

HDC トピックス 臨床のヒント

～当院の摂食嚥下障害患者の管理システム～

大石歯科医院 大石善也@千葉県 2022年10月号 No. 001

はじめに

当院が開業した昭和 63 年当時は訪問診療を行う医療機関はほとんどありませんでした。開業してまもなく、施設職員 2 名が入居中の車椅子患者を外来に連れてこられて義歯治療を行いました。その労力と職員の熱意に刺激され『通院が大変なら、こちらから出向いて診療を行いませんか?』と会話をした事から訪問診療が始まりました。

その後は往診治療の困難や、口腔清掃不足により治療箇所が直ぐに再治療となるケースが多く、正直在宅医療を継続することに挫折しそうな時期もありました。

ところが、当時チューブ栄養の方でも摂食出来る診療(摂食嚥下療法)が有ることを知り、ひたすら勉強を始めました。特に最初の患者が内科医で脊髄小脳変性症という難症例であり今でも強く記憶に残っております。

また当時は口腔ケアや摂食嚥下に対する病名が無く、無歯顎や P 病名だけではレセプト返却があり診療継続が不可能な状態でした。そこで在宅に特化した職能団体である本 HDC を医科や薬科と共に 2010 年に法人設立し、東京大学とともに多職種研修の作成やフレイル・オーラルフレイルの礎に加わり現在に至ります。

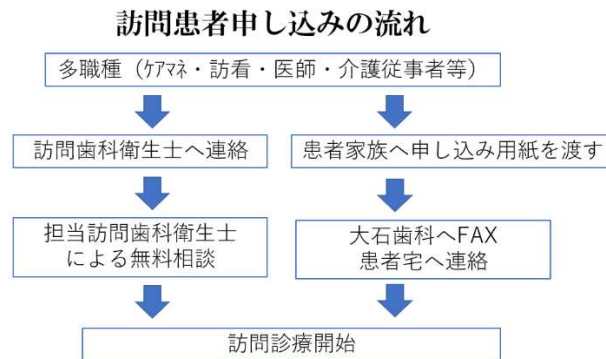
現在は、施設 130 名(高齢者・障害児者)と在宅 150 名程度を毎月診ております。

本編では在宅医療者の申し込み時から、嚥下評価と継続管理までをご説明します。

申し込みの流れ(歯科衛生士を介した訪問依頼)

当院は、申込窓口が訪問担当歯科衛生士となっております。

ほぼ全て、以前仕事を共にした多職種から歯科衛生士に相談があり、その歯科衛生士が患者宅へ無料相談に伺います。



このように、以前仕事を共にした多職種やサービス担当者会議の仲間との信頼関係が次々と紹介に繋がっています。無料相談では、サービス（口腔ケア・リハ・食支援）の内容やおおよその治療金額、そして患者家族の悩みなど多岐にわたります。この連携作業（多職種・家族＝歯科衛生士）に係る時間（コスト）は個別に変動するため決める事は出来ません。

そこで、在宅では介護保険歯科衛生士居宅療養総額を基盤とした出来高制の賃金システム（健康、雇用保険・厚生年金含む）としています。一方、施設では時給制です。

毎月 15 名程度の紹介があり、治療のみの方（約 5 名）、治療中は口腔ケアも重複する方（約 5 名）、口腔ケアを希望（5 名）、口腔ケアを継続している方の積算（約 140 名）、終末期を迎え死亡や拒否にて終了する方（約 5 名）という内訳で訪問診療を行っております。

初診からの流れ

まず食べる事に不具合を感じる原因別に患者は分けられます。

下記カテゴリーA は一般的な咀嚼障害や老化、認知行動の患者であり、口腔ケア（嚥下体操・早口言葉・歌・パタカラ等）を行いながら多職種と共に問題点を解決します。施設と違い在宅ではこの項目全てを対処することが大切であり、カテゴリーA は全て担当歯科衛生士が行い歯科医師に報告して再確認を行います。疑問点があれば複数（6 名）の訪問歯科衛生士間で食事観察を行い、相談して現場での食支援内容を決めております。

食べにくい・食べられない要因

カテゴリーA

- 咀嚼して喉に送り込むまでの口腔機能の衰え
- 歯や口腔の問題（歯や入れ歯の未治療や口腔粘膜の問題）
- 脱水や低栄養 薬剤の副作用 姿勢や介助の問題
- 社会、経済、心理（老人性うつ等）など介護背景の問題
- 認知行動の問題（早食い・噛まない、飲み込まない等）

カテゴリーB

- 脳血管障害後の嚥下障害

カテゴリーC

- 神経筋疾患等難病による嚥下障害

カテゴリーD

- 終末期（がん・老衰） その他（呼吸器・消化器系の問題）

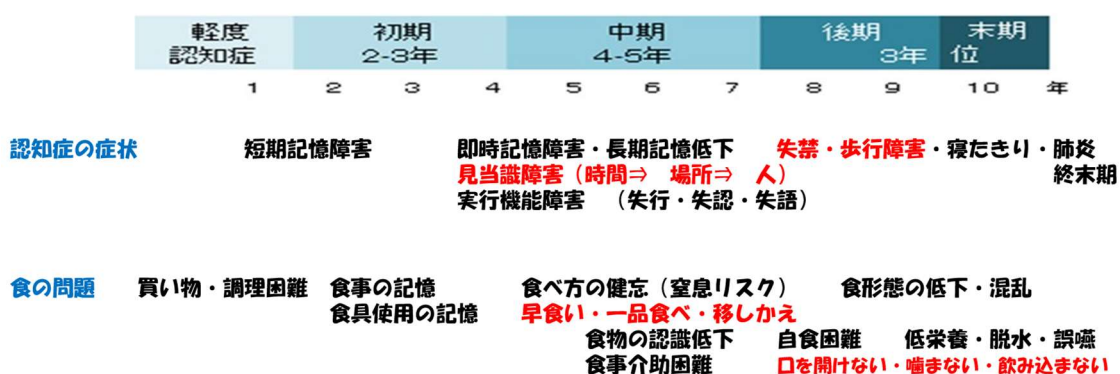
カテゴリーB・C・D と A の一部は、嚥下評価と食事観察が必要となります。B と C との違いは、B は一度食形態を決めたら新たな脳血管障害が起こらない場合は同じ形態を継続できますが、C は徐々に進行していくため症状進行とともに再嚥下評価を行います。

また日内変動も有る為、評価時がベストな状態かワーストな状態で有るかを見極めるため複数回の評価判定を行います。また、重度嚥下障害患者は歯科衛生士と共に食事観察を行います。D の終末期は、尿量・食事量・メンタルに注視しながら、歯科衛生士からの報告を基に、今後を想定して必要な指示やケア介入頻度などを相談します。

また、ほとんどの在宅患者は認知症を抱えており下記のように**将来の予想**ができます。

初診時に患者がどのステージにいるかを歯科が想定し、介護と食事面で今後どのような問題が起こるかを予測しておくことも、家族との信頼関係上とても大切です。 **時間→場所→人の順番で見当識障害**が起こり、初期は『取り繕い』、中期は問題行動（早食い等）、後期に入る時期は失禁、そして歩行障害という身体問題が起こります。

認知症の軌道と食の問題



初診時にまず認知症のステージを把握することが重要

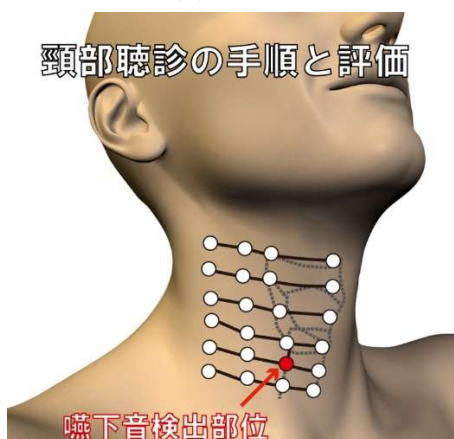
嚥下評価と食事観察の流れ

評価の際は、水分（水・トロミ弱、中、高）と食事（ペースト・ソフト・刻み・軟食等 or 普段の食事）を用意します。そして下記①と②を頸部聴診下で聴取します。

- ① 水のみテスト：3ml を舌下に落とし嚥下を促す（重度の場合はトロミ有から）
- ② フードテスト：ティースプーン 1 杯の食事を舌上に置き食べてもらう

いずれもムセや呼吸への影響を確認する検査であるが**頸部聴診から何がわかり何がわからないか？が問題**となります。

頸部聴診の手順と評価



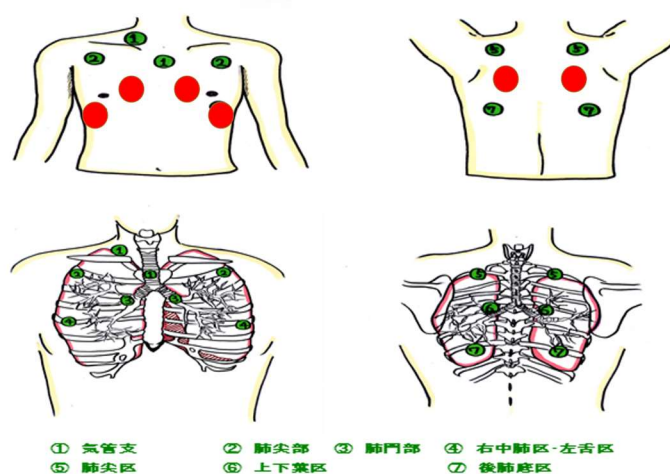
結論から言うと、頸部聴診だけではそれほどの情報はありません。聴診は鉄パイプに耳を当て、その中を流れる物質の動きを想定する作業であるため誤嚥は確認出来ません。

また、湿性嗝声や泡立ち音は聴診しなくてもわかることより、**嚥下音よりも呼吸音に注視して、咽頭を通過する澄んだ空気の流れを聞く**ことが重要であります。

咽頭残留の有無はある程度聴取できます。

- ① 具体的には口腔と嚥下の動きを観察して嚥下後に**口内に食物が残留**するか否かを診ます。口内残留がある場合は、交互嚥下（食物と水分を交互に飲食）で解消できるかどうかを診ます。その他として 1 嚥下における平均嚥下回数や、**嚥下時の口唇から頸部の筋肉の緊張度**（嚥下圧）等の口腔の動きと嚥下の連動性の問題点を診ます。
- ② 次に**嚥下前後の呼吸音に注視**し、嚥下そのものが呼吸に影響（わずかな呼吸の乱れ）を与えないかどうか確認します。注意して聞くと咽頭残留からの垂れ込みなどがわかる場合もあります。
- ③ 最後に胸部聴診にもチャレンジしてみよう。下記赤●部分のエア어의入りと雑音を聞く。背部は深呼吸を促し吸気と呼気の際にプツ・チリッとした捻髪音を聞く。

聴診の位置と順序



このように、**口腔→咽頭→肺→発熱**（体温・SPO2・呼吸数）という、誤嚥ルートの情報を揃えた上で、一度患者から少し離れて全体像と嚥下を比較してみます。また、体温は個別に平均体温を計測し、**微熱等の熱の出方（熱型）**を確認しておきます。

嚥下評価から決めておくべき事

どのような姿勢で食べるか？

車椅子の方は、両足底を床に安定させ、クッションや肘を利用して上体を整える
寝たきりの方は、慢性期においては本人の安楽な角度でよい（約45-60度）

どのような食形態が適しているか？

水分にトロミを付けるべきかどうか
先ずはスタート時の主食食形態を決定する

どのように食べさせるか？

口内残留があれば交互嚥下を勧める
本人の嗜好や介護負担を鑑み相談する

以前は内視鏡を使用していましたが、在宅では認知や終末期の問題からすべてを網羅できるわけではありません。**代償として基礎疾患の勉強や誤嚥ルートの精査**が重要になります。嚥下評価に基づき訪問 2 回目までに上記の 3 つ（姿勢・食形態・介助）を決めておきます。

初診後の流れ（継続管理）

初診後の流れは、歯科衛生士が月にほぼ 4 回介入してケアとリハを行い毎回歯科医師にメール報告を行います。歯科医師は報告メール（月に 400 通程度）に不備はないかを確認して、問題のない方は翌月から月 1 回の歯科医師訪問が始まります。

居宅患者への定期訪問診療

- 体調の管理（視診・問診）
- 口内の咀嚼管理（う蝕・歯周病・粘膜病変）
- 肺炎リスク管理
 - 口内残留物の有無
 - 頸部聴診
 - 胸部聴診
 - 検温（平均体温との比較） Spo2測定
- 血圧測定
- 食支援

月 1 回の歯科医師訪問で行う事は、上記のように挨拶を兼ねた体調観察を行い、口内状態（事前に歯科衛生士からの情報あり）を確認後、肺炎リスクとして、口内食渣、プラークの残留→頸部・胸部聴診→検温・SPO2 という**歯科特有のバイタルチェック**と血圧測定を行います。

歯科医師の収入は、訪問診療（歯科衛生士帯同）+介護保険居宅（516 単位）が純収入となり、訪問人数が増えても医療保険部分では 1100 点+ α の増加にとどまりますので平均点数上昇に影響はありません。

継続管理中の食形態に関しては、トロミがどうしても嫌な方で軽度の場合は、コーヒー牛乳等の乳製品飲料やゼリーで対応します。

食形態をあげるタイミングは上記バイタルに変動が無く嚥下評価も良ければ、**3 週間→3 か月→3 か月**という**間隔**で再評価 します。

基本的に主食を決めたら、そこをベースに副食を 1 段階あげて様子を見ています。例えば主食ペースト＝副食ペースト→主食 5 分粥＝副食ペースト→主食 5 分粥＝副食ソフト食・おやつ有 というように**主食と副食を同時には上げないで順次経過を診て判断**します。

食思不振・低栄養の方は医師に経口栄養剤をお願いするケースや、訪問歯科衛生士がかなりの量の食事サンプルや栄養補助食を用意しており、様々なアプローチを行っています。

以上の在宅患者は私一人で行っております。日常の外来（月火金 8：30-11：00 14：30-17：00 水土：午前のみ）を行いながら、日曜日を除き昼休みと夕方と外来休診日の全ての時間で対応しております。移動が多くタクシーの運転手さんの様な毎日（笑）と膨大なメール確認が大変ですが、楽しく診療に取り組んでおります。

これから訪問を始める方には、在宅患者は多職種（ケアマネジャーが多い）からの紹介で成り立っている事。歯科衛生士の協力なしでは不可能である事（少なくとも他職種と連絡を取る方が必要）。そして、人（患者・家族）や地域を支えるマインドを持つ事が成功への近道であると考えます。

HDC では私以上に地域活動をしている方が沢山いますので、今後のニュースレターにてご紹介していきたいと思えます。

次回 1 月号の臨床のヒントでは『訪問歯科診療において、短時間でクラスプ修理・増歯を行う方法（裏技）』です。是非ご覧ください。

臨床のヒントでは、訪問診療手 技、活躍している訪問歯科医院のシステム紹介（歯科医師・歯科衛生士）、患者・家族 多職種向け資料、食形態や食支援の指導法など多岐にわたる情報を提供します。



HDC institute of (社) 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会