

【一般演題】

高次脳機能障害や自尊心低下を生じた脳卒中患者へのアプローチ ～自己効力理論を用いた一考察～

○尾鷲美帆¹⁾ 後藤裕子²⁾ 加倉井真紀²⁾ 菊池由起子²⁾ 矢野聡子³⁾ 那須真弓⁴⁾
聖隷沼津病院¹⁾ 茨城県立中央病院 茨城県地域がんセンター²⁾ 茨城県立医療大学³⁾ 亀田医療大学⁴⁾

【はじめに】

脳卒中発症による運動麻痺や高次脳機能障害などは、自尊心の低下と関連することが示唆されている。本症例では、間接訓練に消極的であった患者が、吹き戻し訓練を自ら実施する行動変化が見られた。本症例の看護介入が、自己効力感へどのように影響を与えたのか自己効力理論を用いて考察する。

【倫理的配慮】

個人が特定されないようプライバシーの確保に配慮することや、学会等で発表することを説明し書面で同意を得た。また、所属組織の管理会議による倫理審査で承認を得た。

【事例】

70歳代、男性。両側性アテローム血栓性脳梗塞(左放線冠、右被殻、右橋部)。Japan Coma Scale 3。右口唇閉鎖不全・舌運動障害による構音障害があり、発症9日目より介入した。先行期障害として注意障害・脱抑制による集中力の低下があり、準備期・口腔期障害として、食塊形成や送り込み障害による口腔内残渣が認められた。さらに、咽頭期障害として早期咽頭流入や喉頭挙上不全による嚥下圧形成不全や喉頭閉鎖不全があった。間接訓練に対しては、「意味がない」という発語が聞かれ消極的であった。

【看護介入】

口輪筋や頬筋の強化、呼吸力の強化のため吹き戻し訓練を計画した。また、患者が思い描く退院後の理想像を引き出し「お酒が飲みたい」という気持ちを共有し、訓練継続が目標につながることを伝えた。段階的目標を患者と設定し、達成項目を病棟スタッフとともに認める関わりを実践した。段階的摂食訓練として日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2021コード(以下コードとする)0jを開始した。

【結果】

介入時の吹き戻し訓練は、右口唇閉鎖不全により0回であったが、介入5週目では30回以上で、右口唇からの空気の漏れは減少した。介入4週目より目標達成時に患者の喜ぶ姿がみられ、介入5週目には訓練以外の場で自主的に取り組む姿がみられた。発語明瞭度は、4から3となり発語が増えた。直接訓練では、コード2-1が摂取可能となり、摂食状況レベルは2から4へと変化した。

【考察】

吹き戻し訓練は、簡単で視覚的に成功したことを患者自身が実感しやすいため、注意障害や脱抑制がある患者にも達成感を体感しやすい効果的アプローチであると考えられる。また、達成感を得られる訓練や段階的な目標を設定した関わりは、自己効力理論(Bandura 1977)の自己効力感を高める源の1つである遂行行動の達成となり、患者のできたことを認める関わりは言語的説得、病棟スタッフから認められ成果を実感できたことは情動的喚起に該当する。自己効力理論は、脳卒中発症による自尊心低下を生じた患者にとっても、自己効力感を高め行動変化をつなげることに活用できると考察する。

【一般演題】

外来で誤嚥性肺炎の予防に取り組んだ一例

○松永哲人¹⁾、布施郁子²⁾、江川こころ³⁾、長澤美穂²⁾、奥村裕子⁴⁾
済生会守山市民病院 1) 看護部 2) リハビリテーション科 3) 薬剤科 4) 栄養科

I.はじめに

摂食・嚥下看護外来（以下、看護外来）に相談に来た摂食嚥下障害患者に対して病院の嚥下チームと連携して誤嚥性肺炎の予防に取り組んだ症例を経験したので報告する。

II.倫理的配慮

患者および家族に研究目的と内容の説明を行い、個人が特定されないようプライバシーの保護に十分に配慮することの説明を行ったうえで同意を得た。

III.事例紹介

70歳代男性。循環器外来の定期受診時に嚥下障害の訴えがあり外来看護師から紹介され看護外来に相談に来た。家族構成は妻と二人暮らしで既往に高血圧、胃全摘（5年前）とパーキンソン症候群が指摘されていた。ADLは自立し認知機能は正常であった。主訴は食事中的むせがありBMIは18.36で体重減少率が3.2%（6ヶ月）であった。改定水飲みテストは3点、最大舌圧16.7kPa、発声持続時間5秒、咳テスト0回/分であった。

嚥下障害の原因としてはパーキンソン症候群による協調運動の低下と嚥下関連筋の筋力低下が考えられた。また不顕性誤嚥のリスクがあったため嚥下造影検査（以下、VF）の予約を行った。

VFでは水分の不顕性誤嚥を認めたため嚥下チームでカンファレンスを行い誤嚥性肺炎の予防を目標に介入を開始した。介入方法は食事内容の指導（とろみの粘度、食事形態、栄養補助食品の紹介）と看護外来での週1回の嚥下機能訓練を行った。

IV.結果

介入から2カ月目に最大舌圧が21.4kPaまで改善した。しかし4カ月目に体重が介入時から4.9kg減少し様子を聞くと食べすぎることによって嘔吐して食欲が上がらないという訴えがあった。管理栄養士の提案で栄養パウダーを紹介したりおやつなどを分割して摂取することを指導した。8カ月目に上肢の震えが大きくなりパーキンソン症状の悪化を認めた。神経内科に受診するも症状が改善することはなく介入時から体重が7.9kg低下した。10カ月目に自宅で転倒し車椅子移動となりむせの頻度も多くなっていた。そのタイミングでVFを行い咽頭残留が多くなっていたため代償法の指導と食事形態の変更（嚥下調整食4、中間とろみ）を行った。その後、18カ月目の時点では体重を維持し誤嚥性肺炎を起こすことなく経過している。

V.考察

初回相談時は飲み込みにくさの自覚はあるが普通食の摂取ができており可逆的なオーラルフレイルの段階であったが低栄養やパーキンソン症状の進行、転倒などが状態を修飾し普通食の嚥下が困難な嚥下機能障害に至ったと考えられる。嚥下機能が悪くなる過程で誤嚥性肺炎を起こすことなく経過できた要因としては状態が悪くなるタイミングでの再評価と状態に合った誤嚥予防策を提案できたことが要因として考えられる。外来で誤嚥性肺炎を予防するためには悪くなる過程を予測し継続的な関わりによる状態の変化への気づきが重要であることが示唆された。

【一般演題】

摂食嚥下センターにおける活動の効果と課題

竹内久子

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

I. 背景・目的

近年、摂食嚥下の分野においても高齢者への対応が注目されており、当院においてもその役割を果たすことが求められている。摂食嚥下センターは、2022年4月に開設し、摂食嚥下障害を専門的に診断し、食事の工夫やリハビリテーション、口腔衛生管理、栄養状態の改善等を多職種で行っている。今回はその活動になかで3つの取り組みについて報告する。

II. 方法

期間：2022年4月～2023年8月

対象：摂食嚥下センターで介入した患者(家族)

内容：嚥下評価・摂食嚥下リハビリテーション外来、患者・家族会、摂食嚥下障害パスの3項目

III. 倫理的配慮

発表にあたり個人情報とプライバシーの保護に配慮し、家族から同意を得た。

IV. 結果

1. 嚥下評価・摂食嚥下リハビリテーション外来(以下、嚥下リハ外来)

摂食嚥下チームで行っていた外来患者の嚥下評価では、耳鼻いんこう科を受診したあと、改めて嚥下評価日に嚥下評価を行っていた。摂食嚥下センター移行後は、地域医療連携センターから嚥下評価日に直接予約を取り、嚥下評価日に行えるようになった。

嚥下リハ外来開設前は、認定看護師の活動日に合わせて30分程度、嚥下評価後の患者(3割)に食事状況の確認や嚥下訓練等を行っていた。嚥下リハ外来開設後は、診療時間(午後3時間/週)のなかで嚥下評価後の患者(6割)に食事形態や姿勢調整等を継続的に介入できるようになった。一方、摂食嚥下リハビリテーション外来から施設に情報を提供する場合、家族がリハビリサマリー等を持参するか、施設職員に直接説明を行う必要があり、情報の伝達方法が課題となった。

認定看護師活動の変化としては、専従になったことで時間が確保されたことや診療補助業務としての責任、訪問介護員や施設職員と話す機会が増えたことが良い点であった。

2. 患者・家族会

入院や摂食嚥下リハビリテーション外来患者(家族)を対象に、テーマに対しての想いや情報交換の場として2023年5月に開設した。第1回目のテーマは食事で3組6名が参加され、「どうやったらお肉が食べられるようになるか」、「胃瘻造設に直面したときの家族の想い」などの想いが語られた。また、栄養管理科の協力により嚥下食を提供し、患者と家族と一緒に楽しみながら食べる機会となった。

3. 摂食嚥下障害パス

2023年5月より摂食嚥下障害で精査入院希望をしている方を対象にクリニカルパスの運用を開始し、2件実施した。うち、1件は、入院時はFOISがlevel.2であったが、退院時FOISではlevel.5まで改善した。しかし、施設で提供している食事形態と合わなかったため、主食は全粥、副食は市販のムース食で経過をみているところである。嚥下評価で得られた結果を生活に反映する為には、施設職員への伝達方法や事前情報が得られるような連携づくりが課題と考えられた。

V. 考察及び結論

外来患者の嚥下評価では、摂食嚥下センターに移行したことで嚥下評価目的の患者情報が一元化され、紹介する医師が依頼しやすくなった。摂食嚥下リハビリテーション外来や摂食嚥下障害パスでは、嚥下評価後の患者を継続的に介入するうえで、ヘルパーや施設職員と話す機会が増えた一方、情報の伝達方法や連携が課題となった。患者・家族会では、嚥下食の試食などの体験を通して得られる情報があり、言葉だけでない情報の共有も有効ではないかと考えられた。今後の広報や運営に係る費用が課題となったが、今後の方向性を見出すことはできた。

【一般演題】

入院時摂食嚥下障害スクリーニング導入の取り組み ～一般病棟全例導入までの2年～

工藤 紘子

国立大学法人旭川医科大学病院

【はじめに】

今回入院時の嚥下評価と早期介入を目標に、NSTの一員として一般病棟の入院時全例摂食嚥下障害スクリーニング導入を実施することができたので、導入の経過について報告する。

【倫理的配慮】

入院時スクリーニング用紙を記載時にスクリーニングの目的・方法を説明し、データの使用について同意を得ている。本演題発表に関連し、開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

【実践内容】

NST コアメンバーで入院時評価方法・導入病棟・役割分担と実施方法について検討開始し、必要度が高く周手術期患者が多い2病棟でスクリーニングを実施し以下の運用手順で開始し、段階的に実施病棟を拡大した。(1)1次スクリーニング：聖隷式嚥下質問紙を使用、(2)2次スクリーニング：質問紙で陽性もしくは記載不可の場合はベッドサイドでのスクリーニング(RSST、MWST、FTなど)を実施、必要時耳鼻咽喉科・リハビリテーション科へのコンサルテーションとリハビリ依頼とした。(3)入院担当看護師が1次スクリーニングを担当し、2次スクリーニング対象者のNST依頼を実施する。NST依頼内容を摂食・嚥下障害看護認定看護師(以下CN)が毎日確認し、ベッドサイドスクリーニング担当者を言語聴覚士(以下ST)もしくは管理栄養士、CNに振り分ける。以上を周知するため、NSTコアメンバーでの打ち合わせ後に看護部との調整、看護師長会・副看護師長会での周知、栄養管理部・当該病棟での説明をCNが実施した。

【結果】

2019年9月に4病棟(心臓血管外科、循環器内科、消化器内科・外科など)から開始し、12月に2病棟追加(耳鼻咽喉科、歯科口腔外科など)、2020年7月に3病棟追加(脳神経内科・外科、膠原病内科)、2021年10月に2病棟(腎泌尿器科、整形外科)追加し、一般病棟全例導入となった。一般病棟全例となった2022年度の2次スクリーニング依頼件数1314件で、消化器内科が184件で最も多く、次に呼吸器内科、脳神経内科の順で多く、食事による窒息事例は0件。

【考察】

入院前は老嚥でも3食経口摂取していた方が入院後に重度の摂食嚥下障害となりやすいと言われている高齢入院患者が多くなる中、全患者に対し入院時に嚥下スクリーニングを行う事が望ましい。しかし業務負担が確実に増えるため、いかに嚥下スクリーニングが必要であるかを理解してもらう必要がある。NSTとしてリスクが高い病棟から段階的な導入を実施し、コメディカルと一緒に介入することで理解が得られたと考える。今後は限られた人数のST/CN/管理栄養士での2次スクリーニング実践状況の問題点や効果を検証し、効果的な栄養管理・リハビリ・算定へつなげることが課題である。また、入院時嚥下評価はNSTチームの介入を多くしているが、治療経過での嚥下評価は病棟看護師がタイムリーに実践する必要があるため、入院時のスクリーニング結果を効果的に活用できるように、嚥下評価のタイミングのシステム構築が必要である。

【一般演題】

「当院新人研修における食支援・ポジショニング研修の教育的効果について」 ～研修後アンケートの分析を実施して～

稲城台病院 食支援センター 小澤公人

【研究背景】

食べることは生活の一部であり、食支援・生活リハビリテーションは当院の看板施策にあげられており、多職種が一丸となって、食支援の土台であるポジショニングの習得と実践を行っている。当院では3年前より全医療職の新人研修の中で、食支援におけるポジショニング研修を実施している。

【研究目的】

新人研修における、食支援・ポジショニング研修の役割と臨床場面での教育示唆を得る。

【倫理的配慮】

研修実施前に研修参加者と実施者両方に、研究の目的・方法について説明し同意を取り、アンケートは無記名・自由記載とした。また、発表については看護部長・食プロ推進本部長からも承諾を得ている。

【研究方法】

研究期間：令和5年4月、自記式の質問紙調査とし、研究対象者は当法人新人研修参加者23名。職種：看護師・リハビリテーションセラピスト・管理栄養士・歯科衛生士。研究方法は食支援におけるポジショニングについての講義後に体験する研修直後、「専門職としての今回の講義・演習はどのようなことに役立つと思ったか、自由に記入してください」と質問。解答を切片化・コード化し類似した内容をカテゴリー化。

【結果】

84のコードから【食支援・ポジショニングの方法や効果について実感したこと】n=44、【専門職として臨床場面で活用していく事】n=38が抽出された。カテゴリー別では、【食支援・ポジショニングの方法や効果について実感した事】では、多職種での関わりの必要性n=4、演習で体験することで患者の苦痛やクッション・背抜きの実感したn=13、患者個々に合ったポジショニングの必要性を理解したn=11、食支援・POTTの必要性や根拠を知ることが出来たn=8、患者の立場・苦痛などを具体的にイメージ出来たn=8となった。また、【専門職として臨床場面で活用していく事】では、食事場面での患者の苦痛軽減や安全な食事介助の実践に役立つn=10、クッションや背抜きなどの具体的な実践に役立つn=8、患者の不安軽減や満足度向上につながるn=5などを抽出した。

【考察】

基礎教育での食支援については、十分な教育を受けることがなく臨床に出る事が推測されるため、臨床での教育が重要になっている。新人研修での食支援・POTT研修は、演習を実施することで方法や効果を実感することが出来たと考える。増田は¹⁾「食生活の援助では、食事環境や食事姿勢を整えるための基本となる環境調整技術や体位変換・姿勢保持の技術は前期で学習しており、それらの既習の技術を食事の場面に適応させることが課題となる」と述べているように、基礎教育で受けた知識や技術をPOTTのような系統立てた技術を体験することで、気づき・考える思考プロセスに結び付き、臨床での実践につながると言える。また、看護師だけでなくリハビリテーションスタッフ・管理栄養士など多職種で体験したことで、専門職種での着眼点の違いや特徴を知ることにつながったと考える。

食支援におけるポジショニングは患者に関わる全ての職種が習得し、実践していくことが多職種連携と職種間の共通言語の共有につながるため、今後もこのような研修を実践していく必要がある。

今後の課題としては、食支援・ポジショニングの定着に向けた定期的な学習機会の継続が必要であると実感する。