

(7) 医科歯科連携の分野

睡眠時無呼吸診療チーム (岩手医科大学附属病院 歯科医療センター)	388
顎変形症診療チーム (岩手医科大学附属病院 歯科医療センター)	390
口唇・口蓋裂診療チーム (岩手医科大学附属病院 歯科医療センター)	392
顎顔面骨折診療チーム (岩手医科大学附属病院 歯科医療センター)	394
小児科入院患児に対する口腔管理チーム (岩手医科大学附属病院 歯科医療センター)	397
全身麻酔下手術予定者における術前の口腔ケアチーム (岩手医科大学附属病院 歯科医療センター)	399
包括的医・歯・薬連携プロジェクト (岩手医科大学附属病院 歯科医療センター)	401
総合的口腔衛生管理チーム (社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院)	404
口腔ケアチーム (武蔵野赤十字病院)	407
口腔ケアチーム (社会福祉法人 三井記念病院)	411
ゆふ医科歯科連携チーム (湯布院厚生年金病院)	414
療養病棟 パタカラチーム (秩父生協病院)	428
初期口腔がん診療チーム (昭和大学歯科病院)	446

睡眠時無呼吸診療チーム (岩手医科大学附属病院 歯科医療センター)

チームを形成する目的

閉塞型睡眠時無呼吸症候群(OSAHS)患者に対して総合的診療体系を確立し、チーム医療(終夜睡眠ポリグラフ検査(PSG)による診断、経鼻的持続陽圧呼吸療法(CPAP)、口腔内装置(OA)、外科治療、減量など)を実践する事を目的とする。これにより高血圧、心疾患、糖尿病といった合併症を引き起こすリスクを軽減させ、症状の重篤化を防ぐ。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

医師：PSGによるOSAHSの診断を行い、重症度により治療方法を選択する。

歯科医師：医師からの依頼に基づきOAを作製し、保存的治療を行う。OAの効果判定のため医師に再度PSGによる精密検査を依頼する。

歯科衛生士：OA使用中は口腔内が不潔となりやすいため、歯科医師の指示のもと除石処置などの口腔衛生処置を行う。

管理栄養士：患者の栄養状態や食生活について評価し、食事計画の立案などを行う。

チームによって得られる効果(評価方法)

- 重症度の異なるOSAHS患者に対しての多岐に渡る治療方法の選択が可能になり、症状や合併疾患などの違いに対応できる。
- 患者の希望に応じてCPAP療法、OA、外科治療、減量などを組み合わせた集学的治療を行うことができる。
- 治療効果に対する評価は、簡易検査およびPSGにより行う。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について(評価方法を踏まえて)

- チーム医療を行うことにより、重症度の異なるOSAHS患者に対しての多岐に渡る治療方法の選択が可能となり、重症度の違いに対応できた。
- 患者の希望に応じてCPAP療法、OA、減量などを組み合わせた集学的治療を行う事ができた。(これは、CPAP療法とOAとを併用する患者が複数存在したことなど)
- OA装着における効果判定は、歯科での簡易検査の後、医科においてのPSG検査にて検討し、全ての患者において良好な結果を示している。またOA装着によって改善が認められない患者では、その情報を医科に提供する事で、他の治療法の選択をするなど適切な治療方法を提供できた。
- 医科・歯科両施設での初診窓口が設けられているため、患者への認知度は上昇した。(どちらの初診でも最終的には適切な治療方法を提供できた。)
- 心疾患、糖尿病といった合併症を有する患者では、口腔衛生実地指導を行うことにより、口腔環境の改善や感染のリスクを低減させることができた。
- 平成22年度は新来患者としては54名であったが、平成23年度は69名と増加していた。閉塞型睡眠時無呼吸症候群患者は継続的治療が必要であり、連携を充実させることにより今後も患者数は増加すると考えられる。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- ・ PSG 検査を行うためには、最低 1 日の検査入院が必要であり、OA 装着後の効果判定まで時間を要することがある。簡易検査での判定も有効であるが、治療継続中の患者の簡易検査は CPAP 療法を行っている患者のみが保険診療対象となっており、OA 治療を行っている患者は対象から外れている。

患者の経済的負担の軽減は今後も考慮されるべき項目と思われる。

総括評価

医科・歯科の連携により、広く世間に睡眠時無呼吸症候群の認知度を高め、軽症から重症の患者、若年者から高齢者まで幅の広い患者層に対応する事ができた。また治療の選択をより適切に行う事ができるようになった。

今後、現状の取組を継続することと並行し、CPAP と OA の同時併用により、CPAP 療法に与える影響について検討していく予定である。CPAP 療法と OA 療法の適用患者の選択の再検討を行っていく予定である。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

医科、歯科それぞれ初診窓口を設け、どちらに患者さんが来た場合も最終的には適切な治療方法を提供できたということは評価できる。

心疾患、糖尿病等の合併症を有する患者に、口腔衛生実地指導を行うことにより、口腔環境の改善や感染のリスクを低減させることにつながったことは評価できる。

医科・歯科の連携により、軽症から重症まで、また若年者から高齢者まで幅の広い患者層に対応でき、治療の選択を適切に行うことができるようになったことは評価でき、継続していただきたい。

一方で、関係する職種の役割に連携的な視点が少なく、チーム医療による効果が明確に感じられなかった部分があるため、関連する訓練職種（理学療法士等）のチームへの取り込や地域医療機関との病診連携チームを新たに構築するのが今後の課題と考える。

顎変形症診療チーム

(岩手医科大学附属病院 歯科医療センター)

チームを形成する目的

顎変形症患者の顔貌ならびに咬合の機能的・形態の再建を多方面からサポートできる。外科矯正による機能的咬合を確立することにより、摂食能力の向上が期待できる。医療チームを連携することにより各分野の専門的な知識を得ることができ、より高度で先進的な医療を患者に提供することができる。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

矯正歯科医：治療計画を立案し、月1程度の術前・術後矯正治療を行うことで、咬合の再構築を図る。術直後では顎位の確認を行いながら、口腔衛生に努める。

口腔外科医・形成外科医：矯正歯科医と連携することで、顎離断術を施行する。

歯科麻酔科：手術前後の全身管理を行う。

必要に応じて保存科、補綴科、口腔インプラント科などの連携で咬合の再構築を進める。

チームによって得られる効果（評価方法）

顎変形症患者の顔貌ならびに咬合の機能的・形態の再建を多方面からサポートできる。

外科矯正による機能的咬合を確立することにより、摂食能力の向上が期待できる。

医療チームを連携することにより各分野の専門的な知識を得ることができ、より高度で先進的な医療を患者に提供することができる。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

矯正歯科、口腔外科、麻酔科が集まり合同症例検討会を行うことにより、各専門分野の意見が統合されて、より安全性やクオリティーが高い治療を提供出来ていると考えられる。

連携から作られたクリニカルパスに沿って入院中の治療は進行し、問題が生じた場合にもコンサルテーションからチームを構成する各科で対応できる状況である。

平成 22 年度は震災の影響もあり、入院患者数は 15 名であったが、平成 23 年度は 25 名へと増加している。平均在院日数は 22 年度で 16.8 日、平成 23 年度で 14.3 日と若干日数は短縮しているが、手術内容によっても異なることから、今後チーム医療との関連は検証したいと考えている。

顎変形症患者の顔貌ならびに咬合を機能的、形態的に再構築することにより、患者の審美的欲求や摂食に対する満足を得られており、手術前後に患者が抱く不安感などに関しては、チームを構成する各科の専門が担当することによって軽減されていると考えられる。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

顎変形症患者が手術のために入院する際に、各科での摺り合わせが難しい面がある。これは顎変形症の治療を行う時期が、成長終了後が主となる性質上、社会人・学生などの患者では、手術希望が長期休暇に集中し、手術時期の設定に苦慮する場合もある。いわゆる医療面からのエビデンスに従った治療進行と、患者サイドが抱える社会的な背景によった治療進行の希望が出される。このような観点から治療の進行状況をコントロールする必要があり、この点はチーム全体の問題になるために、今後も検討を続ける必要がある。

総括評価

近年社会的に顎変形症に対する社会的認知度や患者の審美的要求が上がっている。今後も患者数が減少することはないため、チーム医療として継続し、顎変形症の治療を行う必要がある。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

矯正歯科医、口腔外科医、形成外科医、歯科麻酔科等の緊密な連携が必要な治療であり、本チームの編成は患者にとっての治療効果、利便性及びクオリティーに資するものがあるとして評価できる。

一方で、報告書に記述があるように、患者さんが社会人・学生などであり、医療面からエビデンスに従った治療進行と患者サイドが抱える社会的な背景による治療進行の希望に齟齬があるのであれば、その調整役となるに相応しい担当者を新たにチームに加えることを模索してもよいのではないか。

また、チームの役割やチーム構成職種の職種間協力の明確化などチーム医療を効果的かつ効率的に進めることができるような病院の基盤整備も課題であると考えられる。

口唇・口蓋裂診療チーム (岩手医科大学附属病院 歯科医療センター)

チームを形成する目的

口唇・口蓋裂治療においては、「チームアプローチ」と呼ばれる複数の診療科による診療体制が望ましく、顎顔面の成長の各時期に応じた矯正治療・外科治療が行われるが、口唇形成前の術前顎矯正に始まり、学童期の顎裂部骨移植、成人期の顎整形手術まで、長期にわたる同疾患の治療においては、形成外科と矯正歯科の連携が、形態的、機能的な面から治療結果に大きな益をもたらすものである。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

矯正歯科：形成外科から紹介を受けた患者について、授乳援助のための口蓋床製作、術前顎矯正（PNAM）、学童期における骨移植時期の決定、移植後の口腔内管理、成人期における顎整形術の術前・術後矯正を行う。また各時期の口腔機能評価を行う。

形成外科：口唇形成、口蓋形成二次修正、顎裂部骨移植、顎整形手術、術前術後の診査と全身管理を行う。

看護師：入院の必要な症例について病棟での看護を行う。

歯科衛生士：通院中、入院中の患者について口腔内清掃と清掃指導を行う。歯科医師の指示により矯正装置の使用について指導を行う。また病態写真撮影や口腔模型作製のための印象採得を行う。

チームによって得られる効果（評価方法）

形成外科と矯正歯科との連携によって得られる効果は下記の通りである。

- ・ 授乳障害のある口唇・口蓋裂乳児の授乳改善を、矯正歯科で製作した口蓋床によって行う。
- ・ 乳児期の術前顎矯正による、口唇形成後の形態的、機能的な成果の向上が可能である。
- ・ 形成外科による顎裂部骨移植は、顎裂のある症例においては重要な手術であるが、その施行時期の決定と、術後の同部への永久歯の誘導は矯正歯科の大きな役割である。
- ・ 成人期の顎整形手術においては、術前矯正、術後矯正、そして保定、補綴まで、矯正歯科と形成外科の密接な連携が不可欠である。

評価方法としては、下記の資料による形態的・機能的な定量評価が可能である。

矯正治療の定期的な検査（写真、模型、X線写真）に加え、形成外科の入院時および経過資料を用いることができる。

- ・ 術前後の病態写真
- ・ 術前後の口腔模型
- ・ 各種X線写真による形態的評価
- ・ 各種口腔機能検査機器

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

当チームの対象患者は成長段階により、通院間隔が異なる。新生児では毎月2～4回、乳幼児では3か月おき、形成外科手術のための入院中は2～3日おきに矯正歯科を受診して、

検査および口腔内清掃、摂食指導、習癖や耳鼻科疾患への対応指導を受けている。

チームによる患者の管理により、授乳、摂食、呼吸の状態が改善し、歯肉炎とカリエスの進行は抑制された。また患者と保護者の口腔衛生に対するモチベーションは上昇した。

患者側からは、積極的に摂食や口腔清掃に関する質問がされるようになり、これに対して個々の患者の特徴に合わせてアドバイスを与え、指導した。

口腔衛生状態が良好になったため、矯正装置の継続的使用の問題は軽減し、長期咬合管理と形科手術の両輪がかみ合って良好なチームアプローチが実施出来た。

この結果、対象患者は平成 22 年度 61 名から平成 23 年度 65 名へ増加した。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

形成外科の病棟看護師は病院全体のローテーションの中にあり、一定期間しか担当となることができない。比較的異動のない病棟師長の指導でこの問題は回避されているが、検討は必要と思われた。

また矯正歯科と形成外科だけでなく、小児科、耳鼻科、小児歯科へ通院・入院する患者もあり、さらに複数科との連携が必要となる場合もあった。

口唇・口蓋裂は可及的に早期から口腔機能改善のために歯科的介入を必要とするが、出生時、または出生前の早期診断が可能であり、産科領域においてこの疾患の早期治療、包括的治療を周知させるよう、医療従事者のみならず、行政側の関連部局からの情報提供と連携呼びかけを期待したい。

総括評価

口唇・口蓋裂は発生頻度が一定の先天疾患であり、その治療期間も出生から成人まで長期にわたる。その意味で、同一病院施設内の医科・歯科合同のチーム医療は、医療者と患者の双方にとって極めて有益であり、今後も継続する必要がある。患者側からも「長い治療期間のなかで今、何が必要か、次に何をやる予定か、現在の問題点は何かかわかって安心だった」という声がある。スタッフからは「患者さんの成長と治療による変化を目の当たりにしてやりがいを感じた」という評価があった。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

患者さんから「長い治療期間のなかで今、何が必要か、次に何をやる予定か、問題点が分かり安心だった」という声があがっており、連携して治療を行うことで患者さんに安心感を与えていることは評価できる。

口唇口蓋裂はチーム医療が効果的な領域であり、矯正歯科と形成外科だけでなく、小児科、耳鼻咽喉科等との連携が必要となる場合の対応について検討が必要である。

さらに、患者中心の医療の実施を目指すには関連診療科、病院の地域連携室、MSW、ST等の職種を包含したチームの構築や地域の診療所との連携したチーム医療が望まれる。

顎顔面骨折診療チーム (岩手医科大学附属病院 歯科医療センター)

チームを形成する目的

様々な原因による多様な顎顔面骨折の治療では、咬合の回復が一つの目標となる。形成外科が主となって担う顔面骨折整復にあたり、歯科領域においては矯正歯科が携わってきた。

この連携により、硬組織・軟組織への侵襲と負担の軽減が得られ、入院期間の短縮にも寄与することができる。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

矯正歯科：形成外科から紹介を受けた患者について、上下の歯が存在し、咬合関係があったと思われる症例については口腔模型を製作、各種 X 線写真の情報より、受傷前の咬合関係の推定をする。

これにより、上下歯列弓の印記された床副子をレジンで作製し、骨折片の復元位置を誘導する。また矯正的手段により、上下歯列の顎間固定、顎外固定装置の作製を行う。さらに顎関節症状が観察される場合にはその診療を行う。転位、脱臼した歯の位置の整復固定も矯正装置によって容易に可能となる。また、各種口腔機能検査を現有の設備で行う事ができる。

形成外科：顎顔面骨の観血的整復固定、術前術後の診査と全身管理を行う。

看護師：入院の必要な症例について病棟での看護を行う。

歯科衛生士：通院中、入院中の患者について口腔内清掃と清掃指導を行う。歯科医師の指示により矯正装置の使用について指導を行う。また、病態写真撮影や口腔模型作製のための印象採得を行う。

チームによって得られる効果（評価方法）

形成外科と矯正歯科との連携によって得られる効果は下記の通りである。

- ・ 患者の顎・歯列の模型による受傷前の咬合状態の推定
- ・ 具体的な咬合整復目標の設定と咬合床副子の作製
- ・ （観血的・非観血的）整復時の顎間固定、顎外固定
特に矯正用ブラケット、ワイヤー、エラスティックを顎間固定に応用すると、脱臼歯の移動、大骨片の移動などをその他の手段より低侵襲で容易にできることが知られている。
- ・ 整復術後の咬合状態の管理
- ・ 整復術後の咬合不全に対する処置（顎関節障害を含む）
評価方法としては、下記の資料による形態的・機能的な定量評価が可能である。
- ・ 術前後の病態写真
- ・ 術前後の口腔模型
- ・ 各種 X 線写真による形態的評価
- ・ 各種口腔機能検査機器

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

当チームの存在によって、様々な顎顔面骨折の治療において、早期に受傷前の咬合状態を推定し、形態的回復とリハビリテーションを安全かつ早急に行うための方針策定が容易にな

った。具体的には、観血的整復や顎間固定・顎外固定の必要の有無、咬合床副子の作製・装着、退院時期決定、咀嚼訓練、欠損補綴などである。

外見的、X線所見でも咬合状態の変化が客観的に把握する事が困難な患者でも、咬合の違和感、障害を訴える例が多く、外傷が顎関節や歯周組織へ影響を与えていた。このため退院後かなり日数を経て再来する場合もあり、外傷性の顎関節症、歯根膜炎、歯槽骨吸収などを認める症例は必要に応じて他科との併診を行った。歯の脱臼や受傷前からの喪失歯のある例についても、歯の保存可否と補綴までの計画を立案することができた。

ほぼ全例において、咀嚼障害と口腔衛生状態の低下があり、受傷前から歯周疾患に罹患している場合も含めて、入院時、顎間固定中、退院後にわたり、歯科衛生士による衛生指導と歯科医による咀嚼訓練がなされたことで、患者のQOL向上に貢献出来た。

顎顔面骨折診療チームは、事故により受傷して紹介された患者の対応にあたっているため、今後の患者数動向は予測できないが、顎顔面骨折においては必須のチームと思われ、当施設に紹介される患者については十分な対応ができたと評価している。

平成 22 年度患者数 8 名 → 平成 23 年度患者数 9 名

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

当チームで診療にあたった患者のなかでも、以下の問題がある場合には治療が困難であった。すなわち陳旧性骨折、頭蓋底骨折を有する例、重篤な他部位の骨折を有する例、粉碎や陥没などを伴う多発骨折、関節突起の骨折、無歯顎および多数歯欠損を伴う例、先天的骨格異常を伴う例、感染症を伴う例などである。この問題に関しては、チーム以外に関係する科とのコンサルテーションを十分に行うことで個々の例に対応できた。しかし、保存的な治療で終わった例では長期の観察と対応が必要であることが分かった。

また骨折原因が自損、他損を含め多岐にわたり、医療費の支払に関しては後遺症の有無を含めて注意を要し、この点に関しては患者と、事故関係者、支払側との連携を密接にすることが重要であると感じた。

総括評価

顎顔面骨折の機会が多く、その原因、程度も様々である。外科的な顎骨の整復だけでは対応が困難な例が多い。患者のリハビリテーション目標は、受傷前と同等の咀嚼と摂食が可能になることなので、歯科的対応は不可欠である。そのため、咬合回復に顎間固定と顎外固定に矯正歯科の治療手段が適応されたことは、口腔内への侵襲が少なく、患者と介助者にとって極めて簡便で、高く評価出来ると思われる。

加えて、患者がスムーズに歯科の一般治療へ移行出来ることもチーム医療の成果と言える。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

顎顔面骨折は、様々な原因によるため多様な治療が必要となり、目標である咬合の回復には主となる形成外科と矯正歯科の連携は不可欠である。外科的な顎骨の修復と歯科的対応は、とりわけ患者にとっての治療効果、利便性及びクオリティに資するものがあるとして評価できる。

矯正的手段により、上下歯列の顎間固定や顎外固定装置がなされた後の栄養摂取方法、各

種口腔機能検査、装置除去後の機能回復訓練等をチーム医療でスムーズに、かつ効果的に行うためには、管理栄養士、言語聴覚士等の職種の参加や望まれる。

小児科入院患児に対する口腔管理チーム (岩手医科大学附属病院 歯科医療センター)

チームを形成する目的

小児科に入院している患児の中には、原疾患とそれに対する化学療法、放射線療法などの治療による細菌に対する抵抗力の低下、骨髄移植による移植片対宿主病（GVHD）などによって、口腔内に口内炎や潰瘍の形成を生じ、原疾患に加えて小児にとってさらなる過酷な症状を呈することがある。この症状を緩和するために歯科的対応を小児科入院患児の抵抗力の低下により口腔内に口内炎や潰瘍が形成されたりする児に歯科的対応を行う。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

小児科病棟医師、看護師：入院中の患児に何らかの口腔内症状が生じた場合、小児歯科外来に連絡を取り、歯科チームの往診を要請する。

小児歯科歯科医師、歯科衛生士：現在、小児科病棟担当歯科医師と歯科衛生士が毎週水曜日に定期的に小児科病棟に往診し、歯科医師による症状への対応と歯科衛生士による口腔内のケアを行って来ている。緊急に症状が生じた場合には適宜往診して対応している。小児歯科外来での診療が必要な場合、小児歯科の患児が少なく、可及的に感染の危険性が低い時間帯を選んで小児歯科外来で処置を行う場合もある。ポータブルの歯科往診用切削器具セットが購入できればベッドサイドでの処置も可能になるものと思われる。

チームによって得られる効果（評価方法）

- ・ 口内炎、口腔粘膜潰瘍の症状緩和によって患児の食物摂取が容易となり、QOLの改善が期待できる。
- ・ 口内炎、口腔粘膜潰瘍の症状緩和によって患児の持つ原疾患に対するその悪影響を減弱することができる。
- ・ 医療チームが存在することで小児科病棟から小児歯科外来への診療依頼が行いやすくなり、患児にとっても福音となる。口腔内症状の緩和と原疾患に対するその悪影響の減弱。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

原疾患とそれに対する化学療法、放射線療法などの治療で生じた口腔内不快症状（口内炎や潰瘍等）に対して、歯科チームからの歯科専門的助言や対応が積極的に実施できている。たとえば、口腔内不快症状を緩和するのに必要な薬剤についても、薬剤師と情報を共有し、患児に適した対応を実施できるようになってきた。また、患児に関わる内容を小児科病棟医師、看護師、小児歯科歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、栄養士、理学療法士といった関係者がミーティングを行い、情報を共有し意見を出し合うことで医療サービスの観点からも望ましい結果が出てきていると考えられる。

今後は、退院した後の口腔ケアについても、患児やその保護者にその重要性を理解して頂き、引き続き口腔管理を実施していく必要がある。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

現在のチーム医療の運営方法は、小児科病棟に入院した患児に何らかの口腔内症状が生じた場合に歯科チームが小児科病棟に往診することになっている。この方法では、症状が起き

る前の正常な状態が把握できないばかりか、口内炎や潰瘍を緩和する口腔ケアを化学療法や放射線療法が開始する前に習得することもできない。口腔内症状が生じてからは、歯科チームが実施できる口腔ケアにも自ずと限界がある。解決方法として、小児科病棟に入院が決まったら、同時に小児歯科外来も受診し、正常な状態の把握と口腔内の精査が実施できるならば、化学療法や放射線療法の開始前に齲蝕治療が終了できるし、事前に問題が起こりそうな箇所の指摘や適切な口腔ケアの方法を最小限習得可能と思われる。そこで、実施可能な解決策を探った結果、入院前の小児やその保護者に対して、口腔ケアに関するリーフレットを作成し、口腔ケアの積極的な啓蒙を行う活動方針を立案した。リーフレットは小児科外来を中心に配置し、小児のQOLの向上に役立つものと考えている。

歯科医療従事者が化学療法や放射線療法を受ける患児に対して、積極的に関わることができるよう仕組みの構築を行政側は求められる。今の制度では歯科医療従事者は主治医の求めに応じて対応を行っているが、治療計画立案時点で歯科医療従事者の意見も反映できるような医療制度を望む。

総括評価

当病院では、電子カルテ導入により共通ツールとして情報共有が進み、紙媒体における入院カルテより、時間経過を追って入院している患児の健康状態を把握することができ、往診に備えることができるようになった。同時に歯科情報も共有可能となり、歯科医療従事者の所見もリアルタイムで参照できる。このような環境下でチーム医療を進めることは、患児にとって入院中のQOLを向上させることができると考えられる。

今後の目標として、口腔内不快症状の緩和や解消が評価しやすいシステム作りのため患児ごとにばらばらであった歯科的対応法の標準化を行う必要がある。小児科病棟と連携を強くして入院患児のQOL向上に貢献できるようチーム医療を研鑽し継続していくことが望まれる。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

医療制度に関する提言については、現状の医療制度においても医科歯科連携による多職種連携のチーム医療の場で十分可能と考えられる。密なチーム連携が望まれる。

事業報告書ではチームとしての責任の所在、職種間の積極的な連携内容及びチームとして効果的となった医療内容を客観的かつ具体的に報告して欲しかった。

口腔衛生を視点においた小児領域の本チームにおいても、口腔機能に対する視点が望まれる。

全身麻酔下手術予定者における術前の口腔ケアチーム (岩手医科大学附属病院 歯科医療センター)

チームを形成する目的

全身麻酔の経口挿管で口腔細菌が気道内に押し込まれることや口腔内の手術で創が口腔内細菌により汚染されることは、術後に感染症を惹き起こし、時には重症化する。したがって、術前からの口腔ケアは重要であり、術後の感染予防を目的とする。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

口腔外科医師：口腔ケアを依頼、指示

歯科麻酔科医師：口腔ケア前の問診、歯式、歯周検査

歯科衛生士：PCR のチェック、歯面清掃（歯ブラシ、歯間ブラシ、ブラシコーン）、スケーリング等

口腔ケアは手術予定日の数日前および前日の 2 回行っている。また、必要に応じて、術後においても口腔外科より依頼があれば歯科医師指示のもと口腔ケアを施行している。

チームによって得られる効果（評価方法）

術前の口腔ケアを行うことによって口腔内の常在菌が減少するため、術後感染症が予防される。

評価方法は、手術数日前の PCR（歯垢付着度）等の検査をもとに、手術前日および術後における PCR を再度チェックして評価する。また、術後においては、感染を疑う症状等がないかバイタルサインや血液検査等を確認する。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

予定手術日の約 1 週間前に歯科麻酔科外来にて口腔内診査および歯周ポケット検査を行い、その後、全顎スケーリングを行った。また、手術前日には、前回診査した記録を見ながら機械的歯面清掃を行った。さらに、口腔外科からの指示があれば、術後においても口腔ケアを行うことにした。

その結果、以前の口腔ケアをしなかった患者に比べ、術後における血中の炎症反応や体温などの急激な上昇を示す患者が減少してきた。また、術前に口腔ケアや清掃方法の指導を行うことで患者の口腔内に対する関心度が増加した。

手術の部位や範囲、時間などによって、術後の炎症性反応が異なるため、体温や術後の白血球数、CRP 値の変化が、口腔ケアの有無によって決定されると断定するのは難しい。しかし、術前に口腔ケアを行い、患者自身の口腔内に対する意識が高まったことで口腔内は清潔に保たれ、気管挿管時における口腔内細菌の気管への押し込みや手術時における口腔内細菌によって汚染された創部から血液を介した細菌の遠隔臓器への侵入が減少したため、今回の結果につながったと思われる。したがって、術前口腔ケアは術後感染症の予防の 1 つとなる有効的な因子になることが示唆された。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

現在、術前に口腔ケアを行う口腔外科患者専用の部屋はないため、歯科麻酔科外来の一區間で行われている。したがって、歯科麻酔業務と口腔ケアが重なると、歯科麻酔業務が優先

されるので予定通りの口腔ケアを行うことができず、患者の都合によってはキャンセルになる場合も少なくない。また、担当する衛生士は主科での業務と兼任のため、口腔ケアを定期的な時間に行うことが困難である。

近年、口腔外科専用の手術室が開設されたことで手術件数が増加し、術前の口腔ケアを必要とする患者も大幅に増えてきているため、円滑に作業を進めるために不足している衛生士の増員および口腔外科患者を対象とした口腔ケア専用室の提供を望む。

総括評価

今回、口腔外科および歯科麻酔科の歯科医師、各科の歯科衛生士が1つのチームになって連携をとりあい手術予定患者の術前の口腔ケアをおこなうことができた。患者は口腔内への関心、意識が高まり、手術まで清潔に保たれたことで術後の感染予防に繋がった。歯科医師からの立場から見ても、術後の感染予防において、術中から投与される抗生物質に頼るといった従来のやり方のみならず、術前の口腔ケアが加わったことで、よりいっそうの術後感染予防が強化された。

今後もこのチーム医療を継続して行っていきたいが、人員や場所の問題などで手術予定患者全員が術前口腔ケアを行えるような体制を整えることが課題である。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

術前1週間前からの術後まで一貫したケアシステムを担う新たなチームを立ち上げたことは評価できる。

一方で、「術前口腔ケアは術後感染症の予防の1つとなる有効的な因子になることが示唆された」との結論であるが、術後感染症の発生頻度をはじめ、対象患者数などの客観データが示されていない点が残念。

課題や総括評価の内容からは、病院内の機構改革と並行してチーム医療を推進する必要性があるように感じられる。

診療報酬改定において周術期の歯科の関わりが評価されたことも踏まえ、より幅広い視点でこのようなサポートチームの運営が行われていくことを期待する。

包括的医・歯・薬連携プロジェクト (岩手医科大学附属病院 歯科医療センター)

チームを形成する目的

当院の母体である岩手医科大学は、全国にも類をみない医・歯・薬が共立する総合大学であり、医・歯・薬連携医療を実践するにあたりチームワークがより強固な組織が形成できる。更に「東日本大震災」の教訓を活かし県民のニーズに合った地域医療活動が提供できる連携拠点病院を目指す。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

医師：入院患者の身体状況に基づき、入院中および術前・術後の口腔状態を評価し、更に退院後の連携医療機関への紹介・情報提供を行う。

歯科医師：医師・看護師からの情報により、病院スタッフと協働し、入院患者の術前・術後の口腔管理を実施する。また歯科衛生士等、関係する他のスタッフに情報提供・助言を積極的に行いカンファレンスでは、議長を務める。

外来看護師：術前の患者および家族にモニタリング等を行い不安の緩和に努める。

病棟看護師：チームの中心的な役割を担い、各病棟への伝達、退院時のコーディネートを行う。

歯科衛生士：歯科医師指示のもと口の機能訓練および専門的口腔衛生処置を行う。また、患者・家族・病棟スタッフに対し口腔保健指導を実践する。

管理栄養士：患者の栄養状態や食形成などについて評価し、医師・歯科医師の指示のもと入院食の食事計画の立案・選択などを行う。

臨床工学技士：医師・歯科医師の指示のもと人工呼吸器等医療機器の調整や装着状態をチェックする。

理学療法士：医師・歯科医師の指示のもと患者の呼吸機能・体幹の保持機能を管理し、摂食機能訓練、口腔機能向上のリハビリテーションを実施する。また、院内関係者および連携施設に対して情報提供を行う。

薬剤師：患者の持ち込み薬、薬剤の副作用のチェックを行い、医師・歯科医師の指示による静脈栄養剤の選択を行う。

臨床検査技師：医師・歯科医師の指示のもと検査内容をチェックし、情報提供を行う。

社会福祉士：患者・家族の相談を傾聴し、スタッフを交え社会復帰へのつなぎとしての役割を担う。

事務員：医師・歯科医師の要請により医療チームの編成を補助し、カンファレンス等の開催場所・記録等、また連携施設への、連絡等事務的役割を担う。

チームによって得られる効果（評価方法）

・事務部が窓口となり、チームリーダーの指示のもと関係する全診療科（医科・歯科・薬科）関係部署を採択し、チーム編成に充てる。

・医科・歯科・薬科関係する全ての診療科、関係部署が参画することにより患者に「安心」を提供できる。

・医療連携を行う事で、退院後の地域での歯科管理が継続でき患者のQOL向上が期待できる。

・病病連携・病診連携により地域医療連携に貢献し、情報共有を行い関係職種間の資質向上

を図る。

- ・ 医科・歯科の専門的な方向性を合わせることで、特に高齢者の合併症予防が期待できる。
- ・ 臨床研修歯科医・学生に参加を促し、教育に活用させる。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

当チームは、各チームの包括的な役割を担い各チームの活動状況を集約、且つ本実証事業の目的並びに内容等を各担当者に情報発信し、各自の事業に対するモチベーションを高めるよう活動した。結果少数ではあったが、学会・研修会に参加し、医療サービスの安全性・効果等の修得に努めた担当者は、歯科医師 2 名・衛生士 2 名事務員 1 名であった。

1. 第 56 回日本口腔外科学会総会学術大会（全身麻酔下手術予定者における術前の口腔ケアチーム：歯科麻酔科歯科医師 1 名）
2. 厚労省・チーム医療の推進のための実践的事例集より 医科・歯科の連携チーム医療セミナー（歯科衛生士 2 名、事務員 1 名）
3. 第 21 回日本有病者歯科医療学会総会学術大会（小児科入院患児に対する口腔管理チーム：小児歯科歯科医師 1 名）

また、各チームが本実証事業を基にチーム医療に積極的に取り組んだ結果、係る対象患者（治療患者）は前年度より件数が増加した。（平成 24 年 3 月末現在）

1. 睡眠時無呼吸診療チーム：平成 22 年度（54 名）→平成 23 年度（69 名）
2. 顎変形症診療チーム：平成 22 年度（15 名）→平成 23 年度（25 名）
3. 口唇・口蓋裂診療チーム：平成 22 年度（61 名）→平成 23 年度（65 名）
4. 顎顔面骨折診療チーム：平成 22 年度（8 名）→平成 23 年度（9 名）
5. 小児科入院患児に対する口腔管理チーム：平成 22 年度（26 名）→平成 23 年度（32 名）
6. 全身麻酔下手術予定者における術前の口腔ケアチーム：平成 22 年度（14 名）→平成 23 年度（288 名）

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

今回、指定チームが複数であったため活動を現場に任せ情報の集約が不徹底であり、当チームの活動は本来の目的を達成できなかった。現在、医科・歯科合同の「臨床部長会」が開催されているが、チーム発足当時は、医科・歯科単独での「臨床部長会」を開催していたため、実証事業の主旨が各臨床部長に説明不十分であった事が要因の一つとしてあげられる。また、4月より電子カルテが稼働に伴い当初操作方法等、医療従事者の負担軽減に至らない部分があった。今後、医・歯・薬連携を病院全体のプロジェクトと位置付け、周知並びに関係部署への積極的な行動が必要であり、具体的な内容を修得するため、関係者によるWSへの参加が必要と思われる。

行政の対応としては、チーム医療の広報（リーフレットの発刊等）を行い、保健所に専用相談窓口を設置、患者の通院・医療費負担の軽減等を考慮し、近隣医療機関と当院との機能分化を行い病病連携・病診連携を行政として推進していただきたい。

総括評価

医科・歯科合同の「臨床部長会」が開催されていることにより、今後具体的な方策を立てることが可能となった。また、電子カルテ導入により共通ツールとして情報共有が今まで以上に加速した。今回の実証事業に参画したことにより、医・歯・薬の役割分担が明確化され今後、協働作業・連携業務のアウトカムの構築が期待される。当院は、医・歯・薬の学部が共立し、各部門が特化した専門性・安全性を有している。

今後も患者のニーズに合った専門性の高い医療を提供するため、この取組を継続する必要があると思われる。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

岩手医科大学は、医・歯・薬連携のチーム医療を実践する組織形成が、大学・大学附属病院を通じて比較的容易な環境にあると推察される。今後は地域医療活動が提供できる連携拠点病院としての役割に期待したい。

総合的口腔衛生管理チーム

(社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院)

チームを形成する目的

総合病院の患者においては、医科疾患やその治療に付随して口腔合併症が出現する場合や、不十分な口腔衛生管理が新たな医科疾患の原因となる場合があり、様々な状況で口腔衛生管理が必要とされる。口腔に関連する多職種から構成されている当チームは、歯科治療や口腔ケアにより口腔衛生状態を管理することで、主科の治療を支持することを目的としている。具体的には、歯科を中心とした各職種との有機的な連携の下、歯科治療および口腔ケアの実施により、呼吸サポート、栄養サポート、摂食・嚥下リハビリテーション、急性期治療、周術期管理、がん治療、緩和ケアなど、広範囲な領域に貢献するという目的である。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

歯科医師：歯科治療の実施 専門的口腔ケアの実施 歯科衛生士・看護師への指示

医師：口腔衛生管理が必要な患者の選定 歯科・看護師への指示

歯科衛生士：専門的口腔ケアの実施 口腔ケア難症例の口腔ケア実施 看護師への指示

看護師：日常的な口腔ケアの実施 専門的口腔ケアおよび歯科治療要患者の選定 歯科への指示

認定看護師：各領域における口腔衛生管理が必要な患者の選定 歯科への指示 関連施設への口腔ケア指導を今後広げていく予定。

理学療法士：呼吸理学療法の実施 口腔ケアおよび歯科治療要患者の選定 歯科への指示

言語聴覚士：摂食・嚥下機能の評価 嚥下訓練の実施 歯科への情報のフィードバック・指示

管理栄養士：栄養状態の評価 口腔ケアおよび歯科治療要患者の選定 歯科への指示

薬剤師：嚥下機能に合った適切な薬剤投与形態の助言 副作用のチェック

<医療情報システムの活用>

入院時看護が口腔状態の観察を行い「口腔トラブルの有無」を記載。歯科医師は「有」となった患者全てを抽出可能なシステムが整備されており、各科からの歯科依頼がなくとも情報を得られるようになっている。

また歯科医師への依頼は、①医師から歯科受診の依頼書以外にも、②口腔ケアや義歯の調整であれば看護から歯科医師や歯科衛生士への依頼が出来る。②により特に合併症予防、難治例、患者の快への口腔ケアは歯科衛生士の指導の下、病棟看護師が積極的に介入するようになっている。ケア記録は、決められたタイトル、テンプレートを使用し記録することで、チーム全体で情報共有出来る。

チームによって得られる効果（評価方法）

医科疾患の支持的療法として歯科治療や口腔ケアを実施することで、

- ・ 良い条件での経口摂取が期待できる（摂食状況レベルの評価）
- ・ 経口摂取開始時期を早める（経口摂取開始日数）
- ・ 医科疾患に付随して生じる口腔合併症の発生件数を減少させる（口腔合併症発生頻度）
- ・ 口腔合併症の治癒促進（口腔カンジダ症などの治癒率）

- ・ 医科疾患の治療を円滑に進められる（治療完遂率）

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

当院では平成 13 年より当チームが稼働しており、チーム形成前後での比較はできない。従って、平成 23 年 1 月～12 月の期間での調査を実施した。

- ・ **チーム介入患者数**：期間中にチームが介入した患者数は 921 名であった。その間、当院全体での受診（入院・外来とも）患者数は 60,016 名であった。総合病院において、当チームを必要とする患者は一定の数存在している。
- ・ **科別チーム介入患者数**：期間中の依頼科別患者数は、呼吸器内科 164 名、総合診療内科 91 名、脳卒中科 72 名、消化器内科 71 名、整形外科 62 名、ホスピス科 56 名、脳外科 53 名、消化器外科 52 名、精神科 43 名、救急科 39 名、呼吸器外科 36 名、リハビリテーション科 33 名などであった。様々な科からのニーズがある。
- ・ **職種別チーム介入患者数**：期間中の依頼者の職種は、医師 500 名、看護師 401 名、療法士 20 名であった。主治医の承諾が必要だが、看護師や療法士からの依頼もある。患者と身近に接し、口腔内の状況を確認しやすいのは看護師、療法士であり、チーム内に看護師や療法士が存在することは口腔の問題を抱える患者の発見において重要であると考えられる。
- ・ **チーム介入患者の摂食状況レベル**：期間中にチームが介入した患者で、摂食状況レベルが評価しえた 352 名（平均年齢 79.3 歳）を対象とした。介入前摂食状況レベル（1-10 で 10 が正常）の平均値が 3.26、介入終了時が 5.30 であった。本チーム以外にも介入がなされているので、本チームのみの効果とは必ずしも言えないが、十分貢献しているものと考えられる。
- ・ **口腔合併症発生頻度**：チーム依頼時点で口腔内に何らかの問題がある。従って、チーム介入後に新たな口腔合併症が発生した患者のみ算出すると、147 名であった。
- ・ **口腔カンジダ症治癒率**：口腔合併症を発生した者の中で、口腔カンジダ症について調査したところ、当チームが口腔カンジダ症と診断したものは 31 名で、口腔ケア及び抗真菌薬治療 7 日目の評価にて、治癒が 19 名、著明改善が 6 名、改善が 3 名、不変が 3 名であり、90%（28/31：改善以上）の改善が認められた。チームが介入していることにより、早期発見早期治療できた。
- ・ **治療完遂率**：期間中、がん化学療法および頭頸部放射線治療を受療した患者のうち、当チームが介入した患者は 56 名（化療 44 名、放治 12 名）であった。そのうち 7 名が他部位の問題（造血器や消化器症状など）でがん治療が中断となったが、口腔領域の問題でがん治療が中断となった患者はいなかった。チームが治療開始前から介入し、口腔合併症を予防あるいは症状緩和できたことによるだろう。
- ・ **医療情報システムの活用**：期間中、看護師の記録による口腔トラブルが 2 回/1 週間以上記録され、まだ当チームに介入依頼がなされていない入院患者を抽出した（186 名）。歯科にて電子カルテ内容を確認し、チームの介入が必要と判断した患者は、そのうち 43 名（23%）であった。43 名について病棟に介入の必要性を再度確認し、実際にチーム介入がなされたものは 15 名（35%）であった。本システムがあることで、当チームを必要としている患者をある程度拾い上げることができ、また、病棟看護師に対し口腔内

を観察する習慣をつけさせる効果があり、それが当チームへの依頼に繋がるという好循環を生み出していると考えられる。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

コスト面の問題が大きい。総合的口腔衛生管理チームを推進する上で、歯科医療従事者の存在は欠かせない。しかし、病棟内の患者の診療や口腔ケアを行っても、リスクの高い患者を扱う割に現状では歯科診療報酬がほとんどなく、歯科医療従事者の人件費に見合う収支は得られない。6.の項目で記載したように、総合病院における当チームの必要性は高い。しかし、それに見合った報酬がないのでは、各地に歯科医療従事者を中心とした総合的口腔衛生管理チームを配置する、すなわち均霑化されるのは困難となる。チーム医療への歯科の関与に対する加算等が必要である。

また、科別依頼者数の項目で示したように、当チームは総合病院内で様々な科と関わる必要がある。従来のように「摂食・嚥下障害」や「脳卒中」などという疾患や障害によって制限するのではなく、総合的、すなわち様々な医科疾患の治療を支持する目的での当チーム介入や、様々な疾患があることにより介入時に特別な配慮が必要な場合にも点数を付与させる必要性もあるだろう。

総括評価

総合病院内に総合的口腔衛生管理チームがあることで、多様な医科疾患における口腔内の問題に対処することができている。またそのニーズは一定のものがああり、総合的口腔衛生管理チームが存在し、そこに様々な職種が属することによって口腔の問題を迅速に発見・対応することができているものと思われる。当チームの目的は、口腔内の問題を改善することではなく、それを通して医科疾患の治療を支持することにある。今回の調査結果から、その役割を十分果たしているものと考えられる。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

総合病院における口腔衛生管理チームの必要性は高く、このようなチームには常勤歯科医師および歯科衛生士の存在が必要である。本チームは医療情報システムを活用して介入依頼がなされていない入院患者を抽出してチーム介入を行うなど積極的なチーム運営がなされている。

今年4月からの診療報酬によって周術期の歯科のかかわりが評価されるようになった。このため、問題として挙げられている報酬上の評価は看護師などや歯科衛生士による摂食機能療法および歯科医師による指導料などで少なからずカバーされると思う。

急性期医療での臓器別専門家治療チームを衛生管理面からサポートするための医科・歯科連携の一例（常勤歯科医師が存在する場合）と考える。

口腔ケアチーム (武蔵野赤十字病院)

チームを形成する目的

本チームの目的は、入院患者用の口腔ケアの標準化と平準化である。現在は、疾患や施設によって異なっている口腔ケア法を体系化しつつ普遍性（標準化と平準化）を持たせるために、以下の要件を満たす口腔ケア法を開発・実践することが、本チームの課題である。

1. ケアの負担は上がらず、質が担保され、患者に快感を与える継続可能な口腔ケア法を確立する
2. 確立された口腔ケア法は、全病棟で使用できる方法とする（標準化）
3. 確立された口腔ケア法は、多病院間で使用可能な方法とする（平準化）

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

1. **歯科医師**：口腔ケアチームのリーダーである。医師と協働して口腔内の精査や口腔衛生処置の指示を歯科衛生士・看護師に行う。そして看護師・歯科衛生士とともに口腔ケアの標準化を行う。また、口腔ケアの平準化のために他病院と連携して、多病院で共通して使える口腔ケア法を開発している。歯科医師（口腔外科診療部長）がそのリーダーとして活動している。
2. **医師**：呼吸器内科診療部長と放射線治療科診療部長と医師、および腫瘍内科部長が協働している。肺炎予防とがん治療後の口内炎予防に関して、患者状態に応じた評価と対応を体系化して、口内炎の予防と早期改善のためのグレード別マニュアルを作成した。
3. **病棟看護師**：患者ケアの専従者として、歯科医師・歯科衛生士とともに口腔ケアの標準化に務め、平準化にも主体的に関わった。メンバーである看護係長が中心となり、部署の看護師とともに新人教育を担当し、各部署の看護師からの相談を受け、実践の指導を行った。看護副部長は管理的視点から様々な調整を担当し、チームのコミュニケーションと協働作業に尽力した。
4. **がん化学療法室の看護師**：化学療法を受ける入院患者の口内炎の予防と早期改善を図るため、標準的な口腔ケアマニュアルを作成した。口内炎を適切に評価し、歯科医師・歯科衛生士・腫瘍内科医師と連携しながら患者の副作用の軽減に努めるための、患者用の口腔ケアマニュアルを作成している。
5. **放射線治療外来の看護師**：化学療法室看護師と同様であるが、患者の多くが外来患者であり、入院患者に比べて説明の時間が限られること、また放射線の総量によって粘膜炎の重症度が変わることから、外来患者用の口腔ケアマニュアルを製作している。
6. **歯科衛生士**：歯科医師の指示のもとに、専門的口腔衛生処置を行い、患者・家族・病棟看護師に対して口腔衛生処置の指導を行っている。

チームによって得られる効果（評価方法）

効果	評価方法
1. 易感染患者や人工呼吸器関連肺炎（以下、VAP）などの肺炎予防効果	呼吸器ケアチームと共同で VAP サーベイランス、肺炎発症頻度調査を行い、発症率、入院期

	間の減少効果などを調査する
2.手術後の呼吸器合併症の減少	心臓血管外科等の術後患者の呼吸器合併症の頻度の変化を調査する
3.がん化学療法患者の口内炎の予防と早期改善	口内炎の重症度を比較調査し、さらに患者の摂食状況・栄養状態を評価する。
4.がん放射線療法患者の口内炎の予防と早期改善	同上
5.病棟看護師の口腔ケアのスキル・アップ（質向上と時間の短縮化（業務の効率化））	開発した口腔ケア法の導入前後に、理解度レベル、口腔ケア業務の負担感、行動変容等を調査する
6.看護教育の質向上	看護教育用教材としての有用性を比較する

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

口腔ケアチームの活動成果を安全と効果の面でまとめると下記のようなになる

口腔ケアの対象者・種類	安全面	効果面
気管挿管中の患者	①気管チューブの抜去事故のリスクの予知 ②人工呼吸器関連肺炎の発症リスクの予知 ③口腔ケア中の不随意反射の予知	①②③の効果は、CCU患者のVAP予防の観点から客観的調査を実施中である ④口腔ケアの時間短縮と効果について担当者の実感
意識障害患者	①口腔ケア中の不随意運動の予知 ②口腔や咽頭の損傷リスクの予知 ③口腔ケア中の誤嚥リスクの予知	①の予防 ②の予防と発症時の標準的での的確な対応 ③肺炎予防効果
嚥下障害患者	①口腔ケア中の誤嚥リスクの予知	①の予防とケア中の嚥下機能評価の実施
がん患者	①口腔・咽頭炎の発症と重症度の予知	①口腔・咽頭炎の時期を予測した対応と患者指導 ②患者の信頼感の増幅
周術期患者	①気管挿管中の歯の脱落や損傷の予知 ②術後の肺炎リスクの予知	①の予防と術前歯科受診体制が整った ②の予防効果は症例集積中
看護師教育	①標準テキストに基づく統一した安全教育 ②院内標準化によるケアの安全基準の周知	①安全と効果の周知、看護師教育用資料作成の効率化 ②院内標準化によるケアの効率化 ④他施設との協働作業による知識の広がりと深化

成果物

1. 「看護師と歯科で創る口腔・咽頭ケアマニュアル」：みなと赤十字病院、せんぽ高輪東京病院、武蔵野赤十字病院 口腔ケアプロジェクトチームの協働製作
2. 「口の中の物語りーがん治療の副作用対策ー」：武蔵野赤十字病院 口腔ケアプロジェクトチーム製作

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

1. 院内標準化のための課題と解決策

課題：病棟・診療科による口腔ケア手法や体制の違い

解決策：まず日常の臨床業務に口腔ケアを積極的に取り入れている病棟や診療科の構成員を、口腔ケアプロジェクトチーム員とした。次いでそれぞれが使用している手法や体制を互いに公開して、採用の経緯や利点・欠点を出し合った。その結果、原疾患ではなく、患者の状態によって口腔ケアの手法を統一できることに気づいた。そこで、呼吸状態、意識レベル、循環動態、嚥下機能レベルによって口腔ケアの手法を院内標準化できた。

2. 多施設での共同実施（平準化）のための課題と解決策

課題：病院間の相違は予想できるがその実態が不明

解決策：院内標準化の経緯を踏まえて、まず各病院の標準的な手法を持ち寄り、採用経緯を公開して病院間の相違を具体的かつ発展的に理解した。そして口腔ケアの基本部分（幹部分）と枝葉部分を分けることを提案して、幹と枝葉の具体的な分類に関して同意を得た。幹部分とは、呼吸状態、意識レベル、循環動態、嚥下機能レベルによって対応を変えること、手技の基本な考え方と流れである。その結果、「看護師と歯科で創る口腔・咽頭ケアマニュアル」が冊子としてまとまった。

総括評価

院内標準化、病院間平準化とも成果物を得、各病棟、病院で施行中（一部は施行準備中）である。施行しつつ、問題点の抽出と課題の解決を進める。さらに、質の担保のための院内勉強会、地域での「講習会など」が必要と考えている。

（その他）

口腔ケアプロジェクトチームの活動を通じて、院内のチーム力の強化と口腔ケアへの関心の高まり、普及の拡大を感じている。今後は、継続的な質の担保のための体制作り、地域への啓発事業が有用であり、口腔ケアプロジェクトチームのレベルの向上にも役立つと考えている

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

チームの目的を入院患者用の口腔ケアの標準化と平準化とし、実証事業で院内標準化、病院間平準化ともに成果物を得て、各病棟、病院で現在も施行中（一部は施行準備中）であるという点は評価できる。

また、対象患者を疾患別、症状別に安全面及び効果面を考慮しつつ、問題点の抽出と課題

の解決が進められている点も評価できる。

口腔ケアチーム (社会福祉法人 三井記念病院)

チームを形成する目的

- 1、VAP、誤嚥性肺炎の予防
- 2、専門医が介入し早期発見、早期治療、正確な治療計画の立案
- 3、口腔内環境が改善することで入院期間が短縮でき患者のQOL向上を目的とする

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

主治医は 入院日に口腔ケアの依頼書をだす

看護師は 前日のラウンド後から入院した患者数を歯科に報告する・看護師は入室時の状況をアセスメントシートに記入し（ADL・血液データ・意識レベルなど）、歯科医師とラウンド時に口腔内の状況・歯列表を記入する。ケアを話し合い決定したら、C I S上に写真と一緒に乗せて看護計画に反映させる。長期入室者は1週間後に再評価。口腔内状況が変化した時点で再評価する。

歯科医は 外来診察後に2～3名でHCU看護師と一緒にラウンドし、診断とケア指示をだす専門的治療が必要と診断したときは、主治医から歯科医へ他科依頼を出してもらう。

医事課は コスト導入のシステムづくりをする。

今後院内に広めていくためにNST・RSTと歯科医との合同カンファを行っていく予定。

チームによって得られる効果（評価方法）

1. 口腔ケアリンクナースを作ることにより病院全体に反映する
2. 歯科医の介入により正しい評価・処置・ケアが早期に実施できる
 - ① 専用の評価表（アセスメントシート）を使用することによりナース全体が共有できる
 - ② 電子カルテに反映させ（口腔内写真など）を看護計画に活用する
3. ラウンドによりコストの発生が可能となる
4. 口腔ケアラウンド前と後のHCU在室日数の比較
5. 口腔ケアラウンド前と後のHCUでの肺炎発生率の比較

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

- 1、2011年9月から月2回の歯科医師・歯科衛生士・HCU看護師で病棟の口腔ケアラウンドを開始する。各病棟にリンクナースを募集し、ラウンド時に加入。活動が認められ4月からは歯科医師・歯科衛生士・看護師による口腔ケアのワーキンググループを立ち上げ活動が開始される。
- 2、①情報システム課に電子カルテ上に口腔ケアテンプレート作成を依頼する。
テンプレート上に患者状態や口腔内状況・必要物品・ケア方法が記入できる。
ラウンドで専門的治療が必要な場合は、主治医から歯科へ依頼を提出する。
②ラウンド時に口腔内写真を撮影し電子カルテ上に残し、口腔ケアの前後比較ができるようになる。口腔内と舌のイラストを用いてケア方法をベットサイドに掲示する。
- 3、歯科医師・看護師・医事課・各科部長との話し合いから、コスト導入を実施。HCU入室患者には主治医より口腔ケアの必要性を説明し、患者・家族より同意書を得る。看護師はコスト発生についてのパンフレットを作成し、物品の使い方・ブラッシングの指導を実施

する。

患者からは「病気の体ばかり気にしていたけど、口の中も大事なんだね」や「調子が悪いと歯医者まで行けないから一度に見てもらえるとありがたい」など多くの反応が得られた。

4、歯科医師とラウンドを開始した前後のHCU在室日数は、ラウンド前5.32日、ラウンド後5.74日と有意差はなかった。①重症患者数の増加。HCUは2009年1月に開設され、2011年2月からAPACHEスコアを開始。2011年2月～3月までのAPACHEスコア9.6。2011年4月から2012年2月までのAPACHEスコアは10.7であった。②病床管理課でのベットコントロールによる影響も考えられる。

5、HCUに入室後肺炎と診断されたのは2010年度0名、2011年度0名であった。

2010年から看護師による自主的グループ活動で口腔ケアを実施していたことによって、口腔ケアの意識が高かったことが考えられる。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

1、各病棟間のケア方法の統一。HCUから転出後の口腔ケアを継続させるために手順を作成し、歯科医師や歯科衛生士による口腔ケアの勉強会を3回開催する。口腔ケアファイルを作成しラウンドの依頼方法や物品・薬品の説明、テンプレートの使用方法などを一冊にまとめ各病棟に配布する。

2、HCUのみのラウンドでは歯科医師は日々外来や手術などがあり、時間外での活動となる。ラウンド時に口腔内の状況や指示内容を手書きし、ラウンド後に入力していたため時間を要していた。電子カルテ上にテンプレートを作成したことで、ベットサイドで入力でき、ラウンド後の入力が不要となった。

3、コスト発生については、ある入院患者が「今は体のことで精一杯で、金銭的にも今後いくらかかるか分からないしやめてほしい」と訴えがあった。同意が得られなかった患者6名にはコストを取らず、歯科医師のラウンドと口腔ケアを実施した。歯科治療目的での入院ではない患者に対し予防医療の重要性を説明することの難しさを実感した。

総括評価

院内の職員・患者・家族に口腔ケアの成果を認められたことでワーキンググループへと拡大することができた。口腔ケア外来も開始となる。

院内のRSTグループがVAPのデータを収集することになり、今後NSTやRSTなど他のワーキンググループとの連携や退院後に口腔ケアを継続できるように退院支援室とのチーム医療をしていきたい。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

歯科医師・歯科衛生士（院内？）が参画した口腔ケアチームで、医科歯科連携が前提となる。また、急性期病院における課題別のサポートチームのあり方に分類される（NSTやICT等と同様）が、誤嚥性肺炎予防の視点からは重要。ただし、他の病院ではNSTに歯科医師・歯科衛生士が参加したりしている例がある。

医科歯科連携には、①高齢・障害者の口腔衛生・口腔機能障害を視点とした医科・歯科（院

外) 連携と②口腔衛生を視点においた小児領域のチームが提案されているが、②に該当する本チームにおいても口腔機能に対する視点が望まれる。

口腔ケアの担当者である歯科医師の業務過剰を電子カルテ上にテンプレートを作成したことでベットサイドでの入力を可能にしたことなどの工夫は評価できる。歯科医師とラウンドを開始した前後の HCU 在室日数に有意差がなかったなどの考察全体にチームのケア内容の関連など他職種とのチームの役割などの再評価、チーム構成の職種を増やすことなどが必要かもしれない。

今後の RST (呼吸サポートチーム) NST との連携など発展途上のチームと思われる。

コスト負担の発生について「今は体のことが精一杯で、金銭的にも今後いくらかかるか分からないのでやめて欲しい」という患者の気持ちも理解できる。今後も理解を得るための取組が重要である。

当該病院には歯科医師・歯科衛生士がいるようだが、歯科医師・歯科衛生士がいない医療機関が多い中で、口腔ケアに取り組むためには、地域の歯科診療所との連携が必要となってくるものと考ええる。

ゆい医科歯科連携チーム (湯布院厚生年金病院)

チームを形成する目的

歯科が標榜されていない回復期リハビリテーション病棟などリハビリテーションが中心の病院において、医科と歯科が連携するシステムを構築する。病院の地元歯科医師会（郡市歯科医師会）と連携、歯科医師会の中から希望する登録医を募り、患者が居宅ないし地元の介護施設等に移った後も、その登録医や地元の歯科医が継続した治療が実践できる。これにより、入院患者の口腔疾患の改善や口腔ケアの啓発と徹底及び誤嚥性肺炎発生を防止し、その後の医療を円滑に行うことに貢献するとともに、摂食・嚥下障害やADLの改善を図り、患者のQOL向上に貢献する。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

主治医：口腔内の異常及び全身状態の変調、全身状態や摂食・嚥下機能の変化に基づき、スタッフへの指示を行う。必要に応じて、患者・家族の同意の下、訪問歯科診療願いを発行。その際、歯科処置に関する患者の負荷能力等を情報提供する。

歯科医（登録歯科）：病院の歯科衛生士をはじめとして、他のスタッフとも協働し、歯科処置及び口腔内の精査や口腔リハビリテーション（口腔ケア）を実施する。また、病院スタッフに情報提供や助言を行う。必要に応じ嚥下造影などの嚥下機能評価場面やカンファレンスなどにも参加する。

歯科衛生士：入院患者の口腔ケアに関するアセスメントと主治医の指示により専門的口腔ケアを行う。口腔内の状態について主治医をはじめとして他のスタッフに情報提供する。訪問歯科診療の際には、歯科医に患者のリハビリテーションの進捗状況などを報告し、主治医をはじめとしたリハビリテーションチームと歯科医との橋渡しを行う。

看護師：患者の身体状況などの情報提供や問題となっている口腔状態を情報提供する。日常の口腔ケアや摂食・嚥下機能療法に実践する。

言語聴覚士：歯科医の情報提供を受け、摂食・嚥下機能改善に向けた取り組みを行う。また、患者のコミュニケーションの向上に向けても歯科医と連携して取り組み自立支援を効果的に行う。

理学療法士：体幹バランスや呼吸訓練を行い、リハビリテーションの進捗状況などの情報提供や摂食・嚥下機能や口腔機能向上など口のリハビリテーションに関する情報提供を行う。

作業療法士：口のリハビリテーションなどに関して、車椅子やアームスリングなど、患者の自立支援に向けた提案を行う。

栄養士：他の職種との情報共有により、口腔機能や嚥下機能改善に向けた嚥下食の提案などを行う。

介護福祉士：日常的口腔ケアの実施と日常生活の支援を行い、患者に応じた口腔ケア方法等の情報提供を家族に行う。

社会福祉士：患者と家族及びスタッフとの情報の橋渡しを相互に行うだけでなく、かかりつけ医師及び歯科医を含む地域への橋渡しを行う。

チームによって得られる効果（評価方法）

- ・ 入院患者の歯科医療ニーズの的確な把握と対応が可能となる（歯科衛生士介入及び訪問

歯科診療件数の推移)

- ・ 咬合状態の改善による嚥下機能の改善と栄養改善（アイヒナー・インデックス、反復唾液嚥下テスト、咀嚼トレーニングガム、嚥下グレード、咀嚼回数や食形態の変化、顎位安定性の変化、体重、アルブミン値の変化、発熱回数の変化）
- ・ 咬合状態の改善によるバランス機能の向上とこれによるADL向上（重心動揺計、バーサルインデックス）
- ・ 退院後、地域のかかりつけ歯科による継続した歯科的管理の実現（地域かかりつけ歯科に対する情報提供書発行数）

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

1) ゆい医療歯科連携システムの構築とその概略

歯科衛生士のリハチームへの加入を契機に、歯科領域への関心が高まったこともあり、医科と歯科が連携するシステムを構築する運びとなった。地元の歯科医師会（郡市歯科医師会）との準備委員会を通して、「ゆい医療歯科連携実施要綱」（資料参照）を策定した上で、歯科医師会の中から希望する登録歯科医を募り、調印式にて覚書を交わし、平成 23 年 4 月より本システムがスタートした。

これまで当院への訪問歯科診療は、町内 2 名の歯科医によって行われていたが、歯科医も自らの診療の傍ら時間調整していたこともあり、来院までに 1 週間以上かかることも少なくなく、また家族との調整（説明と同意）が十分に行えず、特に診療費等のトラブルになる事例もあった。また、リハチームの一員としての介入が求められる中において、患者の生活機能改善に向けて必要な連携が取れていたとは言い難かった。本システムは、このような問題点の改善と、医科と歯科の医療連携による相乗効果による患者のADL・QOLの向上を期待するものである。ゆい医療歯科連携システムのイメージと基本方針を図1、図2.に示す。

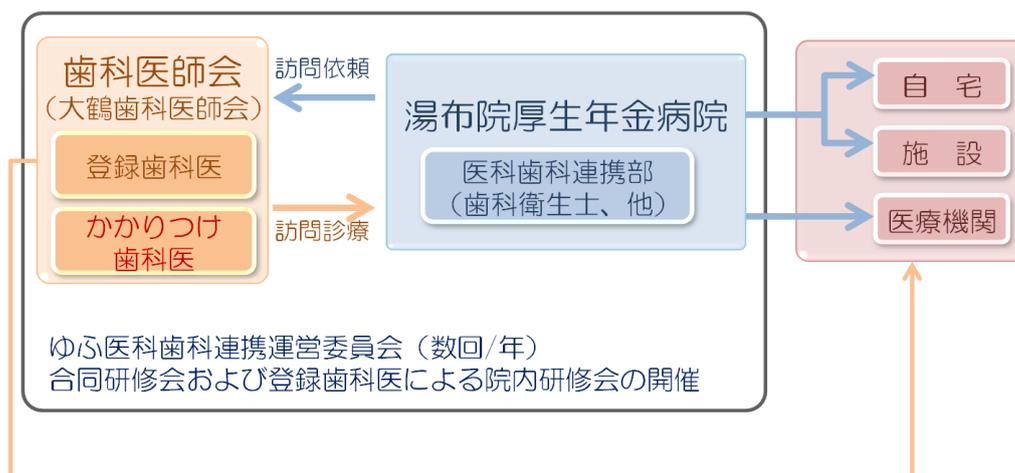


図1. ゆい医療歯科連携システム

- ・医科-歯科連携により、入院患者の口腔疾患の改善、口腔ケアの啓発と徹底、誤嚥性肺炎および窒息事故等の発生を防止し、その後の医療を円滑に行うことに貢献するとともに、摂食・嚥下障害や口臭などに対する専門的な医療対応を当院の医師や他のスタッフの協力を得て行い、患者のQOLに貢献する。
- ・医科-歯科それぞれが完結型の在宅医療を目指すのではなく、在宅医療チームとして連携し、口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーションに取り組む。
- ・医科-歯科連携を前提とした在宅栄養管理の実現する。
- ・医科-歯科連携を前提とした顔の見える、地域福祉に根ざした水平的なネットワークを構築し、地域リハビリテーションや介護予防を推進する。

図2. 医科歯科連携の基本方針

2) 医科歯科連携システム構築により、入院患者の歯科医療（口腔領域）ニーズの的確な把握と対応が可能となる（歯科衛生士介入及び訪問歯科診療件数の推移）

a. 入院患者の歯科医療（口腔領域）ニーズについて：平成23年10月から12月までの3ヶ月間に当院の回復期リハ病棟に入院した149名（平均年齢73.6±10.9歳、男性83名、女性66名）の、入院時にROAG（Revised Oral Assessment Guide）を施行した結果を図3.に示す。ROAGが9点以上で「問題あり」とされる患者は、約86%に及んでいる。その内訳は、歯・義歯の問題を呈している患者が最も多く、次いで口唇、舌と続く（図4）。また、ROAGが8点以下で「問題なし」とされた群と、9点以上の「問題あり」となった群で、バーサルインデックス（B.I）の平均得点を比較すると、口腔内に何らかの問題のある患者は、明らかに低い結果となっている（図5）。さらに、ROAGとバーサルインデックスの関係を見ると、ROAGの点数が悪い程、ADLも低くなる傾向となっている（図6）。次に、入院患者の咬合状態をアイヒナーの分類で示す（図7）。咬合支持面を持たないC群が最も多く、全体の53%に及んでいる。C群の中でもC3の上下とも無歯顎の患者が全体の24%と多くなっている。以上より、回復期リハ病棟入院患者の歯科医療ニーズは高いと考えられる。

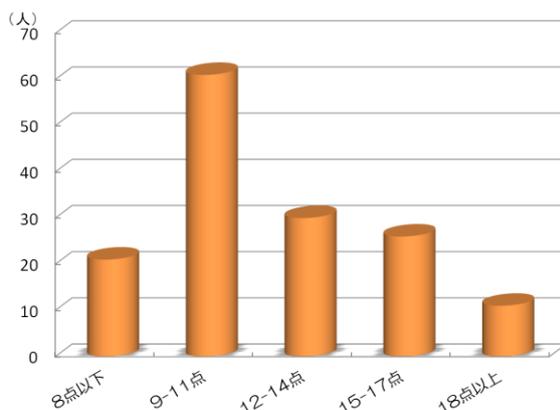


図3. 入院時のROAG結果（合計点）

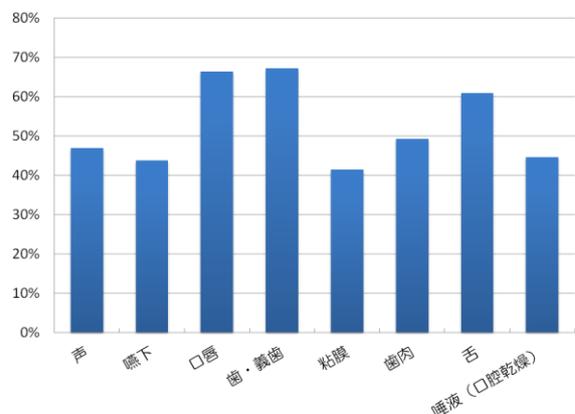


図4. 口腔内の問題の内訳（ROAGの結果より）

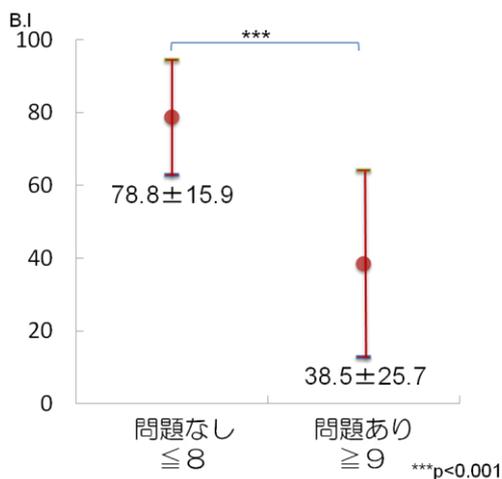


図5. ROAGの結果とB.I平均得点の違い

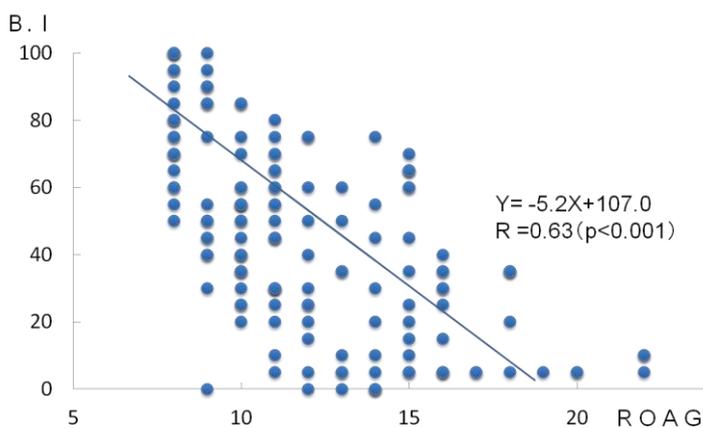


図6. ROAGとB.I得点の関係

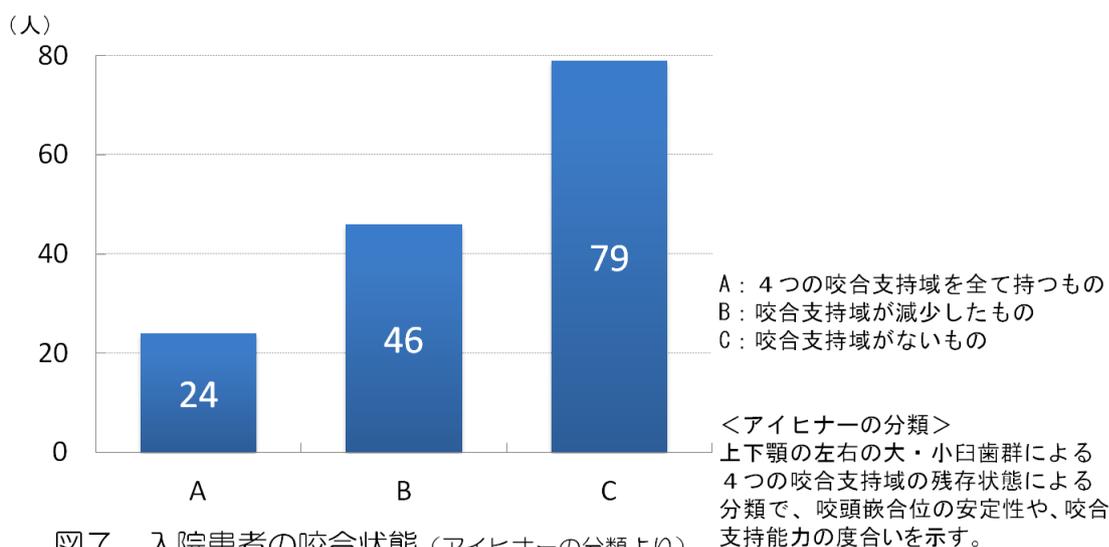


図7. 入院患者の咬合状態 (アイヒナーの分類より)

b. 入院患者の歯科医療（口腔領域）の対応の変化について（歯科衛生士介入及び訪問歯科診療件数の推移より）：平成22年4月より歯科衛生士が配属されリハチームの一員となった。平成22年7月～平成23年12月までの、歯科衛生士介入実績を図8.に示す。棒グラフが介入延べ人数を、折れ線は患者数（実人員）を示す。棒グラフに示すように、当初は月に約100件（一日平均約5名）であったが、現在は月に170件（一日平均約10名）に増加している。また、主治医からの歯科衛生士に対する月ごとの介入指示患者数を折れ線で示す。当初10名程度であったが、現在では約50名に増加している。これらのことは口腔領域のニーズの拾い上げと、それに対するサービスが、歯科衛生士を中心としてリハチームの中で実現できたことによると考えられる。

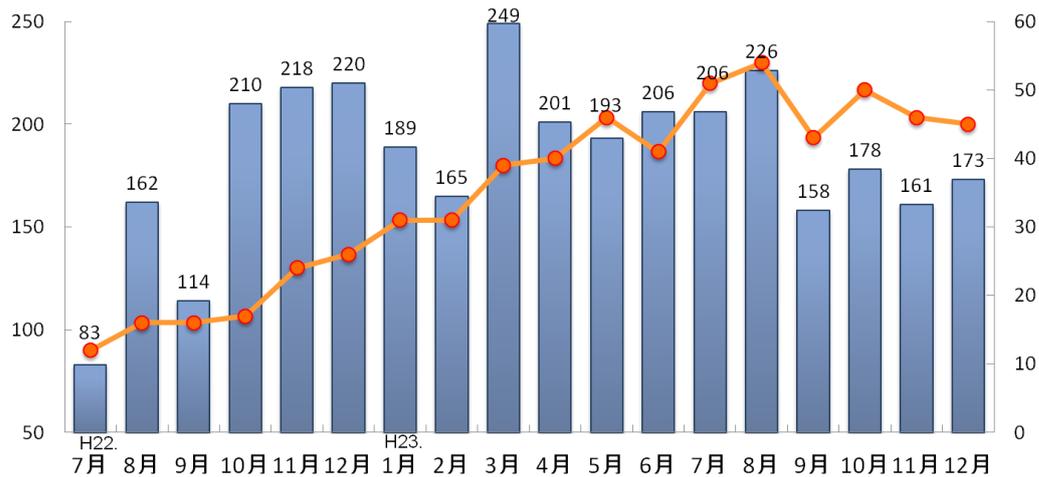


図8. 歯科衛生士の介入実績

平成22年4月から平成23年12月までの、当院への訪問歯科診療件数の推移を図9.に示す。当初、月に約20件程度であったが、現在ほぼ80件と約4倍に増加した。この要因として以下の事が考えられた。

- ① 平成22年度より歯科衛生士がリハチームに加わり、スタッフの口腔領域への意識が向上した
- ② 平成23年4月から、ゆふ医科歯科連携システムがスタートし、主治医から登録歯科医への訪問歯科診療依頼から診療までのフローが組織だてで行えるようになった
- ③ 新たに作られた医科歯科連携部による患者の一日のスケジュール調整によって、効率的な訪問歯科診療が可能となった

次に、訪問歯科診療の診療内容を図10.に示す。義歯の調整が最も多く、次いで新義歯作成となっており、義歯に関連するものが6割に及んでいる。

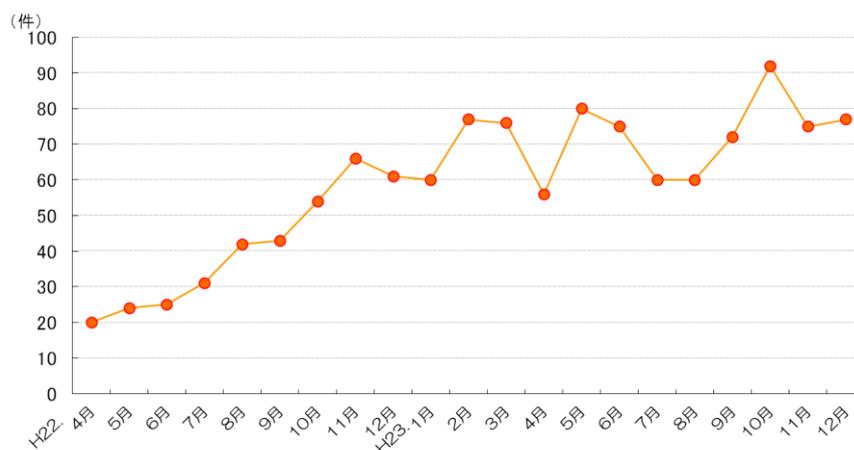


図9. 訪問歯科診療件数の推移

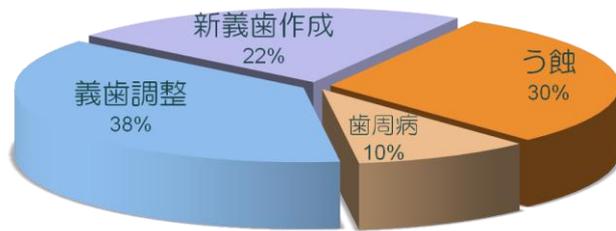


図10. 訪問歯科診療内容の内訳

c. 退院後、継続した歯科的管理の実現（かかりつけ歯科に対する情報提供書発行数）：ゆふ内科歯科連携システムでは、訪問歯科診療介入時に歯科治療計画書を発行し患者とチーム内で治療内容等の情報共有を図っている。また、退院時には歯科治療内容を患者のかかりつけの医師及び歯科へ書面にて情報提供を行うこととなった。ゆふ内科歯科連携システムが始まって、現在まで約37%の患者の情報提供を行った。

3) 医科歯科連携により入院患者の口腔内問題が改善する：前述したように、入院時に口腔内問題を抱えている患者が非常に多いことがわかった。2) - a. で示した当院の回復期リハ病棟に入院した149名の中で、平成24年1月31日までに退院した30名（当初より口腔内に問題がなかった3名は除く）のROAGの変化を示す。入院時ROAGは平均 14.4 ± 3.1 であったが、退院時には 10.9 ± 1.6 に改善している（図11.）。次に、口腔内の問題別改善度を図12.に示す。口腔粘膜、口腔乾燥、歯肉および歯・義歯の項目において改善が目立つ。これらの結果は、全て医科歯科連携の効果とは言い難いが、このシステムのスタートにより、スタッフ一人一人に対する啓発となり、一定の効果に繋がったと考えられる。

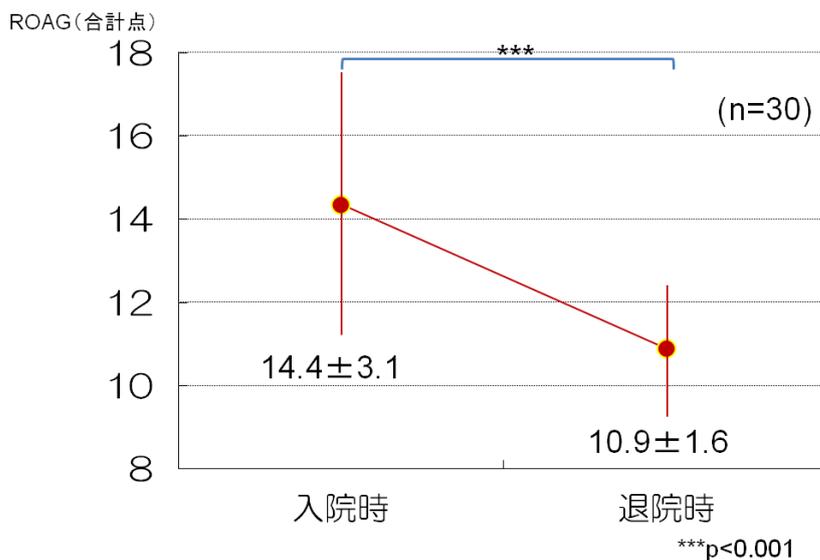


図11. 入院時と退院時のROAGの変化

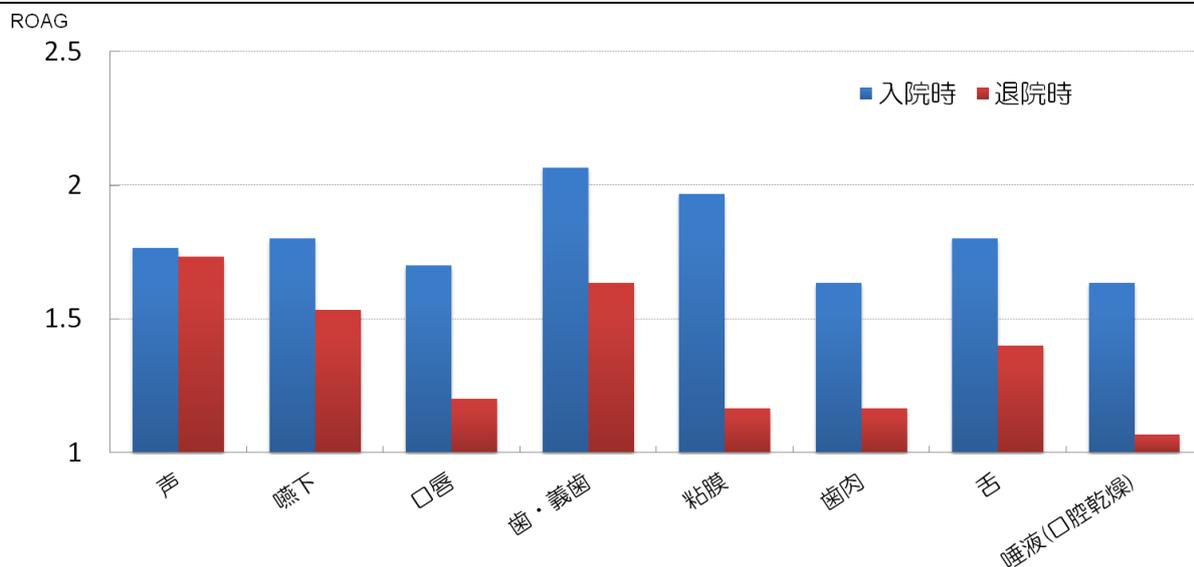


図12. 口腔内の問題別改善度 (ROAGより)

4) 歯科介入 (新義歯作成) により咬合状態が改善し、咀嚼、口腔内の湿潤度、嚥下及び栄養状態が改善する： 対象は、2) で示した対象患者 149 名の中で、歯科介入により新たに義歯を作成し、かつ以下の検査が施行可能であった 14 名 (表 1.)。方法は、歯科介入時、義歯作成直後および完成から 4 週間経過した時点での、咬合力、咀嚼力、口腔内湿潤度、ADL、嚥下機能、摂食・嚥下能力及び栄養状態の変化について測定した。咬合力の測定は、デンタルプレスケール 50HタイプRおよびオクルーザー (FPD-703: FUJIFILM Dental Occlusion Pressuregraph) を使用、咀嚼力の評価はキシリトール咀嚼力判定ガム (LOTTE) を用い 5 段階で評価した。口腔内湿潤度の測定は、生体電気インピーダンス (BIA) 法による口腔粘膜の水分測定器 (口腔水分測定器ムーカス®) を用いた。ADL はバーサルインデックスを使用し、嚥下機能は反復唾液嚥下テスト (RSST)、改訂水飲みテスト (MWST)、およびフードテスト (FT) にて行った。摂食・嚥下能力は藤島の摂食嚥下能力グレードを用いた。

表 1. 対象

全体 (14名)	男性：9名	女性：5名
年齢	73.3±9.6歳 (57~85)	
病名	脳梗塞：11名	脳出血：3名
麻痺側	右片麻痺：6名	左片麻痺：8名
Barthel Index	50.7±26.2 (15~100)	
歯科介入期間	77.3±19.7 (44~106日)	
アイヒナーの分類別人数	B2：1名	B3：1名 B4：2名 C1：2名 C2：2名 C3：6名

義歯作成前後の咬合力の変化を図 13. に示す。作成前の咬合力は平均 270.5±110.2Nであったが、義歯作成直後は 244.3±100.5Nに低下するものの作成後 4 週間経過時には 407.6±81.9Nとなっており、ほぼ正常域にまで向上している。これは作

成直後では義歯の適合状態がまだ不安定なため、咬合力は低下傾向を示すものの、その後の義歯調整や口腔ケアにより口腔機能が改善したと考えられる。

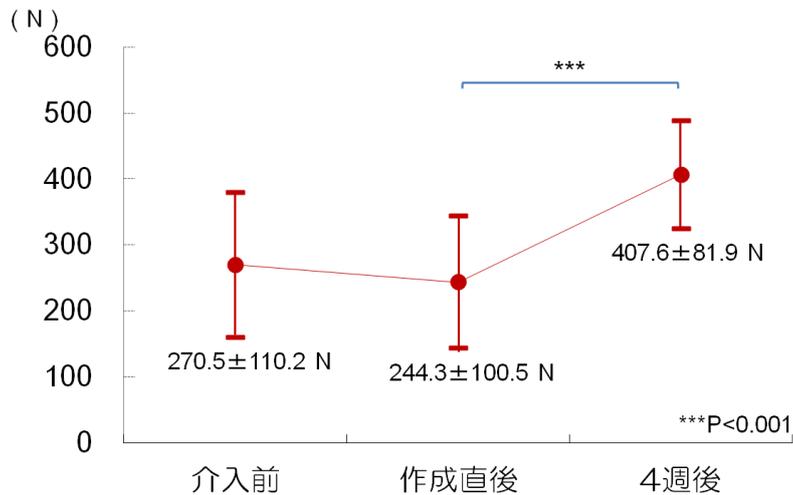


図13. 義歯作成前後の咬合力 (Force) の変化

次に、咀嚼力の変化を図14.に示す。咀嚼力判定ガムを2分間噛んでもらい、白い紙の上にガムを置き、パッケージに記載されているカラーチャートと比較し、その色の変化を5段階 (緑・黄色・薄いピンク・ピンク・赤) で評価した。前述の咬合力の結果と同様に介入前と義歯作成直後の変化より、その後4週間経過した時点での変化が大きいことが分かる。これも義歯作成直後では義歯が安定せず咀嚼力も十分とは言えないが、その後の関わりを通して改善したことが分かる。

先述したごとく、入院時に口腔粘膜や歯肉の問題を示す患者が少なくない中で、入院中の患者の口腔内は口腔乾燥とのたたかいと言っても過言ではない。リハチームの中でも口腔乾燥への対応が問題なることが非常に多い。口腔内湿潤度の測定結果を図15.に示す。これは測定器のセンサーを舌背中央部に垂直になるように一定の測定圧 (約 200 g) で圧接し測定する (約 2 秒)。得られたデータを図中に示すように 1 ~ 5 のレベルに分類した。2 以下であれば口腔内が乾燥状態であることが疑われる。14 症例のうち 11 症例で、義歯作成前と比べ作成直後もしくは 4 週後に口腔内湿潤度が上昇した。症例 3 は介入前より正常域であるが、介入前に口腔乾燥が疑われた 11 例 (症例 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) 中、8 例に口腔内湿潤度の上昇が確認された。症例 9, 14 には変化が認められなかったが、2 例とも降圧剤、睡眠剤、精神安定剤など薬物の影響が考えられた。症例 12 は嚥下障害により唾液を処理できないため高値になったと考えられる。

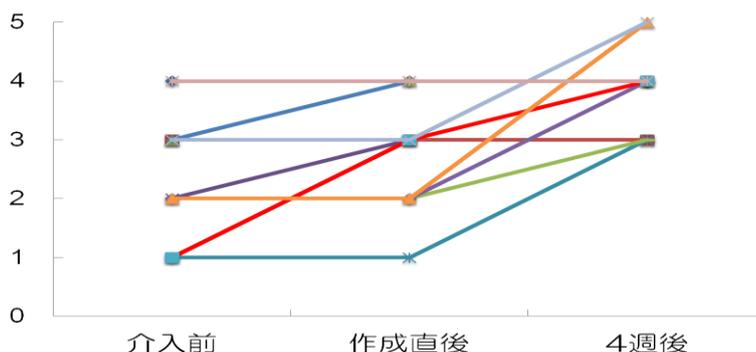


図14. 義歯作成前後の咀嚼力の変化 (咀嚼力判定ガムより)

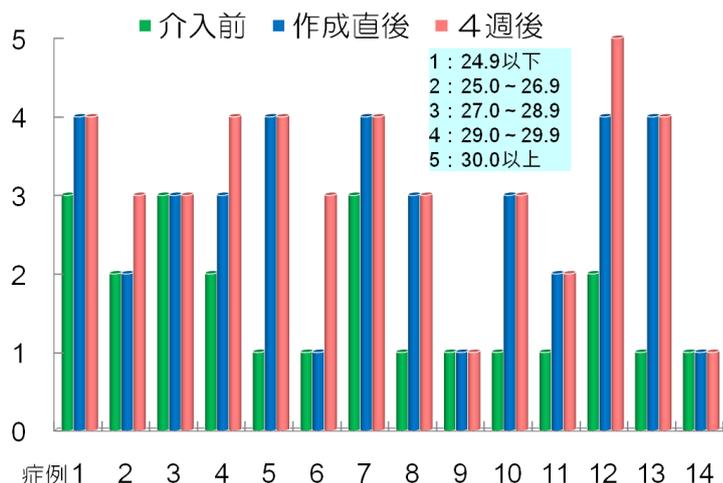


図15. 義歯作成前後の口腔内湿潤度の変化
(口腔水分計ムーカスより)

摂食・嚥下機能は、反復唾液嚥下テスト（RSST）、改訂水飲みテスト（MWS T）、フードテスト（F T）で検討した。歯科介入前および義歯作成4週後での変化では、いずれの検査においても殆ど変化は認められなかった。しかし、機能的変化はみられなかったものの、摂食・嚥下能力では14例中9例で改善が認められた（表2.）。6例が介入前には経口以外からの補助栄養が必要であったが、その中で4例が経管から離脱できた。このことが直ちに義歯作成による効果とは言い難いが、図16. に示すように、食形態の変化をみると、主食が全粥であったものが8例から4例に減少し、反対に通常の米飯が2例しかなかったが8例に増加している。これらのことは咬合状態の改善を背景として、義歯作成が咀嚼力など口腔機能向上に寄与していると考えられた。

表2. 歯科介入前と義歯作成4週後の
摂食・嚥下グレードの変化（藤島のグレードより）

			義歯作成後4週のグレード							
			経口不可 (重度)		経口+補助栄養 (中等度)			経口のみ (軽度)		正常
			2	3	4	5	6	7	8	9
歯科介入前のグレード	重度	2		1						1
		3				1				
	中等度	4					1			
		5								
	軽度	6						1	1	
		7					3		1	1
		8								
	正常	9								1
		10								2

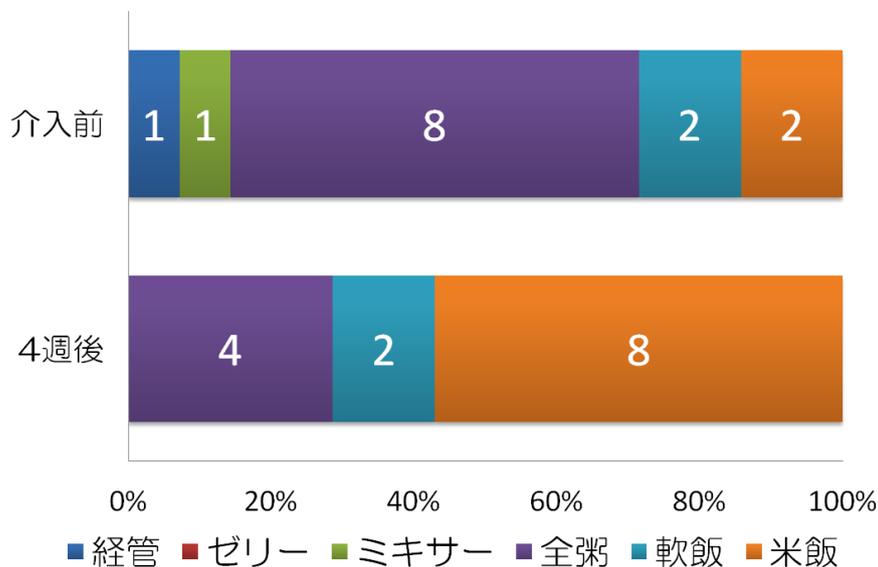


図16. 義歯作成前と作成後4週経過時の主食形態の変化

栄養状態への影響については、義歯作成前後での体重の変化は、介入前が $53.8 \pm 10.6\text{kg}$ (39~79.5kg)、義歯作成4週後は $54.2 \pm 9.6\text{kg}$ (41~74.4kg) となっており、ほとんど変化は認めなかった。しかし、アルブミン値の変化では、介入前が $3.57 \pm 0.56\text{g/dl}$ であったが、義歯作成4週後には $3.97 \pm 0.52\text{g/dl}$ に向上しており、義歯作成による咬合や嚥下など口腔機能向上を背景とした栄養状態への好影響が考えられた (図17.)。

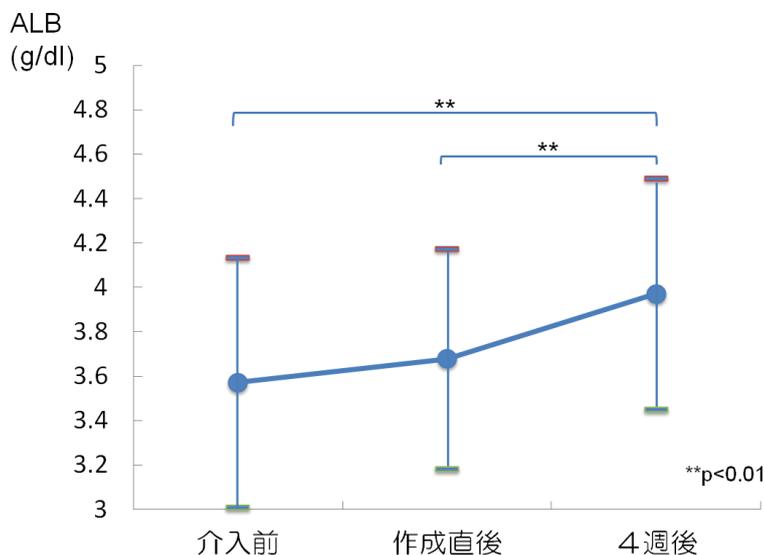


図17. 義歯作成前後のアルブミン値の変化

次に、口腔内の状態が良好な患者は、QOLも高くなると考えられるが、今回、義歯作成がQOLに影響するかを検討した。前述と同じように義歯を作成した14名の患者に対して、新たに作成した口腔内QOLに関する質問 (図18.) に答えてもらい得点化した。介入前と義歯作成4週間後の変化を図19.に示す。

		非該当	頻繁にあった	あった	ほとんどない	ない
1	食べ物がかみにくいことがありましたか？	0	1	2	3	4
2	口の中の調子のせいで食べたいものが食べられないことがありましたか？	0	1	2	3	4
3	食べ物や飲み物が飲み込みにくいことがありましたか？	0	1	2	3	4
4	口の中の調子のせいで食べ物がおいしく感じられないことがありましたか？	0	1	2	3	4
5	口の中の調子のせいでうまく話せないことがありましたか？	0	1	2	3	4
6	口の中に痛みや違和感を感じることはありましたか？	0	1	2	3	4
7	口の中の調子のせいで人前に入るのを控えることがありましたか？	0	1	2	3	4
8	口の中の調子のせいでいらいらすることがありましたか？	0	1	2	3	4

図18. 口腔内QOL 質問紙

口腔内QOL 質問紙は標準化されたバッテリーではないため、評価の妥当性には問題があるものの、図19.に示すように、少なくとも同一人物内での変化は確認された。質問7, 8での向上も認められ、義歯作成により、咀嚼力だけでなく審美的改善により心理社会的側面に対しても一定の効果があると考えられる。

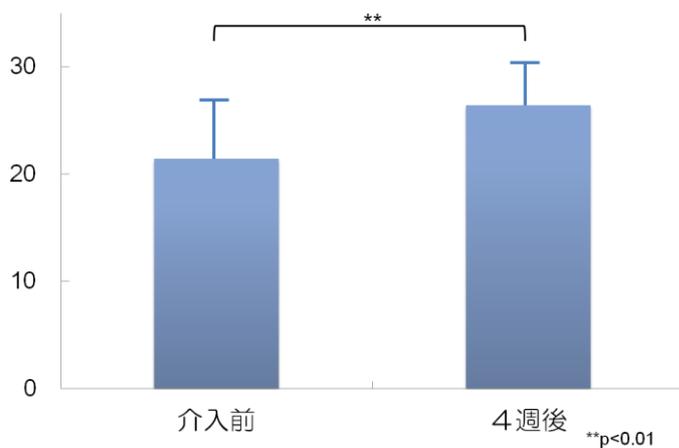


図19. 義歯作成前後の口腔内QOL の変化

5) 歯科介入（新義歯作成）により咬合状態が改善し、身体機能が向上する： 対象は、3) で示した対象患者 14 名の中で、義歯作成前および作成後 4 週後に以下の方法による検査が実施可能であった 6 名（72.5±9.4 歳、脳出血 1 例・脳梗塞 5 例）。方法は、静的バランス能力を測定する平衡機能検査と動的バランスや敏捷性などを総合した functional mobility（機能的移動力）を測定する TUG（Time up to Go）テスト、および転倒との関係が深くバランス能力を評価する FBS (Functional Balance Scale) を実施し、歯科介入時、義歯作成後 4 週間経過した時点で得られた結果を比較した。平衡機能検査は、重心動揺計（グラフィコーダー GP-620、アニマ）にて測定し、重心動揺軌跡距離を用いた。結果を表 2. に示す。FBS の得点および重心動揺計の総軌跡長において改善が認められたが、TUG では改善傾向はあるものの統計学的に有意性は認められなかった。症例数が少ないもののこれらの結果は、咬合状態の改善が身体バランスに良い影響を与え、また ADL の向上や転倒リスクの軽減などにも寄与すると考えられた。

表 2. 義歯作成前後の身体機能の変化

	(x̄±SD)	
	介入前	作成4週後
FBS (Functional Balance Scale)	33.2±22.0	42.3±17.1
TUG (sec) (Time Up and Go)	20.1±17.7	15.9±12.9
重心動揺計 (cm) (総軌跡長)	97.7±52.8	74.5±41.2

* p<0.05

6) 医科歯科連携研修会による啓発効果について（資料：「医科歯科連携の推進に向けて」小冊子）：

平成 24 年 1 月 29 日（日）9：30～13：30、大分県歯科医師会館大ホールにて医科歯科連携研修会を開催した（主催：湯布院厚生年金病院 医科歯科連携部、大鶴歯科医師会、大分県リハビリテーション支援センター）。参加者総数 264 名（歯科医師 61 名、医師 20 名、歯科衛生士 45 名、言語聴覚士 22 名、作業療法士 21 名、理学療法士 19 名、看護師・保健師 19 名、その他 57 名）、フォーラムの内容は、講演が 2 題と討論（現状報告 2 題と討論）からなり、活発な意見交換があった。この催しはマスコミにも取り上げられ、地元のテレビ 2 局（NHK 大分放送局、OBS 大分放送）のニュースで放送された。また、新聞 2 社（朝日新聞、大分合同新聞）でも記事となった（下図）。すでに、3 施設から医科歯科連携に関する施設見学の依頼もある。アンケート結果では、参加者の 8 割以上が医科歯科連携の必要性があると考えており、更なる医科歯科連携への期待が大きいことがわかった。



医科歯科連携フォーラム

**医科と歯科
連携を探る**

研修会で活動報告
医療と歯科医療の関係者の
連携を考える「医科歯科
連携研修会」が29日、大分
市王子新町の県歯科医師会
館であった。地元歯科医師
会と入院患者の口腔ケアに
取り組む湯布院厚生年金病
院（田布市）が活動報告を
したほか、長崎県の先駆的
な事例紹介もあり、約26
0人が聴き入った。

リハビリ中心の同病院は
昨春に大分、由布町の医
科と歯科の連携について
研修会が大分市王子新町
の県歯科医師会館で開か
れた。

大分 2012年1月29日（土）

**医科歯科の連携を
相互理解不足が課題に**

口腔ケアへの意識向上

大分市でフォーラム

湯布院厚生年金病院（大分市）は、リハビリ中心の医療を提供している。同病院は、昨年春に大分、由布町の医療と歯科の連携について、研修会を開いた。この研修会には、大分市王子新町の県歯科医師会と、湯布院厚生年金病院の医師ら約260人が参加した。湯布院厚生年金病院の医師は、同病院はリハビリ中心の医療を提供しているため、口腔ケアの重要性を認識し、患者の口腔ケアに取り組んでいると報告した。また、長崎県の先駆的な事例を紹介し、相互理解不足が課題であることを指摘した。研修会では、患者に迅速な対応が可能になったことや、病室での口腔ケア技術が向上したことなどの成果が報告された。同病院の森照明院長は「口腔ケアをし、何が良くなったかを客観的にデータで示せば、患者の励みになる」と話していた。（丹治翔）

大分合同新聞（平成24年2月4日）

朝日新聞（平成24年1月30日）

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

1) 医科における歯科衛生士の法的な問題

診療報酬上で医科においては歯科衛生士の算定項目がないため、当院のような歯科を標榜していない病院において、主治医の指示で歯科衛生士が口腔ケアなどを行っても業績として反映されない。

→ 医科における歯科衛生士による口腔ケア（リハ）料の新設

2) 歯科治療歴などの情報がないため歯科治療が非効率となる

先述したように、退院時には歯科治療内容を患者のかかりつけの医師及び歯科へ書面で情報提供を行うこととなったが、当院に入院してくる患者の歯科治療歴が不明なため治療の効率が悪い。特に、義歯は一度作成すると、半年は診療報酬上作成できないため請求ができな

いこともある。

- 行政や県の歯科医師会等がタイアップして歯科手帳のようなツールを作成
- 医科歯科連携を地域包括システムの中へ位置づける

3) 歯科診療の器材不足により訪問歯科診療内容が限定的

歯科医院に設置しているタービン等の機器ユニットが、訪問先の病院ではないため歯科治療が限定的になってしまい、結果として歯科治療に対する患者の不信感に繋がる。

- 行政や医師会レベルでの訪問ユニット購入への助成

総括評価

訪問歯科診療件が増加する中であって、入院中に歯科治療はできないものと思っている患者が殆どであり、歯科治療ができたことに感謝する者が多い。また、スタッフにおいては医科歯科連携を通じた様々な取り組みにより、多くの職種において口腔領域への関心が深まったという声が聞かれた。特に歯周病と「脳卒中、糖尿病、心筋梗塞」との関係、誤嚥性肺炎の予防、そして、身体機能やADLなどとの関連が深いことを認識させられたとの感想も見受けられた。今後とも、当院は大分県リハビリテーション支援センターであることから、医科歯科連携モデルを発信し、県下に拡げていきたい。前述したフォーラムにおいて行政からの応援も聞かれ、医科歯科連携をシステムとして成熟させ、患者サービスに繋げたい。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

歯科が標榜されていない回復期リハビリテーション病棟などリハビリテーションが中心の病院が退院後の地域連携を目指して、医科と歯科に加えて福祉職がチームに参加して連携するシステムの構築を目指している点は大いに評価できる。

歯科医師が勤務していない状況下での常勤歯科衛生士（現行の歯科衛生士法では歯科医師の指示の下でないと成立しない）の位置付け・役割の重要性がうかがわれる。

病院退院後の継続性がどのように担保されているか、追跡調査を行うとより効果的だと考える。

義歯調整、作成のニーズが非常に高いが参加歯科医師の技術向上策が必要ではないか。

療養病棟 パタカラチーム (秩父生協病院)

チームを形成する目的

- ① 高齢者の尊厳を守り、口腔嚥下機能の向上・栄養状態の改善・誤嚥性肺炎の予防・認知機能の改善・QOLの向上を目指し、“食べる”ことを支援する。
- ② 秩父地域での医師—歯科医を確立し、口腔・嚥下リハビリテーションの質の向上をはかる。
- ③ 健康講座・介護教室を通じて地域への啓蒙を推奨する。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

- ・ **医師**：患者・家族が障害を乗り越え地域生活ができるようにチームリーダーとして支援する。慢性疾患の管理、合併症や再発の予防と治療、リスク管理。患者・家族指導。
- ・ **看護師**：患者の疾患・治療内容の理解と状態把握・健康管理。病棟での日中及び夜間のADLの把握・介助・評価。排泄・摂食・精神機能の向上への支援。家族の介護能力の把握と退院前の指導。他職種への情報提供および情報収集。チーム会議への参加・討議と病棟全体へのチーム活動普及や学習会の開催。
- ・ **PT**：身体機能・能力面の把握・評価・訓練・指導。リハビリ面談。他職種への情報提供および情報収集。チーム会議への参加・討議とチーム活動の普及や学習会の開催。
- ・ **OT**：精神機能・ADLの把握・評価・訓練・指導。リハビリ面談。他職種への情報提供および情報収集。チーム会議への参加・討議とチーム活動の普及や学習会の開催。
- ・ **ST**：精神機能・嚥下機能・コミュニケーション能力の把握・評価・訓練・指導。リハビリ面談。他職種への情報提供および情報収集。チーム会議への参加・討議とチーム活動の普及や学習会の開催。
- ・ **ケアワーカー**：病棟生活の様子、患者の性格や興味など個別性の把握。病棟での日中及び夜間のADLの把握・介助・評価。排泄・摂食・精神機能の向上への支援。他職種への情報提供および情報収集。チーム会議への参加・討議と病棟全体へのチーム活動の普及や学習会の開催。
- ・ **MSW**：生活背景や地域性から本人・家族を捉え、それぞれの意向をすり合わせながら退院に向けて課題や問題点を明確にして支援する。地域の社会資源・連携医療機関との調整。
- ・ **管理栄養士**：患者の栄養状態や摂食・嚥下機能評価状態に応じた食形態などについて評価し、食事計画の立案を行う。在宅復帰に向け、家族指導を行う。
- ・ **医療事務**：データの収集と提供・医師またはコメディカルの補助的役割で負担軽減・他部門との調整役

チームによって得られる効果（評価方法）

口腔機能の向上・嚥下障害の改善（食形態の改善・摂食量）・経口摂取への移行数・誤嚥性肺炎の予防（発生率）・QOLの改善・認知症状の改善（FIM評価）・患者満足度の向上（満足度アンケート）・カンファレンスへの本人・家族参加（参加率）

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

目的：①高齢者の尊厳を守り、口腔嚥下機能の向上・栄養状態の改善・誤嚥性肺炎の予防・認知機能の改善・QOLの向上を目指し、“食べる”ことを支援する。

主要構成メンバー

主要メンバー	主な役割
医師	診断
看護師	食事場面観察、医師への報告、バイタルチェック、食事姿勢、介助方法などの申し送り 食事形態・姿勢の検討 嚥下リハビリテーション
管理栄養士	栄養状態の管理、食事形態の検討
言語聴覚士	評価、問題点抽出、目標設定 プログラム立案、リハビリテーション
ケアワーカー	食事場面観察、食事介助、食事形態・姿勢の検討 レクリエーション 提案・実施

1) 摂食機能療法などから口腔機能向上へつなげられた取り組み

昨年度までの経緯

昨年度まで入院時実施されていた、“嚥下の状態についての質問用紙”（別紙1参照）（*以降用紙1）では、嚥下状態に問題ありの患者様において、入院時言語聴覚士のみでの評価で終了してしまうことが多く、入院以降、嚥下状態について経時的変化を追うことが少ない状態であった。その為、チーム内で検討し、本年度より入院時に行われる用紙1を“医師・言語聴覚士への嚥下評価依頼表”（別紙2参照）（*以下用紙2）に変更。用紙2は、飲み込みの状態や問題点が具体的に記入されていることにより、評価の前段階から大まかな重症度の把握に繋げられる大きな情報源となる。また、具体的に記入された用紙2の結果は、病棟から医師へ報告され、医師診断後速やかに言語聴覚士の評価依頼へ繋がり、評価実施後、食事形態の変更・確認、食事介助方法・姿勢など迅速な対応が可能となった。その他、病棟の掲示板には、現在の摂食機能療法対象者の一覧とリハビリ内容、その他、安全に食事できるよう介助方法を記した表(図1)を設けることによりチーム以外の職員が常に周知できるように工夫をこらした。

氏名	時間	ケア内容 ※実施する項目に○をする
[Redacted]	朝 昼 夕	アイスマッサージ 唾液腺マッサージ 発声練習 その他
	毎食時	食事介助の条件: 食事の時の下向き姿勢
[Redacted]	朝 昼 夕	アイスマッサージ 唾液腺マッサージ 発声練習 その他
	毎食時	食事介助の条件: 車椅子上. スプーン介助 周回(なく)は1000まで
[Redacted]	朝 昼 夕	アイスマッサージ 唾液腺マッサージ 発声練習 その他
	毎食時	食事介助の条件: 車椅子上. UP 30° シヤツは1000まで
[Redacted]	朝 昼 夕	アイスマッサージ 唾液腺マッサージ 発声練習 その他
	毎食時	食事介助の条件: リフトアップ 頸部45° UP 頸部前屈にて
[Redacted]	朝 昼 夕	アイスマッサージ 唾液腺マッサージ 発声練習 その他
	毎食時	食事介助の条件:
[Redacted]	朝 昼 夕	アイスマッサージ 唾液腺マッサージ 発声練習 その他
	毎食時	食事介助の条件:

リハビリプログラム内容を記載

食事姿勢やベッドアップなど一覧表を使い具体的に伝達

(図 3 摂食機能療法対象者の一覧表)

嚥下の状態についての質問用紙

お願い
あなたの嚥下(飲み込み、食べ物を口から胃まで運ぶこと)の状態について、いくつかの質問をいたします。ここ2、3年のことについてお答えください。

記入日: 20 年 月 日

I. 患者様氏名:

記入者:

ご本人との続柄:

II. 質問

- | | | |
|------------------------------------|----|-----|
| 1 肺炎と診断されたことがありますか。 | はい | いいえ |
| 2 やせてきましたか。 | はい | いいえ |
| 3 物が飲みにくいと感じることがありますか。 | はい | いいえ |
| 4 食事中にむせることがありますか。 | はい | いいえ |
| 5 お茶を飲む時、むせることがありますか。 | はい | いいえ |
| 6 食事中や食後、喉がゴロゴロと音を立て痰がからんだ感じがしますか。 | はい | いいえ |
| 7 のどに食べ物が残る感じがすることがありますか。 | はい | いいえ |
| 8 食べるのが遅くなりましたか。 | はい | いいえ |
| 9 硬いものが食べにくくなりましたか。 | はい | いいえ |
| 10 口から食べ物がこぼれることがありますか。 | はい | いいえ |
| 11 口に食べ物が残ることがありますか。 | はい | いいえ |
| 12 食べ物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくることがありますか。 | はい | いいえ |
| 13 胸に食べ物が残ったり、詰まった感じがすることがありますか。 | はい | いいえ |
| 14 夜、咳で眠れなかったり、目が覚めてしまうことがありますか。 | はい | いいえ |
| 15 声がかすれてきましたか。(ガラガラ声、かすれ声など) | はい | いいえ |
| 16 食事中に声掛けが必要ですか。 | はい | いいえ |
| 17 食事には介助が必要ですか。 | はい | いいえ |
| 18 口以外からの栄養摂取ですか。 | はい | いいえ |
| 19 ミキサー食ですか | はい | いいえ |

確認者 _____

摂食機能訓練の取り組みと効果
 ＊４月～１２月までの数値
 経管栄養者数 前年２３名 今年度２０名

(表 1)

内容/年度	2010	2011
摂食機能訓練者	9名	14名
経口摂取訓練者	2名	9名
経口摂取移行者	2名	5名

2) ソフト食導入の取り組み

昨年 7 月時点において、当院の食事形態は、〔ペースト食→刻み食→粗刻み食→一口大食→軟菜食→常菜食〕であった。嚥下障害の患者様の食事形態は多種多様で、ペースト食から刻み食へといった段階の形態では難易度が高く、むせこみや嚥下後の口腔内の残渣がみられてしまう患者様がみられ、ペースト食と刻み食の中間の食事の形態をチーム内で検討し、昨年 8 月よりソフト食の導入を行った。(図 2) 以降、食事形態の段階としては、〔ペースト食→ソフト食→刻み食→粗刻み食→一口大食→軟菜食→常菜食〕とした。

ソフト食導入に至るまでに、多職種向けの学習会を多く開催した。(表 2)



(図 2) 実際のソフト食の写真

(表 2) ソフト食導入にあたっての学習会

学習会名	対象者	内容
ソフト食検討会	パタカラチーム	現状の食形態での問題点を抽出。新たな食形を検討
ソフト食試食会	パタカラチーム	食感、味覚、見た目などを検討。
ソフト食試食会	医師	ソフト食の紹介。試食してもらい感想を得る。
ソフト食試食会	全職員	刻み食とソフト食の主・副食を試食してもらう。ザミ食とソフト食の違いや、味覚、食感、見た目なども考慮しながら食べくらべてもらう。 感想やアンケート調査なども実施。

<p>体験学習会 (図 3)</p>	<p>全職員</p>	<p>顔面にテーピングを貼って顔面神経麻痺と嚥下障害を疑似的に体験し、実際にソフト食を試食する。感想やアンケート調査なども 施。</p>
------------------------	------------	--

ソフト食試食会でのアンケート結果

例：食材そのものの味がした。食べやすかった。

実際自分で食べてみることによって、患者様の食事時の気持ちを理解することができた。

ソフト食はべたつきがなく、顎で押しつぶせるということがわかった。

ソフト食は飲み込みやすかった。

刻み食は、咀嚼をしないと食塊にならず、口中でばらつきやすい事がわかった。

疑似体験学習会でのアンケート結果

例：食べやすいと思っていた刻み食が以外に飲み込みにくい事や危険性がわかった。

麻痺があると、口が開かずうまくかむことができない。

麻痺があると、口の端から食べ物がこぼれていってしまうのがわかる。

体験学習会での感想やアンケート結果

例：食べにくくザミ食が飲みにくい、危険がわかった。

口が開かずうまくかむことができない。

口の端からたべものがこぼれていってしまうのがわかる。

患者様の気持ちがよくわかったような気がする。



図 7

顔面にテーピングを貼って顔面神経麻痺と嚥下障害を疑似的に体験しての食事場面

ソフト食導入後、患者様の反応・効果事例

事例①：認知症による食思不振が続き摂取困難であったNさんであったが、ソフト食導入により、スプーンをもって食事が出来る様になり、自ら口を開けるなど、食事への意欲が高まり、全量摂取できるようになった。

事例②：ソフト食提供の患者様のご家族から、『見た目がよく食べやすくなったのが分かる。今までは、何を食べているか中身が分からなかった事がある』と言われた。

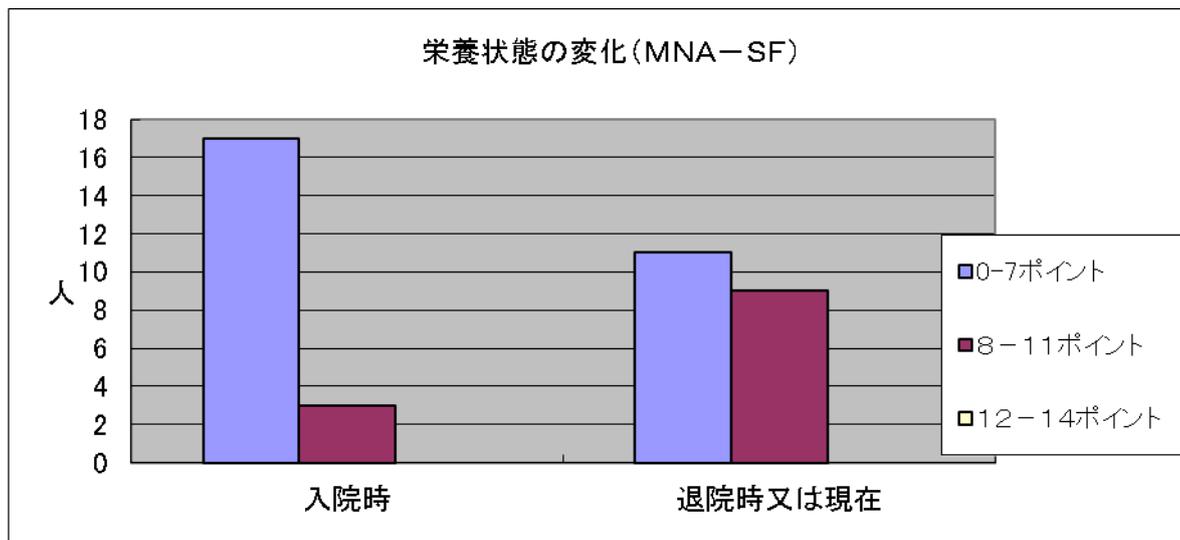
療養病棟の栄養管理に対して

高齢者の栄養状態をはかる簡便な評価方法である MNA-SF で変化をみた。昨年 10 月以降の療養病棟入院患者で 20 人を対象として変化をみた。

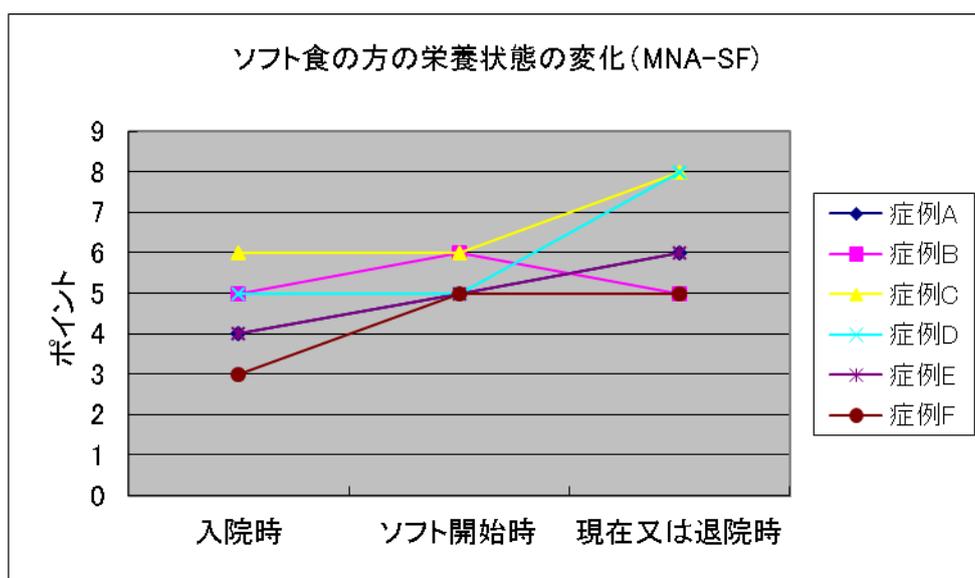
*MNA (Mini Nutritional Assessment) とは高齢者の栄養状態を評価する指標であり、その特徴として、①高齢者の栄養アセスメントに適している、②簡便で迅速、③経時的に

栄養状態をモニタリング、などが挙げられる。

入院時 0-7 ポイントの低栄養群は 17 人、8-11 ポイントの低栄養のおそれあり群は 3 人であり、栄養状態良好群はいなかった。退院時または現在の低栄養群は 11 人と減っており、栄養改善がすすんでいるといえる。



ソフト食の方の栄養状態の変化



ソフト食へ移行した 6 人の方の栄養状態の変化を同様に MNA-SF で評価した。ソフト食を導入後半数以上の方に、栄養状態改善がみられた。

以上、取り組んだこれらの様々な結果は、栄養状態の改善・患者さまの QOL の向上が考えられ、“食べること” を支援した関わりを持てたことへ繋がられると考えられる。

3) 介護士による嚥下体操など嚥下レクリエーションの取り組み。

本年度から、連日一日 3 回、食事開始約 20 分前に介護士による嚥下レクリエーションを開始。

＊昨年度までは、嚥下レクリエーションは一日 1 回昼のみ。

介護士のパタカラチームメンバー中心に毎月新しいレクリエーションを提案し実施。

例：口腔体操を提案。(図 4・5 参照)

パタカラを使った歌 (図 6 参照)

＊嚥下運動の一連の流れである口唇、舌、軟口蓋を多く使った”パタカラ“の言葉で歌を提案。早口言葉(写真7参照)

口腔体操実施中“パタカラ”の発声時にあたっては、介護職員がパタカラの意味・重要性を患者様にわかりやすい言葉で伝えながら実施。(例：パ” がしっかりとと言えることにより食べ物をこぼさずに口の中に入れておくことができる等)

以上これらの取組は、嚥下機能の維持・改善、誤嚥性肺炎の予防、その他、チーム以外の職員へ繋げられる啓蒙活動であると考えられる。

以上、摂食機能療法などから口腔機能向上へつなげられた取り組み、ソフト食導入の取り組み、介護士による嚥下体操など嚥下レクリエーションの取り組みは、“食べる”ことを支援することで、高齢者の尊厳を守り、口腔嚥下機能の向上・栄養状態の改善・誤嚥性肺炎の予防・認知機能の改善・QOLの向上をはかることにつながると考えられる。

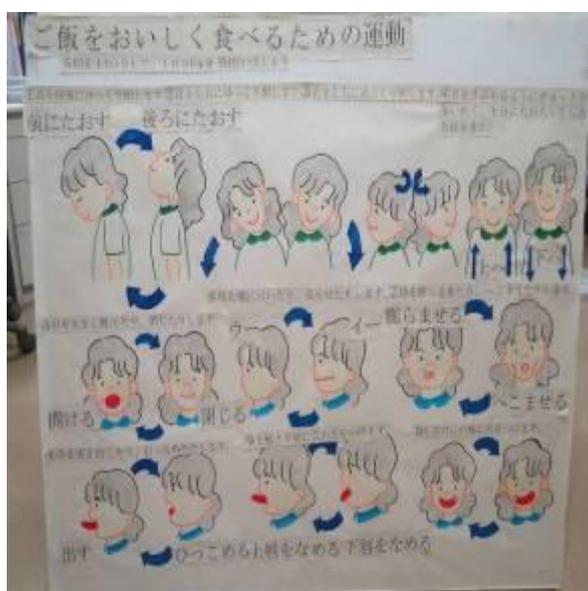


図4 口腔体操図



図5 うめぼし体

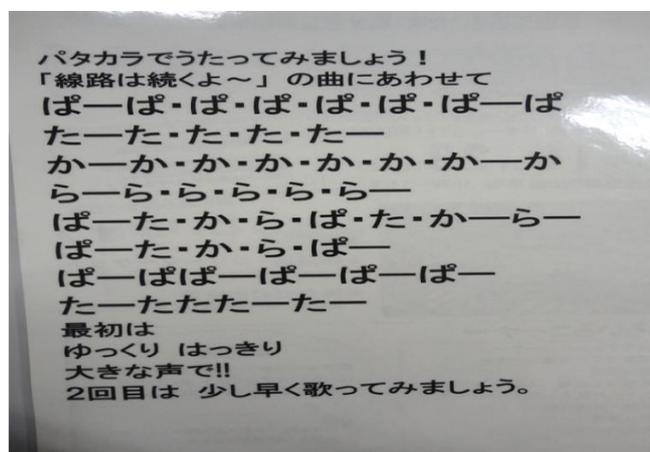


図6 パタカラを使って“線路は続くどこまでも”の替え歌を歌う。



図7 早口言葉で口の体操



食事前、介護士中心に行う嚥下レクリエーションの様子

目的：②秩父地域での医師—歯科医連携を確立し、口腔・嚥下リハビリテーションの質の向上をはかる。

主要構成メンバー

主要メンバー	主な役割
医師	診断・歯科との連携調整
歯科医師	診断、治療、義歯調整
看護師	食事場面観察、医師への報告、バイタルチェック、食事介助、介助方法などの申し送り 食事形態・姿勢の検討
管理栄養士	栄養状態の管理、食事形態の検討
言語聴覚士	評価、問題点抽出、プログラム立案、プログラム実施、介助方法などを申し送り
ケアワーカー	食事場面観察、食事介助、食事形態・姿勢の検討 クリエーション提案・実施

医師—歯科医との連携した取り組みについて

昨年度までの経緯

昨年度までは、院内で歯科治療が必要な患者様がいた場合においても早急な対応が難しいことが多かった。その他、口腔ケア方法や義歯適合などについて悩んでしまうことが多かった。

本年度の取り組み内容

全職員対象とした歯科医師を招いての“口腔ケア”の学習会を三か月に一回のペースで実施。本年度は3回実施。(図8)



図 8 全職員を対象とした歯科医師を招いての学習会の様子

学習会開催後に行われた職員アンケートの結果では、

例：口腔ケアをすることで、こんなに人が変わる事に驚いた。

口腔ケアについても早期対応が必要であることを再確認した。

症例を見てとてもわかりやすかった。

唾液促進マッサージの方法が分かったので行っていきたい。 等

多く出席者が口腔機能に関心を寄せてくれた感想が多くみられる。

その他、歯科医治療や義歯調整が必要と思われた患者様がみられた際は、スムーズに連携歯科医師に連絡できる体制となり、昨年度歯科医治療件数が本年度は 12 件と大幅に増加することができた。

以上これらの取り組みは、医師—歯科医師との連携が向上し、学習会を介して実践を深めたものと考えられる。その結果、全職員への口腔・嚥下への関心と、高い知識・技術の口腔・嚥下リハビリテーションの提供へ繋げられ、口腔・嚥下の啓蒙活動として大きな成果と考えられる。

目的：③健康講座・介護教室を通じて地域への啓蒙を推奨する。

主要構成メンバー

主要メンバー	主な役割
医師	診断・内服薬の調整等
看護師	食事場面観察、医師への報告、バイタルチェック、食事介助、介助方法などの申し送り 食事形態・姿勢の検討
管理栄養士	栄養状態の管理、食事形態の検討
言語聴覚士	評価、問題点抽出、プログラム立案、プログラム実施、介助方法などを申し送り
ケアワーカー	食事場面観察、食事介助、食事形態・姿勢の検討 レクリエーショ

*薬剤師には、覚醒レベルを上げるために内服薬の副作用など相談し、医師へつなげ調整した。

地域への参加・啓蒙活動の取り組みについて

パタカラメンバー2名程が集会場など地域へ出向き、嚥下障害・誤嚥性肺炎の徴候、食事形態の工夫、嚥下体操などを助言・指導する健康講座を開き、嚥下というものについての啓蒙活動を行う。今年度は2回実施。

講座内容

1) 自己または家族・友人の”嚥下状態についての質問”(別紙3参照)

”嚥下状態についての質問用紙”を用いて、自己または家族・友人が該当していなかチェックしてもらう。該当した項目においては対処方法(例：姿勢角度、一口量、ペーシング等)や自分で出来る嚥下リハビリテーション(発声発語器官の運動、発声練習、呼吸練習等)、助言・指導する。その他、誤嚥性肺炎を招く恐れのある危険度の高い項目には専門用語を使わずわかりやすい言葉で、リスクが高くなる理由を説明。その他、観察ポイントも学んでもらう。(例：別紙4 質問6より、食事中や食後、喉がゴロゴロと音を立てて痰がからんだ感じがしますか?→飲み込んだにもかかわらず喉に食べ物が残っていることにより、そのまま食べ物が肺の方へ落ち肺炎になる可能性のチェック)(別紙4 質問6参照)

多職種で結成されたチームで、嚥下・誤嚥性肺炎の知識の共有化、”嚥下状態についての質問用紙”項目内容の指導・助言の統一化を図るため、メンバー全員参加の伝達講習を実施。チーム内で知識を共有してから講座開始とした。

2) 口腔体操(図9参照 *当院と連携している歯科医師が、口腔ケアについて院内学習会を開いてくれた際提供してくれた学習資料を使用)

各々の体操の項目において、飲み込みにどのような効果があるのか説明・助言しながら指導する。

(例“パタカラ”の効果)

“パ”がしっかりとと言えることにより食べ物をこぼさずに口の中にいれておくことができる、“タ”がしっかりとと言えることにより食べ物が喉の奥まで送り込むことができる等“パタカラ”がしっかりとと言えることは飲み込みの一連の流れができることへ繋がるなど理由を説明。

3) トロミ付のお茶や嚥下食を実際に飲食してもらい嚥下障害者の体験学習を実施する。

体験者の感想：飲んでいる気がしない。喉に残るなどあり。嚥下障害者の辛さ、苦しさを体験してもらう。

以上のことから、チームメンバーが地域へ出向き、嚥下障害の体験を実際に感じ取ってもらうことにより、嚥下障害・誤嚥性肺炎の徴候・早期発見、その他、誤嚥性肺炎の予防など、嚥下障害に対する知識を得てもらい啓蒙活動や健康維持・予防へ繋げられる一歩になったと考えられる。

嚥下体操

口や頬を動かすと、唾液の出がよくなり、飲み込みやすく食べやすくなります。
食事前の準備として行なってください。

①姿勢

リラックスして腰かけた姿勢をとります。



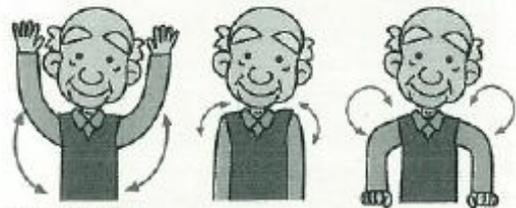
②深呼吸

お腹に手をあててゆっくり深呼吸します。

③首の体操

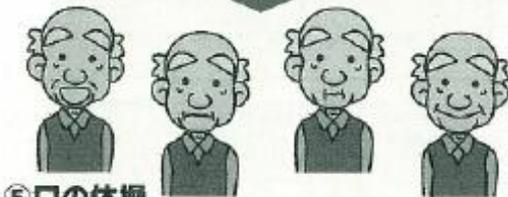


ゆっくり後ろを振り返る。首を左右にゆっくりと1回ずつ回す。耳が肩につくようにゆっくりと首を左右に倒す。



④肩の体操

両手を頭上に挙げ、左右にゆっくりとおろす。肩をゆっくりと上げてからストンと落とす。肩を前から後ろ、後ろから前へ2回ずつ回す。

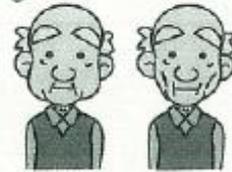


⑤口の体操

口を大きく開ける。口をとじて歯をしっかりと咬みあわせるを繰り返す。口をすぼめたり、横に引いたりする。

⑥頬の体操

頬をふくらませたりすぼめたりする。



⑦舌の体操



舌をべーと出す。舌を喉の奥のほうへ引く。口の両端をなめる。鼻の下、顎の先をさわるようにする。

⑧発音練習

「バ・ピ・フ・ベ・ボ
パ・タ・カ・ラ」を繰り返す。



⑨咳ばらい

お腹を押さえてエヘンと咳ばらいをする。



⑩手の準備体操

食事の前に軽い準備運動として肘を曲げたり伸ばしたり、指を曲げたり伸ばしたりすると、手を動かしやすい、食事がしやすくなります。



※ご本人の状態によっては、手や首などを動かすことが良くない影響を及ぼす場合もあります。無理のない方法を選択してください。

図 9

嚥下の状態についての質問用紙

お願い
あなたの嚥下(飲み込み、食べ物を口から胃まで運ぶこと)の状態について、いくつかの質問をいたします。ここ2、3年のことについてお答えください。

記入日: 20 年 月 日

I. 患者様氏名: _____
記入者: _____ ご本人との続柄: _____

II. 質問

- | | | | |
|----|----------------------------------|----|-----|
| 1 | 肺炎と診断されたことがありますか。 | はい | いいえ |
| 2 | やせてきましたか。 | はい | いいえ |
| 3 | 物が飲みにくいと感じることがありますか。 | はい | いいえ |
| 4 | 食事にむせることがありますか。 | はい | いいえ |
| 5 | お茶を飲む時、むせることがありますか。 | はい | いいえ |
| 6 | 食事中や食後、喉がゴロゴロと音を立て痰がからんだ感じがしますか。 | はい | いいえ |
| 7 | のどに食べ物が残る感じがすることがありますか。 | はい | いいえ |
| 8 | 食べるのが遅くなりましたか。 | はい | いいえ |
| 9 | 硬いものが食べにくくなりましたか。 | はい | いいえ |
| 10 | 口から食べ物がこぼれることがありますか。 | はい | いいえ |
| 11 | 口に食べ物が残ることがありますか。 | はい | いいえ |
| 12 | 食べ物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくることがありますか。 | はい | いいえ |
| 13 | 胸に食べ物が残ったり、詰まった感じがすることがありますか。 | はい | いいえ |
| 14 | 夜、咳で眠れなかったり、目が覚めてしまうことがありますか。 | はい | いいえ |
| 15 | 声がかすれてきましたか。(ガラガラ声、かすれ声など) | はい | いいえ |
| 16 | 食事に声掛けが必要ですか。 | はい | いいえ |
| 17 | 食事には介助が必要ですか。 | はい | いいえ |
| 18 | 口以外からの栄養摂取ですか。 | はい | いいえ |
| 19 | ミキサー食ですか | はい | いいえ |

確認者 _____

6(要注意)：→喉に食べ物がのこってしまっている為にゴロゴロと音が鳴っている可能性あり。この残っている食べ物が食道へいかずずっと喉の所に残っていると肺のほうへ行ってしまい肺炎を引き起こす可能性あり。ゴロゴロと音がし始めたら口の中へ入れるご飯の量を少しへらして食べるなどの工夫が必要。また、音がした際は、咳払いなどして喉をすっきりとしてから食べるなど時間をかけてゆっくり食べてもらうのがよい。

誤嚥性肺炎のリスク高い。家族にもそのような人がいたら肺炎にかかってしまうので、あまりにもひどい場合は受診をしたほうがよい。

7(注意)：→飲み込む力が弱くなってしまっているため、飲み込んでも喉に残ってしまっている可能性あり。あまりにも弱くなりすぎると常に喉にのこっていたものが肺の方へ行って肺炎を起してしまう可能性あり。

8(注意)：→時間をかけてゆっくり食べることは大切ですが、一食に30分以上かかってしまうようならば問題と考えたほうがよいと考える。原因は、肺炎などの体調不良や食欲低下、飲み込みの能力が低下しているなど。理由はどのようなものなのかを把握することが大切。

9(様子観察)：→咬む力がよわくなっていることが伺える。柔らかいものや大きな食べ物は半分ほどにして食べやすいように刻むなどの工夫が必要。

10(注意)：→唇の筋肉の力が弱々しくなっていることが考えられる。そのままでするとよだれがこぼれてきてしまったり、飲み込む力がよわくなってしまう、飲み込んでも食べ物が口の中に残ってしまうということが起こる可能性あり。改善方法としては“パタカラ”などの発声練習を行う。

11(注意)：→ごっくんと飲み込む力が弱くなってきているから口に残ってしまっている可能性あり。口の中に入れる食べ物の量を少なくしてみると改善みられることあり。

12(注意)：→胃に送られた食べ物が逆流してくる“逆流性食道炎”の可能性あり。頻度みられるようであれば受診したほうがよい。

13(注意)：→ごっくんと飲み込む力が弱くなっているため、飲み込んでも食べ物が喉に残っている可能性あり。喉や胸のつかえなど違和感の他に、続いて声がガラガラ声となってくると食べ物がのこっている可能性がさらに高くなる。

14(注意)：→胃に送られた食べ物が逆流してくる“逆流性食道炎”の可能性あり。頻度みられるようであれば受診したほうがよい。

別紙4

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

来年度は社会参加の頻度をさらにあげ、口腔・嚥下機能について啓蒙活動を行っていく必要

がある。

知識や関心を一時のものにせず継続していく必要がある。

社会参加をより多く行い、効果・成果を職員へフィードバックしていく。

来年度においても歯科スタッフとの参入を積極的に行い、口腔・嚥下機能などについて知識・技能を向上させていく必要あり。

歯科衛生士を招いての口腔ケアの実技なども取り入れていきたい。

言語聴覚士以外での嚥下評価を実施していくため、評価、観察といったさらにポイントをふまえての学習会を開き、病棟看護師も嚥下評価可能となるよう取り組んでいく。

病状から居室で食事をする必要のある利用者の口腔ケアの徹底をしていく必要あり。(集団参加ができないため個別ケアが少なくなりがち)

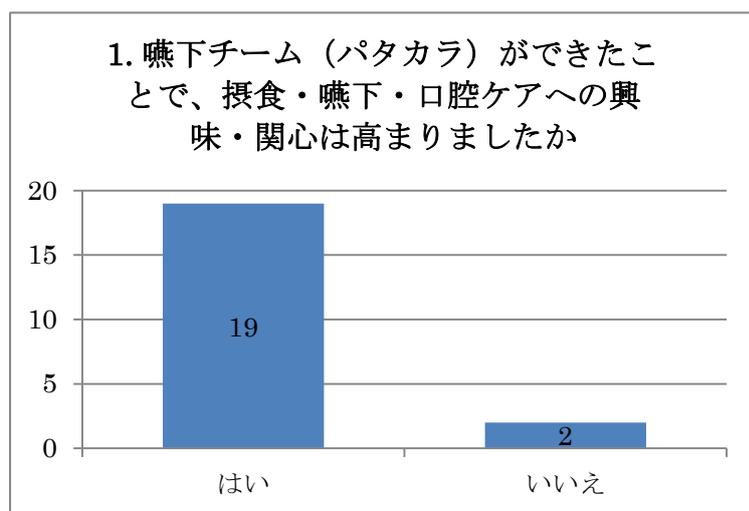
口腔内の様子について、入院した当日に点検し、アセスメント出来る流れを作れたらよい。

総括評価

療養病棟職員へパタカラチームの活動意識調査を実施。

摂食・嚥下・口腔ケアへの興味・関心が 90%ほどみられ、チーム活動内容が病棟職員へ浸透しつつあると考えられる。チーム以外の職員の知識の向上につながったと考えられる。(表3)

(表2) 職員への意識調査 調査対象スタッフ 22 名 回収 21 名



療養病棟パタカラチームへのアンケート・感想結果

【嚥下チームが出来たことで、変化したと感じたことは】

経管から経口に移行した人が増えた

口腔内が綺麗になった

嚥下に対する関わりが具体的になった。

職種連携が取れるようになった

嚥下状態が少しずつ良くなった方がいる

以前行っていたアイスマッサージは実施していないがどうするか

職員の嚥下への意識が高まったと同時に口腔ケアを丁寧に行うことでアフターケアが充実し、患者様の誤嚥性肺炎が減少した

QOLの向上を実感できた

嚥下評価表が作成されたことで、食事の安全性が高まった。

【摂食・嚥下・口腔ケア等の学習会に参加してどんな変化がありましたか】

- 口腔ケア時、学習したマッサージを実践している
- 口腔ケアの方法
- 口腔ケアの重要性がわかり、丁寧に行うようになった
- 知識がついたことを実感できた。問題意識が持てるようになった。
- 口腔ケアの方法の検討がされるようになった。
- 口腔ケアにより力を入れるようになった。
- 口腔ケアは綺麗になるまで実施するようになり、回数が増えた
- 口腔ケア自立者へも介入し、きちんとできているか確認するようになった。
- 歯科医師との連携が深まった
- 口腔ケアの行い方や重要性を知り、丁寧に行うようになった。

(表3)2011 年度 パタカラ（嚥下チーム）スタッフへの意識調査
調査対象スタッフ 22 名 回収 21 名

		はい	いいえ
1	嚥下チーム（パタカラ）ができたことで、摂食・嚥下・口腔ケアへの興味・関心は高まりましたか	19	2
2	嚥下チームができたことで、摂食・嚥下・口腔ケアについて変化したと感じたことはありますか	20	1
3	今年は NST 委員会や各チームで摂食・嚥下・口腔ケアの学習が開催されましたが、参加しましたか	15	6
4	参加した方にお聞きします。その後何か変化がありましたか（業務・意識など）	15	0
5	摂食機能療法とは何か理解していますか	19	2
6	摂食機能療法実施者を理解していますか	20	1
7	摂食機能療法を実施することで、患者の ADL・QOL 向上に繋がっていると感じますか	21	0
8	摂食機能療法を実施することで、業務に負担を感じることはありますか	4	17
9	チームを通して摂食・嚥下・口腔ケアについて多職種とコミュニケーションをとる機会が増えましたか	20	1
10	歯科往診の流れを理解していますか	15	6
11	口腔体操を実施できますか	19	2
12	唾液腺マッサージを実施できますか	19	2
13	利用者の口腔内の様子（義歯有無・自歯の残り具合等）を理解していますか	12	9

療養病棟での嚥下チームの取り組みにより、看護師・介護士が、その方の経口摂取への可能性を見つけ出し、5 名の方が経口摂取へ移行できた。この事例を振り返り、看護研究としてまとめることで地域の慢性疾患医療に何かしら発信できると考える。さらに急性期病院や

療養病棟・施設との連携を深め、質の高い慢性期医療を目指したい。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

チームは療養病棟での取り組みと地域での医科歯科連携の確立を目的に活動されており、療養病棟におけるソフト食導入や介護士による嚥下体操など嚥下レクリエーションの取り組みとその評価結果については評価できる。

さらに、多職種チームによる口腔・嚥下リハビリテーションの質の向上をはかる健康講座・介護教室を通じた地域への啓蒙推奨は、これからの健康寿命の延伸には必要でその一例となると思われる。

患者に対し「食べること」の支援を行う目的で、多職種で取り組み、口腔機能向上に取り組んだ。具体的には、摂食・嚥下障害のより適切な評価の実施、ソフト食の導入、スタッフによる嚥下障害の疑似体験などを行った。ソフト食の導入を行った点は、摂食・嚥下障害への対応として評価できる。

キザミ食も残していることで、嚥下食の段階が複雑になってしまっており、むしろキザミ食を中止して、食形態の段階をわかりやすく整理することも検討する必要がある。嚥下障害の疑似体験は、院内で嚥下障害に対する意識を向上するうえで意味があるが、顔面をテープで固定するだけでは口腔内の動きは支障がなく、十分な理解にはつながりにくい可能性もある。

初期口腔がん診療チーム (昭和大学歯科病院)

チームを形成する目的

口腔がんは人口の高齢化とともに増加傾向にあるが、早期発見される症例も増加している。一方、早期治療された場合にも口腔の「食べる・飲む・話す」といった機能は低下する。最近では侵襲度の低い外科治療に加えて化学療法や放射線療法を併用し、治療後の QOL を維持しようと試みられているが、その低下を避けることができない。本チームは治療後の早期社会復帰を目指して治療前から介入し、一貫した QOL の維持を保証することを目的とする。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

- ・ **歯科医師**：主治医（口腔外科専門医）は外科治療を担当するとともに本チームのリーダーとしてすべての意思決定を行う。口腔病理医と歯科放射線医（いずれも専門医）は診断から治療計画の決定に参画するとともに、積極的に患者さんに対して、病理診断、画像診断の説明を行い、患者さんの理解を深める。歯科麻酔医（専門医）は種々な背景疾患のある口腔癌患者の周術期管理を行う。歯周病専門医は術前後における口腔癌患者の口腔衛生管理方法の標準化を図り実践する。口腔リハビリテーション医は術後の口腔機能障害を予測し術前からリハビリテーション計画をたて、これを言語聴覚士・歯科衛生士とともにを行い、機能程度に応じた食事形態について管理栄養士と協議する。
- ・ **医師**：口腔がんのスクリーニング検査を実施し、慢性疾患等を含めた全身の管理を行うとともに周術期ならびに術後の栄養管理に関して管理栄養士とともに適切な指示を行う。また、全身化学療法時には、主治医とともに全身状態を把握し、歯科医師に適切な指示を行う。
- ・ **歯科衛生士**：術前の専門的口腔衛生管理及び術後の個別の口腔形態や状態による食物の停滞部位や、清掃が行いにくい部位などを客観的に把握し、具体的な口腔衛生処置（口腔のケア）等を患者に行うと共に、新しく口腔癌患者のチーム医療用に特化した口腔衛生管理方法の標準化を推進する。また、術後患者の精神状態を把握し口腔機能の低下への対応（訓練実施や助言など）を言語聴覚士と協働して行う。
- ・ **看護師**：口腔癌患者に特化した心のケアも含めた看護管理とリハビリテーションとともに退院後の生活への復帰、食事指導などに関して管理栄養士・歯科衛生士ならびにリハビリテーション医と協働して食生活と口腔衛生管理を中心にキメの細かい指導を行う。外食ができる、家族とともに食事ができる、家族と会話ができるなど、各段階に応じたケアのガイドを患者に提供して一貫した指導管理で QOL の向上を目指す。
- ・ **薬剤師**：担当医とともに患者への化学療法の説明、レジメンの管理、副作用のモニタリング、抗がん剤の調整などを行う。また、服用薬のある場合には、術後の口腔機能に応じた服薬指導などを行う。
- ・ **言語聴覚士**：術後早期から経口摂取訓練を歯科衛生士とともにを行い、嚥下機能、言語（構音）機能の回復・向上を図るとともに、その機能の評価を行う。術後の瘢痕によるいわゆる「ひきつり感」に対する指導などに関して標準化して評価を行い、それに基づいた指導・訓練を看護師、歯科衛生士とともに行う。
- ・ **管理栄養士**：食事摂取困難患者に術後、食物形態の調整や摂取方法の指導を行うとともに、退院後の食生活とくに、外食、家族との食事、周りの者との食事の時間さなどきめ細か

い食事指導を行い栄養指導にも、看護師、リハビリテーション医とともに指導する。

- ・ **地域連携室**：口腔癌患者の治療後の病状管理と口腔衛生管理を専門病院及び地域の診療所との密な連携の下に行い、ともに患者の QOL 向上に寄与する。昭和大学歯科病院、昭和大学附属病院の口腔ケアセンターを中核に、東京都城南地域、横浜市北部、川崎市の各歯科医師会の診療所を協力施設として地域連携パスが運用されている昭和大学口腔ケアセンター地域医療協議会が発足しており、この地域医療協議会を通して患者中心の退院後の連携歯科医療を推進する。

チームによって得られる効果（評価方法）

- ・ 口腔機能の良好な回復（口腔ケアアセスメントシート、摂食・咀嚼・言語機能評価）
- ・ 口腔がん治療に伴う QOL の維持と早期の社会復帰（入院日数、職場復帰）
- ・ 患者・家族の満足度向上。（患者満足度調査）
- ・ 継続管理のための地域医療連携の充実（クリニカルパスの導入）
- ・ 一般病院の歯科・歯科口腔外科のチーム医療への波及。（病病連携紹介）

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

術後に「食べる・飲む・話す」といった機能を大きく失う進行口腔がんでは、術後の口腔機能低下を最小限にする手術法の開発に重点が置かれている。しかし、初期口腔がんでは、術後に「食べる・飲む・話す」といった機能の低下はあるものの大きく失うことはなく、舌のひきつれ感や口のなかへの食べ物のたまりなどはただの違和感として注目されていなかった。しかし、今回の検証事業において施行した患者アンケートでもわかるように、それらは患者の生活の質を低下させ、社会復帰を躊躇させることもあった。これらの機能障害を定量的に評価し、改善させる方法を模索することは重要であり、今回、初期口腔がん診療チームの活動より検証した。評価方法は、視覚的評価スケール（VAS）による患者アンケートおよび口腔機能評価とした。初期口腔がん診療チームの活動は、チーム医療実施前（H21年6月～H23年3月）、口腔ケアを中心にチームとして介入した前期（平成23年4月～7月）と口腔リハビリテーションも含めて術前から積極的にチームとして介入した後期（平成23年8月～平成24年3月）とに分けて検討した。VASによる患者アンケートは、添付資料1として添付する。VASは、長さが100mmの直線からなり、線の左端を「症状あり」、線の右端を「症状全くなし」として、感じている症状が線のどのあたりに相当するかを患者に記入して頂いた。

1. チーム医療実施前からチーム医療前期では、初期口腔がん症例の術後には口腔外科が再発等に関して経過観察を行っており、チームの介入も術前・術後の口腔ケアが中心であった。しかし、アンケート結果の解析から図1のように全24人の25%に相当する6人の患者に舌のひきつれ感や口のなかへの食べ物のたまりなどの症状が残存していた。

図1 A.舌のひきつれ感

B.口のなかへの食べ物のたまり

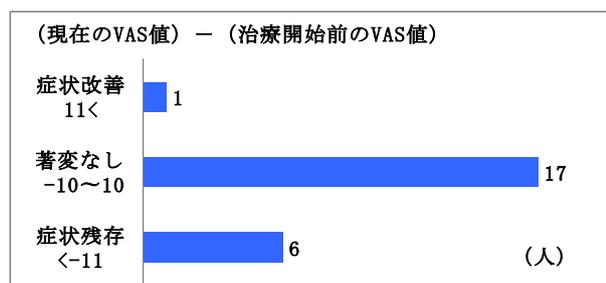
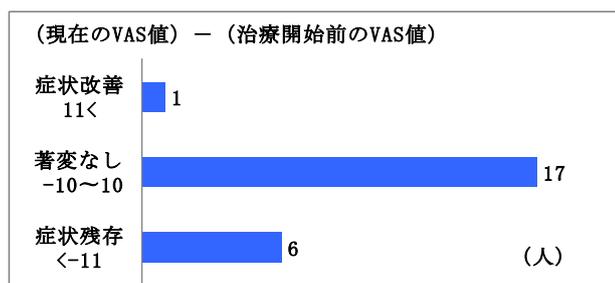


図1では、(現在のVAS値－治療開始前のVAS値)が-10から10を著変なし、-11以下を症状残存とした。

2. 上記アンケート結果をもとにチーム医療後期では、より積極的に術後の口腔機能低下を改善する方法を試みた。具体的には、術前から積極的にチームで介入し口腔ケアの実施および口腔機能評価を行い、手術内容および術後経過を各チームが十分に理解した上で、術後の口腔リハビリテーションおよび口腔ケアを全6例に対して施行した。結果としては、舌のひきつれ感が大きく改善した症例が2例、軽度改善した症例が2例、著変なしが2例であり、口のなかへの食べ物のたまりが著しく改善した症例が2例、軽度改善した症例が1例、著変なしが3例であった。(図2)。大きな機能改善の認められた舌がんおよび頬粘膜がんの2症例を添付資料2において紹介する。

図2 A.舌のひきつれ感

B.口のなかへの食べ物のたまり

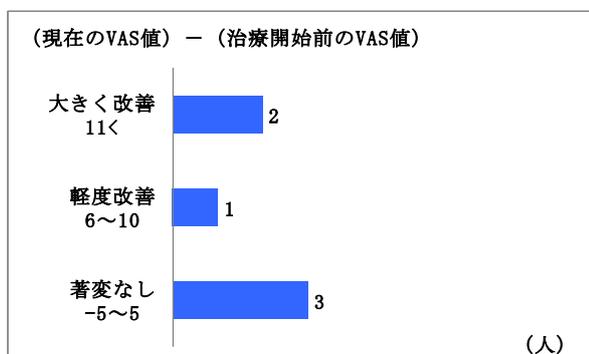
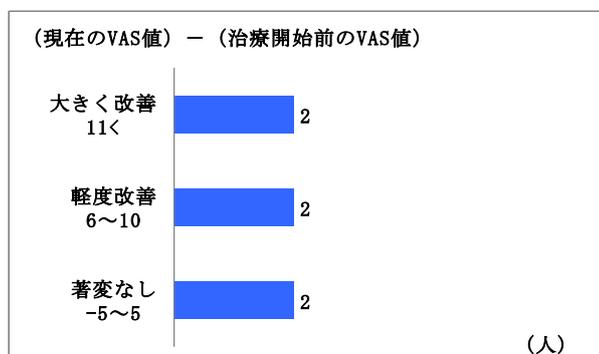


図2では、(現在のVAS値－リハビリ開始時のVAS値)が11以上のものを大きく改善、6から10を軽度改善、-5から5を著変なしとした。

3. 症例が少ないため有意ではないが、舌がんや頬粘膜がん、さらには頬粘膜にかかる歯肉がんでは口腔リハビリテーションおよび術前・術後の口腔ケアを中心としたチームによる介入が有効であることが示唆された。

4. 以前より口腔リハビリテーション科と言語聴覚療法室は連携し口腔リハビリテーションを施行していたが、このチームに歯科衛生士室を加えることにより、舌のひきつれ感や口のなかへの食べ物のたまりなど機能低下の改善を円滑に施行可能となった。

5. 看護部が中心となり薬局さらには栄養科が患者のベッドサイドに伺い内服する薬剤の

形態および食事形態に関して直接相談を受けたため、きめ細かな変更が行え、入院中および退院後の患者の内服および食事に対する不安を軽減できた。

6. 当院で実施している口腔がん診療チームをわかりやすく解説・説明したパンフレットを作製し、近隣の歯科医師会に所属する歯科医院へ配布し、口腔がんのチーム医療の啓発に努めた。口腔がん診療チームのパンフレットを添付資料 3 として添付する。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

初期口腔がん患者が術後に訴える舌のひきつれ感や口のなかへの食べ物のたまりなどの機能低下を適切に評価可能な検査方法を試み患者満足度との相関を認めたと、さらに多数の症例において検証する必要がある。

1. 患者のアンケート結果からもわかるように初期口腔がんの場合、進行がんとは異なり、75%の患者では舌のひきつれ感や口のなかへの食べ物がたまりなどの機能低下を自覚していないが、これらの症例の中にも定量的には機能低下を認める症例が存在する。さらに、術前から積極的にチームとして介入することにより口腔機能低下を改善させることが示唆されたが、症例数が6例と少ないため多数の症例において検討し、チームの介入方法や症例毎の特徴をさらに分析する必要がある。
2. 今回の実証事業により各チームの介入内容および時期に関して相互理解が得られたため、今後はクリニカルパスを作製する必要がある。
3. 当院で施行している初期口腔がん診療チームでは、特にリハビリテーションの分野では、医師ではなく歯科医師が中心であるため、「がん患者リハビリテーション料」は算定できない。以下に示す多くの診療行為に対しても診療報酬を算定できないため問題と考える。
 - (1) 「食べる・飲む・話す」といった機能の評価する検査には約2時間かかるが、嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査などの一部の検査にしか診療報酬がない。
 - (2) 歯科衛生士による口腔ケアは1回当たり約1時間かかっているが、周術期管理料および専門的口腔衛生処置しか診療報酬がなく実働時間に見合うとは言えない。
 - (3) 口腔がん術後に摂食障害が生じた際は、リハビリテーションの進行を含めた専門的栄養指導を要するため栄養士による約20分の栄養指導を要するが、診療報酬がない。

総括評価

当院では口腔の専門家である歯科医師（口腔外科、口腔リハビリテーション科）、歯科衛生士や言語聴覚士、さらには看護師、薬剤師、栄養士などが中心となりチームを形成し、お互いの専門性を十分に把握することにより、非常に円滑かつ十分な連携を実施できた。

1. その結果、舌のひきつれ感や口のなかへの食べ物のたまりなどの違和感として見逃されてきた患者の症状を定量的に把握する検査法および改善するリハビリテーション方法を開発し得た。
2. しかし、症例が少ないため、データの蓄積を行い検査法およびリハビリテーション方法を確立し、さらには適応症例の検討を行いたい。

上記データをもとに、今後は口腔がん治療を行っている多くの施設がこのようなきめ細かな医療を施行できるよう、情報および技術の提供を行っていきたい。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

本チームは歯科領域の専門的治療（口腔がん）チームに対するサポートチームの在り方を示すものとする。初期口腔がんは、手術後に大きな機能低下がないため、これまで多職種が関わるチーム医療の対象とはほとんどなっていなかった。今回の実証事業において機能評価やアンケートなどの結果からその必要性が高いことを客観的に提示されたことは評価できる。また、口腔がん治療前・中・後における障害の改善および治療後のQOLをも視野に入れたサポートを行う多職種チームを示すものとして意義深い。

診療報酬上の評価を課題として挙げられているが、そもそも「口腔リハ」の考え方が未だ整理されていない状況であるため（果たして口腔リハが成立するのか？リハビリテーションを臓器別に分けていいのか？：心リハ・呼吸リハがすでに存在するが）、議論が必要。ただし、歯科領域にリハビリの考え方が普及することは必要と考える。歯科界のなかでの盛んな議論が期待される。