

介護老人保健施設の看護師の誤嚥性肺炎の早期発見、 治療の場の決定に向けた判断の過程

小 熊 亜希子 (千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程)
吉 本 照 子 (元千葉大学大学院看護学研究科)
飯 野 理 恵 (千葉大学大学院看護学研究科)

本研究の目的は、介護老人保健施設（以下、老健）において①入所者が誤嚥性肺炎を発症した可能性について、②誤嚥性肺炎の診断を受けた入所者の老健での治療継続の適否についての老健の看護師の判断の過程を質的帰納的に明らかにすることである。肺炎罹患予防と重症化予防について高度な実践をしている4つの老健において、3種類の転帰をとった事例として、入所中に誤嚥性肺炎を発症し、老健での治療を受けて治癒した事例（転帰1）、入所中に誤嚥性肺炎を発症し、老健でのターミナルケアを受けて、看取られた事例（転帰2）、入所中に誤嚥性肺炎を発症し、老健から医療機関に転院した事例（転帰3）について豊富な実践経験を持つ常勤の老健看護師8名を対象とし、半構造化インタビューを行った。その結果、老健看護師は、同職種・他職種との連携により得られた、個々の入所者に特有な定型・非定型的症状の情報、肺炎と鑑別すべき疾患について精練された情報を基に、肺炎を発症した可能性があるかと判断していた。

肺炎発症後は、肺炎の重症度、入所者の身体状態とそれぞれの治療の場を選んだ場合のメリットとデメリット等の十分な説明を受けたうえでの関係者の意向、治療の場によるADLへの影響、老健での安全な治療に必要な環境整備の実現性を優先して、適切な治療の場を判断していた。これらより、老健入所者の肺炎を早期に発見し、適切な治療の場を選択するための情報収集や判断過程についての示唆が得られた。

KEY WORDS : Nurses' judgement, aspiration pneumonia, residents of long-term care facilities

I. 背景

介護老人保健施設（以下、老健）は、介護を必要とする高齢者の自立支援と家庭復帰に向けて、医師の管理のもと、看護・介護、リハビリテーションを提供する¹⁾。

在宅で生活する高齢者、老健入所者のいずれにおいても問題となる重要な健康障害の一つが、老化や脳血管疾患の後遺症などによる摂食・嚥下機能の低下を背景に発症する誤嚥性肺炎である。

高齢者の肺炎の7割以上が誤嚥性肺炎と言われ²⁾、平成31年の誤嚥性肺炎による死亡率は65歳から徐々に増加し、85歳以上では急激に増加していることから³⁾、高齢者は誤嚥性肺炎に罹患しやすく、死に至る場合があるといえる。したがって、誤嚥性肺炎の徴候を早期に発見し、迅速に適切な診断・治療に結び付けることは老健の看護師にとって重要である。老健入所者の多くは、高齢者の特徴として、誤嚥性肺炎の定型的な症状を呈さないことも多いため⁴⁾、普段と異なる様子など非定型的な症

状に対しても情報を収集する必要がある。実際に、入所者の精神状態の変化が、肺炎の早期発見に有効であるという報告がある⁵⁾。非定型的症状は個別性が高いため正常・異常の区別がつきにくく、普段の様子を知らないと捉えることが難しい。しかし、老健における看護師の必要数は入所者100人に対し9人と医療機関に比べてより少ないため、入所者と接する時間が限られており、看護師が非定型的症状について十分に把握することは難しい。

また、誤嚥性肺炎を発症した老健入所者に対し、老健での治療による治癒が望めると医師が判断した場合、入所者・家族が老健での治療を望む場合、老健内で治療を受けることができる⁶⁾。老健で治療を行うことの適切さについては、入所者の誤嚥性肺炎の重症度や過去の罹患状況からみた治癒の見込み、入所者・家族の意向、老健のマンパワー、治療環境が入所者・家族の身体的・精神的安寧に与える影響などを総合的にアセスメントしたうえで、判断する必要がある。その理由は、肺炎の治癒を考えて、老健から医療機関に治療の場を移したことが、認知症の周辺症状の悪化やADLの低下を招いて、逆に

在宅復帰を阻害することもあり^{7), 8)}, 治療の場の判断を誤ることが老健入所者にとって不利益をもたらすことがあるためである。

治療の場を決めるうえで鍵となる肺炎の重症度の判定のツールとして年齢 (Age), 脱水 (Dehydration), 呼吸状態 (Respiration), 意識障害 (Orientation), 血圧 (Blood Pressure) から判定する日本呼吸器学会のA-DROP, 意識状態 (Confusion), 尿素窒素 (Urea), 呼吸数 (Respiratory rate), 血圧 (Blood Pressure), 年齢 (65) から判定する英国胸部疾患学会のCURB-65, 背景, 合併症, 身体所見, 検査値から算出した危険度に基づき, 適切な治療の場を示す米国感染症学会と胸部学会の合同ガイドライン中の研究で使用されたPneumonia Severity Index (PSI) がある⁹⁾。これらの重症度判定ツールは成人の市中肺炎の重症度の評価を目的として開発されたものであり, 年齢以外の評価項目は, 高齢者ではもともと正常値から逸脱している場合もあるため, これらのツールを用いて老健入所者の誤嚥性肺炎の重症度を判定することは難しい。さらに, 高齢者は短時間で状態が変化しやすいため, 治療の場の迅速な判断が求められるが, このような状況の中で, 入所者・家族が誤嚥性肺炎の治療・ケアの場について迅速に意思決定を行うことはしばしば困難を伴う。しかし, 普段の様子を把握している老健の看護師が, 急変した入所者の医療の必要性を見極め, 適切な治療の場を選択できたことが報告されている¹⁰⁾。

そこで, 誤嚥性肺炎を発症した入所者への実践経験が豊富な老健の看護師が, どのように入所者の状況・状態を把握し, 誤嚥性肺炎を発症した可能性を判断しているのか, 誤嚥性肺炎の診断を受けた入所者の老健での治療継続の適否についてどのように判断しているのか, その過程を明らかにすることにより, 入所者の誤嚥性肺炎を早期に発見し, 適切な治療・ケアの場を見極めるための示唆を得られる可能性があると考ええる。

II. 目的

老健の場において, 入所者が誤嚥性肺炎を発症した可能性, および, 誤嚥性肺炎と診断を受けた入所者の老健での治療継続の適否についての看護師の判断過程を明らかにする。

III. 用語の定義

・判断

情報を基に, 論理, 基準などに従って, 判定すること

IV. データ収集方法

1. 研究対象者・事例の選定

入所者の誤嚥性肺炎に対し, 優れた実践を行っている老健に勤務する看護師 (以下, 看護師) をサンプリングするため, 全老健の85%が加入している全国老人保健施設協会の機関紙や看護系の商業誌, 老年の医学会誌に肺炎や感染症に関する実践について掲載されたことがある老健に研究協力を依頼した。研究協力を承諾した老健の看護管理者に, 3つの転帰をとった事例として, 入所中に誤嚥性肺炎を発症し, 老健での治療を受けて治癒した事例 (転帰1), 入所中に誤嚥性肺炎を発症し, 老健でのターミナルケアを受けて, 看取られた事例 (転帰2), 入所中に誤嚥性肺炎を発症し, 老健から医療機関に転院した事例 (転帰3) を各1名ずつ選定してもらった。この3つの転帰を選択した理由は, 老健で入所者が誤嚥性肺炎を発症した場合の転帰が, おおよそこの3つのいずれかになると考えたためである。転帰1には老健で治療を行うことが適切と判断した場合の判断過程が, 転帰2には医療機関に転院せず老健でターミナルケアを行うことが適切と判断した場合の判断過程が, 転帰3には医療機関で治療を受けることが適切と判断した場合の判断過程がそれぞれ含まれていると考え, 本研究の目的に沿った方法と考える。また, 3つの転帰には, 共通してどのようにして誤嚥性肺炎と判断したのか, すなわち誤嚥性肺炎の早期発見に関わる判断過程が含まれていると思われる, 本研究の目的に沿った方法と考える。

次いで, 看護管理者に, 老健での十分な肺炎ケアの実践経験があり, 選定した事例に対する誤嚥性肺炎の発症前後の実践を語れる看護師を各施設1~2名推薦してもらい, その者を研究対象候補者とし, そのうち, 同意を得られた者を研究対象者とした。看護管理者には, 看護師の推薦にあたり, 研究への協力は強制ではないこと, 協力を断っても業務上の評価に影響は一切ないことを伝えてもらい, 強制力が働かないよう配慮した。

2. 看護師へのインタビュー

事例ごとに, 誤嚥性肺炎を発症した可能性があると判断した過程と老健での治療継続の適否について判断した過程が区別しやすいように, 誤嚥性肺炎の発症前後に分けて質問した。発症前後で, 誰から, どのような情報を得て, その情報から, 何を考え, どのように行動し, 発症, または, 老健での治療継続の適否について判断したのかについて, 半構造化面接を行った。インタビューは各対象者に1回ずつ行い, 同意を得て録音し逐語録を作成した。インタビュー時期は, 2015年7月から2016年12月であった。

V. 分析方法

1. 誤嚥性肺炎の発症の可能性の判断／老健での治療継続の適否についての判断と判断過程の抽出と要約

筆頭著者が逐語録から、「①事例が誤嚥性肺炎を発症した可能性について、②誤嚥性肺炎と診断を受けた事例の老健での治療継続の適否について、看護師が判断した場面」を抽出し、それらの場面において看護師はどのような情報を収集し、それらの情報から何を考え、誤嚥性肺炎を発症した可能性、および、誤嚥性肺炎の診断を受けた入所者の老健での治療継続の適否について判断したのかを要約した。

2. 要約箇所の統合

誤嚥性肺炎を発症した可能性の判断に関する要約は、内容の類似性と順序性にに基づき、統合した。誤嚥性肺炎と診断を受けた事例の老健での治療継続の適否についての判断に関する要約は、誤嚥性肺炎の診断後から治療の開始前と開始後に分類した。次いで、事例の3つの転帰ごとに要約を分類し、内容の類似性と順序性にに基づき、統合した。

3. 妥当性・信用性の確保

筆頭著者が抽出した箇所と看護師が語った内容が一致しているのか研究対象者に確認し、修正した。要約は「事例の状況を具体的に想起できるように記述され、元データの内容と要約した内容が一致しているか」という視点で、老健における研究業績のある研究者と討議した。

VI. 倫理的配慮

本研究は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認後に実施した（承認番号27-69）。研究協力者

には研究の趣旨、任意性、データの取り扱い、看護師個人と組織、事例の情報保護、途中辞退の保証、研究結果の公表方法等について、依頼時とインタビュー前に説明し、同意を得て実施した。インタビュー中は、負担感を随時確認した。また、語られた事例（入所者や家族）については、匿名化を図り、看護師の判断過程に関係しない情報は削除した。

VII. 結果

1. 対象施設と看護師の属性（表1）

対象施設は4施設であった。4施設のうち3施設（Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ）が在宅復帰に関連する加算を、2施設（Ⅰ・Ⅲ）がターミナルケアの加算を受けていた。併設の医療機関があるのは1施設（Ⅰ）のみであった。在宅復帰に関連する加算を受けている老健の入所者の平均介護度は、受けていない老健よりも低かった。研究対象候補となった看護師は女性7名、男性1名の合計8名であり、全ての者から同意を得た。看護師歴は、9年～33年7か月、老健勤務歴は1年5か月～8年3か月であった。老健勤務歴が1年5か月と短い者の看護師歴は、31年3か月で主な勤務先は療養病棟であり、高齢者看護に精通していると考えられた。平均インタビュー時間は、53分（30～103分）であった。

2. 事例の属性（表2）

事例は7件選定され、看護管理者と同じ老健に勤務する医師に「誤嚥性肺炎」と診断されたことを確認した。インタビューでは全ての事例が語られた。事例の介護度の平均は3.6、範囲は2から5であった。転帰1に該当する3例の平均介護度は3.3、転帰2に該当する1例の

表1 対象施設・対象看護師の属性

	施設Ⅰ		施設Ⅱ		施設Ⅲ		施設Ⅳ	
提供サービス種類	なし		在宅強化型施設		在宅強化型施設		在宅復帰・在宅療養支援機能加算施設	
ターミナルケア加算	有		無		有		無	
定床数	50		90		80		50	
病院併設の有無	有		無		無		無	
入所者の平均年齢 (H25/H26)	85.2/84.6		83.1/83.9		88.3/87.9		85.1/85.7	
入所者の平均介護度 (H25/H26)	4.4/4.5		3.1/3.0		3.6/3.5		3.6/3.5	
看護師	A	B	C	D	E	F	G	H
年代	30歳代	50歳代	30歳代	30歳代	40歳代	50歳代	30歳代	50歳代
性別	女性	女性	女性	男性	女性	女性	女性	女性
看護師歴	15年8か月	30年3か月	17年2か月	9年	10年6か月	31年3か月	17年	33年7か月
老健看護師歴	4年2か月	8年3か月	6年1か月	3年2か月	4年7か月	1年5か月	2年4か月	6年4か月

表2 事例の属性

	転帰1 (3件)			転帰2 (1件)		転帰3 (3件)	
施設・事例	I・a	IV・b	III・c	I・d	II・e	IV・f	III・g
年代	80歳代	80歳代	80歳代	60歳代	80歳代	100歳代	100歳代
性別	女性	男性	男性	男性	男性	男性	男性
介護度	4	4	2	5	3	4	3
障害高齢者の日常生活自立度	C-2	B-2	A-1	C-2	B-2	B-2	A-2
認知症高齢者の日常生活自立度	M	IV	非該当	IV	III a	M	III a
入所前	医療機関	医療機関	在宅	医療機関	在宅	在宅	在宅
予定退所先	特養(待機)	特養(待機)	在宅	特養(待機)	在宅	在宅	在宅
既往歴	肺炎・ 脳血管障害	気管支炎	パーキンソン病	肺炎・ 脳血管障害	肺炎・ 喘息	肺炎	尿路感染症・ 脱水

転帰1:入所中に誤嚥性肺炎を発症し、老健での治療を受けて治癒した事例

転帰2:入所中に誤嚥性肺炎を発症し、老健でのターミナルケアを受けて、看取られた事例

転帰3:入所中に誤嚥性肺炎を発症し、老健から医療機関に転院した事例

介護度は5、転帰3に該当する3例の平均介護度は3.3であった。

3. 看護師の判断過程

看護師は、誤嚥性肺炎の定型・非定型的症状、他疾患との鑑別に必要な情報について、介護職と共有し、事例が誤嚥性肺炎を発症した可能性があると判断していた。

誤嚥性肺炎と診断を受けた事例の老健での治療の適否については、誤嚥性肺炎の診断後から治療開始前では、誤嚥性肺炎の重症度、その他の身体状態、入所者・家族の意向、転院の影響などから確実な治療を受けられる場を判断していた。老健での治療開始後は、事例の回復の程度に応じて、再度適切な治療の場を判断していた。

以下に、1) 誤嚥性肺炎を発症した可能性についての判断過程、2) 転帰ごとの老健での治療継続の適否についての判断過程について、具体的に記述する。

1) 誤嚥性肺炎を発症した可能性についての判断過程

看護師は事例の熱が出る前から、自身や介護職から得た誤嚥につながる食物のため込み・むせ込み、食欲・食事・水分摂取量の変化、咳・痰の増加、普段のADLとの違い、事例の体調不良や介助を求める訴えの増加、生活リズムの変化等から誤嚥性肺炎の発症の可能性を疑い、判断に必要な情報を自ら収集したり、介護職からさらに追加の情報を収集したうえで、何らかの身体変化があると判断していた。

具体的な語りとして、「(e氏の熱が出る前に、何かおかしいなあと気付くことは、)何か元気がないなあとか、普段、自分で押したりできるのが介助を求めることが多いなあとか、立位がふらつとするとかなんかありますね。自分は今日、こういうふうと思うけれども、(介

護職に) 普段(の様子)を教えてと聞いたりとか。(介護職から、)いや、普段は元気ですよ、とかのやりとりですね。(非定型的症状に気が付付き、情報をやり取りすることについて)介護も看護もありますね。(何かおかしいなあと感じてから、)バイタルサインを測ったり、食事の量を見たりしますね。e氏が(発熱する前に、誤嚥性)肺炎かもしれないと感じたのは、咳が出る、よくむせる、からですかね。」(看護師D)、「(発熱しなくても、何かが体の中で起きているんじゃないか。それで誤嚥性肺炎かどうかと絞っていくために、e氏の)ADLを見ますね。普段(発症前)のADLとどう違うかというところとか、倦怠感がどれくらいあるか。ご飯のときに結構むせてたとか、むせずにゴロゴロいったまま食べてたとか、その辺の情報を(介護職から)もらった上で、(誤嚥性)肺炎、誤嚥してるかもねというところがあります。あと、寝ているときの姿勢も。夜間、自分の唾液でむせているかどうかというの。」(看護師C)が見られた。

また、事例が熱を出した後は、看護師は直近の食事摂取の際のむせ込みの有無、姿勢保持の変化について看護・介護職に確認し、誤嚥についての情報の精度を高め、ADL、介助を求める訴え、生活リズム等の事例のこれまでの状況との変化を踏まえたうえで、水分摂取量、尿の性状、皮膚の発赤などの情報を確認し、身体変化の原因が、誤嚥性肺炎か尿路感染症・脱水状態・蜂窩織炎かどうか判断していた。

具体的な語りとして、「(c氏が発熱した後、誤嚥性肺炎を疑い、)次に高齢者の方に多いのが尿路感染なので、とっている水分量はカルテで確認しました。この方は水

分が少ないこともあるので、大体、熱が出たら（誤嚥性）肺炎疑いか尿路感染疑いです。ほかの方だったら、どこかに腫れや腫脹がないか膝を見たりするのですが、この方ときは特に見ませんでした。（誤嚥性）肺炎か尿路感染のどちらかだろうと疑いました。（中略）その前（の記録を）見ていたら、（中略）水分の摂取も常に促すようにしていましたから、そのときの発熱は脱水ではないだろうと思いました。」（看護師F）が見られた。

2）転帰ごとの老健での治療継続の適否についての判断過程（表3）

（1）誤嚥性肺炎の診断後から治療開始前

誤嚥性肺炎の診断後から治療開始前の判断過程は、転帰1から3で共通していた。誤嚥性肺炎の重症度、その他の身体状態、事例とその家族の理解度・意向、老健職員の見解を基に、治癒が望める治療の場を判断していた。次いで、治癒が望める場で治療を受けた場合の事例のADLの低下の程度、治療を安全に遂行するために必要なマンパワーが確保できるかを基に、老健での治療の適切さを判断していた。

具体的な語りとして、「この方（c氏）の在宅に戻るといふもとの目標と、それまでの嚥下状態とか（誤嚥性）肺炎の重症度がどうなのかを見たと方向性を考えていくという感じ。」（看護師E、転帰1）「先生にまず治療方針、どうやって治療していくんですかというところを確認します。入居者の中で治療に対するe氏の理解が得られているかどうかというところで、まず看護の判断はします。」（看護師C、転帰3）、「（事例が、老健での治療を安全に受けられるのかについて）例えば（老健での治療を受ける際に）点滴が必要になった場合、（事例が）点滴を受け入れてじっとできるのかというところで、理解がない方は自己抜針されたりもするので、じゃあどうするのって。点滴している間、誰が（e氏）のケアにつくというか。」（看護師C、転帰3）、「（老健での治療では、治癒が難しいと判断したg氏について）医師と相談して、ここ（老健）でのマンパワーで同じ治療をするよりも病院でのマンパワーでしたほうが、ADLも下がらなくて回復も早いんじゃないかという判断だった。」（看護師F、転帰3）が見られた。

（2）老健での治療開始後の判断過程

老健での誤嚥性肺炎の治療開始後も、老健での治療継続の適否について、事例の治癒傾向、誤嚥性肺炎以外の全身状態を基に、判断していた。

① 転帰1

転帰1では、看護師は、誤嚥性肺炎の治癒傾向についての情報収集を強化し、発熱、経皮酸素飽和度、苦痛の

言動、ADLなどの誤嚥性肺炎の定型・非定型的症状の改善の程度を基に、老健での治療による誤嚥性肺炎の治癒傾向を判断していた。これらに加えて、家族の意向、事例に適切な治療・ケアの場についての医師・看護管理者などの老健職員の見解を基に、老健での治療継続が適していると判断していた。

具体的な語りとして、「まずは（b氏）お熱の状態を見て、あとは（誤嚥性肺炎の治療を開始した時よりも、）酸素飽和度とか実際数値で出るものの確認と、あとは本人の起きているときの表情、力の出ぐあい、そういったところで（老健内での誤嚥性肺炎治療の効果を）見ていきました。」「（老健での治療を受けたが、治癒傾向が見られない場合）病院に行くかどうかは先生の判断になるので。あとは、先生に病院受診をお願いすることもありました。ここ（老健）での治療がいいのかなという相談は、看護部長のほうには出したりというのはありました。」（看護師G）が見られた。

② 転帰2

転帰2では、看護師は、誤嚥性肺炎の罹患に伴う発熱の反復とそれによる全身の衰弱、回復への意欲の減退、座位保持が困難になるなどのADLの低下を基に事例とその家族の意向も考慮して、老健での治療では誤嚥性肺炎の治癒は見込めず、ターミナルケアへの移行が適していると判断していた。

具体的な語りとして、「本来なら（d氏）肺炎の症状がおさまったら、やはり離床したいと思ったところですが、熱発するたびに体がだんだん衰弱というか、先ほど言ったように座位が保持できないという形なので、（離床）しなかったのですが、本人も望んでないという感じでした。だから（誤嚥性）肺炎で亡くなったということであれなんです、やはり全身の状況が。」（看護師A）が見られた。

③ 転帰3

看護師は、過去の誤嚥性肺炎の既往、治療開始後3～5日後の経口摂取の状況、解熱傾向の有無など誤嚥性肺炎の定型・非定型的症状の改善の状況から、老健での治療による誤嚥性肺炎の治癒は見込めず、医療機関への転院が望ましいと判断していた。

具体的な語りとして、「（e氏）熱はないけれども、7度5分、ご飯もまあまあ食べているけれども、咳は続いている。で、8度4分、9度1分まで熱が上がって、e氏はしんどい言っています。（発熱に伴い）食事も摂れていない。点滴している。受診して入院した方がいいのかなと。（e氏に入院しなくても、）本当にいいの？という感じで話しはしているんです。」（看護師C）が見られた。

表3 誤嚥性肺炎と診断を受けた事例の転帰ごとの老健での治療の適否についての看護師の判断過程

	転帰1	転帰2	転帰3
誤嚥性肺炎の診断前から治療開始前	<p>① 誤嚥性肺炎の診断を受けたすべての転帰の事例の重症度、老健での治療計画、事例とその家族の理解度、事例とその家族の意向、老健職員の見解を基に、治療が望める治療の場を判断した。</p> <p>② 治療が望める治療の場の治療を受ける場合の事例のADLの低下の程度、安全な治療に必要なマンパワーの確保の程度を基に、老健の治療を受けることが適切か否か、判断した。</p>		
老健での治療開始後	<p>① 老健での治療を受ける事例の誤嚥性肺炎の定型・非定型的症状の改善の程度を基に、老健での治療によって誤嚥性肺炎の治療傾向にあると判断した。</p> <p>② 老健での治療によって誤嚥性肺炎の治療傾向にあると判断された事例の家族の意向、老健職員の見解を基に、老健での治療継続が適していると判断した。</p>	<p>① 老健での治療を受ける事例の誤嚥性肺炎の罹患に伴う発熱の反復とそれによる全身の衰弱、回復への意欲の減退、ADLの低下を基に、老健での治療では誤嚥性肺炎の治療は見込めないと判断した。</p> <p>② 老健での治療では誤嚥性肺炎の治療が見込めないと判断された事例の状況・状態に対する家族の理解度とターミナルケアの意向を基に、ターミナルケアへの移行が適していると判断した。</p>	<p>① 老健での治療を受ける事例の過去の誤嚥性肺炎の既往、治療開始後3～5日後の食物・水分の経口摂取の状況、誤嚥性肺炎の定型・非定型的症状の改善傾向の有無を基に、老健での治療では誤嚥性肺炎の治療は見込めないと判断した。</p> <p>② 老健での治療では誤嚥性肺炎の治療は見込めないと判断された事例の治療の可能性が高い治療の場を判断した後、事例の状況・状態に対する事例とその家族の理解度と治療の場の意向を基に、医療機関への転院が適していると判断した。</p>

転帰1：入所中に誤嚥性肺炎を発症し、老健での治療を受けて治療した事例

転帰2：入所中に誤嚥性肺炎を発症し、老健でのターミナルケアを受けて、看取られた事例

転帰3：入所中に誤嚥性肺炎を発症し、老健から医療機関に転院した事例

VIII. 考察

本研究では誤嚥性肺炎を発症した老健の入所者への実践経験が豊富な看護師が、入所者の誤嚥性肺炎の発症の可能性について、誤嚥性肺炎と診断を受けた者の老健での治療継続の適否について、誰からどのような情報を得て、その情報から何を考えたのか明らかにし、その特徴を論じることにより、誤嚥性肺炎の早期発見、治療・ケアの場の適切な選択に向けた手掛かりが得られると考えた。考察は、1. 誤嚥性肺炎を発症した可能性についての判断過程の特徴、2. 老健での治療継続の適否についての判断過程の特徴、3. 看護への示唆の順で論じる。

1. 誤嚥性肺炎を発症した可能性についての判断過程の特徴

この判断過程の特徴は3つ挙げられる。1つ目の特徴は、e氏に対する看護師D・Cの語りからうかがえるように入所者が発熱する前から、誤嚥性肺炎の発症に直接関係する顕性・不顕性誤嚥の徴候だけでなく、日常生活における変化の情報から、誤嚥性肺炎を疑っていたことである。高齢者の特徴として誤嚥性肺炎の定型的症状を呈さない入所者も多いため、個々の入所者によって異なる誤嚥性肺炎発症時の日常生活の変化といった非定型的症状に注意する必要がある。本研究の対象者は誤嚥性肺

炎の発症時の徴候として、このような非定型的情報の重要性を認識しており、ADLのわずかな低下や普段との様子の違いについて幅広い情報を意識的に得ていたと考える。

2つ目の特徴は、看護師は入所者によって異なる日常生活の変化について、自ら情報を収集するだけでなく、介護職との間で情報のやり取りを重ねて、情報の精度を高めていったことである。看護師が自ら得ることのできる情報の質と量には、限界がある。そのため、看護師は自らの情報収集と確認に加えて、e氏に対する看護師Dの語りにみるように、入所者の些細な変化に気づくことができる介護職に情報の提供・収集を依頼したり、お互いの情報を共有することが、早期に入所者の誤嚥性肺炎の徴候をとらえるためには不可欠と考えていたと推察する。したがって、介護職を中心に他職種からの情報を意図的に収集することが重要であり、他職種が「何も言わない」からといって「異常がない」と判断するのではなく、誤嚥性肺炎の徴候を早期に発見するためには、必要な情報をどのような点に注意して観察して欲しいかについて普段から伝えることが必要と考える。それとともに、施設看護師の持つ情報も介護職に提供するなど¹¹⁾、双方向のコミュニケーションをとり、情報を共有するこ

とが重要である。山本らは、老健における看護職員と介護職員の連携・協働における課題として、普段から、介護職よりも看護職の方が優位であるという雰囲気や快くない対応をする看護職がいたり、介護職は、忙しそうな看護職に声をかけにくいなど、看護職からの威圧感を抱くことがあると報告している¹²⁾。入所者の誤嚥性肺炎を疑った時に看護職と他職種間の情報提供・共有を円滑に行うためには、普段からお互いの役割を尊重しあうような関係を築いている必要がある。

3つ目の特徴は、c氏に対する看護師Fの語りからうかがえるように、誤嚥性肺炎を発症した可能性について判断する際に、入所者のこれまでの状況から、その入所者において誤嚥性肺炎との鑑別が必要な他の疾患を想定した上で、鑑別に必要な情報を入手し、誤嚥性肺炎を発症した可能性を判断する際の手がかりにしていたことである。

老健で急変した高齢者に対する老健看護師の判断プロセスについて検討した藤野らによると、看護師が入所者の医療の必要性について判断する際には、複数の鑑別疾患についての仮説を立て、推測しており¹⁰⁾、3つ目の判断過程の特徴と類似していた。何らかの身体状態の変化から誤嚥性肺炎を発症した可能性を判断するにあたり、鑑別が必要な疾患を想定し、そのために必要な情報が何であるのかあらかじめ把握しておくことは、医療施設のようにレントゲンや血液検査、尿検査等が施設内で迅速に行えない老健の看護師ならではの判断過程と考えられる。したがって、老健の看護師は、自らが誤嚥性肺炎と他疾患の鑑別に対して、老健という施設の制約がある中で迅速に誤嚥性肺炎の診断に必要な情報収集ができるよう知識と技術を磨く必要があると考える。

2. 老健での治療継続の適否についての判断過程の特徴

この特徴は、2つ挙げられる。1つ目の特徴は、転帰1のb氏に対する看護師G、転帰3のe氏に対する看護師Cの語りのように老健で治療を行うと判断した後でも、入所者の状況・状態の変化に応じ、老健での治療継続の適否について継続的に判断していることである。

2つ目の特徴は、誤嚥性肺炎の診断後から老健での治療開始前には「老健での治療で治癒が望めるかどうか」に重点をおいて、治療開始後には、これに加えて「ターミナルケアへの移行が適切か」についての情報も重視し、老健での治療継続の適否について判断していたということである。

看護師は、誤嚥性肺炎の診断後から老健での治療開始前には、c氏に対する看護師E、e氏に対する看護師Cの語りがあるように①誤嚥性肺炎の重症度、②十分な理

解に基づく入所者・家族の意向、老健職員（特に医師）の見解の2つを重視して、誤嚥性肺炎の治癒が望める治療の場を判断したうえで、e氏に対する看護師C、g氏に対する看護師Fの語りがあるように③判断した治癒が望める治療の場での治療を受けることが入所者のADLなどに与える影響の変化、④老健で治療を安全に行うために必要な環境を提供できるかについて検討していた。老健での治療開始後には、転帰1のb氏に対する看護師G、転帰2のd氏に対する看護師A、転帰3のe氏に対する看護師Cの語りがあるように①誤嚥性肺炎の重症度や誤嚥性肺炎による全身状態への影響を基に、②十分な理解に基づく入所者・家族の意向、老健職員の見解とともに③老健で開始した治療・ケアの効果の有無についても情報を収集し、それぞれ老健での治療の継続、ターミナルケアへの移行、医療機関への転院が適していると判断していた。

誤嚥性肺炎と診断された時の情報だけでは適切な治療・ケアの場の判断が難しい入所者については、まずは老健での治療を開始し、その後の回復の程度から、医療機関への転院の適否について判断することは、入所者・家族のリロケーションダメージを最小限にし、十分な理解に基づく意向、老健職員の合意を形成するまでの時間を得られるというメリットがある。したがって、誤嚥性肺炎と診断を受けた直後、治療開始後数日間は、適切な治療・ケアの場の判断ができるよう治療の効果や影響に関する情報収集が重要になってくるといえる。

最後に老健の看護師の判断過程に対する施設の特徴の影響について述べる。今回、老健での治療後にターミナルケアを受けた転帰2の事例は、在宅復帰に関する加算を取得しておらず、併設の医療機関がある施設Iの入所者d氏のみであり、誤嚥性肺炎発症後に医療機関に転院した転帰3の事例は、医療機関の併設のない施設II・III・IVの入所者であった。入所者の平均介護度をみると施設Iは、他の3施設や平成29年の全国の老健入所者の平均介護度3.2よりも高く¹³⁾、ターミナルケア加算も取得していた。急変時にすぐに医療機関に搬送しやすいことや入所者の介護度が高く、ターミナルケア加算の取得に伴う看取りの経験があることが老健で看取りを行うという選択に影響するのではないかと推測された。逆に在宅強化加算を取得し、入所者の介護度も平成29年の全国の老健入所者の平均介護度とほぼ同様の施設II・IIIでは、肺炎が発症しても早期に回復が見込め、医療機関への転院によるADLなどへの影響も少なく、医療機関への転院という判断を行いやすいのではないかとと思われる。

3. 看護への示唆

今回の研究対象となった看護師は、老健での勤務経験年数あるいは高齢者看護の経験年数が長く、老健の入所者の誤嚥性肺炎ケアについても豊富な経験を有していると推測される。看護師は、事例について誤嚥性肺炎と診断がつく前に、入所者の非定型的な症状をとらえ、誤嚥性肺炎を発症している可能性について判断していた。誤嚥性肺炎の発症の可能性の判断に関して、看護師は介護職を中心とした他職種と情報を共有することで、入手した情報の精度を高め、的確な判断へと結び付けていた。誤嚥性肺炎発症後の入所者については、例えば転帰2のd氏に対する看護師Aの語りで、「看護師がターミナルケアへ移行する方が適しているのではないか」と感じていた事例は、その後、老健で看取りを受けたように、看護師が予測した入所者の今後の見通しや適切な治療・ケアの場について考えていたことは、事例の転帰と一致していた。このことから、経験豊富な老健の看護師は誤嚥性肺炎の診断後から治療開始前において、①誤嚥性肺炎の重症度、②十分な理解に基づく入所者・家族の意向、医師の見解を統合して、誤嚥性肺炎の治癒が望める治療・ケアの場について判断することができると思う。また、老健での治療開始後では、誤嚥性肺炎の治癒傾向、誤嚥性肺炎以外の全身状態も判断の情報に加えることにより、誤嚥性肺炎の治癒が望める治療の場、あるいは、ターミナルケアへの転換を判断することができると思う。

以上より、豊富な誤嚥性肺炎ケアの経験をもつ看護師の判断過程は、定型的な症状に乏しい入所者の誤嚥性肺炎を早期に発見し、誤嚥性肺炎の重症度や入所者・家族の意向など必要な情報を統合して老健での治療継続の適否を判断するうえでの示唆を与えてくれるものであると思う。

IX. 結論

看護師は、同職種・他職種との連携により得られた、個々の入所者に特有な誤嚥性肺炎の定型・非定型的な症状の情報、誤嚥性肺炎と鑑別すべき疾患について精練された情報を基に、誤嚥性肺炎を発症した可能性を判断していた。誤嚥性肺炎の診断から治療開始前は、誤嚥性肺炎の重症度、十分な理解に基づく入所者・家族の意向、老健職員（特に医師）の見解、判断した場で治療・ケアを受ける場合のADLの変化の可能性、老健での安全な治療・ケアに必要な環境整備を統合して、老健での治療の適否について判断していた。老健で治療を受けることを決定した後は、治療開始後の入所者の治癒傾向、誤嚥

性肺炎以外の全身状態が判断の情報に加わり、老健での治療継続、ターミナルケアへの移行、医療機関への転院を判断していた。

X. 研究の限界

誤嚥性肺炎を発症し、ターミナルケアを受けて看取られた事例は施設Iのd氏しかいなかったため、転帰2のデータは飽和したとは言えず、判断過程の転用可能性には、限界がある。施設II・III・IVは、在宅復帰を目指した施設であり、平均介護度も施設Iよりも低いという特徴があり、入所中に誤嚥性肺炎を発症し、ターミナルケアを受けて、看取られる入所者が少なかったと考えられる。老健入所者の誤嚥性肺炎の早期発見、老健での治療継続の適否についての看護師の判断過程を明らかにするため、今後は事例数を増やし、検証することが必要である。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力くださいました老健施設の皆様、並びに諸先生方に、厚く御礼申し上げます。

本研究において、利益相反はない。

引用文献

- 1) 全国老人保健施設協会：老健施設とは http://www.roken.or.jp/about_roken (2020/7/24検索)
- 2) 厚生労働省：高齢化に伴い増加する疾患への対応について <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000135467.pdf> (2020/9/22検索)
- 3) 総務省統計局：死亡 第5.16表 死因（死因简单分類）別にみた性・年齢（5歳階級）別死亡率（人口10万対） https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&ctstat=000001028897&cycle=7&year=20190&month=0&ctclass1=000001053058&ctclass2=000001053061&ctclass3=000001053065&result_back=1&cycle_facet=tclass1%3Atclass2%3Atclass3%3Acycle&ctclass4val=0 (2020/11/20検索)
- 4) 増田義重：高齢者にとっての感染症, *Geriatric Medicine*, 53(3) : 205-8, 2015.
- 5) Lim WS, Macfarlane JT: A prospective comparison of nursing home acquired pneumonia with community acquired pneumonia, *Eur Respir J*, 18(2) : 362-368, 2001.
- 6) 厚生労働省：介護老人保健施設の報酬・基準について https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000185793.pdf (2019/3/20検索)
- 7) 山本実：救急来院時にチアノーゼ・ショック・昏睡を呈しており、急速な低下を辿った高齢者肺炎球菌肺炎の1例, *埼玉県医学会雑誌*, 39, 3 : 350-358, 2004.
- 8) 新村竜洋：肺炎に伴う廃用症候群により在宅復帰困難と

- なった一症例—老健入所から在宅復帰まで—, 理学療法技術と研究, 39: 42, 2011.
- 9) 日本呼吸器学会 医療・介護関連肺炎 (NHCAP) 診療ガイドライン作成委員会編: 医療・介護関連肺炎診療ガイドライン, 第一版, メディカルレビュー社, 2011.
- 10) 藤野あゆみ, 百瀬由美子, 松岡広子, 天木伸子, 横矢ゆかり: 介護老人保健施設で急変した高齢者に対する看護師の判断プロセス, 日本看護福祉学会誌, 16(2): 151-163, 2011.
- 11) 日本看護協会編: 介護施設の看護実践ガイド, 第1版, 医学書院, 2013.
- 12) 山本浩子, 百田武司: 介護老人保健施設における看護職員と介護職員の連携・協働における課題, 日本赤十字広島看護大学紀要, 19: 23-31, 2019.
- 13) 厚生労働省: 平成29年介護サービス施設・事業所調査の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/dl/gaikyo.pdf> (2020/9/30検索)

NURSES' JUDGEMENT PROCESSES REGARDING EARLY IDENTIFICATION OF ASPIRATION PNEUMONIA IN RESIDENTS OF LONG-TERM CARE FACILITIES

Akiko Koguma ^{*1}, Teruko Yoshimoto ^{*2}, Rie Iino ^{*3}

^{*1}: Department of doctoral, graduate school of nursing, Chiba University

^{*2}: Formerly Graduate School of nursing, Chiba University

^{*3}: Graduate School of nursing, Chiba University

KEY WORDS :

Nurses' judgement, aspiration pneumonia, residents of long-term care facilities

The objective of this study was to clarify, using qualitative induction, the nurses' judgement processes for detecting aspiration pneumonia for residents in long-term care facilities, and for assessing suitability of continuation of treatment of those patients in the long-term care facilities. A semi-structured interview was conducted with 8 nurses having extensive practical experience of the residents with 3 pneumonia outcomes, those who recovered after the treatment in long-term care facilities, those who died after receiving terminal care in long-term care facilities, and those who were transported to medical facilities for the treatment of pneumonia. Nurses assessed whether the residents were suffering from pneumonia based on information about typical and atypical symptoms particular to each resident, and information about symptoms necessary to differentiate pneumonia from other diseases. This information was obtained from nurses and other healthcare professionals and the nurses judged an appropriate place for treatment of pneumonia for each resident by considering severity of pneumonia, intention of related persons determined after sufficient explanation, and capability of long-term care facilities to provide a safe environment. From the results of this study, the following conclusion on how to collect data and judgment processes for early detect and assessed an appropriate place for treatment of aspiration pneumonia of residents in long-term care facilities.