

食べる  
ための  
口を作る?

それなら、  
食べるところを  
みなけれ  
ばね



# ミールラウンド& カンファレンス

高齢者の「噛めない」「食べない」に

訪問診療で取り組むためのガイドブック

菊谷 武 編著  
高橋賢晃  
戸原 雄  
尾関麻衣子 著

医歯薬出版株式会社



# ミールラウンドと カンファレンスって 何をやるの？

## 1 ミールラウンドでやること

高齢者施設で歯科訪問診療をしていた「僕」は、気がつきました。歯科医療の目的が、「食べるための口を作る」のならば、「食べているところを見ないといけない」、ということに。つまりミールラウンドとは、施設の利用者が食事の際に果たして何をどのように食べているのか、食事場면을観察して判断しようというものです。これを通じて、まずはその人の咀嚼機能や嚥下機能を評価します。そして、その評価に基づいて、「本人に合った食事の形態とは?」、「本人に合った食べ方とは?」、「本人に合った介助方法とは?」といった事項を、施設の医療・介護職員たちとカンファレンスを開催して話し合うのです。

私たち歯科医療従事者は、外来診療では咀嚼障害のある患者のうち、軽症の人しか診てこなかったといえます。なぜなら、歯科医院に来られる人というのは、咀嚼機能に問題があるとはいっても、よほどの硬い物以外は普通の食事ができる人であったからです。

それが、高齢者施設に来ると、どうでしょうか。まず、普通食を食べている人が2割程度と極端に少ないのがわかります。多くの利用者は咀嚼障害が中等度から重度であるといえます。かじり取ることが困難な人には一口大食が提供され、咀嚼が困難な人には刻み食やソフト食といった噛みやすい食事が提供され、咀嚼ができない人にはミキサー食が提供されています。

ところで、私たち歯科医療従事者の仕事とは、咀嚼が困難、あるい

## 4

## 高齢者施設における多職種協働による 摂食支援の実際

私たちがこれまで介護保険施設で行ってきたカンファレンスとミールラウンドを含めた摂食支援システムについて紹介します<sup>4)</sup>(図2)。

施設に訪問した歯科医師，歯科衛生士が，施設の看護師，管理栄養士，相談員，ケアスタッフとともにカンファレンスを開催し，利用者の摂食状況，栄養状態について検討します(図3)。

カンファレンス時には，施設職員からの食事時の問題点や食事摂取状況を聴取し，体重変化のデータより摂食嚥下障害の疑いありと考えられた利用者に対してミールラウンドを行い(図4)，実際の食事場面の観察評価および頸部聴診法による摂食嚥下機能の評価を行います。そして，評価に基づき食形態の変更や栄養摂取量の変更，食事介助方法の適正化や摂食姿勢の提案などの食事環境指導を行います。ミールラウンド時は，摂食状況をビデオに記録します。

1. カンファレンスの実施(月1回)
  - 摂食状況，栄養状態の確認
  - 摂食嚥下機能の変化についての検討
  - 食事の問題点についての報告
2. ミールラウンド
  - 多職種による食事場面の観察
  - 頸部聴診法などのスクリーニング検査
3. 評価後のカンファレンス
  - 評価および指導の確認
  - ケアプランの検討

図2 施設における摂食支援システム



図3 多職種とのカンファレンス



図4 ミールラウンド

者、すなわち運動機能や認知機能が重度に障害された者においては、咬合支持は良好な予後に関与していませんでした<sup>1)</sup>。

## 2 重度要介護期における歯の存在のリスク

訪問歯科診療の現場を多く経験すると、人生の最終段階を迎えた高齢者にとっては、歯の存在が与える影響はさらに違った様相を呈することを目にするようになります。意識レベルの保たれていない患者にしばしばみられるのは、咬合支持を失った歯やインプラントが対顎の歯槽を損傷している例です。

また、口腔衛生が不良な状態が続くことによって、インプラントに比較して天然歯は齲蝕や歯周病に侵されやすくなります。そこで、早期に著しい動揺や傾斜、歯冠の崩壊をきたします。これにより咬合支持は失われ、口腔内には頑強に残存したインプラント体のみ存在することになります。訪問歯科診療下において、インプラント体の削合や撤去は容易ではなく、対応に苦慮することとなります。

歯や補綴装置の自然脱落も大きな問題となります。口腔内に脱落した歯や補綴装置がそのまま誤嚥・誤飲される例が増加しています。歯や補綴装置が消化管異物の上位を占めるとして報告されている実態が、それを裏づけています。

さらに、このステージにおける歯の存在が誤嚥性肺炎のリスクとなる可能性も出てきています。私たちは、特別養護老人ホームに入居する618名の高齢者の唾液中の細菌数を測定することで、口腔内環境に与える因子について検討しました。その結果、歯が多く存在することが唾液中の細菌数を増加させることを明らかにしました<sup>2)</sup>。また、Shimazaki<sup>3)</sup>らは、271名の要介護高齢者の追跡調査から、20歯以上歯を有する高齢者は9歯以下の者に比較して、有意に発熱日数が多い事実を明らかにしました。すなわち、口腔衛生状態の維持が困難となったステージにおいては、歯の存在がむしろリスクとなる可能性も示されています。

このように、患者のステージに応じて、歯の存在は相対的にその効力を失うことがあります。ミールラウンドでは、まず口腔内のリスク

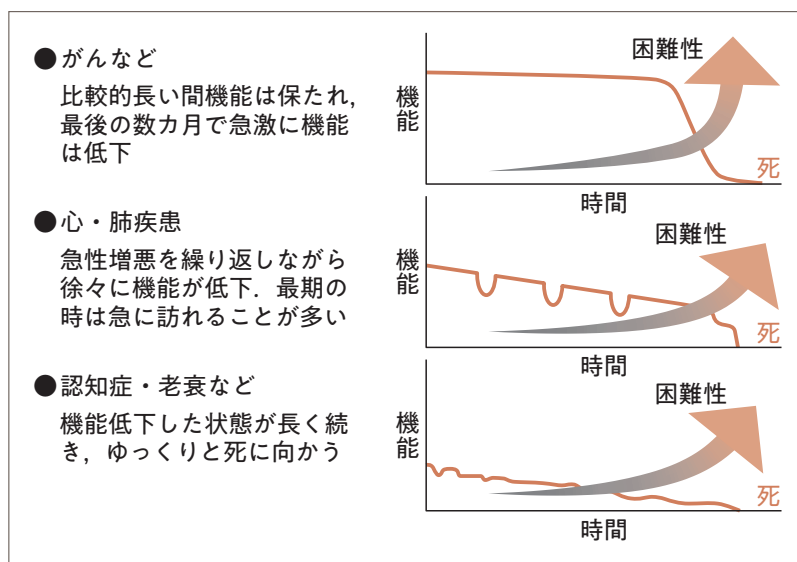


図1 人が死にゆく自然経過のなかで歯科医療の困難性は増す  
終末期に向かう機能低下のなかで、口腔内環境の悪化および歯科治療の困難性は、直線的にではなく、加速度的に増加することが予測される

## 2 Dental R-map の活用

図1は、人が死にゆく自然経過を表しています。終末期に向かう機能低下のなかで、口腔内環境の悪化および歯科治療の困難性は、直線的にではなく加速度的に増加することが予測されます。そのため、人生の最終段階を迎えようとしている人たちについて、歯の存在や補綴装置の存在が「口腔および身体に傷害を与えうるリスク」となる可能性を明示し、それに対する介入の必要性を明らかにすることが必要です。そこで、私たちは、経済産業分野で広く用いられるリスクマネジメント国際規格 ISO31000の手法に基づく観点を応用し、リスクマネジメントプロセスを「見える化」する手法であるR-map法を参考にDental R-mapを作成し、臨床に活用しています(図2)。

本マップでは、横軸を「危害の程度」、縦軸を「発生頻度」としてマトリクス化しています。危害の程度は、「重大さレベル」とし、「無視できる」から「破局的」の5段階があります。さらに、縦軸の発生頻度は「確率レベル」とし、「めったに起こらない」から「必発」の5段階と

