

## ◎嚥下2

座長 薛 克良

## 3-P1-4 脳卒中患者における誤嚥性肺炎の検討—日本リハビリテーション医学会患者データベースの分析—

<sup>1</sup>藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学I講座, <sup>2</sup>日本リハビリテーション医学会  
小野木啓子<sup>1</sup>, 青柳陽一郎<sup>1</sup>, 才藤 栄一<sup>1</sup>, データマネジメント特別委員会<sup>2</sup>

【目的】脳卒中患者の摂食・嚥下障害, 誤嚥性肺炎の多施設・多数例での調査はほとんど行われていない。今回我々は日本リハビリテーション(以下リハ)医学会患者データベースを用いて, 脳卒中患者の誤嚥性肺炎の発症, それに影響を及ぼす因子を検討したので報告する。【方法】日本リハ医学会患者データベース(2011年12月版)から摂食・嚥下障害の臨床的重症度分類(Dysphagia Severity Scale;DSS), 摂食・嚥下能力グレードが記載されている2197例(脳卒中急性期患者1495名, 脳卒中回復期患者702例)を抽出し, 誤嚥性肺炎発症率およびそれに関連する因子, 経口摂取状況を検討した。【結果】誤嚥性肺炎の発症率は急性期患者で25.6%, 回復期患者で16.5%であった。誤嚥性肺炎の発症は, 急性期・回復期ともに年齢, DSS, 摂食・嚥下能力グレード, 日常生活自立度, Glasgow Coma Scale, NIH Stroke Scale, 片麻痺の程度(Brunnstrom stage)と有意に関連していた( $p<0.01$ )。経口摂取の状況については, 急性期, 回復期において入院時3食経口摂取していた患者の割合はそれぞれ65.4%, 79.9%, 退院時は80.1%, 88.4%であった。退院時全量経口摂取に影響する入院時因子としては摂食・嚥下能力グレード, 生活自立度以外に, 急性期では年齢, 回復期では脳卒中既往歴が挙げられた。【結論】誤嚥性肺炎の発症には全身状態を含めた種々の因子が影響しており, 発症リスクの高い症例には早期から予防的な対応をとる必要があると考えられた。

## 3-P1-5 脳梗塞患者における摂食・嚥下障害の機能回復に影響する因子の検討

いわてリハビリテーションセンター診療部

佐藤 義朝, 大井 清文, 高橋 明, 立木 光, 村上 英恵, 村田 深雪

【はじめに】摂食・嚥下障害の機能回復には, 嚥下機能以外の運動機能や認知機能などの様々な因子が関与していると思われるが, 嚥下に及ぼすこれらの因子について述べた報告は少ないため, 脳梗塞患者における摂食・嚥下機能の回復に影響を及ぼす嚥下機能以外の因子について検討した。【対象と方法】対象は平成22年度に当センターに入院し, 入院時に摂食・嚥下障害を認めた脳梗塞患者52例(男31例, 女21例, 平均年齢71.3±9.9才, 入院時における藤島の平均嚥下グレード(以下Gr.)7.7±1.5, 退院時平均嚥下Gr.8.9±1.5)を, 責任病巣別に(A)大脳病変(n=37), (B)延髄外側病変以外の脳幹病変(n=7), (C)延髄外側病変(n=8)に分類し, 各群におけるGr.の改善度とBI, FIM, MMS, 体幹下肢運動年齢(MOA), 10m最大歩行速度および脳卒中上肢機能スコア(MFS)の各項目の入院時, 退院時およびその差(改善度)の値との関係を検討した。【結果】(A)群では, 退院時嚥下Gr.と退院時BI, 退院時嚥下Gr.と退院時FIM(総得点)および退院時嚥下Gr.と退院時FIM(運動項目)の間に正の相関を認めしたが, (B)(C)群では全ての項目において相関は認めなかった。また, 全ての群において認知機能との相関は認めなかった。【考察】大脳梗塞病変では, 嚥下機能の回復に退院時の運動機能の関与が示唆され, 歩行などの運動機能の改善が心肺機能に影響を及ぼし, その結果嚥下機能の改善につながる事が示唆された。

## 3-P1-6 脳卒中地域連携における嚥下食統一の試み

<sup>1</sup>今村病院分院リハビリテーション科, <sup>2</sup>鹿児島医療センター脳血管内科, <sup>3</sup>八反丸病院,  
<sup>4</sup>鹿児島脳卒中地域連携ネットワーク研究会  
堂園浩一朗<sup>1,4</sup>, 濱田 陸三<sup>2,4</sup>, 八反丸健二<sup>3,4</sup>

脳卒中の急性期では3割から6割の患者に嚥下障害がみられるとされる。治療の経過で改善されていくが, 中には改善に数ヶ月を必要とすることもある。こうした場合には脳卒中治療の急性期, 回復期, 維持期と食事形態を継続していく必要がある。しかし, 施設間で嚥下食に対する認識はまちまちで, 同じ形態の食事でも独自の名称を設けており, 施設が変わる際に混乱を生じていた。当地域においては2008年より脳卒中地域連携の研究会を立ち上げ, パスの運用を開始している。この中で切れ目なく嚥下食が提供できるように嚥下食の統一した基準を設けることとした。設定にあたっては金谷らの嚥下食ピラミッドを参考にし, 主食と副食に分けて6段階とした。同じレベルの食事をすべての施設で提供できるように主食と副食5種類(小鉢, 肉, 魚, デザート, みそ汁)について簡単なレシピを記載した画像サンプルを作成した。さらにパス以外の嚥下状態や栄養状態の詳細な情報が記載できる連絡シートも作成した。パスの中に嚥下食のレベルを記載する欄を設けるとともに, 嚥下食の基準, 画像サンプル, 連絡シートをCD-Rに載せ, 研究会会員へ配布した。現在, 研究会の中で嚥下食に対する意識の向上がみられている。地域連携における嚥下食統一の試みは全国的にもあまりなく, 新しい試みとして紹介する。