

# 訪問看護ステーションにおける摂食・嚥下障害患者への取り組み

訪問看護ステーション 鑑瀬

横尾 篤記 角川 京子 北川 久子 塩塚 和子

## 要 旨

わが国においては急速な高齢化に伴い、摂食・嚥下障害患者の増加が予測される。今回、摂食・嚥下障害症例 2 例を通し、地域在住高齢者への取り組みについて報告する。症例 1 は 80 歳代女性。X 年 9 月クモ膜下出血発症、X+1 年 2 月誤嚥性肺炎を起こし胃瘻造設、非経口栄養となる。退院後、肺炎による入退院を繰り返し、訪問看護利用に至る。楽しみレベルでの経口摂取の目的で、嚥下訓練を開始し経管栄養を離脱、3 食経口摂取へ移行。症例 2 は 90 歳代女性。Y-4 年頃から誤嚥性肺炎を繰り返す。Y 年 1 月から有料老人ホームへ入居、訪問看護利用に至るも、心不全症状増悪し絶食となる。苦痛緩和の目的から、栄養投与方法は経口摂取を選択、嚥下訓練を開始し 3 食経口摂取可能となった。食することは人間の基本的欲求の一つであり、コミュニケーションにおいても重要な役割を果たす。在宅医療において ST に求められる役割は、今後重要なものになると考える。キーワード：摂食・嚥下障害、地域在住高齢者、多職種協働、言語聴覚士

## はじめに

わが国における高齢化は急速に進んでおり、2013 年度における 65 歳以上の高齢者の人口比は 25% に達し、今後も上昇を続けると見込まれている。摂食・嚥下障害は、高齢者に多い脳血管障害に起因して起こることが多い一方で、加齢に伴う摂食・嚥下機能の低下である、Presbyphagia<sup>1)</sup> の概念が認知され始めている。口腔周囲筋群の加齢によるサルコペニアが、Presbyphagia に関連している可能性も指摘されており、さらに摂食・嚥下障害に移行することもあるため、高齢化に伴い、摂食・嚥下障害患者が今後増加することが予測される。今回、摂食・嚥下障害症例 2 例を中心に、訪問看護ステーションにおける地域在住高齢者への取り組みについて報告し、考察を加える。

## 症 例

### ■症例 1：80 歳代 女性。

既往歴：クモ膜下出血（以下、SAH）。

現病歴：X 年 9 月 SAH 発症、搬送先 A 病院にてクリッピング術、VP シャント術施行。B 病院転院後、誤嚥性肺炎を発症、X+1 年 2 月胃瘻（以下、PEG）造設し、非経口栄養となる。退院後は特別養護老人ホーム入所となるも肺炎による入退院を繰り返し、同年 7 月自宅退院し、訪問看護利用に至る。

要介護 5。障害高齢者の日常生活自立度 C2。認知症高齢者の日常生活自立度 IIIa。

初回評価：摂食状況のレベル Lv.1（嚥下訓練を行っていない）。口腔内乾燥著明。頸部過緊張。総蛋白低値、アルブミン低値で低栄養状態であった。初回評価を国際生活機能分類（以下、ICF）の関連図にまとめたものを図 1-a に示す。

経過：経過を図 2 に示す。本人への意思確認は困難であったが、家族より「少しでも食べて元気になってもらいたい」との希望が強く、楽しみレベルでの経口摂取の目的で、SAH 発症より第 313 病日から言語聴覚士（以下、ST）が介入し、間接嚥下訓練から開始。家族に対して、ST から間接嚥下訓練を指導した。第 383 病日、改訂水飲みテスト（MWST）4 点（嚥下良好、呼吸良好、むせない）となり、bed up 30°、ペースト食より直接嚥下訓練を開始。摂食姿勢は段階的に bed up し、第 432 病日よりリクライニング車椅子座位 60°へ至った。覚醒状態が不安定で、一時経口摂取量が停滞したが、徐々に摂取量が増加するのに伴い、第 577 病日より段階的に経管栄養剤を減量し、X+2 年 5 月（第 595 病日）経管栄養を離脱、軟飯、汁物トロミなしを車椅子座位、見守りレベルにて 3 食経口摂取へ移行した。ICF 再評価を図 1-b に示す。

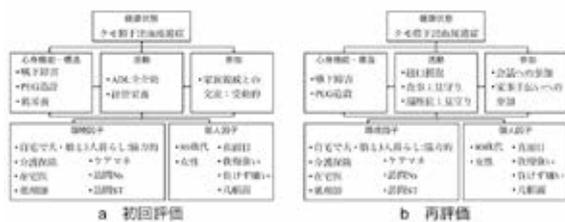


図1 症例1：ICF 関連図  
再評価時の変化点を下線で示す。

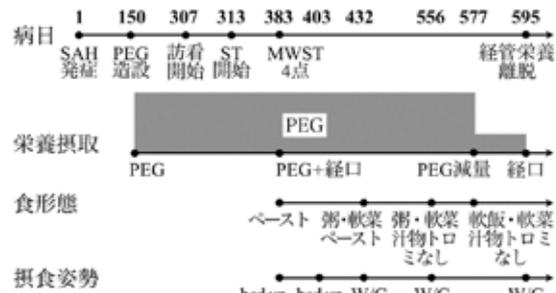


図2 症例1：経過  
SAH 発症を起点として示す。

■症例2：90歳代 女性。

既往歴：慢性心不全，心房細動，関節リウマチ。

現病歴：Y-4年頃から誤嚥性肺炎を繰り返す。Y年1月から有料老人ホームへ入居，同年2月より訪問看護利用に至る。同年3月，心不全症状が増悪し，絶飲食となる。

要介護4。障害高齢者の日常生活自立度B2。認知症高齢者の日常生活自立度Iib。

初回評価：摂食状況のレベルLv.2（食物を用いない嚥下訓練を行っている）。口腔内乾燥著明。全身性浮腫を認めた。初回評価をICFの関連図にまとめたものを図3-aに示す。

経過：経過を図4に示す。本人が「痛かことはせんでよか」と訴えたこと，家族が積極的延命治療を望まないことなどから総合的に判断し，苦痛や不快を緩和する目的から，栄養投与方法は人工栄養を用いず，経口摂取を選択した。間接嚥下訓練のみから開始し，心不全症状増悪より第5病日，Food test (FT) 4点（嚥下良好，呼吸良好，むせない）となり，bed up 50°，ゼリーにて直接嚥下訓練に移行し，第7病日より粥，ペースト食が3食摂取可能となった。第21病日より，リクライニング車椅子で離床が可能となり，体幹角度60°の設定にて食堂で他入居者と会食ができるようになった。また，開業薬剤師へ剤形や服薬方法について相談，さらに有料老人ホーム職員へ食形態や食事時の注意点を説明し，介助法の統一を図ることで誤嚥予防に努めた。ICF再評価を図3-bに示す。家族・チームの願いであった曾孫との対面を果たし，第37病日，全身状態悪化にて家族に見守られ永眠，その前日まで誤嚥性肺炎を起こすことなく，経口摂取を維持できた。



図3 症例2：ICF 関連図  
再評価時の変化点を下線で示す。

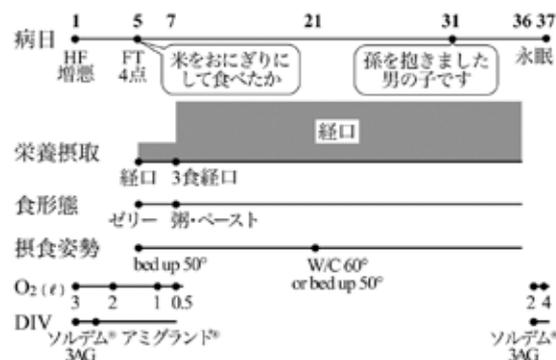


図4 症例2：経過  
心不全 (HF) 症状増悪を起点として示す。

## 考 察

食べることは人間の基本的欲求の一つであり、コミュニケーションにおいても重要な役割を果たすことから、食べることにより生きている実感を得ることができる。菊井らは、食事援助における心理・社会的要求への対応<sup>2)</sup>の重要性について言及している。症例1においては、経口摂取量の増加とともに栄養状態も改善、運動機能も著しく向上し、皿洗いなどの家事手伝いという主婦業への復帰が促進された。このような活動・参加の変容は、負けず嫌いで几帳面な性格も寄与したものと考える。症例2においては、ADLが低下していく中、最期まで食べるという主体性のある活動を維持できた。そして、食事という活動を通して、他者との交流や会食への参加に復帰できた。両者に共通するのは、食事という活動を通して「その人らしさ」を表現できたということである。

日本老年医学会<sup>5)</sup>は高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明において、高齢者には、本人にとって「最善の医療およびケア」を受ける権利があるとしたうえで、PEG造設を含む経管栄養の適応は、慎重に検討されるべきであると示している。さらに厚生労働省は、施設中心の医療・介護から、可能な限り住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指すとして、在宅医療を推進している。摂食・嚥下障害患者の増加やPEG造設への議論が広がるなか、訪問看護を含めた在宅医療・介護は、摂食・嚥下障害への理解と対応が必要不可欠となる。

また、地域における維持期のリハビリテーションは、終末期まで及ぶ。終末期においては摂食・嚥下機能の低下が余儀なくされるが、苦痛緩和のために人工栄養を選択しないケースは少なからずある。そのような場合でも、機能を適切に評価したうえで、少しでも食べられる口近づけ、少ないリスクで行える経口摂取の条件を設定できることがある。経口摂取できる条件は患者の機能だけではなく、人的・物的環境因子の調整が大きく影響する。大田<sup>3)</sup>は、終末期リハビリテーションを「加齢や障害のため自立が期待できず、自分の力で身の保全をなしえない人々に対して、最期まで人間らしくあるように医療・看護・介護とともに行うリハビリテーション活動」と定義し、その概念を提唱している。終末期においては、環境因子としての多職種が、顔の見える関係で円滑に連携しながら協働することが、患者の生命の質の向上につながると考える。清水は、他職種との連携の大切さと難しさを指摘しており、維持期の在宅医療・介護における多職種協働が、症状の改善につながるのももちろんのこと、症例を取り巻く状況を改善させる大切な鍵になる<sup>4)</sup>と述べている。さらに竹内らは、暮らしのなかで、STをはじめとした地域の専門職が「口から食べること」を援助し、利用者・家族を支える体制が必要である<sup>6)</sup>と述べている。摂食・嚥下の専門職であるSTへの役割期待は大きく、地域におけるチーム医療に加わり積極的に参画していかなければならない。

## まとめ

摂食・嚥下障害症例2例を中心に、訪問看護ステーションにおける地域在住高齢者への取り組みについて報告した。摂食・嚥下障害患者の生命の質を向上させるため、多職種協働の重要性が示された。

## 付 言

本論文は当ステーションの倫理審査で承認を得た。本論文の一部は、第19回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会（岡山）にて発表した。

## 文 献

- 1) Humbert IA, Robbins J: Dysphagia in the elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 19(4); 853-66, 2008
- 2) 菊井和子, 竹田恵子: 嚥下困難をきたした終末期高齢者の食事援助に関連する倫理的課題. *川崎医療福祉学会誌*, 12(1); 83-90, 2002
- 3) 大田仁史: 終末期リハビリテーションーリハビリテーション医療と福祉との接点を求めてー. 荘道社, 東京, 45-83, 2002
- 4) 清水充子: 脳血管障害による嚥下障害への対応ー言語聴覚士の立場からー. *音声言語医学*, 53(2); 115-21, 2012
- 5) 社団法人日本老年医学会: 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012. *日老医誌*, 49; 381-6, 2012
- 6) 竹内茂伸, 古志奈緒美, 今田健: 訪問リハビリテーションにおける言語聴覚療法のエビデンスーSTが訪問リハに関わることの意義ー. *訪問リハビリテーション*, 2(4); 231-7, 2012