

一般社団法人 日本歯学系学会協議会

第3回シンポジウム

「市民・患者を中心とした医療連携（連携医療）の方向性と学会のかかわり」PART II

日時：2009年8月29日（土）15：00～17：10

場所：昭和大学旗の台キャンパス1号館7階講義室（東京都品川区旗の台1-5-8）

座長：須田 英明 （日本歯学系学会協議会 常任理事 学術担当）

安井 利一 （日本歯学系学会協議会 理事 学術担当）

15：00 開会の辞 山根 源之 （日本歯学系学会協議会 副理事長）

15：05 挨拶 赤川 安正 （日本歯学系学会協議会 理事長）

15：10-16：00 病院歯科での連携

1. 慢性期病院における歯科医師の活動について

阪口 英夫 （医療法人尚寿会大生病院 歯科口腔外科 科長）

2. 病院における歯科に期待するもの

高野 喜久雄 （医療法人社団誠馨会 総泉病院 名誉院長）

16：00-16：50 地域NSTでの連携

1. NSTに関わって

佐々木 勝忠 （岩手県奥州市 国保衣川歯科診療所 所長）

2. 歯科のない岩手県立病院と地域歯科医師会とのNST連携

北村 道彦 （岩手県立中部病院 院長）

16：50-17：10 総合討論

17：10 閉会の辞 宮崎 隆 （日本歯学系学会協議会 副理事長）



山根 須田先生、安井先生ありがとうございました。お二方の先生のご尽力で、今日のシンポジストの方々のご依頼等を全部やっていただきました。今日は、須田先生と安井先生に座長をお願いします。これから開会いたします。続きまして、理事長のあいさつです。

赤川 皆さん、こんにちは。今日は8月最後の土曜日ということで、大変お忙しい中をたくさんお集まりいただきましてと言いたかったのですが、集まりが十分でなく大変残念に思います。それでもしっかり討論をしていただきたいと思います。

歯学協はご存じのように、有限責任中間法人になったときに、連携医療が必要だということでその重要性を再認識するためにシンポジウムを行いました。その時の論点を整理した後、加盟している73学会にアンケートを行いました。そうしますと、大学の学会や基礎の学会からはあまり回答がなかったのですが、34の学会から回答をいただきました。その結果を見ると、全員が連携医療あるいは医療連携が今後どうしても必要であるとの見解をお持ちであり、その中で、特に医科との連携が44%、歯科と歯科の連携が25%、次に続くのが他職種との連携ということでした。

しかしながら、よく見てみると、障害になっていることは何かとの問いに三つのポイントがありました。一つ目は相互の情報が不足していること、二つ目は連携の体制が十分に整備されていないこと、三つ目は地域の環境が整っていないことでした。地域の環境については、各地域の医療圏とかいろいろな議論があると思いますが、少なくとも相互の情報不足、あるいは連携の体制が整備されていないことなどに対しては、歯学協がもう少しコミットできるのではないかと考えています。

そういう観点から、第1回が法人記念としてのシンポジウム、第2回が歯科の中での連携ということで、糖尿病との関係とか在宅介護の関係をお話しいただきました。今日はいよいよ医科との連携ということで、ご案内のように慢性期の状態に対して阪口先生と高野先生にお話をいただきますし、栄養のNSTに関しては、佐々木先生と北村先生にお見えいただいて、医科との連携をどうとっていくとか、あるいはどういう状況のときにはどうするのかという示唆に富むご意見をいただく、また、歯科界にこういうことをしたらどうかというご提案もいただいて、それをまた歯学協として各学会と一緒に考えて、情報の共有あるいは連携体制の整備を提言する、こういう形にしたいと考えている次第です。

今日は参加者は必ずしも十分ではありませんが、ここで得られた結果をプロシーディングにして各学会あるいは各関連の方々にお配りして、また意見を取り入れたいと思います。4人の先生方、聴衆が少なく大変失礼ではございますが、ぜひたくさんのメッセージをお願いしたいと思います。

それでは、座長の須田先生と安井先生にバトンタッチしたいと思います。

須田 理事長の指名により個別の座長を務めさせていただきます、歯学協の常任理事で

学術を担当しております東京医科歯科大学の須田と申します。

本日のシンポジウムは後で総合討論の座長をしていただきます安井先生にすべておぜん立てをしてもらいました。私は取りまとめ役ということで抄録を作らせていただいただけでございます。本日のこのシンポジウムは前半と後半に分かれていて、前半がご案内させていただきましように「病院歯科での連携」、後半が「地域 NST での連携」になっています。

それでは、早速前半のご講演を賜りたいと存じます。最初のスピーカーは、医療法人尚寿会大生病院の阪口英夫先生です。「慢性期病院における歯科医師の活動について」というタイトルでお話を伺うことになっております。25 分という大変短い時間で恐縮ですが、阪口先生、どうぞよろしくお願いいたします。(拍手)

## 病院歯科での連携

### 1. 慢性期病院における歯科医師の活動について

阪口英夫（医療法人尚寿会大生病院 歯科口腔外科科長）

阪口 ご紹介にあずかりました、大生病院の阪口と申します。若輩者でありまして、こういう席に立つのは非常に緊張しまして、昨日ぐらいから緊張がピークに達しています。今日は、安井先生初め須田先生、また理事長の赤川先生のご尽力をいただいてこのような機会をいただけることにに関して、まずは厚く御礼を申し上げます。ありがとうございました。

さて、今日のテーマは医療連携ですが、25分という時間と、私の活動の中で皆さんにどういった医療連携のお話ができるかわかりませんが、私がやっている活動と思っている部分を今日はスライドにしていまいりました。賛否両論いろいろあるかと思いますが、お話をさせていただきたいと思っています。

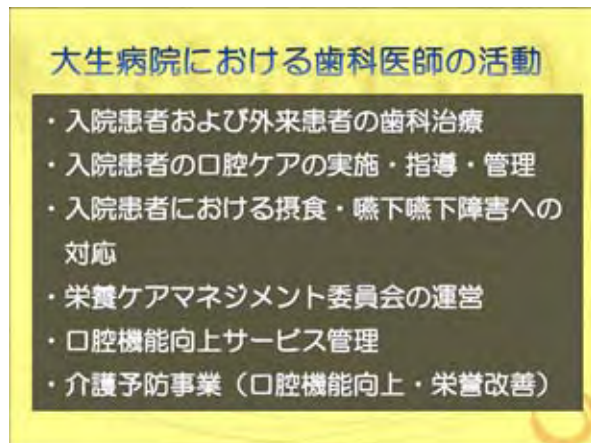
私が勤める医療法人尚寿会大生病院は、埼玉県の狭山市にあります。あさひ病院、中核の大生病院、老人保健施設、同一敷地に三つの老人のための病院があり、合計で900の病床を持っています。35年ほどの歴史ですが、一貫して老人・高齢者の医療を中心にやってきました。古くは老人病院と言われて、医療水準もそんなに高くはないなんて言われた時代もありましたが、現在では我々自身は最先端といえましょうか、慢性期というのはこういう病院だということで、ケアミックス、一般病床と療養病床とを持つ病院です。

昭和63年にこの中に歯科ができ、私の前の前の代の先生がおりまして、標榜は歯科・口腔外科となっていました。私は純粋に歯科しかやったことがありませんで、歯科医師の常勤が2名、歯科衛生士が8名、ユニットが6台、1日平均70人から80人ぐらいの患者さんが来るという状況で診療をしています。



歯科の先生方には詳しくない方もいらっしゃるかと思ひまして、厚労省が出したこういったスライドを作っていまいりました。急性期から慢性期、維持期にかかる患者さんが一体どういうところで過ごされているかということなのです。慢性期病棟というと、一般病床から療養病床、老健、このぐらいまで。特養になると生活の場にな

りますが、この辺を含めて、慢性期の病院、慢性期の病床。現在、これの介護療養 12 万床を 2012 年ぐらいまでに削減することをやっていて、非常に反対して頑張っているところです。いわゆる急性期の病状を過ぎた方が療養、または回復期のリハビリテーションを行うための病棟と思っていただければいいと思います。



あまり数字とかは得意ではないので写真が主ですが、私がこの病院でこういった歯科医師としての役割をしているかというところを紹介させていただきます。仕事としては、やはりメインである歯科治療、入院患者さんの口腔ケアの実施や指導管理です。入院患者さんにおける摂食嚥下障害も歯科の重要な役割の一つで、専門医を通し

て摂食嚥下障害の患者さんへの対応、検査をさせていただいています。

そして、これは後で出てきますが、栄養ケアマネジメント委員会というのがあって、今日の後半の NST の先生方の慢性期版というような感じですが、栄養ケアマネジメント委員会の委員長として管理運営をしています。口腔機能向上サービスは介護保険における口腔機能向上。そして、狭山市から老健事業の介護予防事業の委託も受けており、その管理もやっています。

入院患者さんの外来歯科診療——若いころの髪の毛がふさふさなころの写真で大変申しわけないですが、こういうふうに来来患者さんの診療をしています。外から来る方も非常に多く、なるべく制限をかけていますが、やはり高齢社会ということで、内科に受診しているので一般の歯科診療所に行くのが怖いからと言って来る方々等で、外来はいつもかなり込んでいる状況です。しかし、私どもは、有病者の歯科診療や口腔外科の特別な疾患、口腔乾燥症、ドライマウス等、そういったものを中心にやっていきたいと思っています。

私の経歴上、一般の GP で歯科診療を勉強してこの病院に入ったものですから、有病者の歯科診療をどうやったらいいというのが全くわかりませんでした。そうだと、通常は行き詰まって数年でやめるところですが、今年で 17 年です。こういうふうな形でやってこられた一つの理由は、医科と歯科との合同の医局だったということにあります。ここに座っているのは常勤の歯科医で、私の席はこの後ろですが、隣には精神科の先生がいて、ここには脳外科の先生がいて内科の先生がいてという医局です。そうすると、もちろん飲み会も一緒ですし、送別会や歓迎会も一緒ということで、非常に情報交換しやすい環境にあります。ですので、有病者の患者さんにどうしても歯科治療を何とかしなきゃいけないというときに、入院して医科の先生と合同で治療することが比較的容易にできたというところ



が、この病院にいて医療連携がとれた一つの要因かと思います。

そしてもう一つ、私の重要な仕事は、入院患者さんの口腔ケアの実施、指導、管理です。通常はやはり看護職や介護職が口腔ケアを行うわけですが、それに関する相談を受けること、そして、ここに歯科衛生士が共同で、寝たきり・意識障害のある患者さんの口腔ケアを実施したり、新人の看護師や介護職員に対して口腔ケアの指導をすること、こういうことも我々の重要な仕事です。

そして、入院患者さんにおける摂食嚥下障害、これも慢性期の病院では非常にたくさん症例が出てまいりまして、歯科に依頼をしていただくことになっています。これに関しては医科の先生方も取り組んでいる方が多いのですが、うちは民間病院で、収益というところで、医科の先生が内視鏡検査をすると入院している患者さんの健康保険の診療報酬としては算定ができないということがあって、歯科のほうだと算定が可です。これは、医科に入院している患者さんは点数的にすべて包括です。ですから、我々が摂食嚥下訓練をすると点数をもらえます。もちろん、医科でもとる人がいますので、医科でとれる人は歯科ではとれないという形になりますが、そういった意味合いから歯科のほうにオーダーが多く出てくるということもあります。



この先生方3人は、日本大学歯学部摂食機能療法学講座から週2回ぐらい来ていただいて、内視鏡検査をしてもらっています。そして専任の歯科衛生士を1人置いて、病棟の中でもこのように嚥下訓練をしたり、専門の口腔ケアや指導をみています。このような形で、嚥下障害の患者さんに対応しています。



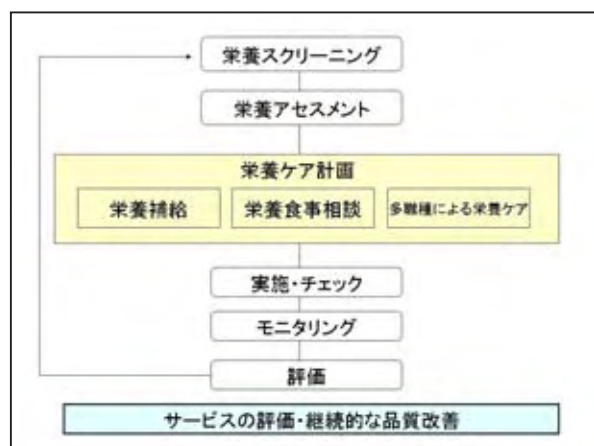
あとは、栄養ケアマネジメント委員会です。私どもの病院では、NSTではなくて、NCM (Nutrition Care and Management) という方法で栄養ケアを行っています。実は、今日この後話される高野先生と日本慢性期医療協会の中で栄養ケア委員会をやっていて、そのときに、介護保険では栄養管理加算という形の制度ができるということ

で一番最初に私がこの病院に持ち込みましたので、私の管理になりました。

NST とは多分少し違うのだろうと思いますが、NCM では栄養スクリーニングを行って、

アセスメントから栄養状態の判定をしています。低リスク、中リスク、高リスクという3段階に分けて、そのリスクに応じて栄養ケアの計画を立てる。多職種における栄養ケアの中に嚥下障害があることもあって、私が管理をすることになりました。実施をしてモニタリングをして再評価を行うという一連の流れを、栄養科を中心にやっています。

一つ前に出てきたこの写真（栄養ケアマネジメント委員会の運営）は、栄養士がいて医師がいて、私の席はここです。この人は栄養士、薬剤師や病棟の事務職、MSW、ナースです。こういった人たちが集まって栄養ケアマネジメント委員会を開いて、入院患者さんたちの栄養状態に関して事例を挙げて栄養の検討をしています。ここにおわんが出てきますが、これは出す給食の試食をしています。



これが栄養計画の事例で、このような栄養計画を立てて、実際に入院患者さんの栄養ケアを行います。その中に口腔ケアがあったり、嚥下障害を持つ人のための計画があったり、そういったことで我々歯科医が出てくるという形になっています。

もう一つ、介護保険の通所リハビリテーション施設を3病院とも持っていて、この

中で、栄養とかアクティビティ、運動機能、口腔機能向上のサービスがあります。今年の厚労省の発表では、口腔と栄養が算定を少ないと言われまして、その一つの理由が歯科衛生士等の人材の確保が難しいということがあります。うちの周囲の病院でも、栄養と口腔機能向上のサービスは提供している病院は少ないと聞きます。うちの病院はもちろん歯科衛生士も歯科医師も管理栄養士もおりますので、口腔機能向上サービスや栄養サービスを提供できることを一つの売りとして、病院の宣伝みたいな形で使っています。これは栄養士と看護師とMSW、デイケア・通所リハビリテーションの担当の作業療法士ですが、こういった人たちと会議をして、患者さんに対して口腔機能向上のサービスを提供しています。

今のは介護保険の口腔機能向上サービスですが、市町村での老健事業の一つとして介護予防事業というのがあって、この中にもやはり、口腔機能向上と栄養改善というのがあります。これも先ほどの理由と同じように、実際に例えば狭山市でこの事業を提供したい、特に口腔機能向上の有効なプログラムを提供したいときに、歯科衛生士の派遣等、確保がなかなか難しいことがあります。一昨年からうちも手挙げをして、市内2カ所の奥富と狭山台の二つの教室で、うちの法人で介護予防事業を持っています。特に口腔機能向上に特化した「かむかむコース」というのがありますが、そこのプログラムをうちで作って現

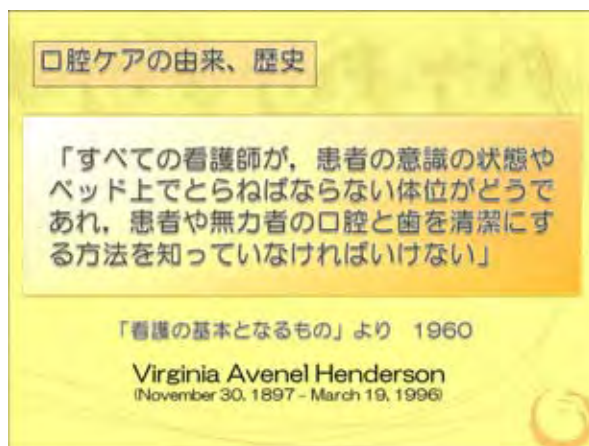


在実施中です。

以上のようなことを毎日やっています。一つ一つのお話を詰めていくと、その中でどうやって医療連携をしているかというお話ができるかと思いますが、幾つしてもし切れないところがあります。これが本当に医療連携になるのかどうか分かりませんが、今日皆様方には私の専門である口腔ケアについて一番お話をしておきたいと思って、この後のスライドを作ってまいりました。

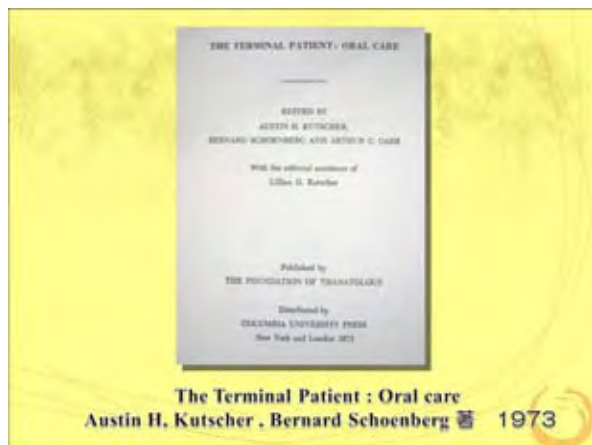
これは私が入職した当時の入院患者さんの口腔です。このような状態の患者さんが来て、「口をあけて」と言っても、せいぜいこんなものしかあけられない。歯がない。ケアをしている看護師さんたちは、「先生、何とかこれで歯を治療してください」と言われます。でも、印象もとれませんし、当時は欠損に歯を入れるのが当たり前だと思っていて、でも、どうやってパーシャルデンチャーを入れていいのかわからない。このような感じの方がたくさんいて、愕然としました。何をやっていいか全くわからなかったのです。

少し見にくいですが、カリエスが沢山ある患者さんです。この写真はよく使わせていただきますが、この患者さんは、ぱっと見ても、インレーも入っていません。CR も入っていない。インレーも CR も入っていないくて 8020 達成かなというところで、半年か 1 年かわかりませんが入院していたら、全部カリエスになった。全くケアをしてきていない。これでは歯科医師が一生懸命「8020 ですね」とか言いながらやっても、最後の最後でこうなってしまって、どうなんだろうと非常にやり切れない思いでした。終末期はこういうものだよ、と言われてしまえば本当にそうなのかもしれませんが、非常に辛いというか、歯科医師として何ができるのかなと思っていました。



それが口腔ケアということにつながりますが、ここ数年、口腔ケアの歴史について調べる機会があって、つい最近ようやくわかったことがあります。Oral hygiene は多分本がいっぱいあると思いますが、1973 年に出版された『The terminal patient: Oral care』、Austin Kutscher というコロンビア大学の歯学部が書いた本が、Oral care をタイトルとして出版された多分一番古い本であろうと思います。

これは歯科の本でも看護の本でもありません。何の本かというと、『The foundation of Thanatology』、Thanatology の本です。Thanatology とは何かなと思って調べました。今、ちょうど東大のグローバル COE で「死生学の展開と組織化」というのを島藺先生をリーダーとしてやっていて、Thanatology というのは死生学です。Thanatology は Death



studies、死亡研究でしょうか、死生学や臨床死生学と訳されています。これはホスピスとかターミナルケア、あるいは身近な人が亡くなった悲しみや喪失感に対するケアといったところから人間や文化について考えていく学問、一種の哲学だそうです。一番最初に『Oral care』という本が出されたのが死生学というところに、我々が

ターミナルケアとして患者さんを診ているところと非常に合致するのだなと思いました。

この本の中身ですが、今の口腔ケアの本と違って一切絵がない。Oral care of the dying patient、終末期の患者さんのOral careの哲学を説いてつらつらと書いてありますが、このような内容です。このAustin Kutscherという先生が何でこんな本を書いたのか、なぜThanatologyの本として出されたのかいろいろ調べました。これは2007年6月の『The New York Times』の記事ですが、これは実はPaid Notice: Deaths、死亡記事です。Austin Kutscher先生は2007年に亡くなっていますが、そのときの死亡記事に、彼はOral MedicineとThanatologyのleading figure（第一人者）だったと書かれています。

やはり、終末期からオーラルケア。終末期をやっている看護師の方やドクターにこのお話をすると、すごく共感してくれます。死に直面して医療に限界を感じたときに、やはり死生学とか哲学に関して非常に共感してくれます。こういった話を各地の看護のスタッフやNSTの研究会やドクターにしますと、皆さん、死ということを前提に仕事をされていますので、「Oral careは非常に大事なんですね」と言ってくれます。

最後に、死生学の島蘭先生に「こういった本が死生学の本として出されているのですが、先生はどう思われますか」と聞いてみたところ、死生学というのは比較的新しい学問で、大きな運動として目立つようになるのは1970年前後の欧米だそうです。ですから、この『The terminal patient: Oral care』という本は、死生学の初期に書かれた本です。島蘭先生のご経験からも「Oral careというのは死生学の重要な一角を占めるものだと思うので、死生学の初期からその種の書物が出ているということは納得のいくところですよ」というお話をいただきました。

このOral careが死生学でスタートして日本にもたらされてくることはなかったようで、看護学から口腔ケアという話になって、今、我が国で展開されているのは看護から来たOral careですが、我々慢性期の歯科医師はもう一度ターミナルケアを考えるべきです。在宅をやっている歯科の先生方も、やはりこういったことを考えながら、実際のケアに当たっているお医者さんや看護師さん、ケアの方々と連携をとっていくべきなのかなという

ことで、こういったことを進めていきたいと自分は考えています。

これでスライドは終わりです。連携というお話になっていたかどうか分かりませんが、人文系の医療倫理、医療哲学と歯科というのは今まで疎遠な部分があったのではないかと、私自身は思っています。でも、これから終末期やがんの患者さんの口腔ケアという話になったときに、やはりこういった死生学の考え方や哲学というものは我々歯科医の重要なポイントであると思っています。

ちょっと早めに終わりそうですが、私の話は以上です。ありがとうございました。(拍手)

## 質疑応答

須田 阪口先生、ご講演どうもありがとうございました。それでは、個別討論の時間が少々あるようですが、せっかくの機会ですので、阪口先生に何かお尋ねになりたいことがありましたらお手をお挙げいただきたいと思います。いかがでしょうか。よろしいですか。はい、赤川先生。

赤川 ご講演ありがとうございました。少し自分の理解が十分でないのかもわかりませんが、オーラルケアが死生学の重要な一角を占めているということ、もう少し私のような者でもわかるように説明をしていただければありがたいと思います。

阪口 島藺先生は多分リップサービスだったのだろと思いますが、ただ、死生学の集まりに行っても、歯科の先生方の登場はありません。島藺先生もつい最近お母様を亡くされて最期に終末期医療を受けたというところで、口の中の清潔や口腔ケアは非常に大事だとお感じになられたということではないかと思います。終末期にかかる患者さんが最期まで人として人らしく生きていくのに、あのような口腔をされていて虫歯だらけとか、それで終末期だからいいだろうと見放されるものではない。最期まで我々歯科医師も、我々は治すほうだというだけではなくて、終末期の患者さんにかかわるという点で重要なのではないかというお話だったのかと思います。

北村 よろしいですか。そのとおりのお話でいいかもしれませんが、ちょっと時間があるので少しかコメントいたします。

実はいろいろな側面がありまして、死生学という哲学的な面は私はまだ理解ができてなくて恥ずかしいですが、例えばお別れするときにご家族の方が顔をつけてほほを寄せてというときににおいがしないほうがいいですね。今、死後処置という言葉を使っていますが、そうではなくて、それはもうケアにして、お返しするためのケアということで。亡くなりそうになりますと、亡くなった後のご家族の方の不快な思いをできるだけ少なくするという、先生がおっしゃったような面があります。

あともう一つは、後で僕がちょっとお話ししますが、食べるというのは最高の楽しみで

すので、それが最期まできちっとできるようにという側面があります。あとは感染の面もありますので、ターミナルにいながらも結構延命に関係してくるところがありますので、僕はぞくぞくしながら聞いていました。素晴らしいお話を紹介されたかと、びっくりしました。

須田 北村先生、コメントをどうもありがとうございました。まだご質問があらうかと思いますが、総合討論のほうに回させていただきたいと思います。

それでは、前半の「病院歯科の連携」のお二方目、次のスピーカーは医療法人社団誠馨会総泉病院の高野喜久雄先生です。演題は「病院における歯科に期待するもの」です。それでは、高野先生、よろしくお願いいたします。

## 2. 病院における歯科に期待するもの

高野喜久雄（医療法人社団誠馨会総泉病院名誉院長）

高野 今日お話しするのに、どんなことをお話ししたらいいか、ちょっと悩んでおりました。先ほど阪口先生からは慢性期病院における歯科医師のお話でしたが、僕のほうは逆に、むしろ一般的な病院ではなくて、慢性期病院において一般医師が歯科的な分野でどう悩んでいるかということをお話しできればと思っています。簡単な形ですが、どんな病院かという病院の雰囲気、それから今まで口腔ケアとか栄養関係でやってきたこと、いま悩んでいることをこれからお話ししたいと思っています。



病院は、千葉市内の端にある 353 床の慢性疾患を扱っている療養型の病院です。現在は 352 ～ 353 人、90% 近くの患者さんが入っておられます。平均年齢は 85 歳、圧倒的に女性の方が多いです。病院ばかりでやっているのではなく、最近はデイケア、あるいは訪問リハビリ、在宅のほうへもちょっと顔を出していこうというように変わってきました。



うちの病院の特徴は、先日『東京新聞』に載りましたし、今から 1 年前の 8 月 5 日に「ガイアの夜明け」で「昭和レトロ」が人と街を救う」という番組で紹介されまして、「回想法」、僕は「思い出療法」と名づけておりますが、認知症に対する非薬物治療として





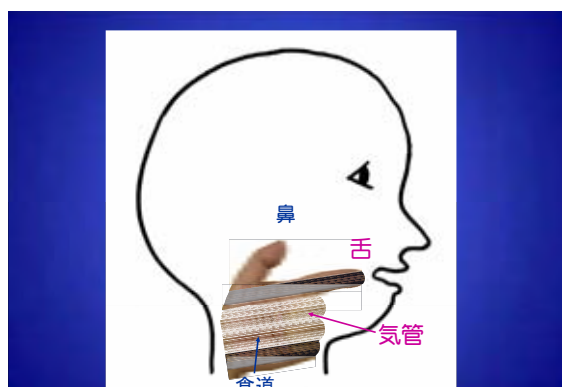
## ● 嚥下障害

## ● 口腔ケア

の回想法を用いているところです。「思い出ミュージアム」というのもありますので、こんなものも今テレビ受けするのだろと思いますが、こんなこともやっています。病院の中にいるだけではだめなので外へということで、裏庭には約 2000 坪の杉林を、横道にこのような水車小屋をつくったりして、森林療法をしています。今日はそういうお話をするのがメインではありませんが、患者さんを総合的に診ていくためにはどうしたらいいだろうかと病院の中でみんなでやってきたことがありましたので、初めにこういう写真をお出ししておきます。

嚥下障害、あるいは口腔ケアという言葉が言われて何年か経ちました。一般病院ではなかなか、あるいは慢性期の病院では、先ほどもありましたが、年だからしょうがないよとか、年だからいいんじゃないのということがゼロではありません。現在も胃ろうの問題などについてはまたいろいろな意見が出てきておりますが、この嚥下障害と口腔ケアでどんなことをやっていたのか。初期のころは歯科衛生士さん、あるいは歯科の先生の協力もほとんどなかったわけで、ほとんど我々が独学というか、これならいいんじゃないのというようなことでやってきました。それを一つ初めにお見せしたいと思います。

もし、解剖の図をみせるとします。こんなのを出したらスタッフはあっちへ行っちゃいます。ご勘弁くださいということで、特にここら辺はごちゃごちゃ話をしたってだめですし、後ろから見た図は非常に大切ですが、そんなものはどこへやらということで、もう出しただけで、解剖は面倒くさいからさようならということになります。こういう絵を出せば、ますます「いや、いいんだ」ということです。それではちょっとまずいぞということ



とです。もう一つは、来られる患者さんの家族に説明するときにはこのようなものを出してもどうもぐあいが悪いということで、一つの方法を考えてみました。どんなことかという、たわいもないですが、紙にこういう絵をかいて(左図)、ちょうど手をすくうみたいな格好を



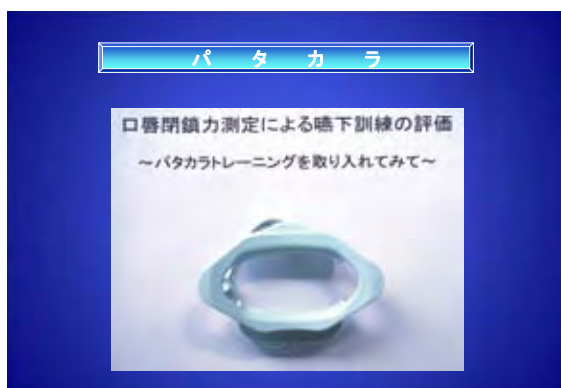


して、上のほうは鼻から入っていきます。こちらは下へ入っていきます。そして、こちらのほうは食道で、この前のところが気管ですというように手で話をする。これでしたらどこでもありますからすぐできるということで、このようなお話をするというのもみんな勉強するようにしました。まず舌、それから気管、このようになります。あと、喉頭蓋のところは、指を置いて「ふたみたいなのがあります」と、実際はこのように簡単にいくものではありませんが、イメージづくりでこういうことをやっています。

勉強会もしますが、入りたての人を集めて口腔ケアについていろいろ説明をします。こ



ちらは歯科衛生士ですが、初期のころはこういう方は出られませんでした、とにかくみんなでやるということで、まず自分でやる、それから相手にしてみる、このようなことをやっています。ですから、簡単な解剖と、あと自分たちで、口の中というのは人にいじられたくないところでもありますので、それを積極的に自分たちもやるぞということです。

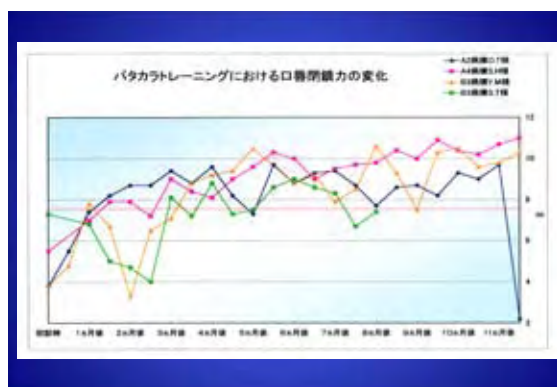
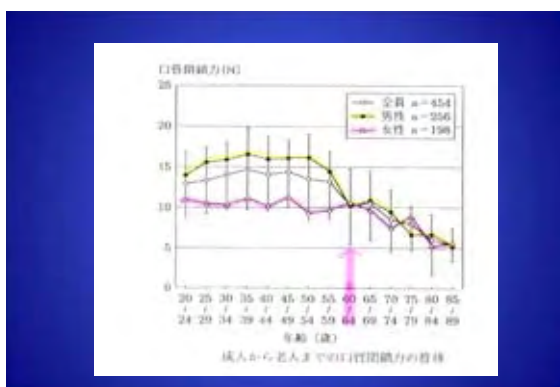


それから、パタカラというものも何年前にありましたので、それをちょっとやってみました。これはうちの栄養士が非常に興味を持ちまして、マウスピースみたいなのをくわえて、ここで力がどれくらい加わったかということです。それをやったところ、単位はニュートンだと思いますが、年齢に合わせてこのぐらいでだんだん落ちてきます。10以



下の人が多いわけですが、トレーニングをするとだんだん上がっていくということで、病棟の何人かの人に1年間やってみました。すばらしく効果があると思いました。中には、不思議なことに髪の毛が黒くなったとか、本当かねという週刊誌まがいのことも出てまいりました。しかし、積極的に自分でやられる

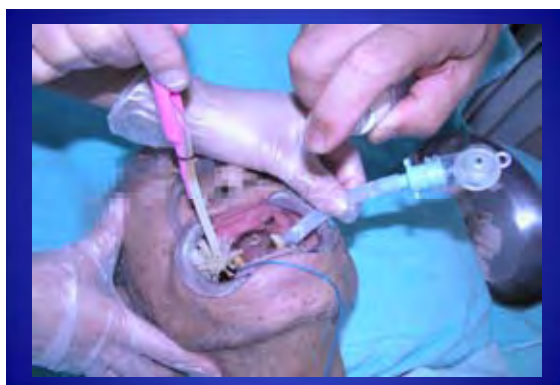
ということではなくて、他人が口を結んだりするトレーニングは極めて難しいということで、やればこのようによくなりますよということで、現在は使っていません。



いろいろなことがあります、口腔ケアという言葉そのものをイメージ的に何なのかを知るために、ちょっと作戦を変えました。ここにもご存じの方がおられると思いますが、黒岩先生の口腔ケアの講座みたいなのがありまして、そこで「くるリーナブラシ」という



のを始めました。これに対しては先生方はいろいろなお意見をお持ちだろうと思いますが、僕が採用した初期のタイプはこれでした。これが非常に優れているのは、普通の歯ブラシはすぐへたってしまいますが、ぶら下げておくと6カ月から1年もつぐらい、なかなかへたらない。それともう一つ、大変優れているのは、細いものですから開口障害がある人にもよく入っていくということです。



スタッフに、今回口腔ケアをやるけれども「くるリーナブラシ」で頑張りましょうと言います。何か変わったもの、具体的なものを見るとみんなアクションするだろうということで、うちの病院で口腔ケアがうまくいった

| 口腔ケアへの取り組み |                      |                              |
|------------|----------------------|------------------------------|
| 経 過        | 内 容                  | 職 種                          |
| 従 来        | ● ガーゼのみの口腔清拭         | 看護師<br>介護スタッフ                |
| H13年       | ● くるリーナブラシの導入        | 看護師<br>介護スタッフ                |
|            | ● 歯科医師との連携<br>(月1回)  | 歯科医師                         |
|            | ● 栄養士との連携            | 栄養士<br>歯科医師<br>看護師<br>介護スタッフ |
| H17年       | ● 歯科衛生士との連携<br>(週1回) | 栄養士<br>歯科衛生士                 |

のは、これを入れたことだろうと思います。その後、だんだん、こういうスティックが付いたり、あるいは吸引が付いたものがありました。これは病棟でも非常に効果がありました。前はガーゼで口の中をきれいにして口腔ケアだということでしたが、「くるリーナブラシ」を入れていくということ、それから、

歯科医の先生も来ていただけたり、栄養士も積極的に絡むとか、歯科衛生士も週に1回は来てくれるという流れになってきました。これ以上のことが起こっているかという、現状ではこのレベルです。毎週のように歯科医の先生が来てくださるかという、まだそこまでは行っておりません。

何か問題はないかという、このように舌が出てしまって口の中が乾燥している、いろいろな問題点がありました。患者さん側から見ると、先ほどの話にもありましたが、口臭とか乾燥している、口が開かない。ではどうしたらいいだろうか、ということを皆で話をしながら、少しずつやっていくということになりました。ここに書いてありますが、ケアの方法がわからない。現在は先ほどの阪口先生の本とかいろいろな本が本屋さんで売っておりますが、当時は少なかったと思います。

これは口の中が汚れていることを確認するということで、そのころからデジカメを病棟に必ず1台置いて、記録をする。我々は細かいことはわかりませんので、とにかく写真を撮るというやり方でアプローチをしていきました。

それから、口の中をきれいにするというクリーン的な口腔ケアと、もう一つはリハビリ的な要素が入った機能的な口腔ケアも試みてきました。口がだんだんよくなってきたところ です。

| 問 題 点                               |                                                                                                        |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 患者側                                 | スタッフ側                                                                                                  |
| ① 口臭・舌苔・痰が付着<br>② 口腔内乾燥<br>③ 口が開かない | ① 業務が多忙の時は、他の業務が優先<br>② スタッフ間の技術の格差<br>③ 口腔ケアの困難な人に対するケアの方法がわからない。<br>(開口困難、拒否の強い患者など)<br>④ アセスメントが不十分 |



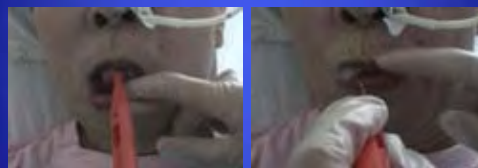
これはすごい話ですが、レスピレーターをつけたりして口の中が非常に汚れている方がおられます。療養病床というのは慢性化した人が来るかと思いますが、現在は一般病院が1週間、10日で追い出せという体制になったために、我々は積極的にやっているつもりは



## 症例2:機能的口腔ケア実例

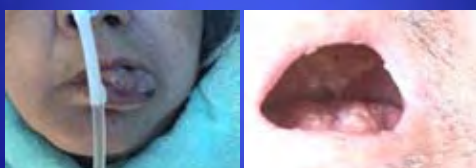


## 3ヵ月後の状態



## 問題点

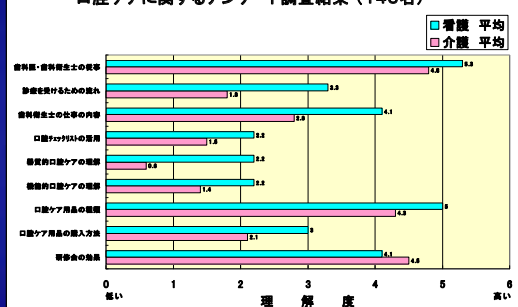
舌苔・痰の付着・口腔乾燥



ありませんが、亜急性とか急性期後を診ざるを得ないので、レスピレーターを使っているような気切の患者さんが結構多くなってきました。口腔ケアが不十分になると肺炎を起こしちゃうぞとよく言われていますが、そのようなことに対しても少しずつやってきたことが現在は効果が出ています。

少し古いですが、こんなものであるということで、数年前に口腔ケアに関するアンケート調査をしました。介護スタッフと看護スタッフ、いわゆるナースとヘルパーさんに、どんなことに興味を持っているのか、どのくらい理解しているかというアンケートをとった結果です。口腔ケアの種類、歯ブラシとか

口腔ケアに関するアンケート調査結果（143名）

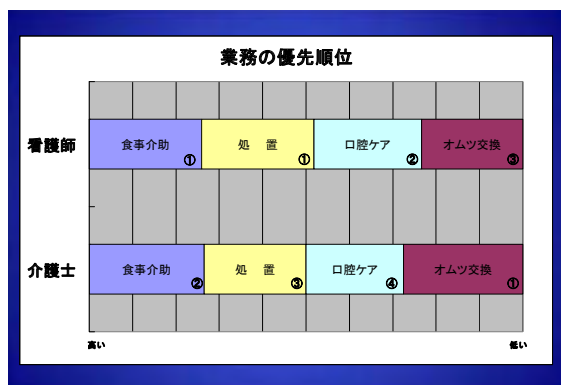


オーラルケアとかそんなのはわかっているのかもしれませんが、例えばチェックリストをどうやってうまく使っていこうか、そのようなことはあまり十分でないとか、そういういろいろなことがわかってきました。

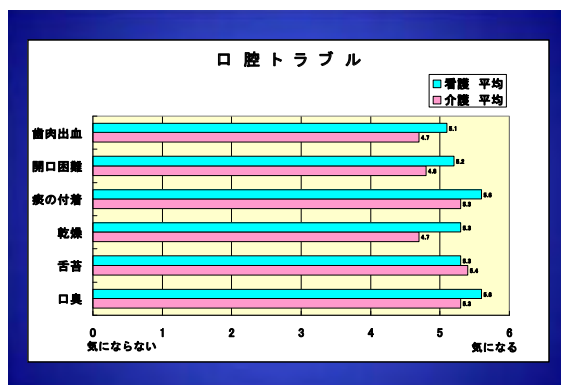
ただし、よく言われていることですが、一般的な慢性期病院では大変だということで、飯、ふろ、くそ、という非常に下品だけど現実的な表現があって、そちらに行ってほかのことは手が回らないということがあります。一般スタッフも「大変だ、大変だ」とばかりのように叫び、いろいろな意見を聞いたりすると「忙しくて、患者さんと話している暇もない」と言います。自分たちが無駄口をきいているときもあるのはどうなんだと言われると頭をかいている人もいますが、そのような感じです。

実際皆さんは業務の優先順位をどうやっているのか聞いてみると、看護師のほうは、処置とか食事介助、先ほどのむせ込みとかそういうのがあったりします。それから口腔ケアがあります。あと、ヘルパーさんも排せつの問題とか、食事とかいろいろな処置のお手伝

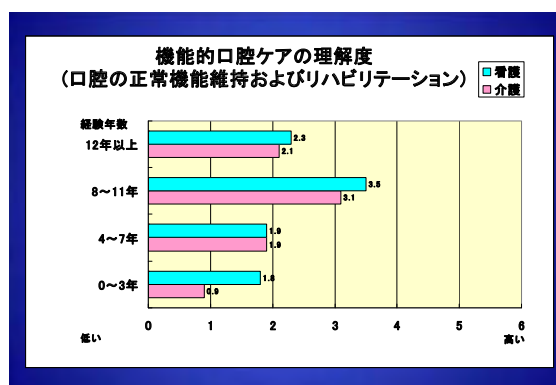
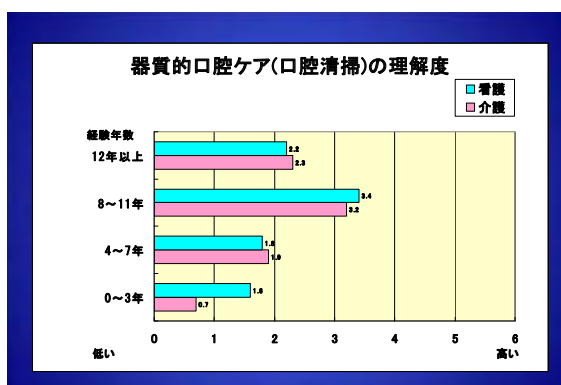
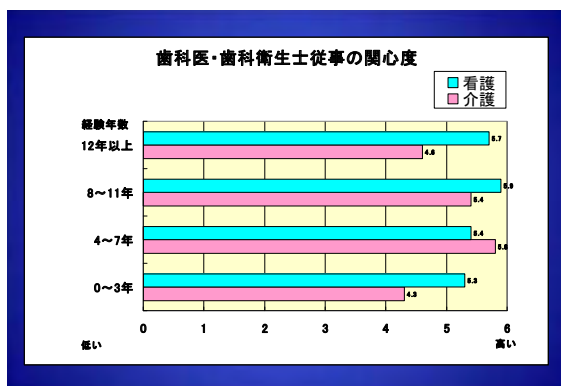




いとかあって、口腔ケアは後になっています。口腔ケアというのも大事なものだよと、何とか順位をアップさせなければならないだろうと思います。アップさせるためには、先ほどの勉強会、あるいはアンケートをとるということによって認識をしてもらう。何が気になるんですかと聞くと、歯肉の出血とか口臭だと言う。「そうだ、こういうことが大事だったんだ」というふうに、アンケートによる教育もやってきました。



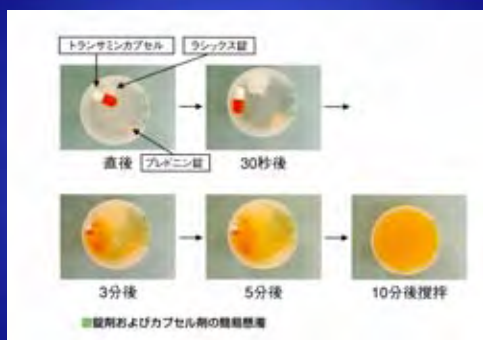
いろいろおもしろいことが起こりました。歯科医とか歯科衛生士さんがいるけどどういうふうに思っているのかとか、いろいろなことを聞きました。よく似た図がありますが、実は、ベテランになるとどうもあまり興味を持っていないということです。経験が8年から11年ぐらいの方が割合といろいろなことに対して頑張ってくれて、病院ができたところから長くいる人たちは意外と昔のままの発想でいるということがわかってきました。例えば、口腔清掃はちゃんとやったほうがいいよ



ねという理解度は、8年から11年の方々のほうが非常にあって、むしろ12年以上のベテラン軍団は4～5年とあまり変わらないということがあられるわけです。これは、教育の中において重みづけがかつてあったのかもしれません。こちらも同じようなことです。

それ以外に、今日は昭和大学ですが、我々は薬を安全に飲んでいただくとか、経管栄養の問題にも非常に注目した簡易懸濁法があります。倉田先生がこちらにおられると思いま

## 簡易懸濁法



すが、薬をお湯の中に入れると溶けます。溶けるのが当たり前ですが、現実的に病院では一生懸命粉にしてご飯にふりかけさせて、永谷園にも売っていないふりかけですが、そういうのを食べさせていました。現在は、嚥下障害のある人たちにはお薬はこれにお湯の中に溶かし入れて、初めのころはあまり溶けていませんが、10分ですか、時間がたっていくと溶ける。とろみ剤などを入れて、スプーンの上に乗せて食べていただく、飲んでいただく、そのようなこともやっています。

それからもう一つは、よくあちらこちらで栄養のモニタリングという言葉が出てきますが、我々がNSTをやっている中で注意すべきことが幾つか出てきました。ご存じの方のほうが多いかもしれませんが、これは実は意外と穴場で、アルブミンの測定方法を注意しなければいけません。検査センターで確認されたほうがいいと思います。それから、病院では緊急検査の中にもアルブミンが入っていますが、正しい値が出ないで結構ばらついてます。測定方法そのものの問題もありますし、採血条件にも問題があります。これをちょっとお伝えします。

これは総たんぱく質になっていますが、空腹時にとったとき、あるいは寝たまま、安静にして30分以上たつと下がってきます。それから、何か日常活動をするとうがっていき

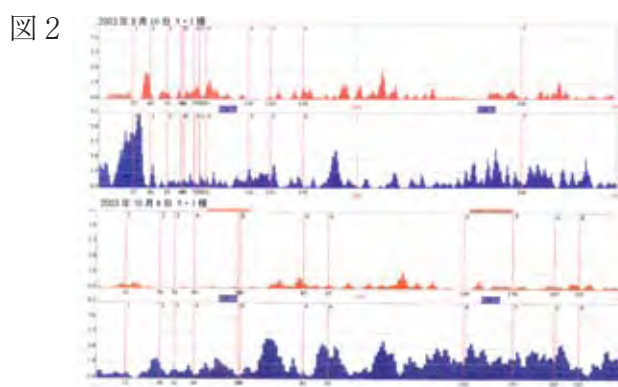
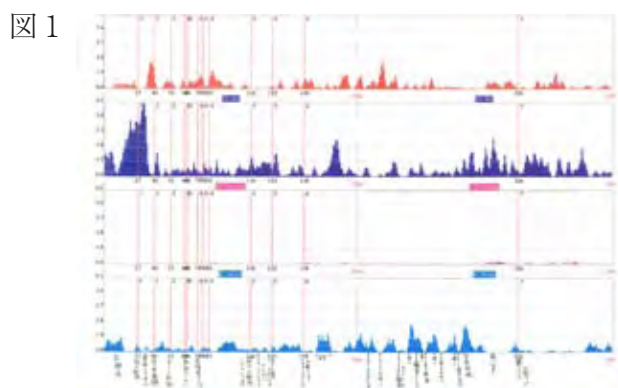
ます。ですから、寝たきりの人と元気な人の間はどうも大きな乖離があると思います。ほとんど寝たきりの人はちょっと低めに出て、元気になると高めに出る。それが下手をするとななるこれとこれだけの差があるのかもしれないということで、いろいろな検査のものはどういう位置でとればいいのかということが問題になります。ですから、健康診をやったときのデータと病院にいる人のデータというのは、こういう寝たきり、あるいは活動と関

係しているということを見ないと、よくなった、あるいは悪くなったがずっと言えない場合もあるように思います。

もう一つは、口腔ケアをやりますが、それが不快になっているか快であるかということです。それこそ人にあまり見られたことがないところに物を突っ込まれてぐいぐいとやられたりするわけですから、果たしてどうかということで、感覚的にいうと、口のところは知覚が多いということです。



脳が動いているかどうかということですが、脳をただ撮っただけではよくわかりませんので、人間の感覚を読めるような特殊なロジックを組んだものでやってみました。図1の上からストレス、喜び、悲しさ、リラックスと、このような波が幾つかとれる。ここら辺は高くなって、こちらは低くなっていたりするというふうに、いろいろな波がとれます。そういうのをお見せします。



これはわかりにくいですから、この図2にします。このところに喜びの波がありますが、こちらだけ注目していただきたいと思います。古いデータですが、上の2つの波が9月10日、ある方に脳波計をつけて口腔ケアをやっていた。やる前は割と落ちついておられて、喜びの波が図2の下の方の波ですが、10月8日になってみると、こういう波が全体的に出てくる。これが本当かどうかわかりませんが、口腔ケアというのはやってもらうと結構気持ちがいいもので、意識のない方、あまり積極的に言われない方にも、脳波をとってみてこんなこともやってみました。

あと、ケアの質の保証ということですが、現在、歯科衛生士さんが口腔ケアを全部やれるわけではありません。したがって、ヘルパーさんたちとどう違うかということです。例数は少ないですが、5人の方に口腔ケアを行った後の細菌数の変化を見てみました。歯科衛生士さんが口腔ケアを行ったら、5人中4人の口の中の細菌数が減りました。病院のスタッフが口腔ケアを行った結果、5人中2人の細菌数が減少、こちらとこちらが違うわけです。それから、歯科衛生士さんと病院スタッ

#### 5人の人に口腔ケアを行った後 の細菌数の変化

##### ● 歯科衛生士さんが口腔ケアを行った結果

5人中4人の細菌数が減少

##### ● 病院スタッフが口腔ケアを行った結果

5人中2人の細菌数が減少

歯科衛生士さんが口腔ケアを行い、細菌数が変化した例と、病院スタッフが行った細菌数が変化した例の5人中2名は一致しない

#### 高齢者にとって「食べる」ことは

「食べる」ことは、栄養補給というだけでなく、さまざまな側面から高齢者に効果をもたらす。

病院や施設では、「食べることが楽しみ」という高齢者が多い。これは「食べる」という行為により、歯ごたえ、舌ざわり、味わい、香り、喉ごし(感触)、語らい(コミュニケーション)を感じることができる。あるいは、その場の雰囲気(環境)を楽しむことができるからなのかもしれない。

高齢者にとって「食べる」ことは、QOLに直結する。

フが違う日にちで同じ患者さんにやってみると、一致しない例もあります。ここに一つ、プロフェッショナルな人たちのお力を借りなければいけないことがあるのではないかと思います。

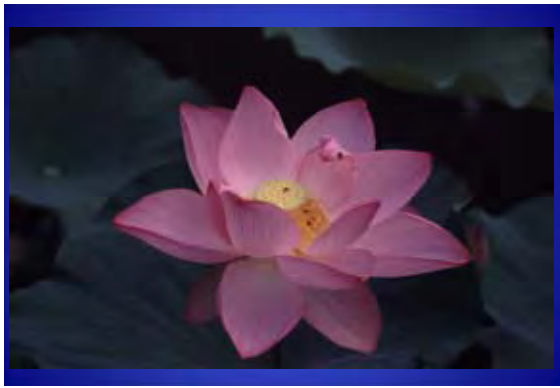
高齢者にとって、食べるということはQOLに非常に関係することです。おいしく食べるという意味では口腔ケアも必要ですし、嚥下障害の問題も解決せねばならないだろうと思います。

そういうことで、食べ物に対する興味を持っていただくということで、「ゆで卵の日」といって、ゆで卵を皆さんに作っていただきました。最近は、ゆで卵ではおもしろくない

という方も出ていますが、「久々にゆで卵を自分でつくった」と言って、非常に元気になれる方もおられます。調子に乗りまして、病棟でカレーをつくらうということになりました。座っている方も立つわけで、リハビリだから立ちましようと言うよりも、「中をよくのぞくために、立ちましよう」と言うのと、立っちゃいます。こういうときには、次のことを期待するといいますか、やはり受け身でやるよりも、次へ次へという場を作っていくのが我々の仕事であろうと思います。中には「こんなことをして」と言う方もおられるかもしれませんが、その方の持っている力、あるいはかつてあった力を引き出すためには、こういうことも必要だろうと思います。江戸時代は自分のペースで、「うーん、どうも脈が乱れておる」なんて言った、このような状況だったと思いますが、現在はあちらこちらからの知識を入れていかなければなりません。ちょうどオランダからいろいろな知識が入ったように、そういう時期が来たのかもしれない。歯科医の先生方にアセスメント、あるいはスタッフの教育、家族の指導、こんな道具があるよと、いろいろなことを教えていただきたいと思っている次第です。

それから、チーム医療といって患者さん中心にいろいろなことが、こういう図がありますが、現実的には、この図を見ますと、歯科医の先生がいます。家族の方が少しでもご飯を食べられるようにとって一生懸命に、この写真だけ見ると在宅の往診ではないかと思うような、このようなことがあります。病院の中をあれやこれや駆けめぐって、雑駁ですが、私のお話はこれで終わらせていただきます。(拍手)





須田 高野先生、どうもありがとうございました。時間ではありますが、せっかくの機会ですので、何かご質問がありましたら一つだけお受けして、その後は総合討論でお願いしたいと思います。いかがでしょうか。よろしいですか。

質問者 高野先生、不勉強で申しわけありません。パタカラトレーニングというのは何か道具を使うのでしょうか。目的は何なのでしょう。

高野 これは東京歯科大学におられる先生方が考えられたもので、口の力をということですが、最近、通販では小顔になるなんていうことになっています。口にマウスピースをはめて、それを閉める。ただ一生懸命行っても力が入っていませんから、マウスピースでやると。4000～5000円して値段が高いのと、そばでしっかりやれと言うのは大変なので。例の「パ、タ、カ、ラ」という言いにくい言葉がありますので、それからとった製品で、現在は通販でも売っているようです。

須田 大変ありがとうございました。それでは、まだご質問があらうかと思いますが、総合討論のほうでお願いしたいと思います。

それでは、後半に移らせていただきます。後半は「地域NSTでの連携」ということですが、最初のスピーカーは佐々木勝忠先生です。佐々木先生は、現在、岩手県奥州市国保衣川歯科診療所に勤務されています。タイトルは「NSTに関わって」ということです。それでは、佐々木先生、よろしくお願いいたします。

## 地域 NST での連携

### 1. NST に関わって

佐々木勝忠（岩手県奥州市国保衣川歯科診療所所長）

佐々木 岩手県奥州市国保衣川歯科診療所の佐々木と申します。私は、医科の診療所、特養ホーム、保健センターのつながった施設に勤務しています。

今日は、「NST 回診に歯科医師会が参加するまでの経過とシステム」「口腔ケア・回診患者調査から見えるもの」「医療連携から見えてくるものと岩手での NST 連携」、そして「私の感じる歯科のすばらしさ」ということについてお話しします。

まず、「NST 回診に歯科医師会が参加するまでの経過とシステム」をお話しします。岩手県立胆沢病院と奥州市歯科医師会が連携して、NST 回診に歯科医師を参加させてもらっています。胆沢病院というのは地域急性期型の病院で、351 床、19 診療科、常勤医師が 69 名です。片方の奥州市歯科医師会は会員数が 63 名で、NST 委員会が立ち上がっています。

#### 胆沢病院 NST と歯科の関わりの経過

- ◆NST勉強会（月1回開催）で歯科の講話
- H17. 9. 5 歯科とNST
- H17. 10. 個人的にNST回診参加（2/月程度）
- H18. 8.30 低栄養と歯科&口腔ケアの大切さ
- H18. 8.31 奥州市歯科医師会への協力要請
- 9.27 第1回NST参加準備勉強会
- 10.16 第2回NST参加準備勉強会
- 11.1 胆沢病院・奥州市歯科医師会懇談会
- 11.10 NST回診見学
- 11.28 第3回NST参加準備勉強会
- 12.1 奥州市歯科医師会NST回診参加開始

胆沢病院 NST と歯科のかかわりの経過については、平成 17 年 9 月 5 日に NST の勉強会で歯科の講話をさせていただいたことから始まります。その後、私が個人的に NST 回診に参加させてもらうことができました。平成 18 年 8 月 30 日にまた歯科の講話をして、講話の後、NST の回診の関係者と懇談を持

つことができまして、私が北村先生にぜひ歯科医師会と連携して NST をしたらどうでしょうかというお話をしました。次の日のお昼時間に北村先生から電話がかかってきまして、胆沢病院として歯科医師会と連携したいということでした。この 8 月 31 日は私の感動す

る思い出の日です。

#### NST参加準備勉強会

NSTの考え方勉強会(第1回・第2回)

- ① NSTについて
- ② 栄養評価について
- ③ 栄養と口腔について
- ④ 摂食・嚥下障害について
- ⑤ 口腔ケアの実際について

NSTと口腔乾燥・回診票と回診日誌の書き方(第3回)

奥州市歯科医師会では、いろいろな準備をしました。まず、NST に参加する歯科医師の勉強会をしました。もう一つは、病院と歯科医師会の懇談会を持ちました。そして、実際に NST 回診も見学しました。平成 18 年 12 月 1 日より、歯科医師会が NST 回診に参

加したことになります。勉強会ではどんなことを勉強したかといいますと、NST について、栄養評価について、栄養と口腔について、摂食嚥下障害について、口腔ケアの実際について、そして口腔乾燥についてです。3 回ほど集まって、夜 7 時から 9 時までの 2 時間勉強会を開きました。

実際、平成 18 年 12 月 1 日より歯科が参加しましたが、胆沢病院の NST のメンバーは、医師、栄養士、看護師、言語聴覚士、薬剤師、調理師、歯科医師です。ラウンド時間は毎週金曜日の 14 時 30 分から 1 時間半ぐらいで、報酬は、診療応援医師の時間当たりの報酬を胆沢病院からいただきます。

**平成18年12月1日より歯科がNST回診に参加**



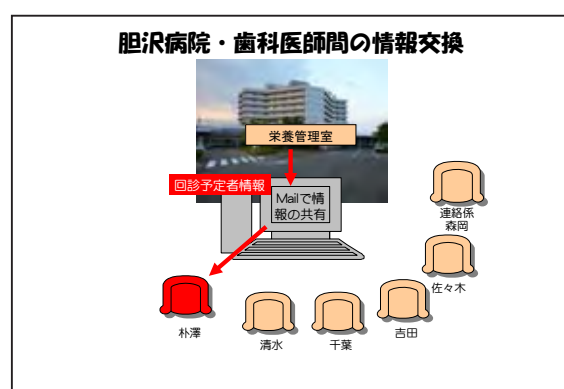
回診前のミーティング | 回診 | 回診後の加筆記載

- ・メンバー : 医師、栄養士、看護師、言語聴覚士、薬剤師、調理師、歯科医師
- ・ラウンド時間 : 毎週金曜日 14:30~16:00
- ・ラウンド人数 : 入院患者 2~5 名前後
- ・対象者の選択 : 医師、看護師、管理栄養士
- ・ラウンド内容 : 栄養評価、口腔内評価
- ・報酬 : 診療応援医師の時間あたりの報酬

実際の回診は、左の図のように、回診前にミーティングをし、回診をして、回診後はカルテにその日の指導したことなどを記載します。回診前に、栄養管理室から当日の患者情報が担当歯科医師にメールで流れてきます。

(VTR 開始)

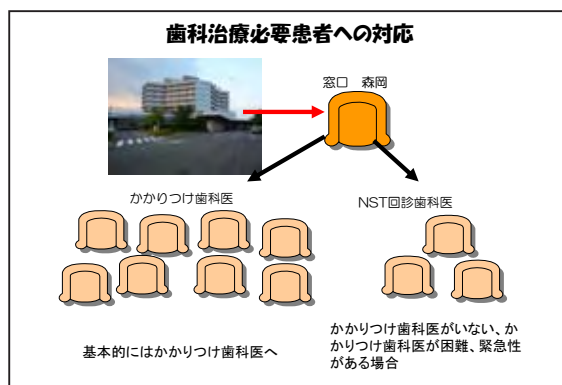
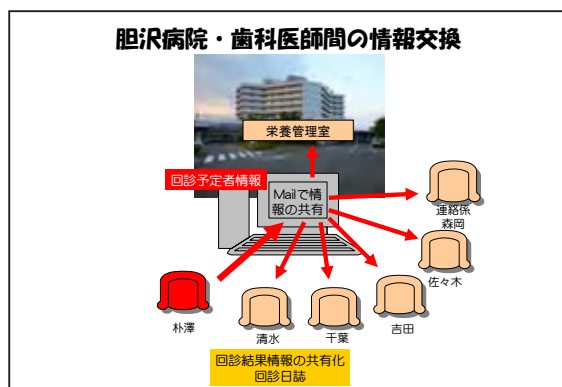
東京医科歯科大学の寺岡教授が視察に来られた日の回診風景をビデオでおみせします。外科医の先生が NST の事前説明してから、患者さんを診ます。歯科医師が口腔内を診ます。この日は、東京医科歯科大学の寺岡教授が来られたということで、歯科医師が複数で回診していますが、ふだんは 1 人で回診します。ですから、記憶が飛んでしまいますので、テープとかを持って患者さんがどういう口腔内をしているかをきちんと録音記録をして、後から回診記録を記載するというふうにしています。回診後は、カルテに指導状況を書きます。



(VTR 終了)

回診後は、回診の情報を回診仲間の歯科医師にメールで流しますし、栄養管理室にも報告をします。北村先生には内緒にしておりますが、実は、病院には出せない、自分たちだけの回診日誌も書いています。先生、すみません。

歯科治療の必要な患者さんも当然います。そういう場合は、かかりつけ歯科医に頼むことになります。在院日数が 16 日と短期間なものですから迅速に行わなくてはなりませんので、もしかかりつけ歯科医がいなくて、例えば不都合、訪問が困難であるとか、緊急性がある場合は、NST 回診をした医師が往診をして歯科治療に当たります。歯科治療は、褥瘡性潰瘍が一番多い状態です。



**経口摂取と咀嚼運動の関係**

咀嚼運動化可能者と不可能者の経口摂取状況を1ヶ月前と3ヶ月前にさかのぼって調査し、オッズ比を算出した

| 咀嚼     |         | 経口摂取     | オッズ比 |
|--------|---------|----------|------|
| 咀嚼運動可能 | 咀嚼運動不可能 | 1ヶ月前からなし | 9.4  |
| 34     | 9       | 3ヶ月前からなし | 12.8 |

**経口摂取と舌運動の関係**

舌運動機能が良好な者と不良な者の経口摂取状況を1ヶ月前と3ヶ月前にさかのぼって調査し、オッズ比を算出した

| 舌運動  |      | 経口摂取     | オッズ比 |
|------|------|----------|------|
| 運動良好 | 運動不良 | 1ヶ月前からなし | 3.1  |
| 32   | 11   | 3ヶ月前からなし | 3.6  |

次に、「口腔ケア・回診患者調査から見えるもの」をお話しします。これは、私たちがお願ひしてやったのではなくて、恥ずかしい話ですが、北村先生から胆沢病院の口腔内診査を試みたらどうかと提案されまして、私たちがやることになりました。北村先生は素晴らしいコーディネーターというか、歯科を大きく見ていてくれる先生でいらっしゃるので、こういうことができたと思っております。北村先生の要請にこたえようと、6人の歯科医師が全員集まって、職員を募って口腔内診査をしました。

口腔内診査に当たっては、最初に口腔乾燥のキャリブレーションをしてから口腔内診査をしました。

リズムカルなタッピングができるかできないかということを経口摂取しているか否かということで、1ヶ月前、3ヶ月前にさかのぼってオッズ比を出しました。1ヶ月前から主食を食べていない人は食べている人の9.4倍、3ヶ月前から食べていない方は食べている人の

の12.8倍ほど、リズムカルなタッピングの咀嚼度が低下していることがわかりました。

次は、舌の先を口唇の外に出せるか出せないかということと経口摂取を見ますと、1ヶ月前から経口摂取していない方は3.1倍、3ヶ月前から経口摂取していない人は3.6倍と、舌の突き出しが悪いということがわかりました。

実際の私たちの診療所での症例をお見せします。平成18年12月から中心静脈栄養をしている悪性リンパ腫の方が肺炎を起こして急性期病院に入院されました。1ヶ月間ほど、内服薬投与時にゼリーを数口食べるという状況でした。肺炎が大体治ってきたので、急性期病院から衣川診療所に転院しました。転院した1日目は、口腔乾燥が激しくて、痂皮があって、ちょっと悲惨な状態なので口腔ケアをしました。実際の初日の口腔ケアです。

(VTR 開始)

このペロを見てください。廃用委縮になってペロの突き出しができない状況です。ここで口腔ケアと摂食嚥下の間接訓練・直接訓練をして、少しでも食べられるような状態でお



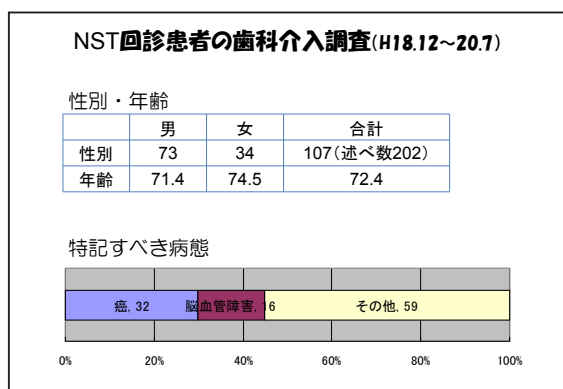
うちに帰すことになりました。

家族はターミナルケアを在宅でやろうということでした。在宅に帰って4カ月後の状態です。

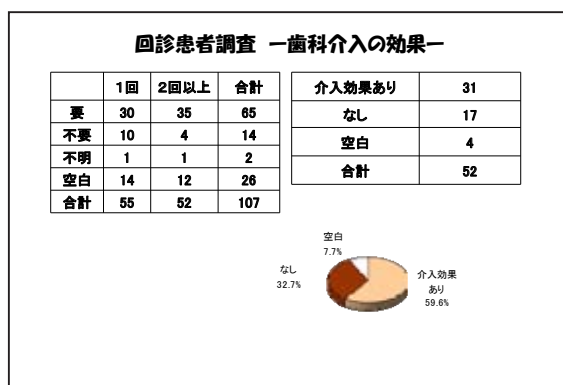
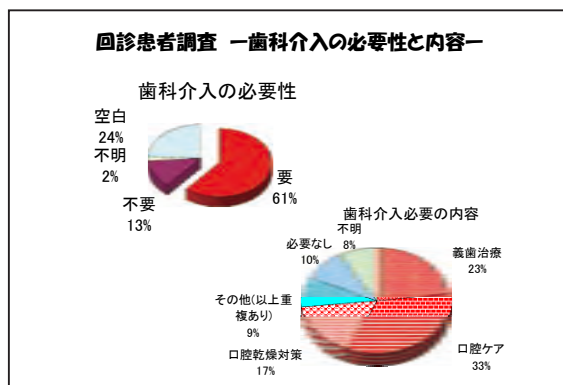
ちょっと岩手の方言で聞きにくいところがあると思いますが、〔岩手弁で〕とろみをつけたものを食べさせるということです。喉頭挙上とか口の周りの動きを見てもらおうと、全然以前と違うのがわかります。介護しているおばあさんは食べるようになったと話しておりました。

(VTR 終了)

診療所で渡した摂食嚥下の訓練をやってくれまして、亡くなられたのは9月ですが、亡くなる2週間前まで経口摂取をしていました。中心静脈栄養ですので、経口摂取といっても、食べる楽しみの経口摂取をしていたということです。やはり、質のいいターミナルケアに持っていくためには歯科が介入する必要があると思っています。



私たちが NST 回診をして1年半ぐらい過ぎてから、患者さんの統計をとってみました。実際に NST 回診した総患者数は202名で、そのうちダブらないで単純に107名の患者さんを診ましたが、年齢は平均72.4歳、特記すべき病態はがんが32名、脳血管障害が6名、その他は59名です。この107名に関して、回診日誌から歯科の指示があるかないかを調べますと、指示のあった患者さんは61名です。指示の内容は、口腔ケアが33%、義歯の治療に関しては23%、口腔乾燥対策については17%と、これらの三つの指示がほとんどでした。107名のうち、52名に関しては2回以上回診していました。2回以上回診した患者さんについて、歯科の介入、指示に対して効果があったかなかったかを調べますと、大体60%の患者さんに効果があったと、歯科回診日誌から見てとることができました。



「医療連携から見えてくるものと岩手の NST 連携」について話をしていきたいと思

います。これはNST回診をしている日誌から拾ったものです。Nという先生の回診初日の感想です。「1人では到底こなせなかったと思います。しばらく2人体制をとってはと実感しました」。回診の初めは、とてもついていけないんじゃないか、データも読めないし不安でしょうがないという感じです。ところが、半年も過ぎますとこうなります。医療知識というか、私たちがふだん歯科診療室では知らない、あまり関心を持たない知識を一生懸命勉強しようとしします。このN先生は舌苔について柿木先生の本を読んで、こういう論文があるので皆で読もうとか、そういうふうになっていきました。

実際、みんなで勉強しようということで、20年の2月に胆沢病院の臨床検査技師の方を呼んで、脱水について歯科だけのNSTの勉強会をしました。当然、最後は懇談会をします。懇談会はすごく重要な意味があって、人間関係の構築にはすごくいいものになっています。

### 今の歯科界

医科歯科連携の必要性があります。しかし、歯科医師の多くは自院の診療室での診療に終わっているために、歯科医師が病院内で活躍するには、広い医療知識や病院関係者との人間関係の構築を行わなければなりません。NSTを通して多くの歯科医師の意識改革がなされ、歯科界が変わるといふ歯科医師側のメリットと病院に歯科が入ることで今まで抜けていた「口を診る」ことの問題が解決します。

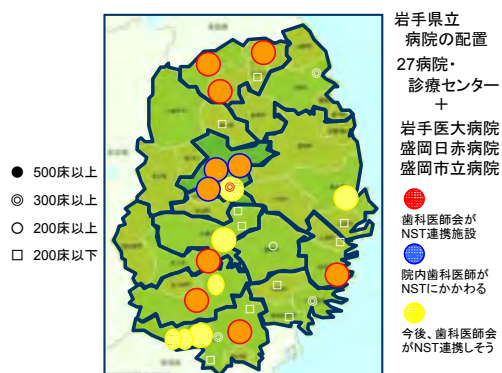
今の歯科界は医科歯科連携の必要性はありますが、しかし、歯科医師の多くは自院の診療室の診療に終わっているために、歯科医師が病院内で活躍するには、広い医療知識の吸収や病院関係者との人間関係の構築を行わなければなりません。NSTを通して多くの歯科医師の意識改革があり、歯科界が変わると

いう歯科医師側のメリットと、病院に歯科が入ることで、今まで抜けていた口を診ることの問題が解決すると思っています。

これは最近の症例ですが、看護師さんからNST回診後にちょっと口腔を診てほしいということで、実際に私が口腔の清掃をしてみせました。その1週間後、今度は看護師さんがちゃんとやって、回診した医師は介助に回ります。その3週間後、もう発赤とか腫脹はなくなって、きれいになっています。C先生が書いています。「見てください。説明は要らないと思います。いかに病院看護師の口腔ケアレベルが高いかが、こうなったと思います」と回診している歯科医師が感心しています。口腔ケアを1日に3回から4回行っている

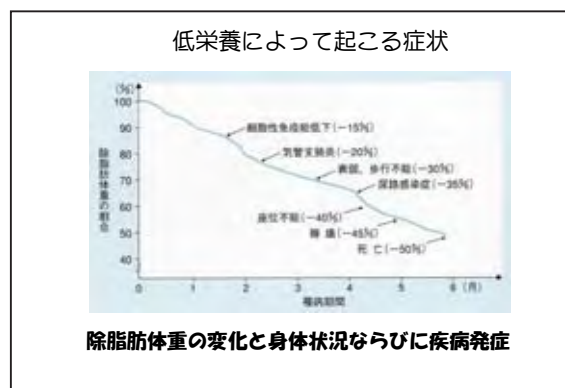
ます。こういうのを見ると、口腔ケアは歯科専門職ではなく、みんなでやるものだと思っています。

今の歯科界はガスがかかっているような気がします。医療連携が進んでいくと歯科界はもう少しガスが晴れて、将来はやはり花が咲く歯科界になってもらいたいと思っています



す。岩手県には13の地区歯科医師会がありますが、今、NSTで連携しているのは4地区の歯科医師会です。この中で今年連携させようと思っているのは釜石、盛岡、宮古、花巻で、13地区のうち8地区が連携しようとしています。他地区もいろいろな病院と連携をさせようというのが、岩手県歯科医師会の方針です。

昨年、連携の冊子をつくりました。岩手県歯科医師会のホームページにこの冊子の内容の一部が入っていますので、お読みいただければ幸いです。



「私の感じる歯科のすばらしさ」に話題を移したいと思います。低栄養の程度によって、肺炎が起きたり、衰弱して歩行が不可になったり、褥瘡ができたり、死亡に至るまでいろいろな症状が出てきます。

これは私たちの症例ですが、肺炎を起こして入院した患者さんです。ドクターからは、栄養補給を行っても必ずしも全身状態がよくなる保証はない、誤嚥性肺炎の危険性は変わらない、認知症の改善は期待できないと、家族に説明がありました。

(VTR 開始)

実際は、このように肺炎がよくなって、歯科受診がありました。

(VTR 終了)



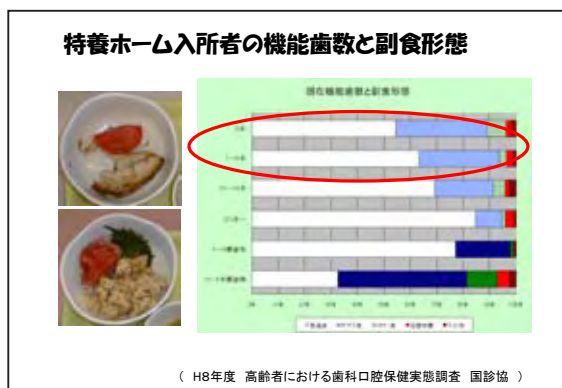
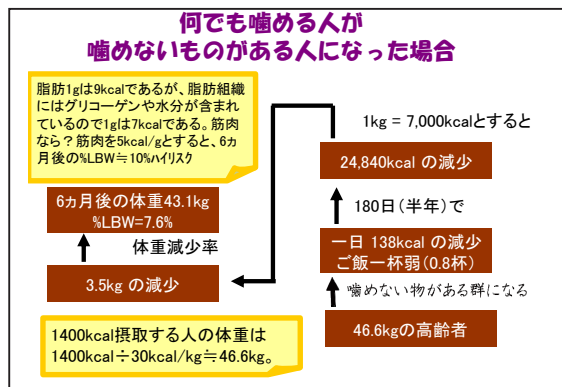
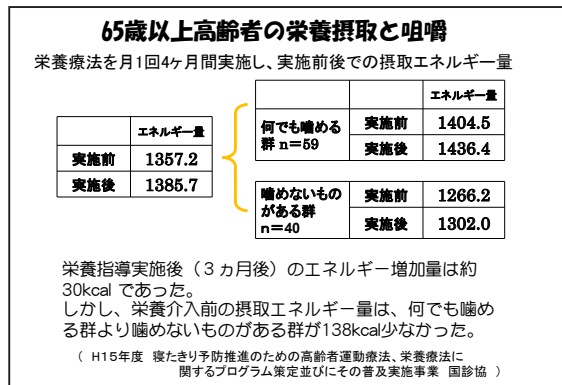
栄養の評価は、アルブミン値ばかりではなくて体重減少率でもできますので、体重減少率が1ヶ月5%以上、3ヶ月7.5%以上、6ヶ月10%以上になりますと、ハイリスクの低栄養と言われます。この方は、1年間で24%の減少率でハイリスクの低栄養状態でした。ところが、その原因はこういうブリッジが全

然だめで、義歯もだめだったんですね。

(VTR 開始)

それで、急遽右上3番の根治をして、ブリッジを固定しました。そして、退院2週間後の歯科受診です。ひざに手を当てて歩くような状態です。もう体重は増えてきて、アルブミン値も増えています。栄養が改善すると、このようにADLもよくなってきます。

退院2ヶ月後の歯科受診のときです。歩き方は宇宙遊泳みたいな歩き方ですが、体重は増えてきて、アルブミン値も正常域に入っています。退院3ヶ月後ですが、在宅でのインタビューで、このようにうちの庭の草をむしったりするようになりました。



最後にまとめです。

歯科医師がNSTに参加して全身にかかわることにより、歯科医師自身の視野が広くなり、さらに歯科医師以外の職種の方々が口腔に関心に向け、口腔の機能の重要性を認識してくれます。ただ、病院内歯科で完結してしまうと歯科界の広がりが少なく、病院歯科の先生には、地域の歯科医師会と病院を結ぶコーディネーターになっていただきたいと思います。

（VTR 終了）

ここまでは歯科医師会のホームページに載っておりますが、この後があります。なぜかといいますと、さっきのブリッジが動揺してきて義歯がまただめになってきました。1年後に亡くなりました。やはりしっかり口から食べるということはすごく大事だと思っています。

全国の国保病院・診療所（全診協）で次のような調査をしました。65才以上の高齢者に栄養改善の指導を3ヶ月間して1日に30キロカロリーしか改善しません。ところが、何でも噛める群と噛めない群に分けてみますと、どちらも栄養改善は30キロカロリーしか上がりませんが、もとの全然違います。何でも噛める群と噛めない群では、1日の摂取エネルギーが138キロカロリー違うのです。この解説については、日本歯科評論の「医療連携による在宅歯科医療」の私のところに書いてありますので、読んでいただければと思います。

やはり食形態を上げるということが大事で、ミキサー食ですと1食当たり453キロカロリーですが、粥・ソフト食に食形態が上がると648キロカロリーで、ここに40%の差があります。歯がなくても、義歯を入れることによって食形態が上がるということは、栄養改善にどれだけ寄与するかわかりません。



#### まとめ

歯科医師がNSTに参加し、全身に関わることにより歯科医師自身の視野が広くなり、さらに、歯科以外の職種の方々が口腔へ関心に向け、口腔の機能の重要性を認識してくれます。ただ、病院内歯科で完結していると歯科界への広がりが少なく、病院歯科の先生には地区歯科医師会と病院を結びコーディネーターになっていただきたいと考えています。

栄養摂取は生命を維持し、経口摂取は栄養摂取の基本で、歯科の素晴らしい仕事であります。しかし、私自身今まで歯科技術偏重であって、歯科の素晴らしい仕事をみていなかったと反省しています。若い歯科医に歯科の仕事の素晴らしさを伝えていきたいと思っています。

ています。

栄養摂取は生命を維持し、経口摂取が栄養摂取の基本で、歯科の素晴らしい仕事です。

しかし、私自身、今まで歯科技術偏重であって、歯科の素晴らしい仕事を見ていなかったと反省しています。若い歯科医の先生には、歯科の仕事の素晴らしさを伝えていきたいと

と思っています。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

須田 佐々木先生、ご発表ありがとうございました。時間が来ていますが、せっかくの機会ですので、ご質問がありましたらお手を挙げていただきたいと思います。どうぞ、大塚先生。

大塚 佐々木先生、どうもありがとうございました。今、おっしゃった、歯科の素晴らしい仕事内容を伝えたいということに関してです。先生は開業されていますが、私たちは大学の教室にいるものですからお聞きします。医科の先生方と連携していく上で、今の歯学部教育に足りないものは何かということです。我々もぜひ学生に教えたいと思いますが、どういう点でしょうか。

佐々木 全身を診るということの多様な理解だと思っています。今、摂食嚥下障害の患者さんを持っていますが、昔習った12脳神経を僕は勉強しています。いろいろな勉強が現場とはつながっていないと思います。もっと現場の理論というか、学生に連携の現場を見せたほうが良いという気がします。

大塚 要するに、座学ではなくて、もっと現場で実際を経験しろということですか。

佐々木 医療とつながるようなものを現場でみるということです。

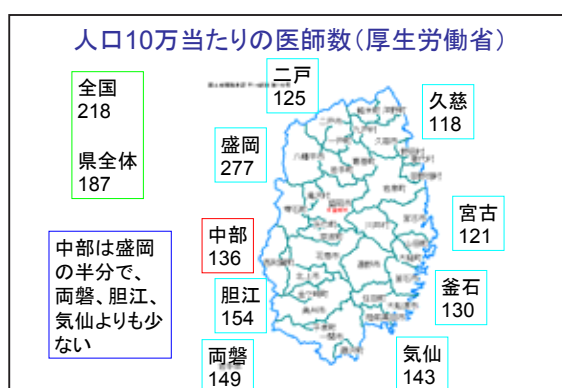
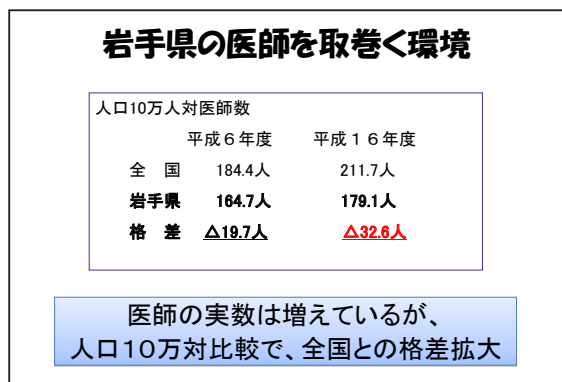
大塚 ありがとうございました。

須田 まだ佐々木先生にいろいろお尋ねしたいことがあろうかと思いますが、時間がきましたので、本日最後のご講演を賜りたいと思います。

本日最後のスピーカーは北村道彦先生です。現在は岩手県立中部病院でお仕事をされていますが、前・岩手県立胆沢病院外科でNSTに携わってこられた方でございます。それでは、北村先生、よろしくお願いいたします。

## 2. 歯科のない岩手県立病院と地域歯科医師会との NST 連携

北村道彦（岩手県立中部病院院長）

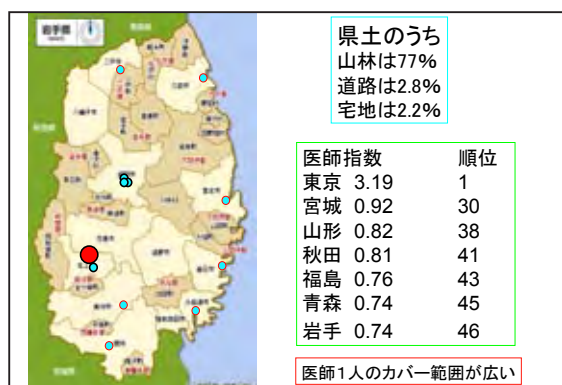


北村 皆様、こんにちは。岩手から来ました。今、佐々木先生から感動的なお話を聞かせてもらいました。僕は何回聞いても胸がじんとなります。医科はいかに今まで口を診なかったのか、いかに患者さんに負担を強いてきたのか。「栄養はもう口からとれないから」と言った患者さんが、佐々木先生のところに行くと言われちゃう。悔しいのもあるし、医科はだらしがないというのもあって、非常に危機感を持って、ここ数年間ぐらい本当に佐々木先生におんぶにだっこでいろいろ教えてもらいながらやってまいりました。今日は、そのお話の一端をお話ししたいと思います。

私はいま中部病院という別の病院に移りましたが、今日は前の胆沢病院のときのお話になります。現在は中部病院で、内陸部にある奥州市のちょっと北側になります。そこに赴任したばかりで、一般病院が390床ということをやっています。

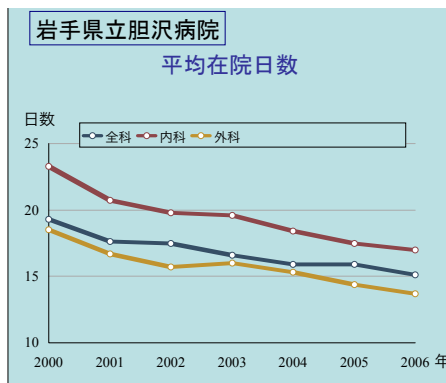
少し古いスライドですが、岩手県の状況です。地方の疲弊を最初にお話ししなければなりません。いろいろな地方の方がいらしたり、大都市の方がいらっしゃるので必ずしも当てはまらないと思いますが、岩手県は医師の数は増えていますが、むしろ格差は広がっています。ここでも地方の疲弊につながっていると思います。

私がいる中部地区は割と医者が少ないところで、全国平均に比べても、県全体としても中部は少ないのですが、岩手県は四国と同じ大きさで、山林が多いので、割るととんでも



ない数になります。こういうところでやっているの、地域連携が必須、これがないと生きていけないという状況です。

先ほどもちょっと出ましたが、医科のほうでは平均在院日数がどんどん減って、うちの病院は12日で回しています。減るのは、病院に入院する患者さんが減るの



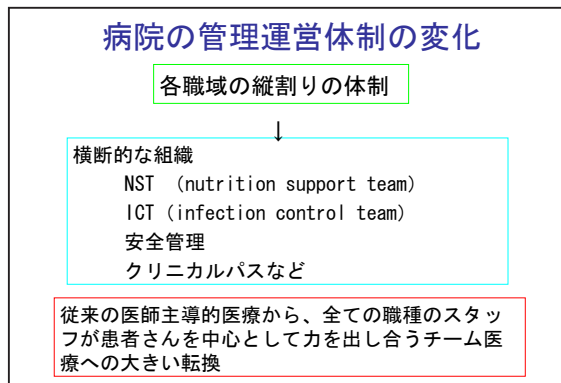
**岩手県立胆沢病院患者数・職員数変化**

|       | 平成9年  | 平成19年 | 増加数   | %     |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 新入院患者 | 4,933 | 6,538 | 1,605 | 32.5  |
| 在院日数  | 24.1  | 16.2  | △7.9  | △32.3 |
| 医師    | 38    | 67    | 29    | 76.3  |
| 看護師   | 205   | 252   | 47    | 22.9  |
| 薬剤師   | 11    | 11    | 0     | 0.0   |
| 放射線技師 | 12    | 14    | 2     | 16.7  |
| 検査技師  | 13    | 19    | 6     | 46.2  |
| 理学療法士 | 5     | 5     | 0     | 0.0   |
| 栄養士   | 3     | 4     | 1     | 33.3  |
| 調理師   | 12    | 14    | 2     | 16.7  |
| 事務    | 21    | 25    | 4     | 19.0  |
| その他   | 7     | 8     | 1     | 14.3  |
| 計     | 327   | 419   | 92    | 28.1  |

患者さんの増加への対応に職種間差

ではなくて、たくさんの患者さんを診なければなりません。

ここ10年間ぐらい、患者さんの数は32%ぐらい増えて、平均日数がどんどん減っている状況です。医師はそれなりに増えますが、ほかの職種の増加は患者さんや医師の増加の割にはないということで、非常に不平を聞きます。

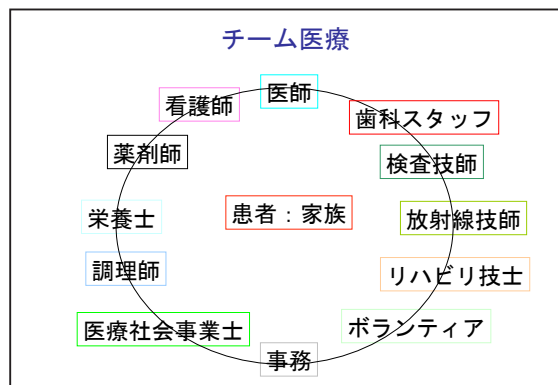
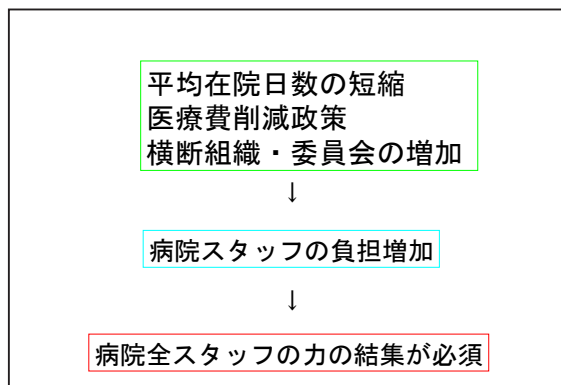


そのほか、ここ5年間ぐらいで横断的な組織がどんどん増えました。具体的にはNSTはNutrition Support Teamです。それから、ICTは感染のほうで、その他に医療安全やクリニカルパスなどがあります。従来、医師主導型で、僕でしたら外科がよければよかった、内科がよければよかったということから、医療の安全性とか効率性とか、そういうものをきちっとやるために横断的な組織が増えています。実は、それに合わせて委員会の数がすごい増加です。ここ5年間ぐらいで2倍ぐらい、爆発的な増加と書いてありますが、こういうふうなことも医科の疲弊につながっています。

**岩手県立胆沢病院の委員会の数・委員の数**

|       | 2003年 | 2004年 | 2007年 | 2008年 |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 委員会   | 26    | 34    | 53    | 52    |
| 委員延べ数 | 286   | 462   | 719   | 703   |

委員会活動の爆発的な増加



## チーム医療の実践

患者さんが困っていること、不安に思っていることを正確に拾い上げる



•関わるスタッフは対等であり、いつでも、誰でも**情報収集**することができる。

•関わるスタッフは得られた**情報を各スタッフに伝達**する。

•自分の立場にこだわらず、**問題点の解決**を目指す。

せんが、みんなでやらないと今の医療はやっていけないという状況です。情報収集、それを伝達して問題解決、この三つがキーワードと言われるところで、これをいかに効率よくやっていくかということになります。

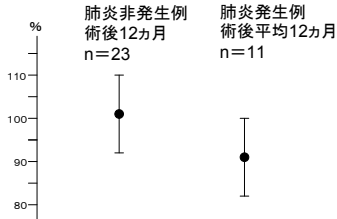
## 食事の重要性の認識

単に栄養の摂取ではなく  
苦しみを和らげる  
闘病意欲を支える  
特にターミナルでは最後の楽しみ



嚥下訓練、義歯調整、口腔ケアで  
経口摂取を可能に！！

### 食道癌術後の肺炎発生例の体重変化



肺炎発生例は術後の体重が退院時に比べ10%減少  
このうち約半数がその後死亡  
術後の栄養は合併症や予後と密接に関連

ないとやはりつらいです。ということで、歯科の先生の力を借りて経口摂取を可能にするには、大変大切だと考えています。

私は食道がんを中心に勉強していて、最近は食道がんの術後の肺炎があまり起こらないようにケアができるようになりました。ところが、退院後に肺炎になる方がいて、12ヵ月ぐらいのデータでそろえてありますが、その方の体重を見ていると10%ぐらい減っています。体重が減ってしまうと肺炎を起こして悪循環で亡くなるということで、食事とか口腔ケアが命に直結しているというデータです。そういうこともありまして、歯科の方の力は絶対必要です。

岩手県の県北に二戸市というのがありますが、ここで保健所と医師会、歯科医師会がタ

状況としては、平均在院日数の短縮、医療費の削減政策、横断的組織委員会の増加、医療スタッフの負担の増加ということで、みんなで力を合わせていかないと生きられないということです。先ほど高野先生のスライドでも出ましたが、もう既に、こんな形で患者さんと家族を中心にした、円は正円ではありませんが、

少し話が変わりますが、私は戦後すぐの生まれですので、焼きおにぎりとか、けんちん汁とか、おかか飯とか、みすぼらしい内容ですが、こんなものが僕の最後の晩さんかなと思います。うちのおふくろは、最後に亡くなるときに、父親のお土産のキャラメルをカラカラと食べていました。うちの定番メニューはルーからつくるカレーと前沢牛のコムタンです。多分これがうちの思い出の食卓になるのではないかと思います。こういう形で、食事はものすごく重要です。先ほどお話ししたとおり、特にターミナルではそれが最後の楽しみであったり、あとは苦しみを和らげたり、闘病意欲を支えるということで、ここができ





- 多くの領域において栄養状態と予後は密接に関連
- 摂食・嚥下はQOLのみならず命に関連

先ほどの佐々木勝忠先生のスライドもそうですが、多くの病気において、栄養状態と予後は密接に関連します。QOLのみならず、命に直接関係する領域に歯科の方々もぜひ入ってきていただきたいと思います。

はじめは少し押し掛け女房的でしたが(失礼)

歯科(佐々木勝忠先生)の力を実感した症例

**症例** 73歳 女性

**既往歴:**  
関節リウマチ、慢性腎不全、腎性貧血、両側尿管結石

**現病歴:**  
H18年11月20日 嘔吐、食欲不振、全身状態不良で入院

**経過:**  
11月20日 末梢静脈栄養施行  
11月25日 経口栄養補助(エンシュアリキッド 250ml×3缶)  
11月26日 食事開始  
11月29日 食事数口、エンシュアリキッド1/3缶摂取  
NST: 中心静脈栄養もしくは経管栄養での栄養管理を提案。  
12月1日 NST回診



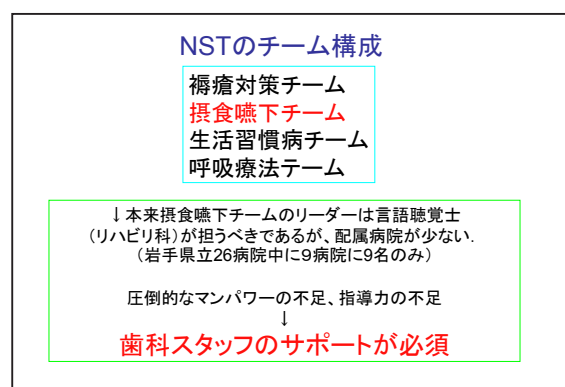
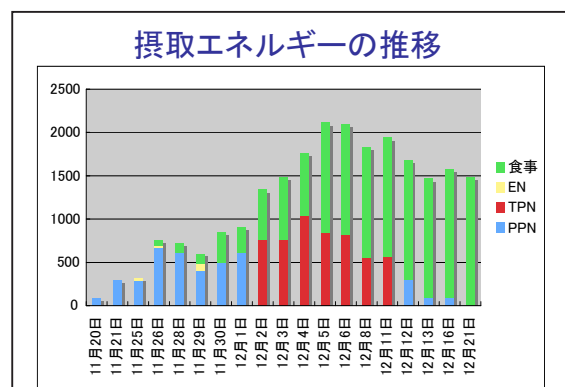
イアアップして、3年かけて介護福祉施設での口腔ケアの取り組みをしました。そうしますと、肺炎の数が約半分に減っているというデータが報告されています。福祉の試みが急性期医療にかなり影響を及ぼしているというすごいデータです。老人の嚥下性肺炎というのは急性期病院の中で非常に負担になっていますが、それを福祉の試みがむしろカバーしている。今、シームレス医療ということで、保健と医療と福祉を連携した考えがありますが、僕はこのデータを見て大変驚いて、こういうことをこれから医科側からもして欲しいと、しっかりとやっていく必要があると考えています。

NSTについて少しお話をしたいと思います。実は佐々木勝忠先生は最初は押し掛け女房的にうちにやってきました、僕はどのような方か知らないで話を聞いたら、先ほどのお話のように医科で見放されていた方が食べられるという衝撃的な活動をされた方でした。

この方は回診をしていただいた症例ですが、たくさんの障害をお持ちになる73歳、高齢の女性の方で、食欲不振で来院しました。経口の栄養剤を出しましたが、なかなか食べてくれないために医科のほうは、これは口からはもうあきらめて、内視鏡的に胃ろうをつくって栄養管理をしましょうかという結論でした。佐々木先生に来ていただいたら、結局

義歯があたって潰瘍ができていたことがわかりました。先ほど高野先生から口腔ケアは看護ケアの最後になってしまうというお話がありましたが、医科のほうにはどうしてもそう

いうところがあります。



### 歯科介入と食事形態の対応により栄養状態と褥瘡が改善した1例

岩手県立胆沢病院NST、奥州市歯科医師会

三浦亜矢子、木村久美子、伏谷由美絵、千葉貴美、西館利香、千田裕、遠藤義洋、北村道彦、森岡範之、朴澤弘康、清水潤、千葉雅之、吉田克則、佐々木勝忠、油井孝雄

第24回日本静脈経腸栄養学会  
2009.1.29-30 鹿児島

### 症例

- 83歳 女性
- 診断名 褥瘡性潰瘍
- 既往歴 平成19年2月 脳梗塞
- 現病歴 平成20年3月頃より食欲不振、寝たきりとなり、介護放棄状態。

4月5日に発見され受診し重症褥瘡と診断。  
4月8日に低栄養状態で入院。

この患者さんは義歯を治してもらったらすごい量の食事を召し上がりました。これはうれしかったのですが、僕自身は大変ショックで、これから口腔内観察をしっかりやらなきゃいけないと肝に銘じました。

NSTの中では、褥瘡があったり、摂食嚥下があったり、生活習慣病があったり、呼吸器療法とか、このようなチームがいろいろあります。岩手県立病院は県下26ぐらいありますが、そのうち9病院にしかリハビリの言語聴覚士がいません。ということで、どうしてもマンパワー不足、指導力の不足ということがあります。従って、歯科医の方のサポートは必須と考えております。

今年、NSTの一番のメッカの日本静脈経腸栄養学会が鹿児島であって、そこでうちの栄養士さんと奥州市歯科医師会の連名で、「歯科介入と食事形態の対応により栄養状態と褥瘡が改善した一例」を報告しました。この方は高齢の方で褥瘡ができてしまったということで、介護放棄状態という現代の世相を反映しているような感じで、低栄養で入院されました。

医科でいろいろ診たりしていましたが、結局ここに潰瘍をつくっていました。これに対して歯科のほうで往診を何回もしていただきまして、あとは調理師さんが対応して食形態をいろいろ考えて変えていただきまして、少しずつ経口摂取が上がりました。そして、このようにたくさんの褥瘡が出ていたのが、非

常にきれいになりました。

あとは、やはりチーム医療ということで、NSTは積極的な参加が一般的にはあまりな

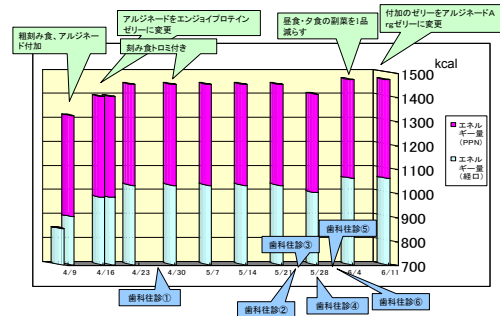
## 経過

- 4月9日〔NST〕脱水と低蛋白に対し、末梢静脈点滴を提案
- 4月18日〔NST〕摂取熱量不足で、経口ゼリーを付加
- 4月25日〔NST回診〕

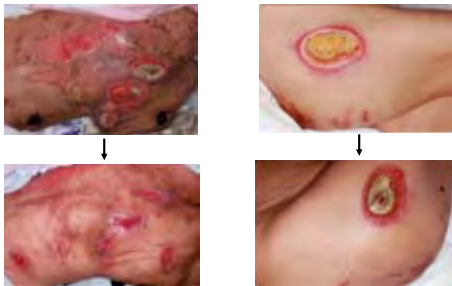
口腔診査で右下臼歯部に義歯性潰瘍を認め歯科の往診依頼



## 摂取エネルギーと食事形態の推移



## 褥瘡の変化(4月9日→5月12日)



## まとめと考察

- 歯科治療の必要な患者に地域連携システムを活用し、褥瘡と歯科治療を同期間に施行。
- 調理師の積極的参加により食事形態の変化への細やかな対応が可能。
- 栄養状態改善のためには、歯科参加のチーム医療が重要であることを再認識。今後は退院(転院)後を含め歯科との連携を深め、NST活動を充実したい。

い調理師さんの参加も重要です。この後は、退院した後の地域内 NST、かかりつけ医師との連携が必要だというまとめをしております。

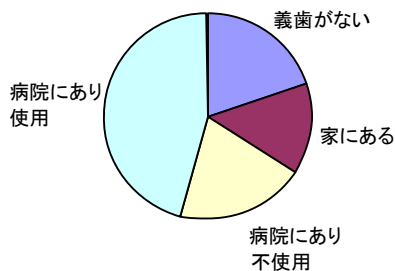
## ラウンド時発見された自歯による潰瘍



次は院内で施行した口腔内診査のお話です。医科のほうからお願いをして現状把握のために歯科の皆様に行っていただきました。僕らはかなり現状が悪いかなと思ってつらかったのですが、とにかくベースがわからないと困るということで、口腔ケア・介護を要する入院患者さんを中心に断面調査を

してもらいました。このときに、偶然このようなすごい立派な歯による潰瘍を見つけられて、あららという感じがしました。これを看護婦さんやドクターは気づかないでケアしていました。これでは、やはり経口摂取はよくなりません。

## 義歯が必要な者の義歯使用状況



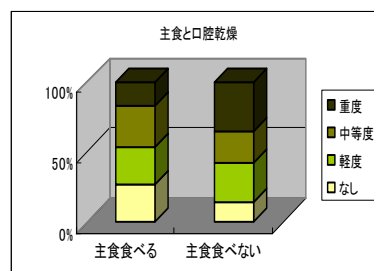
義歯が必要な患者への対応が半数以上で不適切

この時の義歯の使用状況に関する検討では、義歯が必要な人の義歯がない場合や、家にある場合が合わせて1/3を占めています。また病院にあっても不使用の場合が少なく、保管場所が大抵は机の中でした。医師は義歯を水の中で管理することをわかりません。そういう基本的なこともわからな

## 口腔乾燥

|        |    |       |
|--------|----|-------|
| なし     | 10 | 22.7% |
| 唾液粘性亢進 | 12 | 27.3% |
| 泡の形成あり | 12 | 27.3% |
| 唾液なし   | 10 | 22.7% |

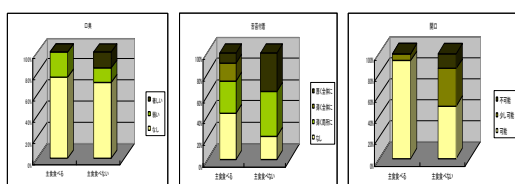
約8割りの方に乾燥所見有り



食事をしないと口腔乾燥悪化  
⇒主食を食べない患者にも十分な口腔ケアを

いでケアをしていたことになります。口腔乾燥に関しては、8割ぐらいが口腔乾燥の所見があることもわかりました。

## 主食摂取と口臭、舌苔、開口障害の関連



食事非摂取患者の口腔環境悪化と摂食機能低下  
⇒食事非摂取患者の口腔ケアに弱点あり

あとは、先ほど廃用性委縮の話もありましたが、食べない方は乾燥が進んで、口臭も強く、舌苔も付着するし、口もあけなくなることが明らかになりました。急性期病院の食べない患者さんに対する口腔ケアの弱点が見事に展開されました。

僕らは、実は舌苔というのは取るものとは思いませんでした。そういう教わり方をされてなくて、診るものと思っていました。先ほど阪口先生から話がありましたが、まだまだ医科の教育も非常に遅れている面があります。

まとめです。口腔清掃はなされているが、舌苔対策まではなされておらず、特に口腔ケア困難例に対する口腔清掃の技術の習得が必要です。それから廃用性委縮、あとは義歯の管理がかなりおけているということで、歯科医師の口腔内診査をやったおかげでベースがわかって、かなり強化しなくてはならない、歯科の先生の助けが必要というのがわかりました。

先ほども少し出しましたが、2年間のアウトカムを出してもらって、同じく日本静脈経腸栄養学会で栄養科が発表をしています。口腔

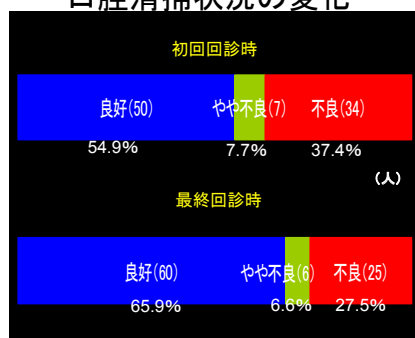
## まとめと考察

1. 口腔清掃はなされているが、菌垢、舌苔対応まではなされておらず、特に口腔ケア困難例に対する口腔清掃の技術の習得が必要。
2. 経口摂取しないことによる口腔乾燥の増加や、舌運動、咀嚼運動の低下(廃用性萎縮)。
3. 義歯を持ちながら不使用者が過半数で、しかも、治療の必要なものが1/4もある。

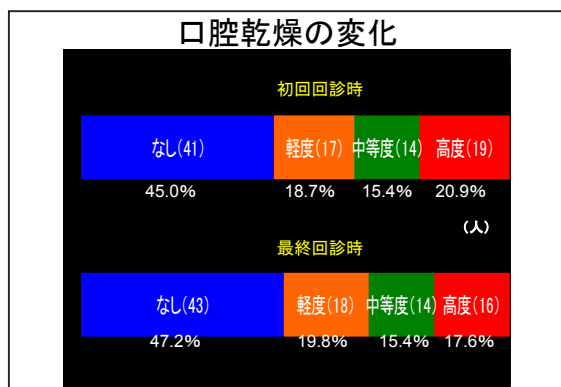
以上より、歯科医師のNST回診への参加強化と歯科治療対応のシステムの構築が必要。

## NSTと歯科医師会の連携の取り組み (2年間のアウトカム)

### 口腔清掃状況の変化







### NST 歯科治療の内訳 (件)

|         |    |
|---------|----|
| 義歯調整    | 13 |
| 齲蝕治療    | 4  |
| 義歯作成    | 4  |
| 歯肉炎・歯周病 | 2  |
| 抜歯後のケア  | 1  |
|         | 24 |

- ### まとめと課題
1. 歯科介入の主因は、**口腔内清掃、口腔乾燥、義歯**の3項目
  2. 清掃と義歯に関してはアウトカムが得られている
  3. 口腔内乾燥は、治療（酸素投与、水分制限・利尿剤投与など）と関連して発生しており、対応に苦慮

摂取に関しては、10%ぐらいは改善しています。一方、口腔乾燥はなかなか難しく改善傾向がみられません。また、まだ少ないですが、2年間、義歯とか虫歯の治療とか、歯科の治療もいろいろやっていただいています。

まとめですが、歯科介入は口腔内清掃、口腔乾燥、義歯の三つが主なものです。清掃と

義歯に関しては少し効果が得られていますが、乾燥に関してはアウトカムが得られていません。酸素投与とか水分制限を要したり、利尿剤を使われている方が非常に多く、もともと乾燥させるのが治療なので、苦戦しています。ここをぜひお力添えいただきたいと思っています。

### 歯科の回診をスタートして

ほとんどの症例で歯科診察を施行  
 歯科単独のNST回診患者増加  
 ほとんどの症例で歯科コメントが必要  
 具体的な改善点：  
     カピカピ状態の患者が減少  
     舌苔のコントロール改善  
     口腔ケアのグッズの充実  
     義歯の管理の改善  
     かかりつけ歯科医の認知  
     往診がスムーズ  
     紹介数、往診数が増加  
 院内スタッフの意識向上  
 看護スタッフの口腔ケア技術の向上  
 医師：接遇の面で参考になりました  
 歯科医師：院内感染対策の面で参考になりました

回診をスタートして、ほとんどの症例で歯科診察を行っていただきました。先ほども少し出ましたが、単独の NST 回診、「歯科の先生が来ているから、今日診てもらおう」と飛び入りで診てもらって、とても感謝しています。

高度乾燥症例、僕らはカピカピと言ってい

ますが、その患者さんの減少、舌苔コントロールの改善、口腔ケア技術の充実、義歯の管理の改善、かかりつけ歯科医の認知などが具体的な改善点です。院内の看護スタッフを中心にした意識の向上と、口腔ケア技術の向上が見られます。態度の面で医者は少し偉そうにしています。歯科の先生の接遇は参考になりました。あと、院内感染の面では、僕らのやっていることが歯科の少し参考になっているという感じもします。

これは現在うちの売店で置いている「くるリーナ」とか、先ほどご紹介のあった「ICU ブラシ」です。これはレスピレーターをかけている方に買ってもらっています。こういうふうな形で少しずつラインナップがそろっています。これは、比較的入院期間の長い患

者さんが入っている8階の病棟です。ベッドサイドに行くとこういうのが置いてあったりして、まだ十分ではありませんが、それなりに浸透している感じがします。

日本環境感染学会総会 2009.2  
—歯科口腔ケア関連演題—

1. 歯科臨床におけるポリカーボネート製ネームカードホルダーの汚染状況調査
2. Revised oral assessment guideを用いた評価方法の統一と口腔ケアの手法向上への取り組み
3. 重症心身障害児(者)における歯垢からの日和見感染原因菌の検出状況および肺炎予防のための口腔ケア介入
4. 呼吸ケア関連感染制御のための口腔ケア普及活動の経験—歯科衛生士を加えたVAP(人工呼吸器関連肺炎)対策チームの活動—
5. 口腔ケアがVAP発症率に及ぼす効果—含嗽用アズレン顆粒を用いた口腔乾燥対策—
6. 口腔ケアがVAP発症率に及ぼす効果—VAP予防に向けたスタッフの意識変化—
7. 舌ブラシによる除菌効果と口臭の変化
8. 咽頭、口腔、手指の抗菌・除菌および各種刺激物からの保護・消臭を目的とした感染予防対策剤開発の試み

最後に、学会活動の中で摂食嚥下はどういうふうにとらえられるかというお話をします。これは日本環境感染学会というInfection Control Team (ICT) がメインの学会ですが、歯科領域の関連演題は、口腔ケアの技術の向上、Revised oral assessment guide、口腔内感染、それから高野先生のお話にもありましたように人工呼吸器関連肺炎(VAP)などがとり上げられています。VAPは肺炎がない患者でレスピレーターをつけているうちに肺炎になってしまうということで、その口腔ケアをどうしたらいいかという演題がいっぱい出ています。

日本緩和医療学会総会 2009.6  
—歯科・口腔ケア関連演題—

1. イブニングセミナー:がん終末期医療の口腔ケアの理論と実践—新しい口腔ケア用品の応用—
2. モーニングセミナー:緩和医療における口腔ケアの重要性
3. ポスター:
  - (1) 口腔領域のがんと共に生きる患者への支援—退院後の生活についての患者アンケート調査の分析—
  - (2) 終末期がん患者における口腔内環境と口腔ケアの効果
  - (3) 口腔癌に対する超選択的動注化学放射線療法に伴う口腔粘膜障害における疼痛治療—オピオイドの有効性と疼痛軽減時の離脱に関する検討—

口腔ケアは多くの医科の学会で取り上げられる基本ケア

ターミナルケアは緩和医療学会が一番の中

心ですが、歯科・口腔ケア関連演題としては「がん終末期医療の口腔ケアの理論と実践」などいくつかの課題が取り上げられています。このように、今はもう口腔ケアは多くの医科の学会で取り上げられる基本的ケアであると考えています。

「聞いて良かった」演題

第22回東北静脈経腸栄養研究会、仙台、2007.12.8

2位

佐々木勝忠ほか:奥州市歯科医師会による急性期病院の口腔内診査

2位

船渡由美絵ほか:岩手県立胆沢病院と歯科医師会の連携の取り組み。

第23回東北静脈経腸栄養研究会、仙台、2008.12.6

1位

千葉実ほか:NSTにおける調理師の役割

(岩手県立胆沢病院栄養管理室)

2位

清水潤ほか:奥州市歯科医師会と岩手県立胆沢病院のNST連携—歯科医師にとって未知の世界に飛び込んでみて—

歯科との連携、地域連携、チーム医療の推進を！！

東北6県でNSTの学会がありますが、聞いてよかった演題をみんなで投票しています。おとしは佐々木勝忠先生の「口腔内診査」、それからうちの栄養士さんの連携の取り組みでした。去年は、調理師さんの「NSTの役割」というチーム医療の話と、清水先生の奥州市歯科医師会との連携の話で、こうい

うふうにすごく注目されています。東北圏の中でこういう連携の話とかチーム医療の話がトップ3に入るのは、大変うれしく思っています。

歯科の清水先生が2年間継続しての感想ということで発表されましたが、「歯科医が急性期病院で活動するには、医学知識的にも、入院患者さんの関係的にも未知の世界に飛び込んでいかなければならないような気持ちの障壁がある。しかし、NST回診参加というきっかけで病院内に入ってみると、病院内のスタッフの心温まる歓迎と口腔内への関心度の高まりで、病院の一員としての自覚が生じ、さらに医学的知識の吸収の必要性に駆られ

#### 清水歯科医師:2年間継続しての感想

歯科医が急性期病院で活動するには、医学知識的にも人間関係的にも未知の世界に飛び込んでいかなければならないような気持ちの障壁がある。

しかし、NST回診参加というきっかけで病院内に入ってみると、病院内のスタッフの心温まる歓迎と口腔内への関心度の高まりで、病院の一員としての自覚が生じ、さらに医学的知識の吸収の必要性に駆られた。

確かに医学的知識の不足はあり、走りながら勉強をするような感であったが、**医科・歯科の障壁は自分たちが作っている気持ちの障壁であったことに気づいた。**

医師も障壁を作っていました。  
これからは患者中心の医療の推進に向け共に頑張りましょう。

た。確かに医学的知識の不足があり、走りながら勉強するような感じであったが、医科歯科の障壁は自分たちがつくっている気持ちの障壁だったことに気づいた」と書いています。これは医科のほうも全く同じで、患者さん中心の医療の展開のためにぜひ一緒に頑張りましょうというのが私のメッセージです。

これで終わりたいと思います。どうもご清聴ありがとうございました。(拍手)

須田 北村先生、ご発表ありがとうございました。戦後、歯科医師がどんどん増えてきて、無歯科医村がなくなったと思ってよく見たら、まだまだ無歯科医村がいっぱいあって、それは病院であったという言葉がありますが、4人の先生方のお話を聞いて、大変うれしいというか、心強い気持ちがしました。

これから総合討論に移りますが、北村先生のお話を含めて、安井先生、よろしくお願いいたします。

安井 それでは、時間があまりたくさんはありませんが、四つのお話をいっぱい聞かせていただきましたので、多くの学会が参加しているこの歯学系学会協議会として、これから連携ということについてディスカッションをさせていただきたいと思います。

先ほど高野先生も北村先生も「患者中心の医療」という言葉を使われていましたが、これまで医療連携と言われていたわけですが、それがだんだんと連携医療というふうに、真ん中に患者さんがいて、医療スタッフがそれぞれの立場で患者さんを診ていくというようなシステムの変換が出てきています。病院歯科あるいはNSTというのは、そういう意味で我々にとっても非常に重要な機会だと思っています。

4人の先生方に対して統括してご質問等があれば受けたいと思いますが、いかがでしょう。どうぞ。

佐野 4人の先生方、非常に貴重なお話をありがとうございました。私は昭和大学の歯科病院にこの4月からきました佐野と申します。東京医科歯科大学に18年ほどおりました、それからずっと都の病院に18年以上勤めてまいりました。

先生方のご承知だと思いますが、かなり前までは病院の歯科は2000ほどあったわけですが、つい最近1500以下に下がってしまった。その中には、歯科が非常に不採算であると見られる傾向があります。私も、歯科は非常に稼ぎが悪いという中で必死に連携も頑張っていて、都の病院で常勤を増やしたという勲章を持っているつもりです。

その中で私の素朴な不満というか疑問というのは、歯垢という口の中の汚れというのは、

細菌数が便とほとんど同じ数が出る。不思議なのは、ナースが患者さんのケアが悪くて肛門周囲膿瘍をつくった場合には必ず家族なり患者からクレームが来ますが、口腔内の歯肉炎が非常に悪くても家族のほうも何ら病院にクレームをつけないという、そういう点では病院はまだ助かっているという実感を持っております。

今日、管理者の院長先生がお2人いらっしゃいましたが、その辺の連携が非常に素晴らしいと思いました。岩手と東京の病院事情は、病院で働く方々の意識が全然違うんだと感動しました。我々が院内のナースたちに口腔ケアを教えに行きますと、それは非常に大切だとわかるけれども、先生方がやってくれないと私たちはやり切れないということで逆に迷惑がられる中で、何とか根っこを張って頑張ってきて多少わかってもらったというところでした。スタッフの抵抗がなかったかどうか、院長先生と歯科医の先生にその辺のところもぜひお聞かせいただきたいと思います。温かい歓迎を得られたということもありましたので、素晴らしいなと思いました。

それから、院長先生にぜひお聞きしたいのですが、口腔内が非常に大切だということをおわかりいただいて、歯科医師会との連携は非常に素晴らしいと思いますが、不採算だから歯科医を常勤として雇っていただけないのか。その辺のところを、ぜひとも本音で語っていただければありがたいと思います。それから、歯科医師会の先生方が参加する場合に、責任の所在とかそういったこと、費用的なことについても何かお聞かせいただければありがたいと思います。

雑駁ですが、この辺のところでお答えいただければ非常に助かります。ありがとうございます。

安井 ありがとうございます。たくさんご質問が出てしまいましたので、阪口先生から順番にお答えいただいたらよろしいかと思います。ナースのこういった口腔ケアに対する意識についての所見。高野先生、北村先生は、今お話が出た病院の中での歯科についてもコメントをいただければと思います。それから、佐々木先生には歯科医師会との関係というところも少しお答えを入れていただければと思います。それでは阪口先生からそれぞれ順番にお願いいたします。

阪口 佐野先生のお話はよくわかります。私どもの病院もナースが反対して、最初は口腔ケアをやってくれなかったのです。ですから、ああいう写真になっています。私が考えたのは、院内で大きな声を上げるのも一つですが、やはり社会的な、高野先生とやっている日本慢性期医療協会がありますが、ここで口腔ケアの重要性について話をする。そうすると、病院の研究会の中で非常にブームになる。病院の中では、みんな「やってられないよね」と言いますが、周りが口腔ケアがブームですよというふうになると、やらざるを得なくなります。ですので、そういったことで高野先生にも非常に教えていただきまして、



会でどう立ち回ったら口腔ケアを広めてもらえるかということに奔走してきました。

あともう一つ、佐野先生の前でそういうことを言っているのかわかりませんが、病院歯科の先生方の中には、病院歯科イコール口腔ケアだと思っている先生がたくさんいらっしゃいます。

佐野 そういことです。

阪口 そう言っても理解してもらえないところがありまして、非常に先進的な先生方が我々のような慢性期の病院を病院歯科として認めようと言っても、いや、それはだめだという先生方も多いそうなんです。今、お話がありましたとおり、うちは採算なんて合っていない。合っていないけれど、医科の先生方は「必要だから置いているんですよ」とおっしゃるんです。多分、医科の先生方は採算なんか合わなくても、患者さんを中心にサービスとしてこれが必要だと思えば、やはり置かざるを得ない。

何かというと、病院の中で MSW という医療相談職の人がいますが、一切お金を稼がないですが、いるんです。私はそれを見て医科の先生方はすごいと思うのは、必要だったら採算云々というのではなくて置いてくれるということがわかりまして、歯科がどうあったら医科の先生方にとって必要な領域になるか、そういった感覚で進めています。

高野 スライドでもお話ししたと思いますが、口腔ケアがはやってきたというか、マイブームなんていう言葉は僕はあまり使いませんが、そういうブームというものがあります。世の中そういうものが進んでいくときに、何となくわかっているんだけど何だかわからない。それに対しては、はっきり申し上げて「くるリーナ」というものを積極的に採用したということが一つです。

2 番目、それをやっている、外部から来た新しく入院した人の家族の方から「ここは口腔ケアをやってくれてありがたい」というのが、あちらこちらで病院の中で出てきます。そうすると、私たちのやっていることは他よりも優れているし、感謝されるものだったということがありました。

3 番目、やっているけれども、本当にそれがやられているかどうか問題があるというので、最後にケアの質の保証はどうされているかということ、今、口腔内の細菌数からチェックし始めているところです。糖尿病の人に血糖値をはからず糖尿病の薬を出していく、そんなことはないと思います。必ずモニタリングをしているはず。そのモニタリングをしていくときに、これから来たのだらうと思います。

それからもう一つ、これを申し上げるのはちょっと苦しいですが、私がいる千葉にも歯科の熱心な先生がいろいろおられます。今日も歯科医院ができた、食うに困ったと言いながら、なかなか積極的に歯科に向いているとはいにくいところがあります。一方、夜 12 時までやるようなコンビニ的な歯科の先生が、経験が十分ないにもかかわらず、口腔

ケアをやるぞと言って何でもやりたがる、これもやはり問題があるだろうと思います。物には品質とかそれなりのことがあると思いますが、何でもやればいいというものではない。

僕は先ほど非常に感激しましたが、やはり勉強会が一番基本だろうと思います。みんなで勉強し合うという姿勢を、もっとつくっていくということだろうと思います。こういうところで言う「そんなことないぞ」と言われる千葉の先生がおられるかもしれませんが、残念ながら、病院のほうになかなか積極的に来られない。

最近、医師の中でも外科とかそういうのをあまりやらないで、命に別状にないのをやろうといって金もうけのほうに走るのもいると思いますが、下手するとそういうことも気をつけなければいけませんが、今日の岩手県のお話は非常にすごいなと思いました。やはり患者さんに喜ばれることをするんだ、よくなることをするんだ、それと達成感があることをされているなと思います。そんなことで、お答えにならないかもしれませんが、よろしゅうございましょうか。

佐野 ありがとうございます。

安井 佐々木先生、いかがですか。

佐々木 歯科医師の責任論ということがありました。病院に入って口腔ケアをする場合に、衛生状態の悪い人がたくさんいらっしゃいます。私も失敗した例がありますが、脳梗塞を起こした患者さんで、実際私が口腔ケアをして、看護師さんが吸引してくれました。水を使わないとしっかりした口腔ケアはできませんので、配管を看護師さんをお願いします。本当は咽頭から配管をお願いしたつもりですが、「配」を本当の「肺」と思ったのか、私の話し方が悪かったか、看護師さんが肺のほうに入れて分泌を取ろうとして、すごくむせてしまいました。それをすごく心配して、後から脳外科の先生に手紙を書いて聞きましたが、無事でした。

私たちが口腔ケアをするときに、やはり主治医の先生と情報を密にしてやる必要があると思います。その情報を密にするということ自体が、医科の先生といかにコンタクトをとれる状態になっているかという問題だと思います。責任はだれがとるかという、多分、口腔ケアした歯科医師ではなくて、医科の先生がとってくれるのではないかと思います。そのためにも、医科の先生と情報をきちんととってやることが大事だと思っています。よろしいでしょうか。

安井 北村先生、お願いいたします。

北村 岩手県は進んでいるように見えますが、NSTの運動が始まって4～5年であり、今年立ち上げるとかいうところもまだあります。ということで、温度差がかなりあります。これは一つは、佐々木先生みたいに技術を持ってすべて摂食嚥下まで指導してくださる方が少ないことがあります。これは実は医科のほうも少ないのです。透視をやったり、内視鏡をやったりというのは、すべての病院でやれる状況にはありません。まだまだこれから

なのかなと思います。一つは管理者の責任が大きいと考えています。

それからもう一つは、先ほど阪口先生がすごく上手にやられていて、僕はとても参考になりましたが、ナースの方がキーです。岩手県でも1人、摂食嚥下をやって、一步も引かないナースがいます。今はリハビリセンターで頑張ってくれていますが、そういうふうな先駆者、牽引者がいないとつらいところがあります。ただ、ナースは患者さんに一番近い職種ですので、アウトカムが目の前に出ると必ずこたえてくれます。それには、いかに佐々木先生のビデオを見て感動してもらうかです。肺炎を起こさないですから、結局は自分が楽になるんですね。それがわかっていると、少しずつ進歩していきます。口腔診査のときも、師長さんにずっと付いてもらいます。ということで、何回も広報に出して、病院を挙げてやる。患者さんのために必ずなるということで、アウトカムをいろいろ見せていただきながらやるということで、今頑張っています。

いろいろ評価していただきましたが、これからのところもいっぱいあります。県の歯科医師会がすごく頑張ってくれているので、それとタイアップしながら医科のほうも負けずにやっていきたいと考えています。

安井 ありがとうございます。大変端的にきちっと答えをいただきましたが、佐野先生、よろしいでしょうか。

佐野 どうもありがとうございます。

先ほどいみじくもおっしゃられたように、歯学部を卒業した学生の95%以上は普通の歯医者さん、いわゆるGPになるわけです。それで今まではよかったのだと思います。特に歯学部のお偉い先生がたくさん来ていらっしゃるので言いたいのですが、今までずっと医学部と同じように講座制をとっていたので、歯を抜くだけ、義歯を入れろ入れろで虫歯を治療するだけという部分で一つの専門性が成り立っていて、講座制で育って単品商売で頑張っている人間が、あまりにも歯科医に対してオールラウンドな需要がふえてきたこれからの歯科医を育てていると。歯科界は非常に矛盾に直面していると僕は思います。

阪口先生の意見に本当に大賛成ですが、口腔外科出身の人間が病院歯科に行きますと、口腔外科しかやりません。口腔ケアを全然やりません。一般のお医者さんとか患者さんは病院の中に歯医者さんがあると思っているのに、自分は口腔外科だと思っているんです。やっと遅ればせながら口腔外科学会もそれに気づいて、あまりにも減ってきてから気づきましたが、おそくても気づいたからよかったなと私は思っています。どうもありがとうございました。

安井 ありがとうございます。ほかにご質問、あるいはご意見ありますか。

北村 ご存じのとおり、今、医科は2年間の研修がスタートしております。歯科もやっていますね。実は、衣川では歯科と医科の研修生の発表を一緒にやっています。僕も終わった後、一緒に飲みます。そういうことでフィールドワークをしっかり見て、そして医科と

連携をとるような若い先生が育ってくればいいと思いますので、今の研修制度にはそういう意味も少しあるのかなと思います。

安井 ありがとうございます。時間が迫ってきましたが、ほかにございませんか。

今日は非常に示唆に富んだお話を4名の先生からいただきまして、どちらかというと教育を担っているトップの先生方もかなりおられますので、今日のお話は歯科医学教育の新たな一面を明らかにしたと思いますし、佐野先生が言われるように、病院歯科のあり方というのもまた一つ方向性が出てきたと思います。

それだけ患者さんに喜んでもらえる領域があるということと、歯科医師として命をかけてやる仕事もまだそこにあるということもよく理解できたと思います。これは学会ですから、学術的なヒントも今日はいっぱいいただいて、佐々木先生は交通費まで出されておりましたが、本来そういうのは我々学会関係者が提供すべき部分も多々あったのではないかと思います。今日の4人の先生方のご発表を、あすからこの歯学協としても糧にして、それぞれの学会でもう一度多面的に学会活動を考えていただければと思います。

時間的な制約がありますので、この4名の先生方にもう一度拍手をいただいて、シンポジウムを終わりにしたいと思います。先生方、どうもありがとうございました。(拍手)

それではお席にお戻りいただきまして、閉会の辞を本協議会副理事長の宮崎先生からお願いします。

宮崎 先生方、今日は熱心な講演をどうもありがとうございました。聴衆が少なかったのですが、私どもは大変参考になりました。

口腔ケアの話になりますと、私どもの大学の向井教授が当然来なければいけませんが、今日は学会だということで大変失礼しました。昭和大学はチーム医療を大学を挙げて推奨しています。今、1年生の学生さんが入ってきますと、看護も含めた医歯薬の4学部の学生全部と一緒にPBLとかで共通の土壌でやっています。薬学も6年制になりましたので、最終的には5年生のときに共通の病棟実習をやろうということも考えています。

口腔ケアをやるためには私たちの教育も必要だと思っていますが、医学部の他学部の方と一緒に勉強していかないと、将来、本当のチーム医療はできないのではないかと考えています。昭和大学は今、口腔ケアセンターを8つの病院でやっておりますが、今日のお話をお聞きすると、まだまだこれから課題も感じております。今日の先生方のお話を参考にさせていただいて、頑張りたいと思います。

各大学、あるいは各学会におかれましても、歯科界の今後の発展のために今日のシンポジウムは大変参考になったと思います。それでは、これで終了いたします。今日はどうもありがとうございました。(拍手)

(終了)