

日本学術会議歯学委員会・一般社団法人日本歯学系学会協議会共催

公開シンポジウム

「地域包括医療・介護における 多職種連携について」

日時：平成29年1月28日（土）

場所：日本歯科大学生命歯学部100周年記念館

地下1階 九段ホール

一般社団法人 日本歯学系学会協議会

開 会

1) 開会挨拶

○古谷野委員長 皆さん、こんにちは。私は日本学術会議の歯学委員会委員長をしております古谷野と申します。きょうのシンポジウムは、歯学協と学術会議歯学委員会の共催でやらせていただいていますので、ひとことご挨拶申し上げます。

きょうのシンポジウムタイトルは「地域包括医療・介護における多職種連携について」で、鈴木先生、山田先生、弘中先生、小原先生に御講演いただきます。皆さん御存じのとおり、日本は既に超高齢社会になっているのですが、今後も更に高齢化が進んでいきます。そこで、医療、歯科医療、そして施設や在宅でのケア・介護、看取りなどを含めた福祉全体の在り方が根本から問われています。これまでの歯科医療は、口の中に問題を抱えているが全身的には元気で、歯科診療所に自分の足で歩いてくる方々を診るのが基本でした。しかし、今日の超高齢社会においては、こうした医療モデルは大きな転換を迫られています。様々な健康問題を抱えた高齢者の治療に際しては、医師をはじめとした多職種と連携して対応していくことが求められています。病院では多職種の医療従事者が協働していますが、歯科診療所では、基本的には歯科医師と歯科衛生士という2職種のみで、他の医療職と連携する機会がほとんどなく、閉ざされた医療環境とも言えます。この点からも我々は、地域における多職種連携を進めるために積極的に努力することが求められています。また、食を通じて高齢者の更なる長寿、あるいは健康の維持・回復に貢献できる余地も歯科医療の中にあると思います。

きょうは医師、看護師、歯科医師、そして歯科衛生士という多様な職種の立場の先生方からご講演をいただき、超高齢社会の中で歯科が果たせる役割、多職種連携の在り方といったことについて議論が深まることと期待しております。開会に当たって、主催者の一人として御挨拶申し上げます。

引き続き、歯学協の理事長の宮崎先生に御挨拶を頂きたいと思います。よろしくお願いいたします。

○宮崎理事長 皆さん、こんにちは。きょうはお忙しい中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。歯学系学会協議会の理事長を拝命している宮崎でございます。

私どもは、ここのところずっと学術会議の歯学委員会と一緒に、歯学を取り巻く重要なテーマについて勉強会を重ねてまいりました。昨年度は歯科における人材育成をみんなで勉強しようということでシンポジウムを開催し、そのシンポジウムに基づいた人材育成に関わる提言を発表して、ホームページにも掲載しています。

四つほどございますが「歯学協は、会員学会を通じて、学部教育並びに卒後研修において、歯科疾患と全身疾患の関係を理解し健康長寿社会の実現に貢献できる医療人の育成を進めます」。二つ目は「歯学協は、会員学会を通じて、大学病院で実施している臨床実習に関して、診療参加型臨床実習のさらなる充実を図るとともに、更に訪問診療や多職種連携を経験で

きる実習カリキュラムの導入を促します」。三つ目は「歯学協は、会員学会を通じて、大学、病院、歯科医師会それぞれが関わる多職種連携チーム医療の場において、口腔機能管理の専門職として信頼される人材の育成に取り組みます」。最後、四つ目は「歯学協は、会員学会を通じて、他の分野からの知的好奇心にも応え得る、最新の科学技術を応用した歯科医療の開発と、その役割を担う能力のある人材の確保を目指します」。

というようなことで今、歯学協の会員を挙げて、この新しい歯科医療を担う人材育成に取り組んでいるところです。今回はそれを発展させまして、地域包括医療・介護における多職種連携というものを勉強したいということで、4人の大変高名な先生をお迎えいたしました。本日出席されている方は限られていますが、今回も会員学会を通じて、プロシーディング等を公表いたします。また、きょうの討論をまとめたものも提言として広く公表したいと考えています。是非、先生方のお声を拝聴して、活発な討論をしたいと思いますので、きょう一日、どうぞよろしくお願いいたします。

それではこれからの進行は座長の白川先生にお譲りいたします。

2) シンポジウム

○白川座長 それでは、早速でございますが、シンポジウムに移らせていただきます。本日のシンポジウムですが、お手元の資料を御覧いただきまして、時間が5時までとなっています。最後に総合討論を設けていますが、最初に御講演いただく鈴木裕先生は御講演後に退席されると伺っていますので、鈴木先生につきましては御講演後に御質問等をお受けしたいと思います。先生、よろしくお願いします。

「超高齢社会と食—歯と口腔及び嚥下に対する歯科への期待—」

鈴木 裕先生 (NPO 法人 Patient Doctors Network 理事長
国際医療福祉大学病院副院長 消化器外科教授)

○白川座長 それでは、まず鈴木裕先生の御略歴についてですが、皆さまのプログラムの2ページに掲載されていますので、そちらを御覧ください。鈴木先生は現在、NPO 法人 PEG ドクターズネットワーク理事長をされています。また、国際医療福祉大学病院副院長をされていまして、消化器・乳腺外科部長並びに教授としてご活躍されています。それでは鈴木先生、どうぞよろしくお願いいたします。

○鈴木 どうもありがとうございます。国際医療福祉大学の外科の鈴木と申します。私がこのような歯科の先生方の学会でお話をするのは若干の違和感がありますが、とにかく今日は楽しみに参りました。といいますのは、最近、歯科の先生との接点が非常に増えてまいりまして、歯科と医科の不思議な関係が気になりだしたからです。また、これからお話

しいたしますが、皆さまも御存じのように、厚生労働省が 2014 年の診療報酬改定で嚥下の評価を胃瘻造設術の前に行うことを強く推奨したことから、私どもの NPO 法人にセミナーの要請のようなものがありました。多くの医療者の協力を得まして、PEG 在宅医療研究会との協同で、現在まで 17 回（受講者数は 4100 人）嚥下機能評価講習会を開催いたしました。セミナーは、非常にタイトで朝から晩までがっちりとカリキュラムが組まれており、こんなに根詰めて勉強するのは学生時代の試験前くらいだったように思います。ただ、このセミナーを開催して、様々な事が分かってきました。

外野の人間の独り言かもしれませんが、歯科と医科の関係はとても不思議です。歯科は噛み砕くこと、飲み込むことなどの学問、臨床のエキスパートなのですが、生命に直接携わる分野でありまして、まさに生命歯科学といった命名通りです。なぜ、人間の健康を維持し疾患を治す診療科である歯科が、医科と区別されているのかが疑問です。長い歴史の中で、取り決めがなされたのでしょうか、医科も歯科も目指しているゴールは一緒だと思います。この話は複雑なのでこれ以上はお話ししません。

また、特に最近、話題になっている嚥下の問題は、例えば少し乱暴かもしれませんが、“竹島状態”のような気がします。少なくとも私が学生時代であった 30 年前は、医学部も歯学部も学生時代、嚥下に関しての講義はほんの僅かでした。高齢化の波は人間の嚥下機能にも及び、飲み込むことに障害を持つ高齢者は、今後さらに加速していくと予想されます。嚥下に関しては、現在耳鼻咽喉科が臨床、研究の中心になっておりますが、いくつか現実的な問題があります。厚生労働省の報告によりますと、耳鼻咽喉科医は全国で約 8900 人です。その中で、嚥下を専門にしている医師は、おそらく 1、2 % です。つまり嚥下の専門家は全国で 100 名足らずということになります。この 100 名足らずの医師が、どうやって嚥下障害を持つ何百万人の患者を診て行くのか。でも、嚥下障害は、様々な要因で生じる、いわゆる複合的な症候群ですから、嚥下障害へのアプローチは、まさに多職種連携が最も重要になるのです。そう考えると口腔内全般を守備範囲にしている歯科が嚥下に関わるのは当然ということになるのです。今後、嚥下障害患者が高血圧症や糖尿病のように日常的な疾患となるのですから嚥下障害への対応は耳鼻咽喉科をはじめとした多くの診療科が携わらなければならないのです。食べる目的は、食べる楽しみ、栄養を摂取することです。食に関わる診療科には栄養学を習得することは必須となります。本日は、歯科の皆さんに、私からの個人的なメッセージをお伝えしたいと思います。歯科に関しては素人なので無知ゆえの失礼がございましたらご容赦下さい。

日本の高齢化は世界でも屈指です。高齢化への対応といたしまして、2025 年問題がよく取り上げられます。2025 年は、65 歳以上の高齢者が最も多くなる年ですが、大変な問題は 2025 年を過ぎてからも 75 歳以上の高齢者は増え続けることです。つまり、日本はこれから 10 年、いやそれ以上に亘って、高齢化に伴う各種問題とお付き合いして行かなければならないのです。肺炎の死亡率も脳血管障害を追い抜き第 3 位となりました。この肺炎死亡の増加と日本の高齢化と密接に関与しています。救命救急センターが重度外傷などへのマスコミで取り上げられていますが、実は一番多い患者さんは高齢者の重症肺炎で

す。救急医療の現場にも確実に高齢化、嚥下障害は影響しているのです。

国民医療費は右肩上がりで、特別の何かがない限りその流れは変わりません。1950 年、60 年代は、7、8 人で 1 人の高齢者を支えましたが、現在では 1.5 人で 1 人を支えるという時代を迎えてきました。国民 1 人が背負う高齢者の数が多くなってきているのです。その医療費の増大分は、誰が払っているかという税金を納めている国民です。分かりやすく言うと、今まで高齢者に 10 万円払っていたのが、背負う数が 5 倍になったのですから 50 万払うことになったのです。ですから、それはもう限界で、そこにメスが入るのもやむなしだと思います。今後どういうふうに高齢者を支えるのか、正に岐路に立っているのではないかと思います。

高齢者医療には、看取りの問題は避けては通れません。私見ではありますが、看取りはある一定数、非常に大事だと思います。ただ、看取りの基準は定まっておられません。高齢者に 3 日間、水分を与えなければ例外なくぐったりします。そして、数日後には体が動かなくなって、大体 10 日ぐらいで亡くなります。心ある看取りはいいと思うのですが、一方で元気な人でも看取ることができるのです。まだ、この問題はクローズアップされておられません、そう遠くなく問題になります。意図的に人の命を終わりにすることが日本に蔓延する危険性を秘めているのです。

今、日本の最大の問題は、少子高齢化、医療の高度化それと経済の停滞です。年十何パーセントの成長は、過去のものであり、1～2%がやっとの時代を迎えています。少子高齢化は、疾病構造も変えました。特にがんや認知症といった難しく厄介な病気が増えてきているのです。先にもお話ししましたように、高齢者が増えれば医療費は高騰します。医療の高度化は生存期間を延ばします。1950 年代の日本は 50 歳代でしたが、現在では男性が 80 歳、女性が 85 歳に跳ね上がりました。この 70 年間で 35 年も寿命が延びたのです。医療の高度化は医療費の単価を上げます。疾病構造も変わり、治療単価の高いがん治療も増えました。生存期間の延長は、やはり医療費高騰に結びつきます。結局、疾病構造の変化も生存期間の延長も、医療費の高騰に帰結するのです。

このように今、日本が置かれている少子高齢化、医療の高度化は、医療費の高騰とパラレルなのです。経済成長は鈍化し医療費が上がるのですから、医療費の抑制政策は避けられません。今、日本の医療に求められているのは「治療成績を上げる」「患者の QOL を上げる」「適正な医療費の削減をする」といった相反する目標が掲げられているのです。これも信じ難い現実ですが、2025 年には現在の一般病床 107 万床が 30%ほど減になります。30%少ないベッド数で同じ、もしくはもっと多い数の患者さんを治療しなければならなくなるのです。

歯科の先生に余り関係していないのかもしれませんが、外科系では ERAS という概念が急激に広まっています。ERAS は周術期の早期回復プログラムですが、欧米では医療の安全性はもとより、総医療費と医療単価の削減が主目的です。ちょうど 1 年半ぐらい前に衆議院会館で、厚生労働省と医師、看護協会の人間が医療政策に関わるような衆議院議員の先生たちと、この ERAS について議論しました。イギリスのモンティ先生の特別講演も

ERAS の経済効果が主でした。

私ども外科医は、がんは治すけれども、生活全般を考えない。このあり得ないことは比較的日常的に行なわれています。例えば歯がない患者さんに胃全摘をしてしまう。胃の代わりを口（歯）でするので、歯がなければ相当辛い日常生活が待っています。これから胃がなくなった場合の生理学の話をしてします。私たちは普通に御飯を食べるのに若干の差はありますが、だいたい 20 ～ 30 分で食べます。食べると、まず胃の穹窿部に食べ物が溜まります。その後、食べ物はミキサー車のように胃内で攪拌され、胃酸や消化酵素が混ざり合いながら少しずつ小腸に送られます。普通、胃が食事してから空になるのは 2 ～ 3 時間です。胃がなくなった人たちの食事は矛盾だらけです。管理栄養士さんは、栄養指導で患者さんにゆっくり食べてくださいと言います。でも、ゆっくりとは何分かけるのでしょうか。胃のある人が 2 ～ 3 時間かけて胃から腸に食べ物を送っているとしたら、胃全摘の患者さんはどれだけ時間をかけて食べたらいいのでしょうか。おそらく、3 ～ 4 時間がゆっくりの指標です。仮に 4 時間かけたとしたら、3 食食べるためには 12 時間かかることになります。一日の半分の時間を食事にかけることは無理です。胃全摘の患者さんは、通常栄養指導で説明される一食 30 分は、とんでもない早食いなのです。では、それを助けるには、胃袋の代わりを歯（口）でしなければならないのです。こんな簡単なことを、我々外科医たちはあまり考えていません。5 年生存率が出ればいいやという医者たちが残念ながら多いのも事実です。これは自分が外科医で、自責の念から申し上げていますが、やはりそういうところで自分の専門以外の人間たちから学んで、いろいろと意見を受けるしかないのです。

ちょっと話が飛びます。皆さん、よく胃瘻の非常に嫌なイメージの新聞報道、テレビをよく聞いていると思います。胃瘻の何がいけなかったのでしょうか？胃瘻造設術の診療報酬は、2014 年度の診療報酬改定で相当厳しい削減にあいました。なぜ、診療報酬が削減されたのか？おそらく、高齢化と経済が関与しています。

今の日本をもう一度考えてみます。超高齢化社会が到来して、虚弱老人は増えています。要支援 1 が 87 万、要支援 2 は 83 万、要介護 1 は 118 万、要介護 2 は 104 万、3 は 78 万、4 は 72 万、5 は 59 万。総数 605 万。これが現在の数ですが、すぐにと 10 年以内にはこれが倍増します。600 万人が 1000 万人には確実になるでしょう。摂食嚥下障害の患者さんは 2 百万人以上いると言われていたますが、これも確実に増えるでしょう。摂食、嚥下に関する評価、治療も日常診療になるでしょう。高血圧や高脂血症、糖尿病のような疾患になるのです。先ほど少し申し上げましたが、耳鼻科の先生は 8900 人しかいません。歯科医は全国で 10 万人います。国は在宅医療や介護を増やす方針です。

摂食嚥下障害の特徴として、嚥下障害のある患者さんは、嚥下だけ問題があることは少なく、ほとんど歯と口腔に問題を有しています。嚥下障害の患者さんたちが激増するというのは何を意味しているかというと、歯と口の中（口腔）と飲み込むことの三つが合併しているのです。嚥下が今後、どのような扱いになるのか目が離せません。現在、歯科大学の講義に嚥下学が入ってきていると聞きます。弘中先生にお聞きしたところ歯科医師国家

試験に嚥下に関する問題、VEに関する問題が出題されたそうです。一方、NST加算に歯科医師の存在が必須になりました。もしかしたら、国は嚥下を歯科に期待しているのかもしれませんが。高齢者、嚥下障害患者さんに絶対必要な事は、歯を治し、口の中をきれいにし、飲み込むことを上手にさせることです。誰がその仕事をするのでしょうか？歯、口、喉を総合的に診られる総合医が必要ではないでしょうか。その人たちがもしかしたら、歯科の先生達なのかもしれません。老健施設などで、この3つの分野に習熟した歯科の先生がいたら、本当に患者さんにとっては福音です。今後、歯科医は、高齢者医療にダイレクトに関わる可能性があります。歯科医は10万人おります。10万人がどれだけ嚥下や口腔ケアに習熟しているか分かりませんが、10万人の10%が関与すれば1万人です。この人材的なパワーは莫大です。法律上の縛りや、嚥下に関する教育などの問題は解決しなければならないのです。

厚生労働省の認可を受けた嚥下機能評価講習会を受講すると医師の診療報酬に一定の加算がつきます。嚥下機能検査は、胃瘻造設前の検査は比較的楽です。逆に、その後の嚥下状況を把握、評価するのは難しい。簡単な方は医師がやって難しい方を歯科が受け持つ？術前の嚥下機能評価加算は、現段階では歯科医にはありません。嚥下機能評価講習会に歯科医の参加率は高くなっておりますが、まだまだ十分とは言えません。嚥下機能評価と歯科医の問題は今後議論されると思います。でも、最も大切な事は、協調、連携です。

最後になりますが、医療費抑制政策は恐らく止まらないでしょう。高齢者の医療費は増加する。急性期病院は減る。在宅医療にシフトせざるを得ない。そういう中で、歯と口腔、嚥下を包括的にとらえる。いわゆるこの領域の飲み込む、食べるための総合医が今、求められています。歯科の先生に大変期待しています。

○白川座長 鈴木先生、ありがとうございました。先生は消化器外科が御専門ということで、もちろん消化器外科という立場でのお話を今回されると予想していましたが、歯科医師の役割について、それから歯科医師が現在、活躍している部分、またこれからの課題や栄養管理、全身管理といったものを包括的にお話いただきまして、本当にこれからの我々の役割を考えるいい機会になったと思います。お願いします。

○丹沢 私は千葉大学の丹沢と申します。千葉大学の医学部を出たときに、前任教授から、医科だけでも治せない、歯科だけでも治せない病気があるからと言われて、東京医科歯科大学の歯学部を出て、両方を勉強した人間なので、非常に今の話はよく分かりますし、有り難いと思います。一方で、日本医学会第31分科会、日本口腔科学会の理事長ですが、先生に是非御理解いただきたいのは、日本医学会においては、100年以上前から、口腔の専門学会は口腔科学会です。評議員会などに出ていると口腔科という札が私の机の上に立ちます。耳鼻咽喉科は耳鼻咽喉科の札なのです。そのあたりが非常にあいまいになってしまっているのが非常に残念で、私どもは口腔の専門家というのが歯科医だけがとるとか、耳鼻科だけがとるとか、ケチなことを言っているわけではなく、シェーグレン症候群にはアレルギーの先生や膠原病の先生が関係されています。複数の分野の方の関与があるわけです。それが医学と歯学の世界に免許が分かれ、日本医学会と歯学会の分科会に分かれて

いますが、それぞれに技術が発達して、医学も発達しているわけです。それが全部揃って初めて口腔だという立場を是非ご理解いただきたいのです。先生のお話は十分そういう意味ではお医者様としては、歯科医にとっては非常に力強いお話で、すごく有り難い話です。是非、この点を御理解いただいて、オール医療人という立場で御支援いただきたいというお願いです。

実際には、「口は俺たちで診るからいいよ」とおっしゃる医師の方もいらっしゃいますが、そんなことはないわけです。ですから、嚥下にしても一層、二層、三層に分かれています。顎位が決まった方が、入れ歯が入ったり、歯があって、顎の位置が固まった方が安定的に嚥下できますし、発音・構音にしても、声帯だけの問題ではなく、口腔の状態とも複雑に絡んでいることもあります。是非御理解いただいて、御支援いただきたいし、我々も是非協力、勉強させていただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

○鈴木 先生にこうやって言うていただくと大変有り難いのですが、本当に純粋に疑問だったんですね。大体、歯科と医科がここだけ分かれるのも不思議です。

○白川座長 どうぞ。

○今井 獨協医科大学を3年前に定年退職した今井と申します。今、歯学協と、もう一つは日本歯科医学会の仕事に携わっている立場で先生のお話を伺いまして、大変すべてがごもっとも。私も基本的には医師一元論で、患者さん全体を考えると先生の御提案が、本当に納得いく結論ではないかと私は思っています。

その中で一つ、先生の御認識の中で、嚥下評価が歯科の診療報酬では認められていない、とありましたが、現在は認められ、歯科の診療報酬の中に含まれていると思いますが。

○鈴木 失礼いたしました。何年から？

○今井 4年ぐらい前だと思います。

○鈴木 厚生労働省で診療報酬改定の会に私は行って、保険局の人間と話をしましたが、特例という表現をずっと使っていました。

○今井 医師、歯科医師という表現に確か変わっていたのですが。

○鈴木 調べます。

○今井 私も、もう一度確認してみます。

○鈴木 ただ、もしそうだとすれば術前の評価。胃瘻をつくる前の術前評価で、歯科医師が診療報酬を獲得できないのは理屈に合わないことですね。

○今井 はい。

○鈴木 これについてはもう一度、私の方も厚生労働省にきちんと問合せをしてみます。

○今井 私も確認してみますが、国が歯科医師に摂食、嚥下をとすることは間違いない方針だと理解しています。事務次官をされて、東京大学で今、特任教授をされている辻先生。あとは先生の同窓の飯島先生でしょうか。直接、歯科に期待しているという言葉も頂いています。歯科で頑張ってもらいたいということを伺っていますので、そういうことを踏まえて、今我々は新たな歯科医師の在り方、専門医制度と絡めて、先生から御提案があったような歯科医師を養成しようと、努力をしています。そういう点では是非先生のお力もま

たお借りしたいと思います。これは先ほどの丹沢先生と同じようにお願いでありますし、医科・歯科の連携を深めるという意味で、是非御指導を賜りたいと存じます。どうもありがとうございました。

○鈴木 こちらこそ、どうもありがとうございます。

○白川座長 それでは、あとは若干ですが。では、先生。

○会場 時間もございますので、簡単に言います。東京都の南多摩保健所で課長をやっている五十里と申します。現場でやっている、先生が言われたように歯科の治療はどうしても時間がかかるのですが、例えば患者さんが入院されて、担当医からすぐに依頼がくれば何とかなるだろうにという話を、よく病院の口腔医療の先生だとか、地域の先生から聞くので、依頼をもうちょっと早くしてもらえないか。これは一つお願いです。

もう一つのお願いが、私は地域で在宅の摂食、嚥下をやっていますが、歯科医師の方から直接オーダーを出せるのは先生も御存じのとおり、歯科衛生士さんと言語聴覚士さんだけで、ほかは全部ドクターを通さなければできません。管理栄養士さんや訪問看護師さんにはオーダーを出せない状況の中で、この状況をどうにかしなければ、バラバラになってしまうというのは感じています。それは先生のお立場から推していただけないかというお願いです。

○鈴木 ごもったもな意見だと思います。

○白川座長 それではちょうど時間になりましたので、鈴木先生はこれから御予定がおありだということです、これで鈴木先生の御講演は終了とさせていただきます。先生、どうもありがとうございました。（拍手）

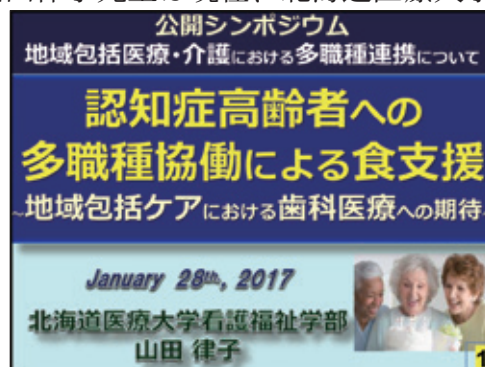
○鈴木 どうもありがとうございました。

「認知症高齢者への多職種協働による食支援
～地域包括ケアにおける歯科医療への期待～」
山田律子先生（北海道医療大学看護福祉部教授）

○白川座長 では、次の演題になります。山田律子先生には「認知症高齢者への多職種協働による食支援」ということで、お話を頂きます。山田律子先生の御略歴はお手元の資料4ページ出ていますので、そちらを御覧ください。山田律子先生は現在、北海道医療大学看護福祉部の教授をされています。

では、山田先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

○山田 白川先生、ご紹介いただき、ありがとうございます。また、本日お招きいただきました、古谷野先生、宮崎先生をはじめ、お声かけいただきました広中先生、ならびにご関係の先生方には貴重な機会をお与えいただき、感謝申し上げます。



それでは、私の方からは「認知症高齢者の方への多職種協働による食支援」、サブタイトルを「地域包括ケアにおける歯科医療への期待」と題して、お話をさせていただきます（スライド1）。

本日は、グローバルな視点も含めた我が国の認知症施策について述べた上で、認知症が食事にどのような影響を及ぼすのか、それゆえに我々はどのような食支援の視点を持つことが必要なのか、そして、認知症高齢者の方への多職種協働による食支援の実際についてお伝えしたいと考えております（スライド2）。認知症になる前から、そして認知症になられても、初期から終生期（ここでは最期まで生きることを支えるという意味で終末期の代わりに終生期という用語を用います）に至るまで、歯科医療は非常に重要であると実感しています。その理由も含めながらお話をさせていただきます。

はじめに「わが国における認知症施策とその背景」について述べます（スライド3）。

認知症は、今や身近な病（common disease）になっています（スライド4）。2012年のWHO（世界保健機構）のレポートによると、世界の認知症高齢者数は2050年までに1億人を超えるだろうと推計されています。同時期に、日本でも厚生労働省が、2025年までには認知症高齢者だけで約700万人になることを推計しています。その中で、65歳以上の高齢者では、5人に1人が認知症と見込まれています。85歳を超えると、その有病率は約40%とされ、2～3人に1人が認知症ということになります。それほどに認知症は身近な病になってきたと言えます。

このような背景を受けて、我が国では厚生労働省が2012年に「オレンジプラン」と言われている「認知症施策推進5か年計画」を立案しました（スライド5）。その翌年、2013年12月のロンドンサミット開催の折に、認知症高齢者数が100万人を超えた先進国が9カ国あることを受けて、キャメロン首相が「G8認知症サミット」を開催しました。そして、2014年には、日本で「認知症サミット日本後継イベント」が開催され、厚生労働省だけではなく、関係省庁がタッグを組んでオレンジプランを修正し、現在の「新オレンジプラン」と言われる「認知症施策推進総合戦略」を2015年に策定しました。

本日の講演内容

1. わが国の認知症施策とその背景
2. **認知症が食事**に及ぼす影響と食支援の視点
3. 認知症高齢者への**多職種協働**による**食支援の実際**

⇒地域包括ケアにおける**認知症予防**及び**認知症初期～終生期に必要な歯科医療** **2**

1. 我が国における認知症施策とその背景



3

身近な認知症 – 認知症に関する実態

(2012年推計値) **認知症高齢者数**

世界 2050年 1億人超
(世界保健機関WHO レポート)

日本: 2025年 700万人

● 65歳以上の**5人に1人**が認知症

4

オレンジプランから新オレンジプランへ

2012年9月 厚生労働省「**認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)**」策定

2013年 オレンジプランによる取り組み実施
12月11日 **G8認知症サミット(London)**

2014年11月「**認知症サミット日本後継イベント**」開催
安倍内閣総理大臣が「我が国の**認知症施策を加速**するための**新たな戦略を策定**するよう厚生労働大臣に指示」「**新たな戦略**は厚生労働省だけでなく、**政府一丸**となって**生活全体を支えるよう取り組むものとする**」と宣言

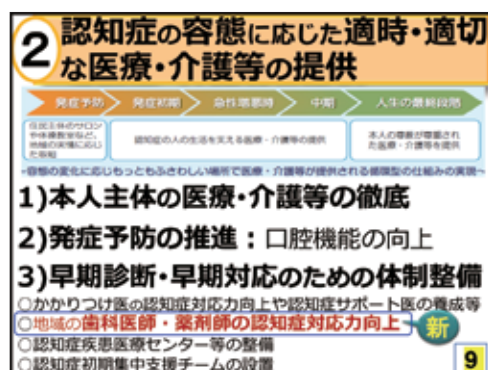
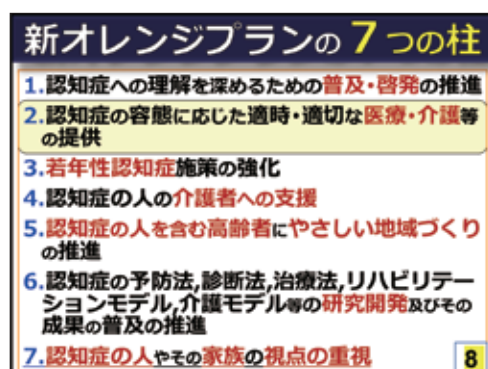
2015年1月 関係省庁共同、オレンジプランを修正「**認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)**」を策定

5

「新オレンジプラン（2015年）」の基本的な考え方は、「オレンジプラン（2012年）」と変わりはなく、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」というものです（スライド6）。そのような地域づくりに向けて、7本の柱からなる総合推進戦略になっています。2012年と2015年のプランにおける主な変更点としては、以前は「本人とご家族の選択と心構え」になっていましたが、まずは「ご本人の選択であり、その上で本人と家族の心構え」となっています（スライド7）。例えば、人生の最終段階では、認知症高齢者ご本人の意思表示が難しくなりますが、そのようなときでも、ご本人であれば、どんなふうに最期を過ごしたいと思ったかなどと、本人の意思についてみんなで考えながら本人と家族を支援することが大事になります。

その方の意向にそった多様な支援サービスを提供するためにも、地域包括ケアというシステムづくりが大事です。新オレンジプランでは、「予防」という考え方も強調しながら、多職種が有機的に連携し支援をしていこうという枠組みになっています。

新オレンジプランでは、認知症高齢者の容態に応じた適時、適切な医療、介護を届けていくための策が新たに盛り込まれています（スライド8）。ここに、歯科の先生方に関係する多くの内容が盛り込まれています。特に認知症の容態というのは、認知症予防、そして認知症の初期から人生の最終段階に至るまでのすべてのステージを意味します（スライド9）。認知症予防に関しては、先ほど鈴木先生のお話にもあったように口腔機能、口腔環境を整えて維持していくことが強調されています。特に早期診断・早期対応に向けて、新オレンジプランで新たに加わった対応策として、「地域の歯科医師、薬剤師の認知症対応力向上」があります。このため現在では多くの地域で研修が組まれているかと存じます。特に歯科の先生方は、地域の中に住民を支える「かかりつけ医」としてのお役割が大きいと思います。例えば、長年にわたって通院していた高齢者が、頻繁に予約日時を忘れたり、間違えたりするように、これまでとは違う高齢者の行動に歯科医師や歯科衛生士が気づかれ、認知症初期集中支援チームや地域包括支援センターにつなぐ



ことによって、その方の認知症の早期発見・対応へとつながり、安心して地域での暮らしを継続できるようになることがあります。そういった意味で認知症についての理解を深め、早期発見・対応だけではなく、人生の最終段階に至るまでの支援にお力添えいただきたく存じます。また、看護職や新任の介護職に対する認知症対応力向上も盛り込まれております（スライド 10）。そして、多職種が有機的に関わっていくことの重要性が述べられているのが、この新オレンジプランの大きな特徴です（スライド 11）。

次に、認知症が食事に及ぼす影響と食支援の視点について話を移します（スライド 12）。（スライド 13）は 2013 年に内閣府が実施した調査ですが、地域で暮らす高齢者に「生きがい（喜びや楽しみ）」は何ですか」という質問をした結果、「食べること」が上位に位置したことが示されました。友人・知人との食事や、おいしい食事、また家族との団らんといった中でも、食を通じた語らいということもありますので、その意味でも人々にとって「食べる」ことは、暮らしの営みの中でも大事な位置づけになっていると考えられます。

認知症とは、「いったんは獲得した認知機能が、その後起こった慢性の脳機能障害のために著しく低下し、徐々に自立した社会生活や日常生活に支障をきたしていく状態」と定義されています（スライド 14）。着目したいのは、「いったん獲得した認知機能がある」という部分です。ここが生まれながらにして発達遅滞の子供たちとは違う点で、成人として発達・成熟した認知機能があるからこそ、脳の機能障害によって認知機能が障害され、わからないことが増えていくことによる不安やストレスを抱えている人であるという理解が、食支援においても大事になってきます。私たちもそうですが、ストレスがあると食欲が減じる人もいれば、過食になる人もいるように、ストレスが認知症高齢者の食べないという状態の一因になっていることがあります。すなわち、認知症高齢者は私たち以上にストレスを抱えやすい状

2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

4) BPSDや身体合併症への適切な対応

- 最もふさわしい場所で適切なサービス(看護型仕組みの構築)
- 行動・心理症状(BPSD)への適切な対応
- 一般病院の医療従事者の認知症対応力向上
- 看護職員の認知症対応力向上** **新**
- 認知症リハビリテーションの推進

5) 認知症の人の生活を支える介護の提供

- 介護サービス基盤の整備
- 認知症介護の実践者→実践リーダー→指導者の研修の充実 **新**
- 新任の介護職員等向けの認知症介護基礎研修(仮称)の実施**

10

2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

6) 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

7) 医療・介護等の有機的な連携の推進

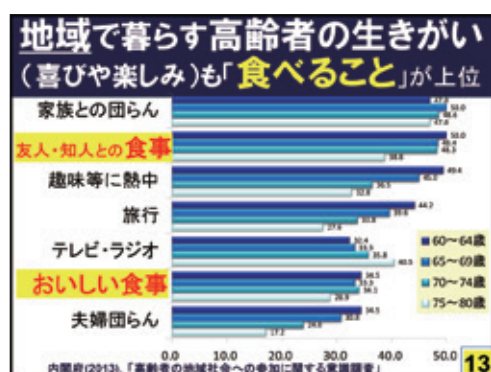
- 認知症ケアパスの積極的活用
- 医療・介護関係者等間の情報共有の推進 **新**

⇒医療・介護連携のマネジメントのための情報連携ツールの例を提示。地域ケア会議で認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携推進

- 認知症地域支援推進員の配置、認知症ライフサポート研修の積極的活用
- 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進

11

2. 認知症が食事に及ぼす影響と食支援の視点

認知症とは

Dementia⇒Neurocognitive Disorder

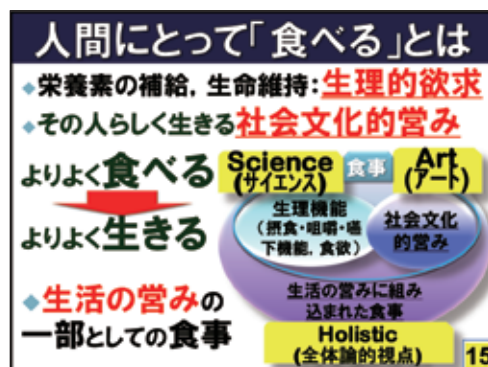
いったんは獲得した認知機能が、その後起こった慢性の脳機能障害のために著しく低下し、徐々に自立した社会生活や日常生活に支障をきたしていく状態（※一過性の意識障害は含まない）。

意思がありながらも、コミュニケーション障害により上手く表現できない状態。 14

態にあるということの理解が必要です。

もう一つ大事なことは、これは一般的な定義ではなく日本老年看護学会で大事にしている考え方ですが、「認知症が重度になっても意思はあるものの、コミュニケーション障害によってうまく意思を表現できない状態」に認知症高齢者はあるということです。例えば、重度になると、言葉を理解・表現することが難しくなりますが、実際に洋服を見ていただいて「今日はどちらを着ますか」と、視覚情報を用いて二者択一にすると、指差しで着たい方の服を示すことができます。このように、日々の日常の中で、認知症高齢者の意思表示や自己決定を大事にしていく支援が、自己尊厳を保つことにもつながります。

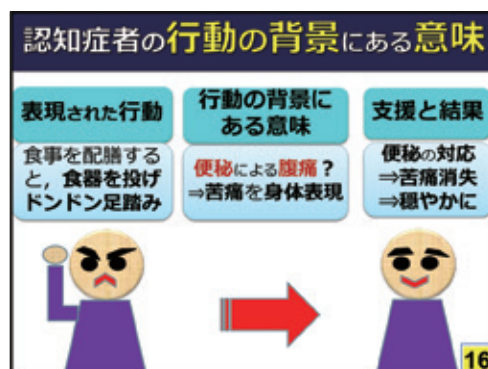
食支援を考える前に、まずは「人間にとっての食べることの意味」について考えたいと思います（スライド 15）。もちろん生きていく上で食事というのは栄養素を補給する、生命をつなぐ生理的欲求でもあります。それだけではなくて、その人らしく生きていくための社会文化的な営みでもあります。また食べることは、より良く生きることにもつながります。食支援に携わっていらっしゃる歯科の先生方の中にも、食べられなかった方が再び口から食べられるようになったときに、みるみる暮らしが良くなっていくことを体験されている方がいらっしゃるのではないのでしょうか。



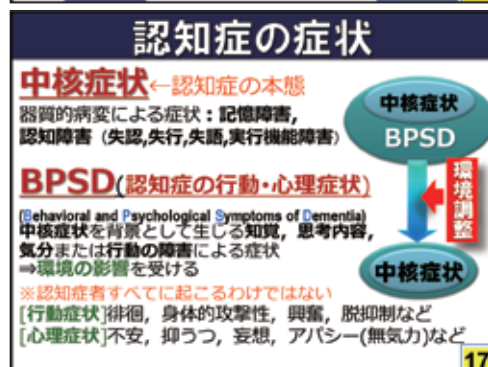
食支援は、まずは食事場面の観察から始まります。その際、同じ食事場面を見ても、職種が異なると多様なケアの視点が見えてきて、今後、どのように環境を整えていくのが良いのかという道が開けることがあります。私自身も、歯科の先生方と協働するようになって教えられることが多くありました。私は看護師なので、例えば姿勢が傾いていると体幹と座面との位置関係はどうか、足底が床についているか、椅子の高さはどうか、麻痺があるかなどをアセスメントしますが、歯科の先生から、歯をグッと食いしぼるクレンチングタイプの方だと、噛み合わせ（咬合）が悪いと姿勢の崩れにつながるということを教わり、アセスメントの視点が広がったということを経験しています。深い幅広いアセスメントは、認知症高齢者に対するより適した環境づくりにもつながります。

また食支援では、摂食・咀嚼・嚥下機能といった目に見えないところも含めた病態や機能を読み解く「サイエンスの視点」も欠かせません。同時に「いつ、誰と、どのようなものを、どのような場で食べるのか」という社会文化的営みとしての「アートの視点」も大事になります。しかし、それだけでも足りないことがあります。例えば認知症高齢者で食べたり、食べなかったりされる方、あるいは食事摂取量に変動がある方がいらっしゃいます。実はそういう状態にある方の生活を見ていくと、それが便秘のリズムと一致していて、便秘をコントロールすると安定的に食べられるようになることがあります。また、認知症自体が睡眠覚醒リズムを乱しやすいメカニズムがありますので、まずしっかり目覚めていただくような支援も大事になります。その意味で、暮らしの中に位置付く包括的な食の視点、「ホリスティックな視点」も欠かせないところなのです。

実際、食事を配膳すると食器を投げたり、ドンドンと足踏みをする方がいました（スライド 16）。このような場面を見て、表面的な行動だけを捉えると、往々にして BPSD（認知症の行動・心理症状）というレッテルが貼られてしまうことがあります。しかし、認知症高齢者の支援では、「行動の背景にある意味」を探求することが大事です。例えば、この方の場合には便秘による腹痛があったのですが、本人も何による苦しみかが分からずに、どうすることもできない腹部の苦痛を食器を投げたり、ドンドンと足踏みしたりして身体で表現していたと解釈できました。そして排便をコントロールした結果、穏やかに過ごすことができるようになりました。一般的に精神科病院に入院される人の 8 割程度が BPSD であり、そのうち暴言・暴力だった人の 6 割程度に背景に便秘があり、対応した結果、1 週間ほどで穏やかに過ごすことができたという実態報告もあります。

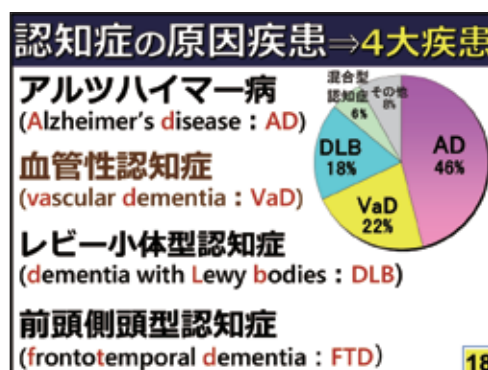


認知症の症状には、「中核症状」と「BPSD」があります（スライド 17）。記憶障害や認知障害など認知症ならば、時期の違いはあれ、必ず見られる症状が「中核症状」です。「BPSD」とは認知症の行動・心理症状をいい、Behavioral Psychological Symptoms of Dementia の頭文字をとったものです。BPSD は、すべての認知症に表出する症状ではなくて、例



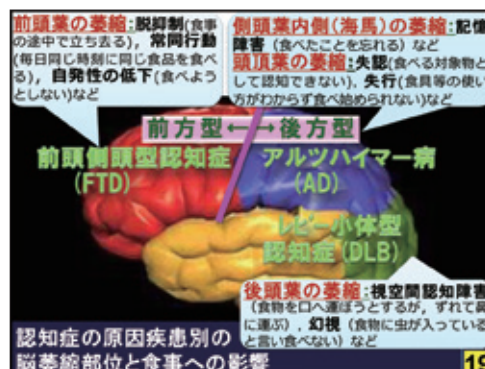
えば徘徊でも、全国調査をすると約 3 割程度の出現率のようです。徘徊による痛ましい踏切事故もありましたが、ある一定期間、通常 1 ～ 2 年の間で生じる行動症状です。BPSD は、環境の影響を非常に大きく受けます。そのため通常、中核症状と BPSD を合わせて症状ととらえられていますが、環境を整えていくことで BPSD の出現は殆どなく、穏やかに過ごされることがあります。

認知症には様々な原因疾患があります（スライド 18）。先ほど申し上げたように「認知症」というのは「状態」を示す言葉であり、その背景には認知症を引き起こす 70 種類以上の原因疾患があると言われています。ただ、日本で多いのは、「三大認知症」と言われているアルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症の 3 つです。現在、アルツハイマー病が最も多く、かつては血管性認知症が多かったのですが、予防によって血管性認知症の割合が減少しています。代わりに、第二の認知症といわれるレビー小体型認知症という方々が増えています。レビー小体型認知症は、1990 年半ばに日本の小阪先生が中心となり、国際診断基準が確立されました。疫学調査によって若干の違いはありますが、我が国の認知症の原因疾患は、三大認知症が 8 ～ 9 割を占めます。なお、前頭側頭型認知症は特徴的な



症状を示すので、この認知症も含めて「四大認知症」と呼ぶことがあります。

(スライド 19) は脳を横から見た図ですが、このように認知症の原因疾患が異なると、脳の障害部位が異なるために症状も異なります。このため、「食」への影響の及び方も異なります。そこで、私たちが認知症の病態も含めて理解を深めておくと、その人に合った環境を整えやすくなります。ただし、認知症の診断は、専門医でも難しいことがあり、経過の中で症状が出現して、確定診断がつくことも珍しくありません。重要なことは、私たちケアを提供する者が種々の認知症の原因疾患の特徴を理解し、たとえ診断がついていないとしても、特徴的な症状を踏まえて環境を整えることによって、認知症の人が食べる力を発揮できるよう支援することにあると考えます。この意味から、本日は、認知症の原因疾患を踏まえた摂食・咀嚼・嚥下障害の特徴を含めて、お話ししたいと思います。



例えば、前頭側頭型認知症の場合、前頭葉と側頭葉に萎縮が生じています。前頭葉は、よくオーケストラの指揮者に例えられますが、司令塔でもあります。したがって、ここがうまく働かないと、「脱抑制」といって、食事中に突然立ち去るようなことが生じます。また行動を抑制できないために、食べ物を嚥下前にどんどん口は運び入れて、窒息しそうになるぐらい口の中に詰め込むような食べ方をする人もいます。最近、日常の中で高速道路を逆走する高齢者のことが多く報道されていますが、そういった人の中にも前頭側頭型認知症の人が多く含まれていると考えられます。

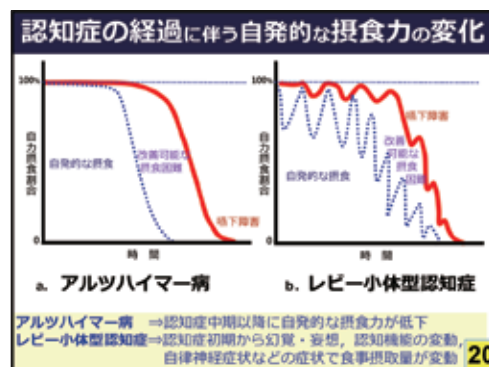
アルツハイマー病の病態は、側頭葉の内側に位置し、記憶を司る「海馬」から萎縮が始まり、徐々に頭頂葉にかけて萎縮が進みます。例えば、記憶障害によって、5分前に食べた事実を忘れてしまうことがあります。また「失認」といって、目には見えているものの、目の前の食べる対象物が食べ物として認知できず、食べ始められないことがあります。それを一口食べて「あ、おいしい」と思うと食べられるといったことがあります。さらに、「失行」といって、運動機能がありながら、食べるための道具をうまく使えずに食べ始めることができないということがあります。

レビー小体型認知症の病態は多様ですが、特徴的なのはその6割ぐらいに後頭葉の萎縮を認めるということです。後頭葉は視覚に関わるので、食べ物の中に虫や鳥の羽が入っているなどの幻視が生じます。さらに頭頂葉にかけて萎縮が進むと空間認知障害によって、食器の中の食べ物をすくっていても、うまくすくえていなかったり、口に運んだつもりがずれてしまったりということがあります。中には、天井の模様が虫に見えたり、隣の部屋に人がたくさんいると怖がる人もいます。このような場合には、ご本人の不安な気持ちに寄り添うことが有効です。そして、本人から幻視が見える場所を教えてもらい、虫を振り払ったり、人がいるという場所へ一緒に行き触ってみると、視覚性の幻覚なので、それまで見えていた物が消えてしまうことがあり、本人も安心することがあります。

レビー小体型認知症の場合には、幻視や幻聴がある人も多く、容易には他人には分かつ

てもらえない辛さもあり、非常にストレスを抱えやすい状況があります。不安やストレスが募ると、さらに症状が出やすくなります。認知症の人には幻視として見えている物について、関わる者には見えていないことを伝えてよいのですが、大切なのはその先で、当事者の不安な気持ちに寄り添い支援していくことです。そのような関わりによって、その人が穏やかな気持ちになれば、症状の出現を抑えられることも経験しています。

アルツハイマー病とレビー小体型認知症では、摂食・咀嚼・嚥下障害の特徴が異なります（スライド20）。アルツハイマー病の人は、初期の頃は摂食動作に殆ど影響はなく、中期以降になってから多様な摂食困難が出現します。しかし、レビー小体型認知症の人は、比較的初期から食べたり食べなかったりする「食事摂取量の変動」がある場合があります。その背景に、認知機能の変動や妄想・幻視などの特有の症状があるなど、種々の要因で食べられなくなります。このため、早期にアセスメントして対応することが必要となります。なお、レビー小体型認知症では記憶障害は初期では殆ど生じないため、本人が語ることができます。例えば、家族会に参加して家族が先に帰っても、本人が「次の会はいつですか」と自分でスケジュールを管理したり、一人で公共交通機関を利用して帰ったりすることもできます。



大事なことは、どのような認知症の原因疾患であっても「食べない」という状態があったときに、なぜ食べないのかという事実をしっかりと確認して、その本当の原因をチーム全体で探求していくことです（スライド21）。本人が「食べたくない」と言っても、本当の意味で食べたくない意味ではなかったりします。また、終末期は食べられなくなる入り口でもあります。そこまで至っていない場合もあります。いずれにしても、その意味を慎重に考えながら、環境を整えていくことが重要になります。

スライド21: 「食べない」その真意とは？

認知症が進行すると、食べることに支障を来すようになる。しかし、

食べない ≠ 食べたくない
≠ 終末期

であることも多い。

なぜ**食べない**のか、**真意**を**探求**することが大切！

例えば、じっと座ったまま食べ始めることができない、あるいは配膳しても食べ始めようとしない人がいます（スライド22）。理由は様々ですが、先ほど申し上げたような失認や失行によって、食べ物を食べる対象物として認知できていなかったり、食べ方が分からない場合もあります。また、どのような認知症の原因疾患も注意障害を伴いますので、食事環境が騒々しいと注意を食事に向けられずに食べることができなかったり、たくさんの品数が目の前にあると、それだけで食べられないという場合もあります。また、「姿勢」も大切です。椅子の背もたれに寄りかかると、それだけで食べられない認知症の人がいて、姿

スライド22: 「じっと座ったまま食べ始めない」理由

- ・失認により、食べ物を「食べる対象物」として認知できない
- ・失行により、食べ方がわからない
- ・空間認知障害や視覚の低下により、箸などを握ることができない
- ・選択的注意障害により、料理の品数が多く混乱している
- ・姿勢が整っていない、食べることができない
- ・幻覚・妄想・認知機能の変動等で食べられない
- ・覚醒や体調が悪く、ぼんやりとしている
- ・食欲がない、食べたい物がない…etc.

勢を整えるだけで食べられるような人もいます。このように、「何故、食べないのか」を多職種で考えることによって、一人一人に合った環境づくりが見えてくると言えます。

このように「認知症の病態」はもとより、当事者の一人一人にとって、どうすることが豊かな食事となるのか、「生活者の視点」で見極めることが大切です（スライド23）。場合によっては、加齢変化や背景に別な疾患が隠されていることもあり、このような心身の変化が食事に影響を及ぼしている場合があります。実際に、摂食嚥下チームが「もう食べられるはず」という時期に、なかなか食べることができない認知症高齢者がいました。実はしばらく装着していなかった義歯を装着したことによって、褥瘡性潰瘍が生じたり、口内炎が発症したりして、食べられなかったのです。このようなときに、歯科チームが介入して治療を行うことによって、食べることが可能になったケースも経験しています。認知症高齢者の食支援では、その人、その人に合った食べる喜びを引き出すような「環境」を整えていくことが重要です。

「環境」とは、「認知症の高齢者を取り巻き、相互作用を及ぼす外界条件」と定義されています（スライド24）。この意味からも、関わる私ども一人一人が、認知症高齢者からすると環境の一部であるということが出来ます。したがって、その立ち位置や話す言動自体のすべてが彼らに影響を及ぼしていると言うことが出来ます。我々はそういう自覚の下に、自分たちも含めて環境を整えていく必要があると言えます。

ここからは、食支援の実際について、アルツハイマー型認知症と、レビー小体型認知症とに絞ってお話したいと思います（スライド25）。

アルツハイマー病の病態は、徐々に脳の萎縮が進行していきますが、運動機能、感覚機能は特異的に残されています（スライド26）。

すなわち、認知症が進行しても、上肢の運動機能は保たれるため、感覚機能に働きかけるような環境を整えることで、認知症が重

度になってもご自身で食べることが可能ということです。実際、失認によって食べ始めら

認知症高齢者の食支援: 3つの視点

認知症高齢者の視点で支援の方向性を考える

1. **認知症の病態**に基づく視点
2. **生活者の視点**
3. **加齢変化を含む心身の変化**に気づく視点

認知症高齢者の食べる喜びを引き出すよう
環境を整える!

23

環境とは

認知症高齢者を取りまき、相互作用を及ぼす外界条件のすべて

支援者も「環境」の一部

- 認知症高齢者にとって、支援者は**環境の一部**であることを自覚
- **内なる偏見や誤った認識**に気づき、摘み取っていくことが必要

24

3. 認知症高齢者への多職種協働による食支援の実際



25

アルツハイマー病(AD)

神経病理学的特徴: 大脳皮質連合野や海馬領域に老人斑(アミロイドβ蛋白の沈着)、神経原線維変化⇒大量の神経細胞の脱落

特徴: 徐々に進行

- ・記憶障害
- ・認知障害

⇒失語: 言葉が出てこない
⇒失認: 対象の認識・同定が困難
⇒失行: 道具の使い方がわからない
⇒実行機能障害: 段取り・計画立案に困難
⇒空間認知障害: 空間における対象物や自分自身の位置関係の確認に支障

※運動・感覚機能は保たれる



26

ADの摂食嚥下障害

●失認・失行・記憶障害: 目前の食物を認知できず、失行により食べ始めることができない
(Tully et al., 1997; Volicer & Hurley, 1999; 山田, 2002)

⇒味覚(一口摂取)や嗅覚(香りたつ種類など)の活用、持ち方のアシスト、なじみの茶碗や湯飲みなどの手がかり



27

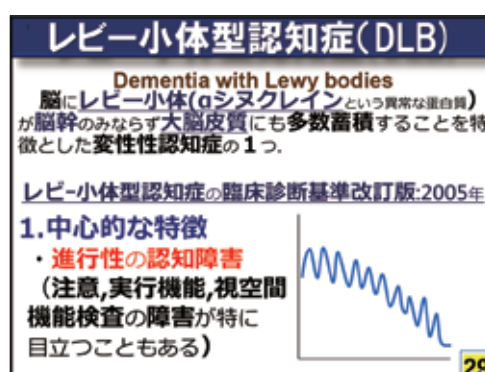
れないという場合には、五感を活用して食べやすい環境を整えていきます（スライド 27）。例えば、グループホームや家庭で近くにキッチンがあると、炒める音や香りなど食事を認知するための手掛かりになりやすいのですが、病院や大規模施設では栄養課が別であり、配膳車によって食事が運ばれると、認知症高齢者にとっては目の前に食事が置かれたときに「食べること」のスタートになります。そこで、本人が少しでも食事を認知しやすいように、馴染みのある食器を使うなどして環境を整えることが有効となる場合があります。

空間認知障害や失行がある場合には、食器・食具を本人に持てるよう支援したり、一度食具を置いてしまっても再び持てるように支援することによって、食べ続けることが可能になることもあります（スライド 28）。しかし、認知症が重度になり食具を使うことが難しくなったときには、手まり寿司やパンなど手に持って食べられるような食形態を工夫することによって、本人が食べることができ、食べる喜びにつながることも多く経験するところでもあります。

では、ここで注意障害がある認知症高齢者の食事場面のビデオを供覧いたします。（ビデオ上映）

ビデオに移っていた認知症高齢者は、介助しようとする食器を投げてしまったり、若いスタッフを叩いたり、つねったりということがあって、若いスタッフが近寄れない時期がありました。しかし、見方を変えると、それだけのエネルギーがある人なのです。したがって、そのエネルギーをどうやってご本人が食べるという方向へ向けるかということになるわけです。例えば、お弁当箱などワンプレートにすることが有効な方もいらっしゃいます。また、この方のようにフレンチのコース料理のように一品ずつ提供することで、注意を一品にもっていきやすくなり、食べられることがあります。時々、食器から食器へ食べ物を移し替える行為を繰り返し、なかなか食べ始めない方がいらっしゃいます。しかし、そのようなときは、本人に混乱が生じていることが多いため、スタートは一品にしたり、食器や食具を手に持ち、食の構えを作ることによって食べ始めることが可能になることが多くあります。このように一度、食事のペースが作られると、他の食器を配膳しても食べられることもあります。

次に、レビー小体型認知症の病態について説明いたします（スライド 29）。パーキンソン病とは、「レビー小体」と呼ばれる異常なたんぱく質（ α -シヌクレイン）が脳幹部だけに蓄積します。しかし、これが大脳皮質にまで蓄積すると「レビー小体型認知症」になります。「レビー小体型認知症」の国際的診断基準によると、中心的な特徴としては、まず進行性の認知障害があります。特に臨床的に大事なものは



コアとなる特徴です（スライド 30）。3つのコア症状のうち2つ以上の症状があると、probable ということになります。コア症状の1つが「認知機能の変動」です。極端な場合には、午前中は普通に笑顔で話をする事が可能であっても、午後になるとパタッと身体が動かなくなり、「口からイイイイ・ト（糸）がー」などと、本当に別人のように変わってしまう場合があります。これは日内変動だけではなく、週内変動、月内変動もあります。認知機能の変動に対しては、薬の調整も必要です。ただ、食事時間帯に認知機能の変動が出現したときには、食事時間をずらすことで対応することもあります。そのほかのコア症状として、幻視やパーキンソン症状があります。

次に、示唆的特徴ですが、ここで重要なのは「重度の抗精神病薬への過敏性」です。すなわち、薬に対する副作用の中でも有害事象が出現しやすいことを意味します。実際に関わった事例の中では抗精神病薬によって、本当に食べられなくなるほどに身体が傾いてしまった方もいます。抗精神病薬は取り除いていくにも一気には止められませんので、完全に抜けるまでに2、3か月ぐらいかかります。今まで経験したなかでは、抗精神病薬を取り除いただけで食べられるようになったケースもあります。したがって、ふだんの状態を把握している「かかりつけ医」としての歯科医師の場合、こういった認知症高齢者の変化に対して比較的容易に気付くことができるのではないのでしょうか。レビー小体型認知症の高齢者にとって、合わない薬を服薬し続けることで暮らしの質まで影響が及びますので、早期発見・対応により悪化を防ぐことはとても重要です。

この他のレビー小体型認知症の特徴として、自律神経症状や、起立性低血圧、便秘や食事性低血圧があります（スライド 31）。食事性低血圧では、食べた後にパタッと倒れる場合もありますので、血圧管理を行いながら注意していく必要があります。

また、レビー小体型認知症の高齢者の食事摂取量を記録していくと、スライドに示すように食べたり食べなかったりすることがあります（スライド 32）。食べないときの理由を本人に聴くと、さまざまな理由がわかります（スライド 33）。多い人では、自分自身で食べられない理由を11個も持っていた方を経験しています。その理由は、便秘だったり、幻視や日内変動だったり、多様な理由がありました。アルツハイマー病と異なり、レビー小体型認知症では比較的記憶も保たれているので、聴くことによって語れることも多く、食べられない理由に関しても、一

レビー小体型認知症(DLB)

2.コアとなる特徴：2つ以上で可能性がある

- 1) 注意や覚醒レベルの著明な変化を伴う **認知機能の変動**
- 2) 現実的で具体的な内容が繰り返される **幻視体験**
- 3) 突発性の **パーキンソニズム**

3.示唆的特徴：コア+示唆的特徴が各1つ以上

- 1) **レム (REM) 睡眠行動障害**
- 2) 重度の **抗精神病薬への過敏性**
- 3) (SPECTやPET検査で) **大脳基底核のドパミントランスporter取り込み低下**

30

レビー小体型認知症(DLB)

4.支持的特徴

- 1) 繰り返す **転倒と失神**
- 2) 一過性の意識消失
- 3) 重度の **自律神経症状**(起立性低血圧,尿失禁,便秘)
- 4) 幻視以外の幻覚
- 5) 系統的妄想
- 6) 抑うつ状態
- 7) 側頭葉内側領域の(相対的)保持 (CT or MRI検査)
- 8) 後頭葉領域での **灌流低下** (SPECT or PET検査)
- 9) **MIBG心筋シンチグラフィ**での取り込み低下
- 10) 側頭葉の一過性脱波を伴う顕著な徐波化 (脳波検査)

31



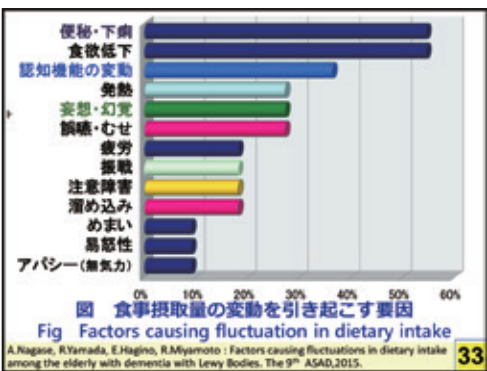
一つ一つ解決していくと、安定的に食べられることに繋がっていきます。しかし、周囲がそのことに気付けない場合には、みるみる食べることができなくなり、一気に体重も減少し、低栄養になり、食べる気力すら奪ってしまうことがあります。そうなる前に対応することが必要になります。

特にレビー小体型認知症では、嚥下障害を生じやすい病態をもっています（スライド 34）。レビー小体型認知症は、そもそも錐体外路疾患ということもあります。また、ドーパミンはP物質を合成して嚥下反射や咳反射を誘発していますが、ドーパミン自体の取り込みが悪いこともあります（スライド 35）。さらに舌の萎縮によって、舌が口蓋に付かないような場合もあり、送り込みがうまくできずに嚥下までに時間を要している方もいます。そのような場合には、舌接触補助床を歯科の先生方に作成いただくことで、送り込みがスムーズにできるようになり、うまく食べられることにもつながることも多く経験します。

このようにレビー小体型認知症では、多様な嚥下障害の病態によって食事時間が長くなると、さらに嚥下筋群に疲労が生じて、誤嚥しやすくなるといった悪循環に陥ることがあります。

また、高齢者が服用している薬物の中には口腔乾燥（ドライマウス）を誘発するようなものが数多くあります（スライド 36）。本当にその薬が必要なのかどうかも精査する必要があります。実際、家族会でのご家族の質問でわかったことですが、本人が風邪をひいて総合感冒薬（風邪薬）を飲んだ途端に飲み込みが悪くなったという話を聴かされたことがあります。総合感冒薬には抗ヒスタミン薬といった鼻水を止めるような薬剤が含まれているため、唾液分泌を低下させ、結果的に嚥下機能の低下につながった可能性も否めません。唾液分泌機能が低下し、口腔内が乾燥することによって、飲み込みや食塊形成だけではなく、美味しさにも影響を及ぼすことは、よく経験するところです。味は唾液と混ざって感知されますが、舌が乾燥していることによって味覚の低下に繋がることもよく経験します。まさに認知症高齢者は口腔環境を整えていくことが必要な方々です。

認知症高齢者の食支援では、初期から終生期に至るまで口腔環境を整えていくことが重

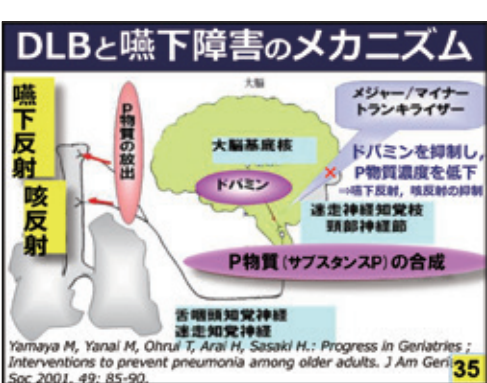


DLBの摂食・咀嚼・嚥下障害

●**嚥下障害:**

- ・ドーパミンによる嚥下反射の低下 (Singaram, et al., 1995)
- ・DLBが錐体外路疾患
⇒嚥下障害のメカニズムはパーキンソン病同様 (村井, 1998)
- ・抗精神病薬への過敏性 (neuroleptic sensitivity)
⇒誤嚥性肺炎のリスク (McKeith, 1992)
- ・DLBはADより有意に嚥下障害が多いが、原因は多様
認知症の重症度やパーキンソンズ病のみに起因しない (島川, 2008)

⇒専門家による支援: 誤嚥性肺炎等のリスク管理, 口腔ケア, 薬物の調整



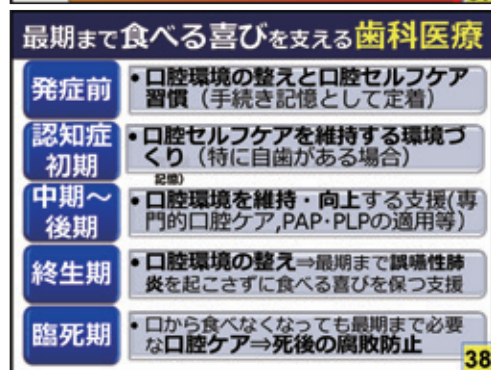
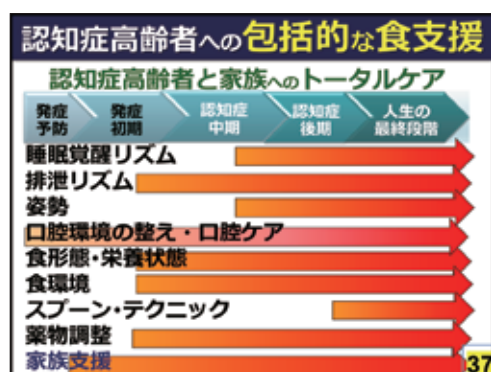
高齢者によく使われる 薬物 と嚥下機能への影響	
薬剤の種類	嚥下機能に対する作用
メジャー/マイナー トランキライザー (抗精神病薬, 抗うつ剤, 抗不安剤)	● ドーパミン抑制剤 として働き, P物質(サブスタンスP)濃度を低下 ● 錐体外路系の有害作用 ● 口腔内乾燥
消化性潰瘍剤, 制吐剤	● 錐体外路系の有害作用
抗パーキンソン病薬, 利尿薬, 抗ヒスタミン薬, 抗不整脈薬	● 口腔内乾燥
抗コリン薬 (ただし、流涎の治療薬として用いることがある)	● 唾液分泌障害 ● 下部食道内圧低下

要です（スライド 37）。さらに申しますと、認知症を発症する前からの口腔環境を整えていくことが必要であると考えています。と申しますのは、認知症になってから義歯を製作・装着したり、新義歯を製作・装着することは非常に困難であることを伺っています。また口腔セルフケアの習慣も、若い時からある人となない人では、認知症になってからの口腔環境の整え方にも影響すると聞かされています。

そういった意味では、本当に元気なうちから口腔環境を整えることに対する自覚を高めて、口腔セルフケアが手続き記憶として定着していくことが重要であると考えます（スライド 38）。認知症発症後の口腔セルフケアは、認知症初期は実施できるものの、生活習慣となっていない場合には、口腔セルフケアは忘れがちで、そのために一気に歯を喪失してしまうことに繋がるようです。認知症が進行し、環境が整わない場合には、ただ歯ブラシとコップを渡しただけではセルフケアはできません。しかし、本人が洗面所という空間へ行って、蛇口から水を流すなど、これまでの口腔セルフケア習慣を呼び起こすような環境をつくることによって、それを実施できる人々がいることも経験しています。ここで注意すべき点は、本人だけでは十分なケアはできない場合が多く、仕上げなどの支援が必要であり、家族を含む介護者の支援が必要となります。最後まで食べられる口を保つためにも、早期からの口腔ケアへの介入が重要です。実際、歯科医療とつながっている認知症高齢者グループホームでは、口腔ケアもしっかり日々行われており、最期まで歯や義歯を保つことで、誤嚥性肺炎を起こすことなく最期まで口から食べて何人も看取っています。なお、認知症高齢者の口腔ケアは、誤嚥性肺炎を予防していくという意味でも、非常に大きな意味があります。亡くなる数日前には 1 日 1 口程度の食事となり、嚥下反射が消失すると、そこで口から食べることはストップしますが、その後も亡くなる直前まで口腔ケアは必要です。終生期では口腔ケアが実施されていると、誤嚥性肺炎の発症を防ぐことができます。ただ、残念ながら、未だ口腔ケアの重要性が浸透していない現場が多いことも事実のようです。

さらに、亡くなった後も口腔ケアが重要であることを、歯科衛生士で納棺師になられた方から教えていただきました。亡くなった後、口腔内が汚れていると口から腐敗が始まるそうです。それ故に、亡くなる直前もしくは亡くなった直後の口腔ケアも不可欠といえます。このように人生において、最期のときまで口腔環境を整えていくためにも、歯科医療は重要と考えます。

以上のように、認知症ケアは多職種協働が欠かせ



ません（スライド 39）。ここで、敢えて「協働」という言葉を使っています。「連携」は、その方を中心として多職種で目標を共有しますが、支援する際には専門職がそれぞれの専門性を発揮して個別に支援しているようなイメージがあります（スライド 40）。私自身も、最近、歯科の先生方と 10 年程一緒に研究・実践させていただく中で、目標を共有して、有機的に関わると申しましょうか、パートナーシップによって互いに尊重し合いながら、目の前の方に対してベストなケアを話し合い、ケアを融合されたときに、ベストプラクティスを届けられ、ケアが発展していくことを感じています。それ故に、「協働」という表現がよいのではと考えています。

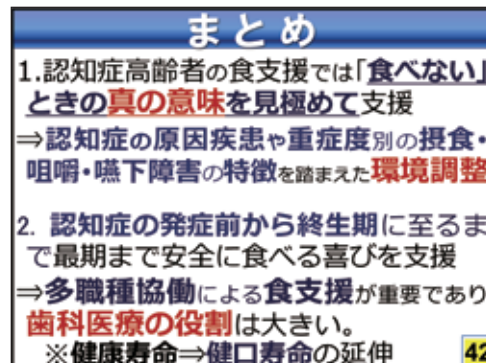


「食支援」というのは、いろいろな職種が関わることができ、多職種協働の鍵でもあると思っています。認知症高齢者の食べる喜びを引き出すための包括的な食支援に向けて、先生方のお力をお借りできればと願っております（スライド 41）。



最後に「まとめ」ます（スライド 42）。

認知症高齢者の食支援というのは、食べないときの真の意味を見極めていくことが大切です。その際に認知症の病態として、認知症の原因疾患や重症度を踏まえた摂食・咀嚼・嚥下障害の特徴を把握しておく環境を整えやすくなります。認知症高齢者の発症前から、また認知症初期から終生期に至るまで、誤嚥性肺炎や窒息などによって認知症高齢者が生きる喜びを奪われないように、何よりも食べる喜びを支えていくときに、多職種協働による食支援は非常に重要と感じます。中でも、先ほどの鈴木先生のお話にもあったように、食べることへの深い関わりができる歯科の先生方の役割は極めて大きいと思います。



健康寿命という言葉がありますが、最近「健口寿命」という言葉もあるようです。国民に「8020 運動」はかなり浸透してきたと思いますが、プラス、最期までおいしく食べるためにも「口腔環境をいかに整えていくか」が重要であると考えます。今後、認知症高齢者の豊かな食支援に向けて、健口寿命を延伸するためにも、さらなる歯科の先生方のお力添えをいただければ幸いです。

健康寿命という言葉がありますが、最近「健口寿命」という言葉もあるようです。国民に「8020 運動」はかなり浸透してきたと思いますが、プラス、最期までおいしく食べるためにも「口腔環境をいかに整えていくか」が重要であると考えます。今後、認知症高齢者の豊かな食支援に向けて、健口寿命を延伸するためにも、さらなる歯科の先生方のお力添えをいただければ幸いです。

ちょうど時間になりましたので、これで終わらせていただきます。（拍手）
ご清聴、有り難うございました。

○白川座長 山田先生、ありがとうございました。時間ですが、10 分の休憩をとっていますが、若干余裕があると思いますので、もし、御質問したいという方がいらっしゃい

たら、1件お受けできると思いますがいかがですか。なければ、後ほど総合討論の方でまた御質問いただければと思います。よろしいでしょうか。

では、山田先生、どうもありがとうございました。

○山田 どうもありがとうございました。(拍手)

「超高齢社会における歯科医師の役割」

弘中 祥司先生（昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座 口腔衛生学部門教授
昭和大学口腔ケアセンター長）

○白川座長 それでは次の講演に移ります。演者は、弘中祥司先生です。弘中先生の御略歴につきましても、6ページを御覧いただければと思います。

弘中先生は、現在、昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔衛生学部門の教授でいらっしゃいます。私もかつて弘中先生と、大分前ですが、一緒に仕事をさせていただいたことがあります。きょうは「超高齢社会における歯科医師の役割」ということで、よろしくお願いいたします。

○弘中 白川先生、ありがとうございます。皆さん、こんにちは。非常にしゃべりづらいところで、しかも多職種連携なのですが、本当に歯科医師の先生が多く、しかも御高名な先生ばかりで、更に向井先生もこられている、前任教授もいらして、非常に話しづらいところはあります。

先ほどの鈴木先生、山田先生のお話を受け、最初に歯科医学教育が少しずつ変わってきているということをお話しし、自分が考えているところで、中医協のデータ、それから厚生労働省が1月11日に出した在宅医療に関するファイルを持ってきましたので、なぜ、在宅歯科医療が進まないのかという話の中で、我々の大学は非常にいい環境にあります。一つには、いろいろな疾患を持っている患者さんに関して、どういうことが起きているのか分からないというのが、今開業されている歯科医の先生の中でも非常に大きな問題点だと思います。

その点、病棟の中で医師、看護師、その多職種連携の利点、あるいはモニタリングされている患者さんという中で、まずその中で教育をすること。そしてその中で自分のスキルを上げた状況で、更に訪問施設にも、当然ですが、医師・看護師等が入っていますので、その中での連携を築いていく。そして、そのもう一つの第3ステップとして、個人在宅というような大きな流れが、今後の歯科医療にあるのではないかと思います。

これは本学の口腔ケアセンター、向井先生が創設され、実際には、ここにあるようにトータルで3000床を超えているわけですから、当然いろいろな病気の患者さんと会う形になります。今回、グリーンで囲った部分の病院のところに、宮崎先生の御尽力で、病院のすべてに歯科室が入るようになりました。そちらの歯科室のドクターと連携することによって、ようやくいろいろなカラーのある病院の病棟、あるいは外来のところで歯科の実習が

始まる形になります。

資料に載っているかと思いますが、ちょうど昨年から国際障害者歯科学会、私は理事長をやっていますが、その中でアメリカとヨーロッパの中で、日本と違って、日本は Special needs dentistry、いわゆる「特別な配慮が必要な人の歯科」という形なのですが、アメリカやヨーロッパでは SCD (Special care dentistry) という形で、三つの部門、いわゆる障害者の歯科治療と、入院患者の歯科治療、在宅高齢者の歯科治療、この三つの部門がヨーロッパとアメリカの中ではスペシャルケアとなっています。それぞれの分野で合同でやっていますが、正に私のところも障害者、入院患者、もう一つ在宅ということで、宮崎歯学部長のところでやらせていただいています。

先ほどもとにかくお話が出ていましたように、1990 年代の人口ピラミッドと明らかに違うというのがあります。ちなみに今年、歯学部の 2 年生に、「医療経済」という科目のところで「人口ピラミッドを書きなさい」という試験問題を出したら、きれいに下にこういう、ピラミッドだからピラミッドの形を書けばいいんじゃないかという解答を出した学生がいました。

未来の明るい日本の形を書いてくれたのですが、あとは、ここがなくて高齢者しかないような、インプラントの上部構造みたいな人口ピラミッドで、そうなったら、もう未来はないだろうなというような、そういうものを書いた学生もいました。半分以上の学生は、今高齢者のところの比重が非常に大きいというのが、2 年生の学生でも 3 分の 2 が理解していると思われます。

その中でも、先ほど山田先生がお話になりました、認知症の「オレンジプラン」、特に日本は「新オレンジプラン」の中で、これは東京都の平野先生の図ですが、要介護高齢者で身体機能障害がある。こちらは片麻痺が出て、こちらは片麻痺等がない。こちらは環境との関わり。こちらの方は、いわゆる認知障害がなしと、あり。

ここの脳卒中のリハビリテーションに関しては、我が国の医療技術、あるいはリハビリテーションのテクニック、論文に関しても、これは非常に十分なところがあります。ここに関しては、本当に我が国では問題がないところだと思います。

当然ですが、認知症があっても、全介助になってくると、逆にこちらの看護あるいは介護のテクニックの状況で、ある程度、先ほどの鈴木先生ではないですが、食べさせる技術というものは、こちらの二つの段階ではオーケーという形になります。

ただし、我が国でもう一つ、先ほど山田先生もお話ししましたが、いわゆるこのステージの患者さんが非常に多くあるという形があります。そのところが食支援の技法も、我々の歯科のところでも非常に大きくなってきています。その「食べる」、ここに箸などが出ていますが、実際にはその中でもツールとしての歯の必要性和、当然ですが、義歯というものの必要性という形になります。

これは友人が撮影してきた田園調布の風景ですが、秋の風景で「落ち歯」と書いてありました。これは SNS から拾ってきましたが、田園調布でもこういう義歯が落ちているんだと思いました。これは歯科という特殊性なのだと思って、SNS で僕の友人が「弘中だったら、

これは上の歯か下の歯か分かる？」と言われて、「それはすぐに分かるよ」と言ったのですが、一般の人だったら分からないかなと思います。やはりこれはスペシャリティなのだと思います。

認知症が増えると、こういう状況が非常に増えてきます。実際には、歯科の中では常識ですが、Aさん、Bさんという施設入居の人がいて、Bさんは普通食をばりばり食べている。Aさんは何となく食欲もなくて、余り食べない。あるときにAさんはBさんの食べられる入れ歯がうらやましくなって、朝、洗面所でBさんの入れ歯を付けて食べに行った。笑い話ですが、そういうものがあるような形になっています。そういう時代が非常に増えてくる。

また、その患者さんこそ、これから歯科の需要が多いという形になります。それは皆さん方もよく御存じだと思いますが、健常者型の歯科の形態の回復は、これはもう減るだろう。厚生労働省がこういうものを出すのは珍しいことだと思いますが、高齢者型あるいは口腔機能の回復の方を、もっともっと増やしてくださいということを言っているのは、そういうところもあると思います。

ちょうど全国の口腔衛生学会、特に都内の口腔衛生学会の会員に、歯科疾患の実態調査の集計が1月の前半にありました。いわゆる速報が出るのは6月、歯の衛生週間のあたりに出ると思いますが、今回に関して、余り言ってはいけないのかもしれませんが、うちの教室員にちょっと情報をリークしてもらいました。やはり歯周病が本当に減ってきました。これは当たり前です。歩いて検診会場にきた80歳というのは、やはり非常に元気で、いわゆるセルフケアもできている方が多いです。ですから、ここにあるように、入院や在宅というところに考えていかなければいけません。

昨日、一昨日の老年歯科医学雑誌に出てきましたが、櫻井先生のいわゆる老年歯科医学会の口腔機能低下症。今障害者と小児歯科で口腔機能発達不全症という、いわゆるこの二つの上り坂と下り坂のところの診療面の検討が、正に行われています。いわゆる一番重症になってきてからは、やはり我々、僕も摂食をかなりやっていますが、非常に難しいものがあります。

山田先生も、本当に終末期のぎりぎりのところで、もう一つ、もう一声というのは、やはりちょっと厳しいというのは感じるころもあると思います。逆に言うと、低下する前、今ここを「オーラルフレイル」という言葉で言っていますが、その段階で診ていかないと、本当に何をやっていいのかわからなくなるのが現状だと思います。

そういう中で、病棟あるいは在宅で歯科を行っているということで、難易度を考えてみると、一番重症な人でも、我々歯科の専門家は、まず口腔の形態をきれいにしてあげることが基本中の基本です。ステップ2のところで保存や補綴を行い、更にステップ3で口腔機能をやっていかなければいけないと思います。

実際に、鈴木先生、山田先生もお話になりましたが、実はここまで希望される方が少ないのではないかな。あとでデータが出ますが、在宅の方での信頼関係ができてくると、こちらの方まで進むケースが多い。またもう一つ、口腔機能に関しては、鈴木先生がおっしゃったように、できる人材というの、まだまだ増やしていかなければいけないという形にな

ります。

そういう意味では、今歯科医学教育の学会の中でも、シミュレーターを使ったシミュレーション教育が非常に盛んになってきています。これは鶴見大学の菅先生と開発したニッシンの「マナボット『MANABOT』」ですが、実は次年度から、同じ教材を使って、医学部と看護学科、理学療法、作業療法も本学で同じ教育が始まります。やはり基本的な、いわゆる高齢者、あるいは要介護高齢者を診るときのコアな部分というのは、どの学部にも、医療職には必ずあると考え、そのコアのところを学ぼうと思っています。それが新しい、我々の大学の目指している在宅での連携教育を、もう一つ推進していく形になります。

先ほどお話ししましたように、まずは病院、施設で。やはり教育のことを考えると、これは藤が丘病院で歯学部の学生が担当の患者さんを診て、その周りに医学部がいて、薬学部がいて、看護がいて、保健医療学部の学生が見ているという、歯学部の学生には一番ハレの舞台です。自分の専門領域で、かっこいいぞとって、10点増しぐらいに見える形になっています。

残念ながら、まだまだ向井先生が始められた口腔ケアセンターの中で、本学の病院の中でも、先ほど鈴木先生もおっしゃったように、長期になればなるほど、口腔内が非常にひどい状況になってきています。現在、このように病棟の中で口腔ケアの回診などもしっかり行われるような形になっていて、昨年、歯科医学教育学会でお話、ポスター発表させていただきましたが、当初はうちの大学は独走かなと思っていました。

いわゆる臨床研修医に病棟実習、研修が終わったあとに、到達度を書いてもらっていました。本学で病棟実習をやり臨床研修をやっている生徒さんたちと、臨床研修の先生たちと、逆にほかの大学からこられた形で、口腔ケアセンター、いわゆる病棟を回ってもらうと、目標の到達度が、5年前は非常に低かったのですが、現在は有意差がなくなりました。各大学とも、高齢者、有病者の教育が非常に進んでいるのだなということで、逆に我々の大学も、また次なるステップのところも考えていかなければいけないと思っています。

ただし、こういうケアのところでは、全員が同じケースを診るという形ではできません。これは現在、うちの大学で、いわゆる IT を使った教育の中で、特徴的な患者さんの協力を頂き、病棟の中の口腔ケアを自己学習できるような、いわゆる授業コンテンツをつくり、こういうものを見てもらうような形にしています。これをするにより、実際に学べなかったという学生さんをなくそうというのと、あとは、「これだけは見ておいてほしい」という均質化をするところでは、教育のコンテンツの有効な使用というのが、今後必要になってくるのかなと思っています。

最終的には、病棟でこのような形がどんどん増えていくのだろうということも見ていただき、病棟の中にリハビリテーション科の医師の先生も入ってきているような形も見せています。

また施設では、先ほどお話ししたように、2年生の段階で高齢者の福祉という形で、口腔ケアに行ってもらいます。実際に、その前の学部教育の中で、「誤嚥性肺炎予防はきれいな口から」ということを、いわゆる悪い環境の口腔内ということ、あるいは歯の重要性と

ということで、課題として、こういう患者さんがきたらどうしますかということもお話しています。

もう一つ、施設の中ではいろいろな職種がいるので、逆に言うと、素材として、必ずうちの教員もカメラを持ち歩くようにしています。例えば、金属床の義歯が入っていて、「すごいね」という話ですが、実際には粘膜面を見ると、「あれ？金属、ないじゃない」。これは1年間で体重が5キロ落ちてしまったということで、摂食嚥下障害患者さんですので、どんどん合わなくなり、この形態を見る限りには、やはりおかゆのきざみ食のようなものを召し上がっています。更に体重も落ちているということが分かる形です。これは学年が上の方になればなるほど、こういう金属床のものというものの効果を理解しているということと、なぜこうなっているのだろうかということも想像を使ってやってもらうことも、非常に大きな教育効果を出していると思います。

さらに、先ほどお話ししましたように、低学年のうちに病棟、あるいはシミュレーターを使っていて、現在、我々の大学では3年、5年、6年のところで在宅に行く機会があります。実際には6年生のところに、今度は学部連携在宅医療実習という形になりますが、実際にのぞきこんでいるのは医学部の学生が歯科の診察を見ているという形になります。こういう医師が増えてくればくるほど、こういうケースは歯学部、歯科の先生に頼まなければいけないという理解が深まることと、当然ですが、看護の方も、そういう形になります。

この資料に関しては、薬学部の先生と一緒にコンテンツをつくったような形になっています。認知症の中でもADLは、自分で食べられるのですが、いわゆる老老介護の状況になったケースに関して、お話をしている形になります。ちょっと動画を見ていただきたいと思います。

実際に、今は老老介護の更に上をいっているところで、認認介護といって、軽度認知症の方が重度認知症の方を介護しているというような状況です。見たら分かりますが、家の中に介護用のベッドを入れて、このような支持がいろいろな部屋にあり、これは重い認知症の方の奥さまの方ですが、その方がきた状況で、旦那さんと二人で暮らしています。その中でもヘルパーさんと、当然ですが歯科医師も入り、ポータブルのエンジンを置く隙間もないというようなケースも、非常に多くあります。

このような事例を通し、「あなたが歯科医師だったら、どういうことをしますか」、ほかの学部の人にも、「あなただったら、どのようなことができますか」。ここに写っている方は内科医ですが、今2年生のところで「生と死」というところで、デス・エデュケーションも続けてやっています。医療教育と、あとは災害医療の内容、もう一つは、こういういわゆる終末期のところの医療というところが、もう一つ、歯科の中で入っていかなければいけないところだと思います。

いみじくも、ちょうど鈴木先生がお話になっていたように、ほかの職種との共通言語との中では、栄養のところというのは大きなところがあります。そういうところを我々も、もう一つツールとしてしっかりとできるようにしていかなければいけないと思います。

それを実際に、これは東京の在宅医療の現在です。平成23年だったと思いますが、在

宅医療の主治医が必要とする診療科はどこですかとなると、やはり「歯科」というのが圧倒的に多いというのが出てきています。

では、歯科の方はどうなっているかということで、これは先ほど言った1月11日に厚生労働省から出た、中医協の10月のデータです。歯科訪問診療実施状況です。見たら分かりますが、普通に歯科の初診料を取って算定しているところが5万9000ですので、大体5万9000のいわゆる保健医療施設があり、訪問診療料1、算定値というところが1万件ぐらいとなっています。いわゆる初診を取る診療所さん、医療機関は、約20%ぐらいという形ですので、5分の1のところが在宅訪問診療をやり始めているという形になるのか、まだそれしかやっていないと考えるのか、非常に悩ましいところだと思います。

では、どこに行っているかというと、一番多いのは、当然ですが、戸建てが67%。その前のデータでは介護保険施設や居住型高齢者施設が圧倒的に多かったのですが、今は戸建てが非常に増えてきています。本当にそこのはいいところだと思います。

では、それに関して在宅療養支援歯科診療所、新しくなっているところですが、実際に今届出をしているのが、残念ながら6443、全歯科診療所の9%です。施設基準が厳しいといったので、これは少し緩くしていただいたのですが、高齢者の心身特性、口腔機能管理、緊急時の対応の研修を修了している。先ほど鈴木先生が言われたように、開業歯科医のところでも内視鏡の研修を受けているということが、今はがんのところもあります、がんのところの医科歯科連携もあり、講習会もありますが、あれに関しても、上野先生は非常に頑張っておられますが、全受診率はそこまで上がっていないという形になります。在宅も上がっていませんので、どうしても、いわゆる高額医療のところ、あるいはインプラント、矯正等のところに、今の低学年の学生に聞いたら、希望は大体そういうところが多いです。

近年では、こういう授業をやっていると、在宅をやりたいとか食支援。すごく概念的ですが、「きみ、何をやりたいの」と言うと、「食支援をやりたいです」。意味が分かっているのかどうか、よく分からないのですが、本当にそういうところを目指しているような学生さんも、今の時代は増えてきたと思います。

先ほどお話ししましたように、何をやっているかというと、歯科訪問のところで義歯調整、歯周治療及び口腔衛生指導を行う機会が3～5割となっています。義歯に関連する診療内容は、歯科訪問診療1、2が算定、それはそうですね。メインでやっているところは、義歯を製作する方が非常に多く、食べられる歯科医療をやっているところが多く、もう一つは歯周治療、口腔衛生。

先ほど、ステップ1、ステップ2、ステップ3とお話ししましたが、こちらの方が在宅で、多分ステップ1のところの先生方で、こちらが更に上にいっているステップ2のところの先生たちというふうに思います。

この中で見ていただいても分かると思いますが、摂食機能療法という言葉が出てきません。ですから、まだステップ3のところまで、まだまだ歯科のところは到達できていないのかなというところが、ちょっと残念なところだと思います。

そういうわけで、地域包括の未来を考えると、我々歯科は、もともと開業の先生が非常に多いです。先ほど鈴木先生がおっしゃったように、もう病院に入院するのは少なくなるというのは病院の先生の考え方で、在宅の歯科医療のところからすると、地域の中に患者さんが戻ってくるので、逆にチャンスだというのはまぎれもない時代のところだと思います。

偉い先生方は漫画などは読まれないと思いますが、12月から、『ビッグコミック』に『はっぴーえんど』という在宅医療の漫画が初めて掲載されるようになっています。第1話から在宅でみとっているような話で、すごく見ごたえのある漫画でした。魚戸先生、東京歯科の先生の知り合いの先生がいて、小田原の柏木先生と非常に懇意にされていて、僕も御本人と会ったこともあるのですが、第何話かに口腔ケアと誤嚥性肺炎みたいなことを掲載していただくような形になっています。

実際に在宅の中で取材しているうちに、いわゆる漫画家さんが取材を進めている上で、「肺炎なんじゃないですか」というので、この先生は在宅の訪問看護師さんに、「歯科の先生に診てもらった方がいいんじゃない」と、漫画家さんに指名されるというぐらいになっています。逆に言うと、今までそういうルートがなかったので、どのように伝えていいのかわからなかったというのも、地域連携の中にあるのではないかと思います。

本当に、我が国の医療費のことも考え、ベッド数のことも考えると、どこで死にたいかというのは、実は在宅で死にたいという人が多いにもかかわらず、70%近くは病院で亡くなっているという矛盾があるわけです。そのところをどう解決していくかが、今後の大きな話題だと思います。

これは東京都の中で在宅で診ている高齢者で、軽度の嚥下障害で、いわゆるこのぐらいのレベルのうちから診ていくと、予防が非常に楽にはなるのですが、どんどん重度になればなるほど難しくなってきます。そのステップと、是非考えていかなければいけないと思います。

もう一つ、摂食嚥下、すごく難しく考えられている方もいらっしゃると思いますが、実際にシンプルにしたものが、この図ですが、「食べる」ということは、当然ですが、口から喉に移動させるという形です。ここには、その方の飲み込む力と、その食べ物の物性がありますが、実際にこれが多過ぎたら、当然ですが、ドロドロになってきて、せっかくの物性をもっともっと水分が足されてしまう。当然ですが、少なかったその食品が、適切なものを出しているのに、必要な水分が足りなくなってしまう。これが一番シンプルな考え方です。ですから、嚥下のことはよく分からないかもしれませんが、口の中をしっかりと潤った状況に保つということ、それが嚥下のもう一つの大きな働きだと思います。

そういう意味で、口腔ケアはいろいろな役割があるというのは、もう御存じだと思います。先ほど鈴木先生がおっしゃった肺炎というのが、全死亡率の約9.4%で、第3位になります。ほとんどが、ここにあるように、不顕性の細菌吸引、あるいは気管支炎から肺炎というケースが非常に多く、ここにあるのは田村先生のスライドですが、誤嚥性肺炎というのは、口と咽頭の細菌、これは直接影響します。機能減退も直接影響します。体力の低下も直接影

響するわけで、当然、吐いたものが戻ってきてもなるわけです。我々の歯科の医療のところは、逆に言うと、ここの三つに関しては、今は協力のところでも、連携の中でも、かなりできてきている形になっています。

実際にここのところに関しては、いわゆるお通じの問題というのも非常に大きく関わっています。全部胃瘻で栄養が入っている方でも、3回胃瘻で入れたとしても、当然ですが、4日出ていなければ、ずっとインばかりで、麻酔の外科の先生、口腔外科の先生でも分かりますと思いますが、インばかり多かったら、当然ですが、浮腫になったり、いろいろな悪影響が出ます。「出す」ということがちゃんとできていないと、当然ですが、逆流してくるといのは容易に考えられる形になります。

確かに我々は上部消化管の入り口をうかがっていますが、食べさせるということは、逆に言うと出ているということも確認しなければいけません。ここのところのチェックだけでも、かなり助かる方はいらっしゃると思います。

これも向井先生のスライド、頂いているものですが、いわゆる口から食べるということは、実際には低栄養も予防しますし、誤嚥、窒息も予防します。さらには食べる楽しみも増やすし、運動機能の機能向上にもつながるということで、いい意味でのハッピーなエンドになると思っています。

そこに関して、東京大学の飯島先生、フレイルという形になっていて、ここに第二段階という形がありますが、飯島先生が一番強調していらっしゃるの、第一段階でも虚弱のところでは社会生活の広がり低下、ここが一番だと言われています。定年退職され、今までは多くの方との出会いが多かったのですが、夫婦だったら二人になったり、独り者なら当然一人になるわけです。出て行かないと、当然、活動量が低下し、活動しなかったら健康、口の守備などは関心が薄れてきて、そこで歯が喪失するという形になります。

ここが本当にスタートのスタートという形ですので、当然ですが、ここをいろいろな健診等を効率よくやっていかなければいけないのではないかと思います。そういう意味で、今サルコペニア、フレイルという言葉が出てきています。顕在化する前の視点が非常に重要だと思います。

ちょうど来月から行われますが、国立長寿にいらした渡邊先生、平野先生と一緒に、毎年やっているのですが、秋田県で認知症患者さんを調べています。咬筋、咬合力、できるところまでやっていますが、先ほど、山田先生のところで、認知症の中で軽症、中等、高度認知症の方が、大体3分の1ずつぐらいのフィールドでした。

そこで認知症の重症度と栄養評価を調べてみると、認知症が重要になればなるほど栄養の方は下がっていきます。適当な絵がなくすみません。これを学生に見せたら、「髪が増えた」と言われて、ちょっと見るところが違うのですけれども。

これは太っていたのがやせていったというところですよ。

我々は歯科ですので、機能指数を見てみます。当然ですが、最初の軽症のところでは25.4歯あったのが10.4歯まで落ちてくるという形になっています。そこで臼歯部咬合を見ると、いわゆる初期と中等度のところでは、臼歯部咬合がないというのが4分の1程度はいらっ

しゃいますが、ちゃんと義歯を入れています。逆にいうと、重度のところはギアチェンジすると、義歯をなかなか入れてくれないという状況になってきます。

ですから、我々歯科の中では、今まで入れていた義歯をなかなか入れてくれなくなってきたということで、我々は認知症の患者さんのギアが少し変わったのだという認識をもって接することも重要なのではないかと思います。

今は、我が国自体は残存歯の方が増えてきています。そちらをしっかりと守っていくような形を継続的にしなければいけないと思います。そういう意味で、栄養状態はいいのですが、臼歯咬合は是非かけてみると、臼歯部咬合不全、いわゆる嚥下機能が低下すると、すくとんと低栄養になってしまいます。逆に言うと、臼歯部咬合がなく、嚥下機能がない人は、リスクが高いという形で、我々も在宅、いわゆる患者さんがいるときにチェックしていかなければいけないと思います。

最後ですが、やはりまだまだ、多職種で見ていくと、不思議なケースがあります。これは施設で見たのですが、可撤式の床付ブリッジが置いてあって、これは毎日、入れ外しをしていて、歯周病で抜けたのだと思うのですが、毎日、入れ外しをしています。ですから、いわゆる癬痕になる前にどんどん入れているので、上顎がクレーター状になり、このまま施設職員が洗って、「変わった形態だと思っていました」というので、これはただ抜けただけだと思ったのです。

あとは、新人の介護士さんから質問されたのですが、「最近の義歯はツブツブが付いているんですね」と言ったのですが、これは「服薬です」と言って、「ツブツブが途中から出てくるんですか」と言って、これはいいなと思って、これはもしかすると中空構造の PAP とか、舌圧がかかるとドラッグデリバリーするようなものをつくったら、結構面白いのではないかと思います。

そういう意味では、散剤だけに散在している形になりますので、義歯自体には服薬効果はないという形です。本当にシンプルなことですが、我々のところ、実際には学生に見せても、もうクスリともしなくて、「弘中、つまんない」と思っている学生もいるとは思いますが、ほかの職種に見せると、「へえー」と言います。やはりここは我々の専門性はとても高い部分なのだと思います。

最後になりますが、我々はもう一つ理解しなければいけないのは、その方の物語をベースとした医療を考えなければいけません。また、歯医者先生が来ると元気なのですという話を聞きます。看護の世界でユマニチュードと言われて、Humanitude、人としての対応ですが、実は歯科というのは、見つめているのではなく、口を見ているのです。相手からすると、見つめられていると思って、毎日、見つめて、話し掛けて、歯は必ず触れて、しかも口に触れますから、すごくダイレクトな刺激がきます。立たせることはないのですが、そうなってくると、やはり歯科の先生、あるいは歯科衛生士さんの刺激というのは非常に大きいのかと思い、我々はこれからの仕事も誇りながら頑張っていきたいと思います。御清聴どうもありがとうございました。(拍手)

弘中祥司

- ・専門知識を有する歯科医師・歯科衛生士の派遣
- ・各病院歯科および病棟のスタッフと連携して口腔衛生管理を実施

			
昭和大病院 (815床)	昭和大病院 附属東病院 (199床)	昭和大東洋丘病院 (584床)	昭和大東洋丘 ジビツツアーション病院 (206床)
			
昭和大福岡市 北部病院 (689床)	昭和大附属 東山病院 (340床)	昭和大 江東豊洲病院 (300床)	昭和大産科病院 (22床)
総病床数：3155床			

身体機能障害の有無

	なし	あり
なし		
あり		

Hirano Hirohiko et al. GGI 2012

図1 健康と老化の過程

健康者型

歯の形態の回復
→ 口腔機能の回復

歯肉退縮の回復 等

歯の健康・リスクの増加
歯肉退縮の回復の速さ

高齢者型

口腔機能の回復
→ 歯の形態の回復

自立度の低下
食生活の改善
(食生活・咀嚼力向上)
加齢による口腔内の変化
歯の喪失のリスク増加

歯肉退縮の回復
歯肉退縮
歯肉退縮の回復
歯肉退縮の回復
歯肉退縮の回復
歯肉退縮の回復
歯肉退縮の回復
歯肉退縮の回復

Figure 1 is a line graph illustrating the development of basic functional strength over time. The vertical axis represents the '摂食・運動機能の発達程度' (Degree of development of feeding and movement functions), and the horizontal axis represents '年齢' (Age). The graph is divided into four periods: '発達期' (Developmental period), '習熟期' (Mastery period), '維持期' (Maintenance period), and '減退期' (Decline period). The curve starts at the origin, rises steeply during the developmental period, and then levels off during the mastery period. A dashed line indicates a potential path of development that is interrupted by '習熟機会の不足・喪失' (Insufficient/loss of mastery opportunities). The curve then remains relatively stable during the maintenance period before declining in the decline period, where it is associated with '各種脳障害・神経筋障害など' (Various brain disorders, neuromuscular disorders, etc.). Key milestones include '基本的機能強みの獲得' (Acquisition of basic functional strength) at the start and '基本的機能強みの停滞・停止' (Stagnation/stop of basic functional strength) during the developmental period.

- Step 1 **口腔ケア** 基本中の基本です。
- Step 2 **保存・補綴** そこまで希望されない？
- Step 3 **口腔機能** できる人材が少ない？

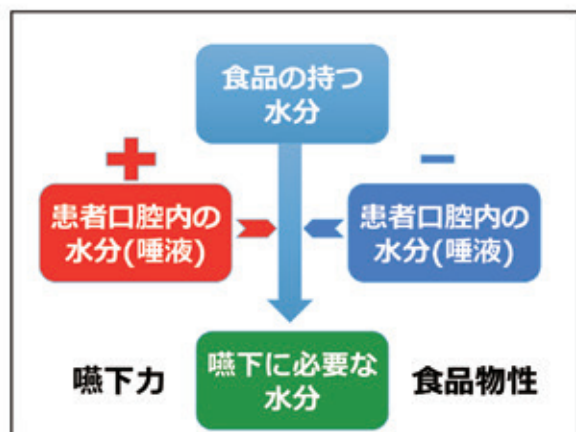
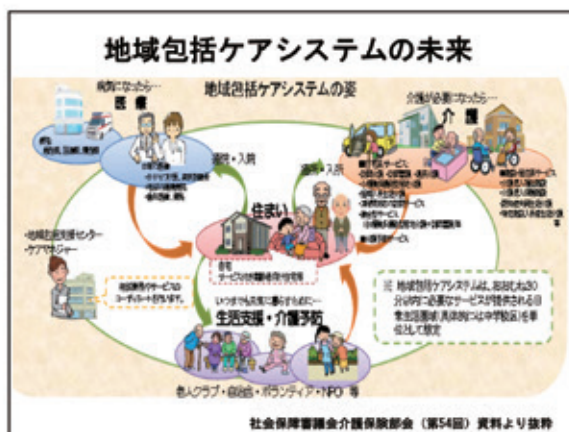
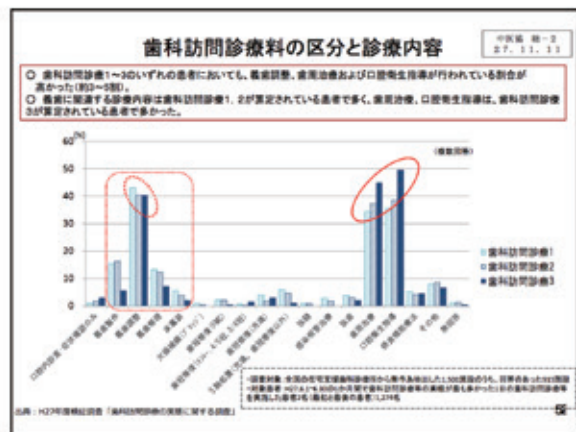
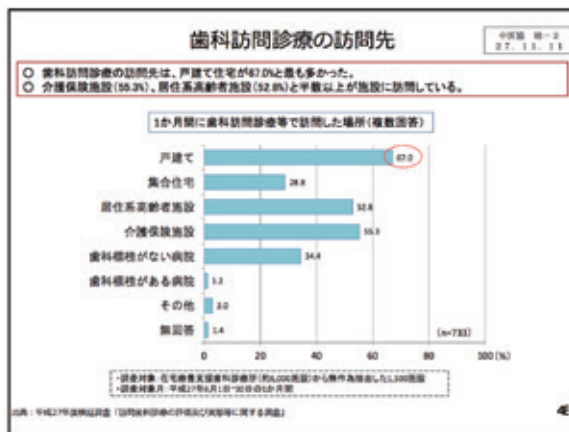
Gender	Number of Respondents
男 (Male)	550
女 (Female)	490
男 (Male)	280
女 (Female)	190
男 (Male)	170
女 (Female)	140
男 (Male)	130
女 (Female)	110
男 (Male)	90
女 (Female)	70
男 (Male)	50
女 (Female)	30
男 (Male)	20
女 (Female)	10
男 (Male)	10

○ 歯科訪問診療1、2、3の算定医療機関数を見ると、歯科訪問診療1の算定医療機関数は11,290施設であり、初診料等の基本診療料の算定がある医療機関約9,000施設の中の約20%であった。

産科訪問診療 1	11,250	
産科訪問診療 2	5,808	
産科訪問診療 3	3,778	
産科初診科	58,602	59,025
地域産科診療支援病院産科初診科	423	
産科再診科	58,761	59,183
地域産科診療支援病院産科再診科	422	

* 根據2004年的人口估計而計算——暫定人口

来源：1970年11月（第22卷5月号）

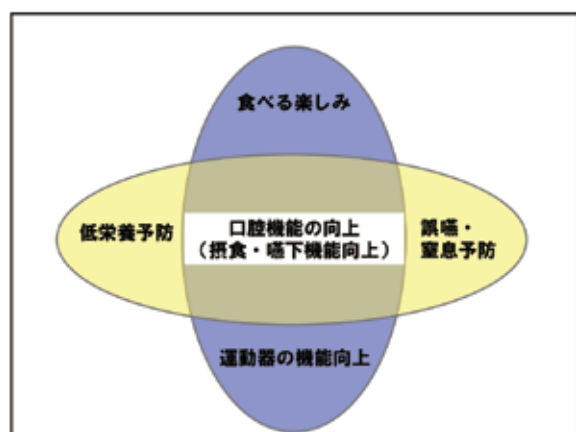
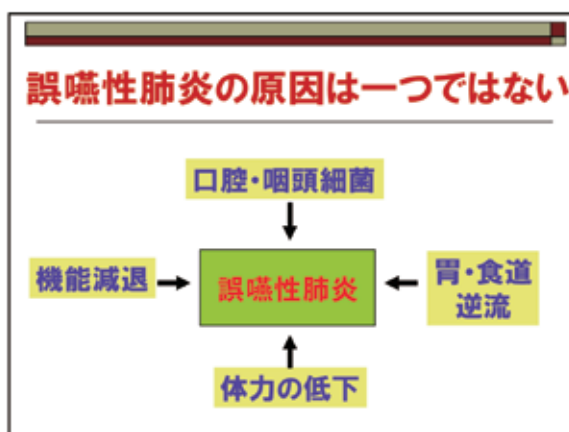


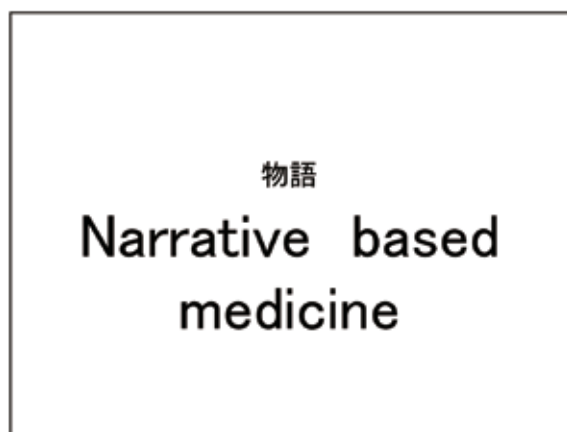
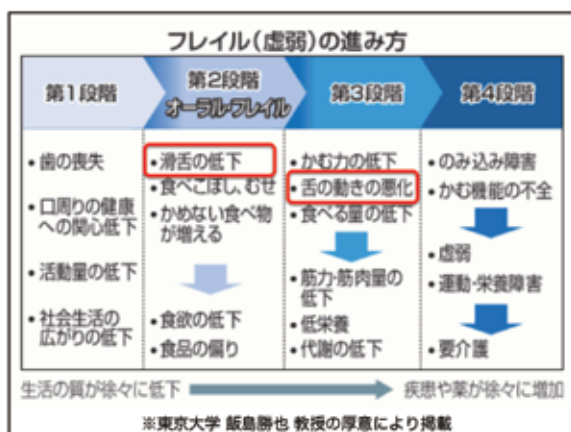
口腔ケアの意義

- 生命維持
- 食生活
- 消化作用
- 疾病予防
- 生きる意欲
- 社会生活
- 機能訓練
- QOLの向上と自立支援

高齢者の呼吸器疾患

- 肺炎は日本人の全死亡原因の約9.4% (2015年, 死亡原因の第3位)
- このうちの多くが65歳以上の高齢者
- 要介護者では、気管支粘膜などの纖毛運動が低下し、不顕性の細菌吸引が多い。
- 気管支炎・肺炎を起こしやすい。





○白川座長 弘中先生、どうもありがとうございました。最後のところで、3人の先生に討議等を頂ければと思います。

「多職種連携における歯科衛生士の役割の現在と未来」

小原 由紀先生（東京医科歯科大学大学院口腔健康教育学分野講師）

○白川座長 それでは、続いて小原先生に御講演いただきます。小原由紀先生の御略歴につきましても8ページに出ていますので、そちらを御覧ください。

小原由紀先生は、現在、東京医科歯科大学大学院口腔健康教育学分野の講師をされています。本日、御講演いただく内容は「多職種連携における歯科衛生士の役割の現在と未来」です。よろしくお願いいたします。

○小原 皆さん、こんにちは。東京医科歯科大学の小原由紀と申します。このたびは、このような機会を頂きましたこと、理事長の宮崎先生、関係者の皆さまに厚くお礼申し上げます。

本日は「多職種連携における歯科衛生士の役割」ということで、私自身は、歯科衛生士という立場でお話をさせていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

本日は、四つの視点からお話をさせていただきたいと思います。まず一つ目は、歯科衛生士に多職種の連携がどのような場で求められているかについて。二つ目は、多職種連携において、歯科衛生士が求められているのは何かということ、多職種を対象とした調査を行った結果に基づき、お話をさせていただきたい

と思います。三つ目は、口腔ケアがどのような役割を担っているのか、何を求めていくのかについて。そして最後に、未来に向けてということで、少し視点を変え、現在、歯科衛生士の養成課程で行われている多職種連携に関する教育について、本学における取り組みを中心にお話をさせていただきたいと思

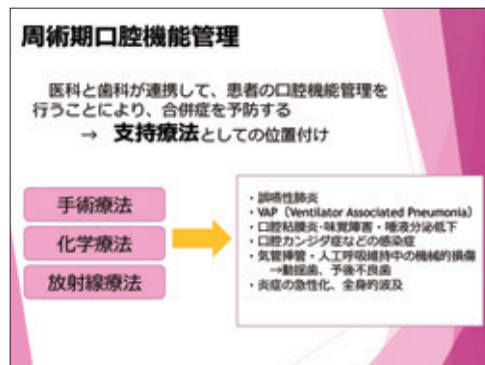


最初に、歯科衛生士に多職種との連携がどのような場で求められているかについてです。現在、多様な場で多職種連携が求められているということは、皆さんも御承知のことと思います。その中で特に歯科衛生士がどのような場に関わっていくかについてですが、これは実際に本当に活発に関わっているかどうかはさておき、「どのような場で」というところでお話をしていきたいと思います。

病院をベースに考えると、栄養サポートチームや呼吸サポートチーム、緩和ケアチームなど、所属している部署や職種の枠を越えた連携の場での参加というものが、近年、歯科衛生士が関わってくるようになってきています。また、平成24年度から、がんなどの周術期における口腔機能管理が保険で算定できるようになったことにより、主たる疾患の治療計画を十分に知った上で、歯科治療の計画を進めていく必要があるため、歯科衛生士にとっても多職種連携が不可欠なものとなってきています。

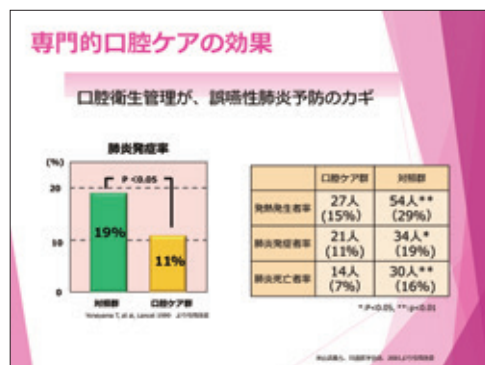
また、地域に目を向けると、退院時カンファレンスへの参加、訪問診療や介護保険施設におけるミールラウンド、介護予防の面に目を向けると、運動・栄養・口腔の三つのプログラムは、単独で実施するよりも複合プログラムで提供することが非常に効果的であることが、各種検証事業で明らかにされています。理学療法士、管理栄養士と連携しながら、利用される方にとって効果的なプログラムをいかに提供していくかということも、課題になるかと感じています。

周術期の口腔機能管理について、少しお話をさせていただきます。がん等における手術や化学療法、放射線療法における口腔機能管理が、全身の合併症である誤嚥性肺炎、人工呼吸器の関連肺炎、口腔カンジダ症などの感染症の予防に効果的であるということが明らかになっています。これは、歯科医師・歯科衛生士の関わりが重要視されていることの表れであると思います。実際に、歯科が積極的に介入したことにより、在院日数の減少、術後の抗菌薬投与の期間減少につながったという報告もなされています。



特にがん治療に関しては、かなり高い頻度で生じる口腔粘膜炎への対応など、口腔機能管理を適切に行うことが、患者の闘病意欲やQOLに大きく寄与するものであるということは、広く認知されつつあります。

また、要介護高齢者への口腔機能管理に目を向けると、米山武義先生の論文は、要介護高齢者の方に専門的な口腔ケアを定期的に行うことで、肺炎や発熱の発症率が有意に減少したということを示しています。これによって、我々歯科専門職種だけでなく、他の医療関係職種や介護専門職の方々にも、口腔の



状態を良好に保つことの重要性を知っていただけるきっかけともなりました。病院で、高齢者施設で、また在宅で、あらゆる場面で口腔の重要性を認知していくという意味でも、

歯科が介入していくことのニーズは非常に高いといえると思います。

それでは、歯科衛生士は多職種連携において、どのようなことが期待されているのかについて、お話をしていきたいと思います。ここからは、私が実際に調査と分析に関わった研究における結果をお示ししていきたいと思います。

一つ目、「地域一帯型 NST における歯科領域との連携ガイドラインの構築に向けての予備調査」を、看護師、歯科医師と歯科衛生士の私とで研究を行いました。こちらに関して、どのような目的で行ったかという、地域における栄養サポートチームに関し、歯科専門職がどのような役割を求められているか、医療関係職種 42 名の方に、それぞれの専門職種の役割やネットワーク形成にして、どのように認識されているか、聞き取り調査を行いました。

インタビュー調査では、それぞれ自分が専門職としてどのような役割を担っていると認識しているか。もう 1 点は、今、ほかの専門職種に医師がこうしてほしい、歯科医師がこうしてほしい、こういう役割を担ってほしいという二つの側面から、お話を聞かせていただき、これをインタビューデータとして自由に回答していただいた内容をまとめていきました。

このようにして得られた定性的なデータを、テキストマイニングという分析手法を用い、分析した結果をこれからお話ししていきたいと思いますが、その前に、テキストマイニングとは何か、簡単に御説明したいと思います。

テキストマイニングの「マイニング」とは、鉱山の採掘という意味と、データを探索するという二つの意味があります。分析には、アンケート回答やインタビューデータなどによって、自由に話していただいた質的なデータを扱います。回答者の方が発した言葉を使って、言葉と言葉の関係性を定量的に分析していく方法となります。数値などによって表すことのできない質的なデータを、量的な手法で分析すると理解していただければよいと思います。

この分析手法を使うメリットとしては、自由に表現された内容を量的に分析するという事で、分析者の恣意に偏らない結果を抽出できることになります。また、こちらが用意した「はい」「いいえ」で答えられるという、限られた選択肢の中から回答していただくわけではないので、テキストデータに潜んでいる当事者の生の声、本音を情報として引き出すことができます。テキストデータの背後に隠れている人間の行動、関係、意識、期待といった潜在変数を探し当てることができるという可能性があります。

今回のテーマは、専門職種としての役割やネットワーク形成に対し、その人お一人お一人がどのような意識に関わり、どう行動し、どうあってほしいと期待しているのか、それぞれの異なる思いを一つのまとまりとして探索することによって、浮き彫りにしていきました。

まず、こちらはつながりの強い言葉同士をネット



ワークでつないだ図です。それぞれの職種とのつながりにフォーカスを当て、分析を行いました。それぞれ色の違いがありますが、それぞれがクラスターという言葉の関連性の強さを示しています。中心に向かう矢印が太いほどつながりが強いことを意味していて、グループの中心にあるのが、ほかの言葉と影響し合う、関係性が強いキーワードとなります。

まず、自らの専門職をどのように認識しているかという主観評価について見ていきます。歯科医師の先生は「NST」「対話」というキーワード、看護師の方は「栄養」「情報」「判断」「胃瘻」というキーワード、そして歯科医師の先生は「経口摂取」「虫歯」「摂食」「嚥下」「義歯」というキーワードが抽出されました。歯科衛生士については、「口腔ケア」「ケア方法」「提案」という言葉が抽出され、それぞれが専門職として、どういうことがキーワードとなっているか、役割分担については、どのように考えているかが、この言葉から明らかとなりました。

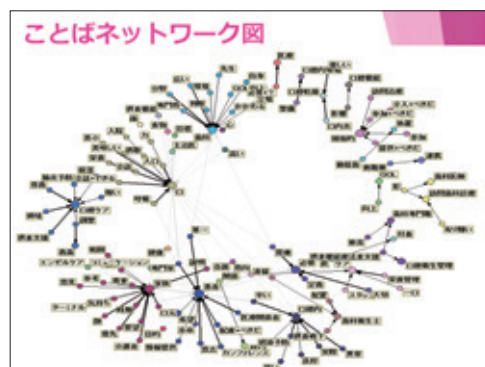
では、逆にほかの職種が、この職種にはこうしてほしい、こうあってほしいと客観的にどのように評価しているかを見てきました。医師は「リーダー」「責任」、病棟の看護師の方については「コーディネーター」「退院調整としての役割」、訪問看護師の方は「薬物療法」「調整」というキーワード、歯科医師は「訪問歯科」「予防治療」、そしてここでも「義歯」というキーワードが挙がり、歯科衛生士はたった一つ、「口腔ケア」ということで、歯科衛生士は口腔ケアがほかの職種からも強く期待されているということが分かりました。



結果を要約すると、ほかの職種は、自分にこういった役割が求められているはずと考えていることと、多職種が何を期待しているかということが少なからず差異があったのですが、歯科衛生士に関しては「口腔ケア」、歯科医師に関しては「義歯」というキーワードが、主観も客観も一致していることが、この調査研究から明らかになりました。

同じように、このテキストマイニングを用いて、終末期の高齢者に対する歯科医療及びマネジメントニーズについて、日本老年歯科医学会が平成24年度に、医師、看護師、歯科医師、歯科衛生士を対象にアンケートを行いました。その中で、各種いろいろ質問項目はあったのですが、「あなたは今後、終末期医療に歯科はどのように関わるべきであると考えますか」という自由記載の欄に書かれた内容を、同様にテキストマイニングの手法を用いて分析を行いました。

この図だけではちょっと分かりにくいのですが、特に「口腔ケア」というところに目を向けていくと、やはり肺炎予防や食べることの支援、義歯との関係性も強いこと、そしてほかの職種も含め、口とは会話を楽しむことや、栄養を摂取すること、そして味をおいしいと感じるということ、それが終末期の高齢者に対して非常に重要であり、歯科がどのように



関わっていくべきかと考えていることが明らかとなりました。

具体的に口から食べる経口摂取に関して、専門職種からそれぞれどのような自由回答があったのか、その一部をお示しします。「食べる行為ができる方は、義歯でも口からものを食べた方がいいと思っていますので、歯は清潔にして、治療もすべきだと思う」という歯科医師の意見や、「終末期であっても口から食べるということに積極的に関わっていくためには、

【口 - 食べる】

- ▶ 食べる行為が出来る方は、義歯でも**口から物を食べた方が**良いと思っていますので、歯は清潔にし、治療もすべきだと思います。（医師）
- ▶ 終末期であっても**口から食べる**という事に積極的に関わっていく為には歯科との連携は不可欠。（看護師）
- ▶ 歯科医師は**口から食べる**ことの支援を積極的に行うことが重要だと思います。（歯科医師）
- ▶ **口から食べる**こと、口腔内の衛生状態を良好に保つことで介護者の対応が変わる様子を目の当たりにした。表舞台に出ることがない縁の下で支援する役割と認識する。（歯科衛生士）

歯科との連携は不可欠である」という看護師の意見。そして、「歯科医師は、口から食べることの支援を積極的に行っていくことが重要だ」という歯科医師の意見、して「口から食べること、口腔内の衛生状態を良好に保つことで、介護者の対応が変わる様子を目の当たりにした、表舞台に出ることがない、縁の下で支援する役割と認識している」という歯科衛生士の意見などがありました。

つまり、終末期高齢者における口腔ケアの重要性については、医師、看護師、歯科医師、歯科衛生士のいずれの職種においても、認識が高いということが分かりました。多職種連携において、歯科専門職種は口腔が機能し、食べられる口をつくるための口腔ケアが求められているのではないかということの表れであると思います。求められているニーズにいかに応えていくかということが、今後の課題となるわけですが、では、口腔ケアには何を求めるのか、歯科衛生士の視点から少しお話をさせていただきたいと思います。

20本以上の歯を有する人の割合は、右肩上がりです。しかし、実際に歯の本数が残っているということと、口腔がしっかり機能しているということが本当にイコールなのかというと、なかなかイコールで結び付かない方が実際にはいらっしゃいます。

これは本学の医学部附属病院に入院され、経口摂取をされていない患者さんの、歯科衛生士が実際に口腔ケアを行う前の口腔内写真です。私は特に摂食嚥下リハビリテーション外来の歯科医師の先生と一緒に、脳神経外科やICU、老年病内科の病棟で、ベッドサイドで口腔ケアをさせていただいていますが、こういった患者さんは、特に生命の危機的な状況から脱することが、まず最優先されますので、口腔の問題は先送りとなることが多いのが実情です。

急性期病院入院患者の口腔



今は医学部附属病院での口腔ケアは、比較的早期から介入できるように変わってきましたが、もし歯科の介入がなく、生命の危機的な状態をやっと脱して、そろそろ口から食べましようとなったときに、果たしてこの口で、すぐに食事を召し上がっていただくことができるのかどうか。非常に難しい、食べられる口になっていないということがお分かりいただけたと思います。

また、こちらは定期的に口腔ケアに伺わせていただいている特別養護老人ホームに新規

入所された方、特に認知症高齢者の方の口腔内の状態です。確かに歯は残ってはいますが、プラークがべったりと付いていて、写真の義歯は、長らく外されることがないまま、ずっと口の中に入られていましたので、歯ブラシでちょっと内面を擦るだけで、このようにデンチャープラークが分厚く取れるような状態になっています。確実に、口腔ケアに対するニーズが高いということが、お分かりいただけるかと思います。



では、口腔ケアをどのようなイメージでとらえるのか、これはかなり個人差や職種間での差があるように思います。口腔ケアというのは、単なる歯みがきではなく、何を期待するのか。「口腔ケア＝歯みがき」という認識を、まず払拭することが非常に重要だと私自身は考えています。

先ほどの写真のような口腔内の状態の方を目にし、まず単にプラークや剥離上皮、痰といった口腔内の付着物を、歯科衛生士が一生懸命取り除き、一時的にリセットすることができたとしても、実は問題の解決にはなっておらず、またそのあと病棟に3日後、1週間後に訪れると、同じような状態に戻っていることがたくさんあります。口腔衛生状態が不良であるという、目の前で起きている現象の背景に隠れている要因というものに、一つ一つ目を向け、吟味していく必要があります。

例えば、口腔衛生状態不良にしている原因として、本人のセルフケアが困難である。では、それを困難にしているのは、本人の状態、またそれを取り巻く環境ということで、全身状態やADL、生活環境、そしてキーパーソンは誰で、どの程度の介護力があるのか。この方が日常的に、それまでどのようなケアをされてきたのかを慎重に見ていく必要があります。

またもう一方、口腔衛生状態の不良には、口から食べていない、唾液分泌が低下しているといった口腔の自浄作用の低下もあります。その場合には、口腔機能の低下ということで、口が口として機能していないということに、しっかり目を向けていくことが重要になります。



つまり、口腔ケアに期待することは、単に口腔内から感染源を取り除くことだけではなく、食べる機能を回復、維持することや、口が口として機能する状態を取り戻すということも含まれます。特に口からものを食べていない方の場合、口腔機能の不活動による廃用が起ころやすくなっているため、食べる機能を回復し、患者にとって安楽な状態となるよう、機能していない口腔に刺激を与え、賦活化させるといった、機能面でのアプローチが非常に重要になると考えています。

専門的な口腔ケアには、歯科衛生士が多く関わることになります。日常的なケアを担っている病棟の看護師の方、又は高齢者施設の場合は、介護職の方のマンパワーと対象者の方に関わっている時間は、歯科衛生士とは比較するまでもないぐらい歴然としています。

歯科衛生士が「全部、私の仕事」と口腔ケアを担うのではなく、担当の看護師の方に一緒にベッドサイドにきていただき、口腔ケアのポイントを歯科医師と一緒にお話をすることもそうですし、チーム医療の一員と考え、ある程度、患者さんに残存能力が残っている場合は、どこまでを本人にしていいただけるのか、相談して決めていくことも重要になると考えています。

また、例えば意識レベルの低い患者さんの全身状態については、こちらもしっかり情報を把握しておくという意味で、看護師の方に、その方の最新の情報をしっかり聞いておくことが、安全に口腔ケアを行うことにもつながります。多職種連携とは、その方にとって安全な医療を提供するという、リスクマネジメントの側面もあると考えています。

実際に初診時で口腔ケアを行った前後の写真です。最初の状態は、口蓋のところに乾燥した保湿剤が張り付いた状態です。この状態で口腔ケアを看護師の方、介護職の方に最初から行っていただくのではなく、まずこちらがしっかり口腔のケアをやりやすい状態をつくり出し、維持してもらうという指標をしっかりと示していき、介護職や看護職の方の負担の軽減にもつながります。特にこの方の場合、インプラントが装着されていたのですが、看護師の方は、口腔内にインプラントが入っているということも認識されていなかったという事実もあります。



特に注意して見ていただきたいポイントなどをお話しすることや、複雑な構造をした補綴物、インプラントの上部構造などのケアについて、また粘膜のケアや他動的な舌、頬粘膜のストレッチなど機能面へのアプローチについては、できる限り歯科衛生士が対応していくようにしています。また動揺歯など、特に注意が必要な口腔内の状態、所見があった場合には、観察するポイントなども教えて、知識、情報を共有するように努めています。

少しずつですが、地道に関わっていくことで、一つの成功体験、「よくなった」という経験があると、スタッフの方の意識、目を向けている注意というものがものすごく変わっていくということは、実体験から非常によく感じます。ほかの職種の方々がそういった経験を通し、注意深く口腔内を見ていただけるようにも変わっていきます。

昨年度から、医学部附属病院の看護部の新人研修の中に、口腔ケアに関するプログラムを取り込んでいただき、2時間の講義と実習を、私たち口腔保健学科の歯科衛生士の教員が担当させていただいています。また、病棟での口腔ケアに関しては、看護師の方との口腔ケアカンファを週に1回開催することをルーチンで入れてしまうことにより、きたら、「口腔ケアについて話しましょう」ということをお互いに理解し、カンファにスムーズに入ることができるようになっていきます。

このように、まだ連携がスムーズに進んでいないというところもありますが、個人レベルの連携だけではなく、組織間での連携も非常に重要であると認識しています。多職種連携をするということを目的とせず、歯科衛生士に何ができるか、何を求められているかを

考えると、日常生活や療養生活において、何らかの支援が必要な方に対し、急な坂道を上っていただくということは非常に困難があります。ですから、歯科衛生士として、専門性をどういった方略で用い、この坂道の角度を下げるができるかが必要だと感じています。どのような方略を使うかは、もちろんその方のニーズや周囲の環境との調整も必要となります。口腔ケアというものは、単なる手段の一つととらえる視点が必要だと感じています。

多職種連携を行っていく上で、口から食べる専門職としてどのように連携していくかが課題となりますが、すべての歯科衛生士にその素養、知識、技術、経験がすべて備わっているのかと聞かれると、即答で「はい」とはなかなか言えないのが実情です。私自身が歯科衛生士の養成機関にいたのは 20 年前の話となるわけですが、「多職種と関わる」「多職種連携」「チーム医療」という言葉を授業で教わった経験もありませんし、最初の 10 年間は一般の開業歯科医院に勤務していましたが、ほかの職種と関わるということは、余り意識せず、どちらかという勤務先の歯科医師の先生のチームワークの方が重視される傾向にありました。

そこで今の歯科衛生士養成機関での試みについて、本学の例をとってお話をしていきたいと思います。東京医科歯科大学では、平成 26 年度より、文部科学省の採択を受け、同じ歯科衛生士の大学教育を行っている広島大学、九州歯科大学と連携し、「健康長寿に貢献する実践的チーム医療人育成プログラム」を展開しています。三大学間で教員合同のファカルティデベロップメントを開催したり、各大学で教員を相互に派遣することや、去年の 9 月には広島大学に、希望者だけですが、三大学の学生が集まり、学生合同のサマープログラムなどを実施しました。



合同のサマープログラムでは、実際に多職種連携の退院時カンファレンスを模擬的に実施しました。それぞれの学生がメディカルソーシャルワーカー、薬剤師、看護師、ケアマネージャーという役割を担いながら、それぞれ多職種連携で退院時カンファを模擬的に行うという練習も取り入れました。

本学では、学部生を対象とした「大学附属病院におけるチーム医療人実践プログラム」と、既に歯科衛生士免許を有している有資格者を対象とした、「周術期患者の感染・衛生（口腔ケア）管理におけるチーム医療指導者養成プログラム」の二つを展開しています。指導者養成プログラムは、臨床と教育の場の連携を強めるということと、実際の実習指導を積極的に行える現場の指導者を養成するというプログラムですが、今回は、学部学生を対象としたプログラムについて、お話をさせていただきたいと思います。

1 年生では、専門教育はまだ始まっておらず、市川のキャンパスで教養科目を主に履修しています。アーリー・エクスポージャーを目的とし、開業歯科医院、障害者の口腔保健センターや訪問歯科等での実習を、最初にスタートさせます。このときには、専門知識、技術等はほとんどありませんので、既に働いている歯科衛生士のシャドーイングという形

で、とにかく後ろについて半日、どのように患者さんに接しているかを学ぶという実習を行っています。

多職種連携を学ぶ前に、まずは専門職種として、歯科衛生士として何が求められているのか、専門技術や知識を身に付ける必要は何かということ、初期の段階、1年生で学ぶという実習を取り入れたあと、2年生に入ると、専門教育が始まり、そのときに早期の5月に特別養護老人ホームに1日見学実習を行っています。

ここでは介護福祉士の方、看護師の方、管理栄養士の方からレクチャーを頂いたあと、実際にお昼の食事のところを見学させていただき、食事の形態、食事の介助といったところ、食べるということを、まず自分の目で見るという経験をします。そのあと、お昼休みを挟んで、実際にその日に利用者の方が食べていた朝食、嚥下調整食、ムース食などを実際に自分で食べてみるという実習をすることで、実際、嚥下食とはどういうものなのか、食べるというのはどういうことなのかを肌で経験してもらいます。

自分の祖父母も、まだそれほど年齢が高くないということもありますし、なかなか高齢者の方と接する機会がないという学生が非常に多いので、実際に45分ぐらい、利用者の方とお話をするという経験を、まず専門職種である前に、人として高齢者の方とどう接するのかを学んでいくことを目的としています。特養ですので、皆さん、認知症の方が多く、どのようにコミュニケーション、目線を合わせることや、笑顔で話すといったコミュニケーションの重要性を学んでもらいたいと思っています。

3年生になると、歯学部附属病院での臨床実習が開始されます。それと並行して看護部の看護師の方から、看護とは何か、看護概論とは何かという看護の視点での講義、演習や多職種連携実践に関する講義、演習では、急性期病院、回復期病院、在宅等で実際に多職種連携を実践している歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士などを学外講師として招聘し、講義のほか、実際の症例を用いた演習などを展開し、できる限り学生に自ら考えさせる演習を展開しています。

高齢者歯科に関しては、通常の講義のほかに、高齢者疑似体験や摂食嚥下機能の教科、リハビリテーションの実際に関して、実習を通して学びました。このあと、実際に脳梗塞の患者さんの模擬症例を提示し、どのように歯科衛生士として関わるべきか、学生に、まず知識の確認、情報の整理をさせます。

その後、先ほど弘中先生からもありました、「マナボット『MANABOT』」という口腔ケアのシミュレーターを用い、口腔内に、こちらで剥離上皮を模擬的につくったものなどを付着させ、アセスメントを行い、その後、歯科衛生士以外の職種、家族に口腔ケアの重要性をどう伝えるかに主眼を置き、介入計画を立案させ、実際に総合実習を行います。



実はこれにはゴール地点があり、その後、医学科、歯学科の3年生と合同の実習を実施します。歯科衛生士の学生が指導役となり、口腔機能の重要性や、具体的な手技について、

医学科、歯学科の3年生に指導するという実習を実施しています。

この場合の医学科・歯学科の学生の実習目標は、こちらのスライドに示していますが、医学科・歯学科の学生さんに、歯科衛生士と同等の技術を習得させることが目的ではなく、飽くまでも相互による実習を通し、口腔機能管理の必要性、多職種連携の重要性を学ばせるということが実際の目標になっています。

ただし、教えるということで、うちの学生も、「医学科・歯学科の学生に、私なんかが指導できるはずがない」ということで、非常にプレッシャーになって、「嫌だ」と言い出す学生も確かにいます。人に教えるということは、講義で聞くよりも90%定着する、人に教えるためには、知識をちゃんと整理し、他者に伝える、分かりやすい言葉で考えてアウトプットしていくのだということを、こちら也十分に説明し、その上で合同実習に入るようにしています。

実際に実習が終了したあとの歯科衛生士学生のアンケートの結果です。「チーム医療について更に学びたい」「この授業は自分の将来に役立つ」と、肯定的にとらえている学生が多かった一方、「チーム医療を実践するための基礎知識が十分ではない」「まだ多職種と意見交換ができるほどではない」という意見もありました。卒業前の学生にどこまで多職種連携の重要性、そして実践能力を落とし込めるかという課題は、今後こちらも考えていかなければならないかなと考えています。

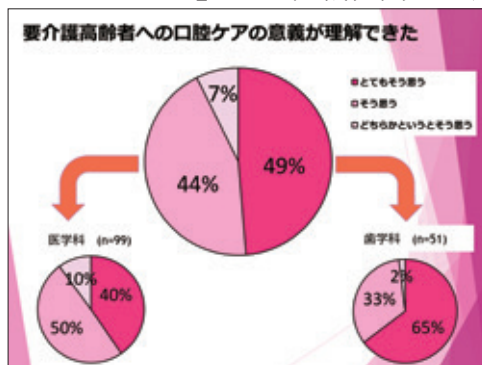
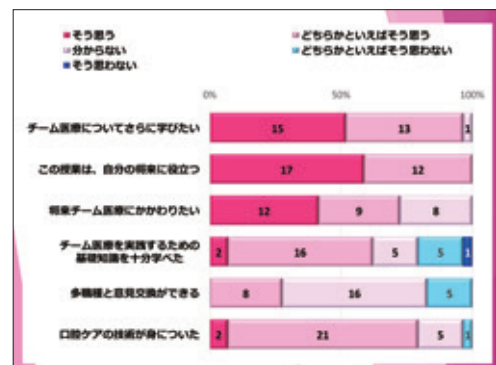
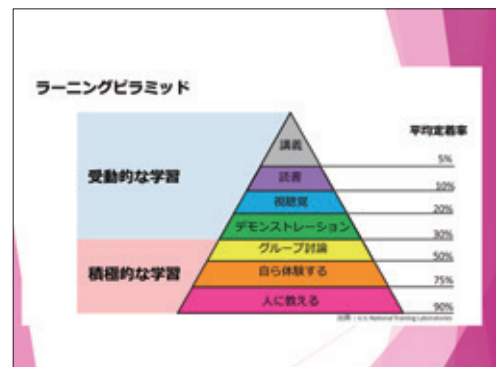
では、医学科・歯学科の学生が、この実習をどのように評価していたのかに目を向けていきます。すべての学生が、「口腔ケアの意義については実習を通して理解できた」と肯定的に回答が得られました。自由回答を見ると、「キューのみに目が行ってしまうが、ケアの重要性を理解することができた」とか、職種間との連携の重要性や、ほかの職種の経験を

理解することの重要性などを肯定的にとらえる意見があり、こういった学科、学部を超えた実習を積極的に実

医学科・歯学科3年生との合同実習

医学科・歯学科学生 実習目標

- ▶ 医学科および歯学科学生が、相互に有病高齢者を想定した口腔ケアを実践することにより、口腔管理の必要性を理解し、概説できる
- ▶ 有病高齢者の口腔ケア方法について、実習を通して理解を深める

自由回答

- ・3学科の学生が同じ課題に取り組むことが非常に新鮮だと感じた。
- ・キューのみが目に入ってしまうが、ケアの重要性が分かった。
- ・治療を円滑に行うためにも、それぞれの職種との連携がスムーズに行われる重要性を感じた。
- ・各職種、専門分野が異なるので、他職種の経験を理解して仕事したい。
- ・口腔ケアの意義を医師が良く理解する必要があると思った。

施していくことは、双方にとって意義が非常に大きいものであると認識しています。

4年生になると、今後は医学科・歯学科の6年生、看護学専攻と臨床検査技師を目指す検査学専攻の4年生、あとは歯科技工士を目指す口腔工学専攻の4年生、社会福祉を学ぶ早稲田大学の4年生と星薬科大学の薬学部の学生さんと合同の演習を、「チーム医療入門」という科目を設定し、こちらにも口腔保健の学生は参加しています。

実際のところを申し上げますと、「2学年上の6年生に、私、意見なんてできません」としり込みしてしまう学生もいますが、このように同一の症例を通してディスカッションさせますので、そこから得られるものは非常に大きいと、教員側としては感じています。

また、臨床実習では、特に医学部附属病院の看護師のシャドーイング実習を取り入れています。全部で2日間ですが、実際の看護師の後ろについて、看護業務を見るということで、療養生活の支援はどのようなものがあるのか、看護師がどのような目線で患者さんの支援を行っているかということは、学生にとってかなりインパクトがあるようです。訪問歯科、総合病院での学外実習では、「実際に歯科衛生士としての専門性がどのように発揮されるか、肌で感じるができる」というような意見もあります。

ただし、これは本学だけの取り組みで、実際に歯科衛生士の養成機関は大学が9校、短期大学が12校、専門学校が137校ということで、87%が専門学校です。こういった取り組みを紹介すると、「これは東京医科歯科大学だからできるんだろう、うちではとてもできない」ということを言われてしまうというのが現状としてあります。どの養成機関においても、多職種連携が使えるようなコンテンツを作り、均てん化をどのようにしていくかが、特に歯科衛生士の養成教育では求められているかと思います。

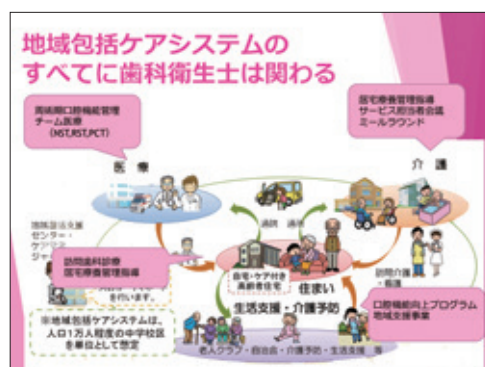
多職種連携に関して、地域包括ケアを推進するに当たっては、在宅療養を例にとると、歯科衛生士の関わりというものは、シームレスなケアとケアを提供する上では、非常に重要になると考えられています。医師、看護師だけでなく、薬剤師や管理栄養士の方との連携も、「食べる」ということをとらえるときに非常に重要になるかと思います。同職種間での連携、病院歯科衛生士から、地域の歯科診療所に勤務する歯科衛生士や訪問歯科衛生士への情報伝達、またその逆も重要になると思います。

今後、歯科衛生士に求められるニーズというのは、非常に多様化していくことが予想されます。実際に歯科衛生士が勤務している場というのは、9割が歯科診療所で、多職種連携が多いと思われる病院は、5%にとどまっているのが現状です。介護施設等は1%になっていますので、実際に介護保険施設で経口摂取維持の取り組みを検討している職種としては、口腔領域の専門職である歯科医師も歯科衛生士も、実はまだ関わりが少ないというのが現状です。

実際に高齢者施設で勤務する歯科衛生士の割合は1%にも満たないという現状を考えると、歯科診療所に勤務している歯科衛生士が診療所にいるということではなく、地域に属する歯科衛生士であるという認識をしっかりと持つということが、今後重要になっていくということと、実際に歯科衛生士免許を登録していながら就業している歯科衛生士が少ないこと、このかい離をどのように埋めていくかということで、この間の日曜日の『日経新聞』

にも歯科衛生士不足の記事がございました。復職支援や学び直しなどの課題は、まだ大きいと感じています。

地域包括ケアシステムの中で、歯科衛生士はすべてに関わることになります。そのときに、歯科衛生士は病気になる前の健康な段階からも関わる、予防のプロフェッショナルであるという視点を忘れてはいけないのではないかと私自身は考えています。と申しますのも、医学部附属病院から往診の依頼があり、歯科医師の先生と伺ったのですが、歯がしみて歯みがきができないというギランバレー症候群の患者さんでした。いまだき、こんな口腔内があるのかと思われる方も、やはり病棟にはものすごく多くいらっしゃいます。



その方は、30年以上、歯医者に行くのが怖くて通っていなかった。臼歯部は歯周病で自然脱落して、そのまま放置していたということですが、ご本人は、もうこれ以上、歯を失いたくないということで、30分以上かけて、1日3回、歯みがきをなさっているということです。こういった患者さんと出会うたびに、もっと長期にわたって、早い時期から関わるかかりつけの「My 歯科衛生士」がこの方にいたら、もっと状況は違ったのではないかと心から思います。

健康なときから関わること、これが地域の中でも歯科衛生士に求められている役割なのではないかと思います。ライフステージに長く関わる専門職種が、歯科衛生士であるのとらえていますので、点ではなく、線で支えるということ、これは時間軸でも多職種との連携、同職種間での連携でもいえることだと思います。

雑駁な話でまとまりがなく申し訳ありませんでしたが、歯科衛生士としての多職種連携、どのように関わっていくか、どのようになっていくかを、歯科衛生士養成教育の事例を御紹介させていただきながら、お話をさせていただきました。御清聴ありがとうございました。(拍手)

○白川座長 小原先生、ありがとうございました。

総合討論

○白川座長 それでは、総合討論となっています。質問等ございましたら、よろしくお願いいたします。

○会場 貴重な発表、どうもありがとうございました。2点ございます。山田先生、口腔機能が低下してくる前というのは、医科の診療所と違い、歯科診療所はかかりつけの先生ということで結構頻繁に行くわけですが、そこでのチェックというのは何とかできないのでしょうか。先生は御専門ですので、そのへんのところで何かあればということが1点です。

2点目としては、保健所に某歯科衛生士養成校の、先生のところではありません、学生

さんがきます。在宅のことなどをネタに、一緒に働いている歯科衛生士と考え、グループワークをやらせますが、どうもなかなか思うような行動が出てまいりません。特に歯科衛生士の3年生のところで学生がきますが、どうやったら効果があるのか、教えていただきたいと思います。

○弘中 ありがとうございます。まず早期発見のところだと思いますが、歯科のところで、水平位診療で、超音波スケーラー等で注水のところでむせてしまうというのも、これも最初によく経験されることだと思います。例えば、さらさらのお水を口の中でホールドできないというのが、口腔機能の低下のところの。

もう一つ、先ほど飯島先生のフレイルのところを出しましたが、今まで順調に、アポイントのところで定期検診にこられていた方が、こなくなってきた、あるいは忘れるようになったというのは、これは一番早い段階のところかなと思います。そういうサインというところは見逃さないのが一番のポイントかなと思います。

○小原 症例検討などは、私も学生の演習の中で取り入れるのですが、やはり実際に見ていないものをイメージしろというのが非常に難しいこともあります。アーリー・エクスポージャーで現場をしっかりと最初に見せて、本当に認知症の高齢者はどういう感じなのかとか、在宅で暮らされている方に訪問に行くということはどういうことなのか、なるべくこちらから早期に学生に体験する実習の場を提供するようにはしています。学生には現場の状況がなかなか見えないので。

全身疾患に関することは、教科の中には入れているのですが、なかなかデータを読み取るということが、テスト勉強が終わると忘れてしまうということもあるので、なるべく実際の事例を示した上で、学生にしっかりと調べて、能動的にそのデータが何を意味するのかを調べるということは、課題の中に入れるようにはしています。お答えになっておりますでしょうか。

○山田 そのグループワークが何をねらいとしているかによっても、演習方法が異なるかとは思いますが、一例として、私が認知症高齢者の食支援に関して行うグループワークについてご説明申し上げます。認知症高齢者とご家族の方に許可をいただいた上で、認知症高齢者の食事場면을2～3分程度の短い映像にしています。実際の食事場面の映像をグループで見て、話し合ってもらいます。その際のグループは多職種が多いのですが、学生同士も実施可能です。同じ映像を見て、それぞれのグループで、どのような環境づくりが必要なのか話し合って発表してもらおうと、多様な意見が出てきます。

また、グループワークを実施するときに大事にしてほしいことは、相手の意見を絶対に否定しないということですが、話し合うときのルールを演習開始前に伝えておきます。相手の意見が自分と「違う」と思っても、「なるほど」と必ず言ってみるとか、グループで話しやすい環境づくりのオリエンテーションも行った上で演習します。

実際には、最初にビデオを2回程、見てもらいます。ビデオを見ながら気づいたことを書き留めてもらい、どのように食事環境を整える必要があるのかディスカッションしてもらいます。ディスカッションが深まってきた頃に、また映像で確認したくなるようですので、

数回、無声音で流して、さらにディスカッションを深めることを繰り返します。

食のビデオだと、比較的みなさんが意見を出しやすかったりするようです。学生たちは各学年の進度によってもアセスメントの視点の深さが異なりますが、経験が浅くても生活者の視点で考えることができたりします。視聴覚教材もうまく活用すると良いようです。

○会場 大体5、6人で1つのグループをつくり、学校の方である程度の教育は在宅でおやりになっているということなので、困りごともし少し散りばめながら、あるいはキーパーソン、例えば家族の欠落しているものとか。私も直接、余り細かいところまで、そこまで考慮したものを、考えてみたらつくっていなかったと思います。少しビデオを使うとか、その前の学生さんの、施設外の研修はやっていますので、そのへんの情報をちょっと聞きながらつくってみようかなと思います。

それから、歯科診療所での気付きというのはなかなか、地域の先生方にお話ししても、「あ、そうだっけ」で終わってしまいます。そこらへんのところはまた引き続き、地域のチームの先生方に働きかけていきたいと思います。どうもありがとうございます。

○白川座長 ほかにございますか。

○会場 弘前医療福祉大学の木村です。歯学協の常任理事ですが、去年までは口腔外科学会の常任理事をやっていました。今日は素晴らしいお話をありがとうございました。あと10年、2025年の頃には安心して、どこかに、いいオーラルケアチームはないかと言えるかと思っています。

弘中先生にお伺いしたいのですが、つねづね感じていたことですが、やはり医学教育の中で、医科歯科連携、社会的なニーズの変化もありますが、そういうところがやはり弱かったのではないかと、僕はずっと思っています。自分自身もまだ弘前大学医学部の学生に臨床講義をやっていますが、そういうことで、現状、医学教育のモデルコアカリキュラムでどう位置づけられているのかということが一つ。

それから、先生がお持ちの教育コンテンツですね、ああいうものをある程度、公開というか、提供してもらう可能性はあるのでしょうか。僕は口腔ケアの授業をやっていますが、先生のスライドを見たら、ちょっと恥ずかしくなって、今年から変えようと思っているのですが、そういうことが一つ。弘中先生にはこの二つです。

もう一つ、山田先生と小原先生には、これも少し専門外なのですが、診療業務の範囲というのは、歯科衛生士法、看護師法であると思います。それをちょっと、昔、勉強していたのですが、何か曖昧です。特に歯科衛生士に関しては、摂食嚥下の口腔機能は摂食嚥下の障害の診断と、それをある程度リハビリするというか、介助する、そのところがどのへんに含まれているのか。看護師さんの方は、それがどうなっているのかも含めて、お二人の意見を聞かせてください。

○弘中 ありがとうございます。医学部のモデルは、歯学部も新しいのができてきますが、実際に口腔ケアのところは非常に少ないです。逆に言うと、歯科のところでは非常に多くやられているところがあったのですが、今回の歯科のモデルプランのところでも、非常に、逆に言うと、さっき出てきた栄養の面とか、あとはいろんな全身疾患のところの対応とい

うのがあってきたのと、在宅の高齢者に対応できるような歯科医師を育てようというものが増えてきています。そういう意味では、歯科のモデルは、非常にいい出来栄えになっているのではないかと思います。

もう1点のコンテンツのところですが、ちょうど代表をされている宮崎先生、歯学部長がいますが、今年度でITを使った教育のところが最終年度になります。そのあと、文部科学省は「広く普及できるような形にしてください」となっていますので、さっき教育委員長もいらしたと思いますが、コンテンツ、そちらの方はどんどん配信できるような形にしたいと思っています。どうぞ、お声かけいただければと思います。

○小原 歯科衛生士の業務に関しては、病名の診断を行うことはできませんので、嚥下のスクリーニング等は実施することはありますが、確定的な診断に関しましては、基本的には歯科医師が行うことになります。歯科医師の指示の下に行う診療補助に関しましても、画一的に「これをやりなさい」「ここまでしかやっては駄目」とは、実は決まっていません。指示をする歯科医師が、歯科衛生士の技術や経験、十分なトレーニングを積んでいるかとか、それに適するだけの能力があるかを総合的に判断し、指示を出しなさいと、法的にはなっています。絶対的医行為に関してはしないということになっています。

摂食嚥下に関しては、直接、食べ物や水を使わない間接訓練に関しては、在宅等で歯科衛生士が歯科医師の診断と治療に基づいて行うことはあります。直接訓練に関しては、やはりかなりリスクを伴いますので、それを行うためには、歯科衛生士もちゃんと全体の構造を知ることや、知識・技術等がかなり必要となると思います。私の口から「ここまで」ということは、今明確には申し上げられません。

○会場 質問の仕方が悪かったですね。実際の診療の現場で、そういうことで困ったことはありませんかと聞いたかったです。既に実践しているから、余りないのですね。

○小原 一応……。

○会場 ありがとうございます。

○山田 看護師の根拠法は保健師助産師看護師法になります。法律上、看護師は名称独占であり、業務独占ではないので、まず私たちは「医師の指示の下に」働くことになっています。そして、「療養の世話」と「診療の補助」というのが主な業務となっています。ただし、今、特定看護師という制度もでき、研修を受けた看護師が、その範ちゅうで医行為と称される特定行為ができる部分もございます。

摂食嚥下に関しては、摂食・嚥下障害看護認定看護師という資格がございます。こちらは看護師として現場で5年以上のキャリアを積んだ者が、6か月間研修学校に入って学び、受験資格を得た後、修了後に受験して、合格した者が認定看護師となります。今、菊谷先生のお姿が見えたのですが、摂食・嚥下障害看護認定看護師教育においては日本摂食嚥下リハビリテーション学会でも多くのご支援をいただいているところです。一般看護師よりも摂食嚥下障害看護に関して、より専門性の高い知識と技術をもっていますので、彼らを中心に実施しています。もちろん、一般の看護師も質のレベルの差はあるのかもしれませんが、基礎教育でも摂食嚥下障害の看護を学んでいますので、摂食嚥下チームと一緒に入っ

て行っていたり、訪問看護の中でもチームを組んで行っていたりするものが現状かと思います。
○会場 所属はどこにしているのか分からないのですが、よろしくお願いします。

きょうの4人の先生方のお話を聞いていて思ったことは、医科系のところは疾病優位で、しかも診療所を開設する先生が少ない。逆に歯科関係の学生はほとんど、9割以上が診療所を開設するのが目的で学んでいる。その乖離があって、医学部では疾病、病気を中心に診断し、対応する医療が中心ですが、歯学部では開業が多い。開設するのに、その教科がないのです。どういう症状が、どういう地域には必要なのか。つまり、地域性その他で、地域に必要な歯科医療は、それを目的にして段階的にそれに近づいていこうというスパイラルの教科が、残念ながら今はないのです。

医科のまねをして、疾病優位でそのままきてしまって、今地域で包括ケアの中で、食べること、いわゆる生活に根差した医療が必要だ、必要だ。それで一番歯科が合っているところまできたのですが、残念ながら、教育が。いろいろなことを知っているけれども、それを地域にどう生かすのか、生かし方、地域特性というものについて、歯科大学では何も教育をしていないのです。教科もないのです。

ですから、そのへんの医科と歯科の差、教育の違いを意識しながら、地域にこれからの、2025年問題もそうですが、これからの歯科医療を地域医療を担っている歯科医師の養成を考えていかなければいけない時代になってきているのではないかと感じました。

質問ではなくてごめんなさい。先生は質問を期待していたかも知れませんが、そういうことを感じたものですから、感じたままにお話しさせていただきました。ありがとうございました。

○白川座長 向井先生、総括をありがとうございます。三名の先生方、活発な討論を本当にありがとうございました。またシンポジストの先生方、貴重な御講演、本当にありがとうございました。

それでは時間となりましたので、これでシンポジウムを終了させていただきます。(拍手)

3) 閉会挨拶

○白川座長 それでは、最後に本協議会の副理事長、羽村先生から御挨拶をお願いいたします。

○羽村 土曜日の午後、長い時間にわたってのシンポジウムでしたが、非常に有意義だったと思います。ありがとうございました。講師の先生方、本当にありがとうございました。

皆さん方のこれからの何かのお役に立っていただければと思います。これからも日本歯学系学会協議会として、シンポジウムを行っていきます。まずは6月22日と11月12日、シンポジウムを行うことになっていますので、また御参加いただければと思います。本日はどうもありがとうございました。(拍手)

閉 会

日本学術会議歯学委員会・一般社団法人日本歯学系学会協議会共催
公開シンポジウム

「地域包括医療・介護における多職種連携について」

2017年6月29日発行

編集・発行 一般社団法人 日本歯学系学会協議会
(理事長：宮崎 隆)

事務局 〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9
駒込T Sビル (一財)口腔保健協会 内
TEL : (03)3947-8891 FAX : (03)3947-8341

印刷・製本 株式会社トライ・エックス