

# 多職種チームによる高齢者への 摂食機能療法に関する活動の動向と課題

前川 一恵<sup>1) 2)</sup>・藤野 文代<sup>3)</sup>

## Trend of Activity and Problems in Feeding Therapy for Older Patients Provided by a Multidisciplinary Team: A Literature Review

Kazue Maekawa and Fumiyo Fujino

### 要旨

目的：多職種チームによる高齢者への摂食機能療法の具体的な活動内容やその成果と課題について、文献検討によって明らかにすることである。

方法：医学中央雑誌Web版を用いて、「摂食機能療法」、「摂食嚥下機能」、「チーム」、「摂食嚥下チーム」をキーワードとして文献検索を行い、経口摂取回復促進加算が新設された2014年以降に掲載され、多職種チームでの摂食機能療法の活動報告をしている14文献を分析対象とした。

結果：多職種チームでの活動内容としては、摂食嚥下機能評価（嚥下スクリーニングテスト）、チーム回診、カンファレンス等が多く報告されていた。多職種チームの介入によって、摂食嚥下機能障害の有る患者の摂食嚥下能力が改善し、経口摂取可能となった患者数の増加や食事形態が改善した等の成果が明らかとなった。

結論：摂食機能療法を長い在院日数をかけて取り組んだが、経口摂取への移行が困難であった患者は、転院や介護施設への転帰となっていた。また、退院時に経口摂取に移行できなかった患者は、退院後も継続的な介入が必要であり、地域との連携の必要性が示唆された。

キーワード：摂食機能療法、多職種チーム、高齢者、文献研究

Key words：feeding therapy, multidisciplinary team, older patients, literature review

1) 神奈川歯科大学短期大学部 看護学科

2) 姫路大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

3) 姫路大学大学院 看護学研究科

## I. はじめに

2020年度の診療報酬改定において、多職種チームによる摂食機能療法の介入の評価として「摂食嚥下支援加算」が改定された。この要件として摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。当該カンファレンスには、当該チームの構成員である医師又は歯科医師、看護師、言語聴覚士 (speech-language-hearing therapist: 以下, ST)、薬剤師及び管理栄養士が参加していること定められている<sup>1)</sup>。

多くの病院が摂食機能療法に取り組み、NST (nutrition support team: 栄養サポートチーム以下NST)、や「摂食嚥下チーム」等のチームを設立し、多職種協働による医療を提供している。摂食機能療法における一般的な多職種の役割としては、医師は病態管理、歯科医師や歯科衛生士は口腔機能管理、STは摂食嚥下機能の専門的な評価、理学療法士はADLの回復や食事体位・姿勢の保持、作業療法士は食事動作や食具の工夫、管理栄養士は嚥下機能に応じた食事形態の工夫、薬剤師は薬物の有害作用の確認や点滴管理等を行う役割がある。そして、患者のベッドサイドで食事介助や口腔ケア等のケアを行う看護師である。このような多職種間で多面的に意見交換することは、各々専門性の向上と相乗効果が期待でき、医療の質の向上と効率的な医療サービスの提供に繋がることが考えられる。

また、経口摂取困難から経管栄養利用となった在宅療養中の高齢者のコホート調査において、退院後の入院・肺炎死亡数の上昇が報告されている<sup>2)</sup>。このことから、高齢者が地域で生活を継続していくには、経口摂取の継続が重要であると言える。高齢者は入院治療となる主疾患の他に、既往に慢性疾患を抱え複雑な疾病構造を有する場合

が多い。また、入院を機に身体機能の低下が起き、全身に様々な障害が起きることもあり、高齢者の摂食嚥下機能の回復に向けては、多職種チームによる専門的な知識と技術が必要となる。

本研究の目的は、多職種チームによる高齢者への摂食機能療法の具体的な活動内容やその成果について、文献検討によって明らかにすることである。

## II. 方法

### (1) 国内文献検索

2020年4月に、医学中央雑誌Web版 (Ver. 5) のデータベースを用い原著論文の検索を行った。対象論文は、摂食機能療法の評価の見直しとして、経口摂取回復促進加算<sup>3)</sup>が新設された2014年度以降に掲載された論文とした。キーワードに、「摂食機能療法」、「チーム」で14件、「摂食嚥下機能」、「チーム」で16件、「摂食嚥下チーム」14件の合計44件がヒットした。その中から、重複2件、事例研究を除外し、研究対象者を設定した多職種チームでの摂食機能療法の活動報告をしている14文献を対象とした。

### (2) 海外文献検索

2020年4月に、CINAHL、MEDLINEのデータベースを用い、「feeding therapy」、「eating and swallowing function」、「team」をキーワードに検索を行った。同様に2014年以降に発表された論文とし選定を行ったが、研究対象が小児、人工呼吸器療法の患者、癌患者、気管切開患者であり本研究の目的に合致した文献は該当しなかった。

表 1 対象文献一覧

文献No.	筆頭者/職種 (所属)	投稿論文	掲載年	対象者の概要	対象者の年齢
1	鈴木啓之 <sup>4)</sup> / 歯科医師	8020:はち・まる・にい・まる. 19.	2019	2016~2018年までにNST依頼となり歯科医師による評価を受けた231名	平均±SD 67.4±16.4歳
2	齋藤真由 <sup>5)</sup> / 歯科医師	老年歯科医学. 34(1).	2019	①2014~2015年にチームに依頼のあった142名の患者 ②内科・神経内科に勤務する看護師43名	①平均±SD 83.3±10.8歳
3	菊地しおり <sup>6)</sup> / 管理栄養士	静岡赤十字病院研究報. 38(1).	2018	2017~2018年に歯科医師, 歯科衛生士が診察した25名	食事摂取が困難・摂食嚥下に問題がある患者や高齢者が多い
4	庭野元孝 <sup>7)</sup> / 医師	栄養経営エキスパート. 3(6).	2018	2013~2017年の5年間でチームが介入した1285名のうち内科入院の高齢患者961名	平均±SD 86.3±4.2歳
5	逸見朋隆 <sup>8)</sup> / 医師	仙台市立病院医学雑誌. 38.	2018	2014~2017年の期間で摂食嚥下ラウンドで介入した165名	中央値 81歳 平均値 77歳
6	濱中遥 <sup>9)</sup> / (医事課)	日本医療マネジメント学会雑誌. 18(4).	2018	摂食機能療法件数:2013年1729件, 2014年4157件, 2015年7511件	病院における内科入院患者の平均年齢は81歳
7	渡邊恵子 <sup>10)</sup> / (栄養管理科)	小樽市立病院誌. 6(1).	2018	2015~2017年の2年間でNSTに介入依頼のあった30名	記載なし
8	吉田知佳子 <sup>11)</sup> / (栄養管理室)	通信医学. 69(4).	2017	NSTの介入した患者で, ①2009年の92名, ②2014年の75名	平均年齢 ①男性80.1歳女性85.7歳 2016年男性82.8歳女性84.8歳
9	古川勝規 <sup>12)</sup> / 言語聴覚士	回生病院医学雑誌. 22.	2016	①2014年1~3月に嚥下機能評価・訓練でSTに紹介された145名と, ②その中からカンファレンスを実施した46名	平均±SD ①76.8±14.6歳 (145名) ②80.8±10.8歳 (46名)
10	戸田美美 <sup>13)</sup> / 医師	Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science. 6.	2016	2006~2010年までに認定看護師* <sup>1)</sup> に紹介された998名	平均74歳 (2~102歳)
11	矢巻孝宏 <sup>14)</sup> / 言語聴覚士	小樽市立病院誌. 3(1).	2015	2013~2014年までに医師から摂食機能療法開始の指示があった患者53名	平均±SD 72.8±14.5歳
12	井手聖実 <sup>15)</sup> / (病棟)	佐世保市立総合病院紀要. 40	2015	①誤嚥性肺炎で入院した65歳以上の患者8名と ②看護師23名	①65歳以上
13	仲川満弓 <sup>16)</sup> / 管理栄養士	日本静脈経腸栄養学会雑誌. 30(6).	2015	2013~2014年NST介入を行った564名	記載なし
14	齊木直美 <sup>17)</sup> / (病棟)	国立病院機構熊本医療センター医学雑誌. 14(1).	2015	①2012年6~10月に, 摂食嚥下機能クリティカルパスを適応した10名と②パスの使用頻度が高い2病棟の看護師94名	①平均79.3歳 (67~94歳)

NST: Nutrition Support Team (栄養サポートチーム), 認定看護師\*<sup>1)</sup>: 摂食・嚥下障害看護認定看護師

### Ⅲ. 結果

#### (1) 対象文献の概要 (表1)

本研究の対象とした, 14文献を表1に示す(2015年~2019年に掲載)<sup>4)~17)</sup>. 筆頭者の職種もしくは所属は, 管理栄養士もしくは栄養管理科(室)に所属している者が4名, 医師が3名, 歯科医師2名, 言語聴覚士2名であった.

摂食機能療法を目的にチームで介入した対象者は, 高齢者が大部分を占めており90歳以上の超高齢者も含まれていた(対象者の年齢について記載のあった12文献). 文献7と13は介入対象者の年齢の記載はなかったが, 文献7では対象者の平均在院日数が57日, 文献13では30日以上が57%であった.

#### (2) 各文献のチーム名とコアチームメンバー (表2)

対象とした14文献中, 11文献でチーム名とチームメンバーの記載があり, 表2に示す.

チーム名はNSTが多く, チームの構成人数の中央値は6名であった. チームの職種は, 文献7と13が9職種であった. 職種別では, 管理栄養士が10チームに所属し最も多く, 次に医師と看護師が9チーム, 歯科医師と言語聴覚士が6チーム, 歯科衛生士と薬剤師が5チームに所属していた.

#### (3) チームでの活動内容 (表3)

表3, 4の文献の報告内容を「」, 報告内容の類似しているものをカテゴリー化したものを【】と表記する.

対象とした14文献のチームでの活動一覧を表3

表2 各文献のチーム名とコアチームメンバー

n=11

文献No.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	各職種 の 合計数
職種	チーム名 口腔・嚥下 ケアチーム	NST	摂食嚥下 チーム	NST	摂食機能 療法 チーム	NST	NST 委員会	摂食嚥下 サポート チーム	嚥下 チーム	NST 委員会	NST	
医師			○	○ 耳鼻咽喉科	○	○	○ 外科・内科	○	○ リハ科	○	○	9
歯科医師	○		○	○	○				○		○	6
歯科衛生士	○				○			○	○		○	5
認定看護師 <sup>*1</sup>	○	○							○			3
認定看護師 <sup>*2</sup>	○											1
認定看護師 <sup>*3</sup>						○						1
看護師			○	○	○	○	○	○	○	○	○	9
リハビリ職					○							1
言語聴覚士				○		○		○	○	○	○	6
理学療法士	○		○			○		○		○		5
作業療法士								○		○		2
管理栄養士	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	10
薬剤師			○			○	○			○	○	5
臨床検査技師						○	○			○	○	4
事務						○	○				○	3
各チームの職種数	6	2	6	5	5	9	6	7	7	8	9	

NST: Nutrition Support Team (栄養サポートチーム)

認定看護師<sup>\*1</sup>: 摂食・嚥下障害看護認定看護師, <sup>\*2</sup>: 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師, <sup>\*3</sup>: 皮膚・排泄ケア認定看護師

に示す。チームでの活動内容としては、【観察と評価】が13項目と最も多く、具体的な内容としては「摂食嚥下機能評価（嚥下スクリーニングテスト）」の9文献、「チーム回診」が8文献、「カンファレンス（委員会の開催）」が6文献であった。【食事の検討】では、「経口摂取の判断、移行方法を検討」と、「個々の患者の状況に合った食形態の提案・決定」がそれぞれ4文献であった。摂食機能療法に関する【共有チャート】は、「摂食嚥下機能評価表」<sup>9) 14) 15)</sup>、「摂食機能療法フローチャート」<sup>14)</sup>、「摂食嚥下機能クリティカルパス」<sup>17)</sup>等を各々病院で独自に作成していた。【多職種との連携】では、チームで検討した「適切な食事形態・口腔ケア訓練法などを主治医へ伝達」<sup>5) 13)</sup>していた。【看護師との連携】では、病棟看護師とSTとの連携や<sup>10) 14) 15)</sup>、認定看護師による指導や助言を受けていた<sup>5) 13)</sup>。さらに、「リンクナースからの情報を活用」<sup>16)</sup>によって、チームとの情報交換を行っていた。【全入院患者に実施】で、「全入院患者の血清アルブミン3.0g/dl以下の患者抽

出」<sup>10) 16)</sup>を実施していた。【院内への発信】では、5文献で「摂食機能療法や口腔ケアの勉強会・研修等」や、「栄養不良症例の検討会」<sup>11)</sup>を行っていた。【地域との連携】では、「情報提供書」、「栄養サマリー」、「NSTの経過・終了時の評価シート」等によって情報提供していたが、2文献（1文献で重複内容あり）と少ない状況であった。

#### (4) チームで活動した結果 (表4)

対象とした14文献のチームで活動した結果の一覧を表4に示す。介入した【患者への成果】として16項目あり、「経口摂取が増えた（経口摂取で退院できた）」が7文献、「食事形態が上がった（改善した）」が6文献であった。また、「摂食・嚥下障害重症度分類（DSS: dysphagia severity scale）が3以上の患者の回復率は高かった」と報告していた<sup>12)</sup>。【病院全体への成果】としては、「職員の訓練に対するレベルの向上・均一化ができた」<sup>9)</sup>、「病棟全体に口から食べることの大切さを広げられた」<sup>10)</sup>と職員の啓発に繋がる結果

表3 チームでの活動内容一覧

	チームでの活動内容	文献No.														合計
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
観察と評価	摂食嚥下機能評価/嚥下スクリーニングテスト		○		○		○		○	○	○	○		○	○	9
	チーム回診		○		○	○		○	○		○			○	○	8
	カンファレンス/委員会の開催		○	○				○		○		○		○		6
	VEとVFの結果をもとに評価する/実施						○	○			○	○				4
	全身状態の観察/評価	○				○					○					3
	栄養スクリーニング							○	○					○		3
	患者の食事場面の観察		○								○					2
	歯科医師による評価	○	○													2
	栄養サポートの検討							○								1
	ST中心の嚥下カンファレンスから介入患者の抽出													○		1
	嚥下訓練の開始基準を定めている												○			1
	栄養投与法の評価	○														1
	認定看護師*1による摂食嚥下評価		○													1
	食事の検討	経口摂取の判断、移行方法を検討		○			○				○		○			4
個々の患者の状況に合った食形態の提案・決定			○			○		○					○		4	
経口摂取の開始基準を定める												○			1	
食事介助の方法の検討			○												1	
嚥下調整食を配膳し検討						○									1	
共有チャート	摂食嚥下機能評価表						○				○	○			3	
	摂食機能療法計画書						○				○				2	
	NST介入患者連絡シート			○											1	
	摂食・嚥下機能判定用口腔ケアチャート		○												1	
	採血結果や各職種のコメントなどを記載したNSTアセスメントシート							○							1	
	摂食機能療法フローチャート											○			1	
	栄養管理計画書												○		1	
多職種との連携	摂食嚥下機能クリティカルパス													○	1	
	適切な食事形態・口腔ケア・訓練法などを主治医へ伝達・助言		○								○				2	
	摂食嚥下機能訓練の評価は言語聴覚士の教育の下にリンクナースが中心に行う							○							1	
	経過中に再評価が必要な場合にはVE・VFの再検査の依頼を受ける										○				1	
	嚥下スコアの高い患者は歯科へ嚥下機能評価を依頼												○		1	
看護師との連携	院内各部署や他チームとの連携								○						1	
	医師が摂食機能療法の指示を出す											○			1	
	STから看護師へ嚥下訓練内容や留意点等を伝達							○				○			2	
	認定看護師*1による機能回復訓練など看護ケア介入の検討、看護師教育や指導、相談		○								○				2	
	STから看護師への学習会や摂食嚥下機能評価表への助言・情報交換												○		1	
	週1程度程度の歯科医師による専門的な口腔機能訓練の実施指導							○							1	
	病棟看護師への院内教育		○												1	
全入院患者に実施	看護師による指導内容をベッドサイドに掲示						○								1	
	リンクナースからの情報を活用												○		1	
	血清アルブミン低値の患者はリンクナースに情報提供							○							1	
	全入院患者に定期的採血							○					○		2	
院内へ発信	全入院患者の血清アルブミン3.0g/dl以下の患者抽出							○					○		2	
	管理栄養士が約2週間に1回全入院患者のベッドサイドを訪室して栄養状態の評価													○	1	
	摂食機能療法や口腔ケアの勉強会・研修等の実施				○			○	○			○	○		5	
	摂食機能療法、患者の摂食嚥下機能の現状について状況報告・周知・検討		○									○			2	
地域との連携	栄養不良症例の検討会								○						1	
	コンサルテーション								○						1	
	退院時に情報提供書を作成し情報共有する		○												1	
	退院時に栄養サマリーを作成する		○												1	
	地域の歯科医師と歯科衛生士のカンファレンス参加				○										1	
地域の歯科医師と歯科衛生士による診療、治療				○										1		
転院先にNSTでの経過・終了時の評価シート等の送信													○	1		

NST：Nutrition Support Team（栄養サポートチーム）、ST：Speech-Language-Hearing Therapist（言語聴覚士）

VE：Videofluorography（嚥下内視鏡検査）、VF：Videoendoscopy（嚥下造影検査）、認定看護師\*1：摂食・嚥下障害看護認定看護師

表4 チームで活動した結果の一覧

	チームで活動した結果														合計	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
患者への成果	経口摂取が増えた/経口摂取で退院できた		○			○		○	○	○	○		○		7	
	食事形態が上がった/改善した		○	○							○	○	○		6	
	介入後のTP・アルブミン値は上昇した							○					○	○	3	
	食事摂取量が増加した			○		○									2	
	末梢静脈栄養の患者数が低下した		○										○		2	
	食事中の体位が端坐位・車椅子に変化した者が増えた												○		1	
	誤嚥事故が減った						○								1	
	介入した患者のDSSは統計学的に有意に改善した										○				1	
	DSSが3以上の患者の回復率は高かった									○					1	
	MWSTとFTが4点以上の脳卒中患者にはバスが概ね適切であった														○	1
	介入後に摂食嚥下能力グレード(藤島式摂食嚥下グレード)の評価は改善した											○				1
	摂食嚥下能力グレード(藤島式摂食嚥下グレード)のGr.6以上の患者は在院死以外は全員が経口摂取で退院した				○											1
	介入後に摂食嚥下機能評価表の嚥下スコアが改善した												○			1
	介入期間中の肺炎患者の割合は3.7%と低かった										○					1
	退院時にCRPが低下した												○			1
	中心静脈栄養, 経腸栄養などの長期的な栄養投与経路の確保		○													1
	病院全体への成果	摂食機能療法の算定率・実施件数が上がった						○					○			2
		5年間の比較でNSTの活動回数が月2回から4回に増えた									○					1
		5年間の比較で一人あたりのNST介入回数は増えた									○					1
		5年間の比較でNST終了時の採血率が増えた									○					1
職員の訓練に対するレベルの向上・均一化ができた							○								1	
病棟全体に口から食べることの大切さを広げられた								○							1	
嚥下リハビリテーションや口腔ケアの充実に繋がった								○							1	
看護師の口腔ケアの方法・手順が分かった				○											1	
看護師が摂食嚥下機能を評価するポイントが分かった				○											1	
看護師の口腔内汚染・摂食嚥下状態に注目するようになった				○											1	
摂食嚥下機能評価表の活用で観察ポイントや看護実践に役立った													○		1	
バス使用で食事介助に注意してできるようになった															○	1
バスは観察項目が具体的で分かりやすい															○	1
その他の結果		介入後のアルブミン値は変化なし, または低下した							○	○						2
	口腔機能に問題のある患者が約50%以上であった	○	○												2	
	DSSが1,2の患者の回復率は低く, 回復期間も長かった									○					1	
	摂食嚥下障害が重度でリスク管理が難しいため, 経口摂取を進められないケースがあった									○					1	
	死亡退院群のアルブミン値は統計学的に有意に低下した												○		1	
	介入後も経口摂取を行えないケースがあった					○									1	
	誤嚥リスクの高い患者へはバスが対応できなかった														○	1
	歯科衛生士による専門的口腔ケアの介入回数は「退院時に経口摂取なし」の患者の方に多かった			○												1
	藤島スケールによる嚥下機能評価Gr.5以下の患者が経口で退院する割合は低い				○											1
	人工的水分・栄養補給法を選択せずに看取りを前提とし, 経口摂取で退院したケースがあった				○											1
	介入中に肺炎を発症すると, 終了時まで禁食のままや食事形態を回復させることができなかった										○					1
	NST介入症例は入院から介入まで平均22.7日で, 平均在院日数は57日, 転帰は転院が60%と最も多かった								○							1
	入院からチーム介入期間は中央値13日(0~275日), 介入から終了までの期間は中央値24日(1~337日)であった										○					1
	5年間の比較で摂食機能療法を行い患者の在院日数が30.3日から33.1日と長くなった										○					1
摂食機能療法の実施期間は平均31.9日±24.7日であった												○			1	
介入した患者の57%は在院日数30日以上で, 転帰は軽快退院が54%, 転院32%, 死亡退院14%であった。													○		1	

NST: Nutrition Support Team (栄養サポートチーム), DSS: Dysphagia Severity Scale (摂食・嚥下障害重症度分類)  
 MWST: Modified Water Swallow Test (改訂水飲みテスト), FT: Food Test (フードテスト)

であった。また、【その他の結果】では、「介入後も経口摂取を行えないケースがあった」<sup>8)</sup>、「DSSが1.2の患者の回復率は低く、回復期間も長かった」<sup>12)</sup>、「藤島スケールによる嚥下機能評価Gr.5以下の患者が経口で退院する割合は低い」<sup>7)</sup>との経口摂取に移行できなかった事例があった。また、介入した患者の在院日数の長い困難事例の報告もあり<sup>10) 11) 16)</sup>、転帰が転院となった結果もあった<sup>10) 16)</sup>。

#### Ⅳ. 考察

##### (1) 多職種チーム介入による成果

多職種が摂食機能療法に取り組み、専門知識と技術が集約されたことによって、【患者への成果】に示されるように、経口摂取に繋がったことが考えられる。看護師は、専門的なケア提供を指南する認定看護師やSTとの連携により、摂食機能療法のスキルアップが考えられた。また、リンクナースとの情報交換によって、患者のベッドサイドで24時間観察している看護師からの情報が活用され、チームと現場が乖離しないような工夫が見られた。【共有チャート】の作成によって、職員間での共通理解、共通実践が提供できたことも成果に繋がったのではないかと考えられる。

逸見らは、「肺炎の発症はないものの、主治医が誤嚥を疑い経口摂取制限を行っているもの」<sup>8)</sup>とあり、禁食のまま経過すると、高齢の患者は摂食嚥下に関与する機能を活用しないことで、摂食嚥下機能が低下するリスクがある。そのリスクを回避するために、チームでの検討内容を主治医に伝えることによって、禁食期間が短縮できることが考えられる。また、DSSが3以上の患者の回復率は高かったことや<sup>12)</sup>、Shojiらは、栄養摂取方法を7段階で評価しているFOIS (functional oral

intake scale) が、入院初期時に4以上であれば経口摂取が回復する可能性が高いことを報告している<sup>18)</sup>。このことから、嚥下機能の回復の見込みの高い患者に対しては、経口摂取に移行できるように目標設定し、退院後も介入を継続的に行っていくことが必要であると考えられる。

チームでの介入がチーム内だけの活動に留まらず、勉強会や研修、症例検討会等を実施しており院内全体に波及していた。また、入院患者全員に対して、血清アルブミン値によるスクリーニングを行い、患者の栄養管理と早期のチーム介入に努めていた。このように、チームでの活動が院内に広がるのが、医療の質の向上に繋がることが考えられた。

##### (2) 高齢者の経口摂取の機能回復における困難

【その他の結果】にあるように、介入期間と在院日数の長い困難事例や、摂食・嚥下障害が重度であると回復率が低い結果であった。経口摂取への移行が困難であった困難事例の中には、退院時に胃瘻を造設せざるを得ない患者もいた。高齢者の経口摂取の有無は転帰にも影響し、転院や介護施設への転帰となっていた。

奥山らは、胃瘻造設と転帰の実態調査を行い、胃瘻造設後に最も多い転帰先は介護保険施設であり、栄養摂取状況の約80%が経口摂取を全くしていない現状を明らかにした<sup>19)</sup>。原らは、退院後に胃瘻にて療養している人の摂食状況についての調査を行い、VE (嚥下内視鏡検査) によって誤嚥を防止する方法が約80%の人に明らかとなり、具体的には食物形態や姿勢調整によるものであることを報告している<sup>20)</sup>。このように、経口摂取できる機能が残っていても、胃瘻の造設によって退院後は適切に評価されずに、口から食べることが乏しくなってしまう現状を指摘している。

また、退院時に経口摂取に移行できなかった患者は、退院後も継続的な介入が必要となる。しかし、退院後の連携については2文献と少ない報告であったが、6文献において地域への引き渡しや、退院後の継続的な介入の必要性を述べていた<sup>5) 6) 9) 10) 14) 16)</sup>。これらのことから、高齢者の摂食機能療法は、入院中だけではなく退院後の継続介入が必要であり、病院の多職種が地域に出向くシステム構築が必要であると考えらる。

## V. 結論

文献検討の結果、多職種の専門的な知識と技術が集約され、適切な医療の提供が実現できたことによって、高齢者の摂食嚥下機能は回復し経口摂取の患者が増えた。一方で、摂食機能療法を長い在院日数をかけて取り組んだが、経口摂取への移行が困難であった患者に対しては、退院後も継続的な介入が必要であり、地域との連携の必要性が示唆された。

**利益相反:**本研究は、申告すべきCOI状態はない。

## VI. 文献

- 1) 厚生労働省：2020年度診療報酬改定 個別改定項目について <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000601838.pdf>. アクセス日 2020. 6. 7
- 2) 葛谷雅文, 長谷川潤, 榎裕美他：在宅療養中の要介護高齢者における栄養摂取方法ならびに食形態と生命予後・入院リスクとの関連. 日本老年医学会雑誌, 52 (2), 170-176, 2015
- 3) 厚生労働省：2014年度診療報酬改定 個別改定項目について <https://www.mhlw.go.jp/>

- file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000037464.pdf. アクセス日2020. 6. 7
- 4) 鈴木啓之, 松原ちあき, 中山玲奈 他：多職種連携医療 (NST) における栄養と口腔機能の関連と歯科介入効果の検討. 8020：はち・まる・にい・まる, 19, 151-153, 2019
  - 5) 齋藤真由, 北澤浩美, 長谷川士朗 他：摂食嚥下障害患者への包括的介入を目的とした多職種によるチームの設立と活動の報告. 老年歯科医学, 34 (1), 101-111, 2019
  - 6) 菊地しおり, 梅木幹子, 川下考 他：静岡赤十字病院における地域の歯科クリニックとの連携. 静岡赤十字病院研究報, 38 (1), 14-17, 2018
  - 7) 庭野元孝, 村田升, 澤田和子 他：【咀嚼ができない高齢者への食事を考える とろみとペーストの物性調整】高齢者患者の栄養サポート終了時における栄養法の検討 5年間のまとめ. 栄養経営エキスパート, 3 (6), 51-57, 2018
  - 8) 逸見朋隆, 小倉正樹, 山崎宗治 他：当院における摂食嚥下機能評価の取り組みについて. 仙台市立病院医学雑誌, 38, 9-13, 2018
  - 9) 濱中遥, 古川麻央里, 須崎真 他：当院の摂食機能療法の取り組みと成果について. 日本医療マネジメント学会雑誌, 18 (4), 256-259, 2018
  - 10) 渡邊恵子, 和田裕子, 川野夕花里 他：当院におけるNST活動の現状報告と今後の課題. 小樽市立病院誌, 6 (1), 57-61, 2018
  - 11) 吉田知佳子, 大上英夫, 常田孝幸 他：富山通信病院NSTの活動経過と経口移行への取り組み. 通信医学, 69 (4), 213-219, 2017
  - 12) 古川勝規, 寒川揚子, 氏家千津子 他：当院における経口摂取回復促進加算の算定への取り組み 現状分析と今後の課題について. 回生病

- 院医学雑誌, 22, 41-43, 2016
- 13) 戸田美美, 加賀谷斉, 馬場尊 他: 摂食嚥下障害患者に対する摂食機能療法回診の効果.  
Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science 6, 50-55, 2016
- 14) 矢巻孝宏, 古川雅一, 井戸坂弘文 他: 当院における多職種協働による摂食機能療法の取り組み 導入による効果と今後の課題. 小樽市立病院誌, 3 (1), 75-80, 2015
- 15) 井手聖実, 高田悦子, 安富佐智枝 他: 急性期における肺炎患者の摂食嚥下機能評価実践への取り組み. 佐世保市立総合病院紀要, 40, 87-88, 2015
- 16) 仲川満弓, 栗原美香, 神谷貴樹 他: 大学病院における全科型NST活動の成果と課題.  
日本静脈経腸栄養学会雑誌, 30 (6), 1307-1310, 2015
- 17) 齊木直美, 白川結佳, 草原麻紀 他: 脳血管障害患者に対する「摂食嚥下機能クリティカルパス」導入後の活用実態と病棟看護師の意識調査. 国立病院機構熊本医療センター医学雑誌, 14 (1), 70-76, 2015
- 18) Hirotaka Shoji, Ayako Nakane, Yumiko Omosu et al: The prognosis of dysphagia patients over 100 years old. Archives Gerontology and Geriatrics, 59 (2), 480-484, 2014
- 19) 奥山秀樹, 三上隆浩, 木村年秀 他: 胃瘻の造設および転帰に関する実態調査. 老年歯科医学, 28 (4), 352-360, 2014
- 20) 原豪志, 戸原玄, 近藤和泉 他: 胃瘻療養中の脳血管障害患者に対する心身機能と摂食状況の調査. 老年歯科医学, 29 (2), 57-65, 2014

