地域ケア委員会に対して、
行政へ提言
無資格者に対してヘルパー2級の研修会開催
10万円→教材費のみ

福祉まつりの開催
民間も併せて、各施設の活動、内容を住民に紹介する場の提供　当調査の報告も行う。

ケアマネージャー、社会福祉士養成研修会の開催

リスクマネージメント、看取りに関する研修会の開催

行政に対しては、施設には無資格者の方がかなり働いていましたので、通常10万円ほどかかるヘルパー2級の研修会を、町に援助してもらい教材費のみで開催することになりました。また民間も併せて福祉まつりを開催し、各施設の活動、内容を住民に紹介する場の提供を行いました。この調査の報告も併せて行いました。そのほか、人的に不足しているケアマネジャーの養成、社会福祉士の養成研修会の開催を4月から始めています。また、既存の、働いている方のリスクマネジメント、看取りに関する研修会を行政にやってもらうことになりました。以上です。ありがとうございました。

【三上】　ありがとうございました。それでは質問・ご意見ありますでしょうか。よろしいでしょうか。

【菊谷】　先生ありがとうございます。強迫意識が少なくなったり、あとは働く意欲につながったりという結果になって素晴らしいと思いますが、これが実際のところ、先生が本来目的としていた離職率に直接つながってきているのかどうか、もうすでにデータがあれば教えてください。または、今後どういう形で、その離職率という、最終的にそのデータを取られようとしているのですか。

【澤田】　まだその結果は出ていません。これから離職率を毎年見ていくということになります。離職率に関しては、行政のほうに報告が上がりますので、行政に任せているということです。

【菊谷】　今回は口腔ケアという内容の研修会を通じてだったかと思いますが、やはりいろいろな研修会を続けることによって働く意欲や働くことの意義みたいなことが伝わって、私たちもそうですが、介護の現場で教えても人がいなくなってしまうという、人が変わるとそのケアの質が低下するというのがよく見られる現象ですが、大変、結果に対して期待したいなというふうに思って伺っていました。ありがとうございます。

【澤田】　ありがとうございます。

【三上】　ほかにございますでしょうか。では、先生、どうもありがとうございました。それでは5番目の演題です。161番、「院内口腔ケアパスと地域連携パス運用による地域の口腔ケアネットワークづくりの取り組みと今後の課題」。香川県三豊総合病院の木村年秀さん、よろしくお願いいたします。

【木村】　これは平成23年度の人口動態統計であります。ご存じの方も多いと思いますが、日本人の死亡原因の第3位と第4位が逆転しまして、今は肺炎が第3位となっております。高齢化が非常に進んできたということだと思いますが、今からさらに肺炎の対策というのが非常に大事になるというふうに考えております。当院での、従来の誤嚥性肺炎の治療においては、看護師による口腔ケアが統一されていないとか、あるいは嚥下評価が遅れることにより適切な食事提供ができないなど、さまざまな問題がありました。

H22年10月から運用を開始した
誤嚥性肺炎パスのポイントと効果

適用が決定すれば病棟より①歯科衛生士、②言語聴覚士、③MSWに連絡

1. 歯科衛生士は口腔内を観察して、口腔ケアに使用する用具を準備し、口腔ケアの方法を電子カルテに記載する。
2. 言語聴覚士は嚥下機能を評価し、適切な食形態、食事介助方法を電子カルテに記載
3. MSWは退院支援をおこなう

- 早期に適切な栄養手段を決定できるようになった
- 口腔ケアの手技・用具を統一化することができた
- 摂食機能療法が早く開始できるようになった
- 早期から退院後の生活に沿った支援ができるようになった

◆入院期間が短縮した
◆死亡率が半減した
◆在宅に退院できる患者が倍増した

そこで平成22年10月から従来の誤嚥性肺炎パスを見直しました。見直したパスのポイントをここに書いております。適用が決定すれば、病棟から歯科衛生士、そして言語聴覚士、それからケースワーカーに連絡があります。歯科衛生士は口腔内を観察して、口腔ケアに使用する用具を準備し、口腔ケアの方法を電子カルテの掲示板に記載します。そして言語聴覚士は嚥下機能を評価し、適切な食事介助の方法を同じく電子カルテの掲示板に記載します。そしてケースワーカーは退院支援を行います。その結果、早期に適切な栄養手段を決定できるようになりました。口腔ケアの手技、用具を統一化することができました。摂食機能療法が早く開始できるようになりました。また、早期から退院後の生活に沿った退院支援ができるようになりました。その効果として、入院期間の短縮、死亡率が半減、在宅に退院できる患者の倍増、さらに誤嚥性肺炎の医療収益が増加しました。

本ワークショップでの発表内容ですが、誤嚥性肺炎の入院患者に対しては、新たに作成した誤嚥性肺炎パスで一定の効果が見られましたが、摂食嚥下、あるいは口腔衛生が不良ということは、すべての入院患者に共通することです。そこで、摂食嚥下障害パス、口腔ケアのパスを新たに追加作成し、昨年の10月から全疾患、全入院患者を対象に運用を開始いたしました。また、香川シームレスケア研究会が作成した地域連携パスの歯科パスを活用して、退院後の転院先や施設、ケアマネジャーなどに口腔情報を提供しております。さらに、香川県新地域医療再生計画における口腔ケアネットワーク整備事業によって、地域の中のすべての病院、施設などで適切に口腔ケアが提供できるよう、看護職、介護職のスキルアップの研修会を開催するなどの取り組みを開始しています。本ワークショップでは、当地域の中で途切れることなく口腔ケアが継続できるネットワークづくりの取り組みと、今後の課題についてお話しいたします。

当院における口腔ケアに関するパス適応基準

誤嚥性肺炎パス	摂食・嚥下障害パス	口腔ケアパス
肺の炎症所見を確認、以下のいづれかに該当するもの ①年齢＞70歳 ②明らかな誤嚥が確認される ③誤嚥が強く疑われる病態（嚥下障害など）が存在する ＊超重症例（A-DROP4、5）は除く	①脳血管障害の既往 ②肺炎の既往 ③頸部疾患の既往 ④むせを認める ⑤明らかな誤嚥を認める 口腔ケアパスを併せて適応	①入院時口腔ケアスクリーニングシート（OAG）でスコア3にチェック、またはスコア2にチェックがあり看護師だけでは対応困難 ②がん化学療法を受ける患者で口腔内の有害事象が予想される ③PEG造設患者

当院で作成し運用している口腔ケアに関する3つのパスの適応基準です。誤嚥性肺炎パス、摂食・嚥下障害パス、口腔ケアパスです。摂食・嚥下障害パスを適用するにあたっては、口腔ケアパスを併せて運用するということになっています。

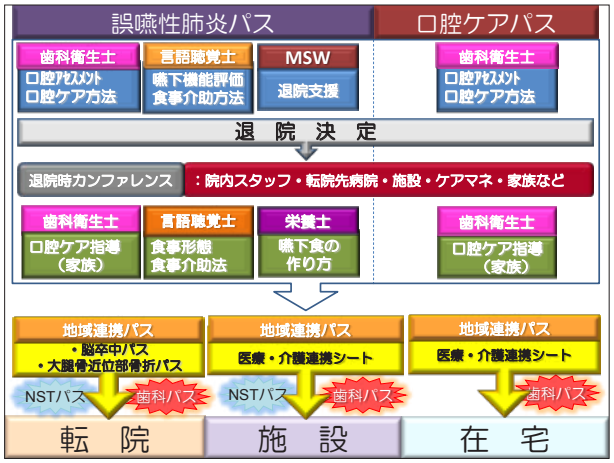
口腔ケアスクリーニング表

ROAG(Revised Oral Assessment Guide)を一部改変

カテゴリー	状態とスコア 1	2	3
口唇	平滑 ピンク色	乾燥 亀裂 口角炎	潰瘍 出血
舌	潤い ピンク色 乳頭明瞭	舌苔少量 乳頭消失 発赤	舌苔多量 水疱形成 ひび割れ
唾液（粘膜）	乾燥なし	唾液粘性 泡状唾液	唾液なし
粘膜	ピンク色 潤いあり	発赤 白苔 乾燥	水泡潰瘍 白苔多量 出血
歯肉	ピンク色 引きしまる	発赤 腫脹	自然出血 潰瘍形成
歯・義歯	清潔 残渣なし	歯垢少量 残渣少量 むし歯	歯垢多量 残渣多量 歯石多量
口臭	口臭なし	30cm 以内に近づくと口臭を感じる	30cm 以上離れても口臭を感じる
開口度	自力開咬可能、開口制限なし	開口制限あるが、手で開口可能	意識障害、認知症などにより開口制限強い

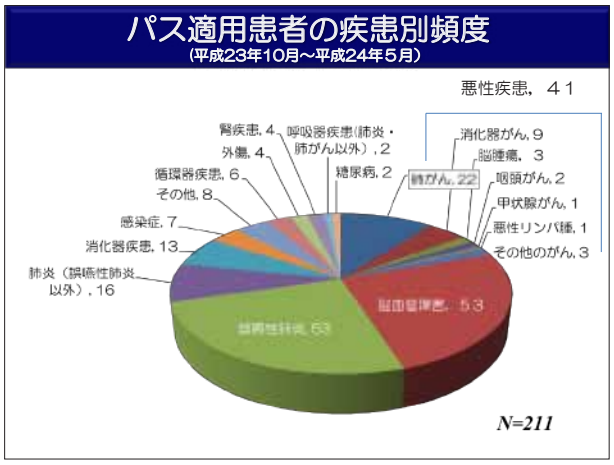
Andersson P, et al.Spec Care Dentist.22(5):181-186,2002 および寺岡加代ら

口腔ケアのスクリーニング表です。病棟の看護師が入院時、それから1週間ごとに、すべての患者に対してこのスクリーニング表を使ってアセスメントをします。院内のすべての職員が持つポケットマニュアルに縮小版を入れてアセスメントをしているところです。これは電子カルテの掲示板です。歯科衛生士が口腔ケアの方法等について記載をし、これに基づいて看護師がケアをします。実際のケアの場面ですが、看護師が歯科衛生士の記載を基に、あるいは口腔ケアのマニュアルに基づいて口腔ケアを実施します。食事介助につきましても同じく、言語聴覚士が書いた食事介助等の留意点を参考にしながら行っています。



誤嚥性肺炎パスと、口腔ケアパスのパスの流れです。退院が決定すると、退院時カンファレンスが開かれますが、ここでも歯科衛生士や栄養士に声がかかることが少しずつ増えてきています。退院時には、再度、これらの職種が指導を行います。

退院に際しては、地域連携パスを使用することにしていますが、転院するときには医療用の脳卒中パス、大腿骨近位部骨折パスなどを使用します。施設、在宅に行く場合には医療介護連携シートを使用します。そして、嚥下あるいは栄養状態に問題がある場合には NST パスを用意いたします。口腔に問題がある場合は歯科パスを運用するようにしています。



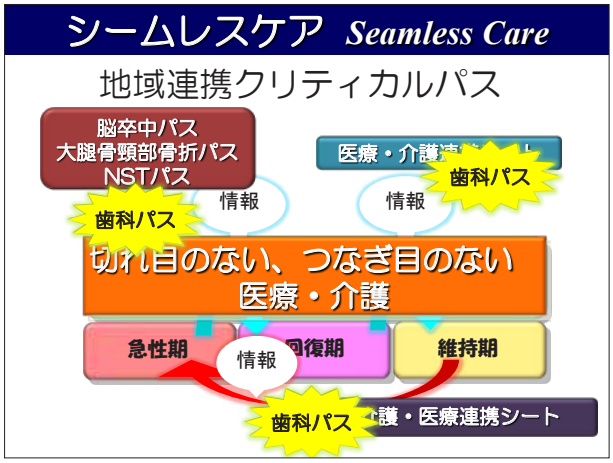
これによりまして、パスの適応者が従来は誤嚥性肺炎だけでしたが、これが脳血管障害、あるいは悪性疾患等、さまざまな疾患に適応を広げることができました。

誤嚥性肺炎パス、摂食嚥下障害パス、口腔ケアパスを適用した患者の入院経路別転帰先
（平成23年10月～平成24年5月、死亡退院を除く）

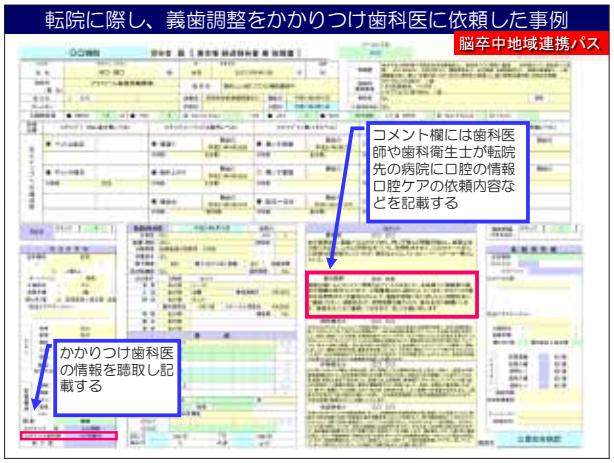
		転帰先			
		自宅	施設	病院	全体
入院前の居所	自宅	47	6	51	104
	施設	1	14	6	21
	病院	0	1	9	10
	全体	48	21	66	135

・自宅から入院した患者の46％が退院後、自宅へ
・全体の約半数が病院転院、16％が施設に転所

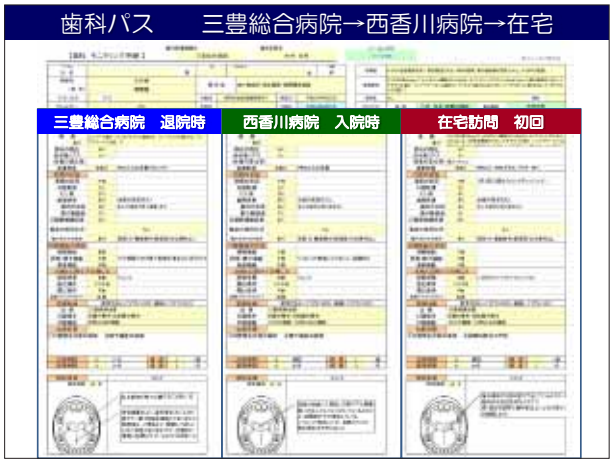
この3つの口腔に関するパスを利用した患者の入院経路別の転帰先です。入院前の居場所、そして転帰先です。入院前、自宅から来られた104名の患者のうち自宅に戻ったのが47名で46%、全体の135名中、退院後、施設に行かれたのが21名で16%、ほかの病院に転院したのが66名で約半数でした。



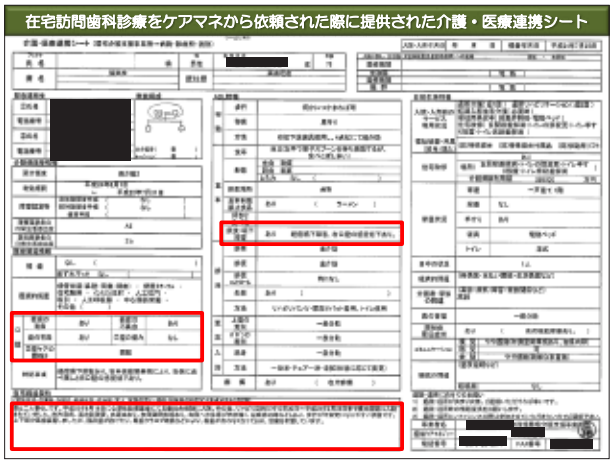
香川シームレスケア研究会で運用している地域連携クリティカルパスです。医療機関同士の情報の交換には脳卒中パス、大腿骨頚部骨折パス、場合によっては NST パスというものを活用します。また、医療機関からケアマネジャーあるいは施設への情報に関しては医療介護連携シートを活用します。そして、ケアマネジャー、施設から医療機関への情報提供には、介護医療連携シートを活用します。そして歯科パスも必要に応じて使用するというような運用になっております。



これは脳卒中パスの事例ですが、かかりつけ歯科医という記入欄がありまして、コメント欄にはどの職種も自由に記載することができ、このケースでは歯科医師である私が次の病院に対して、義歯の調整の依頼を書いたという状況です。

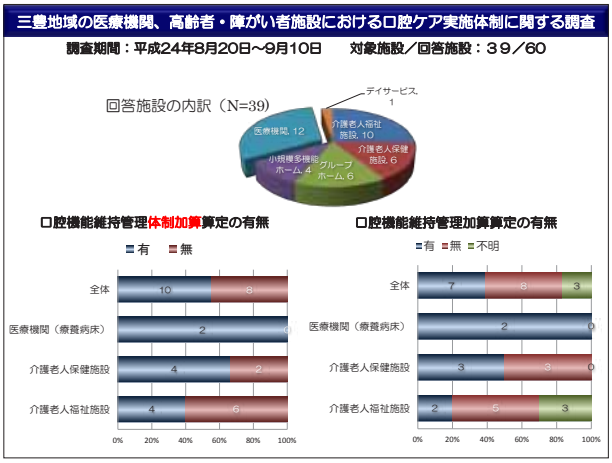


これが歯科パスの事例です。当院を退院したとき、次の回復期の病院に入院したとき、それから在宅の初回というふうに、ケアマネジャーの情報提供に使いました。

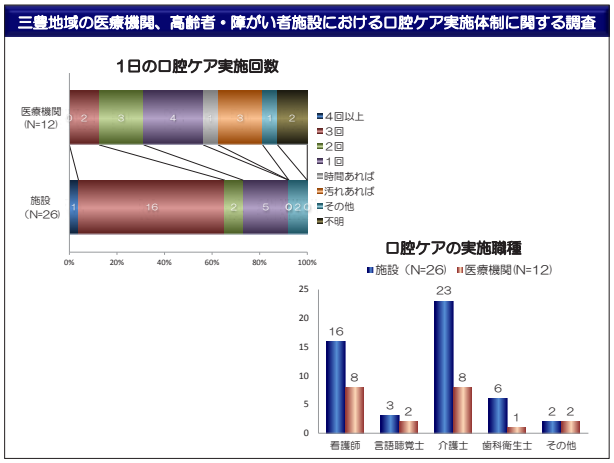


これは在宅訪問診療をケアマネジャーから依頼されたときに提供された介護医療の連携シートです。このシートの中には、口腔の情報、摂食嚥下障害の情報、そして依頼内容ということが記載されるようになっています。

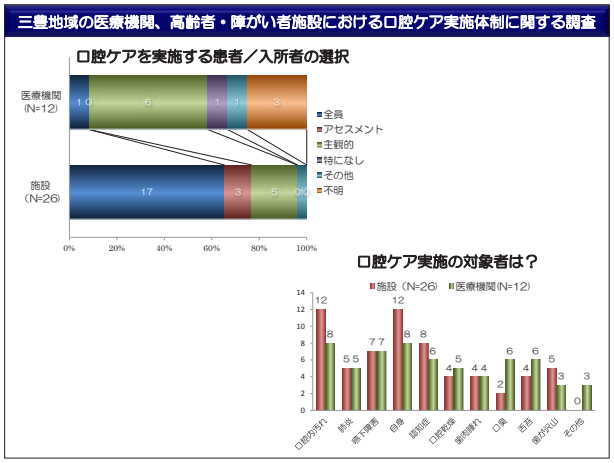
地域の中のすべての医療機関あるいは介護施設で適切に口腔ケアあるいは歯科治療を継続されるためには、口腔ケアの実施体制を把握する必要があるというふうに考えました。



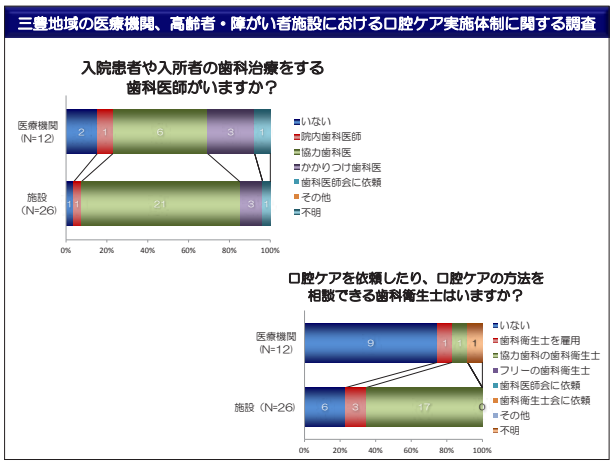
そこで、本年の8月20日から9月10日にかけて、口腔ケアの実施体制に関する調査を、三豊地域の中のすべての医療機関、介護施設を対象に実施しました。回答が得られたのが60施設中39施設で、その内訳はここに示すとおりです。特養が10、老健が6、グループホームが6、小規模多機能等が4、医療機関が12となっています。その結果、口腔機能維持管理体制加算の算定状況は、療養病棟を持つ医療機関2施設とも算定しているというような回答でした。それから老健については3分の2が算定している、特養は4割が算定しているという回答でした。そしてこの4月から新設された口腔機能維持管理加算ですが、療養型につきましては、同じくいずれも算定している。老健については半数が、特養が2割が算定しているという回答でした。いずれの加算も特養よりも老健のほうが、より算定しているというような状況でした。



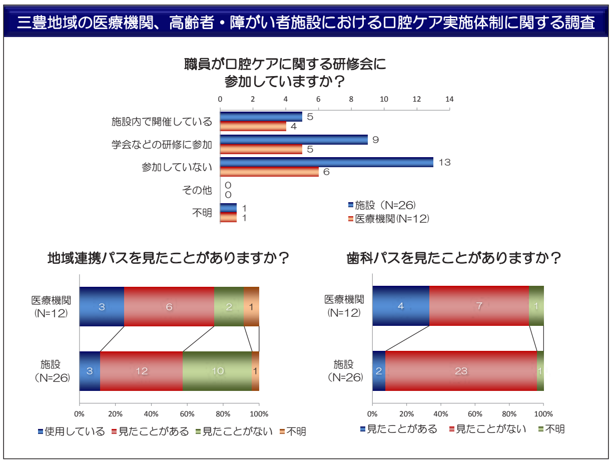
そして1日の口腔ケアの実施回数ですが、介護施設においては4回以上、あるいは3回とかなり回数ができているというような状況がうかがえましたが、医療機関については3回行っているのは2施設のみで、医療機関のほうが回数はかなり少ないという状況でした。そして口腔ケアの実施の職種ですが、施設は介護士がほとんどで、看護師も26施設中16施設ありました。そして医療機関については、看護師、介護士が同数でした。



口腔ケアを実施する患者、入所者のスクリーニングですが、施設につきましては全員という施設が一番多く、アセスメントするというふうに回答したのも3施設ございました。一方、医療機関につきましては、全員するというふうに回答したのは1施設のみで、アセスメントをするというふうに回答したのは1施設もありませんでした。ほとんどが主観的ということで、医療機関におきまして口腔ケアのスクリーニングの体制というのが十分できていないという様子がうかがわれました。そして口腔ケアの実施の対象者ですが、ここに記載されているような項目はすべて口腔ケアの実施ということに該当すると思われます。しかし、施設につきましては全員が対象とすると答えておりますので若干回答数は少なくなっていると考えていいと思いますが、医療機関において、例えば肺炎を発症したことがあるとか、あるいは嚥下障害があるとか、自分でできない方、認知症がある方でも口腔ケアの対象にならないという施設が相当あるという回答でした。



そして歯科治療の体制ですが、施設につきましては協力歯科医にしてもらっているというのがほとんどした。医療機関につきましては、協力歯科医、あるいはかかりつけ歯科医というふうに、いずれにしても歯科治療については施設も医療機関もできているような状況でありました。一方、歯科衛生士による口腔ケアにつきましては、口腔ケアを依頼したり、口腔ケアの方法を相談できる歯科衛生士というところで、施設につきましては協力歯科医、あるいは歯科衛生士を雇用しているというようなところもあり、かなりできているような状況ですが、医療機関につきましては、4分の3の施設が相談できる歯科衛生士もいないというような状況でした。



口腔ケアに関する研修会ですが、医療機関、施設とも、いずれも参加したことがないと回答したのが半数ありましたので、研修会の実施の必要性を感じました。地域連携パスを見たことがあるかという質問について、全体の地域連携パスについては医療機関も施設も、かなりのところで見たことがある、あるいは使用しているというふうに回答しておりましたが、歯科パスについては、医療機関では3分の1のみ、施設では2施設のみしか見たことがあるというふうに回答しておりませんので、まだまだ運用面で問題があると考えております。

新・地域医療再生計画 口腔ケアネットワーク整備事業について

香川県歯科医師会では本年より２か年の計画で香川県地域医療再生計画の具体的な施策としての口腔ケアネットワーク構築事業を実施することになった。この事業のモデル地域として三豊・観音寺地区が指定され、当院が中心となって**「三豊の人びとの健康を支える口腔ケアのネットワークづくり事業」**を実施しているところである。本事業目的は当地域において口腔ケアにおける医療・介護連携ネットワークを構築することである

【事業の概要】

①がん、糖尿病などの治療における、医科・歯科連携体制の整備
- ●がんなどの治療における周術期、抗がん剤治療・放射線治療時における口腔管理体制
- ●糖尿病治療における歯周病対策の強化

②肺炎にならない地域づくり（日本人の肺炎死亡率は３位に）
- ●急性期病院、回復期リハ病院、維持期病院・施設、在宅における口腔ケアが途切れることなくシームレスに実施できる体制づくり
- ●病院、施設における看護職員、介護職員の口腔ケアスキルアップのための出前研修会の実施
- ●在宅、施設で嚥下機能評価、摂食嚥下リハを行うための研修プログラム

③在宅などで口腔ケアを担える歯科衛生士の養成
④その他、本事業に関連する各種研修会の開催

本年度から２カ年計画で香川県の地域医療再生計画で口腔ケアのネットワーク事業というのを展開しているところです。モデル地域として、当地区が指定されて、三豊総合病院が中心となって、三豊の人々の健康を支える口腔ケアのネットワーク作り事業というのを実施しています。事業の概要はここに示すとおりです。

香川県口腔ケアネットワーク整備事業の実施状況【健康教室など】

事　業	実施日	場　所	対象者	内　容
国保健康教室	5月10日（木）	箕浦集会所	神田さくら会２３名	「口から始める健康生活」口腔清掃・口腔機能向上について
健康講座	6月4日（月）	中出自治会館	いきいきサロン２５名	〃
健康講座	7月5日（木）	宮ノ下公民館	いきいきサロン２５名	〃
健康講座	8月10日（金）	林田公民館	林田老人クラブ	〃
健康講座	9月3日（月）	中田井町集会場	いきいきサロン２０名	〃
家族介護支援事業 シニアライフ応援フェア	6月30日（土）	観音寺 市民会館	市民約400人	お口の機能検査・歯科相談・歯周病予防の為の歯磨き方法
口腔機能維持管理	４月～(月４回)	ひうち荘	１５名	歯磨き・義歯清掃・摂食嚥下指導
	５月～(月４回)	諶之丞の丘	４名	〃
	６月～(月４回)	わたつみ苑	１７名	〃

観音寺市社会福祉協議会は30日、シニアライフ応援フェアを同市坂本町の市民会館で開き、来場した高齢者が体力測定や食生活の相談などを行った。同フェアは高齢者に生き生きと過ごすヒントを見つけてもらおうと、市社協が初めて企画。健康、食育、介護などの6分野に計約20ブースが出展した。健康コーナーでは、三豊総合病院歯科保健センターが「パ」や「タ」を5秒間に発声する回数、つばを3回飲むのにかかる時間を基に、食べて飲み込む機能を検査した。柔軟性やバランスを試す体操、体組成や体脂肪の測定もあった。このほか、管理栄養士や市食生活改善推進協議会による食生活の指導、理学療法士による腰痛予防の簡単な体操などを実施。来場者はいろいろなブースに足を運び、健康に関する知識を学んでいた。

四国新聞　平成24年7月1日

実際の実施状況になります。これは四国新聞に記載された記事ですが、社会福祉協議会が主催したものです。ここに当院からのブースを設け、食生活の相談や、口腔ケアについて健康教室を行いました。

香川県口腔ケアネットワーク整備事業の実施状況【病院、施設職員に対する口腔ケア研修会の開催】

	病院・施設名	場　所	日　程①	日　程②	日　程③	対象人数	備考
1	七　宝　荘	三豊市豊中町	6/22（金）15:00～16:00	7/27（金）15:00～16:00	用品到着後	15名	
2	長　寿　苑	観音寺市木之郷町	8/1（木）19:00～20:30			18名	
3	わたつみ苑	観音寺市豊浜町	8/21（火）17:00～18:30	10月	11月	7名	
4	西香川病院	三豊市高瀬町	9/13（木）13:00～14:00				
5	池田外科医院	三豊市豊中町	9/25（火）13:30～14:30	10月	11月	16名	
6	旭グループホーム	三豊市高瀬町	連絡待ち				
7	宝寿苑	三豊市高瀬町	１１月中旬				
8	ふたな荘	三豊市山本町	連絡待ち				
9	グループホームネムの木	観音寺市豊浜町	9/26(水) 14:00～15:00	10月	11月	30名	利用者も含む
10	橋本病院	三豊市山本町	連絡待ち				
11	ひうち	観音寺市大野原町	9/26(水) 17:10～18:10	10月	11月		
12	諶之丞の丘	三豊市財田町	連絡待ち				
13	ひうち荘	観音寺市大野原町	連絡待ち				
14	優楽荘	三豊市山本町	9/28(金) 13:30～14:30			10名	
15	みの荘	三豊市三野町	連絡待ち				
16	香川井下病院	観音寺市大野原町	連絡待ち				

そして、地域の中の病院、施設職員に対する口腔ケアの出前の研修会を、当院から出張で歯科医師、歯科衛生士を派遣するというような取り組みを行っています。この研修会には16施設から申し込みがあり、3回の研修のプログラムでやっているところです。これはリハビリテーション病院での口腔ケアの研修会の様子です。これは特養の様子です。

昨日の国保直診口腔保健研修会のときに、嚥下の評価で菊谷先生のほうから頸部聴診がいいというアドバイスがありましたが、ちょうど来週、淡路からオオヤド先生という言語聴覚士の先生をお呼びして、頸部聴診を1時間半実施する予定にしておりますので、もしお近くで来られる方がありましたら、参加していただいたらありがたいというふうに思っております。課題については、今まで言ったとおりであります。最後に、急性期病院を退院後、退院先の病

院や施設、在宅等、地域全体で適切な口腔ケアを継続できる体制づくりというのをまだまだ、これから整備する必要があるというふうに感じております。ご清聴ありがとうございました。

【三上】 ありがとうございました。それでは質問・確認ありますでしょうか。

【奥山】 長野県浅間総合病院の奥山と申します。貴重な発表ありがとうございます。当院でもいろいろなパスを使ってやろうとしているのですが、なかなか利用率が上がりません。先生のところでは、例えば摂食嚥下のパスと口腔ケアのパスを別々に作っていて、また在宅につなげるほうでは、いろいろなところのパスの中に歯科の項目が入ったり、あるいは歯科パスも使ったりと、すごくパスがたくさんあるような気がしています。細かいパスをたくさん作ってやったほうがいいのか、ある程度まとめてやったほうが使いやすいのかというのが、私も今、迷っているところです。私自身としては、少し絞られたパスでやっていったほうが利用率が上がっていくのかではないかと思っているのですが、先生のところではたくさん使われているので、そのあたりを教えてください。

【木村】 先生が言われるように、たくさんのパスで、どういうふうに運用していけばいいのかというのは混乱するということもございます。われわれは、誤嚥性肺炎パスから、まずは開始したのですが、嚥下障害があったら必ず、言語聴覚士や歯科衛生士に連絡するということが職員の中で当たり前になってきて、その目的はほぼ達成しましたので、もう誤嚥性肺炎パスはなくしてもいいのではないかと考えています。口腔ケアのパスについても、うまくできるようになったらなくしてもいいと思っております。当初、このようなことをするということを職員に分かってもらうという目的でパスをまずは作成しましたので、整理できるものはできるだけ整理していきたいというふうには考えています。先生の言われるとおりだと思います。

【三上】 どうぞ。

【安藤】 岐阜県恵那市国民健康保険山岡診療所の安藤です。各施設3回ほどの口腔ケアの勉強会をされているということですが、その3回のプログラムはどういう形で分けられているのですか。

【木村】 基本的に3回のコースで、1回目は口腔ケアの意義、2回目は歯のある人の口腔ケアの方法、口腔乾燥に関してなど、基本的なプログラムはまずお示しをして、それから施設の事情に合わないということもありますので、それぞれの施設にどのような研修会をお望みですかとお伺いしてから、その都度変更しているところです。病院につきましては、病院全体の口腔ケアのシステムを作るということも大きな目的というふうに考えておりますので、1回目は私が行って、病院全体でどう取り組むかというシステム作りを話して、その後、2回目、3回目と細かく歯科衛生士が研修をしています。

【安藤】 その中で、実技研修なども歯科衛生士が行うのですか。

【木村】 そうです。写真にもありましたが、2回目、3回目は実技で行っております。

【安藤】 ありがとうございます。

【三上】 ありがとうございます。よろしいでしょうか。では木村さんありがとうございました。これで5人の演者の方の発表が終わりましたので、引き続き、全体討論という形で、少し会場準備等を行いますのでお待ちください。

【菊谷】 では、後半のワークショップ、ケースキーの討論を行います。まず5人の演者の皆さん方の発表を少し振り返ってみたいと思います。1番目の三軒家さんは、ハチアズレやはちみつ希釈水、または吹き戻しを利用した嚥下体操という演題でしたが、

内容を拝見すると、実に多方面からの摂食嚥下や口腔ケアに対する取り組みが診療所の中で、大変効果を現しているというようなご発表でした。2番目の永田さんは、口腔ケアに注目はされていましたが、特に個別の口腔内の状態の評価、そしてケアプランを作ることによって、その成果が上がったというご発表でした。この口腔ケアについては、一般論の話から、やはりアセスメント、個別に対するケアプランというのが重要だと言われていますが、そのあたりのご報告をいただきました。3番目の遠藤さんは、打ち合わせ会という名前でしたが、他職種で集まる、「食べること」を中心に共通認識を持つということで、食事の内容だけではなくで、自助具等に関しても共通の認識を持って院内で取り組まれている様子が発表されていました。4番目の澤田さんは、聞きなれない評価方法を勉強させていただきましたが、ワーカーホリズム、強迫的な働きという言葉が出てきましたが、介護の現場で問題になっている離職に対して、働く意欲を高める取り組みということで、口腔ケアを切り口にされている報告がされました。そして、最後の木村さんは、いつもながらのパスの素晴らしい取り組みの話を聞くことができて、また新たに今年度から再生事業等を使って、さらなる最新の取り組みがご紹介されました。

このように5人の方のそれぞれの取り組みを伺って、大変勉強させていただいたところですが、あらためて、今まで個別の演題に対してのご質問をいただきましたが、この5つの演題に対してどなたかご質問、聞き足りなかったこと等あれば、この場でご質問いただきたいのですがいかがでしょうか。お願いいたします。

【立野】 宮崎県都農町国民健康保険病院の立野です。どなたもお触れにならなかったのですが、当院も遅まきながらNSTを展開し始めて、嚥下障害の客観的な評価としてのVF（嚥下造影）を、先進的にやっておられるところから学びながら、やってみようとしているところなのですが、皆さんのところでVFの導入について、それをやって意味があるのかないのかなどを教えていただきたいと思います。

【菊谷】 嚥下造影検査、または嚥下内視鏡検査についての各施設での取り組み状況を三軒家さんから順番にお答えいただいてよろしいでしょうか。お願いいたします。

【三軒家】 当院も以前はVFをやって、嚥下状態を観察していたのですが、現在STが休職中で、現在やっていないという状況です。

【木村】 三豊総合病院ですが、数年前までリハビリテーション科のドクターが嚥下の専門であったので、そのドクターが主体となってVF検査を年間300件から400件ぐらいしておりましたが、そのリハビリテーション科のドクターそのものが医師の不足でいなくなって、VF検査等がなかなかできていない状況です。現在は、それぞれの主治医がVF検査に立ち会うという状況でしておりますが、主治医も忙しい中、付けないということで、主治医からの依頼そのものが少なくなってしまって、非常に困っているという状況です。歯科医師のほうで、主治医の先生方がお忙しい場合には、私が入りますということで週に数件はしているところです。VEにつきましても、VFと一緒に合わせてする場合も多いです。訪問診療のときに、施設等で、たまにVE検査もしています。

【澤田】 当診療所では、VF、VEはやっていませんが、非常勤で行っています病院ではVF、VEをしております。嚥下の評価に関しては非常に有益であるというふうに考えています。

【遠藤】 当院では、まず嚥下障害の患者さんがいらっしゃったら、STが水飲みテストや反復唾液嚥下テストを行い、必要に応じて耳鼻科の先生と一緒に嚥下内視鏡検査を行っています。またリハビリテーション科の医師が一緒に診察をしてくださって、必要と判断された場合は、リハビリテーション科の医師と共にVF検査を行っております。

【永田】 介護福祉士の観点からすると、少し縁遠いようなイメージがあるのですが、以前、当施設で、胃瘻栄養の方で、どうしても口から食べたいということで一度VFを実施したことがありました。現段階での当施設での取り組みでは、経口移行にまで持っていけそうな利用者さんが実際いないので、もし今後、この取り組みを継続していって、必要であれば病院に依頼して実施していきたいと考えています。

【菊谷】 今のお答えで、各施設の関連の先生方でご追加ありますか。お願いいたします。

【樋口】 上天草総合病院の樋口です。きららの里は併設の施設です。私どものところでは歯科医がおりまして、VF、VEもしております。また、今年ようやくSTを採用できましたので、歯科医とSTで、病院のほうでは比較的多くの症例を嚥下造影も行っております。やはりいろいろな面では、有用だろうと思います。それをはっきりしたうえで、訓練に持っていくということでやっております。

【菊谷】 ご質問いただいた先生、このようなご回答だったのですがよろしいでしょうか。ほか、いかがでしょうか。お願いいたします。

【質問者1】 はちみつとハチアズレで口腔のケアをしておられましたが、これはいろいろな施設によって何を使われるか違うと思います。口が開いていればなかなか難しいと思いますが、口腔内の湿潤を保つために、実際どういったものを使われて行われているのか、物理的にいろいろなもので口腔ケアをされるときに、理論的にこれがいいなどあるのかどうかを菊谷先生を含めてお伺いしたいのですがいかがでしょうか。

【菊谷】 私が今回の演題を伺っていて非常に印象的だったのでは、うがいのことについて非常に強調されていたことです。誤嚥性肺炎をもしターゲットにした場合には、どうやって口の汚れを取るかという問題と同時に、重要なのは誤嚥をさせないということが非常に重要なのだろうというふうに考えています。ですから、きれいにすること、誤嚥をさせないことが目的とすれば、そこについてくる手段が紅茶であっても、はちみつであっても、いろいろあってもいいだろうと思います。そして誤嚥対策としては、吸引であったり、ふき取りであったり、姿勢の確保、体幹の保持というようなことで、嚥下の悪い方が肺炎になる、誤嚥する方が誤嚥性肺炎になるという考え方からすれば、口腔ケアの目的は、口腔ケア中には、少なくとも誤嚥させない。普段からの、口腔内の汚染物を誤嚥させない取り組みというのが重要になるだろうというふうに考えています。

そのような中で、三軒家さんのご発表の中にも逆流からくる肺炎、発熱等についても言及されていましたが、口腔内の汚染物が多少誤嚥されても、それが誤嚥性肺炎になるのではなくて、実は要介護高齢者の肺炎の多くは、逆流の問題だということを強くおっしゃる先生もいらっしゃいますので、口腔を清潔にするということだけが肺炎の切り札ではないというスタンスで、その汚染物の回収、そして誤嚥させないということに力点を置いた口腔ケアが重要だろうと、今、私たちは考えているところです。今回の発表に限らず多くのご発表で、いろいろな口腔ケアグッズの話が出てきます。もちろん重要ですが、ここの部分をこう取るのだよというところにあまり振り回されないほうがいいのかなと思っています。虫歯予防や歯周病予防、口臭予防という観点ではなくて、もし誤嚥性肺炎を予防することが口腔ケアの目的であった場合には、いかに誤嚥させないかというところが重要だと思っています。このあたりは三上先生、いかがでしょうか。

【三上】 われわれのところも、実際のところは業者の展示にもありますように、いろいろな会社が次々、この市場をターゲットに参入していただいておりますので、やはりまず1つは、使ってみないと分からないということもあって、関連施設の皆さんと一緒にいろいろなものを試しているようなところです。やはり簡便性やコストの問題も出てきますの

で、そういった意味でははちみつなどで流用することがいいというところもあるかもしれませんが、残念ながら私の施設では、これがベストだという状態にはなっておらず、次々出てくる商品を試しながら、現場の皆さんの意見を聞いているというのが現状です。

【菊谷】 木村さん、澤田さん、そのあたりいかがでしょうか。うがいから、保湿から、汚れを取る道具まで、先生方のご意見を聞かせていただけますか。

【木村】 菊谷先生が言われましたように、抗菌につきましてはあまりこだわっていません。適切に回収できるという目的からすると、殺菌や抗菌効果というのはあまり期待しなくてもいいので、どちらかというと味です。利用者さんが一番いいだろうというような味を考えるということで、スタッフ等でいろいろな製品を味見しながら考えているところです。ほかの口腔ケア用品につきましては、歯科衛生士が自分たちでいろいろ使ってみて、その中で使いやすいというものを使っています。三上先生がおっしゃったようにコスト面との兼ね合いで、一番コストに見合って使いやすいという道具を選択しております。

【澤田】 口腔清掃のときの殺菌剤ですが、私のところでもあまり期待をしていません。口腔内のいわゆる汚れというのは、バイオフィルムを形成していますので、機械的除去に勝るものはないというふうに考えています。使いますのは、先ほどのはちみつもよく理解できるところで、その対象者になじみのあるお茶や、高齢者の場合、リンゴ風味のものがいいと言われておりますが、そういったものを使っております。イソジンや、アルコールが入っているものは揮発性が高く、その際、水分を蒸発させますので、口腔乾燥の原因になったりしますので、よっぽどのときでなければ使わないというふうにしています。それ以外の道具では、口腔ケアのときにフェイスガードをするようにしています。歯ブラシやスポンジブラシで口腔ケアをしているときに、目に見えない飛沫をしております。マスクだけではなく、フェイスガードをするというふうにしています。フェイスガードは、逆に術者の表情も良く相手に伝わりますので、言葉がけをしながら表情も見せながら行っています。

【菊谷】 ありがとうございます。フロアからこの話題について何かご意見ありますか。歯科衛生士さんもお見えだと思いますがいかがでしょうか。お願いいたします。

【質問者2】 長崎のほうから参りました歯科衛生士です。先生方どうもありがとうございます。いろいろなグッズを使ってまいりますと、やはり1人の方にかかる口腔ケアの時間がどうしても長くなってくると思います。永田さんのご発表のときに従来3分かかっていたのが、5分から10分ぐらいかかるようになったというご発表がありまして、それを多分良きととらえておられるのではないかと思ったのですが、歯科衛生士、看護師の方にお尋ねしたいのは、口腔ケアにかかる時間、例えば胃瘻の方、お口から全然食べてらっしゃらない方や口腔内の筋力がすべて弱ってらっしゃる方に対して、5分、10分かかること、それからいろいろなグッズを使うことが、いいのか悪いのか、そのあたりがどうなのかというところを教えてください。

【菊谷】 口腔ケアにかかる時間というのは1つの指標になるとは思います。ただ早いからいいのか、長くかかったからいいのかというのは、その評価が分かれるところです。効率良く、テクニックが上がれば、同じことをやっても早く時間が済むと思います。利用者の疲労を考えると、手早く短時間で行うことがいいという評価も出てくると思います。ただ、何でも早くできることは、当然、一般的には質が落ちるのではないかという感じもしないでもないので、そのあたりの評価は難しいところではないかと思います。いろいろな道具を試していると、せっかくの口腔ケアのカンファレンスが道具評価で終わってしまいます。新しいメーカーが持ち込んだものをなめ

ている間に、貴重な1時間が過ぎてしまうので、道具にはあまり溺れたくないなということです。先ほど、澤田さんがおっしゃっていただいたように、基本的には物理的破壊、それを確実に口腔外に排出することが口腔ケアの基本なので、あまり道具には振り回されたくないと私たちは思っています。

【三上】 先ほどの発表はおそらく、短時間に済ませていたことが、きちんとできるようになったという発表だと思います。

【永田】 口腔ケアを目的にはしているのですが、どうしてもかかわり合う時間というのが少なくなってしまっていたので、今回、移動時間、移乗時間を含めて5ないし10分としているのですが、その中には声かけを多くするだとか、表情の観察など、利用者にかかわる時間を含めたものです。決して、時間いっぱいをケアに充てているということではありません。

【三上】 ありがとうございます。実は私がかかわっている施設でも、ケアの時間は長くなっているのですが、職員はその倍になった時間に対して、倍の負担感は感じていないようです。それで成果が上がってくるなどの、いろいろな事柄をエンジョイしながら働いている職員が増えていますので、そういった評価もしていきたいなと思っています。

【菊谷】 先ほど、澤田さんのご発表にもありました、やらなくてはいけないから、やらされている仕事なのか、果たしてそれを1つの目標に持って、成果を感じながら仕事をしているかによっては、その充実感や、かかる時間に対する気持ちもおそらく違ってくるのではないかという感じはします。口腔ケアのさまざまな効果がうたわれる中で、果たしてそれが口腔ケアという行為に対しての効果なのか、それとも口腔ケアにまつわる利用者さんとワーカーまたは歯科衛生士との心のコミュニケーションを通じた全体の効果なのかということが、よく論議されているところです。口腔内という極めて感覚の鋭いところ、そして何よりも私たち人間にとって重要なところに触れるということが、機械的にできるところではない、当然、質の良いケアをしようと思ったときには、利用者との十分なコミュニケーション等が必要になってきます。そのコミュニケーション、またはかかわりが実は、認知機能の予防につながったり、笑顔につながったりしています。先ほどの、「写真を撮らせてくれ」と言ったら「写真はやめてくれ」と言うのも、素晴らしい効果だと思います。もしかすると、今まではそういう濃いかかわりをしていなかったのが、口腔ケアの取り組みを通じて、発語がなかった人に発語が出てきたというのは、コミュニケーションが増えたのだろうという思いで聞いておりました。どなたか話題の提供をしていただける方、いらっしゃいますか。今回の発表の中でご質問を追加いただけませんでしょうか。岡林さんどうですか。

【岡林】 やはり食べるということで、当院でも胃瘻の患者さんに対して、いろいろなアプローチをしていると食べられるようになるということが増えてきているのではないかと思ってきています。皆さんのところでは、そのような患者さんというのは多いのでしょうかというところを知りたいのですが、いかがでしょうか。

【菊谷】 いかがでしょう。順番にいきましょう。

【三軒家】 当院でもPEGをしながらでも、口から何か食べたいという方もあって、嚥下評価を受けながら楽しみ程度にプリンやヨーグルトなどを食べていた患者さんも以前にはおられるのですが、徐々に状態も悪くなってきて、嚥下状態も悪いために、もう今は食べられていないという状況です。最近PEGから食べられたという状況はありませんが、以前にはありました。

【木村】 最近、胃瘻はずいぶん高齢の方にするケースが多くて、当院でも90歳を超えて、今から胃瘻というケースも少なからずあるという状況の中で、

そのような患者さんにつきましては、なかなか経口摂取に移行するというのは非常に難しいのではないかというケースが多いです。ただ、中にはやはり摂食嚥下機能と、実際、胃瘻という状況が合っておらず、おそらくは食べられるだろうなということであったり、あるいは、摂食嚥下の機能ではなくて食べないというようなことから胃瘻したというケースについては、何とか経口摂取に移行できるというケースは、数は少ないですがあります。あと、口腔ケアのネットワーク事業を当地域でやっていて、維持期の病院において、私が研修で話をさせていただく機会があったのですが、そこの院長先生とお話ししたときに、摂食嚥下の話を少しさせていただいたあとに、胃瘻の方にはなるべく余計なことはしたくないという発言もありましたので、本当は口から食べられるだろうに、今、あえて胃瘻という選択をせざるを得ないという状況の方も、数は多くはないと思いますが、いるのが現状だと思います。

【澤田】 口腔ケアというのは、いわゆる口腔清掃だけではなくて、国診協が言っていますように清掃やリハビリ、治療も含めた口腔ケアを研修や実地で行っています。その結果、肺炎が減ったり、胃瘻の方の口腔ケアで発語があったりします。栄養は胃瘻から入れていますが、人生の楽しみとして口からも食べられるというような方が出てきたりしています。

【遠藤】 当院は急性期病院ということで、PGE を作ってから、根気強くリハビリをして召し上がっていただくというような期間はなかなか取れないので、PEG を作っても安定したら慢性期や療養型に転院されることが多いので、PEG を作ったあとに召し上がっている方はあまり拝見しませんが、ST としては PEG を作ることで栄養状態の改善と、肺炎が改善することによって、経口摂取が再開できるというふうに考えて PEG をご家族に説明しています。

【永田】 胃瘻を造設後、長い年数が経ってしまうと、どうしても機能の低下などが考えられるので、口から食べるのは難しいと思います。一度、牛乳ゼリーなどをテストなどで試みたこともあったのですが、直後、おそらく熱を出されて、誤嚥された可能性もあるということで、当施設では経口移行できる対象の方は、現段階ではいらっしゃいません。

【菊谷】 お願いいたします。

【立野】 先ほどの強迫的な働きを研修でなんとか薄めたいと思って、いろいろさせていただいております。どこまで回復するかというのは、胃瘻を作る状態によると思います。その原疾患がいわゆる脳卒中の状態で食べられないのが、ある程度自然経過あるいはリハビリかで良くなっていくと、胃瘻したためか分からないけれど食べられるようになったということのほうが多いのではないかと思います。逆に、最近の私の経験ですが、ご飯も食べられず、家族も小点滴ぐらいであまり何もしなくていいという入院患者に、3週間低カロリーしかやれませんので、実際にそれをやっていたら、どういうわけか食べられるようになった人がいます。おなかを減らせる状態にしていれば、本人のご飯が食べたいという気持ちが出てきたのかよく分かりませんが、そういうことがありました。最初に発表された三軒家さんのところも胃瘻より経管が多かったと思いますが、当院でもあまり胃瘻は作らないようにしています。ただし経管でやっても本当に何年もということで、家族としても胃瘻を作るまではせずに、鼻から管を入れて栄養補給だけはお願いしますということで、3年、5年生きられて思惑が違うということもあります。また統計的には分かりませんが肺炎は経鼻経管のほうが多いと思いますが、本当にどういうふうに対応していいのかということは迷っているところもあります。

【菊谷】 ありがとうございます。おなかをすかしてという話は面白いと思いました。実は、私たちは子どもたちのリハビリをやっていて、一度も口からものを食べたことがない子どもで胃瘻の方がいらっしゃるのですが、それこそ胃瘻からあげないことをやると食べだす子たちもいます。おなかいっぱいの

感覚をずっと与えておくというのもどうなのだろうという話もあります。この胃瘻の問題は、多分、これだけで何時間でもディスカッションになってしまうと思うので、胃瘻の話から元に戻していきたいと思います。どうぞ、はい。

【質問者3】 本日のワークショップ、摂食・嚥下・口腔ケアということで、ここ数年、全国国保地域医療学会では、このテーマに基づいていろいろなワークショップを続けています。先ほどのお昼の教育セミナーのお話にもありましたが、超高齢社会の中で、いろいろな臓器別の疾患があるわけですが、その基礎地になるのは栄養や口腔の問題だというふうに認識がだんだん広がっていると思います。何年か前にNSTというのが、疾患の治療として栄養がベースになるということで、爆発的に全国に広がってきたように、摂食・嚥下や口腔についても、いろいろな疾患を治療するうえで非常にベーシックな部分だということが全国にもう少し広がって、超高齢社会の中にあって病院でも施設でも在宅でも、すべての人が摂食・嚥下口腔ケアにかかわっていかなくてはいけないのだというような認識が、こういう機会を通じて、全国的に広がっていけばいいと思っています。このようなワークショップも、その一助になればいいと思います。本日参加された先生方、講師の先生方、座長の先生方、いろいろなところでご活躍されていると思いますので、また皆さまよろしくお願いいたします。

【菊谷】 今のご発言がまとめになりましたが、おっしゃったとおりだと思います。口腔ケアは1999年に誤嚥性肺炎の予防に貢献があると、ランセットにこの論文が載ってからいろいろな場面で取り上げられるようになっています。当時から考えれば、実に口の中は良くなりました。ただ、木村さんのご発表を見ていても、木村さんの地域でもまだ、こういう課題があるということが見えてくるように、まだまだの部分もあります。それには行政的な医療保険、介護保険のバックアップも必要ですが、われわれ医療者、福祉、介護、あらゆる携わっている人間がもっともっと口腔ケアを広く知って、その取り組みを続けていかなくてはいけないのではないかというふうに思っています。私たちは、外から拝見していて国診協の皆さんの取り組みは、本当に先進的な話で、いつも頭が下がる思いです。先生方に、ぜひ、ますます引っ張っていただいて、日本の口腔ケアを変えていただきたいと期待しています。

【三上】 菊谷先生ありがとうございました。国診協では毎年、各種のモデル事業をやっておりますが、その中で口腔や栄養に関するものもございます。そしてその中で生まれてきたいろいろな成果物については、国診協のホームページからダウンロードをしたり、情報を得ることができます。先ほど、澤田さんからも出ましたが、そういった事業を通じてわれわれは口腔ケアについては、特に包括的口腔ケアということで、単なる清掃のみならず、治療やいろいろなことを含めたことが口腔ケアだということも推進しております。また、毎年、この全国国保地域医療学会は2日間の日程の日程ですが、開催前日に、口腔保健研修会という勉強会並びにディスカッションの情報交換会をやっております。昨日は、本日お見えの菊谷先生にご講演をいただき、木村さんから情報提供をいただきました。そのような形で毎年やっております。来年は、私の病院があります鳥取・島根で全国学会の前日に口腔保健研修会がございます。本日お集まりの皆さまはこのテーマにご興味がおありだと思いますので、ぜひ、前日からお越しいただいてディスカッションできればと思い、情報提供をさせていただきました。

これでこのワークショップを終わります。皆さまありがとうございました。