

## 令和4年度 第2回 医療介護連携ミーティング報告書

日 時	令和4年10月15日(土) 14:00～16:45
場 所	【ハイブリッド形式】 高松市医師会館 5階ホール
参加者	<p>122名（オンライン:96名 会場:26名）※事前申込134名</p> <p>【内訳】</p> <p>○医師20名 ○歯科医師8名 ○薬剤師19名 ○保健師5名 ○看護師19名</p> <p>○歯科衛生士3名 ○介護支援専門員20名 ○介護職2名 ○MSW・社会福祉士9名</p> <p>○OPT・OT・ST5名 ○管理栄養士7名 ○管理者・施設関係者2名 ○教授1名</p> <p>○生活相談員1名 ○臨床検査技師1名</p>
	<p>◆総合司会:橋本委員</p> <p><b>1 講演</b></p> <p style="padding-left: 20px;">テーマ:「地域で行う食支援 食べられなくなる要因とその評価と対策」</p> <p style="padding-left: 20px;">講 師:地域栄養ケア PEACH 厚木 代表 管理栄養士 江頭 文江 氏</p> <p>【説明概要】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実際に訪問指導する中で、低栄養状態、嚥下障害の患者への支援は非常に難しく、利用者・家族の食事に対する不安は大きく、内容も様々である。</li> <li>・栄養障害の二重負荷・栄養過剰と栄養不良、生活習慣病対策により、低栄養になるとは誰も思っておらず、生活習慣病予防からフレイル予防へギアチェンジができていないことが多い。</li> <li>・食べられない要因は様々で、咀嚼・嚥下機能の低下、消化器症状、うつ、認知機能の低下、摂食環境調整、介護力、食材調達、調理スキル、服薬の影響 サルコペニア等複合的に絡み合うため、色々な職種によるアセスメントが必要である。例)食事を食べない人に、甘いもの(おはぎ)が好物だったので、おはぎを出したら食べてくれた、液体嚥下が難しい人に、とろみをつけて、咀嚼しながらの嚥下を引き出した。食事介助の際に手が出てきて動くため、手を押さえて、抑制するような状態にすると食事を食べなくなる人に対し、握手で手を握るようにする等工夫したこと等、食べる機能以外の環境や関わり方などの必要性について説明があった。</li> <li>・低栄養と嚥下障害は密に関係している。嚥下障害は低栄養を誘発し、低栄養は嚥下障害を誘発する。嚥下障害患者の3～29%が、低栄養と嚥下障害を併発するため、嚥下リハと栄養改善の両方が必要である。</li> </ul> <p>【居宅における3つの栄養アセスメント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇栄養…有所見、身体計測、生化学検査、食事摂取量調査、心理状態。</li> <li>◇摂食嚥下機能…口腔機能、麻痺の有無、高次脳機能、摂食姿勢、食物形態等。</li> <li>◇食生活…食材購入、調理、配膳、喫食、後片付け、ごみ出し等。</li> </ul> <p>・食事時間の訪問による情報収集…全身状態、食欲、疲労度、食形態、食事摂取の状況。          自宅への訪問等この時間帯を避ける人が多いが、あえてこの時間帯に訪問することで、質問だけでは、みえないことも、分かる場合がある。</p>

- ・口から食べることは、日常の当たり前になっている生活習慣で個々にこだわりのある行動。
- ・在宅生活の環境は個々に様々で、変な先入観をもたない。その情報に自分の主観を加えてしまうと、みえなくなることがある。でも、事前情報の把握は大切である。
- ・在宅でのアセスメントのコツは、みえる情報をしっかり把握し、みえない情報は引き出す。  
例)玄関での会話ではみえなかった室内の雑然とした様子、多種の調味料が並べられたキッチン、きちんと畳まれているタオル等。

**【在宅での食支援①】** 沢山の量を食べられない、少量で食事の栄養密度をアップさせる工夫

- ◇食欲を引き出す・嗜好に合わせた食事、見た目、香り、食感、一皿料理、大き目の皿への盛り付け。
- ◇栄養密度を上げる・油脂の利用、食事の水分量を減らす。
- ◇飲み物(ジュース・スープ)からエネルギーを摂取する。
- ◇食事回数の増加等。

**【在宅での食支援②】**

- ◇標準化された食事基準(日本摂食嚥下リハ学会 嚥下調整食 コード分類)、低形態食は栄養密度が低い、嚥下機能食の栄養密度をアップする。
- ◇ミキサーにかけるとき、最初に加水せず、水分以外のつなぎを利用。油脂類、マヨネーズ、はんぺん、豆腐、いも類、粥ゼリー、高栄養な製品。例)サラダ油を加えたおはぎ。

**【在宅での食支援③】**

- ◇食事の準備が十分できない、何を作っているかわからない、どうやって食べたらいいかわからない。
- ◇買い物支援、食形態の適正化・改善、摂食環境の調整、栄養補助食品の併用、人工栄養との併用。
- ◇市販食品を嚥下調整食にアレンジ、濃厚流動食の活用。
- ◇食べ方・食器や食具:姿勢、一口量、ペーシング、食器や食具の種類、食具の使い方。
- ◇食事介助の仕方:ポジショニング、食具の選択、一口量、料理の介助の順番(交互嚥下)、摂食・嚥下機能の観察。

**【管理栄養士が行う食支援】**

- ◇食べられる身体をつくる(栄養支援)。
- ◇食べたいものを食べられる形にする(食事支援)。
- ◇楽しく食べるための環境づくり(食器、盛り付け、雰囲気等)。
- ◇食べる環境を整えるためのコーディネーター(他職種へつなぐ)。

**【質疑応答】**

**橋本委員**

退院して在宅へ帰って、様々な工夫をしても食べられない人もいる。周りは口から食べさせたいと思っている。そのような場合の支援をどのようにしたらよいか。

**江頭先生**

食べられない要因は様々です。本人や介護者の想いに沿うことは大事ですが、その原因が分からないと本当に大変です。なぜ食べられないのかアセスメントが重要です。

**吉澤委員長**

高次脳機能障害等で口を開けない、本人が食べたくない等直ぐに入院になった例もあった。在宅医療を行っているが、栄養士から助言をもらいたい場面があるが、相談先がない。先生の場合、神奈川県での在宅医療でどのように活動しているのか。

**江頭先生**

診療所と契約して、利用者と医師との契約後に居宅療養管理指導で訪問する。複数のクリニックからの依頼があり、それをサポートする仕組みである。訪問栄養指導のスキルアップのために、在宅訪問管理栄養士の認定資格もある。管理栄養士にとっては関心の高くなっている分野だと思う。

**松本部長**

コロナ禍で、感染対策等のため、食材の調達、黙食等食事にまつわるものが変わってきた。子どもの頃から長年かけて身に付けてきた習慣も変わってきた。

**江頭先生**

- ・感染対策を取りながら行っている。
- ・パッククッキング(真空調理法)も有効である。ポリ袋の中に食材と調味料を入れ、真空にして、そのまま調理できる方法で、衛生的で災害時にも使える。感染症の流行で、このような商品開発があり、コロナ禍の影響はあったと思う。

**在宅専門医**

在宅褥瘡管理で、診療報酬では、栄養士の関わりが必須だが、どのように関わっているか。

**江頭先生**

そうですね。管理栄養士も入るが、在宅チームで関わっている。褥瘡学会の在宅医療委員会にも入っているが、管理栄養士がいないから算定できないと言われることも多く、課題と感じている。

**【パネリストからの発言等】**

**塩見医師**

欧米では、高齢者が食べられないのは仕方がないと当たり前のようにになっているが、日本はそうでもないと思う。

**江頭先生**

嚥下調整食にしても、ムース、ゼリーなど細かな工夫を行うが、そこには日本人の食のこだわりがある。当初、アメリカは宇宙食的なものだったが、今は日本の嚥下調整食が、アジアやヨーロッパに紹介されるようになってきた。

**香川医師**

嚥下リハは、多職種で関わり、細やかに長時間かけていくということがよく分かった。急性期にできることには限りがあるが、当院では、約 30 名を対象に、個々の患者のミールラウンドや管理栄養士を中心に、歯科医師、歯科衛生士、耳鼻科医師との連携を行っている。先生は、歯科医師、歯科衛生士、耳鼻科医師との連携をどのようにしているか。

**江頭先生**

- ・連携のために同行訪問するときがある。耳鼻科医師から指示書もらい、訪問することもある。兵頭評価スコアなど評価結果を共有している。

・施設でのミールラウンドは、介護保険の報酬での加算は、週 3 回以上実施しないとけない。栄養士だけでみられるものではない。加算の関係で書類作成等栄養士が行っている。

**永岡委員**

活動で多職種による連携が多いが、正確な情報の共有についてどのようにしているのか。

**江頭先生**

クリニックが使っている ICT のツール(MCS、ライン)を患者毎にグループで作っている。在宅 NST のようなもので、例えば食べている様子を動画にあげ、関係者で即座に共有できるようにしている。クリニックによっては、紙ベースでやり取りするところもある。書面で難しいところは、電話で直接話すこともある。ただ、訪問系のサービス事業所は、つかまりにくいので、連絡時間も工夫が必要で、ツールを上手く使えるとその時にすぐに確認できない場合でも都合の良い時間に確認できたりするので便利である。

**下村歯科医師**

・当院では、訪問歯科診療のみ行っており、外来は行っていない。訪問依頼の 6 割は、「口から食べさせたい」というものである。

・嚥下について医師になってから勉強したが、専門職に聞きながら研鑽している。多職種で情報共有する中で食べることは大切なため、リハビリテーション栄養から勉強した。栄養学でおすすめの本などあるか。

**江頭先生**

いろいろな本は出ていますね。特にこれとは言えませんが、自分から情報を取りに行くこと、アンテナを高くしておくことは大切だと考えています。集まった情報の取捨選択が必要である。

**滝上歯科衛生士**

ミールラウンド実施し、その人に合った適量、適したカロリー摂取量などの考え方について

**江頭先生**

必要な栄養量と 1 回の摂取量は整理して考えたほうがよい。その人が元気になるために、どのくらいの栄養量が必要か。1 回の摂取量が少なければ食事回数を増やす工夫も必要だと思います。また、満腹になるとげっぷをするイメージがありますが、嚥下障害があると空気も一緒に飲み込んでいて膨満感が出ることもある。食事の途中で、あえてゲップをさせて、空気を出せたら、すっきりしてまた食べられることがある。また、食事の時間が長くなると、集中力が低下し、疲労するので、後半の食べ方や食べ物をどうするかも考える。

**吉澤委員長**

現在、かかりつけ病院として近くの施設も担当している。施設から、発熱、風邪などで、ご飯を食べなくなった入所者を入院させ、輸液を行うと、半分位は、食べられるようになって、退院する。しかし、残り半分は検査で正常でも食べられない。誤嚥しそうになると看護師が口から掻き出す。そして、胃ろう、輸液のみとなり、そこで手詰まりになってしまう。次の一手をどうするか。高カロリー輸液、経管栄養をしたくないというケースもある。

**江頭先生**

一時的な脱水状態であれば輸液で元気になる。その後、食べられれば良いが、食べられなくなって、胃ろうになったケースもある。誤嚥リスクを考慮し食形態を落とすことがあるが、そうすると余計食べられないというケースもある。しっかりと嚥下評価し、問題がなければ食形態を

落とさずに、多職種で共有し、次のステップへと進めることもある。お粥を出していた人が、おにぎりで食べられるようになったケースもある。

例) アルコール依存症の人で医師に相談して、お酒のゼリーを少量与えたこともある。饅頭は食べられるが、食事がなかなか進まなかった方は、定期的に末梢からの点滴を行っていた。摂取栄養量は、600kcal/日程度だったが、消費エネルギーも 600 kcal/日程度であり、極端な省エネモードになっている人もいる。

## 2 パネルディスカッション

テーマ:「困難事例を考える連携～食べられない～」

進行: 松本委員

### 【パネリスト】

- (1) 《内科医》塩見内科医院 副院長 塩見 勝彦 氏
- (2) 《脳神経外科医》高松赤十字病院院長補佐兼脳神経外科部長 香川 昌弘 氏
- (3) 《理学療法士》西日本ファーマシー介護・リハビリ事業部 永岡 誠司 氏
- (4) 《歯科医師》医療法人社団駿陽花しもむら歯科医院 院長 下村 隼人 氏
- (5) 《歯科衛生士》特別養護老人ホーム シオンの丘ホーム 滝上 美幸氏

### 【説明概要】

#### 塩見医師 『摂食障害と誤嚥性肺炎』

- ・実は誤嚥は多い。胃ろうを造設しても誤嚥性肺炎が防げるわけではない。
- ・高齢者の肺炎…嚥下評価を行い誤嚥のリスク因子を丁寧に考えるきっかけにする。
- ・誤嚥性肺炎の原因の中でも、薬剤性にも注意を要する
- ・誤嚥性肺炎の予防…口腔ケア、嚥下リハビリテーション、ワクチン接種(インフルエンザ、肺炎球菌、コロナ)。

#### 香川医師 『食べられない』を『食べられる』に向けての取り組み

- ・急性期病院における嚥下リハビリは、嚥下機能の改善、脳への刺激、誤嚥性肺炎の予防、嚥下リハビリは、回復期、生活期にも継続が必要で、その初期を担当する。
- ・嚥下リハビリは、耳鼻科医師、嚥下リハ専属 ST 等が中心となり、嚥下機能評価と訓練を実施。多職種で食事動作や姿勢を評価、確認、対応していく。
- ・初期の経口訓練として、特製かき氷を使った嚥下訓練の紹介(市販のジュースにとろみをつけて凍らせる)。
- ・生活の中で、食べること、食事の意義…栄養補給: 生命、QOL の向上、生活のリズムを維持する要素。
- ・生活期において、経口摂取が進まない、肺炎を繰り返す場合には、嚥下機能評価を行う耳鼻科を受診し相談したらよい。

#### 永岡委員 『困難事例を考える～食べられない～リハビリテーション職種の立場より』

- ・摂食機能療法は、医師・歯科医師の指示⇒言語聴覚士・看護師・准看護師・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士が、1回につき30分以上訓練指導を行った場合に算定可能。

- ・リハビリテーション医学では、脳血管障害の急性期には有効だが、慢性化した状態でのリハビリの効果が期待できないことが多く、いかに誤嚥を予防するかが大切。
- ・嚥下運動は、身体運動の中でも一番複雑(神経、筋肉、反射等が作用し合っている)。加齢により、頸部、頭部、体幹の位置的バランスが崩れ、筋肉の活動性にも影響する。
- ・基礎的嚥下訓練は、シャキア訓練、おでこ体操等、多数紹介されている。
- ・嚥下の姿勢は、顎引き位で、頸部筋の緊張緩和、喉頭蓋谷が広がる。顎上げ位(上に向く動作)では、頸部全面の筋肉が緊張して、スムーズに嚥下ができない。ゴックンする際は、顎引き位にする。食事・口腔ケアの介助は、口元よりも低い位置から行う。
- ・在宅現場でよく見るベッド上での姿勢について、よい姿勢を保つためのポイントについて説明があった。
- ・在宅で誤嚥を防ぐために、会話の機会を増やす、本人・介助者への安全な方法をアドバイス、頸部筋力の維持、安全な環境設定が必要である。

**下村歯科医師** 『栄養療法・口腔機能療法を用いて経管栄養から経口摂取へと移行した一例』

・食事摂取量が減って入院し、経口摂取不可となった高齢女性について、定期的に評価を行いながら経口摂取が可能になるまでの支援方法やその経過について画像も提示しながら説明があった。家族は、「口から食べさせたい。元気になってほしい。」という思いがある。栄養ケアプランを立案し、並行して口腔機能療法を行った。

◇まとめ

- ・適正な食支援を行うには、チームとなる職種の正しい知識が必要。
- ・歯科が在宅医療に関わる意義…一般歯科診療＋摂食嚥下リハビリテーション＋口腔ケアにより、在宅での食支援の向上へ尽力すること。

**滝上歯科衛生士** 『ミールラウンド・カンファレンス～最期まで負担なく食べられる為に～』

【ミールラウンドとは】

- ◇多職種で実際の食事の様子を観察して、咀嚼・嚥下機能などを評価する。
- ◇食事に関する問題点を見つけ、解決に向けてカンファレンスを行う。
- ◇適切な食事支援により、栄養状態の向上や楽しい食事の提供につなげる。
- ・スケジュールやカンファレンス(職種、見ていくポイント等)について説明があった。
- ・リハビリテーション:パタカラ・舌運動・ごっくん体操、ブクブクうがい、巻笛、歌、早口言葉、食事を自力摂取すること等。
- ・誤嚥性肺炎で入院歴があり、食事形態や口腔内所見がある入所者に対する具体的な支援方法や経過について説明があった。初めは、自力摂取もできなかったが、食べられる口づくりのための支援を行い、症状が軽減した事例など説明があった。

【ミールラウンド・カンファレンスから学んだこと】

- ◇口腔・身体状態に応じた食形態を選択できる。
- ◇食事を通して機能が維持できる方法を考える。
- ◇食事の適量を見極める。
- ◇統一したケアと支援の継続。

◇正確な記録と評価。

・各職種による多方面からの情報を共有し、嘱託医・歯科医師に報告・相談しながら、食事内容を考えていくことで「最期まで負担なく食事ができる」に繋がる。

【質疑応答等】

林委員

薬剤師も在宅へ参入しているが、薬剤師に対する要望などあるか。

江頭先生

摂食嚥下障害で、問題になるのが薬の服用で、形状変更や溶けやすい・溶けにくい場合など、薬剤師や主治医に相談している。薬が飲めない、食べる機能が低下しているという情報を元に、食形態を変えたりする必要もある。

塩見医師

文献で、倉田式懸濁を薬剤師が行う。オブラートに包んで飲ませる等。

香川医師

院内の薬剤師に助けられている。問題を起こしやすい薬剤、年齢に合った工夫などあれば、主治医にフィードバックしてほしい。眠剤についても同様である。

永岡委員

安全な飲み方を全国の薬局で指導してほしい。

下村歯科医師

口の中に、薬が残り、それが変質して真っ黒になっていた事例があった。薬が飲めていない、飲みやすいようにするための助言等してほしい。

松本部長

・世界に誇る日本食文化の中で、食べたい、食べさせたいという意識が高い。沢山の知恵と工夫と経験でもっとできることが増える。

・急性期病院だと早く治して支援が受けられるようにしていかないといけない。小さなことから進めていく。入院前支援でも、どんな食事をしているのか、どんな工夫をしているのか情報を集め、今回のミーティングを多職種で考えていく第1回目のステップとしたい。