

摂食・嚥下障害が在宅療養に及ぼす影響

カワベ チアキ ナルセ ユウチ テラニシ ケイコ ニイクラ マリコ
 川辺 千秋*1 成瀬 優知*2 寺西 敬子*3 新鞍 真理子*4
 シモダ ユウコ ヒロタ カズミ トウカイ ナツコ ドウケン ユキコ
 下田 裕子*6 廣田 和美*7 東海 奈津子*3 道券 夕紀子*3
 ウメムラ トシアキ ヨシイ シノブ ヤスダ トモミ
 梅村 俊彰*5 吉井 忍*1 安田 智美*2

目的 摂食・嚥下障害が在宅療養に影響しているかどうかを明らかにする。

方法 A県B地区において、2000年4月1日～2008年12月31日の期間に初回介護認定を受けた第1号被保険者5,185人のうち、初回介護認定から1年以内に2回目の介護認定を受けた人の中で、初回介護認定調査場所が自宅で、かつ初回介護認定時の嚥下能力が「出来る」「見守り等」に該当し、経管栄養を使用していない2,724人の介護認定審査会資料を対象とし、性別、年齢、嚥下能力、排泄行為（排尿・排便）の介助の方法、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、脳血管疾患の有無を調査した。認定調査場所を療養場所と仮定し、初回・2回目介護認定時ともに自宅の者を在宅療養継続群、初回が自宅で2回目介護認定時が自宅以外の者を在宅療養中断群とした。また、嚥下能力の変化について、初回介護認定時と2回目介護認定時の判定結果から、「嚥下出来る状態維持」群、「嚥下出来る状態から悪化」群、「嚥下見守り等の状態維持または改善」群、「嚥下見守り等の状態から悪化」群の4群に分類した。嚥下能力の変化が在宅療養の継続に及ぼす影響をみるため、性別、年齢、排便行為の介助の方法の変化、初回の認知症高齢者の日常生活自立度および脳血管疾患の有無を調整し、二項ロジスティック回帰分析を行った。

結果 初回介護認定時は男性923人、女性1,801人で、平均年齢は81.7±6.8歳であった。在宅療養継続群は2,423人、中断群が301人であり、初回介護認定時、嚥下能力は「嚥下出来る」群が2,367人、「嚥下見守り等」群は357人であった。また、二項ロジスティック回帰分析の結果、嚥下能力の変化では、「嚥下出来る状態から悪化」群は「嚥下出来る状態維持」群に比べて、在宅療養中断のオッズ比が3.13と有意（ $p < 0.01$ ）に高かった。

結論 在宅療養を中断する要因として、嚥下能力の変化の中でも嚥下出来る状態から悪化することが影響していることが示唆された。

キーワード 在宅療養、摂食・嚥下障害、介護認定、嚥下能力

I 緒言

人間にとって、口から食物を摂取することは生理的欲求であり、生きる楽しみのひとつである。しかし、摂食・嚥下障害を発症することにより、安全に経口から食物を摂取出来なくなる

場合がある。摂食・嚥下障害を有する患者にとっては、調理に手間がかかったり食べたいものを食べるが出来なかったりと、深刻な問題である。

近年、急速な高齢化が深刻な問題となっており、また、病院の機能分化と入院期間の短縮化

*1 富山大学附属病院看護部看護師 *2 富山大学医学薬学研究部東西統合医療看護学教授 *3 同助教

*4 同准教授 *5 同講師 *6 富山福祉短期大学看護学科講師 *7 中新川広域行政事務組合介護保険課主任

が進められ、在宅医療の充実化が注目されている¹⁾。在宅の要介護高齢者の増加は著しく¹⁾、それら高齢者は様々な障害を有しており、直江²⁾の研究では、訪問看護を利用している在宅療養者のうち摂食・嚥下障害者は16.6%いたと報告している。摂食・嚥下障害はそれ単独で起こるわけではなく、何かの病気に付随して起こる。最も多いのが脳梗塞などの脳血管障害に伴う摂食・嚥下障害で、他にはパーキンソン病等の神経疾患、口腔がん等様々な原因によって起こるが、要介護状態になることの多い病気の多くは、摂食・嚥下障害の原因になり得る³⁾。

2010年の全国の人口約1億2754万人当たりの脳卒中有病者数は約279万人で、そのうち要介護者数は約167万人となっており、20年後の2030年は、全国の人口約1億1764万人当たりの脳卒中有病者数は約281万人、要介護者数は約175万人と推定されており⁴⁾、今後人口が減少傾向にあるにも関わらず、脳卒中有病率・要介護者数は増加の一途を辿ると予測されている。今後さらなる高齢化に伴い、脳血管疾患による摂食・嚥下障害者が増加し、摂食・嚥下障害を有したまま自宅退院となる者が増加すると考えられる。

在宅における摂食・嚥下障害者の嚥下機能の程度は、退院時に比べて維持・改善する人もいれば、悪化する人もいる。それは、病態自体の変化もしかり、環境の変化、介護者の有無・協力の程度など、様々な要因が関係していると考えられる。嚥下機能が低下すると食事の加工に手間がかかるなど、介護者の負担が増加したり、あるいは在宅療養を継続していくことが危ぶまれるケースも出てくるのではないと思われる。摂食・嚥下障害者の在宅療養に関する研究は、個々の病院レベルでの追跡・実態調査はみられるものの、病院を退院した者だけでなく在宅療養者全体を対象とした調査は少ない。また、摂食・嚥下障害者の在宅療養の継続に影響を与える要因を明らかにしているものも見当たらない。

これらより、摂食・嚥下障害があることによって介護者の身体的・精神的負担が増加することで、在宅療養の継続が困難となっているの

ではないかと推測する。ゆえに、摂食・嚥下障害は在宅療養に影響するののか、今回の研究では、摂食・嚥下障害を有する要介護者側について検討する。

Ⅱ 方 法

(1) 研究対象

A県B地区において、2001年4月1日～2008年12月31日の期間に、初回介護認定を受けた第1号被保険者5,185人のうち、初回介護認定から1年以内に2回目の介護認定を受けた2,872人を抽出した。その中で、初回介護認定調査場所が自宅で、かつ初回介護認定時嚥下能力の項目が「出来る」「見守り等」に該当し、経管栄養を使用していない2,724人の介護認定審査会の資料とした。

(2) 調査期間

調査期間は2010年12月～2011年4月とした。

(3) 調査内容

介護認定審査会資料より、性別、年齢、嚥下能力、要介護度、排便行為の介助の方法、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、脳血管疾患の有無、初回介護認定から2回目の介護認定までの期間、認定調査場所等を調査した。

(4) 分析方法

介護認定審査会資料のデータを用い、在宅療養継続に影響する要因について、以下の区分を用いて統計的に分析した。

年齢については、65～74歳、75～84歳、85歳以上の3群に区分した。

嚥下能力の判定は、「出来る」「見守り等」「出来ない」の3つの区分があり、本研究では嚥下能力の変化について次のように区分した。初回介護認定時、嚥下出来ると判定された人で、2回目介護認定時も嚥下出来ると認定された人を「嚥下出来る状態維持」群、初回介護認定時、嚥下出来ると判定された人で、2回目介護認定

時、その判定より悪化した人を「嚙下出来る状態から悪化」群、初回介護認定時、嚙下見守り等と判定された人で、2回目介護認定時その状態と不変の場合と嚙下出来るの判定に改善した場合を「嚙下見守り等の状態維持または改善」群、初回介護認定時、嚙下見守り等と判定された人で、2回目介護認定時、その状態から悪化した人を「嚙下見守り等の状態から悪化」群とした。

要介護度については介護認定審査会での判定区分から、「要支援」「要介護1」「要介護2」「要介護3」「要介護4」「要介護5」の6区分を用い、2006年3月末日からの「要支援1」「要支援2」は「要支援」とした。

障害高齢者の日常生活自立度については、要介護認定では厚生労働省の「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」判定基準により生活自立度を評価している。判定基準は「ランクJ1」「ランクJ2」「ランクA1」「ランクA2」「ランクB1」「ランクB2」「ランクC1」「ランクC2」の8区分とされており、判定に該当しない場合を「なし」とした。本研究では、「なし」と「ランクJ1」と「ランクJ2」を合わせて「なし-ランクJ」, 「ランクA1」と「ランクA2」を合わせて「ランクA」, 「ランクB1」と「ランクB2」を合わせて「ランクB」, 「ランクC1」と「ランクC2」を合わせて「ランクC」とした。

排便行為の介助の方法については、「出来る」「見守り等」「一部介助」「全介助」に区分されており、初回の介護認定調査時から2回目の介護認定調査時の判定が上がっていた場合を「改善」、下がっていた場合を「悪化」、変化のなかった場合を「維持」と区分した。

認知症高齢者の日常生活自立度は、要介護認定では厚生労働省の「認知症高齢者の日常生活自立度」判定基準を用いて認知機能から生活自立度を評価している。「ランクI」「ランクII a」「ランクII b」「ランクIII a」「ランクIII b」「ランクIV」「ランクM」の7区分に判定されており、認知症に該当しない場合を「なし」とした。本研究では、「なし」と「ランクI」

を「なし-ランクI」, 「ランクII a」「ランクII b」を「ランクII」, 「ランクIII a」「ランクIII b」を「ランクIII」, 「ランクIV」「ランクM」を「ランクIV-M」とした。

認定調査場所の項目から、「自宅」と「自宅以外」の2つに分け、2回目介護認定調査場所も自宅である場合を在宅療養継続群（以下、継続群）、自宅以外である場合を在宅療養中断群（以下、中断群）と区分した。なお、介護認定調査場所が療養場所であるとは限らないが、今回はこれ以上の正確な情報は知りえないため、調査場所を療養場所と仮定した。解析には統計ソフトSPSS 16.0J for Windowsを使用し、有意水準は5%とした。

(5) 倫理的配慮

A県B地区の介護認定審査会資料を保管する管理者に対し、研究依頼状で研究目的と方法を説明し、研究への同意を得た。介護認定審査会資料の住所、氏名などの情報については、保管者が削除し、調査研究用に作成したIDに置き換えて、個人が特定出来ないようにした。なお、本研究は富山大学臨床・疫学等に関する倫理審査委員会の承認を得ている（臨認22-101号）。

Ⅲ 結 果

(1) 初回介護認定時の基本属性（表1）

性別は、男性が923人（33.9%）、女性が1,801人（66.1%）と女性が多かった。また、年齢は、後期高齢者が全体の85.2%を占めており、平均年齢は81.7±6.8歳であった。

嚙下能力は、「嚙下出来る」群が2,367人（86.9%）, 「嚙下見守り等」群が357人（13.1%）と嚙下障害のない人が大多数を占めていた。また、要介護度は、要支援が711人（26.1%）, 要介護1が1,121人（41.2%）と介護度の低い人が約半数以上を占めていた。

排便の介助の方法は、「出来る」が1,855人と全体の68.1%を占めており、「全介助」は234人と8.6%であった。

障害高齢者の日常生活自立度は、「なし-ラ

「ランク J」が1,090人(40.0%),「ランク A」が1,303人(47.8%), 認知症高齢者の日常生活自立度は、「なしーランク I」が1,400人(51.4%)とどちらも比較的自立している人がそれぞれ大多数を占めていた。

表1 初回介護認定時の基本属性

(単位 人, () 内%)

総数	2 724 (100.0)
性別	
男性	923 (33.9)
女性	1 801 (66.1)
年齢	
平均年齢±標準偏差(歳)	81.7±6.8
65~74歳	403 (14.8)
75~84歳	1 322 (48.5)
85歳以上	999 (36.7)
嚥下能力	
出来る	2 367 (86.9)
見守り等	357 (13.1)
要介護度	
要支援	711 (26.1)
要介護1	1 121 (41.2)
要介護2	470 (17.3)
要介護3	236 (8.7)
要介護4	134 (4.9)
要介護5	52 (1.9)
排便の介助の方法	
出来る	1 855 (68.1)
見守り等	346 (12.7)
一部介助	289 (10.6)
全介助	234 (8.6)
障害高齢者の日常生活自立度	
なしーランク J	1 090 (40.0)
ランク A	1 303 (47.8)
ランク B	247 (9.1)
ランク C	84 (3.1)
認知症高齢者の日常生活自立度	
なしーランク I	1 400 (51.4)
ランク II	910 (33.4)
ランク III	358 (13.1)
ランク IVーランク M	56 (2.1)
脳血管疾患の有無	
なし	1 940 (71.2)
あり	784 (28.8)

また, 脳血管疾患の有無については, 「なし」が1,940人(71.2%), 「あり」が784人(28.8%)であった。

(2) 初回介護認定時嚥下能力と脳血管疾患および認知症高齢者の日常生活自立度との関係(表2)

初回介護認定時嚥下能力と脳血管疾患の有無について χ^2 検定を行った結果, 「嚥下見守り等」群に脳血管疾患ありが有意に多かった($p < 0.05$)。

初回介護認定時嚥下能力と認知症高齢者の日常生活自立度との関係について χ^2 検定を行った結果, 「嚥下見守り等」群に認知症高齢者の日常生活自立度のランクが高い人が有意に多かった($p < 0.001$)。

(3) 嚥下能力の変化別基本属性(表3)

「嚥下出来る状態維持」群は2,189人と約8割を占めていた。

要介護度別にみると, 「嚥下出来る状態維持」群において, 要支援は638人(29.1%), 要介護1は991人(45.3%), 要介護2は343人(15.7%), 要介護3は147人(6.7%), 要介護4は58人(2.6%), 要介護5は12人(0.0%)と, 介護度が低い人が大多数を占めていた。

排便の介助の方法別にみると, 「嚥下出来る状態維持」群において, 出来るは1,613人(73.7%), 見守り等が242人(11.0%), 一部介助が190人(8.7%), 全介助は144人(6.6%), 「嚥下見守り等の状態から悪化」群において, 出来るは0人(0%), 見守り等は0人(0%), 一部介助は2人(66.7%)全介助は1人(33.3%)と, 排便の行為が自立している方が嚥下出来る状態を維持しており, 逆に介助が必要である方が嚥下見守り等の状態から悪化していた。

障害高齢者の日常生

表2 初回介護認定時嚥下能力と脳血管疾患および認知症高齢者の日常生活自立度との関係

(単位 人, () 内%)

	総数	嚥下能力		p値 (χ^2 検定)
		見守り等	出来る	
総数	2 724 (100.0)	357 (100.0)	2 367 (100.0)	
脳血管疾患				0.020
なし	1 940 (71.2)	229 (64.1)	1 711 (72.3)	
あり	784 (28.8)	128 (35.9)	656 (27.7)	
認知症高齢者の日常生活自立度				<0.001
なしーランク I	1 400 (51.4)	130 (36.4)	1 270 (53.7)	
ランク II	910 (33.4)	126 (35.3)	784 (33.1)	
ランク III	358 (13.1)	77 (21.6)	281 (11.9)	
ランク IVーランク M	56 (2.1)	24 (6.7)	32 (1.4)	

表3 嚥下能力の変化別基本属性

(単位 人, () 内%)

	総数	嚥下能力の変化			
		嚥下出来る状態維持	嚥下出来る状態から悪化	嚥下見守り等の状態維持または改善	嚥下見守り等の状態から悪化
初回介護認定時の属性					
総数	2 724 (100.0)	2 189 (80.4)	178 (6.5)	354 (13.0)	3 (0.0)
性別					
男性	923 (33.9)	676 (30.9)	76 (42.7)	169 (47.7)	2 (66.7)
女性	1 801 (66.1)	1 513 (69.1)	102 (57.3)	185 (52.3)	1 (33.3)
年齢					
65～74歳	403 (14.8)	316 (14.4)	29 (16.3)	58 (16.4)	- (-)
75～84	1 322 (48.5)	1 070 (48.9)	80 (44.9)	170 (48.0)	2 (66.7)
85歳以上	999 (36.7)	803 (36.7)	69 (38.8)	126 (35.6)	1 (33.3)
要介護度					
要支援	711 (26.1)	638 (29.1)	30 (16.9)	43 (12.1)	- (-)
要介護1	1 121 (41.2)	991 (45.3)	45 (25.3)	85 (24.0)	- (-)
要介護2	470 (17.3)	343 (15.7)	54 (30.3)	72 (20.3)	1 (33.3)
要介護3	236 (8.7)	147 (6.7)	28 (15.7)	61 (17.2)	- (-)
要介護4	134 (4.9)	58 (2.6)	18 (10.1)	58 (16.4)	- (-)
要介護5	52 (1.9)	12 (0.0)	3 (1.7)	35 (9.9)	2 (66.7)
排便の介助の方法					
出来る	1 841 (67.6)	1 613 (73.7)	83 (46.6)	145 (41.0)	- (-)
見守り等	349 (12.8)	242 (11.0)	28 (15.7)	79 (22.3)	- (-)
一部介助	292 (10.7)	190 (8.7)	36 (20.2)	64 (18.1)	2 (66.7)
全介助	242 (8.9)	144 (6.6)	31 (17.4)	66 (18.6)	1 (33.3)
障害高齢者の日常生活自立度					
なしーランクJ	1 090 (40.0)	975 (44.5)	45 (25.3)	70 (19.8)	- (-)
ランクA	1 303 (47.8)	1 046 (47.8)	93 (52.2)	163 (46.0)	1 (33.3)
ランクB	247 (9.1)	139 (6.3)	29 (16.3)	79 (22.3)	- (-)
ランクC	84 (3.1)	29 (1.3)	11 (6.2)	42 (11.9)	2 (66.7)
認知症高齢者の日常生活自立度					
なしーランクI	1 400 (51.4)	1 191 (54.4)	79 (44.4)	129 (36.4)	1 (33.3)
ランクII	910 (33.4)	721 (32.9)	63 (35.4)	126 (35.6)	- (-)
ランクIII	358 (13.1)	251 (11.5)	30 (16.9)	76 (21.5)	1 (33.3)
ランクIVーランクM	56 (2.1)	26 (1.2)	6 (3.4)	23 (6.5)	1 (33.3)
脳血管疾患の有無					
あり	1 940 (71.2)	1 591 (72.7)	120 (67.4)	226 (63.8)	3 (100.0)
なし	784 (28.8)	598 (27.3)	58 (32.6)	128 (36.2)	- (-)

活自立度別にみると、「嚥下出来る状態維持」群において、「なしーランクJ」は975人(44.5%)、「ランクA」は1,046人(47.8%)と大多数を占めていた。

認知症高齢者の日常生活自立度別にみると、「嚥下出来る状態維持」群において、「なしーランクI」は1,191人(54.4%)と約半数を占めていた。

次に、初回介護認定時の脳血管疾患の有無をみると、「嚥下出来る状態維持」群において脳血管疾患ありは1,591人(72.7%)と大多数を占めており、「嚥下見守り等の状態から悪化」群において脳血管疾患ありは3人(100.0%)であった。

(4) 在宅療養継続群と中断群における嚥下能力と排泄行為の介助の方法の変化(表4)

嚥下能力の変化別にみると、継続群において、「嚥下出来る状態維持」は1,987人(82.0%)、「嚥下出来る状態から悪化」は130人(5.4%)、「嚥下見守り等の状態維持または改善」は305人(12.6%)、「嚥下見守り等の状態から悪化」は1人(0.0%)と、嚥下能力が維持されている場合と改善した場合が多く占めていた。

排便の介助の方法の変化別にみると、継続群において、維持は1,849人(76.3%)、悪化は304人(12.5%)、中断群において、改善は60人(19.9%)、維持は155人(51.5%)、悪化は86人(28.6%)であった。

(5) 嚥下能力の変化が在宅療養に及ぼす影響 (表5)

在宅療養に及ぼす影響について、従属変数として在宅療養中断/継続を、共変量として性別、年齢区分、嚥下能力の変化、排泄行為(排尿、排便)の介助の方法の変化、初回介護認定時の認知症高齢者の日常生活自立度および脳血管疾患の有無を投入し二項ロジスティック回帰分析を行った。

嚥下能力の変化においては、「嚥下出来る状態から悪化」群は「嚥下出来る状態維持」群に比べて、在宅療養中断のオッズ比が3.13と有意に高い値を示した(p<0.001)。

IV 考 察

(1) 対象者の属性

対象者のうち、初回介護認定調査時に摂食・嚥下障害を有している人は全体の13.1%であった。直江³⁾の調査では、訪問看護を利用している在宅療養者のうち摂食・嚥下障害者は16.6%であったと報告している。今回、訪問看護などのサービス利用状況については見ていないが、在宅の摂食・嚥下障害者の割合としては直江の研究²⁾と大差なく、また今回は嚥下出来ない人

表4 在宅療養継続群と中断群における嚥下能力と排泄行為の介助の方法の変化

	在宅療養継続群	在宅療養中断群
総数	2 423 (100.0)	301 (100.0)
性別		
男性	831 (34.3)	92 (30.6)
女性	1 592 (65.7)	209 (69.4)
年齢		
65~74歳	367 (15.1)	36 (12.0)
75~84歳	1 184 (48.9)	138 (45.8)
85歳以上	872 (36.0)	127 (42.2)
嚥下能力		
嚥下出来る状態維持	1 987 (82.0)	202 (67.1)
嚥下出来る状態から悪化	130 (5.4)	48 (15.9)
嚥下見守り等の状態維持または改善	305 (12.6)	49 (16.3)
嚥下見守り等の状態から悪化	1 (0.0)	2 (0.7)
排便の介助の方法		
改善	270 (11.1)	60 (19.9)
維持	1 849 (76.3)	155 (51.5)
悪化	304 (12.5)	86 (28.6)

(単位 人、()内%)

を対象外としているため、嚥下出来ない人が他に若干名いることも考えると妥当な結果だといえる。

これまで、摂食・嚥下障害の原因として脳血管疾患や認知症が挙げられている²⁰⁾。そのため、今回の対象者についても摂食・嚥下障害の有無と脳血管疾患、認知症との関係を調査した。まず、脳血管疾患についてみると、「嚥下出来る」群のうち脳血管疾患を有する人は27.7%であるのに対して、「嚥下見守り等」群のうち脳血管疾患を有する人は35.9%と有意に多いことがわかった。また、認知症についてみると、「嚥下出来る」群のうち、認知症高齢者の日常生活自立度が「なしーランクI」の人は53.7%と半数以上占めているが、「嚥下見守り等」群のうち認知症高齢者の日常生活自立度が「なしーランクI」の人は36.4%と少なく、認知症高齢者の自立度が低い人ほど「嚥下出来る」群に比べて「嚥下見守り等」群の方が多くなっていた。

(2) 嚥下能力の変化が在宅療養に及ぼす影響

著者らは、嚥下能力の変化において、嚥下出来る状態を維持している人よりも悪化した人は食事に時間がかかる等、様々な要因で介護量が増えると推測していた。また、嚥下能力の変化がなかったとしても、介助を要する状態が続くことが主介護者の負担となり、在宅療養の継続に影響を及ぼすのではないかと考え、今回、嚥下能力が見守り等の状態を維持している人と在

表5 嚥下能力の変化が在宅療養に及ぼす影響

	オッズ比	95.0%信頼区間		p 値
		下限	上限	
嚥下能力				
嚥下出来る状態から悪化/嚥下出来る状態維持	3.13	1.68	5.67	<0.001
嚥下見守り等の状態維持/嚥下出来る状態維持	1.32	0.69	2.34	0.130
嚥下見守り等の状態から悪化/嚥下出来る状態維持	11.63	1.00	135.14	0.050

注：性別、年齢、排泄行為の介助の方法、認知症高齢者の日常生活自立度：初回、脳血管疾患の有無：初回を調整因子として二項ロジスティック回帰分析を行った。

在宅療養の継続との関連をみたが、特に関連は認められなかった。

初回介護認定調査から2回目の介護認定調査の間に嚥下能力が悪化した人は全体の6.5%であった。嚥下能力の変化と在宅療養継続との関連をみると、継続群において嚥下能力が悪化した人は5.4%であるのに対して中断群において嚥下能力が悪化した人は15.9%と多かった。また、嚥下能力の変化において、「嚥下出来る状態から悪化」群は「嚥下出来る状態維持」群に比べて、在宅療養中断のオッズ比が3.13と有意に高かった。嚥下能力の悪化の原因としては病状の悪化やADLの悪化、加齢に伴う生理的変化など様々な原因が考えられるが、嚥下能力が悪化すると、栄養状態が悪化して免疫力が低下し、誤嚥性肺炎を引き起こしやすくなる²¹⁾。誤嚥性肺炎になると、入院加療などで在宅療養を中断せざるを得ない。そのため、在宅療養の継続には嚥下能力の変化に注意していくことが大切であるといえる。

今回の調査では、嚥下能力の変化の中でも「嚥下出来る状態維持」群に比べて「嚥下出来る状態から悪化」群は在宅療養中断に関連していることが示唆された。しかし、「嚥下出来る状態から悪化」した178人のうち130人(73.0%)の人は在宅療養を継続しており、在宅療養継続には要介護者の身体的要因だけでは説明できないと推測された。

本研究は、第70回日本公衆衛生学会総会(平成23年10月、秋田市)で発表した。研究を行うにあたり、ご協力いただきましたA県B地区介護保険課の皆様ならびに諸先生方に心より感謝を申し上げます。

文 献

- 1) 厚生省(監修). 厚生白書2000: 61.
- 2) 直江祐樹, 高山文博, 太田清人, 他. 在宅患者における摂食・嚥下障害に関する調査 訪問看護ステーション看護婦に対する質問調査. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌 2000; 4(2): 30-7.
- 3) 岩手医科大学病院附属歯科医療センター口腔リハビリ外来 (<http://denture.iwate-med.ac.jp/cn21/>

- cn17/dysphagia100.html) 2010.7.6.
- 4) 滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生部門 脳卒中有病者数と脳卒中による介護者数の推定 (<http://www.stroke-project.com>) 2010.7.6.
- 5) 松田明子. 在宅における要介護者の摂食・嚥下障害の有無と身体機能, 主介護者の介護負担感及び介護時間との関連. 日本看護科学会誌2003; 23(3): 37-47.
- 6) 平井雅子, 安心院登代美, 木本ちはる, 他. 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集録13回 2001: 109-11.
- 7) 厚生労働省. 第3回要介護認定調査検討会 資料1-3 高齢者介護実態調査結果 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1109-10c.pdf>) 2010.7.6.
- 8) 要介護認定 認定調査員テキスト2009.7 樹形モデル図(要介護認定等基準時間の推計方法).
- 9) 二木淑子, 長島潤, 中谷千鶴子, 他. 訪問看護ステーション利用者の摂食・嚥下障害の実態. 作業療法ジャーナル 2002; 36(1): 73-8.
- 10) 高居智美, 濱田豊子, 枝川和代, 他. 摂食・嚥下障害患者の在宅食事管理にむけて退院後の実態調査. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 2008; 4: 270-3.
- 11) 新井香奈子. 訪問看護における摂食・嚥下障害者の主介護者に対する援助と課題. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌 2006; 10(1): 22-30.
- 12) 新井香奈子. 摂食・嚥下障害者の主介護者の介護経験 主体的な介護の取り組み. 癌と化学療法 2005; 32(1): 50-2.
- 13) 松田明子. 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 2003; 7(1): 19-27.
- 14) 大塚きく子, 橋本元結花, 川村智賀子. 在宅療養者の嚥下障害と食事介護の現状. 日本看護学会論文集: 地域看護2004; 34: 64-6.
- 15) 聖隷三方原病院嚥下チーム. 嚥下障害ポケットマニュアル第2版. 医歯薬出版 2007; 1: 1-3.
- 16) 杉本正子. 在宅看護論-実践をこばに 第3版. ヌーヴェルヒロカワ 1999: 142.
- 17) 聖隷三方原病院嚥下チーム. 嚥下障害ポケットマニュアル第2版. 医歯薬出版 2007: 199.
- 18) 聖隷三方原病院嚥下チーム. 表2-5 嚥下障害の原因疾患. 嚥下障害ポケットマニュアル第2版. 医歯薬出版2007: 21.
- 19) 戸田中央総合病院グループ 摂食嚥下障害 (<http://www.tmg.gr.jp/hokensinpou/040303-sessyokunge.html>) 2010.7.6.
- 20) 向井美恵, 鎌倉やよい編. Nursing Mook 20 摂食・嚥下障害の理解とケア. 学習研究社 2003: 16.
- 21) 口腔ケアで誤嚥性肺炎の予防-8020推進財団 (http://8020zaidan.or.jp/magazine/start_care04.html) 2010.7.6.