

誤嚥・窒息予防への取り組み —アセスメントシートの改良に向けて—

key word 誤嚥 窒息 アセスメントシート

7階 ○成田祐美 橋本いくみ 恒田江利 長澤汐未 一宮里香子

はじめに

精神疾患患者は、向精神薬の副作用による錐体外路系の症状や焦燥感などの精神症状が悪化することで、誤嚥・窒息を引き起こしやすい状態にある。また、高齢者の場合、身体機能の低下が加わり、より誤嚥・窒息のリスクが高い状態にある。

当病棟では4年前に誤嚥・窒息のアセスメントシート（以後、アセスメントシート）を作成し、リスクの評価後、スタッフ間の情報共有のため、誤嚥・窒息リスク患者を提示し管理報告で申し送っていた。しかし、誤嚥・窒息リスク患者の提示、申し送りは行われているものの、アセスメントシートは使用されていないため、対象患者の提示は個々の看護師の判断に委ねられていた。その結果、入院数日を経過してから誤嚥・窒息リスク患者が提示されるケースも多く、看護師個々の判断に差が生じていることが考えられた。そこで、判断基準を統一したアセスメントシートを用い、患者の誤嚥・窒息リスクを評価することで、看護師個々の判断に差を生じることなく、誤嚥・窒息リスク患者を提示でき、誤嚥の予防・早期発見に繋がると考え、既存のアセスメントシートの見直し改良を行った。

I 研究目的

既存のアセスメントシートを改良し、統一した判断基準に基づき誤嚥・窒息リスクの評価を行うことで、患者の誤嚥・窒息の予防・早期発見が出来る。

II 方法

1. 調査期間

H20年8月21日～8月28日

2. 調査対象者

メンタルヘルス科病棟の師長を除く看護師18名（リーダー未経験者：10名、リーダー経験者：8名）、回収率：100%

3. 調査方法

- 1) 入院中の患者4例（女性4名、年齢20代1名・70代1名・80代1名・90代1名、うつ病3名・統合失調症1名）に既存のアセスメントシート（表1）を用い、誤嚥・窒息のリスクを評価する。
- 2) 評価後に留置き調査法による質問紙調査を実施する。（誤嚥・窒息リスクを選択回答とし、既存のアセスメントシートの問題点・改善す

べき点を自由記載とした）

3) データーの分析方法

- (1) 質問紙調査結果は項目別に単純集計し分析する。
- (2) 4症例の既存アセスメントシート評価点数は合計点数をリーダー未経験者・経験者のグループに分けt検定を行う。

4. アセスメントシートの改良

調査結果・文献に基づき項目及び評価方法を検討し作成する。

III 倫理的配慮

質問紙調査の対象者には本研究の趣旨、質問紙調査の結果は本研究のみの使用であることを文書で説明、同意を得られた看護師を対象とした。質問紙調査は無記名で行い、個人が特定されないよう配慮した。

IV 結果

アセスメントシートの使いにくい点・問題点として、精神面では、「患者によって向精神薬の副作用が違いため精神症状として挙げた方が良いのではないか」、「精神症状の評価は看護師により判断に差が出るのではないか」という意見が得られた。身体面としては「意識レベル、咽頭・喉頭・食道疾患の有無を項目としてあげたほうが良い」、「全身状態として寝たきり、てんかんの既往、経管栄養中をリストアップしたほうが良い」という意見が得られた。評価方法については「どのくらいの点数でリスクが高いということになるのか分かりづらい」、その他「薬剤の増量はどのように判断するのか期限を設けたほうが良いのではないか」などの意見が得られた。

また、質問紙調査の誤嚥に対し、重要と考える項目で優先順位が高い項目（1～4位）の比率は「嚥下障害」100%、「以前に誤嚥をしたことがある」、「詰め込む」94.4%、「むせこむ」88.9%であった。選択割合の低い項目（11～21位）の比率は「部分義歯」「歯牙欠損」「振戦」「ふらつき」「盗食」11.1%、「歯・口腔内の疼痛」「筋緊張」「異食」「隠れ食い」16.7%であった。（図1）

既存のアセスメントシートの分類の「薬剤」では因子の項目の「向精神薬」に対し16.7%が優先順位の高い項目として選択しているが、「睡眠薬」・「薬剤の増量」は優先順位が高い項目として選択していな

かった。既存のアセスメントシートの分類の「精神症状」では、因子の項目の「傾眠状態」は 33.3%、「焦燥感」は 11.1%、「筋緊張」は 5.6%が優先順位の高い項目として選択しているが、「振戦」「ふらつき」「痴呆」は優先順位が高い項目として選択していなかった。

4 症例に対する既存のアセスメントシートを用いた評価の結果、全体では評価点数の合計の差は最小の症例では 3 点、最大の症例では 9 点と看護師個々による判断の相違を認めた。看護師の経験で比較するとリーダー未経験者の評価点数合計の差の最小症例は 3 点、最大症例は 8 点、リーダー経験者の評価点数合計の差の最小症例は 1 点、最大症例は 8 点であった。(表 2) 各症例に対し、リーダー未経験群とリーダー経験群に分け評価点数合計の比較を行ったが 4 症例中 1 症例に有意差 ($P < 0.01$) を認めたが、他 3 例には有意差を認めなかった。

V 考察

既存のアセスメントシートの因子「嚥下障害がある」、「以前に誤嚥をしたことがある」は質問紙調査の誤嚥に対して重要と考える項目で、項目別優先順位選択割合の上位に挙げられていた。しかし、嚥下障害や誤嚥を起こす原因は様々であるため、嚥下障害・誤嚥だけではリスク判定が困難であると考え、質問紙調査の記述回答も参考にし、分類に「既往・現病歴」「口腔内」「全身状態」を設けた。さらに、分類の因子を詳細に示した。質問紙調査での身体面として意識レベルを挙げたほうが良いとの意見に対し、既存のアセスメントシートでは意識状態をチェックする項目がなかったため、「意識レベル」の分類を設けた。

誤嚥に対して重要と考える項目選択で既存アセスメントシートの分類の、「薬物」「精神症状」の因子の各項目の順位にばらつきが生じていた。これは、質問紙調査の記述回答からも看護師個々により、重要項目として選択すべきか判断に迷いが生じ、差が生じたと考えられる。そこで、精神症状については誤嚥・窒息に関連する症状をより明確にして、詳細に項目を設定していく必要があると考えた。薬剤について、西荻ら¹⁾は「ベンゾジアゼピン系薬剤は鎮静催眠作用のほか筋弛緩作用も有しており、中枢の抑制とともに食塊駆動力の低下や食道入り口部弛緩のタイミング異常などをきたす。抗精神病薬には、全般的鎮静作用や抗ドーパミン作用があり、さらに錐体外路系の障害によりパーキンソンニズム、ジストニア、ジスキネジアを引き起こす」と述べている。このことから、全ての向精神薬、睡眠薬が該当するとは言い難く、薬剤の増量に限らず、メジャートランキライザーとベンゾジアゼピン系を内服していればリスクがあるとした。摂食・嚥下障害の自覚に乏

しいパーキンソンニズムや、口唇や舌の随意運動の機能低下による口腔移動時間の延長で嚥下の口腔期、咽頭期に障害が生じるジストニアや遅発性ジスキネジアを評価していくため、新たに「副作用」の分類、「錐体外路症状」の因子項目を設けた。また、錐体外路へ影響を及ぼし、嚥下障害を引き起こす疾患として、パーキンソン患者が挙げられる。その約半数の患者に嚥下障害が存在しており、死亡原因の肺炎・気管支炎、窒息では、窒息・嚥下障害との関連が示唆されているため、「パーキンソン病」の因子項目を設けた。

精神症状については、焦燥感から食物を詰め込み、誤嚥に至る場合もある事や、筋緊張により嚥下運動のプロセスである随意運動・反射運動・自立運動の全てが障害されるためリスクが高いと考え項目として追加した。

誤嚥・窒息のリスクとして選択割合の低かった「ふらつき」、「盗食」、「異食」、「隠れ食い」、「咀嚼しない」は、誤嚥・窒息との関連を認めないため、因子項目より削除した。

4 症例の既存アセスメントシートを用いた症例別評価点数合計の比較では 1 症例にしか有意差が認められなかったことから(表 2)、看護師の経験が評価へ影響した可能性は少なく、看護師個々の判断によって差が生じていると推察された。そのため、アセスメントシートの項目の内容を詳細に設定し、看護師個々による差を生じることなく評価できるようにした。評価方法は、既存のアセスメントシートは点数評価としたが、何点以上で誤嚥リスクが高いのかを明確にしていなかった。そこで、藤島一郎らによる嚥下障害の質問紙を参考にして、危険度の程度を明確にできるグレード分類とした。グレードの設定は、誤嚥と直接関連してくるものを A (非常に高い)、該当することで直接誤嚥につながるとは言い難いが、リスクが高いと考えられるものを B (高い)、単独では直接誤嚥と関連するとは言えないが、複数が重なることでリスクとして考えられるものを C (やや高い)、症状のないものを D (なし) とした。評価日は、入院時と入院後の状況を比較するために一週間後に再評価することにした。(資料 1)

VI 結論

誤嚥・窒息のリスクは、アセスメントシートのグレード B (高い) ～ C (やや高い) の段階で気づくことが重要である。しかし、グレード B (高い) ～ C (やや高い) の段階での誤嚥・窒息の判別は困難で見逃されてしまうことが多く、患者の体調不良が続く初めに気付く場合も多い。又、誤嚥の状態を見逃す事は二次的合併症を引き起こし、その後の病状の悪化にもつながる。

今回私達は、当病棟入院患者の誤嚥・窒息の予防・

早期発見を目的に、看護師個々の判断基準を統一できるアセスメントシートを作成した。また、既存のアセスメントシートを見直し、誤嚥・窒息のリスクに起因した内容をチェック項目に加え、グレード分類による評価方法に変更して改良を行った。しかし、実際に活用するまでには至らなかった。今後は、アセスメントシートを実際を使用して、正確に誤嚥・窒息のリスクの評価が出来るよう、さらに検討していきたい。

引用・参考文献

1) 西荻加緒里. 兵頭政光. 向精神薬による薬剤性嚥下障害の検討. 口咽科 17(3), 399 - 405, 2005.

2) 藤島一郎. 高橋博達. 薛克良他. 嚥下障害のスクリーニングテスト. Journal Of Clinical Rehabilitation. 11(9), 790-796, 2002.

3) 三田村啓子. 「食・嚥下障害の評価とアプローチ 摂食・嚥下障害の臨床」. 理学療法京都. 1346-1710(37), 11-19, 2008.

4) 日本耳鼻咽喉科学会／編. 嚥下障害診療ガイドラインー耳鼻咽喉科外来における対応ー. 金原出版株式会社, 17-42, 2008.

5) 野崎園子. パーキンソン病の摂食・嚥下障害. IRYO. 61(2). 99-103. 2007.

6) 戸原玄. 臨床的評価（嚥下造影・内視鏡を使用しない評価）. Modern Physician. 26(1). 23-31. 2006-1.

表1 アセスメントシート(既存)

分類	因子	評価スコア	／
年齢	<input type="checkbox"/> 65歳以上	1点	
既往	<input type="checkbox"/> 以前に誤嚥をしたことがある	2点	
口腔内機能	<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 歯牙欠損 <input type="checkbox"/> 歯・口腔内の疼痛 <input type="checkbox"/> 舌に疾患がある <input type="checkbox"/> ジスキネジア	各1点	
薬物	<input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 薬剤の増量	各1点	
障害	<input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> むせこみ <input type="checkbox"/> 流涎	各1点	
精神症状	<input type="checkbox"/> 焦燥感 <input type="checkbox"/> 筋緊張 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 傾眠状態 <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 痴呆	各1点	
摂取状況	<input type="checkbox"/> 食べ方が早い <input type="checkbox"/> 一気に摂取 <input type="checkbox"/> 食事に集中できない <input type="checkbox"/> 詰め込む <input type="checkbox"/> 咀嚼しない <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い	各1点	

表2 症例別既存アセスメントシート評価点数合計

n=18											
症例A				症例B				症例C			
	最小評価 点数	最大評価 点数	平均		最小評価 点数	最大評価 点数	平均		最小評価 点数	最大評価 点数	平均
総合	2	5	2.9	総合	3	10	5.5	総合	4	11	6.5
リーダー経験者	2	5	3.1	リーダー経験者	3	10	5.7	リーダー経験者	4	11	6.9
リーダー未経験者	2	3	2.6	リーダー未経験者	3	8	5.3	リーダー未経験者	4	8	6.0
P<0.01											
症例D											
	最小評価 点数	最大評価 点数	平均		最小評価 点数	最大評価 点数	平均		最小評価 点数	最大評価 点数	平均
総合	4	9	5.1	総合	4	9	5.1	総合	4	9	5.1
リーダー経験者	4	9	5.4	リーダー経験者	4	9	5.4	リーダー経験者	4	9	5.4
リーダー未経験者	4	6	4.8	リーダー未経験者	4	6	4.8	リーダー未経験者	4	6	4.8

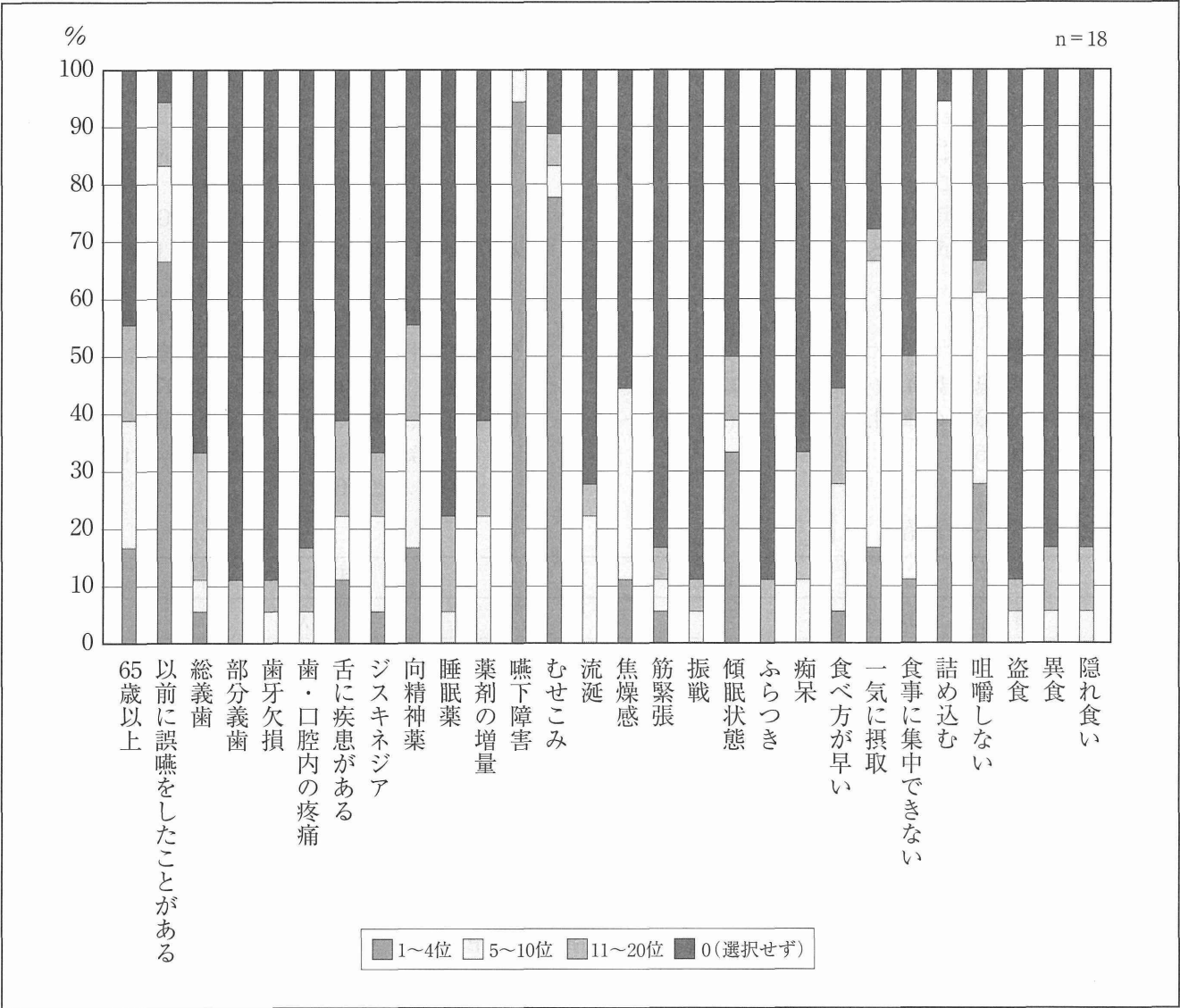


図1 項目別優先順位選択割合

資料1 アセスメントシート(改良版)
誤嚥・窒息アセスメントシート

分 類	因 子	A (非常に高い)	B (高い)	C (やや高い)	D (なし)
年齢	60歳以上			はい	いいえ
既往・現病歴	窒息の既往がある	繰り返す	一度だけ		なし
	誤嚥性肺炎の既往がある	繰り返す	一度だけ		なし
	てんかん発作の有無	頻繁に繰り返す	たびたび	最終発作1年以上前	なし
	脳血管障害の既往がある (疾患、部位)		あり		なし
	口腔内・上部消化管の疾患の既往 (疾患、部位)		あり		なし
	パーキンソン病	あり			なし
	認知症、認知障害がある			あり又は疑い	なし
精神症状	焦燥感		明らかに		なし
	筋緊張	全身、又は頸より上		部分的	なし
	つめこみ	あり			なし
薬剤	ベンゾジアゼピン系			内服中	内服なし
	メジャーランキライザー			内服中	内服なし
副作用	錐体外路症状	あり			なし
意識レベル	JCS	JCSⅡ～Ⅲ		JCSⅠ	クリア
	昏迷状態	昏迷又は亜昏迷			なし
口腔内	義歯の有無			あり	なし
	食物残渣の有無		あり		なし
	舌苔の有無		あり		なし
全身状態	経管栄養		あり		なし
	寝たきり状態		あり		なし
	痰の咯出	吸引を要す	自己咯出可能だが貯留あり	自己咯出可能	貯留なし
	食後の嘔声の増強		明らかに	わずかに又は不明	なし又は禁食中
	むせ込みの有無	繰り返す	しばしば		なし又は禁食中
	早食い		明らかに		なし又は禁食中
	流涎		あり		なし
	口唇、顔面神経の麻痺の有無	あり			なし
	呂律不良			あり	なし
	座位保持		不可能	セッティングにて可	単独で可

	該当項目数				
調査日	A (非常に高い)	B (高い)	C (やや高い)	D (なし)	サイン
入院時 (/)					
一週間後 (/)					
(/)					

Aに1つでも該当項目あり……窒息・誤嚥のリスクが非常に高い
Bに1つでも該当項目あり……窒息・誤嚥に対し、リスクあり、要注意
Cに複数該当項目あり……窒息・誤嚥に対し、注意が必要