

在宅歯科医療の 新たな視点に「食支援」を



2020年2月。初回訪問から約8カ月、やっと歯の治療が始まった。

近年、「食べられない」居宅療養高齢者の増加に対し、国は地域包括ケアシステムの一環として、食べるために必要な口腔（および口腔機能）状態の管理・指導を在宅歯科医療に対して求めるようになった（3頁参照）。今回、医療法人社団若葉会湘南食サポート歯科

の訪問歯科診療を取材させていただく機会を得た。初回訪問の2019年6月から現在までの経過を、担当した歯科医師、管理栄養士、そして介護者である息子さんに伺った。改めて「食べられる口」の条件を再考すると共に、歯科医師が食支援に関わる意義を探る。

まずは栄養改善で、歯科治療に耐えられる体力を

「こんにちは。ちょっと練習しますよ。はい、大丈夫ですね」

笑顔で挨拶をかわし、ベッド上の和田文江さん（95歳※取材当時）の口腔内にそっと歯科治療用具を当てるのは、歯科医師の三幣利克先生（医療法人社団若葉会湘南食サポート歯科）。同居して介護にあたっている次男の進さんが、通院できない文江さんの下の歯の治療を希望し、ケアマネジャー経由で訪問歯科医療を依頼。主治医からの指示書に基づき初

めて訪問したのは2019年6月。文江さんの口腔と全身状態を診察した三幣先生の第一印象は「まず栄養状態を改善しましょう」だった。

当時の文江さんはベッドに寝たきりで、主な食事のメニューは主治医から処方された経口栄養補助食品、経腸栄養剤と好物の大福や饅頭。経腸栄養剤が栄養バランスに優れていることを進さんも知ってはいたものの、文江さんは必要量を全量摂取することはほとんどなかった。文江さんの要望に応じて好物

を食べてもらっていた。その結果、体はやせ細り、褥瘡が発生、訪問スタッフによる日々の丁寧なケアにも関わらず改善傾向はみられなかった。

三幣先生は初回訪問時をふり返り、「当時、食べられないなら胃瘻もある、という提案をしたほど早急な栄養確保が必要な状態でした。歯を治すにしても、それに耐える体力が必要のため、喫緊の課題は栄養状態の改善だったのです」と振り返る。

「食べられる口」へ 栄養からのアプローチ

歯があるだけでは食べられない

「食べ物を噛み切ったりすりつぶしたりする歯はとても便利なものですが、それを動かしているのは口の周りや喉の筋肉と筋力です。これらが健康的に維持され脳からの指令を受けて協調的に動かなければ、歯があっても食べることは難しいといえます。

逆に、歯がなくても口を動かす筋力(運動機能)が維持されていることで、歯ぐきでつ

ぶして食事を楽しんでいる方も少なくありません。文江さんご自分の歯は1本しかありませんが、当院の**管理栄養士による栄養指導と歯科衛生士による口腔ケアを並行して行っていくにつれて低栄養状態を脱し、歯ぐきで食事を召し上がっております」と、歯がそろっただけでは食べられないことを強調する三幣先生。**



三幣利克(みねさ・としかつ)

医療法人社団若葉会湘南食サポート歯科(神奈川県藤沢市)理事長。医療法人健友会口腔ケアセンター、訪問歯科診療を主体としたコンパステナルクリニックを経て現職。病院、特養、有料老人ホームなど各種施設及び在宅への豊富な往診経験を持つ。「家族(介護者)との調和」「多職種との調和」「地域との調和」を図ることにより、受療者と家族(介護者)の「人生の質」を守る歯科医療の実践を掲げて自ら訪問歯科診療に飛び回る。

歯科医療に栄養状態の把握は必須

「私たちが訪問している高齢者の方の多くは口腔内の状態が悪く、噛めない・食べられないという訴えが多く聞かれます。ここで歯科医療や栄養指導などの介入が行われず、**食べやすさ優先の(咀嚼しなくても食べられる)食事が提供され続けると、咀嚼機能が低下して、さらに食べる力が低下するという悪循環をもたらします。**

この悪循環は「食べられない」とどまらず、唾液分泌量の減少や舌の可動域低下といった口腔内環境の悪化、それに伴う食べる力の低下や栄養不足、体力や免疫力の低下といった負のスパイラル(図1)につながっていきます。このプロセスの中で、**体中の筋肉量が減少し、食べるために必要な咀嚼や嚥下の筋力も衰えてしまうことは、容易に想像できます。**

人は、生きるために食事(栄養)を口から

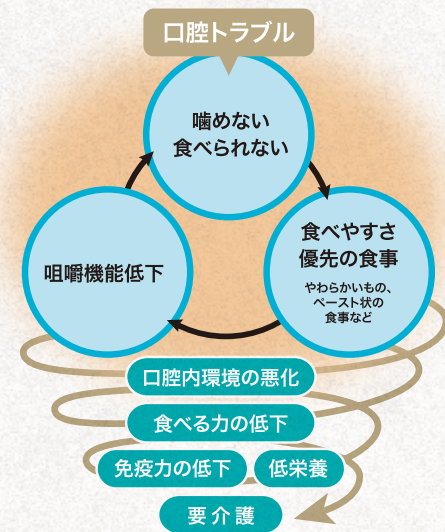
摂っていますから、**良い栄養状態を保つことと食べられる口を整えることは、歯科医師として非常に重視するところ**です。

また、訪問診療を依頼される方は外来通院できない理由があるということです。もちろん疾患や家庭環境による場合が多いとは思いますが、中には通院できない理由が低栄養による筋力低下で動けなくなっているケースもあるのではないかと、いうところにも意識が向きますね」と、低栄養のリスクに警鐘を鳴らす。

在宅歯科医療が必要な患者は、口腔内にトラブルをかかえているだけでなく低栄養の問題があるようだ。前述の負のスパイラルに陥っている可能性があるからだ。そのため、患者の低栄養状態が改善できないと、全身状態の低下と口腔トラブルという二重の苦痛を強いることになる。「食べ

る」という根源的なニーズを支えるために、**歯科医療における栄養状態の把握は必須**といつてよいだろう。

図1 口から始まる負のスパイラル

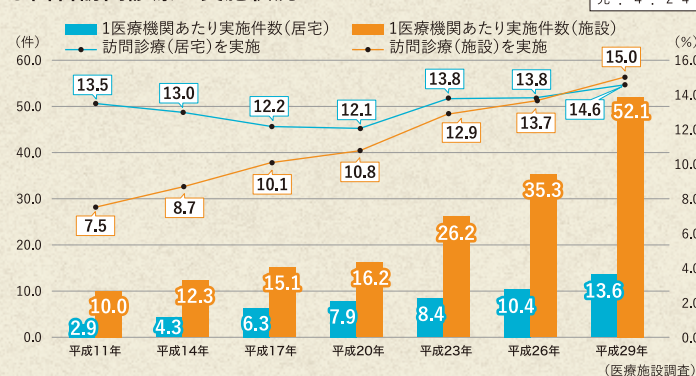


診療報酬改定に見る 質の高い在宅歯科医療の推進

ここ10年、居宅・施設において歯科訪問診療を実施している歯科診療所の割合はどちらも増加傾向にある。効率的で質の高い在宅歯科医療の提供体制を確保するため、歯科の診療報酬も様々な見直しが行われている。改定内容のポイントを一部紹介する。

参考:厚生労働省保険局医療課 診療報酬改定の概要(歯科) (平成30年度、令和2年度版)

● 歯科訪問診療の実施状況



食事が眠っていた機能を呼び覚ます

安全で食欲をそそるメニュー

文江さんの栄養状態改善のために主治医からの指示書を受け、同歯科医院の管理栄養士、鈴木洋子さんによる訪問栄養指導が始まった。そこからの文江さんの変化は、日々介護にあたっている息子の進さんを驚かせた。

鈴木さんは文江さんの嚥下機能検査の結果や嚥下機能レベルの情報を三幣先生に確認し、安全に食べられる食形態の介護食を提供した。処方されていた経口栄養補助食品はそのままでは飲まないため、ゼリーに。毎日摂ってほしいので、作り方を進さんにも指導した。食べる様子を確認したところ文江さんはゼリーを口にため込んではいなかったため、離水した水分の誤嚥リスクが低いと判断。調理素材には、買いやすさ、調理のしやすさからゼラチンを選択したという。離水が気になる場合や、誤嚥のリスクがある場



鈴木洋子(ずずき・ようこ)

医療法人社団若葉会湘南食サポート歯科(神奈川県藤沢市)所属管理栄養士。居宅療養患者の家族や介護スタッフにも個々の状態や家庭の状況に合った調理法を指導。一方、「栄養ケアプラザeat友」を立ち上げ、地域の一般市民を対象とした料理教室の開催との両輪で、老若男女全方位に対して低栄養の予防と食の楽しさを伝えている。

合は、医療機関でも利用される専用のとろみ材、ゲル化材の使用が推奨されるだろう。

その後、徐々にバラエティーに富み栄養バランスに配慮したメニューが増えてゆく。野菜のたくさん入ったとろみ付き味噌汁、鮭の缶詰を混ぜたなめらかなマッシュポテト、具の中に様々な食材を混ぜたハンバーグやシュウマイ、やわらかく煮た野菜。文江さんは「おいしい、おいしい」と喜んで食べ、喫食量も増えていった。

また、進さんが気づかなかった舌全体を厚く覆っていた舌苔に気づき、歯科衛生士の訪問口腔ケアにつなげたのも鈴木さんだ。

「味を感じる舌がこんなだったから、何を用意しても食べなかったんだろうと思います。嫌いなのではなく、味わえない・噛めない、という理由だったのかもしれませんが」と歯科介入以前の文江さんの様子を進さんは語る。

栄養の充足で褥瘡治療、嚥下機能改善へ

鈴木さんは、栄養素や食べ方にも気を配り、高たんぱくの介護食品や少量高カロリーのゼリーから食べ始め、必須の栄養素を確保してから、鈴木さんの料理を食べるよう指導してきた。その結果、ヘルパーや訪問医が驚くほどきれいに褥瘡が治り、気力も覚醒した。「今日はまだご飯じゃないの?」との問いかけや食べたいものを伝える言葉、訪問スタッフへの感謝などが聞かれるようになった。筋力もつき、再び箸を使えるようになった。嚥下機能も改善し、市販の少し硬めの卵焼きも食べられるようになった。



工夫を重ねて文江さんの食事を作る鈴木さん

「今何ができるか、どうしたら母にとって一番良いかを皆さんが提案し実行してくださるので、私もそれにお応えしなければと思いながら母の介護をしています。その相乗効果が母に現れているのだと思います。誕生日やクリスマスのケーキ、お節料理の煮物などを食べられるようになるとは、半年前には考えられませんでした。母に希望と気力を与えるのに、食事の力は本当に効果があったと思います」と振り返る進さん。毎日のメニューをノートに記録して、栄養バランスが偏っていないかを確認し、効果を実感している。それが自身の喜びや意欲にもつながるのだという。

2018(平成30)年度

●歯科訪問診療移行加算の新設

外来受診していた患者が通院困難になった場合に、かかりつけ歯科医が継続的に歯科訪問診療を実施した場合

イ：かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 150点

ロ：イ以外の場合 100点

[算定要件]・在宅等療養患者であって、当該保険医療機関の外来(歯科診療を行うものに限る)を継続的に受診していたものに対して「1歯科訪問診療1」を算定した場合に所定点数に加算する。

・当該保険医療機関の外来を最後に受診した日(初診料または再診料を算定した日)から起算して3年以内に歯科訪問診療を実施した場合に限る。

●歯科疾患在宅療養管理料における栄養サポートチーム等連携加算の見直し

栄養サポートチーム連携加算1 60点 → 栄養サポートチーム等連携加算1 80点

・算定要件の対象(栄養サポートチーム)に、「口腔ケアチーム又は摂食嚥下チーム等の多職種からなるチーム」を追加

歯科医師による「食べる力」の維持・向上に期待

文江さんの全身状態の変化を見続けてきて、「もっと早く関わっていたら」と残念がる三幣先生。栄養状態が落ちるのはあつという間だが、その改善には時間がかかるからだ。

鈴木さんも「ご家族の依頼があっても主治医からの指示書がないと私たちは動けません。今回も依頼から介入まで、3カ月近くかかりました。まだまだ私たちの活動が知られていないので、手続きにも時間がかかるのです。歯科医師の指示でスムーズに管理

栄養士が動ける状況になってほしいですね」と期待を込めて語る。

歯科医師には、口腔状態のチェックによる「食べる力」の維持・向上、肺炎発症リスク発見、加えて低栄養高齢者への食支援にも期待が寄せられている。多角的なアプローチの中で、訪問栄養指導のできる管理栄養士との連携や少量高カロリーの市販の嚥下食の情報などの視点を持つことは、これからの在宅歯科医療に新たな息吹を吹き込むことになるだろう。

「コンビニより多い歯科医院」とよく言われるが、居宅療養高齢者への質の高い在宅歯科医療を身近な歯科医院が担ってくれるならば、療養者にとってこんなに心強いことはない。今後ますます求められる地域のインフラとして、療養者と家族を支える在宅歯科医療の進化に注目していきたい。

※文中の患者情報および写真は、本人・家族の承諾を得て掲載しています。

(2020年2月19日取材)

東邦大学医療センター大森病院栄養治療センター “ 鷺澤尚宏先生に聞く ”



鷺澤尚宏
(わしざわ・なおひろ)

医学博士。東邦大学医学部臨床支援室教授。同医療センター大森病院栄養治療センター部長。消化器外科、栄養治療という専門分野を通して、日本における栄養サポートチーム(NST)の普及に初期より尽力。地域の医療・介護スタッフからも頼られる存在。

食べられない理由は十人十色

三幣先生、鈴木管理栄養士に出会えた和田文江さんは本当にラッキーだったと思います。

「食欲がない」ように見える方は十人十色で、喫食量が少ない理由もさまざまです。もともと大好きだったメニューなのに、口腔内環境が悪いために味を感じ取れないのかもしれませんが。栄養状態が悪くてADLや食欲が低下し、食べる量が不足するため、さらに栄養状態が低下する、という悪循環は、どこかで断ち切らなければなりません。

徐々に食事のバリエーションが増え、段階的

に進歩していく文江さんを見て、進さんはさぞかし驚いたと思われますが、同時に粘り強く介護食の食形態を工夫して行く鈴木さんの姿にも感動したと思います。言葉ではなく、行動で示す医療法人社団若葉会湘南食サポート歯科の前向きな診療姿勢から、患者さんサイドはポジティブな空気を感取ります。

このようなスタッフからならPEG(経皮内視鏡的胃瘻造設術)を勧められても、食べるための胃瘻なのだということがきつとわかっていただけだと思います。

在宅で活かせるミニ情報

在宅歯科医療で口から食べる楽しみを支えるために

高齢社会が進んでも、口から食べる楽しみを支え、長寿が尊ばれる社会を実現していくために、在宅歯科医療を実施する歯科医師の栄養管理への関わりは、ますます期待されています。在宅歯科医療を行う歯科医師が、口腔内環境のアセスメント情報とともに、患者の栄養状態や水分摂取量を連携スタッフと共有できると、口腔ケアや栄養指導・嚥下食の調理による具体的な食支援を実施できます。

口腔機能が悪化した患者への調理が負担な場合は、栄養補助食品も活用できるでしょう。

- アイトニックゼリー
水分補給のための
えん下困難者用食品



唾液が減って口腔内が乾燥してきたら、さっぱり味の水分補給ゼリーを。嚥下障害の方に適しています。

乾燥しがちな口腔にも
水分補給

- ブロックZn
たんぱく質が摂取できる
えん下困難者用食品



- ブイ・クレス CP10ゼリー
(ミックスフルーツ)
ビタミン・ミネラルと
たんぱく質が摂取できる
えん下困難者用食品



- ブイ・クレス ハイチゼリー
プチサイズで
手軽に高カロリー摂取



一般的に飲み込みが難しい人に使用される、少量で効率よく栄養摂取できるゼリータイプの食品。歯ぐきや舌と上あごなどで押しつぶして食べられるため、残歯が少ない人にも活用できます。

残歯が少ない(残歯がない)人も
食事を楽しめる

TOPICS

不健康寿命を生きる高齢者の「食べる力」と栄養状態の実態調査



訪問看護を利用している要介護高齢者を対象とした栄養・口腔・嚥下状態に関する実態調査*が行われた。いわゆる「不健康寿命」と呼ばれる、人生のラストステージを生きる高齢者は、口腔内に問題を抱え、楽しみを支える「食べる力」が低下していることも少なくない。本調査監修者の先生方と、医科-歯科連携の実態、食事摂取状況や嚥下食と栄養状態の関係性から課題を探る。

※調査内容:訪問看護利用者における栄養・口腔・嚥下状態実態調査 調査方法:訪問看護ステーション8事業所の訪問看護師を介した郵送調査 回収方法:FAX・インターネット 調査主体:ニュートリー(株)・(一社)日本訪問歯科協会 調査協力:メディバックス(株)ニュートリションジャーナル編集部 調査期間:2018年12月~2019年1月 調査対象:訪問看護利用の要介護高齢者134名(年齢:65歳未満5.2%、65~74歳14.2%、75~79歳11.9%、80~84歳20.1%、85~90歳22.4%、91歳以上25.4%、未回答0.7% 日常生活自立度:ランクJ20.9%、A27.6%、B31.3%、C17.9%、未回答0.7%)

調査監修



松尾 浩一郎先生

(藤田医科大学 医学部歯科・口腔外科学講座 主任教授)



佐々木 淳先生

(医療法人社団悠翔会 理事長・診療部長)

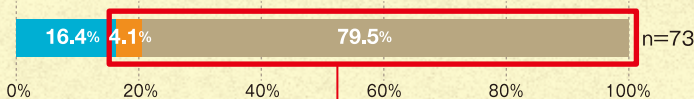
TOPIC

1 「食べられない」口が放置? 医科歯科連携を

OHAT(オーハット)判定における要歯科介入対象者*に対して、訪問歯科の「介入」は16.4%に留まり、「検討中」、「非介入」を合わせると83.6%であった。

※OHATのいずれかの項目で2、もしくは「残存歯」「義歯」「口腔清掃」の項目で1以上

【要歯科介入対象者 73名の訪問歯科介入状況】



歯科介入が必要な人の83.6%が介入されていない

■ 介入している ■ 介入を検討している ■ 介入していない

「この結果からは、「食べられない」という医科-歯科が連携して対処すべき問題が共有されていないことが窺えます。口腔内環境の悪化を見逃し歯科介入が遅れると、口腔内は極めて不衛生なまま放置されることになります。口腔内の細菌が付着した唾液や飲食物による誤嚥性肺炎発症リスクも想定し、訪問スタッフの皆さんには、ぜひ口の中も見てくださいと思います(松尾先生)」

医科-歯科連携のきっかけとして、専門外のスタッフが歯科介入の必要性を判断するために、OHATの普及が期待される。

本調査に用いたアセスメントツール

●OHAT (Oral Health Assessment Tool)

口腔内汚染や機能低下を8項目(口唇、舌、歯肉・粘膜、唾液、残存歯、義歯、口腔清掃、歯痛)ごとに症例モデル写真で示し、3段階のスコア(0=健全、1=やや不良、2=病的)から一番近い状態を選ぶ。いずれかの項目で2もしくは残存歯・義歯・口腔清掃1は、要歯科介入に該当。

●MNA[®]-SF (Mini Nutritional Assessment-Short Form)

6項目の合計ポイント(最大14ポイント)によって、簡易的に栄養状態を評価する。0-7ポイントは低栄養、8-11ポイントは低栄養のおそれに該当。

●EAT-10

10項目の質問に対して5つの選択肢(0~4)から当てはまるものを選び、合計点(最大40点)で簡易的に嚥下機能を評価する。3点以上は嚥下機能不良と判断、専門医の受診に該当。



「歯科介入後の再評価・検討時の情報共有にも、多職種の共通言語として活用できます(松尾先生)」

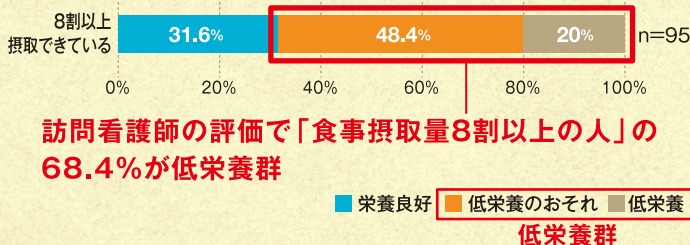
詳しくはこちら⇒藤田医科大学医学部歯科教室 プロジェクト <http://dentistryfujita-hu.jp/research/project.html>

TOPIC

2 食事摂取量と栄養状態にギャップ

栄養必要量に対する食事摂取量(1月)の状況について、訪問看護師が「8割以上摂取できている」と評価している患者のうち、MNA-SF判定では48.4%が「低栄養のおそれ」、20%が「低栄養」であった。

【食事摂取量8割以上 95名のMNA-SF判定】



一般に食事摂取量が多ければ栄養も摂れていると考えがちだが、訪問看護師の食事摂取状況の評価と、MNA-SF判定の結果との間には大きな乖離が見られた。佐々木先生は「見た目の喫食量だけで栄養状態は判断しないこと」と注意を促す。

例えば「8割以上食べている」といっても、それがお粥のみであれば、たんぱく質不足は容易に推測できる。管理栄養士の介入で副食メニューの工夫をしたり、固いものが噛みづらいのであれば歯科が介入したりすることで、先手の低栄養予防策を講じるべきであろう。そのためにも、MNA-SFなどの簡便なアセスメントツールを用い、多職種で患者の栄養状態を観察・共有することが大切だ。

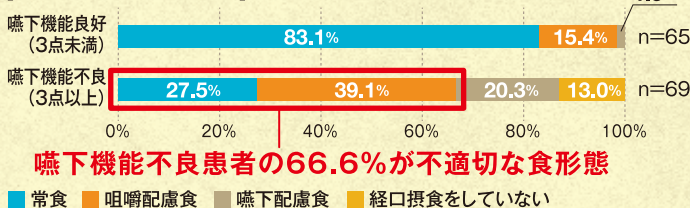
TOPIC

3 嚥下機能レベルに合わない食形態の提供

EAT-10(イート・テン)判定で嚥下機能不良とされた患者69名のうち27.5%に常食が、39.1%に咀嚼配慮食^{※1}が提供されていた。これは嚥下機能の低い66.6%の患者に、本来提供されるべき嚥下配慮食^{※2}が提供されていないことを示す。

※1 やわらかめの常食、やわらか食、きざみ食 ※2 ムース、ゼリー、ペースト、ミキサー食

【EAT-10判定別食形態】



常食、咀嚼配慮食、嚥下配慮食という食形態は、個々の摂食嚥下機能レベルに応じて適切な形状が提供されるべきである。

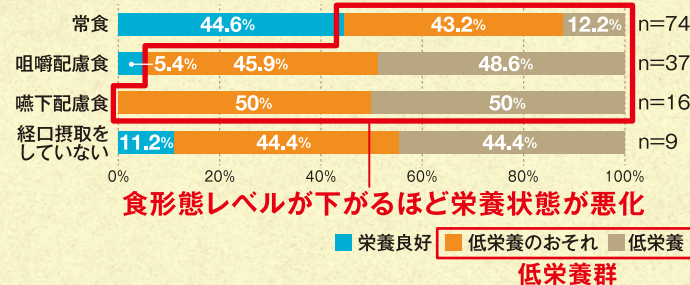
「嚥下状態が悪くなると、飲み込むときの疲労感や誤嚥によるむせこみの苦しさで、食べるのをやめてしまうこともあります。嚥下レベルに合っていない形態の食事だとおさらです。適切な食事摂取ができない状況が続くと次第に低栄養状態に陥り、喀出力(咳で誤嚥物を吐き出す力)や免疫力も低下することから、肺炎発症リスクを高める可能性もあります(佐々木先生)」

TOPIC

4 「嚥下配慮食」の提供患者≒低栄養患者?

提供されている食形態別にMNA-SF判定による低栄養群の割合をみると、「常食」で55.4%、「咀嚼配慮食」で94.5%、「嚥下配慮食」では100%であった。食形態レベルが下がるほど、栄養状態の悪い患者の割合が多くなるのがわかる。

【食形態別MNA-SF判定】



「水分を加えてやわらかくする嚥下食は、一口当たりの栄養価は常食より低くなります。食形態のレベルが下がるほど栄養状態が悪くなりやすいことを頭に入れておきましょう(佐々木先生)」

食形態に配慮していても、栄養状態が悪くなれば本末転倒である。患者に負担にならないよう、少量で高栄養が摂れる栄養補助食品を活用するなど、工夫が必要だ。

まとめ

居宅療養高齢者が陥りやすい低栄養状態とそれに起因するトラブルを予防するためには、職種を越えて患者の全身状態を共有し、各々の専門性を活かしたアプローチが求められる。本調査で使用した簡易アセスメントツールは、多くの臨床現場で導入されている。異なる職種間の「共通言語」として、居宅療養高齢者のQOL向上のために、今後ますます活用・改良され、多職種連携が推進してゆくことを期待する。