



# 摂食・嚥下マネージメントの 地域連携を目指して

## 15万医療圏1ユニット構想

2008年9月14日、第14回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会で  
ネスレニュートリション株式会社共催によるモーニングセミナーが開催された。  
「摂食・嚥下マネージメントの地域連携を目指して——15万医療圏1ユニット構想」と題して福村  
直毅氏が講演を行い、地域の治療体制拡充法について、実践報告を交えながら解説した。

数多い嚥下障害の患者をいかに救うか——その方法と実践を解説するにあたり、福村氏はまずはじめに象徴的な事例を紹介した。

### 成功体験を積み重ね 嚥下障害の悲劇をなくす

障害もなく歩行もしていた84歳の男性が、急に食事をとれなくなった。男性のかかりつけ医は寿命と告知し、家族はベッドサイドで見守った。寿命と告知されてから20日目に家族が福村氏を訪ね、診察の結果、中度の嚥下障害で助けることは可能であった。しかし、家族は治療を受け入れられず、そのまま看取ることとなった。

次に改善例として、ケア付きホームに入居する81歳の多発脳梗塞と認知症の女性の事例を紹介した。

女性は1年前に摂食不能で胃瘻造設を

行い、寝たきりの状態だった。ある日、ホームのスタッフが「食べたい」という患者の声を聞いた気がして福村氏に相談する。往診後、スタッフによる3か月間の訓練の結果、座って自力摂取ができるまで回復し、半年後には歩けるようになったという。

はじめの事例では、医師の嚥下障害治療についての知識不足に問題があるという。医学教育では嚥下障害治療の教育がほとんど行われないため、現場では以前から「食べられない＝もう助からない」と考え、経過観察のみで対応してきたためだ。2番目の事例は、嚥下障害のケアがADLを大きく変化させた成功例で、福村氏はこうした成功体験を重ねていくことの重要性を訴えた。

多くの患者を治療できる場所、また、治療後安全に生活できる場所が必要としながら“地域全体が治療の場所であれば、すべて満たされるのではないかと

いう発想が今回の構想のきっかけと説明した。

### 摂食介助技術の レベルアップが必須

嚥下障害患者の治療では、①発見、②診断、③治療食を提供すること、④摂食介助技術、⑤口腔ケア技術、の5つが必要条件になるという。

診断機能の不足を解消するためには、①嚥下造影検査(VF)または嚥下内視鏡検査(VE)の実施、②診察時間の短縮化(より多くの患者に対応するため)、③それに伴う看護・介護技術の指導員となる担当看護師・認定看護師の拡充、などを実施することが必要であると提言した。

また、診断の参考として、たとえば胃がんのスクリーニングにおける胃カメラのように、VEも嚥下障害治療のスクリーニングとして広く活用されるべきでは



■座長  
至誠堂総合病院  
言語聴覚士  
中原 章氏



■講演者  
鶴岡協立リハビリテーション病院  
リハビリテーション科科长  
福村 直毅氏

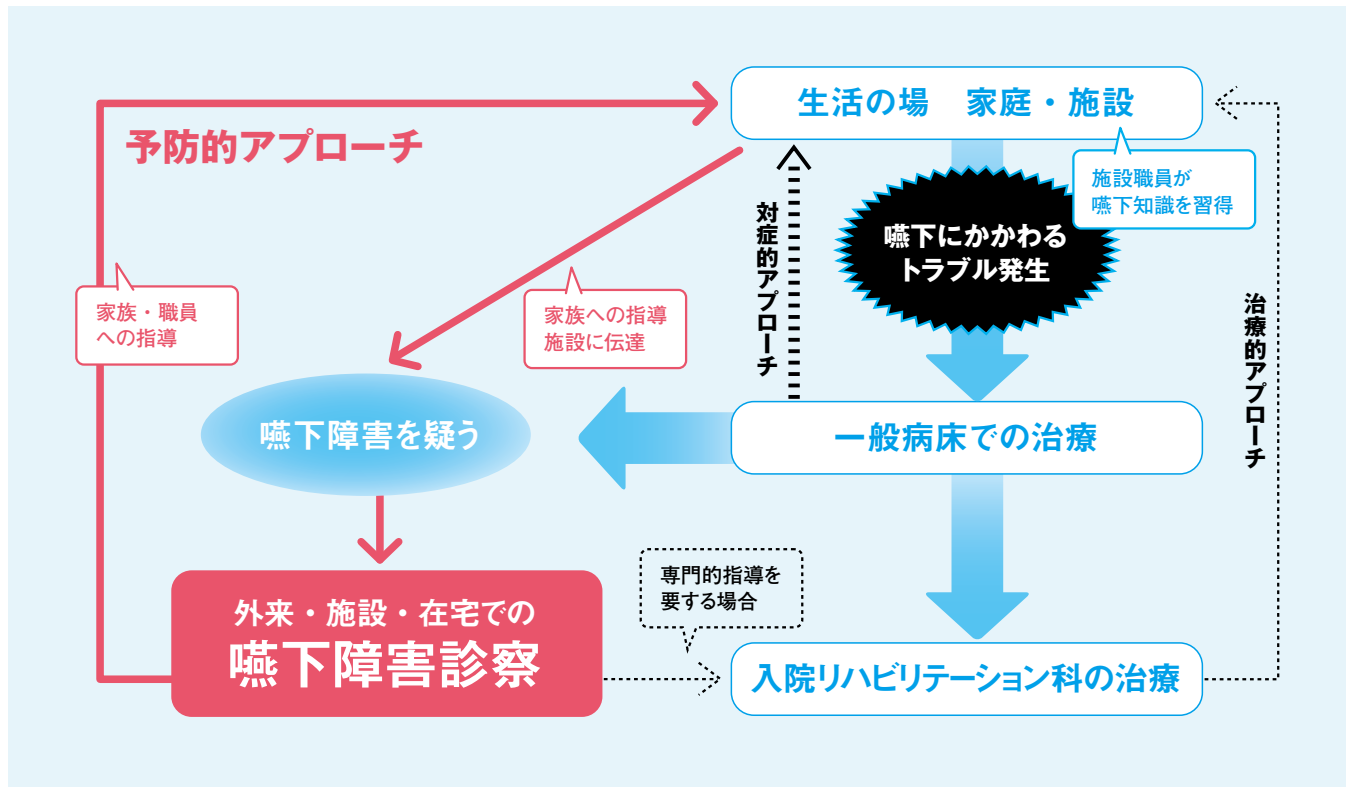


図1 理想的な嚥下治療の流れ

ないかと述べた。

現状で満たされていない治療の必須条件として、摂食介助技術のレベルアップの必要性和指導機会の少なさを指摘した。

実際、摂食介助に不安をもつ介護スタッフは多い。そのため介助技術のレベルアップや業務改善に意欲をもつ人も多く、指導から業務の統一化に至る流れはスムーズにできるそうだ。初めて往診に行く施設では1時間程度かけていぬいに説明し、その後、講演や公開技術講座、学習会などを実施し、地域住民の啓発といった広報活動にも取り組んでいる。とくに、地域視聴率が約70%というケーブルテレビによる広報活動の効果を実感しているそうだ。

### 患者を区分し 指導することで効率アップ

福村氏は、「従来の嚥下治療では、原因へのアプローチが行われていない、もしくは不十分という現状があり、誤嚥性肺炎を繰り返すことは生命予後に影響してくる」と指摘した。

改善策として、生活の場から嚥下治療の介入の必要性をあげ、予防的アプローチと治療的アプローチのフロー(図1)を提案、そして、診療可能な医療圏として、「人口3~5%の嚥下障害患者のうちの20%くらいを直接診察するシステムをつくるとします。年間1,000人を診察できる体制にする場合、対応可能な患者は10~15万人程度ということになります。そこで、10~15万医療圏を嚥下障害治療可

能な地域として全体的に育てていこうと考えました」と本構想の意図を説明した。

### “攻めの嚥下診察”を 実施するための必須事項

咽頭期障害の診断には嚥下内視鏡が有効とし、「診察の場を問わず短時間の診察ができるので、診療のハードルを下げる事が可能です。どこから頼まれても機器を携帯して行くことができるうえ、画像が立体的なので直感的にわかりやすく、ご家族や施設の方々でもすこし説明すれば対策の必要性を理解してくれます」とメリットを述べた。

嚥下障害の場合、食べたいという大きな欲求を抑制しなければならないので、実際に食べてもらい納得してもらえるこ

いまでは  
15分で1名  
の診察が可能

表1 嚥下内視鏡検査(VE)を軸にした診察計画

時間	医師	嚥下担当看護師	家族・施設職員
3分	病歴・資料確認／神経学的検査	コミュニケーション・希望確認	病歴／希望
2分	VE準備／検査説明	義歯・口腔内チェック, RSST*	検査について質問
1～5分	VE	VE介助	VE見学
1分	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス参加
2分	病状説明 対策の必要性説明	片づけ	医師の説明について質問
5分	所見記載・指示	介護方法・訓練方法の指導	看護師の説明について質問
3分		次の検査の準備	(次の検査の準備)

※反復唾液嚥下テスト

表2 環境整備の成果内容

- 院外で年間約350症例, 院内で年間300症例の検査まできた目標の1,000症例の2/3程度. 増加中
- 往診施設は鶴岡市の2/3
- 嚥下外来利用者数が急増してきた
- 急性期病院往診は鶴岡市の全病院
- 肺炎発生率が下がったと複数施設から報告あり
- 嚥下治療に興味をもつ医師が増え, 診断機会が増えている



図2 施設での診察風景

とが大きなポイントだと話した。

当初, 1人につき30分の診察だったが, 嚥下担当看護師との分業プログラム(表1)を作成し実施することで, 15分で1人の診察が可能になったという。短時間で確定診断が可能になったことで, 患者の来院を待つのではなく, 医療従事者が出向いていく“攻めの嚥下診察”が可能となり, フィールドが広がったという。

“攻めの嚥下診察”を実施する際には, 治療の場ごとに目標設定が必要だった。

外来では「かかりつけ医師との連携」, 往診では「特殊な在宅環境や往診医との連携」, 施設では「多くの患者と施設職員の教育支援」といった目標である。

「他院に行くいちばんのメリットは, 急性期の対応ができること。また急性期病院のスタッフの嚥下障害治療への理解

が得られ, その後の治療に活かしていただけなんです」と話す。

こうした目標設定を体系化することで, 治療の流れにおける各段階や, スタッフの認識の統一, ささまざまなフィールドにおける問題点が明確になり, さらにその解決法を具体的に示すことができると示唆した。

### 区内地方での活動報告

続いて, 福村氏が人口15万人の鶴岡市赴任後の4年半の活動報告(表2)がなされた。

この15万医療圏のうち, 福村氏は院外で年間約350症例, 院内で年間約300症例の検査を実施。現在, 目標の1,000症例の3分の2ぐらいまできており, 患者数

は増加傾向にあるため, 数年で目標達成の見込みだという。

### ■ 外来と往診のスタンス

診療開始時の窓口として,

- ① 定期的な嚥下外来を行う(開業医が依頼しやすいように考慮)
  - ② 臨時の相談にすぐのける(急性期病院からの場合, できれば1~2日以内に往診, 施設の場合は日にちを決めてまとめて多く診察する)
- とした。

往診は当初, 福村氏が1人で担当していたが, 現在は嚥下担当看護師とともに実施。往診先ではテレビを借りてセッティングし, 患者とともにテレビのモニターを見ながら診察を行う(図2)。

### ■ 往診件数の増加

現在, 往診する施設は15か所, 鶴岡

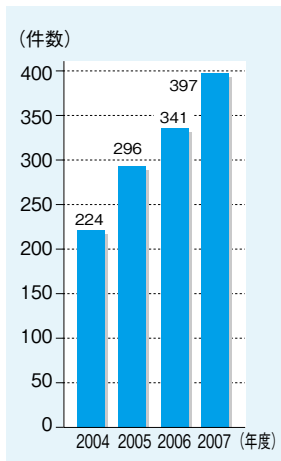


図3 全診察件数の推移

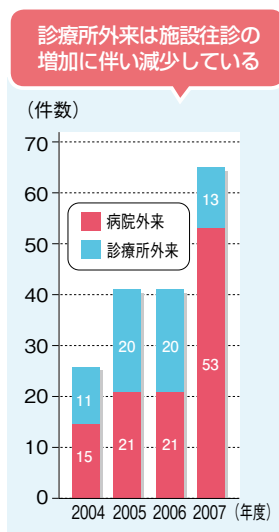


図4 嚥下外来件数の推移

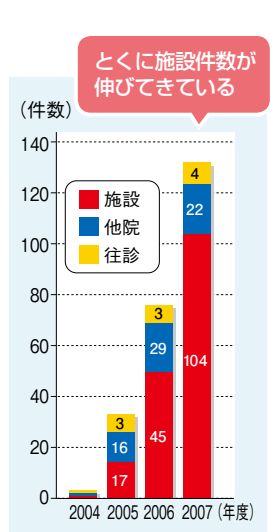


図5 施設往診・他院依頼・往診件数の推移

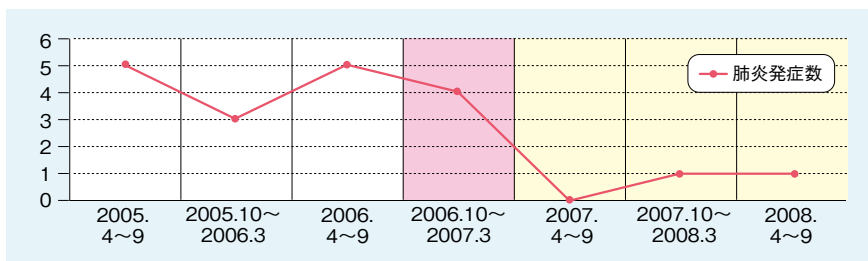


図6 肺炎発症数

往診開始前は半年ごとに約4~5人、平均約4人の肺炎発症があった。3か月に1回の往診を開始(2006年10月~)し、半年経過後は約5分の1に低下した



図7 嚥下内視鏡の実演の様子

市の3分の2超に当たる。そのほか近隣施設や遠方でも、往診依頼があれば福村氏は出向く姿勢でいる。

年々診察件数が増え、当初200件程度だったものが、2007年は約400件へと増加した(図3)。

「相手側に受け入れる気持ちが増えてから何うのが有効と考えるため、依頼を受けたところに出向くというスタイルをとっています」

嚥下外来の件数(図4)は、当初伸び悩んでいたが、2007年には66件に増加。開業医からの紹介患者が増えたことが要因という。

施設往診(図5)は徐々に増え、肺炎発症が減ったという報告も受けているそうだ(図6)。これは肺炎発症を減らした施設がアピールしたことで、地域住民と周辺施設の機運が高まった結果と説明し、「今後も経口摂取を続けられる取り組みをつうじて、いつまでも安全に食の楽しみを確保できる地域づくりを徹底して行っていくと思っている」と述べた。

## ■ 部門の壁を壊す努力

さらに、日々葛藤を感じる現場のスタッフに対し、セクショナリズム、部門の壁をたたき続けていこうというメッセージで締めくくった。

「嚥下治療をしようとしたときに、職種間の壁があると思います。また、1つの病棟でうまくいっても、ほかの病棟がうまくコントロールできないということもあります。さらに病院から地域に出ること、他院に乗り込むとなると、また非常に大きな障壁があります。そういったものをあきらめずに壁をたたきつけて、「いつか壊すぞ!」という積極性を保ちつけてほしいと思います。何とかあります。私は何とかしてきました。いろいろな壁を壊して患者さまの生活を守っていくことを、地域ぐるみで進めていただきたいと思います」

## 嚥下内視鏡の実演

講演の最後に、福村氏はポータブル嚥下内視鏡の実演を行った(図7)。汎用性が高いといわれる3.5mmのファイバーを使い、2種類の液体(アルジネードウォーターと牛乳)と2種類のゼリー(アイソカル・ジェリーくりん、PCF)、咀嚼を要するもの(キットカット)のフードテストを行った。液体は、とろみがあるアルジネードウォーターと通常の水の流れ方の違いを、ゼリーは固さ違いによる付着性の違い、流れ方について健常者を例に実演した。

「意外に正常者でも残留物がありますが、披裂喉頭蓋裏の内側、あるいは喉頭蓋の裏側に物が入りません。残留したものは追加嚥下で、それが十分でなければアイソカル・ジェリーくりん、PCF等で交互嚥下してきれいにするのが大事」と説明した。