

Nursing Information of Care & Evidence

特集 摂食嚥下障害ケア

食事は人生の大きな楽しみの一つです。
 その楽しみを摂食嚥下障害で失うことは、患者さんの生きる意欲にも影を落としかねません。
 摂食嚥下障害患者さんのケアは、食事の物性や介助方法はもちろんのこと、
 患者さんの基礎疾患や心理的側面など様々な要素を踏まえたトータル的なアプローチが要求されます。
 良かれと思って行ったことが、逆に患者さんの不利益に繋がる可能性もあり、
 日々の看護の中で悩んでいる方も多いのではないのでしょうか。
 この号では、日常の観察ポイントや、食事介助の注意点などにスポットを当ててご紹介します。

ある日のランチタイム…

301号室の患者さん、また食事の時にむせてた

え、また？

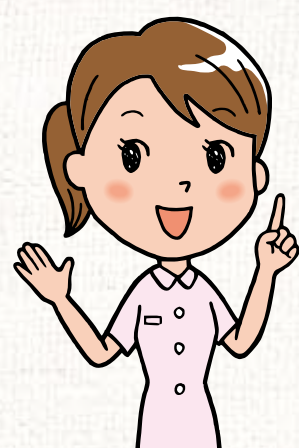
NSTに相談して食事形態をもう一度見直してもらったら？

え、また？

食事の形態も大事だけど、他に見落としていないことはない？

そう、食べる速さとか 一口量とかね

み、水…



伊東七奈子先生
 前橋赤十字病院
 栄養サポート室専従看護師/
 摂食・嚥下障害看護認定看護師

【高リスク患者さんの発見】

日常の病棟業務の中で、摂食嚥下障害リスクの高い患者さんの発見するのは看護師の役目です。食事の時はもちろん、就寝中も含めた十分な観察を通じて、危険信号を察知するよう心がけましょう。

ただし、**不顕性誤嚥**の患者さんを見つけるのは難しいので、少しでも誤嚥の兆候が見られたら、すぐに**嚥下造影検査**や**嚥下内視鏡検査**など詳細な評価を行います。

高リスク患者さん発見のための観察ポイント

①入院時

◆既往・基礎疾患

(例)脳血管疾患、神経系の疾患、認知症 など

◆患者さんの状態

(例) 高齢、経管栄養、気管切開、自立して口腔ケアができない など

②病棟での日常的な観察

◆食事の際

(例) 食べ物を口からこぼす、食事時間が長くなった、食事にむせる、食後に声が濁る、かすれる など

◆その他の日常生活

(例) 呼吸音が濁る、睡眠中にむせる、痰がよくからむ風邪でもないのに発熱する など

【患者さん・ご家族への説明】

口腔内や咽頭の動きは体の外から見えません。このため、摂食嚥下障害について患者さん自身やご家族にどのように伝えるかが、その後のケアを行っていく上での鍵になります。意識が清明な患者さんに対して、突然「嚥下障害があって危険なので食事形態のランクを落としましょう」と伝えてもなかなか受け入れ難く、かえって回復の意欲を失くしてしまうかもしれません。

そうした際に役立つのが画像を用いた摂食嚥下障害の見える化です。**造影の画像を一緒に見ながら説明**することで、機能が低下している状態や誤嚥している様子が視覚的に伝わり、納得される方も少なくありません。また、画像を使った説明は、主治医に患者さんの状態を理解してもらう上でも有効です。

平成26年度の診療報酬改定で胃瘻造設前の嚥下機能評価が算定されるようになり、以前よりも嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査を行いやすい環境になっています。マンパワーの問題もあるかもしれませんが、患者さんのためにも積極的に客観的評価を行うようにしたいものです。

【食べるスピード、一口量】

速く食べようとしたり、一口量が多くなりがちな摂食嚥下障害患者さんの場合、食事の際に病棟看護師が見守るなどの配慮が必要です。「自分で食べられるのに」と怒る患者さんかもしれませんが、やはり**看護師がペースメーカーとなって食べるスピードや一口量を調整**すべきだと思います。

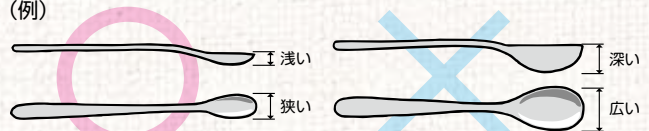
小さなスプーンは一口量を少なくするのに役立ちますが、ゼリー食はツルツルと滑るため、患者さんが自食する場合にかえってすくいづらいことがあります。そのため、器に口を近づけ、かき込むようにして食べようとする患者さんもうらっしゃいます。**食事形態としては安全でも、食べ方によっては危険な場合もある**ので十分注意しましょう。

適切なスプーンの選択(基本)

【選択のポイント】

- 口腔に取り込みやすい大きさ
- ボール部ができるだけ平らなもの
- 一口量が多くなりにくいもの
- 持ちやすい柄

(例)



注意しよう!



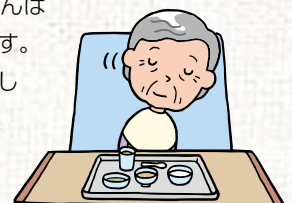
患者さんが自食する場合、ボール部の小さなスプーンではすくいにくいことがあるので、適宜介助を! スプーン選びは、ボール部だけに着目するのではなく、適切な捕食動作ができるように、柄の部分も含め、作業療法士と協働して選択することも必要です!

【食事中の疲労】

患者さんによっては長時間座っていることができず、食事の後半になると**疲れて安全な姿勢を維持できなくなってしまう**場合があります。

また、リハビリテーションと食事との兼ね合いにも注意が必要です。医療者側は、少しでも早く自立して食事できるようにとリハビリテーションを急ぎがちですが、食事の直前までリハビリテーションを行ったりすると、患者さんは**疲れた状態で召し上がる**ことになります。

食前には車椅子でしばらく安静にさせていただくなど、患者さんが食事に集中できる状態を整えることも重要なポイントです。



【粘度を高めると 飲み込みにくい場合も】

摂食嚥下は認知期、咀嚼期、口腔期、咽頭期、食道期の5期に分かれていて、どの段階に障害があるかによって、患者さんへの対応も大きく異なります。そのため、ケアの方針を決定する上では、嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査を含めた詳細な機能評価が欠かせません。

例えば、摂食嚥下障害の患者さんの食事姿勢は非常に重要で、**頸部前屈位が基本**です。しかし、筋萎縮性側索硬化症(Amyotrophic Lateral Sclerosis: ALS)の患者さんなど、嚥下機能が比較的残存している場合でも、舌が動かなくなって喉へ送り込みができず、頭を少し後ろに反らさないとうまく飲み込めないことがあります。また、舌がんの部分切除の患者さんなども舌による送り込みが難しいため、状況によっては姿勢を後ろに倒した方が喉に送り込みやすくなります。その際、粘性の高いとろみ水やゼリーなどでは送り込みが大変なので、普通の水や低粘度のとろみ水などに変更すると良いかもしれません。すべての摂食嚥下障害の患者さんがとろみのついた水分が安全というわけではないので、注意が必要です。

とろみのつけすぎに注意!

最近の市販とろみ調整食品には、少量で十分なとろみをつけられるものが増えています。そこで注意したいのが、とろみのつけすぎです。とろみ調整食品を添加しすぎると**付着性**が増えてかえって誤嚥リスクが高まります。

病棟で看護師がとろみ水などを作る場合、**作る人によってとろみ調整食品の添加量が異なる**ことも多いので、管理栄養士と協働して、一括して作るのも一つの方法かもしれません。また、とろみ水の適切な粘度は個々の患者さんによって異なります。患者さんごとの嚥下機能に応じて、一定の粘度でとろみ水を提供するようにしましょう。

とろみ調整食品を添加しすぎると…
このようなことが起こる場合もあります



おいしくない



腹部膨満感を感じやすい



付着性が増す

【老化や廃用による 摂食嚥下障害】

脳血管疾患や神経系の疾患の有無に関わらず、最近では老化や廃用に伴う摂食嚥下障害の患者さんが増えている印象があります。一方で、診療報酬上では、摂食機能療法の算定対象の中に廃用症候群などの記載はなく、悩んでいる医療者も多いのではないのでしょうか。

こうした中で、まずは医原性の廃用や誤嚥を予防していく必要があります。**食事を摂る際には多くの筋肉が関わっており**、加齢とともにそれらの筋肉も衰えていきます。また、**筋肉を動かす際にはエネルギーが必要**です。不必要な絶食や臥床をなくし、できるだけ身体を動かすとともに、十分な栄養摂取を心がけましょう。

ここがポイント!

必要エネルギー量の充足

嚥下障害の患者さんでは、どうしても食事量が少なかりがちです。そのため、いかに栄養の摂取効率を上げるかが重要になります。最近では少量で高エネルギーの補助食品も色々と市販されているので、それらを取り入れるのも一つの方法です。当院でも補助食品を活用することで、嚥下訓練食として提供しているゼリー食だけで1日当たり約1100 kcal摂取できるようにしています。

とはいえ、せっかく必要エネルギー量に配慮して献立を考えても、患者さんが食事を残してしまえば意味がありません。まずは**実際の栄養摂取量を数値的に把握**することが重要で、その意味で日々の栄養管理は欠かせません。

経口摂取のみで必要エネルギー量を充足できない状態が続くようであれば、やはり**胃瘻を含めた経管栄養の併用**を検討することも必要だと思います。最近では経管栄養にネガティブな印象を持つ方も多いですが、経管栄養を行いながら、**好きなものを少量でも食べる**ことができれば、患者さんの回復意欲につながるかもしれません。

「経鼻ならまだしも、胃瘻はちょっと…」という方もいるかとは思いますが、リハビリテーション時の身体の自由度、顔貌を気にせず散歩に出かけられるといった意味で、胃瘻栄養にも利点は少なくありません。患者さんの状態によっては、「**食べるためのPEG**」という発想の転換が必要かもしれません。

重要なのは「提供した食事の量」ではなく、「実際に食べた量」



【摂食・嚥下障害看護認定看護師】



“
私自身、
もっと早く決断すれば良かった
と思っています。”

伊東七奈子先生

前橋赤十字病院
栄養サポート室専従看護師 / 摂食・嚥下障害看護認定看護師



資格を取得したきっかけ

私の看護師としてのキャリアは、当院の脳外科病棟でスタートしました。そこで摂食嚥下障害の患者さんを大勢見てきた経験は、後にNSTで摂食嚥下障害の患者さんの栄養管理に携わる際にも大いに役立ったと思います。反面、NSTメンバーに加わるまでは栄養について全く無知の状態で、末梢輸液にエネルギーがあることすら意識していませんでした。

いざNST活動に関わってみると、今までの自分の未熟さに気づかされるとともに、栄養管理の勉強が面白くて仕方なくなりました。ただ、当時の私にとって、栄養管理全体の中での摂食嚥下障害ケアの位置づけはあまり高くなく、認定資格の取得を勧められた際はさほど興味を持ってませんでした。

しかし、何年もNST活動を続けていくうちに、今度は摂食嚥下障害に関する自分の知識不足が気になり始めたのです。というのも、NSTの介入対象には摂食嚥下障害の患者さんが多く、脳外科病棟での経験則だけでは、リハビリテーション・スタッフなどと深い議論ができないからです。当時はちょうど栄養サポート室の専従になったばかりで、タイミングとしては悪かったのですが、無理を言って教育課程に行かせていただきました。

教育課程で苦労した点

最初の約2カ月間は座学が中心で、日頃座り慣れていない私にとっては慣れるまでが大変でした。逆に、嚥下食の調理実習は、普通の病棟業務では体験できないことだからこそ、かえって楽しく学べたように思います。また、その後の臨床実習では、実際に摂食嚥下障害の患者さんを受け持ち、座学で学んだ水飲みテストや嚥下訓練などを5週間にわたって実践していきました。

この教育課程を受けていく中で私が一番苦労したのは、いわゆる“臨床的”な発想からの脱却でした。それまで私は「良いと思うことは全ての患者さんに取り入れよう」と考えがちでした。しかし摂食・嚥下障害と一口に言っても、実際には一人ひとり基礎疾患

をはじめとする背景が異なります。教育課程では、それらの個別性を重視したアプローチについて徹底的に教え込まれるので、発想の切り替えには苦労させられました。

資格を取得して良かったこと

一つは、言語聴覚士など嚥下のリハビリテーションに携わる関連職種などに対しても根拠に基づいて話ができるようになったことです。また、教育課程での学習を通じて、摂食嚥下障害の領域でもチームアプローチが欠かせないということを改めて実感できました。これは院内だけに限らず、地域全体での連携についてもいえることです。

例えば、食事形態の情報を地域で共有するには、管理栄養士との連携が必要です。刻み食など、患者さんにとって良かれと思って提供している食事の形態が、かえって患者さんの不利益に繋がる可能性もあります。そうした際に、周辺施設からの情報収集や情報発信を行う上で、摂食・嚥下障害看護認定看護師という資格は大変役立ちます。

もう一つ、資格を取得して良かったことは、大切な仲間との出会いです。現在、群馬県内には私を含めて3名の摂食・嚥下障害看護認定看護師がいますが、いずれも教育課程の同期という間柄です。6カ月間の苦楽を共にした者同士、気軽に声を掛け合えるので、群馬県看護協会のセミナーでも一緒に講師を務めたりしています。

メッセージ

臨床で摂食嚥下障害患者さんの看護に携わる人にとって、教育課程での学びは自分の仕事の幅を広げる意味でも大いに役立ちます。半年間はあっという間なので、迷っているうちに行って帰って来られますし、私自身、もっと早く決断すれば良かったと思っています。認定資格の取得について迷っている皆さんには、ぜひ思い切って挑戦してほしいと思います。

クスの話

林 宏行先生
日本大学薬学部
薬物治療学研究室 教授



嚥下障害に影響を与える薬

日本人の死亡原因として肺炎は、平成23年に脳血管疾患を抜いて第3位になりました。このうち75歳以上の方が94%を占めています。食べ物や飲み物をうまく飲み込めなくて気管に入ってしまうことを誤嚥と言います。高齢者や脳血管障害後の肺炎は、その多くの原因が誤嚥だと言われています。

① ムセが起きない原因とその予防

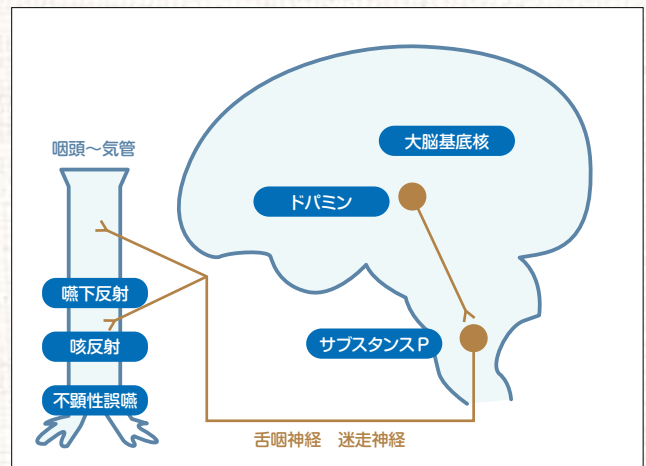
誤嚥には、口腔内や咽頭内の内容物によるもののほか、胃の内容物が逆流して起こるものもあります。こうした誤嚥の原因として、老化に伴って喉にものが詰まってもうまく吐き出せず（ムセが起こらず）に肺に流れ込んでしまうことが考えられます。

咽頭での咳反射はサブスタンスPという物質によって促され、サブスタンスPの合成は脳から放出されるドーパミンの刺激によって促進されます。ムセが起こらない原因の一つは、**脳血管障害や高齢とともにドーパミンの放出が減ることによるサブスタンスPの減少です**（図）。この予防には、食事をしているという意識付け、食後2時間ぐらいは座位を保持することのほか、口腔ケアの実施も肺炎の起因菌減少や嚥下反射改善の意味で有効です。また、経腸栄養に半固形化栄養剤を導入すること、筋肉を保つために栄養状態を良好にすることも有効だと考えます。

② 嚥下に影響を与える薬剤

下表に嚥下障害の予防や治療に用いられる薬と嚥下障害に悪影響を及ぼす薬を示しました。ただし嚥下に望ましいといっ

ても、薬は患者さんにとって異物です。嚥下に良いといっても無理に薬を始めるのではなく、患者さんに適しているかどうかを確認する必要があります。また嚥下に望ましくない薬は、意識レベルの低下などで転倒につながりやすい薬剤に多く見られます。この場合、その量を減らせないか、他に変わる薬はないか、医師や薬剤師に相談すると良いと思います。



↑ 図 嚥下反射や咳反射に関わるサブスタンスP、ドーパミンの作用機序

嚥下障害の予防や治療に用いられる薬		嚥下障害に悪影響を与える薬	
医薬品	理由	医薬品	理由
シロスタゾール	ドーパミン合成促進	抗精神病薬、抗てんかん薬	意識レベルの低下
アマングジン	ドーパミン放出促進	利尿薬	口腔内乾燥による味覚や咀嚼低下
ACE阻害剤	サブスタンスPの分解抑制	抗ヒスタミン薬	
半夏厚朴湯		抗精神病薬	
ガスモチン		三環系抗うつ薬	不随運動惹起による嚥下困難
セレキノ		抗パーキンソン薬、抗精神病薬	咽頭筋の収縮低下
パントシン	抗コリン剤		
エリスロシン	三環系抗うつ薬		
六君子湯	消化管の蠕動運動亢進	筋弛緩剤	胃酸の低下による消化不良？
大建中湯		PPI	

Key word

注目のキーワード

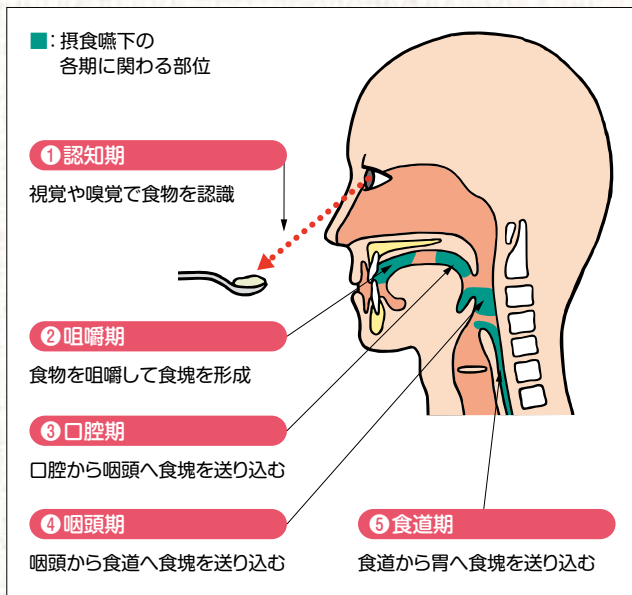


吉村芳弘 先生
社会医療法人社団
熊本丸田会
熊本リハビリテーション病院
リハビリテーション科
副部長 医師 /
栄養管理部 部長 /
NST チェアマン

摂食嚥下障害とオーラル・フレイル

摂食嚥下とは？

摂食嚥下とは、食物の認識から始めて、口腔内で形成された食塊が胃に入るまでの連続した動作のことを指します(図1)。この一連の動作には、随意運動と不随意運動が複雑に関わり合っているため、どこか1か所でも不具合が生じると、摂食嚥下機能全体の低下に繋がりがかねません。



↑ 図1 摂食嚥下の5段階

摂食嚥下障害と口腔のサルコペニア

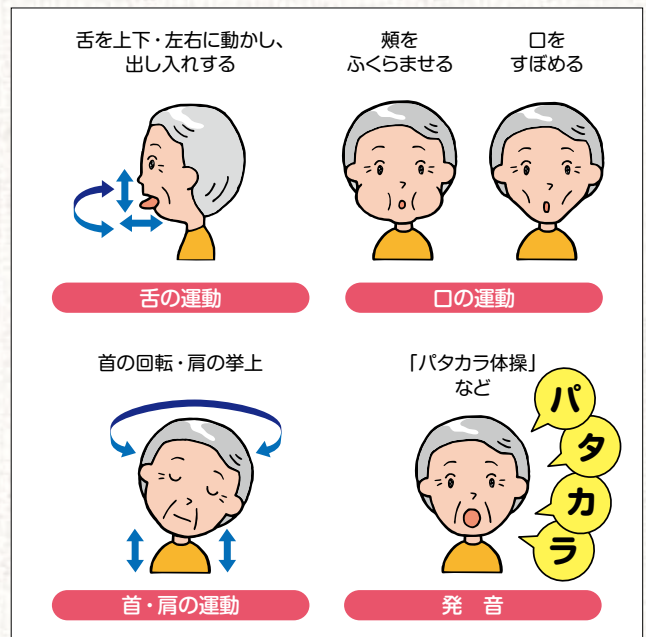
摂食嚥下障害の主な原因疾患としては、脳血管疾患や神経疾患、口腔がんなどが挙げられます。しかし、そうした疾患の有無に関わらず、**加齢が原因となって口腔機能や摂食嚥下機能が低下すること**も指摘されています。これと深く関わっている可能性があるのが口腔のサルコペニアです。

サルコペニアとは、狭義には加齢に伴う筋肉量の低下、広義にはあらゆる原因による筋肉量と筋力の低下を指します。口腔には、表情筋や咀嚼筋、舌筋、舌骨上筋、舌骨下筋など多くの筋肉が密集しています。歳をとると身体の他の部分と同様に、口腔

内の筋肉量や筋力も低下すると考えられ、サルコペニアのリスクが高まります。また、禁食による廃用性筋萎縮、エネルギーやたんぱく質の摂取不足などもサルコペニアのリスク因子です。口腔のサルコペニアは、咀嚼期・口腔期・咽頭期の運動を低下させ、食事摂取量の減少へと繋がります。食事摂取量が減れば栄養状態が悪化し、口腔機能はさらに低下していきます。

口腔機能維持のためのトレーニング

口腔機能の維持には、その他の運動器と同様に**筋肉のトレーニングが有用**です。トレーニング方法には図2のように様々なものがあります。期待する効果を得るには、患者さんの状態や基礎疾患、目的に応じて選択する必要がありますので、リハビリテーション医や言語聴覚士などに相談すると良いでしょう。また、運動ばかりに気をとられすぎると栄養不足になりがちですから、**必要な栄養はしっかりと摂取しながらトレーニング**するように心がけたいものです。



↑ 図2 トレーニング例

「オーラル・フレイル」とは？

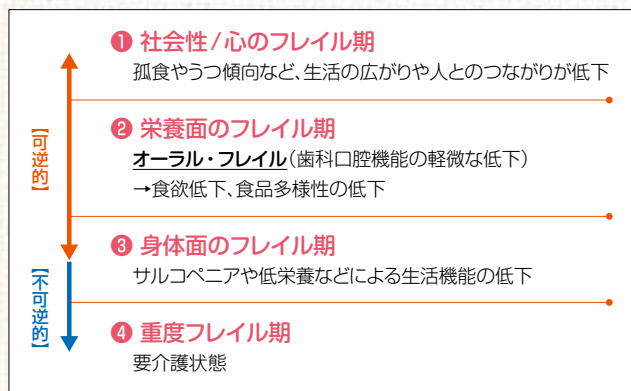
最近、「フレイル」という言葉をよく耳にするかと思いますが。「フレイル」とは、簡単に言うと健康な状態と要介護状態の中間に位置するものですが、その具体的な定義づけや診断基準はまだ確立されていません。

高齢期に生理的予備能が低下すると、生活機能障害や要介護状態、さらには死亡などの転帰に陥りやすくなります。その背景には、筋力が低下して転倒しやすくなるといった身体的な問題のほか、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題が関わっています。これらを含めた包括的な概念が「Frailty(虚弱)」です。「Frailty」は不可逆的なものではなく、適切に介入すれば再び健康な状態に戻せるという特徴があります。日本国内でこの「Frailty」の認知度を高めるにあたり、日本老年医学会が「虚弱」に代わる訳語として提唱したのが「フレイル」です。

「フレイル」と聞くと、四肢の運動機能の低下などを連想しがちですが、口腔にも「フレイル」は見られます。それが「オーラル・フレイル」です。「オーラル・フレイル」とは、東京大学の辻哲夫教授、飯島勝矢准教授らが千葉県柏市で実施した大規模健康

調査の結果に基づいて提唱した新しい概念です。この研究成果として、高齢者が健康な状態から要介護状態に至るまでのプロセスが以下のような4つの段階で提示されました(図3)。

重度フレイル期に陥るのを防ぐには早期の気づきが重要で、社会性・精神心理面の虚弱の段階(下記①)では、市民同士の継続的な健康増進活動が重要視されています。また、歯科口腔機能の軽微な低下を認めた段階(下記②)では、医科・歯科・栄養の十分なコラボレーションが強く求められています。



↑ 図3 要介護状態に至るまでの4段階

飯島勝矢「栄養(食/歯科口腔)からみた虚弱型フロー」(案)などを参考に作成

応用編

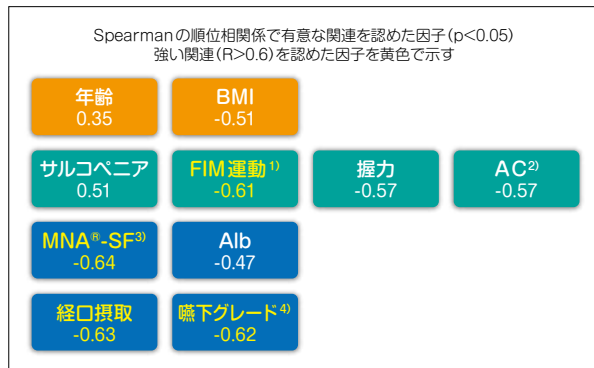
口腔アセスメントツール“ROAG”を知っていますか？

～摂食嚥下障害だけでなくサルコペニア、低栄養の指標になる可能性も～

改訂口腔アセスメントガイド(Revised Oral Assessment Guide: ROAG)とは、看護領域などで国際的に使用されてきた口腔評価の基準、OAG(Oral Assessment Guide)の改訂版です。声、嚥下、口唇、歯・義歯、粘膜、歯肉、舌、唾液(口腔乾燥)の8項目で口腔内の状態や嚥下機能などを点数化し、定量的に評価することができます。

ROAGは包括的で口腔サルコペニアのアセスメントツールとしても有用なのですが、日本の臨床栄養分野などでは未だ認知度があまり高くないように感じます。当院でROAGとその他の指標との関連性について検討を行ったところ、上肢骨格筋量や嚥下機能、栄養状態などに関する多くの指標との間に有意な相関を認めました(図4)。このことから、**口腔機能とサルコペニア、栄養状態はお互いに関連し合っている**可能性が伺えます。また、本検討を通じて、高齢の入院患者さんは口腔機能障害、サルコペニア、栄養障害のいずれにおいても高リスクであることが改めて明らかになりました。

口腔アセスメントをもっと積極的に行うとともに、**そのアセスメント結果を摂食嚥下障害やサルコペニア、栄養障害の可能性と結びつけて考える**よう、習慣づけたいものです。



↑ 図4 ROAGスコアと各因子の相関関係

口腔機能障害は年齢やBMIだけでなく、サルコペニアやADL、栄養状態、経口摂取の有無などの全身状態や機能に関連している。

- 1) FIM: 機能的自立度評価表(Functional Independence Measure) 運動に関するADL13項目と認知に関するADL5項目から構成される。
- 2) AC: 上腕周囲長(Arm Circumference)
- 3) MNA[®]-SF: 簡易栄養状態評価表(Mini Nutritional Assessment-Short Form) 6項目からなる栄養スクリーニングツール。65歳以上の高齢者を対象としている。
- 4) 嚥下グレード: 藤島らによる摂食嚥下能力のグレード 摂食嚥下機能を10段階にグレード化して評価を行う。

出典: 白石、吉村ら。高齢入院患者における口腔機能とサルコペニア、栄養状態の関連。フローシップ応募者セッション演題。第30回日本静脈経腸栄養学会学術集会。2015

お仕事スケッチ② 大同病院

摂食嚥下リハと栄養管理

摂食嚥下リハビリチームの活動概要

当院のチーム医療管理室は独立した院内組織となっており、その中に栄養サポートチーム、摂食嚥下リハビリチーム、褥瘡対策チーム、呼吸ケアチームの4チームがあります。各チームの回診日は曜日毎に決まっています。ほぼ毎日、いずれかのチームが回診に当たっています。これら全チームの回診に関わっているのはNST専従の管理栄養士で、チーム間の情報共有の要となっています。また、嚥下障害の患者さんは複数チームの介入対象になっている場合が多く、患者さんの日々の変化を観察する役割は、管理栄養士と病棟の看護師が担っています。

私の所属する摂食嚥下リハビリチームの構成職種は、耳鼻科医と麻酔科医、管理栄養士、看護師のほか、言語聴覚士、歯科衛生士です。歯科衛生士の所属は看護部で、口腔外科での診療介助などの日常業務に携わりながら、病棟からの依頼に応じて口腔ケアを行ったり、チーム回診にもほぼ毎回参加しています。

病棟看護師によるスクリーニングは、全入院患者さんを対象に行います。電子カルテ上で栄養と嚥下のスクリーニングがセットになっており、低栄養リスクと同時に嚥下障害リスクもスコア化されるので、それを基により詳細なリスク評価を行うのが私の仕事です。**スクリーニング項目は病歴に重点を置いた簡潔なもの**で、看護師の業務負担を増やしすぎず、ある程度広く抽出ができるような形にしています。

近年、嚥下回診の対象患者数は増加しており、1週間当たり平均20~30人程度です。増加の理由としては患者さんの高齢化、脳外科の新設、関連施設の新設のほか、病棟看護師によるスクリーニングが確実にいけること、嚥下障害に対する意識が高まったことがあると思います。ただし、脳外科の新設に伴って、最近では若年の嚥下障害患者さんが増えてきていることから、それに合わせてスクリーニング項目自体の見直しも現在検討中です。その他、院内の誰もが予約可能な、チーム医療の予約制度も有効に機能しています。予約件数は1日3件前後で、主治医からの依頼が中心ですが、病棟看護師から食事形態に関する相談が入ることも少なくありません。

地域連携

当院では、退院支援の充実などにより嚥下障害患者さんの入院期間は年々短縮傾向にあります。周辺施設も病院との連携に



都築智美先生

社会医療法人宏潤会 大同病院
看護部 看護部長/
摂食・嚥下障害看護認定看護師



積極的で、患者さんの昼食時間に合わせて退院前カンファレンスに参加して下さるケースも増えてきました。

退院先での食事形態の変化は誤嚥の大きな要因の一つです。そこで、2014年に20施設以上の参加による「地域包括栄養ケアの会」を立ち上げ、**食事形態の情報共有**に向けた活動を開始しました。併せて特養や老健への訪問も始めており、複数施設の関係者(医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士など多職種)と一緒に訪問することもあります。このように、近年我々は院内から院外へと活動領域を広げる努力をしています。

病棟看護師の役割

看護師は、病棟での嚥下障害リスクの発見や在宅・高齢者施設への橋渡し役などを担っています。また、日々の安全な食事介助や訓練を定着させるのも看護師の仕事です。それは一見地味な業務で、効果も目に見えにくい取り組みですが、患者さんのその後の生活を支えるための、大切な役割だと思います。それだけにモチベーションの維持は重要で、**病棟看護師による気付きや自発的な行動を促す**ように心がけています。嚥下回診の時に、看護師がどのように嚥下障害の患者さんに関わっているのか、嚥下障害の患者さんの生活やQOLをどのようにとらえているのかなどを聞いて、活発にディスカッションできる場にしています。

今後の課題

摂食嚥下障害の患者さんの背景は、複雑で多様化しています。その患者さんを支える摂食嚥下リハビリチームにも、まだまだ課題はあります。今後は、**チーム全体としての提案力**をいっそう強化するとともに、地域で、多職種で摂食嚥下障害の患者さんを支援する体制を整えていきたいと考えています。