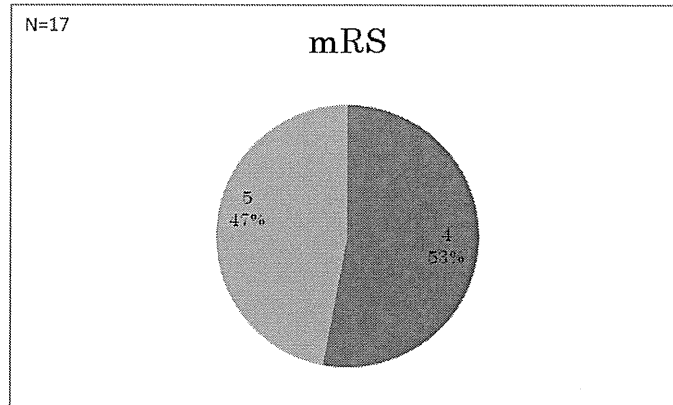


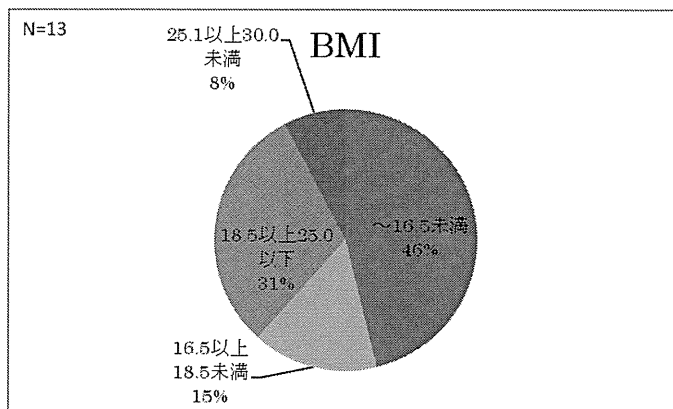
11. モディファイドランキンスケール

比較的高度の障害を持つ症例と常に介護が必要な症例がおおよそ半数ずつであり、身体的な活動制約が大きい患者が多かった。前述を踏まえても、リハビリテーションに費やす時間や、嚥下代償法に用いる姿勢の制約が大きい患者が多いと考えられた。



12. BMI (Body Mass Index)

身長もしくは体重が不明であった者が4名いたが、著しい体重減少を示す16.5未満が4割強、体重減少を示す症例が1割強と、栄養状態が不良である症例が多かった。

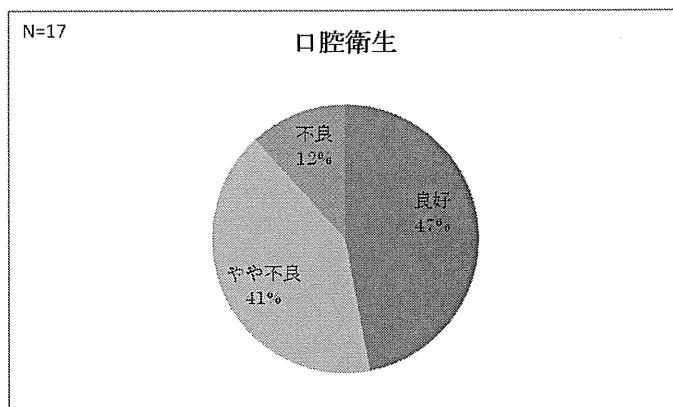


13. 血清アルブミン値、摂取エネルギー、下腿周囲長 (CC: Calf circumference)

血清アルブミン値は平均 3.4 ± 0.4 g/dl (2.8~4.1g/dl、欠損データ 8)、摂取エネルギーは平均 994.1 ± 181.9 kcal (700~1200kcal、欠損データなし)、下腿周囲長は平均 26.3 ± 4.0 cm (21.8~36.0cm、欠損データ 4) であった。BMI と比較すると著しい低栄養状態を示す症例が多いという結果ではなかったが、BMI がかなり低く、アルブミン値がやや低い程度の症例が多いことを考えると、クワシオルコル型の低栄養を呈する患者は多くはなかった。

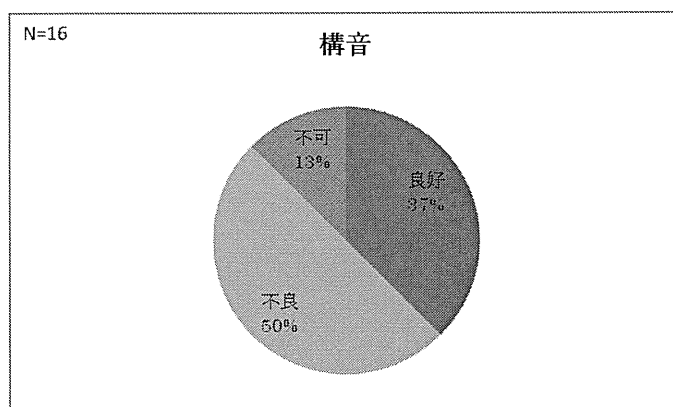
14. 口腔衛生

口腔衛生状態については良好な症例が多かった。ADL が低い症例が多かったことを踏まえて考えると、日常的な口腔ケアが適切に行われていること、もしくは患者の口腔内の自浄作用が保たれている場合が多かったことが理由と考えられた。



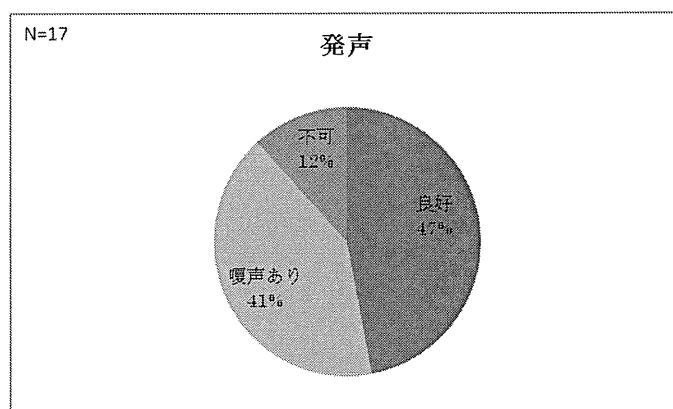
15. 構音

1名についてデータ記載がなかったが不良が半数であったものの、良好が約4割であり、それらの症例では比較的口腔の機能は保たれていると考えられた。



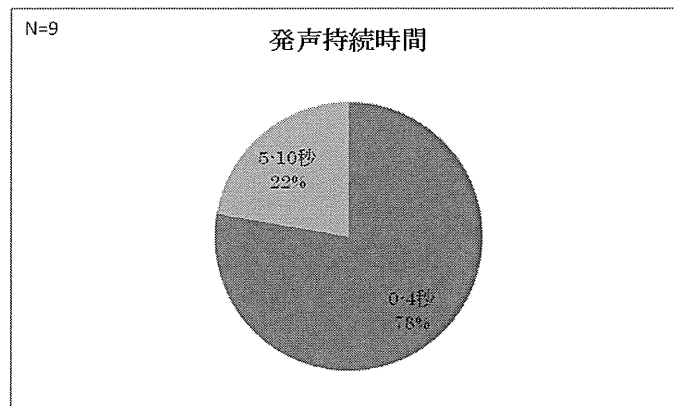
16. 発声

良好に発声できるものが約半数、嗄声はあるものの発声が可能であったものが約4割存在した。



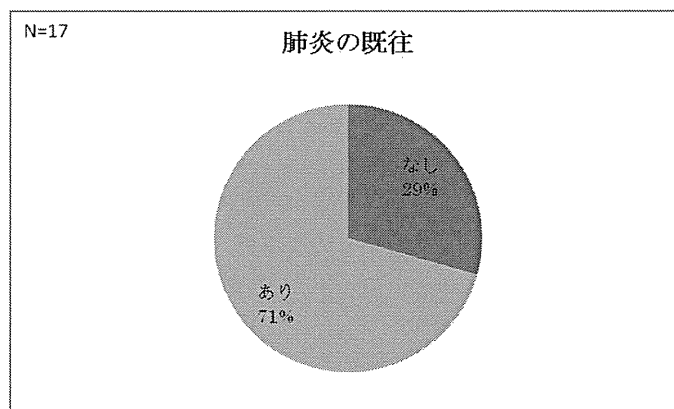
17. 発声持続時間

8名のデータが欠損していたが発声持続時間が4秒以内が8割を占めたことから、発声は可能であっても持続時間が短い症例が多かった。



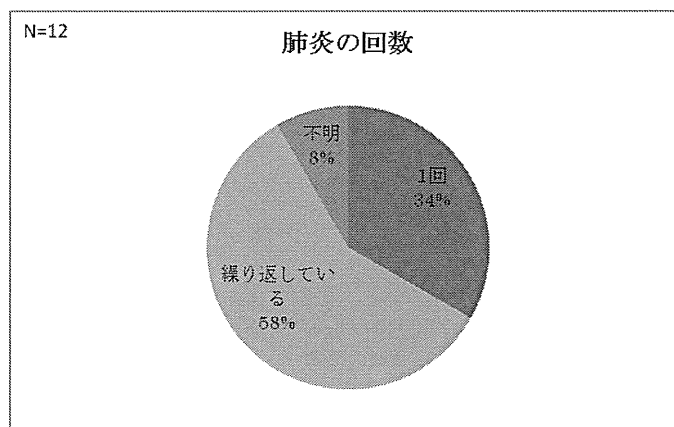
18. 肺炎の既往

肺炎の既往は約7割と高率に認められたが、逆に3割には肺炎の既往がなかった。



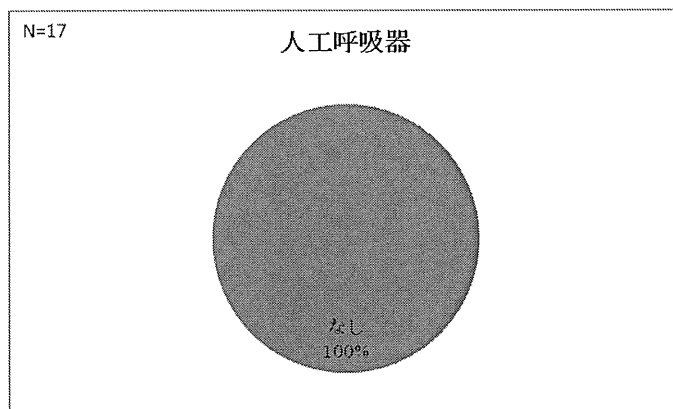
19. 肺炎の回数

肺炎の既往があった患者のうち約6割の症例が肺炎を繰り返していたが、逆に3割強の症例は1回の肺炎が胃瘻造設の契機になっている可能性があるとも考えられた。



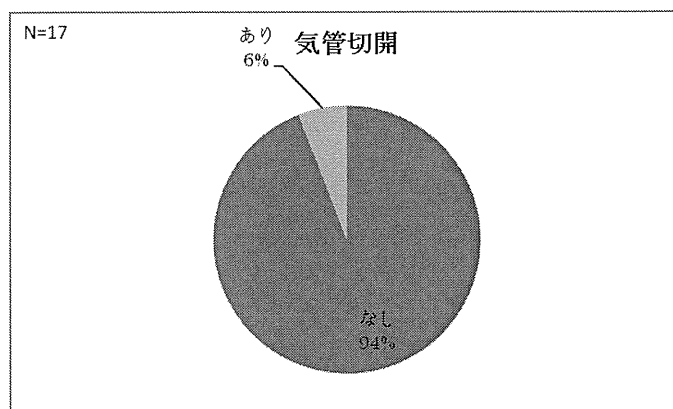
20. 人工呼吸器

人工呼吸器管理の患者はいなかった。



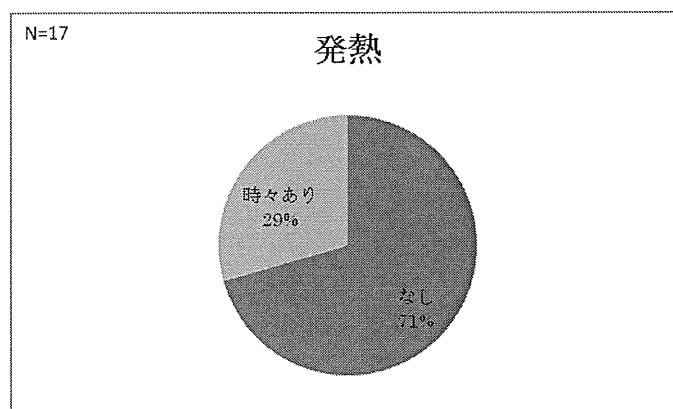
21. 気管切開

気管切開管理の患者はごく少数だが存在したため、こういった症例に対応するスタッフは、吸引手技を身につけておく必要があると考えられた。



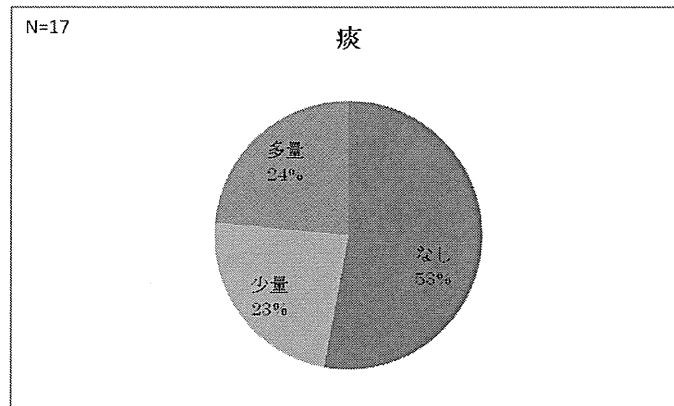
22. 発熱

なしが約7割、時々ありが約3割であった。発熱の原因が全てが誤嚥が原因であるとは言えないが、頻度は比較的少なかった。



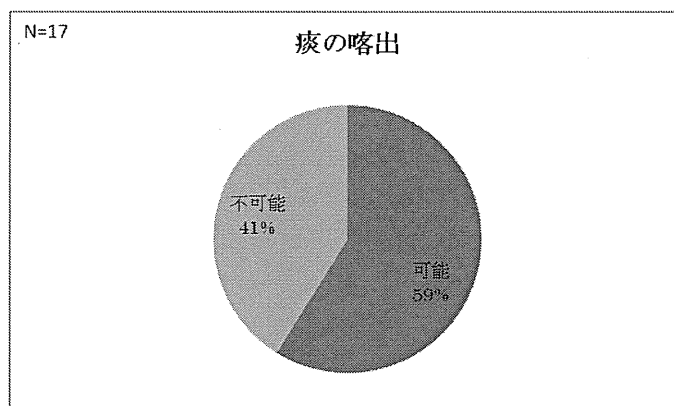
23. 痰

痰なしが約半数で、少量および多量がそれぞれ約4分の1であり、気道のクリアランスが良好な症例が多かった。



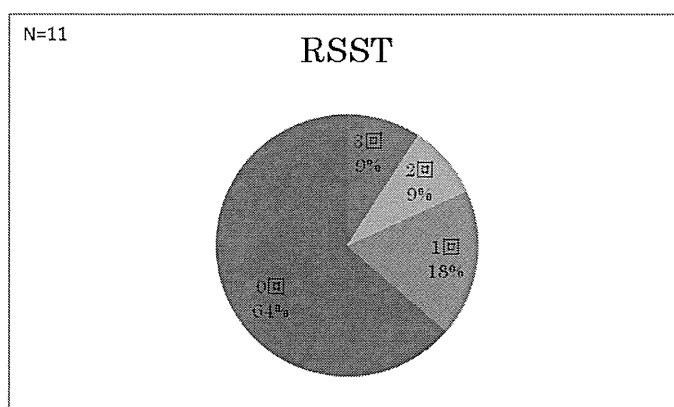
24. 痰の喀出

痰の喀出が可能なのが約6割、不可能なのが約4割で、直接訓練を開始するに当たっては条件のよい症例が多かったが、逆に呼吸に関する訓練や吸引の必要な症例も多かった。



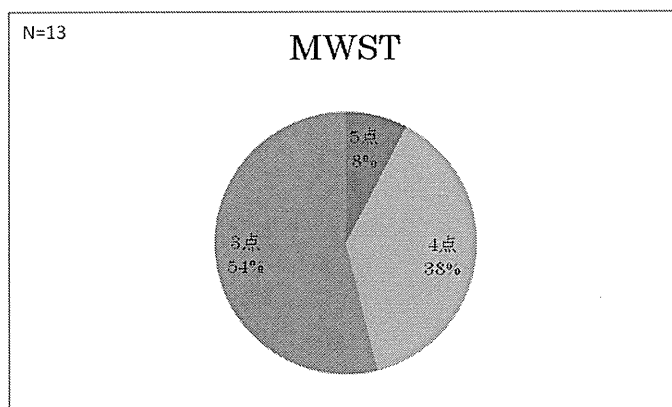
25. 反復唾液嚥下テスト (RSST: Repetitive Saliva Swallowing Test)

6名のデータが欠如していたが、誤嚥がないとスクリーニングされるための指標である30秒以内に3回空嚥下が可能であったものが全体の1割存在した。また、1回も空嚥下ができなかった症例では、実際の嚥下機能だけではなく指示に従えないことにより不可能であった症例が含まれるのではないかと考えられた。



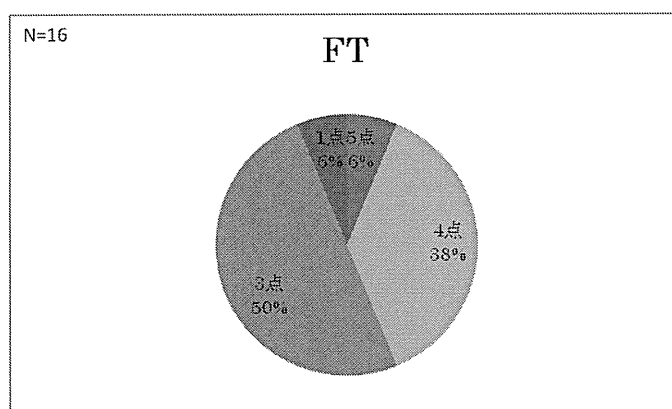
26. 改訂水飲みテスト (MWST : Modified Water Swallowing Test)

4名のデータが欠如していたが、誤嚥無しとスクリーニングされる4点もしくは5点の症例の合計は約半数であったため、直接訓練が開始可能な症例が多いとスクリーニングされる結果が得られた。



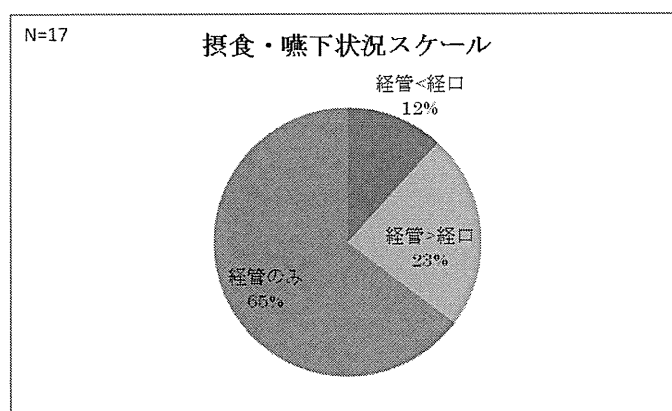
27. 食物テスト (FT : Food Test)

1名のデータが欠如していたが、誤嚥無しとスクリーニングされる4点もしくは5点の合計は四割強であり、改訂水飲みテストと同様に直接訓練開始可能とスクリーニングされた症例は多かった。



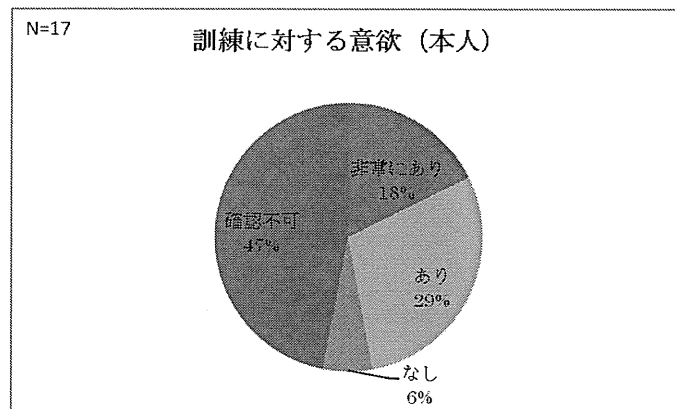
28. 摂食・嚥下状況スケール

経口摂取をまだ開始しないほうが良いと判断されていた症例が6割強を占めたが、経口からの食事を主としてもよいと考えられていた症例が約1割、一部経口摂取を行ってもよいと考えられていた症例が約2割存在した。



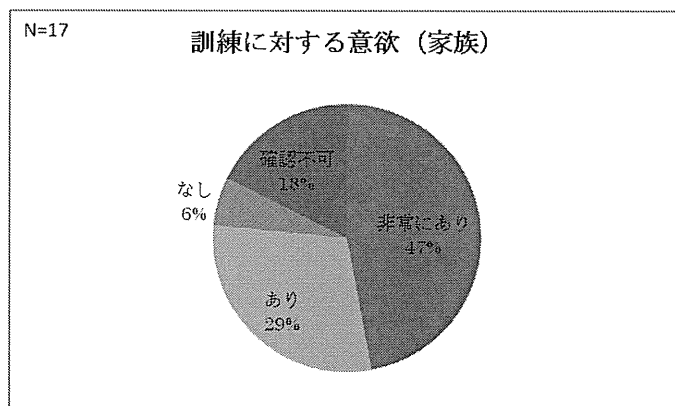
29. 訓練に対する意欲（本人）

認知症などの影響で確認が不可能であった症例が約半数であったが、非常にありが約2割、ありが3割と、意思の疎通が可能な場合には経口摂取に対する訓練意欲が高かった。



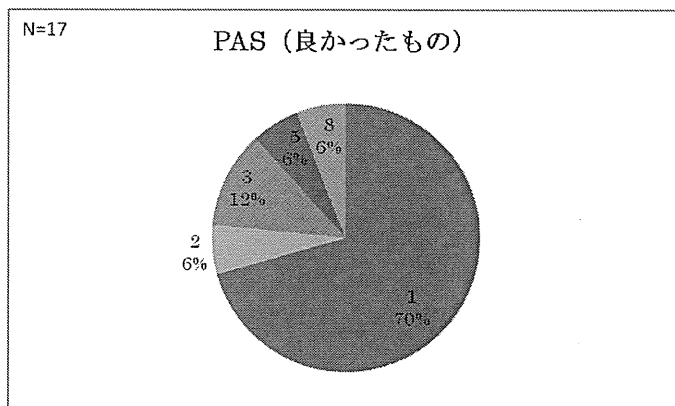
30. 訓練に対する意欲（家族）

確認が不可能であった場合が約2割あったものの、意欲が非常にありであった家族は約半数、ありであった家族は約3割であった。



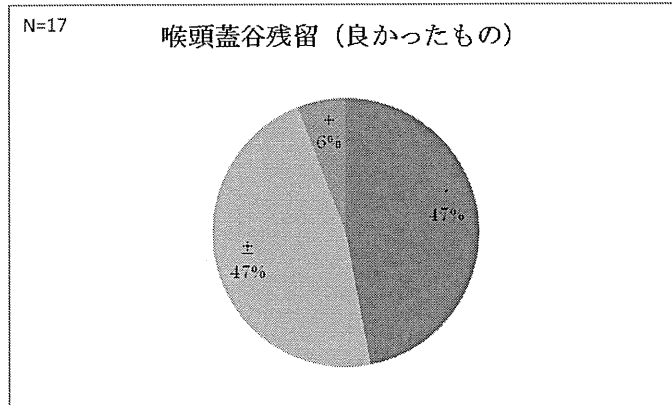
31. Penetration Aspiration Scale (PAS)（良かったもの）

嚥下内視鏡検査中、状態が良好であった施行に対する結果では、誤嚥や喉頭内侵入が全くなかったもの全体の7割、明らかな誤嚥が認められたものは1割に満たなかった。嚥下機能を正確に把握することができれば、すぐにでも経口摂取が開始可能な症例がかなり多いと考えられた。



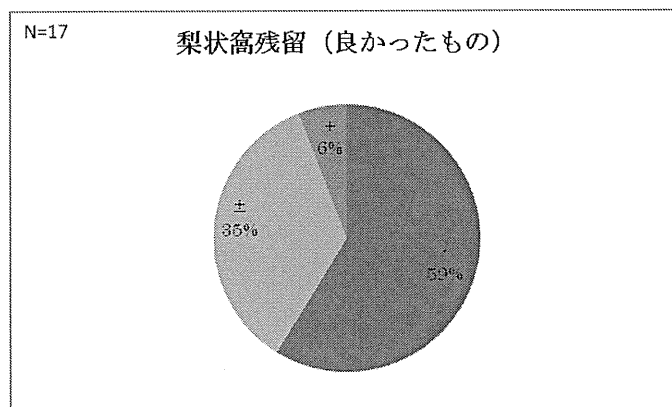
32. 喉頭蓋谷残留（良かったもの）

嚥下内視鏡検査中、状態が良好であった施行に対する結果では、嚥下後に食塊が喉頭蓋谷に残留しなかったものと、少量の残留が認められたものがそれぞれ約半数ずつであり、嚥下機能を正確に把握することができれば安全に経口摂取開始可能な症例が多いと考えられた。



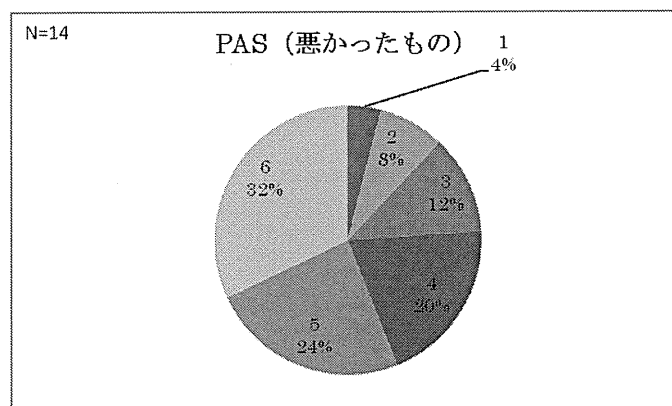
33. 梨状窩残留（良かったもの）

嚥下内視鏡検査中、状態が良好であった施行に対する結果では、嚥下後に食塊が梨状窩に残留しなかったものが約6割、少量残留したものが3割強であり、嚥下機能を正確に把握することができれば安全に経口摂取開始可能な症例が多いと考えられた。



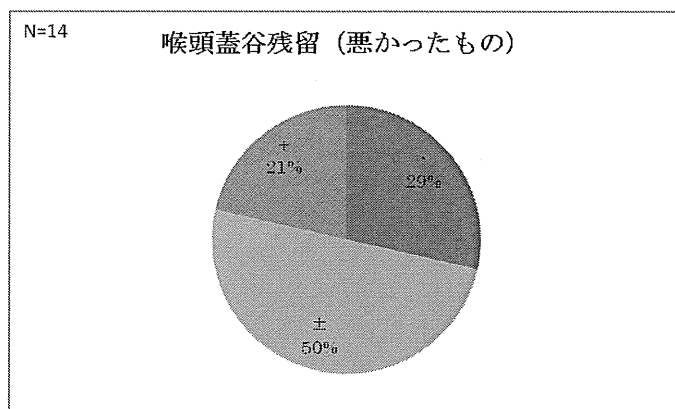
34. Penetration Aspiration Scale (PAS)（悪かったもの）

嚥下内視鏡検査中、状態が不良であった施行に対する結果をみると先ほどとは異なり、喉頭内侵入は合計で4割、誤嚥は半数以上に認められた。安全に経口摂取を開始するためには患者の嚥下機能を正確に把握してから行うことが重要であると考えられた。尚、欠損データは3例存在した。スクリーニングの結果とは反して場合によっては誤嚥が見られる患者は多かったため、嚥下内視鏡などによる精査は重要であると考えられた。



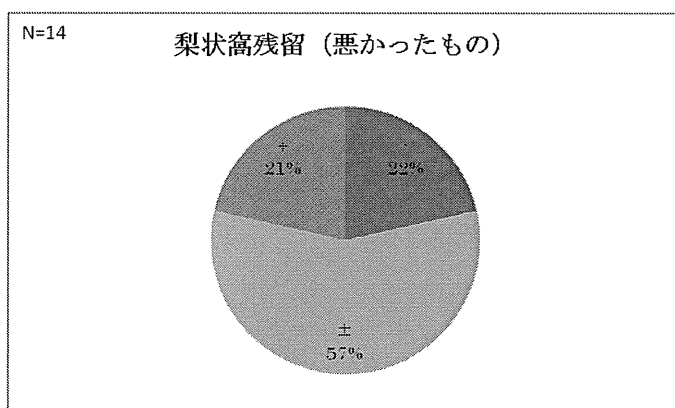
35. 喉頭蓋谷残留（悪かったもの）

欠損データは3例存在したが、最も悪かった施行でも嚥下後に喉頭蓋谷に多量の食物が残留する症例は約2割であった。



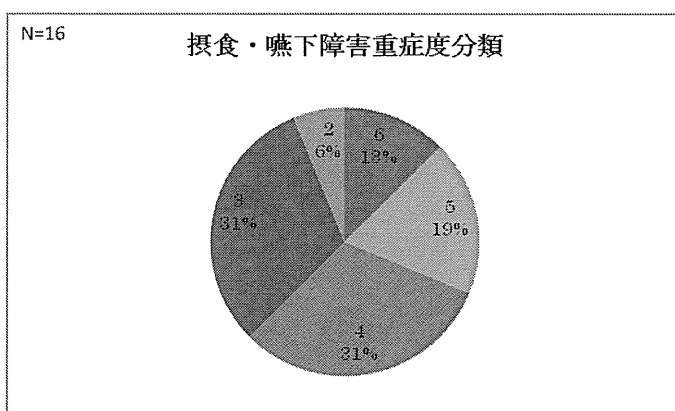
36. 梨状窩残留（悪かったもの）

欠損データが3例存在したが、最も悪かった施行でも嚥下後に梨状窩に多量に食物が残留した症例は約2割であった。



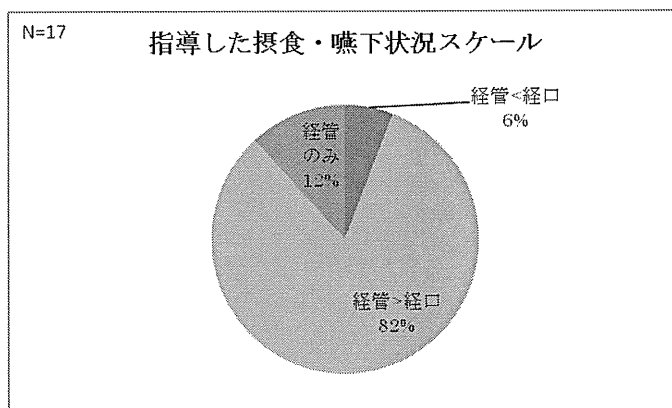
37. 摂食・嚥下障害重症度分類

欠損データが一例存在したが、臨床的に問題となる誤嚥がないと判断された症例は6および5の合計で全体の2割強を占めた。また、4の時々誤嚥するというレベル、3の水分は誤嚥するが工夫した食物であれば誤嚥しないというレベルはそれぞれ3割強であったため、少なくとも完全に禁食にする必要がない症例は全体の9割を超えた。よって胃瘻を作る段階での嚥下機能の評価、精査は重要であると考えられた。



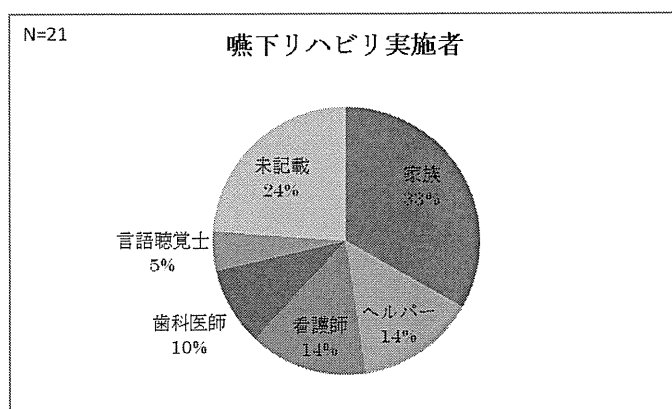
38. 指導した摂食・嚥下状況スケール

嚥下内視鏡を用いて評価を行った後に実際にどの程度経口摂取を許可したかについては、一部経口摂取可としたものが全体の8割以上、経管栄養ではなく経口を主たる栄養摂取方法として指導したものが1割未満、禁食のままとしたのが1割強であった。嚥下機能的には禁食とする必要がない症例が全体の9割を超えたという前述の表記と反するが、嚥下機能以外にも身体的な状況や、患者の環境により禁食を指導した症例があったものと考えられた。



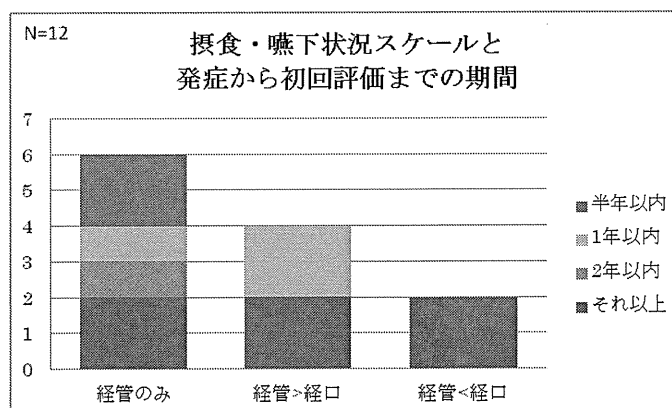
39. 主な嚥下リハビリ実施者（複数回答）

居住形態に在宅が多かったこともあり、主な嚥下リハビリの実施者は患者家族やヘルパーが多かった。よって、専門職以外でも理解および実施ができる訓練方法の指導や説明などが重要であると考えられた。



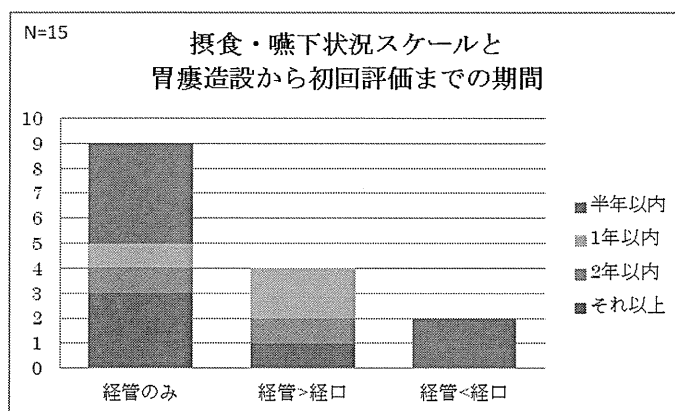
40. 摂食・嚥下状況スケールと発症から初回評価までの期間のクロス集計

経口よりの栄養摂取を主としている症例はいずれも発症からの期間が3年以上であったが、それ以外に期間に依存する傾向はみられなかった。



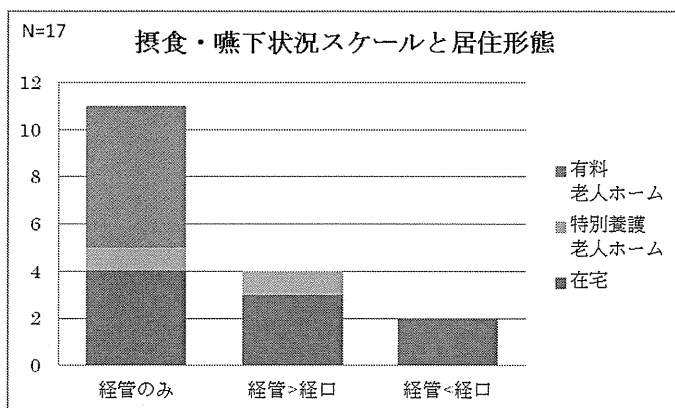
41. 摂食・嚥下状況スケールと胃瘻造設から初回評価までの期間のクロス集計

経口よりの栄養摂取を主としている症例はいずれも発症からの期間が半年以内であったが、それ以外に期間に依存する傾向はみられなかった。



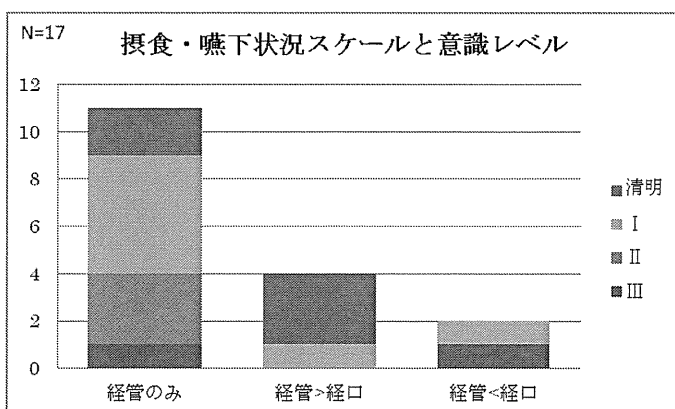
42. 摂食・嚥下状況スケールと居住形態のクロス集計

経口よりの栄養摂取を主としている症例の居住形態はいずれも在宅であったが、それ以外に期間に依存する傾向はみられなかったが、前述の患者本人や家族の経口摂取に対する希望を施設が実現するためには安全の担保が必要であるために、訪問などにより嚥下機能の評価が行えない場合には禁食のままにせざるを得ないことが多いことも推察された。



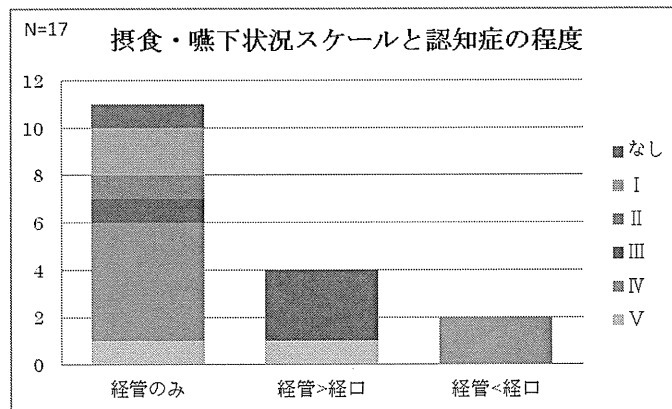
43. 摂食・嚥下状況スケールと意識レベルのクロス集計

意識レベルと経口摂取の状況については特に関係性は見られなかったが、異なる表現をすると意識レベルが低下していても経口摂取が可能な症例があるともいえた。



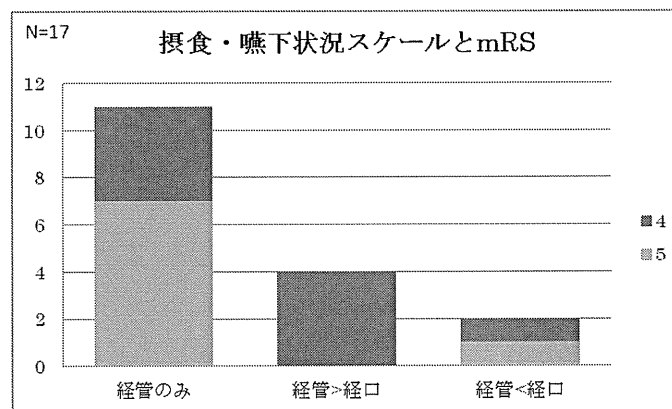
44. 摂食・嚥下状況スケールと認知症の程度のカロス集計

認知症の程度が最重度である場合に経口摂取が主である症例はいなかったが、それ以外には特別な傾向は認められなかった。



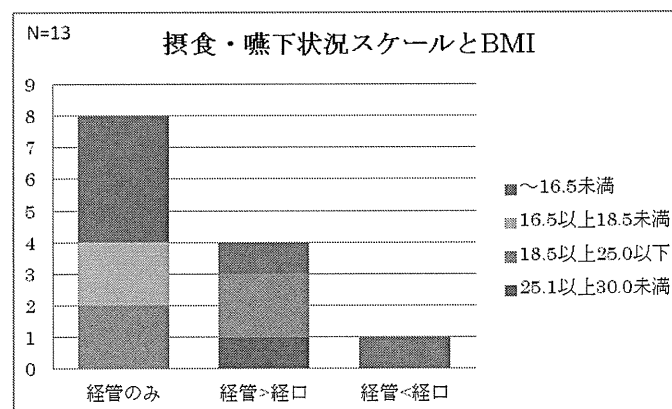
45. 摂食・嚥下状況スケールと mRS のカロス集計

主たる栄養は経管であるが、一部を経口摂取しているレベルは mRS が 4 の比較的高度の障害があるレベルであったが、それ以外には特別な傾向は認められなかった。



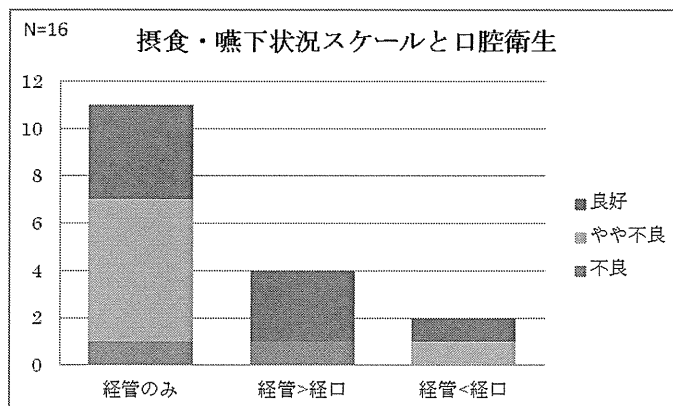
46. 摂食・嚥下状況スケールと BMI のカロス集計

経管栄養のみで管理されている症例でも BMI が 16.5 未満が半数で、一部を経口摂取しているレベルに適正体重レベルにある症例が比較的多かった。



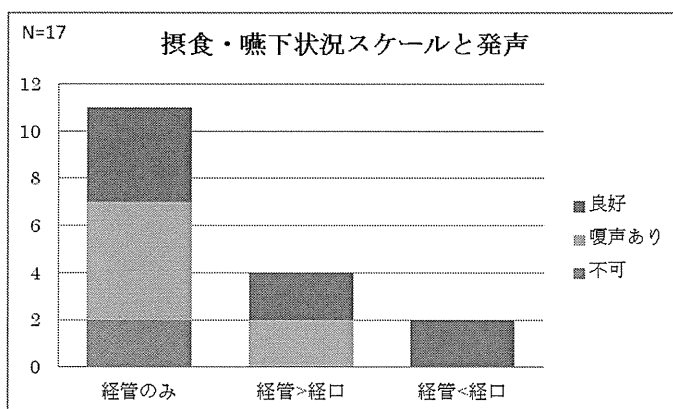
47. 摂食・嚥下状況スケールと口腔衛生のクロス集計

経口摂取を行えているレベルでは割合によらず口腔衛生状態が保っているものが半数もしくは半数を超えていたが、経管栄養のみの症例では衛生状態が不良な症例が多かった。経管栄養のみのために、口腔のケアが行われていない、もしくは口を使わないために自浄作用が働かないことなどが理由に考えられた。



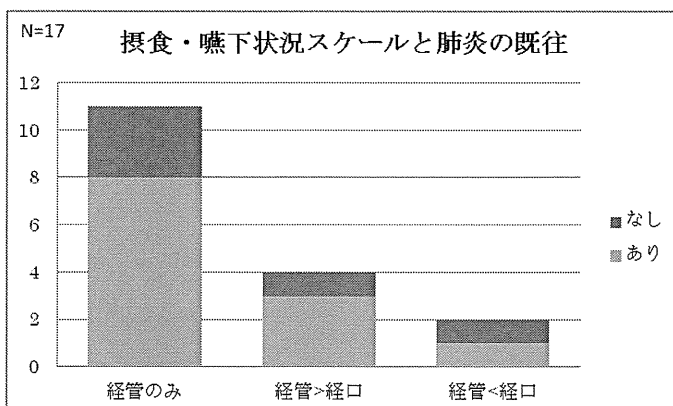
48. 摂食・嚥下状況スケールと発声のクロス集計

経口摂取が行えているレベルでは発声が不可能な症例はいなかった。



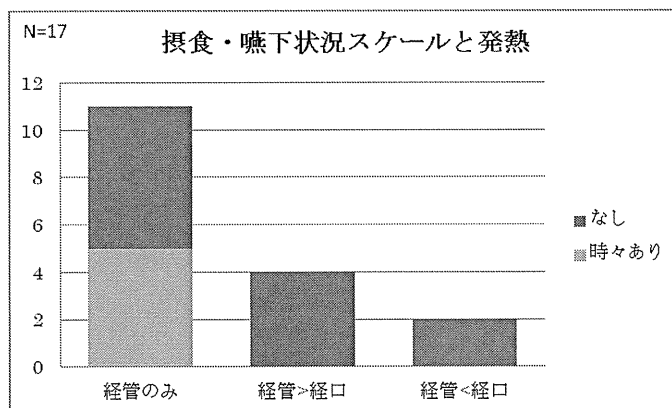
49. 摂食・嚥下状況スケールと肺炎の既往のクロス集計

いずれのレベルにおいても肺炎の既往がある症例が多かったが、少数ではあっても肺炎の既往があるにも関わらず経口からの栄養を主としている症例があった。



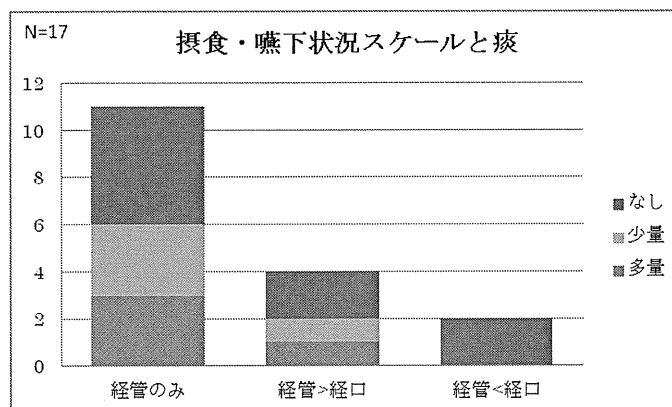
50. 摂食・嚥下状況スケールと発熱のクロス集計

経口摂取を行っているレベルでは発熱がみられる症例はいなかったが、発熱があることが完全に禁食にするか否かの目安になっている可能性もある。発熱の原因を特定することが重要であると考えられた。



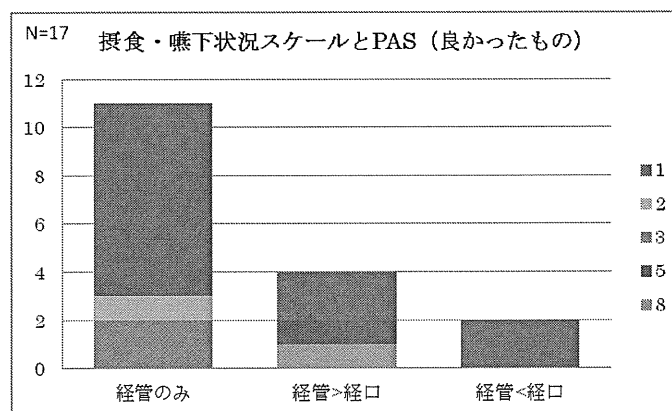
51. 摂食・嚥下状況スケールと痰のクロス集計

経口摂取を主たる栄養摂取方法としているレベルには痰が出ている患者はいなかった。それ以外には特別な傾向はみられなかった。



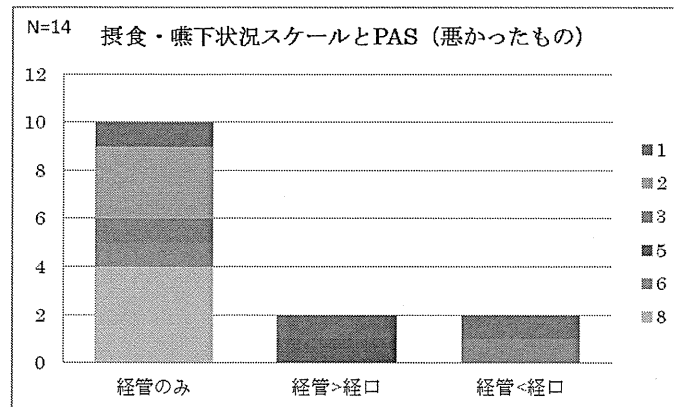
52. 摂食・嚥下状況スケールとPAS（良かったもの）のクロス集計

いずれのレベルにおいても、検査中の最も良かった施行では誤嚥が全くみられなかったものが最も多かったため、適切な方法を指導することができれば経口摂取が可能である症例が多いと考えられた。



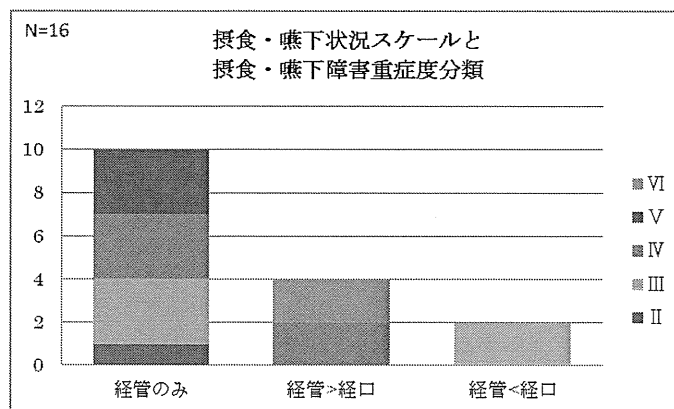
53. 摂食・嚥下状況スケールと PAS (悪かったもの) のクロス集計

先程の結果とは異なり誤嚥後に全く喀出が不可能な症例は禁食の症例に多く、経口摂取を主としているレベルでも2名中1名には喉頭内侵入が認められた。そのような症例に対してはいずれの場合においても適切な機能評価が重要であると考えられた。



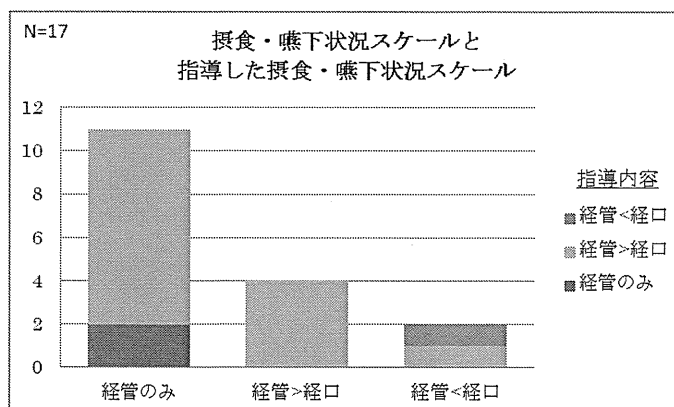
54. 摂食・嚥下状況スケールと摂食・嚥下障害重症度分類のクロス集計

最重度の嚥下障害である唾液誤嚥レベル、もしくは正常範囲と判断された症例はいなかった。ただし、経管栄養のみの症例でも、Vの口腔問題（誤嚥はないが主として口腔期障害がある）、およびIVの機会誤嚥（時々誤嚥する）という嚥下障害としては比較的軽度であると判断された症例がそれぞれ複数存在したことから、適切な機能評価の必要性が高いことがここでも示唆された。



55. 摂食・嚥下状況スケールと指導した摂食・嚥下状況スケールのクロス集計

機能評価後に実際にどのような栄養摂取方法を指導したのかをみたところ、禁食のままと指導したのはもともと経管栄養のみであった症例のうちわずか2名であり、多くが一部の経口摂取が可能との指導であった。継続的な機能評価に基づく対応が重要であると考えられた。



D. 結論

今回の集計結果からは脳の疾患を原因とする在宅療養患者に対しての訪問診療が多かった。また、身体的な制約は大きいものの、認知症のレベルは様々であり、栄養状態が不良である症例が多かった。また約半数の患者家族が訓練に対する意欲が非常に高く、約 4 割の患者にも経口摂取に対する訓練意欲があった。また嚥下内視鏡検査の結果から、検査中最も良かった施行では 7 割に誤嚥が認められず、約半数に嚥下後の咽頭残留が認められなかった。

その他、現在の栄養摂取状況（一部経口摂取が許可されているか）と主疾患発症や胃瘻造設後期間、認知症のレベルや身体活動の制約などには特別関係性は認められず、経管栄養のみでも低栄養の患者が多いこと、経口摂取を一部行っている患者では口腔衛生状態が不良な患者、発声が不可能な患者が少なかつたことから食べるために口の機能を使うことが自浄作用を保つことや、発声に関する機能を保つことに関与する可能性が示唆された。嚥下内視鏡を用いた機能評価を行った結果、禁食のレベルでも摂食・嚥下障害の重症度が軽度な症例があったこと、評価後に実際禁食の指示となった症例が少なかつたことなどから、患者の嚥下機能が実際よりも低いと判断されている場合が多かつたのは事実であるが、禁食の症例の中には不顕性誤嚥が認められるものも存在したため、経口摂取を禁じるのが誤りであるとひとくくりに表現することはできない。いずれにおいても継続的な機能評価に基づく対応が重要であると考えられた。

E. 健康被害状況

現在のところ報告すべき情報はない。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Shuzo Fujita, Takako Kumagai, Mashimi Yanagimachi, Suguru Sakuraba, Ryuichi Sanpei, Mika Yamoto, Haruka Tohara: Waxy wheat as a functional food for human consumption, Journal of Cereal Science, 2012 in press
- 2) 渡邊裕, 枝広あや子, 伊藤加代子, 岩佐康行, 渡部芳彦, 平野浩彦, 福泉隆喜, 飯田良平, 戸原玄, 野原幹司, 大原里子, 北原稔, 吉田光由, 柏崎晴彦, 斎藤京子, 菊谷武, 植田耕一郎, 大淵修一, 田中弥生, 武井典子, 那須郁夫, 外木守雄, 山根源之, 片倉朗: 介護予防の複合プログラムの効果の特徴づける評価項目の検討ー口腔機能向上プログラムの評価項目についてー, 老年歯科医学雑誌 26(3), 327-338, 2011
- 3) 戸原玄, 和田聡子, 三瓶龍一, 井上統温, 佐藤光保, 飯田貴俊, 鰐原賀子, 岡田猛司, 島野嵩也, 石山寿子, 中川量晴, 植田耕一郎: 簡易な開口力測定器の開発ー第 1 報: 健常者の開口力, 握力および年齢との比較ー, 老年歯科医学雑誌 26(2), 78-84, 2011
- 4) 佐々木綾香, 千葉由美, 戸原玄: 摂食・嚥下障害を有する高齢者への頸部周辺筋へのケア介入とその効果 ケーススタディからの一考察, 千葉県立保健医療大学紀要, 2(1): 19-25, 2011
- 5) 椎名恵子, 小松崎理香, 矢澤正人, 山崎一男, 高野直久, 中島孝至, 細野純, 新田國夫, 菊谷武, 戸原玄: 東京都・(社)東京都歯科医師会・(社)東京都医師会が協働してすすめる摂食・嚥下機能支援事業, 老年歯科医学雑誌 26(3), 369-374, 2011
- 6) 齋藤貴之, 戸原玄, 半田直美, 飯田貴俊, 井上統温, 和田聡子, 内山宙, 小林健一郎, 中川兼佑, 植田耕一郎, 櫻井薫: 摂食機能療法ならびに多職種チーム連携により QOL が改善された一例, 老年歯科医学 26(1): 18-24, 2011
- 7) 中山潤利, 阿部仁子, 戸原玄: 摂食・嚥下障害の診断法, デンタルダイヤモンド 37(4), 51-57, 2012
- 8) 戸原玄, 阿部仁子, 中山潤利, 寺本浩平: 歯科医師が行うこれからの摂食・嚥下リハビリテーション, Geriatric Medicine 49(5): 525-529, 2011
- 9) 戸原玄: 摂食・嚥下障害の評価と訓練の実際, 日本大学歯学部歯科衛生専門学校同窓会誌はとびむらさき, 46: 4-9, 2011
- 10) 戸原玄: 高齢者会で歯科医師が持つべき知識とすべきこと 第 2 回: 実践編 摂食・嚥下障害の理解と訪問診療の実際, クインテッセンス 30(3): 144-157, 2011
- 11) 寺本浩平, 戸原玄: III 歯科 (口腔外科) 高齢透析患者の摂食・嚥下障害の早期発見のために特集 透析医療と他科連携ー見逃ししやすい疾患を中心にー, 臨床透析 27(2): 157-162, 2011

- 12) 戸原玄：高齢者会で歯科医師が持つべき知識とすべきこと 第1回：知識編 高齢者会で歯科医師が知る・実践するべきことは何か？, クインテッセンス 30(2)：138-146, 2011
- 13) 戸原玄, 植田耕一郎：内視鏡を用いた摂食・嚥下機能評価, 摂食・嚥下リハビリテーション update, Monthly Book Medical Rehabilitation, 136, 全日本病院出版会, 7-12, 2011
- 14) 中川量晴, 戸原玄：要介護高齢者の口腔管理 (2) 口腔機能低下患者の評価法と訓練法, 地域歯科医院による有病者の病態別・口腔管理の実際, ヒョーロンパブリッシャーズ, 東京, pp. 90-101, 2011
- 15) 戸原玄：摂食困難者への対応案, 歯科における災害対策, 中久木康一編著, 第1版, 砂書房, pp. 70-73, 2011
- 16) 戸原玄：チームアプローチの概念, 歯科衛生士のための摂食・嚥下リハビリテーション, 日本歯科医師会監修, 第1版, 医歯薬出版, 東京, pp. 180-181, 2011
- 17) 戸原玄：摂食・嚥下における“噛むこと”の役割, 東京都摂食・嚥下機能支援推進マニュアルー在宅療養者の食を支える地域連携を進めるためにー, 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課, pp. 83, 84, 2011
- 18) 戸原玄：摂食・嚥下障害に関する研修について, 東京都摂食・嚥下機能支援推進マニュアルー在宅療養者の食を支える地域連携を進めるためにー, 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課, pp. 15, 16, 2011
- 19) 新田國夫, 戸原玄：今なぜ摂食・嚥下機能支援か？, 東京都摂食・嚥下機能支援推進マニュアルー在宅療養者の食を支える地域連携を進めるためにー, 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課, pp. 1-9, 2011
- 20) 戸原玄：嚥下障害患者に対する歯科訪問診療, 事例でわかる摂食・嚥下リハビリテーション, 出江紳一, 近藤健男, 瀬田拓編集, 第1版, 中央法規, 東京, pp. 155-158, 2011

2. 学会発表

- 1) 飯田貴俊, 戸原玄, 中山洸利, 井上統温, 三瓶龍一, 佐藤光保, 和田聡子, 鰐原賀子, 岡田猛司, 島野嵩也, 植田耕一郎：当大学歯学部学生に対する摂食・嚥下リハビリテーション実習の試み, 第28回日本障害者歯科学会学術大会, 福岡国際会議場, 福岡市, 福岡県, 2011年11月6日
- 2) 佐藤光保, 戸原玄, 植田耕一郎, 中山洸利, 飯田貴俊, 井上統温, 三瓶龍一, 和田聡子, 鰐原賀子, 岡田猛司, 島野嵩也, 福村直毅：無線通信技術を応用した携帯性に優れたコードレス嚥下内視鏡の有用性, 第28回日本障害者歯科学会学術大会, 福岡国際会議場, 福岡市, 福岡県, 2011年11月6日
- 3) 島野嵩也, 戸原玄, 有岡享子, 村田尚道, 西山佳秀, 中山洸利, 飯田貴俊, 井上統温, 佐藤光保, 三瓶龍一, 和田聡子, 岡田猛司, 植田耕一郎：カプサイシン含有フィルム of 安静嚥下障害患者に対しての効果, 第28回日本障害者歯科学会学術大会, 福岡国際会議場, 福岡市, 福岡県, 2011年11月6日
- 4) 中山洸利, 戸原玄, 三瓶龍一, 佐藤光保, 井上統温, 和田聡子, 飯田貴俊, 島野嵩也, 鰐原賀子, 植田耕一郎：食道入口部における嚥下圧のリクライニング角度による影響, 第28回日本障害者歯科学会学術大会, 福岡国際会議場, 福岡市, 福岡県, 2011年11月5日
- 5) 井上統温, 戸原玄, 中川量晴, 中山洸利, 飯田貴俊, 佐藤光保, 三瓶龍一, 和田聡子, 鰐原賀子, 岡田猛司, 島野嵩也, 植田耕一郎：ポータブルファイバースコープ消毒器の開発と消毒効果の検証, 第28回日本障害者歯科学会学術大会, 福岡国際会議場, 福岡市, 福岡県, 2011年11月5日
- 6) 井上恭代, 中山洸利, 和田聡子, 戸原玄, 植田耕一郎：訪問歯科における摂食・嚥下リハビリテーションにより胃瘦栄養のみから経口摂取が可能となった1症例, 第28回日本障害者歯科学会学術大会, 福岡国際会議場, 福岡市, 福岡県, 2011年11月5日
- 7) 和田聡子, 戸原玄, 飯田貴俊, 井上統温, 佐藤光保, 三瓶龍一, 鰐原賀子, 岡田猛司, 島野嵩也, 中山洸利, 植田耕一郎：開口力測定器の開発と健常者および高齢者の開口力の比較, 第28回日本障害者歯科学会学術大会, 福岡国際会議場, 福岡市, 福岡県, 2011年11月5日
- 8) 三瓶龍一, 戸原玄, 中川量晴, 中山洸利, 飯田貴俊, 井上統温, 佐藤光保, 和田聡子, 鰐原賀子, 岡田猛司, 島野嵩也, 植田耕一郎：急性期病院退院後の継続的なアプローチにより摂食・嚥下機能の改善が見られた2症例, 第28回日本障害者歯科学会学術大会, 福岡国際会議場, 福岡市, 福岡県, 2011年11月5日

- 9) 藤井千春, 奈良伸子, 榎本由美子, 大塩かおり, 西村滋美, 井出淳, 田中賦彦, 横田惇, 戸原玄, 植田耕一郎, 呼吸陽圧訓練器具を使用した間接訓練により嚥下機能のみならず発声持続時間が延びた在宅嚥下障害患者の一例, 第28回日本障害者歯科学会学術大会, 福岡国際会議場, 福岡市, 福岡県, 2011年11月5日
- 10) 守澤正幸, 戸原玄, 岡田一宏, 黒岩彩花, 下山和弘: 病院間の連携で摂食・嚥下リハビリテーションと一般歯科治療を行った重度摂食・嚥下障害患者の一例, 第22回日本老年歯科医学会総会, 京王プラザホテル, 新宿区, 東京都, 2011年6月17日
- 11) 森宏樹, 中澤正博, 古屋浩, 佐藤輝重, 門屋高靖, 伊澤三樹, 大内裕貴, 稲山雅治, 溝口万里子, 守澤正幸, 半田直美, 中山洸利, 若杉葉子, 戸原玄: 八千代市歯科医師会による内視鏡を用いた摂食・嚥下障害に対する取り組み, 第22回日本老年歯科医学会総会, 京王プラザホテル, 新宿区, 東京都, 2011年6月17日
- 12) 三瓶龍一, 藤田修三, 戸原玄, 柳町真志美, 安部英助, 高橋樹世, 小島信彦, 吉本孝之, 野原的, 植田耕一郎: もち小麦餅の有用性-第1報: 施設入居高齢者への提供から得られたこと-, 第22回日本老年歯科医学会総会, 京王プラザホテル, 新宿区, 東京都, 2011年6月16日
- 13) 佐藤絵美子, 平野浩彦, 渡邊裕, 新屋俊明, 戸原玄, 千葉由美, 山田律子, 枝広あや子, 小原由紀, 森下志穂, 大堀嘉子, 片倉朗, 山根源之, 鈴木隆雄: 認知症高齢者嗅覚機能低下と食行動との関連-アルツハイマー型認知症を中心に-, 第22回日本老年歯科医学会総会, 京王プラザホテル, 新宿区, 東京都, 2011年6月16日
- 14) 若杉葉子, 戸原玄, 中根綾子, 村田志乃, 植松宏: 摂食・嚥下機能評価介入前後の施設の肺炎発症人数の推移と介入方法の検討, 第22回日本老年歯科医学会総会, 京王プラザホテル, 新宿区, 東京都, 2011年6月16日
- 15) 佐藤光保, 戸原玄, 植田耕一郎, 井上統温, 三瓶龍一, 和田聡子, 鰐原賀子, 岡田猛司, 島野嵩也, 福村直毅: 無線通信技術を応用した携帯用コードレス嚥下内視鏡の有用性, 第22回日本老年歯科医学会総会, 京王プラザホテル, 新宿区, 東京都, 2011年6月16日
- 16) 岡田猛司, 戸原玄, 島田みのり, 島野嵩也, 植田耕一郎: ネマリンミオパチーの重度摂食・嚥下障害患者に対し訪問にて対応した一例, 第22回日本老年歯科医学会総会, 京王プラザホテル, 新宿区, 東京都, 2011年6月16日
- 17) 齋藤貴之, 戸原玄, 井上統温, 岡田猛司, 中川兼佑, 内山宙, 小林健一郎, 櫻井薫: 当医院における訪問歯科診療に関する現状報告-摂食・嚥下リハビリテーション外来開設後の依頼の変化-, 第22回日本老年歯科医学会総会, 京王プラザホテル, 新宿区, 東京都, 2011年6月16日
- 18) 元橋靖友, 戸原玄: 病院内における組織的な口腔ケアの取り組みと今後の課題についての検討, 第22回日本老年歯科医学会総会, 京王プラザホテル, 新宿区, 東京都, 2011年6月16日
- 19) 枝広あや子, 平野浩彦, 山田律子, 千葉由美, 佐藤絵美子, 渡邊裕, 小原由紀, 大堀嘉子, 菅武雄, 戸原玄, 新谷浩和, 高田靖, 細野純, 佐々木健, 古賀ゆかり, 那須郁夫, 山根源之, 鈴木隆雄: アルツハイマー型認知症患者の自立摂食を支援するために-食行動実態調査の結果から-, 第27回日本老年学会総会, 京王プラザホテル, 新宿区, 東京都, 2011年6月16日
- 20) 渡邊裕, 武井典子, 植田耕一郎, 菊谷武, 福泉隆喜, 北原稔, 戸原玄, 平野浩彦, 渡部芳彦, 吉田光由, 岩佐康行, 飯田良平, 柏崎晴彦, 伊藤加代子, 野原幹司, 山根源之: 介護予防における口腔機能向上サービスの推進に関する研究-介護予防における包括サービスの効果について-, 第22回日本老年歯科医学会総会, 京王プラザホテル, 新宿区, 東京都, 2011年6月16日

G. 知的財産権の出願・登録状況
なし

在宅療養中の胃瘻患者に対する
摂食・嚥下リハビリテーションに関する総合的研究

胃瘻療養患者に対する摂食・嚥下リハビリテーションの効果に関する研究
－1 ヶ月のリハビリテーションの効果について－

分担研究 才藤栄一 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学 I 講座 教授

A. 研究目的

在宅や施設などで療養中の胃瘻患者に対する摂食・嚥下リハビリテーションに関する総合的研究を実施するにあたり、実際に訪問診療にて摂食・嚥下リハビリテーションに関する指導を行って、1 ヶ月後の状態を調査することによりどのような効果が得られたかを考察する。

B. 研究方法

B票を用いて行った調査結果について、初回データと2回目（1 ヶ月の介入後）のデータを比較することによりリハビリテーションの効果を検討する予定である。

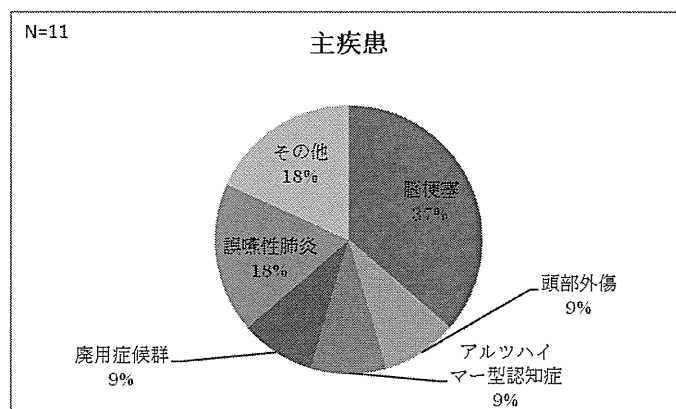
平成 23 年 9 月 26 日より平成 24 年 1 月 26 日の間に、平成 23 年 9 月 26 日より平成 24 年 1 月 26 日の間に B 票を用いて調査した結果を集計する。調査対象は在宅や施設などで胃瘻からの栄養摂取を行っており、かつ摂食・嚥下リハビリテーションを訪問で開始し、初回評価および訓練指導 1 カ月後に評価を行うことができた症例である。尚、本調査は次年度以降も継続するために、今回の週計は中間報告となる。送付先は在宅や施設等に訪問での摂食・嚥下リハビリテーションを行っている病院もしくは医院で、調査票の記載は医師、歯科医師もしくは看護師によって行われた。

C. 研究結果及び考察

期間内に 1 回目および 2 回目のものについて回収された評価票は 20 通で、そのうち 6 通は嚥下内視鏡検査による評価がなされておらず、3 通は基礎データの記載不備があったために下記の集計からは除外した。対象は男性 5 名、女性 6 名、平均年齢 82.2 ± 10.1 歳（65 から 99 歳）であった。

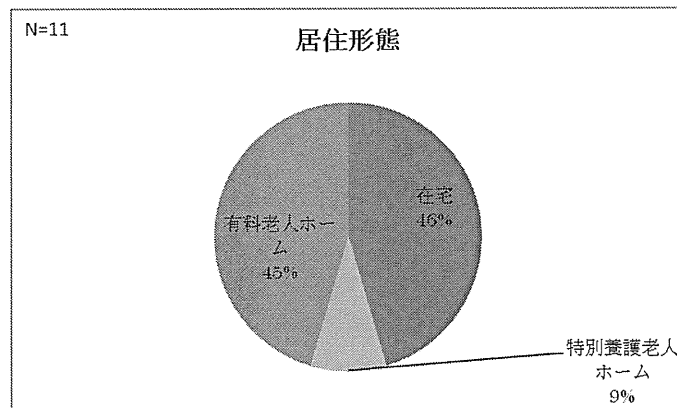
1. 主疾患

主疾患の内訳をみると脳梗塞が約 4 割と最多で、その他脳に関連する疾患をもつ者が半数を超えた。また、誤嚥性肺炎が主疾患であるものが約 2 割存在した。また、1 割が進行性の疾患であるアルツハイマー型認知症であった。



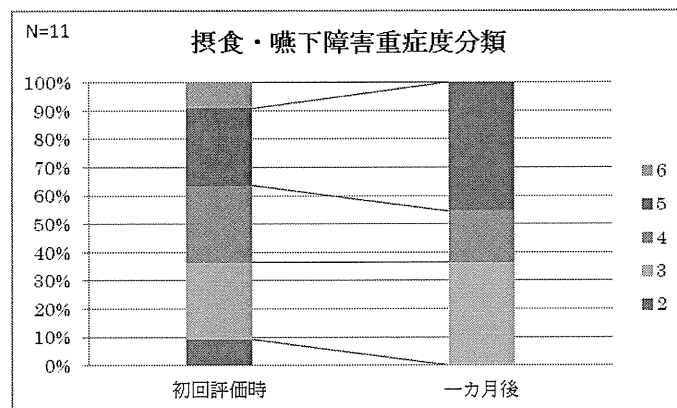
2. 居住形態

居住形態は在宅と有料老人ホームがそれぞれ約半数であり、訓練に関わる職種が多いと考えられる介護老人保健施設に入居している患者は今回存在しなかった。



3. 初回評価時と1カ月後の摂食・嚥下障害重症度の比較

最重度および最軽度（正常範囲）の症例はいなかったが、初回に食物誤嚥レベル（あらゆるものを誤嚥する）の患者が存在したが、1カ月後には改善していた。また、機会誤嚥レベル（時々誤嚥する）が減少し、口腔問題レベル（誤嚥はないものの口腔期障害はある）が増加していた。



4. 初回評価時と1カ月後の摂食・嚥下状況スケールの比較

経管栄養のみの患者は大きく減少し、経口摂取を一部開始したものが大きく増加した。また、経口摂取を主たる栄養摂取方法にしている患者も存在した。重症度は顕著に改善したとは言えなかったが経口摂取が可能となった症例が多かったことは、患者自身の摂食・嚥下機能が実際よりも悪いものと考えられた上で対応されていることが多いと考えられた。前述と併せて考えると、訓練にて効果を上げるといっても、経口摂取不可などに関する適切な診断ができたことにより、経口摂取が可能となった症例が今回は多かったものと考えられた。

