

施設近況報告

地域中核病院での歯科・口腔外科開設と摂食嚥下サポートチーム設立の経緯と今後の展望

The circumstances and future prospects for establishment of department of dentistry and swallowing support team in the regional core hospital

中澤悠里¹⁾ 近石壮登¹⁾²⁾ 森田 達¹⁾ 小牧令典¹⁾²⁾ 谷口裕重¹⁾³⁾

Yuri Nakazawa¹⁾, Masato Chikaishi¹⁾²⁾, Suguru Morita¹⁾, Ryosuke Komaki¹⁾²⁾ and Hiroshige Taniguchi¹⁾³⁾

医療法人社団登豊会近石病院 歯科・口腔外科¹⁾、藤田医科大学医学部 歯科・口腔外科²⁾、朝日大学歯学部 障害者歯科分野³⁾

Department of Dentistry & Oral-Maxillofacial Surgery, Chikaishi Hospital¹⁾,

Department of Dentistry & Oral-Maxillofacial Surgery, Fujita Health University²⁾,

Department of Dentistry for the Disability and Oral Health, Asahi University School of Dentistry³⁾

要旨：【諸言】従来から医科歯科連携の重要性が謳われているが、いまだ不十分な点も多い。病院歯科は多職種と連携をし、入院患者の感染予防や「食」への対応が必要とされる。我々は、歯科標榜のない地域中核病院に歯科・口腔外科（以下、当科と略）を開設した。設立の経緯、活動状況、今後の課題と展望を報告する。【設立の経緯および活動】当科は、口腔由来の感染予防と、安全な「食」を提供する目的で開設された。感染予防の徹底、口腔衛生管理の評価および手技統一の目的で病院内に口腔衛生管理委員会を設立した。同時に「食」に対しては、摂食嚥下リハビリテーション充実のため摂食嚥下チームを設立した。以前は重篤な摂食嚥下障害患者のみが対象だったが、摂食嚥下チーム介入により幅広く対応が可能となった。【課題および展望】今後は、歯科介入が入院患者の全身状態維持向上へ寄与するための取り組みが必要である。そのためには、歯科が中心となり、より多くの知識を病院全体へ発信することが期待される。

索引用語：医科歯科連携、地域中核病院、摂食嚥下サポートチーム

受付日：2019年7月16日 採用決定日：2019年9月2日

はじめに

従来から、医科歯科連携の重要性が提唱されており¹⁾²⁾、平成30年度の診療報酬改定においても、医科歯科連携の推進を目的に保険点数の新設がなされた。尾崎らは、歯科が標榜数の多いリハビリテーション科や内科と連携することで、医科歯科連携を推進できる可能性を報告している³⁾。しかし、実際の臨床現場では医科歯科連携が不十分なことが問題となっている⁴⁾。周術期口腔管理に関しては、歯科と連携をとっている医師は約30%ほどであり、病床数が少なくなるにつれ低迷すると報告がある⁵⁾。また、全国の一般病院数が7,416施設存在するうち、歯科の標榜は1,788施設（約13%）⁶⁾と、病院歯科数が少ないことも医

科歯科連携が不十分となる要因であると考えられる。病院での歯科は、粘膜疾患や腫瘍などに対し外科的処置を行う口腔外科だけではなく、入院患者の歯科治療や口腔衛生管理など総合的な口腔管理を行う歯科が必要となる⁷⁾。歯科が介入することで入院患者における口腔由来の問題を解決・予防し、健全な口腔内で入院生活を過ごすことが可能となる。我々は今回、歯科標榜のない地域中核病院に当科を開設したので、その経緯と今後の展望を報告する。

病院紹介

当院は岐阜市内に位置する地域中核病院である。岐阜医療圏域内には特定機能病院が1施設、

地域医療支援病院が6施設存在する。病床数は全125床で、構成は一般病床39床、回復期病床44床、地域包括ケア病床21床、療養病床21床である。退院後は多くの患者が同施設内の施設やサービスを利用する。病院内での当科開設前の標榜科は内科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、放射線科、麻酔科であった。在籍スタッフは常勤医師7名、非常勤医師41名、看護師71名、管理栄養士3名、放射線技師4名、理学療法士23名、作業療法士12名、言語聴覚士4名であった。入院主疾患は骨折が最も多く（28%）、ついで呼吸器疾患（18%）、脳血管疾患（16%）であり、多く

が高齢者である（図1）。また、回復期リハビリテーションに重点をおいており、岐阜医療圏内の急性期病院から転院先として多くの患者を受け入れている（図2）。

当科開設の経緯

当院は1：感染予防および2：「食」のサポートという2つのコンセプトを掲げ、当科を開設した。当科開設により、常勤歯科医師2名、非常勤歯科医師2名、歯科衛生士2名、歯科助手1名が配置された。従来、入院患者の口腔管理は近隣の歯科

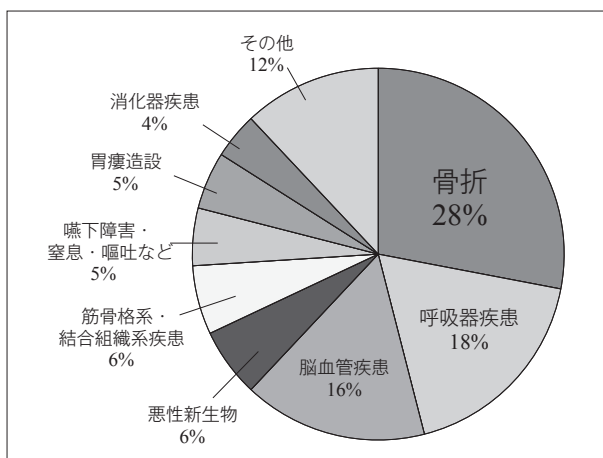


図1 平成29年度医療法人社団登豊会近石病院主疾患区分

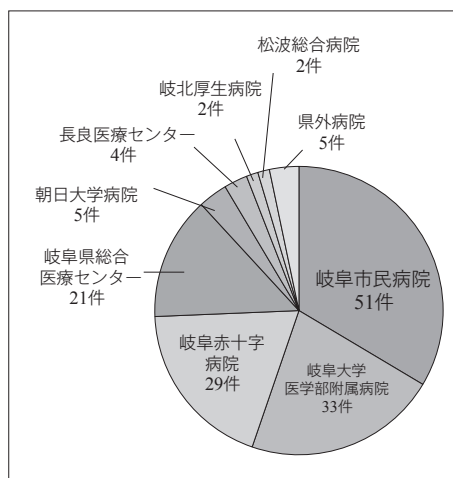


図2 医療法人社団登豊会近石病院転院元内訳（平成30年10月～平成31年3月）

医院が往診にて介入していた。そのため、歯痛や義歯調整など、明らかな口腔疾患を持つ特定の患者のみの口腔管理となっていた。

1. 感染予防

入院患者の約半数は高齢や疾病などの理由による要介助状態で、口腔内のセルフコントロールが困難な患者である（図3）。そのため、呼吸器疾患や周術期など感染のリスクがある患者に対しては、感染予防として専門的口腔管理が必要となる⁸⁾⁹⁾。当科開設3カ月前に入院患者の口腔内スクリーニングを実施したところ、約6割の入院患者（女性：84名、男性：79名、平均年齢81.3 ± 9.9歳）が専門的口腔管理の介入（以下、歯科介入）が必要であった（図4）。歯科介入の内訳としては口腔衛生管理が最も多く、ついで義歯調整や齶蝕治療、拔牙が続いた（図5）。そのため、a：歯科治療とb：口腔衛生管理の2つに着目した。

1-a. 歯科治療

口腔内環境を把握するため、口腔アセスメントツール（oral health assessment tool；以下、OHATと略）を用いた当科オリジナルの評価シートを作成した（図6）。評価シートをもとに、歯科医師が入院患者全員に初診時口腔内スクリーニング検査（以下、口腔内SCと略）を実施する。口腔アセスメントの均霑化や口腔衛生管理の個別化が可能となるため¹⁰⁾、OHATは多職種間での

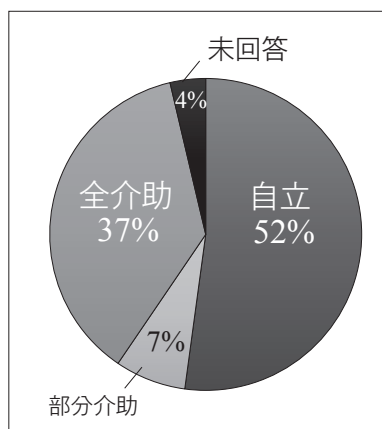


図3 口腔セルフケアの割合（期間：平成30年7月～10月）

回答者は全163名であり、自立85名（52%）、部分介助12名（7%）、全介助60名（37%）、未回答6名（4%）であった。

評価ツールとして広く利用されている¹¹⁾。これを使用し問題を抽出することで、入院患者への口腔衛生管理の必要性や、義歯不適合や疼痛に対する口腔内症状が把握できる。歯科治療後も介入が必要な患者に対しては、口腔衛生管理へ移行する。退院後はかかりつけ歯科医院へ速やかに受診が可能となるよう、地域の歯科医院へ診療情報提供書を作成し地域連携に努めている。

1-b. 口腔衛生管理

口腔内SCにて口腔衛生管理が必要な患者に対しては、歯科衛生士による介入を実施する。肺炎や誤嚥性肺炎、COPDなどの呼吸器疾患や摂食

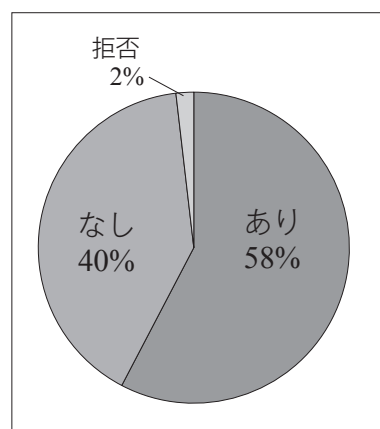


図4 歯科介入の必要性（期間：平成30年7月～10月）

回答者は全163名であり、介入の必要あり95名（58%）、無し65名（40%）、未回答3名（2%）であった。

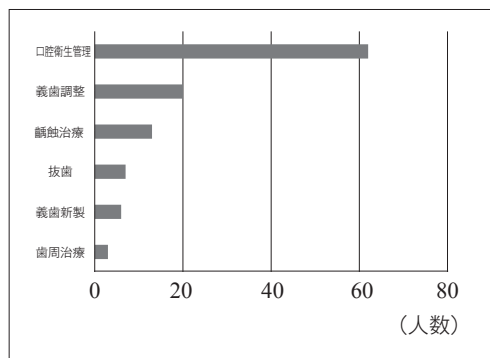


図5 歯科介入の内容（重複あり）（期間：平成30年7月～10月）

図4で「介入の必要あり」と回答したものに対する介入内容を示す。半数以上の回答者に、口腔衛生管理での介入が必要であった。義歯調整や齶蝕治療が続いた。

□口腔ケア・アセスメント表										内 外 脳									
ふりがな					ID					感染: あり()・なし									
患者氏名					入院日: 2019					実施日: 2019									
生年月日 T・S・H 年 月 日					歳 男・女					病室:									
病名										肺炎の既往 なし・あり									
動揺										動揺									
歯式										歯式									
右 8 7 6 5 4 3 2 1										左 1 2 3 4 5 6 7 8									
8 7 6 5 4 3 2 1										1 2 3 4 5 6 7 8									
歯式										歯式									
動揺										動揺									
上顎: 総義歯 部分床義歯 義歯なし										下顎: 総義歯 部分床義歯 義歯なし									
OHAT										0:健全 1:不良 2:病的									
□唇 0:正常 1:乾燥・口角炎 2:発赤・潰瘍・出血																			
□舌 0:正常 1:舌苔・亀裂・発赤 2:潰瘍・出血																			
唾液 0:湿潤 1:乾燥・泡沫状唾液 2:高度の乾燥・唾液なし																			
歯肉・粘膜 0:正常 1:部分的な発赤・腫れ 2:全体の腫れ・潰瘍・膿瘍																			
□口腔清掃 0:正常 1:部分的な汚れ・口臭軽 2:全体の汚れ・口臭強																			
義歯 0:良好・不要 1:ひび割れ・やや不運 2:破損・装着不可・なし																			
疼痛 0:なし 1:軽度あり 2:重度あり																			
残存歯 0:正常 1:3本以下の虫歯・動揺 2:4本以上の虫歯・動揺																			
□口腔ケア リスク										□口腔ケア 0:自立 1:一部介助 2:全介助									
										拒否 0:なし 1:時々 2:いつも(理由:)									
										義歯着脱 0:可能 1:要介助									
										座位保持 0:可能 1:困難 2:不可能									
										開口保持 0:可能 1:困難 2:不可能									
嚥下評価										栄養摂取 0:経口 1:経管栄養 2:経口-経管併用									
										食事介助 0:自立 1:監視 2:部分介助 3:全介助									
										呼吸状態 0:正常 1:湿性嚔声 2:気息性嚔声 3:喘鳴									
〈食事〉										〈コメント〉									
〈既往歴〉																			
(□口腔ケアグッズ)																			
□歯ブラシ □歯間ブラシ □舌ブラシ □モアブラシ □クリーナブラシ □スポンジブラシ □保潔剤 □義歯ブラシ □義歯洗浄剤																			
医療法人社団登倉会近石病院 歯科・口腔外科																			

図6 当科オリジナルの評価シート

嚥下障害、周術期での入院患者は必ず口腔衛生管理にて介入し、口腔内常在菌が感染の原因にならないよう徹底している。従来、日常の口腔衛生管理は病棟看護師が行っていたものの、口腔内評価や口腔衛生管理の手技に一貫性がなく、独自の手法で対応していた。そのため、病院内での口腔内評価や口腔衛生管理の手技の統一を図ることを目的とし、口腔衛生管理委員会の設立を実施した(図7)。口腔衛生管理委員会は歯科医師、歯科衛生士、病棟連携看護師、感染管理看護師、管理栄養士、言語聴覚士、介護士で構成されている。月に一度、口腔衛生管理委員会を開催し、口腔内評価や手技

の統一のみならず、各病棟での問題や改善点を抽出し情報共有をしている。道脇ら¹²⁾は誤嚥性肺炎のリスクの有無など、疾患ごとにきめ細やかな対応をすることで口腔衛生管理の医療効率が向上することを報告している。当院においても口腔衛生管理委員会が中心となり、病院全体で口腔に対する意識を改善し口腔衛生管理に取り組むことで、入院中の誤嚥性肺炎や口腔内常在菌が原因となる感染症の減少が期待される。

2. 「食」をサポート

当院は岐阜医療圏内の医療機関から、回復期リハビリテーション目的での依頼が多く存在する。



図7 実際の口腔衛生管理委員会活動

脳血管疾患発症後など摂食嚥下障害患者に対する嚥下リハビリテーション目的での転院もある。また、入院中は「義歯がない」や「歯が痛い」など、口腔の問題のため食形態を下げざるを得ない入院患者が存在する。当科では、嚥下機能の状態に伴った摂食レベルでの食形態を選定することで、「安全な食」を提供するよう支援している。これらは当科だけで完結することは困難であり、多職種連携にて介入する必要がある。そのため、摂食嚥下サポートチーム（swallowing support team; 以下、SST と略）を設立して活動をしている。また、栄養サポートチーム（nutrition support team; 以下、NST）に参加し、栄養面での介入を行っている。

2-1. SST 活動内容

SST の構成は歯科医師、歯科衛生士、病棟連携看護師、言語聴覚士、管理栄養士である。従来の摂食嚥下障害患者への対応は、主治医と言語聴覚士により実施されていた。対象は重篤な摂食嚥下障害患者であり、病名分類では脳血管疾患や誤嚥性肺炎の割合が多かった。しかし SST の介入により、今まで介入できていなかった神経筋変性疾患や食道がんなど、摂食嚥下障害のリスクを有する患者への介入が可能となった（図8）。当科では、摂食嚥下障害の疑いやリスクのある患者に

対し、口腔内 SC と合わせ嚥下スクリーニング検査を実施し、問題のある患者を抽出している。管理栄養士は入院患者の栄養評価を十分に実施し、栄養状態に問題のある患者を抽出している（図9）。評価の上で精密検査が必要な患者に対しては、嚥下造影検査もしくは嚥下内視鏡検査を実施している。週1回の SST カンファレンスでは、精密検査結果に基づいた訓練や食形態などに対する議論、患者の申し送り、各問題の抽出を行っている（図10）。このように、多職種連携で介入することで、摂食嚥下障害患者への幅広いアプローチが可能となった。今後は SST が中心となり、摂食嚥下機能を評価し適切な食形態を提供することで、入院中の誤嚥性肺炎発症率の減少が期待される。また、入院中は経口摂取可能だった患者が、退院後に誤嚥性肺炎を発症してしまうケースがある¹³⁾。こうしたケースにおいては、退院時の摂食嚥下機能評価に基づいた適切な食形態の申し送りや食事指導を行うことで、再入院率の減少も期待される。

2-2. NST 活動内容

従来、当院の NST は糖尿病専門医師、病棟連携看護師、管理栄養士、薬剤師、言語聴覚士にて構成されていた。低栄養や経管栄養、褥瘡、摂食嚥下障害の患者を対象にカンファレンスが開催さ

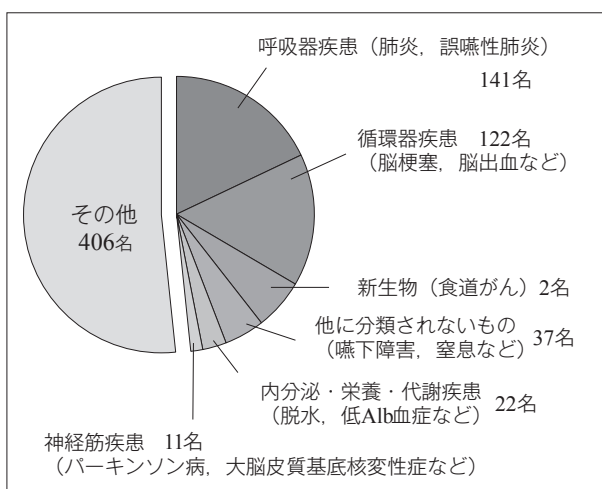


図8 当院における摂食嚥下スクリーニング対象患者の割合（平成29年度医療法人社団登豊会近石病院主疾患区分より）

摂食嚥下障害を併発する可能性がある疾患の割合を示す。従来は、明らかな摂食嚥下障害患者（主に、脳血管疾患や誤嚥性肺炎での入院）が対象であった。現在は図に示す全ての疾患に対し、介入することが可能となった。

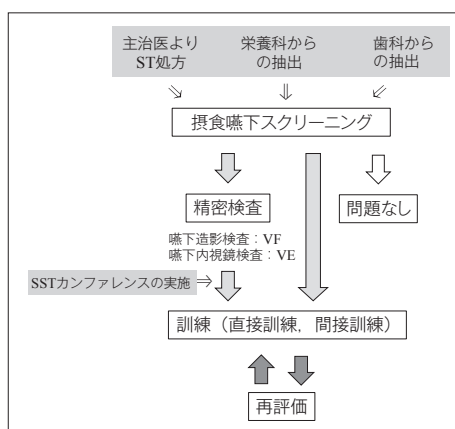


図9 摂食嚥下障害患者に対するフローチャート

SST 設立に伴い、従来の主治医による ST 処方に加え、栄養部、歯科から摂食嚥下障害患者を選定している。精密検査結果に対する議論や問題点に対し擦り合わせをすべく、SST カンファレンスが導入された。

れていた。当科が参加する事で、摂食嚥下障害に加え口腔内の状況を共有する事が可能となった。また、歯科医師が加入することで、歯科医師連携加算 50 点の保険点数が算定可能となった。

今後の展望と課題

今後は、歯科介入がもたらす効果を定量的に評価していく必要がある。患者個々に対しては、口腔内環境の評価ツールとして OHAT の使用、栄養摂取状況の評価ツールとして FOIS (functional



図 10 実際の SST カンファレンス活動

oral intake scale)¹⁴⁾ や FILS (food intake LEVEL scale)¹⁵⁾ を使用し、入院直後と退院前でどのような変化を認めたか縦断的に栄養摂取状況の評価を行う予定である。また、病院全体としては、口腔衛生管理委員会の開設や SST 活動の前後で、誤嚥性肺炎による再入院率や、在院日数、死亡率の変化を縦断的に評価することで、当科が病院に対していかに貢献できるか提唱していく必要がある。

結 語

当科開設により、常時、入院患者の口腔管理や安全な「食」の提供、摂食嚥下障害患者への広範囲なフォローが可能となった。今後は、歯科介入が入院患者の全身状態維持向上へ寄与するための取り組みが必要である。そのためには歯科が中心となり、口腔が全身に与える影響など多くの知識を病院全体へ発信することが期待される。

本論文に関する著者の利益相反なし

引用文献

- 1) 飯島勝矢. 虚弱・サルコペニア予防における医科歯科連携の重要性. 日補綴歯会誌 7 : 92-101, 2015.

- 2) 田嶋公平, 飯塚みゆき, 加嶋美由紀ほか. 当院における医科歯科連携による口腔ケアの試み. 静脈経腸栄養 28 : 667-670, 2013.
- 3) 尾崎研一郎, 寺中 智, 岡田猛司ほか. 市中病院におけるリハビリテーション歯科医療の取り組み. 老年歯医 33 : 17-24, 2018.
- 4) 大久保満男. 医科歯科の連携を求めて. 日プライマリケア連会誌 38 : 167-175, 2015.
- 5) 平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (平成 29 年度調査)
- 6) 厚生労働省: 厚生労働省統計情報. 平成 28 年 (2016 年) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/16/dl/gaikyo.pdf>. アクセス日: 2019 年 5 月 5 日
- 7) 大野友久. 口 (くち) のリハビリテーション事始 (ことはじめ) (第 4 回) 急性期病院における歯科の役割: 回復期, 慢性期へとつなぐ歯科医療を目指して. 回復期リハ 12 : 26-34, 2013.
- 8) 後藤明彦, 島田拓矢, 大竹寛紀ほか. 食道がん周術期の口腔ケア介入症例における術後肺炎との関連因子の検討. 日口腔科会誌 68 : 8-11, 2019.
- 9) 片山波音, 三宅理子, 佐藤あや子ほか. 昭和大学藤が丘病院における頭頸部痛患者への周術期口腔機能管理の検討. 日口腔診断会誌 32 : 1-5, 2019.
- 10) Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, et al. The oral health assessment tool-validity and reliability. Aust. Dent J 50 : 191-199, 2005.
- 11) 稲次基希, 戸原 玄, 古屋純一ほか. 脳卒中急性期から慢性期までの一貫した歯科介入体制構築の試み. Neurosurg Emerg 23 : 10-16, 2018.
- 12) 道脇幸博, 角保 徳, 三浦宏子ほか. 要介護高齢者に対する口腔ケアの費用効果分析. 老年歯医 17 : 275-280, 2003.
- 13) 江頭文江. 高齢者への食支援. 静脈経腸栄養 29 : 1165-1169, 2014.
- 14) Cray MA, Mann GDC, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale

- for dysphagia in stroke patients. Arch Phys Med Rehabil 86 : 1516-1520, 2005.
- 15) Kunieda K, Ohno T, Fujishima I, et al. Reliability and validity of a tool to measure the severity of dysphagia: the food intake LEVEL scale. J Pain Symptom Manage 46 : 201-206, 2013.