

第2回

在宅医療を支える多職種学習会

活動報告

2022年12月13日開催

在宅医療グループ診療運営事業「第2回 在宅医療を支える多職種学習会」は、医療と介護を必要とする高齢者が口から食べる楽しみを最期まで持ち続けられる取組を地域で始めるための多職種連携学習会として、会場およびオンライン参加のハイブリッド型で開催しました。医師、歯科医師等、在宅医療・介護に関する食支援に興味・関心のある職種の皆様、約70名にご参加いただき大変有意義な会となりました。



初めに、苫小牧市医師会副会長 豊田健一先生より、とまこまい医療介護連携センターでは苫小牧市からの委託を受け、医療介護関係者の人材育成や連携促進のための研修会の開催しており、さらに今年度から事業の一つとして多職種による食の支援体制を構築することが盛り込まれたこと等、今回の学習会の背景を含めた開会挨拶をいただきました。座長は苫小牧市医師会 伊賀勝康先生、講師には公立能登総合病院 歯科口腔外科部長 長谷剛志先生を迎え、多職種連携による食支援についてご講演いただきました。



開会挨拶 豊田先生



座長 伊賀先生



講評 阿部先生

【講演】



長谷先生には、『地域一体型「高齢者」の食支援～「食べる力」を高める多職種連携を構築する～』をテーマにご講演いただきました。

「食」を象形文字の成り立ちでみると「人にとって良い」と書く、医食同源の言葉がある通り食べる力が生きる上でパワーとなる。一言で食支援といっても、どういった方向から支援するのか、背景疾患、家族の思い、主

治医の意向、職種による視点等、展開が幅広いこと。また、誰か一人が頑張れば良いわけではないと話されました。また、長谷先生が勤務する公立能登総合病院の特徴として、人口約 5 万人の石川県七尾市の急性期基幹病院（三次救急）であり、病床 434 床、診療科 23 科では能登地方で唯一の病院歯科口腔外科があるとご説明いただきました。

病院での普段の流れは、午前中に一般歯科外来、午後は全身麻酔の手術、また、脳外科・神経内科等に入院中の摂食嚥下障害で困っている患者さんの評価、訓練方針を摂食・嚥下認定看護師や言語聴覚士（ST）、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、管理栄養士、歯科衛生士とチームで回診を行っているとのこと。急性期の総合病院ではあるものの、ここ 10 年程地域の医師・歯科医師の高齢化の煽りもあり、居宅や施設での摂食嚥下機能評価や訓練計画作成を訪問診療で病院診療後の 18 時頃から行っていると話されました。

歯科が食支援に介入する効果について、症例を用いてご説明いただきました。

70 歳代、女性

- ・脳血管障害、血管性認知症、JCS1 桁（刺激しないでも覚醒している状態）、SpO₂100%（酸素投与なし）、体温 38℃、CRP8.6、Alb2.6、TP5.3
- ・栄養ルートは胃ろうのみだったが、少しでも経口摂取に移行できないか家族の希望と主治医の方針で、経口摂取を進めるにあたり、どの程度食べられる状態なのか、将来予測も含めた評価依頼
- ・初回介入時の所見：
 - 輪筋萎縮、口腔乾燥、舌弛緩…口腔廃用の特徴
 - 隔離上被膜の充満…唾液が出ていない
 - の動きはほとんど機能不全…著しい機能低下
 - 肺炎を作ってしまうため、いきなり食べさせるわけにはいかない
- ・介入内容：口腔清掃 1 日 2 回、追加保湿、口腔機能訓練
 - 嚥下ももちろん重要だが、歯科が介入し口腔の状態を準備することも重要
- ・介入 2 ヶ月：口腔自浄性の担保、口腔可動域の改善。義歯を作成の上、咀嚼訓練を開始
 - ⇒初回介入時は表情も乏しくぼんやりした印象だったが、積極的介入後には写真撮影時に整容の希望が出る程元気が出てきた…口から食べる意義

摂食嚥下チームには、口腔内を見る歯科医療従事者は欠かせない存在

次に、2019年に発表した論文より食塊形成の重要性について話されました。嚥下に問題のない高齢者を食塊形成の状態からグレード（Gr.）1（食塊形成：なし）、Gr.2（不十分）、Gr.3（良好）に分類し前向き研究を行ったところ、Gr.1群で30日以降に誤嚥性肺炎の罹患リスクが高いという結果が得られており、嚥下と独立して咀嚼の評価が必要。咀嚼・嚥下機能は①生理的老化、②疾病、③認知機能の低下、④終末期と大きく4つのステージで低下すること。②③では機能が急激に低下し、リハビリによる回復は一定で頭打ちとなるため、生活の視点での食支援にシフトし、残存している機能をどう活かすのかを考える等、自分達がサポートしている高齢者がどのステージにいるのかを見極め、方向性や取り組み内容を考えていく必要があると話されました。



講師 長谷先生

食事をしない・話をする機会が少ない口腔機能低下症の方は食感受容器としての感度が著しく低下しており、その状態では何を食べても美味しくないと感じ、食欲不振（anorexia）を助長してしまう口腔の受容器の低下の結果です。口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防だけでなく、食欲を増すという意味でも重要であるとのこと。食べない・食べたくない＝食欲の問題なのか、食べられない＝咀嚼・嚥下の問題なのかをチームとしてケアと治療の本質を整理し介入する必要があると話されました。また、傾眠傾向や消化管障害を生じやすい薬、咀嚼・嚥下の運動機能を低下させる薬については、総合的に評価する中での調整を検討してほしいと話されました。また、食べ物は、各家庭の食習慣や食文化で色と形がインプットされていると言われているが、色や形が得体のしれない物になると頭の中で錯綜し一気に食べたくなくなる。食支援する際にはこのストループし効果を考えてほしいと話されました（ストループ効果とは、同時に提供された異なる2つの情報が干渉しあう現象）。介護食においても食べやすく形態調理した刻み食・ペースト食等を提供することは重要だが、元々の食材が何かわからなくなってしまうことや、全て一律にする等、過度な場合にはanorexiaを助長することが問題になっているそうです。元々咀嚼・嚥下しやすいものもあるため、病院では難しいかもしれないが、誤嚥や窒息の問題はもちろん大事だが居宅等ではとらわれすぎず広い視点を持って食のサポートを行ってほしいと話されました。

口腔機能が低下している方には服薬も観察が必要と話されました。著しい口腔乾燥、舌圧低下を生じている場合、散剤（粉薬）は飲み込みにくくなり、トロミと一緒に内服してもダメになった薬で窒息することや、内服後口腔内に薬が残留することもあるため、「薬が飲みにくいのでは？」と誰かが問題提起すれば主治医や薬剤師に相談することもできる。『高齢者の医薬品適正使用の指針（厚生労働省）』では、各職種が役割分担し高齢者の服薬に注意するよう示されているため、目を通し、しっかり服薬方法を検討してほしいと話されました。

これまでの内容を活かしながら連携をいかにして図るかについて、まず咀嚼・嚥下機能評価は重要であるが、「食べる力」のワンポイントにしか過ぎないと説明されました。もちろん医学的評価は重要であり、特に急性期では科学的根拠に基づいた医療が必要であるが、在宅では「危ないから食べちゃダメ」だけではなく、高齢者の「食べる力」を大きく捉え、食の問題に取り組む必要があるとのこと。そこで食をサポートするために様々な職種が参加すると、異なる視点での意見をまとめるコントロールタワーが必要であり、長谷

先生は「かにやしろえび」というワードを用いていると紹介されました。「かにやしろえび」は、環境・認知機能・薬剤・心理・老化・栄養・病気の頭文字であり、「食べる力」を多角的かつ統一した視点から食をサポートしていると話されました。

また、元々病院では主治医からの依頼に対し、チームで評価や訓練計画の立案を行う院内の取組を行っていたとのこと。しかし、誤嚥性肺炎で入院していた患者が施設に入所する際、日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類 2021 で嚥下調整食 2-1 に該当する「嚥下Ⅲ度食」を食べられるレベルだったが、入所時にその名称のみ看護申し送り書に記載したところ、転院先の施設に「嚥下食Ⅲ」という類似した名称の食形態があり、病院への問い合わせがないまま、あら刻み食である「嚥下食Ⅲ」が提供され窒息するアクシデントが生じた。そこで、能登地方で食事を提供している医療・介護施設 136 施設に対し食事の呼称を調査したところ、食形態のイメージが難しい呼称が多数あったとのこと。しかし呼称の統一は難しく、2011 年「食力の会」を発足し、各施設で提供している食形態の呼称・写真・概要を集め、4 年かけて『食形態マップ』を完成させたと話されました。『食形態マップ』はそれぞれの病院・施設のページを開き、同じ色で分類された食形態を選択すれば良いというもので、食形態を呼称ではなく色で区分する仕組みとし地域で呼称からくる齟齬が無くなり、現在は『食形態マップ』を使用し病院内から地域へ繋げていると話されました。



退院時には、患者さんの食べられない問題がどこなのかを『かにやしろえびノート』でチェックすること。一番チェックが多い項目が栄養であれば、補助栄養の検討や継続した栄養管理・指導が行えるように引き継ぐ等、取り組む内容に優先順位をつけることが可能。しかし、地域一体型で取り組むには医療・介護専門職だけでは上手くいかないため、地域住民に向け口腔健康管理の啓発としてラジオ番組に週 1 回出演していると話されました（現在はコロナ禍で休止）。その他にも、フリーランスの栄養士・管理栄養士が軽トラックで移動販売＋介護食の調理の方法や栄養バランス等の解説を行う「まんぷく丸」の取り組みもテレビで定期的に紹介され、介護家族向け食支援セミナーの定期開催や食支援サポーターの活動など、地方では地域のインフラも不十分なため、自分達で何とか工夫しながら人を集め取り組みを行っていると話されました。

在宅食支援は訪問医（主治医）、訪問歯科医、訪問看護師に加え、施設では施設嘱託医と職員、居宅では家族が連携・協力しあい取り組むこととなると話されました。

具体的に事例を用いて、食支援の評価や連携方法を写真や動画と併せてご紹介いただきました。

主治医の依頼で、筋委縮性側索硬化症の方の歯科治療と在宅での嚥下内視鏡検査（VE）および今後の食支援計画立案がきた事例。

アルツハイマー型認知症、廃用の方で最期まで口から食べることをサポートしたいという娘の希望で依頼があり、亡くなるまでの 1 か月間に安全を担保しながら食支援の取り組みを行った事例。

アルツハイマー型認知症、廃用の方で主治医からはもう食べられないと言われたが、自宅で介護している娘から少しでも食べられないかと依頼があり、主治医の許可を得て義歯の調整、VE、食形態の選択および食事介助方法の指導を行った事例。

脳梗塞（脳幹・小脳）後、胃ろう管理の60代男性の事例では、主治医から梗塞部位から今後嚥下はできないと説明され納得していたが、自宅療養期間が長くなり嚥下はできなくても口に入れて味わいたいと希望があり、訪問医から評価依頼があったとのこと。唾液も誤嚥する状態ではあったが口は動かせるため義歯を作成し噛んで味わうだけ、という出来る範囲で進めることとなった。そのうち、本人よりパソコンの筆談で「死ぬ前にカレーが食べたい」と欲求が出てきたため、咀嚼・嚥下訓練を継続し、適宜『かむかむチェックシート』で咀嚼機能の向上の評価、バルーン拡張等を行い、介入から2年後に実際にカレーを食べることができたとのこと。

チームを編成し介入を行うとしても、人間の「食べる」には「特性」と「限界」があり、それを評価し患者や家族に説明をする義務があること。向上できるレベルか、維持レベルか、看取りに入る状況か、そこを曖昧にしたまま進めるとトラブルが生じるためしっかりと足元を見据えていただきたいと話されました。そのためには、まず機能評価が重要であるが、さらに「食べる力」を診たいときには食事場面の観察等のミールラウンドから得られる気づきと介護する側の家族や施設や介護職とのコミュニケーションを大事に食をサポートしやすい風土づくりを大切にしたいと話されました。食支援の目的は、急性期には Evidence-based medicine として査証重視の食の評価、回復期にはリハビリを行い、生活期・終末期には Narrative-based medicine として物語重視の食支援とシフトさせ、多職種で連携をとり、患者・家族の思いや主治医の方針を重視し実施していくことがポイントであると話されました。

講演後、座長の伊賀先生より、多職種でアセスメント力を高めること、様々なツールを使用しアセスメントを行うこと、より適切なケアができるように頑張っていきたい、非常に学びとなったと話されました。



質疑応答

A さん：「最初の症例で清掃、保湿で下地をつくと説明されていましたが、清掃と保湿で順番はつけていますか。」

長谷先生：「口腔乾燥が著しい場合は保湿してから清掃をする場合もありますし、乾燥がなければ、清掃だけする場合もあります。」

A さん：「最初にベースのケアを行い評価するという理解で良いでしょうか。」

長谷先生：「はい。咀嚼・嚥下の評価をする以上は、口腔内の自浄性が低下した劣悪な衛生状態を無視して嚥下評価に入るのは本末転倒だと思います。口腔ケアと同時進行で嚥下評価を進める感じです。」

Bさん：「共同住宅で高齢者支援をしている介護職として、食のサポート体制の重要性、また家族や介護職の食支援のリテラシーを高め医療職に繋げることが重要だと感じました。家族や介護職が医療職に繋げるプロセスや気づきのアドバイスをいただけたらと思います。」

長谷先生：「何の取り組みにおいても、興味がある人とない人の温度差は生じると思います。しかし、食事介助に携わるプロとして食事場面の観察で抑えておきたい 25 のポイントがあります。『い〜とみるカード』というもので、5 つの分野×各 5 枚のカードの計 25 枚の構成で、研修でこのカードを用いたワーキングを行うと、同じ症例情報を見ても人によって選択するカードが異なります。異なるカードが悪いわけではなく、なぜそのカードを選択したのかを説明できれば観察ができていく証拠になります。『かにやしろえびノート』『かむかむチェックシート』等を利用することで、一方向の研修よりもリテラシーを高められることではないかと思います。」



【事前質問】（長谷先生にご回答のご協力をいただきました）

- Q1. 急性期病院の ST が地域の一員として役立てることはありますか。
- A1. あります。勤務されている病院の方針や立場があると思いますので、具体的な展開を提示することは難しいですが、地域連携の会等で摂食嚥下のレクチャーをしたり、要請があれば訪問診療に同行したり等、様々な活躍の場があると思います。
- Q2. 「誤嚥性肺炎になっても良いから好きな物を食べたい」という希望を持った高齢者がいた場合、（歯科）医師としてどのような考えをお持ちなのか知りたいです。
- A2. 患者のライフステージや背景にある病態、療養環境によります。急性期（特に病院）では、患者の意向だけを優先して展開するわけにはいきませんが、生活期や終末期の自宅療養者では、家族も含めた周囲の関係者と了承のもと患者の希望に沿うこともあります。
- Q3. フレイル対策について知りたいです。
- A3. フレイルには、身体的フレイル、精神的フレイル、社会的フレイルと視点は様々あることと、生活環境や老化の進行によって介入ポイントやタイミングが異なるため、回答は難しいです。強いて言えば、口腔機能の低下を伴うオーラルフレイルについては、かかりつけ歯科医院を作り、定期的歯科疾患の治療・メンテナンスを行いつつ、家庭での食生活について講演会中に紹介した『かむかむチェックシート』等を利用して指導することも対策の一つとして参考にさせていただきましたら幸いです。
- Q4. エンシュアに代替え出来る栄養補助食品の選択肢はありますか？
- A4. あります。「エネーボ」「ラコール」「イノラス」などいかがでしょうか？



講 評

苫小牧歯科医師会 会長 阿部雅人先生

阿部先生：義歯を入れている方や「自分は何でも食べられます」という方でも、義歯が合っていないことや口腔内に錠剤が残っていて、自覚症状なく咀嚼や嚥下ができていない方は非常に多いと思います。質問ですが、硬いものを食べる時には頭が多少スイングしますが、高齢者で頭が前傾していたり、リクライニング車椅子で頭が固定されている場合に、姿勢からある程度の食形態を推測することはありますか。

長谷先生：筋の拘縮や廃用等で理想の姿勢に近づけようとすると、逆に食べにくい姿勢となってしまうことがあります。評価した上で危険がなければ多少姿勢の崩れを許容することや、食べたい物が現在の姿勢で危なければ食形態を変更する等、自然の中でできることをサポートする形で取り組んでいます。噛み応えがあり頭をすごく動かして危ない物があれば今後注意したいなと思いました。

阿部先生：講演を聴いて家族の助けは非常に大きくなっていくと思いました。貴重なお話を聞き、今動いている「とまこまい在宅食支援の会」でも参考にさせていただきたいと思います。