

多職種で行う摂食嚥下評価および連携について －言語聴覚士の立場から－

田場 要[†] 米森 晴基 本山ゆり香

第76回国立病院総合医学会
2022年10月7日 於 熊本

IRYO Vol. 78 No. 1 (39-43) 2024

要旨

人にとって『食べる』ことは生命維持機能のみならず、社会・文化的活動をも含み、人生の最後まで残る楽しみといえる。一方で、私たちは多くの肺炎患者を担当している。高齢者肺炎で重要な位置を占めているのが誤嚥性肺炎であり、複雑な病態が関与していることが多い。このシンポジウムでは国立病院機構に勤める言語聴覚士の立場から、多職種で行う摂食嚥下評価および連携についていくつかの取り組みについて報告した。国立病院言語聴覚士(ST)協議会による調査では、1施設約380床に対し平均3.01名のSTが勤務しておりさまざまな病態の患者に対応している。嚥下障害に対し簡易的評価のほかに、嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査に立ち会い多職種での評価も実施している。

筆者はこれまで（1）脳卒中急性期嚥下チーム、（2）院内医療チーム（NST, PCTなど）、（3）神経・筋疾患回診、（4）重症心身障害児回診、（5）母子入院の入院時評価など、さまざまな評価体制・連携を経験してきた。それぞれの施設や診療科・病棟の体制などでチーム特性は異なるが、効率的にチームを形成していくためには、相互乗り入れチーム（Transdisciplinary Team Model）を念頭に活動することが重要と考える。評価に関してはスクリーニング検査のみならず摂食場面での評価を導入することが必要と考える。

キーワード：高齢者、嚥下障害、評価、チーム、連携

はじめに

人にとって『食べる』という活動は生命維持のみならず、社会・文化的活動をも含み、人生の最後まで残る楽しみのひとつであるといえる。一方で、言語聴覚士である私たちは日頃から多くの肺炎患者を担当している。高齢者肺炎で重要な位置を占めているのが誤嚥性肺炎であり、要介護高齢者におけるさまざまな複合要因による嚥下障害症例に難渋するこ

とが多い¹⁾。高齢者の嚥下障害が顕在化するまでの要因としては①加齢による嚥下機能の低下、②疾患要因、③誤嚥性肺炎や急性疾患の発症、④ヘルスケア習慣の不良などが挙げられており¹⁾、単に言語聴覚士（ST）が実施する口腔咽頭などの嚥下関連器官の機能訓練および摂食訓練のみで改善させることが難しく、多角的アプローチが重要になってくる。摂食嚥下領域における多職種連携についてはさまざまな報告がされており、それぞれの施設の状況や、

国立病院機構南九州病院 リハビリテーション科 †言語聴覚士

著者連絡先：田場 要 国立病院機構南九州病院 リハビリテーション科 主任言語聴覚士

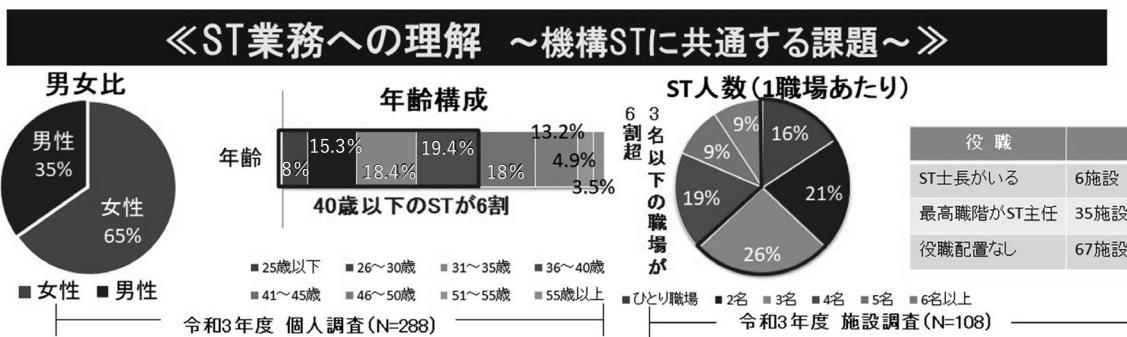
〒899-5293 鹿児島県姶良市加治木町木田1882

e-mail : taba.kaname.jb@mail.hosp.go.jp

(2023年3月13日受付 2023年8月4日受理)

Interdisciplinary Dysphagia Evaluation and Collaboration : From the Perspective of A Speech-Language Pathologist
(Received Mar. 13, 2023, Accepted Aug. 4, 2023)

Key words : older patients, dysphagia, evaluation, transdisciplinary team, collaboration



○院内業務 *療法業務 訓練・訓練以外の療法業務（聴力検査・神経心理学的検査など）
*療法外業務 カルテ/情報提供書・会議/委員会・嚥下検査・チーム活動

○院外活動 *講師など 研修会講師/養成校講師
*地域への貢献 地域ケア会議・地域支援・介護予防事業・地域住民への講演
*職能団体・学術活動・協会/県士会・関連学会活動・研究活動

○タスク・シフト/シェア * 食形態の選択、嚥下検査、神経心理検査、書類の説明

図1 国立病院機構に勤務するSTの状況

臨床領域などに応じて対応されることが多い。また、チームアプローチを円滑に進めるためには適切な評価や実践方法、教育などが重要であることはいうまでもなく、本稿では国立病院機構に勤める言語聴覚士の立場から、『多職種で行う摂食嚥下評価および連携』について報告する。本投稿内容は国立病院機構南九州病院倫理委員会で承認された。

高齢者の嚥下障害

高齢者の摂食嚥下領域における老化とともに多くの諸問題を整理しておく。①嚥下関連機関の変化：無歯顎や歯牙の欠損、顎関節異常、顔面表情筋の機能低下、舌筋・咀嚼筋の機能低下、口腔感覚の鈍化、声門閉鎖不全、咽頭収縮筋の機能低下などが挙げられる。②喉頭位置の変化：加齢とともに喉頭位置の下降が認められる。男女差・個人差はあるが成人期に比べ約1椎体分下降するといわれており、舌骨・喉頭拳上範囲の低下に繋がりやすい。③姿勢の変化：嚥下関連筋や体幹筋力低下、脳血管疾患の既往による片麻痺など、円背は骨盤が後傾し脊柱屈曲位になりやすい、骨盤の左右への傾斜、脊柱彎曲、仙骨座りなどがみられ、結果として頸部筋群の過緊張、頸部伸展などにつながり嚥下時の喉頭拳上への影響や、咀嚼・嚥下と息こらえ等のリズムにも影響があることがある。④その他：さまざまな疾患要因や、ヘルスケア習慣の不良も有無も影響を摂食活動に影

響を及ぼす。また、医療機関では急性疾患により体力消耗や禁食の悪循環が加わることも想定される。

塚谷ら²⁾は急性期病院での食事による窒息事例の検討において、院内発生の窒息事例は経口摂取自立者で、既往に嚥下障害リスクを有し、常食もしくはそれに近い食形態の物を食べている、入院早期の高齢者患者におこりやすいと報告している。

国立病院機構に所属するSTの現状

このシンポジウムの企画では、『超高齢化社会となり、誤嚥性肺炎による窒息が増加する中で、医師や看護師だけで介入するには限界があり、リハビリや栄養士、介護職など他職種で取り組むことが求められている。そのため、嚥下評価や誤嚥性肺炎予防にどのようにして他職種で取り組んでいけばいいか』が大きな目的になっていた。そこでまず筆者は、国立病院機構におけるSTの現状を示した（図1）。令和3年度の国立病院ST協議会による調査では、1施設約380床に対し平均3.01名のSTが勤務しておりさまざまな病態の患者に対応している。また国立病院機構に勤務するSTは、①女性が多く・子育て世代の割合も多い、②少人数職場が多く、「ひとり職場」もまだ存在している、③多くの職場で役職配置がされていない、等の現状がある。臨床業務やその他の業務を合わせ、少ない人数ながらもよりよい対応を目指し業務している。



図2 STが参加するチーム活動の一例

実際には前述のような複合要因による嚥下障害患者の対応に難渋することや、多職種との情報共有や嚥下障害症例への対応統一がうまくいかずに困ることも多く経験する。じっくり症例に関わり、良質なりハビリテーションを提供したいが、STを取り巻く状況からは困難なことも多く慢性的にジレンマを抱えている状態であるといえる。

これまで行ってきた取り組みの紹介

筆者はこれまでにいくつかの施設の各診療科やチームで摂食嚥下に関する取り組みを行ってきた(図2)。その中のいくつかを呈示する。

①脳卒中病棟嚥下支援チーム：脳卒中急性期病棟で脳血管内科・脳神経外科患者に対し、入院後医師やSTが実施する嚥下スクリーニング検査に看護師が立ち会う。また、週に1回食物形態調整を行っている患者を対象に医師・看護師・管理栄養士・必要に応じてその他の職種・STで食事場面の回診を行う。また、その結果をSTと看護師が行うカンファレンスで情報共有を行う。このチームには複数の担当看護師がいる。STは新人看護師向けの勉強会も実施しており活動を通して共通言語が増えコミュニケーションが取りやすくなる。嚥下面のみならず栄養面・機能訓練・身体活動など幅広く情報共有が行え、STと看護師の連携が強化されるメリットがある。

②筋ジストロフィー病棟での嚥下ミーティング：筋ジストロフィー病棟に担当看護師がおり、ミーティングスケ

ジュール調整や症例の情報や経過をまとめ、ミーティングは担当症例の摂食場面で行い、主に看護師・管理栄養士・STで実施しており、摂食活動に対する症例自身の意向も細やかにうかがえる。長期入院患者が多くひとりの症例に対しての評価の頻度は少ない。摂食条件変更を多職種で検討し、必要時は主治医へ報告し決定している。この活動では疾患特性を考慮しつつ、STと管理栄養士の連携が重要である。

③重症心身障害児者病棟・母子入院病棟嚥下指導：重心病棟に嚥下回診の担当看護師がおり、スケジュール調整や症例の情報や経過をまとめ、重心病棟は長期入院患者が多くひとりの症例に対する評価の頻度は少ない。母子入院病棟は新生児集中治療管理室や新生児回復室からの転院患者に素早く対応し、必要時は回診頻度も調整可能である。摂食場面を中心医師・看護師・管理栄養士・STで回診を行う。また、月に1回は小児歯科医の参加もありより専門的な支援が行えている。この活動ではとくに医師および歯科医師とSTの連携が図りやすく食物形態決定や調整などが素早くできる。

④栄養サポートや緩和ケア（PCT）等の医療チーム：勤務施設によってST参加スタイルが変わるが、チーム調整役と密に連携を図ることが重要である。PCTの場合は、短期間・高頻度で介入することもある。いずれも定期的な回診があり医師・看護師・管理栄養士・薬剤師・心理職・理学療法士・ST等が参加している。嚥下・栄養面のみならず、本人・家族の意向や、身体活動量、病態別に注意すべき事

表1 評価および教育・研修方法の具体例

評価方法	教育・研修方法
全体像の把握 ・意識・呼吸・認知・運動機能 ・身体活動状況 ・口腔機能・発声・構音 ・脱水・栄養	基礎的研修 患者の基礎的情報収集や、全身状態の把握などは支援を行う上で不可欠である。基本的項目の把握や他職種が使用する用語や評価の内容を理解し、それぞれの業務で活用できるようにする。一般的には講義形式で行うことが多い。
スクリーニング ・EAT-10 や聖隸式嚥下質問紙 ・反復唾液嚥下検査 (RSST) ・改定水飲みテスト ・水飲みテスト ・Food test ・頸部聴診法	実習 左記の評価方法の中で医師以外でも実施可能なものについては実習を行い、手順や方法、解釈について理解する。経験者が評価のポイント等を指導し、評価の質を高める必要がある。とくに新規入職・異動・復帰者に対しては配慮が必要である。
包括的評価 ・MASA (The Mann Assessment of Swallowing Ability) ・KT バランスチャート	複数人もしくは他職種との評価の実践 嚥下機能に関するスクリーニング項目やチームや病棟などで決められている評価についてはじめのうちは複数人もしくは他職種と実践する。解釈が難しい症例についてはいつでも複数人や他職種と実施できる体制が望ましい。統一された内容と方法を準備し業務の中で経験値を増やしていく。
摂食場面の評価	多職種による回診への参加 回診では多職種が参加し、報告やディスカッションを行う。実践をともなう場面で他職種の考え方や対応について理解が深まる。多職種連携教育 (IPE) の場でもある。これらの経験が高まることで相互乗り入れ型チームの形成が促進されていく。
客観的評価 ・嚥下造影検査 (VF 検査) ・嚥下内視鏡検査 (VE 検査)	VF/VE 検査後のカンファレンスの実施 実践してきた観察や複合的評価・仮説の答え合わせができる。また、治療の手立てを検討する場に参加することで支援方法についても同時に検討できる。 チーム医療への参加と実践 各種チームを経験することで摂食嚥下に関する評価の幅や、相互乗り入れチームを担える人材の育成繋がる。IPE の場でもある。 例) 嚥下支援チーム・栄養サポートチーム・口腔衛生評価支援チーム 緩和ケアチーム・呼吸サポートチーム・褥瘡対策チーム・認知症ケアチーム、など

項など検討については幅が広い。

呈示した活動やチームは参加メンバーも異なり情報交換方法もさまざまである。それぞれのチームで共通しているのは、運営をしながらより良い運営方法を模索しながら取り組んだ点である。しかし、チームの種類によってはチームのコアメンバーの異動や、リンクナースの変更、STの人員的問題等でチームそのものが不安定になりやすいこと、チーム以外のスタッフに関心を持たせることやチーム活動が浸透していくことに時間を要するなど課題も多く運営の難しさも経験する。この点を少なからず改善させる可能性を筆者らはチームの形態にあると考えている。従来どおり各専門職種が前もって決められた各々の役割をこなし情報を交換していくという形態では、常に多種の専門職でチームを構成する必要があり、構成員が欠けるとチームとして十分な力を發揮することができないことが多くなる。

一方で各専門職種が持つ共有部分を拡大し、その

場の構成員で役割を柔軟に変えていく相互乗り入れチーム (Transdisciplinary team model) が求められている。その前提として役割に対する柔軟な考え方、コミュニケーション技術、基本的知識と技術水準の高さが必要とされている。

教育活動について

筆者はそれぞれの取り組みの中でとくに看護師に対する摂食嚥下に関する研修を実施し、現場での情報共有や指導を行ってきた。誤嚥・窒息を予防するためには摂食嚥下障害に対する基本的理解や介助技術が必要であるのは当然といえる。本シンポジウムの目的である『嚥下評価や誤嚥性肺炎予防にどのようにして他職種で取り組んでいけばいいか』のひとつの回答として筆者らは相互乗り入れチームの実現を挙げる。これにはとくに現場で行う専門職連携教育 (Interprofessional Education: IPE) は重要で

あり、筆者は前述した脳卒中急性期病棟における嚥下支援チームが取り組みやすく感じた。経験値に応じたコンピテンシー(優れた行動特性)基盤型教育³⁾が必要であり、病棟・診療科独自のチームではあったが教育・連携・実践・振り返りを行いやすい体制であった。

入院高齢者における誤嚥性肺炎予防に関する私見

言語聴覚士の立場から高齢者の嚥下障害、国立病院機構に勤務する言語聴覚士の現状、これまでの筆者らの取り組みの紹介、教育活動について提示した。

高齢者の嚥下障害は複合要因によるものが多く、誤嚥・窒息予防についてはパフォーマンスのムラや、入院後の状態変化がみられる時にはトラブルを予見するのは本人も周囲も難しいと考える。前述の相互乗り入れチームを築きながら、専門職連携教育を進める体制を整えていくことは重要であると考える。また、施設や診療科内での評価方法統一も重要である。その際はスクリーニング検査のみならず、摂食場面での評価まで整備することで看護師・管理栄養士・STなど複数の職種が共通して使用でき、情報共有の速さや正確性の向上に繋がると考える。表1に筆者が経験してきた評価や教育・研修の一例を示す。実際にこれまでの取り組みのほとんどが実際の

摂食場面を多職種で評価する方法であり一定の効果があったと感じている。以上のことを踏まえ、高齢者摂食嚥下障害症例をより適切に評価し支援していくためには、各施設・病棟毎での評価方法を作成すること、チームの形成と成熟が肝要であると考える。

（本論文は第76回国立病院総合医学会シンポジウム「多職種で考える超高齢化社会における嚥下障害と誤嚥性肺炎予防－何から始めよう嚥下困難－」において「多職種で行う摂食嚥下評価および連携について－言語聴覚士の立場から－」として発表した内容に加筆したものである。）

利益相反自己申告：申告すべきものなし

[文献]

- 1) 藤谷順子. 高齢者の嚥下障害. リハ医2018; 55: 234-41.
- 2) 塚谷才明. 急性期病院での食事による窒息事例の検討. 日摂食嚥下リハ会誌2017; 21(2): 99-105.
- 3) 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー第1版. 2016 (Accessed Feb. 1, 2023, at http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryo/pdf/Interprofessional_Competency_in_Japan_ver15.pdf)