

2. 地域包括ケアシステム

第1次ベビーブーム世代は、高度経済成長を経て生活レベルが向上した世代であることから、生活に対するニーズが多様化・個人化している。在宅・施設療養のあり方およびニーズも同様の傾向にあり、これに応える形で高齢者施設の種類・機能も多様化してきている。このような背景のもと、国は、2025年を目的に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的とした、「地域包括ケアシステム」の構築を推進している。

(1) 地域包括ケアシステムの定義

地域包括ケア研究会（厚生労働省平成20年老人保健健康増進等事業）では、地域包括ケアシステムを、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義している。その際、地域包括ケア圏域は、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義しており、日常生活圏域を単位として想定している。日常生活圏域はこれまで中学校区を基本としてきたが、過疎化により中学校区が統廃合されたり、保健指導の活動単位が公民館を単位としていたりするなど、地域の実情に合わせて見直しが行われている。

(2) 介護保険における位置づけ

介護保険法では、国および地方公共団体の責務として、「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立し

た日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない（第5条第3項）」としている。地域包括ケアシステムは、障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援の5つのサービスが一体的に提供される仕組みである（図3）。地域包括ケアシステムは、介護保険の保険者である市町村がその提供者となり、その活動拠点は地域包括支援センターを想定している。第5期介護保険事業計画（平成24～平成26年）では、上記5つのサービスが一体的に提供される地域包括ケアの考え方が示された。今後は2025年に向け、3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築していくことになっている。

(3) 医療制度における位置づけ

高齢者ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できる体制づくりには、病床機能の分化や連携を充実させ、地域連携パスを整備・活用することが求められることから、地域包括ケアシステムは、平成30年からの第3期医療費適正化基本方針に組み込まれる予定であり、今後の医療分野の柱となる施策として位置づけられている。

(4) 地域包括ケアシステムの構築と地域ケア会議

地域包括ケア圏域（日常生活圏域）を単位として、5つの分野（医療・介護・予防・住まい・生活支援）を横断する事業の設定や多職種連携の仕組み、圏域内の現状の把握と課題の抽出、および、PDCAサイクルによるシステム評価の仕組みを機能させることが、地域包括ケアシステムを構築するうえで要点となる。このためには、①分野横断的な視点に立った地域アセスメ

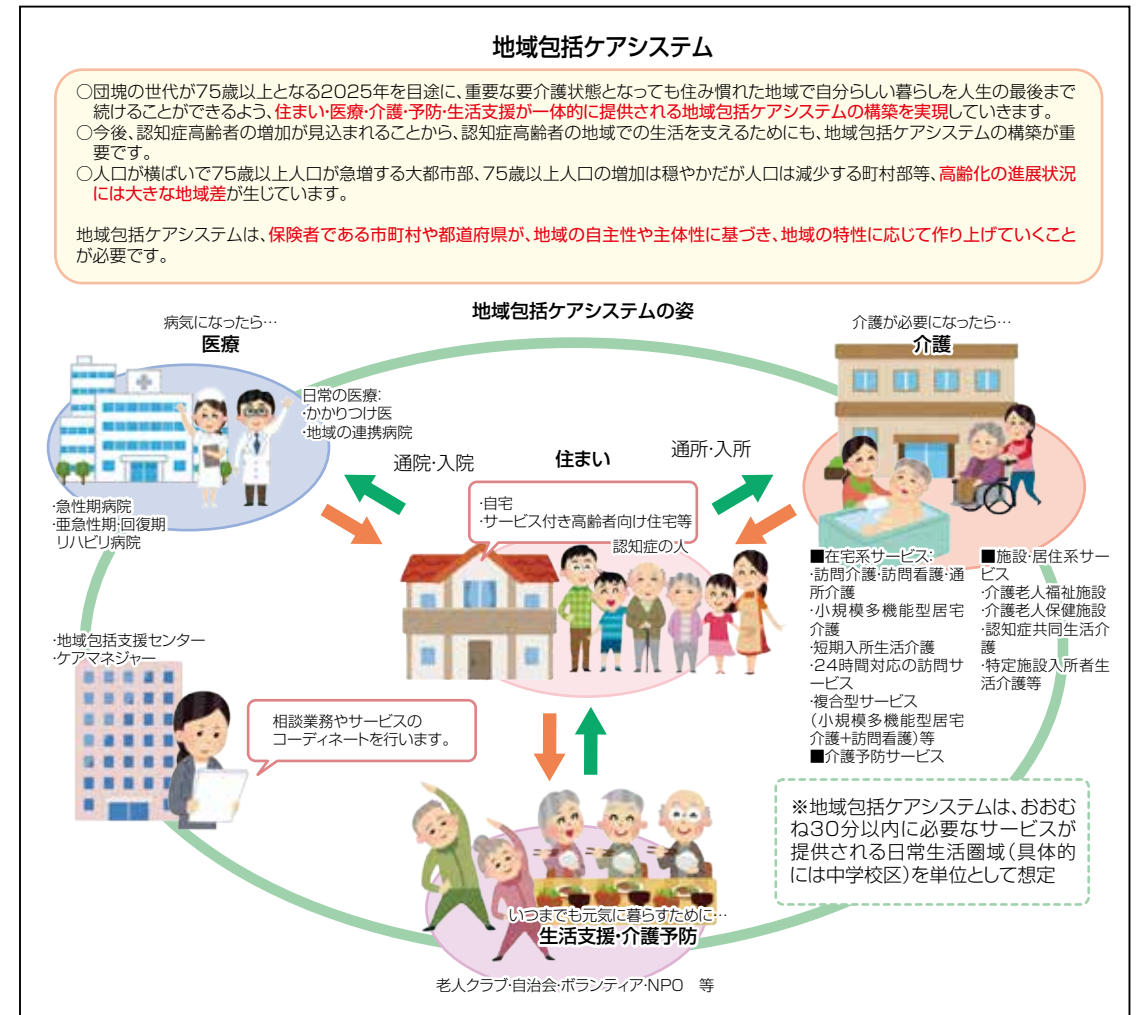


図3 地域包括ケアシステムの姿 (平成25年3月 地域包括ケア研究会報告書より引用改変)

ントとサービスの整備、②サービス提供システムレベルにおける総合的な相談・支援調整体制の強化、③臨床実践における多分野の専門職の連携と情報の共有化、④互助資源の活性化・専門的ケアとの組合せの最適化、⑤包括ケアの評価とフィードバック、などの課題を解決することが求められる¹⁾。これらの課題を解決し、地域包括ケアシステムを推進するための方法として「地域ケア会議」がある。地域ケア会議は、多職種（自治体・地域包括支援センター職員、介護関連職種、民生委員、医療関連団体、管理栄養士、消防署、NPO、警察署、民間企業など）

により構成された会議体であり、地域包括支援センターなどが主催する。高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていくために、①医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図る。②人材育成のため、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。③個別ケースの課題分析などを積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化・共有化する。④共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげるなど



図 18 喉頭周囲筋群のストレッチ



図 19 冷圧刺激



図 20 味覚刺激 スポンジブラシに口腔湿潤剤を塗布して刺激している

⑦ 冷圧刺激
(Thermal Tactile Stimulation : TTS)

嚥下反射の改善を目的に、冷水に浸けた、あるいは凍らせた綿棒などで、前口蓋弓を数回こする(図 19)。開口が十分にできず、軟口蓋から舌根部、咽頭後壁をこする場合は、喉のアイスマッサージと呼ばれる。即時効果があるので、食事の前や、疲労により嚥下反射が起こりにくくなった状態の時にを行うと効果的である。

⑧ 味覚刺激

レモン水や棒付きの飴、口腔湿潤剤などを使用して、味覚刺激を行うことにより唾液分泌を促進し、その唾液を嚥下させる(図 20)。自己唾液を嚥下させるので、直接訓練よりは安全だが、清潔な唾液であることが前提なので、訓練前に十分な口腔ケアが必要である。

(2) 直接訓練(うがいによる方法を含む)

実際に食べることを通して、総合的な嚥下機

表 10 直接訓練開始の判断基準

判断基準
①意識レベルが清明か覚醒(JCSで0~1桁)している
②バイタルサインや全身状態が安定している
③食べたいという意志がある
④自発的な嚥下ができる
⑤十分な咳(随意的または反射的)ができる
⑥著しい舌運動、喉頭運動の低下がない

能の向上を図ることを目的とする。「嚥下は嚥下により訓練され上達する」ので、可能ならば直接訓練は積極的に行いたい。直接訓練開始の判断基準を表 10 に示す。直接訓練を行う場合に大切なことは、姿勢の調整、食形態の選定、一口量の検討、嚥下手技の選択、食器・食具の工夫、介助方法や環境調整を十分に検討した上で施行することである。訓練中に誤嚥するリスクは多大にあるので、訓練前の口腔ケアは必須である。

① 姿勢の調整

不安定な姿勢は、誤嚥をまねくおそれがあるので注意が必要である。嚥下機能に合わせ、坐位またはリクライニング位などの調整が必要となる。坐位は通常の嚥下姿勢であるため、喉頭や舌骨がスムーズに動く、食膳が見渡せ食事と認知しやすい、自力摂取しやすい、胃食道逆流を起こしにくいなどの利点がある。一方、食物



図 21 リクライニングによる頸部後屈と、枕の挿入による調整

表 11 嚥下に適した食品の条件

項目	食品の条件
①温度	はっきりとした温度感
②均質性	固さや食感の異なるものが混在しない
③凝集性	口の中でバラバラになりにくい
④附着性	べたつかず、口腔や咽頭の粘膜に附着しない
⑤味	しっかりした濃いめの味

が誤嚥しやすい、体幹が不安定になりやすい、頸部前屈がしにくい、口唇からこぼれやすい、送り込みがしにくいなどの欠点もある。リクライニング位は 30°から徐々に上げていくが、自力摂取は 60°程度からでないと困難である。利点としては、誤嚥しにくい、体幹や頸部が安定しやすい、疲労しにくい等が挙げられる。欠点としては、頸部が後屈しやすい、食膳が見渡せない、液体は咽頭へたれ込みやすい、喉頭の重みで梨状窩の容積が減少する等が挙げられる。頸部が後屈する場合は、枕の挿入などで調整を行う(図 21)。

② 食形態の選定

食形態は、段階的に行うことが必要であり、嚥下しやすいものから難しいものへ、咀嚼や嚥下機能に合わせて変更することが重要である。歯や義歯の問題、嗜好や味覚の変化への配慮も大切である。また、補助栄養も適切な手段で行われるべきである。嚥下に適した食品の条件を

表 11 に示す。水分の摂取時も、増粘剤やゼリーの利用、始めからとろみのついている飲料の使用、増粘剤の使い分け、粘度の工夫が必要な場合がある。特に、粘度はその人それぞれの嚥下機能により適切な濃度が異なるため、医師、歯科医師、言語聴覚士、管理栄養士などの専門家の指導を受けた方がよい。

③ 一口量の工夫

基本は小さじ一杯程度から開始する。一口量は多すぎても少なすぎても飲み込みにくいいため、十分な観察が必要である。液体で 1~20 mL、固形物で 5~9g が適量である。

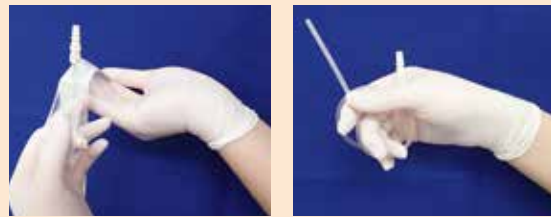
④ 嚥下手技の選択

嚥下手技とは、飲み込み方の工夫により安全な嚥下を促すことであり、直接訓練を行う前に間接訓練で練習しておく。習得にはある程度の練習が必要であり、対象者自身が方法を理解して手技に協力することが必須である。嚥下を意識して 1 回 1 回行う嚥下の意識化(Think

(3) 歯科衛生計画に基づいて事例対象者 A の口腔ケアを実施する

① 用具を整え配置する。
摂食嚥下障害があるため、吸引器を準備し使用する。

吸引カテーテルを清潔な手で取り出す。
カテーテルを丸めて利き手で保持する。



吸引チューブに接続する。
吸引圧を調節する。



口腔内の唾液や口腔ケア中の水分を吸引する目的であるため、吸引圧が弱い場合は適宜調節を行いましょう。

カテーテル内に水を通して滑りをよくする。



② 覚醒を促す。
声かけを行い、「あ〜」等の発声や咳払い、開口を促す。
その際、咳払いとともに痰が出た場合は、すぐに吸引を行う。

③ 洗口を実施する。
※ A さんは摂食嚥下障害があり、体位変換が難しく寝たきりで、うがいができないことから省略

④ 口唇を保湿する。
保湿剤を指やスポンジブラシに塗布して汚れを浮かせる。



⑤ 口腔内に溜まった唾液・痰を吸引する。
粘膜が傷つくのを防ぐため、挿入時はカテーテルを指で折り曲げ、吸引しない状態にする。



吸引チューブを挿入し回転させながら口腔内に溜まった唾液および A さんの咽頭付近に付着した痰を吸引する。



チューブ外側に付着している痰などはアルコール綿で拭き取る。
カテーテル内に水を通してチューブの内側に残っている痰などを吸引器のボトルへ流す。



⑥ 口腔内を観察する。
口唇・口腔の湿潤状況
口唇、口腔内の汚れの状況：食物残渣、歯石、歯垢、口臭等
歯の状態：う蝕、残根、咬耗、摩耗、補綴物、動揺
歯肉の状態：歯肉の炎症、出血、排膿
口腔粘膜の状態：粘膜疾患、舌苔、口腔乾燥、口腔粘膜過敏
口腔機能：摂食嚥下機能の障害、機能低下状況について（空嚥下・聴診法）

⑦ 口腔内を保湿する。
保湿剤を指やスポンジブラシに塗布し、乾燥している舌、粘膜を保湿することで汚れを浮かせる。

VII 緊急時の対応

Point!

- 高齢者の事故で多い窒息の対処方法を理解する。
- 緊急時は1人で対処せず、周囲に声をかける。
- 意識がない場合は、救急車を要請する。
- 異物がとれても安心せず、必ず医療機関を受診させる。

摂食嚥下障害による誤嚥や認知症による食事の詰め込みによって呼吸困難が生じる場合がある。また、食事以外においても、口腔内の麻痺や認知症によって、義歯や異物を誤飲して呼吸困難に陥る場合がある(図1)。これらは、窒息の危険性があり、早急に対応しなければ生死に関わる。発見したらすぐに大きな声でスタッフの助けを呼ぶ。意識がない場合は、すぐに救急車を要請し、到着まで心肺蘇生を行う。

ここでは、意識がある対象者に対する異物の除去方法を述べる。



図1 実際に患者さんが誤飲していた義歯

1. 一般的な手順

- ①義歯を装着している場合はすぐに外す。
- ②声が出せる場合は、咳を続けてもらい吐き出すように促す。
- ③手のひらの付け根部分で患者の背中を叩く。

2. 吐き出しが難航する場合

一般的な手順を行っても異物の吐き出しが困難な場合は以下の方法を試みる。

(1) 指拭法(図2)

異物が口腔内に見えている場合に行う。

- ①側臥位にする。
異物が奥に入らないように側臥位にして下顎を下げる。
- ②Kポイント(P.95 参照)を刺激して開口してもらい、バイトブロックやバイトチューブを噛んでもらう。
- ③グローブをした手で異物をかき出す。

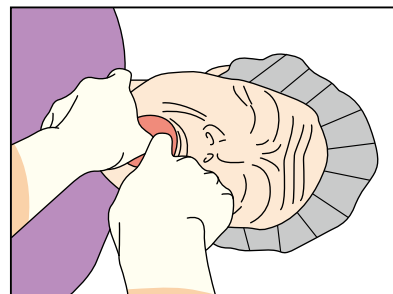


図2 指拭法

(2) ハイムリッチ法(腹部突き上げ法)(図3)

- ①対象者に行うことを伝える。
- ②背後から抱くような形で腕をまわす。
- ③握りこぶしを相手のおへそ部分に当てもう一

方の手を重ね、両手で抱え込む。

- ④胸骨とおへそ間を勢い良く7回ほど強く圧迫する。

※座って行っても良い。

腹部内臓を傷つける可能性があるため留意する。

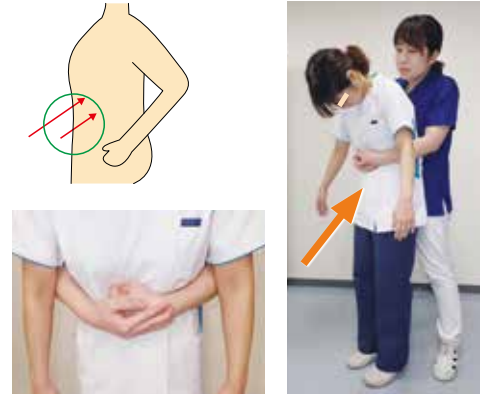


図3 ハイムリッチ法

(3) 背部叩打法(図4)

- ①対象者に行うことを伝える。
- ②対象者の頭を胸より低くする。
- ③対象者の胸を一方の手で支える。
- ④他方の手のひらの付け根部分を左右の背中の間に置く。
- ⑤続けて強く叩く。
※座って行っても良い。

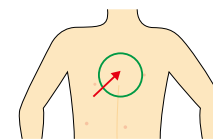


図4 背部叩打法

(4) 用手側胸部圧迫法(図5)

- ①対象者を仰臥位または腹臥位にする。
- ②対象者に行うことを伝える。
- ③対象者の足側に位置する。
- ④対象者の顔を横に向ける。
- ⑤手のひらを側胸部に当て内側に絞り込むように数回圧迫する。



図5 用手側胸部圧迫法

3. 異物がとれた後

血圧の上昇や、窒息による酸欠の影響、異物の気道への残存、異物による口腔内や喉頭、咽頭部の外傷、施術時の影響など、異物がとれた後は安心せず、医療機関を受診させる。