

座長：稲村 一浩 (JCHO星ヶ丘医療センター リハビリテーション士長)
館 博明 (JCHO北海道病院 リハビリテーション士長)

BSP5-1 JCHO グループ内の
摂食機能療法の現状と課題
～「JCHO グループ内の摂食機能療法に
関する実態調査」より～

¹JCHO北海道病院 リハビリテーション部
主任言語聴覚士／言語聴覚士委員会 調査チーム、
²JCHO東京蒲田医療センター リハビリテーション科
主任言語聴覚士／言語聴覚士委員会 副委員長、
³JCHO星ヶ丘医療センター リハビリテーション部
理学療法士長／JCHSリハビリ部会 会長／
言語聴覚士委員会 委員長
城宝 深雪¹、朝倉 悦子²、稲村 一浩³

日本における摂食嚥下リハビリテーションは1980年代に耳鼻咽喉科における研究会から始まり、「摂食機能療法」は1994年の診療報酬改定において医科と歯科に同時に新設されている。以降、その評価法や実施要件は新設や改定が重ねられ、医科歯科を問わず各分野で資格制度が設けられるなど、飛躍的な発展を見せている。

当JCHO57病院における摂食機能療法算定数はグループ発足から5年間で1.46倍と増加しているが、摂食嚥下領域の主軸となる専門職種の不在から算定に難渋する施設もある。

こうした背景から、JCHSリハビリ部会では言語聴覚士(ST)委員会調査チームと共同でJCHOグループ内の摂食機能療法についてアンケート調査による横断研究を行った。

第1回アンケート(調査期間2018年8月～12月)では、各病院での実施の概要について25項目を調査した。摂食機能療法を主導する診療科はリハビリ科であり、主たる職種はSTではあるが、算定数は看護師が最多であった。算定の前向き要素として「看護師とSTでの協働」「NSTや嚥下チームでの協働」が上がり、後ろ向き要素として「人材不足」「フローがない」「療法に対する知識の未習熟」が上がっていた。

第2回アンケート(2019年3月～4月)では、算定要件の理解、実施内容の充実に関する12項目を調査した。算定施設の9割が質の向上に対する取り組みを行い、嚥下調整食の提供や増粘剤使用は、算定の有無にかかわらずほぼ全施設へ浸透している。しかし、「標準化された評価用紙の使用」「マニュアル・フローの整備」、算定条件である「医師による実施計画書作成」が普及している施設は1/4程度に留まった。

本結果を受け、現在、JCHSリハビリ部会ではWEBサイトを活用した摂食機能療法算定のモデルケースや運用方法の共有化に向けた準備を進めており、地域・職種を超えた情報の共有を目指している。今回のシンポジウムでは、アンケート調査の概要及びリハビリ部会での取り組みの今後について報告を行う。

BSP5-2 当院における
摂食嚥下障害患者対策の現状

¹JCHO船橋中央病院 副院長、
²歯科口腔外科医長、³外来看護師長
高橋 喜久雄¹、小河原 克訓²、大角 仁美³

当院では平成18年に摂食嚥下障害患者の包括的ケアの中心となる委員会(摂食嚥下障害対策委員会)設置の提案がなされ、翌年より具体的な活動が開始された。これに加えて平成24年には当院の看護師1名が摂食嚥下障害認定看護師を取得し、看護部においてもこの認定看護師を中心に摂食嚥下障害看護ケアチームが編成されている。現在の委員会は歯科医師、摂食嚥下障害看護ケアチームの看護師、理学療法士、管理栄養士、医事課事務員で構成されており、当院における摂食嚥下障害対策を概括すれば、その臨床画像検査(嚥下内視鏡および嚥下造影検査)は歯科口腔外科の歯科医師が行い、具体的な機能改善のための訓練は病棟の摂食嚥下障害看護ケアチームが行っていることになる。そして、このメインフレームに栄養士が食材開発等で協力している。また、口腔ケアは摂食嚥下障害対策においては不可欠で、摂食訓練と共に両輪の輪と考えられる必須なものだが、これについては歯科口腔外科の衛生士が看護師への啓蒙活動などを通して積極的に活動している。

この12年間の活動を通してわれわれの行い得たことは多くはないが、摂食嚥下障害患者の嚥下訓練導入のシステム化、新しい嚥下食の導入の工夫、退院する嚥下障害患者の地域包括ケアの努力、嚥下内視鏡および嚥下造影検査依頼の簡便化等について少しばかりの知見を得ることが出来たので報告したい。なお、当院における理学療法士の摂食嚥下障害訓練への関与であるが、その人員数が少なく、また言語聴覚士が配備されていないことなどから、主にマンパワーの問題から摂食嚥下障害患者の機能改善訓練に積極的に携わることが少ない現状にある。今回は本シンポジウムで得た情報を活用させていただき、当院においても理学療法部をより巻き込んだ形での‘進化した’摂食嚥下障害対策を行っていきたくと期待している。

座長：稲村 一浩 (JCHO星ヶ丘医療センター リハビリテーション士長)
館 博明 (JCHO北海道病院 リハビリテーション士長)

BSP5-3 口から食べることを支える 多職種連携

JCHO二本松病院 看護部長
安田 純子

当院のNSTは栄養面の評価や改善を行い、院長の「地域の皆様が最後まで口から食べることを支える」という方針のもと、病院職員が一丸となりチーム医療に力を注いでいる。常勤医師は5名と少なく、160床の病床稼働率は60%を下回っている。外来部門では、100名の透析患者を抱え、附属としては、100床の超強化型を取得している介護老人保健施設（以下老健）と、地域の開業医と繋がり120名以上の利用者を持つ訪問ステーションと、健診バス4台を稼働させた健康管理センターで構成され、毎年黒字計上している病院である。

今回、「地域の口から食べることを支える」ための取り組みとして、A大学病院の耳鼻科医師を迎え、月2回の嚥下内視鏡検査（以下VE）がNSTのメンバーを中心として行われた。VE介助を行うNSTメンバーからは、もっと知識や技術を磨きたいという意欲があり、A大学病院の嚥下外来で見学実習を行った。また当院では、言語聴覚士が不在であるため、嚥下の機能訓練は、作業療法士が行っている。看護師や管理栄養士と協働しながら、食べる姿勢や食べるための筋肉の強化、食べる形態や食べさせる1回量、食事介助方法や口腔ケアなどの支援を行っている。そして、内視鏡技師のVE介助や、薬剤師の介入など、多職種連携で「食べる」事を支援している。

また、嚥下検査を行うための内視鏡購入が必要となり、200万円支出の費用対効果を算出し、その中で摂食嚥下訓練加算を1日185点取得でき、年間1400万円の収益を上げる試算となり、少ない医師への負担を最小限にして収益を上げるよう、チームで関わりを持ち購入が可能となった。

老健においては、食べることを支えるために歯科医師を迎え、口腔状況の評価と口腔ケアの充実を図り、老健退所後に在宅介護になっても口腔状態が維持できるような支援を行っている。

当院では、地域の人々が最後まで口から食べる楽しみを持てるように、多職種で一丸となった取り組みを行い、加算取得に努めている。

BSP5-4 摂食機能療法 2症例から考える安全な嚥下訓練

¹JCHO九州病院 リハビリテーション室 主任言語聴覚士、
²耳鼻咽喉科 医師、³循環器内科 医師、⁴外科医長、
⁵脳神経内科医長、⁶内科 医師、
⁷副看護部長 摂食嚥下障害看護認定看護師、
⁸副看護部長、⁹看護師長、¹⁰副栄養管理室長

杉本 光徳¹、安倍 大輔²、鬼塚 健³、
中村 勝也⁴、中村 憲道⁵、井上 勝博⁶、
平石 絵里子⁷、二見 美喜子⁸、本田 久美⁹、
三輪 真紀子¹⁰

背景：

嚥下困難は、数多くの疾患や状態を背景として起こる。その評価と診断、治療には、医師や看護師、ST他のチーム医療が大切である。当院での摂食機能療法は、嚥下造影か嚥下内視鏡検査を行った上で進めている。嚥下訓練と経口摂取が順調に進んだ症例と、そうではなかった症例より、嚥下障害患者の対応を考えたい。

症例1は、50代男性、左基底核に陳旧性梗塞。敗血症と脳出血で当院入院。保存的加療となっていたが21病日に右頭頂部に再出血あり、開頭血腫除去術が施行された。術後11日に嚥下造影実施し、半固形（ゼリー5g、10g）は誤嚥なし。液体5mlで嚥下中に誤嚥し、舌の運動制限、食塊の送り込み不良、咽頭収縮不良を認めた。第4頸椎に骨棘を認めた。両側臼歯部咬合なし。誤嚥性肺炎の危険が高いと考え、2日間は飲食を提供せず、舌運動等の間接的訓練を実施。舌運動は改善し、嚥下調整食コード0jから段階的に食形態のレベルアップができた。

症例2は、70代女性、陳旧性脳梗塞、左中大脳動脈閉塞による重度感覚性失語、認知機能低下があり言語理解は困難であった。歯の欠損はなく、唾液嚥下はむせなかった。2病日に嚥下造影実施し、ゼリーで誤嚥・残留はなし。液体5mlで咽頭レベルでの貯留があり、経口摂取をすすめた。コード3（全粥・やわらか食）で自力摂取が進み、6病日に形態調整なしの条件とした。7病日にブロッコリーを丸呑みし、吸引処置で回復した。9病日に嚥下内視鏡検査で咽頭・喉頭の知覚低下が確認された。嚥下造影では液体で喉頭挙上の遅れがあり、感覚低下のサインとして、注意すべきであった。この後、コード2-1に段階を下げて経口継続となり、15病日にリハビリ継続目的で転院となった。

結語：

症例2では、咽頭喉頭の感覚低下と認知機能の低下から、食形態判断の難しさを痛感し、食事監視も必要であった。地域連携での引き継ぎは、情報提供書に経過と病態を記し、相互の病院の嚥下食一覧や食形態のコード分類の共有が欠かせない。