

8. 退院時の状態と【摂食・嚥下リハの指示について】との関連について

胃瘻造設後の要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、障害老人の日常生活自立度、Japan Coma Scale (JCS)、モディファイドランキンスケール (mRS : Modified Rankin Scale) いずれも、摂食・嚥下リハの指示について報告事項との関連は認められなかった。

度数	摂食・嚥下リハの指示		合計
	なし	あり	
清明	3	1	4
I	8	12	20
II	12	4	16
III	2	8	10
合計	25	25	50

JCS

度数	摂食・嚥下リハの指示		合計
	なし	あり	
I	0	1	1
II	1	1	2
III	5	3	8
IV	9	10	19
V	10	10	20
合計	25	25	50

認知症自立度

度数	摂食・嚥下リハの指示		合計
	なし	あり	
B	7	1	8
C	22	4	26
合計	29	5	34

障害高齢者自立度

度数	摂食・嚥下リハの指示		合計
	なし	あり	
要介護3	1	1	2
要介護4	6	8	14
要介護5	18	16	34
合計	25	25	50

要介護度

度数	リハの経過		合計
	なし	あり	
2.00	1	0	1
3.00	1	0	1
5.00	5	8	13
6.00	17	11	28
7.00	0	5	5
合計	24	24	48

mRS

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。

1. 胃瘻造設に至った者の直前の状態について

胃瘻造設に至った者の多くは、ペースト食などの嚥下調整食と思われる食形態を摂取していた。さらに、「むせ」「摂取量が少ない」などの嚥下機能が低下していることを疑わせる所見が多くの者に認められた。さらに、食事時間が延長をしている者が多く、特に、意識レベルの低下した者に延長者が多かった。意識障害から来る食事時間の延長は胃瘻造設のリスク因子であることが示唆された。

2. 胃瘻造設後の状態について

胃瘻造設後の要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、障害老人の日常生活自立度、Japan Coma Scale (JCS)、モディファイドランキンスケール(mRS: Modified Rankin Scale)いずれも、有意な低下が認められた (wilcoxon test: $p < 0.01$)。退院後これらの機能が低下していることが示唆された。入院後にこれらの機能が低下し、摂食嚥下機能が低下したことによるものか、胃瘻による影響によるものか、本調査の結果からは判断が困難であった。

3. 胃瘻造設後の指示について

退院後の経口摂取の可否や、可否の基準、入院中のリハビリの経過や退院後のリハビリの指示など、多くの症例において、胃瘻造設後に具体的な指示が行われていない実態が明らかになった。胃瘻造設後の何らかの指示が行われている症例について検討したところ、指示内容と胃瘻造設後の要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、障害老人の日常生活自立度、Japan Coma Scale (JCS)、モディファイドランキンスケール(mRS: Modified Rankin Scale)いずれも関連は認められなかった。意識レベル等の症例の状態と関連を示す事項はなかった。

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) 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. [Epub ahead of print]
- 2) 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 Feb 14. doi: 10.1111/j.1365-2842.2011.02286.x. [Epub ahead of print]
- 3) Kikutani T, Yoshida M, Enoki H, Yamashita Y, Akifusa S, Shimazaki Y, Hirano H, Tamura F, Relationship between nutrition status and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people, Geriatr Gerontol Int. 2012, in press.
- 4) Yoshida M, Kikutani T, Yoshikawa M, Tsuga K, Kimura M, Akagawa Y.: Correlation between dental and nutritional status in community-dwelling elderly Japanese. Geriatr Gerontol Int. 2011 Jul;11(3):315-9. doi: 10.1111/j.1447-0594.2010.00688.x. Epub 2011 Jan 25.
- 5) Tamura F, Kikutani T, Machida R, Takahashi N, Nishiwaki K, Yaegaki K: Feeding Therapy for Children with Food Refusal, 2012 Vol.38 in press
- 6) 菊谷武: 菊谷先生にここが聞きたい! インプラント患者が通院できなくなる時. 日本歯科評論. 71巻1号, 13-15, (201105)
- 7) 菊谷武: 医師に知ってほしい高齢者の知識. Seminar 高齢者の口腔機能障害とその対応. Geriatric Medicine 49 巻5号, 519-523, (201105)
- 8) 菊谷武: 高齢者の口腔機能障害とその対応. Geriatr. Med. 49(5): 519~523, 2011.
- 9) 菊谷武: 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 e ラーニング対応 第4分野摂食・嚥下リハビリ

テーションの介入 I 口腔ケア・間接訓練 医歯薬出版 22~29, 2011.

- 10) 菊谷武：口腔からの健康発信 口腔ケアを効率的、効果的に実施するために. Health Sciences27 巻 3 号. 191-192, 2011.
- 11) 菊谷武：舌接触補助床を広く臨床で活用するために. 日本歯科評論, Vol. 71 (7), 2011.
- 12) 菊谷武：摂食機能からみた栄養支援. 病態生理. 45 巻 16-19, 2011
- 13) 菊谷武：歯科疾患を治すだけで終わらない歯科医療のために. デンタルハイジーン, Vol. 31 No. 12, 2011.
- 14) 植田耕一郎, 菊谷武, 杉山総子, 篠原弓月：いま地域社会で、歯科衛生士に求められていることとは？～生活を支えるための歯科医療を考える. デンタルハイジーン, Vol. 31 No. 12, 2011.
- 15) 菊谷武：高齢者にやさしい歯冠修復・補綴治療 Biocompatibility(生体調和性)に基づいた対応 (I 章) 高齢者のからだど口腔歯はどのように変わるのか？高齢者の全身はどのように変化するのか？. 日本歯科評論. 別冊 2011, 8-14, (201105)
- 16) 菊谷武：多死・多歯時代に求められる食べる機能を支援する歯科医療. ザ・クインテッセンス, Vol. 31, 87-94, 2012.
- 17) 萩原芳幸, 菊谷武：対談 I 超高齢社会におけるインプラント治療の行方. 日本歯科評論 2. Vol. 72 (2), 25-45. 2012.
- 18) 萩原芳幸, 菊谷武：対談 II 超高齢社会におけるインプラント治療の行方. 日本歯科評論 3. Vol. 72 (3), 73-87, 2012.
- 19) 鈴木亮, 菊谷武 (共訳), 成人の臨床評価, 高橋浩二監訳 : Michael E. Groher, Michael Crary 著 : 3 編 嚥下機能の評価 Chapter9 成人の臨床評価, 医歯薬出版, 東京, 2011, 160-186.
- 20) 菊谷武：歯科が支える長寿社会, 日本歯科新聞, pp. 15, 2012 年 1 月 1 日.
- 21) 菊谷武：食べる機能に変化を感じたら、機能回復法を試してみる. 家庭画報, 第 11 号 54 巻, 2011.
- 22) 綾野理加, 菊谷武, 高橋浩二, 石田瞭, 大久保真衣, 木下憲治, 田村文誉, 野本たかと, 山下夕香里, 西脇恵子：構音・摂食・嚥下機能診断のための超音波診断装置の臨床応用. 障歯誌, 32 (2) : 91-96, 2011.
- 23) 田村文誉, 菊谷武：特集 口腔・咽喉頭の老化とアンチエイジング 7 摂食機能療法の最前線. アンチ・エイジング医学, 7 (2) : 52-56, 2011.
- 24) 花形哲夫, 田村文誉, 菊谷武著：夏目長門監修, (社) 日本口腔ケア学会編：第 3 章 認知症の症状別口腔ケアのアプローチ方法. 認知症高齢者の口腔ケアの理解のために. (財) 口腔保健協会, 2011, 49-57
- 25) 児玉実穂, 田村文誉：菊谷武, 阪口英夫編著：II. 病態別・口腔管理の実際 1. 障害児・者、妊産婦・新生児の口腔管理 (2) 妊産婦・新生児の口腔管理. 地域歯科医院による有病者の病態別・口腔管理の実際 ー全身疾患に対応した口腔機能の維持・管理法と歯科治療ー, 株式会社ヒョーロンパブリッシャーズ, 東京, 2011, pp. 34-39

2. 学会発表

- 1) 佐々木力丸, 新垣敬一, 高良清美, 後藤尊広, 藤井亜矢子, 田村文誉, 菊谷武, 砂川元：超音波診断装置による唇顎口蓋裂児の吸啜運動の様相. 日本口蓋裂学会雑誌, 36 (2) : 63, 2011 (第 35 回日本口蓋裂学会総会・学術大会, 2011, 5 月 新潟)
- 2) 川瀬順子, 高橋賢晃, 福井智子, 西脇恵子, 田村文誉, 菊谷武：原始反射の再出現が摂食機能および予後に及ぼす影響. 老年歯学, 26 (2) : 107, 2011. (一般社団法人日本老年歯科医学会第 22 回学術大会 2011 年 6 月 東京)
- 3) 戸原雄, 菊谷武, 田村文誉, 西脇恵子, 川名弘剛, 佐々木力丸, 初田将大：口腔器官の運動障害が咀嚼能力に与える影響. 老年歯学, 26 (2) : 138, 2011. (一般社団法人日本老年歯科医学会第 22 回学術大会 2011 年 6 月 東京)
- 4) 平林正裕, 川瀬順子, 初田将大, 福井智子, 花形哲夫, 西脇恵子, 田村文誉, 菊谷武：在宅における要介護高齢者の QOL と介護者の介護負担度に影響を与える因子について. 老年歯学, 26 (2) : 147, 2011. (一般社団法人日本老年歯科医学会第 22 回学術大会 2011 年 6 月 東京)
- 5) 渡辺秀昭, 花形哲夫, 由井悟, 阿久津仁, 志村隆司, 盛池暁子, 常盤悟子, 宮下由美子, 丸山幸江, 戸原雄, 鈴木亮, 田代晴基, 久野彰子, 田村文誉, 菊谷武, 濱田了：介護予防事業の複合サービスの効果について. 老年歯学, 26 (2) : 148, 2011. (一般社団法人日本老年歯科医学会第 22 回学術大会)

会 2011 年 6 月 東京)

- 6) 田村文誉, 岡山浩美, 戸原雄, 下山陽香, 高橋賢晃, 萱中寿恵, 花形哲夫, 吉田光由, 羽村章, 菊谷武: 年齢や要介護状態が高齢者の舌に及ぼす影響. 老年歯学, 26(2): 161, 2011. (一般社団法人日本老年歯科医学会第 22 回学術大会 2011 年 6 月 東京)
- 7) 菊谷武, 町田麗子, 田代晴基, 田村文誉, 濱田了, 古西清司: 口腔内細菌数と肺炎発症との関連について. 老年歯学, 26: 197, 2011. (一般社団法人日本老年歯科医学会第 22 回学術大会 2011 年 6 月 東京)
- 8) 阿部英二, 須田牧夫, 白潟友子, 児玉実穂, 田村文誉, 菊谷武: フェニトイン投与量変更により食事摂取が著しく改善した 1 例. 老年歯学, 26(2): 252, 2011. (一般社団法人日本老年歯科医学会第 22 回学術大会 2011 年 6 月 東京)
- 9) 久野彰子, 関野愉, 菊谷武, 田村文誉, 沼部幸博: 介護老人福祉施設の歯周病検診における代表歯検査と全歯検査の比較. 老年歯学, 26(2): 224, 2011. (一般社団法人日本老年歯科医学会第 22 回学術大会 2011 年 6 月 東京)
- 10) 関野愉, 久野彰子, 菊谷武, 田村文誉, 藤田祐三, 高橋亮一, 沼部幸博: 要介護高齢者と地域在住高齢者の口腔内状況の比較. 老年歯学, 26(2): 227, 2011. (一般社団法人日本老年歯科医学会第 22 回学術大会 2011 年 6 月 東京)
- 11) 関野愉, 藤田祐三, 高橋亮一, 沼部幸博, 久野彰子, 田村文誉, 菊谷武: 要介護高齢者における介護度と歯周組織の状態との関係について. 日本歯周病学会会誌, 53 巻, 秋季特別号: 103, 2011. (一般社団法人日本老年歯科医学会第 22 回学術大会 2011 年 6 月 東京)
- 12) 西脇恵子, 埜藤奈美, 田村文誉, 菊谷武: 舌悪性腫瘍術後患者の舌の運動疲労の様態と改善過程. 第 25 回日本口腔リハビリテーション学会学術大会プログラム・抄録集, p 47, 2011. (第 25 回日本口腔リハビリテーション学会 2011 年 10 月 横浜)
- 13) 保母妃美子, 田村文誉, 菊谷武: Rett 症候群の口腔機能に関する研究. 障歯誌, 2(3): 197, 2011. (第 28 回日本障害者歯科学会総会および学術大会 2011 年 11 月 福岡)
- 14) 手島千陽, 平林正裕, 福井智子, 田村文誉, 菊谷武: 在宅療養高齢者における向精神薬服用と嚥下機能との関連. 障歯誌, 32(3): 200, 2011.
- 15) (第 28 回日本障害者歯科学会総会および学術大会 2011 年 11 月 福岡)
- 16) 白潟友子, 田村文誉, 高野宏三, 菊谷武: 関東近郊の二次医療機関における成人患者への摂食・嚥下リハビリテーションの取り組み. 障歯誌, 32(3): 351, 2011. (第 28 回日本障害者歯科学会総会および学術大会 2011 年 11 月 福岡)
- 17) 西脇恵子, 田村文誉, 菊谷武: 重度舌小帯付着異常による舌の運動障害があった発達障害児の 1 例. 障歯誌, 32(3): 434, 2011. (第 28 回日本障害者歯科学会総会および学術大会 2011 年 11 月 福岡)
- 18) Tejima C, Tamura F, Kikutani T, Ono S, Matsumoto Y: Psychoactive agent may affect swallowing function in elderly people. 59th Annual Meeting of the Japanese Association for Dental Research, Program and abstracts of papers: 86, 2011. (第 59 回国際歯科医学会日本部会, 2011 年 10 月 広島)

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

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 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。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。

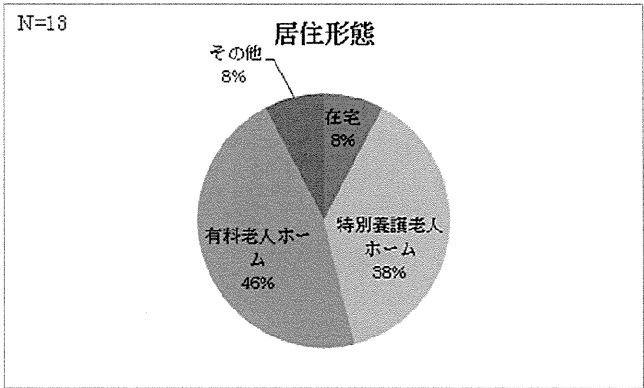
C. 研究結果及び考察

期間内に回収された評価票は 74 通で、そのうち下記の集計には経口摂取を行っていた 13 症例を用いた。対象は男性 3 名、女性 10 名、平均年齢 86.9 ± 7.7 歳（77 から 102 歳）であった。

1. 入院前の状況について

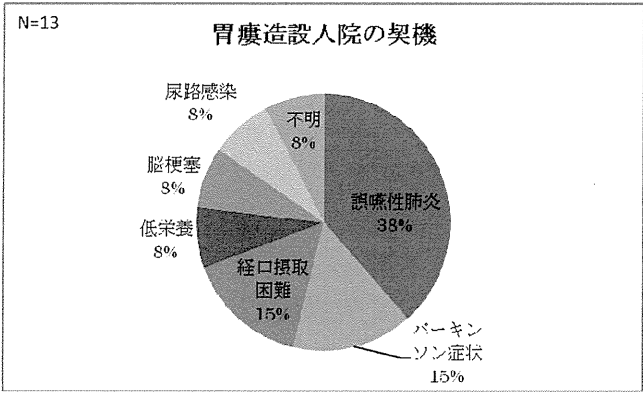
1) 居住形態

造設前の入居形態としては特別養護老人ホームと有料老人ホームが多かった。



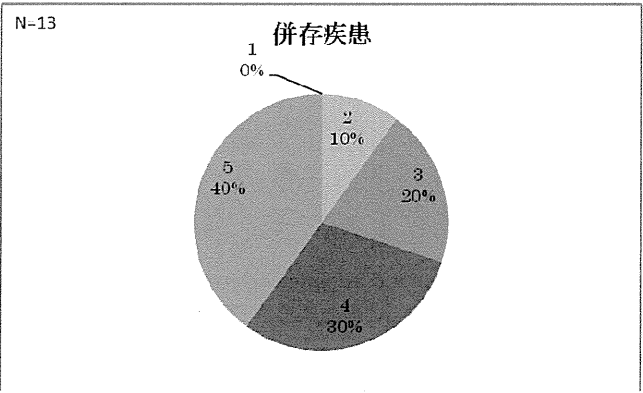
2) 胃瘻造設入院の契機

胃瘻造設入院の契機は誤嚥性肺炎が多かったが、その他パーキンソン症状、経口摂取困難、低栄養など、実際に口から食べられる量を確保することが困難となったことが入院の契機になっている場合が多いと考えられた。



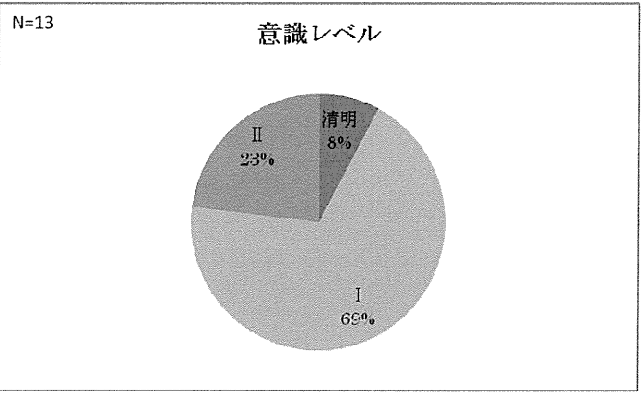
3) 併存疾患指数（チャールソンインデックス）

併存疾患数が4つもしくは5つと多くの併存疾患を持つ症例が多かった。



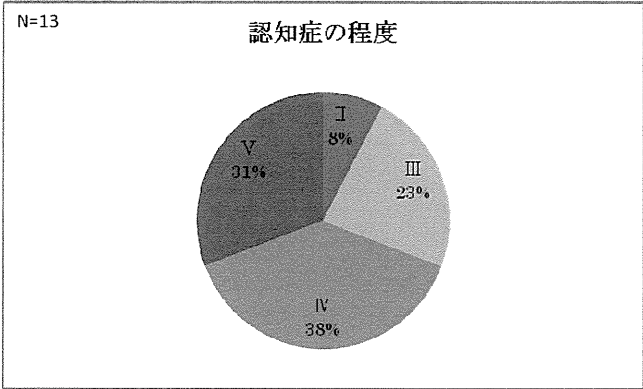
4) 意識レベル（JCS : Japan Coma Scale）

意識レベルは1桁が約7割で清明も1割程度存在し、比較的良好な症例が多かった。



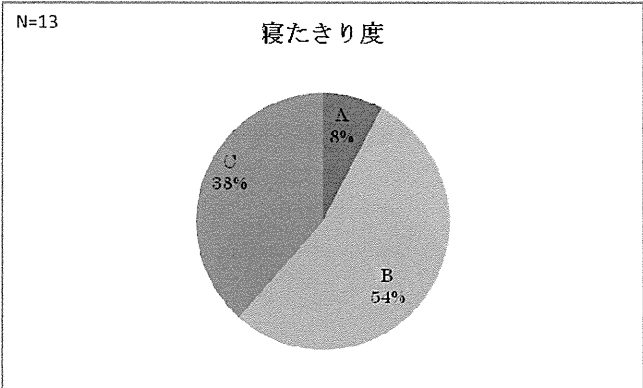
5) 認知症高齢者の日常生活自立度（認知症の程度）

認知症の程度はⅣの常に介護を必要とするレベル、もしくはⅤの専門医療を必要とするレベルとされた症例が多く、重篤な状態であっても経口摂取を継続している場合が多かったと考えられた。



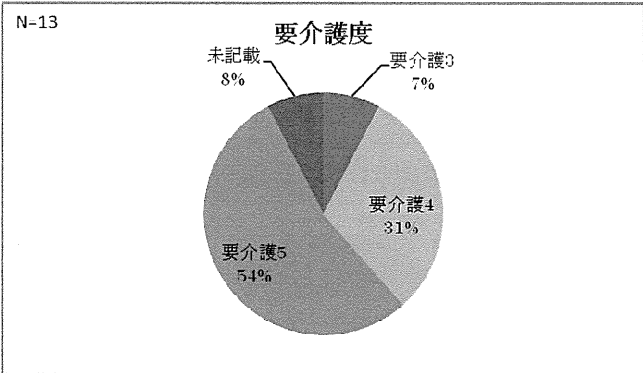
6) 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）

寝たきり度はBの座位を保てるレベルが多く、Cの一日中ベッドで過ごすレベルが次いだ。



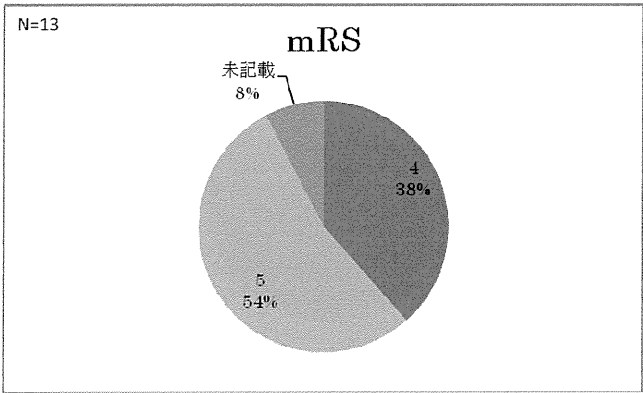
7) 要介護度

要介護度は最重度の5が多かった。身体的には座位を保てるレベルが多かったことを考えると、認知症の症状により介護度が重篤化していることが多かったことが推察された。



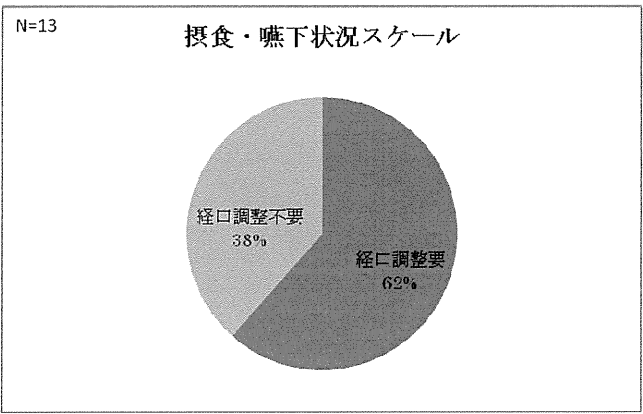
8) モディファイドランキンスケール (mRS: Modified Rankin Scale)

4 の高度の障害があるレベル、5 の常に介護が必要な状態にあるレベルが多く、身体的な問題だけではなく、認知面の問題により介護が必要な症例が多いと考えられた。



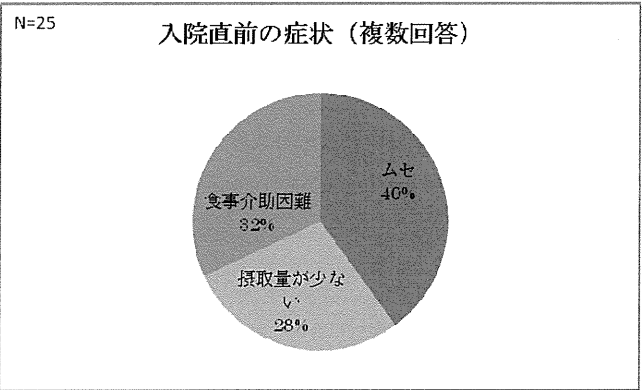
9) 摂食・嚥下状況スケール

調整した食事を行っている症例が多かったが、ほぼ常食に近い物を食べている症例も約 4 割存在したため、患者の摂食・嚥下機能低下にあわせた食事が提供されていなかった場合があることが推察された。

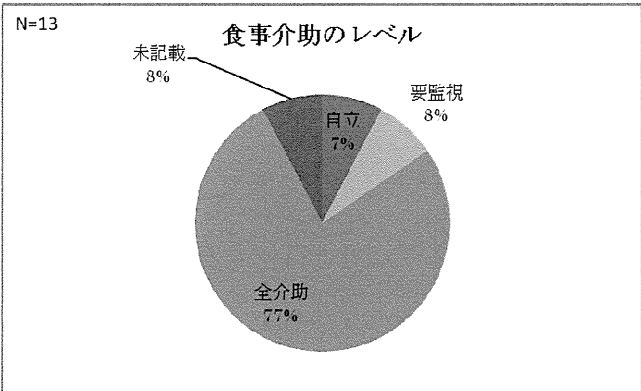


10) 入院直前の症状 (複数回答)

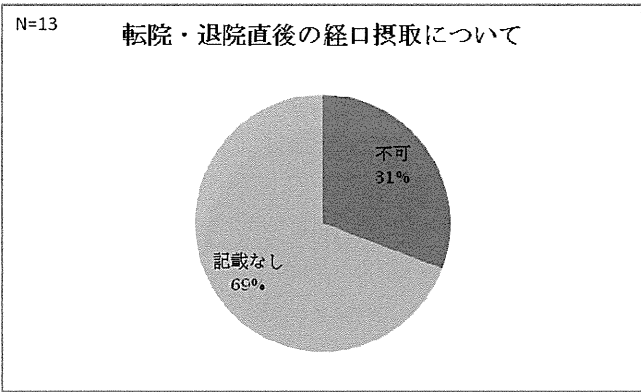
摂食・嚥下に関する入院直前の症状としてはムセが多く、その他、摂取量の低下、食事介助困難があげられた。いずれにしても、患者の摂食・嚥下機能低下にあわせた食事内容や、食事介助方法が行われるようにすることが重要であると考えられた。



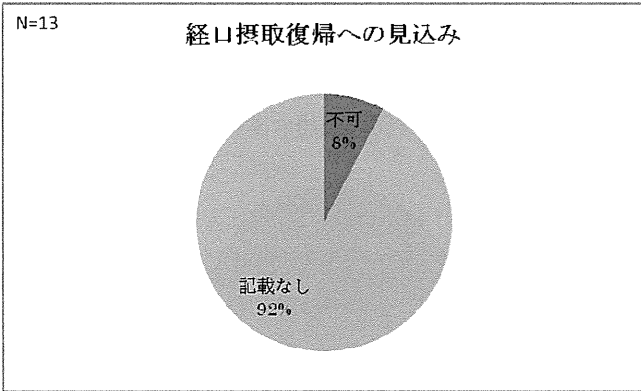
11) 食事介助のレベル
全介助が最多であった。



12) 転院・退院直後の経口摂取について
退院後直後に経口摂取が可能との指示が出た症例はいなかった。ただし、可不可について触れていないものが約7割であった。

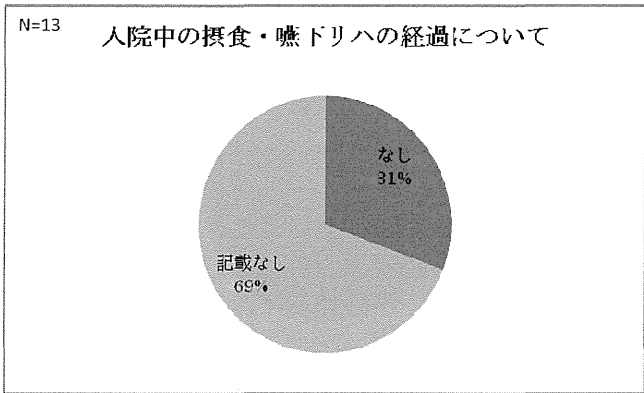


13) 経口摂取復帰への見込み
退院時に経口摂取復帰への見込みがないとの指示があった患者は約1割で、その他については記載がなかったため、入院中に摂食・嚥下機能の評価が行われることはほとんどないことが推察された。



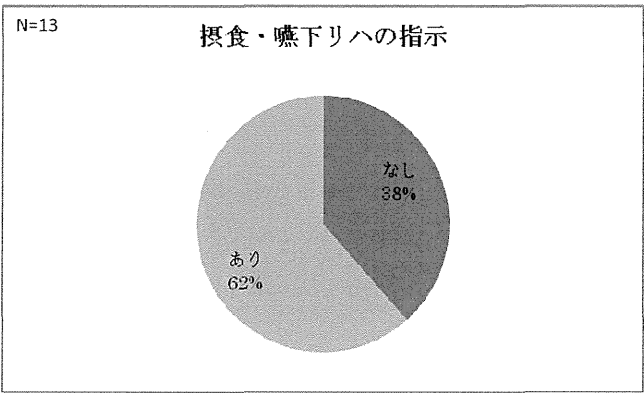
14) 入院中の摂食・嚥下リハの経過について

嚥下リハを行わなかったのが3割、記載なしが7割であった。上記と併せて考えても、入院中にリハビリが行われた症例はいなかった。



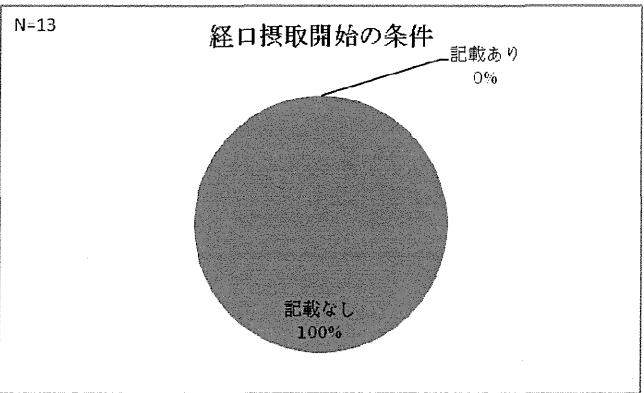
15) 転院・退院後の摂食・嚥下リハの指示

退院後の摂食・嚥下リハの指示が出ているというのが6割を超えたものの、前述のように入院中の嚥下リハに対する記載がなかったものが7割であったため、経過を踏まえたリハビリテーションを行うには十分な情報提供がなされているとは考えづらかった。



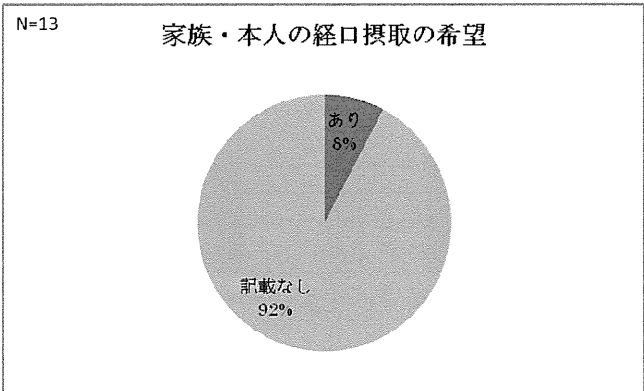
16) 経口摂取開始の条件

経口摂取開始の条件についての記載は1例もなかった。前述と併せて考えると、入院中の嚥下の状況の経過はほぼ不明もしくはリハビリ無しで、退院・転院直後の経口摂取の可否にはほぼ指示なしもしくはなし、しかし、転院・退院後のリハビリの指導は多くになされているが、経口摂取開始の条件については前例が未記載であるという結果であった。胃瘻の管理についての状況だけではなく、摂食・嚥下のリハビリについての情報提供がなされていない、もしくは実際に嚥下機能評価が行われることはほぼないであろうことが推察された。



17) 家族もしくは本人の経口摂取の希望

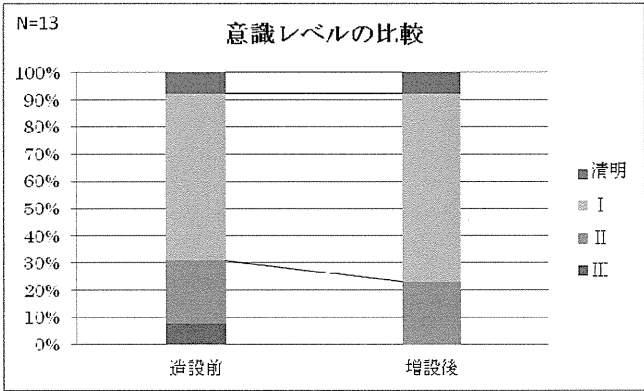
記載なしが9割を超えたため、家族や本人に経口摂取に対してどのような意識をもっているかについてはほとんど聴取されることはなかった。逆に、聴取された全例は経口摂取に対する希望があった。



2. 入院直前と退院直後の状況の比較

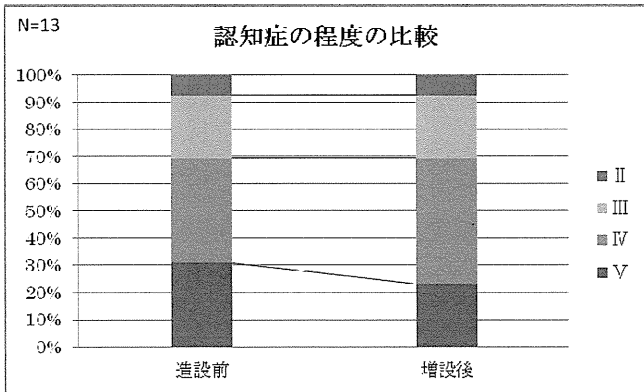
1) 意識レベル（JCS：Japan Coma Scale）の比較

増設後に1桁がやや増えたが、大きな差はなかった。

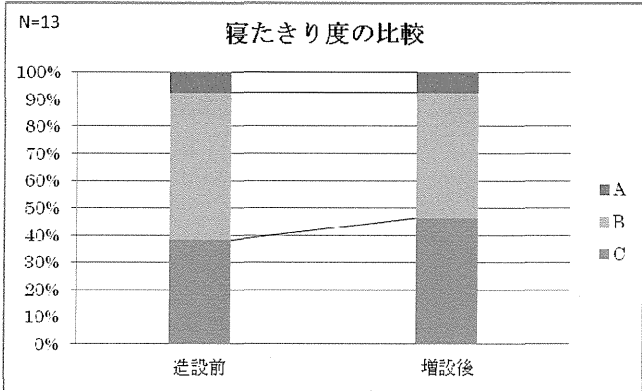


2) 認知症高齢者の日常生活自立度（認知症の程度）の比較

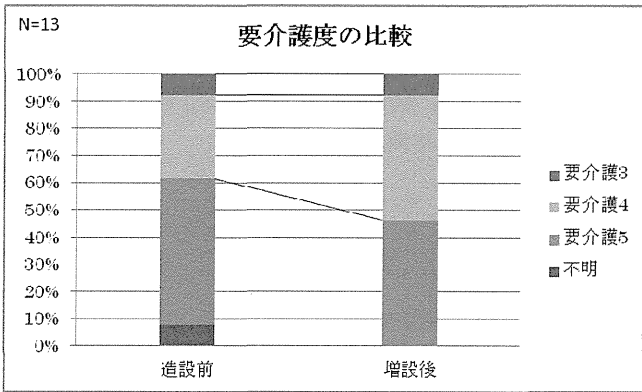
最重度がやや減少したが大きな差はなかった。



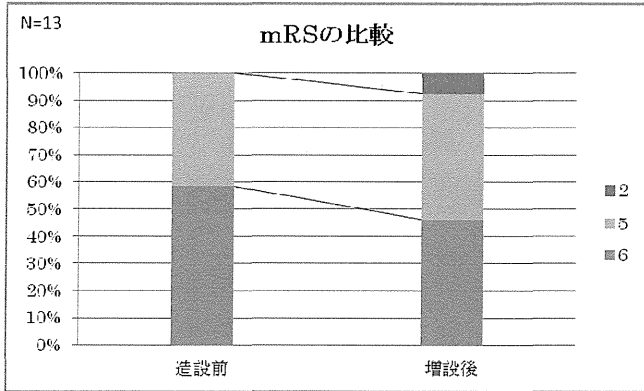
3) 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）
最重度がやや増加したが大きな差はなかった。



4) 要介護度の比較
経口摂取が不可能になったにも関わらず一部軽度化していた理由は不明であるが、大きな差はないものの一部が軽度化していた。

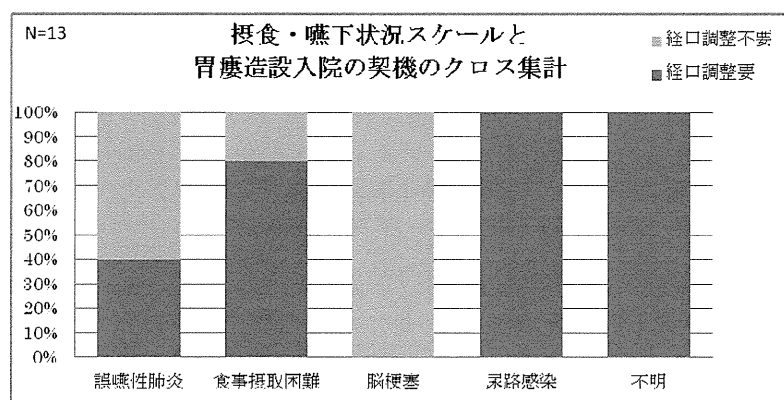


5) モディファイドランキンスケール（mRS : Modified Rankin Scale）の比較
大きな差はないが、こちらも理由は不明だが一部軽度化していた。



3. 摂食・嚥下状況スケールと胃瘻造設入院の契機のカロス集計

パーキンソン症状、経口摂取困難と低栄養を食事摂取困難とまとめて、摂食・嚥下状況スケールとカロス集計を行った。その結果、誤嚥性肺炎が原因であったものの多くは入院前に常食摂取し、食事摂取が困難であったものの多くは調整した食事を摂取していた。経口摂取を継続するためには患者の摂食・嚥下機能にあわせた食事内容の提供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、認知症の程度は重いものの、意識レベルは比較的良好で座位を保てるくらいの症例に対して誤嚥性肺炎や食事摂取が困難となり胃瘻造設にいたった症例が多かった。退院時には嚥下リハに関する指示が出ている場合が多いとのことであったが、入院中の嚥下リハの経過や退院後の経口摂取開始の条件についてはほとんど触れられておらず、また本人や家族の経口摂取に対する希望が聴取されているとは考えられなかった。誤嚥性肺炎や食事摂取困難を原因として入院する場合、退院時に経口摂取に関する情報が提供されづらいと考えられた。

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, 中山洸利, 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ばむらさき, 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一見逃しやすい疾患を中心に, *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在宅療養者の食を支える地域連携を進めるために, 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在宅療養者の食を支える地域連携を進めるために, 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在宅療養者の食を支える地域連携を進めるために, 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腸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, 野原のこ, 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胃瘻交換の際の摂食・嚥下機能の推移
ー初回評価についてー

分担研究 植田耕一郎 日本大学歯学部摂食機能療法学講座 教授

研究要旨

在宅や施設などで胃瘻からの栄養摂取を行っており、胃瘻交換のために外来受診した際に嚥下機能評価を行った。その結果、嚥下障害のスクリーニングテストである改訂水飲みテストで 12%が誤嚥なし、フードテストで 16%が誤嚥なしであった。胃瘻交換場面で嚥下の機能評価を行うことで、経口摂取可能な患者を拾い出すことが可能となると考えられた。

さらに改訂水飲みテストで誤嚥有無を判定し、その他の要因と比較したところ、認知症の程度、寝たきり度、mRS、構音、発声、痰、経口摂取可不可に有意差がみられたが、胃瘻交換回数、JCS、誤嚥性肺炎の既往、誤嚥性肺炎の頻度、BMI、口腔衛生状態には有意差が見られなかった。認知機能、身体機能、口腔機能などに問題が少ない場合には、積極的に経口摂取再開の可能性を評価することが重要であると考えられた。

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、胃瘻造設後に通院および在宅等で胃瘻を定期的に交換する際に嚥下機能評価を行うことで、患者の状況に変化がみられるかを調査する。ここでは初回に評価を行った結果をまとめることにより問題点などを抽出する。

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 A 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いる症例である。胃瘻交換の際に嚥下機能評価を行った結果のうち、初回の嚥下機能評価結果および患者の状況をここにまとめる。送付先は胃瘻交換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。

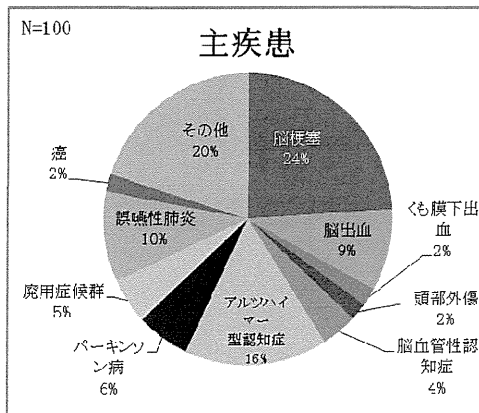
C. 研究結果及び考察

期間内に回収された評価票は 115 通であった。対象は男性 37 名、女性 78 名、平均年齢 82.1 ± 11.5 歳 (36 から 105 歳) であった。

(1) 単純集計

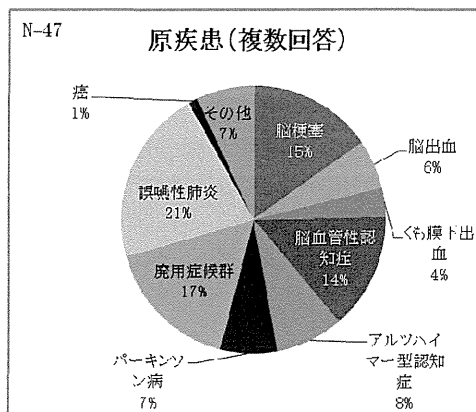
1. 主疾患

患者の主疾患は脳梗塞が最多の 24%で、アルツハイマー型認知症が 16%とそれに次いだ。その他にも脳に関連する疾患を合わせると半数を超えた。また、疾患ではなく廃用症候群によるものも 5%存在した。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。



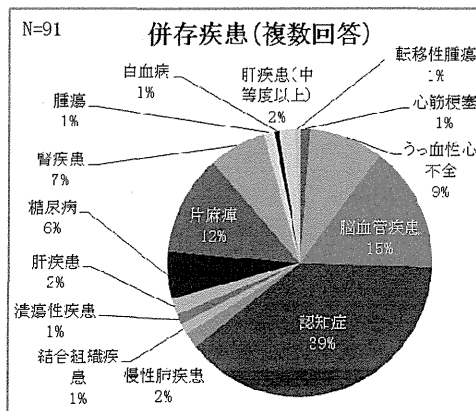
2. 原疾患

原疾患には誤嚥性肺炎が最多の21%であった。廃用症候群、脳梗塞、脳血管性認知症がそれに次いだ。誤嚥性肺炎が多かったことから、誤嚥性肺炎の有無が胃瘻選択の基準になっている可能性がうかがえた。

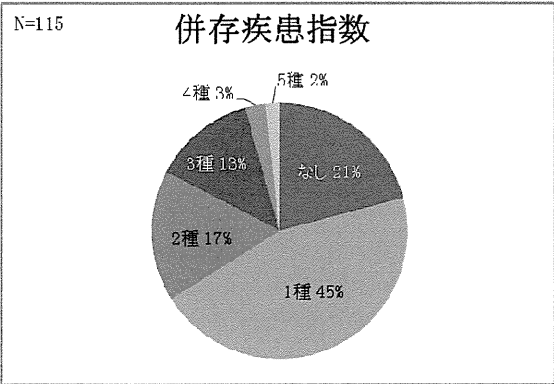


3. 併存疾患

併存疾患には認知症が39%と多数を占めた。認知症の多くは進行性であり意思疎通が困難になることが予測される。今後はこれら患者のリビングウィルや家族の希望が重要となってくる可能性が考えられた。

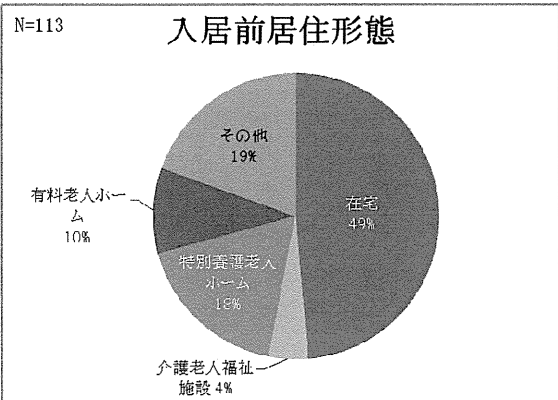


併存疾患指数は1種が45%と約半数を占めた。多くの患者が嚥下障害の原因以外の疾患も有しており、嚥下リハや胃瘻からの離脱を困難としている可能性がうかがえた。



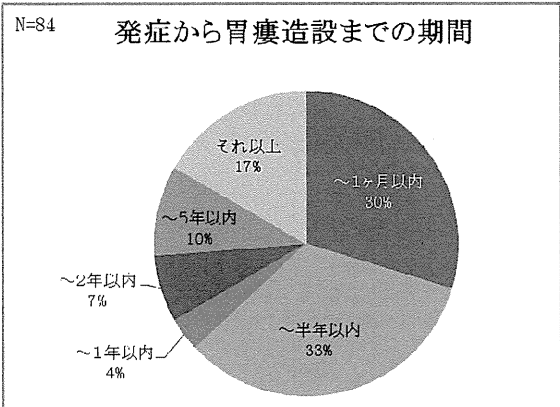
4. 入院前居住形態

入院前居住形態は在宅が49%とほぼ半数であった。特別養護老人ホームが18%とそれに次いだ。リハ職種の関与が少ないところが多く、嚥下リハ施行の困難さがうかがえた。介護老人保健施設等の中間施設が少なかったことから、慢性期の患者が多い傾向がうかがえた。



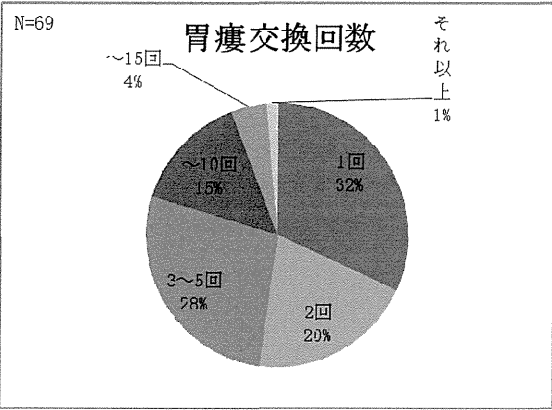
5. 発症から胃瘻増設までの期間

発症から胃瘻造設までの期間は半年以内が最多の33%、1か月以内が30%とそれに次いだ。



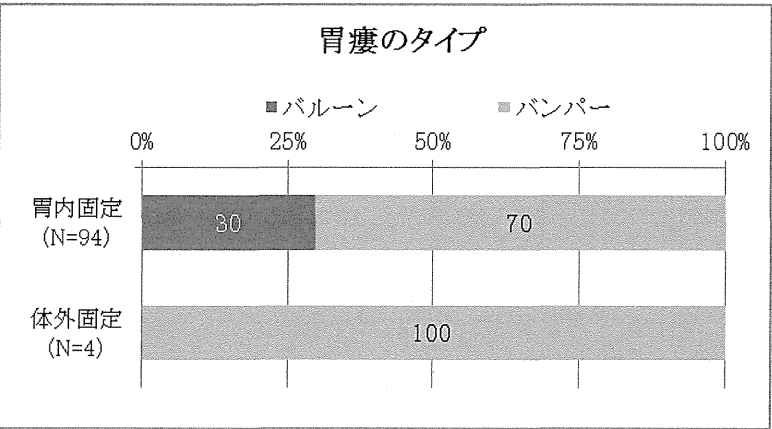
6. 胃瘻交換回数

初回の調査の時点での胃瘻交換の回数が何回目であるのかを調べたところ、1 回目が 32%、2 回目が 20%と胃瘻になってから比較的日の浅い患者が約半数であった。交換回数が 10 回を超えていた患者は合計 4%であった。今回のサンプリングの偏りもあるが胃瘻にしてからの期間が短い患者が多く、まだ慢性期に入って間もない患者も含まれている可能性がうかがえた。



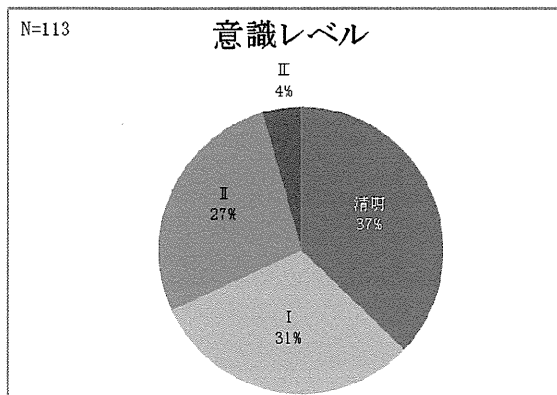
7. 胃瘻のタイプ

胃瘻のタイプは体内固定が 96%と大多数であった。またそのうち 70%がバンパーであった。



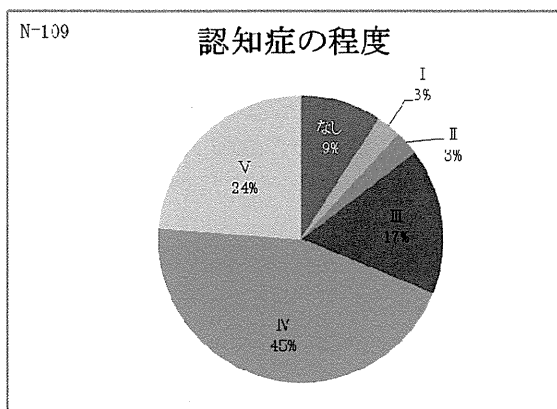
8. JCS

JCS は清明が最多の 37%、I が 31%とそれに次いだ。覚醒状態が良好な患者が多かった。今回の調査では病院が多かったことも、覚醒状態が良好な患者が多かった理由の一つと考えられた。覚醒状態が低い患者は、訪問診療や療養型病院での交換が選択されている可能性もうかがえた。



9. 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 45%と最多で、Vの専門医療を必要とするレベルが 24%とそれに次いだ。上記と併せて考えると覚醒状態は良好であっても認知に問題のある患者が多かった。認知症の程度からは意思疎通が困難な症例が多く、胃瘻造設後の“訓練”という意味での嚥下リハが困難であると考えられ、胃瘻からの離脱の困難さがうかがえた。



10. 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が 77%と最多であった。身体機能の低下している患者が多いことから、リハビリの必要性が高いと考えられた。反対に、活動性が高い患者は胃瘻の適応となっていない可能性が考えられた。

