

3. 地域歯科医師会との連携

当クリニックでは地域歯科医師会との連携を重視している。以下に連携事業を紹介する。武蔵野市歯科医師会とは市内にある2つの特別養護老人ホームにおいて摂食カンファレンスを実施している。この摂食カンファレンスとは、ミールラウンドの際に観察される食事の姿勢や食べ方、ムセの状況や咀嚼運動の可否等の評価に加え、嚥下内視鏡検査の所見を踏まえてケアプランやリハビリテーションプランに反映するために実施するものである。参加者は、当クリニックの歯科医師、歯科医師会から参加の歯科医師、施設の看護師、管理栄養士、ケア担当職員などである(図12)。

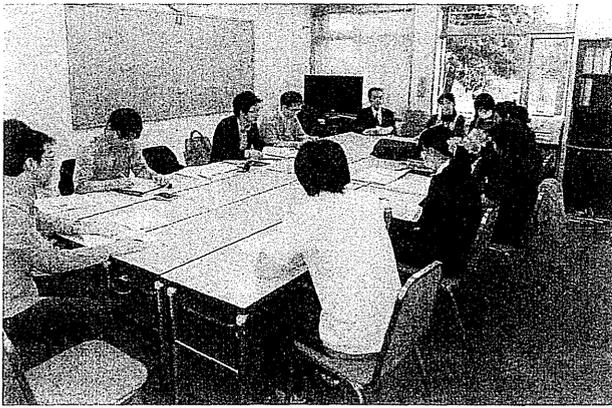


図12 地域歯科医師会と特別養護老人ホームにおいて摂食カンファレンスを実施している。

また、同歯科医師会と三鷹歯科医師会とは、近隣病院入院患者が退院後にシームレスな口腔管理が受けられるように当クリニックが病院に訪問して歯科治療、口腔ケア、摂食リハビリテーションを実施し、その後は継続した口腔管理が受けられるように地域の歯科医師と連携するシステムを開始した(図13)。

杉並区歯科医師会が運営する杉並区歯科保健医療センターとは、センターが実施している在宅患者の摂食嚥下リハビリテーションに対し、当クリニックが、専門の評価を実施することで共同体制の診療形態を構築している。

4. 地域医療連携にむけて

地域の医療、介護、福祉関係者、さらには行政との連携のために、さまざまな取り組みを行っている。ひとつは、地域の歯科医療者向けの研修会である。在宅歯科医療、摂食機能療法の対応が地域の歯科医療機関と連携して行えるように、在宅歯科医療研修会を2か月に1度、摂食カンファレンスを3か月に1度開催している。毎回60名を超える歯科関係者が集まり熱気にあふれた会になっている(図14)。本研修会は近隣の歯科医師会会員に参加を呼びかけ、地域における在宅歯科医療の促進、摂食嚥下リハビリテーションの促進を目的としている。当地域においては、立地するほぼすべての老人施設において訪問診療が実施されている。しかし、在宅療養者に対する訪問歯科診療はほぼ

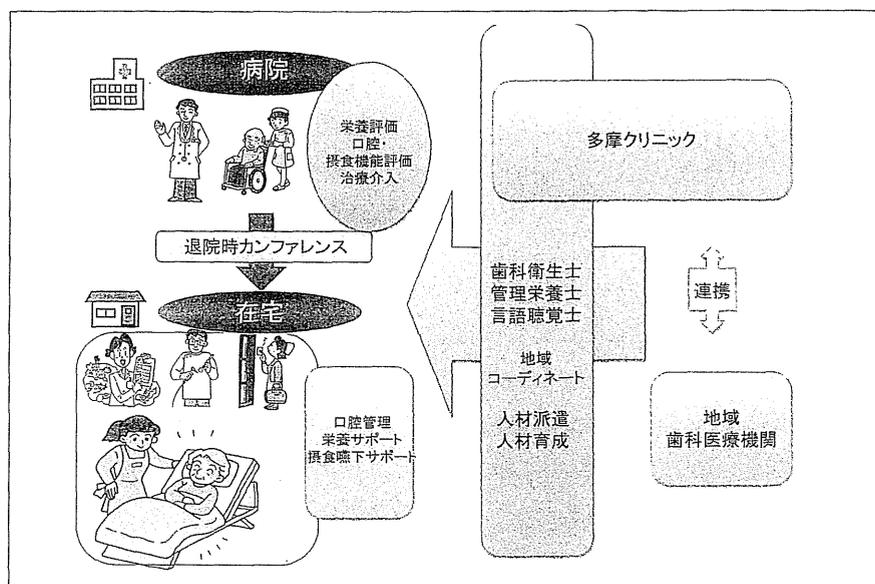


図13 地域において継続的な口腔管理が受けられるように地域病院、地域歯科医師会、多摩クリニックの連携が始まった。



図14 近隣歯科医師と行う摂食カンファレンス
地域における連携や医療の質の確保を目的に行っている。



図15 地域住民向けの介護食教室
クリニック内のキッチンスペースで開催する。

手つかずと言ってよく、地域の歯科医師による在宅歯科診療が実施されることを期待している。また、摂食嚥下リハビリテーションにおいては、専門的な評価、対応は当クリニックが行うが、リハビリテーションプランが策定され、ある程度安定して実施されるようになった場合に地域の歯科医師と協働でリハビリテーションを実施できることが、多くの患者にリハビリテーションを届けること、また、リハビリテーションの質を保つことにつながると考えている。そのために共にスキルアップすることを目的として本研修会を実施している。

一方、多職種向けの研修会として、小金井市市民交流センターを借りて研修会を開催し、リハビリテーション職種、栄養士、看護師、介護職員など、毎回200名を超える参加者で賑わっている。さらには、栄養士向けの研修会として介護食研修会や、地域住民向けの介護食教室、離乳食教室などをクリニック内のキッチンを設置した指導室で開催し、調理実習などを通じ、よりきめの細かい研修を心がけている（図15）。

5. 症例

症例1) 「味わうだけでも……」(図16)

患者は58歳の女性。原疾患である筋ジストロフィーの悪化により、2年前から経口摂取を中止し、自発呼吸も困難になったため気管切開後、人工呼吸器管理下となり、1年前から夫の介護を受けながら自宅で暮らしている。

主治医からの要請で摂食嚥下機能の評価と経口摂取の可能性について検討を行った。知的機能の低下はなく意識は清明であった。口腔の運動は保たれ、気管切



図16 主治医とともに患者を診察
主治医は誤嚥防止のために気管チューブのカフ圧の調整を行った。

開により発声はできないものの、口の動きを読むことで意志の疎通は可能であった。

一方、咽頭機能は著しく障害されており、嚥下時に見られる咽頭収縮は極めて微弱で咽頭内は自身の唾液で満たされていた。カフ付きの挿管チューブを使用していたが、1時間に1回程度気管内からの唾液吸引が必要であり、持続的な唾液誤嚥が疑われた。

食べ物の嚥下は困難であるばかりでなく、自己唾液の嚥下も困難であることが予想されたが、飴をなめ口腔内で味わった後、刺激で分泌された唾液を口腔外に吸引器で排出する方法を提案した。これにより、飴を味わうが、誤嚥のリスクを低くすることを目指した。飴をなめる際の安全性を確保するために医師にカフ圧の調整を依頼し、味わう時間はカフ圧を高く設定し直してもらうこととした。カフ圧調整、口腔ケア、飴なめ、口腔吸引、咽頭吸引、カフ圧調整といったこれらの手順を医師および当クリニックスタッフにより行

い、2年ぶりに直接口から味を感じることが可能となった。

本症例は、嚥下障害が重度であるが口腔機能は維持されていたために、主治医との連携のもとに、嚥下することは困難であっても味わうことに主眼を置き、本人の望みを一部叶えることができた症例である。

症例2)「子供の可能性を伸ばしたい」

患者は10歳の女兒。健康に発達していたが、6歳の時にインフルエンザ脳症に罹患し、寝たきりとなった。その後、経鼻経管栄養にて栄養を摂取していた。当クリニックには、「元気だったころのように、口から食べられるように摂食指導を受けたい」という希望のもと来院した。

脳症発症後、呼吸状態が悪く体調の安定しない状態が続いており、初診時の体重は25kg程度で栄養状態は不良であった。医科の主治医からは呼吸状態を安定させ、栄養管理の目的から、気管切開と胃瘻造設を勧められていたが、両親は「娘の体にメスを入れたくない」という気持ちが強く、踏み切れない状態が続いていた。

経口により、流動状の食物を食べさせていたが、むせが多くほとんど嚥下できていなかった。摂食指導は歯科医師と歯科衛生士が担当し、間接訓練として口腔周囲筋や嚥下関連筋を賦活化させるための訓練を中心に行った。

指導を開始して2か月が経過した頃、呼吸不全から緊急入院となった。一命は取り留めたものの気管切開、胃瘻造設を決断することとなった。この出来事がきっかけで呼吸状態が安定し、食物を食べる訓練が進み、患児はもとより母親のQOLも向上した。

状態も安定したために言語訓練の受診を勧めたところ、母親は突然大粒の涙を流し、「母親である自分は、子供の表情をみれば何を言いたいかわかるけれど、もっとほかの人たちにもこの子と交流してほしいから」と、強く希望を吐露し、言語聴覚士による訓練が開始された。言語訓練とは、言葉の発音の訓練だけを指すのではなく、他の機能を使っていかにコミュニケーション能力を伸ばすかという訓練でもある。そのため、本児の場合は目と指先の機能を使い、他者とよりスムーズなコミュニケーションを取れるための訓練を行った。

月1回の摂食指導と言語訓練を続けた結果、主な栄

養は胃瘻からとりながらも咀嚼までできるようになり、イチゴやメロンなどの果物や、せんべいなどを上手に食べられるようになった。また、言語訓練によって指先で「イエス・ノー」をはっきりと伝えることができるようになり、本児や家族の笑顔が増え、QOLの向上がみられるようになったことを実感した症例であった。

症例3)「90歳 まだまだ体は変えられる」

患者は90歳の男性。主訴は「食事がとれない、飲み込むのが怖い」であった。6～7年前から体重減少、6か月前に誤嚥性肺炎の診断のもとに入院の既往がある。身長156cm、体重39kgである。車椅子にて長男夫婦に付き添われて来院した。

上下無歯顎で総義歯を使用していた。食事は、退院時に指示されたミキサー食を中心に摂取していた。栄養評価を行ったところ、必要エネルギー量1300kcal、必要タンパク質量48gに対し、それぞれ、980kcal、36gしか摂取できていなかった。また、インピーダンス法によって測定した骨格筋量は14.4kgであった。

義歯調整を行うとともに、咀嚼力を検査したところ固形物の摂取も可能と診断された。嚥下内視鏡検査画像を用いて、固形物摂取中の映像を本人に見せることで、十分に咀嚼され食塊形成されている様子を理解させた。さらに、機能向上をめざし摂食機能訓練を行った。これにより徐々に本人は自信を取り戻すとともに、食形態の改善を目指した。

3か月後、食形態の改善とともに摂取エネルギー量が1300kcalとなり、6か月後には体重39.7kg、骨格筋量15.5kgに増加した。

本症例は、口腔機能の正しい評価、機能訓練により90歳という高齢でありながら、感染症のリスクになる低栄養状態から脱するきっかけを作ることが出来た症例である。

6. おわりに

当クリニックは、地域の歯科医師会はもとより、医療、介護、福祉関係者、さらには行政との連携を取りながら、口腔リハビリテーションの拠点となることを目指している。このクリニックが新しい歯科のモデルを提案し、地域の健康福祉の増進に役立てれば幸いである。

嚥下内視鏡を用いた 嚥下機能評価の実際

私たちは平成18年より嚥下内視鏡検査（VE：Video Endoscopic evaluation of swallowing）を導入し、在宅および施設における摂食・嚥下評価とそれに基づくリハビリテーションを多く行っています。2010年4月から2011年3月までの1年間における嚥下内視鏡検査は延べ460件であり、現在訪問している施設は40施設にも及んでいます。今回、当センターにおける嚥下内視鏡を用いた嚥下機能評価について紹介します。

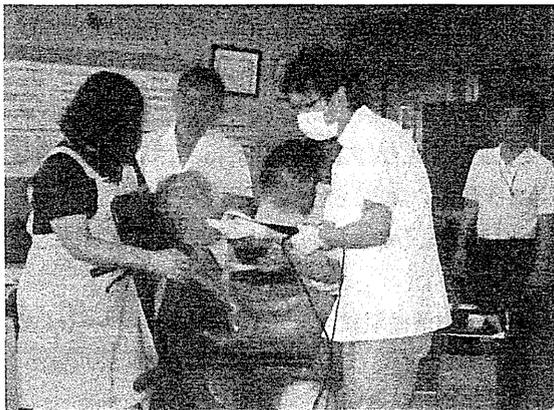
【1】 嚥下内視鏡検査（VE検査）の特徴

摂食・嚥下評価の精密検査として、嚥下内視鏡検査（以下、VE検査）と嚥下造影検査（VF：Videofluoroscopic examination of swallowing）があります。

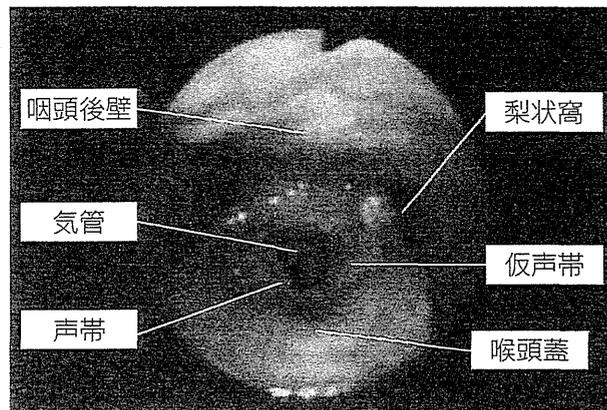
嚥下造影検査（以下、VF検査）は、動くレントゲンともいうべき検査方法です。この検査は食物を口腔に取り込んで咀嚼、嚥下し、食道から胃に至るまでの一連の嚥下運動を評価することが可能です。よって摂食・嚥下評価のゴールドスタンダードとして使用され、摂食・嚥下障害とその合併症に対するリスクを予測するために多く用いられています*1。しかし問題点として、施設に入居している患者は検査可能な病院への移動が必要であること、X線被曝を伴うため何回も繰り返し検査を行うことができないこと、遮蔽したX線検査室での評価のため普段の食事場面を再現することは不可能です*2。また、検査食にレントゲン造影性を付与させる必要があるため、検査食の準備が必要であり、普段摂取している食形態の再現が困難であることが挙げられます。

一方で、VE検査に用いる内視鏡の機器は持ち運びが可能であり、施設や在宅などの生活の場での検査が可能です。検査食については、普段食べている食事をそのまま利用することができるため、被検者の緊張感も少なく日常の環境に近い形で検査を施行できます。また、モニターを通して家族や施設職員とともに嚥下機能の確認が可能であり、その後の食形態の調整や代償姿勢などの食事の環境整備の重要性についても情報の共有が可能です*3（図表1）。さらに、VE検査は嚥下反射前後の上気道の評価において最も実用的であり、唾液の誤嚥の検出や咀嚼時の舌運動機能評価にも用いられます*4（図表2）。私たちは本検査による唾液の誤嚥の所見から、誤嚥性肺炎の発症リスクを捉えることが可能であることを示しており、極めて有用な検査といえます*5。ただし、嚥下の瞬間は咽頭収縮のため画面が真っ白

図表1 嚥下内視鏡検査（VE検査）風景



図表2 VE検査で観察される各組織





になって観察しづらいこと、咽頭や喉頭の評価が中心であり、口腔全体の動きや食道の評価が困難であることなどの問題があります。

【2】摂食機能評価システムの紹介

私たちが行っているVE検査を用いた摂食機能評価システムでは、問診（医療面接）、外部観察評価を含めたスクリーニング検査およびVE検査の順に施行し、評価指導後は施設職員を含めたカンファレンスを行っています*6

問診では基礎疾患、現病歴、既往歴を含めた基礎情報を聴取します。特に肺炎の既往は重要であり、摂食・嚥下障害による誤嚥性肺炎は繰り返し発症する場合があります。また、抗精神病薬や抗けいれん薬などの薬剤は摂食・嚥下機能を減退させるため、これらの服薬状況も聴取します。加えて、摂食・嚥下障害は低栄養の原因となるため、食事摂取量、体重の変化、BMI（Body mass index）といった指標による栄養状態の把握もします。

外部観察評価では、実際の食事場面における観察評価をします。摂食時の口唇、頬、舌の動きや嚥下時の喉頭挙上から嚥下のタイミング、嚥下までの時間を観察し、咀嚼から嚥下に至る一連の機能を観察します。自食の場合は、一口量や食事ペースは適切であるか、介助により食事摂取している場合は、その介助方法は適切であるか、食事時の姿勢として体幹および頸部の角度についても観察します。さらに、食事時のむせ、湿性嘔声、ため込み、食べこぼしなどは、摂食・嚥下障害を判断するうえで重要な観察項目です。

VE検査では、検査時の姿勢は普段の食事姿勢での評価とし、寝たきりの者はベッド上での評価としています。内視鏡は経鼻的に挿入し、評価します。普段摂取している食物を用いての評価では、咽頭残留、喉頭侵入および誤嚥についての評価を行います。外部観察評価およびVE評価の結果から摂食機能療法に基づいた指導として食形態変更、栄養提供量の変更、食介助方法の適正化や摂食時の姿勢保持方法の提案などの食環境を整備します。検査終了後は、歯科医師、看護師、管理栄養士、相談員、ケアスタッフを含めた多職種のカンファレンスを行い、今後のケアプランについての検討をします。

☆

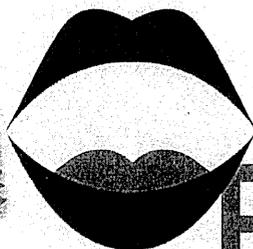
VE検査は、ベッドサイドにおける検査が可能であるため、在宅や施設に入居する摂食・嚥下障害者の評価に非常に有効です。しかし、摂食・嚥下障害は様々な原因によって引き起こされるため、VE評価から得られる情報だけでは限界があります。よって、摂食・嚥下評価においては、問診（医療面接）、外部観察評価を含めた評価システムを実施することが重要であると考えます。

（高橋賢晃、菊谷 武／日本歯科大学附属病院 口腔リハビリテーションセンター）

- 文献 *1 Mann G, Hankey GJ, Cameron D: Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months, *Stroke*, 30:744-748, 1999.
- *2 田村文誉、菊谷 武、須田牧夫、福井智子、小柳津 馨、ほか、要介護者の食事観察評価とVF検査による摂食・嚥下機能評価との関連、*老年歯学*、23:50-55、2008.
- *3 菊谷 武、高橋賢晃、福井智子、片桐晴香、戸原 雄、ほか、介護老人福祉施設における栄養支援 - 摂食支援カンファレンスの実施を通じて -、*老年歯学*、22:371-376、2008.
- *4 高橋賢晃、菊谷 武、田村文誉、須田牧夫、福井智子、ほか、嚥下内視鏡検査を用いた咀嚼時の舌運動機能評価 - 運動障害性咀嚼障害患者に対する検討 -、*老年歯学*、24:20-27、2009.
- *5 Takahashi N, Kikutani T, Tamura F, Groher M, Kuboki T: Videoendoscopic Assessment of Swallowing Function to Predict the Future Incidence of Pneumonia of the Elderly, *J Oral Rehabil*, 39:429-437, 2012.
- *6 大前由紀雄、寶積英彦：嚥下内視鏡検査、*日医雑誌*、138：1751-1754、2009.



リハビリ棟の



現場の“困った”を
ズバリ解決します!

口腔ケア

第10回 口腔ケアグッズを知りたい

有友たかね ありとも・たかね ● 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック 歯科衛生士
菊谷 武 さくたに・たけし ● 同 院長

はじめに

口腔ケアの普及に伴い、ケア用品も豊富になりました。適材適所で使用されているケア用品を用途別に解説していきます。

口腔清掃

① 歯ブラシ

歯に付着するプラーク（歯垢）は、歯ブラシなど刷毛のあるもので擦掃しなければ除去できません。歯ブラシの毛の硬さや形態も、用途別に種類が豊富になっています。口腔内や患者の能力にあった歯ブラシを選択することで、清掃効果を上げ、効率的に口腔清掃を行えるようになります。

たとえば、腕が上がらなくて上顎の歯が磨きにくい患者の場合は、歯ブラシのヘッドの部分の形がT字になったもの（図1a）、握力が弱く歯ブラシを把持しにくい患者には、歯ブラシのグリップが太いものを提案します。また介護者が磨く際

に、歯の外側が磨きにくかったり、口唇に力が入るため歯ブラシの毛先が歯の根元まで届かないといった場合、ヘッドが薄めの歯ブラシ（図1b）を使用して対応します。

また患者ごとに準備できるディスプレイ口腔ケアブラシもあり、安価で個包装なので、ICUなど使い捨てが好まれる環境での使用などに適しています（図1c）。

② 電動歯ブラシ

電動歯ブラシは、手用歯ブラシを上手に使えない障害者のためにつくられたという歴史があります¹⁾。歯ブラシを口まで持っていけるけれど、口腔内での動作が難しいときに有効です。

電動歯ブラシの運動様式や刷毛部の形態も種類が豊富で、ヘッドの種類がワンタフト（1歯ブラシ）のもの（図2）や、ミラーとライトつきの電動歯ブラシ（図3）も販売されています。介護者が磨くときに口腔内が明るくなり、それだけでも磨きやすくなるでしょう。

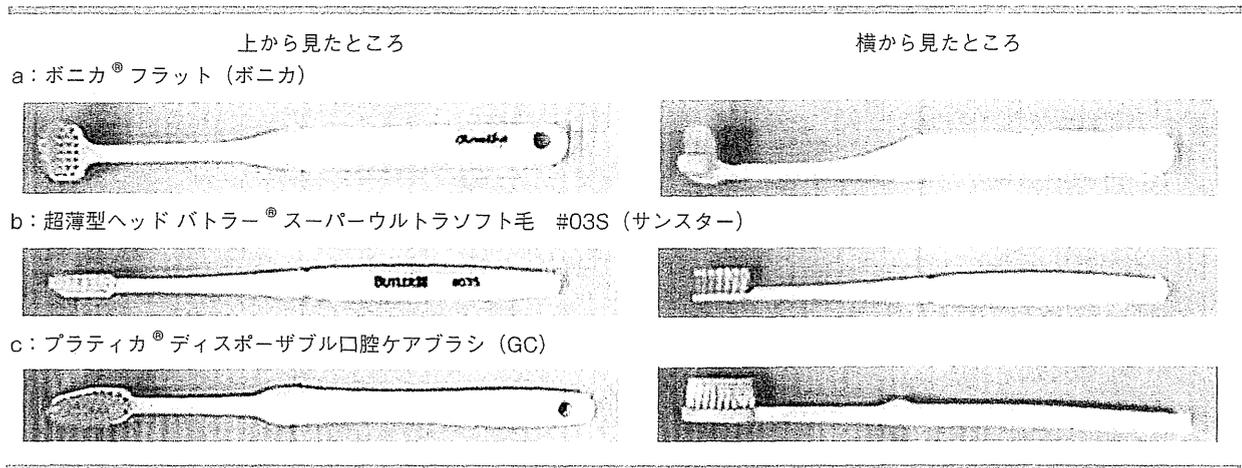


図1 いろいろな形の歯ブラシ

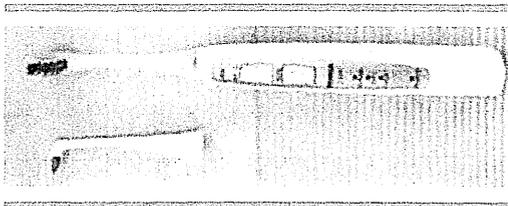


図2 プリニア® スリムと交換用ワンタフトブラシ (GC)

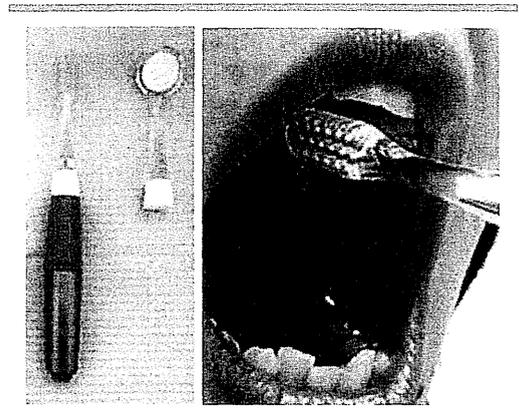


図3 バトラー® ミロライト音波振動歯ブラシと交換用デンタルミラー (サンスター/左) と使用中の様子 (右)

3 吸引つき歯ブラシ

嚥下障害があり、清掃中に吸引が必要な患者の場合は、吸引器を片手に持ち、口唇や頬を排除しながら歯ブラシを動かしたりと、猫の手も借りたいほどになります。吸引機能のついた歯ブラシ(図4)を使用すると、口腔内の吸引作業と清掃が同時にでき、清掃中に随時吸引が行え、とても便利です。嚥下障害患者の口腔ケア時の口腔内吸引は、口腔ケア時に細菌を誤嚥させない方法として重要です。

口腔清掃補助用具

歯の形態などから清掃しにくい箇所の清掃には、歯間ブラシやワンタフトブラシ、フロスなどを使用することで、清掃効果を高めることができます。

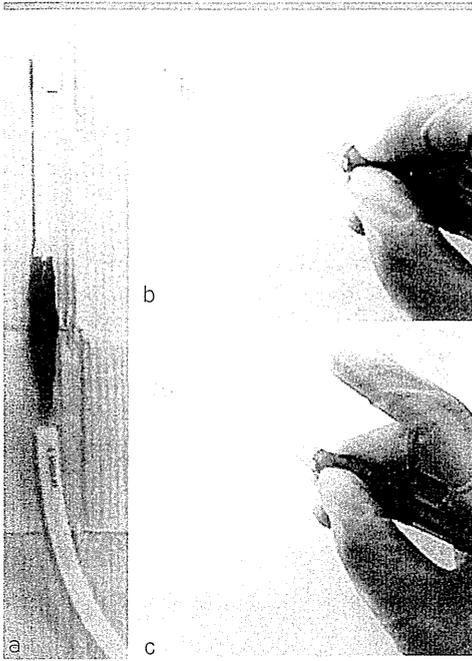


図4 マウスピュア® 吸引歯ブラシ (川本産業)
 吸引器に接続して使える吸引歯ブラシ。歯ブラシの中央と先端部に吸引する穴があり、口腔内の唾液を吸引できる。吸引歯ブラシと吸引チューブをつないで使用する(a)。緑部分に吸引調節口があり、指で押さえて、吸引のON (b) とOFF (c) ができる。

開口補助用具

開口補助用具は、噛み込んだときの強度に耐えられ、なおかつ歯にダメージの少ないものを選びます。昔からあるのが、割り箸にガーゼを巻きつけたものです。自宅で簡単に作製でき、安価で使い捨てできたので、よく登場していました。最近では、簡易で安全なものが販売され、入手しやすくなっています(図5)。開口補助用具を誤使用すると歯周病を悪化させたり、歯の脱落を招いたりするので、使用に関しては歯科関係者に相談してみてください。

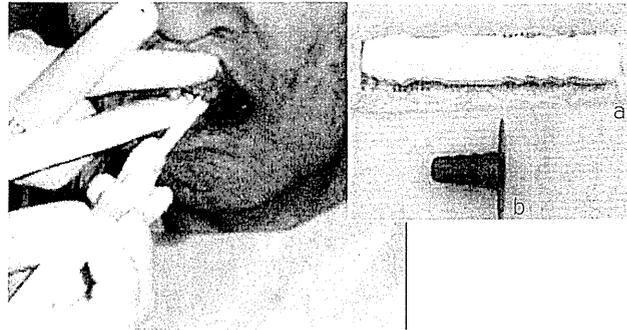


図5 開口補助用具と口腔ケア

- a: オーラルバイト・スリム (サイコア・インターナショナル・インク)。咬む面が広く弾力があり、縦、横と使用できるタイプ
- b: ゆびガード® (オーラルケア)。指に装着して患者に咬んでもらうタイプ

口腔粘膜などの清拭

1 スポンジブラシ (図6c)

口腔内清拭の代表といえば、スポンジブラシがあります。粘着性唾液や痰を絡め取るには、頭部が束子状のようなブラシやスポンジブラシが使いやすく、唾液の口腔外への回収や粘膜の清拭にはガーゼ類での清拭が、効率よく除去できます。

2 ウエットティッシュ (図6ab)

口腔内で使用できるウエットティッシュは、使い捨てで衛生的です。口腔ケア後の唾液の回収にも適しています。タイプは2種類あり、メントール配合のすっきりとしたタイプと、アルコールフリーのマイルドタイプがあります。アルコールに過敏な人や清拭時にむせる人には、マイルドタイプがお勧めです。

3 舌ブラシ (図6e)

舌を清掃するための舌ブラシは、舌苔を除去す



図6 清拭グッズ（すべて和光堂）
 a：口腔ケアウエットマイルドタイプ
 b：口腔ケアウエット c：スポンジブラシ
 d：口腔ケア綿棒 e：舌ブラシ

るのに効果的です（図7）。ただ、これを使えば舌苔の白い部分が全部取れると勘違いしている人も多く、使用前には取り扱い説明書を一読されることをお勧めします。

含嗽薬

含嗽薬は、ナイトケア用やアルコールフリーのもの、殺菌作用のあるものなど、種類が豊富です。患者の嗜好と口腔内の状況、手に入りやすさなどを考慮して選択します。口内炎や口腔乾燥症で疼痛がある場合は、低刺激タイプやアルコールフリーで低刺激のものを選択します。

含嗽薬はうがいや口をすすぐときだけでなく、うがい困難な患者へのケアでは、歯ブラシを含嗽液の入った水で振り洗いしながらケアすることで、歯ブラシの毛と毛の間に吸着した唾液と細菌

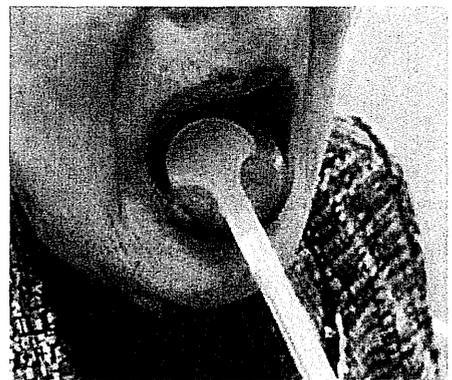


図7 舌ブラシ使用時の様子

を口腔外へ排出する手助けになります。こうしたひと手間を加えることで、除菌効果と爽快感が期待できます。

おわりに

日々の口腔ケアを簡単に効率よくするために、道具選びは欠かせません。口腔ケアグッズの選択は、患者のライフステージや口腔内環境だけでなく、コスト面や嗜好と合わせて選ぶことも考えなければなりません。それぞれの使用方法は、歯科関係者から指導を受けるか、もしくは取り扱い説明書を必ず読み、思い込みではじめないことが適切な道具選びにつながると思います。使用に迷う清掃道具があれば、歯科衛生士にご相談いただければ、喜んで助言させていただきます。

多種多様にある口腔ケアグッズから、心地よい口腔ケアにつながるグッズを選択できる手助けになれば幸いです。

引用・参考文献

- 1) 松田裕子著. “歯ブラシの構成”. 改訂歯ブラシ事典. 東京, 学建書院, 2012, 32-5.

口から食べる幸せの実現に向けて 今、私たちができること、 やるべきこと

9月19日、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会のホームページにて、「嚥下調整食学会分類2013」が発表された。

これにより、急性期から在宅まで、嚥下調整食の物性について、共通の「ものさし」ができたことになる。

在宅療養者の経口アプローチへの道が大きく開かれた今、「食」にかかわる専門職が果たすべき役割とは何か？

3人の専門職の方々に話し合っていたいただいた。

聞き手：ヘルスケア・レストラン編集部



歯科医師
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

きくたに・たけし◎1988年、日本歯科大学歯学部卒業。89年、同歯学部附属病院高齢者歯科診療科入局。2001年、同附属病院口腔・リハビリテーションセンターセンター長に就任。05年に准教授、08年に教授に就任。12年から現職



看護師
小山珠美 氏

社会医療法人 三思会 東名厚木病院
摂食嚥下療法部 部長

こやま・たまみ◎1978年、国立病院機構熊本医療センター附属看護学校卒業。同年、神奈川県立総合リハビリテーション事業団神奈川リハビリテーション病院看護部に入職。95年、同事業団七沢リハビリテーション病院脳血管センター看護師長に就任。2006年、東名厚木病院摂食嚥下療法部課長、13年に同部長に就任



管理栄養士
森田千雅子 氏

医療法人社団 悠翔会
在宅 NST 訪問管理栄養士

もりた・ちかこ◎石川県の給食受託会社に就職し、結婚後、子育てをしながら国家試験を受験して管理栄養士資格を取得。その後、介護老人保健施設の管理栄養士、居宅のケアマネジャー、有料老人ホームの管理栄養士の経験を経て、2014年4月よりフリーランスとして独立。東京都や神奈川県を中心に各業界と契約し活動中



急性期の段階で 入院即日に介入する

——まず、皆さんの所属施設の特徴と業務内容についてお聞かせください。

菊谷 昨年まで日本歯科大学附属病院で歯科医として勤務していました。そこでは口腔リハビリテーションセンターで摂食・嚥下障害の方々を対象とした外来を担当していたのですが、昨年10月に東京都小金井市に口腔リハビリテーション多摩クリニックを設立し、以後はそこで外来と訪問歯科診療を行なっています。

小山 当院は267床の急性期病院です。地域医療支援病院であり、救急搬送されてくる方が多いのが特徴です。当院に入職した7年前、救急搬送されてきた方々が、静脈栄養のチューブにつながれたまま、まったく経口アプローチされていない状況を目にして、悲壮な心情を抱きました。そうした患者さんたちの口腔ケアや摂食・嚥下訓練などを行なっていくながら、成功事例を細々と積み上げてきました。結果、口から食べられるようになって早期に退院する患者さんが増え、肺炎の発症率も低減しました。こうしたアウトカムを示したことで、現在では摂食嚥下療法部として、手術部や看護部、救急部などと同じく独立した組織として院内に位置づけられています。

森田 当会は「安心して最期まで自宅で生活できる」という当たり前のことを実現するために24時間対応、機能強化型の在宅療養支援診療所を展開しています。今年4月に在宅NSTを立ち上げ、医師、歯科医師、歯科衛生士、理学療法士、

管理栄養士が同じ法人内で連携して活動しています。

——小山先生が口腔ケアと摂食・嚥下訓練を行なうことで肺炎が減ったとおっしゃいましたが、食べられるようにアプローチすることで誤嚥性肺炎は低減するということですね。

小山 そのとおりです。経口アプローチの結果、誤嚥して肺炎になるよりも、口腔ケアなどをまったく行わず放置した結果、乾燥などによって口腔内に雑菌が繁殖し、それが肺炎の原因になるほうがはるかに多いと言えるでしょう。事実、当院では7年前、入院中に肺炎を発症する患者さんは15%もいたのですが、リスクの管理を行ないながら積極的な口腔ケアや早期経口摂取の開始などを行なった結果、2年間で2%にまで低減しました。また、それ以前は経口摂取再開までに2〜3週間かかっていましたが、約1週間以内にまで短縮できました。結果、脳梗塞患者さんの場合（死亡された方を除いて）、92%が3食経口摂取可能、95%が何らかの経口摂取可能となつて退院しています。50日近くあった脳梗塞患者さんの平均在院日数も30日くらいにまで短くすることができました。

——摂食嚥下療法部は具体的にどのような形で介入するのですか？

小山 急性の症状が進行し、やむを得ず絶飲食が必要な場合以外には基本的に、入院当日に医師から摂食機能療法の指示が出ます。それを受けて当部では、その日のうちに主治医と調整しながら摂食嚥下機能評価をし、可能であればすぐに経口摂取を試みます。意識レベルがジャパン・コーマ・スケール（以下、JCS）でⅢ桁レベルや消化管に問題がある方などは、径の細い

撮影=関口宏紀



食をることので生きる希望が
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ないます。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桁レベルに上げれば、上体を起こして覚醒をうながし、嚥下食ビラミッドのレベル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。短い入院日数のなかで退院に

あたっ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週間ですぐ亡くなる可能性もある。そうなると、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くまま、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っている、退院後のフォローアップまで行なっている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てみました。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っ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って、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と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 私の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など、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ねばならないと思います。「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て助かっています。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回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。私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なった際、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なので、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、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するわけです。結果、介護者の方々も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、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、苦労の末に少しでも食べられるようになる、そこからパッ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っています。



「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ページからの榎下淳先生の誌上講演もぜひご覧ください。

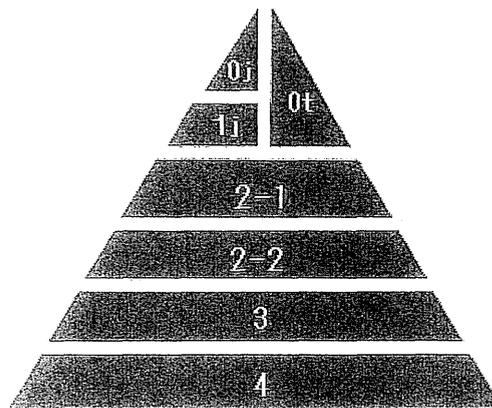
表1 学会分類2013(食事)早見表

コード 【I-8項】	名称	形態	目的・特色	主食の例	必要な咀嚼能力 【I-7項】	他の分類との対応 【I-7項】	
0	j	嚥下調整食0j	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 少量ずつでそのまゝのみ可能 発酵した場合には吸引が容易 たんぱく質含有量が少ない	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリー など	(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	嚥下調整食0t	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したとろみ (原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみ*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 少量ずつ飲むことを想定 ゼリー丸呑みで誤嚥したり ゼリーが口内で溶けてしまう場合 たんぱく質含有量が少ない	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリー など	(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	嚥下調整食1j	均質で、付着性・凝集性、硬さ、離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔外で既に適切な食塊状となっている (少量ずつでそのまゝのみ可能) 送り込む際に多少空咽として口内に詰まってしまう場合 つける必要がある 例)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	嚥下調整食2-1	ビューレペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの 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 (咽頭では強固、喉頭まじいように配慮した)	粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆ粥	(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	嚥下調整食2-2	ビューレペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものを 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 (咽頭では強固、喉頭まじいように配慮した)	やや不均質(粒がある)でもやわらかく、離水も少なく付着性も低い粥類	(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L3 えん下困難者用食品許可基準Ⅱ・Ⅲ UDF区分4
3		嚥下調整食3	形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 少量の離水がない	舌と口蓋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ない(あるいはそれらの機能を高減し)、かつ喉頭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	舌と口蓋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		嚥下調整食4	硬さ・ばらけやすさ・粘りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを認識して素材と調理方法を考えたもの 歯がなくても咬み砕けるが、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蓋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 なとろみの程度 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 う表現が適切なとろみの程度 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するという表 現が適切なとろみの程度 ストローで吸うことは困難
性状の説明 (見たとき)	スプーンを傾げるとずっと流れ おちる フォークの歯の間から素早く流 れ落ちる カップを傾げ、流れ出た後には、 フツツと跡が残る程度の 付着	スプーンを傾げるととろとろと 流れる フォークの歯の間からゆっくり と流れ落ちる カップを傾げ、流れ出た後には、 全体にコーティングしたよう に付着	スプーンを傾げても、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 カップを傾げても流れ出ない (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、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)
前送料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 1349-7228 (創設者著作権管理機構 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

◎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、葛谷雅文、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

原田病院看護センター長
訪問看護認定看護師



菊谷 武氏

日本歯科大学口腔リハビリテーション
診療クリニック院長



葛谷 雅文氏(司会)

名古屋大学大学院看護学専攻教授
地域看護学部長・老年科学分科部長



江頭 文江氏

地域栄養ケアPEACOM理事長/
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」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そ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ると、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、ということ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割が食す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いけれども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ず、

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えますか? 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言いがたいですね。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。でも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)

地域でつなぐ 多職種でつなげる

<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歴て、2000年、管理栄養士による地域栄養ケア団体「ピープ・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、在宅栄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!これからの新しい嚥下食レシピ」(三輪書店)など。

◎菊谷武氏

1988年日本歯科大学卒。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科教授を併任。12年10月、口腔リハ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」(メディア出版)など。

◎葛谷雅文氏

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、98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「治療が劇的につまづく!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」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のですね。

一方江頭さんは、長年地域で栄養指導をされていますが、食支援への理解を広め、早期介入につなげるという点で、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います。

利用者の方の、食事にかかる時間が長くなった、すぐ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」と気付き「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、研修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する、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はなく、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れば、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、採算面からも、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、在宅でいいのかにも少なく、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理学療法士(PT)、作業療法士(OT)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します。これは、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、歯

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はなく、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、ヘルパーの方が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、時間や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が表れやすいです。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際よく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「食べること」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、貴重なサービ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、とても効率がよいはずですよ。

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しいただきましたが、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・嚥下領域にほぼ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」と突撃するんです(笑)。驚きつつも喜んでくださる方が多く、私自身も人となりがわかることで、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わりが持てることは、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を入れることもあり、「お医者さんのひと言」の効力の大きさは、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ぱいそう揃えると思いますね。

を得ない場合など、対応に悩むケースを多々見てきました。

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る、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おしゃっていました。

「食」を介することで、患者と介護者とが一層に最期の階段を降りていくように、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えますね。

菊谷 「やれることはすべてやった」という、「納得感」を、医療者も含め選ばれる人が皆、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、「できることはすべてしてあげられた」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たちを、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できます。それはつまり、地域において「食」でうまく連携できれば、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。(T)

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のスタートでしたが、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。

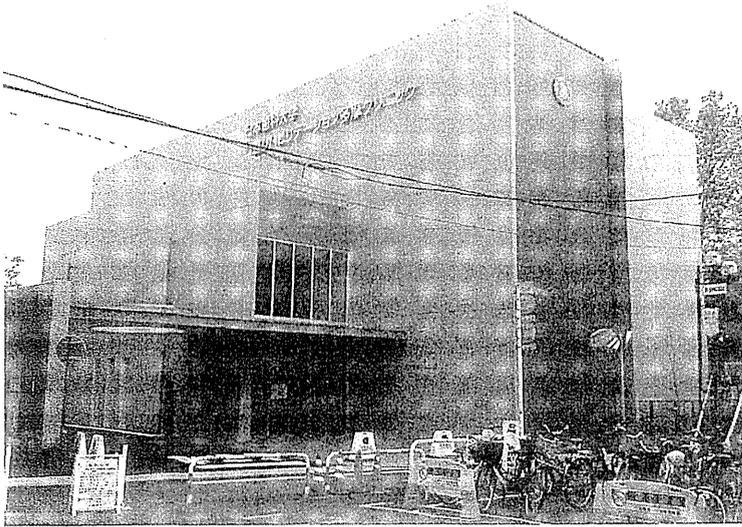
「咀嚼嚥下の対応で手一杯で、口腔ケアや義歯作成のために繰り返し訪問する余力はない」と菊谷氏は言う。摂食機能障害への対応は深刻な課題となっている。

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。