

一般社団法人 日本歯学系学会協議会
第8回シンポジウム

「口腔健康管理」

日時：平成29年11月12日（日）

場所：昭和大学旗の台キャンパス

1号館 7階 講堂

巻頭言

日本歯学系学会協議会

理事長 宮崎 隆

超高齢社会に突入した我が国では、高齢者の救命、延命、ならびに健康回復・増進に向けて歯科医療の在り方が大きく変わってきました。国民の健康長寿の実現に向けて、歯科医療の専門性の確立とともに多職種連携が求められています。

日本歯学系学会協議会では、平成 28 年 2 月 20 日に「これからの歯科医療を見据えた人材育成の在り方について」、さらに平成 29 年 1 月 28 日に「地域包括医療・介護における多職種連携について」の公開シンポジウムを開催し、プロシーディングを発行するとともに、歯学協としての提言を社会に公表してきました。

「口腔ケア」という用語は介護・医療の現場で広く普及しているだけでなく、一般国民にも使われています。歯科医師や歯科衛生士は口腔ケアの専門家として実践・啓蒙をしてきました。近年口腔機能と全身機能の関係が明らかになり、オーラルフレイルや口腔機能低下症の概念が提案され、口腔の健康から全身の健康への貢献が期待されています。

このような状況をふまえて、従来の器質的口腔ケアである「口腔衛生管理」と機能的口腔ケアである「口腔機能管理」を包含して、「口腔健康管理」として歯科の専門性をより明確にすることが日本歯科医学会で検討され、歯科界に提案されました。

そこで今回、1) 口腔健康管理における歯科医師・歯科衛生士の専門性について、2) 標準的な口腔健康管理方法について、3) 病院と地域における口腔健康管理の違いについて等を議論すべく、各方面で活躍している 4 名の第一人者を講師としてお迎えして「口腔健康管理」に関するシンポジウムを企画しました。

静岡県米山歯科クリニック院長の米山武義先生、日本歯科大学教授・口腔リハビリテーション多摩クリニック院長の菊谷武先生、市立池田病院歯科口腔外科主任部長・口腔ケアセンター長の大西徹郎先生、神戸常盤大学短期大学部口腔保健学科准教授の金久弥生先生から、各講師の経験を踏まえて、口腔健康管理の重要性、必要性、そして高齢者の各ステージへの貢献について解説していただきました。

今回のシンポジウムの内容をさらに発展させて、各現場で口腔健康管理の効果に関するデータを蓄積して、歯科医療が国民の長寿健康へさらなる貢献をすることができれば幸いです。

最後になりましたが、シンポジウムの企画にご尽力いただいた矢谷博文先生（本協議会常任理事）に感謝申し上げます。

開 会

○外木常任理事 皆さん、こんにちは。ただいまより一般社団法人日本歯学系学会協議会の第8回シンポジウム「口腔健康管理」を開催させていただきます。

私は、司会進行を務めます、常任理事、会計・広報担当の理事でございます外木守雄と申します。よろしくお願いいたします。

開会の辞

○外木常任理事 これより開会式を開催したいと思います。

まず、開会の辞を理事長の宮崎隆より申し上げます。

○宮崎理事長 こんにちは。本協議会の理事長を拝命しております昭和大学の宮崎でございます。

きょうは大変に良い天気で、行楽日和のところを御参集いただきまして、まことにありがとうございます。

歯学系学会協議会は、もともと日本学術会議の中で歯科系学会が3つの研究部会に所属して活動していたわけですが、オール歯科の立場で歯学・歯科医療の重要性をもっと国民、行政、社会等にアピールしようということで、平成15年に協議会としてスタートいたしました。

歴代の理事長先生のもとで、歯科医療、保険制度、あるいは専門医制度、教育・人材育成等々に関するいろいろな講演会、シンポジウムを開催いたしまして、プロシーディングを毎回発行して、提言等をまとめてきました。

近年、日本は超高齢社会に突入して、医療全般が大変な改革の時期に入っております。その中で、私たちの歯科医療の重要性が高まってきたのではないかとということで、歯科界を挙げて活発な活動をしているわけですが、その中で多職種連携、チーム医療等の中で、一般的な医療職の方々がやる口腔ケアと、私たちが専門的にやっているいろいろな口腔ケアその他、口腔機能、衛生管理、その辺の線引きが必要ではないかとということで、数年前から歯科医学会の中の主要な学会、老年歯科医学会ですとか口腔衛生学会、その他の関連学会でも議論が起こりまして、最終的には歯科医学会として「口腔健康管理」という用語をこれから使っていこうということになりました。

私どもは、歯科医学会に加入していない学会も加入しており、現在全部で81の学会が加入しております。本日のシンポジウムを通じまして、改めてこの「口腔健康管理」という概念、また私たちがそれをどのように日々の医療や教育に活用していくべきか、その辺をきょうは議論いただきまして、提言をまとめて、オール歯科の立場からこれを推進していきたいと考えております。

私どもの大学は、医学部、薬学部、歯学部、看護・作業・理学等の保健医療学、4学部だけの医系の大学でございますけれども、チーム医療教育を充実させようということで、

いろいろな試みをやってまいりました。

また、大学直轄の組織として、全国に先駆けて口腔ケアセンターも設置いたしまして、8つの附属病院で歯科の専門の先生、きょう見えていますが、日本障害者歯科学会の理事長を務めている弘中先生が今センター長をしていますけれども、歯科衛生士さんにも手伝っていただいて、看護師さんとも協力をして、口腔ケアの成果も出ております。また、教育のほうでも病院におけるチーム医療教育は大体完成して、今軌道に乗っておりますけれども、現在、大学を挙げて在宅の地域におけるチーム医療教育のプロジェクトを進めております。

そういう私どもの医療活動や、あるいは教育の経験からも、やはり一般的に使われております口腔ケアに関する医療全体の国民の共通的な概念と、私たちの専門性のところをもう少し上手に整理していかなければいけないのかと感じております。

きょうはたまたまだったわけですが、私どものほうが後からこの会場を決めたわけですが、本学で口腔リハビリテーション学会もきのう、きょうとやっております。きょうのこの口腔健康管理のシンポジストには、菊谷先生もいらっしゃるわけですが、リハビリテーションに関することも出てくると思います。大変盛りだくさんの内容にはなるとは思いますけれども、これからの歯科医療、および国民の健康にとって大変重要なシンポジウムになると思いますので、どうぞ最後までよろしくお願いいたします。

それでは、あとは私どもの協議会の常任理事で、大阪大学の矢谷教授が座長の労をとっていただきますので、矢谷先生にバトンタッチして進行をお願いしたいと思います。

○外木常任理事 ありがとうございました。

時間はちょっと早いですが、矢谷先生にお任せしたいと思います。シンポジウム「口腔健康管理」座長の大阪大学、常任理事の矢谷先生でございます。よろしくお願いいたします。

シンポジウム 「口腔健康管理」

○矢谷座長 皆さん、こんにちは。本シンポジウム「口腔健康管理」の座長を仰せつかりました大阪大学の矢谷でございます。

本日は、この「口腔健康管理」に日ごろ大変な御貢献をいただいている著名な4名の先生方を講師に迎えましてシンポジウムを開催する運びとなりました。予定は5時までということでございまして、プログラムにありますように、お1人40分間の予定でお話をいただきまして、米山先生、菊谷先生のお話が終わった後は10分ほどトイレ休憩をとらせていただいて、大西先生、金久先生と御講演をいただいて、できましたら最後に30分間総合討論の時間をとってございますので、ぜひそこでいろいろ御質問いただいたり御助言いただいたり、いろいろな御示唆をいただいて、このシンポジウムを成功に導きたいと思っておりますので、どうぞ皆様方、御協力をよろしくお願いいたします。

「超高齢社会における口腔医療時代の夜明け！！ —誤嚥性肺炎予防と口腔ケアを中心に—」

米山歯科クリニック院長 米山武義先生

○矢谷座長 それでは、早速お1人目の講師の先生を御紹介いたします。米山武義先生でございます。

慣例ということで、少し私のほうから御紹介をさせていただきますが、2ページをごらんいただきますと御略歴が掲載されております。

先生は、昭和54年に日本歯科大学歯学部を御卒業になりまして、56年～58年はスウェーデンのイエテボリ大学に留学されております。私には、個人的に忘れられない思い出がありまして、米山先生が帰国間際のときに、私はまだ、大学院生で突然先生のところに押しかけていったということがありました。帰国する者をお祝いで送るというのが普通なのでしょうけれども、イエテボリ大学は送られるほうが皆様を呼んで食事をつくって接待をするという慣例があるそうで、食事を朝からばたばたつくっておられるところに厚かましくもお邪魔して御一緒させていただいた懐かしい思い出があります。

先生は帰国後、平成2年に静岡県にて米山歯科クリニックを御開業になりまして、その後、老年歯科学会の理事、指導医、認定医、専門医等を取得されておりまして、この分野の日本におけるリーダーのお1人であります。非常に慎重な方で、この経歴の中にはお書きになっておりませんが、平成26年には保健文化賞という大きな賞も受賞なさっております。それよりも何よりも、先生は1999年に「Lancet」に誤嚥性肺炎に関する論文等を掲載されておりまして、「Lancet」といえば「The New England Journal of Medicine」と並んで医療系の2大トップの雑誌、自然科学で言うと「Nature」、「Science」のような雑誌ですが、そこに論文を掲載されて、それから誤嚥性肺炎という認知が世界に広まったという先生でございます。

それでは、先生、40分間どうぞよろしくお願いいたします。大変楽しみに聞かせていただきます。（拍手）

○米山 ただいま矢谷先生から御紹介いただきました米山歯科クリニックの米山と申します。本日はこのように栄えある発言の機会を与えていただき、宮崎理事長先生、座長の矢谷先生それから外木先生を初め関係者各位に心から御礼申し上げます。ありがとうございました。

本日私に与えられたテーマは「超高齢社会における口腔医療時代の夜明け」ということですが、ちょっと早口になるかもしれませんが、お話しさせていただきたいと思います。お聞き苦しい点が多々あるかもしれませんが、お許しください。

超高齢社会における口腔医療時代の夜明け

誤嚥性肺炎予防と口腔ケアを中心に

静岡県・長泉町
米山歯科クリニック
米山武義

私は地方で歯科医院を開業しているわけですが、歯科を取り巻く環境は、よくなってきたとはいえ厳しいものがあります。今まさに学部 학생さんたちは国家試験に向けて、かなり窮屈な、厳しい受験の勉強をしていると思います。それもこれも歯科医院がコンビニの数より多いというところから始まり、ワーキングプアだとか言われているところから、学生さんたちにしわ寄せが行き、大学の先生方も大変な御苦労をされていると思うのです。本当に歯医者が余っているのでしょうか。私は、方向性を変えたとき、全く逆で、足りなくなるんじゃないかなと思っています。

私は、歯科の置かれている立場というのは、夜明け前だと思うのです。夜明け前というのは、非常に暗くて寒いです。でも、私は必ず夜明けが来ると信じています。ただし、その夜明けが来る前に我々歯科医師も方向性を変えなきゃいけないと思います。最初に、生命を守れる歯科医療に変わっていけるかということ。2番目に、生活を支援する歯科医療に変わっていけるか。3番目に、生きる意欲を引き出す歯科医療に変わっていけるかということ。最後に、人生を全うするための歯科医療に変わっていけるかということだと思います。

これらを考えてみますと、非常に社会とのかかわりが試される、歯科の歴史の中でも非常に新しい時代に入ってくると思います。まさに歯科の本質が問われていると考えますが、先生方、いかがでしょうか。

私ごとで恐縮ですが、2005年にNHKのラジオ深夜便「心の時代」に声の出演をさせていただきました。タイトルは、「口は長寿（ながいき）の門」でした。自分が在宅医療の中でいろいろかかわっている話を、本当に隠すことなく、患者さんの目線も含めて話をさせていただきましたら、翌日非常に多くのファクスが届き、また多くのお手紙をいただきました。そのうちの1つの手紙を紹介いたします。

「突然お手紙を差し上げる失礼をお許しください。けさ、あなた様のNHKラジオ放送を拝聴させていただき、大変感動しました。実は家内が去る3月24日、高血圧症による脳出血を発症し、目下入院リハビリ中ですが、いまだ意識が完全に戻っておりません。先生のけさのお話で、口腔の洗浄が大変よいとのこと。現在、歯ブラシで水だけで洗っており、その後、吸引器でたんなどを吸い出しております。意思の疎通が図れるまで回復することを願って毎日リハビリに通っております。先生のお話を伺い、少し希望が湧いてきましたが、何かもっと積極的に私ができることはないでしょうか。こんな大事なことをお手紙でお願いするのは大変恐縮でございますが、わらをもつ

夜明け前の歯科医療

1. 生命を守る歯科医療
2. 生活を支援する歯科医療
3. 生きる意欲を引き出す歯科医療
4. 人生をまっとうするための歯科医療

↓
社会との関わりが試される。歯科の本質が問われる。

ラジオ深夜便
完全読本 2006

2005年7月34日「口は長寿（ながいき）の門」



かむ思いで、恥を忍んでお願い申し上げます」という手紙だったのです。

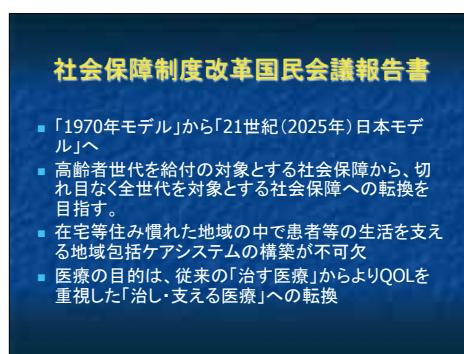
そんな恥なんか忍ばないでください。でも、この手紙をいただいたときに、これがある意味で切なる国民の声じゃないかなと思ったのです。これに対して、我々は本当に襟を正して応えられるのだろうかということを自問自答しました。できる限りのお返事を早く出させてもらいました。これは声なき声の一部で、他に口のことで悩んでいる方がいっぱいいらっしゃるんだなということを感じたわけであります。

そのような、国民の声を酌み取っていかなければいけないという声が高まってきたのでしょうか、社会保障制度改革国民会議というのが開かれまして、その報告書が2013年8月6日に出されました。かなり分厚い報告書ですけれども、その一部を御紹介しますと、在宅等住みなれた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠だと述べています。

もう一つは、医療の目的は、従来の治す医療からよりQOLを重視した、治し支え合う医療へ転換していかなければいけないということです。支えるという言葉です。私は大学時代から今日まで、こんな言葉を聞いたこともないし、考えたこともなかったのです。でも、国は、治すだけじゃないんだ、支えていかなければ、国そのものももたないのだという、危機感がここにあらわれていると思います。このことを非常に謙虚に受けとめなければいけないと私は感じました。

2015年3月13日から15日にかけて、日本歯科医師会が主催で、東京国際フォーラムで健康寿命延伸のための歯科医療・口腔保健世界会議が開かれました。冒頭来賓の挨拶で塩崎前厚生労働大臣がスピーチに立たれました。国会の会期中ですし、忙しい中ですから1分か2分の挨拶かなと思ったら、5分、10分の長いスピーチだったのです。その中で驚いたのは、口腔ケアという言葉が3回か4回言われました。誤嚥性肺炎予防という言葉も2回、3回。口腔機能の問題、機能低下の問題ということも言われたのです。ここまで何回も強調されるというのは、ただ単なる大臣としてのリップサービスではない、事務職も含めて厚生労働省、国の考え方だなという雰囲気を感じました。

その後、国立長寿医療研究センターの大島名誉総長が講演されました。そのうちの一部のスライドを御紹介します。「我々は医療のパラダイム

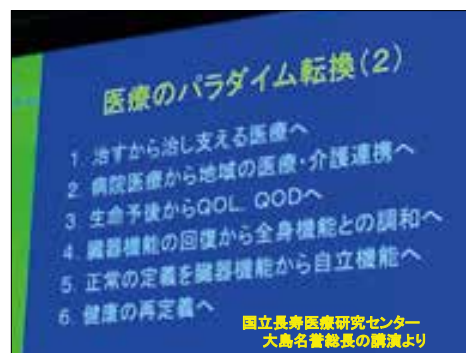


シフトを図らなければいけないのだ」と。“治す医療から治し支える医療に変わっていかなければいけないのだ”と。病院中心の医療から、病院も含めた地域の医療と介護の連携を進めていかなければいけないのだと。また、生命予後、ただ生き長らえるのではなくて、どういう状態で生き長らえて、死を迎えるかということを考えないといけない、こう言われました。さらに、臓器機能の回復。正常値の定義、例えば血圧の定義には諸々の定義がありますが、高齢者に限って見るとほとんどの人が疾病の領域に入ってしまうのです。そのことでどのようなことが起こるかということ、医療費が著しく上がっていくということが予想されます。高齢者の定義も再考してみたらいいのではないかと、示唆されました。さらに、健康そのものの再定義をしようということ。これは大変なことが起こるなとは思ったのです。私は、開業医で力のない存在ですけども、この大きな変化を仲間たちに伝えなければいけないと感じました。

本当に時代のうねりが来ていると思います。今までは歯科界がリードして国民の医療を方向づけてきたと思います。しかし、これからは国民が歯科界の未来を方向性づけるし、他の職種が歯科界の行く末を決定するような気がしてならないのです。これに我々は意識改革できるかどうかということだと思います。

私は、人生は口で決まるかもしれないと思っています。それはお前が歯医者だからだろうと思われるかもしれませんが、違うのです。いろいろ高齢者を見ていて、やはり口はすごいところです。歯と口の働きを挙げればいっぱいあります。浜松医科大学の6年生の講義を10年間担当させてもらっているのですが、医師の国家試験を受ける直前の人たちでも、食べることに1つしか言えないのです。非常に優秀な学生さんたちが1つしか言えない。悔しいもので、私はこのスライドの内容を一つひとつ説明しています。あなた方は医療と福祉のトップになるんでしょう、こんなことがわからなかったらトップになれませんよと言うと、顔つきが変わってきます。

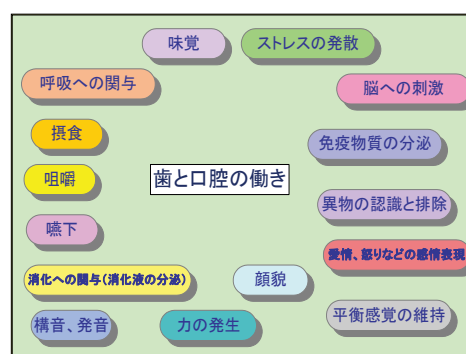
なぜ高齢者になると歯と口腔が大切かということな



時代のうねり

1. 歯科界が国民の医療を方向づけた
2. 国民が歯科界の未来を方向づける
3. 他職種が歯科界の行く末を決定

人生は、口で決まるかも知れない！



なぜ歯と口腔が大切か？

とくに高齢者になると！

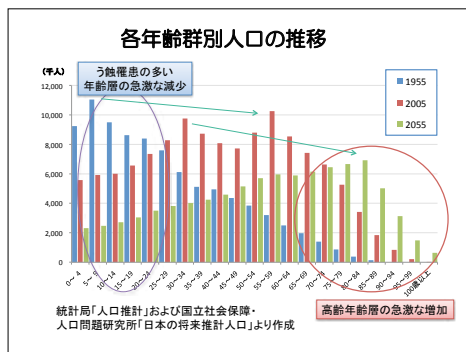
のですけれども、私は3つあると思います。1つは感染の予防ということ。次は栄養の摂取、3番目に精神の安定です。この3つは非常に高齢者にとって大事な要素だと思います。この3つとも人間の尊厳に深くかわる問題でありまして、死ぬ直前まで、最後の最後まで大事なテーマであると思うのです。口はそういう場所だと思います。

ですから、これから口腔医療の時代に入と思っています。ただし、地域における保健・医療・福祉の連携をもとにしたという条件がつきます。切り札が口腔のケアです。

その背景には、人口の急速な高齢化が考えられます。これは申すまでもなく、各年代別の人口の推移を見えています。1955年、私は1954年に生まれましたので、ちょうどこの年、人口のピークは5歳～9歳でした。ほとんど高齢者はいなかったのです。100歳以上の方を調べてみますと、全国に100人しかいなかったのです。今は何人いるかという、約6万7,000人です。

私が生きていないであろう2055年になりますと、80歳～84歳が山のピークになるのです。子供さんたちが非常に少なくなる。この急激な変化というのは他の国には例がないし、日本はこの変化の中で生きていかなきゃいけないわけですね。これは人ごとではないのです。本当に人ごとではない変化が起こってくるということです。

国は2015年問題というのを言っていました。もう今は2017年で古いのですけれども、高齢者人口のピーク前夜。認知症高齢者250万人、高齢者ひとり暮らしの世帯が570万人と推計しています。現在認知症の高齢者が推定した数値よりもはるかに大きな数字になっています。既にこれを超えているわけです。



1. 感染予防
2. 栄養の摂取
3. 精神的安定

↓
人間の尊厳
(最後の最後まで)

地域の保健・医療・福祉連携を基にした
口腔医療の時代の到来！

切り札は、口腔のケア

人口の急峻な高齢化

2015年の高齢者像

2015年は本格的な超高齢社会の「入り口」

○高齢者人口の「ピーク前夜」へ

→ 2015年には「ベビーブーム世代（第1次）」が前期高齢者（65～74歳）に到達し、その10年後（2025年）には高齢者人口がピーク（約3500万人）を迎える。

○認知症高齢者が「250万人」へ

→ 現在は認知症高齢者が約150万人と見込まれるが、今後急速に増加し2015年には250万人になると推計される。

○高齢者の一人暮らし世帯が「570万世帯」へ

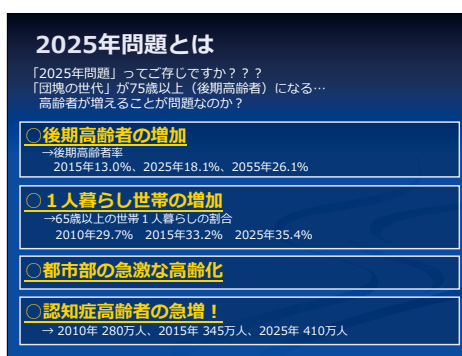
→ 2015年には、高齢世帯は約1,700万世帯に増加し、そのうち一人暮らし世帯は約570万世帯（約33%）に達する。

次に国は 2025 年問題というのを示して、これに呼応するようないろいろな機関、組織がこの問題の解決に向かって取り組みを開始しようとしています、大変な問題が横たわっているということです。

実際に私も地域で開業してしまして、高齢化が確実に進んでいるということを感じております。クリニックの高齢化の現状なのですが、実に来院患者さんの高齢化が進みました。私が開業して 28 年ということもあるかもしれませんが、それを差し引いても本当に高齢者の方が多くなりました。診療所内を移動するにしても支えなければ診療もできない、レントゲン室へ行くこともできない。私は 2 階で開業しましたから、2 階にやっと上がってきても帰りが怖いということが、たびたびです。階段を上っていくのがやっとなのです。あと半年後この患者さんは来てくれるだろうかと思うと、先のことがわかりません。あと 1 カ月後でもわからないです。急速に高齢化が進んでいるというのが実感です。

私が老年歯科の勉強をしていることを知って来る人は誰もいないです。急速な高齢化と要支援、要介護者の急増という現実、もう一つは、多歯時代が到来したということです。多歯の問題は後でお話したいと思いますけれども、これがどういうことを意味するかということです。

そこで、まず私の口腔ケアというテーマとの出会いについて、その原点についてお話ししたいと思います。私は 1979 年に日本歯科大学を卒業しまして、歯周病科に残ったのですが、たまたまそのときに静岡県御殿場市にあります特養から、一度ボランティアで歯科治療に来てくれないかという依頼が来たのが最初でした。

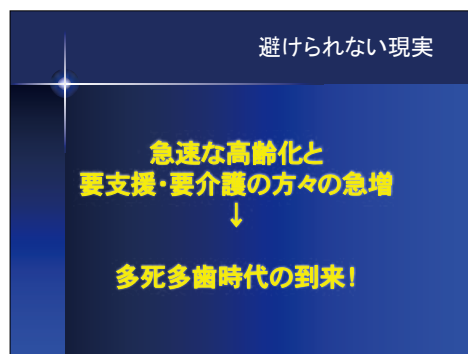


地域と診療室で高齢化が確実に進んでいる。

クリニックの高齢化の現状



口腔ケアの原点(1980年代)



この写真が特養の入り口です。非常にユニークなのは、ここに歯科室があったのです。内科、歯科がありまして、ユニットが置いてあったのです。これは非常にユニークだったと思います。いずれにしても、その当時は参考になる参考書は、老年歯科学という渡辺郁馬先生の本一冊でした。そのほかなかったし、世の中に高齢化の話は一切ない時代でした。

施設長さんが言われたのは、私の前任者が急に御高齢で来られなくなった、前任者は歯科の治療をやったらすぐ帰宅するということだった。そのため我々にはぜひ特養に来たら生活の場面を見てくれと言われまして、生活？ えっ、私が生活ですかという非常に戸惑いがあったのを覚えています。その生活の1つの場面が入浴のサービスでありその入浴のサービスを見せていただきまして、利用者の方々がすごく入浴を楽しみにしているということがわかったわけです。

1週間に2回、髪の毛の先から足の爪先まできれいに洗い清められているその姿を見てから、歯科室へ行って実際目の前にいる患者さんに出会ったのです。愕然としました。なぜかという、体の中で唯一何も清められていない場所があったのです。それが口腔内でした。衝撃の連続でした。ほとんど義歯も入れたら入れっ放し。入っていないの問題じゃなくて、入っていても手入れが一切されていない。ここが問題です。職員の方は、とにかく地域でも非常に評判のいい、介護力の高い、そして心から介護してくれる施設だと高い評価を受けている施設であったにもかかわらず、口腔内だけがすっぽ抜けておりました。

この口腔から私はとくに何を感じたか。それはすごい口臭だったのです。これが施設臭の原因であるということが後でわかりました。そして、この口臭が介護力を落としているということも後でわかりました。とにかく義歯は入れたら入れっ放しなのです。

自分は歯科医師のライセンスを取ったばかりで、非常に将来に対して明るい希望を持っていましたが、これを機に暗くなりました。聞いてみますと、107名利用者がいる中で、毎年約20名の方が亡くなりますが、その3割、4割が肺炎によるものだということもわか

介護の現場に歯科が入るということ



- ・ 特別養護老人ホームに歯科室が設置されていた。
- ・ 施設利用者も職員も歯科診療を待ち望んでいた。
- ・ 高齢者歯科の基本となるモデルがなかった。

衝撃の連続



38年前の記憶から 高齢者の口腔が忘れ去られていた



歯頸部に多量の食物残渣とプラークが付着し歯肉の発赤が見られる。



長期間口腔内に入れたままにしてあった義歯の内面。多量のデンチャープラークが観察される。

107名中、毎年約20名の方が亡くなっていた

その3～4割は肺炎による

毎年これが繰り返されていた！

現代歯科医療の限界

りました。そして、ある意味でどんなにいい治療を、例えば高価な補綴治療をしても、人生の最後はこういう状態になるのだと

留 学 (1981~1983)

思ったとき、歯科治療の限界を感じました。そんな時にたまたま大学から声がかかりまして、1981年~1983年までイエテボリ大学に留学させていただきました。そして、プラークコントロールに関する研究に携わることができたわけです。そして、その結果、プラークコントロールに対する確信を深めて自分の脳裏にその重要性を焼きつけて帰国しました。

そして、帰国後老人ホームに再びボランティアで行きました。2年間のブランクの間、私の仲間たちが対症療法をやってくれていたのですけれども、亡くなった方は別として、施設に入っていらっしゃる方の口腔内の状況は2年前と一切変わっていないということだったのです。

そこで私が気がついたことは、対症療法では口腔内の環境は改善しないという当たり前のことでした。原因除去療法、すなわち根本から治さなければだめだと。しかし、施設に入所している方々の現状というものは、そんな口で言うほど甘いものではないということもわかったのです。しかし、何を考えたか。特養でPTC、専門的歯面研磨、歯面清掃を実施してみようと。これは大学でやっている、歯周病科でやっている内容そのものを実践する。歯科衛生士の協力を得まして、歯石をとりまして、最後にはポリッシングできれいに歯面のプラーク、バイオフィルムを除去するということを行ってきました。

協力でき、ある程度残存能力のある方18名に集まってもらいまして、9名の方には今までどおり、一切の付加的な口腔のケアはしない。もう一方の方々には、2週間に1回、つまり1カ月に2回、Professional Tooth Cleaningを行っていったのです。

スウェーデン イエテボリ大学



スウェーデン留学時代に携わった研究



- Magnusson I, Lindhe J, Yoneyama T, Liljenberg B : 1984, Recolonization of a subgingival microbiota following scaling in deep pockets. J Clin Periodontol 11:193-207.
- Magnusson I, Liljenberg B, Yoneyama T, Blomqvist N : 1985, Sampling of subgingival microbiota for dark-field microscopy. J Clin Periodontol 12:209-215.
- その他

プラークコントロールに対する確信

帰 国 (復帰)

入所者の口腔内は一切、変化なし
対症療法では口腔環境の改善なし

特養での PTC(専門的歯面研磨) の実践

これはイメージ図です。これは若い方の口腔内ですけれども、この方は70代の女性です。糖尿病が進んで失明もされている



方なのですが、我々の研究活動に協力してくれました。

これがこのグループの方です。18カ月後。歯茎がどんどん改善していきました。スティップリングもできてきますし、



どこをプロービングしても出血しないという状況。そしてそれが48カ月たっても56カ月になっても維持しているという結果を、その9名の方々に体験できたわけです。

そして、私はそこで大切なことを学びました。ということかということ、たとえ高齢者であったとしても、有病者であったとしても、障害をお持ちでも、歯周組織の炎症は改善するのだということ。問題は、誰がどのようにどのくらいかわかるかということなのです。そして、かわかり続けられるかどうかということなのです。疾病に目が向きがちですが、核心はシステムの問題だ、かわりの問題だということがわかったのです。

学んだこと！

たとえ高齢者であっても
有病者であっても
障害をお持ちでも
歯周組織の炎症は改善する！

問題は、
誰が、どのように、どのくらい関わるかということ。
そして関わり続けられるかということだ。

でも、そんなことを言っても、特養でやるというのはそんなきれいな事ではできません。大変な問題が横たわっているということもわかったのです。しかし、チャレンジしてみました。それができたのも同僚であり後輩や、衛生士の力もかりたということもあるのですが、最初、歯科医師や衛生士が歯面研磨で口の中をさっぱりさせるという、医療とはほど遠いような対応について、げげんな顔をしていました。何で治療しないんだという顔つきでした。ところが、一旦歯科室を出るときには、口の中がさっぱりした、お風呂に入ったような気持ちになることによって、皆さんの顔つきが変わっていったのです。そして、施設職員から言われたことは、とにかく部屋のにおいが消えて、その方の独特のにおいが消えていった、これがすばらしいと言われたのです。そういうことから、あっ、口の衛生管理は、

特養ホームにおける歯周疾患に関する研究

- ・ 米山武義, 荒井真一, 鴨井久一: 1985
「特別養護老人ホームにおける歯周疾患実態調査」日歯周誌 27:458-463.
- ・ 荒井真一, 米山武義, 森本節夫: 1989
「特別老人ホームにおける歯科医療に関するアンケート調査」第一報、老年歯学 3: 47-50.
- ・ 米山武義, 相羽寿史, 太田昌子, 弘田克彦, 三宅洋一郎, 橋本賢二, 岡本 浩: 1997
「特別養護老人ホーム入所者における歯肉炎の改善に関する研究」日老医誌 34:120-124.

これはお年寄りに受け入れてもらえるものだということを体験したわけでありました。しかし、これをただよかったで終わってしまっただけでは後につなげられないので、ない力を振り絞って、論文にまとめてみました。

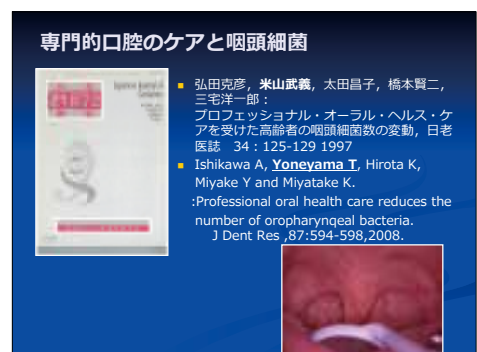
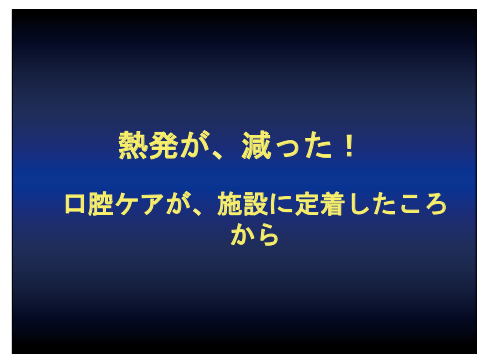
その中で、衛生士たちがすばらしい姿を見せてくれたのです。歯科室での対応だけではなくて、病棟をずっと回るようになったのです。この写真の方は四肢麻痺で全然動けない。動かすことができるのは口だけだった、口の乾燥でつらい思いをしていた。この方に対し、口を保湿してケアしてやる衛生士に釘づけになったのです。この姿を見たとき、ああ、これが衛生士の将来の姿じゃないか、ただ診療室で歯科助手と同じような形でかかわるのではなくて、もっと積極的に病棟を回ったりして、患者さんに対応できる姿というのは新しい歯科衛生士像じゃないかなということを感じたのを覚えております。

そんなことをしているうちに、看護師が、日々の口腔ケアは非常勤の職員の仕事じゃない、我々常勤がしっかりしなきゃいけないと言ってくれ、協力してくれるようになりました。1日1回、職員が、日勤を終わった5時過ぎから10分～15分かけて、施設の中で口腔のケアをしてくれるようになったのです。

そんなことをしているうちに、ある事象が起こりました。熱を起こす人が激減したのです。それが口腔のケアが施設で定着したところからなのです。いわゆる看護職員、特に看護師長は岡山大学の外科出身の看護師さんでして、先輩看護師から、目の前にいる患者さんの体調が崩れたら、ガーゼでも綿でもいいからとにかく口の中を拭えという教育を受けていたそうです。歯ブラシをしっかりとやるようになって、呼吸器関連の熱が減ったんじゃないかと看護師さんが言ってくれたのです。これが実は誤嚥性肺炎のテーマに私が出会ったきっかけだったのです。

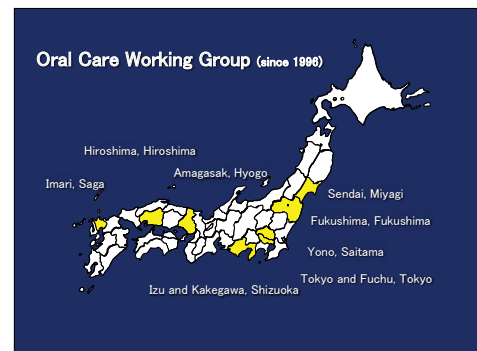
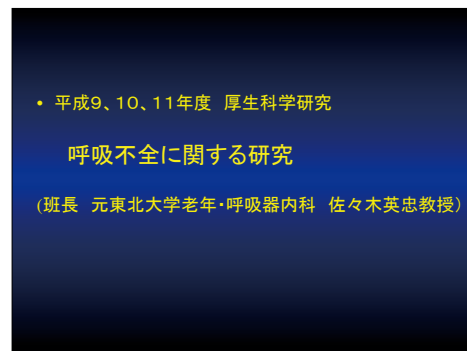
もう一つ日頃から疑問がありました。それは口の中をきれいにすると、咽頭の細菌叢が変わるのかどうかという素朴な疑問を持ったのです。それを徳島大学の細菌学の前教授の三宅先生に御相談しましたところ、やってみる価値があると言って下さいました。口のケアをして口の中から細菌をとって培養したって、それは意味がない。そうじゃなくて、その先にある咽頭部からとってきて、口の中をきれいにしたら咽頭部が変わるのだったら、これは意味があるねということになりました。そこで、長野県を舞台に咽頭細菌の研究をやることになりました。細菌のサンプルをクール宅急便で次の日に徳島に届けるのです。すごいことなんですね。長野の上田からクール宅急便で次の日には徳島大学に届くのです。この研究を論文に起こしました。

そして、実際に口の中をケアしてみますと、時間的なずれがあるのです。確実に咽頭部の細菌は減っていくのです。2カ月、3カ月で10分の1ぐらいに下がっているのです。



これは非常に重要な基礎的なデータになりました。あっ、そうか、口がきれいになるということは、その先もきれいになっていく可能性があるのだということを示唆したわけであります。

そんな折に、東北大学の佐々木教授に出会うことができました。医科の研究、医学部関係の厚生労働科学研究費をいただき



まして、呼吸器官に関する研究というテーマで介入研究に携わることができました。北は仙台から南は九州・伊万里までの特養に協力を仰いだわけですから、全国のチームにいろいろお願いしまして、2年間の研究を遂行するためのお力添えをいただいたわけであります。

これは診査しているところの一場面です。使ったのは、機械的な清掃が中心ですから、歯ブラシです。ただし、歯肉を傷つけないということで、私は歯ブラシについてはこだわりがありました。比較的やわらかいブラシ、歯間ブラシ、それから舌ブラシを使っていました。

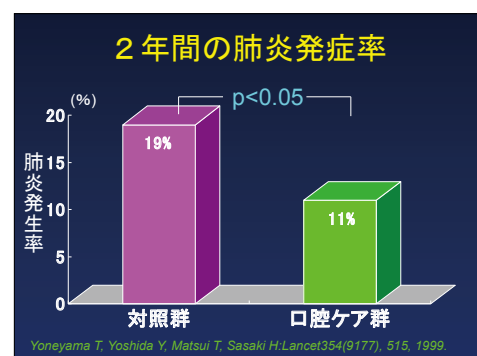
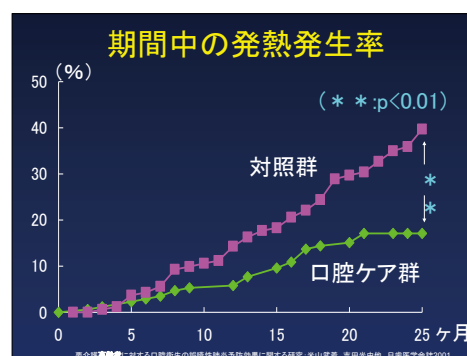


歯科衛生士が週に1回かわり介護職員が協力してくれるということだったのですけれども、その当時はなかなか施設の職員の協力が得られませんでした。ですから、質の担保は歯科衛生士による週に1回の口腔ケアとしての専門的なかわりでした。対照群は、従来どおりということで、これまでの今ケアをやっている人をストップさせるわけには人道上いきませんので、今までどおり。ただし、口腔ケア群のほうでは、とにかく付加的に歯科衛生士には週1回、質の担保を考えたかわりをしてもらったのです。

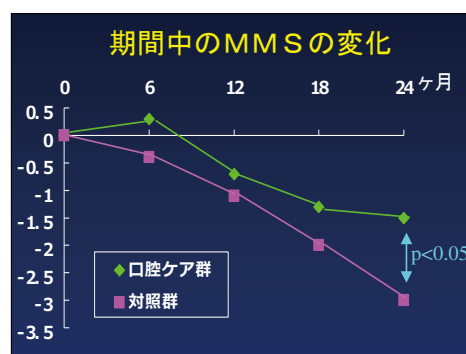
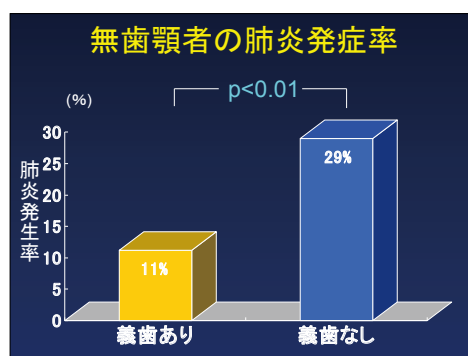


その結果、発熱の累積の度数、対照群に比較しておおよそ半分ぐらいに減少するということがわかりました。そして、肺炎の発症もおおよそ40%ぐらい減少するという結果が出てきたわけです。

加えて無歯顎の方も肺炎になるという、当たり前のことがわかったのです。ただし、無歯顎の方で義歯を装



着し続けた方の肺炎の発症率が有意に低いということもわかってきました。ここで大切なことは義歯が肺炎の発症に関係する



ということです。つまり、義歯を入れることによって口腔機能が維持され続けたほうが肺炎になりにくいということです。つまり、肺炎を起こすのは、基本的には炎症ですから、口の中の細菌なのです。微細な誤嚥も起こるわけですから、義歯を入れて口の機能が保たれたほうが誤嚥も少なくなり肺炎が発症しづらいということが考えられるわけです。これらのデータから非常に多くのことを学びました。

認知機能の問題も、歯科衛生士が親身に口腔にかかわることによって、低下を防ぐ。半年間はむしろベースラインよりも改善できる。その後は緩やかに下がっていきましたが、両群の間に差異を見ることができたのです。この差異について、共同研究者の佐々木先生はどう言ったかということ、アリセプトという認知症の改善薬がありますが、「アリセプトと同じくらいの効果があるね」と言われたのです。もちろんそれは論文には書いていませんけれども。つまり、人的な資源を使ってかかわるのですけれども、非常に口にかかわることの意義があるのだ、特に大脳の中核に与える影響は大きいものがあるのだということが示唆されたわけです。これを追試するために、菊谷先生が同系列の研究を全国で行いましたが、同じような結果が出ています。この結果をどういうふうに発展するかは今後の課題になろうかと思えます。

まとめ

- 口腔ケアを継続することによって、要介護高齢者における誤嚥性肺炎の発症を4割程度、予防できることが示唆された。
- 口腔ケアによって、要介護高齢者における認知機能の低下をある程度、抑えることができることが示唆された。
- 日々の介護の現場で、口腔ケアが、生活と介護の質を確実に高めることが示された。

実際に個々の事例として、非常に口にかかわった人たちは元気になってくるということ、これがわからないのです、なぜか。とにかく口にかかわると元気になるのです。

そして、このような論文としてまとめさせていただきました。

その後に、佐々木先生方が日本内科学会雑誌創立100周年記念号の呼吸器分野に投稿してくれました。どういうふうを書いてくれたかということ、口腔清掃を食後行い、2年間実行した群と非実行群を比較すると、肺炎発症をおよそ40%減少せしめたということ。内科の論文に初めて口腔衛生関連の文章が入ったのです。

口腔のケアと誤嚥性肺炎予防

- Yoneyama T, Hashimoto K, Fukuda H, Ishida M, Arai H, Sekizawa K, Yamaya M, Sasaki H: 1990, Oral hygiene reduces respiratory infections in elderly bed-bound nursing home patients. Arch Gerontol Geriatr. 22:11-19.
- Yoneyama T, Yoshida M, Matsui T, Sasaki H: 1999, Oral care and pneumonia. Lancet 354:515.
- Yoneyama T, Yoshida M, Ohri T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, Ihara S, Yanagisawa S, Ariumi S, Morita T, Mizuno Y, Ohsawa T, Akagawa Y, Hashimoto K, Sasaki H. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. J Am Geriatr Soc 50:430-433, 2002.

内科—100年のあゆみ(呼吸器)

- 加齢とともに老人の口腔衛生状態が悪化するのとは世界共通といわれている。
- 口腔清掃を食後行い、2年間実行した群と非実行群を比較すると、肺炎発症は、およそ40%減少せしめた。

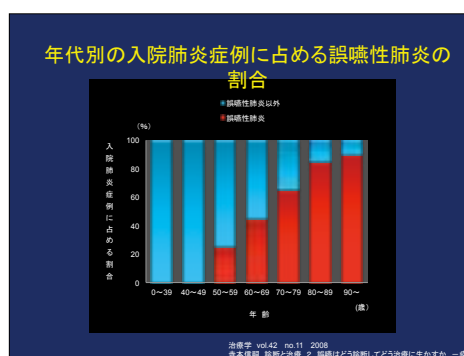
佐々木英忠、荒井啓行、山谷睦雄、大類孝
日本内科学会誌 創立100周年記念号
第91巻 第6号 2002年

これは非常に意義が大きく、特に医学の世界では、内科学会というのは中枢である重要な学会の1つです。非常に影響力のある学会なのですけれども、そこに口腔清掃という言葉を取り入れてくれたことがその後の流れを変えたことは否めません。これがきっかけになったのです。

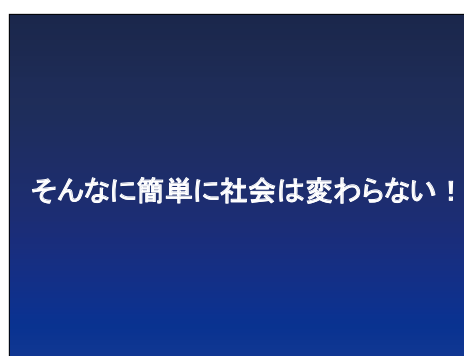
そして、その後、東京大学医学部老年学の大内教授が我々の研究を引用してくれまして、厚生労働省の社会保障審議会の医療保険部会でこの論文を紹介してくださったのです。そして、肺炎患者の減少を見込んだ場合、節減額は実際は引用論文の3倍以上、つまり、10億ドル以上の医療費の適正化ができるとしました。先生方、計算してください。相当な適正化効果があるということを経済学部の教授が言うてくださったことがすごく大きかったのです。しかも、厚生労働省の部会で言うてくださったことが大きな転機になりました。



その後、東大のグループが、実際に病院に肺炎で入院している方々を見てみると、ほとんどが誤嚥性肺炎なのだと。特に後期高齢者、末期高齢者の場合は、ほとんど誤嚥性肺炎で入院していると研究報告しています。ということは、誤嚥ですから口なのです。口と咽喉頭なのです。肺炎が、この間に日本人における死因の第3位にまで躍り出ました。ということは、この誤嚥性肺炎の予防の最前線にいる職種は何かといったら、これは小学生でもわかりますが、歯科医療関係者なのです。歯科衛生士なのです。拡大解釈すれば、歯科技工士さん方も関係するかもしれない。そういうことがだんだんわかってきたのです。



ところが、我々の認識はまだそこまで上がっていない。そんな簡単に社会は変わらないのです。



これは新聞に出たものです。65歳からの肺炎予防。うがい、手洗い、マスク、予防接種です。これは半年ぐらい前に出た広告です。どこにも口腔ケアという言葉はないのです。誤嚥性肺炎ですから、少なくともマスクよりはいいだろうと思います。これが社会の認識というものです。これを、新聞紙上を変えるのは大変なことだろうと思いますが、もうやり続けるしかない私は思っております。



最近、「週刊新潮」、「週刊文春」、「週刊現代」に、すごい勢いで、誤嚥性肺炎を防ぐ完全ガイドだとか、食べて肺炎予防の安心というタイトルで取り上げています。でも、ほとん

どが、喉を鍛えろと書いてあるのです。しかし、考えてみてください。肺炎になるリスクが最も高く、実際に死に近い人たち、リスクに怯えている方々は、喉は鍛えられません。健康な人だったら鍛えられます。喉は鍛えられない。ということは、口の環境をよくするしかないと思っているのです。

実際に、足立了平先生が報告されましたが、震災のとき、しっかり口腔ケアをやった群は、そうじゃない群に比して、やはり有意に肺炎になっていないのです。それから、ICUにおける口のケアをした群としない群では、明らかにした群のほうが、Ventilator-Associated Pneumonia の発症率が低いのです。彼らは喉なんか鍛えていません。ところが、売られている本は、ほとんど喉を鍛えれば肺炎は予防できる、そんな本ばかりです。

で、私も感ずるところがありまして、出版社に促されて、『肺炎は「口」で止められた！』という本を書いて、1週間前に発行しました。もし関心のある方は見てください。本当のところ本を書くことは勘弁してくれと言ったのですが、**「先生、歯医者としていいんですか」と**言われて、**「わかりました、そうですね」と**いうことで書かせていただきました。



口腔に対する関心が高まっていることは間違いないことなのですね。しかし、新たな問題が現実化してきます。それは、こ

口腔に対する関心がこれまでになく
高まっている！

新たな課題・問題が
現実化！

とし発表された8020達成者の割合なのです。もう51%。50%を超えたのです。これは推計値です。実際の現実はありません。こんないい数字じゃないかもしれないけれども、推計値は50%を超えたのです。石井拓男先生方を中心に8020をスローガンとしてつくったころは、そんなばかな、こんな数値を実現できるわけがないとは思っていました。でも、現実はどうい勢いです。あと10年、20年たったら、8020達成者は80%、90%に達するんじゃないでしょうか。

このことは、いいことばかりでしょうか。残っている歯の本数ばかりにこだわるのではなくて、その質を考えなきゃいけない。どういう状態で残っているかを問わないと、間違えたらミスリーディングする可能性があると思っております。傾向として、これから



警告！

これから誤嚥性肺炎は急増する

誤嚥性肺炎は急増するのではないかと。なぜなら、無歯顎の方だったらはずせばしっかり義歯の清掃が段違いにできます。粘膜ケアも段違いにできます。歯が多くなると、すごく時間がかかる。皆さんが老人ホームに行ったら歯科健診をやってみてください。総義歯の方が来るとほっとします。28本ある人を前にすると心が引きしまります。疲れ方が全然違うのです。管理しなきゃいけない歯が急増するということです。

ところが、世の中全体、医学の世界を含めて、歯と口腔をいまだ軽視し過ぎているのです。これは大変なことです。軽視することで医療費がすごく上がると思います。本ケースは老健におけるケース。認知症の方でインプラントの上部構造が外れて上唇を突き抜けている、出血がとまらないといってSOSが来て、拝見したら、私の心拍数も上がってしまいます。言うことを聞いてくださらないので。そこで、上部構造をどんどん削って研磨もしました。こんなことがこれから頻繁に起こるのかと思うと目の前が暗くなります。インプラントはすばらしい治療法です。私も行っていますけれども、管理が大事です。とにかく術前、術中、術後のステージも大事なのですが、とにかく管理が重要だということを強調します。そして、ICUでもそろそろもうインプラントを埋入した患者さんが入り始めたのです。このケース、どうします。看護師さんができるでしょうか、かかわってくれるでしょうか。私はもう危機感を持たなきゃいけないと思っています。

提言とソリューションへと進めさせていただきます。とにかくいろいろな研究のエビデンスをふやしていくということです。それから、プラクティス、実践です。それから、医療、福祉の連携。それから、何よりも我々自身が目指している、将来を展望する、その気持ちを持つことが大事だと思います。そして、新しい口腔の健康管理について、戦略が必要になってくると思うのです。

その中の1つの

老健におけるインプラント



ICUにおけるインプラント



提言とソリューション

時代を切り拓くキーワード

1. エビデンス
2. 実践
3. 連携
4. こころざし

新しい口腔健康管理についての戦略が必要

キーワードは、口腔のケアです。口腔健康管理、口腔機能管理、口腔衛生管理だと思うのですが、いかがでしょうか。

歯科医療機関の機能というのは、う蝕の治療でも、歯周病の治療でも、2 歯ブリッジ等の補綴治療、矯正治療、顎関節治療等

これまでの歯科医院の機能

- 1. う蝕治療と予防
- 2. 歯周病治療と予防
- 3. 義歯、ブリッジ等の補綴治療
- 4. 矯正治療
- 5. 顎関節治療

これからの歯科医院の機能

1. う蝕治療と予防
2. 歯周治療と予防
3. 義歯、ブリッジ等の補綴治療
4. 矯正治療
5. 顎関節治療
6. 口腔機能向上（低下予防）
7. 周術期の口腔管理
8. 在宅医療
 - 1) 患者、ケアマネ、訪問看護、施設からの訪問診療の依頼
 - 2) メインテナンス患者からの訪問診療依頼
9. 誤嚥性肺炎、インフルエンザ予防などの全身疾患予防
10. 低栄養予防

あります。今後はこのほかに、口腔機能低下予防、口腔機能の向上、周術期の口腔管理、在宅医療、誤嚥性肺炎、インプラント予後の全身疾患の予防、低栄養予防。やらなきゃいけないことが山積しているのです。我々についていっているのでしょうか。本当に歯医者はい余っているのでしょうか。みんなが開業医になるから問題なのです。病院に勤務したり、しかるべきところで守備範囲を広げていったら、その数は足りないのです。衛生士さんはもっと足りない。ところが、ブレーキをかけ過ぎだと思うのです。私は開業医ですから、幾らでも何とでも言えます。でも、そうなのです。大変なことがこれから起こると思います。医師の方々はそこまでやってくれないのです。看護師さん方は忙しいのです、全身のことをやらなきゃいけない。口腔がすっぽ抜けている。まだ口腔の管理が抜け落ちている。

そして、診療室はリハビリと予防の最前線になるべきだと私は思います。そして、診療室からはじまって在宅医療にかかわる。ですから、メンテナンスとかSPTをやっている患者さんでも、来られなくなる方々はこれからどんどん増えてきます。では、通院できなくなったら終わりですか。それは歯周病予防の理念にかなっていますか。かなっていないと思います。

どうしたらいいか。患者さんと患者さんの家族が要望するという条件が必要ですが、私はシームレスなかわりをすべきだと思います。そして、在宅医療へのフラットな移行が必要だと思っています。今後は地域完結型医療に入っていかなければいけない。我々が頭で考えている診療室完結型から地域完結型にもっと変わっていかなきゃいけない。つまり、認識、意識を変えていかなきゃいけない時代に入ったと思っています。

ビデオは3分～4分あるのですがけれども、ちょっと遅くなりましたが、少しだけお時間をいただいて。

診療室がリハビリと予防の最前線!

診療室からシームレスな関わり!



在宅医療へのフラットな移行!

地域完結型医療へ

- いままで我々は、診療室完結型の医療をしてきました。そして、他の職種との連携はとくに必要ではありませんでした。しかし、人口の高齢化が急速に進み、在宅で療養される方が急増しております。「在宅医療は、一つの医療の在り方である」という認識を国ははっきり打ち出してきました。
- これからの歯科医療は、診療室完結型から地域完結型に変わる時代を迎えたいと言えます。

(ビデオ映写)

○米山 マスコミの方がこういうふうにとまとめてくれたのです。きれいな場面を出しているのではなくて、実際に発熱も1回も出していないのです。抵抗力が著しく弱い方です。動けませんし、栄養は胃瘻だけです。1回も熱を出していないのです。肺炎ももちろん起こしていないです。口の中が診療室に来る方よりきれいになっている。やはり口のケアってすごいなと思います。

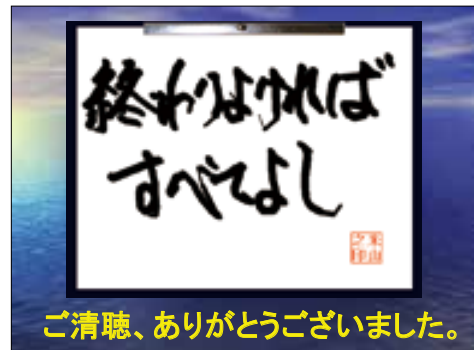
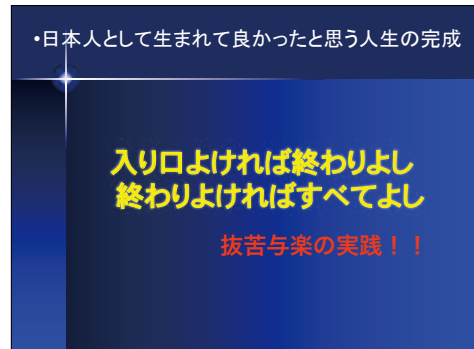
そして、この方は高校の理科の先生だったのですが、けれども、本当に難しい顔をしていた方ですが。病気になって、口腔を含めて介護を受けながら優しくなっていた。

この方は発症前、定期的に歯科医院に通院されていたのですが。発症後その先生は、往診は私はやらないよということで、ケアマネから私に連絡がありました。だから私が引き継いだのです。いい環境を維持できたということです。これが一番理想です。ですから、いろいろなパターンがあるのだろうけれども、最後の1つのケースから言えることは、非常に感染のリスクが高いにもかかわらず、感染症が起こらないのです。口の手当て、実はすごい効果があるのです。ところが、当の我々がそれをあまり注目しなかったら、誰が評価してくれるでしょうか。大切な点はここだと思います。

貴重な時間を頂きましたので、ここでまとめたいと思います。ここにいらっしゃる先生方は、大きな影響力をお持ちの方です。ぜひ、学生さんたちに口腔管理の重要性を伝えていただきたい。我々自身も研究を通しさらなる裏付けを構築し、ぜひみんなで力を合わせ明るい未来を創造したいと思います。

長時間にわたりまして、ありがとうございました。(拍手)

○矢谷座長 米山先生、ありがとうございました。先生には、口腔健康管理というものが持つ力についてお示しいただきました。口腔健康管理によって口腔疾患の管理だけではなくて、もちろん全身の健康に大変な寄与、貢献ができる。肺炎等の感染予防、そして認知症への効果、また副次的に医療費を大幅に削減することにもつながるのだということを前半にお話しいただいて、しかし後半では、超高齢社会を迎え、歯、インプラントがどんどん口腔の中に残るようになって、今後、誤嚥性肺炎はふえていくのではないかとということで、それに対する対策、提言を最後にいただきました。提言の内容に関しては、ぜひ最後のディスカッションのところで議論ができたと思います。ありがとうございました。



「摂食嚥下障害と口腔健康管理」

日本歯科大学教授・口腔リハビリテーション多摩クリニック院長 菊谷武先生

○矢谷座長 それでは続きまして、2 番目の講師の菊谷武先生を御紹介させていただきます。大変御高名な先生でいらっしゃいますので、私から余り御紹介する必要もないかもしれませんが、恒例によりましてご紹介させていただきます。

先生は、日本歯科大学の教授で、口腔リハビリテーション多摩クリニックの院長でいらっしゃいます。昭和 63 年に日本歯科大学の歯学部を御卒業になりまして、附属病院の口腔介護・リハビリテーションセンターセンター長、助教授を経て、平成 22 年に教授。そして平成 24 年には現在の多摩クリニックの院長に就任なされて、常に臨床の最前線で口腔健康管理の分野を牽引していただいているリーダーの 1 人であります。著書もたくさんありますし、マスコミ等への出演もたくさんされております。

きょうは、菊谷先生には、摂食嚥下障害のある方、特に要介護高齢者の方において、いかに口腔健康管理を実践していくのか、さらには全身の健康管理を行っていくのか。その最前線に立って現場を見ていらっしゃる先生から貴重な御講演をいただきたいと思います。

大変楽しみにしております。よろしくお願いいたします。

○菊谷 こんにちは。御紹介いただきました菊谷と申します。

先生、過分な御紹介ありがとうございました。そして、この場に立たせていただいたことを大変ありがたく感謝申し上げます。宮崎理事長先生を初め関係の皆様に感謝申し上げます。

私は、ご紹介いただきましたように、ちょうど 5 年前に日本歯科大学が開設した口腔リハビリテーション多摩クリニックの院長をさせていただいています。何をやっているのかというと、まさに口腔リハビリテーションをやっているわけですが、きょうは実はいわゆる摂食嚥下、リハビリテーションの話は完全封印をしてまいりました。

私どもの大学の本院である東京飯田橋にある附属病院は、今では 30 階建て、40 階建ての建物に囲まれた都会の一等地。ですから、この地域にはそれこそ 500 床、1,000 床を超える種々の病院があります。ですが、そこに入院している患者さんは決して千代田区民でも新宿区民でもない。つまり、高度の医療を求めて都内中から、場合によっては日本中から集まってきた患者さんたちがそこで医療を受けているという状況です。

私どもは、そのような歯科がない病院もかねてから訪問診療をさせていただいていまし



たが、そこでの支援は病院への訪問診療で終了してしまうということが、私たちの中では大変問題視をしていた。つまり、かかわりがどうしても単発になってしまうというところなのです。

日本歯科大学には、東京小金井の東小金井の駅前に大きなグラウンドがございまして、その一角というか、駅前の一等地に、ちょうど5年前にこの多摩クリニックを開設させていただきました。ここは千代田区、飯田橋に比べて比較的地域性がある、医療の流れ、介護の流れが見えるというところでして、そこで我々みずからが教員として地域包括ケアシステムの中で取り組もうと考えたわけです。

つまり、我々歯学部の子科医師は、9割は開業医または、開業医に勤務するわけです。その地域で開業して行う医療を、この飯田橋の大学病院では教え切れないのではないかな。今後求められている歯科医師像、今、米山先生が御案内いただいたような歯科医師像をこの大学病院の中では、そしてこの飯田橋の地域の中では決して教員は体験できない、教えきれないと思ったわけです。我々みずからが地域における歯科のニーズを酌み取り、そして何ができるかということが、教員みずからが実践できなければ伝える力もないだろうということで、多摩クリニックを開設したといういきさつがあります。

今は、1年生と5年生を在宅診療に連れていく臨床実習を行っています。そうすると、八艘飛びをしなきゃいけないような汚いおうちにも連れていって、「先生、スリッパ持っていいですか」「スリッパ持っていいけど、失礼にならないようにスリッパを履け」と、そんな教育から始めているわけです。帰りの電車の中で、「おい、どうだった」と言うと、「いや、先生、あのおうちは、あの御主人、昔、多分優秀な銀行マンですよ」「おまえ、何を見ていたんだ」。恐らく僕らがやっているケアマネとのやりとり、または家族とのやりとりよりも、お家に飾ってあった賞状みたいなものを見て、あの御主人は銀行マンだったに違いない。そんなことに興味を持つ1年生も、次3年生で連れていったら、次5年生で連れていったら、そして次研修医のときに連れていったら、また違う感性を持って見てくれるのではないかと期待しながら在宅に連れていっています。

クリニックの中には子供たちもたくさん来て、今、ダウン症のお子さんだけで300人外来に来ています。在宅では、出かけていった先、まさに家族を含め多職種との連携が待っている。そして、残念なことに、口腔ケアの担い手はもちろんいないですし、もっと言うと、食べることを支えるための担い手、つまり病院の施設に当たり前のようにいる管理栄養士だとか言語聴覚士という、食べることを支えている職種は、在宅にはほぼいないと言っていい。

そんな中で、私たち歯科医師、歯科衛生士ができることをやる。そして、それぞれの役割を分担してもらうという、ある意味司令塔にならざるを得ないというところがあって、そんな現場で出かけていっています。

クリニックの中にはキッチンがあって、ここで介護食教室をやったりさまざまなイベント、胃瘻の患者さんの家族を集めて、胃瘻の患者さんとともに食事をしてもらおうというようなイベントをやったり、こういうのは恐らくクリニックとして独立したためにできたいい企画じゃないかなと思っています。医局員たちが子供たちのために踊って歌うという

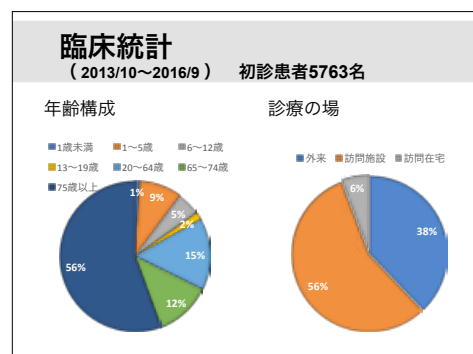
ような、そんな場面をして見せたり、地域になるべく根差してということを心がけています。

クリニックの中のキッチン、これはまさに喫緊の課題でして、私たちは1日三度も飯を食わなければいけない。三度の飯を食わなければ命はつなげないわけで、それはペースト食や嚥下調整食を食べなければいけなくなった重度の咀嚼障害患者、重度の嚥下障害患者とて同じことで、その人たちでも三度の飯を食べ続けなければ、家では暮らし続けていけないわけです。ですが、その三度の飯をつくっているのは、その三度の飯を口の中に入れてあげているのは、病院や施設ではプロがやっていますが、自宅では全て家族がやっている。その家族たちに、咀嚼障害が重度になった人たちにはこういう食事をつくらなきゃいけないんだよ、あなたの御主人やあなたの奥さんにはこういう食事の調理の工夫が必要なんだよということを、まさに喫緊の課題として今晚その飯がそのおうちで提供されなければ、あした救急車で運ばれていってしまうかもしれないというような人たちに対応しているわけです。そこで、キッチンで行う介護食教室や介護食の紹介というのは喫緊の課題に対する一つの解決策なのです。

そしてクリニックの中には、実際に市販されている咀嚼障害患者さん向けの食事を実際に手にとって販売できるような場所を設けたり、こんな対応をさせていただいているのが私どものクリニックであります。

患者さんは、御高齢者が大変多いです。ですが、12歳以下の子供たちも2割来ていて、そして多種多様な基礎疾患を持った口腔機能障害の患者さんたちが多く訪れている。血管疾患であったり認知症であったり、パーキンソン病やALS、または染色体異常等の子供たちということになります。

今まさに多歯時代がやってきているということです。

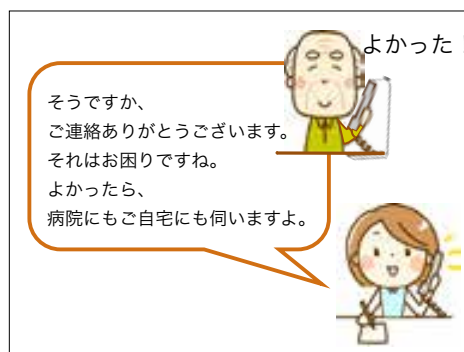


8020 達成者は、確かに 51.2%になりました。でも、これは見誤ってはいけません。元気な人だから歯を守ることが可能なのですね。ある外来で出会っていたこの患者さんが、3年後、地域の特別養護老人ホームで久しぶりに再会した。そうしたら、あの歯は一体どこに行ってしまったのかというような状況になってしまっているわけです。つまり、健康な人にとって多く残した歯は、その人の健康を支えるための武器になりますが、要介護高齢者、ひとたび要介護、ひとたび認知症になった場合には、この歯は刃をみずからに向ける。そんな歯になってしまっているのが、今の御高齢者の状況ということです。まさに、私たちは歯があったほうが良いよと言って、そして国民には歯を抜かない歯医者さんがいい歯医者だと言わしめて、そして 8020 を達成してきたわけですが、要介護になった、認知症になった人たちまで支え切れているかというと、まさに2階にはしごをかけて上がらせておいて、はしごを払っているような、そんな状況が地域ではたびたび見られるわけです。まさに悲しい 8020 と言わざるを得ない状況が地域では散見されるということです。

「訪問診療、ぜひ先生方行ってくださいよ」、地域でそんな話をすると、「いやいや、先生、うちには道具がないんだ」と言うのです。でも、道具って必要なのでしょうか。訪問診療

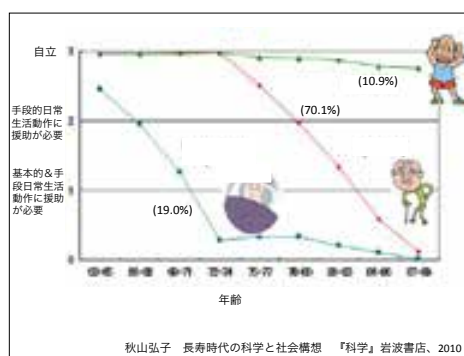
の8割は義歯調整と口腔ケアです。大層な器械を持っていく必要も、大きな音が出るような器械を持っていく必要もありません。まずは出かけていってくれませんかと申し上げます。

もう一つ、行かない理由をおっしゃるのです。要請がないというのです。来てくれと言われたことがないんだと言うのです。多分こういう対応をしているのですね。まさに長い間自分の歯科医院を支えてくれていた、経済的に支えてくれていた患者さんたちが、もう10年、20年お世話してもらっている歯科医院が、あるとき次の日の予約をキャンセルしたいのだ、メンテナンスの日に来られないのだと言ってきたのです。そうしたら受付の歯科衛生士さんは、あたかも患者さんを気遣うように、そうですか、わざわざお電話ありがとうございます、体調いかがですかと言いながらも、体調がよくなったらまた電話してくださいねと言うわけです。つまり歯科医院とは、体調がいい人が来るところであって、決して病気がちであったり体を引きずった状態では来てはいけない、そうとも聞き取れるわけで、患者さんは、ああ、もうこれで長い間お世話になったあの先生、あの衛生士さんたちには会えないんだなと思っているだろうと思うのです。



ここでもし受付が、衛生士さんが、「それはお困りですね。よかったら、本医院は病院にもご自宅にも伺いますよ」と言っておいてさしあげられれば、恐らく数カ月後に、「先生、やっぱり入れ歯の調子が悪いんだけど、来てくれないか」と連絡があるのではないかな。つまり、要請がないのではなくて、要請を早目に摘んでいる、積極的に摘みに行っているからこそ連絡がないのではないかなと思うわけです。

全ての高齢者はピンピンコロリを目指しています。そして我々自身もピンピンコロリでいきたいなと思っていますが、残念ながらピンピンコロリで亡くなれる人は1割にしか満たなくて、9割の人たちは何らかの形で要介護状態になっていくのだということです。女性で12年、男性で8年でしたか、不健康寿命という時代を過ごす。つまり、不健康寿命とは通院不可能時間ですよ。通院不可能になる期間が、女性で12年、男性で8年あるということ。つまり、今診療室に来ている患者さんのほぼ全てが通院不可能者になるのだと考えるときに、今この目の前の患者さんに何をすべきなのかなということ、まさに米山先生が最後におっしゃっていた、寸前までの診療室での口腔管理がよかったからこそ、訪問診療に切りかえた後でも管理が精度高く遂行できるという側面もあります。75歳、80歳、足元が怪しくなってきた、その御高齢の方に「あした来られなくなる」という電話をいただいたとしても、



在宅でどんな支援ができるかということをイメージしながら口腔内をつくっていかねばいけないのだと思います。全ての人が通院不可能者になるわけですから。

つまり、今私は、学生がまずローテーションに来ると、最初に彼らに言う言葉はもう決まっています。「僕らは逃げ切れる」。僕らというのは、我々 50 代、60 代の歯科医師は逃げ切れるよ、このままの診療スタイルを変えずにやっていけるかもしれない。でも、君たちは絶対に無理だと。これまでのスタイルでやっていってはだめ。齲蝕や歯周病は予防できる病気で、健康な人たちの有病率は減り続ける。歯科疾患を発症するのは、要介護高齢者や認知症患者である時代になる。そうなったときに、これらの患者は通院不可能な者である。そして 3 人に 1 人が高齢者の時代に、君たちはまさに脂の乗った歯科医師であるときに、もう訪問診療は特別なオプションではなくなる。当たり前の診療の一部として走り回らなければいけないんだよということを話をしています。

先ほど米山先生のスライドにもありました、加齢に伴い誤嚥性肺炎の割合、全ての肺炎の割合のうち、誤嚥性肺炎だと診断される割合が多くなるのだということが知られていて、高齢者の肺炎とはすなわち誤嚥性肺炎なのだということがわかっています。そして最近では、レセプトデータがビッグデータとして論文執筆に使えるようになっているようで、多くのデータが利用できるようになっています。誤嚥性肺炎で入院すると、30 日以内の死亡率は 10 ～ 15%、そして身体機能は 7 割の人が低下し、在宅復帰は半分にしか満たず、そして経口摂取は誤嚥性肺炎になると 4 割、30 日以内の方が無理ということになって、誤嚥性肺炎で入院すると約 1 割の人が胃瘻になっているという実態が明らかになっています。これは日本の今の医療制度に基づいた現状をそのままあらわしているデータなので、すごく貴重だと思います。高齢者の疾患の発症や重症化は、環境に大きく左右されるからです。これは決して海外の論文からでは得られない知見だろうと思います。

誤嚥性肺炎の発症のメカニズムとは、口腔咽頭細菌叢が悪化し、そしてそれらを誤嚥し、その誤嚥した人がいわゆる易感染宿主であれば誤嚥性肺炎が発症するのだということです。これは言うまでもないことですが、歯科は、口腔咽頭細菌叢の改善に対しても、誤嚥防止に対しても、抵抗力向上に対しても、口腔衛生管理、口腔機能管理をよくすることによって、三本の矢を放ち、まさに肺炎予防、肺炎対策が実施できるのではないかと考えているわけです。

歯があることはいいことか。歯があることはいいことに決まっています。私たちはそれを歯科医療の目標にしてきたし、実際に 8020 達成という意味においては、それを社会に示すことができたのだと思います。認知症の発症リスクをとっても、咬合の崩壊群ではその発症リスクが著しく高い。そして義歯で咬合回復をしておいてあげれば、咬合支持群と発症リスクに違いは見られない。これは咬合崩壊した人をもとに戻してあげることは我々医療ではできないので、義歯装着によって、認知症の発症リスクを変わらなくすることができるというデータでもあります。これは地域の高齢者に向けてお話する時は、大変使いやすいデータといえます。歯がなくなったらもうだめだよというデータは、やはり地域向けには使いにくい。

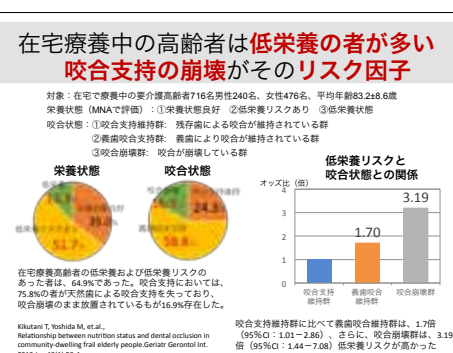
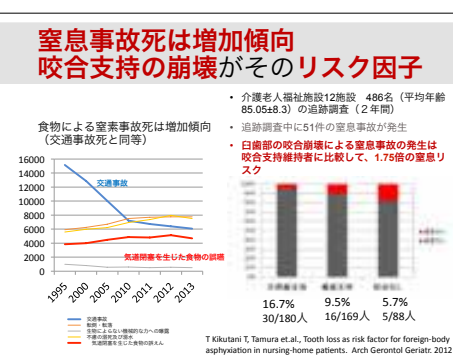
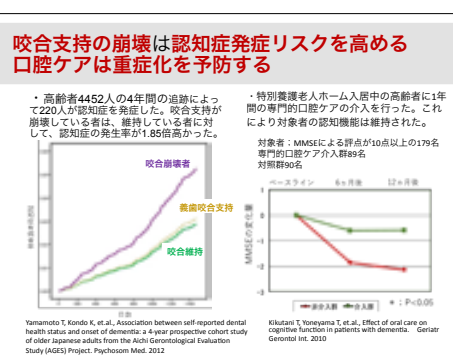
一方、これは米山先生から先ほど御紹介いただきましたが、米山先生の御指導で特別養護老人ホームの無作為介入研究をさせていただいた、口腔ケアを実践することによって認知症の低下のレベルを維持することができたということです。口腔ケアは認知症の予防にも、重症化予防に効果があるのだということを示しています。

窒息事故、実は交通事故死の何倍も介護の現場を中心として起こっているという事実です。交通事故はニュースになる。だけど、窒息事故はニュースにならない。介護の現場ではこの事故は訴訟リスクが高く、介護現場では大きな問題になっています。私たちは、特養に入居中の高齢者を追跡調査して、窒息事故のリスクを明らかにしました。臼歯部咬合の崩壊をしている人の窒息リスクは、咬合支持群に比較して1.75倍だったというデータを得ています。咀嚼機能を維持するということは、窒息のリスクを下げるのだということを示しているわけです。

そして、歯の存在は当然栄養摂取に直接関係してくるわけですが、残念なことに在宅療養中の高齢者には、たくさんの低栄養者が見つかると言われています。まさに、地域における飢餓の存在です。栄養状態が低栄養を示した人たちは、在宅高齢者の中で13.3%見つかり、そして低栄養リスクがある人は51.7%だった。すなわち、約6割の人たちに低栄養者が見つかったということです。

一方、天然歯によって咬合支持が維持されている在宅療養中、つまり要介護高齢者は4人に1人しかおらず、多くは咬合が崩壊し、何とか義歯で維持をしているという人。そして、何と16.9%の人たちに咬合崩壊が放置されている人たちがみつかっています。この人たちと低栄養リスクとの関連を見てみますと、やはり咬合崩壊群では咬合支持を維持している人に比べて3.19倍、低栄養のリスクが高くなる。そして、義歯によって咬合支持を回復した人は1.7倍にまで低栄養のリスクを低下することができたというデータです。

咬合支持の存在は、運動機能を高め高齢者の転倒を予防する。これは健康な高齢者の、毎年行っている京都府立医大との共同研究ですけれども、天然歯咬合がある人たちの噛み締め時と開口時の片足立ち時間を調査しています。噛み締め時のほうがより片足立ち時間が長くなるというデータです。咬合支持は身体バランスに関連しているということですね。これは広島大学の吉田先生のデータですが、義歯による咬合支持または残存歯による咬合支持を持っている人たちは、やはり転倒のリスクが低くなるということを示されています。



高齢者は決して転ばせてはいけません。転んだことによって骨折をするからではなくて、転んだという恐怖が過安静を引き起こすのです。つまり、おばあちゃん、安静にしてください、もう無理してお外なんか行かないほうがいいと。何しろ安静に安静にということが働くので、要は、活動性をあえて下げってしまうことによって、寝たきりに近づく。一度、二度転んだ経験が高齢者の過安静を引き起こし、その結果、寝たきり者をふやすというところなんです。つまり、転ばせてはいけないということです。ここにも口腔の問題、咬合支持の問題が強く関与できていると思っています。

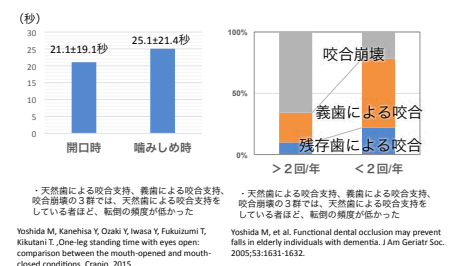
咬合支持維持群と咬合崩壊群を在宅の要介護高齢者で追跡していくと、咬合崩壊群のほうがやはりADLが低下していくのです。特にトイレ動作とか歩行動作に強い影響を与えます。つまり、ADLの中でも、洋服が着られるようになったとか、顔が洗えなくなったとか、そうではなくて、やはりバランスに関連するようなADLが咬合支持崩壊群において失われていくということをはっきりと示しています。

天然歯による咬合支持は、先ほど申し上げたように回復させることはできないので、何とか義歯を長く保ってもらえるということが1つの戦略かなと思います。つまり、今入っている義歯を長期間にわたって口腔内で維持できるようにするという事です。要介護の現場では、やはり義歯が外されていくという傾向にあります。こんな介入研究を実施しています。

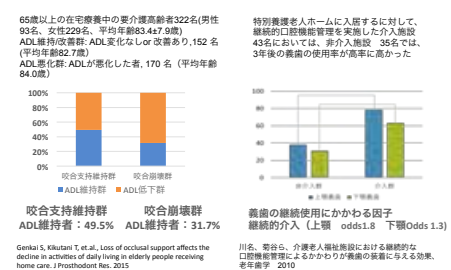
歯科衛生士に月に1回特別養護老人ホームに行って口腔内の管理を実施させました。口腔の問題点を多職種から聞く、さらに、口腔内を観察して、問題点を明らかにする。そうすると、衛生士は何をするかというと、問題がある患者を見つけると歯科医師につなぐのです。肺炎で入院して退院して帰ってきた患者が、どうも義歯が不適合になっている、先生早く来てとつなぐわけです。ちょっとしたクラスプの締めであったり、リベースであったりを歯科医師は行うわけです。結果、歯科衛生士の介入が行われなかった施設に比べて、上顎の義歯においても下顎の義歯においても、追跡3年間における義歯の維持率が向上するのです。このデータは、介護保険における口腔衛生管理、口腔機能維持管理加算などという形で採用されて、衛生士が常に特別養護老人ホーム、老健施設などにかかわるということの意義をバックアップしたデータになっています。

これらのデータからは、歯があることということだ、義歯があることはいいことだといった具合に、まるで、温泉の効能書きのように言えるわけです。

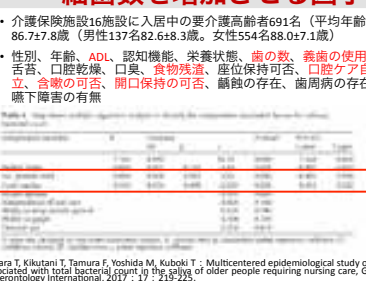
咬合支持の存在は運動機能を高め 高齢者の転倒を予防する



咬合支持の崩壊はADL低下の因子 咬合支持の維持には継続的口腔管理が有効



現在歯数は唾液中の細菌数を増加させる因子



このスライドは、ある地区の 8020 表彰式の写真です。この方は、私が紹介した 8020 達成者の方です。特別養護老人ホームに入居している 97 歳の女性で 28 本歯をお持ちでした。ほかの方は、まだばりばり現役続行中とか、孫の面倒を見ているすまいな元気なお年寄りの中に、1 つ頭が低く、そして車椅子でちょっと表情も浮かない感じで座っておられるこの方は、重度の認知症をお持ちです。歯ブラシを手渡すと、それをじっと見た後で髪の毛を梳いてしまう方です。だけれども、なぜ 9728 が達成できているのか。実は表彰されるべきかたはこの方ではなくて、普段支えている介護の人たちなのですよ。このお口を守った介護の人たち、さらには、介護施設ですよ。私は、これからの 8020 表彰式のあり方だろうと思っています。各地区の先生方に伺うと、いや、もう表彰者が多過ぎて会場に入り切れないんだよなんていうことをよく伺います。私は、もう歯を磨いて歯を残した人、元気な方々を、表彰するのをやめませんかと申し上げています。塩分控え目にして高血圧にならなかった人を、医師会は表彰しないし、糖分控え目で糖尿病にならなかった人たち、医師会は表彰しませんよね、もうそろそろやめたほうが良いのではと思っています。

つまり、要介護高齢者でもこういう状態を守り続けていた家族や施設の職員たちを、そして地域の施設を表彰するような形に変えれば、地域にいらっしゃる口腔ケアの担い手に対してやる気を持たせるのではないかとということで、申し上げています。実現した話は聞きませんけれども、。

さて、歯があることはいいことか。残念ながら、私たちの現場では、歯があることがリスクになる。そんなことを思ってしまうような状況が高齢者の口の中には存在します。バイオフィルムとは、このような歯や義歯に付着するわけですし、もし、無歯顎であれば指にガーゼを巻いてさっと拭き取れば口腔ケアは済んだのに、28 本も歯があったら 28 本分磨いてあげなければいけないという現状なわけです。

誤嚥性肺炎は、唾液の不顕性誤嚥によって起こります。そこで、こんな調査を行いました。唾液中の細菌数に口腔内や全身のどのような要素が関連をしているか調べたものです。特別養護老人ホーム 16 施設にいる 691 名の方、早朝まだお茶を飲む前、御飯を食べる前の唾液をいただいて、細菌数を測定し、これまで言われている唾液中の細菌数に影響を与えそうなさまざまな因子を調べて、関連を検討しました。その結果、ADL が低下している人、そして歯が多い人が唾液中の細菌数が多いのだという結果になったのです。これは我々の臨床感覚と一致します。でも、この事実は、今の口腔ケア、まさに米山先生が嘆かれている今の口腔ケアの現状を反映した結果といえます。これが 5 年後、10 年後、もっともっと口腔ケアが世の中に知れ渡り、我々が頑張れば、このデータはなきものになる。いや、させないといけない。なぜならば、私たちは 2 階に上げてしまったから。歯があるといいよと言ってしまっただけで歯を残させたわけだから、たとえ要介護になっても認知症になっても、その歯がその人にとってリスクにならないようにしなければいけない。そこまで我々自身も面倒を見てさしあげなければいけないのだろうと思っています。

摂食嚥下障害患者は地域にどのくらいいるのかということ、調査しました。対象者は、ある地域の住民台帳から健康高齢者を無作為抽出し、さらに介護保険受給者から無作為抽

出しました。EAT-10 という指標を使っています。自立高齢者でも2割、そして年齢が高まるごとに嚥下障害を疑わせる人たちがふえて、85歳以上になると4割。要介護認定を受けている人たちは5割～6割。つまり、摂食嚥下障害は高齢者にとってはありふれた疾患、ありふれた症状なのだということがわかります。

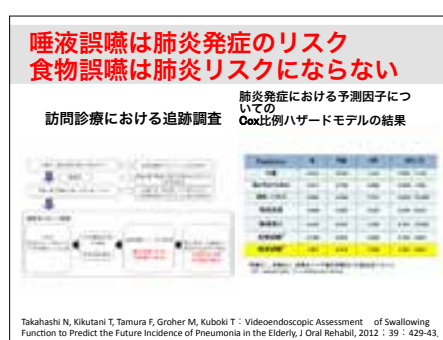
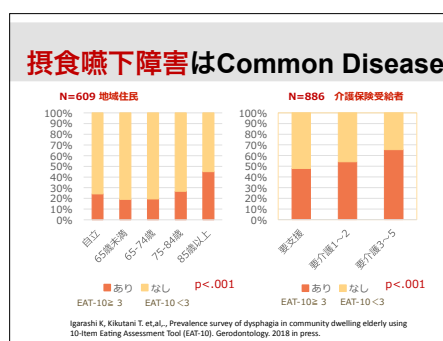
高齢者の肺炎は不顕性誤嚥が引き金になっているのだということが、様々な研究で明らかにされていて、肺炎患者の71%に睡眠中の誤嚥が認められた。これらがベースになって誤嚥性肺炎が起これるのだということが知られています。

これは私たちが訪問診療で行った患者さんたちの追跡調査です。訪問診療で嚥下リハのサポート、口腔ケアのサポートをしていく中で、やはり対象者は重症者が多く、残念ですけれども、肺炎を発症する人たちがいるのです。そこで、その肺炎を発症した人たちはどんな人たちだったかということを調べました。内視鏡所見で食物の誤嚥を示している人、内視鏡所見で食物の咽頭残留を示している人、この人たちは決して肺炎のリスクではなかった。対して、唾液誤嚥を示す内視鏡所見をしめしていた人たちが、我々の支援にかかわらず肺炎になっていったというデータが得られました。食物の誤嚥は嚥下リハの中で、食形態の変更や姿勢指導などで、ある程度コントロールできます。また、食物の誤嚥はそれほど大きな肺炎のリスクにはならないことも知られています。本研究の結果から、唾液誤嚥はなかなか防ぎようのない肺炎リスクであったと痛感するわけです。

唾液誤嚥が防げないのならば、この唾液がきれいであればいいだろうと単純に考えるわけで、すなわち口腔ケアの重要性、口腔衛生管理の重要性が本研究の結果からも確認できるだろうと思います。

そこで、唾液中にどれだけの細菌数が存在すると肺炎になるのかということを追跡調査から明らかにしています。1ミリリットル当たり $10^{8.5}$ 以上だと27.1%の人が肺炎を発症し、それ以下だと14.1%の発症であったというところをカットオフ値としました。さらに、嚥下障害や低栄養などさまざまな因子を調整し、このカットオフが、肺炎発症リスクの細菌数であることが明らかになってきました。この結果は、肺炎発症リスクを示す唾液中の細菌数を明らかにしたことに加えて、肺炎発症リスクの低減には、唾液中の細菌数を減らす価値はありそうだということを示しているのかなと思います。

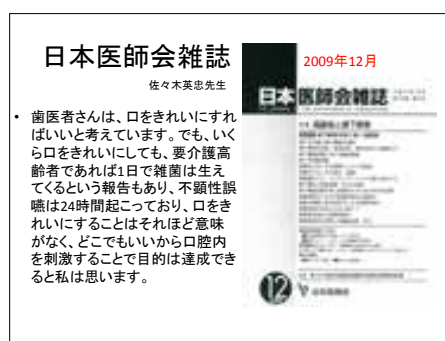
この雑誌ができたときは、ドキドキしました。「日本医師会雑誌」、まさに佐々木英忠先生が肺炎予防のコラムを書かれた雑誌です。80万人の医師たちが読んでいた雑誌です。「歯



医者さんは、肺炎を予防するためには口をきれいにすればいいと考えています。でも、幾ら口をきれいにしても、要介護高齢者であれば1日で雑菌は生えるという報告もあり、不顕性誤嚥は24時間起っているわけだから、口をきれいにすることはそれほど意味がないのだ」と、こういうふうに書いています。つまり、口腔ケアして細菌数を減らしたってすぐもとに戻るし、不顕性誤嚥は24時間起き続けているわけだから、口腔ケアをした時だけ、口の中をきれいにしたって意味がないんだとおっしゃっているわけです。

だけど、なぜ口腔ケアをしたら肺炎予防になるのか、まさに「Lancet」に共著者としてサポートしていただいたこの先生が、口腔ケアをしたことによる肺炎予防は、口の中を刺激したことによる嚥下機能改善だと、このコラムでは書かれたのです。これは問題だと、米山先生もたしかどきどきされたと思うのですが、つまり、これが一般に丸飲みされてしまったら、何だ、口をきれいにしなくていいのかと思われてしまうのではないかと。ようやく20年前、30年前のあのひどい高齢者の口腔内がここまでようやくきれいになってきたのに、まだまだ不十分ですけれども。でも、このコラムで、もとの状態に逆戻りするのではないかと、やはり私たちは大変恐れおののいたわけです。一方で、唾液誤嚥は防げない実態があるわけで、口腔衛生管理の重要性は揺るがないと確信しています。口腔ケアの意義を伝え、根拠ある口腔ケアの普及をしていかなければいけないと思っています。

介護の現場でいかに口腔ケアを普及させるかということ考えたときに、いかに効率的・効果的に介入するかということだろうと思います。つまり相手は多勢に無勢ですから、歯科衛生士が毎週行って歯を磨けばいいのか、介護の人たちを総動員して口の中を磨けばいいのかというと、いや、人は口だけでは生きていない。いろいろなケアが必要になる中で、口腔ケアをより効率化させるためには、やはりしっかりとしたリスクスクリーニングが必要なのだろう。肺炎発症に対する高リスク者を見つける必要があると思うのです。だけど、医療者が行うような精密な検査をしないとリスクがわからないのではいけないので、一般に介護の現場でとられている簡単な評価をもとに、誤嚥性肺炎の発症を予測できるかという調査をしました。そうすると、BMI18.5未満と食事中的がらがら声、これだけで肺炎リスクが予測できるという結果を得た。つまり、介護の現場でも十分に判断できる指標です。体重測定と食事観察で肺炎のリスクを予見できる。つまり、この人たちこそが、徹底的にかかわらなければいけない口腔ケアの対象者だということを示すことができました。



施設における肺炎発症に関連したスクリーニング項目は「低栄養」「誤嚥」

Shindo H, Kikutani T, et al.: Signs for identifying risk factors for aspiration pneumonia in elderly people needing nursing care, Medical Research Archives, 2016: KEI-Journals.

対象

老人施設入居者 761名(平均年齢86.8±7.2歳)
調査期間中に肺炎の発症が認められた116名(平均年齢86.9±7.3歳: 男性44名、女性72名)

ADL: 寝たきり

栄養状態: BMI 18.5

嚥下機能: 食事時の声、呼吸の湿性化

摂食機能、認知機能: 食事時間

安定した口腔衛生状態の維持: 口腔ケアの拒否

口腔の自浄作用の有無: 口腔乾燥

口腔内汚染度: 口臭

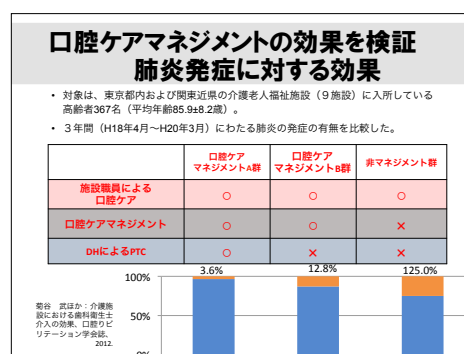
基礎疾患

Cox Proportional Hazard Model to Identify the factor of pneumonia 10 Months Mortality

n=761	Model 1	Model 2
	Hazard Ratio(95% Confidence Interval)	
Bedbound	1.10(0.67-1.80)	1.24(0.75-2.03)
Nutritional status	1.72(1.19-2.51)	1.69(1.16-2.48)
Swallowing function	1.86(1.24-2.79)	1.93(1.23-2.94)
Meal time	1.10(0.74-1.63)	1.03(0.69-1.55)
Refusal of oral care	1.37(0.92-2.05)	1.33(0.89-2.00)
Halitosis	1.17(0.79-1.73)	1.25(0.84-1.87)
Xerostomia	0.85(0.56-1.28)	0.76(0.50-1.18)
Disease		
CVD		0.79(0.53-1.20)
Heart disease		1.53(1.01-2.29)
Dementia		0.88(0.59-1.32)
Diabetes mellitus		0.56(0.31-0.98)

Shindo H, Kikutani T, et al.: Signs for identifying risk factors for aspiration pneumonia in elderly people needing nursing care, Medical Research Archives, 2016: KEI-Journals.

これらの結果をもとに、肺炎発症のリスクを判断して、口腔ケアに関するマネジメントを行う。このマネジメントの意義や、歯科衛生士が直接口腔衛生管理を行うことの意義を明らかにする目的で、調査を行いました。歯科衛生士がマネジメントしてハイリスク者には、直接口腔衛生管理を行うグループ。また、マネジメントをおこない口腔ケアは施設職員に任せるグループ、さらには、施設職員にすべて任せているグループと、3群に分けて3年間の追跡調査を行いました。期間中の肺炎発症に差を見たことから、歯科衛生士のマネジメントが有効であると結論付けています。このデータは、中医協の資料に取り上げていただいて、歯科衛生士の介入の根拠というふうに使っていただいています。



唾液中の細菌数を24時間モニタリングしていきますと、早朝、朝起きがけが一番多いのがわかります。終日を見ていきますと、ぱんぱんと細菌数がはね上がるときがあるのです。これは何かというと、実は口腔ケアをした直後なのです。恐ろしい話です。つまり、歯に付着しているバイオフィルムをこすったことで、口の中に散らかしてしまったということです。実際にうちのボランティアを使って歯を磨いてもらい、磨いた直後の細菌数を測定すると、10倍から100倍に増加するのです。つまり、細菌の居場所が移動しただけということです。元気な人で、こすったあとに、含嗽することによって、リンス、ガーグルすることによって口腔外にその細菌を排出しますが、要介護高齢者は、基本的には、十分な含嗽はできない。そして、時として含嗽中に誤嚥します。口腔内保持もできなければ、口腔ケア中に不顕性誤嚥をする。つまり、ともすると、口腔ケアをすることによって肺炎を発症させてしまう。「口腔ケア関連性誤嚥性肺炎」を引き起こしている可能性があるのではないかと考えるわけです。

私たちは、今後、専門家として、より重度な人たちへの口腔健康管理の関与が求められてくると思っています。何が重度なのかというと、誤嚥を常に起こしている患者、または低栄養の患者、免疫不全の患者、こういう人たちこそが我々の口腔健康管理のターゲットであり、そしてその人たちに対するリスクをしっかりと判断することによって口腔ケアのマネジメントをするということこそが私たちの仕事だろうと思っています。

口腔ケアは、バイオフィルムを破壊することだけが今まで中心でした。どんな器具でどこまで到達させればきれいになるのか。つまり、きれいになったという根拠は、歯から剥がれたということだけなのですね。つまり、診療室の患者を念頭に置いていたので、要は含嗽ができるということ、口腔内保持を、口をあけて鼻で息をしながら汚れた唾液を口腔内で保持してくれる人を対象に考えていたので、破壊するだけでよかった。だけど、バイオフィルムに汚れた唾液をいかに口腔外に排出させるかということこそ、要介護高齢者の口腔ケアの中心は考えていかなければいけないと思っています。

歯科衛生士の咽頭吸引の問題が論議されることがありますが、安全に口腔衛生管理を行うためには、より効果的な口腔衛生管理を行うためには、必須なスキルになるはずです。

私たちは、高齢者の口腔健康管理はもちろんのこと、障害のある子供たちの、在宅で暮らしている子供たちの口腔健康管理に関心を持っています。子供たちの在宅の現場では、もう4歳にもなろうとするお子さんの親御さんから「先生、この子は初めて歯医者さんに口の中を見てもらいました」と言われることがあるのです。こんなことがあってはいけないと思ったのです。だって、健常な子供ならば、少なくとも、1歳半健診、3歳健診で口腔内を歯科医師に診てもらえることができるわけです。高度医療を受けながら在宅で暮らされている子供たちは増え続け、そこは、まだまだ歯科医療の恩恵が届いていないということです。このあたりの事情は学会を通じて問題提起させていただいています。こんな子供たちにも口腔健康管理が届けられるように、4月の診療報酬改定に反映されることを期待しています。

これで私の話を終わります。御清聴ありがとうございました。(拍手)

○矢谷座長 菊谷先生、ありがとうございました。

前半には咬合支持、咬合を守ることがいろいろなメリットがあると。低栄養、転倒、運動機能、ADL、体重とかですね。ただ、待ったなしで多歯時代が来るということで、その対応を我々は迫られているということ。歯がたくさんあるということは、口腔内の細菌数もふえてくる。そうすると、誤嚥性肺炎のリスクも当然今後は高まることが予測される。それに対する対応を求められているわけですが、どう対応していったらいいかということが重要で、特に誤嚥に対する対応についてもおまとめいただきました。先生のご講演の中でちょっと印象的だったのは、食物の誤嚥ではなくて唾液の誤嚥がより大きな、ずっと大きなリスクで、そのことを踏まえた口腔ケアマネジメントが必要である。1つはリスク予想で、高リスクの人に対する対応が必要。それから、バイオフィームをとるだけということではなくて、それをいかに排出するか。ここに歯科医師だけではなくて歯科衛生士さんの役割等も出てくるのだろーと思いますけれども、単に磨いてきれいにすればいいことでは決してないということを強く印象づけていただいた気がいたします。本当にありがとうございました。

それでは、この時計で25分までトイレ休憩とさせていただきます。しばし御休憩ください。

休 憩

再 開

○矢谷座長 それでは、後半の御発表に移りたいと思います。

後半は、前半の2名の講師の先生方のお話とは少し異なった切り口のお話をいただきます。

「病院における口腔機能管理（周術期、緩和期など）」

市立池田病院歯科口腔外科主任部長・口腔ケアセンター長 大西徹郎先生

○矢谷座長 お1人目が大西徹郎先生でございます。先生は市立池田病院歯科口腔外科の主任部長並びに口腔ケアセンター長でいらっしゃいます。

先生は、昭和59年に広島大学歯学部を御卒業になりまして、大阪大学の口腔外科へ入局されて、その後、平成6年に市立池田病院の歯科医長に御就任なさっております。平成16年には、抄録にもお書きいただいておりますように、本邦で初めて病院内のセンター部門としての口腔ケアセンターをこの病院で設置されまして、そのセンター長を兼任されていらっしゃいます。口腔外科学会の専門医、指導医、代議員でいらっしゃって、著書も、6ページにありますように出版されている先生であります。

先生には、病院において主に入院患者さんの周術期、緩和期における口腔機能管理をどのように今行っているのか、そのことの重要性並びに有用性についてお話をいただきたいと思います。

では、先生、どうぞよろしく願いいたします。

○大西 矢谷先生、過分な御紹介どうもありがとうございます。

改めまして、皆様こんにちは。市立池田病院の口腔外科の大西と申します。本日はこのような貴重な機会をお与えいただきました各先生方に厚く御礼をまず申し上げたいと思います。

先ほどの米山先生、菊谷先生のお話を聞きまして、非常に感銘を受けた次第でございます。特に米山先生に、もう30～40年前のその当時の口腔環境についてのお話を頂戴いたしまして、ちょうどそこは私も広島大学の学生をしておりまして、学生をしながら予防歯科の教室にずっと行っておりまして、いわゆる無歯科医村を回るサークルに入っていました。そのときに、米山先生のお話に出てきました前徳島大学の三宅先生と一緒に回っていました。ちょうどそこ、今座長をされている矢谷先生も広島大学の教室にいらっしゃいました。実は私の補綴実習のライターを担当されておられ、私たちに対して優しく御指導いただいた経緯があり、本日は非常に初心に帰る思いでございます。

改めまして、私が今おります池田市というのは、ちょうど大阪と兵庫県の境目になります。それほど大きな町ではないのですが、ロケーションとしては伊丹空港があるところとお考えください。

小さな町なのですが、実はダイハツの本社があり、そのほかにもいろいろな特徴がある町です。御存じの方もいらっしゃるかもしれませんが、ここはチキンラーメン発祥の地、インスタントラーメン発祥の地ということで、インスタントラーメン発明記念館というのがあります。こちらは日清食品がつくっているところなのですが、横浜にも同じようなところがあります。ここは入館料が無料なので、マイカップヌードルとかをつくれるというので、ネットの口コミで、ただで行ける観光施設満足度ランキング全国第2位という施設で、修学旅行客とかインバウンドの方が非常にたくさん来られていますので、もし当地におこ

し頂く機会がありましたら一度御見学いただけたらと思います。

さて御紹介いただきましたように、ちょっと私はすでにお話しされたお2人の先生方とは違って、病院型の口腔外科、口腔管理について解説するというミッションですので、その方向でお話をしたいと思います。

先ほど申し上げておりますように、私は口腔外科を中心に臨床をやっておりますが、「予防の心を持った口腔外科医」という考えで病院の中の口腔ケアセンターというのを日本で初めて立ち上げました。

私どものところは、歯科医師が研修医を合わせて5名、衛生士が6名おります。大体、歯科口腔外科の初診患者さんが年間3,200人ぐらい、口腔ケアが1,500人で、合計5,000人弱ぐらい私どものところで診ているということになります。

口腔ケアセンターには、歯科医1名と歯科衛生士2名が交代で勤務しています。立ち位置としては病院の中の糖尿病センターとか内視鏡センターなどと同じ扱いの、いわゆるセンター部門です。当院のような取り組みは非常にレアケースですので、口腔ケア、口腔管理をするための、いわば実験室というような感じです。実験室ですから、いわゆるパイロットスタディやプレリミナリーのデータをいろいろ出せる。それを先生方にお伝えするというのを今日の仕事にしたいと思います。よろしくお願いいたします。

まずは、病院というのはどういうところかということ、一言で言うと多国籍国家で、その中にいわゆる病院の口腔外科、歯科というのはあると思います。これは歯学部口腔外科とは全く意味が違います。ですから、考え方として病院歯科は最前線基地であるということです。

現在日本でどのくらい病院があるかというのは御存じだと思いますが、大体8,500ぐらいと言われています。私が阪大の口腔外科に入局したのは昭和59年ですから、スライドはそこからどう病院の中の歯科の数が増減してきたかという統計を示しています。

世の中の景気と一緒に、いわゆるバブルのころは意外と多く病院歯科は18%ぐらい病院に設置してありました。そこからバブルが破綻してリーマンショックがあり、小泉さんの聖域なき構造改革などがあり、実はどんどん減ってきました。ここ最近は少し回復基調にありますが、大まかに言うと本邦で病院歯科というのは15~16%で、20%はありません。逆に言うと8割以上は病院に勤務している、特に看護師もしくは医師等は、歯科にはほとんどなじみがない。

かつ、特に看護師などは流動的でいろいろな病院をころころ、ころころ動く。ですから、なかなか歯科や口腔ケアに関して教育しても、成長してくれたと思ったころには、やめて次の病院に行くということがよくありまして、これが非常に悩みの種です。

では、病院歯科はガラパゴスのように孤立しているのかということ、そうでもありません。さっき申し上げたように、例えば最近の外科手術では非常にたくさんの職種がかかわっています。もちろん外科、麻酔科はそうですし、PTさん、栄養士さん、さらには外来看護師、

病院における口腔機能管理
病院における口腔管理の特徴
・多国籍国家、他職種連携の最前線
病院において求められる対応
・共通言語、情報共有、エビデンス
周術期口腔機能管理
・「周術期の口」は特別？
緩和医療における口腔の意味
・「食べる」ことへの支援は苦痛を和らげる治療と同じ位置付け
「歯科」として

病棟看護師、手術室の看護師も非常に熱心ですし、MSW、ソーシャルワーカーの方も入院時から退院指導を始めています。ここへどう歯科がかかわっていくかということが課題なわけで、後ほどお話ししますが私はストラテジーとして口腔ケアを使っております。

さて今本邦にどれくらい医療従事者がいるかというと、阪大の保健学科の井上先生のデータでは、歯科医師数は大体 10 万人、衛生士 11 万、ST さん 2 万 4,000、看護職 150 万人ということで圧倒的に看護師さんの数が大多数とされています、ですから、やはりこの看護師の考え方を変えるというのが非常に重要です。

ですから、私どもはもう何年も前から、いわゆる歯科医療従事者は口の管理職になるべきであろうと考えています。実際の口腔ケアというのは、看護師や御家族様も含めて、エンドレスで実践して頂く。反対に歯科関係者はいわゆる指示出しをしてもらうマネージャー、特にコアになるナース、それから衛生士さんも管理者として考えてもいいかもしれませんが、この業務分担の視点で病院においては口腔ケアを実践していこうと提言しております。

では、病院でどういうふうにしたら、歯科がうまく生きていけるかということなのですが、やはりそれにはまず共通言語が要るわけです。我々口腔外科の者でも、やはり病院、医科の医療について非常に見識を深めないといけないということがあります。最近の病院における口腔に関する話題、トピックというのはいろいろあります、そのうちの一つとして口腔管理と、いわゆる DPC、包括ケア医療制度は実は非常に密接なかかわりがある。在院期間は短くなりますので、例えばがんの化学療法とかをする場合は、もうほとんどが外来通院になってきています。ですから、化学療法をしているがん患者さんが平気で開業医の歯科のクリニックにやって来る、そういう時代になってきています。

ですから、こういう DPC、そしてそれにはいわゆる調整係数、看護必要度などのいろいろな話題がございまして、実は口が結構「口」は物を言うことがわかってまいりました。特に平成 30 年の保険改定で、医科のほうは大改革が起こる予定です。特に私どものような急性期病院では、いわゆる外来の患者さんを極力減らして、入院患者さん、特に重症度が高い患者さんを重点的に診ますと。だから、外来の患者さんはほとんど診ないで入院だけ診る、入院期間も極力短くする、あとは地域にお帰しするという流れになってきています。

そして、いわゆる病院内の感染対策をして、歯科が取り上げられ、感染対策チームの一員として歯科がかかわっている。

また化学療法では、分子標的治療剤の導入がどんどんスピードアップしています。特に肺がんや大腸がん。口腔がんでももちろん使いますし、最近では、オプジーボを代表とする免疫チェックポイント阻害剤がどんどん今ふえていますし、この平成 29 年 4 月からは我々口腔外科領域でもこのチェックポイント阻害剤は適用可能になりました。さらには、新しい抗凝固剤で NOAC というものの取り扱いについて非常に我々は困っています。

また昨今では医療においてはすべてガイドラインというのが求められています。特に医科の先生はエビデンスがないと動きません。歯科のほうでは、大体各科のガイドラインを散見されるけれども、やや医科に対して標準治療という考え方が弱いような気がします。

ですから、医科と歯科うまく機能連携して両方が活躍するには、歯科のほうもこのガイドラインのさらなる整備が必要かなとは、病院に勤める者としては考えております。

そのため口腔に関するいろいろなエビデンスを私どもは日々、医師や看護師、ST さん等に提示をしております。

その一環としまして、いわゆる口の中は非常に菌が多いのだと。実はこれに匹敵するのは大腸しかない。看護師さんがよくやる、お通じが出ない方に対する処置を摘便と言いますが、口の中に素手で手を突っ込むというのは、肛門の中に指を入れて、ぐりっとお通じをかき出すのと一緒になんだよというふうな言い方をします。

さらにこの微生物はじっとしていなくていろいろなところへ動いていくと、看護師さんの新人教育において話をします。いろいろなところへ流れていく、だからじっとしているものじゃないと。それは一番わかりやすいのは、上気道を介した誤嚥性肺炎であり、いわゆる血栓を作ることによる虚血性心疾患との相互関係、そして感染性心内膜炎、そして認知症、さらには早産等のリスクファクター。そして、いわゆる骨粗しょう症や、我々病院におりますと不明熱の原因が口だというのが結構多いのですね。ですから、こういうのを原因がわからない場合は、ちょっと口をよく見ようよというふうに、1 年目の医科の研修医たちには指導をしています。

現在の病院ではこういういろいろなエビデンスを元にして話をしないと、みんな動いてくれない。

これは広島大学のデータですけれども、例えば胃がんの患者は歯周病菌の罹患率が高い。ヘリコバクターはポケットの中にたくさんいる。だから胃がん等の原因となる HP 菌はここがリザーバーになっている可能性があるという話をすると、研修医などはぐっと食いついたりしますね。こういうエビデンスが必要。そして、いわゆる NASH、NAFLD という肝炎ですね、非アルコール性の肝炎も同じように実は関係があって、こういうものを患者さんは歯周病罹患の比率が非常に高い。こういう話をすると、大変興味を持ってくれます。

あと看護師さんにとっては、舌苔が重要というふうにお話をします。必ず舌を見る習慣をつけること、という話をします。舌の表面はいわゆる剥離上皮、いわゆる角化上皮ですから、ここは容易に剥離する。かつ、ここの表面積というのは、いわゆるリアス式海岸のようになっていますので、普通、歯周ポケットというのは、歯の表面積というのはその人の手のひら 1 枚分というふうに、特に保存の先生方はよくそういうふうに教えていただきますけれども、実は舌などの口腔内の粘膜に関して言うと、ほぼテニスコート半面もしくは 1 面分の表面積があると言われます。ですから、そこに先ほどと同じような菌がつく。ADL のいい場合は、もちろん含嗽と食事等によってここはメンテナンスフリーの状態になっていますけれども、入院患者、それから ADL が落ちた人、セルフケアができない方に関して言うと、ここはさまざまな悪さをしているというふうに話をしております。

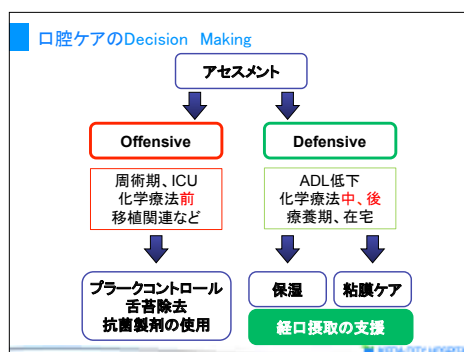
ですから、そういうエビデンスを提示しながら、TPO に合わせた口腔ケアが要る。入院患者は入院患者用、在宅の方は在宅用、手術前は手術前に特化した口腔ケアが必要であるという考えです。ADL のいい方は歯などの硬組織のケア中心でいいけれども、厳しい状態

の方は、舌に代表されるように、粘膜のケアもしくは咽頭のケアを非常に重視してやれというふうに、私どもは病院歯科の者として申し上げたいです。

あともう一つ、陸上競技を例に取ってみると、短距離走とマラソンというのは全然筋肉のつき方、トレーニングの仕方が違います。

いわゆる口腔ケア、口腔管理に対して、同じように考えると、オフENSIBにしたい方がい場合とディフェンシブにいかないといけない場合があり、これらの Decision making をする必要があるということです。攻めていくときというのは、先ほど申し上げた周術期とか ICU に入っているとき、化学療法をする前。それから、造血幹の細胞移植等の前は攻めていく必要がある。それに対してディフェンシブにいく時は粘膜ケアと保湿とかが中心になる。このアセスメントをする、Decision making するのは歯科医療従事者だと提言しております。

ただ、ある論文では、無菌マウスは逆に歯周病は起こしやすいということがあるので、全く全滅させてはいけない。全滅よりもコントロールだというふうにお話をしています。



医療においていろいろなエビデンスが必要で、求められています、口腔ケアのエビデンスを出せと言われると、実際余りありません。私のところで 15 ～ 16 年前ぐらいに、DPC が始まる前にやったデータでは口腔ケアをするとそれだけで、全身麻酔の術後早くお帰りになる、在院数が短くなるというのをお示しました。かつ、術後の熱発が有意に下がっていくということも示しました。

DPC が始まってからどういうふうなやり方でエビデンスを出そうかといういろいろ考えまして、当院の診療情報管理士が出してくれたのが、いわゆる病院の中全体、6,000 人強の患者さんにおいて口腔ケアをやったグループとやっていないグループで医療資源の投入量、支出の部分がどれくらい減ったか、ふえたかというのを調べてくれました。そうしますと、口腔ケアをやっただけで投薬が減り、注射も減り、処置の点数は上がりました。採血とかは減りました。画像検査、CT、MR とかもちょっと減りました。トータルでいくと、病院のいわゆる支出、出来高換算でいう支出を 2 % 削減することができたということがわかりました。

これも 1 つのエビデンスですが、私の後輩が示したデータですけれども、心臓外科の手術をした後に口腔ケアの実施の有無により術後の CRP 値の上昇に少し差があるということがわかりました。

また患者さんの口腔ケア実施のコンプライアンスの向上も非常に難しい課題であります。ですから、私どものところはやはり細菌数の測定とか、乾燥の評価を客観的評価指標として用いております。

数年前に開発されたパナソニックのこういうカウンターを用いて様々な臨床検討を行っており、広島大学でこの器械を使って検査をしますと、口腔ケアを継続的に介入していくと、

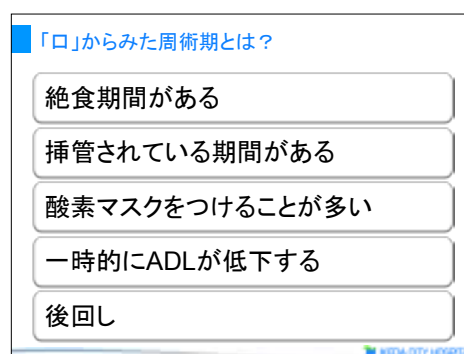
経時的に口の中の細菌数がどんどん減っていく、データを出していただきました。

先ほども御紹介いただきましたように、これも菊谷先生のデータですが、ここのレベルが高いと肺炎の発症が高いという御紹介をいただきました。

あと、こういうふうな粘膜の乾燥度、水分計を我々は頻回に用いております。これが非常に有用なのですが、逆にこのミラーの動きだけでも評価できます。ミラーがくっつく、無理なく動くというので点数化するというのも可能です。ですから、こういう客観性を持ったものが必要。

それが、かつ今ときですと電子カルテになるわけです。電子カルテをうまく活用したら非常に効率的な情報の共有が可能になります。

周術期の口腔機能管理。周管というのが平成 24 年の保険改定で導入されました。周術期の口腔の特徴は「特別なものだけでも、いつも我々が見ている普通の口ですよ、ただし扱いを間違えると修羅場になる」とお話をしています。まず絶食期間があるということです。手術は手術前から絶食をさせられますし、口に挿管されています。酸素マスクを使うことが多い。それから、元気に歩いて入院してきた方が、急に寝たきりにさせられるのです。また治療する主病名の疾患の治療に衆目が集まり、口のことは後回しになることが多い。

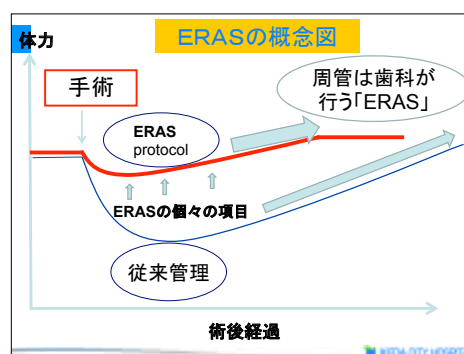


絶食というポイントから見ると、御飯を食べているグループと食べていないグループ、入院患者をピックアップしますと、食べていないグループのほうが4倍口の中の菌の数が多くなっています。同じように呼吸管理、挿管患者の場合は20倍を超える。酸素マスク、これはNPPVという呼吸管理方法も含めませんが、これだけでもかなり増加する。そのため、御飯も食べさせてくれない、挿管させられる、あと術後酸素マスクをつけるということは、口の中でいう、急に「口腔のADLが落ちる状態」に急変させられる時期というのが周術期ということになります。ですから、元気な方がいわゆる寝たきりになってしまう。

それに応じた口腔管理の方法があるのではないかと提言しております。ですから、このような周術期に関する発想の転換は非常に重要です。

ちょっと話は変わりますが、ERASって皆さん御存じでしょうか。最近外科のほうではこれが非常に注目されている考え方です。Enhanced Recovery After Surgery、術後回復強化という考え方ですが、こういう考え方が広がってきています。

例えば、ERASでは手術後、できるだけ早く御飯を食べさせようという流れになっています。昔は、大腸がんの手術なんかでは10日ぐらい絶食が当たり前だったのです。その間にどんどん口の中が悪くなっていくのですが、今はそういうのも含めて早期に、場合によっては手術の当日からガムをかませたりします。いろいろな、点滴を減らしていくとか、様々な取り組み



をしています。これらの ERAS が今後さらに主流になると思われます。

本日お話ししている周術期の口腔機能管理というのは、歯科が行う ERAS と考えていいと思います。ですから、術後の回復を促進するために、実は術前からのコントロールが必要ということを申し上げたいと思います。

その前に、緩和医療の話を少しだけさせていただきたいと思います。

緩和医療というのは、救急医療が ICU だとしたら、こちらは PCU といいます。Palliative Care Unit ということをしします。緩和医療において大変有名な先生が、「いわゆる緩和ケアでは食べることへの支援はペインコントロールと同じ位置づけだ」とお話しされています。これは非常に大きなポイントで特に緩和病棟、ホスピス等にいらっしゃる方に関して言うと、いわゆる免疫力が低下、セルフケアができなくなり、いろいろな薬剤を使う。それによって口腔トラブルが起こってくる。

実際問題、緩和病棟での予後の評価項目としては、Palliative Performance Scale というのがあるのですが、経口摂取が含まれています。さらには PPI という Palliative Prognostic Index では、経口摂取の量が実は余命を評価する重要なポイントになっています。

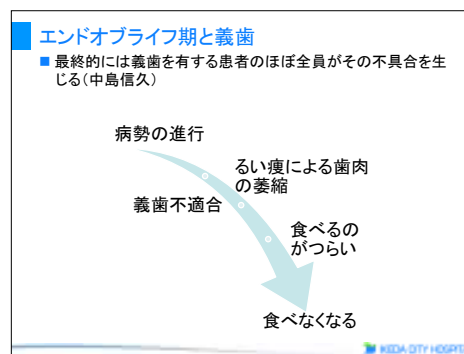
ですから、逆に言うと歯科サイドがこういう末期の方であっても、できるだけ介入して、デンチャーの調整をする、もしくはきちんとしてることによって経口摂取量を上げてあげるというのは、非常に緩和医療における病院歯科のみならず歯科医療としての仕事かなと私は考えております。

最後に、歯科として申し上げたいのですが、やはり義歯が重要なですね。当院で手術の直前のアルブミンの量を義歯の装着の観点から集計してみました。多数の歯が残っていて義歯を使用していない患者に比べて、義歯を使用している方は有意にアルブミンが低いのです。さらに義歯をずっと使用していない方はもっとアルブミン値が低くなる。

同じように、義歯があると非常にリスクファクターの舌苔ですが、義歯があると舌苔はつきやすい。

かつ、アルブミンが低いと、実は在院日数が長くなります。これは腹水がたまっていてアルブミンが低いだけでなく、非常に元気で手術を受けられる方でも入院期間が延びるということです。アルブミンを低くする要因として、無歯顎、そしてあまり適合がよくないデンチャーというのがあるのではないかと考えますので、そこは我々が頑張ってコントロールする必要があると考えます。

ですから、先ほど申し上げたように、この2つに分けるとして、特に病院はこれが非常に重要なポイントなのです、このデンジョンメイキングが。特にディフェンシブだけじゃないのですけれども、経口摂取の支援ということが、実は口腔管理に非常に重要なんだよというのは、病院の勤務者として申し上げたいと思います。周術期でアルブミンを上げておくには、かかりつけの先生方のところで既に上げてもらわないと、病院の力では全くそ



れは力が及ばないところですので、ここは先生方のお力添えがもちろん必要だということになると思います。

非常に駆け足でお話ししてまいりました。時間がもう余りございませんので終わりにしたいと思いますけれども、今日申し上げたことはこういうことを申し上げた。

病院では歯科はマイノリティなのということなのです。15%ぐらいしかない。そんな中で口の中のことを理解してもらおうと思うと、いろいろなデバイスを使って情報を共有し合う。

そして我々歯科も勉強するし、医科サイド、看護サイドも勉強する必要があるという共通言語をつくらうじゃないかと。それに対しては、エビデンスを持った情報共有が必要。

周術期の特徴。緩和医療については、実は口が果たす役割が非常に大きいと。歯科としては、全てのことは予防から始まるということをお願いしたいと思います。

口を専門とする職種は病院や医療の中ではマイノリティですので、我々が全部やって回ったら、とてもじゃないが非効率です。ですから、適切な口腔ケアと口腔管理を分ける。口腔管理も口腔機能管理、口腔衛生管理、専門管理、いろいろ言い方はあるわけですが、我々はいわゆる管理職として情報を伝え発信する立場だと考えています。

それぞれのステージに応じた口腔健康管理というのがあり、いつも同じワンパターンではやはりぐあいが悪い。この時期にはどうしましょう、急性期から療養期にかけてはどうしましょう、急性期から在宅、もしくは在宅から急性期にいく場合はどうしようと、いろいろな考え方を分けて考える必要があるというのが、最前線の病院におりますと実感いたします。

今申し上げたように、歯周病の治療も、補綴の治療も非常に重要。そして予防歯科、口腔外科、いわゆる抗がん剤等に関しては口腔外科が中心となりますが、それだけではなくオールデンタルで取り組まないといけない。

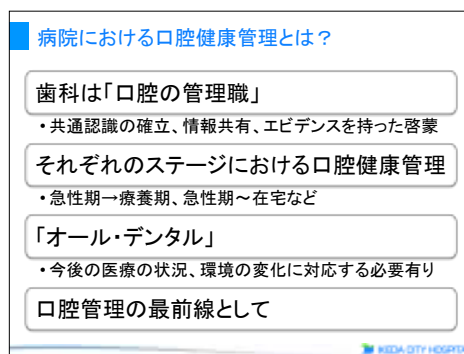
我々のところのような病院歯科は歯科の最前線です。大学の先生方と違いまして、最先端ではありませんけれども、最前線であることは間違いありません。ですから、我々にしかわからないこともたくさんございますので、先生方に情報の共有をさせていただければと思って、きょうは駆け足ですがお話をさせていただきました。

私のような者にお話しさせていただく機会を与えていただきました先生方に、まず深く感謝いたします。

長時間にわたりまして御清聴いただきまして、まことにありがとうございました。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。失礼いたします。(拍手)

○矢谷座長 大西先生、ありがとうございました。

最後の2枚のスライドで、先生みずから先生の御講演をサマライズしていただきました



ので、私はもう繰り返すことはしませんが、やはり病院の中におられて、医師、看護師さんの協力を得なければ、なかなか病院の中で思うような先生の口腔ケアに対する取り組みというのはうまくいかないというのが非常によくわかって、エビデンスを持ってという言葉が非常にお使いになった。講演を拝聴して先生みずからがたくさんエビデンスのデータをつくっておられるということに大変感銘を受けました。

先生、どうもありがとうございました。

「歯科衛生士の立場からの多職種連携を含めた口腔機能管理の捉え方」

神戸常盤大学短期大学部口腔保健学科准教授 金久 弥生先生

○矢谷座長 それでは、最後の御講演に参りたいと思います。御講演をいただきますのは金久弥生先生でございます。

先生は平成2年に歯科衛生士専門学校を御卒業になりまして、病院勤務を経て平成22年に博士（歯学）の称号を得られまして、その後、九州歯科大学の助教を経て、平成27年に現職であります神戸常盤大学短期大学部口腔保健学科准教授につかれております。

所属学会は多くの学会に入っておられまして、先生には、今までの3名の講師の先生方は全て歯科医師という職種であります。歯科衛生士の立場から、口腔健康管理にどのように力を発揮していくべきか、そしてそういう力を持った歯科衛生士をどのように育てていったらよいかといったようなところからお話を伺えるものと思っております。

では、先生、よろしくお願いいたします。

○金久 御紹介ありがとうございます。また、宮崎先生を初め関係の先生方に、このような機会を与えていただきましたことを、まず初めに感謝を申し上げます。

私は、神戸常盤大学短期大学部口腔保健学科というところで歯科衛生士の養成の教員をしております金久と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

私は、今日のテーマとして、矢谷先生からもお話しいただきましたように、多職種連携を含めた口腔健康管理の捉え方というところで、御高名な米山先生、菊谷先生、大西先生のお話をうかがう中で、私自身がそうだったなと思い起こしながら、今実際に臨床現場の中でそういうことが起きているなということだったり、過去さまざまな研究にも参画させていただく機会を得た経験も含めて歯科衛生士という立場から、お話をさせていただきたいと思います。では、よろしくお願いいたします。

とても懐かしい方を紹介といいますか、このきんさんぎんさんに当時、記者の方がお尋ねになったのだそうです「長生きのコツは何なんですか」と。そのときに、「よく食べて、



よく寝て、よく遊ぶこと」だというふうにお二人はおっしゃったのです。当時私は、そうなのかな？という位のことしか思わなかったのですけれども、まさにこの言葉が今、口腔健康管理というところを、物語っているんじゃないかなと思い、このスライドを持ってこさせていただきました。このお2人は御家族にとっても支えていただけていて、食事配慮をされたものを食べ、さまざまなところに出かけられ、たくさんの方に支えていただいている姿が、私は今でも印象に残っています。



長生きのコツは？
「よく食べて、よく寝て、よく遊ぶこと」

この食べるということ、今まさに地域包括ケアや健康管理も含めまして、日本は食べる楽しみの支援、生活支援を歯科衛生士、歯科医師をはじめ、メディカル・デンタルのスタッフもしくは栄養士さん、薬剤師さんたちも含めて、さまざまなスタッフで支えるというところにシフトしている状況があると思います。



私自身、歯科衛生士は、オーラルヘルスを通じて、その方が望む生活を実現できるように、心身の健康を考えた支援というものを提案したり、実践したりすることができる職種なのではないか。また、そのような職種にさらにこれから未来に向かって育てていかなければいけないのではないかと考えております。

歯科衛生士は
Oral Health を通じて
その人が望む **生活** を
実現できるよう
心身の健康を考えた支援を
提案・実践する。

また、人が人生を楽しみ、見たり聞いたり嗅いだり、といった五感を使って栄養を摂取しているという、食べられる口を守ったり創ったりすることができるということが、歯科衛生士自身の大きな強みであると考えています。

・人生の楽しみである食事
・食事は、見る・聞く・かぐ・味わう・触れる、の五感を駆使している！

食べられる口を護り・創る

DHの強み

口腔領域へ柔軟にアプローチできる

口腔衛生管理 咀嚼・口腔粘膜・歯周組織評価
経口摂取のための口腔機能評価や維持・改善
本人・介護者、さらに必要な職種に繋がられる

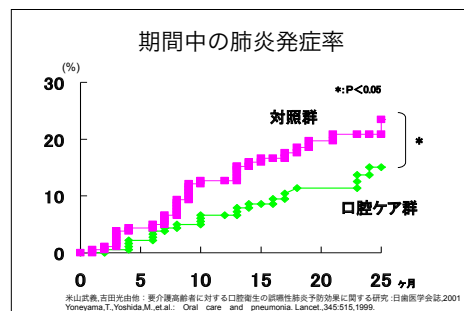
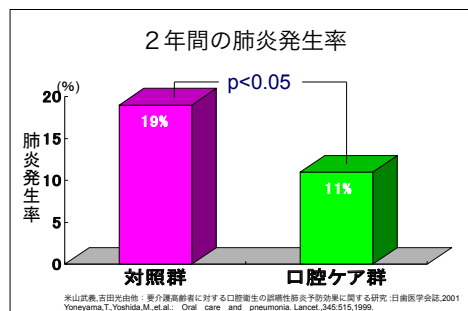
その強みの中の1つとしまして、口腔領域に対する柔軟なアプローチが歯科衛生士には、他職種

とは違った形で行うことができるということを強く感じています。看護師さんが口腔ケアをされたり、今や薬剤師さんや理学療法士さんや作業療法士さんも口腔ケアをなさっているような現場があります。でもやはり、歯科医師、歯科衛生士が行う口腔ケア、口腔領域へのアプローチというのは、何かどこかソフト面で違うと感じています。

また、歯科医師の先生方には及びませんが、歯科衛生士が口の中を評価する。咀嚼ができていないのか、今使っている入れ歯が本当に合っているのか、口腔の中に粘膜疾患があるのではないかと、この方は昨日はしっかり食べていらしかったのに、今日はどう

して食べられないのか、出血のある状況になぜ出血が起きているのかなど。他の職種の方々には、出血があるということは何となくわかるのだけれども、どこからどういう理由で血が出ているのかよくわからない。一生懸命口の中を見てくださっているのだけれども、プラークがついている状況がわからない。わかりたいと思ってくださるのですが、やはり職種の違いなのだと思います、この部分を私自身は強みと捉えていけるんじゃないかなと思うところと、強みを持っているからこそ、御本人や御家族、必要な職種のところにつないでいく力を、歯科衛生士、歯科医師の先生方は持っていると考えています。

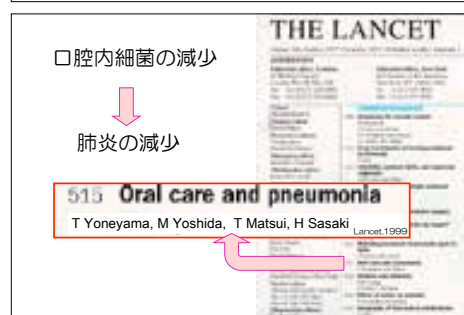
このように考えられるようになったのは、米山先生の研究に当時私も一歯科衛生士としてかかわらせてい



ただいた事がきっかけです。この研究結果が世の中に出たときに、当時私は慢性期病院に勤務していたのですが、看護師さんたちの歯科衛生士に対する見方が大きく変わりました。私は当時から、高齢者の口腔を清潔に保つことに何も悪いことはない、良いことだろうと思っていました。ただ、そのエビデンスがないために自信を持って必ず良いことなんだと大きな声で言うことができなかったのです。けれども、この研究結果が出たことによって看護師さんたちのほうから、「口腔ケアはどういうふうにしたらいいのかしら」「こんな患者さんにはどうすればいいの」というふうに声をかけてもらえるようになりました。

現在では、このような方がいらっしゃったら、多分どんな職種の人、ヘルパーさんも、どうにかきれいにしなきゃ、口腔ケアをしましょう、というふうに言える時代になっていると思います。

いろいろな口腔ケアの本がたくさん出ています。いろいろな道具もたくさんあります。けれども、いまだに歯科衛生士の私に、何を使っている（口腔ケアを）やったらいいの？、誰がするのが一番良くて、どこでやるのがいいのかしら？などと問われます。この人には口腔衛生管理を求めて口腔ケアを頑張らなきゃいけないのか、口腔機能管理・口腔機能向上・食支援、どこにウエイトを置くべきなのか。また、肺炎予防なの



か、介護予防？フレイル予防なのか？というようにたくさん疑問を持ってもらえるのです。尋ねてもらえることはとても幸せだと思えるのですけれども、やはりまだ口腔ケアの意義を国民の皆さんに伝えていかなきゃいけないのだろうなと思っています。

さっきの患者さんがこのくらいきれいだったら、本当に良いのかどうか。米山先生や菊谷先生が先ほどおっしゃったように、きれいなだけで、プラークの量が減ったことだけが本当に良いことなのかどうか。この方に何の目的で口腔ケアを、こんなふうに療養病床にいらっしゃる方でも、このくらいプラークコントロールができる方もいらっしゃるのです。



では、認知症があるこの方の口腔ケアはこれではだめなのか。プラークがたくさん付いていて、歯肉もきれいではありません。でも、この方はアルツハイマー型認知症の方で、自分で歯磨きができないので看護師さんが支援し、週に1回歯科衛生士も介入しており、発熱はありません。日常を支援する看護師さんの立場では、これじゃだめなのか、良いのか？もっと歯肉にスティッピングができるくらい、歯面がピカピカになるくらいプラークコントロールできなければだめなのか？口腔ケアのゴールの設定ができておらず、口腔ケアをやっているかやっていないかに看護師さんたちの焦点が当たっているのかなと。

歯科衛生士自身、やはりきれいにしたい！という性分なので、きれいにしたい！という伝え方をしてしまう場面があったり、なかなか共通のゴールを持てなかったところに問題があるなと感じていました。そこで当時、口腔ケア目標設定のためのグループ分類を考えました。認識レベルや認知レベル、ADLの状態などの評価を行い、チームで口腔衛生管理を重視して口腔ケアを行うグループと、口腔機能維持向上、食支援というところを重視して口腔ケアを行うグループという考え方です。多職種で共通の評価をして現状を認識することができ、口腔ケアの目標を共有して短期目標、

でも、未だ「口腔ケアの方法は??」

HOW：歯ブラシ、スポンジブラシ
WHEN：一日3回？ 毎日？
WHO：介護士？ NS？ DHは...？？
WHERE：洗面所？ ベッドサイド？
WHAT：衛生管理？ 機能向上？
WHY：肺炎予防？ 介護予防？

68歳女性（療養病床入院患者）

この程度ではダメですか？
87歳、男性（痴呆疾患治療病棟入院中）
アルツハイマー病患者

- ・自分で歯磨きをすることはない。
- ・週に1回のケアは継続できている。
- ・発熱はない。

ゴールの設定が必要！

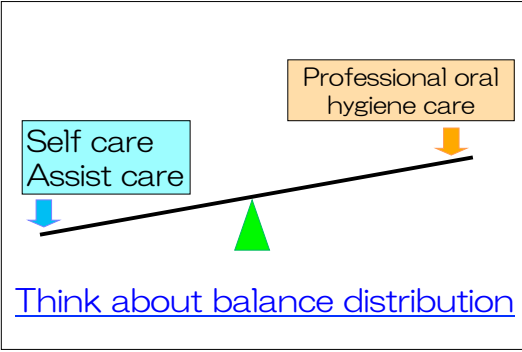
口腔ケア目標設定のためのグループ分類							
	意識	認知	ADL	摂食・嚥下	口腔	歯・歯周	口腔ケア目標
1	Ⅱ Ⅲ-30 Ⅱ-20	不明	全介助	経管栄養 嚥下困難	開口状態 口腔乾燥	嚥状維持 対応療法	口腔の保湿 肺炎リスクの低減
2				経管栄養 嚥下困難あり	強く開口 唾液貯留		口腔ケア困難※
3	Ⅱ-10 Ⅰ-3			経管栄養 嚥下困難あり	経口摂取 の評価必要		肺炎予防
4	Ⅰ-2 Ⅰ-1	重度障害 問題行動者	全介助 一部介助	経口摂取	評価困難※		口腔ケア困難※
5		中等度以下 (見当識あり)	全介助	経口摂取 嚥下困難	床座・運動障害 の評価	介護しやすい 口腔環境の整備	口腔機能維持 肺炎予防
6			一部介助 自立	経口摂取 食形態の評価			口腔機能改善 食形態改善
7	清明	軽度 なし	一部介助 自立	経口摂取 経口摂取下機能の 評価		咬合の維持・ 回復	自立度維持・向上 口腔機能維持・改善

※患者に許容できる範囲で可能な内容を検討

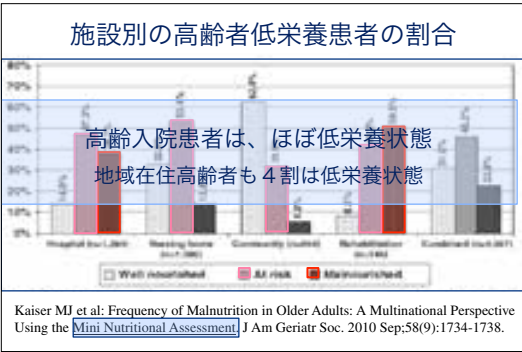
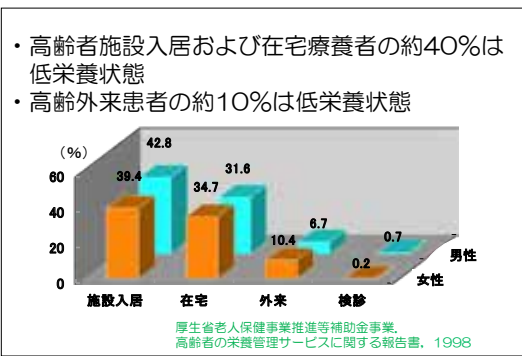
口腔ケア目標設定のためのグループ分類							
	意識	認知	ADL	摂食・嚥下	口腔	歯・歯周	口腔ケア目標
1	Ⅱ-Ⅲ Ⅱ-20	不明	全介助	経管栄養 嚥下困難	開口状態 口腔乾燥	嚥状維持 対応療法	口腔の保湿 肺炎リスクの低減
2				経管栄養 嚥下困難あり	強く開口 唾液貯留		口腔ケア困難※
3	Ⅱ-10 Ⅰ-3		経管栄養 経口摂取の評価必要	経管栄養 嚥下困難あり	開閉運動困難 痛み・嚥下低下		肺炎予防
4	Ⅰ-2 Ⅰ-1	重度障害者 問題行動者	全介助 一部介助	経口摂取	評価困難		口腔ケア困難※
5		中等度以下 (見当識あり)	全介助	経口摂取 嚥下困難	歯周・歯肉状態の評価	介護しやすい 口腔環境の整備	口腔機能維持 肺炎予防
6			一部介助 自立	経口摂取 嚥下困難あり			口腔機能改善 食形態改善
口腔機能維持・向上							
7	清明	軽度 なし	一部介助 自立	経口摂取 経口摂取下機能の評価		咬合の維持・回復	自立度維持・向上 口腔機能維持・改善

※患者に許容できる範囲で可能な内容を検討

長期目標を考えるという、まさに口腔ケアマネジメントを考えるものです。これは私たちが一例としてつくった分類ですけれども、セルフケアやアシストケア、歯科衛生士が介入する、もしくはマネジメントするという、プロフェッショナルケアのバランスをどんなふうに考えるのかということです。口腔ケアに関しては、このような考え方をもっと広めていかなければいけないのではないかなと考えています。



また、食支援というところでは、少し古いデータなのですが、2010 年に行われた調査で、施設入所されている高齢者と在宅療養者の方の約 4 割の方が、高齢外来患者の 10%が低栄養であるという調査結果があります。また、MNA-SF を使った評価で、高齢入院患者さんのほぼ 9 割近く、地域住民の方々の 4 割が低栄養状態であるという研究結果も出ています。実際に高齢で病院などに入院されているような方、リハビリテーション病院に入院なされているような方々は、痩せていらっしゃるって低栄養状態であるということが、今問題になっている状況があるのは皆さん御存じだと思います。



実際にこの方たちが何を日常生活の中で楽しみにしていらっしゃるかというと、食事をとても楽しみにしていらっしゃる。このような現状があるものの、食べるというところに関して、口腔内環境の不良によって食べられないという機能障害、口腔機能が廃用もしくは何らかの疾患によって咀嚼できなかったり、嚥下機能に障害が起きて食べられなくなり、さらに栄養障害が起きてしまうという、悪循環のスパイラルが、起きてしまいます。

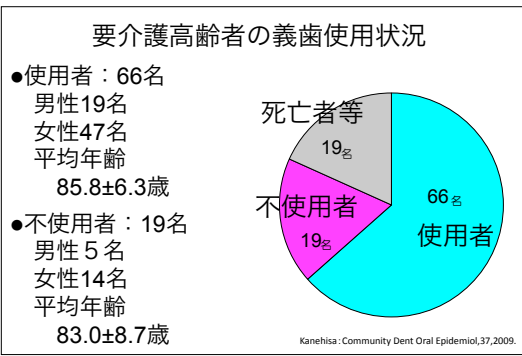
日常生活で楽しいことは？

	1 位	2 位	3 位
特別養護老人ホーム (9)	食事 44.8%	行事参加 28.0%	家族訪問 25.3%
老人保健施設 (13)	食事 48.4%	家族訪問 40.0%	行事参加 35.2%
老人病院 (9)	食事 40.0%	家族訪問 39.4%	テレビ 28.3%
療養型病院 (1)	食事 55.1%	家族訪問 55.1%	テレビ 30.0%

(複数回答可)

加藤順吉郎：福祉施設及び老人病院等における住民利用者（入所者・入院患者）の意識実態調査分析結果。愛知医報 1434. 2-14.1998.

また、口腔のリハビリテーションとして考える義歯治療ですが、先ほど菊谷先生からも御紹介いただいたのですが、これは私の学位の研究にもなるのですが、義歯を新しく作成した方の中で、6 カ月間義歯を使い続けることができた方が青い方のグラフ、何らかの理由で6 カ月間使い続けることができなかった方が赤い方のグラフにな



ります。使い続けることができた方は咀嚼がうまくできるようになり、栄養確保にもつながって、体重が増えました。日常使い続けることができなかった方は、体重が減ってしまっていることが大きな問題だと捉えることができます。

また、臼歯部の咬合が義歯もしくは御自分の歯で、咀嚼ができていることはとても良いことだと習慣的にずっと思ってきたのですが、本当に良いのかどうかをエビデンスとして自分の中に持っていないまま、患者さんやご家族に「義歯治療をしましょう、しましょう」とつい習慣的に、入れ歯を持っていない方には「入れ歯をつくりましょう」と言っていました。しかし、この研究によって「体重、栄養状態に効果があるんだよ」と自信を持ってお伝えできるようになり、患者さんだけではなく他職種の方々にも、「義歯を使うことで栄養状態にまで効果をなすことができるんだよ」と伝えることができるようになりました。先ほど大西先生もおっしゃっていたのですけれども、多職種の人たちと連携をとるときに、エビデンスを備えてお伝えするというのが、協働に直結する部分にとても効果があると体験を通じて感じられていることも、研究に携わらせていただくモチベーションの1つにもなっているところがあります。

具体的に症例を1つだけ御紹介させていただきたいと思うのですけれども、先ほど御紹介させてもらった研究データのうちのお1人です。残存歯が1本しかない方なのですけれども、「入れ歯をつくりたい」と御本人が看護師さんにおっしゃって、歯科衛生士につないでくださり、歯科医師に「義歯をつくりたいという方がいらっしゃるの」とつないで、義歯作成治療をされた方です。

実際に義歯を装着されて1カ月後の状況の顔の様子が下のほうなのですけれども、義歯を使って食べられるようになると、食形態を上げることができて、なおかつ体重も順調に増やすことができ、1年後にはBMIが23.2になりました。

これは単に義歯を装着しただけではなく、食事支援を他職種や管理栄養士さんと相談させていただいたり、食べている様子を見せていただいたり、看護師さんに日々の食欲などを確認させてもらったり、さまざまな介入というのですか、患者さんに対するアプローチが体重増加という成果につながった要因の1つだろうと考えています。

また、先ほど菊谷先生が御紹介くださった研究結果なのですけれども、認知症高齢者の方々が転倒されるケースを病院の中で感じており、年に2回以上転倒される方々に対し

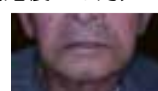


口腔機能障害：義歯使用による栄養改善

- ・義歯治療開始時

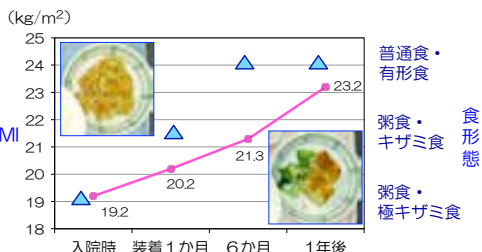


- ・義歯装着時（治療開始後1か月）

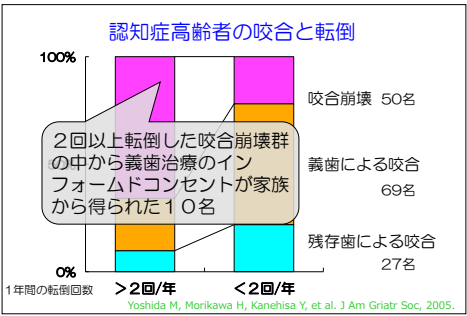


BMIと食形態の変化

- ・年齢86歳・男性 / 現病歴：老人性認知症、腰痛症



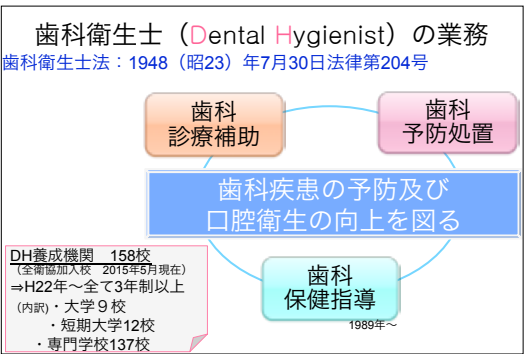
て義歯治療を行った結果転倒の回数が減っているのを見てとっていただけるかと思うのですが、義歯使用による咬合の



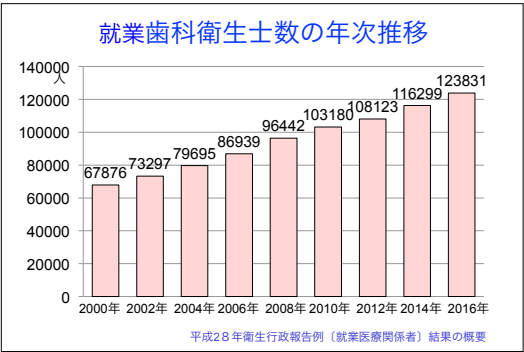
義歯治療者		治療前		治療後	
		歩行	MMS 転倒回数	歩行	MMS 転倒回数
1	女性83歳	自立	12	8	3
2	女性80歳	自立	13	6	0
3	女性72歳	自立	16	3	0
4	女性85歳	自立	12	3	0
5	男性63歳	つえ	14	2	1
6	女性87歳	自立	10	6	1
7	女性82歳	徘徊	3	5	3
8	女性89歳	つえ	11	8	11
9	男性78歳	つえ	19	4	13
10	女性91歳	つえ	11	3	死亡

回復が転倒を予防することができるということを歯科医療の効果として実感しています。

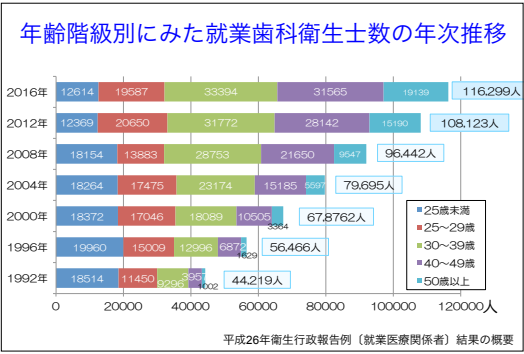
このスライドは歯科衛生士の三大業務を示すのですが、私たち歯科衛生士は、歯科診療補助と歯科保健指導、歯科予防処置を三大業務とし、歯科疾患の予防及び口腔衛生の向上を図ることが歯科衛生士法に謳われている大きな業務です。皆様は御存じだと思えるのですが、今実際 12 万人ぐらいの歯科衛生士が就業していると言われています。



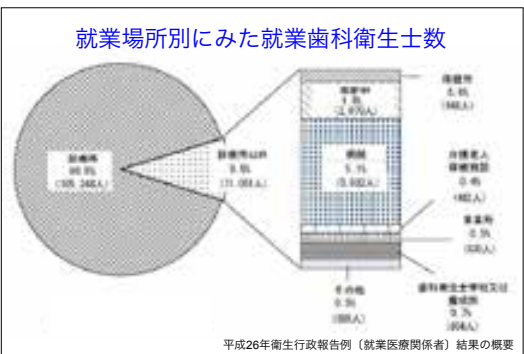
先ほど大西先生が御紹介くださった、歯科医師よりも多い人数が働いているという状況です。



年齢としても、私が卒業して歯科衛生士になったころは、20 代、30 代の歯科衛生士さんをよく目にする時代だったのですが、今や 40 代、50 代の歯科衛生士さんがたくさん働いている状況があります。この年齢層の就業数というのはこれからもう少し増えていくのだろうと理解しています。いろいろなライフイベントを経て歯科衛生士が働けるようになってきている時代というのは、先生方の御理解と、また少し歯科衛生士が頑張っている社会貢献できていることが、この数字を生み出しているのではないかと思います。



就業先はやはり歯科診療所が 9 割、それ以外が 1 割です。本日のテーマ、口腔健康管理と考えたときに、歯科診療所で働いている歯科衛生士が食支援や、口腔ケアを考えて、さまざまな役割を担えるなど私は考えています。慢性期の病院に勤務した経験からこそなのかもしれないのですが、地域で歯科診療所のそばに住んでいらっしゃる方々が、先ほど菊谷先生もおっしゃっていましたが、「今日はキャンセルです」という御



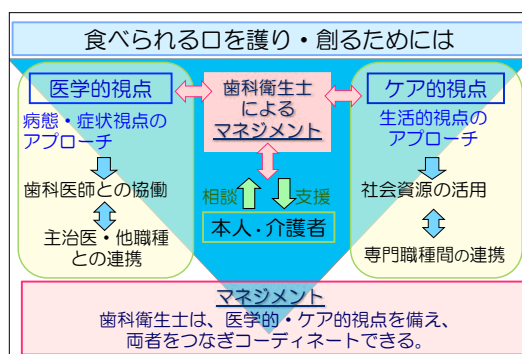
連絡があった場合、ご自宅に行けますよね、きっと。もしくはキャンセルの理由をきちんと把握して、受療の為に何らかのアプローチをという意味でも歯科衛生士だったらご自宅に電話をかけるなど、行動できるのではないかと。例えば、リコールが難しい理由をお尋ねするようなチャンスをつくることのできるのではないかと。あとは日々通院していらっしゃる間の中で、加齢による機能低下がもし感じ取れるのであるならば、その先に想定される、転倒リスクもそうかもしれないですし、低栄養のリスクかもしれません、歯科疾患だけではなく生活上の何かしらのリスクを捉えるチャンスを歯科衛生士は持っているのではないかと考えています。

病院や施設の中には多職種がいますので、積極的にお互いが関係し合えばさまざまな連携や協働が叶います。でも、地域で歯科診療所に勤務している歯科衛生士は、メディカル領域の職種とコミュニケーションをとる機会がなかなか難しいかなど。また、歯科医師は歯科治療の部分に時間を割いていらっしゃると思いますので、歯科衛生士が連携のキーになるべきだろうと私自身は思っています。

私の考える歯科衛生士の姿とは、食べられる口を守り、創るために、歯科衛生士は医学的な視点やケア的視点を備え、御本人や御家族、各専門職を全てマネジメントできる立場にいられること、もしくはそのような職種・職能に育っていかなければいけないのではないかと考えています。

私が今所属しております神戸常盤大学短期大学部のカリキュラムポリシーを挙げさせていただいたのですが、三大業務はもちろんですが、歯科衛生士課程では自ら考えて実践できる歯科衛生士を育てたい。チーム医療を担う人材として育成したい。健康を守る社会システムの実践として、医療人として社会に貢献できるチーム、連携、地域ケアシステム、さまざまな環境の中で、歯科衛生士として社会に対する役割を、歯科衛生士教育の中で、このようなカリキュラムポリシーの中で、私どもはなのですが、考えております。実際に歯科衛生士国家試験の出題要件の中に、摂食嚥下のこと、介護予防やフレイル予防など、今の日本の社会情勢に沿った出題基準に少しずつ変わってきておりますので、本学のようなカリキュラムポリシーがもしかしたら全国の歯科衛生士養成機関の持つ歯科衛生士の姿を変えるきっかけにつながっていくことができるのではないかと、ちょっと期待したいところでもあります。

また、私自身は、これまで以上に口腔の健康を捉えた研究、口腔の健康を実現・実践す



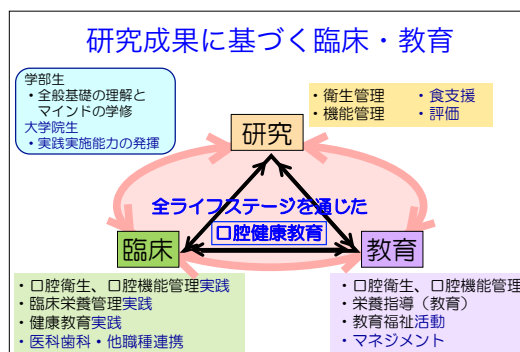
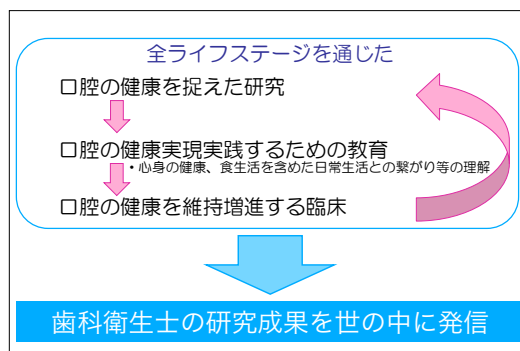
神戸常盤大学短期大学部口腔保健学科：3年制	
カリキュラムポリシー	
歯科衛生士の三大業務に関する知識と実践の修得に加え	
1. 歯科衛生課程	自ら考え実践できる歯科衛生士の養成
2. チーム医療の基礎と実践	チーム医療を担う人材の育成
3. 健康を守る社会システムの実践	医療人として社会に貢献できる人格と能力の形成
● 卒業後の就職先（2016年度求人1,133人）	
病院3名・大学附属病院2名・行政1名・診療所62名	
（2016年度卒業生：68名）	

るための教育がなされ、歯科衛生士自身が健康増進を図れる臨床を生み・実践でき、それをさらに社会に発信することで歯科衛生士の臨床実践が向上していくことをとても求めているといいますか、夢として願っています。

この研究に基づく臨床や教育というものを、さまざまなライフステージを通じて、高齢者だけではなく大事な子供たちも含めた口腔健康教育を強化できる歯科衛生士養成教育が高まっていくことを願っていますし、その一員としてこれからも教育現場の人間として、学生に明るい未来といいますか、歯科衛生士としての楽しい仕事というものを実現させていきたいと考えています。

長時間にわたりお時間をいただきまして、御清聴ありがとうございました。（拍手）

○矢谷座長 金久先生、ありがとうございました。DH の立場から、DH ならではの強みということで、先生には口腔ケアのゴールの設定の重要性みたいなことも御提言という形で頂戴いたしましたし、大学にいらっしゃるという立場で、最後の研究、教育、臨床に向けた将来への夢といいますか、そういったところを述べていただいて締めくくっていただきました。本当にありがとうございました。



総合討論

○矢谷座長 30分というわけにはいきませんでした、何とか15分余り時間を残すことができましたので、4名の先生方に前に来ていただいて、総合討論を、本当に限られた時間にはなりますが、行ってきたいと思います。

時間が少ないので、十分なことができるかどうか。少し時間が足りないのかもしれませんが、私のほうから最初にそれぞれの先生方にお尋ねしたいと思うのですけれども、きょうは本当に皆さん充実した御発表をいただきまして、たくさんの情報をいただきました。とてもまとめ切れない情報量でございました。佐々木英忠先生の「磨いても無駄だ」みたいなコメントを、スライドで示していただきましたが、私からの最初の皆さんへの質問として、標準的な口腔健康管理の方法というのはもう定まっているのでしょうか。もちろん対象の方によると言ってしまうえば一言で終わってしまいますが、まずそのことをお尋ねして、そこからもっともっと足りないこと、研究をしないといけなことを浮かび上がらせることができたと思います、もう定まっていたら、次はそれをどうやって広げていくかという話になっていこうかと思います。米山先生のほうから。

○米山 私の発言、その後の菊谷先生の発言、趣旨は同じなのですが、多少混乱があるかと思います。それは、私の恩師であり、ある意味ディスカッションの対象である医学部の佐々木英忠先生のお話を少しする必要があるかなと思うのですけれども、出た結果について、その結果は何に由来するのかというところで、やはりずっと平行線をたどったということは確かです。私はペリオ出身でして、口腔細菌という観点からお話をしましたけれども、佐々木先生はそうではなくて、口を刺激することによって、咽頭部の反射、嚥下反射とか咳反射の域値が下がってきて非常に反応がよくなるという考え方だったのです。これは正直言って平行線だったのですけれども、これは最後まで結論は出ない。これからは出ないかもしれませんが、これは別の観点、視点からそれを埋めていかなきゃいけないのです。

やはり私はペリオに入っていて、非常にいい時代に歯周病科に残りまして、目の前の患者さんにブラッシング指導を1時間かけても病院関係者から怒られなかった時代なのです。モチベーションにも時間をかけたし。モチベーションの大変さ、歯周基本治療の重要性をどのくらい感じたかわかりません。でも、それを医学部出身の佐々木先生にお話ししても通じないところがあったかもしれません。

それは、我々歯学部というのは、医学部と離れたところにいて教育も実践もされてきた過去の歴史があるのです。やはり浜松医大で私が講義をしたとき、全く歯科・口腔に対する——口腔外科はあるのですよ、橋本教授もいらっしゃいましたけれども、受け取り方がやはり違うのです。医師の方々は口腔に関する教育を受けていないのです。イメージが湧かないのですね。むしろ看護師さんの方が現場をよく知っていて、口腔衛生管理の重要性はわかるわけなのですね。

その辺のところの議論がいろいろあると思いますが、私は最後に、これは譲れないところで、本当に悲惨な口腔というのをいっぱい見てきたので、これを20年、30年前に戻すのか。考えられないことでありまして、長期入所者の健康管理という要素を考えたときに、やはり施設全体が肺炎を起こす人が少ないですね。私は2つの施設の協力医をしていて、1つは40年近く非常勤でかかわって、もう一つは10年になるのですけれども、ほとんど誤嚥性肺炎はないのです。内科の医師が、肺炎で亡くなる人は本当に少ないと言い切ります。

ということは、長期的にかかわるということが非常に重要だと思うのと、もう一つ、口腔ケアの質を考えたときに、私は今まで歯科医学の中で、口腔医学の中で歯周病学、歯周治療学の考え方を応用するべきだと思います。もし少し端的に言うと、歯周基本治療の徹底だと思うのです。このことは譲れないところであり、我々がそれを広める役割がある。ここを起点として口腔ケアを考えていけば、1つ解決できることがあるのではないかと思います。ちょっとお答えにならないのですけれども。

○矢谷座長 菊谷先生、いかがでしょう。

○菊谷 ありがとうございます。さっき金久さんが言ってくれた、まさに患者のステージと何を目標にするのかによって、実践する内容やプロトコルは大きく変わってくるのかな

と思うのです。

歯周病予防や齲蝕予防の口腔ケアと肺炎予防の口腔ケア、もちろん歯周病予防や齲蝕予防の口腔ケアは非常にレベルが高く高度なものを求めてくるので、結果、肺炎の予防もできるのですが、もし肺炎予防だけでよければ、もう少し視点を下げることができるかもしれないです。それは患者さんの今置かれているステージや病態に応じて変わるべきなのかなと。

私、先ほど、75歳を超えたら多くの方が、要介護への秒読み段階に入る。全ての人が通院不可能者になる。その準備を歯科診療としてするのだという話をさせていただきました。人生の最終段階にある方々と65歳や55歳の方々では、管理の方法はおのずと変わってきて当然です。しかし、私たちは、そのあたりがいまだ整理ができていないと思うのです。人生が、あと数カ月の人と5年の人と10年の人と20年の人、みんな同じ治療方針、治療目標になっているような気がしています。患者さんのステージや病態に合わせた対応が求められると思うのです。もちろん患者さんからも理解を得ないといけません。「くちの仕舞い方、いわば、くちの終活」ですね。これを患者さんと共に考えたいと思っています。

○矢谷座長 大西先生は病院のセンターの中で、システムとしてその辺を緻密に構築されているような印象も持ちましたが、標準的にこういうことをこういうふうにやっていくというようなシステム化はされておられるのでしょうか。

○大西 一般的には、ユニバーサルには保湿、補整というのをベースにして、それからどうそれを達していくかという形をとります。いわゆる先生がおっしゃる標準治療。例えば医科でいうような肺がんの場合とか大腸がん、ステージ3の後半だったら、あと化学療法をしなくちゃいけないとか、乳がんで分子標的薬の使用の適応例に対してはこの治療を進めるとか、そういうふうなのは口腔ケアに対しては若干そぐわない。非常に関連する要素が多種多彩でありますので。ですから、その辺はずっと課題にはなるのですが、基本的にはさっきから申し上げる共通認識を持って、菊谷先生がおっしゃるように、ゴールをどうするのか。基本的に口腔ケアというのはエンドレスですので、どこラインをカットオフにするのかというのを決めるのですが、基本的には私どものところでは、今言った基本路線は決めて、その上に何かを足していくかというのを随時決めているというのが現状です。

○矢谷座長 ありがとうございました。

○金久 歯科衛生士の立場からという部分でお話をさせていただきたいと思うのですが、今エビデンスとしてあるもののほぼ多くのものが、歯科医師の先生が歯科衛生士に協力をしてくださって出されているデータが現在たくさんあるという実情です。歯科衛生士自身がいつ・どの状況で・どんなマネジメントによって・どんな結果が得られるのか、といった様な臨床実践にもとづくエビデンスを出していくことが必要です。また歯科医師の先生方が歯科医療に基づく口腔ケアを考えてくださっている中に、歯科衛生士としての考えもお伝えしてディスカッションすることで口腔ケアの標準化やクオリティにつなげられるのではな

いかと考えています。もっと歯科衛生士が参画し、志していかなきゃいけないのだろうと、自分に対する重しも含めて感じております。

○矢谷座長 ありがとうございました。

標準的な口腔管理法というのを定めるというのは大変難しいことではあるかとは思いますが、もちろん対象をどのような方にするのか、それによって——TPO というような表現もありましたが——違ってくるのだろうと思いますが、口腔健康管理をもっと広めていって、その実績を積み上げていくためには、やはり標準的な方法の提示というのが必要かなと思いますので、ぜひ今後ともそういったことに向けて取り組んでいただければと思います。

それに関連して、金久先生のほうから、多職種連携、また、口腔のことがわからない看護師さん等に口腔ケアのモチベーションを上げていただくために、単にお口の中をきれいにしてくださいということだけではなくて、何かゴールの設定が必要だということを痛感しているというお話がありました。多職種の連携ということに基づいてゴール設定ということを見ると、パラデンタル以外の職種の方にもとてもわかりやすいゴール、目標、これが達成されたら、一応自分のやっていることはうまくいっているというような指標といますか、メジャメントアウトカムといますか、そういうゴール設定を掲げておくというのは非常に重要かと思いますが、そのようなことに関して何かお考えがありましたら。どなたでも結構ですけれども、どうでしょうか。希望でもいいです。

○金久 先生が標準化とおっしゃっていただいた部分もつながっていくのだと思いますけれども。やはり多職種で同じゴールに向かって患者さんにアプローチをしていくのだというふうな、本当に基本が大事だと思います。歯科の言葉ではどうしても伝わらないですし、また、歯科衛生士、歯科医師が思っている予後予測を、看護師やメディカルドクターが共通認識してくださるかどうかというところも、何か少しボタンがかけ違っている状況がつい生まれてしまったりするので。

先ほど米山先生もおっしゃいましたが、私がベッドサイドにいて患者さんの口腔ケアをさせてもらう時には比較的制限がなかったりするのですけれども、看護師さんに日々1日3回の口腔ケアをお願いするに当たっては、業務の24時間の中で何分間をつくり出してもらうのは簡単ではなく、共通ゴールを共通認識として持っていないままに業務としてやってもらうという食い違いが生じやすいだろうなと思います。やはり矢谷先生が最初におっしゃってくださったように、近い将来標準化みたいなところにつながっていくことが1つ大きなポイントになるのだろうなと今感じた次第です。

○矢谷座長 菊谷先生、例えば唾液中の細菌数なんていうのはどうなのですか。

○菊谷 すごくいいメルクマールになると思う。池田先生がおっしゃっていただいたように、例えば高齢者がどこかの外来診療室に行くととりあえず手を入れて血圧をはかって、きょうは調子がいいねと言っているような、ああいうちょっとしたモチベーションにはすごくなくて、今まで歯科医はそういう数値を持ったものがなかったので、今、最右翼は舌圧と細菌数というのが、やはり医療現場においても、あとは社会的にもアピールするとてもいい指標になるのではないかと考えていて、少し誇張ぎみかもしれないのですが、

うまくいけば大きな力になるのではないかと思います。

○米山 先生方のご意見と同じです。菊谷先生がリスク判定という、リスク度を見るという言及をされましたが、すごく説得力があると思います。口腔衛生評価を短い時間であらわして、それがどういうリスクを持っているかということを示すことは重要になるので、ぜひこの部分を発展させていただければと思います。

それと、多少違うのですけれども、ケアをする際に、バイオフィルムを拡散してしまうということが1つの問題ですから、回収するということが重要です。メカニカルなこういうケアをする前に、しっかり含嗽をしトータルの衛生管理をする。終わった後も含嗽すること。それからあと、出血しやすい場所というのは菌血症を起こしますから、菌血症はどういう因果関係で肺炎に関係するかわかりませんが、よくない要素であることは間違いないので、菌血症に配慮した、歯周病学的なアプローチが大切になると考えます。やはりリスク判定をそこに加えていくということは重要になってくると思います。

いずれにしても、どうしてもケアというと衛生士に任せちゃうのですけれども、歯科医師がしっかりと目の前にいる患者さんのケアを試みる訓練、経験を積んだほうがいいと思います。できれば卒後研修の中で在宅の経験をしていくということはすごく大事だと思います。

そして、歯科職が行うケアというのは、口の中のデリケートさを熟知しているという点で、やり方がやはり違うと思うのです。ですから、様々な経験をした上で、それを多職種に伝えていく。我々が伝えていかなきゃいけないと思うのです。そのデリケートさを考えて。

○矢谷座長 ありがとうございます。

もうほぼ時間が来てしまいました。もっともっと聞きたいことがあるのですが、では最後に、会場のほうからどうしてもこれは聞いておきたいということがあったら。

では、最初に手を挙げられた松尾先生。

○会場 時間のないところをすいません。日本歯科保存学会の松尾と申します。

歯の保存学会というのは、何が何でも歯を保存するというのが命題になっている。きょうお二方のお話を聞くと、介護の現場においては歯の残存、それが不利に働くというようにお話もあったのですけれども、そういうところについて一回御意見を伺えれば。

というのが、私は、介護は確かに27本あったら皆さん大変だと思いますけれども、歯があることによって最後の介護のところが短くなるとか、トータルに考えれば悪くないと考えているのですけれども、御意見がございましたら、よろしくお願いします。

○菊谷 うちのデータばかりで、ちょっと偏ったデータですけれども、歯があることはADLにも認知機能にもバランスにも、いいことづくめなのです。ですから、人生の終末期において、いつから口腔ケアというか、細菌のコントロールができなくなってきた人たちにおいては、残念ながら、データでお示したように、歯があること自体が唾液の細菌数をふやしているというのは事実なのです。それは、今ケアの現場に出ている人たちは、まさに米山先生もおっしゃっていただいた、オフレコとおっしゃっていた、無歯顎の患者が来たらほっとするけれども、歯がいっぱいあったらちょっとぞっとするという、これはま

さに現場の感覚なのですけれども、これがやはり近い将来、歯があることが誤嚥性肺炎のリスクにならないような口にしななければいけないと思っています。

まだまだ口腔ケアの認知度は低いし、制度も十分ではないし、そんな中で出たデータであって、世の中が変わればあのデータは過去のものになる、しなければいけないデータだと思うので、決してあのデータは恒久的なデータではなくて、今の現状を反映しているデータとして、みずから戒めるというか、逆に発信をするデータとして私たちは使わせてもらっているというか、自分のデータで使って、この歯科界へも、そして周りの人たちへも、せっかく健康を守るために歯を維持していたのに、今の状態になって刃を自分に向けているとしたら残念だね、しっかり口腔ケアしようよというモチベーションにむしろ使わせていただいているというふうに御理解いただければと思います。

○米山 先生、すばらしい視点というか、厳しい視点といいますか。ただ、誤解しないでいただきたいのは、歯があること自体はすばらしいことなのです。ただ、どのような状態で成っているかということが問題であると思います。それを間違えて、歯がしっかり管理されていないで凶器になってしまったら困る。そのような現場を嫌というほど見てきているのです。だから申し上げたのですけれども。

ところが、高齢になっても歯が25本以上あっても、ちゃんと定期的に管理されて、すばらしい状態でいらっしゃる方も増えてきました。歯周病学的な。管理から離れた、あるいはたまたま管理できない環境になったときは、歯の存在意義が変わってくる。

ですから、私は基本的にはとにかく歯科医院に早く定期的に行くべきだと。しかも60代、何歳で切るかわからないけれども、1つの人生の変わり目のときにしっかり自分の歯を見詰めてみる必要があるのではないかと思います。また8020のスローガンと同時にポピュレーションストラテジーをしっかり出していかなきゃいけないと思うのですが、いかがでしょうか。

○会場 同感でございます。どうもありがとうございました。

○矢谷座長 ほかに質問のある方は。――では、手短にお願いします。

○会場 いつもお世話になっております。東京医科の多摩府中保健所で勤務しておりますイカリと申します。私、いつも歯科医師会の先生とお話をしていると、地域包括ケアとか最近の広域連合の後期高齢者健診だとかということもあるんですが、特に70代、80代、90代の方の来られた方、歯科診療所に来られた方の口腔健康管理というのをやったらいんだと。特に最近は根面齲蝕のほうは多少ツールは出てきたのですけれども、「ペリオはどうするんだよ。何かデータないか、お前は」と言われて困るのですけれども、今後お願いなのですけれども、その辺のところをひとつ答えを出していただけるとありがたいのですが。

○菊谷 極めて僭越なあれなのですけれども、次来院時は枕元かもしれないという感覚を持ってほしいと思うのです。つまり、次3カ月後に予約をとったら、実は来られないから来てくれといって枕元診療になる可能性を大いに秘めている人だと。であれば、診療を先送りにしないでくれというのは言っているのです。つまり、例えば患者さんにこの歯は

ちょっともう問題がありそうだから抜歯しようよと言っても、多くの患者さんが、いやいや、先生、今痛くないし、今回だけは勘弁してくれと言われたときに、多くの歯科医師は、やはり、じゃあまたおいでねと。つまり、抜かない歯医者がいい歯医者となるので、抜くよ、抜くよと言うと悪い歯医者になるので、先送りがちになる。でも先はないんだよということを歯科医師がちゃんと認識し、患者さんに伝える。今までの10年とこれからの10年は大きく違うんだ、終末期に向かっているんだということを、もちろん言葉を変えてうまく説明することによって、治療方針を大胆に変える、治療内容を大胆に変えるというのが必要なのではないかと思います。

○会場 済みません、米山先生、もし一言あれば。80代、90代。

○米山 ペリオの立場から。

○会場 だとか、特に最近は医師会の先生からも聞かれて、ちょっと答えに困ることがあるので、ちょっとヒントになることを。

○米山 先ほど言いましたように、80代の方、90代の方のポケットの平均値が2mm、3mmの人がもう出てきているのですね。管理の効果だと思う。管理の勝利だと思います。でも、その方が、環境が変わったときに大きく変化する可能性がある。でも、その下げ幅というのは緩やかだろうと思うのです。やはり、歯科医に定期的に行くという文化をつくっていかなきゃいけない。だから、先ほどのポピュレーションストラテジー。脅かすわけじゃないけれども、環境が変わったとき大変になってくるのです。

その1つの指標としての、歯周ポケットがある、歯周学的な視点だろうと思うのです。それはやはり口腔というユニットの中でどういうふうに表現していくか。逆に、地域の中でどういうふうに表現していくかというのを考えなければならない。また先生にボールを投げるわけではないのですけれども、ぜひ逆によろしくお願いします。

○会場 どうもありがとうございました。

○矢谷座長 宮崎先生、何か一言ございますか。よろしいですか。

○会場 昭和大学地域連携歯科の丸岡といいます。私は城南地区とか地域の先生方のなかなか手に負えない患者さんを治療していて、そのほか昭和大学の附属病院の歯科も管理を行っているのですが、私のところには、大西先生に聞きたいのですが、大分いわゆるMRONJ（薬剤関連性顎骨壊死）の方とか、抗がん剤で例えば分子標的薬とかいろいろな抗がん剤を使われて、担癌状態で結構長生きする患者さんがあって、ずっと口腔管理をやってもまずくて、結構口腔感染症が多い患者さんはすごくふえている。なおかつ、先生方が言われている8020でいっぱい歯が残っていて、認知症の患者さんで顔が腫れて口腔感染症で来る患者さんが多いのです。

そういう患者さんについて先生の御意見をお聞きしたいのと、あとは、私も今、城南地区とかでも100床、200床の病院で歯科がない病院もたくさんあって、そういった急性期の口腔管理を中心にやっているのですが、そういうことに関して先生の御意見をお聞きしたいのですが、よろしいですか。

○大西 ありがとうございます。先ほど御指摘のあった顎骨壊死の話は、やはり我々治療

医に対しては非常に重大な課題です。

ですから、極端な話、先ほどの保存の先生のお話とは方向性が異なりますが、本邦の女性の中でも 1,000 万人ぐらいが骨粗しょう症になり、骨粗しょう薬を使用することになるという現状ですから、そういう方に関しては何が何でも歯を残すという考えはちょっと改めないといけないかなと。その投与を予定している方は歯の保存に関しては少しそのカットオフを緩めて、予防的な、戦略的な抜歯というのがいいのかもしれないですね。10 年先、20 年先を見据えて。というのは、ゾメタやデノスマブなどは 1 回注射とかを打ちますと、すごく骨に沈着してしまいますから All-or-none ですね。ですから、やると決まったら、それ以前に観血的処置を終えてしまわないといけないというのが私の印象です。特に注射剤のビスホスホネートが、商品名で言うとリクラストというのが出てきましたが、注射薬は患者さんが持ってくるお薬手帳に出てこないのですね。内服薬はそこで履歴が拾えるのですけれども、1 年ごとに打つ注射薬は御年輩の方は多分覚えていないというのが多いので、そういうラベルとかシールをつくれというふうに言っているのですが、なかなかメーカーは動かない。なので、1 つ歯科の健診の中に骨粗しょう症と骨壊死をリンクさせていくといいかもしれないです、今後の 1,000 万人のためを考えますと。ですから、何が何でも歯を残すという時代ではちょっとなくなってきつつあるというのが 1 つの意見です。

もう一点、急性期、特にキャンサーサバイバーがふえてきているというこの時代に関して言うと、いわゆる我々の外科手術、特にがんの手術をする方は、パフォーマンスステージですが、2 まで行ったらほとんどしない。普通は元気な方ががんの手術をしているというふうに認識いただいて、がんの治療をしてお越しになる方は、基本的には抗癌剤による骨髄抑制の時期さえフォローできれば、全く一般診療をされて構わないと思います。ですから、やはりさっき言った共通認識、共通言語、テクニカルタームをある程度歯科サイドのみんなが認識して、この方は今これしていいよ、これしたらだめだよという、そういうステージングもやはり我々は考えていく、歯科全体が考えていく必要があるし、やはりそれは患者さんにも、がんにかかったから歯の治療はちょっともういいですという認識は改めていただいて、積極的に歯科の我々がしっかり啓蒙して歯の治療や口腔管理も含めて、がんの治癒の完遂を目指す。キャンサーサバイバーもそういうふうな時代になってきていると考えますので、やはりこの時代に合わせた歯科治療というのをこれから我々は考えていきたいなと思っています。

○会場 歯科のない病院にどうやってアピールしたらいいかというのは、先生はどう……。

○大西 こればかりは、さっき申し上げたように 80% 以上は歯科がありませんので、例えば訪問の窓口を広げるようなプロモーションが必要だと思います。病院には大体、地域医療連携部みたいなものがあると思うので、そういうところへアプローチをして、こういうサインがあったらすぐ連絡をというような、エマージェンシーコールのような形をとって、どんどん積極的に歯科が介入していければなと思っています。

○矢谷座長 ありがとうございます。まだまだあろうかと思いますが、大幅に時間を超過しております。

皆様、最後まで御清聴いただきまして、ありがとうございました。なかなか標準的な、これという口腔健康管理の方法を確立するためにはまだまだやる必要があるということで、口腔ケアのゴール設定、それからリスク判定みたいなことを含めて、そういうものの確立に向けたシンポジウムをもう一回やる価値が十分あるなというような感想を持ちました。またそういうことを企画しましたら、きょうお集まりの先生方にはもう一度御参画いただければというふうをお願いいたしまして、このシンポジウムを閉じさせていただきます。

4名の講師の先生方、本当にありがとうございました。もう一度拍手をお願いいたします。(拍手)

○外木常任理事 矢谷先生、ありがとうございました。また、4名の先生方、本当にありがとうございました。議論が白熱して非常に盛り上がったと思います。どうもありがとうございました。

閉会の辞

○外木常任理事 それでは、ここで閉会の辞に移らせていただきたいと思います。閉会の辞は興地隆史理事からお願いいたします。

○興地理事 先生方、長い時間大変お疲れさまでございました。本日は口腔健康管理をこれからの歯科界のキーワードと位置付けながら、歯科が世の中でどんな形でまさに夜明けを迎えるか、そういったことを議論いたしました。この歯学協の中では、先生方は恐らくいろいろな御専門の立場から御参加と思いますけれども、それを横につないで一つ一つの立場の力の集合体で、歯科として前へ進んでいくための良い機会になったのかなと思っています。

先ほどは歯の保存の是非について話題になりましたが、私は専門が歯内療法で、本当に私のような立場の者がこの時代にどのような形で貢献していくべきかと、大いに考えさせられたところでございます。歯は残したいけれども、どんな形でオーダーメイドにお一人お一人の患者さんの一つ一つの状況に、医療者の立場に応じて対応するかという意味で、何が本当に大事なことから考えさせられるいい機会だったなと思っています。

長い締め挨拶は禁物でございますので、最後に、4名のシンポジストの先生方、本当に大変わかりやすく、しかも考えさせていただきました。ありがとうございました。

それでは、これで閉会といたします。ありがとうございました。(拍手)

○外木常任理事 興地先生、ありがとうございました。

なお、歯学協は新しくホームページもつくっておりますので、ぜひごらんいただきますようお願いいたします。

本日は御参集ありがとうございました。(拍手)

閉 会

シンポジウム「口腔健康管理」を終えて

座長感想

座長 常任理事 矢谷博文

世界に冠たる超高齢社会を迎えているわが国にとって、高齢者、特に在宅あるいは入所要介護高齢者や入院患者に対する「口腔健康管理」を実践し、それらの方々の口腔の健康を維持、改善し、さらには全身の健康レベルの向上につなげていく取り組みを行うことは歯科界に課せられた喫緊の課題である。悪いことには、国民の高齢化が進み、歯科医療の進歩の貢献を受けて今や 8020 達成者は 50%を超え、いわゆる「多歯時代」が到来したことにより、高齢者に対する「口腔健康管理」はより困難になってきているということが言える。より多くの歯が高齢になっても口腔内に残るということは、加齢に伴って起こる咀嚼・嚥下機能の低下を最小限にとどめることが可能となり、高齢者の QOL の維持につながることを意味しているが、同時に多歯になるにつれて口腔の衛生を管理し、咬合を守ることが困難になることを否定できない。したがって、「多歯時代」の到来を踏まえて、高齢者に対するより積極的な「口腔健康管理」への取り組みが求められているが、いまだに歯科医療従事者の高齢者に対する「口腔健康管理」の実践に対する歩みは鈍く、遅々として進んでいないのが現状である。そのようなわが国の残念な現状の打破に少しでも近づくことを目的として本シンポジウムは企画された。

お招きした講師の方々は、いずれも「口腔健康管理」の分野では著名な方々ばかりで、大変な盛り上がりを見せたシンポジウムとなったことは、本シンポジウムを企画運営した側の一人として大きな喜びである。米山歯科クリニックの米山武義先生には主に「口腔健康管理」による誤嚥性肺炎予防さらには全身の健康回復について、日本歯科大学の菊谷武先生には多摩クリニックにおいて実践されている「口腔健康管理」の意義、具体的方法及びその臨床エビデンスについて、市立池田病院の大西徹郎先生には主に口腔ケアセンター長としてシステム化なさったステージに応じた入院患者に対する「口腔健康管理」への取り組みについて、さらには神戸常盤大学の金久弥生先生には歯科衛生士のお立場における「口腔健康管理」の臨床経験を通じて感じておられることについてそれぞれご講演をいただいた。

「口腔健康管理」の最前線に立って日々の臨床を行われているこれらの方々の大変に優れたご講演を拝聴して最も強く感じたことは、単に口腔衛生管理を行うことが「口腔健康管理」ではないということである。もちろん、口腔衛生管理は「口腔健康管理」の重要な基本的部分であることに異論はないであろうが、「多歯時代」における適切な「口腔健康管理」の方法は、対象者の健康度、ライフステージおよび生活環境によって異なるということを知っていなければならない。それらによっては時に抜歯も管理の戦略になりうることを知っていなければならない。また、口腔衛生管理だけではなく、咬合および咀嚼・嚥下機能の保全も重要な「口腔健康管理」の目標の一つであることを学ぶことができた。それにより全身の健康状態の維持向上（ADL の向上、認知機能低下の予防、低栄養状態の改善、運動機

能の改善、体重の維持や増加)といったことも期待できるというエビデンスも蓄積されつつあることも理解することができた。

一方で、高齢者や入院患者に対する標準的な「口腔健康管理」の方法が必ずしも十分に確立されているわけではないことも明らかとなった。「口腔健康管理」における予防的管理法、リスク評価法、管理のゴール設定、効果判定法がエビデンスベースで対象者の健康度、ライフステージおよび生活環境に応じて標準化されなければならない。その標準化によって初めて「口腔健康管理」は全国的な拡がりをみせていくものと思われる。また、その標準化された専門的な「口腔健康管理」法は、歯科医師および対象者を取り巻く多職種の方々の中で誤解を生むことなく共有されることも必要であり、さらには専門的な「口腔健康管理」法だけでなく、対象者の家族などを含めた歯科医療関連職種以外の方々に対する標準的な「口腔健康管理」法の提示も強く求められていることを知ることができた。

本シンポジウムが、標準的「口腔健康管理」法の確立に向けた取り組みの端緒となることを期待したい。

一般社団法人 日本歯学系学会協議会
第8回シンポジウム

「口腔健康管理」

2018年6月22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TS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