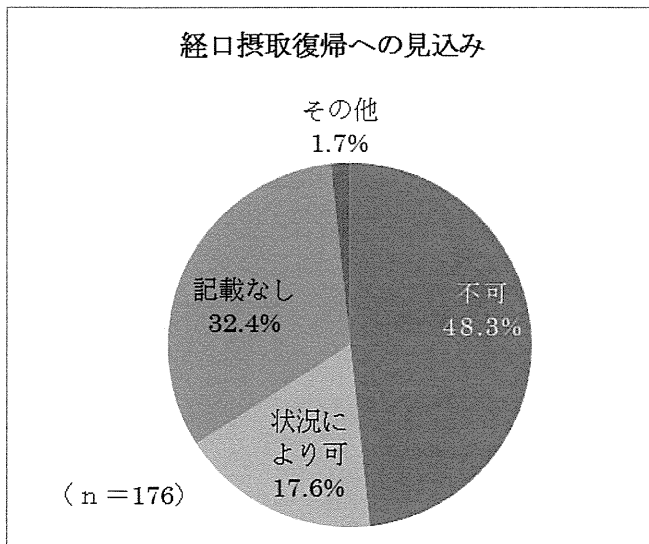
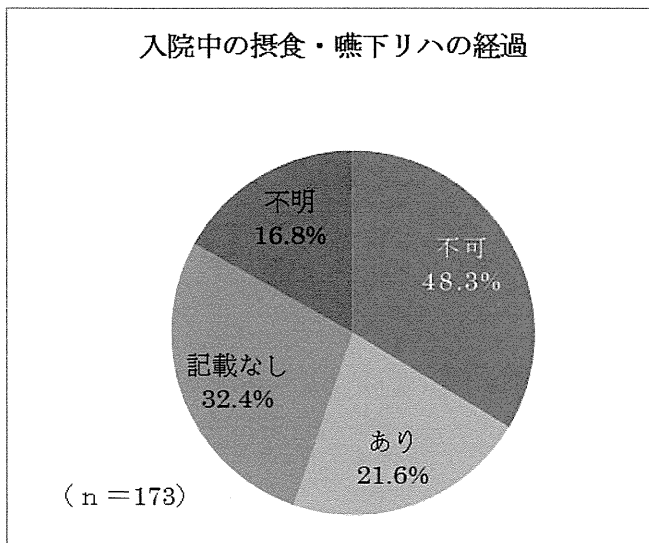


考えられた。



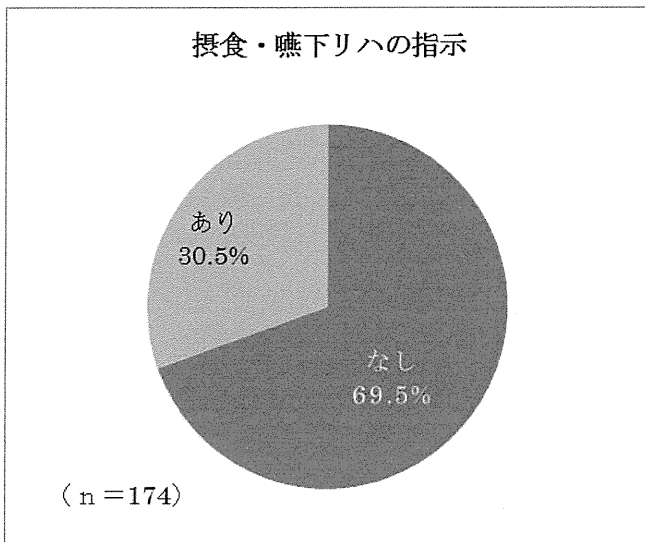
## 21. 入院中の摂食・嚥下リハの経過

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 21.6%、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 48.3%、その他記載自体がみられなかったものが 32.4%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作りが必要である。



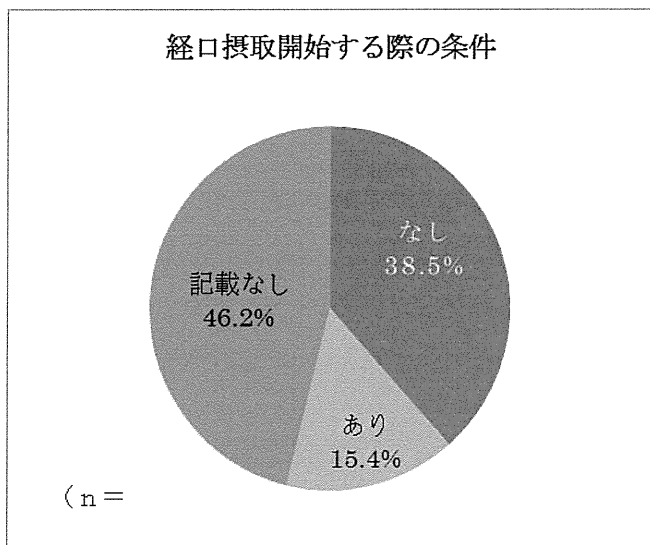
## 22. 退院後の摂食・嚥下リハビリテーションに関するメニューなどの指示

退院後の訓練メニューに関する指示があったものが 30.5%であったが、なしが 69.5%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作りが必要である。



### 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 15.4%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と、体制の周知が必要である。



#### (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。

		合計	退院後要介護度							
			なし	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
全体		208	5	0	0	0	3	8	50	119
要介護度	なし	12	4	0	0	0	1	0	0	7
	要支援1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
	要支援2	3	0	0	0	0	0	0	2	1
	要介護1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
	要介護2	5	0	0	0	0	2	0	0	3
	要介護3	23	0	0	0	0	0	8	1	14
	要介護4	44	0	0	0	0	0	0	32	12
要介護5	77	0	0	0	0	0	0	5	72	
有効数		166								

## 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,  $p<0.01$ )。意識レベルが低下して退院することはその後の“訓練”としての対応のみならず、環境をどのように調整するか、また退院後の患者の変化をどのように見ていくかが重要になるといえる。

		合計	退院後 JCS				
			清明	I	II	III	不明
全体		208	36	86	46	19	
JCS	清明	46	30	13	3	0	
	I	79	6	57	14	2	
	II	39	0	7	28	4	
	III	11	0	0	0	11	
有効数		175					

## 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,  $p<0.01$ )。認知症が重度化して退院することはその後の“訓練”としての対応のみならず、環境をどのように調整するか、また退院後の患者の変化をどのように見ていくかが重要になるといえる。

		合計	退院後認知症						
			なし	I	II	III	IV	V	不明
全体		208	15	7	9	28	73	42	
認知症	なし	24	15	2	0	1	4	2	
	I	9	0	4	2	2	1	0	
	II	10	0	0	6	0	1	3	
	III	35	0	0	0	22	11	2	
	IV	59	0	0	1	2	48	8	
	V	31	0	0	0	0	6	25	
有効数		168							

## 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,  $p<0.01$ )。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。

		合計	退院後寝たきり度				
			なし	J	A	B	C
全体		208	1	0	3	32	154
寝たきり度	なし	11	0	0	0	4	7
	J	2	0	0	0	1	1
	A	18	0	0	3	3	12
	B	54	0	0	0	20	34
	C	91	0	0	0	2	89
有効数		176					

## 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。

		合計	退院後 mRS							
			0	1	2	3	4	5	6	不明
全体		208	1	1	3	1	43	122	7	
mRS	0	7	1	0	0	0	2	4	0	
	1	3	0	0	0	0	1	2	0	
	2	6	0	0	2	0	2	2	0	
	3	5	0	0	0	1	1	3	0	
	4	57	0	0	0	0	29	27	1	
	5	82	0	0	1	0	6	74	1	
	6	4	0	0	0	0	0	0	4	
有効数		164								

## 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。しかし、常食を摂取していたレベルの患者も存在したことから、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ない。

#### F. 研究発表

##### 論文発表

- 1) 植田耕一郎, 向井美恵, 森田学, 菊谷武, 渡邊裕, 戸原玄, 阿部仁子, 中村潤利, 三瓶龍一, 島野嵩也, 岡田猛司, 鰐原賀子, 石川寿子: 摂食・嚥下障害に対する軟口蓋拳上装置の有効性, 日摂食嚥下リハ会誌, 17 (1): 13-24, 2013
- 2) Furuta M, Komiya - Nakano M, Akifusa S, Shimazaki Y, Adachi M, Kinoshita T, Kikutani T, Yamashita Y: Interrelationship of oral health status, swallowing function, nutritional status, and cognitive ability with activities of daily living in Japanese elderly people receiving home care services due to physical disabilities, Community Dent Oral Epidemiol, 41: 173-181, 2013
- 3) Hobo K, Kawase J, Tamaura F, Groher M, Kikutani T, Sunagawa H: Effects of the reappearance of primitive reflexes on eating function and prognosis, Geriatr Gerontol Int, 2013.
- 4) Takeshi Kikutani, Mitsuyoshi Yoshida, Hiromi Enoki, Yoshihisa Yamashita, Sumio Akifusa, Yoshihiro Shimazaki, Hirohiko Hirano, Fumio Tamura: Relationship between nutrition status and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people, Geriatr Gerontol Int, 13: 50-54, 2013
- 5) 田村文誉, 戸原雄, 西脇恵子, 白瀧友子, 元開早絵, 佐々木力丸, 菊谷武: 成人知的障害者の身体計測と身体組成からみた栄養評価, 障歯誌, 34: 637-644, 2013
- 6) Tamura F, Tohara T, Nishiwaki K, Shirakata T, Genkai S, Sasaki R, Kikutani T: Nutritional Assessment by Anthropometric and Body Composition of Adults with Intellectual Disabilities, JBSDH, 34: 637-644, 2013
- 7) Takeshi Kikutani, Fumiyo Tamura, Haruki Tashiro, Mitsuyoshi Yoshida, Kiyoshi Konishi, Ryo Hamada: Relationship between oral bacteria count and pneumonia onset in elderly nursing home residents, Geriatr Gerontol Int, in press.

##### 学会発表

- 1) 島田幸恵, 布施晴香, 田村文誉, 井上美津子: 歯冠周囲過誤腫による臼歯部歯肉増殖症に対する外科的処置後の長期予後, 第 30 回日本障害歯科学会総会および学術大会, 神戸市, 兵庫県, 2013 年 10 月 11-13 日
- 2) 須釜慎子, 白瀧友子, 須田牧夫, 田村文誉, 菊谷武: 進行性疾患の患者に対する在宅における医療連携での歯科医師としての役割, 第 30 回日本障害歯科学会総会および学術大会, 神戸市, 兵庫県, 2013 年 10 月 11-13 日
- 3) 松木るりこ, 西脇恵子, 田村文誉, 菊谷武: 口腔リハビリテーションに特化した歯科クリニックにおける言語聴覚士の役割, 第 30 回日本障害歯科学会総会および学術大会, 神戸市, 兵庫県, 2013 年 10 月 11-13 日
- 4) 尾関麻衣子, 菊谷武, 田村文誉, 鈴木亮: 摂食・嚥下リハビリテーション専門クリニックにおける高齢患者の低栄養リスクと管理栄養士業務, 第 35 回日本臨床栄養学会総会・第 34 回日本臨床栄養協会総会 第 11 回大連合大会, 京都市, 京都府, 2013 年 10 月 4-6 日
- 5) 尾関麻衣子, 菊谷武, 田村文誉, 鈴木亮: 摂食・嚥下リハビリテーション専門クリニックにおける高齢患者の実態と管理栄養士業務, 第 19 回日本摂食・嚥下リハビリテーション学術大会, 倉敷市, 岡山県, 2013 年 9 月 22-23 日
- 6) 菊谷武: 在宅における摂食・嚥下リハビリテーションの取り組み, 第 19 回日本摂食・嚥下リハビリテーション学術大会, 倉敷市, 岡山県, 2013 年 9 月 22-23 日
- 7) 佐々木力丸, 元開早絵, 新藤広基, 有友たかね, 鈴木亮, 田村文誉, 菊谷武: 経口維持加算導入における摂食・嚥下機能評価の効果の検討, 第 19 回日本摂食・嚥下リハビリテーション学術大会, 倉敷市, 岡山県, 2013 年 9 月 22-23 日

- 8) 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-胃瘻交換時の嚥下機能評価の有効性-, 第 19 回日本摂食・嚥下リハビリテーション学術大会, 倉敷市, 岡山県, 2013 年 9 月 22-23 日
- 9) 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-胃瘻選択基準と退院時指導について-, 第 19 回日本摂食・嚥下リハビリテーション学術大会, 倉敷市, 岡山県, 2013 年 9 月 22-23 日
- 10) 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術大会, 倉敷市, 岡山県, 2013 年 9 月 22-23 日
- 11) 田代晴基, 高橋賢晃, 保母妃美子, 川名弘剛, 佐川敬一郎, 古屋裕康, 新藤広基, 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~介入後報告~, 第 19 回日本摂食・嚥下リハビリテーション学術大会, 倉敷市, 岡山県, 2013 年 9 月 22-23 日
- 12) 西脇恵子, 松木るりこ, 菊谷武: 舌訓練装置を使ったレジスタントトレーニングの効果について, 第 19 回日本摂食・嚥下リハビリテーション学術大会, 倉敷市, 岡山県, 2013 年 9 月 22-23 日
- 13) 友たかね, 戸原雄, 田代晴基, 保母妃美子, 尾関麻衣子, 田村文誉, 菊谷武: 当クリニックにおける在宅療養患者に対する訪問リハビリテーション, 第 19 回日本摂食・嚥下リハビリテーション学術大会, 倉敷市, 岡山県, 2013 年 9 月 22-23 日
- 14) 江原佳奈, 小川冬樹, 入澤いづみ, 勝野雅穂, 石川義洋, 小林正隆, 村岡良夫, 五十嵐英嗣, 田畑潤子, 菅谷陽子, 鈴木美香, 大滝正行, 鈴木亮, 菊谷武: 施設要介護高齢者への摂食支援カンファレンスと歯科治療, 第 24 回日本老年歯科医学会学術大会, 大阪市, 大阪府, 2013 年 6 月 4-6 日
- 15) 久保山裕子, 菊谷武, 植田耕一郎, 吉田光由, 渡邊裕, 菅武雄, 阪口英夫, 木村年秀, 田村文誉, 佐藤保, 森戸光彦: 介護保険施設における効果的な口腔機能維持管理のあり方に関する調査研究, 日本老年歯科医学会第 24 回学術大会, 大阪市, 大阪府, 2013 年 6 月 4-6 日
- 16) 斉藤菊江, 古賀登志子, 清水けふ子, 餌取恵美, 手嶋久子, 酒井聡美, 菊谷武, 高橋賢晃, 保母妃美子, 田代晴基, 高橋秀直, 亀澤範之: 肺炎発症高リスク者に対する口腔管理方法についての検討, 日本老年歯科医学会第 24 回学術大会, 大阪市, 大阪府, 2013 年 6 月 4-6 日
- 17) 佐川敬一郎, 田代晴基, 古屋裕康, 安藤亜奈美, 須釜慎子, 丸山妙子, 田村文誉, 菊谷武: 通所介護施設を利用する高齢者の栄養状態と関連項目の検討, 日本老年歯科医学会第 24 回学術大会, 大阪市, 大阪府, 2013 年 6 月 4-6 日
- 18) 関野愉, 久野彰子, 菊谷武, 田村文誉, 沼部幸博: 介護老人福祉施設入居者における歯周炎の各種スクリーニング検査の有効性, 日本老年歯科医学会第 24 回学術大会, 28(2), 235 - 236, 2013.
- 19) 高橋賢晃, 菊谷武, 保母妃美子, 川瀬順子, 古屋裕康, 高橋秀直, 亀澤範之: 摂食支援カンファレンスの有効性について-実施施設と未実施施設についての検討-, 日本老年歯科医学会第 24 回学術大会, 大阪市, 大阪府, 2013 年 6 月 4-6 日
- 20) 野原通, 加藤智弘, 関根大介, 須田牧夫, 菊谷武: 高齢者における慢性下顎骨髄炎の 1 症例, 日本老年歯科医学会第 24 回学術大会, 大阪市, 大阪府, 2013 年 6 月 4-6 日
- 21) 宮原隆雄, 辰野隆, 高橋賢晃, 佐川敬一郎, 田村文誉, 菊谷武: 介護老人福祉施設における摂食支援カンファレンスの取り組みについて, 日本老年歯科医学会第 24 回学術大会, 大阪市, 大阪府, 2013 年 6 月 4-6 日
- 22) 渡邊由美子, 岡橋由美子, 植松久美子, 杉田廣己, 米田博, 石井直美, 菊谷武: “地域特性にあった摂食・嚥下機能支援の推進” に関する検討, 日本老年歯科医学会第 24 回学術大会, 大阪市, 大阪府, 2013 年 6 月 4-6 日
- 23) 菊谷武: いつまでもおいしく食べるために, 国際歯科学士会日本部会第 43 回冬期大会, 千代田区, 東京都, 2012 年 12 月 8 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 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科高齢者歯科学分野 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。嚥下リハ目的の入院ではないにせよ、病院と地域では摂食・嚥下に関する情報はほぼ途切れているといえる。

また、入院後で JCS、寝たきり度は有意に低下した。よって、もともと経口摂取のみをしていたが胃瘻となると、意識レベルと身体の状態が低下して退院してくるのである。また、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いこと、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、退院後には嚥下リハのみならず呼吸を含めた全身リハビリを行うことが必須であろう。そのような指導を継続的に行うためには、保険制度を含めた見直しが必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 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。

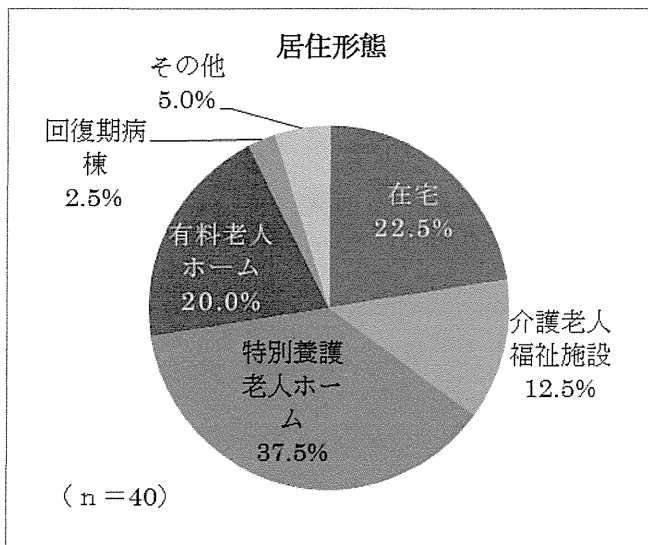
### C. 研究結果及び考察

期間内に回収された評価票のうち、経口摂取のみを行っていた 41 症例を用いた。対象は男性 11 名、女性 30 名、平均年齢 83.31±10.99 歳（48 から 101 歳）であった。

#### (1) 入院前の状況について

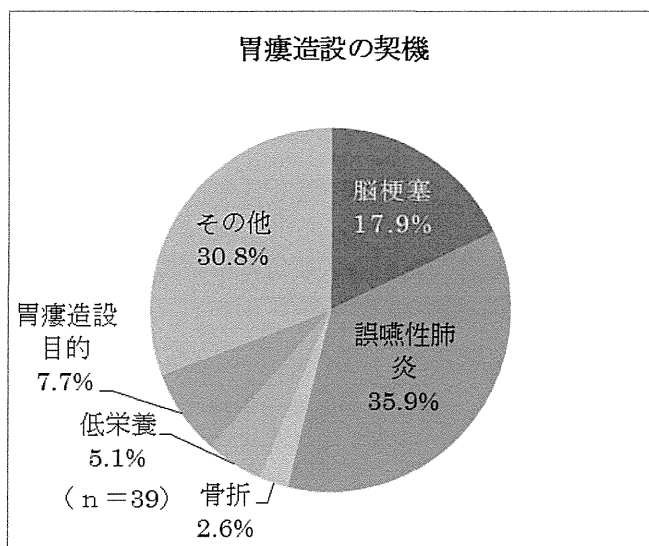
#### 1. 居住形態

居住形態は特別養護老人ホームが 37.5%、在宅が 22.5%、有料老人ホームが 20.0%と多かった。いずれにしても訓練に携わるスタッフがもともと多数存在する場所とは考えづらかった。



## 2. 胃瘻造設入院の契機

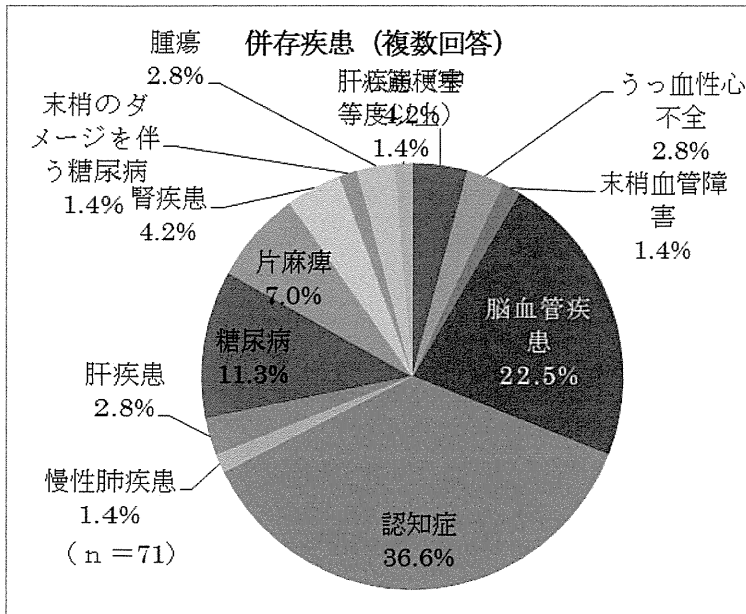
胃瘻造設入院の契機は誤嚥性肺炎が最多の 35.9%で、脳梗塞が 17.9%とそれに次いだ。やはり誤嚥性肺炎を契機として経口摂取から胃瘻となる患者が多かった。



## 3. 併存疾患

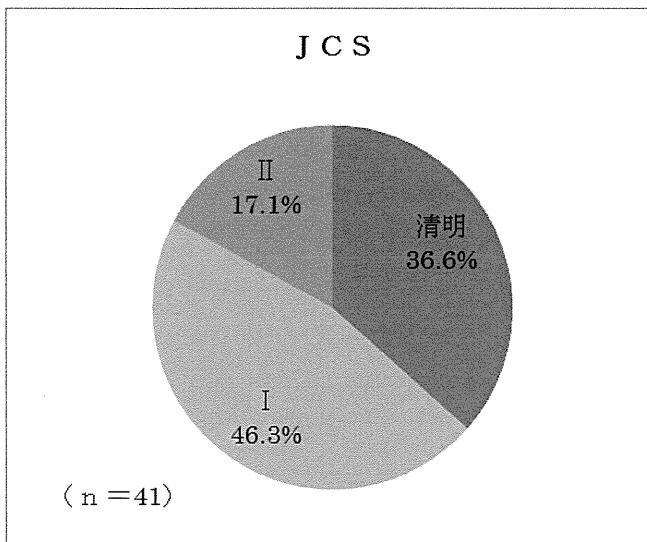
併存疾患は認知症が最多の 36.6%で、脳血管疾患が 22.5%とそれに次いだ。多岐にわたる併存疾患を持つ患者が多かった。





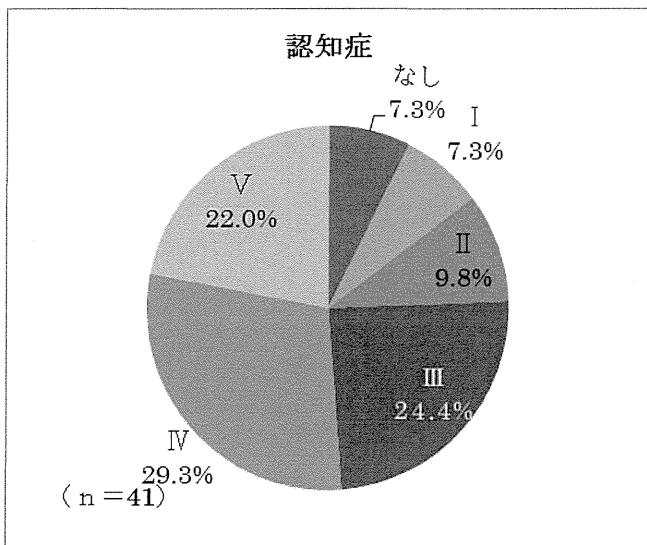
#### 4. JCS

JCS は I が最多の 46.3%、清明が 36.6%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。



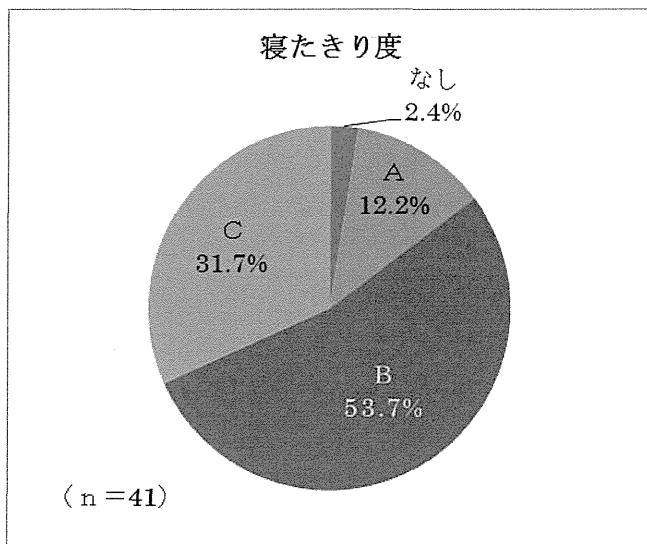
#### 5. 認知症の程度

認知症の程度はIVの常に介護を必要とする状態が 29.3%と最多で、Vの専門医療を必要とする状態が 22%とそれに次いだ。上記と併せて考えると意識レベルは保たれているが、認知に問題のある患者が多いと考えられた。今回の調査に総じていえることであるが、認知に問題を持つ患者はいずれの調査対象でも多く存在した。



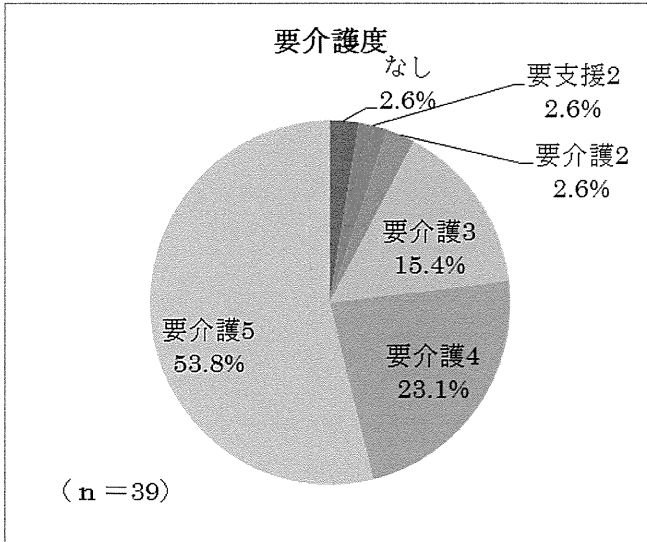
## 6. 寝たきり度

寝たきり度は座位を保てるレベルのBが53.6%と最多で、一日中ベッド上で過ごすCが31.7%とそれに次いだ。意識レベルが高いが認知に問題を持ち、身体の活動制限を併せ持つ患者が多いと考えられた。しかし、数が多くはないが、認知症もなく寝たきりでもない患者も、なんらかの原因で一旦入院した後に胃瘻となって退院することもあることは示される。



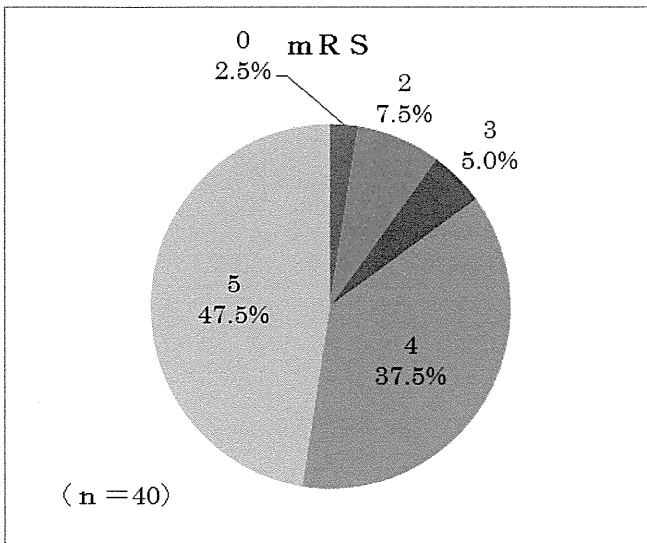
## 7. 要介護度

要介護度は胃瘻造設前より5が62%と最多であり、4と5を合わせると大多数を占めたため、生活機能が低下している患者が多いと考えられた。しかし、要支援レベル、介護保険の対象ではない患者もここには含まれた。



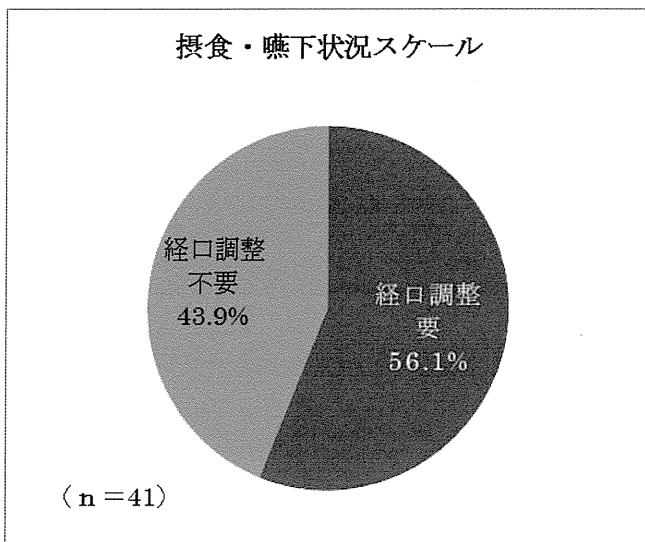
## 8. mRS

mRS は高度の障害を持つレベルの 5 が最多で 47.5%、比較的高度の障害を持つレベルの 4 が 37.5% でそれらを合わせると大多数を占めたため、やはり生活機能が低下している患者が多かった。ただしここでも同様に、少数ではあってももともと障害を持たない患者も存在した。



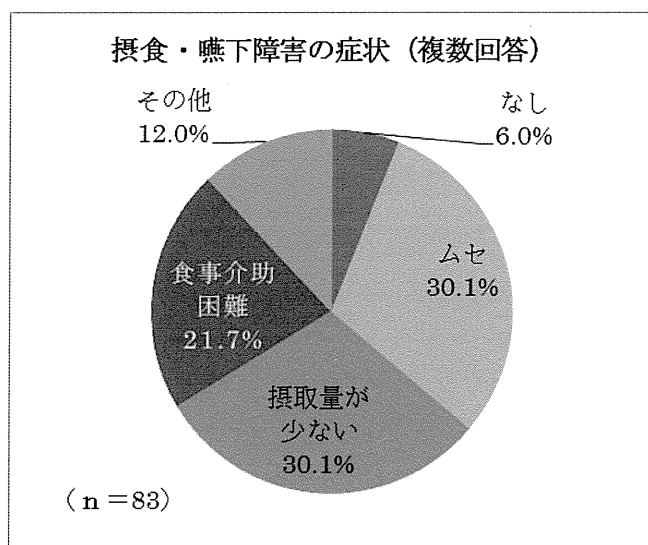
## 9. 栄養摂取方法

栄養摂取方法としては常食以外の摂取が 56.1% と多かったが、常食を摂取していた患者も 43.9% 存在した。やはり、入院を契機に胃瘻となる以前に、それらの患者に対して提供できることがあったのではなかろうか。胃瘻造設後のみならず、今後はそのようなステージにある患者への対応も同様に重要である。



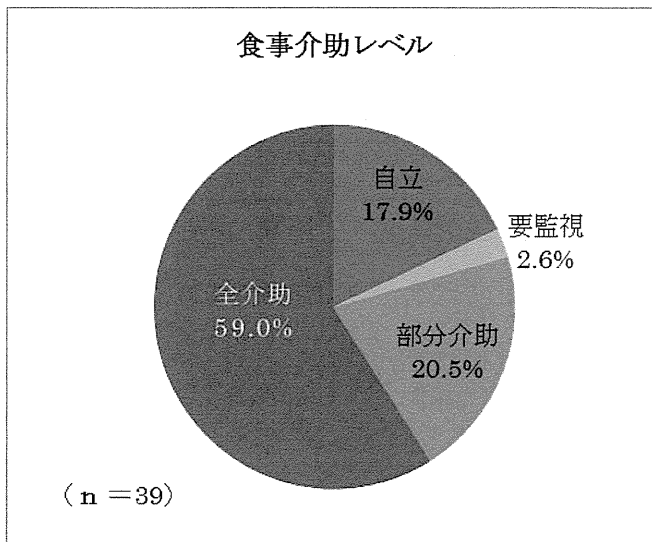
## 10. 入院直前の摂食・嚥下に関する症状

摂食・嚥下に関する症状としては摂取量が少ない、ムセ、食事介助困難などが多かった。ただし、入院前に摂食・嚥下障害を疑わせる症状を持たなかった患者が6%存在した。実際に症状が全くなかったのか、もしくは出現している症状が把握されていなかったのかについてはわからないが、いずれにしても一考の余地がある対象ではあろう。



## 11. 食事介助のレベル

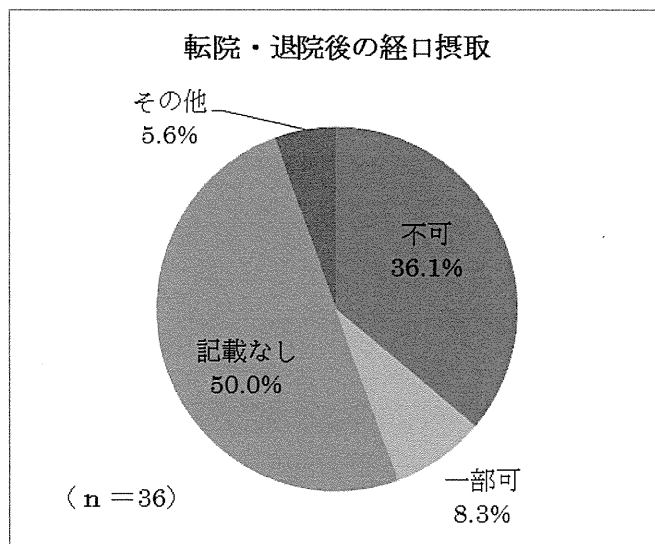
食事介助のレベルは全介助が59%と最多であったが、自立や要監視レベルで食事をしている患者を合わせると20.5%存在した。上記と併せて考えると調整した食事を全介助にて何らかの症状を持ちながら摂取している患者が多かった。ただし、自立や要監視レベル、または常食を摂取していても胃瘻となった患者が存在することがわかった。



(2) 退院時の申し送り事項について

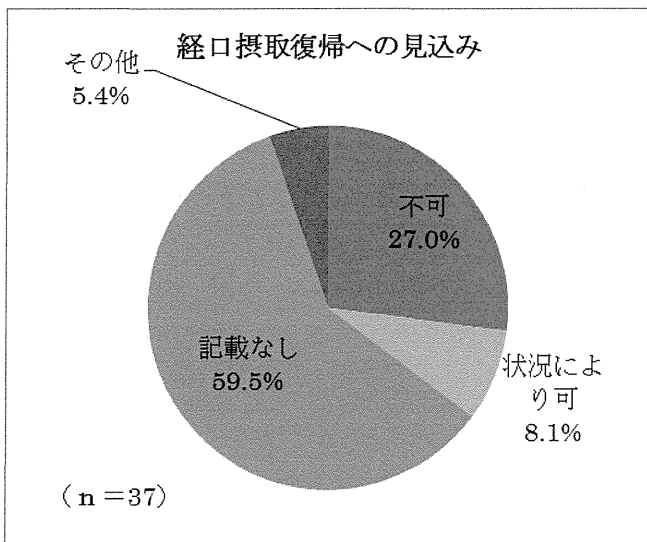
12. 退院直後の経口摂取可否について

もともと経口摂取のみで栄養摂取していた患者が胃瘻となり退院に至ったのにもかかわらず、退院直後の経口摂取の可否については記載なしが 50%と半数であった。これらの患者は、自身、家族もしくは退院後に関連する医療・介護スタッフが自発的にリハビリテーションを行う機会を得るように動かなければ経口摂取再開への道が閉ざされてしまうかもしれないのである。



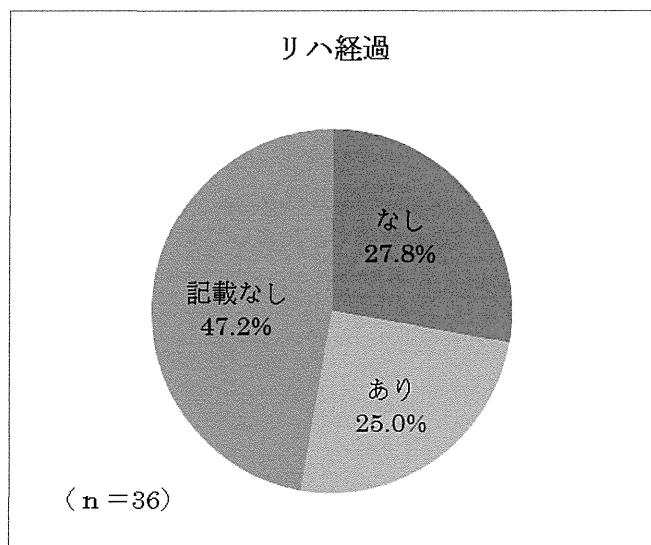
13. 退院後の経口摂取復帰への見込み

もともと経口摂取のみで栄養摂取していた患者が胃瘻となり退院に至ったのにもかかわらず、退院後の経口摂取復帰への見込みについては記載なしが 59.5%と高率を占めた。病院と地域の乖離はここでも示される。たとえば、要介護の状態にある患者が誤嚥性肺炎で入院したような場合、退院後の経口摂取の見込みや、どのような医療機関に繋がれば退院後のリハビリができるのかを入院時に確認しておく作業が必要であるかもしれない。



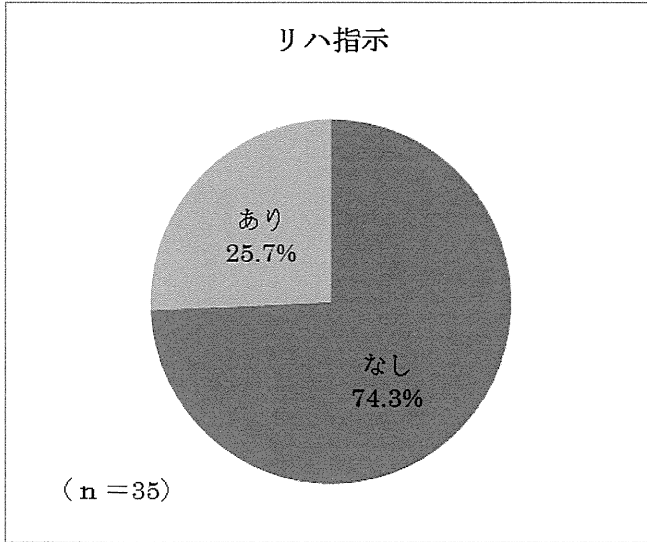
#### 14. 入院中の摂食・嚥下リハの経過について

もともと経口摂取のみで栄養摂取していた患者の入院であったにも関わらず、入院中の摂食・嚥下リハを行われなかったものが 27.8%、記載自体が見られなかったのが 47.2%であった。嚥下リハ目的での入院ではないにせよ、患者が経口摂取から胃瘻へいたる中途にリハビリテーションが行われることが少ないことが示される。



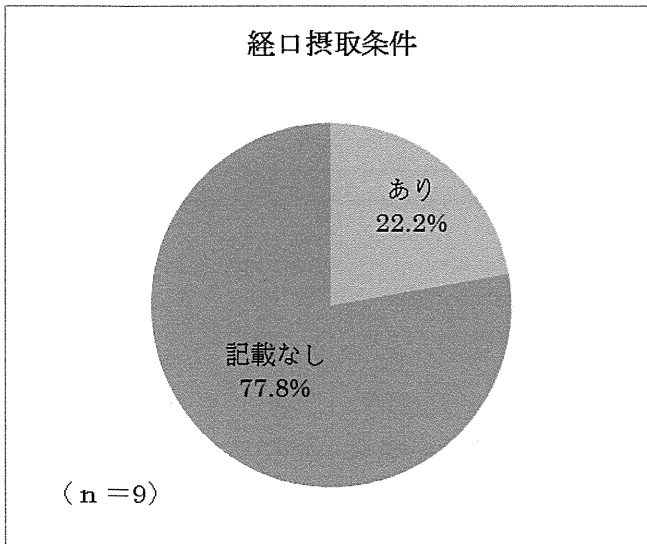
#### 15. 退院後の摂食・嚥下リハビリテーションに関するメニューなどの指示

退院後の嚥下リハの指示は 74.3%にしかでていなかった。少なくとも摂食・嚥下についての情報は病院と地域では途切れがちなのがここでも示される。



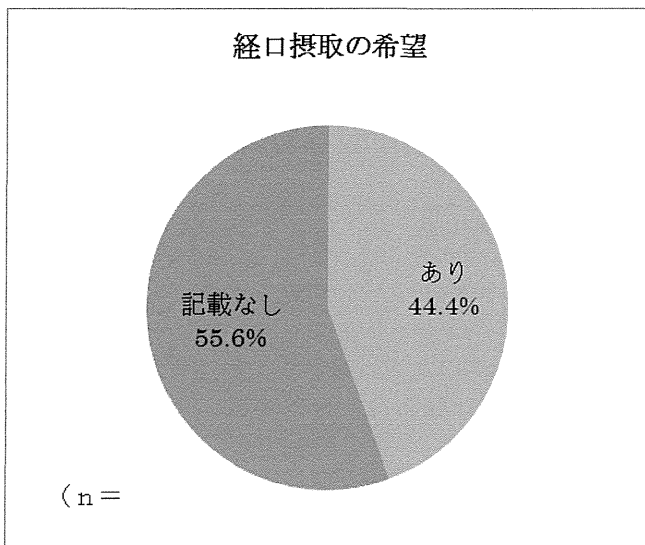
**16. 退院後の摂食・嚥下リハビリテーションに関するメニューなどの指示**

退院後に経口摂取を再開するにあたり、どのような条件が必要であるかということについても記載無しが大多数を占めた。



**17. 退院後の経口摂取に対する希望**

患者や家族からの退院後の経口摂取の希望の有無に関しても記載無しが 55.6%で半数以上が申し送られてこない。希望がないという返答は1例もなかった。



### (3) 胃瘻造設入院前後の比較

#### 18. 入院前後での JCS の比較

入院後に JCS は有意に低下した (Wilcoxon's signed rank test,  $p=0.02$ )。意識レベルが低下して退院することはその後の“訓練”としての対応のみならず、環境をどのように調整するか、また退院後の患者の変化をどのように見ていくかが重要になるといえる。

		造設後：JCS				合計
		清明	I	II	III	
造設前：JCS	清明	12	2	1	0	15
	I	0	13	2	0	15
	II	0	0	6	1	7
合計		12	15	9	1	37

#### 19. 入院前後での認知症の程度の比較

入院前後で認知症の程度には有意差はみられなかった (Wilcoxon's signed rank test,  $p=0.37$ )。

		造設後：認知						合計
		なし	I	II	III	IV	V	
造設前：認知	なし	3	0	0	0	0	0	3
	I	0	1	1	0	1	0	3
	II	0	0	4	0	0	0	4
	III	0	0	0	4	3	0	7
	IV	0	0	0	1	10	0	11
	V	0	0	0	0	2	6	8
合計		3	1	5	5	16	6	36

#### 20. 入院前後での寝たきり度の比較

入院後い寝たきり度は有意差に低下した (Wilcoxon's signed rank test,  $p<0.01$ )。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。



		造設後：寝たきり			合計
		A	B	C	
造設前：寝たきり	なし	0	0	1	1
	A	2	0	3	5
	B	0	13	7	20
	C	0	0	12	12
合計		2	13	23	38

## 21. 入院前後での要介護度の比較

入院前後で要介護度には有意差はみられなかった (Wilcoxon's signed rank test,  $p=0.10$ )。寝たきり度では差がでていたが、これはスケールの違い、介護認定のタイミングの違いなどが原因と考えられる。

		造設後：要介護				合計
		要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
造設前：要介護度	なし	0	0	0	1	1
	要支援2	0	0	1	0	1
	要介護2	1	0	0	0	1
	要介護3	0	3	0	2	5
	要介護4	0	0	7	2	9
	要介護5	0	0	3	16	19
合計		1	3	11	21	36

## 22. 入院前後での mRS の比較

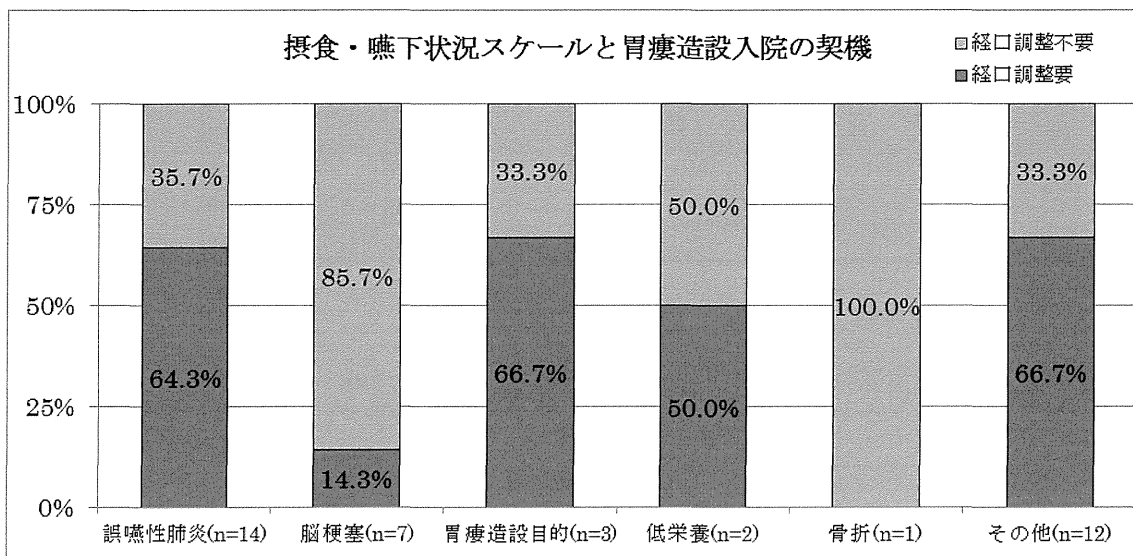
入院前後で mRS には有意差はみられなかった (Wilcoxon's signed rank test,  $p=0.09$ )。寝たきり度では差が出ていたが、これはスケールの差によるものと思われる。

		造設後：mRS				合計
		2	3	4	5	
造設前：mRS	0	0	0	1	0	1
	2	1	0	0	2	3
	3	0	1	0	1	2
	4	0	0	12	1	13
	5	0	0	2	16	18
合計		1	1	15	20	37

### (4) クロス集計

## 23. 摂食・嚥下状況スケールと胃瘻造設入院のクロス集計

骨折の患者 (1名) は常食を摂取していた患者であった。誤嚥性肺炎もしくは胃瘻造設目的で入院した患者では常食以外、脳梗塞患者では常食を摂取していた場合が多かった。



#### D. 結論

胃瘻造設入院の契機は誤嚥性肺炎が最多であり、脳梗塞がそれに次いだ。状況をまとめると意識レベルは保たれているが、認知に問題もち、生活機能が低下している患者が多かった。

また、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いものの、自立や要監視レベル、または常食を摂取していても胃瘻となった患者が存在し、さらに嚥下障害を疑わせる症状の出現が把握されていない、もしくは出現していない患者も少数ではあるが存在した。

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否、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。嚥下リハ目的で入院した患者というわけではないにしても、患者が経口摂取から胃瘻へいたる中途にリハビリテーションが行われることが少なく、退院後にリハビリテーションを行う医療機関には直接繋がりがづらいといえる。これらの患者は、自身、家族もしくは退院後に関連する医療・介護スタッフが自発的にリハビリテーションを行う機会を得るよう動かなければ経口摂取再開への道が閉ざされてしまうため、たとえば、要介護の状態にある患者が誤嚥性肺炎で入院したような場合、退院後の経口摂取の見込みや、どのような医療機関に繋がれば退院後のリハビリができるのかを入院時に確認しておく作業が必要であるかもしれない。

また、入院後で JCS、寝たきり度は有意に低下した。よって、もともと経口摂取のみをしていたが胃瘻となると、意識レベルと身体の状態が低下して退院してくるのである。また、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いこと、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、退院後には嚥下リハのみならず呼吸を含めた全身リハビリを行うことが必須であろう。そのような指導を継続的に行うためには、保険制度を含めた見直しが必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) 戸原玄, 阿部仁子, 中山洵利, 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, 中山洵利, 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開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, 中山洵利, 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, 中山洵利, 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, 中山渕利, 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

### Ⅲ. 卷末資料