**2017年10月14日　多職種連携勉強会・フロアからの質問返答**

【医師へ】

居宅・ケアマネより

Ｑ：入院すると退院できない利用者が多いです。

どう対応できれば良いのでしょうか？

Ａ：重症の方であると思われます。入院前の栄養状態がかなり悪い、基礎疾患を抱えている、誤嚥性肺炎を複数回繰り返している、全身状態が悪い状況である場合でも、急性期病院は平均在院日数が18日を超えないようにとの縛りがあります。18日を超過すると、病院全体の入院基本料を下げられます。長く治療がかかる、栄養状態改善に時間がかかる場合でも、基礎疾患の治療が終了すれば早期に退院してしまうことになってしまいます。その後、療養病院に転院しても改善に時間がかかり、なかなか退院できない状況になっている場合も多いです。

改善策として、皆さんができる事としては、栄養状態不良に陥る前に早く見つけて、嚥下が原因であれば、嚥下状態を落とさないことが重要です。しかし、落ちてしまった場合は栄養・リハビリを診てくれる療養の病院に入院治療をして頂くしかないのではないでしょうか。繰り返す誤嚥性肺炎の方は治療しないというガイドラインも出てきている現状で、残念ながら看取りになってしまう方もいます。

【歯科医師へ】

ケアマネより

Ｑ：認知症の歯科治療はどこでできますか？

本人の協力が得られないと無理でしょうか？

Ａ：かかりつけ歯科医院への通院や訪問歯科診療で対応できる場合があります。

　　本人の協力が得られないと無理かとの心配については、治療内容や本人の状況にもよります。

　　しかし、なかには最初、抵抗を示しても、徐々に治療を受け入れられるようになる方もいます。

治療の可否も含めて、まずは専門職による診察を受けることをお勧めします。気軽に長岡歯科医師会在宅歯科医療連携室（℡：0258-32-1430）に相談して、頂けたらと思います。

【言語聴覚士へ】

管理栄養士より

Q：ミキサー食（コード２）とソフト（コード３）の提供の違いについて、教えて下さい。

Ａ：コード２はミキサー状で咀嚼が不要で、増粘剤を使用しているので離水にも配慮された食事です。

　　コード３は舌でつぶせる程度の咀嚼と食塊形成が必要になってきます。

　　コード２からコード３の食形態へUPする為には、下顎や舌の動きが重要になります。咀嚼ができているか、舌の押す力がある程度あるのか、評価して下さい。

一度、食形態をUPし食事場面を評価して、口腔内残渣が多かったり、複数回嚥下や湿性嗄声、ムセがみられる、摂取時間が増えるなど、リスクを確認して、難しいようなら、すぐにもどすようにして下さい。

Ｑ：ゼリーをスライスとクラッシュのそれぞれのメリット・デメリットを具体的な対象者例をあげて教えて下さい。

Ａ：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | メリット | デメリット |
| スライスゼリー | 咽頭残留を減らせることがあります。（病態・姿勢によって異なります） | 理解力が低下していると、丸のみの指示が入らないことがあります。 |
| クラッシュゼリー | 無し | 準備期や口腔期に問題があると、タイミングよく咽頭に送り込めない為、誤嚥のリスクが高くなります。また、咽頭でばらける為、喉に残りやすく誤嚥のリスクを高めてしまいます。 |

居宅・看護師より

Ｑ：嚥下訓練でどの位、改善しますか？

Ａ：年齢や原疾患、栄養状態、認知症の有無、訓練への理解、本人の意欲、家族の理解とサポートなどが関連してきます。

　　年齢：若い方が訓練効果は出やすくなります。

　　原疾患：脳血管疾患の発症部位や大きさなどにより、予後は変わってきます。

　　　　　　肺炎では、繰り返すことにより、誤嚥のリスクが高くなってきます。

　　栄養状態：低栄養では間接嚥下訓練の訓練効果が表れにくくなります。

　　認知症の有無：認知症のタイプで摂食嚥下障害のタイプが変わってきます。

　　　　　　　　　認知症は進行性な為、予後としては右肩下がりに低下していきます。

　　　　　　　　　なるべく下がる程度を緩やかにしていく関わりが大切になります。

　　訓練への理解・本人の意欲・家族の理解とサポート：

　　　　　　　　　訓練を行っていく為には、訓練を理解して、本人のモチベーションが大切になります。

　　　　　　　　　また、家族の支えが無いと、継続していくことは難しいと思われます。

歯科医院・歯科医師より　管理栄養士より

Ｑ：不顕性誤嚥をしている方を発熱前に早期発見する方法はありますか？

Ａ：高齢者の誤嚥性肺炎は気づかれにくいことがあります。

一般的に肺炎は高熱、咳、痰などの呼吸器の症状がみられます。

しかし、高齢者はこのような症状が出にくく、食欲不振やせん妄、口腔内や皮膚の乾燥などの症状によって気づくことがあります。

その他に、呼吸数の変化もひとつの指標となります。

「いつもと違う」ということに気付くことが重要になります。

Ｑ：嚥下後、舌の上に残渣がたくさん残る様な方の簡単にできるリハビリ方法を教えて下さい。

Ａ：舌背に残渣がみられる時は、送り込みに障害があることが考えられます。

　　舌の筋力低下、可動域、巧緻性の低下が考えられます。

　　舌の筋トレや舌先（タ）や奥舌（カ）を使った言葉の訓練も有効だと思われます。

歯科衛生士より

Ｑ：STの勉強会に歯科衛生士も出席しても良いですか？専門的で内容が難しいのでしょうか？

Ａ：ST以外でも参加されても大丈夫です。

　　専門的な内容になりますが、分からないことがありましたら、質問をして下さい。

　　みなさんで勉強しましょう。

登録歯科衛生士会・歯科衛生士より

Ｑ：食事で不顕性誤嚥を防ぐ目的として、食後に咳払いをさせた方が良いのでしょうか？

Ａ：食事中や食事後に不顕性誤嚥が疑われる所見の一つとして、声の変化があります。

痰のからんだような声（湿性嗄声）は、食べ物や痰が喉に残っている状態と考えられます。

声の変化だけですぐに食事を中止にするのでは無く、咳払いや嚥下後の呼気などを食事中に取り入れるなども検討することが必要と思われます。

施設・ケースワーカーより

Ｑ：「複数回嚥下」になっているかどうかを現場の介護員が見極めるポイントがあれば教えて下さい。

Ａ：複数回嚥下は一度で食べ物が食道へ通らず喉に残ってしまう為に、数回嚥下を繰り返すことを言います。

　　食事を飲み込んだ後、すぐに次の一口を介助せず、待っていて再度、嚥下反射が起きる時は、食べ物が喉に残りやすくなっているかもしれません。その時は、食事介助に複数回嚥下をしてもらうと誤嚥性肺炎のリスクを減らせるかもしれません。

　　ちなみに、複数回嚥下には、本人が再度嚥下する場合と、介助者が再度嚥下を促す場合の二通りがあります。

無記名より

Ｑ：認知症が進むと食べる事自体を忘れてしまっている方の対応は？

Ａ：認知症が重度になると、食べることを忘れて摂取困難になってしまいます。

　　現場で一番困りますよね。

　　一般的な対応としては、「好きな物を提供してみる」「病前の生活リズムを取り入れる」「生活の中で食べる環境を作る」「嗅覚、視覚、聴覚、味覚、温度覚、触覚など感覚をフルに活用して刺激をいれてみる」などがあります。

　　もしかしたら、心不全、肝腎機能の低下、便秘などがあり、食思不振になっていることもあります。認知症が進んでいる為、自分の体調不良が訴えられずに、食思不振になることもあります。

　　低栄養や脱水によることでも摂取量が減ることもあります。脳に栄養や水分がいかないことで認知機能の低下をきたしていることもあります。

　　薬の影響も考えましょう。漢方や眠剤、抗精神薬、認知症の薬の調整、減薬も主治医と相談して下さい。

　　摂食嚥下障害になっていて、細かい誤嚥をしていて、元気が無くなり食べないこともあります。食形態や量、姿勢、介助方法の検討も必要な時もあります。

　　認知症が進んでくると経口困難になってきます。そうなる前に本人や家族と方針を決めておくことも大切なことになります。

施設・管理栄養士より

Ｑ：水分摂取時にトロミを付けているが、ムセてしまします。

Ａ：粘度があっていないのでしょうか？粘度によっては「飲む」より「食べる」になっています。

　　トロミを付けていてもムセてしまうのは、トロミの粘度が合っていないことと、食事の姿勢や介助方法、一口量があっていないなど、もしくは摂食嚥下障害が重症化してきていることが考えられます。

　　「食べる」ほどのトロミは粘度が濃い為、もしかすると咽頭に残りやすくなっているのかもしれません。少しずつ粘度を下げてみて、調整をしてみて下さい。

　　水分摂取の為なら、トロミよりもゼリーの方が飲みやすいこともあります。両方試してみることも、良いと思われます。

その他・その他より

Q：嚥下と薬剤の関係は分かりました。

休薬する以外で、誤嚥を防ぐ方法など、詳しく教えて下さい。

A：傾眠がみられる、唾液を誤嚥する、痰が増えるなど、明らかに薬の影響が強く、誤嚥性肺炎のリスクが高い場合は、一番に薬の調整が必要になります。薬の調整をしないと、症状は改善されません。

　　症状が軽い場合は、食形態の調整、水分にトロミを付ける、食事の姿勢、食事の介助方法、口腔ケアで対応することになります。

　　また、服薬をしている場合は、薬の影響の少ない時間に食事をすることも誤嚥のリスクを減らすことになります。

施設・介護福祉士より　病院・MSWより

Q：服薬を中止したことで摂食嚥下障害は改善されましたが、整形外科や内科への影響はありませんでしたか？

A：講演で話した症例は痛みの訴えなど、みられませんでした。

　　摂食嚥下障害（誤嚥のリスク）と他の症状（せん妄、痛みなど）とのバランスが大切です。

　　主治医に服薬コントロールが必要となります。

【管理栄養士へ】

病院・ケアマネより

Ｑ：ＮＳＴメンバーに調理師含まれていないようですが、“現場”とのコンセンサスをどのようにしていますか？

実際に調理するスタッフとの意思疎通がどのようにしていますか？

Ａ：ＮＳＴメンバーの管理栄養士から調理師に伝達しています。

　　情報共有の場として、栄養科内でのミーティングを設けたり、現場内（厨房内）に伝達用ノートを置き、目を通してもらうようにしています。

施設・看護師より

Ｑ：低栄養による筋力低下を施設で見かけます。どのようにしたら食べて頂けるのでしょうか？

またどのような物で栄養を摂っていけたら良いのか？

Ａ：慢性的な栄養不足により、筋タンパクの崩壊から筋力低下に陥っていると推察されます。

「食事・経口摂取」に限定すると、まずは、その方に見合った栄養量が摂取できているか評価が必要と考えます。提供されている食事を食べていれば大丈夫と感覚的に評価されることもありますが、例えば、おかずが1/2量であったり、主食がごはんかお粥なのかでもエネルギー量は違います。

また、摂食嚥下機能に合わない食形態によって、残食や食事時間の延長に繋がる場合もあるため、適切な食形態になっているかどうかを検討し、食形態の再調整が必要な場合があるかもしれません。

→工夫点として、

疲労を考えて食事時間が延長しないように、咀嚼や嚥下に時間がかかるようであれば、適切な食形態へ調整したり、食事を半分量（1/2量）に調整し、補助食品で少量・高栄養にしたり、食間におやつなど取り入れた分割食が効果的な場合もあります。

ミキサー食になると水分が多くなり、エネルギーやタンパク質が減って提供されていることがあります。嚥下機能的に問題がなければ、栄養剤（ラコールやメイバランスなど各種）はエネルギーやタンパク質のみでなく、ビタミンや微量元素などの各栄養素も補給できるのでお勧めします。

「食事・経口摂取」に限定しないのであれば、病院での対応は一時的な経腸栄養・静脈栄養で必要量を確保したうえで、食事を調整することが多いです。

歯科医院・歯科医師より

Ｑ：若年者の低栄養患者もいるのか？もしいるとすれば、低栄養の若年者が高齢になった時、低栄養の高齢者になりやすいのでしょうか？（下線部について補足のつもりで）

Ａ：摂食障害や消化器系疾患の場合は、年齢に関係なく低栄養患者は存在します。

疾患のコントロールがつかない場合は、栄養療法だけでは栄養状態の改善が期待できないため、慢性的な低栄養状態に陥ることが考えられます。

　　食生活の乱れた方や、ヤセ願望の方が、将来、高齢期を迎えた際に、低栄養のリスクは高くなると考えます。最近では、食事自体は食べているけれど、偏った内容で「新型栄養失調」などという言葉も生まれています。私自身がまだ、こうした症例の統計的資料は見たことはないですが、近い将来、ご質問にあるような症例が増えることも想像されます。

診療所・内科医師

Ｑ：管理栄養士の業務（活用の仕方）を多くの職種の人々に知ってもらいたい。

Ａ：栄養相談の窓口を知ってもらい、特に在宅医やケアマネージャーの方に広く情報提供することが今後も必要だと思います。

　　2018年4月以降は相談窓口が県へ移行予定となっています。

病院・管理栄養士

Ｑ：調理実習で失敗した例はありましたか？（食形態など）

Ａ：ゲル化剤の分量（食材や加水する水分の重量に対する割合）を間違えて、想定していた食形態（日本

摂食嚥下リハビリテーション学会の分類コード）にならなかったことがありました。

また、分量が少なくてミキサーがうまく回らないこともありました。

その他・看護師

Ｑ：外来栄養、在宅患者訪問は関東甲信越厚生局などに申請しなくても点数を外来でとっても良いのか、点数のとり方を教えて下さい。

Ａ：今回のテーマであった低栄養や摂食嚥下障害に関しては、主治医が“体重減少”や“食欲不振”などから低栄養リスクが高い、“ムセがみられる”や“痰の増加”など嚥下機能の低下と評価・診断された場合は「低栄養」や「摂食嚥下障害」診断名がつけられた際、算定できます。低栄養という診断に関して具体的な検査値は必須ではありません。

ケアマネより

Ｑ：糖尿病患者への食事量を教えて下さい。

Ａ：標準体重（身長ｍ×身長ｍ×22）をもとに、体型や活動量など考慮し必要エネルギー量を決定します。しかし、糖尿病のみでなく合併症も考慮しないといけないので、一律ではありません。

基本的には主治医の指示の基づくものなので、主治医に相談してから検討して下さい。

【歯科衛生士へ】

歯科医院・歯科医師より

Ｑ：長岡歯科医師会・在宅歯科医療連携室の実績として、「ケアマネからの依頼」「施設からの依頼」「家族からの依頼」など、どのような割合で、どれくらいの件数がありますか？

Ａ：平成29年度（12月現在）の対応件数は54件です。（前年度　対応件数：45件）

　　依頼元の上位は、①ケアマネージャー・専門職（約57％）31件　②家族（約39％）21件　③施設（約4％）2件です。ただし、在宅歯科医療連携室が関わっていない訪問歯科診療もあるので、市内で行われている訪問歯科診療の実件数は、さらに多いと思われます。

施設・介護福祉士より

Ｑ：口腔ケアの必要性が分かりました。しかし、ブクブクうがいが行えない時はどうすれば良いですか？

Ａ：うがいができない場合は、スポンジブラシやガーゼでの清拭、歯科用吸引器を使用しての洗浄などが考えられます。なお、ベッドサイドの備え付けの吸引器は、口腔内の洗浄用として利用するには、吸引力が弱いです。誤嚥などの危険性が高まると考えてください。

【参考】うがいができない方への一般的な口腔ケア

　準備するもの：清掃用具（歯ブラシ、スポンジブラシなど）、コップ（水を入れたもの。最低２つ）

　　　　　　　　拭き取り用具（ガーゼ、スポンジブラシなど）、口腔保湿剤（ジェルタイプ）

　①　口唇、口腔内に薄く口腔保湿剤を塗布します。

　②　口腔保湿剤（ジェルタイプ）を塗布して数分経過したのちに、乾燥または水分を充分絞った清掃用具で口腔内の汚れや唾液を取り除きます。

　③　汚染した歯ブラシやスポンジブラシを、１つのコップの中で洗い、洗った後にガーゼ等で水分をしっかり絞ります。

　④　②と③を繰り返します。（コップ内の水の汚れがひどければ適宜交換）

　⑤　清掃が終わったら、きれいな水の入ったコップに、できれば新しいスポンジブラシやガーゼを浸し、水分をしっかり絞ってから口腔内を拭き取ります。

　⑥　①と同様に口腔保湿剤（ジェルタイプ）の塗布をします。

　注意：口腔内への刺激で、唾液が多く出る場合があります。誤嚥のリスクがある方は配慮が必要です。

無記名より

Ｑ：訪問歯科診療、無料訪問歯科検診「要介護３程度」とは？

　　他の要介護では対象でないのですか？「要介護３以上」であれば分かります。

Ａ：「要介護３程度」との説明は誤りでした。この場を借りて訂正いたします。

　 「訪問歯科診療」と「無料訪問歯科健診」はそれぞれ対象となる方の定義が異なります。

　「無料訪問歯科健診」は、「新潟県在宅要介護者等歯科保健推進事業」として行われています。

　対象者は「在宅で介護を要する高齢者（要介護度３以上）や重症の障害のある方など」です。

　　※以下のいずれかに該当する方が訪問歯科健診事業の対象となります。

　（ア）介護保険制度の要介護区分3・4・5

　（イ）障害高齢者の日常生活自立度判定基準におけるランクB・C

　（ウ）認知症高齢者の日常生活自立度判定基準におけるⅢ・Ⅳ・M

　（エ）療育手帳Aまたは身体障害手帳1・2級所持者

　（オ）上記（ア）から（エ）と同程度であると地域振興局健康福祉（環境）部長が認めたもの

　「無料訪問歯科健診」の申込み・お問い合わせは住所地の地域振興局健康福祉（環境）部へ連絡ください。

（参考：長岡地域振興局健康福祉環境部　0258-33-4932）

　「訪問歯科診療」は、医療保険が適用となり保険制度において「在宅で療養中もしくは施設に入所中の方で、疾病・傷病により歯科医院への通院が難しい方」が対象となります。

　　訪問歯科診療の対象となるか不明な場合は、長岡歯科医師会在宅歯科医療連携室（℡：0258-32-1430）へお問い合わせ・相談ください。

【みなさんへ】

施設・介護福祉士より

Ｑ：眠剤をやめると、摂食嚥下障害は軽減されるが、夜は眠れるのか？

昼夜逆転などないのか？

Ａ：人によっては薬に頼らなければならない人はいます。

　　しかしまずは、薬を使わない方法を試す必要があります。

　　第11回特別講演「認知症に対する栄養障害をどう克服するか？」の講演の中で、水野先生から時間栄養学のサーカディアンリズムをいう話がありました。

サーカディアンリズムとは、生物に備わる昼と夜を作り出す１日のリズムのことで、ラテン語でサーカは“約”そしてディアンは“１日”を表しています。人は一定の時刻がくると自然に眠くなり、一定時間眠ると自然に目が覚める睡眠―覚醒のサイクルをはじめとして、血圧，体温，ホルモン分泌の変動などが代表的な例であります。このリズムが乱れると、不眠症やうつ症状との関係も疑われています。

　　この考えを参考にすると、朝食を食べて、朝日に当たることが体内時計をリセットできて、夜にはメラトニンが分泌され、自然と睡眠を促すことができます。

　　まずは薬を使わない方法を行い、もし難しいようなら弱めの睡眠薬から開始を検討して下さい。

歯科医院・歯科医師より　施設・CWより

Ｑ：施設職員が早期発見と思った時、どのような対応をすることが、肺炎予防につながるのか？

Ａ：食事での誤嚥が疑われる場合、食形態を下げる、水分にトロミを付ける・粘度を調整する、食事の姿勢・介助方法などを変更し、対応します。

食事以外で唾液の誤嚥や逆流性誤嚥が疑われる場合、口腔ケアの回数を増やす、普段ベッド上生活ならベッドアップ１５度・頸部屈曲にするなどの対応があります。

摂食嚥下を診ることができる専門職（言語聴覚士や歯科衛生士）と連携できるならば、誤嚥予防のトレーニング対象になるかなどを相談してみることが良いと思われます。

それでも、痰が増えてきて症状が悪化している際は、すぐに病院の受診を勧めて下さい。

重症化する前に入院することで、入院期間を短く、摂食嚥下機能・栄養状態・ADLを落とさずに退院することが可能となります。

歯科医院・歯科医師より

Q：NSTサマリーは具体的にはどんな患者のどんな状態の時、どんな場合で、誰が、誰に出しますか？

Ａ：栄養や摂食嚥下障害に問題があり、入院中に改善できなかった時に、次の病院・施設でもシームレスに関わって欲しい為、言語聴覚士や管理栄養士が、転帰先の担当者に作成します。

ホームページに対して

Q：「嚥下調整食リスト」をダウンロードして欲しい。（病院・MSW）（包括・看護師）

A：2018年に嚥下調整食リストを再度作り直そうと思います。

　　その後、ホームページで閲覧できるようにしたいと検討中です。

施設・管理栄養士より

Ｑ：誤嚥性肺炎で入退院を繰り返している方がおり、食事（水分）は施設職員が気にかけているが、ご家族の理解がいまいちで、差し入れを食べさせ、誤嚥してしまうケースがあり、説明が難しい。

　　家族は発熱が無ければ誤嚥していなかったので大丈夫との考えがあるので。

　　どうすれば良いのか？

Ａ：症状が出にくい誤嚥（不顕性誤嚥）や肺炎があることを説明し、嚥下が正しくできているかなどの精密検査を受けてみるように、家族に勧めてみてはいかがでしょうか。説明の際に、医療職の方から危険性も含めて話してもらうことも一案と思います。

ただし、その説明をするには、施設内の職種間（嘱託医・歯科医、看護職、介護職、栄養関連職、相談員やケアマネージャーなど）で共通認識が図られていることが大切だと思います。

施設・管理栄養士より

Ｑ：施設入居者で誤嚥のリスクが高く、経口維持計画を立案し支援したいと考えるが、他職種からの理解が得られにくい。どうすれば良いですか？

Ａ：施設の方針として、それに対応して構わないのか、理解者・協力者が他にいるのか、本人・家族の意向があるのかなど考慮の上、進める必要があります。経口維持計画の立案を行うメリット（肺炎が減る、情報の共有による食事介助の負担減等）の理解を得ることが第一歩かと思います。

市内の施設でもミールルラウンドを取り組んでいる施設はあります。可能であれば、実際に見学に行ってみるなどから取り組んでみてはいかがでしょうか。

その他・その他より

Ｑ：多職種の関わりは、具体的にどんな形で行っていますか？

Ａ：歯科においては、医科（開業医、病院）や介護保険の関係職種（ケアマネージャーなど）の方々と、訪問歯科診療や居宅療養管理指導に必要な情報を電話や書類などで、共有できるように努めています。

今後は、フェニックスネットなども活用し、更に情報を共有できるように取り組みたいと思います。