

“食べられる口”のためには口腔内環境の整備が不可欠 経口摂取をめざす歯科口腔外科医の取り組み

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス

海老名総合病院 (神奈川県海老名市)

摂食嚥下障害による低栄養という問題はいずれの施設でも共通の課題だろう。その対策の出発点は、口腔内を診ることにある。発足時から歯科口腔外科医が深くかかわりながら発展してきた海老名総合病院 NSTの取り組みを紹介する。

栄養状態と嚥下状態の評価をし 栄養設計を行なう場所がNST

神奈川県央エリアの急性期医療の基幹病院であり、一般469床、ICU 10床、無菌治療室8床を擁する海老名総合病院。同院のNSTは2003年に発足しているが、その大きな特徴と言えるのが“食べる口づくり”を推進する歯科口腔外科、歯科衛生科の存在だ。

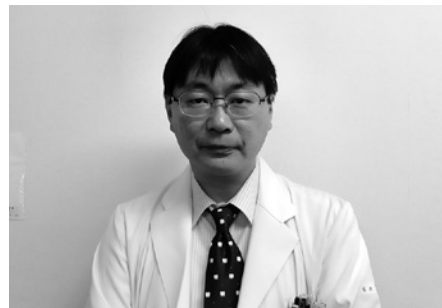
構成メンバーは内科医、外科医、歯科口腔外科医、薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、言語聴覚士、作業療法士から成り、栄養状態の評価と嚥下機能の評価を連携させている体制となっている。毎週木曜日、昼食前にメンバーが集合し対象者の病態を確認したあと、栄養評価チームと嚥下機能評価チームに分かれて昼食時のラウンドを行なう。そしてラウンド終了後に両チームのメンバーが集まってカンファレンスを開き、栄養評価と嚥下機能評価の両面から栄養管理計画を組み立てていく。

なぜこのように栄養管理の中で嚥下機能評価の必要性が認識されているのか。もともとは03年に、NSTと嚥下チームが別々の部会として同時に立ち上がった。その経緯について、同院

のNSTおよび嚥下チーム立ち上げの功労者であり、現在もNST委員長としてチームを牽引している石井良昌歯科口腔外科医師(以下、歯科医師)は次のように語る。石井歯科医師が同院に赴任したのが01年のこと。それまで大学の口腔外科で手術が中心だった石井歯科医師にとって、口腔疾患の外科的処置とは関係なく——つまり、内科といった他の診療科の患者の多くが嚥下機能障害を呈し、口腔内の状態も悪化しているという事実を目の当たりにしたことは、予想外だった。

「口腔外科では術後に嚥下機能障害が生じる手術が多くありますが、術後の口腔ケアは創部感染予防の観点からも重要ですので、口腔環境に著しい悪化がみられるのは口腔がんの終末期の患者ぐらいでした。市中病院に入院している患者の口腔内の状態がこんなに悪いことや、また口から食べていない患者が多いことにとても驚きました」

いわばこの「カルチャーショック」がきっかけとなり、石井歯科医師は、嚥下の状態をはじめ、入院患者の口の中を評価する仕組みとして嚥下チームの立ち上げに着手した。現在でこそ、口の中が乾燥し汚れている状況で食べ物を摂取することは誤嚥性肺炎の発症につながると広く認識されているが、



同院 NST 委員長を務める石井良昌歯科口腔外科医師

01年といえば、米山武義氏(米山歯科クリニック院長)がイギリスの医学雑誌 Lancetに口腔ケアが誤嚥性肺炎の予防に寄与するという研究を発表した1999年の2年後であり、口腔ケアの重要性が認識され始めたばかりの頃だった。

「食べられなければ、低栄養リスクは高まりますが、口腔内の状態を改善できれば、食べられるようになる人もいます。口の中を食べられる状態にするためのサポートをして経口摂取につなげ、さらに栄養状態の回復をめざすという流れが指針となりました」

NSTと嚥下チームは、栄養管理をするにあたり経口摂取に必要な摂食嚥



NSTの栄養評価チームのミールラウンドの様子。胃ろうの状態を確認しながら、栄養状態について管理栄養士が報告する



栄養評価チームのミールラウンドでは、検査食として嚥下調整食をレベル別に用意し、適した食形態を確認する

下評価の情報をお互い共有することで進んできた。実際、それぞれの参加スタッフの顔ぶれに大きな違いはなく、また、対象となる患者が重なることが明らかとなったことから、08年に両チームを統合し現在のNSTの形になったという。

「NSTと嚥下チームはもともと、栄養も嚥下も同様に『口から食べること』をめざすのだから、連携しながら進めていこうというなかで同時に発足しています。実際に活動してみると、介入方法が違っていても対象となる患者さんは重なることが多く、情報共有の必要性を深く感じ、同じ目線で動くという形に至っています」

口腔内環境の整備があつてこそ 栄養状態、嚥下機能の回復が叶う

このように、歯科的な視点をNSTの中で共通認識にすることが適切な栄養管理にもつながるという考えに基づく同院のNSTでは、NSTにかかわる全職種が口の中を診られるということを非常に重視している。口腔内の問題に関しては歯科医師や歯科衛生士、あるいは言語聴覚士が中心となって診ているという現場は少なくないだろう。しかし、どんな職種であっても、口の中を診なくてよい職種というものはない、と石井歯科医師は指摘する。たとえば、薬剤師。食べ物だけでなく薬剤が口腔内に残留して正しく摂取できていない例は少なくないという。すると、投薬の効果を確認するために口腔内を診て

判断するだけの知識やスキルが必要になるのだ。

なかでも、実際に食事・栄養を専門に診る管理栄養士との連携の重要性を石井歯科医師は指摘しており、「管理栄養士には、ベッドサイドで喫食率や嗜好を確認するだけでなく、口元の動きをよく見てほしい」と言う。唇の動きや口角の引き具合を正しく観察すれば、口腔内の舌の動きや、歯あるいは義歯の具合がわかるからだ。

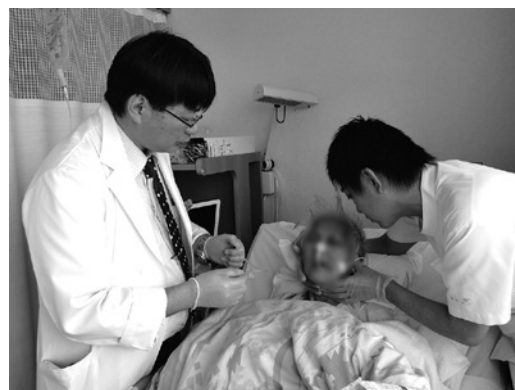
「たとえば、歯で噛めている場合は顎を回すように動きますが、歯がなく舌で押しつぶしている場合には、顎が動かず唇が横に引けるだけです。歯があったとしても噛めるかどうかはまた別問題ですから、口元の動きから読み解くことは適切な食形態を見極めるうえで重要なポイントです」

実際に歯科的なNST介入が功を奏した例を紹介する。同院の内科で進行乳がん、多発転移、頸部嚢胞の診断を受け、翌月、低栄養と加療目的で外科に入院した、67歳の女性。口腔状態については、50歳頃から歯ブラシによる歯磨きをしなくなり、うがいのみだったといい、残存する歯は19本。高度歯周炎で歯牙の動揺が激しく、咀嚼困難であった。前歯も突出しており口唇閉鎖ができず、嚥下困難の自覚もあった。全粥食の喫食率が1～3割と経口摂取不良のため6病日にNSTが介入。栄養評価は高度栄養不良、嚥下機能評価は改訂水飲みテスト3点(嚥下あり、呼吸変化はないが、むせあるいは湿性嘔声を伴う)、藤島式嚥下グレード5(一部経口栄養摂取)という結果だった。

「経口摂取不良の原因は、前頸部嚢胞による下咽頭・食道部圧迫、高度歯周炎による咀嚼・咬合障害、口唇閉鎖不全による嚥下圧低下が考えられま

したので、歯科口腔外科ですべての歯を抜歯後に義歯を作成して口腔内環境を整え、経口摂取量の回復と栄養状態の改善を図ることで、化学療法を行なえる全身状態とすることを方針としました」

実際、抜歯後は全粥食および五分粥食の摂取が8割にまで回復できたことで、早期に化学療法の開始が実現している。義歯装着後は最終的に常食を摂取することができ、患者のQOLの向上が達成できた。また、食形態アップにより後方施設の選択肢が広がる、口腔内の環境が改善したことで口腔内細菌による誤嚥性肺炎のリスクも軽減するなど、副次的な効果も見られた。NSTに歯科医師がいることで、歯科口腔外科的処置に合わせた栄養管理計画を進めることができた好例といえるだろう。「低栄養、摂取量の改善には口腔内環境の整備が不可欠です。歯が残っていることが大切なのではなく、機能しているかが大切になります。この症例のように、歯が摂食嚥下の妨げとなることもあります」と石井歯科医師は指摘する。今回の診療報酬改定に伴い、チーム全体で栄養と摂食嚥下という双方向から経口摂取をめざしている同院NSTの取り組みに関心が集まるなか、「食べる」連携から地域力を上げる働きかけとして、歯科医師の取り組みはいつそう注目されていくことだろう。



ミールラウンド時に痰がらみが激しい患者が見られたため、痰の吸引を行なう