

回復期リハビリテーション

第16巻第4号 (通巻63号)

2018.1

特集

回復期リハ病院

——生活期へのかかわり・地域活動



冬場の誤嚥性肺炎対策 ——口腔ケアと呼吸ケアの標準化 による集中的介入

新竹 裕文

社会医療法人喜悦会 那珂川病院（福岡県福岡市）
リハビリテーション部 理学療法士 呼吸療法認定士・認定理学療法士（脳卒中）

高リスク患者の把握とケアの標準化

肺炎は日本人の死因の第3位であり、月別の死亡率では例年1～2月をピークに冬場の死亡者数が最も多い。当院回リハ病棟においても冬場に誤嚥性肺炎が多く発生しており、平成27年度には8件発生、うち3名が重症化により死亡に至った。

そのため翌28年度より、当院回リハ病棟での冬場の誤嚥性肺炎対策を、表1に示す流れに沿って実施することとした。肺炎リスクの高い患者の把握を目的に「肺炎リスク管理シート」を作成し、口腔ケアおよび呼吸ケアの標準化を図り、肺炎ハイリスク患者に対し集中的なケアを実施した。

ハイリスク患者の把握とケアの標準化

① 入院時合同評価時に肺炎リスクをスクリーニング

当院回リハ病棟における先行研究をもとに表2の「肺炎リスク患者の判定基準」を作成、①～④の4つの高リスク因子を設定した。

この判定基準に従い、新規入院患者の肺炎リスクの有無を判定し、結果を「肺炎リスク管理シート」に記入した。「肺炎リスク管理シート」は、スクリーニング結果や各評価結果を両面に記載できるシート（A4判）で、1患者あたり1シートで最大10回分（10週分）記録でき、対象患者の経過

表1 当院回リハ病棟での冬場の誤嚥性肺炎対策の流れ

- ① 入院時合同評価時に肺炎リスクをスクリーニング（肺炎リスク管理シート）
- ② 「肺炎リスクあり」と判断された場合、口腔衛生状態と呼吸・排痰状態を評価（OHAT-J）（呼吸・排痰アセスメントシート）
- ③ 評価結果に応じプロトコールに沿ったケア計画を立案、カルテに記録（各プロトコール）
- ④ 評価翌日よりケア介入（口腔ケアと呼吸ケア）を開始（簡易ケアマニュアル）
- ⑤ 1週間毎に再評価を行いケア計画を見直し（OHAT-J）（呼吸・排痰アセスメントシート）

表2 当院 肺炎リスク患者の判定基準

病棟内移動が車いす全介助（歩行非実施）の患者+（以下のどれか1つでも認められる者）

- ① 呼吸数異常（頻呼吸、徐呼吸あり）
30回以上/10回未満）
- ② 肺炎既往（半年以内）
- ③ 嚥下障害（主食が全粥以下または副食が刻み食以下または水分摂取時とろみが必要）
- ④ 痰貯留所見（湿性咳嗽、肺雑音）

※ 部分的にでも病棟内移動で歩行している患者は対象外（歩行補助具、介助量、時間帯限定を問わない）

を把握しやすい。

② 「肺炎リスクあり」と判断された場合、口腔衛生状態と呼吸・排痰状態を評価

口腔衛生状態の評価については、Oral Health

表3 呼吸・肺痰アセスメントシート（那珂川病院版）

呼吸・排痰アセスメントシート

氏名： [] 検査日時： [年 月 日] 検査者： []

項目	手段	診察方法	正常基準	異常基準	記入欄	ケア方法
意識レベル	視診	・声かけ ・痛み刺激（健側手足の爪を圧迫）	・覚醒している	・刺激に対して一時的に閉眼 ・傾斜傾向 ・刺激しても反応なし	（ 正常 ・ 異常 ）	ヘッドアップ、起床
SpO2	測定	・パルスオキシメータにて測定	・安静時SpO2：100～93%	・安静時SpO2：92%以下 ・酸素投与が必要 ・チアノーゼや呼吸苦表情あり	（ 正常 ・ 異常 ）	呼吸介助法 体位排痰法 強制呼出手技 ネブライザー、吸引
呼吸数	視診	・呼吸数を1分間目視で数える	・15～20回/分	・21回/分以上もしくは 14回/分以下	（ 正常 ・ 異常 ）	呼吸介助法
呼吸パターン ・ 呼吸様式	視診 触診	・呼吸のリズムと緊さを観察 ・呼吸補助筋の活動を観察	・呼吸リズムの乱れなし 〔目安〕 吸気：呼気：体息 ＝1：1.5：1（秒） ・努力性なし	・呼吸リズムの乱れあり ・呼吸補助筋の活動あり ・異常呼吸あり	（ 正常 ・ 異常 ）	呼吸介助法
胸郭、肋間の 拡張性・柔軟性	視診 触診	拡張性 ・自発的な胸郭運動の触診 ・安静時と深呼吸時の胸郭運動を観察 柔軟性 ・呼吸の胸郭運動方向に向けて軽く 捻転を促進	・胸郭の拡張性に異常なし ・肋間筋の硬さ、肋骨の動き に異常なし ・胸郭、肋間の動きに 左右差なし	・拡張性もしくは柔軟性の低下あり ・肋間筋の大きさに左右差あり ・非らかな胸郭変形あり	（ 正常 ・ 異常 ）	呼吸介助法
肺音 （副雑音）	聴診	・聴診器にて正常呼吸音と副雑音 （水泡音、捻転音、雑音、いびき様音） を聴取	・正常呼吸音あり ・副雑音なし	・正常呼吸音の減弱あり ・副雑音あり	（ 正常 ・ 異常 ）	呼吸介助法 体位排痰法 強制呼出手技
痰貯留	視診 触診	・聴診器にて聴取 痰貯留音 （左右上葉、右中葉、左右下葉） ・触診 手で伝わる振動 （ブツブツ、ゴロゴロ）	・触診、聴診において、 痰貯留所見なし	・痰貯留所見あり	（ 正常 ・ 異常 ）	呼吸介助法 体位排痰法 強制呼出手技 ネブライザー、吸引
咳嗽反射 （咳反射）	視診	いずれかの可能な方法で咳を誘発 ・自力での咳や痰払いを指示 ・胸骨上硬膜部（気管）を瞬間的に軽く圧迫 ・改口水飲みテストや吸引装置、 震動装置を刺激	・自力で強い、強い咳が可能 ・自己誘発が可能	・咳反射低下あり ・自己誘発不十分 ・自己誘発困難	（ 正常 ・ 異常 ）	呼吸介助法 強制呼出手技 吸引

協賛会 那珂川病院 2016年9月1日 作成

Assessment Tool (Chalmers JM et al.) の日本語版であるOHAT-J (松尾 浩一郎 訳) を使用。呼吸・排痰状態の評価は当院で作成した「呼吸・排痰アセスメントシート」(表3)を使用した。

3 評価結果に応じプロトコールに沿ったケア計画を立案しカルテに記録

口腔ケア計画はOHATのケアプロトコールに準拠し、呼吸ケア計画は当院の「簡易呼吸ケアマニュアル」のプロトコールに沿って立案し、各ケア計画をカルテに記録して情報を共有した。

4 評価翌日よりケア介入(口腔ケアと呼吸ケア)を開始

口腔ケアは毎食後の通常ケアに加えて、保湿剤を使用した口腔乾燥予防を行い、必要に応じて機能的口腔ケア(写真)を実施。

呼吸ケアに関しては、排痰を促進するため病棟ケアに呼吸理学療法の技術導入を図った。理学療法においては重症患者の活動性を高めるため、長下肢装具を用いた全介助でのモビライゼーション(立位・歩行運動)を実施。

不顕性誤嚥のリスクが高い患者においては、体位管理の一環として除圧に留意した上で常時、「ヘッドアップ30度以上保持」を推奨した。

5 1週間ごとに再評価を行い、ケア計画を見直し

1週間ごとに「OHAT-J」、「呼吸・排痰アセスメントシート」で再評価を行い、結果を「肺炎リスク管理シート」に記入後、ケア計画を見直し、記録を作成した。「終了基準」(表4)に該当する場合は介入終了とした。

表4 ケア介入の終了基準

- ・病棟内移動に歩行を導入(歩行補助具、介助量は問わない) もしくは
- ・「呼吸数」「嚥下障害」「痰貯留所見」の3項目すべてが改善(半年以内の肺炎既往がある患者は歩行導入もしくは退院まで継続)

今回の介入結果(まとめ・考察)

【対象】平成27年12月1日～平成28年3月31日に回りハ病棟に入院していた患者146名。

男性(36%)、女性(64%)、年齢79±11歳

疾患別割合:脳血管疾患(64%)、運動器疾患(35%)、廃用症候群(1%)

【結果】

平成27年度(対策前)	平成28年度(対策後)
8件/151名 (うち死亡者3名)	0件/146名 (うち死亡者0名)

【考察】

平成28年度の冬場は肺炎発症が大幅に減少した。これは第1に、「肺炎リスク管理シート」の活用により、対象患者に必要なケアの情報共有が容易となり、ケアの標準化と集中的な介入を行えたことが一因として挙げられる。第2に、口腔内の保清・保湿ケアや呼吸理学療法の技術導入などにより、口腔ケアと呼吸ケアの質が前年度より向上したことが肺炎の減少に関与していると考えられる。これらを集中的な介入継続により口腔バイオフィルムの細菌活動が抑えられ、



写真 全介助レベルの患者に対し看護師がSTの指導の下、ベッド上で機能的口腔ケアを実践している場面

喀出力や免疫力の早期向上が得られ、肺炎の発症を防止できたのではないかと考えられる。

今季も継続中 ツールの実用性高めたい

平成29年度も昨年度に引き続き、冬場の肺炎対策を継続しており、各種ケアの徒手技術向上などさらなる対策の強化を計画している。

「肺炎リスク患者の判定基準」や「呼吸・排痰アセスメントシート」などの独自に作成したツールに関しても、その妥当性・実用性を高めるため、項目の見直しや客観的評価のための点数化を検討中である。