

# 包括的口腔ケアの実践

第8回

【最終回】

## 包括的口腔ケアの地域連携

木村年秀

国診協歯科保健部会副部会長／香川県・三豊総合病院歯科口腔外科医長

### はじめに

入院中は、看護師や歯科衛生士がしっかり口腔ケアをしていたが、自宅に帰ると本人や家族の手が口腔までまわらず、誤嚥性肺炎を起こして再入院してしまった、というケースに遭遇したことがある医療や介護の関係者は多いのではないだろうか。また、歯科医師や歯科衛生士が訪問歯科診療として在宅患者に関わり始めたときには、むし歯で残根だらけ、入院中にしばらく義歯を外していたため義歯が合わないなど、もう少し早めに対応できればいまのような状況にならなかったのに、と思うケースにもたくさんあるのではないだろうか。口腔問題への対応は入院中の病院で、まだまだ遅れているのに加えて、転院時や退院時に情報伝達が十分できていない、在宅での対応が非常に遅れているということであろう。歯科診療科がある病院は少なく、また歯科口腔外科があっても、他科の入院患者に対する関わりが十分できていないことも一因であると思われる。

平成20年度からの第五次医療計画では、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病と小児救急医療、災害時医療などの5事業の体制を医療圏ごとに具体的

に整備することが計画されている。すなわち、急性期病院から回復期病院、維持期、さらに在宅へと地域でさまざまな医療機関や介護サービス事業所等が機能分担して、一人ひとりの患者の情報を共有しながら治療・ケアしていくことが求められている。この体制づくりのなかで歯科専門職は役割を明確に示し、医師、薬剤師、看護師、リハビリスタッフ、MSW、介護士、ケアマネジャーなど、その患者・利用者に関わるすべての職種に口腔や摂食・嚥下の情報を伝達し、包括的な口腔ケアを多職種連携により適切に実践することが必要である（図1）。

### 地域連携クリティカルパス

良質な医療を効率的かつ安全・適正に提供するための手段として、疾病や治療法ごとに作成した診療計画表であるクリティカルパスを病院間や病院と施設間、さらに在宅でも使用する、いわゆる地域連携クリティカルパスが全国的に普及してきている。国診協でも地域連携クリティカルパス部会のなかで、とくに病院退院後の医療と介護の連携に重点をおいた国診協版の地域連携パスを作成することを検討しているようであるが、口腔や摂食・嚥下の問題もパス項目として組み込

図1 包括的口腔ケア連携の実際

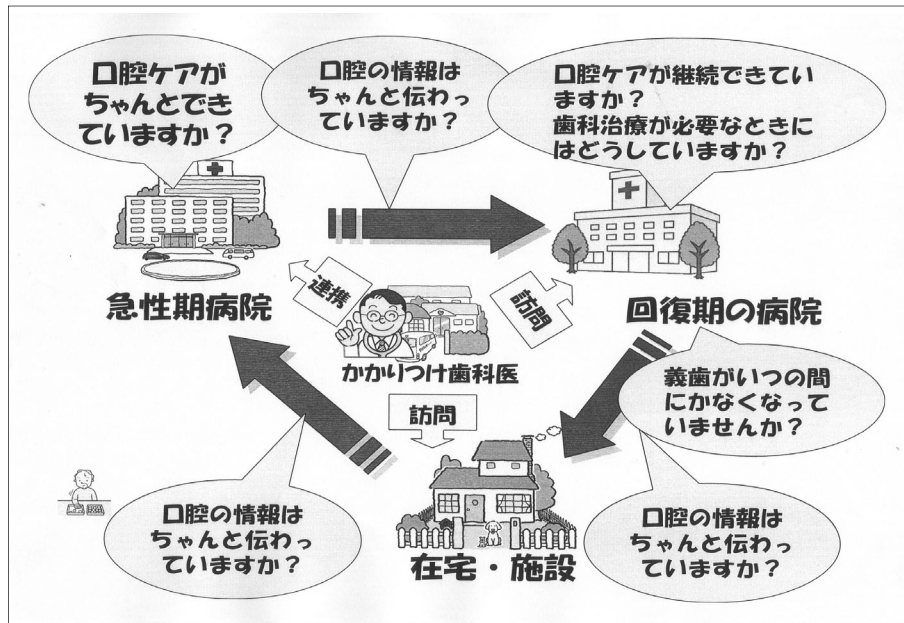
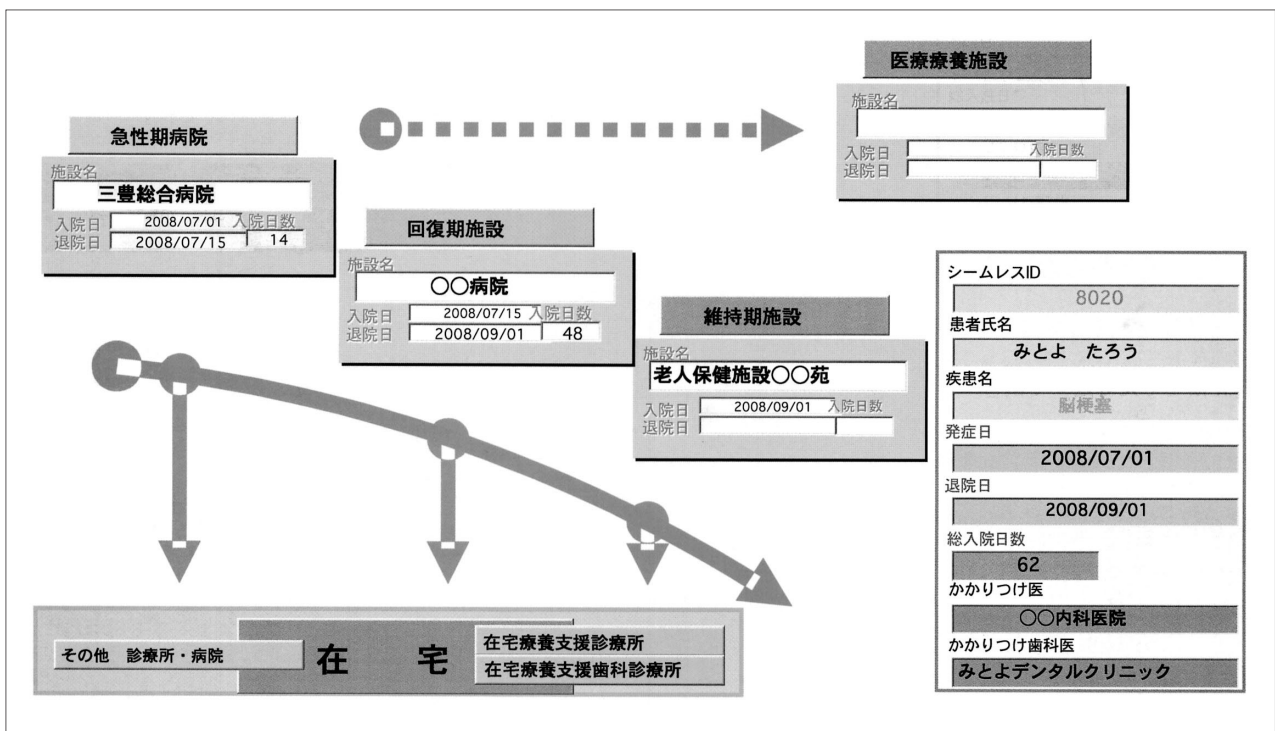


図2 全体連携図



んでもらえれば幸いである。

前述したように、口腔問題は入院中に適切な対応が行えないうえに、退院後に放置されることが多く、医療機関からケアマネジャーや訪問看護ステーションへの情報提供、あるいは定期的なモニタリングが不可欠である。

## 香川シームレス研究会での活動

香川県の中西讃地区では、医療機関や介護サービス事業所間での情報の共有化と患者・家族が安心できる連携体制を確立することを目標に、平成17年に香川シ

図3 脳卒中パスシートの記入例

〇〇病院		担当者 殿 【患者様 経過報告書 兼 依頼書】		8020	
フリガタ 氏名	〇〇西 〇〇雄	性 様	男性	生年月日 昭和06年02月21日	年齢 77
診断名 (部位)	脳皮質下出血 左前頭葉	既往症	多発性脳梗塞 (H7、H20)、左不全片麻痺、未破裂脳動脈瘤、C型慢性肝炎、十二指腸潰瘍		
アレルギー	特記事項なし	治療法	保存的治療(意識障害あり)	発症日	平成20年5月4日
入院時状況	■ NHSS 27 /42 ■ mRS V	手術日	Barthel Index 0 /100	■ JCS 200	■ GCS E1V1M4 6 □ WFNS □ Hunt & Kosnik □ Fisher
経過	ステップ1 (ADL全介助レベル)	ステップ2 (ベッド上動作レベル)	ステップ3 (車いすレベル)	ステップ4 (歩行可能レベル)	ステップ5 (応用歩行可能レベル)
到達目標	□ ベッド上臥床 開始日 介助度:	□ 寝返り 開始日 介助度:	■ 車いす移乗 開始日 介助度:	□ 歩行器歩行 開始日 介助度:	□ 階段昇降 開始日 介助度:
次ステップへの達成度	■ キャッチ座位 開始日 介助度:	■ 起き上がり 開始日 介助度:	□ 車いす駆動 開始日 介助度:	□ 杖歩行 開始日 介助度:	□ 屋外歩行 開始日 介助度:
到達目標	■ 起立~立位 開始日 介助度:	■ 起立~立位 開始日 介助度:	□ 独歩 開始日 介助度:		
受備前	ステップ	JCS 3		最終到達 ステップ [ 1 ]	
生活場所: 介護認定: 介護度: 介護手帳: 寝たきり度: 担当ケアマネジャー:	性別: 長男 介護認定: なし 介護度: 3級 介護手帳: 3級 寝たきり度: なし 認知症老人自立度: なし	寝たきり度: ランク ( C2 ) 合併症: 発熱 栄養障害 監視・抑制: 抑制 右上肢 問題行動: なし 認知症: あり 栄養摂取: 経管栄養 747ml/400ml・白湯200×3 ADL動作: 介助度 コメント	認知症老人自立度: ランク ( IV )	コメント 作業療法士 : 〇〇〇 H20年5/8よりbedsideにてOT開始。前回の発症の左片麻痺残存しており、上肢・下肢ともに関節可動域制限がありました。開始当初、覚醒レベル低く、精神面の検査も悪い状態でした。訓練では上肢機能訓練・色塗りやパズルなどの精神面のアプローチを行ないました。今後の評価・訓練よろしくお願ひ致します。 歯科衛生士 : 〇〇〇 5月8日主治医より口腔ケアの紹介があり週3回程度の口腔ケアを実施していました。口蓋・舌に転倒の付着、口器は乾燥しているのでオーラルバランスを使用しています。貴院に転院後も口腔ケアの継続をお願いします。 理学療法士 : 〇〇〇 現在、訓練室にて座位訓練、関節可動域訓練、筋力増強訓練を中心に行なっています。座位は軽介助、背部から手を添える程度で可能。移乗動作は全介助です。左下肢には痙攣が見られ、足関節背屈0°と制限がみられます。意識障害がはっきりとはしませんが、麻痺は右下肢B.R.SIII~IVレベルと思われる。訓練時には指示に対する理解はありますが、注意の持続性は低く訓練困難な状態です。 看護師 : 〇〇〇 CL200点にて入院。H7脳梗塞にて左所下肢麻痺あり、未破裂動脈瘤もあり保存治療開始となる。5/8軽麻痺で7/12に開始。5/12にはCLアップし、会話できるようになる。右上下肢活発に動きあり7/12後退の危険あり抑制中。現在痙攣はないが、寝たきり度ランクC2で尿・便失禁の為に褥瘡の危険性大。排便が多く、適宜吸引が必要だがバイタルは安定している為、転院となる。 言語聴覚療法士 : 〇〇〇 平成20年5月7日訓練開始しました。現在、間接的構下訓練、構音訓練、発声訓練を実施しております。構下機能は喉頭クリアランス低下があり、常に痰の貯留がある状態です。呼吸減弱があり、自力嚥下は困難な状態です。現在食事摂取は経管栄養です。構音面は舌の位置がみられ、発声明確度は3のレベルであり、話題が暗黙測できる内容以外の会話の理解は困難な状態です。訓練継続お願い致します。	
食事: 排泄: 入浴: 更衣: 移動: 建物: 階段: 手すり: トイレ: 職業: かかりつけ医: かかりつけ歯科医: 紹介医:	自立 自立 全介助 全介助 一部介助 一戸建て(持ち家・一階) なし なし 洋式 左官 〇〇病院 みとやデンタルクリニック 〇〇病院	食 全介助 セッティング し経管栄養 入 全介助 特浴 最終実施日: 平成20年5月29日 排 全介助 オムツ 移 全介助 最終排便日: 6月5日 カテーテル更新日: 更 全介助 整 全介助 高次脳機能: その他 嚥下障害: なし 嚥下・NST・PEG記載: 言語障害: あり 構音員製作: □ シャントバルブ 品名 □ r t-PA 効果 □ ワーファリン PT-INR目標値		訪問看護 回/週 訪問介護 回/週 訪問リハ 回/週 通所介護 回/週 通所リハ 回/週 福祉用具: 住宅改修箇所: キーパーソン: 担当MSW:	
施設名		三豊総合病院			

かかりつけ歯科医の情報を聴取し記載する。コメント欄には歯科医師や歯科衛生士が転院先の病院に口腔の情報、口腔ケアの依頼内容などが記載できる。

ームレスケア研究会を立ち上げた。研究会では地域連携クリティカルパスの作成や運用するための検討、症例報告が定期的に行われている。歯科については、香川県歯科医師会の地域連携クリティカルパス・ワーキンググループ委員が2か月ごとに開催される研究会に出席して、歯科医師会としての活動を報告したり、在宅グループでの検討に参加している。

香川シームレスケア研究会が使用するパスシートは、①脳卒中(図3)、②大腿骨近位部骨折、③嚥下・NST、④在宅、⑤歯科在宅——の5種類である。研究会活動の特徴として、医療機関のみの連携ではなく、施設や在宅療養を視野に入れたパスを作成しており、医療機関と在宅・施設、施設と在宅の情報共有のためのシートである「医療-介護連携シート」、「介護-医療連携シート」やケアマネジャーが毎月の業務であるモニタ

リングに使用する「在宅モニタリングシート」も作成した。

「歯科在宅パスシート」(図4)は、在宅療養支援歯科診療所\*が口腔機能を管理する書式をそのまま採用して作成し、病院歯科から転院先病院・施設、在宅療養支援歯科診療所からケアマネジャーへの情報提供に使用している(図5)。また、香川県歯科医師会内に在宅歯科医療連携室を設置し、訪問歯科診療希望者の相談窓口、医科と歯科との連携窓口としての役割を果たすなど訪問歯科医療提供体制を整備しているところである。

**当歯科保健センターでの連携事例**

事例は86歳男性、平成10年に脳梗塞、高血圧、高脂

\*在宅療養支援歯科診療所：後期高齢者の在宅または社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所を「在宅療養支援歯科診療所」と位置づけ、平成20年の医療保険改正で新設された。

図4 歯科在宅パスシートの記入例

訪問歯科医療機関名		歯科医師名		シームレスID 2329046		香川シーレスケア研究会	
<b>【歯科 モニタリング用紙】</b>							
フリガナ 氏名	様	性別	女性	生年月日	昭和19年2月19日	年齢	65
診断名 (部位)	くも膜下出血		既往症	高血圧、高血糖		現病歴	2009/6/14発症、6/15右側顔クリッピング術施行。
■初発	1	回目	くも膜下出血	治療法	脳動脈瘤クリッピング	発症日	平成21年6月14日
アレルギー	なし		手術日	平成21年6月15日	入院日	平成21年6月14日	転院時 薬物療法
評価日 平成21年11月9日				転院時		転院時 薬物療法	
全身状態	有・無/種類	コメント					
治療中の疾患	あり	くも膜下出血					
服薬	アテレンゴ錠10 2錠1日2回 朝・夕食後/タナドリル錠5 1錠1日1回 朝食後/プレミネット錠 1錠1日1回 朝食後/シナール 3錠1日3回 朝・昼・夕食後/25mgアリナミン錠2錠 2錠1日2回 朝・夕食後/メチコバル錠500μg 3錠1日3回 朝・昼・夕食後/リパロ錠2mg 1錠1日1回 夕食後/タケプロンOD錠15 1錠						
肺炎の既往	あり	Alb:3.1g/dl TP:5.9g/dl					
低栄養リスク (体重の変化等)	あり	Alb:3.1g/dl TP:5.9g/dl					
食事形態	介護食	嚥下食2A ソフト食					
口腔内状態	良好						
清掃の状況	良好	軽度					
口腔乾燥	なし	なし					
むし歯	なし	なし					
歯周疾患	なし	なし					
口腔軟組織疾患	なし	なし					
義歯の使用状況	上顎総義歯(非使用)、左下顎白歯(必要時使用)右下顎白歯(必要時使用)						
噛み合わせの安定	良好						
口腔機能の状態	良好						
咀嚼機能	不調	普通					
摂食・嚥下機能	普通	普通					
発音機能	普通	普通					
管理計画	緊急性をもって行うには○、継続して行うには○						
治療	◎義歯修理など						
口腔衛生	○歯の衛生 ○粘膜の衛生						
口腔機能	◎かむ機能 ○飲み込む機能						
改善目標	①咀嚼機能の回復 ②清潔な口腔環境の保持						
治療期間	1	か月	頻度	1	/週		
管理期間	3	か月	頻度	1	/月		

特記事項	現在歯数 8本	コメント
	上下義歯を持っていますが、つい最近まで使用していませんでした。	6月17日より歯科衛生士による口腔ケアを実施しており、現在、口腔内の清掃状態は良好です。意識障害、発熱等あり、経管栄養よりなかなか経口摂取への移行ができませんでしたが、10月20日より経口摂取開始し現在、嚥下食3を摂取しています。最近義歯を装着するよう試みましたが、嘔吐反射強く上顎義歯は装着することが困難です。何とか下顎の義歯は入れてもらうことができている状態です。特にかかりつけの歯科医院はないようですが、転院後に地元歯科の先生に義歯調整をご依頼していただければ幸いです。
	歯肉の状態は良好です	

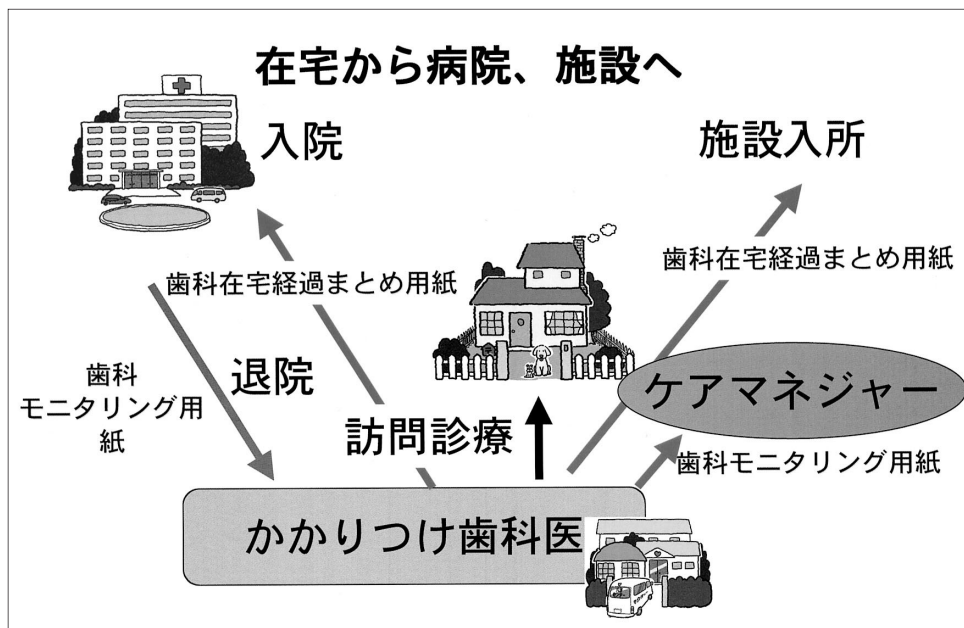
  

特記事項	現在歯数 本	コメント
		

特記事項	現在歯数 本	コメント
		

図5 歯科パスの流れ



## 図 6 事例の歯科モニタリング用紙

訪問歯科医療機関名		歯科医師名		シームレスID	
【歯科 モニタリング用紙】		M 歯科医院		M T	
				8020	
				香川県277研究会	
フリガナ 氏名	カノ クノ K K 様	性別 男性	生年月日 1921/〇/〇	年齢 86	現病歴 7/21小脳梗塞にて当院に救急搬送される。当院内科にて保存的治療、小脳出血性梗塞あり、ワーファリンを休薬している。
診断名 (部位)	小脳梗塞 小脳	既往症	胸部動脈瘤、椎骨動脈狭窄症、高血圧症、慢性心房細動、腎硬化症、脳梗塞		薬物療法 タケプロンOD錠30 1錠/day、ミカルヂス錠40mg 1錠/day、ラシックス錠20mg 1錠/day、タフマックEカプセル 3cap/分3、デバス錠0.5mg 1錠/day、アテレック錠10 1錠/day
初発/再発	2 回目	H10脳梗塞	治療法 保存的治療(意識障害なし)	発症日 平成20年7月21日	感染症 なし
アレルギー	なし	手術日	退院日 平成20年8月11日	入院中診察歯科医療機関名 三豊総合病院	
				歯科医師名 木村年秀	

評価日		平成20年8月8日		退院前	
全身状態	有・無/種類	あり	無/種類	あり	無/種類
治療中の疾患	あり	小脳梗塞、高血圧症、高脂血症	あり	小脳梗塞、高血圧症、高脂血症	あり
服薬	あり	タケプロンOD錠30 1錠/day、ミカルヂス錠40mg 1錠/day、ラシックス錠20mg 1錠/day、タフマックEカプセル 3cap/分3、デバス錠0.5mg 1錠/day、アテレック錠10 1錠/day	あり	タケプロンOD錠30 1錠/day、ミカルヂス錠40mg 1錠/day、ラシックス錠20mg 1錠/day、タフマックEカプセル 3cap/分3、デバス錠0.5mg 1錠/day、アテレック錠10 1錠/day	あり
肺炎の既往	あり	あり	あり	あり	あり
低栄養リスク	あり	食量の低下があります	あり	食量の低下があります	あり
(体重の変化等)	あり	あり	あり	あり	あり
食事形態	介護食	経口摂取(嚥下食4:全て刻み)	介護食	経口摂取(全粥・全てキザミ)	介護食
口腔内状態	良好	良好	良好	良好	良好
清掃の状況	良好	良好	良好	良好	良好
口腔乾燥	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度
むし歯	あり	治療の緊急性なし	あり	治療の緊急性なし	あり
歯周疾患	あり	治療の緊急性なし	あり	治療の緊急性なし	あり
口腔軟組織疾患	なし	なし	なし	なし	なし
義歯の使用状況	なし	上顎総義歯(非使用)	なし	上顎総義歯(非使用)	なし
噛み合わせの安定	あり	義歯製作(修理等)の必要性あり	あり	義歯製作(修理等)の必要性あり	あり
口腔機能の状態	あり	あり	あり	あり	あり
咀嚼機能	不調	不調	不調	不調	不調
摂食・嚥下機能	不調	義歯装着し摂食すると違和感あり、咯みられる。	不調	義歯装着し摂食すると違和感あり、咯みられる。	不調
発音機能	不調	不調	不調	不調	不調
管理計画	緊急性をもって行うには○、継続して行うには○	緊急性をもって行うには○、継続して行うには○	緊急性をもって行うには○、継続して行うには○	緊急性をもって行うには○、継続して行うには○	緊急性をもって行うには○、継続して行うには○
治療	○義歯製作	○義歯製作	○義歯製作	○義歯製作	○義歯製作
口腔衛生	○歯の衛生 ○義歯の衛生 ○粘膜の衛生	○歯の衛生 ○義歯の衛生 ○粘膜の衛生	○歯の衛生 ○義歯の衛生 ○粘膜の衛生	○歯の衛生 ○義歯の衛生 ○粘膜の衛生	○歯の衛生 ○義歯の衛生 ○粘膜の衛生
口腔機能	○かむ機能 ○飲み込む機能	○かむ機能 ○飲み込む機能	○かむ機能 ○飲み込む機能	○かむ機能 ○飲み込む機能	○かむ機能 ○飲み込む機能
改善目標	食べる機能 歯、義歯、粘膜の衛生	食べる機能 歯、義歯、粘膜の衛生	食べる機能 歯、義歯、粘膜の衛生	食べる機能 歯、義歯、粘膜の衛生	食べる機能 歯、義歯、粘膜の衛生
①上顎義歯新製	②義歯を装着・使用し、摂食・嚥下がスムーズに行える	①上顎義歯新製	②義歯を装着・使用し、摂食・嚥下がスムーズに行える	①上顎義歯新製	②義歯を装着・使用し、摂食・嚥下がスムーズに行える
口腔内衛生状態の改善	口腔内衛生状態の改善	口腔内衛生状態の改善	口腔内衛生状態の改善	口腔内衛生状態の改善	口腔内衛生状態の改善
治療期間	2 週間	頻度	3 /週	治療期間	2 週間
管理期間	2 週間	頻度	3 /週	管理期間	2 週間
特記事項	コメント	特記事項	コメント	特記事項	コメント
現在歯数 14 本	コメント	現在歯数 14 本	コメント	現在歯数 14 本	コメント
上顎義歯は入院後使用していない	2008年7月28日紹介初診。初診時口腔内所見は右下6動揺著明、残存歯に歯垢がみられた。右下6については翌日抜歯施行。不正出血もなく順調に経過。上顎はオーバーデンチャー使用されていたようだが、当院入院した日より使用してあらず、袋に入れて乾燥した状態で保管されていた。退院前に家人と相談し、転院先(高香川病院)にて義歯新製を希望されており、かかりつけ歯科の先生に連絡し、加療継続していただく運びとなった。	上顎義歯は使用していない	8月11日N病院に転院。本日より上顎義歯の作製を開始する。口腔ケアは、看護師、言語聴覚士で十分できている。	上顎義歯装着	2008年8月19日より上顎義歯の作製をはじめ、9月12日総義歯を装着。下顎右側の大口歯欠損、上顎左側半埋伏智歯のため、維持がとりにくい。義歯の取り扱いについて説明し、義歯安定剤の使用を勧める。
右下6抜歯		智歯半埋伏		智歯半埋伏	

初診時の状態



血症の既往がある。平成19年3月に嘔声出現、精査中に胸部大動脈瘤がみつき、K中央病院心臓外科にて通院でフォローされていた。平成20年7月に自宅の作業所で作中に倒れ、当院に救急搬送、アテローム硬化症による小脳梗塞と診断され、内科にて保存的治療、リハビリテーションを行うことになった。

入院1週間後に、口腔内の汚染、右下奥歯の動揺のため内科より歯科紹介となった。歯科初診時には、歯に痰が多量に付着している状態であり、右下第1大臼歯には著しい動揺があった。動揺歯は、主治医に抜歯

の可否を確認後、翌日抜歯した。口腔内の清掃不良に対しては看護師による口腔ケアに加えて、定期的に歯科衛生士による口腔ケアを実施することになった。上顎は部分義歯を持っていたが、噛み合わせと適合が悪く、使用できる状態ではなかった。義歯の新規作製が必要だが、転院も近いことから、家族とも相談し、転院後にかかりつけ歯科医に訪問歯科診療で義歯作製を依頼することになった。

N病院の回復期リハビリテーション病棟に転院後、N病院には歯科がないので、かかりつけ歯科医であるN歯科医院が、週1回の訪問診療で義歯を作製、約1か月後に上顎義歯を装着した。義歯の安定が十分でないため、義歯安定剤を使用しながら、食事は柔らかいものなら十分咀嚼できるまでになった。N病院での約2か月間のリハビリテーションにより、ベッドから車イスへの移乗も見守りで可能、歩行器訓練も行えるまでに回復した。在宅に戻った後も、かかりつけ歯科医による定期的なフォローを行った(図6)。

## ■ 包括的口腔ケアの地域連携に向けて

それぞれの地域のなかで急性期から回復期、維持期、

在宅へと、医療や介護の連携体制を形成するためには、単にパスシートを作成し、情報を受け渡しすればよいわけではない。パスシートは情報を渡すボタンにすぎない。誰にどのようにボタンを渡すか、そしてボタンを受け取った後、どのように走るかが大切である。そのためには、それぞれの地域の医療機関・介護施設でどのような治療・ケアが行われているかお互いに理解し合い、みんなで集まって情報提供の方法を議論したり、症例を検討することがもっとも重要である。

歯科医師や歯科衛生士が歯科疾患以外の治療で、歯科と医科あるいは介護が連携をとることは少なかった。しかし、これからは脳卒中、認知症など要介護状態における口腔ケアのみならず、糖尿病患者における歯周病管理、がんの化学放射線療法時の口腔内トラブルへの対応など医療チームや在宅ケアチームの一員としての活躍が期待されている。各会員それぞれの地域でぜひ、歯科専門職をチームメンバーとして迎えてもらいたい。そして、これから作成される国診協版地域連携クリティカルパスを医科・歯科の連携体制を構築するひとつのツールとして口腔ケアのチェーンづくりにも活用してもらえれば幸いである。