

摂食・嚥下障害のある脳卒中患者の自宅退院に影響する要因

西森 旬恵*

The Factors that Influence where Stroke Patients with Dysphagia Should Be Released from the Hospital

June NISHIMORI

Key Words : 摂食・嚥下障害, 決定要因, 退院先

序 文

現在, 摂食・嚥下障害の原因疾患の約40%が脳卒中であるといわれている。脳卒中に罹患した患者の約30%は誤嚥を認め, そのうち約5%は慢性期までその誤嚥が残存するといわれている¹⁾。本来, 口から食べるという行為は, 人間の基本的ニーズであり, 単に栄養摂取にとどまらず, 人間の尊厳や楽しみの1つである。そのため, 近年, 回復期リハビリテーション病棟や施設において, 摂食・嚥下障害のある患者に対し, 経口摂取再獲得を目指した取り組みが盛んに行われている。

摂食・嚥下障害のある患者の退院時のゴールとして, 家族の多くは患者の経口摂取再獲得を希望している。摂食・嚥下障害の残る患者を, 退院後, 自宅で介護することは家族にとって, 誤嚥による窒息や肺炎の危険と常に隣り合わせであると言っても過言ではなく, リスク管理ができない²³⁾ため, 家族にかかる負担も大きい。安全に自宅療養を継続するためにも, 医療従事者には, 限られた入院期間内に, 可能な限り患者が機能を回復することを求められる。

一方で, 機能形態障害を残しながらも食べる能力を獲得しようとする方法として, 安心しておいしく食べられる食事の開発^{4,5)}, 摂食・嚥下障害の程度に合わせた食事形態⁶⁾, 安全な食事姿勢⁷⁾など, さまざまなアプローチが報告されている。治療開始前の摂食・嚥下機能のグレードが軽症で, 治療後も機能が不変であっても, このように食事形態や姿勢, 食事介助の方法を工夫することにより安全に経口摂取できるようになり, それを改善と捉えることが多い⁸⁾。しかし, 摂食・嚥下障害のある患者が自宅退院となった場合でも, 半数の自立度が低い患者や食事の準備に工夫が必要な患者が施設に入所していたことや⁹⁾, 退院後, 摂食・嚥下障害のある患者を自宅

で介護する家族は, その障害がない患者の介護を行う家族に比べ, 日々の介護疲れから健康状態が低下し, 家族機能が低下していることが報告されている⁴⁾。このような現状において, 摂食・嚥下障害のある患者は, 摂食・嚥下機能が回復し, 経口摂取が可能となるだけで自宅退院できるのかを明らかにしたいと考えた。

これまで, 経口摂取への取り組みや家族への支援・教育が多く研究されてきたが, 社会的背景と退院先の関係に着目した研究はない¹⁰⁾。そこで, 摂食・嚥下障害のある患者の退院先の選択にはどのような要因が関連するのかを明らかにし, より多くの摂食・嚥下障害のある患者が自宅退院できるための援助を考える一助とする。

方 法

1. 対象者

A県内のB病院の回復期リハビリテーション病棟3か所入院時に摂食・嚥下障害があり, 摂食・嚥下機能訓練を行っている患者とその家族で, 同意の得られた43組とした。

2. 調査期間

平成22年6月29日から12月6日であった。

3. 調査方法

同意の得られた43組について, 退院先が決定した時点で, 研究者又は病棟看護師が研究協力の依頼と同時に家族に対し, 質問紙を配布した。患者の特性は, カルテおよび言語聴覚士から収集した。家族に対しては, 氏名は記さず, 患者番号を記入して連結可能としたうえで, 質問紙を配布し, 質問紙は退院までに回答し, 病棟内に設

*愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科

置した回収箱に入れるよう依頼した。

4. 調査内容

1) 患者の特性

年齢、性別、疾患名、身体機能(機能的自立度評価法(FIM)¹¹⁾、N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)¹²⁾、精神機能(改訂長谷川式知能評価スケール(HDS-R)¹³⁾、N式老年者精神状態尺度(NMスケール)¹²⁾、口腔機能(摂食・嚥下障害のグレード分類(藤島)¹⁴⁾、摂食・嚥下障害の重症度分類(才藤)¹⁵⁾)。これらのスケールは、得点が低いほど重症度が高いことを示している。

栄養摂取方法、摂食状況(食事形態、食べ方の適切性、食事にかかる時間)。食事形態は、調査協力を依頼した回復期リハビリテーション病棟の食事内容を聖隷三方原病院の嚥下食と食事基準¹⁶⁾を参考に「経管栄養食」、「嚥下食」、「移行食」、「常食」に分類した。食事姿勢は、リクライニング、車いす座位、椅子座位の3段階に分け、ポジショニングの有無を確認した。食べ方の適切性は、協力を依頼した病院で言語聴覚士と病棟看護師間の連携で用いられている摂食機能療法の評価表の項目を参考に、一口量、口へ運ぶスピード、溜め込みの有無、詰め込みの有無、集中度について、「安全」、「ほぼ安全」、「注意」、「危険」の4段階で評価した。また、食事の認識困難は、「分かる」、「時々分かる」、「時々分からない」、「いつも分からない」の4段階で評価した。食事にかかる時間は分で示した。

2) 選択した退院先

自宅、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、病院。

3) 介護者の特性と思い

年齢、性別、続柄、同居状況、就労状況、健康状態、介護サポート状況、在宅介護意向、介護全般に対する思い、摂食・嚥下障害のある患者への食事介助に対する思い、介護経験。

健康状態は、「非常に健康」、「まあ健康」、「普通」、「あまり健康ではない」、「健康ではない」の5段階で評価した。

主介護者の介護サポート状況は、副介護者の有無、副介護者との同居、食事の準備を行う者、食事準備や介助を手伝う人の有無について尋ねた。主介護者の在宅介護意向は、「とても思う」、「思う」、「あまり思わない」、「全く思わない」、「わからない」の5段階で評価した。

主介護者の介護全般に対する思いは、Zarit介護負担尺度日本語版¹⁷⁾の項目の中から、退院後の介護状況をイメージできる項目を参考に7項目作成し、「そう思う」、「少し思う」、「あまり思わない」、「思わない」を1～4点の4段階で評価した。得点が低い方が介護に対する負担感が高いことを示している。

主介護者の摂食・嚥下障害のある患者への食事介助に対する思いは、経口摂取に対する思い、患者に合わせた食事の用意や後始末に対する思い、安全な食事介助に対する思いについて6項目尋ねた。各項目は、「とてもそう思う」、「思う」、「あまり思わない」、「思わない」を1～4点の4段階で評価した。得点が高い方が摂食・嚥下障害のある患者への食事介助に対する思いが肯定的であることを示している。

主介護者の摂食・嚥下障害のある患者への介護経験は、これまで実際に行ってきた、家族の摂食・嚥下障害のある患者への介護経験の有無および年数、また、入院中、患者の食事内容を見た経験、食事介助をした経験の有無について尋ねた。

5. 分析方法

摂食・嚥下障害のある患者の退院先の選択にはどのような要因が関連するのかを明らかにするために、選択した退院先を「自宅」と「自宅以外」の2群に分け、患者の身体機能および食事にかかる時間、介護者の介護全般および食事介助に対する思いと退院先との関連をMann-WhitneyのU検定を用いて分析した。それ以外の患者および主介護者の属性等と退院先との関連をFisherの直接法を用いて分析した。また、2×3表で有意差が認められた項目には残差分析を行った。有意水準は5%未満とし、統計解析にはIBM SPSS Statistics Version20を用いた。

6. 倫理的配慮

まず、病院管理者に研究の主旨と倫理的配慮について説明し了解を得た。そして、研究者または回復期リハビリテーション病棟のスタッフが、患者および家族に対し、質問紙を配布時、研究への参加・協力は対象者の自由意思であること、途中で辞退も可能であること、個人情報特定されず、また、厳守すること、研究以外の目的で使用することはないこと等を説明し、説明内容を明記した調査依頼文と質問紙を手渡し、文書にて同意を得た。また、家族への質問紙と患者情報にあらかじめ同じ番号を記入し、家族と患者を一致しながらも、無記名で調査できるよう配慮し、退院までに病棟に設置した回収箱に入れていただくよう依頼した。なお、本研究は、愛媛大学医学系研究科看護学専攻研究倫理委員会の承認を得て、実施した。

結 果

研究協力への同意の得られた43組のうち、7組途中辞退があり、質問紙への回答があった家族36名とその患者36名を分析の対象とした。

1. 患者の特性

平均年齢は72.4±10.2歳で、男性22名(61.1%)、女性14名(38.9%)、疾患名は、脳梗塞15名(41.7%)、脳出血17名(47.2%)であった(表1)。

栄養摂取方法は、経管栄養のみが6名(16.7%)、経口摂取のみが29名(80.5%)、経管栄養と経口摂取の併用が1名(2.8%)であった。

区分	n=36
	mean ± SD
年齢(歳)	72.4±10.2
	人数 (%)
性別	
男性	22(61.1)
女性	14(38.9)
疾患名	
脳梗塞	15(41.7)
脳出血	17(47.2)
その他の脳血管疾患	4(11.1)

2. 選択した退院先

自宅が21名(58.3%)、自宅以外が15名(41.7%)であった。

3. 介護者の特性

平均年齢は56.7±13.6歳で、男性10名(27.8%)、女性26名(72.2%)であった。続柄は子が最も多く15名(41.7%)、次いで配偶者13名(36.1%)であった。同居状況は、「同居していない」が20名(55.5%)と過半数を占めていた。

区分	n=36
	mean ± SD
年齢	56.7±13.6
	人数 (%)
性別	
男性	10(27.8)
女性	26(72.2)
続柄	
配偶者	13(36.1)
子	15(41.7)
子の配偶者	2(5.6)
親	2(5.6)
兄弟姉妹	3(8.3)
その他	1(2.8)
同居状況	
同居している	16(44.4)
同居していない	20(55.5)
就労状況	
就労している	16(44.4)
就労していない	20(55.5)
健康状態	
非常に健康	4(11.1)
まあ健康	7(19.4)
普通	17(47.2)
あまり健康ではない	6(16.7)
健康ではない	2(5.6)

就労状況も、「就労していない」が20名(55.5%)と過半数を占めていた。健康状態は、「普通」が17名(47.2%)と最も多く、次いで「まあ健康」が7名(19.4%)、「あまり健康ではない」が6名(16.7%)であった(表2)。

在宅介護意向は「思う」が20名(55.6%)、「とても思う」が5名(13.9%)であり、在宅介護意向は高かった。また、経口摂取の大切さでは「とてもそう思う」が29名(80.6%)、「思う」が7名(19.4%)であり、経口摂取の支援をしたいかについての質問では「とてもそう思う」が21名(58.3%)、「思う」が13名(36.1%)と、経口摂取に対する意識も高かった。

4. 退院先に関連する要因

1) 患者の特性と退院先との関係

(1) 患者の機能評価と退院先との関係

患者の機能評価と退院先との関係を分析した結果、有意確率0.050未満の値を示した項目は、身体機能評価ではFIM(p=0.000)、精神機能評価ではNMスケール(p=0.000)、嚥下機能評価では摂食・嚥下障害のグレード分類(p=0.001)および摂食・嚥下障害の重症度分類(p=0.042)であり、得点が高い方が自宅退院が多かった。

(2) 患者の栄養摂取方法と退院先との関係

患者の栄養摂取方法と退院先との関係を表3に示した。栄養摂取方法を、「経口摂取のみ」と、経管栄養のみまたは併用を「経口摂取困難」に分け、退院先との関係を分析した結果、有意な関連はなかった。

表3 患者の栄養摂取方法と退院先との関係

	退院先		p値
	自宅(n=21) 人数(%)	自宅以外(n=15) 人数(%)	
栄養摂取方法			
経口摂取のみ	19(65.5)	10(34.5)	0.103
経口摂取困難	2(28.6)	5(71.4)	

(3) 患者の摂食状況と退院先との関係

患者の摂食方法と退院先との関係を表4に示した。有意確率0.050未満の値を示した項目は、ポジショニング(p=0.006)、食べ方の適切性では、溜め込みの有無(p=0.041)、詰め込みの有無(p=0.017)、集中力の有無(p=0.041)で、安全な方が安全でない方に比べ、自宅退院が多かった。また、一口量、口へ運ぶスピード、食事摂取の記憶、食事の認識困難においては、有意な関連はなかった。また、食事にかかる時間(p=0.009)も、有意確率0.050未満を示し、食事介助にかかる時間が短い方が自宅退院が多かった。

2) 介護者の特性と退院先との関係

(1) 主介護者の属性と退院先との関係

主介護者の属性と退院先との関係を表5に示し

表4 患者の摂食状況と退院先との関係

	退院先				p値
	自宅		自宅以外		
	n	人数(%)	n	人数(%)	
患者の食形態					
流動食		1(20.0)	4(80.0)		
嚥下食	21	2(50.0)	15	2(50.0)	0.142
常食		18(66.7)	9(33.3)		
食事の姿勢					
リクライニング		2(40.0)	3(60.0)		
車椅子座位	21	12(54.5)	15	10(45.5)	0.329
椅子座位		7(77.8)	2(22.2)		
ポジションング					
必要		6(33.3)	12(66.7)		
不要	21	15(83.3)	15	3(16.7)	0.006
一口量					
安全		13(72.2)	15	5(27.8)	
安全ではない	21	8(44.4)	15	10(55.6)	0.176
口へ運ぶスピード					
安全		14(73.7)	15	5(26.3)	
安全ではない	21	7(41.2)	15	10(58.8)	0.090
溜めこみの有無					
安全		16(72.7)	15	6(27.3)	
安全ではない	21	5(35.7)	15	9(64.3)	0.041
詰め込みの有無					
安全		17(73.9)	15	6(26.1)	
安全ではない	21	4(30.8)	15	9(69.2)	0.017
集中力の有無					
安全		15(75.0)	15	5(25.0)	
安全ではない	21	6(37.5)	15	10(62.5)	0.041
食事摂取の記憶					
覚えている		18(64.3)	14	10(35.7)	
忘れる	21	3(42.9)	14	4(57.1)	0.401
食事の認識困難					
分かる		21(65.6)	14	11(34.4)	
分からない	21	0(0.0)	14	3(100.0)	0.056

た。有意確率0.050未満の値を示した項目は、続柄(p=0.033)で、主介護者が「配偶者」の方が自宅退院が多かった。その他の主介護者の属性と退院先には有意な関連はなかった。

表5 主介護者の属性と退院先との関係

	退院先		p値
	自宅(n=21)	自宅以外(n=15)	
	人数(%)	人数(%)	
年齢			
64歳以下	12(50.0)	12(50.0)	
65歳以上	9(75.0)	3(25.0)	0.282
続柄			
配偶者	11(84.6)	2(15.4)	
配偶者以外	10(43.5)	13(56.5)	0.033
同居状況			
同居している	12(75.0)	4(25.0)	
同居していない	9(45.0)	11(55.0)	0.096
就労状況			
している	8(50.0)	8(50.0)	
していない	13(65.0)	7(35.0)	0.500
健康状態			
健康	6(54.5)	5(45.5)	
普通	11(64.7)	6(35.3)	
健康ではない	4(50.0)	4(50.0)	0.749

(2) 退院後の介護サポート状況と退院先との関係

退院後の介護サポート状況と患者の退院先との関係を表6に示した。有意確率0.050未満の値を示した項目は、食事の準備を行う者(p=0.017)で、「主介護者本人」の方が自宅退院が多かった。その他の介護サポート状況と退院先には有意な関連はなかった。

表6 退院後の介護サポート状況と退院先との関係

	退院先		p値
	自宅(n=21)	自宅以外(n=15)	
	人数(%)	人数(%)	
副介護者の有無			
あり	13(72.2)	5(27.8)	
なし	8(44.4)	10(55.6)	0.176
副介護者の同居			
あり	7(63.6)	4(36.4)	
なし	14(56.0)	11(44.0)	0.729
食事の準備を行う者			
主介護者本人	16(76.2)	5(23.8)	
主介護者以外	5(33.3)	10(66.7)	0.017
食事の準備や介助を手伝う人はいるか			
あり	10(71.4)	4(28.6)	
なし	11(50.0)	11(50.0)	0.302

(3) 主介護者の在宅介護意向と退院先との関係

主介護者の在宅介護意向と退院先との関係を表7に示した。有意確率0.050未満の値を示した項目は、主介護者の在宅介護意向(p=0.003)で、残差分析(残差 ≥ 2)の結果、主介護者に在宅介護意向がある方が自宅退院が多かった。

表7 主介護者の在宅介護意向と退院先との関係

	退院先				p値
	自宅(n=21)		自宅以外(n=15)		
	人数(%)	調整済残差	人数(%)	調整済残差	
在宅介護を希望					
思う	19(76.0)	3.2 [†]	6(24.0)	-3.2 [†]	
思わない	1(11.1)	-3.3 [†]	8(88.9)	3.3 [†]	0.003
わからない	1(50.0)	-.2	1(50.0)	.2	

[†]残差 $\geq |2|$

(4) 主介護者の介護全般に対する思いと退院先との関係

主介護者の介護全般に対する思いと退院先との関係を分析した結果、有意確率0.050未満の値を示した項目は、介護の方法がわからない(p=0.012)で、介護の方法がわからないと回答しているの方が自宅以外への退院が多かった。その他の主介護者の介護全般に対する思いと退院先には有意な関連はなかった。

(5) 主介護者の摂食・嚥下障害のある患者への食事介助に対する思いと退院先との関係

主介護者の摂食・嚥下障害のある患者への介護に対する思いと退院先との関係を分析した結果、有意確率0.050未満の値を示した項目は、患者に合わせ

た食事の用意ができる(p=0.009), 食事の用意や後始末は大変である(p=0.028)で, 患者に合わせた食事の用意ができると思う者や食事の用意や後始末を大変だと思わない者の方が自宅退院が多かった。その他の主介護者の摂食・嚥下障害のある患者への介護に対する思いと退院先には有意な関連はなかった。

(6) 主介護者の摂食・嚥下障害のある患者への介護経験と退院先との関係

主介護者の摂食・嚥下障害のある患者への介護経験と退院先との関係を分析した結果, 有意な関連はなかった(表8)。

表8 主介護者の摂食・嚥下障害のある患者への介護経験と退院先との関係

	退院先		n	自宅以外 人数(%)	p値
	n	人数(%)			
摂食・嚥下障害のある患者への介護経験					
ある	20	4(66.7)	15	2(33.3)	0.680
なし		16(55.2)		13(44.8)	
入院中、患者の食事内容を見た経験					
ある	21	19(61.3)	15	12(38.7)	0.630
ない		2(40.0)		3(60.0)	
入院中、患者の食事介助をした経験					
ある	21	16(66.7)	15	8(33.3)	0.175
ない		5(41.7)		7(58.3)	

考 察

身体機能, 精神機能, 口腔機能の重症度が回復している患者の多くが自宅退院を選択する中で, 重症度が回復したにも関わらず自宅以外に退院しているケースや重症度が回復しなくても自宅退院を選択しているケースもあり, 患者の機能障害の重症度といった患者側の要因以外にも, 退院先の選択に影響を与えていることが明らかとなった。患者が退院までに経口摂取を再獲得することを希望している家族が多いが, 実際には, 患者の栄養摂取方法が退院先の選択に影響しておらず, 実際に食事介助にどのくらいの工夫や時間を要するかということが自宅退院を選択する重要な要因の1つとなっていることが示唆された。

また, 主介護者の続柄が配偶者の場合, 自宅退院を選択している割合が高く, 配偶者のうち, 妻が介護者である場合は在宅となる割合が高いことから, 妻が介護者であることが在宅療養を可能にする一因であるという報告⁹⁾と一致している。そして, 主介護者の在宅介護意向がある場合は自宅退院の割合が高く, 家族の多くはできる限り自宅で介護したいと考えているが, 家族はある程度, 身体的, 精神的な介護負担は想定しているものの, 実際, 介護を行うにあたり, 知識や技術に自信が持てない場合は, 自宅退院が困難になっている。先行研究においても,

在宅の摂食・嚥下障害のある患者をもつ主介護者の介護力を向上させるためには身体的機能障害の一つである摂食・嚥下機能障害の知識や介護技術の向上が必須であることが明らかになっており¹⁸⁾, 主介護者への教育が摂食・嚥下障害者の摂食・嚥下機能の維持・改善につながることも報告されている¹⁹⁾。

以上より, 患者の身体機能や摂食状況の回復が自宅退院を選択する大きな要因ではあるが, それだけではなく, 主介護者が食事介助に工夫や時間を要しても自宅で介護したいと思う気持ちや熱意が, 摂食・嚥下障害のある患者の自宅退院を可能にする要因の1つであると示唆される。そして, 家族が自宅退院を選択する上で, 主介護者と患者との続柄や食事介助の方法が, 家族の思いに影響を及ぼしていることが分かった。

今後, 摂食・嚥下障害のある患者の自宅退院を可能にするためには, 家族の思いや熱意を支えていくことが大切である。そのためには, 従来のようなパンフレットや口頭での退院指導に加え, 患者が入院中に, 家族ができる限り多くの食事介助の経験が持て, 退院後の食事介助のイメージを持てることにより, 自宅で介護できるかもしれないという自信や実現可能性を高めることができる。このように, たとえ経口摂取を再獲得できたとしても, 食事摂取方法に工夫や時間を要する場合, 限りある入院期間内に家族の指導を行うには限界があり, 今後, 経口摂取を支援したい, また, 自宅へ連れて帰りたいという家族の思いを実現するためには, 家族への教育・指導, 道具の開発, 制度の見直しといった, サポート体制を整えていく必要性が示唆される。

今回, アンケートにご協力いただいた摂食・嚥下障害のある患者の家族は, 例数が少なく, また, 全体的に介護全般, 食事介助への意欲や思いが高く, 積極的に引き受けようとする家族の集団であった。今後は, 対象者の選定や依頼の方法を工夫し, 調査にご協力いただけるような関係づくりや例数を重ねていくことが必要であると考えた。

結 論

1. 摂食・嚥下障害のある患者の身体機能, 精神機能, 口腔機能いずれにおいても, 機能が高い方が自宅退院を選択する割合が高かった。
2. 摂食・嚥下障害のある患者の摂食状況において, 食事の工夫が必要なく, また, 食事介助にかかる時間が短い方が自宅退院を選択する割合が高かった。
3. 家族の多くは, 患者に合わせた食事の用意に対する不安や食事の用意や後片付けに対する大変さを感じており, 家族が不安や大変さをあまり感じていない方が自宅退院を選択する割合が高かった。

引用文献

- 1) 馬場尊, 才藤栄一 (12/05/24): 脳卒中後の嚥下障害—その治療方法と予後, 患者・家族が注意すべきこと—. 日本脳卒中協会 (オンライン). <http://www.jsa-web.org/jn7/jn7a.html>
- 2) 岡田澄子, 九里葉子, 熊倉勇美他(2005): 摂食・嚥下障害リハビリテーションの現状と課題 摂食・嚥下リハビリテーションの実態調査—訪問リハビリテーションを視野に入れて—報告. 言語聴覚研究, 2(2), 114-118.
- 3) 大熊り, 宮野左年, 藤島一郎(2009): 直接的嚥下訓練の実際. Journal of Clinical Rehabilitation, 9(9), 877-884.
- 4) 松田明子(2004): 在宅における要介護者の摂食・嚥下障害の有無と家族機能との関連. 老年社会科学, 25(4), 429-439.
- 5) 横山通夫, 岡田澄子, 馬場尊他(2005): 摂食・嚥下ゼリーの開発—直接訓練における試用—. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 9(2), 186-194.
- 6) 津賀一弘, 島田瑞穂, 黒田留美子他(2005): 「高齢者ソフト食」摂取者の食事形態と舌圧の関係. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会誌, 9(1), 56-61.
- 7) 田村文誉, 水上美樹, 綾野理加他(1997): 在宅高齢者および中途障害者のむせと姿勢との関連. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 1, 57-68.
- 8) 矢野純子(2001): 脳血管障害による摂食・嚥下障害患者の実態調査. 日本リハビリテーション看護学会学術大会収録13, 97-99.
- 9) 平井雅子, 安心院登代美, 木本ちはる他(2001): 摂食・嚥下障害患者の退院後の追跡調査. 日本リハビリテーション看護学会学術大会収録13, 109-111.
- 10) 鎌倉やよい(2005): 看護領域. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 9(1), 27-35.
- 11) DATA MANAGEMENT SERVICE OF THE UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION AND THE CENTER FOR FUNCTIONAL ASSESSMENT RESEARCH (1990): GUID FOR USE OF THE UNIFORM DATA SET FOR MEDICAL REHABILITATION Version3.0. RESEARCH FOUNDATION-STATE UNIVERSITY OF NEW YORK; 慶応義塾大学リハビリテーション科訳(1991): FIM医学的リハビリテーションのための統一データセット利用の手引き 第3版, 慶応義塾大学医学部リハビリテーション医学教室
- 12) 小林敏子, 播口之朗, 西村健 (1988): 行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度 (NMスケール) および日常生活動作能力評価尺度 (N-ADL) の作成. 臨床精神医学, 17(11), 1653-1668.
- 13) 宮川統爾(2009): 認知症と知的障害. 脳神経疾患ビジュアルブック. 落合慈之監修, p.45-47, メディカル出版
- 14) 藤島一郎(2009): 摂食・嚥下障害の定義. ナースのための摂食・嚥下障害ガイドブック. 藤島一郎編, p.12-15, 中央法規出版
- 15) 弘中祥司(2003): 摂食・嚥下機能の診断・評価, Nursing Mook 20 摂食・嚥下障害の理解とケア. 向井美恵, 鎌倉やよい編集, p.44-47, 学研
- 16) 聖隷三方原病院嚥下チーム(2009): 嚥下食とレシピ. 嚥下障害ポケットマニュアル 第2版. p.161-169, 医歯薬出版株式会社
- 17) 荒井由美子(2002): 介護負担度の評価. 総合リハ30, 1005-1009.
- 18) 松田明子(2003): 在宅の摂食・嚥下障害者をもつ主介護者に対する教育効果. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 7(1), 19-27
- 19) 松田明子(2003): 摂食・嚥下障害の症状の改善をめざした主介護者に対する教育介入研究. 摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 7(2), 126-133

要 旨

本研究は、摂食・嚥下障害のある患者の退院先の選択に関連する要因を明らかにすることを目的とし、入院時に摂食・嚥下障害があり、摂食・嚥下機能訓練を行っている患者の情報とその家族へ実施した質問紙調査を分析した。

自宅退院を選択する割合が高かったのは、身体機能、精神機能、口腔機能いずれも機能が高く、摂食状況においては食事の工夫が必要なく、食事介助にかかる時間が短い患者であった。また、家族の不安が少ない方が自宅退院を選択する割合が高かった。

しかし、少数ではあるが、患者の摂食・嚥下機能が低い患者も自宅退院できており、食事の工夫や食事介助の時間を要しても自宅へ引き取りたいという家族の思いや熱意が、摂食・嚥下障害のある患者の自宅退院を可能にする要因の1つであると考えられる。自宅へ連れて帰りたいという家族の思いを実現するためには、家族への教育・指導、道具の開発、制度の見直しなど、サポート体制を整えていく必要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました摂食・嚥下障害のある患者とその家族、回復期リハビリテーション病棟のスタッフの皆様にご心より厚くお礼申し上げます。