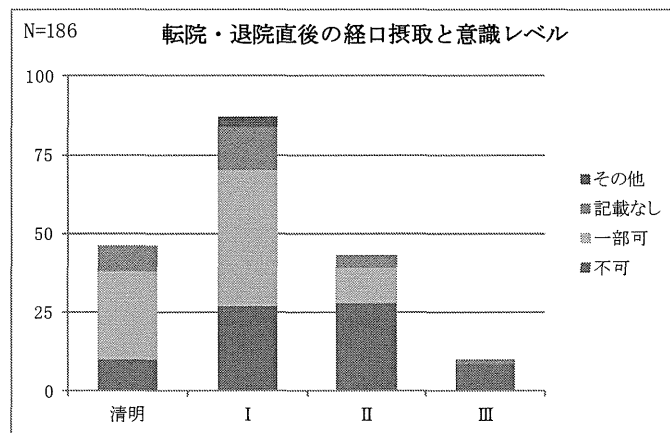


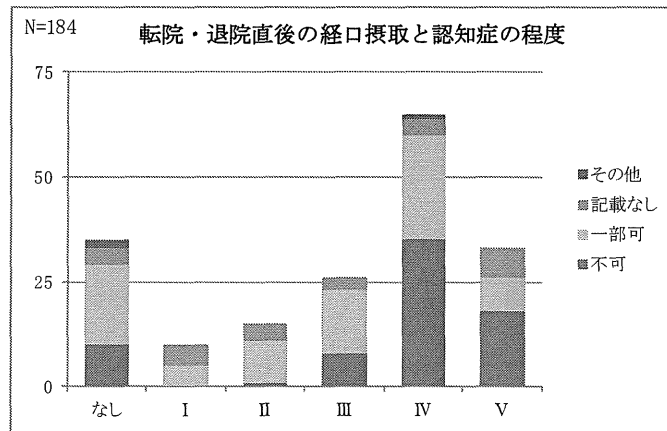
34. 転院・退院直後の経口摂取可不可と意識レベルのクロス集計

Ⅲのレベルでは経口摂取可としたものはいなかったが、清明およびⅠでは一部可が多く、Ⅱでも一部可としたものが存在した。一部可と不可の比率をみると、意識レベルが高い患者の方が、経口摂取が一部可となる比率が高いことが示された。意識レベルが高い症例では、経口摂取の一部許可が考慮されている傾向がうかがえた。



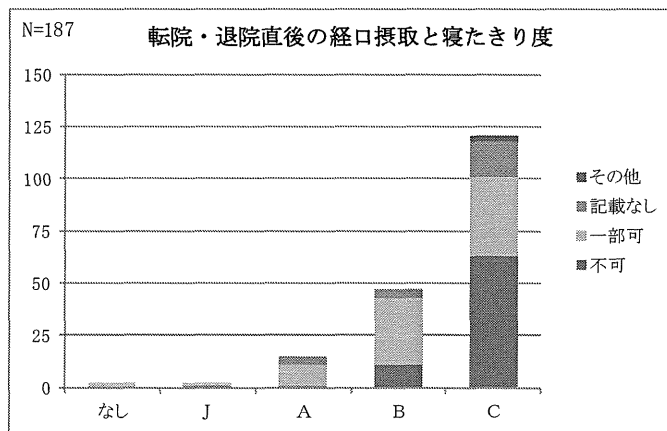
35. 転院・退院直後の経口摂取可不可と認知症の程度のクロス集計

転院・退院直後の経口摂取の可不可と認知症のクロス集計では、Ⅳの常に介護を必要とする状態、Ⅴの専門医療を必要とする状態では不可が多かったが、いずれのレベルにおいても一部可は存在した。また、なしからⅢまでのレベルでは一部可とされたものが多かった。一部可と不可の比率をみると、認知症の程度が軽度の患者の方が、経口摂取が一部可となる比率が高いことが示された。認知症の程度が軽度である患者では、経口摂取の一部許可が考慮されている傾向がうかがえた。認知症を認めなくても経口摂取不可とされた患者も比較的多かったが、それらには認知症をきたさない延髄梗塞やパーキンソン病などが含まれていると考えられた。



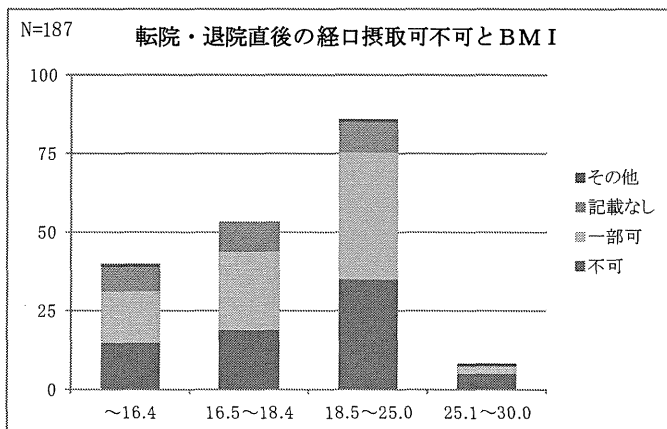
36. 転院・退院直後の経口摂取可不可と寝たきり度のクロス集計

転院・退院直後の経口摂取可不可と寝たきり度のクロス集計では自立からベッド上の生活が主体までのレベルで一部可が最多であった。一日中ベッド上で過ごすレベルでも一部可は比較的多かった。一部可と不可の比率をみると、寝たきり度が軽度の患者の方が、経口摂取が一部可となる比率が高いことが示された。寝たきり度が軽度である患者では、経口摂取の一部許可が考慮されている傾向がうかがえた。



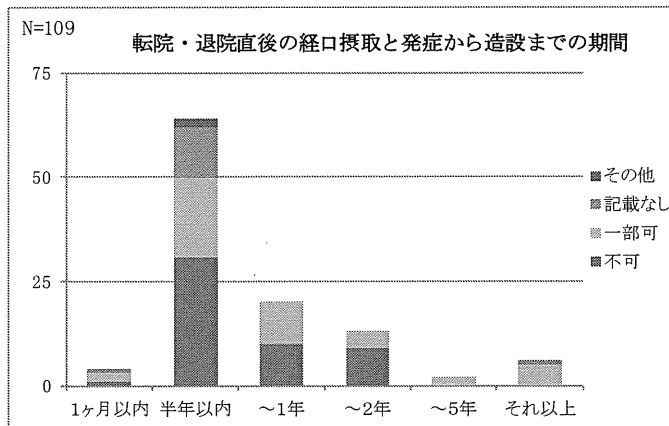
37. 転院・退院直後の経口摂取可不可と BMI のクロス集計

転院・退院直後の経口摂取可不可と BMI のクロス集計では、低体重、超低体重のレベルにおいても一部可とされたものが多かった。BMI が増加するにともない一部可の比率が高くなる傾向がうかがえたが、その傾向は意識レベル、認知症の程度、寝たきり度とのクロス集計の結果ほどは強くなかった。



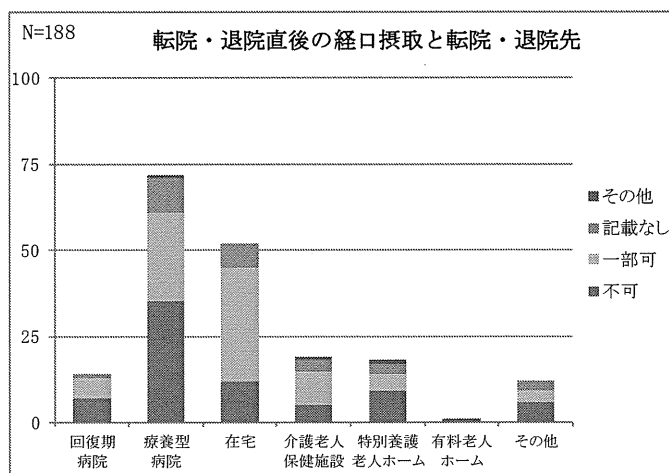
38. 転院・退院直後の経口摂取可不可と主疾患発症から胃瘻増設までの期間のクロス集計

転院・退院直後の経口摂取可不可と主疾患発症から胃瘻増設までの期間のクロス集計では半年以内のみ不可が最多で、その他のいずれにおいても一部可が最多であった。経口摂取可不可の判断は胃瘻増設までの期間によらなかった。



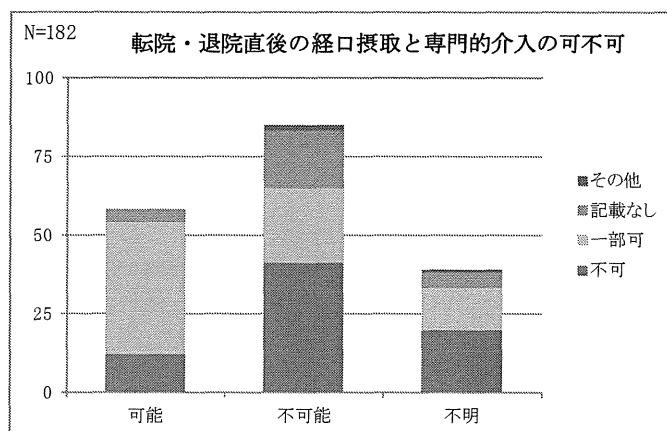
39. 転院・退院直後の経口摂取可不可と転院・退院先のクロス集計

有料老人ホームへ退院した1症例のみは経口摂取不可とされていたが、その他のいずれにおいても一部可が多かった。つまり、回復期病院、療養型病院、在宅、その他各施設いずれに転院もしくは退院する患者でも経口摂取が一部可能と判断されていた。一部可と不可の比率をみると、在宅と介護老人保健施設で一部可の比率が高く、回復期病院や療養型病院、特別養護老人ホームでは低い傾向がうかがえた。



40. 転院・退院直後の経口摂取可不可と摂食・嚥下リハに関する専門的介入可不可のクロス集計

転院・退院直後の経口摂取可不可と転院・退院後の摂食・嚥下リハに関する専門的介入可不可のクロス集計では、可能なところへは一部可の症例が多く転院していたが、不可能なところへも一部可の症例が比較的多く移っていた。



D. 結論

今回の集計結果からは、脳に関連する疾患を主疾患に持ち、意識レベルが比較的良好であるが認知症があり、かつ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の併せ持つて主疾患発症半年以内に経口摂取が不可能なことを理由とした胃瘻造設が多かった。入院中に行われた摂食・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・退院先としては療養型病院および在宅が多く、専門的な訓練を行う環境である回復期病院への転院は1割に満たなかった。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。

つまり、経口摂取が完全に不可能な患者が嚥下リハを受けられない環境へ、経口摂取の見込みがある患者が嚥下リハを受けやすい環境へ移っているとは考えづらい。

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。

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

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

胃瘻増設後の申し送り事項に関する研究
—全数調査について—

分担研究 菊谷武 日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学 教授

研究要旨

施設や在宅で生活していた患者が胃瘻造設となり退院してきた場合に、胃瘻管理および摂食・嚥下の状況についてどのような申し送り事項があったか、また入院直前の状況とどのような変化があったかを調査した。

胃瘻造設入院の契機は誤嚥性肺炎、脳梗塞、脳出血が多かった。また、意識レベルは保たれているものの、認知面および生活機能が低下した患者が多かった。胃瘻造設以前に経口摂取している場合のメニューとしてはミキサー食が多かった。

そのような患者は入院中に摂食・嚥下リハビリテーションはあまり行われておらず、経口摂取が一部もしくは状況次第では可能と判断されて退院した患者は少なかった。さらに退院時の経口摂取が可能な条件および経口摂取へ向けての具体的な訓練内容は指示されていないことが明らかとなった。また、退院後に要介護度、JCS、認知症の程度、寝たきり度、mRS は有意に低下した (Wilcoxon' s signed rank test, $p < 0.01$)。胃瘻造設自体がそれらの機能を直接低下させるわけではないが、もともと生活機能が低下していた患者が何らかの疾患などを契機として入院し、安静加療などの経過を経て胃瘻造設に至った場合には意識レベルや認知機能、さらには生活機能が低下することが明らかとなった。

上記より、生活場面では入院に至らないように食事を安全に摂取すること、入院中の摂食・嚥下リハビリテーションを充実させることにより、退院時に必要な情報を受け渡すことができるようにすることが重要であると考えられた。

A. 研究目的

胃瘻増設後に施設や在宅に戻ってきた患者に対して、胃瘻管理および摂食・嚥下の状況についてどのような申し送り事項があったか、また入院直前の状況とどのような変化があったかを調査する。

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 D 票を用いて調査した結果を集計する。調査対象は施設や在宅などに入居していたが胃瘻造設して施設へ退院してきた症例である。送付先は特別養護老人ホームなどの施設、もしくは在宅訪問診療を行っている医療機関で、調査票の記載は医師、歯科医師、看護師、管理栄養士、および必要に応じ相談員によって行われた。

C. 研究結果及び考察

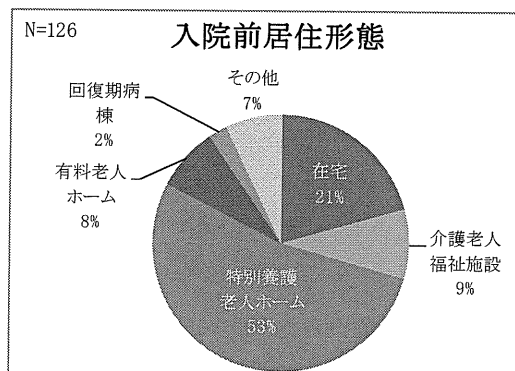
期間内に回収された評価票は 128 通であった。対象は男性 40 名、女性 88 名、平均年齢 82.86 ± 8.97 歳 (49 から 102 歳) であった。

(1) 入院前の状況

1. 入院前入居形態

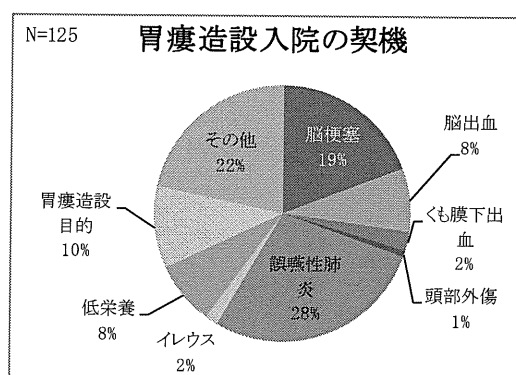
入院前の入居形態は特別養護老人ホームが半数以上を占めた。その他には在宅が多かった。リハ職種

の関与が少ないところが多く、入院前は積極的な嚥下リハが行えてなかった可能性が考えられた。慢性期の患者が多い傾向がうかがえた。



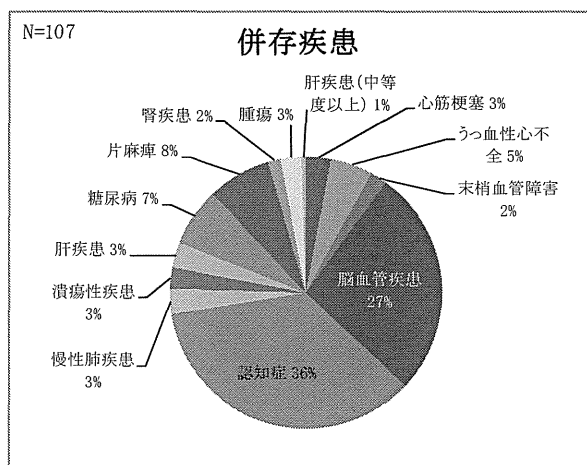
2. 胃瘻造設入院の契機

胃瘻造設入院の契機は誤嚥性肺炎が28%と最多であったが、その他脳梗塞、脳出血が多かった。また、疾患が契機ではなく、胃瘻造設目的の入院も1割を占めた。脳卒中の急性期や回復期の患者が胃瘻を造設される場合と、脳卒中や神経変性疾患の慢性期患者が肺炎や低栄養を機に造設される場合が多いと推察された。



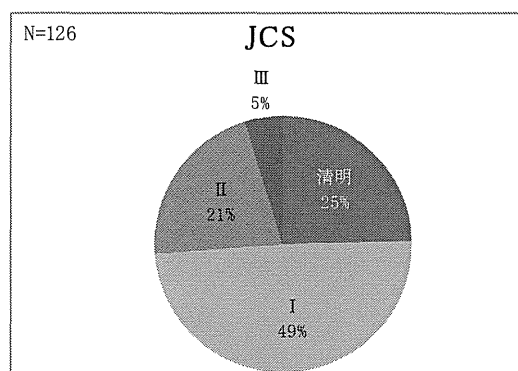
3. 併存疾患

併存疾患には認知症および脳血管疾患で半数以上を占めた。上記と併せると、誤嚥性肺炎と脳血管疾患もしくは認知症、または脳血管疾患と認知症を併せ持つ患者が多いと考えられた。認知症患者が多かったことから、意思疎通が難しく嚥下リハを実施することが困難な場合が多いと考えられた。



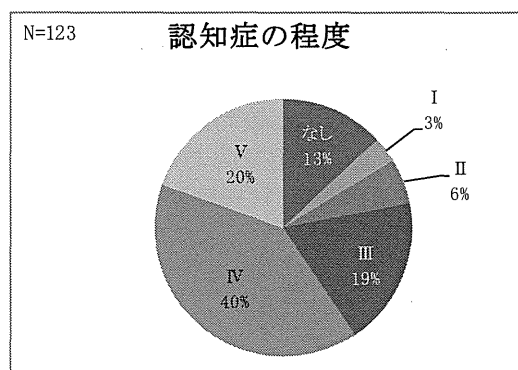
4. JCS

JCS は I が最多で約半数、清明が 25%、II が 21%であった。覚醒状態が不良である症例は多くはなかった。



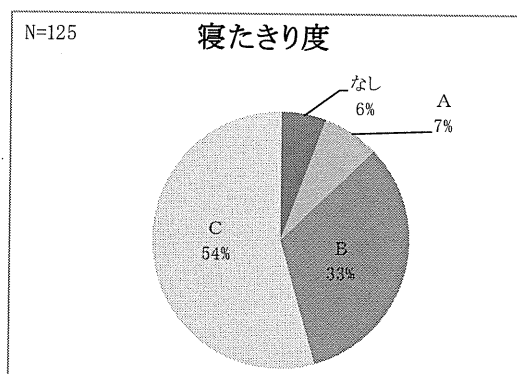
5. 認知症の程度

認知症の程度はIVの常に介護を必要とするレベルが最多の 40%であったが、Vの専門医療を必要とするレベルとIIIの介護を必要とするレベルを合わせると大多数を占めた。上記と併せて考えると意識レベルの問題というよりも、認知に問題を持つ患者が多かった。また、ほぼ認知に問題がないとされた患者も 13%存在した。認知機能に問題がある患者が多かったことから、胃瘻の造設には家族・介護者の意見が尊重されていると考えられた。また、意思疎通が困難な症例が多かったことは、嚥下リハが困難であり、胃瘻からの離脱が困難であることを示唆するものであった。



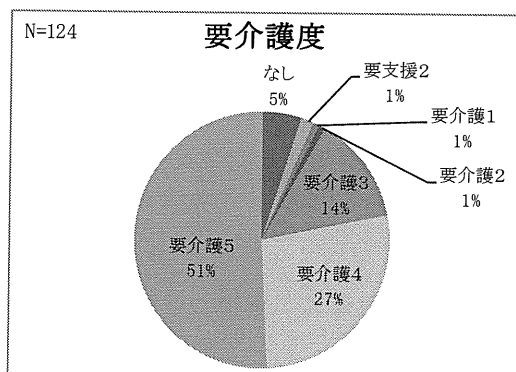
6. 寝たきり度

Cの一日中ベッド上で過ごす患者が54%と最多で、日中もベッド上の生活が主体であるBが33%でそれに次いだ。上記と併せて考えると、意識レベルは保たれているものの、認知面および生活機能が低下した患者が多いと考えられた。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、推察ではあるが、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胃瘻の適応となっていない可能性が考えられた。



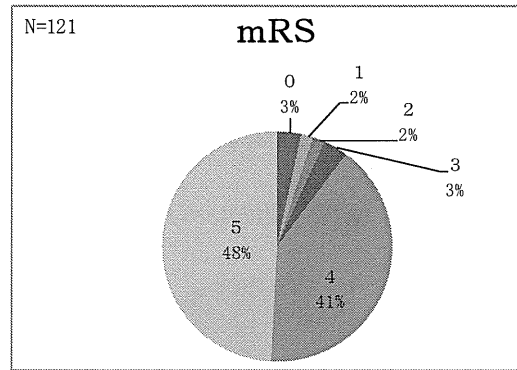
7. 要介護度

要介護度5が最多の51%であり、さらに3及び4と併せると大多数を占めた。胃瘻造設以前より認知面と生活機能に問題があるために要介護度が高い患者が多かった。反対に要介護度が低くても胃瘻造設となる患者も少なからず存在したことから、日常生活は自立していても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。



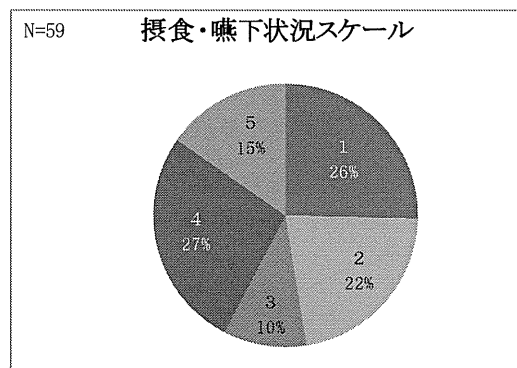
8. mRS

mRSは高度の障害により常に介護が必要な5と、比較的高度の障害により介助なしでは日常生活を送ることが難しい4で大多数を占めた。やはり生活機能が低下している患者が多かった。自立した生活を送ることができる患者は少なく、胃瘻造設後の胃瘻の管理は介護者に依存しなければならない現状がうかがえた。



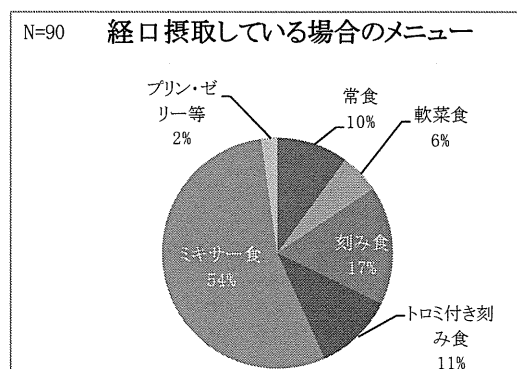
9. 摂食・嚥下状況スケール

経口調整要のレベルが 27%と最多、経管のみが 26%とそれに次いだが、まとめると 5 段階のレベルにはある程度均等な状況であった。これは胃瘻造設入院の契機が脳卒中と誤嚥性肺炎が多かったことから妥当な結果と考える。すなわち、摂食・嚥下が良好であっても脳卒中を契機に嚥下障害になり胃瘻となった患者と、胃瘻になる前から嚥下障害があり肺炎を契機に胃瘻になった患者がいたためと考えられる。



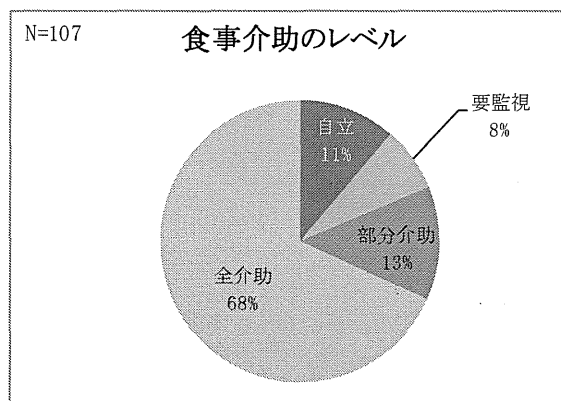
10. 経口摂取している場合のメニュー

胃瘻造設以前に経口摂取している場合のメニューとしてはミキサー食が 54%と最多であったが、常食や軟菜食などほぼ通常の食事を摂取している患者も存在した。これも、摂食・嚥下が良好であっても脳卒中を契機に嚥下障害になり胃瘻となった患者と、胃瘻になる前から嚥下障害があり肺炎を契機に胃瘻になった患者がいたためと考えられた。



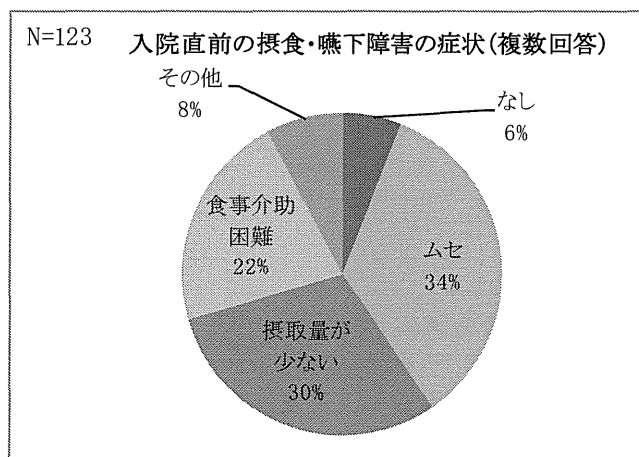
11. 経口摂取している場合の食事介助のレベル

経口摂取している場合の食事介助のレベルは全介助が 68%と最多であった。上記と併せて考えると、ミキサー食を全介助で摂取していたが胃瘦となった患者が多いと考えられた。



12. 入院直前の摂食・嚥下障害の症状

入院直前の摂食・嚥下障害の症状としては、ムセ、摂取量が少ない、食事介助困難がそれぞれ多かった。本解答項目は複数回答であるも、調査票の回収数よりも有効回答数が少なかったことから、現存する複数の摂食・嚥下に関連する問題点に気づいていない場合があると考えられた。この結果からは、胃瘦になる前から誤嚥性肺炎や低栄養のリスクが高い患者が多かったと考えられた。



13. JCS と食事時間

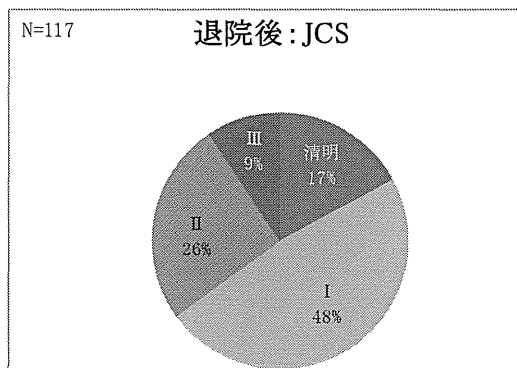
食事時間の平均は 40.8±19.9 分であり、全体に長時間を要していた。また意識レベルが低下するにしたがって食事時間は長くなった (ANOVA, $p < 0.05$)。また、清明とⅢ、およびⅠとⅢには有意な差がみられた (Tukey, $p < 0.05$)。

	度数	平均値	標準偏差
清明	22	37.3	22.77
Ⅰ	46	39.8	17.19
Ⅱ	18	42.8	17.34
Ⅲ	3	70.0	34.64
合計	89	40.8	19.84169

(2) 退院後の状況

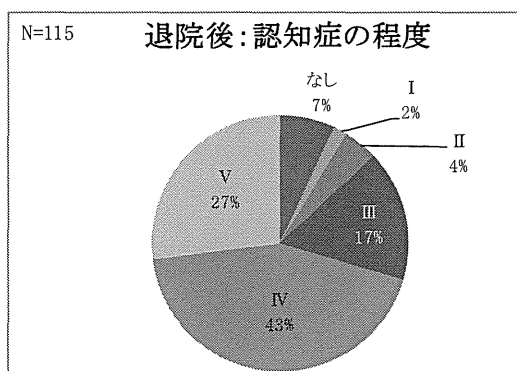
14. 退院後 JCS

退院後の意識レベルは I が最多の 48% で、II が 26% でそれに次いだ。



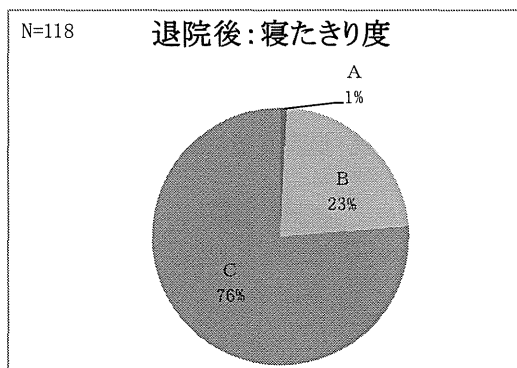
15. 退院後の認知症の程度

退院後の認知症の程度は IV が最多の 43% であり、V が 27% でそれに次いだ。



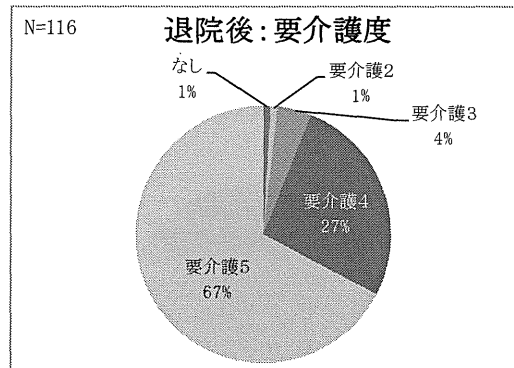
16. 退院後の寝たきり度

退院後の寝たきり度は C が 76% と大多数を占め、A は 1% と少なかった。



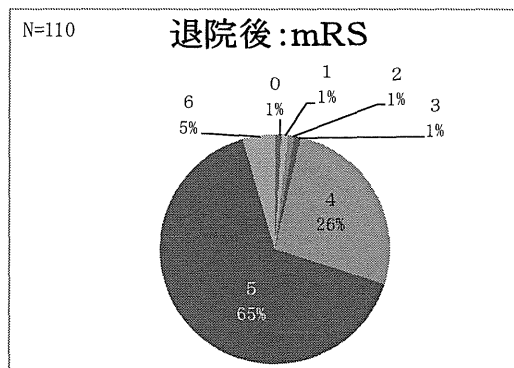
17. 退院後の要介護度

退院後の要介護度は5が67%と最多で、4と5を合わせると大多数を占めた。



18. 退院後の mRS

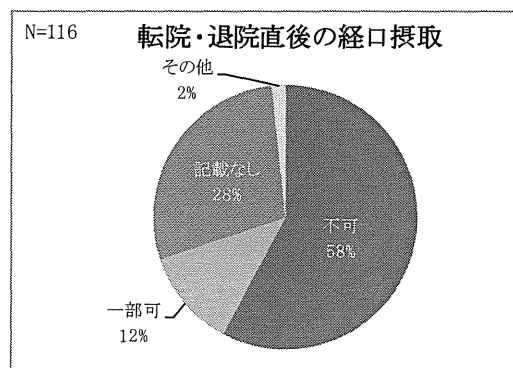
退院後の mRS は5が最多の65%で、5と4を合わせると大多数を占めた。



(3) 転院・退院時の申し送り内容

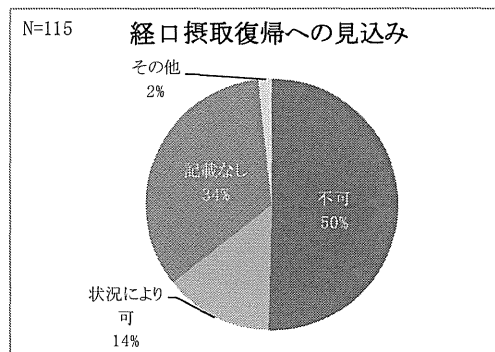
19. 退院・転院直後の経口摂取可否

退院・転院直後の経口摂取可否についての申し送りについては、不可であったものが58%、一部可とされたものが12%であったが、記載がなかったものが28%存在した。記載なしも3割近くあったことから、胃瘻造設後の嚥下機能評価ができる体制づくりが重要と考えられた。



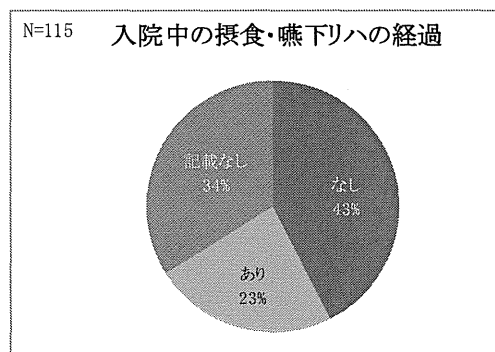
20. 経口摂取復帰への見込み

転院・退院後の経口摂取の見込みについては不可であったものが 50%、状況により可とされたものが 14%であった。その他記載なしであったものが 34%と多数存在した。この結果も記載なしが多く、胃瘻造設後の嚥下機能評価ができる体制づくりが重要と考えられた。また、脳卒中を契機に胃瘻を造設された患者においては、急性期では嚥下は不可と考えられていても、予測以上に嚥下機能が改善する場合もある。そのような患者のためにも嚥下機能評価ができる体制づくりが重要と考えられた。



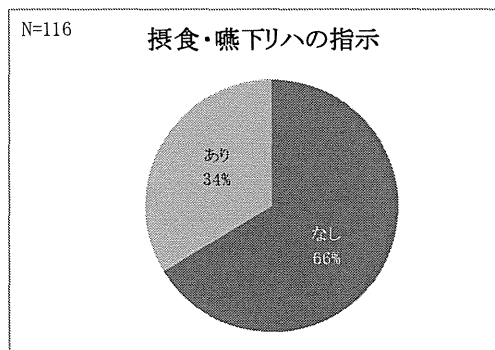
21. 入院中の摂食・嚥下リハの経過

入院中の摂食・嚥下リハの経過について記載があったものが 23%、訓練を行えなかったもしくは行わなかった旨についての記載があったものが 43%、その他記載自体がみられなかったものが 34%であった。記載の有無の結果からなので推察になるが、胃瘻造設の入院の時に十分な嚥下機能評価や嚥下リハを受けられていない患者が多かった可能性がある。胃瘻造設時の嚥下機能評価や退院後の嚥下機能評価の体制づくりが望まれる。



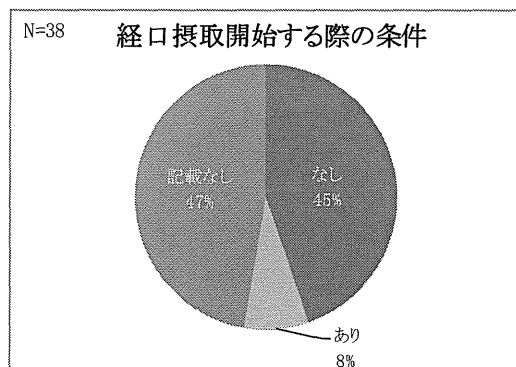
22. 退院後の摂食・嚥下リハビリテーションに関するメニューなどの指示

退院後の訓練メニューに関する指示があったものが 34%であったが、なしが 66%と多かった。この結果も記載の有無なので推察になるが、胃瘻造設の入院の時に十分な嚥下機能評価や嚥下リハを受けられていない患者が多かった可能性がある。胃瘻造設時の嚥下機能評価や退院後の嚥下機能評価の体制づくりが望まれる。



23. 経口摂取を開始する際の条件

退院後に経口摂取を開始する際の条件に関して記載があったものがわずか8%であった。上記を併せて考えると、入院中に摂食・嚥下リハビリテーションはあまり行われず、また経口摂取が一部もしくは状況次第では可能と判断された患者は少なかった。さらに退院時の経口摂取が可能な条件および経口摂取へ向けての具体的な訓練内容は指示されていなかった。胃瘻造設時の嚥下機能評価や退院後の嚥下機能評価の体制作りが望まれる。



(4) 胃瘻造設入院前後の比較

24. 入院前後での要介護度の比較

退院後に要介護度は有意に低下した (Wilcoxon' s signed rank test, $p < 0.01$)。この結果は、退院後は入院前よりも介護に要するマンパワーや時間が増加したことを示しており、退院後の胃瘻管理の大変さを示唆するものである。

度数		退院後					合計
		なし	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
当初	なし	1	1	0	0	3	5
	要支援 2	0	0	0	1	1	2
	要介護 1	0	0	0	1	0	1
	要介護 2	0	0	0	0	1	1
	要介護 3	0	0	5	1	8	14
	要介護 4	0	0	0	22	8	30
	要介護 5	0	0	0	4	55	59
合計		1	1	5	29	76	112

25. 入院前後での JCS の比較

退院後に JCS は有意に低下した (Wilcoxon' s signed rank test, $p < 0.01$)。

度数		退院後				合計
		清明	I	II	III	
当初	清明	17	9	2	0	28
	I	3	41	9	2	55
	II	0	4	19	3	26
	III	0	0	0	6	6
合計		20	54	30	11	115

26. 入院前後での認知症の程度の比較

退院後に認知症の程度は有意に低下した (Wilcoxon' s signed rank test, $p < 0.01$)。

度数		退院後						合計
		なし	I	II	III	IV	V	
当初	なし	8	1	0	1	2	2	14
	I	0	1	1	2	0	0	4
	II	0	0	4	0	1	2	7
	III	0	0	0	13	8	1	22
	IV	0	0	0	2	35	6	43
	V	0	0	0	0	4	18	22
合計		8	2	5	18	50	29	112

27. 入院前後での寝たきり度の比較

退院後に寝たきり度は有意に低下した (Wilcoxon' s signed rank test, $p < 0.01$)。統計的な比較はできないが、認知症の程度や意識レベルよりも低下が著しいと思われた。身体機能の低下した患者が増えたことから、退院後は造設前以上に嚥下リハのみならず呼吸なども含めた全身のリハを施行することが重要になっている可能性が考えられた。

度数		退院後			合計
		A	B	C	
当初	なし	0	4	3	7
	A	1	2	6	9
	B	0	18	19	37
	C	0	2	60	62
合計		1	26	88	115

28. 入院前後での mRS の比較

退院後に mRS は有意に低下した (Wilcoxon' s signed rank test, $p < 0.01$)。自立した生活を送ることができる患者は少なくなっており、胃瘻造設後の胃瘻の管理は介護者に依存しなければならない現状がうかがえた。

度数		退院後					合計
		0	2	3	4	5	
当初	0	1	0	0	1	2	4
	1	0	0	0	0	2	2
	2	0	1	0	1	0	2
	3	0	0	1	1	2	4
	4	0	0	0	22	21	44
	5	0	0	0	4	47	51
合計		1	1	1	29	74	107

D. 結論

胃瘻造設に至った患者について、その直前の摂食状況や意識レベルについて、さらには、造設後の変化について調査を行った。また、胃瘻造設後の造設機関から申し送られた事項について調査を行った。

胃瘻造設入院の契機は誤嚥性肺炎、脳梗塞、脳出血が多かったが、併存疾患と併せると誤嚥性肺炎と脳血管疾患もしくは認知症、または脳血管疾患と認知症を併せ持つ患者が多かった。また、意識レベルは保たれているものの、認知面および生活機能が低下した患者が多かった。胃瘻造設以前に経口摂取している場合のメニューとしては常食や軟菜食などほぼ通常の食事を摂取している患者も存在したが、ミキサー食、また全介助にて食事摂取を行っている患者が多かった。

入院直前の摂食・嚥下障害の症状としては、ムセ、摂取量が少ない、食事介助困難などがあげられていたが、本調査からは現存する複数の摂食・嚥下に関連する問題点に気づかれていない可能性があると考えられた。

そのような患者は入院中に摂食・嚥下リハビリテーションはあまり行われておらず、経口摂取が一部もしくは状況次第では可能と判断されて退院した患者は少なかった。さらに退院時の経口摂取が可能な条件および経口摂取へ向けての具体的な訓練内容は指示されていないことが明らかとなった。また、退院後に要介護度、JCS、認知症の程度、寝たきり度、mRSは有意に低下した(Wilcoxon's signed rank test, $p < 0.01$)。胃瘻造設自体がそれらの機能を直接低下させるわけではないが、もともと生活機能が低下していた患者が何らかの疾患などを契機として入院し、安静加療などの経過を経て胃瘻造設に至った場合には意識レベルや認知機能、さらには生活機能が低下することが明らかとなった。

上記より、生活場面では入院に至らないように食事を安全に摂取すること、入院中の摂食・嚥下リハビリテーションを充実させることにより、退院時に必要な情報を受け渡すことができるようにすること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無い。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) *Takahashi N, Kikutani T, Tamura F, Groher M, Kuboki T: Videoendoscopic Assessment of Swallowing Function to Predict the Future Incidence of Pneumonia of the Elderly. J Oral Rehabil 2012 ; 39 : 429-43 (学位論文).
- 2) Kikutani T, Tamura F, Tohara T, Takahashi N, Yaegaki K: Tooth loss as risk factor for foreign-body asphyxiation in nursing-home patients. Arch Gerontol Geriatr 2012 ; Feb 18.
- 3) Kikutani T, Yoshida M, Enoki H, Yamashita Y, Akifusa S, Shimazaki Y, Hirano H (7th), Tamura F (8th) (8 authors) : Relationship between nutrition status and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people. Geriatr Gerontol Int 2013 ; 13 : 50-54.
- 4) Tamura F, Kikutani T, Tohara T, Yoshida M, Yaegaki K: Tongue Thickness Relates to Nutritional Status in the Elderly. Dysphagia 2012 ; 27 : 556-561.
- 5) 菊谷武 : 在宅歯科医療・高齢者歯科医療の考え方, 日本歯科医師会雑誌, 65(7) : 31-39, 2012.
- 6) 菊谷武 : 肺炎予防と口腔管理, 医学のあゆみ, 医歯薬出版株式会社, 243 (8) : 669-673, 2012.

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 - 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
- 5) 元開早絵, 手島千陽, 田村文誉, 菊谷 武 : 特定施設入所胃瘻患者への摂食・嚥下リハビリテーションの取り組み, 日本老年歯科医学会第 23 会回学術大会, 27(2) : 146-147, 2012.
- 6) 田代晴基, 高橋賢晃, 平林正裕, 保母妃美子, 川瀬順子, 須田牧夫, 濱田 了, 田村文誉, 菊谷 武 : 肺炎発症ハイリスク者に対する口腔ケア介入効果の検討, 日本老年歯科医学会第 23 会回学術大会, 27(2) : 221-222, 2012.

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

胃瘻造設後の施設への申し送り事項に関する研究
-入院前に経口摂取のみであった症例について-

分担研究 戸原玄 日本大学歯学部摂食機能療法学講座 准教授
野原幹司 大阪大学歯学部顎口腔機能治療部 助教

研究要旨

施設や在宅で経口摂取のみからの栄養摂取にて生活していた患者が胃瘻造設となり退院してきた場合に、胃瘻管理および摂食・嚥下の状況についてどのような申し送り事項があったか、また入院直前の状況とどのような変化があったかを調査した。

胃瘻造設入院の契機は誤嚥性肺炎が最多で、調整した食事を全介助にて何らかの症状を持ちながら摂取している患者が多かった。

胃瘻造設後の退院時の申し送り事項では、退院直後の経口摂取の可不可、退院後の経口摂取復帰への見込み、入院中の摂食・嚥下リハの経過に関する記載は少なかった。さらに退院後に経口摂取を再開する条件についての記載は1例も存在しなかった。

しかし、入院前後で JCS、認知症の程度、寝たきり度、mRS には入院前後で有意な変化はなかった。よって、もともと経口摂取のみをしていた患者が入院した場合には、認知面や全身の状況が低下して退院に至るわけではないにもかかわらず、退院後の嚥下リハの必要性が考えられないまま胃瘻造設となり退院に至るケースが多かった。全身の状況が不変で嚥下機能のみが低下する症例が多いとは考えづらいため、退院後のリハビリの指導が重要である。そのような指導を行うための保険制度を含めた見直しが重要であると考えられた。

A. 研究目的

胃瘻造設後に施設に戻ってきた患者に対して、胃瘻管理および摂食・嚥下の状況についてどのような申し送り事項があったか、また入院直前の状況とどのような変化があったかを調査する。

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 D 票を用いて調査した結果を集計する。調査対象は施設などに入居していたが胃瘻造設して施設へ退院してきた症例である。送付先は特別養護老人ホームなどの施設で、調査票の記載は医師、歯科医師、看護師、管理栄養士、および必要に応じ相談員によって行われた。

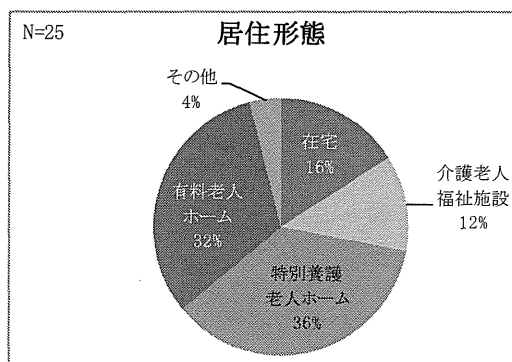
C. 研究結果及び考察

期間内に回収された評価票は 128 通で、そのうち下記の集計には経口摂取のみを行っていた 25 症例を用いた。対象は男性 6 名、女性 19 名、平均年齢 83.7 ± 11.1 歳 (49 から 102 歳) であった。

(1) 入院前の状況について

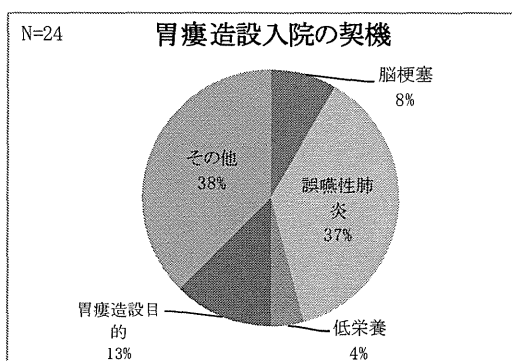
1. 居住形態

居住形態は特別養護老人ホームと有料老人ホームが多かった。



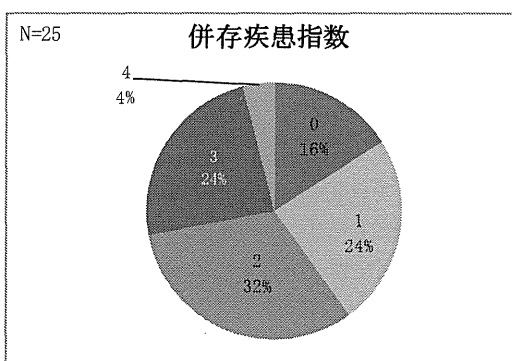
2. 胃瘻造設入院の契機

胃瘻造設入院の契機は誤嚥性肺炎が最多の37%で、胃瘻造設目的が13%とそれに次いだ。



3. 併存疾患指数

併存疾患指数は2が最多の32%で、1および3が24%でそれに次いだ。



4. JCS

JCSはIが最多の60%、清明が24%とそれに次いでおり、意識レベルが比較的良好な患者が多かった。