＜研究報告＞

地域在住高齢者の不慮の窒息の一次予防における個人・環境特質に関する質的帰納的研究

A Qualitative study on primary prevention of accidental suffocation in Community-dwelling-Elderly

山之井麻衣[1)]　田髙　悦子[2)]
Mai Yamanoi　Estuko Tadaka

要　旨

目的：地域在住高齢者の不慮の窒息につながる、個人と環境特質の構成要素について明らかにし、不慮の窒息の一次予防にむけた示唆を得る。

方法：研究デザインは、質的研究である。地域住民として一般的な考え方や経験を持つ情報提供者14名ならびに地域保健医療福祉専門職7名を対象とし、エスノグラフィックアプローチにてインタビューし、質的帰納的分析を行った。

結果：分析の結果、8コアカテゴリーが作成された。すなわち、不慮の窒息につながる個人の特質として、【身体機能や状態の緩徐な低下】【老化に伴うわびしさや孤独感】【危険な食行為や食習慣の継続】【食行為への希求と自尊感情】【窒息に関する危険の認識の弱さ】が、環境の特質として、【窒息につながる危険な道具や食環境の状況】【窒息の不明確な認識や注意喚起が不十分な社会環境】【食にかかわる介護者の生活や環境との折り合い】が抽出された。

結論：個人と環境の特質は複数かつ相互に関連することにより、不慮の窒息のリスクを高めると予想される。よって今後は、これら個人と環境特質について着眼した不慮の窒息の一次予防戦略を見いだすことが必要である。

キーワード：地域在住高齢者、不慮の窒息、一次予防、Haddon Matrix、エスノグラフィー

Ⅰ．はじめに

我が国では2012年現在、高齢化率24.1％で、2035年には33.4％と総人口の３人に１人の割合となることが見込まれている[1)]。高齢化に伴う諸問題は喫緊の課題であるが、その中でも、65歳以上の不慮の事故（以下、事故死亡）は、2000年の時点でおよそ2.4万人であったが、2010年で3万人を超えている[2) 3)]。特に不慮の窒息（以下、窒息）が最多で、2000年の26.7％から2010年には30.7％となっている[3) 4)]。また、2006年から2010年までの調査[5)]によれば、救急搬送された窒息事例報告では、家庭内が最も多い。

わが国では、死亡に至らない窒息については、統計が存在していない。ハインリッヒの理論によれば、1件の重大な事故の背景には、29件の軽微な事故が存在し、さらにその背景には障害に至らない前段階の不安全な現象ヒヤリハットが300件あることが知られている[6)]。すなわち、2010年現在の65歳以上の窒息から推計すれば、その前段階には、約26万人の軽微な事故と約276万人のヒヤリハットといった潜在的窒息が地域で発生していることになる。窒息は、当事者である高齢者自身の後遺症や生活機能障害はもとより、生命の尊厳を脅かす重大な問題であるばかりでなく、家族にかかる身体的、心理的、社会的不安や負担のほか、社会保障等、地域社会全体に深刻な影響をもたらし得る問題である。

このような中で、事故や傷害は、偶然起こるのではなく、主体的な取り組みによって予防可能とするセーフティプロモーションならびにセーフコミュニティの考え方が、近年、広がりを見せ、先進諸国で認識され始めている[7) 8)]。

受付：2013年10月３日
受理：2014年１月21日
１）関東学院大学大学看護学部
２）横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻地域看護学分野

このセーフティプロモーションならびにセーフコミュニティに向けた地域の事故傷害における予防について、Haddon[9]は、事故傷害の発生要因に立った予防のフレームワークとして、個人要因ならびに環境要因の視点を提言している。すなわち、個人要因とは、個人（Host）と媒介物あるいは道具（Agent）という要素からなり、環境要因とは、物理的環境（Physical Environment）と社会的環境（Social Environment）という要素からなり、これらは、安心・安全の包括的な検討を行うフレームワークである。したがって、地域で自立して暮らす高齢者（以下、地域在住高齢者）の主要な事故傷害である窒息の一次予防についても、これらの視点における検討が有用であると考える。

これまで、2000年から開始された「国民健康づくり運動」、「第三次国民健康づくり運動」、「21世紀における国民健康づくり運動」では歯の健康づくりや2006年には介護保険法改正において口腔機能向上事業が導入されているが、これらは対象者や介入が限定的で、地域在住高齢者における窒息の一次予防策として充分機能しているとは言い難い。また、先行研究によれば、在宅要介護高齢者の窒息事故の関連要因として、脳血管疾患、嚥下障害、食事内容について示唆した研究[10]や在宅要介護高齢者の窒息リスクのスクリーニングシステムとして、自記式質問紙での嚥下障害の早期発見・早期介入の実行可能性を示した研究[11]、また、高齢者における口腔保健行動に関連する尺度開発[12]、食品の窒息要因分析[13]といった研究が存在するが、これらは高齢者の窒息の二次予防や三次予防に着眼した研究で、一次予防にむけた示唆は殆ど行われていない。すなわち、窒息の一次予防については、施策的にも学術的にも十分とは云い難い。

そこで本研究では、Haddonの視点を活用し、窒息につながる地域在住高齢者個人と環境の特質の構成要素について質的帰納的に明らかにするとともに、今後の地域在住高齢者における窒息の一次予防に向けた基礎的資料を得ることを目的した。

Ⅱ．研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは、地域看護診断の手法[14]のうち、エスノグラフィックアプローチを用いた質的帰納的研究方法である。ここでのエスノグラフィックアプローチとは、スプラドレーのエスノグラフィーを応用し、実際に対象地域コミュニティに身をおいて、特定の課題やテーマに答えるため、主にインタビューと参加観察等から記述的なデータを収集し、分析する過程である[14) 15)]。本方法のうち、本研究デザインが具体的に応用した点は、小集団における特定のテーマに焦点を当てる、ミニエスノグラフィー（Leininger）[15]あるいは、ミクロエスノグラフィー（Werner & Schoepfle）[15]などと呼ばれる点である。具体的に、一点目は特定のテーマについて地域在住高齢者における窒息を地域の健康問題と捉え、その予防につながる地域在住高齢者個人と環境の構成要素に焦点化した。二点目として、そのテーマを全体論的に理解するため、対象について、当事者としての経験を有する地域在住高齢者と地域在住高齢者に深く関わる地域保健医療福祉専門職の双方とした。三点目として、方法について、実際に対象地域コミュニティに身を置いてインタビューを用いた。

2. 対象地域

A県B市C区は、人口370万人余りの政令指定都市で、C区は市内南部に位置する人口約12万4千人の行政区である。人口密度6,735人/km、一世帯当たり人員2.48で、高齢化率は22.4%である。自治会や町内会による住みやすいまちづくりの取り組みが行われている一方、高齢化の進展による家庭内の事故や傷害が課題とされている。

3. 研究対象

スプラドレーのエスノグラフィーにおけるインタビューの特徴の一つは、全体性にある。一つのテーマを理解するために、それに関与する多様な人々の価値観や考え方、知識の広さを捉える全体論的な見方を持とうと努力することを意義としているからである。よって、本研究では、地域の健康問題である地域在住高齢者の窒息における全体性を担保する方法の一つとして、2種のインフォマント情報提供者、すなわち、地域住民として当該テーマについて一般的な考え方や経験を持つ主要な情報提供者プライマリーインフォマント[14]（以下、PI）、ならびに地域保健医療福祉の専門的知識や経験を持つ鍵となる情報提供者キーインフォマント[14]（以下、KI）、を調査対象とした。とりわけ地域看護診断においては、PIとKIの両者を分断したり、比較したりすることはせず、地域を代表するパートナーとして統合的に捉えることにより、一つのテーマについてより深い知識と理解を得ることを意図する。

PIは、C区の住民自治組織に属する、地域の課題に精通した住民の代表として、本研究の依頼に応じて住民自治組織から選出され、かつ本研究の趣旨に賛同し、自由意思で応じた者であり、65歳以上74歳以下と75歳以上の高齢者、各々7名、合計14名である。

表１．キーインフォマント(KI)とプライマリーインフォマント(PI)の概要

	ID	職種	所属	勤務年数
KI	A	保健師	自治体	10 年以上
	B	保健師	自治体	5 年未満
	C	看護師	地域包括支援センター	10 年以上
	D	社会福祉士	自治体	5 年以上
	E	社会福祉士	自治体	10 年以上
	F	主任ケアマネージャー	地域包括支援センター	5 年以上

	年齢区分	男性	女性	地域における経験や役割
PI	65 歳以上 74 歳まで	5 人	2 人	ボランティア活動、地域の自主活動、町内会・自治会役員経験者、老人クラブ役員経験者や現役員
	75 歳以上	5 人	2 人	

KIは、C区の行政機関あるいは関係機関に1年以上所属の保健医療福祉専門職であり、各所属組織より選出され、かつ本研究の趣旨に賛同し、自由意思で応じた者であり、行政保健師2名、同ソーシャルワーカー2名、地域包括支援センター看護師1名、同主任ケアマネージャー1名、合計6名である。

4. データ収集方法

本研究のリサーチクエスチョンは、「地域在住高齢者の窒息につながる個人や環境の特質とはどのようなものであるか」である。インタビューの具体的な内容の骨子は、地域在住高齢者における窒息の体験についてであり、例えば、高齢者の窒息に関する具体的な経験の場面・状況、当該経験における背景や考えられる要因、ヒヤリハットの事象、事故の予防にむけた安心・安全への考え方、高齢者における窒息予防にむけての個人の取り組み、地域の取り組み等である。

インタビューは、研究者らが作成したオリジナルのインタビューガイドを用い、対象の特性を考慮して、PIについては研究者とC区の行政職員をファシリテーターとしたグループインタビュー[16) 17)]をおよそ90分間実施した。KIについては研究者1名との個別インタビューをおよそ30分から45分間にわたって実施した。PIをグループインタビューとした理由は、多数の対象者より同時に多様で豊富なデータが得られるためであり、またグループダイナミクスによる刺激が期待される可能性があるためである。KIを個別インタビューとした理由は、専門職としての意見やポリシーがあり、他職種との立場の違いによる意見相違も予想され、組織の一員として活動する対象者により職位によらずより自由に語りを促すためである。

インタビューガイドの構成要素は、エスノグラフィーインタビュー[14)]を参考とし、グランドツアー型質問[14)]とミニツアー型質問[14)]で構成した。グランドツアー型質問とは全体的な質問であり、具体的には、PIに対しては「皆さんにとって、安全な暮らしを脅かすものとはどのようなことですか」、KIに対しては「地域で暮らす高齢者の事故や傷害についてどうお考えですか」などを用いた。またミニツアー型質問とは個別的な質問であり、PIに対しては「誤嚥や窒息に対してどのように捉えていますか」、KIに対しては「窒息に関する予防において困っていたり、解決が難しいと感じることは何ですか」などを用いた。インタビューの音声は対象者の同意のもとにICレコーダーを用いて録音した。データ収集期間は、2011年6月27日～8月18日である。

5. データ分析方法

データ分析においては、本研究では次の5つのステップを踏んで行った。まずステップ1では、全インフォマントにおけるインタビューの全内容録音について、対象者の表現を活用し逐語録化するとともに研究班で精読した。次いで、ステップ2では、逐語録から、本研究のリサーチクエスチョンと関わりがあり、それのみで意味の理解できる最小単位の言葉や文章を抽出し、コードとした。ステップ3では、各コードについて、共通の意味内容をもつものとそうでないものの相違に注意しながら集約し、そのまとまりをサブカテゴリーとした。さらに、ステップ4では、各サブカテゴリーについて、同様に集約し、カテゴリーとした。最後に、ステップ5では、リサーチクエスチョンを説明する最終単位としてコアカテゴリーとし、それらの配置や関係をHaddon Matrixのフレームワーク[9)]を活用し、検討した。これらのすべてのプロセスにおいて、地域看護学の研究者および実践者ならびに本方法に精通したスーパーバイザーと共に行い、妥当性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

対象候補者はC区役所より推薦された。この内、住民自治組織ならびに地域保健福祉専門職に対して、研究者より本研究の目的、方法ならびに考えられうる利益、不利益とその対処等に加えて、研究協力は任意であり、協力しない場合でもなんら不利益を被ることは無い旨を文書および口頭で説明を個々に行い、自由意思により文書による同意を得た。また、ICレコーダーを用いた録音その他を含め、インタビューに関する方法上の留意事項等について、事前に説明し、承諾を得た上で実施した。さらに、住民同士ならびに住民と研究者間において匿名性を保つよう、フォーカスグループインタビュー実施時は番号の名札を着用し、互いに番号で呼びあいながら展開した。なお、本研究は、横浜市立大学医学倫理審査会の承認を得て実施された（受付番号All12401）。

Ⅲ. 結　果

インフォマントからのコードは、全140コードPIから48コード、KIから92コードが抽出された。全体的、一体的に解釈した結果、31のサブカテゴリー、14のカテゴリー、8のコアカテゴリーが抽出された。以下、コアカテゴリーは【 】、カテゴリーは［ ］、サブカテゴリーは ＜ ＞、コードは「 」を用い、説明する。

1. 地域在住高齢者の不慮の窒息にかかわる高齢者個人の特質の構成要素

1）身体機能や状態の緩徐な低下

「機能が落ちていることに気がつかないでうっかりつまらせてしまったり」や「目が悪くなっているので、ちょっとしたくぼみが見づらい」というような、嚥下にかかわる＜加齢に伴う身体の機能低下＞ や、「要介護度が進み、誤嚥して肺炎を繰り返してしまう」や「肺炎で入院すると入院前より生活機能が低下する」といった ＜加齢や要介護状態の進行により、窒息しやすくなり、ケアの必要度が重くなる＞、[身体予備力や健康回復力が加齢とともに徐々に低下する］状態の【身体機能や状態の緩徐な低下】がみられていた。

表 2. 地域在住高齢者の不慮の窒息にかかわる高齢者個人の特質の構成要素

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
身体機能や状態の緩徐な低下	身体予備力や健康回復力が徐々に低下する	加齢に伴う身体の機能低下
		加齢や要介護状態の進行により、窒息しやすくなり、ケアの必要度が重くなる
老化に伴うわびしさや孤独感	社会活動や人との関わりが少なく活動範囲が限定してくる	歳をとると次第に人とのかかわりが少なくなり、一人で食事をしたり、閉じこもりがちになってしまう
	孤独や老化への不安とあきらめが混在している	延長する高齢期をおのおの生きていかなくてはならない
		食べ物でむせてしまうのは歳のせい、そんなことでは人には相談しない
危険な食行為や食習慣の継続	窒息につながる食行動や食態度のパターンがある	窒息を起こすような危ない姿勢での食べ方が長い生活習慣で染みついている
		必ずしも安全とは言い難い本人が好むやり方で、飲んだり食べたりしている
		介助者は不安に感じつつも、本人の意向が折り合わない
	毎日の食の中にある窒息の危険を放置する	日常の食卓や行事食の中で、窒息を起こしやすい食べ物
		毎日の食や食習慣に潜む窒息の危険については考えない
食行為への希求と自尊感情	食事くらいは、自分の手で食べたいという思いがある	食事くらいは人の手を煩わせたくない
	口から食べることについてのこだわりと欲求がある	自分で食べることが出来なくなったら、もうおしまいだ
		たとえむせたとしても、食事は唯一の楽しみ
窒息に関する危険の認識の弱さ	窒息に対してどこか他人事で、関心に乏しい	老化は先のことで想像もできないし他人事だから興味がない
		窒息を経験した人は身近にあまりいないし、イメージがわかない
		窒息のことはよくわからない、何かあったら救急車を呼べばいい
	日常に潜む窒息の危険性についての認識が弱い	危険な窒息の兆候はあっても、まだ動けるしそのままにしている
		まさか自分や家族に窒息の危険があるとは思っていない
		普段は元気だから飲み込みが悪くなっているとはわかりにくい
		窒息を起こす自覚もなく、家にいる

*表中の窒息とは「不慮の窒息」である

2）老化に伴うわびしさや孤独感

「連れ合いを亡くして独り身になったら、二人連れをみるのも嫌だから、外に出かけなくなった」といった社会との関わりが減少する様子や、「足腰が丈夫で積極的に参加できる人はいいが、自分には難しい」という経験から、＜歳をとると次第に人とのかかわりが少なくなり、一人で食事をしたり、閉じこもりがちになってしまう＞ 状況がみられ、[社会活動や人との関わりが少なく活動範囲が限定してくる]状況が生じていた。また、「私たちは定年を迎えて20年以上」や「長生きして、ずっと食べていくっていうのは大変なもの」「妻を亡くして一人きりの身には、食事や支度が苦痛」といった平均寿命の延長等により、＜延長する高齢期をおのおの生きていかなくてはならない＞ という課題の中で、「むせたって、別に、年のせい」や「いちいち、むせることに対し気にかけない」と言った、＜食べ物でむせてしまうのは歳のせい、そんなことでは人には相談しない＞ といったあきらめに近い認識を持つ等、[孤独や老化への不安とあきらめが混在している]様子がみられ、【老化に伴うわびしさや孤独感】がみられた。

3）危険な食行為や食習慣の継続

これまでの生活パターンによる「あまり姿勢を整えないで食べる」といった不適切な食行為時の姿勢など ＜窒息を起こすような危ない姿勢での食べ方が長い生活習慣で染みついている＞ ことや「窒息を起こしやすい食べ物をよく好んで食べる」といった ＜必ずしも安全とは言い難い本人が好むやり方で、飲んだり食べたりしている＞ 様子のほか、介助者から見て「『大丈夫かな』って思う状況」や「色々気を付けるよう言っても、とにかく本人が食べる」様子は、＜介助者は不安に感じつつも、本人の意向が折り合わない＞ ことから、[窒息につながる食行動や食態度のパターンがある]ことが見出された。また、「お正月といえば、危ないと言われつつもお餅を好む」といった高齢者の生活習慣となっている危険な食品選択からくる ＜日常の食卓や行事の中で、窒息を起こしやすい食べ物＞ があったり、「毎日の食事のたびに窒息予防について考えない」等、＜毎日の食や食習慣に潜む窒息の危険については考えない＞ といった[毎日の食の中にある窒息の危険を放置する]様子がみられ、【危険な食行為や食習慣の継続】が見出された。

4）食行為への希求と自尊感情

「人に迷惑をかけたくない、自分はできるんだという風に頑張っている」、「プライドが強い」、「何かあれば仰ってください、と言っても大丈夫という」といった ＜食事くらいは人の手を煩わせたくない＞ といった［食事くらいは、自分の手で食べたいという思いがある］プライドや自立心に、「口から食べられなくなったら、もうおしまいだ」といった ＜自分で食べることが出来なくなったら、もうおしまいだ＞ といった人として生きて行く上でのこだわりや、「ごほごほ言ったって、やっぱり食事は本人の楽しみ」といった ＜たとえむせても食事は唯一の楽しみ＞ という欲求から、[口から食べることについてのこだわりと欲求がある]

ことで織り交じる【食行為への希求と自尊感情】が存在していた。

5）窒息に関する危険の認識の弱さ

＜老化は先のことで想像もできないし他人事だから興味がない＞ といった、窒息に対する他人事の感覚や、＜窒息を経験した人は身近にあまりいないし、イメージがわかない＞ 状況、さらには、「何か起こったら、救急車を呼ぶしかない」という意識に基づく、＜窒息の前段階のことはあまりよくわからないし、何かあったら救急車を呼べばいい＞ に集約されるような、［窒息に対してどこか他人事で、関心に乏しい］という状況がみられた。また、「自分は大丈夫だと思ってる」状況の中で、＜危険な窒息の兆候はあっても、まだ動けるしそのままにしている＞ に加えて、「ただの風邪の熱だと思っていたら、肺炎で誤嚥が原因だと言われた」「そんな窒息は起こらないと思う」といった ＜まさか自分や家族に窒息の危険があるとは思っていない＞ 状況や、「むせることはあっても、普通に話せるし、普通に動ける」といった ＜普段は元気だから飲み込みが悪くなっているとはわかりにくい＞ という状況、あるいは、＜窒息を起こす自覚もなく、家にいる＞、窒息のリスクを有する当事者としての意識が乏しい［日常に潜む窒息の危険性についての認識が弱い］状態が見られていた。また窒息への関心の乏しさや認識の弱さから【窒息に関する危険の認識の弱さ】が見出された。

2. 地域在住高齢者の不慮の窒息にかかわる環境の特質の構成要素

1）窒息につながる危険な道具や食環境の状況

「窒息を起こさないための入歯の手入れ」や「合わない入れ歯を使ってゲホゲホ詰まらせる」といった ＜あわない入れ歯を使ったり、よく手入れをしないうちに、窒息を引き起こす＞ 生活道具の状態や、「入れ歯は度々作りかえるものじゃない」「入れ歯は一度作ってそのまま」といった ＜定期的な入れ歯のメンテナンスを怠りがちである＞ 状況、「眼鏡も昔、作ってそのままで」食事をしていたり、「照明があるのに暗い部屋の中ですごしている」、＜不十分な照度での食の支度や食行為環境下にある＞ といった調理を含めた食行動や食環境の状況から、［食事時の道具の不具合や不安全な環境下にある］等、【窒息につながる危険な道具や食環境の状況】のHostやAgentの日常生活の中に身近に潜む窒息のリスクとなる道具の存在が明らかとなった。

2）窒息の不明確な認識や注意喚起が不十分な社会環境

「私たち専門職や介護者も、日頃、窒息をあまり意識していない」ことや「専門職は、窒息の前段階など考えていない」から ＜窒息やその前段階に対する専門職の予防的介入は不明瞭である＞ 状況や、「専門職のこれまでの経験から同じパターンと思って高齢者の反応をみると・・必ずしもそうでないパターンに遭遇する」といった ＜窒息に関わる危険な兆候は必ずしも定型的ではない＞ という［窒息や食のリスクに関わる専門職の不明確な認識］があった。また、窒息への社会的な周知についても、「窒息が高齢者に高頻度で起こるものであることについて知られていない」や「死につながるような窒息の危険を知られていない」といった ＜窒息については周知不足＞ といった認識があり、加えて「なかなかすべての人に情報が行き渡らない」といった状況や、＜介護者は余裕がなく、事故に気を配ったり確認する機会もない＞ といった、［窒息についての注意喚起不足と情報不足がある］状況、地域における【窒息の不明確な認識や注意喚起が不十分な社会環境】がみられた。

3）食にかかわる介護者の生活や環境との折り合い

「自分の生活があって、かつ介護しながら」という ＜介護と自分の生活の両立は難しい＞ 状況や、「咳込んでもそれがいつもなら、そのままにしてしまう」、「食後にあえて様子を見たりしていない」や「食事介助は時間がかかり、慌ただしい」という中で ＜介護者は余裕がなく、事故に気を配ったり確認する機会もない＞ 状態が生じていた。つまり［介護者には介護者の生活がある］ため、「何かをしながらむせながらも食べさせる」や、「生活に余裕もない、介護者の介護力によって窒息を起こしてしまう」、＜在宅での窒息は介護者の生活に左右される＞ 状況に加えて、「医療従事者であればしっかりと判断がつく」状況下にあっても、

表 3. 地域在住高齢者の不慮の窒息にかかわる環境の特質の構成要素

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
窒息につながる危険な道具や食環境の状況	食事時の道具の不具合や不安全な環境下にある	あわない入れ歯を使ったり、よく手入れをしないうちに、窒息を引き起こす
		定期的な入れ歯のメンテナンスを怠りがちである
		不十分な照度での食の支度や食行為環境下にある
窒息の不明確な認識や注意喚起が不十分な社会環境	窒息や食のリスクに関わる専門職の不明確な認識	窒息やその前段階に対する専門職の予防的介入は不明瞭である
		窒息に関わる危険な兆候は必ずしも定型的ではない
	窒息についての注意喚起不足と情報不足がある	窒息については周知不足
		介護者は余裕がなく、事故に気を配ったり確認する機会もない
食にかかわる介護者の生活や環境との折り合い	介護者には介護者の生活がある	介護と自分の生活の両立は難しい
		介護者は余裕がなく、事故に気を配ったり確認する機会もない
	介護者の技術や時間に左右されやすい	在宅での窒息は介護者の生活に左右される
		介護者は医療従事者の様に窒息のリスクをアセスメントするのは難しい

*表中の窒息とは「不慮の窒息」である

＜介護者は医療従事者の様に窒息のリスクをアセスメントするのは難しい＞ といった、[介護者の技術や時間に左右されやすい]、【食にかかわる介護者の生活や環境との折り合い】がみられた。

Ⅳ. 考　察

本研究の特徴は、地域在住高齢者の不慮の窒息につながる個人や環境の特質について、当事者である地域在住高齢者と地域在住高齢者ケアにかかわる保健医療福祉専門職の双方にインタビューを行い、質的帰納的に明らかにしたことである。

分析の結果、窒息につながる地域在住高齢者個人の特質については5コアカテゴリー、【身体機能や状態の緩徐な低下】、【老化に伴うわびしさや孤独感】、【危険な食行為や食習慣の継続】、【食行為への希求と自尊感情】、【窒息に関する危険の認識の弱さ】が抽出された。

【身体機能や状態の緩徐な低下】は、老化や基礎疾患等の影響により、口腔機能や嚥下機能のほか、全身の身体機能の衰退に至る老年期の特性に合致する。本研究では加えて加齢に伴う予備力の低下や、＜加齢や要介護状態の進行等により、窒息しやすくなり、ケアの必要度が重くなる＞ような回復力の低下が推察された。これらは、高齢者個人において食事や嚥下は無意識に行われる当たり前の行動であり、それに潜む窒息のリスクの自覚や予兆については一定程度持ちつつも、自らに起こるもしくは対象者に起こる事象としては現実に考えにくいといった点で、窒息として認識されにくい可能性があると思われた。

また、【老化に伴うわびしさや孤独感】は、年齢と共に生じる仲間や役割の喪失に伴う高齢者の普遍的な心理的特性[18]にも符合し、さらにこれは、【身体的や状態の緩徐な低下】とあいまって、社会的孤立を招くことが推察された。窒息は、家庭内が最多で生じている[5]が、近年の世帯構成人員の低下や、日中独居高齢者の増加といった社会背景を踏まえると不慮の窒息は密室で生じやすい傷害とも考えられ、危機への対処を一層困難にする状況からも、今後、この高齢者の孤独感や心理的特性については、十分に考慮すべきと考えられた。

また、【危険な食行為や食習慣の継続】は、これまでの生活習慣や様式、あるいは、認知障害等による不適切な食行為が窒息に深く関わることを示唆している。高齢者には、＜窒息を起こすような危ない姿勢での食べ方が長い生活習慣で染みついている＞ や ＜必ずしも安全とは言い難い本人が好むやり方で、飲んだり食べたりしている＞ といった高齢者自身のこれまで生きてきた背景に窒息のリスクがあることが示唆された。したがって、窒息予防の前提として、高齢者の基本的欲求や価値観に加え、その人らしさを充分理解し、健康な状態からの継続した支援が必要性である。特に予防においては、高齢者個人の取り組みが主体となることから、このような特質を踏まえた対象理解は重要であると考えられた。

次いで、窒息につながる地域在住高齢者の環境の特質については3カテゴリー、【窒息につながる危険な道具や食環境の状況】、【窒息の不明確な認識や注意喚起が不十分な社会環境】、【食にかかわる介護者の生活や環境との折り合い】が抽出された。

【窒息につながる危険な道具や食環境の状況】については、窒息を招きやすい食品等、例えば粘度の高い米粒や餅等[13]に加えて、義歯といった道具の不具合が抽出された。不適切な義歯は危険な摂食を引き起こすため、口腔保健行動を高めることの重要性を示唆した先行研究[11) 12)]との符号がみられ、高齢者の窒息予防の観点からは改めてその重要性が認識された。これまでも、食品選定に対する注意喚起や口腔ケアの重要性は、施設高齢者において積極的に行われていたが、本研究により要介護状態になる前からの取り組みを再考する必要性が明らかとなった。

【窒息の不明確な認識や注意喚起が不十分な社会環境】については、高齢者の窒息やその前段階についての注意喚起不足や専門職の認識にかかわる社会的な背景social environmentにあることが明らかとなった。Porchは、重要な情報やメッセージを市民に向けて提供するためには、目標の設定、対象、手段としての妥当性、公共性、過去の取り組みの状況、潜在的な困難性等を検討した上で、プラン開発する必要性がある[19]としている。窒息における社会環境へのアプローチの一例としては、行政が地域行事や高齢者にかかわるサービス提供の機会に、窒息に関する情報を広く提供し、食環境への関心を喚起する方法や平時からのリスクコミュニケーション[20]などが考えられる。このうち、リスクコミュニケーションとは、潜在的な有害因子に関連した住民のリスクレベルに関した情報提示で、高い関心のある背景のある人々だけでなく、低い関心状態にある地域の構成員にも効果的に情報を交換するものである。すなわち、窒息は専門職は勿論のこと、住民を含めた既存社会資源を広く見渡し、対象となる地域在住高齢者個人や集団における環境に対して一次予防の観点で取り組むことの重要性を示唆したものであると考えられた。

また【食にかかわる介護者の生活や環境との折り合い】については次のことを示唆する。介護者において、食事の介助は、食事の準備から片づけの一連の行為に加え、嗜好やタイミング、食事場面の雰囲気づくり等、対人葛藤や拘束感[21]があるストレスの高い援助の一つであり、かつ、日々の介護者の生活体験や生活の中に組み込まれて存在する[22]。地域在住高齢者の窒息一次予防に向けては、この様な高齢者個人を取り巻く周囲の食環境と将来的な介護キーパーソンの生活のありようへの関心と啓蒙が必要である。

本研究で明らかになった地域在住高齢者の窒息につながる地域在住高齢者の個人と環境の特質は、それぞれ単独でも大きな問題となりうるが、これらが複数にかつ相互に関

連することにより、窒息のリスクはより高まると予想される。よって、今後は、得られた知見を基に地域在住高齢者の窒息に向けた予防的戦略として、個人の特質と環境の特質について着眼しつつ、窒息が発生する前段階の状況を捉え、一時予防の戦略を見いだすことが必要である。なお、本研究では、研究対象者は特定の一地域から選出された人々であり、対象の代表性の点において必ずしも充分とはいえない点で限界があり、今後は、対象者数や地域を拡大した研究によって検討することが課題である。

謝　辞

本研究に協力頂きました地域住民皆様、関係諸機関職員皆様に深く感謝いたします。また、研究にあたりご助言頂きました横浜市立大学大学院医学研究科地域看護学教室の皆様にも心より感謝いたします。

本研究は、2011～2012年度横浜市立大学大学院医学研究科地域看護学教室受託研究セーフコミュニティ傷害サーベランスの確立に関する研究事業（研究代表者：田高悦子）の一環として実施したものである。

Ⅴ．引用文献

1）内閣府（2013-08-08）．高齢社会白書，http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html.

2）厚生労働統計協会（2012）．国民衛生の動向　厚生の指標，58，厚生労働統計協会，東京.

3）財団法人厚生統計協会（2011）．人口動態調査　平成21年度　下巻，113-339，厚生労働省大臣官房統計情報部編，東京.

4）財団法人厚生統計協会（2000）．人口動態調査　平成12年度　下巻，113-339，厚生労働省大臣官房統計情報部編，東京.

5）道脇幸博，愛甲勝哉，井上美喜子，他（2012）．三次救急病院に搬送された食品による窒息107例の要因分析と医療コスト264，453-459.

6）松下由美子，杉山良子，小林美雪（2012）．医療安全，71-103，メディカ出版，大阪.

7）KARORINSKA INSUTITUTE Department of Public Health Sciences Division of Social Medicine（2011-10-24）．WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, http://www.phs.ki.se/csp/index_en.htm.

8）WELANDER, G.,SVANSTRÖM,L., EKMAN, R.（2004）．Safety Promotion an Introduction 2ND REVISED EDITION, 7-16, Karolinska Institute Department of Public Health Sciences Division of Social Medicine, Stockholm.

9）Haddon W.（1980）．Advances in the epidemiology of injures as a basis for public policy, Public Health Reports, 955, 411-421.

10）須田牧夫，菊谷武，田村文誉，他（2008）．在宅要介護高齢者の窒息事故と関連要因に関する研究,老年歯学，231，3-11.

11）深田順子，鎌倉やよい，北池正，他（2002）．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，251，87-99.

12）深田順子，鎌倉やよい，百瀬由美子，他（2011）．PRECEDE-PROCEEDモデルを用いた地域高齢者における口腔保健行動に関連する尺度の開発，日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌，152，199-208.

13）向井美惠（2008）．食品による窒息の要因分析-ヒト側の要因と食品のリスク度-,厚生労働科学特別研究事業　統括分担研究報告書，1-107.

14）金川克子，田高悦子（2011）．地域看護診断　第2版，51－67，東京大学出版会，東京.

15）Poper J.M, Shapira J.（2009）．看護における質的研究　エスノグラフィー 麻原きよみ・グレッグ美鈴編，1－12，日本看護協会出版会，東京.

16）S.ヴォーン，J.シナグブ，J.S.シューム(1999)．グループ・インタビューの技法，4-15，慶應義塾大学出版会，東京.

17）藤内修二（2007）．地域把握のためのフォーカス・グループ・インタビューの利用，保健の科学，433，204-209.

18）守屋國光（1994）．老年期の自我発達心理学的研究，214-215，風間書房，東京.

19）Porche DJ.（2004）. PUBLIC & COMMUNITY HEALTH NURSING PRACTICE, 269-272, SAGE Publications Inc., UK.

20）Porche DJ.（2004）. PUBLIC & COMMUNITY HEALTH NURSING PRACTICE, 272-273, SAGE Publications Inc., UK.

21）新鞍真理子，荒木晴美，炭谷靖子（2008）．家族介護者の続柄別に見た介護に対する意識の特徴，老年社会科学誌，303，415-425.

22）麻原きよみ（1999）．一過疎農山村における家族介護者の老人介護と農業両立の意味に関する記述的研究，日本看護科学会誌，191，1-12.

Abstract

A Qualitative study on primary prevention of accidental suffocation in Community-dwelling-Elderly

Mai Yamanoi[1)] Estuko Tadaka[2)]

[1)] *Kanto Gakuin University, school of nursing*

[2)] *Graduate School of Medicine, Yokohama City Uniresity*

This study sought to clarify factors leading to suffocation among local older adults, in particular, individual and environmental characteristics of such incidences, in order to prevent their occurrence in this segment of the community. A qualitative inductive study design was employed. Ethnographic interviews with 7 experienced healthcare or welfare professionals (key informants) and 14 older adults aged ≥ 65 years who were local residents (primary informants) were conducted. We then analyzed the data using the Haddon Matrix. Eight core categories were identified from the 48 and 92 codes that were generated. Five categories with regard to individual causes of suffocation were slow or declining physical function, emotions associated with loneliness and aging, day-to-day eating habits and food-related actions, aspirations and lurking self-esteem issues for dieting, recognition of frailty and the danger of choking by accident. Three categories of environmental factors leading to suffocation were found: the food environment status, such as the presence of dangerous tools that could cause suffocation; a social environment that supports food safety among older adults; and dietary compromises due to the caregiving environment and life. In conclusion, individual characteristics and environmental are expected to be interrelated, with more than one risk factor associated with suffocation. The study elucidated choking as a primary contributing factor that can be prevented. Thus, there is the need to pay attention to both environmental and individual characteristics of suffocation to arrive at pragmatic, effective prevention strategies.

Key Words : community-dwelling elderly, accidental suffocation, prevention, Haddon Matrix, ethnography