

「多法人・多職種による包括的な食支援」

たにあい糖尿病・在宅クリニック 院長 谷合久憲



☆takeu

COI 開示

発表者名：谷合久憲

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

倫理的配慮

「ヘルシンキ宣言」「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」等を遵守し、発表に使用するデータ等は書面にて患者様に同意を頂いております。

- ・コメディカル等の参加者に配慮し、薬剤名等は商品名
にさせて頂いております。
- ・ICTの画面等掲載の為、読みにく部分もありますのでご容赦下さい。

口腔ケアと食事介助では
食べられない方いませんか？

① ACP(advance care planning)

②ホッピング (POTTプログラム)

③認知症の方への対応

④ご家族の協力

⑤摂食嚥下スクリーニング

⑥食事形態の選択

⑦摂食・嚥下障害を来たす薬剤

⑧摂食・嚥下障害を来たす疾患

口腔ケアと食事介助では
食べられない方いませんか？

① ACP(advance care planning)

②ホッピング (POTTプログラム)

③認知症の方への対応

④ご家族の協力

⑤摂食嚥下スクリーニング

⑥食事形態の選択

⑦摂食・嚥下障害を来たす薬剤

⑧摂食・嚥下障害を来たす疾患

症例 80歳男性

脳梗塞,誤嚥性肺炎 認知症

看護師より「ムせて食べられません！」

口腔ケアと食事介助では
食べられない方いませんか？

① ACP(advance care planning)

②ホッピング (POTTプログラム)

③認知症の方への対応

④ご家族の協力

⑤摂食嚥下スクリーニング

⑥食事形態の選択

⑦摂食・嚥下障害を来たす薬剤

⑧摂食・嚥下障害を来たす疾患



とろみ飲料 緑茶



とろみ飲料 スポーツドリンク



とろみ飲料 ほうじ茶



エバー
スマイル



手軽に、
安全に水分補給できる。

とろみ飲料

特長1 はじめからとろみが付いている

手間のかかるとろみ付け作業が不要。そのままお飲み頂けます。

特長2 均質なとろみで安心安全

とろみの粘度が均質なので、安全にお飲み頂けます。ホット(約50℃)でもコールド(約10℃)でも安定した粘度を保ちます。

特長3 常温保存

再栓可能なボトル缶なので、少量ずつ飲んで頂けます。常温で18ヵ月(製造後)保存できるので、いざという時の備蓄品にも最適です。

※保存料は使用しておりません

見た目の彩りと、 素材そのものの風味が味わえる。ムース食 **エバー スマイル**

特長1

素材へのこだわり

見た目の彩りと、それぞれの素材が持つ風味を楽しむことができる新しいムース食です。

特長2

舌でつぶせるやわらかさ

ムースは舌でつぶせるやわらかさ（ユニバーサルデザインフード 舌でつぶせるに準拠）にしており、調味液（あん）とムースを和えながらつぶすことで、より柔らかくすることができます。

特長3

カップ入り常温保存

常温で12ヵ月（製造後）保管いただけます。
常温保存なので冷凍スペースに困ることもありません。
カップ入りですので、すぐにいつでもどこでも食べられます。
電子レンジで加温していただくと、より一層おいしくお召し上がりいただけます。

※保存料は使用していません

※電子レンジで加温する際は、ふたを完全に取り除いてください



白身魚の煮付け風ムース >



すき焼き風ムース >



鮭と野菜のあんかけ風ムース >



牛ごぼうの生姜煮風ムース >



鶏とかぼちゃの煮物風ムース >



トマトソースハンバーグ風ムース >



肉じゃが風ムース >



やきとり風ムース >



筑前煮風ムース >



デミグラスハンバーグ風ムース >



和風ハンバーグ風ムース >



ビーフカレー風ムース >

口腔ケアと食事介助では
食べられない方いませんか？

① ACP(advance care planning)

②ホッピング (POTTプログラム)

③認知症の方への対応

④ご家族の協力

⑤**摂食嚥下スクリーニング**

⑥食事形態の選択

⑦摂食・嚥下障害を来たす薬剤

⑧摂食・嚥下障害を来たす疾患

口腔ケアと食事介助では
食べられない方いませんか？

① ACP(advance care planning)

②ホッピング (POTTプログラム)

③認知症の方への対応

④ご家族の協力

⑤摂食嚥下スクリーニング

⑥**食事形態の選択**

⑦摂食・嚥下障害を来たす薬剤

⑧摂食・嚥下障害を来たす疾患

口腔ケアと食事介助では

食べられない方いませんか？

① ACP(advance care planning)

②ホッピング (POTTプログラム)

③認知症の方への対応

④ご家族の協力

⑤摂食嚥下スクリーニング

⑥食事形態の選択

⑦摂食・嚥下障害を来たす薬剤

⑧摂食・嚥下障害を来たす疾患

③ 摂食嚥下を来たす薬剤

- ・ 糖尿病薬
- ・ 循環器疾患薬: シキタリス
- ・ 消化器疾患薬: PPI, H2blocker
- ・ 呼吸器疾患薬: テオフィリン
- ・ 向精神薬
- ・ 疼痛薬: NSAIDS, ترامセツト, オピオイド
- ・ 抗癌剤
- ・ 泌尿器疾患薬: ヘシケア
- ・ 抗認知症薬: アリセプト, メマリー
- ・ その他: 鉄剤, ステロイド, 抗菌薬, ビスホスホネート

摂食嚥下に影響を及ぼす薬剤

株式会社ピー・アンド・エス
いずみメイプル薬局 高橋隼人

先行期

傾眠：抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬、抗ヒスタミン薬
錐体外路症状（上腕の筋固縮等）：抗精神病薬、制吐薬



準備期

錐体外路症状（舌・下顎・口唇・頬の筋肉の運動障害）
：抗精神病薬、制吐薬
薬剤性口腔乾燥
：抗精神病薬、抗コリン薬、抗うつ薬、抗ヒスタミン薬



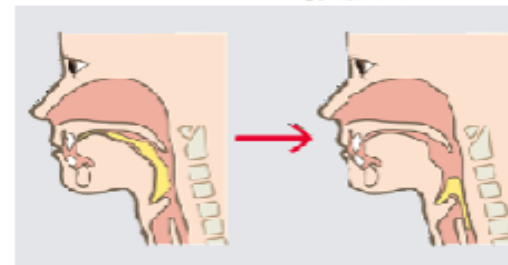
口腔期

嚥下・咳嗽反射低下：抗精神病薬、制吐薬、鎮咳薬



咽頭期

嚥下関連筋の弛緩筋弛緩薬、抗不安薬



食道期

下部食道括約筋機能低下カルシウム拮抗薬



**口腔ケアと食事介助では
食べられない方いませんか？**

① ACP(advance care planning)

②ホッピング (POTTプログラム)

③認知症の方への対応

④ご家族の協力

⑤摂食嚥下スクリーニング

⑥食事形態の選択

⑦摂食・嚥下障害を来たす薬剤

⑧摂食・嚥下障害を来たす疾患

② 摂食嚥下を来たす疾患

- ・問診: 味覚障害, うつ病 塩分量の調整
- ・視診: 口腔内疾患, 義歯不適合 訪問歯科
- ・聴診: 気管支喘息
- ・胸部Xp: 肺炎, 心不全, COPD 肺炎球菌ワクチン2種類
- ・腹部Xp: 便秘
- ・尿検査: 尿路感染症 飲水量の管理
- ・血液検査: 脱水, 甲状腺機能低下症, 糖尿病, 腎不全, 貧血, ビタミン欠乏, 亜鉛欠乏
- ・腹部超音波: 胆石, 肝硬変, 肝癌, 膵炎, SMA症候群
- ・頭部CT: 慢性硬膜下血腫, 脳血管障害, 認知症, 脳腫瘍
- ・胃カメラ: 食道炎, 胃潰瘍, 食道癌, 胃癌

口腔ケアと食事介助では
食べられない方いませんか？

① ACP(advance care planning)

②ホッピング (POTTプログラム)

③認知症の方への対応

④ご家族の協力

⑤摂食嚥下スクリーニング

⑥食事形態の選択

⑦摂食・嚥下障害を来たす薬剤

⑧摂食・嚥下障害を来たす疾患

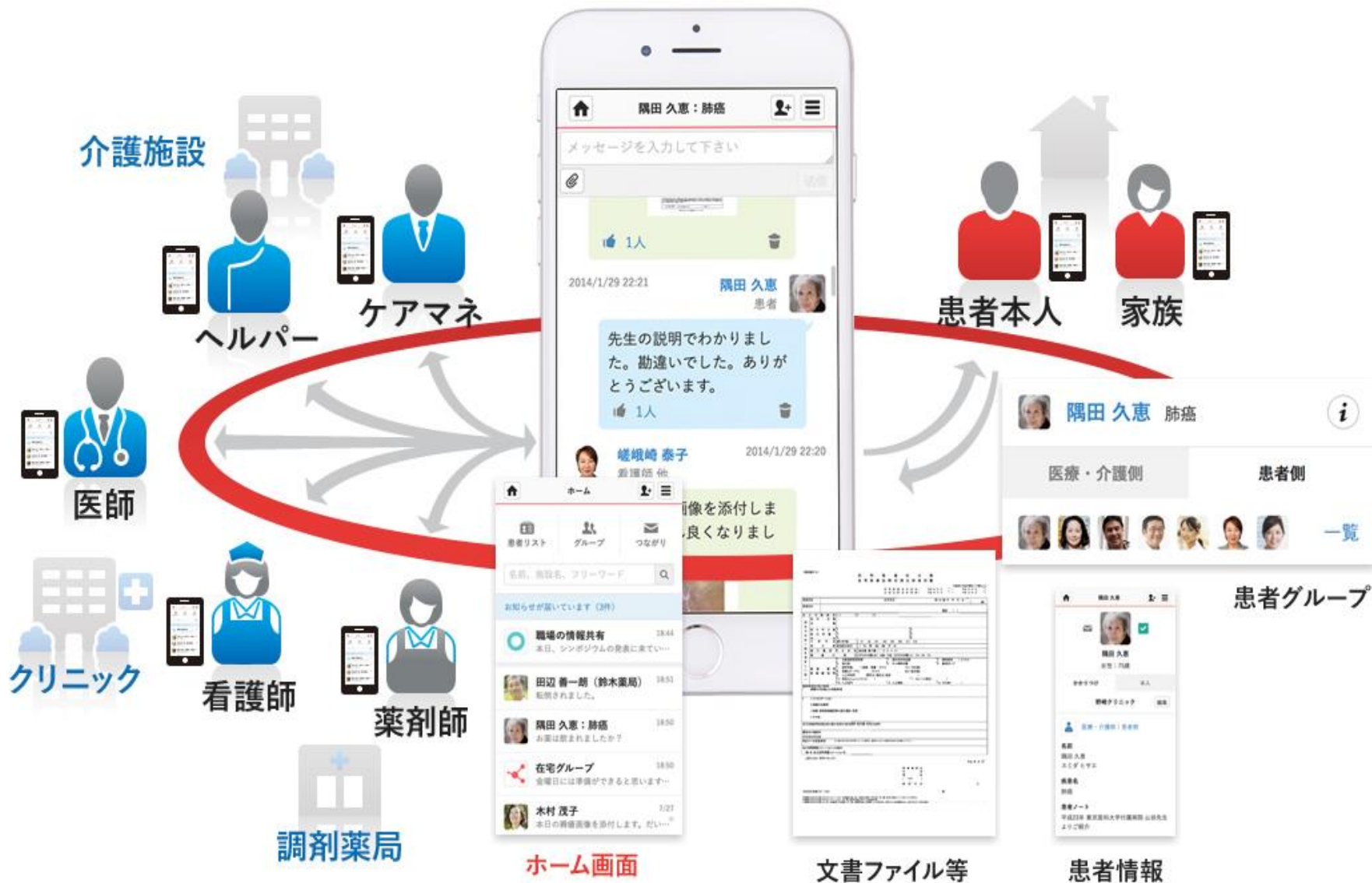
症例 88歳 女性

誤嚥性肺炎

SSにて不隠行動あり,経鼻胃管の自己抜去
繰り返し救急外来で再挿管繰り返していた。

MedicalCare STATION

患者タイムライン



87歲女性 經管栄養

Lewy小体型認知症

摂食・嚥下障害(経鼻胃管)

誤嚥性肺炎(頻回)

尿路感染症(頻回)

重度褥瘡(D5)

「顔」と「腕」の見える関係

SOMPOケア由利本荘 介護支援専門員 水谷安男

「糖尿病入院における在院日数や入院患者数、医療費削減に寄与した基幹病院と地域の多職種連携」

～たにあい糖尿病・在宅クリニック¹

JA厚生連由利組合総合病院 看護部² 薬剤科³

本荘第一病院訪問看護ステーション⁴ ほのぼの看護ステーション⁵

ごてんまり訪問看護ステーション⁶ 池田薬局中央店⁷

日本調剤本荘薬局⁸ 由利調剤薬局⁹ SOMPOケア由利本荘¹⁰

由利本荘市役所¹¹ ～

谷合久憲¹ 桑原直行¹ 佐々木真由美¹ 佐々木由美¹

佐々木友子¹ 小林正子¹ 高橋紀子¹ 廣瀬翔¹ 鈴木美和子¹

速水満子² 平泉達也³ 岡部留美⁴ 佐藤つづり⁵ 藤沢武秀⁶ 井

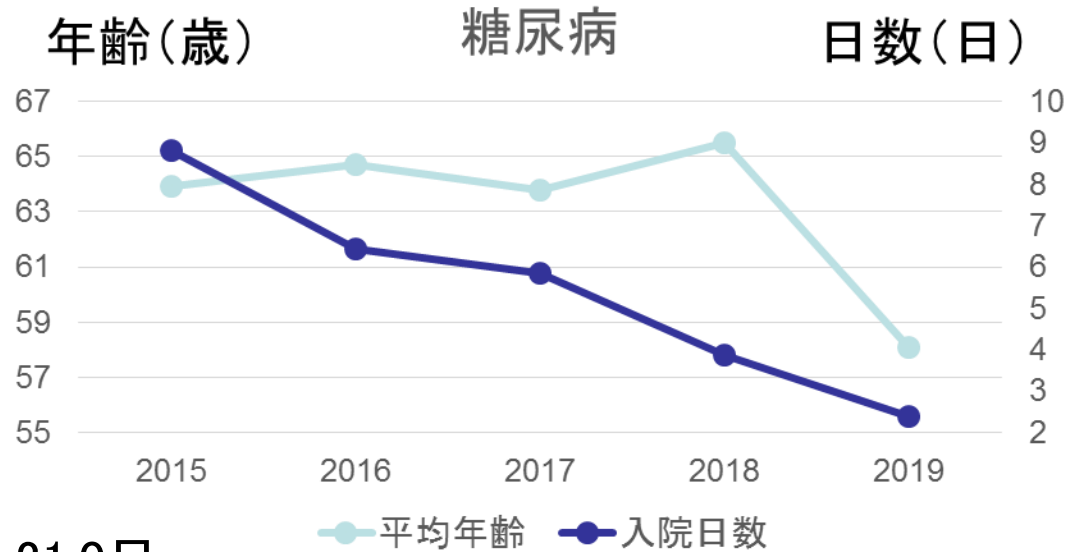
島美紗緒⁷ 佐藤海遥⁷ 八鍬紘治⁸ 高橋陽子⁹ 水谷安男¹⁰

第64回日本糖尿病学会シンポジウム1「地域全体の糖尿病力をあげる」

当科の入院指標

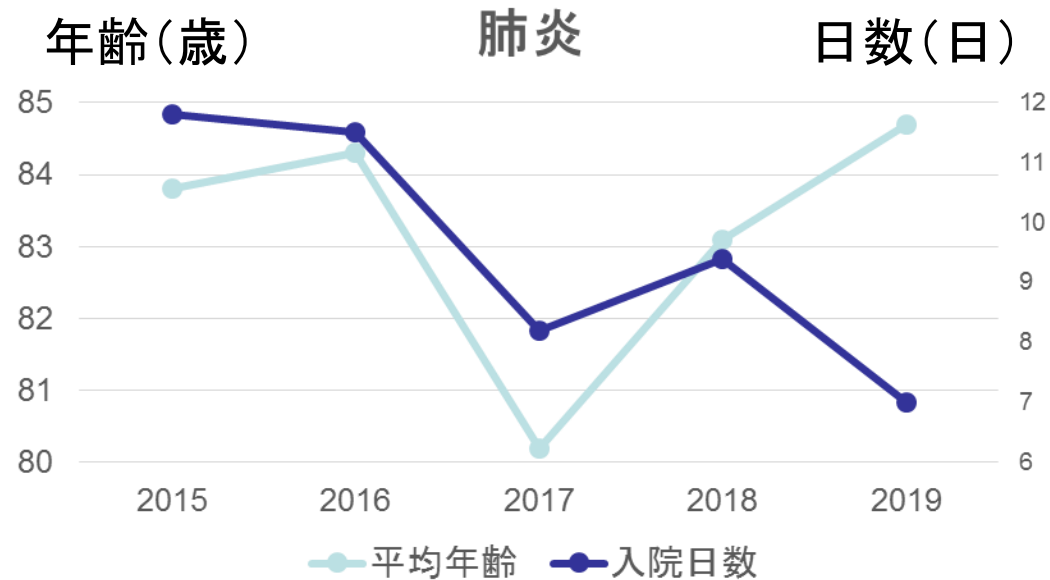
由利組合総合病院糖尿病代謝内科

年	患者数 (人)	平均 年齢(歳)	入院 日数(日)
15	76	63.9	8.82
16	93	64.7	6.45
17	66	63.8	5.85
18	45	65.5	3.86
19	10	58.1	2.4



全国平均14.3日 秋田厚生医療センター-21.0日


年	患者数 (人)	平均 年齢(歳)	入院 日数(日)
15	33	83.8	11.8
16	46	84.3	11.5
17	31	80.2	8.19
18	10	83.1	9.4
19	3	84.7	7



全国平均20.8日 当院29.2日

今年度は身体拘束0・ADL低下なし

傷病別全国統計

診断分類? : 傷病名? :  表示年度 :

100070 2型糖尿病（糖尿病性ケトアシドーシスを除く。）（末梢循環不全なし。） 表示年度 : 2019年

手術情報?	患者数および割合?			平均在院日数?	
手術あり	3,121	4.9%		20.7	
手術なし	60,914	95.1%		14.4	
手術なし				4.7	

患者数が多い病院ランキング

病院名	患者数	日数
池田病院	385	9.9
函館市医師会病院	251	15.1
埼玉医科大学病院	227	12.5
大阪市立大学医学部附属病院	227	12.7
医療法人 萬田記念病院	226	19.2
独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター	216	14.2
一般財団法人 住友病院	215	11.7
近畿大学病院	207	15.5
福岡赤十字病院	199	8.4
愛媛県立中央病院	191	9.4

在院日数が短い病院ランキング

病院名	患者数	日数
医療法人野中会 東成病院	13	3.8
西新井ハートセンター病院	44	4.0
中利組合総合病院	31	4.2
医療法人 すこやか 高田中央病院	12	4.2
N T T 東日本関東病院	41	4.6
医療法人綾富士会 綾部ルネス病院	14	4.7
国際医療福祉大学塩谷病院	52	5.6
愛生記念病院	12	5.7
光生会病院	55	6.1
公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂総合病院	60	6.5

目次

企画編集 ● 浜野久美子

チーム医療による 糖尿病患者の支援

～これまでとこれから～

<p>5 特集にあたって 浜野久美子</p> <p>I 総論</p> <p>6 チーム医療のこれから 瀬戸奈津子, 村内千代</p> <p>II 専門職の立場から</p> <p>12 1 管理栄養士 吉井雅</p> <p>20 2 理学療法士 浅田史</p> <p>28 3 心理職（公認心理師・臨床心理士） 花村温</p>	<p>33 4 薬剤師 稲野 寛, 厚田幸一郎</p> <p>40 5 臨床検査技師 成田和希</p> <p>III 専門外来の創設について</p> <p>47 1 糖尿病透析予防外来 安田浩一朗, 藤井淳子,</p>
--	---

IV 他科との連携における チーム医療の果たす役割

<p>58 1 歯科の立場から糖尿病チームに対して望むこと 平田貴久, 両角俊哉, 栗林伸一, 三辺正人</p> <p>66 2 眼科の立場から糖尿病チームに対して望むこと 小林 博</p> <p>73 3 産科の立場から糖尿病チームに対して望むこと 谷川伸治, 近藤琢磨, 野馬可菜, 竹森 聖, 北村亜也, 小林千絵, 田嶋 敦, 下田ゆかり, 中村未生, 小林靖子, 岡田真由美, 近藤由理香, 安田和基, 小林陽一</p> <p>79 4 クリニックでのチーム医療 戸谷理英子</p> <p>86 5 地域連携 谷合久雄</p> <p>95 次号特集内容</p>

編集委員

<p>野美 義仁 東京国立病院 糖尿病臨床研究センター長</p>	<p>荒木 栄一 熊本大学大学院 生命科学研究部 内臓内科学講座 教授 （日本糖尿病学会 常務理事）</p>
<p>池上 博司 立教大学 医学部 内科学・代謝・糖尿病内科 教授</p>	<p>植田 暢也 京都大学大学院 医学研究科 糖尿病・内分泌・栄養内科学 教授 （日本糖尿病学会 常務理事）</p>
<p>植本浩二郎 国立国際医療研究センター研究部 糖尿病研究センター長 （日本糖尿病学会 理事）</p>	<p>門脇 孝 浜の門内院 院長 （日本糖尿病学会 理事）</p>
<p>谷澤 幸生 岡山大学大学院 医学研究科 糖尿病内科学講座 教授 （日本糖尿病学会 常務理事）</p>	<p>戸道 一之 東北大学大学院 医学部研究科 内科学第一講座 教授 （日本糖尿病学会 理事）</p>
<p>羽田 博計 岡山医科大学 名誉教授 （糖尿病・エドメック）</p>	

医学出版のホームページ

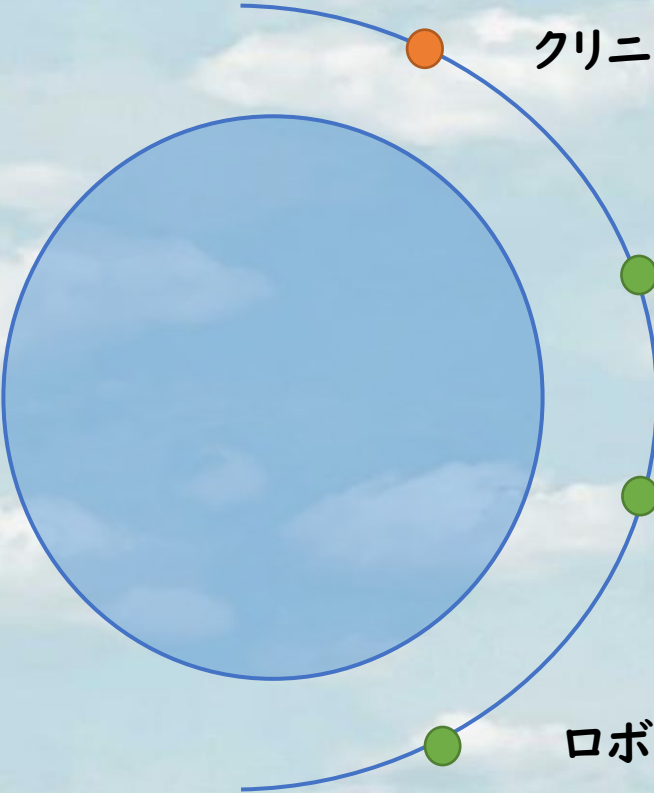
ご指導何卒よろしくお願い致します！
cocorozaci@gmail.com

謎多きクリニック

～2023年1月9日(月・祝)ナースの星～

たにあい糖尿病・在宅クリニック
管理栄養士 大場未来

目次



● クリニックに栄養士が少ないのはどうして？

● コミュニケーションツール“MCS”

● 施設クラスター

● ロボットも大事なスタッフです。

栄養指導以外の業務内容

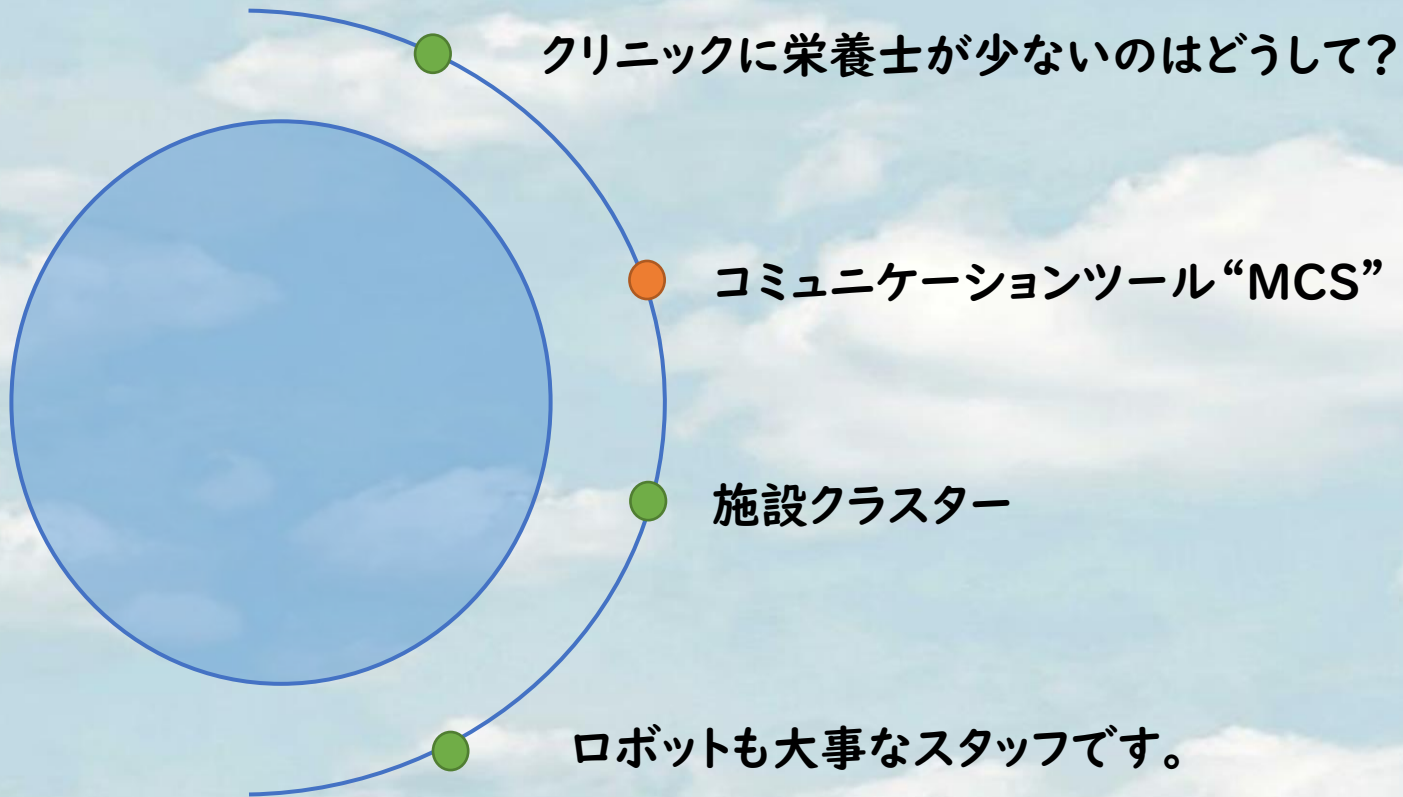
在宅診療の運転手
在宅栄養指導



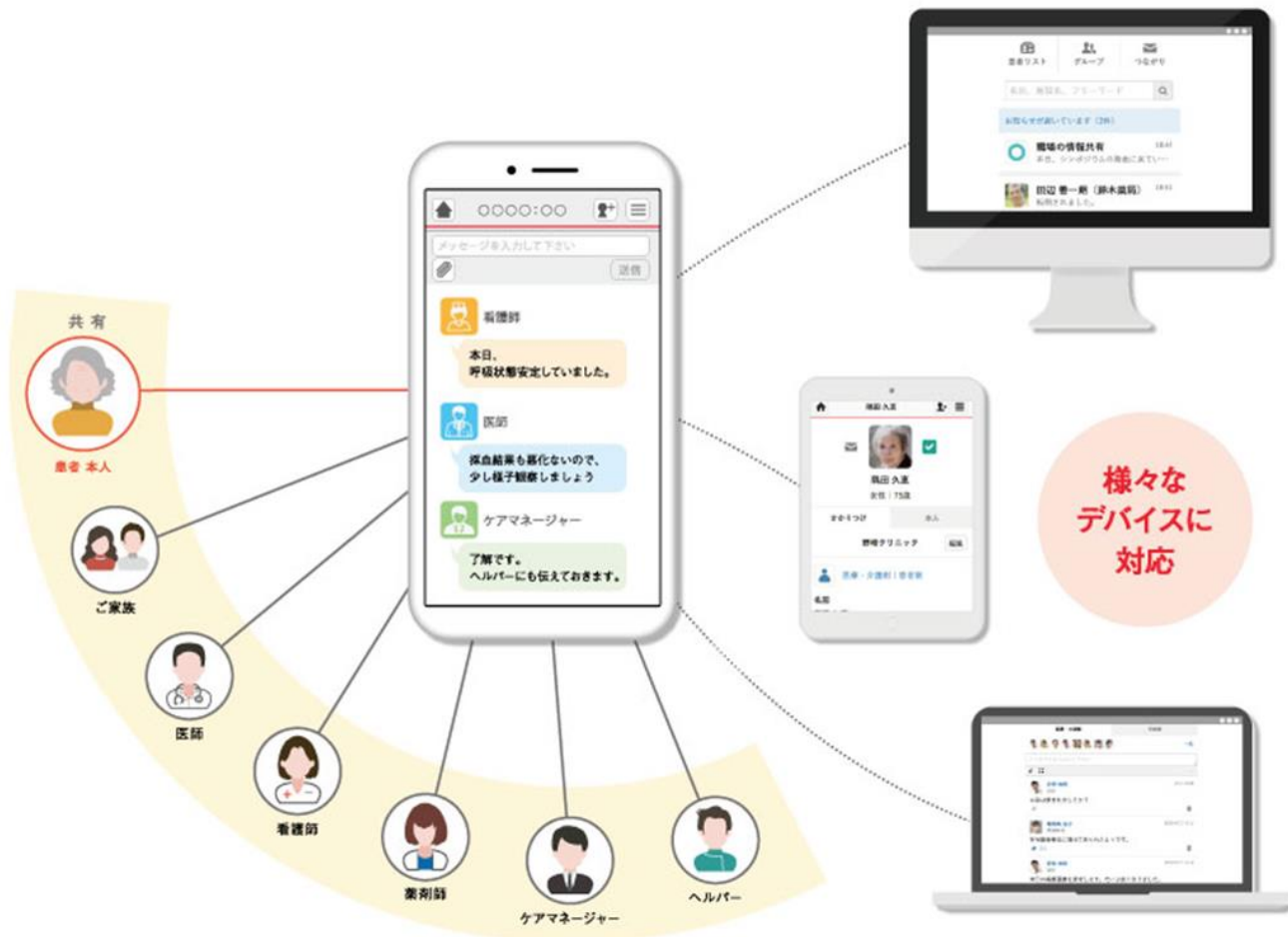
受付・事務
電話対応



目次



MedicalCare STATION



介入職種がMCSで情報共有

【在宅医療】

看護師・薬剤師・栄養士
PT・OT・ST・介護士
居宅介護支援員



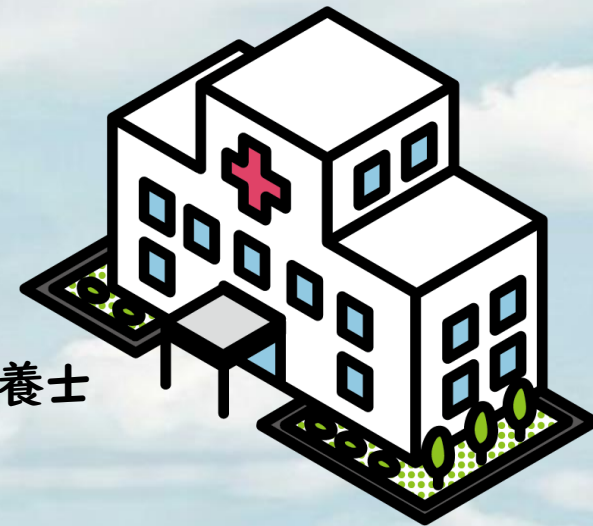
【行政】

保健師・栄養士
市民課職員

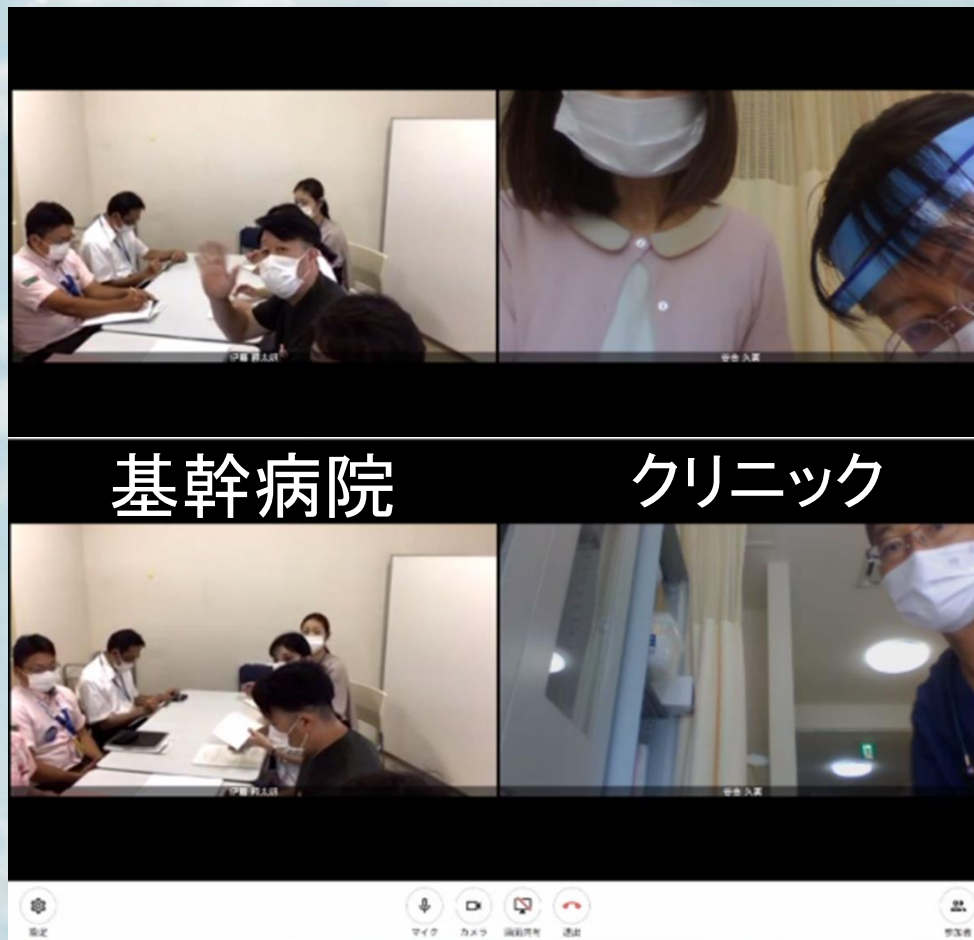


【院内】


医師・看護師・栄養士
医療クラーク



担当者会議の様子



目次



● クリニックに栄養士が少ないのはどうして？

● コミュニケーションツール“MCS”

● 施設クラスター

● ロボットも大事なスタッフです。

施設クラスター

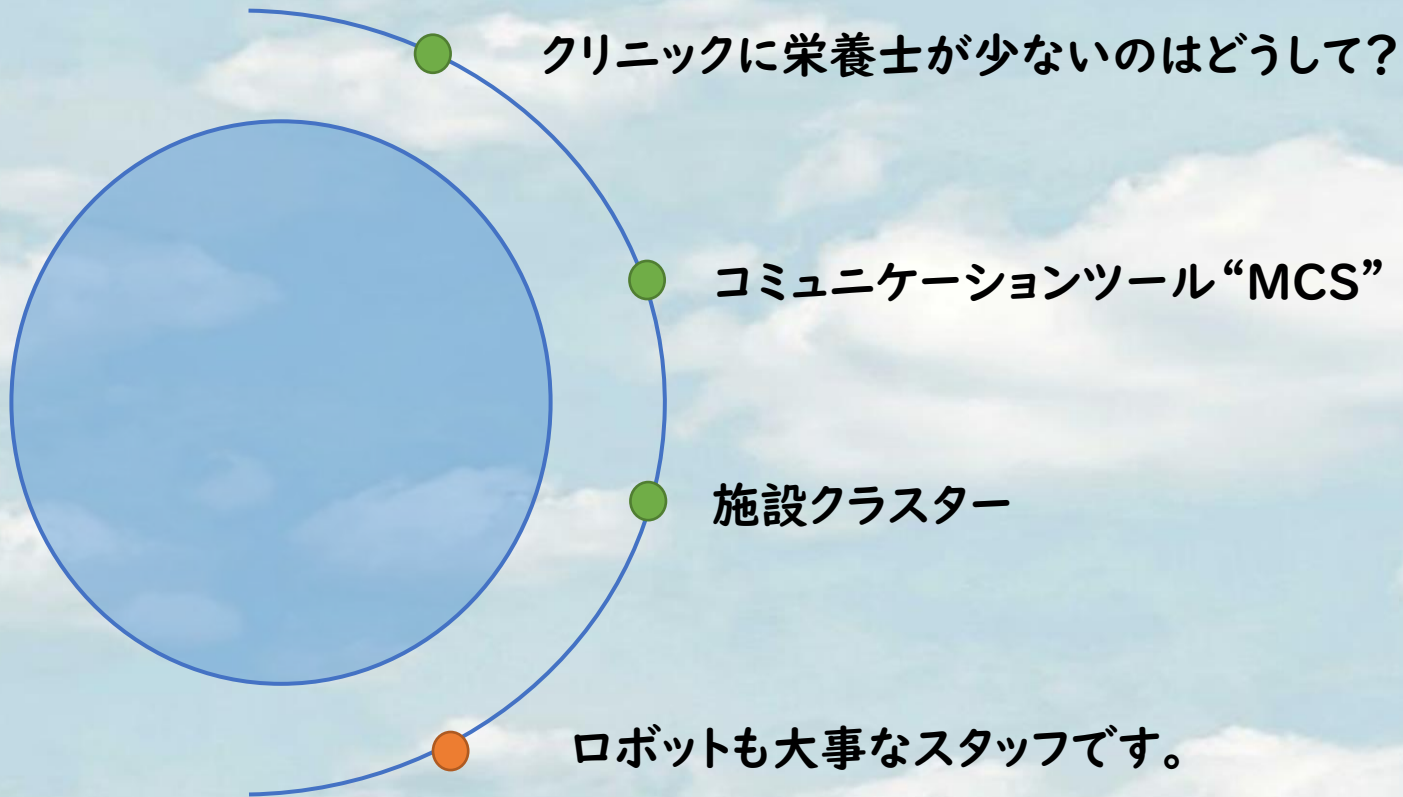
	GH	SS①	SS③A	SS③B	SS④	特養
①感染者発覚より 何日目に当院が 介入したか	初日	3日	12日	2日	3日	初日
②介入時の感染者は 何人だったか (最終的な感染者)	利用者 : 4/9人 (9/9人) 介護職 : 4/10人 (8/10人)	利用者 : 2/10人 (8/18人) 介護職 : 2/11人 (10/16人)	利用者: 13/20人 (14/20) 看護師 : 2/6人 (増加無し) 介護職 : 2/23人 (6/23人) 事務職 : 1/9人 (増加無し)	利用者 : 1/22人 (増加無し) 看護師 : 1/6人 (増加無し) 介護職 : 0/23人 (2/23人) 事務職 : 1/9人 (増加無し)	利用者: 3/53人 (30/53人) スタッフ: 6/38人 (13/38人) マスクなし NSTなし 輸液なし	利用者: 7/62人 (41/62人) スタッフ: 1/36人 (6/36人) マスクあり NSTあり 輸液あり
MCSの有無	あり	なし	あり	あり	あり	あり
パキロビット	—	—	—	—	0/30人	16/41人
ラゲブリオ	—	—	—	—	8/30人	16/41人
薬不使用	—	—	—	—	22/30人	9/41人(無症状)
入院	—	—	—	—	4人	0人

ビタミン
50%

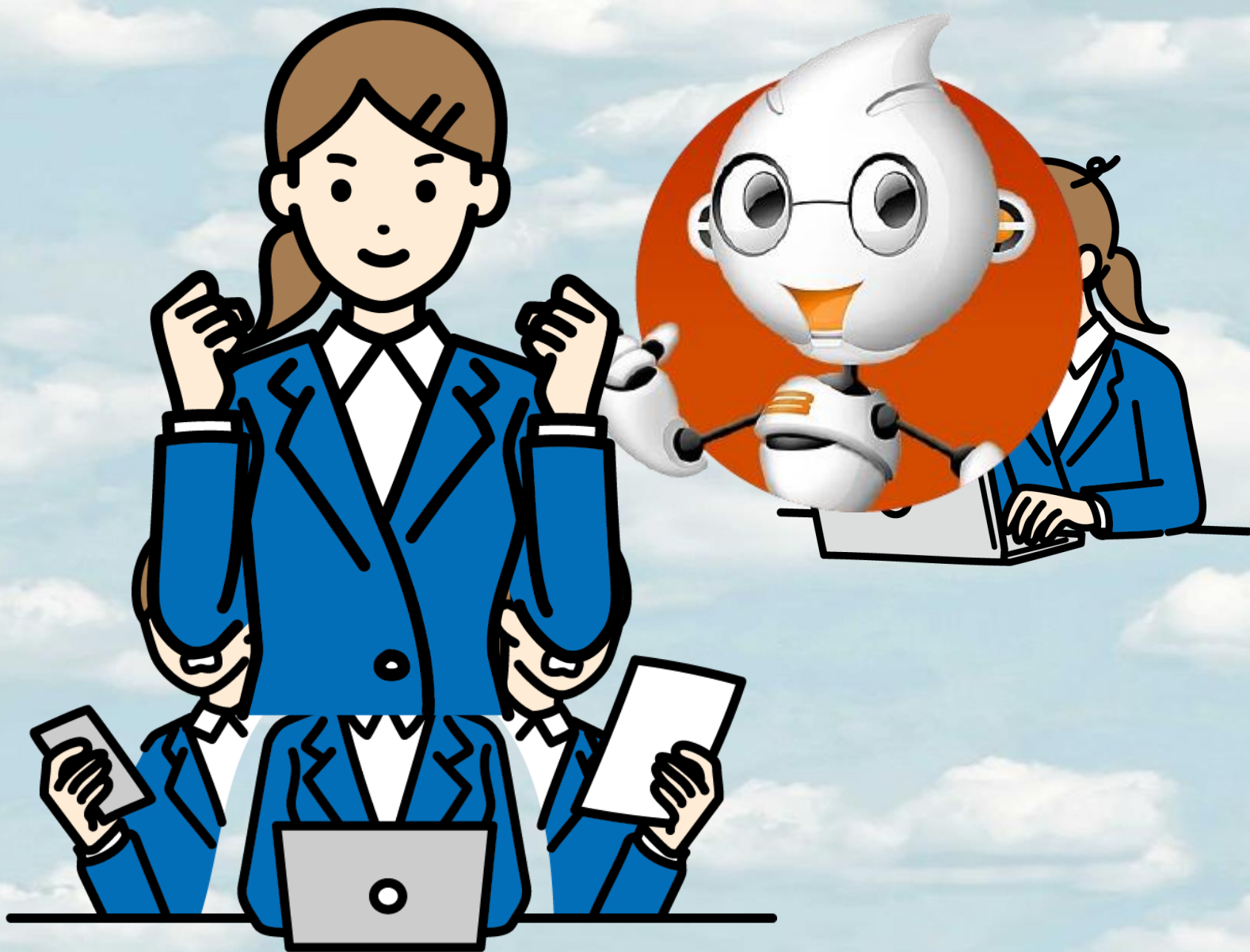
200
MCT
配



目次



クラニツク



大丈夫!





ご清聴ありがとうございました!



在宅での食支援について ～症例～



たにあい・糖尿病在宅クリニック

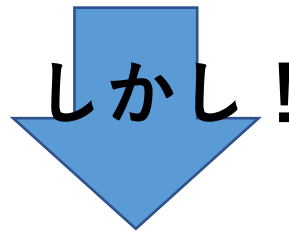
齋藤 瑠衣子



症例紹介① 80代 男性



経口摂取困難だけど、
不可ではない！！



リフィーディングシンドローム？
患者様の体重×5 kcalからの摂取??

Pが不足

Pが豊富で嚥下にも適している・・・

いきなり摂取カロリーを上げない食品を探せ！

嚥下に問題なく、
Pの多い食品・・・
嫌がられずに
なるべくおいしく
摂取できる食品は？



- !! 牛乳 !!
- 牛乳ならば、トロミついてる
- ココア??

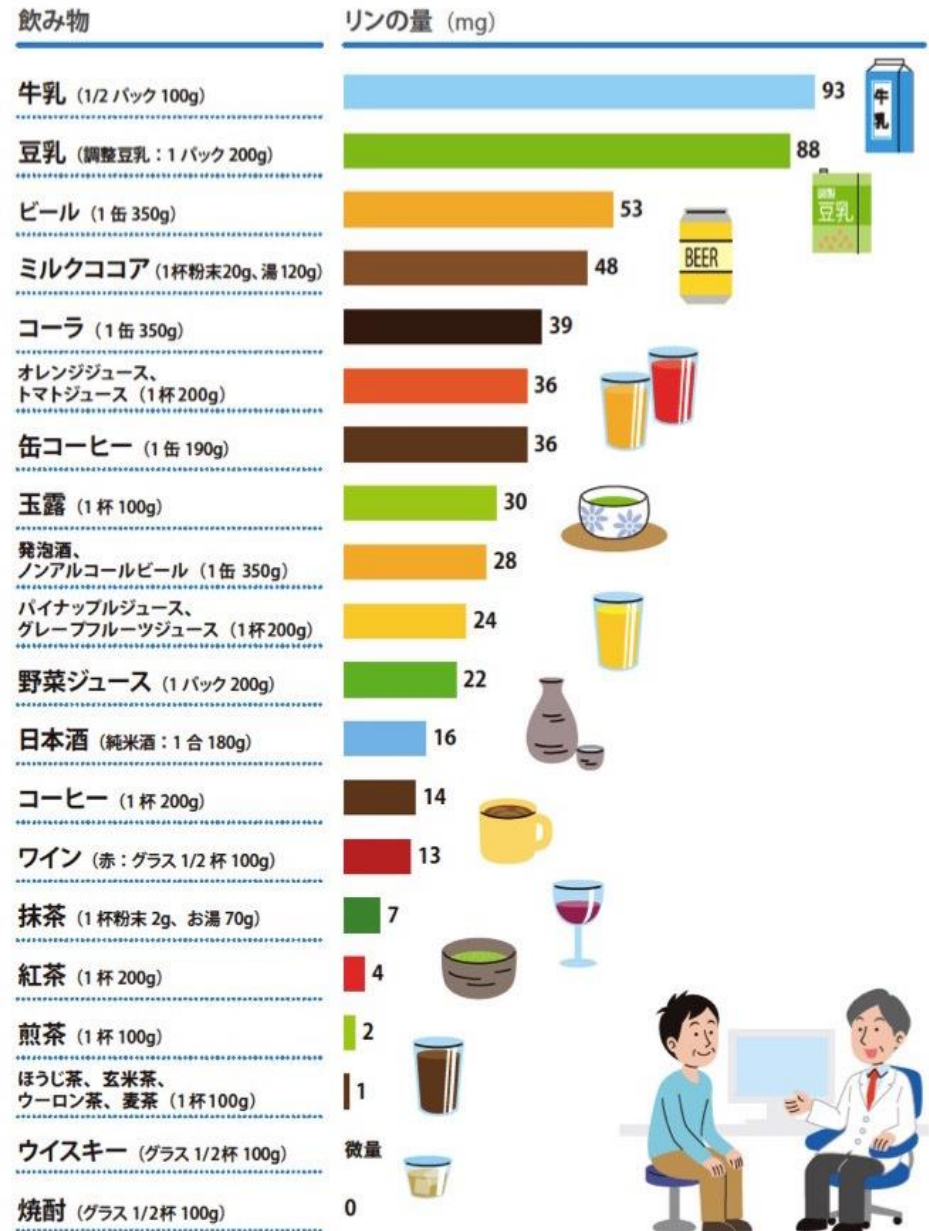
ミルクココア！

患者様宅訪問前にコンビニで
牛乳とココアを購入。

栄養士軍団初の

摂食嚥下・口腔ケアに挑戦

主な飲み物 1食あたりのリン含有量



スクリーニングテスト実施

①RSST

患者様に空嚥下を反復してもらい、嚥下反射の随意的な惹起能力を評価する。

<方法>

- ・第2指で舌骨を、第3指で甲状軟骨を触知した状態で空嚥下を指示し、何回嚥下できるかをカウントする。

<判定基準>

- ・30秒で2回以下が異常

判定→30秒で3回の嚥下



②NWST

<方法>

- ・3mlの冷水をスプーンで口腔前庭に入れ、嚥下反射誘発の有無、むせ、呼吸の変化などを頸部聴診法を使用し評価する。
- ・3ml冷水の嚥下が可能な場合には、さらに2回の嚥下運動を追加して評価する。評価が4点以上の場合は、最大3回まで施行し、最低点を評価点とする。

<評価基準>

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| 1,嚥下なし、むせるand/or呼吸切迫 | 4,嚥下あり、呼吸良好、むせない |
| 2,嚥下あり、呼吸切迫 | 5,4に加え、空嚥下が30秒以上に |
| 3,嚥下あり、呼吸良好、むせるand/or湿性嘔声 | 2回可能 |

判定→嚥下あり、呼吸良好、むせなし、空嚥下が30秒に2回可能 評価5点



やったー！
ミルクココア飲めました！

4月下旬から5月初めまで、10cc～20cc程の……
微量でしたが、ミルクココアを飲んでくれました。



症例紹介② 85歳 男性



粥ゼリーの作り方(スベラカーゼ)



① **70℃以上**の
お粥をミキサー
に入れます

② お粥重量に
対して **1~2%**
のスベラカーゼ
を入れます

③ **1分以上**
攪拌します

④ 盛り付けます

⑤ **完成!**
(70℃前後で
固まり始めます)

(例)
全体量: 200g = スベラカーゼ 3g

とろみの汁でそばを食べる

<作り方>

- ①そばをゆでる
- ②茹でたそばを1cm程度に切る。
- ③つけ汁にとろみをつける。

食べるときは、スプーンで
そばと汁を一緒にすくって
食べます。



使用した製品の紹介



とろみ剤には世代がある！！

	第一世代	第二世代	第三世代
使用感	多い	少ない	少ない
ダマ感	できやすい	できやすい	少ない
とろみが付く時間	長い	長い	短い
安定性	なし	そこそこ	あり
透明感	白濁	白濁	透明
唾液の影響	あり	多少あり	なし

使用していた
とろみ剤も
粘度の安定を
はかるため、
第三世代に
変更しました！

感想①

炭酸とろみ付き飲料レモンスカッシュ

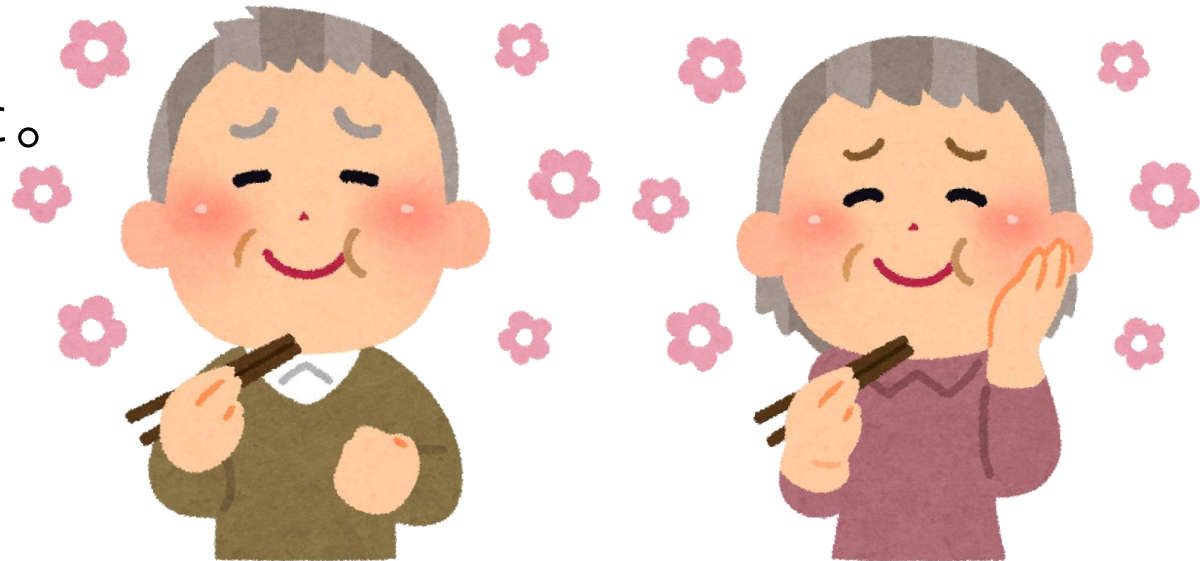
- 炭酸の飲み物が好きで、おいしかった。
- 酸味が強かった。
- 炭酸が少し強かった。



感想②

白玉風ムース(みたらし・あんこ)

- 甘くておいしかった。
- 甘味が足りない…。
- 食べやすかった。



ご清聴ありがとうございました！



食べるために ケアマネジャーができること



SOMPOケア由利本荘 居宅介護支援

主任介護支援専門員 長堀孝子



ナースの星 Webセミナー

COI開示

発表者：長堀 孝子

本発表に関連し開示すべき利益相互関係にある企業などはありません。

ケアマネジャーの役割

①介護相談、要介護認定等についての支援



②サービス利用調整・ケアプランの作成

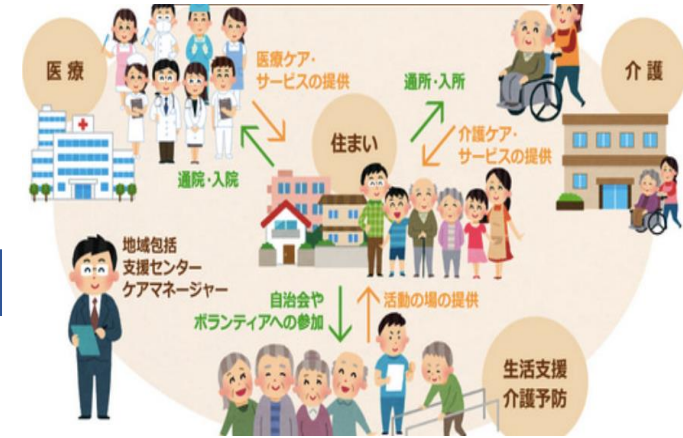
③介護保険給付管理・請求手続き



④地域包括ケアシステムの構築

地域包括ケアシステムの構築とは

「要介護状態になっても
住み慣れた地域で 自分らしい生活を」



そのニーズに応じた住宅が提供されることを基本とし
生活上の安全・安心・健康を確保するため
医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた
様々な生活支援サービスが、日常生活の場で
(日常生活圏域で) 一体的に提供される体制

➡ 多職種連携

食べること の相談


「ごはんが食べられずに困っています」
え？ どんなふうに？ ？

- 調理ができない
- 食材が買い出しに行けない
→ 介護保険サービスで支援しやすい
- 病気の影響によるもの
→ 多職種によるアプローチが必要



食べることができない

ご本人、ご家族、関係者からの聞き取り

・噛めない  ・ムセるようになった

・食べることを忘れる  ・病気の発症 



原因がわかったら、どう解決するか？

関係機関、専門職との連携！

ICTを活用した情報共有！



食べるための取り組み

【事例】

80歳 女性 介護認定未申請

・主治医からの相談

1か月前くらいから食事量が減り、寝たきりに。

脱水も進んでおり、入院が必要な状態だが

「入院すると、コロナ禍で面会もできない」

「自宅で看たい」



多職種連携 ～由利本荘～

診察当日の主治医



① ICTツールを活用し患者個別グループ作成

② 院内看護師、訪問看護ステーション
薬剤師、栄養士、ケアマネジャーを召喚



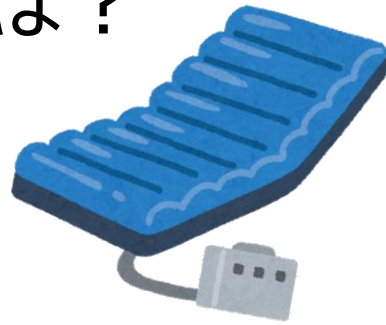
③ 基本情報、治療方針等の情報共有



食べるために できること

ケアマネジャーの心づもり・準備

- ・要介護認定申請代行の準備
- ・身体状況は？ 認知症は？
- ・福祉用具は必要？
- ・介護力はどうか？



➡ ご自宅へ

- ・予測したことの事実確認
- ・ご家族の「思い」を確認

「食べられるようになって欲しい！！」



食べるために できること

- ・脱水
- ・布団で寝ている
- ・褥瘡多発
- ・右上下肢麻痺がある

「食べられるようになって欲しい！！」

- ・脱水改善、褥瘡の**治療を開始**

➡訪問診療・訪問看護➡栄養士による栄養指導

➡状態変化に応じて福祉用具の変更

- ・「**食べるため**」の**アプローチを同時に開始**

➡ポジショニング指導、座位保持リハビリなど

食べるために できること

「食べられるように なってきた！！」

順調に回復してきたが・・・

・ケアマネジャーによるモニタリング

栄養補助食品やサービス利用、おむつ代などにかかる「費用負担の不安」

・・・ご家族が漏らした言葉・・・

➡ICT活用により、すぐに情報共有

・ご家族でもできることを検討しサービス提供の減

・調理指導 ・紙おむつ購入費助成申請 など

食べるために できること

ケアマネジャー

ご本人・ご家族の代弁者の役割もあり



ご清聴 ありがとうございます。



嚥下機能に影響する薬剤とポリファーマシー対策

2023年1月9日

日本調剤株式会社 東北支店 在宅医療部

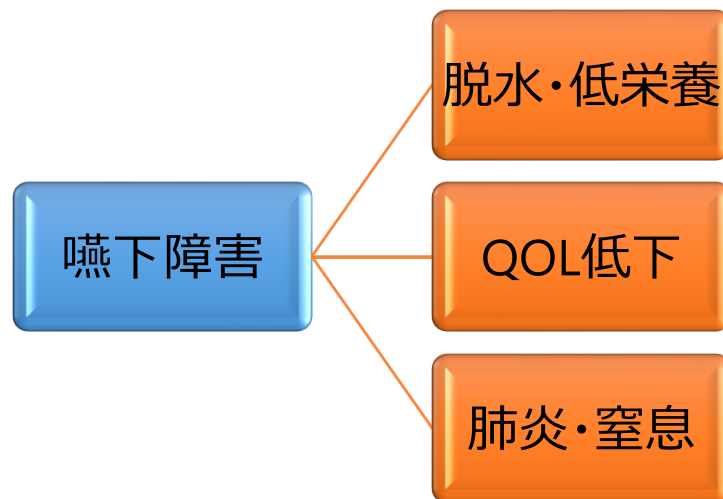
八鍬 紘治

① 薬剤が服用できていることの確認

薬剤投与経路の基本は経口であり、医薬品の7割は経口剤
嚥下機能に合わせた剤型、服用方法、外用剤への変更を検討

② 薬剤性嚥下機能障害への対応

嚥下機能を低下させる薬剤は多く存在し、**嚥下の5期に影響する**
薬剤性の嚥下機能障害に気づき、減薬を含む処方提案を行う
嚥下機能を改善する薬剤も存在し、状況によって使用を検討



①先行期：食べ物を認識

傾眠：抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬、抗ヒスタミン薬、抗けいれん薬

腕の筋固縮：抗精神病薬、制吐薬

➡認知機能を含む意識や腕の動作

②準備期 ③口腔期：食べ物を咀嚼、食塊を形成し咽頭へ

舌・下顎・唇・頬の運動障害：抗精神病薬、制吐薬

口腔乾燥：抗精神病薬、抗コリン剤、抗うつ薬、抗ヒスタミン薬

➡口の動き、口腔乾燥や口腔内残渣

④咽頭期：咽頭から食道へ

嚥下・咳嗽反射低下：抗精神病薬、制吐薬、鎮咳薬

嚥下関連筋の弛緩：筋弛緩薬、抗不安薬

➡むせ、食後の声質変化

⑤食道期：食道から胃へ

下部食道括約筋機能低下：カルシウム拮抗薬、筋弛緩薬

➡胃食道逆流による逆流性食道炎

A C E 阻害薬	サブスタンス P の分解抑制→サブスタンス P 濃度上昇 → 咳反射・嚥下反射亢進
アマンタジン	ドパミン濃度上昇→サブスタンス P 濃度上昇 → 咳反射・嚥下反射亢進
レボドパ	血中ドパミン濃度上昇→サブスタンス P 濃度上昇 → 咳反射・嚥下反射亢進
カプサイシン	知覚神経末端に作用→サブスタンス P 放出 → 咳反射・嚥下反射亢進
半夏厚朴湯	口腔内のサブスタンス P 増加 → 嚥下反射を改善
シロスタゾール	脳卒中既往患者の肺炎発症率を低下

摂食・嚥下障害患者のリスクマネジメント「嚥下機能を向上させる薬剤・化学物質」一部改変

ドパミン、サブスタンス P : 咳反射・嚥下反射に関与

高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015に 食欲を改善させる薬物と低下させる薬物の記載がある

【食欲低下時に開始を考慮する薬物】

- 六君子湯、補中益気湯、加味帰脾湯、十全大補湯、人參養栄湯などの漢方薬
- シプロペプタジン（副作用:食欲増進）
- レボドパ配合剤（パーキンソニズム改善、意欲亢進）
- コリンエステラーゼ阻害薬（アルツハイマー型認知症による無気力、無関心改善）
- スルピリド、クエチアピンも食欲増進作用があるが、錐体外路障害や嚥下機能低下につながる恐れがあるため注意
- ステロイドにも食欲増進作用あり

※保険適応がないものや服用に伴う副作用発現の恐れがあるため慎重に使用

【食欲低下時に特に慎重な投与を要する薬物】

- ・ジギタリス製剤
- ・テオフィリン製剤
- ・メマンチン
- ・プレガバリン
- ・睡眠薬や抗不安薬
- ・ビスホスネート製剤、コリンエステラーゼ阻害剤
- ・抗てんかん薬
- ・鉄剤、経口糖尿病薬

※減薬や休薬できる薬剤があれば調整するが、治療上難しいケースも多い

①水オブラート法

オブラートに薬を包み、水に浸してゼリー状にし、噛まずに飲み込む方法

②服薬補助ゼリー

ゼリー状のオブラートの上に薬を乗せ、ゼリーを被せて飲み込む方法

③とろみ剤

④剤型の変更

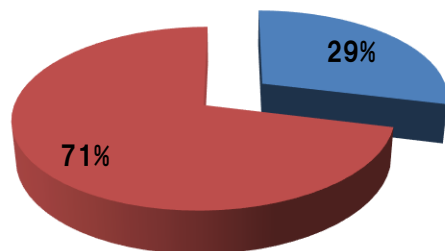
- ・**大きい錠剤→小さな錠剤へ変更**（散剤への変更は誤嚥に注意）
- ・粉砕法（約3割の薬剤は粉砕不可）や簡易懸濁法による服薬
- ・**服薬回数が少なくする**（長時間作用薬剤へ変更、食前薬、食後薬をまとめる）
- ・**服薬数を減らす**（配合剤へ変更、最低限必要な薬剤へ減薬）
- ・ドライシロップ・口腔内崩壊錠へ剤型を変更
- ・外用剤（貼付剤・坐薬・吸入薬）への変更

「多剤併用の患者で、薬剤による有害事象が起こっている状態」
特に6剤以上の服用で副作用発現率が約2倍になると報告あり

医師：薬剤効果を優先し、処方追加の傾向（+）

薬剤師：副作用を考慮し、処方変更や中止を提案（-）

2016年4月服用薬剤数



2017年7月服用薬剤数

■ 5剤以内の割合
■ ポリファーマシーの割合(6剤以上)



有料老人ホーム入居者において
薬剤師が診察同行時に処方提案を実施したところ
6剤以上服用者の割合が71%→56%へ減少

※社内資料

減薬の手順 <由利本荘にかほ在宅連携会議版>

減薬に関する相談元が

- ①本人・家族②施設
 - ③多職種④主治医
- に該当するか？

しない ↓ する →

減薬を検討するにあたり下記に該当するものがあるか？

- ①利益がない：適応症なし・服薬できていない・同効薬の重複処方
- ②害>利益：治療効果よりも副作用が勝る・腎機能や肝機能低下
- ③症状改善薬：処方目的の疾患が改善している。
- ④予防薬：漫然投与・余命考慮により治療効果が不鮮明

あり ↓ なし ↓

薬物による
重大な副作用

あり →

減量可能
な薬剤か？

可能 ↓

不可能 ↓

薬剤減量
を提案後
減量薬

なし ↓

あり ↓

経過観察
を行う

薬剤の
投与継続

なし ←

代替薬
はあるか？

あり →

薬剤の休薬により
症状の悪化や再発の
恐れがあるか？

なし →

あり ↓

薬剤の中止
を提案後
中止薬

あり →

なし →

薬剤の
投与継続

代替薬
を提案後
代替薬

あり →

経過観察
を行う

なし →

<参考文献>
高齢者の安全な薬物がトライ(2015)
JAMAによる減薬の手順
STOPP Criteria

減薬を検討するにあたり下記に該当するものがあるか？

- ① **利益がない**：適応症なし・服薬できていない・同効薬の重複処方
- ② **害 > 利益**：治療効果よりも副作用が勝る・腎機能や肝機能低下
- ③ **症状改善薬**：処方目的の疾患が改善している。
- ④ **予防薬**：漫然投与・余命考慮により治療効果が不鮮明

・減薬意向が本人や家族にあると進みやすい

・すぐに休薬できる薬剤と段階的に減量する必要がある薬剤がある

離脱作用がある薬剤を長期間または高用量服用している場合は特に注意

・減薬後は多職種で経過観察を行う

ケアマネージャーより薬剤追加後に**傾眠**があり、食事量が落ちていると相談あり

処方内容 アムロジピン、センノシド、リスペリドン、アスパラカリウム、
ロフラゼプ、チアプリド（追加）、フルニトラゼパム（追加）

薬剤師：傾眠があることを服薬情報提供書にて医師へ報告
リスペリドン、ロフラゼプ、フルニトラゼパムの減量や中止について処方提案

医師：リスペリドン、ロフラゼプ中止、フルニトラゼパム→ゾルピデムに変更
（フルニトラゼパムよりゾルピデムは作用時間が短い）
→**傾眠が改善され食事量が増加**（不眠症状悪化の訴えなし）



ピルシカイニド（抗不整脈薬）を含む処方が嚥下機能低下により服用困難となり粉砕可能か医師より相談あり



【患者情報】

- ・腎機能は正常範囲であり、標準より少量処方と推測された
- ・医師より頻脈を抑えることができれば他剤でもいと話あり

薬剤師：ピルシカイニドは粉砕不可(**苦味、舌の麻痺**)と説明
代替薬としてプロパフェノンやフレカイニドがあるが抗不整脈薬には
催不整脈作用があるため、**頻脈抑制としてβ遮断薬である**
ビソプロロールへ処方変更を提案

医師：β遮断薬であるビソプロロールの粉砕処方へ変更
→**不整脈症状の悪化はなく、服薬継続できた**

新型コロナウイルス治療薬であるパキロビッドパック®は治療効果が高い薬剤であるが併用禁忌薬が多く、海外に比べ日本では使用されていない現状がある

減薬フローチャートを用い減薬を進めていた事やかかりつけ患者に限定することで積極的にパキロビッドパック®を使用することができています

**ポリファーマシー対策は副作用回避や医療費軽減だけでなく
有事における薬物療法にも寄与することがわかりました**

今後も多職種と連携し日頃から減薬を進めていきたいと思えます



YURI NIKAHO HOME CARE TEAM
SINCE 2015

ご清聴ありがとうございました

ナースの星Webセミナー



訪問看護と食

ごてんまり訪問看護ステーション

所長 藤沢武秀

利益相反



- 本演題発表内容に関連し、発表者に開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

人は病気になる



私もあなたも必ず病気になります
病気にならない人なんてそうはいません。

知ってますか？人間の死亡率は**100%**

事故や自殺の割合は全体の **3%**

65歳以上の場合は**0.2%**です

今回は食です





これからの私たちにできること

自らが希望する医療・ケアを受けるために、大切にしていることや望んでいること、どこで、どのような医療・ケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」あるいは「人生会議」と呼びます。



事例紹介1



I様 85歳 男性

疾患名：2型糖尿病・ダンピング症候群

既往歴：肺癌末期・2型糖尿病（腎症3期）・高血圧症・不眠症

訪問看護介入までの概要

もともと自宅内活動量少なかったが200X年3月18日より歩行困難。経過観察行っていたが3月20日から左片麻痺出現。

救急外来受診し、右脳梗塞の診断で入院。食欲不振も続き、「今以上の回復は見込めず、終末期の段階である」と入院先病院からムンテラ受ける。

自宅看取り希望あり、5月11日の自宅退院に伴い、全身状態管理と医療ケア目的に訪問看護開始。

自宅に帰りたい。娘の作った料理を食べたい。わらびたたきを食べたい。



Alb : 0.9 ! ! !
高度低Alb血症

RSST...0回/30秒

MWST...4点

- ①アイス（ヨーグルト）にMCTオイルを混ぜる
- ②MCT入りゼリーを凍らせて食べる

そうめんのめんつゆにはとろみ1%
5月に介入後、6月10日に永眠。



事例紹介2



T様 88歳 男性

疾患名：2型糖尿病・ダンピング症候群

既往歴：食道がん・大腸がん術後・十二指腸潰瘍（胃全摘出）

訪問看護介入までの概要

令和1年10月28日から発熱し、肺炎のためY病院へ入院。誤嚥性肺炎で入院していたが、胃切除に加え低栄養によりダンピング症候群を増幅させている。

食後BS400（高血糖）→40（低血糖）

入院中に39kgから32kgまで体重が減少。終末期の状態。

ご家族・ご本人の意思確認ののち、退院して自宅療養が開始となる。

事例紹介3



患者 : K様 男性

疾患名 : 前立腺がん末期・2型糖尿病・認知症

訪問に至る経緯 : 7/26 経口摂取困難になり、脱水のため由利組合総合病院に入院となる。入院後は不穏状態となり、DIV自己抜去、本人の強い退院希望により在宅療養となる。末期の前立腺がんのため同院泌尿器科に受診中。予後半年の末期と診断されている。高齢の妻と二人暮らし、妻の介護力は不明

検査データ : BUN45.2 WBC14.3 CRP3.57

訪問看護指示 : DIV指示、1%トロミ水の指導、飲水状態確認、摂食状況の確認、
コーディネート作業



7/29～7/30



A病院医師

- 脱水のため輸液実施
- 褥瘡にアクトシン処方
- 耐圧分散マットはどう？
- ウブレチド以外減薬します
- リハビリでアセスメントとれる？
- ACPについて共有
- NST介入

B薬局薬剤師

- 誤嚥あるのでザイティガ錠の内服できているか確認！
- 減薬による血圧変動に注意

C居宅ケアマネージャー

- 担当者会議の日程調整
- 介護制度の活用について検討
(訪問入浴・ショートステイ)

D訪問看護ST

- ケアマネ連絡・情報共有
- 褥瘡画像定期共有
- ベッドとエアーマットを依頼
- 錠剤についてトロミ水で内服確認
- 血圧表を作成、毎日の血圧を共有
- DIV実施
- ケアマネと連携

E訪問リハ

- 利用者の動作評価
- Faへのポジショニング指導
- 目標設定は車いす乗車
- 訪問看護と連携したリハビリ

B薬局管理栄養士

- NST介入による2回/月の訪問開始
- 補食内容の検討
- 家族への食事指導



利用者の問題点をICTで共有

両肺野下葉に連続性のラ音
不顕性誤嚥によるものか？
SpO2：80%台で推移

摂食時にムセ発生
食欲減退
水分摂取300ml/日

装着している上顎の義歯が合わ
ず
開口すると落ちてくる

仙骨部に0.5cm×0.5cmの褥瘡
部分皮膚欠損でスラフ確認
腸骨稜にも持続発赤

妻の不安や介護疲れによる不眠

自力体位変換不可



8/1～

A病院医師

- 食事摂取状況について
チェックと確認
- 残薬チェック。NSAIDSがあるはず
- 摂食嚥下障害あり
1%とろみ水の指導
- 歯科医師へ連絡とります！

Fショートステイ

- SS利用時に訪問歯科
診療検討しましょう！
- POTTによる摂食時の
ポジショニング指導と
実践



D訪問看護ST

- 摂食時のポジショニング画像
提供
- 口腔内の画像提供
- 食事摂取状況について報告
- ソフト食へのトライ

ご家族

- ソフト食に合わせた自宅での取り組み
- 食事量の調整やトロミ水の活用
- ポジショニングの実践



事例4

N様 87歳 女性

疾患・既往歴：#1 2型糖尿病 #2 心不全 #3 心房細動 #4 背部及び臀部褥瘡 #5 誤嚥性肺炎 頻回 #6 尿路感染症 頻回 #7 レビー小体型認知症

訪問看護介入までの概要

急性肺炎でX年7月2日から2週間入院

これまでも誤嚥性肺炎・尿路感染症により数か月おきに入退院を繰り返している。

在宅介護で看取り希望され、訪問看護介入となる。

情報提供書



症状経過及び検査結果

平素より大変お世話になっております。

伊藤様は#3にて以前より当科外来通院中の方です。

上記#1-4で意思疎通はほとんどせず、ADL全介助の状態ですが、在宅で娘様・お孫様が介護して下さっていますが、徐々に介護量が増えてきており支え切れていない様で、2020年3月から訪問看護も開始しておりますが、**低栄養と廃用による背部の褥瘡が進行**しております。

直近2020年7月2-16日まで誤嚥性肺炎にて当科入院しており、数ヶ月おきに入退院を繰り返しておりますが、**心不全によるものではなく誤嚥性肺炎・尿路感染症での入院**です。褥瘡も慢性炎症の一因かと存じます。

循環器薬はもはやベラパミル・エリキユースのみとなっております長らく変更はありません。

長期療養型病院への入院もおすすめてしまいましたが在宅での介護を希望されており、通院の負担や**延命治療の希望なくそのときは自然にお看取りしたいとお話されていること**、入院の原因はほとんどが軽微な感染症であることから、往診をご提案させて頂きご希望がございました。

つきましては、貴院にて処方継続・点滴加療頂きながら、急変時は無理な蘇生行為は行わず自宅での看取りまで頂くことは可能でしょうか。

1-4 レビー小体型認知症

NGによる経管栄養開始
『低栄養では褥瘡が治る見込みがない』

DNARについては改めて
かかりつけ医師も確認

褥瘡の変化



D:U
E:3
S:8
I:3
G:4
N:3
P:12

33点





小松 徳子

看護師 (ごてんまり訪問看護ステーション)

9/14 21:54

ご家族より連絡あり。

18時半にロゼレム内服も眠る様子なく、不穏状態。

19時半にベルソム内服するも、大声連発。対応困難にて20時過ぎに緊急訪問しています。

到着すると同時に、状態緩和。顔を見るなり「やあ〜」と手を挙げ挨拶。

熱36.8°C 脈54 血圧120/60mmHg SPO98%

眠くないですかの問いに「眠くない」とハッキリと返答。



10人



返信







さいごに...



- 在宅でのチーム医療の実現が情報共有を高め、摂食困難から脱する一助になる
- 本人のみならず、ご家族も巻き込むチームとして稼働することが介護力の発揮につながる
- 在宅のメリットは『いつもの家・愛する家族・いつもの食事』がある事に加え、利用者にとってかけがえのない人としての尊厳にもつながる

ご清聴いただきましてありがとうございました！

