

# 口から食べる楽しみのために

## 第2回

### 患者のゴールをイメージしたシームレスな食支援

広島県・公立みつぎ総合病院診療部長 占部秀徳

#### はじめに

地域包括ケアシステムの構築は、国保直診施設にとっては理念であり、その推進はパイオニア的存在である。ところが、巷で使われている地域包括ケアシステムは、医療と介護の連携だけを念頭に置かれていることも少なくない。言い換えれば、病気や障害を持った高齢者だけが対象者として考えられている。しかし、地域包括ケアシステムの中心は地域住民であり、子どもから大人（高齢者）まで、元気な時からあるいは障害を持っていてもその地域で安心して暮らし続けることができるような地域づくりである。なかでも、“食べる”ことへの支援は子どもから大人まで切っても切り離せない命題である。人として生きていくうえで重要な課題が食事である。

口は最初の消化器官と言われているように栄養を摂るためにも食べることは重要であり、多職種での連携が必要である。病気になった人に適切な栄養を提供するために1973年、アメリカのボストンシティ病院でNSTが誕生した。日本においても1998年に鈴鹿中央総合病院、2000年に尾鷲総合病院で活動が開始され、2006年、診療報酬改定により栄養管理実施加算が新設されたことや栄養療法の有効性と医療の質の向上につながることから、多くの施設でNSTの活動が行われている。2016年の診療報酬改定では歯科医師の参加によるNSTへの加算が新設された。

そこで今回は、病院での食支援の現状と課題を考えてみることにした。

#### 入院患者の現状把握

すべての病院や施設に歯科があるとは限らない。むしろ歯科がない病院が多いのが今の日本の現状である。病院に歯科がないからといって諦めてはいけない。歯科がなければ近隣の歯科医師や歯科医師会との連携は不可欠である。ところで、入院中の患者の口腔内や口腔機能がどのような状態なのか診たことがあるだろうか。日本大学の植田耕一郎教授は「寝たきりの口を作らないように」と述べている。歯科医療者側から見ると実に多くの入院患者に口腔内に問題があることがわかる。

そこで、平成26年1月から12月までの1年間、当院の回復期リハビリ病棟に入院した患者97名の口腔アセスメントをおこなった（図1）。そのうち92名が口腔に何らかの問題があった。図2は、当院で口腔に問題があると判断した患者に対して歯科が介入するアプローチの概要図である。

#### ゴールをイメージした支援

回復期リハビリ病棟では、脳血管障害や骨折後の手術での急性期を脱した患者を対象に摂食嚥下機能、口腔機能、身体機能、そして生活動作に着目しスクーリング、栄養支援計画を多職種で検討する（図3）。患者の栄養状態、食べる能力（摂食・嚥下機能・口腔機能）を維持・向上し廃用の予防、日常生活能力全般の回復、QOLの維持・向上、さらに食を通じて社会性の獲得を支援する。また、歯科治療を進めるうえで回診やカンファレンスでの入院期間や退院先、認知面や身

図1 口腔の問題（問題あり92名 複数回答有）

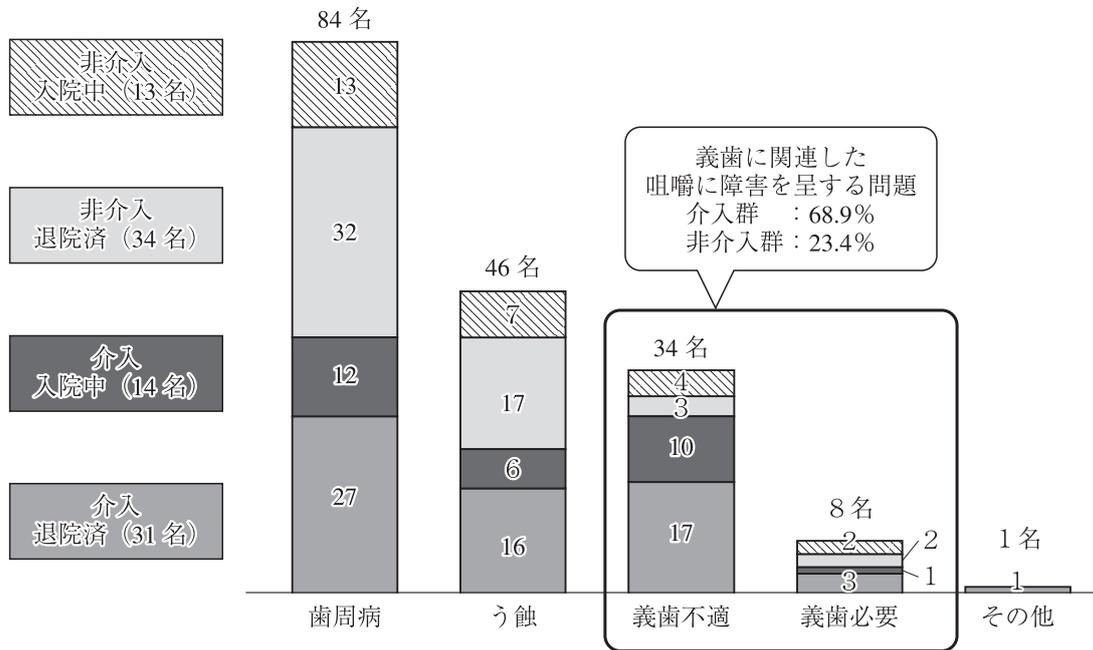
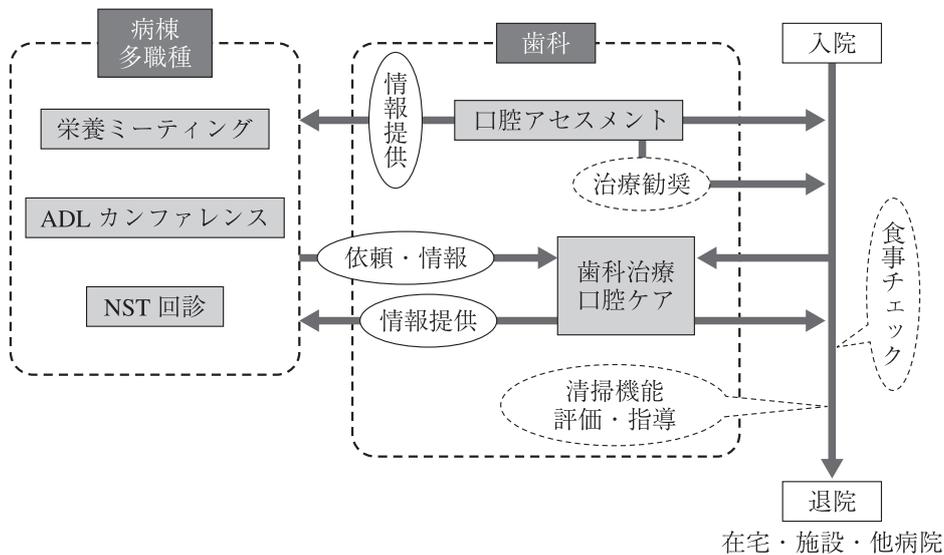


図2 回復期リハビリ病棟における歯科のアプローチ



体状況などの情報は重要であり、患者一人ひとりのゴールをイメージしながら治療、機能訓練そしてADLに合わせた計画を立てる。

### ■ 噛むために必要な臼歯部咬合の大切さ

実際に入院患者が食事形態やADLが向上した一因について考えてみる。そうすると、口腔機能を適切に評

価し歯科治療を行うことで、自分の歯あるいは義歯により臼歯部（奥歯）での噛み合わせが回復した患者がADL向上に向かっていったことが判明した（図4）。このことは、臼歯部の咬合改善により噛んで栄養を摂ることを可能とし、リハビリに必要なエネルギーや栄養素の増加に寄与したものと考えられる。しかしながら、歯科治療だけでADLの向上につながったのではなく、回診やカンファレンスにより、患者一人ひとりのゴ

図3 回復期リハビリ病棟における栄養支援

患者の栄養状態・食べる能力を維持・改善しリハビリの拡大・廃用症候の進行予防・日常生活能力全般の回復・QOLの向上に寄与するよう機能改善を促進する栄養サポートを多職種で行い、食を通じて社会性の獲得を目的とする。

担当項目は多職種で入力する



栄養ミーティング（週1回）

- ・飲み込みの検査実施後、食事形態の検討をしながら食事への移行を進めていきます。
- ・活動量や血糖コントロールに合わせて食事内容を検討していきます。
- ・訓練用義歯を装着し、安定した噛み合わせを引き出していきます。
- ・口腔の清潔を保ち誤嚥性肺炎の予防に努めていきます。

退院まで1か月ごとにモニタリング実施する

図4 ADLと食形態

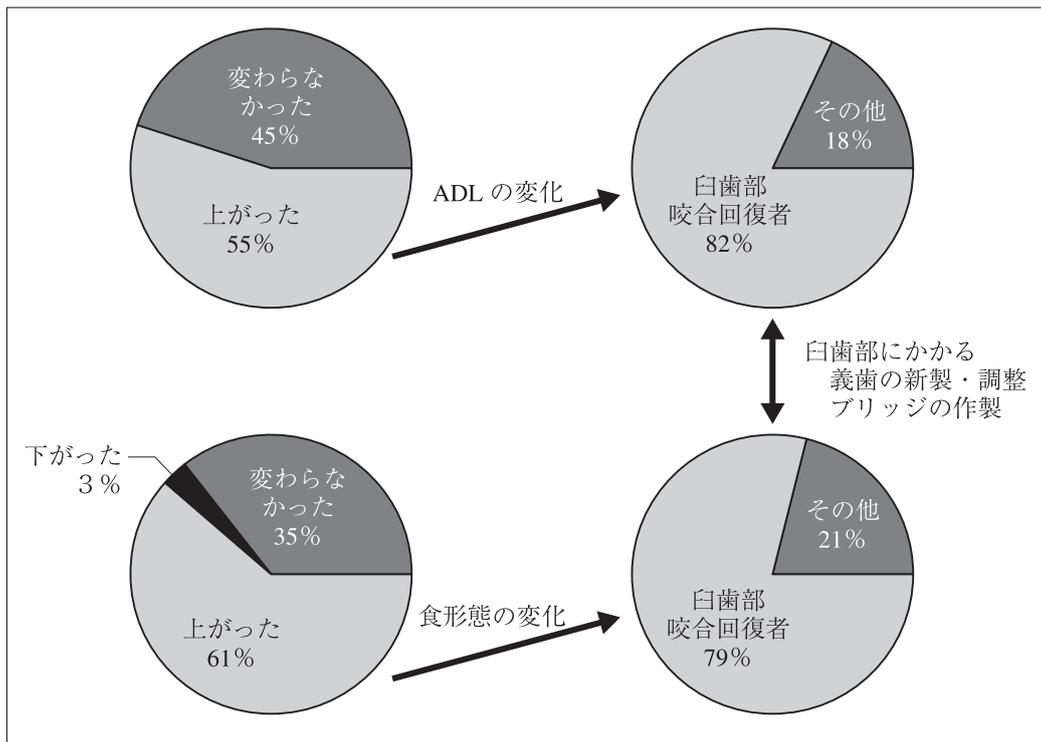


図5 症例

食塊誘導が困難 咀嚼ができない



平成 24 年 3 月 PAP 作製



食べることへの意欲低下  
舌の機能障害で食塊形成困難

噛むことが困難で自浄作用がない



PAP を口腔内に装着した状態

ルをイメージした治療や多職種連携があってこそ成し遂げられるものである。

### 舌接触補助床 (PAP) 作製

脳血管障害や神経疾患等により、舌の運動機能が低下した患者に対して舌接触補助床が作製される。Nさんは平成15年脳出血を発症した。その後、右片麻痺が残った。口腔内状況は残存歯は28本である。また、鼻咽腔閉鎖機能不全が認められる。舌麻痺があり、図5のように舌の突出で舌尖が右側に変位する。嚥下機能はほぼ正常範囲ながら、喉頭挙上が遅く嚥下困難である。そして、残存歯は28本であるが咀嚼困難で自浄作用がなく、全歯にプラークが付着している。食事形態は、主食がお粥、副食はミキサー食である。しかし、Nさんは噛んで食事がしたいとの思いがあり、良いといわれることは積極的に行う人である。

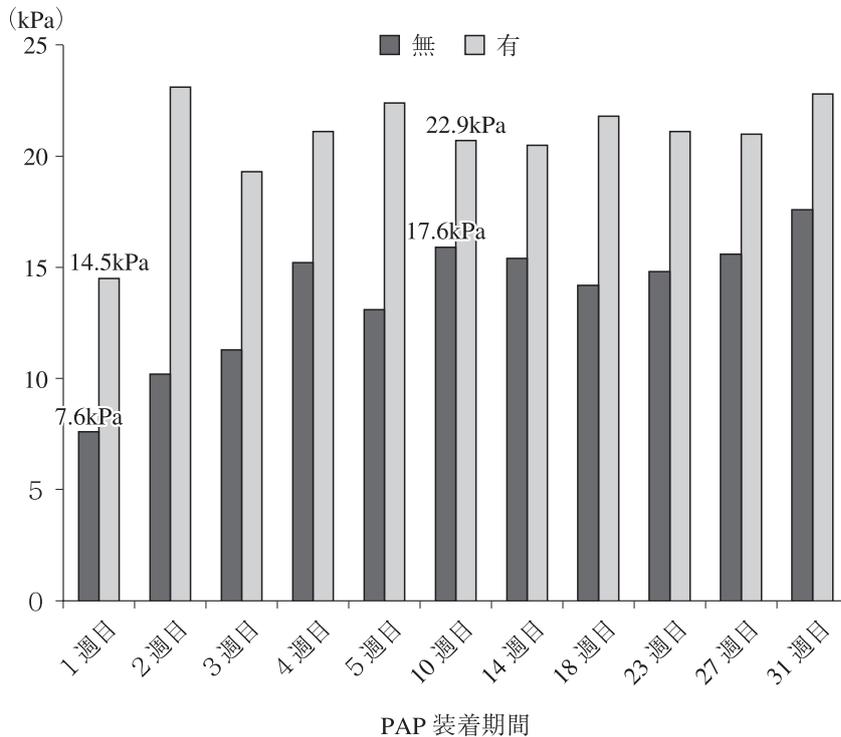
そこで、本人の希望を叶えるため舌接触補助床を作製した。図5は作製した舌接触補助床と口腔内に装着

した写真である。その評価を舌圧測定、オーラルディアドコキネシス、そしてRSSTにより行った。PAP装着とPAP装着なしでの舌圧測定結果を示す(図6)。PAPを装着していると舌のリハビリになるのか、PAP装着なしの時も舌圧は徐々に上昇している。そして、Nさんはお正月に柔らか食ではあるが、形あるお節料理を食することができ、家族と同じようなものが食することができたと本当に嬉しそうに話していた。

### 退院後の食事摂取

どこの病院でも摂食嚥下障害を有する患者に対して、本人、家族や介護者に退院時指導を行っている。しかし、その後自宅で指導を実践できているのか疑問である。病院で食事の支援を行っても、退院後に継続的に支援がされなければ何の目的でリハビリや栄養指導をしたのわからなくなる。当院の言語聴覚士が、摂食嚥下障害を有する患者が退院後に指導が実践できているかを自宅に退院した患者とケアマネジャーにア

図6 PAP装着の有無による最大舌圧



舌圧測定風景

最大舌圧 (kPa) 3回計測し平均を算出した

ンケート調査を行い、その課題が見えてきた (図7)。

図7に示すように、指導通りに行っていない理由として本人の嗜好や状態の変化であった。在宅で療養生活を始めると、病院ではわからなかった課題も挙がってきた。ケアマネジャーは、低栄養への対応や誤嚥に対する理解不足、そして外部サービスでの特別食への対応と言語聴覚士との連携ができる事業所が少ないこと等の課題が挙がってきた。したがって、入院時から家族や介護者とコミュニケーションをとり、患者の生活の背景など検討するとともに、ケアマネジャーとも緊密な連携をとり、病院から在宅への食の支援体制を

整える必要があるものとする。

## ■ おわりに

病院での食の支援は、患者の全ライフステージの一部でしかない。しかし、その時だからこそ多職種で介入できる絶好の機会と捉えるべきである。そして、患者一人ひとりのゴールを見据え、生活背景を考えた栄養支援・食の支援体制の整備を多職種でおこなっていくことが必要となってくる。

図7 本人・家族へのアンケート

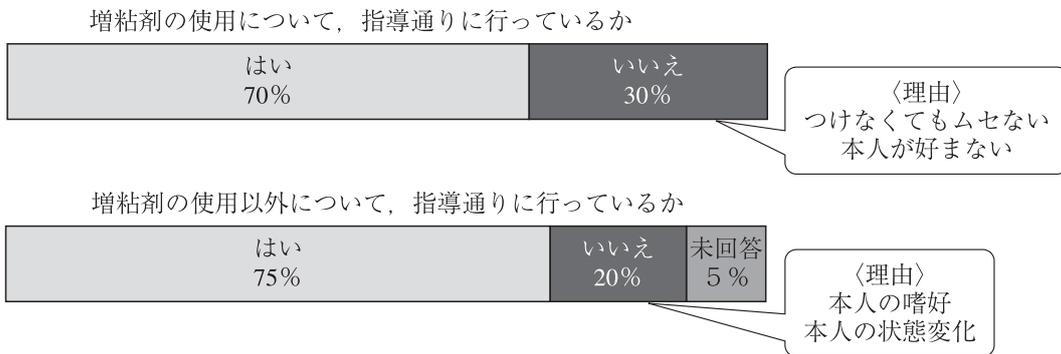
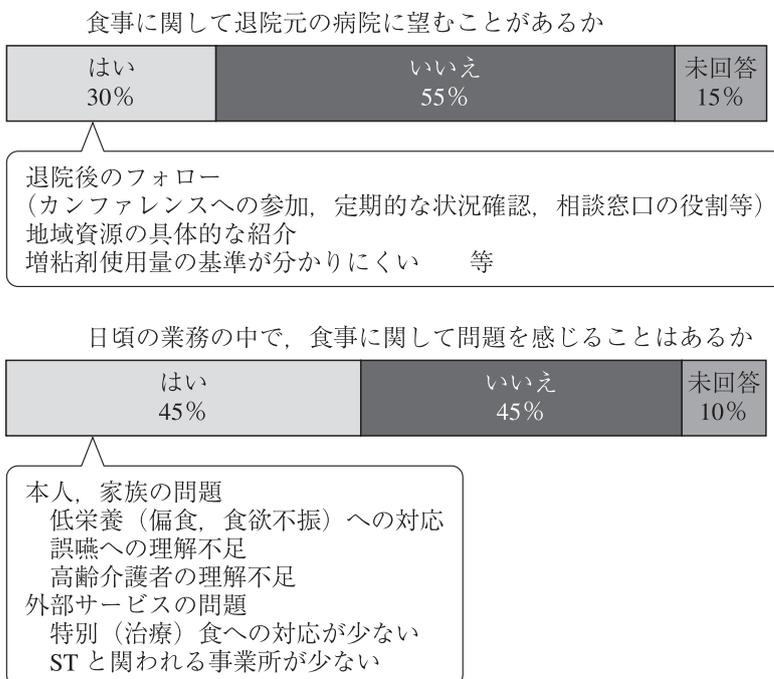


図7 ケアマネジャーへのアンケート



出典：広島県国保診療施設地域医療学会  
公立みつぎ総合病院言語聴覚士 野口智子氏提供資料を一部改変