

1 はじめに

現在、日本は急速な人口高齢化の中、特に福祉行政において様々な問題が出現している。

少ない予算や人員確保の困難、病院や施設等インフラ整備の遅れ、さらに、この不況による経済的困窮の中で退院後、介護を要する患者への受け入れが問題となっている。とりわけ重症な患者においてはそれが深刻である。しかし、自宅での介護は、介護者にとっても、受ける側の患者にとっても肉体的、精神的、経済的におおきな負担になる。これらは介護の世界の悪循環となり悲劇的な結末になるケースもマスコミで報道されている。我々はこの悪循環をどこかで絶ち、少しでも介護者や介護される立場の方々をサポートする必要がある。

それには医療や介護の専門家が有効にその専門分野に配置され、その力を十分に発揮出来る環境づくりが重要と思われる。今回、三重県における地域ケアの取り組み事例として、言語聴覚分野における嚥下障害患者への関わりの中で成功した事例を紹介し、交えて地域医療におけるチーム医療の関わり方や問題点を指摘し、考察を交えて述べたいと思う。

2 事例

87歳、女性、2008年2月誤嚥性肺炎にて、4回入退院をくりかえす。その他の既往歴特に無し。2008.12月誤嚥性肺炎をきたし再入院。2009.1.20ST（言語聴覚士）に依頼があった。摂食を続けるか、摂食以外の代替（補助）栄養法にするか決断を迫られた時期であった。

（1）STによる摂食・嚥下機能評価

口腔器管の動きに制限無く、構音、声質、声量にも問題はなかったが、咽頭反射は消失。誤嚥の原因となる基礎疾患は見あたらなかった。水飲みテストは、やや遅れがちなが、むせることなく飲み込めた。ゼリーでは、水より飲み込みにくそうで、反復嚥下すなわち飲み込む為数回嚥下行動を生じる動作がみられた。両食形態共に喉頭の動きや嚥下音は認められなかった。認識レベルは軽度～中等度の障害で、以前から時に夜間勝手に外を歩く様な不穏状況があった。又重度の老人性難聴を認め、コミュニケーションはやや困難であったが、本人は元々大変しっかりした方で、大まかな指示には充分従え、礼節も保たれており、摂食指導には影響がないレベルであった。

（2）ビデオ嚥下造影法（Videofluorography：VF）

検査では喉頭蓋の動きが全く無いことが解った。坐位（90度）では水分やゼリーなどの食形態の多くが喉頭に流入している状態であった。しかし、むせは認められず、いわゆるsilent aspirationの状態であった。30度の仰臥位では喉頭進入（流入しかけている状況）は、水分、ゼリー共にごく少量レベルに留まり、喉頭内への流入は確認できなかった。咽頭期における知覚障害の遅れや嚥下反射促進のため前口蓋弓の冷圧刺激を約2週間施行したが改善は全くみられなかった。その他の嚥下改善へのアプローチは年齢、

身体状況、認識面から困難であると判断した。



30度仰臥位でのVF検査（口腔から食道への造影剤の流れがみられる）

（3）直接的な訓練

そこで体位30度仰臥位でごく少量のお茶やゼリーを与える試みを続けた。この時潜在的な誤嚥をチェックするため頻回の血液検査で炎症所見のチェックを行ったが、入院中に炎症所見や胸部レントゲン検査での異常はみられなかった。

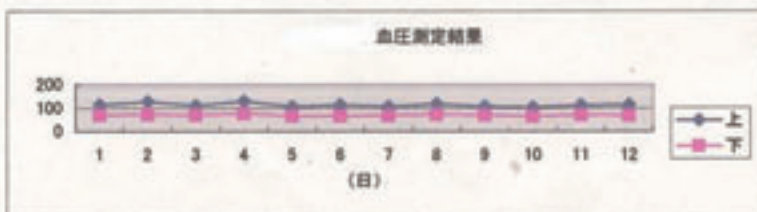
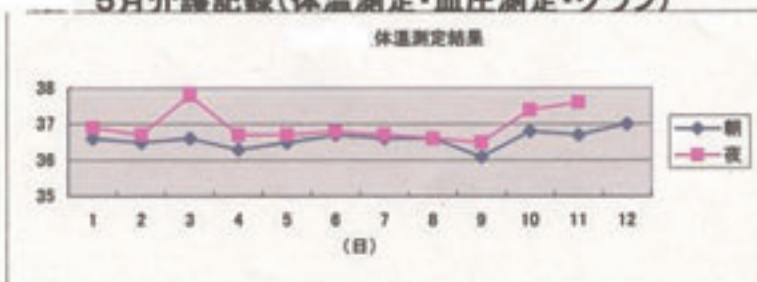
（4）退院時

家族や看護スタッフに対し、退院後自宅での食事内容、体位（食事姿勢）、食事形態、食べ方、危険回避などの説明をおこなった。家族には毎日の朝晩の熱、血圧測定、食事内容、問題点、その他をグラフやノートに記入してもらうことにした。退院時の患者の日常生活自立度（寝たきり度 C1 認識障害 II b）介護度3。非経口的栄養摂取法として皮下埋め込み型ポートを留置して高カロリー輸液を一日 1500 カロリー程度受けていた。同年2月26日在宅への退院となる。

5月介護記録(体温測定・血圧・食事摂取量)

	体温		血圧		食事			備考
	朝	夜	上	下	朝	昼	夜	
5月1日	36.6	36.9	115	71	13	19	高20	朝トイレにて便出る
5月2日	36.5	36.7	127	73	20	20	13	午前10時にジュース与える
5月3日	36.6	37.8	110	71	8(5)	高20	食事なし	17時45分体温測定37.8であり アイスノンで冷やす。 20時45分再度測定するも変わらず アイスノン変え冷やす
5月4日	36.3	36.7	129	77	高20	15	15	
5月5日	36.5	36.7	106	67	高20	15	15	朝少し便が出ていた 15時おしるこ与える
5月6日	36.7	36.8	115	67	15	15	15	
5月7日	36.8	36.7	107	69	16	15	高20	午前10時にジュース与える
5月8日	36.6	36.6	118	72	15	15	18	便掻き出し
5月9日	36.1	36.5	107	70	高20		18	本日はディサービス 16時アイトニックゼリー与える
5月10日	36.8	37.4 38	102	64	13	高18	—	10時ジュース与える(15) 15時バナナジュース与える(15) 18時に体温測定37.4、その後 徐々に上がりそうであり、夕食なし アイスノンで冷やす。セキが出ており カゼかも? 20時38°となる。 21時便少し出た。体温は37.7 少し下がり、23時には37.3となる
5月11日	36.7	37.6	112	71	16	16	—	18時40分体温測定37.6であり、 アイスノンで冷やす 20時測定37.5 21時測定37.8 23時測定37.1 状況として良くセキをしておりカゼ?
5月12日	37		115	68	—	高20		6時30分体温測定37° アイスノン 出冷やす 7時測定36.7° 8時には36.2°となる

5月介護記録(体温測定・血圧測定・グラフ)



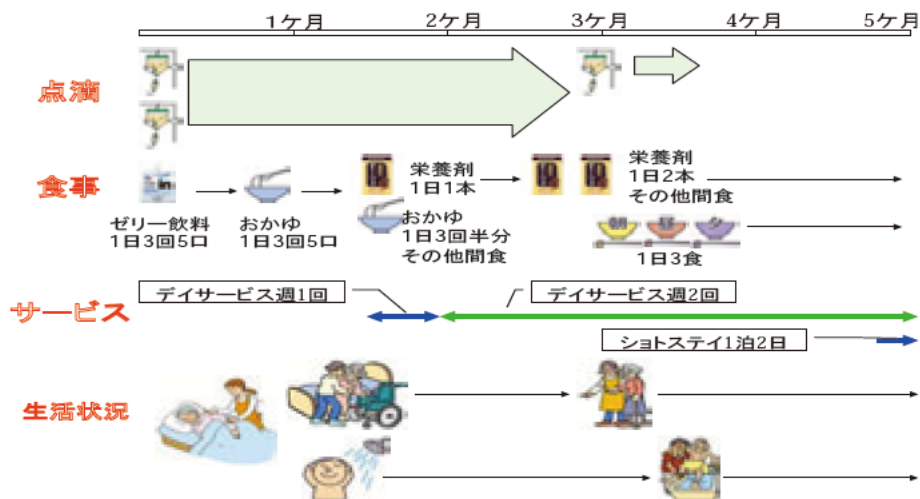
家族による毎日の介護記録

(5) 在宅サービスの調整

病院への外来通院は、緊急時以外は1～2ヶ月に一度。ホームドクターによる月に1度の訪問診療。訪問看護は週に2回、STは週に1回。他の施設からケアマネージャーやデイサービスセンターのスタッフも関わった。

(6) 在宅での指導内容

退院後は医療従事者の目が行き届かなくなるため、食事の体位を更に安全と思われる側臥位30度に変更した。これは喉頭の入り口と重力の方向が一致しないため食塊が喉頭内に更に進入しにくくなる利点がある。最初、嚥下圧が弱いため食物形態は当初水分に近い流動物（たとえばジュースに軽くとろみをつけたもの）などを少量からスタートした。嚥下後すぐに咳をさせ喉頭流入を妨ぎ、食後はしばらくそのままの姿勢を保持させた。その後、量及び粘性を段階的に増加させた。デイサービスやショートステイにも次第に通所可能になった。無事に5ヶ月が過ぎ、特に食べにくい食物以外は食べられるようになったためSTの訪問は終了とした。この時期には点滴を中止し、経口摂取のみとなり、補助栄養（テルミール）も含め一日1000カロリーほどの経口摂取が可能となっていた。ADLはますます向上し、シルバーカーの見守り歩行も可能となった。この時期になっても患者の主な嚥下機能障害である喉頭蓋の上下運動は当初と変わりなかったため、体位30度側臥位での摂食は持続することとなる。



退院後5ヶ月迄の経過



自宅での看護及び
STによる摂食指導

3 地域に於ける嚥下リハビリの条件

筆者の病院はのどかな田園に囲まれたベッド数 220 床の総合病院で、訪問看護の看護師は常勤 2 名、非常勤 1 名、ソーシャルワーカー 2 名、理学療法士 1 名、言語聴覚士（非常勤）1 名で構成されている。今回の報告はあくまで報告者の病院に於ける条件であり各施設では状況が異なることは当然である。以下筆者の環境の中で感じた地域に於ける嚥下リハビリの成果を上げるための幾つかの条件を述べてみる。

- (1) 嚥下専門の医師がいること、又は嚥下障害に関心や理解があり協力を得られる医師がいる事。

多くの施設では必ずしも協力的な医師がいるとは限らない。「嚥下訓練は医師の指導の下に行う」と法律で決められている以上、専門の医師がいない状況での訓練は困難を来す。とりわけ、医療機関から離れた在宅介護の状況では適切な専門的判断が得られない場合もある。

- (2) 内視鏡検査、嚥下造影（VF 検査）等の検査を定期的に行える事。

これらの検査は摂食、嚥下障害の原因を解剖学的、生理学的に明らかにするために必要不可欠であり、嚥下に於ける各器官の機能を客観的に評価できるものである。

- (3) 各医療専門家によるチームアプローチと情報連絡。

嚥下障害の原因は多岐にわたる。障害レベル、身体状況、環境、その他で専門家のニーズはそれぞれ異なるにしても医師を始め、歯科医師、栄養士、薬剤師、看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、ヘルパー、介護士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等のチーム構成が必要になる。同時に必要なのは各チーム構成員間の連携をいかに取り合うかという問題である。そのため電話連絡や患者宅に集まる等、その時その時の必要に応じて対応している。現場（患者宅）での直接の説明や指導が必要となってくる場合も多い。それぞれ、煩雑な業務の中でその時間をつくるのも大変であるが、必要不可欠な要素である。これは病院内で机を囲んで行うカンファレンスとは違い大変ではあるが連携のミスは患者の命取りにもなりかねないので欠かすことができない。

- (4) 患者自身が口から「食べたい」という意欲と、患者家族の「食べさせたい」という意識の重要性。

食べたいという強い意志があり、それを援助してくれる家族は最も重要な存在であり、また最も大事なチームスタッフともいえる。又「食べたい」、「食べさせたい」という強い気持ちは嚥下障害者に関わる専門家チームを最も勇気づけ、やる気を起こさせるものであることは間違いない。我々もそれにいかに答えようかと一生懸命になる。そして、結局患者の生きる意欲やADL改善にもつながると思われる。

- (5) 知能障害、認知機能障害の評価と摂食嚥下障害

摂食には食べたいという意欲や、食物を認識し、食べるという一連の行動を理解していなければならない。このうち1つでも問題がある場合、摂食嚥下に対するアプローチに困難を来す。中でも認識障害は①指示に従えない（理解出来ない）ため、口の中にある食べ物を飲み込まないまま危険な状態で（例、急に横を向く）飲み込む。②食物を食べ物として認識しておらず自発的に食べようとしない。③集中力がない。その他にも多くのリスクを負うことがある。その為認識障害のある患者には

その評価やアプローチを頻回に行い、それによるリスクを家族及びスタッフに伝えることが重要になる。

長谷川式、MMS E等の認知のスケールも有用で使われているが、嚥下の場合にはもっと簡単に口頭で摂食嚥下に必要なレベルの認識度をチェックすればよいと思われる。また、同時に認識障害を悪化させないよう、出来れば少しでも改善を図るような指導も取り入れている。せっかく経口摂取が可能になっても、認識レベルが低下していけば結局何の成果も挙げられなくなるからである。

4 考察

この事例は最終的に胃瘻増設という方向であったが、食道裂孔ヘルニアにより胃瘻が実施できず、腸瘻を提案したが家族の同意が得られず皮下埋め込み型ポートの留置となった。経口摂取は楽しみ程度にというゴール設定であった。しかし、当初の推定をはるかに超え、報告者にとっても他のスタッフにとっても驚かされる結果となり、食べることへの可能性を安易に理論だけでかたづけることへの警告に思われた。我々スタッフは「食べる」という人間にとり最も大事な喜びを取り上げないで済む方法をさぐり続ける使命がある事を再認識した。

介護者にとっての大きな問題は患者の認識障害によるものである。点滴をはずしたり、夜間ベッドから出ようとするなどの問題行動が頻回にあった。点滴に対しては、一回は夜中看護師が訪問し、脱出に対してはベッドの周囲に高めの囲みを設置したりして望んだ。これらの問題は介護者にとっては最も大きなストレスとなり介護を持続できるか、否かの問題となるともいえる。特に、夜間、介護者が充分休める体制の確保をスタッフが援助出来る体制は是非とも大切だと思われた。また、重要なものとして、患者の障害レベルに応じた食物形態の作成である。食事の形態に関しては時に大変難しい要求をされる事がある。それを家族が毎日作る事は容易ではない。購入出来る物もあるが、毎日ではコストもかさみ、この事で介護を断る家族も多い。嚥下食の準備は嚥下障害患者の命とりになるわけで、この点の援助をどうするかは報告者にとっても大きな悩みとなっている。

チーム構成に欠くことの出来ない方々にホームドクター、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師等がいる。ホームドクターに関わっていただく事はなにより家族やスタッフの安心である。薬剤師の方から、薬を飲みやすくするため粉々にしてしまうと効果に変化がある場合があると聞いた。患者にとって大事な薬の取り扱いなどは専門知識がないと大変な問題となる。また入れ歯の装着不良で噛めない為食事がとれない方は多い。口腔内はご存じのように雑菌だらけで、不潔な口腔内の唾液により更に炎症を生じやすくしている。このような管理は大変重要で歯科医や歯科衛生士の方々の協力は必然である。通常関わりにくいこれらの方々には是非ともチームへの参加をお願いしたい。このためには、在宅医療の診療報酬の見直しも必要と考えられる。国は在宅介護を中心とした医療制度へと舵をとっており、老人人口の増加、経済不況の中、人生最後を送る自宅での介護をいかに乗り切るかは決して他人事ではない各一人一人の問題でもあると思う。

5 このケースにおける訪問看護師の役割

いなべ総合病院は訪問看護ステーション「のぞみ」を併設しており、このケースにおいても、ST並びに訪問看護師は訪問看護ステーションとして活動している。

このケースのように、経口摂取にて栄養が十分とれない患者に胃ろうを勧められるケースは多い。その選択をするのは本人や家族であり、そのサポートをすることが訪問看護の役割である。

（１）訪問看護の必要性

胃ろうをせずに退院となった場合、在宅での指導はとても重要である。今回の事例は、胃ろうが実施できず腸ろうを勧められたが家族の同意を得られず皮下埋め込み型ポートの留置にて点滴という方法での栄養補給を選択された。退院後も嚥下に関する援助と点滴管理が必要であり、訪問看護の必要性があった。訪問看護は週 2 回実施し、口腔ケアの家族指導や口周辺のマッサージ・咳払い訓練などの間接嚥下訓練の実施及び入浴介助、端座位・立位訓練を実施した。当院の受診は月 1 回であり血液検査 レントゲンを実施、かかりつけ医による往診を 2 週間に 1 回実施した。

（２）病院併設のメリット

①病院併設であるため、STの介入時より患者の状態を把握することが容易であり、共に退院後の摂食訓練の方法など家族と話し合いに参加し、十分なコミュニケーションをとることができた。この点が退院後の家族の不安の軽減につながったのではないかと思う。

②経口摂取の状況を把握し、輸液のカロリーを減らすことを主治医と相談し、最終的には経口摂取のみにまで導いていくことができた。現在の患者の状態を主治医やSTに容易に報告し、時期を逃さず対応できたことは病院併設の訪問看護ステーションならではの点と考える。

（３）訪問看護 24 時間対応への信頼感

在宅で 24 時間の点滴を行うことは、家族にとって多大な不安がある。そこで、当ステーションが「24 時間対応で訪問看護師が訪問させていただきますよ」と言える体制にあることで、家族の不安を軽減できる。実際、夜間 2 時に点滴を自己抜針し、訪問看護師が駆けつけた。夜間であってもトラブル時、「本当に看護師が来てくれるのだ」という確信が得られ、家族は安心感をもって介護できたのではないかと思っている。

（４）医療依存度が高い場合の福祉施設サイドの不安軽減へ対応

デイサービスやショートステイ利用に関しては、受け入れ側に対する十分な指導が大切である。実際に自宅にてST、看護師が同席して摂取指導を行い、施設職員の理解を得ることができた。デイサービス側は 24 時間点滴を実施している利用者の受け入れは初めてであったが、利用目的は昼夜逆転の予防、コミュニケーション確保及び認知症の進行予防、介護者の負担の軽減であったため、直接摂食訓練は行わず、嚥下訓練のみとした。

（５）まとめ

在宅で嚥下訓練を行う上で、患者を取り巻く環境（人的支援・設備）が重要である。患者・家族の「口から食べる」という満足感が得られADL、QOLの向上をはかることができた。

家族の意識が高く協力があつてこそではあるが、訪問看護ステーションとして関わることで、関係医療機関、サービス事業所のスムーズな連携にも貢献ができ、チームとして良い結果を得ることができた事例であった。