

3. 歯科医療と介護

社団法人 岩手県歯科医師会専務理事 佐藤 保

○須田常任理事（司会） それでは最後のスピーカーですけれども、実際、ご開業医で活躍しておられます佐藤 保先生、岩手県歯科医師会の専務理事を務めていらっしゃいますけれども、「歯科医療と介護」というメインテーマでお話ををしていただくことになっております。佐藤先生につきましても、一番最後のページに先生のご略歴が書かれておりますので、ご参照いただきたいと思います。それでは佐藤先生、よろしくお願ひいたします。

○佐藤 ご紹介ありがとうございました。岩手県歯科医師会の専務理事をしております佐藤と申します。

本日は、このようなシンポジウムにお招きいただきまして感謝申し上げます。併せて、常日頃お世話に、またご指導いただいている先生方がこの場にいるので大変緊張しております。なお、本日のテーマ「医療連携」、先ほど安井先生のほうでも連携医療というお話でございましたが、ここでは「医療連携」の用語でお話しさせていただきたいと思っています。特に私ども県の歯科医師会現場の立場からということでお話をさせていただければと思います。

平成 20 年度からの大きな変化というのは、すでにご存じのように 4 計画が実施されています。医療計画、医療費適正化計画、健康づくり計画、地域ケア支援計画等の事業です（図 1）。

これら 4 つのものは、今メタボリックシンドロームが知られている用語ですが、基本的には医療制度改革の大きな基本的な 3 つの考え方、すなわち安心信頼の医療、医療費の適正化、公平負担の対策の視点から、それぞれ医療計画が都道府県で立てられています（図 2）。

また、医療費適正化計画等も今進んでますが、このような大きな 20 年からの変革に対して、まず日本歯科医師会では、日本歯科総合研究機構で県の状況を詳しく精査し、特に長崎県が先駆的に進められていったということで、これを 1 つの範としてこういう計画を各県が歯科医師会もしくは歯科医師のあり方というものを含めて行政とさまざま検討しながら、県における医療計画を推進していくべきだという指導が資料も含めて出されました（図 3）。

幸い岩手県では、4 つの疾病に関してそれぞれの医療連携の中に歯科医の役割というも

平成20年、大きな変化の年

4計画が実施される

1. 医療計画
2. 医療費適正化計画
3. 健康づくり計画
4. 地域ケア支援計画

図 1

医療制度改革法の概要

厚生労働省

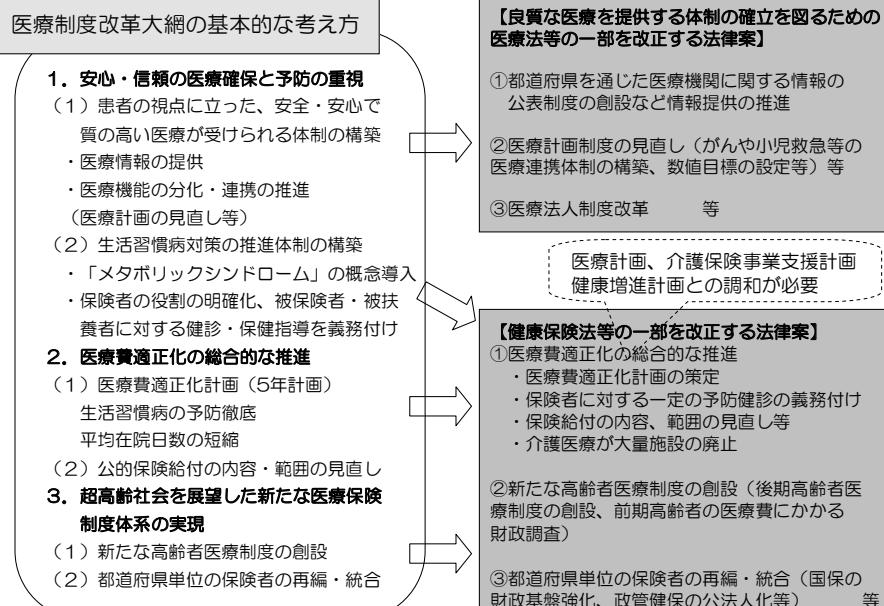


図 2

のを書き込むことができました。ちなみに、今日はちょうど稻垣先生の糖尿病のお話がございましたが、岩手県における糖尿病におけるイメージ図を示します（図 4）。糖尿病以外にも、がん、心疾患、それから脳卒中等の 4 疾病についても県の計画に示されていますが、4 つの疾病ごとに全く違う連携図になっておりますし、またこれができ上がったときの各都道府県の書かれた状況を見ますと、かなり違ったものになっております。まさに地域ごとにそれぞれ違ったものができ上がってはいるのですが、基本的には、先ほどの連携医療、要するにそれぞれの医療機関が大きく関わっていくのだという、その部分

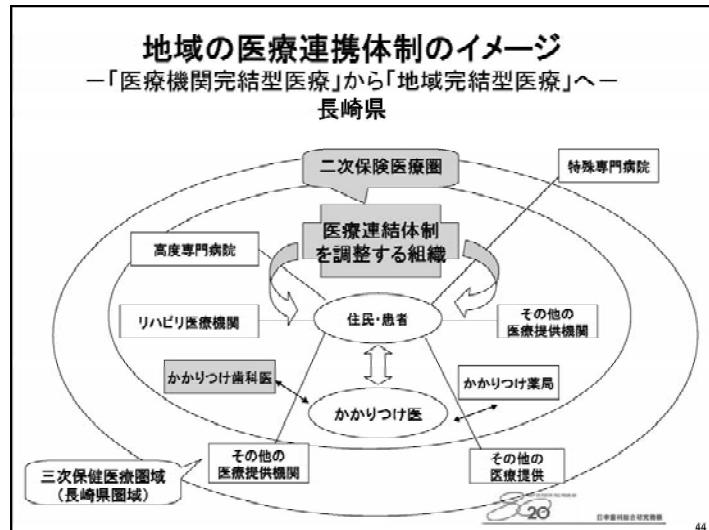


図 3

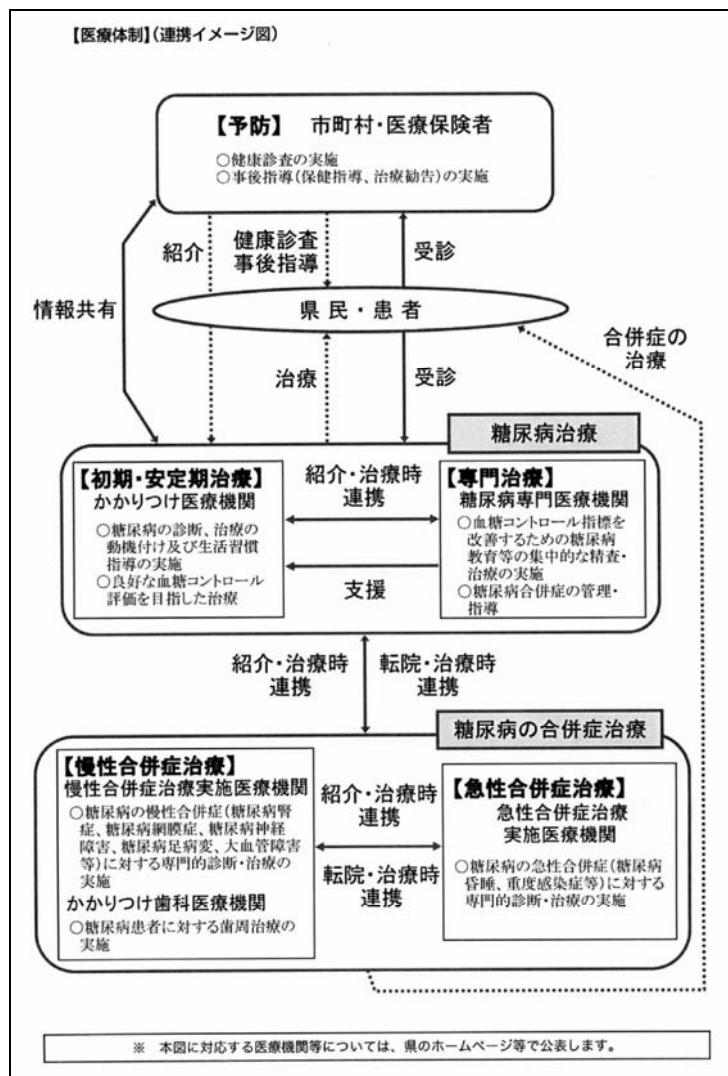


図 4

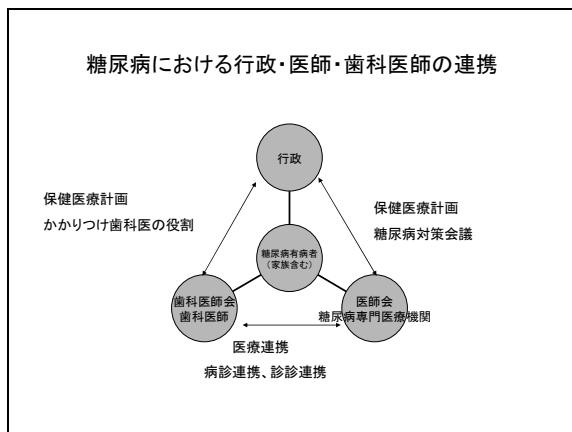


図 5

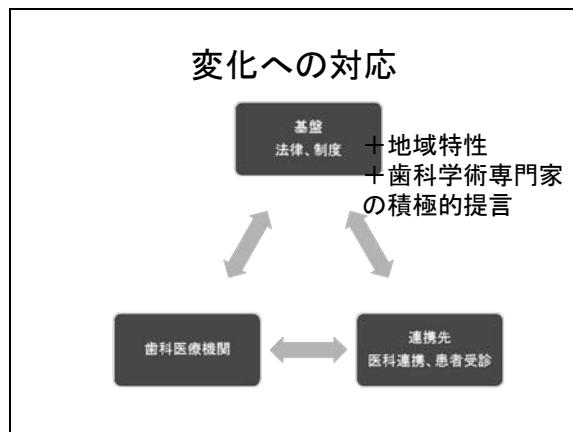


図 6

が大きなものがあると思います。

加えて、歯科医療機関の機能というものについて、連携図に入った医療機関は公表するとなっていますが、これも県のホームページにすでに公表されている都道府県がいくつかあります。当初、医療機能評価の実施の際には、医科ではすべての病院、すべての診療所が対象になりましたが、歯科はこの医療機能評価に全く入っていなかった、というのが現実です。

糖尿病における歯科医師の連携が入って何が変わったか。岩手県では、まずこの保健医療計画がなければ、ここには歯科医師は入っていけなかっただということになります。県に糖尿病の対策会議という会議があります。これは県と医師会とそれから糖尿病の患者の会等々の方たちが集まって、岩手県内の糖尿病の対策をどう進めていくかという会議です。これはもちろん私ども今まで入っていなかっただけです。それが入れた理由は何か。保健医療計画に入っているというのが根拠です。当初は医師会からまず勉強会などに集まって、医師会の中にもこの対策会議、ほとんどの都道府県は持っております。こういう場面にもし先ほどの稻垣先生のような資料、岩手県の実態ですよというものが出て来ると、これは地域における糖尿病対策に大きな指針になってくるということは間違いないと思います（図 5）。

今私どもは医療連携の基盤として、都道府県ごとの医療計画であると確信しております。もちろん医療計画は、地域計画や医療費適正化計画と整合性をとっていかなければなりませんので、これを単独でというのはなかなか難しい場面も出てくるかもしれません。ですが、これは計画がなければここには、この輪の中にも入っていけなかっただけです。実際には、この 3 つを同じような大きさに書いておりますが、まだ歯科は、ここにもし現実を書くとすると、ほとんど読めないような字になってしまふのが現実ですが、ここがなければいけないと思っております。

もちろん、中心には患者さん、地域の住民がおられます。地域の特性を考え併せながら、

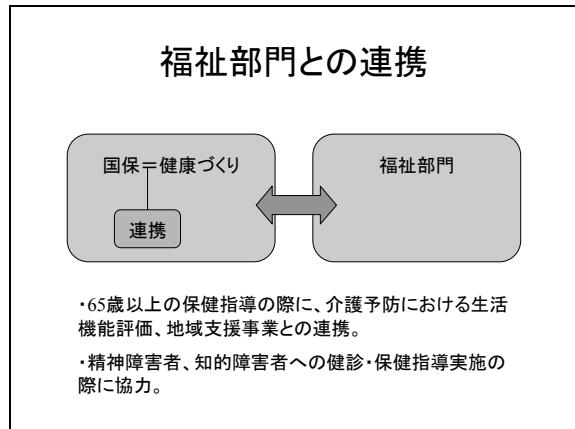


図 7

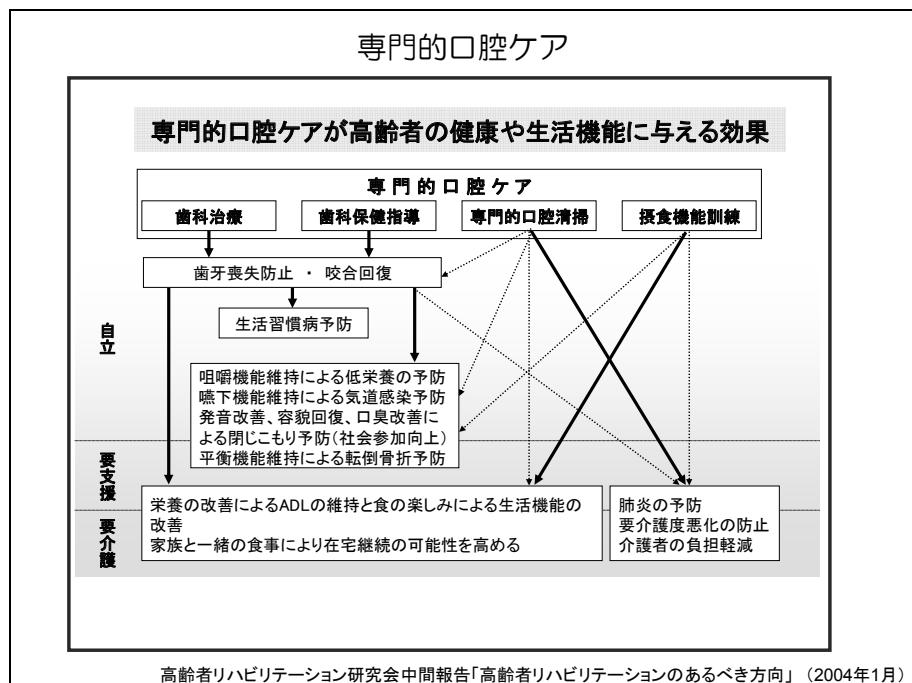


図 8

先ほど申し上げました連携会議等の場が今後、糖尿病だけではございません、脳卒中等の中にも私どもは今後入っていく機会を得るわけですが、そのときこそ、まさに先生方の先ほどのようなエビデンスを出されることが、県民に対して、もしくはそういう基盤の中で大きく発言する機会を得ることができます。

本来であれば、医療専門家団体が参画するべきなのでしょうが、連携医療の基盤の中で都道府県の行政が考えているのは、基本的には医療機関同士の連携というのが現場ですので、そこの代表者として私どもが参加しているものと思われます。そのときに、専門家団体等のご支援をいただきたいと思っています（図 6）。

介護予防における 口腔機能向上

平成18年実施、平成23年見直しに向けての調査
平成20年度日本公衆衛生学会発表より

平成18年、19年の岩手県における
65歳以上人口および特定高齢者数

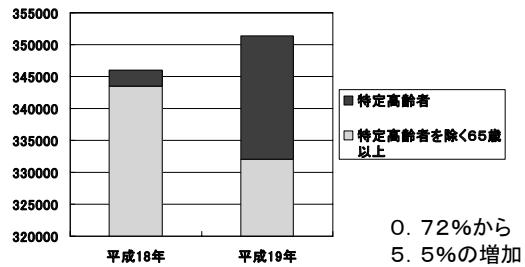


図 9

図 10

私は 4 疾病を中心今後の保健・医療は進むと思っているのですが、一方で、福祉の部の地域ケア計画だとか健康づくり計画とか、いろんな計画の整合性という中で、今日は介護という部分も次に触れさせていただきます。

これは、岩手県行政が福祉部門の連携のイメージ図として出したものです（図 7）。このように、65 歳以上の保健指導、介護予防における生活機能強化、地域支援事業と連携しながら進めていくということが触れられております。

これは 2004 年に高齢者リハビリテーション研究会の中間報告がなされたものですが（図 8）、介護予防についての考え方は、2004 年に出された介護福祉、平成 18 年からの介護予防の進め方の大きな骨格となっています。咀嚼筋の維持による口腔機能の向上、閉じこもり予防、転倒予防等。最終的に、自立、要支援、要介護に対して、役割を果たしていくということが、その後の平成 18 年に出されました介護予防のあり方に盛り込まれてまいります。

平成 18 年に実施して、23 年にはもう見直しなわけですが、23 年の見直しはもうすでに 20 年に始まっております（図 9）。3 つの介護予防のうち、運動器、これは過去にも相當時町村が得意技としていたというところがあるかと思います。一方で、口腔機能向上というのはなかなか取り組まれていない。栄養向上については、非常に手順やら評価が難しいこともあったように思います。

岩手県における 65 歳以上高齢者の人口でございますが、18 年から 19 年、微増しております。そして、特定高齢者、いわゆる生活機能に問題があり、介護予防、地域支援事業や予防給付の対象者になる方たちは、18 年から 19 年度にこんなに増えているというふうな図に見えるわけですが、数で言いますと、確かに全体の中の 0.72% でございました。こちらは 5.5% です（図 10）。この状況がなぜ起こったか。特定高齢者が増えたのか。そうではありません。これは、スクリーニング方法が変わったということなのです。すなわち、生活機能に問題があるという方たちをどうスクリーニングしていくかという方法が変

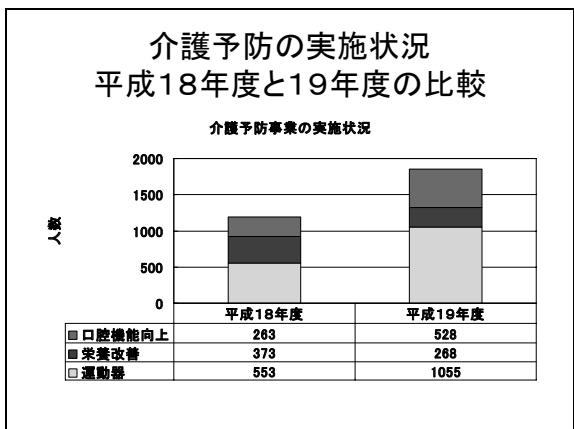


図 11

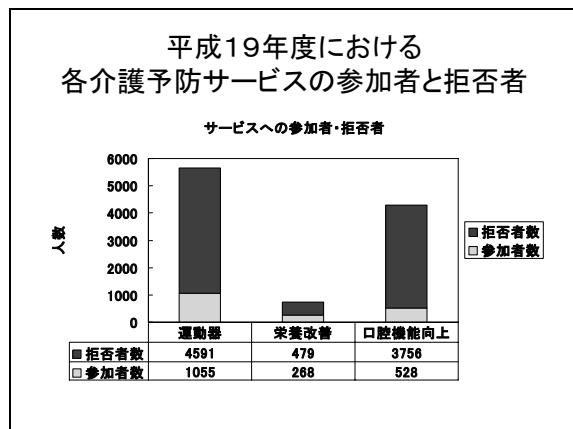


図 12

わっただけで、岩手県ではおよそ 0.72%から 5.5%。ちなみに国の想定している見込み量が 5%でございました。まさに、これは想定されるスクリーニングを、スクリーニング方法を変えたことによって出てきたということが大きな点だと思います。

そして、実際に参加者の部分ですが、口腔機能向上が倍増、運動器に関しても倍増というのが数的な意味です（図 11）。

地域支援事業を示させていただきました。介護予防には地域支援事業と予防給付という 2 つの大きな柱があるわけですが、もう 1 つ言えば、ベースに一般高齢者施策というのがあるわけでしょうが、介護予防拒否者が多いということが今大きな問題になっています。要するに、あなたは対象者ですよ、このサービスを受けることによって予防になるから参加しましょう。ところが、嫌だという方の割合が非常に多いというのが一番の課題になっております。たとえば、運動器でも多いのですが、栄養改善は結構拒否者の割合が少ないのです。口腔機能向上に至っては、最も拒否者の割合が高い事業でした（図 12）。

ただ、介護予防事業を実施すればどのような効果があるか。これは特に歯科衛生士たちの大きな役割が見えてきます。たとえばむせの変化。この市では 24 名が対象者ですので、統計的な意味はあまりここで出すと素人の私は、材料がないので、あえて生の数字を出しておますが、むせがあった人が 3 分の 1、なかつた人が倍以上増えているという結果も出ているのです（図 13）。

また、口腔乾燥がどう変わるかというと、乾燥がなかった方が実施前 0 だったのが増えるとか、あとは乾燥があった方たちはおよそ 3 分の 1 に減じるというふうに、そういうサービスを実施しますと、市町村の担当者は、なるほど効果があるのだということを理解されるのです（図 14）。ですが、入り口のところすでに止まっているのが現状もあります。

それを市町村に、どういう問題があるのでしょうかと聞くと、ほとんどが交通手段のアクセスの問題を必ず挙げています。アクセスというものがまさに物理的なアクセスなのか、

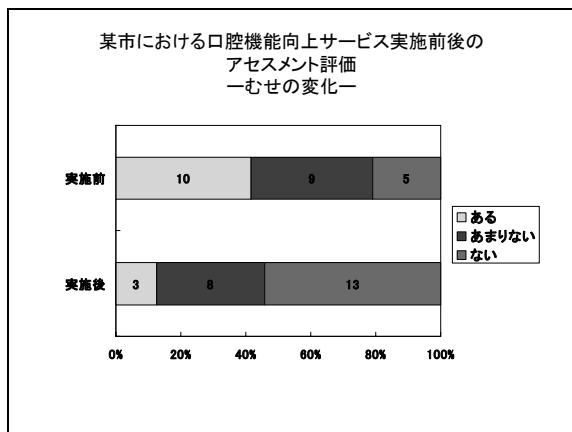


図 13

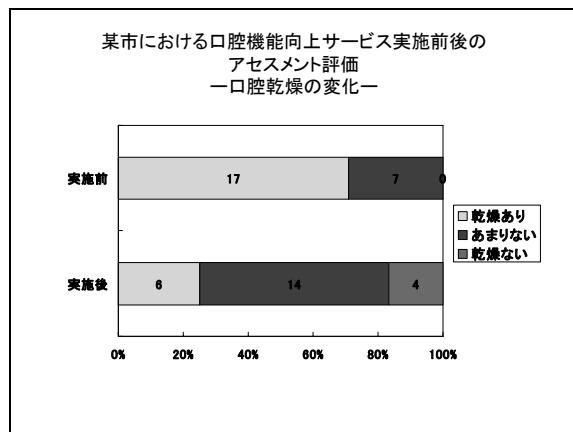


図 14

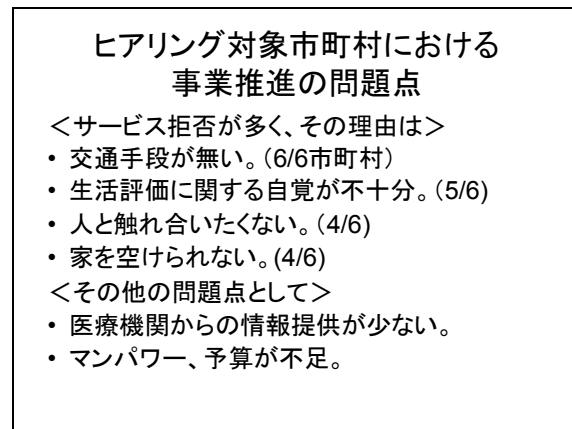


図 15

心理的なアクセスなのか、ここでは交通手段がないことが挙げられています。

それからこれは意外と最初はよくわからなかったのですが、生活機能に対する自覚が不十分だという回答です。これはどういう意味なのか。回答は市町村担当者です。今まで多くの方たちが検診を受けてきたでしょう。1歳、3歳児は覚えていないかもしれないが、学校の検診もあった。つまり病気を発見する作業というものに、自身の経験がある。ただ、あなたの生活機能はと言われる経験は、初めてかもしれない。生活機能に関して評価されることに対する拒否感というものもあるのかなというふうに、今は考えています。岩手だけじゃないかもしれません。触れられたくない、ちょっと人は苦手だねという方も結構いらっしゃるし、あとはお年寄りといえども忙しい方が多くて、家があけられませんよ、という話も出てまいります（図 15）。

逆に、拒否の少ないところというものには、本当にいろんな工夫が出てまいります。たとえば、交通手段がない。そうすると、お年寄り自身が運営しているようなところに安くやってもらううまくいった。ある町では、地域の住民に地域ケア計画を作ってもらった

というところがありました。そこは拒否者がすごく少ないのです。なぜでしょうか、「当たり前ですよ、自分たちで作った計画ですもの。自分たちが参加しないはずはないでしょう」と。とても注目しております。

私見でございますが、介護における歯科の課題、対応をずっと見ていくと、制度と運用ということを分けてみましたが、私自身は制度と運用がごちゃごちゃになっているということが一番大きな問題だと思っています。たとえば、医療保険では、医療保険の点数が改正されたときに、根拠、制度を改正するときの役割、学会と歯科医師会の役割は明確です。いろいろな学会の意見が出された。それを歯科医師会が持っていく。こういう役割は制度に関しては、医療保険についてはある程度でき上がっていると思います。運用をどうするか。これは歯科医師会が会員を含めていろんな教育をしたり、いろんな指導をして、場合によって社会保険事務所等、厚生局も含めてそことの対応によって、均一かつ均質、等質で誤解のないような運用を図っていこうという現状があります。

ところが、介護に関しては、この制度と運用がごちゃごちゃになっている。議論が、あるときは制度の話をしているのかなと思ったら、いきなり運用の話になってしまったりする、というように非常にやりづらい。

制度で言うと、一般高齢者施策、介護予防施策、介護保険の制度、この中でどうかかわり合っていくのだろうか。たとえば、地域支援事業や市町村の事業者が行っている予防給付とどう違うのだろうかといったときに、これが、私どもがそこに立ち向かっていく中で、制度に対する理解が1つあります。それから、4計画の中で全体をいつも考えてはいるのですが、やはり地域ケアは地域ケアの話になってしまいます。平成18年度に介護予防を生み出して、その効果を2年後に評価しているのです。23年度の変更に対して20年度に見直している。この速さ、このスピードに、私ども歯科医師会だけでどう対応していくのかという問題もあります。

運用上の問題。これは現場の歯科医師が特に悩んでしまう、医療なのか介護なのかという話で、在宅の管理というのは、基本的に訪問歯科診療が発生していないと次が発生しないわけですが、それはどちらなのでしょうかとの運用上の問題も、いくつかございます。

それから、さまざまな経験不足です。病院・在宅、特にクリティカルパスやクリニカルパスを含めた、他職種の経験をしていない。また、他職種との連携の不足というのもあるかもしれません、ということを私としては考えています（図16）。

地域医療連携、地域連携医療のほうが正しいのかもしれません、このイメージにつきまして、社会保障審議会のヒアリングでこのような図が出されております（図17）。かかりつけ歯科医は、在宅を中心とした地域の医療連携が必要です。歯科の医療連携はまさに始まったばかりだというふうな感をしております。

これらさまざまな連携医療の中の解決のキーワードというものについて、同じく先ほど紹介いたしました日本歯科総合研究機構のほうからは、7つほどのキーワードが出されて

介護における歯科の課題、対応不足を考えてみると、

●制度に対する理解不足

- (1)一般高齢者施策、介護予防、介護保険制度
- (2)4計画のなかでの位置、相互の関係
- (3)制度改革の速さへの対応

●運用上の対応不足

- (1)在宅歯科診療と居宅療法管理の区分
- (2)病院・諸施設から在宅への移行含めた役割
- (3)多職種、他職種との経験

図 16

解決のためのキーワード

1. NST (Nutrition Support Team)
2. 地域連携クリティカルパス
3. 口腔ケアクリティカルパス
4. 医療計画
5. 回復期からのリハビリテーション
6. カンファレンス(退院時カンファレンス)
7. 糖尿病やメタボリックシンドローム

歯科連携ワークショップから読み取ること
J20
日本歯科医師会

36

図 18

地域医療連携のイメージ図

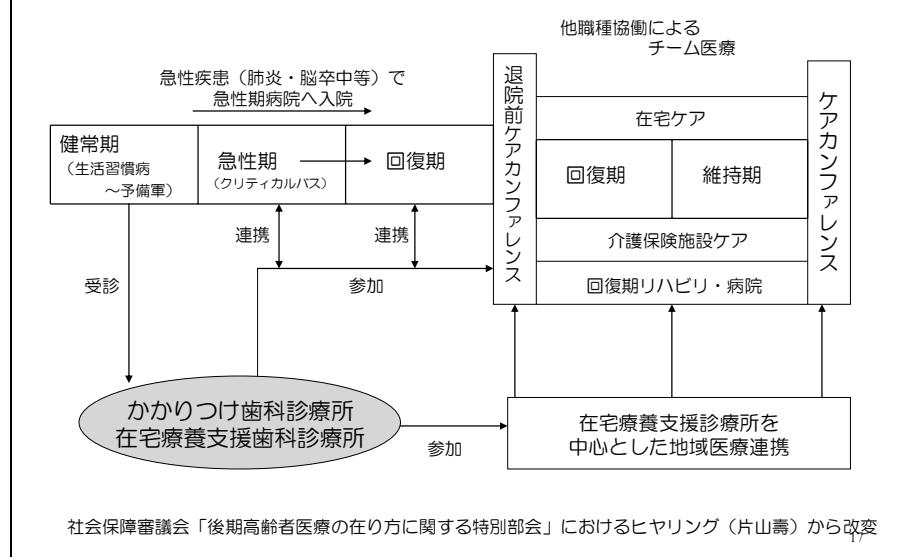


図 17

おります。NST の問題、地域連携クリティカルパス、口腔ケアクリティカルパス、医療計画、リハ、カンファレンス、あとは、糖尿病やメタボリックシンドロームです（図 18）。

また、新健康フロンティアでは、このように各ライフステージ、ライフサイクル、ライフコースに沿った対応というのが示されています（図 19）。

ですが、こういうふうな場で常に連携の中で問われる問題は、共通した問題があります。だれがやるの、どこに行けばいいの、何人やれるのだ、あなた 1 人しかできないのかでは、これは通用しないという話になります。

伝説めいた話やエピソードめいた話はたくさん聞くけれども、具体的にはどうなんだろ

歯の健康力								
課題	幼児期	学齢期	成人期	高齢期	寝たきり者	目標		
う蝕予防対策		○家庭における子どもの丈夫な歯づくりに関する知識の普及と実践 ○学校での口腔に関する健康教育の実施 ○歯の生え替わりの時期における丈夫な歯と噛み合わせに関する知識の普及と予防の推奨				12歳児の一人平均う歯数の減少		
歯周疾患対策		○妊娠に対する予防の勧奨、乳幼児から生涯にわたる口腔に関する健康教育 ○喫煙と歯周病に関する知識の普及 ○成人期の歯周病に対する早期発見と進行抑制に関する知識の普及				糸ようじなど歯間清掃器具を使用する人の割合の増加		
口腔ケア				○噛む機能と食べる機能の維持・確保に関する知識の普及 ○寝たきり者等に関する口腔清掃知識の普及 ○高齢者の口腔内や入れ歯の状態の定期的なチェックの推奨		80歳で20歯以上の歯を持つ人の割合の増加		
		食育対策との連携		生活習慣病対策との連携				
		8020運動の推進						
		個人が行うセルフケアの推進 ～ブラッシングなど適切な口腔習慣の確立～						
		歯科医師によるプロフェッショナルケアの推進 ～口腔内や入れ歯の状態の定期的なチェックなど～						
								
		新健康フロンティア戦略						

図 19

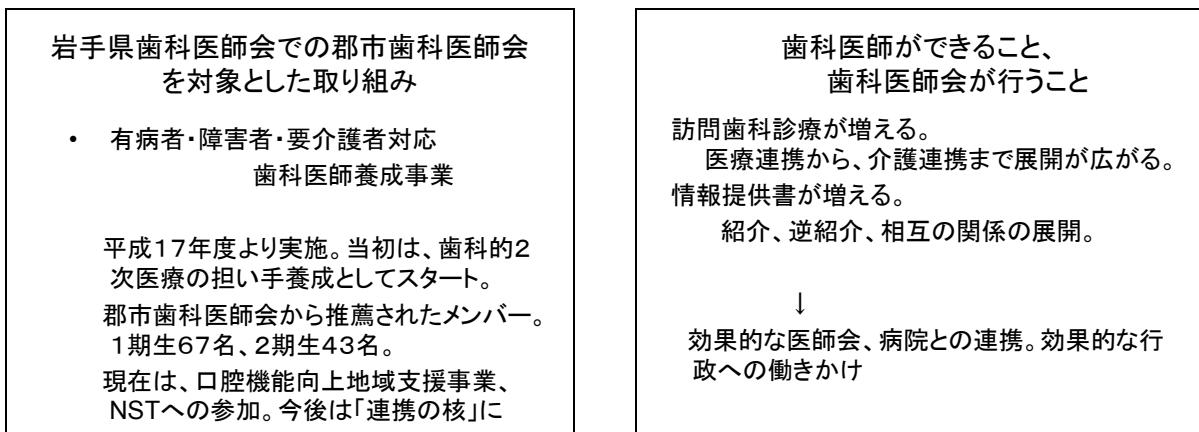


図 20

図 21

うかというときに、私ども岩手県歯科医師会では 1 つの解決の方法として、キーパーソンの育成を始めました。岩手医科大学の大変な協力をいただきながら、歯科医師の研修を進めてきました。研修の中身は本当に大学の先生方からの提供で進められてきたものです(図 20)。

またこの数は、岩手県歯科医師会というのは会員数が 670 人ですが、実際に診療して

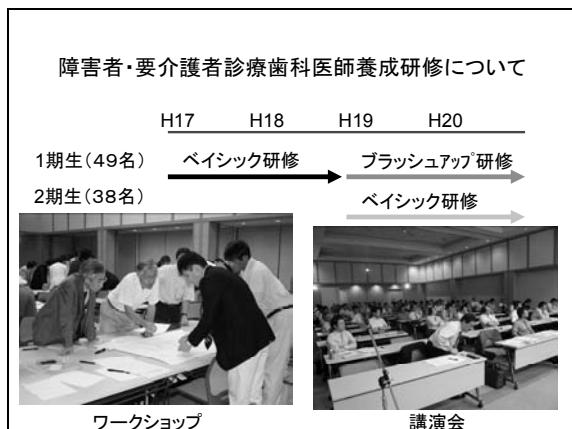


図 22

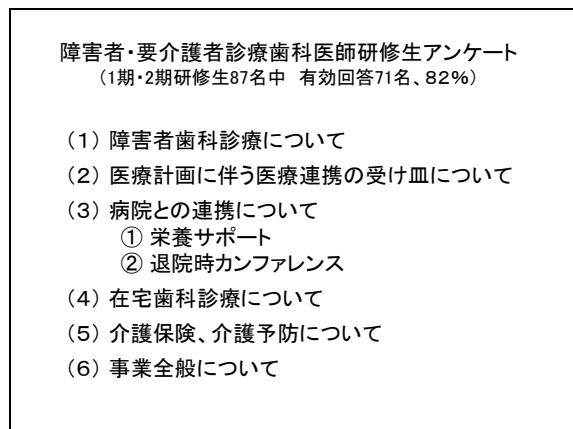


図 23

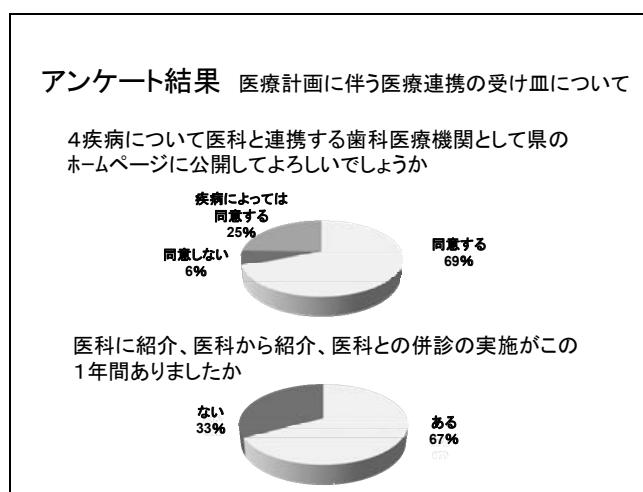


図 24

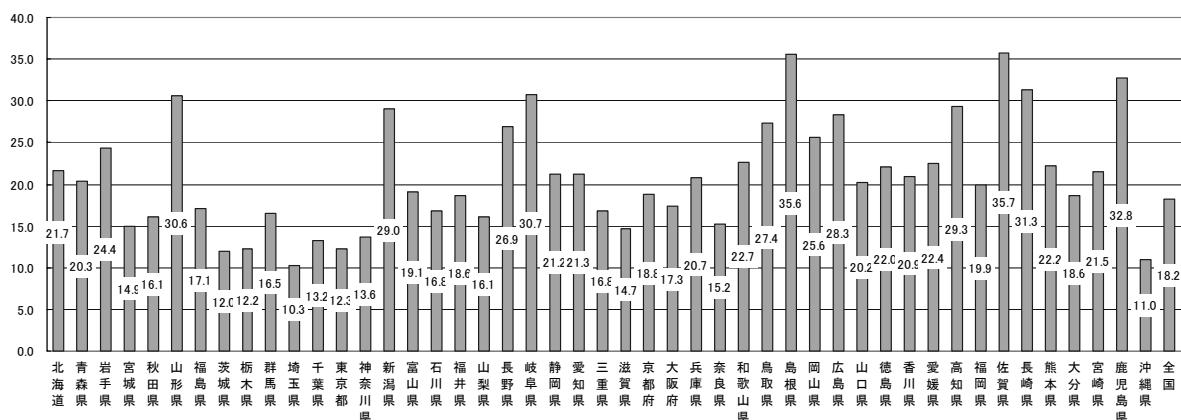
いる人は 640 人。そうしますと 10 人に 1 人、こういうキーパーソンがいればいいのだろうな、地域の全部に来ればいいのだろうな、というようなイメージでした（図 21）。

それで、平成 17 年から始めまして、講演会をやったり、ワークショップをやったりというような場面でたくさんの研修会をやりながら、研修会で 1 回 1 回そのすべてにゴールを設定して、どこまで学び体感、学ばせるべきかというのを検討しながらやってまいりました（図 22）。

それで昨年、その方たちにアンケートを取りました。ここにありますアンケートは、まず障害者歯科診療をやっている？ ちゃんと取り上げている？ という話をしています。医療計画の受け皿として、機能するかというような 6 つの質問を用意しています。実は、この研修事業のゴールそのものなのです。これを達成してくれれば、私どもは県内のキーパーソンの育成というものを 1 つのゴールと考えておりました（図 23）。

それでたとえば、4 疾病と連携しますよ。あなたの名前、ホームページで公開していく

在宅医療実施歯科診療所率 (%)



(2005年厚生労働省医療施設調査、介護保険事業状況報告より集計)

図 25

ですか？ 「同意しない」という方は、やはり 4 名ぐらいいらっしゃるのです（図 24）。現在はすでに公表されております。たとえば、糖尿病を連携するのはだれというのが、県のホームページに名前が載っています。4 疾病の連携歯科医療機関はすべて公開されています。

2005 年の調査ですが、在宅歯科診療、訪問診療をやっている歯科医はどれぐらいいるのだろうか。今こういう数字ではないと思いますが、全国で 18.2%、岩手県は 24% ぐらいというのが現実です。多いところでも 35% ちょっとです（図 25）。

ところが、岩手県歯での研修を受けている歯科医は、8 割が在宅訪問診療を実践しています（図 26）。ただ、8 割やっているのですが、下手すると 1 週間に 1 人しか診ていないかもしれません。1 週間に 10 人も診ているかもしれない。そういう実態まではしっかりと把握できておりません。

ただ問題なのはこれです。居宅療養管理を実施している方になると、いきなり「はい」が 24% です。4 分の 1 しかやっていない。これは、当然在宅で私ども医療専門者が、医療従事者がやるべきことは医療です。これはもう何の疑念もありません。ですが、居宅療養管理指導とは何かというと、医療が終わってそれを継続管理する意味を含みますので、

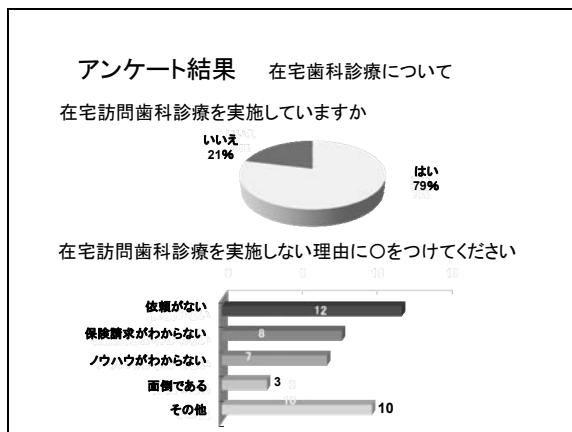


図 26

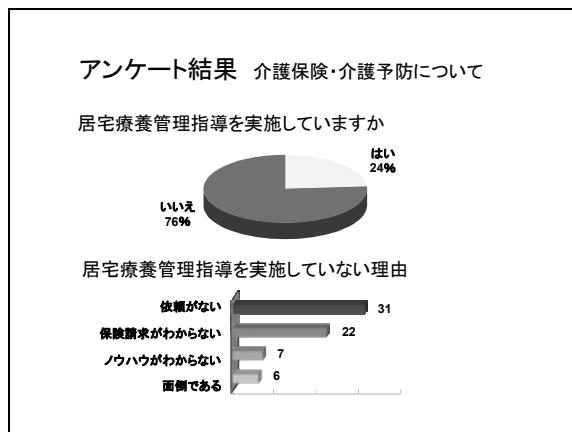


図 27

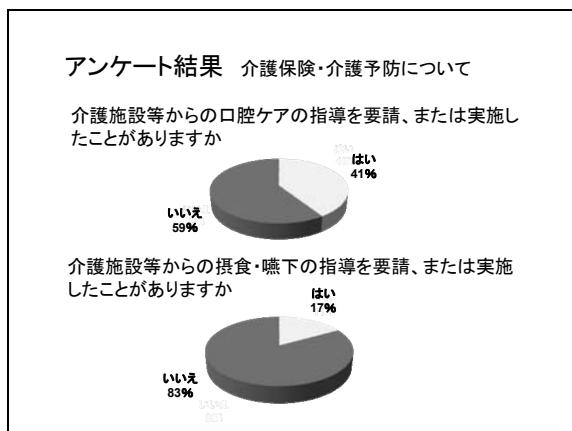


図 28

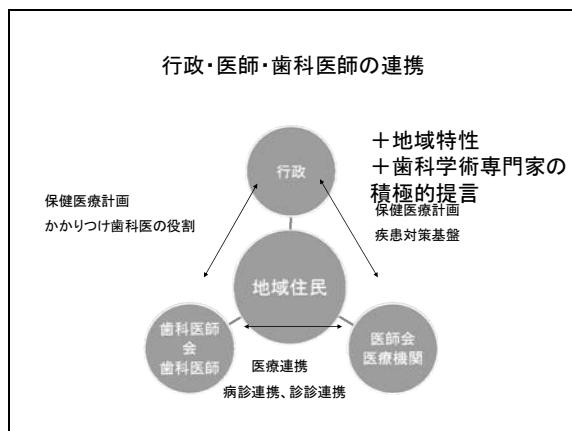


図 29

シームレスに福祉に繋げていくために、あなた診ていますかという話になってくるのです。そうすると、8割診ていたのだけれども、そのうちの25%しか介護の部分としては診ていないということが、この数字の示すものではないかと思います（図 27）。

一方で、まだまだ問題があるのです。口腔ケアの問題ですが、口腔ケアは当初厚労省がBDR指標と言ったブラッシング、デンチャーウェアリングと、プリンシングという3つの指標だったものが、今は口腔ケアの広がりはこの範囲を超えてます。なかで、では、あなたは指導ができますか？ というときには、「はい、できます」が4割の人で、ここはもう一頑張り。ただ、摂食嚥下指導をやっていますか？ こここの部分が非常にまだまだです（図 28）。

行政と私ども地域歯科医療機関および歯科医師会は、計画や疾患の基盤というものに参加しながら、そして相手となる医療連携で、医療の相手側と地域住民をもっと多く包括しながら進めていきたい（図 29）。

そのためには、やはり地域の特性に合ったものを。糖尿病の専門家、話は先ほど出まし

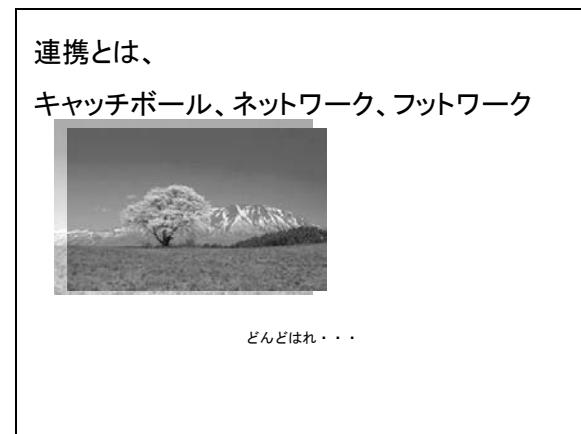


図 30

た。岩手県では 9 つの医療圏があります。そのうちの 2 つには糖尿病の専門家はいません。そういうふうなものがもっと、また先生方が先ほどお示しになったような資料をこういう場で生かしていきたいと思っています。

連携というのはいつもキャッチボールで、まだ投げているボールが相手に届かないときもありますし、暴投になってしまうときもあります。相手のボールを受けとめられない自分の弱さもあったりします。それから相手の来たボールがあまりにも弱々しいと思ってしまうこともあります、お互いに投げ続けないと、良い関係のキャッチボールができなくなってしまうといつも思っていますし、それができてくると、やはり 1 人ではできないというふうに思って、ネットワークをもっともっと作っていかなければならないと思います。そしてそのネットワークを活かすのはフットワークだといつもいつも思っています(図 30)。

雑駁なお話で大変恐縮でございます。ご清聴ありがとうございました。

○須田常任理事（司会） 佐藤先生、ご発表ありがとうございました。現場からの切実な声を聞かせていただきまして、大変ありがとうございました。

佐藤先生のご発表につきまして、ご質問ございますでしょうか。この後、総合討論に入りますが、総合討論につきましては、恐縮ですが安井先生のほうに司会をお願いしたいと思います。もし佐藤先生に対するご質問がございましたら、1 つ、2 つお受けしたいと思いますけれども、いかがでしょうか。

ネットワークで糖尿病の治療を紹介していただきましたけれども、歯周病の治療の専門医の方との関わりはどういうふうになるのでしょうか。

○佐藤先生 ちょうど今日、先生のお話を聞いて、持って帰りたいなと思う話で言いますと、糖尿病代謝内科外来で定期的に通院なさっている方たちがいらっしゃいます。その方

たちに対して、2カ月前にアポイントしておきまして、2カ月後に来たときには今日は歯周病検診があるよという。それで岩手医科大学の歯学部の先生、あと曜日によっては私ども岩手県歯科医師会、両方の歯科医師が一応 CPI、ポケットプロービングのキャリブレーションはしておりますので、そういうメンバーを使って、一月に1回やったところは数が少なくて、10人弱でした。それは今度200人を予定しておりますので、先ほどの資料を使ってそういうのもまた提供できれば、全国の比較もできるかなと思っております。そういう活用をさせていただきたいなと思います。

○須田常任理事（司会） ほかに何かご質問ございますでしょうか。野口先生、お願いします。

○野口常任理事 大変参考になるお話で、愛知県でもいろいろやっているのですけれども、先ほど先生がおっしゃったような医療計画とか、そういうのは県独自でやられるのですか。それともたとえば、愛知県は、国からの依頼で県が歯周病対策機能連携検討会みたいなものを作つて、そこに行行政、県と医師会と薬剤師会、歯科医師会が入つてやるのですけれども、そういう場合、独自の計画を県で立てるということは可能ですか、そういう形でやつていらっしゃるのですか。

○佐藤先生 はい。ただ、実際に計画を作つてある担当者にいろいろ話を聞きますと、国からの縛りというのでしょうか、いろんな指導の中身はかなり微に入り細にわたつてゐるというふうには伺つておりました。ただそういう中で、岩手なら……たとえば愛知なら……、そういう特性を生かすということは当然あると思っておりますし、現在でき上がつております他県の医療計画を見ておりまして、金太郎あめ状態ではないというふうに理解しております。それは1つ根拠になるのかなと思います。

○須田常任理事（司会） 野口先生、よろしいですか。

○野口常任理事 はい。

○須田常任理事（司会） よろしいですか。赤川理事長。

○赤川理事長 佐藤先生、いろいろとありがとうございました。興味深く聞いた中で、介護予防のところで、自分たちがまだできないだとか、あるいはそういう要請がない、非常に少ない、あるいは摂食嚥下も少ない、口腔ケアも少ないということですが、そういうことをもっとスムーズに生かすために、大学のほうでたくさんの支援があると言われましたが、もしも学会からの支援・サポートとなると、学会はどんなことを準備すればよろしいのでしょうか。

○佐藤先生 たとえば私たちの調査をするときに、赤川先生にも一度お願い申し上げましたが、飲み込むとか食べるとかいうのはどう評価するのか。これは私たちの評価方法ではできません。ですから、補綴学会が噛むとは何か、飲み込むとか、咀嚼能力はどう評価するのか。それがしかもフィールドに合つたもので、どのような評価方法がいいのかというのは、ぜひお願いしたいと思っています。

また、リスクファインディングの話ですが、先ほど先生のほうから糖尿病患者さんの問題は、リスクファインディングではなくて有病者が治療に行かないことが問題だとおっしゃった。糖尿病のリスクは特定検診でピックアップされるのです。では歯周病研修はどうやってリスクをつかまえていくのだろうか。今私どもが示しているのは、たとえばああいう体験を示すとか、糖尿病と歯周病が関連する、実際糖尿病の患者さんに歯周病がこれだけいたよという話です。ですが、歯周病患者さんのリスクをつかまえられない一方で、特に老健法がなくなった後どうするのだ。日本歯科医師会はいろいろと考えてくれているのかもしれません、このリスクの管理的な手法というのは、今歯医者が検診するという市町村はほとんどあり得ません。医者はどんどんそういう検診から撤退しているという状況です。クエスチョンニアだけにしてしまうというのが特定検診の流れなのですが、そのスクリーニング手法がもっと学会のほうから出てくることは、本当に期待していますし、お願いしたいと思っています。

○須田常任理事（司会）　まだあると思いますけれども、この後、総合討論を行いたいと思います。

4. 総合討論

○安井理事（司会） 稲垣先生、何か言い残したことはありますか。

○稻垣先生 今後 JDCP の糖尿病学会というものがスタートするに当たって、最初は前例がなかったものですから、さきほど言いましたように糖尿病専門医だけで対処できる、何とかなるだろうと。その後、口腔外科学会のほうで病院歯科のほうも周知すればそれで何とかなるだろうと思っていたのですが、全く何ともなりませんでした。集まらないし協力が得られない。またそういう方々が一般開業医の先生のほうに行かれて、一般開業医の先生が、たとえば私たちは歯周病学会の専門医を対象にあの用紙を最初作ったものですから、PD や AL（プロービング・デプスやアタッチメント・レベル）とだけ書いたのです。当然わかっていると思って書いたのですが、開業医の先生から PD とは何ですか、AL とは何ですか、と問い合わせが来たりとかして、思惑から外れて、でも現実はそういう問題がありまして、今後やるに当たっては、歯科医師会も含めていろいろ広い範囲で歯科全体でチームワークを組んでやっていかないといけないと思って、すごく反省はしております。

○安井理事（司会） ありがとうございます。その評価については、さっき佐藤先生からもお話がありましたけれども、たとえば歯周病の評価だけではなくて、現実的にはむせの評価ですか、口腔乾燥の評価だとか、摂食の評価などということですね。評価が、口の中の評価だけでは終わらないということにもなってきております。これは学会としてもいろいろと考えていかなくてはいけないと思うのですが、実際に先生が困っておられるのは、評価に関してはどのような点でしょうか。

○佐藤先生 先ほど 0.72% が 5.5% になぜ変わったかというのは、単純に言えば RSST、反復唾液嚥下テストの見直しです。私どもは学問的な評価よりも、評価というのが実は欲しいところなのですが、評価が 5% 見込み量というのが先にありきで、それについて合わせていったというふうな感じがするときに、学会はどうお考えなのでしょうか。

それから、先ほどもう少し単純に、今高齢者の問題で、もちろん検診というのが努力義務だとか歯周病検診が努力義務だという中で、その検診をもっと歯科医師によらないでスクリーニングできる方法はあるものと思います。要は、単価の高い検診はもう今後あり得ないと思っていますので、スクリーニングのさまざまなり方とその学問的な評価というのは、現場としては大変欲しいところということです。

○安井理事（司会） ありがとうございました。関連する学会の先生方もたくさんおいでだと思いますので、何かコメントをお願いできれば大変ありがたいのですが、いかがでしょうか。学会で評価指標を作るというのも実は難しいところがあるかもしれません、いかがでしょうか。小林先生。

○小林先生 日本咀嚼学会理事長の小林です。先ほど咀嚼機能の評価が難しいというお話

の件ですが、歯科臨床の目的は、主に咀嚼機能を回復して維持することであり、最近では健康から福祉の QOL の向上まで含まれます。

手前みそになりますけれども、私の講座で以前から進めている「グミゼリー」を咀嚼して咀嚼機能を定量的に評価する簡便な方法を使っていただければと思います。

1 万円くらいの安い血糖値測定器を準備していただければ、できます。グミゼリーを 20 秒噉んでもらい、吐き出してもらい、そこへ試薬紙を入れると数値が出ます。それで、健康レベルなのか、おかしいのか、要するに口腔機能の良否をスクリーニングできる方法を開発しました。このデータは、筋活動、運動機能、それから咀嚼能との相関を確認してありますので、相当精度の高い評価が得られます。市販化しようとしています。どなたでも診断に近い評価が一応できるということです。そういうものを応用してもらえば、医科が生体機能をチェックしているということになります。ぜひ応用していただければと思います。

○安井理事（司会） ありがとうございます。ほかにございませんか。須田先生どうぞ。

○須田常任理事（司会） 稲垣先生に教えていただきたいのですが、糖尿病が歯周病に影響を及ぼす、逆に歯周病が糖尿病に影響を及ぼすというお話だったと思うのですけれども、そのベクトルは最新情報ではどちらのほうが、やはり圧倒的に糖尿病が歯周病に影響を及ぼすほうが、強いのでしょうか。

○稻垣先生 それを同じベクトルで比較するのはちょっと難しいかなと思います。圧倒的に長年の研究がありますから、糖尿病があると歯周病が悪くなるというケースが多いからベクトルはそちらのほうが多いのかもわかりません。あと歯周病に罹患すると糖尿病ということからいくと、あの報告がされて、まだ 10 年ですよね。改善すると言っても、HbA1c は 0.5%、1%、統計学的には 0.5% 有意なのですけれども、その 0.5% の改善がどういう意味を表すかというのがまだ何とも言えないと思います。

○須田常任理事（司会） ありがとうございます。ペリオドンタルメディスンということが確かにガイドラインに載っているのですが、心配なのはこういう連携医療がしっかり確立していないうちに、あまり糖尿病が全身に及ぼす影響ということを強調し過ぎると、現場では簡単に歯を抜かれてしまうのではないかという気がするのです。歯周病は歯を抜けば普通は治ると思いますので、どちらかというと安易に歯が抜かれるのではないかというおそれを感じているのですが、このへんについてどうお考えでしょうか。

○稻垣先生 おっしゃるとおり、安易にデータだけがひとり歩きして、そういうふうにとられるといけませんので、その問い合わせには、たとえば歯がなくなると脳の認知症とか、そういう問題も、歯科全体が対応していかなければいけないと思います。

○須田常任理事（司会） 昔、ご承知のように病巣感染ということで大幅に歯が抜かれまして、今はそれとはちょっと状況が違うのですけれども、やはりそういった面からも連携医療の早急な確立というのは大事ではないかと思っております。野口先生いかがでしょう

か。

○野口常任理事 大変に興味あるご指摘だと思います。逆に歯周病を確實に治療すれば糖尿病が改善するというデータはかなり出ていますし、メカニズムもある程度動物実験も含めてわかっていますので、可及的に自分自身の歯を残したほうが良いと思います。問題は歯周治療をきちんと行う環境にあると私は思っています。たとえば PD や AL に専門的なない歯科医もいるということです。そこが問題であって、歯周治療を皆さんきっちりやつていただければ歯周病はかなり治ります。ですから、歯周病があるからといって急いで歯を抜く必要はないと思います。特に 3 分の 1 ぐらいしか歯槽骨が残っていなくても十分に歯は残ります。

それからもう 1 つ、先ほどの歯周病の評価ですけれども、疫学的な評価なのか、それとも、血液検査などのような全身的な評価でしょうか。全身的な評価では歯周病細菌に対する抗体価を糖尿病と同じように指先から血液を採取する方法で岡山大学を中心に行っています。あるいは唾液をサンプルにするとかいくつかあるわけですけれども、先生がお知りになりたいのは、要するに疫学研究で非常に簡便にやれる何かの評価法が必要なのではということでしょうか。

ただ、口腔というのは、たとえば内臓とか何かに比べて現実に目で見ることが、観察することができるわけです。ですから一番手っ取り早いのは動搖度です。動搖度があるということは、すなわち歯周病があるということです。ただ、外傷だけがあるという場合と区別しなければいけないので、そこでどうしてもプローピングが必要になります。直視やプローピングにより、歯肉の状態も見られますし、咬合の状態も見られるわけです。歯科の特徴は、ほかの隠れた臓器に比べれば現実に視診ができるという大きな利点がありますので、そのへんのところをうまく使えば、大規模疫学的な検診の評価にも耐えうるというふうには思っております。

○安井理事（司会） ありがとうございます。現実のこういうお話を聞きますと、学会というよりも教育的な部分も大きく影響していると思います。さて、連携ということになりますと、他職種の方と一緒にやるということが多くなってきます。その中で歯科として持っている機能などを見てもらうことも非常に重要なのだと、私は佐藤先生のお話を聞いていて思いました。このような連携のシンポジウムとしては、先生が解決のキーワードのところに出されていましたけれども、NST とかあるいはクリニカルパスの問題ですね。こちらもそういう領域が大事だと思っています。歯学協としては、方向性はいいのかなという気がします。しかし、他職種と一緒に活動するときに、どういう視点で学会としてのサポートがあれば、先生としてはいいと思われますか。難しいですが。

○佐藤先生 はい、すごく難しいと思います。ただ、まず現場は現場の人間が解決していかなければならない課題というのがありますので、基本的には私どもは他職種・多職種と連携するときには、相手の意向を尊重してよく話を聞いて進めていくということが原則で

す。ただ、この手法が時々一部の先生方のほうから、それは効果がないんじゃないかなというようなことに出くわすことがあります。ただ、こういう他職種と連携するとき、先ほど1次医療から3次医療の中で1つ象徴的に思ったのですが、私どもがこの医療連携の必要性を、ただ県や他職種に訴える中で言わされたことは、歯科には1次医療から3次医療という考えはないよという、そういう歯科医療というのはないでしょう、ということをよく言われました。ただ、それに対してもちろん抗弁はしていたつもりなのですが、連携する医療の中では、まさに歯科は非常に役立つものとして認知されていくのだと思っています。

そのために常に思うのは、相手の職種の不勉強さというのが歯科にはすごくあるような気がします。たとえばNSTのことにどれだけ指導ができるのだろうかというのは、私自身そのような教育を受けてこなかった時代の人間でもありますので、そういうところは学会からのサポート、学会全体としてサポートがあると大変ありがたいなと思います。

○安井理事（司会） ありがとうございます。岩手県歯科医師会では有病者、障害者、高齢者、介護者のワークショップをやっておられましたけれども、基本的には研修を受けた開業医の先生のところの個人の患者さんに対して、いろいろなサポートができるというのが連携医療の一番のベースだと思います。米満先生がちょうどおられるので、そのへんのお話を聞いてみたいと思っていますが、いかがでしょうか。簡単に。

○米満先生 岩手県では歯科医師会の先生方と一緒に種々の歯科保健事業や疫学調査研究などをやらせていただいております。その中で大学の大きな役割としては確かなエビデンスをいかにしたら出せるかだと思います。ついこの前にも90歳を対象とした追跡調査をやりました。先ほど、日本咀嚼学会では咀嚼機能評価でゼリーを使っているという話がありましたが、うちの場合は80歳の調査から咀嚼機能評価にはアンケートにより「何でも食べられるか」とか「何でも噛めるか」といった調査をしました。それを程度により何段階かに自己評価したものを使いました。それが最も間違いない評価のような気がします。客観的に云々というのは、たとえば「ピーナッツを噛んでどれくらいのメッシュになって」というようなことよりも、本人が噛めるか噛めないかということのほうがもっとグローバルに機能を評価しているのではないかと、ある意味とらえているのです。近々発表しますがこのような調査で噛めると答えた人たちは長生きしているというデータも出てきています。

医療連携ということですが、佐藤先生は岩手医大の糖尿病代謝内科との間で医療連携について取り組んでおられます。私どもの講座でも糖尿病の患者さんに協力していただき口臭との関連について研究しております。ですから大学人としてはそういうものを通じて、エビデンスをしっかりと出して、ペイシェント・オリエンティッドの医療を確立していくかなければならないと考えております。

○安井理事（司会） そういう意味では、これまで地域との連携ということになりますと、大学人の立場として接觸することが多いのですが、実はこういう歯学協のように多くの分

野の学会を持っているところのメリットは、ある意味学会間でサポート体制を作っていくという、そういう連携も非常に重要なのではないかと思っています。大学ですと、大学のない所はなかなかサポートできないということになってしましますので、全国的なレベルで、検査あるいは評価、方法論も含めて、同じようなテーマを持っている学会が、この歯学協の中でそういったベースを作っていくというのも、これから大事なのではないかと思っております。

そういうことで、このシンポジウムも今日は問題提起として考えていただければよろしいかと存じます。連携医療ということでは、1次、2次、3次体制の整備を作ることに関して歯科は非常に困惑していた部分もあります。しかし、今後、患者さんを中心とした形での医療の連携にどう取り組むか、あるいは高齢になっていく社会の中で医療の連携をどのように取り組んでいくかというときに、この歯周病と糖尿病との話、そして地域での福祉、介護のお話で、1つの象徴的な話題提供をしてもらえたのではないかと思うのです。

今、NST、すなわち地域での栄養に関するサポートチームというのが活発化しておりますけれども、私どもとしては、この後、地域でのチーム医療の中で学会がどのような働きができるのかということ等について検討したいと思っています。

この後ちょっと時間が切迫しておりますので、もしあとお一人だけ何かございましたらお受けしますが、なければここで終わりにしたいと思います。

○米満先生 先ほど言えばよかったです、糖尿病と歯周病との連携は結構行われておりますが、うちの大学の中では骨髄移植の患者さんの口腔ケアを行っております。これは歯科のほうからやりましょうと言ったのではなくて血液内科から依頼があったものです。骨髄移植の場合をご存じのとおり患者さんの免疫能が低下し、口腔内がひどい状態になるので先方より依頼が来たのです。この例は、「医」と「歯」の連携の典型的な事例だと思うのです。

○安井理事（司会） ありがとうございました。

○安井理事（司会） それでは、以上でこのシンポジウム、「市民・患者を中心とした医療連携（連携医療）の方向性と学会のかかわり」を終わらせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。



安井先生講演風景(1)



安井先生講演風景(2)



稻垣先生講演風景(1)



稻垣先生講演風景(2)



佐藤先生講演風景(1)



佐藤先生講演風景(2)



総合討論(1) 左から安井先生、佐藤先生、稻垣先生



総合討論(2)

シンポジウム

「市民・患者を中心とした医療連携（連携医療）
の方向性と学会のかかわり」

平成 21 年 5 月 25 日 印刷
平成 21 年 5 月 27 日 発行

編集者 一般社団法人 日本歯学系学会協議会
発行者 一般社団法人 日本歯学系学会協議会
発行所 〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込 T S ビル
(財) 口腔保健協会内
一般社団法人 日本歯学系学会協議会
