

要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究事業
先進事例ヒアリング調査

平成 29 年度 先進事例ヒアリング

1. ヒアリングの目的

多職種連携のもと経口維持加算を算定している介護施設・事業所等から情報を得て、多職種の効率的な連携による経口摂取支援の全国的な普及への参考にする。

2. ヒアリング対象施設

| 訪問先 | 訪問先施設 |
|----------|---|
| 大分県豊後大野市 | 介護老人保健施設ニコニコ銘水苑 〒879-7104 大分県豊後大野市三重町小坂 4110-7 |
| 大分県大分市 | 社会医療法人 敬和会 大分リハビリテーション病院 (グループ内に 介護老人保健施設 大分豊寿苑) 〒870-0261 大分県大分市志村谷ヶ迫 765 |

3. ヒアリング方法

ヒアリングは所要時間 90 分程度で、本調査目的に同意をいただいた、経口維持加算に参画している専門職の方に対し、非構造化面接により多職種連携の様式、時間経過と多職種チームのメンバーの活動の経過に関する聞き取り調査を行った。

4. 倫理的配慮

以下の点をあらかじめ説明し、同意を得たものを対象に実施した。

- ・プライバシー保護のため個人に関する情報を聞くことはない。
- ・返答しかねる事柄に関しては、返答拒否可能とした。
- ・調査協力は任意であり、参加を拒否しても専門職および施設の不利益になるようなことはない。

・同意後に、調査を中断することは自由。

・本調査結果は報告書等に記載し、内容はマニュアル等の参考にさせて頂く。

5. ヒアリング議事録

以下

平成 29 年 . . .

. . . 施設長様

東京都健康長寿医療センター研究所
枝広あや子

**要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究事業
先進事例ヒアリング調査についてのお願い**

拝啓，時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

要介護高齢者のゆたかな食生活を維持するためには、栄養状態や口腔機能など経口摂取に関する問題を早期にスクリーニングし、適切な食事の量と質を関連複数職種による連携で包括的に支援する必要があります。要介護高齢者に対する口腔機能および栄養状態の維持・向上を目的とした経口維持加算の改定（平成 27 年度改定）が行われましたが、職種間の効率的な連携が得られるにはいまだ至っていない現状があります。そのため効率的な連携による支援体制を普及することが急務となっております。

こうしたことから、本研究事業では多職種の連携のもと経口維持加算を算定している介護施設・事業所等から情報を得て、多職種の効率的な連携による経口摂取支援の全国的な普及への参考にさせて頂くことを計画しております。そのひとつとして貴施設を対象に経口摂取支援に関するヒアリングをさせて頂きたくお願いする次第です。

なお本調査は、平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）の交付を受け実施するものです。本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 日時 平成 29 年 月 日 曜日 :00 - :00
2. 場所 貴施設 内
3. 内容 別紙参照
4. 対象 経口維持支援の取り組みにおいて中心的な役割をされている管理栄養士、言語聴覚士、看護師、介護福祉士、歯科衛生士等、数名様にお問い合わせいたします。
以上

連絡先

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所
自立促進と介護予防研究チーム
〒173-0015 東京都板橋区栄町 35 - 2
枝広 あや子
03-3964-1141（内線 4218）

要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究事業

先進事例ヒアリング調査概要

(1) 事業概要

要介護高齢者に対して口腔機能および栄養状態の維持・向上を目的とした様々なサービス（複合サービス等）が導入されてきた経緯の中で、要介護高齢者に対する口腔機能および栄養状態の維持・向上を目的とした経口維持加算の改定（平成27年度改定）が行われましたが、職種間の効率的な連携が得られるには至っていない現状です（右図）。職種間の円滑な連携、効果的な支援のために、本研究では右図で挙げた課題に対応することを最終目的としています。今回の先進事例のヒアリング調査は、課題2に対応するための「歯科と栄養の連携による経口摂取支援マニュアル」への参考にさせていただきます。

(2) 今回のヒアリング内容

栄養士等と歯科衛生士等の連携に至るまでの経緯

経口維持加算を算定するまでの経緯

これら経緯の中での、効果的な連携体制を構築する上での要点と反省点

連携のリーダー不在時の対策

経口摂取支援チームのそれぞれのスキルアップのための要点

連携が困難な時にどう打開するか、また打開できた例

今後の展望

経口維持支援未実施の施設へのアドバイス

(3) 研究者略歴 訪問させて頂く研究員は以下の3名の予定です。

1. 枝広あや子 : 歯科医師, 博士(歯学)

平成15年 北海道大学歯学部卒業, 平成27年 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム. 専門は 老年歯科医学, 口腔外科学などで, 主な研究テーマは認知症高齢者の摂食嚥下機能. 平成27年度より本事業の研究責任者.

2. 本川佳子 : 管理栄養士, 博士(食品栄養学), 同研究所所属, 専門は公衆栄養学

3. 白部麻樹 : 歯科衛生士, 修士(口腔保健学), 同研究所所属, 専門は老年歯科医学



先進事例ヒアリング調査 1 議事録
「介護老人保健施設ニコニコ銘水苑」
経口維持加算ヒアリング

1. 開催日時

2017年6月24日 14:00-15:00

2. 場所 大分県 風の郷 会議室

〒879-1305 大分県杵築市山香町倉成 3003 番地

3. 出席者

介護老人保健施設ニコニコ銘水苑 リハビリ科認定歯科衛生士 荒木眞須美 様
(社会医療法人敬和会大分リハビリテーション病院 法人統括歯科衛生士 衛藤恵美 様)
枝広あや子、白部麻樹

4. 議案事項

- (1) 施設に入所される要介護高齢者への経口摂取支援(経口維持加算)の取り組みについて
- (2) 活動におけるこれまでの経緯
- (3) 経口摂取支援チームの機能維持と技術向上への取り組みについて

5. 議事内容

- (1) 施設に入所される要介護高齢者への経口摂取支援(経口維持加算)に関して、現在の取り組みについて

・**入所時の情報収集**：入所前に他施設の介護支援専門員や、病院のサマリーから情報収集しており、入所時に介護支援専門員がコーディネートしている。10年前くらい(取り組み開始頃)は口腔内のアセスメントの情報が無かったが、最近は残存歯の有無などの情報が入っている。また生活情報として食形態、全身状態、ADLなど調査票に記載されるので、自施設では看護師、管理栄養士、歯科衛生士(DH)でその情報をもとに、口腔ケアに関する道具の準備も含め対応できるようになっている。入所時の調査票の情報から栄養士が入所時の食形態を決め、入所後の最初の食事を(ミールラウンドで)観察して最終決定する。

・**ミールラウンド(初回)**：入所後最初の食事を多職種で観察する。DHはその際に口腔内診査を行う。看護師や介護福祉士などへ適切な姿勢なども含めて情報を提供する。同時に介護福祉士などが座席の配置や椅子、リハビリ職(PT,OT)が食事時のポジショニングを確認

し決定している。食形態の決定は、あらかじめ調査票から提案しており最初の食事の様子を確認し、午後の会議（カンファレンス）で最終決定し、夜勤者に申し伝えする。このプロセスを入所してすぐの段階は注意深く行うので、対象者の食事の様子は 3 日程度で落ち着くことが多い。

・**ミールラウンド（毎月の経口維持加算の現状）**：それぞれの職種が個別に食事観察して情報を収集し、夜勤帯までに情報を集約するようにしている。「チェックリストの何番をどの職種が責任をもって観察評価する」ということにして情報を集約する（添付）。適宜観察評価の基準を確認できるようにガイドをつくり、回覧板のように持ち歩けるようにしている。情報の集約は管理栄養士がまとめ、経口維持加算書類を作成している。食形態も適宜モニタリングして変更することがある。

嚥下機能スクリーニングは医師の指示により看護師と DH が、適宜観察した時などに行っている。

・**入所者の特徴**：入所者は平均 87 歳、最初から低栄養になっているものが多く、在宅から入所か、急性期病院から入所するケースが多い。もともと在宅の場合は、訪問看護師と連携して老健入所と通所利用のバランスなどを決めることがある。経管栄養 10 名、看取りもいるが部屋で食事を提供することもある。入所者の年齢が高いので経口摂取の状況が変わることは少ないが、食形態の改善が可能となる方もいる。

・**施設の特徴**：1F に 100 名の居室がある。AB で分かれており、B は認知症がメイン、ほかにユニット型となっている。認知症の入所者は自立度が高い方が個室になっている。食堂は 3 つに分かれていて、A が大きいホール：40 名ほど入る。B は 2 つの食堂に分かれていて、認知症タイプ 15 名の食堂と 30 名の食堂がある。

・**経口摂取支援チームの組織編成**：管理栄養士に情報が集約するような仕組み。リハビリテーション部は PT1 名、OT3 名である。DH は（以前は相談室所属だったが）現在リハビリ室に所属しているので、リハビリ記録を確認しやすく、連携は取りやすい。食後に口腔ケアを行う。会議（カンファレンス）で食事の課題が出た際には、みんなで集まり検討する。朝のカンファレンスは A、B 一緒に行い、申し送りを兼ねて行い、昼は AB 別々にカンファレンスを実施する。夜勤への交代までに申し送りをコピーして把握し夜勤帯となる。一日に何度も情報が集まってくる。

・**歯科医師の訪問**：外部歯科医院 2 軒訪問に来ている。A 歯科医師は義歯が中心、B 歯科医師は病院歯科で抜歯も含めポータブル持参で対応範囲が広い。主に歯科診療を行い、特に食事に関する相談はしていない。

(2) 活動におけるこれまでの経緯

・**コミュニケーション構築の過程**：中心になるような人物は、12年前連携体制最初は無かった。当時の入所者の介護度は今と全く異なっていて、要介護1,2程度が中心だった（現在は独歩の方は殆どいない）。介護保険のシステムの変更によって連携が変化していった。歯科衛生士として経口維持加算など食事に関わるようになったのは、入所時NST開始がきっかけであった。荒木DHの前職は地域中核病院（岡本病院）に勤務であり、NSTに所属していた経験があった。12年前に入職した時に、岡本病院NSTでともに働いていた看護師が施設に勤務していたことで、そのノウハウを生かし（看護師に誘われて）NST委員会を結成し、荒木DHが委員長になった。そのNST委員会は、看護師、管理栄養士、介護支援専門員、介護職のリーダー（AB各一人）とリハビリ職、DHが所属し、褥瘡委員会と兼任でもあったので、結成当時は褥瘡マットの導入やマット替えなども行った。NST委員会は現在も継続中である。

当時在籍していた管理栄養士は「入所者に食べて頂きたい」という意欲のある方だった。しかしNST委員会も最初から多職種のディスカッションが出来ていたわけではなかった。多職種で情報を持ち寄りディスカッション出来るようになったのは、メンバー交代を経て、自分の意見を言える人が多くなってきたからではないか。

・**軌道に乗るまでの経緯**：現在のNST委員会で発言する人は、7年前に入職した管理栄養士Fさん。入職時は30代前半で5-6年キャリアがあった。前任の管理栄養士業務も全て引き継ぎ精力的に活動している。ディスカッションの中心となり、入所者の食事時間や間食時間にフロアに出てきて観察やアドバイスをくれるなどコミュニケーションをとってくれる。

現在のNST担当になっている看護師Tさんは4,5年前に入職し、中心になってアセスメントポイントをアドバイスしてくれる。夜勤が多いので朝食時にアドバイスをしてくれる。看護師Tさんが頸部聴診と水飲みテストを行い、口腔機能、嚥下機能評価も含む評価票に記入して施設長へ提出し説明している。

施設長は関連医療機関勤務で、施設には長期に渡り（荒木DH入職前より）在任しており、時折食事時間に見に来る。高齢であるが施設との関わりは深く、前々から口から食べることは前向きに取り組んでいる。施設職員のために書籍なども積極的に購入してくれるし、職員に勉強しなさいとよく言っている。施設長は毎日施設に出勤し、現在は毎日3食施設給食で食事を摂っている（それは施設の食事の質の向上にも効果がある）。

(3) 経口摂取支援チームの機能維持と技術向上への取り組みについて

・介護職の意欲向上への取り組み：

勉強会：各委員会が中心になって勉強会1回/月行っていて、DHから咀嚼や嚥下機能などの講義、実習もする。外部講師に依頼することもある。

カンファレンス：カンファレンスの際に、介護職などの業務についてのポジティブフィードバックを心がけている。具体的には、効果的に口腔ケアなど出来たことに対し感謝の言葉を述べ、そしてこのケアが入所者の経口摂取に役に立ったなど、どんなことが得られたかを伝えるようにしている。介護職はみな口腔ケアスキルが高い。

新人教育：新人はリハビリも含め複数のスキルを学ぶが、口腔ケアスキルも学ぶ。新卒者には DH からマンツーマンで講義、実技研修などで新人教育する。何人が同時に研修できるときは相互実習を行うこともある。

・**課題の共有**：たとえば口腔ケアに関して、昼の口腔ケアは介護職と一緒にケアを行う。その場で適宜指導もする仕組みにしているが、それに加えて課題の共有のために 18 年前から「歯科(口腔ケア)ノート」が A 棟・B 棟別々に用意してある。ノートには見開きで、入所者さんの口腔内の状況や義歯の着脱の留意点など伝えたい技術を、イラストや教科書のコピーを貼るなどして作り、教育的な意味合いも兼ねたノートである。ノートに DH などが気付いたことを記入し、確認した職員が印鑑を押す(印鑑が押されてないと見てないことになる)仕組みにした。徐々に PT ノートと兼用になり、最近は必要なくなっていて、入所者個人の記録に書き込むようにしている。

・**活動の成功要因を振り返って**：NST 委員会も少しずつ所属する職員が変わってきて、変容がおこったように思う。看護師と管理栄養士さんがキーマンであった。NST 委員会結成の際に誘ってくれた看護師と DH が前職の病院で共に働いていたことが、病院 NST のノウハウを施設に持ち込めた大きな要因であったと思う。

・**目標の共有**：NST 委員会のビジョンとして「最後まで口から食べて頂きたい。」前述の施設長のビジョンでもある。NST 委員会のメンバーはベースに“栄養”という視点がある。それは NST 委員会発足時から褥瘡委員会と兼任であったから。人が足りないため同じ人が複数の委員会を兼任していることによる良い効果だったと思う。多職種チームということで職種間の隔たりはあったが、現在は壁が薄くなっている。荒木 DH が相談室からリハビリ室に移動したことで、現在は看護職とリハビリ職などの間の調整役も行っていると思う。

・**人間関係を紡ぐ鍵**：深く入り込まず、けれど広く浅く。相手の良いところだけを見る、全員を味方にする。

・**今後の展望**：法人にグループホーム、通所、訪問事業所など多くの関連施設が併設されているが、見渡せるわけではないので、全ての施設に対し口腔に関する啓発、連携コーディネートを行っていきたい。今は“呼ばれて行く”スタイルだが、“いつもつながる”ようにしたい。

経口による食事摂取のための取組実施の指示書

下記の者については、著しい摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる状態であり、経口摂取維持のための取組が必要である。経口維持計画書に基づき、特別な栄養管理を行うことを認める。

平成 年 月 日

1. 利用者氏名： _____

医師氏名： _____

2. 検査実施日： 平成 年 月 日

3. 摂食機能障害の確認方法

①水飲みテスト（実施者： _____）

- ① 1回でむせることなく飲むことができる
- ② 2回以上に分けるが、むせることなく飲むことができる
- ③ 1回で飲むことができるが、むせることがある
- ④ 2回以上に飲むにもかかわらず、むせることがある
- ⑤ むせることがしばしばあり、全量飲むことが困難である

| | |
|----------|------|
| ①で5秒以内 | 正常範囲 |
| ①～②で5秒以上 | 疑い |
| ③～⑤ | 異常 |

②頸部聴診法（実施者： _____）

| 嚥下音 | 判定 | 呼吸音(呼気) | 判定 |
|----------------------------------|----------------------|-----------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 長い嚥下音 | 舌による送り込みの障害 | <input type="checkbox"/> 湿性音 | 咽頭部の貯留 |
| <input type="checkbox"/> 弱い嚥下音 | 咽頭収縮の減弱 | <input type="checkbox"/> 嗽音 | 咽頭侵入 |
| <input type="checkbox"/> 複数回の嚥下音 | 喉頭挙上障害 食堂入口部の弛緩障害 | <input type="checkbox"/> 液体の振動音 | 誤嚥 |
| <input type="checkbox"/> 泡立ち音 | | <input type="checkbox"/> むせに伴う喀出音 | 誤嚥 |
| <input type="checkbox"/> むせに伴う | | <input type="checkbox"/> 喘鳴様呼吸音 | |

③咀嚼能力・機能の検査（実施者： _____）

- 咀嚼運動時の顎の動き(下顎が上下運動だけでなく、左右にも動くことを確認する)
- 咀嚼中の口腔内の確認
- 嚥下後の口腔内残留の確認

④摂食・嚥下の能力のグレード（藤島一郎,1993より）

| | | |
|---------------|----|-----------------------|
| I 重症経口不可 | 1 | 嚥下困難または不能、嚥下訓練適応なし |
| | 2 | 基礎的嚥下訓練だけの対応あり |
| | 3 | 条件が整えば誤嚥は減り、摂食訓練が可能 |
| II 中等症経口と補助栄養 | 4 | 楽しみとしての摂食は可能 |
| | 5 | 一部(1～2食)経口摂取 |
| III 軽症経口のみ | 6 | 3食経口摂取プラス補助栄養 |
| | 7 | 嚥下食で、3食とも経口摂取 |
| | 8 | 特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取 |
| IV 正常 | 9 | 正常の経口摂食可能、臨床的観察と指導要する |
| | 10 | 正常の摂食、嚥下能力 |

⑥嚥下食の分類

| | 食事形態 | 嚥下調整食学会分類 2013 であてはまる形態 |
|-----|---------|--------------------------------|
| 主食 | 1:米飯 | |
| | 2:全粥 | 嚥下調整食 4 |
| | 3:ペースト粥 | 嚥下調整食 2・1 |
| 副食 | 1:普通 | |
| | 2:一口 | |
| | 3:きざみ | |
| | 4:極小きざみ | |
| | 5:ムース | 嚥下調整食 3 |
| | 6:ペースト | 嚥下調整食 2・1 |
| | 7:ゼリー | 嚥下調整食 エンジョイゼリー 1j カップゼリー 0j |
| とろみ | 1:薄め | |
| | 2:中間 | 嚥下訓練食品 0 t |
| | 3:濃い | 嚥下訓練食品 0 t |

⑤認知症の評価（実施者： _____）

| HDS-R | NMスケール | F A S T |
|-------|--------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

図 1 施設内指示書

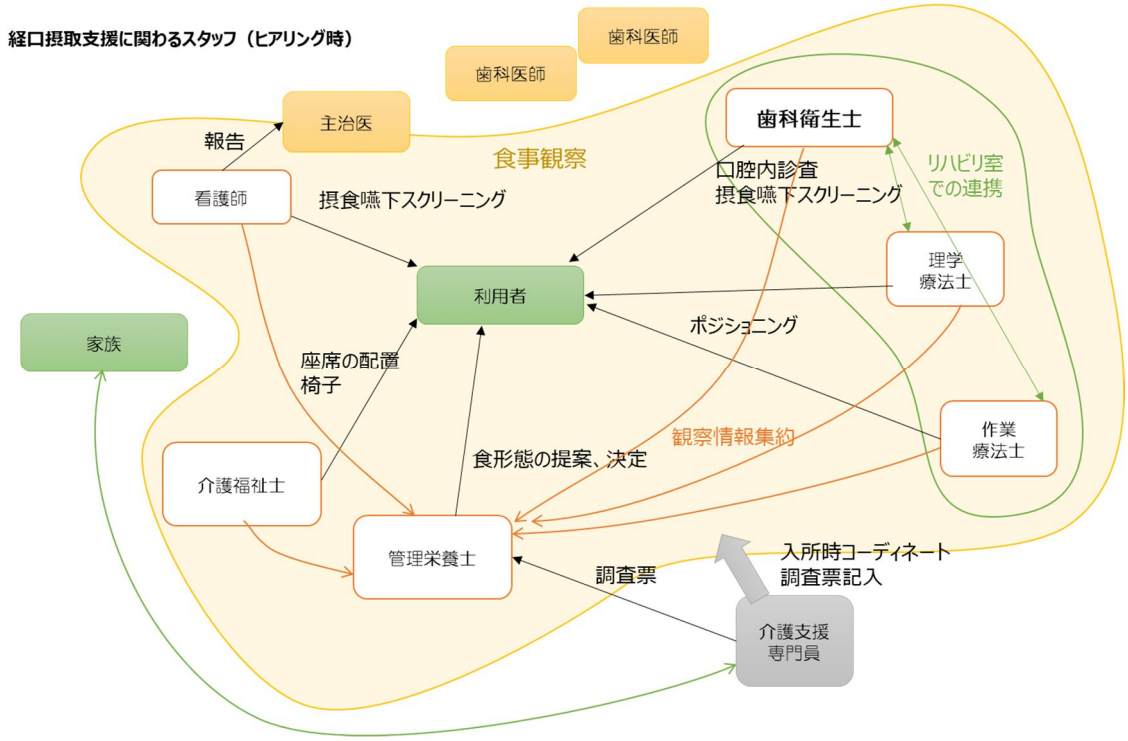


図 2 経口摂取支援に関わるスタッフ関連図

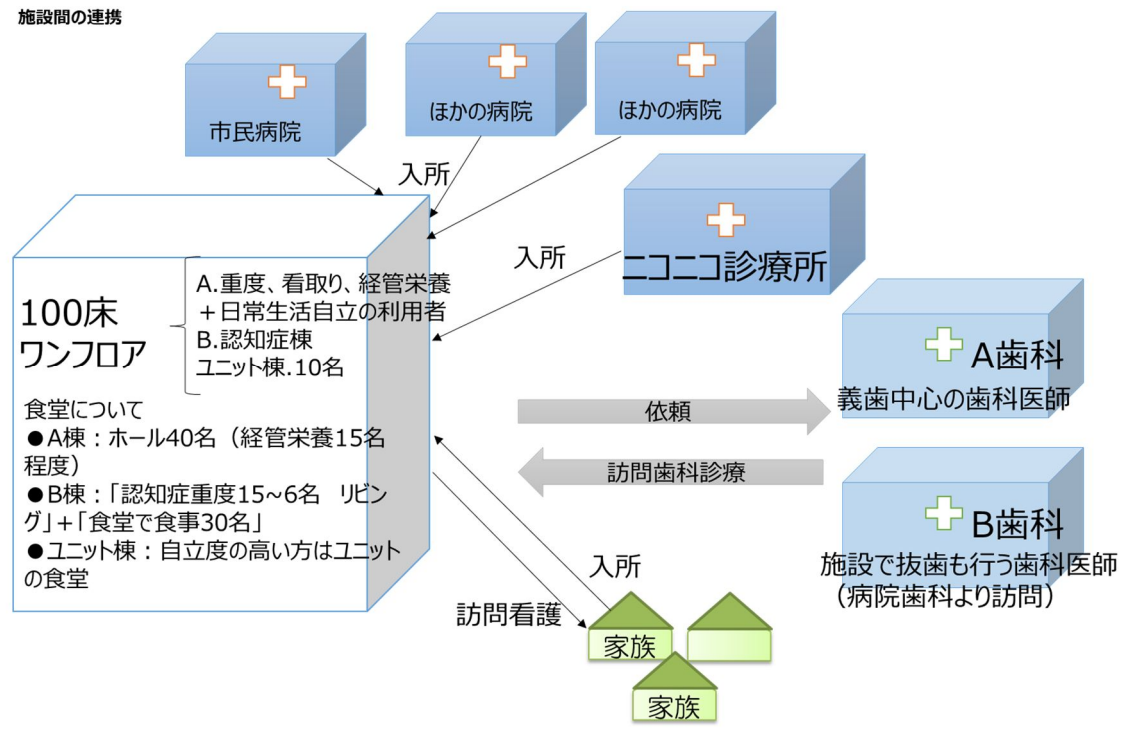


図 3 施設間の連携関連図

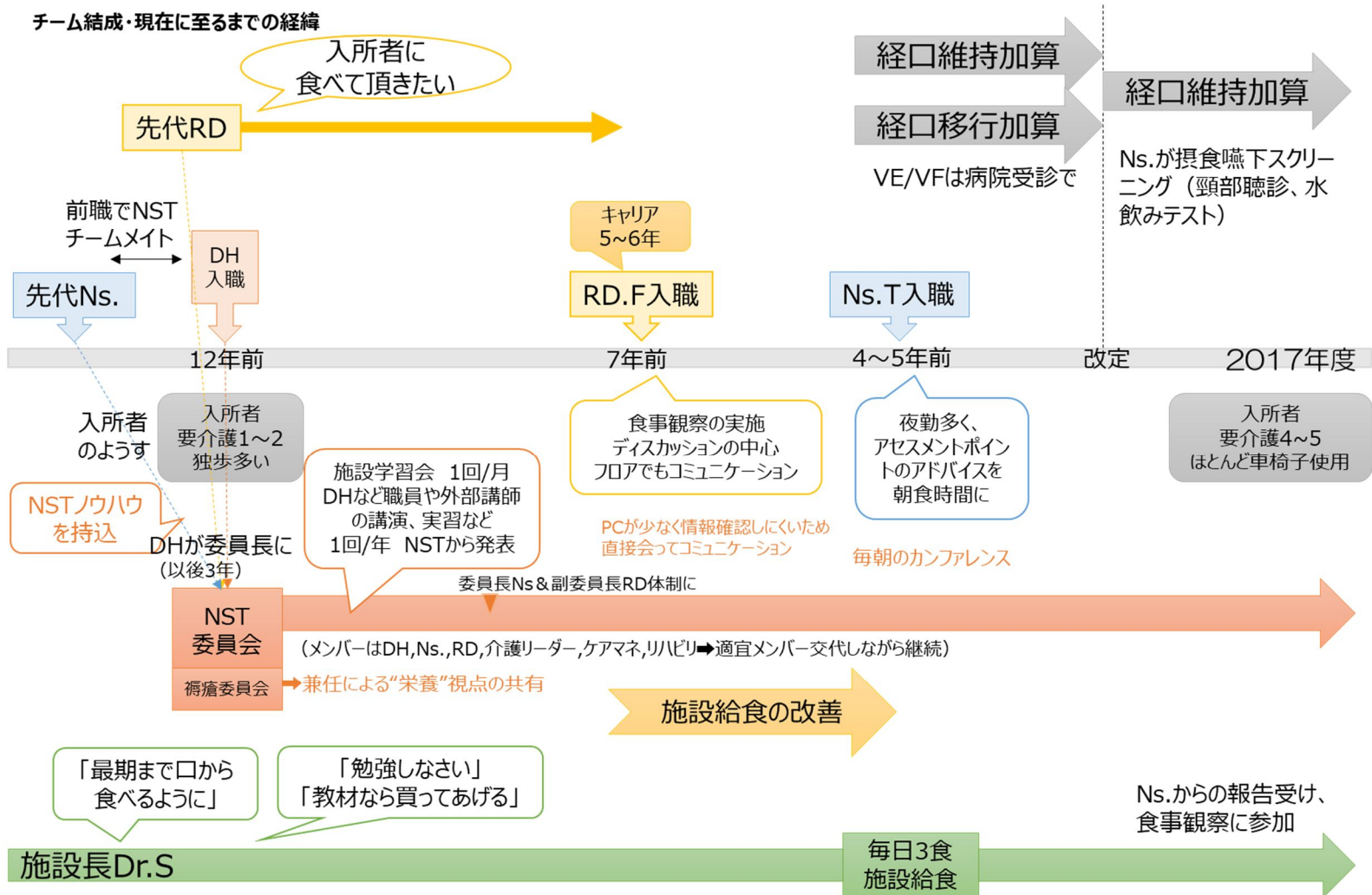


図4 チーム結成・現在に至るまでの経緯

先進事例ヒアリング調査 2 議事録
「社会医療法人敬和会大分リハビリテーション病院」
経口維持加算ヒアリング

6. 開催日時

2017年6月24日 15:00-16:00

7. 場所 大分県 風の郷 会議室

〒879-1305 大分県杵築市山香町倉成 3003 番地

8. 出席者

社会医療法人敬和会大分リハビリテーション病院 法人統括歯科衛生士 衛藤恵美 様
(介護老人保健施設ニコニコ銘水苑 リハビリ科認定歯科衛生士 荒木眞須美 様)
枝広あや子、白部麻樹

9. 議案事項

- (1) 施設に入所される要介護高齢者への経口摂取支援(経口維持加算)の取り組みについて
- (2) 活動におけるこれまでの経緯
- (3) 経口摂取支援チームの機能維持と技術向上への取り組みについて

10. 議事内容

- (1) 施設に入所される要介護高齢者への経口摂取支援(経口維持加算)に関して

・**法人組織**：急性期病院である大分岡病院と、回復期医療の大分リハビリテーション病院(旧大分東部病院)、生活期を担う大分豊寿苑、訪問診療を行う在宅支援クリニックすばるが互いに連携し合う仕組みになっている(敬和会ヘルスケアリンク)。現在その中に歯科衛生士(DH)が回復期に2名、生活期に2名所属している。DHの業務は、医科歯科連携の窓口、口腔リハ・ケアセンター連携マネジメント、経口維持管理加算への参画で、窓口は大分リハ病院にある。回復期にある口腔リハ・ケアセンター(摂食・咀嚼・嚥下センターSSEC)では、多職種チームで摂食・咀嚼・嚥下障害のある方の評価・診断と口腔リハ・ケアの実践、院外への啓発を行っている。

・**SSEC 会議**：法人全体(急性期・回復期・老健)の集まりとして“SSEC 会議”を行い1回/月(第一月曜 16:00-17:00、場所はローテーション)、摂食機能療法、口腔衛生加算・口腔衛生体制加算・口腔機能向上加算・経口維持加算に関する検討や算定件数などの報告会を行っている。翌月のテーマをあらかじめ決め、新しい知見の確認やその時々課題の検討な

ど行っている。参加職種は看護部長、ST などのリハ職、管理栄養士、介護職、DH で等ある。必要に応じて歯科医師や給食業者、調理師も参加し、食形態の標準化のための協議も行っている。協議の結果は、各施設の SSEC メンバーに伝達され運用のための調整が行われる。また看護部長も歯科医療への理解が深く SSEC 会議の内容を看護部に周知している。管理栄養士はミールラウンドに参画し、入所・入院者へフィードバックしている。また、回復期リハビリ部長は ST であり、口腔衛生業務に関する理解が深く「歯科がないリハビリは考えられない」という考えで、連携推進の旗振り役となっている。

・**現在の経口維持加算の方法**：生活期の老健施設では ST と管理栄養士でミールラウンドを実施し、食形態の変更や食べ方・介助方法などの助言を行っている。DH は必要に応じてミールラウンドに参画し、あらかじめ撮っておいた動画を使用し検討することも少なくない。経口移行加算、経口維持加算は以前からも算定していたが、SSEC の活動や黒岩先生のラウンドが契機となり、算定件数が結果として増加した。専門的な検査である VF、VE は同法人内医療機関で行うこともあるが、実際にその件数は多くはない。チームとして、VF ありきではなく、その必要性も含め臨床症状からの情報を重視している。また、医科歯科連携が背景にあることで、義歯作成に関する成功体験の共有化により、義歯の必要性や意義およびその製作の難しさだけでなく、義歯を装着するために必要となる口腔環境を整える大切さなどの理解が職員間に広がったと考えられる。そして、連携歯科医師が生活支援にも参加し、義歯調整などきめ細やかな対応を行ってくれている。さらに、口腔リハビリのための道具や自助食具などの作成時にも、連携歯科医師と連携する風土も徐々に培われてきている。

職員の中では、口腔ケアは単なる清掃ではなく、「口腔ケアは、食べられるため、笑顔を作るため」と考える者が多くなった。歯科医師と共に食べられる口、義歯が装着できる口を作る支援をすることが医科歯科連携の推進と、この領域のリハ・ケアの最も大切なものの一つと言えるだろう。

(2) 活動におけるこれまでの経緯

・**入職後の経緯**：衛藤 DH は前職が湯布院厚生年金病院であったが、2014 年にそこで取り組まれていた医科歯科連携および摂食嚥下システム方法を ST ら（森リハ部長）と共に現法人にも導入し、適宜修正しながら定着させてきた。そのようなことから、現法人へ入職直後の同年 7 月には SSEC を設立し、口のリハビリテーションの推進を合言葉に、そのモデルの創始者である栗原正紀先生（長崎リハビリテーション病院理事長）の記念講演を行うなど活動が始まった。その後、加藤武彦先生や黒岩恭子先生に講演頂きご指導いただいている。

・**前職からつづく医科歯科連携の経緯**：長崎での連携スタイルを参考にし、2011 年、湯布院厚生年金病院と大鶴歯科医師会の間で「ゆふ医科歯科連携システム」が締結された。数多

くの多職種との研修会を重ね、その後、市内の井野辺病院と医科歯科連携が締結、2014年には社会医療法人敬和会との医科歯科連携システム締結がなされた。実際の連携においてはDHが施設と歯科医師会の連携係を担当しており、情報の共有化を目的に可視化した連携の統括表や連絡用紙など資料を作成し運用している。現在の法人での口腔リハ・ケアは、同法人の介護職員が非常に熱心で、その思いが黒岩先生にも伝わり、その後何度も黒岩先生にお越しいただくこととなったことも医科歯科連携の推進に繋がったと思われる。つまり、黒岩先生のラウンドを通して、地元の歯科医師も参加し、口腔機能を向上させることの大変さと重要性及び食支援という多職種連携という目指すべき方向性が共有できたのである。このようにして連携歯科医師の意識も徐々に変化し、法人主催のイベントやその他の多くの研修会への参画、さらには共催という形で、地域への啓発事業などを展開することとなっていくのである。いずれにせよ、歯科医師がいない状況での医科領域、介護・福祉領域における義歯の考え方や口腔リテラシーの向上に繋がっていると考えられる。口腔領域への関心の低さは、社会的課題とも言え、少しずつでもその普及啓発に努力することが肝要と考え取り組んでいる。

・法人内連携の経緯：入職後の極めて早い段階での医科歯科連携の動きには、特に老健の介護職は驚きとともに戸惑いも少なくなかったろう。当時の介護主任は歯科衛生士であったが、口腔リハ・ケア、医科歯科連携といった経験のない業務については消極的であった。口から食べることの大切さと、このことは人の尊厳にもかかわることといったことを勉強会や黒岩先生のラウンドを通して互いに学ぶことで、徐々にではあるが意欲的となり、その輪も広がって行ったのである。

・多職種チームからの学びと変革、歯科医師と連携を取れるまで：

DHの前職において医科歯科連携が思うように進まなかった頃、あるリハ職から「(連携が進まない理由として) 歯科の先生は食べるところを見てないからダメだ」、「(義歯が痛い、訪問診療の日まで一週間義歯を外せと言われた患者について) 21 食分の重みを分かっているか?」と指摘された。その指摘も動機づけとなり、患者の生活を見据えた関わりに向けて変革が出来るようになっていった。生活支援の視点を包含した歯科治療の仕組みづくりを目指し、医科歯科連携会議で検討とその啓発を繰り返し行ったのである。

医科歯科連携システム構築の前までは、看護師が歯科との窓口であり、訪問歯科が気付かないうちに来て、気付かないうちに帰り、メモが残っているのみ、というような状況であった。法人の意向として訪問歯科業者との契約は解消して、地域の歯科医師会との連携を重視、すなわち、単なる歯科治療のための連携ではなく、食べるための口作り、そして食支援を目指したのである。しかし、医科歯科連携システム締結直後は、施設内で歯科との橋渡し役をしていると、歯科へのクレームも少なくなく、その間に挟まれて辛い思いをすることもあった。連携歯科医師に対して施設 DH から進言するのが難しい時など、看護部長に代弁してもらうこともあった。そういった中で、口というテーマでは共通している ST のリハ森部長

の理解が深く、ロールモデルになる西別府病院の原 DH を招聘して繰り返し指導に来てもらい、また、ニコニコ銘水苑の荒木 DH や長崎リハビリテーション病院に学びに行かせてもらうことができた。そうして学んだ書類の作り方や経験が、現職場で生かされている。現在は歯科治療後の報告をメールなどで連携歯科医師へ報告し、書類なども残している。老健退所時の口腔に関する情報提供は、歯科医師、ST(口腔ケアの情報)が作成する。退所後に施設、在宅に行くこともある。

・**現法人入職から現職**:前職湯布院での医科歯科連携のシステムを理解したスタッフも一緒に現法人に入職したので、これまでのシステムの早い立ち上がりにつながり、以前の反省も鑑み進化していったと考えられる。医科歯科連携会議を 1 回/3 か月に行い、DH と連携歯科医師との課題は必ず会議で問題点を挙げて、良い意味で赤裸々に様々な課題を検討しその解決につなげることが可能となった。具体的には、義歯治療の際のレジン削り屑の処理、請求書発行が遅い、患者のクレーム、スタッフの口腔領域の関心の低さ、などの課題である。これらのことをテーブルに上げ検討することにより、DH は連携歯科医師との関係構築を何より大切すること、そして歯科医師の介助には付かず、口腔に関する窓口・橋渡し業務に徹することなどをその都度確認でき、現状の仕組みが構築できたのである。またこのような検討と実施を通して、結果として連携歯科医師とのコミュニケーションが深まり、また介護職とのコミュニケーションが深まったのである。

(3) 経口摂取支援チームの機能維持と技術向上への取り組みについて

・**チームの目指す方向性**:ビジョンは、摂食・咀嚼・嚥下機能の障害がある方に対して、一人でも多くの方が楽しく食べることを支援すること、そしてチームで“寄ってたかって、みんな”支援すること、より健やかな生活を送っていただくという生活の連続性を目指すものである。

・**連携困難な局面への対応**:かつては“生活を見る”ことの重要性をしっかりと理解できていなかった。今でも生活場面への口腔ケアの落とし込み(家に帰るための自立に向けた取り組み)が難しいと思っている。在宅支援に向けた方向性がまだ確立されていない印象があるが、このことも“寄ってたかって、謙虚な気持ちで教えてもらいながら”取り組もうと思っている。

・**職種間の関係**:リハ職と看護の壁は多少あるものの、職種間、上下間の隔たりはない。

・**スキルアップへの工夫**:新人研修として法人内研修で講演し、各施設で実技、OJT(オンザジョブトレーニング)を行う。先輩から機能向上や口腔衛生管理を実地で教わったり、

SSEC の活動で黒岩先生が来た時に OJT 効果がある。とくに黒岩先生は半年に一回来訪されモアブラシの使用方法など教えて下さる。

・**人間関係を紡ぐ鍵**：医科歯科連携懇親会は黒岩先生研修会の際などに開催し施設長も出席する。共に学び飲み語る会として歯科医師会との繋がりになっている。また、歯科医師会の連携の一つの鍵は成功体験を共有できたことだと思う。口腔に関連した家族会も開催している。家族会は口腔に関して困っている体験を相談したり、本人も参加したり、講話などもある。

・**今後の展望**：協働して取り組む啓発活動の活性化 「大分オーラルリハビリテーション研究会」は法人皆でとりくみ、「医科歯科連携フォーラム」も SSEC で取り組んでいる。オーラルリハビリテーション研究会の参加費で黒岩先生などの招聘費を賄っている。そうした啓発活動のきっかけは、上司から言われた、というものであるが、皆で取り組み、地域企業、大学と連携し器具開発なども行っている。その他にも東九州メディカルバレー構想の実現、学生教育など考えている。

医科歯科連携運営モデル図(豊寿苑)

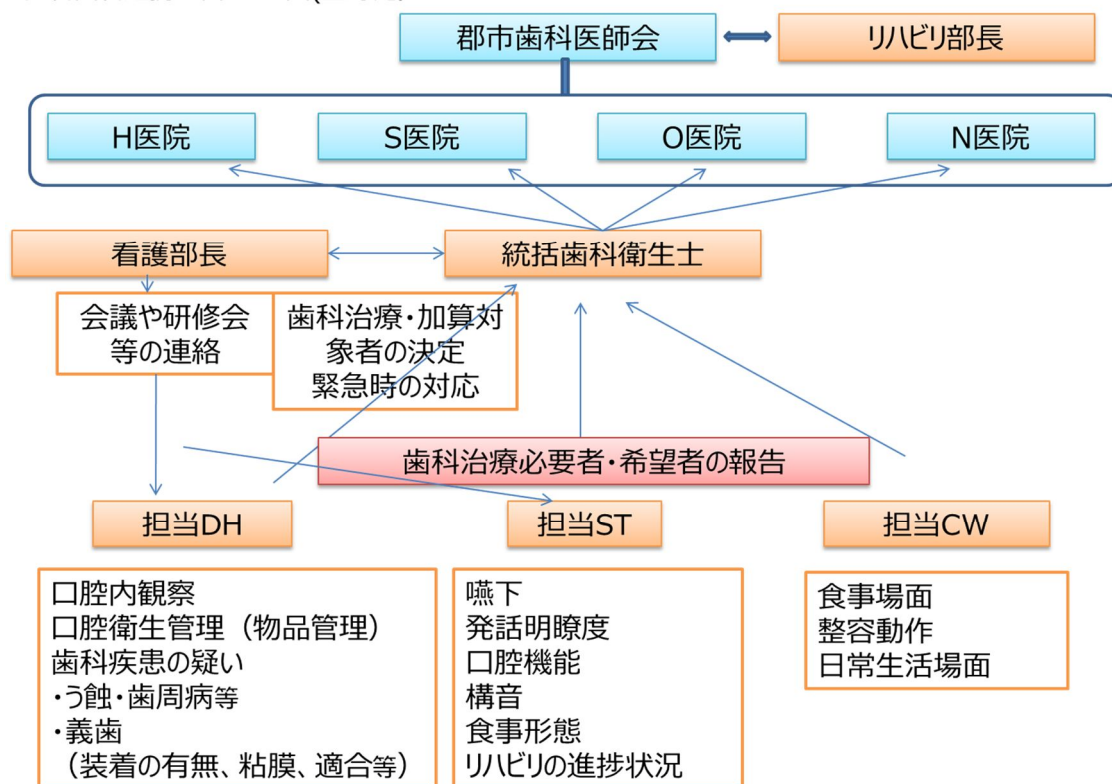


図 1 経口摂取支援に関わる医科歯科連携運営モデル

施設間の連携

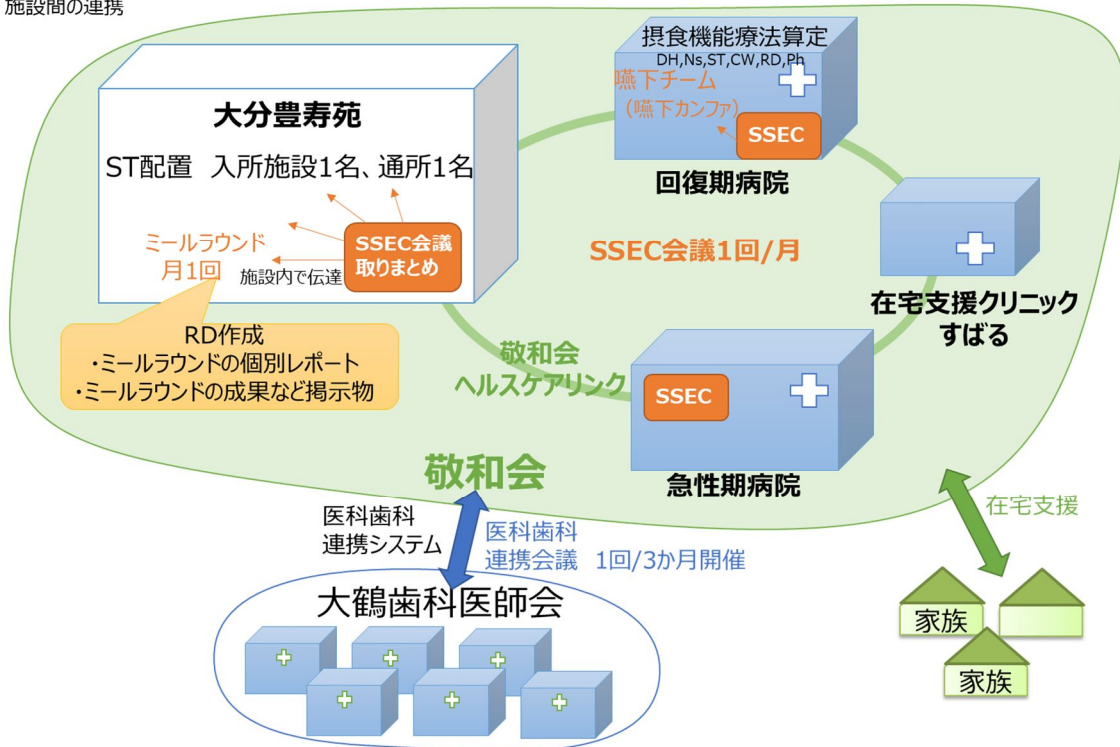


図2 施設間の連携関連図

チーム結成・現在に至るまでの経緯（湯布院厚生年金病院と敬和会の）

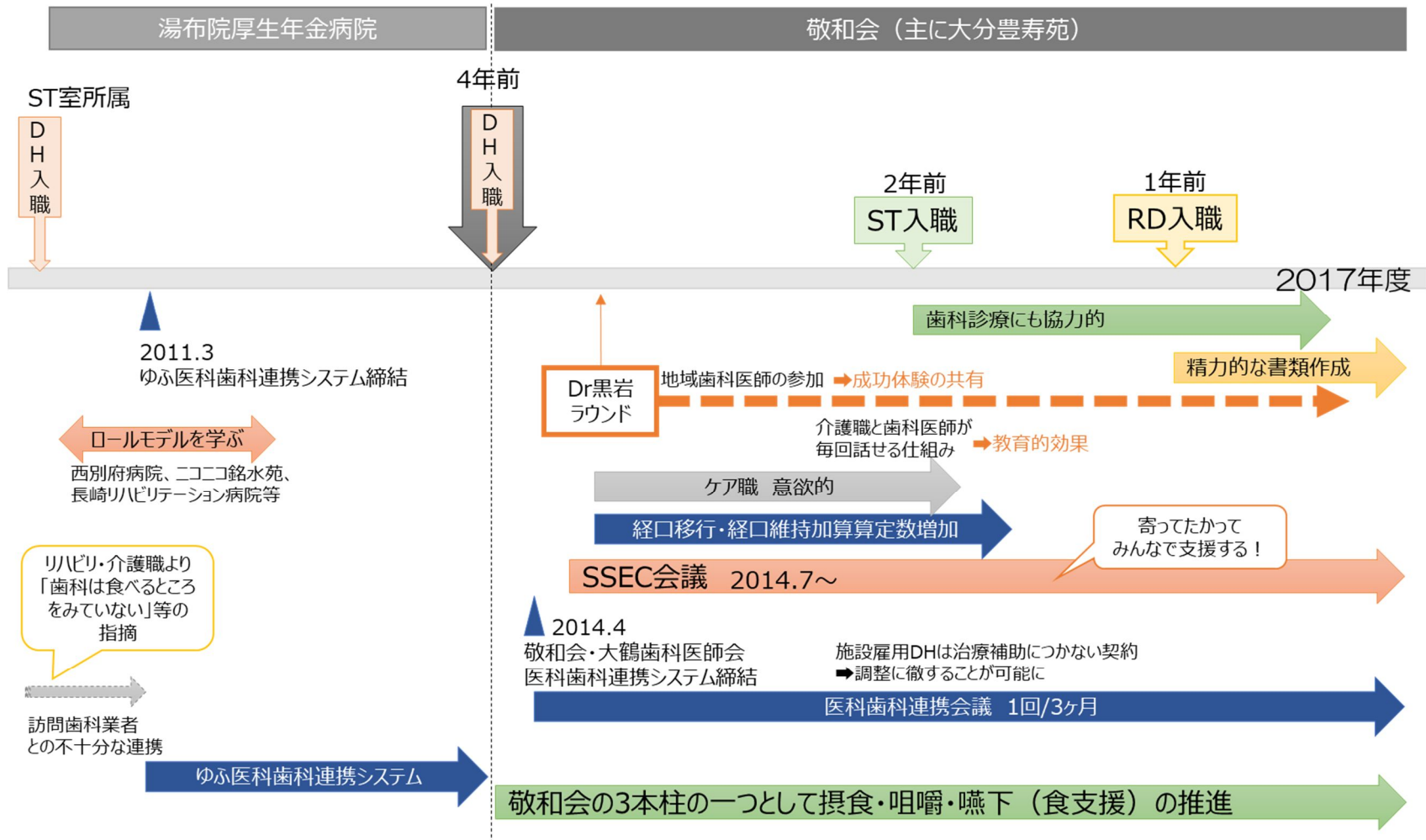


図3 チーム結成・現在に至るまでの経緯