

山梨県内のリハビリテーション病院における 摂食・嚥下リハビリテーションの実態

武田 清¹⁾ 深沢美奈²⁾ 保坂敏男²⁾

Dysphagia Rehabilitation at Hospitals in Yamanashi Prefecture

Takeda Kiyoshi¹⁾, Fukasawa Mina²⁾, Hosaka Toshio²⁾

抄 録

山梨県内の摂食・嚥下リハビリテーション（以下、嚥下リハ）の実態と問題点を明らかにする目的で、県内のリハビリテーション病院のSTを対象にアンケート調査を行った。調査項目は①施設の属性、②嚥下障害者数、③嚥下評価、④嚥下訓練、⑤嚥下食、⑥嚥下チーム、⑦今後の課題とした。対象施設のうち、言語聴覚療法Ⅰの施設は9施設、言語聴覚療法Ⅱの施設は7施設であった。嚥下障害者数、嚥下評価法の種類は、Ⅰの施設で多かった。嚥下訓練では、直接訓練の実施状況でⅠの施設とⅡの施設で差がみられた。嚥下食は、Ⅱの施設では設定されていないところもみられた。嚥下チームは4施設で結成されていた。今後の課題では「チームアプローチができない」が最も多かった。嚥下リハの実施は施設間でバラツキがみられ、ⅠとⅡの施設の差はSTの人数の差を反映していると考えられた。また、チームアプローチが十分に行われていない現状が明らかとなった。

キーワード：摂食・嚥下リハビリテーション

言語聴覚療法

嚥下チーム

1) 健康科学大学 2) 山梨リハビリテーション病院

1. はじめに

近年、脳血管障害や変性疾患、進行性疾患のリハビリテーションにおいて、摂食・嚥下障害に対するアプローチは重要となってきた。リハビリテーション病院に勤務する言語聴覚士（以下、ST）業務のひとつとして、摂食・嚥下リハビリテーションは大きな比重を占めつつある。

しかし、山梨県における摂食・嚥下リハビリテーションの実態調査は行われておらず、県内の施設において、摂食嚥下障害者に実際にどのようなサービスが提供されているかについては明らかとなっていない。また、摂食・嚥下障害のより詳細な評価には、嚥下造影検査（以下VF）、嚥下内視鏡検査（以下VE）といった検査設備が必要となる。また、実際に訓練を行う場合や、訓練の進め方など、担当者の知識や技術が必要となる。つまり、摂食・嚥下障害のリハビリテーションは施設間でハード面、ソフト面ともバラつきが生じやすいと考えられる。

山梨県における摂食・嚥下リハビリテーションサービスの充実・向上を図る上で、まず取り組みの実態を把握する必要があると考え、今回、成人のリハビリテーションを行っている言語聴覚士を対象に、摂食・嚥下障害に対するリハビリテーションの実態についてアンケート調査を行った。若干の考察を加えて報告する。

2. 対象と方法

(1) 対象

山梨県リハビリテーション病院・施設協議会に加盟している19病院のSTあるいは摂食・嚥下リハビリテーションに携わる専門職

(2) 方法

摂食・嚥下リハビリテーションの実態に関するアンケート用紙を作成し、対象となったSTあるいは摂食・嚥下リハビリテーションに携わる専門職宛に郵送し、回答を得た。

調査項目は、①施設の属性、②言語聴覚療法対象者数、摂食・嚥下障害者数（月平均）、③原因疾患、重症度、④嚥下評価の有無とその内容、⑤嚥下訓練の有無とその内容、⑥嚥下食の有無とその内容、⑦嚥下チームの有無とそのメンバー、および活動内容、⑧今後の課題、とした。

3. 結 果

(1) 回収率

アンケートを依頼した19施設のうち、18施設より回答を得た（回収率94.7%）。

(2) 対象施設の内訳

18施設のうち、言語聴覚療法Ⅰの施設は9施設、言語聴覚療法Ⅱの施設は7施設、現在STが不在となっている施設が2施設であった（図1）。現在ST不在となっている

2施設は、今回の調査結果からは除外した。

言語聴覚療法Ⅰの施設の平均ST数は1施設あたり5.7名、言語聴覚療法Ⅱの施設では1施設あたり1.4名であった。

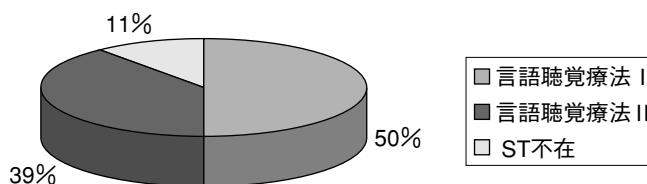


図1 対象施設の内訳

(3) 言語聴覚療法対象者数、摂食・嚥下障害者数（月平均、ST 1人あたり）

言語聴覚療法対象者数は、全施設の平均はST 1人あたり19.9名、言語聴覚療法Ⅰの施設では17.0名、言語聴覚療法Ⅱの施設では22.8名であった（図2）。摂食・嚥下障害者数は、全施設の平均はST 1人あたり8.7名、言語聴覚療法Ⅰの施設では10.5名、言語聴覚療法Ⅱの施設では6.9名であった（図2）。言語聴覚療法対象者数は、言語聴覚療法Ⅱの施設の方が多く、摂食・嚥下障害者数は言語聴覚療法Ⅰの施設の方が多かった。

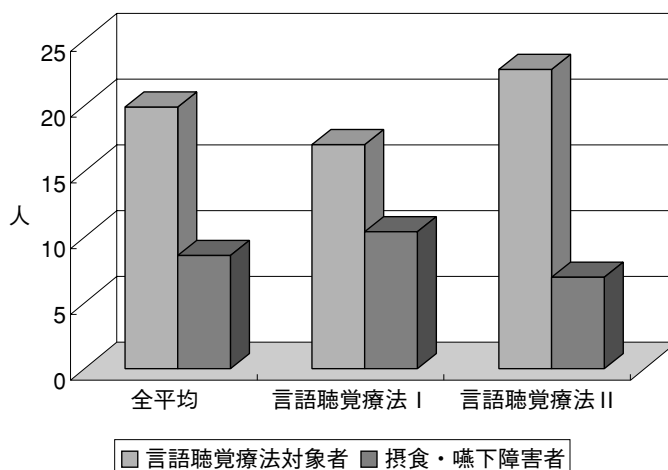


図2 言語聴覚療法対象者数、摂食・嚥下障害者数

(4) 嚥下障害の原因疾患、重症度

摂食・嚥下障害の原因疾患は、脳血管障害が最も多く、次いで、頭部外傷、変性疾患であった。また、一部の施設では整形疾患や肺炎後の廃用症候群という回答もみられた。

摂食・嚥下障害者のうち最も多い重症度を聞いたところ、多かったのは、藤島のグレードで2（嚥下困難または不能、基礎的嚥下訓練のみの適応あり）、7（嚥下食で3食とも経口摂取可能）、3（条件を整えば誤嚥は減る、摂食訓練が可能）、4（楽しみとしての摂食は可能、栄養摂取は非経口による）で、グレードの2、3、4と6、7と二つのピークを示した（図3）。重症度別では、重症（藤島のグレードで1～3、経口不可）、中等症（同4～6、経口と補助栄養）、軽症（同7～9、経口のみ）で顕著な偏りはみられなかった。

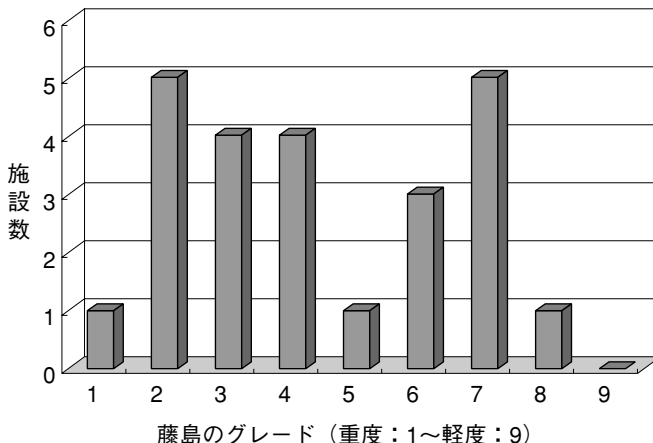


図3 対象患者のうち多い重症度 (複数回答)

(5) 嚥下評価

嚥下評価は、16施設全てで行われていた。

評価の内容としては、摂食・嚥下器官の評価、水飲みテスト、反復唾液嚥下テスト (以下 RSST) は全ての施設で行われていた。その他の評価の実施は、施設で偏りがあり、言語聴覚療法 I の施設の方が、多くの種類の評価を実施していた (図 4)。

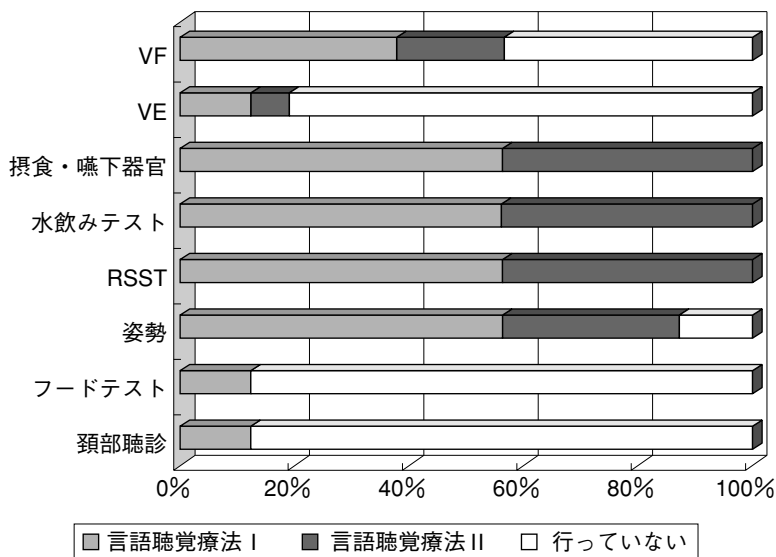


図4 嚥下評価の実施状況

(6) 嚥下訓練

嚥下訓練は、16施設全てで行われていた。

訓練を行っている職種は、全施設でSTが行っており、その他に看護師、OTであった (図 5)。

嚥下訓練の内容は、食物を使わない間接訓練は全ての施設で行われていた。食物を使

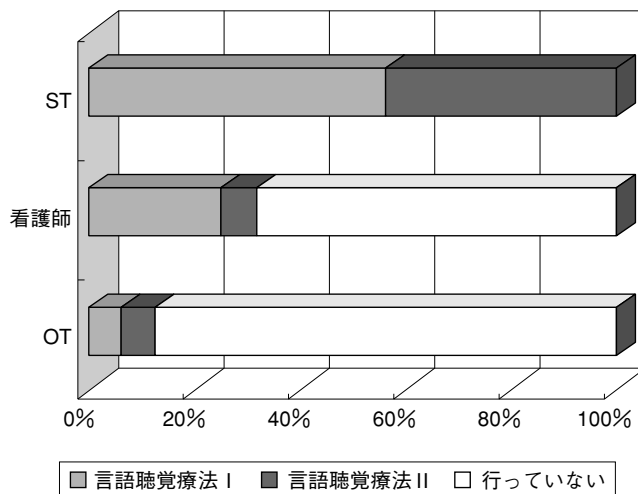


図5 嚥下訓練を行っている職種

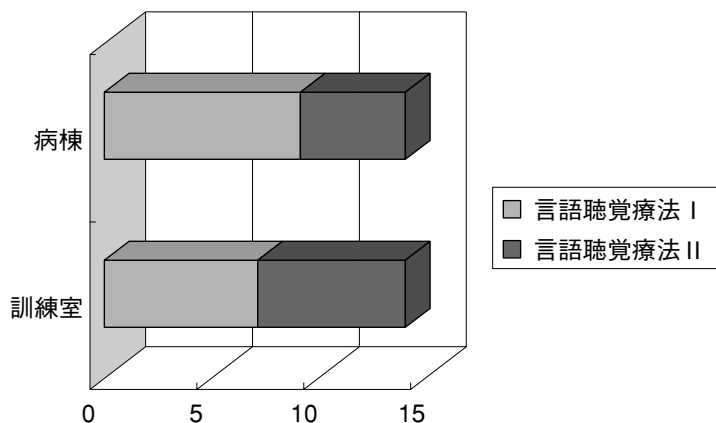


図6 嚥下訓練の実施場所

う直接訓練は、言語聴覚療法 I の施設では全ての施設で、言語聴覚療法 II の施設では 7 施設中 5 施設で行われていた。

嚥下訓練を行っている場所は、病棟、訓練室のいずれかであった (図 6)。

(7) 嚥下食

全ての施設のうち、嚥下食の設定があるのは、12施設であった。言語聴覚療法 I の施設では、全ての施設で嚥下食が設定されていた。言語聴覚療法 II の施設で嚥下食の設定がされていたのは、3施設であった (図 7)。

設定されている嚥下食の設定段階は、3段階から 8段階までで、施設間でばらつきがみられた (図 8)。ミキサー食 (ペースト食)、きざみ食は、嚥下食を設定している全ての施設にみられた。次に多かったのはゼリー食で 8施設にみられた。

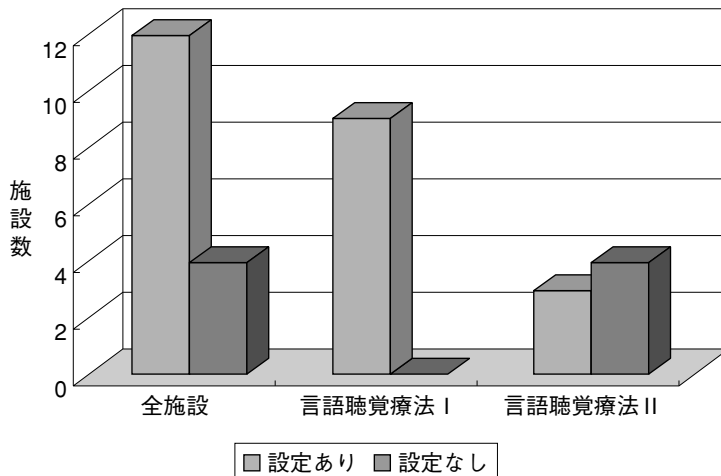


図7 嚥下食の設定状況

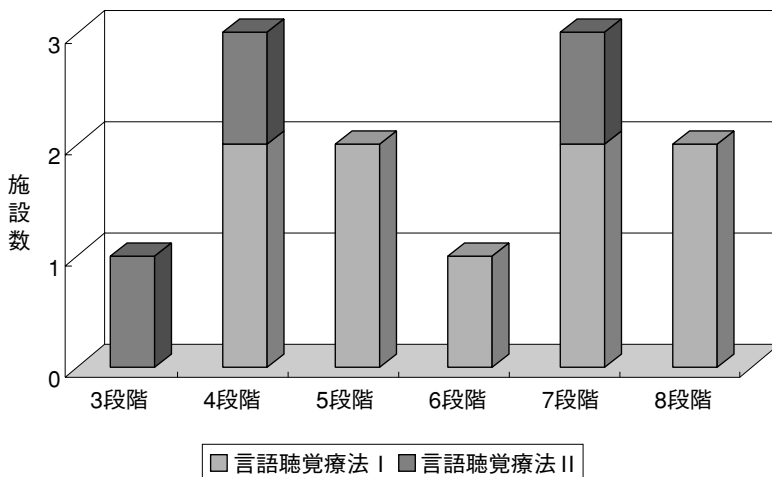


図8 嚥下食の設定段階

(8) 嚥下チーム

嚥下チームを結成していたのは、全16施設のうち4施設で、その全てが言語聴覚療法Ⅰの施設であった(図9)。チームのメンバーは、STは結成している全施設でみられ、次いで看護師、栄養士、OTであった。嚥下チームの活動内容は、ケースカンファレンス、勉強会、嚥下食の検討であった。

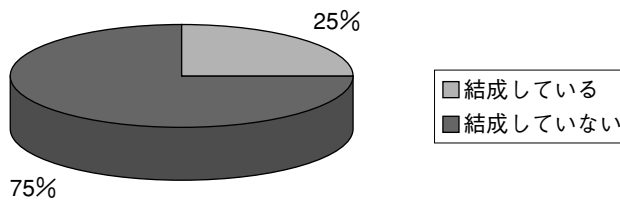


図9 嚥下チームの結成状況

(9) 今後の課題

今後の課題については、全16施設のうち、13施設から自由記載で回答が得られた。内容別に分類すると、「チームアプローチが十分にできない」が9施設と最も多く、チームアプローチが必要として挙げられていた職種は医師、看護師、看護助手、栄養士であった。次に多くみられたのは「VF・VE検査ができない、設備が不十分」が5施設、「STのアプローチ方法が統一されていない」が3施設であった。その他、「嚥下食の種類が少ない」「嚥下食が日によって安定していない」「自助具が少ない」「高次脳機能障害のある患者に対するアプローチが確立されていない」「リスク管理に追われ、嚥下障害への積極的なアプローチができない」といった課題が挙げられた。

4. 考 察

(1) 摂食・嚥下リハビリテーションの状況

各施設における摂食・嚥下障害者数は、言語聴覚療法の対象者数の約4割を占めていた。リハビリテーション病院に勤務するSTの業務として、摂食・嚥下リハビリテーションが大きな比重を占めつつあることが確認された。

実際に訓練を行っている摂食・嚥下障害者は、基礎的嚥下訓練や摂食訓練の適応者、嚥下食で3食経口摂取可能な患者、楽しみとしての摂食は可能、など多岐にわたっており、摂食・嚥下リハビリテーションの幅広い知識、技術が必要な患者であった。同時に詳細な評価、観察、継続した訓練が必要な患者であった。

嚥下評価は全ての施設で行われていたが、その内容は施設間でバラツキがみられた。STが単独で行うことができる摂食・嚥下器官の評価や水飲みテスト、RSSTは全ての施設で行われていたが、フードテストや頸部聴診など、STが単独でも行える検査でも、施設により実施状況にバラツキがみられた。嚥下機能評価において、現在最も有用とされる嚥下造影検査を行っていた施設は全体の56%であった。また、嚥下造影よりも簡便で、少量の誤嚥についても評価できる鼻腔ファイバーを行っている施設は、18%にすぎなかった。嚥下評価に使用する機器のバラツキは施設間で大きかった。

嚥下訓練は全ての施設で行われていたが、訓練を担当しているのは多くの施設でSTのみであった。訓練内容については、食物を使わない間接訓練は全施設で行われていたが、食物を使う直接訓練の実施状況は施設間でバラツキがみられた。訓練場所は、訓練室に加え、病棟でも多く行われていた。

嚥下食は、全体の75%の施設で設定されていた。嚥下食の段階数、形態については、施設間でバラツキがみられた。また、最近では、嚥下食として適切でないとされている「きざみ食」については、嚥下食を設定している全ての施設で使用していた。

摂食・嚥下リハビリテーションの状況を言語聴覚療法ⅠとⅡの施設で比較したところ、その内容に差がみられた。言語聴覚療法Ⅰの施設の方が、嚥下評価・訓練・嚥下食とも、取り組みが盛んであり、実際に評価、訓練を行っているのはSTであることが多いことから、言語聴覚療法Ⅰ・Ⅱの施設の差はSTのマンパワーの差を反映していると

考えられる。訓練室の中だけで行う訓練と異なり、病棟で他職種と協力しながら、実際の食事時間に合わせて訓練を行うなど、摂食・嚥下リハビリテーションには人的、時間的ゆとりがより必要とされると思われる。

(2) チームアプローチの状況

リハビリテーションはチームアプローチで行うとされているが、特に摂食・嚥下リハビリテーションは、多職種からなるチームで行うことが必要とされている。しかし、今回の調査の結果、実際に嚥下評価・訓練を行っているのはST単独であることが多く、嚥下チームを結成していたのは全体の25%の施設と少なかった。また、メンバーはSTを中心に看護師、栄養士、OTなど、2～3職種からなるという回答が多かった。さらに、問題点としては、チームアプローチの不十分さを挙げた施設が多く、実際の臨床現場では、チームアプローチが十分に行われていない現状が明らかとなった。

5. おわりに

一時期、摂食・嚥下リハビリテーションは特化した一部の病院で集中的に行われていた時代があった。しかし、近年では多くの病院や施設、在宅の分野でも積極的な取り組みが行われるようになってきている。また、発症の直後から口腔ケアを含み盛んに取り組まれるようになりつつある。しかし、摂食・嚥下へのアプローチには、誤嚥や窒息という危険が常に伴うため、障害の的確で詳細な評価やリハビリテーションを行う専門職の知識・技術、豊富な嚥下訓練食を用いて、慎重に進める必要がある。

今回の調査を通し、摂食・嚥下リハビリテーションがST業務の中で大きな比重を占めつつあること、リハビリテーションの内容に施設間でバラツキがあること、リハビリテーションが円滑に進んでいないことを臨床現場のSTが感じていることなどが明らかとなった。これら各施設の問題点を施設ごとに解決していくのは困難が予想される。山梨県言語聴覚士会による県レベルでのチームアプローチにおけるシステム作りも含む技術講習、嚥下食の形態やレシピに関する活発な情報交換などが今後必要と思われる。また、摂食・嚥下リハビリテーションは、病院だけで完結するのではなく、施設、在宅分野にわたる多くの施設および他職種の人々との連携の上で行うことも重要である。摂食・嚥下リハビリテーションにかかわる多くの人々を対象に、県レベルでの摂食・嚥下障害研究会の発足が待たれる。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the conditions and problems of dysphagia in hospitals and rehabilitation clinics in Yamanashi Prefecture. A questionnaire was administered to speech therapists at rehabilitation hospitals in Yamanashi. The questionnaire consisted of the following items : 1) the attributes of the facilities, 2) the number of patients suffering from dysphagia, 3) evaluation of swallowing 4) swallowing training, 5) swallowing food 6) the swallowing rehabilitation team and 7) future concerns. Out of all the rehabilitation facilities that participated in the study, 9 facilities used linguistic hearing therapy I, and 7 facilities used linguistic hearing therapy II. The results of the questionnaire were twofold : there were more patients suffering from dysphagia at the linguistic hearing therapy I facilities and there were more varied methods in evaluating swallowing in the facility utilizing linguistic hearing therapy I. With regards to swallowing training, there was a difference between the therapy I and therapy II facilities in the implementation of the direct training. The therapy II facilities were not set up to assist with swallowing food. Four rehabilitation facilities created a swallow training team. Future concerns included the absence of a team approach. There was an inequality among the facilities in the implementation of swallow rehabilitation. It is believed that this difference between the therapy I and therapy II facilities reflected the difference in the number of patients suffering from dysphagia. In addition, the present condition of insufficient utilization of a team approach was clarified.

Key Words : dysphagia

swallowing rehabilitation

Yamanashi Prefecture