

症例報告

嚥下障害に対して多職種で関わった一症例

アルカディア上越、栄養科；管理栄養士¹⁾、リハビリテーション科；作業療法士²⁾、
看護部；介護福祉士³⁾、看護師⁴⁾、医師；内科医⁵⁾

今井 紀彰¹⁾、泉 将希²⁾、山本 強³⁾、齋藤 清子⁴⁾、深川 光俊⁵⁾

背景：高齢者の肺炎の原因の70%以上は誤嚥に関係している。また誤嚥性肺炎の予防には低栄養や誤嚥を防ぐことが挙げられている。誤嚥を防ぎながら食事の経口摂取の継続を目標とし多職種共同により関わった症例について報告する。

症例内容：嚥下障害の原因となるラクナ梗塞の既往があり、食事・飲水時に誤嚥がみられる86歳男性に多職種で多角的に関わった。食事観察・カンファレンスで食事介助方法、食形態、食事時の姿勢の検討を行い一時改善傾向が見られたが再び症状の悪化がみられた。

結論：介護老人保健施設では歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士など咀嚼・嚥下機能に精通する専門職種がない施設の中で多職種で共同し利用者の経口維持の助けとなることを体験した。また一度介入したらそのまま継続するのではなくモニタリングを続けることで一度の介入で改善出来なかった点や状態変化に対応でき、モニタリングの重要性を改めて感じる症例であった。

キーワード：高齢者、脳梗塞後遺症症例、誤嚥性肺炎、経口維持加算 I、経口摂取

背 景

日本における死因別死亡率は肺炎が脳血管疾患を抜き第3位となり(1)、90歳以上では死亡原因の2位に順位があがる。また高齢者の肺炎の原因の70%以上は誤嚥に関係している(2)。介護老人保健施設などの介護施設では高齢者が入居されている割合が多く、誤嚥性肺炎を予防することが必要と感ぜられる。誤嚥性肺炎の予防にはワクチンや口腔ケアなどがあげられるが、誤嚥そのものの予防や低栄養の予防も含まれる。

平成27年度には経口維持加算の介護報酬改定があり、加算算定条件が緩和され国の政策としても誤嚥や嚥下障害に伴う低栄養の予防が求められていると考えられる。

今回、歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士など咀嚼・嚥下に精通する職種がない中で、加算可能な経口維持加算 I を通じて多職種で共同し誤嚥・嚥下障害に伴う低栄養の防止のため関わり改善がみられたが、再び悪化がみられ多職種共同とモニタリングの重要性を感じた一例について報告する。

症 例 内 容

86歳・男性、ラクナ梗塞、高血圧性心疾患、前立腺肥大の既往があり、エプランチルカプセル、レニベース、シロスタゾール、プロスタールを内服されている。平成27年6月入所時は身長144cm、体重44.8kg、体重と身長から算出する体格指数 BMI21.6であった。食事はきざみ食全粥150g・塩分6g・水分とろみ(中間トロミ)を全介助にて摂取されていた。姿勢はリクライニング車いすで70度程度のギャッチアップで摂取していた。

平成27年8月に医師の観察により食事時・飲水時に誤嚥がみられ、30mlの飲水で嚥下機能評価を行う水飲みテスト実施困難のため経口維持加算 I 算定となった。症例に対して栄養状態・食形態は管理栄養士、姿勢は作業療法士、介助方法は看護師・介護士を中心に介入した。

8月の介入時には閉眼気味であった。また体重は42.9kgと前月より1.7kg減少していた。初回の介入で口腔内残渣がみられることから食事が咽頭に送り込みにくいと考え、食事形態をきざみ食からミキサー食、全粥からでんぶん分解酵素を含んだゲル化剤スベラカーゼを用いたゼリー粥へと変更を行った。また閉眼気味であったため介助方法は食事を口に入れる前に声かけを徹底し、覚醒を促した。

9月の介入時には痰・誤嚥・口腔内残渣が改善された。食事摂取量もほぼ全量摂取のため主食サイズを150gから260gへと変更した。

10月の介入時では摂食嚥下状態には大きく変化はなく、発熱日数が減少した。体重は43.4kgと0.7kg増加と改善傾向がみられた。

11月では、再び痰・誤嚥・口腔内残渣がみられ、体重も39.9kgと3.5kg減少した。食事摂取時には食事時間が長くなるにつれ喉頭挙上が遅くなることとトロミ茶でもむせが見られるようになった。喉頭挙上の遅れより、30分以上は疲労により誤嚥のリスクがあがると考え無理に全量摂取をさせない介助法へ変更した。また水分補給はトロミからゼリーへと変更した。姿勢は45度ギャッチアップへと角度を下げた。

同月、医師から家族へインフォームド・コンセントを行い食事摂取は難しいと判断され輸液にて体液管理をしながら看取り方向となった。12月に永眠した。

介入前から介入終了時までの利用者の状態と食事形態、介助方法、姿勢の変遷について示す(表.1)。

考 察

誤嚥の防止には食事形態・介助方法・姿勢など影響をしていると感じた。食事形態と介助方法を変えることによって発熱回数が減少し体重が上向きになったと考えられる。しかし、再び状態が悪化し同じ介助方法では誤嚥を起こすようになってしまい、改善を試みたが最終的には看取り、亡くなった。咀嚼・嚥下状態の悪い症例に歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士など咀嚼・嚥下に精通する職種がない中であっても食事方法の検討をすることが有効であったと考えられる症例であった。そして状態は常に一定ではないため継続してモニタリングすることの重要性も再認識させられた。

多職種で経口摂取を継続するためにどのようにすればよいか話し合うことは、それぞれが持っている知識は限られるがその中で知識を持ち寄ることによって利用者の利益につながると考えられる。もちろん歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士など咀嚼・嚥下に精通する専門職種がいればそれだけ利用者の経口摂取の助けとなることは間違いないだろうが、不在の中でもその助けとなることが予想できた。しかし、利益につなげるためにはそれぞれで知識を得て、持ち寄り、共通知識として持つことが大切であると考えられる。またどうしても改善が見られない場合には施設外から専門職種から診てもらえる体制があるとベターと考えられた。そして一度改善したら終わりではなく状態に変化が起こるためモニタリングを継続しさらなる対策をとれる体制も必要であると考えられる。

文 献

1. 厚生労働省. 平成23年人口動態統計月報年計(概数)の概況. 2015/11/11.
URL : <http://www.mhlw.go.jp>
2. 日本呼吸器学会. 誤嚥性肺炎. 2015/1/1.
URL : <http://www.jrs.or.jp>

英 文 抄 録

Case report

One case of dysphagia concerned by our staffs of various

jobs

Arcadia Joetsu, Department of nutrition ; dietitian¹⁾, Department of rehabilitation ; occupational therapist²⁾, Department of nurses ; care worker³⁾ and nurse⁴⁾, Department of medical care ; physician⁵⁾

Noriaki Imai¹⁾, Masaki Izumi²⁾, Tuyoshi Yamamoto³⁾, Kiyoko Saito⁴⁾, Mitutoshi Fukagawa⁵⁾

Background : 70% of pneumonia of elderly people are associated with aspiration. Also, the prevention of aspiration pneumonitis includes to prevent under-nutrition and dysphagia. But there is no specialized type of job familiar with chewing and swallowing function in the care health center for the elderly ; a dentist, a dental hygienist, a speech-language-hearing therapist, and so on. Though our institution is also not satisfied with such human resources, we aimed at the continuation of oral intake of diet by preventing aspiration with our medical team consisted of various job staffs. A temporary improvement could be obtained and we reported our experience in this paper.

Case report : The case was 86 years old male one with dysphagia and recurrent pulmonary aspiration after lacuna infarct. Our medical team tried to improve his feeding posture and our assistance, and food style through our conference after the intense monitoring.

Conclusion : In the care health center for the elderly, there is no specialized type of job familiar with chewing and swallowing functions ; a dentist, a dental hygienist, a speech-language-hearing therapist, and so on. We experienced to share the maintenance of oral feeding with the many staffs of various jobs in the institution with such a human fault, Also, we could understand the significance of monitoring to improve the condition of oral feeding.

Key words : Elderly people, sequela of cerebral infarction, aspiration pneumonitis, additional insurance points for maintenance of oral feeding I, oral intake

表. 1 介入前から介入終了時までの利用者の状態と食事形態、介助方法、姿勢の変遷

	7月	8月	9月	10月	11月
体重(kg)	44.6	42.9	42.7	43.4	39.9
発熱日数 (日/月)	8	2 6	2 0	8	
誤嚥	+	+	-	-	+
痰	+	+	-	-	+
口腔内 残渣	+	+	-	-	+
食事形態	主食：全粥 150g 副食：きざみ、 水分とろみ	主食：ゼリー粥 150g 副食：ミキサー 水分とろみ	主食：ゼリー粥 260g 副食：ミキサー 水分とろみ	主食：ゼリー粥 260g 副食：ミキサー 水分とろみ	主食：ゼリー粥 260g 副食：ミキサー 水分ゼリー
介助方法	全介助	全介助 声掛け	全介助 声掛け	全介助 声掛け	全介助 声掛け 30分以上食 事を続けない
姿勢	リクライニン グ車いす 70 度ギャッチア ップ	リクライニン グ車いす 70度 ギャッチアッ プ	リクライニン グ車いす 70度 ギャッチアッ プ	リクライニン グ車いす 70度 ギャッチアッ プ	リクライニン グ車いす 45度 ギャッチアッ プ

(2015/12/08受付)