

摂食機能障害治療（リハビリ）の歴史を翻って分かること

摂食機能障害は、発育障害や脳血管障害等の後遺障害に見られます。いずれも脳に障害があると、身体各部の麻痺に限らず摂食機能障害も認められます。

現代医学では身体各部に見られる運動機能障害を改善するために、「麻痺した各部の筋組織に負荷を与えることで、そこからの脳への求心性刺激を送り続けることが脳の改善刺激となり、その効果で脳に改善のためのシナップが出来れば、改善した脳からのしっかりした遠心性刺激が身体各部に行き渡り、麻痺した身体各部の運動機能は改善するはずだ」との思惑で、麻痺部を動かす等の負荷を強要することで改善を図ってまいりました。この考えが正しいのであれば、発病後の経年期間とは無関係にリハビリをすれば改善するはずですが、判で押したように発病半年経過すると改善がほとんど認められないというのも公然の事実です。

自然治癒が起きるといわれる半年を過ぎたならば、リハビリをしても改善効果が出ないというのであれば、むしろ今まで行われてきたリハビリは、脳に新たな神経指令回路が出来る可能性はないと考えるのが素直な考えです（蛇足ですが、厚生労働省は改善効果期間が限定しているために、現在行われているリハビリの治療効果を認めていないと思われまます。医療費抑制の為に、発病半年後にはリハビリは認めないとの施策を打ち出してきたのが、その現れです。現状は患者と家族の手強い反対を浴び、撤回した状況なのです）。

無効なりハビリを続けさせるよりも、新たに脳活動の改善機能も同時に起こすようなリハビリ方法を考え出さなければならぬ時が来ていると思います。

脳の改善には、脳の司令塔と称されている右側前頭葉脳血流の増加が必須です。簡単確実に同部の脳血流増量を惹起するリハビリ方法を、悩める患者さんたちに歯科関係者が果敢に実行させたいものです。歯科医師にとっても参考になるとしますので、P T・S Tの先生方が話された秘話をご紹介します。

従来の経験から、脳梗塞を発症し半年経過された後遺障害は改善しないのが普通です。効果ある治療ならば期間に関係なく改善効果が出てくるはずなのに、それが半年経過すると治らないということは「もしかすると自分たちのしている治療は、改善効果のないことをしていたのではないかと不安に感じていました。言い換えれば、後遺障害をはじめはあっても「何をしなくとも改善する人は改善し、改善しない人は改善しない」ということであるのではないかと、密かに不安を持っていました。そこへ平成 18 年の医療保険改正時に、リハビリ期間が半年しか認められなくなった時は自信を持って反対できず、正直困りました。幸いな事に全国的に患者さん達が多くの署名活動をし、マスコミも取り上げてくださったお陰で撤回になり助かりました。

最近のMパタカラの開発は、私たちのイメージをも変えています。どうしても改善しなかった患者さんに使うと、確かに良くなってきますし、患者さんご自身が何となく変わってくるのが分かったと実感され、私たちに話してくれます。

この話を参考に、どうぞ歯科の先生方も、自信がなくとも適応症の患者さん達に使わせてください。Mパタカラを口唇にくわえ、ただ閉じ続けることで、患者自身が治していくのです。

摂食機能療法 詳細（診療の実態 + 別紙との関係）

医療は、「一般的な治療」と「機能回復を目的とするリハビリ」とに分けられます。一般的な治療は、初診月や再来月以降に医学管理料が算定できますが、リハビリでは算定不可のケースが多くあります。摂食機能療法はリハビリに該当しますが、摂食機能障害者は口呼吸を併発しているケースが多く、唾液蒸発の悪影響から口腔内に多くの問題を抱えています。その場合には一般的な治療も必要となります。

在宅療養支援歯科診療所（施設基準あり）別紙 31

予め地域医療連携体制の届け出を済ませておく 別紙 11、12、13

算定の対象となる歯科治療行為がない場合には算定できません。

* 診療所患者は地域医療体制に組み込まれ、紹介状を介して介護、福祉、行政と関係する

診断目安（摂食機能学会での診断目安）

全身状態が良不良か	意識が正常か	会話がスムーズか
流涎の有無	口腔衛生状態はどうか	咳・ムセの有無

全身状態が良不良か

1.顔の歪み 2.歩行状況 3.口腔・舌・嚥下の状況 4.口腔内の汚れの場所や状況 5.最近の体重増減の有無

意識が正常か

意識が正常か否かは本人では分からないケースが多々あるので、同居家族等の付添い人からの情報収集が有効です。

会話がスムーズか

- 1)カ行は口蓋に強く触れた状況から舌背が下がる時発声します。食物嚥下する際、同様な状況が見られます。嚥下に問題があるか否かを推測する手段の1つになります。
- 2)左脳の病変の方は、口腔期と嚥下運動の開始の障害がより重篤で、言語失行が重症になるほど嚥下障害も重篤になります。右脳の病変では咽頭期の障害がみられ、誤嚥の頻度が高くなる傾向があります。

流涎の有無

流涎は治りにくいと思われていましたが、適正な治療法を行えば2ヶ月程で改善していきます。

口腔衛生状態はどうか

口蓋に汚れが付着しやすく、次いで舌背部、上顎歯肉頬移行部を順次注視します。

咳・ムセの有無

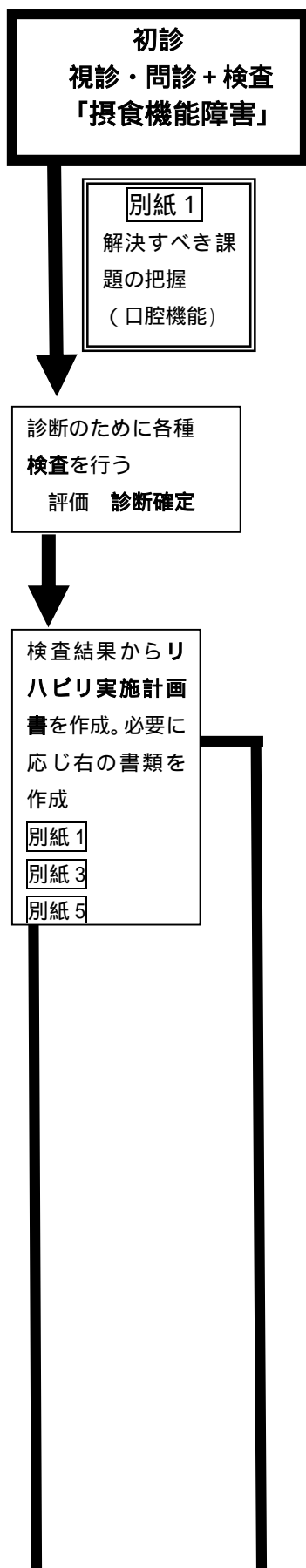
咳・ムセの有無は本人が普段意識していない場合があるので、付添い人からの情報収集が有効です。

訪問診療をする際は初診料や再診料は算定不可ですが

障害者加算は算定可能なのを忘れずに...

歯科訪問診療料 居宅、社会福祉施設等の屋内において1人のみを診察した場合

歯科訪問診療料 複数を診療した際の1人目および2人目以降で30分以上診療した場合であって、個別の患者ごとに指導を行った場合



患者・家族からの治療依頼

本人が来院できる

訪問診療の依頼

通常診療

訪問歯科診療

訪問診療の実施のためにも、まずは自院が障害者歯科、特に脳梗塞の後遺障害治療に熱心に取り組んでいることを市民に知ってもらう必要があります。調剤薬局、訪問ナースステーション、介護施設、親しい療養型病院に挨拶しておくべきです。

別紙 1、別紙 5を作成するために下記のいずれかの検査が必要です（厚生労働省の指針では客観的検査を要求）。検査自体を保険点数化されていませんが、評価なしでは以降にされる摂食機能療法の算定は出来ません。

客観的検査として

BHC（パタカラ社）やリップ de カム（コスモ計器社）等の口唇閉鎖計を使用しての数値の測定

- ・口唇閉鎖計は口輪筋の閉じる力を測定する計測器です。
- ・口輪筋の深層部を形成する頬筋は、下顎翼突縫線で腱を介して上咽頭収縮筋と結ばれています。上咽頭収縮筋と中、下咽頭収縮筋は不随意運動で食物を喉頭から食道下部へと押し運びます。嚥下運動の働きを推測するためにも頬筋や咽頭収縮筋の筋力の状況を知る事は大切なことです。

准客観的検査として（デジカム撮影写真があれば万全）

舌を前方に突き出したり、舌形態の変位の有無を確認

舌筋に麻痺や萎縮があると舌の形態や機能に異常が認められます。数値としては表せませんが、視覚に訴えることで関係各位の十分な共通認識レベルが得られます。

- ・舌の偏移の有無、舌の弛緩の有無、舌背の形態は摂食・嚥下・構音機能の状況を知る目安になります。
- ・10日から2Wの間隔で記録保存が必要です。撮影者はDHでも助手でも可能です。記録写真撮影は安価な費用で済み、意味ある証拠写真となりますので自己防衛のためにもお勧めいたします。

主観的検査については後述しています。

- * 歯科診療内容説明書（患者の家族に渡す）別紙 6
- * 訪問歯科衛生指導書 別紙 7
（訪問指導計画書：DH・介護関係者に渡す書式）
- * 紹介先医療機関への紹介状 別紙 8
- * 介護老人保健施設への紹介状 別紙 9
- * 市町村への紹介状（介護認定委員会）別紙 10

歯科衛生士への指示、
その他有資格者への
指示

* 歯科衛生士
業務記録
カルテが必要
カルテに指示
書を添付
別紙 1
別紙 4
別紙 7

訪問歯科衛生指導料(初診から1ヶ月以内4回を限度)
「適用」欄に算定日、訪問先、通院困難な理由、指導の開始および終了時刻を記載。同一月に訪問診療算定のないときには直近の訪問診療算定月日を「適用」欄に記載。

- ・ **複雑**：1対1で20分以上の場合
- ・ **簡単**：1対1で20分未満または同時に複数人を40分超の場合

* 訪問歯科衛生指導料を算定した場合はレセプトの「適用」欄で算定する。
* 訪問歯科衛生指導料を算定する場合、歯科衛生実地指導料は算定できない。
* 主治医の訪問診療時間とは重複しないこと。
* DH単独訪問の場合、再診料、実日数は数えない。

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料(月1回)

以下の指導書又は写しがあれば可

- 別紙 1：診療情報提供書
- 別紙 3：訪問指導計画・管理指導計画・
()さんの管理指導計画
- 別紙 4：実施指導に係る記録
- 別紙 5：口腔機能向上サービス・
居宅療養管理指導のモニタリング
- 別紙 7：治療情報提供書・訪問指導計画指示

摂食機能訓練 185点

・「摂食機能訓練」×回数はレセプトの「その他」の欄に記載。
・訪問日、訪問時間、内容等の詳細内容の記載は「摘要」欄に記載。

継続治療が可能となった。

訪問歯科衛生指導（初診から1ヶ月以内4回が限度）

- ・別紙1
- ・別紙4、別紙5（再診月以降）

月替わり、3ヶ月以内に口腔機能検査 再計画書の作成 摂食機能訓練 185点

（別紙1）

3ヶ月以内に再度
計画書の作成が必要

- ・ 口腔周辺の筋力を高めることも有効。
- ・ 看護師、准看護師、PT、OT、ST、DHが実施。
- ・ 改善の可能性があれば、摂食機能訓練期間の期限を定めなくて継続治療が可能となった。

摂食機能訓練を改善するまで続ける

中枢性でも末梢性麻痺でも、口唇の筋緊張が高いということは少なく、程度の差はともかくとして弛緩性麻痺であることが多い。したがってリハビリの手段としては筋力強化の概念が使える。

この説は一見正しく聞こえますが、
「悪いのは脳」であることを忘れないでください。

改善

厚生労働省は「改善の見込みのある患者」に保険でのリハビリが可能と打ち出しました。逆に「改善の見込み」の条件とは何ですかと問えば、誰も答えられません。

モチベーションの継続がリハのポイントです

口唇を含め筋組織は、必ず経年的に「老化」による影響が避けられません。口唇を利用するの正しいエクササイズは、口・舌と咽頭の協調運動を強化します。口唇筋組織の現状を随時正しく把握・認識することが大切です。患者・家族にこの事実を治療時に繰り返しレクチャーし続けることがモチベーション維持に大事なことです。

摂食機能障害治療で問題に成り易いこと

- ・ 互いに交わす関係者間の書類提示の確認が誤解を防ぎます。
- ・ 主観的な検査は提出書類審査時に揚げ足を取られ、拒否されることがあります。
- ・ リハビリは、セレモニーの複雑さではなく、脳の再活性化を第一義に考えましょう。
- ・ 小さな改善（涎が止まる等）は、大きな改善につながります。

* 口腔関連疾患の現状確認や予防のために、数値で確認出来る、口唇閉鎖計（パタカラ社製：BHC 希望販売価格 18,400 円、コスモ計器社製：リップ de カム販売希望価格 190,000 円があります）での毎回の数値測定が「患者励まし」に有効です。測定時に得られた数値の提示は患者・家族も容易に納得出来、モチベーション維持にも有効です。

主観的検査法を簡単に紹介します。

主観的な検査から得られた結果はどうしても名人芸の部類になり、他の術者との比較検査結果とは若干差が出てくるのは致し方ありません。

(共通性を上げるためにも専門機関での研修が必要です) 公的機関等からの問い合わせに揚げ足を取られぬ様に

麻痺側口唇を綿棒で刺激、反応を調べる

オーラルディアドコキネシス 頬のふくらまし オーラルディスクネジア

反復唾液テストの積算時間の調査 改訂水飲みテスト 等があります。

「改訂水飲みテスト(MWST: modified water swallowing test)」と「食物テスト(F T: food test)」についてはOT、PT、STの先生方が多用されております。共通話題としての知識があるとコミュニケーションに役立つかもしれませんが後述しておきました。術者の技量の違いで判定に差が出ることはやむをえないことで、術者の交代で判定評価が違ってくることは避けられません。

他には綿棒で麻痺側の口唇を刺激して反応を調べる方法もありますが、十分な方法とはいえません。

改訂水飲みテスト(MWST: modified water swallowing test)

手技: 冷水3mlを口腔前庭に注ぎ嚥下を指示する。もし可能ならば、追加して2回嚥下運動をさせる。最も悪い嚥下活動を評価する。もし、評価基準が4点以上ならば最大2試行(合計3試行)を繰り返し、最も悪い場合を評価として記載する。

判定基準: 1) 嚥下なし...むせる and/or 呼吸切迫

2) 嚥下あり...呼吸切迫(silent aspirationの疑い)

3) 嚥下あり...呼吸良好、むせる and/or 湿性嚙声

4) 嚥下あり...呼吸良好、むせない

5) 4)に加え、追加嚥下運動(空嚥下)が30秒以内に2回可能

食物テスト(F T: food test)

手技: 茶さじ1杯の潰したプリン(約4g)を舌背前部におき、食べさせる。もし可能ならば追加して2回嚥下運動させる。最も悪い嚥下活動を評価する。もし、評価基準が4点以上ならば最大2試行(合計3試行)を繰り返し、最も悪い場合を評価して記載する。

判定基準: 「改訂水飲みテスト」の判定基準と同じ

レセプトに記載する病名について

レセプト病名は「摂食機能障害」と記載してください。

摂食機能障害を引き起こした脳梗塞や脳出血等の脳血管疾患またはダウン症、脳性麻痺等の発育障害を傷病名として併記する必要はありません。少し違和感を覚えるかもしれませんが、診療報酬上のルールとして、原疾患を特定することなしに「レセプト病名」が認められております。同様に「摂食機能障害」にVFを使って確定診断しなくとも良いということも、認められています。特に指定されている時は「摘要」欄に記載してください。

口腔衛生と口腔ケアの差異

口腔衛生は、歯磨きや口腔清拭により口腔内を清潔に保つもので、細菌による誤嚥性肺炎の予防および口腔内感覚(飲食物の味覚や食塊の触圧感覚等)の感受性の保持といった摂食障害への効用があります。一方、口腔ケアは、口腔の疾病予防のための取り組みの総称で、口腔清掃、義歯の装着と手入れ、咀嚼・摂食機能の向上や口内乾燥症(口渇)の防止のための手技を含みます。