

摂食・嚥下評価入院導入から 見えてきた問題点と課題

古賀はるみ[†]第68回国立病院総合医学会
(平成26年11月14日 於横浜)

IRYO Vol. 70 No. 6 (267-271) 2016

要旨

横浜医療センター（当院）は、南西部地域中核病院であり、地域医療全体の充実を図る役割を担っている。2013年8月より周辺地域の病院、施設、在宅で嚥下障害に悩んでいる方々の糸口を見つけ、改善策を提供することを目的に、摂食・嚥下評価入院の導入を開始した。摂食・嚥下障害患者への関わりには医師や看護師、言語聴覚士、栄養士、MSW（医療ソーシャルワーカー）など多職種との協働が求められる。摂食・嚥下評価入院では継続ケアにつなげることが重要であり、院内スタッフのみならず関連地域のスタッフや家族、患者本人への教育的関わりが必要である。

嚥下障害患者と多く関わっている該当病棟看護師も摂食・嚥下に関する知識が不十分で評価入院導入への不安を訴えていた。また退院時に評価結果を含め、食事摂取時の留意点や工夫等について患者や家族、施設スタッフに指導をしているが、摂食・嚥下障害に関する知識や技術、食形態の表現方法はスタッフや施設間でも差があるのが現状である。

自分自身も評価入院は初めての試みであり、計画的・効果的な実践・指導内容には至らなかったが、評価入院導入から現在までの摂食・嚥下障害看護認定看護師（認定看護師→272pを参照）としての院内スタッフへの関わりと、施設スタッフや患者や家族への関わりを振り返った。その結果、患者の摂食・嚥下状態の改善や患者や家族の食べたいという願いを少しでも叶えられるようにするために必要なこととして、①人材育成 ②知識の共有 ③継続したケアの3点が挙げられた。

退院後も指導内容を継続することが大事であり、継続させるためには家族や施設スタッフにも統一した知識や技術がなければならない。そのため、院内看護師への教育のみならず、関連地域の状況を把握し、スタッフや家族への教育的関わりにより施設間での差をなくす方法の検討も今後必要であると考えた。

キーワード 嚥下障害、継続ケア

国立病院機構横浜医療センター 看護部 †看護師
著者連絡先：古賀はるみ 国立病院機構横浜医療センター 西5階病棟 〒245-8575 神奈川県横浜市戸塚区原宿3-60-2
e-mail: koga-harumi@yokohamamc.jp

(平成27年3月2日受付, 平成28年3月11日受理)

Problems and Challenges by the Introduction of Hospitalization for Dysphagia Evaluation

Harumi Koga, NHO Yokohama Medical Center

(Received Mar. 2, 2015, Accepted Mar. 11, 2016)

Key Words: dysphagia, continuing nursing care

はじめに

摂食・嚥下障害は、脳血管障害をはじめとする疾患のみならず、加齢によっても生じる。高齢社会となり、今後さらに摂食・嚥下障害患者は増えると考えられる。横浜医療センター（当院）は高齢化率21%を超えている地域に位置しており、周辺地域には嚥下障害で悩んでいる人がいると推測された。また当院は南西部地域中核病院として地域医療全体の充実を図る役割を担っている。そのため、周辺地域で嚥下障害に悩みながら生活している人々の手助けをすることを目的に、2013年から摂食・嚥下評価入院の導入を開始した。

本稿では、2013年8月より当院で導入開始した摂食・嚥下評価入院（評価入院）での摂食・嚥下障害看護認定看護師（認定看護師）として所属病棟看護師や医療従事者、患者や家族と関わり、見えてきた問題点と今後の課題について概説を行う。

現状と問題点

「食べること」ができなくなり静脈経腸栄養をやむを得なく実施されている方、適切な評価や訓練や指導がされず、「本当に食べられないのか？」と疑問を持つケースもある。

認定看護師の役割として患者や家族、スタッフへの指導がある。摂食・嚥下障害者は病院のみならず、施設や在宅で生活している人も多い。また摂食・嚥下障害の対応は一人の力では限界があり、多職種協働でさまざまな視点や知識・技術が必要とされている。しかし、摂食・嚥下障害を見抜くこと、具体的な対策・介入ができるスタッフがまだまだ少ない現状がある。そのため、適切な評価・訓練・指導を実施できるスタッフを増やすこと、摂食・嚥下障害患者と家族に適切に指導することができるスタッフを増やすこと、摂食・嚥下障害で悩んでいる人を地域で支えられるようにすることが必要である。

実践目的

- ①所属病棟看護師へ指導的介入をすることで、一人でも多くのスタッフが摂食・嚥下障害へ興味・関心を抱き、積極的に楽しく評価入院に携わることができるようにする。
- ②患者・家族・医療従事者へ退院時指導することで、

現状を理解し、その対策を実践できるようにする。
この2点を目的に評価入院導入に向けて取り組みを実施した。

実践内容

1. 摂食・嚥下評価入院の流れ

主治医は神経内科医師で、対象者は、「摂食・嚥下障害を呈する人全員」とした。受診は完全紹介予約制、月3回一日1名限定で実施し、入院の適応があると判断された患者のみ入院予約とした。入院病棟は神経内科病棟におき、入院期間はクリニカルパスに沿って月曜日から金曜日の4泊5日とした。

クリニカルパスは患者の疲労も考慮して、一日1検査を基本とした。退院指導時に適切かつスムーズな指導が多職種で実施できるように、木曜日のカンファレンスで指導内容と指導手順の確認ができるように考慮した。また家族や施設スタッフに患者の食事摂取や口腔ケア場面を見てもらい指導できるように、退院を午後にした。日々の指導や検査の予定は図1に示しているが、詳細について以下説明をする。
<初診時>

- ①神経内科医による診察
- ②MSW（医療ソーシャルワーカー）が問診を行いフェースシートの作成（他メンバーの事前情報収集資料となる）

<月曜日>

- ①歯科口腔外科受診（歯科口腔外科医師）
：口腔内環境の診察後、患者と受け持ち看護師に口腔ケアグッズや方法等の助言や指導

<火曜日>

- ①NST（栄養サポートチーム）嚥下回診（非常勤歯科医師、管理栄養士、認定看護師）
：摂取状況や嚥下機能評価、VE（嚥下内視鏡）検査で使用する食品の選択
- ②VE検査（NST嚥下回診メンバー、耳鼻咽喉科医師、ST（言語療法士）、受け持ち看護師）
：嚥下機能評価、嚥下訓練・食事形態・食事摂取条件（姿勢や代償嚥下法等）・VF（嚥下造影）検査時に確認する点等の検討

<水曜日>

- ①VF検査（神経内科医師、ST、受け持ち看護師）
：VE検査で設定した食事形態や食事摂取条件（姿勢や代償嚥下法等）等の効果や適応状況の評価、食事形態・食事摂取条件等の検討

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	歯科口腔外科受診			カンファレンス	評価結果説明
昼食時	嚥下機能評価				
		NST嚥下回診			指導
午後		VE	VF	歯のクリーニング	
夕食時	嚥下機能評価				

図1 入院期間の流れ

<木曜日>

- ①カンファレンス(神経内科医師, MSW, ST, NST 嚥下回診メンバー, 受け持ち看護師)
: 各々の視点での意見交換を行い, 評価結果と方針を決定
- ②連絡票の作成(神経内科医師, MSW, ST, 管理栄養士, 受け持ち看護師, 認定看護師)
: 各々が担当箇所へ評価結果を記載し, 患者・家族・医療従事者・紹介先に渡す
- ③歯のクリーニング(歯科衛生士)
: 歯垢除去等実施後, 受け持ち看護師や患者にブラッシング方法の指導

<金曜日>

- ①神経内科医師からの説明
: 評価結果・方針等についてVE・VF検査の画像を見ながら実施
- ②看護師・管理栄養士・STからの説明
: 医師からの説明後, 食事介助方法・食事摂取時の留意点, 栄養摂取方法, 口腔ケア方法, 間接訓練等について実演を交えて実施

2. 所属病棟看護師に対して

- ①スタッフ誰もが見て行動できるように評価入院の流れについてマニュアルを作成・周知, 意見を取り入れ随時修正
- ②摂食・嚥下障害, 食事介助, 間接訓練, 口腔ケアについて勉強会を各1回ずつ開催
- ③リンクナース3名と1事例の症例検討・アセスメント方法の助言や指導
- ④VEやVF画像の見方と解説
- ⑤患者や家族への指導方法について個別に助言や指導
- ⑥受け持ち看護師への声掛けやサポート

- ⑦スタッフが統一した食事介助が実施できるように食事条件設定表を作成・周知

3. 患者・家族・医療従事者に対して

- ①退院時に30分程度実演を交えながら, 食事摂取(介助)時の注意点や口腔ケア方法, 嚥下訓練等について指導(勤務時)
- ②医師の説明後話を聞き理解状況を確認, 必要時追加説明

実践結果

1. 評価入院症例結果

2013年8月から2014年9月までに15件の評価入院があった。15件中7件が経口摂取しており藤島のグレードやレベルは高いが, VEでは誤嚥のリスクがある経口制限群と, 経口摂取は困難または不可の経口不可群が5件もあり, VFでも誤嚥や喉頭侵入の所見が認められた。非経口摂取のケースでは, 3食経口摂取可能な例も1件あった。入院中に誤嚥性肺炎を併発し, クリニカルパスを逸脱し急性期治療を要する状態となり, 急性期治療終了後状態が落ち着いた時点で再度評価を実施したケースも1事例あった。

2. 所属病棟看護師に対して

- ①勉強会を7回開催したが看護師の理解状況の把握には至らなかった
- ②突発的・単発的な勉強会の開催となり, 参加率は平均43.5%と低かった
- ③検査等に受け持ち看護師は約1時間介助を要し業務調整が必要であった
- ④入院患者に合わせた認定看護

師の勤務調整が困難で5日間病棟看護師のサポートや指導が実施できたケースは0件で、4日間サポートや指導ができたケースは15件中2件、最も多く関わられた日数は2日間で15件中6件であった。

3. 患者・家族・医療従事者に対して

- ①入院前の施設や紹介医では食事形態の呼称が異なり、正確な食事形態の把握までには至らなかった
- ②認定看護師が関わる時間に制限があり、また検査時の関わりのみとなることが大半であったこと、退院後の関わりがないことなどから、医療従事者や家族、患者の知識や理解状況の把握が困難であった。

評 価

「受け持ち看護師の他業務との調整が困難」「入院患者に合わせた認定看護師の勤務調整が困難」という結果から、実際は5日間連続で受け持つことが困難であり、受け持ち看護師となる頻度が少なく、認定看護師から受け持ち看護師へのサポートや指導が十分に受けられず、摂食・嚥下障害患者との関わりを深く考える機会がなく、興味・関心を抱いてもらえるまでには至らなかった。そのため、＜受け持ちできる看護師の育成方法と体制作りを検討する＞必要がある。「依頼元スタッフの摂食・嚥下に関する知識の程度がわからない」「食事形態の呼称が当院と他施設間で違う」という問題点から、＜知識の共有＞が必要である。「退院後在宅・施設で指導内容が継続されているのかわからない」「その後の経過がわからない」現状がある。摂食・嚥下障害は即時に改善できるものではない。また、摂食・嚥下障害があっても唾液を常時嚥下している。経口摂取者であれば、誤嚥のリスクを常に抱えているのが現状である。そのため、嚥下機能に合わせた訓練や介入が必要であり、施設や在宅に戻ってからも継続することが重要である。その点からも＜継続したケア＞が必要であると考え。また、結果より目的であった病棟スタッフが摂食・嚥下障害へ興味・関心を抱き、積極的に楽しく評価入院に携わることができるようにすること、患者・家族・医療従事者が現状を理解し、その対策を実践できるようにすることは、勉強会の計画不足と退院指導方法について所属病棟看護師へ指導ができなかったことや、勤務調整ができず、退院時に患者・家族・施設スタッフと関わり

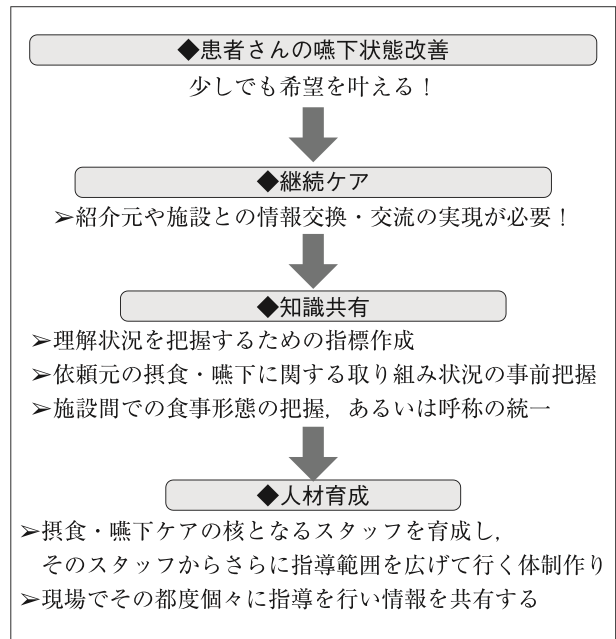


図2 今後の対策と課題

を持ってなかったことなどが影響し、目的の達成には至らない結果となった。

今後の対策と課題

- 【人材育成】認定看護師一人で所属病棟看護師全員への教育は困難で時間も要すため、摂食・嚥下ケアの核となる看護師を育成し、その看護師から他看護師へとさらに指導範囲を広げていく体制を作る。
- 【知識の共有】理解状況を把握するための指標となるものを作成し、指導前後で知識や技術の変化や、理解状況の把握を行い、今後の指導方法の参考にする。依頼元や施設スタッフの摂食・嚥下に関する取り組みの状況を把握する。
- 【継続ケア】施設間での食事形態の把握や呼称の統一を目指す。紹介元や施設との情報交換を実現化するために、まず木曜日の多職種によるカンファレンス時に今後の外来フォローの有無や時期について話し合い、指導内容を決定することも必要である。施設間での情報共有を行うことで地域連携の強化につながり、地域全体での摂食・嚥下の知識や技術の向上は継続ケアに必要である（図2）。

ま と め

患者や家族、および医療従事者は、嚥下機能が少しでもよくなることを願っている。嚥下機能をより

回復・改善に近づけるためには、まずは認定看護師一人では限界があるので、核となる看護師を育成し、その看護師から他看護師へと知識や技術を拡大できるようにすることが必要であると考えます。スタッフ育成の第一歩としてスタッフに摂食・嚥下への興味や関心を持ってもらうことが必要である。そのために認定看護師として、時期や段階的な講義内容を考慮した勉強会を事前に企画し、スタッフへ提示することが必要であると考えます。それがスタッフの興味や関心を高め、参加率アップやスタッフ育成につながると考えます。また認定看護師の活動日を調整し、神経内科医師と連携し評価入院にもっと関わられるようにすることも必要であると考えます。それが知識の共有・継続したケアへとつながり、患者の嚥下状態の回復・改善につながり、患者や家族の希望の実現に第一歩近づけると考えます。

〈本論文は、第68回国立病院総合医学会シンポジウム「地域における摂食・嚥下機能評価の果たす役割 -多職種間ミーティングを通して、現状と問題点-」において「摂食・嚥下評価入院導入から見えてきた問題点と課題」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

[参考文献]

- 1) 鎌倉やよい, 熊倉勇美, 藤島一郎ほか. 摂食・嚥下リハビリテーション. 第2版, 才藤栄一・向井美恵監修. 東京; 医歯薬出版; 2010.
- 2) 寺見雅子. Nursing Mook 72 できることから始める摂食・嚥下リハビリテーション実践ガイド. 東京; 学研メディカル秀潤社; 2012.
- 3) 東名厚木病院摂食・嚥下チーム. 早期経口摂取実現と QOL のための摂食・嚥下リハビリテーション -急性期医療から「食べたい」を支援するために, 小山珠美監修. 東京; メディカルレビュー社; 2012.
- 4) 藤島一郎・谷口洋・藤森まり子ほか. 納得! 実践シリーズ Q&A と症例でわかる! 摂食・嚥下障害ケア. 東京; 羊土社; 2013.
- 5) 藤島一郎. よくわかる嚥下障害. 改訂第2版. 大阪; 永井書店; 2005.
- 6) 三鬼達人. 今日からできる! 摂食・嚥下・口腔ケア. 東京; 照林社; 2013.
- 7) Logemann JA. Logemann 摂食・嚥下障害, 道健一・道脇幸博監訳. 東京; 医歯薬出版; 2007.