

口腔・栄養・リハビリテー ションの連携の重要性

2024年3月26日

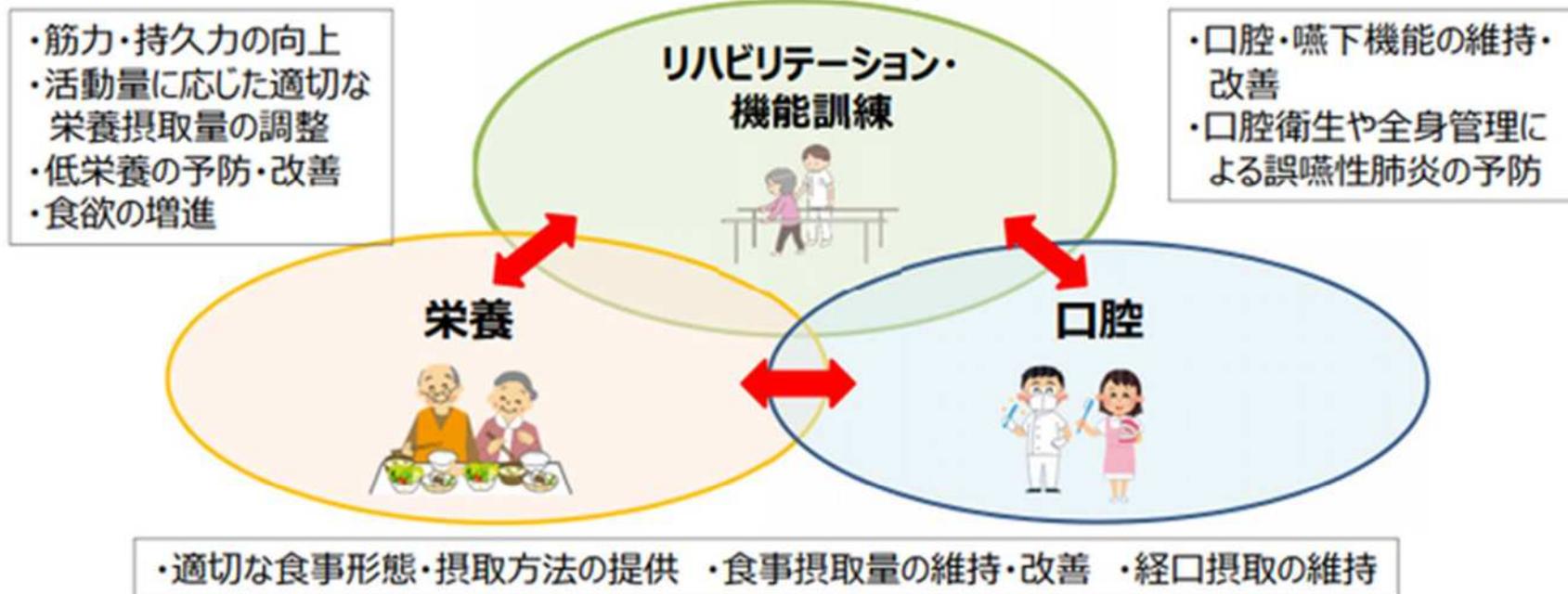
東京女子医科大学

若林 秀隆

自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

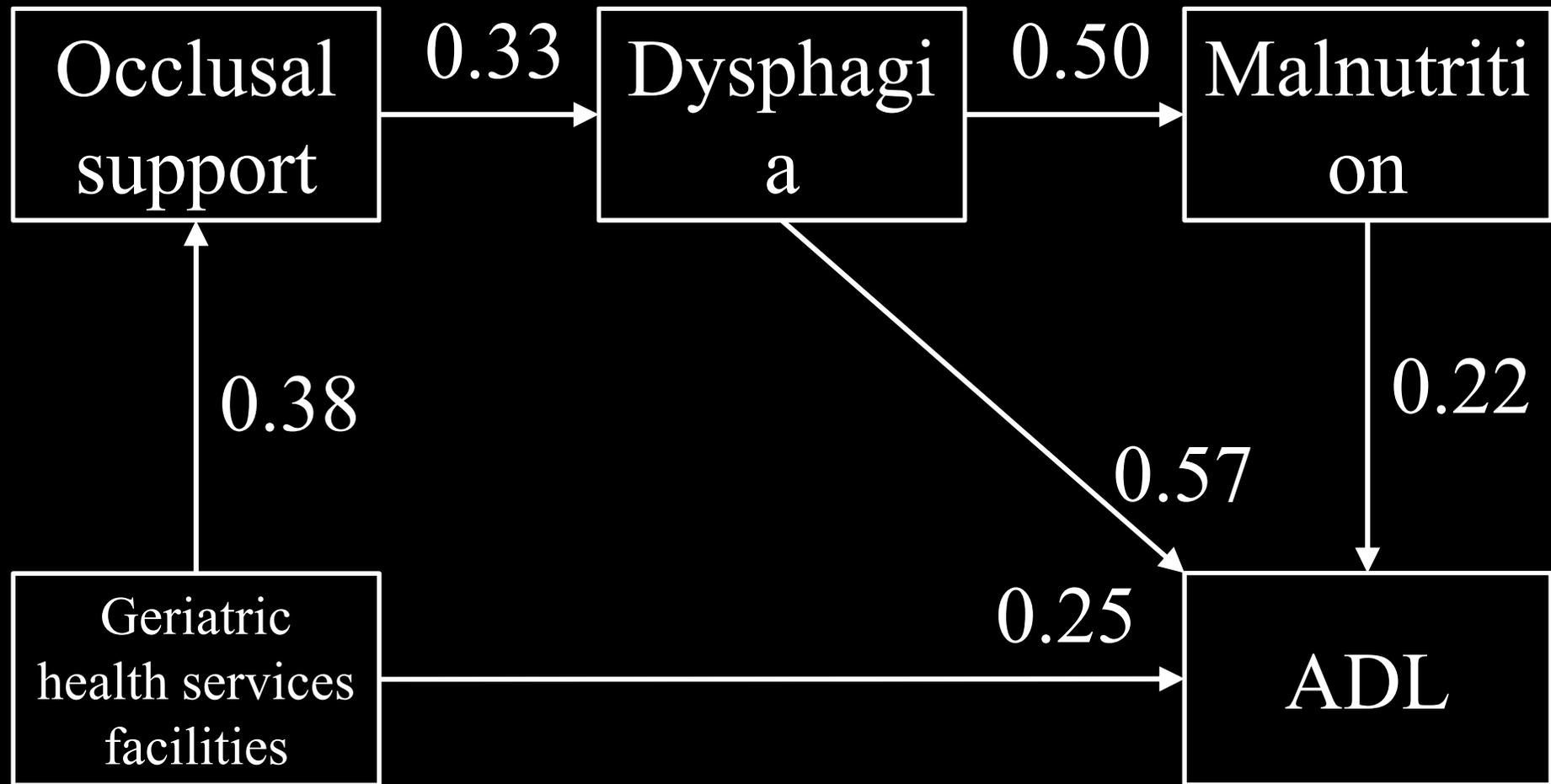
リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



- ・ リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・ 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

咬合・嚥下・栄養・ADL

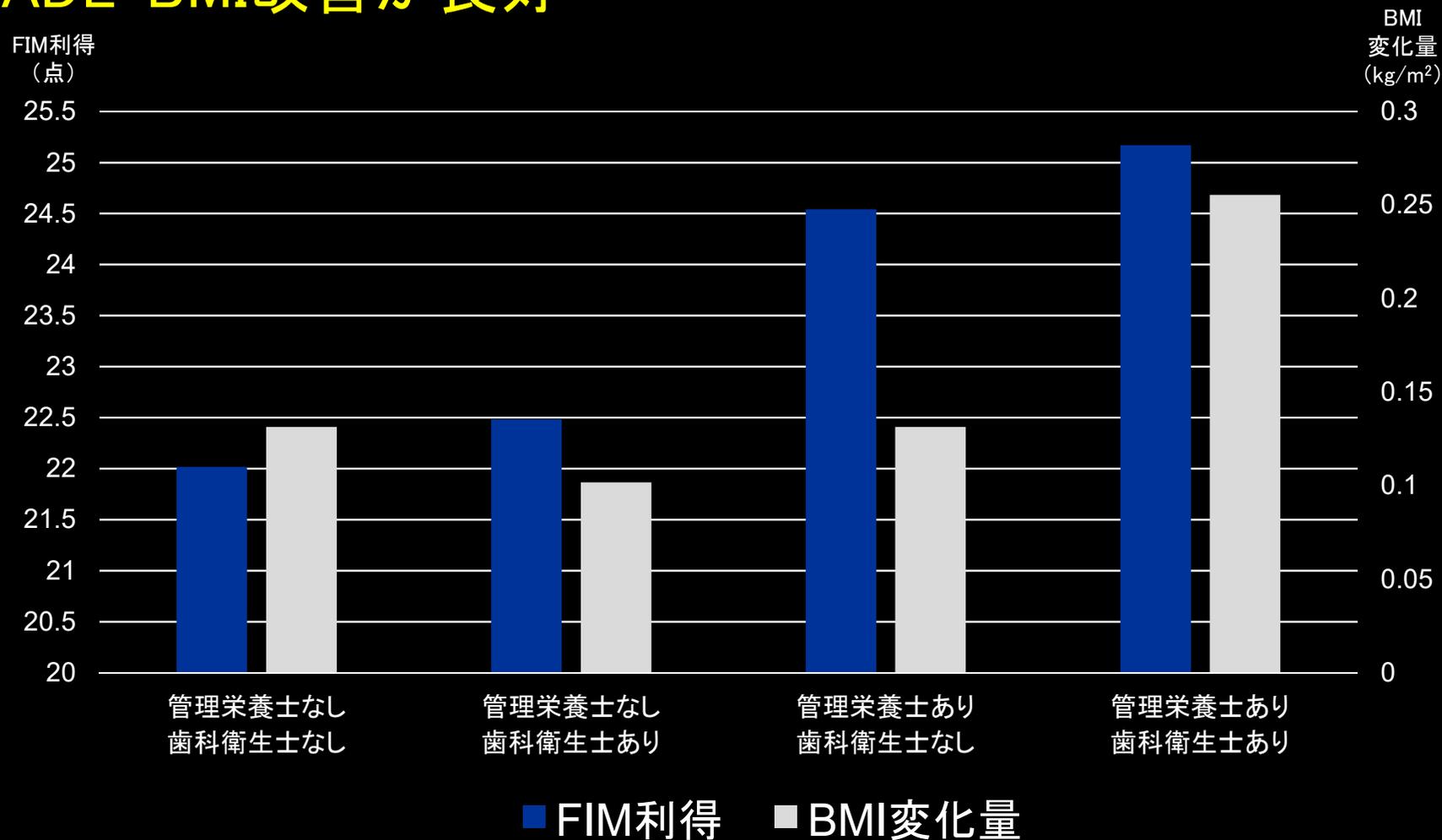


Wakabayashi H et al. J Nutr Health Aging 2017

管理栄養士・歯科衛生士配置とアウトカム平均値

(FIM利得: 16,604例、BMI変化量: BMI18.5未満の3,750例)

管理栄養士に加え、歯科衛生士の専従/専任配置がある方がADL・BMI改善が良好



リハ・栄養・口腔の三位一体

嚥下リハ患者に管理

栄養士と歯科衛生士

両職種が関与すると、

嚥下機能がより改善

Wakabayashi H, et al. Eur Geriatr Med 2023

経済財政運営と改革の 基本方針2023：骨太の方針

リハビリテーション、
栄養管理及び口腔管
理の連携・推進を図る

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

- 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 (1日につき)

120点



より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

- ・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- ・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- ・入棟後早期のリハビリテーションの実施
- ・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入



多職種による評価と計画

- ・原則48時間以内の評価と計画作成
- ・口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- ・定期的カンファレンスによる情報連携

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進②

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

【算定要件】 (概要)

- 急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、多職種により取組を行った場合に、**患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定**できる。
- 当該病棟に入棟した患者全員に対し、**原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成**すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- 入院患者のADL等の維持、向上等に向け、**カンファレンスが定期的に開催**されていること。
- 適切な口腔ケアを提供するとともに、**口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す**こと。
- 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。**専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。**
- **専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行う**とともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと。

【施設基準】 (概要)

- 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- 当該病棟に、**専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。**
- 当該病棟に**専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- 当該保険医療機関において、**一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務**していること。
- プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
 - ア **入棟後3日までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者割合が8割以上**であること。
 - イ **土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上**であること。
 - ウ **退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満**であること。
 - エ **院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満**であること。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること。
- 入退院支援加算1の届出を行っていること。
- B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の推進（回復期・慢性期）

【歯科点数表】

（新）回復期等口腔機能管理計画策定料
300点
（一連の治療を通じて1回）

（新）回復期等口腔機能管理料
200点
（月に1回）

（新）回復期等専門的口腔衛生処置
100点
（月に2回）

※対象：回復期リハビリテーション病棟入院基本料
地域包括ケア病棟入院基本料、療養病棟入院基本料を算定する患者



歯科診療所

口腔管理
依頼（文書）



歯科訪問診療

【医科点数表】

**（新）回復期リハビリテーション病棟
入院料1、2**

（施設基準）
口腔管理を行うために必要な体制整備

（新）入退院支援加算1、2

退院支援計画にリハビリテーション・
栄養管理・口腔管理等を含む内容を記載

※すべての病棟が対象



病院（歯科標榜なし）

【歯科点数表】

（新）回復期等口腔機能管理計画策定料
300点
（一連の治療を通じて1回）

（新）回復期等口腔機能管理料
200点
（月に1回）

（新）回復期等専門的口腔衛生処置
100点
（月に2回）

※対象：回復期リハビリテーション病棟入院基本料
地域包括ケア病棟入院基本料、療養病棟入院基本料を算定する患者

歯科外来



病室訪問/
歯科外来受診



口腔管理
依頼



【医科点数表】

**（新）回復期リハビリテーション病棟
入院料1、2**

（施設基準）
口腔管理を行うために必要な体制整備

（新）入退院支援加算1、2

退院支援計画にリハビリテーション・
栄養管理・口腔管理等を含む内容を記載

※すべての病棟が対象

病院（歯科標榜あり）

回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理等の評価①

- 回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理・口腔衛生管理についての評価を新設する。

(新) 回復期等口腔機能管理計画策定料 300点

[算定要件]

- 注1 **療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する患者**に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、**当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて1回**に限り算定する。
- 2 周術期等口腔機能管理計画策定料、開放型病院共同指導料（Ⅱ）、がん治療連携計画策定料、診療情報提供料（Ⅰ）の注5に規定する加算及び退院時共同指導料2は、別に算定できない。

(新) 回復期等口腔機能管理料 200点

[算定要件]

- 注1 **療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する患者**の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、回復期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、リハビリテーション等を行う他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、**回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回**に限り算定する。
- 2 回復期等口腔機能管理料を算定した月において、歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、歯科特定疾患療養管理料、歯科治療時医療管理料、がん治療連携指導料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者歯科治療時医療管理料及び歯科矯正管理料は算定できない。

回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理等の評価②

(新) 回復期等専門的口腔衛生処置 (1口腔につき) 100点

[算定要件]

- 注1 **回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者**に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、回復期等口腔機能管理料を算定した日の属する月において、**月2回**に限り算定する。
- 2 回復期等専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、周術期等専門的口腔衛生処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置、非経口摂取患者口腔粘膜処置及び口腔バイオフィルム除去処置は、別に算定できない。

- 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、回復期等の患者に対する口腔機能管理の実績を選択可能な要件として加える。

現行

【地域歯科診療支援病院歯科初診料】

【施設基準】

九 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準

(1)～(6) (略)

(7) 次のイ又はロのいずれかに該当すること。

イ・ロ (略)

(新設)

(8) (略)

改定後

【地域歯科診療支援病院歯科初診料】

【施設基準】

九 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準

(1)～(6) (略)

(7) 次のイ、**ロ又はハ**のいずれかに該当すること。

イ・ロ (略)

ハ 次のいずれにも該当すること。

① 常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。

② 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、**歯科点数表の回復期等口腔機能管理計画策定料又は回復期等口腔機能管理料のいずれかを算定した患者の月平均患者数が10人以上であること**

(8) (略)

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進

告示改正

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、新たな区分を設ける。
- また、介護老人保健施設・介護医療院・介護老人福祉施設等の関係加算について、新たな区分を設ける。

通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設等

【単位数】（通所リハビリテーションの場合）

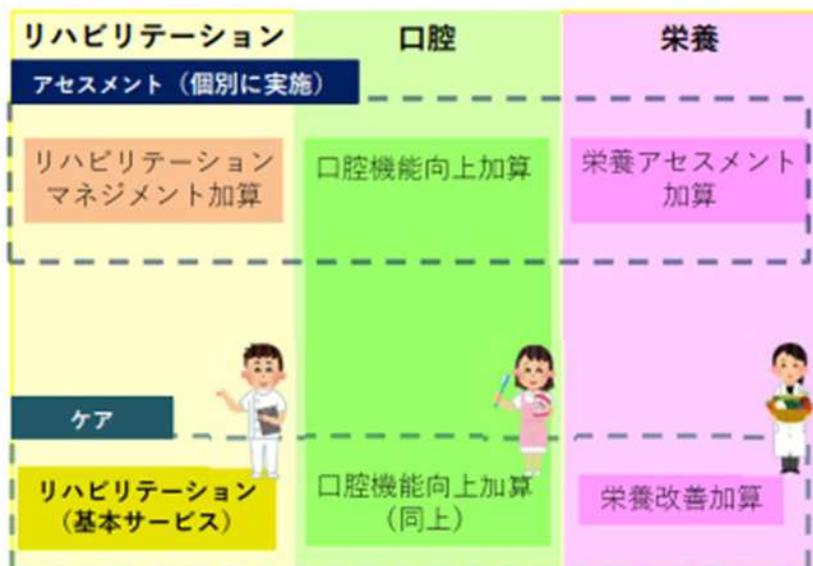
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	同意日の属する月から6月以内	560単位/月、6月超	240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	同意日の属する月から6月以内	593単位/月、6月超	273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ハ) (新設)	同意日の属する月から6月以内	793単位/月、6月超	473単位/月

※ 事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合、上記に270単位を加算
(新設・現行の要件の組み替え)

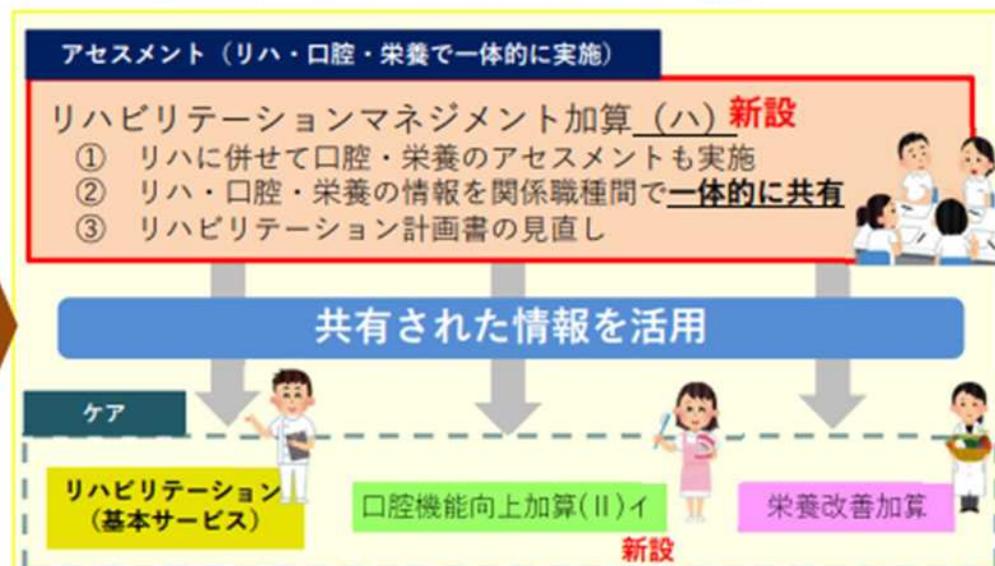
【ハの算定要件】

- ア 口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っていること。
- イ リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種間で一体的に共有すること。その際、必要に応じて LIFE に提出した情報を活用していること。
- ウ 共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。

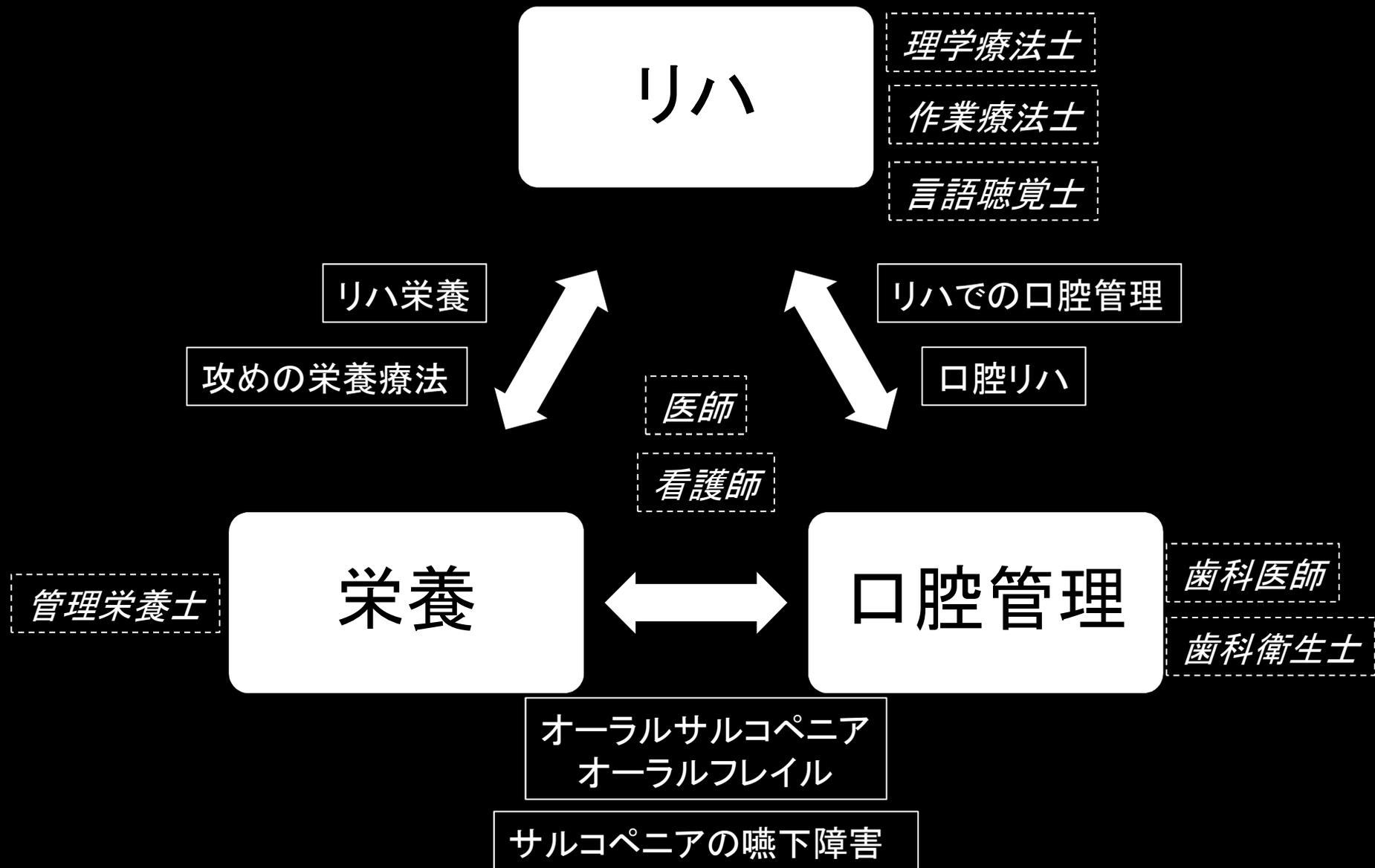
現行 (一体的に実施した場合の評価なし)



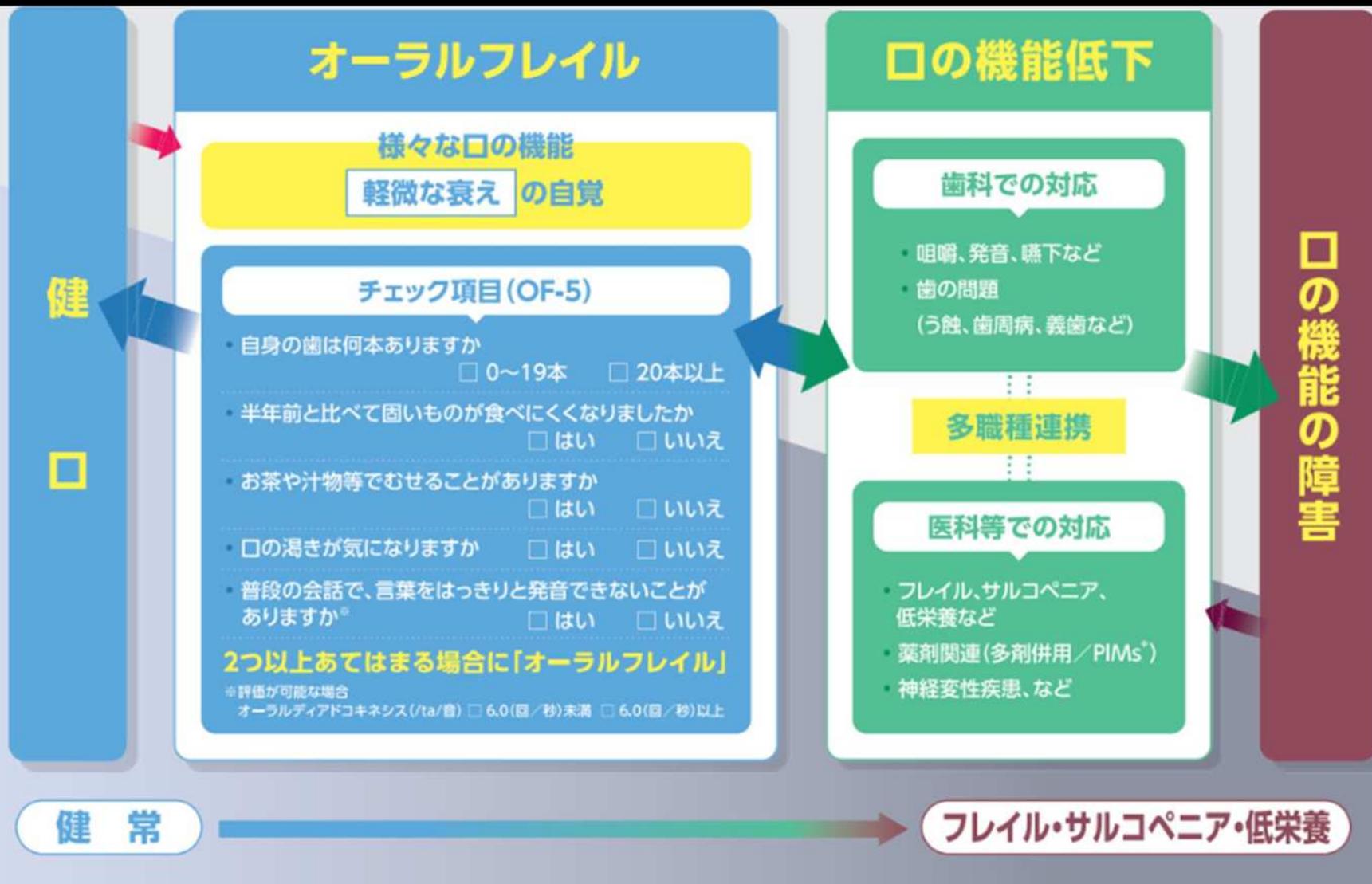
改定後 (一体的に実施した場合の評価の新設)



リハ・栄養・口腔管理の三位一体



オーラルフレイル



*Potentially Inappropriate Medications (潜在的に不適切な処方)

今日の内容

1. リハ栄養

2. サルコペニア

3. 医科歯科連携

ICFによる全人的評価と栄養障害・サルコペニア・栄養素摂取の過不足の有無と原因の評価、リハ栄養診断・ゴール設定を行ったうえで、障害者やフレイル高齢者の栄養状態・サルコペニア・フレイルを改善し、機能・活動・参加、QOLを最大限高める「リハからみた栄養管理」や「栄養からみたりハ」である。

Wakabayashi H.

J Gen Fam Med 2017

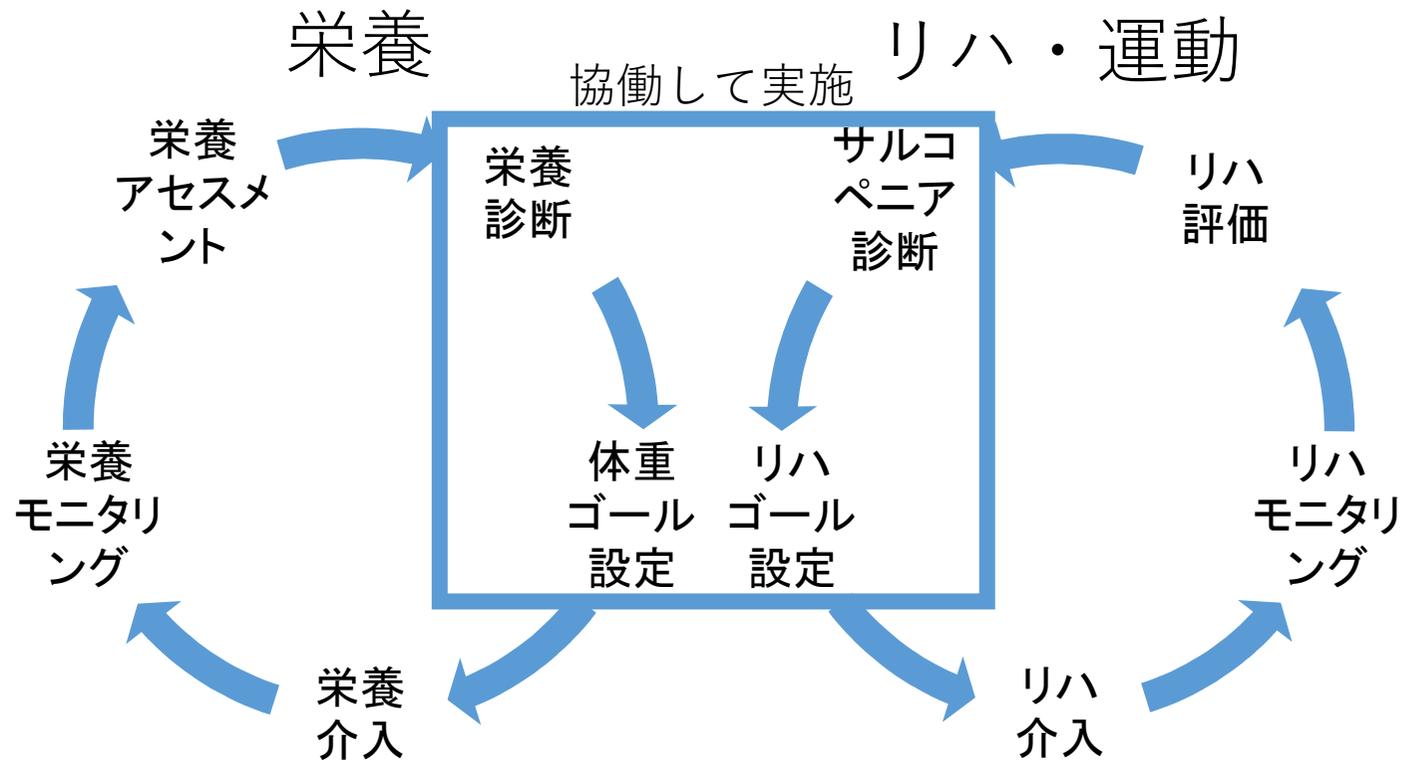
従来の栄養学

病気 > 病人

リハ栄養学

病気 < 病人

簡易型リハ栄養ケアプロセス



Kakehi S, Wakabayashi H, et al. Ann Rehabil Med 2023

リハ栄養診断：栄養障害

- 低栄養：飢餓、侵襲、悪液質
- 過栄養：エネルギー摂取過剰、エネルギー消費不足、疾患
- 栄養障害のリスク状態：低栄養・過栄養
- 栄養素の不足状態・過剰状態

リハ栄養診断：サルコ

- あり：加齢、活動、栄養、疾患
- 筋肉量のみ低下：加齢、活動、栄養、疾患
- 筋力and/or身体機能のみ低下：加齢、活動、栄養、疾患
- 低下なし

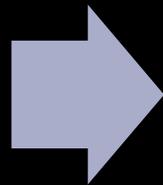
リハ栄養診断

栄養素摂取の過不足

- 栄養素の摂取不足
- 栄養素の摂取過剰
- 栄養素摂取不足の予測
- 栄養素摂取過剰の予測
- なし

栄養診断の結果

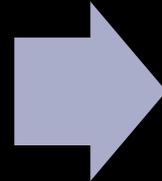
低栄養



経腸栄養
製品？

サルコペニア評価の結果

サルコ
ペニア



筋トレ？

リハ栄養診断推論

- 食欲低下の原因
- 体重減少の原因
- サルコペニアの原因

よくある食欲低下の原因

- 薬剤性
- 抑うつ状態
- 急性炎症（侵襲）、慢性炎症（悪液質）
- 摂食嚥下障害（口腔含む）
- 認知症・せん妄・生活リズム障害
- 消化器疾患（嘔吐、便秘、下痢含む）
- 病院・施設での食事の嗜好

リハビリテーション栄養における 診断推論：日本リハビリテーション 栄養学会によるポジションペーパー

Diagnostic reasoning in rehabilitation nutrition : position paper
by the Japanese Association of Rehabilitation Nutrition

若林秀隆¹⁾，前田圭介²⁾，百崎良³⁾，小蔵要司⁴⁾，吉村芳弘⁵⁾，藤原大⁶⁾，
小坂鎮太郎⁷⁾，鈴木規雄⁸⁾

key words

非分析的推論，分析的推論，食欲低下，体重減少，サルコペニア

abstract

診断推論とは，症状，訴え，診察所見，検査値などから診断に至るための思考プロセスである。リハビリテーション（以下リハ）栄養ケアプロセスには，リハ栄養アセスメント・診断推論が含まれている。診断は，非分析的推論（直感，システム1）と分析的推論（分析，システム2）に分類される。リハ栄養では，栄養障害，サルコペニア，栄養素摂取の過不足の有無と原因の診断推論を行う。これらの有無には通常，唯一の正解がある。一方，食欲低下，体重減少，サルコペニアの原因には，唯一の正解がない場合があり分析的推論を要する。この場合，診断推論は仮説となる。これらの原因を診断推論しないで単に栄養補助食品を使用するのは，頭痛の患者に頭痛の原因を診断推論しないで解熱鎮痛剤を処方するのと同じである。リハ栄養で生活機能やQOLを最大限高めるには，食欲低下，体重減少，サルコペニアを認めた場合，よくある原因について全例で疑うことが必要である。

SMARTなゴール

- Specific: 具体的
- Measurable: 測定可能
- Achievable: 達成可能
- Relevant: 重要・切実な
- Time-bound: 期間が明確

攻めの栄養管理

1日エネルギー必要量

1日消費量±蓄積量

蓄積量200-750kcal/日

7500kcalで体重1kg増

エネルギー必要量の例

70代男、161cm、40kg

1ヶ月で2kg体重増加

$$1000 \times 1.7 \times 1.0 + 500$$

$$= 2200 \text{kcal}$$

リハビリテーション栄養における 栄養・体重のゴール設定：日本リ ハビリテーション栄養学会による ポジションペーパー

Goal setting for nutrition and body weight in rehabilitation
nutrition: position paper by the Japanese Association of
Rehabilitation Nutrition

若林秀隆¹⁾，吉村芳弘²⁾，前田圭介³⁾，藤原大⁴⁾，西岡心大⁵⁾，永野彩乃⁶⁾

key words

リハビリテーション栄養，SMART，エネルギー蓄積量，体重増加，体重減少

abstract

リハビリテーション(以下リハ)栄養で最も重要な栄養のゴールは、生活機能やQOLである。しかし、生活機能やQOLをより高めるために体重のゴールを設定することは有用である。本稿では体重のゴール設定について学会として立場を明らかにする。体重のゴールはSMART, Specific(具体的), Measurable(測定可能), Achievable(達成可能), Realistic/Relevant(現実的で重要・切実), Timed(時間を明記)に設定すべきである。体重を1kg増加，減少させるエネルギー蓄積量(欠損量)の目安は7,500kcalである。つまり，栄養のゴールを1カ月に1kg体重増加と設定した場合，1日のエネルギー蓄積量は約250kcalと計算できる。リハのゴール設定，身体活動や運動療法の内容や量と質，全身状態や本人の意向とのすり合わせが，栄養のゴール設定には必要である。体重のゴール設定はリハのゴール設定よりばらつきが大きく，リハ栄養モニタリングで達成度を確認することが重要である。

攻めの栄養療法の概念と臨床への適用：日本リハビリテーション栄養学会管理栄養士部会によるポジションペーパー

Aggressive nutrition therapy–concept and implication for clinical practice : the Japanese Association of Rehabilitation Nutrition position paper

西岡心大¹⁾，中原さおり²⁾，高崎美幸³⁾，塩濱奈保子⁴⁾，小蔵要司⁵⁾，鈴木達郎⁶⁾，横井(吉村)由梨⁷⁾，二井麻里亜⁸⁾，前田圭介⁹⁾，若林秀隆¹⁰⁾

key words

攻めの栄養療法，低栄養，サルコペニア

abstract

攻めの栄養療法とはエネルギー消費量にエネルギー蓄積量を加味して必要エネルギー量を設定する栄養管理法であり，低栄養やサルコペニア患者に適用となる。本ポジションペーパーは攻めの栄養療法の概念，適応と禁忌，各種病態下における攻めの栄養療法の効果や限界，個別性について記述することを目的として，日本リハビリテーション栄養学会管理栄養士部会が作成し，日本リハビリテーション栄養学会が承認したものである。攻めの栄養療法は低栄養やサルコペニアの病因，各種病態における栄養代謝状態を個別に評価したうえで適用すべきである。栄養必要量の算出に際してはエネルギー蓄積量を付加し，経口摂取，経管栄養，静脈栄養の全ての栄養管理法を適切に選択し栄養プランを立案する。攻めの栄養療法に関するエビデンスは不十分であり，臨床現場における実践と質の高い臨床研究による検証が不可欠である。

今日の内容

1. リハ栄養

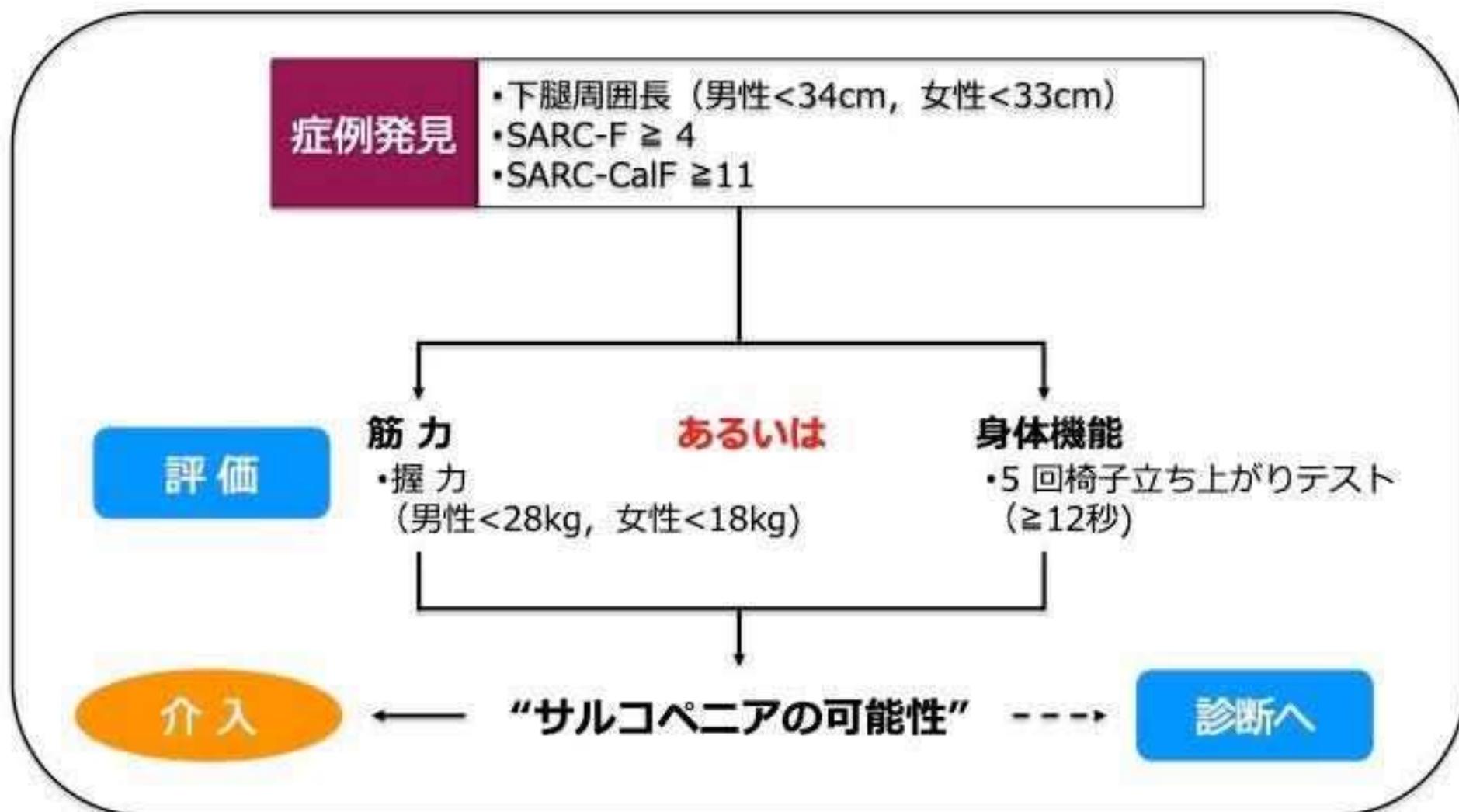
2. サルコペニア

3. 医科歯科連携

サルコペニア定義

進行性、全身性に生じる骨格筋疾患で転倒、骨折、身体障害および死亡率といった有害な転帰の可能性増加と関連

AWGS2019: プライマリヘルスケアまたは地域予防医療の設定



原因: EWGSOP

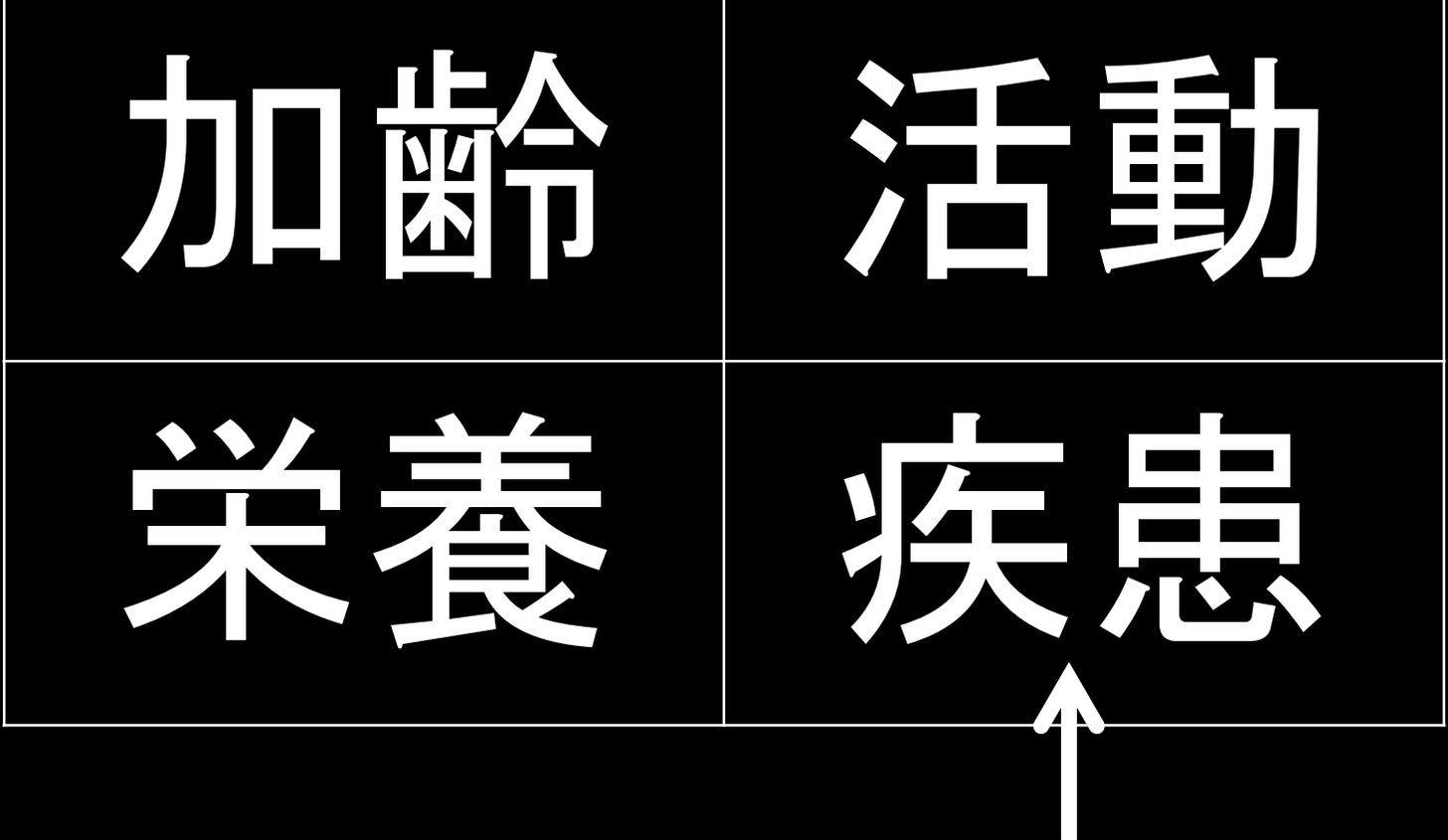
加齡

活動

榮養

疾患

侵襲/惡液質/原疾患



二次性：栄養
エネルギー不足
飢餓
栄養改善
筋トレ逆効果



誤嚥性肺炎栄養管理

- 7日目で35%は経口摂取なし
- 7日目で禁食の場合、20kcal/kg以上の栄養摂取されていたのは5.3%。

Maeda K, et al. Arch Gerontol Geriatr. 2021

医原性

サルコペニア

Wakabayashi H. J Gen Fam Med 2017

医原性サルコペニア要因

不適切な安静臥床・禁食

不適切な栄養管理

医原性疾患・薬剤副作用

急性期のリハ栄養

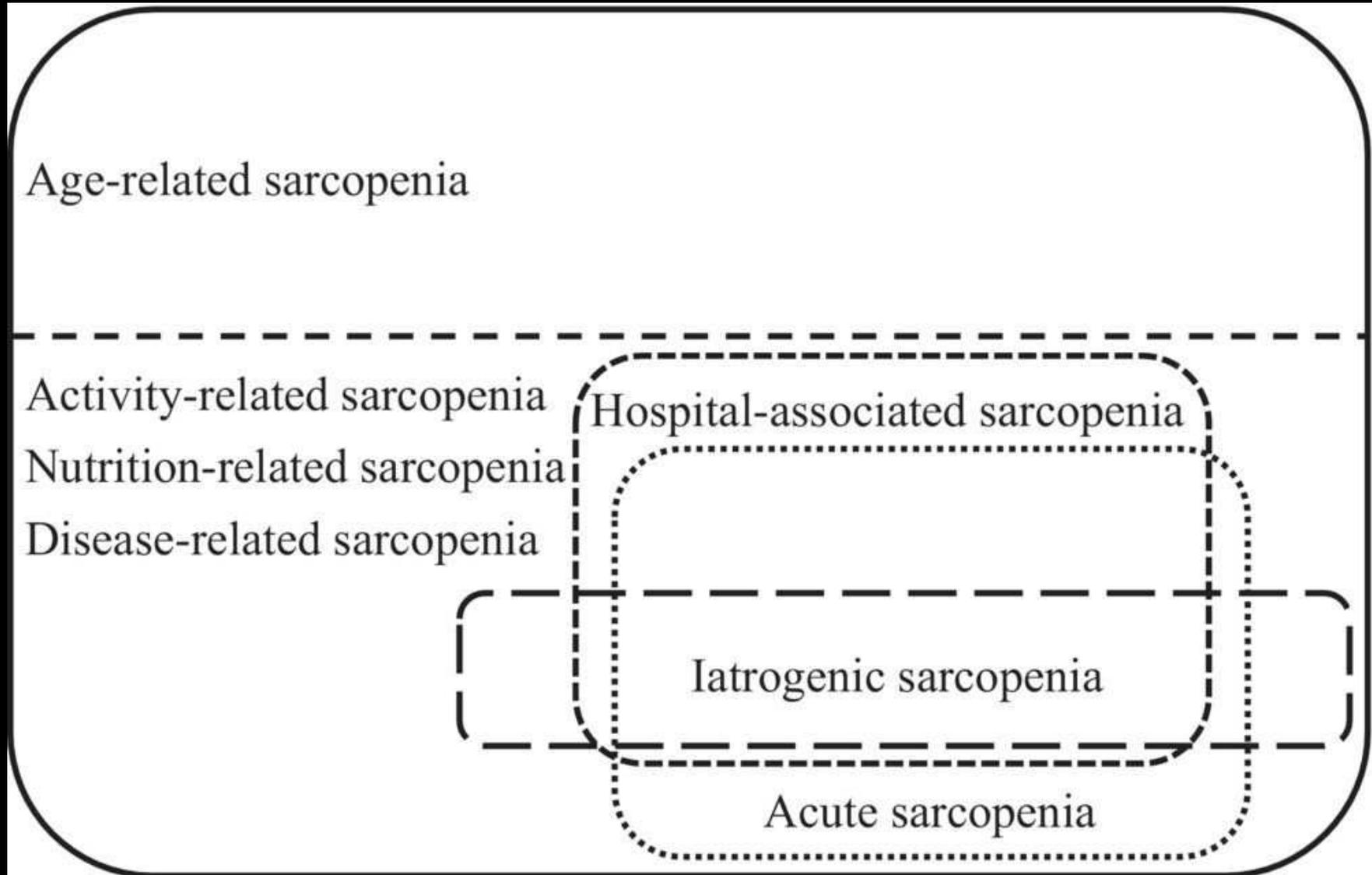
適切な評価のもとで

早期離床・経口摂取

早期の適切な栄養管理

薬剤副作用の予防

入院関連サルコペニア



入院中にサルコペニア

12-39%

Wan SN, et al. PLoS One 2023

サルコペニアと
摂食嚥下障害
4学会合同ポジ
ションペーパー

Fujishima I, et al. Geriatr Gerontol Int. 2019

構成4学会

日本摂食嚥下リハビリテーション
学会

日本リハビリテーション栄養学会

日本サルコペニア・フレイル学会

日本嚥下医学会

サルコペニアの嚥下障害

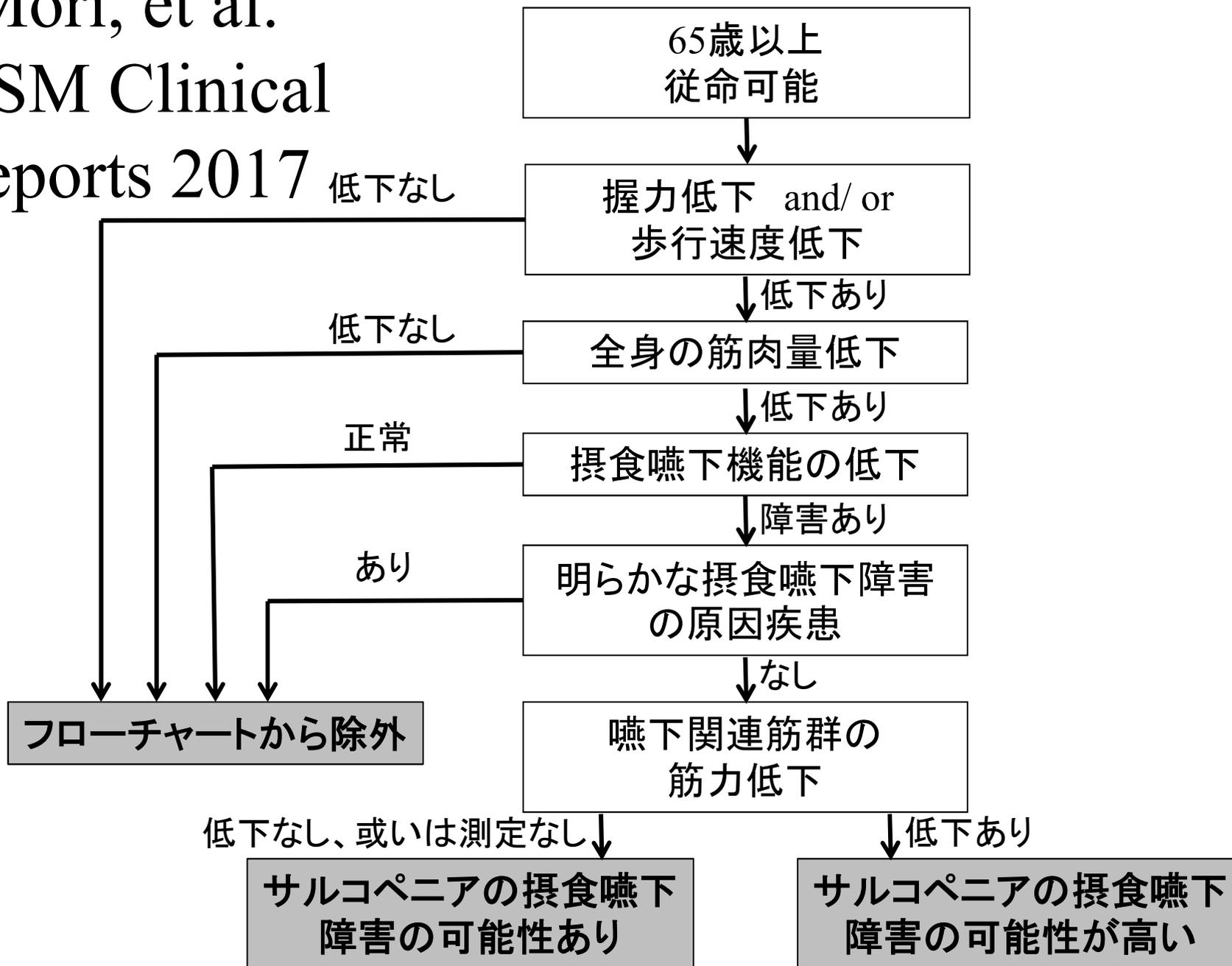
全身および嚥下筋の

筋肉量低下、筋力低

下による嚥下障害

Wakabayashi H. J Frailty Aging 2014

Mori, et al. JCSM Clinical Reports 2017



嚥下リハ患者
サルコペニア嚥下障害

32%

Wakabayashi H, et al. J Nutr Health Aging 2019

肺炎入院患者 サルコペニア嚥下障害

81%

Miyauchi N, et al. Eur Geriatr Med 2019

よくある嚥下障害の原因

- 脳卒中
- 認知症
- サルコペニア
- 薬剤性
- 口腔機能・環境

治療

- 嚥下関連筋のレジスタンストレーニングを含めた摂食嚥下リハと栄養改善の併用が重要
- 約35kcal/kg理想体重として、
体重増加を目指した栄養管理

Fujishima I, et al. Geriatr Gerontol Int. 2019

予防

「とりあえず安静」「とりあえず禁食」「とりあえず水電解質輸液のみ」という対応により引き起こされる**医原性サルコペニア**を**予防**することが、サルコペニアの摂食嚥下障害の**予防に重要**

Fujishima I, et al. Geriatr Gerontol Int. 2019

今日の内容

1. リハ栄養

2. サルコペニア

3. 医科歯科連携

口のリハビリテーション理念

全てのライフステージで、
どのような障害があっても、
最後まで人としての尊厳を
守り、「諦めないで安心して、
楽しく口から食べる」ことを
大切にすするすべての活動

口のリハ基本方針

- ① 医科と歯科がしっかりと連携
- ② 栄養をしっかりと管理
- ③ 早期からリハを実施
- ④ 多くの専門職でチーム医療
- ⑤ 機能分化と連携を重視

医科歯科連携展望

DHがリハ病院と歯科

医師の医科歯科連携

の要で大切な存在

回復期：DH介入すると

自宅退院率より向上

在院日数がより短縮

死亡率がより低下

Shiraishi A, et al. Geriatr Gerontol Int. 2018

回復期：DH病棟専従

ADLがより改善

嚥下機能がより改善

自宅退院率より向上

Suzuki R, et al. J Nutr Health Aging. 2019

リハビリテーション病院・施設に勤務する
歯科衛生士のためのテキスト

～そして病院・施設への医科歯科連携の薦め～



一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会
医科・歯科連携推進委員会

【目次】

テキスト発刊にあたってP.1
目次P.2
「1」ICF、リハビリテーションの基本的事項P.5
医療法人社団誠馨会 新東京病院 西 将則 (医師)	
「2」回復期リハビリテーション病棟の目的と機能P.8
医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 西出 直人 (歯科医師)	
「3」回復期リハビリテーション病棟における “口のリハビリテーション”の展開—多職種協働の重要性—P.11
一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院 岡崎 裕香 (言語聴覚士)	
「4」リハビリテーション栄養についてP.14
東京女子医科大学病院 若林 秀隆 (医師)	
「5」リハビリテーションにおけるチーム医療P.17
医療法人康生会 淀川平成病院 奥中 美早 (医師)	
「6」リハビリテーション病院・施設で従事する歯科衛生士としての私の思いP.19
社会医療法人令和会 熊本リハビリテーション病院 白石 愛 (歯科衛生士)	

【7】リハビリテーション病院、施設での口腔管理体制の構築にむけて

= 歯科衛生士からの発信 =

- (1) 医療法人溪仁会 札幌溪仁会リハビリテーション病院 小山田 貴子
.....P.22
- (2) 一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院 大石 佳奈
.....P.25
- (3) 医療法人共和会 小倉リハビリテーション病院 八丁 亜由美
.....P.28

【8】リハビリテーション病院、施設での口腔管理の実際

= 歯科衛生士からの報告 =

- (1) 社会医療法人敬和会 大分リハビリテーション病院 衛藤 恵美
.....P.31
- (2) 医療法人真正会 霞ヶ関南病院 佐藤 寿美恵
.....P.36
- (3) 医療法人大誠会 内田病院 笠原 好美
.....P.39

【9】リハビリテーション病院・施設と歯科医師会の医科歯科連携体制の構築

- (1) 社会医療法人令和会 熊本リハビリテーション病院 白石 愛 (歯科衛生士)
.....P.42
- (2) 長崎大学病院 高島 英昭 (医師)P.44

【10】リハビリテーション病院、施設における医科歯科連携エビデンス (効果)

- 社会医療法人令和会 熊本リハビリテーション病院 白石 愛 (歯科衛生士)
.....P.47

◆ 用語解説

.....P.52

FIM

MNA-SF

mRS

「特別寄稿」

今こそ、地域に“医科歯科連携”のシステムを！連携の鍵はリハ病院・施設にあり！

.....P.53

一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 名誉会長

一般社団法人 是真会 長崎リハビリテーション病院 理事長

栗原 正紀

長崎リハビリテーション病院における医科歯科連携事例紹介

＝“歯科オープンシステム”の齎め～そのシステム構築から運営～＝

～病院歯科衛生士は医科歯科連携の窓口～

.....P.55

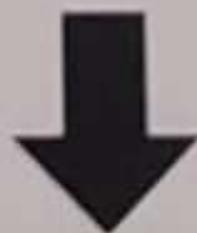
一般社団法人 是真会 長崎リハビリテーション病院

理事長 栗原 正紀

歯科衛生士 大石 佳奈

言語聴覚士チーフ 岡崎 裕香

本テキストは、
下記 QR コードより
ダウンロードできます。



無料!



2024年2月19日

第3554号

〒113-8719 東京都文京区湯島1-28-22
TEL (03) 2817-5894 FAX (03) 2815-7880
E-mail: shikun@igaku-shoin.co.jp
http://www.igaku-shoin.co.jp

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- 【原稿会】リハビリテーションにおける医科歯科連携(岩井孝典先生と北尾浩吉先生の対談)……………1-2面
- 【インタビュー】多様化するがん患者の皮膚障害(宇原久)……………3面
- 【時評】暮らししているだけで健康になるまでづくり(津手一樹)……………4面
- 【連載】サイエンス/スイフトで「伝わる」科学……………5面
- MEDICAL LIBRARY/【連載】心の不調に対する「アロマ療法」の可能性……………6-7面

リハビリテーションにおける医科歯科連携 リハ・栄養管理・口腔管理の三位一体的実施を推進する



リハビリテーション、栄養管理、口腔管理……。二者を一体的に実施することで、患者のADL等今後の改善につながる事が明らかになってきた。エビデンスの蓄積に加えて、リハビリテーションの医科歯科連携に取り組みできた医療者からの要請等を受け、2024年度診療報酬改定においてリハビリテーション患者に対する口腔機能管理料等での点数加算が新設された。本紙では、医科歯科連携に長年取り組んできた4氏による座談会を企画、連携の必要性や実践上の課題など、広く議論を行った。

石原から、リハ患者の口腔状況や口腔管理(MEMO)の必要性、医科歯科連携の現状についてお聞きいただけますか。
白石 私たちの調査では、回復期リハ病棟の高齢患者の約8割に、何らかの口腔機能障害が認められ、そのうちの

かし、歯科を連携していない病院や施設がいさなり歯科とつながるのはハードルが高く、そもそも歯科衛生士の中で病状把握をしている方は全体の約1割にとどまります。
石原 そうですね。歯科衛生士を雇用するリハ病院・施設も一部存在します

ポジティブ心理学と リハビリテーション栄養

強みを活かす! ポジティブリハ栄養

若林秀隆 編著



医歯薬出版株式会社