

第10回 チーム医療の推進に関する検討会

日時：平成22年2月18日（木）13：00～15：00

場所：全国都市会館ホールA（2階）

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

- (1) チーム医療の推進について
- (2) その他

3. 閉会

【配付資料】

座席表

資料1：論点①「チーム医療の推進に関する基本的な考え方について（素案）」

資料2：論点②「看護師の役割の拡大について（素案）」

資料3：論点③「各医療スタッフ等の役割の拡大について（素案）」

資料4：論点④「医療スタッフ間の連携の推進について（素案）」

参考資料1：意見書（川嶋委員提出資料）

参考資料2：歯科医師とチーム医療（宮村委員提出資料）

参考資料3：地域医療の新たなる展開（宮村委員提出資料）

参考資料4：関係者団体からの要望②

参考資料5：第8回チーム医療の推進に関する検討会 議事録

参考資料6：第9回チーム医療の推進に関する検討会 議事録

*参考資料3, 5, 6は厚生労働省ホームページに掲載されています。

チーム医療の推進に関する検討会 構成委員

- 秋山 正子 ケアーズ白十字訪問看護ステーション代表取締役・所長
- 有賀 徹 昭和大学医学部救急医学講座教授
- 井上 智子 東京医科歯科大学大学院教授
- 海辺 陽子 がんと共に生きる会副理事長
- 大熊 由紀子 国際医療福祉大学大学院教授
- 太田 秀樹 医療法人アスムス理事長
- 加藤 尚美 日本助産師会会長
- 川嶋 みどり 日本赤十字看護大学教授
- 坂本 すが 日本看護協会副会長
- 朔 元則 国立病院機構九州医療センター名誉院長
- 島崎 謙治 政策研究大学院教授
- 瀬尾 憲正 自治医科大学麻酔科学・集中治療医学講座教授
- 竹股 喜代子 亀田総合病院看護部長
- 永井 良三 東京大学大学院医学研究科教授
- 西澤 寛俊 全日本病院協会会長
- 羽生田 俊 日本医師会常任理事
- 宮村 一弘 日本歯科医師会副会長
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 山本 隆司 東京大学大学院法学政治学研究科教授

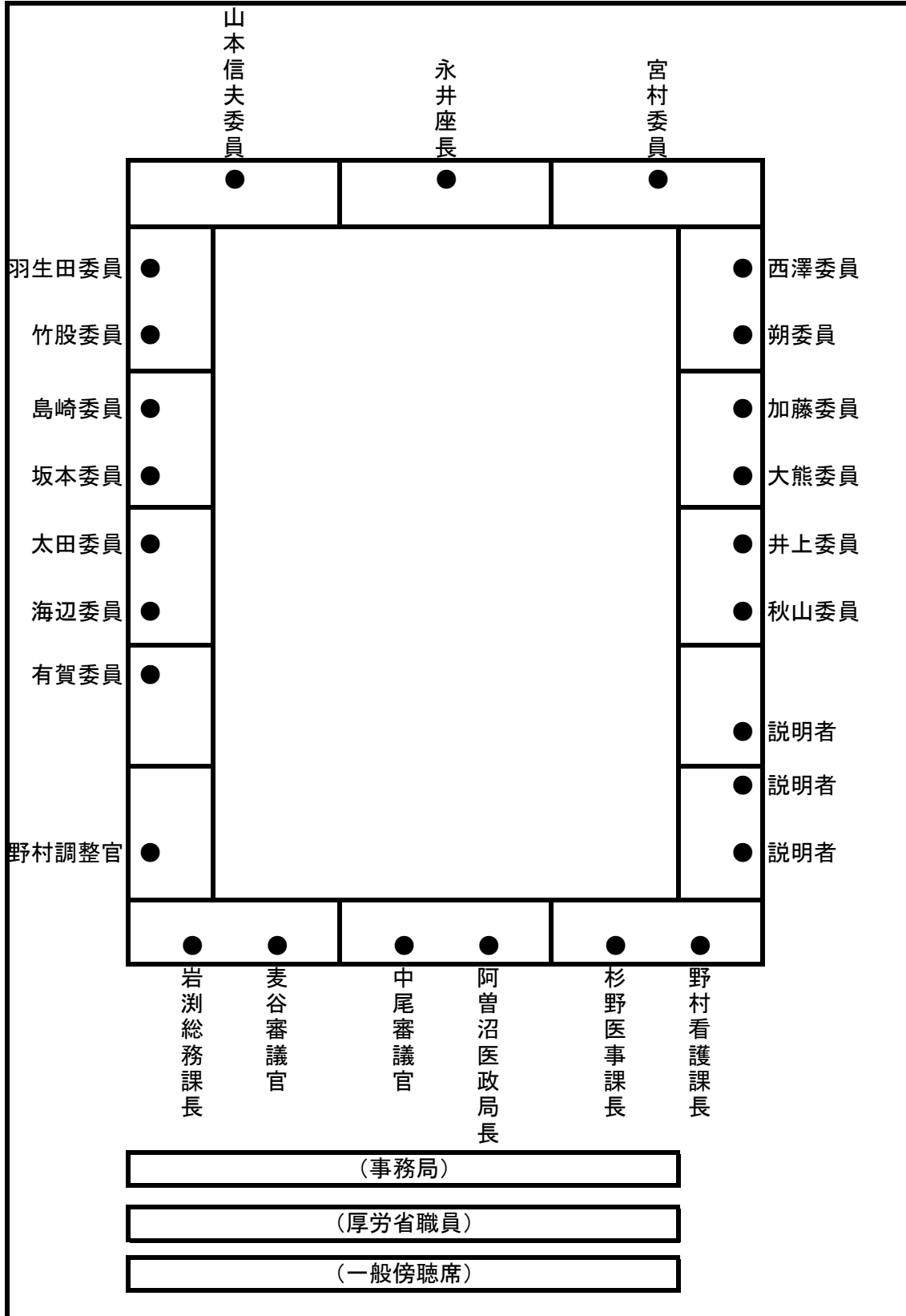
※○座長

第10回 チーム医療の推進に関する検討会
配置図

平成22年2月18日(木)

13時00分～15時00分

全国都市会館大ホールA(2階)



入口

論点①: チーム医療の推進に関する基本的な考え方について(素案)

- チーム医療とは、「医療に従事する多種多様なスタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と一般的に理解されている。
- 質が高く、安心・安全な医療を求める患者・家族の声が高まる一方で、医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われる今日、「チーム医療」は、我が国の医療の在り方を変え得るキーワードとして注目を集めている。
- また、各医療スタッフの知識・技術の高度化への取組や、ガイドライン・プロトコル等を活用した治療の標準化の浸透などが、チーム医療を進める上での基盤となり、様々な医療現場でチーム医療の実践が始まっている。
- 患者を中心としたより質の高い医療を実現するためには、1人1人の医療スタッフの専門性を高め、その専門性に委ねつつも、これをチーム医療を通して再統合していく、といった発想の転換が必要である。
- チーム医療がもたらす具体的な効果としては、①疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上、②医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減、③医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上、等が期待される。
- 今後、チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、といった方向を基本として、関係者がそれぞれの立場で様々な取組を進めていく必要がある。
- なお、チーム医療を進めた結果、一部の医療スタッフに負担が集中したり、安全性が損なわれたりすることのないよう注意が必要である。また、我が国の医療の在り方を変えていくためには、医療現場におけるチーム医療の推進のほか、医療機関間の役割分担・連携の推進、必要な医療スタッフの確保、総合医を含む専門医制度の確立、さらには医療と介護の連携等といった方向での努力をあわせて重ねていくことが不可欠である。

論点②：看護師の役割の拡大について（素案）

（1）基本方針

- 看護師については、様々な領域において、診察・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、いわば「チーム医療のキーパーソン」として医療現場から寄せられる期待は大きい。また、患者の高齢化等により、病棟等において、医療的な視点のみならず、療養生活の支援といった視点が必要となる業務が増加しており、ケアの専門家として看護師が果たし得る役割が大きくなっている。さらに、医療ニーズの高い在宅療養者の増加に伴い、訪問看護など看護師が果たし得る役割が大きくなっており、在宅医療をより一層推進するためには、優れた判断力や技術を有する看護師の活躍が必要不可欠となっている。
- 一方で、近年、看護教育の実態は大きく変化しており、大学における看護師養成が急増するなど教育水準が全体的に高まるとともに、専門看護師・認定看護師の増加、看護系大学院の整備の拡大等により、一定の分野に関する専門的な能力を備えた看護師が急速に育成されつつある。
- このような状況を踏まえ、看護師の能力を最大限に発揮させるためには、安全性の確保に十分留意しつつ、一人一人の看護師の能力・経験の差や行為の難易度等に応じ、
 - ① 看護師が自律的に判断できる機会を拡大するとともに、
 - ② 看護師が実施し得る行為の範囲を拡大するとの方針により、看護師の役割を拡大する必要がある。

（2）「包括的指示」の活用

- 保健師助産師看護師法（以下「保助看法」という。）第37条に規定する医師から看護師への「指示」については、看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為を一括して指示すること（包括的指示）も可能であると解されているが、「包括的指示」が成立するための具体的な要件はこれまで明確にされていない。
- 今後、看護師が自律的に判断できる機会を拡大するためには、看護師の能力等に応じ、医師の「包括的指示」を積極的に活用することが不可欠であることから、この際、「包括的指示」が十全に成立するための要件を、例えば以下のように明確化すべきである。

- ① 対応可能な患者の範囲が明確にされていること
 - ② 対応可能な病態の変化の範囲が明確にされていること
 - ③ 指示を受ける看護師が理解し得る程度の指示内容（判断の規準、処置・検査・薬剤の使用の内容等）が示されていること
 - ④ 対応可能な病態の変化の範囲を逸脱した場合に、早急に医師に連絡を取り、その指示が受けられる体制が整えられていること
- また、「包括的指示」の実施に当たっては、医師と看護師との間で指示内容の認識に齟齬が生じないように、原則として、指示内容が標準的プロトコール（具体的な処置・検査・薬剤の使用等及びその判断に関する規準を整理した文書）、クリティカルパス（処置・検査・薬剤の使用等を含めた詳細な診療計画）等の文書で示されていることが望ましい。
- さらに、「包括的指示」による処置等が適切に実行されたかどうか事後的に検証できるよう、その指示に基づく処置等の内容を記録・管理しておくことが重要である。

(3) 看護師の実施可能な行為の範囲の拡大

- 保助看法第 37 条により、看護師は、医師の指示がある場合には、自らの業務（保助看法第 5 条の「診療の補助」）として医行為を行うことができることとされている。しかし、実施に当たり高度な医学的判断や技術を要する医行為については、本来医師が自ら行うべきものであり、「診療の補助」の範囲を超えていることから、たとえ医師の指示があったとしても看護師には行い得ないものと解されている。
- 個々の医行為が「診療の補助」の範囲に含まれるか否かについては、当該行為の難易度、看護教育の程度、医療用機材の開発程度等を総合的に勘案し、社会通念に照らして判断されるものであり、従来、厚生労働省は、折々の状況に応じ「診療の補助」の範囲に関する見解を明らかにしてきた。最近では、平成 14 年に静脈注射、平成 19 年に薬剤の投与量の調節等が「診療の補助」の範囲に含まれることを示している。
- もっとも、医行為のうち比較的侵襲性の高い医行為等が「診療の補助」の範囲に含まれるか否かの判断について、これまで厚生労働省はほとんど示してこなかった。このような対応の背景には、①知識・経験の豊かな看護師であれば実施可能な医行為であっても、一般の看護師にとって実施可能でない以上、「『診療の補助』の範囲に含まれる」との見解を示すのは難しく、②逆に、そのことをもって「『診療の補助』の範囲に含まれない」との見解を示した場合には、知識・経験の豊かな看護師の能力を臨床現場で十分に生かせなくなるのではないかという懸念があったものと思われる。
- こうした厚生労働省の対応については、「各医師の裁量で、個々の看護師の知識・経験を見極めながら、当該看護師に実施させる医行為を幅広く柔軟に選択することがで

きる」として、積極的に評価する声もあったが、一方で、以下のような問題点が指摘されるに至っている。

- ① たとえ十分な知識・経験を有する看護師であっても、比較的侵襲性の高い医行為については、それが「診療の補助」の範囲に含まれる合法的な行為かどうか判断できない場合が多いため、その実施を躊躇せざるを得ず、結果的に、看護師の能力や医師の裁量が十分に生かされているとは言い難い状況にある。
 - ② 従来、厚生労働省から明らかにされてきた「診療の補助」の範囲に関する見解は、基本的に一般の看護師を念頭に置いていたため、範囲の見直しは極めて限定的なものにならざるを得ず、その結果、高い専門能力を有する看護師が広く活躍しつつある医療現場の実態やニーズとの間に、大きな乖離が生じている。
 - ③ 患者の立場からは、比較的侵襲性の高い医行為等を実施しようとする看護師が、その行為を安全に実施し得るだけの知識・経験を十分に有しているのか否かを判断できる客観的な目安が全く無い状況であり、「患者が安心できる医療」という視点からも問題である。
- 医療の安全と患者の安心を十分に確保しつつ、看護師の専門性を活かして医療サービスの質や患者のQOLをより一層向上させることが求められている現状においては、上記で指摘されている問題点に対する解決策として、知識・経験の豊かな看護師の能力を最大限に発揮させるための新たな枠組みを構築する必要がある。
- 具体的には、一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師（以下「特定看護師（仮称）」という。）を新たな看護職として位置づけるとともに、侵襲性の高い医行為等のうち、特定看護師（仮称）であれば「診療の補助」として安全に実施できる行為（以下「特定の医行為」という。）を明確化する必要がある。
- この特定の医行為の範囲については、例えば、重篤な合併症を誘発するリスクが低いこと、出血した場合の止血が容易であること、合併症への対処方法等が確立していること、予測し得る副作用が一時的かつ軽度であること等を基準として決定することが考えられる。この場合、具体的には以下のような行為が想定されるが、今後、医療現場や教育・養成現場の関係者等の協力を得て、安全性の確保や看護教育の程度など様々な観点から専門的・実証的な調査・検討・検証を行った上で決定する必要がある。また、特定の医行為については、専門的・実証的な調査・検討・検証によって範囲を決定した後も、現場の実施状況等を定期的に検証しつつ、随時見直すべきである。

【行為例】

◆ 検査等

- ・ 患者の重症度の評価や治療の効果判定等のための身体所見の把握や検査
- ・ 動脈血ガス測定のための採血など、侵襲性の高い検査の実施

- ・ エコー、胸部単純X線撮影、CT、MRI等の実施時期の判断、読影の補助等（エコーについては実施を含む。）
- ・ IVR時の造影剤の投与、カテーテル挿入時の介助、検査中・検査後の患者の管理等

→ これにより、救急外来において、必要に応じた検査を実施した上でトリアージを含む初期対応を行うことが可能となり、症状の早期改善、患者の不安解消等、サービスの向上につながる事となる。

◆ 処置

- ・ 人工呼吸器装着中の患者のウイニング、気管内挿管、抜管等
- ・ 創部ドレーンの抜去等
- ・ 深部に及ばない創部の切開、縫合等の創傷処置
- ・ 褥瘡の壊死組織のデブリードマン等

→ これにより、人工呼吸器装着中の患者への対応において、呼吸状態や検査データ等の把握から酸素投与量の調整、抜管の時期の判断、抜管の実施に至るまでの一連の行為を行うことが可能となり、診療計画の円滑な実施に資することとなる。

また、創部ドレーンの抜去や創傷処置について、患者の身体的状態や療養生活の状況から適切な実施時期を判断して実施することが可能となり、患者のQOLの向上につながる事となる。

◆ 患者の状態に応じた薬剤の選択・使用

- ・ 疼痛、発熱、脱水、便秘異常、不眠等への対症療法
- ・ 副作用出現時や症状改善時の薬剤変更・中止

→ これにより、在宅療養中の患者に対して、必要に応じ検査を実施しながら全身状態を把握した上で必要な薬剤を使用することにより、摂食不良、便秘異常、脱水等に対応することが可能となり、在宅療養の維持に資することとなる。

また、術後管理が必要な患者に対して、患者の状態に合わせて必要な時期に必要な薬剤（種類、量）を使用することが可能となり、状態悪化の防止、術後の早期回復等、患者のQOLの向上につながる事となる。

○ 上記のとおり、特定の医行為が一定の医学的教育・実務経験を前提とした専門的な臨床実践能力を有する看護師によって安全に実施し得るものである点を考えれば、医療安全の確保の観点からは、保助看法上、特定看護師（仮称）を一般の看護師と区分して位置づけた上で、例えば、「診療の補助」として行われる行為のうち特定の医行為については特定看護師（仮称）のみが実施し得るものとする等の方向で法制化すべきである。

○ 法制化に当たっては、まず、医療現場や教育・養成現場において、特定の医行為の範囲等に関する一定のコンセンサスが形成される必要があり、こうしたコンセンサス

の形成に向けて、実態調査・意識調査や医療現場等における実践的な試行とその検証を十分に積み重ねる必要がある。また、特定看護師（仮称）の養成数の見通し等が不明確な状況の下で、直ちに法制化した場合には、医療現場に少なからぬ混乱をもたらすおそれがある点にも留意する必要がある。

- 以上のことから、特定看護師（仮称）による特定の医行為の実施については、一定の期間、現行の保助看護の下で試行的に運用することとすべきである。具体的には、特定の医行為は、基本的には下記（４）の要件を満たす特定看護師（仮称）が実施することとしつつ、その確保が困難な場合などやむを得ない事情がある場合には、各医療機関と医師の責任において、安全性を十分に確保した上で、特定看護師（仮称）以外の看護師が実施することも可能となるよう考慮することが望ましい。
- なお、医療サービスの質や患者の QOL をより一層向上させるためには、特定看護師（仮称）のみならず、一般の看護師についても、医療現場においてその能力が最大限に発揮されることが必要不可欠である。また、特定看護師（仮称）の教育・養成や医療現場における活用が進むことで、一般の看護師についても、能力の研鑽や業務に対する意識の向上が促されることが期待される。
- こうした観点から、一般の看護師の実施可能な行為の範囲についても、今後とも可能な限り拡大する方向で検討を進める必要があり、具体的には、特定看護師（仮称）による特定の医行為の実施に関する試行的な運用と併せて、医療現場における看護師業務の実態や安全性に関するエビデンス等を把握していく中で、一般の看護師であっても安全に実施できると判断された行為については、通常の「診療の補助」の範囲に含まれ得る旨を明確化すべきである。

（４）特定看護師（仮称）の要件

- 特定看護師（仮称）を、将来の法制化を念頭に置きつつ、比較的侵襲性の高い医行為等を自律的に実施し得る看護職として位置づける以上、特定看護師（仮称）になるための要件としては、看護師としての豊富な実務経験や養成機関における基礎医学・臨床医学・薬理学等の体系的な履修が不可欠であり、その上で、当該看護師がそれらの医行為を適切に実施し得る程度まで知識・判断力・技術を修得したかどうかについて、全国統一的な基準に基づき、公正・中立的な第三者機関において確認されることが重要である。このため、同様の制度を有する諸外国の例や専門看護師の例も参考に、以下の①～④をすべて満たすことを要件とすべきである。
 - ① 看護師免許を保有していること
 - ② 看護師としての一定期間以上の実務経験（例えば５年以上）を有すること
 - ③ 特定看護師（仮称）の養成を目的とした課程として第三者機関が認定した大学院修士課程を修了したこと

- ④ 修士課程修了後に第三者機関による知識・能力の確認・評価を受けたこと
- 特定看護師（仮称）は、臨床実践能力を確保する観点から、一定期間ごと（例えば5年ごと）の認定更新制を設けるべきである。また、特定看護師（仮称）及びその養成課程の認定については、業務を実施するために必要とされる専門性に応じて、一定の分野ごとに行うことを検討すべきである。
 - また、今後、特定看護師（仮称）の養成課程の認定基準等を検討するに当たっては、類似の看護師の養成に取り組む大学院修士課程のうち一定の要件を満たす課程をモデル的に選定するなど、当該課程関係者の協力を得ながら進めるべきである。
 - さらに、特定看護師（仮称）の養成課程の認定に当たっては、その業務の性格にかんがみ、特に実践的な教育を行うための指導体制（医師等の実務家教員や実習病院の確保、実践的な教育カリキュラムの策定等）が十分に整備されているとともに、質・量の両面から充実した臨床実習が可能であることに留意すべきである。

(5) 専門看護師・認定看護師との関係

- （社）日本看護協会等では、既に、一定の分野において水準の高い看護ケアの提供や医療現場の教育・調整等といった役割を担う看護師の養成を目的として、看護系大学院修士課程の修了等を要件に各種の「専門看護師」を認定している。他方、特定看護師（仮称）は専ら医療現場における専門的な臨床実践能力を発揮することが期待される看護師であり、現在の「専門看護師」とは目的・性格を異にしている。なお、今後は、専門看護師についても、特定看護師（仮称）の制度化を受けて、さらなる専門性の向上、業務の在り方、それを支える教育内容等について、必要に応じ関係者による見直しが行われることが期待される。
- また、（社）日本看護協会では、「専門看護師」よりも限定的な分野において水準の高い看護ケアを提供する看護師の養成を目的として、一定の教育課程（6ヶ月・600時間以上）の修了等を要件に各種の「認定看護師」を認定している。「認定看護師」については、その目的・性格にかんがみ、既存の教育課程の見直しを行った上で、限定的な領域における特定看護師（仮称）と位置づける方向で検討すべきである。

(6) 責任の所在

- 現行法下においては、医師の指示に基づき看護師が行った医療行為については、特別な場合（看護師が通常想定し得ない重大なミスを行った場合、医師の指示に医師しか気づき得ない重大なミスがあった場合等）を除き、基本的には、監督者たる医師と、行為者たる看護師の双方に刑事責任・民事責任が認められ得るものと考えられている。

- 特定看護師（仮称）については、保助看法上は医師との関係に関する根本的な見直し（医師の指示を不要とする等）を行わないため、基本的には、責任の所在に変更は生じないが、一般の看護師に比べてより自律的に業務に携わることが想定される以上、一般論としては、より重い責任を負う可能性が高いものと考えられる。
- また、病院としては、標準的プロトコールに瑕疵があった場合等、チーム医療という組織医療体制に不備があった場合には、当該病院自体に責任が認められ得るものと考えられる。

(7) 海外の制度との比較等

- 「ナースプラクティショナー」(NP) は、例えば米国においては州によって医師との関係が異なるなど必ずしも確立した定義はない（ナースプラクティショナーと呼ばれる制度を有する国としては、米国の他、カナダ、イギリス、オーストラリア、韓国が挙げられる。）ものの、多くの国や州においては、医師の指示を受けずに診療行為（診断や一定の薬剤の処方等）を実施することが可能となっているという共通点がある。
この点、特定看護師（仮称）は、あくまで医師の指示を受ける必要がある点で、いわゆる「ナースプラクティショナー」とは異なるが、医師の「包括的指示」の活用により自律的に特定の医行為を実施できる点で、「ナースプラクティショナー」に近い職種として位置づけられる。
- 将来、日本において「ナースプラクティショナー」と同様に医師の指示を受けずに診療行為を行う職種を資格化するかどうかについては、医療現場におけるニーズが高まり、資格化に向けたコンセンサスが形成された段階において、特定看護師（仮称）の安全面の評価を踏まえつつ、開業権の有無、応招義務の有無、一般の看護師等への指示権の有無等の諸論点も含め検討すべきである。
- なお、外科関係者の間では、米国の「フィジシャン・アシスタント」(PA) を参考に、①医師の監督下において、②手術室内の医療行為（開閉胸等）等を含め、主として周術期における外科医の診療の補助を実施する職種を導入すべきとの意見がある。
この点については、術前・術後の業務（人工呼吸器の管理、薬剤の投与量の調整等）の大部分は、特定看護師（仮称）等が実践し得るものであることから、まずは、特定看護師（仮称）の導入による効果を検証しつつ、外科医を巡る様々な課題（外科医の業務負担、処遇、専門医養成システム等）の一環として、引き続き検討することが望まれる。

論点③：各医療スタッフ等の役割の拡大について（素案）

（１）薬剤師

- 医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しており、チーム医療において、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが、医療安全の確保の観点から非常に有益である。
- また、近年は後発医薬品の種類が増加するなど、薬剤の幅広い知識が必要とされているが、病棟において薬剤師が十分に活用されておらず、医師や看護師が注射剤の調製（ミキシング）、副作用のチェックその他薬剤の管理業務を担っている場面も少なくない。
- さらに、在宅医療を始めとする地域医療においても、薬剤師が十分に活用されておらず、看護師等が居宅患者の薬剤管理を担っている場面も少なくない。
- 一方で、日本医療薬学会が認定する「がん専門薬剤師」、日本病院薬剤師会が認定する「専門薬剤師」「認定薬剤師」等、高度な知識・技能を有する薬剤師が増加している。
- こうした状況を踏まえ、現行制度の下、薬剤師が実施できるにもかかわらず、薬剤師が十分に活用されていない業務を改めて明確化し、薬剤師の活用を促すべきである。

【業務例】

- ・ 医師・薬剤師等で事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、医師・看護師と協働して薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間の変更や検査のオーダーを実施
 - ・ 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について積極的な処方提案
 - ・ 薬物療法を受けている患者（在宅患者を含む。）に対する薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）
 - ・ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、薬剤の変更等を医師に提案
 - ・ 薬物療法の経過等を確認した上で、前回処方と同一内容の処方を医師に提案
 - ・ 外来化学療法を受けている患者に対するインフォームドコンセントへの参画及び薬学的管理
 - ・ 入院患者の持参薬の確認・管理（服薬計画の医師への提案等）
 - ・ 定期的に副作用の発現の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤
 - ・ 抗がん剤等の適切な無菌調製
- 今後は、平成 24 年度から新制度（薬学教育 6 年制）下で教育を受けた薬剤師が輩出されることを念頭に、医療現場（医師・薬剤師・患者等）における薬剤師の評価を確立

する必要がある。その上で、将来的には、医療現場におけるニーズも踏まえながら、例えば

- ・ 薬剤師の責任下における剤形の選択や薬剤の一包化等の実施
- ・ 繰り返し使用可能な処方せん（いわゆるリフィル処方せん）の導入
- ・ 薬物療法への主体的な参加（薬物の血中濃度測定のための採血、検査オータ等の実施）
- ・ 一定の条件の下、処方せんに記載された指示内容を変更した調剤、投薬及び服薬指導等の実施

等、さらなる役割の拡大について、検討することが望まれる。

(2) 助産師

- 周産期医療の場面において、過重労働等による産科医不足が指摘される一方で、助産師は、正常分娩であれば自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。
- 一般的に正常分娩の範囲と考えられる場合であっても、分娩時に会陰に裂傷が生じるケースがあるが、この会陰裂傷の縫合については、従来、助産師による実施の可否が明確にされておらず、現場においても判断が分かれてきた。会陰裂傷の縫合については、安全かつ適切な助産を行う上で必要性の高い行為であることを考慮しつつ、安全性の確保の観点から、助産師が対応可能な裂傷の程度や助産師と産科医の連携の在り方等について臨床現場での試行的な実施と検証を行い、その結果を踏まえて最終的な結論を得ることが適当である。

(3) リハビリテーション関係職種

- リハビリテーション関係職種については、患者の高齢化が進む中、患者の運動機能を維持し、QOLの向上等を推進する観点から、例えば、病棟における急性期の患者に対するリハビリテーション（ベッドサイドリハ）や在宅医療における訪問リハビリテーションの必要性が高まるなど、リハビリテーションの専門家として医療現場において果たし得る役割がより大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、リハビリテーション関係職種がそれぞれの専門性を十分に活かし、安全で質の高いリハビリテーションを提供できるよう、それぞれ業務範囲の拡大等を行うべきである。また、業務範囲の拡大に当たっては、新たな業務を安全かつ円滑に実施できるよう、追加的な教育・研修等の必要性について検討を行うべきである。

【理学療法士】

- 理学療法士については、呼吸機能が低下した患者に対し、呼吸リハビリテーションの一環として「体位排痰法」（痰が溜まっているところが上になるように姿勢を変えて、重力を利用して喉もとまで痰を移動させる方法）等を実施する際、口の近くまで集めた痰を患者自身が自力で外に出すことができず、吸引が必要となるケースがある。
- この喀痰等の吸引については、従来、理学療法士法第2条に規定する「理学療法」の範囲に含まれるかどうか明らかでないため、理学療法士は実施することができないと考えられてきたが、理学療法の手法である「体位排痰法」等を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、理学療法士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

【作業療法士】

- 作業療法士については、作業療法士法第2条の「作業療法」の定義中の「手芸、工作その他の作業を行わせること」という文言にとらわれ、医療現場において手工芸を行わせる職種といった認識が広がっている。しかしながら、実際には、「その他の作業を行わせること」として、例えば以下のようなリハビリテーションがある。
 - ・ 移動、食事、排泄、入浴、家事等の日常生活動作に関するADL訓練
 - ・ 発達障害や高次機能障害等に対するリハビリテーション
- これらのリハビリテーションにおける作業療法士の活用を推進し、作業療法士がチーム医療において十分に専門性を発揮できるよう、作業療法士法第2条の「その他の作業を行わせること」の内容を解釈上明確化すべきである。
- また、作業療法士についても、食事訓練を実施する際、誤嚥に対応するために喀痰等の吸引が必要となるケースがあるので、食事訓練を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、作業療法士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

【言語聴覚士】

- 言語聴覚士については、嚥下訓練を実施する際、誤嚥に対応するために喀痰等の吸引が必要となるケースがあるので、嚥下訓練を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、言語聴覚士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

(4) 管理栄養士

- 管理栄養士については、患者の高齢化や生活習慣病の有病者の増加に伴い、患者の栄養状態を改善・維持し、免疫力低下の防止や治療効果及びQOLの向上等を推進する観

点から、傷病者に対する栄養管理・栄養指導の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっている。

- こうした状況を踏まえ、管理栄養士の専門性のさらなる活用の観点から、現行制度の下において、
 - ・ 一般治療食（常食）については、医師の包括的な指導に基づく食事内容や形態の決定・変更
 - ・ 特別治療食については、医師に対する食事内容や形態の提案（変更の提案を含む。）を行うことができる旨を明確化すべきである。また、患者に対する栄養指導についても、クリティカルパスによる明示等、医師の包括的な指導に基づき、適切な実施時期を判断しながら実施することができる旨を明確化すべきである。

（５）臨床工学技士

- 臨床工学技士については、近年、医療技術の進歩による医療機器の多様化・高度化に伴い、その操作や管理等の業務に必要とされる知識・技術の専門性が高まる中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっており、その専門性を活かした業務が円滑に実施できるよう、業務範囲の見直しを行うべきである。また、業務範囲の拡大に当たっては、新たな業務を安全かつ円滑に実施できるよう、追加的な教育・研修等の必要性について検討を行うべきである。
- 臨床工学技士が、患者に人工呼吸器を装着させる際、気道の粘液分泌量が多くなるなど、適正な換気状態を維持するために気管挿管チューブ内の喀痰等の吸引が必要となるケースがある。この喀痰等の吸引については、昭和 63 年に厚生労働省が発出した「臨床工学技士業務指針」において、「吸引の介助」の実施が可能である旨は明らかにされているものの、「吸引」の実施の可否については明確にされておらず、臨床工学技士は実施することはできないと考えられてきたが、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要となる行為であることを考慮し、臨床工学技士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。
- また、臨床工学技士が、人工呼吸器を操作して呼吸療法を行う際、血液中のガス濃度のモニターを行うため、既に動脈に留置されたカテーテルから採血を行う必要がある。この留置カテーテルからの採血については、臨床工学技師制度の創設当初（昭和 63 年）に厚生労働省が発出した「臨床工学技士業務指針」において、安全かつ適切な業務の実施を確保する観点から、臨床工学技士は行ってはならない旨業務指針として示されている。しかしながら、制度が十分に成熟し、臨床現場における臨床工学技士に対する評価が定まってきた現在の状況にかんがみれば、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要となる行為であること、臨床工学技士の技術の高度化を考慮し、臨床

工学技士が行い得る行為として明確化すべきである。

- なお、「臨床工学技士業務指針」については、臨床工学技士制度の施行当初は安全かつ適切な業務実施を確保する観点から、厚生労働省が業務指針を示す必要性は高かったと考えられるが、制度施行から20年以上が経過し、十分に制度が成熟した現状においては、職能団体や関係学会の自主的な取組によって、医療技術の高度化等に対応しながら適切な業務実施が確保されるべきである。こうした観点から、当該業務指針については、廃止も含め、今後の取扱いを検討すべきである。

(6) 診療放射線技師

- 診療放射線技師については、医療技術の進歩により悪性腫瘍の放射線治療や画像検査が一般的なものになるなど、放射線治療・検査・管理や画像検査に関する業務が増大する中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、診療放射線技師の専門性のさらなる活用の観点から、現行制度の下、例えば、画像診断等における読影の補助や放射線検査等に関する説明・相談を行うことが可能である旨を明確化し、診療放射線技師の活用を促すべきである。

(7) 臨床検査技師

- 臨床検査技師については、近年の医療技術の進歩や患者の高齢化に伴い、各種検査に関係する業務量が増加しており、当該業務を広く実施することができる専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、臨床検査技師の専門性をさらに広い分野において発揮させるため、現在は臨床検査技師が実施することができない生理学的検査（臭覚検査、電気味覚検査）について、専門家や関係学会等の意見を参考にしながら、追加的な教育・研修等の必要性も含め、実施の可否を検討すべきである。

(8) 事務職員等（医療クラーク等）

- 書類作成等（診断書、意見書、紹介状の作成等）に関する業務量の増加により、医師・看護師の負担が増加しており、一方で、患者側では書類作成までの時間が長期化していることなどへの不満が増大していることから、医療関係事務に関する処理能力の高い事務職員（医療クラーク）を積極的に導入し、医師等の負担軽減を図るとともに、患者へのサービス向上を推進する必要がある。
- こうした観点から、例えば、医療クラークの量の確保（必要養成数の把握等）、医療ク

ークの質の確保（認定・検定制度の導入等）、医療機関における医療クークの導入支援（院内研修ガイドラインの作成）等、導入の推進に向けた取組を実施すべきである。

- また、医療クークのみならず、看護補助者、医療ソーシャルワーカー（MSW）、診療情報管理士、ポーターやメッセンジャー（検体やカルテ・レントゲンフィルム等の書類・伝票等の運搬業務を担う職種）等の事務職員を効果的に活用することにより、医師等の負担軽減、提供する医療の質の向上、医療安全の確保を図ることが可能となる。こうした観点から、各種事務職員の導入の推進に向けた取組（医療現場における活用状況の把握、業務ガイドラインの作成、認定・検定制度の導入等）の実施を検討すべきである。

（9）介護職員

- 地域における医療・介護等の連携に基づくケアの提供（地域包括ケア）を実現し、看護師の負担軽減を図るとともに、患者のサービス向上を推進する観点から、介護職員と看護職員の役割分担と連携をより一層進めていく必要がある。
- こうした観点から、介護職員による一定の医行為（たんの吸引や経管栄養等）の実施方策について、別途具体的に検討すべきである。

論点④：医療スタッフ間の連携の推進について（素案）

（１）医療スタッフ間の連携の在り方

- 患者を中心とした質の高い医療を実現するためには、各医療機関や地域の実情を踏まえ、各医療スタッフ間の適正な業務配分や医療安全の確保等に留意しつつ、それぞれの専門性を十分に活かした医療スタッフ間の連携・補完を進める必要がある。
- 医療スタッフ間の連携・補完については、その分野や参加する医療スタッフによって様々な取組が考えられるが、例えば、以下のような先進的な取組が行われている。
 - ◆ 各診療科・部門の取組として、手順書やプロトコルの作成により平常時の役割分担や緊急時対応の手順・責任者を明確化するとともに、担当者への教育・訓練、医療スタッフ間における患者情報の共有や日常的なコミュニケーションを推進
 - ◆ 院内横断的な取組として、医師・歯科医師を中心として、複数の医療スタッフが連携して患者の治療に当たる医療チーム（栄養サポートチーム等）を組織

【医療チームの具体例】

- ・ 栄養サポートチーム：医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士 等
 - ・ 感染制御チーム：医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師 等
 - ・ 緩和ケアチーム：医師、看護師、薬剤師、理学療法士、MSW 等
 - ・ 口腔ケアチーム：医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士 等
 - ・ 呼吸サポートチーム：医師、看護師、薬剤師、理学療法士、臨床工学技士 等
 - ・ 摂食嚥下チーム：医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、言語聴覚士 等
 - ・ 褥瘡対策チーム：医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士 等
- ◆ 地域横断的な取組として、病院・診療所（医師）、歯科診療所（歯科医師）、訪問看護ステーション（看護師）、薬局（薬剤師）等が在宅医療における役割分担と連携を推進
 - ◆ 周産期医療における取組として、院内助産所・助産師外来の設置や周産期医療ネットワークとして地域の助産所との連携体制を構築することにより、産科医と助産師の間で、正常分娩の助産業務を自立して実施できるという助産師の専門性を活かした役割分担と連携を推進

(2) 医療スタッフ間の連携の推進方策

- 全国的にチーム医療を推進していくためには、(1)で例示したような取組について、「先進的な取組」という医療現場における認識が、将来的に「標準的な取組」という認識に変わるよう、広く普及させる必要がある。
- こうした観点から、各医療スタッフ間の適切な連携・補完を通じ、それぞれのスタッフの専門性を十分に活かした安全で質の高い医療を提供し得る医療機関等について、それが社会的に認知・評価されるような新たな枠組みを構築する必要がある。
- 具体的には、チーム医療を行う体制が整えられているかどうか、チーム医療を行う設備が整備されているかどうか、チーム医療の具体的な活動が行われているかどうか、といった基準に基づき、公正・中立的な第三者機関においてチーム医療を推進する医療機関等として認定する仕組みを設けるべきである。
- また、チーム医療の推進に必要な人材やチーム医療を推進する医療機関等として何らかの客観的な認定が行われた場合、これを医療機関が広告することができる事項として位置づけるなど、チーム医療を推進する医療機関等が患者・医療現場から広く認知されるような仕組みを整えるべきである。
- さらに、チーム医療を推進するために必要なコストや、チーム医療の推進により提供できる医療の質の高さ等のエビデンスについて、公正・中立的な第三者機関の協力を得ながら、的確に検証・把握するとともに、必要に応じ、財政支援や診療報酬上の措置等の対策を検討すべきである。

(3) 公正な第三者機関の設立

- チーム医療を推進する医療機関等について、その水準を検証・評価し、質を確保するとともに、その評価が医療現場においてスムーズに受け入れられるためには、特定の医療専門職関係者等による評価システムではなく、医療関係者の幅広い協力を得て運営される客観的かつ公正な評価システムが必要である。
- このため、多様な医療専門職から公平な立場で、また、国と医療現場との中間に位置しつつ、こうしたシステムを担い得る機関が必要であり、臨床現場の関係者、医師・看護師を始めとする医療専門職関係者、教育・養成現場の関係者、関係学会等が参画する第三者機関（以下「チーム医療推進機構（仮称）」という。）を設立する必要がある。
- なお、特定看護師（仮称）等、チーム医療の推進に必要な人材の検証・評価に関するシステムについても、チーム医療を推進する医療機関等の検証・評価と同様の理由から、公正・中立的な第三者機関としてチーム医療推進機構（仮称）が担うべきである。

平成22年2月17日

委員 川嶋みどり

チーム医療の推進に関する検討会

永井座長先生

来る2月18日の検討会は、本学の教授会の選挙日で、学部長として選挙管理委員長を拝命しております関係上、出席叶いません。悪しからずお許し下さいませ。

そこで、これまでの議事録や論点整理を読ませて頂き、文書での発言をお許し願います。

【看護師の立場から】

1. “チーム医療とは何か” について、論議をしながら考えるということでしたが、最終的に委員間の合意を図って頂きたいと存じます。

私は、チーム医療とは、「相対的に自立をした医療専門職がそれぞれの専門性を発揮して、共通の目標達成のために協働する医療のあり方」と理解しております。

①リーダーは誰？：歴史的には、医師対患者という診療形態からスタートし、その後の医療技術の進歩に伴って、今日のようなチーム医療という概念が生まれたわけですから、最終的な医療の責任は医師にあり、その意味からも多くの場面でリーダーは医師であることは認めた上で、患者の状態や問題事象に応じて、随時リーダーは交代できることが好ましいと思います。

②チーム間の調整役は誰？：医療が高度化し複雑になればなる程、各専門職種間の溝を埋め、それぞれの調整を果たす役割を担う職種が必要です。また、専門分化が進めば進む程、一段と全体を見る目が要求されます。その場合、調整役として最も相応しい立場にいるのが看護師だと思いますが如何でしょうか。

2. 本検討会発足時から、医師法17条と保助看法における診療の補助業務との接点を中心の論議でありました。しかし、看護師には、もう1つの側面である療養上の世話という業務があり、この水準を高めることを抜きには、本当に責任を持って患者の安心・安楽を保障することはできません。医師不足や医師の労働の厳しさを補完する意味から、(狭義の)医療行為に限定した看護にかなり焦点化されたようですが、看護師のアイデンティティからも、診療面にのみ限定した考え方を超えて、広く看護業務を視野に入れて報告書をまとめて頂きたいと願います。

高度医療のもとでの看護の役割は、(狭義の)医療行為を実施できる能力が求められているというよりも、かなり危険をはらむ状況下で、患者の情報を正しく把握し必要で的確な援助(自由裁量下での療養上の世話)ができる能力が必要であると思います。そうした局面でドレーンやチューブの管理や薬剤の調節等への知識と技術が求められることになると思います。

3. 医師の包括指示とはいえ、専門分化が相当に進行している現状のもとで、医師であれば包括指示可能ということではなく、一定の条件下(専門領域の範囲)のもとでの包括指示であって欲しいです。

4. 地域全体を視野に入れたチーム医療推進のために—新たな看護ケアセンター構想

今回の委員会では、どちらかと言えば医療施設内における各職種間の相互協力のあり方が中心であったと思います。在宅の場合も医師・看護師・薬剤師等の業務分担と協業という点は論議されたと思います。しかし、チーム医療をもっと広くとらえるなら、地域全体を視野に入れた保健・医療のあり方を再検討する必要があるのではないのでしょうか。

今回の論議の中でかなりの時間を割いた看護師の役割・自由裁量の拡大がもし実現するのでしたら、その看護師の役割を活用するための、1つの提案があります。それは、現行の医療制度下における病院・診療所・薬局、そして、老健法のもとでの老人福祉施設や訪問看護ステーションの他に、看護師が運営し、看護ケアを主軸とした看護ケアセンター(仮称)の創設です。現在、病院経営上在院日数の短縮が必須となって、かなりの患者が医療行為を継続したまま退院せざるを得ない状況はご承知の通りです。訪問看護ステーション等でのフォローは行われていますが、病院から在宅移行をよりスムーズにするための施設に、一定の教育を受けた看護師が、患者の背景やニーズに応じて主体的に看護ケアの実践ができる場を制度に組み入れることができれば、より在院日数を短くすることも可能になると思われまし、患者や家族の安心にもつながるのではないのでしょうか。看護系大学が180を超えようとする現代で、修士課程の卒業生、認定看護師、専門看護師も徐々に増えている現代だからこそ実現可能であると思われまし。

歯科医師とチーム医療

平成 22 年 2 月 18 日

委員 宮村 一弘

高齢者で脳卒中やがん、心臓疾患に罹患し在宅で医療・介護を受ける人が歯科疾患を発症するケースが多く、在宅歯科医療の必要性が増してきている。この場合対象患者はかかりつけ医、訪問看護師等のチームによる在宅医療をうけていることから、このチームに歯科医師が加わることになる。しかしながら、これまでは相互の連携が全国的に円滑に行われる状況には必ずしもなかった。ニーズの高まりに応じ、在宅歯科医療を実施する歯科医師が増え、医療保険制度の改正や厚生省医政局歯科保健課の施策も充実してきたことから医療関係者と歯科医療関係者との連携は急速に進むものと思われる。一方、在宅での連携が深まるにつれ、急性期や回復期での医科歯科連携の重要性が認識されだしてきた。病院と介護施設では平成 18 年からいわゆる NST が制度化された。しかし、このチームに、当初、歯科関係者は明確に位置づけられていなかった。病院の NST に歯科医師、歯科衛生士が加わって成果を上げる事例がでてきたことから、平成 21 年の介護保険改正時に歯科医療従事者の名称が NST の一員として明記され、平成 22 年医療保険の改正の議論においても付記される予定である。このように、医科歯科の医療連携を中核とした歯科医師のチーム医療での役割は、急性期、回復期そして在宅医療の場で急速に重要性を増してきている。

1. 病院におけるチーム医療への歯科医師の関わり。

岡山大学（資料 1,2）や昭和大学（資料 3,4）で見られるように、周術期において歯科医師、歯科衛生士がチームに加わり、患者の口腔機能を把握し、術前に必要とされる歯科治療、術後に必要とされる口腔管理が実施されている。口腔内の細菌数を減らすことで、消化管の手術創の治癒を早めることが明らかとなっている。また、口腔から栄養摂取が術後の患者の回復に影響することも明らかであることから、口腔機能を回復維持する義歯の装着等の歯科治療が必要となっている。平成 22 年医療保険における改定の議論において、栄養サポートチーム加算の評価に施設基準ではないが、歯科医療従事者の名称が付記される予定である。平成 21 年の介護保険では栄養マネジメントや経口摂取管理にかかる部分に歯科医師の名称が明記された（資料 5）。

現時点では、入院患者の口腔衛生等の管理（口腔ケア）は看護師によって行われている割合がきわめて大きいものと思われる（資料 6）。歯科診療部門のあ

る病院が、およそ 1,000 病院ほどであることからほとんどの病院では看護師が患者の口腔の清潔を保つための行為（口腔ケア）を担当している。しかし、その看護師の多くが歯科医師、歯科衛生士からの歯科医学的情報の提供を望んでおり、それが実現できていないことも確かである（資料7）。この点について、今後各方面での整備が必要と思われる。

2. 在宅医療におけるチーム医療への歯科の関わり。

要介護状態となった人が、歯科疾患を発症しやすいことはよく知られたところである。在宅での歯科治療を行う場合、かかりつけ医をはじめ、訪問看護師や薬剤師さらに介護職種との連携が必要である（資料8）。在宅歯科診療を行って歯科医師が把握した状況を、これらの人たちに情報提供することの有用性も報告されている。錠剤が舌下部に残っている等の服薬上の問題や、舌や歯肉等の変化による薬剤に係ると思われる情報、義歯装着時に把握される摂食嚥下機能の変化等が代表的なものである。

また、患者が歯科疾患を訴えない場合でも、在宅で医療と介護を受けている人の支援チームの一員として、経口摂取等の場面で歯科医師の役割があることも確かである。

現時点では、歯科診療の依頼元は介護施設が最も多く、訪問看護ステーションや一般診療所および病院からの依頼は少ないのが現状である（資料9）。

岡山大学病院 周術期管理センター

(PERIO: perioperative management center)

**背景： 手術件数増加、入院期間短縮
患者の身体的・心理的準備が間に合わない**

PERIO 構想

- 入院してからでは遅い。手術決定日から準備が始まる。
- 周術期管理(術前管理・術後疼痛管理)をシステム化する。
- チームで取り組む
麻酔科医、**歯科医師**、看護師、薬剤師、理学療法士、臨床工学技師

PERIO 目的

- 当院で手術を受ける予定あるいは手術を受けた外来・入院患者に快適で安全・安心な医療を効率的に提供

PERIO

診療科外来・手術決定

PERIO外来
 術前評価: 看護師によるスクリーニング
 患者教育: 呼吸訓練、禁煙、疼痛管理、服薬指導
 麻酔オリエンテーション etc.
歯科受診: プラークフリー、口腔機能回復, プロテクター作成
 理学療法士の診察

効率的な術前評価
確実な術前準備

外来



入院

入院・手術

術後 PERIOラウンド
 疼痛管理の標準化
 理学療法士の早期介入
 薬剤師による服薬指導

周術期管理に関する
データの集積・分析

早期回復
患者満足度UP



地域連携医療を展開する 昭和大学口腔ケアセンター

私たちは
チーム医療です

昭和大学は4学部8附属



歯科からの発信



昭和大学口腔ケアセンター

1. チーム医療の実践

昭和大学関連8病院の入院患者様の口腔ケア(器質的ケア、機能的ケア)の徹底を図ることで誤嚥性肺炎や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病棟の医師、看護師、薬剤師等のスタッフの協力を得て行います。

2. 教育への貢献

医系総合大学の昭和大学への教育貢献として、病棟における口腔ケア等が軌道にのった段階で、昭和大学の学生及び**臨床研修医等**の研修・実習に資するものとします。

3. 地域医療への貢献

口腔ケアセンターが昭和大学4学部のチーム医療の核の一つとなり、入院患者様の入院中のQOLの向上を目指しますが、同時に退院後も生活する場(在宅、施設など)における地域連携パスに繋ぎ、口腔の医療面からの地域医療に貢献します。

多職種からなるチームによる取組の評価

(1)急性期の入院医療を行う一般病棟において、栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士などからなるチームを編成し、栄養状態改善の取組が行われた場合の評価を新設する。

新 栄養サポートチーム加算(週1回) ○○○点

【施設基準】

⋮

上記のほか、**歯科医師**、**歯科衛生士**、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。



歯科医師・歯科衛生士が記載される予定！

(参考資料)
平成21年4月
介護保険改正

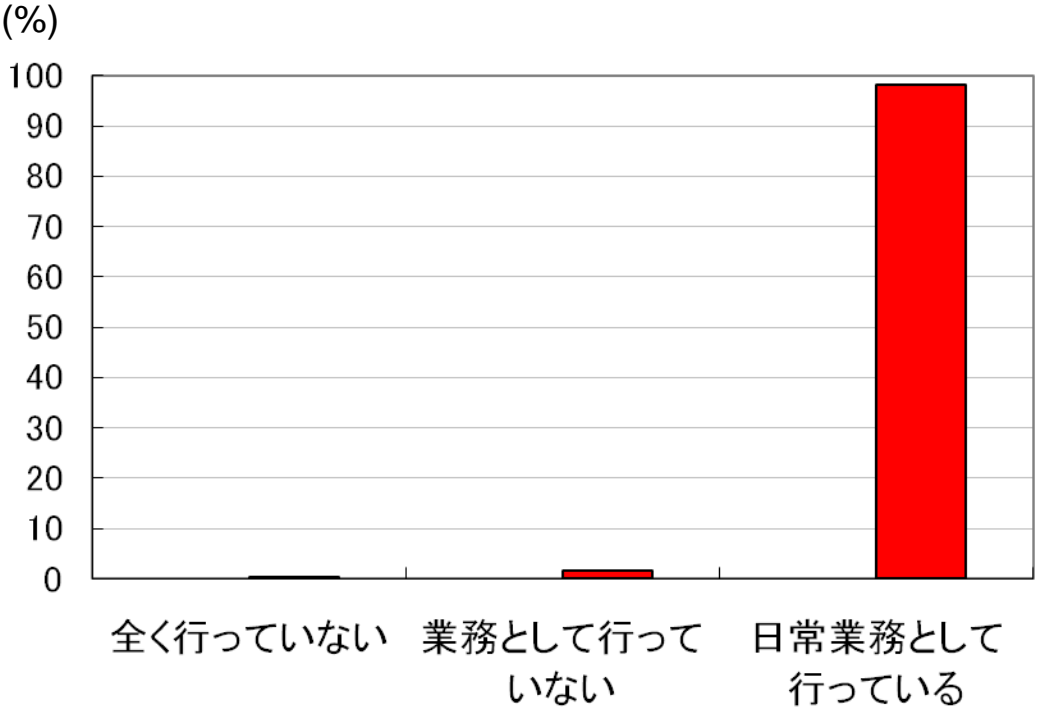
ホ 栄養マネジメント加算 14単位
 注 次に掲げるいずれの基準にも適合するものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設について、1日につき所定単位数を加算する。
 イ 常勤の管理栄養士を1名以上配置していること。
 ロ 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、**歯科医師**、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。



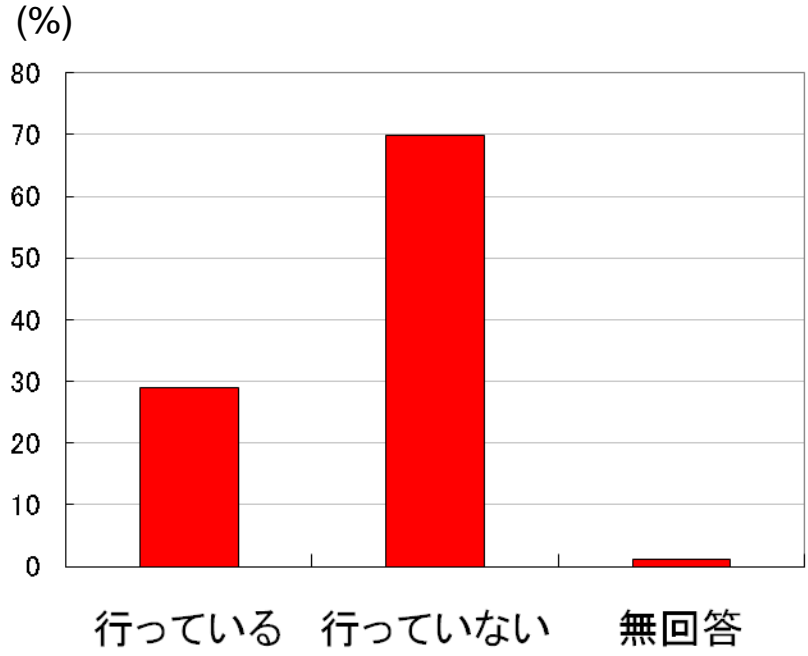
経口移行加算・経口維持加算についても同様に歯科医師の役割も明記される！

平成13年度厚生科学研究 急性期患者の口腔ケア

口腔ケアの実施

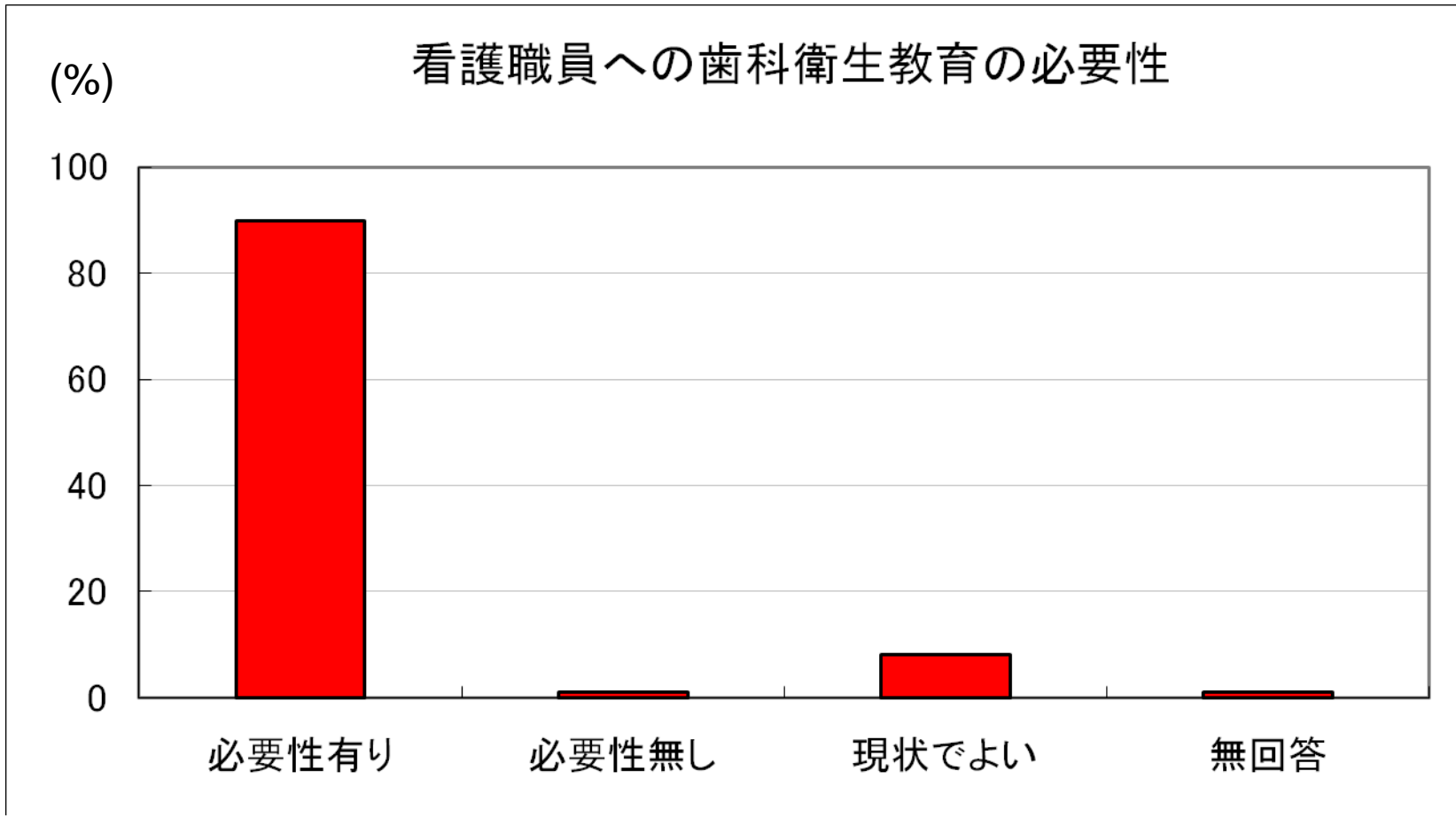


看護職員への歯科衛生の教育



調査対象 全国8,122病院
回答2,491病院(30.7%)

平成13年度厚生科学研究 急性期患者の口腔ケア



調査対象 全国8,122病院
回答2,491病院(30.7%)

在宅療養支援診療所は歯科との連携を必要と感じている！

E. 歯科との連携

① 訪問歯科診療をはじめとする
口腔ケアの必要性を感じますか

	件数	%
はい	221	96.09%
いいえ	5	2.17%
無回答	4	1.74%

②訪問歯科診療等を実施している
歯科診療所と連携していますか

	件数	%
はい	145	63.04%
いいえ	81	35.22%
無回答	4	1.74%

年間の看取りの多い在宅療養支援診療所は歯科診療所と連携している！

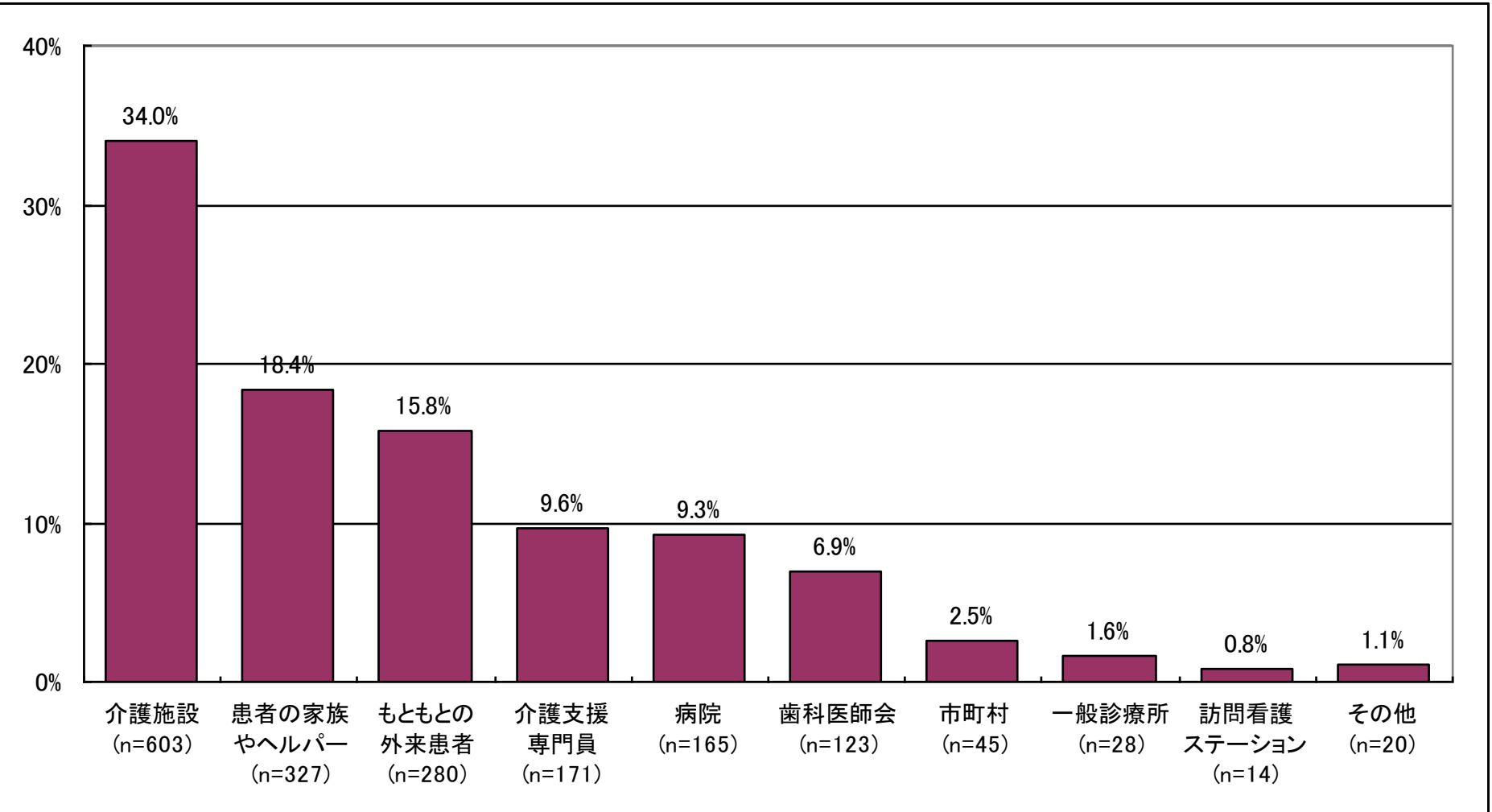
2. 看取り数と各因子間の分析結果

F-② 訪問歯科診療等を実施している歯科診療所と連携していますか？

	連携歯科あり	連携歯科なし	合計
看取り数 0～19例	102	73	175
看取り数 20例以上	40	7	47
合計	142	80	222

カイ2乗検定の結果：有意差あり

急性期病院や一般診療所、訪問看護ステーションからの
在宅歯科医療の依頼は少ない！
今後他職種との連携の整備が急務



在宅歯科医療の依頼元



地域医療の 新たな展開

【医科歯科連携事例集】

地域医療の 新たな展開

医科歯科連携事例集

財団法人 8020 推進財団

発刊によせて

「生涯にわたる歯科保健医療サービスの提供システムの構築」をテーマとする本研究班の最終年の報告書は、各地で始まった地域病診連携の事例集でまとめました。「生涯にわたる」という文言には、高齢期になり病院や地域（施設、在宅）のどこで疾病や障害と向き合っていたとしても、人生の最期までその人がのぞむ口腔ケアサービスが享受できるシステムづくりを目指したいという我々の思いがこめられています。2006年度から開始された「地域医療連携」に関する施策はこのテーマの大きな後押しになると予想しておりました。しかし今回、事例をまとめながら感じたことは、医科歯科の連携は一筋縄ではいかないということです。壁はいくつもあって、歯科の努力だけでは限界があることも事実です。しかし一方で、現場での聞き取りから分かったことは、「連携には相当のエネルギーを要するが、模索するプロセスのなかから歯科が得るものは、その労に十分値する」ということです。このあたりのニュアンスを、連携に至るまでの経緯からお読みとり頂ければと思います。地域が抱える事情は様々であり、本書も成功へのマニュアル本ではありませんが、連携づくりの一助になることを願いますとともに、報告書をご執筆頂きました先生方に対しまして、心からの感謝とお礼を申し上げます。

最後に研究班発足からの4年間を振り返りますと、様々な医療制度の導入がありました。本研究のテーマにつきましては、実践の場が病棟であれ地域であれ、医科との連携なくしては成立しないことから、地域医療全体の枠組みのなかで検討する必要があります。したがって、医療政策の動向を見据え、その時々で歯科のニーズは何かを問い直し、それに沿った方向へ舵をきりながら進めてまいりました。4冊の報告書は事例集やテキストなど、従来のものとはずいぶん異なる体裁であったと思います。その理由は、本班の報告書の目指すものが研究報告というよりは、「現場での活用」にあったからです。このような我々の意図をご理解頂き、ご支援下さった8020財団の皆様にはこの場をおかりして心から感謝の意を表したいと存じます。

平成 21 年 10 月
東京医科歯科大学 歯学部 口腔保健学科
教授 寺岡加代

発刊によせて 東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科教授 寺岡 加代 ——— 1

1. 地域医療連携のすすめ ————— 4

2. 事例に学ぶ ————— 8

3. 病診連携に向けての5つの Tips ————— 10

4. 口腔ケアの地域連携モデル ————— 11

◆ 岩手県歯科医師会の事例 ————— 13

岩手県歯科医師会としてのNST連携の推進

岩手県歯科医師会口腔保健センター 佐々木 勝忠、佐藤 保

◆ 岩手県二戸歯科医師会の事例 ————— 16

県立二戸病院との円滑な連携による二戸歯科医師会の院内NSTへの参加

二戸歯科医師会（岩手県）会長 菅 弘志

◆ 岩手県奥州市歯科医師会の事例 ————— 21

地域急性期病院でのNST回診に歯科医師会が参画した取り組み

奥州市歯科医師会 清水 潤

◆ 広島県広島市の事例 ————— 31

回復期リハビリテーション病院歯科が中心となる病診連携への取り組み

広島市総合リハビリテーションセンター 吉田 光由

- ◆ 香川県の事例 39
**香川県歯科医師会と香川シームレスケア研究会との連携による
地域連携クリティカルパスへの歯科の参加**
三豊総合病院歯科保健センター 木村 年秀
- ◆ 千葉県柏市の事例 46
**(社)柏歯科医師会が主体となり、慈恵医大柏病院・市立柏病院と
地域歯科医院との円滑な連携によるシームレス口腔ケアへの取り組み
— 歯科を併設していない病院における口腔ケア連携システムの構築 —**
柏歯科医師会（千葉県） 大石 善也、
兵庫医科大学歯科口腔外科学講座准教授 岸本 裕充
- ◆ 長崎県長崎市の事例 61
独立行政法人国立病院機構長崎病院での退院時カンファレンスの取り組み
長崎県歯科医師会 角町 正勝
- ◆ 長崎県歯科医師会の事例 63
長崎デンタルネット
長崎県歯科医師会 角町 正勝
- ◆ 長崎県歯科医師会の事例 68
後期高齢者広域連合保健事業
長崎県歯科医師会 角町 正勝
- ◆ 静岡県浜松市の事例 71
**県西部浜松医療センターと浜松市歯科医師会との連携による
PEG 患者への地域連携口腔ケアの取り組み**
県西部浜松医療センター歯科口腔外科 内藤 克美

1. 地域医療連携のすすめ

人口の高齢化と医療財源の逼迫に端を発し、ここ10年の間に医療制度はめまぐるしく変化しています。医療費の包括化(DPC)(図1)や後期高齢者医療保険制度の設立等々、病院関係者はその対応に翻弄されている感があります。一方、患者さんにとっても転院や退院の勧告、さらにはリハビリ訓練の日数制限など、医療はどんどん遠のいていくように感じているのではないのでしょうか。一方、財政至上主義の制度改革のなかで、2006年度診療報酬改定で位置づけられた地域医療連携は、やや趣を異にします。急性期・慢性期をまとめた総在院日数の短縮(表1、2)や療養病床数の削減(図2)など、国にはさまざまな思惑があるにせよ、一貫したサービスを受けられるというコンセプトは国民にとっては安心の医療に繋がるからです。もともと院内で始まったクリニカルパスの手法を地域に広げ、医療サービス全体をカバーしようとの構想です。ここにきて、地域に多数存在する歯科診療所が病院や在宅での医療とまったく繋がりにくく診療することは、超高齢社会を支える医療者としての責任を果たせないばかりか、地域医療という大きな枠組みから外れることにもなります。限り

ある財源のなかで、将来にわたっても医療を確保するために、医療機関の連携は必須条件であると言えます。

現状で国が連携を推進する、つまり地域連携診療計画管理料ならびに地域連携診療計画退院時指導料が算定できる疾患は大腿骨頸部骨折と脳卒中の2つです。

しかし糖尿病やがんなど医科と歯科の連携が必要な疾患は多数あります。したがって地域のニーズにそって対象疾患を拡大し、積極的に連携を模索するべきでしょう。

ある県での医師・歯科医師対象の調査によれば、医科歯科の連携の必要性を認めている医師側の回答は9割を越えていました。では実際の行動を伴わないのはなぜでしょうか。理由は色々挙げられていますが、つまるところ医科歯科お互いに受身である、つまり自らは動かない(あるいは動けない)のが実情ではないかと思われれます。歯科が予想している以上に、医科の潜在需要は高いように思います。連携に関わる診療報酬上の基盤整備も進みつつある今、まずは我々歯科が行動を起こす時機にきているのではないのでしょうか。(表3)

Diagnosis Procedure Combination の略で、従来の診療行為ごとに計算する「出来高払い」方式とは異なり、入院患者の病名や症状をもとに手術などの診療行為の有無に応じて、厚生労働省が定めた1日当たりの診断群分類点数をもとに医療費を計算する新しい定額払いの会計方式。平成15年4月より大学病院・特定機能病院において試行が開始され、平成16年4月より試行する医療機関が民間にも広がった。

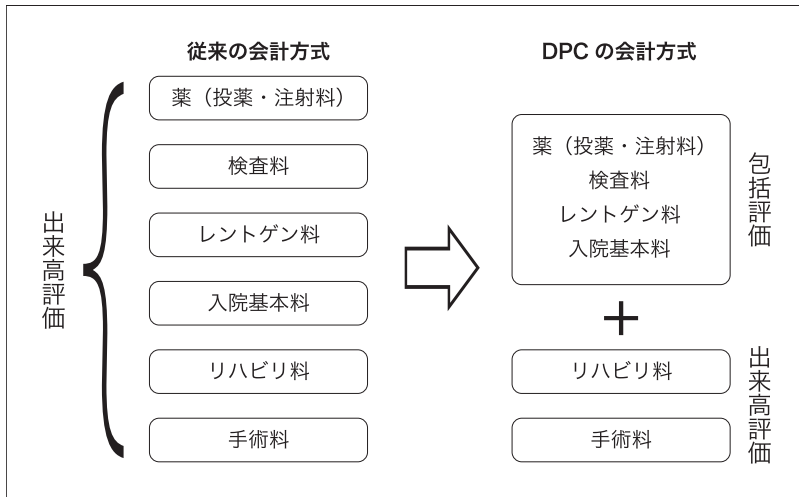


図1 DPCとは

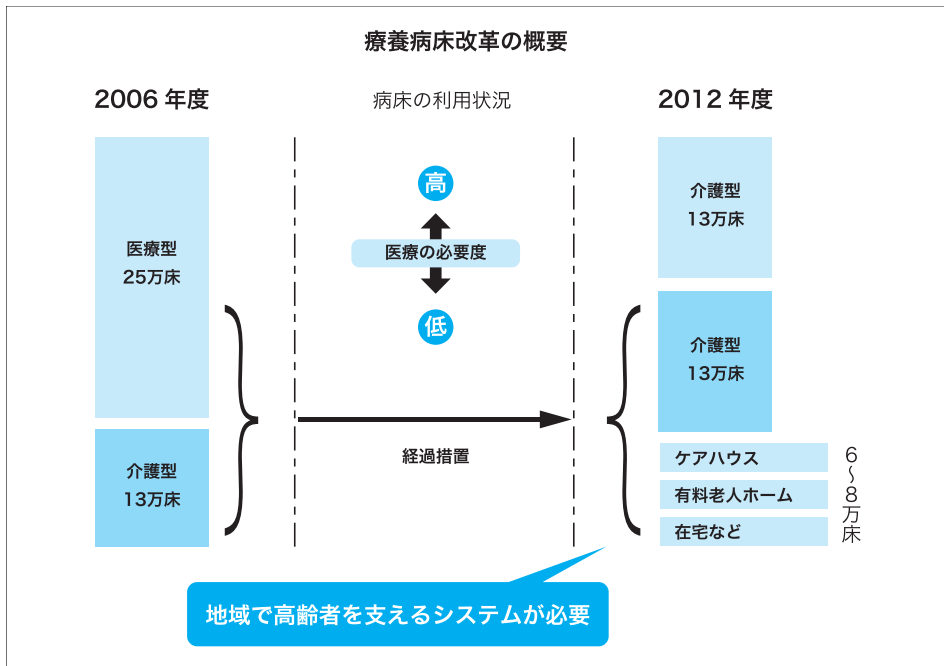


図2 療養病床の削減

表1 病院の平均在院日数の年次推移

病院の平均在院日数、病床の種類 × 年次別						
(単位：日)	各年間					
年次	全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床
平成2年(1990)	50.5	489.6	15.6	150.2	・	38.4
5(1993)	46.4	470.9	14.2	131.2	…	35.3
8(1996)	43.7	441.4	14.0	119.8	152.6	32.8
11(1999)	39.8	390.1	11.0	102.5	165.3	27.2
14(2002)	37.5	363.7	8.7	88.0	179.1	22.2
15(2003)	36.4	348.7	8.7	82.2	172.3	20.7
16(2004)	36.3	338.0	10.5	78.1	172.6	20.2
17(2005)	35.7	327.2	9.8	71.9	172.8	19.8

注：1)「療養病床」については、平成8・11年は「療養型病床群」、平成14・15年は「療養病床」及び「経過的旧療養型症候群」の数値である。
 2)「一般病床」については、平成2・5年は「その他の病床」、平成8・11年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成14・15年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床(経過的旧療養型病床群を除く。)」である。
 資料：統計情報部「平成17年病院報告」

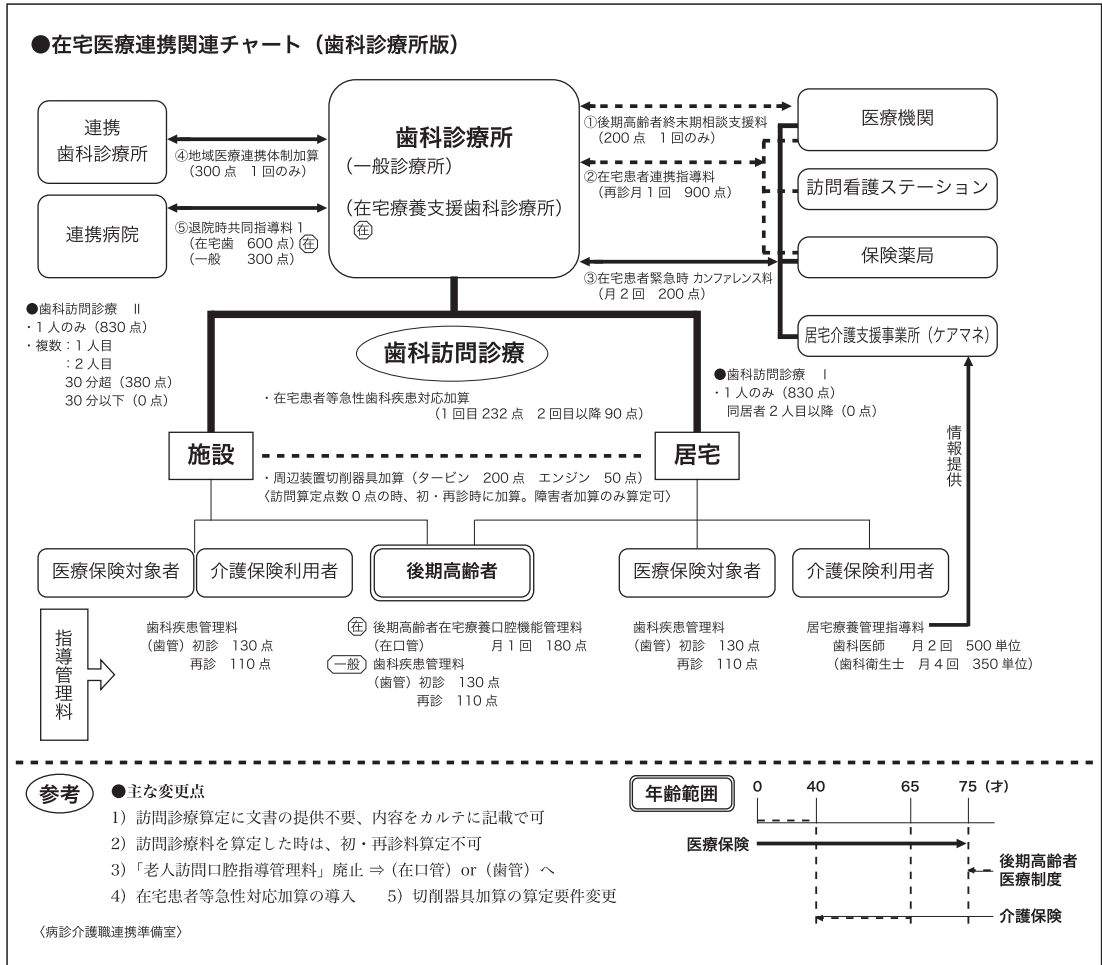
表2 DPC病院の平均在院日数の年次推移

DPC病院の実施度数(毎年4ヵ月分のDPC適用退院患者)と在院日数

	2002		2003		2004		2005	
	度数	在院日数	度数	在院日数	度数	在院日数	度数	在院日数
特定機能病院	136,554	20.37	153,096	18.97	160,528	18.44	170,657	17.56
DPC 施行病院			56,098	15.97	70,427	15.01	72,387	14.67
DPC 調査協力病院(2003)			13,314	15.55	16,545	15.51	17,632	14.86
DPC 調査協力病院(2004)					48,420	14.46	149,873	14.76
DPC 調査協力病院(2005)							108,480	15.42
合計	136,554	20.37	222,508	16.83	295,920	15.86	519,029	15.45
度数増加率	100%		163%		217%		380%	
在院日数短縮率		100%		83%		78%		76%
特定機能病院度数増加率	100%		112%		118%		125%	
特定機能病院在院日数短縮率		100%		93%		91%		86%

資料：「平成17年病院報告」より作成

表 3 歯科診療所を中心とする地域連携チャート



2. 事例に学ぶ

○連携開始のきっかけ

各地で始まった「連携のきっかけ・経緯」は様々です。最も多いケースは、先ず歯科医師の有志が集まる勉強会等によって、歯科医師側の結束をかため、医科へ働きかけるという図式です。もともと歯科医療は外来中心であり、入院患者を想定した口腔管理についての卒前教育は皆無に近かったと思われます。もちろん、医学一般的な講義はありましたが、断片的な知識で終わり、全く統合されていないことを自戒もこめて実感しています。従って、急に医科との連携をと言われても躊躇するのは当然のことです。もう一度学び直したいと考える歯科医師も多いと思います。しかしよほどの強い意志がないと、個人での勉強は続かないのではないのでしょうか。お互いに励まし合う仲間が必要です。そのメンバーに他の医療・介護職種も加われば、視野が広がり、情報収集にも貢献するでしょう。また医療、特に介護の現場では必ず、義歯や食に関する困りごとが山積しています。歯科医師の助けを求めているケースも多いのです。これを機に、歯科の専門性を発揮して、頼りにされるパートナーになって頂きたいと思います。連携づくりに奔走された先生の談によれば、連携はプロセスが重要であるとのことでした。つまり、お互いを理解しあう過程こそが、実はかけがえのない体験であり、有形無形の副産物

を生み、連携をより強固にしていくステップだったのです。

どの事例からも読みとれるように、連携のスタートは人と人との信頼関係づくりから始まります。連携先に親しい間柄の医師や、口腔の重要性を理解する病院トップがおられれば事は円滑に進みますが、大抵は医科とのパイプが全く存在しない状況からの模索となります。暫くはボランティア的にかかわり（看護師に対する研修、病棟への訪問ケアなど）でお互いを知り、徐々に相手方に認めてもらうパターンが多いようです。人に教えることは教える側にとって非常に得るものが大きく、また病棟での体験は歯科医師にとっても新たな発見を生む好機になります。医科の院長からよく聞かれる質問に、「他県での医科歯科連携の進捗状況はどうなっていますか？」があります。このような時は本事例集を披露して、各地ですでに取り組みが始まっていることをご紹介します。事例はそれぞれ特色があり、添付資料（連絡票など）を活用すれば連携のシステムづくりの参考になると思います。また看護師に病棟での口腔ケアの指導を頼まれたら、「入院患者に対するオーラルマネジメント」（(財)8020推進財団、2008年）をご活用ください。全身管理を視野に入れた口腔ケアに力点を置いて作成しましたので、医師、看護師の評価にも十分耐えうると考えます。

○連携方式

連携方式は、ケアを提供する「場」によって、以下の2つに大別されます。

病棟ケア型

地域ケア型

病棟ケア型とは、ケアの提供の場が病棟ということです。NST (Nutritional Support Team) の構成メンバーとなるケースも含まれます。NST 活動の重要な役割のひとつは、経口摂取 (口から食べる) を可及的に維持・回復することです。したがってその取り組みは、経口摂取のための口腔環境を整えることから始めるべきです。つまり、NST への歯科医師の参加は必須のほうですが、全国的にみるとなぜかそうでもありません。その理由のひとつに、嚥下の問題は言語聴覚士や看護師で十分対応できるとの病院の判断があると思います。歯科の併設された病院は少数派なので、もともと病棟にいない歯科医師を加えるという発想はないのかもしれない。しかし、嚥下の出発点は咀嚼であり、嚥下機能の維持・回復のために咀嚼できる口腔環境を整えることがいかに重要であるかということ、また咀嚼機能を回復する専門家は歯科医師しかないということがしっかり認識されるよう、啓発が必要です。言うまでもなく、「咀嚼」は歯学独自の専門分野で、他職種では代替できないことは明らかでありま

す。一方、「嚥下」に関する教育は昨今では重要な分野となりましたが、過去の歯学教育のなかで十分であったとは言えません。現在この分野で活躍されておられる歯科医師は、非常な努力による自己研鑽によって、知識・技術を獲得されたわけです。今後は、歯学部を卒業した時点で、抵抗なく嚥下障害の患者さんに向き合うことができるように、卒前教育を充実させることが喫緊の課題です。

地域ケア型とはケアの提供の場が地域の歯科診療所もしくは居宅・施設 (訪問診療) などになります。がんや糖尿病患者のように緊急性がそれほどでもなく、あらかじめ入院が決まっているケースでは、歯科診療所での入院前口腔ケアも可能です。病棟に訪問することに対しては敷居が高いと感じる歯科医師も、自分の診療所もしくは患家や施設への訪問によってケアをするのであれば、日常診療の範疇に入ります。一方、脳卒中のような緊急入院の患者さんに入院前ケアは不可能ですが、退院後ケアであれば、多くの症例で可能です。歯科は、生活支援の色合いの濃い医療です。したがって、生活の場でじっくり関わることのできる退院後ケアこそが、歯科の本領が発揮できるチャンスです。元気な時だけでなく病や障害を抱える境遇になっても、関わり続けることが本来の姿ではないでしょうか。そのためにも、医師や介護職との連携をとり、患者さんや家族のよき理解者であり、サポーターでありたいものです。

3. 病診連携に向けての5つのTips

地域医療連携を進めるための5つのTipsを列挙します。

Tips 1 地域の医療資源を点検する。

実現可能な連携を検討するためには、地域の医療計画や供給体制（病院機能や病床数、訪問診療や在宅ケアの基盤整備など）の現状を知っておく必要があります。実態を把握するこの作業は、地域医療が抱える問題点を明らかにするためにも重要です。この段階で、問題を共有し、意見交換ができる、職種を超えた仲間をつくるのがポイントでもあります。

Tips 2 病院のキーパーソンをつかむ

成功事例の共通点は、先ず人と人との信頼関係をつくることから始めて、システムが動きだしたことです。そこには、歯科との連携の牽引役を務める医師（看護師）が必ず存在します。キーパーソンを通して得られた病院のニーズや内部事情などは、歯科側の体制づくりを検討する上でも不可欠の情報であります。

Tips 3 連携方式を選択する

地域の特性（高齢化率、在宅ケアの状況など）、連携病院の機能（急性期、回復期など）、対象疾患、歯科医師側の事情（専

門領域、マンパワーなど）によって、病棟ケア型もしくは地域ケア型など、連携方式は選択されます。もちろん、混合型もありえます。

Tips 4 連携体制を整備する。

連携の中心となる母体やネットワークづくり、医科と歯科双方の教育（研修）などハード、ソフト両面からの基盤づくりが必要になります。そのための企画・運営を協力しながら進めることによって、連携への機運と責任感が熟成されるとともに、同時進行で連携体制づくりに移行できると考えます。

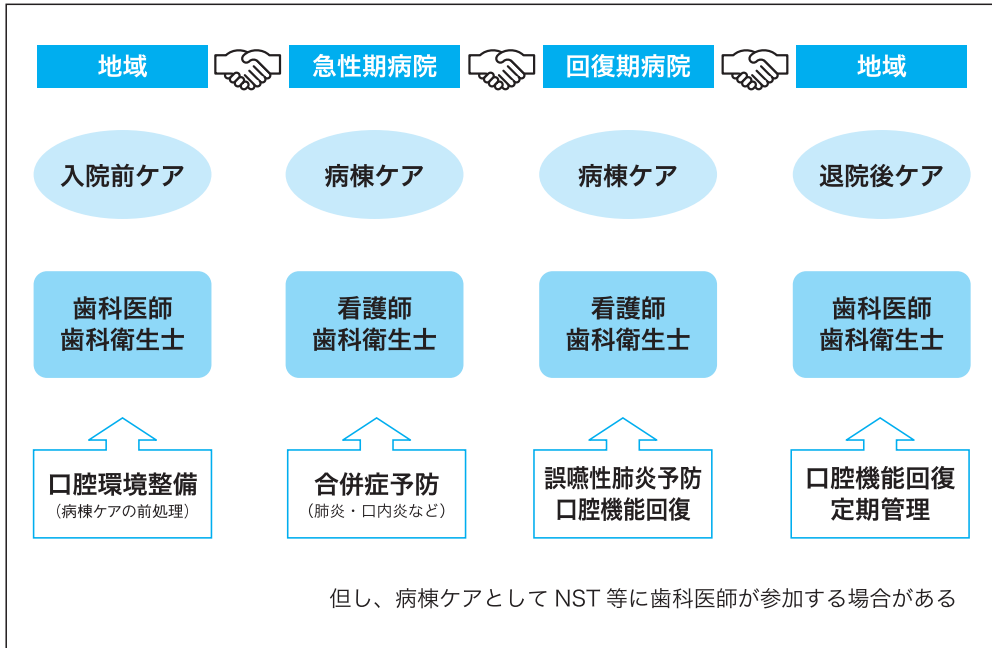
Tips 5 看護師との協力関係をつくる

病棟での口腔ケアの担い手は、マンパワーの点から看護師が中心になります。また口腔ケアに関心の低い患者さんのモチベーションを高められるか否かは看護師の対応に係っています。したがって、連携の命運を握る職種であります。最近、口腔ケアへの関心は高まる一方ですが、看護師の口腔ケアに対する意識や能力にはかなりの温度差があります。スキルアップなど歯科医師が全面的に支援する体制をつくるのが重要です。

4. 口腔ケアの地域連携モデル

最後に、今回の事例を通じて、地域連携のモデルと課題を考えてみました。各地での聞き取りによって得たことは、地域によって事情は様々で、連携の方式も

地域の数だけあると言っても過言ではないということです。下記に提示した図は、今回の6事例をまとめた最大公約数的モデルです。



◇入院前ケア

緊急入院を除き、入院日まで時間的余裕のあることと、歯科診療所に通院可能な身体状況であることが前提となるケアです。入院期間中の①歯や口腔粘膜のトラブル（疼痛、出血など）発生の原因除去、②病棟ケアを円滑に進めるための前準備、この2点のために口腔環境を整備することが入院前ケアの主たる目的となります。この時、口腔内の状態を十分説明し、時間を要する歯科治療や義歯作製などは退院後に実施することを患者さんに約束して理解を得ておくことが、退院後ケアに

繋ぐためには非常に重要です。

ケアの必要性を説明し、退院後ケアを行う歯科医師に繋ぐ仕組みが必要です。理想的には、入院先の病院側に連携担当者（部署）を置いてほしいところです。

◇病棟ケア

急性期病院では手術が必要なケースが多くなります。全身麻酔では気管内挿管が実施され、VAP（人工呼吸器関連肺炎）*発症のリスクが高まります。また患者の高齢化に伴い、誤嚥性肺炎が問題となっています。がん患者の放射線治療では口

内炎も頻発します。これらの合併症に口腔ケアが有効であることの科学的根拠も収集されてきました。一方、DPCの導入によって、在院の長期化は診療報酬の減算に繋がることから、年々短縮傾向にあります。(表1) 短期の入院中に、歯科治療はもとより、口腔機能訓練も効果は余り期待できません。従って、急性期ケアはでVAP、誤嚥性肺炎、口内炎など合併症の予防が主たる目的となります。

一方、回復期病院では肺炎予防は勿論のこと、急性期に比べ入院期間も長期にわたるので、必要なケースでは機能訓練の効果も期待できます。経管栄養から経口摂取に移行できれば、患者さんの意欲や全身の回復にもプラスの効果があるので、在院日数の短縮にも貢献するでしょう。従って回復期ケアでは、口腔機能の回復や肺炎の予防が主たる目的となります。

ケアを行う病院スタッフ(主に看護師)の協力が必須条件です。協力を得るためには、歯科も相手の要望に応えねばなりません。歯科と連携をとることで、メリットを実感できる仕掛けが必要です。例えば、病棟ケアに対するサポート体制を整えることも一案です。病棟での口腔関連トラブルに対し、即座に対応してくれる、また緊急でなくてもいつでも相談できる歯科医師が存在すれば大変心強いでしょう。

う。また歯科にとっても、専門力を発揮できる絶好の機会となります。

◇退院後ケア

在宅や施設での生活の場に戻り、地域での生活支援という歯科本来の役割が発揮できる時期です。食生活や社会交流に欠かせない口腔機能の回復に向けて、長期的な歯科治療や訓練が可能となります。また治療ニーズがない場合も、口腔の衛生や機能の維持のための定期管理が必要です。従って、退院時ケアでは口腔機能の回復や定期管理が主たる目的となります。

退院時、地域の歯科医師に繋ぐための仕組みが必要です。退院カンファレンスに歯科医師が参加する病院はまだまだ少数なので、病棟看護師、地域連携室、病院のMSW(医療ソーシャルワーカー)等、橋渡し役との連携を検討する必要があります。

*VAP:人工呼吸器を装着したことによって48時間以降新たに発生した肺炎である。人工呼吸器管理下の患者が肺炎を起こすリスクは、人工呼吸器を装着していない患者の6~21倍といわれており、高齢患者や担癌患者、免疫抑制状態の患者、慢性肺疾患患者などが高リスク群とされる。手術後感染としても重要である。

東京医科歯科大学 歯学部 口腔保健学科
教授 寺岡加代

岩手県歯科医師会の事例

岩手県歯科医師会としてのNST連携の推進

岩手県歯科医師会口腔保健センター 佐々木 勝忠、佐藤 保

1. NST連携を推進する岩手県歯科医師会の基本的考え方

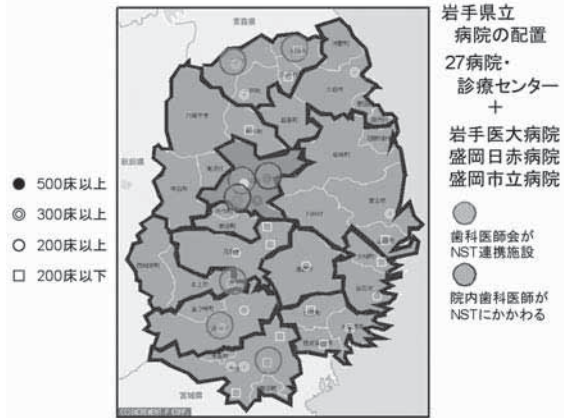
近年、多くの先生方の活躍により、栄養の確保の重要性が認識され、病院ではNST（栄養サポートチーム）が立ち上がり、さまざまな方々が関わりあうチーム医療が展開されている。しかしながら、食べる入り口である口腔を任されている歯科医師が参加しているNSTの事例は決して多くはない。この一因には、医科と歯科ともに大学教育の中では医療連携そのものの実践体験を学ぶ機会が少ないこと、同じ一人の患者を診るのに医科と歯科ともに疾病への対応そのものが医療の中心となっていることから、連携に溝が生じていることによるのかもしれない。私たちは、その溝を埋めなければならない。そのためには私たち歯科医師が溝を埋める研鑽を行い、広く社会に口から食べる重要性をアピールしていかなければならない。幸いに、岩手県内では二戸、奥州市、北上、一関地区歯科医師が先駆的に県立病院のNSTと連携していて、連携のノウハウを持っている。医療連携の中に歯科が認識され、歯科医師が加わった医療連携の輪が広がるために岩手県歯科医師会口腔保健センターは地区歯科医師会のNST連携を推進している。

2. 郡市歯科医師会のNST連携を推進するか

地域歯科医師会がNSTというキーワードで連携することの良さは、病院内に歯科医師が入り込むことによって、今までのう蝕治療、歯周病治療、補綴治療、口腔外科治療などから広く全身を診る歯科医師となることである。たしかに、入院患者を診るためには、自院に来られた患者さんだけを診ているときとは違い、口腔機能医として患者さんの全身状態や栄養、口腔ケア、摂食・嚥下障害などなどの知識・技術を習得しなければならない。その壁を乗り越えることにより医療連携が進み、歯科界が抱えている閉塞をこの地域連携によって開ける可能性がある。個人的には歯科の広さを自覚できることの良さがある。病院内の歯科医師だけのNST連携では歯科界全体の閉塞感を解消できない。歯科界全体に広がる方法として地区歯科医師会がNSTにかかわる必要がある。

3. 岩手県下でのNST 連携状況

岩手県においては、中核地域に27の県立病院・診療センターが配置されており、徐々にNSTを立ち上げている。また県立病院・診療センター以外にNSTを立ち上げている病院は岩手医大病院、盛岡日赤病院、盛岡市立病院、一関病院、藤沢町民病院などである。歯科と連携している病院は、平成20年8月現在県立軽米病院、県立二戸病院、県立中央病院、岩手医



大病院、盛岡市立病院、県立北上病院、県立胆沢病院、県立千厩病院である。しかし、盛岡市に存在する岩手医大病院、県立中央病院、盛岡市立病院は院内歯科があって、歯科医師会とNSTでの連携はなされていない。

4. 連携推進のために岩手県歯科医師会が支援していること

岩手県歯科医師会では、平成17年度より岩手県の委託を受け、障害者・要介護者の歯科治療を確保するため、岩手県歯科医師会に設置された口腔保健センター事業の一環として「障害者・要介護者診療歯科医師養成研修」を実施してきた。その研修の中でNSTに関するテーマを組み込んだ。

	H17、18研修1期生、H19、20研修2期生	
H17	「歯科医が取り組むNSTの実際」 「二戸病院におけるNSTの取り組み」	西丸山病院 藤本篤士 先生 二戸病院副院長 伊藤達朗 先生
H18	「二戸病院でのこれまでの取り組み」 「胆沢病院NSTと歯科医師会の連携」 「栄養マネジメントの実際」	二戸歯科医師会 管 弘志 先生 奥州市歯科医師会 森岡範之 先生 アボットジャパン KK 鈴木久美子 先生
H19	NSTでの歯科の役割、歯科に期待すること」 「障害者・要介護者への取り組み」 「胆沢病院NSTと歯科医師会の連携」	胆沢病院副院長 北村道彦 先生 二戸歯科医師会 管 弘志 先生 奥州市歯科医師会 森岡範之 先生

さらに、口腔保健センターとして、平成19年度、NSTを理解するために解説スライド「NSTと歯科」を作成し、このスライドを使って「障害者・要介護者診療歯科医師養成研修」の1期生が地区歯科医師会で講話をすることとした。

平成19年度に「障害者・要介護者診療歯科医師養成研修」の研修生1期生、2

期生 87 名に対するアンケートのなかでの NST 関係について、「栄養サポートチームに参加したことがありますか」という質問に対して、14 名、20%の研修生が参加したことがあると答えている。そのうち 13 名は県立病院の NST と連携している 3 地区歯科医師会会員者であった。「NST 回診参加要請があった場合参加できますか」という質問に対して「できる」と答えた歯科医師は 80%と多く、障害者・要介護者診療歯科医師要請研修での NST 研修の効果と思われる。

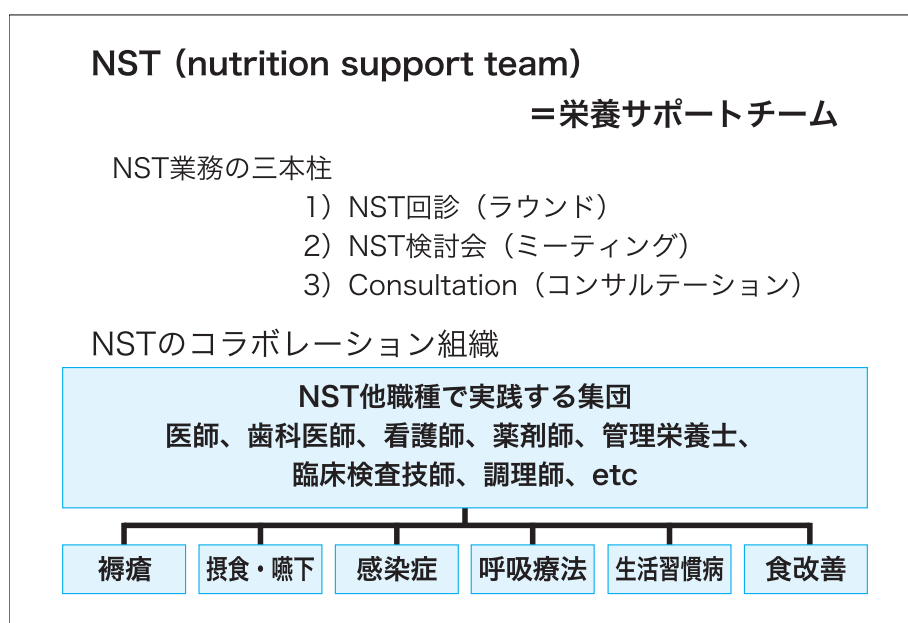
現在、岩手県下 13 地区歯科医師会のうち 4 歯科医師会で県立病院 NST と連携がなされている。さらに連携が進みそうな 3 地区歯科医師会を含めると半数の地区歯科医師会が連携することになる。

さらに全県下の地区歯科医師会で NST 連携を進めるために次の 3 項目が今後の努力目標である。

- ① 県立病院との連携が進むよう県立病院や地区歯科医師会に連携を働きかける
- ② 県立病院のない地区では民間のリハ病院との連携を進めて行く
- ③ 病院内歯科医師で関わっている NST では、地区歯科医師会が参加できる体制づくりを援助する

岩手県歯科医師会口腔保健センターでは、「歯科医師が参加する NST 連携の推進」事例集を作成した。今後、医師会や県行政への医療連携推進のための資料として、また、会員の啓蒙のための資料として活用しながら、全県下での医療連携を進めて行きたいと考えている。

「NST と歯科」のスライド配布



岩手県二戸歯科医師会の事例

県立二戸病院との円滑な連携による 二戸歯科医師会の院内NSTへの参加

二戸歯科医師会（岩手県）会長 菅 弘志

1. 連携システムの概要

【連携機関の概要】

岩手県立二戸病院

施設機能：2次救急医療・緩和医療・在宅医療・日本病院機能評価認定

地域がん診療拠点病院・NST 稼動病院・地域災害居拠点病院

診療機能：一般病床 290 床・感染病床 10 床、

18 診療科・常勤医師 28 名

脳血管障害・廃用症候群・循環器疾患・消化器疾患・神経内科・脳外科・外科・
消化器内科・循環器

【対象疾患】

NST・褥瘡対策委員会（3チームで構成：栄養管理、褥瘡、摂食・嚥下）のなかで摂食・嚥下チームの構成は主治医・歯科医師・看護師・言語聴覚士・栄養士である。歯科医師は摂食・嚥下チームの一員として歯科ラウンドに参加して口腔ケア指導、必要に応じて往診診療を行い口腔機能改善に当たる。

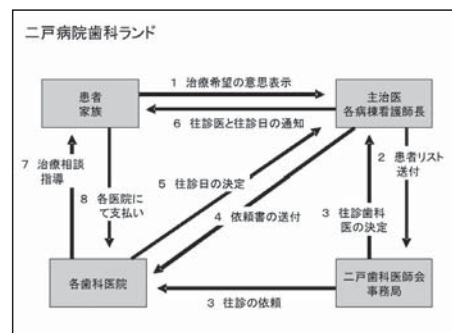
二戸歯科医師会

岩手県北4市町村（二戸市、九戸村、軽米町、一戸町）の開業医で構成

会員数 28 名（会費免除会員 6 名）

【連携システムの全体図、連携パス】

歯科治療は病院の治療とは別に歯科往診となり、別途歯科の医療費がかかるため、患者、家族の了解を病院側で確認して歯科医師会事務局に連絡する。歯科医師会事務局では、かかりつけ歯科医が市内であればその先生に依頼、遠方、もしくはかかりつけ歯科医がいない場合は歯科医師会で対応できる先生に依頼し病院に連絡する。



2. 連携の体制づくり

【連携開始のきっかけ・経緯】

平成 9 年県立福岡病院（現二戸病院）の看護師からの「口腔ケア」についての講演依頼があり、看護師、患者家族対象に講演会を開催した。

二戸歯科医師会としては、平成 13 年度より二戸保健所との共催で高齢者・障害者の口腔ケア普及啓発、技術向上を目的に「寝たきり予防のための口腔ケア」事業を開始した。3 年間で歯科医師会会員全員（27 名）が二戸地区の全老人施設（12 施設）において研修・講演・実技指導を行った。平成 16 年度からは県立病院も加わり「寝たきり予防のための口腔ケア推進評価事業」として 3 年間継続し活動した。

平成 15 年に発足した「いわて口腔ケア研究会」に二戸地区の県立病院からも多数の看護師さんたちが参加しており、二戸病院において看護師さんたちと病院内での口腔ケアの現状について懇談し、連携のきっかけを作ろうとしたが「口腔ケア」だけでは連携は困難であった。平成 16 年に発足した「いわて摂食嚥下リハビリテーション研究会」にも歯科医師会から「いわて口腔ケア研究会」同様に毎回参加してきた。

このような対外的な活動、研修が評価され、二戸病院から歯科医師会へ平成 17 年 7 月から始まった TNT - C 勉強会の案内があり参加した。9 月に歯科医師等専門研修会で当時の二戸病院副病院長（現千厩病院長）の伊藤達朗先生から「二戸病院における NST 活動」についてと、衣歯科診療所所長の佐々木勝忠先生から「高齢障害者の低栄養と歯科の関わり」についての講演会を開催した。佐々木勝忠先生の県立胆沢病院での NST へのかかわりを知り、二戸病院でも NST 回診を会員が交互に見学、NST の一員として歯科がどう関わっていくかを協議し、平成 18 年度からは摂食・嚥下チームの一員として栄養改善のため「いかに口から食べられるようにするか」を目標に月 2 回の歯科回診を開始することとした。

【実施までの準備内容】

平成 18 年 5 月 24 日に二戸病院にて歯科医師の院内ラウンド実施するための話し合いを行った。

※二戸病院としては歯科医師の応援診療体制とする

（当面はスタッフに対する口腔ケア指導としての謝金を支払う）

※二戸歯科医師会は担当歯科医を派遣する

※歯科ラウンド日 第 2、第 4 木曜日 14:00～15:00

第 1 回を 6 月 8 日に行う

※対象患者 二戸病院入院患者5～6名前後

※対象患者の選択は主治医から依頼伝票などで申し込む

※NST 褥瘡委員会の研修会に歯科医師会から講師を派遣する
(二戸病院 NST - PU 委員会勉強会で8月に講演)

※歯科ラウンドについて

- ・入院患者に口腔機能の維持と歯科治療ができるラウンドとする
- ・歯科医師会としても二戸病院入院患者に摂食・嚥下に必要な歯科治療が可能であることをアピールしていく
- ・歯科医師会として二戸病院に往診可能な時間を明確にする
- ・二戸病院は院内に歯科医師が入ることを職員に知らせ協力体制をとる

お互いに無理がないようにし、問題があればそのつど話し合いを持ち長期継続ができる体制を構築していくことを確認した。

3. 活動内容および成果

【活動内容】

NST の摂食嚥下チームの歯科ラウンドとして

- ・実施日 毎月第2、第4木曜日 14:00～15:00
- ・前日までに口腔内に問題のある患者さんを主治医と相談して決める
- ・歯科ラウンドでは対象患者さんの口腔内診査、口腔内機能評価、口腔ケア指導を実施
- ・必要に応じ、患者さん、家族の了解を得て歯科往診を実施

【成果】

平成18年度は96名、19年度は80名のラウンドを行った。ほとんどが義歯調整・指導と口腔ケアの指導で、抜歯が数名と咬傷予防のためのマウスピース製作が1例あった。

院内での口腔ケアに対する関心が高くなり、岩手リハビリテーションセンターの歯科衛生士の晴山さんからも「二戸病院から転院してくる患者さんの口腔内は他から来る患者さんに比べてきれいに口腔ケアされている」と評価をいただいたが、我々がラウンドで見ても患者さんの口腔内は良好に保たれている。

病院長も二戸病院の地域医療連携で歯科医師会との連携についていろいろな場で紹介している。「地域医療連携と医師不足対策について」ということでの県議会の視察があったとき「歯科医師会との連携では、全科参加型NSTを通じて開

業歯科医が入院患者の口腔ケアに積極的に参加しています。その結果、口腔衛生の状態や咀嚼、嚥下機能が改善し、栄養状態や QOL が良くなり早期退院などに効果を発揮、患者様と家族から喜ばれています。」と紹介していただいた。

摂食・嚥下チームの活動での歯科医の関わりを各種学会、研究会で発表している。

- ・「NST における摂食・嚥下活動へ地域歯科医師の対診を導入して」
日本静脈経腸栄養学会（看護師）
- ・「NST 活動における看護師の関わり」みちのく NST 研究会（看護師）
- ・「当院の摂食・嚥下チームの活動状況と今後の課題」
いわて摂食・嚥下リハビリテーション研修会（看護師）
- ・「二戸病院における NST の現状と課題」県北 NST 講演会（栄養士）
- ・「言語聴覚療法と口腔ケア」二戸口腔ケア研修会（言語聴覚士）

これらの発表から NST に歯科医がかかわることにより

※食べられる口腔に改善できた

※より早期から義歯装着患者にも関わることの必要性を再認識した

※口腔ケアの意識が高まった

※ケアの方法が具体的になり、看護師による口腔内の観察が深まった

※歯、口腔に関する不具合が多いことがわかった

※患者の機能障害に合わせたケアに様々な職種が専門的に関わる事ができた

※院内で口腔ケア・摂食嚥下に関する必要性が認知されてきた

※食べる機能の改善、会話明瞭度の改善により患者の QOL 向上につながった

以上のような効果が報告されました。

病院との話し合いの中で、今後、消化器手術の術前から口腔機能評価をして早期か口腔機能・消化機能の維持・回復を図る取り組みが提案されるなど病院側も積極的になってきている。

4. 連携が可能となっている要因

- 1) 二戸歯科医師会会員の理解、協力が得られた。
全会員が保健所事業を通して障害高齢者の口腔ケアの体験、施設の介護をしている人たちとの交流が持っており、介護認定審査会にも交代で全会員が参加（医療、福祉関係者との交流）している。
- 2) 三師会の先生方との連携が普段から取れている。
三師会の新年会、野球大会、ゴルフ、学術講演会等交流が活発である。
- 3) 歯科医師会の地域保健活動への評価が高く、行政が協力的である。

学校歯科保健で全国的に高い評価。(大臣表彰4校)

健康ステップアップ運動優良団体表彰(H18)受賞。

- 4) 「いわて口腔ケア研究会」「いわて摂食・嚥下リハビリテーション研究会」「TNT-C勉強会」等、多業種が集まる会に二戸病院のスタッフと歯科医師会会員がいっしょに参加していることで共通の認識の下で情報交換できる関係が築けている。
- 5) 病院長をはじめスタッフの口腔ケア、経口摂取・口腔機能回復への意識が高い看護師、栄養士、言語聴覚士さんたちが学会等で歯科との連携発表を行っている。
- 6) 「高齢者の口腔ケア」の取り組み当初から歯科医師会主導で関連職種の人たちと一緒に研修会を企画し、協同しながら事業を行ってきた。

5. 今後の展開および課題

今は、試行期間としてのお互い手探り状態での活動であるが、病院との話し合いの中で、今後、消化器手術の術前から口腔機能評価をして早期から口腔機能・消化機能の維持・回復を図るための取り組みが提案され病院側も積極的になってきている。

今後も歯科医師が医療チームの一員として違和感なく溶け込んでいくため多くの先生方に急性期の患者さんに関わる現場を経験してもらいながら、病院スタッフとの共通の研修会等に参加し知識の共有を図っていきたい。また、今始まったばかりの大切な取り組みなので、時間をかけゆっくり確実に進めて行きたい。現実には難しいとは思いますが、将来は病院内に開放型の歯科診療室を作ってもらい入院患者さんの治療ができればと考えている。

課題として、今後ニーズが増えてきた場合、NSTに関わる歯科医師のマンパワー、経験・知識、診療室と対外活動の両立、歯科医院スタッフの教育、往診機材の準備、二戸地区での歯科衛生士の人材不足解消、病院から退院・転院後のフォローなどの問題が出てくると思われる。

長期的展開としてこの活動を介護予防にフィードバックさせたい。今は義歯の修理、調整で対応できる人が多く、ベットサイドでも治療可能であるが、充填処置、歯髄処置、外科処置等の必要な歯が残って悪化している人の場合、全身状態、障害の状況によってはベットサイドでの治療は困難である。これから高齢者の仲間入りをしてくる団塊の世代は歯の数は残っていても状態が悪く、口腔ケアについての知識も乏しい人を多く見かける。このような人たちに生涯を通じて自分の口で食べていけるように、口腔ケア、口腔機能の重要性をこの活動を通してフィードバックしながら、介護予防に絡め医療、保健、福祉関係者と共に啓蒙活動をしたいと考えている。

岩手県奥州市歯科医師会の事例

地域急性期病院での NST 回診に 歯科医師会が参画した取り組み

奥州市歯科医師会 清水 潤

1. 連携システムの概要

【連携機関の概要】

岩手県立胆沢病院

施設機能：救急告示病院・災害拠点病院日本病院機能評価認定・臨床研修病院

NST 稼動病院・ISO14001 認定登録

診療機能：一般病床 331 床・結核 20 床、19 診療科

常勤医師：64 名

【対象疾患】

脳血管障害・廃用症候群・循環器疾患・消化器疾患・悪性新生物など低栄養状態に陥る疾患

【連携診療科】

全科（NST に依頼された患者）

【連携職種と役割分担】

胆沢病院 NST の構成チームは褥瘡対策チーム、生活習慣病チーム、呼吸療法チームの 3 チームである。職種は医師、看護師、薬剤師、栄養士、調理師、検査技師、ソーシャルワーカー、リハビリ技師、事務である。歯科医師は病院内の NST 構成チームに所属するのではなく、NST 回診に参加し口腔内状態の把握と口腔ケアの指導、歯科治療の必要性の判断を行っている。また、NST 構成チームには摂食・嚥下チームがなく、言語聴覚士に摂食・嚥下障害を診ているが、言語聴覚士は院内に一人しか配属されておらず、仕事量が多く全ての摂食・嚥下障害に対応することが困難である。歯科医師は摂食・嚥下障害の一部を支援している。

奥州市歯科医師会

岩手県南 1 市 1 町（奥州市、金ヶ崎町）の開業医、勤務医で構成され、会員数 64 名である。

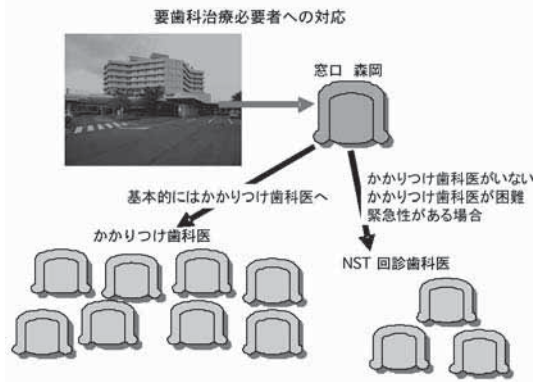
【連携システムの全体図、連携パス】

NST 回診歯科医師は 6 名（奥州市歯科医師会の推薦）で、毎週行われる NST 回

診に順番に当番の一人の歯科医師（一組だけが二人体制）が参加する。回診患者情報は、回診票として前もって当番の歯科医師にメールで送られる。回診後、回診した歯科医師は、回診した患者の状態や指導内容、実施事項等を回診票に記載し、回診歯科医師と胆沢病院栄養管理室、歯科医師会専務にメールする。そのほかに回診歯科医師と歯科医師会専務には回診日の日誌をメールする。



回診中に歯科治療の必要を認めた場合は、歯科治療の必要性をカルテに記載、主治医から病棟看護師長を通して、歯科医師会側の窓口になっている森岡先生へ往診歯科診療依頼となる。森岡先生よりかかりつけ歯科医師へ連絡、訪問歯科診療を依頼するが、かかりつけ歯科医師が訪問困難な場合や、かかりつけ歯科医師がいない場合、緊急性がある場合はNST回診歯科医師に訪問歯科診療を依頼する。



2. 連携の体制づくり

【連携開始のきっかけ・経緯】

平成 17 年に県立胆沢病院の栄養管理室長が病院の NST 勉強会に歯科の講演「歯科と NST」を組んだ。その後、佐々木歯科医がボランティアで NST 回診に月に 2 回ぐらいのペースで参加するようになった。平成 18 年の NST 勉強会にも歯科の講演「低栄養と歯科&口腔ケアの大切さ」を組み、講演後病院長を含めた NST チームの懇談会席上で、佐々木歯科医からの歯科医師会連携の提案がなされた。さっそく次の日に県立胆沢病院から歯科医師会との連携の提案があった。

【実施までの準備内容】

平成 18 年 8 月 31 日に県立胆沢病院からの NST 連携の提案を受け、次のことを行った。

- ・奥州市歯科医師会油井会長と県立胆沢病院北村副院長とで連携の話し合い
北村副院長と油井会長との連携の話はスムーズに運んだ。
- ・奥州市歯科医師会として NST 回診歯科医師の選定
- ・回診歯科医師を奥州市歯科医師会の地域歯科保健部から 5 名選定した。後に自主参加した 1 名を加えて回診歯科医師は 6 名となった。回診歯科医師の中で森岡先生が胆沢病院との連絡係、歯科診療対応窓口としてリーダー役を担ってもらった。
- ・県立胆沢病院関係者と奥州市歯科医師会執行部、NST 回診歯科医師との懇談会
奥州市歯科医師会から三役と NST 回診歯科医師、胆沢病院から松本院長、北村副院長、遠藤外科長、上野栄養管理室長とで懇談会を行ない、和やかな顔合わせとなった。
- ・NST 回診に参加する歯科医師の研修会
NST 回診に参加するにあたり、以下のような勉強会を回診歯科医師で行なった。指導は日本静脈経腸栄養学会（JASPEN）の TNT（Total Nutritional Therapy）の講習を受けている佐々木歯科医が務めた。

第 1、2 回勉強会

- ※ 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

第 3 回勉強会

- ※ NST と口腔乾燥について
- ※ 回診票と日誌の書き方について

3. 活動内容および成果

毎週金曜日午後 2 時半から 1 時間ぐらい行われる NST 回診に当番歯科医師が参加する。【連携システムの全体図、連携パス】で説明したが、回診患者情報は、県立胆沢病院栄養管理室から当番歯科医師にメールで送られ、回診後必要事項を記載し栄養管理室にメールで返す。回診歯科医師同士情報共有のため栄養管理室に返した情報に加え“回診日誌”をメールで流すことになっている。

NST 回診メンバーは、NST Chairman を務める北村副院長、Director の遠藤外科長、数名の管理栄養士、調理師、薬剤師、検査技師、看護師と歯科医師である。1 回の回診で 3 名～6 名ぐらいの患者をみる。

NST回診日 H20.0.0 NST回診歯科医師 清水 潤

患者 S・S		性別 男・女	生年月日 T・S・H 8年0月0日(70)歳	
入院となった疾患		・感染症及び寄生虫 ・新生物 ・血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 ・内分泌代謝障害 ・精神及び行動障害 ・神経系疾患 ・目及び付属器の疾患 ・耳及び乳様突起の疾患 ・循環器系の疾患 ・呼吸器系の疾患 ・消化器系の疾患 ・皮膚及び皮下組織の疾患 ・骨格筋系及び結合組織系の疾患 ・泌尿器系の疾患 ・妊娠、分娩及び産褥 ・産期に発生した病態 ・先天奇形、変形及び染色体異常 ・他に分類されないもの ・損傷、中毒、その他の外因の影響		
特記すべき病態		食道癌術後 胸水ドレナージ		
摂食・嚥下障害		食道期の障害あり		
栄養補給ルート		経口 経管 (経鼻・胃瘻・空腸) 末梢静脈 中心静脈 他		
口腔内視診	歯: 12-22, 23-25Br, 44, 43-33Br, 34はポストごと脱離、35、	口腔清掃状況	歯科治療の指示	
	粘膜・舌: 舌苔あり	舌苔少しあり	舌クリーナプレゼント	
	義歯: 上顎	(9/5) 同様	(9/5) 舌磨き継続を指示	
	下顎	口腔乾燥		
	入院前 なし 入院中 なし	なし		
歯科治療指示後の状況				
その他	4/9の体重は51kgでした。4ヶ月で5kg減少しています。食事は、やわらかいものを好みます。肉などの硬いものはとおりが悪く食べていません。TEE1389kcal、現在、経口で600kcalの半分くらいの量しか食べられない→8割目標、PPN510kcal、(1100ml)、「喉を下げながら食べている」とのこと、主治医によるといずれCV-Portの予定がある(清水)			
Ht: 159.5cm	白歯部の咬合支持がなく、義歯もなく硬いものは食べれない状態です。口腔ケアはまずまずです。(8/29 吉田)			
BW: 44.1kg	現在 TPN+経口摂取。近日退院予定あり、今後 HPN 管理を訪問看護で対応するとのこと (9/5 清水)			
入院時のL/D (7/30) 8/4				
Alb: (3.2)				
Hb: (12.6) 13.5				
TLC: (1050) 1330				
CRP: (0.31) 1.24				

回診の流れ

①病棟で管理栄養士からの患者説明と医師からのコメント

②患者の回診

医師からの患者への説明と全身状態の把握 (ときには体重測定を行なう)

管理栄養士や調理師から栄養摂取方法の指導と補助栄養剤の試食、口腔内観察と歯科的指導

③病棟に帰りカルテに指導内容を記載する、口腔状態も歯科医師が記載する

胆沢病院 NST 回診日誌

H20.〇.〇 清水 潤 記

本日は、遠藤先生ほか5名と宮城学院女子大学実習生2名そして私の9名で行いました。

新規1名、継続1名の2名です。

1 S・Sさん 70歳

8月8日清水、29日吉田先生が回診した患者さんです。経口からの摂取は現状で満足しているので、前回と同様に歯科治療は希望しないとのことでした。「喉を下げながら食べている」ことに関して、勝忠先生より反回神経麻痺があるのではないかと問い合わせが栄養室にあったようです。その回答ですが、遠藤先生によると食道癌手術のため軽度の反回神経麻痺があると考えられるとのことでした。退院予定があり、今後自宅での TPN 管理（これを HPN : Home Parenteral Nutrition というそうです）のため訪問看護をどのように対応するかが課題のようです。口腔内は前回同様に舌苔付着がありましたので、舌磨きを継続するように指示しました。

2 I・Gさん 60歳

この方も食道癌ですが、手術ではなく、放射線・化学療法で対応されています。口腔内は特に問題所見を認めませんでした。経口摂取量十分ですが、TPN 併用です。自宅では食事を作る人がいない(身内がない)ので、ほとんど食べずにお酒しか飲まないようです。入院時、まず点滴でカロリーアップを図り、今後化学療法も予定されているので、TPN も残したようです。化学療法が始まると、嘔気頻発で食欲不振になるのを見越しているようです。

回診終了後、北村先生が見えられて「12月第一週に東北経腸静脈栄養学会がありますので、歯科のほうからも演題を出しませんか？」と言っておられました。同じ日に岩手医大歯学会もあります。さて、いかがいたしましょう。

NST 回診が終了し、自分の診療室に帰ってから回診票と日誌を書きメールにて回診歯科医師、胆沢病院栄養管理室と情報を共有することになる。NST 回診日誌は、回診歯科医師だけで共有することになっている。書きにくいことやいろんな感想が書かれ、同じ患者を再度回診するときに役立つし、回診歯科医師の考えが伝わり仲間作りにも役立っている。

回診中に歯科治療の必要を認めた場合の窓口は、NST 回診のまとめ役の森岡歯科医に連絡が入り、なるべくかかりつけ歯科医が訪問診療する形をとるが、かかりつけ歯科医が訪問歯科診療を断った場合やかかりつけ歯科医がいない場合などは、NST 回診歯科医が訪問歯科診療を行うことになる。

回診後に回診歯科医師に対し県立胆沢病院から時間当たりの医師賃金が支払われる。

【成 果】

平成 18 年 12 月 1 日から平成 20 年 7 月 25 日までの回診回数は 73 回、回診患者延べ人数は 202 名、107 人の患者の回診が行なわれた。

107 名の患者の特記すべき病態では、がん 32 名、脳血管障害 16 名であり、がん患者が多く、摂食・嚥下障害の有無をみるとあり 32 名 (30%)、なし 75 名 (70%) であった。また、栄養摂取方法をみると 81 名 (76%) は経口摂取がなされ、26 名 (24%) は非経口摂取であった。

義歯の使用状況については、43% が義歯を使用しており、24% が必要であるものの使っていなかった。27% は回診票、回診日誌から義歯についての情報が得られなかった。

107 名の患者の口腔内観察から歯科の介入の必要性を検討すると、介入の必要ありと思われる患者は 61% であった。歯科の指導や指示にはどんな項目があるかを調べると、口腔ケア、義歯治療、口腔乾燥対策の指導、指示が多かった。歯科の指示がなされたとしても改善があるか否かを、2 回以上回診できた 52 名の患者で指示後の変化を回診票、回診日誌から調査してみると 56% に改善がみられ、31% には変化がみられなかった。歯科が介入しなならかの指示があれば、多くは改善していた。これは病棟看護師さんとの NST を介した連携の深まりの成果であろう。

口腔乾燥の激しい患者の口腔ケアを行なうためには保湿剤が必需品である。病院の売店で保湿剤の販売を平成 19 年 6 月から開始した。平成 20 年 9 月までの 1 年 4 ヶ月間に 414 本の販売であった。この販売数からみても看護師が口腔ケアを一生懸命行なっていることがわかる。

さらに病院から口腔内診査を行う提案がなされ、平成 19 年 7 月に口腔ケアの介助が必要な患者 44 名の口腔内診査を NST 回診歯科医師 6 名で行なった。歯科的にはありがたい提案で、この口腔内診査の結果は、仙台での東北静脈経腸栄養研究会で「奥州市歯科医師会による急性期病院の口腔内診査」と題して発表し、聴衆が聞いてためになった演題表彰で 2 位となった。同じく病院管理栄養士が発表した「岩手県立胆沢病院と歯科医師会の連携の取り組み」も演題表彰で 2 位となった。平成 19 年度の東北歯科医学会で「急性期病院での NST 回診への歯科医師会介入までの取り組

みとその効果について」と題して発表を行なっている。

また、口腔ケア技術の指導を頼まれ、実際に病院内で2名（気管切開患者、陽圧酸素療法患者）の口腔ケアを実施しながら口腔ケア指導の資料をとらせていただき、看護師さんのための口腔ケアスライドを作成した。

NST 回診歯科医師側では、臨床検査値の理解が弱いということから、県立胆沢病院の臨床検査技師さんをお願いして勉強会を開催した。他地区歯科医師会会員、NST 回診歯科医師以外の参加もあって、NST の広がりができたと思われる。

4. 連携が可能となっている要因

1) 県立胆沢病院が病的にオープンである

松本院長、北村副院長はじめスタッフの皆さんが、外部から見学に入っても違和感なく迎え入れてくれる。今まで他地区歯科医師会会員が NST 回診を見学に来たが、「どうぞいらして下さい」との歓迎のことばをいただく。

2) NST Chairman である北村副院長が歯科医師会との医療連携に積極的である

前述した口腔内診査の提案は北村副院長からであり、積極的に歯科介入のアウトカムを出して欲しいと歯科医師の背中を押してくれるすばらしい先生である。口腔ケア指導のスライド作成にあたって積極的に指導をしてくれ、私達歯科医師のほうが遅れをとっている現状である。岩手県歯科医師会の障害者診療歯科医師研修で「NST での歯科の役割、歯科に期待すること」という題名で講演をしていただいた。

3) 栄養管理室が協力的である

私達に情報を発信してくれる栄養管理室が、回診患者の口腔内写真の保管、口腔ケア用品調査、患者の情報提供などいろんな面で協力的であり、さらに歯科連携の効果等について学会、研究会で積極的に発表アピールしてくれる。

4) 県立胆沢病院は、口腔ケアに積極的姿勢がみられた

NST において歯科医師会との連携が始まる前に病院内に口腔ケア研究班があって、口腔ケアに対する積極的姿勢があった。

5) 北村副院長と油井奥州市歯科医師会会長の意思疎通がいいこと

油井会長の主治医が北村副院長であり公私ともども親密な関係にある。

6) 病院 NST 関係者と歯科医師会関係者の交流会

多くの NST 関係者はお酒？焼酎？ビール？アルコール好きで、交流会は盛り上がる。

7) NST 回診歯科医師の積極性と謙虚性、向上心、仲間意識、アルコール好き

NST 回診に参加してある程度の報酬をいただくが、その金額は歯科診療して得る金額には到底及ばない。しかし、NST 回診仲間はそんなことに対しては不平などまっ

たく言わない。それよりも私達を温かく受け入れてくれる県立胆沢病院のスタッフに感謝をしている。そして未知の分野の知識を積極的に吸収しようとする向上心がある。病院内でも「歯科医師である」などというような驕りもなく、いろんな職種の方々に謙虚に対応している。また、患者情報をメールで共有し、将来の歯科界を論じながら居酒屋で日替わりを迎えるすばらしい仲間である。

5. 今後の展開および課題

今後の展開および課題として以下の問題点があるだろう。

- ① NST 回診への主治医の同席、説明もあればいいし、脳外科からの摂食・嚥下障害症例が回診にまわらないので摂食・嚥下障害への対応がまだなされていない。
 - ② 回診歯科医師に摂食・嚥下障害に対する知識が十分とはいえないので、研修などが必要である。
 - ③ 口腔ケア、保湿などの指示が実行されずにいるケースもあるが口腔ケア処方箋などのシステム作りが必要であろう。
 - ④ 急性期病院での在院日数が 15、6 日と短く、退院後のシームレスな歯科介入を解決する必要がある。NST 回診が地域医療連携口腔ケアパスにどう発展させるべきシステム作りが必要であろう。
 - ⑤ 歯科処置が必要な場合の連携を迅速にすること、また実施された場合の結果について報告方法など、情報の共有がなされていない。
 - ⑥ 歯科医師会の問題として NST に関して情報が会員へ伝わらない。
 - ⑦ NST 回診は、原則として一人の当番歯科医師が病院で回診することになるが、一人では困難な場面があるので二人体制で回診できればいい。
- ※幸いに奥州市歯科医師会内に NST 委員会が立ち上がり、⑤、⑥、⑦については、解決に向かっていくと期待される。

6. 連携事例

本症例は岩手県立病院学会で胆沢病院の管理栄養士が歯科医師会との NST 連携の成果として発表した症例スライドからのものである。

患者：73 歳 女性

診断名：関節リウマチ、慢性腎不全、腎性貧血、嘔吐症

既往歴：H2 年関節リウマチ、H18 年両側尿管結石症手術

主訴：嘔吐、食欲不振

現病歴：H18 年 11 月 20 日 嘔吐のため食欲不振、全身状態不良で入院
 身体計測身長：159cm (KH 計測による予測身長)、体重：45.7kg、BMI：18.0、IBW：55.6kg% IBW：82% TSF：10mm% TSF：60%、AMC：14.6cm% AMC：72%
 血液検査データ：Alb：2.5g/dL、Hb：7.0g/dL、TLC：1410、TC：94mg/dl、
 BUN：29.4mg/dl、CRE：1.2mg/dl

臨床所見：浮腫なし、褥瘡あり

ADL：日常生活自立度 C2= 自力で寝返りをうてない

経過

11 月 20 日 入院、PPN のみ

11 月 25 日 エンシュアリキッド 250ml × 3 缶処方 (経口トライ)

11 月 26 日 食事開始

塩分調整食 (全粥 150g) きざみトロミ、ハーフ食

11 月 28 日 プレドニゾロン (食欲増進目的) 10mg/ 日内服開始

11 月 29 日 S：吐気があり、吐くのが怖くて食べられない O：食事数口、エンシュアリキッド 1 / 3 缶摂取 A & P：経口摂取量が非常に不足、Alb も低く中等度の栄養不良と判断。これ以上の経口摂取量アップは難しいと思われる。TPN もしくは経管栄養での栄養管理を提案する。

12 月 1 日 NST 回診

患者：今日は吐気がなく、調子がよい。

エンシュアリキッドはおいしくないので飲んでいない。

NST 医師：何か好きな食べ物ないですか。

患者：何もない。

しょっぱい物、すっぱい物は食べたくない。

NST メンバー：……何故？！

調子が悪いため？ただの好き嫌い？

歯科佐々木医師：口の中を診ましょう！

▪ 医師によるコメント

水分制限、電解質制限の問題がクリアできるのであれば TPN1 号液 (2000ml) 位で良いと思う。経口での水分摂取回数を多くしても 500ml / 日程度の様子なので過剰ではない。

▪ 歯科医師によるコメント

口腔内乾燥が激しいため、ケア後に保湿剤の塗布を。義歯不適合による潰瘍があり、義歯の調整が必要。

12月2日 TPN 開始（ピーエヌツイン1号 1000ml、イントラリポス 20% 100ml）。

口腔内に保湿剤を塗布するが、嘔吐反射出現。保湿剤を義歯裏に塗布。歯磨きも行えない為、口腔ケアは食後含嗽のみ施行。

12月3日 食事全量摂取

12月4日 食事内容変更、ハーフ食解除、全粥 150g → 200g

12月10日 S：全部おいしく食べている。昼食が足りなかった（笑顔）

12月11日 全量摂取、全粥 200g → 250g

12月12日 TPN から PPN へ変更

12月15日 NST 回診

歯科医所見：舌苔がなくなりきれい、下顎に義歯による潰瘍がまだあるので義歯の調整（少し削るだけ）をすると良い。近医の歯科に依頼。

12月16日 全量摂取、全粥 250g → 300g

12月19日 義歯調整を行う

12月21日 ショートステイ入所にむけ某診療所へ転院

NST 回診歯科医師日誌（12月1日）

T・Sさんは腎後性腎不全で褥瘡があって、寝たきりの状態であった。飲水量が少なく脱水があるかもしれないとのこと。食事を一口か二口しか食べない。味が口に合わない、硬いものが食べれないなどと話していた。口腔内はものすごく乾燥していて、上下総義歯は清掃不良で義歯・粘膜間には食渣があった。舌苔は厚くこびりついており、下顎正中頬側部に義歯による褥瘡潰瘍の治りかけの痕があった。もしかして食べれなかったのはこの潰瘍のせいもあったのではと思われた。口腔ケアと保湿剤の使用を指示した。義歯装着患者は義歯を外して口腔内をみる必要がある。

NST 回診歯科医師日誌（12月15日）

T・Sさんは、12月1日に佐々木勝忠先生が回診された患者だった。12月1日の回診記録によれば、「口腔内がものすごく乾燥していて、上下総義歯が清掃不良で義歯粘膜面には食物残渣があった。舌苔が厚くこびりついており、下顎正中部唇側に褥瘡性潰瘍があった」と記されていた。2週間後の本日、経過観察のため回診したところ、口腔内の問題点は著しく改善され、舌もきれいに湿潤し、お口に潤いが感じられた。佐々木先生のご指導のもと、胆沢病院の看護師さんが丁寧に義歯のケアをして下さった結果であり、素晴らしいと感激した。舌小体部に義歯が強く当たっており、軽度の潰瘍が認められた。同部の義歯調整が必要であると思われた。

広島県広島市の事例

回復期リハビリテーション病院歯科が中心となる 病診連携への取り組み

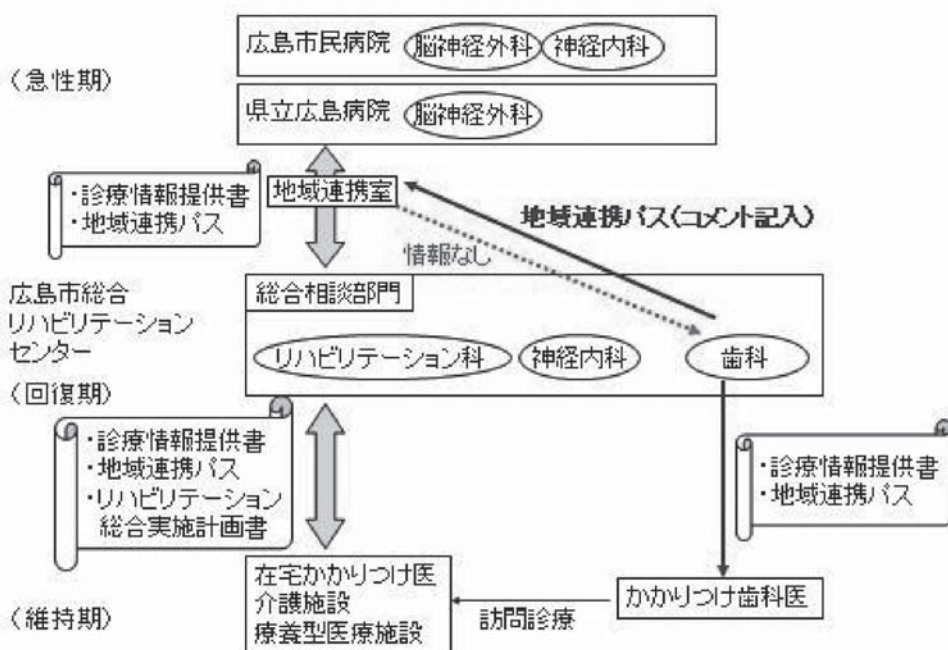
広島市総合リハビリテーションセンター 吉田 光由

1. 連携システムの概要

近年の医療環境の変化により、がん、脳卒中、心臓病などの病気になった場合、一つの病院で治療が完結することは少なく、一人の患者が在宅に戻るまでには、回復過程に応じて、急性期を担う病院、回復期を担う病院、維持期を担う病院、診療所、介護保険施設、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、市町村など複数の機関と関係者が関わるようになってきている。このため、患者の回復のための達成目標を患者、関係者双方が共有し、サービスの連続性を確保するための具体的なツールが必要となり、ここに「地域連携パス」が求められるようになってきた。

現在、診療報酬において認められている地域連携パスの対象疾患は、大腿骨頸部骨折ならびに脳卒中となっており、地域連携診療計画管理料もしくは地域連携診療計画退院時指導料として算定されることとなっている。とりわけ、本年4月の改定により脳卒中が対象疾患として加えられたことは、これらの患者に摂食嚥下障害が多くみられること。さらには、介護が必要となった者では、口腔衛生管理が自立して行うことが難しいなどといった歯科的な問題も多いことから、歯科医療との連携がぜひとも必要となってくる。

広島市内においても、急性期病院である広島市民病院、県立広島病院と回復期リハビリテーション病棟をもつ西広島リハビリテーション病院ならびに本年4月に開院した広島市総合リハビリテーションセンターを中心とした脳卒中地域連携パスの作成に向けた取り組みが始まっている。著者は、広島市総合リハビリテーションセンターに所属しており、ここで歯科をどのようにこの地域連携の中に組み込んでいくかを検討しているので、ここに報告する。



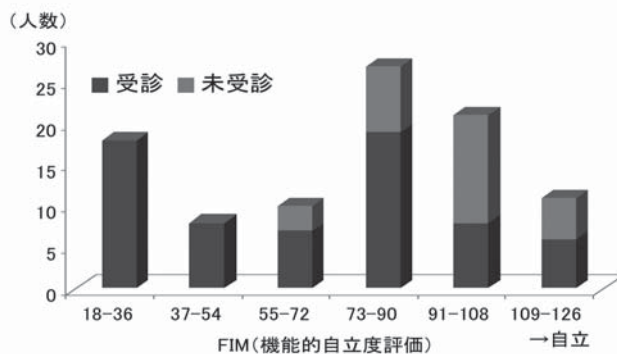
2. 連携の体制づくり

大病院ではすでに地域連携室を中心とした地域連携システムが構築されているところも多く、実際、急性期病院である広島市民病院、県立広島病院ではともに地域連携室が稼働している。また回復期リハビリテーション病棟をもつ当センターでは、総合相談部門が地域連携の窓口となっており、脳卒中患者の情報提供として紹介状等にあわせて付表1のような連携パスがこれら地域連携室を通じて送られてくるようになっている。この地域連携パスは、先の図に示したような各病院の脳神経外科医、神経内科医を始め、リハビリテーション医やリハビリテーション療法士ならびに地域連携室の医療ソーシャルワーカーらによって構成されている広島脳卒中地域連携の会において、本年の初めから協議されてきた。ここに、歯科のメンバーははいっておらず、したがって、歯科に関する情報も入っていない。現在、パスが完成した後の実際の運用に際して、コメント欄に記入するといったかたちで、当センターでは著者が参画する予定となっている。

歯科に関する項目立てを行わなかったのは、パスに必要な項目の決定を行う当初の会議においては、急性期病院から回復期病院に提供すべき必要最小限の情報の選択が第一義の課題であり、すべての患者に対して必要な情報の共有化が求め

られていたのに対して、歯科はすべての患者において情報を記載できる状況にはなく、介護保険の主治医意見書のごとく、利用されることのあまりない形式上の選択項目にしくなかつたからである。実際、急性期病院の広島市民病院および県立広島病院ともに歯科・口腔外科があるものの、この両病院から4月に開設された当センターに8月末までに紹介された患者50名のうち、歯科からの紹介状を持った者は2名に過ぎず、急性期病院入院中の患者の口腔内の診査に歯科がかかわれる機会は少なく、急性期病院から送られて来る際のパスに歯科情報を組み込むことは現実的でないと考えたからである。

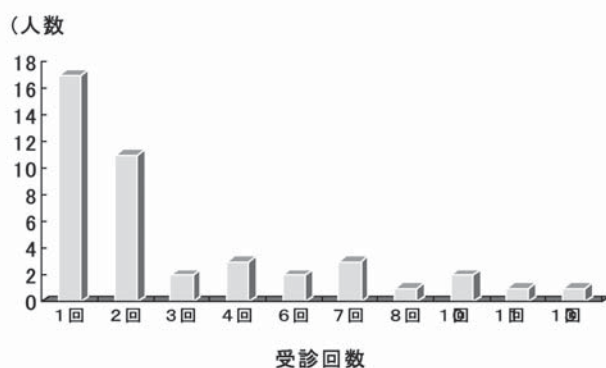
一方、回復期の病院に歯科があると、地域連携パスの必須項目となっている看護必要度のうち、歯科と関係の深い食事や整容に介助が必要となっている者のほとんどすべての患者を診察することが可能である。実際、当センターに8月末までに入院した96名のうち、食事に介助が必要であった者が21名であり、これらすべての患者の歯科検診を家族やスタッフ等からの依頼により行っていた。さらに、PEG等の経管栄養により管理されていた患者10名すべての嚥下造影検査に立会い、その後の摂食機能訓練を言語聴覚士に指導していた。一方、食事が見守りもしくは自立して行っていた65名においては、歯科を受診したものは36名であり、これらの多くは、患者本人が歯科治療を希望されたことによるものであった。図はADLの国際的な基準となっているFIM（機能的自立度評価法）の合計点数ごとの歯科受診者数を示したものである。ADLの低下した者では歯科の介入が多くなされていることがわかる。



このように回復期の病院に入院中の患者の多くに歯科的な問題があるにもかかわらず、ADLの低下した介助の必要となる者への歯科治療は訪問診療で行わなければならないものの、このような回復期の病院と歯科との連携が行われているところはいまだ少なく、さらに、高次脳機能障害や失語等のある患者の歯科診療は、コミュニケーションにおいて困難な場合も多く、時間的な制限も多い訪問診療に

は適していない場合もある。また、ADLの自立した患者への訪問診療は、診療報酬上認められていないことや患者自身も望まないことから、結局のところ回復期リハビリテーション病棟入院中の患者の歯科受診は、家族等の付き添いのもと外来受診となる場合が多い。

今回の連携機関のうち、139床の回復期リハビリテーション病棟を持つ別の病院には歯科がなく、歯科治療を希望される入院患者は、近隣の療養型病院の歯科診療所を紹介受診されている。平成19年の1年間にこの歯科診療所を受診された患者数は43名であった。歯科受診者は他院にもかかっている可能性もあるので一概には比較できないものの、歯科受診をした者は、歯科受診が必要な者のうちごくわずかと考えられる。さらに、これらの受診回数は、1回のみの方が17名、2回が11名と半数以上の者が救急処置のみで終了していた。これは、症状を訴える者のみが歯科へ紹介され、その症状に対する応急処置のみを本人や家族が希望されたためである。この要因としては、通院に伴う家族の負担が大きいことがあげられる。計画的な治療を行った者では、8回以上、おおよそ2ヶ月以上の治療となっている場合があることから明らかなように、歯科治療は長期間を要する場合が多い。したがって、通院に伴う家族の負担を軽減できるような歯科受診環境を整えることが、回復期リハビリテーション病棟に歯科を定着させる際のひとつの課題となる。



3. 活動内容および成果

地域連携パスの運用は現在始まったばかりであり、今のところパスを用いた成果は挙げられないものの、当センターを8月末までに退院した52名のうち、歯科受診をされた31名のほぼすべてに退院時療養計画書に歯科のコメントを記載したことから、パス運用時にも同様のコメントが記載できるものと考えている。

しかしながら歯科受診をすることなく退院した者も多く、今後、入院中に1度は歯科受診を行うような体制を整えていくことが必要だと考えている。また、継続的な治療が必要であった8名には、地域の歯科医院へ診療情報提供書を持たせた。さらに、施設等へその後の歯科的管理を依頼したのは施設入所した5名中4名であった。

このように回復期リハビリテーション病棟に歯科があることで、その後の在宅や施設といった維持期の歯科管理への道筋をつけることが容易となり、地域の歯科にとっても患者情報を手に入れやすいといった大きなメリットにつながる可能性がある。一方で、地域の歯科医院へ紹介した者が少なかったことから明らかなように、入院中に診療が終了した患者では、その後の管理目的だけで歯科医院へ紹介することが困難であった。すなわち、20～40代といった若年者では、C処置や口腔衛生指導が当院で終了となってしまうと、その後に歯科医院に行く必要がないと思われてしまったり、総義歯治療や少数歯残存者に部分床義歯治療を行った患者では、装着後の調整が終了してしまうと、退院後の紹介を必要とされないといったケースが多かった。これは、歯科は治療をしにいくところといった考えがまだ根強いいため、歯科での健康管理、定期受診といった意識がさほど広まっていないことによるものと思われる。このことがまた、入院中の歯科受診がすべての患者に行えていない理由にもつながっているように思われる。歯科界全体として、治療を中心的に行う歯科医療機関と管理を中心的に行う医療機関といった機能分化を行い、国民に歯科には継続的な管理が重要であることを啓蒙していくことが必要なのではないかと考える。

4. 連携が可能となっている要因

これまでに述べてきたように、連携が可能となる要因は、

- 1) 回復期リハビリテーション病棟をもつ病院に歯科診療所があること
- 2) その歯科が、摂食嚥下リハビリテーションにも取り組んでいること
- 3) 口腔衛生管理は、セルフケアのみでは困難であり、定期的な歯科受診が必要であることを入院患者はもちろん、スタッフに対しても指導していること
- 4) 退院後は、地域の歯科医師会と連携をとることとし、当センター外来での継続を考えないこと

といったことが考えられる。とりわけ、本年度の診療報酬改定であらたに地域連携のための方策として導入された退院時共同指導も普段からのフェイストゥフェイスの連携がないもとの急に行えるものではなく、また、歯科医療にリハビ

リテーションといった考え方が浸透しきっていない現状では、歯科医が退院時カンファレンス等に参加していくこともなかなか難しく、回復期病院の歯科は、主治医や療法士と地域のかかりつけ歯科医の橋渡しのな立場としての役割もできるのではないかと考えている。従って、歯科における地域連携を考える上では回復期に歯科がいかに関わるかがその鍵を握り、回復期リハビリテーション病棟をもつ病院に歯科診療所が存在することが、その後の在宅や施設といった地域への情報の提供、共有に大きく貢献できるものと考えられる。

5. 今後の展開および課題

広島市での地域連携パスも始まったばかりであり、また、広島県においても、これら各地域での地域連携パスをまとめていく形での取り組みが始まろうとしている。ここに歯科をいかに定着させていくかが一番の課題である。今後地道に、当センターを退院していく患者にパスを提供し、歯科との連携を深めていくことが重要と思われる。この際、地域の歯科医師会等と連携して、リハビリテーションへの理解を深めていき、共同指導への参画できる歯科医師の育成にも努めていかなければならないと考えている。

さらに、このような回復期リハビリテーション病棟をもつ病院に歯科を定着させていくための診療報酬上の配慮、たとえば入院時基本料の加算等が行われていくよう、これまで歯科界ではほとんど目を向けてこられなかった回復期における歯科の役割について検討すべく、各地の病院と連携をとれるような体制を構築していきたいと考えている。

6. 連携事例

1. 患者；66歳、男性

入院期間：2008/5/30～7/23

診断名：脳幹梗塞、左片麻痺

口腔内所見（右図）

5 4	5	慢性辺縁性歯周炎
3 2 1		

3 4	残根
-----	----

7 6	3 2 1	1 2 3 4	6 7	欠損
7 6 5 4		1 2 3 4 5 6 7		



介入経過

入院当初より、意識清明、高次脳機能に障害はなく、ADLの障害も軽度で、食事、移乗等は自立していた（FIM=95）。歯科受診の希望があり、これまでに歯科治療を受けたことはなく、残存歯もほぼ自然脱落したとのことであり、この機会に義歯を作りたいとの主訴であった。残根の抜歯後に上下顎義歯新製した。またこの間、残存歯の歯周病治療も行い、歯科への定期受診の必要性を説明したところ、退院時に近医の紹介の希望がでるまでとなった。

退院後経過

退院時、歩行は杖にて可能、ADLはほぼ自立となり、退院後は自宅で一人生活されながら、ホームヘルパーの利用することとなっている。また、紹介した歯科医院を受診したとの連絡もあった。

2. 患者：80歳、女性

入院期間：2008/5/20～8/27

診断名：心原性脳梗塞、左片麻痺、摂食嚥下障害

口腔内所見：上下顎無歯顎

7 - - 7 欠損
7 - - 7



介入経過

右中大動脈領域の広範囲な脳梗塞の患者で、入院時JCS 3、発語もなく、ADLは全介助であり、PEGにて栄養管理されていた。口腔内は上下顎総義歯装着されているも適合やや不良のためリベースを行った。口腔機能評価では、指示による開閉口運動や舌運動はゆっくりながらも可能であった。覚醒状態が維持でき、また坐位保持が可能となった5月29日に第1回目の嚥下造影検査実施し、ゼリーにて直接訓練開始とした。その後、6月25日に第2回目の嚥下造影検査実施、昼食より嚥下食にて摂食訓練開始とした。この際、麻痺側の左側口角部より摂取した食物がこぼれ落ちるため、口蓋のS状隆起部を高めるように義歯の形態修正を行ったところ、口角からのこぼれ落ちが少なくなったため、上下顎の総義歯の新製を行った。退院時には、昼食時のみではあるが、おかゆおよびミキサー食2品程度の摂食可能となり、楽しみ程度の摂食は維持できており、その旨、老人保健施設に情報提供を行った。

香川県の事例

香川県歯科医師会と香川シームレスケア研究会との連携による 地域連携クリティカルパスへの歯科の参加

三豊総合病院歯科保健センター 木村 年秀

1. 連携システムの概要

【連携病院】

①香川シームレスケア研究会会員施設

香川県中西讃地区および愛媛県東部の医療機関（急性期、回復期、維持期）、行政機関、介護サービス事業所等

中心は、急性期病院である香川労災病院、三豊総合病院と院長が香川県介護支援専門員協会の会長である綾川町国保陶病院

②香川県歯科医師会会員施設

香川県歯科医師会では、地域連携クリティカルパス・ワーキンググループを立ち上げ、医療圏ごとに委員を選出。香川シームレス研究会との連携体制、在宅医療の推進について検討した。

③香川県介護支援専門員協会

【対象疾患】

病院用地域連携パスの対象疾患は脳卒中、大腿近位部骨折が中心であるが、在宅においては対象疾患を特に限定しない。

【連携診療科】

（病院）脳神経外科、整形外科、内科、歯科・歯科口腔外科、リハビリ科、栄養課、地域連携室、総合相談室など

（行政）県、保健所、地域包括支援センターなど

（介護関係）居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、老人保健施設、特別養護老人ホームなど

（歯科関係）香川県歯科医師会

【連携職種】

医師、歯科医師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、社会福祉士、介護士、相談員、事務職員など

2. 連携の体制づくり

【連携開始のきっかけ・経緯】

平成 18 年度より大腿骨頸部骨折の治療において、複数の病院等が地域連携クリティカルパス（以下、連携パス）を運用して情報を共有し治療を進めることに対する医療保険上の評価が始まった。そして平成 20 年度からは脳卒中も適用疾患となり、今後も糖尿病等、対象疾患は拡大されると思われる。

香川シームレスケア研究会は、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 11 月に香川労災病院脳神経外科部長の藤本俊一郎先生が中心となって設立した。研究会は 2 か月に 1 度開催され、香川県の中西讃地区と愛媛県東部の病院、診療所、行政機関、介護サービス事業所等、最近では毎回 40 施設、150 名近くの参加がある。研究会では、情報提供や症例検討などの全体討議の後に、①脳卒中②大腿骨頸部骨折③嚥下・NST④在宅グループに別れ、グループごとに連携パスの作成や運用するための検討を行っている。

香川シームレスケア研究会の特徴は、在宅療養を視野に入れた連携パスを作成していることである。在宅グループでは研究会設立当初より香川県介護支援専門員協会会長である綾川町国保陶病院長の大原昌樹先生が中心となり、在宅連携パスの作成・運用について検討してきた。最終的にできあがった在宅連携パスは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ことができるシートとなり、入院中医療機関と在宅かかりつけ医を繋ぐ役割も担っている。三豊総合病院の歯科の代表である私は、平成 19 年よりこの研究会に参加し、在宅グループのなかで、在宅パスに口腔の情報を組み込むよう提案し、在宅パスに口腔情報を組み込むことができた。さらに、昨年度末より歯科は独立したパスシートを作成した方が良いであろうということになり、歯科在宅連携パスとして運用することとなった。

香川県歯科医師会では平成 20 年 4 月に歯科医療総合対策委員会のなかに地域連携クリティカルパス・ワーキンググループを立ち上げ、香川シームレスケア研究会と連携しながら急性期から在宅まで歯科医療が継ぎ目なく提供されるよう、医療圏ごとの訪問歯科医療提供体制を検討することになった。平成 19 年に香川県で作成した医療計画に記載された 4 疾病 5 事業のそれぞれに歯科が組み込まれているので、それを具現化することも大きな目的である。香川シームレス研究会には歯科医師会会員も参加するようになり、連携体制を整備しているところである。平成 20 年 12 月には WG で検討した内容をまとめ、香川県歯科医師会長に答申書を提出した。

【実施までの準備内容】

(病院スタッフや歯科医師会との検討会、歯科医師、看護師対象の研修会などの普及啓発、器具の購入など)

①香川県シームレスケア研究会

急性期、回復期、慢性期、在宅の連携を図る、「地域連携クリティカルパス」作成を通じて情報の共有化と連携患者・家族が安心できる連携体制の確立することを目的として平成17年11月に準備委員会を立ち上げ、平成18年1月より定期的に研究会を開催している。

②香川県歯科医師会での対応

- ・平成19年4月より香川県歯科医師会歯科医療総合対策委員会、医療計画WGにて第五次香川県保健医療計画と歯科医療・保健について検討、香川県と連携・協力して4疾病5事業の中での歯科医療・保健の役割を明確に示した。
- ・平成19年度より、香川シームレスケア研究会に参加し、在宅グループにて在宅連携パスと歯科医療について検討に加わり、歯科連携パスの作成を始めた。
- ・平成20年2月、香川県介護支援専門員協会研修会にて、地域連携クリティカルパスと歯科保健医療について担当理事がシンポジストとして講演。
- ・平成20年4月に県歯に地域連携クリティカルパスWGを立ち上げた。
- ・4月12日、県歯会長より、1. 病診連携を一環とした香川シームレス研究会とのスムーズな運営に対応できる歯科医師会組織の在り方および2. 地域連携クリティカルパスをツールとするシームレスケアにおける、口腔機能管理の内容の具体化について、諮問書が提出された。
- ・平成20年4月25日、香川シームレスケア研究会にて、歯科医療連携における香川県歯科医師会の体制について説明。
- ・5月、香川県歯科医師会会員を対象に、「高齢者歯科保健に関するアンケート調査」を実施し、在宅訪問歯科診療や退院時カンファレンスに参加可能な院所を把握、シームレス参加施設やケアマネジャーへの情報公開に向けて準備。
- ・6月1日、香歯8020在宅部門郡市担当者会で「地域連携クリティカルパスについて」の研修会の開催。
- ・観音寺歯科医師会、三豊歯科医師会で地域連携クリティカルパスと歯科医療について説明
- ・9月16日、香川県歯科医師会主催で大原昌樹氏を講師として、シームレスケア研修会を開催、参加者に歯科連携パスのエクセルファイルおよび使用マニュアルを無料配布。
- ・平成21年1月15日「改訂版 地域連携クリティカルパス 脳卒中・大腿骨

近位部骨折・在宅・歯科在宅・NST（メディカルレビュー社）」を発刊。歯科のシームレスケアへのかかわりを執筆。歯科在宅連携パス、マニュアルをCDに収録。

3. 活動内容および成果

本年6月に完成した、香川シームレスケア研究会版、地域連携クリティカルパスは、①脳卒中②大腿骨近位部骨折③NST④在宅⑤歯科在宅の5種類ある。これら一連のパスの中には、かかりつけ歯科医や口腔の情報も組み込まれている。歯科在宅連携パスは、この4月の医療保険改正で創設された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た。すなわち歯科在宅連携パスを記入することで後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（在口管）または退院時共同指導料が算定可能であり、また患者や他の医療関係者、ケアマネジャーへの情報提供に使用できるようにしてある。

作成したパスシートをケアマネジャーや歯科医院が使用できるよう普及推進に向け、研修会等で説明、パスシートの配布を行っているところである。また、シームレス参加病院と歯科医師会、介護支援専門員協会が連携できるような体制整備を行っている。

4. 連携が可能となっている要因

- 1) 第五次保健医療計画のなかで、4疾病5事業にそれぞれ歯科の役割が明確に記載された。
- 2) 香川シームレスケア研究会の中心となっている急性期病院の医師の理解。
- 3) 急性期病院の連携先である回復期あるいは維持期の病院、施設に歯科医師会会員の歯科医院が定期的に訪問診療を行っており、歯科標榜のない病院と歯科医師会会員施設の連携体制が機能している。
- 4) 歯科在宅連携パスが作成できた。（香川労災病院のPTに作成して頂いた）
- 5) 急性期病院の歯科、歯科医師会の会員が研究会に参加している。
- 5) 在宅医療・介護のコーディネーターであるケアマネジャーとの連携体制ができた。
- 6) 歯科医師会長の理解。（県歯にワーキンググループをつくった）

5. 今後の展開および課題

- 2) 連携の成功事例の蓄積と上手くいかなかった事例の原因分析。
- 3) 歯科医師の退院時カンファレンスへの参加。
- 4) 在宅療養支援歯科診療所の届出数の増加。
- 5) K-MIX (Kagawa Medical Internet Exchange: セキュリティを確保されたインターネットサービス) の普及。

6. 連携事例

1. 患者; 86歳、男性
2. 入院期間; 三豊総合病院 — 22日、N病院 — 約2か月
3. 診断名 (主病名、合併症); 小脳梗塞
4. 介入経過

平成10年に脳梗塞、高血圧、高脂血症の既往がある。平成19年3月に嘔声出現、精査中に胸部大動脈瘤が見つかり、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21日に自宅の作業所で仕事中に倒れ、三豊総合病院に救急搬送。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1W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る。歯科初診時には、残存歯14本、歯に痰が多量に付着している状態であり、右下第1大白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。口腔衛生状態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。上顎の欠損歯部分の義歯を持っていたが、噛み合わせ、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と判断されたが、転院も近いことから、ご家族とも相談し、転院後にかかりつけ歯科医に訪問歯科診療で義歯を作製してもらうことになった。



(三豊総合病院 歯科初診時の写真)

5. 退院後経過

8月11日、N病院の回復期リハビリテーション病棟に転院。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、8 月 19 日より週 1 度の訪問診療で義歯を作製、9 月 12 日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。自宅に帰っても、かかりつけ歯科医による定期的なフォローを行っていくことになった。

【歯科 モニタリング用紙】

訪問歯科医師所属名 M歯科医院

歯科医師名 M T

シームレスID 8020

香川シームレスケア研究会

フリガナ	モロウコ K K	性別	男性	生年月日	1921/0/0	年齢	86
診療名 (部位)	小脳梗塞 小脳	既往症	脳神経筋萎縮症、梅毒感染症、慢性心筋梗塞、腎臓病、糖尿病	治療法	保腎的治療(調剤等なし)、発症日 平成20年7月21日	退院日	平成20年8月11日
初発・再発	2 回目 H10脳梗塞	治療法	保腎的治療(調剤等なし)、発症日 平成20年7月21日	手術日	なし	手帳日	なし
アレルギー	なし	入院前		評定日	平成20年8月8日	有/無/種類	なし

全身状態	有/無/種類	コメント
治療中の疾患	あり	小脳梗塞、高血圧症、高脂血症
服薬	あり	タクロプロソール錠30 1錠/day、ミカルディス錠40mg 1錠/day、ラシナス錠20mg 1錠/day、タマソックセル30mg/分3、チハス錠0.5mg 1錠/day、アテロプレック錠10 1錠/day
病気の既往	あり	脳卒中の既往
低栄養リスク	あり	食事の低下があります
(体重の変化等)	あり	食事の低下があります
食事形態	介護食	経口摂取(全粥・全て飲み)
口腔内状態	不良	口腔内口蓋・歯槽部に歯付着あり
清掃の状況	軽度	
口腔乾燥	あり	治療の緊急性なし
むし歯	あり	治療の緊急性なし
歯周疾患	あり	治療の緊急性なし
口腔軟組織疾患	なし	
薬物の使用状況		上顎総歯面(非着用)
噛み合わせの安定		歯槽の 歯槽製作修理等の必要性あり
口腔機能の状況		
咀嚼機能	不調	
摂食・嚥下機能	不調	嚥下し摂食すると違和感あり、嚥出みられ
発音機能	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○
治療		◎歯槽製作 ○歯の衛生 ○粘着の衛生
口腔衛生		◎かむ機能 ○飲み込む機能
口腔機能		◎かむ機能 歯、歯肉、粘着の衛生
改善目標		食べられる機能 歯、歯肉、粘着の衛生

①上顎歯槽新製 ②歯槽を装着・使用し、摂食・嚥下がスムーズに行える ③口腔内衛生状態の改善

治療期間	2 週間	頻度	3 /週
管理期間	2 週間	頻度	3 /週

特記事項	現在歯数 14 本	コメント
	現在歯数 14 本	上顎歯面は入院後使用していない
		2008年7月25日撮影の症例。初診時口腔内所見は右下6動揺著明、歯槽部に歯付着みられ、右下6については空白歯重施行、不正出血もみられ、歯肉に腫れ、上顎にはオーパーデンチャーが装着されており、かつ、歯槽部には空白歯重が使用されており、かつ、歯肉に腫れ、歯肉付着がみられていた。入院にて歯槽新製を希望され、かつ、かかりつけ歯科の先生に連絡し、加療継続していただくこととなった。

入院前		評定日	平成20年9月19日	有/無/種類	あり
全身状態	有/無/種類	コメント			
治療中の疾患	あり	小脳梗塞、高血圧症、高脂血症			
服薬	あり	タクロプロソール錠30 1錠/day、ミカルディス錠40mg 1錠/day、ラシナス錠20mg 1錠/day、タマソックセル30mg/分3、チハス錠0.5mg 1錠/day、アテロプレック錠10 1錠/day			
病気の既往	あり	脳卒中の既往			
低栄養リスク	あり	食事の低下があります			
(体重の変化等)	あり	食事の低下があります			
食事形態	介護食	経口摂取(全粥・全てキザミ)			
口腔内状態	良好				
清掃の状況	軽度				
口腔乾燥	あり	治療の緊急性なし			
むし歯	あり	治療の緊急性なし			
歯周疾患	あり	治療の緊急性なし			
口腔軟組織疾患	なし				
薬物の使用状況		上顎総歯面(非着用)			
噛み合わせの安定		歯槽の 歯槽製作修理等の必要性あり			
口腔機能の状況					
咀嚼機能	不調				
摂食・嚥下機能	不調				
発音機能	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○			
治療		◎歯槽製作 ○歯の衛生 ○粘着の衛生			
口腔衛生		◎かむ機能 ○飲み込む機能			
口腔機能		◎かむ機能 歯、歯肉、粘着の衛生			
改善目標		食べられる機能 歯、歯肉、粘着の衛生			

全身状態	有/無/種類	コメント
治療中の疾患	あり	高血圧症、高脂血症、右内臓動脈硬化等症
服薬	あり	ワーファリン錠 11、ガスター-D錠20mg 1錠/day、アテロプレック錠10 1錠/day
病気の既往	あり	肺水の既往
低栄養リスク	あり	食事の低下があります
(体重の変化等)	あり	食事の低下があります
食事形態	介護食	経口摂取(全粥・キザミ・とろみ付き)
口腔内状態	不良	
清掃の状況	軽度	
口腔乾燥	あり	治療の緊急性なし
むし歯	あり	治療の緊急性なし
歯周疾患	あり	治療の緊急性なし
口腔軟組織疾患	なし	
薬物の使用状況		上顎総歯面(常時着用)
噛み合わせの安定		歯槽の 歯槽製作修理等の必要性なし
口腔機能の状況		
咀嚼機能	普通	柔らかいものは咀嚼できる
摂食・嚥下機能	不調	
発音機能	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○
治療		◎歯槽製作 ○歯の衛生 ○粘着の衛生
口腔衛生		◎かむ機能 ○飲み込む機能
口腔機能		◎かむ機能 歯、歯肉、粘着の衛生
改善目標		食べられる機能 歯、歯肉、粘着の衛生

①上顎歯槽新製したが、歯槽が使用できるよう指導する

治療期間	4 週間	頻度	1 /週
管理期間	4 週間	頻度	1 /週

特記事項	現在歯数 14 本	コメント
	現在歯数 14 本	8月11日NN病院へ転院。本日より上顎歯槽の作製を開始する。口腔ケアは、看護師、言語聴覚士で十分できている。
		上顎歯面は使用していない

入院前		評定日	平成20年9月18日	有/無/種類	あり
全身状態	有/無/種類	コメント			
治療中の疾患	あり	高血圧症、高脂血症、右内臓動脈硬化等症			
服薬	あり	ワーファリン錠 11、ガスター-D錠20mg 1錠/day、アテロプレック錠10 1錠/day			
病気の既往	あり	肺水の既往			
低栄養リスク	あり	食事の低下があります			
(体重の変化等)	あり	食事の低下があります			
食事形態	介護食	経口摂取(全粥・キザミ・とろみ付き)			
口腔内状態	不良				
清掃の状況	軽度				
口腔乾燥	あり	治療の緊急性なし			
むし歯	あり	治療の緊急性なし			
歯周疾患	あり	治療の緊急性なし			
口腔軟組織疾患	なし				
薬物の使用状況		上顎総歯面(常時着用)			
噛み合わせの安定		歯槽の 歯槽製作修理等の必要性なし			
口腔機能の状況					
咀嚼機能	普通	柔らかいものは咀嚼できる			
摂食・嚥下機能	不調				
発音機能	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○			
治療		◎歯槽製作 ○歯の衛生 ○粘着の衛生			
口腔衛生		◎かむ機能 ○飲み込む機能			
口腔機能		◎かむ機能 歯、歯肉、粘着の衛生			
改善目標		食べられる機能 歯、歯肉、粘着の衛生			

全身状態	有/無/種類	コメント
治療中の疾患	あり	高血圧症、高脂血症、右内臓動脈硬化等症
服薬	あり	ワーファリン錠 11、ガスター-D錠20mg 1錠/day、アテロプレック錠10 1錠/day
病気の既往	あり	肺水の既往
低栄養リスク	あり	食事の低下があります
(体重の変化等)	あり	食事の低下があります
食事形態	介護食	経口摂取(全粥・キザミ・とろみ付き)
口腔内状態	不良	
清掃の状況	軽度	
口腔乾燥	あり	治療の緊急性なし
むし歯	あり	治療の緊急性なし
歯周疾患	あり	治療の緊急性なし
口腔軟組織疾患	なし	
薬物の使用状況		上顎総歯面(常時着用)
噛み合わせの安定		歯槽の 歯槽製作修理等の必要性なし
口腔機能の状況		
咀嚼機能	普通	柔らかいものは咀嚼できる
摂食・嚥下機能	不調	
発音機能	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○
治療		◎歯槽製作 ○歯の衛生 ○粘着の衛生
口腔衛生		◎かむ機能 ○飲み込む機能
口腔機能		◎かむ機能 歯、歯肉、粘着の衛生
改善目標		食べられる機能 歯、歯肉、粘着の衛生

①上顎歯槽新製したが、歯槽が使用できるよう指導する

治療期間	1 年間	頻度	3 /年
管理期間	1 年間	頻度	3 /年

特記事項	現在歯数 14 本	コメント
	現在歯数 14 本	2008年8月19日より上顎歯槽の作製をはじめ、9月12日粘着を装着、下部の空白歯重も、上顎は側半理状歯槽のため、維持がよくなり、歯槽の取り返りについて説明し、歯槽安定剤の使用を勧めた。
		上顎歯面は使用していない

千葉県柏市の事例

(社)柏歯科医師会が主体となり、慈恵医大柏病院・市立柏病院と地域 歯科医院との円滑な連携によるシームレス口腔ケアへの取り組み — 歯科を併設していない病院における口腔ケア連携システムの構築 —

柏歯科医師会（千葉県） 大石 善也、兵庫医科大学歯科口腔外科学講座准教授 岸本 裕充

1. 連携システムの概要

【連携機関との事業概要】

病院における口腔ケアの必要性は、主として侵襲の大きな外科的手術後の人工呼吸器関連肺炎対策、がん治療における感染・口内炎対策や脳卒中術後の誤嚥対策等の合併症の予防が挙げられる。しかしながら、全国の病院で歯科があるのは約 15% 程であり、その全ての病院歯科が専門的口腔ケアを実施しているわけではない。

このような現状においても途切れの無い口腔ケアを提供するためには、医科と歯科との新しい連携が必要となってくる。そこで、(社)柏歯科医師会では、慈恵医大柏病院・市立柏病院と地域歯科医院との口腔ケア病診連携を開始している。

①入院前口腔ケア連携（がん対策・感染対策）

がん治療に伴う口腔有害事象は、がん治療の生存率に直接影響を与えるものではないことから、わが国では、ほとんど重視されてこなかった。しかしながら、これらの有害事象による経口摂取の低下や味覚障害・嚥下困難による栄養不良は、QOL の低下や副作用を悪化し、在院日数の延長に繋がる。

がんは、男性で 2 人に 1 人、女性で 3 人に 1 人が一生の間に診断される疾患である。しかし、どの抗がん剤を使用しても副作用はさけられず、約 40% の方に口腔有害事象が起これ、そのうちの約半数は口内炎症状が強く発症することにより、がん治療の延期や投薬量の変更が余儀なくされる。そこで、米国がんセンターでも治療 2 週間前までに、予防的口腔ケアや歯科治療を受けることを推奨している。

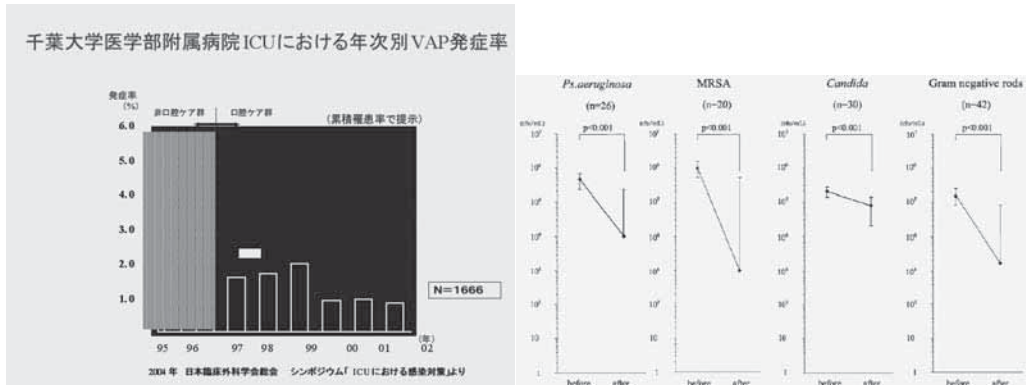
がん治療に伴う口腔合併症の割合（米国がんセンター HP より）

40%	抗がん剤治療を受ける患者 このうちの 50% に口内炎症状が強く、投与スケジュール の変更、投与量の変更を余儀なくされている
80%	造血幹細胞移植患者
100%	口腔領域が照射野に入る放射線治療を受けた頭頸部癌患者

http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/oral_complications/HealthProfessional # Reference/

また今後は、社会の高齢化により外来化学療法やミニ移植を受ける方を含めて、高齢でありかつ口腔に問題のあるがん患者の増加が予想される。

一方、人工呼吸器関連肺炎（以下 VAP と略す）は致死率が高く 2004 年に米国疾病予防センターは『医療ケア関連肺炎防止のためのガイドライン』のなかで口腔ケアの重要性を強調している。



Mori H, Hirasawa H, Oda S, et al: Oral Care Reduces Incidence of Ventilator-Associated Pneumonia in ICU Populations. Intensive Care Med 2006;32:230-236.

左上図は、ICU における VAP の発症率を示し、歯科医師が ICU に介入して口腔ケアを開始することで VAP の発生率が抑制されることを示している。右上図は、口腔ケアが VAP 予防に有効であるかを調査した結果（両群間に背景因子の差はなし）である。口腔ケアは口腔内における VAP 原因菌を減少させる。そして、ICU における VAP 発症率を減少（ケア群 3.9% Vs 非介入群 10.4%）させ、VAP 発症を遅らせることが検証されている。

社歯科医師会では、入院前にかかりつけ歯科において、口腔有害事象の説明、予防的口腔ケアと入院治療中のブラッシング指導を済ませてから入院することで、合併症を予防・軽減するシステムを実施している。

②入院中口腔ケア連携

慈恵医大柏病院・市立柏病院に入院する方で、柏市在住の方は約 40% である。

そこで、他地域からの方、入院前に口腔ケアを受けなかった方、意識障害・重度誤嚥性肺炎の方や造血幹細胞移植・頭頸部放射線治療等の重篤な合併症が予想される方は、医療知識を持った歯科医師が病院に訪問し、医療情報を提供してもらい疾患別の口腔ケアを実施している。

これらの方は病院の医師・看護師から訪問口腔ケア資料を配布され、患者さんからの申し込みにより実施している。

③退院後口腔ケア連携（誤嚥対策）

重症脳卒中・頭頸部外傷術後や胃瘻手術後の嚥下障害の方に対しては、病棟看護師と医師から退院後の肺炎予防を説明し、退院後の嚥下リハビリと口腔ケアを歯科医師会が窓口として受け付けている。また、軽度の嚥下障害を認めるが現在は肺炎徴候が無く通院可能な患者は、かかりつけ歯科への定期的な口腔ケア受診を促している。

【対象疾患】

①がん対策

頭頸部放射線治療・抗がん剤治療を受けるがん疾患全て

②感染対策

ICU入室予定者・ステロイドパルス療法・心臓弁膜手術・重度糖尿病

③誤嚥対策

脳卒中術後・重症脳卒中、頭頸部外傷術後・胃瘻手術後

【連携診療科】

《慈恵医大柏病院：リーフレットを配置した各診療科》

7A：血液内科・消化器内科・腎臓内科 7B：神経内科・糖尿病代謝・消化器

7C：血液内科・消化器内科

6A：耳鼻科外科・外科 6B：耳鼻科外科・外科

6C：泌尿器外科・外科・形成外科

5A：脳外・整形・眼科 5B：脳外・整形・眼科

5C：救急・婦人科・脳外・他外科系・心臓外科

4A：産科・婦人科 4階：小児科

ICU・CCU：循環器内科 3C：循環器内科・心臓外科・救急部

外来：心臓外科・内科・小児科・泌尿器科・皮膚科・産科・婦人科・精神神経科

外来：外科・整形外科・形成外科・脳外・耳鼻科・眼科・救急室・内視鏡部・放射線科・在宅療養支援室

《市立柏病院》

対象となる治療のクリティカルパスに予防的口腔ケアを組み込み、主に、外科・内科の看護師や医師に周知し、総合受付の看護師より本病診連携事業を普及させている。

【連携職種と役割分担】

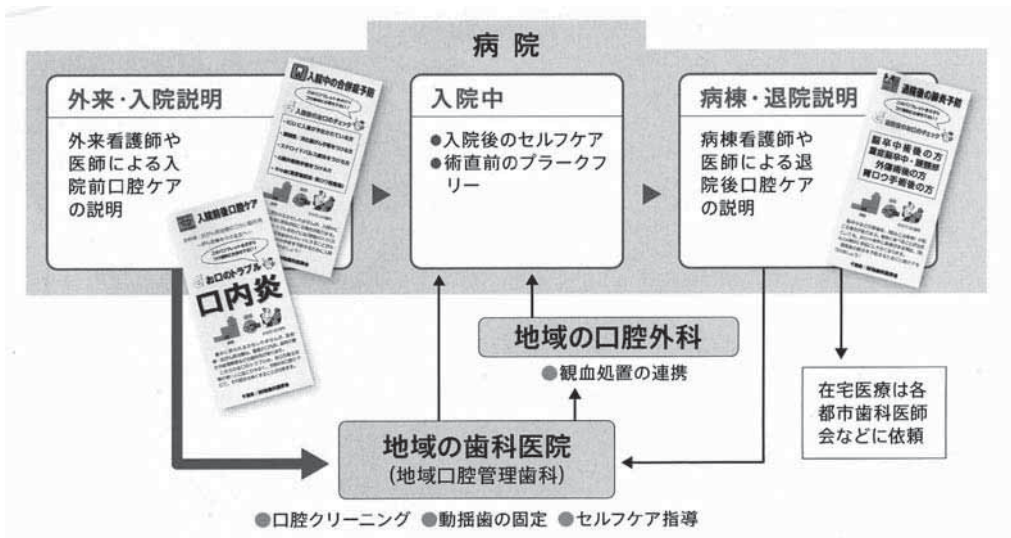
病院側：在宅療養支援室・総合受付の看護師

歯科側：(社)柏歯科医師会（附属）歯科介護支援センターの歯科衛生士

この両窓口担当者が定期的に連絡・連携している。そして、感染症患者や重

症患者においては、直接連絡を取りながら業務を遂行している。

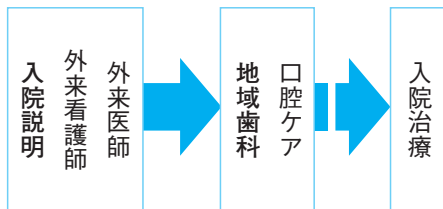
【連携システムの全体図、連携パス】



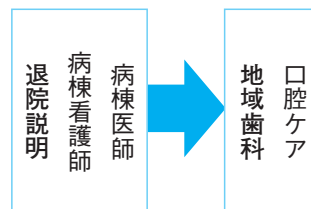
社柏歯科医師会のシステムは、口腔ケアの効果が期待できる疾患にて入院する患者さんに対して、外来看護師や医師から入院前予防的口腔ケアの説明を受け、リーフレットを配布することで入院前歯科受診を促している。退院後の脳卒中術後等の誤嚥対策には、病棟看護師や医師から退院後の肺炎予防の説明を受けリーフレットを配布している。そして、在宅への訪問口腔ケアが必要な場合は歯科介護支援センターを窓口としている。

また、このリーフレットは、前述の各診療科に配置しているが、病院内の休憩室や待合室にも配置し周知をしている。

《入院前予防的口腔ケアの流れ》



《退院後口腔ケアの流れ》



一方、歯科医師会会員には口腔管理歯科として協力歯科を手上げ方式で募り、(会員数 180 名中口腔管理歯科 100 名) 口腔管理歯科研修 (巻末資料) を実施するとともに、入院中の合併症予防のために地域歯科で分担できることを研修して

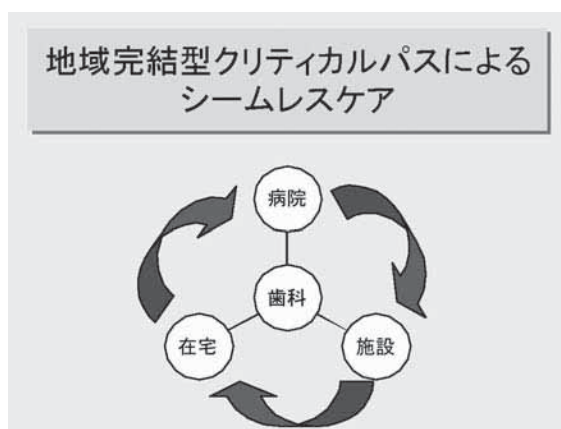
いる。また、術前に観血的処置が必要な場合は、早急に口腔外科を經由したルートを紹介するようにしている。

このように、がん治療や重篤な疾患が診断されてから入院するまでの期間は、最低2～3週間から2ヶ月間の時間がある。その間にかかりつけ歯科にて、予防的口腔ケアと入院中のセルフケア指導を受けてから入院できる方は多く存在することに注目したシステムであり、病院医科から診療所歯科への「入院前オーラルマネージメント」の依頼、という画期的なものである。

2. 連携の体制づくり

【連携開始のきっかけ・経緯】

(社)柏歯科医師会では平成16年より、地域密着型栄養サポートチームの構築を目的として、多職種合同の摂食・嚥下リハビリテーション研究会（ごっくんちょ研究会）を開設して活動をしている。そして、口腔ケアの啓発はもとより地域の摂食・嚥下リハビリテーションのインフラの構築と嚥下リハ指導をしている。しかし、地域完結型の啓発活動をするためには、病院・施設・在宅をシームレスに繋げるための連携手段が必要であり、そのシステムを模索していた。



そこで、上図のようになんらかのアクションを患者さんが場所を移動する時（上図の矢印）に伝達することが良いと考え、その時に連携票ないしリーフレットのしかけをつくり、窓口を(社)柏歯科医師会とする案を計画した。

平成19年に、(財)8020財団法人より、歯科医師会主導型病診連携 ―入院前後口腔ケア病診連携システムの先駆的な試み― の活動の一環として、口腔ケア病診連携事業のモデル事業を実施することになり、その後いくつかの修正を加えて現在

に至っている。

【実施までの準備内容】

《病院長への事業説明》

- ①本事業は、病院側から地域歯科に逆紹介されるシステムである。そのためには、口腔ケアが各種合併症を予防するという根拠が必要であり、エビデンスを総括した関連資料を3部作成し提出した。
- ②看護部長には、口腔ケアの効果のみならず『食べること』が闘病生活における患者さんのQOLにとって、重要であり看護面からも支援・協力を依頼した。
- ③このような病診連携が、栄養面や在院日数に効果が現れれば、病院と患者と地域歯科の3者にベネフィットがあることを目標とする旨を相談した。

《病院医療者への事業説明と口腔ケア講演》

- ①平成19年10月に慈恵医大柏病院での看護研究発表会特別講演にて、看護師・PT・OT・栄養士等、計170名に口腔ケアの講演と頸部聴診の実習し、本事業への理解と内容説明を行った。
- ②同月に、『がん患者における口内炎対策』について、医師・看護師（70名）に講演をした。慈恵医大には病院歯科がなく、腫瘍・血液内科の医師や内科病棟の医師も興味を持ち参加した。『以前から、口腔ケアの重要性は認識していたが、当院だけでは十分に対応できなかったため、連携の提案は非常にありがたかった』と後日、日経メディカル雑誌の取材で話している。
- ③平成19年11月に、(社)柏歯科医師会との医療連携運用基準が承認された。

・連携目的

地域歯科資源を活用し、当院において治療を受ける患者の口腔ケアを効果的に行い①全身的な感染対策②がん治療における口内炎対策③脳卒中術後の誤嚥性肺炎の予防と摂食の回復を促進していく。

・連携内容

当院通院中で口腔ケア連携対象者に該当する患者に対して、「入院前後口腔ケア病診連携リーフレット」を患者に渡し、柏市内の「柏地域口腔管理歯科」への受診を促す。地域歯科で動揺歯の固定、口腔内クリーニング、セルフケア指導を行う。

- ④11月より5ヶ月の間（計18回）毎週口腔ケアラウンドとミニセミナーを開始した。目的は、看護業務に本事業を効率的に組み込む体制を調べるためである。

・実施事項

ICUにおける口腔ケア・NSTにおける急性期嚥下療法・がん口内炎予防・各部署での口腔ケア等の勉強会での実演・実習等・病棟での口腔ケア相談・指導

⑤平成20年1月：ICUにおける口腔ケア特別実習と講演の開催

兵庫医科大学歯科口腔外科学講座の岸本裕充歯科医師を招き、直接講師がICU口腔ケアの指導にあたるラウンドを実施した。その後、看護師80名とICU・外科の医師に対して、『呼吸器管理中の患者の口腔ケア』の講演を行った。

医師と看護師からは「このような連携を私達は求めていた」と賞賛された。

3. 活動内容および成果

平成20年6月より近隣郡市歯科医師会にも伝達し、新たなリーフレットを各診療科に配置し事業を開始している。

稼働率を含む実施人数は把握出来ないが、肺がん患者と血液内科で入院する患者には、ほぼ全てに配布されている。

特に、造血幹細胞移植患者においては、医師より直接病院への術前訪問口腔ケアが依頼され、医療情報提供書をもとに、クリーンルームにおける、口内炎のグレード・モルヒネ使用量・摂食状況を医療者がモニタリングすることで、本事業の効果を客観的なデータをもとに示していく予定である。また、各診療科に口腔ケア用品が設置された。そして、病院売店にも口腔ケア用品コーナーが設置された。



《16 診療科のケア用品の設置風景》



《病院売店での口腔ケアコーナーの風景》

①地域難病患者さんと家族への口腔ケア講演

慈恵医大柏病院は千葉県東葛北部の難病支援センターに指定されており、平成20年11月に『口腔ケアについての疾患別対応方法』の講演と本事業説明を行った。対象者は、筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病・脊髄小脳変性症・シェーグレン症候群・自己免疫性疾患の患者さんと家族と行政関係者を含む50名である。各疾患が嚥下に障害を与える理由を説明しながら、疾患別の対処方法と口腔ケア実習を実施した。さらに、地域連携においてはFAXによる評価表の受付と柏歯科医師会内に患者さんからの電話相談対応の窓口説明を行った。

②がん緩和交流会での講演

平成21年1月に、慈恵医大入院・通院中のがん患者さんに「がん患者さんに対しての口腔ケア：口内炎への対処」の講演と実習を行い、本事業説明と退院後のかかりつけ歯科への受診を促した。

4. 連携が可能となっている要因

当地区で、病院と地域歯科の連携が可能となった主な要因は、

- ①連携を始めるにあたり、3つのリーフレットに医療側と歯科側の共通の指針（巻末資料）を作製し、看護師と地域歯科が同じパスを利用することで、入院前後に医療者側が歯科側に要求する内容を地域歯科に分担したことである。このように共通のプロセスに従い、その役割を分担することは地域連携の実施に重要である。
- ②顔の見える連携を行う歯科医師の存在が必要であり、医科に歯科情報を伝達し、歯科に医科情報をわかりやすく説明することから連携事業は始まる。そしてそ

の説明は、数回の口腔ケア研修会開催にて医療者側の理解を得ることが必要である。また、病診連携開始後もセミナー等にて病院との関わりを継続することが連携後の事業稼働率に影響する。

③病診連携の窓口を全て歯科医師会附属歯科介護支援センターの1本としたこと。

病院側における要因としては、

- ①数回の無料口腔ケアラウンドにて、口腔内の劇的な改善や摂食可能となった患者を看護師長や看護師が実際に見たこと。
- ②本システムが、本来の看護業務を妨げず、入院前に予防的な口腔ケアをしてくれることで、看護業務の歯科指導やマンパワーの削減になること。
- ③看護師は、現在まで口腔ケアの手順と評価、そしてベットサイドでの嚥下評価について、研修を行う機会がなかったこと。
- ④両病院とも歯科がなく口腔ケアの必要性は理解しているが、現在まで地域で、このようなサービスをしている機関やシステムがなかったこと。
- ⑤病院はクリティカルパスの導入や診断群分類包括評価（DPC）の兼ね合いから地域連携に力を入れ始めている。そのために、地域患者や院内患者向けの講習会で講師を探していたこと。

※このような研修会を実施して、病院医療者や患者と顔をあわせながら連携事業を定着していかないと、エビデンスとシステムだけでは地域連携は継続しないと思われる。

※病院・施設現場からの医療者の声は、口腔ケアや嚥下リハビリのサービスを受けたい希望者は数多く存在するが、患者さん側はそのサービスの存在すら知らないのが実情である。今後は、地域での口腔ケア組織を構築することにより指導や介入できるインフラが必要である。

5. 今後の展開および改題

今後は本事業の定着（稼働率の向上）と、口腔管理歯科が、入院中の口腔有害事象について指導が出来るように質を向上していくことである。

一方、退院後の口腔ケアを実施するマンパワーやインフラが問題となる。病診連携が存在しても、地域で訪問口腔ケアのできる歯科衛生士と標準的な嚥下評価や医療管理知識のある歯科医師を育成しなければ、連携が継続しないことは明白

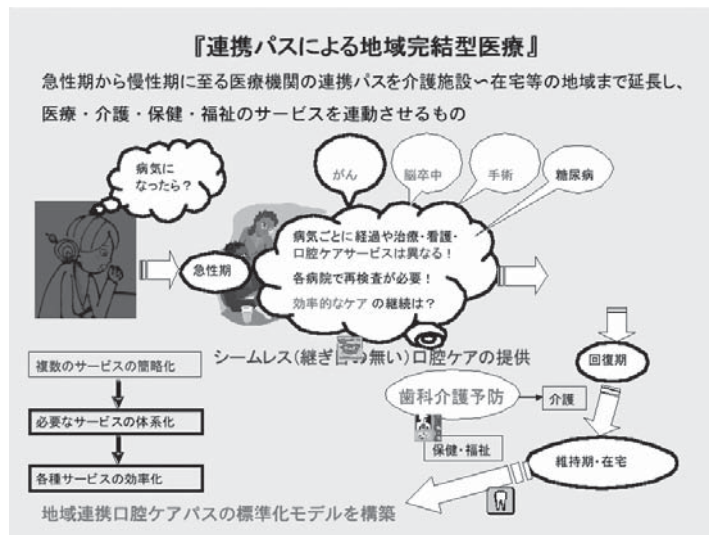
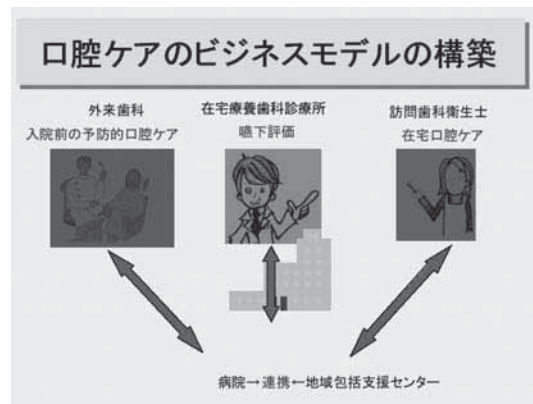
である。

在宅医療に関わる医師や訪問看護師は、『歯科は訪問診療をしていただき、助かります。しかし、訪問口腔ケアをしてくれる診療所が少なく、組織として対応して欲しい』という、要望がある。

社柏歯科医師会では総合的な保健医療福祉施設の開所を1年後に控えている。その施設内に、画像診断透視X線装置（VF）、嚥下内視鏡（VE）と嚥下音測定機器を設置し、誤嚥リスクの判定とリハビリメニューを提供する口腔機能リハビリ室を開設する。

そして、施設開所と同時に社柏歯科医師会内に訪問口腔ケアセンターの開設を考えている。このケアセンターが、病診連携・介護予防事業・ケアカンファレンスの参加等、地域の病院・施設・在宅と連携する組織となる。そして、実際に訪問口腔ケアの依頼と派遣業務を行う窓口機関となる。

医療連携には個人で対応するよりも、このような組織が口腔管理歯科と協働することで、病診連携や地域連携が効率的に機能すると思われる。



口腔管理歯科は、訪問口腔ケアセンターのDHに口腔ケア部門を委託することで、歯科医師単独での管理が可能となる。そして、標準的な嚥下評価（巻末資料）

を実施し、必要な場合には保健医療福祉施設において VF・VE での確認を依頼する。

6. 連携事例

《入院前口腔ケア連携》

- 患者 : 59 歳、男性
- 診断名 : 肺がん
- 経緯

本患者は他県の方で、肺がん手術と抗がん剤治療を受けるために入院。その後病院医療者より、がん治療前の口腔の問題点を指導される。本人が右下 1 番の歯牙の動揺（歯周病）が気になっており、医療者より口腔ケア連携を促され、慈恵医大近隣の口腔管理歯科を受診。

- 口腔内所見

口腔衛生状態はほぼ良好であり、出来る範囲内でセルフコントロールしている。本人は右下 1 番の歯牙の動揺が気になり抜歯も考えていた。

- 介入経過

口腔管理歯科の所見では、右下 1 番のみ中等度歯周炎にて動揺を認めるが、抜歯するほどではない。そこで、右下 1 番の歯石除去を主にに全顎の縁上歯石を除去と同部位のブラッシング指導を行った。右下 1 番の両側の隣在歯が無い為（全歯数 10 本）固定は実施していない。そして、オペ前までに口腔衛生状態を良好にしておくことを説明した。

- 退院後経過

他県の方なので、その後の追跡調査は出来なかったが、退院後はかかりつけ歯科への受診を促した症例である。

- 課題

他県でも口腔ケア病診連携システムがあれば、歯周病のような慢性感染症をがん治療に持ち込むことはないため、本事業の普及も必要である。また、予防的口腔ケアのベネフィットは、簡単な歯石除去とブラッシング指導の実施という単純な治療にて、入院中の歯周病急性発作が予防される。

そして、今回のように部分床義歯の鉤歯となる歯牙の抜歯は、1 本であるが咀嚼や摂食に影響を及ぼす場合がある。また、がん疾患の臓器として肺がんは、術後の肺炎にも影響を与える。

《入院中口腔ケア連携》

○ 患者：62歳、男性

○ 診断名：急性骨髄性白血病（AML）

○ 経緯

AMLにて造血幹細胞移植を実施するため、慈恵医大への訪問口腔ケアを主治医より依頼される。県外のため入院前予防的口腔ケア未実施。

（がん治療内容） TBI4Gy+Flu+ivBu の非血縁者臍帯血移植

（術前血液検査） 白血球数 900/ μ l・好中球数 234/ μ l

血小板数 3.4万/ μ l・アルブミン 4.1g/dl

（過去の抗がん剤による口内炎既往）

過去の化学療法では Ara-C+MIT+G-CSF を受けるも著しい口内炎症状・摂食障害は認めていない。

○ 口腔内所見

歯周炎の検査（CPITN）は数値0で歯周病状態は年齢の割に良好であるが、プラークスコア（PCR）は74%と高くプラークの多量付着を認める。その原因は、歯磨きはよくしているが、ブラッシング圧が強く、隣接面にプラークが付着しているためである。（全歯数28本、未処置歯なし）そして、現在ですでに口唇部に3ミリ大の口内炎を発症している。

○ 介入経過

1回目：歯科医師によるがん治療中の口腔有害事象の予防のための説明と歯科衛生士によるCPITNとPCRの測定およびブラッシング指導（ブラッシング圧の軽減）を実施する。また、口唇部の口内炎に対する保湿指導を行った。

2回目：2回目介入時 血液検査値

白血球数 1000/ μ l・好中球数 80/ μ l

血小板数 5.2万/ μ l・アルブミン 4.1g/dl

好中球数の低下を認めたため、アズノールでの含嗽指導と食事指導と再度ブラッシング指導（歯間ブラシ）を実施した。

3回目：最終日のPCRは40%であった。我々は移植患者には、歯垢染色剤等を配布し、必ず20%まで向上してからクリーンルームに入室させているが、年齢的に歯間ブラシの手技がむずかしいようである。

今回の指導は、キシロカインによる口内炎対策・クリーンルーム入室時の口腔ケア用品（手鏡・ガーグルベイスン・保湿剤・超軟毛歯ブラシ：細菌検査済み）の確認と入室中のブラッシング指導を行い、最後に電気エンジンにてPMTCを実施し、口腔細菌を限りなく0に近づけ介入を終了した。

また、術前化学療法からの日数の経過と介入後の保湿指導にて、口唇の口内炎はほぼ改善していた。

○ 術後経過

クリーンルーム入室中の口腔有害事象は医師と看護師の記録と患者の訴えにより評価している。今回は、口内炎を含む口腔有害事象は全く出現しなかった。摂食障害は嘔吐等により出現し、約 10 日間は絶食したが、ブラッシングは継続した。

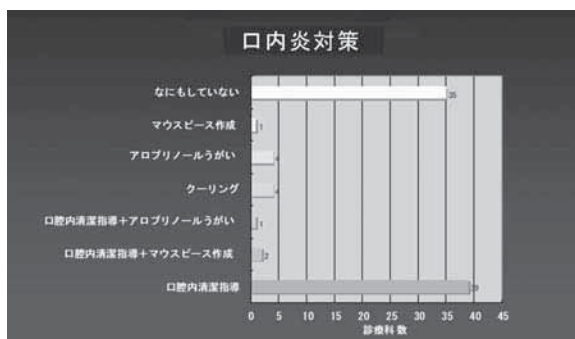
このようなケースは数回経験している。嘔吐により口内炎症状に気がつかないケースや咽頭部位のみに口内炎が発生し、摂食不良となるケースと判別するために、クリーンルームから出た準クリーン状態にて患者さんより十分な聞き取りをしている。

○ 課題

現在、医療情報クリーンルーム入室中の口内炎記録票にて、本事業の客観的評価をしているが、化学療法のレジメン（化学療法剤併用メニュー）が多岐にわたるため、かなりの期間が必要になることと、予防的口腔ケアを実施していないグループの口内炎グレードの追跡ができないことが問題点である。

しかし、下図のように、移植患者に口内炎対策をなにもしていない施設は約 40%あることから、標準的な指針を歯科から普及させていくことが重要となる。

我々の事例では、血液像が重度でありミニ移植後に死亡したケースでも予防的口腔ケアの介入にて、口腔有害事象には出現していないケースもある。しかしながらターミナル時の口内炎発症者は、予防・治癒効果は少なく保湿と QOL の範囲である。



東京慈恵会医科大学附属柏病院腫瘍・血液内科 西脇嘉一 東海大学医学部附属病院血液内科 鬼塚真仁
 本邦における TBI の現状について調査するために、2007 年 7 月の時点で JMDP または JCBBN に認定された移植施設の移植科の医師に対してアンケートを送付した。(184 施設、234 診療科:内科系 149 診療科、小児科系 69 診療科、その他 16 診療科)

《退院後口腔ケア連携》

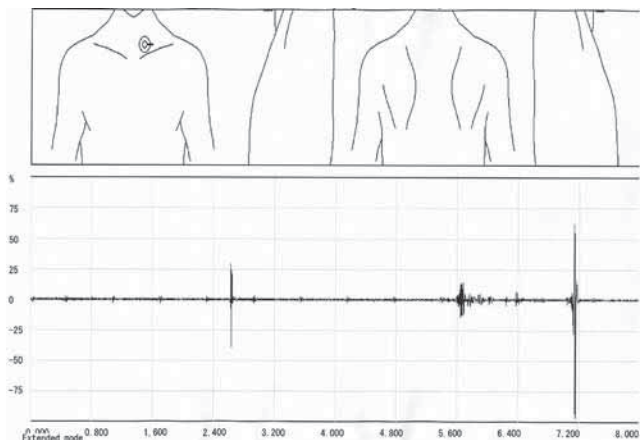
- 患者：68歳、女性
- 診断名：多発性髄膜腫・誤嚥性肺炎・低酸素血症
- 経緯：1999年に良性脳腫瘍の診断のもと、計4回の手術とガンマナイフ治療を受ける。腫瘍は脳幹部に達し全盲・不全左方麻痺を併発し、嚥下障害による誤嚥性肺炎を認める。家族の希望から慈恵医大在宅療養支援室を介して退院後の口腔ケア連携を求められた在宅症例である。

2008年5月より発熱 37.2℃・SatO₂ 88-90%・Wbc9300・CRP5.1にて数回の投薬中である。経鼻経管栄養。

- 口腔内所見：口腔清掃が不十分なため、口内に多量のプラークと口臭を認める。患者の夫は、摂食・嚥下の情報を収集していたが、本を読むだけでは、嗽ができない要介護者に対しての口腔ケアの方法がわからなかった。
- 介入経過：スポンジブラシ・タフトブラシと保湿剤の口腔ケアの説明と実技指導により口腔衛生状態は回復し、37-38℃の持続的発熱も3週間で消失した。その後3ヶ月間の定期的な介入期間も発熱は出ていない。
- 課題：家族から経口摂取の並々ならぬ希望があるが、経口摂取開始基準では原疾患とバイタルサインが安定していない。また、脳腫瘍の影響で、意識明瞭（JCS I 桁）が有る時がまだらであり、呼吸状態も SpO₂ 90～94%と不十分であることより、口腔ケアを十分実施し、モアブラシや口腔マッサージにて基礎訓練を継続しながら、改訂水のみテストの検体を1mlトロミ冷水として頸部聴診検査を数回継続している。このように、食べさせることと並行して安全性を確認し、誤嚥リスクを評価しながら、患者さんのQOLを維持することが大切である。



《改訂水のみテストにおける頸部聴診による嚥下評価：左患者家族》



《頸部聴診：嚥下音の測定による客観的データの記録》



《聴診音用サウンド解析ソフトウェア》

長崎県長崎市の事例

**独立行政法人国立病院機構長崎病院での
退院時カンファレンスの取り組み**

長崎県歯科医師会 角町 正勝

新設された退院時カンファレンスに、どのように歯科の関係者が参加できるかということ、特定した3診療所と1名の歯科医師と共にカンファレンスに参加し、歯科からの情報提供のあり方の検討と、歯科のない病院でのカンファレンス参加システムの構築を目指した。

1. 連携システムの概要

訪問歯科診療は、病院などから依頼を受ける形で実施されているが、歯科情報をもっと医療関係者に理解してもらえると、訪問診療の効果がさらに向上すると考え、病院などの療養環境において、歯科を含むカンファレンスがなされれば、対象者の口腔の重症化予防とともに、シームレスなケア環境の構築ができると考えた。そこで、病院におけるカンファレンスを通して医科・歯科連携の中で情報交換が出来る環境を作れたらと思い、平成19年5月より約1年間、独立行政法人国立病院機構長崎病院でのカンファレンスに参加させていただき、歯科のない病院での退院時におけるカンファレンスの形式や事前の病院との連携などの形を構築し、平成20年4月より社会保険診療報酬請求において、退院時カンファレンス参加における診療報酬請求を提出できる体制が出来あがった。

【連携機関の概要】

施設名：独立行政法人・国立病院機構・長崎病院

住 所：長崎市桜木町6番41号

スタッフ：242名（時間短縮・非常勤含む）

医師～13名 看護師～140名（時間短縮・非常勤含む）薬剤師・放射線技師・検査技師・栄養士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士・看護助手・療養介助員・児童指導員・保育士・調理師・技術職員・事務

病院機能：慢性期

ベット数：280床

【対象疾患】

* 入院患者の全症例について対応

【連携診療科】

リハビリテーション科を中心に全科

【連携職種と役割分担】

* 主治医・病棟看護師らの判断で、長崎市歯科医師会の患者依頼票を持って訪問診療の依頼を受ける。

* 毎週木曜日の午後1時15分から2時までの45分間で一人15分単位でのケースカンファレンスが実施される

→リハスタッフが司会を行い主治医・看護・地域連携室・栄養・歯科・リハ（OT/PT/ST）がそれぞれ現在の患者の情報、現在の食事に対するコメント、退院先の検討などについてコメントを述べる。

→カンファレンスにかかわる情報は、毎週水曜日の昼までに各領域からの情報提供が行われ、カンファレンスシートの中に各科の情報として整理され提供される。

【連携システム全体図、連携パス】

病院における患者説明やその流れ。別途連携システム別途添付

【今後の展開および課題】

- 1) 歯科からの発信をもっと患者の生活にかかわる形で提供できるように工夫する。
添付資料に示す形で歯科からの情報発信を行っているが、患者の身体状況を考慮し、生活の中における歯科のかかわりとして発信できるようにさらに患者を診る力をつけていくことが重要である。
- 2) 歯科衛生士などを活用して歯科からの口腔所見の発信ができるようにする。
歯科衛生士の力量を向上させ、医科のセラピストと対等に意見交換ができるような資質を身につけさせることが必要である。
- 3) 病院で経験した事例をもとに県下の様々な地域で病院でのカンファレンスに歯科が参加できるよう体制づくりの資料として情報提供を行う。
カンファレンスへの参加は重要な医科歯科連携の場になる。地域歯科医師会が率先して関係機関と協議を進めると共に、医科歯科の共通言語を整理し、会員教育を進めるべきである。

長崎県歯科医師会の事例

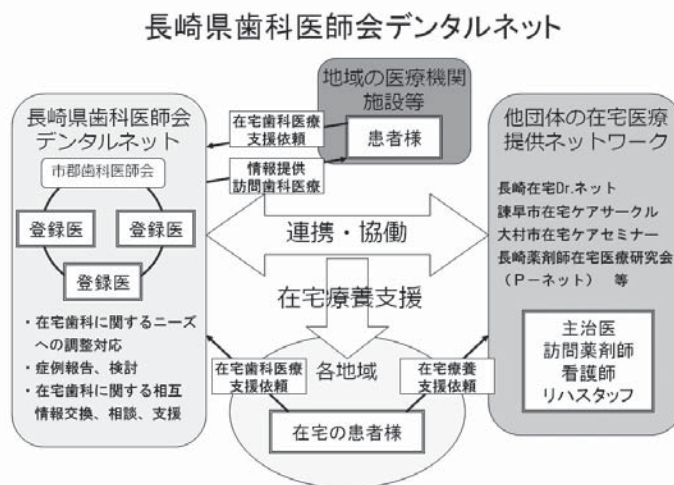
長崎デンタルネット

長崎県歯科医師会 角町 正勝

長崎県歯科医師会が主体となり地域で活動をしている医師の在宅ドクターネットや地域の関係団体などと在宅訪問歯科に関わる連携を強化するために、長崎県歯科医師会の10の市郡歯科医師会と平成20年度歯の健康力推進歯科医師養成講習会に参加した県内の会員をネットで結び、在宅訪問歯科の展開を支援するネットワークを構築した。

1. 連携システムの概要

【連携機関の概要およびシステム全体図、連携パス】



2. 連携作り

【連携開始のきっかけ】

- 平成20年頃の厚生労働省からの委託事業として、全国10地区で実施された「歯の健康力歯科医師養成講習会」の担当を受託する中で、国が期待する在

宅訪問歯科の活性化と訪問歯科実績を上げることの重要性に気づかされたことである。

- 2) 長崎市内で活発な活動を続けていた長崎市医師会のメンバーで構成され、在宅訪問により医療活動をしていた医師会メンバーより、歯科医師会の活動や地域において在宅医療を行っているという顔が見えない。何とか、顔が見える形を作ってもらいたいという要望があったことが誘引になっている。
- 3) 長崎県が、「歯の健康力歯科医師養成講習会」に補助金をつけてくれたことへ、長崎県歯科医師会として社会的責任を果たすという考えを長崎県歯科医師会の理事会で確認したためである。

【経緯】

- 1) 歯科医師会の地域福祉委員会と社会保険委員会のメンバーを中心に臨時委員会を立ち上げ、県下10地区の歯科医師会を訪問し、「新健康フロンティア戦略」の内容の説明を通して、今後在宅訪問歯科が一層重要性を増してくることの啓発を行い、長崎デンタルネット構築への理解を求めた。

3. 活動内容及び成果

- 1) ネット情報として研修会など他団体が行う在宅医療に関わる情報提供をタイムリーに行えるようになった。
- 2) 長崎県歯科医師科のホームページの中で、患者の訪問依頼対応する長崎デンタルネットの仕組みや資料提供を行った。
- 3) メンバーに対して、各月ごとの訪問実績の報告を義務化し、長崎県歯科医師会の地域福祉委員会の活動の一環として、会員の在宅訪問実績を見合わせながら地域の問題状況などの確認をし、在宅訪問歯科診療の環境整備を図る。

4. 連携が可能となっている要因

- 1) 医療制度改革によって変化していく医療現場に対する共通理解が得られた。
- 2) 長崎県歯科医師会として事務機能が充実していた。
- 3) 地域の医療現場における他職種と顔の見える関係が醸成できていた。

5. 今後の展開及び課題

- 1) 県内各地区の歯科医師会を通じて、同地区の行政や他団体との地域連携についての協議会の開催を図ること。
- 2) 長崎ドクターネットメンバーが行っているような、ネット上でのカンファレンスなど情報交換ができるようなネット間での仕組みの構築を図ること。

6. 事例

【ネットからの情報配信状況】

皆様

マルチポストで失礼いたします。

5月19日に長崎在宅 Dr. ネット症例検討会を開催します。

今回は、Dr. ネットへの記念すべき紹介第一例目を紹介・検討いたします。

ご参加のほど、よろしくお願い申し上げます。

第8回長崎在宅 Dr. ネット症例検討会

(長崎県医師会生涯教育認定講座)

謹啓

新緑の候、皆様方におかれましては益々御健勝のこととお慶び申し上げます。

長崎在宅 Dr. ネットは、在宅診療において複数の医師が連携し患者さんが安心して療養できるようにすることを目的として、病診・診診連携を実践しております。

さて症例検討会は、今回で第8回目をむかえます。

今回のテーマは Dr. ネットへの紹介第一例目の症例で、「どうしてあの患者さんは入院しなくなったのか？」です。患者さんは、75歳男性で、現在も自宅療養中です。紹介以前は計11回の入退院を繰り返していましたが、在宅療養導入後6年間一度も入院することなくお元気です。この患者さんに医療従事者がどのように関わって生活をされているのか、家族はどのように関わっているのかを知ること、在宅療養のエッセンス、長く続ける秘訣などが聞けると思います。

当症例検討会は、オープン形式(参加自由)です。Dr. ネットの原点とも言える症例で皆様の活発なご意見が聞ければと思います。病院の先生、地域連携室の方、ケアマネージャー、訪問介護士、訪問看護師の皆様の御参加を歓迎いたします。御多忙の折とは存じますが、万障お繰り合わせのうえ、御参加いただきたく御案内申し上げます。何卒よろしくお願いいたします。

謹白

記

日 時：平成 21 年 5 月 19 日 火曜日 午後 7:15 - 9:00

場 所：長崎県看護協会長崎会館 5 階 研修室

(長崎市魚の町 3-28) (駐車場なし)

司 会：落 義男先生 出口雅浩先生


内 容：

- 1) 「高齢者の経管栄養—投与回数の変更はどう影響するのか—」
アボットジャパン株式会社
- 2) 症例検討〔症例 1〕 敬称略
 - ①落 義男；症例の説明
 - ②清田あづみ（ケアマネージメントセンター籠町）；
ケアプランの説明
 - ③榎田寿美子（訪問看護ステーション YOU）；
療養生活の実際
 - ④工藤正也（十善会ヘルパーステーション）；
ヘルパーからの視点
- 3) 自由討論（症例・医療手技など何でもよろず相談、
Dr. ネットへの意見・要望 etc.）

※当日軽食を準備させていただきます。

共催：長崎在宅 Dr. ネット、アボットジャパン株式会社

長崎県歯科医師会デンタルネットホームページ



長崎県歯科医師会 デンタルネット
- Nagasaki Dental Net -

What's New

長崎県歯科医師会デンタルネットのホームページを作成しました。
～2009/7/16～掲載

ご紹介

長崎県歯科医師会デンタルネットは、市民の皆様を対象にお口に問題を抱えながら疾病や障害等により歯科医師への通院が困難な方々に、在宅歯科診療を提供する歯科医師会間の連携を推進するシステムです。

長崎県歯科医師会では、平成20年度に日本歯科医師会が厚生労働省から委託された「歯の健康力増進歯科医師会連携等実証型 当施設」でしたことにより、本県歯科医師会を中心として県下各地において在宅医療に関わる各職種の方々との連携を取りながら、在宅歯科診療を提供する体制を整えています。

在宅歯科診療を希望されているにもかかわらず、在宅歯科診療が受けられない、どこに相談すればよいのかわからないなど、お口の問題を抱えておられる方々に、詳しい情報をご提供いたします。

長崎県歯科医師会デンタルネットホームページ

ご利用方法

ご利用の前に
かかりつけの歯科医院へ在宅歯科診療についてご相談されましたでしょうか。
在宅歯科診療を希望される場合は、まずかかりつけの歯科医院にご相談されることをお勧めいたします。
かかりつけの歯科医院にて在宅歯科診療の対応が困難な場合に本ネットをご利用下さい。

ご利用について
下記申込用紙をダウンロードして必要事項を記載の上、デンタルネット登録歯科医院へFAXにてお申込下さい。
[訪問歯科診療申込書](#)

登録歯科医療機関

[デンタルネット登録歯科医院名簿\(PDF\)](#)

長崎県歯科医師会デンタルネットホームページ

お知らせ

検索 **地図情報検索** GOTO SITE

検索条件を指定し、検索ボタンをクリックすると、検索結果が表示されます。検索結果は地図情報検索システムで表示されます。
(※検索結果は10件以内です。)

検索結果
検索条件を指定し、検索ボタンをクリックすると、検索結果が表示されます。
※ 検索結果は10件以内です。
検索結果は10件以内です。
検索結果は10件以内です。

検索結果
検索結果は10件以内です。
検索結果は10件以内です。
検索結果は10件以内です。

検索結果
検索結果は10件以内です。
検索結果は10件以内です。
検索結果は10件以内です。

© 2009 Nagasaki Prefectural Government All Rights Reserved

長崎県歯科医師会の事例

後期高齢者広域連合保健事業

長崎県歯科医師会 角町 正勝

長崎県広域連合からの委託事業として長崎県歯科医師会が主体となり、県内 10 地区（県下のすべての市郡歯科医師会）で、後期高齢者の口腔の健康に関わる保健事業として、後期高齢者の 5000 名を対象に歯科医師会が企画するイベントや、歯科医院での保健指導などを通して対象者の健康づくりを支援すると共に、中長期的は、後期高齢者に対する歯科が実施する保健事業が、高齢者の健康の保持増進に資することの評価までを行う。

1. 連携システムの概要

【連携機関の概要およびシステム全体図】

別途組織図（巻末資料）で示すとおり

2. 連携づくり

【連携開始のきっかけ】

保険者代表などが参加した地域職域連携会議において、歯を残すこと、そして歯周病の予防は、住民の健康づくりに大きく貢献することを発信し歯科保健活動に理解を求めた。また、国が進める医療費適正化は、口の健康作りから始まるという視点を、地域での健康づくりを進める際のキーマンと目していた県庁の国保健康増進課の課長への情報提供と啓発活動を実施することに始まった。

【経緯】

下記の協議会などの中で、8020 運動の展開の中で見えてきた歯を残すことが健康寿命の延伸に貢献すると共に、医療費全体の抑制効果があるという主張を続けた。また、医療計画策定に際しても歯科のかかわりを明記し、地域連携の中で歯科の必要性を説いていった。

- 1) 健康ながさき 21 推進会議（健康増進計画関係）
- 2) 長崎県保険者協議会企画分析部会
- 3) 長崎県後期高齢者医療広域連合懇話会
- 4) 保険医療対策協議会医療費あり方部会（医療費適正化計画関連部会）
- 5) 長崎県福祉保険審議会高齢者専門分科会（地域ケア整備構想関連）
- 6) 長崎県保健医療対策協議会（医療計画関係）

3. 活動内容および成果

- 1) 平成 21 年 4 月より長崎県広域連合による県下の後期高齢者の保健事業として口腔ケアの実施をすることが決定した。（患者指導費：2,600 円・患者負担 200 円・初年度対象人数：5,000 名）
- 2) 別添のようなポスターが作成され、県下の保健所ならびに歯科医院など対象者の目に付く領域に配布され掲示されることとなった。
- 3) 長崎県歯科医師会としては「おおいきいき口腔ケア」事業実施マニュアルを作成した。
- 4) 平成 21 年 4 月 1 日よりなど決定し事業がスタートする運びとなった。

4. 連携が可能となっている要因

- 1) 国の医療制度構造改革の動きに対応して動いている県行政の関係者に、歯科関係者も健康づくりに関わる歯科の事業展開を積極的に行政関係者と連携し実施していくという姿勢に対する共感を得られた。
- 2) 在宅医療に関わる長崎県歯科医師会の執行方針が、行政などの全ての関連会議において一貫していた。
- 3) 長崎県歯科医師会の委員会組織として委員会連携、市郡会連携を意識した地域ケアなど新制度対応検討臨時委員会の立ち上げができた。

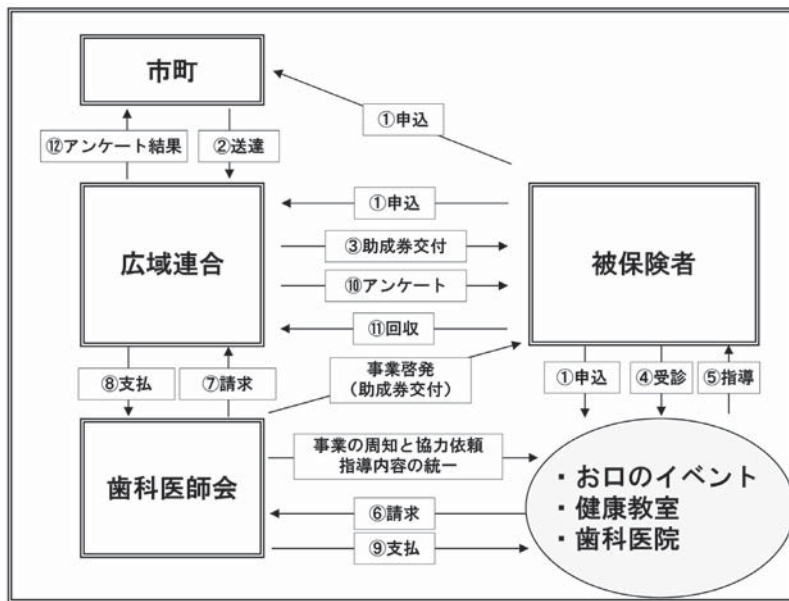
5. 今後の展開及び課題

- 1) 長崎県の国保連合会との連携を通して、本事業参加者とそうでない対象者との医療費データなどの比較を行い、歯科保健事業と全医療費との関連を調査する。
- 2) 上記作業を通して、歯周病健診を生活習慣病健診へ導入する作業ができれば

と考える。

- 3) 歯科保健活動を住民の健康づくりにおける必須な活動として提言できればと考える。
- 4) 事業対象者を県下の全対象者へと拡大していければと考える。

【巻末資料】 事業の流れ



- ① 申込（電話）時に介護のチェックは行い受付
- ② 電話またはメール（様式作成）、日時単位で送達
- ③ 助成券の作成（台紙は業者委託）、システムの開発
- ④ } 医療機関で受診・指導
- ⑤ }
- ⑥ 個々の歯科医院からの請求を歯科医師会にて取り纏め
- ⑦ 広域連合へ請求
- ⑧ 歯科医師会へ支払通知書を送付
- ⑨ 個々の歯科医院へ支払通知書を送付
- ⑩ } アンケートを送付し回収
- ⑪ }
- ⑫ アンケート集計、検証し情報提供

静岡県浜松市の事例

県西部浜松医療センターと浜松市歯科医師会との連携による PEG 患者への地域連携口腔ケアの取り組み

県西部浜松医療センター 歯科口腔外科 内藤克美

1. 連携システムの概要

【連携機関の概要】

県西部浜松医療センター消化器科入院の胃瘻造設患者に対し、院内クリニカルパスに沿った術前からの口腔ケアを歯科口腔外科が担当した。退院後は地域歯科医師会（浜松市歯科医師会）との連携で継続的な口腔ケア（シームレスケア）を行った。この連携医療開始に当たっては静岡県歯科医師会の進める病診連携モデルの一貫として静岡県歯科医師会の協力を得た。

【対象疾患】

県西部浜松医療センター消化器内科において内視鏡的経皮胃瘻造成術（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: 以下 PEG と略す）を目的とし入院した患者のうち、クリニカルパスに則り造成術を受けるものを対象とした。すなわち各種疾患（主に脳血管障害）により嚥下障害が発生し、経口摂取不能となった患者を対象とする。

【連携診療科】

県西部浜松医療センター消化器内科 歯科口腔外科 退院後に受診予定あるいは転院予定の医療機関 浜松歯科医師会会員診療所

【連携職種と役割分担】

PEG 目的に県西部浜松医療センター消化器科入院となる患者に対し、病棟看護師が入院時口腔ケアアセスメントツールを用いて口腔内のアセスメントを行う（図 1）。患者に対してクリニカルパス（図 2）に従って造設前より歯科医師、歯科衛生士が口腔ケアを行いプラークフリー状態を目指す。さらに増設後も術前の口腔状態を維持しながらの退院を目指す。退院時地域歯科医師会（浜松市歯科医師会）との連携を図り、かかりつけ歯科医師あるいは歯科衛生士が在宅、療養型病床、後方病院等に移る患者の口腔ケアを継続して行うことにより、誤嚥性肺炎の予防、口腔機能の維持改善を図る。なお退院時に際しては「かかりつけ歯科医への紹介状」「退院時看護サマリー」「口腔ケア地域連携連絡表」（図 3 - 1、3 - 2）にて患者情報を引き継ぐ。さらに定期的（現在は 2 ヶ月に一度）に県西部浜松医療センター 歯科口腔外科と歯科医師会担当理事とは協議会（口腔ケア地域連携推

進連絡調整会)を開きお互いの連絡事項、連携上の問題点等を協議する。

ID _____ 口腔ケアアセスメントツール (vol. 1) No. _____

記入日 20__年 月 日 時

観察項目	患者の状態	ケアプラン
意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 混迷 <input type="checkbox"/> 昏睡	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
挿管	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・系統別看護手順Ⅱ「挿管中患者の口腔ケア」参照	<乾燥に対する授乳> <input type="checkbox"/> 「口腔清拭(グリップ・うがい・シグナルの使用等) マスクの使用 <input type="checkbox"/> 保湿剤・オリーブオイル等の使用 <input type="checkbox"/> 乾燥防止・粘膜保護(リップクリーム・ゲル・ワセリンの使用・マスクの使用) <input type="checkbox"/> 唾液分泌の促進(嚥下体操・口腔周囲のマッサージ・おしゃべり・健やかな口の体操等) <input type="checkbox"/> 水分の補給 <input type="checkbox"/> ネラゲールの使用
酸素使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
NGチューブ等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
※ 上記3項目に関しては、乾燥に対する授乳が必要であり、右の該当する□をチェックする。		
嘔吐	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 嘔吐を誘発しない配慮(看護手順参照) (「ブラスのヘッド」の小さい物を使用・うがいを頻回に行う。)
出血傾向 (血小板減少症 抗凝固剤の使用 等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 P L T () 抗凝固剤の使用 ()	<input type="checkbox"/> 柔らかい歯ブラシを使用 (髭毛は避ける) <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い時は歯ブラシ中止 <input type="checkbox"/> イソジン含漱を検討 <input type="checkbox"/> ヘシグッド・口腔ケア記録の使用
易感染状態 (免疫機能の低下・化療後の 白血球減少等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 柔らかい歯ブラシを使用 (髭毛は避ける) <input type="checkbox"/> 1日1回でもしっかり磨く。 <input type="checkbox"/> 頻回にうがいをを行う。 (イソジン、エタノール等の使用)
義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 歯ブラシによる義歯の洗浄 <input type="checkbox"/> 夜は外し、水につける。
開口の障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 横指 開口への協力: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> バッドブロック等の使用 <input type="checkbox"/> 排唾管の利用 <input type="checkbox"/> シングでの洗浄・吸引
歯の異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 破折	<input type="checkbox"/> 歯科受診の検討
食物残渣物の 歯への付着	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> ブラッシング <input type="checkbox"/> コントラ (薬用のフッ素)の使用
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 嚥下に注意・吸引の使用・組織しにくい姿勢設定
☆ 歯科口腔外科へ依頼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
☆ かかりつけ歯科医師	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()) PEG 造設の適合確認必須

県内医療連携センター 2007.08

図 1

2. 連携の体制づくり

【連携開始のきっかけ・経緯】

消化器内科において PEG 患者のトラブルとして胃瘻チューブ周囲炎、誤嚥性肺炎等が知られている。その予防として造成前からの口腔ケアが有効ではとのことから平成 17 年より PEG 患者の術前口腔ケアを開始した。当初は胃瘻造成術に関わる術後のトラブル防止が目的であったが、患者症例を重ねていくうちに造成後の口腔ケアの重要性および口腔機能の改善を目的とした摂食嚥下機能障害に対するリハビリテーションまでカバーするようになった。さらに造成が終了し後方病院、施設あるいは在宅へと移行した場合の口腔機能維持・改善の必要性から地域歯科医師会の協力を必要とすることとなり平成 19 年より連携が開始された。

【実施までの準備内容】

院内においては以前より「病棟における口腔ケア」の重要性は看護サイドも十分認識しており、PEG 用クリニカルパス開始時にも口腔ケアを必須とすることは消化器内科病棟（消化器センター）においても問題はなかった。これは当科が以前より NST（栄養サポートチーム）立ち上げ時からの主要メンバーであったこと、NST のサブチームである嚥下チームの立ち上げ・運営、さらには看護師への口腔ケア講習会の開催等の活動が影響していると考えられる。歯科医師会との連携に関しては、先ず静岡県歯科医師会への働きかけを行い PEG 患者における口腔ケアの重要性および継続した口腔ケア（口腔機能維持管理）が必要であることを理解頂いた。その後静岡県歯科医師会の呼びかけで県下各郡市歯科医師会担当理事に対しても同様にその主旨を説明した。すでに県東部においては静岡県立がんセンターを核として「がん患者の口腔ケア連携」の取り組みが静岡県歯科医師会でスタートしており、主旨に対する理解は良好であった。実際の連携に当たっては当院がある県西部地域、とりわけ浜松市歯科医師会との連携が現実的とのことで開始することとなった。実質的な開始に当たっては浜松市歯科医師会担当理事との協議会を数回開催後、会員向けに経皮内視鏡的胃瘻造成術の術式、患者の状態、口腔ケアが必要である理由等を当院消化器内科医師が講演を行い、さらに本連携の主旨について説明を行った。

3. 活動内容および成果

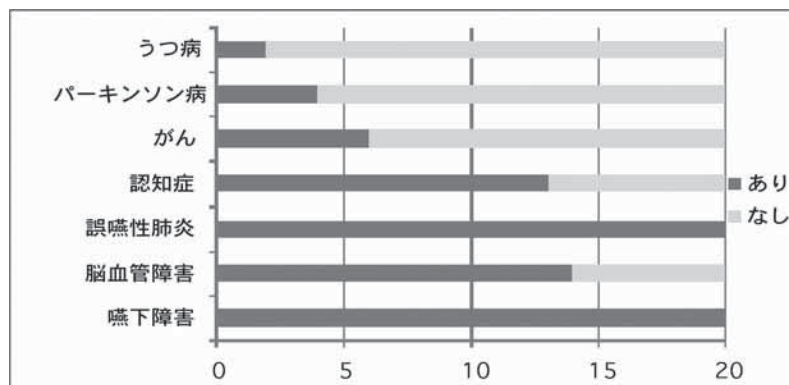
平成 19 年 4 月より連携を開始し、平成 20 年 5 月までの間に 20 名の患者に対

し実施した。

○患者概要

対象患者男女比は男性 13 名、女性 7 名、年齢構成は 73 歳から 95 歳（平均年齢 85.6 歳）であった。全身状態としては 表 1 に示す状況であった。

表 1



入院時の口腔ケアアセスメントでかかりつけ歯科医をもつと答えた患者は 20 名中 15 名（75%）であったが、入院前 6 ヶ月に歯科を受診したのは 1 名のみであった。口腔診査では 20 名中 11 名が有歯顎で残存歯数は 2 本から 26 本（平均 15 本）であった。有歯顎の 11 名中 4 名は視診のみで齲蝕を認め、11 名中 6 名が歯肉出血、排膿を認めた。さらに欠損歯があり義歯を必要とする患者は 20 名中 15 名だったが実際に義歯を持っていたのは 11 名でありそのすべてが義歯不適合であった。院内における口腔ケアを実施し退院となる患者に対し、退院時指導として口腔ケア連携リーフレット（口腔管理地域医療連携）（図 4 表、裏）を用いて口腔ケア連携の重要性を説明した。さらに患者個々にあった口腔ケア方法についてもリーフレット（図 5 表、裏）を用いて説明、指導を行った。

連携往診実績

20 名の患者すべてにおいて往診が行われた。往診を行ったすべての患者で口腔ケアが必要であった。往診時の実施内容を表 2 に示す。

患者さんのための地域医療連携

当院と連携して診療にあたる歯科医療機関で診療を受けていただくことにより、患者様の居住区近くの医療機関を受診でき、通院時間の短縮、状況により住診を受けることができます。

かかりつけの歯科医師をお持ちの場合、これまでの治療の経過や患者様の状況の把握がよくできます。

安心してご利用いただくため地域医療機関とともに取り組んでいます

PEG 造設のための入院中に、当科で口腔診査と口腔清掃を実施し、退院後に浜松市歯科医師会会員の歯科医師の住診で、口腔診査と口腔清掃・歯科治療をうけていただくことができ、誤嚥性肺炎の発症抑制と口腔周囲筋の賦活化の効果が期待できます。

口腔管理地域医療連携の取り組みに関してご不明な点がありましたら、遠慮なく担当歯科医師や歯科衛生士にお尋ねください。

患者の皆さまへ

あなたの口腔保健をサポートする 口腔管理地域医療連携



地域の医療機関と連携協力し、患者さんの口腔・嚥下の状況に応じた、口腔保健医療を、地域連携で提供します。

2008年4月作成/初版

県西部浜松医療センター

歯科口腔外科

TEL : 053-453-7111 (代)

URL : <http://www.hinacdo.or.jp/>

社団法人 浜松市歯科医師会

社団法人 静岡県歯科医師会

図 4 - 表

PEG 造設患者様における 口腔管理の意義と重要性

近年 PEG 造設を受ける患者様の数は増加しており、これからも増加し続けると考えられています。

一方で、造設に伴う合併症抑制目的の口腔清掃の役割が目立っています。

当院は、入院中の誤嚥性肺炎やろうこう部感染の発症抑制のために、PEG 造設患者様においては、消化器医師から依頼の元、歯科口腔外科の医師と歯科衛生士が患者様の口腔管理（口腔診査と口腔清掃）を看護師と協力して実施しております。



お口から食べていない方ほど 口腔清掃・歯磨きが必要です

飲み込みの力が低下したり、誤嚥を起こしやすい患者様においては、口の動きが少なくなったり、痰が多かったりするため、口の中が汚れやすくなっています。

全身状態が低下していることも多いため、自分で歯磨きや、舌磨き、義歯の手入れができないことも多く、このような状態を放置していると、汚れた口の中の唾液や口の中の細菌を誤嚥してしまうことによる誤嚥性肺炎を繰り返すことがあります。

PEG の造設前に、歯科医師・歯科衛生士による専門的口腔清掃を受けることはもちろん、造設後や、退院された後も、しっかり口腔清掃を行うことが必要です。



退院後も口腔管理を受けるために

『専門的口腔清掃』とは、歯科医師・歯科衛生士による口腔診査と機械的・化学的口腔清掃のことで、当科で担当した患者様においては退院後も、地域の医療機関（浜松市歯科医師会会員歯科医師）を紹介させていただき、専門的口腔清掃を継続して受けただけの口腔管理地域連携体制を構築しています。

地域歯科医療機関の受診を継続することで、退院後も肺炎発症の抑制と口腔周囲筋の賦活化を図り、必要に応じて虫歯の治療や義歯の調整を受けられるため口腔機能向上を図ることができます。

嚥下機能の特殊な検査や専門的な治療が必要な際には、当科の診療も並行して受けていただくことができます。



図 4 - 裏

さんの口腔ケア

かかりつけ歯科 _____

_____ 市 _____ 歯科医師

担当DH _____

〒 _____

〒 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ 西浜松医療センター 歯科口腔外科

お口の中の様子



口腔ケア手順

- 姿勢を整えます。(座る・仰向け・右向き・左向き)
- 口腔清掃用具や水、必要に応じて吸引を準備します。
- 歯を洗います。(上：総歯面・部分歯面)
(下：総歯面・部分歯面)
- お口の中を保湿します。
- スポンジブラシでお口の中全体を試きます。
- 歯ブラシ・歯間ブラシ・ワンタフトブラシ・フロスを
て歯を磨きます。

開口保持の仕方

- 舌ブラシで、舌に付着した汚れを取ります。
- 注前歯などを控えてお口の中を洗浄します。
- スポンジブラシでお口の中全体を試きます。
- 保湿剤を使って終了です。
- 用具を清掃し、保管します。

③ 歯肉 (入れ歯)
＜清掃方法＞
歯肉は、温水下で歯間用
ブラシ (又は歯ブラシ)
で丁寧に磨きましょう。
クラスプ部 (針金の部分) には、汚れが溜まりやすいので
磨き残さないように注意しましょう。

＜保管方法＞
歯肉は、乾燥すると変形したり破損することがあるので、
洗浄後は水を入れた容器で保管しましょう。週に1～2回は、
歯肉洗浄剤を使用しましょう。
歯肉が乾かなくても、
こまめに清潔に保ち
下さい。
合わなくなったなら、すぐ
に歯科医にご相談下さい。




④・⑤ 保湿
＜保湿の必要性＞
お口の中が乾燥すると以下のようなことがおこります。
・歯茎や口の粘膜が炎症を起こしたり、傷つきやすくなる
・口の中が不潔になりやすくなる
・虫歯や歯周病 (歯槽膿漏) が進行しやすくなる
お口の乾燥の対処として保湿剤をお口の中、全体に塗る事が
必要です。お口で食事されない方は、特に夜や寝た上段 (ア
カ) が付着しやすくなります。付着しているものは、乾燥した
ままでは取りにくいので、充分に保湿した後、取り除きましょ
う。

＜保湿剤の塗り方＞




- 保湿剤を1cm 出す
- 手の甲でジェルを薄く
均一に塗る



③ 薄く均一に塗った保湿剤を
手の甲で水分を含んだ口腔
ケア綿棒を使いお口の中全
体に塗ります。

図 5 - 表


⑤ スポンジブラシ



- 水の入ったコップを2つ用意します。スポンジ部分をコップ A に浸け、水が濡れない程度に軽く絞ります。
- お口の中を観察しながら、スポンジブラシで左側の矢印が示す方向 (奥から手前) に向かって順番に拭いていきます。
- スポンジブラシは、奥から手前に拭いたら1回ずつコップBでよく洗い、④と⑥の操作を行います。コップの水も頻回に交換してきれいな水でお口の中を試きましょう。

⑦ 舌ブラシ

- 舌を出るだけ前方に突き出します。
- 軽い力で、①右・②中央・③左と3回で全体を拭けるように奥から手前に向かってブラシをかけます。



※可能なならば、一瞬息を止めてもらうと吐き気を感じにくくなります。
※無理に汚れを取ろうとすると、出血したり、粘膜を傷つけてしまうので注意します。

⑧ スポンジブラシ
仕上げに頬の粘膜や上あご・歯の表面・舌に汚れが残っていない事を確認しながら、お口の中全体をスポンジブラシで拭きます。

⑥ 歯ブラシ・ワンタフトブラシ・歯間ブラシ・フロス
＜歯ブラシ＞

- 歯ブラシは、鉛筆を持つように軽く握ります。
- 歯ブラシの毛先を歯と歯茎の境目に歯角に当たります。
- 細かく振動させるように1本1本丁寧に磨きます。

＜ワンタフトブラシ＞

- ワンタフトブラシは、歯ブラシの先端のみに極毛がある歯ブラシです。
- 1本だけ残っている歯や根だけ残っている歯がある場合や歯間部・歯と歯茎の境目・歯並びの悪いところを磨くのに適しています。
- 力を入れすぎず優しく磨きます。


＜歯間ブラシ＞

- 歯と歯の間の汚れは、歯ブラシだけでは落とせないのので、歯間ブラシを使いましょう。
- 歯茎を傷つけないように、ゆっくりと歯と歯の間に挿入します。2～3回前後に動かして、ゆっくりと引き抜きます。
- 歯間ブラシは、SSS (細) ～L (太) までサイズがあるのでお口の状態に合ったサイズを選びましょう。


＜フロス＞

- 強い力で行くと歯茎を傷つけてしまうので、のこぎりを引くように、歯の側面に沿わせて、歯と歯の間に通します。
- 糸が引っかかったり、切れたりするのは、むし歯の可能性があるのので、歯科を受診しましょう。

⑩ 用具の清掃と保管



口腔ケアに使用した物品は、流水でよく洗きましょう。



洗った後は、水をよく切り、毛先を上にして風通しの良い場所でもよく乾燥させて保管しましょう。

退院後にお願したい事

- むし歯がありません。
- 歯周病 (歯槽膿漏) が進行していません。
- 歯肉 (入れ歯) が合っていない。
- お口の中が乾燥しています。
- お口の中が汚れやすいです。

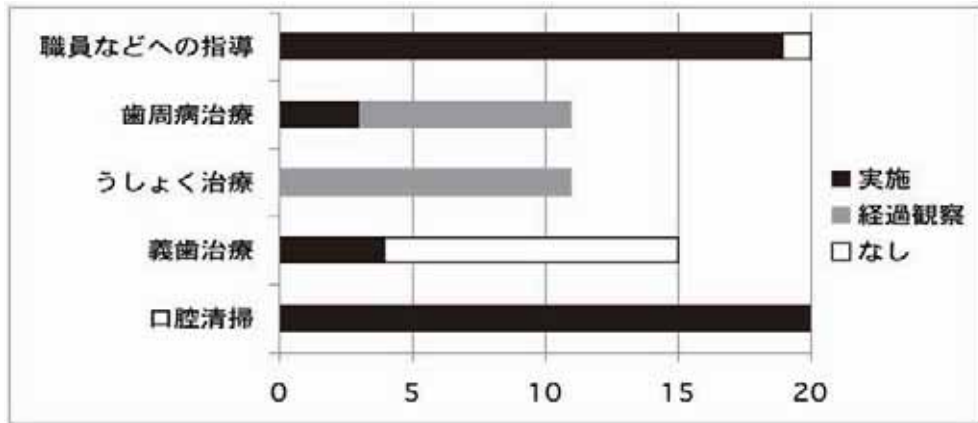
以上のような症状があるので、退院後も継続的な口腔内の管理が必要ですよ。

退院先の病院や施設の歯科、又は担当の歯科医師を定期的に受診し、歯科医師、歯科衛生士による専門的な口腔ケアを受けましょう。

また、ご家庭でも毎日の口腔ケアに努めましょう。

図 5 - 裏

表-2



4. 連携が可能となっている要因

- 1) 浜松市歯科医師会の積極的な参画および静岡県歯科医師会のバックアップ体制
- 2) 当院看護部の協力
- 3) 消化器科医師の協力
- 4) 院内口腔ケア担当歯科医師、歯科衛生士の努力

5. 今後の展開および課題

現在の連携は PEG 増設後の口腔ケアであるが本来造設前よりケアは必要となっている。かかりつけ歯科医としての関わりをより進めるためにも、PEG 造設前（在宅、老健施設入所等）の段階から口腔ケアを中心とした口腔機能管理を行い、当院への PEG 造設入院時には口腔内のチェックのみで終了することを目標としたい（図 6）。さらに退院後の口腔ケアにおいても単なる歯口清掃に終わることなく、摂食・嚥下機能障害に対するリハビリテーションまでカバーできることを望む。医療連携を継続するにはそれなりのインセンティブが必要と思われる。早急な保険制度の改善を望むものである。

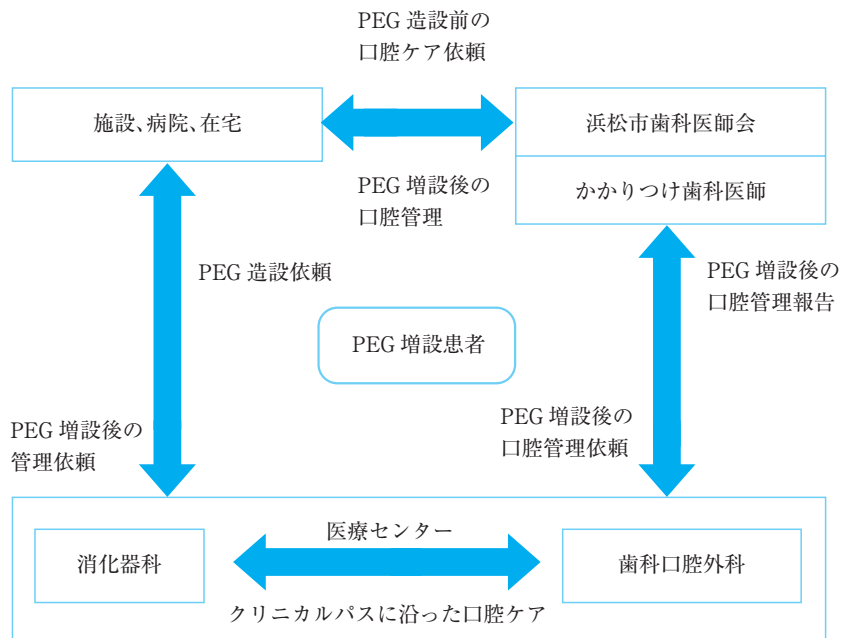


図6

6. 導入事例

1. 患者 76歳 女性

◇入院期間：2007年3月12日から2007年3月30日

◇診断名：主病名 誤嚥性肺炎、合併症 褥創

◇既往歴：脳梗塞 高血圧 認知症（ADLランクはC2、痴呆ランクⅢb）

◇口腔内所見

L23 残存歯には、プラークが付着していた。口腔乾燥症状は口腔乾燥症の臨床診断基準で2度（中等度）、舌苔の付着は舌苔付着度分類で、第1度であった。口蓋には痰の付着が多かった。開口状態を維持するのは困難であった。

介入経過

初診時口腔ケア：口腔内が乾燥していたためスプレー状の保湿剤をスポンジブラシに噴霧し、口腔内を保湿後ポータブルエンジンを用いて残存歯を研磨し、歯間部分は歯間ブラシを使用した。口腔粘膜はスポンジブラシや粘膜ブラシで清拭をし、舌は舌ブラシにて舌苔を除去した。残存歯歯頸部にはグルコン酸クロルヘキシジンを塗布し、最後に口腔粘膜にはジェル状保湿剤を塗布した。

経過（表1）：初診時鉤区請け合い硬派看護師による口腔ケアを継続していた。PEG 増設8日後、口腔乾燥状態は1度（軽度）、舌苔の付着はなく、口蓋への痰

の付着は少量であった。PEG からの注入が開始されており表情も豊かになり開口を維持できるようになった。PEG 造設 11 日後・12 日後、口腔乾燥は 1 度（軽度）、舌苔付着なし、残存歯にはプラークの付着もみられず口腔衛生状態は良好であった。PEG 造設 15 日後、当院を退院され入所施設に戻られた。

退院後経過

当院消化器内科および口腔外科担当医よりかかりつけ歯科医に入所先での口腔衛生管理を依頼する文書を退院時看護要約（サマリー）・口腔ケア地域連絡表とともに送付した。その後その施設にかかりつけ歯科医が往診し口腔診査。口腔清掃を実施した。二度の往診ののち、歯科医師より施設歯科衛生士に今後の口腔管理方法について指示が出された。歯科医師会の予後調査では当院退院後 8 ヶ月の時点で歯科衛生士による口腔ケアが定期的になされ、口腔清掃状態は良好に保たれていた。PEG 注入は順調であるが、経口摂取は再開していなかった。

症例 1 表 1

日数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
消化器	入院	歯科紹介	PEG 造設				注入開始										紹介状記入	退院	
歯科		口腔ケア実施									口腔ケア実施			口腔ケア実施	口腔ケア実施	紹介状記入・送信			
看護師	口腔内インジック清掃	→ 継続																	
	口腔清掃指導を受ける	歯科衛生士より	→ 指導内容の方法にて継続																
歯科医師会																	紹介状受領	施設に往診	

2. 患者：85 歳 男性

◇入院期間：2007 年 2 月 19 日～2007 年 3 月 6 日

◇診断名：認知症に夜経口摂取不良

◇副病名：糖尿病、前立腺肥大

◇既往歴：狭心症、急性心筋梗塞、腎機能障害、右大腿骨近位骨折

◇ 口腔内所見

5 4 3 2 1 ⊥ 1 2 3 4 6 5 4 3 T 3 4 5 6

口腔乾燥症状は、口乾燥症は臨床診断基準で3度（重度）、舌苔の付着は舌苔付着度分類第2度でかつオブラート状の黄色く厚い付着物があった。硬口蓋 2/3 の範囲にオブラート状の黄色く厚い付着物があり、歯面 2/3 の範囲にオブラート状の黄色く厚い付着物があった。患者は口腔ケアに対して拒否があり開口状態を維持するのは困難であった。

介入経過

初診時口腔ケア：顔を左右に振って口腔ケアを拒否するため、頭部・用手の固定をとめないアングルワイダーを使用して口唇排除と開口保持を行った。口腔内が乾燥しオブラート状の付着物が硬口蓋と歯面に黄色く厚く付着していたため、まず口腔ケア綿棒を使用してジェル状の保湿を口腔内に塗布し保湿した。その後、ポータブルエンジンを使用して残存歯を研磨し、歯間部は歯間ブラシを使用して清掃した。

口腔粘膜はスポンジブラシや粘膜ブラシ（くるりーな）で清拭し、舌は舌ブラシを使用して舌苔とオブラート状付着物を除去した。残存歯の歯頸部にはグルコン酸クロルヘキシジン塗布し、口腔粘膜にはジェル状の保湿剤を塗布した。また左下第一大臼歯が歯周病で著しく動揺していることを主治医と看護師に伝えた。

経過：PEG 造設前日、口腔乾燥は2度（中度）に改善し、舌苔の付着はなく、硬口蓋にはオブラート状の付着物もなかった。歯面 1/3 の範囲にオブラート状の黄色く厚い付着物があった。歯科衛生士の口腔ケアに対して協力的で自力で開口保持も可能となった。

看護師による口腔ケアを継続していたが、看護師の口腔ケアに対しては非協力的であった。

PEG 造設7日後、口腔乾燥は3度（重度）、硬口蓋 1/3 の範囲にオブラート状の黄色く厚い付着物あり、歯面 2/3 の範囲にオブラート状の黄色く厚い付着物があった。舌苔付着は、第1度であった。歯科衛生士の口腔ケアに対して協力的で自力で開口保持も可能であった。当日、主治医より動揺していた左下第一大臼歯の抜歯依頼があり施行した。PEG 造設11日後、口呼吸で開口状態が続いているため口腔乾燥は3度、軟口蓋 1/3 以下の範囲にゼリー状の白く薄い付着物があった。舌苔付着は第2度で舌中央部に茶色く厚く付着していた（写真）。硬口蓋と舌にはそれぞれ 1/3 の範囲にオブラート状の付着物が黄色く厚く付着し、歯面にはオブラート状の付着物はなく、歯間部にゼリー状の付着物が白く薄く付着していた。

歯科衛生士の口腔ケアに対して協力的で自力で開口保持も可能であった。PEG 造設 12 日後には当院を退院され入所先の施設に戻られた。看護師の口腔ケアに対して拒否があったため、口腔内の衛生状態が保ちにくかった。

口腔外科受診最終日の口腔内所見 (PEG 造設 11 日後): 口腔乾燥は 3 度 (重度)、舌苔付着は第 2 度かつ黄色く厚い付着物があり、硬口蓋には 1/3 の範囲にオブラート状の黄色く厚い付着物があった。歯面に付着物はなかったが、歯間部にゼリー状の白く薄い付着物があった。

退院後の連携: 当医院消化器科および口腔外科主治医より、かかりつけ歯科に入所先施設での口腔衛生管理を依頼する文書を退院時看護要約・口腔ケア地域連絡表とともに送付した。その後施設に地域の歯科医師が往診し、口腔診査・口腔清掃を実施した。

退院後経過

10 回の往診で口腔清掃と歯石除去、施設職員への口腔衛生指導を行った。歯科医師会の予後調査では当院退院後 6 ヶ月時点で口腔衛生状態は、ほぼ良好に保たれていて歯科医師が定期的に観察している。PEG 注入は順調で経口摂取は再開していなかった。



地域医療の新たなる展開 —医科歯科連携事例集

平成21年10月

発 行 財団法人8020推進財団

〒102-0073 東京都千代田区九段北4-1-20 歯科医師会館

TEL : 03-3512-8020 FAX : 03-3511-7088

URL : <http://www.8020zaidan.or.jp/>

定価 700円(税込)



地域医療の 新たな展開

【医科歯科連携事例集】

チーム医療の推進に関する検討会 団体要望一覧②

<目次>

- チーム医療の推進に関する検討会に対する要望について
(チーム医療推進協議会) P 1
- 要望書 (日本周産期・新生児医学会) P 9
- 要望書 (日本助産師会) P 1 5
- 周術期管理を協働する非医師医療職の養成と「周術期管理チーム」の具体化としての提案
(日本麻酔科学会) P 1 9
- チーム医療の推進に関する検討会に関する要望書
(日本専門看護師協議会) P 2 7

平成 22 年 2 月 8 日

厚生労働省 医政局
局長 阿曾沼慎司殿

チーム医療推進協議会
代表 北村 善明

チーム医療の推進に関する検討会に対する要望について

平素より本協議会の活動にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。また、先日開催されました本協議会シンポジウムにおきましては、貴省から長浜博行厚生労働副大臣、石川典子医事課長補佐のご参加を頂き深謝いたします。

医療に携わる全てのメディカルスタッフが専門性を発揮し、医療安全の確保及び医療技術を適切に提供することは、患者とその家族の満足度を高め、医療及び保健福祉の向上につながります。本協議会は、このような役割や仕事内容を国民にアピールするとともに、チーム医療を推進していく臨床現場の環境をさらに整備することを目的に活動しております。

現在、貴省において「チーム医療の推進に関する検討会」が開催され、「メディカルスタッフの役割拡大」について議論されております。しかし、医療現場において、メディカルスタッフは高度な能力を備えているにも関わらず、十分に活用されていないのが現状です。

昨年末、本協議会参加団体の役割と仕事内容をご理解頂きたく、資料をまとめて提出いたしましたが、第9回検討会資料には職種名と問題提起しか書かれておりませんでした。そこで、本協議会では臨床現場における現状について、さらなるご理解を賜りたく、別紙のとおりメディカルスタッフの具体的な役割拡大の要望についてまとめさせていただきました。この機会に、ぜひご検討いただきたく存じます。また、本件を含むメディカルスタッフに関する事項につきましては、今後も本協議会と意見交換の場を設けていただきますようお願い申し上げます。

現行制度内で可能な業務

高度な専門性を備えたメディカルスタッフは、よりよい治療・療養のために、その専門性を発揮できるよう、たゆまぬ努力をしております。しかし、臨床現場では業務が阻害される要因も多く、必ずしも専門性が十分に機能している状況にはありません。今後、チーム医療の中で一層貢献できるよう、臨床現場の実情に合うような業務の拡大と専門性の積極的な活用をはかっていただきたく要望いたします。

1. 管理栄養士

- ① 経腸栄養療法についての実施の判断をすること
- ② 病棟等における患者の病状に合わせ、食事形態や内容の変更をすること。とくに、現在は医師が適正な栄養量を決定するとなっているが、実際には管理栄養士がその業務を担っていることが多い。

上記2点は管理栄養士が主体的に判断できる業務のひとつである。このため、医師のサインなしでも業務が遂行できるよう改善が必要である。

2. 診療放射線技師

- ① 撮影時の様々な検像作業、画像検証（画像の確認やチェックなど）を行うこと
画像診断領域のデジタル化に対応し、医師が効率よく、かつ速やかに確定診断を行うことができる。
- ② 放射線被ばくに関する相談を行うこと
国民に対して安心、安全な医療を提供するためにも、医療放射線被ばくに対して十分な知識を有する者が、適切にかつ何時でも相談に乗ることで、患者の放射線被ばくに対する不安を解消することができる。
- ③ 放射性医薬品を作成すること（ミルクキング）
核医学検査等を適切に実施することができる。
- ④ CT および MRI 検査時等において、自動注入器で造影剤を注入するとともに、造影剤を注入した後に針抜すること

3. 臨床工学技士

- ① 臨床工学技士を「医療機器安全管理責任者」とすること
臨床工学技士は「医療機器安全管理学」を履修し、責任を持って医療機器の管理を行える職種である。
- ② 医療機器公正競争規約を徹底すること
ペースメーカー・心カテーテル領域、手術室、在宅医療における業者立会いが今でも多く存在している。このため、医療機器の価格が必要以上に高額なり、安全性の確保に問題がある。

③ 実態と同業務指針の大きな隔たりがあるため、見直しをすること

臨床工学技士の業務規定は、昭和 63 年医事課長通知「臨床工学技士業務指針」で規定されている。だが、臨床工学領域の進歩に追いついておらず、早急な見直しが望まれる。

4. 理学療法士

① 気道閉塞時において吸引行為を行うこと

疾病の重症化と高齢化に伴い、肺喀出力が低下し、リハビリ中に痰による気道閉塞が急激に増えている。多くの患者はこの窒息を経験すると ADL に恐怖感を持つ。できるだけ早期に窒息状態から解放するため、吸引行為が必要である。

② 身体に障害のある者だけでなく、生活習慣病予防（糖尿病予防など）や骨折予防などを対象とした理学療法を実施すること

働いている人の労働力をいかに健全に保つか、高齢者が働ける環境づくりをするのも役割のひとつである。例えば、スウェーデンの 150 人以上の企業では、腰痛などを予防して利益を向上させるため、理学療法士を雇用すべきとなっている。

5. 作業療法士

① 法における作業療法士の定義が実情とそぐわない現状を改善すること

「理学療法士および作業療法士法第二条二項」の作業療法の定義「この法律で『作業療法』とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう」という表現が、臨床現場の実情に合っていない。（別資料添付）

② 「チーム医療」の役割を担うための業務標記を行うこと

「心大血管疾患」や「リンパ浮腫指導管理」への職名の記載、また、必要な疾患（低体重出生児など）や精神的な障害、今後必要とされる「認知機能の障害（認知症）」に十分に作業療法が提供できるように業務に作業療法士を含める。

③ 「食事訓練」その他の作業療法における「吸引行為」を行うこと

「食事訓練」中の誤嚥の危険回避やその他の作業療法中の各動作による痰の除去のために、理学療法士・言語聴覚士とともに吸引行為を行うことができるようにする。

④ 入院早期から在宅生活支援に向けた、また在宅生活支援の業務を行うこと

急性期から在宅生活支援まで介入する作業療法では、医療から福祉や保健領域への継続が重要である。このために、介護関係者を含めた多職種間の連携に役割を果たすことができるようにする。

6. 言語聴覚士

① 言語訓練や嚥下訓練時に吸引行為を行うこと

訓練対象者は誤嚥の危険性が高く、訓練時に吸引が必要な場合が多い。

7. 細胞検査士

① 細胞検査の業務を独占すること

細胞検査は業務制限がないため、細胞検査士以外のものが実施してもよいことになっている。このため、陽性細胞の「見落とし」が非常に懸念されている。

② 異常所見を有する標本判定の責任についての明確なルールづくりをすること

陰性標本の取り扱いと頸部スミアにおける異常所見を有する標本判定の責任についての環境整備を望む。例えば、英国では上級細胞検査士が異常所見についてはサインしている。

8. 医療リンパドレナージセラピスト

① 続発性・原発性に発症するリンパ浮腫患者に対して、リンパ浮腫治療を行うこと

医療リンパドレナージセラピストは、リンパ浮腫患者に対して、医師の指示のもと、早期からの治療とケアを実施し、主症状・合併症の重篤化を軽減し、患者の社会復帰を支援する

② リンパ浮腫患者に生活指導・セルフケア指導を行うこと

リンパ浮腫患者に対して十分な知識を有する者が、医師の指示のもと、適切に指導することにより、生活の質の向上を図ることができる

③ 医療機関内での「リンパ浮腫専門外来」の開設支援

病期に応じた介入やチーム医療による治療計画や情報提供の評価を望むこと

④ 医療系国家資格の無免許・無資格者による類似行為への改善すること

医療リンパドレナージセラピストは全員、医療系国家有資格者がさらなる履修を重ねて当該資格を取得している。治療開始時、医師の診察により全身性浮腫およびその他の原因による浮腫との鑑別を行い、適応禁忌を把握したうえで、適切に治療とケアを実施しなければ、患者の身体状態を悪化させることがある。特に、美容による行為とは明確に区別されるものである。

※ なお、本件における医療ソーシャルワーカー（社会福祉士など）、診療情報管理士からの要望は現時点においてはありません。

人員増員・配置基準に関する要望

医療に携わる全てのメディカルスタッフはその高度な専門性を発揮し、医療安全の確保及び医療技術を適切に提供するよう努めています。しかし、現在の医療現場においての人員不足はあまりにも顕著で、“1人職場”の職種も多く見られます。その場合、通常業務に追われるだけでチーム医療に貢献することが難しい状況を生じ、研修への参加や休暇の取得も困難な状況にあります。このような現状を勘案し、さらなるご理解をいただきたく、以下に要望いたします。

1. ソーシャルワーカー（社会福祉士など）

- ① 急性期医療において、大勢の患者に対して相談業務を進めていけるよう、100床に1名以上のソーシャルワーカーの配置が必要である。
- ② 回復期リハ病棟においては、1病棟に1名以上のソーシャルワーカーの配置が必要である。

2. 管理栄養士

- ① 病棟回診において、1病棟に1人の管理栄養士の配置が必要である。

3. 診療放射線技師

- ①CT撮影やMRI撮影では装置の性能により評価がなされている。装置の性能ではなく、診療放射線技師の技術を正當に評価すること、診療放射線技師の適正配置が必要である。

4. 臨床工学技士

- ①医療機器管理において、厚生労働省「医療機器産業ビジョン」に臨床工学技士の活用が示されているが、全国の約3割の施設にしか配置されていない。よって、臨床工学技士の活用を促す有効な施策が必要である。

5. 理学療法士

- ①急性期病院では特にリハビリ科の定員削減が顕著である。理学療法士の定員化が必要である。

6. 作業療法士

- ① 病院や施設などの施設基準のうち、職種併記の人員配置を改善し、各職種のできる限り複数名の人員配置の明示を行う。
- ② 病院などで作業療法士が対応する患者数の実情に即していない。リハビリテーション料や回復期リハビリテーション病棟料などの人員配置については、理学療法士と同数の配置を行う。

- ③ 疾患別リハビリテーション科の「心大血管疾患」施設基準や「リンパ浮腫指導管理料」の算定できる職名に作業療法士の配置が必要である。患者・対象者に従来から提供されてきた作業療法の内容が制限されている実情がある。
- ④ 「精神科作業療法」の施設基準でも、「専従の作業療法士1名」の人員配置を必要に応じた複数名の配置基準に改善する。
- ⑤ 新設される「がんリハビリテーション料(仮称)」や認知機能の障害(認知症)に対して、適切に作業療法が提供できるような人員配置を行う。

7. 言語聴覚士

- ①脳血管リハビリテーションIの施設基準ならびに回復期リハビリテーション病棟の施設基準に言語聴覚士を配置する必要がある。

8. 診療情報管理士

- ①診療録管理体制加算の施設基準の中にある「診療記録管理者」を「診療情報管理士」と明確に規定することを望む。

9. 細胞検査士

- ①癌診療に携わる医療施設においては細胞検査士の配置を義務化することを望む。

10. 医療リンパドレナージセラピスト

- ①リンパ浮腫治療対象者は潜在的に多い。さらなる現場治療者を増員することを望む。

「現状の即した国民がわかりやすいような内容」については、以下をご参考ください。

1. 対象を示す「身体又は精神に障害のある者に対し」については、

- 1) 作業療法の対象者は、「身体または精神」という領域だけではなく、近年の「高次脳機能」や「認知機能」の障害を含む多岐にわたっていることに鑑み、わかりやすい表現として明示すること。
- 2) また、「障害のある者」だけではなく、健康増進や疾病予防の重要性を踏まえて、わかりやすい表現として明示すること。
- 3) なお、出生直後の小児疾患・疾病・外傷などによってもたらされる障害から、疾病などによる障害がある、なしに関わらず加齢による障害などの年齢に因らない全ての対象者に、作業療法が提供されることがわかりやすい表現として明示すること。

【例示】

- ・ 「各年齢期における身体、精神、高次脳機能又は認知機能などに障害のある者、または障害が予測される者に対し、」
- ・ 「感覚運動機能や精神認知機能に障害があるもしくは予測される者に対し、」

2. 目的・手段を示す「手芸・工作その他の作業を行わせる」については、

- 1) 「その他の作業」という文言が、前の「手芸・工作」を受けた内容と解釈され、「編み物や革細工」などのイメージのみに囚われているために、作業療法の役割が十分に反映されていない現状に鑑み、わかりやすい表現として明示すること。
- 2) 「行わせる」という文言ではなく、自立生活支援を促す作業療法が目的とする「対象者とその家族の自主性、積極性を引き出す」という内容を踏まえて、わかりやすい表現として明示すること。

【例示】

- ・ 「本人の主体的な生活の獲得を図るため、『ADL や IADL 訓練』『職業関連活動』『退院前の生活技能訓練』『小児に対する運動・知的発達訓練』『心身の健康増進・予防』などの作業(活動)を用いて治療・指導・援助を行うこという。」
- ・ 「よりよい作業体験を通し、障害の軽減、生活技能の獲得を図るために、日常生活動作やその他の作業を行なわせることをいう。」

* 参考

「身体又は精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す作業活動を用いて治療・指導・援助を行う」ことをいう。

社団法人日本作業療法士協会 定義

要 望 書

チーム医療推進に関する検討会

座長 永井良三 先生御侍史

貴検討会で周産期領域におけるチーム医療の推進について御検討頂きますよう要望致します。

貴検討会が医療の各分野におけるチーム医療の推進に関し御尽力されていることに深く敬意を表しております。しかし、周産期領域に関しては特殊なケースである院内助産が昨年紹介されたにすぎません。本年度中に答申をまとめられるとのことですが、日本周産期・新生児医学会(産科医、新生児科医、小児外科医、周産期麻酔医など約 6000 名が会員)理事会は、「周産期医療におけるマンパワー不足解決ワーキング」を立ち上げてこのテーマについて議論を重ねてまいりました。その討議の結果から、この検討会の御議論に下記のことを是非取り上げて頂きたいと要望致しました。

(1) 院内助産システム、助産師外来におけるチーム医療

- ・定期検査のオーダー
- ・約束処方箋の発行
- ・経膈超音波による子宮頸管長測定
- ・会陰切開ならびに縫合
- ・子宮口全開大時の人工破膜

を医師の管理下に助産師が実施する。

(2) NICU におけるチーム医療

(但し、この事項については学会内で議論中であり、十分なコンセンサスの基に検討していきたいと考えています。)

< 児の急性期において >

- ・静脈採血ならびに動脈ラインからの採血
- ・末梢静脈ルートの確保
- ・呼吸器条件の設定変更
- ・酸素投与ルートあるいは量の決定、変更

< 児の回復期において >

- ・抜管してのバッグ・マスク人工呼吸
- ・気管カニューレの交換

- ・ルーチン薬の継続処方
- ・栄養の開始、変更、量の調整
- ・退院に向けた関係部署への依頼
- ・家族への必要な手技の指導と母子関係醸成への支援
- ・看護師単独の新生児搬送、逆搬送

を、医師の管理下に特定の訓練や教育を受けた看護師が実施する。

(3) 新生児蘇生現場におけるチーム医療

- ・NCPR(neonatal cardiopulmonary resuscitation)資格を取得した看護師、助産師が、指定された喉頭鏡を使用し、医師の管理下に新生児蘇生の現場において児の緊急避難的医療行為として喉頭展開して、気管内吸引を実施する。

=====

<我が国の周産期医療の現状とスキルミックスを必要とする背景>

ご存じのように、我が国の医療崩壊は産科医数激減、NICU 病床不足に起因する搬送困難により不幸な転帰をとった妊婦の報道で国民に認知されました。医師の QOL が極めて低く昼夜を問わないハードワークを余儀なくされている周産期領域では、マンパワー不足により分娩施設は 10 年間で約 3/4 に激減しました。周産期センターの生命線といえる NICU を増床しようとしても勤務する新生児科医が不足し、改善の兆しがみえない状況は現在も継続しています。これには全ての医行為を医師が実践しなければならない我が国の医療体制が一つの背景にあり、この解決のためにはチーム医療によるスキルミックスが周産期領域でも必須と考えています。

<導入を要望するチーム医療の形態についての解説>

(1) 助産外来、院内助産システムにおける助産師の業務拡大

すでに、平成 21 年に助産師外来は全国で 353 施設、院内助産は 47 施設で実施され、それらの施設で分娩した妊産婦の 8 割以上はこのシステムに賛成あるいは許容されていました。また、厚生労働省科学研究岡村班「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」及び池ノ上班「助産師と産科医の協働の推進に関する研究」により、「助産外来ガイドライン」「院内助産ガイドライン」が作成され、これらのシステムが安全に実施されるための素地も形成されています。しかし、実際には助産師の業務に様々な制限があるのが現状です。これまでの研究から、「現在助産師は行っていないが条件付き総体的医行為として可能な助産師業務」に以下のことが提案されています。

<妊娠期> 定期検査(感染症、血液型、血算、血糖、腔培養など)のオアダ、妊婦に

必要な約束処方箋の発行(鉄剤、便秘薬)、経腔超音波での頸部管長測定
＜分娩期＞会陰切開・縫合、子宮口全開大時の人工破膜
＜産褥期＞定期検査(血算)のオーダー、約束処方箋の発行(鎮痛剤、便秘薬、鉄剤)
＜新生児＞定期検査(血糖、ビリルビンなど)のオーダー、約束処方箋の発行(ケーツシ
ロップなど)

従来、助産師は保健師助産師看護師法によって看護師より大きな裁量権を与えられており、同法第 37 条、第 38 条からも上記の項目は医師の管理下では解釈により許容可能と考えられます。但し、上記の項目は助産師に与えられる権限とするのではなく、医師の存在する医療施設のみに限定し、十分な教育・実習を受けた助産師のみが拡大された業務を実施することが重要と考えています。すなわち、医師のバックアップ体制が確保される医療施設と教育を受けた助産師の組み合わせでのみ可能とするべきで、助産所はこの業務拡大には該当しないと考えています。今後開始する助産師とのチーム医療を円滑に開始し継続するには、医師の存在しない助産所における母子の事態の急変による不良な予後が助産師の業務拡大の結果とされることは絶対にあってはならないと考えています。

(2) NICU における看護師の業務拡大、NICU-NP(NNP)の導入

先進諸外国の大半の NICU では、我が国では新生児科医のみが行っている新生児の末梢血管確保、動脈ラインからの採血、新生児搬送などはすでに看護師の業務として認知されています。厚生労働省科学研究藤村班での新生児科医師に対するアンケート調査でも、近い将来には特定の訓練や教育を受けた看護師が、末梢静脈確保、静脈採血、動脈ラインからの採血、呼吸器条件の設定変更、児の回復期に限定すれば抜管してのバッグ・マスク人工呼吸、看護師単独の新生児搬送・逆搬送、ルーチン薬の継続処方などの項目については、これを行うことが可能であろうという意見が多いという結果を得ています。但し、上記の点については、患者の安全を担保するとともに医師・看護師等との協働という視点から今後十分な討議を重ねていく必要があります。

すでに諸外国(アメリカ、カナダ、イギリス、アイルランド、スコットランド、ウェールズ、ニュージーランド、オーストラリア、韓国、デンマーク、オランダ、台湾など)の NICU では NNP が導入され、新生児科のレジデントとほぼ同等の業務を行っています。もちろん、医師に匹敵する知識及び技術の取得を目的とする厳しい修練が 2-3 年間義務付けられています。NNP の国家資格を整備している米国では新生児科医と同数の NNP が活躍していますが、米国では約 40 年の年月をかけて NNP の制度を醸成してきた歴史があり、医師以外の職種の医行為を受け入れる土壌のまだない日本に米国と同等の NNP を性急に導入することは困難であり、内容ならびに導入への基盤整備を早急に検討していく必要があると考えています。

隣国の韓国は日本と同じ医療法(医行為は医師にのみ限定)でありながら NNP を短期間で導入し、医師、看護師だけではなく児の家族からも高い評価を得て定着しつつあります。昨年、韓国の NNP を導入している NICU3 施設を視察しましたが、いずれも大規模大学病院の最先端 NICU 施設でした。NNP の育成体制、実施業務内容は施設によって異なっていましたが、全て施設長の権限の基に NNP は医行為を行っていました。その中で、Samsung Medical Center の NNP は韓国の APN(高度専門看護師)の資格で、医療処置は行わず医師と協働した高度な看護実践(Developmental Care、児の家族への支援と退院前から退院後の育児手技の両親への教育と実習、看護業務のマニュアル作成と看護師教育、ME 機器の保守・管理、患者 DB を作成し退院後のフォローアップ整備、臨床研究の支援)を NNP の自由裁量による判断で行っていました。このスタイルが我が国にまず導入するに適したモデル(日本版 NNP)ではないかと考えています。

これらの業務を NNP が実践することで、新生児科医の QOL が向上するだけでなく、我が国で欠けている NICU における臨床研究が活性化し、母子分離を余儀なくされる NICU の児の家族も医療側と綿密な信頼関係が醸成でき、退院後も安心して育児をすることが期待されます。

この NICU における看護師の業務拡大あるいは NNP の導入にはまず目的とする業務を想定したカリキュラムの新設と NICU における実習体制を整備することが不可欠です。NICU には新生児科医が常駐しており、そうであるからこそ看護師の業務拡大及び NNP 導入が可能であると考えられ、今後我が国でも早急に取り組むことが望まれます。

(3) 新生児蘇生における看護師、助産師の参入

最近、医療の不確実性が再認識されていますが、妊娠・分娩は母子の多大なリスクを内在しています。日本産科婦人科学会の調査では、分娩時に約 0.4%の母体が重篤な状態になること、出生時に胎外生活に向けた呼吸循環動態の移行が順調に進行しない事例は、全出産の約 10%にみられ、さらに全出生児の 1%が救命のために本格的な蘇生手段(気管挿管、胸骨圧迫、薬物治療)を必要とし、適切な処置を受けなければ、死亡するか、重篤な障害を残すとされています。新生児仮死は重篤な後遺症である脳性小児麻痺あるいは精神発達遅滞の原因となり、適切な対応が不可欠です。現在、日本では質の高い新生児蘇生技術を普及させるため、日本周産期・新生児学会が中心となり日本版 NRP(neonatal resuscitation program)である NCPR(neonatal cardiopulmonary resuscitation)の講習を全国各地で行なっています。もちろん、医師以外の看護師、助産師の方々も多く受講され、新生児蘇生術の資格を取得しています。NCPR では、羊水混濁があり元気がない新生児に対して、直ぐに挿管し、気管内吸引をすることが推奨されています。新生児の生命あるいは長期予

後を左右する新生児蘇生は海外ではすでに医師以外のトレーニングを受けた看護師、助産師が気管挿管を含めこれを実践し、大きな成果を挙げています。しかし、現在の日本では看護師、助産師の新生児気管挿管に対するコンセンサスが得られていないため、重篤な新生児仮死の蘇生は医師以外には実施できません。これまでは新生児気管挿管は経験豊かな医師にしかできない医療行為とされてきましたが、挿管を安全に、確実に行えるカメラのついた喉頭鏡が開発され、挿管の確認可能な呼気 CO2 モニターも登場し、経験の浅い研修医でも容易に気管挿管可能となりました。

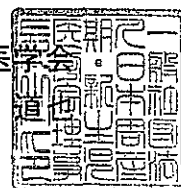
本来は新生児科医がすべての出産に立ちあうことが理想ですが、現状の日本の新生児医のマンパワーでは極めて困難であり、看護師、助産師の分娩立ち会いが通常の医療形態となっています。しかし、たとえ予想外の羊水混濁や新生児仮死が発生しても、医師が到着するまで蘇生は行えず、新生児にとっては貴重な時間を失うことになっています。そこで、新生児科医が院内にいるとの条件下で、NCPR の新生児蘇生法「専門」コース（A コース）講習を受け資格を獲得した看護師、助産師に限定し、新生児の予後を確保するための緊急避難的医療行為として必要に応じ、喉頭展開し、気管内吸引を行うことが望ましいと考えます。

<まとめ>

これら 3 項目が導入され、チーム医療により医師の QOL が向上すればさらに良質な周産期医療が国民に提供でき、必然的に母と子の QOL も向上するはずです。チーム医療は医師不足、助産師不足を回避するためではなく、周産期医療の質の向上と患者家族の満足度を充足させることを目的に構築されるものと考えております。十分な教育・研修を受けていることが条件となりますが、現状の医師法、保健師助産師看護師法の範囲内で、医師の存在する医療施設に限定し、かつ医師のバックアップ体制が整えば周産期におけるチーム医療は可能であると考えています。このためにはチーム医療に従事するコメディカルの教育カリキュラムの作成と医師によるトレーニングの受け入れ体制、技能の評価と認定などのスキルの担保も不可欠であり、日本周産期・新生児医学会は積極的にこれらを支援する所存です。チーム医療を周産期医療に導入し、助産師、看護師の業務拡大が実施されることに大きな期待を寄せております。

平成 22 年 2 月 10 日

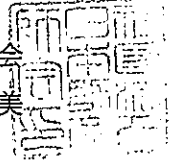
一般社団法人 日本周産期・新生児医学
理事長 名取



平成22年2月12日

厚生労働省
医政局長 阿曾沼 慎司 様

社団法人日本助産師会
会長 加藤 尚美



要 望 書

相次ぐ産科施設の閉鎖、産科医師不足など出産を取り巻く環境は悪化しており、その中で、安心・安全・快適な妊娠・出産環境の整備のため、助産師は重要な役割を担っております。

今回、「チーム医療の推進に関する検討会」において、助産業務に関しても議論されていますが、地域及び医療機関内でチーム医療を効果的に推進する観点から、助産師が専門職として担っていくことができる業務も多くあると考えます。

まずは、助産師が現行制度の範囲の中で行うことができる以下の業務内容を医行為ではなく助産業務として本検討会で検討していただくと共に、医療連携の強化についても、報告書に盛り込んでいただくことを要望いたします。

また、将来的な助産師の業務拡大の可能性についても以下のように考えております。現在、医行為とされているこれらの業務についても、今後検討する機会を作っていただくよう希望いたします。

要 望 内 容

1. 助産に付随する業務として、正常出産における軽度の会陰裂傷の縫合は助産師が行うことは当然の行為であり、助産師の判断で行えるようにしていただきたい。
2. 助産所が医療機関とスムーズな連携が取れるよう周産期医療ネットワークとして組み入れられるとともに、そのチームとして囑託医並びに囑託医療機関の確保が円滑に進み、妊産婦の安全が確保されるようにしていただきたい。

要 望 理 由

1. 助産に付随する業務を行うにあたっては、現在、医師の指示のもと実施しています。しかし、助産に付随する業務が実施できるということは、当然、助産師はその必要性や方法を判断しており、正常から逸脱する場合には、医師へ相談や紹介を行っています。これ

らの現状から、助産に付随する業務内容に限定した行為であれば、医師の指示がなくても助産師の判断で行えるようにしていただきたいと考えます。

特に、現在、設置推進を図っている院内助産において、正常分娩における会陰裂傷の縫合を行うことができれば、医療機関内の役割分担もより一層推進することにつながります。

助産師の業務については、「助産所業務ガイドライン」を平成16年に策定、平成21年度には改訂を行い、日本助産師会としてガイドラインを遵守するよう徹底しています。

また、縫合術を含めた緊急時の対応を強化する研修を行っており、日本助産師会をはじめ助産師関連団体でも実施し、技術を研鑽しています。

以上より、会陰裂傷の縫合については、助産師の判断で実施できる助産業務と考えます。

(日本助産師会が開催している研修)

平成12年度～「助産師のための救急対応強化研修会」を開催。

母体救急時の対応として講義及び演習(出血時の処置、会陰縫合、血管確保)、新生児救急蘇生法などを入れた3日間のコース(定員30名)を年間2～3回開催。

平成21年度は3回開講し、89名受講した。(平成14年度から8年間では369名受講した。)

2. 平成20年4月より医療法の改正に伴い、開業助産所は嘱託医並びに嘱託医療機関が必要になり、少数ではあるが、個々の努力では嘱託医や、嘱託医療機関は受け付けてもらえない現状で苦勞しております。

助産所は、地域での母子保健を支援する拠点となりその役割を果たしていくものであり、また、産む場所がないという現状の中で出産への支援は必要と考えます。

助産所は、ガイドラインに従い正常に経過するであろう妊産婦の支援をおこないますが、異常を早期に発見して、嘱託医療機関に搬送するのは助産師としての任務であります。しかしながら、昨今は、嘱託医、並びに嘱託医療機関をお願いしても拒否されることがあります。助産師の努力は勿論ですが、個々の依頼ではなく地域のシステムとして周産期医療ネットワークに助産所も組み入れられ、妊産婦の安全が確保されるようにお願いします。

将来的な助産師の業務拡大の可能性

1. 助産に付随する業務として、以下の行為について助産師の判断で行えるよう、今後検討の機会を設けていただきたい。

- 1) 分娩・産褥期における出血時の血管確保のための輸液の処方及び投与、子宮収縮不良時の子宮収縮薬の処方及び投与
- 2) 新生児の出血傾向予防薬(ケイツーシロップ)、点眼薬の処方及び投与
- 3) 新生児先天代謝異常検査の採血及び新生児血糖検査

2. 助産師がリプロダクティブ・ヘルス／ライツのケアを実施するにあたって、女性にとって必要な検査、処方について、内容を限定したうえで、医師の指示がなくても助産師の判断で行えるよう、今後検討の機会を設けていただきたい。

1) 避妊指導の実施に併せた低用量ピルの処方

2) 女性の健康相談に併せた子宮頸がん検査の検体採取

厚生労働省医政局
医事課長 杉野 剛 殿

周術期管理を協働する非医師医療職の養成と「周術期管理チーム」の具体化としての提案

社団法人 日本麻酔科学会
理事長 森田 隆

《はじめに》

日本麻酔科学会は、周術期医療の質の向上と効率化を推進するために、「チーム医療」の一つとして、「周術期管理チーム PMT: Perioperative management team」を提案したい。周術期医療の中核を成す麻酔科の診療においては、看護師、薬剤師、臨床工学技士といったメディカルスタッフの有機的な参加が必要であることは自明の理である。しかしながら、そのような医療チームとしての周術期診療は行われていないのが現状であるため、麻酔科医の過重業務を避け、患者の安全を確保していく必要がある。

そこで、前述したメディカルスタッフによる周術期医療の作業分担と連携の具体化に向けての提案を行ないたい(表-1. 麻酔関連業務と役割分担)。この提案を実践することで、麻酔科医を中心にそれぞれのメディカルスタッフが業務を適正・的確に分担し、メディカルスタッフ間の連携も堅固なものとなると考える。それによって、周術期の患者の安全・安心が提供できる。

「周術期管理医学」という概念は従来にはなかったものである。しかしながら、最近では、「ICT (Infection control team) 感染予防チーム」、「NST (Nutrition support team) 栄養サポートチーム」、「呼吸管理チーム」といった診療科や職種を越えたチームが組織されている。これらのチームが院内を巡回・指導することで、医療の安全と質の向上に寄与していることが広く認められるようになった。同様に、「周術期管理チーム」が診療科や職種の枠を超えて、手術患者の診療を統括・指導することで周術期管理の安全性や質の向上に役立つと考える。

「周術期管理医学」は、手術室業務のみならず麻酔術前診察から術後管理(術後疼痛管理、術後回復促進(ERAS: Enhanced recovery after surgery)までを含み、周術期全体を見据えた枠組みで捉える必要がある。こうした「周術期管理チーム」を実現するためには、メディカルスタッフの周術期学に対する教育が必須である。そこで、その第一歩として看護師への周術期学の教育について、日本麻酔科学会は、以下のような提案をする。

《ゴール》周術期医療の安全と質の向上。

《プラン》1. 「周術期管理医学」教科書作成(表-2 教科書 目次)

本プロジェクトを遂行する上で、メディカルスタッフ向けの「周術期管理医学」の教科書は必須である。現在、日本麻酔科学会は麻酔認定病院に分担執筆を依頼し、製作中である。

2. 座学「周術期管理医学」

本プロジェクトに参加希望の麻酔認定施設において、上述の教科書を用いて、1年間のカリキュラムで座学教育する。カリキュラム終了後、全国一斉の筆記試験を実施する。合格すれば、実習カリキュラムを受けることができる。

3. 実習教育

筆記試験合格看護師を対象に、日本麻酔科学会認定施設で研修する。勤務施設での研修は可能である。日本麻酔科学会認定専門医のもとで周術期業務に6ヶ月間専従し、実務レベルでの研修を行う。年に1回の勤務施設以外の認定病院で一斉に周術期看護師認定試験(口頭、実技試験)を行う。

筆記試験合格者は年間1000名以上を養成することを目標とする。また、認定周術期看護師は、年間100名以上の養成を目標とする。

《効果》現在、集中治療室あるいは救急救命センターの診療では、メディカルスタッフの作業分担が確立されている。看護師は、医師の包括指示の元でタイムリーな処方や処置を行い、高度な医療が提供されている。「周術期管理チーム」においても、看護師は患者を診察し、麻酔科医の包括指示の元で、タイムリーな処方や処置を行うこと可能となり、診療レベルを向上するとともに効率化も可能になるものとする。麻酔科医の業務代行ではなく、業務分担と連携である。

附：表 1. 麻酔関連業務と役割分担

- ◎=主に実施すべき職種。ただし、全ての医行為については医師以外は行うべきではない。
- ○=各職種で実施可能な行為。管理・監督・確認はすべて麻酔科医と共に行う。

	業務	実施する職種				
		麻酔科医	看護師	技士	臨床工学	薬剤師
術前	術前合併症の確認	◎	○	○		
	常用薬の有無・内容の確認	◎	○	○		◎
	常用薬の手術、麻酔への影響の検討	◎	○	○		○
	麻酔方法の決定	◎				
	麻酔についての説明	○	○			
	麻酔に必要な資材の指示	◎				
	麻酔に必要な資材の準備	○	◎	◎		
	麻酔に必要な資材の確認	◎	○	○		
	麻酔器の用意	○	○	○		
	麻酔器の確認	◎	○	○		
	術中に必要な器機の指示	◎	○	○		
	術中に必要な器機の用意		○	◎		
	術中に必要な器機の確認	◎	○	○		
	薬剤の指示	◎				
	薬剤の用意		○	○		◎
	薬剤の確認	◎	○	○		○
術中	患者本人確認	◎	◎	○		
	モニター装着		○	○		
	静脈ラインの確保	○	○			
	脊髄くも膜下麻酔	◎				
	脊髄くも膜下麻酔の準備、介助		○			
	硬膜外麻酔	◎				
	硬膜外麻酔の準備、介助		○			
	気管挿管	◎				
	気管挿管の準備、介助		○			
	動脈のラインの確保	◎	○			
	動脈のラインの準備、確保の介助		○	○		
	CVラインの確保	◎				
	CVラインの準備、確保の介助		○	○		
	肺動脈カテーテルの挿入	◎				
	肺動脈カテーテルの準備、挿入介助		○	○		

	生体情報のモニタリング モニターの装着と重複？ モニタリングは、装着することか、 監視することか、何を意味するの か？	○	○	○	
	患者の状態の把握	◎	○	○	
	麻酔深度の調節（吸入麻酔・静脈麻 酔）指示	◎			
	麻酔深度の調節（吸入麻酔・静脈麻 酔）指示の実施	○	○	○	
	人工呼吸器設定の変更指示	◎			
	人工呼吸器設定の変更指示の実施	○	○	○	
	輸液製剤の決定	◎			
	輸液製剤の交換	○	○	○	
	術中の病的状態の治療 他の項目では、全て“指示”などの 表現であるが？	◎			
	抜管	◎			
	抜管の介助		○		
術後	生体情報のモニタリング モニタリングは、装着することか、 監視することか、何を意味するの か？	○	○	○	
	回復室での患者状態の把握	○	○	○	
	病棟での患者状態の把握	○	○	○	
	病的状態の治療	◎			
	術後鎮痛状態の把握	○	○	○	○
	鎮痛薬の増減の指示	◎			
	鎮痛薬の増減の実施	○	○		

表-2 教科書目次

章 周術期管理(術前の項目)

執筆依頼施設

1 一般的な患者の評価

術前外来(評価)の目的

聖マリアンナ医科大学

術前の検査項目

挿管困難の予測

麻酔のリスクの説明と同意

2 基礎疾患を有する患者の評価

循環器系疾患の患者の評価

島根大学

呼吸器系疾患の患者の評価	島根大学
腎機能障害患者の評価	島根大学
肝機能障害患者の評価	鳥取大学
内分泌および代謝機能障害患者の評価	鳥取大学
精神疾患の患者の評価	東京都立神経病院
神経疾患の患者の評価	東京都立神経病院
血液病疾患の患者の評価	高知大学
膠原病疾患の患者の評価	高知大学
妊婦の評価	埼玉医大総合医療センター
小児の評価	国立成育医療センター

3 麻酔計画

麻酔法の選択	宮崎大学
輸血準備	宮崎大学
絶飲食指示	京都大学
前投薬	京都大学
内服薬の継続あるいは中止の指示	東京女子医大

4 麻酔の準備

始業点検(麻酔器、モニター)	福岡大学
薬の準備	福岡大学

5 手術室管理、その他

手術室のスケジューリング	東海大学
医療従事者の健康管理(余剰ガス、放射線、中毒)	東海大学
ハラスメント対策(セクハラ、パワハラ、アカハラ)	東海大学
感染症対策	国際医療センター
指輪、ピアス、タトゥーの扱い	国際医療センター
予防接種の取り扱い	国際医療センター
直前の発熱患者の扱い	国際医療センター
抗凝固療法	慶応大学

章 (術中の項目)		執筆依頼施設
6	術前の準備	京大*
7	血管確保	大阪府立総合医療センター 中心静脈確保
8	気道確保	関西医科大学
9	局所麻酔	大阪府立総合医療センター 脊髄クモ膜下麻酔 末梢神経ブロック
10	基礎的生理学と モニタリング	大阪府立総合医療センター 心電図 血圧測定 中心静脈圧 呼吸管理の生理学 パルスオキシメトリー カブノメトリー 中枢神経系の生理学 脳波 神経筋接合部の生理学 筋弛緩モニタリング 代謝の生理学 体温測定
		千葉大学 大阪大学 日本大学 札幌医科大学
11	手術体位	京大*
12	麻酔の薬理学	大阪府立総合医療センター 静脈麻酔薬 鎮痛薬
		東京慈恵会医科大学 東京慈恵会医科大学
13	麻酔の維持	大阪府立総合医療センター 呼吸管理 輸液管理
		東邦大学 自治医科大学

輸血療法	自治医科大学
血栓症	自治医科大学

14 麻酔からの覚醒

自治医科大学

15 危機管理

麻酔科の危機管理

危機管理

循環系の緊急事態

兵庫医科大学

16 各論

部位別手術

広島大学

開腹手術

開胸手術

体表の手術

頭頸部の手術

内分泌・代謝疾患の手術

開頭手術

腹腔鏡の手術

胸腔鏡の手術

腹腔位の手術

小児の麻酔

成育医療センター

妊婦の麻酔

埼玉医科大学総合医療センター

執筆依頼施設

17 呼吸器系の問題

呼吸器科

上気道閉塞

低酸素血症

肺水腫

18 循環動態の問題

循環科

高血圧

低血圧

心筋虚血

不整脈

19 中枢神経系の問題

⑧ 麻酔学

せん妄

覚醒遅延

20 急性腎障害(AKI)

⑧ 麻酔学

血管内容量低下による乏尿

腹腔内圧上昇

横紋筋融解

21 体温とシバリング

⑧ 麻酔学

機序

治療

臨床的な影響

22 術後嘔気嘔吐

⑧ 麻酔学

危険因子

予防と治療

23 出血性合併症

⑧ 麻酔学

24 回復室の退室許可

⑧ 麻酔学

25 急性術後痛管理

⑧ 麻酔学

疼痛の生理学

鎮痛法とその適応

26 術後指示

⑧ 麻酔学

絶飲食介助

安静度

Dr. Call

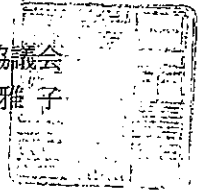
退院許可

バイタル監視

2010年2月16日

厚生労働省医政局
阿曾沼 慎司 局長

日本専門看護師協議会
代表 山田 雅子



チーム医療の推進に関する検討会に関する要望書

専門看護師 (Certified Nurse Specialist) は、欧米の CNS (Clinical Nurse Specialist) と NP (Nurse Practitioner) の双方の役割を果たすことが期待され制度化された、日本独自の認定資格です。認定が始まり 13 年が経過し、現在専門看護師として登録されている看護師は 451 名に至りました。これまで専門看護師は、チーム医療が推進され、医療による恩恵がより多くの国民に提供されるよう努めてまいりました。国の仕組みにするためには人数が少なすぎるといわれ続けてまいりましたが、養成機関の増加に伴い、認定者が大幅に増員することが見込まれるようになった今、日本の医療システム中に、専門看護師をチーム医療推進者としてなくてはならない存在として公に位置づけるための仕組みづくりに大きな期待を寄せているところです。それは、患者を統合された人間としてとらえることを重点的に教育されている専門看護師だからこそ、専門性が細分化された現代の医療専門職の機能を適切につなぎ合わせていくことができるのだと考えているからです。

これまで専門看護師は、ケア困難と考えられてきた患者・家族に直接ケアを提供してきたにも関わらず、看護スタッフへの教育やコンサルテーション、また看護職員のメンタルヘルス支援などの割合が高く、その結果、患者・家族に対する間接的な看護の提供が注目されてきました。しかしここでは、ケアの専門家である専門看護師が、患者のキュアの領域にも踏み込んだ看護を患者に直接実践していることで、医療の効率化と質の向上に寄与しているということを特にご理解いただきたいと考えております。端的な例として、専門看護師が外来を開設し、医師が問診する前に患者や家族と面接し、彼らの抱えている課題を包括的に整理し、医師による介入が必須な課題を絞り込むことで、その後の診療時間が短縮されるあるいはチームメンバーの役割分担が明確になるなど、診療の効率化が図られたという現象が挙げられます。

その他、専門看護師が実施している仕事の中で、従来の看護師の裁量範囲を超えるもの (キュアの領域に踏み込んだ看護) を資料として添付いたしました。こうした実態をさらに広めていくために、私たちは今後、関係学会に働きかけ、現行の看護業務の範囲を超えた実践をする際の判断基準等をプロトコールとして取りまとめていきたいと考えています。この活動を通して、専門看護師を患者・家族さらには医師らが有効に活用することができる医療環境としていきたいと考えております。チーム医療の推進を検討する際に、以下の要望事項についても加えてご議論くださいますようお願い申し上げます。

要望事項

- 資料に示した各分野での実践例のように、専門看護師が看護師の業務範囲を超えた判断や行為を行なうことについて、医師が参加している学会等で承認されたプロトコールに基づいていることを前提に、公に認めていただきたい。
- 専門看護師を積極的に医療機関、診療所等が活用することができるよう、高度看護実践についての経済的な評価を含めた、配置促進のための仕組みを作っていただきたい。
- 幅広い機能を兼ね備えたわが国の専門看護師が、そのチーム医療のメンバーとして役割を果たしていけるよう、わが国の高度実践看護の活用方法を広く検討していただきたい。すなわち、医療機関のみならず、介護保険施設、訪問看護ステーションといった地域にある様々な医療・介護の現場で専門看護師の雇用促進やコンサルテーション・システムの構築を図っていただきたい。

医師との事前申し合わせの下、診断及び治療行為に関連した高度看護実践例（共通及び領域別）

【各分野共通の事項】

- 1) 病状が安定している慢性疾患患者に対する治療継続の判断
- 2) セルフコントロールが悪く不安定な病状にある慢性疾患患者に対する療養指導
- 3) 初診時の問診等による医学的診断の必要性についての判断
- 4) 訪問看護の必要性の判断と訪問看護指示書の作成
- 5) 終末期ケアを行なってきた患者の死亡の確認
- 6) 標準治療やプロトコルのある治療計画についての情報提供
- 7) 医療連携のための医療情報サマリーの作成と医療職種への伝達

【がん看護】

- 1) がん治療による有害事象、副作用への対処
 - ・ 化学療法における有害事象のアセスメントと有害事象軽減のための薬剤使用の判断
 - ・ 化学療法中の有害事象のひとつである皮下漏出時のステロイド注射薬の使用の判断
 - ・ 放射線治療による皮膚・粘膜障害に対する外用薬（軟膏等）使用の判断
- 2) 病気の進行による症状への対処
 - ・ がん性疼痛の原因、治療、効果のアセスメントと、薬剤増減量の判断
 - ・ 鎮痛薬による副作用（嘔気、眠気、便秘）の程度と生活状況のアセスメント、および処方量調整の判断
 - ・ リンパ浮腫の対する予防指導、リンパドレナージの開始の判断と実施および評価
 - ・ 終末期がん患者の呼吸困難感に対する酸素投与の判断
- 3) 患者・家族への疾患・治療・今後の経過予測等に関する説明・情報提供と意思決定支援
 - ・ 患者・家族が自己の病気を理解するための説明
 - ・ 治療内容およびその治療における恩恵とリスク、治療が生活に与える影響に関する説明
 - ・ 複数ある治療法のなかで、どの治療を選択するか決定するための意思決定支援
 - ・ 再発期から終末期における今後の経過予測と予後に関する情報提供
- 4) 原疾患による消化管機能低下や治療（化学療法・放射線治療）にともなう栄養摂取低下に関するアセスメントと、患者家族の個別性を踏まえた栄養補給方法の判断
- 5) 再発の兆候、病態の変化に関するアセスメントと必要な検査の判断
- 6) 終末期における療養の場の選択の支援と、患者・家族の状態・意思をアセスメントした入院の判断
- 7) 複数科にまたがる患者の情報管理、方針決定のためのチームカンファレンスの開催などのケースマネジメント

【急性・重症患者看護】

- 1) 急性期の呼吸不全患者の包括的リハビリテーションのケースマネジメントと、呼吸器離脱困難時のトータルケースマネジメント
 - 人工呼吸管理からの早期離脱に向けた肺理学療法の指示や回復期への移行段階、急性期病院退院までにおける呼吸訓練、日常生活拡大訓練、患者教育のプログラミングのための判断
- 2) 急性病態からの生活リハビリテーション計画
 - 生体侵襲の程度に応じた活動範囲を指示し早期回復を促進、治療効果を適正化・促進するための安静度指示・運動計画・生活支援計画管理・患者教育計画を立案し協働指示
- 3) 高度生体侵襲がある患者の全身管理（術後合併症管理）

- 重症患者の二次的合併症予防に必要な治療(プロトコルに基づく)ケア内容の判断
- 4) 緊急時対応と蘇生後管理
医師との協働プロトコルによる緊急時の初期対応と蘇生後管理の計画の判断
 - 5) 周手術期のハイリスク患者に対する術前訓練と術後管理計画
協働プロトコルによるハイリスク患者の手術に対する準備・術後合併症管理計画の判断

【慢性疾患看護】

- 1) 治療が継続できず病状が不安定な喘息患者の包括的健康アセスメントとピークフロー導入の決定や、吸入方法の調整(吸入のタイミングや薬剤の形態の変更)など治療内容に関する判断
- 2) 呼吸困難のセルフマネジメントが不十分な慢性呼吸不全患者の包括的健康アセスメントと在宅酸素療法の酸素流量や非侵襲的陽圧喚起療法の設定などの治療内容に関する判断
- 3) 自己管理が不十分で病状が不安定な心不全患者の包括的健康アセスメントと飲水量と食事療法の内容等に関する判断
- 4) 透析療法の導入が将来免れない慢性腎臓病患者の包括的健康アセスメントと透析療法選択の決定と導入のタイミングの判断
- 5) セルフコントロールが不十分な糖尿病患者の包括的健康アセスメントと食事、運動療法に関する指示と、眼科・皮膚科など合併症診断のための他科受診の必要性の判断
- 6) 不安定な血糖コントロール状態にあるインスリン療法中の糖尿病患者の体調や生活の変化に応じたインスリン量変更の必要性の判断
- 7) 機能障害、意識障害によりセルフケアが低下した脳卒中患者の服薬方法の決定や、嚥下機能の査定、嚥下リハビリテーション、食事形態の変更に関する判断
- 8) 脳卒中患者・家族が障害を受容していく過程で、患者・家族を支えるチーム医療の推進と調整
- 9) 視床痛や麻痺側のしびれなどの慢性疼痛のアセスメントと適切な鎮痛剤使用に関する判断
- 10) 高次脳機能障害による社会的行動障害を呈する患者の精神症状のアセスメントと、適切な薬剤使用や精神科受診の必要性の判断
- 11) 脳卒中患者の介護負担を軽減するための地域サービス導入の必要性の判断とMSWや地域CW、訪問看護師との連携

【老人看護分野】

<高齢者ケア施設等の長期ケア施設では、場の特性として医師数が少なく、急性期医療機関より医療依存度が低い、介護職との協働が多いといった環境で以下のことを実施している。>

- 1) 長期ケア施設の入院・入所時の、環境調整、生活支援に関する包括的アセスメント
- 2) 生活支援に関する指示(食種・食事量・摂取カロリー、食事摂取方法、入浴、排泄など)
- 3) 長期ケア施設における虚弱高齢者、認知症高齢者の健康管理に関する包括的アセスメントと症状コントロールのための包括指示の調整と判断(発熱・下痢・咳・摂食障害・関節痛・脱水時の点滴指示。高血圧・不整脈・糖尿病・慢性心不全のコントロールの継続指示)
- 4) 安定している高齢入院患者・入所者の睡眠誘導剤の継続指示
- 5) 高齢者の状態に応じた胃瘻カテーテルや気管切開カニューレの選択の判断(挿入・交換は医師)
- 6) 皮膚・創傷トラブルに関する軟膏・ドレッシング剤選択の判断と使用(おむつかぶれ、汗疹、白癬、褥瘡等)
- 7) 関節可動域評価に基づいた拘縮予防のためのケア方法の判断
- 8) 簡易キットによるインフルエンザキット、ノロキットの実施、インフルエンザ(季節性・新型)ワクチンの接種と感染拡大防止へのシステム化(医師との調整で実施済)
- 9) 病態変化・急変時の治療内容に必要な検査の判断と指示(血算・生化学等の血液検査、検尿、呼吸器感染疑い時の胸部レントゲン、酸素療法、血管確保、転倒時のレントゲン⇒対応の遅れで痛みが

増強)

- 10) 長期ケア施設における病状変化の家族説明
- 11) 長期ケア施設における死亡確認

【小児看護】

- 1) 疾患や障害の受容、あるいは治療や終末期の療養生活に関する意思決定が難しい子どもと家族に対する、病態・治療・予後についての説明、他職種や他機関による支援の必要性の判断
- 2) 繰り返し救急受診する子どもの包括的健康アセスメント、ホームケアや適切な受診の助言
- 3) 重症で救急搬送された子どもと家族の危機状況のアセスメント、状況理解のための治療経過の説明、他職種や他機関による支援の必要性の判断
- 4) 慢性疾患の病状コントロールが不安定な子どもの包括的健康アセスメント、薬剤調整・服薬指導・栄養相談・他科併診の必要性の判断、食事形態や摂取方法の変更の判断
- 5) 在宅で医療処置が必要な子どもの退院調整における包括的健康アセスメント、看取りを含めケアの場を在宅に移行することの意思確認、他の診療科受診や社会資源活用の必要性の判断
- 6) 身体的、精神的、社会的な問題を抱え、妊娠・出産・育児に不安や困難感を持つ妊産婦とその家族の包括的健康アセスメント、他の診療科受診や地域機関への連絡の必要性の判断
- 7) 子どもを亡くした家族や家族を亡くした子どもの包括的健康アセスメント、状況理解を助けるための治療経過の説明、悲嘆のプロセスを支えるカウンセリング、他の診療科受診や社会資源活用の必要性の判断
- 8) 痛みをもつ子どもの包括的健康アセスメント、痛みを緩和する方法の相談、医師と共同作成したプロトコルに基づく鎮痛剤の調整、非薬理学療法の実施

【精神看護】

- 1) 精神科病院において急性期病棟における退院促進のための包括的健康アセスメントと責任をもった患者マネジメント
- 2) 再入院を短期間で繰り返すもしくは重度の精神障害者ならびに身体疾患をもって精神状態が不安定な患者・家族への包括的健康アセスメント（精神科的診断を含む）と以下についての治療の処方と実施
 - ・リラクゼーション技法
 - ・不安管理訓練
 - ・認知行動療法
 - ・精神療法（個人・家族・集団）
 - ・SST
 - ・カウンセリング
 - ・PTSD 予防のためのカウンセリング
- 3) 重度精神障害者の地域生活を積極的に支援するためのケース・マネジメントの実施
- 4) 精神科訪問看護の開始と終了の判断と実施、多職種共同による訪問看護の開始と終了の判断と実施

【地域看護】

- 1) 退院していく患者に対して、継続すべき医療サービス及び介護サービスのトータル・マネジメント。
- 2) 終末期であると診断された在宅療養者の死亡前後の医療と介護のマネジメント（死亡の確認を含む）。
- 3) 地域における在宅医療連携のトータル・コーディネーション。

【母性看護】

〈各ライフステージにおける女性とその家族に対し、身体的・社会的・精神的なハイリスク状態にある対象者の健康状態を悪化させることなく適切に対応し、各ライフステージにおける移行の段階・親となる過程をたどることができるよう、適切な医療や地域資源を活用し支援を行う〉

- 1) 母体合併症をもつハイリスク妊産褥婦に対する治療・検査に関する包括的健康アセスメントと情報提供、保健指導やチーム医療の推進と調整
- 2) 妊娠分娩産褥期の急変時の包括的アセスメントと予期的介入、危機的状態にある母親の精神的支援や母子間愛着形成への支援
- 3) 胎児異常、遺伝疾患など出生前診断された母子の包括的健康アセスメント、状況理解を助けるための治療や検査の説明、悲嘆のプロセスを支えるカウンセリング、他科とのチーム医療を円滑に図るための調整や、社会資源活用の必要性の判断
- 4) (産科管理となった) 低出生体重児の哺育計画や栄養管理、退院後の社会資源活用の必要性の判断と調整
- 5) 流産・死産を経験した母親と家族の包括的健康アセスメント、グリーフワークを支えるカウンセリング、他の診療科受診や社会資源の情報提供
- 6) 若年妊娠、シングルマザー、経済的リスクなど、母子関係のハイリスクである社会的リスクをもつ母子の包括的健康アセスメントと保健指導、地域サービス導入の必要性の判断と、ケースワーカー、地域保健師との連携
- 7) 性的暴行、DV、不妊、加齢、疾患治療中のセックスに関する不安や悩みを持つ女性の包括的アセスメント、情報提供や心理社会的支援の提供を中心としたカウンセリング、地域における健康教育
- 8) DV をうけた、あるいは、受けた疑いのある女性、および子ども、家族の身体・心理・社会的状況の包括的アセスメント、ケースワーカー・保健師との協働、必要な措置や社会資源の情報提供
- 9) 更年期女性とその健康を維持・増進できるように包括的アセスメントと健康教育