

## 平成28年度 経口摂取支援研修会 (TV)

平成28年12月4日日本会会館及び西部会館にて、島根県歯科医師会及び島根県経口摂取支援協議会主催による標記研修会が開催された。歯科医師、歯科衛生士をはじめとする経口摂取に関わる様々な職種より多数の参加者があった。

以下、講演の要旨について報告を行う。

講演 I :

「地域包括ケアシステムにおける在宅支援について  
～在宅における“食”支援も含めて～」

公立みつぎ総合病院副院長 沖田 光昭 先生  
講師の勤務する公立みつぎ総合病院は広島県尾道市御調町に所在する。御調町は人口約7,200人の内65歳以上の高齢者数が35%を占め、老夫婦のみの世帯や独居世帯が増加している。そのため彼らの在宅生活の維持や退院してからの支援が非常に困難となってきた。

現在“みつぎ”における地域包括ケアシステムでは保健、医療、介護・福祉において、みつぎ総合病院、保健福祉センター（在宅の拠点）、保健福祉総合施設（介護関連施設群）が連携して住民の生活に係っている。

### (1) 地域包括ケアの構築過程

- ①寝たきりゼロ作戦（医師・看護師による“出前医療”（訪問診療・看護）を提供し、後に各種訪問サービスに展開された。
  - ②看護師と同行訪問する病院保健師を独自に採用。後に保健師等が所属する行政の一部が病院機構に組み込まれることで行政とのドッキングを果たした。
  - ③在宅支援の一環として遂行する介護施設群の併設がなされた。
- ①～③の過程で“みつぎ”における地域包括ケアシステムが構築された。



### (2) “みつぎ”における地域包括ケアシステムの説明

#### ①場所（ハード）

- 公立みつぎ総合病院
- 御調保健福祉センター（行政の一部、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所、尾道市北部包括支援センター、介護予防センター等）
- 保健福祉総合施設（有床診療所を含む介護施設群）

#### ②役割（ソフト）

- 医療（在宅医療も含む、急性期・回復期・維持期・終末期全般）
- 保健（予防）・福祉（介護予防も含む、健康の一次予防、二次予防、三次予防）
- 介護（入所、通所、訪問）

#### ③多職種・多部署連携（ハート）

- 各専門職

地域包括ケアシステム構築のための最重要事項

各専門職のそれぞれの関わりにおいては、自分にとって住民がどう関係するのかしないのかを重視し、それによってチーム（多職種）との関係を決める“天動説”よりも、住民にとってどの職種がどのように関わればよいかをチーム（多職種）

## 29.2 島根 歯科

全体で考え、自分もその一員とする“地動説”が求められる。

### (3) 一住民のニーズに応えるために

- ・一住民の生き方・逝き方を支えるのが地域包括ケアシステムの究極の目的
- ・共助であるフォーマルな専門職の連携、公助である行政、そして互助であるインフォーマルな住民参画（地域の警察、郵便、新聞、店舗なども含むソーシャルキャピタル）
- ・共助・公助・互助が連動したいわゆる“面”の連携が真の地域包括ケアシステム、その中でも、行政の旗振り役や仕掛け役としての役割は大きい。

### (4) 在宅における“食”支援

- ・“食”（栄養管理、口腔機能、嚥下機能を含む）はすべての住民の基盤
- ・健康長寿のための『3つの柱』栄養・身体活動・社会参加で、より早期からのサルコペニア予防・フレイル（虚弱）予防
- ・健常（健康）、フレイル、要支援、要介護のどの段階でも“食”は重要
- ・在宅は病院・施設とは異なり多種専門職が関わりにくく“食”支援が難しい環境
- ・在宅における“食”支援には地域包括ケアシステムにける“面”の連携が必須

講演Ⅱ：

「尾道市北部地域包括支援センターの取り組みについて」

公立みつぎ総合病院 尾道市北部地域包括支援センター  
（保健師・主任介護支援専門員）

山内 香織 先生

広島県尾道市には、6カ所の地域包括支援センターがあり、講師の勤務する北部地域包括支援センターは、市の約半分の面積を圏域として御調町と旧尾道市の3町を担当している。なかでも、御調町は公立みつぎ総合病院を核とし、早くから「寝たきり予防」に取り組

むとともに、行政部門である御調保健福祉センター、保健福祉総合施設を中心に保健、医療、介護・福祉サービスが総合的、一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の構築が図られてきた。

御調保健福祉センターは地域の乳幼児から中高齢者まで幅広い年齢層を対象とした健康診査、健康教育、健康相談、家庭訪問事業等多くの保健事業を行っている。また、同じ建物内に地域包括支援センターのほか訪問看護ステーション、ホームヘルプステーション、居宅介護支援事務所、介護予防センター、そして歯科保健センターがあり、互いに緊密な連携が図られている。

これらの連携協働を深めるために、多くの会議が開催されている。なかでも「個別地域ケア会議」には、民生委員や地域住民に加えて、自立支援のためのアドバイザー的役割を担う歯科衛生士、管理栄養士、各種療法士等が定例で参加している。この会議は、多職種との情報共有の場として、口腔や栄養の問題を検討したり、医療機関への受診や訪問診療に結びついたり、また訪問においての他の職種への指導にも役立っている。会議での課題を解決するために在宅スタッフに専門職が同行して訪問を行うことは、利用者の本人家族に大変有用であることは勿論、在宅スタッフにとっても貴重な経験の場となっている。

平成26年度には、歯科衛生士と保健師や介護支援専門員が同行訪問し、満90歳と100歳以上の地域住民を対象とした長寿と口腔の関係性について調査研究を行った。歯科をはじめとする専門職が保健事業や在宅ケアに関わり、行政職や在宅スタッフなど多職種との連携を強化することで、地域の「食や口腔」に対するニーズへの対応がスムーズにとれるようになった。さらに住民との協働により地域ぐるみでの健康づくり、介護予防や重度化の予防への意識の向上につながっていると思われる。（地域福祉部常任委員 楫野泰弘）

事業報告：

### 「島根県摂食嚥下病院施設アンケート結果概要」

松江生協病院 耳鼻咽喉科部長 仙田 直之 先生

島根県経口摂取支援協議会では、在宅虚弱高齢者から入退院を繰り返す摂食嚥下障害患者まで食事に問題を抱える高齢者を地域で支えるためのマニュアル作成を行っている。その一環として、支援の中心的役割を担う県内の病院・老人保健施設における「食べること」への支援体制の現状・課題を把握するためにアンケート調査を実施した。

調査対象は島根県内の病院、介護老人保健施設とし、調査期間は平成28年6月～7月。調査方法は郵送調査法による定量調査。設問方法は選択式（一部自由記述）とした。病院への発送数は51、回答数は38（回答率74.5%）。介護老人保健施設への発送数は39、回答数は19（回答率48.7%）であった。

質問の概要は病院、施設における『摂食嚥下のスクリーニングと評価』『摂食嚥下障害者のスクリーニング後の対応』『退院、退所後のフォロー』『摂食嚥下障害者の地域での対応、連携、課題』等である。

『摂食嚥下のスクリーニング』について38病院中、「入院患者全員に行っている病院」は5（入院時の嚥下障害の有無を問う問診を含む）、「疑い例に実施している病院」は28、「実施なし」は5であった。「外来」（37病院）においては「疑い例に実施している病院」は18、「実施なし」は16であった。19老健中、『摂食嚥下のスクリーニング』を「全員に実施」が1、「疑い

例に実施」が13、「実施なし」は5であった。「外来・デイケア」（19施設）では「疑い例に実施」は7、「実施なし」は10、「外来なし」が2あった。老健ではある程度安定した方、あるいは急性期を経て評価を終えた方が入所して来られるため入院と異なり「実施なし」が増えると考えられる。

38病院の「スクリーニング検査」内容は「改訂水飲みテスト」81.8%、「反復唾液嚥下テスト」75.8%、「フードテスト」69.7%、「チェックリスト」60.8%、「頸部聴診法」51.5%、「喉頭拳上」48.5%、「その他」12.1%であり、19老健では「改訂水飲みテスト」78.6%、「チェックリスト」57.1%、「反復唾液嚥下テスト」50%、「頸部聴診法」28.6%、「喉頭拳上」28.6%、「フードテスト」21.4%、「その他」21.4%であった。病院、老健とも「改訂水飲みテスト」「反復唾液嚥下テスト」は多数の施設で行われているが「フードテスト」については老健では少なくなっている。

『チェックリスト』の項目の内訳は（38病院）「食事摂取状況」100.0%、「認知機能」85.0%、「義歯保有」80.0%、「口腔衛生」80.0%、「発声・構音」80.0%、「口腔咽頭機能」65.0%、「歯数・咀嚼」60.0%、「呼吸機能」50.0%、「頸部可動域」40.0%、「その他」10.0%となっており、「歯数・咀嚼機能」まで把握している病院は少ない。19老健の内訳は「食事摂取状況」100.0%、「口腔衛生」100.0%、「義歯保有」87.5%、「認知機能」87.5%、「口腔咽頭機能」75.0%、「歯数・咀嚼」75.0%、「発声・構音」62.5%、「呼吸機能」62.5%、「頸部可動域」25.0%、「その他」25.0%であった。摂食嚥下で非常に重要な項目は「頸部可動域」の検査である。老健において同項目は少なくなっている。

『誰がスクリーニングを行っているか？』について、37病院では「言語聴覚士」51.5%、「看護師」48.5%、「医師」33.3%、「歯科医師」9.1%、「歯科衛生士」9.1%、「管理栄養士」6.1%、「その他」3.0%であり、言語聴覚士、看護師が半々という結果であった。県内病院において東西差が認められ、東部では言語聴覚士





## 29.2 鳥根 歯科

が行っている病院が多く西部では言語聴覚士が少ないためか看護師が行っている病院が多い。19老健では「言語聴覚士」57.1%、「看護師」35.7%、「管理栄養士」28.6%、「その他」28.6%、「医師」21.4%、「歯科衛生士」21.4%、「歯科医師」0.0%であり、病院と同じような傾向が認められたが、その他の中には「介護福祉士」が含まれている。

『スクリーニング陽性患者の評価』について、38病院のうち「自院で評価」は34、「他院紹介」は2、「何もしない」は1であり、19老健では「自院で評価」は18、「他院紹介」は1と病院、老健ともほぼ自施設で行っている。

スクリーニング後の精査である『嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査』について、38病院のうち『嚥下内視鏡検査（VE）』を「行っている病院」は19、「行っていない病院」は19であり実施診療科はリハ科5、内科5、耳鼻科5、歯科3である。『嚥下造影検査（VF）』を「行っている病院」は28、「行っていない病院」は10であり、実施診療科はリハ科12、内科11である。VFは県内病院の3/4、VEは1/2の病院で行われており、いずれもリハ科のドクターが係わっている。困難症例についてはリハ科のドクターのいる病院に紹介するのが現実的と考えられる。『胃瘻造設術』について38病院のうち「行っている病院」は25、「行っていない病院」は13であり、3/4近くの病院が胃瘻造設を行っている。「胃瘻造設を行っている25病院」のうち「VE、VFとも行っている病院」は15、「VEのみ」は2、「VFのみ」は5、「なし」は3と胃瘻造設を行っている多くの病院でVE、VFが行われている。これは「胃瘻造設時嚥下機能評価加算」により、嚥下機能評価が不可欠になってきたためと考えられる。

19老健においては『嚥下内視鏡検査』を「行っている施設」は1、「行っていない施設」は18、『嚥下造影検査』を「行っている施設」は2、「行っていない施設」は17、「胃瘻造設術」を「行っている施設」は2、「行っていない施設」は17施設である。VE、VF、胃瘻

造設を行っている施設は病院に併設された施設である。

38病院の『摂食嚥下障害への対応』について、「摂食嚥下リハビリ」を「自院で行っている病院」は35、「他院紹介」は1、「何もしない」は2、「口腔ケア」を「自院で行っている病院」は37、「他院紹介」は1であった。19老健のうち「摂食嚥下リハビリ」を「自院で行っている施設」は15、「他院紹介」は2、「何もしない」は2、「口腔ケア」を「自院で行っている施設」は19であった。病院、老健ともほとんど自院・自施設でリハビリ、口腔ケアを行っている。

『摂食嚥下障害への対応』について、「栄養評価・介入」、「食形態の調整」については、いずれも38病院、老健19施設、全て自院・自施設で行っていた。

『摂食嚥下障害の体制』について、38病院中、「NST（Nutrition Support Team）がある病院」は31、「NSTがない病院」は7、「SST（Swallowing Support Team）がある病院」は11、「SSTがない病院」が27であった。病院機能評価のためNSTがなければ減算となるためNSTがあるということが前提となっているが嚥下についてはしっかりやる病院とそうでない病院がある。19老健においては「NSTがある施設」は5、「NSTがない施設」は14、「SSTがある施設」は5、「SSTがない施設」が14であった。老健においてはSSTがあるところが一緒にNSTを行っており摂食について工夫して行おうとしている。

『退院先との連携』について38病院は、「退院先への情報提供を行っている」は37、「行っていない」は1であった。（「行っていない」と答えた病院もおそらく情報提供を行っている。アンケートの聞き方の問題と思われる。）「情報提供の内容」（37病院）は「食形態」86.1%、「入院中の訓練」75.0%、「退院後の訓練」68.4%、「服薬上の禁忌」32.6%、「その他」5.6%であった。

『退院後のフォロー』（37病院）については「概ねする」が1、「余りしない」が23、「なし」が1であり自院での嚥下障害の対処に比べ退院後のフォローが行われていないのが現状であった。

19老健の『退所先との連携』について「退所先への情報提供を行っている」は全施設で、「情報提供の内容」は「食形態」100.0%、「入所中の訓練」84.2%、「退所後の訓練」68.4%、「服薬上の禁忌」52.6%、「その他」5.3%であり、老健も病院と同じような傾向が認められた。『退所後のフォロー』については「概ねする」が6、「余りしない」が5、「なし」が8とフォローする施設が多く認められる。

38病院中『併設している施設』は「デイケアセンター」22.9%、「居宅介護支援事業所」17.1%「訪問看護ステーション」28.6%、「デイサービスセンター」11.4%、「歯科保健センター」2.9%、「上記いずれも無い」が68.6%であり、併設施設を持つ病院は「退院後のフォロー」を併設施設につなげていけるがそうでない病院は次へのバトンの受け渡しが出来ない状態になっている。19老健の「併設施設」は「デイケアセンター」78.9%、「居宅介護支援事業所」63.2%「訪問看護ステーション」26.3%、「デイサービスセンター」26.3%、「歯科保健センター」0.0%、「上記いずれも無い」が10.5%であり、老健ではそれなりにフォローが行われている。

『嚥下専門外来』は、38病院中「松江地区」に2病院、「出雲地区」に1病院、「浜田地区」に2病院、「益田地区」に1病院、認められた。

38病院中『住民に対する摂食嚥下相談窓口』を設置されているのは「松江地区」で3病院、「出雲地区」で1病院、「雲南地区」で2病院、「大田地区」で1病院、「浜田地区」で1病院、「益田地区」で2病院、「隠岐地区」で2病院と各医療圏域に認められ、基幹病院が中心的役割をはたしている。

松江圏域における現状は「嚥下外来」「住民相談窓口」が設置されている病院はVE、VF、胃瘻も行いバックアップ体制が整っている総合病院といえる。

38病院の『所在地域の関係職種間のネットワーク化』については、「松江地区」で「取り組んでいる病院」は6、「取り組みなし」は5、「出雲地区」で「取り組

んでいる病院」は4、「取り組みなし」は3、「雲南地区」で「取り組んでいる病院」は1「取り組みなし」は3、「大田地区」で「取り組んでいる病院」は2、「取り組みなし」は1、「浜田地区」で「取り組んでいる病院」は2、「取り組みなし」は5、「益田地区」で「取り組んでいる病院」は2、「取り組みなし」2、「隠岐地区」では「取り組みなし」2であり、各地域ある程度活動がみられるが、十分とはいえない状態である。19老健における『所在地域の関係職種間のネットワーク化』の取り組みについては「松江地区」で「取り組んでいる施設」は1、「取り組みなし」は5、「出雲地区」で「取り組んでいる施設」は1、「取り組みなし」は4、「雲南地区」では「取り組みなし」2、「大田地区」で「取り組んでいる施設」は1、「取り組みなし」1、「浜田地区」では「取り組みなし」は1、「益田地区」で「取り組んでいる施設」3となっており、老健での取り組みが少ないため病院が中心とならざるを得ないといえる。

『所在地域の専門職間で摂食嚥下に関する情報や問題意識が共有されていると思うか?』という質問に対し、38病院、19老健の回答は「松江地区」で「とても思う・思う」と答えた病院・施設は4、「あまり思わない・思わない」と答えた病院・施設は13であった。同様に「出雲地区」では「とても思う・思う」が7、「あまり思わない・思わない」が5、「雲南地区」では「とても思う・思う」が3、「あまり思わない・思わない」が3、「大田地区」では「とても思う・思う」が3、「あまり思わない・思わない」が2、「浜田地区」では「とても思う・思う」が1、「あまり思わない・思わない」が7、「益田地区」では「とても思う・思う」が2、「あまり思わない・思わない」が5、「隠岐地区」では「とても思う・思う」が0、「あまり思わない・思わない」が2となった。問題意識が共有されている先進的な地域もあるが、まだまだ不十分な地域もあり、経口摂取支援協議会が補完していく、あるいはそのシステムをどう作っていくか考える場になれば

## 29.2 島根 歯科

と考えている。

『所在地域で摂食嚥下機能の低下した在宅療養者を十分に把握できているか?』という質問に対し、38病院、19老健の回答は「松江地区」で「とても思う・思う」と答えた病院・施設は0、「あまり思わない・思わない」と答えた病院・施設は17であった。同様に「出雲地区」では「とても思う・思う」が2、「あまり思わない・思わない」が10、「雲南地区」では「とても思う・思う」が1、「あまり思わない・思わない」が5、「大田地区」では「とても思う・思う」が0、「あまり思わない・思わない」が5、「浜田地区」では「とても思う・思う」が0、「あまり思わない・思わない」が8、「益田地区」では「とても思う・思う」が0、「あまり思わない・思わない」が7、「隠岐地区」では「とても思う・思う」が0、「あまり思わない・思わない」が2となった。在宅療養者については出雲、雲南の一部の地域を除きほとんどの地域ではまだまだ把握しきれない状態である。

『所在地域では摂食嚥下障害に対応したサービスが十分に提供されているか?』という質問に対し、38病院、19老健の回答は全ての地区で「あまり思わない・思わない」であった。既存の配食サービスなどあるが病院・施設などに十分知られておらず、退院後、退所後の地域での取り組みが上手く繋がっていない。マニュアルを作ることで情報共有を図り、地域の実情に合わせた包括システムに役立てられるマニュアルを作っていければと考えている。

『摂食嚥下に関し地域支援体制構築に必要な要素は何か?』を、38病院、老健19施設に質問したところ、「関係職種間の意見交換の場」77.2%、「相談窓口」64.9%、「職種の人員」61.4%、「専門職種間の理解」61.4%、「連携可能な地域資源のリスト」59.6%、「支援する仕組みの役割分担」52.6%、「支援する仕組みのリーダー」50.9%という回答であった。

以上のアンケート結果より、各病院・老健とも入院患者に対しては自院で「摂食嚥下障害のスクリーニン

グ検査」を行い、「嚥下リハビリ」、「口腔ケア」、「栄養管理・食事対応」を行っているが、退院後、病院では摂食嚥下障害者ほぼフォローされておらず、老健では31.6%が概ねフォローされていた。その理由として老健ではデイケアなど併設されているが病院ではその機能がないためと考えられる。VE・VFの2次精査は「胃瘻造設術」を行う病院を中心に行われていたが、老健ではほぼ行われていなかった。

「嚥下障害の相談窓口」や「嚥下外来」は老健にはほぼなく、VE・VFを備えている地域の基幹病院が担っていた。虚弱高齢者の摂食嚥下障害もかかりつけ医院や歯科医院でスクリーニングを行い、この基幹病院と連携するシステムを構築したいと考えている。「地域支援体制の構築」に当たり、「相談窓口」の他に「関係職種間の意見交換の場」、「地域資源のリストアップが必要」という意見が多く、そのための島根県食支援マニュアルを作成中である。

講演Ⅲ：

「地域包括ケアシステムにおける歯科の役割」

公立みつぎ総合病院 診療部長 占部 秀徳 先生  
地域包括ケアシステムにおいて、行政は仕掛け人、主役は地域住民、専門職はサポーター、地域が舞台となる。地域包括ケアシステムは必ずしも高齢者に限るものではなく子供など支えを必要とするものを地域で支えあう仕組みでもある。公立みつぎ総合病院歯科が目指す診療はこれまでの「健常者型歯科診療」、口腔ケアを中心とした口腔機能回復を目指す「高齢者型治療」に止まらず、「食の支援」までと考えている。

超高齢化社会における歯科治療は、リスクを伴う有病者や在宅、入院患者の増加に伴い、「高齢者型治療」に推移してくる。そのため「従来型の疾病の予防」「介護予防」「オーラルフレイル・サルコペニアの予防」といった予防活動が大切であり、地域包括ケアシステムの中では歯科診療と歯科保健という両輪が必要になってくる。平成8年厚生省が市町村保健センター



に口腔保健室を整備するにあたり、公立みつぎ総合病院歯科に「歯科保健センター」を開設し、歯科検診、歯科保健指導、予防措置、健康教育、高齢者対策を行っている。

食支援の方法としては小さい頃から食事或いは正しく噛んで食べるといった教育が必要であり、親子での食育教室、男性の料理教室などを行っている。生きがいのある生活が口腔機能を維持させ、また、義歯あるいはブリッジが入っていても20本以上歯がある人は口腔機能が保たれて美味しく食べて生きがいのある生活が送れている。食べることを意味を考えると、①栄養補給、②生活自立の基本であり社会的役割を果たす、③社会的習慣、④共に食べることによる交流・コミュニケーション手段、⑤楽しみ、ストレス発散といったことが考えられる。

食べられない要因は様々ある。食事はまず咬まない、飲みこめない。咬める・咬めないといった咀嚼機能障害（歯周病、歯の欠損、口腔乾燥など）を歯科医が診ることが大切である。廃用・脳血管障害によって嚥下障害・摂食困難、それに続く栄養障害、QOLの低下といった連鎖が生ずるが歯科医はまず咀嚼機能障害の改善、予防を行い、廃用を生じた時は、咀嚼筋・嚥下筋の筋力の低下を見つけ、治療に繋げることが大事になってくる。

地域包括ケアシステムにおいては施設、病院、在宅の切れ目ないNSTが必要であり、これにより三位一体の栄養管理が可能となる。回復期リハ病棟において週一回、歯科衛生士、言語聴覚士、看護師、栄養士、理学療法士などを交えミーティングを行い、最終的な在宅復帰に向けた栄養改善のゴールをイメージして栄養指導を行っている。

回復期リハ病棟97名の入院患者に1年間関わったところ、ほとんどの患者に歯科の介入が必要であった。リハ病棟入院時、経管栄養だった18名のうち、退院時経口摂取可能になった患者の経口摂取移行期間は2週間以内、あるいは、ほぼ1か月以内であった。歯科に



問題のある患者は臼歯部での咬合が有るか無いかでその後の状態に影響があることがわかった。ADLが良くなった患者が55%、食形態が上がった患者が61%おられたが、臼歯部で咬めることでADL、食形態が上がってくる。歯科が介入することで食べられるようになり、栄養が取れることによりADLも上がり、リハビリも可能になる。歯科ができることは臼歯部でどうやって食べさせるか？を考えることである。

回復期リハ病棟退院時、独自の食事指導を行っている。在宅では入院中とは異なる状況であるため、本人・家族および生活状況を十分把握した指導をすることが必要になってくるが、退院後、様々な変化がありケアマネとも連携が取りづらく食事支援体制が不十分ということもわかってきた。その結果、多職種で摂食嚥下障害者に対し積極的な在宅支援の取り組みが必要と考えられた。逆にケアマネの相談場所もどこがよいか判断がつかず問題になっている。そのため、院内だけでなく在宅NSTの勉強会にも取り組んでいる。

嚥下調整食について施設間での情報提供が必要であるが情報が充分に行き届いていない。施設間での呼び名の統一が必要と考えられるが、呼び名の統一は難しい。主食はほぼどこも同じような名称であるが、副食の呼び方がばらばらになっている。常食、普通食といったものが嚥下調整食IVに入っていたりするため、施設、或いは病院から在宅、施設に行った時の嚥下食の調整が必要であり、また在宅に帰った時、施設に行った時に適切な情報提供が必要と考えられる。

## 29.2 島根歯科

患者さんの「食べたい」という思いを叶えるために、「在宅に帰った患者さんの何を見るべきか？」ということを考える必要がある。「こんにちは」の挨拶のあとの話に耳を傾ける。あるいは患者さんと握手をした時の手の感触を感じ取ったり、歩き方を見てもその時々でちゃんと歩いているか、ふらついていないか歩行の観察を行う。また、食事場面に遭遇した時は食事観察も行う。

地域包括ケアの中で暮らしを視ていくということは、訪問診療の場において、食事の状態（食欲、味覚、嚥下状態、口腔内清拭、口渇、吐き気、胃痛など）、排泄（尿・便の回数、出具合、汗の状態など）、睡眠

（睡眠の質・時間、日中の傾眠、不眠の種類など）、認知領域（失認、失行、失語、見当識障害、判断力低下、記憶障害など）、運動（ふらつき、転倒、歩行状態、振るえ、すくみ足、手指の状態、麻痺など）といったことを家族・職員などからの聞き取りも含め、観察していく必要がある。これらの情報を基に、患者のQOLが守られているか？口腔機能の低下などで暮らしが悪影響を受けてないか？など考えてみる必要がある。口腔以外にも様々な課題があると判断したときは、多職種との連携を図り課題に取り組む必要もある。本人ばかりではなく、周りの家族、介護者も含めて視ておく必要がある。（地域福祉部常任委員 梶原光史）