

歯科医師・歯科衛生士と 在宅医療連携拠点が構築する 医科歯科連携促進

川越 正平 氏
山口 朱見 氏

医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所

【要 旨】

本活動の要点をまとめると、以下の4点に集約できる。

①在宅患者の歯科介入必要度スクリーニング：歯科医師や歯科衛生士が医師の訪問診療に同行する形で歯科スクリーニングを行い、必要性が高い患者を地区歯科医師会から推薦された歯科医師に紹介するシステムを構築したところ、在宅患者の臨床に大きなインパクトを生じつつある。中でもそのポイントとなるのは、継続的な口腔ケアの重要性である。

②看護師向けスクリーニング尺度の開発：次の段階として、看護師向け簡易スクリーニング尺度を開発中である。この尺度を活用することによって、経験豊富な歯科衛生士等を確保できない場合でも全国各地で同様の活動が可能になると考えている。

③啓蒙と研修の拠点となる“口腔ケア道場”：さらに、病棟や施設に歯科衛生士等を一定期間派遣し継続的な口腔ケアを提供することによってその病棟看護師や介護職等の啓蒙を図るとともに、居宅における訪問歯科衛生指導ができる歯科衛生士の養成とその研修プログラム開発へと発展させることを想定している。

④拠点が担う地域NST機能と地域における連携診療：最終像として、歯科衛生士等を有する在宅医療連携拠点が地域栄養サポートチームとして機能し、地区医師会開業医の依頼に応じて在宅患者の口腔ケア・摂食嚥下・栄養に関してサポートするとともに、地域の歯科医師会や耳鼻科医との連携診療に発展することを目指している。

【背景】

歯科診療所への通院が困難な患者に対する訪問歯科診療や歯科を標榜していない病院への歯科往診はすでに制度化されている。しかしながら、たとえば下記のような問題点がいまだ解決されているとは言えない。

- ・高齢の歯科口腔疾患の有病率が高いにもかかわらず適切な受療につがっていない
- ・口腔ケア不足に起因する歯周病がさまざまな全身疾患に悪影響を及ぼすことの周知がいまだ不十分
- ・予防できる可能性がある誤嚥性肺炎が適切に予防されていない
- ・適切な摂食嚥下リハビリテーションが行われることなく漫然と胃ろう栄養を実施している患者が数多く存在する
- ・終末期患者に対する緩和的口腔ケアの意義が臨床現場で周知されていない

以上のように、これまでのところ医科歯科連携が在宅医療領域、緩和医療領域において十分に役割を果たしているとは言いがたい。結果として医療費の高騰につながっている可能性がある。

【取り組みの端緒】

その理由として、在宅療養患者や入院中患者の中核をなす高齢者は認知機能に障害を有する頻度が高く全身状態が不良であることもしばしばであり、口腔内の問題にまで注意が行き届かない場合が多いと考えられる。また、胃ろう栄養等を実施中で経口摂取を行っていないことからはや歯科口腔疾患に対応する必要はないと誤解して

いる患者も少なくない。

さらに、このような認識・啓蒙不足は患者家族に止まらない。本来在宅療養者や入院中患者の全身管理について責任を担っている医師や看護師においてすら十分にその必要性が理解されていないことが、医科歯科連携促進のボトルネックとなっていると考えられる。

そこで、在宅医療の連携拠点機能を有する在宅療養支援診療所が地域における医科歯科連携のハブ機能を果たすべく、新たな連携モデル構築に取り組んでいる。以下にこれまでに構築した連携スキームについて概説する。

1.在宅患者の歯科介入必要度スクリーニング

(I) 訪問歯科診療導入までの手順

ア 主治医への報告と患者家族への必要性説明

歯科衛生士のスクリーニング結果を主治医に報告し(図1)、全身状態や患者背景等を勘案の上、歯科介入が妥当と判断された場合、主治医から患者家族に対してその必要性について説明する。

記入日：H 24 年 7 月 8 日 評価者：〇 来（ ）主治医：〇 〇

患者名： ○ 村 ○ 子 MT⑤ H 24 年 6 月 6 日生 女 小児科 紹介医療 〇

○歯科における問題点

口腔内清掃が不十分、義歯の清掃が不十分（時々舌を清掃している）
歯垢が多く、フタつ着き、虫歯の歯目多数。口臭。
歯をよく磨く（口呼吸があるため使用し下部前歯に使用しにくいため）
歯下清掃（口呼吸の間 舌で歯と歯の間を動かさないと。）

○歯科介入の必要性： ⑤ 4 3 2 1 （歯科介入底にあり その論：以下 訪問歯科より説明あり）

・口腔ケアの必要性： ④ 無
残存歯（右下第一大臼歯、右顎第二小臼歯）
義歯の清掃。

・摂食・嚥下リハビリの必要性： ④ 無
誤嚥や窒息の心配があるため口唇周囲のコントロール運動
嚥下動作の評価が必要

・歯科治療の必要性： ③ 無
下顎前牙の修復、咬合器（義歯装着のための基礎）
装用。

○期待される結果：

口の水分確保を促す。 フタ付容器により食事、口臭の軽減
歯垢の削減、口呼吸の改善を目指す。歯肉状態の改善により口腔粘膜の状態を良くする。

○主たる病名： 脊髄損傷後遺症、失音、失語症

○栄養摂取方法： 嚥下力（咀嚼力）不足のため流し込み

○栄養状態： 2011.4. AIB 3.5

○誤嚥性肺炎リスク： 既往歴（2009 年 月）～
＜大腸炎＞ 毎日 1-2 回の嘔吐。

○その他関連する医学的問題点： 咽反射 弱固口 低栄養
(低蛋白血症)

○家族の介護力・理解力 介護者：父、母、近所（住む仲間等）
兄弟姉妹、養子縁組した、孫（1人）など。

○経済事情： 金銭なし

○その他特記：

図1:在宅患者の歯科スクリーニング表

イ 担当歯科医師の決定

地区歯科医師会より、狭義の歯科治療のみならず継続的な口腔ケアや摂食嚥下リハビリテーションに取り組む意向を有する歯科医師として5名の歯科医師を紹介され、それぞれの歯科医師の訪問可能エリアマップを作成した(図2)。診療を希望する患者については、住所、診療内容(特殊な設備を要するかどうか、歯科衛生士介助下の歯科診療を要するかどうか等)、緊急性(歯科医師ごとに訪問可能な曜日が異なる)等を勘案し、主治医が担当歯科医師を決定する形をとっている。



図2:連携歯科医師の訪問エリアマップ

ウ 医師と歯科医師の間での診療情報のやりとり

当院で作成した訪問歯科診療申込書と歯科医院向け診療情報提供書を用いて、過不足のない診療情報を提供する形を整えた。担当する歯科医師は速やかに患者家族と連絡を取り初回訪問日を決定する。初回訪問診療終了後、歯科医師は訪問歯科診療報告書を作成し、医科診療所に初回診療での評価・介入内容・今後の治療方針について報告するという流れである。

(2)スクリーニング活動の結果概要

2011年4月から2012年2月までに在宅療養者158名、施設入居者68名、計226名についてスクリーニングを終了した。在宅療養者158名中歯科介入の必要性が高いと判断されたものは105名(66.5%)であった。そのうち、スクリーニング後、実際に訪問歯科診療導入に至った患者は47名にのぼる。以前から歯科介入がなされていた33名とあわせると計80名(50.7%)に歯科が関わるに至った。

（3）訪問歯科診療が在宅患者に及ぼす好影響

実際に今年度前ページの手順を踏んで訪問歯科診療が開始された60例において、短期間ながら数多くの臨床効果を経験している。誤嚥性肺炎の頻度が大幅に減少した症例はもちろんのこと、緩和ケアとしての口腔ケア、認知機能や栄養状態への好影響、歯ぐしりへの対処など、目に見える“臨床的效果”を少なからず経験している。

症 例
・年 齢：71歳 ・性 別：男性 ・介 護 度：要介護5 ・住 居：団地に妻と二人暮らし ・疾 患 名：多発性脳梗塞、高血圧、胃潰瘍 ・主介護者：妻 ・導入時の口腔内アセスメント： 残存歯24本、う蝕17本（内残根16本）、口腔清掃不良のためブラック多量付着、歯肉の炎症による発赤・腫脹・出血、強度口臭、流涎、歯ぐしり ・歯科としての介入： 16本の残根は大学病院で抜歯を行った。局所麻酔下で上下顎の2回に分けて抜歯が行われた。大学病院での抜歯後、歯科医師1名と歯科衛生士1名または歯科衛生士単独により月2～3回訪問を継続中。 歯石除去、歯面研磨、ブラシによる清掃、口腔内の清拭、う蝕の処置（充填）、マウスピースの作成（歯ぐしりに対応）、口腔過敏の除去を目的として口腔内外のマッサージ、頸部・肩・腕など嚥下関与筋のマッサージと介助による運動、介護者（妻）への介助磨き法の指導（頬粘膜の排除法、ブラシの挿入法、口腔内の清拭法など）を行った。 ・歯科介入後の変化： 口腔清掃状態が改善され、歯肉の炎症・口臭が軽減（ほぼ感じられない程度）した。う蝕の処置により痛みはなくなったと思われ、口腔内に触れても強い緊張が見られなくなった。流涎なし。夜間のマウスピース装着により歯ぐしりがおさまった。 現在は夫婦でお花見に行くことを直近の目標にリハビリに取り組んでいる。

2.看護師向けスクリーニング尺度の開発

（1）歯科衛生士によるスクリーニング尺度

当院医師の訪問診療に歯科衛生士や歯科医師が順次同行し、在宅患者の口腔内の状態を把握している。現在のところ、具体的には15項目からなる「身体に関する項目」と7項目からなる「口腔に関する項目」をチェックするとともに、臨床的観点から患者を歯科介入必要度を評価する形で実施している（表1）。

身体に関する項目
①病名 ②障害認定 ③要介護度 ④日常生活自立度 ⑤認知症自立度 ⑥認知機能障害 ⑦経管栄養管理 ⑧気道感染症の既往 ⑨神経難病の診断 ⑩嚥下障害 ⑪唾液むせ ⑫食事むせ ⑬栄養状態（血清アルブミン値） ⑭味覚障害 ⑮食欲低下
口腔に関する項目
①本人の口腔ケア不足 ②介護者の口腔ケア不足 ③強度の口臭 ④口腔内乾燥 ⑤口腔内不快感 ⑥歯科疾患 ⑦歯科医院既介入の有無

表1：歯科衛生士がスクリーニング時に確認する項目

歯科衛生士による上記22項目のスクリーニング結果について統計学的な検討を行い、深く寄与する項目を明らかにして適切なスクリーニング尺度の開発を進めている。

（2）看護師による簡易スクリーニング尺度

次に、これらの項目の中から歯科の専門家ではない看護師でも正確にチェック可能な項目からなる簡易スクリーニング尺度を併せて開発する予定である。この尺度を確定することによって、歯科衛生士を確保することのできない地域や医療機関においても、簡便で評価者によるぶれを生じにくい歯科介入必要度簡易スクリーニングを実行することができると思われる。そして、看護師がこの簡易スクリーニング尺度を用いることによって、歯科介入の必要性が高いと判断された在宅患者を地域の歯科医師に紹介し、訪問歯科診療導入に繋ぐシステムへと発展させることが可能となるであろう。

（3）入院患者に関する歯科スクリーニング

在宅患者についての歯科介入必要度スクリーニングの成果を踏まえ、同じく歯科診療の恩恵を受けることができる入院中患者に関するスクリーニングにも着手した。具体的には2012年2月に、歯科医師4名、歯科衛生士4名、当院研究員1名によるチームを構成し、松戸市立医療福祉センターである東松戸病院の4つの病棟の全入院患者160名を対象に実施した。その結果、口腔ケアを含む歯科介入の必要性の高い患者は入院患者の87%にのぼることが判明した。

3.啓蒙と研修の拠点となる“口腔ケア道場”

（1）看護師・ケアマネジャー・介護職員等への啓蒙

当初危惧していた通り、在宅医や訪問看護師は担当している在宅患者の口腔内のさまざまな問題に十分に気づいていなかった。この1年間における歯科衛生士の活躍と院内における協働によって、当院の医師や看護師は口腔ケアニーズや摂食嚥下リハビリによる改善可能性についての認識を深めることができた。今後、地域のさまざまな診療所や病院、介護施設等の従事者に同様の啓蒙を進めていくことが極めて重要である。

（2）訪問歯科衛生指導に必要な経験を積む“道場”

そこで、特定の病院病棟や特定の居住系施設を選定し、連携拠点である当院が本研究活動の一環として複数名の歯科衛生士を追加雇用し、入院（入居）患者に対して口腔ケアや摂食嚥下リハビリテーションを3か月間程度集中的に提供する取り組みを2012年7月から開始した。この活動を通じて、その施設に勤務している看護師や介護職等への啓蒙につながるであろう。

一方、歯科衛生士にとっても、多様な背景を有することが多い在宅患者の特殊事情（たとえば認知機能障害の存在、重篤な全身疾患の合併に伴う歯科治療やケア提供上のリスク、緩和ケアへの理解、家族の混沌とした意向や困難な経済事情など）は、歯科医院での勤務経験しかない場合、それらの事情への対応はかなり難易度が高いと言える。そう考えると、このモデル病棟や施設等では、認知症や身体合併症についての経験を集中的に積み重ねる、いわば“口腔ケア道場”の機能を果たすことが期待される。そこで3～6か月間の経験を積んだのちに在宅患者の訪問歯科衛生指導を担当するという段階を経ることによって、質を担保した適切な口腔ケアを提供できる歯科衛生士の養成につながるであろう。

（3）訪問歯科衛生指導のための研修プログラム開発

モデル病棟や施設に対して、複数の歯科衛生士を継続的に配置することによって、下記のようなさまざまな成果を期待できると考えている。

- ・認知症患者への適切な対応方法について経験を積む
- ・頻度の高い身体合併症に関する知識や注意点を学ぶ
- ・緩和ケアについての理解を深める
- ・標準的な口腔ケアの方法（手順や内容）を統一する
- ・共同で実践するチームケア手法や協調性を体得する
- ・緩和ケアとしての口腔ケアの知識・技術を習得する
- ・歯科専門職以外に適切に指導する経験を積み重ねる（介護職や看護師などに対して）

医科歯科連携を推進するためには、訪問歯科衛生指導を行える歯科衛生士を数多く輩出する体制を整えることが急務である。このような“口腔ケア道場”と呼びうるフィールドを活用して以上のような手順を経ることによって、在宅患者への訪問歯科衛生指導を担える歯科衛生士養成のための研修プログラム開発を目指す。

4.拠点が担う地域NST機能と地域における連携診療

最終的には全国2000か所に配置されるという在宅医療連携拠点到歯科医師や歯科衛生士等の歯科専門職が配置され、耳鼻科医や管理栄養士、言語聴覚士、理学療法士など多職種と協働するいわゆる「地域栄養サポートチーム（地域NST）」の機能を果たすことが視野に入る。このチームの歯科衛生士等は地区医師会開業医から必要に応じて在宅患者の歯科介入必要度スクリーニングの依頼を受けて患者宅を訪問し、スクリーニング尺度に基づきアセスメントを行う。必要性が高いと判断された患者は継続的な口腔ケアや摂食嚥下リハビリテーションへの理解、経験を有する地区の歯科医師会歯科医師や耳鼻科医に紹介される。

このような形が在宅医療における医科歯科連携の目指すべき発展型だと考える。地域で適切な歯科治療、口腔ケア、摂食嚥下リハビリテーションが提供されることによって、在宅患者にQOL向上や肺炎リスクの減少、ひいては摂食嚥下機能の回復、緩和ケアとしての口腔ケアなどの多大な恩恵をもたらすことを期待してやまない。