

医科・歯科連携の実際

第2回

地域で統一した口腔ケア推進の核として

長谷剛志

石川県・公立能登総合病院歯科口腔外科医長

■ 当院と歯科口腔外科の紹介

公立能登総合病院は、能登半島の中心である七尾市に位置し、その運営は「七尾鹿島広域圏事務組合」が行っている。その歴史は古く、1943年（昭和18年）に医療利用組合連合会能登病院として開設され、今年で

開院68年目を迎える。

現在、23診療科・病床数434床（一般病床330床、精神病床100床、感染病床4床）および救命救急センター20床を有する能登地域の急性期基幹病院で、医療圏の人口は約22万人で高齢化率は28.5%である（図1）。1日平均の外来患者数は850人、入院患者数は290人である。

歯科口腔外科は1968年（昭和43年）に増設され、現在は歯科医師3名と歯科衛生士4名の計7名で構成されている。日常の診療は週5日間（月～金曜日）午前8時30分～午後5時15分までで、そのうち午前が一般歯科診療、午後が全身麻酔手術または外来小手術という流れである。そして3年前より入院患者の口腔ケア回診と嚥下診療を開始し、午後4時ごろになると口腔ケア・嚥下チームが集合して各病棟を往診している（写真1）。

図1 七尾鹿島広域圏の位置



■ 院内における口腔ケア・嚥下診療

● 取り組みの開始

当院では2009年4月に「摂食機能療法委員会」を立ち上げた。当科は日々の診療でそもそも多くの職種と

接する機会が少ないため、この委員会をとおして入院患者の口腔ケアや嚥下診療を展開することにより医師、看護師、薬剤師、言語聴覚士、管理栄養士など歯科関係以外の職種と連携することで、ようやく総合病院のチーム医療に参入できたように思う。かつNST療法委員会や褥瘡対策委員会とコラボした合同勉強会も開催されるようになり、総合病院の歯科としてのカラーも出てきたように思う。

ただし、その活動が軌道に乗るまで幾多の苦労があった。今年で3年目を迎えてようやく院内に口腔ケアや嚥下診療の概念が浸透し、その活動も成果を上げてきたように思う。そもそも口腔ケアや嚥下診療における医科と歯科の連携の必要性や重要性は以前より感じてはいたが、誰が何を基準にどうやって進めればよいのか混沌としていた。

そんななか、当時赴任してきた神経内科の先生から「この病院は歯科があるのに入院患者の口腔内が汚く誤嚥性肺炎の発症が多いように思う……」と言われた。「長谷先生がやらなくて誰がやるのですか……」という一言ですべてが吹っ切れた。口腔外科を標榜し、手術件数のことばかり考えていた自分にとって、とても新鮮で刺激のある取り組みであった。専門外と思っていた口腔ケアや嚥下診療を院内で充実させるため、またリーダーとして手抜きはできないし、半ば意地もあった。約半年間、頭を下げていろんな大学や施設に見学に行き、さまざまな研修会に参加して能登地域の急性期基幹病院として必要とされる口腔ケアの展開、嚥下診療のあり方を模索した。口腔ケア・嚥下チームの組織構築から始まり各役割分担、院内で展開するためのフローチャートをはじめ、評価基準や電子カルテシステムの作成を早急に行った。

●活動趣旨

院内の主な活動趣旨として、①入院患者の口腔ケアを推進することで誤嚥性肺炎を予防し在院日数の短縮に寄与する、②がん患者や糖尿病患者などに対する口腔ケアを徹底し予後または重症化抑制に寄与する、③嚥下障害を正確に評価し、間接訓練・直接訓練・食事支援（介助）について看護師に的確な指示を与える、

写真1 口腔ケア・嚥下チームの病棟回診



④口腔ケアや嚥下診療の院内啓発を行う、⑤経口摂取の状況および可否についてNST委員会に情報提供を行う——ことがあげられ、活動が始まった。

●摂食機能療法の流れ

初めに各病棟で繰り返す肺炎や、食事時の嚥下障害（ムセや丸のみ、時間がかかるなど）により看護サイドで困っている患者に対して、主治医の了解のもと看護師から「摂食期療法依頼」が書かれ、神経内科医師により高次脳機能障害の評価がなされた後、リハビリの適応があれば、口腔ケア・嚥下診療チームに依頼が出される。そこで歯科衛生士が、普段病棟で看護師が行っている口腔ケアに対して口腔衛生状態をチェックし、口腔の自浄性ならびに機能性について評価を行い、改善点があれば専門的口腔ケアの介入と病棟看護師に対する指導を行う。一方、言語聴覚士は食事場面の観察と嚥下スクリーニングテスト（反復唾液嚥下テストや改訂水飲みテスト、フードテスト）を実施し、嚥下機能評価を行う。この段階で、現場に的確な食事介助や支援の方法を助言し、必要があればリハビリ介入開始となるが、評価困難で、さらなる精査が必要と判断された場合、歯科医師が主治医と協力し、言語聴覚士、管理栄養士同行で嚥下内視鏡検査または嚥下造影検査を実施する。最終的には「嚥下機能総合評価用紙」に対象患者の嚥下機能レベルや適正な食形態、介助・支援方法が記載され、病棟担当看護師にフィードバックされる。各病棟ではその後、計画的に口腔ケアや食事

図2 当院での摂食機能療法の流れ

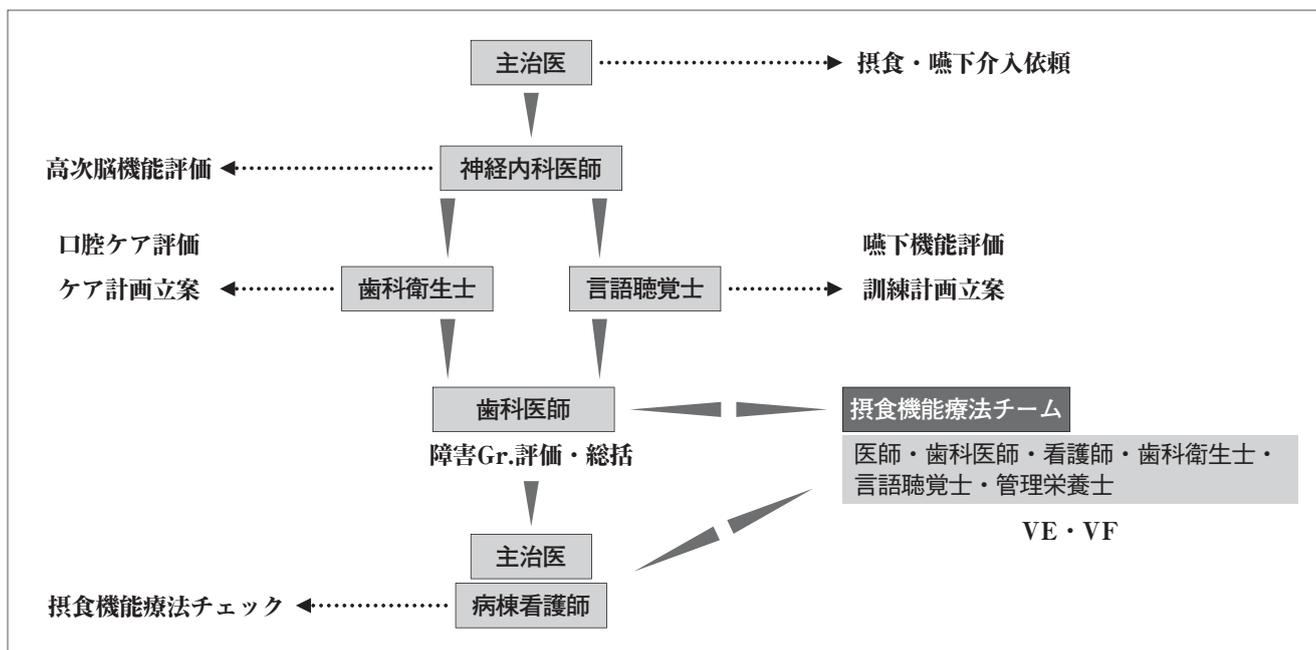
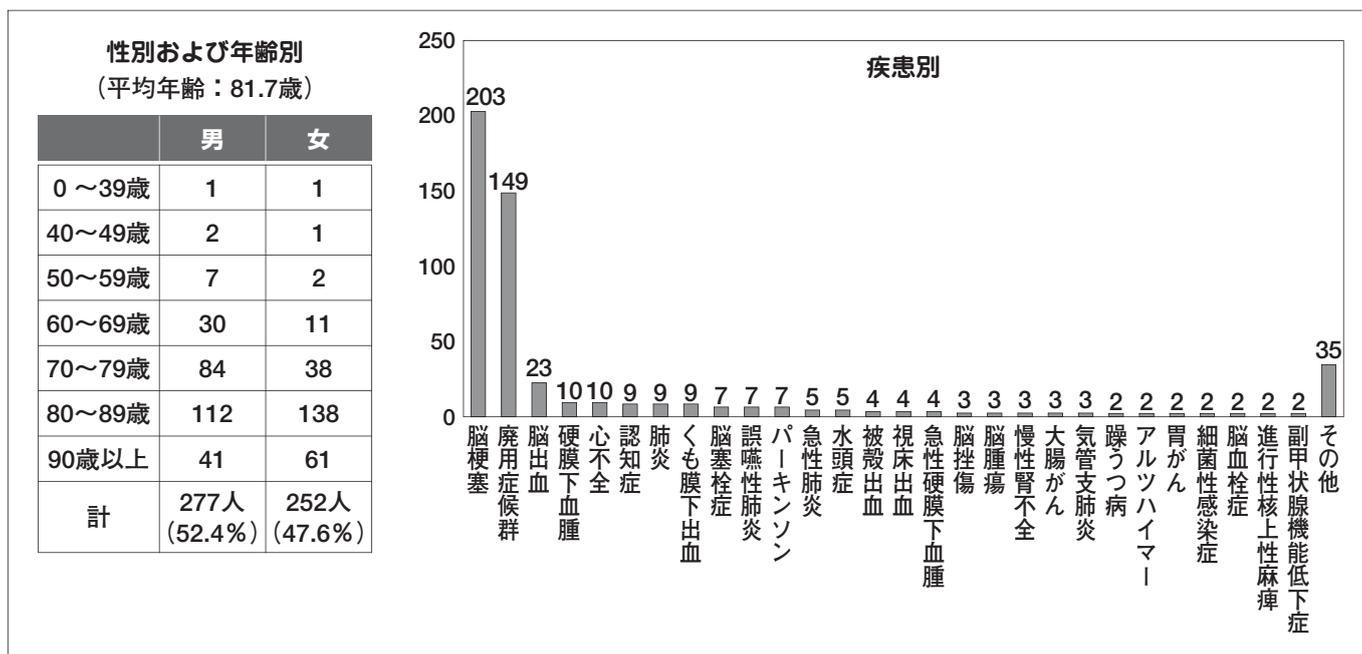


図3 摂食機能療法介入依頼患者



観察を行い、状況を記録して逐次変化があれば再診できるシステムとなっている (図2)。

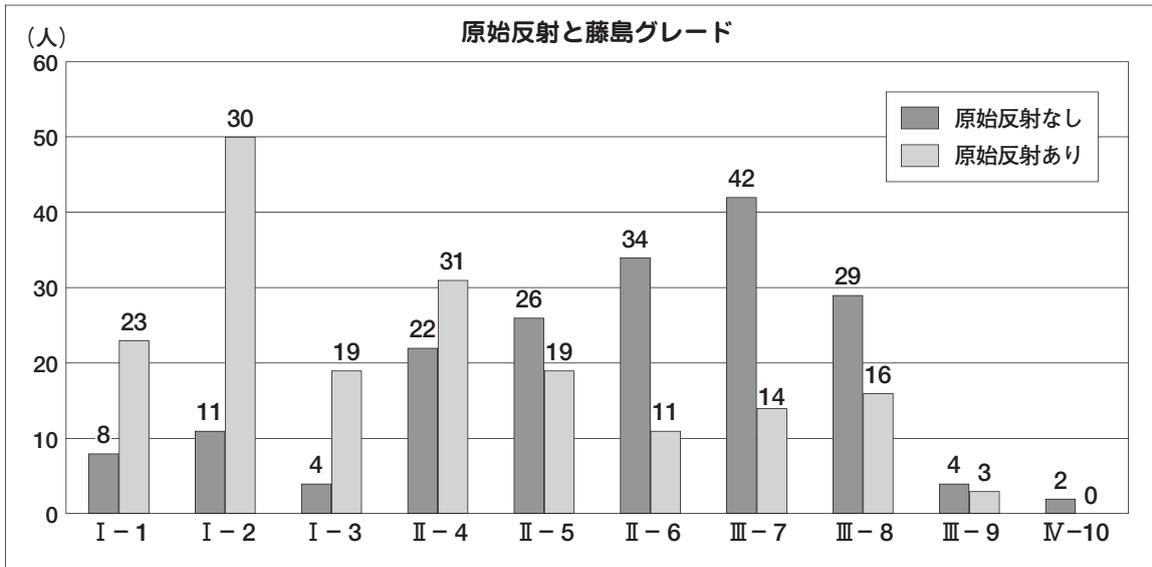
●院内活動の実績

3年目を迎え、2009年4月～2011年5月の介入患者数は529名 (VE実施：340件、VF実施：80件) になる。平均年齢は81.7歳で嚥下障害の背景疾患として脳

卒中や廃用症候群が多く、脳外科、神経内科、内科からの介入依頼がほとんどである (図3)。そのうち約7割 (378名) の患者になんらかの認知障害を認め、口腔ケアや食事介助の際に苦慮しているのが現状である。

なかでも口腔ケアの際に介助者の指に吸いついたり、食事介助の際にスプーンに嘔みついて離さないなど、いわゆる ‘frontal release sign’ が観察され、原始反

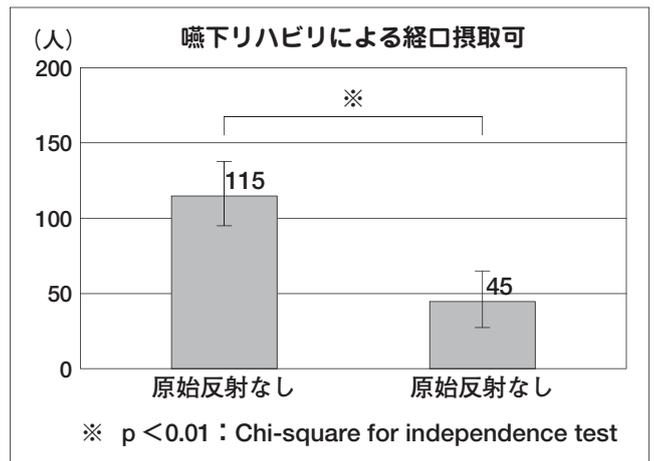
図4 原始反射の解放と嚥下障害



射（吸啜反射・口すぼめ反射・咬反射など）が解放している患者では、原始反射が解放していない認知症患者と比較して嚥下障害のグレードが低い傾向にあった（図4）。また、リハビリや嚥下訓練を行ってもなかなか計画どおりに進まず、良好な結果が得られないことが多く、嚥下訓練を行うことにより経口摂取が可能となった人数は原始反射が解放していない群に比べ原始反射が解放している群では有意に少なかった（図5）。

実際、現場では上手くケアできない困難症例が多いが、諦めることなく試行錯誤しながらも多職種が知恵を出し合い取り組んでいる現状である。

図5 原始反射の解放と嚥下リハビリ



地域における口腔ケア活動の展開

●嚥下評価入院パス

当院では2010年11月より近隣の高齢者施設利用者を対象に嚥下機能評価を目的とした検査入院パスを作成し取り組みを開始した（図6）。高齢化率の高い地域の基幹病院として医療と介護の連携も踏まえ、4泊5日の内科入院で行っている。そのなかで、口腔ケア指導や嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査に当科も参加して医科との連携を図りながら地域の口腔衛生と嚥下診療の一端を担っている。

●お口の健康管理手帳

院内での口腔ケア・嚥下診療体制は充実傾向にあるが、一方で退院後の施設や在宅に対する支援が不十分であるため、退院後もなく誤嚥や窒息を繰り返すケースが目立つ。そのため、超高齢社会に伴い問題となっている摂食・嚥下障害を持つ患者に対して急性期病院退院後も地域とともに一貫した支援を継続し、繰り返す誤嚥性肺炎や窒息を予防する必要がある。なかには安易な胃瘻選択のもと、口から食べる機能が回復しているにもかかわらず経口摂取を中止されたままのケースも存在するため、退院後も定期的に口腔や嚥下機能の変化を評価し、経口摂取の内容をプランニングす

図6 嚥下評価入院バス

2011/9/1

STAPワーキンググループ

嚥下評価入院バス

月・日・曜	月	日	曜	入院日	月	日	曜	1日目	月	日	曜	2日目	月	日	曜	3日目	月	日	曜	4日目	月	日	曜	5日目	月	日	曜	月	日	曜
場所	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設	介護施設
主な内容	検査・嚥下障害の評価 食事形態の変更評価 施設が検査入院の必要性を説明 入院の目的と流れを事前説明	施設は入院希望患者の紹介状を連携室野田へ連絡 連携室は入院の可否状況や入院日の受入調整を行う	入院の流れを再度確認 入院の必要性を再度確認 検査入院の流れを再確認	嚥下テストにより現状の把握 嚥下機能の検査・評価・計画立案																										
時間	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00
担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者	担当者
検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目
検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果
検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用	検査費用
検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代	検査代

地域医療支援センター

公立能登総合病院

図8 「食形態マップ」の一部

食形態マップ		食形態マップ 副食欄					
施設	名称	写真	調理形態	調理器具	調理時間	調理場所	備考
施設A	嚥下補助食(ゼリー)		ゼリー	ゼリー			
	嚥下補助食(ゼリー)		ゼリー	ゼリー			
施設B	嚥下補助食(ペースト)		ペースト				ペースト(注: ペースト)
	嚥下補助食(ペースト)		ペースト				
施設C	嚥下補助食(ペースト)		ペースト				
	嚥下補助食(ペースト)		ペースト				
施設D	嚥下補助食(ペースト)		ペースト				
	嚥下補助食(ペースト)		ペースト				
施設E	嚥下補助食(ペースト)		ペースト				
	嚥下補助食(ペースト)		ペースト				
施設F	嚥下補助食(ペースト)		ペースト				
	嚥下補助食(ペースト)		ペースト				
施設G	嚥下補助食(ペースト)		ペースト				
	嚥下補助食(ペースト)		ペースト				
施設H	嚥下補助食(ペースト)		ペースト				
	嚥下補助食(ペースト)		ペースト				

している。

一方、「能登NST研究会」や「食力の会」など地元の研究会にも参加して能登地域の病院、施設または在宅診療に従事するスタッフとコミュニケーションを図り、いろんな職種と「顔の見える連携」を心がけるようにしている。なかでも年に一度開催され、今年で7回目を迎えた「能登NST研究会」は、1泊2日の勉強漬けであるが、能登の温泉に泊まりながら、栄養管理、輸液管理、口腔ケア、嚥下診療について施設や職種の垣根を越えて意見交換できるため大変好評で、毎年90名近くの参加があり、これを開催することによって能登地域の地域医療連携の絆が深まっているように思える。

●食形態マップ

「食力の会」は近隣施設の管理栄養士と交流を図ることが目的である。各施設によって嚥下食の呼称がさまざままで統一性がなく、病院退院時の申し送りに記載された食形態が退院先の施設で上手く反映されないケースが多い。そこで、各施設の食形態写真と呼称をま

とめた一覧表をマップ様に作成し、退院先の施設でも継続した食事提供ができるように工夫したものである(図8)。今後は、作成された食形態マップを発展させ、適用施設の拡充を行いたいと考えている。

■今後の展望

病院と施設あるいは在宅では、介助する職種や実施環境が異なるため口腔ケアや食事ケアに対する考え方に差がある。医療と介護、治療とケアのウェイトもその問題の一つである。とくに胃瘻を造設した高齢者が増えていくなかで、地域において口腔管理を徹底し、経口摂取の可否を正確に判断、評価し、適切な胃瘻管理を行うことは医科と歯科が連携して取り組むべき急務である。さらにはコ・メディカルの協力なくして展開させることは困難であり、一つひとつの症例を各職種の視点から検討し、困難で複雑な検査を実施しなくてもある程度の経口摂取レベルを知り得る共通ツールを地域とともに考えていきたい。