

口演 | 食事（栄養）ケア

■ 2025年11月27日(木) 14:00～15:00 ■ 第9会場（シーモールパレス 3F ルビー）

[O-J002] 食事（栄養）ケア2

座長：三山 五月（介護老人保健施設おおつかの郷）

14:00～14:08

[27-O-J002-01]

胃婁造設入居者に対する経口摂取へ向けた取り組み事例

埼玉県 ○井草 真衣, 中山 美穂, 伊藤 恵美子, 川羽田 快枝, 秋葉 徳孝 (介護老人保健施設桜田)

14:08～14:16

[27-O-J002-02]

頸部干渉波刺激を行い効果が見られた一症例

埼玉県 ○関根 裕紀 (介護老人保健施設高齢者ケアセンターのぞみ)

14:16～14:24

[27-O-J002-03]

多職種連携による「お口の手帳」の活用と支援体制構築

山口県 ○福田 宗広 (老人保健施設ハートホーム山口)

14:24～14:32

[27-O-J002-04]

重度嚥下障害に対するジェントルスティムの活用

東京都 ○阿竹 綾香, 井上 佐知子, 押川 汐里 (介護老人保健施設ケアセンター南大井)

14:32～14:40

[27-O-J002-05]

多職種ミールラウンドで経口摂取への取り組み

～口から食べる喜びをもう一度～

群馬県 ○萩原 有美, 山田 祐也, 須田 ひろみ, 須永 剛文, 高玉 真光 (群馬老人保健センター陽光苑)

14:40～14:48

[27-O-J002-06]

経管栄養から経口摂取へ

岡山県 ○田中 綾, 松田 恵理子 (老人保健施設 倉敷藤戸荘)

口演 | 食事（栄養）ケア

2025年11月27日(木) 14:00～15:00 第9会場（シーモールパレス 3F ルビー）

[O-J002] 食事（栄養）ケア2

座長：三山 五月（介護老人保健施設おおつかの郷）

14:00～14:08

[27-O-J002-01] 胃瘻造設入居者に対する経口摂取へ向けた取り組み事例

埼玉県 ○井草 真衣, 中山 美穂, 伊藤 恵美子, 川羽田 快枝, 秋葉 徳孝 (介護老人保健施設桜田)

【はじめに】

脳出血等により胃瘻造設を余儀なくされる状態になった時、本人はもとより家族にも迷いや将来に対する不安が生じる。そして、胃瘻から経口摂取の再獲得が最大の課題となるが、疾患や後遺障害の程度によっては誤嚥性肺炎等の合併症を生じ易く、対応が困難となる場合が多い。今回、右被殻出血により左片麻痺、失語症を伴う嚥下障害により胃瘻造設後、当施設へ入居となった入居者に対し、経口摂取再獲得へ向けた取り組みを行い、経口摂取へ移行できた事例を経験したので報告する。

【対象及び背景】

K様、男性、62歳、介護度4現病歴：2023年11月、右被殻出血の為血種除去術施行。脳出血に伴って左片麻痺、全身の異常筋緊張、失語、高次脳機能障害、摂食嚥下障害が残り胃瘻造設、全介助となる。2024年1月、回復期リハビリテーション病棟のある病院へ転院。同年10月当施設へ入居となる。

【入居時の評価・状況】

失語症により発話や筆談は困難だが、簡単な意思疎通は可能。全身の異常筋緊張あり、右手指は母指と示指のみ可動。基本動作は、起居・移乗動作等全て全介助、食事は胃瘻による経管栄養（当施設入居前の医療機関での評価は、先行期～咽頭期まで重度に障害され、劇的な改善は困難とされていた）。

【経口摂取へのきっかけ】

当施設入居後、胃瘻による経管栄養を継続していたが、数日後妻より「近所で胃瘻から経口摂取に移行して今は口から食べている方がいて、主人も可能ですか？」という問いかけを頂く。施設で検討した結果、医療連携先の訪問歯科へ嚥下内視鏡を依頼。2週間後検査を実施。咀嚼力は弱い、呑み込みに問題無しとの結果を得、歯科医師からのアドバイスを基に、口腔機能向上に対する支援計画を再考することとなる。

【嚥下リハの内容】

- 1.舌圧トレーニング用具を用いた筋力訓練
- 2.ガーゼで包んだガムによる咀嚼訓練
- 3.吹き戻しを用いた呼気抵抗負荷訓練

4.訓練後、嚥下困難者用ゼリー1個摂取にて嚥下状態を確認する

*2か月後、再度嚥下内視鏡を実施して状態を確認。ソフト食かミキサー食が開始できるか検討する事となる。

2か月間、上記リハビリを実施。舌圧トレーニング用具を用いた筋力訓練については、鏡を見ているときは集中できず気がそれてしまい、舌の動きは弱いという評価もあったが、えん下困難者用ゼリーについては誤嚥も無く摂取出来ていた。【経口摂取再獲得へ】

2か月後、嚥下内視鏡検査実施。歯科医師より以下の注意、アドバイスを頂く。

・前回の検査時よりも状態は良くなっており、食事摂取可能。については、ソフト食はきれいに飲み込む事ができるが、ミキサー粥は粘り気があり喉に残るため危険。・水分については、中間のトロミが良い。コップを持たせると自己飲水可能だが一口の量に注意が必要。

・嚥下訓練を継続すれば食形態のアップも可能。まずは昼食から提供して回数を増やしていく。自己摂取はグリップ等の自助具スプーン等の使用で訓練次第で可能。自助具については作業療法士に依頼する。

3週間後、再度嚥下内視鏡検査実施。全粥・刻み食・汁ものはヨーグルト状のものが可能となる。その後、一口大へ食上げ、経口摂取を昼食1食より3食へ変更。

トータル5回の嚥下内視鏡による評価を経て、経口摂取の取り組み開始から約半年後に3食常食へ移行することが可能となった。また、経口摂取により栄養状態が改善されたばかりではなく、入居当初は出来なかった食事の自力摂取、寝返り、会話も出来るようになり、自分の意思で行きたいところへ車椅子で自走できるまでになった。【まとめ】

妻からの問いかけをきっかけに、胃妻から経口摂取を再獲得できた入居者の事例を経験した。嚥下障害による経管栄養は、単に口から食べられないという単一の問題だけでなく、日常生活や社会生活に様々な支障を来す。食べるという行為については様々な感覚刺激からの情報を統合し、運動機能だけでなく記憶・判断・洞察・創造・学習などの高次機能を高める事に繋がるとされ、その関連性が注目されている。今回の事例は、医療連携先の訪問歯科の協力のもと、合計5回の嚥下内視鏡と半年間の期間を経て胃瘻から常食の経口摂取へ移行できたものであるが、その結果、ADL向上、生活の質向上につながられた。この事例を通じて多職種が連携し、目標達成へ向けて取り組むことの重要性を改めて認識させられた。

口演 | 食事（栄養）ケア

2025年11月27日(木) 14:00～15:00 第9会場（シーモールパレス 3F ルビー）

[O-J002] 食事（栄養）ケア2

座長：三山 五月（介護老人保健施設おおつかの郷）

14:08～14:16

[27-O-J002-02] 頸部干渉波刺激を行い効果が見られた一症例

埼玉県 ○関根 裕紀（介護老人保健施設高齢者ケアセンターのぞみ）

【はじめに】

近年、嚥下機能のリハビリテーションとして電気刺激療法が注目されている。電気刺激療法は主に、筋力にアプローチする「低周波刺激」と感覚にアプローチする「干渉波刺激」の2つに分けられる。当施設では、数年にわたり「フードケア社・干渉波治療器『ジェントルスティム』」の購入を検討し、2024年5月購入に至った。順次適応者に使用を開始し、ムセが軽減するという明確な効果が見られた症例があった為、ここに報告する。

【対象】

症例：80代、男性

診断：パーキンソン症候群

要介護度：要介護1

生活歴：数年前から足の上がりにくさ・歩行不安定を自覚。2年前に転倒・救急搬送された際に上記診断あり。週2日ヘルパー・家族支援で独居を送っていた。

既往歴：慢性弓部大動脈瘤あり。

現病歴：診断3ヶ月後に自宅トイレで転倒・体動困難となり救急搬送。悪性症候群疑いでA病院に入院・治療。1ヶ月後リハビリ目的にB病院に転院。1ヶ月後リハビリ継続目的で当施設に入所となる。

嚥下機能：反復唾液嚥下テスト（以下RSST）：0回

改訂版水飲みテスト：3（嚥下あり、呼吸良好、湿性嚔声）

フードテスト：3（嚥下あり、呼吸良好、湿性嚔声）

簡易嚥下評価ツールEAT-10（以下EAT-10）：2点

食事内容：全粥、刻み食、水分は2.5%のトロミを使用。

食事状況：頸部やや前方突出した状態で摂取していた。摂取速度速く食事所要時間は15分程度だった。嚥下後の口腔内に中等量残渣が見られ、追加嚥下による対応が見られた。食事中は湿性発話であった。食事の後半や、水分摂取でむせが見られることが多かった。

【方法】

1回20分、昼食時にジェントルスティムの使用を週6日、6週間実施。

事前にリハビリ職・看護師・介護職に使用方法（頸部に電極パッドを装着し電流を流す）を指導し、どのスタッフでも対応出来るようにした。

【結果】

嚥下機能：RSST：2回

改訂版水飲みテスト：3（嚥下あり、呼吸良好、湿性嚔声）

フードテスト：3（嚥下あり、呼吸良好、湿性嚔声）

EAT-10：0点

食事内容：全粥、刻み食は継続。水分のとりみは段階的に減量し、最終的に中止。

食事状況：摂取姿勢、摂取速度、食事中の口腔内残渣に大きな変化は見られなかった。食事所要時間は10分程度となった。食事中の湿性発話が聴かれなくなり、食事後半や水分摂取でむせが見られなくなった。

【考察】

ジェントルスティム使用前に見られていたむせは2種類あった。1つは水分を摂取したタイミングで見られるむせで、水分の流入に対する知覚が鈍く嚥下反射惹起が遅れたことが原因と考えられた。もう1つは、食事後半に見られるむせで、食事中に咽頭貯留が生じても知覚の低下により追加嚥下が見られず上気道流入したことが原因と考えられた。以上の2点からジェントルスティムの適応と判断し使用した。

使用前と使用後を比較し、RSSTでは0回から2回に嚥下回数の増加が見られた。また、水分を摂取したタイミングに生じていたムセが見られなくなり、嚥下反射惹起が改善したと言えた。

改訂版水飲みテスト・フードテストでは評価点に変化がなく、依然として水分やゼリーが咽頭に残留しやすい状態と考えられた。しかし、使用開始後から食事中に湿性発話が見られなくなったことから、少量の咽頭残留物を早い段階で感知し追加嚥下で対応出来る様になったと考えた。EAT10では2点から0点に変化が見られ、食事中のムセがなくなったと本人が自覚されていた。咽頭残留物を早い段階で対応出来る様になり、結果として咽頭残留物の上気道流入（ムセ）がなくなったと考える。

以上から、ジェントルスティムの使用は当利用者にとって、ムセや誤嚥の予防に有効だったと考える。また、水分でムセが見られなくなり最終的にトロミ剤を中止出来たことは、トロミ剤を好まない当利用者にとってQOL向上につながった。

ジェントルスティムの導入は全国的に病院が多く、介護施設ではまだ少ない。その為、介護分野では知名度が低い。しかし、装着がしやすいこと、不快感が少なく利用者が受け入れやすいこと、嚥下訓練として食事時に実施可能であること等、介護施設においても導入しやすい機器と考える。今後、介護施設における新しい嚥下のリハビリテーション方法として活躍を期待したい。

口演 | 食事（栄養）ケア

2025年11月27日(木) 14:00 ~ 15:00 第9会場（シーモールパレス 3F ルビー）

[O-J002] 食事（栄養）ケア2

座長：三山 五月（介護老人保健施設おつかの郷）

14:16 ~ 14:24

[27-O-J002-03] 多職種連携による「お口の手帳」の活用と支援体制構築

山口県 ○福田 宗広（老人保健施設ハートホーム山口）

はじめに青藍会飲み込みサポートチームは、高齢者が「口から食べる」ことをどこで生活を送っても継続できるよう支援することを目的に、2024年3月14日に発足した。加齢に伴う嚥下機能や口腔機能の低下は、食事の自立を妨げるだけでなく、低栄養や誤嚥性肺炎などを引き起こし、生活の質（QOL）に深刻な影響を与える。当施設では、これらの課題に対し多職種の専門性を活かし連携し、科学的根拠に基づいた包括的支援体制を構築してきた。本抄録では、チームの発足背景、取り組み内容、導入したツール「お口の手帳」の成果、在宅支援との連携、そして今後の課題と展望について報告する。チーム発足の背景と構成近年、介護施設における高齢者の摂食・嚥下障害への対応は、より複雑かつ高度な支援が求められている。当施設でも、個々の利用者に対し一貫性のある多職種連携が十分に取れていない状況が課題であった。そこで、歯科医師、嚥下内視鏡検査（VE）を担当する医師、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士、理学療法士、作業療法士で構成された「飲み込みサポートチーム」を立ち上げた。各専門職が独立して対応するのではなく、互いの視点や知識を共有することで、より質の高い個別支援の提供を目指す。活動内容チーム発足後、最初の取り組みは、情報の断片化とケア内容のばらつきを是正することであった。そのため、月1回の「飲み込みサポートミーティング」を定例化。利用者ごとの経過や評価、課題について各職種が報告し合い、支援計画を多面的に検討・修正する体制を整えた。ミーティングでは、VE検査結果や口腔内写真、食事時の動画などの視覚情報を活用し、より客観的な判断と共通理解を促進させた。職種別の主な役割として、歯科医師は虫歯治療、義歯の作成・調整、歯科衛生士は口腔衛生の維持管理や清掃方法の指導を担当。言語聴覚士は嚥下機能の評価・訓練、発声訓練を実施し、管理栄養士は必要カロリー計算・水分量の目標設定や食事形態、とろみ調整を担当。理学療法士は摂食時の姿勢・体幹安定性、作業療法士は食事動作、自助具選定、動作の習得訓練を担っており、それぞれが連携して一人の利用者を支援。また、VE検査を導入することで、誤嚥の有無や障害の原因部位が可視化され、リスクに応じた介入や訓練の方針が明確になった。検査後にはすべての関係職種で振り返りを実施し、検査結果をもとに支援内容を即座に見直すプロセスを確立している。情報一元化ツール「お口の手帳」の導入多職種間での情報共有や支援方針の統一をさらに高めるため、「お口の手帳」を独自に作成・導入した。これは、利用者の食支援に関わる全情報を一冊に集約するツールであり、施設内だけでなく在宅でも継続して使用できる形式を採用している。手帳の構成は以下の5項目である。1.【歯科情報】：口腔内図を用い、欠損歯、義歯の有無、清掃状態、乾燥、歯肉、舌の観察所見などを歯科医師・歯科衛生士が記載。2.【食事・栄養情報】：身長・体重、目標摂取カロリー・水分量、食事形態、とろみの有無・段階、介助方法、自助具の有無などを管理栄養士が記入。3.【サービス利用状況】：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などが提供した訓練や評価内容、ケアの変更点を時系列で記録。4.【自主訓練方法】：自宅でも継続できる嚥下訓練や発声訓練をイラスト付きで紹介。利用者自身や家族が理解しやすい構成とした。5.【とろみ早見表】：とろみの段階を視覚化し、家族や他の支援者が確認しやすい工夫を取り入れた。チーム発足後128冊を配布し、施設利用者およびその家族による活用が進んでいる。利用者の状態変化を全職種で即時に共有できるようになったことにより、支援の質が格段に向上した。在宅支援への展開「お口の手帳」は、退所後も自宅での継続的支援を実現するツールと

して有効である。施設でのVE検査結果や訓練内容、食事形態の調整内容をそのまま家族や訪問スタッフへ引き継ぐことで、支援の中断や誤解を防ぐことが可能となった。「施設では食べられていたが、自宅では難しい」といった事例が減少し、家族からも安心につながるとの評価を得ている。今後は、訪問看護や居宅介護支援事業所との連携をさらに強化し、地域全体での支援ネットワークの中核として機能させていく方針である。今後の課題と展望今後の課題としては、1.「お口の手帳」のさらなるカスタマイズ化による利便性の向上、2.在宅支援へのスムーズな移行支援の仕組みづくり、3.施設や在宅サービスとの連携強化による「口から食べる」支援の標準化、の3点が挙げられる。青藍会飲み込みサポートチームでは今後も、多職種の連携を軸とした支援体制を強化し、すべての高齢者が安心して「食べる」ことを楽しめるよう、支援の質の向上に努めていく。

口演 | 食事（栄養）ケア

2025年11月27日(木) 14:00～15:00 第9会場（シーモールパレス 3F ルビー）

[O-J002] 食事（栄養）ケア2

座長：三山 五月（介護老人保健施設おおつかの郷）

14:24～14:32

[27-O-J002-04] 重度嚥下障害に対するジェントルスティムの活用

東京都 ○阿竹 綾香, 井上 佐知子, 押川 汐里 (介護老人保健施設ケアセンター南大井)

1. はじめに

当施設は、東京都品川区にある2フロア100床(一般棟56床、認知症専門棟44床)の在宅強化型介護老人保健施設である。令和7年6月末現在、入所者の33%が何らかの摂食嚥下障害を呈し経口維持加算の対象となり、令和5年6月と比較し令和7年6月では3.6倍に増加している。また、入所者の18%は日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2021(以下、学会分類2021)コード3以下の食形態を提供している。リハビリテーションでは、呼吸機能や口腔機能を高めるブローイングや口腔体操、嚥下筋力の向上を目的とした運動等の嚥下訓練を中心に行っている。

一方、重度摂食嚥下障害の入所者には、認知機能や高次脳機能の影響から指示が入りにくい方が多く、嚥下訓練が成立しないことに難渋していた。そこで、咽頭感覚の向上、嚥下反射や咳反射の改善が期待でき、痛みが少ないことが特徴である物理療法の干渉電流型低周波治療器ジェントルスティム(以下、GS)の導入を検討、2024年8月より当施設で使用を開始した。今回、約1年の長期入所となった重度摂食嚥下障害を呈する利用者にGSを活用し、ADLを維持している症例を報告する。

2. 当施設におけるGS適応について

摂食嚥下障害を呈するすべての入所者にGSを使用するのではなく、当施設独自の食形態選定のためのフローチャートを用い、主に咽頭期の機能低下が著明な入所者を対象とした。先行期、口腔準備期、咽頭期などの全体に同程度の機能低下がある入所者は、口腔機能運動を主軸にしたアプローチを行い、対象から外した。

3. 第一症例

症例：87歳 男性

介護度：要介護5

診断：外傷性くも膜下出血

既往歴：左大腿骨転子部骨折、膀胱がん、アルツハイマー型認知症

現病歴：令和5年11月、自宅にて転倒し、救急搬送。CTで、左前頭葉にくも膜下出血を認め、保命的加療。同年12月回復期リハビリテーション病院へ転院、令和6年5月29日に当施設入所。

身体機能：基本動作および移乗動作は全介助。両上下肢に拘縮あり。

言語機能および認知機能：運動性失語、高次脳機能障害あり。簡単なやりとりが一部可能な程度。不快感に対しては、声をあげたり職員の手をつねったりする等の拒否反応があった。HDS-Rは実施困難。

口腔内環境：自歯24本。義歯なし。

4. 経過

入所時、前院同様の摂取条件で食事評価実施。普通型車椅子にて、学会分類2021コード4相当(全粥・軟菜)、水分は薄いトロミを全介助で摂取。覚醒不良や頸部後屈、喉頭挙上減弱および嚥

下反射惹起遅延あり、唾液でのムセも頻繁に認めた。水分は中間のトロミ、車椅子はリクライニング型へ変更。咽頭残留の疑いがあったため、交互嚥下や追加嚥下を行い、誤嚥に留意しながら食事介助を行うこととした。また、摂取時間短縮のため、提供量を1/2量に減らし栄養補助食品を付加、おやつはマッシュ食へ食下げとした。口腔ケアは、歯列内に歯ブラシが入ると強く嚙んでしまうため、マッサージに効果的なくるリーナブラシを併用。リハビリテーションでは、口腔内刺激に対する拒否や従命困難のため、可能な範囲で嚥下訓練を実施した。覚醒状態や嚥下状態に配慮しながら食事介助を行っていたが、入所後約3週目の6月17日発熱があり、急性期病院に入院し誤嚥性肺炎と診断。医師より、誤嚥性肺炎を今後も繰り返す旨の説明がご家族へあった後、同年7月1日に再入所となった。

再入所時、前院からの指示の下、リクライニング車椅子60度、学会分類コード1相当(粥ゼリー・ムース食)、水分は中間のトロミを全介助で摂取、食後には吸引を行った。前回入所時と同様に、嚥下状態に留意し、交互嚥下や追加嚥下を促した。さらに、当施設では第1人目としてGSの使用を開始した。

約3ヶ月経過した9月頃より、次第に発語が増え、痰がらみや吸引回数は減少、食事後半にムセは認めやすいものの、十分な自己喀出が可能となり、徐々に効果を感じられるようになった。当初は覚醒不良により摂取中断することが多かったが、現在は安定し継続して摂取可能となっている。

再入所から現在に至るまでの約1年間の入所生活にて、摂取状況は安定、必要栄養量が経口で確保できており、吸引は不要となった。さらに、栄養状態の指標となるアルブミン値は2.8から3.4へ上昇し、身体機能も維持できている。現在、特養入所の待機中である。

5. 考察

老健では、重症症例の場合、在宅復帰が難しく入所の長期化や入院を繰り返すことが予測される。本症例においても誤嚥のリスクが非常に高いが、GS適用後、発熱や肺炎を起こさず、食形態や摂取条件、ADLを維持することができている。GSにより、咳反射を促すことができ、喀出力の向上が誤嚥予防の一助となっていると考える。また、管理栄養士や歯科衛生士、介護職による、多職種の専門性を活かし、栄養状態や口腔内衛生を保ちながら、施設生活を送っていることも大きな要因といえる。

老健でGSを活用するメリットは、安全かつ簡便に使用できること、中～長期で評価することができることである。本症例のように、嚥下反射の感覚低下や嚥下反射惹起遅延など、咽頭期における障害が主の症例では、嚥下機能の維持に有効であると判断する。さらに、嚥下訓練が難しい症例であったが、GSは受け入れが良好であり、拒否はみられず継続して使用することができる。認知症や高次脳機能障害を呈する利用者に対し、リハビリテーションの幅が広がると考え、当施設では引き続き活用していきたい。一方、GSの終了時期については、判断が難しいのが現状である。退所後の継続性の有無については、今後の検討課題である。

6. 結語

入所が長期化する入所者では、いかに廃用を防ぐかが重要と考える。そのため、機能の維持と向上、さらには持続可能な環境調整を行い、次の生活の場へ繋ぐことが、老健の大きな役割といえるのではないかと考える。

口演 | 食事（栄養）ケア

■ 2025年11月27日(木) 14:00～15:00 第9会場（シーモールパレス 3F ルビー）

[O-J002] 食事（栄養）ケア 2

座長：三山 五月（介護老人保健施設おおつかの郷）

14:32～14:40

[27-O-J002-05] 多職種ミールラウンドで経口摂取への取り組み
～口から食べる喜びをもう一度～

群馬県 ○萩原 有美, 山田 祐也, 須田 ひろみ, 須永 剛文, 高玉 真光 (群馬老人保健センター陽光苑)

【はじめに】

3食経管栄養でBMI16.0と低体重の利用者様が入所。病院では言語聴覚士(以下ST)による経口訓練を行ったが誤嚥性肺炎を繰り返し経口摂取困難で胃瘻造設となった。覚醒不良や嚥下機能の低下がみられ、義歯の不適合もあると引継ぎがあった。入所時は筋力や体力面の低下がみられ歩行は歩行器で10m程可能だったが、後方や左右にふらつきがみられた。食事意欲はあり、嚥下機能や体力の向上、栄養状態の改善を目標に多職種で介入していった。ミールラウンドでの様子や食事内容の経過を以下にまとめた。

【目的】

3食経口摂取へ移行し、栄養状態を改善する

【経過】

1)入所時 体重38.5kg BMI16.0 Alb2.9g/dl

筋力や体力面では上下肢の筋力低下がみられたが、自己起床や体動活発で経管栄養を1000Kcal/日→1200Kcal/日へ増量した。

1200Kcal/日(経管栄養)提供

2)入所26日目 体重38.5kg BMI16.0

STによる嚥下評価を行い医師の指示のもと経管栄養と併用して毎食練習食Aゼリー(嚥下コード1j：物性に配慮した離水の少ないもの)の提供を開始した。自力摂取できており自身で一口量調整しながら食べることができた。

1200Kcal(経管栄養)+327Kcal(練習食A)=1527Kcal/日提供

3)入所36日目

体調不良による発熱、痰がらみがあり経口摂取一時中止し経管栄養のみ約4週間継続した。

1200Kcal/日(経管栄養)提供

4)入所66日目 体重38.5kg BMI16.0 Alb2.9g/dl

状態も安定したため再度STによる嚥下機能評価を行い、経口摂取を再開。毎食練習食Aを提供した。以前と変わらず自力摂取でゆっくり食べることができた。

1200Kcal(経管栄養)+327Kcal(練習食A)=1527Kcal/日提供

5)入所73日目

練習食Aも問題なく摂取できており、練習食Bゼリー、全粥100g、佃煮(嚥下コード1j)へ変更した。

1200Kcal(経管栄養)+533Kcal(練習食B)=1733Kcal/日提供

6)入所79日目 体重40.5kg BMI16.8

自力摂取できており、食事摂取量80%と良好に経過。1食分を最後まで食べる体力があるかを検討し、朝夕は経管栄養と併用し練習食Bを継続、昼のみ練習食Cミキサー粥150g、ミキサー食ハーフ(嚥下コード2-1：均質でなめらかなもの)の食事を提供した。20分ほどで完食し嚥下機能問題なく自力摂取できた。義歯を調整し随時使用していくこととなった。

朝夕600Kcal(経管栄養)+354Kcal(練習食B)+昼342Kcal(練習食C)=1296Kcal/日提供

7)入所84日目

・看護師と介護士より夜間の湿性咳嗽があったと報告があり翌日、STによる嚥下機能評価実施。

一口量若干多いが摂取ペースはゆっくりで顎を引いた状態で食事できている。嚥下時の喉頭の動きは保たれており、飲み込む力は良好。食事中のむせこみや湿性嘔声はみられず、経口摂取を継続した。

8)入所88日目 経管栄養は終了し3食経口摂取へ

数日間状態変化なく経過。経管栄養を終了し3食練習食Cへ変更した。「量が多い」と発言あったため全体量は増やさずに補助食品をつけてエネルギーを補えるよう調整した。

745Kcal(練習食Cハーフ)+補助食品ゼリー(180Kcal×3回)=1285Kcal/日提供

9)入所102日目

練習食Cも問題なく摂取できており、食事摂取量も80%と良好に経過。練習食D全粥150g、ムース食ハーフ、補助食品ゼリー(嚥下コード3:口腔内で押しつぶし、食塊形成が容易なもの)へ変更した。一口量もちょうどよく全粥に変更したことで本人より「粥はおいしい」と発言が聞かれた。

745Kcal(練習食Dハーフ)+補助食品ゼリー(180Kcal×3回)=1285Kcal/日提供

・リハビリでは耐久性が向上し歩行練習が歩行器で50mほど行えるようになった。歩行中のふらつきも少なくなり、体力がついてきた。

10)入所116日目 体重38.8kg BMI16.1

練習食Dも食事摂取量95%と良好で普通食、おにぎり80g、軟菜食ハーフ補助食品ゼリー(嚥下コード4:形があり、かたすぎず、ばらけにくく、貼りつきにくいもの)へ変更した。食事開始当初に比べ、嚥下機能が向上しおにぎりを手でもってよく噛んで食べられた。しばらくは見守りでむせや最後まで食べられるか観察していった。

810Kcal(軟菜食ハーフ)+補助食品ゼリー(180Kcal×3回)=1350Kcal/日提供

11)入所209日目 体重39.3kg BMI16.3

体重も増加傾向で食事摂取量95%と良好に経過。主食のおにぎりを崩しおかずを混ぜて食べる傾向があり食事摂取量も安定してきたので主食をご飯にし、栄養強化目的で中鎖脂肪酸オイルとプロテインパウダー付加を提案した。

1350Kcal+250Kcal(栄養強化)=1600Kcal/日提供

12)入所364日目 体重40.6kg BMI16.8

・経口維持加算算定

体重維持で経過し、朝夕の食事摂取量良好のため主食量20g増量(朝夕ご飯100g)を提案し摂取量の経過をみていくこととなった。

1600Kcal+70Kcal(増量分)=1670Kcal/日提供

13)入所370日目 寿司の実演

経口摂取も安定し本人が希望していた、まぐろのお寿司を食べることができ「うまいよ」と喜ばれた。

【結果考察】

約1年かけて経管栄養から経口摂取へ状態が改善し、ご本人の希望するお寿司を食べることができた。多職種で連携し利用者様に合わせた無理ない食事内容や提供量の調整が実現できた。管理栄養士によるミールラウンドと多職種での食事観察やカンファレンスで全身状態や体重、食事摂取量の変化を共有し共通認識をもつことで状態改善につながったと考える。言語聴覚士による嚥下機能評価や看護師、介護士による食事場面観察、健康管理、理学療法士による身体機能評価に加え、管理栄養士による体重管理や食事内容の提案と専門分野を活かしADLの向上にもつながった。今後も管理栄養士として多職種と連携し積極的に利用者様やご家族の望むかたちで支援していきたい。

口演 | 食事（栄養）ケア

■ 2025年11月27日(木) 14:00 ~ 15:00 ■ 第9会場（シーモールパレス 3F ルビー）

【O-J002】食事（栄養）ケア2

座長：三山 五月（介護老人保健施設おおつかの郷）

14:40 ~ 14:48

【27-O-J002-06】経管栄養から経口摂取へ

岡山県 ○田中 綾, 松田 恵理子 (老人保健施設 倉敷藤戸荘)

【はじめに】

食事は、健康維持だけでなく心の満足感や幸福感をもたらすQOLの向上に欠かせないものである。しかし、高齢により様々な要因から食べる機能が低下している方が多くなっている。今回は、当施設で認知症の進行により経口摂取が難しくなったが経腸栄養から経口摂取へ移行できた事例を紹介する。

【事例紹介】

対象者：90歳 男性

病歴：認知症 高血圧

要介護度：5

【経過】

病院に入院中認知症が悪化し、令和6年5月頃から食事がとれなくなった。ご家族がPEG造設を希望し6月に造設となる。同月にリハビリ目的で当施設へ入所され、ご家族としては「経口摂取できるようになって欲しい」という思いが強かった。

初回摂食嚥下評価では嚥下機能に著明な低下はみられず、経口摂取は可能だが先行期の影響が大きく食事が摂れないため、お楽しみ程度で摂食可能となる。経口摂取への拒否はみられず「食べてもいいですか？」と笑顔がみられた。その後もゼリーやヨーグルトなど食べやすいものを中心に経口摂取のアプローチを行った。

ご家族が経口摂取を希望しているため、多職種でカンファレンスを行い総合的に判断した結果、全粥・軟菜食の形態で経口摂取の評価を行うこととなり、4日間評価を行い経口摂取可能か検討していった。初日は、自発的に食事を自分の方へ引き寄せる場面もみられた。1口量が多く、誤嚥のリスクがあり食事介助が望ましいが、介助に対し拒否みられ、近位見守りが必須。2日目は心理状態が不安定で、途中から意欲低下もあり5割程で終了した。以前から水分は比較的確保できていたため、3日目にクリームを付けて評価した。1口飲んで「おいしい」と自発的に飲まれていた。「全部食べてもいい？」と発言あり15分程度で全量摂取できた。これまでの評価で意欲・摂取量ともに最も良好であった。最終日も自発的に食べられて全量摂取できた。4日間の評価をもとに多職種でカンファレンスを行い、まずは昼食のみ近位見守りにて自食で経口摂取を開始することとなった。嚥下機能が低下した場合は時はST、Nsがサイドで見守りを行うか一部介助を行う事とする。

その後、徐々に経口摂取の回数を増やしていき最終的に3食経口摂取できるようになった。

【結果】

多職種が積極的に関わることで、入所時に比べて食に対する意欲が向上し3食経口摂取できるようになり、ご家族の希望に添うことができた。3食経口摂取となったが、PEGは抜去せず体調不良時に、経口摂取が難しい時は随時経管栄養から栄養投与できるようにした。

【考察】

今回の事例を通して、利用者の日々の生活状況・全身状態・食事に対する意欲や食事時の状態など、多職種による観察を行うことで、安全に経口摂取を開始することができたのではないかと考える。

また、ご利用者様とご家族にとっても再び経口摂取が可能となったことで、外出時に一緒に食事できる「喜び」を感じられたのではないかと思います。
今後も、ご利用者様やご家族の思いを大切に、多職種協同で状態に合わせた食事を提供していきたい。