

第15回フォーラム8020 報告書

健康寿命の延伸と新たな8020運動の展開

~ 医科歯科連携をいかにすすめていくべきか~

日 時:平成29年12月2日(土)

13:00~17:00

会 場:歯科医師会館1階大会議室

公益財団法人8020推進財団学術集会

第15回フォーラム **8020**

- 1. 講 演
- 2. シンポジウム

健康寿命の延伸と新たな8020運動の展開

~医科歯科連携をいかにすすめていくべきか~

日時: 平成29年12月2日(土)13:00~17:00

会場: 歯科医師会館1階大会議室

主催: 公益財団法人8020推進財団

目 次

In the live had a	
講演者プロフィール・・・・	6
開会のことば	公益財団法人8020推進財団 常務理事 小玉 剛8
挨拶	公益財団法人8020推進財団 理事長 堀 憲郎9
〈特別講演〉	
「『8020運動』の30年を	ふりかえり、その将来を展望する」 12
	財団法人8020推進財団 元理事 宮武 光吉
〈講演〉	
「歯科保健医療ビジョン	こついて」
	厚生労働省医政局歯科保健課 課長 田口 円裕
「糖尿病患者への歯科治	音療の効果」 26
	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 予防歯科学分野 教授 森田 学
「糖尿病診療における医	科歯科連携の重要性」 · · · · · · · · · 32
= -110.50 - 5 - 5 - 5 - 5	東京大学大学院医学系研究科 分子糖尿病科学講座 特任准教授 脇 裕典
「口腔機能の向上と歯科	保健の向上に向けて」 40
	東京都健康長寿医療センター研究所 社会科学系 専門副部長 渡邊 裕
「地域で『口から食べるこ	
~圏科診療所の役割と	地域医療連携~」
	公益社団法人日本歯科医師会 地域保健委員会 副委員長 細野 純
〈シンポジウム〉	
「健康寿命の延伸と新た	
~医科歯科連携をいか	にすすめていくべきか~」 54
	座長/公益財団法人8020推進財団 専務理事 髙野 直久
	公益財団法人8020推進財団 嘱託 上條 英之
	厚生労働省医政局歯科保健課 課長 田口 円裕
	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 予防歯科学分野 教授 森田 学
	東京大学大学院医学系研究科 分子糖尿病科学講座 特任准教授 脇 裕典
	東京都健康長寿医療センター研究所 社会科学系 専門副部長 渡邊 裕
	公益社団法人日本歯科医師会 地域保健委員会 副委員長 細野 純
閉会のことば	公益財団法人8020推進財団 常務理事 蓮池 芳浩62

開催概要

テーマー「健康寿命の延伸と新たな8020運動の展開」 ~ 医科歯科連携をいかにすすめていくべきか~

趣 旨 8020割合が5割を超える時代となったが、少子高齢化が急速に進み、糖尿病やがん等の基礎疾患へ の対応等を行い、健康寿命の延伸を図る上での歯科保健サービスの関わりが重要となっている。

今回のフォーラムでは、始まってから30年近くが経つ8020運動の成果をふりかえりながら、この運動のこれからの展開を考えていくとともに、入院患者や要介護者の口腔管理を進めていくことを含めた医科歯科連携の推進に焦点をあてて、歯の喪失防止と口腔の機能の回復等をいかに進めることができるかを考える。

主 催 公益財団法人8020推進財団

後 援 厚生労働省、(公社)日本歯科医師会、(公社)日本医師会、(公社)日本薬剤師会、

(公社)日本歯科衛生士会、(公社)日本歯科技工士会、(一社)日本学校歯科医会、

(一社)日本歯科商工協会、(公社)母子保健推進会議、(公社)日本看護協会、

(一社)日本家族計画協会、(公社)日本栄養士会、(公財)母子衛生研究会、

(一財)日本食生活協会、(一財)日本公衆衛生協会 「順不同]

開催日時 平成29年12月2日(土)午後1時~同5時(12時30分受付開始)

開催場所 歯科医師会館 1階大会議室

〒102-0073東京都千代田区九段北4-1-20

電話03-3512-8020 FAX03-3511-7088

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、一般市民 等

参加費無料

定 員 250名

当日プログラム

総合司会:公益財団法人8020推進財団 常務理事 小玉 剛

			総合司会:公益財団法人8020推進財団 常務理	争り	/王
時間	所要時間	内容	演題・演者		
12:30~		受付開始			
13:00~13:15	15分	開会のことば 挨 拶	●公益財団法人8020推進財団 常務理事 ●公益財団法人8020推進財団 理事長	小玉 堀	剛 憲郎
13:15~14:00	45分	特別講演	「『8020運動』の30年をふりかえり、 その将来を展望する」		
			●財団法人8020推進財団 元理事	宮武	光吉
14:00~14:15	15分	講演①	「歯科保健医療ビジョンについて」		
71.00	10)	ит Ж.⊙	●厚生労働省医政局歯科保健課 課長	田口	円裕
14·15~14·35	20分	講 演②	「糖尿病患者への歯科治療の効果」		
14.10 14.00	20)	听 决心	●岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 予防歯科学分野 教授	森田	学
14:35~14:40	5分	休憩			
11.10 15.00	22.4	=# \	「糖尿病診療における医科歯科連携の重要性」		
14:40~15:00	20分	講演③	●東京大学大学院医学系研究科 分子糖尿病科学講座 特任准教授	脇	裕典
15.00 15.00	00.4	=# \	「口腔機能の向上と歯科保健の向上に向けて」		
15:00~15:20	20分	講演(4)	●東京都健康長寿医療センター研究所 社会科学系 専門副部長	渡邊	裕
15:20~15:40	20分	講演⑤	「地域で『ロから食べること』を支えるために 〜歯科診療所の役割と地域医療連携〜」		
			●公益社団法人日本歯科医師会 地域保健委員会 副委員長	細野	純
15:40~15:50	10分	休憩			
			の延伸と新たな8020運動の展開」 科連携をいかにすすめていくべきか~		
			座長/公益財団法人8020推進財団 専務理事	_	直久
15:50~17:00	70分		公益財団法人8020推進財団 嘱託 ●厚生労働省医政局歯科保健課 課長		英之 円裕
			●厚生方側看医成局图件休健課 缺支●岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 予防歯科学分野 教授	森田	口俗学
			●東京大学大学院医学系研究科 分子糖尿病科学講座 特任准教授	脇	裕典
			●東京都健康長寿医療センター研究所 社会科学系 専門副部長	渡邊	裕
			●公益社団法人日本歯科医師会 地域保健委員会 副委員長	細野	純
					芳浩

講演者プロフィール (出講順)



宮武 光吉 みやたけ こうきち 財団法人8020推進財団 元理事



1962年東京医科歯科大学歯学部卒業、神奈川県勤務を経て、1963年当時の厚生省に入省。医務局歯科衛生課などに勤務の後、山形県衛生部保健予防課長、保険局歯科医療管理官、国立がんセンター運営部長を経て、1989年厚生労働省健康政策局歯科衛生課長となり、「8020運動」の提言をまとめた。1993年厚生労働省を辞し、東京歯科大学、鶴見大学などの教授を歴任し、社会歯科学を担当する。その間、8020推進財団、日本口腔保健協会、口腔保健協会などの理事を努めている。

- · 医学博士(東京医科歯科大学)
- · 歯科医学教育学会名誉会員
- · 日本公衆衛生学会名誉会員

田口 円裕 たぐち のぶひろ

厚生労働省医政局歯科保健課 課長



平成元年3月 長崎大学歯学部卒

平成元年4月 長崎大学歯学部·文部教官助手(予防歯科学講座)

平成6年4月 厚生省(現厚生労働省)入省

その後、厚生労働省医政局歯科保健課課長補佐、厚生労働省保険局医療課課長補佐、社会保険診療報酬支払基金歯科専門役、厚生労働省保険局歯科医療管理官として勤務

平成28年4月より、現職(厚生労働省医政局歯科保健課長)

森田 学 もりた まなぶ

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 予防歯科学分野 教授



昭和57年 大阪大学歯学部卒業

岡山大学助手 歯学部予防歯科学講座 昭和62年 岡山大学講師 歯学部附属病院予防歯科

平成3年~5年 米国テキサス大学 研究員 平成11年~12年 米国ミシガン大学 研究員

平成12年 北海道大学教授 大学院歯学研究科予防歯科学教室 平成20年 岡山大学教授 大学院医歯薬学総合研究科予防歯科分野

平成23年~25年 岡山大学副理事、岡山大学病院副病院長

- ·日本口腔衛生学会理事長 ·日本歯周病学会常任理事
- ・歯周疾患検診マニュアルの改訂に関する検討会 委員
- · 歯科医師国家試験出題基準改定部会 幹事委員
- ・歯科口腔保健の推進に関する専門委員会 委員
- ・歯科医師国家試験委員長・歯科衛生士国家試験委員長

脇 裕典 わき ひろのり

東京大学大学院医学系研究科 分子糖尿病科学講座 特任准教授



1997年 東京大学医学部医学科卒業

1999年 東京大学大学院医学系研究科入学、2003年に博士(医学)

2003年 米国カリフォルニア州立大学ロサンゼルス校に留学

2007年 東京大学大学院医学系研究科統合的分子代謝疾患科学 特任助教

2008年 分子エネルギー代謝学 特任助教 2011年 脂肪細胞機能制御学 特任准教授 2016年 分子糖尿病科学講座 特任准教授

日本内科学会認定内科医、日本内科学会総合内科専門医、日本糖尿病学会専門医、日本糖尿病協会療養指導医、日本肥満学会専門医。

委員歴) 日本糖尿病協会療養指導医、幹事(2014年)、糖尿病連携手帳編集委員会 (2015年)、DM Ensemble編集委員(2014年)、日本肥満学会評議員(2015年)

渡邊 裕 わたなべ ゆたか

東京都健康長寿医療センター研究所 社会科学系 専門副部長



1994年 北海道大学歯学部卒業 東京都老人医療センター歯科口腔外科医員

1995年 東京歯科大学口腔外科学第一講座入局

1997年 東京歯科大学オーラルメディシン講座助手

2001年 ドイツ フィリップス・マールブルグ大学歯学部(~2002年)

2007年 東京歯科大学オーラルメディシン・口腔外科学講座講師

2012年 国立長寿医療研究センター 口腔疾患研究部口腔感染制御研究室長 2016年 東京都健康長寿医療センター 研究所 社会科学系専門副部長

·日本歯科医師会地域保健委員会委員

·日本老年歯科医学会 理事·代議員·専門医·指導医

· 九州歯科大学 非常勤講師

·東京歯科大学 非常勤講師

·日本大学松戸歯学部 兼任講師

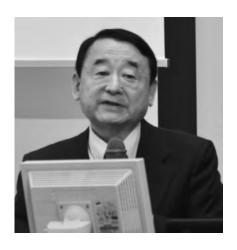
·昭和大学歯学部 兼任講師

・国立長寿医療研究センター 非常勤研究員

他

細野 純 GFO Clphん

公益社団法人日本歯科医師会 地域保健委員会 副委員長



昭和50年3月 日本歯科大学卒

昭和50年4月 虎の門病院歯科専修医

昭和52年4月 虎の門病院歯科

昭和55年8月 東京都大田区に細野歯科クリニック開業

平成6年4月~平成14年3月 東京都大田区大森歯科医師会理事

平成13年4月~平成27年6月 東京都歯科医師会高齢者保健医療常任委員会委員長

平成21年4月~平成27年6月 東京都歯科医師会地域保健医療常任委員会委員長

平成25年6月~平成27年6月 日本歯科医師会地域保健委員会委員

平成27年10月~平成29年6月 日本歯科医師会地域保健委員会ワーキングメンバー

平成29年8月~ 日本歯科医師会地域保健委員会副委員長



公益財団法人8020推進財団 常務理事 小玉 剛



これより、公益財団法人8020推進財団学術集会「第15回フォーラム8020 健康寿命の延伸と新たな8020 運動の展開~医科歯科連携をいかにすすめていくべきか~」を開催いたします。



公益財団法人8020推進財団 理事長 堀 憲郎



一言、ご挨拶を申し上げます。本日の「第15回フォーラム8020」には、関係者の皆さまはもちろんのこと、一般の市民の皆さまにも多数ご参加をいただき、心からお礼申し上げます。本日は、特別講演を含む6つの講演とシンポジウムを企画しております。講師とシンポジストをお引き受けいただいた皆さまにも心からお礼申し上げます。ありがとうございます。

「フォーラム8020」は平成14年に第1回を開催して以来、8020運動の推進に向けて、さまざまな視点から議論を深めてまいりました。また来年、8020推進運動が30周年を迎える節目となりますので、今回の「フォーラム8020」では、8020運動に当初から携わり、力を尽くされた宮武光吉先生に特別講演をお願いしました。8020運動のこれまでの歴史とこれからの展望をお話しいただけると思います。

また、平成29年6月に閣議決定された「骨太の方針2017」には「口腔の健康は全身の健康にもつながることから、生涯を通じた歯科健診の充実、入院患者や要介護者に対する口腔機能管理の推進など歯科保健医療の充実に取り組む」と明記されました。これを踏まえて、厚生労働

省の田口先生から、歯科保健医療の最新ビジョンについてお話しをしていただきます。さらに、糖尿病のこと、医科歯科連携や医療連携についてなど、いろいろな視点で議論を深めることを目的として本フォーラムを開催いたしますので、よろしくお願いいたします。

8020運動は平成元年に始まりました。当時の8020の達成率、80歳以上で20本以上歯を持っている人の割合は1割にも満たず、平均して1人当たり4本くらいしか歯がなかったという状況でした。それが、昨年平成28年度の歯科疾患実態調査の結果を見ますと、達成者の割合は51.2%と、ついに50%を超え、2人に1人は8020を達成している状況になりました。国は、第二次の「健康日本21」において、「平成34年に8020達成者を50%以上にする」という目標を立てていましたので、6年も早くその目標を達成したわけです。このことはひとえに、日本歯科医師会、厚生労働省、関係各位のご尽力により国民の皆さまの理解が進んだ結果であり、厚くお礼申し上げます。また、「8020運動は、最も成功した国民運動の一つに数えられる」という評価を頂いており、大いに胸を張りたいと思っています。

また、昨年日本歯科医師会の日本歯科総合研究機構がナショナルデータベースの分析をいたしました。230万件の医科と歯科のレセプトを突合しまして、結果を出しました。19本以下の歯を持つグループと20本以上歯を持つグループを比較したところ、あらゆる年齢層において、歯の多いグループの方が「医科の医療費が少ない」という結果が出ました。これは画期的な結果であり、30年前に始まった8020運動が、「歯の数や口腔の機能を保つことが健康寿命の延伸につながる」という先見性を持った取り組みであったことが改めて証明されたと思います。

8020推進財団には歯科医療の充実の重要性、口腔健康管理の重要性に関するさまざまなデータが集まり、そのデータを国内外に発信してきた歴史があります。それが「骨太の方針」をはじめとするさまざまな結果につながり、歯科界に対する理解と期待が深まっていると感じています。これからも、そうした期待にしっかりと応えていきたいと考えています。

最後に少し大きな話をさせていただきます。日本では 1922年、つまり大正11年4月22日に、健康保険法が時の 高橋是清内閣の下で成立しました。これが日本の公的保 険制度の始まりといわれています。以来今日まで約100年 かけて、先人の国を思う信念と尽力により、われわれはこの制度を世界に冠たる「国民皆保険制度」に成熟させました。それによって日本は実質的に世界一の長寿国になっているわけです。

一方で、急激な少子高齢化、国の財政状況の悪化によ り、この大切な「国民皆保険制度」の維持が困難な状況に 直面しています。歯科医療界でも、いかにしてこの危機を 乗り越えるか、そのためにどのような貢献ができるかを議論 し、対応を重ねてきました。8020運動をはじめとするいろい ろな活動を通じて、健康寿命の延伸を図ろう、生涯におけ る口腔健康管理の充実によって国民の健康と生活を守ろ うと努力してきました。今後も、我が国のかけがえのない財 産である「国民皆保険制度」を守り抜き、次の世代に引き 継ぐことを大きな目標と大義として、日本歯科医師会、 8020推進財団としての責任を果たしていきたいと思ってい ます。皆さまには、これからもいっそうのご理解とご支援を お願いいたします。併せて皆さまのご協力で本日のこのフ オーラムが実りあるものになることを祈念しまして、開会の ご挨拶とさせていただきます。本日は、最後までよろしくお 願い申し上げます。







「8020運動」の30年をふりかえり、 その将来を展望する

財団法人8020推進財団 元理事 宮武 光吉

1989年に8020運動がスタート

宮武でございます。「8020運動の30年」というタイトルに しましたが、正確には2019年で30年になります。本日は、 8020運動発足の経緯、発展の歴史、達成度、今後の展望 という流れでお話ししたいと思います。

まず、8020運動発足の経緯についてお話しします。

1961年から行っている3歳児健康診査、1971年から行っている1歳半児健康診査など、以前は乳幼児を中心とした歯科保健医療対策が行われてきましたが、1983年に老人保健法が施行されて以降、「生涯を通じた歯の健康づくり」が課題となってきました。それを受けて、1989年に「成人歯科保健対策検討委員会」が発足しました。座長は当時東京医科歯科大学の教授だった砂田今男先生でした。この委員会は当時の厚生省健康政策局に設置され、検討を始めました。私は同年の10月に、約20年ぶりに歯科衛生課の課長として着任し、この検討委員会の報告をまとめるのが最初の仕事でした。そして、同年12月13日に中間報告がまとめられ、その中で「8020運動」が目標の一つとして取り上げられました。こうして「8020運動」がスタートしたわけです。ですから、今年の12月13日が来て28年目になります。

喪失歯ではなく現在歯を数える発想への転換

「8020運動」の目標値については、前段の話があります。 1987年に「厚木フォーラム」という集会が開催されました。 これは有志が行った集会でしたが、そこで将来の目標として「8010、つまり80歳で喪失歯を10本までに抑えよう」という提案がされたのが、一つの参考になりました。また、愛知県では80歳で喪失歯が10本以下の方の表彰式を、この時期から行っていました。その後、喪失歯を数えるのではなく、残存する現在歯を数えることに転換したのが、「8020運動」のユニークな点だったと思います。このことは、現在準備が行われているパラリンピックのスローガンの一つ「失われたものを数えないで、残された機能を最大限に生かす」という考え方にも通じるものだと思います。

当時検討会の委員として参画された方々のうち、今なお現役で活躍している方として、金澤紀子さん、矢澤正人さんが会場におられますので、後ほどコメントをいただきたいと思います。

当時、WHOとFDIにおいて、2000年に向けての歯科保健目標が提案されていましたが、その中に、「50%以上の者が機能歯を20歯残すことが可能になること」という目標が掲げられていました。ここで20歯という数値が提案されたことも、一つの流れになったと思います。

運動スタート時は、さまざまな意見が

次に「8020運動」の発展についてお話しします。この 8020という目標は、マスコミ各紙で取り上げられましたし、 翌年の『現代用語の基礎知識』にも「8020運動」が掲載さ れて話題になりました。しかし、その根拠、達成時期、その ための施策については、さまざまな意見があったことを思 い出します。例えば、「8020ではなく8028にすべきではな いか」という意見が当時の日本歯科医師会の幹部からあり ました。また、「補綴歯についても考慮すべきではないか」 という意見が、大学の全部床義歯学の教授からありました。 この先生とは会ってお話ししました。私が「20本ということ は8本以上の喪失歯がカウントされているわけですから、 補綴学にはまだ治療する余地があるのではないですか」と お話ししたら、「それでは全部床義歯はなくなるけれど、そ れでいいのか」と言われたので、「国民の健康のためには、 全部床義歯が増えるのは決していいことではないと思いま す」とお話しして、議論は物別れに終わりました。

当時は70歳で喪失歯が20歯という状況でしたので、残っている歯数は8歯、80歳になるともっと少ないわけです。 当時、現存歯8歯から20歯にしようという目標値はなかなか大変な数字だったわけです。当時の下条厚生大臣は70歳で28歯持っている方でしたが、「自分は持っているが、この目標の達成は難しいのではないか」と私に言われました。

8020運動がある程度浸透してからは、「8020を目指したいので抜歯をしないでほしい」と言う患者さんが出てきました。座長だった砂田教授が自分の患者さんにこう言われた時は「自分がこの歯は残せないと判断したのだから、抜きましょう」と説得したそうです。

2000年に8020推進財団設立

厚生省としては、なんとか「8020運動」を予算化したいと努力を続けていました。1991年には「歯の衛生週間」の重点目標として「8020運動の推進」が掲げられました。翌年には「8020推進対策事業」が新規予算補助事業として開始され、同年のWHOの「口腔保健の最近の進歩に関する専門家会議」で、日本の8020運動が紹介されました。そこには、「日本では8020運動、80歳で少なくとも20本の歯を維持できるようにしようという目標が立てられている。これは

絶対的な目標というよりは、来るべき世代がすべての天然 歯を維持できるようにするための道標である」と記されてい ます。その前年にミラノでFDIの総会があり、そこで私が 8020運動について紹介しましたので、そのこともWHOで 取り上げられる一つのきっかけになったのではないかと思 っています。

日本歯科医師会においても、1993年に「8020運動推進 検討会」が設置され、翌年報告書が取りまとめられました。 これらが契機となって、1999年に「8020推進財団(仮称)設 立検討員会」の報告書が出され、翌年の2000年12月1日 に「財団法人8020推進財団」が設立され、現在に至ってい るわけです。

歯科口腔保健法により、関心が高まる

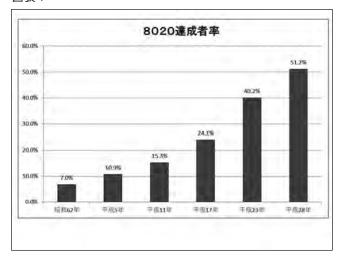
2000年には「健康日本21」、2005年には「健康増進法」が施行・実施され、2011年には「歯科口腔保健の推進に関する法律」が施行されるなど、口腔保健を含めた健康に関する施策が推進されてきました。中でも、歯科口腔保健法第7条に、国および地方公共団体の責務として「歯科口腔保健に関する国民の意欲を高めるための運動の促進」が規定されたのは、大きな出来事でした。この条文は、8020推進運動の一つのよりどころになっていると思います。この法律の12条1項には「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」が定められています。各道府県において条例も設定され、その数は本年4月現在で43に上っています。中でも、北海道、青森県、茨城県、愛知県、島根県では、条例の名称に8020が盛り込まれています。このように、全国的に8020についての関心が高まり、各地でさまざまな取り組みが進められています。

8020達成者率、ついに50%を超える

次に、8020の達成度についてお話しします。厚生労働省が実施している歯科疾患実態調査によりますと、80歳以上の人の1人平均の現在歯は、1987(昭和62)年では4歯だったのが、2016(平成28)年は15.4歯となっています。図表1は8020達成者率の経年変化を見たものです。昭和62年の達成者率は7%、平成5年は10.9%、平成11年は15.3%、平成17年は24.1%、平成23年は40.2%、平成28

年は51.2%と、ついに50%を超えました。

図表1



つまり、「健康日本21」における目標値はすでに達成されています。また、80~84歳における1人平均現在歯数は、当初はわずか4歯でしたが、平成28年には15.4歯となっています。

「8020」と同時に「6025」を目標値に

こういった現状から、今後の展望について述べたいと思います。8020達成者率が50%を超えると推定されるに至ったことは大変喜ばしいことであり、関係者各位の努力に敬意を表します。これからは、8020の目標を継続するとともに、60歳における目標値を設定してはどうかと考えます。60歳で25本以上の歯を保つということで、「6025」を新たな目標にしてはどうかと思うわけです。

その根拠として、ある歯科医師集団の20年にわたって行われた調査の結果を紹介します。これは私を含む私のクラスメイトの集団を調査したものです。現在80歳になりましたので、現在歯数を申告してもらいました。60歳の時にも同様のことを行っています。60~64歳だった時には51人いた仲間は80~84歳になった現在は44人になりました。20年前の平均歯数は25.8本、20歯以上保っている者が92.7%でしたが、現在の平均歯数は20本、20歯以上を保っている者は62.5%でした。クラスメイトの集団としては8020が達成されたということで、「われら「8020族」」というエッセイを書いて発表したところです。

これをもう少し詳しく見たらどうなるかと考え、図表2のグラフにまとめました。20年前に28歯以上持っていた者の

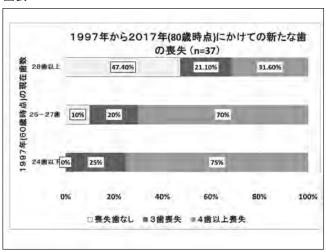
8020達成者率は94.7%、25~27歯だった者の達成者率は60%、24歯以下だった者は12.5%でした。

図表2



次に、20年間の喪失歯の推移を図表3にしました。20年前に28歯以上持っていた者の47.4%には喪失歯はありませんでした。それが、25~27歯持っていた者になりますと喪失歯なしは10%、24歯以下の者では喪失歯なしは0%でした。歯の喪失が多い者は、その後も歯の喪失が増えています。

図表3



これらのことから、60歳時点で25歯以上の歯を保つこと、つまり「6025」が、「8020」への一つの手掛かりになると考えます。

生涯を視野に入れた母子歯科保健対策を

そのためには、これからの施策が重要になります。その一つとして、妊産婦と乳幼児に対する歯科保健対策が重要だと考えます。これまでは母子そのものに対する歯科保健対策が行われてきましたが、今後「8020」をさらに推進していくためには、「生涯を通じた生活習慣の改善の糸口になり、歯科保健の向上を目指す」という位置付けの上での妊産婦・乳幼児歯科保健対策でなくてはならないと思います。この点に関しては、8020運動が提唱された頃に榊原悠紀田郎先生が「12歳でDNF歯数3以下」ということを提言されていたことを思い出します。高齢者をターゲットにした運動の際に、若年者に焦点を当てた提言をされたことは卓見だったと思います。ちなみに、東京都のデータでは2016年現在の12歳児のDNF歯数は0.8となっています。

さらなる歯周病予防対策の充実を

乳幼児期における歯科保健対策は虫歯予防対策が中心であり、成人における歯科保健対策は歯周疾患を中心に進められてきました。今後はこれをさらに前倒しして、青少年期からの歯周疾患の予防を実施することが必要になると思います。

「8020」というのは現在歯数を捉えた指標であり、数値化されているので理解されやすく、「健康日本21」をはじめとするさまざまな指標や目標値に使われてきました。達成度が明確に示せるという利点があり、その点でも優れた表示であると、他の分野からも評価されています。

今後は、口腔機能、中でも咀嚼・嚥下機能の維持・改善を目標とする必要があると考えると、そのために分かりやすく数値化された指標が必要になると思います。また、最近の研究では、歯周病と全身の内科疾患、すなわち糖尿病や心筋梗塞などとの関係、認知症との関係も明らかにされつつありますので、これらの面からも、歯周病予防のための生活習慣の改善が課題となっています。生活習慣の改善を促すことにより、介護予防、フレイル予防にも貢献できると思います。

21歳未満の予防歯科により8020を達成

まとめにかえて、スウェーデンの歯科保健医療を紹介したいと思います。

NHK・ETVで今年8月4日に「人生レシピ・選、歯のおなやみ」という番組が放映されました。そこで、スウェーデンにおいては50年前から、21歳未満の者には無料で歯科保健指導と歯科診療が行われ、徹底的な予防歯科が推進されていること、21歳以上の者の社会保険の中には歯科医療は含まれていないという特徴があること、予防歯科推進により80歳の1人平均現在歯数は20本で、「8020」が国民全体の平均として達成されていることが報告されていました。このことは、今後日本においても「8020」が50%よりもずっと高い数値で達成される可能性を示唆していると思います。

私は1975年にWHOのフェローシップでデンマークに行き、歯科保健サービスについての研修をしてきました。デンマークではすでに常勤の学校歯科医によって学童の歯科疾患の予防・治療が行われていることを見てきました。私は「日本でこうしたことをやるべきだ」と紹介はしましたが、制度化できなかったことを反省しています。

運動発展のため、8020推進財団の役割に期待

最後に、「8020運動」の発展と財団の役割についてお話しします。本年6月9日に「経済財政運営の改革の基本方針2017」が閣議決定されました。その中の「健康増進・予防の推進など」という項目で、「口腔の健康は全身の健康にもつながることから、生涯を通じた歯科健診の充実、入院患者や要介護者に対する口腔機能管理の推進など歯科保健医療の充実に取り組む」と述べられています。閣議決定がなされたということは、歯科保健医療の充実が、厚生労働省だけでなくすべての省庁が取り組む課題として示されたのだと思います。今後の具体化が望まれます(図表4)。

図表4

健康増進・予防の推進

口腔の健康は全身の健康にもつながることから、 生涯を通じた歯科健診の充実、入院患者や要介護 者に対する口腔機能管理の推進など歯科保健医療 の充実に取り組む

2017年6月9日、閣議決定 「経済財政運営の改革の基本方針2017」

振り返ってみますと、2代目の歯科衛生課長だった高木 圭二郎先生が、厚生省に入ったばかりの私に「歯科衛生 が厚生省の業務として定着し、発展するのはこれから4、 50年先のことになるだろう」と言われました。これには前段 階がありまして、歯科衛生課は昭和22年にできましたが、 30年代の行政改革のあおりで廃止され、昭和37年に復活 しました。現在は歯科保健課になって継続しています。高 木課長の言葉は、「歯科保健医療に関するセクションがな くなったことがある」という歴史を踏まえたものだったと思い ます。現在、歯科衛生行政が進展しているのを見ますと、 先輩、後輩、関係諸団体の皆さまの努力、尽力に敬意を 表したいと思います。

こうした中にあって、「8020運動」は国民運動として、今後いっそうの充実・発展が望まれます。その一翼を担っている「8020推進財団」の役割は、今後ますます重要になると予想します。その任務を遂行されることを心から願っております。

ご清聴、ありがとうございました。

「8020運動」をスタートさせた「成人歯科保健対策検討委員会」メンバーからのコメント

金澤紀子さん

宮武先生の講演を聞いて、当時の検討会の様子がよみがえり、懐かしく感じました。私は歯科衛生士会の代表として、検討会に参画させていただきました。印象に残っているのは、座長の砂田先生をはじめ検討委員会のメンバーが、「人生80年の時代なのに、歯の寿命はまだ50年なんだ」と言われていたことです。その時に、「人生80年の時代にきちんと対応できる口の中を作らなくてはいけないんだ」と強く思ったことを今でも覚えています。

最初は喪失歯に焦点を当てて「8010」で議論が進んでいました。途中から「なくした歯を数えるより、残すべき歯を数えよう」という考え方に転換して、「8020」になったことも印象に残っています。

また、「なぜ20本なのか」という議論の中で、「ある程度何でも食べることができるためには20本が必要」という研究結果が示されました。私たち歯科衛生士が保健指導する中で、一般の方に「ちゃんと食べるためには20本残したい、上と下との噛み合わせも大事」とお話しできることが、「食べる」という夢のある話につながっていって良かったと思います。治療する、予防するという医療的な話から、食べることに直接つなげることができたのが、「8020運動」の功績だと思います。歯科衛生士も、「現在ある歯をしっかりとケアして、最後まで寄り添っていく」というように考えることができました。

最初は「はちまるにいまる」と読んでもらえず、「はっせんにじゅう」と言われていたので、ルビは不可欠でした。今後も「8020」の意味を大きく広げていって、口の役割に対する国民の理解がより進むように願っています。宮武先生、本日はありがとうございました。

矢澤正人さん

新宿区健康部の矢澤と申します。過去を語る年齢になったとしみじみ感じますが、私も検討委員会のメンバーの末席に加えていただき、勉強させていただいたことを今でも思い出します。

宮武先生のお話にあった「厚木フォーラム」では、行政に勤める歯科医師、歯科衛生士、大学の先生、歯科医師会の先生が集まり、「成人歯科保健対策をどう進めるか」について議論しました。その時に、われわれが目指すべきゴールが必要だということで、「8010」を提案しようということになりました。この「8010」を検討委員会で提案したところ、会議後に審議官の方から「8010運動はヒットすると思います」と言われました。このことを思い出すと、国の官僚の方には先を見る目があると感じます。

その後、有名な公衆衛生の先生がある学会で、「8010という80歳で歯を10本残す運動があるそうで、とても良い運動だ」と話されたというのを聞いて、「10本残す」という誤解

を避ける意味もあって「8020運動」に変えたという経緯もありました。

検討委員会のメンバーには、朝日新聞の長倉功さんという著名な科学ジャーナリストがいて、「成人歯科保健検討委員会」の中間報告が出た翌日に、朝日新聞に3段抜きで「検討委員会が8020を提唱」と書いて、国民に大きくPRしてくれました。このように国民に発信できるメディアの力は大きいと感じました。

また、「80歳で20本歯を残そう」というスローガンが、国 民と多職種の方々の理解が得やすいものだったことが、そ の後の運動の成功の要因であったと思います。当時現場 で活躍していた若い歯科医師の先生たちが「成人の歯科 保健対策を進めよう」と考えて「8020」を提唱したこと、現場 のさまざまな職種の方と議論した上で、「住民に8020を訴 えていこう」と努力したことが功を奏して今日があると考える と、感慨深いものがあります。宮武先生、ありがとうございま した。







歯科保健医療ビジョンについて

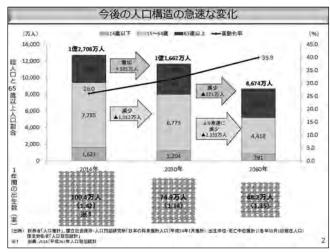
厚生労働省医政局歯科保健課 課長 田口 円裕

超少子高齢社会への対応が必要

厚生労働省医政局歯科保健課課長の田口でございます。本日のタイトルの「歯科保健医療ビジョン」というのは、「今後の歯科保健医療の需要を踏まえて、特に歯科医療提供体制のあるべき姿をイメージしたもの」とお考えいただければと思います。このビジョンはまだ策定の途中で、12月13日に最終の取りまとめを行い本年中に皆さまにご報告する予定ですが、本日は策定の背景とビジョンの内容についてお話ししたいと思います。

日本の少子高齢化のスピードは歴史的に、世界的にも、 非常に速いことはご承知のとおりです。例えば、1947年か ら49年にお生まれになったいわゆる団塊の世代が75歳を 超える2025年には、およそ5.5人に1人が75歳以上の高齢 者になるといわれています。図表1は「今後の人口構造の 急激な変化」を示したものです。日本の近未来の特徴を 一言で表せば、「超少子高齢、人口減少社会」となります。 総人口は2014年の約1億3,000万人から、2060年には約7 割弱の約8,600万人に減少するといわれています。また、1 年間の出生数は2014年の約百万人から2060年には5割弱 の48万人になるといわれています。一方、2060年の65歳 以上の高齢者の人口は現在に比べて減少はしますが、80 歳以上の人口は増加傾向にあり、総人口の20%、つまり5 人に1人が80歳以上になります。また90歳以上の人口は 現在170万人あまりですが、2060年には3倍以上の583万 人になるといわれています。

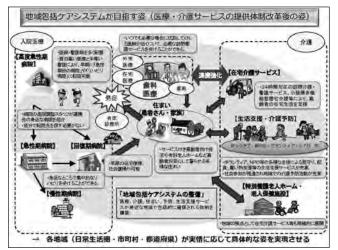
図表 1



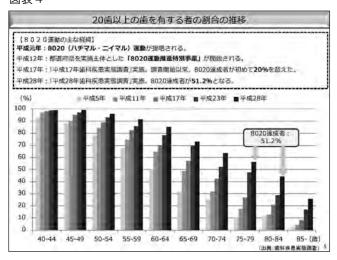
地域包括ケアにおける歯科の役割も重要に

このような社会構造の変化に対応するために、厚生労働省が目指しているのが、地域包括ケアシステムの構築です。地域包括ケアシステムでは、高齢になった後でも、身体的あるいは生活の課題をいろいろ抱えながらも、必要な医療・介護のサービスを受けながら、それ以前の自分の生活をできるだけ継続していくことを目的にしています。そのために、医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスの5つの要素をできるだけ身近な地域あるいは生活圏の中で確保できるようにすることが、このシステムの目指すところです。その中で、歯科保健医療が果たすべき役割も非常に重要になってくると考えています(図表2)。

図表2



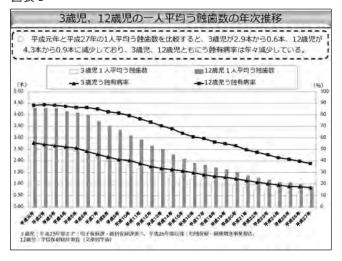
図表4



児童のう蝕は減り、8020達成者は増加

現在の歯科を取り巻く状況も大きく変化しています。図表3は3歳児と12歳児の1人平均う蝕歯数と有病者率の年次推移をグラフにしたものですが、平成元年と27年を比べますと、どちらも激減しています。

図表3

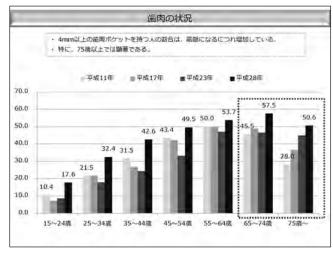


また、8020の達成者も平成28年の歯科疾患実態調査の 結果、初めて50%を超えました(図表4)。

高齢者の歯肉の状況、う蝕症は悪化

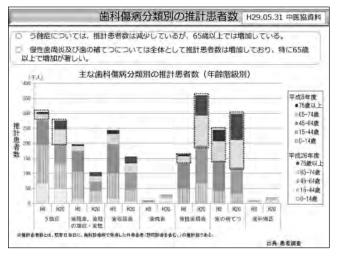
このように高齢者の口腔の状態は改善し、現存歯数は増えていますが、4mm以上の歯周ポケットを持つ高齢者の割合が非常に増えているという現状があります(図表5)。

図表5



また、歯科疾患の構造も変わってきています。図表6は 平成8年と26年の傷病別の患者数を示したものです。例え ばう蝕症では、全体の推計患者数は減少していますが、 65歳以上では増加しています。慢性の歯周炎と歯の補綴 については全体として増加しており、65歳以上では増加が 著しいという現状になっています。

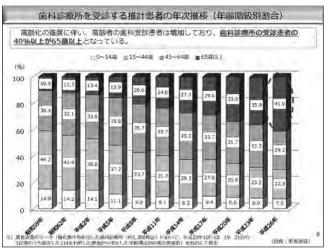
図表6



高齢患者が増え、治療内容も変化

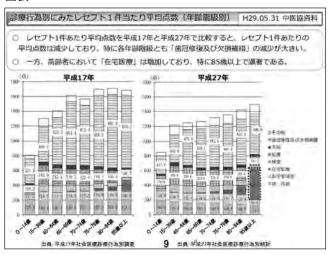
歯科医療機関を受診する患者像も変化しています。昭和59年に歯科診療所を受診する患者さんの割合を見ますと、65歳以上は約10%でした。それが平成26年には40%以上になっています。診療所に来る患者像もずいぶん変わってきています(図表7)。

図表7



また、治療内容も変化しています。図表8は診療行為別に見たレセプト1件当たりの平均点数を比較したものです。 平成17年と平成27年を比較すると、レセプト1件当たりの 平均点数は大きく減少しています。また、各年齢でも「歯 冠修復及び欠損補綴」は減少しています。一方、高齢者 においては「在宅医療」が増加し、特に85歳以上では増え ています。

図表8



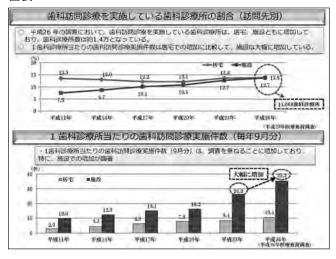
図表9は補綴物の状況を見たもので、平成10年の算定 回数を100として各補綴物の算定回数を比較しました。総 義歯は平成27年には7割減の32.3になっています。局部 義歯は46.8、クラウンは65.6、ブリッジは80.4と、補綴物の 算定回数は減少しています。

図表9



85歳以上の高齢者では在宅医療が増えています。図表10は歯科訪問診療を実施している歯科診療の割合を見たものです。訪問診療を実施している歯科診療所は増加していますが、現在7万弱ある診療所のうちの約2割、1万4,000くらいです。これらがどういうところで訪問診療を行っているかを見ますと、伸びが大きいのは居宅ではなく施設系での診療です。

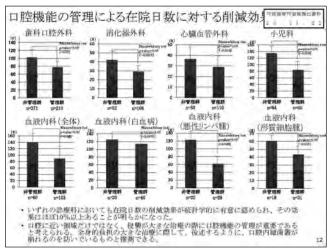
図表10



口腔ケア効果が認められ、骨太の方針へ

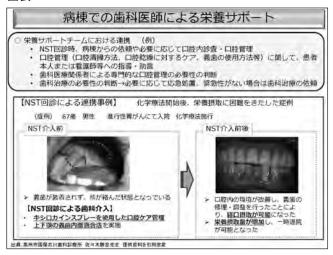
平成24年の診療報酬の改定で、初めて周術期の口腔機能管理が診療報酬上で評価されました。図表11に示されているように、手術を行う前後に口腔機能の管理をしっかりとやると、平均在院日数の削減効果があることが明らかになっています。

図表11



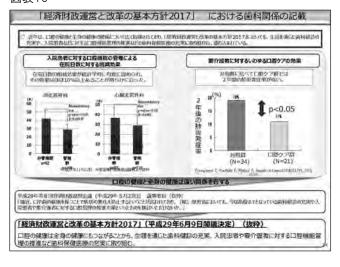
併せて、病棟の栄養サポートチームに歯科が関与することによって、栄養状態もかなり改善していきます。このことから、医科歯科の連携、多職種の連携も、今後の歯科の診療の中で大きな役割を担う状況になることが分かります(図表12)。

図表12



「経済財政運営と改革の基本方針2017」、いわゆる「骨太の方針」に歯科関係の文言が記載された背景には、「入院患者に対する口腔機能の管理による在院日数の削減効果」と「要介護者に対するいわゆる口腔ケアの効果」が認められたことがあると思います(図表13)。

図表13

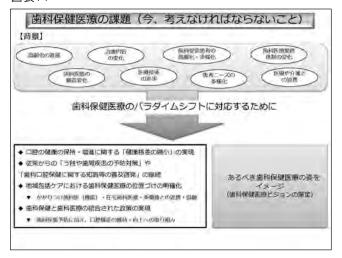


時代の変化に合わせたビジョンを策定

これまで見てきましたように、高齢化の進展、歯科の疾病構造や治療内容の変化、患者像の変化、医療や介護との連携の必要性などを背景にして、歯科保健医療の在り方が変わってきています。この歯科保健医療のパラダイムシフトに対応するために、今何が必要かを考えていく必要があります。例えば、口腔の健康の保持・増進に関する「健康格差の縮小」を実現することが大事になりますし、これまでのう蝕や歯周疾患の予防対策、歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発を継続しつつ、今後は医科歯科

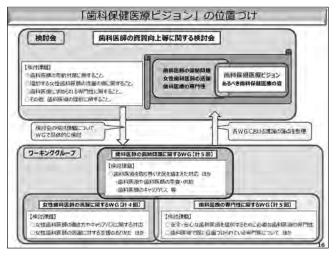
連携、在宅歯科医療の推進が大事になってくると考えています。これまで歯科の分野では保健と医療を分けて考えていましたが、今後はそれらを統合した政策も必要になってくると思います。こうした変化を踏まえて、国として「あるべき歯科保健医療の姿」をきちんと示していくことが必要と考え、現在「歯科保健医療ビジョン」を策定しているところです(図表14)。

図表14



このビジョンの策定は、「歯科医師の資質向上等に関する検討会」で行っています。これは平成27年1月に立ち上げた検討会で、歯科医師の需給問題、増加する女性歯科医師の活躍、歯科医療の専門性について検討を重ねてきました。その中で、「これからのあるべき歯科保健医療の姿」をきちんと示すことが必要ということになり、ビジョンの策定の作業が進められているところです(図表15)。

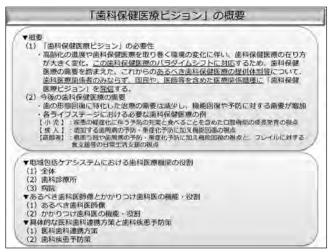
図表15



あるべき歯科保健医療の姿を発信

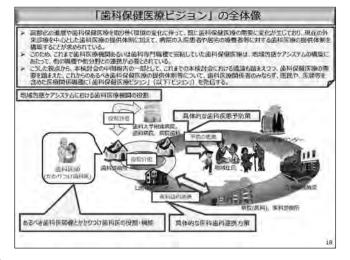
ここからは、「歯科保健医療ビジョン」の概要についてお話しします。まず、「歯科保健医療ビジョン」の必要性ですが、先ほどからお話ししてきました「歯科保健医療のパラダイムシフトに対応するため、これからのあるべき歯科保健医療の提供体制等について、歯科医療関係者のみならず、国民や、医師等を含めた医療関係職種に発信をしていくこと」「今後の歯科保健医療の需要を明確にすること」が必要であると考えています。また、各論として、「地域包括ケアシステムの中で歯科医療機関の役割」「あるべき歯科医師像とかかりつけ歯科医の機能と役割」「具体的な医科歯科連携方策と歯科疾患予防策」について議論しています(図表16)。

図表16



図表17は「歯科保健医療ビジョン」の全体像です。地域 包括ケアシステムの中で歯科医療機関が果たすべき役割、 その役割の中で歯科診療所、歯科医院、個人の歯科医 師がかかりつけ歯科医としてどのような役割を果たすのか を図にしたものです。

図表17

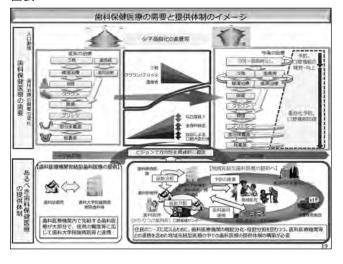


需要と提供体制の変化に対応

図表18は「歯科保健医療の需要と提供体制のイメージ」として議論しているものです。上段左はこれまでの治療のイメージです。従来行われているような治療はだんだん減っていき、高齢化の進展に伴って高齢者への歯科治療が増えていくことが予想されます。特に、自立度が低下した患者、全身の疾患を持つ患者にどうアプローチしていくかが大事になると思います。上段右は今後の治療のイメージです。歯科疾患そのものがかなり軽症化していますので、予防や口腔機能の維持・向上に主眼を置く、あるいは重症化予防や口腔の機能回復に力点を置いた歯科診療が増えていくとイメージしています。

下段は、あるべき歯科保健医療の提供体制をイメージ したものです。これまでは患者が歯科診療所に行って治療をすることで完結していましたが、これからは地域の中で、多職種と連携しながら歯科保健医療を進めていくことが大事になります。

図表18



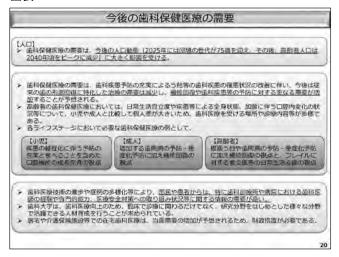
機能回復や予防の需要が増加

今後の歯科保健医療の需要については、人口動態の変化に大きな影響を受けると考えています。また、これまでの歯の形態回復に特化した治療の需要は減少し、機能回復や歯科疾患等の予防に対する需要が増えてくると思います。さらに、各ライフステージにおいて必要な歯科保健医療の例として、小児の場合は「疾患の軽症化に伴う予防の充実と、食べることを含めた口腔機能の成長発育の視点」、成人の場合には「増加する歯周病の予防、重症化予防に加え、機能回復の視点」が大事になると思います。

高齢者の場合には「機能回復の視点、フレイルに対する 食支援、日常生活支援の視点」が非常に重要になると思 います。

何よりも、国民に歯科治療をきちんと提供することが非常に重要です。また、歯科診療所や病院における歯科医師の経験や専門的能力、医療安全への取り組みに関する情報の需要が高いと認識していますので、これらをどう患者さんに伝えるかも大きなポイントだと考えています(図表19)。

図表19



歯科医療機関の役割を明確化

ここからはビジョンの各論についてお話しします。まず、「地域包括ケアシステムの中での歯科医療機関の役割」についてです。歯科医療機関全体の役割としては、地域包括ケアシステムの構築を進めるに当たっての地域住民に対する地域保健活動、入院患者や居宅等で療養を行う患者に対しての口腔機能管理、在宅歯科医療を中心とした医科歯科連携を進めることなどが非常に大事になると思います。また、地域包括ケアシステムに歯科医療機関が積極的に参画することが大事ですので、歯科医療機関とその他の関係機関との調整を行う人材の育成も大事になります。さらに、歯科医療機関と介護保険施設等との連携の推進も必要になると思います。

歯科診療所が果たすべき役割としては、外来診療に加えて、訪問診療を行うことが求められています。しかし、いろいろな事業で訪問歯科診療の提供が困難な場合には、歯科医療機関内の役割分担、外来診療時間の集約化、訪問歯科診療を実施している他の歯科診療所との連携が

大事になってくると思います。

病院歯科の役割としては、これまでの歯科疾患に対する外科手術等の診療のみならず、入院している患者に対する口腔機能管理も大事になります。

かかりつけ医の役割・機能は重要

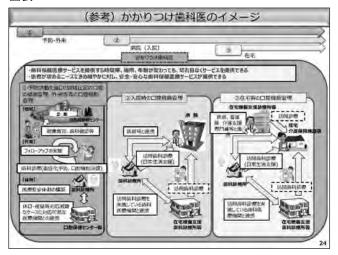
次に、「あるべき歯科医師像とかかりつけ歯科医の役割・機能」についてです。かかりつけ歯科医は、地域包括ケアシステムの一翼を担い、地域保健活動や外来患者の口腔疾患の継続的な管理を通じて、地域住民の健康の維持・増進に寄与することが求められます。また、患者の身体的状況や住まいが変わっても切れ目のないサービスを提供し、ライフステージに応じて患者の求めるニーズにきめ細やかに対応し、安心・安全な歯科保健医療サービスを提供することが求められます。

このような基本的な役割を踏まえた上で、今後かかりつけ歯科医が有すべき機能としては、以下の3つのことが考えられます。

1つ目に、住民や患者ニーズへのきめ細やかな対応として、歯科疾患の予防・重症化予防や口腔機能に着目した歯科医療を提供すること、患者に対する歯科医療機関の医療安全体制等の情報を提供すること、地域保健活動に参画し、住民に対する健康教育、歯科健診等を実施することが必要になるだろう、という議論が進められています。2つ目に、切れ目のない提供体制の確保として、外来診療に加え、訪問診療、病院との連携体制を確保することが大事になると思います。また、休日・夜間等の対応が困難なケースは、対応可能な歯科医療機関を事前に紹介するなど、歯科医療機関間の連携体制の確保が大事になります。3つ目に、多職種との連携として、医師や看護師等の医療関係職種、ケアマネジャー等の介護関係職種と口腔内状況を共有するなど、可能な連携体制を確保することが大事になります。

図表20はかかりつけ歯科医のイメージ図です。切れ目のない歯科保健医療サービスをどのように提供していくかをイメージしながら、検討会でかかりつけ歯科医の機能をまとめ、文言の整理を行っています。

図表20



具体的な医科歯科連携方策を発信

続いて、具体的な医科歯科連携方策と歯科疾患予防 策についてのビジョンをお話しします。

医科歯科連携方策としては、各地域の中で医科歯科連携状況を評価するための方法や、連携を進めるための歯科診療所情報の活用法を検討していく必要があると考えています。教育分野での連携については、歯科大学・医科大学間での連携、学会間の連携が重要です。また、ガイドライン作成の面では、治療指針が必要になると思います。診療所での連携については、地域の歯科医師会が中心となって、いろいろな分野で連携できる体制を構築してほしいと考えています。しかしながら、歯科診療所と病院の連携体制については、地域ごとに状況が違うと思いますので、良い事例を収集して情報発信していくことも、今後の国の大きな役割であろうと思っています。

歯科疾患の予防策としては、各自治体で積極的に予防策を進めるための方策として、歯科医師、歯科衛生士等の配置を進めることが重要です。また、口腔のQOLを向上させるためには、歯科保健医療施策の充実を図ることが必要だと考えます。さらに、地域における歯科疾患予防策の展開も望まれます。予防策の中では、環境整備を含めた健康増進や疾病予防に重点を置いた一次予防と、歯科健診等の二次予防を行うことが必要だと考え、議論が進められています。

保健と医療を統合した政策を視野に

図表21

先ほど、保健と医療、歯科保健の部分と歯科医療の部分を統合した政策も必要だというお話をしました。来年4月には診療報酬の改定があります。来年の歯科診療報酬改定に向けた現時点での主な論点としては、在宅歯科医療、地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ歯科医機能の評価、全身的な疾患を有する患者に対する医科歯科連携、口腔機能低下に着目した対応などがあります。これらの論点と歯科診療報酬との連携を取りつつ、保健と医療の両分野で政策を進めていきたいと考えています(図表21)。

平成30年度歯科診療報酬改定に向けた現時点の主な論点 (平成29年4月19日、5月31日、11月10日中医協資料抜粋) 在宅歯科医療 医療機関、介護保険施設等との連携 ⇒歯科訪問診療を行う医療機関と他の医療機関及び介護保険施設等の連携 等 地域包括ケアシステムの構築の推進 ・かかりつけ歯科医機能の評価 ⇒「かかりつけ歯科医機能偿化型歯科診療所」(平成28年新段)の状況 等 ・周術期口腔機能管理、NST等のチーム疾履における医科歯科連携 =周桁明口腔機能管理、NSTにおける歯科医師連携加算(平成28年新設)の状況とその効果 等 ・全身的な疾患を有する患者に対する医科歯科連携 ・輸科医療機関を受給する患者環の変化や多様性を踏まえた医科歯科連携等 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応等 ・口腔機能に質目した評価 = 発達期の小児や口腔機能が低下した高齢者の口腔機能管理 等 会歯科医療の具体的な内容については、これからは

歯科口腔保健施策のいっそうの推進を

最後に、健康寿命の延伸に向けた歯科口腔保健施策の推進について、お話しします。平成29年度の歯科口腔保健施策に関する予算は4.3億円でしたが、「骨太の方針」に「歯科口腔保健施策を推進する」という文言が盛り込まれたことを受けまして、平成30年度は11.9億円で概算の予算要求をしています。つまり、3倍弱の予算要求となっています。

「骨太の方針」にあります「歯科健診等の充実を通じた 歯科保健施策の充実」を図るため、来年度は、歯科の健 康診査の推進等の事業、歯科機関による歯科口腔機能 関連に関する研修事業などの新規事業の予算要求をして います。また、従前の8020推進運動、口腔保健推進事業 についても増額の要求をしています(図表22)。

図表22



このように、「歯科保健医療ビジョン」の中に盛り込まれている歯科医療供給体制の構築と、歯科口腔保健法に基づいたヘルス部分での施策の推進を通じて、国民により良い歯科保健医療を提供することを目指していきたいと考えています。今後も皆さまのご理解をいただければと思います。

ご清聴ありがとうございました。





糖尿病患者への歯科治療の効果

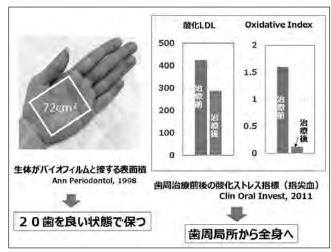
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 予防歯科学分野 教授 森田 学

歯周局所から全身への影響に注目

岡山大学の森田と申します。私は「糖尿病患者への歯科治療の効果」というタイトルでお話ししますが、「口の中の状態が体の状態に影響する」ということを、昔はあまり考えたことがありませんでした。ところが、いろいろなデータが出てきました。すべての歯に深さ5mmの歯周ポケットができていると、潰瘍の表面積は72cm²、手のひらサイズになるということを聞き、「体への影響は無視できない」と思いました(図表1)。歯を良い状態で保つことは重要だと思います。しかも、20本あればいいのではなく、良い状態で保つことが必要だと思いました。

「歯周治療をすると糖尿病の血糖コントロールが云々」というデータがアメリカを中心に出てきましたが、これも、当初私が興味を持った報告ではありませんでした。これに対して自分の教室で調査したのが、図表1の右側にある酸化ストレス指標についてです。酸化ストレスは体のサビの指標ですが、歯周病の治療をすると酸化ストレス指標がずいぶんと下がります。この結果を見て、「歯周局所から全身への影響は無視できない」と感じたことが、本日発表する内容につながりました。

図表1



糖尿病患者の約半数は歯科治療が必要

平成26年に岡山大学の糖尿病内科の先生にお願いして、糖尿病治療を目的に外来に来ている患者さん191人にアンケートを実施しました。「糖尿病治療のために、歯科医院を受診する必要性を感じていますか?」という問いに57%の人が「はい」と答えています。「あなたは現在、歯科医院を受診していますか?」という問いには50%の人が「はい」と答えています。糖尿病治療に病院に通っている人の約半数は歯科治療が必要と思っているということが分かりました。

歯周治療効果を文献的に見る

そこで、「歯周病の治療で、どのように糖尿病が変わるか」ということを文献的に調べてみようと思い、システマティック・レビューに近いものを行いました。この研究は2013年に行いましたので、この年までに「2型糖尿病患者に対する歯周治療効果」についてRCT (randomized controlled trials)を実施した論文で、レビューに耐えるものが12報ありました。これを内科と生物統計の先生にも見てもらいコメントをもらいました。多くは3~6カ月の研究期間で、症例数は1群で20例前後の研究でした。

その結果、歯周病治療すると0.5%くらいHbA1cが下がるというものが8研究ありました。ただし、治療の内容が日本とはだいぶ違いました。抗生剤の長期投与、日本では濃度が濃すぎると考えられるクロルヘキシジン0.12%の洗口などが行われていました。また、ベースラインの血糖コントロール状態も研究によってだいぶ違いました。一番大きな問題は、歯周病治療中にどのような糖尿病治療をしたかが記載されていないことです。したがって、これらの結果が歯周病治療によるものか、糖尿病治療によるものかが分からないという欠点があります(図表2)。

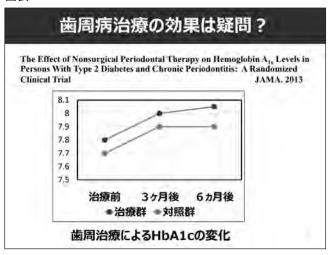
図表2

■型糖尿病患者に対する歯周治療効果の文献的考察 RCT (randomized controlled trials)12論文 3-6カ月の研究期間 - 症例数は1群で20例前後の研究 - 介入群においてHbA1cが有意に低下した研究は8研究(0.5%前後の低下) - 治療には抗生剤の長期投与(2W)、クロルヘキシジン(0.12%)の洗口(日本では?) - ベースラインの血糖コントロール状態は研究によって大きな差異(6.9~10.4%) - 糖尿病の治療内容や糖尿病合併症の有無については記載が不十分 平成25年度 厚生労働科学研究資補助金 報告書

論文には細部の精査が必要

2013年、アメリカの有名な医学会誌JAMAに、「糖尿病 患者への歯周病治療効果は疑問である」という論文が出 ました。この論文では「治療してもしなくても、血糖値は上 がっている」という研究結果が示されました(図表3)。

図表3



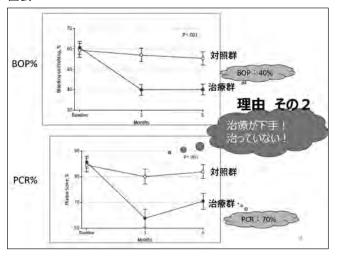
私たちはこういう権威のある医学会誌に論文が出ると「そうなのか」と信じてしまいがちですが、翌年すぐに「JAMAに掲載された論文には大いに問題がある」という反論の論文が出ました。その理由の一つは、研究対象者のBMIでした。歯周病治療をする群も保健指導だけをする群も、BMIが34以上あったので、「肥満の影響が強過ぎて、歯周病治療の効果が出ないのかもしれない」という反論です(図表4)。

図表4



もう一つの理由は治療法です。図表5はJAMAに載った 論文の細部を見たものです。上がプロービングの出血、下 がプラークコントロールレコードです。プロービングの出血 は、簡単な保健指導で60%、一生懸命治療しても40%に なっています。これを歯科医師が見たら「治療が下手、治 っていない」と思うのではないでしょうか。これが、効果の 出なかった二つ目の理由と考えられます。「歯周病治療の 効果はない」という論文の内容をよく見てみると、効果が出 なかった理由が別のところにあるのではないか、ということです。

図表5

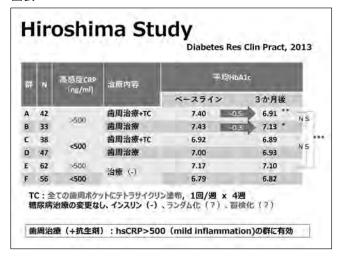


いろいろな雑誌にいろいろな論文が出ますし、マスコミ にも取り上げられますが、このように論文の細部をきちんと 見ることが重要だと思います。

高感度CRP500以上に歯周治療は有効

2013年に、広島県歯科医師会が広島大学の西村先生と一緒に研究を行い、図表6のデータを発表しました。糖尿病患者を高感度CRP500以上と500以下に分け、歯周治療する群としない群に分けて変化を見ました。歯周治療群も、すべての歯周ポケットにテトラサイクリン(TC)を塗布して治療する群と、歯周治療だけの群に分けました。その結果、高感度CRP500以上で普通に治療してもHbA1cは平均0.3下がり、歯周治療にTCをプラスして行ったものはHbA1cが平均0.5下がりました。この研究でどこまでランダム化ができたのか、盲検化ができたのかは分かりませんが、この論文の結論は「抗生剤の使用、未使用にかかわらず、高感度CRP500以上、つまりそこそこの炎症がある糖尿病患者に歯周治療をすることは有効である」ということです。

図表6



歯周治療の効果を調べるRCTを実施

そこで、われわれも糖尿病患者への歯科治療の効果について調べることにしました。「2型糖尿病患者に対する非外科的歯周治療による血糖コントロール、酸化ストレス、QOLへの影響」を調べるため、「保健指導プラス歯周病の非外科的治療群」と「保健指導のみの群」の比較をRCTで行いました。複数の施設でやりたかったのですが、内科の先生が途中で糖尿病の薬を変えたりするとうまくいかないので、1施設で、試験期間中に内科医による治療内容があまり変わらない患者さんを対象にしました。

図表7はベースライン時の患者特性です。RCTなのでランダムに割り付けましたので、BMIが25~27ぐらい、HbA1cが7ぐらいです。この2群はHs-CRPが少し高いと思います。現在歯数は24本くらいです。4mm以上の歯周ポケットがだいたい4分の1くらいあるという患者です。

図表7

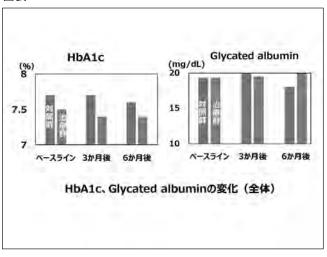
la di	対照群	治療群
年齢	62.8 ± 12.1	61.2 ± 9.2
男/女	15/2	13/7
ВМІ	27.0 ± 4.4	25.4 ± 3.6
HbA1c (%)	7.7 ± 1.2	7.5 ± 1.7
Glycated albumin (mg/dL)	19.3 ± 3.4	19.3 ± 4.7
Hs-CRP(ng/mL)	4287.0 ± 1048.3	5153.3 ± 1780.2
現在歯数	24.8 ± 4.8	24.3 ± 6.2
4mm以上の歯周ボケット(%)	25.2 ± 26.2	27.9 ± 28.4

歯周治療が有効なHbA1cの範囲が存在

歯周治療を行ったのは研究所の若手の歯科医師です。 現在の歯周病学会には専門医のライセンスがありますが、 治療した歯科医師は歯周病専門医のライセンスは持って いません。専門の歯科医師ではなく、一般の歯科医師を 想定して、治療を行いました。

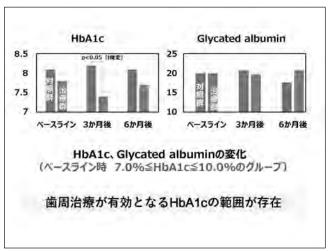
図表8がその結果です。全体ではHbA1cの値は変わりませんでした。糖化アルブミンの値も変わりませんでした。若干、治療群の方が少ない値の傾向はありますが、それほど差はありませんでした。

図表8



さまざまな論文を見ますと、サブグループ解析で差を出しているところが多いので、われわれもベースライン時にHbA1cが7から10のグループを取り出して分析し直してみました。図表9がその結果です。この分析では、HbA1cは3カ月後に差がありました。そこで、「歯周病治療が有効なHbA1cの範囲があるのではないか」と考えています。

図表9



酸化ストレス、QOLが改善

この研究の際に、糖尿病患者のQOLも評価しようと考え、アンケート形式で、日常生活の負担、治療の不平・不満、低血糖症状に対する不安、治療への満足度を聞きました。そうしましたら、図表10のFactor4の「糖尿病治療への満足度」が歯周治療群の方が高くなりました。また、酸化ストレスバランス(Oxidative INDEX)も歯周治療をすることで改善されています。

図表10

		対照群	歯周治療群	P値*
Oxidative INDEX	(0.2 ± 1.1	-0.9 ± 1.6	0.007
DTR-QOL	Factor 1	99.6 ± 52.0	109.0 ± 40.6	0.947
	Factor 2	34.5 ± 10.5	37.6 ± 9.6	0.922
	Factor 3	20.0 ± 6.2	22.2 ± 6.2	0.972
	Factor 4	16.0 ± 6.1	17.9 ± 6.2	0.036
	Total	170.2 ± 65.7	186.6 ± 47.8	0.877
	酸化ストレスパラ tes Therapy-Rel 社会活動や日常的	ンス ated QOL.アンケート	· (Ishii et al. 2012	2)

3カ月という短期間ではありますが、歯周治療で酸化ストレスの状態が改善したということは、糖尿病だけでなく多臓器の酸化ストレスの状態を改善することに歯周治療が貢献できる可能性があります。また、歯周治療で糖尿病治療に対する満足度が上がるということは、糖尿病治療のコンプライアンスにも好影響が出てくると考えられます。

歯は残るが、歯周病患者は高齢化

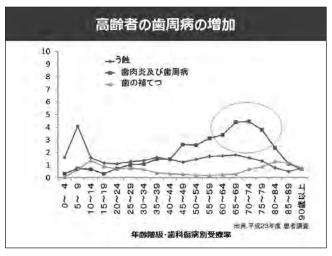
高齢者の歯の状態はどんどん良くなっています。昭和62年には、歯が20本以上ある人の割合が約25%である年齢層は65~69歳でした。今は85歳ですから、約30年で20歳若返ったことになります。図表11の右の写真は私の患者さんですが、41歳から68歳まで定期管理をしていて、歯を一本も抜かず、削らずにいます。こういう患者さんが増えています。

図表11



ただし、図表12に見られるように、歯周病治療に通う患者の高齢化は進んでいます。

図表12



歯科外来受診者に糖尿病の可能性が

もう一つ、歯科外来に来る患者さんに頼んで、血液を採らせてもらって分析した結果があります。医師から「糖尿病の疾患がある」と言われたことのない患者さん63人の血液を検査キットで測らせてもらいました。そうしましたら、糖尿病前症と診断された人が約46%、糖尿病と診断された人が6.7%いました。患者さん自身が「糖尿病ではない」といった人を調べた結果です。これを見ますと、「隠れ糖尿病患者が歯科医院にたくさん来ている」といえます(図表13)。

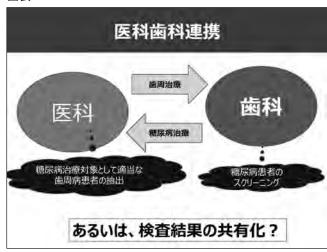
図表13

	対象: 医師から「疾患がある」と診断を受けていない患者、n=63		
血液検査	カットオフ値	(平成26年)	
肝疾患	ALT>45(IU/I)aたはAST>35(IU/I)aたはGGT(IU/I)	16.7%	
脂質代謝異常	LDL/CのHDL-Cに対する相対量> 2.0	34.7	
別疾患	推算系球体源過量(eGFR)<60(ml/min/1.73²)	16.4	
痛風	UA>7.0mg/ml	1.6	
糖尿病前症	5.6% <hba1c<6.4%< td=""><td>46.7</td></hba1c<6.4%<>	46.7	
糖尿病	HbA1c>6.5%	6.7	

歯周治療が有効な糖尿病患者の抽出を

今後の希望としては、歯科で糖尿病患者のスクリーニングができるようになれば、治療を医科に頼むことができます。医科としては、糖尿病治療対象として有効な結果が出ると期待される歯周病患者を抽出できれば、この患者を歯科に紹介するシステムができます。または、医科歯科連携によって医師と歯科医師が患者の検査結果を比較的自由に見ることができるようになれば、システムも、もっとシンプルにできるでしょう。われわれ歯科医師としては、「糖尿病治療対象として適切な歯周病患者とはどういう人か」を早くクリアにする必要があると思っています(図表14)。

図表14



最後に、まとめです。歯科外来患者の数十パーセントは 潜在的な「糖尿病・糖尿病前症」の患者であるということ、 歯周治療が有効な「糖尿病患者の部分集団」が存在する ということ、歯科の介入は、糖尿病のコントロール以外に、 酸化ストレス状態や治療満足度に影響するということ。この 3点がわれわれの臨床試験で分かった結果です(図表 15)。

図表15

まとめ

- >歯科外来患者の数十%は、潜在的な「糖尿病・糖尿病前症」の患者である
- >歯周治療が有効な「糖尿病患者の(部分)集団」が存在する
- 歯科の介入は、酸化ストレス状態や治療満足度に影響する

以上です。ご清聴ありがとうございました。





糖尿病診療における 医科歯科連携の重要性

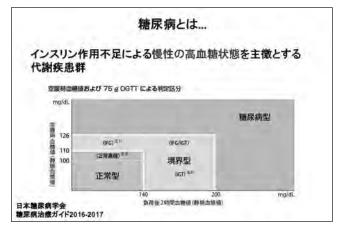
裕典 東京大学大学院医学系研究科 分子糖尿病科学講座 特任准教授

糖尿病患者急増が大きな問題

私は普段は東大病院糖尿病内科で糖尿病の専門医を しておりますが、本日は糖尿病専門医の立場から見た歯 科診療について、お話しさせていただきます。歯科診療専 門の先生や歯科行政専門の先生を前にして恐縮ですが、 一人の糖尿病専門医からみた率直な意見としてお聞きい ただければと思います。

糖尿病の定義は、「インスリン作用不足による慢性の高 血糖状態を主徴とする代謝疾患群」であり、診断自体は、 空腹時血糖、ブドウ糖負荷後血糖や随時血糖をもちいた もので、比較的シンプルなものです(図表1)。

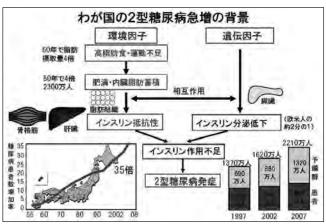
図表1



糖尿病が社会的に大きな問題となっている背景には、 戦後から現在に至るまでに患者数が急増してきたことがあ ります。糖尿病患者の多くを占める2型糖尿病の発症には、 環境因子と遺伝因子の両方が関与します。遺伝因子は主 に膵臓から出るインスリンの分泌低下を規定し、環境因子 は主にインスリンの効きにくさであるインスリン抵抗性を規 定します。両者が相まって、インスリンが相対的な作用不 足になることで2型糖尿病が発症します。

戦後から今まで約70年経ちますが、遺伝的背景はほと んど変わりませんので、患者急増の背景にあるのは環境 因子の変化のためだと考えられます。特に、高脂肪食、運 動不足などの生活習慣の変化、それによって引き起こされ た肥満、内臓脂肪の蓄積が2型糖尿病患者さんの急増の 背景にあります(図表2)。

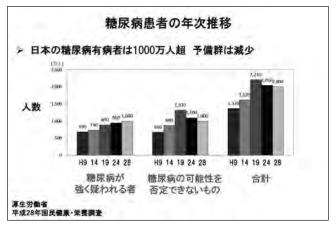
図表2



厚生労働省の平成28年国民健康・栄養調査によります と、「糖尿病が強く疑われる者」は平成9年から現在まで増 加し続け、平成28年には初めて1,000万人を超えました。

「糖尿病の可能性を否定できない者」は少し減少していますが、両者を合わせて合計で2,000万人を超える大きな数になっています(図表3)。

図表3

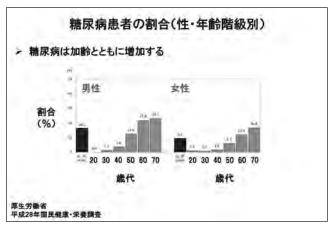


糖尿病は加齢とともに増加する

技術は年々進歩し、合併症率も軒並み落ち着いてきていますが、それでも糖尿病患者が増えてきている背景には「年齢の影響」があります。糖尿病は加齢とともに増加しますので、高齢者の増加、超高齢社会になっていることが患者急増の理由です。

図表4は年齢と性別で見た患者数の割合です。20歳代では患者はほとんどいませんが、70歳代まで増え続けています。そして70歳代では4人に1人が糖尿病というのが現実ですので、これからも糖尿病は非常に大きな課題であり続けると考えています。

図表4

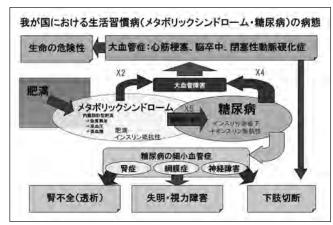


急増の原因は肥満・メタボの増加

糖尿病によって、「血糖値が高い」だけであれば、一見、元気な患者さんが多いのですが、問題は、糖尿病が様々な合併症を引き起こすことにあります。糖尿病の特徴的な合併症としては、細小血管症である腎症、網膜症、神経障害が知られています。これらの合併症が進行してしまうと、腎不全で透析が必要になったり、網膜症で失明したり、神経障害で下肢切断をすることがあります(図表5)。

大血管障害は糖尿病は強い危険因子であり、糖尿病 以外の危険因子があると、さらに発症が促進されます。糖 尿病を有しているだけで約3~4倍、心筋梗塞、脳梗塞、 下肢の閉塞性動脈硬化症などの大血管障害を発症しや すいとされています。

図表5



治療目標は合併症を防ぐこと

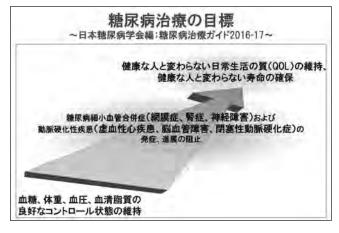
図表5では古典的な合併症を示しましたが、近年では、 歯周病などの疾患が新しい合併症として、認識されるよう になってきています。歯周病以外では、例えば認知症に なる率は糖尿病によって約2倍に上昇するといわれていま すし、膵臓がん、大腸がんの罹患率も高くなるといわれて います。糖尿病の合併症に共通しているのが「健康寿命 を害する疾病である」ということです。「ダリー(DALY)」とい う疾病負荷を示す指標がありますが、この指標が高い合併 症が多いのが糖尿病の特徴です。そのため、治療の一番 の目的はこのような合併症を防ぐことになります(図表6)。

図表6



図表7は日本糖尿病学会が示している「糖尿病治療の 目標」です。「血糖、体重、血圧、血清脂質の良好なコントロール状態を維持して、合併症を防ぎ、健康な人と変わらない日常生活の質(QOL)の維持と寿命を確保する」というもので、今回のフォーラムのテーマである「健康寿命の延伸」とも合致するものです。

図表7



HbA1cを指標に血糖をコントロール

ここで、糖尿病の指標であるHbA1cについて、基礎的なことをお話ししておきます。血糖値は食事によって変動しますので、来院した時間によって数値が変わってしまいます。HbA1cは、ヘモグロビンという血の赤い色素にどれだけ糖が結合しているかという値で、過去の1~3カ月の血糖の平均を反映しています。採血の日に食事をしてもしなくても影響されないので、外来で一番参考になる指標です。

血糖コントロールの目標値は、合併症予防のためには HbA1c 7.0%未満です。しかし、最近は患者の病状に応じ て個別化した目標値が設定されていて、合併症の危険の 少ない患者は6.0%未満を目指しますし、治療の強化が困 難な患者は8.0%未満を目指します。また、高齢者の場合 は低血糖の危険性や日常生活動作(ADL)の程度に合わ せて目標値を細かく個別化していくことになっています(図 表8)。

図表8

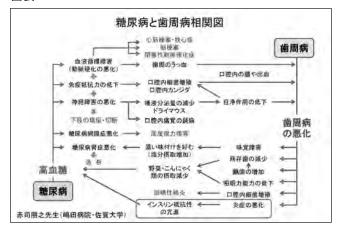


糖尿病と歯周病は双方向的関係

慢性的な高血糖は、さまざまな合併症を引き起こし、歯 周病もその一つです。さまざまな糖尿病の合併症の中で、 歯周病が特にユニークである点は、「歯周病が炎症を通し て糖尿病を引き起こしうる」という点、つまり「双方向的な関 係にある」という点です。

図表9は「糖尿病と歯周病の相関図」です。「歯周病の 炎症が悪化してインスリン抵抗性が亢進し、高血糖になる、 歯周病の治療をすると血糖が良くなる」という研究が大変 注目されますが、それ以外にも「糖尿病で神経障害が悪 化すると唾液の分泌量が減少してドライマウスになる、ある いは口腔内の痛覚、味覚が鈍磨する、その結果自浄作用 が低下して歯周病が悪化する」という関係も注目されま す。

図表9



図表10の左上はアメリカ糖尿病学会、中央はアメリカ・デンタル・アソシエーション、右側はNIHのホームページですが、歯周病以外の口腔内疾患として、真菌感染、ドライマウス、味覚障害が糖尿病の合併症として取り上げられていました。

図表10



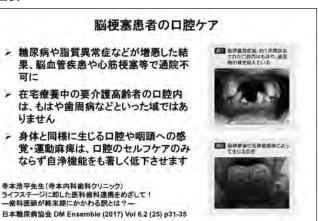
要介護糖尿病患者の歯科治療も重要

糖尿病は、心筋梗塞、脳梗塞、閉塞性動脈硬化症など、 健康寿命の延伸にとって問題になる疾患を引き起こしま すので、糖尿病の患者で要介護になる人が非常に多いの が現状です。その方たちの歯科治療も非常に重要である と感じています。

私は東大近くの寺本内科歯科クリニックで糖尿病専門の外来治療を行っています。このクリニックの院長で訪問歯科診療を通して地域医療に取り組まれている寺本浩平先生が、日本糖尿病協会の医療スタッフ向けの雑誌『DM Ensemble』に寄稿された記事からの引用ですが、寺本先生はここで「在宅療養中の要介護高齢者の口腔内は、も

はや歯周病などといった域ではありません」とおっしゃっています。非常にショッキングな言葉ですが、このような患者さんがますます増えていることを考えると、非常に重要な今後、対処されるべき課題であると感じています。

図表11



食事療法には健康な歯が重要

もう一つ、糖尿病と歯の関係で忘れてはならないのが「食事療法」です。図表12の左の図のように、糖尿病においては食事療法は薬物療法や運動療法とともに、最も基本となる治療です。適切な食事療法を欠いては、薬物療法や運動療法だけでよい糖尿病の治療はできません。そのため、初診時、進行時という糖尿病治療の各ステップで、食事療法、運動療法による生活習慣の改善を患者に指導していくことが重要です。

図表12



生活習慣介入は治療に効果的

図表13は糖尿病診療ガイドラインから引用しています。 2型糖尿病における食事療法は、各栄養素のバランスを 図りながら、総エネルギー摂取量の適正化を行うことが重要であると考えられています。例えば、アメリカで行われた生活習慣の介入研究で、糖尿病の新規発症が防げるかどうかを検討したDiabetes Prevention Program では、糖尿病発症リスクの高い対象に生活習慣改善により3年間で5%体重低下するように介入をしたところ、糖尿病の発症が55%抑制されたことが報告されています。また、すでに2型糖尿病を発症した患者を対象に生活習慣に対する介入を行ったLook AHEADでも、HbA1cが約0.6%減少したことが報告されています。

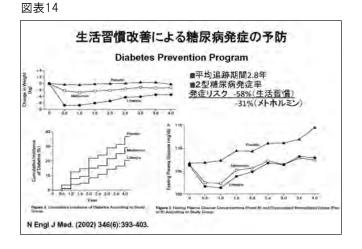
図表13

糖尿病の食事療法と健康な歯

- 2型糖尿病における食事療法は、各栄養素のバランスを図りながら、総エネルギー摂取量の適正化によって肥満を解消してインスリン分泌不全を補完し、インスリン作用から見た需要と供給のバランスをとることによって、高血糖のみならず糖尿病の種々の病態を是正することを目的とする。
- アメリカで行われた生活習慣の介入研究Diabetes Prevention Programでは、糖尿病発症リスクの高い対象における3年間で 5%の体重の低下は、糖尿病の発症を55%抑制した。
- 肥満を合併した2型糖尿病患者を対象に、生活習慣に対する介入の効果を検討したLook AHEADでは、1年後の体重減少率は対象群は0.7%、介入群は8.6%であったが、HbA1cは約0.6%の減少を認めた。

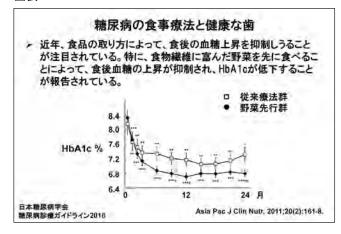
日本糖尿病学会 糖尿病診療ガイドライン2016

図表14はDiabetes Prevention Programの結果を見たものです。左上のグラフの1番下は4年間の経過の中で生活習慣に介入した群、真ん中はメトホルミンという糖尿病の基本の薬剤を使った群、上は何もしなかった群です。体重は4~6kg減少しています。その時の糖尿病の新規発症は、生活改善の方が薬物療法よりも効果を上げています。



総エネルギー摂取量が同じでも、食品の取り方によって 食後の高血糖が抑制できることも注目されています。特に、 食物繊維を含んだ野菜を先に食べることで、食後血糖の 上昇が抑制されます。野菜を食べて、それから炭水化物 を食べると、HbA1cに有意差が出ることが報告されていま す(図表15)。

図表15

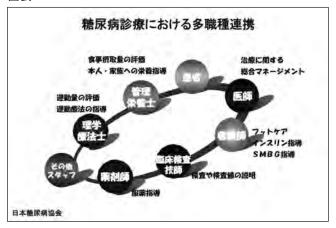


8020推進財団から一般向けの資料でも公開されていますが、野菜のような繊維質をふくめて、なんでも食べられるためには健康な歯が重要です。また、「おいしく」食べられるためにも、健康な歯が必要であるということは、糖尿病の治療において重要な要素です。と申しますのも、患者さんが、日々、食事療法を継続するためには、大変な努力を必要としますが、そのためには、「おいしく食べられる」ことがとても重要だからです。

糖尿病診療における多職種連携

糖尿病はさまざまな合併症を引き起こしますので、糖尿病専門医は、歯科はもちろん、心臓内科、外科、神経内科などさまざまな科の医師と連携します。また、患者に寄り添った形で生活習慣を改善するため、管理栄養士、薬剤師、看護師を含めたさまざまなコメディカルとの多職種連携も必要です(図表16)。

図表16



糖尿病連携手帳で多職種連携を推進

多職種連携のツールとして日本糖尿病協会が配布している「糖尿病連携手帳」というものがあります。私も編纂に携わり、2016年に第3版が出ました。最初のページは病診連携のページで、病院とかかりつけ医の連携のページですが、第3版からは「かかりつけ歯科医」の欄を作りました(図表17)。

図表17

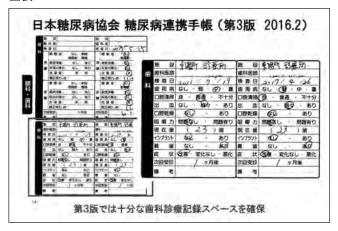


かかりつけ医での検査結果を記入するページでは、血糖コントロールの様子や看護師から患者さんに向けてのコメントなどが書かれています。第2版では歯科診療記録スペースが非常に少なかったので、第3版では十分な歯科診療記録スペースを確保しました。眼科と歯科を並べ、歯の本数、口内乾燥の状況などの情報を入れるスペースを作りました(図表18、19)。

図表18



図表19



嶋田医院と地域歯科医院のすべてが連携

最後に医科歯科連携が功を奏している例を2つ紹介します。まず、福岡県の嶋田病院の糖尿病内科医師、赤司朋之先生が行っている地域ぐるみの医科歯科連携の例です。場所は福岡県小郡市と大刀洗地区という人口6万人ほどの地域です。嶋田病院はこの地区の中核病院ですが、赤司先生はこの地区のすべての歯科医院と連携を行っています。全部で39の歯科医院があるそうです(図表20)。



嶋田病院の糖尿病内科では半年に1回「歯科受診キャンペーン」を行っていて、パンフレットを配っています。歯科医院の受付には「糖尿病連携手帳をお持ちの方は診察前に出してください」という表示があります。また、嶋田病院にはコーディネーターがいて、58の診療所、40の歯科、37の調剤薬局に実際に足を運んで連携しています(図表21)。

図表21



また、歯科医師、歯科衛生士、糖尿病内科医、糖尿病療養指導士が集まって勉強する機会をつくっています。 院内では患者さん向けの糖尿病教室を開催していますが、 そこに歯科衛生士に入ってもらって「糖尿病と歯周病」の 関連などを話してもらうことも行っています。このような取り 組みは大きな効果を上げているそうです(図表22)。

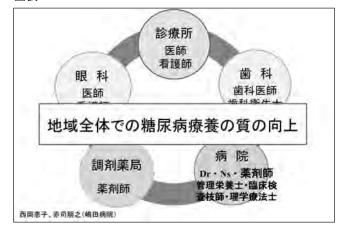
図表22



医療関係者同士が目に見える関係を目指した地域 連携の構築

病院と診療所の連携というのは、地域包括ケアシステムの中にありますが、その中で、歯科医師、歯科衛生士、眼科、調剤薬局も含めて連携の輪を広げることが、糖尿病治療には重要だと考えます。赤司先生は「システムを作るだけでなく、医療関係者同士の目に見える関係、疾患の理解に重点を置いた地域連携の構築が重要だ」と述べられており、示唆に富む重要な言葉であると感じました(図表23)。

図表23



まとめです。糖尿病治療の目的は、合併症を防いで、健康寿命を延伸することです。歯周病は糖尿病の合併症において、双方向的な関係である点が特徴的です。また、糖尿病の食事療法に健康な歯は欠かせません。

糖尿病診療においては多職種連携が重要視されていますので、医科歯科連携の良いプラットフォームになり得ると思っています。「糖尿病連携手帳」はそのための良い

ツールですので、ぜひ活用していただきたいと思います。 医科歯科連携には、医師・歯科医師・医療スタッフの相互 の「疾患の理解」が重要と考えられます(図表24)。

図表24

まとめ

- 糖尿病治療の目的は、合併症を防いで、健康な人と変わらない日常生活の質(QOL)や寿命の確保することである
- 歯周病は糖尿病の合併症において、高血糖と双方的な関係のある点で特徴的である。
- > 糖尿病の食事療法に健康な歯はかかせない
- 糖尿病診療においては多職種連携が重要視されており、医科 歯科連携の良いプラットフォームになりうる
- > 糖尿病連携手帳はそのための良いツールである
- 医師・歯科医師・医療スタッフの相互の「疾患の理解」が重要 と考えられる

ご清聴ありがとうございました。





口腔機能の向上と 歯科保健の向上に向けて

東京都健康長寿医療センター研究所 社会科学系 専門副部長 渡邊 裕

フレイル予防と在宅療養推進が重要

よろしくお願いいたします。私は介護保険の研究を主に 行っています。現在の高齢者医療福祉の目的を簡単にま とめますと、地域包括ケアの中で、健康な高齢者について は、フレイル予防をして要介護状態になるのを予防するこ と、要介護高齢者については、在宅療養を推進することで す。

フレイルの定義をおさらいしておきますと、「フレイルは 高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する 脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡など の転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下などによる身体 的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心 理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む 概念」です。フレイルの状態に至ると、7年間の死亡率が 健常な人に比べて約3倍、身体能力の低下で要介護状態 に陥るリスクが約2倍高いという研究報告があります。

フレイルの判定方法は、①体重減少、②疲れやすさの 自覚、③日常での活動量低下、④歩行速度の低下、⑤筋 力の低下の5項目のうち3項目以上該当するとフレイル、1、 2項目のみ該当するとプレフレイルになります。

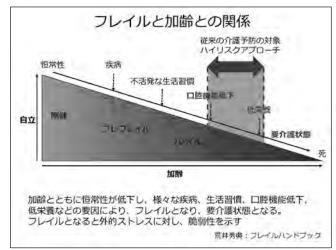
フレイルの定義の中の「ストレスに対する脆弱性が亢進する」というのはどういうことかと言いますと、健常者の場合、風邪をひくというストレスがあっても、風邪が治って2週間くらいすると元の状態に戻ります。しかし、フレイルの状態の人は、体が100%元の状態には戻らず、毎日行っていた散

歩に行かなくなるというようなことを「脆弱性が亢進する」といいます。

口腔機能低下がフレイルに影響

私は今、東京都健康長寿医療センターにいますが、3 年前までは国立長寿医療研究センターにいました。国立 長寿研には荒井秀典先生という世界のサルコペニア・フレイル研究の第一人者がいて、その先生が一般市民向けに 『フレイルハンドブック』という小冊子を作りました。このハン ドブックの2ページ目には「加齢によって自立から要介護 状態になり死に至る」というフレイルの概念図が掲載されています。この概念図の中に、「口腔機能の低下」という文言 と考え方を入れたのが、私が国立長寿研に4年間いて行った最大の仕事です。この概念図を作る過程で、荒井先生にも「口腔機能の低下がフレイルのリスクに大きな影響を与える」ということを理解していただきました。世界的に見ると、フレイルのリスクの中に口腔機能の低下は入っていないのですが、日本では口腔機能の低下がストレスの一つに位置付けられています。

この概念図は、病気になって、階段を下りるように体が弱っていき、その中で「歯が1本抜けた、歯が痛くて食事ができない」などの口腔機能低下のストレスがあり、その状態が長く続くと低栄養状態になって、要介護状態になるという流れを示しています(図表1)。

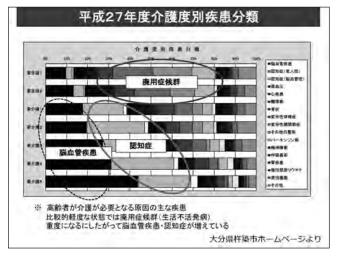


健常な時からフレイル予防を

介護予防事業の口腔機能向上サービスのこれまでの施 策は、ハイリスクアプローチでした。つまり、要介護状態に 陥る直前の人たちに対して専門職が対応していました。

図表2は要支援、要介護認定の理由を見たものです。 要介護者の場合は脳血管障害や認知症という疾患が主 な理由でした。しかし、要支援1、2認定の理由は「廃用症 候群」、つまり不活発な生活習慣が原因にあるという報告 があります。

図表2

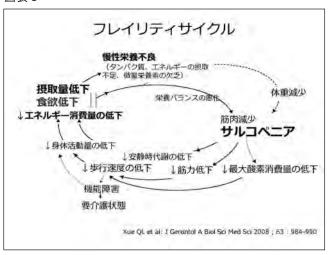


そこで、最近の地域包括ケアの総合事業では、フレイルになる前の健常な状態の時からフレイル予防をしていこうという考え方になっています。そのためには、専門職だけではマンパワーが足りないので、一般市民や健康なシニアを巻き込んで、お互いに支え合うシステムを構築しようとしているところです。

食欲低下から機能障害・要介護へ

図表3は「フレイリティサイクル」の有名な概念図です。 食欲の低下、食事量の低下によって慢性的栄養不良になり、栄養のバランスが悪化して体重が減少したり、筋肉量が減少したりして、サルコペニアという状態になります。そして、筋力や代謝が低下し、やがて歩行速度や身体活動量が低下します。そして、食欲が低下し、さらに栄養状態が悪くなっていくという負のスパイラルが起こり、ついに機能障害や要介護状態に至るという概念です。

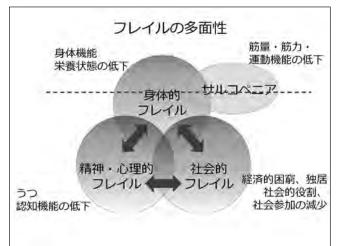
図表3

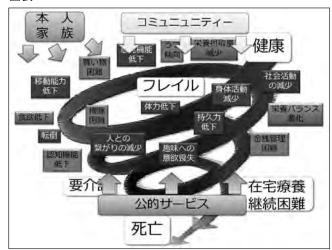


フレイルは多面性のある概念

図表4はフレイルの多面性を示したものです。サルコペニアは、筋肉量の減少、筋力の低下、運動機能の低下によるパフォーマンスの低下の3つで定義されています。フレイルは、身体的なフレイルでなく、精神・心理的フレイル、社会的フレイルが相互に悪影響を及ぼしながら、やがて要介護状態に陥るという負のスパイラルを持っています。図表3のフレイリティサイクルは、図表4の点線の所の断面を示した概念です。

図表4





フレイルの速度を落とすことを目指す

フレイリティサイクルを分かりやすく言うと、健康な状態からフレイルになり、要介護になり、在宅療養が困難になり、死に至る負のスパイラルです。その中で、社会的活動の減少、趣味への意欲の喪失、人とのつながりの減少、身体機能の低下が起こり、目や耳が衰えて外出頻度が減ったり、栄養状態が悪くなったり、うつや認知機能・生活機能の低下が起こります。これらのことが相互に悪影響を及ぼしながら、健康な状態から死へと加速度をつけながら近づいていく、というのがフレイルのイメージです。フレイルと正常な加齢変化の違いは、加齢によって低下する因子が、悪影響を及ぼし合いながら加速して低下していくところにあると思います。

そこで地域包括ケアが目指しているのは、まず、本人と家族に「フレイル」の自覚を持ってもらうこと、次にコミュニティーの互助システムで本人と家族を支えること、さらに公的サービスでも支えることで、要介護へ至る速度を落とすことです。加齢変化とともにゆっくりと衰えてピンピンコロリを目指す、つまり、「健康寿命の延伸」を目指すということです(図表5)。

口腔機能とフレイルは有意に関係

ここからはフレイルとオーラルフレイルの関係を見ていきます。私は国立長寿研で、大府スタディという地域在住高齢者5,000人のデータを集めた研究をやっていました。この5,000人にフレイルの5つの判定方法を行ったところ、フレイルが約10%、プレフレイルが約60%、健常者が約30%でした。要介護状態にある人は除外してあります。この集団で、フレイルにある人と健常者の口の機能を比較しました。図表6はそのデータを多変量解析したものです。フレイルな高齢者は年齢が高い、筋肉量が低い、うつのスケールが高い、MMSE(認知機能)が低下している、高血圧、糖尿病が多い、栄養指標が悪い、という人たちが多く、さらに噛む力、舌の動きなどの口腔機能も低下している人が多いという結果でした。

図表6

フレイル高齢者の口腔機能低下										
	単変量解析					多変量解析				
rior	OR.	-	9594€	1	psalue	OR.		95% C	11	p-yalur
1413	-				1.1.1.1.	-	_		-	
9.80	1.15	1.13		1.17	*0,001	1.07	1.050	991	1.00	0.001
性別(男/女)	1.20	1.00	-	1.44	0.046	1.08	0.79	-	1,42	0.636
BM(Thg/m2)	0.98	0.96	-	1.02	0.425					
性限	0.94	0.70	-	1.26	0,682					
教育(年)	0.93	0.89	-	0.97	0.001	0.99	0.94	-	1.04	0.630
夾煙徑	1.17	0.88	-	1.56	0.262					
口腔機能										
利益所(利) 25	0.96	0.93		0.98	0.003	1.00	0.95	-	1.03	0.856
现在佛取	0.98	0.97	-	0.99	<0.001	1.00	0.98	-	1.01	0.506
WESTERNA	0.89	0.86	-	0.92	<0.001	30.00	0.90	181	-0,00	-0.013
C (18)	0.81	0.74	-	0.89	(0,001	0.89	0.80	191	1.00	0.040
ODK Pa. (60/69).	0.70	0.64	-	0.78	(0,001	0.93	0.80	-	1.01	0.349
-00% file (EU/99)	0.67	0.63	-	0.74	-B,001	V1-9-1	0.70	181	13.00	11,672.6
身体機能										
58H(0g/wil)	0.66	0.75	-	497	0.016	MAL	0.70	ш	0.98	-0.004
CONSTANT	1.34	1.30	-	1.39	*0.001	(L)(3)	1.78	161	15.48	-0.001
MMSETIG() (STAMM)	1.63	1.32	-	J.08	<0.001	1.48	ACEA:		THE	-0.003
版住题 (Nu/Yes)										
単直在(なし/あり)	1.35	3.17	-	1.63	0,002	1.44	LIA	tes	1.0	OUUZ
- 心疾患(なし/あり)	1.42	1.13	-	1.79	0,003	1.28	0.98	-	1.67	0.073
輸品(約(2)(こ7855)	1.73	1.35	-	2.22	<0.001	1.55	1.16	190	2.07	0.003
骨粗鬆症(なし/あり)	1.59	1.21	-	2.09	0.001	1.28	0.94	-	1.75	0.122
(呼吸器疾患(なし/あり)	1.17	98.0	-	1.55	0.261					
(なし/あり)	1.09	0.85	-	1.43	0.490					
部原病(なに/あり)	1,90	1.12	-	1.22	0,018	1.18	0.62	-	7.26	0.613
血液検査										
根たんはく(g/dL)	0.94	D.75	-	1.12	D.556					
アルブミン値(ビバリ	0.26	0.10	-	0.18	*0.001	A1134	22.0	8811	0.55	-0.007
10-15 (E.W. (mg/di.)	0.83	0.73	-	0.94	0.003	0.87	9.75	161	0.94	0.005
部コレステロール値(mg/di)	0.53	0.30	4	0.72	<0.001	0.96	0.67	-	1.57	0.837
ウレアチニン(mg/dl)	1.34	1.03	-	1.74	0.028	1.17	0.89	-	1.54	0.733

これによって、「フレイルにある高齢者は口腔機能も低下している」ことが分かりました。もともと、フレイリティサイクルの中で、食欲低下と歯の喪失、栄養状態の低下や体重減少と噛み合わせの喪失・咀嚼機能の低下との関連を見た先行研究は、日本を中心にたくさん出ています。握力低下、歩行速度低下などの運動機能の低下と臼歯部の咬合の有無や咀嚼機能の低下、口唇や舌の動きの低下の関係を見た先行研究もたくさんあります。ですから私の研究は、フレイリティサイクルの中での口腔機能の低下をざっくりと示したものということになります。

オーラルフレイルの発症に注意を

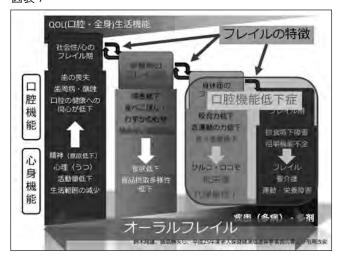
オーラルフレイルの定義ですが、日本歯科医師会のHPには「口腔機能の些細な低下や食の偏りなどを含む、身体の衰え(フレイル)の一つ」で、「健康と機能障害の中間にあり、可逆的である」と明記されています。現在の総合事業のように、健常な状態から幅広い対応をするためには、可逆的であるという前提条件が必要になります。現在、東京大学高齢社会総合研究機構で行われている「柏プロジェクト」などにより、オーラルフレイルについてのさまざまな知見が出てきています。

オーラルフレイルは、滑舌低下、食べこぼし、わずかなむせ、噛めない食品の増加、口の乾燥など、些細な症状から始まるため、見逃しやすく、気付きにくいため注意が必要です。また、オーラルフレイル予防のためには、高齢期における人とのつながりや生活の広がり、共食といった「社会性」を維持することが重要です。

図表7はオーラルフレイルの概念図です。例えば定年を迎えて生活の範囲が狭くなった人は、人と会うチャンスが少なくなりますので、口腔の健康への関心が低下します。セルフケアがおろそかになる、定期的に歯科医院を受診していた人が行かなくなるなどから、歯周病、歯の喪失などが起こり、これに加齢変化が加わります。これらにより、滑舌の低下、食べこぼし、わずかのむせ、噛めない食品の増加などから食欲低下、食品摂取の多様性の低下などが起こります。このように食事の質が落ちていくと、柔らかい食品を好んで食べるようになり、その結果、噛む力や舌の力が弱くなります。そうすると食べる量が減り、筋肉量の低下、低栄養、代謝量の低下が起こり、やがて要介護状

態に陥ります。この流れを示したのが、この概念図です。

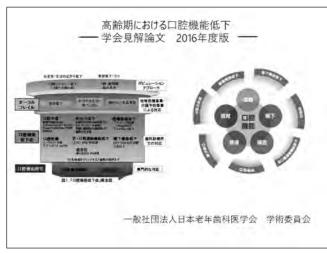
図表7



口腔機能低下症とエビデンスを収集

オーラルフレイルには可逆性がありますが、身体的に衰えて要介護状態になってしまうと回復は難しいことから、医療的な対応として「口腔機能低下症」という病名を付けようと、日本老年歯科医学会がエビデンスの収集に励んでいます。客観的な評価を中心に、感覚、咀嚼、嚥下、構音、唾液などの口腔機能の低下をできるだけ早く見つけて、医療的な対応で元に戻すという取り組みを、学会を中心に行っています(図表8)。

図表8

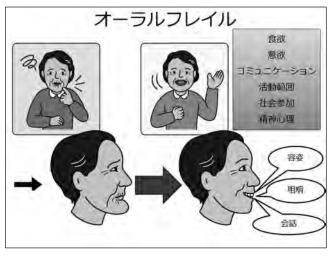


フレイル予防には口腔機能と容姿が重要

日本歯科医師会が1989年から行っていた8020運動という活動に、2015年からはオーラルフレイルの予防というものが加わりました。歯の本数の維持は、機能の維持のためには絶対条件です。

これまで、老化のサインは目、耳、歯でした。8020達成者が50%を超えた昨今では、それに口、つまり口腔の機能が加わり、さらに容姿が重要になってくると思います。口の機能というと咀嚼や会話が頭に浮かびますが、実際には容姿への影響も大きいと思います。特にフレイルという概念を考えると、社会とのつながりを続けていく上で、容姿は大きなファクターになりますし、精神心理的な面にも大きく関連してくると思います(図表9)。

図表9



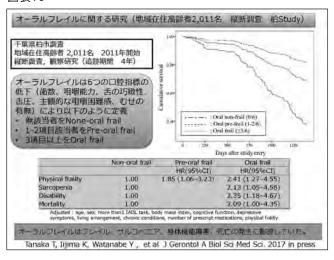
オーラルフレイルは全身に影響

図表10は3週間前に老年学のトップジャーナルに掲載されたオーラルフレイルに関する最新のデータです。これは東大の「柏プロジェクト」で、約2,000人の高齢者を4年間観察研究したものです。

この中で、オーラルフレイルは6つの口腔指標の低下で見ています。歯数は20本以上かどうかで判定、咀嚼能力は判定ガムを使っています。舌の巧緻性はディアドコキネシスの「タ」が1秒間に5、6回未満かどうか、舌圧、主観的な咀嚼困難感、むせの有無の6項目すべてをクリアした人を健常者、3項目以上該当した人をオーラルフレイルと位置付け、4年間のフレイルの発症率、サルコペニアの発症率、要介護状態の発生率、死亡の発生率を見ました。すると、オーラルフレイルの人にはこれらのすべてで2~2.5

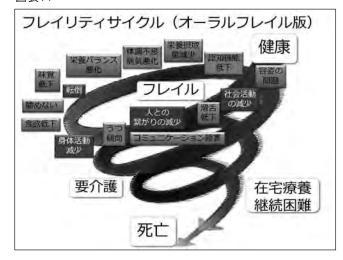
倍のリスクがありました。

図表10



そうしますと、「全身のフレイルの前に、口の機能の低下があるのではないか」という疑問が出てきます。例えば、「前歯が欠けてしまう」「歯並びが悪くなってきた」「色が悪い」などの容姿の問題から、社会的な活動が減少し、滑舌が低下し、コミュニケーション障害が起きて人とのつながりが減少する、そしてうつ傾向になったり身体活動が減少する、噛めないので食欲低下、味覚低下が起き、転倒リスクが増える、栄養状態が悪くなって病気のリスクが増える、そして栄養摂取量が減少すると認知機能も低下してくるという流れです。そして、口に関わる変化が相互に悪影響を及ぼしながら、フレイルを加速させるというイメージです。これらを地域とつながった歯科医療が解消していきながら、フレイリティサイクルをなくしていくことが、健康寿命の延伸につながることになると思います(図表11)。

図表11



社会機能低下と口腔機能低下は関連

次に高島平スタディの例を紹介をします。これは去年から始まったスタディで、75歳以上の地域在住高齢者1,300人を対象としたものです。図表12はこのスタディで、この1年間で外出頻度が減った人と口腔機能の関係を見たものです。外出頻度の減少について、手段的ADLや主観的健康感、うつ傾向、認知機能、転倒への不安を調整しても、硬い物が食べにくい、口の渇きが気になるという人が有意に多くなっています。また、1年以内の歯科受診も減っているという結果も見られます。これは、図12のフレイリティサイクル(オーラルフレイル版)の概念図を裏付ける結果だと思います。

図表12

		OR		959eC	h	Pl-yalue
性別	1:男性,2:女性	1.03	0.71	140	1.49	0.888
年制		0.96	0.93	-	1.00	0.053
教育年数	年	1.01	0.94	4	1.08	0.773
IST名斯能力指標	rie de	1.11	1.04	2	1,18	0.002
± WREF SMERREN	かあまり・使用でないとかか・使用	1.72	1.13	-	2,60	0.011
主制的能力	た大きい・場合を扱い。1: ぶつう	2.36	1.41	4	3.93	0.001
GDS	28	0.86	0.82	~	0,91	<0.00
MMSE	24	1.00	0.99	3	1,01	0.613
通常步行速度	(m/tp)	0.90	0.42	-	1,93	0.794
自体(類をたは直)の違み	のねり.1.あり	0.74	0.52	4	1.06	0.099
転倒りの不住	1.1210,2:10102	1.61	1.10	4	2.35	0.013
DESCRIPTION OF I	0:1210,1.00.35	2.54	1.73	4	3.72	< 0.00
069	0:304,100002	0.89	0,60	-	1,31	0.548
Children	0.031.1,131.151.2	1.65	1.14	-	2.39	0:007
単何能力	樹	1.01	0.94	-	1.08	0.801
I RESERVE THE TAXABLE PROPERTY.	010212,1.887	1.63	1.10		2.41	0.015

外出頻度の減少について、手段的ADLや主観的健康感、うつ傾向、認知機能、転倒への不安を調整しても、咀嚼困難感、口腔乾燥感、1年以内の歯科受診が有意に関連していた。

⇒社会機能の低下と口腔機能の低下が関連している。

Mixami Y, Watanabe Y submitting 201

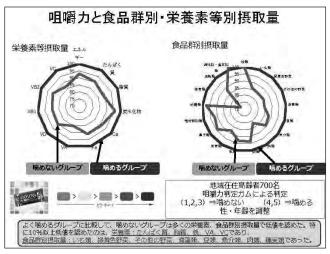
健康維持には咀嚼能力が重要

老化ではなくオーラルフレイルであることの目安として、 口の問題があって、人と会うことや外出を避ける、口を開け て笑えない、食べられない、話せない、噛めない、その結 果食事がおいしくない、食事が面倒、軟らかい物ばかり食 べる、さらに食事のバランスが悪くなり、口の機能が低下す るという悪循環があります。

口は毎日使っているので、老化すると思う人は少ないです。脳卒中などの病気を発症すれば、「低下したなあ」と自覚することはあるかもしれませんが、「食べられなくなることはないだろう」と考えがちです。しかし、噛めないグループと噛めるグループで栄養素の摂取量を比較した研究では、噛めないグループは噛めるグループに比べて栄養素が7割から9割くらいしか取れていないという結果があります。また、食品群別では、噛めないグループでは調味料、

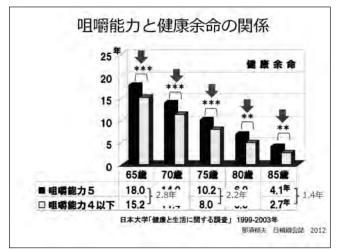
砂糖、穀類の摂取量は変わらないけれど、他の物はおしなべて低下するという結果が出ています。糖尿病のコントロールや動脈硬化や高血圧症などの生活習慣病のコントロールには食事が大きな要素ですので、咀嚼の能力を守ることは健康の維持のために非常に大切なことだと思います(図表13)。

図表13



日本大学の那須郁夫先生が健康余命、つまりあと何年 健康で生きられるかという年数と咀嚼能力の研究を2000年 くらいから行っています。65歳以上の5,000人を対象とした 健康余命に関する調査では、「さきいか、たくあんが食べ られる人は、75歳になっても健康余命が2.2年長く、85歳 になっても1.4年健康余命が長い」という結果が報告されて います(図表14、15)。

図表14 65歳以上5000人を対象とした 健康余命に関する調査 咀嚼可能な食品 さきいか・たくあん 69.1 豚ももゆで・生にんじん・セロリ 12.7 油揚げ・酢だこ・白菜の漬物・乾しぶどう 9.3 30.9% ご飯・林檎・つみれ・ゆでたアスパラガス 6.2 バナナ・煮豆・コーンピーフ・ウェハース 1.9 どの食品も噛み切れない 8.0 (1999 年日本大学「健康と生活に関する調査」より) 那道柳头 日柳柳会誌 2012



口腔・栄養・運動の複合介入で成果

食欲向上を目的に、口腔だけでなく栄養、運動を組み合わせたフレイル予防プログラムを使って複合介入を行うと、ビタミンCや食物繊維の摂取量が有意に増えるという結果も出ています(図表16)。

図表16

項目	区分	事前		ф	間	a lake	変化量		m sankin
		mean	SD	mean	SD	p-value	mean	SD	p-valu
野菜類(g/日)	介入群	348.6	107.8	322.1	88.1	,268	-26.5	139.5	.472
	対MMax	376.7	174.0	314.2	124.1	.025	-62.4	175.6	
嗜好飲料類(g/日)	介入群	742.6	368.7	567.1	268,4	.004	-175.5	349.2	.162
	対照群	758.6	508.1	667.8	461.2	,291	-90.8	570.8	
圆味香辛料(g/日)	介入群	191.2	107.1	228.5	117.5	126	37,3	144.5	,931
	20世代数	183.4	109.4	229.7	129.3	.062	46,2	150.5	
調味加工食品(g/日)	介入群	25.4	42.1	32.5	69.6	.590	7.1	83.1	<.000
	対照群	22.7	37.2	174.0	111,7	<,000	151.3	122.1	
族(mg/日)	介入群	8.4	2:2	9.4	2.0	020	1.0	2.5	-285
	対照群	8.6	2.7	9.0	2.6	.246	0.4	2.3	
ピタミンD(mg/日)	介入群	6.6	3.7	9.1	6.0	.072	2.5	6.9	.819
	対照群	7.4	3,8	8.7	5.0	,127	1.3	5,9	
ピタミンC(mj/日)	介入群	116.7	40.8	166.5	93.3	/001	49.8	95.2	:070
	対抗原程業	135.6	75.7	150.6	57.9	.112	15.0	74.3	
食物與絕級量(mg/日)	介入群	15.8	3.9	18.3	3.5	<.000	2.5	4.6	,030
	対照限数	16.6	4.7	17.3	4.5	.134	0.8	4.8	

図表17、18はフレイル予防プログラム前の84歳の女性の食事と3カ月プログラムを実施した後の食事です。介入後は食材が増え、見た目の色彩も鮮やかになり、たんぱく質、脂質、炭水化物、食物繊維、ビタミンCの摂取量が増えています。

図表17



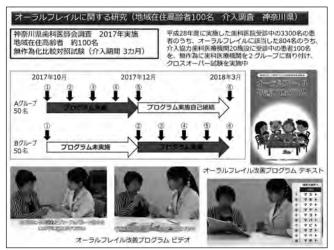
図表18



オーラルフレイルの介入研究を実施中

オーラルフレイルに関しては、現在神奈川県歯科医師会で地域在住高齢者約100名を対象にした大規模な調査研究を行っています。歯科医師会のクリニック約20施設で3カ月間のオーラルフレイル介入プログラムを行い、その効果を見ているところです。あと1カ月ほどで前期プログラムが終了しますので、この結果が有意に出ることを期待しています(図表19)。

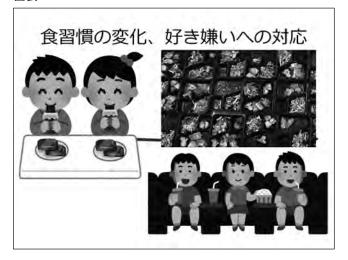
図表19



発達期から食べる機能を大事に

先日、神奈川県の大磯町で中学生の給食の残食が多いということがニュースで取り上げられていました。写真を見ますと、ブロッコリーや野菜など、噛みにくい食品の残食が多いという傾向がありました。これを見て、「給食がまずい」「調理方法が悪い」という議論には少し疑問を持ちました(図表20)。

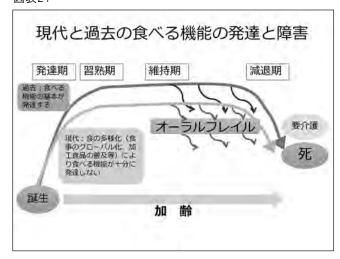
図表20



オーラルフレイルは、「加齢とともに高齢期になって機能が落ちてくる」という点に着目されがちですが、子供にも目を向ける必要があります。最近の子供は食が多様化し、軟食の摂取が増えているので、発達期においてもかなりのデメリットが予想されます。顎骨の形態もかなり矮小化していますし、噛む力、歯の咀嚼能力が低下している可能性があります。このままでいくと40年後、今発達期にある子供たちが高齢期を迎えた時には「65歳くらいで皆がオーラルフ

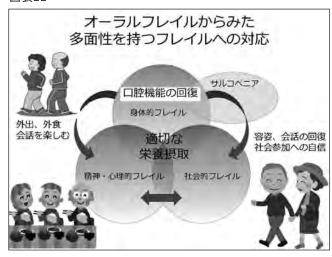
レイル」という状況に陥る可能性があります。ですから、オーラルフレイルまたは口腔機能の問題には、発達期から 高齢期に至るまで継続的に対応する必要があると思いま す(図表21)。

図表21



最後にオーラルフレイルは図表22のように多面性を持っていますので、一つの面だけにとらわれず総合的、多面的に対応していく必要があります。

図表22



ご清聴ありがとうございました。





地域で『ロから食べること』を 支えるために

~歯科診療所の役割と地域医療連携~

公益社団法人日本歯科医師会 地域保健委員会 副委員長 細野 純

高齢化により歯科診療所の役割も変化

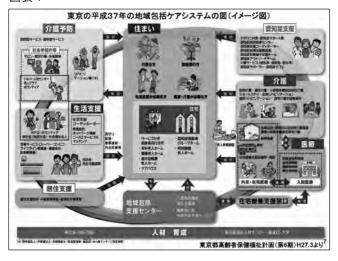
皆さま、こんにちは。私は東京都大田区で開業して37年になります歯科医です。患者さんとともに年を取ってきましたので、私も高齢者です。地域で長年やっていますと、患者さんからフレイルのこと、介護のことなどの相談を受けるようになり、地域に根差した歯科医療ができているのではないかと思っているところです。

本日は地域の歯科医療の話と、要介護になった後、あるいは高齢入院患者に対してどのような対応をしているのかという現場の話をしたいと思います。

最初に地域包括ケアシステムにおける歯科診療所の位置付けについて、少しだけ触れたいと思います。図表1は、東京都の平成37年の地域包括ケアシステムのイメージ図です。高齢者の住まいを中心に、生活支援、介護予防、介護、医療が包括的、継続的に提供される仕組みです。東京都のこの図で特徴的なのは、認知症支援が明記されていることです。これからは、認知症の高齢者が急増します。歯科診療所にも来ますし、施設、在宅で療養している認知症の方もいます。新オレンジプランの中にも歯科医師の認知症対応力向上研修があり、現在全国で研修が行われていると思います。今後は、「認知症高齢者に対する歯科保健医療をどうするのか」というのが喫緊の課題だと思います。私ども歯科診療所は、外来診療と同時に入院医療との連携、病院歯科との連携をしながら、通院が困難になった場合には在宅歯科医療に移行して、適切な歯科医

療を提供していくことが必要だと思います。

図表1



おおた健康プランでの取り組み

次に、行政の高齢者に対する歯科保健の取り組みについて紹介させていただきます。私が開業しております大田区には、健康づくりのプランとして、「おおた健康プラン(二次)」があります。目指す姿として「自分の歯で食事を楽しみ、健康でイキイキと暮らしていくための健全な口腔機能を維持できる健康習慣を身につけます」という目標が出ています。その中に、「口腔機能の維持、安全性に配慮した食べ方の支援」ということが、しっかりと書かれています。そのための目標として、「高齢期になっても、自分の歯がある人を増やす」ということを掲げています。肺炎は日本人の

死亡原因の第3位ですが、誤嚥性肺炎で亡くなる方が多いことから、「誤嚥性肺炎の知識や予防について、区民に知ってもらう」ということも目標の一つです。そして、「高齢者や難病の方の口腔機能の維持や誤嚥、窒息予防を実践するための支援をする」ことも目標に挙がっています。 具体的な指標としては、誤嚥性肺炎の区民の認知度が平成24年度の調査で47.7%だったので、平成30年度に50%を目標にしているところです(図表2)。

図表2

東京都大田区の取り組み 平成26年3月 おおた健康プラン (二次) 平成26年度~平成30年度 7 歯と口腔の健康 めざす姿: 自分の歯で食事を楽しみ、健康でイキイキと暮らしていくための 健全な口腔機能を維持できる健康習慣を身につけます 口腔機能の維持、安全性に配慮した食べ方の支援 高齢期になっても自分の歯がある人を増やします 隠聴性肺炎の知識や予防について周知します 高齢者や難病の方の口腔機能の維持や誤嚥、窒息予防を実践するための 支援をします 現状値 目標値 指標項目 数值 調査年度 現状値の出所 数值 調査年度 銀鷹性肺 H22年度 50.0% H25年度 43.8% 炎の恩知 健康に関する 度 (65面 アンケート 47.7% H24年度 50.0% H30年度 以上

図表3は平成29年2月21日の「おおた区報」です。その第1面を使って、「歯周病予防で歯もカラダも健康に!」というタイトルで、区民を啓発しています。歯周病により炎症を起こした口の中、全身疾患との関係、定期健診の必要性、大田区が行っている成人歯科健康診査の取り組みなどが紹介されております。

区報は、区内の全世帯と事業所にも配布されていること から、このような行政の取り組みは、地域への歯周病予防 の啓発、医科歯科連携などの啓発の大きなきっかけにな ると思います。

図表3

東京都大田区

平成29年2月21号 おおた区報

- 歯周病予防で歯もカラダも 健康に!
- 歯周病により炎症を起こした口の中、体の中で起きること (糖尿病、誤えん性肺炎、血栓や動脈硬化)予防や治療には歯周病の原因である、歯こうを取り除くことが大切。
- 毎日のケア、定期健診やクリーニングを
- 成人歯科健康診査
- 区の取り組みなど



医科歯科連携の必要性が増加

次に、「歯科診療所における口腔健康管理はどうなっているのか」ということをお話しします。私たちの歯科診療所にも、さまざまな患者さんがいらっしゃいます。糖尿病の方、BP製剤を服薬されている方もいます。周術期の口腔健康管理ということで、抗がん剤を外来で治療しているという方も増えています。そのため、外来においても従来以上に医科歯科連携が増えています。

長年、元気に通院している高齢者もいます。図表4左下の方は口腔内がとてもきれいですが、8727の方です。服薬なしで、とても元気です。右下の方は上下総義歯ですが、9600の方です。とても元気で「お肉が大好き」という方です。このような方々の通院が難しくなる場合には、訪問診療、在宅歯科医療に移行して、同様にお口の中の健康管理を行っていくことが必要だと思います。

図表4



図表5は私の診療所の待合室に掲示しているポスターです。左が脳卒中、右が糖尿病治療の啓発ポスターで、歯科の診療所にこういうポスターを貼っておくのも地域連携の一つだと思います。「この脳卒中のポスターを見ていたので、すぐに119番して助かった」という患者さんがこれまでに2人いました。「糖尿病治療は途中でやめちゃ駄目」というようなことを歯科診療所から地域へ発信することが、医科歯科連携の基本だと感じています。

早期発見・早期対応が重要

歯科診療所での取り組みで重要なことは、診療所に通院している段階で、患者さんの口腔機能の状態をしっかりと把握することです。口腔機能低下の早期発見・早期対応をし、口腔内の環境を整備することが非常に大事です。これがうまくいきませんと、在宅歯科診療になってからいろいろと苦労することになります。

そのためにも口唇の運動機能や舌圧の測定、歯科衛生 士による口腔衛生管理を、診療所に通院ができる時期に しっかりと行うことが非常に大切です。これをきちんとやっ ておけば、在宅療養になった場合でも口腔機能の維持に つながり、食支援にもつながると思います(図表6)。

図表6



要介護者の7割に歯科治療が必要

次に、「要介護になった人に対して歯科的な対応がどのくらい必要か」というお話しをします。図表7はある町の要介護高齢者416名の悉皆調査ですが、要介護高齢者の約7割が何らかの歯科治療を必要としていたという結果が出ています。義歯の治療が多く、早急な歯科治療の対応が必要なケースが12%くらいありました。それを考慮しても7割というのは大きな数字だと思います。お口の中が惨憺たる状況の方もいます。やはり、要介護になるもっと以前の歯科診療所に通院できる時期に、口腔内環境をしっかりと整備しておくことが必要だと思います。特に認知症の方に対しては早め早めに介入することが大事だと考えています。

図表7



口腔衛生の管理・維持が重要

実際の在宅歯科治療の診療内容ですが、居宅、居住施設で歯科疾患の治療、義歯の治療を行います。咬合支持、咀嚼機能の維持もとても大事です。これらは低栄養の原因にもなりますので、しっかりと診療します。また、歯科衛生士による口腔衛生管理や口腔ケアの指導も重要です。

口腔ケアについては、口腔の状態に適したケアが重要です。図表8の右上の写真の方は経管栄養で口腔内が乾燥し、剥離上被膜や痰が固く付着することが多く、ケアが大変です。左の写真の方は急性の顎下腺炎を起こしていて、口腔内に排膿している状態です。こうなりますと病棟の看護師では対応できませんし、医師も抗生剤の点滴くらいしかできません。われわれ専門家が口腔衛生管理をする必要があります。



訪問診療でも歯科衛生士の口腔衛生管理は重要です。 訪問看護師では手に負えないケースが多いので、歯科衛 生士の力は今後ますます必要になると思います。

摂食嚥下機能の評価が大事

高齢者はいろいろな疾病を持っています。難病の方もいますし、脳血管疾患、サルコペニアによる嚥下障害もありますので、摂食嚥下機能の評価が大事です。私たちの訪問では頸部聴診で評価をしながら、必要に応じて専門医の先生に嚥下の内視鏡検査を依頼します。嚥下開始用ゼリー、水ゼリーを常に持ち歩いて評価しています。やはり、「食べるところを見る」「飲み込むところをきちんと確認する」ことが必要です。口腔体操などの嚥下の訓練は看護師や訪問看護師にもお願いしています(図表9)。

図表9



「口から食べる」ことにつなげる

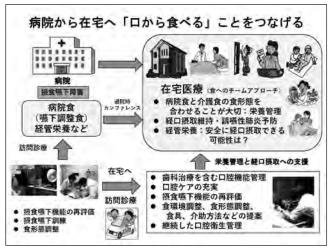
私は病院の回復期病棟にも歯科診療に行っています。 急性期病院から経管栄養のままリハビリ目的で転院してくる患者さんが多くいます。図表10の患者は誤嚥性肺炎で入院、経鼻経管のまま転院してきました。経管交換時に摂食嚥下機能の再評価をし、最終的に抜管をして在宅につなげました。このように「口から食べる」ことを進めるためには歯科がしっかりと介入し、他の職種と連携しながら対応していくことが必要です。

図表10



患者さんが退院する時には、病院食の情報を在宅医療につなげることが必要になります。多職種で食へのチームアプローチができる情報の提供が必要です。栄養管理、経口摂取の維持、誤嚥性肺炎予防に関する情報共有が大事になります。ここに歯科医師も積極的に介入し、歯科治療を含む口腔機能管理、口腔ケアの充実を図り、新たな環境で摂食嚥下機能の再評価をし、経口摂取への支援を行うことが必要だと思います(図表11)。

図表11



口から食べられるようになり自宅へ

次に、病院から在宅に移行した事例を紹介します。100歳の女性の方で、転倒による脳挫傷、外傷性くも膜下出血で、急性期病院脳神経外科で手術し、気管切開して中心静脈栄養の状態で回復期病院に転院してきました。家族と担当医から依頼があり、訪問診療をしました。この方は100歳で24本歯がありました。「これだけ歯があるのだから、口から食べられるようにして、早く在宅に戻したい」と考え、嚥下訓練をしました(図表12)。

図表12



なんとか中心静脈栄養から経口摂取に移行することができ、だんだんに水分が取れるようになりました。退院して住み慣れた家に戻ることができ、私たちは引き続き居宅への歯科訪問診療を行いました。新たな療養環境を確認するとともに、在宅医、訪問看護師と連携しながら口腔ケアの確認や摂食嚥下機能の再評価、食形態調整などを続けました。

こうした多職種連携の中でも、ケアマネジャーは地域連携の中心です。担当ケアマネジャーにさまざまな情報提供と支援を要請することが基本だと思います。また、ご本人と家族の在宅療養に対する価値観を共有することが大事です。さらに、生活復帰に向けての意欲を支援するためには「口から食べること」を続けられることが重要になります。この方は残念ながら、約2カ月後に心不全で亡くなりました。短い間でしたが、家での時間を過ごすことができ、お口から食べられたのは良かったと思っています。

嚥下に適した食形態の提案が大事

最近はスーパーやドラッグストアに介護食コーナーがあり、通販でも売られています。種類は非常に多いのですが、 家族はどういう形態の介護食がいいのか、迷います。そういう家族に対して、支援する必要があります。

現在、「スマイルケア食」というのが出てきています。いずれ、これが標準的な食形態の分類になると思います。とろみ調整も、注意しませんとダマになったりしますので、指導が必要です。施設には管理栄養士がいますが、在宅ですと機能にあった食事形態を提供することも大きな課題になると思います。また、食具の提案、飲みやすい薬の飲み方の提案も必要だと思います(図表13)。

図表13



特養で、歯科医師会が食支援

次は、大田区の介護老人福祉施設での食支援の事例です。これは平成3年に特別養護老人ホームへの歯科協力事業として立ち上げたもので、大田区と地区歯科医師会が連携しながら健診、歯科治療を行っています。また、摂食指導事業として、月2回多職種での食事観察評価(ミールラウンド)を行っています。費用は大田区の法人の老人ホームから出ていて、利用者負担のない事業で、介護士、管理栄養士にも指導ができている事業です(図表14)。

図表14



訪問診療では多職種連携が重要

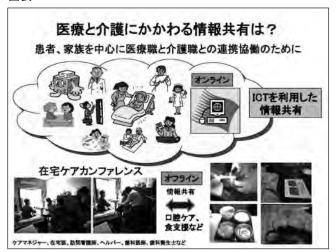
次に、在宅での多職種連携についてお話しします。ここでは在宅主治医との連携が基本です。在宅医療支援診療所の先生は24時間365日体制で、看取りを前提とした在宅医療を行います。歯科医師は24時間365日というわけにはいきませんが、ここに参加し、しっかりとした連携を取ることが求められると思います。

訪問看護師と歯科との連携も重要です。現場でなかなか会う機会がないこともあり、歯科医師と訪問看護師とのつながりは薄いように感じますが、日頃のバイタルや全身管理のためにも、在宅医とのつなぎ役となってもらうためにも、密接な連携が必要だと思います。最近は服薬管理ということで、訪問診療をする薬剤師も多くなりました。薬剤師との連携、リハビリテーションの専門職との連携も今後は必要になると思います。

医療と介護の情報共有も重要

在宅診療では医療と介護の連携が大事で、情報をどう やって共有するかが大きなテーマです。現在、ICTを使っ た情報共有ツールがかなり出てきています。今後は、この ように情報をオンラインで共有することが主流になってくる と思います。しかし、口腔ケアの方法、食支援としての食 形態、とろみ調整法などはオンラインではなかなか伝わら ないと思うので、顔を合わせて在宅でのケアカンファレンス など、オフラインの情報共有も重要だと思います(図表 15)。

図表15



口腔機能の維持・向上は、人として「口から食べること」の復権を目指すことでもあるわけで、まさにリハビリテーションの根幹であると思います。誤嚥しない、おいしく味わいのある食事は、低栄養・脱水予防、誤嚥性肺炎予防でもあり、生きる喜びであり、自己実現と希望でもあると考えます。8020を達成した多くの高齢者の方が、地域で療養生活となった場合でも、「自分の歯を残して本当によかった」と感じられるように、医科歯科連携を推進し、多職種協働による「食支援システム」を地域に構築することが求められているのだと思います。

以上です。ありがとうございました。



健康寿命の延伸と新たな8020運動の展開 ~医科歯科連携をいかにすすめていくべきか~



座長/公益財団法人8020推進財団 専務理事 高野 直久 厚生労働省医政局歯科保健課 課長 公益財団法人8020推進財団 嘱託 上條 英之 (東京歯科大学 歯科社会保障学 教授)

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 予防歯科学分野 教授 東京大学大学院医学系研究科 分子糖尿病科学講座 特任准教授 東京都健康長寿医療センター研究所 社会科学系 専門副部長 渡邊 公益社団法人日本歯科医師会 地域保健委員会 副委員長 細野

田口 円裕 学 森田 脇 裕典 裕

医科歯科連携、互助システム推進が重要

■司会(高野) それではディスカッションとシンポジウム に移りたいと思います。特別講演では宮武先生から、 「8020運動創成当時、喪失歯を数えるのではなく残存歯を 数えるという目標の転換が良い効果を上げた」というお話 がありました。「8020を達成するには、まず60歳で25本維 持することが重要ということが、8020達成者の情報から示さ れている」ということで、「6025」という目標の提案もございま した。これは自験例の収集結果からお示しいただきまし た。

ここからは講演1から5を行いました演者をパネリストに 迎えて、シンポジウムを始めたいと思います。何か、追加 でお話ししたいことがありますでしょうか。

■ ■ □ 私の講演では、歯科医療の提供体制のお話を

しました。一つ、追加で情報提供いたします。平成23年に 歯科口腔保健の法律ができ、平成24年にこの法律に基づ く基本的事項が定められました。その中には幾つかの目 標値が含まれています。今年は基本的事項が決まって5 年目の中間評価の年です。5月に中間評価の見直しのた めの検討会を立ち上げ、3回検討会を行ったところで、平 成30年2月に検討の報告を出す予定です。目標値に関し ては、「健康日本21」にも歯科の目標値と重なるところがあ り、最終的には「健康日本21」の評価と合わせて、平成30 年6月くらいにはきちんとした報告が出ると思います。

■森田 今日は歯科治療と保健指導の比較というお話を しました。「場合によっては歯科治療が良かった」と言いま したが、保健指導がダメだったという意味ではありません。 保健指導もそれなりの効果があります。地域でやる場合は、 「保健指導現場での効果的な指導法とはどういうものか」を

考えていかなくてはいけないと思っています。このことを言い忘れました。

- ■脇 今回は、このような会議で、歯科の様々な分野の 専門家から話を聞くことができ、私自身、大変勉強になりま した。医師の立場から歯科のことを考えたときに、私自身、 知識が足りていなかったと思います。医師が歯科のことを 学ぶチャンスは思う以上に多くないと思いますので、今後、 医科歯科連携を行っていく中で、医師が歯科の知識を学 ぶ機会が大事だなと思いました。
- ■渡邊 東京都は介護予防推進支援センターという互助システムを作り、高齢者同士の介護予防教室を開催しようとしています。しかし、介護予防を進めていく中で、質の担保やリスクマネジメントの問題が生じています。オーラルフレイルについて考えますと、歯科医師会をベースに、歯科医院のかかりつけの患者さんから地域へと啓発活動が広がっていくと思います。その時に「口腔機能の維持・向上」の質の担保やリスクマネジメントをするのは、地域に密着している歯科医院であり、その担い手はかかりつけの歯科医院の患者さんになると思います。こうした啓発活動の上手なやり方を神奈川県の事業から学びたいと思っています。神奈川県では、来年は地域介入まで行う予定になっていますので、「啓発活動をどう広げていくか」を実証したいと思います。

療養のステージに合わせた食支援を

■細野 私は「地域で口から食べることをいかに支えるか」というお話をしました。地域の中にいますと、多くの人が口から食べることが困難になっているという現実に直面します。高度急性期病院には歯科口腔外科がありますが、地域のリハビリ病院、回復期の病院、特に歯科のない医科病院では、口から食べられずに苦労している患者さんが非常に多いというのが現実です。今後は歯科がしっかりと介入して支援する体制が必要だと思います。

もう一つは、在宅診療にもステージがあるということを考 えなくてはなりません。病院から自宅に移ってすぐの時期、 在宅療養に慣れて安定してきた療養生活期、そして看取 り期の各ステージに、われわれがどのように関わるか、どの ような歯科保健医療を提供し、どのような食支援をしていく かが、今後の大きなテーマになると思います。

歯科に紹介すべき糖尿病患者は?

- ■司会(高野) お集まりいただきましたフロアの先生方と パネリストで双方向のディスカッションをしたいと思います。 ご意見、ご質問があれば、お願いいたします。
- ■五十里 東京都多摩府中保健所の五十里と申します。 まず、脇先生にお聞きします。医科から歯科への糖尿病 の連携は難しいものがあると思います。医師の立場で、ど んな患者さんを歯科に紹介しないといけないのでしょうか。

もう1点、「口腔機能を発揮するためには歯を良い状態に保って残すことが必要」というお話がありましたが、歯科診療所をベースに、口腔機能そのものをある程度維持するためにはどんなことが必要とお考えでしょうか。保健所の立場で言いますと、歯科医師会の先生にこのことを聞かれることが多くなりましたが、私自身に答えがないもので、教えていただければと思います。

■脇 実際の外来のことを考えてみますと、眼科の場合は、すべての患者さんに、1年に1回の受診勧奨は比較的浸透しているように思います。5分から10分という短い診療時間の中で、眼科受診を誘導することには、糖尿病連携手帳が役に立っています。記録を見ながら「もうすぐ1年ですね、また行ってください」というような声掛けが可能だからです。

歯科に関しては、眼科受診と比較して医師からの声掛けは十分ではないかもしれませんが、医師が口腔を見るチャンスは思う以上にないので、医師の意識が高まり、「歯科に行っていますか」とまずは「尋ねる」というきっかけが最も大事だと感じました。今回ここで、歯科の重要性を勉強しましたが、糖尿病専門医の中でこうした認識を共有することが第一歩として重要だと思います。

口腔機能については、嚥下機能が障害されている方については、耳鼻科の先生とコンサルテーションします。耳鼻科と咽喉科と歯科の中間的な領域かもしれません。

国は歯科健診重視に方向転換?

- ■河瀬 横須賀市保健所健康づくり課の河瀬と申します。 田口先生に伺います。「経済財政運営の改革基本方針 2017」ができ、歯科の内容が盛り込まれて良かったと思っ ていたのですが、「歯科健診の充実」という文言があったた めに、うちの部署では「幼児や学童の保健指導やフッ化物 洗口よりも健診の方にシフトするべきだと国がいっている」 と解釈して、現場が混乱しています。幼児期、児童・生徒 については触れていないのですが、厚労省の優先順位は 成人、高齢者が先になったと考えて仕事を進めていいの でしょうか。
- ■田口 「骨太の方針」に今回書かれたのは、「生涯を通じた歯科健診の充実」「入院患者、要介護者に対する口腔機能管理の推進などを通じて、歯科保健医療の充実を図る」の2点です。「生涯を通じた歯科健診の充実」のために新規に予算要求したものとして、歯科健診の推進事業と歯科医療機関での歯科の口腔機能管理に関する研修事業があります。ただし、厚労省としては、「これまでの事業に加えて」という形で新事業を考えていますので、これまで行ってきた8020運動推進事業、口腔保健推進事業についても予算の増額要求をしています。講演の中でもご説明しましたが、今後の歯科疾患予防策については、一次予防はこれまで同様に大事だと考えていますので、これまでと考え方が大きく変わったわけではありません。
- ■河瀬 疑問が解消できました。ありがとうございます。
- ■司会(上條) 歯科口腔保健法の基本的事項の中で、 多くのことが定められていると思います。目標や方向があり、 実際にそれらを行うので、予算の重みづけはあるものの 「健診だけではない」という理解でよろしいですか。
- ■田口 おっしゃる通りです。基本的な事項の中には目標値も定めてあり、それに合わせた具体的な事業についても書かれています。例えば目標値については19項目あります。今回の中間評価で、目標値を達成しているのが6項目、改善しているが目標値に達成していないのが7項目、変わっていないのが3項目、悪化しているのが3項目ありま

す。悪化している、変わらない項目を重点的に改善することになると思いますが、達成している項目をやらないということではなく、さらに上の部分を目指して取り組んでいきたいと考えています。



歯周病経過年数を考慮すべきでは?

■鈴木 株式会社エイコウの鈴木と申します。脇先生に 伺います。先生の所属が分子糖尿病科学講座とあります が、糖尿病を分子レベルで研究しているということでしょう か。

合わせて、森田先生に伺います。糖尿病患者の歯周病 治療の研究で、歯周疾患の経過期間を考慮しなくてもい いのでしょうか。今ペリオがあるから糖尿病と関係があるか もしれませんが、その前に5年から10年という経過期間が あるわけです。ペリオの腫瘍が72cm あることが分かって対 応できれば、経過年数と糖尿病の関係が見えるのではな いかと思うのですが。

- ■脇 分子糖尿病科学講座という名前ですが、私は大学で脂肪細胞の研究をしています。遺伝子レベルの研究を 展開しており、講座に「分子」が付きます。
- ■森田 歯周病になってからどれくらい経つかという経過 年数と糖尿病の関係は考慮すべきだと思いますが、残念 ながら知る術がありません。答えになるかどうか分かりませ んが、治療に反応するのは初期が多いので、歯周病を長 いこと罹患している人よりも、歯周病になって数年の人に ちゃんとアプローチした方が、反応がいいのではないかと いう気がしています。

- ■鈴木 「HbA1cの効果が出る領域があるのではないか」 というお話がありましたが、ある程度高いと効果が出るとい うことでしょうか。
- ■森田 7よりも低いと歯科治療の有無では効果は出にくい、高過ぎると歯科治療だけでは効果が出ないと、多くの 先生がおっしゃいます。僕も同様のイメージを持っています。

口腔機能検査をもつと充実すべきでは?

- ■鈴木 次に渡邊先生に伺います。オーラルフレイルの身体症状にうつがありました。うつになると唾液分泌量が減る傾向があると思うので、うつを解消するためには唾液分泌機能を計測する必要があると思います。8020では「たくあん、するめを食べられますか」と聞いていますが、食べる機能を調べる必要はないのでしょうか。これについては厚労省の田口さんにもお聞きしたいと思います。新しい歯科疾患として「口腔機能低下症」という病名を模索しているというお話でしたが、疾患としてよりもむしろ、健康状態を把握するための機能検査がもっと充実されてしかるべきではないかと思っていますが、いかがでしょうか。
- ■田□ 歯科口腔保健法の目標値の中に「口腔機能の維持向上に向けた目標値」というものがあります。具体的には「3歳児で不正咬合のある者の割合の減少」「60歳における咀嚼良好者の増加」の2つが目標になっています。しかし、検討会でも「この2つだけで口腔の機能を語るのは難しい」という議論になっていまして、次の目標値設定時には別の指標も必要という意見もあります。ただ、「食べる機能を、どう具体的に示すか」ということを国だけがやるのも難しいのが現状です。疾患ではなくオーラルフレイルという状況なのか、疾患として治療が必要なものなのかでも評価方法が分かれると思います。現状では、食べる機能を数値化する方法は明確になっていないと思いますが、今後考える必要があると思います。
- ■鈴木 食べることも大事ですが、唾液の分泌機能や噛む機能をどういうふうに評価するか、学会を含み検討すべき時期であり、評価法を示して、それらの機能をよりよく測

っていくべきではないかと思っています。

- ■渡邊 歯科でも検査の点数が幾つか入ってきています。前は根幹長測定器での測定とポケットの検査くらいでしたが、最近は舌圧検査、口腔機能検査が加わり、こうした機能検査は今後、徐々に増えていくと思います。これに関しては、今後きちんとしたエビデンスを持って計測機器が開発され、計測機器を使うことによって何が改善できるのか、病気を早期発見して予防ができるのかというところまで示さないと保険診査されない、医療導入するところまで持っていけないということがあります。僕の周りでも新しい機器が開発されてきています。唾液は簡便に採取できるバイオマーカー、ストレスマーカーです。また、潜血、たんぱく質、緩衝能などの昔ながらのものが簡便な計測器で測れるようになってきています。研究者は、これらをどうやって健康や病気に位置付けていくかという作業をしていますので、もう少し時間をいただければと思います。
- ■細野 唾液分泌低下の話がありましたが、抗うつ剤、向精神薬など、ポリファーマシーによる唾液分泌低下の例はかなり多いですし、口腔内が乾燥し、また、嚥下の機能も落ちます。この点は、医師・薬剤師と緊密な連携が必要だと思います。在宅歯科診療、施設訪問の場合は必ず服薬チェックをします。どういう薬をどのくらい飲んでいるのかによって口の機能も嚥下機能も変わります。
- ■鈴木 ポリファーマシーに関しては私も発表しました。 無作為抽出で約800人を調査しましたが、800人では差は 出ませんでした。唾液分泌に関しては、副作用が0.1%以 下でした。食道系で出てくる場合が多いのですが、これを 確認するにはかなり大規模な調査が必要だと思います。し かし、次々に新薬剤が出ますので、際限がないとも思いま す。このことを念頭に置けば、先生がおっしゃることで十分 に対応していけるだろうと思います。

高齢者に適正なHbA1cの値の決め方は?

■渡辺 私も糖尿病協会の連携歯科医師として登録しています。私自身は、歯周病がひどいと、「かかりつけの内科の先生の所に行ってきちんと糖尿病の検査してもらいな

さい」とお勧めしますが、今まで一度も医師から糖尿病患者さんを紹介されたことはありません。それは、今後連携が進むと変わるだろうと思っています。

私は健康長寿医療センターの協力医でもあります。その時の資料だったと思うのですが、「高齢者のHbA1cの値は、特にインシュリン分泌促進薬を使っている人の場合には7.2以下に下げてはいけない」という数値が出ていたと思います。これはなぜなのか、高齢者に適正な値というのはどうやって決められているのか、専門の先生に伺いたいと思います。

■脇 なぜ医科から歯科への患者の紹介がないのかということですが、少なくとも私自身は、医学部で歯科のことを習うチャンスがありませんでした。歯科ではかなり学部でも医科の勉強もされると伺っており、歯科医の方が患者さんに自信を持って医科に行くことを勧められるのかもしれません。教育の現場でも医科と歯科の連携をもっと進めることが肝要だと思いました。日本糖尿病協会では、糖尿病の療養指導士向けに学術集会を開いていて、多くのコメディカルが集まります。そこでは歯科のセッションもあり、私たちも知識を得ることができます。日本糖尿病協会で発刊している専門誌『さかえ』では毎号歯科の連載があります。こうした地道な努力で、医師あるいはコメディカルの意識を高めることが連携のカギになるかなと思います。

高齢者のHbA1cのコントロール目標は、最近新たに定められました。ADLや認知機能、加えて、インシュリン注射の有無等の治療に応じて目標値を設定するということですが、基準に下限ができたことも大きな変化です。これまでは「いくつ未満にしましょう」と上限を示していましたが、高齢者の場合は病状により下限も設定することにしました。その理由は、過去の10年くらいの間に報告された臨床研究の結果から治療による低血糖に伴うマイナス面に対する認識が高まったからです。

■細野 医科病院に入院する高齢者の場合、低栄養が 圧倒的に多いのが現状です。アルブミン値が、1.3g/dlと いう低い値で、誤嚥性肺炎、急性心不全などで施設から 搬送される高齢者がいます。口から食べられないということ で、低血糖、低栄養になります。こうしたことも視野に入れ ながら、口腔の健康をいかに保持するか、咀嚼機能をどう やって元に戻すかを考えるのがわれわれの責務だと思います。

■司会(高野) 高齢者の目標値が複数あるということは 糖尿病専門医の中ではかなり周知されていると思います が、一般の内科の先生にはまだ十分周知されていないと も聞いています。そうした知識はわれわれにも必要だと思 います。



医科歯科連携に点数をつける考慮を

■村上 和歌山から来ました村上です。われわれが地域で医科歯科連携をしたいと思ったときのやり方についてですが、田口先生は指導で各地を回られていると思うので、お聞きしたいと思います。電話で頼むなどの場合はいいと思いますが、「診療中にこういう症状を示した、この人はこういう疑いがあるかもしれないので、診ていただけませんか」と内科の先生に頼みたいときに、パソコン上の電子紹介状には書式が出てこないので、手書きで書くしかありません。これは煩雑で「紹介状なんか書いていられない」という気持ちになるのが現状です。今後国はビッグデータを扱うことになっていくと思うので、こうした紹介に何がしかの点数をつけるか項目をつけるかしないと、紹介がどれくらい増えたかもデータとして出てこないことになります。今後、こうしたことを考慮してもらいたいと思うのですが、いかがでしょうか。

■田口 地域連携を進めていく上で今後大事なのは、「ICTをどう活用していくか」だと思います。医科と歯科の

間の情報交換のために、情報交換手段の統一化をきちんとやった上で、地域の中で情報交換することが大事になると思います。ICTの推進については、国も積極的に進めています。診療情報も、紙でのやりとりから電子を使った紹介でも点数の算定ができるようになっています。時間はかかるかもしれませんが、医科歯科連携は進んでいく方向にあると思います。

歯科医に紹介する基準は作れないか?

■村上 お医者さんと話した時に、「どういう症状があったら歯科に送った方がいいのか」を医科で相談しているところだという話を聞きました。僕ら歯科医の発信力が弱いと思うのですが、どういう患者を歯科に紹介したらいいのかをきちんと伝えないと、「紹介してくれとは言うけれど、歯科の診断レベルが分からないと紹介できない」と言われてしまいます。こうしたことも、8020財団の中で進めていってくれたらと思います。

■渡邊 私は専門が口腔外科で 総合病院の歯科に17 年勤務していました。歯周病と糖尿病の関係で明らかなこととして、「糖尿病が悪い人は歯周病のコントロールが悪い」というのは確固たるエビデンスがあります。歯周病のコントロールが良くなれば糖尿病のコントロールも良くなる」ということについては、まだ議論の余地があります。ですから、歯科医師の診療室で明らかに歯周病のコントロールが悪い人、いくらやっても治らない人には糖尿病が隠れているかもしれないと疑って医師に紹介するのはありだと思います。そのときに「歯周病のコントロールをしたけれど治りが悪い。少し太り気味だが、筋肉量が減ってペットボトルのふたが開けられない」などの理由を示し、ある程度根拠を持って医科に送ると、糖尿病の医師からしっかりと診てもらえると思います。リスクがあれば、その後の経過もしっかりと診てもらえると思います。

■司会(上條) 8020財団の名前が出たのでお話しさせていただきます。私たちの財団は8020運動の普及を円滑に行っていくため、調査研究事業をやっています。「医科歯科連携をいかに進めていくべきか」も調査研究の対象ですが、連携にはいろいろなレベルがあるので、一つ一つ

の研究を積み重ねていくことが大事だと考えています。

田口先生への質問は、診療情報提供料の査定要件についてだと思います。保険局は診療報酬の改定を通して医療提供を円滑に行う対応を行っていると思いますが、実は診療報酬の再評価希望が各学会で出せる形になっています。電子化の問題については、現在は紹介状が手書きになっていますが、このような部分を徐々に電子化して、楽にしていくことが必要でしょう。研究者と開業医の連携で、いろいろな争点での解決策を見い出すのがいいのではないかと思います。

医科歯科連携の具体的ツールは?

■鈴木 神奈川県歯科医師会の鈴木と申します。糖尿病の医科歯科連携については、必要性は認識していても、具体的にどういうふうに進めるかが一番問題だと思います。神奈川県歯科医師会でも、医師会と行政を含めた協議会を持っていますが、医科から歯科へ、歯科から医科への紹介の具体的なツールがないという問題があります。連携手帳を使うという手段もありますが、連携手帳を使っているのは糖尿病専門医が多く、専門医の中でも何割かしか使っていません。実際にはあまり使われていないというのが現状です。

そこで森田先生に伺いたいと思います。最近、歯科医師が指先の血糖値を測って紹介を進めている地域がありますが、どう思われますか。また、脇先生には、糖尿病連携手帳について伺います。眼科には年に1回診療を勧めていますが、これは糖尿病ガイドラインに記載されているのでしょうか。歯科への診療もきちんと位置付けされると、医科から歯科への回り方も違ってくると思うのですが。

■森田 指先血を取れば血糖値が分かります。それで歯科医師が「ちょっと血糖値が高いから内科に行ってみたら」と勧めるのはいいと思います。業者に送って調べるタイプのものは結果が出るまでに1~2週間かかるので、患者さんの関心がその間に薄れてしまいます。すぐに血糖値の出るものを使って、「こういう結果が出ました」と説明ができるくらいの知識を、歯科医師も持つべきだと思います。どんどん医科に紹介すると医療費の適正化の問題も出ますので、「糖尿病専門医に診てもらうべき数パーセント」を抽

出して歯科医側から医師に紹介できるシステムができれ ば理想的だと思います。

- ■脇 医科から歯科への連携については、連携手帳の 良さを十分に活用していただけると良いですね。ガイドラインによると、眼科の網膜症に関しては糖尿病の重症度に 応じて、半年に1回または1年に1回の受診の勧奨が明記 されています。歴史的な経緯やエビデンスの強さの程度も あると思いますが、今後日本糖尿病学会が推奨受診頻度 をガイドラインで示す必要もあると思います。
- ■司会(高野) 東京都の場合、糖尿病連携の時に、「歯科受診を1年に1回行う」という提案をして、ツールも用意していたのですが、なかなか進みませんでした。東京都医師会の副会長でした近藤先生がフロアにいらっしゃるので感想を聞きたいと思います。
- ■近藤 東京都医師会の近藤です。医科と歯科の連携についてはずっと前からいわれていて、「内科医も口を見よ」といわれています。当然地域の歯医者さんたちとはつながりがあります。「口の中にできものがある」「口内炎が治りにくい」「入れ歯が当たる」などの歯科への紹介は、診療情報提供書を使えばいいので、連携手帳の有無は関係ありません。ただ、パソコン上でいつも使っている辞書の中に入っていないのと、医科も歯科も漢字が難しいのですが、連携を繰り返すうちに、いろいろなことができるようになると思います。歯科医から私のところにも紹介はあります。口頭もありますし、紹介状の場合もあり、お互いに助け合っています。在宅に関しても、口の中に歯垢がたくさんある、口臭がすごい、などの場合は歯科に来てもらいます。

地区ごとのやり方で医科歯科連携が進んできていると 思いますが、ガイドライン中にあるかというと、まだまだです。 卒前教育、卒後教育、内科、整形外科への教育も必要で しょうが、歯科医師会と医師会と薬剤師会が一緒にやる勉 強会があるといいと思います。その舞台は大学よりは地区 で進める方がいいと思うので、東京都の3つの会が地区に 仕掛けていくのがやりやすいと思います。

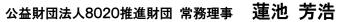
■司会(高野) 予定時間もだいぶ過ぎてまいりました。 本日は各講師より、たくさんの示唆のある提言をいただき ました。簡単にまとめることは不可能と承知していますが、 あえて3つのキーワードでまとめたいと思います。

テーマである「健康寿命の延伸に向けて」ということで、キーワードの1つ目は「多職種連携」です。共通の認識の下に連携を進めるため、研修会の相乗り、互いの講師の派遣による活性化などの策があると思います。2つ目は「8020達成者のさらなる健康づくり」です。口腔健康管理を活用していくことがあります。3つ目は「高齢期」です。誰でもが迎える高齢期ですが、その前に生活習慣を見直す、必要に応じたオーラルフレイルに対する口腔リハビリテーションを提供する、最期までおいしく食べるために食べる機能に再注目することが重要で、これには口腔機能の発達を計量化することも含まれていると思います。

本日それぞれの講演の中で示された演題や対応策が 地域の中で活用されることを期待して、このシンポジウムを 終えたいと思います。パネリストの先生方、特別講演をい ただきました宮武先生に感謝いたします。また、多数ご参 加いただきましたフロアの皆さまにもお礼を申し上げます。 ありがとうございました。









皆さま、長時間のご清聴、心よりお礼申し上げます。また、貴重なご講演をいただきました先生方にも改めてお礼を申し上げます。ありがとうございました。

「たけふ」ということばを皆さま、ご存じでしょうか。竹の節と書きまして、「隣り合うものをしっかりとつなぐ」という意味です。8020運動が来年ついに30周年を迎えます。いよい

よ次のステージに進むわけです。この30年間、諸先輩方 が積み上げてきた歴史を次の世代にしっかりとつないでい きたい、そして新しい扉を開いていきたいと思います。

今後も8020財団に対し、力強いご支援を賜りますようお願いを申し上げまして、閉会の辞といたします。ありがとうございました。

公益財団法人8020推進財団学術集会第15回フォーラム8020

健康寿命の延伸と新たな8020運動の展開 ~医科歯科連携をいかにすすめていくべきか~

平成29年12月2日(土)13:00~17:00 歯科医師会館1階大会議室

〈発行〉公益財団法人8020推進財団

東京都千代田区九段北4-1-20 歯科医師会館内 TEL.03-3512-8020 FAX.03-3511-7088 平成 30 年 3 月

無断転載複製を禁じます。

