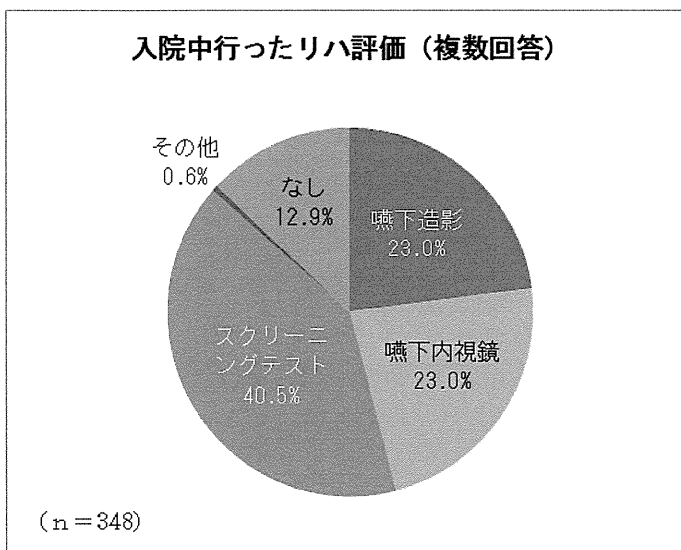


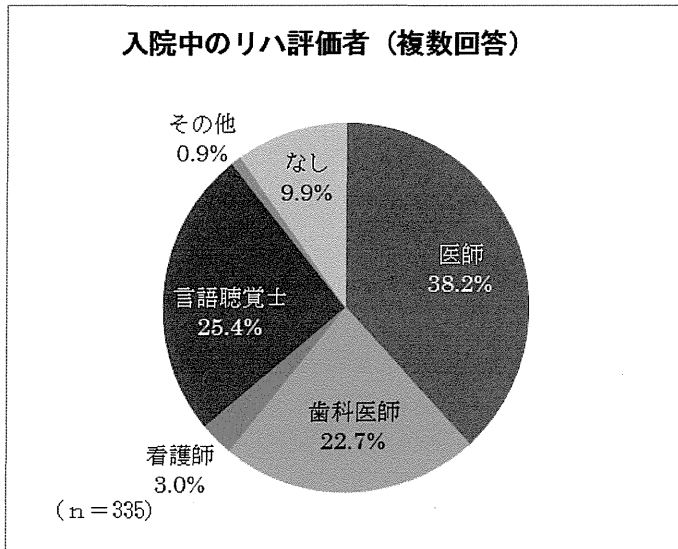
12. 入院中の嚥下リハ時に行った評価

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 40.5%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ことが、嚥下機能検査が高率に実施されていた理由と考えられた。認知症の程度がIVやVの患者が多数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。



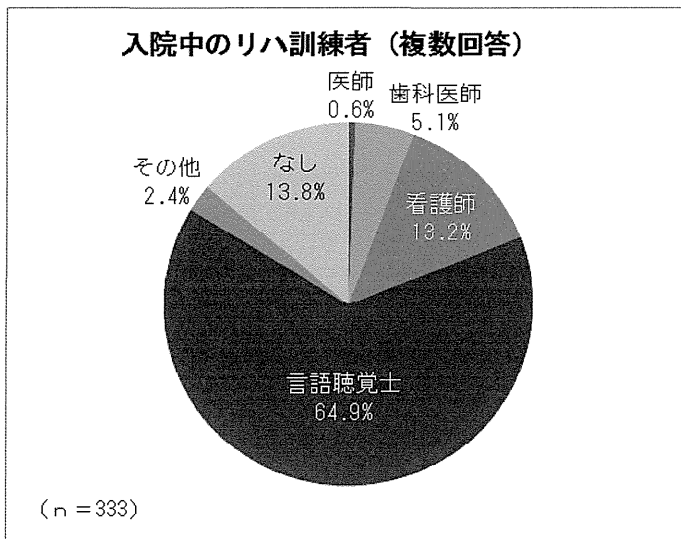
13. 入院中の嚥下リハ時における評価者

上記の機能評価を行ったのは医師が 38.2%と最多、言語聴覚士が 25.4%、歯科医師が 22.7%とそれに次いだ。胃瘻造設をする病院での調査であることを考えると、歯科の介入がかなり多かった。



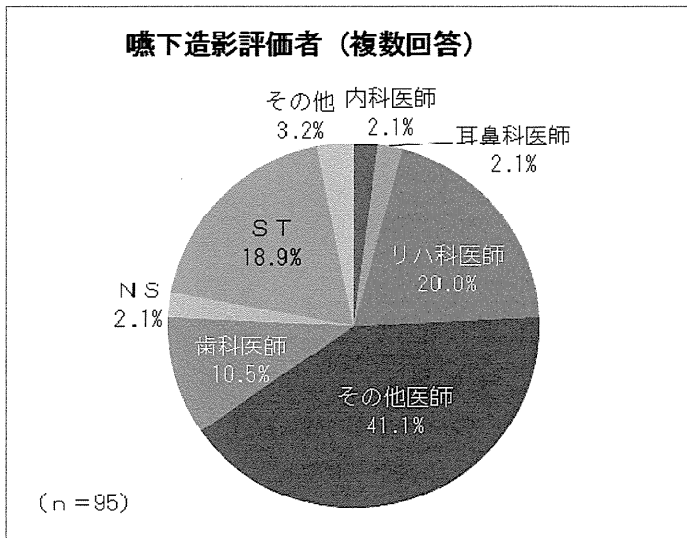
14. 入院中の嚥下リハ時における訓練者

入院中の嚥下リハ時における訓練者は言語聴覚士が 64.9%と最多で看護師が 13.2%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。



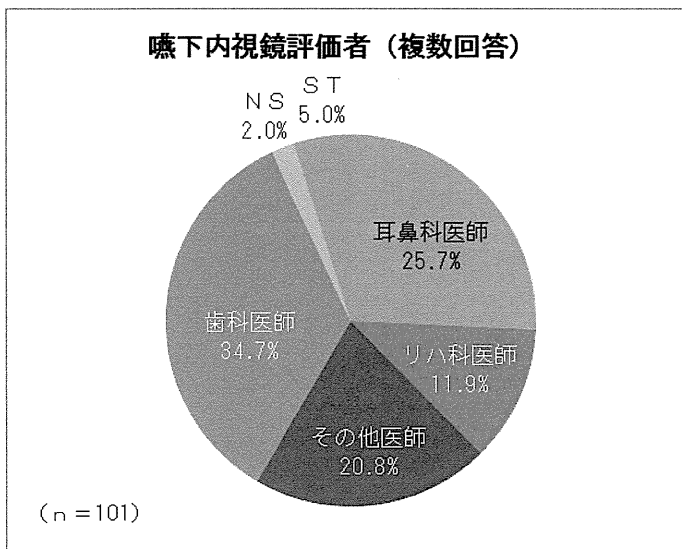
15. 嚥下造影をした評価者の職種

嚥下造影の際の評価者は医師が高率を占め、言語聴覚士がそれに次いだ。単独の科とするとりハ科医師が 20%と最多であった。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。



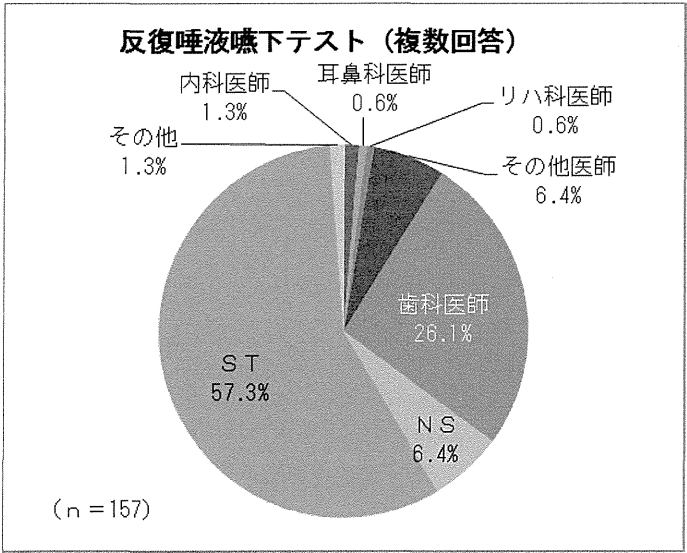
16. 嚥下内視鏡をした評価者の職種

嚥下内視鏡評価は歯科医師が 34.7%と最多で、耳鼻科医が 25.7%、リハ医が 11.9%とそれに次いだ。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。ただ、看護師や言語聴覚士も評価者として上げられていたため、検査場面は多職種同席のものと行われている場合があることが示唆された。検査結果を訓練場面に直接落とし込むにはそのような検査が望ましい。



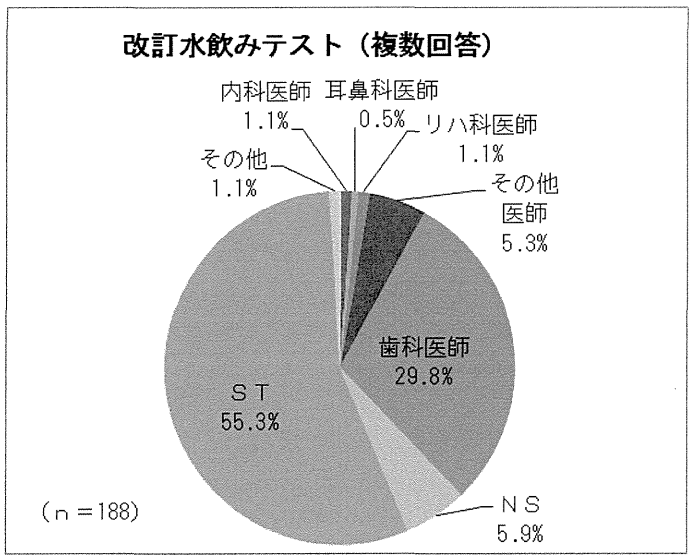
17. 反復唾液嚥下テストをした評価者の職種

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。



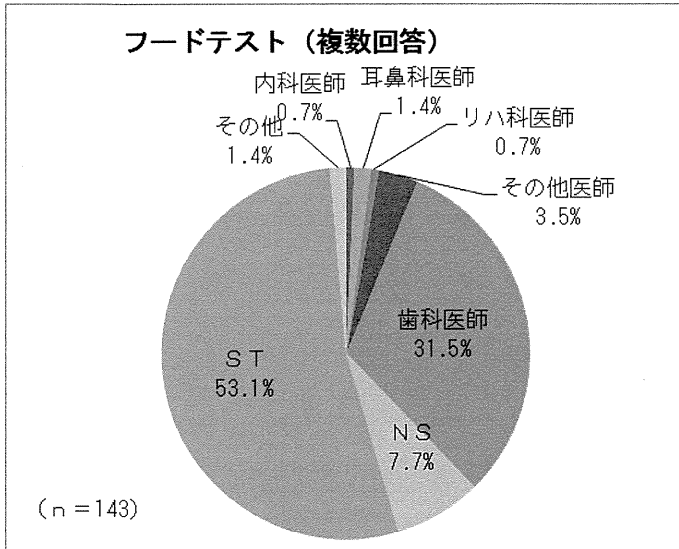
18. 改訂水飲みテストをした評価者の職種

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。



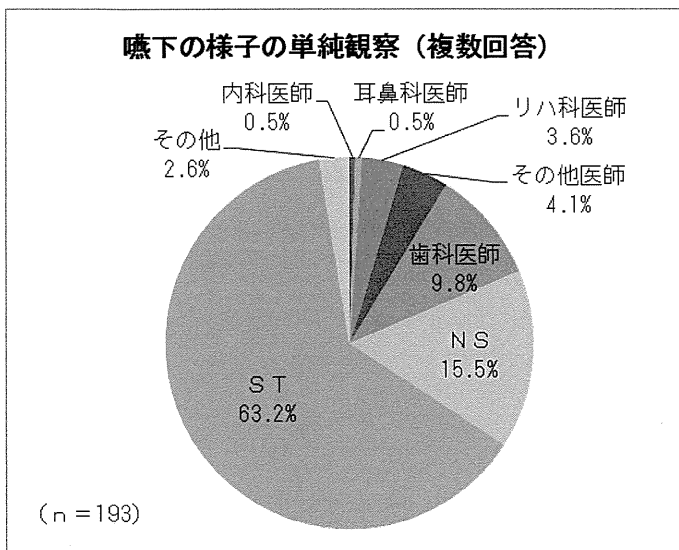
19. フードテストをした評価者の職種

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。



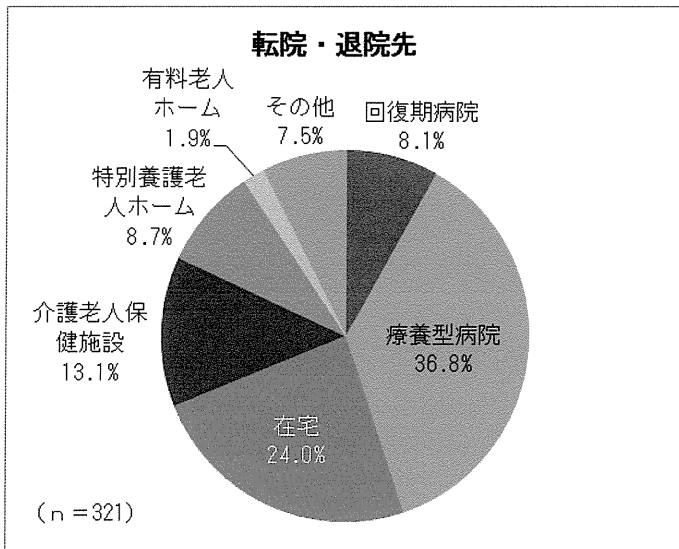
20. 嚥下の様子の観察をした評価者の職種

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のにもかかわらず看護師の割合が比較的多かった。食事場面を実際に観察する頻度が高い職種として、看護師の関与は望ましいと考えられる。



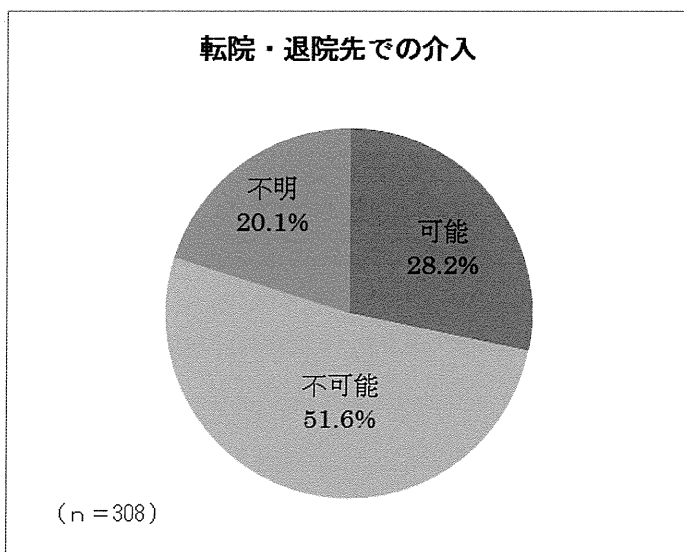
21. 胃瘻造設後の転院・退院先

転院・退院先は療養型病院が 36.8%と最多、在宅が 24%とそれに次いだ。介護療養病床全廃の方向を考えると今後は在宅に行く患者の数がより増加するものと考えられる。また、訓練を集中的に行える環境である回復期病院へ転院している患者はわずか 8.1%であった。胃瘻の存在自体が転院の妨げになっている可能性も否定できなかった。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。在宅においても、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。



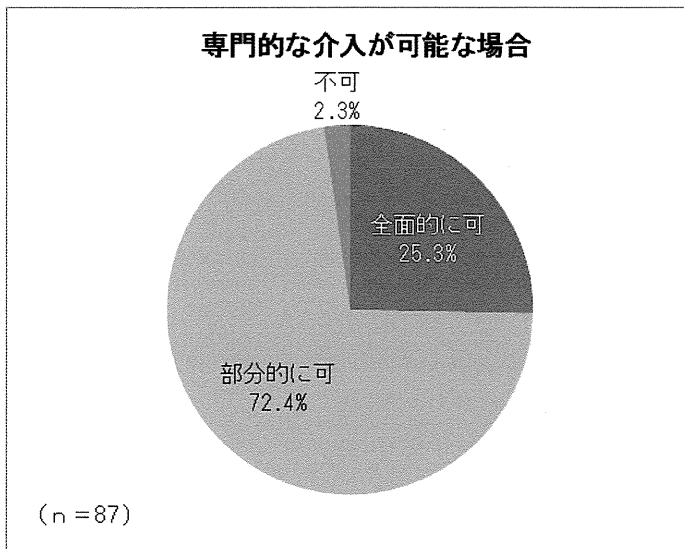
22. 転院・退院先での専門的な介入の可不可

専門的な対応が可能との返答は 28.2%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 28.1%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 51.6%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 20.1%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。

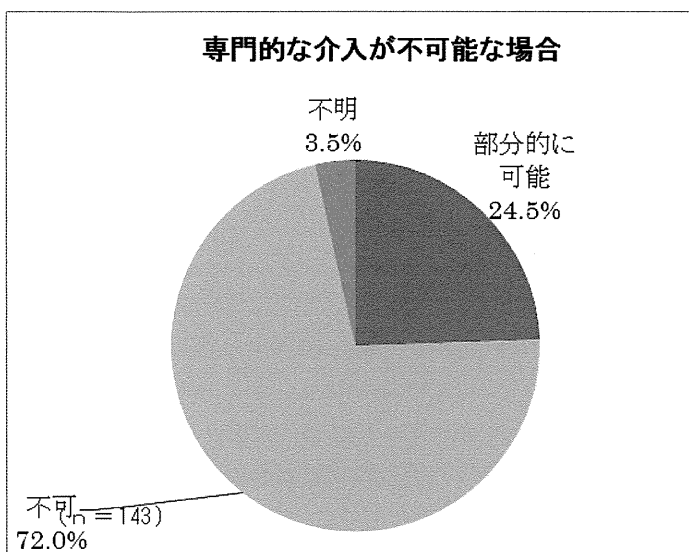


23. 転院・退院後の経口摂取の可不可

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 25.3%、部分的に可としたのが 72.4%で、不可とされた症例はわずか 2.4%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。退院・転院後の対応の充実が重要であると考えられた。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。

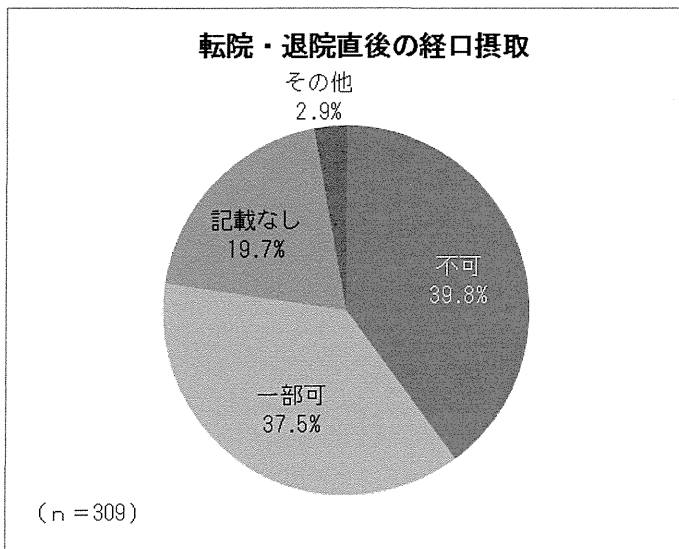


それに対して専門的な対応が不可能な場合には、経口摂取を部分的に可としたのは 24.5%、不可としたのが 72%であった。胃瘻造設後に経口摂取をし続けられるかどうかは、専門的な対応の有無に左右されることが示された。環境についても保険制度についても胃瘻造設後の摂食・嚥下リハビリテーションの充実が今後重要であると考えられた。



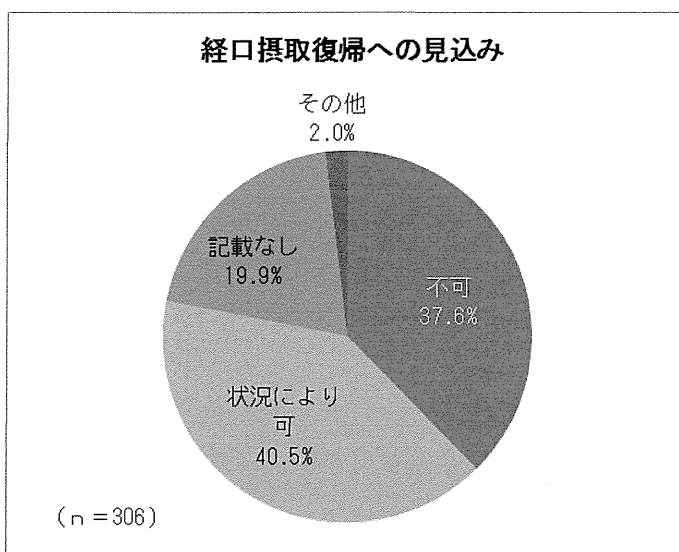
24. 転院・退院後の経口摂取の可不可

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 37.5%存在したものの、不可が 39.8%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。



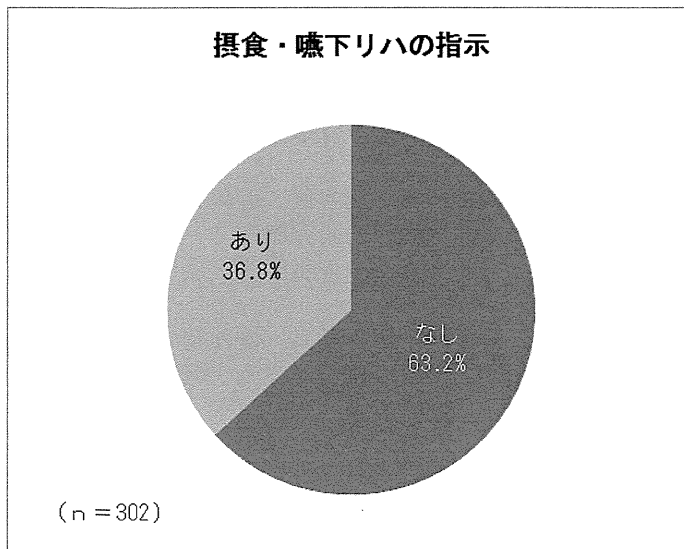
25. 経口摂取復帰への見込み

経口摂取復帰が状況により可であるとしたのは 40.5%であったため、退院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4割以上存在していた。これらの患者に対して、人的なものも含めて適切な摂食・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。



26. 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 63.2%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。



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っ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。特に今回の調査結果からは、歯科医師による嚥下内視鏡検査の施行件数が多く、このような患者に対して適切な評価を行うための人的資源として歯科医師が有機的に機能することが重要であることが示唆された。

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。

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) 都築則正, 東口高志, 伊藤彰博: 各疾患に対する PEG の適応(3) がん患者, 臨牀消化器内科, 28 (10) : 1347-1352, 2013

2. 学会発表

- 1) 伊藤彰博, 東口高志, 森直治, 大原寛之, 二村昭彦, 巨島文子, 太田喜久夫, 栢下淳, 重松孝, 白木亮, 藤谷順子, 山中英治: 嚥下障害患者に適した物性の確立をめざして, 第 29 回日本静脈経腸栄養学会, 横浜市, 神奈川県, 2014 年 2 月 27 日
- 2) 伊藤彰博, 東口高志, 森直治, 大原寛之, 二村昭彦, 都築則正, 中川理子, 阿波宏子, 上葛義浩, 藤井航, 竹腰加奈子, 永田千里, 村井美代, 岩田正己, 村瀬正光: 当院における誤嚥性肺炎の予防と対策, 第 29 回日本静脈経腸栄養学会, 横浜市, 神奈川県, 2014 年 2 月 28 日
- 3) 岩田正己, 東口高志, 森直治, 谷口めぐみ: 誤嚥をともなう PEG 造設患者の現状, 第 29 回日本静脈

経腸栄養学会，横浜市，神奈川県，2014年2月28日

- 4) 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
- 5) 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
- 7) 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

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く、胃瘻造設後も嚥下リハのみならず全身のリハビリテーションを行うことや、機能低下を防ぐような環境調整が重要であると考えられた。

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。

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 26 年 1 月 31 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。

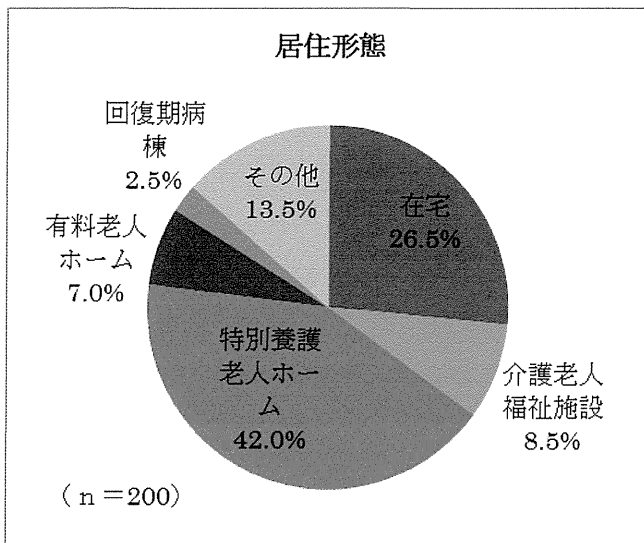
C. 研究結果及び考察

期間内に回収された評価票は 208 通であった。対象は男性 70 名、女性 132 名 (無回答 4 名)、平均年齢 81.82 ± 8.97 歳 (48 から 101 歳) であった。

(1) 入院前の状況

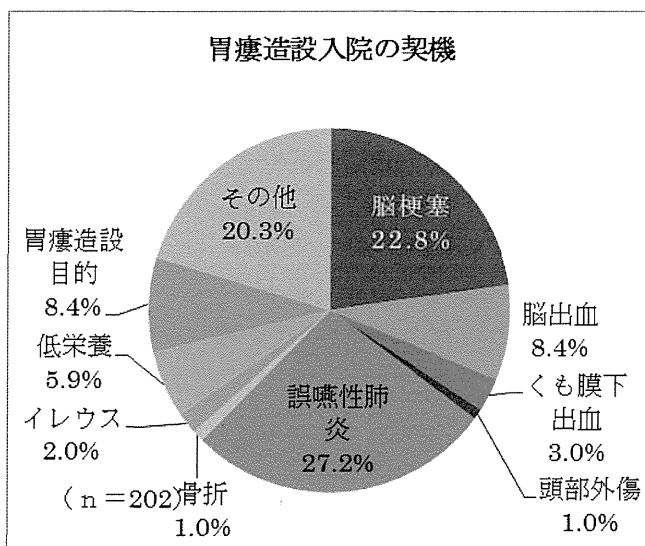
1. 入院前入居形態

入院前の入居形態は特別養護老人ホームが 42% であった。その他には在宅が 26.5% と多かった。リハ職種と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。



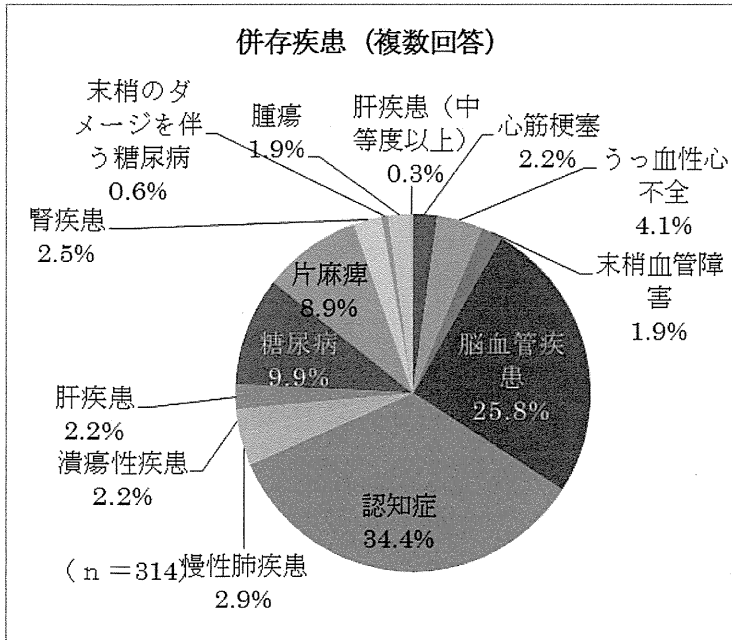
2. 胃瘻造設入院の契機

胃瘻造設入院の契機は誤嚥性肺炎が 27.2%と最多であったが、その他脳梗塞、脳出血が多かった。また、その他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。



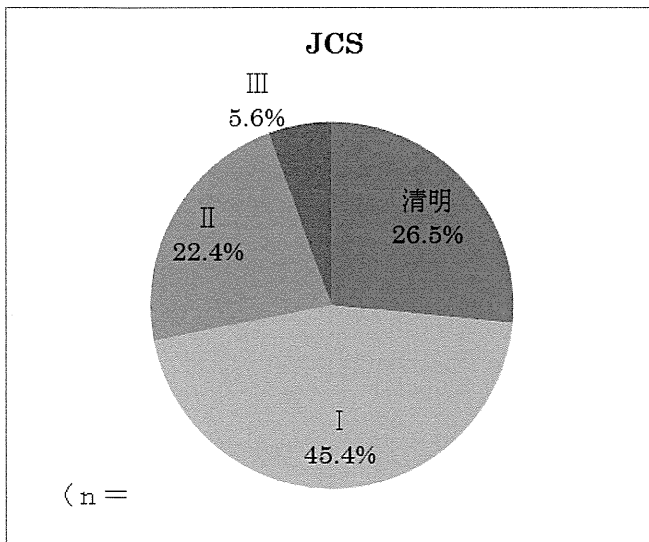
3. 併存疾患

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が、多岐にわたる併存疾患を持つ患者が存在した。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“訓練”という意味での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。つまり、退院後に人的なものも含めた環境調整を行うことが重要であり、必要な患者は医療的な介入を包含したリハビリテーションを行うことが重要である。



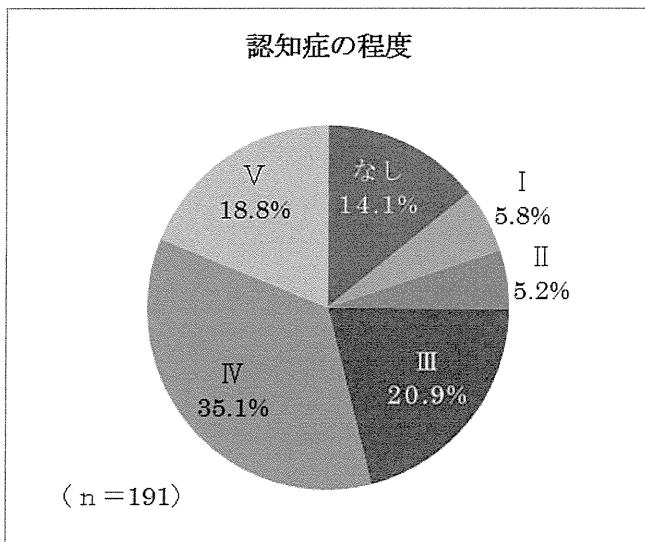
4. JCS

JCS は I が最多で 45.4%、清明が 26.5%で、覚醒状態が不良である症例は多くはなかった。



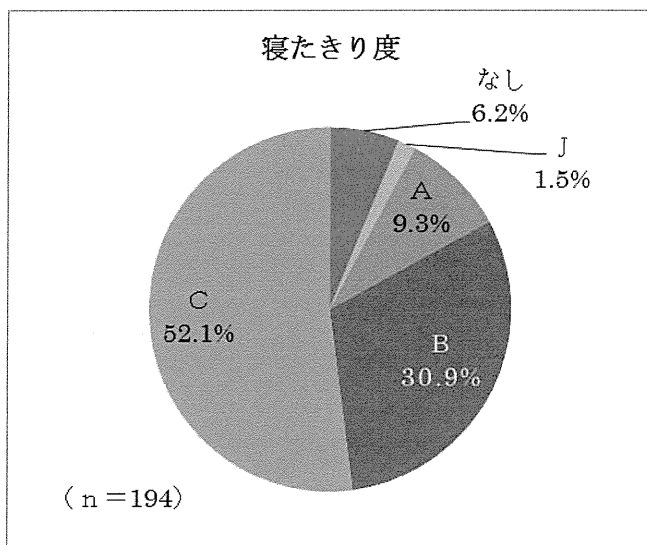
5. 認知症の程度

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 35.1%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 14.1%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、“訓練”という意味での嚥下リハが困難である患者が多いと考えられた。



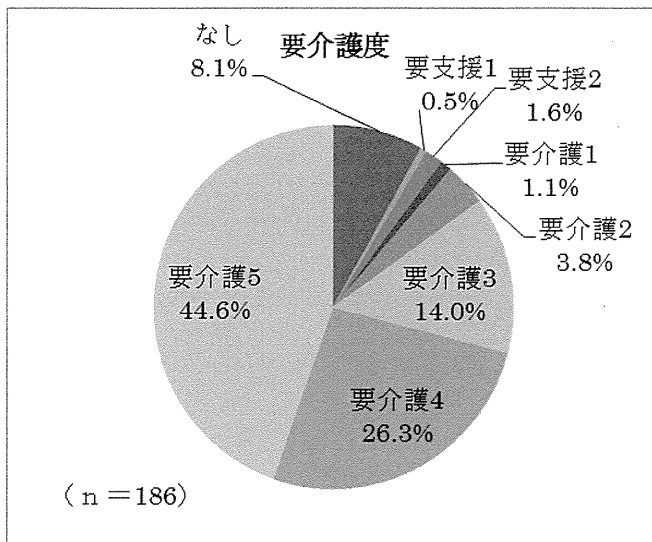
6. 寝たきり度

Cの一日中ベッド上で過ごす患者が52.1%と最多で、日中もベッド上の生活が主体であるBが30.9%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、胃瘻造設後も嚥下リハのみならず呼吸を含めて全身のリハビリテーションを行うことや、機能低下を防ぐような環境調整が重要であると考えられた。



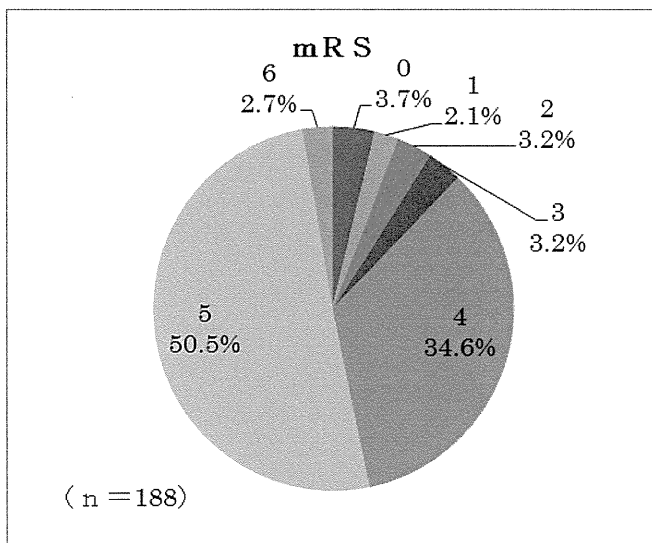
7. 要介護度

要介護度5が最多の44.6%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。



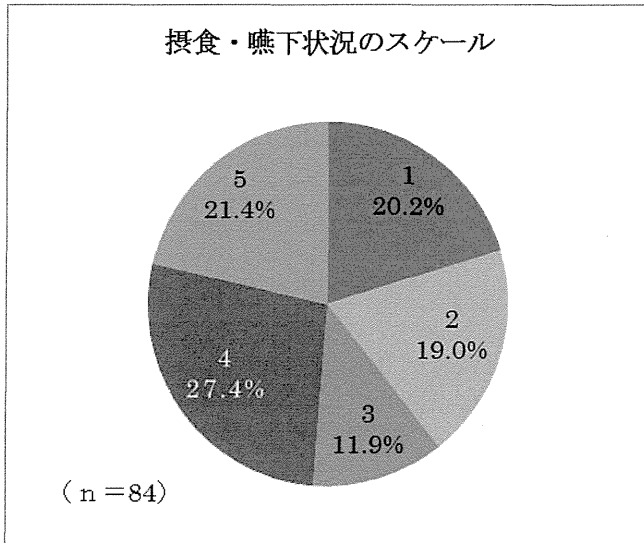
8. mRS

mRSは高度の障害により常に介護が必要な5が50.0%、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が34.6%で、それらで大多数を占めた。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。



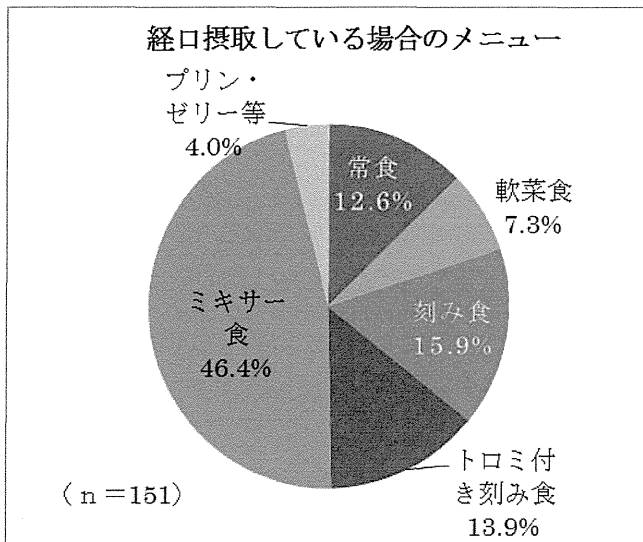
9. 摂食・嚥下状況スケール

経口調整要のレベルが27.4%と最多、経管調整不要が21.4%とそれに次いたが、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。



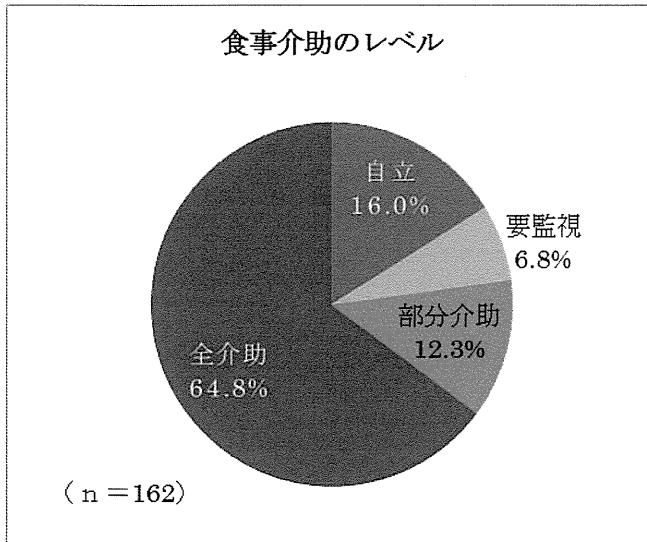
10. 経口摂取している場合のメニュー

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46.4%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。



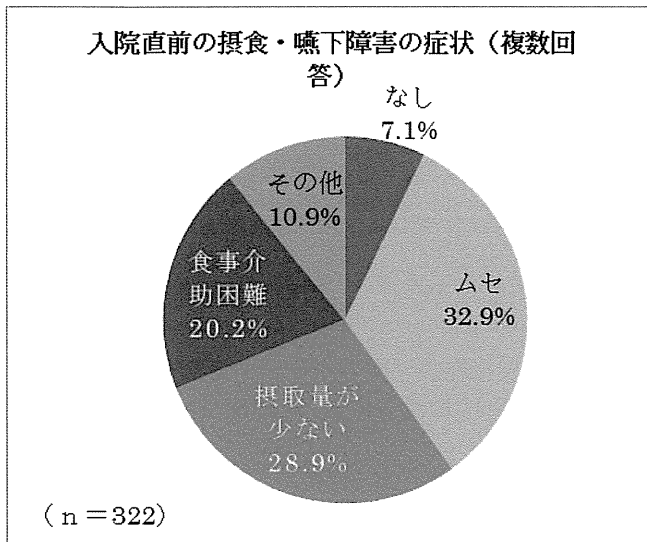
11. 経口摂取している場合の食事介助のレベル

経口摂取している場合の食事介助のレベルは全介助が64.8%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瘻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。この結果からは、胃瘻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。違う捕らえ方をすると、常食や軟菜食をなんらかの症状を持ちながら摂取していた患者が多かったわけであり、胃瘻を選択するまえに提供できる対応を考える余地があるといえる。



13. JCS と食事時間

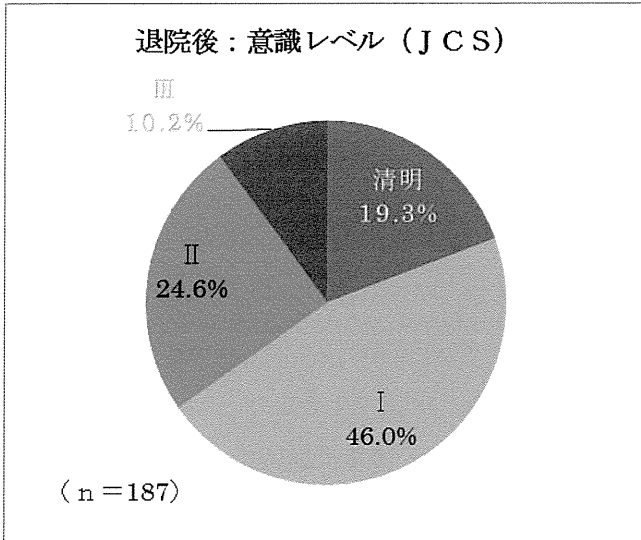
食事時間の平均は 37.6 ± 18.3 分であり、全体に長時間を要していた。また意識レベルが低下するにしたがって食事時間は長くなった。

| | | 件数 | 平均 | 標準偏差 |
|-----|-----|-----|------|------|
| | 全体 | 135 | 37.6 | 18.3 |
| JCS | 清明 | 39 | 33.3 | 18 |
| | I | 62 | 38.0 | 17 |
| | II | 25 | 39.4 | 17 |
| | III | 7 | 55.0 | 28 |

(2) 退院後の状況

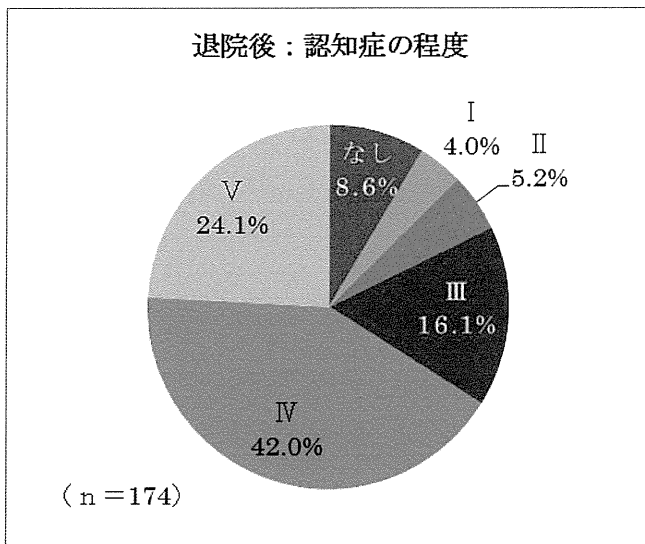
14. 退院後 JCS

退院後の意識レベルは I が最多の 46% で、II が 24.6% でそれに次いだ。



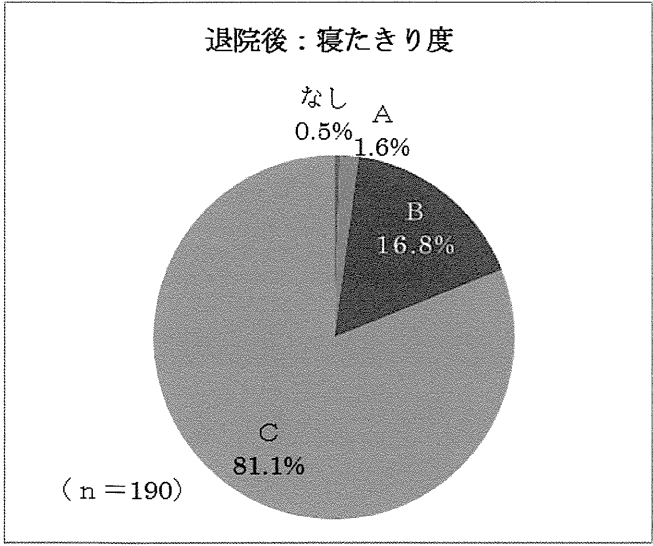
15. 退院後の認知症の程度

退院後の認知症の程度は IV が最多の 42% であり、V が 24.1% でそれに次いだ。



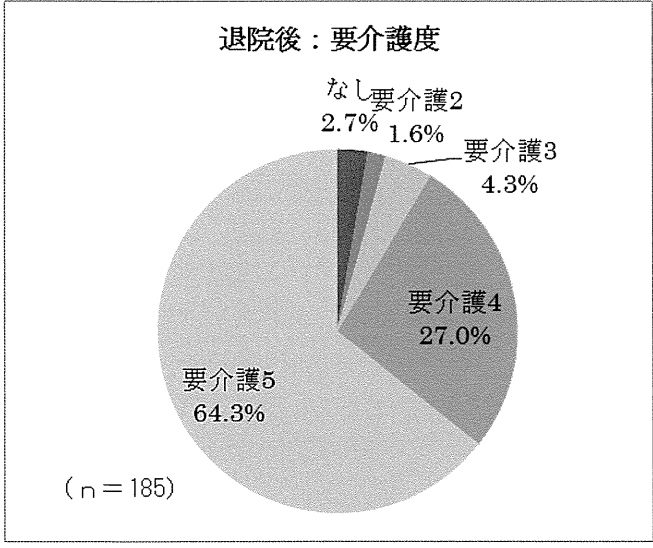
16. 退院後の寝たきり度

退院後の寝たきり度は C が 81.1% と大多数を占め、A は 1.6% と少なかった。



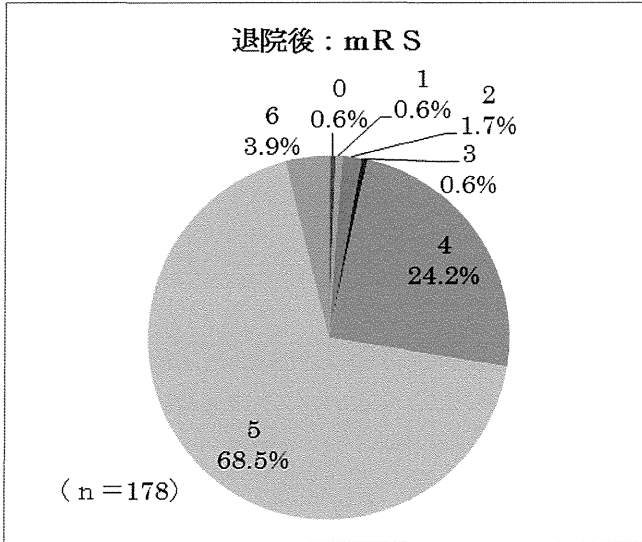
17. 退院後の要介護度

退院後の要介護度は5が64.3%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

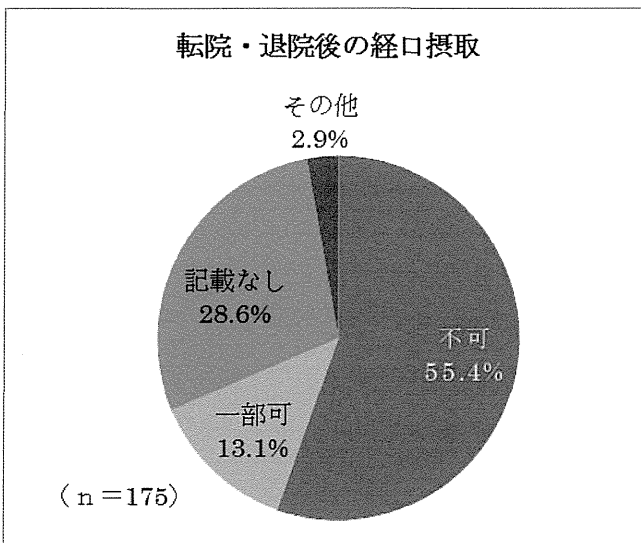
退院後の eRS は5が最多の68.5%で、5と4を合わせると大多数を占めた。



(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不可

退院・転院直後の経口摂取可不可についての申し送りについては、不可であったものが 55.4%、一部可とされたものが 13.1%であったが、記載がなかったものが 28.6%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。また、体制があっても転院・退院もとその情報を知らなければ利用できないために啓発活動も合わせて引き続き重要であると考えられた。



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 48.3%、状況により可とされたものが 17.6%であった。その他記載なしであったものが 32.4%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と、そのような地域資源の周知が重要である。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