

One-off sessions

摂食機能療法専門歯科医師審査/更新ポスター | 摂食機能療法専門歯科医師更新ポスター | 摂食機能療法専門歯科医師更新ポスター

摂食機能療法専門歯科医師更新ポスター

[摂食更新P-01] 浜松地域における摂食嚥下に関する教育・啓発活動の振り返り

○大野 友久（浜松市リハビリテーション病院）

[摂食更新P-02] 干渉波刺激が有用であった1症例

○金森 大輔（藤田医科大学 医学部 七栗歯科）

[摂食更新P-03] 認知症機能低下を抱えた高齢者への口腔と食に関する地域介入～大規模団地における権利ベースの実践～

○枝広 あや子（東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 認知症と精神保健）

[摂食更新P-04] 義歯不良と飲み込み困難を訴え来院した患者に対する摂食嚥下リハビリテーションの1例

○小野 圭昭（大阪歯科大学障がい者歯科）

[摂食更新P-05] 地域歯科医師会との連携による食支援が可能な歯科医師養成の取組み～高知県歯科医師会との事例～

○田中 信和¹、野原 幹司²、島田 力³、阪井 丘芳²
（1. 大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部、2. 大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能治療学教室、3. 島田歯科）

[摂食更新P-06] 摂食機能療法専門歯科医師としての教育活動

○岩山 和史（医療法人 藤井歯科）

[摂食更新P-07] 連携病院への摂食嚥下リハビリテーション訪問診療の臨床統計

○大久保 真衣（東京歯科大学口腔健康科学講座摂食嚥下リハビリテーション研究室）

[摂食更新P-08] 摂食機能療法専門歯科医師としての活動

○高井 英月子^{1,2}（1. 四天王寺和らぎ苑 歯科、2. 大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部）

[摂食更新P-09] 回復期リハビリテーション病棟に入院した左延髄外側脳梗塞に伴う摂食嚥下障害患者への対応

○井関 史子（独立行政法人国立病院機構東京病院 歯科）

[摂食更新P-10] 認知症対応型共同生活介護利用者に対する摂食機能療法専門歯科医師としての活動

○須田 牧夫（医療法人社団 横浜みらい会 横浜南仲通歯科）

[摂食更新P-11] 繰返す誤嚥性肺炎の軽度フレイル高齢者に対

して摂食支援によって再入院を予防しえた一症例

○目黒 道生（鳥取医療生協・せいきょう歯科クリニック）

[摂食更新P-12] 高齢者の退院支援に向けた嚥下回診を1

0年以上継続した活動報告

○石田 瞭（東京歯科大学 口腔健康科学講座 摂食嚥下リハビリテーション研究室）

[摂食更新P-13] 急性期病院高齢診療科入院患者に対する

オーラルフレイルラウンドの取り組み

○平野 浩彦（東京都健康長寿医療センター歯科口腔外科）

摂食機能療法専門歯科医師審査/更新ポスター | 摂食機能療法専門歯科医師更新ポスター | 摂食機能療法専門歯科医師更新ポスター

摂食機能療法専門歯科医師更新ポスター

- [摂食更新P-01] 浜松地域における摂食嚥下に関する教育・啓発活動の振り返り
○大野 友久（浜松市リハビリテーション病院）
- [摂食更新P-02] 干渉波刺激が有用であった1症例
○金森 大輔（藤田医科大学 医学部 七栗歯科）
- [摂食更新P-03] 認知症機能低下を抱えた高齢者への口腔と食に関する地域介入～大規模団地における権利ベースの実践～
○枝広 あや子（東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 認知症と精神保健）
- [摂食更新P-04] 義歯不良と飲み込み困難を訴え来院した患者に対する摂食嚥下リハビリテーションの1例
○小野 圭昭（大阪歯科大学障がい者歯科）
- [摂食更新P-05] 地域歯科医師会との連携による食支援が可能な歯科医師養成の取り組み～高知県歯科医師会との事例～
○田中 信和¹、野原 幹司²、島田 力³、阪井 丘芳²（1. 大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部、2. 大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能治療学教室、3. 島田歯科）
- [摂食更新P-06] 摂食機能療法専門歯科医師としての教育活動
○岩山 和史（医療法人 藤井歯科）
- [摂食更新P-07] 連携病院への摂食嚥下リハビリテーション訪問診療の臨床統計
○大久保 真衣（東京歯科大学口腔健康科学講座摂食嚥下リハビリテーション研究室）
- [摂食更新P-08] 摂食機能療法専門歯科医師としての活動
○高井 英月^{1,2}（1. 四天王寺和らぎ苑 歯科、2. 大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部）
- [摂食更新P-09] 回復期リハビリテーション病棟に入院した左延髄外側脳梗塞に伴う摂食嚥下障害患者への対応
○井関 史子（独立行政法人国立病院機構東京病院歯科）
- [摂食更新P-10] 認知症対応型共同生活介護利用者に対する摂食機能療法専門歯科医師としての活動
○須田 牧夫（医療法人社団 横浜みらい会 横浜南仲通歯科）
- [摂食更新P-11] 繰返す誤嚥性肺炎の軽度フレイル高齢者に対して摂食支援によって再入院を予防しえた一症例
○目黒 道生（鳥取医療生協・せいきょう歯科クリニック）
- [摂食更新P-12] 高齢者の退院支援に向けた嚥下回診を10年以上継続した活動報告
○石田 瞭（東京歯科大学 口腔健康科学講座 摂食嚥下リハビリテーション研究室）
- [摂食更新P-13] 急性期病院高齢診療科入院患者に対するオーラルフレイルラウンドの取り組み
○平野 浩彦（東京都健康長寿医療センター歯科口腔外科）

[摂食更新P-01] 浜松地域における摂食嚥下に関する教育・啓発活動の振り返り

○大野 友久（浜松市リハビリテーション病院）

【目的】

摂食嚥下障害患者が地域で安心して生活を送るためには、病院だけでなく地域全体の関わる医療者が関連する知識を共有している必要がある。従って、地域に対しての教育・啓発活動は重要である。演者は静岡県浜松市で約20年に亘り活動に関わっている。今回その振り返りを行ったので報告する。

【方法】

演者が事務局・世話人・理事として関わった浜松地区の摂食嚥下障害に関する勉強会等について、過去の資料を基に回数、参加人数、内容に関して確認、集計した。

【結果と考察】

2001年7月から聖隷三方原病院にて開始した。当初の名称は「歯科嚥下カンファレンス」で、2006年3月まで隔月で計29回開催された。参加者は聖隷三方原病院嚥下チーム構成職種と、地域の歯科医師、歯科衛生士であった（平均15.0名参加）。内容は摂食嚥下障害の症例検討が主であった。2006年5月より「浜松摂食嚥下懇話会」と名称を改め、参加者を浜松近隣の多職種に広げ広報活動も開始した。多い場合は200名を超える参加人数となった（平均114.4名参加）。内容は、藤島一郎リハビリテーション科医師を中心に、聖隷三方原病院嚥下チームによる摂食嚥下リハビリテーションの実際を講義する形とした。また2008年から、毎年1月は外部特別講師を招聘し「浜松嚥下フォーラム」を開催した。今年で15回目となり、毎回各分野の著名な講師が講演している（平均143.1名参加）。2012年5月には「浜松摂食嚥下懇話会」と「浜松嚥下フォーラム」の運営母体として「浜松嚥下研究会」を設立し、歯科医師会など聖隷関連組織以外からも世話人に就任してもらい共同運営体制とした。事務局である演者の退職に伴い、2015年7月より開催場所と事務局を藤島一郎医師が病院長を務める浜松市リハビリテーション病院に移した。2019年9月に演者が浜松市リハビリテーション病院に就職し、事務局に再就任して現在に至っている。2020年3～7月は COVID-19感染拡大の影響で開催中止としたが、9月よりオンライン開催にて継続している。2022年5月の時点で計79回開催している。現在までに計123回の活動を行っているが、今後も継続していきたいと考えている。また簡単にオンライン発信ができる時代となったので、浜松にとどまらず、全国を対象に広げているところである。（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

[摂食更新P-02] 干渉波刺激が有用であった1症例

○金森 大輔（藤田医科大学 医学部 七栗歯科）

【目的】

頸部干渉波刺激装置は、体表から嚥下関連神経を感覚閾値レベルで刺激し、嚥下反射閾値を低下させる事を目的に越久らが発案した手法である。今回、干渉波刺激を訓練で用い、嚥下機能が改善し常食摂取可能となった症例を経験したので報告する。

【症例の概要と処置】

40代男性。橋梗塞を発症し昏睡状態となり、気管切開（複管カフ付きスピーチカニューレ）を施行した。78病日当院入院となった。入院時、FIM認知項目は30点で表出、記憶、問題解決が低下していた。嚥下機能はRSSTが1回、喉頭挙上範囲は低下していた。食事はトロミやわか食（嚥下調整食コード3）を摂取していた。81病日のVF時、口腔内保持不良、喉頭挙上低下、嚥下反射惹起遅延、咽頭収縮低下を認めた。嚥下反射惹起遅延があることから干渉波刺激が有効と考えられ、VF中にその効果を検討した。VFでは液体、混合物で不顕性誤嚥を認めたが干渉波刺激中の嚥下では誤嚥を認めず、DSS3であった。また、液体4ccの嚥下反射時の食塊先端位置が干渉波刺激前後で下咽頭領域から喉頭蓋谷領域へと変化していた。そこで、嚥下反射惹起遅延に対する干渉波刺激と舌骨

上筋群の筋力増強練習等の練習を実施した。報告にあたり患者本人に発表の同意を得ている。

【結果と考察】

干渉波刺激は38日使用し感覚閾値は徐々に低下した。呼吸状態は安定し120病日にカニューレを抜去した。常食摂取可能となり162病日に退院した。本症例の誤嚥は嚥下中誤嚥で、口腔内保持不良、嚥下反射惹起遅延、喉頭挙上の低下による喉頭閉鎖不良の要因が考えられた。Leder（2001）らは気管切開は気道感覚閾値の上昇へ影響すると報告しており、本症例においても咽喉頭の知覚低下が疑われた。Miller（2008）らは嚥下中の感覚刺激は嚥下反射の誘発と閾値の変化を引き起こすだけでなく嚥下運動を持続して調整すると報告している。本症例は干渉波刺激の使用前後で食塊先端位置の変化を認めたことから、干渉派刺激が嚥下反射の感覚閾値を下げ、より効率的なりハビリテーションが可能となり良好な結果が得られたと考えられた。（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

[摂食更新P-03] 認知症機能低下を抱えた高齢者への口腔と食に関する地域介入～大規模団地における権利ベースの実践～

○枝広 あや子（東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 認知症と精神保健）

【目的】

認知機能低下した者は生活機能・口腔・身体・精神的機能低下を抱え、複合的な社会的支援ニーズがあるにも関わらず合理的配慮を受けられていない実態がある。我々は2017年より、認知症の社会的包摂と多職種による本人の視点に立った統合的調整を目指し、都市部の大規模団地に認知症支援のための地域拠点（以下 拠点）を開設した。拠点では医師、保健師、心理専門職、精神保健福祉士、社会福祉士および歯科医師等が権利ベースのアプローチを重要原則として活動し、居場所機能と相談機能を兼ね備えた認知症支援を行っている。そのなかで複合的な支援ニーズがある認知機能低下した高齢者を対象に訪問口腔調査を行い、実態把握の上で必要に応じ社会的支援のコーディネートを行った。本報告ではコーディネート事例を中心に地域活動実態を報告する。

【方法】

複合的な支援ニーズがある認知機能低下した高齢者126名に対し電話連絡の上、訪問口腔調査を行った。訪問口腔調査において、独居高齢女性 M氏（85歳）が低栄養傾向と咀嚼困難を抱え、介護支援専門員が手配した配食サービスの食事形態が不適切であることを確認した。語りからは、M氏が「食べるのに時間がかかる」と発言したことを契機に、介護支援専門員から配食のムース食を勧められた経緯が得られた。M氏本人は要支援2ながら屋外活動を活動的に行っており、ムース食に不満を持ち自ら食品店で焼き鳥等を購入し食べていた。M氏はシェーグレン症候群と診断されており、不十分な咬合接触の義歯を使用し、咀嚼ガムスコア2、簡易栄養状態評価表で低栄養リスク状態であった。M氏の了解の上で、介護支援専門員と同行し社会的支援のコーディネートを行った。

【結果と考察】

介護支援専門員と M氏とともに本人の咀嚼機能の検査内容、本人の希望を共有し、歯科受診と適切な食形態の配食の支援を行った。介護支援専門員の支援のもと M氏の義歯は修理が開始され、継続可能で本人の希望に配慮した配食等の支援が得られた。拠点において地域の住民、介護関係専門職との顔の見える関係を築く中で、受診前相談等の社会的支援の仕組みが出来つつある。口腔の健康や食は普遍的で生活に密着しているがゆえに課題が発見されにくく、自宅訪問で初めて課題が認識されるケースがあり地域支援が望まれる。

（COI開示：なし、東京都健康長寿医療センター倫理委員会承認番号2019-3146-36）

[摂食更新P-04] 義歯不良と飲み込み困難を訴え来院した患者に対する摂食嚥下リハビリテーションの1例

○小野 圭昭（大阪歯科大学障がい者歯科）

【目的】

摂食嚥下障害は、さまざまな原因疾患により発症するが、原因疾患が特定できず加齢因子が加わり、食事困難をきたす症例もある。今回は、義歯の維持不良を訴え、徐々に飲み込みが困難になってきたと訴えた患者に対し摂食嚥下リハビリテーションをおこなった症例を報告する。

【症例の概要と処置】

83歳女性。義歯の調子が悪く、咀嚼できず飲み込みが悪いことを主訴として来院した。高血圧、糖尿病、不安神経症の既往が有る。認知症検査を受け、MCIと診断を受け、認知症高齢者の日常生活自立度はII aである。両下肢の筋力低下はあるが自立歩行可能で、自炊し1人で暮らしている。日常生活自立度はJ2である。

診査の結果、全身の動きがぎこちなく、不随運動、眼振により何らかの神経疾患が疑われた。体重が減少し、栄養不良気味である。安静時呼吸において息切れ、胸式・努力呼吸が見られた。上顎義歯は、床縁が短く、前歯部突き上げにより維持不良であった。オーラルディスクネジアがみられ、舌はしわが多く弾力が少なく萎縮していた。摂食嚥下機能検査の結果、咀嚼から嚥下の移行は不良であった。嚥下内視鏡検査の結果、舌の送り込み不良、食塊形成不全がみられ、嚥下反射のタイミングが悪かった。喉頭侵入、誤嚥は認められないものの嚥下困難感や疲労感は顕著であった。

治療手順は、舌運動を阻害しないよう新義歯を新製し、予後を見据えて食事形態の工夫と栄養サポートを行う。まず介護用レトルト食品等を活用し、食塊形成しやすいものへ食形態の変更を、飲み物には薄いとろみをつけるよう指示した。デイサービスでは嚥下調整食の提供がないため栄養剤等の持参を指導した。

旧義歯を修正し維持改善を行うとともに、上顎義歯を舌接触補助床として改修した。新義歯作製にあたり、ピエゾグラフィを用いて人工歯配列位置を決定し、上顎義歯の口蓋研磨面を舌接触補助床として作製した。

なお本報告の発表について患本人から文書による同意を得ている。

【結果と考察】

食形態の変更と新義歯作製により、舌の送り込みが幾分スムーズになり咀嚼から嚥下への移行が改善し、食塊がばらつかなくなった。本症例は医科に対診を取っても原因疾患が特定できず、重度の嚥下障害がないものの、摂食嚥下機能を診査し義歯作製と摂食嚥下リハビリテーションをおこなった結果、誤嚥リスクを軽減することができたと考える。

（COI 開示：なし）（倫理審査対象外）

[摂食更新P-05] 地域歯科医師会との連携による食支援が可能な歯科医師養成の取組み～高知県歯科医師会との事例～

○田中 信和¹、野原 幹司²、島田 力³、阪井 丘芳²（1. 大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部、2. 大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能治療学教室、3. 島田歯科）

【目的】

地域包括ケアの推進に伴い、それぞれの地域のリソースを活用した医療・介護体制の構築が急務となっている。なかでも高齢者の摂食嚥下障害への対応（食支援）は、有病率の高さと内容の多様性から多くの人材が必要とされ、歯科医療者もその担い手として積極的な貢献が求められている。この傾向は、人口の高齢化率が全国トップクラスであることにくわえ、医療者の減少と地域偏在が進んでいる高知県では顕著であり、食支援のニーズが非常に高い。しかしながら一方で、歯科の対応は遅れており、訪問で食支援を提供する施設は県内1施設のみという状況であった。今回、この状況を改善すべく高知県歯科医師会と連携し摂食機能療法専門歯科医師として関わった歯科医師養成のための取組みを報告する。

【方法】

本事業は、「高知県の全域で食支援に貢献できる歯科医師の養成」を目的とし、1）各地域のコアとなるメンバーを育成する、2）口腔にとどまらず、嚥下障害の原因とその予後を推察できる知識と技術を学ぶ、3）それ

それぞれの現場に対応できる臨床力を養う、の3点を目標とした。その目標達成のために、事業を3つのフェーズに分けて展開させていった。フェーズ1は歯科による食支援の重要性の周知と研修メンバーの選抜とし、歯科医師会の全会員を対象とした講演会を開催することで、事業内容の要旨説明とコアメンバーの募集を行った。続くフェーズ2は、コアメンバーへの研修を主とし、食支援に必要な知識の講義と実習、ならびに地域にある施設の協力の下、それぞれ現場で症例検討などの実地研修を行った。特に実地研修に関しては、病院、介護老人保険施設、特別養護老人ホーム、障害者施設合計8施設の協力を得ることができ、「現場で共に学ぶ」本研修の大きな特徴となった。さらにフェーズ3は、コアメンバーによる各地での実践とし、研修を修了したメンバーが連携し、食支援の実践だけでなく、定期的な勉強会の開催や情報の発信を行っている。

【結果と考察】

2018年から開始された本事業は、コロナ下での中断があったものの、2期継続して行われており、合計14名の歯科医師が研修を受けるに至った。この結果、食支援の要請に応えることのできる歯科医師の増員、研修協力先をはじめとする施設・在宅への訪問依頼や情報発信の機会も増加し、歯科医師が活躍する食支援の場が拡大している。(倫理審査：対象外、COI開示：なし)

[摂食更新P-06] 摂食機能療法専門歯科医師としての教育活動

○岩山 和史（医療法人 藤井歯科）

【目的】

摂食嚥下障害の方の多くは、「VF・VE検査できない現場」「専門医やベテランSTがいない現場」で暮らしている。「できない」「いない」環境の中、医療介護関係者は摂食嚥下障害への対応方法が分からず悩み、疲弊していることも多い。そのような方々の悩み事に応えるべく、演者はこれまで多職種向けのセミナーを行ってきた。今回は2020年から行っている日総研出版でのセミナーの内容を報告する。

【方法】

1) セミナータイトル：VF・VE検査／専門的な嚥下訓練に頼らなくても実践できる、認知症・脳血管障害の摂食嚥下障害への残存機能を活かしたアプローチ

2) セミナー形式：オンデマンド形式（約4.5時間）。2020年、2021年に各3回配信した。配信後にはアンケートを行った。

3) セミナーの特色：①本セミナーで紹介する嚥下評価の方法は3つある。1つ目は食べる時の「口元の動き」を見て、食事が口の機能にマッチしているかどうかを判定する方法。2つ目は頸部聴診で「呼吸音、嚥下音」を聞き、喉の中をイメージする方法。3つ目は食事時の「食行動のパターン」を考察することで、食物認知の障害タイプを判別する方法である。②本セミナーで紹介するアプローチ法は、専門的な訓練法ではなく、「残存機能を引き出す」方法である。職種や経験を問わず実践できる方法として、食事調整、姿勢調整、食事ケアの3つを取り上げ、症例検討を交えて解説している。

【結果と考察】

申込者数は2020年が162人、2021年が126人であった。

アンケート結果（回収率：26.7%）：①職種は看護師が多かった。所属先は病院が多かった。経験年数は5年以上が多かった。②満足度：大変満足＋満足との回答が9割以上であった。③参加者の声：すぐに実践できるような動画内容であった。オンデマンドだったのもあり、何度も見直し・聞き直し等ができたので対面より充実していた。口の機能と食形態の調整に頭を悩ませていたが、とても分かりやすかった。呼吸音と嚥下音も分かりやすい音で勉強になった。残存機能を引き出すだけでも十分良くなることに感動した。④もっと知りたかったこと：脳血管障害、終末期、食事拒否、姿勢調整の事例など。

今後もアンケート結果を踏まえてブラッシュアップを重ねる予定である。多くの現場の悩みを解消できるような情報を提供したいと考える。

（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

[摂食更新P-07] 連携病院への摂食嚥下リハビリテーション訪問診療の臨床統計

○大久保 真衣（東京歯科大学口腔健康科学講座摂食嚥下リハビリテーション研究室）

【目的】

超高齢社会の現在、高齢者の人口が年々増加している。一方、歯科診療部門をもたない病院の医科歯科連携は急務であると考えられる。そこで我々は、歯科診療部門をもたない医科病院と提携し、連携病院入院患者への訪問診療を開始した。歯科医師と歯科衛生士による口腔衛生管理と摂食嚥下リハビリテーション（以下、摂食嚥下リハ）の介入を主体に、医科病院と歯科病院の医療連携を推進することを目的とした。

【方法】

調査期間は2017年5月から2018年3月までの期間に、歯科診療部門をもたない病院の40歳から92歳までの25人（男12人、女13人、平均年齢 77.1 ± 12.3 歳）を対象に後ろ向きの調査を行った。最初に医科病院所属の言語聴覚士によるスクリーニングテストを行い、その後歯科医師が訪問してVEもしくはVF検査を行った。摂食嚥下リハは医科病院における言語聴覚士、看護師さらに訪問診療時の歯科医師、歯科衛生士が行なった。訪問診療時には口腔衛生管理を行なった。初診時と最終評価時の嚥下機能をFOISに基づいて比較した。統計解析はSPSS Statistics 23.0のWilcoxon signed-rank testを用いた。

【結果と考察】

診療依頼元で最も多かったのは内科であった。主な原疾患は、悪性新生物10件（27.0%）が最も多く、次いで肺炎（8件、21.6%）であった。診療内容は延べ数で口腔衛生管理91件（58.3%）が最も多く、摂食嚥下リハではVE・VFが39件（25.0%）であった。

FOISを用いた摂食嚥下機能は、初回評価では経管栄養を使用しているFOISレベル1, 2, 3は合計22名、経口栄養のみのFOISレベル4, 5, 6は合計3名であった。最終評価ではFOISレベル1, 2, 3は合計20名、FOISレベル4, 5, 6は合計5名であった。FOISレベルが上がったものは12名、変化なしは10名、レベルが下がったのは3名であり、初診時と最終評価時に有意差が認められた（ $p=0.02$ ）。

今後、歯科診療部門をもたない病院の医科歯科連携に適切な対応、診療が行えるように、常に知識と技術を更新しつづけることで、より安全で質の高い医療を提供し、患者の摂食嚥下機能およびQOLの向上に努める必要があると考えた。

（COI 開示：なし）

（東京歯科大学倫理審査委員会 承認番号864）

[摂食更新P-08] 摂食機能療法専門歯科医師としての活動

○高井 英月子^{1,2}（1. 四天王寺和らぎ苑 歯科、2. 大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部）

【活動報告】

摂食機能療法専門歯科医師の資格を取得後した年に在籍していた歯学部附属病院では、所属していた診療科の特性より、高齢者だけではなく小児から高齢者まで、嚥下障害の原因となる疾患についても脳卒中、認知症、神経筋疾患、腫瘍術後、脳性麻痺、感覚過敏など多様な嚥下障害症例の診察を行っていた。

2018年より、重症心身障害児者施設に併設された歯科へ着任した。障害者の歯科治療はもちろんのこと、一般歯科治療だけではなく、これまでの経験および摂食機能療法専門歯科医師の資格を活かして様々な嚥下障害症例の診察を行っている。

施設には約100名の重症心身障害児者が入所しており、歯科医師、歯科衛生士が中心となり症例の担当医師、看

護師、福祉職、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、放射線技師、管理栄養士など多職種で毎月1回嚥下カンファレンスを行い、嚥下診察を行っている。毎月2～3名を対象とし、症例ごとに主訴や確認したいことを設定した上で、必要に応じて嚥下内視鏡検査（以下 VE 検査）あるいは嚥下造影検査（以下 VF 検査）を行い、主訴の解決や確認、今後の方針を決定している。この取り組みにおいて、経口摂取可能かどうか評価を行った経口摂取をしていない胃ろう造設症例について、診察結果をまとめて学会発表を行った。

外来においては歯学部附属病院在籍時と同様に、高齢者だけではなく小児から高齢者まで、多様な症例の診察を行っている。症例の多くは医科・歯科の病院や診療所からの紹介である。外来受診が困難な症例については歯科訪問診療を行っている。

施設内での診療のみならず、月2回定期的に老人保健施設への歯科訪問診療も行っている。摂食機能評価や VE 検査を行ったうえで、施設の看護師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、福祉職など多職種にてカンファレンスを行い適切な食形態や食環境を提案し、安全な経口摂取が継続できるような食支援を行っている。

今回、認定更新に際して、演者が行っている重症心身障害児者施設に属する摂食機能療法専門歯科医師としての活動を報告する。

COI開示：なし

倫理審査対象外

[摂食更新P-09] 回復期リハビリテーション病棟に入院した左延髄外側脳梗塞に伴う摂食嚥下障害患者への対応

○井関 史子（独立行政法人国立病院機構東京病院歯科）

【目的】

回復期リハビリテーション病棟に入院した ADL ほぼ自立で重度嚥下障害のある延髄外側脳梗塞患者への摂食嚥下機能評価と口腔衛生管理を行った症例を報告する。

【症例の概要と処置】

80歳、男性。高血圧症、脂質異常症の既往あり。2021年 X 月 Y 日ふらつき出現、唾液嚥下困難にて前医に救急搬送、左椎骨動脈閉塞・左延髄外側脳梗塞を認め同院脳神経外科入院し保存的加療。途中、誤嚥性肺炎を発症し抗生剤で加療、発症後38日目に当院回復期リハビリテーション病棟に転院。

転院時は軽度失調と右表在・温痛覚障害はあるが ADL はほぼ自立、重度嚥下障害に対し経鼻経管栄養であった。入院10日目初回 VF でゼリー・とろみは喉頭侵入、咽頭残留には頸部回旋で追加嚥下必要(藤島 Gr4)。ST で直接訓練を継続、入院43日目に経鼻胃管抜きし3食経口摂取（ペースト食）へ。入院59日目2回目 VF で喉頭侵入消失、咽頭残留不変（対応も同）、食形態はキザミ食へアップ（藤島 Gr7）。入院108日目3回目 VF で喉頭侵入・誤嚥は無し、咽頭残留量減少、7分菜食へアップした（藤島 Gr8）。

歯科は入院34日目に右上4FCK動揺（Miller の分類:2度）を主訴に介入開始したが、長年かかっている歯科への信頼から入院中の予防的抜歯は希望せず、歯の動揺が悪化した際に抜歯検討することとし慎重に経過観察した。多量の歯垢付着を認め重度嚥下障害があることから入院中は口腔衛生状態改善を優先、退院時には口腔衛生管理継続と動揺歯の治療検討をかかりつけ歯科に紹介した。

本報告について患者本人から口頭による同意を得ている。

【結果と考察】

延髄外側脳梗塞による重度嚥下障害で、経鼻経管栄養を脱した後も咽頭残留が遷延し嚥下食及び頸部回旋・追加嚥下の対応を継続、入院146日目に軟飯・軟菜食・水分トロミなしとなり149日目に自宅退院した。ST 訓練、VF、口腔衛生管理により、誤嚥性肺炎再発を予防しつつ食事摂取含む全ての ADL が自立かつ日常生活でほぼ不自由無い食形態へ改善し自宅退院できたと考える。

回復期リハビリテーション病棟入院中は動作の習得・改善を目指すため、ADL ほぼ自立で認知機能低下も無い本症例では口腔衛生管理はセルフケアに任せられ口腔内汚染が放置されていた。摂食嚥下障害患者の口腔衛生管理

は摂食機能療法専門歯科医師の重要な役割と考える。

（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

[摂食更新P-10] 認知症対応型共同生活介護利用者に対する摂食機能療法専門歯科医師としての活動

○須田 牧夫（医療法人社団 横浜みらい会 横浜南仲通歯科）

【目的】

申請者は、認知症対応型共同生活介護（以下グループホーム）利用者に対し摂食機能評価を含めた定期的な歯科訪問診療を行っている。特に認知症患者の食事では多くの問題を抱え、グループホーム職員が対応に苦慮している場面に多く遭遇する。そこで、安全な食事提供や低栄養の改善のため、施設職員、介護支援専門員、訪問医師、訪問看護師と協働し安全に栄養摂取が可能となった症例について報告する。

【症例の概要と処置】

92歳、女性。主訴は唾液でむせ、食事中、食後にむせる（施設職員より）ことであった。既往歴は脳出血、肺炎である。原疾患は脳出血後遺症（右麻痺）、失語症、アルツハイマー型認知症である。感染症、アレルギーなし、抗精神病薬の服用はない。認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ a。初診時の体重は32.1kg（BMI：15.9）であった。摂食機能評価により食塊形成不良、食塊移送不良、喉頭挙上不良、軟口蓋挙上不良、咽頭収縮力不良、嚥下反射惹起遅延、唾液誤嚥、喀出力の低下を認めた。これらの評価に対し、口腔衛生管理方法の再確認、食形態の変更（学会分類2013、コード4→2-2）、補助栄養食品の追加、食事介助時の姿勢調整（60度リクライニング位）、介助方法の指導（一口量、交互嚥下）、間接訓練として筋刺激訓練法を開始した。施設職員もむせる原因、適切な食事形態、介助方法を知りたいとの訴えがあり、摂食機能療法に対する報告とは別に摂食嚥下機能の基本、認知症患者の食事に関する注意点などの職員向け講習会を開催し、安心、安全な食事介助方法の理解を深めた。

なお、本報告の発表について代諾者から文書による同意を得ている。

【結果と考察】

摂食機能療法後、食事中、食後のむせはなくなり、徐々に体重の改善が認められた。3か月後の体重は39.1kg（BMI：19.4）、6か月後には体重40.6kg（BMI：20.1）と安定した。施設職員より、安心して食事の介助が行えるようになり、食事介助のストレスがなくなったとのコメントがあった。現場で対応している職員が安心して食事介助を行える環境の整備、知識の提供、多職種との連携を継続できたことが安全な経口摂取につながったと考えられた。

（COI開示：なし）

（倫理審査対象外）

[摂食更新P-11] 繰返す誤嚥性肺炎の軽度フレイル高齢者に対して摂食支援によって再入院を予防しえた一症例

○目黒 道生（鳥取医療生協・せいきょう歯科クリニック）

【目的】

近年、地域包括ケアシステムが推進され地域における連携が必要とされている。この連携には垂直的統合と水平的統合、linkageとco-ordination、そして臨床的統合等の3種類の統合ケアの概念がある。垂直的統合では急性期病院の退院前カンファレンスへの参加、水平的統合では各介護事業所との連携や担当者会議への参加、また、医療機関だけでなく介護事業所等からの個別紹介から始まり（linkage）、事業所間の紹介や公的制度を活用した

システムの紹介へ発展させること（coordination），さらに各事業所と臨床情報の共有や共通化（臨床的統合）等が連携として挙げられる。これらの概念を取入れ，摂食支援を重視し独立した部門として訪問歯科診療を7月より開始した。この度，誤嚥性肺炎を繰り返す自立高齢者に対して急性期病院退院前に紹介を受け，介護事業所，かかりつけ内科と連携し，繰り返す誤嚥性肺炎を予防し在宅での安定した療養を確立した症例を紹介する。

【症例の概要と処置】

83歳，男性。脳血管疾患や認知症の既往なく ADLは自立。9月に誤嚥性肺炎にて急性期病院に入院した。抗菌療法等で軽快し自宅に退院したが7日後に発熱があり，誤嚥性肺炎の診断で再度入院した。入院中の嚥下内視鏡検査（VE）で喉頭侵入や食塊残留を認め，退院直前の11月に誤嚥性肺炎の予防を目的に入院主治医より，訪問歯科の依頼を受けた。

退院前カンファレンスに参加し誤嚥予防の指導内容を引継ぎ，退院日の夕方に初回の訪問歯科診療と担当者会議が開催された。食事時の誤嚥よりも臥床時の不顕性誤嚥を疑い，嚥下内視鏡検査によって臥床時や姿勢変化時の水分誤嚥を評価した。

本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【結果と考察】

VE結果から，夜間の不顕性誤嚥と姿勢の変化の際の残留水分の誤嚥が，繰り返す誤嚥性肺炎の要因と診断した。そこで，食事形態や水分粘度，口腔衛生管理の指導を本人と家族に行い，机，椅子や寝台の変更等の提案をした。2カ月後に食形態や CRP値が改善し，入院を経ずに在宅で生活している。

本症例では急性期病院退院時に訪問診療へ移行したことにより，各事業所との連携が速やかに進み，一貫性のある指導内容を徹底できた。これらのことが，誤嚥を予防でき，栄養状態や食事形態の向上に繋がったと考えられる。

（倫理審査対象外，COI開示：なし）

[摂食更新P-12] 高齢者の退院支援に向けた嚥下回診を10年以上継続した活動報告

○石田 瞭（東京歯科大学 口腔健康科学講座 摂食嚥下リハビリテーション研究室）

【はじめに】

入院中の有病高齢者の多くは主疾患の治療だけでなく，栄養障害が課題となる。早期に経口摂取を安全に再開できることが退院支援となり，住み慣れた生活の場で自分らしい生活を続けられることにつながる。

嚥下回診は入院患者の全身状態，栄養状態，摂食嚥下機能の評価を行い，医師，看護師，言語聴覚士，管理栄養士など多職種チームで実施され，その評価をもとに栄養指導や摂食嚥下訓練を行うものである。私が嚥下回診を担当する H病院での関わりも2009年から10年以上が経過した。H病院は千葉市内の高齢化率の高い地域にある，166床の一般病床と療養病床を有するケアミックス病院である。今回は H病院での嚥下回診を，関連する活動とともに報告する。

【嚥下回診の概要】

H病院では，主治医から紹介された入院患者の摂食嚥下機能，口腔衛生，栄養状態を1週間ごとの回診で評価・支援している。参加職種は歯科医師，看護師，管理栄養士，言語聴覚士をコアメンバーとし，多職種により構成している。昼食時に数名の患者を回診し，担当患者数は概算500名以上となる。

回診初回は RSST，MWST，FTによるスクリーニング検査，VEによる機能評価をもとに今後の方針を提案する。想定するアウトカムまで介入を継続するため，数か月にわたり介入するケースも少なくない。介入中は適宜 FOIS，ODAによりモニタリングし，PEM予防・改善に十分留意している。ポジショニング，自食機能などの課題に際しては，適宜リハビリテーション科との連携を図る。口腔衛生管理は歯科衛生士退職後，他職種により励行している。義歯などの口腔問題は必要により歯科介入している。

退院支援を前提とし，該当者の退院先は介護老人保健施設，介護老人福祉施設，在宅及び療養病床が主なものである。入院前の生活環境に戻るケースは幸いだが，安定した経口摂取が大きなカギとなる。嚥下回診介入する

も、やむなく経口摂取困難と判断された場合、代替栄養により療養病床あるいは看取りと判断する場合も少ない。

H病院での嚥下回診は、摂食嚥下リハビリテーション臨床研修の場として、地元歯科医師会、卒後研修などでも活用されている。

【まとめ】

10年以上継続中の嚥下回診は、一医療機関での退院支援にとどまらず、摂食嚥下リハビリテーション臨床研修の場として地域・社会に貢献している。

（倫理審査対象外）（COI開示：なし）

[摂食更新P-13] 急性期病院高齢診療科入院患者に対するオーラルフレイル ラウンドの取り組み

○平野 浩彦（東京都健康長寿医療センター歯科口腔外科）

【目的】

東京都健康長寿医療センター病院部門は急性期病院（550床）で、27診療科から構成されている。入院患者数は約10,000から13,000人/年を推移している。高齢者は複数の疾患を併せ持ち、若年者とは生理的にも大きな相違がある。そのため高齢者診療では、臓器別、領域別でなくより包括的また全人的な診療が求められる。以上を踏まえ当センターでは令和2年より高齢診療科が発足し、以下の点を主眼として運営を行っている。①併存する複数症状の原因について精査し、専門的治療の必要性の有無を確認し適宜専門診療科と連携し対応する。②内服治療の継続性（コンプライアンス）を確認し、ポリファーマシー対策も含め個々の特性に合った対応を行う。③心身のみでなく、精神、心理、生活機能、社会環境などの面からも評価し、フレイル予防対策も含め対応する。④医療や介護関する必要な情報を提供し、多職種で協働し療養環境を調整する。令和3年4月より、高齢診療科入院療養中の口腔機能および摂食嚥下機能低下リスクの軽減を目的にオーラルフレイルラウンドを開始したのでその概要を報告する。

【取り組みの概要】

高齢診療科新規入院患者に対するオーラルフレイルラウンドを、毎週水曜日午後、歯科医師2名（歯科研修医1名含む）、歯科衛生士1名の人員構成で実施している。評価項目は、口腔機能低下症評価項目、嚥下機能（改定水飲みテスト）等である。さらに、既往歴、服薬歴、入院経緯、さらに入院時の医師、看護師などによる評価（血液検査、四肢筋肉量、食品多様性、日本版 CHS基準、サルコペニア（AWGS 2019診断アルゴリズム）、認知機能（MMSE-J、DASC21）など）情報も併せ、精査が必要な際は嚥下内視鏡検査などを実施している。以上の評価結果を踏まえ、摂食嚥下機能などを含めた入院療養中および退院に向けた対応を、対象患者に関わる多職種で検討し実施している。

【今後の展望】

急性期病院の特性上、入院期間が限定され包括的評価を踏まえた摂食嚥下機能などへの対応フィードバックの迅速さが求められる。今後、集積した評価データを解析し、その結果（入院期間、入院療養予後に影響する項目など）を高年齢診療科に携わる医師、看護師などと共有し、より効果的なフィードバックシステムを検討していく予定である。

（COI開示：なし）（倫理審査対象外）