

医科・歯科連携の実際

第13回

「どこにいても同じ食支援が受けられる輪島市」を目指した取り組み

石川県・市立輪島病院NST専任看護師 中村悦子
公立能登総合病院口腔外科副部長 長谷剛志
広江歯科医院 廣江雄幸

はじめに

能登半島の北西にある輪島市は、総面積426km²の豊かな緑と海に囲まれた町で、輪島塗、朝市、御陣乗太鼓が有名である。平成23年に「能登の里山里海」は、新潟県佐渡市が申請した「トキと共生する佐渡の里山」とともに、国内では初の世界農業遺産に認定されている。交通アクセスでは、平成13年に輪島駅が廃駅となったが、平成15年には能登空港が開港し、関東方面へのアクセスが便利になった。

しかしながら、平成18年の市町村合併以降も人口は減少し続けており、高齢化率も40%を超え、わが国の2025年問題といわれている超高齢社会像が2018年（平成30年）には襲来すると危惧されている。

当院は、この輪島市にある唯一の急性期病院であり、災害拠点病院としての役割や救急医療、へき地医療等の地域に必要な医療を提供している。ベッド数199床のうち医療保険対応療養病床49床、亜急性病床8床、感染病床4床であり、50km沖にある舳倉島には自治医大の医師が半年常駐している。それ以外に、3か所の巡回診療所を有している。

医師不足・看護師不足はなかなか改善されない課題ではあるが、Nutrition Support Team（以下、NST）、糖尿病チーム、呼吸ケアチーム、感染対策チーム等が各々の専門性を活かしたチーム医療を展開している。



写真1 口腔ケア回診

市立輪島病院のNST

当院では、診療科の中に歯科はないが、平成15年から歯科開業医の協力による口腔ケア回診（写真1）を実施してきた。口腔ケア回診では歯科医から治療の必要性の有無を、また、歯科衛生士からは個別的な口腔ケアの手技を学び、治療が必要と判断された場合は入院中に「かかりつけ歯科医」の診療を受けることができる仕組みを作ってきた。

歯科受診の流れとしては、当院の主治医が歯科診療依頼書（図1）を作成し、患者のかかりつけ歯科医に訪問診療を依頼する。患者のかかりつけ歯科医は当院に診療に出向き診療した結果を同書に記載してお互いの情報を共有する形式をとっている。

また、輪島市独自の事業である、在宅療養患者宅に

もらえない」等の情報が入ってきた。この現状を案じた院長からの指示で、NSTが被災地に出向くことになった。しかし市町村合併後、1年目の被災地門前町にはNSTの活動は浸透しておらず、思うような活動は困難だった。

一方、石川県歯科医師会の先生方もボランティア活動を実施していたが、一部の災害支援チームから「歯科も栄養関係も災害医療には不要」といわれ、撤退するという事態も生じた。その後、われわれNSTは地道な活動の中で少しずつ被災地に受け入れてもらえるようになったが、避難住民からは「入れ歯を家に忘れてきたから硬いおにぎりは食べられない」「手を洗う水もないのに入れ歯なんか気の毒で洗えん」などの声があり、どこにいても口腔ケアが重要であることを再認識させられた。この年、当院からは日本静脈経腸栄養学会が認定する教育施設となり、以後はNST専門療法士が中心となって院内外のNST専門療法士を目指す研修生を受け入れている。

■ チームで誤嚥性肺炎に挑む ～栄養サポート室の取り組み～

当院では、平成22年7月にNST加算取得を目標に「栄養サポート室」が新設され、筆者が専従となり、管理栄養士と薬剤師を専任として新体制で活動を開始した。平成22年度のNST介入症例のうち75%に嚥下障害が認められた。その背景には「口腔ケア」に対する知識や技術不足、「嚥下評価」に関する情報不足などが挙げられた。その解決策として平成23年度から「摂食・嚥下障害」に対する取り組みを編成した。

まず、NST委員会の傘下であった「摂食嚥下口腔ケアチーム」を「摂食・嚥下・口腔ケア委員会」に格上げした。同時に、栄養サポート室内に新たに歯科衛生士を配属し、機能的口腔ケアの強化ならびに、入院患者への開業歯科医による訪問診療の調整を図った。また、週に1度ではあるが「歯科口腔外科医」による嚥下機能検査（VE・嚥下内視鏡検査：VF・嚥下造影検査）の実施も可能となった（写真2）。

その結果、入院患者の口腔内環境を早期に把握できるようになったこと、嚥下機能検査による評価に基づ



写真2 嚥下機能検査

いて食形態を選択し、正しい情報を職種間で共有できるようになったことは、患者の経口摂取機能向上につながったと考える。

また、地域の管理栄養士と連携して「輪島食形態マップ」を作成し、嚥下機能検査等でアセスメントした結果をもとに、食の名称が異なってもその人に合った食形態に関する情報を地域に提供している。その他の情報として、水分の粘度、姿勢、口腔ケア等々の情報も栄養情報提供書の中に網羅して正しい情報の共有化を図っている（図3）。

「輪島食形態マップ」の影響を受けて、能登地区全体で食形態マップが作成されることとなり、現在では「能登食力の会」（代表：公立能登総合病院歯科口腔外科長谷剛志先生）と「能登脳卒中地域連携協議会」が協力して「能登食形態マップ」が冊子化された。マップの内容は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類を基本に、食事の柔らかさや粒の大きさ、形状などでさらに細かく分けた独自の分類コードを設定している。A4判カラー印刷の冊子では、能登地区の35施設の食事を分類に基づいて写真付きで一覧にまとめ、同程度の食事が別の病院や施設ではどのようなメニューや作り方になっているのか、一目で見比べられるようにした。この企画は地元新聞社にも大きく掲載された（写真3）。

■ 医療・介護関連肺炎（NHCAP）

肺炎は従来、発症場所別に市中肺炎（CAP）と院内肺炎（HAP）の2つのカテゴリーに分けられてきたが、新

図3 栄養情報提供書

施設名: 市立輪島病院
 電話: 0768-22-2222
 記載日: 平成 年 月 日

主治医・担当御机下: 下記の患者様の栄養管理、現状を報告させていただきます。

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---------------------------------|---|-----------------------------|--|--------------------------|-----|--------------------------|-------|----------|
| 対象者氏名 | 様 | 性別 | 女 | 生年月日 | S | 月 | 月 | 日 | 歳 | |
| 入院時病名 | 肺炎 | | | 主病名 | 肺炎 経管栄養 嚥下障害 HGT 血糖コントロール その他 | | | | | |
| 入院期間 | H 年 月 日 ~ H 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 入院時データ | 身長: | cm | 体重: | kg | 特記事項 | 血糖コントロール | | | | |
| 退院時データ | 体重: | kg | (H 年 月 日 測定) | 体重変化: | (-) | kg) | | | | |
| | BMI: | kg/m ² | AF: | C2 | SF: | (理由) | | | | |
| 投薬管理 | 錠剤: | 粉砕 | 投薬方法: | 1.0 1.1 1.2 | J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2 | | | | | |
| 排便管理 | 必要 | 必要 不要 | 可 粉砕 | 1.0 1.1 1.2 | 可 嚥下障害 その他 | | | | | |
| 排痰方法 | 吸痰 | | | | | | | | | |
| 推奨栄養必要量 | エネルギー: | kcal たんぱく質: | | | g | 水分: | ml | | | |
| 提供栄養量 | エネルギー: | kcal たんぱく質: | | | g | 水分: | ml | | | |
| 栄養補給 | <input type="checkbox"/> 経口 | 食種: | 別食: 加工なしゼリー みじんミキサー きざみ 一口サイズ | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 経管栄養 | ルート: | 経鼻胃ろう 経腸 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 補助食品 | 商品名: | ミキサー別 第ゼリー 不食し | | | | | | | |
| 摂取状況 | 主食 | 副食 | 副食 | 水分: 有 半固形化: 有 先行投与: 有 | | | | | | |
| 食事パターン | 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 | | | | | | | | | |
| 摂食・嚥下 | 義歯: | なし | 経鼻 経口 経腸 経腸 経腸 | 食事介助: | 姿勢: | 全介助 一部介助 見守り 自立 | 水分: | 全介助 一部介助 見守り 自立 | 嚥下障害: | あり なし |
| 食事時の注意 | 全介助 一部介助 見守り 自立 | フリー 専用手 30° 45° 60° | 別紙記載: あり なし | | | | | | | |
| 摂食・嚥下障害 グレード | なし | 言語聴覚士 VF | 自動具: あり なし | | | | | | | |
| 嚥下機能評価 | なし | VF | 歯科受診: あり なし | | | | | | | |
| 口腔ケア | 全介助 一部介助 見守り 自立 | うがい: | 出来ない 出来る 出来ない | 歯科衛生士介入: あり なし | | | | | | |
| その他 | 1. 嚥下不可 嚥下訓練適応なし 2. 嚥下困難 嚥下訓練適応あり 3. 摂食訓練可能 4. 食みとしての摂食は可能 栄養摂取は非経口 5. 一部(1~2食)栄養摂取が経口から可能 6. 3食とも栄養摂取が経口から可能だが補助栄養の併用が必要 7. 嚥下食でも経口摂取が可能 8. 特別に嚥下しにくい食品を除き3食とも経口摂取が可能 9. 栄養の摂取・嚥下が可能だが臨床的観察と指導を要する 10. 正業の摂食・嚥下能力 | | | | | | | | | |

※なお、検査データについては別紙をご参照ください。

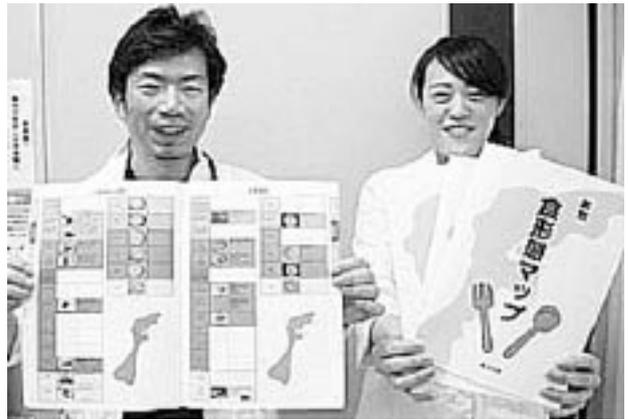


写真3 地元紙に掲載された写真

表 医療・介護関連肺炎（NHCAP）の診断

| |
|--|
| <p>下記を満たす患者が肺炎を起こした場合</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 長期療養型病床群（精神科病床を含む）もしくは介護施設に入所している。 2. 90日以内に病院を退院した。 3. 介護を必見とする高齢者・身体障害者（限られた自分の身の回りのことしかできず、日中の50%以上をベッドか椅子で過ごしている状態） 4. 通院にて継続的に血管内治療（透析・抗菌薬・化学療法・免疫抑制薬等による治療）を受けている。 |
|--|

しいカテゴリーとして医療・介護関連肺炎（NHCAP）が注目されている（表）。

医療介護関連肺炎を回避するためにも、地域連携は重要である。また、当院は輪島市で唯一の総合病院であることから、高齢者の再入院は阻むことはできない。しかし、退院早期の再入院や最重度化した再入院は避けたいところである。その対策として、トータルな栄養サポートと摂食・嚥下リハビリテーション、口腔ケアなどを強化した地域連携が不可欠である。

以前は、肺炎で入院すると熱型が安定するまで食事が止められ、抗生物質投与が終了してからリハビリが始まる場合が少なくない。また、食事が再開しても再び発熱して欠食になりサルコペニアに陥り、障害が重度化することで、自宅退院が困難となることもある。肺炎になっても欠食の長期化や無意味な安静を強いることなく退院にもっていくことが退院後も在宅療養を継続できるか否かを決定するポイントである。病院医療はこの点をしっかり留意すべきである。

一方、肺炎で入院した場合、欠食の指示を継続する

医師を批判する諸説もあるが、食に関するケアをわれわれ看護師に任せてもらえないことは、われわれの食支援に関するスキルにも問題があることも否定できない。また、病院でしっかりアセスメントして、その人に合った食支援が可能となっても、地域で継続できなければ、住み慣れた地域で安心して生活することも困難となる。高齢になっても自分の好きなものを、その人に合った食形態で最後まで味わうことができる社会作りを目指すには、医科歯科連携を視野に入れた地域連携が鍵を握る。

おわりに

歯科のない当院では、歯科開業医と口腔外科医の参加による地域NST活動を展開し、特に摂食嚥下に関して成果を挙げている。今後も「口から食べることをあきらめない」医療を目指した活動を展開していきたい。