

# TMDUの臨床力

## 超急性期からの歯科介入で脳卒中の早期回復を目指す

東京医科歯科大は研究や教育で国際的に高く評価されてきたが、それらと同じくらい、臨床においても数々の強みを持つ。中でも、医学部附属病院と歯学部附属病院による脳卒中患者への対応は、他にはない先進的な取り組みだといえる。



前原健寿 教授  
医歯学総合研究科脳神経機能外科学分野

戸原玄 准教授  
医歯学総合研究科高齢者歯科学分野

「リハビリ科に限らず、患者さんは入院・入所した時点で歯の治療から切り離されてしまいます。そこから口腔環境が悪化したり、嚥下機能に合った栄養摂取ができなかったりすることでさらに嚥下機能が低下し、誤嚥性肺炎や窒息事故が増加していると考えられます。こうしたことは専門的口腔ケアや歯科治療によって防げるはずで、この研究には大きな意味があります」

多職種連携のために独自のマニュアルを作成

脳神経外科では以前から歯学部附属病院と連携しており、入院患者を

脳梗塞や脳出血など脳血管障害の総称である脳卒中は、日本の三大疾病のひとつで、1980年代半ばまで日本の死因の第1位だった。その後、効果的な治療薬や治療法が開発されたことで治療成績が向上し、今では死因第4位になった（第1位は悪性新生物）。

しかし、脳卒中発症後に後遺症を抱えている患者は多い。入院患者の約7人に1人は脳卒中で、要介護の原因では第1位である。介護する家族を含む社会的負担も大きいことから、脳卒中対策は大きな課題のひとつとされている。

東京医科歯科大学医学部附属病院は、2016年1月に脳卒中センターを設置。救命科、神経内科、脳神経外科、血管内治療科で構成され、脳卒中専門医12人、脳神経外科専門医17人、脳神経血管内治療専門医6人を含む多数の専門医が治療にあたっている。

さらに、手術部、麻酔科、放射線科、リハビリテーション部といった関連部門とも連携しながら、24時間体制で救急搬送を受け入れ、後遺症を最小限にとどめつつ、再発を防止する最先端医療を提供してきた。その結果、発症から血管再開通までの時間が半分以下にまで短縮された

中心に口腔ケアなどを依頼していた経緯がある。当時は慢性期での介入である上に、診療科同士の連携でしかなかった。

対して、今回の医科と歯科の連携は、脳卒中発症から3日以内という超急性期で歯科介入を依頼するという点が大変に画期的だといえる。

入院中の口腔機能管理にあたるのは、脳卒中センターの医師と摂食嚥下リハビリ外来の歯科医師はもちろんのこと、歯科衛生士、医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーといった多職種

### 入院中の口腔機能を多職種チームで管理

脳神経外科病棟での多職種カンファレンス（週1回開催）。

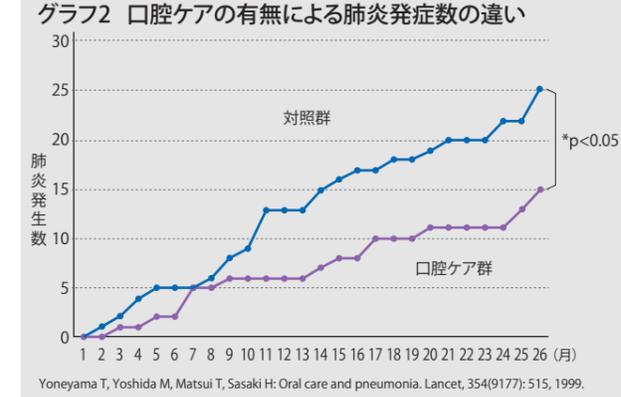
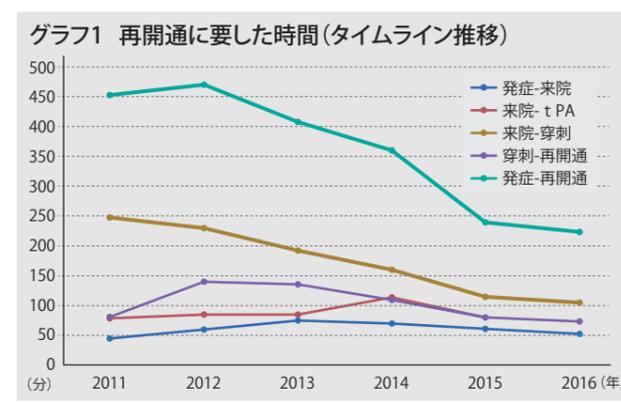
言語聴覚士と歯科医師による咀嚼・嚥下機能評価。

ベッドサイドでの歯科医師による口腔ケア支援。

チーム。週に1回は多職種での嚥下・口腔ケアのカンファレンスも実施している。

脳卒中を発症して運び込まれた患者は、血栓溶解法や血管内治療、開頭手術、内視鏡手術などが行われるが、それとほぼ同時に歯科に対して歯科介入が依頼される流れだ。依頼を受けた歯科では、速やかに病棟での口腔ケア、嚥下チェックなどを行い、その後も継続して口腔機能をチェックしていく。

こうした医科歯科連携をスムーズに行うため、準備にも時間をかけた。



（グラフ1）。

### 嚥下機能の改善で肺炎発症が減少

脳卒中センターでは、2016年4月より日本医療研究開発機構（AMED）の採択課題「脳卒中急性期における口腔機能管理法の開発に関する研究」として、歯学部附属病院摂食嚥下リハビリ外来との連携を始めた。

脳卒中患者への歯科介入を始めた理由については、脳神経機能外科学分野の前原健寿教授は予後の改善はもちろんのこと、QOL向上などの意

味があると話す。

「脳卒中は死因の4位で、3位は肺炎ですが、実は脳卒中の患者さんが誤嚥性肺炎で亡くなることは少なくありません。そのような患者さんに対して早期から歯科介入をすることで口腔機能や嚥下機能を改善し、誤嚥性肺炎を防ぐことができれば、結果的に死亡率低下や介護予防にもつながる可能性があります。そこで、この研究課題では脳卒中発症直後の超急性期から歯科に介入してもらうことにしたのです」

高齢者施設に入所している高齢者に対して、専門的な口腔ケアを行っ

## 脳卒中の歯科介入事例

事例 1



[88歳・男性]  
右後頭葉皮質下の脳出血を  
発症  
発症6日後に歯科介入依頼

**【摂食嚥下リハ外来初診時】**  
左上の歯が動揺し、痛みがあるため噛むことができない。義歯も破損しており装着不可。口腔環境が悪く舌機能低下も認められる。  
看護師に義歯の装着・正装方法や口腔ケアを指導。動揺歯抜歯、上顎義歯修理、専門的な口腔ケアと口腔リハビリを実施。



**【介入2週間後】**  
口腔環境が整備され、口腔機能が回復したことでペースト状の訓練食を10割摂取することが可能になった。口腔からの送り込みも改善。  
咀嚼を要する訓練食へのステップアップも検討可能になった。



事例 2



[83歳・女性]  
くも膜下出血を発症  
発症5日後に歯科介入依頼

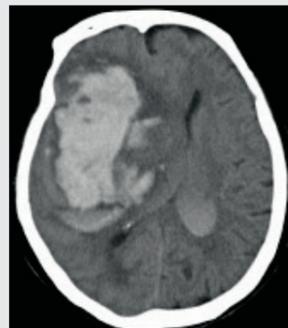
**【摂食嚥下リハ外来初診時】**  
常時の開口があり、口腔内は廃用により著しく乾燥していた。剥離上皮、痂皮、痰などが口腔内に付着するなど口腔内の汚染が強く、嚥下障害も認められた。  
看護師や家族と口腔環境の情報を共有し口腔保湿剤の使用法など効率的な口腔ケアを指導。専門的な口腔ケアと口腔リハビリを実施。



**【介入4週間後】**  
全身状態に著明な変化はなく、開口状態も続いているが、口腔環境は優位に改善。口腔機能のリハビリによって口腔内が潤うようになり、経口摂取訓練に向けた足がかりができた。



事例 3

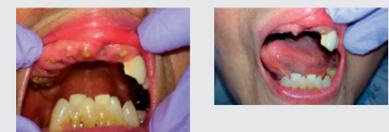


[77歳・女性]  
右被殻の脳出血を発症  
発症3日後に歯科介入依頼

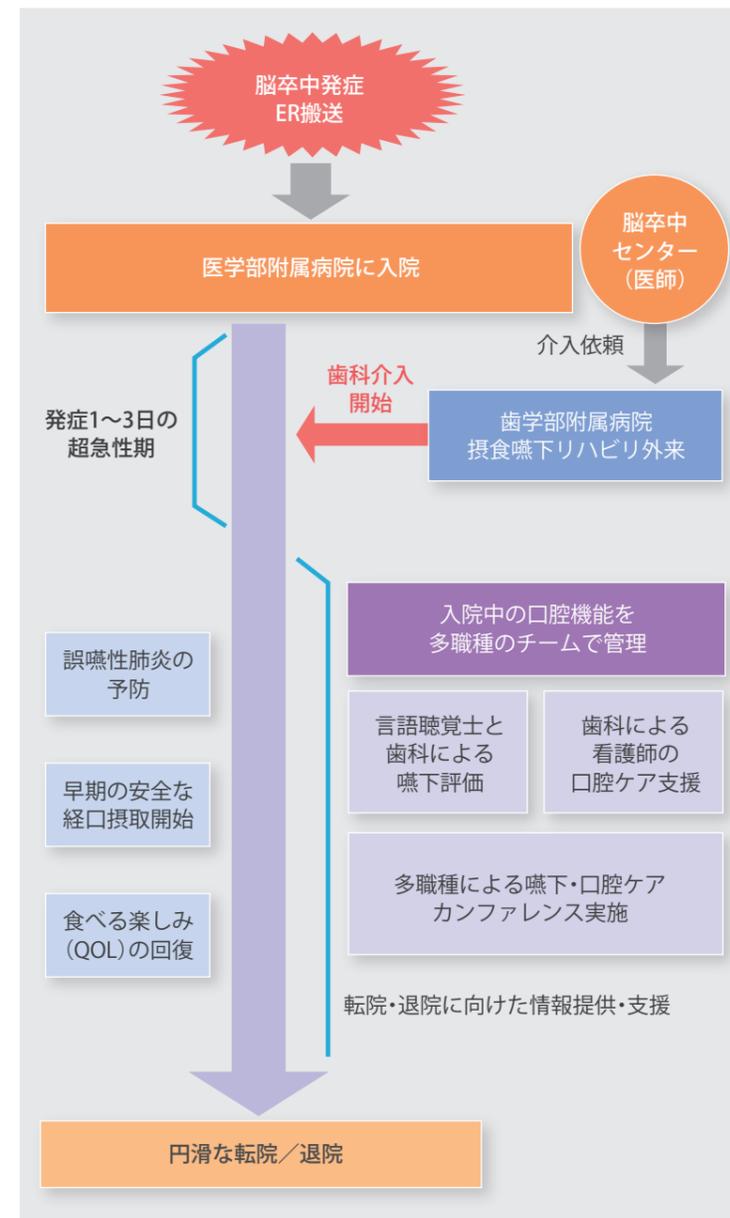
**【摂食嚥下リハ外来初診時】**  
歯の根だけが残った状態が多く、大量の付着物を認める。廃用に伴って口腔内が乾燥しており、上顎前歯の強い動揺、口唇潰瘍も認められる。  
上顎前歯の動揺のため口腔ケアができないという看護師からの訴えを受け、主治医と連携して上顎動揺歯を抜歯。看護師に口腔ケアを指導した。



**【介入3週間後】**  
看護師による口腔ケアが容易になったこともあり、口腔環境が改善された。舌運動も可能になり、嚥下訓練へと円滑につなげることができた。



### TMDU型 脳卒中患者の口腔機能管理



「以前は歯学部で歯科介入をお願いしたくても、歯学部のどこに依頼していいかわかりませんでした。内科と歯科では書類の流れなども違いますので、まずは窓口を統一しました。次に口腔ケアを医療行為として行う場合は医師のオーダーが必要ですが、従来のやり方だと大変煩雑で時間も掛かりました。そこで、できるだけ歯科と内科の連携を簡素化するよう手続きも見直しました」(前原教授)

歯科側でも、超急性期での介入に対応できるように、スタッフ体制を見直した。戸原准教授はその取り組みについて次のように語る。  
「摂食嚥下リハビリ外来だけでは人的リソースが十分ではないのですが、地域・福祉口腔機能管理分野の古屋純一教授が全面的に協力してくれています。さらに、医科の看護師など専門家だけでなく口腔内をチェックできるようにマニュアルを作成して、卒後教育などにも活用し

ています」(戸原准教授)  
**急性期から慢性期まで シームレスな管理を実現**  
脳卒中患者への歯科介入は入院中だけにとどまらない。大学病院では基本的に急性期しか入院しないが、回復期病院や施設、在宅でも継続して口腔ケアが行えるよう、退院後の情報やマニュアルの共有まで行う。「大脳病変での嚥下障害の多くは急性期のみで、時間が経っても残る

嚥下障害であることは少ない。ということは、嚥下機能が回復する可能性が高いのですが、急性期病院が「嚥下機能障害あり」として転院させてしまうと、嚥下機能は回復しないものだと思われるリハビリなど行わず、そのまま胃瘻にしてしまうケースが実はとても多い。超急性期から慢性期までのシームレスな対応が重要なのはそのためです」(戸原准教授)  
TMDU型脳卒中の口腔機能管理をスタートして2年目。介入による効果は明らかで、唾液誤嚥レベルが30%減少、絶食も35%減少し、全粥食を食べられる患者が10%増加した。特に、1週間以内の肺炎発症は激減している。  
今後は、この仕組みを他大学や多施設に広げていくことを目指す。まずは歯科を併設する関連病院に声をかけ、独自に作成したマニュアルやシステムについてはどんどん情報開示していく方針だ。  
「本学はもともと医科と歯科が連携しやすい関係だったため実現しました。だからこそ他院にも広げていく義務があると自負しています」(前原教授)  
TMDU型がモデルケースとなり、医科と歯科の連携が広がっていくことを期待したい。