

食べることで生きる希望が  
つながることがあります。  
在宅ならではの  
そんな感動を  
ぜひ共有してほしいですね。

経鼻胃管を留置して栄養管理を行います。そのうえで、循環動態をモニタリングしながら口腔ケアと口腔周囲筋・嚥下筋群の基礎訓練、呼吸ケアを実施し、症状の改善を待つてタイムリリーに再評価します。JCSでII桁レベルに上がれば、上体を起こして覚醒をうながし、嚥下食ピラミッドのレベル0のゼリーをスライス法で食べていただきます。そして、朝にゼリーを1個食べられたら、昼には3個。次の朝にまた評価して問題がなければ、ゼリーにお粥ゼリーを付けるなど、1食→1日ごとにレベルを上げていきます。

——1食が勝負というわけですね。

小山 とにかくできるだけ早期にチューブ類を抜いて、患者さんから生活者に復帰していただくこと。それが私たちの使命です。そのためには咀嚼・嚥下機能もそうですが、呼吸機能、手足などの身体機能においても、動かせるところはできるだけ動かし、廃用による心身の機能低下をさせないことが大事です。

### 在宅へとつなぐ 食べる幸せの輪

菊谷 小山先生は1食たりとも放置せず、経口アプローチを行なうとおっしゃいましたが、在宅では1食どころか、何年間も経口アプローチが行なわれない状態で放置されているような方ばかりです。

——なぜそのような状態の方ばかりになるのですか？

菊谷 一般に急性期の病院では末梢静脈栄養で管理しています。短い在院日数のなかで退院に

あたつて口から食べられないとなると、患者さんとそのご家族は胃ろうを造設するかどうかの判断を迫られます。末梢静脈栄養のエネルギー投与量には限界があり、いつまでももつものではない。このまま食べられなければ2、3週間で亡くなる可能性もある。そうになると、とりあえず胃ろうを造設するしかないからです。しかし、多くの高齢者施設は、胃ろうの方を受け入れていません。結果、療養型病院に移るか、介護力のある家ならば在宅で暮らすこととなります。しかし、今は食べられないとしても、その後の嚥下機能評価や嚥下訓練をどうするのか？その指示がまったくないまま、胃ろうの方々は地域の中で漫然と、経腸栄養管理下で口から食べることなく暮らしている状況にあるのです。

——そのような方たちに対し、菊谷先生はどのような方法で介入されているのですか？

菊谷 病院では言語聴覚士や摂食・嚥下障害看護認定看護師がいて、入院患者さんの経口アプローチを行なつていても、退院後のフォローアップまで行なつていない施設は多くありません。これまで、私たちは、近隣の病院に入院する方や、在宅療養中の患者さんに経口アプローチをしました。それが実を結び、最近では病院で胃ろうを造設された方々や嚥下障害をもつたまま退院する方の退院前カンファレンスに呼ばれるようになってきたのです。また、当院の近所には在宅療養支援診療所が多々あつて、その医師が在宅訪問歯科診療の依頼をしてくれるようになりました。

小山 当院でも外来患者さんの受け入れをしていますし、退院患者さんのフォローアップの必要性を痛感しています。気になる退院患者さん



食べられるようになる  
おいしく食べる幸せの笑顔が  
生まれます。  
生活者として生きる喜びと  
幸せをサポートしたいと  
思っています。

がいれば、訪問看護でサポートしますし、9月21日間の摂食嚥下評価入院というサービスも始めました。

森田 私と契約している法人の場合、法人内に本部を含め7つの診療所がありますので、それらの診療所の医師から食欲不振や疾患に対する療養食についての在宅訪問栄養食事指導の依頼を受けて、患者さんのお宅にうかがうことがほとんどです。実際にお会いすると、経済的にゆとりがなくて食べられない方、冷蔵庫がなくて生鮮食品が食べられない方、極度の偏食で3食ビールが主なエネルギー源の方など、長年培ったさまざまな暮らしがあります。多くの方が低栄養状態にあり、口腔内をみると、口内炎があったり歯茎が腫れていたりと、さまざまなトラブルを抱えています。

——在宅という使えるものが限られた環境なかで、どのように在宅訪問栄養食事指導をされているのですか？

森田 在宅において、管理栄養士1人では何もできません。ご利用者さまの暮らしを尊重しつつ、お食事をつくることや、食事介助を手伝うこともありますが、毎日の食事をつくって提供するのには介護職員やご家族なので、そうした方々にレトルト食品の活用法や栄養補助食品の使い方、介護食のレシピなどを伝えています。ただし、ご家族の生活環境はさまざまですし、介護職員の方々の意識やスキルも多様です。これを調整するのは大変なことですが、栄養管理については管理栄養士がコーディネートしていかなければならぬと思います。「どんな低栄養か？」ではなく、「なぜ低栄養になったか？」を考えなければいけないのです。

小山 当院が位置する厚木市には幸い、地域栄養ケアPEACH厚木(代表・江頭文江氏)があるので、退院後の栄養管理と経口維持をつなぐことができ助かっています。しかし、在宅の方々をサポートしてくれる管理栄養士さんは非常に少なく、苦慮されている地域が多いと思います。

菊谷 私たちのクリニックでは、訪問診療先の高齢者施設との連携システムは、かなり形になりました。嚥下機能評価の場に必ず、管理栄養士や看護師、ご家族が同席し、その場で評価したことを皆で話し合い、ケアプランに盛り込んで次の訪問の際に再検討するという流れです。ところが在宅の場合、まずこのチームを形成するのが難しい。医師や看護師、介護職員、言語聴覚士などの専門職が異なった施設に所属しているのも、各事業所それぞれの思いを背負っています。まずその思いを1つにまとめることが難しいのです。さらに在宅で活動する管理栄養士がなかなか見つからないという大きな問題もあります。そこで当院では常勤の管理栄養士を雇用しましたし、院内にアイランド型のキッチンを設置した研修室をつくり、在宅への意識の高い地域の管理栄養士たちに開放し、在宅訪問栄養食事指導の勉強会を日々行なっています。

——在宅の領域に管理栄養士がいらないのなら、養成しようという発想ですね。

菊谷 そうです。先ほど森田先生がおっしゃっていました。摂食・嚥下障害について取り組んでいると、必ずと言っていいほど低栄養状態と食形態の調整の問題が出てくるのです。自身はカレーライスくらいしかつくったことがないので、どう指導すればいいのか限界を感じた



## 在宅での食べられるようになった喜びを 少しでも多くの仲間と 共有したいと思います。

のです。

——食形態の調整のお話が出ましたが、今年9月に発表された「嚥下調整食学会分類2013」についてどう思いますか？

菊谷 今まで我々は訪問先で嚥下機能評価を行った際、どういう食形態ならば適正かを考えたとき、自分たちが考える物性を訪問先の施設で作成している嚥下調整食に当てはめて提案していました。つまり、我々の食形態の言語と異なるので、その都度翻訳しなければならなかったのです。しかもその翻訳がいつも理解されずとはかぎらない。それがストレスだったので、この分類ができたことで翻訳の必要性がなくなり、スムーズな連携につながっていくと思います。我々は積極的に使っていこうと思います。

小山 神奈川県では嚥下食ピラミッドを基本にした「NST・嚥下連絡票」があり、それを使って食事形態の連携を図ってきました。「嚥下調整食学会分類2013」も基本的には嚥下食ピラミッドをベースにしたもので、学会が発表したものに改変していきますし、全国的に広げていく必要があると思います。

——最後に読者にメッセージをお願いします。

菊谷 食べることは人に大きな力を与えてくれます。私が担当した患者さんで3カ月間意識のなかった方がいます。その方は目が覚めたときに手足が動かず、チューブだらけの自分の姿を知って、「なぜ、このまま逝かせてくれなかったのか」と訴え、ご家族を困らせていました。しかし、経口摂取が可能になってくると、お孫さんと遊ぶことが楽しみになり、生きる希望をつなきました。またある患者さんの場合、プリン

を食べられるようになると、介護者であるご家族がその方のために何か食べられるものをスーパーで選ぶことが楽しみになったそうです。こうした感動的な出来事は、在宅だからこそ得られるものです。ぜひ、読者の方々にもこの感動を共有してほしいと思います。

小山 まったく食べられない方がお家にいると、ご家族は気を遣って匂いを発しないようにして料理したり、こっそりと食べたりの場合があります。結果、介護者の方々はひどくやせてしまったり、ストレスが高じてしまいます。しかし、食べられるようになると、食卓での団らんが蘇ります。おいしく食べる幸せの笑顔が生まれます。管理栄養士の方々には栄養管理だけでなく、生活者として生きる喜びと幸せをサポートしてほしいと願っています。

森田 在宅での取り組みは非常に難しいことが多く、教科書がないなかで試行錯誤の毎日です。しかし、苦勞の末に少しでも食べられるようになると、そこからパツと生きる力がわくことを実感しています。ご家族だけでなく多職種と連携して、この喜びを少しでも多くの方と共有していきたいと思います。



## 「嚥下調整食学会分類2013」について

以下は今年9月19日に日本摂食・嚥下リハビリテーション学会のホームページ上にアップされた嚥下調整食の新たな「ものさし」である。表1の食事の早見表を図式化したものが図のスキーマである。基本的に嚥下食ピラミッドを踏襲したものであるが、コード0を「ゼリーから始めるもの」と「とろみから始めるもの」の2つに区分している。これは、すべての症例がゼリーからスタートするわけではなく、ペースト状から食べ始める場合もあることに配慮したものである。また、コード2を2-1と2-2の2段階に設定している。これは、とろみから経口摂取を始める場合、次の段階としてペースト食に移行するが、

不均質なペースト食はハードルが高いため、まず均質なペースト食を摂取し、その次に不均質なペースト食をとってもらえるように配慮したものである。とろみについては表2に示したように、「薄いとろみ」「中間のとろみ」「濃いとろみ」の3段階を設定している。

この分類は食事の形態調整において施設間で連携を図るための共通言語であり、これらの図表のコードナンバーを使って転院先との連携に活かしていくように策定されている。

※「嚥下調整食学会分類2013」についての詳しい内容は、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会ホームページにアップされている「嚥下調整食学会分類2013」の本文をご参照ください。また、本誌53ページからの稲下淳先生の誌上講演もぜひご覧ください。

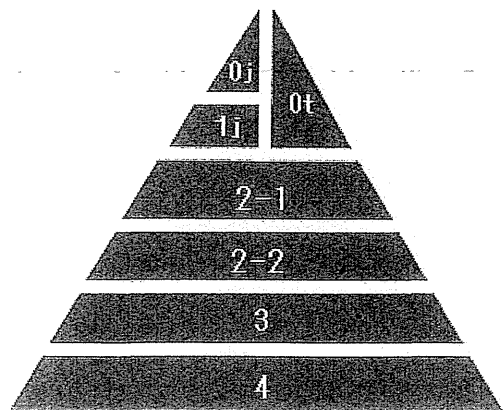
表1 学会分類2013(食事)早見表

コード 【I-0項】	名称	形態	目的・特色	主食の例	必要な摂食能力 【I-10項】	他の分類との対応 【I-7項】
0	j	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー。離水が少なく、スライス状にすることが可能なもの	重度の症例に対する評価・訓練用。少量をすくってそのままのみ可能。残留した場合には吸引が容易。たんばく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL0 えん下困難者用食品許可基準 I
	t	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したとろみ状(原則的には、中間のとろみあるいは薄いとろみのどちらかが選んでいる)	重度の症例に対する評価・訓練用。少量すくむことを想定。ゼリー丸呑みで訓練したりゼリーが口中で溶けてしまう場合たんばく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL3の一部 (とろみ水)
1	j	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔外で適切な食塊状となっている(少量をすくってそのままのみ可能)。送り込み時に多少意識して口腔に舌を押しつける必要がある。0Jに比し表面のざらつきあり	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリー など	(若干の食塊保持と送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL1-L2 えん下困難者用食品許可基準 II UDF区分4(ゼリー状) *UDF:ユニバーサルデザインフード
2	1	ピューレペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、舌と押しやすいもの。スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの(咽頭では残留、誤嚥をいかに配慮したものを)	粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッドL3 えん下困難者用食品許可基準 II・III UDF区分4
	2	ピューレペースト・ミキサー食などで、べたつかず、舌と押しやすいもの。中程度の硬さでもスプーンですくって食べることが可能なもの		やや不均質(粒がある)でもやわらかく、離水もなく付着性が低い粥類	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッドL4 高齢者ソフト食 UDF区分1
3		形はあるが、押しつぶしが容易。食塊形成や移送が容易。咽頭でほけず嚥下しやすいように配慮されたもの。多量の離水がない	舌と口腔間で押しつぶしが可能なもの。押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し(あるいはそれらの機能を喪失し)、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの。	離水に配慮した粥 など	舌と口腔間の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッドL4 高齢者ソフト食 UDF区分3
4		残さばらけやすさ・粘りつきやすさなどのないもの。舌やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法がなくとも対応可能な状況。上下の歯槽間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口腔間で押しつぶすことは困難	軟飯・全粥 など	上下の歯槽間の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッドL4 高齢者ソフト食 UDF区分1・2

表2 学会分類2013(とろみ)早見表

	段階1 薄いとろみ 【III-3項】	段階2 中間のとろみ 【III-2項】	段階3 濃いとろみ 【III-4項】
英語表記	Mildly thick	Moderately thick	Extremely thick
性状の説明 (飲んだとき)	「drink」という表現が適切などろみの程度。口に入れると口腔内に広がる液体の種類・味や温度によっては、とろみがついていることがあまり気にならない場合もある。飲み込む際に大きな力を要しない。ストローで容易に吸うことができる。	明らかにとろみがあることを感じがありかつ、「drink」という表現が適切などろみの程度。口腔内での動態はゆっくりですぐには広がらない。舌の上でまとめやすい。ストローで吸うのは抵抗がある。	明らかにとろみがついていて、まとまりが良い。送り込むのに力が必要。スプーンで「eat」という表現が適切などろみの程度。ストローで吸うことは困難。
性状の説明 (見たとき)	スプーンを傾けるとすと流れおちる。フォークの歯の間から糸状に流れ落ちる。カップを傾け、流れ出た後には、うっすらと跡が残る程度の付着。	スプーンを傾けるととろとろと流れる。フォークの歯の間からゆっくりと流れ落ちる。カップを傾け、流れ出た後には、全体にコーティングしたように付着。	スプーンを傾けても、形状がある程度保たれ、流れにくい。フォークの歯の間から流れでない。カップを傾けても流れ出ない(ゆっくりと塊となって落ちる)。
粘度 (mPa・s) 【III-5項】	50 - 150	150 - 300	300 - 500
LST値 (mm) 【III-6項】	36 - 43	32 - 36	30 - 32

図 学会分類2013のスキーマ



日本摂食・嚥下リハビリテーション学会ホームページより(一部改変)  
<http://www.jsdr.or.jp/>

～農林水産省の「介護食品のあり方に関する検討会議」によせて～

## 高齢者が商品を手に取りやすく するため、基準をおおまかに 設定したい。

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック院長 **菊谷武**



介護食品に求められるものは、2点あると考えています。1つ目は高齢者が商品の機能性を理解しやすく、手に取りやすいことで、もう1つは栄養が豊富に含まれていることです。

### ●基準をおおまかに設定したい

高齢者やその周りの方々が、その方の咀嚼・嚥下機能に合った基準を理解し、その基準を満たす商品を手軽に選択できるようなものであるべきと考えています。あくまで食事ですので、あまり厳しい基準は必要ありません。毎日の食事を楽しむこともできなくなります。例えば、入れ歯がなくて歯ぐきで食べる食事、舌で押しつぶして食べる食事、丸のみが可能な食事、歯で噛める食事といったおおまかな基準でいいかと思います。基準を明確にしすぎることで、医師が判断しなければ選択できないことは避けなければいけないからです。医師の判断が必要だと書かれている時点で、介護食品でなくなり医療食品になります。社会に流通する商品なので、消費者が日々の生活のなかで手に取りやすいものにするべきと考えています。また、食べる機能を評価できる医師が少ないことも理由に挙げられます。医師の診断を必要とせず、高齢者やその家族、ケアマネージャーなどが判断できるようざっくりとした基準でいいと考えています。

### ●低栄養予防を意識してもらいたい

現在、栄養を摂り過ぎると肥満になり健康に良くないと考える風潮がありますが、高齢者の栄養問題は高栄養ではなく、むしろ低栄養です。歳をとったら痩せるのは当たり前だとか太ってはいけないという考え方を改め、体重が上がることも、栄養不足により痩せすぎてしまうことの方が危険であることを認識してもらいたい。高齢者の食事は低栄養予防を意識した高カロリー・高たんぱくなものが理想的です。商品を裏返し、表示を

見たときに、低カロリー・低たんぱくだから喜ぶのではなく、栄養価が高いものを好んで商品を選んでもらいたい。

以上の2点をふまえて食品表示も検討する必要があります。各栄養素を細かく表記するだけでなく、高栄養食品と謳う表現を加えたいです。美味しく、しっかり栄養が取れる食品で、食べやすい物を提供できる体制づくりを急ぐべきだと思います。

### ●美味しく食べられることが大前提

介護食品とは誰のための食品なのでしょうか。きっと介護食品と言えば、介護が必要な高齢者だけの食品と認識されるでしょう。低栄養の方や食欲が低下した方、病後の回復期の方など様々な方が使用できるように介護商品の名称についても検討していきたいと思います。その点を踏まえて検討会議では“いわゆる介護食品”とし、定義段階から着手してその後の検討会議に悪い影響を及ぼさないようにしたいと思います。

社会に流通する商品の検討会議だからこそ、美味しく食べられることを大前提として、そこに合理的な機能性や高い栄養素が含まれることが理想であると思います。軟らかく栄養豊富なものを食べると栄養状態を維持することができ、病気で失われた機能を回復することもできます。しっかり栄養を摂ることで、食べるときに使用する筋力や体重を維持することが命の源であることを多くの方に理解してもらいたい。

### プロフィール 菊谷 武氏

日本歯科大学 教授  
口腔リハビリテーション多摩クリニック院長  
東京都小金井市にある摂食嚥下リハビリを専門に実施するクリニックで、地域の食べることが難しくなった方々を支えている。  
介護食品のあり方に関する検討会議 定義に関するワーキングチームの座長を務める。



2013年12月9日  
第3055号

週刊(毎週月曜日発行)  
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料別)  
発行=株式会社医学書院  
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23  
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850  
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp  
ISSN 1347-4644 (創版者著作権管理機構 委託出版物)

New Medical World Weekly

# 週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今月号の主な内容

- 【座談会】地域でつながる、多職種でつなげる 高齢者の「食」支援(江頭文江、菊谷武、菊谷雅文、原田典子)……………1-3面
- 【連載】“問診力”で見逃さない神経症状……………4面
- 【連載】続・アメリカ医療の光と影/在宅医療モノ語り……………5面
- MEDICAL LIBRARY……………6-7面

## 地域でつながる、多職種でつなげる 高齢者の「食」支援



原田典子氏

原田訪問看護センター長  
訪問看護認定看護師



菊谷武氏

日本臨床大学 口腔リハビリテーション  
多職種リニック院長



菊谷雅文氏(同会)

名古屋大学大学院医学系研究科  
地域看護学・老年学学術協議会



江頭文江氏

地域栄養ケアPEAC(財)皇木代表/  
管理栄養士

高齢者が住み慣れた地域で、QOLを保って暮らしていくには「食べること」への支援が欠かせません。「食」の充実こそが、明日を生きる力を引き出すとともに、終末期に向かってなだらかな下降線をたどる身体と心を支えるのです。しかし、地域における食の支援には、制度や人材育成、職種間連携、そして支援の重要性のものへの理解など、検討すべき課題が多々あります。そこで今回の座談会では、食の視点を持って、地域で活動する医療職の方々に、支援の充実のために求められること、そして、終末期に食が果たす役割についてお話しいただきました。

葛谷 実は私はもともと、どちらかといえば“過栄養”を中心に研究してきた身です。しかし、老年科医として高齢者医療の現場にいますと、過栄養の人より、栄養を思うように取れず、やせてきている人のほうが目に付く。大学病院の院内NSTにかかわり始めたこともあって、高齢者の栄養障害を研究テーマにすえるようになり、さらに所属する講座も「地域在宅医療学・老年科学」と変わって、ここの地域における高齢者への「食」支援には、ますます関心を深めているところです。

そこでまずは、皆さんが地域でどんな方にどんな支援をしているか、というところから教えていただけますか。江頭 当団体では、管理栄養士3人で約60人の利用者に外来・訪問での栄

養サポートを行っています。利用者のほとんどが高齢者で、割合としては7割が食べることに何かしら支障のある方、2割弱が経管栄養法に移行された方ですね。胃ろうを拒否して経鼻胃管で病院から自宅に戻られた方、病院で中心静脈栄養にしたけれどもう一度口から食べたいという方など、個々の事情に合わせて、食べ物の工夫や、食べ方・食べさせ方の指導を行っています。菊谷 当院は、口腔リハビリテーションにほぼ特化した診療を行う施設として開院し、約1年になります。1400—1500人ほどの利用者の約半数が高齢者で、外来と訪問診療が3対7の割合です。歯科の訪問診療では、病院などの医療機関にも老健施設にも行けますので、そうした施設訪問が9割、残り

の1割が在宅訪問です。葛谷 施設と在宅では、それぞれどのような支援をされているのでしょうか。菊谷 施設では、施設所属の管理栄養士のコーディネートのもと、機能評価に加え、職員へのリハビリ・環境設定の指導も行います。在宅訪問では、評価とリハビリのほか、当院の管理栄養士も同行して栄養指導を行っています。

訪問診療により、患者さんが日ごろどんな環境で、どんな食事をしているか把握できますので、そのうえで外来で定期的な嚥下造影検査を行って機能的な評価に努めています。

原田 当施設は、利用者約170人の大規模な訪問看護ステーションで、昨年5月からは、20床のショート・ステイ施設も開設しています。

葛谷 170人のうちのどのくらいの方に、食の問題があるのでしょうか。

原田 約半数が、飲・食に関して何らかの支援が必要な方ですね。支援としては、介護者への調理教育から、いったん胃ろうになっても「口から食べたい」という意欲のある患者さんへの摂食・嚥下訓練まで幅広く実施します。ショート・ステイでも、常食をう

まく食べられない状態である高齢者が約3分の1を占めますので、専任の栄養士、調理師を配置して、ソフト食の提供や食形態の工夫など、食に関する支援を行っています。

### まずは問題に「気付いて」「つなげる」こと

葛谷 皆さん立場は、在宅での食支援に関してはかなり先進的だと思いますが、地域に、そうした支援の必要性・重要性への理解は浸透していると思われませんか？

菊谷 摂食・嚥下ケアや栄養指導など、専門的な介入を行うことで何がどう変わるのか、十分に周知されているとは思いますが。

何らかのきっかけで依頼を受けると「結構効果があるものだ」と理解され、半ば偶発的にサービスがつながり出すこともあります。[もう少し早く呼んでくれれば、胃ろうにせずつんだのに、肺炎にもならなかったのに……]と思わせるような、介入のタイミング

(2面につづく)

座談会 地域にできる介護種を創る

<出席者>

◎江頭文江氏

静岡県立大短期大学部卒。聖隷三方原病院栄養科を経て、2000年、管理栄養士による地域栄養ケア団体「ピーチ・サポート」を設立し、03年「地域栄養ケアPEACH厚木」と改称。医療機関と連携し、外来栄養相談、乳幼児の食事相談や離乳食教室、在宅療養者への訪問栄養指導など地域に根付いた栄養・食事サポートを、現在に至るまで幅広く行っている。著書に『在宅生活を支える！これからの新しい「喘息下食レシピ」(三輪書店)など。

◎菊谷武氏

1988年日本歯科大学歯学部卒。2001年より同大病院口腔介護・リハビリテーションセンター長。05年より同大助教授、10年より同大大学院生命歯学研究所教授を併任。12年10月、口腔リハビリ専門のクリニックを開院。医師・歯科医師・言語聴覚士・歯科衛生士・管理栄養士の多職種チームで摂食嚥下機能の支援に取り組む。著書に『食べる介護がまるごとわかる本』(メディカ出版)など。

◎寫谷雅文氏

1983年大阪医大、89年名大大学院卒。米国立老化研究所研究員を経て、96年名大病院老年科助手、99年同講師。2002年同大大学院医学系研究科助教授。11年より現職。09年より同大病院NST委員長、13年より地域医療センター長を兼任。共編著に『治療が劇的にうまくいく！高齢者の栄養 はじめの一步——身体機能を低下させない疾患ごとの栄養管理のポイント』(羊土社)など。

◎原田典子氏

山口県立総合医療センターで10年間勤務した後、1994年より訪問看護に携わる。2005年に原田訪問看護センターを立ち上げ、現在、山口県内ではALS患者などが多い最大規模の訪問看護ステーションとなる。昨年、人工呼吸器装着者など医療依存度の高い人や、終末期高齢者などを受け入れる短期入所生活介護(ショート・ステイ)施設「コミュニティプレイスいきいき」を、20床で開設した。認知症ケア上級専門士。

(1面よりつづく)

を逃しているケースには非常に多く遭遇します。

原田 訪問看護への食に関する指示書も、誤嚥性肺炎を繰り返して入院後、退院してようやく出るような状況のため、もっと早くから適切なアプローチができれば、口から食べられる期間も延びるのに、と思うことはしばしばです。また、医師や歯科医師の訪問診療

に比べ、特に看護師や、薬剤師・管理栄養士による居宅療養管理指導は、たとえ月1回、500円の負担であっても「何をしてくれるかよくわからない」と、利用者側から受け入れられにくいように感じます。

葛谷 なかなかスムーズにいかない現状があるんですね。

一方江頭さんは、長年地域で栄養指導をされていますが、食支援への理解を促め、早期介入につなげるといふ点で、工夫されてきたことはありますか。江頭 まずは、患者さんと一番距離の近いヘルパー(訪問介護員)やケアマネジャー(介護支援専門員)に、食についての問題意識を持ってもらうことからだと思えます。

利用者の方の、食事にかける時間が長くなった、すごくむせるようになった、といったちょっとした変化や、家族の「おむつのサイズが小さくなってきた」といった何気ない発言から「何となくおかしい」と気づき「このままではいけない」と思える。そういう視点を持ってもらえるよう、研究会などで情報の発信を続けています。

葛谷 観察・評価ができるようになる、ということですね。

江頭 はい。さらに、専門職が介入する意義を理解してもらうためには、事後報告的にでも、訪問したことを医師だけでなく、看護・介護職の方に伝えていくことが重要だと思っています。「栄養士が介入したら、患者さんの状態がこんなに改善した」と知ってもらえれば、別の事例の相談につながったり、介護職仲間にも話が広がっていく。私自身、当初は医師から直接依頼を受けることがほとんどだったのですが、そういう工夫を続けて3年ほど経つと、ケアマネジャーからの依頼が急増しました。

葛谷 訪問指導にまで結びつけば、支援に急を要するケースなのか、このままの食生活で問題ないのか、ということもわかりますし、問題の背景にあるのが食事なのか、摂食・嚥下機能の低下なのか、あるいは認知症が隠れているのか、「食べられない」原因を鑑別して、それぞれに合わせた支援ができますね。患者の近くにいる職種が、ざっくりとでも問題に気付いて、専門職につなげることが、まずは重要であるとわかりました。

地域に専門職がないなかで

葛谷 ただ「つなぐ」先である、専門知識を備えた職種自体が地域にまだ少ないことも、一つ大きな問題です。

原田 それは本当にそうですね。看護職もある程度、オールラウンドに担えるような努力はしているのですが、やはり専門知識を持った方をお願いしたい、と感じる状況はたびたびあります。江頭 一つには、制度上の問題がありますね。管理栄養士の場合、訪問指導を行うには医療機関との契約が必要ですが、無床の診療所やクリニックには管理栄養士の配置義務がなく、算算面からも、常勤での雇用はなかなか難しいのです。また、月2回という訪問回数の制限も「肺炎で入院か、在宅でいいのか」といった緊迫した状況下ではいかに少なくも、活動が限られてしまう原因だと思っています。

さらに、私が根本的な問題だと感じているのは、これまで主な活動の場としてきた病院や施設と、今後出ていかなければならない地域とでは求められる知識やスキルが異なり、そのギャップを栄養士自身がなかなか埋められていない、という現状です。「まずは自分たちからだよ」とはよく言っています。葛谷 制度と意識、外側と内側の両面から変えていくことが必要、ということですね。

摂食・嚥下機能の長期的な維持にはリハビリも必須ですが、リハビリの専門知識を持つ言語聴覚士(ST)も、栄養士と同様、在宅領域で活動されている方はまだまだ少ないですね。

原田 ええ。当施設でも看護師が嚥下訓練をひと通り勉強して、実施している状況です。

江頭 STは有資格者の絶対数が少ないこともあって、なかなか地域に出るまでには至っていないのだと思います。ただ、訪問リハビリを行っているの方が増えつつありますので、彼らに食支援への関心を深めてもらって、座位姿勢や食事動作などの訓練をお願いすることは、一つ現実的な案かと思えます。

菊谷 歯科の立場からは、歯科衛生士の活用を提案したいですね。例えば居宅療養管理指導の算定件数で見ると、齒

科衛生士は月約5万件で、5000件の栄養士に比べても、かなり地域に浸透しています。歯科衛生士が、衛生面のケアだけでなく、機能面も支える意識を持ってスキルアップに努めることで、より大きな戦力になると考えています。

「おいしい食事作り」から支援に着手する

原田 「食べられない」原因のなかで私が気になっているのは、食事作りの問題です。特に、老老介護世帯では介護者が食事にまで手が回らず、ヘルパーの方が調理を担うのですが、ヘルパーへの調理教育が希薄なため、高齢者が「おいしい」「食べたい」と思える食事を作れていない現状があります。

昨年、地域の介護労働安定センターに掛け合い、ヘルパー向けの教育カリキュラムの一環として介護食研修を初めて実施できたのですが、もっと食べへの関心を持ってもらうためにも、調理教育というのは欠かせないな、と思っています。

江頭 特にヘルパーの方の場合、時間で利用料金が算定されますから、いわゆる特別疾患用の食事作りのスキルはもとより「手際よく」作れることも大事です。基本の調理技術から、教えていくべきと感じますね。

葛谷 「食事作り」は、一番身近で着手しやすい介入でもありますね。

原田 ええ。「少し味付けを濃くする」「郷土色を取り入れる」など、ちょっとした工夫で効果も表れやすいです。ぜひ、食べたいと思える食事を作れるような教育の充実を、図っていききたいところです。

菊谷 当院でもショップスペースを設け、介護食や高カロリー食を手軽に取り入れられるようにしたり、併設のキッチンでヘルパーや栄養士、地域住民の方向けに月に5-6回、介護食教室を開催しています。まずは食事という、身近に感じられることへの支援から始めて、地域全体の食への関心を深めて、ゆくゆくは人的・物的資源の充実につながれば、と考えています。

他職種と現場で顔を合わせる工夫とは？

葛谷 お話していると、栄養士、看

護師、歯科医、歯科衛生士、ST……と、本当に多くの職種が「食」にかかわっていることを実感します。

多職種の結びつきは、地域包括ケアの根幹でもあると思うのですが、職種間の連携において、工夫されていることはありますか。

菊谷 とにかく、現場で顔を合わせられるような努力はしていますね。歯科は自由に訪問診療ができる反面、単独で動いてしまいがちなのですが、そこをあえて、訪問看護師やケアマネジャー、STの方と予約時間を合わせる。「どうも歯医者さんも入っているらしいね」で終わるのではなく、直接コミュニケーションを取ることで、貴重なカーボス同士が少しでも結びつければ、と考えています。

菊谷 うまく連携することで、ケアの効果も数倍になりますものね。

菊谷 そうですね。例えばPTの方に食事の姿勢を見てもらいながら、同時に口腔リハビリを行うといった連携が実現できれば、とても効率が良いはずですよ。

原田 歯科医の先生の初回往診時には、訪問看護師をできるだけ同席させますね。入れ歯が全然合っていないまま放置されているケースも多いので、適切なアドバイスをもらえるよい機会になるのです。

江頭 私たち栄養士も、訪問看護師やヘルパーの来訪時間に合わせるなどして、直接、申し送りができるようにしています。患者さんによっては、かかわる事業所やヘルパーが複数いる場合もありますので「今月は何曜日に行こう」とか「夕方に行ってみよう」と、流動的にスケジュールを組むんです。

## 「食」への工夫が、悔いのない終末期をつくる

菊谷 高齢者の食支援について、さまざまな視点からお話いただきましたが、どんな工夫をしても食べられなくなる時期が、いつかはやってきます。しかし、そうなったときどうするか、は本当に難しいものです。病院でも、90歳代の患者さんに「胃ろうにはしたくない。でも経鼻胃管で栄養はたっぷりあげ続けたい」というご家族や、「家で看るのは無理だから」と、人工栄養は不要と理解していても、施設に入れるために栄養ルートを確認せざる

「この曜日のヘルパーさんには教育が必要だな」ということがわかれば、集中的に訪問をかけることもあります。菊谷 そうすると現場で、食形態や介護食の指導もできるわけですね。

主治医の先生とも、同様のかかわりをされておられますか？

菊谷 主治医の往診の予約時間に歯科の予約をあえて当て、現場でコミュニケーションを取ることもありますね。

また、当院は摂食・嚥下領域には特化した診療を行っているので、かなり広域に往診をします。そこで、各地域でキーパーソンとなる在宅医には、往診の際に「ご紹介、ありがとうございます」と挨拶するんです(笑)。驚きつつも喜んでくださる方が多く、私自身も人となりわかることで、今後のやりとりがスムーズになります。

菊谷 なるほど。食支援の視点を備えた多職種とかがかりが持てることは、医師にとっても得るものが多いと思います。実は、医学教育そのものに「食べられないこと」への視点が乏しいため、年齢に応じた食の在り方を考慮できず、画一的な対応にとどまっている医師もまだ多いと感じています。

病院にはNSTの制度ができたので、ある程度関心を持ちやすくなりましたが、地域で働く医師の方にも、もっと食に関心を持って、多職種の輪に加わってほしいと願っています。

原田 私たちは、医師の指示があって訪問看護に入れることもあり、「お医者さんのひと言」の効果の大きさは、いつも実感するところです。医師の方が食支援において、連携のまとめ役を担ってもらえると、うまくいくケースもいっそう増えると思いますね。

を得ない場合など、対応に悩むケースを多々見えました。

どうしても食べられなくなってきたとき、患者さんの周囲、皆が納得して終末期への流れを作るにはどうすべきか、最後にお考えを伺いたいです。原田 食べられないことへの不安というのはどうしてもあって、何としても食べさせたい、栄養を入れたいと、点滴や胃ろうを切に希望される家族はまだ多いですね。

訪問看護師はずっと経過を見てきて



いますので、そのことを踏まえて「身体がいのちを閉じるための準備を始めるから、食べられない」ということを話し、納得していただけるようにしています。

ただ、病院の看護師を見ていると、「食べられないままでもいいのだろうか」と、「何もしない」状況を看護師自身が受け入れられないことも多いと感じます。そういう意味で、まずは専門職間でも、終末期の食についての認識の共有が、必要である気がしますね。

菊谷 在宅医療側と病院側の意識共有は、大切ですね。例えば在宅で「最期まで経口で」というスタンスが共有されていても、病院側に情報が届いていなければ、肺炎などで入院したとき、胃ろうなど、思わぬ処置をされて帰されるケースがあります。

「手を尽くして、あえてこの状態」なのか「まだ何かできることがあるのか」をかかわる人全員がわかっていて、できることがあればすべてやる、という気概で臨むこと。それが、流れを途切れさせず、終末期に向かえるポイントかな、と思います。

江頭 本来は、身体が最期まで受け付けるのは、水分と電解質だけです。それでも、一口「食べている」ことが、本人のみならず介護者の精神的な支えになる場合もあります。

最近看取った96歳の患者さんでも、主治医や看護師と細かく相談し、介護者であるお子さんを中心に、数百mLのゼリーを1日複数回に分けて食べさせながら、最期を迎えました。お子さんにとってはそうすることで、「親父を見てあげられた」という思いに満たされ、悔いのない見取りができたとおっしゃっていました。

「食」を介することで、患者と介護者とが一緒に最期の階段を降りていけるよう、すべての医療者が最期まで方針を共有して、連携を密にして支援ができれば、と考えています。

原田 患者本人と介護者が、その日をいかに大切に過ごせるかということ、そして本人が亡くなった後、介護者の後悔をいかに少なくできるか。それが、終末期を支える私たち医療者が、大事にすべきことだと思いますね。

菊谷 「やれることはすべてやった」という、「納得感」を、医療者も含め遺される人が皆、共有できていることがある意味、ゴールと言えるかもしれません。菊谷 自宅で、人工栄養に頼らずに少しでも口から食べられて最期まで過ごせ、「できることはしてあげられた」という思いで周囲の皆も満たされる。自然な形で終末期まで「食」を継続できる流れを作ることで、そういう最期を迎えられる人々を、少しずつでも増やしていきたいですね。

\*

菊谷 「高齢者の食支援」をテーマにすると、医療にかかわるほぼすべての職種が集まることが出来ます。それはつまり、地域において「食」でうまく連携ができれば、ほかの領域での多職種連携もうまくいくことを示唆しており、地域包括ケアにおける非常にわかりやすいモデルともなる、との認識ができました。

高齢者が地域で最期まで、おいしく食べて過ごせるよう、かかわる全ての職種がそれぞれのできることを考えながら、同じ方向を向いて進んでいけたらと考えています。本日は、ありがとうございました。(丁)



# 患者さんの声を聴くことから始まる 食を支える検査と開業医の役割

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

菊谷 武院長に聞く

## 急増する医療ニーズ

同施設では現在までに初診患者が1600名を超え、そのうち75歳以上の患者さんが外来で約45%、訪問診療では約80%を占めている。

この状況は想定していましたか？

菊谷 小児の患者さんについては地域の小児専門施設等の関係から、ある程度は来院を予想していました。また、高齢者の方については地元との連携が不十分な中でスタートでしたが、開設後の対応が進み現在に至っています。

高齢者の来院については周辺の半径5キロに150万人が密集する住宅密集地域であるにも関わらず、在宅者に対する訪問歯科診療が充足していなかった事情もあった。

ただし、同施設では訪問歯科診療は地域の医療機関の役割であるとして基本的に実施していない。

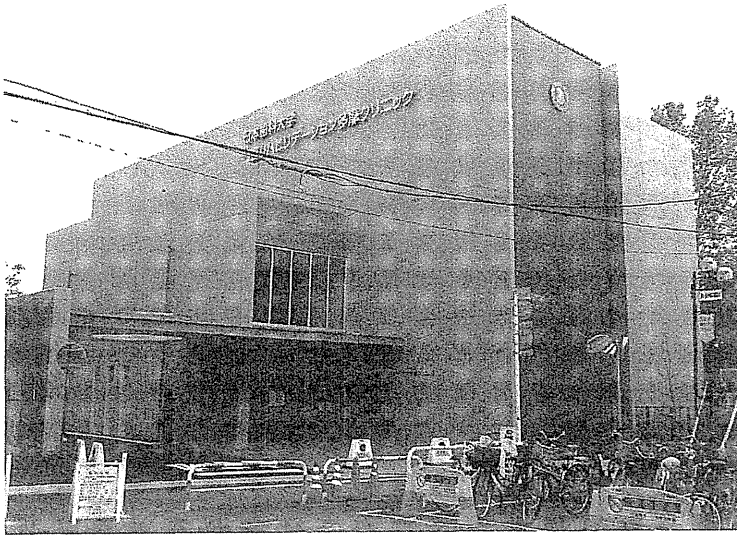
「咀嚼嚥下の対応で手一杯で、口腔ケアや義歯作成のために繰り返し訪問する余力はない」と菊谷氏は言う。摂食機能障害への対応は深刻な課題となっている。

## 摂食機能障害

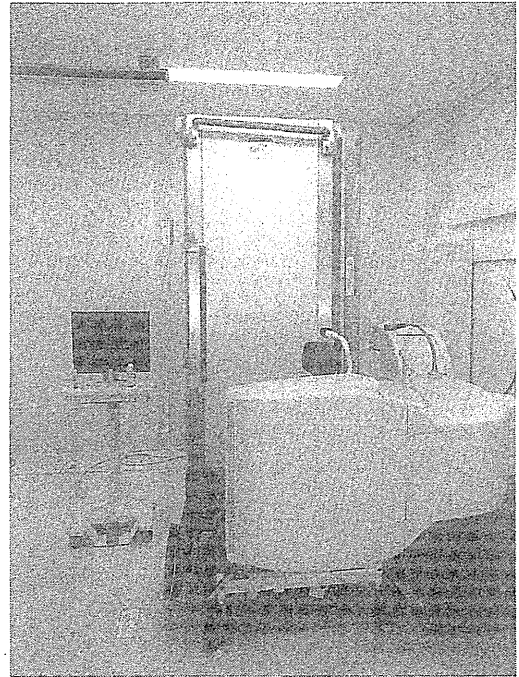
「摂食機能障害は保険制度上認められている歯科病名ですが、歯科が関与するために大切なことは、まずどのようにアプローチするかという正しい知識を身につけること」と菊谷氏は課題を指摘する。

咀嚼障害には、歯の欠損や義歯の不適合などにより器質的な原因によるものと、舌や口唇などの運動障害、高次脳機能の障害によるものなど、運動障害によるものがある。器質的な問題に対しては、咬合回復により改善できるが、運動障害によるものの中には、治るものと治らないものがある。

治るものであれば舌の機能訓練など対処の方法はある。一方、パーキ



日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック（以下、「同施設」）は、平成24年10月に口腔リハビリに特化した施設として東京都下の小金井市で開設した。同施設では患者さん全体のおよそ6割が摂食機能障害を主訴とする状況に対し、外来と訪問診療を通じて日々地域住民の食を支えている。患者さんの口腔機能を維持するために必要なこと、開業医の取り組むべき課題について、本施設の院長である菊谷武氏に伺った。



造影検査室では、患者さんが撮影（写真右）している状態を検査室側（写真左）からガラス越しに見ることができ、モニタ映像を利用して家族の方にも説明を行うことができる。

ンソン病や脳変性疾患による咀嚼障害は歯科領域で治すことはできない。そのような場合にどう対応するか。

「食形態を変える、食べ方の方法を提案することなどが考えられます」と菊谷氏は言う。このように、治せないケースにどのように対応するかという経験値が歯科界全般に乏しいのが現状といえる。

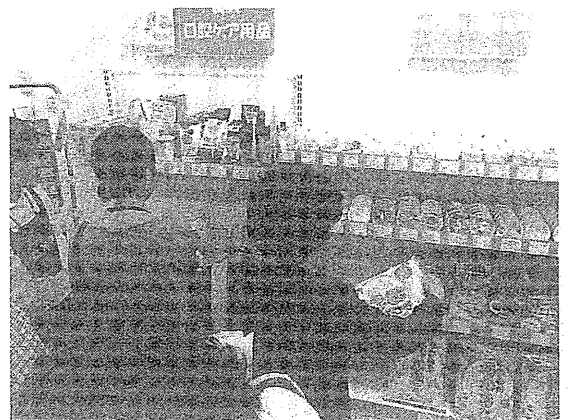
歯科界として必要な対応は？

菊谷 もし歯科医院に硬いものを食べたいという患者さんが来院したとき、正しい診断をして軟らかい食品を勧めることができるでしょうか。

すべての咀嚼障害の方に一律に同じ訓練を行わせることは適切ではありません。訓練で改善する障害かどうかを判断する知識が必要ですが、これらが大学教育で欠落していたことは事実です。ただし、今年から国家試験に高齢者歯科が含まれて摂食嚥下障害も項目立てられたので、今後は大量に出題されることが予想されるため、大学では急ピッチで対応を進めているところです。

咀嚼障害への留意点は？

菊谷 口腔の検査を行うだけでなく



1 贈受付横には口腔ケア用品、食品類のコーナーもある

く、なぜこの方は噛めないのかという病態を知ることが重要です。今まで歯科から内科への対診は、外科処置前の確認などが中心でした。しかし、パーキンソン病のような進行性の疾患の場合、歯科では何をできるかを知ることが必要です。したがって、今後は高齢者や有病者の増加に伴い、全身状態を把握するための対診をすることが求められます。

歯科治療のリスク管理だけでなく、口腔機能に関わる病態の対診は重要である。「体が動かなくなる病気だけでなく、口が動かなくなる病気も患者さんにとっては極めて致命的な状況で、そのような患者さんが日々歯科医院に訪れているはずで