

博士後期課程

(保健学) 学位論文

精神科病院における誤嚥性肺炎予防の
ケアに関する研究

令和2年度

(2020)

新潟大学大学院保健学研究科保健学専攻

分野名 看護学分野

氏 名 清野 由美子

(主指導教員 小山 諭 教授)

要旨

I. 研究背景

摂食嚥下障害は精神疾患患者の 9～42%が合併するとも言われ、抗精神病薬をはじめとする向精神薬の有害反応や精神症状の影響が指摘されている。精神科病院における肺炎の多くが高齢者の誤嚥性肺炎と考えられ、救命できたとしても禁食による低栄養や安静臥床に伴う ADL の低下を招き QOL に影響を及ぼす。ところが、我が国の精神病床の 91.8%を占める民間立の精神科病院の中で嚥下機能評価およびリハビリテーションに関して専門的な支援が可能な施設は皆無に近く、看護師の摂食嚥下障害支援への関心の低さが指摘されている。これまで、摂食嚥下障害をもつ患者への対応に課題を抱える精神科病院において、看護師および多職種が誤嚥性肺炎予防についてどのように考え、どのようなケアを提供しているかというケア提供者から見た誤嚥性肺炎予防の実態は明らかにされていない。また、このような環境で入院生活を送る患者の誤嚥性肺炎リスクの影響要因は未だ解明されておらず、必要な支援に関する検討が不足している。誤嚥性肺炎は、現場のケアにより予防可能な疾患である。食べた誤嚥性肺炎が起こるのではなく、「ケア不足がゆえに誤嚥性肺炎が起こる」とも言われる。本論文では、精神科病院における誤嚥性肺炎予防のケアに着目し、臨床現場の現状を明らかにした上で、精神疾患患者の食べることを支える支援を検討する。

II. 目的および方法

本論文は、以下の 3 つの研究により構成される。

研究 1：目的は、精神科看護師が体験している誤嚥性肺炎予防に関する看護ケアを明らかにし、食べることを支える支援に向けた示唆を得ることである。2016 年 7 月から 11 月、某県内 20 か所の精神科病院のうち 16 か所の病院の病棟看護師 55 名を対象に、1 グループ 2～5 名/1 施設とするフォーカスグループインタビューを計 16 回行い、得られたデータを質的帰納的に分析した。本研究は、新潟大学研究倫理審査委員会の承認（第 144 号）を受けて実施した。

研究 2：目的は、精神科病院の NST メンバーが誤嚥性肺炎予防を踏まえて提供するケアの現状と課題を明らかにし、食べることを支えるチームアプローチへの示唆を得ることである。2017 年 9 月から 12 月、某県内 20 か所の精神科病院のうち NST を有する 8 か所の NST メンバー 31 名を対象に、1 グループ 3～5 名/1 施設とするフォーカスグループインタビューを計 8 回行い、得られたデータを質的帰納的に分析した。本研究は、新潟大学研究倫理審査委員会の承認（第 2017-0123 号）を受けて実施した。

研究 3：目的は、精神科病院入院患者における誤嚥性肺炎リスクの影響要因を明らかにし、予防に向けた支援への示唆を得ることである。2018 年 7 月から 12 月、某県

内 1 か所の精神科病院入院患者約 400 名のうち病棟内食堂で食事摂取可能な者 100 名を対象に、誤嚥性肺炎リスク評価により判定した低リスク群と中等度リスク群との 2 群に分け、統計学的検討を行った。本研究は、新潟大学研究倫理審査委員会の承認（第 2018-0022 番）を受けて実施した。

Ⅲ．結果および考察

研究 1：精神科看護師は、有効な資源の少なさや精神疾患をもつ人に特有の【精神科における誤嚥性肺炎予防ケアの困難】があるために、誤嚥性肺炎予防において、食事の見守りの徹底に象徴される【現在の誤嚥・窒息リスクを回避したいという強い思いに基づくケア】を提供していた。一方では、入院生活を送る精神疾患患者にとって食は QOL の重要な要素であることから、【食べることの QOL を志向したケア】に取り組んでいた。また、日々の看護業務の一環として、【誤嚥性肺炎予防に有効とされる日常生活援助】に努めていた。さらに、限られた環境の中で最大限のケアを提供するために、【精神科医療の強みを活かすチームケア】を取り入れていた。食べることを支えるために、精神科看護の経験知を活用し、院内多職種と協働で包括的なアセスメントやケアに取り組むことの必要性が示唆された。

研究 2：精神科病院 NST メンバーは、【経口摂取に伴う誤嚥の防止】のために精神疾患をもつ人に特徴的な摂食嚥下障害への対応や食形態等の調整を行い、NST 活動の主軸となる栄養管理、ミールラウンド、経口摂取への移行に代表される【栄養状態・体力の改善】、口腔ケアを励行することで【不顕性誤嚥による肺炎の回避】に努めていた。【食べることにつなげるチーム医療】では、病院スタッフへのコンサルテーションを担い、医療職として職務の遂行に取り組んでいた。課題として、食事場面や食形態の調整、嚥下機能のアセスメントや訓練をはじめとする【摂食嚥下障害への対応における困難】や、栄養管理、薬物療法、作業療法等の【精神科 NST 活動における困難】が明らかとなった。食べることを支えるチームアプローチとして、NST 本来の力や各専門職の強みを活かしつつ、部署・職種の枠を超えた柔軟な多職種連携を行うことが重要であると示唆された。

研究 3：精神科病院の病棟内食堂で食事摂取が可能な入院患者における誤嚥性肺炎リスクに影響する因子は、入院期間、BMI、PEF、RSST であった。誤嚥性肺炎予防に向けた支援として、これらの数値に着目しながらアセスメントを行うとともに、栄養状態や呼吸機能、嚥下機能の維持改善を目指す取り組みが必要であると考えた。

Abstract

I. Research background

Dysphagia is said to be associated with between 9 and 42 per cent of psychiatric patients. Adverse reactions to and psychiatric symptoms from psychotropic drugs such as antipsychotics have been implicated. Most pneumonia in psychiatric hospitals seems to be aspiration pneumonia that occurs among elderly patients, and even if life can be saved, the condition causes malnutrition due to fasting and a decrease in ADL due to resting, which affects QOL. While private psychiatric hospitals account for 91.8% of psychiatric beds in Japan, virtually none of these can provide specialized support for evaluation and rehabilitation of dysphagia. Attention has also been drawn to the lack of interest in dysphagia support by nurses. To date, in psychiatric hospitals that have problems in dealing with patients with dysphagia, the aspiration pneumonia prevention situation has not been clarified from the point of view of care providers i.e. the attitude of nurses and other professionals to aspiration pneumonia prevention and what sort of care they provide. Moreover, the factors that influence the risk of aspiration pneumonia in patients who live in hospital in such an environment are not yet clear and the question of necessary support has not been sufficiently examined. Aspiration pneumonia is a disease that can be prevented by on-site care. It would seem that it does not occur through eating; instead “aspiration pneumonia occurs due to lack of care.” In this paper, we focus on the care required for aspiration pneumonia in psychiatric hospitals, clarify the current state of clinical practice, and examine support for helping mentally ill patients to eat.

II. Purpose and method

This paper consists of the following three studies.

Study 1: The purpose was to clarify nursing care for aspiration pneumonia prevention as experienced by psychiatric nurses and to obtain suggestions for helping patients to eat. From July to November 2016, we conducted a total of sixteen focus group interviews with 55 ward nurses in sixteen of twenty psychiatric hospitals in Prefecture A in groups of two to five people per hospital. The data obtained were analyzed qualitatively and inductively. This study was carried out with the approval of the Niigata University Research Ethics Review Committee (No. 144).

Study 2: The purpose was to clarify the current situation and issues relating to care provided by Nutritional Support Team (NST) members of psychiatric hospitals for the prevention of aspiration pneumonia, and to obtain suggestions for a team approach to

support eating. From September to December 2017, we conducted a total of eight focus group interviews with 31 NST members from eight of twenty psychiatric hospitals with nutritional support teams in Prefecture A. There were three to five people per group and per hospital. The data obtained were analyzed qualitatively and inductively. This study was carried out with the approval of the Niigata University Research Ethics Review Committee (No. 2017-0123).

Study 3: The purpose was to clarify the factors influencing the risk of aspiration pneumonia in patients admitted to a psychiatric hospital and to obtain suggestions for support aimed at its prevention. From July to December 2018, 100 patients who could take their meals in the ward cafeteria in a psychiatric hospital with approximately 400 patients in Prefecture A, were divided into a low risk group and a medium risk group on the basis of an aspiration pneumonia risk assessment and a statistical study was conducted. This study was carried out with the approval of the Niigata University Research Ethics Review Committee (No. 2018-0022).

III. Results and Discussion

Study 1: Because of the lack of effective resources and since “aspiration pneumonia preventive care in a psychiatric ward involves particular problems,” psychiatric nurses have provided aspiration pneumonia prevention “care based on their eagerness to avoid the risk of pulmonary aspiration or suffocation happening before their eyes” using measures such as careful monitoring during meals (i.e. food, etc. “going down the wrong way”). On the other hand, since food is an important element of QOL for mentally ill patients who are hospitalized, they have been working on “prioritized QOL in terms of food.” In addition, as part of daily nursing care, they provided “everyday living support that they considered to be effective in preventing aspiration pneumonia.” Furthermore, in order to provide maximum care in a limited environment, they have adopted “team care that made the most of the strengths of psychiatric medical care.” It was suggested that to help patients eat, experience and knowledge of psychiatric nursing should be used in order to work on comprehensive assessment and care in collaboration with various hospital occupations.

Study 2: NST members of the psychiatric hospital deal with prevention of the dysphagia associated with mentally ill people by “preventing them from swallowing down the wrong pipe” while taking in food orally, and adjusting meal patterns. Through nutritional management, which forms the lynchpin of NST activities, meal rounds, and “improvements in physical strength and nutritional status” represented by

the transition to oral intake, as well as through scrupulous oral care, the NST members have endeavored to “avoid food going down the wrong way while nobody notices.” Those involved in “eating-related team care” were responsible for consultation with hospital staff and endeavored to perform their duties as medical professionals. The issues clarified were “difficulties in dealing with dysphagia” such as adjustment of meal settings and eating patterns, and assessment of and training in the swallowing function; and “difficulties in psychiatric NST activities” such as nutritional management, drug therapy, and occupational therapy. As a team approach to support eating, it seemed important to carry out flexible multidisciplinary collaboration that transcends the boundaries of departments and occupations while utilizing the original strengths of NST and the strengths of each specialty.

Study 3: Hospitalization period, BMI, PEF, and RSST were factors that affected the risk of aspiration pneumonia in inpatients who were able to eat in the ward cafeteria of a psychiatric hospital. To support the prevention of aspiration pneumonia, it was suggested that assessment must be carried out while paying close attention to these values and that efforts were required to maintain and improve nutritional status, respiratory function, and swallowing function.

目次

I. 序論

1. 精神疾患患者の摂食嚥下障害	1
2. 精神科病院における誤嚥性肺炎	2
3. 精神疾患患者の誤嚥性肺炎リスク	3
4. 精神疾患患者に対する誤嚥性肺炎予防のためのケア	6
5. 精神科身体合併症看護の課題	7
6. 問題提起	8
7. 研究デザイン, 構成, 目的	9
8. 研究の意義	10
9. 用語の定義	10

II. 研究 1

1. 対象・方法	13
2. 結果	
1) 参加者の概要	14
2) 精神科看護師が体験している誤嚥性肺炎予防に関するケア	
(3) 精神科における誤嚥性肺炎予防の困難	15
(4) 現在の誤嚥・窒息リスクを回避したいという強い思いに基づくケア	21
(5) 食べることの QOL を志向したケア	23
(6) 誤嚥性肺炎予防に有効とされる日常生活援助	26
(7) 精神科医療の強みを活かすチームケア	29
3. 考察	
1) 精神科看護師が体験している誤嚥性肺炎予防に関するケア	32
2) 食べることの支援に向けた示唆	34
3) 本研究の限界と今後の課題	35

III. 研究 2

1. 対象・方法	36
2. 結果	
1) NST の概要	37
2) 参加者の概要	37
3) NST メンバーが誤嚥性肺炎予防を踏まえて提供するケア	
(1) 経口摂取に伴う誤嚥の防止	38
(2) 栄養状態・体力の改善	41

(3) 不顕性誤嚥による肺炎の回避	44
(4) 食べることに繋げるチーム医療	44
4) 誤嚥性肺炎予防における課題	
(1) 摂食嚥下障害への対応における困難	47
(2) 精神科 NST 活動における困難	51
3. 考察	
1) 精神科病院 NST メンバーが誤嚥性肺炎予防を踏まえて提供するケア	55
2) 食べることを支えるチームアプローチへの示唆	56
3) 本研究の限界と課題	57
IV. 研究 3	
1. 対象・方法	58
2. 結果	
1) 参加者の背景	61
2) 誤嚥性肺炎リスク評価	62
3) 参加者の群間比較	63
4) 二項ロジスティック回帰分析	63
3. 考察	
1) 精神科病院の病棟内食堂で食事摂取可能な入院患者における誤嚥性肺炎リスク	64
2) 誤嚥性肺炎リスクの影響要因と予防に向けた支援への示唆	65
3) 本研究の限界と課題	67
V. 結論	67
謝辞	69
文献	70
結果の図，表およびその説明	80
資料 1 インタビューガイド(研究 1)	
資料 2 インタビューガイド(研究 2)	
資料 3 患者調査票(研究 3)	

I. 序論

1. 精神疾患患者の摂食嚥下障害

一般的に、嚥下機能は加齢に伴い低下する (Molfenter, Amin, & Branski, et al., 2015)。精神疾患患者の 9～42% が摂食嚥下障害を合併するとも言われ (Aldridge, & Taylor, 2012), 抗精神病薬をはじめとする向精神薬の有害反応や精神症状の影響が指摘されている (高橋, 戸原, 2015)。

精神科薬物療法は 1950 年代以降、クロルプロマジンの開発を機に発展してきたが、同時に多様な有害反応を引き起こす。従来から使用されている定型抗精神病薬は、20～50% の割合で摂食嚥下障害を発症する (Dziewas, Warnecke, & Schnabel, et al., 2007)。近年は非定型抗精神病薬が薬物療法の第一選択に位置付けられているものの、服用者の約 19% に摂食嚥下障害を認めるという報告がある (杉下, 今井, 藤原, 他, 2014)。多剤併用は単剤処方比べて有効であるというエビデンスは乏しいと言われるが (長嶺, 2006), 我が国における精神科薬物療法は多剤併用・大量処方が特徴的である (厚生労働省, 2010)。米国における抗精神病薬の単剤処方率が約 8 割であるのに対して、我が国のそれは約 3 割程度に留まっている (黒沢, 天正, 谷藤, 他, 2013)。2014 年には多剤併用に対する診療報酬の減額がなされたが、その効果については十分に明らかにされていない。

向精神薬の有害反応としては、次のようなものがある (高橋, 戸原, 2015)。過鎮静による嗜眠状態は、治療開始時や内服量の変更直後に認めることが多く、ベンゾジアゼピン薬剤、抗精神病薬、抗うつ薬、抗痙攣薬などで出現する。摂食嚥下の先行期の障害として現れ、嚥下のどの時期にも影響する。抗コリン作用には、頻度の高い口腔乾燥の他、便秘、排尿困難、徐脈、認知障害があり、三環系抗うつ薬で出現しやすい。摂食嚥下においては唾液分泌障害のために潤滑性が失われ、咀嚼や咽頭への食物の送り込みが困難となる。錐体外路症状 (ExtraPyramidal Symptom: EPS) はいわゆるパーキンソン病の症状で、摂食嚥下障害の他に、筋強剛、静止時振戦、仮面様顔貌、動作緩慢、構音障害、アカシジア (静座不能) などがある。抗精神病薬で出現しやすく、嚥下のどの時期にも障害が現れる。また、EPS の一種である遅発性ジスキネジアは、抗精神病薬の長期服用に伴い出現する不随意運動で、服用者の 14～20% にみられる。舌や口唇、下顎といった口腔周辺に出現することが多く、窒息との関連が指摘されている (高橋, 戸原, 2015)。

精神機能に由来する食行動は、過食や切迫的摂食のような動的な様相と、咀嚼や嚥下もままならないような静的な様相がある。動的なものには認知症や精神発達遅滞による常同行為の他、双極性障害や緊張型の統合失調症急性期、精神発達遅滞、てんかん、アルコール依存症等による精神運動興奮があり、誤嚥・窒息が起こり得る。静的な様相としては、うつ病性昏迷、緊張病性昏迷、解離性昏迷があり、唾液や痰の吸引

を必要とする場合がある(高橋, 戸原, 2015)。

入院もしくはデイケア通所中の精神疾患患者のうち, 15.7%に摂食嚥下障害が強く疑われたと報告されている(石橋, 藤井, 福島, 他, 2011)。入院中の統合失調症患者に関しては, 20%に摂食嚥下機能(以下, 嚥下機能)低下を認めたとの報告や(高橋, 佐々木, 戸原, 他, 2008), 摂食嚥下障害者のうちの34.5%は, 過去3か月以内に誤嚥性肺炎を発症していたという報告がある(齋藤, 小池, 小澤, 他, 2013)。誤嚥性肺炎を発症している患者は必ずしも摂食嚥下障害と診断されているわけではないが, 誤嚥性肺炎の一因である(前田, 2018a)。

2. 精神科病院における誤嚥性肺炎

2018年における我が国の肺炎の死亡者数は94,654人, 全死亡者に占める割合が6.9%で死亡原因別第5位である(厚生労働省, 2018)。その他の呼吸器系疾患に位置付けられている誤嚥性肺炎の死亡者数は38,462人, 全死亡者に占める割合が2.8%で死亡原因別第7位となっている(厚生労働省, 2018)。医療・介護関連肺炎(Nursing and HealthCare-Associated Pneumonia: NHCAP)の60.1%が誤嚥性肺炎で, 施設入所者であることは誤嚥性肺炎を疑う大きな要因となる(Teramoto, Fukuchi, & Sasaki, et al., 2008)。高齢患者は若年患者よりも誤嚥性肺炎を発症するリスク因子が多く, 年齢, 男性, 摂食嚥下障害, 肺疾患, 糖尿病, 重度認知症, パーキンソン病, 抗精神病薬の使用, プロトンポンプ阻害薬の使用等が指摘されている(van der Maarel-Wierink, Vanobbergen, & Bronkhorst, et al., 2011)。

我が国の人口10万対精神病床数は269床と経済協力開発機構(the Organisation for Economic Co-operation and Development :OECD)加盟国の平均68床と比べて突出して多く(OECD, 2015), 病院から地域へ医療を移行する脱施設化が大幅に遅れている。我が国の全病床の21.4%にあたる326,666床は, 精神病床である(厚生労働省, 2019)。このうち91.8%を占める(厚生労働省, 2019)民間立の精神科病院(以下, 精神科病院)では入院患者の高齢化が進み, 65歳以上の高齢者が62.2%となっている(精神保健研究所, 2018)。さらに, 精神病床における認知症患者の割合は, 18.7%と増加傾向である(厚生労働省, 2017)。こうした病院では入院患者の31.5%が治療・看護を要する身体合併症を有し, このうちの2割弱が日常生活全般に介助を要する状態である(日本精神科看護協会, 2015)。身体合併症の中でも誤嚥性肺炎を含む肺炎を合併する患者の割合は1.7%で, 糖尿病8.5%, 虚血性心疾患3.2%, 肝炎2.4%, 脳血管疾患2.3%ほど多くはない(日本精神科看護協会, 2015)。しかしながら, 精神疾患患者が肺炎を併発した場合の処置・モニタリング実施率は他の疾患よりも高く, 56.4%に点滴管理, 48.5%に栄養管理, 33.8%に呼吸管理, 18.6%に褥瘡処置が行われている。加えて, 42.5%に危険行動がみられる(日本精神科看護協会, 2015)。精神科病院における日常的な身

体拘束を廃止するための取り組みが報告されているものの(野崎, 2019), 治療に伴い安静保持困難やチューブ類の自己抜去, 医療者への暴力等が生じ, 行動制限を行わざるを得ない状況が推察される。精神科病院における肺炎の多くが高齢者の誤嚥性肺炎と言われ(大藪, 渡邊, 石橋, 他, 2017), 救命できたとしても禁食による低栄養や安静臥床から日常生活動作(Activities of Daily Living: ADL)の低下を招き, 生活の質(Quality Of life: QOL)に影響を及ぼす(宮城島, 松井, 小原, 他, 2015)。

3. 精神疾患患者の誤嚥性肺炎リスク

誤嚥性肺炎は, 誤嚥物・細菌の量と質, 嚥下機能・喀出能, 身体の免疫力のリスク因子に, 口腔衛生の自己管理, 嘔吐や胃食道逆流, 向精神薬の有害反応, 栄養状態, 心肺機能等の要因が複合して発症すると言われる(高橋, 戸原, 2015)。他方で, 誤嚥と誤嚥性肺炎は同義ではなく, 誤嚥していても必ず肺炎を発症するわけではない。

誤嚥性肺炎のリスク因子として, 全身衰弱や長期臥床による喀出能低下(咳反射低下, 呼吸筋力低下), 慢性気道炎症性疾患による気道クリアランス低下(喀痰の粘稠性上昇), 低栄養や急性脳血管障害, 全身衰弱や長期臥床による免疫能低下が指摘されている(寺本, 2018)。ちなみに, 誤嚥のリスク因子は, 向精神薬の有害反応や全身衰弱, 長期臥床等による嚥下機能低下(むせ, 頻回の口腔内分泌物の吸引, 嚥下機能評価による低評価), 経管栄養(経鼻および経腸栄養), 胃食道逆流による胃食道機能不全(胸やけ, 逆流感)とされている(寺本, 2018)。

統合失調症の摂食嚥下障害者では, 嚥下機能の低下のみならず ADL や栄養状態の低下が誤嚥性肺炎の発症に関連すると報告されている(齋藤, 小池, 小澤, 他, 2013)。また, 口腔衛生の管理, 嘔吐や胃食道逆流が影響するとされている(高橋, 戸原, 2015)。

1) 栄養状態, 栄養支援

体重減少による栄養障害を引き起こす要因の 1 つに, 摂食嚥下障害がある(福尾, 2018)。高齢者の栄養リスクは, 低ボディマス指数(Body Mass Index: BMI), 摂食嚥下障害と関連があると報告されている(Popman, Richter, & Allen, et al., 2018)。

精神科病院入院患者の栄養障害に関する先行研究において, 抗精神病薬の有害反応による体重増加・肥満対策の必要性が指摘されてきた(村下, 久住, 小山, 2006)。近年は, 肥満患者の体重が 60 歳前後になると徐々に減少し, 痩せに傾くと報告されている(秀野, 2009)。統合失調症患者の低栄養は一般成人の 2.8 倍であり, 3 か月以上の長期入院, 抗精神病薬の定型単剤・非定型単剤が関連するとの報告がある(稲村, 寒河江, 串田, 他, 2013)。精神科病院で入院生活を送る高齢統合失調症患者の低栄養は, 長期入院や社会生活技能低下と関連することが明らかとなっている(高瀬, 2018)。

我が国の精神疾患患者に対する栄養支援において, 栄養サポートチーム(Nutrition Support Team: NST)加算が認められず不利な状況続いてきた(山中, 池側, 北川, 他,

2019)。2020 年度診療報酬改定で対象に加えられたことで、多職種チームで取り組む NST への期待が高まっている(日本精神科看護協会, 2020)。栄養支援に関する先行研究として、統合失調症患者の食形態変更を目指した多職種チームアプローチの効果(中川, 山崎, 下種, 他, 2017)、総合病院 NST による精神疾患患者への介入効果(前山, 三浦, 田嶋, 他, 2020)、精神科病院 NST の活動報告がある(岡田, 澤井, 2009)。精神科病院における摂食嚥下障害に関しては、NST による評価と支援システム構築の取り組み(菊池, 吉田, 渡部, 他, 2006)、多職種チームによる活動報告がある(井上, 2018)。また、精神科病院 NST による誤嚥性肺炎ハイリスク患者への介入効果が報告されている(増山, 猪原, 大村, 他, 2012)。

これらの報告から、精神科病院においても、NST をはじめとする多職種チームが摂食嚥下障害支援に取り組み始めていることが推察される。しかし、NST メンバーの視点から、誤嚥性肺炎予防を踏まえて提供しているケアの現状と課題を明らかにした文献は見当たらない。

2) 口腔衛生の管理

1999 年に口腔内細菌が誤嚥性肺炎の原因と報告され(Sccannapieco, 1999)、誤嚥性肺炎予防策としての口腔ケアの効果が広く知られている(Yoneyama, Yoshida, & Matsui, et al., 1999)。Hamuro, Honda, & Tanaka, et al. (2018)は、経管栄養から経口摂取へ移行した精神疾患患者の誤嚥性肺炎予防において、口腔衛生評価と訓練が有効であったと報告している。

統合失調症患者の食事摂取の特徴として、菓子類の間食や清涼炭酸飲料の過剰摂取が多くみられる(石岡, 三上, 佐藤, 2014)。精神疾患患者のセルフケア行動は、向精神薬の有害反応や精神症状によりが左右されやすい(高橋, 戸原, 寺尾, 2010)。口腔機能が低下し、う蝕や歯周病の悪化が生じるため(向井, 薮島, 原, 他, 2003; 中村, 2006)、継続的な口腔ケアが必要と言われている(浅田, 2002)。高橋, 佐々木, 帆秋, 他(2009)は、精神科病院における統合失調症患者の口腔衛生に関するセルフケアの低さを報告している。

喫煙は歯周病の最大のリスク因子と言われるが(松岡, 2010)、精神疾患患者の喫煙率は一般国民の 2~3 倍と高い(田中, 神群, 1999; 中嶋, 三徳, 2014)。

精神疾患患者の口腔衛生管理について、高齢統合失調症患者に対する口腔ケアの介入効果が報告されている(阿部, 柏崎, 山口, 他, 2010)。しかし、精神科病院における歯科の設置率は 20%にも満たないという報告から(井上, 1999)、入院中の精神疾患患者は、口腔衛生の自己管理に関する指導や専門的口腔ケアはもちろん、歯科診療の全般を受ける機会が十分ではない状況が推察される。

3) ADL・喀出力低下，行動制限

歩行能力や ADL，認知機能の低下がある者は嚥下機能が低く，誤嚥性肺炎の発症リスクがより高いことが明らかとなっている（安部，大室，大池，他，2010）。摂食嚥下障害を持つ統合失調症患者において，ADL や栄養状態の低下に伴う嚥下機能低下が誤嚥性肺炎発症の機序と報告されている（齋藤，小池，小澤，他，2013）。金田，藤本，佐藤，他（2013）は，精神科病院での常勤数が 1%程度とされる理学療法士の立場から，9 割以上の看護師が身体的リハビリテーションの必要性を感じていると報告している。田原，間宮，岩井（2011）は，精神科リハビリテーションを行う作業療法士の立場から，精神科病院の長期入院患者に対する起立訓練の効果を報告している。

前田（2018a）は，誤嚥性肺炎発症は喀出力（咳嗽反射，気道粘膜機能）および免疫力（局所リンパ球，局所好中球，局所液性免疫）といった個体の抵抗力と誤嚥物の侵襲性（病原性，量・侵入部位）のバランスで決まると述べている。また，誤嚥性肺炎患者の多くは気道分泌物を喀出する力が弱いことから，呼吸関連筋群の障害を予防・回復させるための呼吸リハビリテーションを個別で実施することが望ましいとしている（前田，2018b）。摂食嚥下障害者に対する呼吸筋トレーニングは，呼吸筋力や咳嗽能力，嚥下機能を改善させ，誤嚥性肺炎予防の手段として期待できると報告されている（柳澤，松尾，春藤，他，2012；俵，藤島，有菌，他，2019）。精神疾患患者に対する実践報告では，誤嚥性肺炎の高リスク事例に対する発声法を用いた口腔体操の効果（鳥内，荻野，2015），精神療養病棟における誤嚥・窒息予防のための口腔体操の取り組み（田口，中村，丸，他，2018）等が散見される。しかし，精神疾患患者への喀出力の改善を目的とする呼吸訓練の報告は見当たらない。

行動制限の中でも，身体拘束が引き起こす身体合併症の 1 つに誤嚥性肺炎がある（犬尾，2018）。近年は，2004 年より行動最小化委員会の設置が診療報酬の算定基準として設けられ，『精神科看護ガイドライン』（日本精神科看護技術協会，2011）において行動制限最小化に向けた基本的な考え方が示されている。しかし，2019 年度 630 調査（国立精神・神経医療センター，2019）によると，精神科病院の身体拘束実施者数は全国で 10,875 人に上り，同調査で隔離・身体拘束者数の調査を開始した 2003 年度の 5,109 人（三宅，2015）と比べ 2.1 倍に増加している。この理由として，三宅（2015）は，急性期医療に重点を置いた国の施策や認知症患者の増加に伴う救急入院料病棟，急性期治療病棟，認知症治療病棟の病床数の増加，施錠できる個室数の増加，行動制限最小化委員会の形骸化，行動制限を最小化する方法や効果の曖昧さを指摘している。

4) 胃食道逆流，多飲水・水中毒

精神疾患患者の胃食道逆流症状は，日常的に認められることが示唆されている（山手，丸田，松本，2015）。抗精神病薬の抗コリン作用は食道，胃，腸の運動を抑制し，

食物の消化管での滞在時間が長くなり、逆流から誤嚥を起こすことがある。抗コリン作用の強い抗精神病薬や抗パーキンソン薬を長期間服用すると食道下端が著しく拡張し、臥床した際に食道内容物が気管に逆流しやすくなる(長嶺, 2016a)。

精神科に入院中の統合失調症患者を対象とした調査では(稲垣, 2000), 1 日の中の体重変動が 4%以上みられた重症多飲症患者は 20.1%, 体重変動が 1.2%以上の軽度多飲症患者は 48.7%と報告されている。このような患者が水中毒により意識障害を呈した場合、胃内の水分を誤嚥する可能性が指摘されている(川上, 松浦, 2011)。

4. 精神疾患患者に対する誤嚥性肺炎予防のためのケア

フィンランド, ドイツ, スウェーデン, アメリカ, カナダといった欧米の先進諸国ではアウトリーチサービスが発展し, 慢性期の精神疾患患者はナーシングホーム等の支援付きの居住施設で生活を送っている(佐々木, 2007)。また, 精神病床の開設主体の多くが公立病院であり, 民間立主体, 隔離・収容中心の我が国の状況は特異なケースとされている(佐々木, 2007)。これまでに, ナーシングホームにおける NHCAP の危険因子が摂食嚥下障害であるとの報告がある(Vanessa, Gert-Jan, & Claar, et al., 2017)。この他に, ナーシングホームにおける看護師による嚥下訓練の効果や(0' Loughin, & Shanley, 1998), アルツハイマー型認知症患者への看護師による包括的な食支援の効果が報告されている(Chen, Li, & Lin, et al., 2015)。

我が国の精神科看護師による誤嚥性肺炎予防に関する研究は, 自部署内の実践報告や業務改善, 事例研究が主で, 唾液腺マッサージ・舌体操による嚥下機能改善への試み(藤田, 小門, 山口, 2015), 嚥下機能訓練の取り組み(鳥内, 荻野, 2015), 要介助者への口腔ケアの効果(林原, 泉, 一宮, 他, 2015)等が散見される。精神科看護師に向けた教育に関する研究は, 嚥下機能訓練に関する学習会の報告がある(大阪, 大場, 武田, 他, 2017)。

井篁, 横井, 岡田, 他(2015)は総合病院精神科病棟看護師 4 名にインタビュー調査を行い, 臨床現場で提供される誤嚥・窒息予防に向けたケア内容として「患者の嚥下機能に合わせて食事をセッティングする」「精神症状と嚥下状態をみて食器やペースを工夫する」「誤嚥・窒息のリスクを想定して看護師の対応を調整する」「窒息のリスクを減らせるよう医療者間で協力を求める」の 4 点を報告している。

高橋, 齋藤(2018)は, 摂食嚥下障害看護認定看護師 5 名が認識する精神疾患患者への支援ついて, 「精神症状を踏まえた摂食嚥下機能支援を評価する」「精神がい者の口腔ケアは看護師同士の理解や共有が重要である」「相手への違和感を機に自身の支援を内省する」「実現可能な支援を継続する」の 4 点を明らかにしている。

濱田, 平野, 内海, 他(2010)は, 総合病院精神科病棟の看護者(准看護師, 看護補助者等含む)269 名へのアンケート調査を行い, 摂食嚥下障害患者へのケアとして「水分

粘度の調整」「食形態の調整」「食事姿勢の変更」「声掛け」「食器・食具の変更」の 5 点を報告している。

以上より、精神疾患患者に対する誤嚥性肺炎予防に関する先行研究は事例研究や実践報告が多く、総合病院精神科病棟における誤嚥・窒息予防ケアの報告があるものの、精神科病院における誤嚥性肺炎予防のケアの詳細は明らかにされていない。また、精神科病院入院患者に応用可能な誤嚥性肺炎リスク評価の指針も示されていない。

5. 精神科身体合併症看護の課題

身体合併症看護の課題に入る前に、精神科看護の特殊性について、柴田、阿保、佐藤(2020)；曾根、江浪、篠崎、他(2018)の文献をもとに以下に触れておきたい。

1900 年頃、精神障害者対策は「監護」から「医療」へ前進し、私宅監置から精神病院(注：現在は精神科病院と呼ぶ)における収容へと移行していった。終戦後の 1940 年代、精神病院の管轄は内務省(警察)から厚生省に移るものの社会防衛的色彩は変わらず、看護はほとんど無資格の看護者によって担われていた。看護者の主な業務は、患者の監視と監督、身体的治療(電気ショック療法、インシュリンショック療法)の実施者であり介助者であった。1952 年以降、クロルプロマジンの開発により薬物療法が主流となり、併せて作業療法をはじめとする生活療法が盛んになる。1960 年代、作業療法士の誕生により、作業療法士に転身する看護者が増加する。1964 年のライシャワー事件の後より精神障害者に対する隔離・収容政策が強化される。社会復帰の無為無策に対するクラーク勧告、精神病院内の不祥事事件が社会問題となるが、看護者は責任のない従属的な存在で自己の判断や専門性への志向も有せず、沈黙のみであったと言われている。精神病床数は 1965 年からの 10 年間で 17 万床から 28 万床まで急増した。1970 年、精神科作業療法とデイケアの診療報酬が算定開始となり、看護者はコメディカルと共に地域精神医療に取り組み始める。1980 年、看護者以外の精神科コメディカルが発展していく中、精神科救急における看護の役割が重視され始める。上記(柴田、阿保、佐藤、2020；曾根、江浪、篠崎、他、2018)から、精神疾患患者に対する看護は社会情勢の影響を受けながら歩みを進めてきたことが分かる。1996 年、看護教育カリキュラム改定により精神看護学が新設され、専門科目としての教育や研究が行われるようになった。看護の特殊性が際立つ沈黙の時代を経て、今、ようやく精神科看護の専門性が問われ始めていると考える。

羽山(2000)は、精神科看護の課題として、従来の病院経営優先の看護基準、看護師の平均年齢と准看護師比率の高さに着目し、総合病院の精神科病棟では看護師のローテーションや院内看護教育システムによる身体管理の知識・技術の習得機会があるものの、精神科病院では身体管理の経験や学習機会が少ないため看護の質向上に制限や限界があると指摘している。日本精神科看護技術協会(2007)は、精神科病院における

身体合併症看護の問題点として看護師の身体症状のアセスメント技術の不足と精神療養病棟に看護の有資格者が少ないことを指摘し、身体管理の技術習得のための教育システムが必要であると提言している。

某市内 7 か所の精神科病院の病棟看護師 375 名(准看護師 111 名含む)に対する質問紙調査から(清野, 中村, 2012; 清野, 2012), 87.7%が身体合併症看護を日常的に実践しており, 41.1%は身体合併症対応可能病床のない病棟で看護にあたっていることが明らかとなった。精神科看護師は, 腹部打診や異常呼吸音・心雑音の聴診, 呼吸・循環器系の観察やケア, 検査や治療に協力しないといった患者が示す態度への困難が高く, 看護師自身の要因として身体ケアに必要な知識と実践力の不足を感じていた。また, 80.3%が身体合併症看護への不安を持ち, その理由として, 身体科看護の実践機会・知識・技術の不足, 設備・医療機器等の未整備, 身体科医師の不在や精神科医師の身体管理技術, 患者が示す態度や家族関係, 夜勤体制やマンパワー不足に関するものが挙げられた(清野, 中村, 2012; 清野, 2012)。

6. 問題提起

本論文の最終的な目的は, 精神疾患患者の食べることの QOL に寄与することである。食事を経口摂取することは, 単なる栄養摂取に留まらず生きるための営みである。管理や制限の多い精神科病院で入院生活を送る患者にとっては, 数少ない楽しみの 1 つである。ところが, 我が国の精神科病院の中で嚥下機能の評価およびリハビリテーションに関して専門的な支援が可能な施設は皆無に近く, 摂食嚥下障害を持つ患者への対応が十分と言えない(中村, 藤島, 片桐, 他, 2013; 小野沢, 2016; 小野沢, 2017)。患者の嚥下機能の評価せずに憶測によって食事提供することは誤嚥性肺炎を引き起こすと言われるが(小野沢, 2017), 精神疾患患者の摂食嚥下障害支援に対する看護師の関心の低さが指摘されている(高橋, 原, 齋藤, 他, 2016)。これらの背景として精神科身体合併症の治療体制には自治体や病院による格差があり治療システムが十分に整備されておらず, その対応は病院の自助努力に任されているが内科医や検査技師の不在, 医療機器の整備不十分, 看護有資格者の不足などの治療環境の不備をはじめとする我が国特有の課題がある(日本精神科看護技術協会, 2007)。

さらに, 誤嚥性肺炎は呼吸器疾患であることから, 「肺炎」をみる医療者と「誤嚥」をみる医療者が異なり, その特殊性が予防や対策を困難にしている一因と考えられている(野原, 2019)。

本論文の研究を計画するにあたり, 上記のような精神科病院の状況を鑑みると, 摂食嚥下リハビリテーションの観点から患者や看護師にアプローチしていくことは現実的ではないと感じた。むしろ, 摂食嚥下障害により生じる誤嚥性肺炎に焦点を絞り予防策を検討する, すなわち, 摂食嚥下障害という「原因」よりも誤嚥性肺炎という「結

果」に焦点を当てることで、精神科看護師を含む医療者および患者のゴールが明確となる。摂食嚥下障害に関する専門的知識や技術、設備・備品が無くとも、院内の多職種が協働することにより誤嚥性肺炎の予防が期待できる。その結果、摂食嚥下障害を持つ患者のみならず、全ての精神疾患患者の食べることの維持・向上につながる と考える。

これまで、摂食嚥下障害を持つ患者への対応に課題を抱える精神科病院の病棟看護師および多職種が、どのように考え、どのようなケアを提供しているかというケア提供者から見た誤嚥性肺炎予防の実態は明らかにされていない。また、このような環境で入院生活を送る患者の誤嚥性肺炎リスクの影響要因は未だ解明されておらず、必要な支援に関する検討が不足している。精神科病院入院患者の食べることを支えるために、臨床現場の現状を把握する必要がある。誤嚥性肺炎は、現場のケアにより予防可能な疾患である(南, 2015)。食べたらず誤嚥性肺炎が起こるのではなく、「ケア不足がゆえに誤嚥性肺炎が起こる」とも言われる(前田, 2018a)。本論文では、精神科病院における誤嚥性肺炎の予防に着目し、臨床現場の現状を明らかにした上で、精神疾患患者の食べることの支援を検討する。

はじめに、精神科看護師へのインタビュー調査から、誤嚥性肺炎予防に関するケアの体験を明らかにする。次に、精神科病院 NST メンバーへのインタビュー調査から、誤嚥性肺炎予防を踏まえて提供するケアの現状と課題を明らかにする。最後に、精神科病院入院患者への誤嚥性肺炎リスク調査から、誤嚥性肺炎リスクの影響要因と予防に向けた支援を検討する。

7. 研究デザイン、構成、目的

研究デザインは、質的・量的データ収集および分析を並行して行う混合研究方法である。本論文は、以下の3つの研究により構成される。

1) 研究1：精神科看護師が体験している誤嚥性肺炎予防に関するケアの実態

精神科看護師が体験している誤嚥性肺炎予防に関するケアを明らかにし、食べることの支援に向けた示唆を得ることを目的とする質的記述的研究である。

2) 研究2：精神科病院 NST メンバーが誤嚥性肺炎予防を踏まえて提供するケアの現状と課題

精神科病院の NST メンバーが誤嚥性肺炎予防を踏まえて提供するケアの現状と課題を明らかにし、食べることを支えるチームアプローチへの示唆を得ることを目的とする質的記述的研究である。

3) 研究3：精神科病院の病棟内食堂で食事摂取可能な入院患者における誤嚥性肺炎

リスクの影響要因と予防に向けた支援

精神科病院入院患者における誤嚥性肺炎リスクの影響要因を明らかにし、予防に向けた支援への示唆を得ることを目的とする観察横断研究である。

8. 研究の意義

精神科病院では、今後も限られた治療環境の中で誤嚥性肺炎をはじめとする身体合併症に対応せざるを得ない。誤嚥性肺炎予防のケアの現状および誤嚥性肺炎リスクの影響要因を明らかにすることにより、精神科病院の実態をケア提供者側と患者側の双方から把握することができる。

研究1および研究2は、質的記述的研究により研究参加者の見方で現象を明らかにする。精神科看護師および多職種の語りから、本人たちの見方で誤嚥性肺炎予防における体験そのものを明らかにすることができる。語りの内容をカテゴリー化することにより体験した現象の意味を検討することができ、各々の職種から見たケアに対する認識やケアの遂行において障壁となっている事柄が明らかになると考える。精神科看護師は入院精神疾患患者の日常生活において最も身近な存在であることから、対象者の生活により密着した誤嚥性肺炎予防のケアを把握し、食べることの支援を検討することができる。また、栄養支援を行う多職種への調査により、精神科看護師の調査では見えてこなかった各専門職の取り組みや困難の詳細が明らかとなり、多職種の協働による支援の方向性を検討できると考える。

研究3では、精神科病院で入院生活を送る患者の局所(口腔)状態、全身状態、嚥下状態から誤嚥性肺炎リスクを評価する。精神科病院入院患者に特徴的な誤嚥性肺炎リスクの影響要因を明らかにすることで、これらを根拠に誤嚥性肺炎予防のための指標および必要な支援を示すことができる。精神科病院において専門的な摂食嚥下評価が困難な場合でも、上記の指標に着目し、患者がもつ力に働きかけることにより、食べることのQOLの維持・向上につながることが期待できる。最終的に、上記2つの研究成果と統合させることにより、精神科病院における誤嚥性肺炎予防のための支援の方向性を示すことができる。研究成果を基礎資料として用いることで、摂食嚥下障害支援専門職が不在の精神科病院においても、誤嚥性肺炎予防のための簡便な指標を用いながら、病院内の多職種が各々の知識や技術を発揮し協働していくための方策を見出すことができると考える。

9. 用語の定義

本研究で用いる言葉について、以下のように定義する。

1) 摂食嚥下障害

食べる過程の全般「摂食嚥下」機能の障害のこと。捕食から嚥下までの食べる機能

の障害。「摂食」とは食べる過程のすべて。口の中に食物を取り込んで(捕食), 噛み砕き(咀嚼), 飲み込んで(嚥下), 胃の中に送り込むという一連の動作を意味する。このうち, 「嚥下」とは, 食物をゴクンと飲み込む反射様の運動とそれに引き続く蠕動運動からなる。摂食嚥下障害を簡略化して「嚥下障害」とも呼ばれるが, 嚥下の機能のみが障害されているのではなく, 捕食や咀嚼の障害がある患者も含んでいる(日本摂食嚥下リハビリテーション学会, 2015)。同様に, 摂食嚥下機能を「嚥下機能」, 摂食嚥下状態を「嚥下状態」と呼ぶ。

2) 誤嚥性肺炎

咽頭から誤って気道に飲食物等が入り, その誤嚥物に含まれる細菌によって引き起こされる肺炎を言う(前田, 2018a)。『成人肺炎診療ガイドライン 2017』(日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2017 作成委員会, 2017)によると, 肺炎死亡者数のうちの 96.8%が 65 歳以上の高齢者であり, これらの多くは NHCAP(医療・介護関連肺炎)と言われる(寺本, 2018)。誤嚥性肺炎は, この NHCAP の大半を占める病態である。病態名であるため, 診断基準が欧米のガイドラインでは明確に示されていない。上記ガイドラインによれば, 誤嚥性肺炎を繰り返す場合は, 患者の意思を尊重し QOL に配慮した緩和ケアを中心とした治療を選択肢とする。

3) 精神科病院

本研究では, 設置主体が民間立である単科精神科病院のことを言う。県立の単科精神科病院のように自治体が設置する施設は除く。

4) 精神科看護師

本研究では, 精神科病院で看護に従事する看護師および准看護師のことを言う。介護福祉士や無資格の看護補助者は除く。

5) 精神科看護者

本研究では, 精神科病院で看護に従事する看護師, 准看護師の他, 主に精神療養病棟等において看護補助業務に従事する介護福祉士, 無資格の看護補助者までを言う。

6) ケア

本研究では, 看護, 介護, 介助, リハビリテーション, ある種の医療行為等のすべてをその内容に含む。誤嚥性肺炎の予防を目的とする対象者への直接的な働き掛けの他, 食形態の調整や栄養管理, チーム連携等の間接的な働きかけを言う。ケア提供者は, 看護師を含む精神科病院の多職種すべてである。

7) 支援

本研究では、ケア対象者の中でも、特に苦境にある対象者(個人、集団)に対して、日常生活援助、診療の補助、相談、指導および調整等、身体的、精神的、社会的な側面から、力を添えて助けることを言う。支援者は、看護師を含む精神科病院の多職種すべてである。

8) 食べることの QOL

本研究では、単に空腹感を満たし栄養摂取するだけでなく、飲食物を目で見て匂いを嗅ぎ、触感や味覚を用いて食べることにより、心身ともに満足感が得られることの質を言う。精神科病院の精神疾患患者にとって食べることは日常生活における楽しみの1つであり、摂食嚥下障害を持つ患者や誤嚥性肺炎リスクが高い患者にとって命をつなぐ唯一の手段となる場合も少なくないため、人生および生活における重要な要素として位置付けられる。

Ⅱ. 研究 1

1. 対象・方法

1) データ収集期間

2016 年 7 月から 11 月の 5 か月間

2) 研究参加者

某県内にある精神科病院 20 か所のうち、施設責任者から研究協力への同意が得られた 16 か所に勤務する看護師(准看護師を除く)55 名である。

研究参加者(以下、参加者)の選定では、以下の条件に該当する者を募集した。

- (1) 精神科病棟の中でも日常的に身体的なケアが行われる病棟に所属する
- (2) 精神科看護の経験年数が 3 年以上ある

(但し、研究仲介者が認めた場合はこの限りではない)

これらの参加者は、各施設の代表として誤嚥性肺炎予防を含む身体ケアについて多角的かつ詳細に語るための豊富な経験を備えてた。

3) データ収集方法

参加者に対し、1 グループ 2～5 名/1 回/1 施設とするフォーカスグループインタビュー(以下、FGI)を計 16 回実施した。この手法を用いたのは、参加者の相互作用により実践知を引き出し、個別面接では得られない発想の広がり期待できるからである(Holloway, & Wheeler, 1996/2008)。

FGI では研究者が進行役となり、主に調査前 1 か月間に体験した身体合併症予防を目的とするケアのうち具体的なケアを想起しやすい事例の想起を促した。精神科病院では摂食嚥下障害支援が十分と言えない現状(中村, 藤島, 片桐, 他, 2013 ; 小野沢, 2016 ; 小野沢, 2017)を踏まえると、誤嚥性肺炎の予防には病院間の格差が予想され、データが得られないことも考えられた。複数の疾患について問うことで、参加者間のグループダイナミクスが促進され、濃厚なケアの語りが多く得られると考えた。精神疾患患者が併発しやすく誤嚥性肺炎発症に影響する麻痺性イレウス(胃食道逆流)や糖尿病(易感染)等の予防についても順に質問し、参加者間で自由なディスカッションを促した。インタビュー内容は、参加者の同意を得て録音した。

4) 分析方法

参加者の見方で現象を明らかにするために、質的帰納的に分析した。

インタビュー内容は、全て逐後録に書き起こした。参加者の体験を理解できるまで精読し、誤嚥性肺炎予防に関するケアの体験が語られた部分を抽出した。抽出した内容は、前後の文脈も考慮して 1 つの意味が含まれる文章とした。各文章を比較しながら

ら共通する意味を持つもの同士を統合し、コード名を付与した。コードの類似性と相違性を明確にし、類似する内容を集めて共通する意味を表現したものをサブカテゴリーとし、カテゴリー、コアカテゴリーを生成した。コード化およびネーミングの際には、精神科看護師が体験している誤嚥性肺炎予防のケアの在り方を表すよう心掛けた。

5) 研究の真実性の確保

インタビュー終了時に、1回のインタビューで十分に語ることができたかを参加者に確認した。分析過程において、精神科臨床経験および教育研究経験を有する精神看護学の質的研究者からスーパーバイズを受け、真実性の確保に努めた。分析結果で抽出されたケアについては、摂食嚥下障害ケアを専門とする精神看護学の研究者から助言を受けた。さらに、身体合併症看護領域を専門とする精神科認定看護師の確認を得た。

6) 倫理的配慮

新潟大学研究倫理審査委員会の承認(第144号)を受けた。その後、施設責任者から研究協力への同意が得られた精神科病院の看護部長宛てに研究案内を郵送し、依頼文の配布および取りまとめを依頼した。案内には、研究概要、研究参加の任意性、辞退しても不利益を被らないこと、個人情報保護、結果の公表等を含む倫理的配慮を明記し、参加者の条件に該当する看護師への配布を依頼した。参加候補者には、依頼文を読んで研究参加の意思がある場合のみ、申し出てもらうよう案内した。看護部長にもその旨を説明し、強制力が働かないように配慮した。参加者に、研究目的、方法、研究参加の任意性、不参加による不利益を被らないこと、途中でも辞退が可能であること、調査時のプライバシー保護、データ管理と個人情報保護、結果公表の可能性について文書と口頭で説明を行い、同意署名を得た上で調査を実施した。

2. 結果(研究1)

1) 参加者の概要(表1)

16か所の精神科病院、A～Pグループの参加者55名の概要を表1に示す。

所属病棟の機能は、療養病棟18名(32.7%)、認知症病棟10名(18.2%)、身体合併症病棟9名(14.5%)、回復期病棟5名(9.1%)、急性期病棟9名(16.4%)、その他(アルコール治療等)4名(9.1%)であった。

職位は、スタッフ40名(72.7%)、管理職15名(27.3%)であった。

性別は、男性16名(29.1%)、女性39名(70.9%)であった。

年齢は、平均 41.6 ± 9.8 (範囲26～60)歳、20代7名(12.7%)、30代18名(32.7%)、40代16名(29.1%)、50代13名(23.6%)、60代1名(1.8%)であった。

看護師としての臨床経験年数は、平均 17.4±9.9(範囲 3～42)年であった。

精神科看護の経験年数は、平均 11.6±7.5(範囲 1～33)年であった。

インタビュー時間は、平均 50.1±14.2(範囲 34～90)分であった。

2) 精神科看護師が体験している誤嚥性肺炎予防に関するケア

インタビュー内容の分析により 114 個のコードが抽出され、45 個のサブカテゴリー、18 個のカテゴリー、5 個のコアカテゴリーが生成された。

精神科看護師は、【精神科における誤嚥性肺炎予防ケアの困難】を感じながら、【目の誤嚥・窒息リスクを回避したいという強い思いに基づくケア】【食べることの QOL を志向したケア】に努め、【誤嚥性肺炎予防に有効とされる日常生活援助】【精神科医療の強みを活かすチームケア】を提供していた。

以下、コアカテゴリー【】、カテゴリー《》，サブカテゴリー<>、コード〔〕で表す。各サブカテゴリー<>において、代表的なコード〔〕に関する参加者の語りを「*斜体*」で示し、語りの末尾にグループ名を記載した。語りに含まれる研究者の言葉を〔〕、研究者による補足説明を()内に記載した。

(1) 【精神科における誤嚥性肺炎予防の困難】(表 2)

このコアカテゴリーは、身体ケアに伴う資源が限られていることおよび長期入院患者のセルフケアレベルの低下や症状の出現の仕方が分かりにくいことなどから、精神科看護師が誤嚥性肺炎の予防ケアに困難を抱えていることである。14 個のサブカテゴリーと 5 個のカテゴリーで構成されていた。

① 《現状への歯がゆさ》

このカテゴリーは、誤嚥性肺炎予防に関して、院内で対応可能な援助に限界があることや、多職種との連携が十分に取れていないことである。以下の 5 個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<院内の対応に限界を感じる>

〔高齢化してきて精神状態悪化・薬剤増量・肺炎・禁食・寝たきりのモデルケース化のようになる〕等、4 個のコードで構成されていた。

「うちの病棟だけでいうと、全体はちょっと分からないですけど、うちの病棟だと、全体的に高年齢化してまして、患者さんが。そしてなんか精神状態が悪くなって、精神薬が増えて、すると嚥下が悪くなって、で肺炎になりみたいな。で、それで肺炎になって、食事が止まって、点滴をしたりなんかしてると痩せてって、体力が無くなって、動けなくなって寝たきりになって。なんかそ

ういうもう、モデルケースのようにそういう風になっちゃうとみんなそうなるみたいなちょっとそういうのがあって、なるだけそういうようにならないようにしようってやってるんですけど、でもそのこのルールに乗っちゃうと、みんなそうなるみたいな、なんかそういうところありますね。」(Nグループ)

<経管栄養・胃瘻患者のケアに限界を感じる>

〔経管栄養患者が食べたいと言い支援したいが家族の疎遠や肺炎を繰り返し上手くいかない〕等、3個のコードで構成されていた。

「うちは経管栄養の方が2人いらっしゃいますね。だけどまあ、その経管にしてもまあ食べたいって言う本人がおっしゃるんで、ちょっとぐらいつて思うんですが、そういう方に関して家族が遠のいてたりとか、こっちサイドで簡単にこう召し上がってもらえるようなのではないので、それも何回かやっぱり肺炎繰り返してるから、であれば、なかなかそこら辺も上手くいかないところがひとつ。」(Nグループ)

<提供可能な食形態に限りがある>

〔院内で提供できる食形態にゼリータイプが無いため粘度調整剤になってしまふ〕のコードで構成されていた。

「トロミがすごく嫌だという患者さんも中にいるので、そういったところもまた工夫をしてみたり。あとはゼリータイプものなんかがあってもいいのかもしれないんですけど、当院それが無いので、どうしても最終的にそういうの作ろうと思うと、トロミになっちゃうんですよね。」(Gグループ)

<院外受診時に限界を痛感する>

〔他科受診時に「こんな検査もできないのか」と言われ単科精神科病院の辛さを感じる〕等、2個のコードで構成されていた。

「じゃあ、他科受診しましょうというふうに言われた時に、“まあこんなの(検査・処置)も出来ないのか”って言うような、やはり、そういう風な病院から言われる精神科単科の辛さ。」(Nグループ)

<院内の連携が十分といえない>

〔栄養委員会活動の議事録に要チェック患者が挙げられるが病棟のケアへ反映されない〕等、4個のコードで構成されていた。

「栄養士さんが多分やってるんだと思うんですけど。一応、栄養委員会あるからね、ありますね。あるけど、大体そんなね、やっぱり肥満。肥満、肥満で

いうより、低栄養の人は指摘されているし、貧血の人は指摘されている。低栄養の人も指摘されていて、あんまりこう、ナースの方で積極的にかかわってないですね。一応、委員会ですね、こういう人たち、要チェック者、そういうメンバーに挙げられて、議事録で回ってくるので、それに対してこうですって、委員会で決められたことをうちは読むだけなんだけど、それについて、じゃあね、それを看護計画に入れてって言うところまでは、やれてないかもしれない。」(Pグループ)

② 《精神疾患をもつ患者特有の難しさ》

このカテゴリーは、精神疾患をもつ患者は、療養行動への関心が低いことや独自のこだわりがあることなどから生活習慣への介入が難しいこと、また身体症状の現れ方が非特異的でその発見に難しさが伴うことである。以下の4個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

＜セルフケアへの介入が難しい＞

〔口腔ケアはこちらが望む程やってくれない〕のコードで構成されていた。

「糖尿病と同じで口腔ケア全然やってくれないので。やってる人もこっちが望むくらいはやってくれないので、[なかなか口腔ケアを行いたくても患者様が拒否されたり道具が無かったりという経験私もあったりしたんですけど、いかがですか?] 磨いてうがいとかできないですよ。」(Aグループ)

＜身体面・セルフケアのアセスメントが難しい＞

〔慢性便秘・体重減少・嘔吐・発熱患者が他院受診するまで誤嚥性肺炎とアセスメントできなかった〕等、2個コードで構成されていた。

「前の日から、お昼のあとから嘔吐をし始めて、“嘔吐の原因はなんだろうね”って言うところではみてたんですけど、一晩中嘔吐されてて、便もなかなか出にくい方で、もしかしてイレウスではないかと。発見したのが金曜日から始まって、土曜日の朝から熱が8度近く出たので、たまたま日当直医が主治医の先生だったので、報告したら、まあちょっとうちではできることが限られてるので、サチュレーションも70台と下がっていて、右の下腹部痛だったかな、痛み、ただまあ気持ち悪いと吐くのが続いていて、点滴はしてたんですけど、ちょっともううちではちょっと内科的には難しいということで、近隣の病院に電話したんですが、土曜日の午前中だったので、本当に駄目で、〇〇病院なんかも断られてしまって、これはちょとね、えっと思ったんですけど、結局〇〇(病院)受診して、帰ってくるかなと思ったけど、吐いてるしイレウスの可能性もあるので、結局(誤嚥性)肺

炎の方が重篤だったってことで、入院になりました。」(Pグループ)

<ケアに危険を伴う>

〔口腔ケア時に指を噛まれて爪が割れたことがあります看護側に危険を伴う〕等、2個のコードで構成されていた。

「まだその(口腔ケア用バイトブロックの)存在分かんない時に、口腔ケアやってた時に、手を噛まれて、噛まれるでしょ。噛まれて、爪がパッキリ取れたことがあります。えっ、爪が、危険じゃないですか、感染症とか無かったですか。無かったです、あの、そういったものがあるんだなって実は知らなくて。そこの売店に売ってないかしら。あったんですね、昔の病院の時に、そういったものがあるって全然知らなくて。試供品でね、1つか、1つ回ってきてて。ああ、そうなんですか、すごく痛い思いして。あれ使っても噛まれる。噛まれますよね、きっと。噛まれる、外れて、あの意外と、抵抗されるとね。痛いなど。私、さっさと私の受け持ち患者さん専用みたいにして。あー、そうですね。今1つ使ってますね、うちの患者さん。」(Pグループ)※複数参加者の対話

<生き抜く力を信じるしかない>

〔口腔ケアを拒否する患者は今まで生き抜いてきた力を信じ無理にケアしない〕のコードで構成されていた。

「無理に(口腔ケアの指導や介助を)やらないでやる。[そういう方が肺炎起こしやすかったりということはないですか?]拒否が強い人は今まで生きてきた人が多いので、まだ今んところ(誤嚥性肺炎)ないです。」(Oグループ)

③ <想定外の誤嚥・窒息が苦手>

このカテゴリーは、十分な対策を講じていても、突然、誤嚥・窒息が起こると動揺し戸惑うことである。以下の2個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<対策を講じていても慌ててしまう>

〔食事時の見守り・配膳等の対策をとっていても誤嚥・窒息が起こると慌ててしまう〕等、2個のコードで構成されていた。

「(食事)席は入院したり患者さん関係でなんかあったりで、一応なるべくリスクの高い人であれば最後に配膳して目が届くようにするっていう色々工夫はするんですけど、やっぱりなってみてアワアワするっていう、ちょっと思うので。」(Aグループ)

<意外にも面会時が盲点だった>

〔認知症患者が食事時以外に窒息して家族面会時の差し入れが盲点だったことに気づいた〕のコードで構成されていた。

「15 時ぐらいに窒息されたんですけど、でもみんなで食事の時間でもないし、何だと。で、異食、異食する方でもなかったんで、ちょっと割と自立されてて、何だって、もう完全に気を抜いてて、“えっ” ってなったんですけど、結局あの、見たら本人の手に、あの…大福の殻が握られてて、そのままもう窒息してて、“あー” ってなって、取りあえずその場はみんなで対応して、あのー改善されたんですけど、うちの病棟、そのご本人の前に何も置けないので、その、おやつはティッシュ 1 枚置けない状況なので、何だと…[食事の際に?] いえ…[病室に?] そうそう、そうです、自分の身の周りに、例えばティッシュ、その方は良くても他の方が入ってきて食べてしまう可能性があるんで、そういうこと考えるとちょっと不便なんですけど、身の周りに何も置いてないんですよ、本人の、ティッシュ 1 つ。ま、タオルとか置いてあることもありますけど…[食べそうなものは] そうですね、口に入りそうな危険なものとか、ま、そういうの置いてないので、まさかの大福で、で、ま、ちょっと前に振り返ったら、あの、離れて暮らしている娘さんが面会に来られてて、“あっ娘さんだな” って分かったんですけど。」(K グループ)

④ 《看護師間でケアの方向性が不一致》

このカテゴリーは、ケアの判断基準が各々の看護師で異なり、看護方針や技術に影響することである。以下のサブカテゴリーから構成され、参加者の語りが得られた。

<同一患者へ提供するケアが違う>

〔看護チーム内で嚥下機能が低下した患者の経口摂取に対する方針の違いを感じる〕等、2 個のコードで構成されていた。

「[看護チームの中で話し合って統一するのは難しい?] そうですね、1 つのことにこだわってることにしましてはね、なかなか、もう多分何度もそれでこう、その人が生死の境を彷徨う位の状態になったら、“ああやっぱり駄目だったのね” みたいなそういう風に思うかもしれないですけどね、“食事は駄目だったね” って。[確かに、ご本人のニードというか、食べたい気持ちを尊重するというのも大事なんですけども、生死の境を彷徨ってじゃあ] なんかもう、それくらいの感じ、何しろみんな、スタッフの中でもってというか、“とにかく口から食べれるんだから、食べたい気があって食べてるんだから、口から摂る栄養が一番なんだから”、

その状態が多少飲み込みが怪しくても、“とにかくその食べれるときは食べさせましょう”みたいな、なんかそういう感じになって。[その根底にきちんとした根拠というか、こういう根拠があって、安全に食べるって言う根拠に関しては、まあ統一が難しい現状でしょうか?]そうですね。イレウスもおんなじで、なんか、そこにいっちゃうと栄養が摂れなくなって、体力が無くなってみたい。あの一。誤嚥性の肺炎とかは、まその人の考えとかにもよるんだと思うんですけど、“まず、悪いときに無理しないで、治してから栄養をつけるとかそういう風に取り組みましょう”という考えと、あと、“どんなでも栄養を摂らないと、とにかく栄養を摂らないと体力が落ちちゃうから、多少なんか飲み込みとかが弱くても、食べれるんだったら食べさせて”みたいな感じで、なんかそういう考えの人もいたりして、ちょっとなんか…[それは看護スタッフで?]そうですね、看護スタッフですけど。」(Nグループ)

⑤ 《職場風土の手ごわさ》

このカテゴリーは、職場風土や喫煙習慣、長期入院の弊害によって、摂食嚥下障害に関するケアの質の担保が困難なことである。以下の2個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<医療者の精神疾患患者に対する身体ケアへの無関心>

〔精神科医と内科医の間で経口摂取・血液検査実施か否かに治療方針の違いを感じる〕等、3個のコードで構成されていた。

「(主治医は)先生の方は…先生も内科医の方も、そのキャラクター、分かれる、“だから我々はどうしたらいいんだい”っていう話で。“いやまだ食べらんねろ”って思っても、“食べられんだったら食べさせて、点滴よりもそっちが一番”“いやでもむせてますけど、ねえ、無理だろう”って。[でもそれは例えば検査データでCRPが上がってるとか、あとはレントゲン撮って肺炎兆候ないかとかは確認されてつつ、指示が出てる?]そここのところのなかなかオーダーが、多分まあ、細かく言うと精神科って療養病棟だから、検査をいっぱいするっていうところが、“ちょっと”って言う先生もいるんですよ。で、“どうかひとつ採血を”って言うと、“えっ”って言うふうな顔されるんで、じゃあ引っ込めて“精神科の先生の方でどうかひとつ採血を”と。なんかそこのやりにくさ。」(Nグループ)

<禁煙習慣に着手していない>

〔喫煙制限は逆効果のため取り組んでいない〕等、2個のコードで構成されていた。

「まだ喫煙の方がうちの病棟では、あの喫煙室がまだありまして、その急にその止めるとやっぱりそのトラブルだとか、陰で喫おうとする方もいらっしゃるかもしれないってことで、まだ禁煙にはなってなくて、なかなか対応が難しい。今後どうするのか難しいと思うんですが、でもやっぱりその肺気腫の方に関しては、あの何だろ、痰詰まる人は喫ってないですけどもちろん。」(Mグループ)

(2) 【目の誤嚥・窒息リスクを回避したいという強い思いに基づくケア】(表3)

このコアカテゴリーは、食事場面における誤嚥・窒息リスクを何としても回避したいという強固な信念のもとで見守りや介助等のケアを行っていることであり、6個のサブカテゴリーと3個のカテゴリーで構成されていた。

① <食事場面での徹底した見守り・介助>

このカテゴリーは、配膳から食事終了まで、とにかく食事中的見守りと介助を徹底することである。以下の3個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<とにかく食事中的見守り・介助を工夫する>

〔自立患者の方が窒息を起こしやすいため絶対目を離さない万全の態勢で見守る〕等、5個のコードで構成されていた。

「自力で食べれる方の方が、むしろ窒息起こしやすくて、その、目を離れた瞬間に詰まって下向いてたっていることがあるので。なので、そこもスタッフ、必ず1人もう、あの役割的に分担が付いてて、見守りって分担が付いてて、でもそこぐるぐる回ってるだけなんですけど、絶対目を離さない。なので、誰か、“この患者さんがごはん終わりました、下げてください”って言われても、絶対下膳しないで、そこに全員が食べ終わるまで、そこにそうですね、見守るというか、でも全員が食べ終われば下膳もう一気にするかたちなんですけど、そういう体制をとったり。」(Kグループ)

<高リスク患者は重点的に見守り・介助を行う>

〔盗食による誤嚥リスクを回避するために食事席を調整し情報共有する〕等、6個のコードで構成されていた。

「どうしても手が届いてしまう対象者がいるんですけど、そういった方は席をかなり距離を離したり。[他の方のところに手を?] はい、そうですね、そういった方は離してますね。盗食とか残飯を漁るとか、しかも残したのを見つかると急いで食べてしまうのでかえって誤嚥のリスクが。同じテーブルの人のやつを取っ

たりとか、目が合うと早く食べてしまうみたいな悪循環に陥って。[席を離すとか盗食だったりとか?] そういった情報共有してね、職員同士で、“この人はこういう癖があるから”とかね。」(Jグループ)

<患者目線で食事の見守りを行う>

〔食事中はテレビを消し会話も制限するが見張られている雰囲気にならないよう配慮する〕のコードで構成されていた。

「会話等もできるだけ制限していただいて、食事中に声掛けられたらその瞬間に誤嚥してしまう患者さんが最近もいたりしますね。牛乳飲んでる時にパック咥えたら一瞬で真っ青になって。なるべくそういった環境調節するように努めています、かつ、それがピリピリした変な空気にならないようにして、なんか見られながら食べているというの、なるべくこう無くしてあげたい気もするんですけど。長年、長期療養型の我々の病棟だと、それが普通になっているんですけど。」(Gグループ)

② 《食堂以外のリスクへの注意》

このカテゴリーは、面会時や隔離中の飲食時にもリスク意識をもち見守りや対応にあたることである。以下の2個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<保護室の食事場面にも目を配る>

〔保護室の患者も誤嚥リスクがある場合は配膳や摂取時に適宜観察を行う〕のコードで構成されていた。

「どうしても食事を掻き込んでしまっって、誤嚥のリスクがある人がいるので、そういう人のところに食事、配膳する時には、もう保護室の患者さんなんですけど、適宜観察するようにはしてますね。」(Kグループ)

<面会時の飲食にも目を配る>

〔面会時の差し入れを事前にチェックしてから家族と一緒に摂取してもらう〕のコードで構成されていた。

「入院時に、入院に来られた方にはもう、そういうリスクはすごくあるから、何か持って来られてたら、食べるなどと言わないので、あの、ちょっと確認してもらって、携帯させていただいて、“よければ一緒に、ご一緒に食べてください”って、“楽しんでいただくために”って、説明は必ずするんですけど。ただその、離れて暮らす、例えば親戚とか、たまに来る方にはそういう説明はしてないので、

一応病棟の入り口には貼ってあるんですけど、あまり見ない人の方が多いので、あの一、うん、そういうことが1回、“知らなかったですね、お父さん好きだったから”みたいな感じで持って来られて、“あー”っていう話。でも、そこから、もうちょっと貼り紙を大きくさせていただいて、“本当に申し訳ないんですが”っていう形で、もう来る方全員に“食べ物をお持ちじゃ無いですか”と、あの一、で、“お持ちならちょっと確認させていただいていいですか”っていうかたちで、見させていただいて。でちょっと、この方に、このイチゴとかリンゴとか持って来られる方がいるんですけど、ちょっと難しいなって思ったら、“ちょっと今回は”って言うので、遠慮していただいたりして、あの全員にそういうこの確認を、“申し訳ないんですが”っていうところで、させていただくってことを、今してます。その部分がネックっていうかねー。」(Kグループ)

③ 《セルフケアの抑制》

このカテゴリーは、切迫摂食患者への対応として、やむを得ず食事の全面的な介助を行うことである。以下のサブカテゴリーから構成され、参加者の語りが得られた。

< 敢えて食事介助でセルフケアを抑制する >

〔むせたまま食べ続ける切迫摂食患者には敢えて全介助にしリスク回避する〕のコードで構成されていた。

「患者さんはムセても止めるってことをしないと、これも精神科特有のムセたまま食べ始めるとか。あと職員も患者さんに自力で食べてもらった方が楽ってちょっと語弊があるんですけど、職員の手が介助量が減るんでいいんですけど、やっぱり誤嚥予防のひとつの作戦としてはそういう方をもう介助させてもらうっていうのも1つの工夫かなって実践したパターンも過去にたまにあるんですけど。そうするとどうしてもマンパワーの不足というか、例えば夜勤でやりきれなかったら日中に早めにあげたりとか遅めにあげたりとか、ちょっと患者さんに負担かけるんですけど、それでも誤嚥のリスクよりはいいだろうってことで、敢えて食べれるんだけど介助させてもらうっていうのもありました。」(Aグループ)

(3) 【食べることの QOL を志向したケア】(表 4)

このコアカテゴリーは、入院生活における楽しみのひとつとして、食べることに関する QOL を維持・向上したいという願いを込めた取り組みのことであり、7 個のサブカテゴリーと 4 個のカテゴリーで構成されていた。

① 《食形態・摂食方法の工夫》

このカテゴリーは、患者の自立度や嚥下機能に合わせて、食形態や摂食方法を調整することである。以下の2個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<食行動や嚥下状態に合わせて食形態・摂食方法を工夫する>

〔加齢による嚥下機能低下に合わせて食形態や水分粘度の調整を行う〕等、9個のコードで構成されてた。

「病棟は高齢になるにつれて嚥下の機能も落ちてくるので、食事で結構ムセる人が多いですね。普通のお茶でムセるとトロミの粉を使ったり、お粥にするんだけどお粥の粒でもムセるからミキサー粥にしてみたり、ペースト状の食事になったり、ソフト食になったり、いろいろ、その人に合わせて考えて。」(Dグループ)

<精神状態の変動をみながら食形態を調整する>

〔精神状態により切迫摂食となる場合は食形態を下げる場合も患者の納得を得る〕等、2個のコードで構成されてた。

「結構その日の精神状態によっても揺き込む食べ方をするとか、そういうのだと食事形態とか結構変更こまめにするんですけど。やっぱり看護師から見て危ないから変えようっていう動きになると患者さんは“いつの間にかご飯が変わっている”っていう、ま、そこはお互い了解を得て、こっちとしてみれば危険を回避するためにやるけど患者さんにしてみれば“俺は食べれるのに”っていうから、やっぱりお互い納得してやってくにはしっかり説明もあると思うんですけど。たいてい食事形態かえると“何のご飯なんだろう”っていうそういう食事もあったりするんで、満足得ながら安全に食べてもらうのがいいと思うんですけど。」(Aグループ)

② 《機能回復を促す積極的な介入》

このカテゴリーは、患者の精神状態や薬物療法の副作用を考慮し、嚥下機能の回復を促すことである。以下のサブカテゴリーから構成され、参加者の語りが得られた。

<薬の副作用を考慮し嚥下機能に働きかける>

〔抗精神病薬の影響でムセがある患者に嚥下訓練の個別対応を行う〕等、3個のコードで構成されていた。

「ムセがあまりにも激しい方がいて、1週間ぐらい前からトロミつけたり、お粥にしたりしてもムセるので、3食毎回毎食、口腔運動をしてからご飯を食べよ

うっていう。[どんな運動ですか?] “あー” ってお口開けたり、べろの運動したり、首の運動したりっていうのをして、なかなかあんまりやる気のない方なんですけど、まあやるだけやってみようって。[その運動はもう病棟に独自のマニュアルがあるんですか?] もともと昼だけやっていて、ずっと全員に対して、昼ごはん前になったら人が揃ったところで、“じゃあ口と顔の運動しましょう” って言って、やってるのが既にあっただんですけど。[もうルチーンというか、毎日のお昼だけ?] はい。その特定の方に関しては、それを3食やるってことで、ちょっと簡略化しつつ。[その効果は?] わからないです。もともとそういうの参加するのあんまりお好きじゃない方なので、そういうのにも参加してなかったんで、“じゃあ” ってことで、重点的にやろうと。」(Bグループ)

③ <心から寄り添うケアの実現>

このカテゴリーは、患者や家族の希望を叶えるために、食べることの支援に努めることである。以下の3個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<経口摂取の希望に応える>

〔胃瘻造設患者の家族の意向で誤嚥覚悟で家族とコミュニケーション取りながらゼリー等を提供する〕等、2個のコードで構成されていた。

「家族の意向があって、“どうしても食べさせたい” って、ゼリーだけは、お茶、トロミ茶っていうのがあるんですけど、そういうのだけは経口で食べてもらったりはしたんですけど、もう誤嚥覚悟でそっちを、“食べさせてあげたい、口からなんとしてもやっぱ、食べて欲しい” ってことで、家族とコミュニケーションとってやってます。」(Dグループ)

<食の満足感と安全を守る>

〔満足感を得ながら安全に食べてもらいたいので食形態変更時はしっかり説明する〕のコードで構成されていた。

「お互い了解を得て。こっちとしてみれば危険を回避するためにやるけど患者さんにしてみれば“俺は食べれるのに” って言うから、やっぱりお互い納得してやってくにはしっかり説明もあると思うんですけど。たいてい食事形態かえると、何のご飯なんだろうっていう、そういう食事もあったりするんで、満足得ながら安全に食べてもらうのがいいと思うんですけど。」(Aグループ)

<家族の協力を得て食をつなぐ>

〔一般病院と違って捕食のゼリー食が無いため家族に差し入れてもらっている〕のコードで構成されていた。

「ここ(の病院は)ゼリー食が無かったんで。一般の病院と違ってゼリー食が無いんですね。ミキサーまではあるけど、その先が無いんですよ。水分ゼリーとか無かったりすると。[どうされてますか、そういう時は?]でね、今ね、捕食でね、家族の方から買ってもらったり。[捕食を、ゼリーとか]ゼリーとか、本人が、食欲不振の方にも対応できるので、そういったもので。家族に負担がかかってしまうんですけど、そういったお願いしたりとか。」(Jグループ)

④ 《より良いケアへの希望》

このカテゴリーは、現行の看護ケアを改善し、ケアの質を向上したいと願うことである。以下のサブカテゴリーから構成され、参加者の語りが得られた。

<ケアをより充実させたい>

〔ベッド上で食事摂取する患者も可能な限り見守れる環境を作り〕等、2個のコードで構成されていた。

「なのでまあ、食事、ベッド上で食べられる方も可能な限り見守れる環境作ってくのはね、したいんですけど。」(Jグループ)

(4)【誤嚥性肺炎予防に有効とされる日常生活援助】(表5)

このコアカテゴリーは、精神科看護師が日々の看護業務の中で、誤嚥性肺炎の予防に有効とされる口腔ケアやポジショニング等の日常生活援助に努めていることであり、9個のサブカテゴリーと4個のカテゴリーで構成されていた。

① 《自立度に合わせた口腔ケアの励行》

このカテゴリーは、誤嚥性肺炎予防のための基本的なケアとして、口腔衛生に努めることである。以下の4個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<要介助・高齢者の口腔ケアを行う>

〔身体合併患者はほぼ寝たきりで意思疎通困難者も多いが口腔ケアに努めている〕等、7個のコードで構成されていた。

「うちの病棟、ちょっと身体的な合併症の患者さんいっぱいいて、もうほぼ寝たきりで疎通もままならない人の方が多いので、そういった患者さんはもう口腔

ケアをこっちで全員するしかなくって、自分で出来る人がほとんどいないので。そういった患者さんはもう本人がどう思っているかちょっと分からないんですけど、こちらからさせてもらってますね。」(Cグループ)

<経管栄養患者の口腔ケアに努める>

〔経管栄養患者の口腔ケアを頑張っている〕等、3個のコードで構成されていた。

「毎日、マウスケアは、あの、1日1回行なってます。食事、摂られてない方もでしたよね。食事してないの方が、むしろ…(経管栄養の方)すごいよね。すごいよね。」(Kグループ) ※複数参加者の対話

<声掛けを行い口腔ケアを促す>

〔ADL が自立していても口腔ケアがおっくうな患者には声掛けして一緒に行く〕等、2個のコードから構成されていた。

「精神科だと自立はしてるんだけど、なかなかおっくうで、そういう人はもう、こちらから声掛けて一緒に、歯磨き促したりしてますね。」(Kグループ)

<義歯管理を行う>

〔患者のセルフケア能力に合わせて義歯を預かり消毒を行う〕のコードで構成されていた。

「入れ歯は夜間は消毒っていうかたちで。人によっては毎食後預かる時もあるけど、その時だけつけてもらう。」(Jグループ)

② <<摂食時のポジショニング>>

このカテゴリーは、摂食時の介助を必要とする患者に対し、適切な姿勢の保持を促すことである。以下のサブカテゴリーから構成され、参加者の語りが得られた。

<摂食時のポジショニングを行う>

〔寝たきり患者の食事の際にはできるだけ背面開放となるよう車いす移乗させ食堂へ誘導する〕等、4個のコードで構成されていた。

「食事介助必要な方は、誤嚥しないような姿勢で食べてもらうように、顎をどうしても頸部後屈させるような方もいるので顎引いて食べてもらうだとか、行っています。」(Fグループ)

③ <<身体面の把握と統合>>

このカテゴリーは、患者の精神状態の他、加齢や薬物療法の影響を考慮しながら嚥

下機能や身体状態を把握し、全身状態として統合していることである。以下の2個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<嚥下状態を把握する>

〔向精神薬や加齢の影響を含めて入院時から嚥下評価・アセスメントしケアに繋げる〕のコードで構成されていた。

「入院時に皆さんに誤嚥アセスメントシート、向精神薬飲んでるかとか年齢的なものとか全部含めて、まあアセスメントシートしてますんで。そちらでハイリスクの方にはもちろん予防します。」(Iグループ)

<身体状態を把握する>

〔毎日、SpO2まで検温、身体面の観察も行い異常時は医師へ報告し継続観察する〕のコードで構成されていた。

「身体面だと、今、毎日バイタルサインの測定はしているので、感冒症状だったり、それこそ呼吸器大丈夫かなっていうのの身体面の観察は一緒に行っています。[そのバイタルチェックは、日勤、夜勤?] 日勤のみですね、日勤で必ずフルでバイタルサイン測定してます。そこで発熱、血圧がいつもより高い人は午後から再検、続くようであれば、準夜帯再検して深夜も朝方にもう1検して、また次の勤務者に送って、日勤でまた先生に指示を受けるようなかたちになってますね。[全員は午前中] 午前中、はい、測ってます。[要注意者というか、再検必要な方は午後も?] そうですね、そこでまだ先生いる時間帯、少し急ぎであれば先生に連絡取りますし、少し様子観察してもよさそうであれば、次の勤務者に回して、次の日の日勤で必ず先生に報告って流れになってます。」(Kグループ)

④ <環境全体への取り組み>

このカテゴリーは、呼吸機能の維持や回復に向けて行う禁煙や空気乾燥の緩和のことである。以下の2個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<全面的な禁煙に取り組む>

〔病院全体で全面的な禁煙に取り組んでいる〕のコードで構成されていた。

「今まで開放病棟も、うーんと、うちの長期療養の閉鎖病棟も、あの日中6時半～21時ぐらいまで開けてたんですけど、今年から禁煙の方向で移行しようということで、10月に完全禁煙を病院でやると決めましたので。[じゃあ、その喫煙室は閉鎖になるという?] 今、もう本数を決め始めていて、現在うちは1日3本

っている風に。[どの患者さまも?] そうですね。[じゃあ、いずれ全館禁煙になる予定で、10月以降はもう閉鎖?] はい。」(Eグループ)

<空気乾燥を緩和する>

[冬場はトータルで加湿器を使用し空気乾燥を予防する] のコードで構成されていた。

「あと、もう冬はもうトータル的に結構加湿器は使ってますよね。[全患者さまに加湿器を?] はい。」(Hグループ)

(5) 【精神科医療の強みを活かすチームケア】(表6)

このコアカテゴリーは、精神科単科の専門病院の中で育まれた精神科多職種チームの強みをケアに活用することである。9個のサブカテゴリーと2個のカテゴリーで構成されていた。

① <看護チームの連携>

このカテゴリーは、困難な状況だからこそ病棟内で生じた課題について複数の看護師で共有しケアにつなげ、患者の状態変化時に速やかに最大限の対応を行うことである。以下の3個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<事例検討を共有しケアに繋げる>

[薬剤調整後の窒息事例を機に入院患者全体の嚥下機能低下を共有し早めの食形態変を行う] 等、6個のコードで構成されていた。

「慢性期(病棟)の方も、さっき言ったように高齢化なので、想像以上に嚥下機能が落ちている方が結構いらっしゃるんですよ。なかなかその結構素通りして何でも食べてるような状態なんですけど。先日もあの、窒息しかかったような方がいらっしゃったので、その方その転倒もされて窒息もされたので、お薬の調整でそういう状態でもあったと思うんですけど、なかなかその予防的に積極的に感じじゃないんですが、あの嚥下機能も落ちてるとってところはみんなで情報共有して、早めにちょっと食事形態を変えてあげるような感じで、やっています。」(Dグループ)

<早めにアクションを起こす>

[モニターひとつ着けるのも医師の指示が必要だが急変時は早めに部屋移動し医師へ報告する] 等、2個のコードで構成されていた。

「やっぱり1人でやってた方が結構突然熱を出して何もできなくなるので、したらナースステーションに近い部屋に移して、モニターは、ここは本当にもう…。報告をして、例えば早く報告をして。一般病院で普通もう、なんかあれば口頭で点滴するとか急変時の指示みたいなのはあるんですけど、ここはとにかく先生の指示を仰ぐというのが第一のようなので、モニター1つつけるのもまず先生の指示で。その辺の駆け引きじゃないですけど、ま、取りあえずできることは部屋を移動させて早めに医師に報告、当直医なりなんでも報告をする。それがもし精神的でこういう状態なのか、それとも本当に具合が悪いのかが分からないレベルでも、“取りあえずアクションは起こそう”っていう感じで最近は多いですね。」(Aグループ)

<看護補助者と一緒に取り組む>

〔看護補助者には口腔ケアのセッティングや見守り、物品管理を中心に行ってもらう〕等、3個のコードで構成されていた。

「うちは療養型(病棟)なので、食後に歯磨きセット、準備して、ヘルパーさんとか、介助の人ね。あの一、そういう洗面メンバー、メンバーっていうのを選抜して、この人は見守り・介助が必要だって人を、集めて、あの歯ブラシさせたり、要はマウスケアですよ、歯ブラシの消毒だったり、そういうのはやってますね。[じゃあ積極的に、その方たちが専門で?] うん、ヘルパー中心でやってくれてるんですけど、うちら(看護師)はどちらかというと、重症の方の口腔ケアをやる。[要介助の] そうですね、どちらかというと、はい。」(Pグループ)

② <多職種との協働>

このカテゴリーは、ケアの充実に向け作業療法士や精神科医、看護補助者等の多職種に働きかけ、各々の専門職の知識や技術を活用することである。以下の5個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<他の職種の力を借りる>

〔病棟単位で勉強会を開催し、OTや薬剤師から専門的な知識・技術を学ぶ〕等、3個のコードで構成されていた。

「病棟内で、例えばOT(Occupational Therapist: OT, 作業療法士)さんにお問い合わせるとか、薬剤に関しては薬剤師さんにお問い合わせるとかで、専門の窓口からちょっと情報引き出して、教えていただいています。」(Fグループ)

<精神科医師に働きかける>

〔精神科医に言っても直ぐには検査指示が出ない為 SpO₂・呼吸音・エア入り・発熱等の情報を揃える〕等、2 個のコードで構成されていた。

「“ちょっとおかしい” っていう風になれば、なっても薬がいるかいらないか。よっぽどでなれば採血採って、先生にもよりますけどね，“直ぐに採血して” って先生もいらっしゃいますけども。採血してレントゲン。[サチュレーション測られたりとか、呼吸音聴かれたりとかは?] してますね。[エア入りだったり、検査で出来ない部分での観察等をされてる?] 取りあえずそこを積み重ねて、その事実を突き付けて、“検査してください” みたいな。[材料を集めて?] “おかしいから検査してください” って言っても、すぐにしてもらえるかっていうとそうでもないの、実績を積んで。熱も続いてるし、呼吸もなんで、そういうあたりのデータをそろえて実行してますみたいな。」(N グループ)

<作業療法士と協働する>

〔OT が昼食前の集団嚥下プログラム(体操、発声、唾液腺マッサージ)に取り組んでいる〕等、2 個のコードで構成されていた。

「それで OT に嚥下プログラムっていうか何ですか、嚥下体操ですか、食事の前にそのプログラムも入れてもらって、なんての、あのおっきな声出したり、それをこう入れてもらって、やってますね、その嚥下機能を低下させないように。うちもやってますね。そういうプログラムを増やしてきたと思うんですよね。[OT の方独自で始められてたんですか?] いや、こっちからお願いして、それまではナースがやって、個人を。全体ではなくて、その、その方にやって看護計画の中でのプログラムを自分が実践するという感じで、で 1 対 1 でやってたのが、1 対 10 ぐらいになって、で、“OT さんにじゃあ依頼しようよ” って、“みんな低下していくんだし” って話になって、OT さんにプログラムを組んでもらった。[集団になっていった] そうですね、食事前に。」(P グループ) ※複数参加者の対話

<言語聴覚士と協働する>

〔ST は食事時のポジショニング、昼食時の介助、食形態の選択、水分粘度の調整を行う〕等、6 個のコードで構成されていた。

「精神科の病院で ST(Speech Therapist:ST, 言語聴覚士)さんがいるのはまだ珍しい。食べる時の位置とかね、姿勢とか、うーん。定期的にお昼に介助に入ってくれたり、水分、ちょっとトロメリン[®](粘度調整剤)で、介助してくれたりしてますけどね。“どういう形態の物を食べていいか” みたいな。“これは無理” とかね。」(L グループ)

< 歯科衛生士と協働する >

〔歯科衛生士による入院時検診や口腔内が気になる患者の専門的口腔ケアを依頼する〕等、2 個のコードで構成されていた。

「入院時に、まず、ご家族に、1 回は無料検診があつて、で…。へえー、そうなんだ。そうなんです、必要があつた方には、お手紙が…。認知症病棟だけ？ どうなんですかねー。聞いたことがない。○(病棟)もありますよねー。多分、ローテーションが…。1 回無料検診があるんです。〔それは病院が出すんですか？〕 そうですね、どうなんだろう…で、必要な方には、“こういう状態だったので、専門的な口腔ケアが必要です”というお手紙を出して、ご家族が希望されれば、その方に専門的口腔ケアをやるっていうかたち。〔定期的に病棟へ来てくれる、で、口腔ケアしてくれる〕 そうですね、1 週間に 1 回か、月 4 回で。あー。〔その時にはコストはもう取られる感じで〕 はい。」(K グループ)※複数参加者の対話

< 理学療法士と協働する >

〔認知症患者の誤嚥性肺炎リスクを考慮し理学療法士に食事摂取時の姿勢をみてもらう〕のコードで構成されていた。

「認知症の病棟だと、やっぱり誤嚥性肺炎のリスクが高いので、食事の時の姿勢は、PT(Physical Therapist: PT)に、理学療法士にちゃんと見てもらって、姿勢、誤嚥しにくい姿勢で食べてもらうように取り組みをしたり。」(K グループ)

3. 考察(研究 1)

精神科看護師は、【精神科における誤嚥性肺炎予防ケアの困難】があるために、誤嚥性肺炎予防において、食事の見守りの徹底に象徴される【目の誤嚥・窒息リスクを回避したいという強い思いに基づくケア】を提供していた。一方では、入院生活を送る精神疾患患者にとって食は QOL の重要な要素であることから、【食べることの QOL を志向したケア】に取り組んでいた。また、日々の看護業務の一環として【誤嚥性肺炎予防に有効とされる日常生活援助】に努めていた。さらに、限られた環境の中で最大限のケアを提供するために、【精神科医療の強みを活かすチームケア】を取り入れていた。これまで、精神科病院に特化した誤嚥性肺炎予防のためのケア上の困難や看護師の願いに基づくケアは報告されておらず、本研究結果から、有効な資源の少なさや精神疾患をもつ人に特有の困難さがある中での、看護師が体験しているケアの実態が明らかとなった。

1) 精神科看護師が体験している誤嚥性肺炎予防に関するケア

大西、北岡、中原(2016)は、倫理的感受性の高い看護師ほど、それを果たせなくな

った時に感じる倫理的悩みが強くなり、この悩みには病院の体制などが影響する可能性がある」と述べている。本研究結果の【精神科における誤嚥性肺炎予防ケアの困難】《現状への歯がゆさ》の〔高齢化してきて精神状態悪化・薬剤増量・肺炎・禁食・寝たきりのモデルケース化のようになる〕に代表される〈院内の対応に限界を感じる〉、〔経管栄養患者が食べたいと言い支援したいが家族の疎遠や肺炎を繰り返し上手いかな〕に代表される〈経管栄養・胃瘻患者のケアに限界を感じる〉等において、精神科看護師は職務意識や倫理的感受性が高いが故に、思うようなケアを提供できない現状に対するジレンマを感じていると考える。

精神科病棟で看護師が最も意識する見守りの目的は安全確保で、転倒・誤嚥事故、自殺を未然に防ぐためと報告されている(坂元、佐藤、梅林、他、2015)。本研究結果の【現在の誤嚥・窒息リスクを回避したいという強い思いに基づくケア】においても、精神科看護師は《食事場面での徹底した見守り・介助》意識を持ち、《食堂以外のリスクへの注意》を心掛け、誤嚥・窒息リスクを回避していると考えられる。安全優先のために全てを代償せず患者の摂食行動を支援することが大切と言われているが(井篁、横井、岡田、他、2015)、精神科看護師は《セルフケアの抑制》もやむを得ないと考え、敢えて食事を全介助で提供し、罪悪感を抱きながらも妥協点を模索していることが考えられる。この理由として、精神疾患患者に特徴的な切迫摂食等の行動への介入困難があり、予測不可能な事態への恐れやマンパワー不足による看護業務遂行への焦りが影響していると考えられる。また、これらの背景には精神科病院の職場環境要因の他、精神疾患患者に特有の困難さがあると考えられる。

精神科看護師は、患者が自覚症状を訴えないこと、検査や治療に協力が得られないこと、療養行動に関心を示さないことに困難を抱いている(清野、2012)。本研究で示された《精神疾患をもつ患者特有の難しさ》の〈セルフケアへの介入が難しい〉〈身体面・セルフケアのアセスメントが難しい〉〈ケアに危険を伴う〉〈生き抜く力を信じるしかない〉体験は、身体合併症看護の困難さを形づくる一因と考えられる。そのような中で精神科看護師は、嚥下状態等の身体面へも目を向け、【誤嚥性肺炎予防に有効とされる日常生活援助】を提供していた。口腔ケアは誤嚥性肺炎予防策の基本的ケアであり(前田、2018c)、主に要介助者に対する日常生活援助の一環として励行していると考えられる。

精神疾患患者は身体症状の訴えが不明瞭なことが多く、精神科病院における身体合併症看護の課題としてアセスメント能力の強化が指摘されてきた(日本精神科看護技術協会、2007; 道上、2017)。本研究結果でも、精神科看護師は《身体面の把握と統合》のために身体面と精神面の両側面から行う観察・アセスメントの重要性を認識していることが推察された。

さらに【精神科医療の強みを活かすチームケア】では、《看護チームの連携》に努

めていた。身体管理を要する患者の増加に伴い、精神科看護師が抱く身体合併症看護への不安の要因として、医療法の精神科特例による低い人員配置基準が挙げられる(清野, 2012)。精神科看護師は、マンパワー不足を補うために事例検討や早めのアクションを心掛け、限られた環境でケアの質向上や看護師の不安軽減に努めていると考えられる。

2) 食べることの支援に向けた示唆

精神科身体合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎は、予防的なケアが患者の QOL や予後を大きく左右すると考える。精神科看護師は、食形態や水分粘度の調整、食具の工夫といった【食べることの QOL を志向したケア】を提供していた。食形態や水分粘度の調整、食具の工夫は、精神科病棟で行われる誤嚥・窒息予防に向けたケアと報告されているが(井篁, 横井, 岡田, 他, 2015), 本研究結果のように食べることの QOL を志向したケアという解釈もできるであろう。

精神疾患患者の生活習慣への動機づけの難しさが指摘され(高橋, 戸原, 寺尾, 2010), セルフケア行動を阻害する要因の 1 つに精神症状や薬物療法の有害反応がある(日本精神科看護技術協会, 2011)。本研究結果から、精神科看護師は、介護抵抗の強い患者に対する口腔清拭のようなくケアに危険を伴う場面やセルフケアへの介入が難しい身体面・セルフケアのアセスメントが難しいという経験から、《精神疾患をもつ患者特有の難しさ》を抱えていた。他方では患者が示す反応の背景にある精神状態や身体の病理を見極めながら、食行動や嚥下機能の変化に対応すべく食形態の調整や摂取方法を検討していた。このように精神疾患患者に特徴的な症状や行動、薬物療法の影響を的確に捉えたケアの提供は、単科の精神科病院であるからこそ培われる技であり、精神科看護師の豊富な経験知に基づいて行われていると考える。

精神科看護師は、《より良いケアへの希望》を持ち、経口摂取が困難な患者やその家族のニーズに応え、細やかなケアを検討しながら共に同じ目標に向けて取り組んでいた。入院中であっても介護・看護環境が整っていない場合は、胃瘻造設患者の経口摂取を断念せざるを得ない(水田, 2015)。一方で、誤嚥性肺炎発症後に嚥下機能評価や訓練により経口摂取へ移行できたという報告がある(松本, 松村, 水木, 他, 2017)。本研究結果から、精神科看護師は胃瘻・経管栄養患者に対し、リスクを覚悟した上で経口摂取に取り組んでいた。患者の QOL 向上への願いが精神科看護師の原動力となり、《心から寄り添うケアの実現》をもたらしていると考えられる。

摂食嚥下障害に対する支援はベッドサイドリハビリで完結するものではないことから、チーム医療が欠かせない(山口, 日山, 上杉, 他, 2017)。本研究結果も同様で、【精神科医療の強みを活かすチームケア】において、看護補助者との取り組みや院内の多職種がもつ専門性や強みを活かした《多職種との協働》により、ケアの質の向上

に努めていることが考えられる。一部のグループでは言語聴覚士による嚥下機能訓練や食事介助、ポジショニングへの介入について語られていたものの、主に精神科病院併設の老人保健施設等に所属する言語聴覚士へ依頼していた。他方、一部の病院では、入院時からの定期的な嚥下機能スクリーニングや作業療法士による集団嚥下訓練が行われていた。院内に嚥下造影や内視鏡設備が無く言語聴覚士が不在であっても、作業療法士と看護師が中心となり嚥下機能評価や嚥下機能訓練を進めることで、単独職種での介入以上の効果が期待できると考える。

統合失調症患者の誤嚥性肺炎の発症要因として ADL や栄養状態との関連が指摘され（齋藤，小池，小澤，他，2011），再発予防策として多職種による栄養管理の効果が報告されている（山口，日山，上杉，他，2017）。本研究結果において、嚥下機能が低下した患者に対する NST の介入，誤嚥性肺炎を繰り返す経管栄養患者への経口摂取移行への支援が行われていたが，ADL への積極的な介入は見当たらなかった。今後は摂食嚥下障害の有無にかかわらず患者の ADL や栄養状態に目を向け，栄養管理や摂食嚥下，誤嚥・窒息時の咳嗽・喀出力に必要な筋力が維持できるよう，患者の身体機能に働きかけていくことが必要と考える。

定型抗精神病薬の内服種類が嚥下機能に有意に関連すると報告されている（中村，藤島，片桐，他，2013）。本研究結果から，向精神薬を長期に服用する高齢者には過鎮静や嚥下機能低下を考慮しながら主治医へ薬剤調整の働きかけを行っていたものの，患者の異常兆候を捉えた際に早めに検査指示が出るような介入に苦慮していた。このような現状から，患者の食べることの維持・向上に向けた支援として，院内の多職種や NST と協働で包括的なアセスメントを行い，患者中心のケアの検討・実施，モニタリングに取り組むことの必要性が示唆された。

3) 本研究の限界と今後の課題

本研究で明らかとなった成果は，各々の精神科看護師の誤嚥性肺炎予防に関するケアの体験を反映するものであった。しかし，インタビュー時に誤嚥性肺炎予防のみならず，他の身体合併症ケアについても触れており，各施設 1 回のインタビューでは十分に語りつくせなかった可能性も否めない。今後は本研究の成果を活用するとともに，誤嚥性肺炎予防のための包括的なケアプログラム構築に向けて精錬を図る必要がある。併せて，本研究から精神科病院における食べることの充実にはチームケアが欠かせないことが示唆されたため，多職種への調査を実施し，チームアプローチについて検討することが課題である。

Ⅲ．研究 2

1. 対象・方法

1) データ収集期間

2017 年 9 月から 12 月の 4 か月間

2) 研究参加者

某県の精神科病院 20 か所のうち 15 か所から NST の有無について回答が得られ、8 か所に NST が設立されていた。参加者は、この 8 か所の精神科病院に勤務する NST メンバー 31 名である。

参加者の選定では、以下の条件に該当する者を募集した。

(1) NST メンバーとしての実務経験が 1 年以上ある

(2) 専門職としての経験年数が 5 年以上ある

(但し、研究仲介者が認めた場合はこの限りではない)

なお、准看護師、看護補助者、医療事務、調理師は除外した。これらの参加者は、各施設 NST の代表として豊富なケア経験を備えていた。

3) データ収集方法

参加者に対し、1 グループ 3～5 名/1 回/1 施設とする FGI を計 8 回実施した。FGI の際は研究者が進行役となり、NST の活動内容、NST メンバーが誤嚥性肺炎予防を踏まえて提供するケアについて問い、参加者間で自由なディスカッションを促した。インタビュー内容は、参加者の同意を得て録音した。

4) 分析方法

参加者の見方で現象を明らかにするために、質的帰納的に分析した。インタビュー内容を全て逐語録に書き起こし、参加者の体験を理解できるまで精読した。逐語録から質問について語られた部分を抽出し、前後の文脈も考慮しながら 1 つの意味内容ごとに短文化した。各文章を比較しながら共通する意味を持つもの同士を統合し、コード名を付与した。これらのコードを意味内容の類似性と相違性を明確にし、類似する内容を集めて共通する意味を表現したものをサブカテゴリーとし、これらからカテゴリー、コアカテゴリーを生成した。ネーミングの際には、ケアの現状と課題から NST メンバーが志向しているケアの在り方を表すような名称とした。

5) 研究の真実性の確保

本研究では、参加者の背景要因の比較検討や検証を可能にするために、複数グループへのデータ収集を行った(安梅, 2010)。インタビュー終了時は、参加者に 1 回のイ

ンタビューで十分に語ることができたかを確認した。分析過程で疑問を感じた際は、逐語録に戻り繰り返し検討した。分析過程において、精神科臨床経験および教育研究経験を有する精神看護学の質的研究者からスーパーバイズを受けた。分析結果については、言語聴覚士として精神疾患患者の摂食嚥下障害への介入経験を有し、現在も精神科病院 NST へ参画している研究者から助言を受けた。

6) 倫理的配慮

新潟大学研究倫理審査委員会の承認(第 2017-0123 号)を得た。その後、施設責任者から研究協力への同意が得られた精神科病院の看護部長宛てに研究案内を郵送し、依頼文の配布および取りまとめを依頼した。案内には、研究概要、研究参加の任意性、辞退しても不利益を被らないこと、個人情報保護、結果の公表等を含む倫理的配慮を明記し、参加者の条件に該当する NST メンバーへの配布を依頼した。参加候補者には、依頼文を読んで研究参加の意思がある場合のみ、申し出てもらうよう案内した。看護部長にもその旨を説明し、強制力が働かないよう十分に配慮した。調査の際は、参加者に研究概要、研究参加の任意性、不参加による不利益を被らないこと、途中でも辞退が可能であること、調査時のプライバシー保護、データ管理と個人情報保護、結果公表の可能性について文書と口頭で説明し、同意署名を得て実施した。

2. 結果(研究 2)

1) NST の概要(表 7)

8 か所の精神科病院 NST, A~H グループの概要を表 7 に示す。

構成職種はグループ(病院)ごとに異なっており、身体リハビリテーションを行う理学療法士は 1 か所に、精神科リハビリテーションを担う作業療法士は 2 か所に、言語聴覚士は 1 か所に含まれていた。

リンクナースの配置および定例会議での事例検討は、7 か所で行われていた。

NST 回診を行う施設は 2 か所のみで、月に 1 回、褥瘡回診との共催であった。

ミールラウンドは、3 か所の管理栄養士により行われていた。

2) 参加者の概要(表 8)

参加者 31 名の概要を表 8 に示す。

職種は、管理栄養士 8 名(25.8%)、看護師 8 名(25.8%)、薬剤師 4 名(12.9%)、臨床検査技師 4 名(12.9%)、精神科医師 2 名(6.5%)、作業療法士 2 名(6.5%)、内科医師 1 名(3.2%)、言語聴覚士 1 名(3.2%)、理学療法士 1 名(3.2%)であった。

職位は、スタッフ 18 名(58.1%)、管理職 13 名(41.9%)であった。

性別は、男性 7 名(22.6%)、女性 24 名(77.4%)であった。

年齢は、平均 48.4 ± 13.5 (範囲 29～81) 歳，20 代 1 名 (3.2%)，30 代 10 名 (32.3%)，40 代 2 名 (6.5%)，50 代 14 名 (45.2%)，60 代 2 名 (6.5%)，70 代以上 2 名 (6.5%) であった。

臨床経験年数は、平均 22.0 ± 13.7 (範囲 1～54) 年であった。

精神科における経験年数は、平均 17.9 ± 11.9 (範囲 1～49) 年であった。

当該施設における経験年数は、平均 15.8 ± 11.1 (範囲 1～37) 年であった。

当該 NST 経験年数は、平均 5.3 ± 3.7 (範囲 0.5～12) 年であった。

なお、インタビュー時間は、平均 33.8 ± 10.2 (範囲 25～58) 分であった。

3) NST メンバーが誤嚥性肺炎予防を踏まえて提供するケア

インタビュー内容の分析により、66 個のコードが抽出され、27 個サブカテゴリー、9 個のカテゴリー、4 個のコアカテゴリーが生成された。

NST メンバーは、【経口摂取に伴う誤嚥の防止】【栄養状態・体力の改善】【不顕性誤嚥による肺炎の回避】に努めながら、【食べることにつなげるチーム医療】に取り組んでいた。

以下、コアカテゴリー【】、カテゴリー《》，サブカテゴリー<>，コード[] で表す。各サブカテゴリー<>において、代表的なコード[] に関する参加者の語りを「**斜体**」で示し、語りの末尾にグループ名および職種を記載した。語りに含まれる研究者の言葉を[]，研究者による補足説明を()内に記載した。省略可能な部分は、文脈の意味を損ねない範囲内で(中略)とした。

(1) 【経口摂取に伴う誤嚥の防止】(表 9)

このコアカテゴリーは、食事や与薬等の経口摂取に伴う誤嚥防止策のことで、8 個のサブカテゴリーと 2 個のカテゴリーで構成されていた。

① 《精神科特有の摂食嚥下障害への対応》

このカテゴリーは、精神疾患を持つ患者に特有の切迫摂食や嚥下機能低下に対して、食事場面における対応や体操等の集団プログラムに努めることである。以下の 5 個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<食事場面の見守りを行う>

〔誤嚥性肺炎が少ないのは見守りの賜物〕等、3 個のコードで構成されていた。

「**医師として付け加えさせていただくと、誤嚥性肺炎が少ないのは、食事どきのスタッフの努力が、それをさせないように、しないようにという見守りが当院ではいい点だと思います。日ごろの 1 食 1 食の時の、それが一番、私としては。**」

(F グループ：精神科医師)

<切迫摂食の患者に対応する>

〔切迫摂食時の対応には関係性が大切〕等，2 個のコードで構成されていた。

「やっぱり統合失調症の方なんですけれども，スタッフとの信頼関係ってすごく大事で。その人を信頼しているから，“これをすればちょっと食べられるんだよ”となると，一生懸命嚥下の体操をしてくれたり，無理して食べようとはしないですね。すごく食べたい気はあるんですけれども。“ゆっくりね”とスタッフが声をかけてあげることによって，“ああ、そうなんだ”って感じで，ゆっくり食べることができるので，そこは上手くいっているのではないかと思います。」(A グループ：栄養士)

<嚥下機能が低下した患者に対応する>

〔看護師は関わる時間が長く患者のニーズを把握しやすい〕等，3 個のコードで構成されていた。

「(看護師は)患者さまと関わる時間の方が非常に長いので，経過が見られますので，ご本人さんがなかなか自分の意見を言えなくても，こちらである程度，付き合いが長いので，“この方がいいかな”とか，そういった話ができるのは強みかなと思います。」(E グループ：言語聴覚士)

<ポジショニングの実践>

〔リハビリ部門がポジショニングに出向く〕〔リハビリ部門が出向くと病棟スタッフの意識が向上する〕等，5 個のコードで構成されていた。

「病棟が 9 つ，当院はあるんですけど，その中で担当，理学療法士は当院は 2 人しかいなくて，9 つの病棟を理学療法士がたまたま，身体障害部門 OT も，作業療法士も 2 名いるんですけど，それは療養病棟に専従になっていて，あとの 8 つを 2 人で担当して，介入，リハビリの介入だったり，病棟から依頼があったポジショニングとか，姿勢とか，食事に関してもその依頼を受けて出向いています。」(G グループ：理学療法士)

「こちらから出向くことによって，病棟の方も“ちょっとこの人，食べる姿勢が…”とか，あとは“寝ている姿勢がちょっと，見てくれ”と声を掛けていただいで，介入というか，見させていただくことが，何年か前よりすごく当院では多い。皆さんの意識も向上しているのではないかと思います。そういう認識があるだけで，こちらも情報共有というか，やり取りというか，そういうところで話しやすいですし，それで伝達したり，その中で病棟さんから“ちょっと嚥下に関する

勉強会をやってくれ”という依頼をいただいたりして、それで、そういう勉強会から摂食嚥下に関するこちらの理学療法士ではあるんですけど、私たちができ得る、知り得る情報を伝達させていただいて、そういう視点を持っていただくとか。そういうことは年々すごく増えてきているなと感じています。」(G グループ：理学療法士)

<嚥下体操を行う>

〔カラオケや上肢運動は嚥下機能の向上につながると思う〕等、2 個のコードで構成されていた。

「OTとしてということだと、活動なんかの中でも、OT 活動の中でも、例えばカラオケとかもやったりするのも、広い意味では発声なんかは、嚥下にも結びついているんだろうなというのは考えているし、体操なんかもそうだと思うんですね。この方でも、上肢を中心にした運動が主なので、そういったことも結局、食べることというか。」(A グループ：作業療法士)

② 《食形態・水分摂取の調整》

このカテゴリーは、誤嚥防止のために適切な食形態の提供や、水分摂取を促すことである。以下の 3 個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<適切な食形態で提供する>

〔嚥下状態や身体状態に応じて食形態を変更する〕等、2 個のコードで構成されていた。

「やはり、向精神薬のお薬の副作用で嚥下状態が悪くなったり、あと、精神薬が効き過ぎて、臥床というようなかたちになる患者さまがいらっしゃいますので、そのときに食形態の方を変えたりというようなことで。」(B グループ：管理栄養士)

<嚥下機能評価を用いる>

〔嚥下機能評価をもとに食形態を調整する〕のコードで構成されていた。

「それこそ必ず入院時には嚥下評価という用紙がありまして。口腔内の状況から、食後の状況からという評価がありまして。何も無い方は 1 年に 1 ペンでいいんですけど、○×△というのがあるんですね。○全部というのはいいんですけど、△というのはいくらか問題があるとか、×とあったら問題がある。そうしたら入院はどのぐらいとか、3 カ月に 1 回とか、状況に応じてその評価があるんですね。用

紙が。それはもうほとんど受け持ちナース，本当の受け持ちナースが行うんですけど，食事の形態が変わる時点で評価をして，その食事形態をするというこの流れがあつて。NST はちょっと関係，多少はあつたりなかったりはするんですけど，そういう項目もありまして。書く用紙がありまして。それを多少基準に，変わったから食事を変更するというこで。それこそ，特にチェックする項目があるので，それはもう受け持ちナースの責任の下にやるということが，1 つ。こことはまた別に，項目として挙げられていますね。この病院では。」(B グループ：看護師)

<水分摂取に際し工夫する>

〔水分摂取時の誤嚥・窒息に注意する〕等，3 個のコードで構成されていた。

「与薬時はつるりんこ[®](粘度調整剤)を使用して，水分系はすべてトロミを付けた行行ったケースがありました。状態も徐々に落ち着いてきているのですが，今のところ，ムセ等はなく上手に飲めているので。窒息ですかね，どっちかという。誤嚥性肺炎ではないのかな。窒息防止になるんですかね。誤嚥性肺炎。ムセつながりですけども。」(H グループ：看護師)

(2) 【栄養状態・体力の改善】(表 9)

このコアカテゴリーは，体力・栄養状態の改善，経口摂取への移行のこで，7 個のサブカテゴリーと 4 個のカテゴリーで構成されていた。

① <栄養状態の改善>

このカテゴリーは，栄養管理計画書を用いる等により栄養状態の改善に努めるこである。以下の 3 個のサブカテゴリーから構成され，各々に関する参加者の語りが得られた。

<栄養管理を行う>

〔全患者の栄養状態をみるこで早期に対応できる〕〔栄養スクリーニングの導入で看護師らの意識が上がった〕等，3 個のコードで構成されていた。

「この NST 委員会のいいところというか，やっぱり，それはちゃんと全患者さんを対象にして(栄養状態を)見ているというところが，うちの病院としては強みなのかなとは思うので，その部分でやっぱり，早期発見もしやすくなりますし。」(C グループ：管理栄養士)

「今，(栄養スクリーニングを)5 年ぐらいやり始めたんですけども，ようやく看護師さんとかも，体重，落ちてきただけで結構，栄養科の方にも連絡をもら

ったりとか。看護師さんとか，周りのスタッフの意識もちよっと変わってきたのかなと思うので。そこはちよっと強みなのかなとは思っています。」(Cグループ：管理栄養士)

<栄養を強化する>

〔粥の量を減らし特殊オイルを添加する〕のコードで構成されていた。

「最近だと，認知症の患者さんがいらっしやいまして。その方の食事の様子を見に行ったときに，眠気があるのか前傾姿勢で食べられていて，食事もう声掛けと，前傾姿勢なので体勢を，介助の方が元に戻しながら，やっと食べさせている感じでした。お粥の量がすごく多かったんで，そんな危険な状態で食べているのに量が多いのもどうかと思いまして，お粥の量を減らして，その代わりにMCT(中鎖脂肪酸)オイルというオイルを添加したお粥に変えて，エネルギーを落とさず，量は減らしてというような取り組みをしました。」(Dグループ：管理栄養士)

<データを把握する>

〔システム管理で患者データを把握する〕のコードで構成されていた。

「検査部としてはデータから，客観的に人よりも先に数値から入っていきますので，そちらに関して，前のデータと比べてこの患者さんがどうなっているのかというのをなるべく把握して，じゃ，食事はどうなっているんだろうなみたいな，そういうのは私がしないといけないんだろうなと。とにかく，データの数値管理を一生懸命させていただいています。」(Fグループ：臨床検査技師)

② 《ミールラウンドの充実》

このカテゴリーは，NSTメンバーとして食事場면을アセスメントすることである。以下のサブカテゴリーから構成され，参加者の語りが得られた。

<ミールラウンドを行う>

〔食事場面の観察は栄養士の基本〕等，3個のコードで構成されていた。

「患者さんの食べているところを観察するというのが，栄養科においては基本になります。その患者さんにふさわしい食形態かどうか，常食を食べたいという患者さんもいるのですが，歯の欠損とか，嚥下状態で食べられない方も多くいます。その辺のところを，看護師と相談して，安全で，ある程度患者さんの望むところも考慮しながら，食形態もかなり今，細かく細分化して提供しているけれども，その辺はまたきちんと見直して，全身状態が基本になってきますので，こまめに観察，食事の観察をして安全第一で考えていきたいと思います。」(Hグループ)

ブ：管理栄養士)

③ 《経口摂取への移行》

このカテゴリーは、経管栄養患者の希望に応えるべく経口摂取の実現に向けて働きかけることである。以下の2個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<段階的に進める>

〔点滴・経管栄養で身体回復を進めてから経口摂取を始める〕〔全身・嚥下状態に合わせて段階的に進めることが大事〕等、3個のコードで構成されていた。

「一応は食べない時期があって、一旦それを経管にもって行って、あるいは点滴したりして、一時しのいで一般状態をよくしてから嚥下機能を回復する人がいるということですね。駄目な人もいますけどね。」(Cグループ：内科医師)

「やっぱりそういう段階があるんですよね。食べられなくて入ってくるわけですよ。無理してやると誤嚥性肺炎を起こすので。ポイント、点滴もやったり、経管やったりして、身体の回復を進めて、それから入っていくと。」〔経口摂取を始められて〕ええ、そうです。」(Cグループ：内科医師)

<患者の希望に応える>

〔患者との関係性の中で少しずつ進めることで上手くいく〕等、3個のコードで構成されていた。

「精神科的な要因というか、その辺が結構大きい部分だと思っていますので。その部分で、そういう患者さんと信頼関係をつくったりだとか、安心感を与える場面を提供したりだとか、そんな中で、様子を見ながら少しずつというところで、上手くいったのかなというところですね。」(Aグループ：作業療法士)

④ 《体力の改善》

このカテゴリーは、全身運動により体力を向上させることである。以下のサブカテゴリーから構成され、参加者の語りが得られた。

<口腔・全身運動を行う>

〔集団で口腔・ラジオ体操を行う〕等、2個のコードで構成されていた。

「自立された精神科の患者中心で、誤嚥性肺炎を予防するための運動となると、病棟で、集団で口の体操をしたり、ラジオ体操的な体操を行ったりということはしています。」(Fグループ：管理栄養士)

(3) 【不顕性誤嚥による肺炎の回避】(表 10)

このコアカテゴリーは、唾液等の不顕性誤嚥による肺炎を回避するために口腔内の細菌量・質を低減させることで、2 個のサブカテゴリーと 1 個のカテゴリーで構成されていた。

① 《口腔ケアの励行》

このカテゴリーは、口腔衛生に取り組むことである。以下の 2 個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<口腔ケアに努める>

〔自立患者の口腔ケアを促す〕等、3 個のコードで構成されていた。

「認知症のところ(病棟)ですけれども、自立されている方も、皆さんの、洗面所に誘導して、お呼びして、1 人ずつ。」(F グループ：看護師)

<組織的に口腔ケアを行う>

〔組織的に口腔ケアに取り組む〕〔口腔ケアの強化で抗生剤使用量が減った思う〕等、3 つのコードで構成されていた。

「4～5 年前に、感染管理から口腔ケアの手順を変えようという話が出て。」(F グループ：臨床検査技師)

「口腔ケアを変えてから抗生剤使用量も減っています。そうすると、病棟でも“誤嚥が減っているよね”という話に、今なっているのです。ほんとに、病院全体でうまく、その辺に関しては進んでいるのかなと思って。」(F グループ：臨床検査技師)

(4) 【食べることに繋げるチーム医療】(表 10)

このコアカテゴリーは、スタッフとの連携や情報共有、医療職としての職務遂行に努めることで、10 個のサブカテゴリーと 2 個のカテゴリーで構成されていた。

① 《病院スタッフへのコンサルテーション》

このカテゴリーは、NST メンバーを含む病院スタッフと連携・協力することである。以下の 7 個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<メンバー間で検討をする>

〔NST があるから必要な支援に気づける〕等、2 個のコードで構成されていた。

「こうやって NST 委員会を立ち上げていただいて、情報共有すると、“この患者さん注意して見ていかなければならないね”とか、そういったところにも気付けるのが強みかなと思います。」(C グループ：看護師)

<メンバーから発信する>

〔NST で得た意見を病棟へ還元できるのが強み〕等、3 個のコードで構成されていた。

「病棟内で話し合って、いろんな意見は出るけれども、やっぱり栄養士さんとか薬剤師さんとか、そういう(意見を)NST にもっていくと、結構違う職種からの意見とかも出たりするので、それを病棟にもって行って、やれるというのがあるので、結構強みにはなっているのかなというのがあります。」(A グループ：看護師)

<院内多職種が参画する>

〔メンバーでなくともよい関係性で協力している〕等、2 個のコードで構成されていた。

「やはり本当に NST というのは、全職種で入ってもらえば一番いいことなんですけど、それが人的な問題とかいろいろあると思うんですが、その時間に会議に出られるかという、そういうのができなかったりということで、今のメンバーで固まっていますが。当院はたぶん仲がいいという言い方は変かもしれないですけど、誰かがこう言うとか“じゃあ、こうしなきゃいけないね”とか、寄ってきてくれるみたいな感じがあって。一声掛けると“ああ、それぞれ”とか。だから OT の方も関わっていたりして、“ちょっと嚥下困難食、私、全量食べてみてもいいですか”というようなことを言われて、その食事提供をして。診療部長に確認したら“いいんじゃない。こういうの、みんなやった方がいいわよ”とか言われて。そういうふうなかたちで NST では関係なくても、入っていなくても、そういうふうな食事に関する事は前向きに考えていただいているような状況ですし。」(B グループ：管理栄養士)

<部署・職種間で協働する>

〔言語聴覚士不在でも歯科や他の職種のチームワークがよい〕等、5 個のコードで構成されていた。

「当院には ST がなくて、管理栄養士と、歯科と、リハビリスタッフと病棟ですね。誰にも、どこも人任せにしないというか。チームというか、みんな連携して、一緒にやるかたちがとれているところが、いいというか、強みというか。分

からないながらも、やれているところがすごくいいなと思います。連携も取りやすくなっていますし。」(Gグループ：理学療法士)

<部署スタッフ間で協働する>

〔病棟カンファレンスで事例検討を行う〕〔発言しやすい雰囲気づくりに努めている〕等、2個のコードで構成されていた。

「この方が危ないというのは、カンファレンスなんかで窒息の話がよく出るので、そういうことも病棟でよく話をしていますので。」(Hグループ：看護師)

「共有の知識と各部署での連携がとても大事なかなと思います。“ちょっとおかしいと思ったことはすぐに声に出しましょう”という雰囲気を作っています。」(Hグループ：看護師)

<スタッフ個々の気づきを育む>

〔病院スタッフの気づきを大切に努力する〕等、3個のコードで構成されていた。

「まず、気づくところから始まって、みんなで気づかなければいけない問題がひとつあるし。気づいたあかつきには、予防的なことを、そうならないようにというのも、それも職種の連携です。そういうことでやるということで。一旦なってしまうと、命は一度しかないものだから。今のところはそんなところで頑張っています。」(Hグループ：精神科医師)

<摂食嚥下障害支援専門職が参画する>

〔言語聴覚士をはじめとする専門職がいて活動しやすい〕等、2個のコードで構成されていた。

「強みとしては、非常に、管理栄養士もそろっていますし、STもそろっていますし、非常に活動がしやすいというか。患者さんのために専門職がそろっていて、いい環境かなと思います。」(Eグループ：看護師)

② <<精神科医療職としての職務遂行>>

このカテゴリーは、精神科医療職として職務を果たそうとすることである。以下の3個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<薬剤調整に取り組む>

〔全患者のクロルプロマジン換算値を算出・提示する〕〔主治医へ薬剤調整を打診する〕等、3個のコードで構成されていた。

「NST だけにかかわらず、専門職として考えているのは、薬の飲み過ぎで誤嚥

も、もちろん考えられます。他の副作用も強く出てきてしまうので、一応、今、全病棟でも定期薬というか、毎日飲むお薬のクロルプロマジン換算というのを処方箋に記載したりして、啓蒙というか、一応、させていただいているのですけれども。」(Hグループ：薬剤師)

「場合によっては、看護の方から“(投与量が)ちょっと多すぎる”という相談を受けることもあるので、相談して、時にはドクターにもフィードバックさせていただいて、処方を見直していただくこともあります。だんだん高齢化していつていきますので、若いときの薬をそのまま飲んでる例も見受けられるので、その辺もちょっとチェックしていけたらと思っております。今まではNSTとして、誤嚥性肺炎について何か関わっていくことは特に考えていなかったもので、今後検査で何か気づくことがあれば勉強していきたいと思います。」(Hグループ：薬剤師)

<薬物療法の影響を考慮する>

〔入院後数日は薬物療法の影響を考慮した観察が大切〕等、2個のコードで構成されていた。

「だから入院して、数日が一番注意しないと駄目な部分と、向精神薬が行くところでは、だんだん徐々に症状によっては強くなるので。そのところで注意観察を怠らないようにはしなきゃいけないし。」(Bグループ：看護師)

<基本的ケアに努める>

〔基本的な看護ケアを励行する〕のコードで構成されていた。

「看護として常に病棟の中では視覚聴覚ですね、ちょっと音がしたら気をつけるとか、食後の側臥位、ギャッジアップ、外への工夫とか、そういう当たり前のことはしています。」(Hグループ：看護師)

4) 誤嚥性肺炎予防における課題(表 11)

NST メンバーの語りの分析から、48 個のコードが抽出され、23 個サブカテゴリー、8 個のカテゴリー、2 個のコアカテゴリーが生成された。誤嚥性肺炎予防における課題は、【摂食嚥下障害への対応における困難】【精神科 NST 活動における困難】であった。

(1) 【摂食嚥下障害への対応における困難】

このコアカテゴリーは摂食嚥下障の対応に関するもので、12 個のサブカテゴリーと 4 個のカテゴリーで構成されていた。

① 《食事場面における対応》

このカテゴリーは、食事場面における患者の理解・協力、ポジショニングへの介入、マンパワーに関する課題のことである。以下の3個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

＜患者の理解・協力＞

〔要望が受け入れられず治療への協力が得られない〕等、2個のコードで構成されていた。

「やはり精神科の患者さんは精神症状として治療者側がお願いすることを受け入れてもらえなかったり、行動上の問題。認知症の方の場合は疎通不良でこちらの言うことがなかなか通じなくて(中略)食事の時、かき込んで非常に誤嚥を起こしやすい状態だったり、治療上の副作用で嚥下症状が強くなったとか、医師としてはその辺が治療の、薬剤の選択とか調整で何とかそういうものを最低限に抑えようと努力はしていますが、疎通の問題でこういうふうにしてもらいたいと思っても、なかなかそういうふうにしてもらえないというのは、精神科としては非常に大きな障壁といたしますか、問題になっている。」(Fグループ：精神科医師)

＜ポジショニングの実施＞

〔薬物療法の影響で座位保持困難やふらつきが生じる〕等、2個のコードで構成されていた。

「薬の影響もすごく強いなと日ごろから思う。例えばふらつき、斜めに体がかしがる(傾く)とか正しい姿勢が食事の時とれなかったりとか、必要以上に唾液が出たり。」(Gグループ：看護師)

＜朝夕食時のマンパワー＞

〔朝夕食時はマンパワー不足ではらはらする〕のコードで構成されていた。

「病棟によって(スタッフが)2人ということもありますけど、そうすると(1人の看護師が見なくてはいけない患者の)人数が多くなるので、そうすると、そのリスクも大きくなるので。やっぱり夜勤。朝と晩のところでは、どこの病棟もハラハラしながらしているんじゃないかと思いますね、食事の時に。」(Bグループ：看護師)

② 《適切な食形態での提供》

このカテゴリーは、患者のニーズや嚥下機能に合った食形態の提供に関する課題のことである。以下の4個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語り

が得られた。

<食形態の見直し>

〔漫然と嚥下調整食を摂取することになる〕等、2 個のコードで構成されていた。

「[その方はムセたりとか、嚥下障害が結構、ひどかったんでしょうか] そうですね。元から嚥下障害のある方で、ずっとトロミ食という、ペースト状やゼリー類の食事を食べていて。」(D グループ：管理栄養士)

<栄養・嚥下状態の考慮>

〔嚥下機能を考慮した食形態の調整が難しい〕等、2 個のコードで構成されていた。

「精神科なので、何十年と生活している方が多いですよ。そういう方は、最初は常食で食べられていたというので、ずっとその食事で 20 年、30 年、食べてきて、気が付いたときには 70 歳、80 歳ぐらいになっている方を見て、まだ常食を食べていたという方がいて。そういう方に対して、もうちょっと見直ししてあげたらいいのかという。誤嚥性肺炎になりやすいですし、ムせてくれればいいんですけど、不顕性の誤嚥となると、黙々と食べているだけで、かき込んでいるだけで、それで大丈夫だと思っていたら、急にポンと熱が出て、誤嚥性の肺炎だったというケースもありますし。そういうものも、ちゃんと今後、見ていかないといけないのかなと、最近思っています。」(A グループ：管理栄養士)

<食材・調理にかかるコスト>

〔コスト面から適切な食形態での提供が困難〕のコードで構成されていた。

「食材が今、大変高騰していますので、誤嚥予防のための新しい食事形態を新設したり、また、補助食品などを活用して、少量で高栄養なものを提供して患者さまの負担なく、栄養状態を改善、維持することが難しく感じています。」(F グループ：管理栄養士)

<患者のニーズ>

〔患者のニーズと安全な食形態が異なる〕等、2 個のコードで構成されていた。

「安全性とその患者さんの満足度で、満足度を優先すると少し安全性のところがとか、誤嚥・窒息を防止していくためにというところのずれ。」(G グループ：管理栄養士)

③ ≪嚥下機能への対応≫

このカテゴリーは、嚥下機能のアセスメントやリハビリテーションに関する課題のことである。以下の4個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<包括的なアセスメント>

〔肺炎リスクを考慮していても予測しづらい〕等、4個のコードで構成されていた。

「誤嚥性肺炎は高齢者の方が往々にして、向精神薬が入ると可能性が多いということに注意はしているけど、いつ来るか分からない、その人によって。取りあえず食事形態、食事状況、見ながら嚥下を見ていくつもりなんですけど。」(Bグループ：看護師)

<嚥下機能の評価>

〔患者が経口摂取を希望しても嚥下機能評価ができず進められない〕のコードで構成されていた。

「ここではしっかりした嚥下の評価できなくて、目で見て聴いてという、それぐらいしかできないので。実際、(嚥下機能が)どうなっているのというところまでは見られないので恐る恐るになってしまう。」(Aグループ：管理栄養士)

<嚥下機能の訓練>

〔褥瘡が改善しても嚥下機能低下が残るため肺炎を起こす〕のコードで構成されていた。

「もともと褥瘡が、腫だったかにあった方で、褥瘡はよくなったんですけど。[栄養状態は良くなって]でも、誤嚥性肺炎になってしまいました。[ということは、嚥下の部分は残っていた可能性が]はい、そうですね。」(Dグループ：管理栄養士)

<専門職の参画>

〔身体合併症対応は多職種が手探り状態>等、3個のコードで構成されていた。

「内科的に疾患を持ってる方とか、ドクターも精神科を主に扱っているのでみんなで手探り状態で、“どうするどうする”という感じになって、なかなか上手くない。」(Aグループ：管理栄養士)

④ 《経管栄養患者への対応》

このカテゴリーは、経管栄養患者の経口摂取への移行に関する課題のことである。以下のサブカテゴリーで構成され、参加者の語りが得られた。

<経口摂取の維持>

〔肺炎発症後に経管栄養に移行するケースが増えている〕等、2 個のコードで構成されていた。

「誤嚥性肺炎の原因の 1 つに認知症も加わってきていると思うので、嚥下自体が結構、認知能力の低下や身体機能能力の低下もあって、予後が不良のことが多々あるので、食事が再開になる人は結構難しくて、そこから経管栄養になる人が年々増え続けているなというのは意識として難しかった点に挙げられるかな。」
(C グループ：看護師)

(2) 【精神科 NST 活動における困難】

このコアカテゴリーは、精神科 NST 活動に関することで、11 個のサブカテゴリーと 4 個のカテゴリーで構成されていた。

① 《薬物療法における介入》

このカテゴリーは、精神科治療の中心となる薬物療法に関する課題のことである。以下の 3 個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<医師への発信>

〔患者との接点なく多剤処方中心の改善を提案しづらい〕等、2 個のコードで構成されていた。

「現場で携わる機会が(無いので)。(中略)病棟の専属の薬剤師もいませんので、中々携われてはいないけれども、調剤している中で結構多剤(併用)が他の精神科病院より(多く)単剤化ができていないのかなと。そういったところで鎮静とかリスク要因が上がっていく、かといって(単剤化)できている(病院)ところの話を聞いていても結局単剤にしても頓用(の使用量)が増えているだけだったりするケースもあるので、薬剤師目線から提案もしづらい。」(D グループ：薬剤師)

<薬剤調整後の患者の反応>

〔単剤化しても頓服が増え副作用への対処が困難〕等、2 個のコードで構成されていた。

「結局、不穏状態が見られれば本人の判断だったり、看護師判断で頓服が増えていくと思うので、なかなか、そういった精神疾患患者さんに対して副作用の要因を取り除くところが難しいので、ケアにつなげたくてもなかなかというところが、結構考えたりします。」(Dグループ：薬剤師)

<有害反応への対応>

〔薬物療法の影響で肺炎を起こしやすいのが一番の課題〕等、2 個のコードで構成されていた。

「難しいところですね。精神薬って非常に、誤嚥性ね、肺炎を起こしやすい。誤嚥障害を起こしやすい。そこが一番の。[課題の部分になりますでしょうか]そうですね。」(Cグループ：内科医師)

② 《作業療法における介入》

このカテゴリーは、精神科作業療法に関する課題のことである。以下のサブカテゴリーから構成され、参加者の語りが得られた。

<集団プログラムの限界>

〔口腔・嚥下体操を集団で行うのに限界がある〕等、2 個のコードで構成されていた。

「口腔・嚥下の体操とか、大集団の中での実施になっているので。実際、必要になっている方々は認知症が進んでいたりすると注目できない人がほとんどの部分があって。できる人は注目して一緒にしてくれるけれども、集団の中でやるには限界があるかなと感じつつ、そのままやっているのが現状で。」(Cグループ：作業療法士)

③ 《体力改善への介入》

このカテゴリーは、体力改善に関する課題のことである。以下のサブカテゴリーから構成され、参加者の語りが得られた。

<サルコペニア対策>

〔患者トラブルのリスクが高くフレイル・サルコペニア対策が難しい〕等、2 個のコードで構成されていた。

「フレイルとかサルコペニア対策を行いたいけれども、徘徊が多くなって転倒などの事故とか盗食などトラブル等、事故が起こる可能性が。」(Fグループ：管理栄養士)

④ <栄養の管理>

このカテゴリーは、NST 本来の機能である栄養支援に関することである。以下の 6 個のサブカテゴリーから構成され、各々に関する参加者の語りが得られた。

<職種・部署間の連携>

〔主治医の方針と嚥下機能に乖離がある〕〔精神科医と内科医の協働が難しい〕等、5 個のコードで構成されていた。

「ドクターは(中略)“栄養の高いものを摂って”と言うけれど、患者さん(の嚥下機能)を見れば“限界じゃないか”と思って。介助すれば食べるのかもしれないけれど(中略)肺炎を繰り返してしまうという恐ろしさもある。」(A グループ：管理栄養士)

「高齢化と合併症、その要因が多いわけです。精神科特有のものは精神薬です。精神薬によって嚥下が悪くなると。その障害をいかに精神科医と協働でやっていくかは難しいところがあります。精神科医は“精神を治したい”，我々は“体の機能を治したい”というジレンマがあるわけです。なかなか精神薬を切ってくれないとか、減量，そういう非常にジレンマがあります。どこを優先するのか，その辺が一番の問題ですね。精神科医は精神をバッチリやって，精神を鎮めたい。そうすると誤嚥が増えるというジレンマがあって，その辺の兼ね合いが精神科での難しいところだと思います。」(C グループ：内科医師)

<病院スタッフの意識・関心>

〔病棟スタッフ全体に栄養状態の重要性が浸透していない〕等，5 個のコードで構成されていた。

「栄養という感じには，(スタッフの)皆さんデータがなかなか(注意がいかない)，(中略)データも見せますけど，やっぱり常に栄養は下がっているよという方に関しては，注意は行きますけど。」(B グループ：看護師)

<高齢・認知機能低下の考慮>

〔高齢者の栄養管理が難しい〕等，2 個のコードで構成されていた。

「高齢の方が 1 人 1 人，年齢や体格だけでは図れない身体機能の変化が，個人差が非常に大きくて，平均値というところでは図れない部分が，全体として見なければいけないところ数値では表れないところの勉強が難しい。その人の本当の必要量はいくらなのだろうから，だいぶ違うので，難しいと思っている。活動課題。」(E グループ：管理栄養士)

＜包括的な栄養管理＞

〔低栄養や褥瘡発生も視野に入れていきたい〕等、2 個のコードで構成されていた。

「これまで、当院では摂食嚥下について医療安全の方が強かったけれども、摂食嚥下とか誤嚥性肺炎になってくれば、それこそ低栄養にもなってくると思いますし、褥瘡の発生にもつながってくると思うので、もう少し広い視点で摂食嚥下も含め、医療安全ともうまく連携を図りながら見つめていければいいなと思います。」(G グループ：管理栄養士)

＜ミールラウンドの実施＞

〔マンパワー不足でミールラウンドが困難〕のコードで構成されていた。

「栄養士が 220 床で 1 人なので、全部見たいといっても食事時間は限られているので、ずっとずっぱりその病棟というわけにはいかないのです。病棟担当制みたいなかたちにはいかないにせよ、複数であればゆっくり患者さんとも接せられるなというような人的要因とか。」(B グループ：管理栄養士)

＜NST としての意識・関心＞

〔NST として誤嚥性肺炎予防に関する認識が無い〕のコードで構成されていた。

「NST が誤嚥性肺炎の予防という認識が無くて。低栄養について話し合う場だと思っていたので、NST としての強みといわれても、NST として何か誤嚥性肺炎の予防について活動はしたかと言われると、全く記憶が無くて、(中略)委員会として何か強みがあるかと言われると、申し訳ないんですけれども、あまり認識が無かったので。」(H グループ：看護師)

3. 考察(研究 2)

NST メンバーは、精神疾患をもつ人に特徴的な摂食嚥下障害への対応や食形態等の調整により【経口摂取に伴う誤嚥の防止】に努め、NST 活動の主軸としての栄養管理や口腔・全身運動を含む【栄養状態・体力の改善】に取り組んでいた。他方で、【不顕性誤嚥による肺炎の回避】のために、口腔ケアを励行していた。これらの基盤として、各専門職の立場から【食べることにつなげるチーム医療】に取り組んでいた。誤嚥性肺炎予防において、嚥下機能のアセスメント能力や有効な資源の少なさに代表される精神科病院特有の【摂食嚥下障害への対応における困難】や、栄養管理、薬物療法、作業療法等の【精神科 NST 活動における困難】を抱えていた。

これまで、精神科病院の多職種が誤嚥性肺炎予防を踏まえて提供するケアの報告は

見当たらず、本研究結果から、NST メンバーが様々な困難を抱えながらも精神疾患患者の食べることを支える実態が明らかとなった。

1) 精神科病院 NST メンバーが誤嚥性肺炎予防を踏まえて提供するケア

某県内 NST に関する調査(小山, 青木, 横野, 他, 2017)によると, 研究協力が得られた 103 施設の中に 13 か所の精神科病院が含まれており, このうち 6 か所が NST を設立し栄養管理を積極的に進めていることが推察されるとしている。本研究結果においても, 15 か所の精神科病院のうち 8 か所が NST を有していたことから, NST 加算がとれなくとも各病院の自助努力で NST を立ち上げ, 栄養管理に努めていると考えられる。

【経口摂取に伴う誤嚥の防止】の《食形態・水分摂取の調整》において, NST メンバーは<嚥下機能評価を用いる>ことで, 嚥下機能に合わせた食形態を提供するよう努めていた。しかし, 【摂食嚥下障害への対応における困難】の《適切な食形態での提供》〔嚥下機能を考慮した食形態の調整が難しい〕から, 嚥下機能評価を行っていない病院では食形態の見極めが難しいことが推察される。その結果, <食形態の見直し>で〔漫然と嚥下調整食を摂取することになる〕状況に陥り, 患者の満足度よりもリスク回避が優先された食事が提供されていると考える。

精神科病院における集団嚥下体操の効果について, 作業療法士主導の報告や(岡本, 北岡, 2004), 看護師による体操の効果が示されている(尾形, 富岡, 2019)。本研究においても摂食嚥下障害支援専門職不在の中, 作業療法や病棟活動の一環として同様の取り組みが行われていると考えられる。しかし, 【精神科 NST 活動における困難】の《作業療法における介入》<集団プログラムの限界>から, 要支援者の多くがプログラムに参加していない現状が推察される。石山(2019)は, 身体合併症のリハビリテーションを積極的に行う精神科病院において, 多職種チームによる個別介入により摂食嚥下障害者の食形態を改善できたと報告している。摂食嚥下障害支援専門職が不在でも, 何らかの方法で嚥下機能を評価し, 嚥下体操に参加していない患者への個別的な対応を検討する必要があると考える。

精神疾患患者に特徴的な食行動である切迫摂食は, 丸飲みや一口量が多く, 誤嚥や窒息のリスクを有する(高橋, 戸原, 2015)。本研究の【摂食嚥下障害への対応における困難】の《食事場面における対応》において〔要望が受け入れられず治療への協力が得られにくい〕点は, 対応をより困難なものにしていると考えられる。先行研究では, 切迫摂食患者に対する関わりの効果が報告されている(小畑, 齋藤, 加藤, 2019)。本研究結果の【経口摂取に伴う誤嚥の防止】の《精神科特有の摂食嚥下障害への対応》での〔看護師は関わる時間が長く患者のニーズを把握しやすい〕から, 看護師の強みを活かし, 関係性の構築に努めながら丁寧に働きかけることが行動変容につながる

と考える。

【栄養状態・体力の改善】の《栄養状態の改善》や《体力の改善》において、NST メンバーは栄養状態や体力の改善を目指す取り組みを行い、運動やカラオケの効果を認識していた。しかし、【精神科 NST 活動における困難】の《栄養の管理》では、＜病院スタッフの意識・関心＞における課題として〔病棟スタッフ全体に栄養状態の重要性が浸透していない〕ことが挙げられた。誤嚥は必ずしも誤嚥性肺炎に至るとは限らず、誤嚥物の量・性状、嚥下機能・喀出能の他、栄養状態や免疫能が関与する（高橋，戸原，2015）。このことから、今後は精神疾患患者の栄養管理の重要性を NST 以外にも啓発し、誤嚥性肺炎予防も含めた包括的な支援を検討する必要がある。

2) 食べることを支えるチームアプローチへの示唆

【食べることに繋げるチーム医療】から、各々のケアの実践において、精神科医療チームの強みが発揮されていた。西田，井上，川村，他（2019）は、摂食嚥下障害支援を行う精神科病院 NST が困難事例に対して積極的に介入することで、栄養改善のみならず早期退院や退院後の社会生活の安定化につながると述べている。《病院スタッフへのコンサルテーション》の中で＜メンバーから発信する＞よう努めていたことから、精神科病院 NST が効果的に機能している状況が推察された。一方で、【精神科 NST 活動における困難】の《栄養の管理》では、＜職種・部署間の連携＞において、〔主治医の方針と嚥下機能に乖離があり肺炎を繰り返す〕〔精神科医と内科医の協働が難しい〕と感じており、多職種が同じ目標に向けて協働していくことの困難さが考えられる。

《精神科医療職としての職務遂行》では、＜薬剤調整に取り組む＞こととして、〔全患者のクロルプロマジン換算値を算出・提示する〕〔主治医へ薬剤調整を打診する〕ケアを提供していた。精神科病院における薬剤師のチーム医療参加率は 92.3%だが、17.6%が薬剤師配置基準を満たしておらず、薬剤管理指導の実施率は 51.2%で、やりがいを感じない理由に「薬剤数が多く、どの薬が効いているか分からない」という意見が含まれている（泊，満留，濱崎，他，2008）。本研究結果の【精神科 NST 活動における困難】の《薬物療法における介入》では、＜薬剤調整後の患者の反応＞において〔単剤化しても頓服が増え副作用への対処が困難〕〔非定型抗精神病薬からの変更に抵抗する患者が多い〕といった声が挙げられた。このことから、精神科病院においては薬剤師としての職務遂行に困難感や葛藤を抱えている者が少なくないことが考えられる。

《病院スタッフへのコンサルテーション》において、NST メンバー以外の＜スタッフ個々の気づきを育む＞に関して NST 活動の波及効果が推察される施設もあれば、【精神科 NST 活動における困難】の＜病院スタッフの意識・関心＞で〔職員の肺炎リスク意識が低く事例検討していない〕〔職員全体が NST を理解していない〕といった意見が

あり、NST が十分に機能していない可能性が考えられる。大守，青田，山村，他(2013)は，精神科入院患者の誤嚥性肺炎予防には日々患者と接する看護師との連携はもちろん，NST との連携が欠かせないと述べている。本研究の＜院内多職種が参画する＞の〔メンバーでなくともよい関係性で協力している〕や，＜職種・部署間で協働する＞の〔普段の連携が NST のようになっている〕から，診療報酬が算定される NST と同じ活動は厳しくとも，精神科の専門病院として育まれた医療チーム本来の力や各専門職の強みを活かしつつ，部署・職種の枠を超えた柔軟な多職種連携を行うことが重要と考える。

3) 本研究の限界と課題

本研究で明らかとなった成果は，精神科病院 NST メンバーが提供するケアの現状と課題を反映するものであった。しかし，対象者は限定された地域の精神科病院 NST メンバーであり，各 1 回のグループインタビューでは十分に語れなかった可能性も否めない。今後も食べることの QOL の維持・向上を目指し，精神科病院 NST メンバーの強みを発揮できるような支援について検討する必要がある。また，精神科病院で入院生活を送る患者の誤嚥性肺炎リスクに影響する要因を明らかにし，予防に向けた客観的な指標を探索することが課題である。

IV. 研究 3

1. 対象・方法

1) データ収集期間

2018 年 7 月から 12 月の 6 か月間

2) 研究参加者

某県内 1 か所の精神科病院入院患者約 400 名のうち、病棟内食堂で食事摂取可能な精神疾患患者 100 名を対象とした。

(1) 選定条件

以下に該当する者とした。

- ① 20 歳以上 85 歳未満
- ② 覚醒時の意識清明
- ③ 言語的コミュニケーションが可能
- ④ 意思決定が可能
- ⑤ 心身の状態が安定しており主治医の許可が得られる
- ⑥ 医療保護入院の場合は保護者への連絡が可能

(2) 除外項目

- ① 薬剤性・アルコール関連精神疾患
- ② 入院後 3 か月未満
- ③ 措置・入院・応急入院
- ④ 隔離・拘束中
- ⑤ 重篤な精神・身体症状がある
- ⑥ 著しい飲食に対する妄想・盗食癖・知的障害・認知機能低下がある
- ⑦ 調査前 1 週間以内に感染徴候を認める
- ⑧ 調査当日のバイタルサインに異常を認める

3) データ収集方法

参加者を誤嚥性肺炎リスク評価により高・中・低リスクに分け、その群のそれぞれの基本属性、日常生活の状況、食事摂取の状況、栄養状態、血液生化学所見等の関連項目を調べた。既存の情報は、診療録および病棟看護師の協力により情報を得た。

(1) 誤嚥性肺炎リスク評価(表 12)

inoue-Evaluation Aspiration Lung Disease : i-EALD(井上, 2012 ; 井上, 2013 ; 井

上, 2017 ; 鈴木, 2018)を用いて, 局所状態 3 項目, 全身状態 4 項目, 嚥下状態 3 項目の計 10 項目について, 「異常あり」1 点とし合計点を算出。その合計点数が 2 点以下を低リスク, 3 点以上 6 点以下を中等度リスク, 7 点以上を高リスクとした。

評価内容, リスク区分および各判定は i-EALD の基準に従い(鈴木, 2018; 井上, 2013; 井上, 2010; 井上, 山村, 川合, 他, 2010 ; 井上, 2017), 以下を「異常あり」(1 点)とした。

① 局所状態(3 項目)(井上, 2017 ; 鈴木, 2010)

口臭: 「口より 15cm で悪臭がする」

口腔乾燥: 「明らかに乾燥しているもしくは唾液が泡立ち粘稠である」

口腔内酸性度: pH 試験紙(ユニバーサル pH 試験紙, SANSYO)により「pH5.0 未満」

② 全身状態(4 項目)(井上, 2017 ; 眞鍋, 山村, 川合, 他, 2010)

ADL: 「食事時間を通し安定した座位を自分で保つことができない」

BMI: 「19 未満」, 「会話明瞭度: 内容がわかっていないと理解困難」

ピークフロー(Peak Expiratory Flow: PEF): 「200L/分未満」

PEF の測定は研究者が担当し, 電子ピークフローメーター(asma-1, 宝通商株式会社)を用いて 3 回測定したうちの最高値を採用した。判定の際は, 測定完了ブザー音と共に測定画面表示により正しく測定されたことを確認した。会話明瞭度は, 調査前の説明と同意手続きの際の会話および病棟看護師からの情報を得て最終判定を行った。ADL についても, 病棟看護師から情報を得て判定した。

③ 嚥下状態(3 項目)(井上, 2017 ; 山村, 山口, 鈴木, 他, 2010)

頸部聴診法(日本摂食嚥下リハビリテーション学会, 2016): 「水分の嚥下により呼吸音もしくは呼吸パターンが明らかに変化する」

改訂水飲み検査(Modified Water Swallowing Test: MWST)(日本摂食嚥下リハビリテーション学会, 2016): 「冷水 3ml を口に入れた後に嚥下をすすめてもできないかムセが確認される」

反復唾液嚥下検査(Repetitive Saliva Swallowing Test: RSST)(日本摂食嚥下リハビリテーション学会, 2016): 「30 秒間で 2 回以下」

局所・嚥下状態のデータ採取は, 摂食嚥下リハビリテーションの診療および教育・研究に携わる歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士が担当した。誤嚥の有無判別に関して, 誤嚥性肺炎リスク評価(i-EALD)では胸頸部聴診法だが, 本研究ではより簡便な頸部聴診法を用いた。

(2) 基本属性の評価

年齢, 性別, 診断名(主たる精神疾患名), 処遇, 入院期間・回数の情報を得た。

薬物療法は, 薬剤師の協力を得て情報収集し, 向精神薬種類数, 抗精神病薬種類数,

抗パーキンソン薬種類数を算出した。抗精神病薬内服総量は、ChlorPromazine (CP) 換算法(長嶺, 2016b)および精神保健福祉機構ホームページ(COMmunity Mental Health welfare Bonding Organization:COMHBO, https://www.comhbo.net/?page_id=4370)により算出した。

(3) 日常生活の状況

精神科看護度(吉川, 2012)は、Ⅰ:「自分ではできない」、Ⅱ:「自分でできることもあるができないことが多い」、Ⅲ:「自分のことは大体できるが主体的な行動には問題が残されている」、Ⅳ:「自主的な行動はかなりとれるが社会適応には問題が残されている」で評価した。

歩行状態は、歩行能力の分類(四戸, 佐藤, 馬場, 他, 2006)を参考に、G1:「不可(車椅子使用)」, G2:「つかまり可能(シルバーカー使用)」, G3:「可能(見守り)」, G4:「自立」の4段階で評価した。

(4) 食事摂取の状況

藤島の摂取状況のレベル(藤島, 谷口, 1993)に基づき、Lv.7:「3食の嚥下食を経口摂取している」、Lv.8:「特別食べにくい物を除いて経口摂取している」、Lv.9:「食物の制限は無く、3食を経口摂取している」、Lv.10:「摂食嚥下に関する問題無し」で評価した。

なお、嚥下食は本来、ゼラチン寄せ、ミキサー食等の食塊形成しやすく嚥下しやすいように調整した食品を指すが、本研究ではこれらにキザミ食も含めた。

(5) 栄養状態

入院記録による身長、体重よりBMIを算出した。身長は入院時または直近の値とし、体重は調査前の直近の定期測定時の値とした。

リハビリテーションにおける栄養スクリーニングツールである Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI)(百崎, 安保, 2017)は、 $GNRI = [14.89 \times \text{Alb 値 (g/dl)}] + [41.7 \times (\text{実測体重} / \text{標準体重})]$ の計算式で算出し、重度栄養リスクあり ($GNRI < 82$)、中等度栄養リスクあり ($82 \leq GNRI < 92$)、軽度栄養リスクあり ($92 \leq GNRI < 98$)、栄養リスクなし ($98 \leq GNRI$)、の4段階で評価した。

(6) 血液生化学所見

直近の採血結果から、総蛋白 (Total Protein: TP), 血清アルブミン (Albumin: Alb), 血色素量 (Hemoglobin: Hb), ヘマトクリット (Hematocrit: Ht), 白血球数 (White Blood Cell: WBC) について、情報を収集した。

4) データ分析方法

統計解析は、IBM SPSS statistics26 を用いた。

誤嚥性肺炎リスク評価により判定した低リスク群と中等度以上のリスク群との2群に分け、数量変数については Mann-Whitney *U* 検定、カテゴリー変数については χ^2 検定を行った。次に、誤嚥性肺炎リスクが中等度か否かを従属変数とし、前述の群間比較において $p < 0.2$ となった変数を独立変数として尤度比変数減少法による二項ロジスティック回帰分析を行った。

5) 研究の真実性の確保

誤嚥性肺炎リスク評価の局所・嚥下状態のデータ採取は、摂食嚥下リハビリテーションの診療および教育・研究に携わる歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士が担当し、技術の習熟度が高度かつ均一となるよう努めた。また、病棟看護師と共に、誤嚥性肺炎リスク評価(井上, 2012; 井上, 2013; 井上, 2017; 鈴木, 2018)開発者による研修を受けた。データの分析過程において、同職種による確認および助言を得た。分析結果について、統計解析を専門とする研究者からスーパーバイズを受け、真実性の確保に努めた。

6) 倫理的配慮

本研究は、新潟大学研究倫理審査委員会の承認(第 2018-0022 番)を受けて実施した。研究対象施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。参加者には、文書と口頭で研究趣旨を説明し、同意を得て調査を実施した。調査時は病棟看護師に誘導や見守りを依頼し、参加者の不安や緊張の軽減に努めた。参加者の任意性と撤回の自由、プライバシーの保護を保障した。データは、分析や結果公表の際に個人が特定できないように配慮し、厳重に管理した。誤嚥性肺炎リスク評価(井上, 2012; 井上, 2013; 井上, 2017; 鈴木, 2018)の使用に際し、開発者の許諾を得た。藤島の摂食状況レベル(藤島, 谷口, 1993)の使用に際し、管理者の許諾を得た。

2. 結果(研究 3)

本研究は、某精神科病院の病棟内食堂で食事摂取可能な入院患者 100 名を対象として行った。

1) 参加者の背景

性別は、男性 59 名 (59.0%), 女性 41 名 (41.0%) であった。

年齢は、平均 63.0 ± 12.0 (範囲 28~84) 歳, 20 代 1 名 (1.0%), 30 代 5 名 (5.0%), 40 代 9 名 (9.0%), 50 代 16 名 (16.0%), 60 代 37 名 (37.0%), 70 代 26 名 (26.0%), 80 代 6

名(6.0%)であった。

診断名は、統合失調症 78 名(78.0%)、次いで気分障害 14 名(14.0%)、症状性含む器質性精神障害(認知症含む)4 名(4.0%)、精神遅滞(知的障害)3 名(3.0%)、神経性障害、ストレス関連性障害および身体表現性障害 1 名(1.0%)であった。

処遇は、開放 32 名(32.0%)、閉鎖 68 名(68.0%)であった。

入院期間は、平均 9.6 ± 11.5 (範囲 0.3~47.3)年で、1 年未満 20 名(20.0%)、1 年以上 5 年未満 31 名(31.0%)、5 年以上 10 年未満 13 名(13.0%)、10 年以上 20 年未満 19 名(19.0%)、20 年以上 30 年未満 8 名(8.0%)、30 年以上 40 年未満 6 名(6.0%)、40 年以上 3 名(3.0%)であった。

入院回数は、平均 6.2 ± 4.5 (範囲 1~23)回で、1 回 9 名(9.0%)、2~5 回 46 名(46.0%)、6~9 回 28 名(28.0%)、10 回以上 17 名(17.0%)であった。

薬物療法の種類数は、向精神薬が平均 4.0 ± 1.9 (範囲 0~12)種類、抗精神病薬が平均 1.9 ± 1.3 (範囲 0~7)種類、抗パーキンソン薬が平均 0.4 ± 0.5 (範囲 0~2)種類であった。抗精神病薬内服総量(以下、CP 換算量)は、平均 683.0 ± 591.8 (範囲 0~2400)mg であった。CP 換算量の最大値は、大量処方と言われる 1,000mg(落合、大坪、猪飼、他、2014)の 2.4 倍であった。

日常生活の状況で、精神科看護度は、Ⅲが 55 名(55.0%)、Ⅳが 40 名(40.0%)、Ⅱが 5 名(5.0%)、Ⅰが 0 名(0%)であった。歩行状態 G4 が 86 名(86.0%)、G2 が 8 名(8.0%)、G1 が 5 名(5.0%)、G3 が 1 名(1.0%)で、8~9 割の者が日常生活においてほぼ自立していた。

食事摂取の状況は、3 食嚥下食を摂取する Lv.7 が 25 名(25.0%)、Lv.8 が 14 名(14.0%)、Lv.9 が 27 名(27.0%)、Lv.10 が 34 名(34.0%)であった。

栄養状態は、BMI が平均 22.3 ± 4.0 (範囲 13.9~33.6)であった。低体重(日本肥満学会肥満症診療ガイドライン作成委員会、2016)と言われる $MBI < 18.5$ が 22 名(22.0%)であった。GNRI は、平均 99.1 ± 7.4 (範囲 78.5~110.2)、 $98 \leq GNRI$ の栄養リスクなしが 60 名(60.0%)、 $92 \leq GNRI < 98$ の軽度の栄養リスクありが 24 名(24.0%)、 $82 \leq GNRI < 92$ の中等度の栄養リスクありが 12 名(12.0%)、 $GNRI < 82$ の重度の栄養リスクありが 4 名(4.0%)であった。

血液生化学所見の平均値は、TP が 6.9 ± 0.4 (範囲 5.6~7.9)g/dl、Alb が 4.0 ± 0.4 (範囲 3.1~4.8)g/dl、Ht が 39.1 ± 4.0 (範囲 27.1~49.0)%, Hb が 13.1 ± 1.5 (範囲 8.5~16.8)g/dl、WBC が 57.3 ± 14.4 (範囲 22.6~105.0) $10^2/mm^2$ であった。

2) 誤嚥性肺炎リスク評価(表 13)

高リスク者 0 名(0%)、中等度リスク者 24 名(24.0%)、低リスク者 76 名(76.0%)であった。

局所状態に何らか(1項目もしくは複数項目)の異常を認めた者は32名で、口臭8名、口腔内乾燥26名であった。

同様に、全身状態では57名に何らかの異常を認め、ADLに1名、PEFに47名、BMIに26名、会話明瞭度に31名であった。

嚥下状態では42名に何らかの異常を認め、頸部聴診法に3名、MWSTに9名、RSSTに38名であった。

全身状態4項目のうちのPEFは、平均 230.7 ± 125.5 (範囲0~637)L/分であった。嚥下状態3項目のうちのRSSTは、平均 3.2 ± 2.5 (範囲0~14)回であった。

3) 参加者の群間比較(表14)

基本属性では、年齢($p=0.043$)は中等度リスク群で有意に高値であった。性別($p=0.48$)に有意差を認めた。

診断名、処遇、入院期間・回数、薬物療法は、有意差は認めなかった。

日常生活の状況では、精神科看護度及び歩行状態に有意差は認めなかった。

食事摂取の状況($p=0.001$)に有意差を認めた。

栄養状態では、BMI($p<0.001$)、GNRI($p<0.001$)は、中等度リスク群で有意に低値であった。

血液生化学所見では、Ht($p<0.001$)、Hb($p=0.001$)は、中等度リスク群で有意に低値であった。

PEF($p<0.001$)、RSST($p<0.001$)は、中等度リスク群で有意に低値であった。

4) 二項ロジスティック回帰分析(表15)

誤嚥性肺炎リスクの影響要因として、以下の4項目が抽出された。

- ① 入院期間(OR:1.053, 95%CI:1.000-1.112, $p=0.052$)
- ② BMI(OR:0.731, 95%CI:0.595-0.899, $p=0.003$)
- ③ PEF(OR:0.982, 95%CI:0.971-0.993, $p=.002$)
- ④ RSST(OR:0.485, 95%CI:0.312-0.752, $p=.001$)

なお、尤度比変数減少法にかける前のすべての独立変数間の相関を確認したところ、HtとHbの相関係数が0.9を超えていた。誤嚥性肺炎リスク要因を検討した先行研究(小川, 吉崎, 2018)において貧血の指標としてHbを用いていたことから、本研究ではHtを除外しHbのみをモデルに投入した。

抽出された4つの因子同士の相関係数はすべて0.3未満で0.8よりも小さい値となり、多重共線性は生じていないことを確認した。

3. 考察(研究 3)

1) 精神科病院の病棟内食堂で食事摂取可能な入院患者における誤嚥性肺炎リスク

精神疾患患者の摂食行動や口腔衛生に関するセルフケアは、精神症状や向精神薬の有害反応に左右されることが多い(高橋, 戸原, 寺尾, 2010)。精神疾患治療で用いられる向精神薬の中でも抗精神病薬は、幻覚や妄想等の陽性症状の軽減に作用する一方で、様々な有害反応を生じる。その中でも EPS は、口腔運動機能低下や抗コリン作用による唾液分泌低下を起こす。また、抗精神病薬や抗うつ薬、抗不安・睡眠薬は高用量で過鎮静が出現しやすく、抗てんかん薬による鎮静作用は、集中力の低下や摂食動作へ影響し、摂食嚥下障害の一因となり得る(高橋, 戸原, 2015)。先行研究では、統合失調症患者の嚥下障害者における誤嚥性肺炎発症率と CP 換算量には関連が無く、この理由として抗精神病薬に対する嚥下機能の感受性に患者個々の相違があるためと報告されている(齋藤, 小池, 小澤, 他, 2013)。本研究の CP 換算量は平均 683.0mg, 低リスク群の中央値は 600.0mg, 中等度リスク群 594.5mg, 種類数においてもほぼ同量であることから、有意差を認めなかったと考える。

精神科入院患者を対象とした誤嚥性肺炎リスクに関する報告には、本調査結果の考察につながる文献が見当たらず比較することができない。誤嚥したからと言って必ずしも誤嚥性肺炎を起こす訳ではなく誤嚥リスクと誤嚥性肺炎リスクは異なるが(寺本, 2018), 精神科入院患者における誤嚥リスク者が 16%との報告や(井上, 2005), 食事の際に誤嚥兆候を呈する患者の割合が 17%であったとする報告がある(森田, 黒土, 宝来, 2014)。これら 2 つの調査はいずれも経口摂取可能な対象者で、統合失調症患者の割合が約 5~7 割, 対象数も 100 名と 132 名で本研究と類似している。精神科病院における誤嚥リスク者の割合は 16~17%と推測すると、本研究結果の中等度誤嚥性肺炎リスク者の割合 24.0%は、先行研究の誤嚥リスク者の割合 16~17%よりも高い。精神科病院の病棟内食堂で食事摂取可能な入院患者において、誤嚥リスク者の割合よりも誤嚥性肺炎のリスクを有する者の割合が高い可能性があると考えられる。

本研究の誤嚥性肺炎リスク評価で全身状態に異常を認めた者は 57 名 (57.0%) で、嚥下状態や局所状態の異常者より多かった。このことから、食堂で食事可能な患者において、口腔衛生や嚥下機能よりも、全身状態に何らかの問題を有する者が少なくないことが推察される。

本研究の対象者は病棟内食堂での食事摂取可能な精神疾患患者で、病状が安定しており、研究参加への意思決定を行った者である。結果から、介入の必要性が高い高リスク群は 0 名であった。介護型療養医療施設における誤嚥性肺炎発症の関連因子は重度の要介護状態、非経口栄養、意識障害と報告されている(郡山, 大塚, 飯山, 2019)。本研究ではこのような施設入所者に類似した者を除外しているため、ベッド上での食事摂取者や食事の要介助者、経管栄養患者の誤嚥性肺炎リスクが反映されていないと

考える。

2) 誤嚥性肺炎リスクの影響要因と予防に向けた支援への示唆

本研究結果から、精神科病院の病棟内食堂で食事摂取可能な入院患者に特有の誤嚥性肺炎リスクは、入院期間、BMI、PEF、RSST の低下と関連があることが示唆された。

誤嚥性肺炎・気管感染症の要因として、A1b との関連が指摘されている(桑澤, 米山, 佐藤, 他, 2011)。また、統合失調症の嚥下障害者における誤嚥性肺炎発症例では非発症症例と比較して A1b が有意に低下し、嚥下機能低下によって栄養状態の保持が困難となることが示唆されている(齋藤, 小池, 小澤, 他, 2013)。本研究では A1b に有意差を認めなかったが、計算式に A1b を用いる GNRI 値, Ht, Hb に有意差を認めた。精神科病院での血液検査は、診療報酬の関係上実施頻度が少ない。入院・外来患者に関する大規模調査(田中, 横森, 三澤, 他, 2018)では、統合失調症の場合、平均 10 か月間に 1 回と報告されている。身体の状態を反映する血液検査結果の中でも GNRI の計算式に含まれる A1b, Ht, Hb, 採血を必要としない BMI, PEF, RSST に着目することで、誤嚥性肺炎予防における有用な指標となり得る可能性が考えられる。

本研究では、精神科病院入院患者の誤嚥性肺炎リスクに影響する要因の 1 つとして入院期間が明らかとなった。我が国の精神病床における平均在院日数は 298 日で OECD 平均 28 日の約 10 倍と際めて長く(OECD, 2015)、精神科病院入院患者の 7 割弱が 1 年以上の長期入院患者で占められている(厚生労働省, 2020)。本研究の入院期間は調査日までの合計入院期間(発症後のすべての入院期間の合計)だが、平均 9.6 ± 11.5 (範囲 0.3~47.3) 年で 1 年以上の者が 8 割を占め、低リスク群の中央値 3.67 年、中等度リスク群の中央値 9.04 年と、OECD と厚生労働省の報告をはるかに上回っていた。NHCAP の多くが誤嚥性肺炎で、療養病棟に入院中もしくは介護施設に入所中であることが定義づけられている(日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2017 作成委員会, 2017)。精神科病院における長期療養は、NHCAP の定義と類似するような状況であることが少なくないと考える。また、以前から、精神科病院で長期入院生活を送る患者は、日常生活および社会生活活動が低下することが指摘されてきた(下島, 石原, 大谷, 他, 1999)。閉鎖的な環境で長期間入院生活を送ることは、全身の筋力低下のみならず嚥下機能や喀出力の低下を招き、誤嚥性肺炎リスクに影響を及ぼす可能性があると考えられる。

誤嚥性肺炎発症にかかわる要因として、歩行能力や ADL 低下が指摘されている(安部, 大室, 大池, 他, 2010)。これまでに、精神疾患患者の誤嚥性肺炎リスクと呼吸機能との関連について調査した先行研究は見当たらないため、比較することはできない。しかし、嚥下機能と咳嗽力の関連(福岡, 川阪, 野崎, 他 2011)、誤嚥性肺炎予防における咳嗽力評価法として PEF の測定意義(馬屋原, 関川, 河江, 他, 2019)が報告され、誤嚥性肺炎リスク管理における咳嗽能力評価の重要性が示唆されている。本研究結果

から、精神科病院入院患者において明らかな ADL 低下や嚥下障害を認めない場合でも、誤嚥性肺炎リスクを評価する上で PEF に着目することが重要と考える。精神科病院における作業療法の一環として運動プログラムが行われているが、近年は入院患者の高齢化により転倒リスクを回避する傾向にある。今後は、病棟看護師が作業療法士と連携し、病棟内でも行える呼吸機能を高める体操等を検討する必要があると考える。さらに、精神科病院の作業療法は集団プログラムが中心だが、個別的な介入の取り組みが望まれる。

RSST は、摂食嚥下障害のスクリーニングテストとして広く用いられている。入院統合失調症患者で平均 RSST 3.4 ± 1.9 (範囲 0~10) 回 (高瀬, 2018), 入院中もしくはデイケア通所中の慢性期精神疾患患者では 4.8 ± 2.8 (範囲 0~18) 回で 2 回以下の者は 15.7%との報告 (石橋, 藤井, 福島, 他, 2011) がある。本研究結果の RSST は 3.2 ± 2.5 (範囲 0~14) 回で先行研究とほぼ同様であったが、2 回以下で異常と判定された者の割合は本研究 38 名 (38.0%) と高かった。この理由として、本研究の対象者は全て入院患者だが、先行研究では地域生活を送る者が 33.3% を占め、ADL や身体活動量の違いが影響していると考えられる。

これまで、誤嚥性肺炎リスクを評価するスケールとして、脳血管障害患者に対する 2 段階簡易嚥下誘発試験の有用性が報告されている (寺本, 松瀬, 大賀, 他, 1999)。この方法は医師らが開発し、検査室での嚥下造影検査が困難な場合に実施可能であるものの、安静臥床の状態で経鼻栄養カテーテルを挿入した後、蒸留水を数分位おきに数回注入し嚥下誘発を判定するといった大掛かりなものである。また、五十嵐, 安野, 新田, 他 (2015) は、脳血管回復期病棟において誤嚥性肺炎予防を目的とした診断スケールを独自に作成し、評価内容として ADL 自立度, 呼吸数, 嚥下, 肺炎既往, BMI, 頸部可動域, SpO₂, ハイリスク, 脳性ナトリウム利尿ペプチド (Brain Natriuretic Peptide:BNP), 口腔 pH の 10 項目を報告している。これらは、対象を寝たきりの患者や脳血管患者に限定した指標であり、広く普及しているものではない。本研究で用いた誤嚥性肺炎評価 (井上, 2019) は嚥下状態のみならず、口腔内の乾燥や唾液 pH 等の局所状態, 栄養や呼吸, ADL, 会話明瞭度を含む全身状態までを評価し、総合的に判定する点で汎用性が高い。本研究の口腔・嚥下状態のデータ採取は、対象者の不安軽減や安全性を重視し、研究の真実性を確保するために、摂食嚥下リハビリテーションに従事する専門職が担当した。しかし、今後、精神科病院へ誤嚥性肺炎リスク評価を導入していく場合、準備や所要時間、患者への身体的・心理的侵襲、誤嚥リスク、実施者の技術習得等を考慮すると、10 項目すべてを評価することは極めて困難である。従って、本研究で明らかとなった BMI, PEF, RSST は精神科看護師および多職種が臨床現場で実施可能なものであり、入院期間と併せて誤嚥性肺炎リスク評価項目として活用できる可能性が期待できると考える。

3) 本研究の限界と課題

本研究は1施設のための調査であり、研究参加への意思決定を尊重し、実施可能性、誤嚥・窒息リスクや侵襲、精神状態への影響を最小限とするため、参加者を病棟内食堂で食事摂取が可能な患者に限定した。そのため、精神科病院入院患者の誤嚥性肺炎リスクを網羅したとは言えず、成果を一般化することはできない。食堂および病室での要介助者、経管栄養中の患者、精神状態や意識レベルが安定しない患者において、口腔内の汚染、ADL や栄養状態の維持困難、向精神薬の影響が少なくないため、誤嚥性肺炎リスク者の割合が高くなる可能性が考えられる。今後は、対象施設や対象者の選定条件を拡大し、調査を重ねる必要がある。本研究は対象者を限定したことの他にも、誤嚥性肺炎リスク評価の結果に影響した項目の分析を行っているため、今回明らかとなった4項目が実際の精神科病院入院患者の誤嚥性肺炎発症リスクであると断言できる訳ではない。今後は、誤嚥性肺炎を発症した患者と発症していない患者、精神疾患患者と精神疾患を持たない患者のデータから統計解析を行い、精神疾患患者に特徴的な誤嚥性肺炎発症率について検証が必要と考える。

治療のために持ち物や行動の制限が多い精神科病院入院患者にとって、食べることは日常生活における楽しみの1つである。今後は、栄養状態の維持や改善はもちろん、満足感や充足感が得られるような支援が重要である。精神科病院では言語聴覚士や歯科医師、摂食嚥下障害看護認定看護師等の摂食嚥下障害支援に携わる専門職の不在、身体疾患治療のための設備・備品の未充足から、摂食嚥下障害を持つ患者への支援が十分と言えない。したがって、現状の中で、病院内の医師、作業療法士、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、看護師等の専門職が各々の強みを発揮しながら協力・連携し、食べることのQOL向上を目指す働きかけを検討することが課題である。

V. 結論

本論文の研究は、精神科病院入院患者の食べることのQOLを高めるために、看護師および多職種による誤嚥性肺炎予防ケアの現状と課題を明らかにし、併せて、入院患者の誤嚥性肺炎リスクの影響要因を検討することを目的として行ったものである。

一連の研究の結果、以下のような知見が得られた。

1. 精神科看護師は、有効な資源の少なさや精神疾患をもつ人に特有の【精神科における誤嚥性肺炎予防ケアの困難】があるために、誤嚥性肺炎予防において、食事の見守りの徹底に象徴される【目前の誤嚥・窒息リスクを回避したいという強い思いに基づくケア】を提供していた。一方では、入院生活を送る精神疾患患者にとって食はQOLの重要な要素であることから、【食べることのQOLを志向したケア】に取り組んでいた。また、日々の看護業務の一環として、【誤嚥性肺炎予防に有効とされ

る日常生活援助】に努めていた。さらに、限られた環境の中で最大限のケアを提供するために、【精神科医療の強みを活かすチームケア】を取り入れていた。

2. 精神科病院 NST メンバーは【経口摂取に伴う誤嚥の防止】のために精神疾患をもつ人に特徴的な摂食嚥下障害への対応や食形態等の調整を行い、NST 活動の主軸となる栄養管理、ミールラウンド、経口摂取への移行に代表される【栄養状態・体力の改善】、口腔ケアを励行することで【不顕性誤嚥による肺炎の回避】に努めていた。
【食べることにつなげるチーム医療】では、病院スタッフへのコンサルテーションを担い、精神科医療職としての職務の遂行に取り組んでいた。
3. 精神科病院 NST メンバーは、食事場面や食形態の調整、嚥下機能のアセスメントや訓練をはじめとする【摂食嚥下障害への対応における困難】や、栄養管理、薬物療法、作業療法等の【精神科 NST 活動における困難】を抱えていた。
4. 精神科病院の病棟内食堂で食事摂取が可能な入院患者における誤嚥性肺炎リスクの影響要因は、入院期間、BMI、PEF、RSST であった。
5. 精神科病院における誤嚥性肺炎リスク評価の指標として、入院期間、BMI、PEF、RSST に着目するとともに、特に長期入院患者に対する栄養管理、喀出力や呼吸機能を高めるための身体活動、嚥下機能の維持・改善を目指す取り組みが必要であると考えられた。
6. 誤嚥性肺炎予防において、精神科看護師の経験知を活用し、院内多職種と協働で包括的なアセスメントやケアに取り組むことが重要であると示唆された。
7. 誤嚥性肺炎予防におけるチームアプローチとして、NST 本来の力や各専門職の強みを活かしつつ、部署・職種の枠を超えた柔軟な多職種連携を行うことが重要であると示唆された。

謝辞

調査にご協力くださいました参加者の皆様および病院関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

新潟大学大学院保健学研究科教授の小山諭先生には、主指導教員として研究の遂行から論文完成までのプロセスにおいて多大なご指導をいただきましたことに心より感謝申し上げます。

同研究科教授の関奈緒先生，ならびに准教授の清水詩子先生には，副指導教員として示唆に富む貴重なご指導をいただきましたことに深く感謝申し上げます。

金沢大学保健学系教授の田中浩二先生には，精神看護学の視点から質的データ分析に関する丁寧なご指導をいただきましたことに深く感謝申し上げます。

本学医歯学系摂食嚥下リハビリテーション学分野教授の井上誠先生，同研究室の先生方には，誤嚥性肺炎リスク評価の局所・嚥下状態のデータ採取に際し多大なご協力とご指導を賜りましたことに厚く御礼申し上げます。

医療法人恵松会河渡病院看護部長の関井愛紀子様には，大学院入学時から副指導教員として温かく時には厳しくご指導いただきましたことに厚く御礼申し上げます。同看護部主任の廣川ひとみ様には，データ収集および調査時の調整において多大なご協力をいただきましたことに深く感謝申し上げます。

本論文の研究は，平成 28～30 年度新潟大学大学院保健学研究科研究奨励金および JSPS 科研費（課題番号 17K19800）の助成を受けて実施した。

文献

- 阿部貴恵・柏崎晴彦・山口友隆・他(2010)．統合失調症を有する高齢患者における口腔ケアの介入効果．*老年歯学*，24(4)，327-343．
- 安部友美子，大室美穂子，大池貴行，他(2010)．誤嚥性肺炎発症にかかわる要因の検討．*日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌*，21(2)，148-152．
- 安梅勅江(2019)．*科学的根拠に基づく質的研究法の展開グループインタビュー法Ⅲ*．医歯薬出版株式会社，東京．
- Aldridge KJ,& Taylor NF (2012)．Dysphagia is a common and serious problem for adults with mental illness. a systematic review. *Dysphagia*,27, 124-137.
- 浅田正佳(2002)．精神科入院患者における歯科疾患の実態－口腔ケアの遅れとその背景．*民医連医療*，362，61-63．
- Chen L, Li H,& Lin R,et al(2015).Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer' s disease and Dysphagia.*Journal of Clinical Nursing*,25,699-707.
- Dziewas R, Warnecke T,& Schnabel M,et al(2007) Neuroleptic-induced dysphagia: case report and literature review. *Dysphagia*,22,63-67.
- 藤島一郎，谷口洋(1993)．*脳卒中の摂食・嚥下障害*．72，医歯薬出版，東京．
- 藤田美智子，小門愛子，山口麗奈(2015)．嚥下障害のある患者の看護 唾液マッサージ・舌体操による嚥下機能改善への試み．*日本精神科看護学術集会誌*，58(1)，110-111．
- 福岡達之，川阪尚子，野崎園子，他(2011)．嚥下障害患者に対する随意咳嗽の空気学的測定と誤嚥の関連．*言語聴覚研究*，8(3)：131-138．
- 福尾ゆかり(2018)．精神科における栄養障害の原因と対策体重増加・肥満，体重減少・痩せと，向精神薬および精神症状との関連．*臨床栄養*，133(7)，998-1003．
- 濱田浩美，平野薫，内海明美，他(2010)．精神科病棟看護スタッフにおける摂食・嚥下障害患者への対応に関するアンケート調査．*日本摂食・嚥下リハビリテーション学会誌*，14(3)，583-583．
- Hamuro A,Honda M,& Tanaka R(2018)．Oral care and prevention of pneumonia after withdrawal of nasogastric tube feeding in three elderly patients with psychiatric disorders. *Clinical Case Reports*,6(1),68-70.
- 羽山由美子(2000)．精神科長期入院患者の問題と看護ケア－新たな価値観とケア倫理モデルの必要性－．*日本精神保健看護学会誌*，9(1)，86-90．
- 林原真務，泉宏和，一宮賢司，他(2015)．全面介助が必要な患者の誤嚥性肺炎予防の取り組み 統一した口腔ケアを導入して．*日本精神科看護学術集会誌*，58(1)，

176-177.

- 秀野武彦(2009). 入院患者の「やせ」についての現状と警告ー統合失調症に今起きていること. *精神科*, 15(3), 209-217.
- Holloway I, & Wheeler S (1996)/野口美和子監訳(2008). *ナースのための質的研究入門*. 108-119, 医学書院, 東京.
- 五十嵐幸広, 安野仁, 新田俊介, 他(2015). 脳血管回復期病棟における誤嚥性肺炎予防を目的としたリスク診断スケールの作成. *日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌*, 25(2), 286-290.
- 井篁理江, 横井紀久子, 岡田早, 他(2015). 精神科病棟における誤嚥・窒息予防に向けたケア. *日本看護学会論文集: 精神看護*, 45, 7-9.
- 稲垣中(2000). 日内体重変動に基づく入院精神分裂病患者の多飲症に関する研究. *慶応医学*, 77, 289-298.
- 稲村雪子, 寒河江豊昭・串田修, 他(2013). 我が国の精神科病院における統合失調症入院患者の肥満と低体重に関する調査. *精神神経医学*, 115(1), 10-21.
- 井上裕之(1999). 精神科病院における歯科医療状況に関する調査・研究. *日本障害者歯科学会誌*, 20, 165-173.
- 井上恭代(2018). 精神病院での多職種による栄養, 摂食嚥下機能障害に対する取り組み. *日本静脈経腸栄養学会雑誌*, 33(suppl), 546.
- 井上幸恵(2005). 誤嚥事故のリスクを把握するための実態調査. *日本精神科看護学会誌*, 48(1), 228-229.
- 井上登太(2010). 井上式誤嚥性肺炎リスク評価表 i-EALD の多施設臨床評価結果, *日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌*, 20, 242.
- 井上登太, 山村真由, 川合祐貴, 他(2010). 誤嚥性肺炎リスク評価表 i-EALD の作成と臨床的評価, *日本呼吸器学会雑誌*, 48, 353.
- 井上登太(2012). 呼吸感染と嚥下リハビリの重要性. *難病と在宅ケア*, 18(5), 17-22.
- 井上登太(2013). 誤嚥性肺炎の診断と治療・予防. *月刊地域医学*, 27(11), 978-983.
- 井上登太(2017). *5分以内で助けよう! 誤嚥・窒息時のアプローチ*, 24-29, 株式会社gene, 東京.
- 井上登太(2019). *基礎から学び実践に活かす! 最後までかわりつづけるための誤嚥性肺炎ケア基礎知識*, 38-74.
- 犬尾英里子(2018). 身体拘束と身体合併症リスク. *老年精神医学雑誌*, 29(2), 138-146.
- 石橋照子, 藤井明美, 福島素美, 他(2011). 精神科病院入院患者における身体合併症発症のハイリスク群のスクリーニング. *島根県立大学出雲キャンパス研究紀要*, 6, 13-21.
- 石岡拓得, 三上恵理, 佐藤史枝(2014). 統合失調症患者の食事摂取の特徴について.

- 消化と吸収, 36(3), 377-387.
- 石山寿子(2019). 精神疾患を持つ患者への摂食嚥下リハビリテーションの実際. *コミュニケーション障害学*, 36, 71-76.
- 金田菜保子, 藤本聡, 佐藤房江, 他(2013). 精神科病院での身体的リハビリテーションに対する意識変化—看護師に対するアンケート調査より—. *東北理学療法学*, 25, 125-132.
- 川上宏人, 松浦好徳(2011). *多飲症・水中毒*. 176, 医学書院, 東京.
- 吉川隆博(2012). 精神科入院基本料算定病棟における退院支援に向けた看護サービスと看護人員に関する調査研究 第4回精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会資料 2.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002amq2-att/2r9852000002amwp.pdf>
(最終アクセス 2020.2.10)
- 菊池純子, 吉田藤子, 渡部順子・他(2006). 精神科単科病院における摂食・嚥下障害の評価と支援システム構築への取り組み. *第12回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会抄録*, 354.
- 国立精神・神経医療センター(2019). 地域精神保健福祉社会資源分析データベース.
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/keyword.html>
(最終アクセス 2021.1.8)
- 郡山大介, 大塚裕一, 飯山準一(2019). 介護療養型医療施設における誤嚥性肺炎発症の関連因子の検討. *敬心・研究ジャーナル*, 31(1), 27-33.
- 厚生労働省(2010). 過量服薬への取り組み—薬物治療に頼らない診療体制の構築に向けて—.
https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/torimatome_5.pdf
(最終アクセス 2020.12.4)
- 厚生労働省(2017). 精神病床における入院患者数の推移(疾患別内訳)「患者調査」より厚生労働省障害保険 福祉部作成 2017.
<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>
(最終アクセス 2020.2.5)
- 厚生労働省(2018). 平成30年(2018)人口動態統計月報年計(概数)の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/dl/h6.pdf>
(最終アクセス 2020.12.7)
- 厚生労働省(2019). 令和元(2019)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/19/dl/09gaikyo01.pdf>
(最終アクセス 2020.12.7)

- 厚生労働省(2020). 精神保健福祉の現状 (第1回精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にかかる検討会 資料)
- <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000607971.pdf>
- (最終アクセス 2021.2.13)
- 黒沢雅広, 天正雅美, 谷藤弘淳, 他(2013). 国内における入院中の統合失調症患者の処方実態調査 2011 年—新規調査項目 BMI, 心電図異常に関する検討を中心に—. *臨床精神薬理*, 16, 1041-1050.
- 桑澤実希, 米山武義, 佐藤裕二, 他(2011). 施設における誤嚥性肺炎・気道感染症の関連要因の検討. *Dental Medicine Research*, 31(1), 7-15.
- 小山諭, 青木萩子, 横野知江, 他(2017). 新潟県の Nutrition Support Team(NST)の実態と課題. *新潟大学保健学雑誌*, 14, 87-95.
- 前田圭介(2018a). *誤嚥性肺炎の予防とケア*. 2-5, 医学書院, 東京.
- 前田圭介(2018b). *誤嚥性肺炎の予防とケア*. 42-43, 医学書院, 東京.
- 前田圭介(2018c). *誤嚥性肺炎の予防とケア*. 14-35, 医学書院, 東京.
- 前山美和, 三浦伊代, 田嶋真理子・他(2020). 精神科病棟における NST 介入の効果と臨床的意義. *日本病態栄養学会誌*, 23(suppl.), 130.
- 眞鍋悟志, 山村真由, 川合祐貴, 他(2010). 誤嚥性肺炎による発熱回数と ADL・会話明瞭度・BMI・呼吸力との関連—誤嚥性肺炎リスク評価表 i-EALD の検討—, *日本呼吸器学会雑誌*, 48, 353.
- 増山和彦, 猪原健, 大村美弥子・他(2012). 精神科病院での嚥下性肺炎患者に対する栄養アセスメントについて. *静脈経腸*, 27(1), 452.
- 松本惟, 松村亜紀子, 水本栞, 他(2017). 経管栄養から経口摂取へ移行できた 1 事例「もう一度食べたい」を可能にしたケア. *日本精神科看護学術集会誌*, 60(1), 354-355.
- 松岡晃(2010). *喫煙と歯肉—口から見えるたばこの害新装版*. 医歯薬出版株式会社, 22. 東京.
- 道上勝春(2017). A 精神科病院の身体合併症早期発見に対する看護師の認識. *日本精神科看護学術集会誌*, 60(2), 333-336.
- 南敦司(2015). いまだから大切 摂食嚥下障害のケア, *精神科看護*, 42(4), 3-11.
- 宮城島慶, 松井敏史, 小原聡将・他(2015). 高齢者肺炎における予後規定因子の検討—入院治療による介護度の変化を中心に—. *日本老年医学会誌*, 52(3), 260-268.
- 三宅美智(2015). 当事者と一緒に試みた行動制限最小化の取り組み. *平成 24 年度～26 年度文部科学省科学研究費助成研究パンフレット*, 4.
- 水田史子(2015). 患者の生活環境から経口摂取へ移行できなかった事例 精神疾患を

- 有する胃瘻造設患者との関わりを通して. *十全病院雑誌*, 21(1), 10-11.
- Molfenter SM, Amin MR, & Branski RC, et al (2015). Age-Related Changes in Pharyngeal Lumen Size: A retrospective MRI Analysis. *Dysphagia*, 30(3), 321-327.
- 向井美穂, 齋島弘之, 原明美, 他 (2003). 精神障害者の口腔機能の健康支援—摂食・嚥下機能の先行期と準備期との関連性. *口腔衛生学会雑誌*, 53(4), 371.
- 百崎良・安保雅弘 (2017). リハビリテーションにおける栄養スクリーニング. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*, 54, 82-86.
- 森田亮一, 黒土留美子, 宝来恵子 (2014). 精神科救急病棟における誤嚥の現状調査. *日本精神科看護学術集会誌*, 57(1), 436-437.
- 村下真理, 久住一郎, 小山司 (2006). 摂食促進因子と第二世代抗精神病薬による体重増加の関連. *精神科*, 8, 320-324.
- 中嶋貴子, 三徳和子 (2014). 小規模作業所通所中の精神障害者の生活習慣と喫煙の関連. *日本禁煙学会雑誌*, 9(4), 73-79.
- 長嶺敬彦 (2006). 抗精神病薬の「身体副作用」がわかる. 146-147, 医学書院, 東京.
- 長嶺敬彦 (2016a). 予測して防ぐ抗精神病薬の「身体副作用」, 163, 医学書院, 東京.
- 長嶺敬彦 (2016b). 予測して防ぐ抗精神病薬の「身体副作用」, 33, 医学書院, 東京.
- 中川悦子, 山崎亜紀, 下種涼, 他 (2017). 高齢統合失調症患者への食事形態変更をめざしたかかわり 食に対する QOL を充足するためのチームアプローチ. *日本精神科看護学術集会誌*, 60(1), 194-195.
- 中村広一 (2006). 統合失調症患者の歯科診療. *障害者歯科学会雑誌*, 27, 541-547.
- 中村智之, 藤島一郎, 片桐伯真, 他 (2013). 精神疾患を持つ患者における向精神薬の内服種類・総量と摂食・嚥下障害との帰結との関係—高齢者を主な対象とした事後の検証—. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(9), 743-750.
- 日本精神科看護技術協会 (2007). 精神科における身体合併症治療の中での看護の役割に関する検討プロジェクト報告 2007.
<http://jpna.or.jp/info/kawara/070814gakaiphoukokusyo.pdf>
 (最終アクセス 2020.12.20)
- 日本精神科看護技術協会 (2011). 精神科看護ガイドライン 2011.
<http://www.jpna.jp/sponsors/pdf/guideline-2011.pdf>
 (最終アクセス 2020.1.209)
- 日本精神科看護協会 (2015). 精神科病棟における身体ケア及び身体合併症ケアに関する調査報告書 2015.
http://jpnagakujutsu.jp/managerroom/wp/wpcontent/uploads/2015/05/JPNA_rep

ort_forHP_20150331.pdf

(最終アクセス 2020.12.11)

日本精神科看護協会(2020). Nursing Star5 令和2年度診療報酬改定精神医療分野における改定のポイント.

http://www.jpna.jp/images/pdf/NS_202005.pdf

(最終アクセス 2020.8.28)

日本肥満学会肥満症診療ガイドライン作成委員会(2016). 肥満症診療ガイドライン 2016.

日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2017 作成委員会(2017). 成人肺炎診療ガイドライン 2017.

日本摂食嚥下リハビリテーション学会(2015). 摂食嚥下リハビリテーションの全体像 Ver.2. 16-17, 医歯薬出版株式会社, 東京.

日本摂食嚥下リハビリテーション学会(2016). 摂食嚥下障害の評価 Ver.2, 25-26, 医歯薬出版株式会社, 東京.

西田季代, 井上徹也, 川村匡宏, 他(2019). 精神科において効果的な NST 介入による業務改善報告. 日本臨床栄養代謝学会誌, 1(Suppl.), 1499.

野原幹司(2019). 嚥下からみた誤嚥性肺炎の予防と対策. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌

野崎佳久(2019). 身体拘束廃止に向けた取り組みを振り返って. 日本精神科看護学術集会誌, 62(1), 336-337.

尾形守, 富岡雅夫(2019). 精神療養病棟に入院中の自力摂取可能な患者に嚥下体操を実施した成果. 日本精神科看護学術集会誌, 62(1), 466-467.

小畑誠一, 齋藤耕平, 加藤めぐみ(2019). 切迫的摂食のある統合失調症患者の摂食行動変容に向けたかかわりについて. 日本精神科看護学術集会誌, 62(1), 470-471.

落合英伸, 大坪徹也, 猪飼宏, 他(2014). 統合失調症外来患者における抗精神病薬大量処方の関連因子ー広域レセプトデータの活用ー. 日本医療・病院管理学会誌, 51(4), 5-13.

OECD(2015). Making Mental health Count in Europe.

<https://www.oecd.org/els/health-systems/MMHC-Country-Press-Note-Japan-in-Japanese.pdf>

(最終アクセス 2021.1.3)

小川真智子, 吉崎智一(2018). 頭頸部化学放射線療法中に併発した誤嚥性肺炎リスク因子の検討. 頭頸, 30, 18-22.

岡田雄二, 澤井照佳(2009). 地域における精神科病院・長期療養型病院の NST. 静脈

- 経腸栄養, 24(4), 923-926.
- 岡本真弓, 北岡京子(2004). 老人性痴呆疾患病棟の集団嚥下体操における医療チーム内での OT の役割. *作業療法*, 2(suppl.), 452-452.
- O' Loughin G, & Shanley C(1998). Swallowing Problems in the Nursing Home: A Novel training response. *Dysphagia*, 13, 172-183.
- 大守真由子, 青田桂子, 山村佳子, 他(2013). 徳島大学病院精神科神経科入院患者に対する口腔ケアの意義. *四国歯学会雑誌*, 25(2), 55-60.
- 大西香代子, 北岡和代, 中原純(2016). 精神科看護者の倫理的感受性と看護実践における倫理的悩みの関連. *日本精神保健看護学会誌*, 25(1), 12-18.
- 小野沢基太郎(2016). 摂食・嚥下 - 精神科の特徴 -. *病院・精神医学*, 59(suppl.), 129-130.
- 小野沢基太郎(2017). 摂食・嚥下 - 基本と精神科の特徴 -. *病院・精神医学*, 59(3), 36-40.
- 大坂葉子, 大場永子, 武田愛子, 他(2017). 嚥下訓練への理解と学びを深める取り組み 学習会とモデルケースへのかかわりから見た看護師の認識と行動の変化. *日本精神科看護学術集会誌*, 60(1), 350-351.
- 大藪琢也, 渡邊哲, 石橋謙一郎, 他(2017). 精神科病院における肺炎の発症についての検討. *老年歯学*, 32(3), 399-404.
- Popman A, Richter M, & Allen J, et al(2018). High nutrition risk is associated with higher risk of dysphagia in advanced age adults newly admitted to hospital. *Nutrition&Dietetics*, 75, 52-58.
- 齋藤徹, 小池早苗, 小澤照史, 他(2011). 統合失調症の嚥下障害者における誤嚥性肺炎の要因について. *日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌*, 17, 52-59.
- 齋藤徹, 小池早苗, 小澤照史, 他(2013). 統合失調症の嚥下障害者における誤嚥性肺炎発症の要因について. *日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌*, 17(1), 52-59.
- 清野由美子, 中村勝(2012). 精神科病院における身体合併症看護の現状と課題(その1)身体観察および身体ケアの困難性. *日本看護学会論文集: 精神看護*, 42, 218-221.
- 清野由美子(2012). 精神科病院における身体合併症看護の現状と課題(その2)看護師が抱く困難性と円滑な看護への対策. *日本看護学会論文集: 精神看護*, 42, 222-225.
- 精神保健研究所(2018). 平成 30 年度 630 調査.
<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/year.html>

(最終アクセス 2020.1.31)

坂元あい, 佐藤朱音, 梅林秀行, 他(2015). 精神科看護職員がケアとして行う見守りの実態. *看護総合科学研究会誌*, 16(1), 3-12.

佐々木一(2007). 精神医療の提供実態に関する国際比較研究 厚生労働科学研究平成19年度分担研究報告書.

[https://mhlwgrants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200730056Affile:///C:/Users/seino/Downloads/200730056A0003%20\(1\).pdf](https://mhlwgrants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200730056Affile:///C:/Users/seino/Downloads/200730056A0003%20(1).pdf)

(最終アクセス 2020.12.11)

Scannapieco FA(1999), Role of Oral Bacteria in Respiratory Infection. *Journal of Periodontology*, 70(7), 793-802.

柴田恭亮, 阿保順子, 佐藤美智子(2020). 精神看護者はどんな形で存在していくのか. *精神医療*, 98, 80-100.

下島浩, 石原かおり, 大谷隆次, 他(1991). 長期在院患者の日常生活及び社会生活活動に関する実態調査ーセルフケア能力の評価を通してー, *病院・地域精神医学*, 34(4), 5-7-510.

四戸隆基, 佐藤正夫, 馬場岳士, 他(2006). 大腿骨頸部骨折患者の歩行能力再獲得と在院日数. *中部日本整形外科災害外科学会雑誌*, 49, 275-276.

曾根啓一, 江浪武志, 篠崎英夫, 他(2018). *我が国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック) 平成29年度版*. 19-21, 日本公衆衛生協会, 東京.

杉下周平, 今井教仁, 藤原隆博, 他(2014). 非定型抗精神病薬が嚥下機能に与える影響. *日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌*, 18, 249-256.

鈴木典子, 山村真由, 川合祐貴, 他(2010). 誤嚥性肺炎発生率と口腔内環境の関連, *日本呼吸器学会雑誌*, 48, 356.

鈴木典子(2018). 呼吸器疾患患者の誤嚥性肺炎リスクを考える. *中部リハビリテーション雑誌*, 13, 8-11, 2018.

田口創史, 中村しをり, 丸美伸, 他(2018). 精神療養病棟における誤嚥・窒息の予防的取り組み. *日本精神科看護学術集会誌*, 61(1), 54-55.

田原祐紀, 間宮由佳, 岩井和子(2011). 精神科長期入院患者に対する起立訓練の効果. *作業療法*, 30(4), 476-480.

高橋清美, 佐々木裕光, 戸原玄, 他(2008). 統合失調症の誤嚥に関連する因子についての研究. *日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report*, 6, 1-11.

高橋清美, 佐々木裕光, 帆秋孝幸, 他(2009). 統合失調症患者に対する摂食時の看護観察は、摂食・嚥下機能評価と関連するののか. *日本赤十字九州国際大学 Intramural Research Report*, 7, 1-8.

- 高橋清美，戸原玄，寺尾岳(2010)．*精神科看護らしい口腔ケアへの探求*．23-25，精神看護出版，東京．
- 高橋清美，戸原玄(2015)．*精神疾患の摂食嚥下障害ケア*．129-130，医歯薬出版株式会社，東京．
- 高橋清美，原巖，齋藤涼子，他(2016)．精神障がい者の摂食嚥下機能支援に対する精神科看護師，精神科医師，歯科医師の認識．*精神科看護*，43(8)，69-77．
- 高橋清美，齋藤涼子(2018)．精神障がい者の摂食嚥下機能支援に対する摂食・嚥下障害看護認定看護師の認識と行動．*日本赤十字九州国際看護大学紀要*，17，1-8．
- 高瀬理恵子(2018)．統合失調症を患う高齢者の栄養状態低下の要因．*日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌*，22(3)，214-223．
- 田中いずみ，神群博(1999)．精神疾患患者の喫煙の実態．*富山医科薬科大学看護学会誌*，2，161-167．
- 田中康平，横森いづみ，三澤史斉・他(2018)．統合失調症圏患者の生活習慣・モニタリングと薬物治療 山梨県立北病院における入院・外来患者大規模調査から．*臨床精神薬理*，21(8)，1083-1091．
- 俵祐一，藤島一郎，有菌信一，他(2019)．呼吸筋トレーニングの臨床的有益性－脳血管障害における摂食嚥下・咳嗽機能での検証－．*日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌*，28(2)，279-285．
- 寺本信嗣，松瀬健，大賀栄次郎，他(1999)．2段階簡易嚥下誘発試験の誤嚥性肺炎スクリーニングにおける有用性．*日本胸部臨床*，58(7)，502-506．
- Teramoto S, Fukuchi Y, & Sasaki H, et al(2008)．Risk Factors for drug-resistant pathogens in community-acquired and healthcare-associated pneumonia in hospitalized patients; a multicenter, prospective study in Japan. *Journal of the American Society*, 56, 577-579．
- 寺本信嗣(2018)．院内肺炎，医療・介護関連肺炎．*Medical Practice*，35(4)，530-536．
- 泊恵子，満留敏弘，濱崎義治，他(2008)．病院薬剤師が抱える諸問題－精神科病院薬剤師の現状と問題点．*九州薬学会会報*，62，67-76．
- 鳥内陽子，荻野進(2015)．精神科における誤嚥性肺炎予防の取り組み 嚥下機能訓練を通して．*日本精神科看護学術集会誌*，58(1)，118-119．
- 馬屋原康高，関川清一，河江敏広，他(2019)．咳嗽力評価の臨床的意義と今後の研究，*理学療法臨床と研究*，28，9-14，．
- Van der Maarel-Wierink CD, O. Vanobbergen JN, & Bronkhorst EM, et al(2011)．Risk Factors for aspiration pneumonia in frail older people; a systematic literature review. *Journal of American Medical Directors*

- Association*, 12(5), 344-354.
- Vanessa R. Y. Hollaar, Gert-Jan van der Putten, & Claar D. van der Maarel-Wierink, et al (2017). Nursing home-acquired pneumonia, dysphagia and associated diseases in nursing home residents: A retrospective, cross-sectional study. *Geriatric Nursing*, 38, 437-441.
- 山口麻子, 日山邦枝, 上杉雄大, 他 (2017). 精神科病棟における窒息と誤嚥性肺炎の再発予防の取り組み. *老年歯学*, 32(1), 8-14.
- 山村真由, 山口倫直, 鈴木典子, 他 (2010). 誤嚥スクリーニング検査 (MWST・RSST・CCA) と誤嚥性肺炎発生率の関係, *日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌*, 20, 242.
- 山中栄治, 池側恭洋, 北川克彦, 他 (2019). NSTによるチーム医療の普及と栄養サポートの変遷. *外科と代謝・栄養*. 53(3), 82-82.
- 山手威人, 丸田敏雅, 松本ちひろ (2015). 精神障害患者における胃食道逆流. *東京医科大学雑誌*, 73(2), 114-120.
- 柳澤幸夫, 松尾善美, 春藤久人, 他 (2012). パーキンソン病患者に対する呼吸筋トレーニングの効果—シングルケーススタディー—. *日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌*, 16(1), 75-79.
- Yoneyama T, Yoshida M, & Matsui T, et al (1999). Oral care and pneumonia. *Lancet*, 354, 515.

結果の図，表およびその説明

表 1 参加者の概要(研究 1)

ID	病棟機能	職位	性別	年齢	臨床経験 年数	精神科経 験年数	グループ (病院)
#1	身体合併症	スタッフ	女性	50代	28	2	A
#2	回復期	スタッフ	男性	30代	9	6	
#3	回復期	スタッフ	男性	30代	8	6	
#4	回復期	スタッフ	女性	30代	14	14	
#5	その他	スタッフ	女性	20代	7	7	
#6	精神療養	スタッフ	男性	30代	12	8	B
#7	精神療養	スタッフ	男性	30代	9	7	
#8	精神療養	スタッフ	女性	40代	18	6	
#9	回復期	スタッフ	女性	30代	10	6	C
#10	身体合併症	スタッフ	女性	20代	6	2	
#11	精神療養	スタッフ	女性	40代	18	18	
#12	急性期	スタッフ	女性	20代	6	3	
#13	精神療養	スタッフ	女性	20代	6	4	
#14	急性期	スタッフ	男性	20代	3	3	D
#15	精神療養	スタッフ	女性	40代	17	17	
#16	認知症	スタッフ	女性	40代	18	11	
#17	精神療養	管理職	女性	30代	12	5	E
#18	精神療養	スタッフ	女性	30代	11	11	
#19	精神療養	スタッフ	女性	50代	28	15	
#20	身体合併症	スタッフ	男性	30代	5	3	F
#21	急性期	スタッフ	女性	40代	26	21	
#22	精神療養	管理職	女性	40代	28	17	
#23	精神療養	スタッフ	女性	30代	18	6	G
#24	精神療養	管理職	男性	40代	6	6	
#25	急性期	管理職	女性	30代	9	9	
#26	その他	管理職	男性	50代	27	15	H
#27	急性期	管理職	女性	40代	25	20	
#28	その他	管理職	男性	50代	29	29	

表 1 続き(研究 1)

ID	病棟機能	職位	性別	年齢	臨床経験 年数	精神科経 験年数	グループ (病院)
#29	身体合併症	スタッフ	女性	50代	35	4	I
#30	身体合併症	スタッフ	女性	40代	22	15	
#31	身体合併症	スタッフ	女性	40代	24	24	
#32	認知症	スタッフ	男性	40代	12	10	J
#33	認知症	スタッフ	女性	50代	14	4	
#34	認知症	管理職	男性	40代	20	20	
#35	精神療養	スタッフ	女性	30代	16	9	K
#36	急性期	スタッフ	女性	20代	5	1	
#37	回復期	スタッフ	女性	30代	12	12	
#38	認知症	スタッフ	女性	30代	15	15	
#39	認知症	スタッフ	女性	30代	17	12	
#40	身体合併症	管理職	女性	50代	31	21	L
#41	身体合併症	管理職	女性	50代	27	20	
#42	精神療養	管理職	女性	50代	42	33	
#43	その他	管理職	女性	60代	33	15	
#44	急性期	スタッフ	男性	20代	7	6	M
#45	認知症	管理職	女性	30代	10	3	
#46	精神療養	スタッフ	女性	50代	31	16	N
#47	精神療養	管理職	女性	50代	35	26	
#48	急性期	スタッフ	男性	30代	11	8	
#49	精神療養	スタッフ	女性	40代	31	20	
#50	認知症	スタッフ	男性	30代	7	7	O
#51	認知症	管理職	男性	40代	6	6	
#52	認知症	スタッフ	女性	50代	30	10	
#53	精神療養	スタッフ	女性	40代	15	9	P
#54	急性期	スタッフ	男性	40代	13	10	
#55	身体合併症	スタッフ	女性	50代	24	23	

表 2 精神科看護師が体験している誤嚥性肺炎予防に関するケア：コアカテゴリー
【精神科における誤嚥性肺炎予防の困難】（研究 1）

コアカテゴリー	サブカテゴリー	コード	グループ (病院)
精神科における誤嚥性肺炎予防の困難	現状への歯がゆさ	院内の対応に限界を感じる	高齢化してきて精神状態悪化・薬剤増量・肺炎・禁食・寝たきりのモデルケース化ようになる N
		誤嚥性肺炎を繰り返す患者に関連施設のSTからミールラウンド・介入受けたが意味なかった	N
		患者全員に手が行き届かない看護の限界を感じる	A
		経口摂取を目指したいが肺炎を繰り返すかと思うと矛盾を感じる	P
		経管栄養・胃瘻患者のケアに限界を感じる	経管栄養患者は胃瘻になると長期化し、経鼻でも自己抜去予防で行動制限が必要である N
		経管栄養患者の栄養管理は栄養士主導で経口摂取に戻す際の食形態もあるが判断が難しい	P
		経管栄養患者が食べたいと言い支援したいが家族の疎遠や肺炎を繰り返し上手くいかない	N
		提供可能な食形態に限りがある	院内で提供できる食形態にゼリータイプが無いため粘度調整剤になってしまう G
		院外受診時に限界を痛感する	他科受診時に「こんな検査もできないのか」と言われ単科精神科病院の辛さを感じる N
			院外受診に伴い病棟内の看護要因が減りマンパワー不足になる N
	精神疾患をもつ患者特有の難しさ	院内の連携が十分といえない	OT単独で集団療法として嚥下体操や歌うたう会を行っているが参加者しない患者がいる K
			NSTは栄養状態のみで摂食嚥下にかかわることはない N
			院内にNSTとかの活動はない O
			栄養委員会活動の議事録に要チェック患者が挙げられるが病棟のケアへ反映されない P
	嚥下・窒息が苦手	セルフケアへの介入が難しい	口腔ケアはこちらが望む程やってくれない A, C, D
		身体面・セルフケアのアセスメントが難しい	慢性便秘・体重減少・嘔吐・発熱患者が他院受診するまで誤嚥性肺炎とアセスメントできなかった P
			誤嚥性肺炎を起こした患者は口腔ケア自立者と思っていたが要介入であったかもしれない P
		ケアに危険を伴う	要介助者の口腔ケア時には指サックを使用しケアする側の安全も守る P
			口腔ケア時に指を噛まれて爪が割れたことがあり看護側に危険を伴う P
	看護士間で方向性が一致しない	生き抜く力を信じるしかない	口腔ケアを拒否する患者は今まで生き抜いてきた力を信じ無理にケアしない O
		対策を講じていても慌ててしまう	食事時の見守り・配膳等の対策をとっていても誤嚥・窒息が起こると慌ててしまう A
	職場風土の手ごわさ		寝たきり患者には食前に吸引するがcaえって食事でムセることがある D
		意外にも面会時が盲点だった	認知症患者が食事時以外に窒息して家族面会時の差し入れが盲点だったことに気づいた K
	職場風土の手ごわさ	同一患者へ提供するケアが違う	意外と食事介助時のベッドの角度が看護師によってバラバラである J
			看護チーム内で嚥下機能が低下した患者の経口摂取に対する方針の違いを感じる N
		医療者の精神疾患患者に対する身体ケアへの無関心	精神科医と内科医の間で経口摂取・血液検査実施が否かに治療方針の違いを感じる N
			自立患者への口腔ケアは後回しで疎かになる傾向がある D, O, P
	喫煙習慣に着手していない		今は歯ブラシ類の管理を行っているが、以前患者の持ち物から昭和の歯磨き粉が出てきた P
			喫煙者は敷地内にある喫煙所を使用してもらっている F, I
			喫煙制限は逆効果のため取り組んでいない G, H, K, M

表 3 精神科看護師が体験している誤嚥性肺炎予防に関するケア：コアカテゴリー
【目前のリスクを回避したいという強い思いに基づくケア】（研究 1）

コアカテゴリー	サブカテゴリー	コード	グループ (病院)
目前のリスクを回避したいという強い思いに基づくケア	食事場面での徹底した見守り・介助	とにかく食事中的見守り・介助を工夫する	
		食事時は食堂に集合するよう患者の協力を促す	A, C
		食事場面ではどの病棟でも必ず看護師が立って何かあった際に対処できる体制をとっている	F, K, J
		食事席を工夫し見守りを行う	E
		今まで何ともなかった患者でも何かのはずみで詰まるので大勢の目で見えないと思う	p
		自立患者の方が窒息を起こしやすいため絶対目を離さない万全の態勢で見守る	K
		高リスク患者は重点的に見守り・介助を行う	
		認知症患者や自立度別に食事席を区分して看護師が介入する	K
		食事時に見守り・介助が必要な患者を集めて重点的に見守り・介助する	J
		食事中目が離せない患者の場合は手が空いてから配膳する	J
への食堂の注意	ケアルの抑制	誤嚥リスク者は見守りやすい環境を整えて重点的に見ていく	G, H
		盗食による誤嚥リスクを回避するために食事席を調整する	K
		盗食による誤嚥リスクを回避するために食事席を調整し情報共有する	J
		患者目線で食事の見守りを行う	
		食事中はテレビを消し会話も制限するが見張られている雰囲気にならないよう配慮する	G
への食堂の注意	ケアルの抑制	保護室の食事場面にも目を配る	
		保護室の患者も誤嚥リスクがある場合は配膳や摂取時に適宜観察を行う	K
への食堂の注意	ケアルの抑制	面会時の飲食にも目を配る	
		面会時の差し入れを事前にチェックしてから家族と一緒に摂取してもらう	K
への食堂の注意	ケアルの抑制	敢えて食事介助でセルフケアを抑制する	
		むせたまま食べ続ける切迫摂食患者には敢えて全介助にしリスク回避する	A, G

表 4 精神科看護師が体験している誤嚥性肺炎予防に関するケア：コアカテゴリー
【食べることの QOL を志向したケア】（研究 1）

コアカテゴリー	サブカテゴリー	コード	グループ (病院)
食べることの QOL を志向したケア	食形態・摂食方法の工夫	食行動や嚥下状態に合わせて食形態・摂取方法を工夫する	
		患者に合わせて食形態や水分粘度の調整を行う	A, B, J, H
		加齢による嚥下機能低下に合わせて食形態や水分粘度の調整を行う	D, F
		誤嚥を繰り返す患者の食形態に配慮し水分粘度を調整する	B, F
		食形態・水分粘度調整を工夫する	I
		院内で患者全員の食形態が本当に合っているかの見直しを定期的に行う	K
		若年層の向精神薬の影響による嚥下機能低下時は十分説明した上で一時的に食形態を下げる	F
		薬の副作用で嚥下機能が低下した患者には食形態の見直しを行う	G
		一口量の多い切迫摂食の患者にはスプーンやお椀で一回摂取量を調整する	E, G, J, K
		食事時のスプーン選択を工夫する	I
	精神状態の変動をみながら食形態を調整する	精神状態をみながら誤嚥・窒息が無いように食形態や量を調整する	M
		精神状態により切迫摂食となる場合は食形態を下げる場合も患者の納得を得る	A
	薬の副作用を考慮し嚥下機能に働きかける	抗精神病薬の影響でムセがある患者に嚥下訓練の個別対応を行う	B
		薬の副作用で嚥下機能が低下した患者には食前のマッサージを行う	G
		向精神薬の影響で嚥下機能が低下している患者には食前に唾液腺マッサージを行う	G
	心からの寄り添ったケア	経口摂取の希望に応える	
		胃瘻造設患者の家族の意向で誤嚥覚悟で家族とコミュニケーション取りながらゼリー等を提供する	O
		経管栄養の患者の食への欲求に応えるため三食お茶ゼリーに砂糖をまぶして提供する	N
		食の満足感と安全を守る	A
	家族の協力を得て食をつなぐ	満足感を得ながら安全に食べてもらいたいので食形態変更時はしっかり説明する	A
		一般病院と違って捕食のゼリー食が無いため家族に差し入れてもらっている	J
	ケアをより充実させたい	ケアをより充実させたい	
		以前、OTが行っていた嚥下体操を看護師サイドで始めたかどうかと思う	D
		ベッド上で食事摂取する患者も可能か限り見守れる環境を作りたい	J

表 5 精神科看護師が体験している誤嚥性肺炎予防に関するケア：コアカテゴリー
【誤嚥性肺炎予防に有効とされる日常生活援助】（研究 1）

コアカテゴリー	リカテゴリー	サブカテゴリー	コード	グループ (病院)
誤嚥性肺炎予防に有効とされる日常生活援助	自立度に合わせた口腔ケアの励行	要介助・高齢者の口腔ケアを行う	一般的ところで口腔ケアを心掛けている	I, J
			高齢者に対して口腔ケアを励行する	H
			寝たきりなど介護度の高い患者の口腔ケアは一生懸命行う	H
			要介助者の口腔ケアは食事介助の担当者が毎食後に行う	B
			夜はなかなか（要介助者）全員の口腔ケアが出来ないが頑張って朝昼だけでも行う	B
			身体合併患者はほぼ寝たきりで意思疎通困難者も多いが口腔ケアに努めている	C, F
			寝たきり患者の口腔ケアは一日一回行っている	K
		経管栄養患者の口腔ケアに努める	経管栄養患者は歯槽膿漏や歯牙欠損・乾燥等で不良だが潤滑材使用し口腔環境を整える	A
			経管栄養患者や要介助者は誤嚥性肺炎リスクが高いことを踏まえて口腔ケアを励行する	E
			経管栄養患者の口腔ケアを頑張っている	K
			身体合併患者で寝たきりの経管栄養患者には口腔ケアして吸引するようにしている	F
		声掛けを行い口腔ケアを促す	ADLが自立していても口腔ケアがおっくうな患者には声掛けして一緒に行う	J, K
			比較的若い患者の口腔ケアは声掛けがメインである	H
		義歯管理を行う	患者のセルフケア能力に合わせて義歯を預かり消毒を行う	J
	摂食時のポジショニング	摂食時のポジショニングを行う	要介助者の食事の際は頸部後屈にならないように姿勢を整える	F
			要介助者の食事の際のポジショニングについて勉強会で情報伝達している	F
			寝たきり患者の食事の際にはできるだけ背面開放となるよう車いす移乗させ食堂へ誘導する	F
			食事時の体位を工夫する	I
	把身体と面統の合	嚥下状態を把握する	向精神薬や加齢の影響を含めて入院時から嚥下評価・アセスメントシエクアに繋げる	E, G, I, N
		身体状態を把握する	毎日、SpO2まで検温，身体面の観察も行い異常時は医師へ報告し継続観察する	B, K, M
	へ環境の境取り全	全面的な禁煙に取り組む	病院全体で全面的な禁煙に取り組んでいる	E, J, L
		空気乾燥を緩和する	冬場はトータルで加湿器を使用し空気乾燥を予防する	H

表 6 精神科看護師が体験している誤嚥性肺炎予防に関するケア：コアカテゴリー
【精神科医療の強みを活かすチームケア】（研究 1）

コアカテゴリー	リカテゴ	サブカテゴリー	コード	グループ (病院)
精神科医療の強みを活かすチームケア	看護チームの連携	事例検討を共有しケアに繋げる	むせる時点でスタッフに周知し食事席も配慮し食形態をカンファレンスや本人とも話し合う	C
			病棟では切迫摂食の傾向があるためカンファレンスで食形態を検討しパン・麺禁になることが多い	G
			肺炎罹患患者が経口摂取するリスクを考慮し頻繁にカンファレンスで話し合う	J
			バック牛乳の吸い込みでむせる患者は情報共有し予めコップにあけて提供する	G
			電子カルテで窒息リスクや異食について情報共有し観察に活かす	C
			薬剤調整後の窒息事例を機に入院患者全体の嚥下機能低下を共有し早めの食形態変を行う	D
		早めにアクションを起こす	原因・治療方針不確定の発熱患者が増えているが家族の希望時は早めにアクションを起こす	A
			モニターひとつ着けるのも医師の指示が必要だが急変時は早めに部屋移動し医師へ報告する	A
		看護補助者と一緒に取り組む	看護補助者に対して食事介助の指導を行う	I
			看護補助者には食事介助に入ってもらうがその辺は慎重に怖いところがある	J
			看護補助者には口腔ケアのセッティングや見守り、物品管理を中心に行ってもらう	M, P
	多職種との協働	他の職種の力を借りる	病棟単位で勉強会を開催し、OTや薬剤師から専門的な知識・技術を学ぶ	F
			嚥下機能低下者に対しOT、NSTメンバー、関連施設のSTから指導を受けた	N
			誤嚥性肺炎を繰り返す経管栄養患者にOT、医師、栄養士が経口摂取移行プログラムを作成した	P
		精神科医師に働きかける	向精神薬長期連用高齢者や鎮静による嚥下機能低下者は精神科医に働きかけ薬剤調整に繋げる	H
			精神科医に言っても直ぐには検査指示が出ない為SpO2・呼吸音・エア入り・発熱等の情報を揃える	N
		作業療法士と協働する	OTが昼食前の集団嚥下プログラム（体操、発声、唾液腺マッサージ）に取り組んでいる	E, M, P
			経管栄養患者にはOTが嚥下訓練を行う	N
		言語聴覚士と協働する	関連施設のSTによる勉強会を開催する	H
			STによる嚥下造影後に経口摂取開始時の嚥下訓練が行われ看護師が習ってやっていく	L
			嚥下障害がある経口摂取患者の家族に対してSTが嚥下造影結果を説明し理解を促す	L
			STは食事時のポジショニング、昼食時の介助、食形態の選択、水分粘度の調整を行う	L
			食べたいという経管栄養患者に対して関連施設のST介入で日中介助で摂取し歩行している	N
			関連施設のSTの評価後に食事開始、姿勢の指導受け、個別ケアをスタッフでも共有する	O, M
		歯科衛生士と協働する	歯科衛生士による入院時検診や口腔内が気になる患者の専門的口腔ケアを依頼する	K
			歯磨き指導が必要な自立患者には歯科衛生士主催の患者教室に参加を促す	K
		理学療法士と協働する	認知症患者の誤嚥性肺炎リスクを考慮し理学療法士に食事摂取時の姿勢をみてもらう	K

表 7 NST の概要 (研究 2)

グループ (病院)	A	B	C	D	E	F	G	H
構成職種	※NSTの構成職種を、「●」で示す ※本研究の参加者は、「(参) および網掛け」で示す							
管理栄養士	● (参)	● (参)	● (参)	● (参)	● (参)	● (参)	● (参)	● (参)
精神科医師	●	●			●	● (参)	●	● (参)
内科医師	●		● (参)	●				
看護師	● (参)	● (参)	● (参)	● (参)	● (参)	● (参)	● (参)	● (参)
臨床検査技師	●	● (参)		● (参)		● (参)	●	● (参)
薬剤師	●		● (参)	● (参)	●	● (参)	●	● (参)
作業療法士	必要時● (参)		● (参)					
理学療法士							● (参)	
言語聴覚士					必要時● (参)			
調理師		●		●				
医療事務		●					●	●
リンクナースの 配置	各病棟	各病棟	一部の病棟	各病棟	なし	各病棟	一部の病棟	各病棟
定例会議での事 例検討	1回/月	1回/月	1回/月	1回/月	必要時開催	1回/月	1回/月 (褥瘡事例)	1回/月
NST回診	なし	なし	なし	1回/月 (褥瘡回診と の共催)	なし	なし	1回/月 (褥瘡回診と の共催)	なし
ミール ラウンド	あり (管理栄養士)	なし	なし	なし	なし	あり (管理栄養士)	あり (管理栄養士)	なし
NST主催の 院内研修会	1回/年	なし	なし	1回/年	なし	2回/年	1回/年	なし

表 8 参加者の概要(研究 2)

ID	職種	職位	性別	年齢	臨床経験 年数		当該施設 経験年数	当該NST 経験年数	グループ (病院)
#1	管理栄養士	スタッフ	女性	30代	17	14	14	10	A
#2	看護師	スタッフ	女性	30代	7	7	7	2	
#3	作業療法士	管理職	男性	50代	16	16	16	2	
#4	管理栄養士	管理職	女性	50代	28	25	21	9	B
#5	看護師	スタッフ	女性	50代	38	10	10	6	
#6	臨床検査技師	管理職	女性	50代	25	25	25	9	
#7	管理栄養士	スタッフ	女性	30代	11	11	11	6	C
#8	内科医師	管理職	男性	70代以上	54	16	16	6	
#9	看護師	スタッフ	女性	20代	8	4	4	1	
#10	薬剤師	管理職	女性	50代	38	38	38	6	
#11	作業療法士	スタッフ	女性	30代	11	11	11	1	
#12	管理栄養士	スタッフ	女性	30代	6	6	6	6	D
#13	看護師	管理職	女性	50代	27	27	27	2	
#14	臨床検査技師	スタッフ	女性	40代	22	22	22	3	
#15	薬剤師	スタッフ	男性	30代	9	9	9	5	
#16	管理栄養士	管理職	女性	50代	36	29	29	10	E
#17	看護師	管理職	女性	60代	39	32	32	10	
#18	言語聴覚士	スタッフ	男性	40代	14	14	14	10	
#19	管理栄養士	スタッフ	女性	50代	15	15	6	6	F
#20	精神科医師	管理職	男性	60代	25	25	25	11	
#21	看護師	スタッフ	女性	30代	2	2	2	1	
#22	臨床検査技師	スタッフ	女性	50代	37	37	37	12	
#23	薬剤師	スタッフ	男性	50代	1	1	1	1	
#24	管理栄養士	管理職	女性	50代	28	6	6	6	G
#25	看護師	管理職	女性	50代	29	29	3	3	
#26	理学療法士	スタッフ	女性	30代	10	10	10	6	
#27	管理栄養士	管理職	女性	50代	29	29	29	12	H
#28	精神科医師	管理職	男性	70代以上	50	50	35	5	
#29	看護師	スタッフ	女性	50代	29	18	10	3	
#30	臨床検査技師	スタッフ	女性	30代	12	4	4	1	
#31	薬剤師	スタッフ	女性	30代	16	16	16	1	

表 9 NST メンバーが誤嚥性肺炎予防を踏まえて提供するケア：コアカテゴリー【経口摂取に伴う誤嚥の防止】【栄養状態・体力の改善】（研究 2）

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	グループ（病院） 職種
経口摂取に伴う誤嚥の防止	精神科特有の摂食嚥下障害への対応	食事場面の見守を行う	食事の際は病棟スタッフが見守る	F 薬
			朝夕食事は特に注意する	B 看
			誤嚥性肺炎が少ないのは見守りの賜物	F 精医
		切迫摂食の患者に対応する	切迫摂食の患者に対応する	A 看
			切迫摂食時の対応には関係性が大切	A 栄
		嚥下機能が低下した患者に対応する	嚥下機能が低下した患者に対応する	A 看
			食席を移動させ嚥下状態を観察する	H 看
			看護師は関わる時間が長く患者のニーズを把握しやすい	E 言
		ポジショニングの実践	リハビリ部門がポジショニングへ出向く	G 理
			リハビリ部門が出向くと病棟スタッフの意識が向上する	G 理
			ポジショニング研修を受けスタッフへ伝達する	A 看
			看護補助者へポジショニングを伝達する	A 看
			ポジショニングはリハビリと病棟との情報共有が大きい	G 看
		嚥下体操を行う	集団で口腔・嚥下体操を行う	C 作
			カラオケや上肢運動は嚥下機能の向上につながると思う	A 作
	食形態・水分摂取の調整	適切な食形態で提供する	嚥下機能や身体状態に応じて食形態を変更する	A 看, H 看, B 栄
			適切な食形態で提供することが一番大事	B 看, B 栄, G 栄
		嚥下機能評価を用いる	嚥下機能評価をもとに食形態を調整する	B 看, C 看
		水分摂取に際し工夫する	粘度調整剤を使用する	H 看
			脱水防止のために水分摂取を促す	B 看
栄養状態・体力の改善	栄養状態の改善	栄養管理を行う	全患者に栄養管理計画書を作成する	G 栄
			全患者の栄養状態をみることで早期に対応できる	C 栄
			栄養スクリーニングの導入で看護師らの意識が上がった	C 栄
		栄養を強化する	粥の量を減らし特殊オイルを添加する	D 栄
		データを把握する	システム管理で患者データを把握する	F 検, F 精医
	ミーラウンドの充実	ミーラウンドを行う	栄養管理計画の一環としてミーラウンドを行う	G 栄, A 看
			入院後数日間は食事観察や情報収集を行う	B 栄
			食事場面の観察は栄養士の基本	H 栄
	経口摂取への移行	段階的に進める	点滴・経管栄養で身体回復を進めてから経口摂取を始める	C 内医
			全身・嚥下状態に合わせ段階的に進めることが大事	C 内医
			フードテストの継続が効果的	C 看
		患者の希望に応える	胃瘻造設患者の希望に応え経口摂取を可能にする	A 栄
			経口摂取が進むよう嗜好を重視する	B 看
	体力の改善	口腔・全身運動を行う	作業療法の中で運動プログラムを行う	A 作
			集団で口腔・ラジオ体操を行う	F 栄

注) 栄：管理栄養士，看：看護師，言：言語聴覚士，検：臨床検査技師，作：作業療法士，精医：精神科医師，内医：内科医師，薬：薬剤師，理：理学療法士

表 10 NST メンバーが誤嚥性肺炎予防を踏まえて提供するケア：コアカテゴリー【不顕性誤嚥による肺炎の回避】【食べることに繋げるチーム医療】（研究 2）

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	グループ（病院） 職種
不顕性誤嚥による肺炎の回避	口腔ケアの励行	口腔ケアに努める	要介助者への口腔ケアを行う	B 看
			嚥下機能が低下した患者の口腔ケアを励行する	F 精医
			自立患者の口腔ケアを促す	B 看, F 看
		組織的に口腔ケアを行う	組織的に口腔ケアに取り組む	F 検
			口腔ケアが一番大事	B 看
			口腔ケアの強化で抗生剤使用量が減ったと思う	F 検
食べることに繋げるチーム医療	病院スタッフへのコンサルテーション	メンバー間で検討する	NSTメンバーで事例検討を行う	D 栄
			NSTがあるから必要な支援に気づける	C 看
		メンバーから発信する	相談を受けたら既存指標でフィードバックする	B 栄
			相手が納得できるような根拠を示すことが大事	B 栄
			NSTで得た意見を病棟へ還元できるのが強み	A 看, A 栄
		院内多職種が参画する	現場スタッフも一緒に介入する	G 栄
			メンバーでなくともよい関係性で協力している	B 栄
		部署・職種間で協働する	NST以外の多職種で事例検討する	E 言
			主治医に薬物療法の影響を報告する	H 看, G 看
			普段の連携がNSTのようになっている	E 言
			職種・部署を越えた連携が大切	G 看, H 看
			言語聴覚士不在でも歯科や他の職種のチームワークがよい	G 理
		部署スタッフ間で協働する	病棟カンファレンスで事例検討を行う	H 看
			発言しやすい雰囲気づくりに努めている	H 看
		スタッフ個々の気づきを育む	病院スタッフの気づきを大切に努力する	H 精医
			病院スタッフ全体の意識が肺炎予防に向いてきている	A 栄
		摂食嚥下障害支援専門職が参画する	摂食嚥下障害支援職を招いて院内研修を行う	B 栄
			言語聴覚士をはじめとする専門職がいて活動しやすい	E 看
	し精 ての 神 科 職 医 務 療 遂 職 行 と	薬剤調整に取り組む	全患者のクロルプロマジン換算値を算出・提示する	D 薬, H 薬
			主治医へ薬剤調整を打診する	H 薬
		薬物療法の影響を考慮する	薬物療法の影響を考慮しながら嚥下状態をみる	E 言
			入院後数日は薬物療法の影響を考慮した観察が大切	B 看
		基本的ケアに努める	基本的な看護ケアを励行する	H 看

注）栄：管理栄養士，看：看護師，言：言語聴覚士，検：臨床検査技師，作：作業療法士，精医：精神科医師，内医：内科医師，薬：薬剤師，理：理学療法士

表 11 誤嚥性肺炎予防における課題(研究 2)

リー テ ー ゴ カ	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	グループ 職種
摂 食 嚥 下 障 害 へ の 対 応 に お け る 困 難	食事場面における対応	患者の理解・協力	要望が受け入れられず治療への協力が得られにくい	F 精医, G 薬, E 栄, F 栄
			切迫摂食への声掛けが通じず苦勞する	F 精医
		ポジショニングの実施	薬の副作用による姿勢保持困難への対応法が分からない	A 看
			薬物療法の影響で座位保持困難やふらつきが生じる	G 看
		朝夕食時のマンパワー	朝夕食時はマンパワー不足ではらはらす	B 看
	適切な食形態での提供	食形態の見直し	漫然と嚥下調整食を摂取することになる	D 栄
			現場スタッフとの食形態の見直しが必要	H 栄
		栄養・嚥下状態の考慮	栄養状態を考慮した食形態の調整が難しい	A 看
			嚥下機能を考慮した食形態の調整が難しい	A 栄, G 栄
		食材・調理にかかるコスト	コスト面から適切な食形態での提供が困難	F 栄
	嚥下機能への対応	患者のニーズ	患者のニーズと安全な食形態が異なる	B 看, G 栄
		包括的なアセスメント	摂食嚥下状態が精神状態に左右される	H 看, G 看, D 薬
			むせを伴わない患者は嚥下機能低下の発見が難しい	E 看
			肺炎リスクを考慮していても予測しづらい	B 看
			高齢化や薬物療法により口渇が出現する	G 栄
		嚥下機能の評価	患者が経口摂取を希望しても嚥下機能評価ができず進められない	A 栄
		嚥下機能の訓練	褥瘡が改善しても嚥下機能低下が残るため肺炎を起こす	D 栄
		専門職の参画	院内の非常勤歯科が活用されていない	A 栄, A 看
			専門職がいると摂食嚥下障害支援が進むと思う	F 栄, D 栄, D 看
			身体合併症対応は多職種が手探り状態	A 栄
	経管栄養患者への対応	経口摂取の維持	肺炎発症後に経管栄養に移行するケースが増えている	C 看
			認知機能低下と身体合併症があると経口摂取に移行できない	C 内医, A 作
精 神 科 N S T 活 動 に お け る 困 難	薬物療法における介入	医師への発信	患者との接点なく多剤処方中心の改善を提案しづらい	D 薬
			医師が少なく薬剤調整を進めづらい	D 薬
		薬剤調整後の患者の反応	単剤化しても頓服が増え副作用への対処が困難	D 薬
			非定型抗精神病薬からの変更に抵抗する患者が多い	F 薬
		有害反応への対応	薬物療法の影響で肺炎を起こしやすいのが一番の課題	C 内医
	作業療法における介入	集団プログラムの限界	過鎮静となる場合の薬剤調整が難しい	B 看
			口腔・嚥下体操を集団で行うのに限界がある	C 作
			精神科作業療法の個別加算が認められていない	A 作
	体力改善への介入	サルコペニア対策	患者トラブルのリスクが高くフレイル・サルコペニア対策が難しい	F 栄
			体格にかかわらずサルコペニアの問題がある	F 栄
	栄養の管理	職種・部署間の連携	主治医の方針と嚥下機能に乖離がある	A 栄
			誤嚥予防に関して他部署の情報が得られない	C 看
			精神科医と内科医の協働が難しい	C 内医
			病棟側と栄養士に食事に関するずれが生じる	G 栄
			長期入院患者の転棟時に状態把握が困難	C 看
		病院スタッフの意識・関心	交代勤務でこまめな情報提供が困難	B 看
			病棟スタッフ全体に栄養状態の重要性が浸透していない	B 看
			職員の肺炎リスク意識が薄く事例検討していない	F 薬
			長期入院・服用患者の低体重を事例検討していない	D 薬
			職員全体がNSTを理解していない	F 栄
		高齢・認知機能低下の考慮	高齢者の栄養管理が難しい	E 栄, D 検
			高齢・認知機能低下の影響で低栄養・肺炎となる	C 栄
		包括的な栄養管理	肺炎を起こすと低栄養となり褥瘡等全身へ影響する	G 看
			低栄養や褥瘡発生も視野に入れていきたい	G 栄
		ミールラウンドの実施	マンパワー不足でミールラウンドが困難	B 栄
		NSTとしての意識・関心	NSTとして誤嚥性肺炎予防に関する認識が無い	H 看

注) 栄：管理栄養士，看：看護師，言：言語聴覚士，検：臨床検査技師，作：作業療法士，精医：精神科医師，内医：内科医師，薬：薬剤師，理：理学療法士

表 12 誤嚥性肺炎リスク評価表(研究 3)

誤嚥性肺炎リスク評価					合計点 (Total:T)
局所状態 (Focus : F)	口臭	口腔内乾燥	口腔内酸性度 pH	／3	
	口より15cmで悪臭がする (1点)	乾燥しているもしくは唾液が泡立ち粘 稠である (1点)	pH試験紙により 酸性 pH<5.0 (1点)		
全身状態 (General : G)	ADL	ピークフロー PEF	BMI<19(1点)	会話明瞭度	／4
	食事時間を通し安定した座位を自分で 保つことができない (1点)	電子ピークフローメーターにて PEF<200 (1点)	BMI<19 (1点)	内容が分かっていないと理 解困難 (1点)	
嚥下状態 (Dysphagia : D)	頸部聴診法	改定水飲み検査 MWST	反復唾液嚥下検査 RSST	／3	
	水分の嚥下により、呼吸音もしくは呼 吸パターンが明らかに変化する (1点)	冷水3mlを口に入れた後嚥下をすすめ てもできないかムセが確認される(1点)	2回以下／30秒間 (1点)		
Total : T					／10

【手順】

- 1.全身状態（G）：PEFを3回測定し最高値を採用する。ADL,BMI,会話明瞭度は診療録・病棟看護師から情報を得る。
- 2.局所状態（F）：口腔内酸性度は奥舌にpH試験紙を付着させて測定する。この際に口臭，口腔内乾燥を判定する。
- 3.嚥下状態（D）：MWST時，併せて頸部聴診法を行う。その後にRSSTを行う。
- 4.局所状態（F）：全身状態（G）・嚥下状態（D）の合計点（T）に基づき，誤嚥性肺炎リスクを評価する。

【評価判定】

- ・ 高リスク（年間複数回，もしくは3か月以内の肺炎罹患リスク ➡1か月～2か月毎の評価が適当）：7点≦T
- ・ 中等度リスク（年間1回程度の肺炎罹患リスク ➡3か月～4か月毎の評価が適当）：3点≦T≦6点
- ・ 低リスク（年間平均0.5回以下の肺炎罹患リスク ➡半年～1年毎の評価が適当）：T≦2点

表 13 誤嚥性肺炎リスク評価(研究 3)

		人数	%
誤嚥性肺炎リスク評価			
合計点(T)=局所状態(F)+全身状態(G)+嚥下状態(D)			
高リスク	7点 \leq T:年間複数回,もしくは3か月以内の肺炎罹患リスク	0	0
中等度リスク	3点 \leq T \leq 6点:年間1回程度の肺炎罹患リスク	24	24.0
低リスク	T \leq 2点:年間平均0.5回以下の肺炎罹患リスク	76	76.0
局所状態(Focus:F)に異常		あり (1~3点)	32 32.0
		なし (0点)	68 68.0
口臭	あり:口より15cmで悪臭がする (1点)	8	8.0
	なし	92	92.0
口腔内乾燥	あり:乾燥しているもしくは唾液が泡立ち粘稠である (1点)	26	26.0
	なし	74	74.0
口腔内酸性度pH	酸性:pH<5.0(1点)	0	0.0
	5 \leq pH	100	100.0
全身状態(General:G)に異常		あり (1~3点)	57 57.0
		なし (0点)	43 43.0
ADL	食事時間を通し安定した座位を自分で保つことができない (1点)	1	1.0
	食事中の座位保持可能	99	99.0
PEF	PEF<200 (1点)	47	47.0
	200 \leq PEF	53	53.0
BMI	BMI<19 (1点)	26	26.0
	19 \leq BMI	74	74.0
会話明瞭度	内容が分かっていないと理解困難 (1点)	31	31.0
	よく分かる	69	69.0
嚥下状態(Dysphagia:D)に異常		あり (1~3点)	42 42.0
		なし (0点)	58 58.0
頸部聴診法	水分嚥下で呼吸音もしくは呼吸パターンの明らかな変化 (1点)	3	3.0
	なし	97	97.0
MWST	冷水3mlを口に入れた後嚥下をすすめてもできないかムセが確認される	9	9.0
	なし	90	90.0
	拒否	1	1.0
RSST	RSST \leq 2回/30秒間 (1点)	38	38.0
	2回<RSST	62	62.0

表 14 参加者の群間比較(研究 3)

	低リスク群 (n=76)		中等度リスク群 (n=24)		p値
基本属性					
年齢(歳)	65 (52－70)		68 (63.25－76.25)		.043*
性別					
男性	49	(64.5)	10	(41.7)	.048*
女性	27	(35.5)	14	(58.3)	
診断名					
統合失調症	60	(78.9)	18	(75.1)	.684
統合失調症以外	16	(21.1)	6	(24.9)	
処遇					
開放病棟	24	(31.6)	8	(33.3)	.872
閉鎖病棟	52	(68.4)	16	(66.7)	
入院					
期間 (年)	3.7 (1.08－11.42)		9.0 (3.0825－27.29)		.062
回数 (回)	5 (3－8)		5 (2.25－7.75)		.721
薬物療法					
向精神薬種類数	4 (3－5)		4 (2－4.75)		.351
抗精神病薬種類数	2 (1－3)		2 (1－2.75)		.732
抗パーキンソン病薬種類数	0 (0－1)		0 (0－1)		.659
CP換算量(mg)	600 (200－1150)		594.5 (75－1162.5)		.856
日常生活の状況					
精神科看護度					
I:自分ではできない	0	(0)	0	(0)	.698
II:自分でできることもあるができないことが多い	4	(5.3)	1	(4.2)	
III:自分のことは大体できるが主体的な行動には問題が残されている	40	(52.6)	15	(62.5)	
IV:自主的な行動はかなりとれるが社会適応には問題が残されている	32	(42.1)	8	(33.3)	
歩行状態					
G1:不可 (車椅子使用)	5	(6.6)	0	(0)	.440
G2:つかまり可能 (シルバーカー使用)	5	(6.6)	3	(12.5)	
G3:可能 (見守り)	1	(1.3)	0	(0)	
G4:自立	65	(85.5)	21	(87.5)	
食事摂取の状況					
Lv.7:3食の嚥下食を経口摂取している	15	(19.7)	10	(41.7)	.001**
Lv.8:特別食べにくい物を除いて経口摂取している	8	(10.6)	6	(25.0)	
Lv.9:食物の制限は無く、3食を経口摂取している	19	(25.0)	8	(33.3)	
Lv.10:摂食嚥下に関する問題無し	34	(44.7)	0	(0)	
栄養状態					
BMI(kg/m ²)	23 (20.9－25.7)		18.4 (17.1－22.375)		p<.001**
GNRI	103 (96.8－105.7)		95.4 (90.25－1162.5)		p<.001**
重度栄養リスクあり:GNRI<82	2	(2.6)	2	(8.3)	.062
中等度栄養リスクあり:82≦GNRI<92	7	(9.2)	5	(20.8)	
軽度栄養リスクあり:92≦GNRI<98	16	(21.1)	8	(33.3)	
栄養リスクなし:98≦GNRI	51	(67.1)	9	(37.5)	
血液生化学所見					
TP(g/dl)	7 (6.6－7.3)		6.8 (6.4－7.1)		.058
Alb(g/dl)	4.1 (3.8－4.4)		4.1 (3.575－4.2)		.148
Ht(%)	40.7 (37－42.6)		36.5 (34.425－38.925)		p<.001**
Hb(g/dl)	13.5 (12.4－14.3)		12.6 (11.65－13.15)		.001**
WBC(10 ² /mm ²)	58.4 (48－65.5)		52.4 (42.75－64.15)		.178
呼吸機能					
PEF	238 (161－338)		140 (93.25－180)		p<.001**
嚥下機能					
RSST(回)	3 (3－5)		2 (0－2)		p<.001**

分析方法: 年齢, 入院期間・回数, 薬物療法, BMI・GNRI値, 血液生化学所見, PEF, RSSTはMann-Whitney *U*検定, 他は χ^2 乗検定
 数値: 実数, %, 中央値 (第1四分位数, 第3四分位数) で示している. 有意確率: 漸近有意確率 (両側) *: p<0.05, **: p<0.01
 p<.001はp値が0.001未満を示す.

表 15 二項ロジスティック回帰分析(研究 3)

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	オッズ比(OR)	オッズ比の95%信頼区間	
							上限	下限
入院期間	.053	.027	3.781	1	.052	1.054	1.000	1.112
BMI	-.313	.105	8.854	1	.003**	.731	.595	.899
PEF	-.018	.006	10.039	1	.002**	.982	.971	.993
RSST	-.724	.224	10.437	1	.001**	.485	.312	.752

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$

分析方法: 二項ロジスティック回帰分析 変数減少法(尤度比)

従属変数: 誤嚥性肺炎の中等度リスク群であることを1, 低リスク群であることを0とした.

独立変数: 群間比較で $p < 0.2$ となった年齢, 性別, 入院期間, 食事摂取の状況, BMI, GNRI, TP, Alb, Hb, WBC, PEF, RSSTを投入した. なお, HtとHbの間に相関を認めたためHtを除外した.

資料1 インタビューガイド(研究1)

インタビューガイド

No. _____

調査年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

インタビュー開始時間： _____

インタビュー終了時間： _____

1. 研究協力依頼文書の説明：このたびは、本研究へのご協力をありがとうございます。研究者の清野と申します。これから、インタビューについて説明させていただきます。ご不明な点がございましたら、いつでもおっしゃって下さい。それでは、本研究の依頼書をご覧ください。＊資料2 研究協力依頼書(研究対象者用)に沿って説明を行う。

2. 同意書の手続き：本研究に同意されましたら、こちらの同意書へご署名をお願い致します。＊資料3 同意書(研究対象者用)2通に自記署名をいただき、研究者の署名後に1通を対象者に渡す

3. インタビューの実施

1) 導入：それでは、これからインタビューを始めさせていただきます。30分～45分程度のインタビューの中で、いくつかの質問をさせていただきますので、皆さまで自由にディスカッションしていただければと思います。インタビュー内容を録音させていただきますが、宜しいでしょうか。＊ICレコーダのスイッチを入れる

2) インタビュー：調査年月日は○年○月○日、開始時間は○：○です。

(1) ご自身についてお聞きします。＊直接記入してもらい、インタビュー終了後回収

①所属病棟の区分： _____	②職位： _____
③性別： <u>男・女</u> _____	④年齢： _____ 歳
⑤臨床経験年数： _____ 年	⑥精神科経験年数： _____ 年
⑦当該施設経験： _____ 年	⑧当該病棟経験： _____ 年

(2) 身体合併症予防を目的として実践されている看護ケアについてお聞きします。

この1か月間に実施した身体合併症看護ケアのうち、具体的なケア行為が想起しやすい事例(複数可)について、「どのような事例に対して、どのような状況で、どのようにアセスメントし、どのような看護ケアを行ったか」の視点からお話ください。ケア内容は、その事例に対して行ったケアを全て挙げてください。患者さまの日常生活援助：呼吸、食事、清潔、排泄、活動・休息、体温調節・循環、安全管理・環境などに関する働きかけがありましたら、自由にディスカッションしてください。

①転倒・転落についてお聞かせください。
②糖尿病について聞かせください。
③誤嚥性肺炎について聞かせください。
④深部静脈血栓症・肺塞栓症についてお聞かせください。
⑤麻痺性イレウスについて聞かせください。
⑥水中毒・多飲症について聞かせください。
⑦その他身体合併症予防のために実践していらっしゃる看護ケアがありますか。

以上で、質問を終わります。本日はお忙しい中お時間をいただき、誠にありがとうございました。

資料2 インタビューガイド(研究2)

インタビューガイド

No. _____

調査年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

インタビュー開始時間：_____

インタビュー終了時間：_____

1. 研究協力依頼書の説明：

このたびは、本研究へのご協力をありがとうございます。研究責任者の清野と申します。これから、本研究のインタビューについて説明させていただきます。ご不明な点がございましたら、いつでもおっしゃって下さい。それでは、お手元の研究依頼書をご覧ください。

2. 同意書の手続き：

本研究に同意されましたら、同意書へご署名をお願い致します。

3. 基本情報の記載：

ご自身についてお伺いします。該当か所に☑、()は具体的にお答え下さい。

①職種：

☐管理栄養士 ☐薬剤師 ☐精神科医師 ☐内科医師 ☐作業療法士 ☐言語聴覚士
☐看護師 ☐その他 ➡ 具体的な職種をお答え下さい()

②職位：☐スタッフ ☐管理職 ➡ 具体的な職位をお答え下さい()

③性別：☐男 ☐女 ④年齢：_____歳

④現在の資格を取得してからの臨床経験年数：_____年

⑤現在の資格を取得してからの精神科経験年数：_____年

⑥現在の資格を取得してからの当該施設経験年数：_____年

⑦当該施設 NST メンバーとしての経験年数：_____年

4. インタビューの実施

1) 導入：

これからインタビューを始めさせていただきます。30分～45分程度のインタビューの中で、いくつかの質問をさせていただきますので、皆さま同士で自由にディスカッションしていただければと思います。インタビュー内容を録音させていただきますが、宜しいでしょうか。

2) インタビュー：

はじめに、NSTの活動内容と皆様の役割を伺わせていただきます。

次に、この6か月間を中心にお答えください。

NST活動の中で誤嚥性肺炎の予防を念頭に置かれて行われた摂食嚥下障害ケア、困難だった点や上手くいった点、その要因、精神科NSTとしての強み、活動の障壁となる要因、誤嚥性肺炎のリスク因子・影響要因、摂食嚥下障害ケアについて、専門職の立場から普段どのように考えていらっしゃるか、今後NSTとして、専門職として、どのような取り組みが必要か、についてお聞かせください。

摂食嚥下障害ケア内容とは、食べること、もしくは飲みこむための身体機能の障害に対して働きかける行為の全てを指します。食事摂取への援助や口腔ケア等の日常生

活援助、嚥下機能評価や摂食嚥下リハビリテーション、嚥下や咀嚼に必要な筋肉を維持できるような軽い運動の促し等の直接的なケアの他、見守りや観察等のモニタリング、栄養管理、食事形態の検討、ケア内容の充実に向けたカンファレンス・多職種連携等の間接的な援助も含まれます。また、誤嚥性肺炎のリスク因子である誤嚥物・細菌量、嚥下機能・喀出能、身体の免疫力、これらに影響を及ぼす自己衛生管理や嘔吐・胃食道逆流、向精神薬の副作用（錐体外路症状やサブスタンス P 減少による嚥下反射の低下）、栄養状態、身体活動や心肺機能等について、臨床経験における事例への介入や体験、場面等を踏まえて、日頃から考えたり感じたりしていることを自由にディスカッションして下さい。

具体的なケア行為が想起しやすい事例について、「どのような事例に、どのような状況で、どなたが、どのようなケアを行い、どうなったか」の視点からお話ください。

3) IC レコーダ (2 台) の録音開始：

録音ボタンを押し録音が始まったことを確認する。 調査年月日は○年○月○日、開始時間は○：○です。お手数でも発言前に、職種をお付け下さい。

- ①NST の活動内容(組織・運営、活動状況)
- ②各メンバーの役割(お 1 人ずつお聞かせ下さい)
- ③NST 活動の中で、誤嚥性肺炎の予防を念頭におかれて行われた摂食嚥下障害ケア(この 6 か月間を中心にお答え下さい。誤嚥性肺炎予防に限定せずに行われたケアも含む)
- ④上記③について、困難だった点、上手くいった点、その要因。
- ⑤精神科 NST としての強み、活動の障壁となる要因(物理的環境、人的環境、システム等)
- ⑥誤嚥性肺炎のリスク因子や影響要因、これらに対する摂食嚥下障害ケアについて、専門職の立場からこれまでのご経験を振り返り、日頃から考えたり感じたりしていること(認識等)
- ⑦今後、NST として、専門職として、取り組みが必要と考える活動・課題(お 1 人ずつ)

以上で、質問を終わります。本日はお忙しい中お時間をいただき、誠にありがとうございました。

4) IC レコーダの録音終了・謝礼を渡す：停止ボタンを押す。

資料 3 患者調査票(研究 3)

患者調査票

ID _____

事前の手続き 実施者氏名(_____) 調査年月日：平成 _____ 年 _____ 月
 日 時間： _____ ~ _____

1. 研究協力依頼書の説明：このたびは、本研究へのご協力をありがとうございます。研究(協力)者の〇〇と申します。これから調査について説明させていただきます。ご不明な点がございましたら、いつでもおっしゃって下さい。それでは、お手元の書類をご覧ください。➡対象者用研究協力依頼書に沿って説明する
2. 同意書の手続き：本研究に同意されましたら、同意書へご署名をお願い致します。同意書に署名した後でも研究への参加を取りやめることができます。その場合は、遠慮なくお申し出ください。➡同意撤回書に沿って説明し、手渡しする

診療録からの情報収集 実施者氏名(_____) 調査年月日：平成 _____ 年
 月 日 時間： _____ ~ _____

3. カルテ情報(基本情報、食事状況、摂取状況レベル評価、栄養状態、誤嚥性肺炎予防策)の収集：

ア) 基本情報

年齢： _____ 歳 性別： 男・女 診断名： _____
 入院期間(合計)： _____ 年 _____ か月 今回の入院期間： _____ 年 _____ か月
 入院回数 _____ 回
 身体合併症(肺炎罹患)： 有・無
 誤嚥・窒息エピソード： 有・無
 治療：向精神薬の種類 _____ 種類 CP 換算値 _____
 処方内容 _____

看護必要度：日常生活機能評価

歩行：☐自立 ☐可能 ☐つかまり可能 ☐不可

イ) 食事状況：食事形態 _____ エネルギー量 _____
 食事の摂取量(調査前日) 朝 _____ 昼 _____ 夜 _____
 禁忌食品 有・無

ウ) 摂取状況レベル評価：普段どれくらい食べているのか ☒する

- ☐Lv. 6 3食嚥下食経口摂取が主体で不足分の代替栄養(栄養補助食品)を行っている
- ☐Lv. 7 3食の嚥下食を経口摂取している(代替栄養は行っていない)
- ☐Lv. 8 特別食べにくい物を除いて3食経口摂取している
- ☐Lv. 9 食事の制限は無く、3食を経口摂取している
- ☐Lv. 10 摂食嚥下に関する問題無し(正常)

エ) 栄養状態：直近に実施した測定・検査結果を参照する

採血日 H _____ 年 _____ 月 _____ 日
 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ SGA _____
 血液検査データ TP _____ Alb _____ Ht _____
 Hb _____

4. 提供されている誤嚥性肺炎予防策（積極的介入）：☒する

ア）不顕性誤嚥対策

- ①口腔内細菌叢の改善 ☐口腔ケア ☐口腔内清拭 ☐含嗽 ☐義歯ケア
☐歯科受診 ☐嚥下訓練 ☐発声訓練 ☐会話
☐カラオケ
- ②胃食道逆流予防 ☐夜間睡眠時の軽度の胸部挙上☐制酸剤の適切な使用と中止
- ③嚥下機能の改善 ☐直接・間接嚥下訓練 ☐薬物療法（ACE阻害薬、シロスタゾール、ニセルゴリン等）
- ④不顕性誤嚥悪化要因の除去 ☐睡眠薬・鎮静薬・抗コリン作用を有する薬剤の減量・中止

⑤嚥下機能回復の手段 ☐栄養・脱水・意識レベル・脳機能改善☐脳梗塞予防

イ）顕性誤嚥対策 ☐意識レベル改善 ☐摂食嚥下リハビリテーション
☐食形態の工夫 ☐食事介助

ウ）肺炎予防対策 ☐禁煙

- ☐ワクチン接種の推奨（インフルエンザ 肺炎球菌）
☐肺機能改善（呼吸器疾患管理）
☐全身の体力・筋力作り（病棟内ウォーキング、作業療法のスポーツ含む）

観察・測定・聞き取り調査 実施者氏名() 調査年月日：平成 年
月 日 時間： ～

5. バイタルサイン測定：体温、脈拍、呼吸、血圧、SpO2：調査の前に体温や血圧、酸素濃度を測らせていただきます。

体温： 脈拍： 呼吸数：
SpO2：
血圧：
*異常値を認めた場合、これ以降の調査を延期・中止する

6. 本人の食事や嚥下に対する思い、希望：現在のお食事や飲み込みについて、不便を感じることも、もっとこういうふうにしたい等、何かご希望はありますか。

*バイタルサイン測定時に自然な流れで質問し、研究対象者の負担にならないよう短時間で済ませる

*会話中の様子を観察し、以下を☒する

呼吸力(口元から40cmではっきりと呼気を感じるか) ☐yes ☐no

会話明瞭度(聴く側が内容が分かってないと理解困難か) ☐yes ☐no

7. 直接的な調査に関する説明 井上式誤嚥性肺炎リスク評価票(i-EALD)：

はじめに、お口の状態を確認させていただきます。

…Focus(局所状態) ①口臭(口より15cmで悪臭の有無)、②口腔内乾燥(乾燥もしくは唾液が泡立ち燃調の有無)、③口腔内残さ(口腔内の明らかな多量の残さの有無)

次に、お水を少しお口の中に入れ飲みこんでいただきます。続けてご自分の唾をのみ込んでいただきます。

…Dysphagia(嚥下状態)：②改訂水飲み検査 MWST(冷水3mlを口に入れた後嚥下をすすめてもできないorムセが確認される)、③反復唾液検査 RSST(2回

以下/30 秒間)

その後は、お昼のお食事の様子を確認させていただきます。お近くに居りますが、いつも通りにお食事を召し上ってください。

…Dysphagia(嚥下状態)：①食事中的ムセ咳（食事の中に明らかな連続性のムセ咳を続けて起こすか）、General(全身状態)：①ADL（食事時間を通し安定した座位の自力保持の有無）

※General(全身状態)：②呼吸力(口元から 40 cmではっきりと呼気を感じるか)、④会話明瞭度(聴く側が内容が分かっていないと理解困難か)は、バイタルサイン測定時に「食事や嚥下に対する思い、希望」を聞きとる際の会話を通して観察する。③BMI は、3.カルテ情報のエ)を転記する。

8. 食前 General(全身状態)の調査：それでは、呼吸の検査をします。

②ピークフロー(PEF<200)または(測定困難な場合) _____

呼吸力(口元から 40 c mではっきりと呼気を感じられない) ☐ yes ☐ no

④会話明瞭度(聴く側が内容が分かっていないと理解困難か) ☐ yes ☐ no

9. 食前 Focus(局所状態)の調査：お口の状態を確認させていただきます。大きくあけてください。

①口臭(口より 15cm で悪臭の有無) ☐ yes ☐ no

②口腔内乾燥(乾燥もしくは唾液が泡立ち燃調の有無) ☐ yes ☐ no

③口腔内酸性度(pH<5.0)または(測定困難な場合) _____

口腔内残さ(口腔内の明らかな多量の残さの有無) ☐ yes ☐ no

10. 食前 Dysphagia(嚥下状態)調査： お口の中にお水を少し入れますので飲みこんでください。

①頸部聴診法(下記②時、水分の嚥下により、呼吸音もしくは呼吸パターンが明らかに変化する)

☐ yes ☐ no

②改訂水飲み検査 MWST(冷水 3m l を口に入れた後嚥下をすすめてもできない or ムセが確認される)

☐ yes ☐ no

11. 食前 Dysphagia(嚥下状態)調査： 30 秒間、できるだけお口の中の唾を続けて飲みこんでください。

③反復唾液検査 RSST(2 回以下/30 秒間) _____回/30 秒間

12. 食事中 Dysphagia(嚥下状態)の調査：(観察)お食事中はいつも通りに召し上がってください。

①食事中的ムセ咳の有無(頸部聴診法が困難だった場合) ☐ yes ☐ no

13. 食事中 General(全身状態)の調査：(観察)

①ADL(食時間を通し安定した座位の自力保持の有無) ☐ yes ☐ no

14. 終了の説明：これで終わります。ありがとうございました。