

財団法人8020推進財団 学術集会

第8回フォーラム 8020 報告書



1. 基調講演・講演・報告
2. シンポジウム 生きる力を支える歯科医療
～住民の視点に立った医療連携の在り方～

日時：平成22年10月2日(土) 13:00～17:30

会場：愛知県歯科医師会館・4階ホール

主催：財団法人8020推進財団／社団法人愛知県歯科医師会

第8回フォーラム 8020 報告書

1. 基調講演・講演・報告
2. シンポジウム 生きる力を支える歯科医療
～住民の視点に立った医療連携の在り方～

日時：平成22年10月2日(土) 13:00～17:30

会場：愛知県歯科医師会館・4階ホール

開催県会長挨拶

(社)愛知県歯科医師会会長 宮村 一弘



第8回8020フォーラムの開催にあたり、当番県としてひと言ご挨拶申し上げます。土曜日の午後という外出しにくい時間帯の催しにも関わらず、こうして大勢の方が集まっていただきましたことに心から感謝申し上げます。また、公私ともに本当に多忙な先生方がこの集会の講師として、あるいはシンポジストとしてご参加くださいますことに、厚くお礼申し上げます。

このフォーラムは、日本歯科医師会会長・8020推進財団理事長の大久保先生はもちろんのこと、新井誠四郎

財団専務理事のご指導、サポートをいただき、無事開催の日を迎えることができいております。心からお礼申し上げます。ありがとうございました。

さらにつけ加えれば、全国に先駆けて8020運動の発祥地である愛知県として、第8回のフォーラムを開催できることは感無量でございます。

本日は、長時間ではございますが、最後までのご清聴をお願いいたしまして、当番県のご挨拶とさせていただきます。

目次

開催概要	4
当日プログラム	5
講演者プロフィール	6
開会のことば （社）愛知県歯科医師会副会長 渡辺 正臣	8
挨拶 （財）8020 推進財団理事長 大久保 満男	9
基調講演 多職種協働による医療連携の取り組み （独）国立長寿医療研究センター総長 大島 伸一	11
講演 歯科保健医療対策の動向 ～医療連携について考える～ 前厚生労働省医政局歯科保健課課長 日高 勝美	23
報告 愛知県での 8020 社会を目指した医療連携 （社）愛知県歯科医師会理事 佐藤 理之	33
講演 愛知県における医科と歯科の連携について ～歯周病と糖尿病の連携“あいちモデル”を目指して～ 愛知県健康福祉部健康担当局長 五十里 明	37
講演 これからの歯科医療のあり方 中日新聞社編集局局長 志村 清一	43
講演 超高齢社会の中で尊厳を支える歯科機能 ～そのために求められる医療連携の仕組み～ （社）日本歯科医師会理事 角町 正勝	45
講演 すべての人に優しさと豊かさを ～口腔ケアの可能性～ （社）愛知県歯科衛生士会会長 池山 豊子	55
シンポジウム座談会	65
閉会のことば （社）愛知県歯科医師会副会長 渡辺 剛	75

開催概要

趣 旨 「80歳になっても20本以上自分の歯を保とう」という8020運動は平成21年に20周年を迎え、達成率は初年度の約8%から約25%に増加しました。

各種疫学調査により8020達成者は病気にかかる方が少なく、趣味などの生きがいを持つ方が多い事がわかっています。

日本歯科医師会は8020者が50%に達成する8020社会を提唱しています。8020社会とは、すべての国民が自分の歯で、楽しく笑い、会話し、美味しく安心して食べられる社会です。今後8020達成率を50%に近づけるためには、歯科診療所での予防や治療だけではなく、在宅歯科治療や介護の現場での積極的なアプローチが必要です。そのためには医療連携が必須となります。

在宅における要介護者の方たちに対し、歯科医師がどのように関与していけば良いのか？

急性期病院から施設、そして在宅に至る介護の現場で、「口腔管理」をすることが、要介護者のQOLを高めるだけでなく、介護者の負担軽減にもつながり、そのための医療連携をどのように構築するかを、さまざまな分野のエキスパートからご提言をいただき、参加者と共に討議します。

テ - マ 生きる力を支える歯科医療 ～住民の視点に立った医療連携の在り方～

主 催 (財) 8020 推進財団、(社) 愛知県歯科医師会

後 援 厚生労働省、(社) 日本歯科医師会、愛知県、(社) 名古屋市歯科医師会、(社) 愛知県医師会、(社) 愛知県薬剤師会、(社) 愛知県看護協会、(社) 愛知県歯科技工士会、(社) 愛知県歯科衛生士会、(社) 愛知県栄養士会、愛知県食生活改善推進委員会連絡協議会、愛知県介護支援専門員協会、(財) 愛知県健康づくり振興事業団、中日新聞社、(一般社団) 愛知県理学療法士協会、愛知県作業療法士協会、愛知県言語聴覚士協会、(社) 日本歯科衛生士会、(社) 日本歯科技工士会、(社) 日本学校歯科医会、(社) 日本歯科商工協会、(社) 母子保健推進会議、(社) 全国保健センター連合会、(社) 日本家族計画協会、(社) 日本栄養士会、(財) 母子衛生研究会、(財) 日本母子衛生助成会、(財) 日本食生活協会、(財) 日本公衆衛生協会 順不同

開催日時 平成 22 年 10 月 2 日 (土) 午後 1 時～同 5 時 30 分 (12 時 30 分 受付開始)

開催場所 愛知県歯科医師会館・4 階ホール
〒460-0002 愛知県名古屋市中区丸の内 3-5-18
電話 052-962-8020 FAX 052-951-5108

参加対象者 歯科医師、歯科保健関係者、行政関係者、教育関係者、医療関係者、一般参加者等

参加費 無 料

定 員 450 名

当日プログラム

13:00~13:10	10分	総合司会 開会のことば 挨拶	(社) 愛知県歯科医師会専務理事 …………… 須賀 均 (社) 愛知県歯科医師会副会長 …………… 渡辺 正臣 (財) 8020 推進財団理事長 …………… 大久保満男 (社) 愛知県歯科医師会会長 …………… 宮村 一弘
13:10~14:00	50分	基調講演	多職種協働による医療連携の取り組み (独) 国立長寿医療研究センター総長 …………… 大島 伸一
14:00~14:30	30分	講演	歯科保健医療対策の動向 ～医療連携について考える～ 前厚生労働省医政局歯科保健課課長 …………… 日高 勝美
14:30~14:40	10分	報告	愛知県での 8020 社会を目指した医療連携 (社) 愛知県歯科医師会理事 …………… 佐藤 理之
14:40~14:50	10分	休憩	
シンポジウム 「生きる力を支える歯科医療 ～住民の視点に立った医療連携の在り方～」			
14:50~15:10	20分	講演	入院患者の口腔管理と医療連携の取り組み 東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科教授 …………… 寺岡 加代 ※1
15:10~15:30	20分	講演	愛知県における医科と歯科の連携について ～歯周病と糖尿病の連携“あいちモデル”を目指して～ 愛知県健康福祉部健康担当局長 …………… 五十里 明
15:30~15:50	20分	講演	これからの歯科医療のあり方 中日新聞社編集局局長 …………… 志村 清一
15:50~16:10	20分	講演	超高齢社会の中で尊厳を支える歯科機能 ～そのために求められる医療連携の仕組み～ (社) 日本歯科医師会理事 …………… 角町 正勝
16:10~16:30	20分	講演	すべての人に優しさと豊かさを ～口腔ケアの可能性～ (社) 愛知県歯科衛生士会会長 …………… 池山 豊子
16:30~17:25	55分	座談会	座長 / (社) 愛知県歯科医師会会長 …………… 宮村 一弘 (独) 国立長寿医療研究センター総長 …………… 大島 伸一 前厚生労働省医政局歯科保健課課長 …………… 日高 勝美 東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科教授 …………… 寺岡 加代 ※1 愛知県健康福祉部健康担当局長 …………… 五十里 明 中日新聞社編集局局長 …………… 志村 清一 ※2 (社) 日本歯科医師会理事 …………… 角町 正勝 (社) 愛知県歯科衛生士会会長 …………… 池山 豊子 (社) 愛知県歯科医師会理事 …………… 佐藤 理之
17:25~17:30	5分	閉会のことば	(社) 愛知県歯科医師会副会長 …………… 渡辺 剛

※1 寺岡先生は緊急の所用によりフォーラムをご欠席されました。

※2 志村中日新聞社編集局局長は所用により座談会をご欠席されました。

講演者プロフィール

■大島 伸一 (おおしま しんいち)

(独) 国立長寿医療研究センター総長

昭和45年名古屋大学医学部卒業。同年社会保険中京病院臨床研修医。泌尿器科医師を経て、平成4年社会保険中京病院副院長。平成9年名古屋大学医学部泌尿器科学講座教授。平成14年名古屋大学医学部附属病院病院長。平成16年3月国立長寿医療センター総長。平成22年4月より現職。専門分野は、腎移植、泌尿器科学。

厚生科学審議会臓器移植委員会専門委員、社会保障審議会臨時委員（介護給付費分科会長代理）、介護福祉士国家試験委員会委員長、介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会座長、日本老年医学会理事、(財)長寿科学振興財団理事等。

■日高 勝美 (ひだか かつみ)

前厚生労働省医政局歯科保健課課長

昭和56年3月九州大学歯学部卒業。昭和59年2月厚生省（当時）に入省。愛媛県松山中央保健所、厚生省健康政策局歯科衛生課、薬務局医療機器開発課、保険局医療課等で勤務。平成10年7月保険局医療課医療指導監査室特別医療指導監査官。平成14年4月関西空港検疫所企画調整官。平成16年3月保険局歯科医療管理官。同年9月医政局歯科保健課課長。平成22年7月厚生労働省を退職。

■佐藤 理之 (さとう ただゆき)

(社) 愛知県歯科医師会理事

昭和53年3月愛知学院大学歯学部卒業。昭和55年佐藤歯科医院開業（現北名古屋市）。

平成17年愛知県歯科医師会理事。平成18年日本歯科医師会地域保健委員。愛知県母子保健運営委員会委員、健康日本21あいち計画評価推進部会委員、地域医療再生計画に関する三師会連絡協議会委員。

■寺岡 加代 (てらおか かよ)

東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科教授

昭和53年3月大阪大学大学院歯学研究科博士課程修了（歯学博士）。昭和54年同大学歯科保存学講座助手。昭和57年東京医科歯科大学予防歯科学講座助手。平成2年同大学歯学部附属病院予防歯科講師。平成11年同大学歯学部附属病院歯科衛生士室長。平成12年同大学大学院歯学総合研究科医療政策学講座講師。平成16年同大学歯学部口腔保健学科口腔健康推進統合学講座教授。

口腔病学会理事、日本咀嚼学会理事、日本自立支援学会理事、日本応用老年学会理事、日本口腔ケア学会理事等。

※寺岡先生は緊急の所用によりフォーラムをご欠席されました。

(出講順)

■五十里 明 (いかり あきら)**愛知県健康福祉部健康担当局長**

昭和53年3月三重大学医学部卒業。同年4月愛知県職員。平成元年4月衛生部保健予防課長。平成5年7月教育委員会事務局学校教育部保健体育課長。平成7年4月衛生部環境衛生課長。平成11年4月衛生部医務課長。平成12年4月健康福祉部技監兼医務国保課長。平成13年4月健康福祉部技監。平成15年4月健康福祉部次長。平成17年4月健康福祉部理事。平成18年4月健康福祉部健康担当局長。

■志村 清一 (しむら きよかず)**中日新聞社編集局局長**

昭和49年10月早稲田大学第一文学部哲学科卒業。同年中日新聞社入社。平成3年～平成6年カイロ特派員。平成11年から論説委員として1面コラム「中日春秋」を3年半担当。その後社会部長、編集局次長、論説主幹を経て平成21年編集局局長。

■角町 正勝 (つのまち まさかつ)**(社) 日本歯科医師会理事**

昭和46年3月福岡県立九州歯科大学卒業。昭和51年6月角町歯科医院開業(長崎市)。
平成3年4月(社)長崎県歯科医師会理事。平成12年4月(社)長崎県歯科医師会代議員。平成15年4月(社)長崎県歯科医師会専務理事。平成15年7月(社)日本歯科医師会代議員。平成16年8月(社)日本歯科医師会介護保険対応検討委員。平成21年4月(社)日本歯科医師会理事。

■池山 豊子 (いけやま とよこ)**(社) 愛知県歯科衛生士会会長**

昭和60年3月愛知県立歯科衛生専門学校卒業。同年4月(社)愛知県歯科医師会非常勤勤務。昭和62年7月セグチ歯科医院勤務。平成11年7月合資会社マウス・マウス設立。平成15年3月マウス・マウス居宅介護支援事業所開設。平成17年9月マウス・マウスデイサービスセンター開設。平成21年11月デイサービスべんがら亭開設。平成22年2月べんがら亭居宅介護支援事業所開設。

昭和61年4月愛知県歯科衛生士会理事。平成4年4月愛知県歯科衛生士会会長。平成17年4月日本歯科衛生士会副会長。平成21年4月愛知県歯科衛生士会会長。

開会のことば

(社) 愛知県歯科医師会副会長 渡辺 正臣



本日は、第8回フォーラム8020にご参加をいただきまして、誠にありがとうございます。また、講師の先生方には大変お忙しい中ご講演をいただくことになっております、ありがとうございます。

今回のフォーラムは、厚生労働省、日本歯科医師会、愛知県、中日新聞社、多数のご後援をいただいたの開催となっております。

テーマは「生きる力を支える歯科医療」ということで、多業種との医療連携についてのご講演、ご提言があると思います。座談会では、会場の先生方から活発なご発言をいただきまして、これからの8020運動の方向性がよりよく見出せればと期待しております。

最後までのご清聴をお願いいたして、開会のことばといたします。

挨拶

(財) 8020推進財団理事長 大久保 満男



本日は、8020推進財団主催の第8回フォーラム8020が、多数の愛知県歯科医師会会員の先生方、また他県からの先生方、さらに歯科衛生士会等関係団体の皆様方のご出席のもとに開催できましたことに心から御礼申し上げます。また、ご多忙の中、講師としてご出席いただきました諸先生方にも心から御礼申し上げます。

私が言うまでもなく8020運動の発祥の地は、この愛知県です。その意味で、今回久しぶりに東京を離れたフォーラム8020の開催を、主催・当番県としてご快諾いただき、また、ご尽力いただきました愛知県歯科医師会の宮村会長はじめ役員の方、そして会員の先生方に心からお礼申し上げます。

平成元年に8020運動ははじまりました。しっかりしたデータではないのですが、当時の8020の達成率は10%前後しかありませんでした。約15年後の「健康日本21」の中間発表では、達成率が25%を超え、その後、東京を例にとりますと昨年のデータで達成率30数%になるなど、私どもの想像以上に運動は成果をあげてまいりま

した。

この成果は、歯を残すことの意義が大変大きいということが、広く国民に知れ渡ったためであり、また私も歯科関係者の努力が実ったためと思っています。実は、日本歯科医師会も8020推進財団も、達成率25%を超えてからは、達成率50%、つまり80歳以上の高齢者の半数が20本以上の歯を残すことを目指し、それを思い切って「8020健康長寿社会と呼ぼう」というふうに関心に決め、さまざまな活動を展開してきました。

そして、もうひとつ申し上げたいのは「8020健康長寿社会」という名称を、ある意味で私どもが自信を持ってつけることができた最大の理由は、皆様方ご承知のように、歯を残すことが平均寿命、健康寿命を伸ばすことにつながっているからです。さらに、歯がなくなっても、義歯を入れてきちんと咬合が確保されれば寿命が伸びる、あるいは健康悪化の度合いが高齢者によっては高くないというエビデンスがここ10年ほどの間に急速に広まってきました。そういう、しっかりとした根拠をも

とに、私どもは8020健康長寿社会という目標を定めたわけでありませう。

私は、愛知県の後を追ひ、静岡県歯科医師会の専務理事または会長、日本歯科医師会の会長、この8020推進財団の理事長、と8020運動にずっと関わってまいりましたが、当初から、80歳で20本の歯を残すということは、歯科医師の技術・知識を持って行う専門的な目標ではあるけれど、それは本来の目標ではないだろうと考えておりました。

20本の歯を残すことは実は手段であって、本当に大事なことは20本の歯を残した高齢の人たちが自分の最後の生をどう生き切るのかということが大切であると思います。それを支えるのが私たちの本当の仕事であり、私たちの大きな目的だと思ひます。つまり、8020運動を、20本の歯を残すという技術的なところから解き放ち、もっと大きな視点に私たちが立つ。その視点を獲得することによって、我々歯科の世界を取り巻いている、食ふことや健康に関わるさまざまな機関、団体との連携が可能になるのです。

そして、もうひとつ大事なことは、今日のテーマでもある在宅を中心にした高齢者の医療連携についてです。つまり、歯を残して健康であることはとても大事なことです、実際には歯を残せない人、あるいは歯があっても大きな病気をし、自立度が失われて在宅で医療を受けざるを得ない人。そういう高齢者がこれからたぶん増えていくだろうと思ひます。そうなった時に、最後まで健康で人生を終われる人だけにスポットを当て、それがとてもよいことだというふうにしてしまつてはいけません。

と思ひます。私どもがこれから考えていかなければならないのは、障害を持って人生の最後を送らざるを得なくなった人たちをどのように見るか、ということです。

今、ハーバード大学のマイケル・サンデルという政治哲学の教授の正義に関する講義が評判になっていますが、そのサンデル教授のことばを借りれば、「健康であることは正しい」と健康に正義を貼りつけてしまうと、じゃあ健康じゃない人は正しくないのか。寝たきりになって介護や医療保険のお世話になる人、もっと言えば医療費をたくさん使う人は正しくないのか。そんなことは決してありえないと思ひています。

つまり、私たち歯科医師をはじめとする関係者にとって大切なことは、健康であることを守りながら、同時に健康ではない不条理な状態を、否応なく強いられた人たちをどのように支えていくのか。健康な人を守るのと同じくらい、ある意味ではもっと大きな力を込めてその人たちを支えていかななくてはいけないということです。この高齢社会の中で、そのことを私たちはきちんと胸の中において活動をしていかなければいけない。今、まさにその正念場に立っているのだと思ひます。

したがって、今日の課題である医療連携、とくに在宅の高齢者を中心にした医療連携で、ひとりの患者さんを皆が支えていくのはどういう基本的な考え方に基づくのか、あるいはスキルとしてどうしたら支えることができるのか。それを考える意味でも、本日は、大変意味の深いフォーラムになるだろうと思ひておりました。このフォーラムを糧に8020推進財団、日本歯科医師会が何をしていくべきかをしっかりと考えてまいりたいと思ひます。

基 調 講 演

多職種協働による
医療連携の取り組み

(独) 国立長寿医療研究センター総長 大島 伸一



ご紹介いただきました大島でございます。

我が国が非常なスピードで高齢化を迎える中で、社会全体がものすごく大きな混乱期に入っていることは、改めて言うまでもないことかと思えます。そういった中であって、医療・歯科医療が、高齢化社会の中で一体どういう対応をしていくのかということが、本当に切実に求められていると思えます。こうした状況にある時、「生きる力を支える歯科医療～住民の視点に立った医療連携の在り方～」をテーマに、8020推進財団がフォーラムを開かれたことは、本当に時宜を得たことだ

ろうと思えます。また、そこにお招きいただいたことを大変に光栄に存じております。

今日の講演は、スライドの順番に従ってお話しさせていただきたいと思えます。具体的な連携の在り方につきましては、それぞれの専門の先生方が後にお話しされますので、私は、基本的な考え方といえますか、総論的なお話に絞って話をさせていただきたいと思えます。

医療の大転換期に 直面する現代

私は1970年（昭和45年）に大学を卒業いたしまして、もう40年になりますが、その間、今ほど大きな医療の転換、大転換が起こりつつある、あるいは起こらなくてはならないと実感したことはありません。

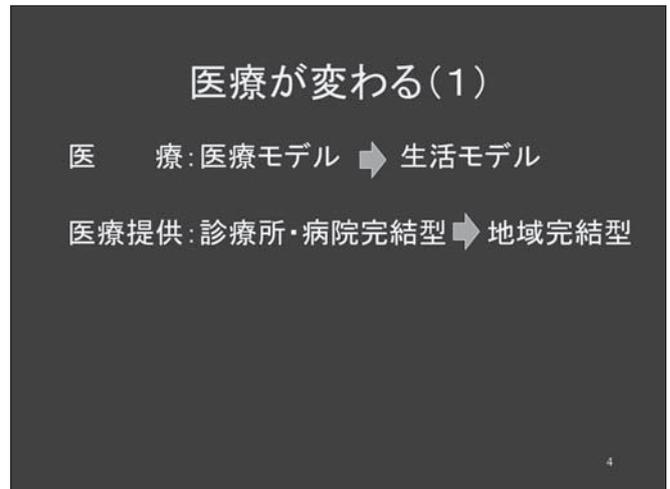
1970年後半から80年代にかけて、それまでの医者にまかせておけばいいという医療理念・医療の在り方、いわゆるパターンリズムから、すべてを開示し、それまでの患者さんや患者さんの家族と一緒にどういう医療を行うかを決定していくインフォームド・コンセントへと医療の理念が変わったことは、非常に大きな変化でした。

しかし、システムや医療の提供の在り方について、今ほど大きな変化が起こっている、ということに直面したことはこれまでにないことです。したがって、これからどんな方向に進んでいくのか、現在が少なくとも私が医者になって以来の大転換の起こる時期にあると言ってよいかと思います。

病院完結型医療から 地域完結型医療へ

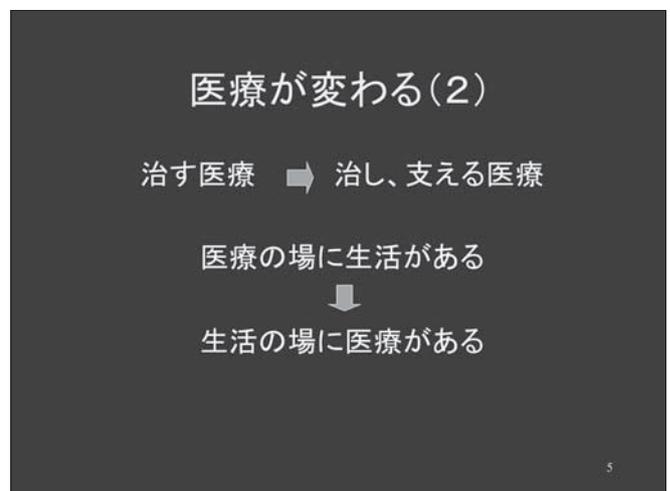
では、どう変わるのか。ここに示しましたように、いわゆる医療モデルから生活モデルへ（図表1）。医療モデルとは、簡単に言うと治す医療。生活モデルとは、治すだけでなく生活全般を支えていく医療です。医療提供の在り方としては、診療所・病院完結型医療から地域完結型医療へと変わっていきます。診療所・病院完結型医療というのは、誕生から死まですべてを病院で診る医療で、地域完結型医療というのは、在宅を中心に、地域の医療資源やその他のいろいろな資源を活用しながら、地域全体で診ていく医療とご理解いただければよいと思います。

図表1



もう少し具体的に言うと、治す医療から治し、支える医療への変化です。そして、病院というのは本来医療あるいは治療を行う場ではありますが、その場には患者さんの生活もあります。これは言ってみれば社会生活の場ではなく、隔離社会と言っていい状況であり、その隔離社会の場に生活があるのが病院の医療の在り方です。実際の生活の場というのは、居宅での生活であり、そこで医療を行っていくことが生活の場の中に医療があるということです。すなわち、これからは「医療の場に生活がある」から「生活の中に医療がある」へと医療の転換が求められており、そうならなければいけない状況にあるというふうに考えています（図表2）。

図表2



日本の医療制度の 成果と問題点

それでは、今までの医療とはどんな状況の医療であったかをもう少し詳しく見ていきたいと思います。

日本の医療は、WHOによって世界最高の医療制度だというふうに評価されています。今でもいろいろな指標を出しますと、日本の医療は非常に優れている医療だと評価されています。国内では医師不足をはじめ、あれが足りない、これが足りない、と大変な不満がありますが、世界全体で見ると非常に高い評価を得られているのです。

これは、いつでも好きな病院へ行き、お金の心配をせずに医療を受けられるという「皆保険制度」によって達成された成果です。その成果というのは、具体的には平均寿命が世界一、あるいは健康寿命が世界一ということです。これほど大きな成果はないのでありまして、たとえば乳幼児の死亡率はほとんどゼロに近いくらいまでになっています。それを非常に少ない「財」で成しとげた。今、医師不足といって大変な批判を受けているのですが、非常に少ない医療要員、少ない資源投下で最大の効果をあげることができたという意味で、日本の医療というのは世界各国と比較すると最高の制度である、という評価を受けてきたわけです。

日本では、この皆保険制度のもとで、診療所あるいは病院を中心とした医療、専門分化型の医療が行われてきました。専門分化型の医療というのは、先端医療をどんどん追求していく医療です。その結果、あえて説明するまでもありませんが、病院に行けば診療科が分かれておりまして、総合的に診ていくという機能を持った病院は、まったくないわけではありませんが、探すのが大変なくらい少ないという状況です。

これは、ことばを変えて言うと機能分化がないということで、全体像を描き、役割を考えた計画がなく進められてきた制度であるために、中小病院も大きな病院もほとんど画一的に、非常に専門性の高いものをどんどん

追求していくという結果につながってしまいました。

病院完結型医療が日本の中で定着した背景には、誕生から死まで全部を診るということがあるわけですが、見方を変えればそれだけの病院数、病床数が準備されたということです。実際、世界においても日本の人口単位当たりの病院数の多さ、病床数の多さは桁外れです。その結果として何が起こったかといいますと、最近は大きな病院ではできるだけ早く退院してくれという話が出ていますが、一時は2、3か月という在院日数が当たり前に行われてきました。その背景には社会的入院というようなことが許されてきた、行われてきたことがあるわけです。

科学至上主義の 医療モデルの限界

医療モデルというのは、科学モデル、あるいは科学至上の背景の中で進められ、確立されたモデルです。技術を尊重し、そしてその技術の進歩によりどんどん専門分化していく。そして、何より治療を優先させるという医療で、救命延命、完全治癒、社会復帰ということを具体的な目標とする医療モデルであります。

ですが、90歳、100歳の人を頭の中に浮かべた時に、何でも救命延命、何でも完全治癒、何でも社会復帰というような目標を立てるのは、ちょっと待てよ、と誰もが思われると思います。最近の高齢社会、急速な高齢化を見ていればなおさらです。昔からお年寄りはいたわけですが、今、あるいはこれからというのは救命延命、完全治癒、社会復帰を唱えているだけではもう済むものではない。そういう現実直面している状況になってきていると思います。20世紀というのは科学技術の時代でありまして、その科学至上主義というのが医療の世界にも持ち込まれている。科学至上主義というのは進歩発展、あるいは前進開発という価値が至上の価値であり、その社会全体の価値観が医療界にも蔓延していたということだろうと思います。

『広辞苑』を見てみますと、医療とは「医術で病気を治すこと」と説明されています。これ以外の説明はありません。あまり深く考えなければ、「ああ、そういうものか」と思ってしまいますが、本当にこれだけでいいのだろうかと思います。治らないような病気は一体どうするのか。それはもう医療ではないのか。あるいは、人は古今東西、例外なく生まれたら死にます。死ぬ前には医療はないのか。あるいはがんで苦しんであとは死ぬだけだという時の緩和医療というのは医療ではないのか、ということが疑問として出てきます。『広辞苑』だけではなく日本の辞書には、医療について「医術で病気を治すこと」以外の記述はありません。

こういった医療を今まで我が国は追求してきたわけですが、どうも高齢化が進めば進むほど、このような医療では乗り切ることができない、行き詰まってきている。もっと言えば、限界にきているのではないか、ということが見えるようになってきたわけです。

高齢化社会に伴い 増加する医療費

その限界の背景には、何とんでも高齢社会、そして財政問題があります。お金の話については、昨年35兆円を超えた医療費のその半分以上が高齢者に使われています。あるいは、人間1人が一生に使う医療費は2,200万円と言われていますが、その半分以上が65歳以上になってから使われています。加えて介護費用もあります。2000年に介護保険ができましたが、その当時1年間に使われた介護保険の費用は3兆円強でした。それが10年たった今、7兆円を超えています。要するに、お年寄りが増えれば増えるほど、手間もお金もかかるということです。これは、誰が考えても分かることだと思います。

では、それに合わせてお金を必要なところに必要な形でつぎ込んでいけばいいではないか、ということであれば、それに見合った税金ないしは保険料が潤沢にあるということが大前提です。しかし、それを期待しても、

実際には経済は成長が止まり伸び悩んでいます。一時のような高度経済成長はもちろんありませんし、バブル崩壊後は低経済成長が続いており、お金の問題と高齢者の問題は非常に大きなものになってきています。

経済問題と 不可分の保険制度

日本は世界一の長寿国で、高齢化率、平均寿命、高齢化のスピードのすべてで1位の三冠王です。高齢化率を示す65歳以上人口が22.7%、もっとも最近のものでは23.1%で、23%を超えているのは世界中で日本だけです。そして平均寿命では、2009年は女性が86.44歳で、女性はもう20年以上世界一です。男性の平均寿命は79.59歳で、男性は時に1位になったり4位になったりと変動しますが、男女両方合わせて83歳前後の平均寿命は世界一です。高齢化のスピードとは、65歳以上の人口が7%から14%までになるまでの期間をいいますが、1970年から94年までの24年間で達しており、異常に早いスピードです。ただし、最近のアジアの高齢化のスピードを見てみますと、どうも日本の10年前、20年前のスピードよりも早い可能性があり、ひょっとすると、この点では日本が世界一ではなくなるかもしれません(図表3)。

図表3



私は経済のことはよく分かりませんので、詳しい話は

できませんが、国内総生産の増加率の推移を見てみますと、増加率が下がってきていることがよく分かります。20%を超えていたこともありましたが、どんどん下がって、下がってきている時点の1983年に老人保健制度ができました。そして、2000年に介護保険制度ができています。無理やりこじつけるようですが、保険制度を改変するときは経済問題と不可分であると思います。要するにお金がなくなってきたから、どうやって制度を変えるのかということがはっきりと分かります(図表4)。

図表4



お金がなくなったらどうするのか。あるところ、別のところから補てんするのか、あるいは、税金から補てんするのか。あるいは個人負担を上げるのか、保険料を上げるのか。あるいはまったく違った財布を新たに作るのか。ということくらいしか出てきませんが、いずれにしても国民の懐から出ていくことは全部一緒です。保険制度が成立する条件は極めて明快でありまして、使われた医療費よりも保険料が少なくなったら破たんします。ですから、大前提は、ひとつには保険料のほうが使われる医療費よりも多くないといけません。2つ目は、国民がそれに耐えられてきちんと保険料を納めることができる、この2つの条件が満たされないと保険制度は壊れてしまいます。かつての状況を考えると、今は相当危険な状況になってきているのではないかとことです。生活保護が増えていますが、実際に保険料を払っていな

い人も増え続けていて、おそらく100万人、200万人という単位以上に増えているだろうと思います。

こういった背景からも、医療には非常に大きな変化が求められているのが分かります。では、どう変わればよいのか。変わらなければ持たないということは分かるのですが、それではどう変わればよいのでしょうか。そのためには、もともと医療とは何なのかという基本的なところに立ち返ってみることが必要です。原則が壊れることがないよう、どういう原則をおさえた上で変えていかなければならないのか、それについて考えてみようと思います。

生活に欠かせないのは 衣食住、そして医療

吉田兼好の『徒然草』123段に書いてあることです(図表5)。「第一に食ふ物、第二に着る物、第三に居る所なり。人間の大事、この三つには過ぎず。(中略)ただし、人皆病あり。病に冒されぬれば、その愁い忍び難し。医療を忘るべからず。(中略)この四つを欠けざるを富めりとす。この四つの他を求め営むを驕とす(略)」とありますが、要するに、医療は人が生活していく上のもっとも基本的なもののひとつであると言っています。これは古今東西変わらないと思います。今も、そしてこれからも世界中変わらないことだろうと思います。

図表5

医療とは(1)

「(略)第一に食ふ物、第二に着る物、第三に居る所なり。人間の大事、この3つには過ぎず。(中略)ただし、人皆病あり。病に冒されぬれば、その愁い忍び難し。医療を忘るべからず。(中略)この4つを欠けざるを富めりとす。この4つの他を求め営むを驕とす(略)」

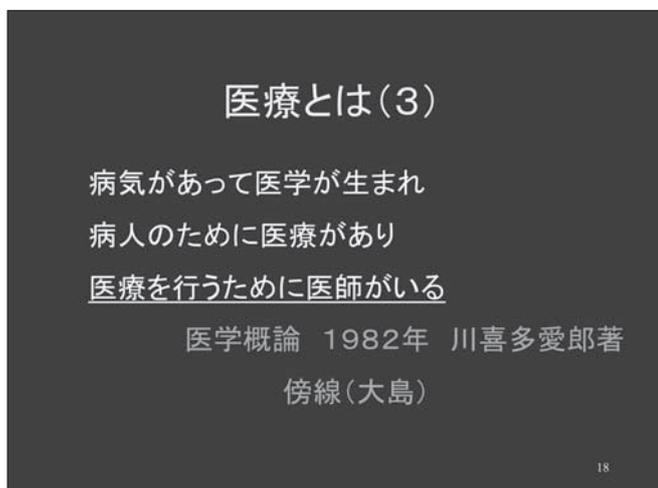
徒然草 123段
吉田兼好(1283年頃～1352年頃)

16

また、緒方洪庵が江戸時代の末期に大阪で作った適塾で、フーフランドという人が書いた『医戒』という本を杉田成卿という方が訳したものが残っています。その中に「医業(医療)とは他人の生命を保全し、他人の健康を回復し、他人の苦痛を緩和する」とあります。病気だけを治せばよいということはどこにも書いていない。これは、救命だけではなく、今のことばで言えばQOL、緩和医療、終末期についても十分に医療というものが関与する必要があるということだろうと。これは、『徒然草』と同様に今でも変わらないし、どんなに科学や技術が進歩しても変わらないことだろうと思います。

図表6は、川喜多愛郎先生が『医学概論』(1982年)に書かれたことばです。序文に載っていることばですが、「病気があって医学が生まれ、病人のために医療があり」、これは私が付け加えたのですが、「医療を行うために医師がいる」。当たり前のことですよ。病気があってはじめて医学が生まれる。病人のために医療がある。逆ではありません。医学があって病気ができるわけではない。医療のために病人がいるわけではない。当たり前です。医師のために医療があるわけではない。こんな当たり前のことをあえて言わなくてはならないのは、一体どういうことなのでしょう。

図表6



人生設計、生活設計があり、 医療計画がある

たとえば、医師不足が非常に叫ばれています。医師不足、医師不足と言いますが、であるならば基本は、どのような医者がどれだけ必要なかというところから議論する必要があります。今までの日本の医師の養成の在り方を見てみると、今、医師数が28万人くらいいます。そのうち専門医学会に入っている人は、正確ではありませんが、確か30数万人だと思います。要するに現在の医師数よりも専門医のほうが多いという不思議な数字です。要するに1人の医師が2つも3つも専門を持っていることとなります。高齢者でいうなら、むしろ総合的に全体を診てくれる医者が非常に望まれる時代に、専門医の養成が相変わらず多い。

その現象を、皮肉な言い方ですが、これだけの専門医を我が国はずっと教育して養成してきました。国民の皆さんは、その専門医の数に合わせて病気になっていただけませんか、というような医師の養成の仕方をしていっているのではないかと問われた時に「そんなばかなことはない」と言いにくい実態があるのも事実のような気がします。

医療というのは、「人が人生を全うするためにどうやって支援していくか」、ということです。人は、生まれてから死ぬまでの間に、病気という理不尽なことを経験するわけですが、その理不尽な状況に対して人生をうまく乗り切っていくために、どう支援できるのか、と考えれば、まず人生があって、人生設計があり、その人生設計をいかにうまく全うしていくかということで、生活設計ができる。生活設計があれば、それをどう支援するかというところに医療計画が出てきます。ですから、まず医療計画があって、それに合わせて生活設計、人生設計を立てるといというのは、おかしな話になるわけです。

医療とは基本的にそこのおさえるべきであって、じゃあ具体的にどういう提供の在り方を考えていく

のか。これも原則的な考え方とは一体何なのか、という視点から考えてみます。

時代によって求められる医療は変化する

実は私は腎臓移植の医療をやってきたのですが、医者になった1970年当時は、移植医療は最先端の医療で、当たり前の医療にはなっていませんでした。要するに技術がまったく進んでいなかった。今では技術が進み当たり前の医療になっています。それでもたとえば90歳を超えて腎臓が悪くなった人に移植をやるのかと、もし突きつけられれば、私はちょっと…、ほとんど反射的に「それはありえないでしょう」と言うだろうと思います。

時代によって求められる医療は、当然変わるわけですし、高齢者が増えてくれば、人口構造が変わる。そうすれば疾病の中身も変わってくる。高齢者が増えているから認知症もどんどん増えている。高齢者が少ない時は認知症も当然少ないわけですから。となれば、認知症を診なければいけない医者も当然少なくて済んでいた。というように考えれば、時代によって求められる医療は当然変わるわけです（図表7）。

図表7

医療提供のあり方(1)

1. 時代によって求められる医療は変わる
2. 医療需要に供給を合わせる
3. 医療資源には限りがある
4. 医療には公共性がある

20

これは人口だけではありません。技術の進歩、あるいは国民の意識の問題もあります。そして医療需要に

供給を合わせる。今お話ししましたように、人口構造が変われば疾病構造が変わる。疾病構造が変われば当然医療需要も変わります。医療需要が変われば、それに合わせてどんな医療資源が必要か、医者であればどのような医者が必要かということが出てくるわけです。

そして、その大前提は医療資源には限りがあるということで、非常に厳しい話ですが、いくらでも出てくるものではありません。限りがあるということは、どこかで優先度をつける、つけざるを得ない場面が出てくるということです。もっと厳しい言い方をすれば、場合によっては切り捨てなければならぬものが出てくるということです。そして医療には公共性があり、金持ちだけが何とかなればいい、というものではない。こういった原則はきちんとおさえた上で、総合的に計画を立てていくということです。

今までの日本の在り方というのは、これも厳しい言い方になりますが、個別の問題への対応ばかりやってきました。それぞれの立場の方たちがそれぞれの立場で、たとえば大学は新しい医療を進め、医者を養成し、大学の価値観によって専門医ばかりを作ってきた。社会全体の価値観でものごとを考えると、大学の価値観でものごとを進めてきた。これはこれで、ある意味大成功を収めてきた部分があるわけです。部分的には最適なことをやってきたのですが、全体の視点からいくと非常に偏ったものになってしまいます。今求められているのは、全体の視野の中でどうかということを考えることで、部分最適ではもう乗り切ることができません。

高齢化社会で求められる医療のシステムとは

つまるところ医療提供の在り方とは、必要な医療を必要とされるところへ届ける、ということに尽きるわけです。では、必要な医療とは何か、必要とされる所とはどこなのか。それはいつ、誰が、どこで、どのように、どんな医療を届けるのか。これが具体的な中身に

なってくるわけです。

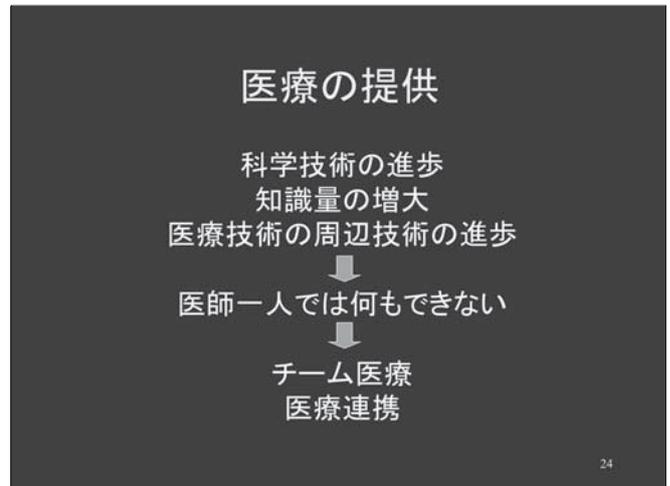
今申し上げたことを具体的に質問形式に改めれば、どんな医療が求められているのか。今のような高齢化が進んで行く中ではどんな医療が求められているのか。あるいは、これから10年先、20年先…ともっと高齢化が進んでいきますが、その中でどんな医療が求められるのか。どんな歯科医療が求められるのか。その必要とされる医療では、どんな資源をどこまで使用することができるのか。あるいは、どういう技術を開発しなければいけないのか。そして、それに関与する人だけではなく、制度も含めてどのようにシステム化し、いかに有効かつ効率的なシステムを作っていくのか、ということになるわけです。

当然ながらそれは専門家である私たちだけではなく、行政あるいは政治主導で、それこそ政治の責任でどこまできちっとやるのか。当然それに参加する住民、市民、国民がどういう形で参加するのか。それが重要だろうと思います。ということで、これからの具体的な形は、今お話ししたような医療、そして医療提供の在り方の原則というものをおさえた上で、具体的に考えていかなければならないわけです。

チーム医療と 医療連携の違い

その中でも医療連携というのは、どういうことが起ころうとも外せない、大前提のことです。なぜ大前提なのかというと、スライドにもいくつか記してありますが、何よりも科学技術がものすごく進歩しました。この進歩の中身というのは質も量も莫大でありまして、これは医療・医学の世界でもまったく同じです。知識量がものすごく増えています。単に医療技術だけではなく、IT技術も含めて工学・光学技術などの周辺技術がものすごい勢いで進歩しています（図表8）。

図表8



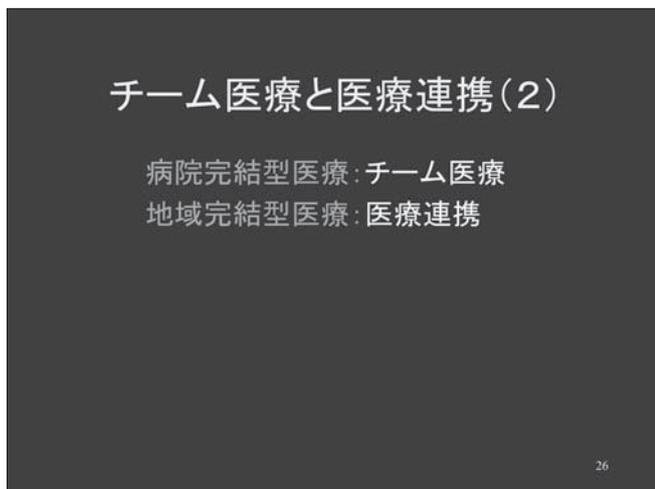
医師は医業については何でもできて、今や医師1人で全部ができるなどということはありません。要するに医師1人では何もできない。そうなれば、当然ながらチーム医療、チームを組んで医療をしていく、役割分担あるいは連携を組んで医療をしていく。これは必須であり、どんな形の医療の提供の在り方であろうと避けることができないということです。

1人ではできないという時、チーム医療と医療連携とが出てくるのですが、チームと連携というのは、私の理解ではちょっと異なっています。『広辞苑』を見てみますと、今度はいいいことが書いてありまして、チームとは「同一の仕事に従事する一団の人」、連携とは「互いに連絡をとりあつて物事を行うこと」となっています。私の理解では、チームとはどちらかという小さな単位で、しかも明確な目的があり、そして目的を達成するために、リーダー的なものとかそれぞれの役割が明快になっていること。病院でのチーム医療を考えてみれば、ある病気を治すというためにどういう役割が必要なのか、それぞれの職などをイメージすればよく分かるかと思います。連携は、もう少しいろいろなまったく異なる職種、あるいは集団、組織も含めて、お互いに情報を交換しながら協働作業的に進んでいく面があるのだらうと思っています。

地域完結型医療における 医療連携の在り方

したがって、病院の中における医療というのは、チームと言うのが適切だろう。しかし、これから進めなくてはならない、進む方向である地域完結型医療でも、チーム医療ということばが使われるのをよく見ますが、これは不適切で、医療連携だろうと思うわけです。繰り返しますが、チーム医療というのは具体的には治療目標を立て、達成するために関連する人が集まり、役割分担をして進めていくイメージです。連携というのはその人の生活をベースに、生活の中に医療があるということで、全体の支援というイメージが非常に強くなっていくだろうと思います（図表9）。

図表9



病院完結型は治療で、そこにはリーダーが必要です。地域完結型の場合は、人生あるいは生活の中に医療が入ってくるといことで、むしろコーディネーター的な役割の人間が必要ではないかと思えます。

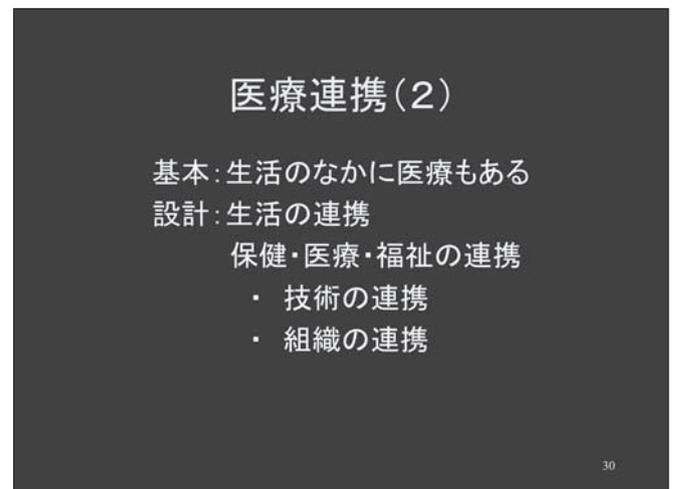
これも同じようなことですが、病院完結型では、治療・医療の中に生活があります。これは緊急避難的な事態でありまして、社会から外れるということでもあります。地域完結型の場合は、日常の生活の中に医療があるわけで、基本的な医療における考え方は、もちろん治すということが必要ですが、治すだけではなく支えていく。し

かも医療連携というイメージの中には、医療の連携だけではなく保健医療、福祉が不可分に結びついているということを十分に理解する必要があると思います。

高齢社会を支える 医療連携とは

医療連携ということ具体的に取上げてみますと、生活の中に医療「が」というよりも医療「も」ある。生活というのは朝起きて、顔を洗い、食事して…というところからはじまるわけですが、その中に医療もある。したがって人生設計があって、生活がある。生活があって医療計画がある。こういう全体の生活の中で位置付けられるという理解をしていく必要があると思います（図表10）。

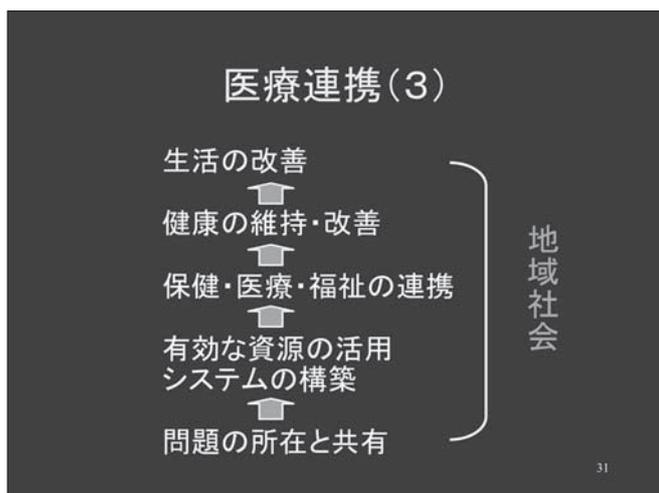
図表10



基本的な考えは、生活の中に医療もあるということです。人の生活を考えた時には医療関係者だけではない生活の連携があり、そして、医療を生活から切り離すことはできませんから、生活の連携の中に保健・医療・福祉の連携が入ってきます。これは、当然のことながら技術の連携であり、組織の連携であり、そして具体的に動かしていくのは人ですから、人の連携であることは言うまでもありません。地域で全体を見ていく医療の中における連携というのは、こういう理解が必要だろうと考えています。

したがって、これからの高齢社会の中でどのような地域社会を作っていくのか、どう高齢者の生活をイメージしていくのかということが基本になります。何が問題なのか、そして、それを解決していくためにはどんな資源をどう使っていくのか。どうシステムを作っていくのか。そういう中で保健・医療・福祉の連携はどうあるべきか。そして、それをとおして健康の維持、改善、健康問題をいかに乗り越えていくのか。それが生活の改善に伝わって行って、その人の人生をより豊かなものにすることができるか。これは地域社会の中で行われていくことであり、その核になっていくのが医療の面から言えば在宅医療であり、在宅歯科医療なのだろうと考えています（図表11）。

図表11



そこで医療連携では、健康の維持、改善を前提に、それを通じた生活改善を目標にする。そのためには専門職の連携、専門職個々だけではなく職能団体の連携、そして産官学の連携が欠かせないだろうと思います。もうひとつ、政治も入れたいところですが、これから政治家がどういうふうに関与して、どういうリーダーシップをとってくれるかは非常に大きな課題だろうと思っています。

今こそ問われる 専門職としての医療

これは、最後にひとことだけつけ加えておきたいことです。

あえて、「医療は専門職である」としました。当たり前のことです。医療職というのは他者の人生に影響を直接与える、そして、人の弱みに介入する職種です。今検察が大変な問題になっていますが、一時医療も叩かれましたけれども、検察も人の人生に影響を与える、人の弱みに介入する、人の人生を変えてしまうそういう職種です。その専門職が専門職としてきちんと機能してくれるためには、安心できる環境、確実な技術、それに対する信頼感が必要で、それらがなければ、専門職は専門職として成り立ちません。

中世の時代に専門家というのは、3つだけでした。医者と僧侶と法律家です。今の日本の中では、僧侶の影響力は希薄かもしれませんが、医師にしても僧侶にしても法律家にしても、人の人生に介入しました。とくに医者の場合には身体に具体的な形で介入します。

この3つが専門家として認められてきたのはなぜかと言えば、ギルトと言われますが、職能団体を自ら作って、自らがその質を制御してきたからです。要するに性質の悪いものや不良品は自ら排除してきた。あるいは、自分たちがやっていることがおかしいときは、おかしいと自らははっきりと言う。これをピアレビューと言いますが、それをきちんと行うことによって、専門家集団が言うことというのは信用される。また、それが信用できなければ社会が不安でしょうがない、ということが背景にあるわけです。そういった仕組みを作って、社会と専門家との信頼関係が成立してきたわけです。

専門家の責任というのは、専門分野の質の保証です。まず、これを個人としていかに行うか。医者としての私は、自分が医療行為を行う時に一体どういう倫理観と使命感と責任感を持って行うのかということは、繰り返し繰り返し、体の中にたたきこんできました。絶対に

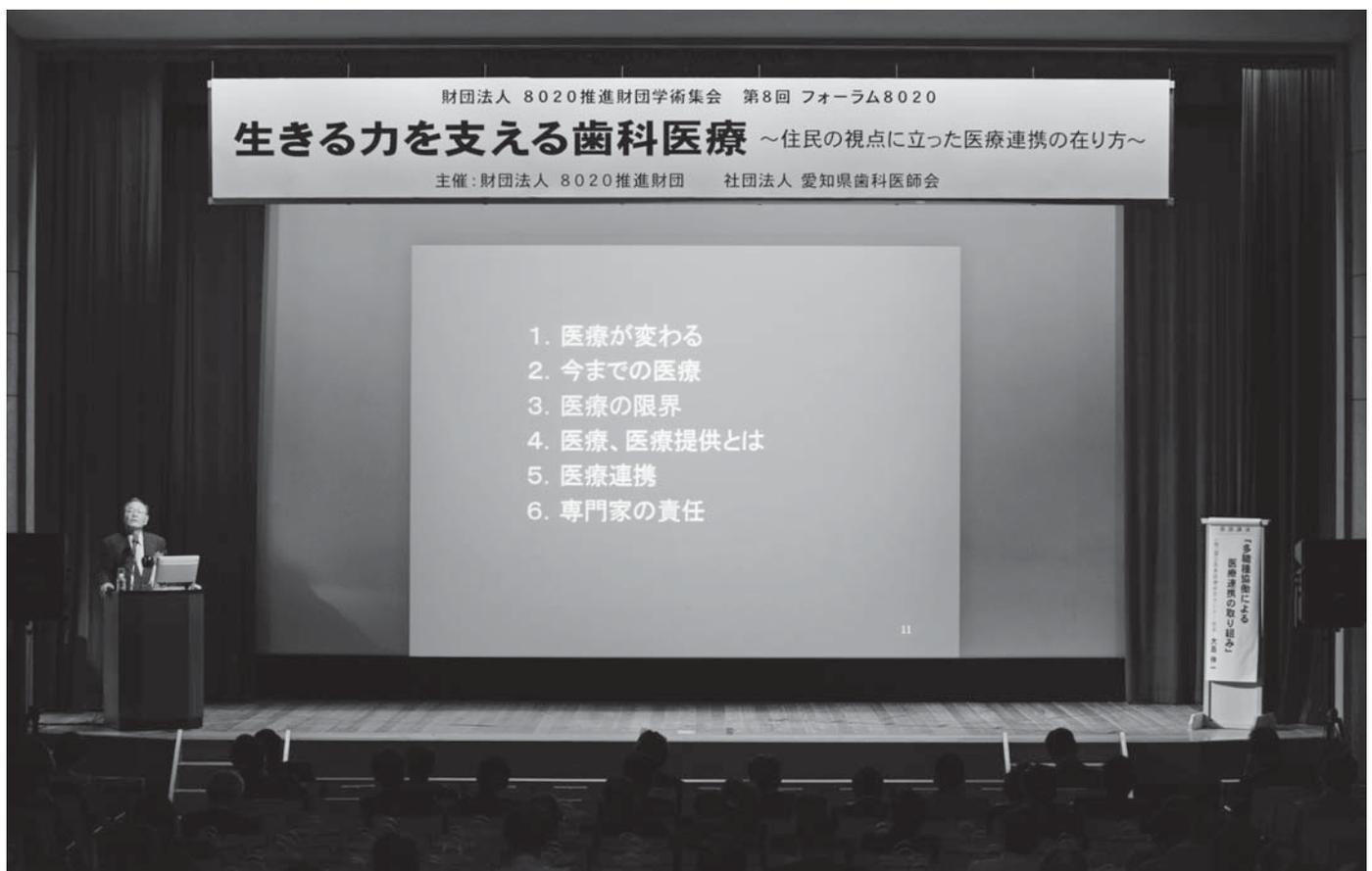
やってはいけないこと、逆にやらなければいけない時にやらなければいけないこと。それを自分なりに基準を持ってやってきました。それは個々の医師、専門家が当然身につけなければならないことです。

もうひとつ大切なことは、職能団体としての責任とは一体何なのかです。たとえば今のように大きな医療の転換期、非常に不安定な時期にあって、職能団体が一枚岩となり「これから必要とされる医療はこうですよ」「それに対して私たちはここまできちんと技術を提供することができるし、こういった方向で考えることができます」という方向性を、団体として示すことができるかどうか我问われると思います。ある団体がこう言い、そうすると別の団体があんなこと言っているのは信用しづらい、向こうの団体があんなことはもうダメだ

と言うようなことではいけません。

リップサービスするわけではありませんが、そのような意味で、日本歯科医師会は今一枚岩となり、この不安定な時期に歯科医師会全体としてきちんとした方向性を示そうとしているように感じています。研究し、レポートを出し、今後の歯科医療の在り方はこうですよ、と示しています。悩みながら議論しながら、その方向性をまとめるためにきちんに対応されていると思います。ちょっと離れたところから観察させていただいていますが、専門職能集団として正しい対応の仕方をしているということで、心から敬意を表したいと思います。

私の用意した話は以上です。ご清聴ありがとうございました。



講演

歯科保健医療対策の動向

～医療連携について考える～

前厚生労働省医政局歯科保健課課長 日高 勝美



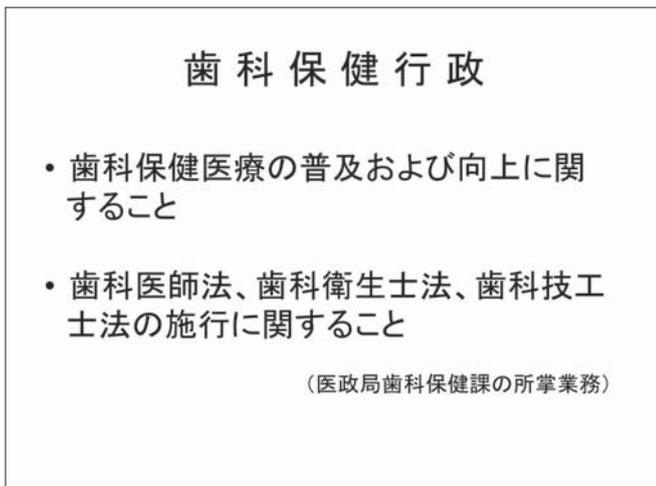
健康づくりを含めた 医療連携を目指して

ご紹介いただきました日高でございます。本日は第8回フォーラム8020にお招きいただきまして、誠にありがとうございます。平成22年7月に厚生労働省を退職いたしまして、以前に比べ自由な立場になったわけですが、本日は、今まで厚生労働省が実施してきました内容を中心に話をさせていただきます。いわゆる医療のみの連携にとどまらず、健康づくりも含めまして、少し広い観点

から説明させていただきたいと思います。

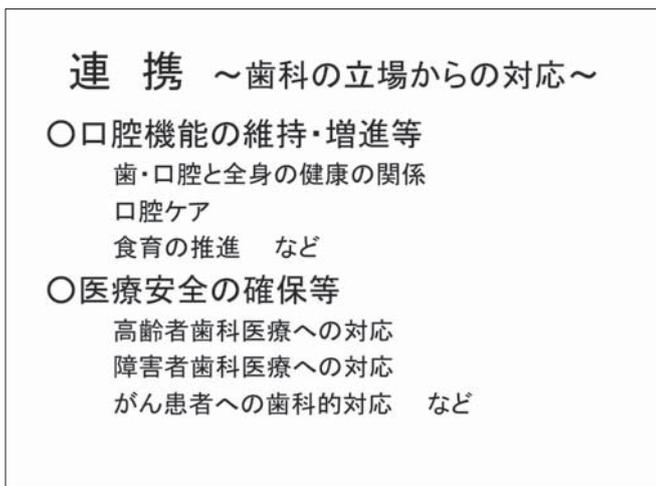
厚生労働省歯科保健課では、歯科医師法、歯科衛生士法、歯科技工士法という歯科関係の三法のほかに歯科保健医療の普及向上に関することを所管していますが、健康づくりや医療連携も、このような規定に基づいて所管しているということになります(次ページ図表1)。

図表1



歯科の観点からの連携につきまして、今まで対応してきたことの概要ですが、大きく分けて健康づくりの面と医療安全などの面に分けられると考えております。健康づくりは、口腔機能の維持増進などです。医療安全の確保のほうは、高齢者歯科医療への対応、障害者歯科医療への対応、それから最近では、がん患者への歯科的対応として、日本歯科医師会と国立がん研究センターとの連携などですが、そういうものが該当するのではないかと考えております (図表2)。

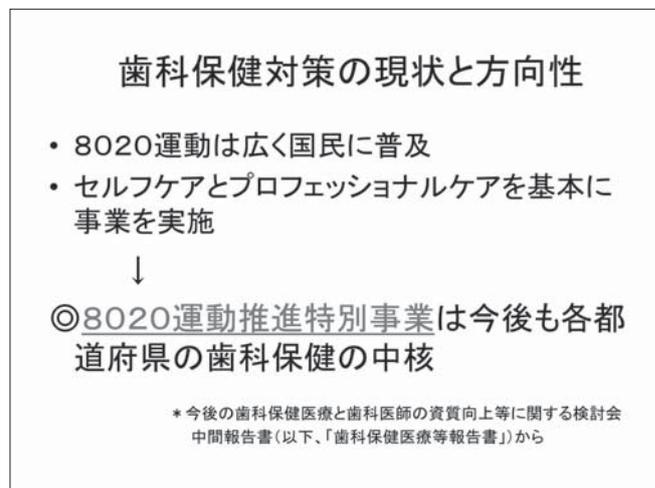
図表2



保健医療・福祉関係者との連携を提唱

まず、最初に健康づくり、予防を中心に考えた連携です。歯科保健対策の進め方につきましては、少し古くなりますが、平成18年12月にとりまとめられました『今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上等に関する検討会中間報告書』というものが厚生労働省から出されています。その中で、今日もご挨拶でありましたように、「8020運動推進特別事業は今後も各都道府県の歯科保健の中核的なものである」と指摘されたわけですが、この8020運動推進特別事業につきましては、昨年11月に政府の事業仕分けの対象になり、いろいろな指摘があったのですが、なんとか生き残り、無事今も継続されています。そして、この事業において、各都道府県で幅広い施策が実施されてきたということも事実です (図表3)。

図表3



この中間報告書の中で、今後の歯科保健対策の方向性につきましては、公益法人である歯科医師会の役割は大変重要であるということで、「食育・生活習慣病予防・介護予防等と連携した歯科保健医療の事業展開を期待」というふうに指摘されました (図表4)。

図表4

歯科保健対策の現状と方向性(続)

◎公益法人改革に伴い、
歯科医師会等の公益事業として、食育、生活習慣病予防、介護予防等と連携した歯科保健医療の事業展開を期待

◎8020運動に加えて、**歯・口腔の機能に着目した新しいスローガンが必要**

(歯科保健医療等報告書から)

ここで健康づくりに関し、歯科以外の方との連携の必要性が提唱されたというように理解しています。一方で、歯・口腔と全身の健康の関係について研究が進められてきたのはご承知のとおりです。これにつきましては、ある意味歯科医師サイドの期待が先行しているのではないかという、やや厳しい指摘もいただいたわけです。そういった中、今後の方向性として、歯科医療関係者とほかの保健医療福祉関係者が連携し、高いレベルの研究を推進していく必要性があわせて提唱されたわけです(図表5・6)。

図表5

歯・口腔と全身の健康

◇高齢者への口腔ケアが誤嚥性肺炎の予防となる。

◇歯周病が妊婦に及ぼす影響や歯周病と糖尿病や循環器疾患との関係等が注目。

◇8020達成者は医科医療費が低いとの報告。
※現在歯数が少ないことが原因となり、その結果として全身の健康に影響を与えたのか、あるいは全身疾患が原因となって現在歯数が減少したのかは、単年度の横断的研究だけでは分からない。

◇厚生労働科学研究でも、研究を重ねているところ。

↓

◆一方、研究の成果が具体的な事業にどのように結びつくのかが明確でない等の問題点。

◆歯科医師の期待が先行し、必ずしも、レベルの高い研究に基づくものではない。

図表6

歯・口腔と全身の健康(今後の方向性)

- 歯科医療関係者と他の保健医療福祉関係者が連携して具体的方策を提示するための(高いレベル)研究を推進していく必要
- 研究成果が、保健医療福祉関係者、ひいては住民に広く周知・還元されるようにすることも不可欠

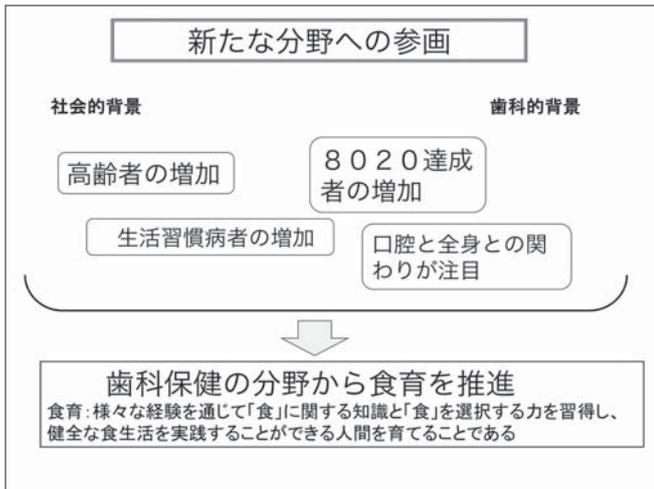
(歯科保健医療等報告書から)

こういった流れがあって、最近の動きですが、厚生労働省といたしましてはこのような状況も背景に、本年度から東北大学の小坂先生を中心にして「口腔保健とQOLの向上に関する総合的研究」ということで、口腔と全身の関係について科学的な分析という形で検討を開始していただくことになったところです。

歯科保健分野からの食育の取り組み

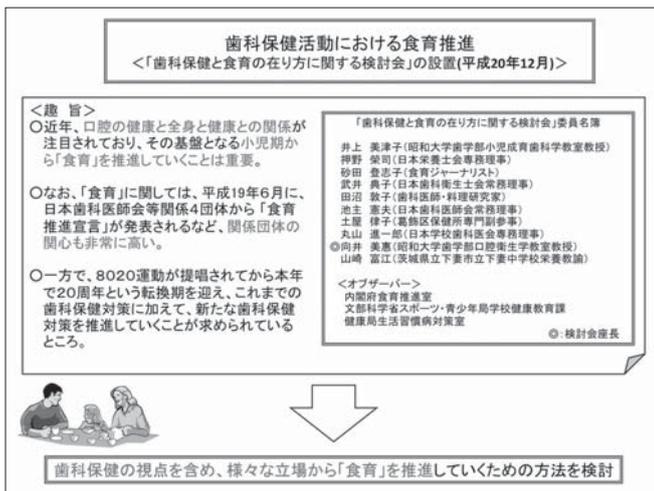
そして、歯科保健として新しい分野への参画ということになりますが、健康づくりにおける具体的な連携のひとつとして食育推進の検討を行うことになりました。もともと平成19年6月に歯科関係の4団体で食育推進宣言が出されていましたが、高齢者の増加、あるいは生活習慣病の増加などの社会的な背景と、8020達成者の増加、さらに全身との健康との関わりが注目されるなどの歯科的背景とが相互に関連してきているということもあり、歯科保健の分野から食育を推進するという考え方が取り上げられたところです(次ページ図表7)。

図表7



そういう経緯から、平成20年12月に「歯科保健と食育との在り方に関する検討会」を設置しました。検討会委員のメンバー構成にありますように、歯科保健と食というこで、栄養士会、食育ジャーナリスト、行政、栄養教諭など、さまざまな立場の方にご参画いただいております、歯科保健の視点を含め、それぞれの立場から食育を推進していくということで検討が開始されたわけです（図表8）。

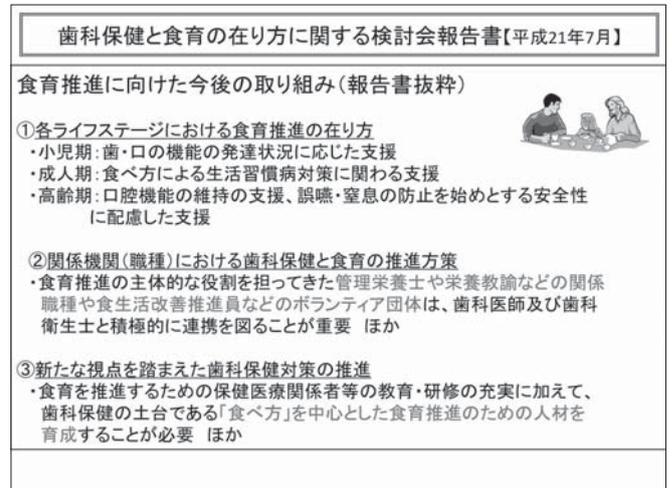
図表8



平成21年7月にとりまとめられた検討会の報告書の概要ですが、食育の推進方策として、「管理栄養士や栄養教諭などの関係職種や食生活改善推進員などのボランティア団体は、歯科医師および歯科衛生士と積極的に連携を図ることが重要」とされています。そして、

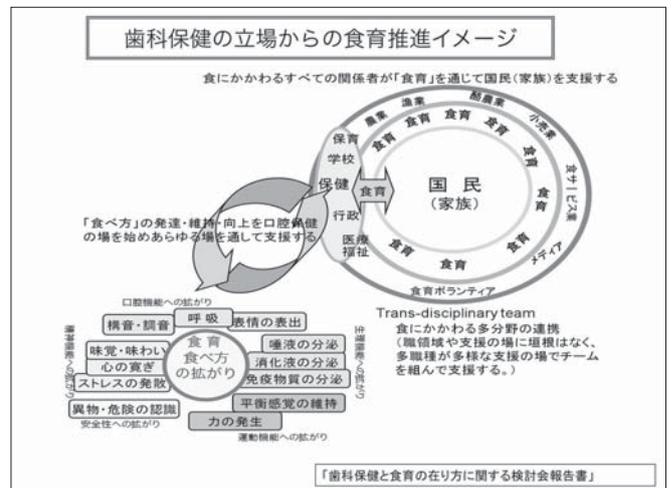
他職種との連携に加えさらに人材の育成を行うことが必要であるとされています。健康づくりについても他職種との連携は非常に重要ではないかと考えております（図表9）。

図表9



次に、報告書の食育推進のイメージですが、図表10のようになっています。医療福祉、学校、行政、保健などが書かれていますが、食育の推進のためにはこういった専門職だけでの連携ではなく、国民が広く対象となるという認識です。国民全体での健康づくりが大事だということが、この報告書で提起されたということです。

図表10



健康づくりの話ですから、当然国民自らが自覚し実

施していくことがポイントになりますが、医療においても当然国民の認識が重要です。一方で、疾病治療という観点から申し上げますと、医療においては、なるべくリスクを回避していくために連携が必要になっていくというふうに考えています。先般、新聞記事にもなりましたが、日本歯科医師会と国立がん研究センターとの連携ということもその一環であろうと考えております。

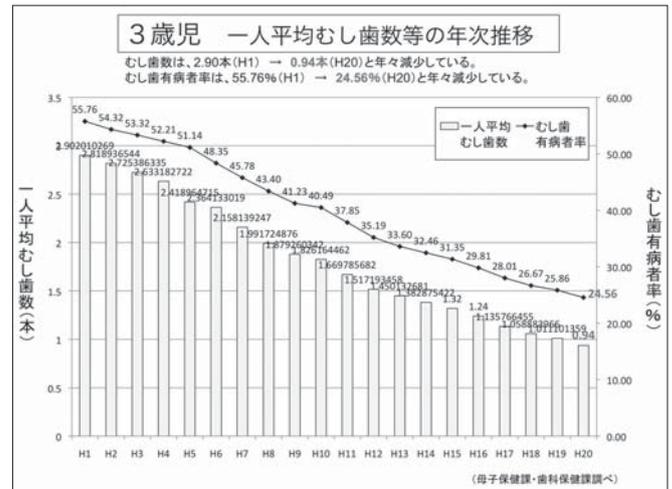
高齢者・残存歯の増加で リスクも増える

次に医療安全の確保につきまして、医療と歯科医療との連携についての話に入ります。

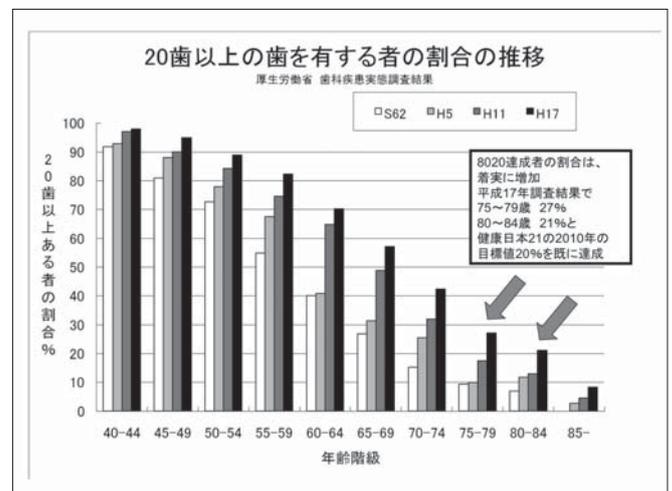
基本データからいきますと、国民の歯の健康状態につきましては、皆様方ご承知のとおり著しく改善しています。子どものむし歯は、3歳児、12歳児ともに著しく減少しています。他方で8020達成者は増加しており、これ自体は喜ばしい傾向です。しかし、8020達成者の増加には、実は、一定のリスクが潜在していることに気をつける必要があるのではないかと、という指摘もあります。

これらをデータで見てみますと、3歳児の1人平均のむし歯の数の推移では、20年間で3分の1になり、今や1本未満です。一方、8020の基本データを見てみますと、75～79歳、80歳以上の推移で分かるように、経年的に8020達成者の数が増えているといえます（図表11・12）。

図表11

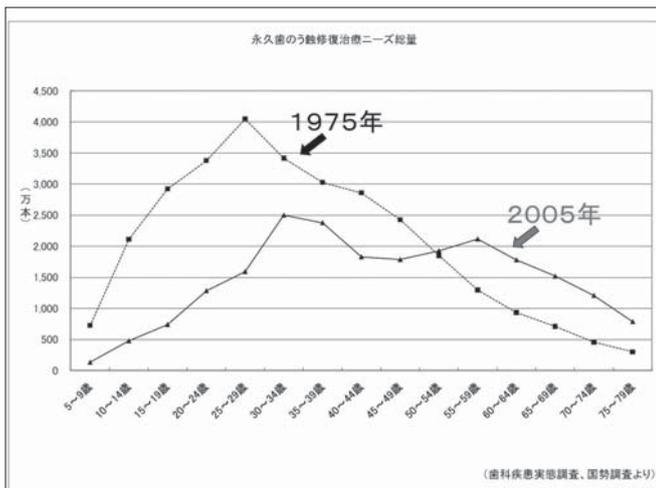


図表12



そして、治療の必要なむし歯の状況を見てみます。1975年と2005年とで比較したグラフによると、以前は若い年代に大変多かったむし歯が、2005年になると非常に減っています。他方、高齢者の数が増え、残存歯が増えていきますので、2005年のグラフにありますように、高齢者における治療を必要とする歯は増加しています。このグラフは推計していただいたデータですが、この傾向はさらに進んでいくのではないかと予想されています。そういったことで、やはり高齢者で歯が残ると一定のリスクはあるのではないかと、ということになります（次ページ図表13）。

図表13



そういう状況も踏まえて、少し観点が広いのですが、厚生労働科学研究事業において、「歯科疾患等の需要予測及び患者等の需要に基づく適正な歯科医師数に関する研究」というものを、国立保健医療科学院の安藤先生を中心に実施していただいています。

患者の視点に立った リスク軽減を目指して

では高齢者の歯科治療についてどう考えるのか。『歯界展望』の記事を引用しますが、そこに書かれているように、基礎疾患を持つ患者の増加、残存歯の増加による麻酔や観血処置の増加にはリスクが存在しています。そのことから、連携も含めて安全対策が必要になります。患者の視点に立ち、歯科医療におけるリスク軽減を図ることが重要ということです。そういった観点は、平成19年12月の「歯科医師国家試験制度改善検討部会報告書」にも含まれています。国試は厚生労働省の所管でして、国家試験の出題の在り方についてどう考えるかという内容になります。社会的課題に対応するため、高齢者、全身疾患を有する者への対応についての出題を充実させることが提言されました(図表14)。

図表14

歯学医師国家試験制度改善検討部会報告書
平成19年12月 厚生労働省

(抜粋)
＜社会的課題への対応＞
少子高齢化への進展や疾病構造等の変化を踏まえ、口腔と全身との関わりや高齢者・全身疾患を有する者への対応、歯科疾患の予防管理等について内容を充実し、また、直近の社会保障制度等に関する内容についても出題範囲に含める等、出題基準の柔軟な運用を図るべきである。

歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議第1次報告
～確かな臨床能力を備えた歯科医師養成方策～平成21年1月文部科学省

(抜粋)
口腔と全身の関わりや高齢者、全身疾患を有する患者等への対応、予防歯学、社会医学など今後の歯学教育を取り巻く、環境の変化を見据えて、歯科医師国家試験に総合医学領域を導入するなど、医学・医療との連携を含めた幅広い歯学教育のあり方について検討する。

当然、国家試験に対応して教育も見直して欲しいということになります。平成21年1月の文部科学省の「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の報告書においても、高齢者、全身疾患を有する患者等への対応ということで、同様の指摘がされており、教育内容も見直して充実を図るべきという動きになっています。

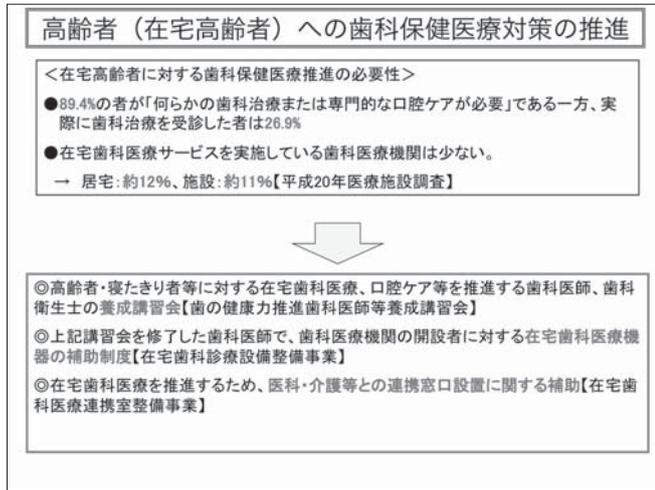
在宅歯科医療の普及 のための取り組み

次に、厚生労働省として実施してきた高齢者への歯科保健医療対策について説明をさせていただきます。まず、従前の調査によると、在宅高齢者の89.4%が何らかの歯科治療、または専門的な口腔ケアを必要としています。一方、実際に歯科治療を受診した人は26.9%です。つまり需要と供給にはギャップがあり、実際に在宅歯科医療サービスを実施している歯科医療機関は多くないという調査結果になっているわけです(図表15)。

その状況をどう改善していくのか。まずは人材育成が大事であるということで、平成20年から日本歯科医師会に委託して、在宅歯科医療、口腔ケアなどを推進する歯科医師、歯科衛生士の養成を目的に講習会を開始しました。また、在宅歯科医療機器の補助制度も導入しています。これだけでは十分ではないということで、平成

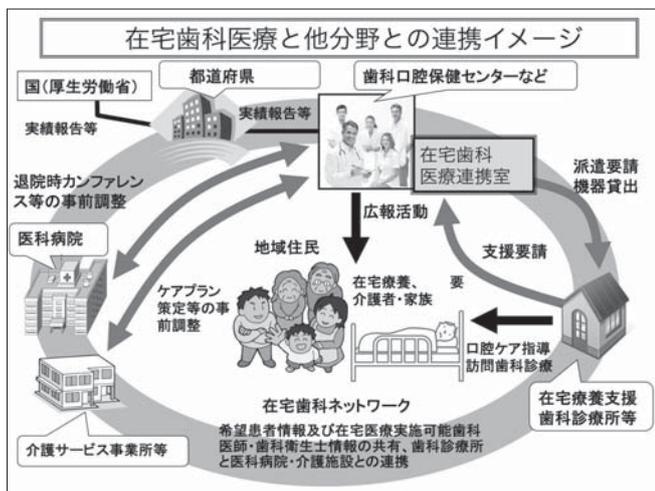
22年度から医科や介護などとの連携を推進するため、新しい事業を開始しています。

図表15



図表16は、在宅歯科医療と他分野との連携のイメージです。たとえば歯科口腔保健センターなど地域の中心施設に在宅歯科医療連携室を設置してもらい、医科病院、介護施設、歯科診療所などとの連携、連絡調整などを行うという仕組みを設けたらどうか、ということで、予算化いたしました。基本的には医療と歯科医療との連携を念頭に導入した事業で、各都道府県の事業となります。本年度は全国17県で実施する予定と聞いています。

図表16



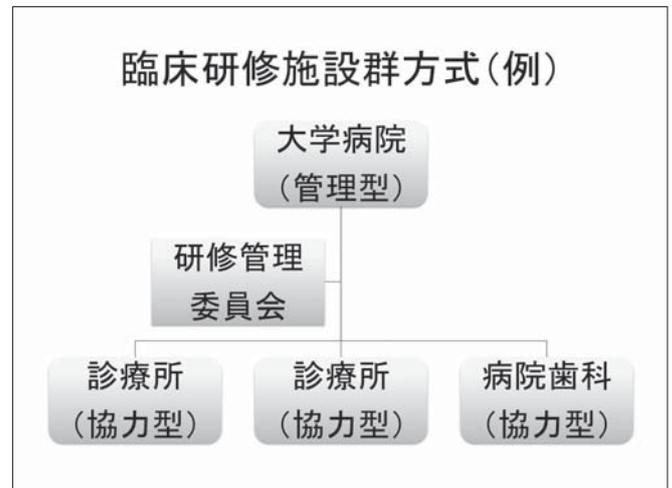
つまり、現在厚生労働省歯科保健課として行っているのは、人材養成を目的とした講習会と医療機器の補助、そして連絡調整・連携の事業をはじめたということです。

高齢社会を見すえた 歯科医師研修

次に、歯科医師の臨床研修についてお話しします。

図表17は、歯科の臨床研修でいちばん多い形ですが、臨床研修施設群方式といい、大学病院を中心に歯科診療所などに協力していただいています。診療所と組み合わせたほうがいろいろな症例も体験できるといことで推進しています。

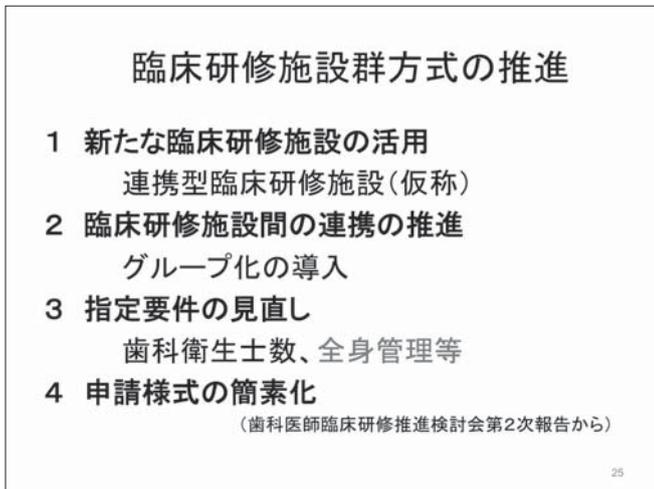
図表17



臨床研修施設として厚生労働大臣が指定するにはいくつかの指定要件があり、歯科医師、衛生士の数などのほか、全身管理等の研修を行うこともそのひとつです。実は今年、全身管理の在り方について見直しを行いました。従来は、全身管理などについては入院症例というものに限定していたのですが、それだけでは歯科臨床の実態とは乖離してしまいます。そこで、実態に基づき、入院もしくは外来患者に対して全身管理の研修が実施できること、または在宅歯科医療において主治医との連携を図った研修が実施できること、というように

改められました。つまり、入院症例だけではなく、医療連携という前提を研修に取り入れたということです（図表18）。

図表18



このように歯科医師の臨床研修においても医療と歯科医療との連携を推進し、若い歯科医師の皆さんに高齢社会にふさわしい歯科医療の進め方をなるべく早めに経験してもらう。それを取り組みとして考えているところです。実際に、この指定要件が適用されるのは23年度からです。

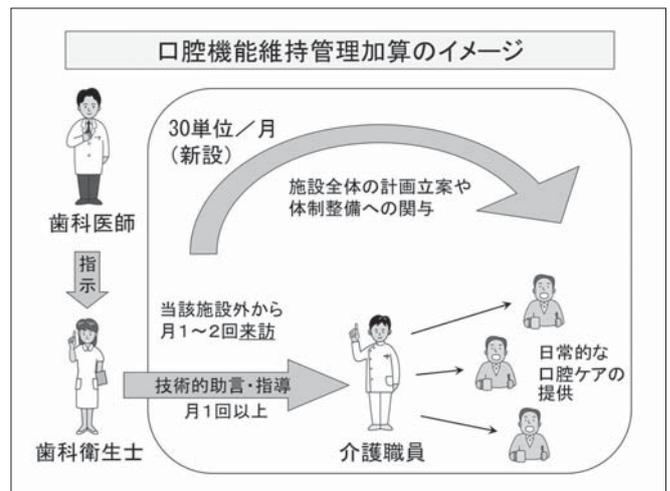
介護口腔予防ケアの推進を目的とした取り組み

次に介護保険などにおける連携の考え方ですが、歯科医師、歯科衛生士と介護職員との連携ということになります。「高齢者の口腔保健の維持増進に関する研究」によりますと、介護老人福祉施設職員に対する歯科保健教育について調べていますが、介護老人福祉施設で79.8%、介護老人保健施設で74.9%が歯科保健に対する教育が実施されていなかった、つまり2割くらいしか教育を実施されていないという実態でした。施設では、ほとんど適切な口腔ケアが行われないということで、昨年度の介護報酬の改定において口腔機能維持管理加算を導入し、介護職員に対する口腔ケアに関わる技術

的助言および指導というものが加えられました。

図表19は、口腔機能維持管理加算のイメージです。歯科医師が歯科衛生士に指示して介護職員の方に技術的な助言、指導を行うというものです。実際は、介護職員の方が日常的な口腔ケアの提供を行うわけですから、歯科関係者と介護職員が連携するということで、これもひとつの連携の形と考えています。

図表19



また、介護予防や口腔ケアに関連して厚生労働科学研究も進められているところです。高齢者のドライマウスや、摂食・嚥下障害の機能改善、介護予防の関係などの研究ですが、こういったものも今後介護との連携に役立てられていくものと認識しています。

歯科診療報酬においても、22年度の改定で在宅歯科医療に関する評価、障害者歯科医療の連携に関する評価、病院歯科医療の評価が少しずつ広げられていると聞いております。これは、医療と歯科医療の連携、もしくは歯科診療所と病院歯科との連携の推進という観点からの経済的な評価ですが、将来に向かっての素地になっていくのではないかと考えています（図表20）。

図表20

平成22年度歯科診療報酬改定のポイント
1. 在宅・障害者歯科医療の推進
2. 病院歯科機能の強化
3. 歯科診療報酬の簡素化
4. 有床義歯（入れ歯）の管理体系の見直し
5. その他の歯科医療技術の評価
6. 新規の歯科技術の保険導入

さらなる連携の 推進を目指して

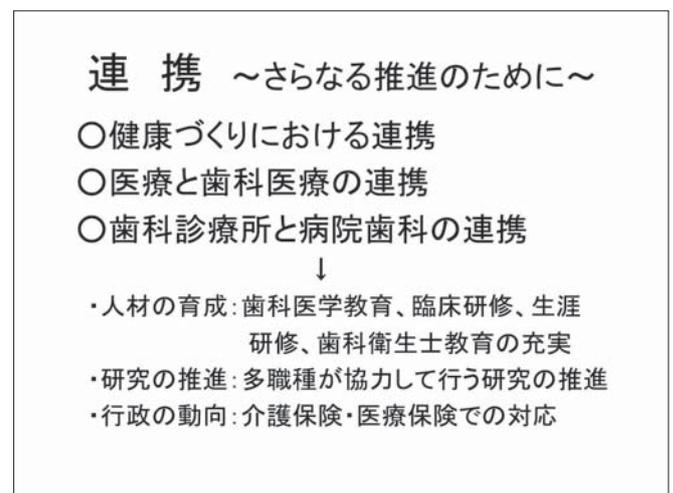
最後にまとめになりますが、本日は連携の在り方を当面3つに整理させていただきました。健康づくりにおける連携、医療と歯科医療の連携、歯科診療所と病院歯科の連携ということです。先ほど例にあげました介護との連携につきましては、日常的な口腔ケアという意味では健康づくりの一部と考え、整理させていただいております。

今日の主眼かもしれませんが、医療と歯科医療との連携につきましては、高齢者の増加、そして高齢者における残存歯の増加ということがあり、患者のリスクを軽減する観点から、重要度が増すのではないかと考えられます。また、歯科診療所と病院歯科の連携も高齢患者のリスクへの対応という面では、医科歯科連携と重なる部分があるわけですが、実は歯科固有の疾患で難症例という場合も従来と変わらずありえますから、歯科同士の病診連携も引き続き強化していくことが重要ではないかと考えております。

このように3つのカテゴリーがあると私なりに考えたのですが、さらなる連携の推進を図っていくためには、どう対応するのか、どういったことが考えられるか。ひとつには歯科医学教育、臨床研修、生涯研修、歯科衛

生士教育の充実など、人材の育成が必要ではないかということ。次に歯科関係者だけではなく多職種の協力により研究を推進していく。やはり、歯科医師の期待だけではなく、科学的な根拠が大事ではないかということ。そして、平成24年に介護保険と医療保険の同時改定が予定されていますが、これらの改定の中でどのような対応が図っていかれるのか。今後議論がはじまると思うのですが、こういったことが将来へ向かってのポイントではないかと考えています（図表21）。

図表21



今日は問題提起だけでございましたが、元行政にいたという観点から、歯科の連携の在り方について今までの動向と今後に向かっての若干の考え方を述べさせていただきます。

ご清聴ありがとうございました。

報告

愛知県での 8020社会を目指した医療連携

(社) 愛知県歯科医師会理事 佐藤 理之



ただいまご紹介をいただきました佐藤でございます。
本日はご高名な先生方の中で貴重なお時間をいただきました。10分ではございますけれど、発言をさせていただきたいと思っております。

8020運動のはじまりと 全国への拡大

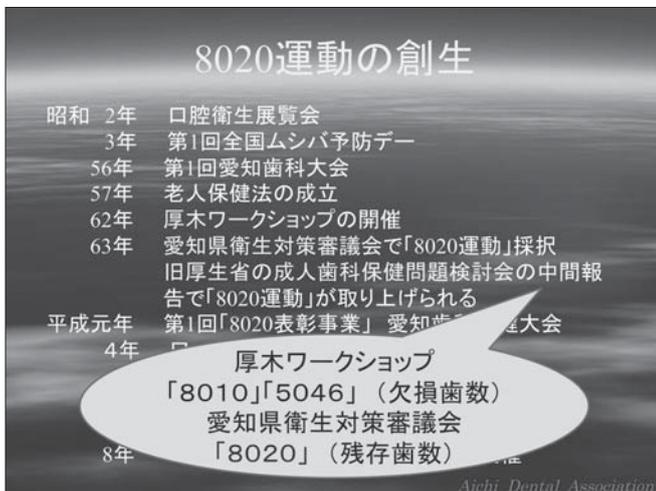
本日は8020運動と医療連携について、保健の部分と医療の部分についてのお話をさせていただきます。まず、

これまでの8020運動の中でトピックスとしてお伝えしたいことから説明させていただきます。

昭和62年に開催された「厚木ワークショップ」にて、8010ということばが出ました。このときは、80歳で10本の歯を失うということで「8010」、また50歳で4.6本の歯を失うということで「5046」、というように欠損歯を数えるところからスタートしました。翌63年の愛知県衛生対策審議会においては、80歳で20本の歯を残そうということで、残存歯を数えることになり、これが8020運動として採択されました。それに伴い、旧厚生省の成

人歯科保健問題検討会の中間報告の中で8020運動が取り上げられ、それが全国的に広がるきっかけになったと聞いております(図表1)。

図表1



もうひとつには、平成4年に開催された「ワークショップ8020愛知」があります。愛知県ではこういう会議が比較的多く行われており、委員長の榊原先生を中心に、非常に大きな会議を全国的にとり行っています。『8020運動推進へのいざない』という冊子には、ワークショップ8020愛知のまとめが掲載されていて、そこに大きく「生涯自分の歯で噛む快適な人生」というキャッチコピーが載っております。また、「8020運動の全国展開は、老人保健法に歯科健診を導入するための環境整備を行なうことに繋がる」と書かれておりまして、現在は、健康増進法になっていますが、老人健診の中に歯科健診を導入していこうという動きが全国的に広まったということです。愛知県でも、各市町村でこういった健診事業が行われているというところでございます。

5年後・10年後も健康を維持する8020達成者

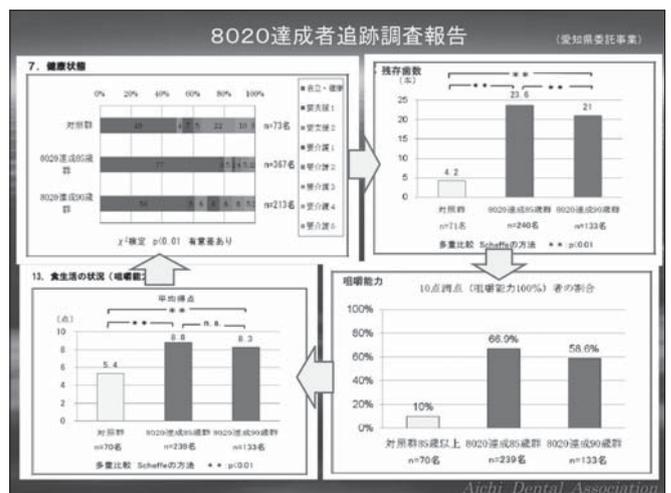
愛知県の事業として、平成元年から「8020表彰事業」がはじまり、今年では3,889名という表彰者が出ております。またその中では、ご夫婦での8020達成者というこ

とで50組弱の表彰者が出ております(図表2・3)。

図表2



図表3



そして、愛知県の委託事業としまして、「8020達成者追跡調査報告」を行い、8020達成者の方が5年後、10年後にはどういった状況だろうかといったことを調べており、非常によい結果が出ています。健康状態では、自立・健康と認定された人が、対象群では50%を切る程度ですが、8020達成85歳群においては77%、8020達成90歳群においても56%となっています。そして、残存歯の数は、対象群は4.2本ですが、8020達成85歳群において23.6本、8020達成90歳群においても21本ということで、未だ8020を継続しているということがございます。それによって咀嚼力という点においては、咀嚼能力100%の者の割合が、対象群では約10%しかいないの

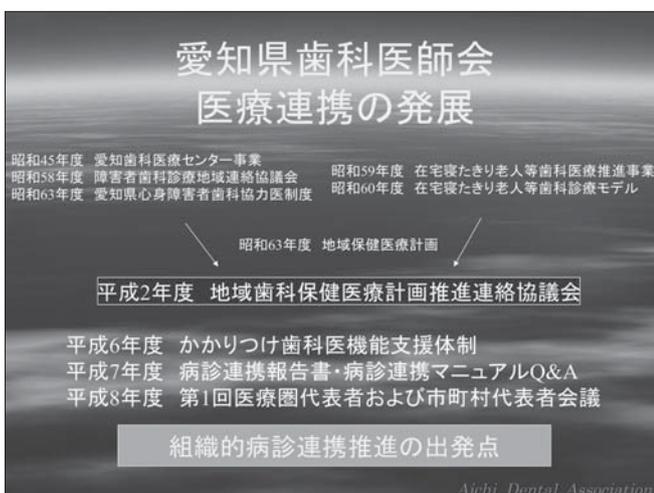
に対し、85歳においては66.9%、90歳においても58.6%いるということです。

このように、5年、10年経ったあとも非常に健康状態がよく、また咀嚼ができるということで、さらに健康度をアップしている、いい回路ができてきているのだらうと思います。

愛知県の歯科医療と医療連携の取り組み

愛知県歯科医師会の医療連携の発展ということですが、まず昭和45年に愛知歯科医療センターで心身障害者の診療に関わり、また59年からは在宅寝たきり老人等の診療が発展していきました。これら別々に発展してきたものが、地域保健医療計画という中で計画され、推進されていくことになってまいりました。また、歯科医師会の独自の事業としまして、かかりつけ歯科医の支援体制や、かかりつけ歯科医をバックアップする病診連携のマニュアルなども作成され、ここに至ってやっと組織的な病診連携の体制ができてきた、という流れでございます(図表4)。

図表4

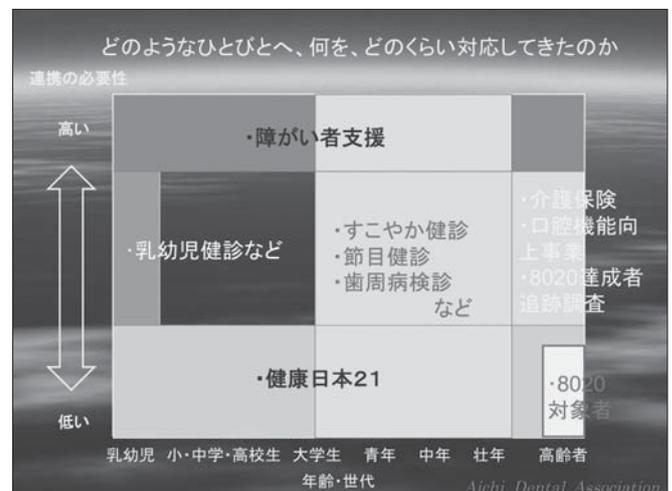


そして、今までに「どのような人に、何を、どのくらい対応したか」ということで、一覧できる図表を作成いたしました。横軸に乳幼児から高齢者までというように

年齢をとり、縦軸には連携の必要性の高低をとっております。

図表5にあるように、1歳半、3歳の乳幼児健診のようにその年齢に限定して行うこと、健康日本21のように全年齢にわたり、健康な方を対象にしていく政策、また、障害者支援のように非常に連携が密に重要視されること、老健における成人健診等の設置もしてまいりました。さらに、高齢者になりますと介護保険、口腔機能の向上等を充実させてきています。

図表5

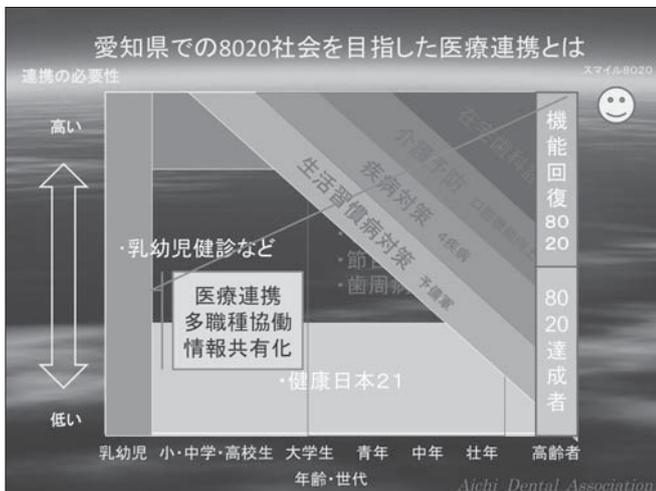


そして、8020達成者というのは全体の大体25%くらいで見えていますが、では高齢者層に医療連携というものをに入れていった場合、どういったことを考えていくのか。高齢でなおかつ連携が非常に必要な方では在宅歯科診療の重要性、また、施設病院などに入所している方であれば、そういう所での歯科診療の重要性ということが出てくるのではないかと思います。さらに、その手前には介護予防ということで、口腔機能の向上等が必要になってくるだらうと考えます。

疾病対策としましては、現在医療計画等でも4疾病といったところでよく歯科のことが取り上げられています。生活習慣病対策、予備群等においても、歯周病対策などの必要性があるということです。図表6(次ページ)の「愛知県での8020社会を目指した医療連携とは」では、年齢と連携度の高い・低いというように表し、特

に我々が提供できるところでいきますと、図表にありますように、たすきがけをしたように斜めに重要性が出てくると思っております。

図表6



こういった中でキーワードとしましては、「医療連携の重要性」、そして「多職種の協働の重要性」、そして「情報の共有化」。これら3点が非常に重要であり、必要ではないかと考えています。

大久保会長も発言しておられましたように、8020達成者が50%に達する社会が8020社会ということですので、先ほど25%程度で考えていた達成者を50%以上を目指すということ。また、残念ながら残存歯が20歯以下になってしまったということでも、これは我々歯科医師の本当の出番だと思いますが、機能を回復することで、8020にはなれなくても8020と同じような生活を送っていただくことはできるということです。そういったことを、この医療連携によって支援していくことが必要ではないかと考えております。

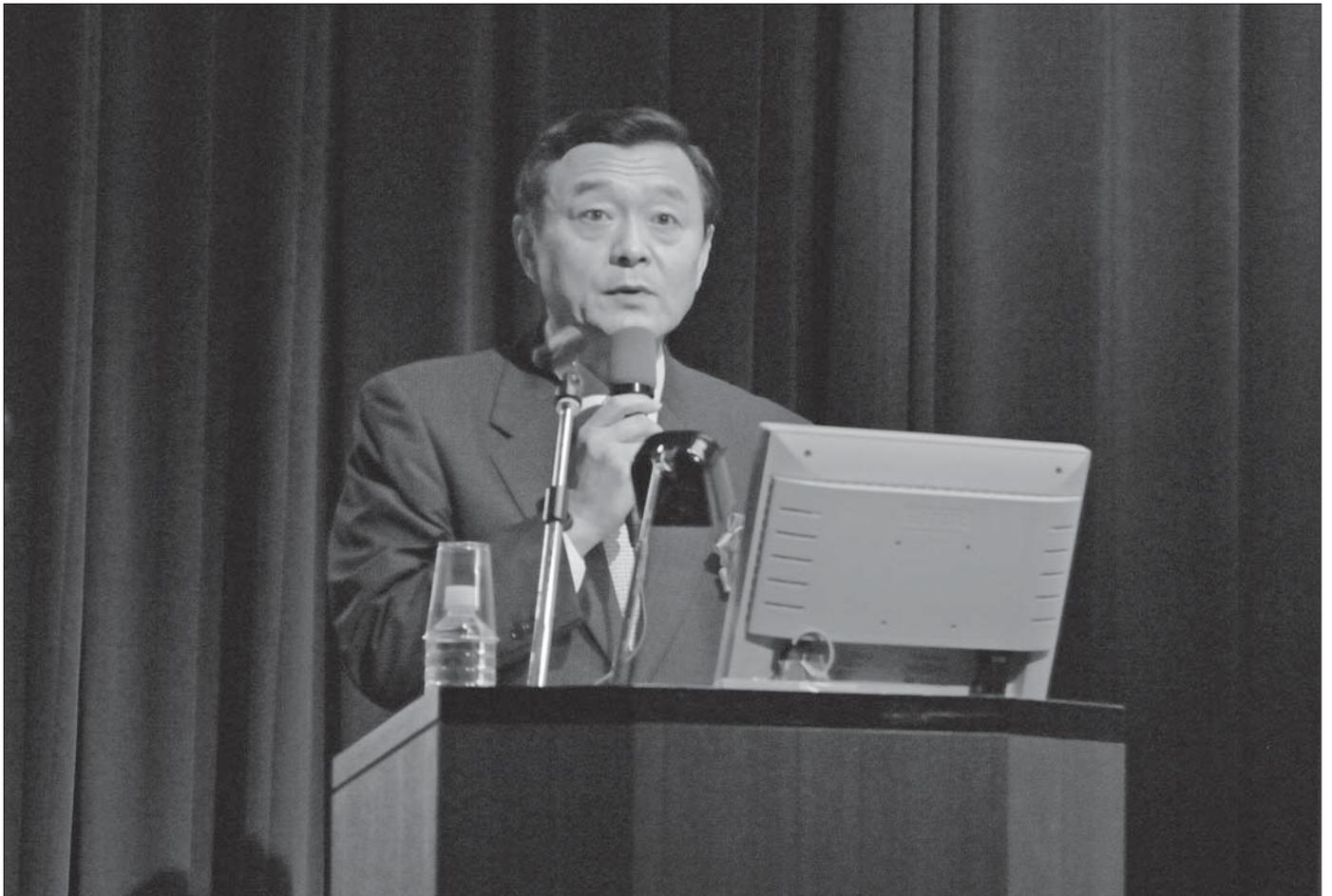
短い間ではございましたけれど、ご清聴ありがとうございました。

講演

愛知県における 医科と歯科の連携について

～歯周病と糖尿病の連携“あいちモデル”を目指して～

愛知県健康福祉部健康担当局長 五十里 明



ご紹介いただきました愛知県健康福祉部健康担当局長の五十里です。

本日は、このような機会を与えていただきましてお礼を申し上げたいと思います。

私からは、全国に先がけまして現在構築中の歯周病と糖尿病との連携についてお話しをさせていただきたいと思います。

乳幼児から高齢者まで 歯科保健対策を実施

先ほど愛知県歯科医師会理事の佐藤先生からもお話がございましたが、愛知県は8020運動発祥の県です。昭和63年に、愛知県知事の諮問機関である愛知県衛生対策審議会で8020運動が提唱されてから、乳幼児に対する予防処置事業など、母子保健事業を中心とした対策を進めてきました。

そして、地域保健法施行を機に、平成8年度から全保

健所に8020運動推進連絡協議会を設置し、地域ごとの基盤整備を図りながら母子保健対策を進めてきました。これが順調に成果を広げておりまして、次の施策展開として、成人の歯周病対策や高齢者の口腔ケアの充実を図るための研修事業を立ち上げるなど、22年間にわたって乳幼児から高齢者までの全世代での歯科保健対策を進めております。

健康日本21あいち計画の 歯科対策

本県では、健やかで活力ある長寿社会の実現を目指し、県民の皆様の健康づくりを推進するため、平成13年3月に「健康日本21あいち計画」を策定しました。この中で、県民や健康づくりを推進する関係者が取り組むべき具体的な目標として、生活習慣や生活習慣病に関する9分野と健やか親子1分野を加えた計10分野を設定しています。歯科に関しては、「歯の健康」として10分野のひとつとして位置づけまして、14項目の指標を設定しています。

図表1は、平成17年度に実施しました健康日本21あいち計画「歯の健康」に関する中間評価結果です。「歯の健康」に関する14項目のうち、「う蝕」に対する項目に関しては、学童期のフッ化物洗口を積極的に推進することなどによって、順調に改善されています。1人平均むし歯数は、1歳6か月児はよいほうから全国4位、3歳児は全国1位、12歳児は全国2位と、全国でも上位の水準となっています。

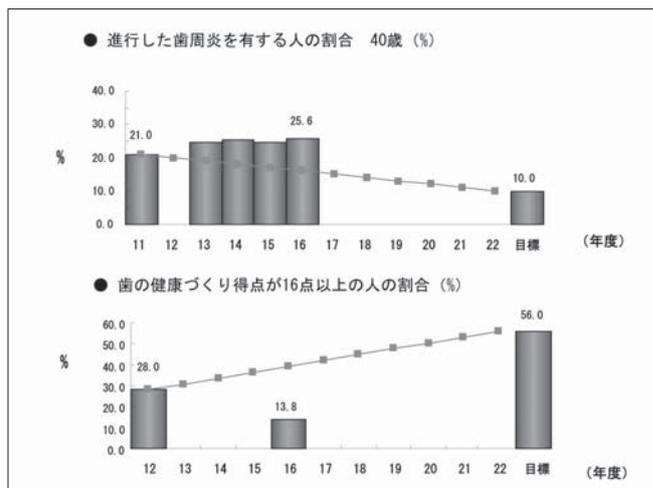
図表1

指標	項目	達成	改善	悪化
健康指標	むし歯のない幼児の増加	●		
	むし歯のない児童の増加			新規追加
	一人平均むし歯数の減少	●		
	進行した歯周炎の減少			●
	80歳で20本以上自分の歯を持つ人の増加	●		
行動指標	フッ化物歯面塗布を受けたことのある幼児の増加		●	
	甘味食品・飲料を頻回飲食する習慣のある幼児の減少	●		
	歯間部清掃用具の使用の増加		●	
	喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及		●	
	定期的に歯科の健康診査を受けている人の増加		●	
	8020を目指した『歯の健康づくり得点』の増加			●
	8020運動を知っている人の増加		●	
環境指標	歯科保健指導が受けられる場の増加			新規追加
	集団のフッ化物洗口を実施している小学校の増加	●		

(平成22年8月31日現在)

一方、中間評価で「悪化」となった「進行した歯周炎の減少」と「8020を目指した『歯の健康づくり得点』の増加」の2項目についてですが、「40歳における進行した歯周炎を有する人の割合」は、基準年の平成11年の21.0%から平成16年では25.6%へと増加しています。また、「歯の健康づくり得点が16点以上の割合」は、基準年の平成12年の28.0%から平成16年は13.8%と低下してしまっており、この状況にどう対応するかが課題でした(図表2)。

図表2



全身の健康づくりから 考える歯周病対策

とくに、歯周病対策については、最近の研究などにより、口腔環境のほか、喫煙・ストレスなどの生活習慣や、糖尿病・脳血管疾患などの全身疾患も関与していることが分かってきていることから、全身の健康づくりの一環としてとらえられた施策が必要と考えています。

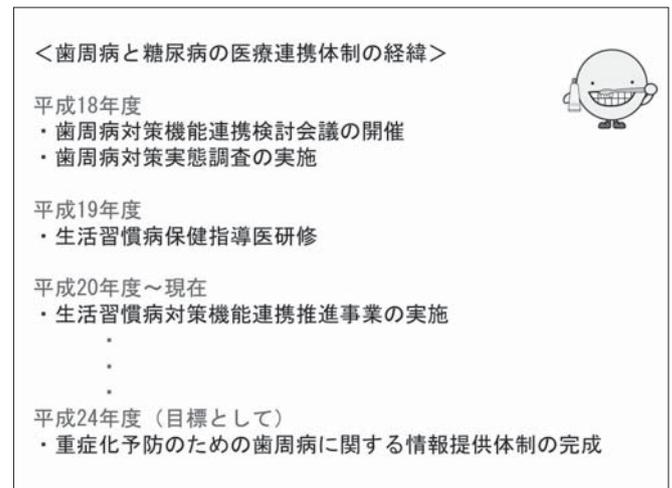
そこで、本県では平成18年度より愛知県医師会、愛知県歯科医師会、愛知県薬剤師会の3師会、愛知県病院協会、それから学識経験者などを構成員とする「歯周病対策機能連携検討会議」を設置し、歯周病対策実態調査を実施するなど、今後の方向性についての検討を行っています。

また、平成20年4月から開始された特定健診、特定保健指導に対して、“糖尿病をはじめとした生活習慣病全般の保健指導ができる歯科医師の養成”を目的とした「生活習慣病保健指導医研修」を、平成19年度より実施しています。これまでの3年間で2,342名の方々、愛知県歯科医師会員の63%の先生方に受講していただいております。

さらに、平成20年3月に策定した「健康日本21あいち計画追補版」の中で、糖尿病有病者の増加抑制の施策として、「職場や地域における重症化予防のための歯周病に関する情報提供」を示しました。

また、平成20年3月に改定した愛知県の地域保健医療計画、この時には4疾病5事業という医療連携が主体になったものですが、糖尿病医療対策に関する体系図の中で歯科の連携の必要性を明記するとともに、愛知県の歯科医師会に、歯科医療の供給体制を構築することを目的とした「生活習慣病対策機能連携推進事業」をお願いし、平成24年度の歯周病に関する情報提供体制の構築を現在目指しているところです（図表3）。

図表3

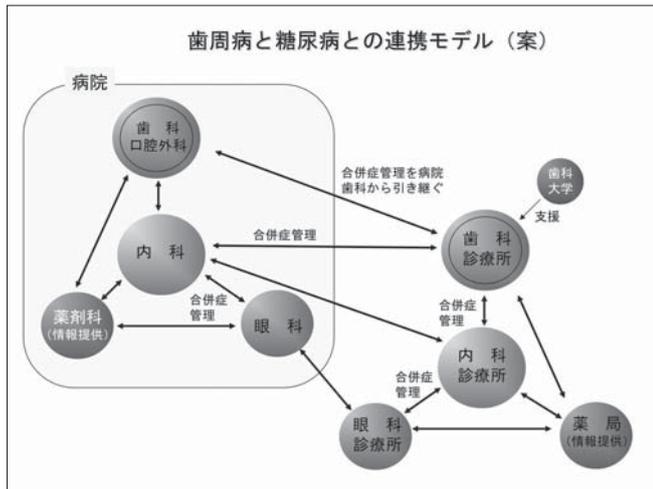


歯周病と糖尿病の 連携状況

ここで、現在各地域で構築いただいている歯周病と糖尿病との連携状況をご紹介します。

ひとつめですが、「糖尿病手帳」を用いた連携です（次ページ図表4）。糖尿病手帳を用いた連携は多くの地域で取り入れられており、「糖尿病を専門とする一般診療所と、歯科診療所との連携」、「病院の糖尿病内科と、歯科診療所との連携」など、各地域の状況に応じて実施していただいております。この手帳は、これまで歯周病を記載する部分がなく、空欄の部分にシールを貼りつけて使用していましたが、本年9月より糖尿病連携手帳という名称が変わったことに伴い、歯周病についての説明や歯周病の状態を記載する部分が追加され、より応用しやすくなるものと考えています。

図表7



スライドは用意していませんが、もうひとつ平成20年新規の事業で、「骨粗鬆症対策医科歯科連携事業費補助金」という事業があります。「骨粗鬆症対策医科歯科連携事業」は歯科医師会の実施事業です。

平成20年度からの医療制度改革に伴い、健康増進法に基づき骨粗鬆症健診が実施されていますが、愛知県の実診率は6.2%と非常に低い状況です。そこで、医

療制度改革を機に歯科診療時のパノラレントゲン写真で、骨粗鬆症の可能性が高い患者に医療機関での受診を推奨いただく、「骨粗鬆症対策医科歯科連携推進事業」を実施しています。これは受診率の向上、患者の早期発見につながり、健康増進法の目的にもかなうものです。そのため、愛知県といたしましても事業費の一部に対して補助を行っているわけです。医科歯科の連携のひとつの事業として追加しました。

このように、医科と歯科との医療連携体制が糖尿病に限らずさまざまな生活習慣病にも構築され、県民の皆様の健康長寿の実現ができるよう、本県行政といたしましてもこれからも努力してまいりたいと思います。

本県の歯科保健行政を支えていただいています歯科医師、歯科衛生士、またご支援ご協力をいただいております愛知県歯科医師会、歯科衛生士会の皆様に感謝申し上げます。また、本日の講演の資料作成にご協力いただきました健康対策課主任専門員の坪井歯科医師にお礼申し上げます。

講演

これからの
歯科医療のあり方

中日新聞社編集局局長 志村 清一



ご紹介いただきました志村でございます。よろしくお願いたします。

僕は、20年くらい前にエジプトのカイロに赴任することになり、その時、先輩に言われたのは、「絶対に歯の手入れだけはしておけ。エジプトにはろくな歯医者がない。歯が痛くなったら人生真っ暗だから」ということでした。実際、歯が痛いからと飛行機に乗って帰ってくるわけにはいきませんから、恐怖心から名古屋の近くの歯医者に行きました。小学校以来歯医者に行ったことがなかったものですから、悪いところがたく

さんありまして、「1か月くらいでは手入れできない、この際どうだ、全部抜いといたら」と乱暴なことを言われました。実際2本くらい抜きましたけれど、これは大成功でした。赴任後に共同通信社の記者が同じオフィスビルにいて、その記者が突然歯が痛くなり、歯医者に行っただけですね。そうすると例によって抜くんだそうです。ほとんどが麻酔をかけずにいきなりペンチみたいなもので抜いて、翌日見たら本当に腫れ上がっていました。「よかったなあ、先に抜いといて」と思いましたね。

私には息子が3人いて、3人ともものすごく歯がい

いです。私は自分で懲りて、うちのかみさんに「年に一度は歯医者に行って点検させよう」と言っていたので、息子たちは本当にきれいな歯をしています。やっぱり小さい頃からの歯の教育というのは大変大事だろうと思います。

僕は岐阜県の出身なのですが、岐阜県もあまり歯の教育はよくないようですね。ただ、今でも名前を覚えているのですが、子どもの頃、学校歯科医の中原さんという先生がいて、歯の健診でむし歯のときにAのCの…と歌うように言うのを今でも覚えています。そういう意味で、地域に愛される歯医者さんは大変大事じゃないかという感じがいたします。中原さんは学校歯科医でしたので、皆さんが大変親しくしてまして、歯医者といえば中原さんのところに行きます。その中原さんがある時言いました。「むし歯はっぺんになってしまうともう元に戻らないから、なる前の予防が大事だよ」。何べんも言っていました。僕の場合は言うことを聞かずに痛い思いをしたわけですが。

もうひとつ、先ほどのお話にあり、アメリカでも言われていますが、歯の問題というのは歯周病と糖尿病とかの生活習慣病と大きな関わりがあるということなので、その辺のところについてもしっかりとした教育が必要なのではないかと思っています。

その一方で、若干危惧しているのは、いつも「愛歯月報」の宮村さんのコラムを愛読しているのですが、歯科医師の受験者、合格者ともに急減しているということが書いてありまして、これは大変なことになるなと思いました。最後に歯科医の質の問題についても触れられていましたが、先ほどから連携ということが盛んに提唱されているわけですが、であるからこそやはり技術は大切に、歯医者さんも相当なレベルの技術がいるだろうと感じています。そういう意味で、歯医者を育てる機運のようなものが必要なのではないかと思います。

私は最近まで、昔抜いた歯を戻すためにブリッジというものをやってもらっていたのですが、ちょっとどうかなと思うことがあります。説明が足りないと感じる場合があります。いきなり削るのですが、どうして削るのが、よく分からない。とにかく削って、痛かったら手を挙げてくださいと言われて、手を挙げると「どうして痛い?」。どうしてって、「痛かったら手を挙げろと言ったじゃない」と言う。「いや、痛くないはずなんだけど」。そういう点が少し説明不足かなという感じがいたします。そういう意味で、先生方には患者に対する説明責任が歯医者さんにもあると思いますので、説明責任を上手に果たせる歯医者さんを作ってほしいと願っております。

ありがとうございました。

講演

超高齢社会の中で 尊厳を支える歯科機能

～そのために求められる医療連携の仕組み～

(社)日本歯科医師会理事 角町 正勝



ただいまご紹介をいただきました角町でございます。

本日の、超高齢社会の中で尊厳を支える歯科機能というテーマで私が何を考えているのか、どうしていきたいのかということと一緒に考えていただければと思います。最初に少しビデオを流させていただきます(次ページ参照)。

広がる医療提供の場と 歯科の機能

医療連携ということを考える時に、どんなふうに見ていけばいいのでしょうか。基本は対象者が変化してきた、あるいは社会が変化してきたということです。その変化の中で対応する機能を私たち歯科医が持つことができる、それを持つことによって、はじめて新しくなっていこうとする社会・地域での連携に、私たちが入っていけるというふうに考えています。

■角町先生製作のビデオ (抜粋)

ビデオの冒頭では、角町先生が在宅歯科医療に取り組むきっかけが語られます。

私は訪問診療に取り組む歯科医師

患者の家庭を訪ね、
口のケアやリハを通して、
口から食べるお手伝いをする

口から食べることで、患者の生きる
力が甦ってくる

復活に向け、懸命に頑張る人の
尊い姿を
ご家族の皆さんと分かち合うことを
仕事としています

でも、最初から、このような活動をしていただけ
はありません

むし歯の洪水の中で
歯を治す、予防のために
患者の意識を上げる医療に
診察室で明け暮れる

ごく普通の歯科医師でした

そんなある日、ある会合で
医科の先生からこんな問いかけをされました

歯科には障害学はないのですか？
義足を作っても、
使われなかったら意味がないんですよ

歯科医師は
歯を治し、入れ歯を入れればそれでよし

そう考えていませんか

棒で頭を殴られたようでした

口の健康＝歯の健康
ではない

歯が健康であっても、口の機能が健康であると
は限らないからです

角町先生のご活動の様子



在宅歯科医療に取り組むきっかけ、診療の現場、人との出会いなどをつづった角町先生のビデオは、会場を深い感動で包みました。

ビデオのハイライトは、植物状態だったMさんが劇的に回復していく様子でした。



チューブ栄養で命をつないでいたMさん



当時のMさんご様子

残存歯の歯周清掃
アイス棒での咽頭部の刺激
ペロペロキャンディーをなめさせる
口唇のマッサージやストレッチ
頸部や顔面へ刺激やマッサージ
外へ出る……

それは歯を詰めたり削ったりするこれまでの歯科診療とは全く異なったものでした



口腔ケアと口腔リハビリテーションの様子



外出も大切な治療の一環でした



懸命にキーボードに触れるMさん



ついに言葉を発するまでに回復したMさん

食べることは生きること

だから私は思うのです

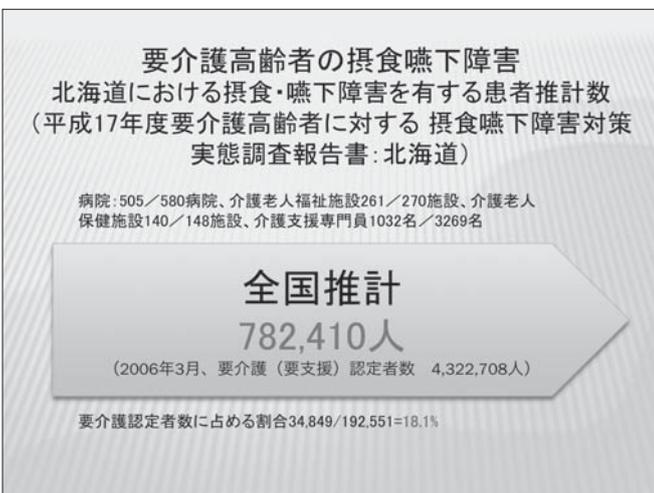
あきらめないで
口から食べること

角町先生のメッセージ

では、社会が変わっていく状況の中で、一体どんなことが起こっているのか。

図表1は北海道の調査で、摂食・嚥下障害の患者の推計数です。全国には約80万近くの患者さんがいると推計しています。実際にはもっと多くの患者がいるだろうと、実態として私も感じています。果たしてこのような実態が、私たちの仕事の中にあっただのかどうかといえ、診療室を離れない間は決して存在していませんでした。

図表1

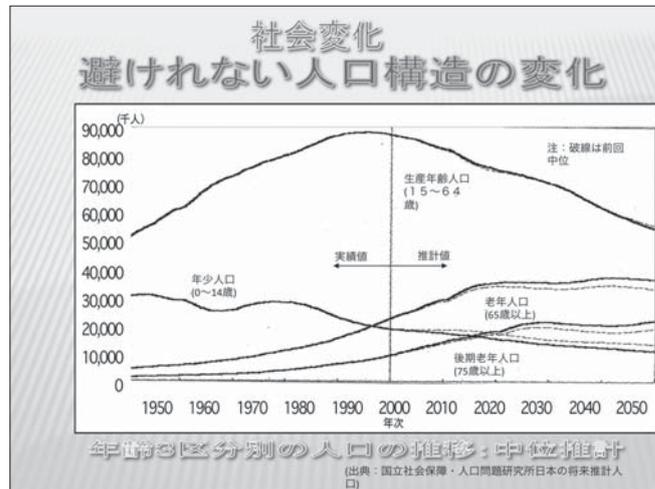


もうひとつは社会の中の変化です。誰もが言うように高齢化が進みます。その高齢化が進んだ先に、廃用症候群や、病気の後遺症を持って地域の中で生活する方々が出てきます。そういう高齢者の問題として褥瘡や尿路感染、摂食・嚥下障害という大きな問題があることに気づかされたわけです。

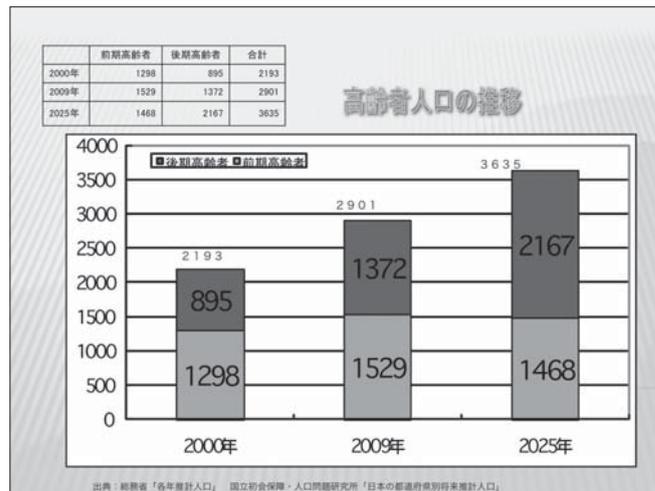
高齢者の人口の推移をみるとどんどん増えています。しかも75歳以上の高齢者が増加していく状況です。その中では、これまで私たちが想像していた以上に、地域の中で取り残される高齢者が出るでしょう。その人たちには口があり、生活があります。その事実から目をそむけることはできないのではないかと、ということです。高齢者の実態ですが、介護を要する高齢者に圧倒的に多いのは義歯の問題です。同時にそういう方の多くが、摂食・嚥下に伴う問題を抱えているという状態です。歯

科の機能は、そういうところに入っていき、確実にその生活をフォローできるように、進化していかなければいけないだろうと思います(図表2・3・4)。

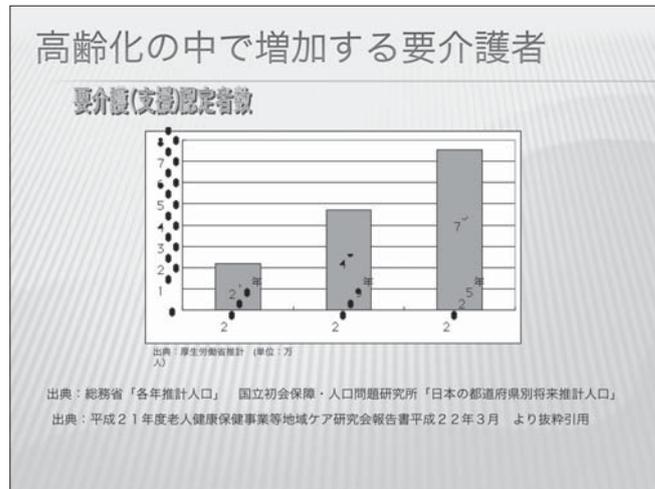
図表2



図表3



図表4



新たな歯科診療の機能が 求められている

加えて、高齢社会の問題として認知症があります。認知症もどんどんと増えていきます(図表5)。

図表5

認知症高齢者数の増加			
	2000年	2015年	2025年
認知症高齢者数 (万人)	149	250	323
65歳以上人口に 占める割合 (%)	6.3	7.6	9.3

さて、私たちはどうコミュニケーションをとればよいのでしょうか。診療室の中でのような上から目線ではそのコミュニケーションはとれません。多くの人たちの支援を受けながら、私たちに課せられた作業をしていかなければいけないと思っています。そういう環境の中で、私も日本歯科医師会が連携している団体があります。日本リハビリテーション病院施設協会です。その協会が、リハビリという領域の中で歯科にどういう期待

図表6

目標	役割
健康増進 介護予防 急性期リハ 回復期リハ 維持期リハ	・口腔機能(咀嚼嚥下・構音・呼吸)維持 ・疾病予防 ・生活機能維持 ・咬合バランス保持 ・栄養管理
・廃用症候群予防 ・合併症予防	・早期離床 ・口腔ケア ・栄養改善
・食生活機能の再建と安定化 ・栄養向上	・廃用症候群改善 ・口腔機能改善・向上 ・食生活機能改善
・食の楽しみの獲得 ・生活機能向上	・食生活機能維持・向上 ・廃用症候群予防

を持っているか、どのようなイメージで連携を呼び掛けているかを表したのが図表6です。

それは、食生活の機能維持向上であり、口腔機能の向上の問題、廃用症候群の予防ということであり、ぜひ口からものを噛めることを支援してもらいたい、ということ。

そういう連携を考えると、私たちは新たな歯科診療所の機能を持たなければならない、ということになります。そして、地域の中で連携に関わる拠点づくりを組織して持つことで、はじめて個々の診療室が地域の中でつながりを持っていくことになるのだと思います。こうした意識を持つ歯科医師個人の努力や組織によって、少しずつ新たな仕組みができつつあります。こうした動きの中で、私たちも全国に先がけた医療計画を作ってきました(図表7・次ページ図表8)。

図表7

孤立する要介護高齢者の生活の質の維持向上のために！

在宅や施設・病院で増加する要介護高齢者への対応のために、地域で要介護高齢者と歯科診療所を繋ぐ仕組みづくりが重要です。

→ 在宅歯科医療連携室を中心に地域の医療連携の仕組みを作る

歯の喪失の減少や、口の器質的な健康が達成されても、生活習慣病などによって起こる口の機能喪失による生活障害への対応は歯科界に求められる社会的課題です。

→ ウ蝕・歯周病にとどまらず生活の質の維持のために口腔機能向上を図る

図表8

先駆的な会員の活動や 積極的に政策対応をした 歯科医師会によって 誘導された新たな仕組み

- 1) 医療計画から来る歯科医療の立ち位置
- 2) 地域包括ケア体制という仕組み
- 3) 地域の診療現場から始まった医療連携
- 4) 住み慣れた場所で仲間や家族と共に生活する

「都道府県医療計画におけるがん等4疾患の医療連携体制」にあるように、がんは55%、脳卒中は81%、急性心筋梗塞では47%、糖尿病は多くて89%で連携を行っていますが、まだまだ不十分な状況だと思います(図表9)。

図表9

都道府県医療計画におけるがん等4疾患の医療連携体制

県名	がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病	県名	がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病
1 北海道	●	●	●	●	25 愛知県	●	●	●	●
2 青森県	●	●	●	●	26 三重県	●	●	●	●
3 岩手県	●	●	●	●	27 滋賀県	●	●	●	●
4 宮城県	●	●	●	●	28 京都府	●	●	●	●
5 秋田県	●	●	●	●	29 奈良県	●	●	●	●
6 山形県	●	●	●	●	30 和歌山県	●	●	●	●
7 福島県	●	●	●	●	31 鳥取県	●	●	●	●
8 茨城県	●	●	●	●	32 島根県	●	●	●	●
9 栃木県	●	●	●	●	33 岡山県	●	●	●	●
10 群馬県	●	●	●	●	34 広島県	●	●	●	●
11 埼玉県	●	●	●	●	35 山口県	●	●	●	●
12 千葉県	●	●	●	●	36 徳島県	●	●	●	●
13 東京都	●	●	●	●	37 香川県	●	●	●	●
14 神奈川県	●	●	●	●	38 愛媛県	●	●	●	●
15 新潟県	●	●	●	●	39 高知県	●	●	●	●
16 富山県	●	●	●	●	40 福岡県	●	●	●	●
17 石川県	●	●	●	●	41 佐賀県	●	●	●	●
18 福井県	●	●	●	●	42 長崎県	●	●	●	●
19 山梨県	●	●	●	●	43 熊本県	●	●	●	●
20 長野県	●	●	●	●	44 大分県	●	●	●	●
21 岐阜県	●	●	●	●	45 宮崎県	●	●	●	●
22 静岡県	●	●	●	●	46 鹿児島県	●	●	●	●
23 大阪府	●	●	●	●	47 沖縄県	●	●	●	●
24 兵庫県	●	●	●	●					
					合計	26(55%)	38(81%)	22(47%)	42(89%)

※歯科の記載がある都道府県
2010年4月日本歯科医療総合研究機構調べ

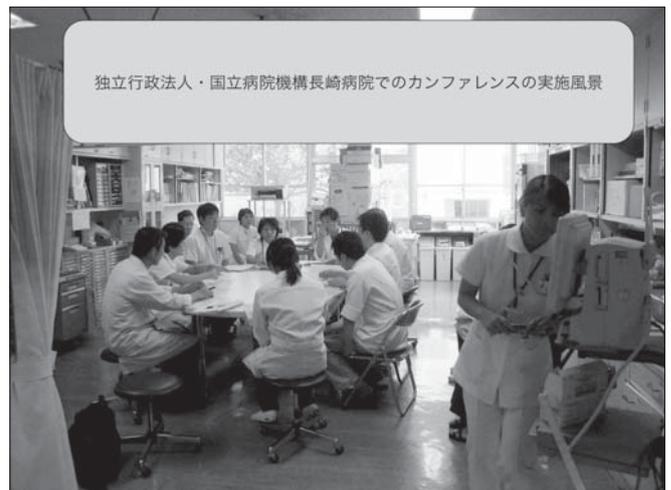
がん患者に関する医科・歯科連携事業は、静岡県、広島県をはじめとした先駆的な事例があるが、全国レベルの普及にはいたっていない。都道府県医療計画においても約半数の都道府県で位置づけられているが、具合的な展開はまだ十分と云えない。

また、これまでは県単位で行っていたさまざまな動きは、これから先は生活のもっと身近なところで対応しなければならぬ状況になっていくだろうと思います。そういう場がどんどん作られていくということです。

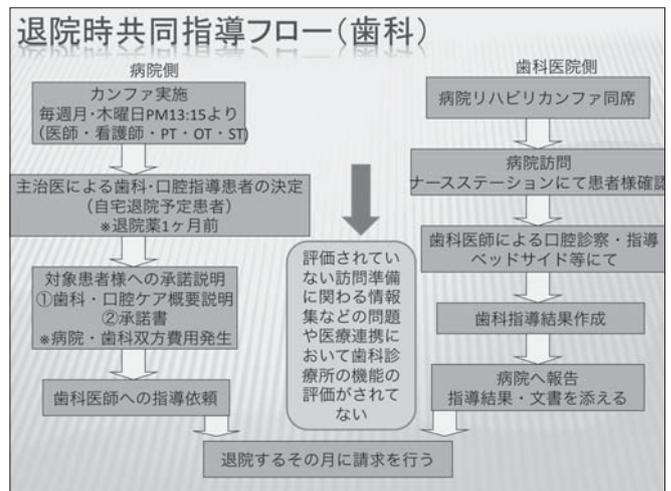
そのためのひとつのツールとして、カンファレンスというものがあります。これは私たちだけではできません。チームとなる病院や関係者が門戸を開いてくれなければいけません。

カンファレンスの実施では、図表10~12のようなことをやっています。これは院長のほうで歯科の理解を持って作られた内容です。このような手順を踏みながら具体的な事例に遭遇するわけですが、その事例が教えてくれるものとは一体どういうことだったのでしょうか。

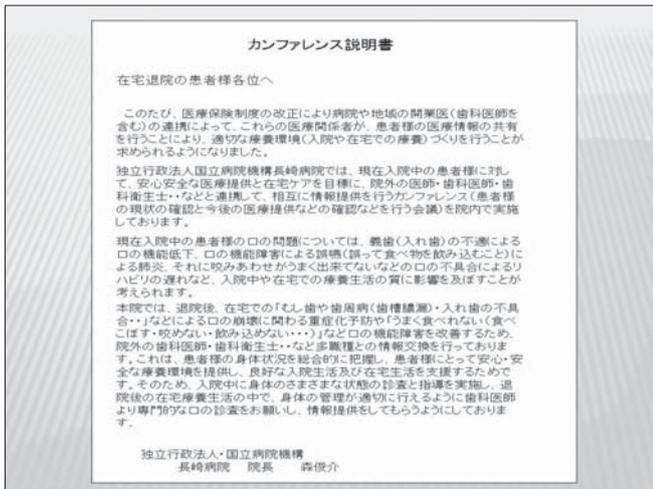
図表10



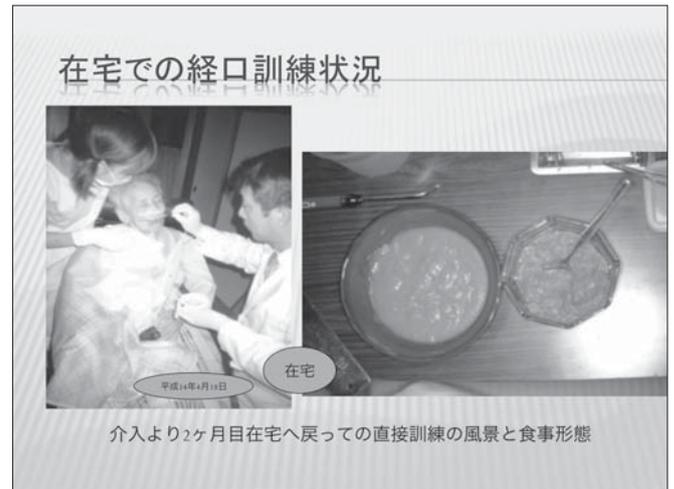
図表11



図表12



図表14



在宅歯科診療を支援する体制が必要

図表13～16は診療のひとつの事例ですが、わずか半年で食べるものが変わっています。この人は胃ろうを開けている患者です。それでも食べていくという状況にたどりつきました。そして、ご自宅でお茶を飲むという、たおやかな時間を過ごす環境ができています。こういう状態に、もしかすると私たちに求められている、生活を支えていく医療のゴールの姿があるのではないかと思います。すべての事例がそこに到達できるとは思いますが、そこに向けて総合的な診断と対応をしていくことが必要だと思います。

図表13



図表15



図表16



このように私たちに求められる機能を考えると、そのために何が必要か。前厚生労働省歯科保健課

長だった日高先生がいくつかの仕組みを作られました。私たちもそれに沿っていきました。すなわち、在宅支援歯科診療室の機能の強化という課題です。そして、あとは地域の中の在宅歯科医療連携室を強化していく。このことがすべてだろうと思います(図表17)。

図表17

尊厳を支える歯科機能 そのための医療連携の仕組み

- 1) 在宅支援歯科診療所機能の活性化を通して住民サービス提供の拡大を!
- 2) 歯の健康力歯科医師養成講習会を通してマンパワー強化を!
- 3) 在宅歯科医療連携室整備の問題を通して個々の診療所機能の問題から地域レベルでの歯科機能の強化を!

すでに想定されているこれから10年15年後の社会の中で、がん、脳卒中、生活習慣病によって起きる問題、認知症、高齢によって起きる問題、さらに廃用症候群という問題で、地域の中で連携しなくてはいけない仕組みが問われている状況です。その状況に、私たちは個々の診療所だけで対応できるか、決してできません。組織である歯科医師会、あるいは地域の歯科医師会がしっかりとそこに軸足を移して、社会としっかり対峙していかなければいけない。そのことをお分かりいただければと思います(図表18)。

図表18

医療連携が進化していく2025年の社会 (10年～15年後の地域)

医療連携で想定されているがん・脳卒中・認知症・廃用症候群への歯科界対応のシステム作りが必須

現状及び課題

- 1) 地域歯科医師会単位で連携拠点の整備充実を図る。
- 2) 各中学校区内における病院・施設の設置状況、並びに病院機能などの調査
- 3) 各中学校区内における「ケアハウス・グループホーム・小規模多機能」の実態調査
- 4) 地域包括支援センターとの連携強化
- 5) がん、脳卒中、廃用症候、認知症に係る医療連携などの仕組み構築

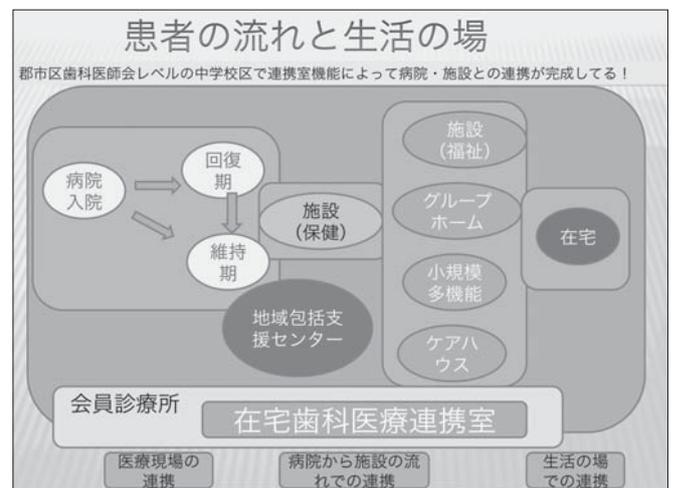
目標・ゴール

地域完結型となる新体制の仕組みと診療所機能など整備完了

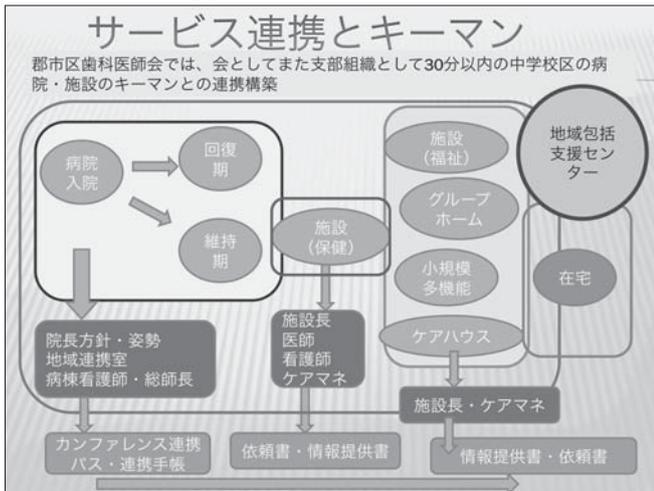
医療連携を支える チームづくり

患者さんの流れと生活の場で見ると、在宅歯科医療連携室という医療の場の中には、病院群、あるいは移行する保健施設群、あるいは在宅施設群、在宅があります。その場の中で活動する歯科医師会会員の動きをサポートする必要があります。さらに、その中で会員が活動するためには、私たちだけではできません。もし、愛知県という大きなエリアであれば、愛知県の中には専門の医療機関もあるでしょう、高次医療機関もあるでしょう。そのすべてが上手に連携してはじめてことが進みます(図表19・20)。

図表19



図表20



しかし、現在の連携の形はまだ十分ではありません。先ほど基調講演で、国立長寿医療研究センターの大島総長がおっしゃったように、実際には診療所・病院完結型医療からまだ大きく変化していない現実があります。歯科もまさにそうです。歯科が動けないのは歯科だけの問題ではないと思います。歯科が求められている対象者は、病院や地域にいます。歯科が病院や地域に行くためには、本当に地域や病院が、私たちと同じチームとしての組織にならなければいけません。その横断的な組織としてのチームを作るためには、地域の行政とか関係者で力のある方々がしっかりその仕組みを作っていないと実現できません。そうした取り組みは、残念ながらまだ不十分といえます。私たちは、継続的に努力を重ね、普遍化される仕組みを作っていくべきではないかと考えています。

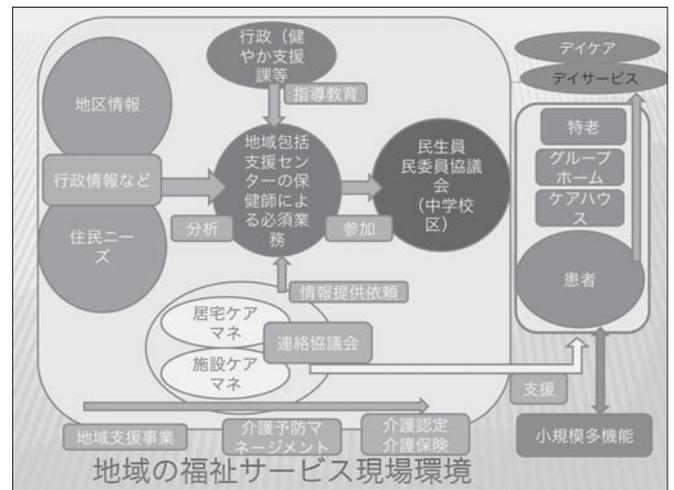
地域に軸足を置いた 歯科の機能の必要性

また、福祉の領域もそうです。福祉の裏側、生活の裏側に病気が潜んでいます。病気が潜んでいる状況に対して適切に対応するためには、生活に身近に関わる人たちとしっかり連携することを知っていなければならない。そこに未然に病気を予防する体制ができると思います。国はこういう形で新しい作業を大きく打ち出して

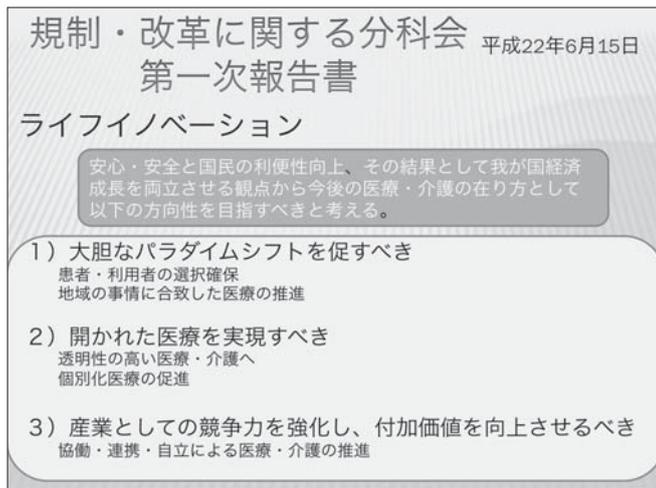
います。私たちの使命のひとつは、地域で認められる仕組みを提案していくことにあると思います。その拠点づくりを確かなものにしなければ、組織全体として社会に責任を持つ体制はできません。それが在宅歯科医療連携室です。

それと同時に、診療室機能もこれまでの診療室の在り方だけではいけないと思います。地域に出ていくことがぜひとも必要です。地域に軸足を置くような診療機能を、歯科の診療室の機能の中に作らなければなりません。それは、歯科の診療室だけでできるのではなく、歯科医師会の組織や行政の支援を受けながらその方向に軸足を移していかなければ実現できません。併せてこうしたことを本当にスムーズに達成するためには、常識として社会の中で、訪問で行う歯科の診療活動を普遍化していかななくてはなりません。それには、社会だけではなく、私たちも同じようにそうあるべきという、対象者の実態をしっかり認識することからはじまると思います（図表21・次ページ図表22）。

図表21



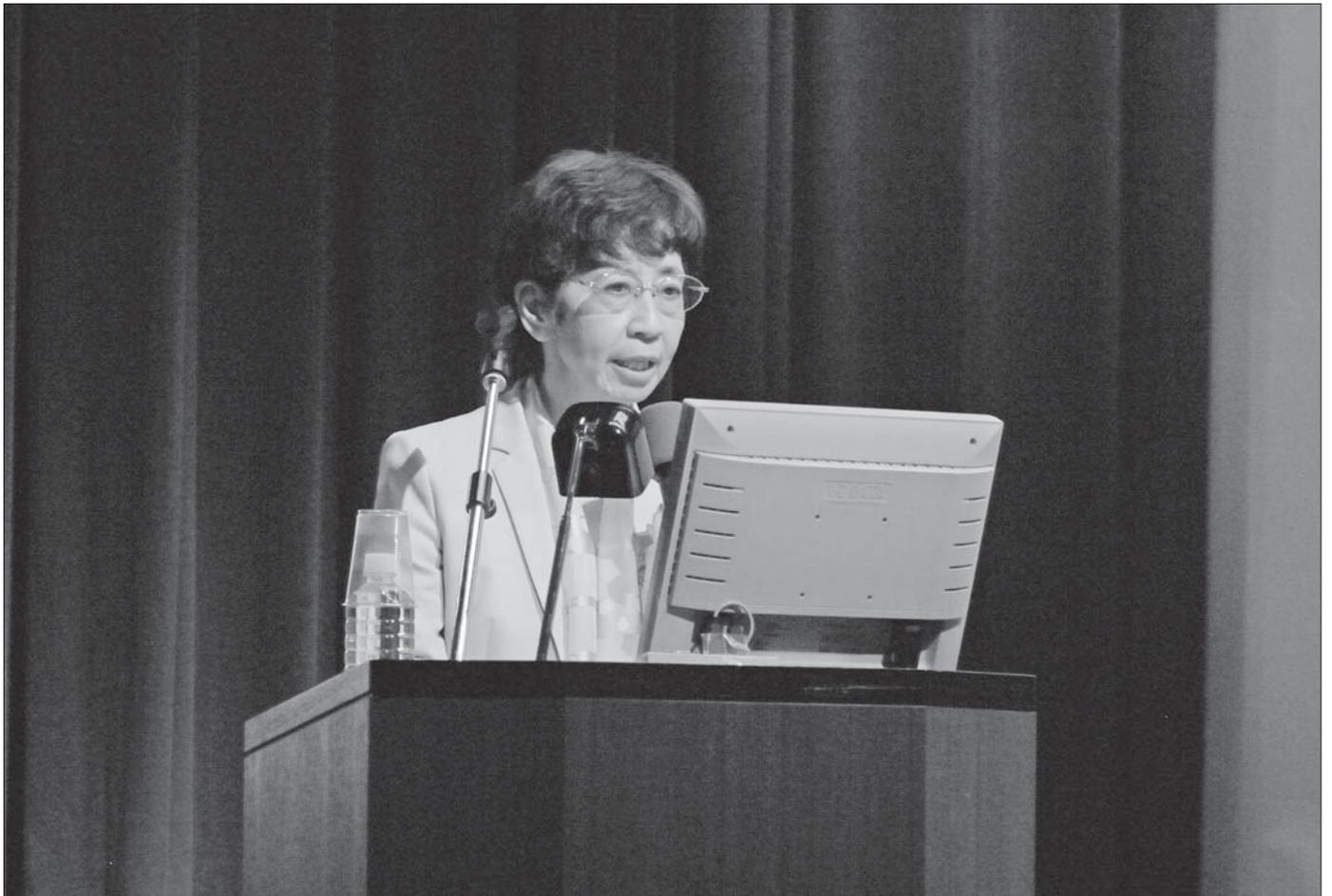
図表22



講演

すべての人に 優しさと豊かさを ～口腔ケアの可能性～

(社) 愛知県歯科衛生士会会長 池山 豊子



愛知県歯科衛生士会の池山と申します。

今回このような機会をいただきましたことを、8020推進財団および愛知県歯科医師会の宮村会長はじめすべての先生方に本当に感謝申し上げたいと思います。

私の演題は少しファジーですが、中身は、まさに現場からの具体的な報告というふうにお考えいただければと思います。

現在の私は、介護保険のまっただ中にいると感じています。高齢者の皆さん方をまずお客様としてお迎えしている状況なので、そこでたくさんの方の口の問題に接して

きました。そんなことをお話しさせていただき、皆様方と一緒に連携をどこでどうとった方がいいのかということ、私ども歯科衛生士にもご提案いただければと思います。

口腔ケアの現場で 見てきたこと、感じたこと

まず、この写真です(次ページ図表1)。「もし、あなたのからだだが、自分の思うとおりに動かなくなったら

…」。私が皆さん方にもぜひ聞きたいのは、このように体が動かなくなったら、ということです。私は特別養護老人ホームを運営する社会福祉法人と契約を結び、業務提携という形で3つの施設で週1回の口腔ケアを行っています。たくさんこういう光景を見るのですが、「私だったらどうしよう」としみじみ思うことがいっぱいあります。ただ、ケアする側というのは、絶対に自分はいくらならないと思っていちゃいます。介護職も看護師も、もちろん医師の方々もまったく立場が異なっていて、「自分がこうだったらどうなんだろう」ということを考えていただきたいと思うことがよくあります。

図表1



そして、「もし、心が動かなくなったら…」この写真の方は認知症です。結構若くして発症された方で、ほとんど自分では行動ができません。体も動くのですが、「食堂に行きましょう」と職員の方が手を添えて立ち上がらせて、誰かが足を1本持ってあげて、やっと歩き出すということが分かる方です。もし、まるで言葉がなくなり、誰とも話せなかったら。自分は今食堂に行きたくない、ということさえも言えなかったら。どんな気持ちになるでしょうか。

じゃあ、身も心も自由にならなかつたら。この写真の方(図表2)は特別養護老人ホームに入所されていて、要介護5です。お口は開けっ放しですから、中はかさかさに乾いています。自分でも口を閉じることはできませ

ん。閉じることができるのは、ホームで1日に1回口腔ケアをしてもらう時だけ。その時は自然に下顎が閉じて、口が閉じる。やっと唾液で口が潤い、ほっとされる瞬間なんだろうと思いました。

図表2

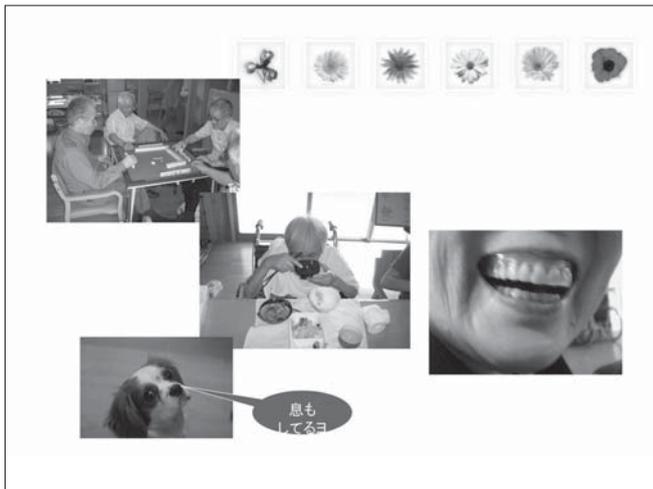


体も精神も 支える口の機能

口はその人の精神活動とともにいろいろな機能を果たしていると感じています。

たとえば、これは私が行っているデイサービスの風景です(図表3)。男性の利用者がマージャンをしていて、レクリエーションメニューとして人気があります。このゲームをしている時は、テンポよくポン、リーチと言いながらとても楽しく過ごしていて、いかに楽しく会話ができるか。すべての介護サービスは、本当に口と関わっているということを感じます。

図表3



お食事風景の方は骨折して入院し、その入院中に胃ろうになった方です。入院すると認知機能が低下し、どんどん食事をしなくなります。先生によると、「骨がつく前に死んでしまう。だから胃ろうにします」ということでした。この方は、私がケアマネをしている利用者さんだったので、「食べさせられたら食べてもよいですね」と確認をもらって退院なさいましたが、おうちに帰るとふしぎなことに認知機能がよくなるんですね。今では3食を口から食べていらっしゃいます。

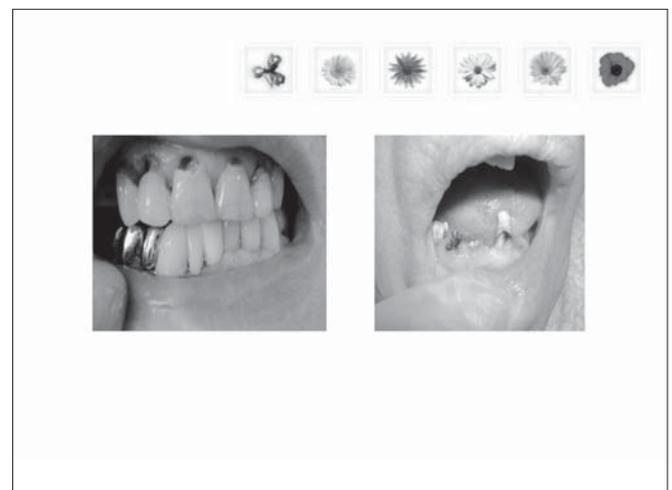
右下の写真のように、笑うための義歯というものもあると思います。口の機能は話すこと、食べること、表情を作れること、呼吸をすること。どんな現場でも、この機能が活かされて本当にコミュニケーションがとれるのだと思います。

要介護者の歯周病 と口腔ケア

これは、私が関わっている特別養護老人ホームに入所してきた方々のお口です。左は60歳、パーキンソンの男性です。自分で歯みがきをしているんですけど、口唇がしっかりと自分でどけられない。この写真を撮る前は口腔前庭にたくさんの食物残さがついていて、それを除去してブラッシングしてさしあげたら、カリエスがいっぱい見えてきた。これに歯ブラシかスプーンが当たる

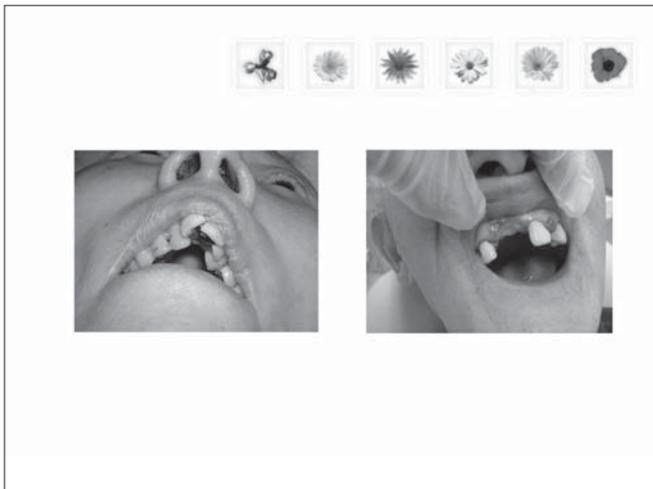
と、ぼきっと折れてしまう。結果右の写真になるのだろ
うと思います。こういう写真は介護職の皆さんに、「こう
なんですよ」とお知らせしたくて撮っているのですが、
研修の有効な媒体になっています。セミナーでは必ず言
います。「高齢者の方は歯茎からむし歯になります。歯
周病は歯茎の病気です。だからポイントは歯茎をしま
り磨いてほしい」と。こういうセミナーを繰り返してい
くことで、介護現場の方々も技術アップしていられるだ
ろうと思っています (図表4)。

図表4



歯周病も多くの高齢者を悩ませる疾患です。図表5
(次ページ)の左の写真は70代初めの女性で、ずっと
寝たきりの方です。先生方でしたらこの歯列が異常だ
ということがお分かりになるかと思いますが、V字になっ
てしまっています。歯は28本すべてそろっている方ですが、
介護者のご主人が施設に入った時に、「1年前はこんな
んじゃなかったんです」とおっしゃいました。どの歯も
若干動いていますし、歯周病にかかっているだろうこ
とは分かるのですが、寝たきりの姿勢のままで口唇が歯
を押してしまい、今度はV字になってしまったと思われ
ます。上の前歯の裏側は痰や出血などが固まってかさ
かさになっていて、それをはがすとまた新たな出血で悩
まされるということを繰り返しているお口です。

図表5



右の方は、認知症ですね。おうちにいらっしゃった時は義歯をほとんど外したことがなかったという方で、入所してはじめて義歯を外しました。結果、ほとんどの歯肉は歯周病にかかっている、ブラッシングするのをいやがり、拒否されるという方です。義歯はすごく汚れていました。在宅診療をしていらっしゃる先生方のご存じだと思いますが、ピンクのレジンのところが見えないような義歯をつけていらっしゃる方も、在宅では未だにたくさんいらっしゃいます。

医療保険・介護保険における口腔ケア

歯科衛生士が高齢者の口に関わるための制度ですが、医療保険制度の中には「訪問歯科衛生指導」というものがあり、月に4回、歯科衛生士が歯科医師の指示を受けて在宅訪問することができます。同様に介護保険制度では「居宅療養管理指導」というものがあり、これも月4回算定可能で、歯科医師の指示を受けて歯科衛生士が個々の在宅を回ります。

先ほどから先生方のお話の中にも出てきましたが、今、介護保険では、デイサービス、デイケアといった通所系の施設・事業所では口腔機能向上加算というものが設定されています。入所施設に関しては、歯科医師またはその指示を受けた歯科衛生士が関わるように

なっている制度があります。それが介護保険での口腔機能維持管理加算で、先ほど日高先生もお話しくさいましたが、平成21年度から新たに設定されたものです。そのほか、経口摂取移行加算、経口摂取維持加算、栄養ケアマネジメント加算というのが施設では算定されるのですが、その中に平成21年度から歯科医師という職業の文言が明記されています。歯科医師とのチームを組み、皆で経口摂取移行あるいは食べるための維持をなささい、という意味の加算だと考えています。

在宅で行われる口腔ケアの実際

在宅についてですが、角町先生のお話にもありましたように、在宅で療養している高齢者の口腔内の管理は本当に難しいと思います。なぜなら家族が介護者だから、と思っています。施設でも十分できていないのですけども、少なくとも施設には介護職というプロがいます。そういう意味では、施設では何とか口腔内を管理することがだんだん容易になってきたかな、というのが今の実感です。

ある先生からの依頼で、居宅療養管理指導により私が月4回訪問している方がいます。在宅で胃ろうにしている方で、若くしてこういう状況になられたのですが、裏側にはものすごく歯石がついてほとんど口腔ケアがされていなかった実態がよく分かります。

この方は、40歳の時、東京出張中に脳内出血を起こされ、10年間こういう状況でいられる方です。東京の有名な病院を転々と回ったあと、奥さまが自宅に引き取られました。歯科医への依頼は「口の中が汚いと誤嚥性肺炎になるんですね、だから口腔内を清潔に保ちたいので来てください」というもので、私が何うことになりました。奥さまのもうひとつの要求は、10年前東京のある病院ではゼリー食を食べさせてくれていた。「何とか口から食べられないだろうか」ということでした。そこ

で、私の口腔ケアプランとしては、口の中の清潔と口腔機能の維持を目指すということになりました。

最近、訪問医療、在宅医療が専門の医科の先生のチームが本当に増えていまして、このお宅へも在宅医療専門の医師の先生がいらっしゃいます。私も合わせていただき、「奥さまが食べさせたいとおっしゃるのですが、どんなものでしょう」と伺いました。非常に危険があるかと思いますが、この方場合はよだれが出ない。つまり唾液は確実に飲んでいることを確認できます、と。もちろん、医療的にもクエスチョンでしたが、奥さまの希望なので、「せめて唾液をきちんと飲む機能を維持しましょう」ということになり、口腔清掃と口腔機能訓練ということで、口唇のストレッチや嚥下機能を促進するための運動や口頸部のマッサージ、顔面マッサージ等を行っています。

口から食べることは難しいのかもしれませんが、それをすることによって口腔内に貯留した唾液が安全に飲み込んでいる、少なくとも誤嚥性肺炎は防いでいるだろうと思っています。この方の場合、訪問して4年目に入っています(図表6)。

図表6



デイサービスでの 口腔機能向上の取り組み

今回はデイサービスでの口腔機能向上の取り組みですが、デイサービス・デイケアなどでは、先ほど申し上げたとおり、平成18年から高齢者のための口腔機能向上が加算点として入りました。それから4年経ちますのでそろそろ普及させたいところですが、なかなか取り組みがなされていません。愛知県歯科衛生士会も日本歯科大学の菊谷先生の研究をお受けし、デイサービス・デイケアなどでの口腔機能向上の加算を推進しましょうという研究事業に参加しています。その内容をお知らせしたいと思います。

この方は、脳梗塞の後遺症でしかも2回もやっぺらっしゃるので、左右同時にマヒがあるかと思いますが、非常によだれが多いということで、見た目もよくないですが、当然嚥下機能が落ちています。そこで、食事安全に摂っていただくという計画を立てました。左の写真でデイサービスの看護師が持っているのはキャンディの棒です。糖分を抽出するために舌がアメの表面を動き、それによってゆっくりと嚥下もしてくれます。口唇はアメを外に出さないためにしっかりと緊張します。ある程度認知機能が下がった方で、舌の運動や口唇の運動に指示が入らない方々には、とても効果的だと思っています。看護師が1対1での個別ケアで行なっています(図表7)。

図表7



もうひとつは食事の内容を吟味することです。噛めないから刻みにするのですが、刻み食というのは非常に口の中でまとまりにくいので、どのようなとろみ度をつけるかということを管理栄養士と一緒に取り組んでいるところです。食支援も、高齢者の口腔機能向上には大きな要素だと思っています。

デイサービスでのグループ機能訓練

デイサービスでは、個別ケアと同時にグループでの機能訓練も非常に効果的です。左の写真は、食事の前に行う口の健康体操です。なぜこの発音をするのかを説明すると一生懸命やっただけですので、効果的だと思っています。右の写真のようにゲームを行い、楽しさの中に口の機能を取り入れるという工夫もしています。グループでのおもしろさだと思っています (図表8)。

図表8



そして、食事のあとの口腔ケアです (図表9・10)。右側はデイサービスで管理している義歯ブラシと個人用歯ブラシです。右下の写真のような歯ブラシが今でも高齢者の方は好きなようですが、できるだけ適切な道具の選択、指導も私どもでしていきたいと思っています。できる方にはおうちに帰ってからの口腔保健指導も考慮に入れながら、指導させていただいています。

図表9



図表10



口腔ケアということばは今後いろいろ吟味されてくるかと思いますが、全般的に介護現場では、口腔ケアというと歯磨きのことを思い出されるようです。「口腔ケアは清掃と機能向上の2つの意味がありますよ」と介護職の人にはお話ししています。たとえば、右下のように上顎前歯部のこの辺を磨く時は、口唇をしっかり排除します。上の口唇を排除するのは、口腔周域への刺激が食べるために有効だからで、「歯ブラシ1本でも毛先で歯面を清掃しながら、プラスチックの背中で口腔の周囲を刺激できます」と介護職さんをお願いして、口腔ケアを意識づけしています。

入所施設での課題と 取り組みの実際

入所施設についてですが、私に関わるようになった特養は平成6年から4施設を開設してきましたが、高齢者の方々の年齢がどんどん高くなってきて車椅子の方が非常に多くなっています。

認知症のフロアに行くと、ローソファが壁に並んでいて高齢者の方がたくさん座っています。立ち上がってしまうと介護職の人の目が届かないので、抑制ではないのですが、座っててくださいということでローソファがいちばん合理的なのだろうと思って見えています。ただ、残念なことに入所施設では、機能低下は確実に起きていて、ある意味では決して加齢のためだけではないのだらうと思います。施設でのケアを考える時にきているのではないかと考えています。

口腔ケアもしかりで、入所施設では口腔ケアがずいぶん普及してきました。ですが、実際には口の中に汚れが残っていても、それが昼食の汚れなのか朝の口腔ケアをしていないせいなのか、誰にも分かりませんし、口は閉じてしまったら見えないということで、ある意味で手が抜けるケアのひとつだと思っています。口腔ケアの成果としては、歯科医の先生をお呼びすることで歯科診療がずっと続けられるということがあります。

入所している方々の様子ですが、左上の写真は認知症の方で、斜め上を向いたまま体が固まってしまった方です。このままで食事されますから非常に誤嚥の心配が高くなります。右の写真は、この姿勢で固まってしまった方で、食事にはとても苦労します。反対に左下の方は、下を向いたまま首が上がらず、口に入れて差し上げた食事が落ちてくるのがよくあります。せっかく用意した食事をいかにして食べていただくかということは、施設での食支援として大きな課題になってきています(図表11)。

図表11



また、体重の変化というのがあります。栄養ケアマネジメントのひとつですが、体重の変化は高齢者の方にとって栄養がちゃんと摂れているかどうかのバロメーターになると思います。ただ、きちんと食べていたとしても、ほとんどの方が右肩下がりで下がっていきます。80歳、90歳の高齢者で太っている方がいない現実目の当たりにしています。ただ、それでも少しでも食べていただく、栄養を摂ってすべての全身機能をよくしていただくことは口の機能を管理する者の課題だと思います。

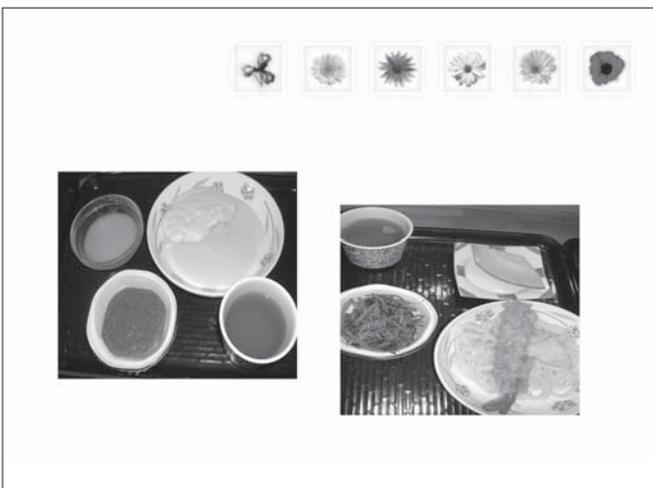
図表12(次ページ)の左上の写真のように、手の機能とか認知機能のために食事を食べこぼしてしまう方とか、右の写真のようにお茶の中に入れてしまって食べてくださらない方もいます。左下の方も認知症です。体を起こして食事を運んでも口が開かないので、下の唇をつまみあげて中の圧力を抜いてあげることでやっと口が開き、そこに食物を入れる。その後はちゃんと送り込んで食べてくださいます。高齢者の方がどんどん重度化していくと、どうやって食べていただくかということが口腔を管理する者の役目であり、いろいろ勉強させられます。

図表12



図表13は食事内容です。右は夏の献立のうどんで、左はソフト食です。今は栄養士さんの考える食事の段階がきめ細かくなり、嚥下食は非常に発達してきました。ただ、介護職員の中には、右の食事から左の食事に変えることに非常に抵抗される方がいらっしゃいます。ケアの敗北ではないですけど、レベルを落としてしまうことになる「ソフト食にしたら咀嚼する力がなくなるんじゃないですか」「この人に形のあるものを食べさせたいんです」と。そこで私は歯科衛生士として、「この方の今の口の機能はこのレベルなんです。このレベルで噛みやすいものを提供することで栄養をきちんと摂れば、全身状況もよくなり、以前に戻すこともできるじゃないですか」と申し上げます。このような形で、口の機能と食形態を調整しながら施設に関わっています。

図表13



私が行っている施設には歯科室があります。非常に珍しいのだと思いますが、ここがあるので、歯科医師の診療が非常に有効なものになっていると思います。たとえば、この方は義歯を入れていただいたのですが、はじめて入れた時の喜んだ顔です。皆に顔がよくなったねと言われて非常に喜び、おかげで歯科医師の先生への信頼が非常に厚くて、先生がほめてくださるからと本当に一生懸命にブラッシングしてきた方です（図表14）。

図表14



歯科診療は、私たち歯科衛生士が口腔機能や口腔清掃をする時にどうしても必要なバックボーンです。私たちが向かい合う高齢者の方々には歯科疾患などが非常に多いものですから、歯科診療がたくさん施設や在宅で行われることを本当に望んでいます。

胃ろうから経口摂取移行へ 取り組みの実例

歯科衛生士として経口摂取移行に関わった例を少しお話ししたいと思います。70代前半で胃ろうですが、座位を保てる方がいました。ご本人が食べたい、ご家族も食べさせたいということで、70代前半という若さと座位が保てることに賭けて、経口摂取にできないかと考えました。最初に行ったのは総合病院に行ってVFを撮ってもらうことでした。医師の先生からは、ゼリーぐらいな

ら楽しみとして食べられるかもしれないとの診断をいただき、施設で経口摂取移行を行いました。

施設で行う経口摂取移行加算というのは、1日28単位、診療報酬でいうと28点です。医療保険での嚥下摂食の機能療法というのは1日185点ですから、すごい点数の差があります。ですから、「ここは日常生活の場であって根本の医療のバックはないのだけれど、もし食べられるのだったら安全な方法で食べさせようというのが28単位の意味なんですよ」とお話をし、ケアプランを作って経口摂取を試みることになりました。そして、アイスマッサージや舌の運動、食べる前の間接訓練・直接訓練のきめ細かいプランを立てて、介護職と看護職の方に協力していただいています。

図表15の左の写真は胃ろうだった頃、右の写真は6か月後です。3食食べるようになり、びっくりするほど顔つきが変わりました。歯は、前歯部だけあったので、ない部分は義歯を入れていただき、普通のものが食べられるようになりました。右下の写真は、この施設ではお誕生日に希望をかなえるサービスをしているのですが、この方は回転寿司に行きたいという希望で、施設長が責任を持ち、私もついて行って、12皿食べたときのものです。ご本人はとっても喜んでいらっしゃいました。ただ、この数か月後にあんパンで窒息し亡くなられました。ご家族からは本当に感謝されましたけれど、パンの窒息事故も機能低下でしょうし、そういうことに関しては今後も本当に気をつけたいと思った成功例でもあり、失敗例でもありました。

図表15



もう一度口から 食べるための取り組み

今、施設ではもう一度口から食べる試みがはじまっています。なぜかという、病院では誤嚥性肺炎を繰り返す方だけではなく、骨折でも胃ろうにしてしまいます。ただ、胃ろうをつけてしまったら施設や在宅に戻った時、もう一度食べられるかどうかを誰も検証してくれません。施設では、幸い経口摂取移行加算がひとつの後ろだてになっています。もちろん、それをする時は必ず施設の主治医の先生に「こういうふうですが、口から食べさせられるでしょうか」とお伺いをし、VFとかきちんとした診断をいただきます。少しでも可能性がある場合は、施設ではまさにチーム医療ができますので、介護職と看護師、栄養士、そして歯科衛生士が協力して行っています。

医療連携や他職種との連携に関係すると思われることで申し上げたいのですが、移行摂取をする時に、誰がいちばん壁だったかという施設の看護師でした。まず、彼女たちが言ったのは、「胃ろうで安全に生きている人たちにどうしてそんなリスクを負わせるの?」ということでした。私が「安全に食べられるという可能性が高いから施設でやるんです。そうでなかったら、病院に入院してやってもらってください」とお話しし、今は理解

を得ています。食べることについての認識は実は各職種によって、それから各職種の卒後教育によって大きく異なる場所だろうと思います。今はその施設の看護師さんたちも非常に協力的で、一緒にマッサージなどもしてくれています。

高齢者のQOLの向上と 豊かな精神活動を目指して

いろいろな所でお話をする時、いつも最後にこの方(図表16)を出させていただきます。95歳で、右の口腔内写真で分かるように8020達成者です。

図表16



平成8年愛知県の8020表彰に推薦させていただきました。表彰式への出席をお誘いしたのですが、「着てい

くものがないから」と断られました。それで賞品だけお届けしたのですが、かなり何年か経ってから言われました。「なんであの時断ったか分かる? 決して着るものがないからではなかった。周りの高齢の方は義歯や口の問題で悩み、皆一生懸命取り組んでいる。自分は何も苦労しないで親からもらった歯で8020だった。表彰に値しない。皆がこんなに苦労している時に自分だけ喜べないでしょ」。

本当にすごい方で、私に「90過ぎたら何もこわがることはないよ。死ぬのもね。畳のへりをまたぐように逝けるんだよ」と教えてくださいました。本当にそのように12月のある日の朝に逝ってしまわれました。写真は、特養で夏のおやつに出たところを食べて、「いつ死んでもいいと言ったけれど、ところをを食べるためには来年の夏までも生きとるわね」とおっしゃった時の笑顔です。

こういうふうに、高齢の方々が8020を達成してQOLの高い生活、精神生活をしていけるように、私たちが少しでもその助けになればいいと思っています。施設はまだまだいっぱい課題がありますが、チーム医療がやりやすいところなので、そこから歯科医療者としていろいろな切り口が見えてくるのではと思っています。

医療連携や課題については何も申し上げられないのですが、私が今行っている現場からの報告というところでお聞きいただければとてもうれしいです。

ありがとうございました。

シンポジウム座談会



宮村 シンポジウム座談会「住民の視点の医療連携」をはじめたいと思います。会長という立場もあり、座長をつとめさせていただきます。私は自慢ではありませんが、地域医療や医療連携について具体的な知識の持ち合わせがありません。ですが、分からないゆえに客観性もあるのかもしれない、ということでやらせていただきたいと思います。

まず、本日のお話を振り返りたいと思います。

大島先生の基調講演では、医療とは医療に患者が合わせることではない。患者や疾病に医師や専門家が合わせていく、社会需要に我々が合わせる事が本来の医療である、ということをお話いただきました。

厚労省歯科保健課の日高前課長には、行政の立場

から住民視点ということも含めて健康づくりの連携、内科と歯科の連携、そして歯科の診療所と病院歯科との連携について、人材の育成、あるいは研究の推進や行政の対応、取り組みを解説いただきました。

愛知県健康担当局長の五十里局長には、愛知県における歯科と内科の連携、おもに糖尿病や骨粗鬆症についてのお話をいただきました。

座談会にはご参加いただけませんが、中日新聞社の志村編集局長には、住民として歯科についてお話いただきました。

日本歯科医師会理事の角町先生には、高齢者の生活というよりむしろ高齢者の尊厳を支える歯科という意味で、どのように活動されているのか、どのようなニーズ

があるのかという話をいただきました。

愛知県歯科衛生士会の池山会長には、まさに現場でのお話をいただきました。

今、なぜ歯科に医療連携が求められているのか

まず、私は、医療連携というものが順風満帆であるならば、こういったシンポジウムというものは開かなくてもいいのではないかと。きっと医療連携というものがどこかやりにくく、壁があるからこそ、こういうシンポジウムをやるのだらうと感じています。それについては、座談会の後半に時間をとりたいと思います。

その前提として、医療連携に詳しくない私からの疑問です。歯科ではたしかに医療連携、医療連携と叫ばれてきています。大島先生のお話にもありましたが、極めて専門分化している医科において、とりわけ臓器医療などでチームを組む、連携をとるのはよく分かるのですが、なにゆえ歯科において医療連携という形で、チーム医療や居宅や施設での連携が必要とされているのか、どうしてそういう話になってきたのかということをお聞きしたいと思います。

政策や国の方針の流れに歯科が乗り遅れてはいけないということで、医療連携が言われているのか。あるいは大島先生がおっしゃったように、超高齢社会になった時に医療というもの、歯科医療というものが診療室の中だけでは難しいということなのか。どちらの理由なのか、両方なのかもしれませんが、改めて伺わせてください。

大島 現実の変化がどんどん進んできていて、その中に収まらない部分があふれてしまっている。それがさまざまな所で、現場でも見えてきた。その中で気づく人がいるわけです。たぶん角町先生も気づいちゃったんですよ。その気づいた人たちの「こんなことでいいのだろうか」という水面下での想いや動きからはじまり、一方で現場の変化がさらに激しく進むものですから、「やっ

ぱり自分たちのやっていることは間違っていない」と逆に現場の方が検証してくれる。そういう状況が今如実に出てきているということだと思います。

現場の変化がもうもたない状況になってきて、今までの在り方ではとてもじゃないけど対応できない。そうになると、歯科の本来の役割、本来の使命とは一体何なのだろうというところに戻っていくわけですね。すると歯科医の役割とはむし歯と歯周病を診ていけばよいわけではない、というところに当然いくと思います。それが今はっきりと覆い隠すことができない状況になってきている。

一方、国の行政はずいぶん前からそのことに気づいていたのだと思います。そして、それを制度としてどう展開していくかということ、10年も20年も前からたぶん考えてはいたのでしょう。ただ、現場の方が具体的な形で変わってこなかった。つまり、制度としてはずいぶん前から在宅にいくというシナリオを描いていたのですが、いかんせん現場の方が全然それに対応できなかった。それが今やっと一致してきた。そんな状況ではないかと思っています。

現場からの変化と制度の成り立ち

宮村 まず現場の歯科医師や医師が気づき、自発的に動き出して、それに制度がシンクロしていったということですね。私自身がお上志向なのかもしれませんが、医師にしる歯科医師にしる現場が自発的、義勇軍的に参加していくことから制度やシステムができるので、本当は制度やシステムが先導すべきではないかと思うのですが、それは違いますか？

大島 それは非常に難しいところですよ。講演で、専門家の役割、責任ということを言いましたが、大きな転換期や10年、20年先を見なくてはならない時、専門家にしか見通すことができない先というものがあると思うんですね。したがって、本来は、専門家が10年、20年先の

医療の形態はどうか、国全体の方向性はこうあるべきだ、という青写真を出していかないとだめだと思います。

ところが、そういう回路が完全に断ち切られてしまっています。今起こっている現象というのは、医科がどんどん専門分化し、その中で個人個人の医者は一生涯懸命やっているとと思うのですが、全体の絵図面は描かれていない。そして、医者を養成することは大学を中心にやっている。お金や全体の制度設計は国がやっている。病院や地域の施設については都道府県がやっています。役割分担と言えば恰好はいいのですが、それぞれがバラバラでの状態で、それがもっと先にいくと利権集団化しお互いが譲らない、というおかしな状況になってきています。

宮村 先のご講演の中で、景気後退期にいつも制度が変わるとおっしゃられていましたが、それも一方にあるのでしょうか。

大島 やむにやまれずという時に変化が出てくるということでしょうね。本来はそうでは困ります。ですから、そういう意味で言えばやはり政治の責任でしょうね。

宮村 行政として日高前課長にお伺いします。医科にせよ歯科にせよ専門家がやむにやまれず気がついたことに制度が同調し、後追いしているのか。それとも、制度はできているのだけど、歯科だけが常に乗り遅れているのか。その辺はいかがでしょうか。

日高 まず、最近になって訪問診療や在宅医療の制度ができたように言われていますが、実は10数年前からその動きはありました。私は保険局医療課の課長補佐をしていまして、医療保険の担当でした。当時の歯科医療管理官は石井拓男先生ですが、診療報酬改定の時に歯科訪問診療料と歯科衛生士の訪問指導の点数を新しく作ったんですね。今後訪問診療を進めなければならぬだろうということで導入したのですが、一部の歯科医療機関しか関心を示さなかったなどの事情もあり、うまく機能しなかったんです。

そういう意味で1回は頓挫したかもしれませんが、訪

問診療の趣旨は日本歯科医師会も当然理解していました。当時は、一般の歯科の先生方がどこまで在宅診療の必要性を感じていたかは分かりませんが、近年は高齢人口の急激な増加と歯も残ってきたことなどで歯科の先生方も必要性に当然気がついていますし、患者さんのほうにも訪問診療などのニーズが出てきた。社会状況が変わって意識も変わり、少しずつ浸透してきたと考えています。介護保険がはじまり、口腔ケア関連も入ってきたことも大きいでしょう。そういったことでタイムラグはあったのですが、もともと在宅医療は必要だという認識はあり、それなりに対応してきたということは申し上げられると思います。

宮村 いずれにしても大島先生がおっしゃったように、政治が現場ときちっと整合した制度を先に作る、行政がそれに従ってシステムやプロセスを作る動きが遅くとも、医科や歯科の専門家としては、やむにやまれぬ状況と気がついたら自分たちが先にやらないと進んでいかない、ということだと思いませんか。

角町先生はいかがですか。バックアップがあろうがなからうが、自発的な気づきのようなものでそこに入ってしまったということですか。

角町 実際に私が入ったのは平成のはじめ頃で、当時の長崎の「寝たきりゼロ戦略検討会」という動きの中で、現場に出て行きました。その頃は生活の問題や地域の問題に対して何の知識も情報もなく、自分がどう発言していいのかわからない。ただ、「歯がなくなってもいいですか、残しましょう」と行動することで活動を続けていきました。その中で言われたことが「歯科の分野に障害はないのか」ということです。「障害というのは最終的には生活ハンディキャップの問題なので、その部分までちゃんと見ていく仕組みを提案することが大事だ」と言われ、愕然とすると同時に勉強をやり直さなくてはいけないと思い、自分の専門性も全部捨てました。そして在宅歯科医になりますと宣言し、なったという経過です。

在宅診療・訪問診療における 歯科へのニーズとは

宮村 もうひとつ素人的な質問ですが、病院や施設、在宅における歯科に対するニーズとはどういうものなのでしょうか。池山会長いかがお考えでしょうか。

池山 私は、もちろんう蝕と歯周病についての教育を受けて歯科衛生士になりました。ですからはじめて高齢者の前に出たとき、やはり目がいくのは口腔内や歯だったという記憶があります。ただ、先ほどお話ししたように、現場では食べることに困っている人のほうが多く、歯周病を治す以前の問題がたくさんありました。ただ、当時は現場の認識も、歯科衛生士や歯科医師というやはりむし歯を治してくれる人、義歯を作ってくれる人というものだったと思います。

平成18年の介護保険制度改正で口腔機能向上が入り、愛知県歯科医師会でもその前から先生をお呼びして口の機能についての勉強会を開いていました。私たち歯科衛生士も、歯科衛生士にはこういうこともできるんだと気づくようになり、その知識は高齢者の食べることの問題で悩んでいた施設の中で非常に重宝がられました。ですから、ニーズというのは現場に出て、困ったことが起きた時に、誰が何をできるのかということだと思います。

宮村 やはり最初の期待としてはむし歯とか入れ歯ということですね。佐藤先生はいかがでしょう。訪問医や訪問看護師など関係者からのニーズですが、歯科にこういうことをやってほしいというのはやはり入れ歯とかでしょうか。

佐藤 愛知県歯科医師会では、実は昭和63年から在宅診療や訪問診療を行っています。ですが、約20年頑張っている割に住民が在宅診療などのニーズをどこに持っていくのか分からないというのが実態かと思いません。システムが整わず、我々の努力不足もあります。ただ、食べることに関わることで、安全に食べたいというニーズは確かにあると思いますね。

変化の中で求められる 歯科の職能と責任

宮村 次に伺いたいのは、施設・居宅に限っても我々に何ができるのか、言葉はよくありませんが何を売り込むことができるかということです。我々はそこでどんな役割を果たせるでしょうか。

角町 実は、僕は入れ歯やむし歯の治療を基本的にやったことがない人間でした。言語治療やその中での矯正を中心にやっけていまして、その分野では「歯科医療は何しているのか。歯しかいじっていない」という視点がありました。「口を誰が見るんだ、口を見るのは歯科医でしょう」と20年前から考えていました。ところが歯科医師は歯しか見ていなかった。歯しか見ていないところでは、話すことも食べることも除外されていて、その問題をチェックする能力も機能もなかったと思います。障害者に携わっている方々はそういう状況を認識していたみたいですが。

本来、口の問題とは、「食べる、話す、呼吸する」ことですが、それぞれが分離したまま問題が非常に大きくなってしまい、その領域にたくさんの職種の人がケアミックスという言葉を使いながら入ってきました。そこへ歯科関係者が「自分は何かしなければいけない」と気づき出したのが、今なのではないかと思えます。

宮村 私は、たぶん会場の方々もそうだと思うのですが、歯科医というのはやはりどこか技術職で職人だと思っているんですね。その職人気質から言うと、診療室に這ってでも来てほしいというのがあるんです。そうすれば何かやってあげられると。そこで疑問なのは、今語られている医療連携とか在宅や施設での診療というのは、そういう普通の診療ができない患者さんに限定して語られていくのかどうかということが知りたいのですが。

大島 私は、専門職には3つの責任と役割があると思います。ひとつ目は、専門職能団体の中できちんと質を守っていくことで、もっとも大事な役割です。2つ目は、

行われたことが正しかったかそうではないかを、きちんと専門的に判定すること。3つ目に、これはあまり言われていないことですが、「自分たちの職能はこうですよ」と職能の範囲を決めることです。

ですから、歯科医師団体が「自分たちは歯と歯周病しか診ません」と言えば、それはそれでいいんです。ところが、角町先生が言われるように「それでいいのか」という話になってきています。私は、咀嚼・嚥下ということを考えた時に、私自身が歯科医師団体や歯科医の先生方と接触する中でちょっと洗脳されたところがあるかもしれないですが、これはやはり歯科医師の役割だと思います。今そういう方向に歯科医師会が動こうとしていることに、私自身は大歓迎なのですが、医科のある部分とバトルになるかもしれません。しかし、それは歯科が自分たちで決めることなんです。

決めてしまったら、その質を担保する責任が出てきます。ここは我々のテリトリーだと宣言したら、医師としていちばん大事な診断する技術と治療する技術が求められます。この人は口から食べられない状態だが、食べられるようになるのか、ならないのか。どうすれば食べられるようになるのか。または、絶対無理と判断するのか。きちんと判断する能力を持つことが当然求められることになります。

宮村 それが職能としての責任であるということですね。

大島 そうです。それがセットでなければならぬ。それがなければ、ここは自分たちの領域だと言っても誰も相手にしてくれません。

宮村 私もそう思います。ちょっと極端かもしれませんが、口腔ケア、嚥下や摂食が在宅だということに決めているように感じられまして、患者さんによってはクラウンだって入れられるかもしれない。そうすると、そこには治療困難な部分があるから、通常の診療行為でもある程度の点数加算のようなものがなければダメではないか。そういうものを全部外して、行政や政治が在宅診療、在宅診療と言っているような感じがしまして、少し言

わせてもらいました。

大島 さらにいえば、歯科がそういう方向にきちんとシフトして考えていけば、在宅で何をどうやったら診断できるか、治療できるか、そういった技術は在宅をキーワードにした形で必ず発展していきます。診療所に来ることができる人は来てもらえばいい。来ることができない人をどうするかということが大問題ですから。そういうふうな腹をくくってしまえば、機械も技術も絶対に進歩します。

宮村 同感です。先ほど大島先生がおっしゃったことと少しリンクしますが、歯科衛生士会の池山会長のお話で、胃ろうから経口摂取に移行するという事例がありましたが、大島先生はあのお話をお聞きになり、そうなんだよと思われませんか。

大島 あの事例は歯科衛生士さんと看護師さんが判断してやられたと思いますが、歯科医師が「これはいけるぞ」と判断し、全体の指揮をとっていたとすれば、それこそがあるべき姿ではないかと思って聞いていました。

連携に欠かせない 他職種や行政の理解

宮村 私もそう思いました。さて、これからがいわば本題です。「在宅歯科医療の背景とその対応は」として12項目をあげました。これは、日本歯科医師会で役員や関係団体も含めて勉強会を行い、そこで在宅医療で壁になるような問題がやはりある。そのためになかなかスムーズにいかない面もあるという声が出て、その理由としてあがったものです。これらについてお伺いしていきたいと思います。

1)の「訪問診療専門業者などの存在」については今日はお聞きしません。2)「他職種の理解」3)「行政の理解」ということからお聞きします。他職種とは、看護師、医師、言語聴覚士などさまざまですが、とくに医科の理解というものはどうなのだろう。ニーズはあります。

在宅診療で歯科が必要かと問えば90%くらいは必要と言います。ですが、具体的に進めるとうまくいかないということは、理解が本当にあると言えるのだろうか。大島先生がお医者さんでするのでお聞きしたいのですが、医科の理解はありますか。

大島 医科とは耳鼻科ということでしょうが、食べ物を食べて咀嚼するのは、歯がないとできないことです。そこを、医科が本気になって自分たちの領域として考えていくだけの素養と状況があるかといったら、私はないと思います。私の知る限り、そのことを真剣にやっている医科はどれくらいいるのかは分かりません。それよりも圧倒的に歯科のほうが真剣に取り組もうとしています。

医科で、もしあるとすればリハビリのほうかと思いますが、これから圧倒的に増えていく高齢者の歯を治療する時、うまく食べられるようになったかを検証、確認せずに、ただ入れ歯を入れただけで済むかというところではないですね。その延長で考えれば、歯をきちんと診ることは、角町先生がおっしゃっているように、口腔内や食べることを診ていくこととほとんどイコールです。

ある人が口から食べられるようになるかどうかという時、100%歯科が回答するかどうかは別にして、少なくとも医科から話があった時に十分に相談に乗れるだけの状況を作っておく。むしろ場合によっては歯科が主導権を握り、食べられるかどうかの判断、さらに可能性があるならプログラムをきちんと作ることは、医科にとっても必要になるだろうと思います。

ただ、メンツとかそれまでの利権とかが絡んできますから、そうなる感情的なレベルでいろんなことが起こるかもしれません。それはどの分野にもあることです。要点をきちんと抑えながら、実力をどうやってつけるかということじゃないでしょうか。

宮村 五十里局長がおっしゃった骨粗鬆症や糖尿病においての医科との連携も、在宅の医療も医科の理解がないとなかなかできないと思います。愛知県で活動している佐藤先生はどう思われますか。

佐藤 今、愛知県でも医師会、薬剤師会と歯科医師会とで前向きに話をしています。現時点で不足している部分ですが、共通言語で話をするということ、ひとつのフォーマットのような形を作るということを中心に進めようと考えています。医科の先生にも十分ご理解をいただき進めていきたいとは思っています。

宮村 県行政でも糖尿病と骨粗鬆症について医科との連携をやると。ただ五十里局長もおっしゃっていたように、実際に医科の協力が得られにくく、なかなか連携がとれないという状況があるわけです。第5次医療法の改正にしても、いわゆる在宅療養支援歯科診療所の届け出はまだ少ないです。それは当然で、そういうものはありますが、病院から在宅へという流れにしても、4疾病5事業にしても歯科の方から働きかけて何か言わないと入れない、ということが行政にはあると思われるのですが、五十里局長、それは歯科は医療ではないと思っているからですか（笑）。

五十里 平成18年の医療法の改正を受けて、4疾病5事業、病院それから診療所の医療連携、機能分化を地域保健医療計画に明記し、医療機関名を明記する、医療連携体系図を作る、という非常に大きな医療計画の見直しがありました。その体系図の中に、脳卒中をはじめとして歯科の役割が、愛知県の場合はしっかりと位置づけられていると考えています。いずれにしても20年くらい前から医療対策審議会などさまざまな県の会議を設けており、医療関連ですと当然歯科医師会もメンバーとして入りますが、当初の頃は「歯科も忘れないでね」というような発言が主体でした。しかしながら、ここ10数年は「歯科は積極的にこういう事業をやっていく」という発言が非常に増えてきたと感じております。それは非常に力強く、県の歯科医師会がいろいろ勉強されて、県行政の中に事業としてしっかりと位置づけていこう、県から補助金なりを確保しようという強い意識をひしひしと感じています。

しかしながら、在宅の患者さんのQOLをいかに高めるかというのが医療連携であり、そういう観点ではそれ

ぞれの専門職をしっかりと認め合って、在宅歯科診療設備整備費補助金というのが昨年度からあるわけです。そういう事業をぜひ活用して在宅歯科をしっかりと進めたいと思います。愛知県の医師会長の妹尾さんは、医科としても連携をしっかりとやらなければならないとおっしゃっています。問題はそれが現場、地区の医師会にどれだけつながっていくかということです。行政としてはこれから医師会ともども地区の医師会にも話をしていかなければいけないと思っています。

宮村 そういう意味で、本当に行政の力を借りたいところがあります。「こういう仕組みだから医科も協力してやってくれ」と行政から声がかからないとなかなか難しい。

池山会長がおっしゃっていたように、口から食べることは人間にとって大切である、というのは当然のことだと思います。けれども、日高前課長ご本人がそうおっしゃっているわけではありませんが、スライド資料に「全身の健康と歯との関係の研究は歯科医の期待に基づいたものであって、エビデンスがない」とあったように、そういう意味では行政の理解は難しいかとも思うのです。結局、口から食べれば健康によいことは分かりきっていることですが、どうも行政というものは数字が出ないといけないということでしょうか。

日高 回答になるかどうか分かりませんが、高齢社会になって、高齢者の残存歯が増えて治療のニーズが多くなるのは確実だと思います。当然お年寄りですから先ほどおっしゃったように診療室に来てほしいと思っても、難しいこともあります。歯科訪問診療をやっていたくにはマンパワーが必要ですから、一定数の先生方に対応していただく必要があります。歯科医師全員に訪問診療をやっていただくことではなく、ある程度の数を確保していくということです。ある調査結果では1割くらいしか訪問診療をやっていないということでしたから、その数をまず伸ばしていくという前提に立ち、今はいろんな事業を開始しています。

歯科医師会に今日の資料のような課題を羅列して

いただくのはよいのですが、多少具体的な案を、たとえば歯科医師のこれくらいの数が訪問診療をできるようにする、あるいはこういう制度に改善したほうがいいなど、ある程度考え方を整理し、それを踏まえて行政に相談していくことも考えられます。ぜひ、具体的な方針を日本歯科医師会の角町先生を中心にご検討いただければ、行政も方向性が分かり、対応しやすくなると思います。

診療所と訪問歯科を 両立させるために

宮村 要するに具体的な数字などが必要だということ、期待という漠然としたものではないかということですね。今マニフェスト政治をやっていますが、数字を示さないと政策が何もできないということは、数字で示せる政治しかできないということですから、これは大変大きな問題だとは思いますが。

これはここまでにして、次に進めさせていただきま。5)「外来を犠牲にして踏みきれない」。つまり自分の診療所を犠牲にしてまで踏みきれないという会員は多いと思いますが、それについて理事の角町先生はいかがですか。

角町 在宅では多様な身体状況の方々に対応していなければいけないのですが、状況によっては片方だけに専念し、片方は完全に空いてしまうことになります。また、在宅に行くと1時間も2時間もかかりますが、診療室の中で2時間なら多くの患者さんを診ることができま。1人体制の診療所では、地域が支援する形ができていないとボランティアに頼る可能性が高いですね。2人体制で組んで行くと十分対応できます。

そう考えると訪問に出て行くのは診療所のマネジメント的には問題があり、社会全体で解決しなくてはいけない状況です。地域の歯科医師会が、国が在宅歯科医連携室という形で整備したものを組織の中できちんと機能させれば、非常に楽にできると思います。反対に

きていないところは非常に大変だろうと思います。

宮村 歯科医師会会員が「自分には訪問診療はできないだろう」と思うのは、教育の問題もありますが、できるようになるには、やはり歯科医師会が計画とかシステムを示していくことも必要だと思います。今訪問診療をしているのは全体の11%くらいです。日本歯科医師会としてはどれくらいの参加数が必要だとお考えですか。

角町 地域によって異なると思います。大都市圏では圧倒的な不足が出てくると予測されているように、地域ごとに配置は変わると思います。地方の話でいいますと、長崎市内では当初20人でいいと言っていましたが、今は20人では足りないですね。それくらい歯科の診療室に求められる機能は、これからの高齢社会に対応して増えていく。今1万4千人から1万6千人くらいの数が在宅支援歯科診療室で動いているはずなんですけど、おそらく歯科医師会会員の半分以上、それ以上必要となる可能性があると思います。

宮村 7)の「不十分な評価」というのももちろんありますが、基本的には「自分なんかにはそんなことができるのかな」というのがあると思うんです。それを日本歯科医師会が、こういうふうにしていこうと示すのか、あるいは都道府県が示していくのか。両方かもしれませんが、先生はどう思われますか。

角町 たぶん、常にそういうことを言い合うんですね。でも、それではことが進まないの、実際に動いている人たち、適切に動いている人たちに支援することを組織はしないといけない。そうでないと流れが作れないですから。

宮村 そうだとすると日本歯科医師会ではなくて都道府県というか、実際に見ている人ですよ。日医がいろいろ言うよりも都道府県が実際にいろいろやっついていかないと進んでいかないということですね。ところで訪問診療の数ですが、今の11%を30%くらいにしたいということですか。

角町 最低で3割ですね、もっとだと思います。

宮村 不十分な評価というのは、介護や医療保険での

不十分な評価ということだと思いますが、会場の先生方で、十分な評価だと思われる方がいらしたら挙手していただきたいのですが。いらっしゃらないようですね。つまり全然不十分だと思っていますので、日高前課長、側面援助もよろしく願いいたします。

角町 これには理由があると思います。病院内での連携は2、3分もあればとれます。ですが、病院の患者さんを歯科の診療室から訪問し、連携をとろうとすると非常に困難です。連携の形は病院システムの中で病院側が持っていますから。ですから、今日は行政の方もお見えになっていますが、社会全体の合意として、患者さんのカンファレンスは全体でやっていく仕組みにしよう、あるいは病院に入院した患者さんは少なくとも歯科健診をレントゲンと同じようにやっていこうとか、そういうふうにすることによって問題は深刻化しないでうまく対応できると思います。

宮村 なるほど。この不十分な評価への対応は、さすがに日本歯科医師会の役割ではないでしょうか。

佐藤 今の不十分な評価ですが、十分に点数をつけていただいて評価されているのですが、たとえば診療を休んで我々がケアカンファレンスに出向くということが不可能な点数づけですとか、評価はされていても、我々開業医が活用しにくいシステムという点をお考えいただくとありがたいと思います。

連携のキーとなるのは 人と人とのつながり

宮村 それは日本歯科医師会に提案してやっていくべきだと思いますね。8)の「他業種との連携がとりにくい」ですが、具体的な事例のところ池山会長がふれていました。当初看護師さんと意見の違いがあったとのことですが、他業種との連携のとりにくさというのはどうなのでしょう。

池山 歯科衛生士というよりもケアマネージャーと言いますと、ぜひ歯科医師の先生方からケアマネー

ジャーにも情報が欲しいです。診療に行かれたら一応報告があると思いますが、名古屋市内で開業してちょっと驚いたのは、医科の先生からはどんなことでもファクシミリがきます。コメントなども紙でいただき、すごくよく分かります。在宅であればケアマネージャーと連携する職種がどんなふうに入っているのか一目瞭然なので、できれば歯科の先生方にも実施していただければ簡単でないかと私の立場では思います。

宮村 東京医科歯科大の寺岡先生は、8020推進財団から『地域医療の新たなる展開』を出していて、「連携をとりにくいのは分かるのだけど、ポイントは人間関係だ」と書かれています。「たまたま親しいお医者さんがいるとかそこからはじめていかなきゃいけない」ということです。しかし、偶然の出会いがしらのような人間関係によって医療連携ができるとは思えないのですが。角町先生、その辺はやはりパワーや想い、情熱なんですか。

角町 偶然というのはどこにでもあると思うのですが、人対人ですから、その人の想いが強ければいろんなことに対して深く相手の心に入り込めると思うんですよ。ぼくらの仲間は皆“飲みニケーション”という言葉を口にします。相手も私たち関係者もしっかり住民や患者を見ているということなんですね。その方々が語り合えば、必ず絡んでいけると思います。顔が見える関係というのは非常に大事なことで、その偶然性に恵まれる立場にある人たちは、できるだけそういうことをやっていただきたいと思います。

宮村 そうやって飛びこんで行くと。やっぱり大島先生、そういう想いを持ったら入っていかなければいかんということですか。

大島 今はパイオニアから広がりつつある時期ですね。したがって想いの強さと確かな技術ですね。想いの強さだけでは難しい。そして少しずつ実績を広げていけば、今度はかかりつけ医から、ちょっと来てくれ、どうしたらいいんだ、と相談の声がかかる。そういうふうに少しずつ広がっていき、ある時期を超えるとどっとくる

ような状況になるのではないのでしょうか。

宮村 大島先生の言うことも角町先生の言うこともひとつの正解だと思うのですが、私が繰り返し言っているのは、やっぱりそこに行政なり何なりのシステムのサポートがなくていいのかな、ということです。

大島 たとえば、昔に比べれば今は地域保健医療計画の姿というのは相当はっきりしているのですが、決定的に欠落があるといえますか、そこまで踏みきれないのは、都道府県には地域保健医療計画を立てる責任はあるんですが、しかし、それがきちんと実行されるようにする責任はないんです。それは非常に微妙なところで、これ以上言うと五十里さんを責めることになりますので…。

五十里 最近の計画行政では、策定をし、その策定に必ず目標値というものを入れることになっています。ただ、その目標値も理にかなった数値なのか努力目標なのか、実現可能な数値なのか、どれを選択するかということがありますが、目標値を立て、どこまで進捗したかということでのフォローアップをしています。これは地域保健医療計画だけではなく、あらゆる計画がそういうことになってきています。私どもも作ったあとに何らかの対策をして介入し、データを少しでも改善するように努力しています。

宮村 よろしくお願ひしたいと思います。9)「重い器械、過酷な診療状況」ですが、日本歯科医師会と器材メーカーなどで、ポータブルの器械を軽くしようという話し合いができております。10)「制度の仕組みが分かりにくい」というのは、医療保険と介護保険の使い勝手の悪さのことです。11)「介護保険の事務煩雑さ」も同様で、これも日本歯科医師会などで取り組んでいくことが確認されています。

12)「ハイリスク患者への対応の不安」というのは、つまり我々歯科医師は高齢者や有病者に対しての教育を実はきちんとは受けていないわけです。これは文部科学省のコアカリキュラムや、あるいは日高前課長がおっしゃった国家試験、あるいは歯科教育の改善でも述べ

られています。今ちょうど文部科学省のコアカリキュラムの見直しがありますので、そこに入れてもらうことは絶対やっていかないといけない。私はコアカリキュラムの審議会関係のメンバーですので、やっていきたいと思っています。

それでは、最後に新井専務理事に感想を述べていただきたいと思います。

新井 ご紹介いただきました財団専務理事の新井です。本日は講師の先生方には、多彩な顔ぶれでご登壇いただきまして、切り口を変えて中身の濃いご講演をいただき、ありがとうございます。財団も設立いたしましてちょうど10年目の節目ということで、8020運動発祥の地の愛知県名古屋市で財団のフォーラムを開催できたことは大変意義深いものだと感じております。

私は千葉県ですが、常々病診連携などで医師会の会長さんともつきあいがありまして、やはり相手の先生との日頃のおつきあいがあってこそ、いろいろな会の運営もうまく進むことを肌で感じております。

内科その他の一般医科では、往診ということで患家を訪問することは100年以上の歴史があるわけですが、歯科の先生方にとりましては、ここ10数年前からの在宅

診療、訪問診療が今一気に進もうとしている状況です。内科の先生のご指導を仰ぎながら在宅歯科診療を進め、テキストは20年前から厚生労働省の指導などを受けて作っているつもりです。財団でも時宜を得た資料づくりを一生懸命やっておりますので、皆様方のご支援ご指導をいただき、今日のフォーラムをきっかけに在宅医療が大きく進みますことを期待したいと思います。財団でも、第二弾、三弾とこういった企画を組んでいきたいと思っています。

宮村 これで終わらせていただきます。結局は人だというご意見を多くいただきました。人として、住民や患者さんとの人と人の関係、連携する人たちの人と人の関係、そして行政という人との関係がうまくいくといいというのが結論だと思います。それにはやはり、今何かを求めている住民や患者さんに対する想いを、全員が共有できるかどうかだと思います。そういった世の中になればいいと思います。

シンポジストの先生方、ぶしつけな座長でございましたが、おつきあいいただきまして無事に終了したことを御礼申し上げます。

ありがとうございました。

閉会のことば

(社) 愛知県歯科医師会副会長 渡辺 剛



本日はフォーラム8020の8回目を当愛知県、そして財団で行いました。今回のシンポジウムのタイトル「生きる力を支える歯科医療」は失礼だったなと思ったくらい、保健医療福祉、特にその中でも福祉医療ということに焦点をあてての採択であったかと思っております。冒頭のご挨拶でも住民の視点に立ったという患者の代表も入れながら、弱い者の発言も入れていきたいという趣旨のご発言がありました。これはまた別の機会を持つというお話もございました。また、現場で活躍している池山会長、角町先生に至ってはまさに火の玉のように頑張っているなというそんな想いでいっぱいです。

また、五十里局長のお話からは、歯科医師と内科、医科の先生が骨粗鬆症、糖尿病についても連携をがちりと組んでいただいていることが分かりました。この場を借りて重ねて御礼を申し上げます。

日高先生には、日頃からの行政とはどうあるべきか、ということをお教いただきました。いずれにせよ、これからも我々地区の歯科医師会が、各町村単位でこれをみんなして守っていくんだ、現場が耐えていくんだ、そういう思いがないと一歩も進みません。実はそういう蓄積が行政を動かしている。理論はあとからいくらでもやってくる。そんな思いでいっぱいです。

私も現場で30年間在宅でやってきた者です。実は自分も明日からこうなるんですよ、そんなことを思いながらやってきました。大島先生からは、生活の中にも医療があるんだよ、という非常に強くて重い発信をいただきました。そして、ここにお集まりいただいた先生方は、地域を引っ張っていただく先生方の結集だと感謝しております。

ありがとうございました。

財団法人 8020 推進財団 学術集会
第 8 回フォーラム 8020
報告書

1. 基調講演・講演・報告
2. シンポジウム
生きる力を支える歯科医療
～住民の視点に立った医療連携の在り方～

平成 23 年 1 月

発行 財団法人 8020 推進財団

東京都千代田区九段北 4-1-20 歯科医師会館
TEL:13-3512-8020 FAX:03-3511-7088

無断転載複製を禁じます

