

### 3.2.7 要介護度 (mRS) との関連

リハビリによりPASが改善した群とそれ以外の群に分け、要介護度別の割合を検討した。スコアが4点と5点の者で比較すると4点（より軽度）の者で改善が見られていた。統計的有意差はなかった。

mRSと嚙下内視鏡 変化 良好・不変2群分けのクロス表

		嚙下内視鏡 変化 良好・不変2群分け		合計
		不変	改善	
0	度数	1	0	1
	mRSの%	100.0%	0.0%	100.0%
	嚙下内視鏡 変化 良好・不変2群分けの%	9.1%	0.0%	7.1%
mRS 4	度数	5	2	7
	mRSの%	71.4%	28.6%	100.0%
	嚙下内視鏡 変化 良好・不変2群分けの%	45.5%	66.7%	50.0%
5	度数	5	1	6
	mRSの%	83.3%	16.7%	100.0%
	嚙下内視鏡 変化 良好・不変2群分けの%	45.5%	33.3%	42.9%
合計	度数	11	3	14
	mRSの%	78.6%	21.4%	100.0%
	嚙下内視鏡 変化 良好・不変2群分けの%	100.0%	100.0%	100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ2乗	.566 <sup>a</sup>	2	.754
尤度比	.766	2	.682
線型と線型による連関	.083	1	.773
有効なケースの数	14		

a. 5セル (83.3%) は期待度数が 5未満です。最小期待度数は .21です。

### 3.2.8 リハビリの頻度との関連

リハビリによりPASが改善した群とそれ以外の群に分け、リハビリの週あたりの頻度の平均を比較検討した。有意な差は見られなかった。

グループ統計量

嚙下内視鏡 変化	良好・不変2群分け	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差
リハビリ頻度 (週)	不変	11	4.8182	2.75021	.82922
	改善	3	5.0000	3.46410	2.00000

独立サンプルの検定

		等分散性のための Levene の検定		2つの母平均の差の検定						
		F 値	有意確率	t 値	自由度	有意確率 (両側)	平均値の差	差の標準誤差	差の 95% 信頼区間	
									下限	上限
リハビリ頻度 (週)	等分散を仮定する。	.128	.727	-.097	12	.924	-.18182	1.87683	-4.27108	3.90745
	等分散を仮定しない。			-.084	2,731	.939	-.18182	2.16509	-7.47315	7.10952

### 3.2.9 リハビリの実施時間との関連

リハビリによりPASが改善した群とそれ以外の群に分け、リハビリの実施時間の平均を比較検討した。改善群でやや実施時間が短かったが、有意な差は見られなかった。

グループ統計量

嚙下内視鏡 変化	良好・不変2群分け	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差
実施時間	不変	8	20.625	10.8356	3.8310
	改善	3	14.167	14.2156	8.2074

単位：分

独立サンプルの検定

		等分散性のための Levene の検定		2つの母平均の差の検定						
		F 値	有意確率	t 値	自由度	有意確率 (両側)	平均値の差	差の標準誤差	差の 95% 信頼区間	
									下限	上限
実施時間	等分散を仮定する。	.145	.712	.817	9	.435	6.4583	7.9017	-11.4166	24.3333
	等分散を仮定しない。			.713	2,927	.528	6.4583	9.0575	-22.7790	35.6957

### 3.2.10 嚙下訓練法との関連

リハビリによりPASが改善した群とそれ以外の群に分け、嚙下訓練法の割合を検討した。間接訓練は8名に実施され、1名改善、嚙下代償法は4名に実施され、改善者はいなかった。

		嚙下内視鏡 変化 良好・不変2群分け		合計
		不変	改善	
間接訓練	1	7	1	8
		87.5%	12.5%	100.0%
	嚙下内視鏡 変化 良好・不変2群分けの%	100.0%	100.0%	100.0%
合計	7	1	8	
	87.5%	12.5%	100.0%	
	嚙下内視鏡 変化 良好・不変2群分けの%	100.0%	100.0%	100.0%

		嚥下内視鏡 変化 良好・不変2群分け	合計
		不変	
嚥下代償法	1	度数	4
		嚥下代償法の%	100.0%
		嚥下内視鏡 変化 良好・不変2群分けの%	100.0%
合計		度数	4
		嚥下代償法の%	100.0%
		嚥下内視鏡 変化 良好・不変2群分けの%	100.0%

#### D. 結論

- ・リハビリを行わないと嚥下機能は少し改善するか、またはほとんど変わらなかった。
- ・リハビリを継続して行くと3回目ころよりやや改善し、そのまま嚥下機能が改善された状態で維持されていた。しかし、統計的有意差はなかった。嚥下内視鏡による評価もほぼ同様の結果だった。
- ・嚥下内視鏡評価が改善している者は、男、意識レベルが良い者、認知症の程度の軽い者、寝たきり度は重度に比べて中程度の者で、要介護度は重度に比べて中程度の者が多かった。リハビリは2群で頻度では差はなく、実施時間はむしろ改善者で短い傾向にあった。また嚥下訓練法では間接訓練者で改善者がいた。
- ・リハビリの経過を追跡できている者は回数が増えるほど減るため、結果解釈には一定の限界があると考えられた。

#### 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

なし

##### 2. 学会発表

- 1) 戸原玄, 野原幹司, 才藤栄一, 東口高志, 早坂信哉, 植田耕一郎, 菊谷武, 近藤和泉: 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報告4ー胃瘻増設後施設への申し送り事項ー, 第17回第18回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会, ロイトン札幌, 札幌市, 北海道, 2012年8月31日
- 2) 戸原玄, 野原幹司, 才藤栄一, 東口高志, 早坂信哉, 植田耕一郎, 菊谷武, 近藤和泉: 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報告3ー初診時と1カ月後の状態の比較ー, 第17回第18回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会, ロイトン札幌, 札幌市, 北海道, 2012年8月31日
- 3) 戸原玄, 野原幹司, 才藤栄一, 東口高志, 早坂信哉, 植田耕一郎, 菊谷武, 近藤和泉: 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報告2ー訪問時の初回評価についてー, 第17回第18回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会, ロイトン札幌, 札幌市, 北海道, 2012年8月31日
- 4) 戸原玄, 野原幹司, 才藤栄一, 東口高志, 早坂信哉, 植田耕一郎, 菊谷武, 近藤和泉: 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報告1ー胃瘻選択基準に関する調査研究ー, 第17回第18回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会, ロイトン札幌, 札幌市, 北海道, 2012年8月31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

胃瘻患者の主介護者における QOL : 在宅療養中の頭部外傷患者に関する検討

分担研究	内藤真理子	名古屋大学院医学系研究科予防医学	准教授
研究協力	森寛子	京都大学大学院医学研究科健康情報学	研究員
	石山寿子	日本大学歯学部摂食機能療法学講座	大学院生
	藤井航	藤田保健衛生大学医学部歯科	講師
	戸原玄	日本大学歯学部摂食機能療法学講座	准教授

### A. 研究目的

「食えること」は栄養摂取のみならず、心理的、社会的、文化的な営みとされている。食に対する思いや食にかかわる行動は個人差が大きいことが想像される。その一方、日本においては、「口から食えること」は人間の尊厳にかかわるものと捉えられることもしばしばである。

在院日数の短縮や在宅医療技術の進歩によって、医療依存度の高い要介護者の在宅への移行が増大する中、在宅での介護者の役割がますます大きくなっている。しかしながら、在宅療養者の介護者に関する調査研究は少なく、経管栄養や摂食・嚥下障害に焦点をあてた検討はほとんど認められていない。

胃瘻造設者の中では比較的若年層である頭部外傷患者の主介護者を対象に、長期化が予想される在宅介護における摂食・嚥下リハビリテーションの持つ主観的意味、胃瘻造設下での経口摂取の意義を、質的研究手法を用いて探索することを目的とした。

### B. 研究方法

在宅療養中の頭部外傷患者のうち、摂食・嚥下リハビリテーションを継続している患者の主介護者を対象に、フォーカス・グループ・インタビュー (FGI) を実施した。在宅診療時に歯科医師が研究説明を行い、書面にて研究協力の同意を取得した。

胃瘻造設までの病歴や胃瘻造設に関する基本情報 (造設年齢、造設期間、経口摂食の頻度など)、在宅介護に関する情報 (主介護者の年齢、間柄、介護補助者の有無、摂食介護の状況、患者の ADL、基礎疾患など) は、インタビュー前に収集した。これらの情報をもとに、メンバー間のディスカッションを経て、インタビューガイドを作成した。

インタビューはインタビューガイドに従って進められ、ファシリテーターが司会進行を担当した。インタビュー中は録音を行い、内容を逐語録に変換した。そのデータを用いて、フレームワーク分析を考慮しつつ、概念生成を第一目的とした帰納法的質分析を進めた。今回の分析結果をもとに、次回以降、継続的比較法を検討することとした。データ管理ソフトは Atlas.ti を使用した。

### C. 研究結果及び考察

#### 1. FGI 準備

FGI 実施にあたって、以下のインタビューガイドを作成した。インタビュー前日に、研究メンバーで内容の最終確認を行った。

- 1) 専門家による、訪問での摂食・嚥下機能評価は、自宅での日常の嚥下訓練の実際、もしくは患者さんご本人やご家族の意欲に影響を与えてきましたか。あるとするなら、どのような影響か、具体的にお教えてください。
- 2) 患者さんの栄養補給が医療に大きく依存している現状に関して、ご家族のあなたは、どのような思いをお持ちですか。患者さんの療養状態の変化と合わせてお話しください。
- 3) 食事や飲み込みが困難という障害の厳しさは、ほかの多くの身体的障害と比べて、介護者の思いに違いはありますか、その厳しさに、訪問の摂食・嚥下機能評価やリハビリテーションの指導は、どのような影響を与えていますか。

- 4) リハビリテーションの効果への期待について教えてください。自宅でのリハビリテーションを継続することで、患者さんの摂食・嚥下の状況は、今後はどのような展開になってゆくと思われていますか。嚥下のリハビリの継続の可能性と合わせてお教えてください。
- 5) ご自宅での介護を続ける中、訪問での摂食・嚥下機能評価や在宅における訓練は、あなたにとって、どのような意味がありますか。

## 2. FGI 実施とデータ分析

研究協力に同意が得られた、自宅療養している頭部外傷患者の主介護者 5 名を対象とした。すべて女性で、患者との間柄は配偶者 3 名、親 2 名であった。都内にインタビュー会場を設定し、上記のインタビューガイドをもとに、約 2 時間のグループインタビューを行った。森がファシリテーターを担当し、内藤と石山が同席した。

インタビュー終了後、録音された内容から逐語録を作成した。内藤と石山が逐語録の内容分析を担当し、現在 Atlas.ti を用いて検討を進めているところである。

## D. 結論

摂食・嚥下リハビリテーションを継続中の在宅胃瘻患者の主介護者を対象に、FGI を実施した。現在、概念生成を目的に、独立した 2 名でインタビュー内容を分析中である。今回の結果から摂食・嚥下リハビリテーションの継続が介護者の QOL の維持・向上にも寄与する可能性が示唆されており、来年度の FGI 実施を含めて、さらなる検討を進める予定である。

## 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

なし

### 2. 学会発表

- 1) 戸原玄、野原幹司、才藤栄一、東口高志、早坂信哉、植田耕一郎、菊谷武、近藤和泉：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報告 4－胃瘻増設後施設への申し送り事項－，第 17 回第 18 回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会，ロイトン札幌，札幌市，北海道，2012 年 8 月 31 日
- 2) 戸原玄、野原幹司、才藤栄一、東口高志、早坂信哉、植田耕一郎、菊谷武、近藤和泉：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報告 3－初診時と 1 カ月後の状態の比較－，第 17 回第 18 回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会，ロイトン札幌，札幌市，北海道，2012 年 8 月 31 日
- 3) 戸原玄、野原幹司、才藤栄一、東口高志、早坂信哉、植田耕一郎、菊谷武、近藤和泉：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報告 2－訪問時の初回評価について－，第 17 回第 18 回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会，ロイトン札幌，札幌市，北海道，2012 年 8 月 31 日
- 4) 戸原玄、野原幹司、才藤栄一、東口高志、早坂信哉、植田耕一郎、菊谷武、近藤和泉：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報告 1－胃瘻選択基準に関する調査研究－，第 17 回第 18 回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会，ロイトン札幌，札幌市，北海道，2012 年 8 月 31 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

胃瘻選択基準の把握に関する研究

分担研究 東口高志 藤田保健衛生大学医学部外科緩和医療学講座 教授

## 研究要旨

病院で胃瘻を作った場合に、どのような経緯で胃瘻が選択されたか、また転院・退院時にどのような事項が申し送られているかを把握するために調査を行った。

脳に関連する疾患が主疾患で意識レベルが比較的良好であるが、認知症があり生活機能が低下している患者で、誤嚥性肺炎もしくは廃用症候群などをもつ患者への胃瘻造設が多かった。入院中の摂食・嚥下リハビリテーションは、主に言語聴覚士によるスクリーニングの評価、医師・歯科医師による嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査などの評価に基づいて行われていたが、胃瘻増設の判断は嚥下造影や内視鏡などの精査よりも、嚥下の様子の観察やスクリーニングテストにて行われていた。

胃瘻造設後の転院・退院先としては専門的な訓練を行いやすい環境ではない療養型病院および在宅が多かったが、専門的な対応が可能であれば転院・退院直後の経口摂取が不可とされた症例は存在せず、専門的な対応が不可能な場合には経口摂取不可としたのが大半を占めた。

よって特に在宅や療養型病院で対応が行えるような保険制度の見直しを含めた環境整備が重要であると考えられた。

## A. 研究目的

胃瘻造設患者に対して、どのような経緯で胃瘻による栄養摂取方法が選択されているか、また入院中に行われたリハビリテーションの概要や、転院・退院時の申し送り事項について調査を行うことが目的である。

## B. 研究方法

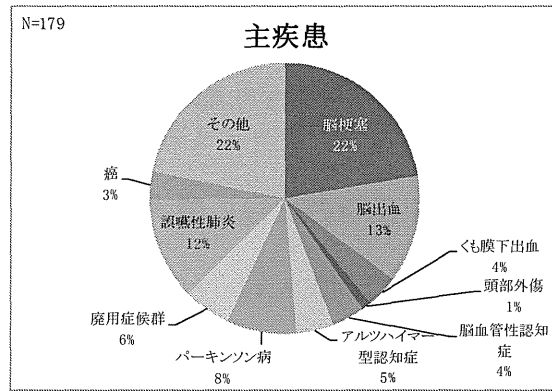
平成 23 年 9 月 26 日より平成 25 年 2 月 7 日の間に C 票を用いて調査した結果を集計する。調査対象は入院中に胃瘻を新規に造設して転院もしくは退院する患者である。送付先は胃瘻を造設している病院で、調査票の記載は医師、歯科医師もしくは看護師によって行われた。

## C. 研究結果及び考察

期間内に回収された評価票は 204 通であった。そのうち 4 通は記載不備のために 200 通の票を集計した。対象は男性 102 名、女性 98 名、平均年齢 76.96±11.28 歳（44 から 100 歳）であった。

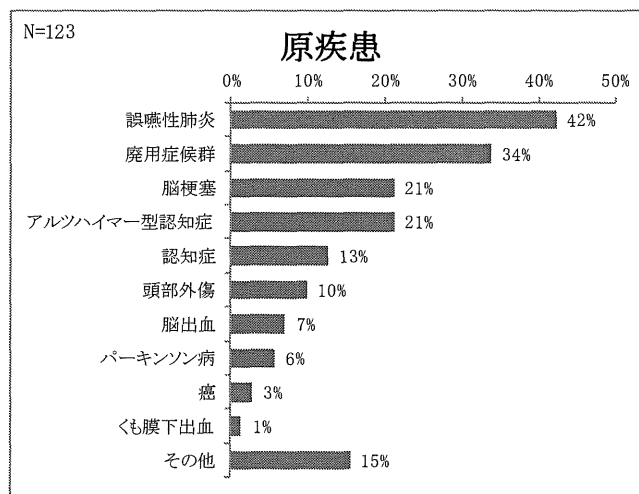
### 1. 主疾患

患者の主疾患は脳梗塞が最多の 22% で脳出血が次いで 13% であった。その他、くも膜下出血、頭部外傷、脳血管性認知症、アルツハイマー型認知症などを含めるとおよそ半数が脳に関連する疾患であった。アルツハイマー型認知症やパーキンソン病といった進行性疾患も含まれており、胃瘻造設後の嚥下機能のフォローの必要性が示唆された。また、約 1 割が認知症（アルツハイマー型および脳血管性）であった。今後も認知症における胃瘻造設は増加することが考えられ、胃瘻選択におけるリビングウィルや家族・介護者の意見がさらに重要となってくる可能性がうかがえた。



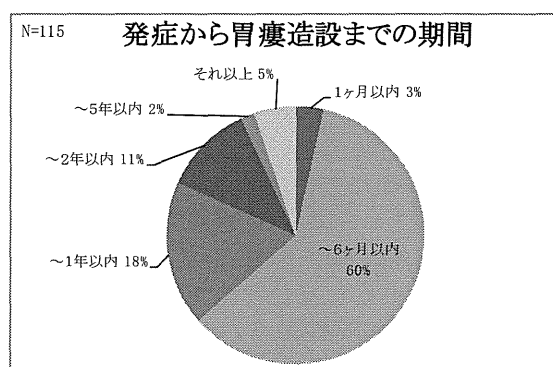
## 2. その他の疾患

その他に患者が持つ疾患は誤嚥性肺炎が 42%と最多、廃用症候群がそれに次いで 34%であった。上記と併せると、脳関連の疾患により誤嚥性肺炎を引き起こした患者、もしくは脳関連の疾患を持ち廃用となった患者が胃瘦になることが多いと考えられた。現在のところ、廃用症候群は摂食機能療法が適用病名ではないために改正の余地があると考えられた。また、誤嚥性肺炎の多さからは、嚥下障害だけでは胃瘦造設に向かわず、誤嚥性肺炎を生じたことをきっかけに胃瘦造設が考慮される機会が多いことがうかがえた。



## 3. 主疾患発症から胃瘦増設までの期間

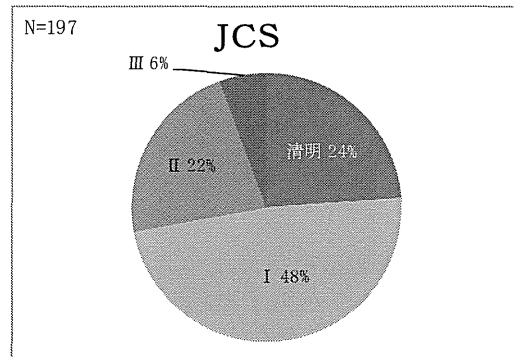
主疾患発症から胃瘦増設までの期間は 6 か月以内が 60%と高率を占めた。1 年から 2 年以内がそれに次いだ。発症から 1 か月以内の胃瘦造設例は少なかった。





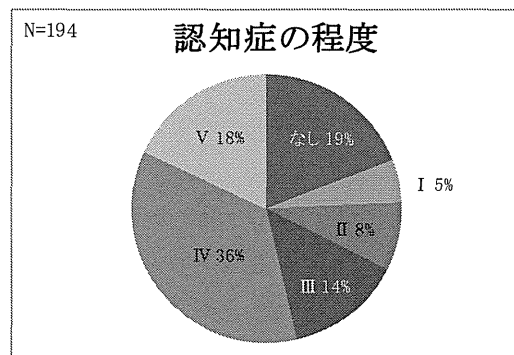
#### 4. JCS

JCS は I が最多の 48%、清明が 24%とそれに次いだ。意識レベルが良好な患者が多かった。胃瘻を選択しなかった症例の内訳との比較が必要であるが、比較的意識レベルが良好なことが胃瘻選択の一つの基準になっている可能性がうかがえた。



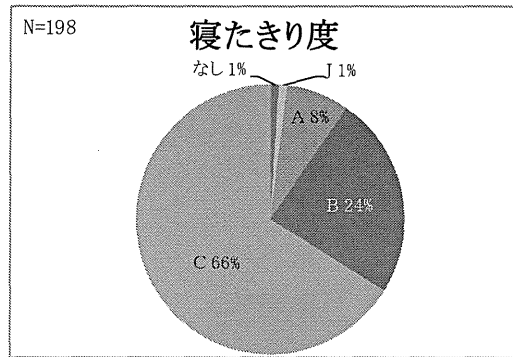
#### 5. 認知症の程度

認知症の程度はIVの日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られるレベルの患者が多かった。上記と併せて考えると、意識レベルとしてはある程度良好ではあっても、認知に問題のある患者が多いと考えられた。この結果は、胃瘻の選択を本人以外が決められている場合が多いことを示している。今後は胃瘻選択におけるリビングウィルや家族・介護者の意見が重要となってくる可能性がうかがえた。意思疎通が困難な症例が多く、胃瘻造設後の“訓練”としての嚥下リハが困難な場合が多いことが予測された。



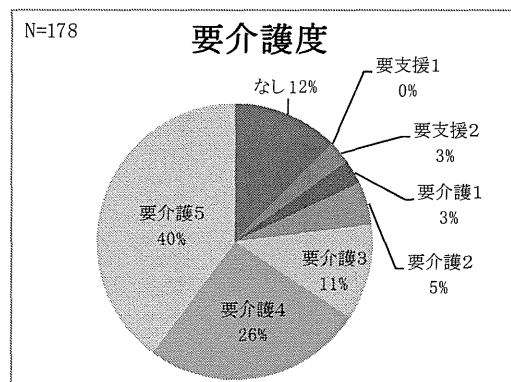
#### 6. 寝たきり度

寝たきり度はCの一日中ベッド上で過ごすレベルの患者が 66%と最多であった。つまり覚醒状態は比較的良いが認知に問題があり、かつ ADL が低下している症例が多いと考えられた。前述の廃用症候群を持つ患者が多かったことを裏付けると考えられた。身体機能の低下している患者が多いことから、胃瘻造設後の嚥下リハや呼吸リハを施行し、機能回復を目指すことは困難であることがうかがえた。反対に、活動性が高い患者においては、疾患を有していても嚥下機能や呼吸機能が保たれ、肺炎や廃用を生じにくいために胃瘻の適応とならない可能性が考えられた。



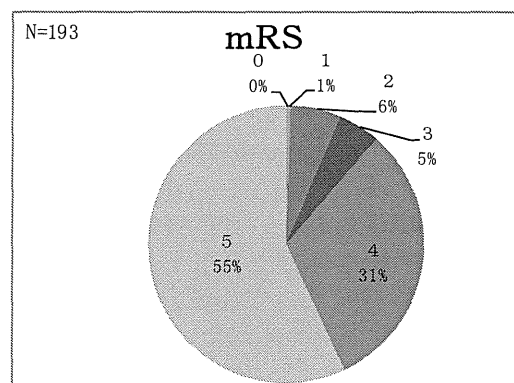
## 7. 要介護度

要介護度も 5 が 40% と最多であった。胃瘻造設以前より生活機能が低下している患者が多かった。反対に要介護度が低くても胃瘻となる症例も少なからず存在し、日常生活は自立しているも胃瘻の適応となるような嚥下障害や低栄養を呈している患者の存在がうかがえた。



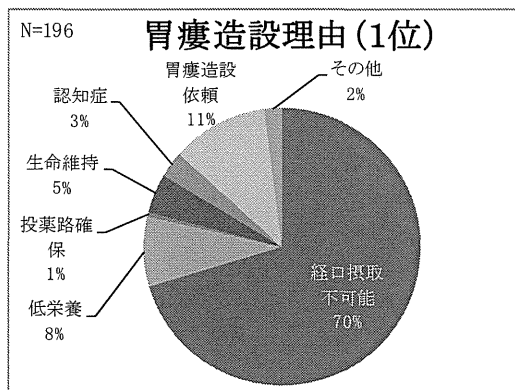
## 8. mRS

mRS は 5 の高度の障害があり常に介護や注意が必要な状態が 55%、4 の比較的高度の障害で介助なしでは日常生活が困難な状態が 31% とそれに次いだ。生活機能が低下している患者が多かった。胃瘻造設後に自立した生活を送ることができる患者は少なく、胃瘻関連の処置は介護者に依存しなければならない現状がうかがえた。



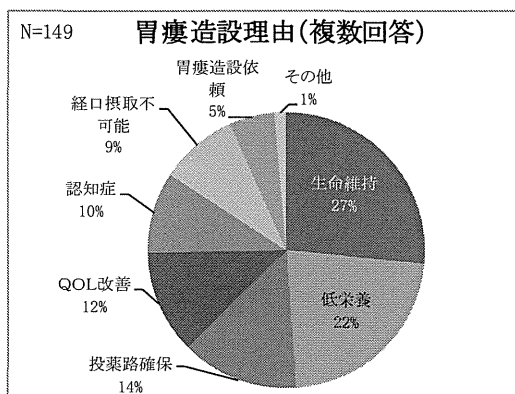
## 9. 胃瘻造設理由の一位

経口摂取不可能が胃瘻造設理由の一位で 70%と高率を占めた。経口摂取不可能の内訳としては重度の誤嚥や拒食などが含まれていると考えられる。胃瘻造設を減らすには嚥下リハや食事支援の普及が望まれる。また、依頼されて胃瘻を造設することも 1 割以上あり、術者がいる病院以外での評価で胃瘻が造設されることもあることが示された。



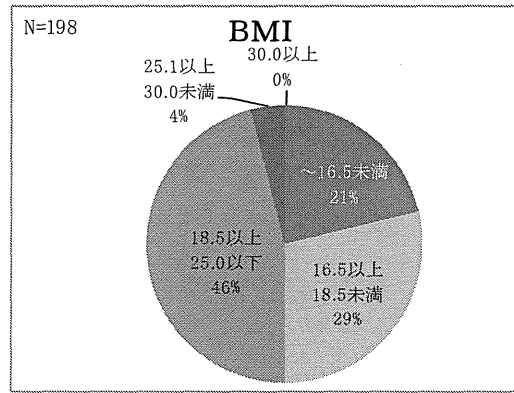
## 10. 一位以外の胃瘻造設理由

一位以外の胃瘻造設理由には、生命維持、低栄養、投薬路確保などが多かった。経口摂取が不可能なためにそれらが困難となった症例が多いと考えられた。上記の結果と併せると、経口摂取不可能や生命維持のために胃瘻を選択されることが多い。意思疎通が不可能となった患者や終末期に近い患者においても胃瘻が造設されていることが伺えた。今後、人工呼吸器と同様に、生命維持装置としての胃瘻の要否が臨床で問われる機会が増える可能性が考えられた。



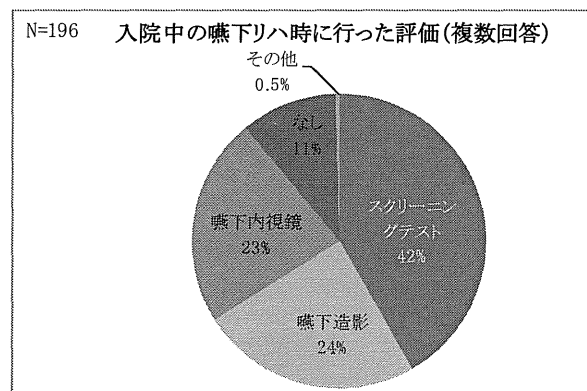
## 11. BMI

BMI は 18.5 から 25 までの適正体重にある患者が 46%と多かった。18.5 未満の低体重が 29%、16.5 未満の超低体重が 21%であった。適正体重の患者が半数近くを占めたということは、低栄養以外の理由での胃瘻造設や低栄養にならないように予防的に胃瘻が造設されている可能性も考えられた。また、栄養状態が良好であっても、食事の重度の誤嚥を回避することを目的に胃瘻が造設されていると考えられた。



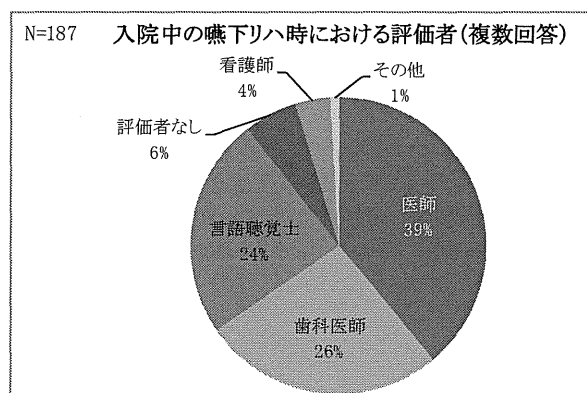
## 12. 入院中の嚥下リハ時に行った評価

入院中の嚥下リハ時に行った嚥下機能評価としてはスクリーニングテストが 42%と最多で、嚥下造影および嚥下内視鏡はそれぞれ 2 割以上行われていた。本調査は摂食・嚥下リハビリテーションに対して取り組んでいるところからの返答数が多かった。認知症の程度がIVやVの患者が半分以上を占めていた結果と併せて考えると、重度認知症の患者においてもスクリーニングテストのみで嚥下機能評価を行っている可能性が伺える。スクリーニングテストの多くは認知症での有用性が十分に示されていないため、嚥下造影や嚥下内視鏡といった客観的な評価法が普及する必要性が示された。



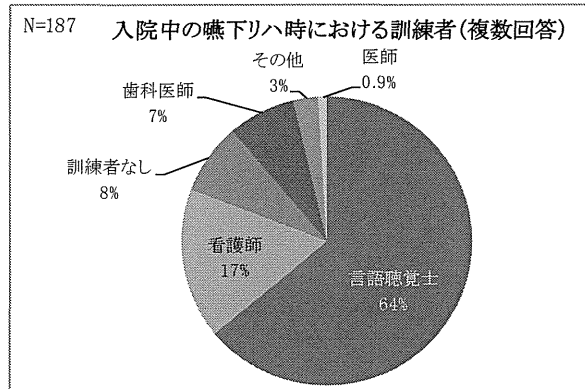
## 13. 入院中の嚥下リハ時における評価者

上記の機能評価を行ったのは医師が 39%と最多、歯科医師が 26%、言語聴覚士が 24%とそれに次いだ。歯科による介入が多かった。



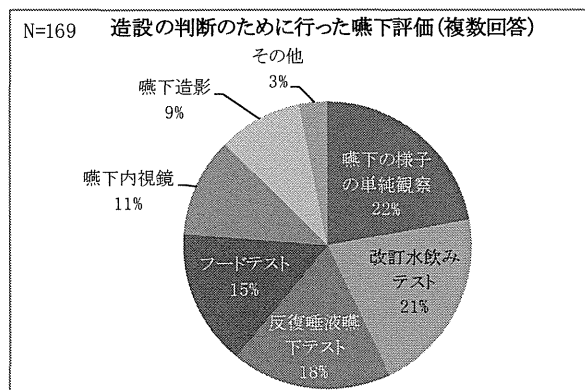
#### 14. 入院中の嚥下リハ時における訓練者

入院中の嚥下リハ時における訓練者は言語聴覚士が64%と最多で看護師が17%とそれに次いだ。胃瘻造設時の入院においても、比較的多くのところで嚥下訓練が行われていることが示された。



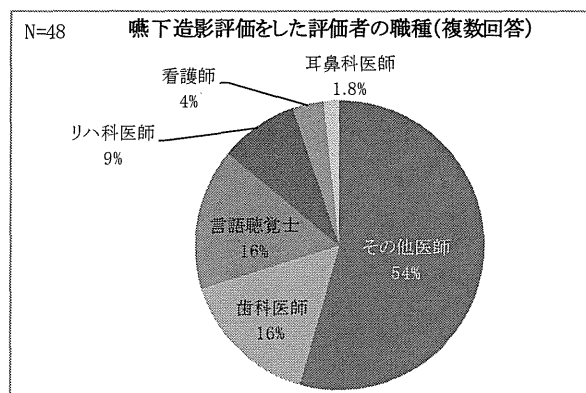
#### 15. 胃瘻造設の判断のために行った嚥下評価

胃瘻造設の判断のために行った嚥下機能評価には、嚥下の様子の観察と3種類のスクリーニングテストがそれぞれ2割程度であった。嚥下リハを行う際には嚥下機能の精査である嚥下造影と嚥下内視鏡が2割程度行われていたが、ここではそれぞれ1割程度にとどまった。認知症の程度がIVやVの患者が半分以上を占めていた結果と併せて考えると、重度認知症の患者においてもスクリーニングテストのみで胃瘻造設の判断を行っていた可能性が伺える。スクリーニングテストの多くは誤嚥の有無を判別するものであり、認知症での有用性が十分に示されておらず、経口摂取機能を十分にアセスメントするものではない。客観的な検査や食事場面の観察評価などのアセスメントの普及が望まれる。



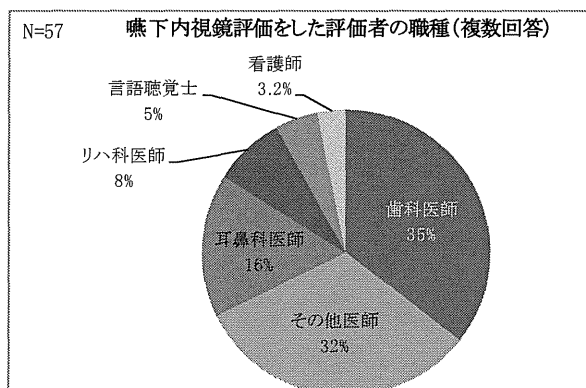
#### 16. 嚥下造影をした評価者の職種

嚥下造影を行った職種は医師が高率を占め、歯科医師がそれに次いだ。嚥下評価として嚥下造影があまり行われていない理由としては造影機器が普及していないという問題もあるが、造影検査を担える医療者が少ないことも理由の一つとして考えられる。今後は嚥下機能を評価できる医療者を増やしていく必要がある。



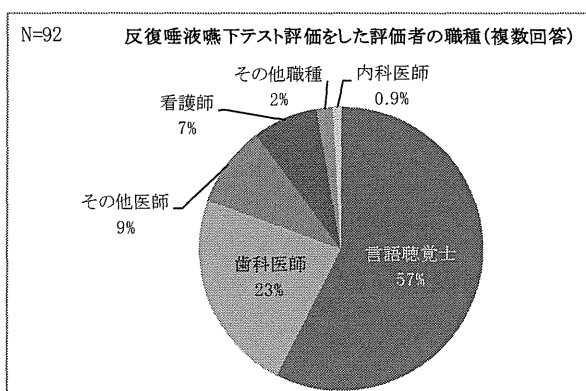
### 17. 嚥下内視鏡をした評価者の職種

嚥下内視鏡評価は上記同様医師が半数以上を占めたが特徴的に耳鼻科の医師が多かった。また、上記の嚥下造影に比較して歯科医師数が35%と多かった。嚥下評価として嚥下内視鏡があまり行われていない理由としては、検査を担える医療者が少ないことが理由の一つとして考えられる。今後は嚥下内視鏡を担える医療者を増やしていく必要がある。



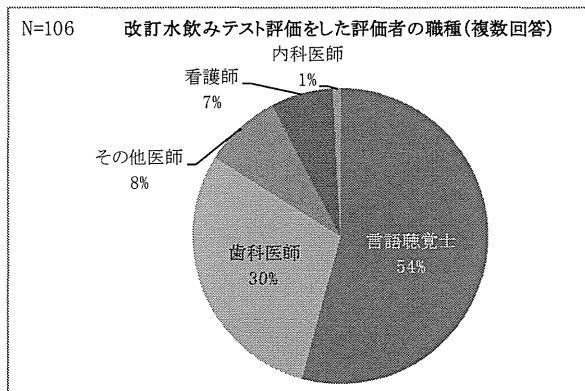
### 18. 反復唾液嚥下テストをした評価者の職種

反復唾液テストは6割程度が言語聴覚士によって行われていた。簡便なテストであるために、看護師により評価されている場合が多いと想定していたが、今回の調査時には嚥下機能評価に関わった看護師の絶対数が少なかったことが理由に考えられた。



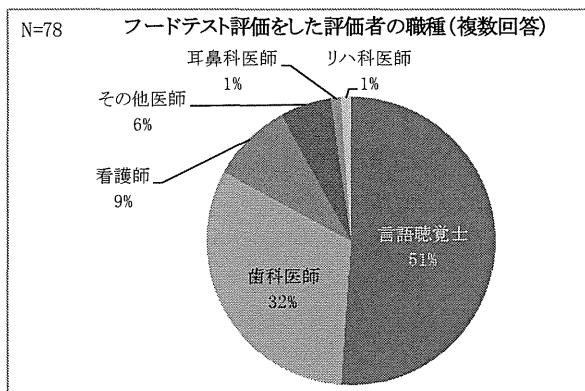
### 19. 改訂水飲みテストをした評価者の職種

上記同様このテストを行ったのも言語聴覚士が最多で、歯科医師がそれに次いだ。



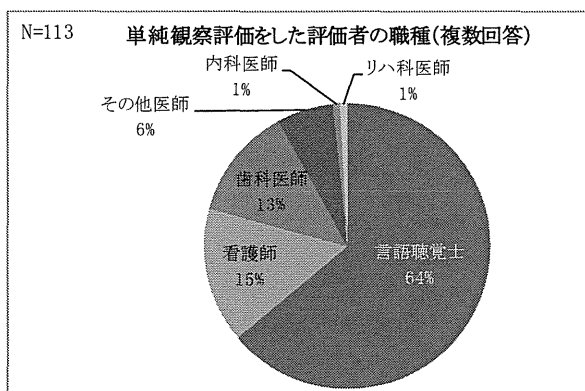
### 20. フードテストをした評価者の職種

上記同様このテストを行ったのも言語聴覚士が最多で、歯科医師がそれに次いだ。



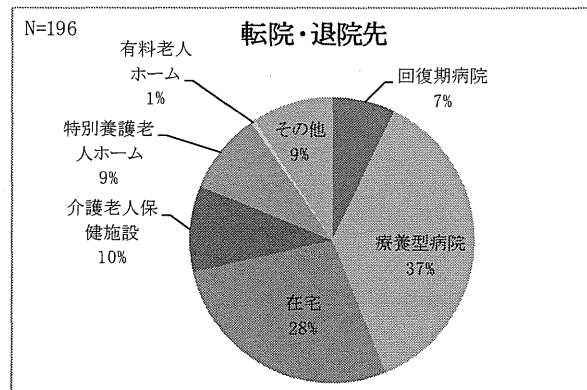
### 21. 嚥下の様子の観察をした評価者の職種

言語聴覚士が最多であるのはスクリーニングテストの評価者と同様の結果であった。それに対して、今回評価に携わった看護師の絶対数が少なかったにもかかわらず看護師の割合が比較的多かった。



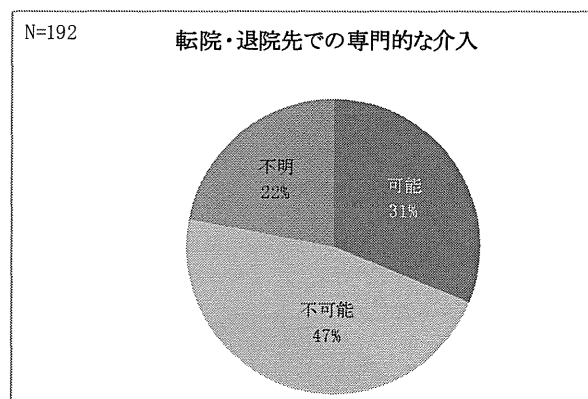
## 22. 胃瘻造設後の転院・退院先

胃瘻造設後の転院・退院先としては療養型病院が最多の37%、在宅が28%でそれに次いだ。専門的な訓練を行う環境である回復期病院への転院はわずか7%であった。回復期病院の割合が低かった理由としては、胃瘻造設が回復期病院の入院基準にあてはまらないことが考えられた。療養型病院および在宅や高齢者施設が多かったことから、療養型病院および在宅訪問診療でも摂食・嚥下リハビリテーションを行えるような環境もしくは保険点数の整備が重要であると考えられた。また、胃瘻造設後も嚥下機能は変化しうる。とくに進行性疾患の場合は、嚥下機能の悪化は必至である。リハビリテーションだけでなく、嚥下機能の継続的な経過観察が行えるような環境整備が必要であると考えられた。



## 23. 転院・退院先での専門的な介入の可不可

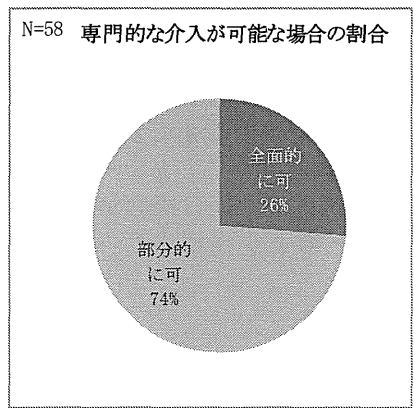
専門的な対応が可能との返答は31%であった。回復期以外に訓練の場として挙げられるのは介護老人保健施設であるが、上記を合算しても31%には足りないため、それ以外の場面でも訓練が可能な環境が設定されているところがあった。しかし、訓練が不可能なところへの転院・退院が47%と最多であり、専門的な介入の可不可が不明であるというのが22%存在したところに改善すべき問題点が現存すると考えられた。胃瘻は増設して終わりではなく、その後も経口摂取機能は変化していくためフォローは必須である。適切な胃瘻の使用のためにも、転院・退院後の専門的な介入は必須である。



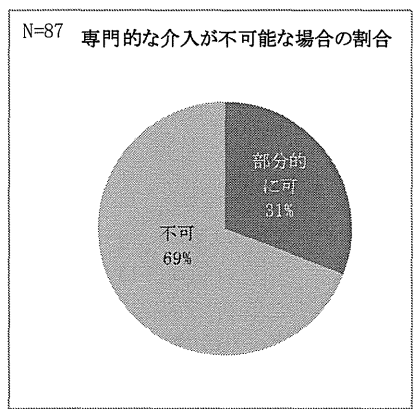
## 24. 転院・退院後の経口摂取の可不可

専門的な対応が可能であれば経口摂取が全面的に可であるとされたのが26%、部分的に可としたのが74%で、不可とされた症例はいなかった。胃瘻造設後に経口摂取をし続けられるかどうかは、専門的な対応の有無に左右されることが示された。退院・転院後の対応の充実が重要であると考えられた。この項目はN数が少なかったが、傾向として、胃瘻造設後に経口摂取をまったく禁止しなければならない患者は極めて少ない可能性が示された。



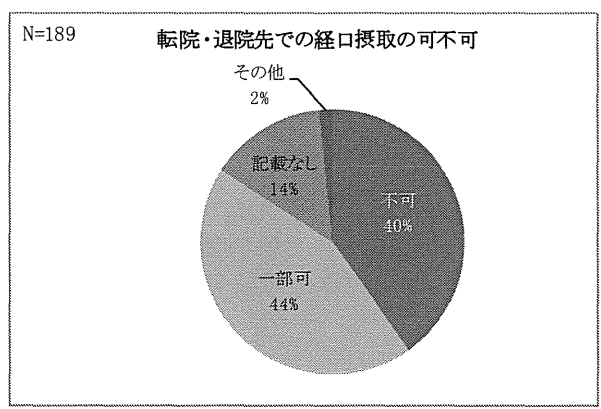


それに対して専門的な対応が不可能な場合には、経口摂取を部分的に可としたのは 31%、不可としたのが 69%であった。胃瘻造設後に経口摂取をし続けられるかどうかは、専門的な対応の有無に左右されることが示された。環境についても保険制度についても胃瘻造設後の摂食・嚥下リハビリテーションの充実が今後重要であると考えられた。



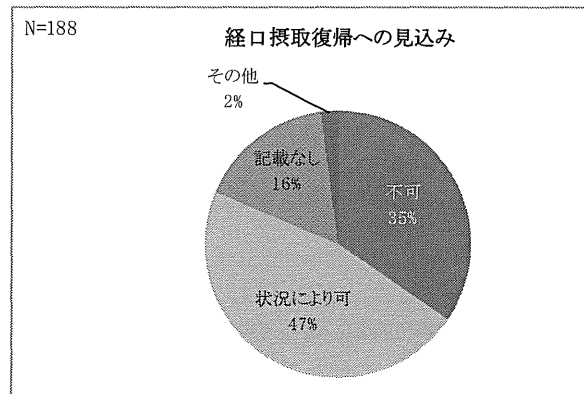
## 25. 転院・退院後の経口摂取の可不可

しかし結果的に転院・退院後の経口摂取の可不可については一部可が 44%存在したものの、不可が 40%であった。これらのギャップを埋める作業が重要である。前の 2つの結果と総合して考えると、この一部可や不可のなかには、「経口摂取を許可したいけれども、退院後のフォローが不十分なために許可できない」といった意見も含まれていると推察される。転院・退院先でのフォロー体制作りやそれらとの連携作りが重要と考えられた。



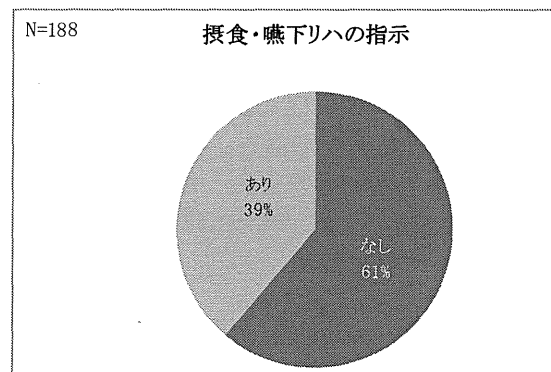
## 26. 経口摂取復帰への見込み

経口摂取復帰が状況により可であるとしたのは 47%であったため、その後の対応が重要である。この結果は「経口摂取復帰」という表現に、「経口摂取禁止の状態から少量であれば経口摂取ができるようになる」という場合と「全量経口摂取できるようになる」という場合の両者が含まれていると考えられた。しかし、どちらに解釈した場合でも、「現状よりも経口摂取が進む」と考えられた患者が 47%も存在していた。これら患者に対して、適切な摂食・嚥下リハビリテーションが提供できるような体制づくりが望まれる。



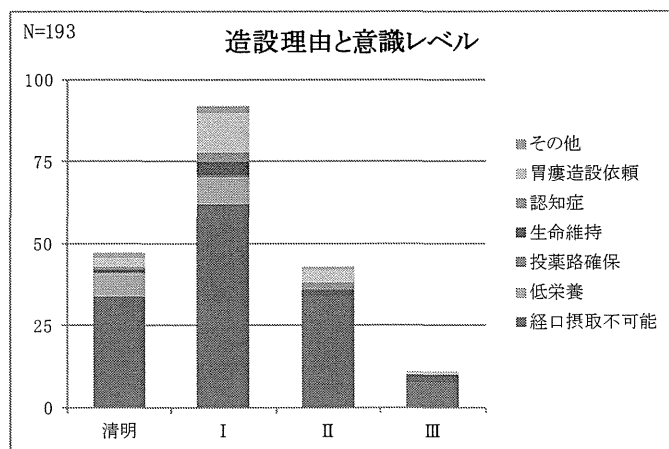
## 27. 転院・退院時の摂食・嚥下リハの指示

転院・退院時に摂食・嚥下リハビリテーションのメニューなどに関する指示は半数以上に出ていなかった。胃瘻は「造設したら終わり」ではなく、造設後も口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーションを行うことが機能の維持改善や誤嚥性肺炎の予防に重要である。胃瘻造設前にリハビリテーションを行うだけでなく、可能性がある患者については転院・退院時に情報を申し送ることを必要事項とすることが現状の改善に重要であると考えられた。



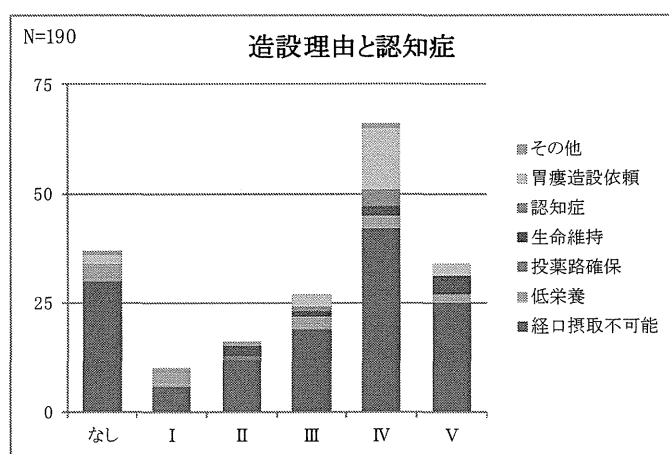
## 28. 胃瘻造設理由と意識レベルのクロス集計

胃瘻造設理由と意識レベルのクロス集計では、いずれのレベルにおいても経口摂取不可能を理由としたものの絶対数が多かった。そのうち、Iのレベルでは胃瘻造設依頼による増設数が比較的多かった。この結果は、意識レベルの程度によらず、経口摂取不可能が胃瘻造設の理由となることを示している。



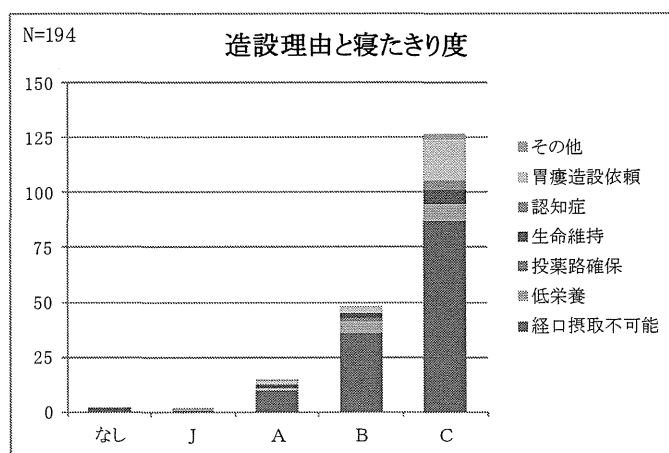
## 29. 胃瘻造設理由と認知症の程度のカロス集計

いずれのレベルにおいても経口摂取不可能を理由としたものが多かったが、この結果は、認知症の程度によらず、経口摂取不可能が胃瘻造設の理由となることを示している。IVの日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られるレベルで胃瘻造設依頼によるものが多かった。



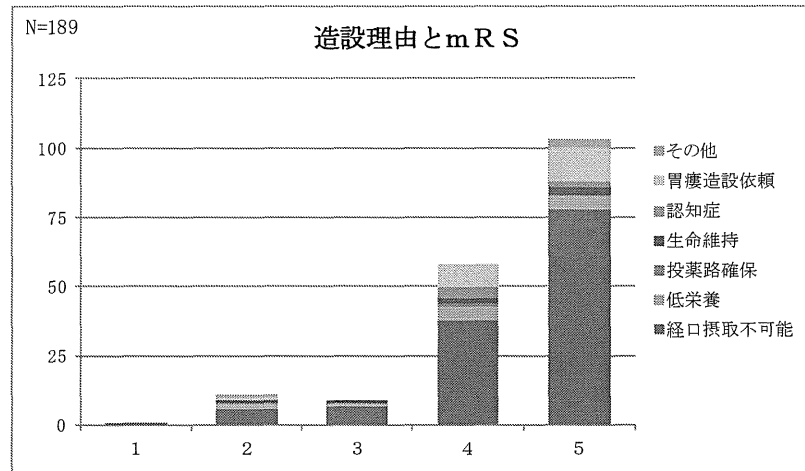
## 30. 胃瘻造設理由と寝たきり度のカロス集計

胃瘻造設理由と寝たきり度のカロス集計でも経口摂取不可能を理由としたものが多かったが、Cのレベルで胃瘻造設依頼が多かった。この結果から、造設の理由はさまざまであるが、寝たきり度が高い患者で胃瘻造設が行われていることが示された。



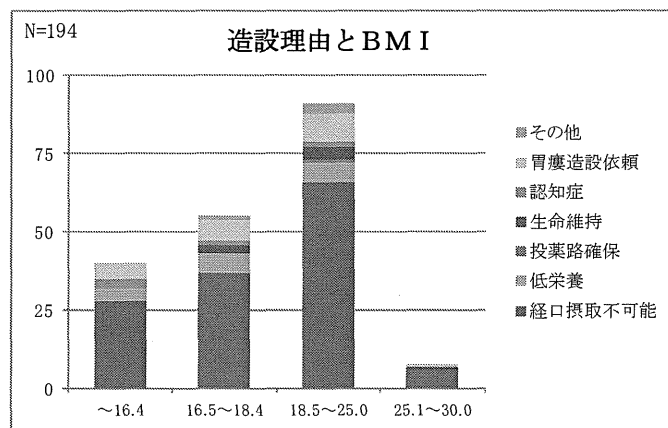
### 31. 胃瘻造設理由と mRS のクロス集計

胃瘻造設理由と mRS のクロス集計でも経口摂取不可能を理由としたものが多かったが、比較的高度、もしくは高度の障害があるレベルに胃瘻造設依頼が多かった。この結果から、造設の理由はさまざまであるが、重度の障害を有する患者で胃瘻造設が行われていることが示された。



### 32. 胃瘻造設理由と BMI のクロス集計

いずれのレベルにおいても経口摂取不可能を理由としたものが多かったが、適正体重にあると考えられるレベルでも低栄養が理由にあげられたものが比較的多かった。この結果から、低栄養を未然に防ぐために胃瘻が選択されている可能性もうかがえた。また、胃瘻造設依頼が理由であったものも BMI 別で差はみられなかった。



### 33. 胃瘻造設理由と主疾患発症から増設までの期間のクロス集計

いずれのレベルにおいても経口摂取不可能を理由としたものが多かった。