

改訂版アセスメントシート活用前後における病棟看護師の誤嚥・窒息防止に関する認識と実践状況

宮田 智子¹⁾, 篠原 朋子²⁾, 三浦 加衣¹⁾, 古澤 幸江³⁾, 宇佐美 利佳³⁾, 橋本 薫衣³⁾

Registered Nurse Working on a Hospital Ward Awareness and Practice Regarding Aspiration and Choking Prevention Measures Before and After Using a Revised Assessment Sheet

Noriko MIYATA¹⁾, Tomoko SHINOHARA²⁾, Kae MIURA¹⁾, Yukie FURUZAWA³⁾, Rika USAMI³⁾ and Kai HASHIMOTO³⁾

● 要旨 ●

本研究の目的は、改訂版誤嚥・窒息アセスメントシートの活用前後における病棟看護師の誤嚥・窒息防止の認識と実践状況を明らかにすることである。A 病院では窒息事案を契機に誤嚥・窒息対策チームを結成し、改訂版誤嚥・窒息アセスメントシートを作成した。活用前に事前調査を行い、誤嚥・窒息防止に関する看護実践内容の現状を把握し、活用開始から3か月後に事後調査を実施した。事前調査では約45%が嚥下（誤嚥・窒息）に関する困難を経験し、[食事介助の困難][内服方法に困る]などが挙げられ、情報共有不足や他職種連携の不十分さも示された。事後調査では「食事介助で気を付けていること」において【呼吸状態】の回答が15%増加し、「観察視点が具体化された」「注意点が分かった」との肯定的意見が得られた。一方で「業務負担が増大」「既にリスク管理を行っているため変化はない」との意見もあり、改善効果と課題が併存していた。以上より、改訂版誤嚥・窒息アセスメントシートは看護師のリスク認識を広げ、食事援助や口腔ケアの質向上、情報共有の円滑化などに有効であることが示された。今後は継続的学習会の実施、誤嚥・窒息対策チームの活動強化、改訂版誤嚥・窒息アセスメントシートの評価・改訂が求められる。

キーワード：誤嚥・窒息防止, アセスメントシート, 認識, 実践内容

I. はじめに

急速に高齢化が進み、超高齢社会となった日本では、今後ますます誤嚥性肺炎や窒息事故が増えていくことが予想される。誤嚥性肺炎は2023年の死因の第6位(60,186人)を占めた(厚生労働省, 2023)。誤

嚥性肺炎による死亡者は2030年には129,000人程度まで増加すると予測されている(東京都健康安全研究センター, 2018)。入院患者の多くは高齢者であり、入院時に患者自身が嚥下困難やむせを自覚しなくても、不顕性誤嚥を伴うこともあるため、高齢者の誤嚥性肺炎や窒息に関する対応は喫緊の課題である。

A病院では、2021年に窒息事案が発生したこと契機に、既存の誤嚥・窒息アセスメントシート(図1)の見直しを開始した。

受付日：2025年6月12日 受理日：2026年2月7日

1) 岐阜市民病院 Gifu Municipal Hospital

2) 元岐阜市民病院 Former Gifu Municipal Hospital

3) 岐阜県立看護大学 Gifu College of Nursing

＜誤嚥のリスクチェック＞	
☐	水や食べ物でむせる
☐	高齢者（65歳以上）
☐	脳血管障害の既往
☐	認知症
☐	誤嚥性肺炎の既往
☐	パーキンソン病、重症筋無力症など神経・筋疾患
☐	義歯が合っていない、または自歯がない
☐	向精神薬、精神安定剤、抗痙攣剤など嚥下機能に悪影響を及ぼす薬剤の服用

**図1 既存の誤嚥・窒息アセスメントシート
(誤嚥のリスクチェック)**

先行文献によると、「院内で発生する窒息事例は既往歴に嚥下機能低下をきたす可能性のある疾患を有し、入院前の食事摂取が自立していた患者で起こっていた。窒息は入院早期に起こり、発生時の食事形態は常食またはそれに近いものを食べている患者に窒息のリスクが高い」ことが指摘されている（塚谷ら, 2017）。A病院のインシデント分析においても、同様の傾向が確認され、経口摂取が自立または見守りである患者、既往に嚥下障害リスクを有する患者、常食もしくはそれに近い食事形態を摂取していた患者が誤嚥・窒息事例として報告されていた。報告された患者の年齢は80代前半から90代前半の高齢者であり、入院から発生までの日数は平均9日（精神科病棟を除く）であった。これらの結果を踏まえると、既往歴や薬剤の影響、口腔内の状態などを考慮しながら、病棟看護師がリスクの高い患者を早期に抽出し、適切な食事援助につなげることが求められる。また、藤谷（2007）は、「リスク管理は個人の努力だけではできない。組織として準備してこそリスクマネジメントが達成される」と述べている。誤嚥・窒息防止はリスクマネジメントの観点からも極めて重要であり、患者にとって重大な苦痛を伴うだけでなく、対応する医療者にも精神的な負担を与えることになる。既存のアセスメントシートでは、入院時にリスク因子を抽出するのみであり、多角的、継続的な評価が不十分であり、アセスメントが看護師個人の判断に委ねられている点が課題と考える。これらの課題を解決するためには、誤嚥・窒息リスクを早期に発見し、発生頻度をできる限り低減することが求められる。そのため、病棟看護師のアセスメント能力を向上させることを目的とし、誤嚥・窒息アセスメントシートの改訂を行った。

アセスメントシートの改訂にあたっては、リハビリテーション科医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、病棟看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士など多職種による誤嚥・窒息対策チーム（以下、チーム）を結成し、多角的な視点から検討を行った。その結果、改訂版誤嚥・窒息アセス

メントシート（以下、改訂版アセスメントシート）を作成し、図2に示すフローに基づき運用を開始した。

本研究の目的は、改訂版アセスメントシートの活用前後における、病棟看護師の誤嚥・窒息防止の認識と実践状況を明らかにすることである。

II. 方法

1. 対象施設の概要

A病院は病床数565床（精神科病床50床を含む）の総合病院であり、地域の急性期医療を担う中核病院である。病棟数は事前調査の時点では13病棟であったが、病棟再編により事後調査の時点には14病棟となった。

2. 改訂版アセスメントシートの概要と運用方法

既存の誤嚥・窒息アセスメントシートでは、リスクの高い患者を抽出することは可能であったが、その後の看護ケアにつなげる仕組みは不十分であった。また、口腔内や食事場面の観察不足、看護師による観察視点の相違、リスクの高い患者の食事場面の観察および記録の不足が課題として挙がっていた。このような背景から、改訂版アセスメントシートの活用に取り組むことが病院として重要であると考えられた。

改訂版アセスメントシートは、入院時にすべての患者を対象とし（但し、15歳以下、2泊3日の短期入院を除く）、誤嚥・窒息リスク因子の有無をスクリーニングする。リスクが高いと判断された患者には食事場面の観察を行い、その結果に基づいて看護問題を立案する。さらに毎日の観察を継続し、1週間後に評価を実施する。評価時に発熱、むせ、痰の増加など誤嚥を疑う症状が認められる場合には、看護問題を継続し、さらに1週間後に再評価を行う。食事が開始されていない患者等については、水分摂取や内服場面の観察および水飲みテストを実施し、リスクが高いと判断された場合には、食事場面と同様に看護問題を立案する。観察項目の中で特にリスクが高い内容が認められた場合には、主治医へ相談し、必要に応じて歯科口腔外科、リハビリテーション科にコンサルテーションを行う。また薬剤に関しては、薬剤師への相談を判断できるよう設定した。改訂版アセスメントシートの特徴は、実際の食事場面や内服場面の観察、水飲みテストを取り入れた点にある。さらにリスクの高い患者を看護問題の立案対象とすることで、毎日の観察を継続する仕組みを導入したことが挙げられる。

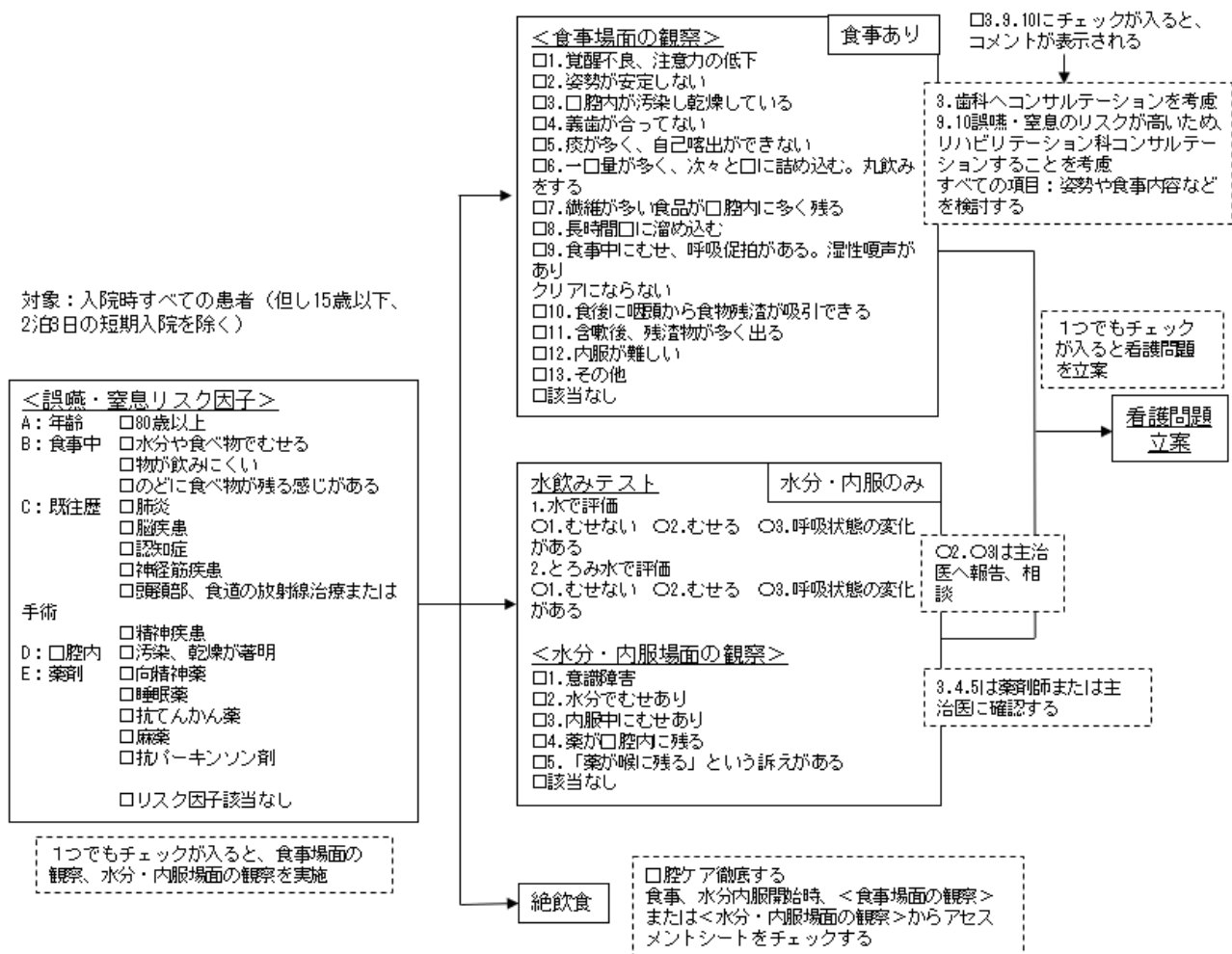


図2 改定版アセスメントシートを活用するためのフロー図

なお、運用開始前には全病棟看護師を対象に摂食・嚥下障害看護認定看護師が対面とオンラインで学習会を実施した。学習会の目的は、アセスメントシートの目的と活用方法、誤嚥・窒息リスクの高い患者の根拠や食事場面の観察のポイント、誤嚥・窒息後の救命処置の方法を理解することである。学習会に参加できなかった看護師には、院内ポータルシステムを活用し、いつでも視聴可能な環境を整えた。

3. データ収集・分析方法

1) 事前調査

調査期間は2022年10月17日から2022年10月28日までとし、13病棟の全看護師を対象に、研究者が独自で作成した質問紙及び回収袋（各部署に設置）を配布し、回収袋に投函してもらい、回収した。この調査の目的は、誤嚥・窒息防止の認識と実践内容を明確化することであり、無記名・自記式の質問紙調査で実施した。質問項目は、「どのような患者を誤嚥・窒息しやすいと捉えて注意するか」「口腔ケアで気をつけて観察、実施していること」「食事介助で気をつけていること」を選択式回答とし、「今までに嚥下

（誤嚥・窒息）で困ったことはあるか」「誤嚥・窒息防止策について（希望するシステム、体制、アセスメントシートの活用など）」を自由記述とした。選択式の回答は単純集計し、自由記述は記述内容を精読し、意味内容ごとの文脈に分けて要約し、要約を内容の共通性や関連性に基づいてグループ化し、カテゴリを生成した。なお、事前調査の結果はチーム内で共有し、現状の看護実践の把握に活用した。

2) 事後調査

調査期間は2023年12月8日から2023年12月25日までとし、14病棟の全看護師を対象に、研究者が独自で作成した質問紙及び回収袋（各部署に設置）を配布し、回収袋に投函してもらい、回収した。この調査の目的は、改訂版アセスメントシート活用後の看護師の誤嚥・窒息防止の認識と実践内容の現状と残された課題を把握することとし、無記名・自記式の質問紙調査を実施した。事後調査では、事前調査の内容に加え、「食事介助する時の視点などに役立ったか」「誤嚥・窒息に対する意識は変化したか」「誤嚥・窒息アセスメントシートを活用し、看護

実践の変化はあったか」を自由記述とした。選択回答は事前調査と同様、単純集計し、自由記述の部分は、記述内容を精読し、意味内容ごとの文脈に分けて要約し要約を内容の共通性や関連性に基づいてグループ化し、カテゴリを生成した。

4. 倫理的配慮

病棟看護師には、研究の趣旨・目的、匿名性および守秘義務の保証、参加拒否および途中辞退の権利、拒否による不利益が発生しないことを書面で説明し、質問紙の同意欄で参加者の同意を確認した。質問紙調査は紙媒体で配付し、記入の有無に関わらず厳封した上で、各病棟に設置された回収袋に投函してもらい、回収した。本研究は研究実施施設臨床研究審査委員会（承認番号：777、2022年8月）および岐阜県立看護大学研究倫理委員会（承認番号：0306、2022年8月）の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結果

質問紙調査の質問内容を「」、選択項目の回答は【】、記述内容の要約は<]で示す。

1. 事前調査における対象者の概要および誤嚥・窒息の認識と実践内容

1) 対象者の概要

13病棟の病棟看護師375名に質問紙を配布し、297名から回答を得た。無効回答は1名であり、回収率79%であった。

看護師の経験年数別の内訳は、1～3年未満が69名（23%）、3～5年未満が33名（11%）、5～10年未満では51名（17%）、10～20年未満で64名（22%）、20～30年未満が48名（16%）、30年以上が27名（9%）であった。

2) 意識して実践していること

「どのような患者を誤嚥しやすいと捉えて注意しているか」に対し、【高齢者】【誤嚥性肺炎】【脳血管疾患】の順に多く回答を得た（図3）。

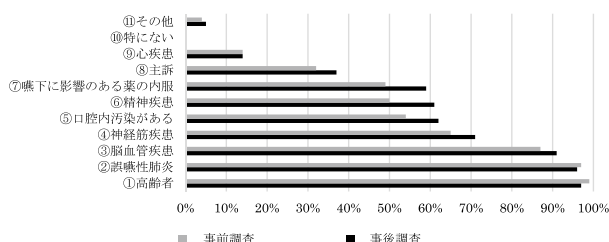


図3 どのような患者を誤嚥しやすいと捉えて注意しているか

「口腔ケアで気をつけて観察、実施していること」の問いに対しては、【食物残渣】【舌苔】【保湿】の順に多く回答を得た（図4）。

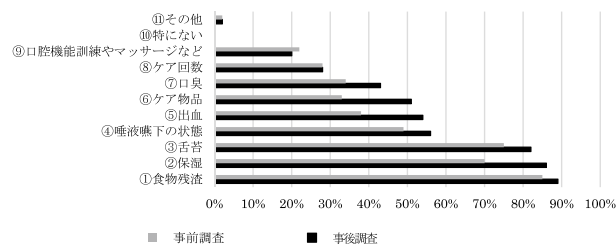


図4 口腔ケアで気をつけて観察、実施していること

「食事介助で気を付けていること」の問いには、【姿勢】【むせ】【一口量】の順に多く回答を得た（図5）。

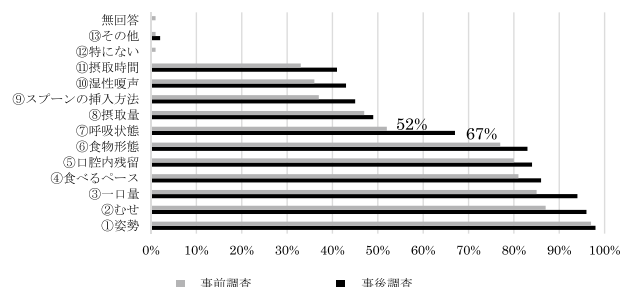


図5 食事介助で気を付けていること

3) 実践において困ったこと

「今までに嚥下（誤嚥・窒息）で困ったことはあるか」の質問に対し、【ある】と回答した者は133名（45%）であった（表1）。そのうち自由記述が118名で、その回答から118件の要約数があった。自由記述から類似する内容ごとに9つのカテゴリを生成した。

「患者の状態に起因する食事介助の困難」[患者の摂食機能の問題]「食べる意欲と嚥下機能の乖離」[食べる意欲がない]「食事形態の調整に困る」[内服方法に困る]「情報共有の不足」[他職種との連携不足]「人員、時間不足により誤嚥・窒息リスクが高まる」である。

「内服方法に困る」では、11件の意見があり、<意識状態が低下した患者に、必要な薬剤を内服させる際、なかなか嚥下せず内服した粒が詰まり誤嚥しなにか困った><薬が大きすぎて嚥下できずに窒息しかけた>等の意見があった。「情報共有の不足」では、<応援体制（受け持ち以外の患者の食事援助を行う）でやっている>、患者の情報がわかりづらく食事介助を行ったら誤嚥しやすい人であることがわかり困った>等の意見があった。「他職種との連携不

足]では、＜嚥下機能が低下している患者に対し、医師が食事摂取に重点を置きすぎて患者が危険にさらされる＞等の意見があった。

表1 今までに嚥下(誤嚥・窒息)で困ったことについて(自由記述回答)(事前調査 要約を一部抜粋)

①あると回答した方の自由記載

カテゴリー (要約数)	要約
患者の状態に起因する食事介助の困難 (15)	高齢の患者で思いっきりムセた事に困った
	意思疎通が難しい患者の食事介助、口腔ケアに困った
	誤嚥性肺炎のある患者の食事介助に困難を感じる
	認知症のある方がなかなか開口、嚥下してくれず、気を付けているつもりでもむせられることがあるため困った
内服方法に困る (11)	意識状態が低下した患者に内服必要な薬を飲ませる時、なかなか嚥下せず内服した粒が詰まり誤嚥しないか困った
	薬が大きすぎて嚥下できずに窒息しかけた
情報共有の不足 (5)	応援体制(受け持ち以外の患者の食事援助を行う)でやっていると、患者の情報がわかりづらく食事介助を行ったら誤嚥しやすい人であることがわかり困った
	初めてみる患者さんの嚥下状態が分からないこと
他職種との連携不足 (3)	嚥下機能が低下している患者に対し、医師が食事摂取に重点を置きすぎて、患者が危険にさらされる

4) 誤嚥・窒息防止策についての意見

「誤嚥・窒息防止策について(希望するシステム、体制、アセスメントシートの活用など)」の意見としては、自由記述の記載が24名で、その回答から24件の要約数があった。自由記述から類似する内容ごとに5つのカテゴリーを生成した(表2)。「人員の改善、人員配置の適正化」[誤嚥・窒息防止のチーム連携強化][安全な食事支援システムの構築][誤嚥・窒息防止、安全な食事支援方法の学習会の実施][安全な食支援のための情報ツールの整備]である。[誤嚥・窒息防止のチーム連携強化]では、＜医師ともっと連携しやすいと良い＞＜医師の指示が無くても言語聴覚士や歯科へコンサルテーションができるようなシステムがあると良い＞＜嚥下評価に問題があったら、訪問をして嚥下を実際に見て判断してもらえると良い＞等の意見があった。[誤嚥・窒息防止、安全な食事支援方法の学習会の実施]では、＜窒息時の対応訓練を行うべき＞＜実践型の学習会(口腔ケアなど)を取り入れた体制があると良い＞等の意見があった。

表2 誤嚥・窒息防止策について(自由記述回答)(事前調査 要約を一部抜粋)

カテゴリー (要約数)	要約
人員の改善、人員配置の適正化 (7)	患者の食事時の姿勢調整が個々の看護師によって異なる
誤嚥・窒息防止のチーム連携強化 (6)	医師ともっと連携しやすいと良い
安全な食事支援システムの構築 (5)	アセスメントシート、テンプレートなどがあれば観察できるかと思う
誤嚥・窒息防止、安全な食事支援方法の学習会の実施 (3)	窒息の対応訓練を行うべき 実践型の学習会(口腔ケアなど)を取り入れた体制があると良い
安全な食支援のための情報ツール整備 (5)	誤嚥・窒息リスクが高い対象は一目で分かるよう表示されるものが良い

2. 事後調査の対象者の概要および誤嚥・窒息防止の認識と実践内容

1) 対象者の概要

質問紙を14病棟の病棟看護師338名に配付し、255名から回答を得た。無効回答はなく、回収率75%であった。

看護師の経験年数別の内訳は、1～3年未満で47名(19%)、3～5年未満で41名(16%)、5～10年未満では48名(19%)、10～20年未満で50名(20%)、20～30年未満で51名(20%)、30年以上は17名(7%)であった。

2) 意識して実践していること

「どのような患者を誤嚥しやすいと捉えて注意しているか」に対し、【高齢者】【誤嚥性肺炎】【脳血管疾患】を誤嚥しやすい患者と回答を得た(図3)。

「口腔ケアで気をつけて観察、実施していることはあるか」の問いには、【食物残渣】【乾燥】【舌苔】【出血】を口腔ケアで気をつけていたと回答を得た(図4)。

「食事介助で気を付けていること」の問いには、【姿勢】【むせ】【一口量】の順に多く回答を得た(図5)。

3) 誤嚥・窒息防止策についての意見

「誤嚥・窒息防止対策について(希望するシステム、体制、アセスメントシートの活用など)」の意見(自由記述)の記載が12名であった。その回答から13件の要約数があった。自由記述から類似する意味や内容ごとに、5つのカテゴリーを生成した(表3)。

[多職種連携の強化][学習会の実施][改訂版アセスメントシートの活用状況と実践への効果][人

員の補充、マンパワーの不足〕〔運用ルールの課題と改善要望〕である。〔多職種連携の強化〕では、＜改訂版アセスメントシートでリスクが高いと判断された患者に対し、言語聴覚士や嚥下関連職種の介入・アドバイスが欲しい＞等の意見があった。〔学習会の実施〕では、＜定期的な研修会・勉強会の開催を希望＞等の意見があった。〔人員の補充、マンパワーの不足〕では、＜食事介助時間帯の人員の補充＞等の意見があった。

表3 誤嚥・窒息防止策について(自由記述回答)(事後調査 要約を一部抜粋)

カテゴリー (要約数)	要約
多職種連携の強化 (4)	改訂版アセスメントシートでリスクが高いと判断された患者に対し、言語聴覚士や嚥下関連職種の介入・アドバイスが欲しい
学習会の実施 (3)	定期的な研修会・勉強会の開催を希望
改訂版アセスメントシートの活用状況と実践への効果 (2)	アセスメントシートで看護立案や観察項目追加など、促してもらえると分かりやすい
人員の補充、マンパワーの不足 (2)	食事介助時間帯の人員の補充
運用ルールの課題と改善要望 (2)	誤嚥リスクが高い患者については、入院時にリスクが把握されている場合、入院前の段階で食事形態を調整し、必要な情報を事前に入力しておいてほしい

4) 食事介助における有用性

「食事介助する時の視点などに役立ったか」の質問に対し、【そう思う・ややそう思う】と回答した割合は105名(41%)、【どちらとも言えない】は83名(33%)、【あまりそう思わない・思わない】は63名(25%)であった。そのうち自由記述が91名であり、その回答から91件の要約数があった。自由記述の結果は表4に示す。【そう思う】の自由記述から5つのカテゴリーを生成した。5つのカテゴリーは、〔既往歴や薬剤、嚥下状態の確認をして、注意深く観察ができた〕〔リスク因子や注意すべき視点を把握し、食事介助することができた〕〔観察や情報を得る視点が具体的に意識づけできた〕〔アセスメントシートの使用で注意して食事介助ができた〕〔リスクがあるかの判断を共通認識できた〕であった。【そう思わない】の自由記述から5つのカテゴリーを生成した。5つのカテゴリーは、〔誤嚥リスクのある患者は言語聴覚士が介入する〕〔もともとアセスメントを行いながらケアを実施している〕〔使用しても変化なし〕〔テンプレートは参照していない〕〔入力がややこしくなり、後回しになりがち〕であった。

表4 改訂版アセスメントシートは食事介助の視点に役立ったか(自由記述回答)(事後調査 要約を一部抜粋)

① そう思うと回答した方の自由記載

カテゴリー (要約数)	要約
既往歴や薬剤、嚥下状態の確認をして、注意深く観察ができた (6)	申し送りがなくてもテンプレートを確認するだけで嚥下状態を確認出来る
リスク因子の把握や注意すべき視点を把握し、食事介助することができた (5)	食事形態についても考えて介助を行うことができた
観察や情報を得る視点が具体的に意識づけできた (3)	どこを観察したら良いか、情報を得るかなどの意識付けができる
アセスメントシートの使用で注意して食事介助できた (3)	注意して食事介助を行うことができる
リスクがあるかの判断を共通認識できた (2)	食事介助時のリスクがあるか判断するための共通認識になるのでアセスメントシートはすごく役に立った

② そう思わないと回答した方の自由記載

もともとアセスメントを行いながらケアを実施している (2)	指示されているから書いているだけで、もともとアセスメントを行いながらケアを行っていた
誤嚥リスクのある患者は言語聴覚士が介入する (1)	誤嚥のリスクのある患者には言語聴覚士が介入するので食事介助の視点に役立ったとは思わない
使用しても変化なし (1)	使用したところで変化がない
テンプレートは参照していない (1)	摂食時についての他の看護師の看護記録をもとにリスクやアセスメントの情報収集をしているので、テンプレートを参照していない
入力がややこしくなり、後回しになりがち (1)	入力がややこしくなり、後回しにしがちになりやすい

5) 意識の変化

「誤嚥・窒息に対する意識は変化したか」の質問に対し、【そう思う・ややそう思う】は119名(47%)、【どちらとも言えない】は79名(31%)、【あまりそう思わない・思わない】は54名(22%)であった。そのうち自由記述が83名であり、その回答から83件の要約数があった。自由記述の結果は表5に示す。

【そう思う】の自由記述から3つのカテゴリーを生成した。3つのカテゴリーは、〔リスクの高い患者に意識を向け注意〕〔アセスメントシートを見て注意やリスクを理解〕〔観察項目に沿いながら患者との関わり〕であった。【そう思わない】の自由記述から4つのカテゴリーを生成した。4つのカテゴリーは、〔以前からアセスメントをしてケアをし、医師にも確認している〕〔アセスメントシートは記入するだけで、他の人が記載したものは見ず〕〔使用前後で変化なし〕〔仕事が増大〕であった。

表5 改訂版アセスメントシート使用による誤嚥・窒息への意識変化(自由記述回答)(事後調査 要約を一部抜粋)

①そう思うと回答した方の自由記載

カテゴリー (要約数)	要約
リスクの高い患者に意識を向け注意 (7)	高齢患者が多く、アセスメントが必要だと意識が高まった
アセスメントシートを見て注意やリスクを理解 (2)	何を見て誤嚥窒息を気をつければいいのか分からなかったが、アセスメントシートを見ればいいのかということが分かった
観察項目に沿いながら患者との関わり (1)	リスクのある患者に対して、アセスメントシートにある観察項目に沿って患者と関わるようになった

②そう思わないと回答した方の自由記載

以前からアセスメントをしてケアをし、医師にも確認している (2)	誤嚥しそうな患者は食事の様子を観察しており、食形態についても医師に確認し適宜変更しているののでシートの運用はあまり意識的にも変わらない
アセスメントシートは記入するだけで、他の人が記載したものは見ず (2)	他の人が記載したアセスメントシートを見ない
使用前後で変化なし (1)	使用前後で変化がない為
仕事が増大 (1)	仕事が増えた意識が強い

6) 改訂版アセスメントシート活用による看護実践の変化

「改訂版アセスメントシートを活用し看護実践の変化はあったか」の質問に対し、【あった・少しあった】で62名(24%)、【どちらとも言えない】は118名(46%)、【あまりない・全くない】は71名(28%)であった。自由記述の結果は表6に示す。【あった】と回答した自由記述から2つのカテゴリーを生成した。2つのカテゴリーは、[誤嚥のリスクがあると認識して観察を実施][食事形態やとろみ剤の使用を早期に考慮]であった。【全くない】と回答した自由記述から3つのカテゴリーを生成した。3つのカテゴリーは、[業務の増大][入力するだけで変化はない][アセスメントシートに関わらず誤嚥には注意]であった。

表6 改訂版アセスメントシート活用による看護実践の変化について(自由記述回答)(事後調査 要約を一部抜粋)

①あったと回答した方の自由記載

カテゴリー (要約数)	要約
誤嚥のリスクがあると認識して観察を実施 (2)	誤嚥のリスク因子にチェックが入ると意識して注意しようと思う 患者に誤嚥のリスクはあると認識し、意識づけできたことで、観察も注意深くできるようになった
食事形態やとろみ剤の使用を早期に考慮 (1)	入院時に評価することで、食事形態の変化やとろみ剤の使用など、早期に考慮できるようになった

②全くないと回答した方の自由記載

業務の増大 (2)	「業務が増えた」と感じるのみ
入力するだけで変化はない (2)	アセスメントシートを入力してもその後見直さない
アセスメントシートに関わらず誤嚥には注意 (1)	アセスメントシートの有無に関わらず介助の時は誤嚥・窒息防止を心掛けているから、変化は全くない

IV. 考察

改訂版アセスメントシート活用前後の結果から、病棟看護師の誤嚥・窒息防止の認識と実践内容の現状、残された課題について考察する。

1. 病棟看護師の誤嚥・窒息防止への認識と実践状況

図3に示す「どのような患者を誤嚥・窒息しやすいと捉えて注意するか」という質問では、事後調査において【精神疾患】や【嚥下に影響のある薬】と回答した看護師が増加した。これは佐藤(2019)の先行研究と同様に、本研究においても改訂版アセスメントシートの活用によって看護師が注意を払う視点が広がったことを示している。特に、事前調査では【高齢者】【誤嚥性肺炎】【脳血管疾患】といった顕在化している要因が中心であったが、事後調査では精神疾患や薬剤影響といった背景要因にまで注意が向けられるようになった。その結果、誤嚥リスクを従来よりも多面的かつ具体的に捉えられるようになり、患者の状態をより網羅的に把握できるようになったと考えられる。

事前調査における「今までに嚥下で困ったことはありますか」(表1)では、約45%の看護師が【ある】と回答しており、誤嚥や窒息に関する課題を日常的に経験していることが明らかとなった。特に[患者の状態に起因する食事介助の困難]に関する意見が多く、患者の疾患や状態に応じて摂食嚥下障害の特性や原因、対応方法が異なるため、食事介助に困難を感じる要因となっていた。このような課題に対しては、学習会を通じて知識および技術の向上を図ることが必要である。また、「内服方法に困る」という意見も多く挙げられており、摂食嚥下障害を有する患者の内服方法についても、学習会等での学びを深めるとともに、薬剤師との連携を強化することが求められる。

さらに「食事介助で気を付けていること」(図5)の事前調査では、【姿勢】【一口量】【むせ】が上位

に示されていたが、事後調査では、全体的に回答数が増加し、特に【呼吸状態】の項目は15%増加した。自由記載（表3）において「どこを観察したら良いか意識付けができた」「アセスメントシートを見れば注意点が分かった」との意見が得られており、呼吸状態を含む観察視点が具体化されたことで回答数が増加したことが考えられる。すなわち、回答数の増加と自由記述の内容の双方から、呼吸状態への注意が促進されたことが裏付けられ、改訂版アセスメントシートの新項目追加が看護師の実践に反映されたといえる。

改訂版アセスメントシート活用前には、＜応援体制（受け持ち以外の患者の食事援助を行う）でやっていると、患者の情報がわかりづらく食事介助を行ったら誤嚥しやすい人であることが分かり困った＞との意見があった。一方、事後調査では、＜申し送りがないでもテンプレートを確認するだけで嚥下状態を確認出来る＞＜食事介助時のリスクがあるか判断するための共通認識になるのでアセスメントシートはすごく役に立った＞といった肯定的な意見が得られた。これは、情報共有の円滑化とリスク判断の統一化に寄与したと考えられる。

口腔ケアに関しても、図4に示すように【食物残渣】【舌苔】【保湿】の項目の回答が増加した。これは表3の自由記載「どこを観察したら良いか意識付けができた」と回答しており、アセスメントシートが口腔ケアの標準化と誤嚥性肺炎予防に寄与したのではないかと考える。

一方で、導入からの期間が短いことによる定着不足や＜入力が煩雑＞＜業務負担が増加＞＜シートがなくても十分にリスク管理している＞との意見もあった。特に経験豊富な看護師は既にリスク管理を実践しており、形式的な記録が負担として受け止められる傾向がみられた。その背景には、臨床現場での時間的制約や、長年の経験に基づく自己効力感、また従来の記録文化において「観察と判断を即時に行う」ことが重視されてきた点があると考えられる。こうした要因から、熟練者にとっては新たな記録様式が冗長に映りやすいと推察される。しかし、新人から熟練者まで看護の内容を統一し、チームで共通認識を形成するためにはアセスメントシートの活用が必要である。今後は、業務効率を考慮した簡便な入力形式への改善や、熟練者の経験を反映したシート改訂を

進めることで、導入に伴う負担感を軽減し、臨床で活用しやすい形へ整えていくことが課題である。

改訂版アセスメントシートの活用による誤嚥・窒息に対する意識変化（表4）では、【そう思う・やや思う】と回答した割合は47%であり、＜何を見て誤嚥・窒息を気を付ければいいのか分からなかったが、アセスメントシートを見ればいいのだと分かった＞などの意見があり、約半数の看護師がアセスメントシートの導入により観察項目が明確化され、意識変化を実感していることが分かった。一方【どちらとも言えない】が31%、【あまりそう思わない・思わない】が22%であった。＜誤嚥しそうな患者は食事の様子を観察しており、食形態についても医師に確認し適宜変更しているので意識の変化はない＞との回答もあり、導入効果の受け止め方には差があった。これは、経験豊富な看護師はすでに看護実践の中で十分なリスク管理が行えており、アセスメントシート導入による意識の変化はなかったと考えられる。さらに、＜仕事が増えた意識が強い＞という意見もありアセスメントシートの入力、食事場面、内服場面の観察、水飲みテストなどにより業務の負担となっている現状も明らかとなった。これに対しては、アセスメントシートの定期的な評価に加え、なぜこのアセスメントシートが患者にとって必要なのか、どのような効果があるのかを理解してもらえよう伝えていくことが重要となると考える。

改訂版アセスメントシートの活用による看護実践の変化（表5）では、＜誤嚥のリスク因子にチェックが入ると意識して注意しようと思う＞＜食事形態の変化やとろみ剤の使用など、早期に考慮できるようになった＞との意見が得られ、観察内容の具体化と行動変容が確認された。佐藤ら（2019）は、嚥下スクリーニングの導入により、看護師の嚥下や食事形態に対する意識が向上したことが示唆されたと述べており、本研究においても、改訂版アセスメントシートの有効性が裏付けられた。

以上より、改訂版アセスメントシートは、看護師のリスクの認識の広がり、食事援助や口腔ケアの質的改善、情報共有の円滑化などに有効であることが明らかになった。しかし、業務負担といった課題も同時に存在しており、今後は必要性を理解してもらうとともに、効率的な運用体制の構築が必要である。

2. 誤嚥・窒息防止に対する残された課題

質問紙調査の結果から、2つの課題が明らかになった。

1つ目は継続した学習会の実施である。事前調査の「誤嚥・窒息防止策について」の意見の自由記述の回答には、＜窒息時の対応訓練を行うべき＞、＜実践型の学習会（口腔ケアなど）を取り入れた体制があると良い＞、＜患者の食事時の姿勢調整が個々の看護師によって異なる＞の意見が挙げられた。事後調査においても＜定期的な研修会、勉強会の希望＞との意見があった。千葉ら（2017）は、病院において摂食嚥下支援に対する支援は十分でなく、スタッフ教育の充実を図ることの重要性を報告している。渡邊ら（2022）は病院・介護施設における摂食嚥下に関わるスクリーニングおよび看護職と介護職への教育体制の充実の必要性を述べている。A病院においても、チームが中心となり、定期的な勉強会の開催が必要と考えられる。

2つ目は、チームの活動である。改訂版アセスメントシートの活用によって、患者の誤嚥・窒息リスクが可視化されることで、看護師は患者の状態をより正確に把握できるようになった。この可視化により、個々の看護師が独自に判断していたリスク管理が統一され、複数のスタッフ間で共通認識を持つことが可能になった点は、チーム活動における基盤形成として重要である。すなわち、情報が明確化されることで、看護師が他職種と相談しやすくなり、必要に応じて言語聴覚士や栄養士、薬剤師、歯科衛生士、リハビリスタッフなどの専門職と協働する契機が生まれる。深田ら（2009）は、摂食・嚥下障害患者に対しては、医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師、歯科衛生士、理学療法士、栄養士など異なる専門職が協働するチームアプローチが摂食・嚥下リハビリテーションでは効果的であると述べている。しかしA病院では、まだチームの活動が十分ではない現状にある。今後は、チームが現場でラウンドを行い、看護師の困りごとに対応する必要がある。さらに、改訂版アセスメントシートの評価・改訂を進め、実際の現場の意見をもらいながらより使いやすく信頼性の高いツールへと改善することが求められる。

3. 今後の展望

本研究は、改訂版アセスメントシートを3か月使用した時点での調査結果であり、十分活用されてい

かったため、一定の意識の向上はみられたものの、看護実践の向上には結びつかなかった。今後は、誤嚥・窒息防止を継続しながら、改訂版アセスメントシートを定期的に評価・改善し、看護実践の向上を目指す。また、多職種連携を強化し、病院全体で誤嚥・窒息防止に取り組む必要がある。

さらに、誤嚥・窒息による苦しみをゼロにし、それに関わる医療者の精神的負担を軽減するため、改訂版アセスメントシートの評価・改訂を行い、より使いやすく信頼性の高いものにしていく。

謝辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました皆様に深く感謝申し上げます。なお、本研究は岐阜県立看護大学共同研究事業費で経費の助成を受けて実施した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 千葉由美, 山田律子, 市村久美子. (2017). 病床機能別にみた摂食嚥下障害を有する高齢入院患者への支援体制と研修ニーズとの関係. 老年看護学, 22(1), 29-40.
- 藤谷順子. (2007). 窒息. 臨床栄養, 11(4), 471-473.
- 深田順子, 鎌倉やよい. (2009). 愛知県内病院の摂食・嚥下リハビリテーションにおけるチームアプローチの現状. 愛知県立大学看護学部紀要, 15, 55-61.
- 厚生労働省. (2023). 令和5年(2024)人口動態統計月報年計(概数)の概況, 2022-8-4. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai23/dl/h10.pdf>
- 佐藤真理, 北村守正, 浅田摩紀ほか. (2019). 大規模急性期総合病院における入院時嚥下スクリーニング導入による看護師意識の変化. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌, 23(3), 194-198.
- 東京都健康安全研究センター. (2018). 人口動態統計からみた日本における肺炎による死亡について. 2024-8-3. <https://www.tmiph.metro.tokyo.lg.jp/sage/>.
- 塚谷才明, 小林沙織, 平岡恵子ほか. (2017). 急性期

病院での食事による窒息事例の検討. 日本摂食・
嚥下リハビリテーション学会雑誌, 21(2), 99-105.

渡邊法男, 古澤幸江, 宗宮真理ほか. (2022). 岐阜
県内の病院・介護施設における摂食嚥下支援体
制の現状と課題. 日本農村医学会雑誌, 70(5), 485-
497.