

し、それぞれの部屋は自宅の一部屋のような雰囲気で作られている（表15）（表16）。

料金は、

・ Personal Care: \$130/day(\$4,030-31day month)

・ Directed Care: \$165/day(\$5,115-31day month)

で、同じ CCRC 内の Assisted Living が、

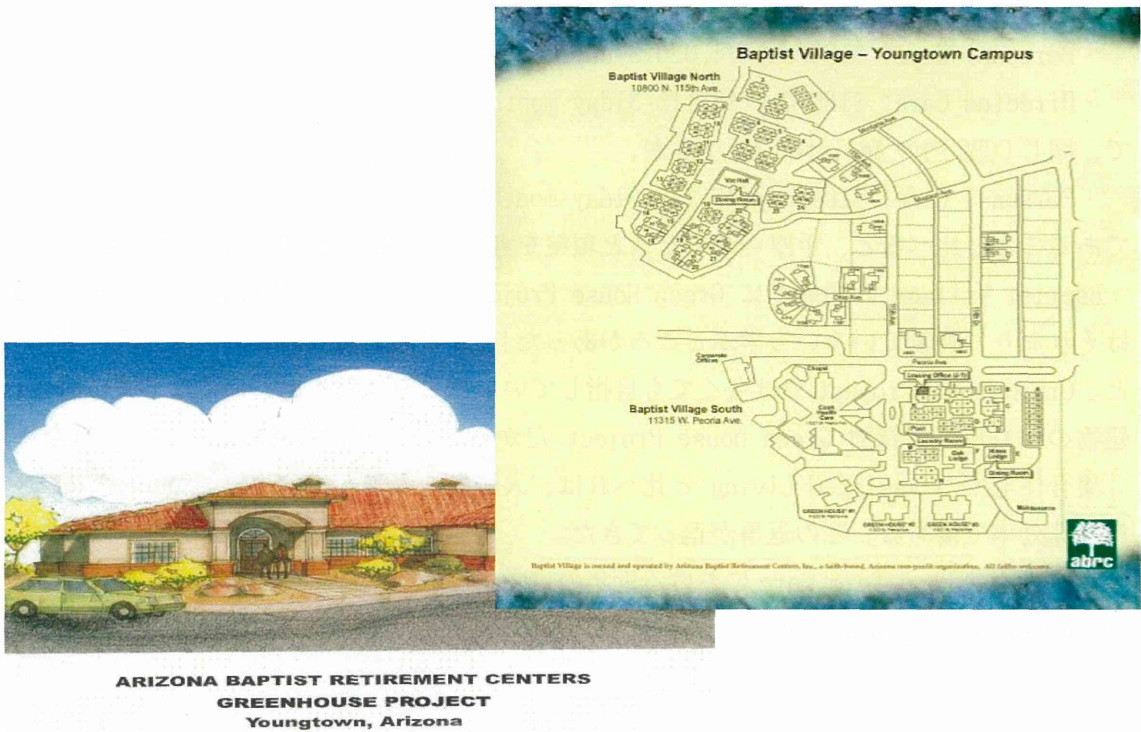
・ Personal Care: \$102/day(\$3,162-31day month)

であることと比べると、手厚いサービスと環境を考慮してもそれほど高額ではない。

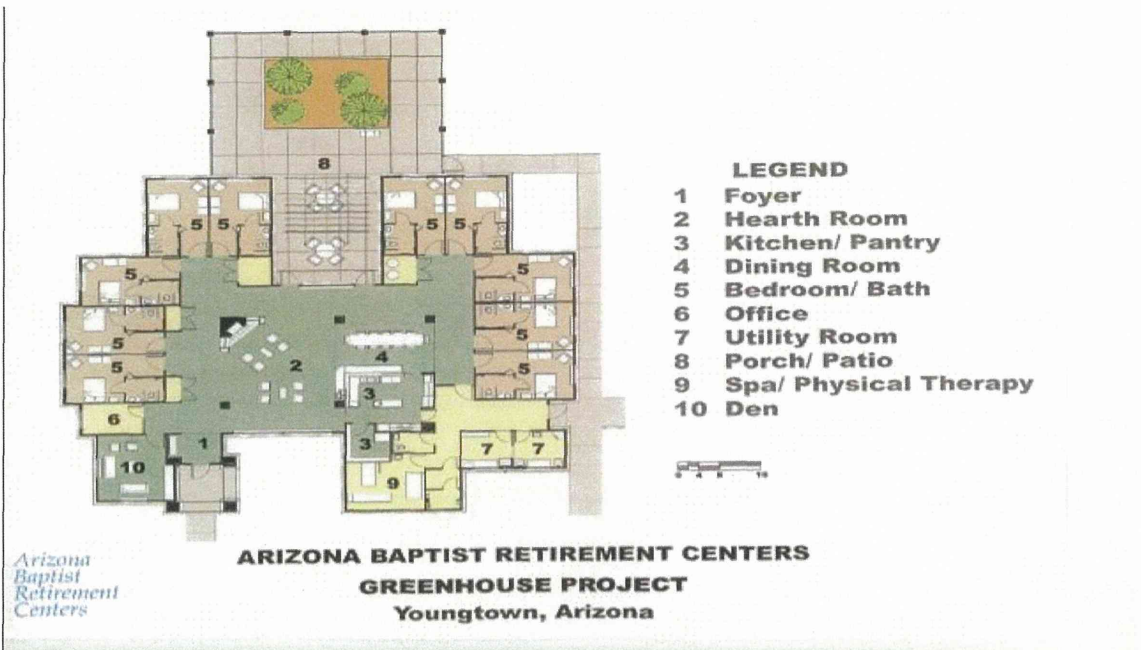
Baptist Village の関係者に Green House Project に取り組んだ理由を尋ねると「当初はそれなりに斬新でいろいろ学ぶところがあった」「しかし当たり前といえば当たり前のこと。Green House Project ではなくても目指しているところは基本的に同じなので、今では建物の作り以外に特別 Green House Project だからといって実質的に違うところはない」「集合住宅での Assisted Living と比べれば、入居者一人当たりの単位面積が広がるので、非効率ではある」との返事が返ってきた。

アメリカの Long Term Care における近年の目覚ましい質の向上の取り組みのなかで、Green House Project レベルのコンセプトが「標準規格」となり始めているようである。

(表15) 敷地内におけるグリーンハウスの位置 (地図の下方向3カ所)



(表16) グリーンハウスの間取り (中央の共用スペースを囲んで10部屋の個室スペースを有する)



(出典: Baptist Village のパンフレット)

#### (4) 高級施設におけるファイナンスサポートプログラム

Sage Wood はいわゆる Resort Living で、視察先 8 施設の中でも群を抜く「高級施設」である。入居時一時金も \$310,000 から \$1.1million という設定である。入居時一時金のハードルが高い分、入居時及び退去時にファイナンスに関連する様々なサポートプログラムが用意されている。

- ・ The Moving Made Easy™ Program

資産の売却から入居までどのように進めていくか、その工程管理をサポートするプログラム。

- ・ The Elderlife Financial Services Capital Access Program™

持ち家その他の資産の売却により入居時一時金及びその後の資金調達を計画している入居希望者に対するプログラム。なんらかの事情で計画通りの売却ができず、売却による資金調達が完了していなくても、全額もしくは一部を Sage Wood が肩代わりし、入居を可能にするプログラム。

- ・ Return-of-Capital™ plan

滞在期間の長さに関わらず、Sage wood コミュニティを退去する場合には、入居時一時金の 80%を返還するプログラム。

- ・ “100% Satisfaction Guarantee”

入居後 4 ヶ月の間に Sage wood に満足できず退去する場合は入居時一時金の 100%を返還するプログラム。

ちなみに、Sage Wood は 2010 年にスタートした新しい施設であるが、2012 年 3 月の時点で約 60%の入居率だという。アメリカの全国紙である USA Today 電子版に「'Resort' assisted living popular despite price」という記事になって紹介されるなど、リーマンショックや全国的な地価の低迷によるリロケーションの鈍化などマイナスの要因は多いとのことであるが、徹底した「高級施設」についてはそれなりの需要があるようである。

#### IV 嚙下機能の維持・向上に向けた実践マニュアルと評価表の作成

本分担研究では、日本の医療・介護の現場の優れた、しかしながら「暗黙知」「職人芸」にとどまっている介護サービスを「形式知」にし、居住系サービスをはじめ、様々な高齢者施設の介護者、在宅・家族も実践できるようにすることを試みた。

なお、文中の（別紙1）（図1）（表1～5）は編集の都合上本稿末資料3にまとめた。

⇒本稿末資料3参照

#### 嚙下機能の維持・向上に向けた実践マニュアルと評価表の作成

（研究協力者）九州大学大学院医学研究院 半場江利子

（分担研究者）九州大学大学院医学研究院 鮎澤 純子

##### 1. はじめに

平成12年4月スタートした介護保険制度から10年が過ぎ、超高齢化社会を迎えた介護の現場では介護の質をいかに保証していくかが課題となっている。2003年度からは介護保険サービスの質の評価に関する調査研究事業がスタートし、質評価の指標、質評価システムの検討が行われている<sup>1)2)</sup>。

介護の質については、これまでも様々な方法でその評価が試みられているが、三菱総合研究所が行った介護サービスの質の評価に関する調査研究事業報告では、アウトカム指標のみで評価することの問題が指摘され、アウトカム指標との関連が大きいと予測されるストラクチャー指標やプロセス指標を評価すること、又、それらアウトカム指標やプロセス指標について可視化することの必要性が論じられている<sup>3)</sup>。また、提供されるケア内容、利用者の特性が、アウトカム指標の改善にどのように関連しているのかについて検討が必要であるとしている<sup>3)</sup>。

ケア内容についてはこれまでもその客観的評価が難しいとされてきた。しかし、実際に介護の現場で介護サービスの実務にあたっていると、確かにケア内容には良し悪しがあり、その良し悪しは目的とする効果や利用者自身の満足に影響すると感じている。しかし、何が良くて、何が悪いか。評価指標という客観的に把握できる形で明らかにされていないのが現状である。

良いケア、すなわち質の高いケアを明らかにしていくことは介護の質を評価するうえで重要な要素になると考える。又、ケア方法やその内容がアウトカムと関連させて評価されることはケアスタッフのモチベーション高め、事業所全体のケアの質を向上させることにつながる。つまり、良いケアの構造を具体的に明らかにすることはケアの質評価を行う上で重要なプロセスと考える。

ケアについて上野は『「良いケア」の究極のあり方は「個別ケア」である』とし、『良いケアは標準化されることも、第三者によって客観的に判定されることでもない。』と述べている<sup>4)</sup>。確かに一理あるが、時に提供している提供者自身にも説明することができないよう

な現場の優れた質の高いケアをなんとか標準化に向けて客観的に判定できるようにすることはできないだろうか。

今回、摂食嚥下障害のある高齢者へ「口から食べることをすすめる」ために優れた食事ケアを実践している居宅支援事業所の食事ケアを観察し、優れているといわれる食事ケアから「良いケア」「標準化されたケア」を抽出し、一般化をはかることで、介護現場の食事ケアの質向上に役立てることを目的とした。

## 2. 高齢者における摂食嚥下機能障害の問題

高齢者の日常生活における楽しみの第1位は「食事」であり<sup>5)</sup>、高齢者の生活にとって「食べる」ことは重要な意味をもっている。しかし、高齢者は歯牙の欠損、口腔周囲筋群の低下、嚥下反射の遅延、唾液分泌の低下といった加齢変化によるものに加え、脳血管疾患、神経疾患、認知症などの疾病により、摂食嚥下機能が低下しやすい。

摂食嚥下機能低下は食事摂取量低下による低栄養にとどまらず、脱水、窒息、誤嚥性肺炎の発症を引き起こし、栄養状態の低下に伴い活動性が低下、運動機能の低下、社会活動への参加も減少し、認知機能の低下も来たとされている。活動性の低下は更に摂食嚥下機能を低下させるといった負のスパイラルをつくりだし、高齢者の生活そのものを低下させることにつながる。千葉ら<sup>6)</sup>の報告では、摂食嚥下障害患者の割合は病院 16.2%、介護老人福祉施設 25.1%、在宅 16.5%であり、嚥下機能に障害をもち、ケアを必要とする高齢者が施設内、在宅問わず、数多く存在している。又、肺炎は65歳以上の死亡原因第4位であり、70歳以上の高齢者において入院受療率（人口10万対）は125を越え入院期間も1ヶ月半に及ぶ疾患<sup>7)</sup>である。剖検輯報総収載症例の誤嚥性肺炎症例の78.2%が60歳以上であり、誤嚥性肺炎が主診断ないし、直接死因となった比率は60歳以上で50～60%に及ぶ<sup>8)</sup>。

## 3. 高齢者における摂食嚥下機能障害に対する対策

摂食嚥下機能は「食べる」機能にとどまらず、高齢者の生活の質を左右する重要な機能であり、「栄養改善」「口腔機能の維持」「運動器の向上」のため、介護保険制度では、施設入所者中心に経口移行加算（平成17年10月新設）、経口維持加算Ⅰ、Ⅱ（平成18年4月新設）、口腔機能維持管理加算（平成21年4月新設）を設けられた。通所サービスにおいても口腔機能向上加算（平成18年4月新設）が追加されるなど、制度上でも重視されている。歯科医師、歯科衛生士を中心とした口腔ケア対策や、言語聴覚師や理学療法士、作業療法士による摂食機能訓練、栄養サポートチームでの栄養管理といった他職種でのチームアプローチが強化されている。

## 4. 高齢者における摂食嚥下機能障害に対する現状と課題

摂食嚥下機能障害に対する対策の効果については、口腔ケアによる肺炎発生率の低下や栄養状態の改善、嚥下機能・構音機能の改善といった効果、特に口腔ケアによる高齢者の

摂食機能低下防止、維持、向上効果が数多く、報告されている<sup>9)10)</sup>。

しかし、ほとんどの報告が施設入所者を対象にしたものであり、在宅高齢者や通所サービス利用者を対象にした報告は少ない。施設入居者における口腔機能維持管理加算の算定数は増加しているものの、通所介護、通所予防介護といった地域、在宅での口腔機能向上加算は21年度の改定後も算定数の伸びは少ない<sup>11)12)</sup>。その理由として、在宅、通所サービスにおいては専門性をもった人材の育成・確保が困難、提供手順、必要書類・手続きが複雑、その労力の割に介護報酬単価の低いことがあげられていた<sup>13)</sup>。又、松田らの在宅における摂食嚥下機能障害のある患者をもつ家族への調査によると、在宅において他のサービスは受けているものの摂食嚥下訓練を受けていないものが9割であり、在宅で暮らす摂食嚥下機能障害のある患者の支援が乏しい現状が明らかになっている<sup>14)</sup>。

また、施設サービス、通所サービス共に口腔機能の介入（口腔ケア、嚥下機能訓練）は報告されているが、実際の食事ケアについての報告は少ない、藤島は在宅における直接訓練（食事を使った経口訓練）の必要性を述べ、更に在宅でのデータが不足していることを指摘している<sup>15)16)</sup>。実際、在宅にも多くの摂食嚥下機能障害のある高齢者が生活しており、摂食嚥下の問題を抱えた高齢者を家族、訪問看護師、訪問ヘルパー、デイサービスなどの介護職員が支えている。摂食嚥下機能の低下した高齢者の食事介助は介護行為の中でも窒息や誤嚥といったリスクを伴い、常に不安やストレスを感じる行為であることを杉谷、小浦、松田が報告している<sup>17)18)19)20)</sup>。食事介助は時間を要する上、1日3回毎日の行為である。在宅においては介護される高齢者だけでなく、高齢者の介護にあたる家族、介護士にとっても重要な問題である。口腔機能の強化に加え、日々必要とされる食事介助について、より質の高いケア方法が標準化され、浸透することが介護する介護者の不安や負担感の軽減につながり、何より、介護される本人が安心して食事を楽しむことにつながる。

## 5. 優れているといわれる食事ケアから「良いケア」「標準化されたケア」を抽出する方法

### 1) 協力施設の選定

全国で積極的に「口から食べる」こと（特に食事介助：直接訓練）への取組を行っている事業所、又は施設について、ホームページにより実践状況を確認するとともに、摂食嚥下のエキスパートナース又は認定看護師、医師（経口摂取に意欲的な）からの紹介をうけ、実践されているケアの内容について検討した。それらの中から、食事介助について徹底した取り組みを実践し成果をあげている施設を選定した。（口から食べることに焦点をあてた取り組みは全国的に注目されており、テレビ放映でも紹介された。）

### 2) 研究協力依頼

協力依頼の趣旨を文書にて送付し、法人理事の同意を得た。

### 3) 作成方法

#### (1) データ収集方法

法人事業所ケア提供実態の観察及び職員への聞き取り、事業所以外の摂食嚥下障害の

ある対象者への食事指導場面の観察する。

- ・協力施設訪問 計 30 時間
- ・協力施設 摂食カウンセラー食事実践指導場面同行 計 16 時間

## (2) データ内容

データ：訪問観察内容、職員インタビュー、利用者インタビューを記述記録したものをデータとして使用した。

## (3) データ整理

得られたデータを質的に分析した。(質的帰納的因子探索に準ずる)

- ①データから提供されているケア内容となるものを抽出した。
- ②提供されているケア内容の「良いケア」要素をカテゴリー化し抽出した。
- ③「良いケア」の要素を構造化し、提供されている「よいケア」の全体像を確認した。
- ④「良いケア」から標準化可能な要素を抽出した。
- ⑤食事介助方法として活用可能なシートとして再構成した。

## (4) 標準化した内容の活用可能性の検討

・協力可能な在宅支援事業所及び施設管理者への聞き取り調査の実施し、標準化された食事介助方法が活用可能かを確認した。

## 4) 倫理的配慮

法人利用者、及び職員へは法人理事を通じて見学承諾を得た、利用者、職員のプライバシー、個人情報については特定されないよう抽象化、利用者の年齢、嚥下の状況のみ確認するがデータとしては表現には記載しない旨を説明し、法人理事の了解を得た。

摂食カウンセラー食事実践指導場面の見学について、当該施設責任者の承諾を得、利用者の個人情報については収集せず、指導場面の食事介助実践状況、その反応、摂食嚥下状態のみ情報とした。

## 6. 結果

### 1) 協力施設の概要

別紙 1 に協力施設の概要 (2011 年 12 月現在) を記載する。

(別紙 1) 協力施設概要 参照

図 1 に協力施設の提供しているサービスのプログラムについて記載する。

(図 1) 予防通所介護サービスプログラム 参照

### 2) 抽出された内容

「良いケア」は以下の 4 構造で提供されていた。

- ・「口から取り込むことを委ねられる環境の提供」
- ・「訓練に自ら参加したくなる環境の提供」
- ・「継続できる仕組みの提供」
- ・「食べる力を引き出す専門的ケアの提供」

以下の4構造の「食べる力を引き出す専門的ケアの提供」の下位カテゴリーに、今回着目した食事介助の「良いケア」の要素が含まれていた。

「食べる力を引き出す専門的ケアの提供」の下位カテゴリーについて述べる。

「食べる力を引き出す専門的ケアの提供」の下位カテゴリー要素は以下の4つであった。

- ・「食べる力を見極める」
- ・「食べる力を引き出す介助」
- ・「食べる力を引き出すことを支える基本介助」
- ・「食べる力を引き出す食形態を選ぶ」

「食べる力を引き出す専門的ケアの提供」の下位、サブカテゴリーが本事業所特有の優れた「良いケア」であり、標準化すべき内容と考えサブカテゴリーの内容を具体的に説明する。

#### (1) 「食べる力を見極める」

このサブカテゴリーの内容は摂食嚥下機能に障害のある対象者の摂食嚥下機能を見極めている観察である。見極める視点が①捕食期②処理期③嚥下期に分け、それぞれについて以下の機能を観察している。

(表1) 口腔機能の観察ポイント 参照

各期の観察内容はa口腔機能、b舌運動機能、c顎運動機能を観察し、各期で正常な機能が働いているかを確認していた。例えば、①捕食期にa口唇機能では食物を口唇で感じ上唇を降ろして食物を挟みとることができるか。又、①捕食期にb舌運動機能では口唇に食物がふれ上唇での挟み込みと同時に舌で食物を口腔内に引き入れる前後の動きがあるか。観察し低下している機能、どの摂食嚥下期にみられるか観察している。

この観察は口腔機能の発達過程と関連させて観察しており、正常な発達と同様のプロセスで機能回復を試みていた。

(表2) 口腔機能の発達プロセスと摂食嚥下機能促進のステップとの関係 参照

口腔機能の発達プロセスと摂食嚥下機能は関連しており、舌の動きのみを促進させても、嚥下はできず、まず、舌が口腔内(歯列内)に収まり、口腔内より舌突出がないことができなければ口唇を閉じることはできない。

例えば、舌の突出が強い場合は食事介助時舌を必ず、口腔内にスプーンの背で戻すことを繰り返しながら、舌の位置を戻していくが先に行う訓練となる。

又、口唇閉鎖ができなければ咀嚼嚥下は難しい。口唇閉鎖訓練から行う順序性が重要になる。その為、口腔各機能と摂食嚥下の段階で観察している。その観察を口腔機能の発達の意味と関連付けて訓練ステップへ活用するためにこの観察が重要となっていた。

#### (2) 「食べる力を引き出す介助」

このサブカテゴリーの内容は観察した口腔嚥下機能から、発達のプロセスを指標に訓



練ステップを決め、重点的に先行して高める必要のある機能を引き出すための食事介助を行うことである。

(表2) 口腔機能の発達プロセスと摂食嚥下機能促進のステップとの関係 参照

下段のステップですすめる。口唇閉鎖、次に舌の動きを引き出す、次に舌と顎の動きを引き出す、の順である。

食べる力を引き出す介助方法は間接訓練として口腔周囲筋群を動かす訓練や口腔内感覚を高める訓練も平行して行うが、ここでは食事介助方法に特化して述べる。

(表3) 食事介助方法 参照

口唇閉鎖ができなければ咀嚼し、食物を咽頭部へ送り込み、嚥下する事は難しい。

口唇閉鎖の為の介助方法として、スプーンの入れ方出し方によっても食べる機能を引き出す訓練となる。

(表3) 食事介助方法 スプーンの出し方入れ方 参照

下唇に食物を置き上唇が下降してくるまで待つ。上唇を動かし下唇と合わせてスプーンを挟みとるよう介助し、口唇閉鎖介助も加えながら介助し口唇閉鎖を促すことが可能になる。

また、口腔内の食事を入れる位置によっても食べる機能は引き出される。

(表3) 食事介助方法 口の中に入れる位置 参照

スプーンで口腔内、舌の中央に食物を置いてしまうのではなく、舌尖部(舌の先)又は歯列内に食物を置く事で舌の先ですくい取り、口腔内に引き込む動きを引き出す。この舌の動きは咀嚼にとって、食物を咀嚼する臼歯の上に移動させ食塊をつくる為には重要な動きである。舌の中央は動きにくい部位であり、その位置に食物を置く事では舌の動きは促されず、誤嚥につながる丸呑みを誘発してしまう。舌の動きを引き出すためには食物を置く位置は重要な意味を持っている。

食べる力を引き出す介助方法には介助用具の選択、スプーン・箸の入れ方出し方(スピード)、一回量、入れる位置などがあり、意図的にその方法は実施される。

### (3) 「食べる力を引き出すことを支える基本介助」

(表3) 食事介助方法 姿勢の保持 参照

このサブカテゴリーの内容は嚥下の動きを支える基本介助であり、姿勢の整え方を意味している。食べる為の嚥下の動きを妨げない姿勢の保持は重要であり、体幹の安定、頭頸部の安定、顎の位置の安定が嚥下に影響するためである。

### (4) 「食べる力を引き出す食形態を選ぶ」

(表4) 口腔機能に応じた食形態 参照

(1)で食べる力を見極め、その食べる力に応じて(2)で食べる力を引き出す介助をし、(3)で姿勢を整え食べる力を出しやすくしたが、このサブカテゴリーの内容は(1)で見極

めた食べる力に応じた食形態を選択し、今の食べる力で食事を取れるようにすることである。舌の左右の動きがなく、前後、上下の動きでは臼歯で咀嚼することは難しい。舌の送り込み機能がある場合はペースト状の嚥下食であるが、舌の上下押しつぶしの動きを促していく場合は押しつぶし訓練食を選択する。

### 3) 標準化した食事介助方法

「食べる力を引き出す専門的ケアの提供」の下位カテゴリー4要素を「良いケア」の要素とし、それらから食事介助としての標準化を行った。

それらを活用可能な1枚のシートにまとめた。

(表5) 口から食べるための支援シート 参照

シートは口腔機能を見極める観察部分と観察結果のうち機能が確実にできないものに×をつけ、その右欄に各々に応じた援助方法を関連させておいた。

援助方法については導き出した介助方法をリンクさせている。

欄外下方に基本動作となる姿勢の整え方と基本介助方法、欄外右に食形態の内容を機能に応じて選択できるよう配置した。

このシートの特徴として

- ・ 観察の視点にそってクロスさせながら介助する対象の状態を把握できる。
- ・ クロス位置で機能の低下があれば右の援助方法を選択できる。
- ・ 家族、介護士が医師、またはリハビリスタッフ、看護師、その他専門職者と対象の状態を情報として共有し、支援をうけながら介助にあたれる。
- ・ 「口から食べる」為の支援シートの活用方法摂食嚥下機能の低下した高齢者の食事介助に関わる全ての人々が、対象の摂食嚥下機能の段階を共有するために活用できる。
- ・ 摂食嚥下機能低下した本人にも、現段階や今後の目標を共有してもらうよう説明を行うとき利用できる。

## 7. 考察

### 1) 食事介助方法の標準化

本研究によって、良いケアとされるものの中からその要素が導き出され、その内容は食事の介助にとどまらず、食べる機能を引き出す介助方法である事が明らかにできた。また、食べる機能を引き出すための介助方法がだれでも活用可能なシートとしてまとめることができた。加えて、対象者の観察した内容を介助方法に結び付けやすくなった。

摂食嚥下障害の研究では嚥下障害リスク評価<sup>21)22)23)</sup>に関するものや、誤嚥性肺炎を防止する為の口腔ケア<sup>24)</sup>に関するものが多い。摂食嚥下障害の食事場面では誤嚥性肺炎のリスクや窒息といったリスクが予測され、それらが命に直結することを考えればリスクを回避し、未然に防止することは重要な視点である。しかし、リスクを考えるあまり、「食べる」ことより「事故を防ぐ」ことが重視されている傾向にある。そのため、食事介助は誤嚥し

ないかを意識しており、何が影響しているか、それを食事介助というケアを通して高めるといった視点はこれまでなかった。

今回、協力頂いた施設では、医師より経口摂取不可と指示された利用者が数多く来所している。にもかかわらず、継続した食事指導、訓練の結果、経口摂取が可能になっている。中東は摂食嚥下重症分類（以下 DSS と略す）重度障害 DSS 4 と中等度障害 DSS5 の 2 事例に対し、マニュアルに沿った食事介助と適切な嚥下食を選択することで安全な食事介助が可能であると報告している<sup>25)</sup>。嚥下機能の代償可能な食事の選択とは嚥下状態、つまりは、口腔閉鎖の状態や舌の運動機能、顎運動を観察し、その状態に合わせた食事を選択することである。中東らは栄養管理者であり、訓練食の選択は専門職であり容易であったと思われるが、実際中東らが使用した介助方法のマニュアルは基本的な姿勢保持技術と基本介助技術のみであり、摂食嚥下機能を引き出す介助方法は具体化されていなかった。大熊らも在宅における直接嚥下訓練の必要性を述べており<sup>16)</sup>、嚥下造影検査（VF）や嚥下障害の評価で咽頭残留や誤嚥があっても、摂食時の姿勢や食品の調整、これを防ぐ代償的手段があれば在宅でも直接訓練は可能であるとしている。しかし、その代償的な手段が具体化されていないため、臨床や介護現場での実践には結びついていない。今回作成した「口から食べる」為の支援シートを使用することで摂食嚥下機能がどの段階にあるかによって、訓練食や効果的な介助方法が選択可能となる。これまでリスクが重視され食事介助の方向へ移行しにくかったのは、その代償的手段の選択や適用が専門性の高い人材でしか判断できないものであったこと、在宅にはその選択を支援する人材が不足していたことから、危険な行為として回避されてきたと考える。

また、今回抽出した介助技術を活用することで、舌や口唇機能を高める為の介助方法が実践可能となる。今回の介助方法は、看護師教育の看護技術テキスト<sup>26)</sup>、介護士養成のテキスト<sup>27)</sup>にも記載はない。看護技術テキストにおいては、摂食障害のある患者の食事介助の項にも食事は舌の中央におくと記載されている。今回のような現場の有効な実践を技術として精選し、介護や看護の技術教育にも活用可能と考える。今回の「口から食べる」為の支援シートは、疾病や症状、年齢を関連づけて活用できる。そのため、高齢者から重症心身障害児、疾病を持つ成人にも適用は可能であり、臨床での幅広い貢献が期待できる。

## 2) 良いケアとして選択した介護技術の妥当性

摂食嚥下障害の研究は口腔領域で 2000 年前後から行われているが、せっかくの研究結果が医療現場でも介護現場でも活用されていない現状にある。今回、それらの研究結果と抽出した介助技術と突合をおこなった結果、先行研究の結果と整合性があるものがみられた。

富田らのスプーンボール部の幅と深さの違いは捕食機能の低下した高齢者には変化に応じた動きが難しく、ボール部はフラットから 3mm まで、口唇幅は捕食時の口すぼめに対応する為には口唇幅 2/3 より小さいものが捕食しやすい、また、介助一回量は一定でゼラ

チンにして 4-5g が適している<sup>28)29)</sup> ことなど、研究結果と一致するものであったが、他の実践現場ではほとんど活用されず、大きく深さのあるスプーンで介助する場面がほとんどであった。今回のような実践から生み出された知と研究結果を関連させケア技術として一般化していくことが重要である。

今後も優れた実践を意味付けていくことでより良いケアの一般化が可能になると考える。

### 3) シートが介護者にもたらす影響

杉谷<sup>17)</sup>、小浦<sup>18)19)</sup>、松田<sup>20)</sup>らが食事介助における介護者の不安・ストレス・負担感について報告している。シートに表現された方法で実施し、その反応を各期にそって観察しても、窒息や誤嚥性肺炎への不安を完全になくすことはできないが、例えば、舌の食物を口腔内へ引き込む動きを高めたい為に、舌尖部にスプーンで食事をおいたとすれば、その反応を確認し、舌が動いたのか、動かなかったのか、次ぎ置き方を変えても同じか、など食事を通して介護者と対象者の間でケアを通してのコミュニケーションが生じる。また、期待する反応が確認できた場合の充足感は介護者にとって介護のやりがいに通じ、ストレスや負担感の軽減につながる。菊池らは在宅要介護者に対する家族（在宅）介護の質の評価とその関連要因の中で、在宅介護の質に影響を与えている要因に介護知識があり、なぜそうするのかなど方法の意味や理由を知識として伝えることは介護の質を高めることにつながると述べている<sup>30)</sup>。今後も増え続ける高齢者に家族や専門職者が協力して支えていくためには、より安全で効果的なケアを明らかにし、実践につなげていくことが今後重要になっていくと考える。

## 8. 本成果物の限界と今後の課題

今回は一事業所における「良いケアの観察」を通して、介助方法を抽出し標準化を試みた。今後は、このシートを実際に活用し、様々な摂食嚥下機能低下のある患者で使用し、現場での活用の可能性についての検証が必要である。さらに、どの介護者も容易に活用することが可能か、用語や表現方法が適切か、実践を通じた検証も必要である。

## 9. 結語

食事ケアにおいて基本食事介助動作、姿勢保持、機能を高める為の介助方法の標準化が可能となった。また、対象者に応じた方法を適用するための観察指標の標準化も可能となった。今後、さらに項目の妥当性や現場に求められるシートとしての簡便化などを検討し、多くの実践者に活用されることを期待したい。

なお、本研究の方法論は、「良いケア」を標準化していくひとつの方法論である。熱意ある介護者によって実践されている現場の様々な「良いケア」が今後さらに標準化され実践されていくようになることを期待したい。

## 引用・参考文献

- 1) 小林亜由美, 矢島まさえ, 梅林奎子. 介護保険制度下における在宅サービスの質に関する評価 小規模町村における居宅介護サービス利用者支援のあり方. 群馬パース学園短期大学紀要, 2003. 5(1), 33-46.
- 2) 永田千鶴. ケアの質の保障 認知症高齢者ケアプロセスの質評価指標の検討を通して. 熊本大学医学部保健学科紀要, 2006. (2), 7-18.
- 3) 株式会社三菱総合研究所. 介護サービスの質の評価に関する調査研究事業報告, 2010.
- 4) 上野千鶴子. ケアの社会学 当事者主権の福祉社会へ, 東京: 太田出版, 2011, 186.
- 5) 加藤順吉郎. 福祉施設および老人病院における住民利用者(入所者・入院患者)の意識実態調査分析結果, 愛知医報, 1995, 1434(0), 2-14.
- 6) 千葉由美, 山脇正永, 戸原玄, 他. 全国における摂食・嚥下障害高齢者と関連症状の発生率に関する検討. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2007. 11(3), 249.
- 7) 厚生統計協会. 国民衛生の動向, 厚生指標 臨時増刊, 2005, 52(9), 414-415.
- 8) 一和田俊夫, 長尾光修. 誤嚥性肺炎の疫学, Geriatric Medicine, 1997, 35, 129-133.
- 9) 大岡 貴. 日常的に行う口腔機能訓練による高齢者の口腔機能向上への効果. 口腔衛生学会雑誌, 2008. 58(2), 88-94.
- 1 0) 富田かをり, 石川健太郎, 新谷浩和, 他. 高齢者における口腔機能向上プログラムの効果の経時的変化. 老年歯科医学, 2010, 25(1), 55-63.
- 1 1) 厚生労働省統計情報部. 介護給付費実態調査. 2009-2011.
- 1 2) 植田耕一郎. 平成 19 年度老人保健健康増進など事業「介護予防給付の栄養改善・口腔機能の向上の実施に関する研究」, 2007.
- 1 3) 厚生労働省老人保健課. 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションの実施状況把握, 2011.
- 1 4) 松田明子. 在宅における摂食・嚥下障害の有無と家族機能との関連. 家族療法研究, 2002, 19(1), 33.
- 1 5) 藤島一郎, 他. 嚥下障害治療成績—嚥下センターにおける集約的嚥下リハビリテーションと一般的対応—, 総合リハ, 2000, 28, 483-490.
- 1 6) 大熊るり, 宮野佐年, 藤島一郎. 【在宅医療につなげる摂食・嚥下アプローチ】 直接的嚥下訓練の実際. Journal of Clinical Rehabilitation, 2000, 9(9), 877-884.
- 1 7) 杉谷かずみ. 介護老人福祉施設における介護職員の食事介助に対する不安感の検討. 日本看護学会論文集: 老年看護, 2006, (36), 145-147.
- 1 8) 小浦さい子 & 杉澤秀博. 特別養護老人ホームで働く介護職員の食事介助における心理過程 嚥下障害を伴う入居者の食事介助を通して. 老年社会科学, 2010, 32(2), 236.
- 1 9) 小浦さい子 & 杉澤秀博. 特別養護老人ホーム入居者の食事介助で介護職員が感じる不安の背景と対応. 老年社会科学, 2011, 33(2), 269.
- 2 0) 松田明子. 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

- 護負担感及び介護時間との関連. 日本看護科学会誌, 2003, 23(3), 37-47.
- 2 1) 深田順子, 鎌倉やよい, 万歳登茂子, 他. 高齢者における嚥下障害リスクに対するスクリーニングシステムに関する研究. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2006. 10(1), 31-42.
- 2 2) 深田順子, 鎌倉やよい, 万歳登茂子, 他. 高齢者における嚥下障害リスクに対する他者評価尺度に関する研究. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2006. 10(3), 220-230.
- 2 3) 深田順子, 鎌倉やよい, 北池正 & 野尻雅美. 在宅高齢者のための嚥下障害リスク評価に関する尺度開発. 日本看護研究学会雑誌, 2002. 25(1), 87-99.
- 2 4) 奥田克爾, 君塚隆太, 阿部修, 他. 口腔ケアによる誤嚥性肺炎予防. 歯科学報, 2005. 105(2), 129-137.
- 2 5) 中東真紀. 重症度に応じた嚥下障害食と食事介助方法の標準化の試み. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2005. 9(1), 71-75.
- 2 6) 深井喜代子編集. 新体系看護学全集 専門分野基礎看護学 基礎看護技術Ⅱ, 第1版, 東京: メジカルフレンド社.
- 2 7) ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会編, ホームヘルパー養成研修テキスト 1級課程第4巻, 52, 2002, 長寿社会開発センター.
- 2 8) 冨田かをり, 田村文誉, 水上美樹, 他. 高齢者用介助スプーンのボール部形態の検討. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2002. 6(2), 247-251.
- 2 9) 冨田かをり, 萬屋陽, 岡野哲子, 他. 嚥下時口唇圧と最大口唇圧との関連 健康成人と高齢者との比較. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2001. 5(2), 178.
- 3 0) 菊地和則, 和気純子. 在宅要介護高齢者に対する家族(在宅)介護の質の評価とその関連要因. 老年社会科学, 1996. 18(1), 50-62.
- 3 1) 深田順子, 鎌倉やよい, 北池正. 在宅高齢者の嚥下機能に影響する生活習慣に関する研究. 日本看護科学学会学術集会講演集, 2001. 21回, 147.
- 3 2) 深田順子, 鎌倉やよい, 北池正. 在宅高齢者の嚥下機能に影響する要因. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2002. 6(1), 38-48.
- 3 3) 深田順子, 鎌倉やよい, 浅田美江. 摂食・嚥下障害看護認定看護師教育課程における教育効果の検討. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2009 13(2), 107-119.
- 3 4) 深田順子, 鎌倉やよい, 浅田美江. 認定看護師および看護師のための摂食・嚥下障害看護質評価指標の開発. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2009. 13(2), 88-106.
- 3 5) 深田順子, 鎌倉やよい, 浅田美江. 摂食・嚥下障害看護の質向上に及ぼす認定看護師の影響. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2010. 14(3), 219-228.
- 3 6) 藤島一郎, 大熊るり. 在宅医療に向けて 摂食嚥下障害者へのアプローチ 経管栄養, 食品. リハビリテーション医学, 2000. 37(10), 653-655.

- 37) 中東真紀. 高齢者介護における基本的なケア 高齢者の栄養管理. 日本老年医学会雑誌, 2008. 45(2), 238.
- 38) 中東真紀. 高齢者の食事と栄養 咀嚼・嚥下障害の栄養リスクマネジメント. 保健の科学, 2009. 51(8), 561-565.
- 39) 中東真紀 & 太田清人. 各施設における嚥下食に関する調査(第一報). 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2006. 10(3), 449-450.
- 40) 五藤泰子. 摂食・えん下機能メカニズムによる観察評価票(簡便版)の作成. 九州産業大学健康・スポーツ科学研究, 2007. 9(0), 27-54.
- 41) 井上統温, 佐藤光保, 平場久雄, 他. 顎下腺上顔面皮膚への振動刺激による唾液分泌効果 健常者での評価. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2010. 14(3), 541.
- 42) 井出吉信. 加齢による口腔機能変化を理解するための解剖学. 群馬県歯科医学会雑誌, 2003.7, 1-12.
- 43) 佐々木綾香, 千葉由美, 戸原玄. 摂食・嚥下障害を有する高齢者への頸部周辺筋へのケア介入とその効果 ケーススタディからの一考察. 千葉県立保健医療大学紀要, 2011.2(1), 19-25.
- 44) 富田かをり, 大岡貴史, 渡邊賢礼. 先行期の感覚情報と捕食行動の関連 捕食時口唇圧に及ぼす影響. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2011. 15(2), 156-164.
- 45) 富田かをり, 大岡貴史, 渡邊賢礼, 野村佳世, 石川健太郎 & 向井美恵. 先行期の感覚情報が高齢者の捕食に及ぼす影響. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2010. 14(3), 552.
- 46) 千葉由美, 市村久美子. 認定看護師と看護師の摂食・嚥下障害看護に対する認識の相違. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2008. 12(3), 178-186.
- 47) 大熊るり, 藤島一郎, 小島千枝子. 摂食・嚥下障害スクリーニングのための質問紙の開発. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2002. 6(1), 3-8.
- 48) 山本則子, 石垣和子, 金川克子. 高齢者訪問看護の質評価指標開発 全国の訪問看護ステーションを対象とした実態調査. 日本看護科学学会学術集会講演集, 2006.26 回, 213.
- 49) 山田律子, 内ヶ島伸也, 千葉由美. 認知症高齢者の摂食・嚥下障害の特徴とケアの方向性 認知症の原因疾患と重症度を踏まえた分析. 日本老年医学会雑誌, 2011. 48(Suppl.), 132-133.
- 50) 戸原玄, 飯田貴俊, 井上統温. 在宅における摂食・嚥下リハビリテーション. 癌と化学療法, 2010.37(Suppl. II), 159-161.
- 51) 松田明子. 在宅における摂食・嚥下障害者の主介護者に対する嚥下・リハビリテーションの教育の効果 要介護者の症状の変化. 日本看護科学学会学術集会講演集, 2002. 22 回, 233.

- 5 2) 松田明子. 在宅における摂食・嚥下障害者の主介護者に対する摂食・嚥下リハビリテーションの教育の効果 主介護者の知識の変化. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2002. 6(2), 309.
- 5 3) 松田明子. 在宅における摂食・嚥下障害者の家族に対する教育の効果 家族の家族機能の変化. 日本看護科学学会学術集会講演集, 2003. 23 回, 169.
- 5 4) 松田明子. 在宅における要介護者の摂食・嚥下障害の有無と家族機能との関連. 老年社会科学, 2004. 25(4), 429-439.
- 5 5) 松田明子, 九里美和子. 在宅の要介護者のリハビリテーションにおける家族の参加の有無と要介護者の身体的状態の変化. 日本看護科学学会学術集会講演集, 2004. 24 回, 491.
- 5 6) 松田明子, 西島治子. 在宅における要介護者の摂食・嚥下障害に関する看護師の認識. 日本看護研究学会雑誌, 2002. 25(3), 264.
- 5 7) 植田耕一郎, 岡田澄子, 北住映二. 摂食・嚥下障害の評価(簡易版)日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会案. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2011. 15(1), 96-101.
- 5 8) 水上美樹, 田村文誉, 富田かをり. 嚥下困難者用ゼリーの物性に関する適正評価物性と官能評価による検討. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2003. 7(1), 47-52.
- 5 9) 渡邊裕, 武井典子, 植田耕一郎. 介護予防における口腔機能向上サービスの推進に関する研究(第一報) 平成 21 年度介護報酬改定の通所事業所への影響. 日本老年歯科医学会総会・学術大会プログラム・抄録集, 2010. 21 回, 105.
- 6 0) 渡邊裕, 武井典子, 植田耕一郎. 介護予防における口腔機能向上サービスの推進に関する研究 介護予防における包括サービスの効果について. 老年歯科医学, 2011. 26(2), 102-104.
- 6 1) 田中法子, 田村文誉, 菊谷武. 口腔ケアに対して拒否のある要介護高齢者への脱感作の手法による効果の検討. 老年歯科医学, 2007. 22(2), 101-105.
- 6 2) 田村文誉, 富田かをり, 菊谷武. 無歯顎高齢者における義歯の有無が最大口唇圧と嚥下時口唇圧へ及ぼす影響. 老年歯科医学, 2004. 19(3), 216-217.
- 6 3) 田村文誉, 菊谷武, 須田牧夫. 口腔機能訓練を行った要介護者の口腔にかかわる諸症状の変化 聞き取り調査の結果より. 老年歯科医学, 2005. 20(3), 222-226.
- 6 4) 直江祐樹, 高山文博, 太田清人. 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, 2000. 4(2), 30-37.
- 6 5) 穴倉潤子, 渡辺聡, 大塚義顕, 他. 食塊量の違いが嚥下時舌運動に及ぼす影響 前額断面における陥凹について. 昭和歯学会雑誌, 1997. 17(2), 120-135.



- 66) 野村佳世, 渡邊賢礼, 冨田かをり. 舌圧解析と超音波診断装置の同期による指示嚥下と自由嚥下との対比の試み. 障害者歯科, 2010. 31(3), 397.
- 67) 鎌倉やよい, 岡本和士, 杉本助男. 在宅高齢者の嚥下状態と生活習慣. 総合リハビリテーション, 1998. 26(6), 581-587.
- 68) 鎌倉やよい, 杉本助男, 深田順子. 加齢に伴う嚥下時の呼吸の変化. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 1998. 2(1), 13-22.
- 69) 鎌倉やよい, 深田順子, 杉本助男. 嚥下と呼吸の協調への量と温度の影響. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 2000. 4(2), 38-46.
- 70) 藤谷順子, 鳥羽研二. 誤嚥性肺炎 抗菌薬だけに頼らない肺炎治療, 東京: 医歯薬出版会, 2011.

## V 次年度の課題

アメリカの Long Term Care のあり方がそのまま日本の居住系サービス提供体制に応用できるものではないし、アメリカの Long Term Care における質の評価に関連する取り組みがそのまま居住系サービスの質の評価に応用できるものではないが、参考になる点は少なくない。

Arizona ALFA が「The Road to the Future」として提示している「A consumer-chosen environment」「Consumer-driven quality」「Affordability」「Partnership」はまさに居住系サービス提供体制の「The Road to the Future」でもあるし、CCRC のあり方は「地域包括ケア」のあり方や日本における aging in place の実現に様々なアイデアを提供してくれる。すでに日本で始まっている「図らずもの集住」「結果としての集住」には NORC 対策が様々なヒントを提供してくれそうである。本年度の分担研究として行ったアメリカの CCRC に関する情報収集やアリゾナの CCRC の視察を通じた考察を、次年度は居住系サービス提供体制に関する政策提言につなげたい。

居住系サービスの質の評価については、評価内容だけでなく、評価方法、評価結果の活用方法などを総合的に検討していかなければならない。評価方法だけでなく特にそうした評価が継続した質の保証・向上に向けたインセンティブとなり得る仕掛けを制度のなかにもどのように織り込んでいくかについても、アメリカをはじめとする諸外国の先行事例を参考に、検討していく必要がある。次年度は、近年改訂された MDS3.0 など、アメリカの Long Term Care におけるサービスの質の評価に関して収集した情報をまとめ、居住系サービスに関する質の評価に関する提言につなげたい。

(次年度の課題)

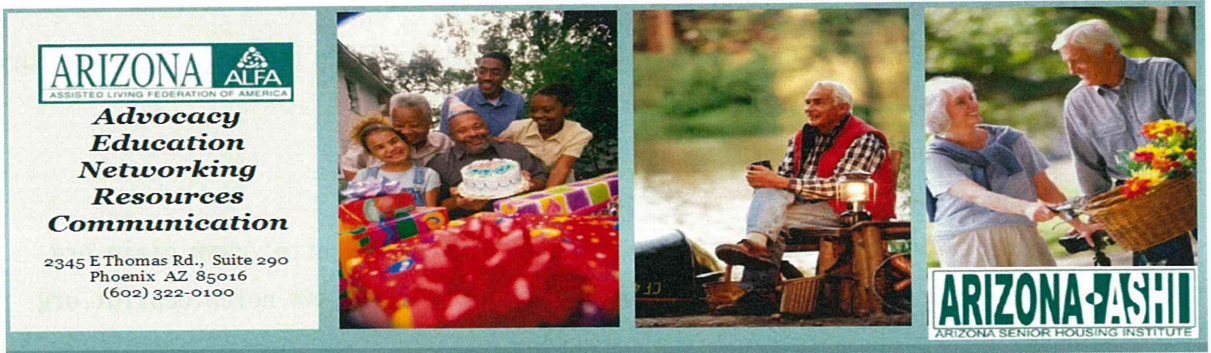
引き続き

- ・アメリカにおける医療・介護の質の評価に関する調査と情報収集
- ・諸外国における医療・介護の質の評価に関する調査と情報収集
- ・アメリカ及び諸外国における特色ある医療・介護サービスの視察を通じた評価方法と結果の活用方法の検討
- ・アメリカ及び諸外国における医療・介護の質の評価に関する文献における評価の検討
- ・日本における特色ある医療・介護サービスの視察を通じた評価項目の検討
- ・「居住系サービスにおける評価方法と評価の活用方法」の検討
- ・居住系サービス提供体制に関する政策提言
- ・居住系サービスに関する質の評価に関する提言

## 参考文献

- 1) 平成 21 年度老人保健健康増進等事業による研究報告書・地域包括ケア研究会報告書、地域包括ケア研究会、平成 22 年 3 月
- 2) A Guide to Long Term Care for States Policy Makers: Guide to Nursing Home Culture Change, National Conference of State Legislatures 資料
- 3) Guide to Choosing a Nursing Home, CMS 資料
- 4) All About NORCs, <http://www.norcs.org>
- 5) Community Innovations for Aging in Place Initiative, <http://www.ciaip.org>
- 6) NORC Blueprint : A Guide to Community Action, <http://www.norcblueprint.org>
- 7) PACE 2010/2011, <http://www.seniorhousing.org>
- 8) Baptist Village Young Town サイト及び視察時受領資料
- 9) Immanuel Campus of Care サイト及び視察時受領資料
- 1 0) Sunrise Senior Living サイト及び視察時受領資料
- 1 1) Volunteer of America サイト及び視察時受領資料
- 1 2) Arizona Grand Senior Living Community サイト及び視察時受領資料
- 1 3) The Village at Ocotillo サイト及び視察時受領資料
- 1 4) McDowell Village サイト及び視察時受領資料
- 1 5) Sage Wood サイト及び視察時受領資料
- 1 6) Complete Long Term Care, <http://www.completelongtermcare.com>
- 1 7) Complete Long Term Care, <http://www.completelongtermcare.com>
- 1 8) Arizona Long Term Care System, <http://www.azahccs.gov>
- 1 9) Arizona Long Term Care System, <http://www.azahccs.gov>
- 2 0) Arizona Health Care Cost Containment System, <http://www.azahccs.gov>
- 2 1) Arizona Assisted Living Federation of America, <http://www.azalfa.org>
- 2 2) Arizona Senior Housing Institute, <http://www.azalfa.org>
- 2 3) Minimum Data Set Version3.0, Center for Medicare & Medicaid Services, <http://www.cms.gov>
- 2 4) Long-Term Care Facility Resident Assessment Instrument User' s Manual, MDS3.0, October 2011, Center for Medicare& Medicaid Services
- 2 5) Nursing Compare, <http://www.medicare.gov>
- Culture Change in Nursing Homes : How Far Have We come?, Commonwealth Fund 資料, 2008
- 2 6) The Green House Project, <http://www.thegreenhouseproject.org>

資料1 ALFA が提供している Assisted Living に関する利用者向けチェックリスト



# About Assisted Living---

## A Consumer Guide and Checklist

The following is a consumer checklist of important services, amenities and accommodations in assisted living communities. Every community is unique. We recommend making several visits, at various times of day, to each residence you are considering.

- Ask for written material. ALFA recommends that all providers have a written statement or copies of their resident agreement outlining, at a minimum, services, prices, extra charges, admission and discharge criteria, staffing and house rules. A disclosure statement may also be available discussing ownership and the financial solvency of the provider. For examples of "model" forms, visit <http://www.alfa.org>.
- As you start your search, it is important to assess your needs as they are now and ask each provider how they might accommodate any changes over time. It also is important to examine your finances and ask about costs. Monthly rates and fee structures vary.
- Most of all, if you are seeking a residence for someone who cannot visit the residence personally, it is important to respect their needs and wishes by including them in the process as much as possible. The result will be their greater satisfaction.