

医療・介護連携シンポジウム

「口から食べたい」を支える  
口腔ケアと嚥下リハ

報告① 医師の立場から

メッセージは「社会復帰」  
としての在宅医療



金沢・在宅NST研究会

小川 滋彦 氏

開催しました。

研究会の中に四つの下部組織がありますが、一番活動している経口摂取ワーキンググループ(WG)について紹介します。このWGは今年七月から「経口摂取相談会」に名前を改めました。WGではなく活動の段階に入ったためです。経口摂取WGは、研究会発足の翌年〇五年に発足しました。その後、経口摂取チェックリストを完成させ、〇八年五月に経口摂取の評価法に乗って一例目を始めました。現在は十三症例まで行われています。

介護保険の認定審査会をイメージして

月一回、対象の患者さん宅にゾロゾロと各職種が訪問し、その場で検査を行います。対応を検討したりしています。これまで計四十

「経口摂取相談会」の特徴

- NST研究会(全体会)の下部組織である。
- 年2回の全体会で活動報告。
- 栄養治療の一部門としての摂食・嚥下チーム。
- 胃ろう患者との関わりが大きい。
- 24施設から参加(地域が多職種・多施設)。
- リハ医と歯科医のダブルケアマン方式。
- 症例毎に責任者を決め、追跡調査。

今年三月四日放送の「クローズアップ現代」に出演された患者さんは、通算八回目の方です。テレビでは私がたまたま思いつきでチームを集めたようになっていました。それは間違い。相談会というシステムに乗せていた症例の一つです。この方は当初は食べる云々のレベルではなく、最初から経口摂取が可能になると

は思わなかったケースです。また、実際に食物を使わない間接訓練の期間が非常に長かったことがわかっていただけだと思います。この方は一年間、座位訓練と舌



のストレッチができています。食べずにリハビリができた理由は聞かれれば、胃ろう栄養と管理栄養士による緻密な栄養管理でした。

報告② 訪問看護師の立場から

終末期であっても「食べる」と「支えたい」

砺波市訪問看護ステーション 岩原 裕子



終末期において、死に怯えて生きていくことよりも、残された毎日をどう生きるかということが重要なので

経口摂取相談会のリーダーは、歯科医の綿谷修一先生です。そしてリハビリ医の河崎寛孝先生のダブルケアマン方式で運営されています。そしてこの相談会は、

でもらうのはよいのではないかと思います。

最後に、在宅医療は「社会復帰」であり、「社会復帰」だという心意気があるから病院と対等に連携できると思っています。ただし、「社会復帰」とは「五体満足」になることではありません。周囲の人たちとの関わりの中でその存在が認められること、これが社会復帰だという認識のもとで在宅医療を捉え直すと、在宅医療の可能性が広がるのではないかと思います。

そこで、歯科衛生士に相談し、そこから歯科医師による歯科訪問診療が始まりました。四、五回の訪問で治療は終了し、Aさんはすき焼きを食べることができました。「うまかった」と言った、何ともいえない納得したような満足した表情は忘れられません。そしてAさんの妻の「またあげるちゃ」と本人よりもうれしそうに言っていた、その家の空気も忘れることはできません。おいしく食べられるということは、本人だけではなく周りに対しても大きな意味をもっているの質を輝かせると確信しました。Aさんは年が明けた今年一月の深夜、家族皆が見守る中、呼吸を停止されました。

Aさんが亡くなった後、Aさんへの訪問診療を行った歯科医師の方に会う機会がありました。「こんなに喜ばれるとは思っていません」「歯だけではなく、生活スタイルをみることできたのはよい経験になった」「できることがあればまた声をかけてほしい」と言われたときはうれしかったし、チームとして仕事ができたらいいなと思いました。

- 経過
- H21年6月29日訪問開始。
- 7月:徐々に動けなくなりエアマット導入。
- 8月:上腕骨骨折 低血糖症状の出現
- 9月:仙骨部に褥瘡発生。全身の黄染
- 10月:孫の結婚式に出席(主治医が同席) ※バックアップ軍団待機 血尿、下血、昼夜逆転。

- 11月:在宅での看取りの意志を確認
- 妻: 喜しんようにしてあげてください
- Aさん: 硬いものが食べれん
- 歯がぐらつき、残念そう
- 歯科衛生士に相談
- 歯科訪問診療・訪問治療開始
- 12月:訪問治療終了 夕食「すき焼き」
- Aさん: うまかった
- 妻: またあげるちゃ
- その後も肉料理をよく食べる

- 1月4日 呼吸状態悪化 HOTを検討
- 1月8日 夕食に、おはぎ1個半
- 1月11日 意識レベル低下。夕食中に眠ってしまう。口腔内食物残渣あり、口腔ケア指導 家族の意向確認、「家で見守る」深夜 皆で看守る中、呼吸停止。

在宅療養者こと異なる環境・状況・病状を持っています。訪問看護では「食べる」と「支えたい」ということを(七ページへ続く)

(六ページからの続き)  
 ます。そして、歯科医師や衛生士に助けを求め、私たちに何が出来るのかを教えてください。その力を借りて、

### 報告③ 歯科衛生士の立場から

## 安全な経口摂取のための口腔環境づくり

済生会富山病院  
 摂食嚥下サポートチーム

坂口 奈美子



前術後、口腔内の環境が悪い患者さんなど医師や看護師から依頼を受け、病棟で口腔ケアを行っています。

摂食嚥下サポートチームは平成十八年にできました。

チームは色々な職種が集まって構成されているチームで、チームの目的は安全に食べ

ていただくことです。胃ろうや経管栄養も患者さんにとつては食事の二環ですが、人として口から物を食べる、

そういう楽しみをサポートしたい。そのためには、どこをどうすれば食べられるのか、何を食べれば安全なのかというところで、口腔ケア・嚥下評価・嚥下訓練・栄養評価といったことを多

職種で考えます。

器械的口腔ケアと機能的口腔ケア

口腔ケアというのは、器械的口腔ケアと機能的口腔ケアから成り立っています。

器械的口腔ケアは口腔内を清潔にするケアで、いわゆる口腔清掃、ブラッシング

にあたります。機能的口腔ケアは口腔機能の維持・回復が目的のケアで、嚥下の体操であったり唾液腺のマッサージといったものが含まれます。

病棟で口腔機能の悪い患者さんを診ていると、機能が悪い、動かないところに汚れがたまっているという

ことを体験しています。その動かない機能を動かしながらケアする、これも機能的口腔ケアだと考えています。

嚥下回診は情報交換の場

口の機能に問題のある患者さんに口腔ケアを行うときのポイント、ただキレイにするということではなくて、この口は口としての役割をちゃんと果たせるか、この口で食べられるのか、呼吸ができるのか、呼吸ができるのかといった口の役割・機能を考えながら口腔ケアを行うことです。

当院のサポートチームは毎週木曜日に病棟の嚥下回診を行っています。病棟でちょっと嚥下に問題があるのではないかと思われる患者さんのところに行き、みんなで色々な方面から患者さんを診ています。その嚥下回診の場というのは、色々な職種が集まる情報交換の場となります。看護師にもリハビリスタッフにも

口腔内に興味を持ってもらえるので、歯科衛生士のところにたくさん情報が届き助かっています。

今この時代に求められる歯科衛生士の役割

歯科衛生士の役割は安全な経口摂取のための口腔環境作りです。口腔機能の維持・向上、口腔内の清潔保持、口腔内の評価を正しくして色々な職種に情報を提供することです。そして誤嚥性肺炎の予防です。また、口を早

期から触ることは脳のリハビリになるとも言われています。どんなに揺り動かしても覚醒しない、そんな患者さんでも口腔ケアをする

ことで目がパッチリ開いたり、手や足が動くということをとたくさん体験しています。脳への刺激・覚醒の改善につながることを確信しています。

種が情報交換しながら色々な方向から考えなければならぬ疾患ではないかと実感しています。医療の現場では、口腔ケアというものも、もう歯科衛生士や歯科だけの仕事ではなくなっています。色々な職種が口腔ケアを行っています。だからこそ歯科衛生士は専門的な知識を生かして多くの職種と連携していかなくてはならないのではないかと考えます。

○回の訪問リハビリを行っています。S.T.によるものはそのうちの約10%です。数の少ない訪問による言語聴覚療法ですが、療法を受けた七十二%の方が摂食・嚥下障害や失語症、構音障害について何らかの改善が認められたという報告があり、家族の介護負担軽減にも役立つといううれしい声も聞かれています。

胃ろうの退院患者に訪問リハと嚥下訓練

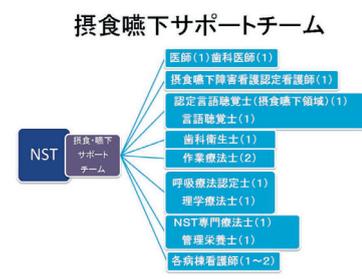
歯科医師の小林岳志先生と一緒に訪問、評価を行いました。

胃ろう造設後に退院された八十代の女性の方への嚥下評価依頼があり、訪問リハビリ・嚥下の直接訓練を行うことになりました。ケアマネジャーさんの呼びかけで開かれたサービスマンが、小林先生が関わっていることを聞き、同行訪問・評価をお願いしたところ、快く引き受けていただき、一緒にアプローチの方向を検討しました。

在宅における摂食・嚥下リハビリでは、リスクに対する責任の所在という問題点があります。リハビリを行うにあたってリスクは必ずあるので、このリスクを誰が負うのかということを確認する必要があります。在宅の主治医の先生が「ある程度私が責任を負うから、がんばってリハビリをしてくれ」と背中を押していたら、と背中を

押し進めて行くことが必要だと思っています。

現状では、多くの摂食・嚥下障害患者が十分に評価されていることなく在宅生活を送っていると思います。今後さらに増加することが予想されます。しかし、そういった希望に対してマンパワーが足りず、対応できない状況にあります。県内で訪問リハビリを行っているS.T.は十名弱で、患者さんが増えなくてもS.T.が増えませんが、そのために、S.T.だけが嚥下リハビリを行うというのではなく、多職種が関わることで摂食・嚥下障害の発見に努め、一定の評価ができるようになることが望ましいです。その上で、ITを活用して情報共有を行うなどして職種間の連携を図り、地域全体で在宅における摂食・嚥下リハビリを適切に進めて行くことが必要だと思っています。



摂食嚥下サポートチーム

- 医師 (1) 歯科医師 (1)
- 摂食嚥下障害看護認定看護師 (1)
- 認定言語聴覚士 (摂食嚥下領域) (1)
- 言語聴覚士 (1)
- 歯科衛生士 (1)
- 作業療法士 (2)
- 呼吸療法認定士 (1)
- 理学療法士 (1)
- NST専門療法士 (1)
- 管理栄養士 (1)
- 各病棟看護婦 (1~2)

問題のある方に対し機能の維持・向上、助言や指導を行う仕事ですが、近年、摂食・嚥下領域においてS.T.の名前が出るようになりました。

当院の看護師、看護助手にアンケートをしたところ、S.T.に期待することとして「患者の嚥下状態の把握」「摂食・嚥下障害の発見」が多く、嚥下に対する要望が多くあるという印象を受けました。

S.T.ができること

口腔ケアについて、S.T.は機能的口腔ケアを中心に

維持期のリハビリのひとつに訪問リハビリがあります。私も入院、外来でのリハビリを行いながら、訪問リハビリにも出ています。当法人では現在、月約三〇

その方、経口摂取後に体重が増加するなど経過が順調ですが、多くの職種が同じプログラムを継続して実施できたことが要因ではないかと思っています。また、口腔ケアを含めたプログラムを実施したということで誤嚥性肺炎が発症していないことも大きいと思います。在宅で嚥下リハビリを実施することで経口摂取が可能となる例が地域にはまだまだあるのではないかと感じています。

現状では、多くの摂食・嚥下障害患者が十分に評価されていることなく在宅生活を送っていると思います。今後さらに増加することが予想されます。しかし、そういった希望に対してマンパワーが足りず、対応できない状況にあります。県内で訪問リハビリを行っているS.T.は十名弱で、患者さんが増えなくてもS.T.が増えませんが、そのために、S.T.だけが嚥下リハビリを行うというのではなく、多職種が関わることで摂食・嚥下障害の発見に努め、一定の評価ができるようになることが望ましいです。その上で、ITを活用して情報共有を行うなどして職種間の連携を図り、地域全体で在宅における摂食・嚥下リハビリを適切に進めて行くことが必要だと思っています。

在宅における摂食・嚥下リハビリの問題点

- 1) リスクに対する責任の所在の明確化
- 2) 主治医が嚥下の専門家ではない場合がある
- 3) 主治医と即連絡が取れない場合がある
- 4) 多(他)職種が様々な事業所に所属しているため連携がとりにくい場合がある
- 5) 頻りに血液検査等が行えない
- 6) VFやVEなどの客観的な評価が在宅では困難
- 7) 「S.T.が来たから即食べられる」という思い込みを本人や家族に招きやすい



富山協立病院  
 リハビリテーション科  
 亀谷 浩史

## 報告④ 言語聴覚士の立場から

### S.T.による訪問リハの七二%に何らかの改善が

問題のある方に対し機能の維持・向上、助言や指導を行う仕事ですが、近年、摂食・嚥下領域においてS.T.の名前が出るようになりました。

当院の看護師、看護助手にアンケートをしたところ、S.T.に期待することとして「患者の嚥下状態の把握」「摂食・嚥下障害の発見」が多く、嚥下に対する要望が多くあるという印象を受けました。

S.T.ができること

口腔ケアについて、S.T.は機能的口腔ケアを中心に

維持期のリハビリのひとつに訪問リハビリがあります。私も入院、外来でのリハビリを行いながら、訪問リハビリにも出ています。当法人では現在、月約三〇

その方、経口摂取後に体重が増加するなど経過が順調ですが、多くの職種が同じプログラムを継続して実施できたことが要因ではないかと思っています。また、口腔ケアを含めたプログラムを実施したということで誤嚥性肺炎が発症していないことも大きいと思います。在宅で嚥下リハビリを実施することで経口摂取が可能となる例が地域にはまだまだあるのではないかと感じています。

現状では、多くの摂食・嚥下障害患者が十分に評価されていることなく在宅生活を送っていると思います。今後さらに増加することが予想されます。しかし、そういった希望に対してマンパワーが足りず、対応できない状況にあります。県内で訪問リハビリを行っているS.T.は十名弱で、患者さんが増えなくてもS.T.が増えませんが、そのために、S.T.だけが嚥下リハビリを行うというのではなく、多職種が関わることで摂食・嚥下障害の発見に努め、一定の評価ができるようになることが望ましいです。その上で、ITを活用して情報共有を行うなどして職種間の連携を図り、地域全体で在宅における摂食・嚥下リハビリを適切に進めて行くことが必要だと思っています。

在宅における摂食・嚥下リハビリの問題点

- 1) リスクに対する責任の所在の明確化
- 2) 主治医が嚥下の専門家ではない場合がある
- 3) 主治医と即連絡が取れない場合がある
- 4) 多(他)職種が様々な事業所に所属しているため連携がとりにくい場合がある
- 5) 頻りに血液検査等が行えない
- 6) VFやVEなどの客観的な評価が在宅では困難
- 7) 「S.T.が来たから即食べられる」という思い込みを本人や家族に招きやすい

その方、経口摂取後に体重が増加するなど経過が順調ですが、多くの職種が同じプログラムを継続して実施できたことが要因ではないかと思っています。また、口腔ケアを含めたプログラムを実施したということで誤嚥性肺炎が発症していないことも大きいと思います。在宅で嚥下リハビリを実施することで経口摂取が可能となる例が地域にはまだまだあるのではないかと感じています。

現状では、多くの摂食・嚥下障害患者が十分に評価されていることなく在宅生活を送っていると思います。今後さらに増加することが予想されます。しかし、そういった希望に対してマンパワーが足りず、対応できない状況にあります。県内で訪問リハビリを行っているS.T.は十名弱で、患者さんが増えなくてもS.T.が増えませんが、そのために、S.T.だけが嚥下リハビリを行うというのではなく、多職種が関わることで摂食・嚥下障害の発見に努め、一定の評価ができるようになることが望ましいです。その上で、ITを活用して情報共有を行うなどして職種間の連携を図り、地域全体で在宅における摂食・嚥下リハビリを適切に進めて行くことが必要だと思っています。

在宅における摂食・嚥下リハビリの問題点

- 1) リスクに対する責任の所在の明確化
- 2) 主治医が嚥下の専門家ではない場合がある
- 3) 主治医と即連絡が取れない場合がある
- 4) 多(他)職種が様々な事業所に所属しているため連携がとりにくい場合がある
- 5) 頻りに血液検査等が行えない
- 6) VFやVEなどの客観的な評価が在宅では困難
- 7) 「S.T.が来たから即食べられる」という思い込みを本人や家族に招きやすい