

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

嚥下訓練による嚥下機能改善効果の検討

分担研究者 早坂 信哉 大東文化大学 スポーツ・健康科学部 准教授

研究要旨

- ・ 調査票Bのデータ解析を行った。
- ・ 調査票Bのデータを用いてリハビリを実施している者の嚥下機能（反復唾液嚥下テストRSST、改訂水飲みテストMWST、フードテストFT）、嚥下機能が良好な時の嚥下内視鏡評価（PAS）及び摂食・嚥下臨床的重症度分類（DSS）のリハビリ前後（調査1回目、2回目）の変化の検討をおこなった。
- ・ RSSTの回数は2回目で有意に増加し改善していた。
- ・ MWSTの結果、2回目で改善傾向にあったが有意差はなかった。
- ・ FTの結果、2回目で改善傾向にあったが有意差はなかった。
- ・ PASの結果、2回目で有意に改善していた。
- ・ 摂食・嚥下臨床的重症度分類の結果、2回目で改善傾向にあったが有意差はなかった。
- ・ 以上のように、各種嚥下機能評価項目で改善傾向が認められた。嚥下リハビリによって嚥下機能の維持改善効果があると考えられた。

A. 研究目的

胃瘻患者は、嚥下リハビリテーション（以下リハビリ）を受けずにそのまま永久的に胃瘻となっている患者もいる一方、リハビリを受けて嚥下機能が改善する者もいる。リハビリを受けている者の嚥下機能の変化を観察することを目的とした。

B. 研究方法

調査票Bのデータを用いてリハビリを実施している者の嚥下機能（RSST、MWST、FT）、嚥下機能が良好な時の嚥下内視鏡評価（PAS）及び摂食・嚥下臨床的重症度分類（DSS）の変化の検討をおこなった。調査1回目と2回目の経時的变化について前後差を求めた後、RSSTの回数はt検定を、その他の順序尺度についてはクロス集計を行いWilcoxonの符号付き順位検定で検討した。

C. 研究結果及び考察

全209例のうち2回以上嚥下機能調査のある127例を解析対象とした。年齢は79.2±9.9歳（平均±標準偏差）、追跡期間は86.1±102.6日だった。

1. RSSTの変化

1.1 RSST1回目とRSST2回目の前後差

悪化した者が9.1%、不変の者が63.6%、改善した者が27.3%だった。

統計量

RSST前後差

度数	有効	33
	欠損値	94
平均値		.333
標準偏差		.8898

RSST前後差

	度数	パーセン ト	有効パーセン ト	累積パーセン ト
-1.0	3	2.4	9.1	9.1
.0	21	16.5	63.6	72.7
有効 1.0	5	3.9	15.2	87.9
2.0	3	2.4	9.1	97.0
3.0	1	.8	3.0	100.0
合計	33	26.0	100.0	
欠損値 システム欠損 値	94	74.0		
合計	127	100.0		

1.2 RSST1回目とRSST2回目の平均値の比較

t検定の結果、2回目で有意にRSST回数が増加（改善）していた。

対応サンプルの統計量

		平均値	N	標準偏差	平均値の標準誤差
ペア 1	RSST回数（初回）	1.636	33	1.2703	.2211
	RSST回数（2回目）	1.970	33	1.3803	.2403

対応サンプルの検定

	対応サンプルの差					t 値	自由度	有意確率 (両側) 有意確率(両 側)
	平均値	標準偏 差	平均値の標 準誤差	差の 95% 信頼 区間				
				下限	上限			
ペア 1 RSST回数（2回目） - RSST回数（初回）	.3333	.8898	.1549	.0178	.6488	2.152	32	.039

2 MWSTの比較

2.1 MWST1回目と2回目の前後差

悪化した者が16.1%、不変の者が65.6%、改善した者が18.3%だった。

統計量

MWST前後差

有効 度数	93
欠損値	34
平均値	.065
標準偏差	1.4950

MWST前後差

	度数	パーセン ト	有効パーセン ト	累積パーセン ト
-4.0	3	2.4	3.2	3.2
-3.0	3	2.4	3.2	6.5
-2.0	2	1.6	2.2	8.6
-1.0	7	5.5	7.5	16.1
有効 .0	61	48.0	65.6	81.7
1.0	8	6.3	8.6	90.3
2.0	3	2.4	3.2	93.5
4.0	6	4.7	6.5	100.0
合計	93	73.2	100.0	
欠損値 システム欠損 値	34	26.8		
合計	127	100.0		

2. 2 MWST1回目と2回目の割合の比較

2回目で高得点者が増えていたが Wilcoxon の符号付き順位検定では有意差はなかった。

MWST (初回) と MWST (2回目) のクロス表

		MWST (2回目)						合計
		.0	1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	
.0	度数	12	2	0	0	5	0	19
	MWST (初回) の %	63.2%	10.5%	0.0%	0.0%	26.3%	0.0%	100.0%
MWST (初回)	MWST (2回目) の %	63.2%	40.0%	0.0%	0.0%	22.7%	0.0%	20.4%
	1.0	度数	1	3	0	0	0	1
	MWST (初回) の %	20.0%	60.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	100.0%

	MWST (2回目)の%	5.3%	60.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%	5.4%
	度数	0	0	1	0	0	0	1
2.0	MWST (初回)の%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	MWST (2回目)の%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%
	度数	3	0	3	29	5	3	43
3.0	MWST (初回)の%	7.0%	0.0%	7.0%	67.4%	11.6%	7.0%	100.0%
	MWST (2回目)の%	15.8%	0.0%	60.0%	87.9%	22.7%	33.3%	46.2%
	度数	3	0	1	3	12	1	20
4.0	MWST (初回)の%	15.0%	0.0%	5.0%	15.0%	60.0%	5.0%	100.0%
	MWST (2回目)の%	15.8%	0.0%	20.0%	9.1%	54.5%	11.1%	21.5%
	度数	0	0	0	1	0	4	5
5.0	MWST (初回)の%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	80.0%	100.0%
	MWST (2回目)の%	0.0%	0.0%	0.0%	3.0%	0.0%	44.4%	5.4%
	度数	19	5	5	33	22	9	93
合計	MWST (初回)の%	20.4%	5.4%	5.4%	35.5%	23.7%	9.7%	100.0%
	MWST (2回目)の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

3 FTの比較

3.1 FT1回目と2回目の前後差

悪化した者が11.7%、不変の者が68.4%、改善した者が19.9%だった。

統計量

FT前後差

度数	有効	95
	欠損値	32
平均値		.137
標準偏差		1.3496

FT前後差

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
-4.0	1	.8	1.1	1.1
-3.0	3	2.4	3.2	4.2
-2.0	5	3.9	5.3	9.5
-1.0	2	1.6	2.1	11.6
.0	65	51.2	68.4	80.0
1.0	11	8.7	11.6	91.6

2.0	2	1.6	2.1	93.7
3.0	1	.8	1.1	94.7
4.0	5	3.9	5.3	100.0
合計	95	74.8	100.0	
欠損値 システム欠損値	32	25.2		
合計	127	100.0		

3. 2 FT1回目と2回目の割合の比較

クロス集計では2回目の4, 5点の者の割合が増えていたがWilcoxon の符号付き順位検定では有意差はなかった。

FT (初回) と FT (2回目) のクロス表

		FT (2回目)						合計
		1.0	1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	
.0	度数	9	1	0	1	5	0	16
	FT (初回) の %	56.3%	6.3%	0.0%	6.3%	31.3%	0.0%	100.0%
1.0	FT (2回目) の %	64.3%	20.0%	0.0%	5.9%	11.1%	0.0%	16.8%
	度数	1	2	0	0	0	0	3
1.0	FT (初回) の %	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	FT (2回目) の %	7.1%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.2%
FT (初回) 3.0	度数	3	2	0	14	6	2	27
	FT (初回) の %	11.1%	7.4%	0.0%	51.9%	22.2%	7.4%	100.0%
3.0	FT (2回目) の %	21.4%	40.0%	0.0%	82.4%	13.3%	16.7%	28.4%
	度数	1	0	2	1	34	4	42
4.0	FT (初回) の %	2.4%	0.0%	4.8%	2.4%	81.0%	9.5%	100.0%
	FT (2回目) の %	7.1%	0.0%	100.0%	5.9%	75.6%	33.3%	44.2%
5.0	度数	0	0	0	1	0	6	7
	FT (初回) の %	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	85.7%	100.0%
5.0	FT (2回目) の %	0.0%	0.0%	0.0%	5.9%	0.0%	50.0%	7.4%
	度数	14	5	2	17	45	12	95
合計	FT (初回) の %	14.7%	5.3%	2.1%	17.9%	47.4%	12.6%	100.0%
	FT (2回目) の %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

4 PASの比較

4. 1 PAS1回目と2回目の前後差

悪化した者が7.0%、不変の者が77.5%、改善した者が15.5%だった。

統計量

PAS 良好時前後差

有効	71
度数	欠損値 56
平均値	-.225
標準偏差	1.9361

PAS 良好時前後差

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
-7.0	1	.8	1.4	1.4
-6.0	1	.8	1.4	2.8
-5.0	1	.8	1.4	4.2
-4.0	1	.8	1.4	5.6
-3.0	1	.8	1.4	7.0
有効 -2.0	5	3.9	7.0	14.1
-1.0	1	.8	1.4	15.5
.0	55	43.3	77.5	93.0
2.0	3	2.4	4.2	97.2
7.0	2	1.6	2.8	100.0
合計	71	55.9	100.0	
欠損値 システム欠損値	56	44.1		
合計	127	100.0		

4.2 PAS1回目と2回目の割合の比較

クロス集計では2回目で1点（良好）の者の割合が増えたが、Wilcoxon の符号付き順位検定では有意差はなかった。

PAS良好時（初回）とPAS良好時（2回目）のクロス表

		PAS良好時（2回目）							合計
		1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	6.0	8.0	
PAS良好時（初回）	度数	48	0	3	0	0	0	2	53
	PAS良好時（初回）の%	90.6%	0.0%	5.7%	0.0%	0.0%	0.0%	3.8%	100.0%
	PAS良好時（2回目）の%	85.7%	0.0%	42.9%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	74.6%
	度数	0	1	0	0	0	0	0	1
	PAS良好時（初回）の%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	PAS良好時（2回目）の%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%
PAS良好時（初回）	度数	4	0	2	0	0	0	0	6
	PAS良好時（初回）の%	66.7%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

	P A S 良好時（2回目） の %	7.1%	0.0%	28.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8.5%
	度数	0	0	0	1	0	0	0	1
4.0	P A S 良好時（初回） の %	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	P A S 良好時（2回目） の %	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%
	度数	1	0	1	0	1	0	0	3
5.0	P A S 良好時（初回） の %	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	P A S 良好時（2回目） の %	1.8%	0.0%	14.3%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	4.2%
	度数	1	0	1	0	0	2	0	4
6.0	P A S 良好時（初回） の %	25.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	100.0%
	P A S 良好時（2回目） の %	1.8%	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	5.6%
	度数	1	0	0	0	0	1	0	2
7.0	P A S 良好時（初回） の %	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	100.0%
	P A S 良好時（2回目） の %	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	2.8%
	度数	1	0	0	0	0	0	0	1
8.0	P A S 良好時（初回） の %	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	P A S 良好時（2回目） の %	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%
	度数	56	1	7	1	1	3	2	71
合計	P A S 良好時（初回） の %	78.9%	1.4%	9.9%	1.4%	1.4%	4.2%	2.8%	100.0%
	P A S 良好時（2回目） の %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

5 摂食・嚥下臨床的重症度分類（DSS）

5.1 摂食・嚥下臨床的重症度分類1回目と2回目の前後差

悪化した者が 20.0%、不変の者が 58.7%、改善した者が 21.3%だった。

統計量

摂食嚥下障害重症度分類前
後差

度数	有効	75
	欠損値	52
平均値		.013
標準偏差		1.0066

摂食嚥下障害重症度分類前後差

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
-2.0	7	5.5	9.3	9.3
-1.0	8	6.3	10.7	20.0
.0	44	34.6	58.7	78.7
有効 1.0	10	7.9	13.3	92.0
2.0	5	3.9	6.7	98.7
3.0	1	.8	1.3	100.0
合計	75	59.1	100.0	
欠損値 システム欠損値	52	40.9		
合計	127	100.0		

5. 2 摂食・嚥下臨床的重症度分類 1 回目と 2 回目の割合の比較

全体として 2 回目に重症度の軽い（点数の高い）者の割合が高くなったが Wilcoxon の符号付き順位検定では有意差はなかった。

摂食嚥下障害重症度分類（初回） と 摂食嚥下障害重症度分類（2 回目） のクロス表

		摂食嚥下障害重症度分類（2 回目）							合計
		1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	6.0	7.0	
1.0	度数	1	1	1	0	0	0	0	3
	摂食嚥下障害重症度分類（初回） の %	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
2.0	摂食嚥下障害重症度分類（2 回目） の %	50.0%	10.0%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%
	度数	0	5	2	0	0	0	0	7
3.0	摂食嚥下障害重症度分類（初回） の %	0.0%	71.4%	28.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	摂食嚥下障害重症度分類（2 回目） の %	0.0%	50.0%	8.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.3%
4.0	度数	1	4	17	2	1	1	0	26
	摂食嚥下障害重症度分類（初回） の %	3.8%	15.4%	65.4%	7.7%	3.8%	3.8%	0.0%	100.0%
5.0	摂食嚥下障害重症度分類（2 回目） の %	50.0%	40.0%	73.9%	13.3%	7.1%	10.0%	0.0%	34.7%
	度数	0	0	2	6	3	3	0	14
6.0	摂食嚥下障害重症度分類（初回） の %	0.0%	0.0%	14.3%	42.9%	21.4%	21.4%	0.0%	100.0%
	摂食嚥下障害重症度分類（2 回目） の %	0.0%	0.0%	8.7%	40.0%	21.4%	30.0%	0.0%	18.7%
7.0	度数	0	0	1	2	10	1	0	14
	摂食嚥下障害重症度分類（初回） の %	0.0%	0.0%	7.1%	14.3%	71.4%	7.1%	0.0%	100.0%

6.0	摂食嚥下障害重症度分類（2回目）の%	0.0%	0.0%	4.3%	13.3%	71.4%	10.0%	0.0%	18.7%
	度数	0	0	0	5	0	5	1	11
	摂食嚥下障害重症度分類（初回）の%	0.0%	0.0%	0.0%	45.5%	0.0%	45.5%	9.1%	100.0%
	摂食嚥下障害重症度分類（2回目）の%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	50.0%	100.0%	14.7%
	度数	2	10	23	15	14	10	1	75
	摂食嚥下障害重症度分類（初回）の%	2.7%	13.3%	30.7%	20.0%	18.7%	13.3%	1.3%	100.0%
合計	摂食嚥下障害重症度分類（2回目）の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

D. 結論

- ・ 調査票Bのデータを用いてリハビリを実施している者の嚥下機能（RSS T, MWST, FT）、嚥下機能が良好な時の嚥下内視鏡評価（PAS）及び摂食・嚥下臨床的重症度分類（DSS）の変化の検討をおこなった。
- ・ RSS Tの回数は2回目で有意に増加し改善していた。
- ・ MWSTの結果、2回目で改善傾向にあったが有意差はなかった。
- ・ FTの結果、2回目で改善傾向にあったが有意差はなかった。
- ・ PASの結果、2回目で有意に改善していた。
- ・ 摂食・嚥下臨床的重症度分類の結果、2回目で改善傾向にあったが有意差はなかった。
- ・ 以上のように、各種嚥下機能評価項目で改善傾向が認められた。嚥下リハビリによって嚥下機能の維持改善効果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, 柴田斉子, 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⑥ー胃瘻選択基準と退院時指導についてー, 第19回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会, 川際医福祉大学, 倉敷市, 岡山県, 2013年9月22-23日
- 2) 戸原玄, 野原幹司, 柴田斉子, 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⑤ー胃瘻交換時の嚥下機能評価の有用性ー, 第19回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会, 川際医福祉大学, 倉敷市, 岡山県, 2013年9月22-23日
- 3) 早坂信哉, 戸原玄, 才藤栄一, 東口高志, 植田耕一郎, 菊谷武, 近藤和泉: 慢性期の嚥下リハビリテーションの嚥下内視鏡検査評価指標の改善に関する因子, 第19回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会, 川際医福祉大学, 倉敷市, 岡山県, 2013年9月22-23日

G. 知的財産権の出願・登録状況

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
	森 寛子	東京都健康長寿医療センター研究所	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	東京医科歯科大学歯学部高齢者歯科学分野	准教授

A. 研究目的

「食ること」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、「口から食すること」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と、胃ろうの原因疾患の主流である脳卒中患者の主介護者を設定し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。分析結果をもとに、継続的比較法に依拠した次回以降のデータ収集を検討することとした。質的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てください。
- 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

平成 25 年 1 月に、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 名を対象に第 1 回 FGI を実施した。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。森、内藤、石山が逐語録の内容分析を担当し、Atlas.ti を用いて検討を進めた。逐語録を Atlas.ti に取り込んで言語データに変換した後、データを切片化しそれぞれにコードを付与する、質研究の初期分析を実施した。分析者は独立して分析を担当し、分析終了後、結果について分析者間の合意形成をおこなった。

5 名の言語データの切片数は、それぞれ 177、171、112、165、162 であった。言語データに付与されたオープンコードは 93 コードであった。その内容を表 1 に示す。93 コードの中から上位カテゴリにまとめられるものをコードファミリーとしたところ、「医療肯定」「医療否定」「思い肯定」「思い否定」「啓発」「口腔」の 6 つのファミリーが形成された。

さらに、この分析内容を研究者間で討議を行い、継続的比較法にもとづいた第 2 回 FGI によるデータ集収集を平成 25 年 10 月に実施した。胃ろうの原因疾患は脳卒中に特化した自宅療養者の主介護者 6 名を対象とした。とし、男性 1 名、女性 5 名で、患者との間柄は配偶者 3 名、娘 3 名であった。第 1 回と同様、インタビューガイドをもとに、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。森と内藤が独立して言語データの内容分析をおこない、現在、分析者間の合意形成を進めている。

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、独立した 2 名で第 2 回 FGI の言語データを分析、合意形成中である。

来年度は、第 3 回 FGI 実施によって初期分析結果を充実させ、概念の抽象化から飽和に至るまでの一連の作業を完了させる予定である。質的な検討結果をもとに、介護者の QOL 維持・向上と摂食・嚥下リハビリテーションのかかわりについて、次段階の検討につなげていきたいと考えている。

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) 戸原玄, 阿部仁子, 中山潤利, 和田聡子, 佐藤光保, 井上統温, 植田耕一郎: 歯科医療従事者による胃瘻患者への摂食・嚥下リハビリテーションの可能性, 歯会展望 22(4): 746-754, 2013
- 2) 戸原玄, 阿部仁子, 中山潤利, 和田聡子, 佐藤光保, 井上統温, 植田耕一郎: 胃瘻患者の経口摂取再会への道筋を考えるー在宅療養中の胃瘻患者への摂食・嚥下リハビリテーションの実際ー, デンタルハイジーン 33(10): 114-118, 2013
- 3) 戸原玄, 阿部仁子, 中山潤利, 植田耕一郎: 摂食・嚥下の簡便なスクリーニングと専門医療機関との連携, 東京都歯科医師会雑誌 61(9): 3-10, 2013
- 4) 戸原玄, 阿部仁子, 中山潤利, 和田聡子, 佐藤光保, 井上統温, 植田耕一郎: 摂食・嚥下障害の評価と訓練の実際, 日本味と匂学雑誌 20(2): 111-120, 2013
- 5) 戸原玄, 阿部仁子, 中山潤利, 植田耕一郎: 摂食・嚥下障害への対応ー摂食・嚥下障害の評価と訓練ー, 日本補綴歯科学会雑誌 5(3): 265-271, 2013

2. 学会発表

- 1) 石山寿子, 戸原玄, 森寛子, 内藤真理子, 阿部仁子, 植田耕一郎, 近藤和泉: 経管栄養を行っている頭部外傷患者の在宅介護者における摂食・嚥下リハビリテーションの意義の検討: 第19回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会, 川際医福祉大学, 倉敷市, 岡山県, 2013年9月22-23日
- 2) 戸原玄, 野原幹司, 柴田斉子, 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⑥ー胃瘻選択基準と退院時指導についてー, 第19回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会, 川際医福祉大学, 倉敷市, 岡山県, 2013年9月23日
- 3) 戸原玄, 野原幹司, 柴田斉子, 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⑤ー胃瘻交換時の嚥下機能評価の有用性ー, 第19回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会, 川際医福祉大学, 倉敷市, 岡山県, 2013年9月23日
- 4) 早坂信哉, 戸原玄, 才藤栄一, 東口高志, 植田耕一郎, 菊谷武, 近藤和泉: 慢性期の嚥下リハビリテーションの嚥下内視鏡検査評価指標の改善に関する因子, 第19回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会, 川際医福祉大学, 倉敷市, 岡山県, 2013年9月22-23日

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1. 第1回 FGI による言語データに付与されたオープンコード (93 コード)

FGI での応答

ソーシャルサポート

リハ訪問診療・効用

胃ろうの選択

医療サービス

医療サービス・状況

医療サービス・満足度

医療サービス下での制限

医療行為・評価・肯定

医療行為・評価・否定

医療者・評価・肯定

医療者・評価・否定

医療者の姿勢・評価・肯定

医療者の姿勢・評価・否定

栄養摂取状況

介護屋の思い・負担

介護者・自己管理

介護者の思い

介護者の思い・安心

介護者の思い・意欲

介護者の思い・苛立ち

介護者の思い・感謝

介護者の思い・喜び

介護者の思い・希望

介護者の思い・期待

介護者の思い・現状維持

介護者の思い・戸惑い

介護者の思い・後悔

介護者の思い・在宅介護

介護者の思い・罪悪感

介護者の思い・支え

介護者の思い・自信

介護者の思い・自負

介護者の思い・失望

介護者の思い・焦り

介護者の思い・信頼

介護者の思い・摂食

介護者の思い・挑戦

介護者の思い・諦観

介護者の思い・怒り

介護者の思い・発病直後

介護者の思い・悲しみ

介護者の思い・不安

介護者の思い・不信感

介護者の思い・負担

介護者の思い・無力感

介護者の思い・野心的

介護者の思い・励み

介護者の身体状況

介護者の暮らし・在宅
介護者の暮らし・挑戦
介護者の暮らし・入院中
介護者の暮らし・発病直後
介護提供・入院中
介護提供の障害
患者の特性
患者への思い
共感
啓発・ヘルパーに
啓発・看護師へ
啓発・喜び
経口摂取
経口摂取・意義
口腔・ケア
口腔・訓練
口腔・状態
在宅への決意
在宅介護・決定
在宅介護・支え
在宅介護・状況
在宅介護・評価・肯定
治療
治療・事故直後
治療・積極的治療なし
疾患の原因
情報・その他
情報・医療
情報・欠如
情報・重要性
情報収集
診断
人間の尊厳観
他の介護者・評価
病状
病状・回復
病状・在宅
病状・入院中
病状・発病直後
病状受容・否定
病歴
病歴・在宅
不自然さ・受容
分類不能

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。

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においても、さらに廃用症候群のように明らかな疾患名をもたない患者に対しても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

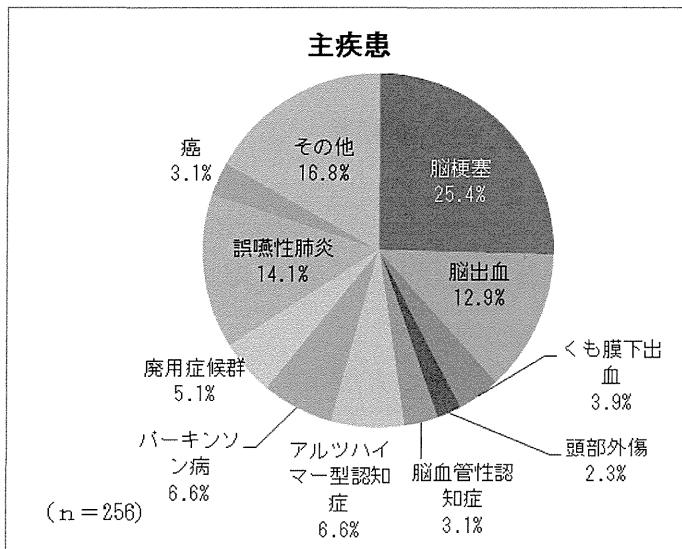
平成 23 年 9 月 26 日より平成 26 年 1 月 31 日の間に C 票を用いて調査した結果を集計する。調査対象は入院中に胃瘻を新規に造設して転院もしくは退院する患者である。送付先は胃瘻を造設している病院で、調査票の記載は医師、歯科医師もしくは看護師によって行われた。

C. 研究結果及び考察

期間内に回収された評価票は 292 通であった。男性 160 名、女性 163 名（無回答 4 名）、平均年齢 77.75 ± 11.38 歳（43 から 99 歳）であった。

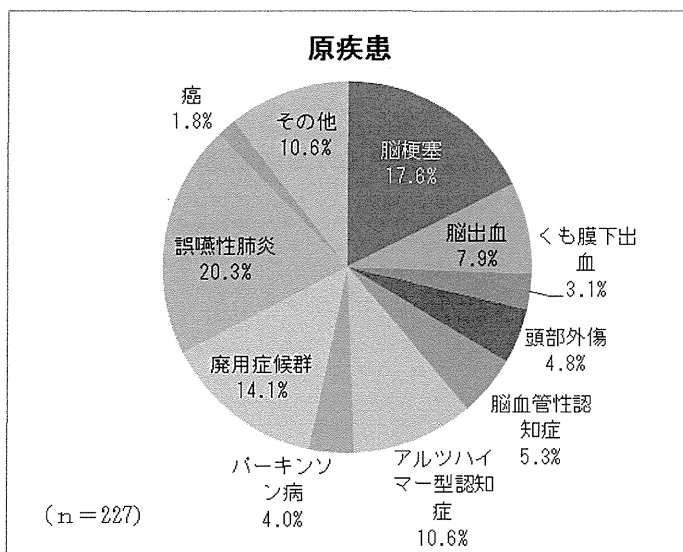
1. 主疾患

患者の主疾患は脳梗塞が最多の 25.4% で誤嚥性肺炎が次いで 14.1% 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半数以上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。さらに疾患ではなく廃用症候群によるものも 5% 存在したため、現在の保険診療上明らかな疾患を持たず廃用症候群のみでは摂食機能療法が算定できない場合があるために、算定用件の見直しが必要であると考えられた。ま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るため、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。



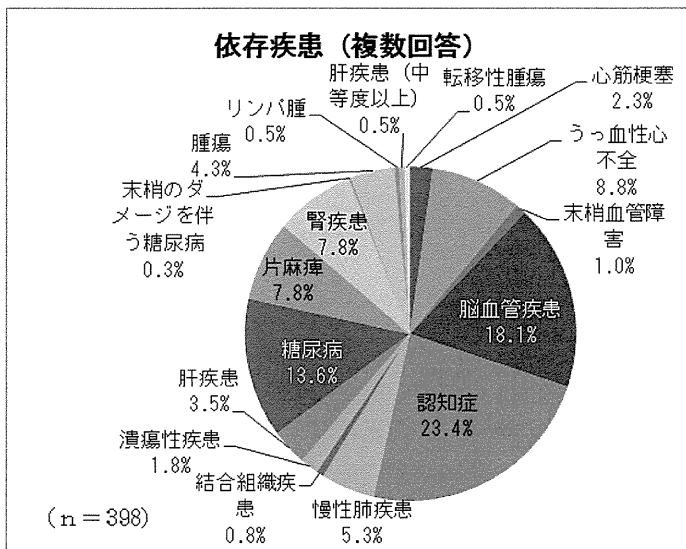
2. 原疾患

原疾患は誤嚥性肺炎が 20.3%と最多、脳梗塞が 17.6%、廃用症候群が 14.1%とそれに次いだ。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瘻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瘻造設に向かわず、誤嚥性肺炎を生じたことをきっかけに胃瘻造設が考慮される機会が多いことがうかがえた。



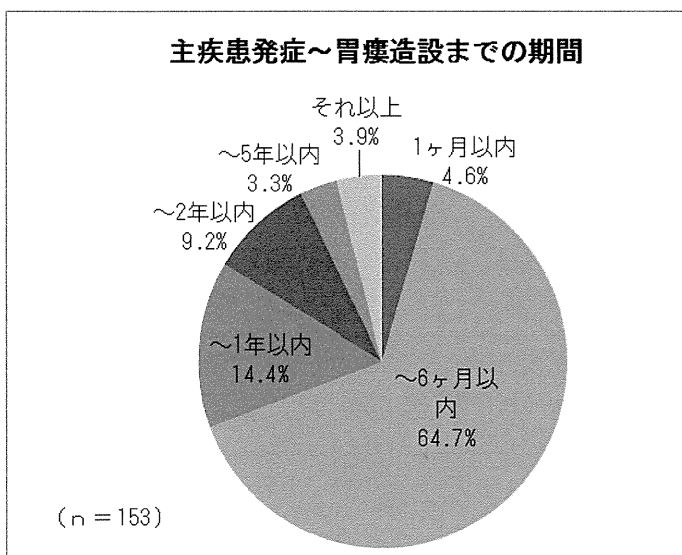
3. 併存疾患

併存疾患には認知症が 23.4%と最多、脳血管障害が 18.1%とそれに次いだ。今後も増え続ける認知症への対応が重要な視点となることができるとともに、併存疾患は多岐にわたるため多職種の連携が今後さらに必要になると考えられた。



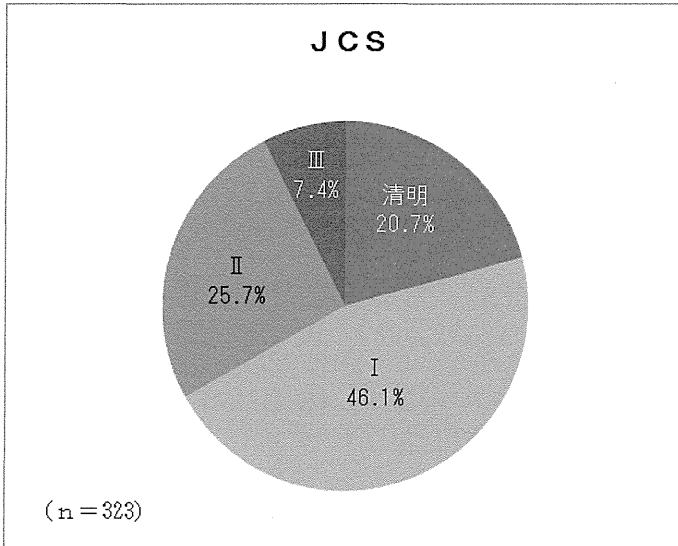
4. 主疾患発症から胃瘻増設までの期間

主疾患発症から胃瘻増設までの期間は6か月以内が64.7%と高率を占めた。1年から2年以内が14.4%とそれに次いだ。発症から1か月以内の胃瘻造設例は少なかった。



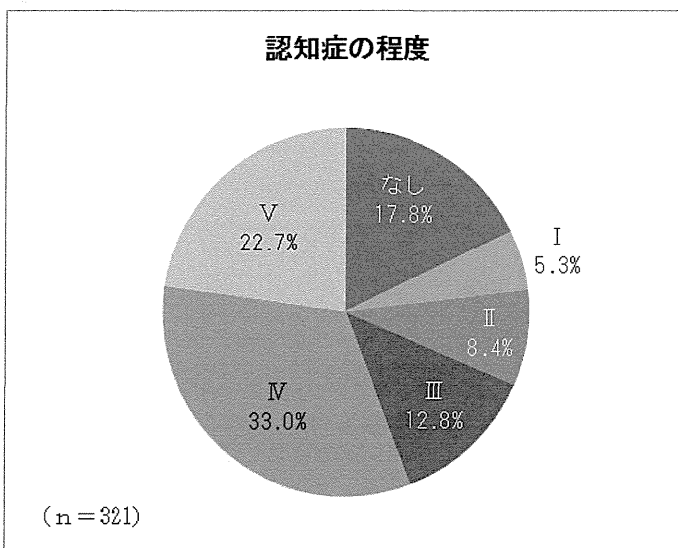
5. JCS

JCSはIが最多の46.1%、IIが25.7%とそれに次いだ。清明も20.7%であったために意識レベルが良好な患者が多かった。



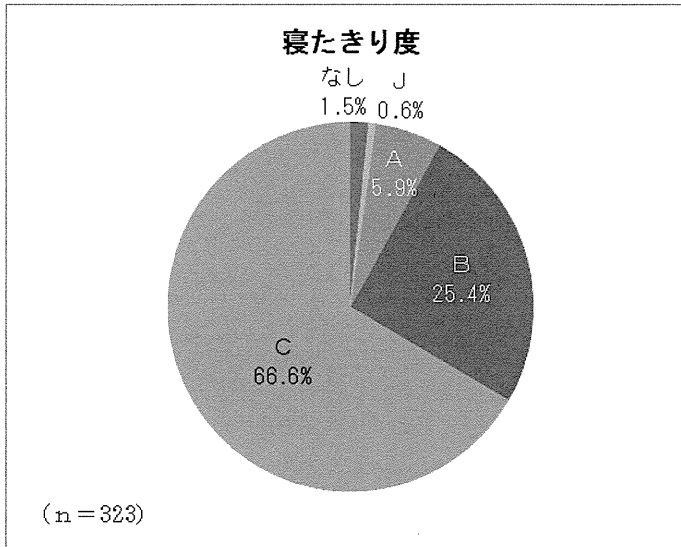
6. 認知症の程度

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 33%と最多で、専門医療を必要とするレベルのVが 22.7%とそれに次いだ。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となる。そのような患者に対しては、人的なものも含めた環境の調整が重要な視点になると考えられた。



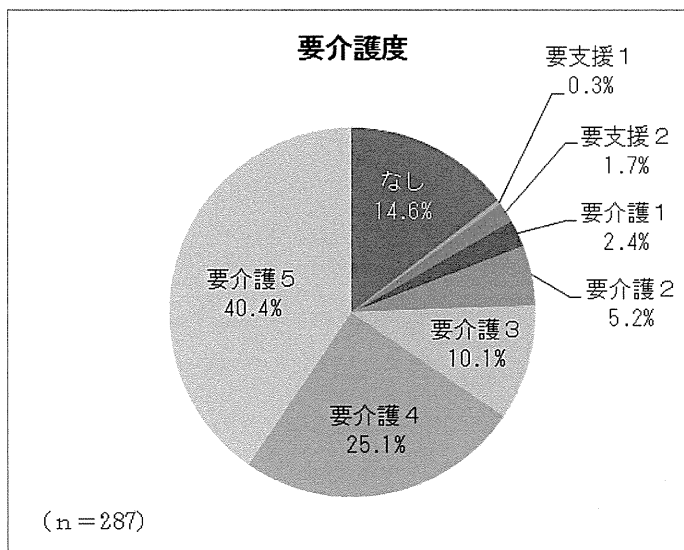
7. 寝たきり度

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 66.6%と最多であった。つまり、本調査の対象は覚醒状態は比較的良好だが認知に問題があり、かつADLが低下している場合が多いと考えられた。これは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ものである。



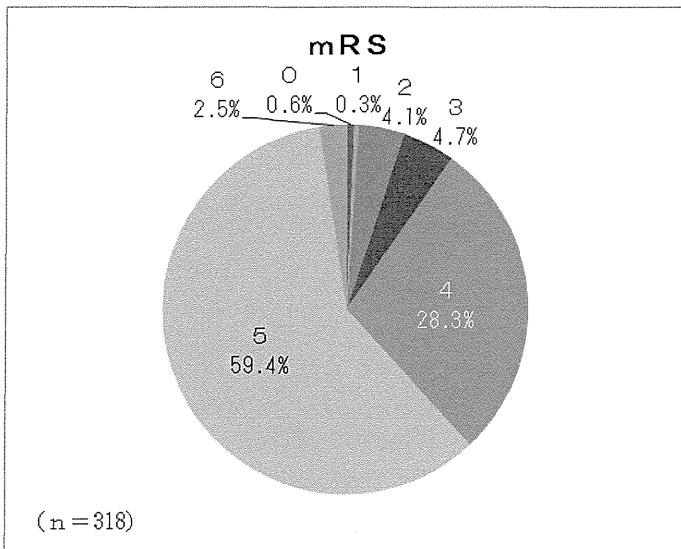
8. 要介護度

要介護度も5が40.4%と最多、4が25.1%とそれに次いだ。低年齢の患者も今回対象に含まれたため、要介護度がついていない患者が比較的多かった可能性もあるし、日常生活は自立していて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。



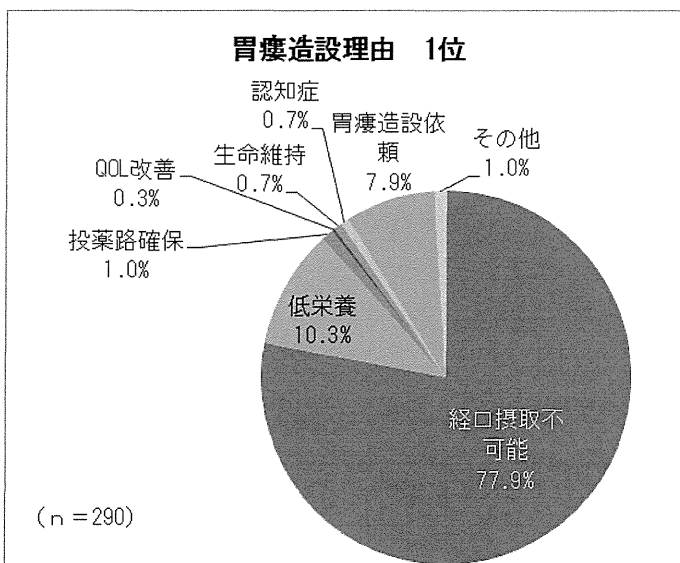
9. mRS

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59.4%、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28.3%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。また、嚥下のみならず、全身のリハビリテーションを継続できる環境を充実させることが重要であると考えられた。



10. 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 77.9%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。限界の状態になってから胃瘻を造設するのではなく、それ以前に食事形態の調整や高栄養食品の利用、さらには適切な食事介助や訓練的な対応を行うことで安全な経口摂取を行うことは可能であるため、嚥下リハおよび食事支援の普及が十分であるとはいえないことが示唆される。また、依頼されて胃瘻を造設することも1割程度あり、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。



11. BMI

BMIは18.5から25までの適正体重にある患者が46.3%と多かった。18.5未満の低体重が26.2%、16.5未満の超低体重が24%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ための予防策、または栄養状態が良好であっても重度の誤嚥の回避や拒食など行動の問題による経口摂取の困難も胃瘻増設の理由になっていると考えられた。