



在宅における神経難病の方への 食支援の関わり

医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック 在宅医療部

桜新町ナースケア・ステーション

摂食・嚥下障害看護認定看護師 青木奈々

第18回日本神経摂食嚥下・栄養学会学術集会
東京大会

COI 開示

青木奈々

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある
企業などはありません。

所在地

外来) 東京都世田谷区新町3-21-1
在宅) 東京都世田谷区用賀2-15-5

併設事業

桜新町アーバン・デイサービス (通所介護)
桜新町ナースケア・ステーション (訪問看護)
桜新町ナースケア・プランニング (居宅介護支援)
ナースケア・リビング世田谷中町 (看護小規模多機能・訪問看護)
世田谷区認知症在宅生活サポート事業 (区からの受託事業)



在宅医療

機能強化型在宅診療 (連携型・病床あり)
在宅緩和ケア充実診療所
患者数 430名 (居宅 330名, 施設 100名)
看取り数 155件/年 (在宅看取り率 87%)



訪問看護

利用者数 100名
医療保険 29% 特定管理加算 25%
ターミナケア 30件/年



従業員数

従業員数約86人
医師10人 (常勤7人)、看護師28人、作業療法士4人、
薬剤師、社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、
介護スタッフ、医療事務、総務、ドライバー



看護師8名 OT4名
利用者数 100名 医療保険 29%
特定管理加算 25%
ターミナルケア 30件/年

※神経筋疾患の方：約7%
※24時間365日対応



訪問看護回数
5,850 回/年



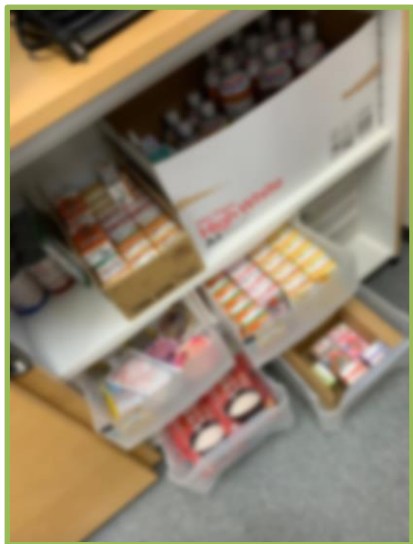
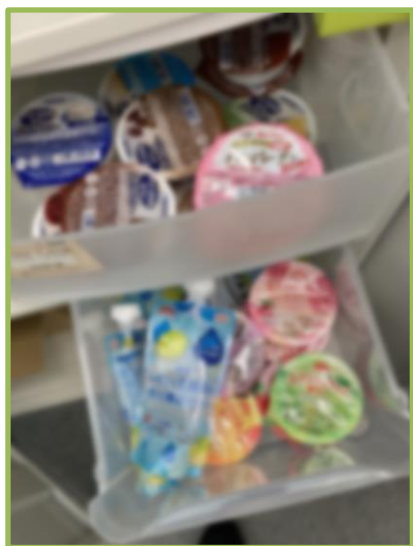
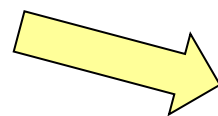
ターミナルケア件数 重症度の高い利用者の割合
30 件/年 **25** %

2021年実績

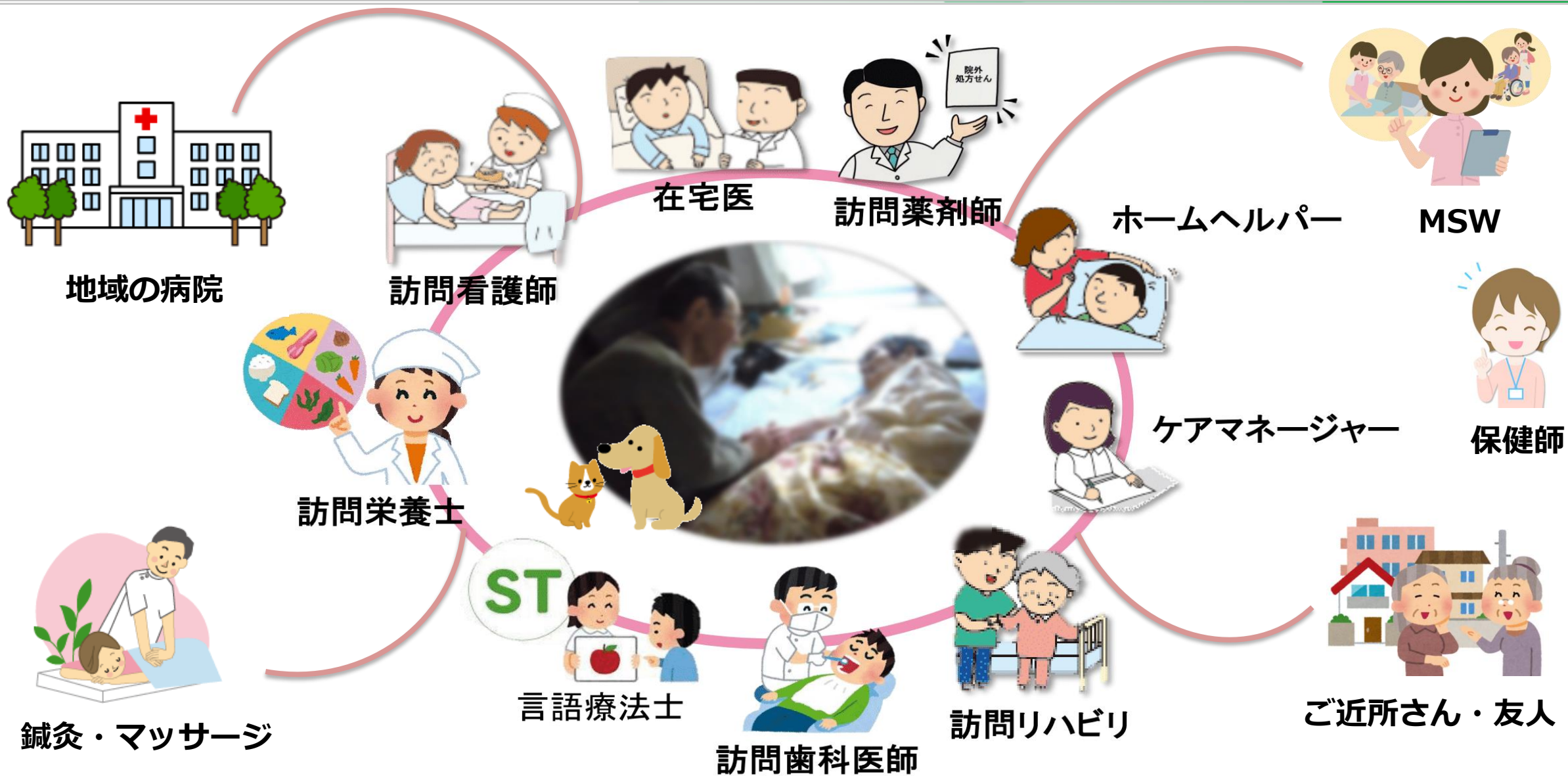


認定看護師としての活動の実際

- 訪問診療：同行訪問 嚥下評価 食事介助方法 家族支援 歯科往診への依頼・VE同行
- 訪問看護：嚥下評価、訓練、担当看護師からの相談、実践（同行訪問・指導）
- 学習会、とろみ剤の試飲会など ※Instagram、HP掲載
- 地域へ向けて勉強会などの開催
- 栄養補助食品、とろみ剤、冊子などの管理、スタッフへの周知



在宅ケアを支える方々



在宅での実際の相談

- 病院ではダメって言われたけど、食べたい、食べさせたい
- 最近食べる量が減ってきた
- どんなものなら食べていいの？
- 食べる時に咳込んでる、むせている
- 食べた後は咳が出ている、痰が多くなる
- 食べても口から出てきちゃう
- 口の中にいれても、飲み込んでくれない
- 薬を飲むから食べさせなくちゃ
- 時間はかかるけど全部食べている（1時間以上）
- 夜横になると咳をしている

低栄養、脱水、誤嚥、肺炎のリスクに気が付かないことも多い



- 設定された摂食条件が守りにくい…好きなものを食べる、環境が整いづらい
- 介護負担がかかる…日常生活+介護、家族の世話、経済的な負担
- 統一した対応が困難…家族や介護スタッフ、医療的な認識の違い
- 家族の生活への影響…本人への気遣い、本人に隠れて食事をする



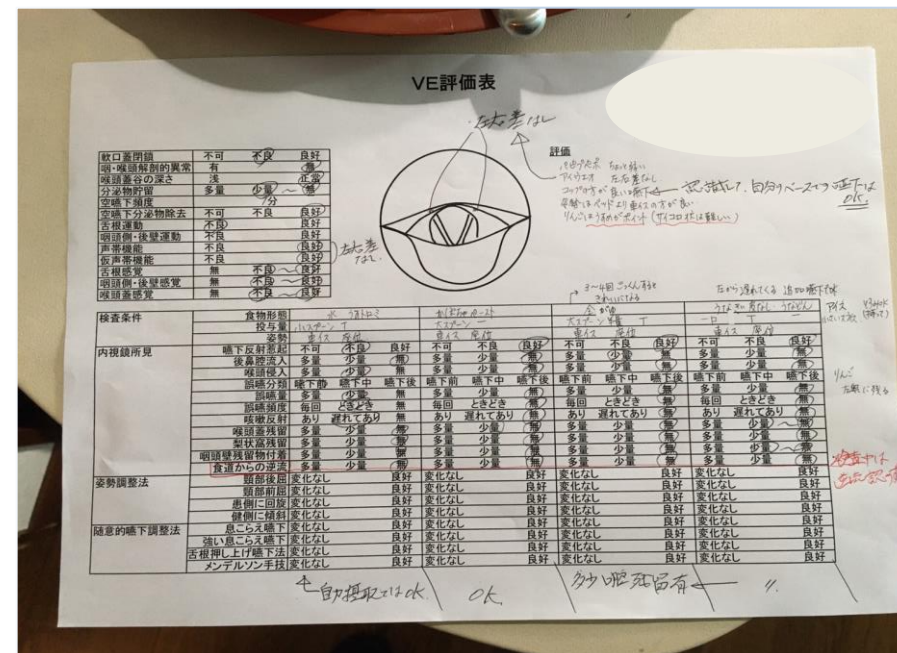
生活状況や背景、介護状況を踏まえて介入する



在宅でできること -嚥下内視鏡-

嚥下内視鏡後に医師から細かな説明が聞ける

日々の食事場面に活用できる具体的な情報が得られる





椅子

施設での食事場面



車椅子

自宅での食事場面

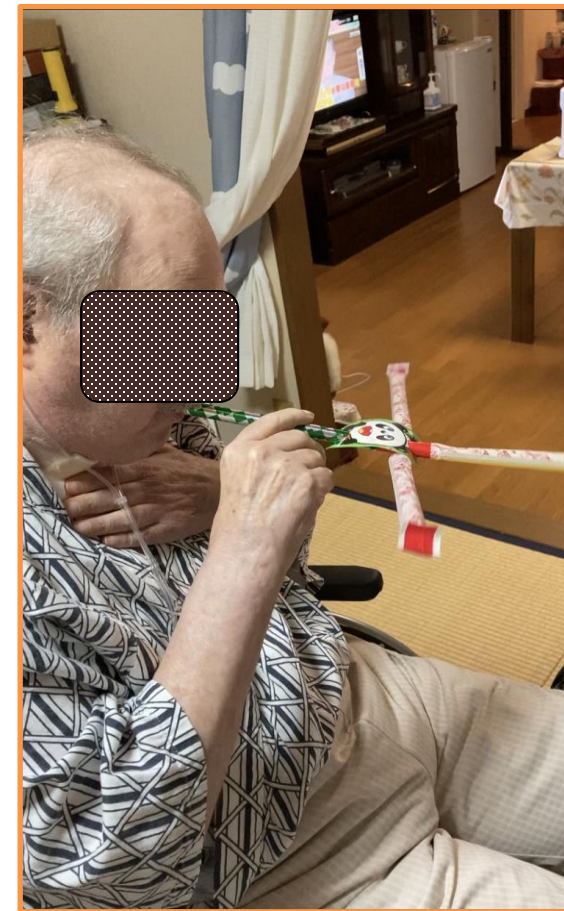
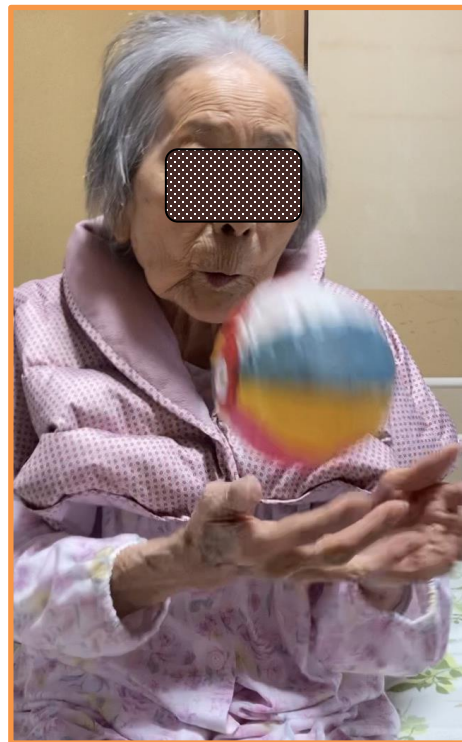


テーブル

クッション



呼吸と嚥下の協調運動



- 期間：2019年9月～2021年3月施設入所まで
- 訪問診療：2019年6月～ 訪問看護：2019年7月～
訪問栄養指導：8月～12月まで

■ 経過/介入時の情報

1年でパーキンソン病症状が進行し転倒を繰り返すようになっていた。

2019年5月発熱、急性尿路感染症で救急搬送され約1か月半の入院。

ADLの低下、認知機能の低下あり、通院困難となり訪問サービス開始

利用者紹介

- A氏 70歳代 女性 要介護5 ■パーキンソン病（以下PD）Hoehn-Yahr重症度分類V
- 家族構成：夫と二人暮らし、主介護者は夫。次男、長女の協力あり、夫と家族は意見がぶつかりがち
- 既往歴：糖尿病（HbA1c=5.3）、腎盂腎炎、癲癇
- ADL：移動は車いす、見守り軽介助で立位・ポータブルトイレは見守り軽介助、転倒を繰り返す
- 排泄：リハビリパンツ、夜間はおむつ排泄、時々ポータブルトイレ介助
- **食事**：3食セッティング 介助にて車いす ■ **口腔内**：やや乾燥、総義歯、歯科往診で義歯調整
- 3階が居室、エレベーターなし、施設利用時は次男が背負って階段昇降、2階は夫経営の会社
- 利用サービス：看護小規模多機能型居宅介護泊り（金～火）、訪問診療、訪問歯科、訪問リハビリ、訪問看護、訪問介護 介護ベッドや車いすなどの福祉用具のレンタル
 ※夫の意向でCMやヘルパーサービスの変更が繰り返しある。

訪問栄養士：栄養評価（入院前半年間）

➔ Alb = 4.7 → **4.0g/dl**、TP = 7.6 → **7.0g/dl**、体重 = 32.5 → **30.6kg**

⇒食形態の工夫やとろみ剤、栄養補助食品や水分補給方法などの提案➔低栄養・脱水予防

⇒**夫の受け入れ困難**で導入できず、栄養補助食品は体重の減少時に取り入れた

- **姿勢・口腔**：側弯、姿勢が崩れるためクッションなどで支持、ほぼ全介助、口内湿潤あり、挺舌は口唇をわずかに超えるが保持は困難、送り込みや咀嚼力が弱い
- **嚥下**：喉頭挙上は1横指。飲水後の嘔声、むせがある。咽頭残留があるが自覚に乏しい。
なかなか飲み込めず時間がかかる。**食事に1時間以上**かかる。
のどに詰まり声が出ずらいことにも気が付きにくい→誤嚥窒息のリスク
- **食形態**：普通食やわらかめ、ペースト状、軟飯またはおかゆやおじや
- **水分**：うすいとろみ付、ストロー付きマグをセッティングで自力で摂取可

- 2020年7月、発熱、脱水、尿路感染症疑いにて入院



- 病院 主治医から 十分な栄養摂取が困難なため胃ろうの選択

⇒家族間で話し合いは行われず、夫と家族での意見の相違あり



<在宅チーム 多職種連携カンファレンス実施>

- ・ 現在の病状やADL、介護状況など今後起こりうる変化を含めた説明
- ・ 本人と家族の意向確認
- ・ 今後の療養環境や介護支援体制について検討・多職種で共有

本人 以前から、胃ろうは希望していない

夫 前に先生に言われたときは胃ろうはしない、と言ったが病院で説明を受けて「やる」と返事をした。今はやらない方がいいと思っている。天命だよ、しょうがないと思ってる
施設はキャンセルしようと思ってる

長女 母の父親が胃ろうをしていたのを見て『自分はしたくない、延命治療はしなくていい』
と言っていました 介護が大変だったのを母はみていて、それを覚えてます

次男 意識があるうちに食べられなくなるんですか？母に会ってないので状況が分からない



胃ろうは選択せず経口摂取を継続し退院

【退院時の嚥下評価】

- 食事はベッド上45度－60度、車いす座位は疲労があるためベッドで介助
- 食形態はムース粥、副食はペースト、水分はとろみ普通－濃いめをスプーンで介助
- 嚥下機能、喀出力の低下があり時にむせや咽頭残留がある
- 錠剤は簡易懸濁しとろみを付けて内服介助、活気もなく、痩せも目立つ

●施設ではペースト食で対応

- 在宅でのサービス調整、ご家族へケア方法を提案
- 自宅で必要なケアが出来るよう調整、指導
- 退院2か月後：経口摂取量が確保できず**体重＝29.4kgへ低下**



<嚥下内視鏡検査> ⇒ **窒息、誤嚥性肺炎の重症化リスクが高い**

- パーキンソン病による**錐体外路症状**がある
- 口腔領域では**舌の振戦**がある
- 上下の義歯であることから**咀嚼力、咀嚼効率**の低下がある
- VE所見より咀嚼が必要な食品、流動性の高い食品での**不顕性誤嚥**が疑われた
- **喀出力の低下**が顕著にあった



- 口腔期、準備期、咽頭期障害が疑われる
- **誤嚥性肺炎の重症化のリスクが高い**
- **食形態は学会分類2-1** ミキサー粥、ペースト食、水分とろみ付
- 咀嚼が十分必要なものは**窒息のリスクあり**

2. 食事について

車いすに座って食事をしてください。

施設ではミキサー粥、ペースト食（ドロドロのおかず）、とろみ水がよいと考えます。家でも同じような食形態とすることが望ましいですが、どうしても難しい場合は窒息しないよう気を付けるために、食品を小さく切る（爪先以下の大きさ）、潰すなどしてください。

食事時間が長すぎると疲れてしまうため30分以内で食べましょう。保子様自身で食べることが難しい場合はご家族がお手伝いすると、保子様も楽だと思います。

カロリー不足が心配されるため、栄養補助食品として使用してみてください。

3. 嚥下訓練について

食事後に咳払いを5~10回実施してください。

■ 歯科往診より

【昼食時に訪問】 長女：自宅で作った食事を持参
※本人の好きなものや食べやすそうなものを選んで

- まぐろのたたき丼（レトルト粥）
- デザートチーズ
- 大根と人参と豆腐煮（よく煮込んだもの）
- とろみ水、フルーツジュース

⇒

食形態が混在


本人や家族の意向から、ペースト食へ**食形態を統一**することは現状難しかった。
リスクを回避し安全に食事が続けられるように介入した。

在宅での関わり

- 食形態や食具、食事介助方法、姿勢、口腔嚥下体操、について施設・介護スタッフ、看護師、家族が同じ関わりができるように共有
- 自宅での共有ノート：食事や排泄、発熱などの様子を記載し症状変化を把握
⇒**家族からむせの有無や程度、水分量を記載、食形態についての工夫あり**

＜共有したこと＞

- 食形態はペースト、ミキサー粥
- 水分のとろみを統一
- ひと口は小スプーンで統一
- 複数回嚥下 ● 顎引き嚥下
- 嚥下を確認してから次のひと口
- 咳払いをしっかり促す ● 姿勢調整
- 脱水予防のためとろみ水分の促し

- 
- 1) 大きく口を開けて「あー」と発声 →10秒 (たてに指三本入るくらい)
「いー、うー、えー、おー」と口の動きを大きく発声する。
 - 2) 頬をふくらませる 5秒がまん →唇は閉じる
 - 3) 舌の運動 各5回程度 5-10秒くらい/回
 - ・右斜め下へグイッと出す
 - ・左斜下へグイッと出す
 - ・真上へ出す
 - ・真下へ出す
 - ・ぐるりと唇を一周なめる
 - 4) 咳払い
 - 5) 鼻から息を吸って、ふ〜と口から吐く

※無理なく、できそうなものを選んで実施してみてください。



【訪問看護】

- 摂食嚥下評価 ■ 嚥下体操・訓練 ■ 排便処置・排泄介助 ■ 家族ケア
- 呼吸を整えてティッシュを吹き飛ばす練習を追加

【訪問リハビリ】

- 基本動作の確認 ■ 転倒リスク予防・福祉用具 ■ 姿勢・環境調整
- 歌唱での発声練習♪コーラスをやっていて歌が好き♪
- 嚥下訓練、頸部のストレッチ、筋力強化運動後にとろみ水を摂取

- ## 【訪問介護】
- オムツ交換・排泄介助 ■ 飲水介助 ■ 家族ケア

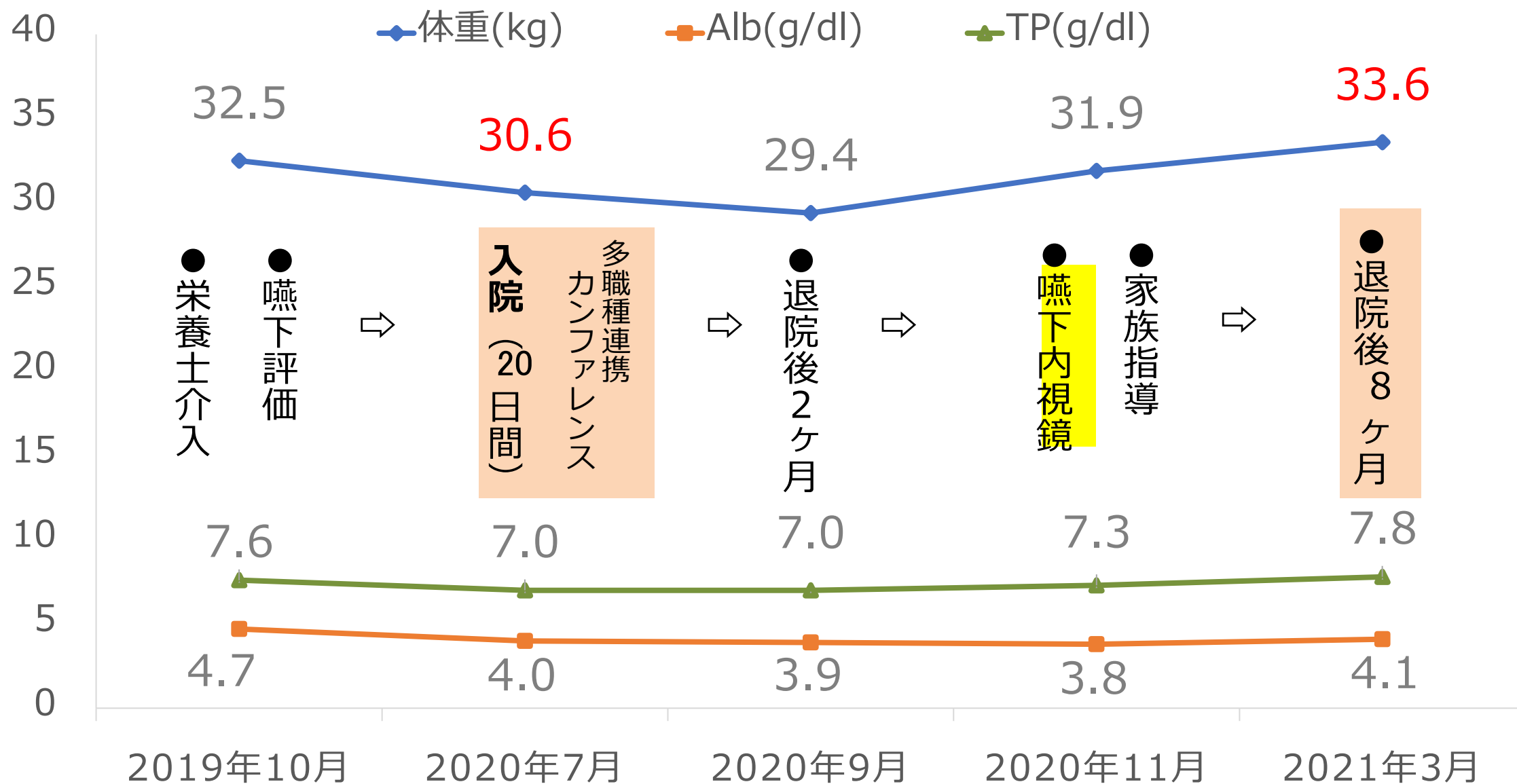


- 発声や咳払い、呼気の強度がUP
- **体重：33.6kg**（入院時から約8ヶ月で+3kg）、Alb：4.1g/dl TP：7.8g/dl
- 覚醒がよくなり活気が出てきた
- 咳嗽はしっかりとできる。むせこみが続くことはない



体重・栄養状態の経過

※血液データの値は脱水傾向の時期と重なっている



- 家族間の意見の相違やケア方法も異なる場面では、関係性を築きながら関わる
- 共有ノートで可視化：状況把握や情報共有しケアにつなげていく
- 食事を「楽しむこと」「おいしさ」を家族が共有できることも食支援のひとつ
- 経口摂取が困難な場合でも、強みを活かした関わりを継続することで誤嚥性肺炎や重症化リスクを軽減することへつながる
- 家族もチームのメンバー：工夫しながら継続した関わりが持てるよう働きかけることが大切
- 安全な食事を提供するために適切な嚥下状態を評価をし、実施可能なケア方法を多職種で共有し実践する

- ◆ 食べることの幸せや食習慣、価値観なども含めた支援
- ◆ その人が暮らす地域で**多職種、他機関と連携する**
- ◆ **在宅・地域からの情報発信**—病院と在宅をつなぐ

病院と在宅・地域で継続した看護の実践