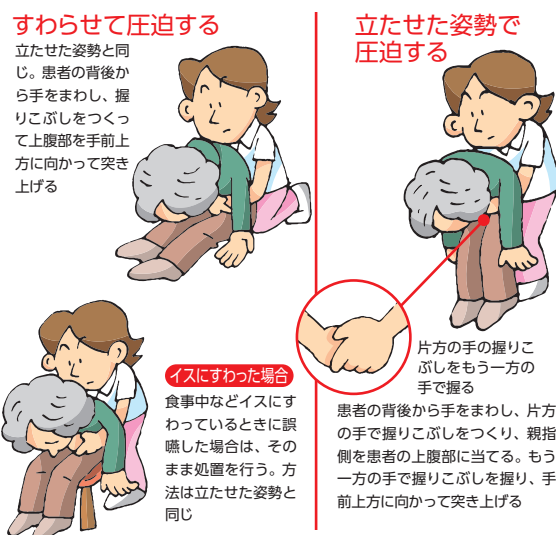
・『ハイムリック法』横隔膜を突き上げ肺の空気を強制的に排出させる

Q 意識・呼吸がない場合は窒息物除去を行わず心肺蘇生を行う？

A 意識がない場合は第一に優先すべき処置は心肺蘇生です。その際、胸骨圧迫の手技で肋骨を介して肺の空気が一気に排出されます。同時にこの空気の圧で気道閉塞物が喀出され窒息が改善されることも期待されます。

Q ハイムリック法の実技はどのようにして練習するの？

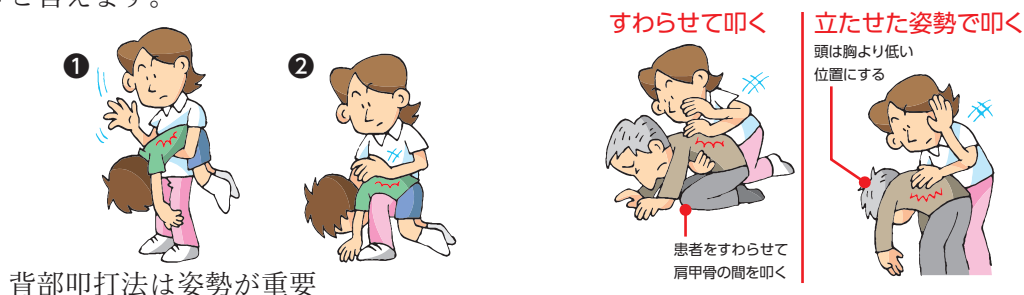
A ハイムリック法練習マネキンというものがあります。この手技は腹部を強く突き上げるため、健常人での実技練習は難しいと言えますが、窒息物を詰めたマネキンに手技を実施し、実際に喀出する実践練習ができます。購入も可能ですが消防署に常備されている事が多く、このマネキンを用いた窒息事故における救命講習を依頼することも出来ます。定期的に全職員に研修を実施し、どの職員でも実践できる体制づくりは重要と言えます。これによりハイムリック法にて救命を行った事例の報告もあります。



地域密着型特養クレール高森 施設長 岡 司 氏
資料提供

Q なぜ背部叩打法よりハイムリック法が効果的なのか？

A 一般的に背部叩打法は赤ちゃんや子供の窒息事故において効果的とされており、気道に対して口腔が下に位置するよう、窒息者を逆さまにして叩くことで異物を気道から解放させるというメカニズムです。よって成人であってもうつむかせるなど適切な姿勢で実施しなければ、逆にその振動で異物をさらに気管に詰めてしまう恐れもあります。このことから特に成人ではハイムリック法が適すると言われており、背部叩打法はあくまでも咳を促すための一手段と理解すべきと言えます。



Q 口腔内異物を手で掻き出すことはしてはいけないの？

A 実際に気道の入り口である喉頭はかなり奥に位置し、容易に目視できない位置にあることを理解してください。よって実際に窒息した場合、指で取り除くことは解剖学的に不可能と言えます。

ます。口腔内に嚥下できない食べ物が目視できる状況（完全に気道を閉塞している窒息ではない）、であれば取り除くことも可能と言えますが、指でさらに奥に押し込んでしまう可能性が高いため望ましい対応とは言えません。よって出来る限り吸引器等による処置を迅速に行う選択が重要です。手動式吸引器を整備し対応マニュアルに位置付けている施設もあります。手動式吸引器は電源が不要であり、外食等におけるリスクマネジメントとして活用もできます。

手動式吸引器 エマージェンシーアスピレーター



- アイルランド製
- 電源が不要であり、どこでも使用できる
- 手動式としてはクラス最大の吸引圧（最大450mmHg60kPa）
- ヨーロッパを中心に救急隊に配備されている信頼のおけるもの

地域密着型特養クレール高森 施設長 岡 司 氏資料提供

Q 吸引器は医療器具なので、看護師か痰吸引の資格をもつ職員でないと用いてはならない？

A 緊急時の救命目的であれば、医療行為であろうと現場職員が実施して構いません。この点に関する厚労省の見解は、医療行為とは「反復継続して行う行為」をいうところ、緊急時の一時的な措置であればこれに該当しないというものです。一刻も争う救命の現場では、出来る限りの手段をその場で実施することが求められるのです。

Q 掃除機による吸引は行っていいのでしょうか？

A 新聞やニュースで家庭にてお餅などを詰まらせた際に、掃除機で吸引し一命をとりとめたという事を耳にします。確かに効果が期待できると言えますが、施設で介護職が専門職として第一手段として選択することは望ましいとは言えません。やむを得ない場合の最終手段と考え、マニュアルにある通常の救命措置の実施が原則と言えます。また近年の掃除機は吸引力が強いいため、使用するのであればスイッチの ON、OFF をこまめに繰り返し実施しなければ、肺胞が損傷する恐れがあり注意が必要です。

D) ステップ4 動く（マニュアルの現場への定着）

完璧なマニュアルを整備したところで、実際に必要なときに現場でその通り実践されなければ意味がありません。逆にいえば、マニュアルが不十分でも、現場で最低限のことができていればそれで良いのです。いきなり完璧を目指さず、スピードを意識して進めてください。

現場に定着させる方法としては、例えばユニットごとで緊急対処マニュアルの読み合わせをします。メンバー全員が、いざ事故が起きたときどの役割を担うか、イメージトレーニングをします。できれば、避難訓練のように誤嚥事故が起きたと想定して、職員が利用者のかわりとなり一連の対応ができるかテストしても効果的でしょう。座学と、体を動かす実践は車の両輪です。くれぐれも通り一遍の座学だけで「分かったつもり」で終わらせないようにしてください。

ここまで到達すれば、いわゆる PDCA サイクルが一通り回ったことになります。対誤嚥プロジェクトが順調に進んでいるかモニタリング（振り返り）を行い、改善点を見出し次年度に繋げていってください。

E) 救命マニュアル（P57）の詳細

以下、救命マニュアルの図について順番に解説します。

I. 異変の発見

図の左上からスタートします。誤嚥事故は、一刻を争う事故でありながら発見が遅れる場合があります。食事が自立の利用者がいつの間にか窒息していた場合は発見が遅れがちです。現場では、常に全利用者に気を配り、一人一人の顔を定期的に目視確認することが重要です。きちんと摂取できているか、異変は無いかな意識を絶やさず観察しましょう。また、食事中ではないのに口を動かしている利用者がいた場合、異食の可能性もありますので、このような利用者にはすぐに声かけを行うなどの対応を決めておきましょう。

利用者の異常を発見したときは、まず耳元で大きな声で名前を呼び、肩を揺らす等して意識を取り戻させます。意識の有無によって対応は大きく異なります。

II. 意識・呼吸がある場合

図の下に移行します。意識・呼吸がある場合は、利用者に声掛けし、咳払いをして吐き出させます。その際、利用者の上体を前傾姿勢にし、背部を叩きながら声掛けをします。

しかし、自立度の低い利用者の場合は期待できないことが多いため、異物除去できなければ速やかに次のステップへ移行しましょう。

異物除去の方法は、当然ながら詰まったものの形状により異なります。固形物であれば背部叩打法、またハイムリック法を試みます。もっともハイムリック法は比較的高等技術とされていますが、完全な窒息の場合には背部叩打法での異物除去は困難な場合も多く、可能な限り技術として身に付けておくことが望ましいでしょう。

そもそも異物の除去自体、医師や救急隊であっても困難なことが多く、救急隊は鉗子（かんし）といった特殊な器具を用います。場合によっては気管支のいずれか一方にわざと異物を押し込み呼吸を確保する、という緊急措置まで採られることもあるほどです。ですから現場においては、異物除去にのみ気を取られ、意識を失ったにも拘らず除去作業を続けるといったことの無いようにしてください。

Q 食べ物が詰まったときは、水分を飲ませると効果的？

A 窒息されている利用者に水分を飲ませることは望ましくありません。窒息ではなく、嚥下がスムーズではない利用者には、食べ物と水分やゼリーといった嚥下しやすいものを交互に提供す

る「交互嚥下」という方法をとることが考えられます。

なお、流動食か固形食であるかを問わず、吸引器は最大の手段です。ペースト食を指で掻き出したところ、少量出てきたので掻き出し続けたが、その間に利用者が意識を喪失し心肺停止、死亡ないし植物状態になってしまったということもあります。人体で最も重要な器官は言うまでもなく心臓であり、心臓が動かなければ全身に血液が巡らず、酸素を大量に消費する脳が真っ先にダメージを受けてしまいます。流動食であれば、心臓マッサージをすることで器官が圧迫され内容物が逆流し、胸を押す度に口から異物が溢れ出す状態（人間ポンプのような状態）になります。そのようなメカニズムで異物除去に繋がることもあるため、くれぐれも異物除去だけに意識を取られないようにしてください。

Q 吸引器は医療器具なので、看護師か痰吸引の資格をもつ職員でないと用いてはならない？

A 緊急時の救命目的であれば、医療行為であろうと現場職員が実施して構いません。

この点に関する厚労省の見解は、医療行為とは「反復継続して行う行為」をいい、緊急時の一時的な措置であればこれに該当しないというものです。

そもそも、窒息し放置すれば死んでしまう利用者を目の前に「私の仕事ではないから」と傍観することは、利用者の命を守るという大前提の職務を放棄するに等しく、法的責任を問われるおそれすらあります緊急事態において遠慮は不要であり、資格や立場は関係ありません。勇気をもって利用者の命を救うようにしてください。

III. 意識・呼吸がない場合

呼びかけに応答がなく、肩を揺らしても力が抜けていれば危険な状況のため、心肺蘇生を優先します。異物除去も奏功しそうな場合は、固形物であればこれを続けますが、流動食の場合は前述のとおり胸骨圧迫により自然と逆流することが期待できるため、胸骨圧迫を試みましょう。もし吸引器による吸引も奏功する見込みがある場合は、吸引と胸骨圧迫を交互に行います。

☞ 胸骨圧迫

利用者を床上など硬いものの上に仰向けに寝かせ、真上から両手で強く押します。胸骨圧迫のポイントは、続けることです。一人では限界があるため、交代しながら AED の手配、異物除去の間も途切れることなく胸骨圧迫を続けるようにしてください。これは現場に到着した救急隊に引き渡す直前の瞬間まで続けます。

☞ AED の用意・実施

(ア) AED の電源をいれて、音声ガイダンスに従います。中には、蓋を開けるだけで電源が入るものもあります

(イ) 電極パッドを貼ります。貼る位置は、電極パッドに表示されています。このとき、電極パッドは電気を効率よく流すために皮膚に密着させることが重要です。なお、①胸が濡れていれ

- ば、胸を拭いてから電極パッドを貼る、②貼り薬があれば除去、③パッドの貼付位置に医療用の植え込み器具があればその場所を避けて貼る
- (ウ) AED が自動的に心電図を解析するため、「体に触れないでください」などの音声ガイダンスが流れたら、心肺蘇生を中断し、傷病者に触れないようにしてください
- (エ) 電気ショック（除細動）を実施します。電気ショックが必要であると判断され、「ショックが必要です」などの音声ガイダンスが流れたら、傷病者に誰も触れていないことを確認してから、ショックボタン（点滅ボタン）を押します
- (オ) 電気ショックが終わったら、ただちに胸骨圧迫を再開します
- (カ) 「ショックは不要です」などの音声ガイダンスがあれば、ただちに胸骨圧迫を再開します

☞ 看護師・医師との連携

心肺蘇生措置と同時に、もう一人の職員は看護師や医師に連絡し、現場の救援を求めます。現場できない場合には、顔色や呼吸の有無等を報告し、逐一指示を仰ぐようにしましょう。

☞ 救急隊の手配

更に別の職員は、救急隊を要請します。その判断のタイミングはケースバイケースですが、基本的には「悲観的」な目で事態を捉え、できる限り早い段階で救急要請するようにすべきでしょう。

☞ ご家族への連絡

ご家族への連絡は後回しで構いません。胸骨圧迫の人手が足りなければ、そちらを優先すべきです。逆に真っ先に家族に電話連絡し、「どうすればよいでしょう」等と職員が尋ねてしまったというミスが実際にありました。その場にはいない家族が突然電話口で報告されても、当然判断できません。「まず異物除去、できなければ心肺蘇生、並行して看護師と連携し救急隊を呼ぶ」マニュアルの中で優先順位をはっきり決めておきましょう。

☞ 着手の時間・バイタル・SPO2等の正確な記録

記録は重要ですが、転倒と異なり誤嚥の事後措置は多岐に渡り、一秒を争うシビアな状況です。だからこそ意識的に冷静になり、それぞれの措置の開始時刻を確認し、また SPO2 の値などをメモすることが重要になります。ユニットケアであれば、手の空いた職員はタイムキーパーとして時計を意識しその場で記録を取っていきます。更にいえば、多数の利用者がいる場合、事故を目の当たりにして不安になり連鎖反応で事故が起きる可能性もあります。現場の混乱を収める役割も本当は必要です。もっともこれらは高度なレベルであり、最初から全てを完璧にできなくとも構いません。まず一連の救命措置を身に着け、慣れてきた後で記録という課題に取り組みましょう。

☞ 救命終了後の記録と分析

救急隊が利用者を搬送し、一連の初期対応が完了した後も、気を抜いてはいけません。前述

のとおり「裁判は証拠が全て」であり、特に「何を食べ、喉に詰まらせたか」が重要となります。ところが事前に打ち合わせ準備をしていないと、証拠の重要性を知らない職員が、吸引して引けた異物をゴミとして捨ててしまうといった事態が起きるのです。食べ残しも同様、残飯として捨ててしまうかもしれません。そうすると事実の確認や記録は困難になり、家族や保険会社への説明もできなくなってしまいます。そうならないよう、写真撮影やヒアリングを速やかに行い、最低限の情報を保全しておきましょう。「鉄は熱いうちに打て」です。

その他の事後対応の取組みの例としては、救急隊等と協働し、窒息・誤嚥のトータルリスクマネジメントとして研修会を定期的を開催し、対応を図っている例もあります。

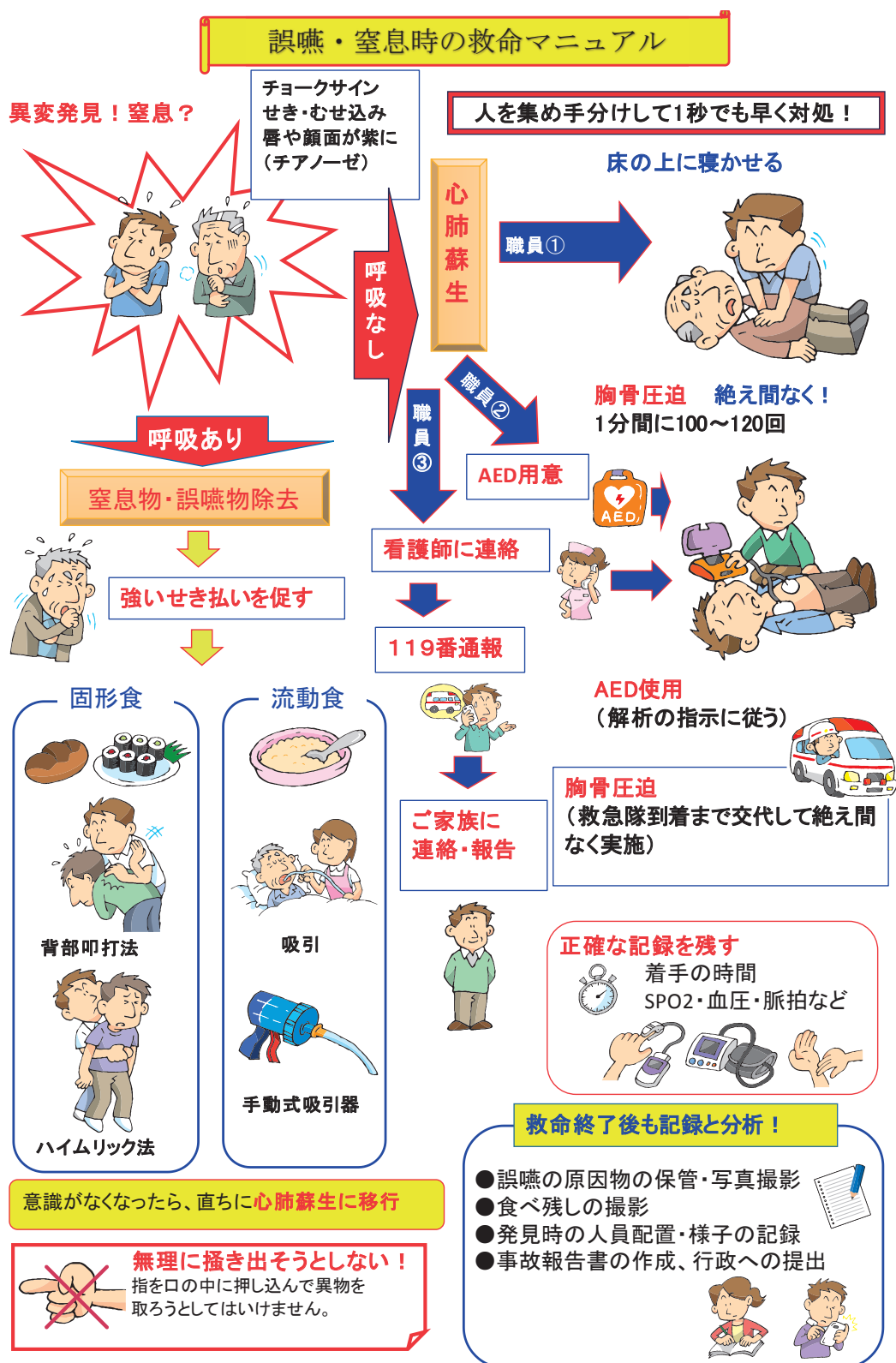
1. 窒息・誤嚥対応マニュアルの整備
 - ・ 手動式吸引器の整備（例：エマージェンシーアスピレーター（アイルランド製、電源不要でどこでも使用できるもの。）
2. 介護職員の知識・技術向上に向けた研修プログラムの構築
 - ・ 摂食・嚥下に関する医学的知識の習得
 - ・ 裁判事例から学ぶ窒息・誤嚥リスクマネジメント
3. 急変対応セミナーの実施
4. 多職種連携によるカンファレンスの実施
 - ・ 非常勤言語聴覚士による摂食嚥下委員会（月2回）
 - ・ フロアカンファレンス（週1回）



（再掲）地域密着型特別養護老人ホームクレール高森 施設長 岡 司氏ご提供資料

これらを整理して、施設内でパネル絵として掲示するほか、わかりやすくフローチャートにしておくことが良いでしょう。

(参考例)



介護福祉系法律事務所おかげさま 代表弁護士 外岡 潤様
特別養護老人ホームほほえみ福寿の家 日本老年歯科医学会認定歯科衛生士 伊藤ひとみ 様
共同製作

☞ 家族等への連絡・報告・説明について

事故時は、夜間でもすぐ家族に連絡して受診の了承を得ます。病院が決まったら家族にも病院に来てもらいましょう。

同時に、施設内での情報共有と、外部機関への報告も必要です。施設内での情報共有は、対応した介護職員と看護職員が速報を行い、その報告を今後、家族対応をする生活相談員やケアマネジャーなどが受けとり、家族に説明する際に必要な項目を聞き取ります。

その際、①事故前の利用者の様子、②事故の発生状況、③事故発生時の対処、④事故原因、⑤再発防止策を施設内部の報告として提出してもらえるようにしましょう。必要に応じ、施設長等の管理者に連絡し、病院に向かうよう依頼するなどしてください。

利用者の状況に一番詳しいのは現場で実際にケアを行っている介護職員ですが、実際に連絡するのは生活相談員やケアマネジャーなどご家族の情報に詳しいかたが慎重に対応しましょう。

ご家族への連絡は、利用者の状態によって異なります。特に、転倒の場合は経過観察で対応できるケースも多いですが、誤嚥による窒息の場合は、窒息の状態が解消され呼吸ができるようになっていたとしても、医療機関に速やかに受診しましょう。例えば次のような内容を家族には連絡します。

Aさんが食事を召し上がられていた際に喉に詰まらせてしまい、意識はありますが詰まったものを取り出すことも難しく、危険な状態ですので、〇〇病院に救急搬送を行います。詳細は、病院にお送りだしをしたうえで、改めてご報告差し上げます。

第一章で述べたとおり、施設や居宅サービスにおいては、家族への事故の説明責任があります。事業者が自らのサービス提供に過失があると認められる場合には、損害賠償を行わなければなりません。一方、過失がない場合には、その理由を相手に理解いただけるように説明を尽くす必要があります。

詳しい調査が行われていない段階では、事故原因の詳細や過失の法的判断はできませんので、今後、しっかりと調査を行うことを伝え、軽率な発言は控えましょう。少なくとも、現時点でどのような対応をとったかについて、時系列でわかりやすく整理して、示すことが必要です。

説明する内容としては、①現在把握している事故状況、②事故やケガに対して施設側が行った退所内容、③詳しい受傷の状況や現在のご容態や今後の経過、④医師からの説明があった場合はその内容になります。明確に過失が認められない等特殊な場合を除いて、事故が発生すれば初期段階から道義的謝罪を積極的にしていくべきことは第一章で述べた通りです。

後日、改めて正式な説明をするためには、調査時間として1週間程度を確保し、事故から1週間から10日後程度に設定し、ご家族との日程を調整しましょう。ご家族も施設への不信感、今後の生活の金銭的・精神的不安、通院等に対する疲労感など、負担はかかってしまうのは事実です。そのような心情や環境も配慮しながら、丁寧な対応を心がけましょう。

正式な説明の場については、施設長が家族のもとを訪問することが望ましいです。家族が自宅に来ることを拒まれている場合は、施設にお越しいただくなど、別の場所を検討しましょう。説

明する前に、ご家族が受けた精神的苦痛に寄り添う言葉をかけることを欠かさないでください。説明する内容としては、事前に調査した結果報告書をもとに、調査を行ったうえで判明した正確な事故状況と対応内容や事故原因等を説明しましょう。施設側の過失があればその旨や、保険会社の保証内容などを持参し、説明します。

① 事故防止マニュアルについて

ケース会議で終わりとせずに、生きた事故防止マニュアルを作成し、平時から共有され、職員全員の意識を高めていく必要があります。現在も各施設で事故防止に関するマニュアルがあると思いますが、手順としては、まず現在各施設で行なっている安全に関する対応（手順の確認や、声かけなど）を書き出します。

次に、書き出した対応のなかで、ケース会議の中ででた内容も参考にしつつ、漏れがないかや現在行なっている方法が本当に適切かどうか確認します。その内容をマニュアルに反映させ、そのマニュアルを一部のユニットで検証してみるなどし、職員の意見を聞きながら最終的なマニュアルに作り上げていきます。マニュアルに記載する内容としては、「～に気をつける」といった漠然とした記載は避け、どのような安全確認をすればよいか具体的に記載するよう、心がけましょう。

マニュアルを完成させた後は、これをいつでも即座に実践できるまでシミュレーションや定期的な研修・訓練を繰り返します。マニュアルを作るだけで満足せず、現場での実践が伴って初めて意味があることを忘れないようにしましょう。

第三章 事業概要等

(背景)

- 特別養護老人ホームにおいては、原則として要介護3以上に入所者が限定されたことや、国民の契約（賠償）意識の高まり等のために、高額な介護事故案件が増加している。一方、介護事業者としてはその備えや初動対応等には幾ばくか不安があるだけでなく、対応ができないがために不利益を被る介護事業者も多く存在している。
- こうした背景を踏まえ本WTを設置することにより、①介護事故防止に向けたリスクマネジメント（アセスメント等）の平準化②介護事故に関する賠償基準の検証（いかなる場合に事業所に賠償義務が生じ、賠償額がいくらかと評価されるかの基準が皆無）、③第三者を交え、当事者間で話し合う場の構築の検証等を行うこととした。今回は、①の実現を視野に、マニュアルを整備することとした。

(メンバー。敬称略)

伊藤 ひとみ	特別養護老人ホームほほえみ福寿の家 歯科衛生士（有識者）
岡 司	地域密着型特別養護老人ホームクレール高森 施設長（有識者）
烏野 猛	株式会社福祉リスクマネジメント研究所 所長／びわこ学院大学 教授（有識者）
外岡 潤	介護福祉系法律事務所おかげさま 代表弁護士（有識者）
寺山 加恵	特別養護老人ホームアコモード 管理栄養士（有識者）
中村 大輔	医療法人元気会 横浜病院 医師（有識者）
長野 佑紀	宮澤潤法律事務所 弁護士（有識者）
渡邊 麻衣子	特別養護老人ホーム博水の郷 認知症看護認定看護師（有識者）
近藤 辰比古	総務・組織委員会 指導監査対応室長
今井 要	総務・組織委員会 指導監査対応室 副室長
菊池 義	総務・組織委員会 指導監査対応室 副室長
山本 正昭	総務・組織委員会 指導監査対応室 副室長
林 武	総務・組織委員会 指導監査対応室 幹事

(スケジュール)

平成30年 6月	第1回 WT 各検証事項及び成果物の検討 ① 介護事故防止に向けたリスクマネジメントに資する情報提供やアセスメントツール等の検証 ② 介護事故に関する賠償基準の検証 ③ 当事者間で話し合う場の構築の検証
9月12日 10:00-12:00	第2回 WT 有識者ヒアリング
10月3日 10:00-12:00	第3回 WT 有識者ヒアリング
10月～11月	全国大会等での情報提供（一部）
3月	第4回 WT 取り纏め内容の確認



総務・組織委員会 指導監査対応室

〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-1 塩崎ビル 7 階

電話 : 03-5211-7700 FAX : 03-5211-7705

MAIL js.kansa@roushikyo.or.jp