

## 症例報告

# 併設介護老人保健施設における歯科を含めた多職種連携体制が在宅療養者の経口移行につながった1症例

新潟医療センター、歯科；歯科衛生士<sup>1)</sup>、歯科医師<sup>2)</sup>、  
新潟大学医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野；歯科医師<sup>3)</sup>

井村 郁代<sup>1)</sup>、貝瀬 直美<sup>1)</sup>、貝津 恵利<sup>1)</sup>、坂詰 陽子<sup>1)</sup>、  
若狭 好<sup>1)</sup>、山際 悠子<sup>1)</sup>、渡邊 賢礼<sup>3)</sup>、道見 登<sup>2)</sup>

背景：地域には様々な食支援のニーズがあるにもかかわらず、ニーズに合った支援につなげることは難しい。また、介護老人保健施設（以下、老健）は在宅復帰を目指す施設であるばかりでなく、在宅生活を支援する役割もあるが、在宅療養者の経口移行を目的として地域で積極的に活用されることは少ない。今回、経口摂取の強い希望があった在宅療養者に対して、以前から当科が入所者の食支援に積極的に介入している当院併設老健の入所サービスを利用し、多職種連携により経口移行できた症例を経験したので報告する。

症例内容：交通事故で経口摂取不可と診断され2年間経腸栄養となっていた在宅療養中の75歳の男性に対して、摂食嚥下機能評価と経口訓練を目的に老健の入所サービスを利用した。歯科を含めた多職種連携によって30週で3食経口摂取となり、58週で経鼻胃管の抜去が可能となった。

結論：老健には、在宅生活支援施設として地域における食支援の役割が期待されるが、様々なニーズに対応できるよう日頃から歯科を含めた多職種での連携体制を構築しておくことが大切である。歯科衛生士はチームの一員として、より良い関係づくりに積極的に関与することが望まれる。

キーワード：在宅療養、地域での食支援、経口移行、介護老人保健施設、多職種連携、歯科、歯科衛生士、症例報告

## 背 景

超高齢社会となり、病院には摂食嚥下機能の低下から誤嚥性肺炎や低栄養のリスクを伴った方が入院してくることが多くなっているが、医療制度の変革により、病院での対応は急性期や回復期が主となり、慢性期での対応は摂食嚥下障害を含め退院後の環境が担う部分が拡大し、地域では多様な食支援が求められている。様々な疾患の急性期では、加齢による変化も加わり経口摂取が困難になる場合も多く、代替栄養法である経管栄養のまま退院となる場合もある。一旦経口摂取困難と診断されても、栄養状態の改善や経時的変化によ

り摂食嚥下機能が変化する可能性があるものの、退院後の環境、特に在宅療養者においては、リスク管理の面からも経口摂取を再開し経管栄養からの離脱を目指す積極的な支援は難しいのが現状である。

一方で、老健は在宅復帰を目指す施設であるばかりでなく、在宅生活を支援する役割もあり、利用者の食支援に対する多職種による連携は介護報酬にも反映されるが、在宅療養者の食支援を目的とした受け入れ態勢や積極的な活用は十分とは言えない。

今回、脳挫傷で入院した際に経口摂取不可と診断され、その後2年間経管栄養のままであった在宅療養者の経口摂取への強い希望に対して、歯科を含めた多職種で支援法を検討し、以前から当科が積極的に食支援に介入し多職種連携体制が整った当院併設老健の入所サービスを利用することで、経口摂取再開と経管栄養からの離脱が可能となった症例を経験したので報告する。

## 症 例 内 容

75歳男性、既往歴：高血圧症、2型糖尿病。狭心症にて冠動脈ステント術施行 現病歴：X年 歩行中、車にはねられ脳挫傷、急性硬膜下血腫、頭蓋骨骨折、びまん性軸索損傷、両側骨盤骨折、両側多発肋骨骨折、右胸骨骨折にて某大学病院に入院。経口摂取不可と診断され経鼻経管栄養となった。入院後約2か月でリハビリ目的にて他病院に転院しX+1年後にA老健に入所となった。リハビリ目的の病院では、楽しみ程度の経口摂取訓練はされていたが、その後入所したA老健では摂食嚥下機能の積極的な精査や経口訓練は一切行われていなかった。X+2年、A老健を経鼻経管栄養のまま退所し自宅療養となった際に、新しく担当となった当院併設居宅介護支援事業所のケアマネージャーが本人と家族の経口摂取への強い希望を聞き、当院併設老健での食支援体制を紹介したところ入所の希望があった。ケアマネージャーから当科歯科医師、老健の管理医師、看護師長、医療相談員、理学療法士（以下、PT）、作業療法士（以下、OT）に相談し、老健および歯科の受け入れ態勢が整ったため入所となった。入所後、他の入所者と同様に老健管理医師から歯科への介入依頼文書を出してもらい、経口摂取に向けて歯

科と併設老健が一体となった食支援が開始された。

入所当時は、身長 175.0 cm 体重 60.0 kg BMI 19.6、脳挫傷による右片麻痺（右上下肢可動制限あり）、右膝伸展は-30度程度）があり、全身的に軽度の筋力低下がみられたが車椅子への移乗は可能であった。また、高次脳障害による失語はあるがうなずきや首振り、筆談等でのコミュニケーションは可能で著明な認知機能の低下はみられなかった。経鼻胃管が挿入されており、濃厚流動食のMA-8を1日あたり1400 Kcalを摂取していた。入所後3日目に当科歯科医師および歯科衛生士による口腔内診査および摂食嚥下機能のスクリーニング評価(1)が行われた。口腔内は、上下顎とも欠損歯は無く、明らかなう蝕を認めず咬合も安定、ポケットは最後臼歯に5 mm みられる程度で軽度の歯周炎があるが、自力でのブラッシングが可能で衛生状態は比較的良好な状態であった。口頭指示で開口は可能だが、口唇の細かな動作はうまく出来ないことがあり、持続発声時間は1～2秒程度、軟口蓋の挙上が不十分で開鼻声を認め、ブローイング力が弱く、息こらえも困難な状態であった。空嚥下は指示後5秒程度で可能となるが2回は行えず、RSST(2)は1回であった。

入所10日目に老健内で当科歯科医師による嚥下内視鏡検査（以下、VE）施行、①ネオハイトロミールR & E（とろみ調整剤）を使用した中等度のとろみ水 ②市販ゼリー ③施設で提供するペースト食で評価を行った。2 cc のとろみ水は比較的スムーズに嚥下可能であったが、ゼリーやペースト食では咽頭に流れ込んでもなかなか嚥下に至らず、機会的な喉頭侵入を認めた。また喉頭侵入してもムセがないことから、咽喉頭感覚低下が疑われたが、気道防御力を高め、嚥下前の食塊をコントロールできれば経口摂取できる可能性が示唆された。VEには歯科衛生士の他、老健のPT、OT、管理栄養士、看護師が同席しており、検査結果から、ブラッシング、ブローイングの間接訓練と、2 cc とろみ水での直接訓練を10口程度を目安にして開始した。その後、週に1度の当科歯科医師による評価を行い、入所4週目に嚥下造影検査（以下、VF）を院内で施行した。VFは当科歯科医師が実施し、歯科衛生士、OT、PT、管理栄養士が同席した。VFでは、スタンダード車椅子で前傾座位が保てれば、嚥下に努力性を認めるものの、4 cc のペースト状食品を誤嚥なく摂取可能であった。VFの結果から、一口量を制限したうえで昼のみ通常の約半分量のペースト食（約200 Kcal）を開始し、経管栄養は昼無し、朝夕各600 Kcalに変更した。入所5週目には、昼食にヨーグルトとゼリーが追加されたが、取り込みから嚥下までスムーズで、誤嚥を示唆する所見なく10分ほどで完食するまでになった。その後も施設介護スタッフによる発音・発声・咳払い等の訓練、OTによる食事介助と直接訓練、PTによる筋力回復訓練と離床の促進、管理栄養士による栄養状態のチェック、週に1回の歯科衛生士による専門的口腔ケアとスクレーピング、歯科医師による口腔チェックと嚥下評価（10週目には2回目VE施行）を継続した。軟口蓋の挙上が弱く発音が不明瞭なことから、歯科にて軟口蓋挙上装置を作製し、開鼻声音が改善されコミュニケーションがとりやすくなった。

入所17週目に2回目VFを施行し、やはり1口量が多くなると誤嚥のリスクが高くなるため1口量4 ccで継続し、昼食のペースト粥を50 g追加してありが特に問題もなく20分程度で完食できた。その後も必要に

じてVEを施行し、入所22週目には、昼食と夕食の2食を経口摂取としたが特に問題なく経過した。入所28週目には3食経口摂取としたが、本人にまだ自信がないために経口だけでは十分な栄養と水分量が確保できず、朝のみ経管栄養300 Kcalの追加を継続した。この頃から本人の在宅復帰への希望が強くなり、ケアマネージャー中心に各職種間で対応を協議した結果、OT、管理栄養士から妻への調理指導を行い、入所30週で経鼻胃管を留置したまま自宅へ退所となった。入所中にVEは5回施行していた。退所にあたり歯科から本人と家族に対しセルフブラッシングでの注意点に加え、軟口蓋挙上装置の取り扱い及び保管方法と、家族からの協力の重要性、継続的な食支援の必要性を伝えた。

退所後は老健のデイケアおよびショートステイと訪問看護を利用し、ショートステイ中に歯科による診察を行い、必要に応じてVEを多職種同席で施行し、情報の共有を図った。歯科衛生士は口腔衛生指導に加え、本人や家族の話し相手となり、精神的な支援も心がけた。当初は自宅での調理に不安だった妻も調理に慣れ、退所28週後には十分な経口摂取が可能となり、経鼻胃管は抜去された。その後も現在に至るまで、歯科では定期的な口腔チェックと摂食嚥下機能評価、口腔衛生管理を行い、多職種と連携しながら問題なく経口維持できている。

## 考 察

口から食べることは生きるために必要な栄養を摂取するだけでなく、かけがえのない楽しみでもあるが、地域には、本症例のように経口摂取への強い希望を持ちながら、十分な評価もされないまま口から食べられない状態が続いている人がいることを認識しなければならない。また、そういった人達の可能性にどうアプローチし、何ができるのかを考える必要がある。

DPC制度の導入などにより、地域医療における病院の役割は変化しており、慢性期における摂食嚥下機能の評価や食支援の役割は介護の現場へと移行し、介護報酬も見直されてきた。

2009年の介護報酬改定により、介護保険施設入所者への多職種による食支援の取り組みに対して経口移行加算・経口維持加算の算定が可能となり、歯科専門職による施設全体の口腔管理体制への介入に対しては口腔機能維持管理加算として評価されるようになった。2012年には口腔機能維持加算は口腔機能維持管理体制加算と名称変更され、従来の口腔機能維持管理加算は入所者への個別の歯科専門職による介入への評価に移行した。2015年には、経口維持加算の算定要件が実態に合わせて大きく見直され、算定する施設数は増えた。また、口腔機能維持管理体制加算が口腔衛生管理体制加算に、口腔機能維持管理加算が口腔衛生管理加算に名称変更され、2018年には口腔衛生管理加算の算定要件である歯科専門職の介入頻度が緩和されている。このように介護報酬の面からも、摂食嚥下機能の低下により安全で十分な経口摂取が困難になった利用者に対して、自分の口から食べる楽しみが少しでも長く継続できるように、歯科を含めた多職種協働による支援体制が介護保険施設に求められている。

老健は介護保険施設のひとつであり、その役割としては「在宅復帰施設」として広く認識されてきたが、

2017年の介護保険法改定により「在宅生活支援施設」でもあることが明記された。また、老健は介護と医療の中間に位置付けられる施設でもあり、同じ介護保険施設である介護老人福祉施設と比較して、医療ケアをしながら積極的にリハビリテーションが行える特徴があることから、在宅生活での食支援のニーズに柔軟に対応できる役割が期待されている。

しかしながら、摂食嚥下機能が低下した方の食支援には手間とリスクが伴うことから、老健においても積極的な介入が敬遠される場合が少なくない。また、歯科との連携体制も十分ではない施設も多く、在宅生活で望まれている食支援のニーズに対して、老健が対応できる態勢は十分とは言えない。

そんな中、当院併設老健においては、施設も古くリハビリテーション用の設備も少ないが、2009年の介護報酬改定を機に、それまでの単発的な介入から歯科医師・歯科衛生士が施設の多職種と連携しながら日常的に入所者に介入するようになり、多職種による食支援体制を整え、経口維持加算、経口移行加算、口腔衛生管理加算、口腔衛生管理体制加算の算定も行っている。

コロナ禍となる前の2019年時点において、当科では当院併設老健との連携として下記の業務を行っている。

- ① 週に2回訪問時間を設け、家族の同意のうえ管理医から口腔管理を依頼された入所者（60~70名程度）に対し、歯科医師による口腔内診査、歯科治療、VEを含めた摂食・嚥下機能評価（写真1）に加え、歯科衛生士による専門的口腔ケア（写真2）
- ② 月に2回、歯科医師・歯科衛生士が昼食時に訪問し、施設が多職種（管理栄養士、看護師、介護士、PT、OT、相談員）と一緒に、食支援への介入依頼のあった入所者（10名程度）の食事状況および栄養状態を確認するミールラウンド（写真3）
- ③ 上記の他に歯科診療の依頼があれば随時訪問または外来診療室で診療
- ④ 必要に応じVF施行（施設の管理栄養士、OT、PT、看護師などが同席）
- ⑤ 月に1回、施設全体の口腔衛生管理に関して施設スタッフと歯科医師・歯科衛生士によるミーティングを実施し、入所者の口腔ケア・マネジメントに関わる計画書を作成
- ⑥ 年に1回以上、施設職員を対象にした歯科医師及び歯科衛生士による研修会（内容は歯科衛生士と施設の口腔ケア担当職員が相談）
- ⑦ 施設職員との口腔管理や食支援に関する情報共有（毎日日常的に行われている）

尚、VFは常勤歯科医師が施行するが、老健入所者のVEは常勤歯科医師と非常勤歯科医師で施行している。

また、併設居宅介護支援事業所のケアマネージャーとも、当院からの退院調整の際や当科から訪問診療している自宅療養者について情報交換する機会も多い。

本症例において、当院併設老健が在宅療養者のニーズに対してスムーズに対応できたのは、歯科専門職と担当ケアマネージャーおよび老健の多職種が日常的に「顔の見える関係」となっており、さらに長年の食支援での連携経験から「信頼できる関係」(3)への醸成に至っていたことが大きな要因と考えられた。加えて、併設老健には常勤STがいないものの、食支援に対してのPT、OTによる職種を超えた相互乗り入れ体制

(Transdisciplinary Approach) が浸透していることや、当科では必要に応じて入所者のVFやVEを施行できる環境が整っており、客観的な情報を多職種間で共有できたことも重要な要素であったと考える。

新潟県厚生連病院には多くの病院歯科があるが、併設の介護保険施設と密接に連携できる環境にあることは当科の特徴であり、今後もその特徴を活かして、地域における食支援のニーズに少しでも広く対応できるように連携体制を強化していく必要がある。

近年、歯科衛生士による専門的口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防、栄養状態の改善、意識レベルの改善、さらにADLやQOLの向上につながるとの報告(4)がある。現在はコロナ禍で併設老健入所者への当科の介入が制限されているが、今回の症例の経験から、地域での食支援における歯科の役割の可能性を再認識し、歯科衛生士として、「口腔ケア」といった狭い範囲にとどまらず、多職種と1つのチームとなって情報を共有し合える関係性の構築(5)にも積極的に働きかけ、人にとって大きな喜びである「食べる」機能が低下した患者や家族の生活全般に寄り添ったアプローチを心がけていきたい。

## 結 語

在宅療養中で経口摂取への強い希望を持った症例に対して、当院併設老健の入所サービスを利用して経口移行することができた。地域でのニーズに対してスムーズに対応できた要因として、老健内での長年の歯科を含めた多職種の連携による「信頼できる関係」の構築が考えられた。食支援における歯科の役割は重要であり、歯科衛生士も多職種連携を担う一員として、専門的な業務だけでなく、他職種とのより良い関係づくりに積極的に関与していくことが重要である。

## 文 献

1. 植松宏. セミナーわかる! 摂食嚥下リハビリテーション. 1巻. 評価法と対処法. 東京: 医歯薬出版; 2005. 58頁.
2. 戸原玄, 下山和弘. 反復唾液嚥下テストの意義と実施上の要点. 老年歯学 2006; 20(4): 373-5.
3. 細野純. 地域における食支援と多職種連携の課題. 老年歯科医学 2019; 34(1): 46-51.
4. 米山武義, 吉田光由, 佐々木英忠, 橋本賢二, 三宅洋一郎, 向井美恵子. 要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防に関する研究. 日本歯科医学誌 2001; 20: 58-68.
5. 有友たかね. 地域包括ケアシステムにおける歯科衛生士の役割. 障歯誌 2016; 37: 115-8.

## 英 文 抄 録

### Case report

A case recuperating at home enabled to ingest orally by interprofessional collaboration system including dentistry in our hospital juxtaposition geriatric health services facility

Dentistry, Niigata Medical Center ; Dental Hygienist<sup>1</sup>, Dentist<sup>2</sup>, Division of Dysphagia Rehabilitation, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences ; Dentist<sup>3</sup>  
Ikuyo Imura<sup>1</sup>, Naomi Kaise<sup>1</sup>, Eri Kaizu<sup>1</sup>, Youko Sakazume<sup>1</sup>, Konomi Wakasa<sup>1</sup>, Yuuko Yamagiwa<sup>1</sup>, Masahiro Watanabe<sup>3</sup>, Noboru Michimi<sup>2</sup>

**Background :** Though there are a variety of needs for support of eating in community, it is difficult to provide support to match those needs. In addition, geriatric health services facility is not only aiming at returning home, but also there is the role to support at-home living, but rarely utilized for approach to removal of feeding tube of the person recuperating at home positively. We experienced a case enabled to ingest orally from tube feeding through a trans-disciplinary team approach in the facility of geriatric health services.

**Case report :** A patient was 75 years old male who had diagnosed with brain contusion by traffic accident

and had severe dysphagia with tube feeding for two years. We tried to assess his swallowing function and do dysphagia rehabilitation in the entrance service of our hospital juxtaposition geriatric health services facility. He became to take the meals from oral at 3 times in a day at 30 weeks from start of our intervention and nasogastric tube was removed at 58 weeks from the start of our intervention.

**Conclusion :** Geriatric health services facility is expected to support eating in community, and it is important to build the interprofessional collaboration system including dentistry to match various needs. It is also expected the dental hygienist should be actively participated as a member of the team in building good relationships.

**Key words :** recuperating at home, support of eating in community, approach to removal of feeding tube, geriatric health services facility, interprofessional collaboration, dentistry, dental hygienist, case report

表1 本症例の経過

X年Y月Z日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・交通事故にて受傷、某大学病院に入院</li> <li>・経鼻経管栄養となる</li> </ul>
受傷+2か月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリ目的で転院、楽しみ程度の経口摂取あり</li> </ul>
X年+1年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・A老健に入所 摂食嚥下機能評価や経口訓練は行われず</li> </ul>
X年+2年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経鼻経管栄養のまま自宅療養となる</li> <li>・当院併設居宅介護支援事業所のケアマネージャーが介入開始</li> <li>・本人と家族からの経口摂取に対して強い希望があり、ケアマネージャーが当院併設老健での食支援体制を紹介したところ、入園の希望あり</li> <li>・ケアマネージャーと歯科医師、老健管理医師、看護師長、理学療法士、作業療法士等で相談、受け入れ態勢の調整</li> </ul>
入所時	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科医師及び歯科衛生士による口腔診査と摂食嚥下機能スクリーニング評価</li> <li>・理学療法士による筋力回復訓練開始</li> <li>・管理栄養士による栄養状態のチェック</li> </ul>
入所+10日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科医師による嚥下内視鏡検査（VE）施行</li> <li>・作業療法士による2ccトロミ水での直接訓練開始</li> <li>・介護スタッフ、看護師による発声、咳払い、プッシング、ブローイング等の間接訓練開始</li> <li>・週に1度の歯科医師による嚥下評価及び歯科衛生士による専門的口腔ケアを開始</li> </ul>
入所+4週	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嚥下造影検査（VF）施行</li> <li>・昼のみペースト食開始（朝夕経管栄養 600 kcal）</li> </ul>
入所+10週	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2回目のVE施行</li> <li>・歯科にて軟口蓋挙上装置を作製、開鼻声音の改善</li> </ul>
入所+17週	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2回目のVF施行</li> <li>・1口量を制限しペースト食増量するが20分程度で完食</li> </ul>
入所+22週	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3回目のVE施行</li> <li>・昼夕2回のペースト食開始</li> </ul>
入所+26週	<ul style="list-style-type: none"> <li>・4回目のVE施行</li> </ul>
入所+28週	<ul style="list-style-type: none"> <li>・朝昼夕3回のペースト食開始</li> <li>・栄養量不足のため朝のみ経管栄養 300 kcal 注入</li> <li>・本人の在宅復帰への希望強くなる</li> </ul>
入所+30週	<ul style="list-style-type: none"> <li>・5回目のVE施行</li> <li>・作業療法士、管理栄養士による妻への調理指導</li> <li>・経鼻胃管留置のまま退所</li> </ul>
退所後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・老健のデイケア、ショートステイ、訪問看護の利用</li> <li>・ショートステイ時歯科での口腔管理の継続、必要ならVE施行</li> </ul>
退所+28週	<ul style="list-style-type: none"> <li>・十分な経口摂取可能となり、経鼻胃管抜去</li> </ul>



写真1. 併設老健での歯科医師による嚥下内視鏡検査 (VE) の様子  
(この時は、理学療法士、管理栄養士、ケアマネージャー、歯科衛生士が同席)



写真2. 併設老健ベッド上での歯科衛生士 (右側) による専門的口腔ケア



写真3. 併設老健で月2回行われるミールラウンドの様子