

- 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“嚙むこと”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, 中山洵利, 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, 中山洵利, 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, 中山洵利, 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の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) 中山洵利, 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, 中山洵利, 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, 中山洵利, 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, 中山洵利, 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, 中山洵利, 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, 中山浏利, 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, 野原的子, 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。

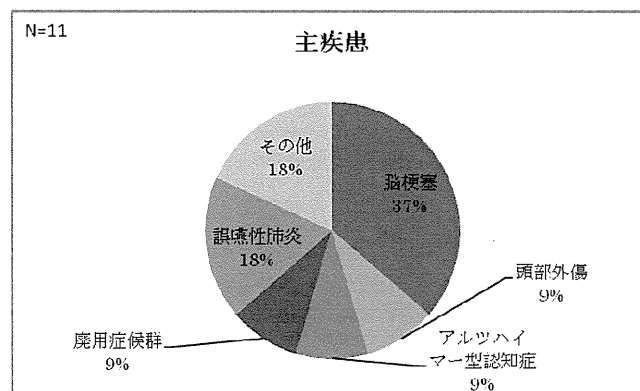
平成 23 年 9 月 26 日より平成 24 年 1 月 26 日の間に、平成 23 年 9 月 26 日より平成 24 年 1 月 26 日の間に B 票を用いて調査した結果を集計する。調査対象は在宅や施設などで胃瘻からの栄養摂取を行っており、かつ摂食・嚥下リハビリテーションを訪問で開始し、初回評価および訓練指導 1 カ月後に評価を行うことができた症例である。尚、本調査は次年度以降も継続するために、今回の週計は中間報告となる。送付先は在宅や施設等に訪問での摂食・嚥下リハビリテーションを行っている病院もしくは医院で、調査票の記載は医師、歯科医師もしくは看護師によって行われた。

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。

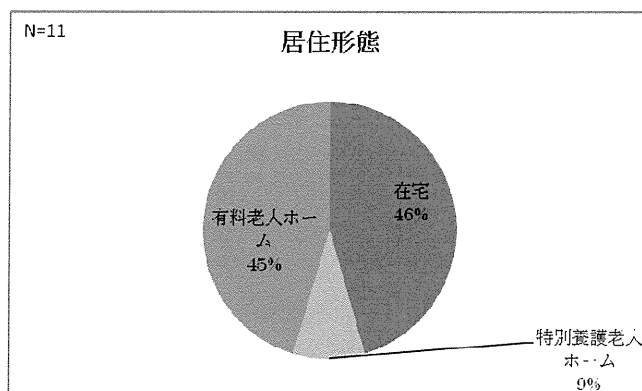
1. 主疾患

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。



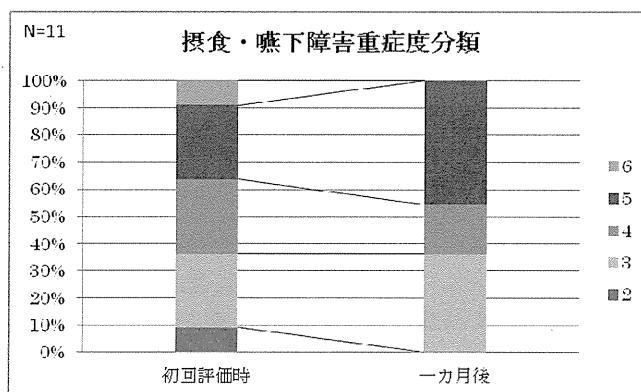
2. 居住形態

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。



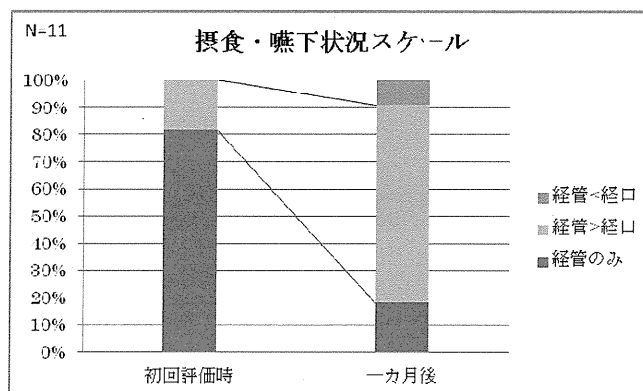
3. 初回評価時と1カ月後の摂食・嚥下障害重症度の比較

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。



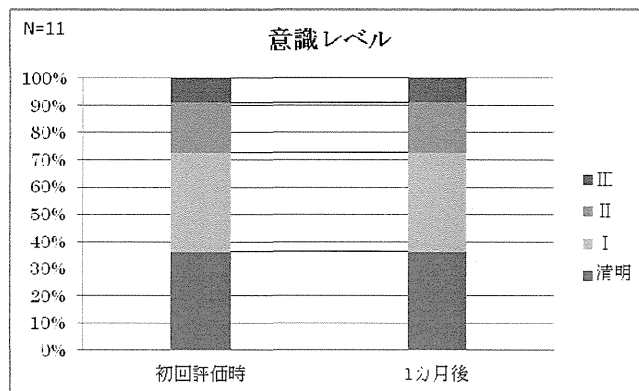
4. 初回評価時と1カ月後の摂食・嚥下状況スケールの比較

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よりも、経口摂取不可不可などに関しての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。



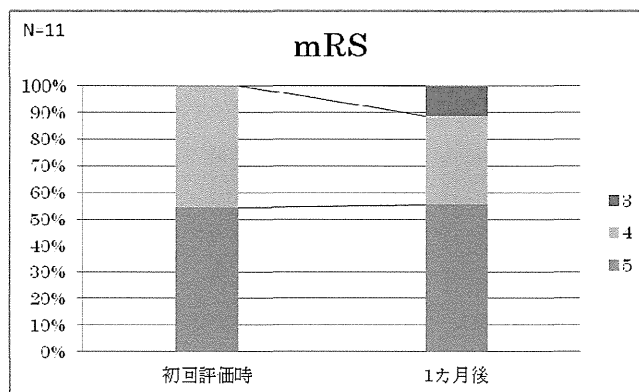
5. 初回評価時と1カ月後の意識レベルの比較

意識レベルは変化が見られなかったが、摂食・嚥下障害の重症度は改善傾向にあり、摂食・嚥下状況スケールは改善していた。



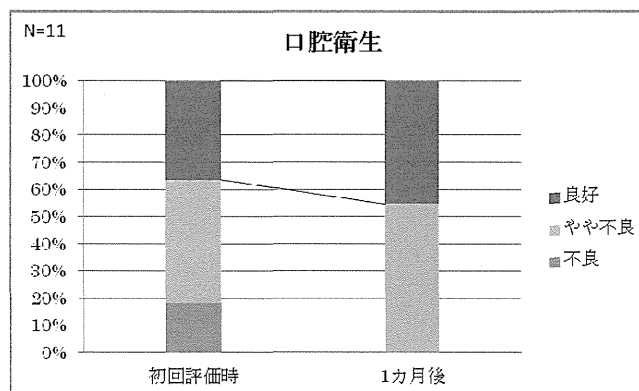
6. 初回評価時と1カ月後のmRSの比較

mRS も大きな変化はなかったが、3の介助なしに歩行できるレベルとなった患者が1名存在した。



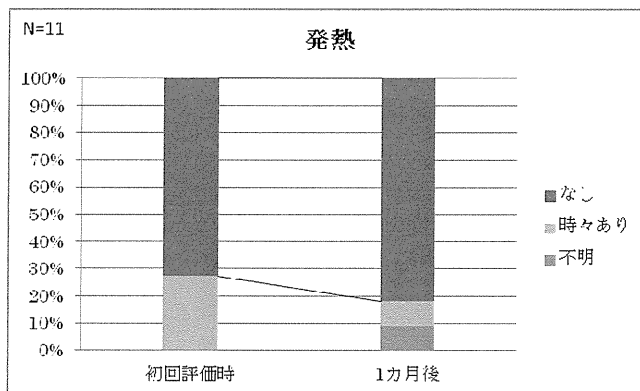
7. 初回評価時と1カ月後の口腔衛生の比較

口腔衛生状態が不良な症例は1カ月後にはいなくなっていた。経口摂取の割合が増えた患者が多かったことを考えると、経口摂取の開始は口腔内の衛生状態を悪化させるものとはいえ、自浄作用が働いたこと、患者のケアに対する意識が変わったことなどが衛生状態の改善の理由と考えられた。



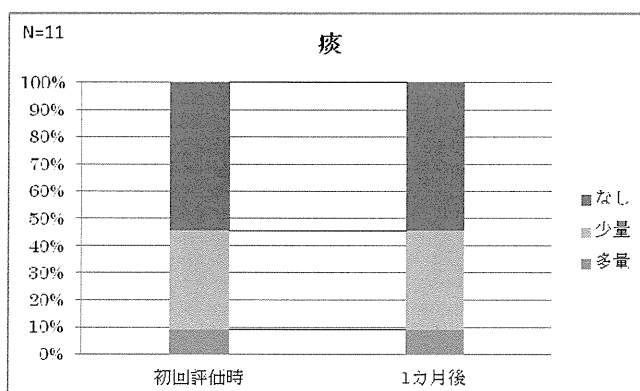
8. 初回評価時と1カ月後の発熱の比較

1カ月後の発熱の頻度が不明なデータが1例あったものの、経口摂取を開始することにより発熱の頻度が上がるとは考えられなかった。適切な機能評価を行って経口摂取の指導をすることで、誤嚥の危険を回避することができた結果でと考えられた。



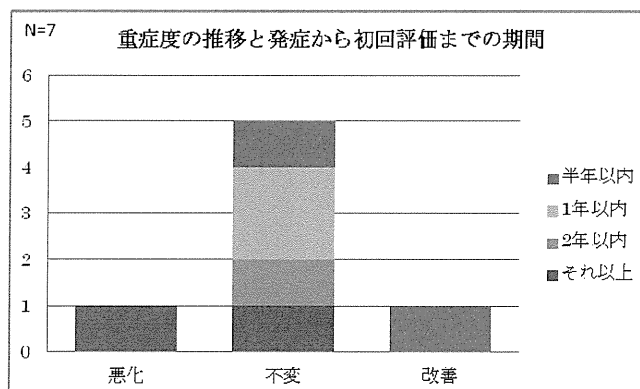
9. 初回評価時と1カ月後の痰の比較

初回評価時と1カ月後で痰の量は変化がなかった。上記と同様に、適切な機能評価を行った上、経口摂取不可に関するの指導を行うことで誤嚥の危険を回避することができると考えられた。



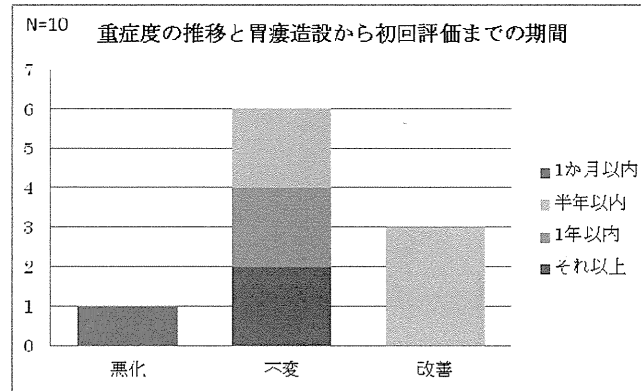
10. 重症度の推移と主疾患発症から初回評価までの期間のクロス集計

摂食・嚥下障害の重症度を初回と1カ月後で比較し改善、不変、悪化に分類し、主疾患発症から初回評価までの期間との関係を検討した。下記の検討は同様に、1ヶ月後の重症度の推移と初回評価時の状態をクロス集計したものである。改善例は半年以内と早期の介入であり、悪化した例は3年以上が経過した症例であった。



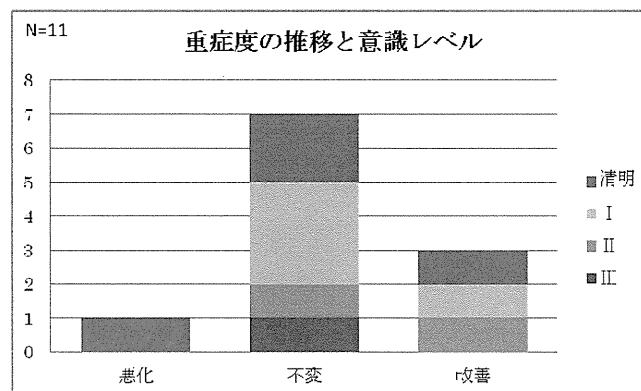
11. 重症度の推移と胃瘻造設から初回評価までの期間のクロス集計

前述と同様に改善例は胃瘻造設からの期間が短かく、悪化例は経過が長かった。早期の介入を可能とするためには継続的な機能評価が重要であると考えられた。また、胃瘻造設後にも必要な症例は早期に訓練ができる環境を整えることが大切であると考えられた。



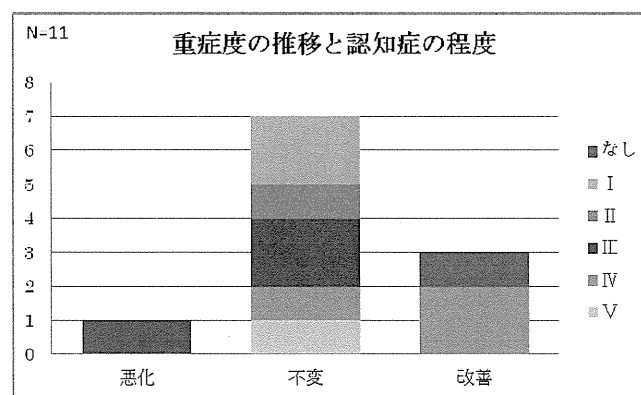
12. 重症度の推移と意識レベルのクロス集計

重症度の推移と意識レベルには関係性は見られず、嚥下機能を適切に評価した上での対応を行うことが重要であると考えられた。



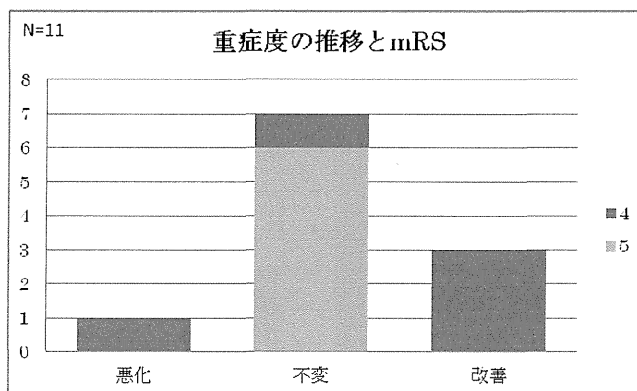
13. 重症度の推移と認知症の程度のクロス集計

改善例にも常に介護を必要とするレベルの患者は多く、重症度の推移と認知症の程度には関係性が認められなかった。前述と同様に、嚥下機能を適切に評価した上での対応が重要であると考えられた。



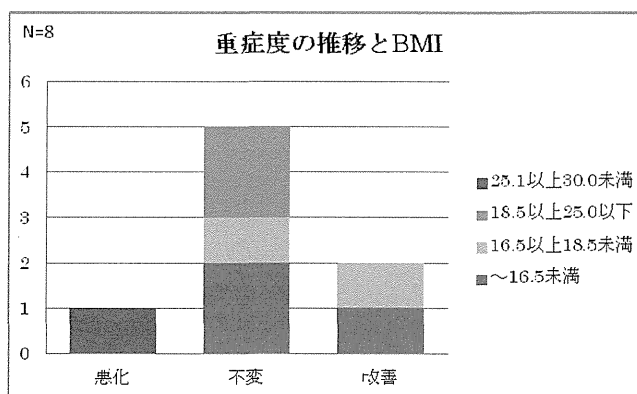
14. 重症度の推移と mRS のクロス集計

高度の障害を持つ症例は不変例のみであったが、いずれの症例も身体的な活動制約が大きく関係性は認められなかった。



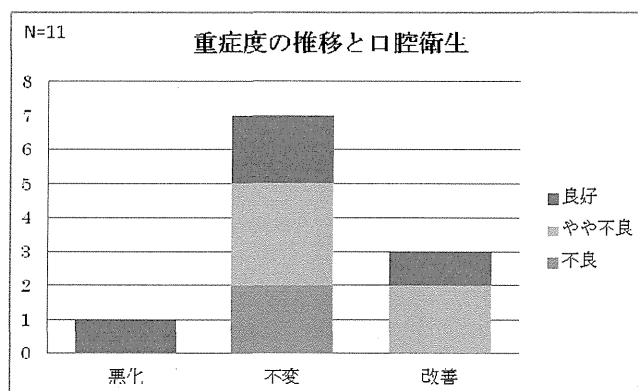
15. 重症度の推移と BMI のクロス集計

悪化した症例は過体重の症例であった。改善例は初診時に低体重であった症例のみであった。低栄養である症例に対しても適切な機能評価やリハビリテーションは重要であると考えられた。



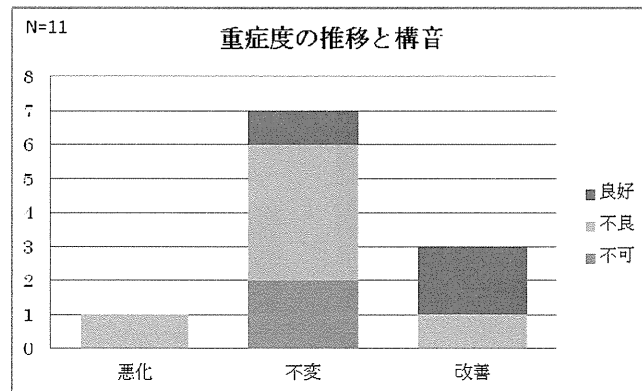
16. 重症度の推移と口腔衛生のクロス集計

重症度の推移と口腔衛生状態には関係性は認められなかった。



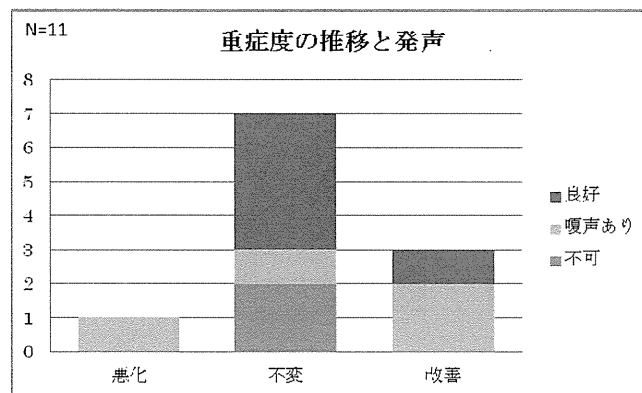
17. 重症度の推移と構音のクロス集計

重症度が悪化したものの中には構音が良好であるものはおらず、また改善したものは構音が良好であるものが多かった。



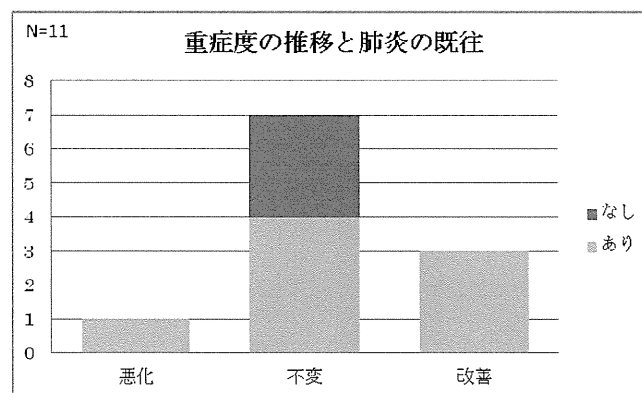
18. 重症度の推移と発声のクロス集計

重症度が悪化したものは嗄声があるレベルで発声可能な症例で、改善した症例には発声が不可能な症例はいなかった。



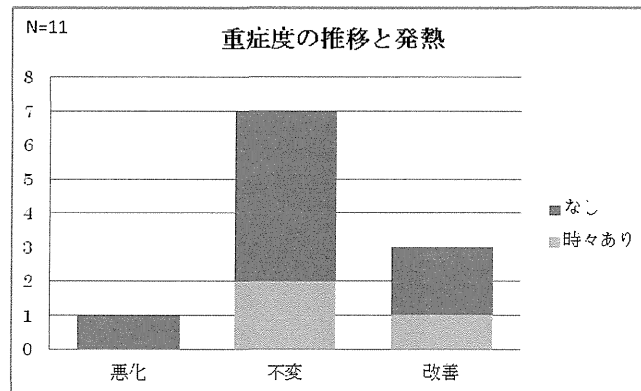
19. 重症度の推移と肺炎の既往のクロス集計

肺炎の既往がなしの症例は重症度が不変の症例のみであり、その他特別な関係性は認められなかった。



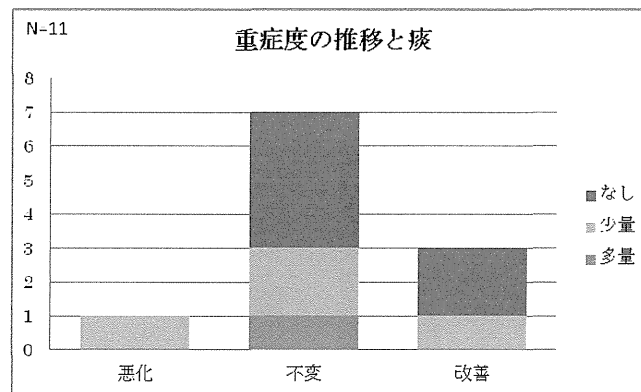
20. 重症度の推移と発熱のクロス集計

いずれの場合にも発熱がない症例が多く、関係性は認められなかった。



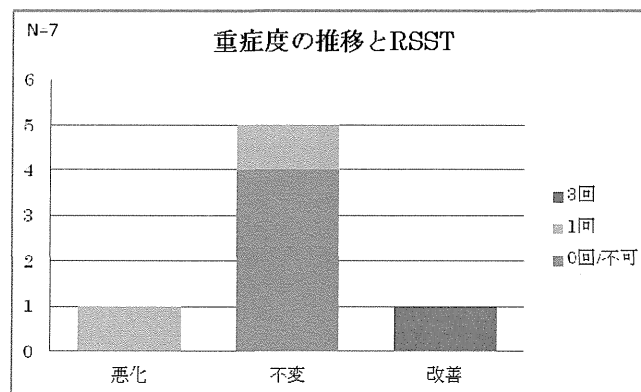
21. 重症度の推移と痰のクロス集計

重症度が悪化した症例には痰がない症例はおらず、また改善した症例では多量に痰がでていた症例はいなかった。



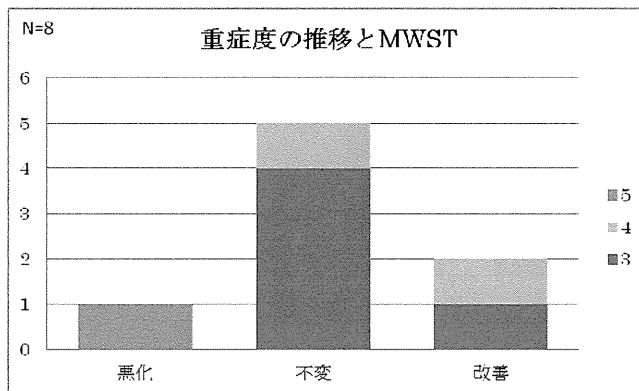
22. 重症度の推移と反復唾液嚥下テストのクロス集計

重症度が改善した症例はRSSTが3回で誤嚥なしとスクリーニングされたレベルの症例であった。0回であった症例は全て重症度が不変の症例であった。随意的な反復嚥下が可能な症例はリハビリテーションの効果が得られやすい可能性が示唆された。尚、指示に従うことができない症例はこの部分での集計からは除外した。



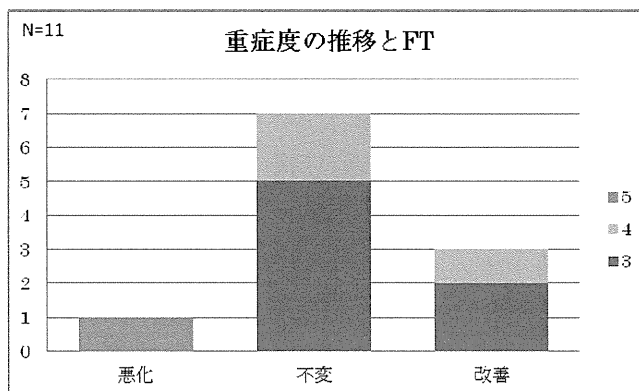
23. 重症度の推移と改訂水飲みテストのクロス集計

重症度が悪化した症例は5点で誤嚥なしとスクリーニングされるレベル、改善した症例は3点の誤嚥あり、4点の誤嚥なしとスクリーニングされるレベルであったため、簡易なテストのみならず嚥下内視鏡などを用いた精査が重要であることが示唆された。



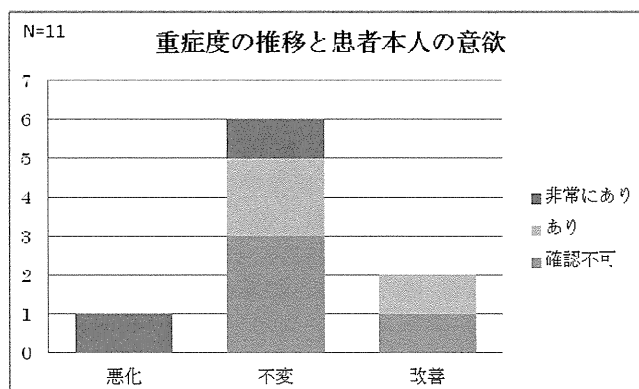
24. 重症度の推移と食物テストのクロス集計

重症度が悪化した症例は5点の誤嚥なしとスクリーニングされるレベル、改善した症例には3点の誤嚥あり、4点の誤嚥なしとスクリーニングされるレベルが混在したため、改訂水飲みテストの結果と同様に簡易なテストのみならず嚥下内視鏡などを用いた精査が重要であると考えられた。



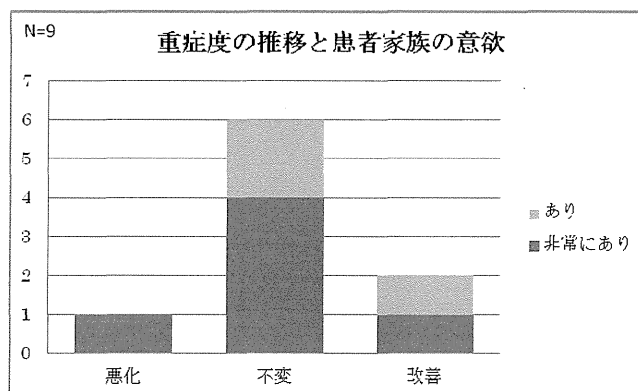
25. 重症度の推移と患者本人の意欲のクロス集計

重症度が悪化した症例は患者本人の訓練意欲が高く、改善した症例では意欲が確認不可能な症例も存在した。意欲、モチベーションは訓練を適用する際には重要な要素であるものの、現在のところは関係性が認められなかったため、いずれにしても適切な評価に基づいて対応を決定することが重要であると考えられた。



26. 重症度の推移と患者家族の意欲のクロス集計

訓練に対する意欲は総じて高かったこともあり、重症度の推移との関係性は認められなかった。



D. 結論

今回集計した対象患者は脳梗塞が最多であったが、訓練効果が表れづらいと考えられる進行性の疾患であるアルツハイマー型認知症や、廃用症候群の患者もそれぞれ約 1 割存在した。また在宅や有料老人ホームなど、専門的な訓練に関わるスタッフの確保が困難であることが多いところに入居している患者が多かった。

1ヶ月のリハビリテーションにより、重症度はやや改善傾向を示す程度であったが、摂食・嚥下状況スケールからは経口摂取が可能となった割合が多かった。このことから、患者の嚥下機能を正しく評価することができれば、実際の訓練効果を待つことなく経口摂取を開始できるようになる症例が多いと考えられた。

また経口摂取を開始した症例が多かったにも関わらず、痰が増加は認められず、発熱は減少し、口腔衛生状態も改善したため、適切な評価に基づいて経口摂取を開始することで誤嚥の危険性は回避することが可能であると考えられた。また、早期に介入が可能であった症例に対し訓練効果が出やすかったが、その他身体的な活動レベルや、認知症の程度、栄養状態、またスクリーニングの結果などと 1 カ月間のリハビリテーションによる摂食・嚥下障害重症度の推移には強い関係性は認められず、患者の状態に関わらず適切な評価に基づいたリハビリテーションを指導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) 太田喜久夫, 柴田斉子, 濱田芙美, 才藤栄一: 嚥下障害患者の栄養管理, レジデントノート 13(12), 2218-2224, 2011,
- 2) 稲本陽子, 才藤栄一: CT を用いた嚥下動態の評価と臨床応用, MEDICAL REHABILITATION 136, 13-20, 2011
- 3) 稲本陽子, 才藤栄一, 岡田澄子, 藤井直子, 柴田斉子, 加賀谷斉, WattanapanPattra, 片岡由美, 井田義宏, 片田和広: 臨床 嚥下 CT, 映像情報 Medical 43(8), 86-91, 2011
- 4) 稲本陽子, 岡田澄子, 才藤栄一, 柴田斉子, 藤井直子, 片田和広, 片岡由美, 井田義宏: 320 列面検出器型 CT を用いた嚥下機能評価と臨床応用, 映像情報 Medical 43(6), 544-545, 2011
- 5) 柴田斉子, 才藤栄一: 消化器系の異常 嚥下困難, 総合臨床 60(増刊), 1145-1150, 2011
- 6) 柴田斉子, 才藤栄一: 摂食・嚥下障害の評価と対応, 日本医事新報 (4544), 78-82, 2011
- 7) 柴田斉子, 才藤栄一: 症候と栄養療法 嚥下障害と誤嚥性肺炎, Medicina 48(3), 470-473, 2011

2. 学会発表

- 1) 濱田英美, 柴田斉子, 加賀谷斉, 才藤栄一, 太田喜久夫, 尾関恩, 田中貴志, 伊藤友倫子, 岡田猛司, 青柳陽一郎, 小野木啓子: 臨床的重症度分類と食事形態の関係 嚥下造影検査結果から, 第29回日本リハビリテーション医学会 中部・東海地方会, 大正製薬株式会社名古屋支店, 名古屋市, 愛知県, 2011年8月27日
- 2) 柴田斉子, 加賀谷斉, 太田喜久夫, 田中貴志, 濱田英美, 稲本陽子, 岡田澄子, 金森大輔, 飯田貴俊, 才藤栄一: 嚥下手技のちがいによる嚥下動態の変化 320列マルチスライス CT を用いた予備的検討, 第48回日本リハビリテーション医学会学術集会, 幕張メッセ, 千葉県, 千葉市, 2011年11月3日
- 3) 加賀谷斉, 柴田斉子, 太田喜久夫, 田辺茂雄, 尾崎健一, 村岡慶裕, 小野木啓子, 田中ともみ, 馬場尊, 才藤栄一: 随意運動介助型電気刺激による喉頭の運動学的分析, 第48回日本リハビリテーション医学会学術集会, 幕張メッセ, 千葉県, 千葉市, 2011年11月3日
- 4) 太田喜久夫, 加賀谷斉, 柴田斉子, 米田千賀子, 田中貴志, 飯田貴俊, 尾関保則, 小池知治, 鬼頭弘明, 才藤栄一: 嚥下後咽頭残留指標の検討, 第48回日本リハビリテーション医学会学術集会, 幕張メッセ, 千葉県, 千葉市, 2011年11月3日
- 5) 田中貴志, 加賀谷斉, 才藤栄一, 柴田斉子, 太田喜久夫, 伊東加弥子, 小野木啓子, 米田千賀子, 平岩文子, 小口和代: 嚥下前、嚥下中、嚥下後誤嚥の再定義, 第48回日本リハビリテーション医学会学術集会, 幕張メッセ, 千葉県, 千葉市, 2011年11月3日
- 6) 柴田斉子, 稲本陽子, 才藤栄一, 飯田貴俊, WatanapanPattra, 加賀谷斉, 岡田澄子, 太田喜久夫, 金森大輔: 320列マルチスライス CT を用いた嚥下手技の解析, 第28回日本リハビリテーション医学会 中部・東海地方会, 大正製薬株式会社名古屋支店, 名古屋市, 愛知県, 2011年2月5日
- 7) 伊東加弥子, 加賀谷斉, 柴田斉子, 尾崎健一, 山之内直也, 平野哲, 米田千賀子, 才藤栄一, 太田喜久夫, 尾関恩, 金森大輔: 延髄梗塞による摂食・嚥下障害に対して喉頭吊り上げ術と輪状咽頭筋切断術を行った1例, 第28回日本リハビリテーション医学会 中部・東海地方会, 大正製薬株式会社名古屋支店, 名古屋市, 愛知県, 2011年2月5日
- 8) 岡本さやか, 園田茂, 岡崎英人, 前田博士, 水野志保, 成田渉, 田中貴志, 尾崎幸恵, 崎原尚子, 谷野元一, 富田憲, 藤井智司, 才藤栄一: 脳卒中片麻痺患者に対する蛋白同化ホルモン投与の効果 FIM 改善への寄与, 第28回日本リハビリテーション医学会 中部・東海地方会, 大正製薬株式会社名古屋支店, 名古屋市, 愛知県, 2011年2月5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

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

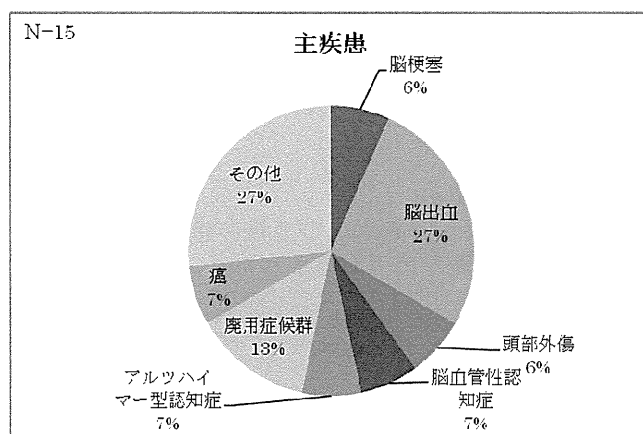
平成 23 年 9 月 26 日より平成 24 年 1 月 26 日の間に C 票を用いて調査した結果を集計する。調査対象は入院中に胃瘻を新規に造設して転院もしくは退院する患者である。尚、本調査は次年度以降も継続するために、今回の週計は中間報告となる。送付先は胃瘻を造設している病院で、調査票の記載は医師、歯科医師もしくは看護師によって行われた。

C. 研究結果及び考察

期間内に回収された評価票は 16 通で、そのうち 1 通は記載不備のために下記の集計からは除外した。対象は男性 10 名、女性 5 名、平均年齢 76.2±11.3 歳 (51 から 92 歳) であった。

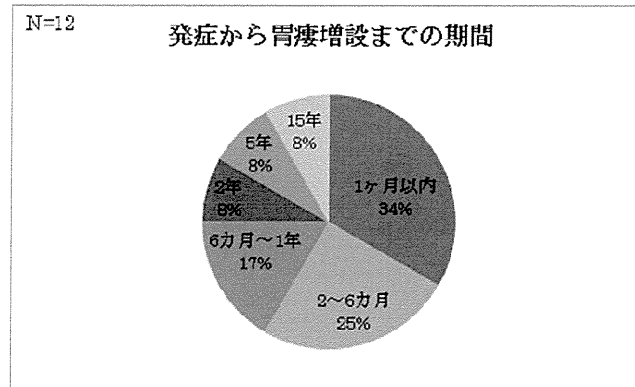
1. 主疾患

主疾患の打ち分けをみると脳出血が最多であったが、その他脳梗塞、頭部外傷、脳血管性認知症、アルツハイマー型認知症を含めると脳疾患が全体の 7 割を占めた。また、廃用症候群の患者が 1 割強、癌患者が 1 割満たない程度存在した。今回の対象では進行性の疾患の患者は少なかった。



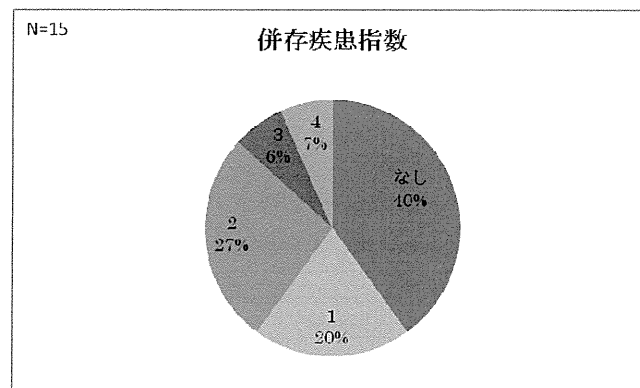
2. 発症から胃瘻造設までの期間

主疾患の発症日不明が3名いたが、3割以上が発症から1カ月以内に胃瘻造設、半数以上が半年以内に胃瘻造設されていた。2年以上の長期の経過で胃瘻造設された患者は全体の約4分の1であった。急性期から回復期の患者が多かったことから、その後のフォローアップが重要であると考えられた。



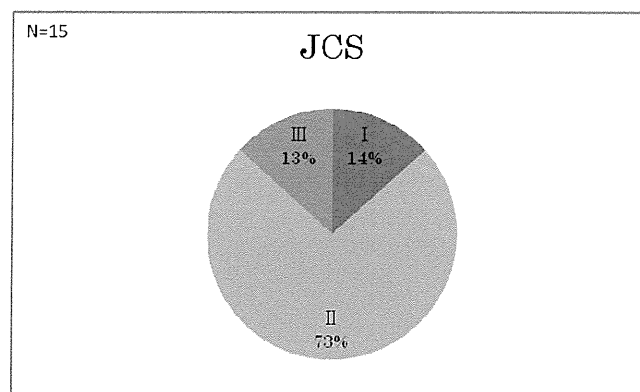
3. 併存疾患指数 (チャールソンインデックス)

併存疾患を持たない患者が全体の4割、1つが2割、2つが約3割で多くの併存疾患をもつ患者は少なかった。



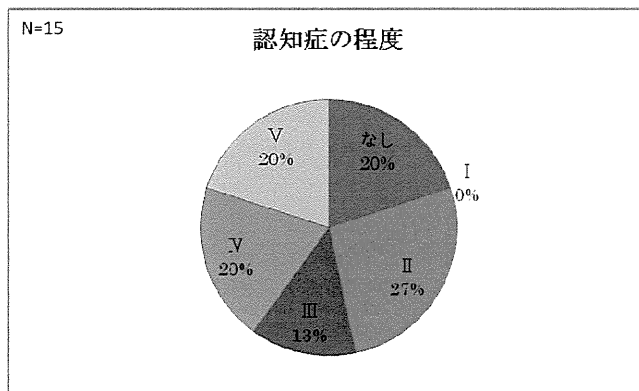
4. 意識レベル (JCS : Japan Coma Scale)

JCSは二桁が7割強と多数を占めたが、1桁および3桁の患者もそれぞれ1割強存在した。つまり、胃瘻の意思決定を本人が行うことが困難な患者が多かった。



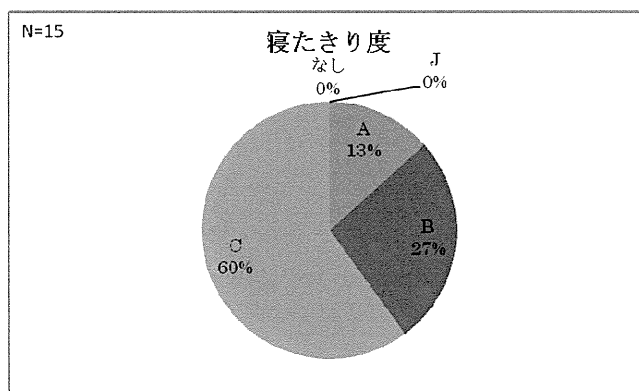
5. 認知症高齢者の日常生活自立度（認知症の程度）

認知症の程度はIの、“誰かが注意していれば自立できる”のみ一例も存在しなかったが、それ以外は認知症なしも含めてほぼ同程度であった。



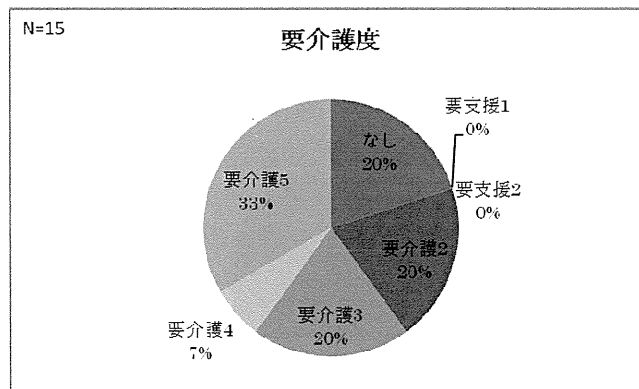
6. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）

寝たきり度に関しては障害なし、もしくはほぼ自立しているレベルの患者は存在せず、一日中ベッド上で過ごしているレベルの患者が6割を占めた。



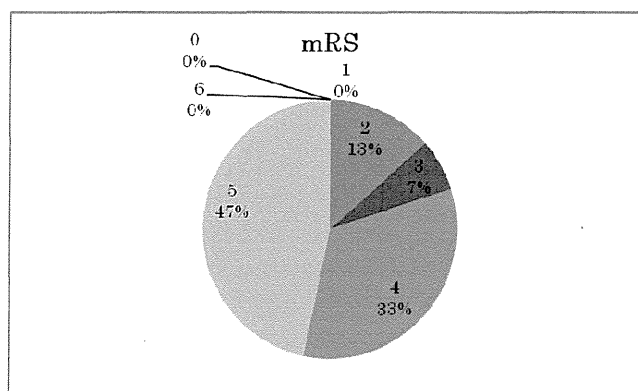
7. 要介護度

要介護度5が3割で最多であったが、介護度が低い患者も多く存在した。



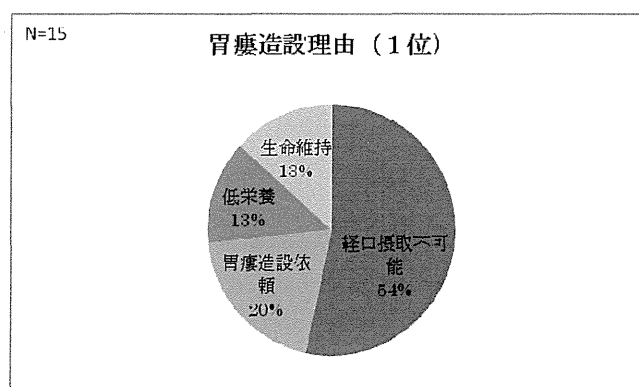
8. モディファイドランキンスケール (mRS : Modified Rankin Scale)

モディファイドランキンスケールでも上記の寝たきり度と同様に比較的高度、もしくは高度の障害を持つとした患者が多かった。



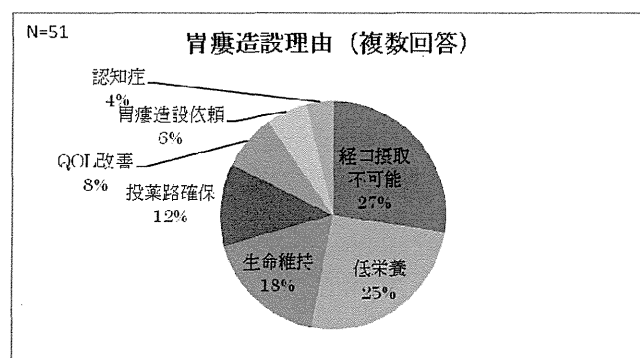
9. 胃瘻造設理由 (1位)

胃瘻造設の最大の理由としては経口摂取不可能が半数以上を占め、その他には胃瘻造設依頼が2割、低栄養および生命維持目的がそれぞれ1割強であった。



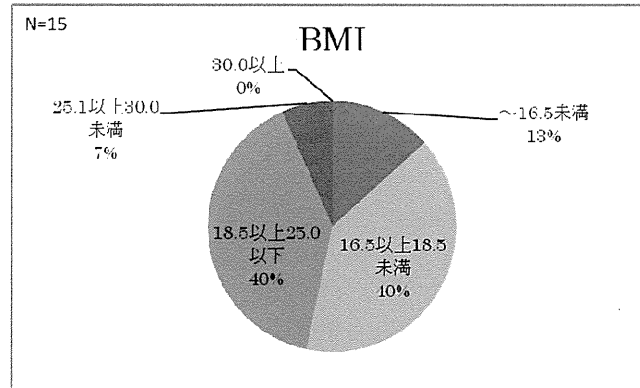
10. 胃瘻造設理由 (複数回答)

最大の理由以外に複数回答での胃瘻造設理由を集計したところ、経口摂取不可能および低栄養がほぼ同数でそれぞれ約4分の1、生命維持が約2割であり、最大の理由ではあげられなかった投薬路確保、QOL改善、および認知症が理由としてあげられていた。



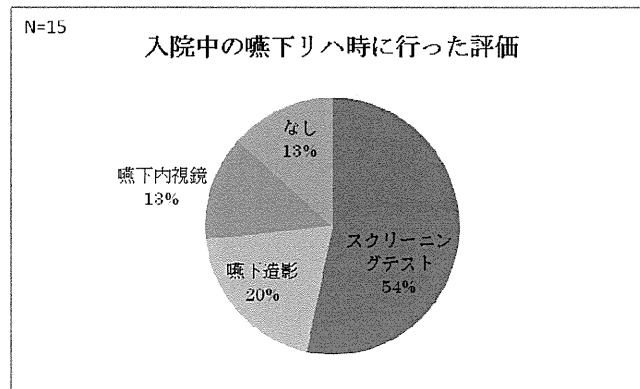
11. BMI (Body Mass Index)

BMI は著しい体重減少を示す 16.5 未満が 1 割強、体重減少を示す 16.5 から 18.5 が 4 割であった。しかし正常範囲が 4 割で、過体重も 7%存在した。



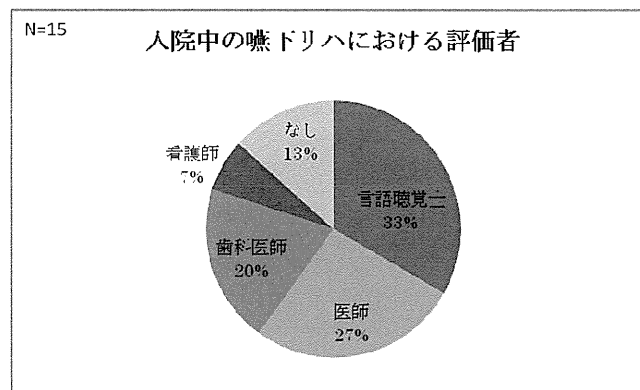
12. 入院中の嚥下リハに行った評価

入院中に嚥下リハに際する評価が行われなかったものが 1 割強であったが、スクリーニングテストが半数以上、嚥下造影が 2 割、嚥下内視鏡が 1 割強と、今回の結果からは 9 割近くに対して何らかの標準的な評価が行われていた。調査開始直後での集計結果であるために、今回調査票を返送した医療者は摂食・嚥下についての意識が高いところが多かったのではないかと考えられた。



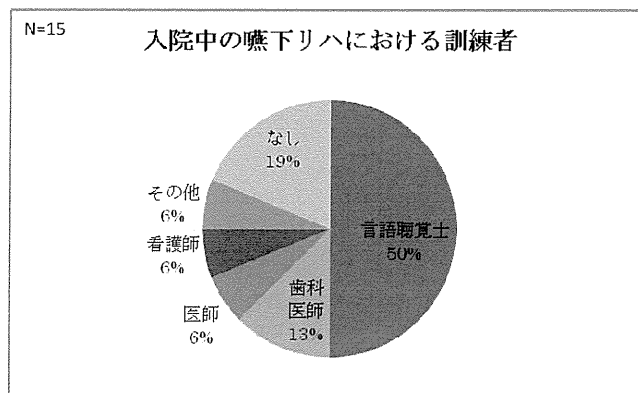
13. 入院中の嚥下リハにおける評価者

入院中の嚥下リハに際しての評価者は言語聴覚士が最多で、医師、歯科医師、看護師が続いた。



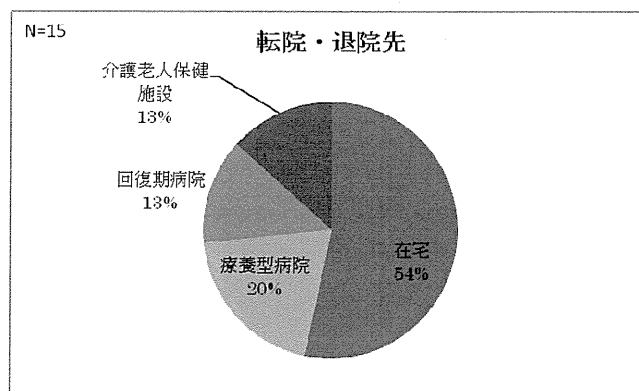
14. 入院中の嚥下リハにおける訓練者

入院中の嚥下リハにおける訓練者も評価者と同様に言語聴覚士が最多で半数を占めた。歯科医師、医師、看護師が続いたが、無しが約2割存在した。嚥下リハに関する評価が行われた件数よりも訓練が行われた件数のほうが少なかったといえた。



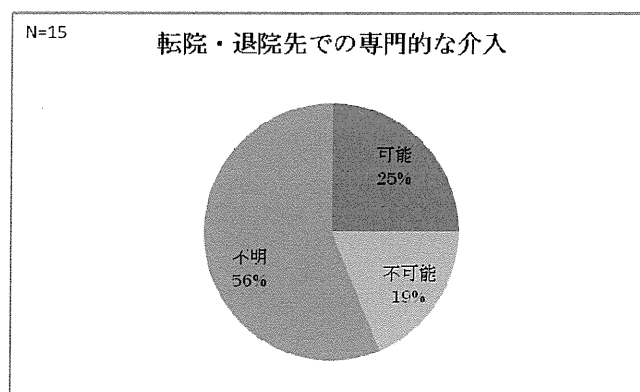
15. 転院・退院先

転院・退院先としては在宅が半数以上であり、療養型病院、回復期病院、介護老人保健施設が続いた。今回の結果からは、特別養護老人ホームや有料老人ホームに退院した患者はいなかった。つまり、訓練場面よりも生活もしくは療養場面に転院・退院する患者が多かった。



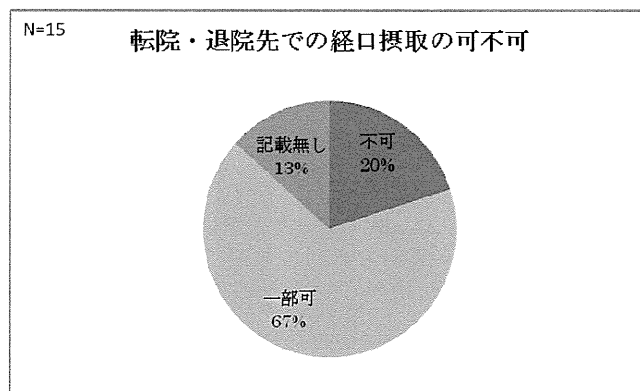
16. 転院・退院先での専門的な介入

転院・退院先での摂食・嚥下リハビリテーションに関する専門的な介入が可能としたのは四分の一で、不可能としたのは約2割、不明が半数以上を占めた。



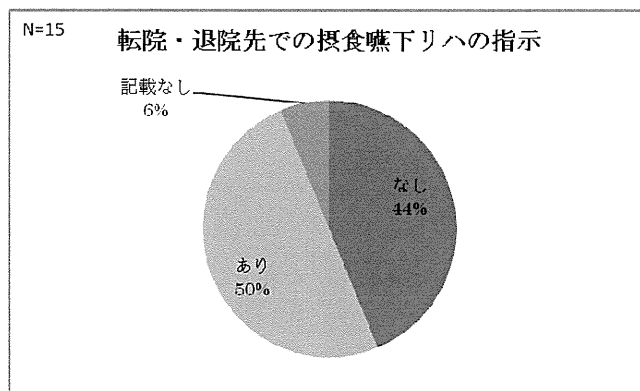
17. 転院・退院先での経口摂取の可不可

転院もしくは退院先での経口摂取可不可についての申し送り事項では、不可としたのが2割、一部可としたのが約7割で、記載なしが1割強であった。



18. 転院・退院先での摂食・嚥下リハの指示

転院もしくは退院先での摂食嚥下リハの内容に関する指示事項では、なしが約4割、ありが半数であった。



19. 胃瘻造設理由（1位）と意識レベル（JCS）のクロス集計

JCS3桁の患者は全て経口摂取不可能が造設理由の1位に挙げられていた。2桁の患者では経口摂取不可能が約半数で、生命維持が2位であった。1桁の患者は経口摂取不可能と造設依頼によって胃瘻が造設された患者が1名ずつであった。

