

症 例

要介護高齢者の摂食嚥下障害患者に対し
チームアプローチが有用であった2例堀 ちくみ¹⁾ 安田 順一²⁾ 小島 綾子³⁾ 齋藤 那美子³⁾
小金澤 大亮²⁾ 川口 千治³⁾ 玄 景華²⁾Effectiveness of Trans-disciplinary Team Approach:
Two Cases of Elderly Dysphagia Patients Requiring Nursing CareHORI CHIKUMI¹⁾, YASUDA JUN-ICHI²⁾, KOJIMA AYAKO³⁾, SAITO NAMIKO³⁾
KOGANEGAWA DAISUKE²⁾, KAWAGUCHI CHIHARU³⁾ and GEN KEIKA²⁾

摂食嚥下障害の原因疾患は多数あるが、脳血管疾患後遺症はそのなかでも代表的な疾患である。摂食嚥下障害患者への対応は、チームアプローチが有効とされ、様々な報告がなされている。

朝日大学歯学部附属病院で、多職種連携で医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、栄養士が関わって trans-disciplinary team で摂食嚥下リハビリテーションを行った。看護師は生活歴、生活背景の情報収集を行なうが、それらの情報を歯科医師や歯科衛生士と共有しアセスメントすることで、適切な対応ができた。看護師が把握した家族の心理・社会的状況などの情報を共有したことがチームとしての対応を円滑にしたと考えられた。

今回、脳血管疾患後遺症の要介護高齢者の摂食嚥下障害患者の2症例を経験したので報告する。

症例1：91歳女性。脳梗塞後遺症、要介護度Ⅲであった。誤嚥性肺炎を繰り返すため経口摂取不可と診断され朝日大学附属病院に入院した。嚥下内視鏡検査では、誤嚥はなかったが嚥下反射の誘発が遅延し、喉頭蓋谷に食塊残留を認めた。摂食嚥下リハビリテーションを行ったが、必要栄養量をすべて経口摂取することは困難であった。家族の思いを受け止めながら情報提供を行い、経皮内視鏡的胃瘻造設術(Percutaneous Endoscopic Gastrostomy; PEG)を進め、口腔機能を維持するために舌接触補助床(Palatal Augmentation Prosthesis; PAP)を作成し、摂食嚥下リハビリテーションを行った。

症例2：81歳女性。左側脳被殻出血後遺症、要介護度Ⅳで、自宅療養中であった。転倒による上腕骨骨折もあり、経口摂取量が減少した。口腔衛生状態不良で、口腔乾燥状態であった。嚥下造影検査では誤嚥はなかった。摂食嚥下リハビリテーションを開始し、食物形態を調整した。専門的口腔ケアは歯科衛生士1名が継続して行った。入院14日目には、口腔機能と摂食機能が向上し、栄養状態も改善した。

キーワード：口腔ケア、多職種連携、摂食嚥下障害、要介護高齢者、終末期ケア

The effectiveness of a team approach in the treatment of dysphagia patients has been variously reported. Here, we report our experiences in two cases of elderly dysphagia patients requiring nursing care.

Case 1: A 91-year-old woman requiring Level III care due to the aftereffects of cerebral infarction was receiving nursing care in the home. The patient was hospitalized with aspiration pneumonia in an acute care hospital. Due to the repeated aspiration pneumonia, it was determined that oral ingestion would not be possible. On the fourth day after hospitalization, ingestion and deglutition function evaluations, as well as therapy, were

本論文の要旨は、日本老年看護学会第18回学術集会(平成25年6月、大阪)において発表した。

¹⁾朝日大学歯学部附属病院看護部

²⁾朝日大学歯学部口腔病態医療学講座 障害者歯科学分野

³⁾朝日大学歯学部附属病院歯科衛生部
501-0296 岐阜県瑞穂市穂積1851

¹⁾Nursing Department of Asahi University Hospital

²⁾Department of Dentistry for the Disability and Oral Health, Division of Oral Pathogenesis and Disease Control, Asahi University School of Dentistry

³⁾Department of Dental Hygiene Asahi University Hospital.
Hozumi 1851, Mizuho, Gifu 501-0296, Japan
(平成26年4月28日受理)

requested.

While videoendoscopic evaluation of deglutition indicated no aspiration, delayed induction of the deglutition reflex was observed. A residual bolus was confirmed in the epiglottic vallecula. Aspiration was also not observed in the videofluoroscopic deglutition examination. Because the patient could not extend their tongue up to their palate, there was insufficient force to send the bolus into the pharynx.

In conjunction with indirect therapy, direct therapy of jelly intake was commenced. However as it was difficult to provide sufficient nutritional intake through oral ingestion, percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) was performed at another hospital, after which the patient was readmitted. A palatal augmentation prosthesis (PAP) was made and continued deglutition therapy performed to maintain oral cavity functions. After hospital discharge, the patient was admitted to a welfare facility.

Case2: The patient was an 81-year-old woman in need of Level IV care due to the aftereffects of left brain putamen hemorrhage, and was recuperating at home. The patient had also fractured her humerus in a fall, and the volume of oral intake had decreased. Due to poor oral hygiene, the patient's lips and mouth were dry and dirty. Aspiration was not observed in a videofluoroscopic deglutition examination.

In conjunction with indirect therapy, direct therapy of jelly intake was commenced. Nutritional supplements were provided as appropriate, with modification made to the form of the food. One dental hygienist performed specialized oral health care throughout the treatment.

Fourteen days after hospitalization, the patient's weight increased and her nutritional balance improved. A localized denture was fitted for a lower mandibular defect. Information on the patient's life history and background was gathered by the nurse and shared with the dentist and dental hygienist. This enabled assessments to be made that facilitated the provision of appropriate care. It is thought that the sharing of information known by the nurse on the family's state of mind and social situation enabled the medical team to smoothly provide care for the family. A trans-disciplinary team is suitable for dysphagia rehabilitation.

Key words: Oral care, trans-disciplinary team, dysphagia, require nursing care, end of life care

緒 言

要介護高齢者の急増に伴い、医療や介護分野における摂食嚥下障害患者への対応が求められている。摂食嚥下障害者への摂食嚥下リハビリテーションは、単に機能回復という医療的側面だけでなく、栄養や生活などさまざまな視点から患者をサポートすることが求められる¹⁾。一つの職種だけでなく、医師、看護師、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、栄養士、介護職など多くの専門職種がそれぞれの立場から協働してチームアプローチが効果的である^{2,3)}。少ない医療資源を効率的に生かすためにも、かつての医師を頂点としたピラミッド型のもではなく、各専門職が対等な立場で力を合わせ、患者とその家族も含めた「チーム医療」が推進されている。

チームアプローチの形態には、医療チームの目的や構成によって、multi-disciplinary team, inter-disciplinary team, trans-disciplinary teamの3つに分けられている⁴⁾。multi-disciplinary teamは、アセスメント、ケアプラン作成、ケア提供が各専門職別に行われ、チームとしての協働・連携が不十分である。inter-disciplinary teamは、他の専門職とのコミュニケーションに重点が置かれ、アセスメント、ケアプラン作

成、ケア提供などに多職種による協働・連携が行われていることが特徴となっている。trans-disciplinary teamは、多職種による協働・連携に加えて、意図的な専門職種間の役割の横断的共有する。これは、患者の必要性に応じて、専門職固有の領域のサービスを意図的・計画的に他の専門職が行うことである。患者が生命の危機などの急性期にあるときは、職種の分担が明確なmulti-disciplinary teamが適している。inter-disciplinary teamは、在宅医療で行われることが多い。trans-disciplinary teamは、摂食嚥下を含む各種リハビリテーションなど、限られた専門職での医療に適している⁵⁾。チームの構成によって役割が変わるのが特徴である。一般的に摂食嚥下リハビリテーションでは、言語聴覚士が中心的役割を果たす病院が多い⁶⁾。しかし、言語聴覚士が不足している病院では、看護師や医師などが中心的役割を担うことになる。朝日大学歯学部附属病院における入院患者に対する摂食嚥下リハビリテーションは、医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、栄養士が関わるtrans-disciplinary teamを行っている(図1)。

今回、2症例の経過を検討した結果、職種間の役割やそれを踏まえた連携のあり方について若干の示唆を得たので報告する。

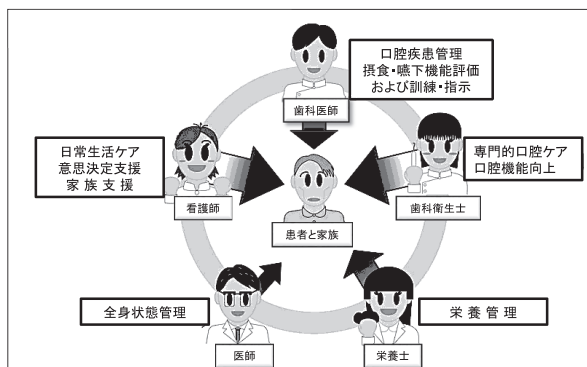


図1：口腔ケアチーム構成員と役割。朝日大学歯学部附属病院における医療者と役割を示す。Trans-disciplinary teamとした。

症 例

<症例1>

患 者：91歳，女性。

診断名：摂食嚥下障害

現病歴：

88歳時に脳梗塞を発症後，右不全麻痺となった。要介護度Ⅲであり，介護を受けながら自宅療養中であり，娘夫婦と同居している。

平成23年5月に，39℃の発熱のため近内科医院受診したところ，朝日大学附属村上記念病院呼吸器内科を紹介され受診した。呼吸器内科医師により誤嚥性肺炎と診断され，抗菌薬治療後に摂食嚥下リハビリテーションが行なわれたが，反復する誤嚥のため経口摂取は不可能と診断された。経皮的内視鏡的胃瘻造設術(Per-cutaneous Endoscopic Gastrostomy; PEG)や中心静脈ポート設置を勧められたが，患者は自己決定困難であり，家族も意思決定に至らなかった。経口摂取希望と危険性との狭間で悩む患者と家族の意思決定が医療者側と折り合わず，入院期間が延長していた。医療ソーシャルワーカーによる退院支援も行なわれたが，中心静脈栄養を管理できる受け入れ施設が見つからず，入院後60日を経て平成23年7月に当院内科に転院した。

現 症：身長145cm，体重33kg，BMI15.6，血圧174/69mmHg，脈拍55回/分，体温36.6℃，経皮的動脈血酸素飽和度（oxygen saturation by pulse oximetry; SPO₂）97%であった。中心静脈栄養の1日量は，フルカリック®2号1003ml（1160kcal），エレメンミック注キット®2mlであった。血液検査の結果は，白血球数3800/μl，総蛋白5.8g/dl，アルブミン3.6g/dl，CRP 0.3mg/dlであった。入院時は，非効果的気道浄化，誤嚥リスク状態，言語的コミュニケーション障害であり，意味のある発語はなかった。経口摂取は禁止されていた。開口障害，頬部拘縮，舌運動緩慢であり，唾

液嚥下は可能であったが嚥下反射の遅延を認めた。口腔衛生状態はおおむね良好だが，軽度口腔乾燥を認めた。

処置および経過：誤嚥リスクが高かったため，顔面マッサージや口唇閉鎖訓練など口腔機能向上のケアを看護師が開始した。入院3日目には開口量が増加，舌運動も改善傾向となった。患者の積極的発語はなかったが，家族や看護師からの問いかけには応じることもできるようになった。「何か食べたいものはあるか」と看護師から問いかけたところ，「プリン」との返答があった。さらに，「食べる練習をしますか？」と尋ねたところ，「する」と返答され頷かれた。入院4日目，経口摂食の可能性について患者および家族に説明し同意を得て，嚥下機能の改善（食べる楽しみの獲得）を目的として，内科主治医から障害者歯科に摂食嚥下機能評価が依頼された。

嚥下機能所見（入院4日目）：嚥下スクリーニングテストでは，反復唾液嚥下テスト（Repetitive Saliva Swallowing Test; RSST）：2回/30秒，改訂水飲みテスト（Modified Water Swallow Test; MWST）：4点，フードテスト4点であった。嚥下内視鏡検査では，明らかな誤嚥は認めなかった。少量のゼリーでは嚥下反射が誘発されず，喉頭蓋谷で食塊残留を認めた。喉頭前庭侵入はあるが，気管内への流入はなかった。咳払いが可能だが，弱く不十分であった。

この嚥下機能評価の結果から，障害者歯科医師が治療計画を立案し，看護師が嚥下リハビリテーションを毎日実施した。直接訓練として，アガロリーゼリー®1個/日（150kcal，83g）を開始した。間接訓練（発声練習，口唇閉鎖訓練や舌運動訓練）も継続して行ったところ，入院7日目には，1日50～100gプリンやゼリーなどの摂取が可能となった。1日摂取量の増加を目指して，間接訓練と直接訓練を継続実施した。

入院4週間目に嚥下造影検査を行った。無歯顎のため，咀嚼を要しないゼリーとペースト状，粥状の試験食を用いたが，明らかな誤嚥は認めなかった。嚥下時に舌挙上が不十分で舌の送り込み不良を認めた。舌と口蓋の接触は不十分で，舌背に食塊残留を認めた。咽頭に移動した食塊は喉頭蓋谷で停滞し，遅延して起こる嚥下反射運動によって食道に送り込まれていた。この検査結果から，旧義歯を調整し舌接触補助床（Palatal Augmentation Prosthesis; PAP）を作製し，直接訓練を継続実施した。しかし，嚥下量を増加させることはできず，PAPの効果は限定的であった。「楽しみ」としての嚥下機能は回復できたが，1日必要栄養量を経口摂取することは，不可能と考えられた。

患者の生命維持にPEGは有効であると見込まれた

が、認知症の進行状態によってはQOL改善に寄与する時間は限られる。そのため、家族が選択に関して揺れ動くことは当然であり、家族の患者に対する思いを受容するよう心がけた。家族は、PEGの麻酔や外科的処置による生命の危険や、胃瘻造設後に経口摂取を断念しなければならないという誤解があり、経口摂取の希望が強かった。そのため、PEGのリスクについて医師より説明し、胃瘻造設後の管理について看護師から情報提供を行った。嚥下機能の現状と予後について歯科医師から説明した。受け入れ可能施設と家族との面談を行って、看護師から情報を提供し、退院後の生活に対する不安を解消するように努めた。

家族は、PEGの意思決定までに1か月を要した。PEG承諾後は、受け入れ可能な福祉施設と日程を調整した上で、他院でPEGを行った後に当院内科に再入院した。入院中は、胃瘻からメイバランス®1200kcal/日を注入しながら、アガロリーゼリー®1個/日と間接訓練（口唇閉鎖訓練や舌運動訓練）を行った。再入院4週間後に福祉施設に入所した。入所2か月後に、PAP調整のため入所施設へ訪問歯科診療を行った。摂食嚥下機能は、退院時と特に変わりなく、胃瘻から栄養摂取しながら、PAP装着してゼリーで直接訓練が継続して行なわれていた。

<症例2>

患者：81歳，女性。

診断名：摂食嚥下障害，辺縁性歯周炎，う蝕歯。

現病歴：平成24年4月に左側被殻出血し，急性期病院や回復期リハビリテーション病院での治療を経て自宅療養していた。要介護度IVで，デイサービスなどを利用し高齢の夫が介護を続けていた。転倒による右側上腕骨骨折もあり徐々に経口摂取量が低下していた。家族が嚥下機能評価を希望，脱水状態でもあり全身状態改善と嚥下機能評価目的で，平成24年12月に障害者歯科入院となった。

現症：入院時は，1日量として経腸栄養剤ラコール®600ml（600kcal）のみを経口摂取しており，脱水と低栄養状態であった。口腔衛生状態は不良で，口臭と口腔乾燥を認めた（図2）。歯垢および歯石付着が多量にあり，下顎前歯は動揺度3度の重度歯周炎，上顎右側第2大臼歯はう蝕第3度を認めた（表1，図3）。全身状態は，身長145cm，体重35kg，BMI16.6，血圧105/69mmHg，脈拍63回/分，体温36.3℃，SPO₂96%であった。血液検査の結果は，白血球数5100/μl，総蛋白5.9g/dl，アルブミン3.6g/dl，CRP0.3mg/dlであった。

処置および経過：入院日は経腸栄養剤600kcalとしたが，2日目から補食としてメイバランス®400kcal/



図2：初診時の口腔写真（症例2）。口唇は菲薄化し乾燥している（上段）。口腔衛生状態は不良であり，全顎にプラークと歯石の付着を認めた（下段）。



図3：初診時のパノラマX線写真（症例2）。全顎的に歯周病が進行している。上顎は14歯すべてが残存しているが，下顎は6歯のみである。

表1：症例2の歯式を示す。上段は入院時，下段は歯科治療終了後（退院時）の状態を示す。

初診時																
C3	FMC FMC CR				CR	CR 前MC MC FMC										
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7			
FMC FMC 前MC 前MC					FMC											
歯科治療終了時																
FMC FMC CR					CR	CR 前MC MC FMC										
6					5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
PD					PD											

FMC:全部鑄造冠 CR:コンボジットレジン修復
 前MC:前装鑄造冠 C3:う蝕症3度
 MC:金属鑄造物 PD:局部床義歯

1日、アガロリーゼリー[®]適宜、経口摂食させた。嚥下スクリーニングテストを行ったが、指示理解が得られず評価不能であった。入院2日目に動揺の著しい下顎前歯3歯を抜去した。

口腔乾燥状態を改善するため、口腔機能改善を計画した。自宅が遠方であり通院による口腔管理は困難なため、退院後にデイサービスで口腔ケアを良好に行なえる口腔を目指した。歯科衛生士による専門的口腔ケア（口唇マッサージ、歯石除去、歯根面滑沢化、歯面研磨、保湿剤塗布）を毎日実施した（図4）。歯科衛生士1名を担当とし、入院から退院まで原則として1名が継続して口腔ケアを行った。さらに、看護師による口腔ケア（ブラッシング）も毎食後に実施した。右上腕骨骨折について整形外科医に精査を依頼したところ、簡易デブロー固定（バストバンド）を中止し、三角巾固定の指示を受け変更した。入院3日目に嚥下内視鏡検査を試みるが、患者の協力が得られず断念した。

入院5日目に嚥下造影検査を行った。指示理解は困難であったが、家族の介助により検査が可能であった。明らかな誤嚥は認めなかった。嚥下時に舌の送り込みは弱く、一部のゼリーは咽頭へ滑落した。嚥下反射は活発に起こっており、一口量を全て食道に送り込んでいた。ペースト食でもゼリーと同様な嚥下が観察された。介助に対する拒否が強く、自食のほうがスムーズに摂取していた。全身栄養状態の低下から摂食意欲が少ない印象を受けた。そのため、夕食時よりペースト食開始したが、一口程自食しただけで、介助も拒否された。栄養剤は継続した。

入院6日目、う蝕歯である右上第2大臼歯を抜去した。咀嚼のため義歯作成を計画した。ペースト食を継続したが、2-3口介助すると口を閉じて拒否された。見舞いに訪れた家族から「お粥は嫌い」との情報を得たので、軟飯および軟菜に変更したところ、嚥下に問題なく自食で2割程摂取できた。介助摂取の拒否があるため自食を優先させ、栄養剤を捕食として使用し、看護師はゼリーによる直接訓練を継続した。自食時に左側の食事のみを摂取する右半側空間無視がみられたため、食事進行に併せて視認できる左側へ食事を移動させ摂取量を増加させた。生活援助では、表情やしぐさから意思確認し、片麻痺や上腕骨骨折に伴う可動域制限や転倒の危険性に配慮して行った。入院8日目には軽介助での入浴や車いすの自操作も可能となり、活動範囲が拡大しセルフケア自立への意欲が高まっていった。口腔乾燥は改善し、口臭も気にならなくなり口腔衛生状態は向上した。

入院14日目の体重は38.5kg（BMI18.3）であり、入院時に比べて3.5kgの体重増加を認めた。軟飯およ



図4：専門的口腔ケア（症例2）。歯科衛生士による専門的口腔ケアの様子。口腔機能向上のための上下口唇の伸展マッサージ（上中段）と歯ブラシを使用した舌の清掃（下段）を示す。

び軟菜を8割以上摂取できるようになり、栄養剤とゼリーを補うことで必要栄養量を確保した。退院後の自宅での生活のため、看護師が中心となって全身状態や摂食状態、口腔ケア方法、食事について、それぞれ医師、歯科医師、歯科衛生士、栄養士から聞き取りを行った。その上で、主たる介護者である夫らと、受けられる在宅介護サービスと、デイサービスでの食事援助を検討した。

入院25日目に、下顎欠損部に新製義歯を装着したところ（図5）、夕食をほぼ全量摂取できた。義歯着脱も自己にて可能であった。自宅での介護状況を予測し、デイサービス担当者や支援方法について情報共有



図5：退院時の口腔写真（症例2）。健康的な歯肉に改善している。下顎の欠損部には局部床義歯を装着した（下段）。

を行った上で、入院26日目に退院し帰宅した。

考 察

摂食嚥下障害の原因疾患は多数あるが、脳血管疾患後遺症はそのなかでも代表的な疾患である。脳血管疾患による本邦での死亡率は近年まで第3位だったが、平成24年に厚生労働省が発表した人口統計では、悪性新生物、心疾患、肺炎に次ぐ第4位と後退した。医学の発達により脳血管疾患の救命率は向上したが、脳血管疾患後遺症患者は増加している。要介護者の原因疾患では、脳血管疾患後遺症が24.1%と最も多く、次いで認知症が20.5%と報告があり、さらに要介護度が高くなるほど脳血管疾患後遺症の割合が増加する⁷⁾。嚥下反射を起こす中枢は延髄にあり、延髄は大脳の支配を受けるため、脳血管疾患後遺症が摂食嚥下機能にもたらす影響は、脳の損傷部位によって異なる。原疾患による嚥下機能の障害だけでなく、意識障害や意思疎通の困難、加齢に伴う身体機能の低下や認知機能の低下から摂食嚥下リハビリテーションの困難性が高まる。二次的に誤嚥性肺炎や脱水・低栄養を引き起こし生命の危機に瀕する場合も少なくない。そのため、嚥下機能障害がどこに起因するのか評価し、摂食嚥下リハビリテーションを行う必要がある。

高齢者の摂食嚥下困難者に対して栄養管理をどうすべきかの国民的議論は尽くされておらず、コンセンサスも得られていない。とくに終末期における人工的水分・栄養補給法（Artificial Hydration and Nutrition: AHN）の導入や中止についてはさまざまな意見がある^{8,9)}。AHNは、経口による自然な摂取以外であり、経腸栄養法（胃瘻など）と非経腸栄養法（中心静脈栄養法など）の2つがあるが、摂食嚥下障害そのものを改善させるものではない。何らかの理由で飲食できなくなった高齢者にAHNを導入するか否かを選択する必要がある場合に、倫理的妥当性を確保するため日本老年医学会は「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」⁸⁾を2012年に公表している。これによれば、意思決定プロセスの概要は、①経口摂取の可能性を適切に評価し、AHN導入の必要性を確認する、②ANH導入に関する選択肢を評価し、最善のものを見つけ出す、③本人の人生にとって最善を達成することである。患者の多くは原疾患により自立困難な状態であり、在宅介護の受け入れが困難で施設入所に頼らざるを得ないことも多い。入居候補となっている介護施設が、AHNを導入していることを入居の条件にしている場合もあり、介護施設入所のために胃瘻を導入せざるを得ない社会背景がある¹⁰⁾。高齢者はさまざまな機能障害を同時に有しているため死に至るまでの過程も多様である。認知症を有する患者は10年以上の長い経過を経て、低栄養状態や肺炎を繰り返しながら最期を迎える¹¹⁾。認知症の約7割は、死亡する12か月前から高度機能障害が続くため、日常生活動作（Activities of Daily Living:ADL）から終末期の始まりを見極めることが難しく¹²⁾、PEGの可否の選択は容易ではない。

PEGは内視鏡を使った胃瘻造設術で、小児の摂食嚥下障害に対して開発された非開腹的手術である¹³⁾。簡便で低侵襲であり、呼吸器感染対策と術前栄養療法による状態改善が予後改善につながることから、家族の満足度も高く、超高齢者や認知高齢者にも多数実施され急速に普及している^{10,14)}。高齢者に共通する問題として術後の感染性合併症の危険性があるが、長期生存できている点で健康な人生を送ってきた証拠であり、暦年齢だけでは推し量れないことも多く、高齢であるという理由のみで手術が断念されることは少ない¹⁰⁾。不顕性誤嚥による肺炎は胃瘻造設しても防止できず、年齢を増すごとに高まる¹⁵⁾ため、肺炎予防のためには摂食嚥下リハビリテーションと口腔ケアは必須である。わずかでも経口から直接訓練し、専門的口腔ケアの併用することは嚥下機能を維持しやすいため、不顕性誤嚥予防と誤嚥性肺炎減少に有効である¹⁶⁾。

症例1は、誤嚥性肺炎を繰り返し経口摂取が危険となった患者が介護困難を理由に退院困難となったいわゆる介護難民の事例であった。現在の診療報酬上、10日前後である平均在院日数を大きく超える患者の退院調整は、患者・病院双方にとって大きな負担である。特に介護が必要となった高齢者の療養場所を選定することは困難なことが多い。当院入院時には、誤嚥や窒息によって生命の危機的状態を招く危険性や食べることの満足、PEGの手術侵襲への抵抗感などの心理的葛藤を抱え、医療者への不満や不信が募っていた。そこで看護師は具体的目標を設定し、家族へのかかわりにできる限り多くの時間を費やした。無歯顎で舌機能不全もあるため、摂食嚥下障害の改善の一助として歯科医師はPAPを作成し、舌の機能障害を補うことができた¹⁷⁾。医師や看護師のケアや説明だけでなく、歯科医師や歯科衛生士の口腔機能評価や口腔ケアに関する情報提供や指導・提案などを行った。家族は継続的な口腔ケアや摂食嚥下リハビリテーションにより、PEG後の経口摂取も可能であることを理解し、何を選択したらよいかという意思決定の発想に変化した。専門職による多様な選択肢の提供があったことが療養生活を前向きにとらえるきっかけになったと考えられたため、患者家族への意思決定支援に有用であった。

症例2は、脳出血の病後状態で口腔機能の知識不足やケア不足により摂食障害をきたしていた。生命危機を回避し、リハビリ後に退院し在宅介護の状態であったが、日常的な口腔ケアや摂食指導が行なわれなかった。当院入院時の低栄養状態は、半側空間無視による先行期の嚥下障害が原因であると考えられた。半側空間無視とは、損傷大脳半球と反対側の刺激に気がついたり反応したり、その方向に向いたりすることが障害されている病態である¹⁸⁾。左右いずれの半球損傷によっても起こり得るが、臨床的には左半側空間無視の発生頻度が高く重症である¹⁹⁾。左脳損傷の場合、残っている右脳が左右空間を監視するため無視は生じにくいとされる¹⁸⁾。半側空間無視は患側の食事の食べ残しで気付くことが多く¹⁸⁾、本症例も同様に食べ残しから右半側空間無視と判断された。自宅での転倒による右側上腕骨骨折や摂食嚥下障害も、右半側空間無視が原因の1つだと推測された。専門的口腔ケアについて、歯学部附属病院の特性を生かし、担当の歯科衛生士1名が専門的口腔ケアを集中的に行った。患者との人間関係を作りやすく、患者の毎日の口腔状態の変化を観察できたため口腔機能を早期回復させることができた。日常の口腔ケアと摂食嚥下リハビリテーションは、看護師が担当した。看護師は日常生活の詳細を把握し、退院後は高齢の夫が主たる介護者になることを

踏まえ、義歯の取り扱いや口腔保清の方法や頻度などを歯科医や歯科衛生士と相談、無理なく介護可能となる方法を検討した結果、自宅での療養が可能となった。患者や患者を取り巻く環境を総合的にアセスメントすることで、口腔機能の維持向上に無理なく取り組める方法を導き出した。

多職種アプローチについて、朝日大学付属病院では、2001年10月より内科入院患者に対する口腔ケアを実践し、医師、看護師、歯科医師、歯科衛生士が連携してきた²⁰⁾。この口腔ケア連携を強化し、摂食嚥下機能の向上を基本的課題として、医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、栄養士が意識的に関わり、専門職の役割を深化させ2症例の摂食嚥下リハビリテーションを行った。具体的には、日常的ケアを行う看護師が、できる限り他専門職の医療的処置に付き添えるよう配慮し、職種間のコミュニケーションと患者対応の統一性を図った。患者が混乱しないよう歯科衛生士1名を担当者とし、歯科外来だけでなく病棟でも口腔ケアや間接訓練を行った。看護師は、直接訓練と間接訓練に加えて日常的口腔ケアを行った。朝日大学付属病院は30床と小規模な病院のため、コミュニケーションや情報共有を頻繁に行うことで多職種アプローチが比較的容易であった。

脳血管疾患後遺症による摂食嚥下障害は長期的な介入と、退院後の定期的なフォロー体制が必要である。高齢者施設や在宅などで摂食嚥下障害リハビリテーションのニーズは増加しており、地域医療が積極的に摂食嚥下障害の患者を受け入れているが、一般歯科医院での受け皿が十分とは言えない^{6,21)}。介護施設や在宅での口腔ケアは普及しつつあるが、歯科疾患をそのままにして口腔ケアを実施しても効果は上がらないので、口腔内の病態の把握と治療、定期的な評価が欠かせない。今後の摂食嚥下リハビリテーションは、院内だけに留まらず地域とのネットワークが必須であり、一般歯科診療所と連携して摂食嚥下機能の維持や専門的口腔ケアを行うことが課題である。

結 語

今回、要介護高齢者の摂食嚥下障害を有する脳血管疾患後遺症患者に対して、摂食嚥下リハビリテーションを中心としたチームアプローチが有用であった2症例を報告した。

1. ケアを実施する各職種の役割を明確にし、目標を共有することが活動の円滑化につながった。
2. 各職種間の情報共有を促進することがケア内容を検討するうえで効果的であった。
3. 看護師のアセスメント能力を高めることで、患者

や家族の意思決定支援や職種間の情報共有が推進されると考えられた。

謝 辞

入院治療の実施にあたり、ご助言をいただきました山本剛史教授、塚本隆司教授に深謝いたします。また、尽力いただいた職員の皆様に深謝いたします。

文 献

- 1) 石田瞭; 向井美恵, 山田好秋編. 歯学生のための摂食嚥下リハビリテーション学 (摂食・嚥下リハビリテーションのチームアプローチ). 1版. 東京: 医歯薬出版; 2008: 176-179.
- 2) 深田順子, 鎌倉やよい. 愛知県内病院の摂食・嚥下リハビリテーションにおけるチームアプローチの現状. 愛知県立大学看護学部紀要. 2009; 15: 55-61.
- 3) 吉田佳子, 若松真紀, 江木みさゑ, 阿部雅恵, 片山由美子. 他職種との連携による口腔ケアのプロトコール作成. 口腔ケアに対するチームアプローチ. 日本看護学会論文集看護総合. 2012; 42: 31-33.
- 4) 上妻日出信, 小沢誠裕, 武内秀夫, 迫田恵子, 齋藤道子. 精神障がい者における歯科医師と看護者の連携による口腔ケアの有意性. 聞き取り調査分析より. 藍野学院紀要2007; 21: 67-72.
- 5) 菊池和則. 多職種チームの3つのモデル—チーム研究のための基本的概念整理—. 社会福祉学. 1999; 39: 273-290.
- 6) 玄景華, 安田順一, 橋本岳英, 光吉平, 野々垣静子, 勝又明敏, 長谷川信乃, 田村康夫. 2009年度専門部会「朝日大学附属病院摂食・嚥下障害研究会」の活動報告岐阜県における摂食・嚥下リハビリテーションの現状と課題—歯科診療所へのアンケートと連携の問題点—. 岐歯学誌. 2011; 37: 195-200.
- 7) 厚生労働省. 平成22年国民生活基礎調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-2.html> (2014年4月10日アクセス)
- 8) 社団法人日本老年医学会: 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン人工的水分・栄養補給の導入を中心として. 一般社団法人日本老年医学会ホームページ, 2012. http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf (2014年3月28日アクセス)
- 9) 大類孝. 認知症末期患者の胃瘻造設: 「適応を慎重に検討すべき」の立場から. GERIATRIC MEDICINE. 2012; 50: 384-390.
- 10) 沖田充司, 宮出喜生, 市川美年, 片山由紀, 中嶋町子. 超高齢者に対する経皮内視鏡的胃瘻造設術 (PEG) の経験. 静脈経腸栄養. 2011; 57: 1393-1398.
- 11) 飯島篤. 認知症患者のエンド・オブ・ライフ・ケア. Cognition and Dementia. 2013; 12: 135-140.
- 12) Gill TM, Gahbauer EA, Ham L, Allore HG.: Trajectories of disability in the last year of life. *N Engl J Med*. 2010; 362: 1173-1180.
- 13) Gauderer MWL, Ponsky JL, Izant RJ Jr. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. *J Pediatr Surg*. 1980; 15: 872-875.
- 14) 岡田慶一. 介護老人保健施設における認知症高齢者への胃瘻造設の意義. *Kitasato Med J*. 2012; 62: 125-128.
- 15) Tealey AR. Percutaneous endoscopic gastrostomy in the elderly. *Gastroenterol Nurs*. 1994; 16: 151-157.
- 16) 成行稔子, 木村年秀, 戸田知美. 口腔ケアにより経皮内視鏡的胃瘻造設術 (PEG) 術後感染が予防できるか. 地域医療. 2005; 44回特集号: 324-327.
- 17) 下山和弘. 健康の維持増進に寄与する口腔機能. 日老医誌. 2012; 49: 40-42.
- 18) 網本和. 半側空間無視に対するリハビリテーションアプローチ. 認知神経科学. 2009; 11: 73-77.
- 19) 前田真治. 半側空間無視. 高次脳機能研究. 2008; 28: 214-218.
- 20) 橋本岳英, 大山吉徳, 安田順一, 玄景華, 青木尚美, 岡直子, 野々垣静子, 堀ちくみ, 宮本洋通. 朝日大学歯学部附属病院内科病棟入院患者に対する口腔ケア. 岐歯学誌. 2006; 32: 91-92.
- 21) 田邊晶子, 玄景華, 安田順一, 岩田浩司, 大山吉徳, 川橋ノゾミ, 金澤篤. 特別養護老人ホームにおける介護保険の要介護状態区分による口腔内状況と口腔ケアの問題点について. 老年歯学. 2000; 14: 327-336.