



8020推進財団

公益財団法人8020推進財団学術集会

第20回 フォーラム8020 報告書

8020 運動とオーラルフレイル対策の
地域包括ケアシステムでの展開

日 時：令和4年12月10日（土）
午後1時～4時半
場 所：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20回フォーラム

8020

8020 運動とオーラルフレイル対策の
地域包括ケアシステムでの展開

日時：令和4年12月10日（土） 午後1時～4時半

場所：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

開催概要	3
当日プログラム	4
開会の辞	5

〈基調講演〉

「口腔ケアが果たす地域包括ケアシステムへの貢献」	6
埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授 田中 滋	

〈シンポジウム〉

講演 1	
「地域包括ケアシステムの推進に向けた厚生労働省の取り組み～歯科を中心に～」	17
厚生労働省老健局老人保健課長 古元 重和	
講演 2	
「フレイルとオーラルフレイル」	28
東京大学 高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター 教授 飯島 勝矢	
講演 3	
「オーラルフレイルの概念を円滑に展開するために：多職種での共通認識の必要性も含め」	37
東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科部長・研究所研究部長 平野 浩彦	
講演 4	
「日本歯科医師会におけるオーラルフレイル」	48
公益社団法人日本歯科医師会 常務理事 小玉 剛	

総合シンポジウム

進行（座長）：	60
公益財団法人 8020 推進財団 副理事長 佐藤 保	
シンポジスト：	
埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授 田中 滋	
厚生労働省老健局老人保健課長 古元 重和	
東京大学 高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター 教授 飯島 勝矢	
東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科部長・研究所研究部長 平野 浩彦	
公益社団法人日本歯科医師会 常務理事 小玉 剛	
閉会の辞	70

開催概要

テ ー マ

8020 運動とオーラルフレイル対策の地域包括ケアシステムでの展開

開催趣旨

本財団は、8020 運動 30 周年記念フォーラムにおいて日本歯科医師会と共に、8020 運動にオーラルフレイル対策を加えて取り組むこととしました。その後、全国の市町村、歯科医師会や歯科診療所での対応も広がりつつあります。今後は国民へのさらなる周知と啓発のため、医科歯科連携を含めた多職種連携として推進することが重要です。そのためには、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施や科学的介護としての対応等、地域包括ケアシステムの中でのオーラルフレイル対策の展開が期待されます。このたび下記のような講演およびシンポジウムを企画しました。多くの皆様にご参加頂き、情報と意見を交換する場となることを願います。

主 催

公益財団法人 8020 推進財団

後 援

厚生労働省、日本歯科医師会、日本医師会、日本薬剤師会、日本歯科衛生士会、日本歯科技工士会、日本看護協会、日本栄養士会、日本歯科医学会、日本老年医学会、日本老年歯科医学会、日本サルコペニア・フレイル学会

開催日時

令和 4 年 12 月 10 日（土）午後 1 時～午後 4 時半

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

当日プログラム

総合司会：公益財団法人 8020 推進財団 理事 山本 秀樹

時間	所要時間	内容	演題・演者
12:30~		受付開始	
13:00	10分	開会の辞	●公益財団法人 8020 推進財団 副理事長 佐藤 保
13:10~13:40	30分	基調講演	「口腔ケアが果たす地域包括ケアシステムへの貢献」 ●埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授 田中 滋
13:40~14:00	20分	講演 1	「地域包括ケアシステムの推進に向けた 厚生労働省の取組 ～歯科を中心に～」 ●厚生労働省老健局老人保健課長 古元 重和
14:00~14:20	20分	講演 2	「フレイルとオーラルフレイル」 ●東京大学 高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター 教授 飯島 勝矢
14:20~14:40		休憩	
14:40~15:00	20分	講演 3	「オーラルフレイルの概念を円滑に展開するために： 多職種での共通認識の必要性も含め」 ●東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科部長・研究所研究部長 平野 浩彦
15:00~15:20	20分	講演 4	「日本歯科医師会におけるオーラルフレイル」 ●公益社団法人日本歯科医師会 常務理事 小玉 剛
15:20~15:40		休憩	
15:40~16:30	50分	総合シンポジウム (全員登壇)	進行（座長）：公益財団法人 8020 推進財団 副理事長 佐藤 保 シンポジスト：埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授 田中 滋 ●厚生労働省老健局老人保健課長 古元 重和 ●東京大学 高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター 教授 飯島 勝矢 ●東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科部長・研究所研究部長 平野 浩彦 ●公益社団法人日本歯科医師会 常務理事 小玉 剛
16:30		閉会の辞	●公益財団法人 8020 推進財団 専務理事 小玉 剛



開会の辞

公益財団法人 8020 推進財団副理事長

佐藤 保

おはようございます。ただ今ご紹介いただきました8020 推進財団副理事長の佐藤でございます。本日は、皆さまお忙しい中、またせっかくの土曜日のところ、このように多くの方々にご参集いただきまして、まことにありがとうございます。

本8020 推進財団の、記念すべき今回の第20回フォーラム 8020 におきましては、8020 運動とオーラルフレイル対策の地域包括システムでの展開というテーマにさせていただきました。

8020 運動 30 周年記念に当たって、財団は、日本歯科医師会とともにオーラルフレイルの推進を今後、8020 運動とともに行っていくということを申し上げたところでございますが、その後、診療所における取り組みのためのテキストであったり、市町村のための実際の応用活用マニュアルであったり、幾つかの成果を出してまいりました。

さて、あらためてもう一度、この今、地域で多くの

問題、特に高齢化の問題であったり少子化の問題であったり、我々産学官民が参加するこの8020 推進財団として取り組めることはないかを問い掛けた時に、やはり地域包括ケアシステムの中でどのように生かしていけるのか、その可能性について今後も探っていくべきだということで、地域包括ケアシステムの第一人者でございます田中先生にお願いを申し上げまして本日の基調講演を実現することができました。

また、本日は、それぞれのお立場からシンポジストにご発表いただきます。まさに産学官民が今後地域で、このオーラルフレイル対策を推進するために何が活かせるのか、そして、何が必要なのかということのご参考になればありがたいと思っております。

また本日は、多くの市町村、そして多くの事業関係者の方たちにもご参加いただいていることに心から感謝申し上げます、挨拶といたします。



口腔ケアが果たす 地域包括ケアシステムへの貢献

埼玉県立大学理事長 慶應義塾大学名誉教授

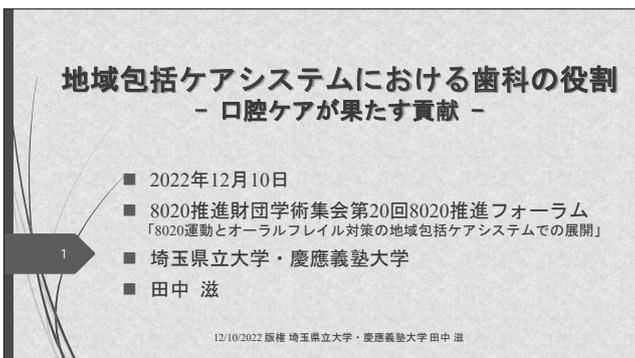
田中 滋

「地域包括システム」事始め

会場の皆さん、こんにちは。このような大切な第20回の推進フォーラムにお呼びいただきまして、ありがとうございました。

今、副理事長からお話がありましたように、今日のタイトルに「地域包括ケアシステム」（図表1）という言葉が入っています。地域包括ケアシステムは、1980年代に広島県の御調町、今、尾道市の一部ですが、ここが始まりです。生みの親は御調町国保病院の山口昇院長です。そして、尾道市医師会の取り組み、あるいは新潟県長岡市の長岡福祉協会の取り組み等々、先駆者がおられて、だんだんコンセプトが広がってきたし、実態も萌芽的に行われていました。

図表 1



2003年に、厚労省の中村老健局長が作った研究会で、政府の報告書としては初めて地域包括ケアシステ

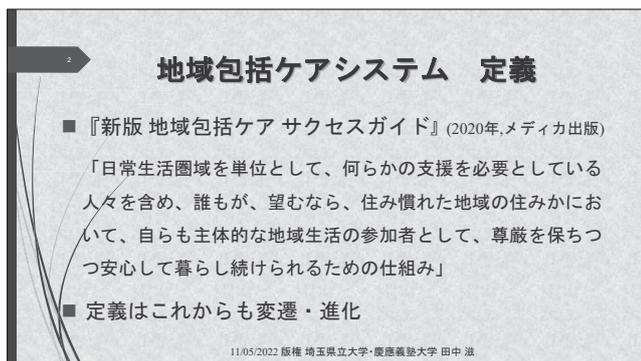
ムという言葉を使いました。そして、2008年に、宮島老健局長が、学者、研究者を集めて、地域包括ケアシステムのコンセプトをしっかりと議論しようという目的で、地域包括ケア研究会を作ってくださいました。以来、10年近く研究会では議論を重ねました。何回も報告書を書き、いずれもネットで見ることができます。

そして2014年には、医療介護総合確保推進法が成立し、その第2条に地域包括ケアシステムが書かれています。保険局、医政局、老健局をまたがる大きな法律の第2条に地域包括ケアシステムが位置付けられました。今では、多くの市町村に地域包括ケア担当課とか担当課長さんがおられます。埼玉県では地域包括ケア局長までおられます。

行政の方はお分かりですが、ポジションができて職務規定ができると、公務員はずっと動きやすくなります。何も書かれてない状態で、地域包括ケア構築に向けて頑張ろうと市役所の方が考えたとしても、いわばボランティア活動になってしまうけれど、職務規定があれば、そして名前が地域包括ケア担当課長であれば動きやすくなります。今、普通に、市でも町村でも、かなりの数、できるようになりました。2003年の頃に比べると、実態として進みつつあります。

実態として進みつつある以上、定義も変わらざるを得ません。今、私たち研究者グループが考えている定義は、今、スライドに出ているとおりです（図表2）。

図表 2



定義の変化

まず、単位は、日常生活圏域です。日常生活圏域とは、小学校区あるいは中学校区です。どうしてか。通勤をしている人、あるいは大学生で通学している人、電車や車で行っている人は、昼間は違うところで場所を過ごしていますが、小学生、幼児、そして仕事を終えた高齢者の方々、自営業の方々も、もちろんたまに出掛けるのは自由にしても、多くの時間を小学校区あるいは中学校区の中で過ごしていらっしゃいます。だから、単位はこの中での生活です。逆に言うと、仕事や大学での勉強は、地域包括ケアシステムの外側です。あくまで対象は生活面ですね。

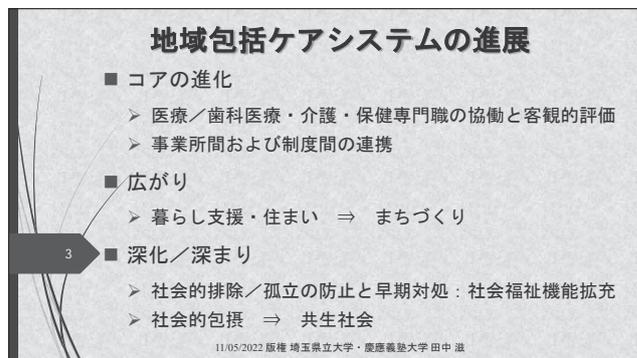
次に、「誰もが」と書いてあります。これはとても大切です。決して高齢者だけではない。一部支援を必要とする人は要介護高齢者だけではない。幼児たちも支援が必要です。1人では町を歩けませんし、1人でご飯をつくれません。小学生も、ご飯食べたりはできるけれども、やはり生活面は1人では暮らせませんね、支援が必要です。障害をお持ちの方しかり。あるいは、外国から来たばかりの人しかり。そうした支援が必要な人を含め、元気な人も皆が住み慣れた地域で「望むなら」暮らし続けられるようにする。望まないなら別に、例えば、この際、65歳になったら夫婦が共に育った故郷に帰ろうとする選択だってあるだろうし、元気なうちは沖縄で海に潜って楽しく暮らしたい、それも結構です。あくまで、望むならば、「住み慣れた地域の住みかにおいて」自らも主体的な参加者として、で

きる範囲の貢献をして、そして最後、衰えて亡くなる時期が来ます。その時にも「尊厳を保ちつつ安心して暮らし続けられるための仕組み」、これが現在の地域包括ケアシステムの定義です。

今後も実態の進化に合わせて変わるにしても、今の定義です。なお、どこを見ても「高齢者」という言葉が入っていないことを確認して下さい。地域包括ケアシステムづくりは高齢者から始まりました、確かに。高齢者は数が多いし、介護保険制度という比較的強い財政制度があるので、そこからつくり始めましたけれど、本来、対象は「誰もが」です。繰り返しますが、障害を持つ人も、幼児、子どもたち、それらの家族もです。

そして、今、話した短い歴史の中で、地域包括ケアシステムは急速に進化してきました。これを3つの方向で、3次元で解説します（図表3）。

図表 3

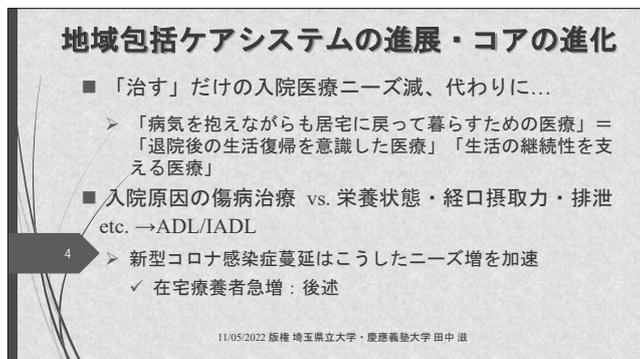


システムの進展

まず、地域包括ケアシステムのコアは、何といても歯科医療界を含む医療、介護、保健等の資格職が行うプロ同士の協働あるいは連携です。この分野で仕事を行い、所得を得る人たちと言っていいかもしれません。医療、歯科医療、介護、保健等専門職が一人一人の利用者に対する時には協働という言葉を使います。協働の根幹は、一人一人の利用者に対して、予後予測とケアプランを共有することです。入院患者に対して院内多職種専門職の皆さんは、ケアプランと予後予

測を共有しているでしょう。在宅であってもそうです。ここでは協働という言葉を使います。そして、客観的評価をする。これはプロの仕事です（図表4）。

図表 4



もう一方は組織ベース。病院、診療所、歯科診療所、介護事業所や自治体等々による事業所間、さらに専門職団体間の連携が必要です。これは一人一人の利用者についての話でなく、お互いに、この地域をどうしようかをめぐる話し合いを、市役所が主催した懇話会などで協議体、連携体制をつくる。この2つ、協働と連携が地域包括ケアシステムのコア部分です。これがないと地域包括ケアとは言えません。

ただし、後で話していきますが、それだけではないですね。人は医療・介護を受けると幸せになれるか。医療・介護を受けると幸せでしょうか。違いますね。手術を受けて幸せという人は、めったにいないはずで。歯が痛いから治療を受けると、元に戻ってよかったなと感じるけれど、医療は、受療は人生の目的ではないですよ。素晴らしい介護職に助けてもらうことは、生活を続ける上で必要とはいえ、それは人生の目的ではありません。

人の喜びとは、家族や仲間と笑い合ったり語り合ったり、ペットの世話をしたり花の世話をしたり、サッカーを応援したりして喜びを感じる、これが人の上位目的でしょう。それもできれば地域社会の中で。お酒を飲むのが好きなら飲んでもいいし、お菓子が好きならお菓子でもいいです。そのための、その機能が落ち

た時に助けてくれるプロが、医療や歯科医療や介護の専門職者であって、受療は人生の目的とは違います。その目的部分に影響してくるのは生活の在り方です。散歩をし、好きな食べ物を買って、テレビ放送なり YouTube なりを見られる、そういう事柄で生活は成り立っています。この部分は医師や歯科医師の仕事ではない。買い物を助け、家事を助け、生きる喜びとしてのエンターテインメントを提供するなどの方向を地域包括ケアシステムの広がりと呼びます。ネット空間は別にして、少なくとも地域社会で買い物をしたり外出の支援をしたりする、これを地域包括ケアシステムの広がりといいます。先進的な市役所等の行っている地域包括ケアシステム懇話会とか連絡協議会では、町の商店街、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、交通機関などの代表が入っています。こうした取り組みは結局まちづくりにつながります。つまりシステムが医療介護だけでなく横に広がっている。

もう一つありまして、縦の進化、深まりです。これは、今言った広がりに加われない人の増加が背景に存在します。一番の原因は貧困です。コロナ禍で生活困窮の方が増えました。それ以外にも、社会的排除される理由は、外国生まれだからとか、LGBTQ だとか、いろいろあり得ます。認知症の方もそうかもしれない。こうした状態を国連用語では社会的排除といいます。社会から排除される、そういう人をできるだけインクルードする、社会的包摂にもっていきましょう。これは地域包括ケアシステムだけでは完結できませんが、地域包括ケアシステム推進者も踏まえてはなりません。コアの仕事である、例えばオーラルフレイルを防ごうとしても、オーラルフレイルを分かっている、歯ブラシや歯みがきを買えない状態は、別の問題です。あるいは、歯をみがく時間が取れない。ダブルワーク、トリプルワークをしないと生活資金を稼げず、そのため疲れ切り、家に帰ってすぐバタンと寝てしまう、これはあなたの責任だと責めるわけにいかないでしょう。こうした点を考慮する方向が、地域包括ケアシステムの深まりになります。さきほどの広がり、町の

薬局で最新のオーラルケアの器具を買いやすくする工夫と届ける工夫。その技術を指導するのはプロが担うコア。この3つの次元で地域包括ケアシステムを考えます。このように社会システムとして捉えると、3次元になります。

日本の超高齢化

なぜこのような取り組みが必要になったか。それは、日本人が年を取ったからです。1990年代、介護保険をつくる議論を真剣に討論していた頃、そして省庁や団体と交渉していた頃、この頃の頭の中にあつた典型的な要介護モデルは、ある日、脳卒中等で倒れて、救急車で急性期病院に運ばれ入院、治療が功を奏して命が助かり、退院したとしても身体機能が元に戻らず、寝かせきりとか寝たきりになってしまった姿でした。

今は、違いますよね。今は、急性期病院の入院患者の6割は65歳以上です。地域によっては、6割が75歳以上になっています。入院してくる高齢者はマルチモビディティ、つまり複数の慢性疾患をもち、言い換えるとどれが主疾患だか分からない病気を3つぐらい抱え、プラス、脱水や栄養不良を伴う要介護状態の方が入院してきます。入院の理由となった傷病の治療、これは実施できます。新型コロナウイルス感染症が典型です、入院の理由となった新型コロナウイルス感染症に伴う肺炎等に対しては、人工呼吸器を付けたり、ECMOを装着する。一定期間で治療が成功すれば、多くは退院できます。死亡率は日本は欧米に比べて1桁少なくて済みました。

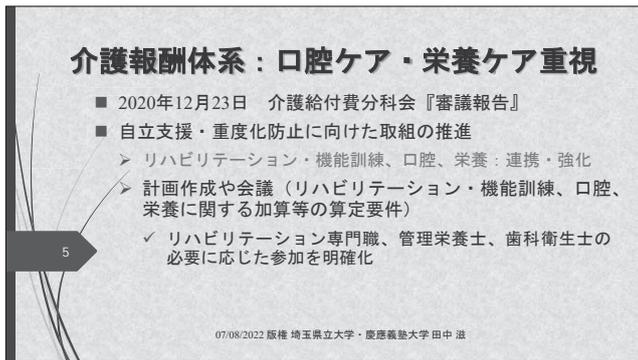
しかし、急性期病床への入院の原因となった主傷病が治っても、他の慢性疾患は残りますよね。どうしても、がんの治療をしなくてはならないとか、脳血栓が危ないなどの時は急性期医療機関に入院しますが、それ以外のマルチモビディティ、心臓も悪いとか認知症があるとか糖尿病があるとかについては、入院となった理由ではないので、特に命にかかわるような状況下では後回しになっても仕方ありません。となると、退院後、病気を抱えながらも居宅に戻って生活することを意識する医療をしないと、入院の原因となった症

状は、確率的にですが治ったとしても、入院といういわば有害な介入事象によって一挙に体力が低下したり、認知機能が低下したり、口腔機能が低下したりする例を指摘する声があがりました。

急性期医療が悪いと言っているのではないですよ。急性期医療の目的は、入院の目的となった主傷病を治すことです。状態が重ければ救命が第一の目的になります。人は、60歳ならば多くの場合、それで大丈夫だけれど、入院患者が85歳となると、急性期入院の2週間によって、歩いて入院できたのに立てなくなったとか、入院した時には意識がはっきりしていたのに、退院時には娘の顔が分からなくなったとか、オーラルケアがあまりなされないで口腔内が非常にフレイルな状態になってしまうような事例を、慢性期医療分野の医療職、あるいは介護分野の専門職の人からたくさん聞きました。これは、繰り返しますが急性期医療非難ではありません。ある意味、やむを得ない事情です、目的が違うから。入院原因の傷病治療と、栄養状態、経口摂取力そして排泄の力は違います。これが現在の状況ですね。オーラルフレイル対応のニーズは、この意味でコロナ禍の下で高まりました。

新興感染症対応は別として、昨年の介護報酬改定では、あらためて、高齢者ケアの中で何を重視するか議論した上、科学的介護も重視しましたが、実際のサービスの面で重視した点は、後で古元課長も補足してくださるかもしれませんが、リハビリテーション専門職あるいはその指導を受けた介護職が行う機能訓練と、口腔ケア、栄養ケアの連携です。思えば介護保険をつくる議論をしていた時の対象は寝たきり老人でした。排泄それから清拭、体をきれいにする、摂食、食べること、が三大介護といわれていた時代がありました(図表5)。

図表 5



しかし、今、それらは当然として、人の尊厳を保つためには何が必要かと考えられるように進化しました。まずできるならばリハビリをする。随分リハビリが重視されるようになりました。生活期リハビリです。急性期病院における急性期リハとは違う、生活期リハですね。ここで、要介護 85 歳、要介護 90 歳の人の姿を考えてみてください。リハビリ過程は大変体力を使います。若いスポーツ選手の急性期のリハ、もう一回、豪速球が投げられるように肘の手術をしてなどの後、選手たちは厳しいリハビリテーションを行います。けれど、彼らは同時に猛然と食べるはずです。手術後でも体力を維持し、強めるために。だから、大変なりハをこなせる。

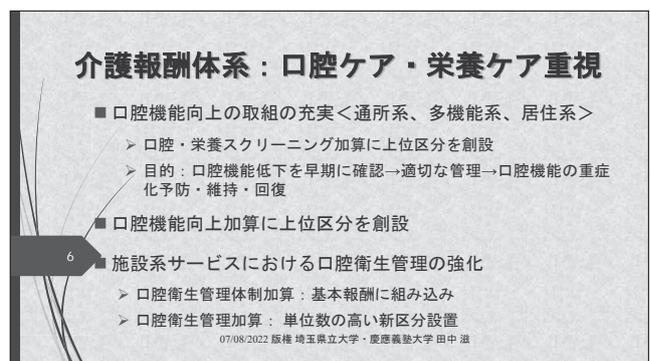
しかし、身の回りにいる 90 歳の人をイメージしてください。リハで、ここからここまで歩くのに、2 回目だともう疲れてしまう。歩くのを手伝っても、もう休みたいとなってしまう。理由の 1 つは栄養不足です。皆さんお分かりのように、年を取ってくると、気持ちの上で、特に配偶者がいなくなるとご飯を作る気なくなるケースもおきる。お茶漬けでいいと言い始める。今の日本の高齢女性の 4 割ぐらいは栄養不足と言われています。メタボ状態の中年の問題の原因となる栄養過剰とは逆ですね。栄養不足。

さらに、ではそれならば、きちんと管理栄養士がよい献立を作ればいいか、では足りません。かめなかつたり飲み込めなかつたり、咀嚼（そしゃく）したり嚥下（えんげ）できなかつたら、せっかくの栄養は意味

が薄くなります。従って、口腔ケアを含めたこの 3 点がリンクしている。これによって高齢者の尊厳を保つベースとする点を、介護報酬改定議論の際も非常に重視しました。リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士、歯科医師の指導を受けた歯科衛生士の必要に応じた参加を明確化しました。算定要件に入っています。2 年前の分科会の審議報告でこのように書かれました。20 年前とは随分様変わりです。

さらに、活動への参加を明確化したこと。その他にもありまして、通所系、多機能系、居住系、全て口腔と栄養スクリーニングをきちんと実施すると、上位の加算が付く。あるいは施設系サービスでの口腔衛生管理を強化してくださいと示されました（図表 6）。当たり前となった事柄は基本報酬に組み込む。報酬の世界の独特の用語で、最初、頑張っしてほしい時は加算を付け、普及してくると基本報酬に組入れ、もっと広まってくると、実施していない事業所だけ減算となる。このように、加算、基本報酬組み入れ、減算という 3 段階を通ります。ここでいうと施設系サービスでは口腔衛生管理は今では当たり前でしょう、在宅と違って。だから、基本報酬になり、口腔衛生管理加算、こちらは別な区分をする、こういう政策技法がとられます。口腔ケア、オーラルフレイルを防ぎ、あるいはフレイルより先に進んでしまった方も、嚥下機能をきちんと保たせるための歯科の取り組み、口腔ケアの取り組み、言語聴覚士も関わる場合もありますが、非常に重視されるようになりました。

図表 6

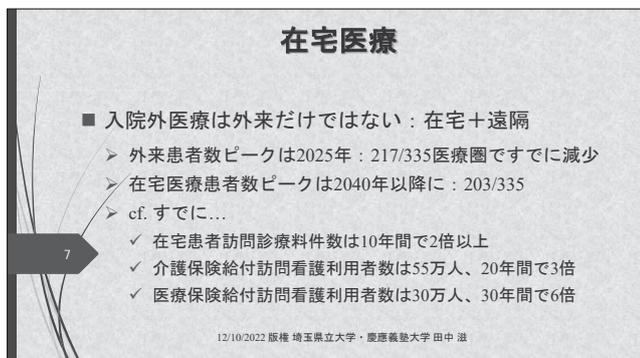


在宅医療の展開

次の話題に移ります。医療行為はどこでなされているか。専門用語で言うと、入院ではない医療を入院外と言います。普通の人は使わない言葉ですね。医療関係者はごく普通に使いますが。入院外とは、これまで主に外来でした。一部往診があったかもしれないにしても。実はこれからの年齢構成を考えると、在宅医療が大きくなっていきます。さらに、コロナ禍で遠隔医療、バーチャルな診療の場も、これから急速に広がっていくでしょう。入院、外来、在宅、遠隔。医療の場所が増えていきます。

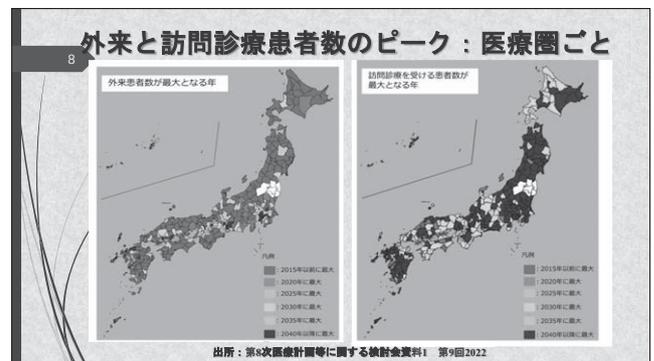
統計数値を示します（図表7）。入院でなければ外来と考えてきましたが、外来患者が既に減り始めているところが多くなってきました。日本にある335の二次医療圏のうち、217では既にピークアウトしています。そこで診療所を開いていても、外来患者は減り始める、一方、在宅医療患者のピークは2040年以降にくるところが、335二次医療圏のうち203ですから、これからは在宅医療が増えます。在宅歯科、在宅の口腔ケアもそうです。既に在宅患者訪問診療の件数は10年間で倍になり、介護保険が給付する訪問看護は20年間で3倍になり、医療保険が給付するがん末期の方の訪問看護は30年間で6倍になっています。外来診療とか歯科診療はこんな増え方していません。在宅医療ニーズはすごい増え方です。

図表7



それを示す図です（図表8）。左側は、いつ外来患者が最大となったか。2015年以前に既に最大になった地区が大部分で、面積ベースでいうと日本の6割ぐらいですね。人口の少ないところばかりですから、人口はそんなに多くないですが。もう2015年以前に外来患者はピークアウトしています。2020年でもピークアウト。そして、2040年以降に最大になるのは、東京、神奈川、千葉の西側、名古屋近辺、福岡、熊本、大阪など、ごく限られています。

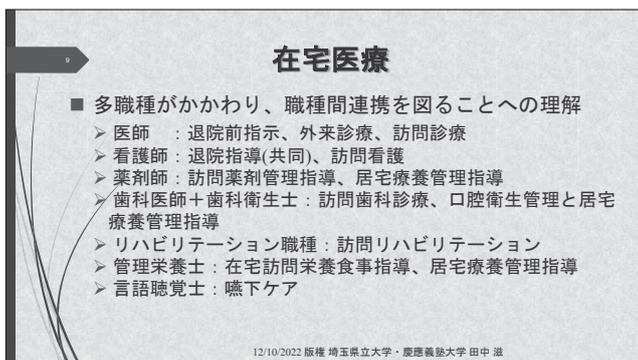
図表8



一方、右側の図は何か。在宅診療のニーズのピークがいつになるかを表しています。首都圏や中京地方は2040年以降に最大となります。東北も九州もそうです。別に大都会だけではない。既にピークアウトしているところは、佐渡と能登と鳥取、島根の一部と天草と薩摩半島と室戸岬ぐらいでしょうか。これらの地域では人口が激減しているから、在宅医療のニーズも減り始めていますが、それ以外は今後です。医療も歯科医療も同じです。在宅口腔ケアニーズも増える。在宅の人をどうするか、これが新しい課題です。病院ならば、多くの専門職種は基本的に病院に雇われています。歯科医師だけは外から入ってくることが多いにしても、それ以外は病院内の人ですね。ところが、在宅は多職種が違う事業所に属しています。開業医、歯科開業医、訪問看護師、介護従事者、みんな所属事業所が違う。栄養士に至っては、しばしば県の協会などによって、栄養ケア・ステーションを手伝ってもらったりしています。

他事業所の人に加わる、これが在宅医療の特徴です(図表9)。つまり、さっき言ったプランを一緒にする協働と組織同士の連携の両方が必要になります。在宅医療は単に多職種が集まればいいのではなくて、集まった人やその背景にある事業所や協会が連携する体制をつくらないとできない。一部の専門職が、例えば、口腔ケアなど要らんとしたら困るでしょう。口腔ケアこそが、さっき話したコアなんだと分かってもらわないといけないですね。さらに、医療保険給付サービスと介護保険給付サービスの両方が入ってくる場所が特徴です。つまり、在宅は2つの保険制度を使いこなさなければなりません。

図表 9

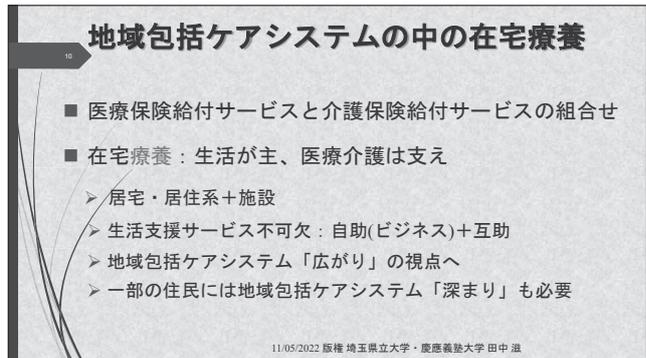


「在宅療養」のニーズ

在宅医療を考えると、さらに違う課題が見えてきます(図表10)。今度は「在宅療養」と書いてあります。意味の違いがわかりますか？ 医療は医療ですが、療養とは生活を含んだ言葉です。医療を含む生活を扱う際は療養という言葉を使います。在宅医療が、プロが働く地域包括ケアシステムのコアであることは変わりないけれど、在宅とは、当然、生活の場ですよ。2週間に1回ドクターが来てくれる、2~3日に1回看護師さんが来てくれる、毎日ヘルパーさんが来てくれるだけでは人は生活しているとは言えません。さっき言ったように、SNS 越しも結構ですが、家族と会話をしたり笑い合ったりすることが生活ですし、落語が好きなら落語を聞くことが生活ですし、どうし

ても野球を応援したいなら野球を応援するのが生活です。お茶を飲みたい時に、長年上手に入れてきたお茶を、今日も上手に入れられるかどうか心配しながらもやってみる、それが生活です。

図表 10

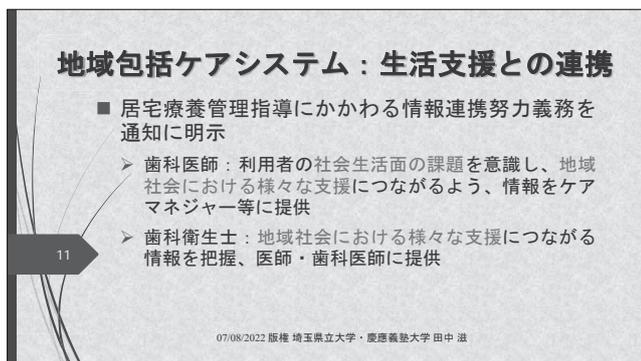


生活を維持するためには買い物しなくてはいけないし、時々掃除をロボットに委ねるにしても掃除しなければならぬし、洗濯も作業は機械がするにしても、洗濯は必要ですし、ドローンで配達してくれるにしても、買い物は注文しなくてはいけない。そういう行為をできないと在宅生活は続けられません。よって、超高齢になった、すべてを前のようにはこなせなくなった方には生活支援サービスが不可欠です、生活をするためには、居住系サービス施設に入ってしまうと別ですが、そうでなければ生活支援サービスが地域に必要です。市役所で一番力を入れるべきは、ここです。プロ同士の連携は、市役所が場を作って、医師会や歯科医師会に頑張れって頼めば大体のところ何とかできるでしょう。それに対し、生活支援は市役所が主導して仕組みを作らないとできないですね。生活支援サービスを整備しないと、在宅医療にニーズが増えていく時代なのに、在宅で暮らし切れるものではありません。

そのために、同じく、2021年の介護報酬改定では、次のような点を入れました(図表11)。居宅療養管理指導に関わる情報連携努力義務を通知に明示…、易しく言うと、在宅生活を送っている人が安心して暮らすために、歯科医師をはじめ訪問サービス提供者が「社

会生活面の課題」を意識してください。居宅療養管理指導時を含め、利用者が生活面の課題を抱えている、ごみ屋敷になりかけている、食べ物がひどいと気が付くかもしれない。自分は歯科医だから、自分は歯科衛生士だから、それは関係ないではなく、気が付いたら情報をケアマネジャーに提供しなさいとの努力義務が明記されました。

図表 11



歯科衛生士は地域社会におけるさまざまな支援につながる情報を把握し、医師、歯科医師に提供し、医師、歯科医師はそれをケアマネジャーに伝える。まさに、介護保険サービス提供者は、かつての排泄の世話とか摂食の世話とか清拭にとどまらず、訪問したら、その家の家族の問題を見つけて、解決しなくてもいいにしても、しかるべき情報把握と伝達を行う。今、夫は要介護2で、在宅医療と介護を受けている。訪問サービス提供者は、その際に妻の認知機能が低下していることに気が付くかもしれない。その時は伝えましょうと、介護保険の努力義務に入りました。大変いいですね。

まさに、在宅生活は生活支援につながる情報把握がないと継続できません。医療介護のプロだけの仕事ではない点を強調しておきます。

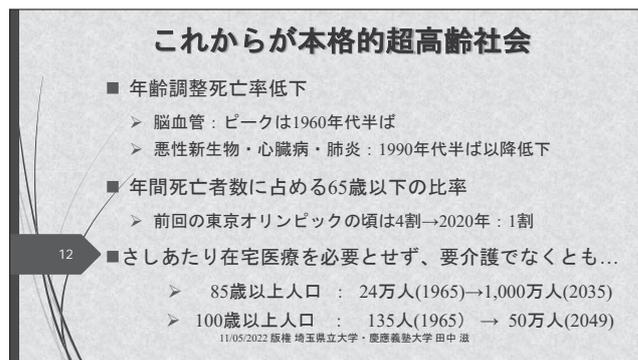
これからが本番

最後のステージです。日本は高齢社会と言われます。しかし、実は本当の高齢化はこれからです（図

表 12)。今はまだ、高齢社会という山を登っている途中です。団塊の世代の数の多さが一番の原因です。

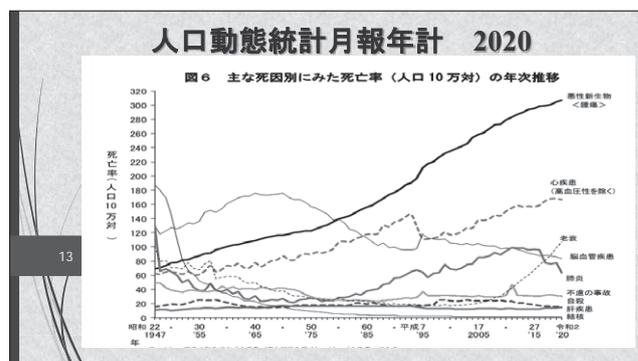
団塊の世代は今70代前半です。とはいえ、同級生の8割は今のところ元気老人と言えるでしょう。しかし10年後には85歳を超えています。

図表 12



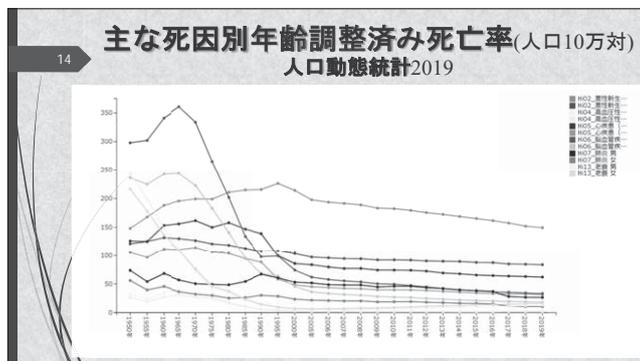
日本人の死因が変わってきています。まず年齢調整をしない死亡率を示します（図表 13）。脳血管系は著しく減りました。右のほうへいくと老衰が増えていきます。死因として、がんでもなく心臓も悪くなく、最後、生物学・生理学的に細胞が水分も栄養分も取れなくなって、衰えて死ぬ。90、100歳の死亡者増に伴い、こういう人が増えていきます。ところで、この図を見ると、日本では様々な年代でがんが増えているような気がするでしょう。しかし実はそうではない。統計が分かる人間はそうは読みません。

図表 13



日本のがんの罹患率も、がんの死亡率も、30代、40代、50代、年代別に見ると、全て下がっています。なんと80代でもがんの罹患率は下がっています。死亡率も下がっています。認知症もそうです。日本人の何人に1人は認知症になる。あれは、加重合計値が増えているだけです。80代まで生きる人があまりいない国では、がんは少ない。80歳まで生きられない国では認知症は少ないし、がんも少ない。ところが、80代までほとんどみんな生きるようになると、確率的に80代以上にがんが多いため、合計値ではがん死亡が増える結果となります。しかし、年齢区分別に見ると、日本の医学の発達、あるいはさまざまな自己努力と公衆衛生の力によって、ほとんどの疾病で死亡率は右下がりでです。年齢調整するとこうなります。これは統計を扱う人なら当たり前の見方ですね。日本人はより健康になっている。オーラルフレイル 8020 運動のおかげもあるかもしれません (図表 14)。

図表 14



では、以上は何を意味します？ 年寄りも死亡率が下がっていることを意味します。1950年代なら、子どもたちの急性感染症による死亡数を下げることが大きな社会目的でした。60年代ですと、脳卒中の人を減らすことが目的でした。がんも減らしたい、確かに減っています。減ると、多くの人々が長生きするため、これからの20年が超高齢化の時代となるのです。よって最後は、老衰は別として、心臓血管系かがんか、どちらかで亡くなる人が多くなる。それは、最終的に

加齢という最大のリスクファクターは防ぎようがないため、そうなります。亡くなる直前まできちんとオーラルケアができていて、食べられることは素晴らしい。人生の幸せの意味ではすごく大切な要素ですが、人はどこかで死ぬ。

もう一つ、先ほど触れた深まりを取り上げます (図表 15)。この問題を忘れてはいけません。貧しいからケアを受けない状態の人を非難できない。コロナ禍で、日本は全体の所得が下がったのではなく、年収200万ぐらいの人たちの所得が下がりました。多くは正規雇用でない人たちの所得が著しく下がりました。

図表 15

**地域包括ケアシステムの進展・深まり
社会的包摂 Social Inclusion**

- 生活困窮・孤立・社会的排除
 - 経済格差拡大社会の中におけるケア、複合課題
 - 協同活動・協働作業・自由参加の主体的活動のみならず、共同の場にも加わりにくい人の増加
 - 子ども：交流の貧困、体験の貧困(褒・叱)、常識的判断の貧困
- 孤立する可能性のある(見えなくなる)人を放置しない
 - 社会的排除はその人の役割・居場所・価値を奪いとる
 - 認知症の人・障害者・乳幼児/児童生徒とその家族、生活困窮者

11/05/2022 著作権 埼玉県立大学・慶應義塾大学 田中 滋

協会けんぽという、中小零細企業に勤める方々の医療保険があります。実に4,000万人をカバーしています。ところで、協会けんぽ被保険者の平均標準報酬は、コロナ禍でも下がっていない。中小零細企業に勤める方々の報酬は、世の中全体がコロナ対応が分からなかった2000年を除き、定期昇給が毎年行われ、かつ水準が少しずつにしても上がっています。一方、協会けんぽ加入者ではない、正規雇用でない人たち、もともと雇用に就けなかった人たち、この人たちをどうするか。この人たちに対して、健康行動しなさいと説く以前に、そもそも所得が低すぎでは行動がとりにくし、何よりも子どもの歯みがきの習慣などを身につけさせることができない。親に暇がない。トリプルワークをして疲れ切っているかもしれない。子どもにはワンコインでコンビニに行って何か買ってきなさいと

言っているような場合、歯みがきの習慣とか口をすすぐ習慣とかが学びにくいでしょう。人と会う機会が少ないと交流の仕方がよく分からない。あまり褒められたことがない、あまり叱られたことがない、こういう子どもたちが数として、多くはないけれども増えていると報告されています。

各地でこういう運動をしている人たちの声を聞くと、無視できません。日本はアメリカほど多くはなっていないかもしれませんが、しかし危険な兆候です。社会的排除される、それが認知症の人に及んではいけないですね。つまり、一部の人を排除していいと考える社会にすると、分断が大きくなる。社会の分断はとても危険です。

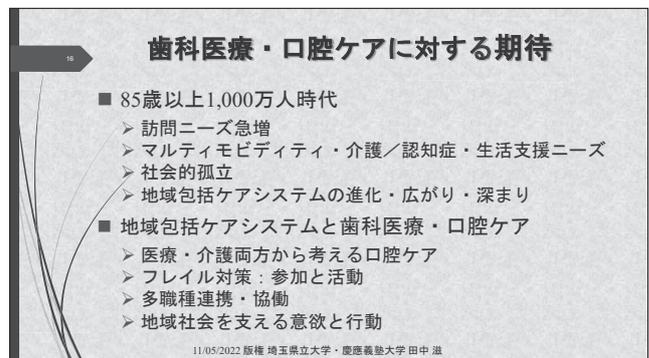
住民の所得分布が、特に低い方にあまり広がらなければ、8020運動は全体に広がるでしょう。しかし、8020運動を知らないし、あるいは知っていても口腔ケアにかかる時間がとれないし、かけるお金もない人が増えているとしたら、別な対応策が求められます。地域包括ケアシステムの深まりとして、ここも忘れてはいけません。健康行動をしない人に、あなたは遅れていると非難できない人たちがいることを、医療介護や、政策関係者は意識しなくてはなりません。

口腔ケアへの期待

最後、口腔ケアに対する期待を語って終わります(図表 16)。何とんでも 85 歳以上 1,000 万人時代。前回の東京オリンピックが 1964 年に開かれました。その時、85 歳以上は全国に 26 万人しかいませんでした。間もなく、あと 12 年するとその数は 1,000 万人になります。26 万から 1,000 万は驚異的な増え方ですよ。そうすると、8020 を超えているわけです。85 歳以上ですからね。85 歳まで生きた人は、女性の場合、恐らく 90 歳代後半まで生きる確率が高い。そうなると、訪問サービスのニーズを持つ人数は急増し、しかも抱える疾病は 1 個ではない。認知症を含めてマルチモビリティ状態でしょう。配偶者の死後、近くに家族がいないと社会的に孤立しかねない。だから新

しい段階の地域包括ケアシステムが必要です。

図表 16



8020運動はこれまで大成功だと高く評価しています。尊敬します。ただし、2025年以降を考えなくてはならない。医療、介護、生活支援から考える口腔ケア。医療保険の世界だけではありません。介護・生活支援とセット。これからは80歳でも要介護ではない人が増えるでしょうから、いくつであってもフレイル対策が必要となるでしょう。プロ同士の連携があり、さらに自分の町、歯科医師も歯科医師会も、自分の患者だけを相手にするのではなく、この町を支える、そういう意識を持たないといけない時代です。

以上が基調講演でございます。どうも清聴ありがとうございました。

講演者プロフィール

公立大学法人埼玉県立大学理事長（2018年4月～）・慶應義塾大学名誉教授

専門：地域包括ケアシステム論、医療・介護政策、医療・介護経営、医療経済学

経歴：慶應義塾大学大学院経営管理研究科助手・助教授を経て1993年から教授。2014年定年。退職後2019年まで、同研究科に設けられたヘルスケアマネジメント・イノベーション寄附講座をベースに研究・教育に従事

現在務める学会役職：日本地域包括ケア学会理事長、日本介護経営学会会長、アジア太平洋ヘルスサポート学会理事長、日本ケアマネジメント学会理事、日本老年学会理事

現在務める主な公職：社会保障審議会会長（兼・介護給付費分科会長・福祉部会長、2023年1月まで）、医療介護総合確保促進会議座長、協会けんぽ運営委員会委員長



地域包括ケアシステムの 推進に向けた厚生労働省の 取り組み～歯科を中心に～

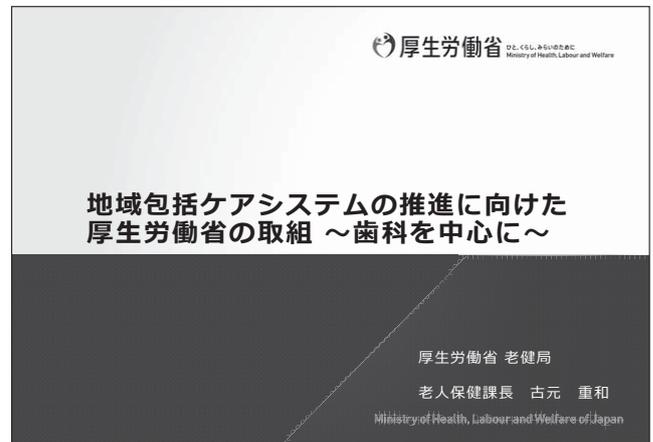
厚生労働省老健局老人保健課長
古元 重和

こういったシンポジウム、講演会、時々お呼びいただきました。今日は皆さんご参集の中でお話ができるのは、少し久しぶりの気持ちもいたしまして、とてもうれしく思っております。また、8020 運動とオーラルフレイル対策の地域包括ケアシステムでの展開ということでお招きいただき、このような機会にあらためて感謝申し上げたいと思います。

この 8020 運動は、歯科関係者の方に限らず、非常にキャッチーな声かけの中で大変な成果を上げてこられたというのは、医療福祉関係者の皆がよく知っている、本当に素晴らしい取り組みだと思っております。こうした中、先ほど田中先生からまさにご講義いただきましたけれども、これから先 85 歳以上の方が増えていく、その 8020 運動のその先を考えていく時期なんだろう。このフォーラムを、それを考える私もきっかけとしたいと思ひまして本日は参りました。

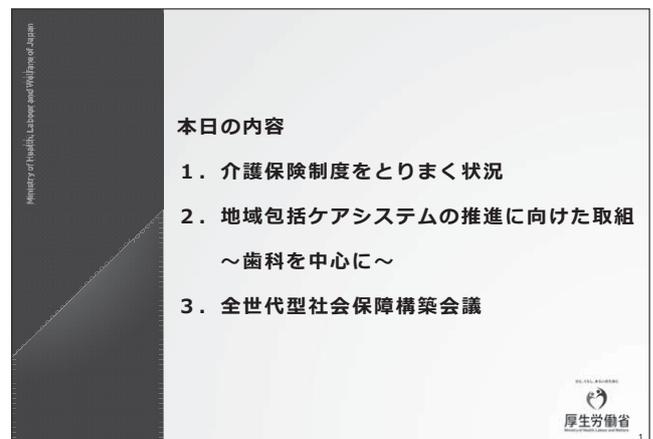
それでは、お時間 20 分ほどいただいておりますので、私から、地域包括ケアシステムの中で、主に歯科の観点から政策の紹介を中心にさせていただきます(図表 1)。

図表 1



本日の内容といたしましては大きく 3 つございます(図表 2)。

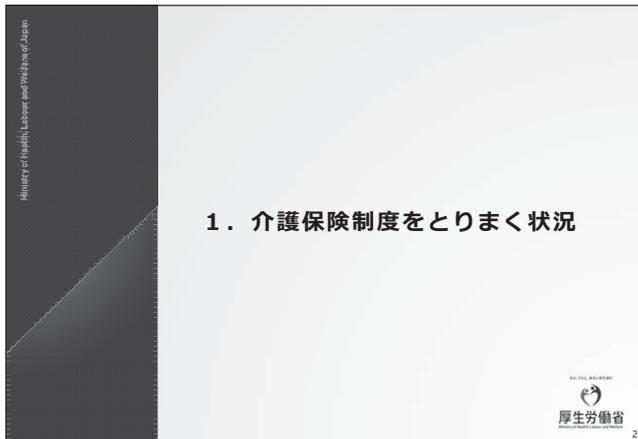
図表 2



介護保険制度を取り巻く状況

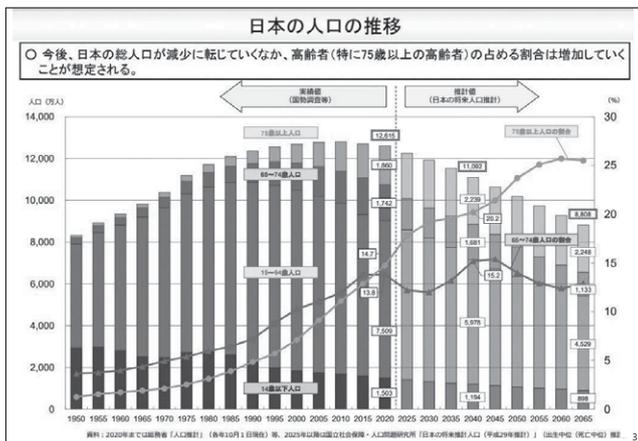
まず、介護保険制度を取り巻く状況として、行政的に、これはぜひ皆さまと共有しておきたいといった内容を中心にご説明申し上げたいと思います(図表3)。

図表3



こういったスライド(図表4)は厚生労働省がよく使いますが、徐々にこの現状が右に常に移ってきて、既にご承知のとおり、日本の総人口は減少に転じてきています。

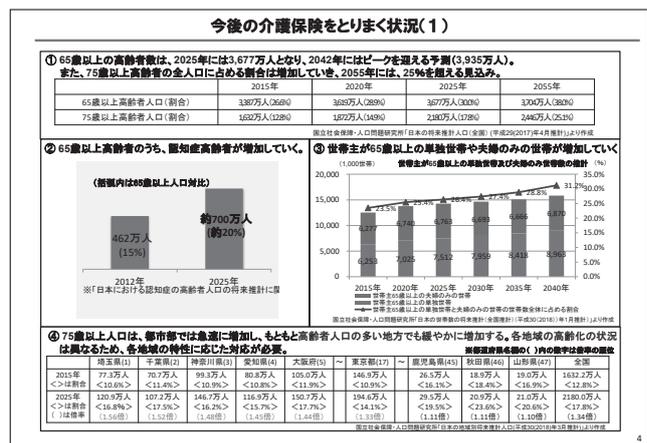
図表4



こうした中、今後の介護保険を取り巻く状況を少し因数分解したスライドを4枚ご用意いたしました。まず一番上にございますとおり、65歳以上の高齢者数は2042年にピークを迎えることが予想されます。また、75歳以上高齢者の占める割合が増加をしていき

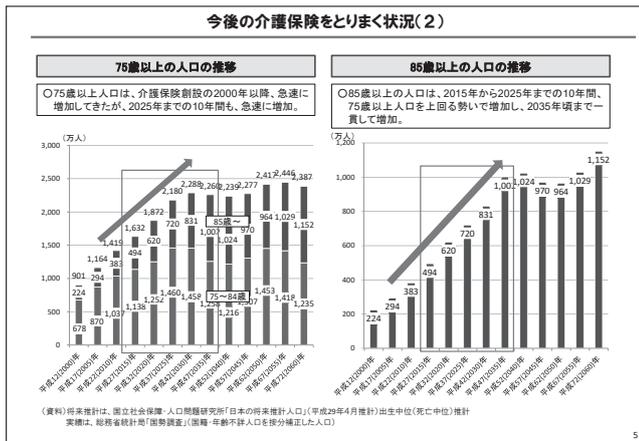
まして、2055年には25%を超える見込みです。特に特筆すべきは、認知症の高齢者が増えるとか、③世帯主が65歳以上の単独世帯、夫婦のみの世帯が増加していく。こういったところが現実的に確実な未来として突きつけられています。また先ほど、田中先生のスライドもございましたとおり、一番下の④、地域差がございます。特に高齢者、75歳以上の人口が増える割合が大きいのが、一番多いのは埼玉県、千葉県、神奈川県と続きまして、全国的に見ますと山形県が倍率では一番低い状況ですが、ただいずれにしても、75歳以上の人口は今よりは増えてくることが予想されます(図表5)。

図表5

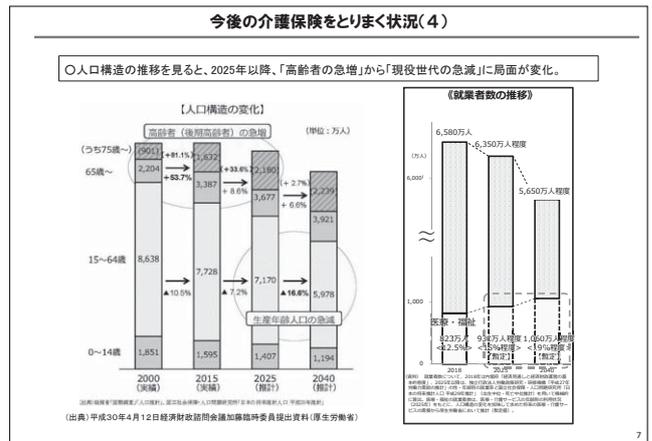


そして75歳以上の人口が増えると申し上げましたが、特に80歳以上の人口が増えることが、介護保険制度を考えた時には非常に大きなインパクトがございます。このスライドの左側にありますとおり、ぐっと指数関数的にグラフが上に向いておりますけれども、やはり85歳以上の方になりますと認定率58%、つまり2人に1人以上の方が要介護認定を受けていることとなります。元気高齢者という間は、さほど介護給付についてのインパクトが大きくないわけですが、やはり85歳以上を超えてまいりますと急激に要介護のリスクが高まるといったことで、介護保険制度としては、インパクトが大きいということです(図表6、7)。

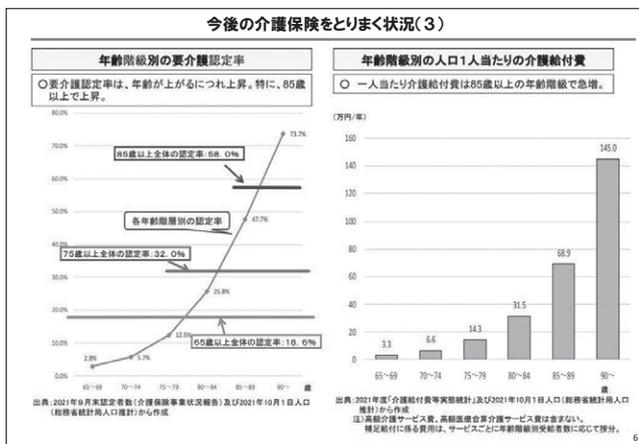
図表 6



図表 8



図表 7

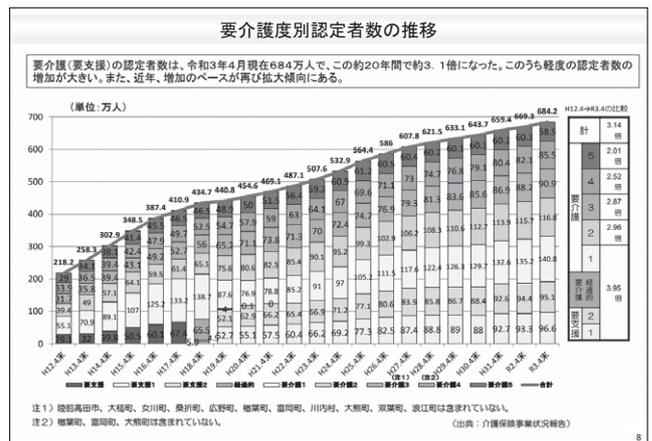


これは要介護度別認定者数の推移についてですが、介護保険ができたのがちょうど2000年、平成12年4月ということで、これには田中先生も初めから大きく関わっていただいておりますので、田中先生の目から見ると、これが予想していた将来像なのか、いろいろまた教えていただきたいと思います。特にこの軽度者ですね、要支援1、2そして要介護1までのところが当初よりは約4倍に増えている。トータルでは3倍に増えています（図表9）。

介護スタッフの確保

さらには、今、社会保障審議会などでも大きなテーマになっているのは、高齢者が増えることは当然ですが、生産年齢人口が急減していく中で、介護の現場を支えるスタッフ、さらには、保険料を支払ってその制度そのものを支える、いろいろな意味で、この社会の担い手をいかに確保していくのが大きな課題になっています。このような介護保険を取り巻く現状を皆さんと共有しながら、どう将来の道を探っていくのかということになります（図表8）。

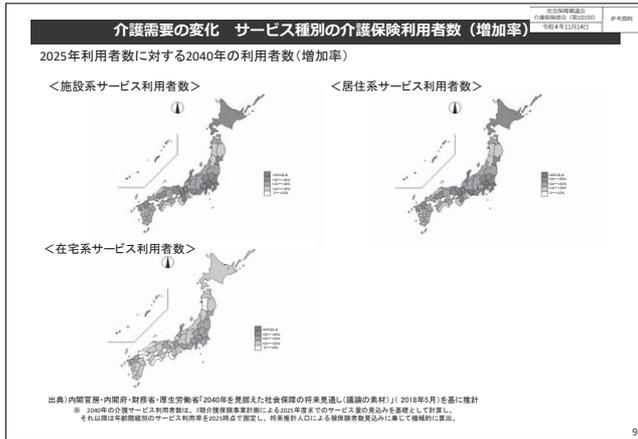
図表 9



先ほど田中先生のスライドでは、日本地図、医療、主に医療の関心のニーズの地域差があると教えていただきましたけれども、こちらは介護需要についても変化が大きくあるということですので（図表10）。2040年の利用者数ということですので、増加率を大きいとこ

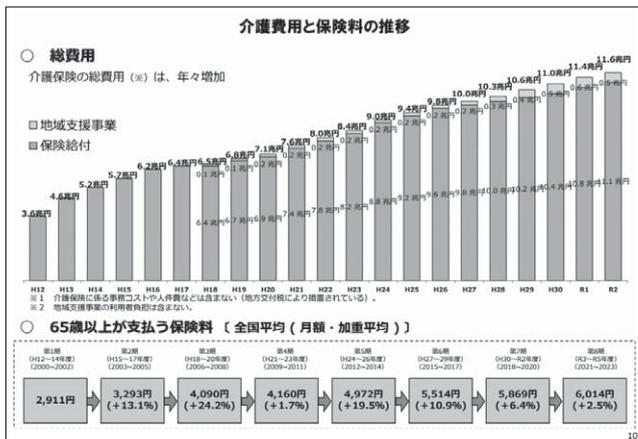
ろほど濃くなっています。そうしますと、やはり居住系のサービスとか在宅系のサービス、いずれも地域差はありますが、介護需要はこれから総じて伸びていく地域が多いことが見て取れます。

図表 10



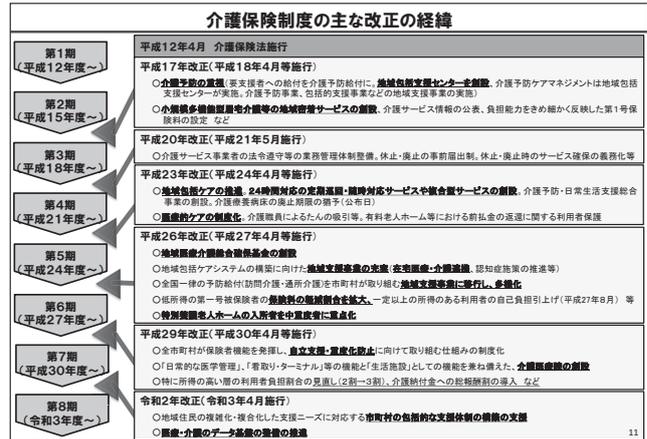
こちらは介護費用と保険料の推移を示しておりますが、介護費用は今、10兆円を超えてきました。そして、65歳以上の1号被保険者が支払われる保険料も、これは全国平均でありますけれども、制度当初3,000円程度の相場が、現状では6,000円ということで、ある意味では非常に介護保険制度が社会で広く活用されてきた結果として、このような給付の状態になっています(図表 11)。これをどう維持していくのが皆さんと共に考えていきたいことです。

図表 11



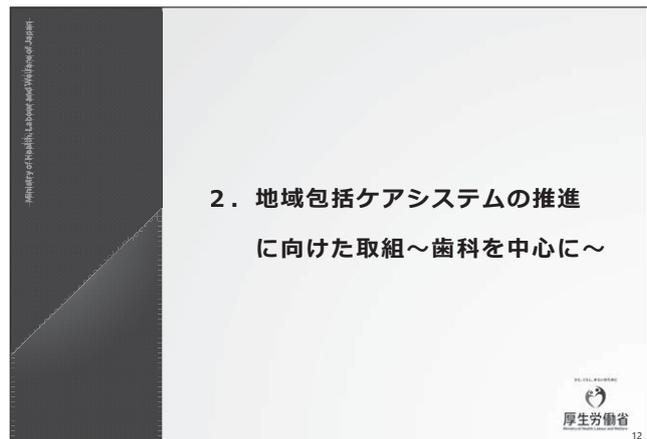
これは、これまで、大体介護保険制度というのは3年ごとに、制度改正を重ねてきたことをお示しておりますので、ご参考で後ほどまたご覧ください(図表 12)。

図表 12



少し各論に入ってまいりたいと思います。地域包括ケアを考えた時の歯科の切り口は非常に多岐にわたりますので、なかなか一言では申し上げられませんが、少し区切ってテーマごとにお話をしてまいります(図表 13)。

図表 13

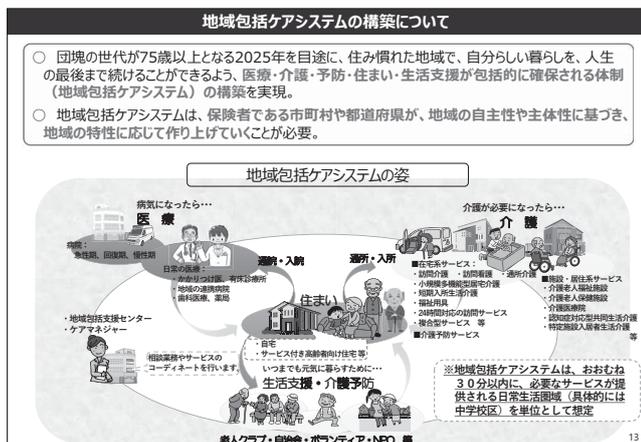


地域包括ケアシステムの推進と歯科

地域包括ケアシステム、先ほど田中先生から教えていただきましたとおり、基本的にはこの日常生活圏域の中で想定をされた仕組みです(図表 14)。「団塊の

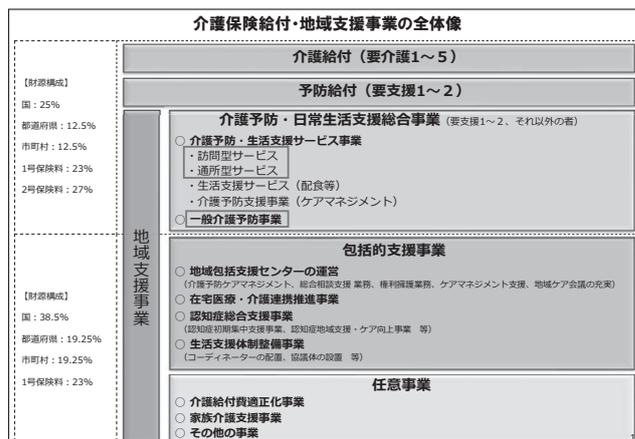
世代が75歳以上となる2025年を目途に」と書いてありますが、これは先生から先ほど教えていただいたとおり、これは主に高齢者の方を地域で医療、介護、生活介護予防でどう支えるのかを示すため概念上ご用意しましたが、この地域包括ケアシステムの対象というのは、年齢、性別を問わず非常に広い概念だと私も思っています。こうした中で、ここでは主に医療の中に、この歯科医療が含まれていますが、歯科については、この介護サービスの中でも、介護予防、生活支援の中でも非常に大きな期待がございます。それを順を追ってちょっとご説明してまいります。

図表 14



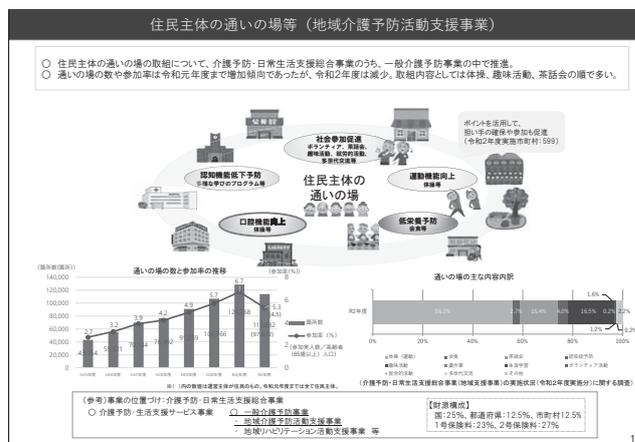
第一に、これが介護保険の今の全体像を示したものです(図表 15)。上から介護給付は要介護の1から5、そして予防給付は要支援1、2の方、要支援1から2、それ以外の方を対象にしている介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業、こういう大きな立て付けが、今、介護保険法の事業としてございますが、まずこの日常生活支援総合事業について少しご紹介します。

図表 15



これは、要支援1から2、そしてそれ以外の方ですね(図表 16)。まだ要支援になっていない方を対象にした、主に予防を中心としたサービスです。皆さんよく聞かれている表現としては、住民主体を中心とした通いの場というものがありますが、この中で、口腔機能の向上が非常に大きなテーマとなって取り組みが進められています。残念ながら、通いの場が順調に暦年で伸びてきたところ、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2年度、ぐっと下がってしまいました。実はこれが非常に大きな課題になっておりまして、今、私どもとしても、この通いの場をいかに盛り上げていくのにかに汗をかいています。

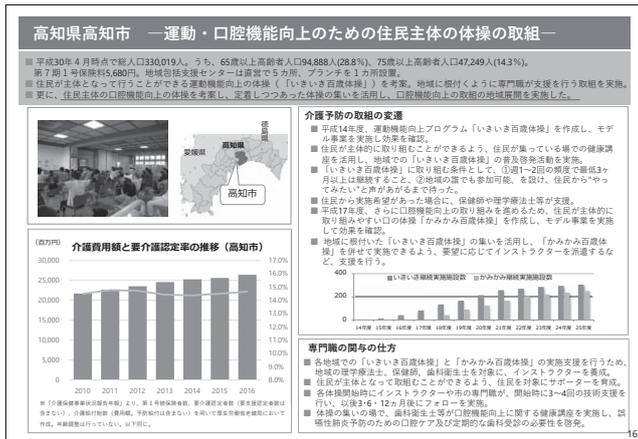
図表 16



高知市の取り組み

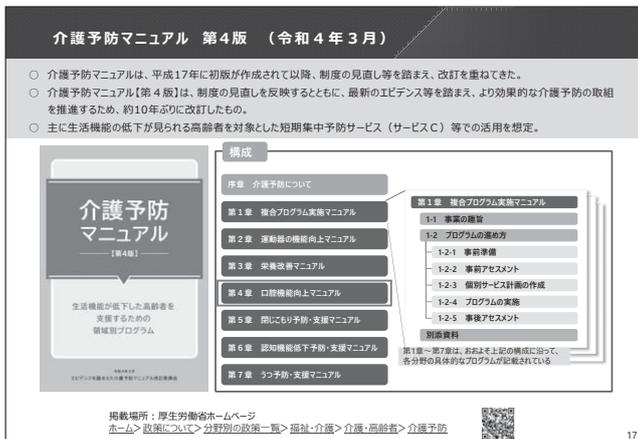
これは高知県高知市の取り組みの例を挙げてまいりました（図表 17）。これは住民主体の口腔機能向上の体操を考案をされて、体操の集いを活用しながら、口腔機能の向上の地域展開を実施している素晴らしい例です。

図表 17



このように、住民主体、そこには行政、さらには地域の地区の歯科医師会の方、歯科衛生士の方、そういう専門職の方も関わって、ぜひこのような取り組みを進めていただきたいと思います。そうした予防を進める上でのマニュアルも国としては用意しております（図表 18）、口腔・栄養、口腔機能向上、どのように進めていく上で参考にさせていただきたいと思います。これは、約10年ぶりに、今年の3月に改定いたしました。

図表 18



したので、またぜひご覧いただければと思います。うちの課の職員がすごく頑張ってくれました。

さて、この通いの場が、非常に残念ながら、どうしてもやっぱり感染が怖い。通いの場に通いたいが、そこに行くと感染するのは怖い、通いの場を企画される側の方も、何かあったらどうしようということ、どうしても躊躇してしまうそうなんです。そこで私も老人保健課でウェブサイトを立ち上げました（図表 19）。ここに行っていただくと、健康に過ごすためのいろんなポイントであるとか、通いの場を再開する時にどのようなことを注意すればいいのか感染管理を含めて、あとは、いろいろな事例をご紹介します。ご当地体操マップといたしまして、例えば青森県をクリックしていただくと、地域で行っている体操の動画を見ることができます。これが今、800本以上の動画を掲載していますので、皆さんのご出身地とかゆかりの所でやっているような体操をご覧いただきながら、おうちでも少し体を動かしていただけるよう工夫をしています。

図表 19



さらに、これは国立長寿医療研究センターと協力してアプリまで作りまして、ここでも体操動画や脳トレができたりなど、おうちでも通いの場に関わっていただけよう取り組んでいます（図表 20）。

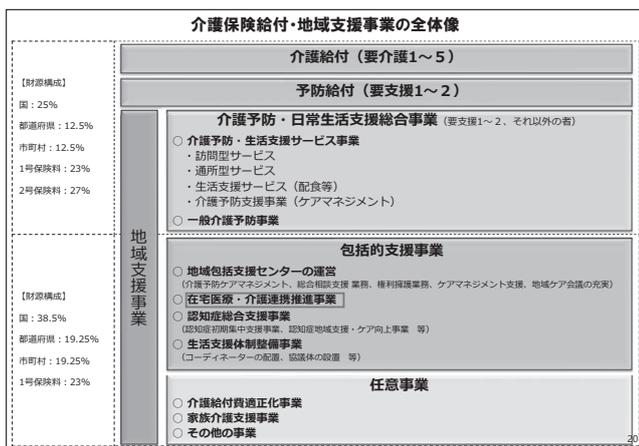
図表 20



包括的支援事業について

続きまして、包括的支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を中心にご紹介します(図表 21)。

図表 21

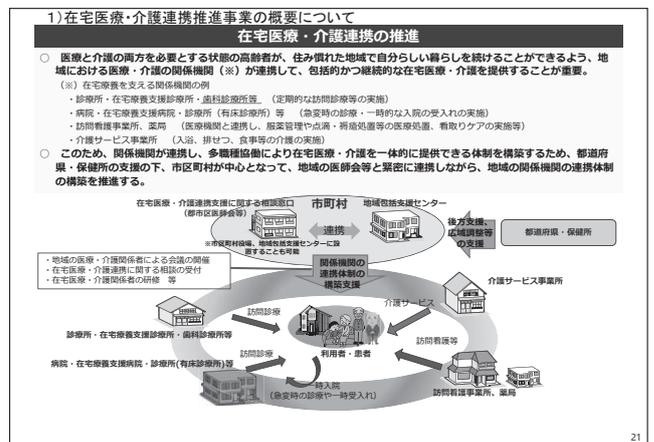


おうちにいらっしゃって医療・介護が必要になる方は増えてまいりますので、医療と介護がばらばらとサービスを提供したのでは、やはりこれは効率的にも質も確保できないということです。

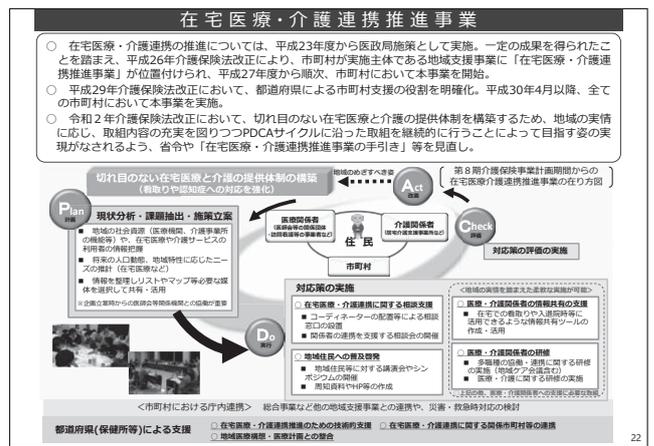
ここで、介護サービス、そして歯科、医科、いろいろな方が関わってきますが、市町村が中心になりまして、例えばこういった相談窓口を設けて、医科、歯科がスムーズに連携できる仕組みが、現在、全ての市町村で開始されています(図表 22、23)。こういったPDCAをきっちり回していくべく、手引きなども設けまして取り組みが進められています。まだまだ試行錯誤とい

う地域も多いですが、国としても伴走支援などで取り組みを進めていきたいと考えています。これは手引きでございます(図表 24)。

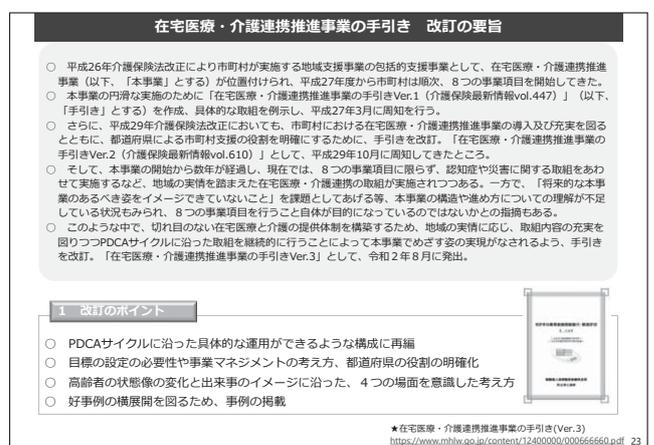
図表 22



図表 23



図表 24



口腔、栄養など多職種が連携した取り組みの実施状況、効果などについて、CHASE・VISIT、今でいいますとLIFEですね、LIFEも活用しながら検証し、さらなる推進方策を検討していくべきである。そして、口腔、栄養については、「施設系サービスにおける口腔衛生管理、栄養ケア・マネジメントの取組の充実について、対応状況を把握し、その推進方法について、検討していくべきである」と。介護報酬改定の議論は、恐らく来年の真夏以降、本格化してまいります。そういう中で、こういった課題を個別にしっかり議論してまいりたいと思いますので、まだご指導いただければと思っております。

図表 29

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」 (令和3年度介護報酬改定に関する審議報告(令和2年12月23日)より作成)	
<p>【サービス全般に関する課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> 今回の介護報酬改定の影響を把握するとともに、次期介護報酬改定に向けて、見直し事項がないか、検討を進めるべきである。 その際、介護サービスが、その専門性や特徴性を最大限発揮しながら、利用者の状態に応じて適時・適切に過不足ない提供されるよう、留意すべきである。また、医療と介護の役割分担も踏まえながら、医療と介護の連携を一層推進する視点にも留意すべきである。 検査は、いつか見たサービスに基づいて行うことが必要であり、介護報酬改定の効果検証及び調査研究、介護事業経営実態調査の更なる精緻化を進めるとともに、各種の調査・研究等を通じて、実態を把握することを求めたい。さらに、CHASE-VISIT情報をしめとする介護関連データの収集・分析を進め、検討に活用することを目指す。 	28
<p>【感染症や災害への対応力強化】 (感染症や災害への対応力強化)</p> <ul style="list-style-type: none"> 感染症対策や業務継続性に向けた取組について、事業者の対応状況や有効性を把握し、感染症や災害が発生しても地域において必要なサービスを継続的に提供し、いかに有効な方策を、引き続き検討していくべきである。 また、通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応について、その実施状況や効果を検証し、必要な見直しなどの対応を検討するべきである。 	
<p>【地域包括ケアシステムの推進】</p> <ul style="list-style-type: none"> (認知症への対応力向上等に向けた取組の推進) 今後増加が見込まれる認知症の人口に、軽微を重視し、本人主体の生活を支援する観点から、地域における参加・交流の更なる促進方策の検討を進めるとともに、介護サービス事業者における認知症への対応力向上を一層進めるとともに、CHASEによるデータ収集（DBD13等）に加え、任意として提供されるNPT・NH等を含む）・フィールドワークの取組も活用しながら、行動・心理状態への対応や、中核症状を含めた評価の方策を検討していくべきである。 (看取りへの対応の充実) 1人暮らしの高齢者が増える医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン等の内容に沿った取組について、取組状況を踏まえつつ、更なる推進方策について検討していくべきである。 (中核症状・看取りへの対応や自立支援・重度化防止の取組の充実) 介護付ホームや認知症グループホーム等の介護保険サービス利用者について、療養上の世話や看取り、自立支援・重度化防止に係る業務等も踏まえながら、訪問看護や訪問リハビリテーション等のサービス（※）を必要に応じて提供し、必要に応じて検討していくべきである。 障害者介護サービスについて、療養上の世話や看取り、自立支援・重度化防止に係る業務等も踏まえながら、訪問看護や訪問リハビリテーション等のサービス（※）を必要に応じて提供し、必要に応じて検討していくべきである。 	
<p>【地域性に応じたサービスの確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> その地域においても必要なサービスが確保されるよう、今回の改定における措置を検討しつつ、人材確保を含め、地域の実情に応じた必要な方策を引き続き検討するべきである。その際にも、従来の地域におけるサービスの変遷を踏まえながら、人材確保・サービスの確保に関する介護の経営の把握の徹底、各サービスの確保、サービス提供の在り方についても検討していくべきである。 地域区分について、引き続き介護事業経営実態調査等各地域の状況や各サービスの実態の把握を行うとともに、その結果も踏まえつつ、派遣委託費の取扱い、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算による影響、安定的な人員費の把握や区分移動のルール設定等、財政中立を前提として、その在り方について、引き続き検討していくべきである。 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び（看護）小規模多機能型居宅介護の普及等) 中核症状の要介護状態であっても住み慣れた地域で暮らしていることが、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護、（看護）小規模多機能型居宅介護の更なる普及を図るための方策について、引き続き検討するとともに、これらのサービスについて、事業者の経営実態や利用者の状況も踏まえ、その機能・役割を改めて検証した上で、高齢者が住み慣れた地域で暮らしていることが、在宅生活を営むための必要と対応を総合的に検討していくべきである。 定期巡回・随時対応型訪問介護看護がこれまで果たしてきた機能や役割を踏まえつつ、今回の介護報酬改定で定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様となる基準の緩和を行うこととした取組に併せて、今後の在り方について検討していくべきである。 	

図表 30

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」 (令和3年度介護報酬改定に関する審議報告(令和2年12月23日)より作成)	
<p>【居宅介護支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> 向の上や業務効率化を図る観点から、適切なケアマネジメント手法（※）等を異なる方策を検討するとともに、より適切なケアマネジメント手法の効果が認められる方策について、検討していくべきである。（※） 従来の適切なケアマネジメント手法に限られず、一定の条件を満たす事業者による事業所に係る継続的の見直しにより、ケアマネジメントの質が確保されていること等に関する効果検証を行うとともに、ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る取組についても効果検証を行い、必要に応じて対応を検討すべきである。 	29
<p>【地域性に応じたサービスの確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> その地域においても必要なサービスが確保されるよう、今回の改定における措置を検討しつつ、人材確保を含め、地域の実情に応じた必要な方策を引き続き検討するべきである。その際にも、従来の地域におけるサービスの変遷を踏まえながら、人材確保・サービスの確保に関する介護の経営の把握の徹底、各サービスの確保、サービス提供の在り方についても検討していくべきである。 地域区分について、引き続き介護事業経営実態調査等各地域の状況や各サービスの実態の把握を行うとともに、その結果も踏まえつつ、派遣委託費の取扱い、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算による影響、安定的な人員費の把握や区分移動のルール設定等、財政中立を前提として、その在り方について、引き続き検討していくべきである。 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び（看護）小規模多機能型居宅介護の普及等) 中核症状の要介護状態であっても住み慣れた地域で暮らしていることが、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護、（看護）小規模多機能型居宅介護の更なる普及を図るための方策について、引き続き検討するとともに、これらのサービスについて、事業者の経営実態や利用者の状況も踏まえ、その機能・役割を改めて検証した上で、高齢者が住み慣れた地域で暮らしていることが、在宅生活を営むための必要と対応を総合的に検討していくべきである。 定期巡回・随時対応型訪問介護看護がこれまで果たしてきた機能や役割を踏まえつつ、今回の介護報酬改定で定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様となる基準の緩和を行うこととした取組に併せて、今後の在り方について検討していくべきである。 	
<p>【療養型介護】</p> <ul style="list-style-type: none"> 療養型介護について、看護小規模多機能型居宅介護の機能や役割を踏まえつつ、今後の在り方について検討していくべきである。（備忘） 2021年度施設入居定員の見直しに係る検証 今後、療行の入居定員調整を踏まえ、新たなエントを整備する施設において、ケアの質が維持され、職員の過度な負担につながらぬよう、当該エントの整備・運営状況を定期的に把握しつつ、適切な運営や指導が行われることを検証し、必要な見直しなどの対応を検討するべきである。 	
<p>【介護施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護施設について、今回の介護報酬改定で追加された加算の効果や、サービス提供の実態、介護療養型医療施設、医療療養病床からの移行状況把握した上で、介護療養型医療施設の廃止期間も踏まえつつ、所得率の促進と介護保険財政に与える影響の両面から、どのような対応を図るか適切な方策を検討していくべきである。 	

図表 31

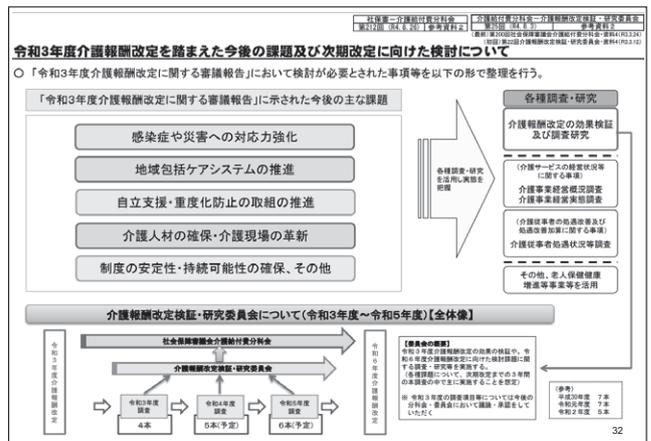
令和3年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」 (令和3年度介護報酬改定に関する審議報告(令和2年12月23日)より作成)	
<p>【自立支援・重度化防止の取組の推進】</p> <ul style="list-style-type: none"> (介護保険制度におけるアットホームの視点も含めた評価の在り方) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養など多職種が連携した取組の実施状況、効果等について、CHASE-VISIT等も活用しながら検証し、更なる推進方策を検討していくべきである。 平成30年度介護報酬改定において、自立支援に向けた事業者へのインセンティブとしてADL維持加算が創設され、今回の介護報酬改定ではこれを拡充することとしたが、引き続きチームアプローチにより利用者のサービス利用に支障が出ないよう留意しながら検証し、必要な対応を検討していくべきである。 リハビリテーションサービスについて、生活期のリハビリテーションは、心身機能、活動、参加のいずれにも「プラス」長く働けることが重要とされている一方、現時点でもアットホームに関する適切な評価方法が定まっていなかったり、科学的な評価方法について、科学的な妥当性を前提として、現場で適用されている評価方法も参考に、引き続き検討していくべきである。また、その検討を進め、通所リハビリテーションにおける、スタッフ・1対1、アットホーム評価を組み合わせる総合的な評価方法について、検討していくべきである。 今回の介護報酬改定では介護マネジメントや併せて支障をきたすことなくアットホーム評価を導入することとしたが、介護保険制度におけるアットホームの視点も含めた評価の在り方について、引き続き検討していくべきである。 	30
<p>【口腔、栄養】</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設系サービスにおける口腔衛生管理、栄養ケア・マネジメントの取組の充実について、対応状況を把握し、その推進方法について、検討していくべきである。 	
<p>【介護サービスの質の評価と科学的評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> CHASE-VISITを活用した計画的な作成や事業所単位でのPDCサイクルの推進、ケアの質の向上の取組について、取組状況を把握し、更なる推進方策を検討していくべきである。特に、訪問系サービス等の今回の介護報酬改定で評価の対象とならないサービスや、居宅サービス全体のケアマネジメントにおけるCHASE-VISITの活用を通じた質の評価の在り方等について、今後検討していくべきである。 	
<p>【介護老人保健施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護老人保健施設における在宅型・在宅療養支援機能の評価の充実について、今回の介護報酬改定で訪問リハビリテーションの実施等に対する評価を行うこととしたが、取組状況を把握し、在宅型・在宅療養支援機能の促進に向けた取組を踏まえ、今後の在り方について検討していくべきである。 	

図表 32

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」 (令和3年度介護報酬改定に関する審議報告(令和2年12月23日)より作成)	
<p>【介護人材の確保・介護現場の革新】</p> <ul style="list-style-type: none"> (介護人材の確保) 介護人材の確保の状況を適時に把握しつつ、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算について、引き続き上位区分の算定取得促進を強力に進めながら、その在り方や処遇改善、介護分野への人材の参入促進を含めた総合的な人材確保の取組について、引き続き検討していくべきである。介護人材の確保等の目的が達成できない状況も踏まえつつ、効果検証を行っていくべきである。 介護職員処遇改善加算について、基礎給等要件見直し状況の把握を進め、介護職員等特定処遇改善加算については、経験・技能のある介護職員が多い事業所や職場環境が良い事業所を重点的に把握するとともに、その評価の方法について今後検討するほか、配分方法についても引き続き検討していくべきである。 ハラスメント対策について、実態も踏まえつつ、必要な対応を引き続き検討していくべきである。 (テクノロジーの活用) テクノロジーを活用した場合の人員基準の緩和等について、利用者の安全確保やケアの質、職員の負担、人材の有効活用の観点から、実際にケアの質や職員の負担にどのような影響があったのか等、施行後の状況を把握・検証するとともに、実証データの収集に努めながら、必要な対応や、介護サービスの質や職員の負担に配慮しつつ、更なる介護現場の生産性向上の方策について、検討していくべきである。 各看護や多職種連携、サービス提供におけるICTの活用について、実施状況を踏まえ、必要な対応を検討していくべきである。 (認知症グループホームの役割と職員体制) 認知症グループホームの役割と職員体制の取扱いについて、利用者の安全確保やケアの質、職員の負担、人材の有効活用の観点から、施行後の状況を把握・検証し、必要な対応を検討していくべきである。 (いわゆるローカル) 人員配置基準等について、自治体ごとに異なる解釈や取扱い（いわゆるローカル）が行われている状況について、引き続き実態の把握を行うとともに、対応を検討していくべきである。 	31
<p>(文章負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進)</p> <ul style="list-style-type: none"> 現場実態等も踏まえながら、介護現場の業務負担軽減の観点から、更なる文書負担の軽減や手続きの効率化等について、引き続き検討していくべきである。 	
<p>【介護報酬改定検証・研究委員会について(令和3年度～令和5年度)【全体像】】</p>	
<p>【審議報告】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和3年度介護報酬改定の効果検証や、令和4年度介護報酬改定に向けた検討課題に関する調査・研究について、調査等での成果を踏まえ、令和5年度に実施することとなる。 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告(令和2年12月23日)より作成 	

これは改定検証を行っているというご紹介でございます(図表33、34)。

図表 33





フレイルとオーラルフレイル

東京大学高齢社会総合研究機構、未来ビジョン研究センター教授
飯島 勝矢

オーラルフレイルを打ち出した目的

今日はお招きいただきましてありがとうございます。今日は、フレイルとオーラルフレイルという、もともといただいたお題をそのままそっくりにししました、逆にいろいろ書き足さずに（図表 1）。

図表 1



なぜかという、今日 20 分お時間いただいて、後半にいろいろ新しい解析結果もスライドに入っていますが、それを国民の方にお伝えしたいわけではない、このフレイルとオーラルフレイルは、仲間でありファミリーであり、一緒にやっていくものであり、それぞれ個別に独自路線を進めるものではないということで、こういうタイトルにさせていただきました。臓器別で語る話でもないし、各疾患別で語る話でもない。それこそ、先ほど冒頭の基調講演の田中先生からのお話にもあるように、日常生活をいつまでも自立した形

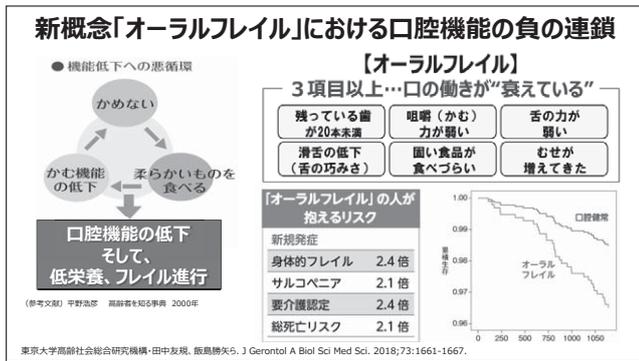
でより長く維持できるように、少しでも前向きな明るい気持ちで予防意識を高めたり、ちょっと陰りが差してきたならば、なるべくお薬だけで戻すのではなくて地域の方で戻すということに、このフレイル、オーラルフレイルがどのぐらい役に立つのかをあらためて強調させていただきたいと思います。副題として「改めてみんなで意識合わせをして、大きな運動論を起こす！」すなわち、産業界であっても行政関係者であっても、我々医療界であっても、そして多くの市民の方々であっても、同じ方向を向くということかと思えます。

まず、オーラルフレイルは、ここ 1~2 年前に世の中に出たものではない（図表 2）。大元のフレイルを 2014 年に世の中に出しましたので、その半年から 1 年後、少なくとも 2015 年ぐらいにはオーラルフレイルという言葉を出しています。そして、このささいな衰えというものを軽く見てしまうと、お口のしっかりした機能低下、食べるという機能への障害、そして最終的には首から下も含めた心身機能の低下という、いわゆる負の連鎖があって、それを少しでも早く気付こう、そしてそれを警鐘したいということで、これを打ち立てたわけであり（図表 3）。

図表 2



図表 3

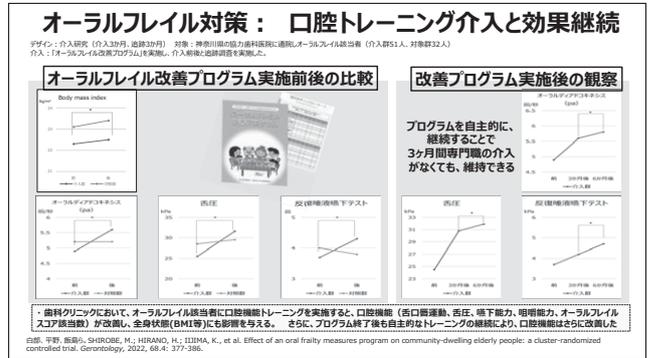


エビデンスをもって訴える

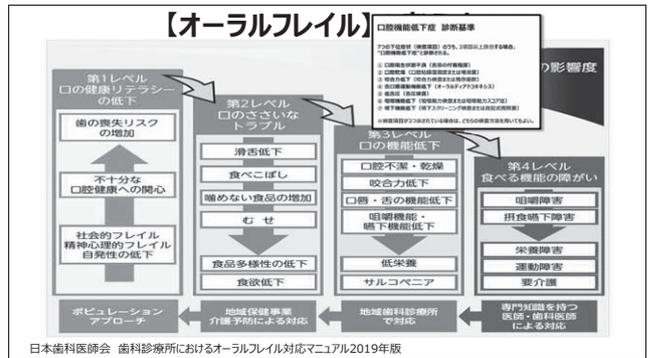
そこには幾つかのエビデンスを出してきた。今日、一個一個のエビデンスでこんな解析でしたよというのは言いませんけども、こういうエビデンス、根拠があって出してきた。やはり国民に向けて訴えかける時には、熱量と言葉も含めたデザインも必要だと思いますけど、その背後にある根拠も必要になってきます。そして地域の力、歯科のクリニックの先生方の力で、オーラルフレイルをどういうふうにも、治療だけではなくてエデュケーションをして戻せるのかも一応検証してきました（図表 4）。しかしこれはゴールではなくて、これが国民に訴えるベースのコンセプトというか、エビデンスである。そして、日本歯科医師会の先生方とずっと二人三脚を組んで、今ここまでたどり着いて、こういう概念図も作ってきて、オーラルフレイルのお隣には口腔機能低下症という、いわゆる保険病名的なものも世に出てきて、さあ、ある程度ラインナップがそろった、次の第2ステージをどうやって呼吸合わせ

をしてやっていけるのかということかなと思います（図表 5）。

図表 4



図表 5



そこで、ちょっとこれからの2枚のスライドで、僕自身、フレイルをぐいぐいと推進する役目として、そしてオーラルフレイルも一緒に推進する立場として、これだけ7年、8年近くたってきた、これを振り返ってという、ちょっと自分の足跡、世の中の足跡を見直してというスライドを2枚作りました。

まず1つ（図表 6）。エビデンスを蓄積はある程度してきている。これは大元のフレイルも、そしてオーラルフレイルも。認知度も、じわりじわりと着実にアップしてきている。ここに、ちょうど真ん中に書いてありますように、フレイルとオーラルフレイルというのがともに推進、一緒ということです。そして、オーラルフレイルのここ最近の動きで考えると、繰り返しになりますけども、日本歯科医師会の先生方、そして8020推進財団の方々と共に歩んでこれたんだ、だか

ら今があるんだと。そしてあと、保健事業と介護予防の一体的実施を作って、世の中に出すところにも私は関わらせていただきました。フレイル健診と通常言われている15問の質問票に2問、お口の要素も入れさせていただいている。そして、「骨太の方針」にも、フレイルどころかオーラルフレイルもちゃんと記載されて、ちゃんと国を挙げてやっていこうとなっているわけです。ニュースを見ますと、国民皆歯科健診の話題もたまに、ここ最近出てきています。これでどのくらい大きな流れをみんなで作っていきけるのかということかなと思います。

図表 6

【オーラルフレイル】 今までを振り返り、再考 ①
【1】 エビデンスの蓄積 認知度 着実な歩み <ul style="list-style-type: none"> ●「フレイル」と「オーラルフレイル」、ともに推進 <ul style="list-style-type: none"> ■多職種連携のなかで啓発したい ●オーラルフレイル：直近の動き <ul style="list-style-type: none"> ・日本歯科医師会様とともに二人三脚 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施：フレイル健診（15問） ・骨太の方針（経済財政運営と改革の基本方針2021）に記載 ・そして、、、国民皆歯科健診への検討開始：この流れでどう大きく変わる

今後の課題

あらためて考え直したい②として、今後のねらい、乗り越えるべき課題ということで、言い換えれば我々の新たな一歩であろうと（図表7）。一歩をどう踏み出すのかということかと思えます。我々は研究者であり医療関係者であり、何かを施す側なんですけども、やっぱりネクタイを外せば一市民に戻ります。一般の市民、国民の方々に、フレイル、オーラルフレイル、口腔機能低下症という景色がどのように見えているのかをあらためて考え直さなければ、恐らく第2ステージにスムーズに入れないのかと思えます。その意味では、国民に分かりやすいのかどうか。どのように伝えて、理解してもらうのか。ここにちょっと吹き出しが書いてありますけれども、「指導」より「納得」。とかく我々専門職種は、知恵がついていますから、目の前

の市民の方々に、こうしたほうがいいよ、ああしたほうがいいよ、同じタンパク質でもこうしたほうがいいよと言いますが、それが心の中にすんと、腑に落ちているのかどうか。なるほどね、へえ、そうなんだ、という気持ちになれているのかどうか。そういう意味では、明らかに、単なる指導をやっただけであって、その指導が、国民1人1人の納得までつながっていたかどうかは、あらためて考え直さなければなりません。

図表 7

【オーラルフレイル】 今までを振り返り、再考 ②
【2】 今後の狙い 乗り越えるべき課題 →“新たな一歩へ” <ul style="list-style-type: none"> …2つの言葉（オーラルフレイル、口腔機能低下症） <ul style="list-style-type: none"> ●国民に分かりやすい？ どう伝え、どう理解してもらうのか？ ●他の職種にも分かりやすい？ 「指導」より「納得！」 <ul style="list-style-type: none"> ■オーラルフレイルで多職種連携（特に医科歯科連携）を加速 ●日本発の概念を国内外に発信、全国民と全専門職へ ●どのように地に足付けた国民運動にしていくのか <ul style="list-style-type: none"> ■3学会合同で改めてステートメントを出したい！ <ul style="list-style-type: none"> 日本老年医学会 日本サルコペニア・フレイル学会 日本老年歯科医学会

そして、一方で、国民のためにでもあるのですが、他の職種、すなわち医師であり薬剤師さんであったり看護師さん、保健師さん、行政保健師さん、介護スタッフ、あとセラピストも含めて、みんながオーラルフレイルを理解しやすいのかどうか。明日以降の臨床業務とか多職種連携での会議の中で、ずっとオーラルフレイルという言葉の言いたくなるようなイメージをつかんでいらっしゃるのかどうかで考えると、自分自身、推進役のど真ん中としては、ちょっと、まだ不十分だったかなというところがあります。

日本からの発信

そして、下に書いてありますように、これは日本発の概念です。日本の国内にもメッセージを出してって、全国民に分かりやすくしていくべきですが、国際的にも、特にWHOに、なるほど、日本からこういう運動論が出てきたのかと、WHOの文書にもオーラル

ヘルスの重要性は書いてある。そこに、フロム・ジャパンということをどういふふうにならに認識してもらうのかも非常に重要であります。

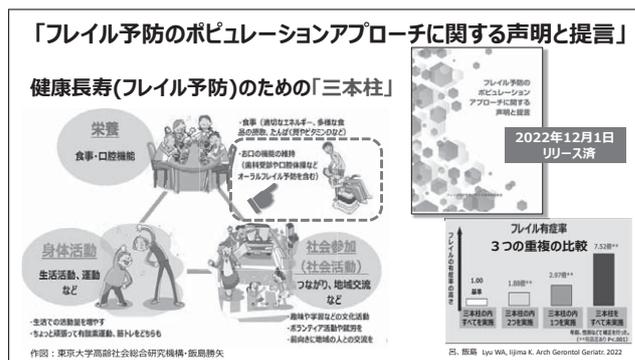
このような今までの7～8年を振り返って、第1ステージをどうにか突っ走ってきたけども、第2ステージをうまく乗っていかないと、第1ステージと全く同じことをやってしまうのではないかという危機感のもとに一歩踏み出したいのが、一番下に書いてある「どのように地に足付けた国民運動にしていくのか」、これは、フレイルとオーラルフレイルがパッケージであります、当然。お互いに、それぞれのエリアで頑張ろうねという話ではないのです。そこで、取りあえずアカデミアからもちゃんと、これでいきましょうよというのを出そうということで、この半年間やってきたけども、もう半年ぐらいかかりそうである。3学会合同のステートメント、日本老年医学会、日本サルコペニア・フレイル学会、日本老年歯科医学会など当然、関係する学会はもっといっぱいあります。もっと、十幾つ、15ぐらいあるのかもしれない。ですけども、この3学会が意識を合わせて、腹をくくって責任を取る、俺たちが日本をちゃんと引っ張っていくところじゃないかなと思います。

フレイル予防の提言

そこで、つい最近、10日前、『フレイル予防のポピュレーションアプローチに関する声明と提言』を、有識者15人ぐらい集めまして、12月1日にリリースしました(図表8)。検索していただくとヒットしてきます。これは、当然、ハイリスクへのアプローチも当然重要ですけども、フレイルそしてオーラルフレイルを知ってもらい、普通の会話に出してもらって初めて意味があります。他の職種も、例えば薬局のカウンター越しであっても、「ちゃんと食事食べられているの?」「お薬によってかもしれないけども、お口、乾いちゃっているかもしれないね」という会話をずっとやっていけるようにしたい。すなわち、歯科の分野の先生方だけではなくて、いろんな専門職種がみんなオーラルフ

レイルを知り、みんな独自の世界の中でオーラルフレイルという言葉を使っていて、大元のフレイルも使っていて、とにかくみんなに知ってもらおう、そして前向きな気持ちになっていただこうということで、これを出したわけであります。

図表 8



そこで、この声明と提言の中に行動指針を作っております。行動指針は、例えば、タンパク質だ、運動だ、社会参加とありますが、どういう根拠のもとにその方向性が打ち立てられているのか。これは、決して医療関係者が医療関係者のために作ったものではなく、産業界の方々でも自治体行政の方でも、同じ運動習慣を持とうとか、タンパク質をしっかり採ろうというところに根拠立てたものがあるのであり、それをちゃんと踏まえた上でうまく、もっともっと啓発してくださいということでやっております。

フレイル予防の3本柱

そのフレイル予防の3本柱は、栄養、運動、社会参加ですが、この栄養の中に、食事とオーラルフレイルが入っている。しかも、この3本柱を、3つともナチュラルに生活に溶け込んでいる方と、生活に溶け込んでいない方がいらっしゃる。これを調べてみると、フレイルのリスクが約7.5倍違うことも我々の研究で分かってきたのであります。すなわち、同じ生活ならば、理にかなった根拠のある話を、情報を伝える側、それが行政であれ産業界がそこを踏まえて、あらためて

しっかりした情報提供をし、国民の方々も、なるほどねということ、一工夫、二工夫していただきたいと出されてあります。

そこで、このオーラルフレイルが、まだまだちょっと難しい概念、考え方じゃないかと思えちゃってしょうがない。だから、よりシンプルにしようじゃないか。100%のことを言えないかもしれないが、とにかく国民のみんなが、専門職種以外のメンバーが、そして産業界も、オーラルフレイルってこの5つの要素が入っているよと覚えていただきたいんです（図表9）。

図表9

オーラルフレイル 新5項目（案）		現時点での仮案で恐縮です
国民啓発・医科歯科連携を推進すべく、オーラルフレイルを「さいさいな口腔機能の衰えの重複」と再定義、主観評価法を提案		
概念	評価方法・基準値	リサーチクエッション オーラルフレイルの 状態が知りたい？ 歯のつらさと 関連するの？ 質問案で行きたい。 しかし、実測も簡便 なで普及させたい
 歯科・口腔状態 残存歯数の低下	自身の歯が何本残っていますか 残存歯数で評価 20未満	
 咀嚼困難感	半年前に比べて固いものが 食べにくくなりましたか はい	
 嚥下困難感	お茶や汁物等で むせることがありますか はい	
 口腔乾燥感	口の渇きが 気になりますか はい	
 滑舌低下（口腔巧緻性）	オーラルディクテーション /ta/音で評価 6.0（回/秒）未満 ※主観評価の代替	

5つの要素

図表の真ん中に書いてありますが、まさに仮の案ですからお許しいただきたいところですが、まず、歯の数20本とありますが、これは8020だからではなくて、専門職種がチェックしてあげましょうということになって、国民自身が自分の歯の数を今、知っておいたほうが良いということです。クリニックで抜歯されたからではなくて、「今、私は何本なんですか、先生」ということを常に知っているべきです。そして、噛みごたえのあるものが厳しい、嚥下（えんげ）、飲み込みが厳しい、ちょっと「あれ？」という、むせが増えてきたなと思いはじめてきた、そしてお口の乾きも気になる。そして、ぜひとも滑舌を入れたい、この5つの要素。右下に書いてありますがけれども、より多くの専門職種に、「ああ、この5つだったら覚えられるよ。カウンター越しでお薬渡ししながらでも言えるよ、会話

の中に盛り込めるもの」というふうにしていただきたい。そこには、測定ありきになっちゃうと、なかなかハードルがぐんと高くなるので、測定ありきではなくて、なるべくこの5つの要素を5つの質問だけで、1個の質問の全部語尾まで覚えなくても、5つのキーワードだけ覚えて、さり気なく通常の会話の中で、「どう？不安がない？」というふうにやっていただきたい。

しかし、この滑舌というのは、僕も歯科の先生方といろいろ研究してきて、非常に簡単に評価、測定ができます。まず5つの質問で覚えていただきたいですが、でも実測値はそんなにハードルは高くない。だから、チャンスがあれば、積極的に滑舌だけは測定してほしいんだというモードに持っていきたいわけです。

そこで、これからのスライドは、研究者が論文投稿する時によく作るスライドなので、これは1個1個見てほしいということではなくて、この5つのセットも、根拠がなければ、やっぱり第三者にメッセージを伝えられないわけです。だから、ちゃんと根拠があって国民の方にお伝えしたいというところだけをスライドにしてあります（図表10～13）。これは細かく説明しません。5つの要素ともいろいろ、フレイルであったり、あとフレイルに新しくなっていってしまう、全身のフレイルに新しくなっていってしまうということにも、有意差が出てくることも確認し、この5つの要素がゼロよりは1個、1個よりは2個、2個よりは3個と積み重なる、状態の積み重ねでリスクがどんどん高くなることも確認し、そこにどこからリスクが高くなるのかは、5つの要素のうちの2つ以上満たしていれば、もう統計的に有意にリスクが高くなるという結果になってきます。

図表 10

新5項目の各項目の該当率、フレイル有症率、新規発症率との関連

	フレイルに対する横断解析			フレイル新規発症に対する縦断解析 ¹⁾		
	N	該当率 (%)	粗オッズ比 (95%信頼区間)	N	発症者数 (%)	粗ハザード比 (95%信頼区間)
全体	2031	204 (10.0)		1419	274 (19.3)	
オーラルフレイル新5項目						
咀嚼困難感	321	70 (21.8)	3.28 (2.39-4.51) ²⁾	199	56 (28.1)	1.76 (1.31-2.36) ³⁾
嚥下困難感	392	67 (17.1)	2.26 (1.65-3.10) ²⁾	263	74 (28.1)	1.78 (1.36-2.32) ³⁾
口腔乾燥感	563	90 (16.0)	2.26 (1.68-3.04) ²⁾	383	105 (27.4)	1.90 (1.49-2.42) ³⁾
残存歯数 (20歳未満)	646	96 (14.9)	2.06 (1.54-2.77) ²⁾	419	90 (21.5)	1.41 (1.10-1.82) ³⁾
低咬舌 (7回/食、<6回/日)	809	118 (14.6)	2.26 (1.68-3.03) ²⁾	522	122 (23.4)	1.54 (1.22-1.96) ³⁾

¹⁾ P < .050
²⁾ ヘルスインテグリティのフレイル該当者、追跡調査全対象者(n=6)を除く
³⁾ オッズ比/ハザード比、95%信頼区間は次のヘルスインテグリティの要因で調整: 年齢、性別、Body mass index、教育年数、居住形態 (独居/同居)、経済状況、MMSE得点、運動習慣、食事摂取多様性スコア、飲酒習慣、喫煙習慣、薬物の利用、慢性疾患
 東京大学・田中友規、飯島勝矢、他 (論文準備中)

そして、要介護認定、新しくなってしまうとか、あとは、いろんな理由であったでしょう。なくなっちゃうということが、この5つの要素のうちの2つ以上該当している人と、2つを満たさない方では、この7~8年間の経過で、だいぶ有意差があって違うと分かってきた。もっといけば、オーラルフレイル、今の5つの要素、2つ以上満たしたオーラルフレイルという要素と、あと全身のフレイルの併存、いわゆるフレイルのありなし、オーラルフレイルのありなしを掛け算して4つのグループに分けてみると、やはりオーラルフレイルを持っているだけでも有意で、この新規の要介護とか死亡は高くなってくるんだけど、両方持っているのと、もっと高く、リスクが高くなってくる。

図表 11

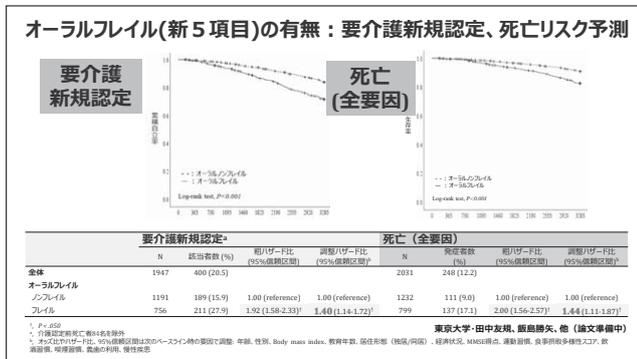
新5項目の重複数、フレイルの有症率、新規発症率との関連

	フレイルに対する横断解析			フレイル新規発症に対する縦断解析 ¹⁾		
	N	該当率 (%)	粗オッズ比 (95%信頼区間)	N	発症者数 (%)	粗ハザード比 (95%信頼区間)
全体	2031	204 (10.0)		1419	274 (19.3)	
新5項目該当項目数						
0	554	23 (4.2)	1.00 (reference)	405	48 (11.9)	1.00 (reference)
1	678	43 (6.3)	1.56 (0.85-2.63)	502	92 (18.3)	1.74 (1.23-2.47) ²⁾
2	471	60 (12.7)	3.37 (2.05-5.54) ²⁾	320	74 (23.1)	2.44 (1.70-3.51) ³⁾
3	221	42 (19.0)	5.42 (2.88-9.23) ²⁾	136	39 (28.7)	3.43 (2.25-5.23) ³⁾
4	87	28 (32.2)	11.0 (5.93-20.2) ²⁾	44	15 (34.1)	3.70 (2.07-6.61) ³⁾
5	20	8 (40.0)	15.4 (5.74-41.3) ²⁾	12	6 (50.0)	5.67 (2.43-13.3) ³⁾
オーラルフレイル						
フレイル	1232	66 (5.4)	1.00 (reference)	907	140 (15.4)	1.00 (reference)
フレイル	799	138 (17.3)	3.69 (2.71-5.02) ²⁾	512	134 (26.2)	2.06 (1.63-2.62) ³⁾

¹⁾ P < .050
²⁾ ヘルスインテグリティのフレイル該当者、追跡調査全対象者(n=6)を除く
³⁾ オッズ比/ハザード比、95%信頼区間は次のヘルスインテグリティの要因で調整: 年齢、性別、Body mass index、教育年数、居住形態 (独居/同居)、経済状況、MMSE得点、運動習慣、食事摂取多様性スコア、飲酒習慣、喫煙習慣、薬物の利用、慢性疾患
 東京大学・田中友規、飯島勝矢、他 (論文準備中)

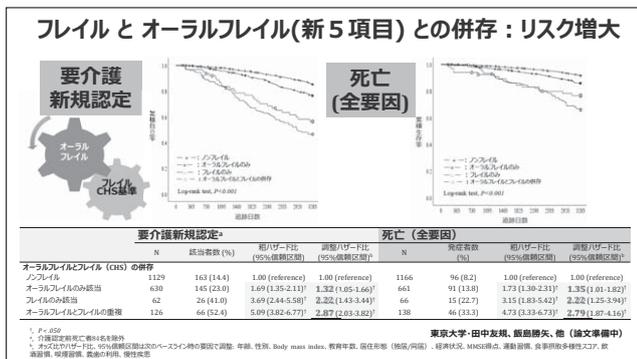
これは近々論文投稿しますけれども、これを国民に伝えたいのではなくて、このエッセンスをどのように、なるほどねって理解してもらうのかが一番必要である。すなわち、論文を出したから国民が気付くものではないのです。論文を出して根拠がある話だと最低限担保した上で、このエッセンスをいかに分かりやすく国民の方々に、「えっ、怖くない? だったら今日、夕方からちょっと気を付けよう」という気持ちになれるか。そして他の、歯科の先生、老年医学の医者だけではなく、全部の職種がこの分かりやすいメッセージを、普段の活動の中で盛り込んでいけるように、を目指したいわけでありませう。

図表 12

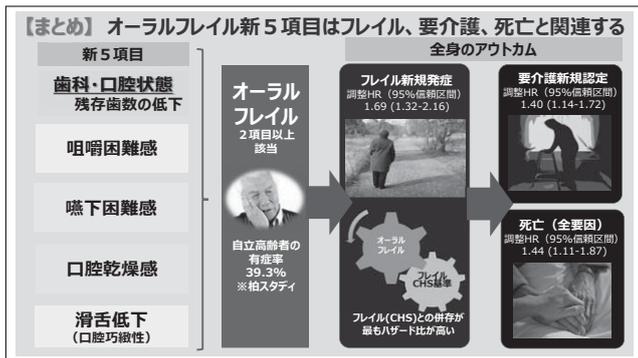


今のエビデンスというか、これから論文投稿の予定ですがけれども、この5つの要素で出したものがこれになります (図表 14)。細かくは、このリスクのハザード比は、まだまだこんなところで覚えておいていただく必要ないわけですがけれども、このオーラルフレイルという考え方と全身のフレイルはセットであり、つながっていて、別々に活動していくものではないということです。

図表 13



図表 14



フレイルサポーターについて

そこで最後に、全国の地域のお元気なシニアの方々にフレイルサポーターという伝道師になっていただいて、しかも単に伝える役というだけではなくて、高齢者同士だけで、わいわいと、フレイル、オーラルフレイルを普及し、一緒に気づき合って、考え合って、前向きに何かやっっていこう、究極の自助、互助のおニュー版をぜひともつくってほしいということで、今、全国93、つい、きのう、おとといで96自治体が導入となつてまいりました（図表 15）。

図表 15



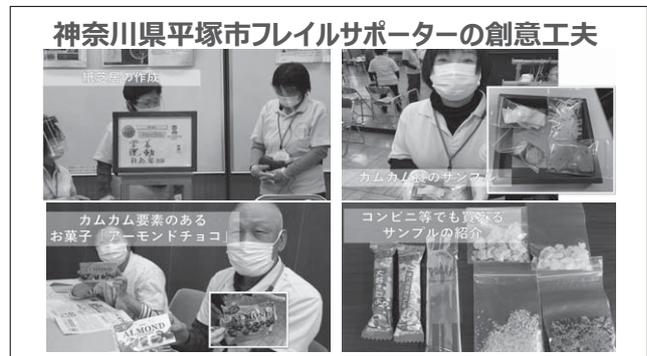
その1つの事例、神奈川県平塚市では、フレイル予防の栄養、運動、社会参加、3つとも、これは栄養だけを頑張ろう、運動だけを頑張ろうということではなく、しかも、タンパク質をしっかりとまた盛り込んだよとか、運動習慣というもう一回り強く強調しましたよということではなくて、何を食べるのかも重要です

が、誰と一緒に食べているのか。今日、何千歩歩いた、もう2,000歩歩いたよねということも重要なかもしれないですが、誰と今日歩けたのが重要なのであるという、このいわゆる三位一体的なものの中に、それを強調しながら、さらにオーラルフレイルを強調して、しかも単に専門職種が何かの指導をするのではなくて、彼ら住民同士だけで台所からかみごたえのあるものを小さなビニール袋に入れてきて、みんなでグループワークをやりながら、このぐらいのかみごたえのあるものは入れなければならないんだ、忘れちゃっていたんじゃないの？ということを感じ取りながら、この介入をいろいろやってきているわけです。そうしますと、明らかに意識の異変が起きてくるのが2群比較で分かってまいりました（図表 16、17）。

図表 16



図表 17



すなわち、指導ではなくて納得の域に入ったからだと思っています。彼ら自身、我々東京大学の命令で動

いているわけではなくて、いろいろなおやつとかを自宅から持ってきて、こういうふうにと紙芝居作ったり、みんなで手触りでやっているわけです。ここら辺を、どんどん広げていきたいなと思っています。

オーラルフレイルから目指すもの

まとめ（図表 18）に入りますけれども、オーラルフレイルから目指したい方向性ということで、まず一つは国民にいかにかかりやすい指標とイメージアップ、そして、より多くの国民に知ってもらうために、歯科以外の他の専門職種が納得するというのを、このオーラルフレイルに対してしてもらわなければ広まらない。特に医科歯科連携を推進するために必要であり、3学会合同のステートメントを、できれば来春ぐらいに国内外に出したいわけです。

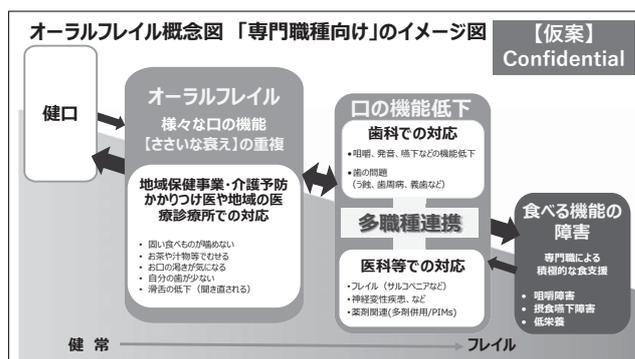
図表 18

【オーラルフレイル】から目指したい方向性

1. 国民に向けて：
～分かりやすい指標とイメージ～
2. 多職種連携（特に医科歯科連携）を推進：
～歯科以外の専門職にも興味を持ってもらう～
3. 今、3学会合同ステートメント作成中：
～国内外へ発信～
 - 日本老年医学会
 - 日本サルコペニア・フレイル学会
 - 日本老年歯科医学会

そこでちょっと、仮の案（図表 19）で申し訳ないんですが、右肩下がりのイメージ図で、比較的ささいなお口の衰えをもともと強調していたわけなので、それを特に変えることなくオーラルフレイルを位置付けて、その次に、口腔機能低下症という病名もあるんですけども、この左から3番目ですね、歯科の先生方と医科も含めた多職種がいかにこのフレイル、オーラルフレイルでもっとキャッチボールができるようにする。これが、絵に描いた餅で終わるのか、地に足を着けた活動に落とし込めるのかは、もしかしたら我々のデザイン次第なのかもしれません。

図表 19



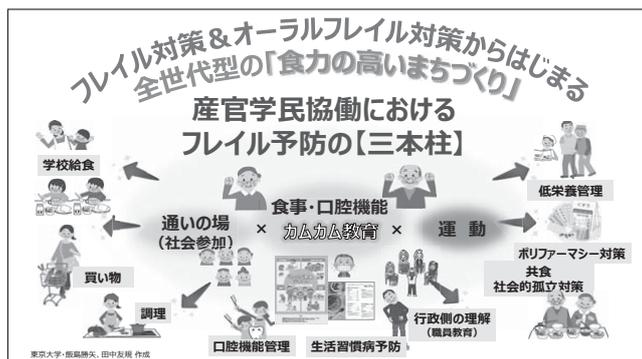
もう一つ、国民により分かりやすいようにということで、これも仮の案（図表 20）というか、センスがいいか悪いか、ちょっと分からないので、まだこれからブラッシュアップしていきますけれども、とにかく知ってもらってなんぼである。これを歯科の先生方のクリニックで、待合室で貼ってあるのも、ある意味当たり前ですが、内科のクリニックでこれをいかに貼ってもらって、セラピストのいろいろな活動のチラシにも入れてもらって、みんなで気付き合おうじゃないかというムードアップができればと思っています。

図表 20



最後でございます（図表 21）。フレイル対策、オーラルフレイル対策から始まる、全世代型の食力の高いまちづくりということで、フレイル、オーラルフレイルは、基本的に医学の世界だけで闘っていく話ではなくて、まちづくりそのものであることを強調して終わりたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

図表 21



■講演者プロフィール

1990年 東京慈恵会医科大学卒業、千葉大学医学部附属病院循環器内科入局、東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座助手同講師、米国スタンフォード大学医学部研究員を経て

2016年 東京大学高齢社会総合研究機構教授

2020年 東京大学高齢社会総合研究機構機構長、未来ビジョン研究センター教授



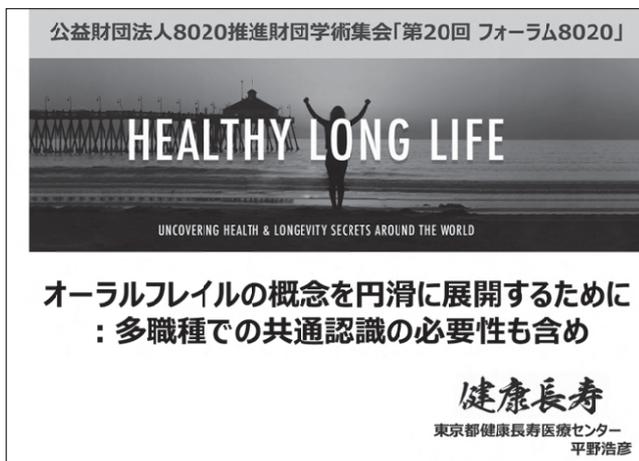
オーラルフレイルの概念を円滑に展開するために：多職種での共通認識の必要性も含め

東京都健康長寿医療センター歯科口腔外科部長・研究所研究部長
平野 浩彦

オーラルフレイルをめぐる定義

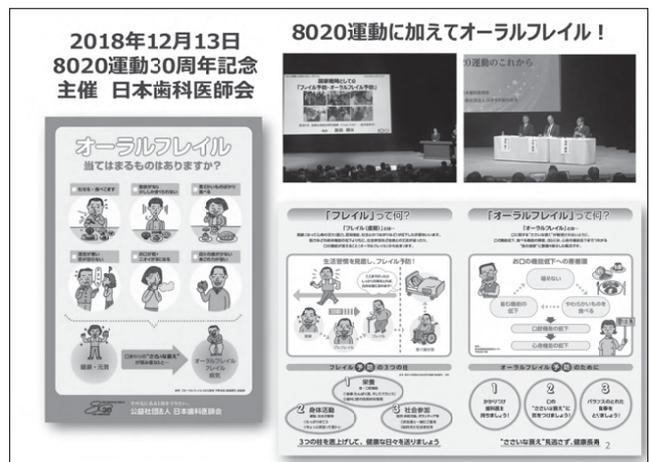
今までしっかりと、1枚ずつ丁寧にというご講演だったのですが、私のはかなり枚数が多いので、皆さま方の頭の中で、こんなイメージかと留めておいていただければありがたいと思います（図表1）。

図表 1

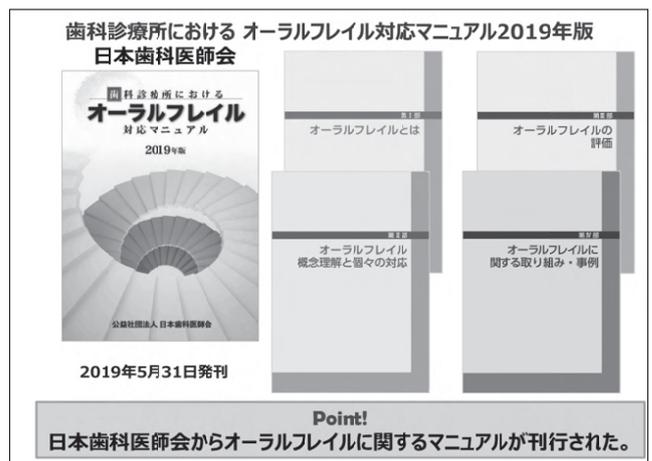


8020 運動から始まったこのオーラルフレイルですが、30 周年記念のところで、8020 運動に加えてオーラルフレイルがここに出てございます（図表 2）。これを受けて、冒頭の佐藤先生のごあいさつにありましたように、2019 年に『歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル』を出しました（図表 3）。しっかり、オーラルフレイルとはなんぞやが、ここに書き込まれたわけです。

図表 2

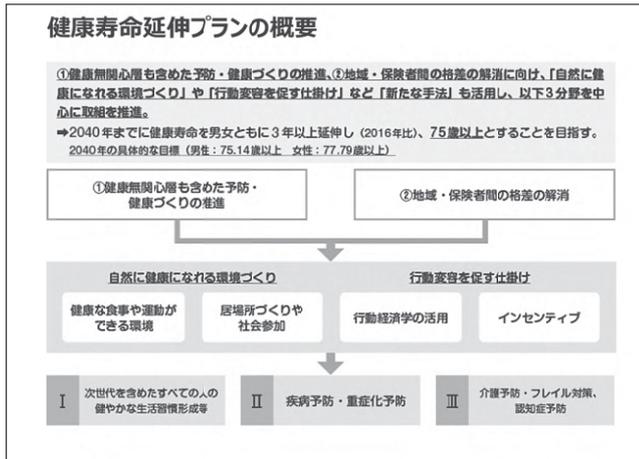


図表 3

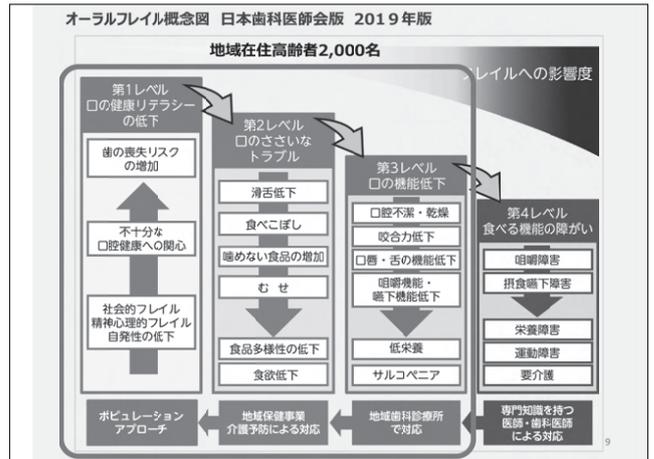


この中に定義も書いてあります。いろいろ国の政策も動いてきたのですが、高齢者の健康状態の特性というところでフレイルの三角形が出ていますけれども、こ

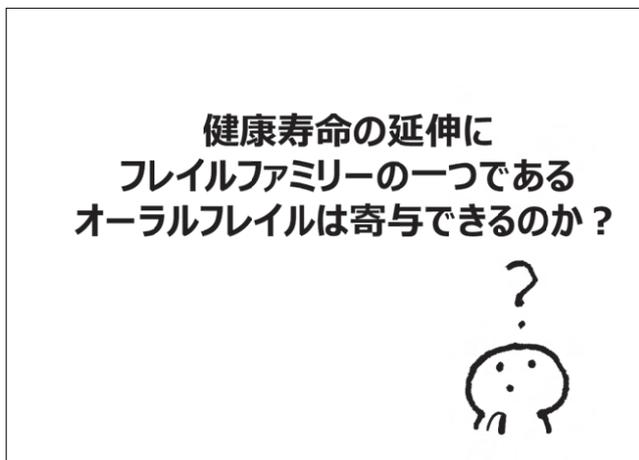
図表 6



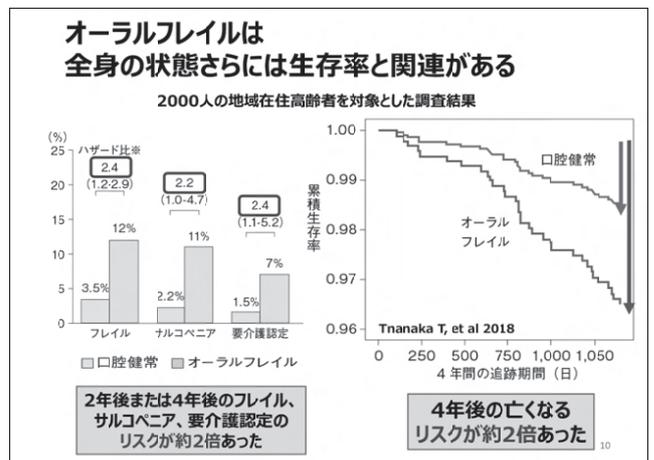
図表 9



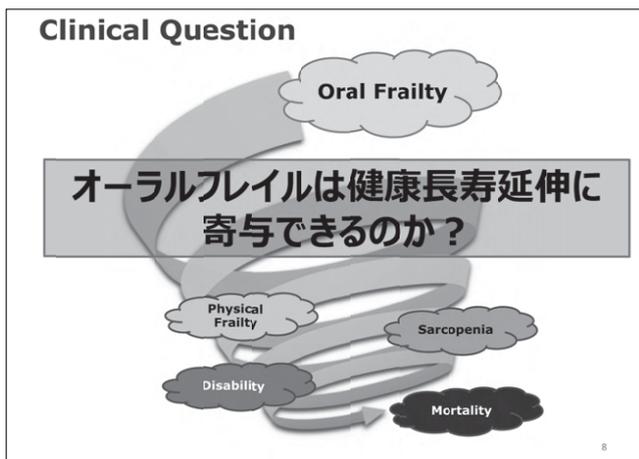
図表 7



図表 10



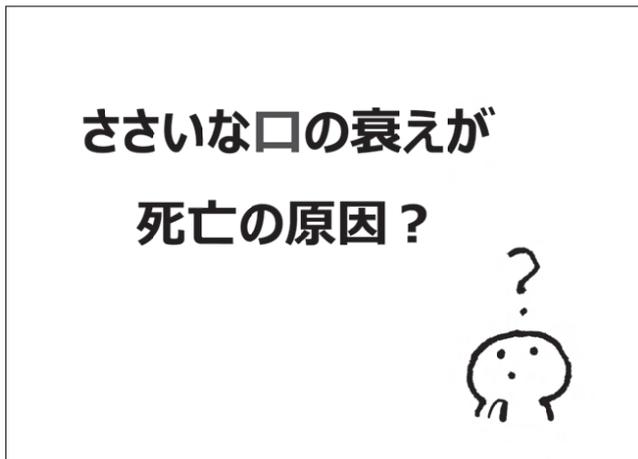
図表 8



ささいな口の衰えが死につながる

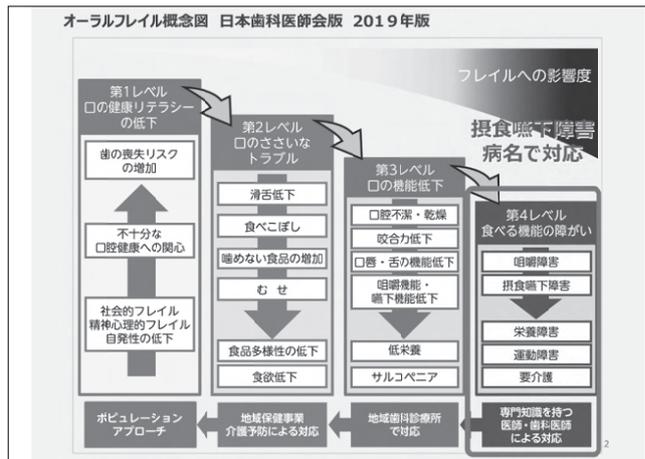
ただ、ここで質問をよく受けます。先生、ささいな口の衰えが、なんで死の原因なの？と（図表 11）。こら辺をしっかりと説明していくのが大切で、これが共通言語につながっていく。なんの共通言語、国民の皆さま方もそうですし、多職種の方々ともそうだと思います。

図表 11

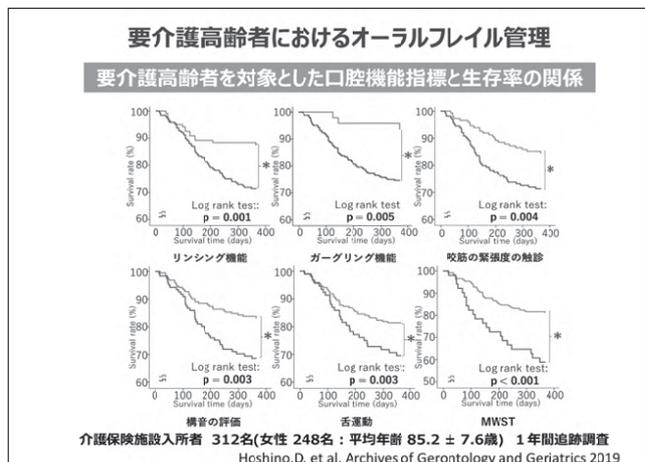


このオーラルフレイルの概念図（図表 12）ですけれども、この一番右のところには障害の部分、いわゆる摂食嚥下障害に該当するところですが、誰も亡くなる時、このプロセスを多くの方が通っていくことが多いので、ちょっとここに虫眼鏡を当てて、どういう状況になっているのかをチェックしました。地域のさまざまな施設がありますが、特にナーシングホームの方 312 名を 1 年間追跡し、何を見たか。オーラルフレイルに関連する口腔機能に関して非常によく維持されている方と、残念ながらちょっと落ちている方。要は、オーラルフレイルの有無で要介護高齢者の方々のサバイブレートを見てみました。リンスング、ガーグリング、しっかりとかめているかという咬筋（こうきん）の緊張度でございませけれども、上が非常にキープできている方、下が残念ながらなかなかリンスングができない方を見てみると、口の機能が落ちている方は、わずか 1 年後、これだけサバイブレートが違う。平たく言うと亡くなっていくということです。これは、構音、舌圧、嚥下を調べても、やはり我々が肌感で感じていることが結果としてしっかり出ていることが得られたわけです。これは要介護の方々です（図表 13）。

図表 12



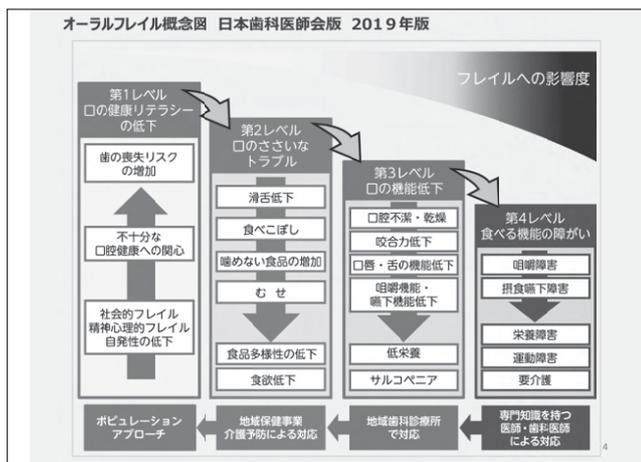
図表 13



オーラルフレイルの概念

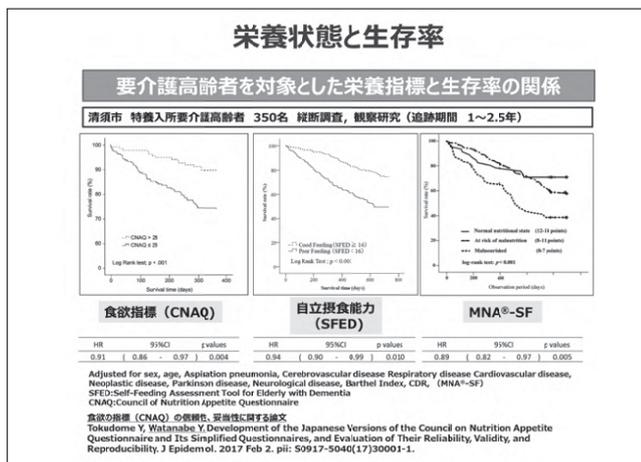
このオーラルフレイルの概念図を見ますと、非常に多くの栄養というファクターが入っています。口の機能のささいな衰えが進んでいくと、下段にある多様性の低下、食欲の低下、低栄養、サルコペニア、栄養障害というように口のトラブルが栄養そして全身というパスウェイで説明をされているわけです（図表 14）。

図表 14



そこで、この栄養状態と生存を要介護の方々でチェックしました。さまざまな施設で1年から2.5年、350名の追跡をやりましたが、例えば食欲が、その生命予後に関係します。やはり食欲のない方は、有意に亡くなってしまいます。逆に、食事の自立度という指標がありますが、それで見てもこのように落ちるわけです(図表 15)。

図表 15

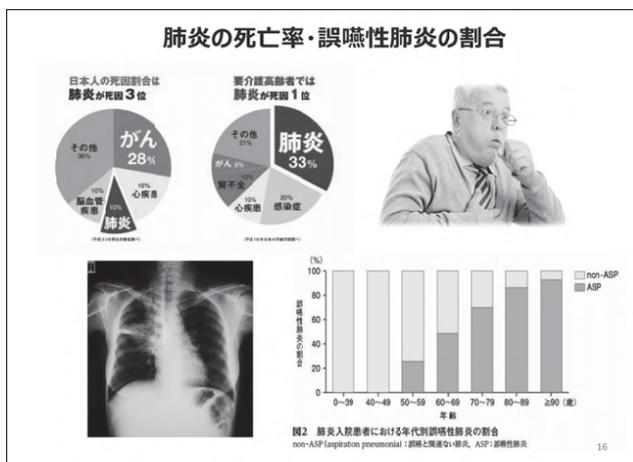


今度は、MNA-SF という非常に有名な、栄養の指標の1つですが、栄養の状態が落ちると、当たり前ですが亡くなっています。食欲そして食事の自立、さらにその結果で栄養が悪くなるのが、要介護の状態の方々ではサバイブプレートに非常に有意に効いてくるこ

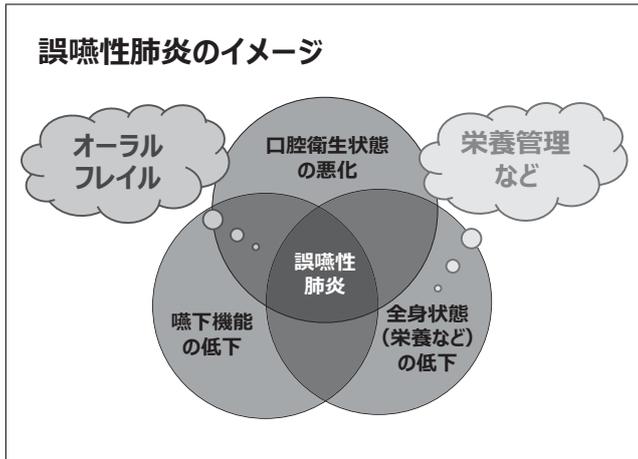
とになります。

では、そのところで亡くなる、さまざまな、天寿を全うされるパターンがありますが、やはり要介護の方々で一番多いのは、やはりこの肺炎、特に右下のASP、aspiration pneumoniaですね。嚥下性肺炎、誤嚥性肺炎と呼ばれるものです(図表 16)。嚥下性肺炎、誤嚥性肺炎のイメージといいますと、やはり機能が落ちる。この処理が悪くなるので、気道感染、肺のほうにさまざまな細菌が入っていくということです。口腔衛生の状態が悪くなる。さらに、ご自分の身体状況が悪い、この三重奏を持って肺炎の非常にリスクが高まるというところで、やはりこのオールフレイルと、いろんなファクターが関与しますが、栄養が特に密接な関係があるだろうというのは、誰しもご理解いただいていると思います(図表 17)。

図表 16



図表 17



患者の実例より

これは実際のうちの患者さんの例で（図表 18）、非常にこういう方が今、増えています。うちは急性期病院で 500 床の病院ですが、高齢診療科包括支援というのがあり、そこにはこういった方々が非常に多く入院されます。既往歴を見てみると、高血圧や脳卒中、パーキンソンとか、身体機能もどんどん落としていくような疾患はこの方はありませんでした。入退院を繰り返していて気道感染がある、肺炎を起こしますから、禁食になるわけです。抗生、抗菌薬等を入れて、炎症マーカーが下がり、肺の像もだんだんよくなってきた。

図表 18

症例
89歳 男性

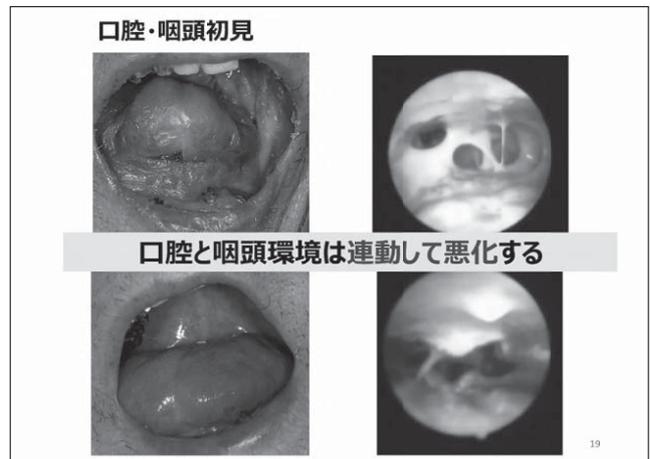


当センター総合内科入院患者
 入院主訴：血中酸素飽和濃度低下：SpO2（肺炎疑い）
 現病歴：入院前食事は常食を摂取。入院日-5日より嚔鳴、入院日当日SpO2 88%と低下、痰がらみ着名。訪問医採血結果炎症マーカー高値（WBC:20900, CRP:16.8）のため肺炎疑いにて当センター救急搬送され即日入院。
 既往歴：高血圧。
 入院後経過：Sulbactam/Ampicillin:ユナシン3g/12hr（入院病日8日より Ceftriaxone [CTRX] ロセフィン1g/12hr、9病日よりSulbactam / Cefoperazone [SBT/CPZ] スルベラゾン1g/12hr）肺炎症状消失炎症マーカー陰性化。
 ◆入院病日5日に歯科口腔外科口腔衛生管理、摂食嚥下機能評価依頼
 食事：食止め BMI:14.5 (BW: 32.8Kg)
 IVH：ビーフリード500ml、ソルチム3AG

そこで始まるのが、経口摂取をどうするかということで依頼がかかるわけです。ちょっと先生、見てくれないかとのことで、カルテを読み込むわけです。「うん？ 入院前は常食？ ご家族と一緒になんだ。」とのことで、結構、骨格もいいのかな、だったら戻れるかなと考えるわけです。しかしベッドサイドを訪れると、この方が入院前に常食？と思います。入院してから約2週間たっていますが、こういう方が非常に多いわけです。

この方のお口の状態は、2週間禁食になっていますと、このような状況になっています（図表 19）。非常に口の中が乾燥してしまって唾液が出るチャンスがないので、痂皮（かひ）で覆われてしまいます。ここまでいってしまうと、1日大体3回ぐらいの口腔衛生管理が必要になってきます。

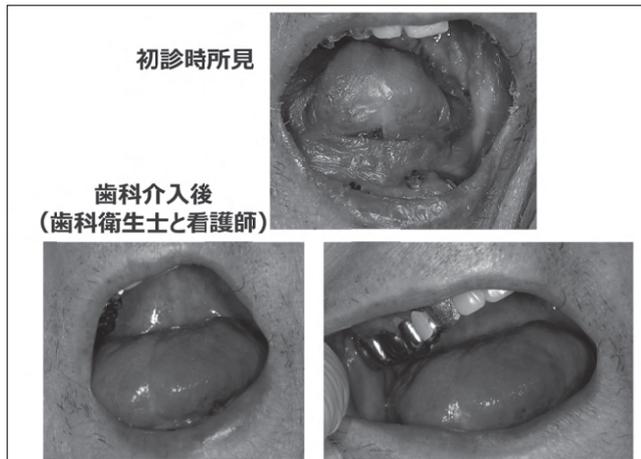
図表 19



これは口だけではありません。実際に喉を見てみると、嚥下内視鏡検査で、実際に食事がいけるかを我々は検査しますが、このような状況です。べったり粘稠痰（ねんちょうたん）が付いています（図表 20）。うちの看護師が頑張って、吸引で引こうとしますが、これだけ粘稠なものは引けないです。ちょっと言葉は悪いですがけれども、ご本人にとっては、もう拷問にしかすぎないです。でも、やはりゴロゴロしてしまうので、看護師はそこで内視鏡を見ているわけじゃないので、

苦しそう、やっぱり吸痰しなきゃとやってやるわけです。ここのところにべったり付いています。この奥に声帯が見える、これが喉頭蓋ですが、このような状況になっています。

図表 20



そこで、うちの歯科衛生士さんと病棟の看護師さんがコラボして口腔衛生管理を行うと、これは皆さま方には釈迦に説法ですが、即時にここまで戻せます（図表 20）。

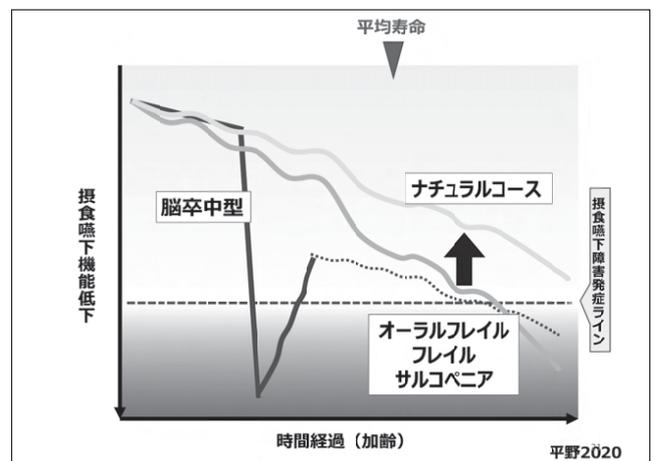
ここまで戻す方法は今日のテーマではないのですが、口が変わるとどうなるかという、喉も変わります。これがやった直後の喉ですが、ご自分でだんだん痰のゴロゴロが、非常な粘稠痰から結構粘稠度が下がってきて、ご自分で喀出できます。そうすると、さっき痰で覆われていた状態だったのが、声帯が見えて喉頭蓋も見えてくるという状態になります。いいか悪いかというとまだまだ駄目ですが、ここまでいけたら、うちの看護師も、吸引が結構楽になり、ご自分も出せるようになる。実は声も出るようになります。

オーラルフレイルという、健康からオーラルフレイル、口腔機能の低下症そして摂食嚥下障害というところ、口を変えたとんでもなく良くなると言いたいわけはありませんが、少なくともここの咽頭部、喉頭にも当然、影響はあるということです。

早期の介入が必要である

今のイメージをちょっとまとめてみました（図表 21）。こういうふうにとんとんと下にいくと、摂食嚥下機能が下がるといって、この波線を超えたと、この障害が顕在化します。この障害は脳卒中型で広がってきたものです。要は、健常にお暮らしになって、ここで脳卒中の発作が起り、救命されリハビリテーションし、ここからは恐らく加齢変化です。もっとリハビリテーションでここまで戻れば先送りになったかもしれませんが、ここまでいきますと、やはりもう一回摂食嚥下障害が出るかもしれないということです。先ほどの方はこういうパターンではなかったわけです。入退院を繰り返す、入院前はご家族と常食と書いてありましたが、多少加工は必要だったにしても、なんとか召し上がっていた。けれども、入院を契機に、先ほど田中先生のお話もあったように、バンと落ちるのです。最後のひと押しです。そうしますと、あの状態になる。その背景にあるのは、廃用という言葉で丸めるのではなくて、やはりサルコペニア、フレイル、そしてオーラルフレイルがあると思います。

図表 21



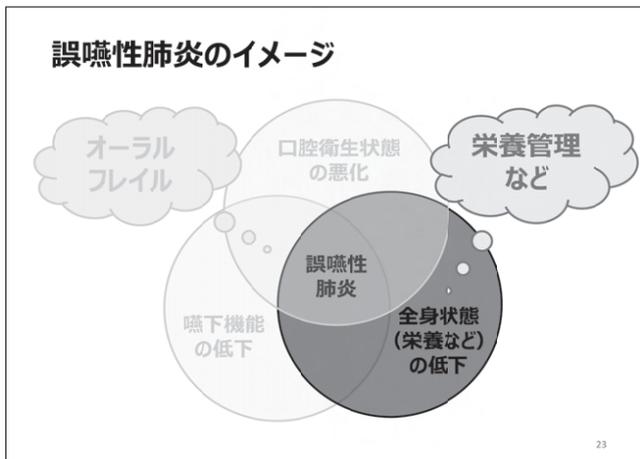
でも、この方の本来の加齢変化、ナチュラルコースは、ここでは恐らくないと思います。もっと上のところにあったはずですが、でも、我々は、これはあまり意識しなかったのです。なぜ意識しないかという、前

は平均寿命がここであったらば、このオーラルフレイルのフレイル、サルコペニアで落ちたパターンと、本来のナチュラルコースの老化は避けられませんので、ここの差は顕在化しないのです、課題として。でも、寿命がこれだけ延びてくれば、その差は歴然として大きな機能の差として出てきてしまう。そこをしっかりと上げてさしあげなければいけない。早期から介入しなければいけないということで、オーラルフレイルという概念が入ってきたと私は理解しております。

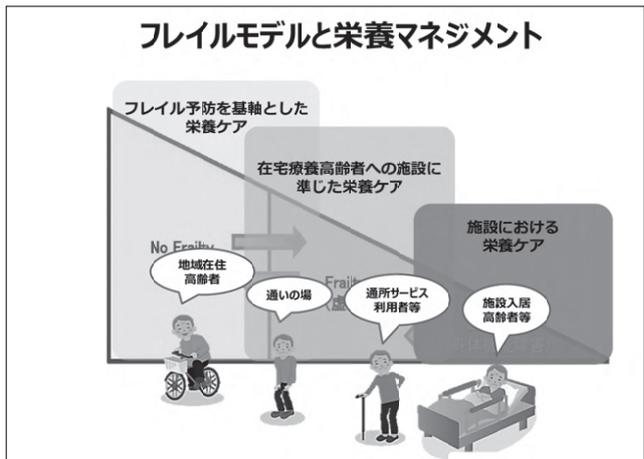
栄養士との協働

この嚥下性肺炎の三重奏のところで、栄養とのコラボは、非常に重要だと思っております（図表 22）。私の履歴を見ていただくと、私の管轄しているのは研究所でもありますが、テーマとして以前管轄していたのは、口腔保健と栄養グループということで、随分栄養の調査、ないしは治験も出ささせていただきました。飯島先生のところからいただいた、3つの柱でいくところの、この栄養のところ、管理栄養士さん方、栄養のグループもこのフレイルモデルを参考に、栄養マネジメントを展開しています（図表 23）。このような展開、そして、場としてはこういう場を考えて、ここいかに共通言語を持ってオーラルフレイルと一緒にプロモーションをかけるかが、とても私は重要だと思っております。

図表 22

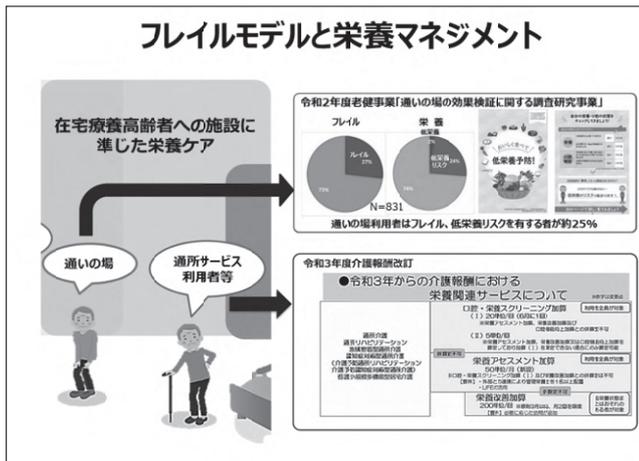


図表 23



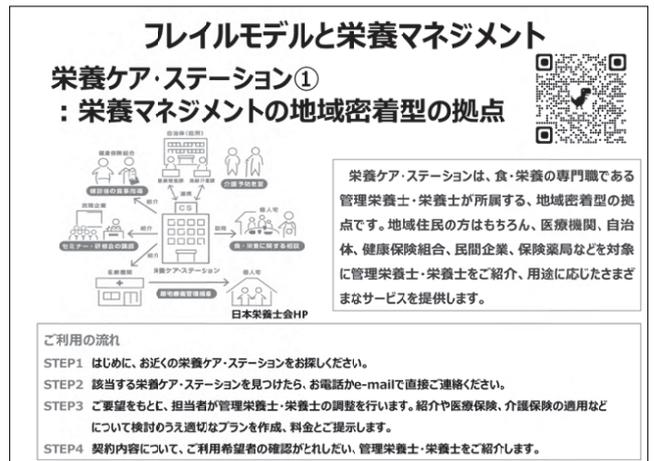
ここには栄養が色濃く書かれているわけですが、場としては、一番下段のところ、このような場が設けられているわけです。繰り返しになりますけれども、介護の場面、それから口腔機能低下症の場面、摂食嚥下機能障害というような一番右の場面というようなこともあるでしょう。やはりこのフレイルモデルと非常に我々のオーラルフレイルの概念が近いので、栄養の専門職とは本当に一緒に共に歩んでいかなければいけないということで、先ほどご案内がありましたけれども、通いの場ですね。この部分の調査も、うちの管理栄養士のグループが全国600人ぐらい、800人ですか、やらせていただいて、これは老健事業のほうでデータとして出して、実は結構リスクの高い方が多く、具体的にはこういうふうなプロモーションが必要だということで、通いの場でのリーフレットを作らせていただいたり、先ほど古元先生のほうからご案内ございました、令和3年からの介護報酬の栄養サービス、それは口腔とコラボせよという、ちょっとこれは自慢ですけども、うちの研究所のほうのデータを採用していただきました。管理栄養士とうちの衛生士と一緒に調査をし、コンバインさせたらどんなよさがあるかというデータを出して、それを老健事業のほうでもデータとして採用して、このインセンティブにつながったという経緯もございます（図表 24）。

図表 24



いずれにしても、この栄養の方々がどんなプロモーションをかけているかは、我々しっかり理解しなければいけないと思います。その1つのキーワードとしては、栄養ケア・ステーションがあります（図表 25）。今日、詳しくはお話しいたしません、非常によく言われるのが、栄養士さんってどこに行ったら会えるのということで、栄養ケア・ステーションにお声をかけると会えます。日本栄養士会のホームページに行くと、この栄養ケア・ステーションの細やかな説明がなされています。多機能の1つのうち、歯科診療所との連携が明確に書かれています。そういった意味では、このオーラルフレイル、ないしはこの栄養ということでかなり近くなってきていますので、ぜひこういったような栄養の人たちが、どんな視点でこのフレイルに関して対応しようとしているか、やはり共通言語として我々の言語を理解してもらう前に、向こうが何をやっているかも、しっかりと我々は理解しなければいけない。下段は、うちも栄養ケア・ステーションを開設してございますので、研修会等もやっていますというお話をさせていただきました（図表 26）。

図表 25



図表 26



多職種の共通認識

最後ですが、オーラルフレイル、多職種の共通認識と書きました（図表 27）。よく「先生、オーラルフレイルってなんですか」って聞かれます。その時に、やはり一言でパンと返せないといけないかと思えます（図表 28）。先ほど飯島先生でこういう図が出て、ここに口に関するこの文言がありました。これも結構柔らかく書いた文章ですが、まだまだ堅いと思えます（図表 29）。先ほどのこの図（図表 30）ですが、オーラルフレイルのこの落ち方と、老化というあらがえない差のところをいかに埋めるかが、オーラルフレイル、ないしはフレイルのプロモーションなのではないかなと思います。

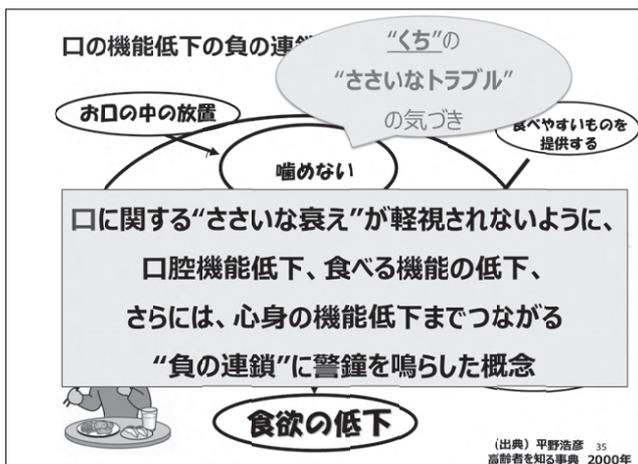
図表 27



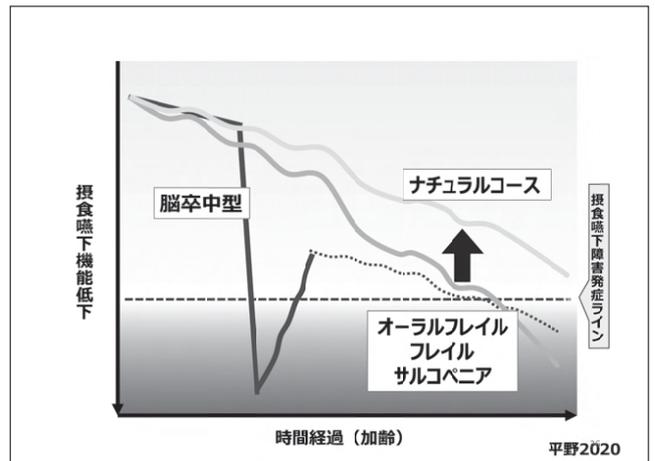
図表 28

オーラルフレイルって？
 歯科専門職として答えられますか？

図表 29

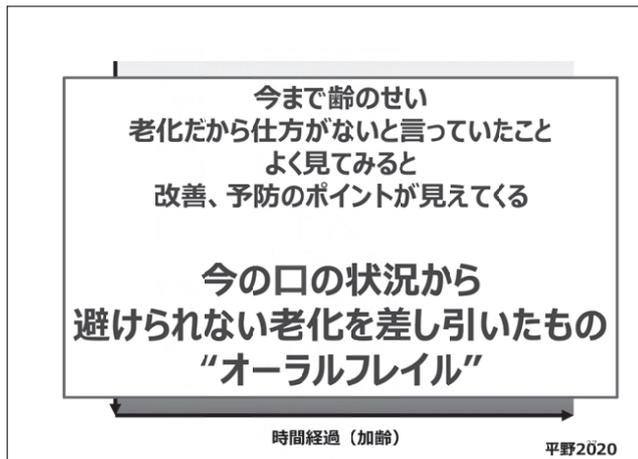


図表 30



これは私見ですが、今までは年のせい、老化だから仕方がないと言っていたことをよく見てみると、改善、予防のポイントが見えてくる。それが身体的な部分であればフレイルである。口の部分であればオーラルフレイル、ソーシャルフレイルとかさまざまな概念が出てきます。口で言えば、今の口の状況から避けられない老化を差し引いた部分、そこにはさまざまな負のイベントでやむを得なかったと、先ほど田中先生のお話もありました。生活の中でやらなければいけないけれどもできないことが山ほどあって、口の機能が落ちていくことがあります。その部分をいかに我々がサポートして戻してさしあげられるか、アドバイスしてさしあげるか、それも早期にやるという概念がオーラルフレイルではないか（図表 31）。それを可視化した概念が、日本歯科医師会のあの概念図の中に盛り込まれていると思いますので、先ほど飯島先生の中で、少し概念が変わっていくということですが、根本的なイメージは、まさしく 2019 年に出た日本歯科医師会のマニュアルの中に全て盛り込まれており、そこを参考に今後のオーラルフレイル、少しずつブラッシュアップされていますので、ぜひご理解をいただければと思っています。ご清聴ありがとうございました。

図表 31



■講演者プロフィール

日本大学松戸歯学部卒業 医学博士

平成 2 年 東京都老人医療センター 歯科口腔外科 研修医

平成 3 年 国立東京第二病院 口腔外科 研修医

平成 4 年 東京都老人医療センター 歯科口腔外科主事

平成 14 年 同センター医長

(東京都老人医療センター・東京都老人総合研究所の組織編成により東京都健康長寿医療センターへ名称変更)

平成 21 年 東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長

平成 28 年 同センター病院 歯科口腔外科 部長

平成 31 年 同センター研究所 口腔保健と栄養研究テーマ研究部長 (兼任)

令和 4 年～ 現職

日本老年学会 理事、日本サルコペニア・フレイル学会 理事、日本老年歯科医学会 理事・専門医・指導医・摂食機能療法専門歯科医師、日本口腔検査学会 理事、日本老年医学会 代議員、日本大学 客員教授・東京歯科大学 非常勤講師・昭和大学歯学部 非常勤講師



日本歯科医師会における オーラルフレイル

公益社団法人日本歯科医師会常務理事
小玉 剛

私からは、日本歯科医師会におけるオーラルフレイルということで、先生方のお話と少し重なるところもあるかもしれませんが、お話をさせていただきたいと思います（図表 1）。

図表 1

公益財団法人8020推進財団学術集会
第20回フォーラム8020
—8020運動とオーラルフレイル対策の
地域包括ケアシステムでの展開—

シンポジウム 講演4
「日本歯科医師会におけるオーラルフレイル」

令和4年12月10日(土)
 公益社団法人日本歯科医師会
 常務理事 小玉 剛

1

この写真は、ご覧になった方もあると思いますが、車椅子だった高齢の方が、庭仕事までできるようになった事例です（図表 2）。これは奥州衣川の国保診療所の佐々木先生の症例です。体重がだんだん増えてきて、血中のアルブミンがだんだん高くなってきたということですが、最初、車椅子だった方が、割と時間かけないでちゃんとした生活も送れるようになったこと、これはどこにポイントがあったのかを皆さん考えていただくと面白いかなと思うんです。ご病気で車椅

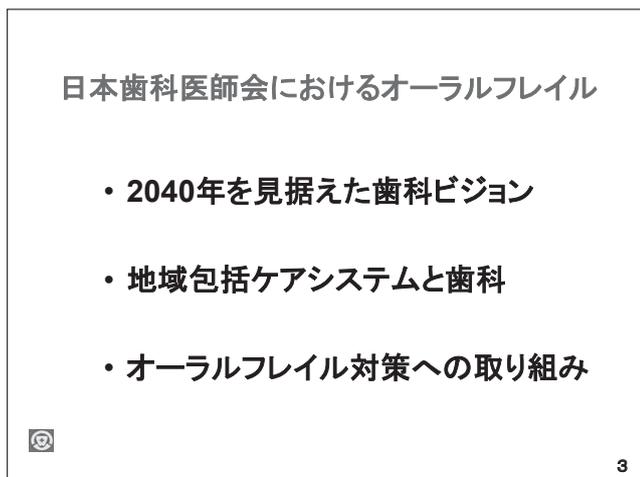
子になったのかもしれないですが、これは実は動画であって、その最初の動画の時に佐々木先生が、義歯をちゃんと入れ替えました。ユルユルしている歯を抜いて、ガタガタしている入れ歯をちゃんと治した結果こうなったということで、歯科の医療と、あとまた栄養との関係の、非常に効果があるという端的な写真じゃないかなと思っています。

図表 2

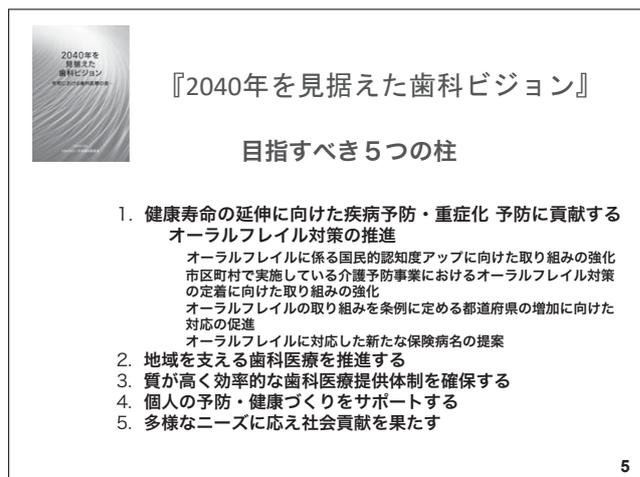


そのような中で、今日はこの3つの項目についてのお話をさせていただきます（図表 3）。

図表 3



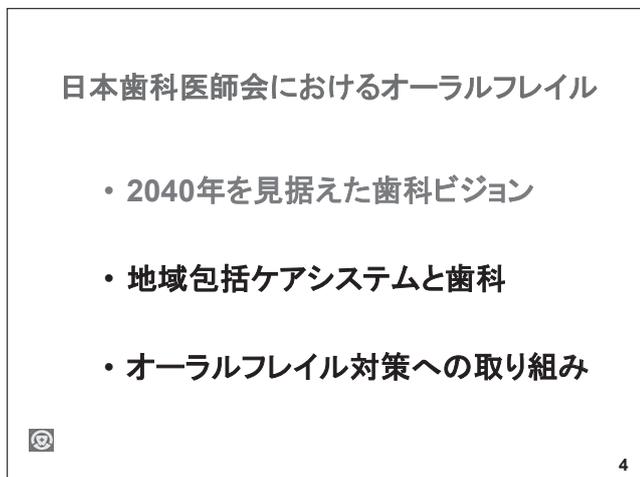
図表 5



2040年の歯科ビジョン

まず、『2040年を見据えた歯科ビジョン』（図表4）ということで、これは執行部で今、進めているいろいろな対策がまとめられた本（図表5）を、2020年の10月に出させていただきます。先ほど田中先生のお話もあったとおり、85歳以上が1,000万人になる時代ですね。独居で医療・介護のケアミックスが必要で、また社会的な困難性も抱えておられる方に、いかに歯科の提供をするか。これは、都会であっても、またさらに古元先生が、働き手が少なくなるこれからの時代ということで、ちょっと都会を離れると、歯科診療所もなくなるし、歯科にもかかれない方が増えてくるわけで、その対応をどうするかがまとめられたものです。

図表 4



その中で、オーラルフレイル対策の推進が出ていますが、市町村でのオーラルフレイル対策、介護予防事業ですとか通いの場ですね。あとは都道府県の歯科口腔保健推進条例がございますが、この中にオーラルフレイルの文言をどういうふうに多くの都道府県に入れていただくかが目標になっているわけがございます。

地域包括ケアと歯科のつながり

そういった中で、地域包括ケアシステムと歯科（図表6）を考えてみますと、地域包括ケアシステムの話は、今、田中先生から、我々専門職のコアの進化と、さらに広がりや深みを増した深化と、そういった3つがこれからますます必要だという話を伺いました。大元のところで、平成29年3月の「医療計画について」という医政局長通知の中で、療養を行う患者さんに対して医科歯科連携等をさらに進めて口腔ケアの効果を発揮するように、初めて地域包括ケアシステムと歯科のつながりを示していただいた文書という形が出ています（図表7）。

図表 6

日本歯科医師会におけるオーラルフレイル

- 2040年を見据えた歯科ビジョン
- 地域包括ケアシステムと歯科
- オーラルフレイル対策への取り組み

6

図表 7

地域包括ケアシステムにおける歯科医療機関の役割

「医療計画について（平成29年3月30日付け医政局長通知）」

3 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制

(8) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

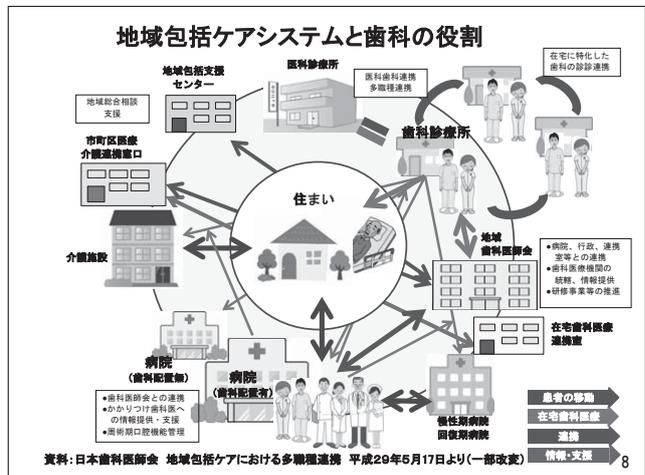
地域包括ケアシステム（医療介護総合確保法第2条第1項に規定する地域包括ケアシステムをいう。）の構築を進める上で、歯科医療機関は地域の医療機関等との連携体制を構築することが重要である。特に、近年は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されていることから、各医療連携体制の構築に当たって、歯科医療が果たす役割を明示するとともに、入院患者や在宅等で療養を行う患者に対して、医科歯科連携等を更に推進することが必要となる。

7

その中で歯科の様子を見てみると、これはちょっと平成29年という前の段階なので、例えばここに介護施設以外に、障害者の施設とか通いの場はちょっと出てないですが、歯科診療所が右上にあって、住まいにおられる療養者の方がいて、その周りにいろいろな社会支援があるという形になっています（図表8）。先ほど、国民皆歯科健診の話もありましたが、国の歯科口腔保健法の中の、こういったところを具体的に進めていくかという基本的な事項を、今、考えていただいています。そここのところにも、障害者歯科、障害者施設への健診とか、在宅の高齢者の皆さんへの健診も候補として挙がっているようなので、そういったものが入ってさらに補完されると、地域包括ケアシステム

の中で我々の役目がさらに果たせる基盤になるかと思っています。

図表 8



先ほどの古元先生の話の中でも、リハビリテーション機能訓練、口腔・栄養の連携、深化の話がございましたが、今の多職種連携という、医科歯科連携がさらに広がりますと、多職種協働という形になって、これが施設でも病院でも、また在宅でも、この三位一体の対応が進むと思いますし、さらに通いの場では、その最初の気付きというところで国民の皆さまにいろいろな情報を差し上げられるかと思っています。

在宅医療の提供

これは在宅医療の絵（図表9）です。平成31年の第5回の国の全国在宅医療会議で出てきたもので、下のところに、自宅を中心にしたさまざまな職種の関わりが記されています。こういったところの中で、我々もどんと在宅医療を進めるという方針は示されていますが、なかなか歯科医療職は1人診療所の先生が多かったりとか、診療所を空けて外に出ることが難しい面もあるので、さらに多職種の皆さまと協働しながら対応を進める必要が大きいのかなと思っています。

図表 9



そういった中で、2019年に医政局の中で、歯科保健課さんが中心になって、「在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会」で指標の新たな見直しをしていただきました（図表 10）。具体的には、今まで歯科訪問診療を実施している診療所、病院数と、訪問歯科診療を受けた患者数は指標にありましたが、追加で、訪問口腔衛生指導を実施している診療所、病院数、また在宅で活動する栄養サポートチーム、NST と連動する歯科医療機関数、また下のほうには、歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数、訪問口腔衛生指導を受けた患者数ということで、プロセス評価、ストラクチャー評価のところ、特に日常の療養支援で歯科の関連項目が見直されているわけです。それだけ、歯科衛生士とか、在宅での口腔衛生に関する対応の、国からの期待が、ここからも見て取れるのかなと思っています（図表 11）。

図表 10

「在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会」
（厚生労働省医政局歯科保健課）

【設置目的】
医療計画における歯科保健医療に関する課題を含む在宅歯科医療の提供体制の評価の在り方等について具体的に検討を行う

【検討事項】
○医療計画（在宅医療）のうち、歯科医療に関すること
○第7次医療計画の中間見直しに向けた在宅歯科医療に関する評価指標の検討に関すること
○その他（医政局歯科保健課長が必要とする事項）

【開催状況】
第1回：2019年2月8日 第2回：2019年3月26日

【報告書】 2019年6月10日
在宅歯科医療提供体制の充実に向けた議論の整理 10

図表 11

在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例の見直し（案）

	通常の療養支援	日常の療養支援	緊急時の対応	看取り
ストローク	訪問支援体制を整備している診療所、病院数	訪問診療を実施している診療所、病院数	看取りを実施している診療所、病院数	在宅看取り（24時間体制）を実施している診療所、病院数
	訪問看護を実施している診療所、病院数	小児訪問診療を実施している診療所、病院数	在宅療養支援診療所、病院数、訪問診療	在宅ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
	訪問歯科診療を実施している診療所、病院数	訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養支援診療所	在宅ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
	訪問口腔衛生指導を実施している診療所、病院数	小児訪問診療を実施している訪問看護ステーション数	在宅療養支援診療所 在宅療養支援歯科診療所	在宅ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
訪問薬剤管理を実施している診療所、病院数	訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養支援診療所 在宅療養支援歯科診療所	在宅ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	
訪問栄養指導を実施している診療所、病院数	訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養支援診療所 在宅療養支援歯科診療所	在宅ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	
訪問歯科診療を受けた患者数	訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養支援診療所 在宅療養支援歯科診療所	在宅ターミナルケアを受けた患者数	
訪問口腔衛生指導を受けた患者数	訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養支援診療所 在宅療養支援歯科診療所	在宅ターミナルケアを受けた患者数	
訪問薬剤管理を受けた患者数	訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養支援診療所 在宅療養支援歯科診療所	在宅ターミナルケアを受けた患者数	
訪問栄養指導を受けた患者数	訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養支援診療所 在宅療養支援歯科診療所	在宅ターミナルケアを受けた患者数	

出典：第17回医療計画の見直しに関する検討会（令和2年1月15日）資料 11

オーラルフレイル対策への取り組み

地域包括ケアシステム、語るともともとありますが、次のオーラルフレイル対策の取り組みのお話に進めさせていただきます（図表 12）。

図表 12

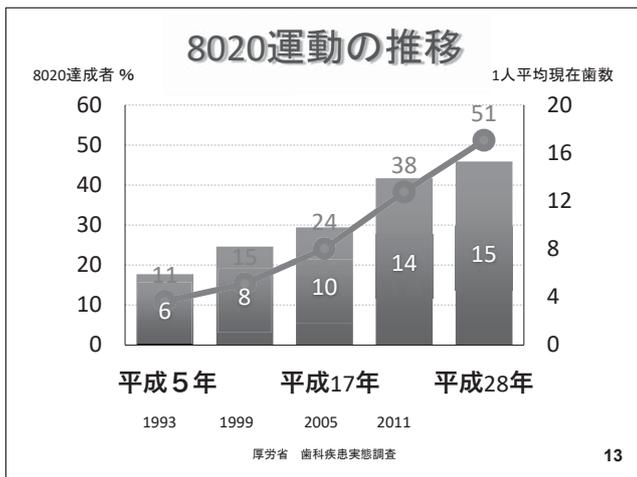
日本歯科医師会におけるオーラルフレイル

- 2040年を見据えた歯科ビジョン
- 地域包括ケアシステムと歯科
- オーラルフレイル対策への取り組み

12

先ほども古元老健課長さんから、8020 運動はいろんな多職種からも興味を持っていただいて、国民の皆さんからも支持していただいているという話があって、大変うれしく思いますが、平成 28 年の歯科疾患実態調査で 51%の方が、8020 運動、80 歳で 20 本歯を持っています。一方、棒グラフが平均の歯数でして、歯の数は平均的にはこういった形になっています（図表 13）。

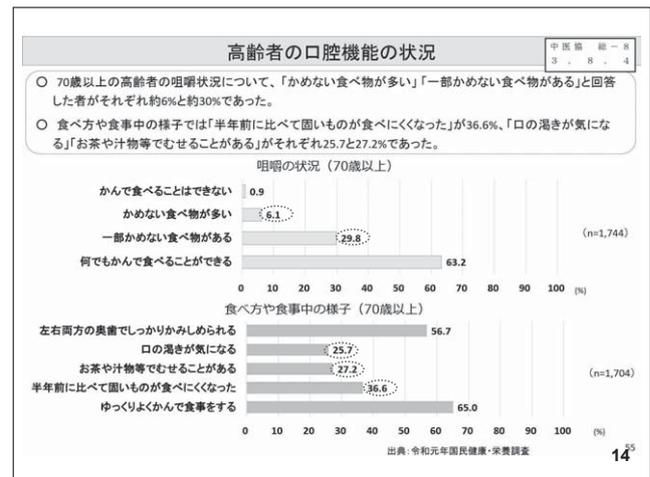
図表 13



さらに、歯の数はそろって形は整っているんだけど、機能の様子を見てみますと、これは令和元年度の国民健康栄養調査ですが、一部かめない食べ物があるとか、かめない食べ物が多いというところが、70歳

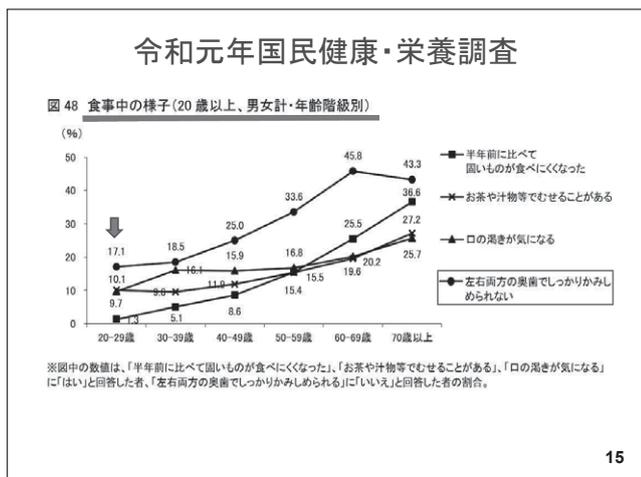
以上の方の咀嚼の状況になっていますし、あと食べ方や食事の様子では、口の渇きが気になる、お茶や汁物等でむせることがある。また半年前に比べて固いものが食べにくくなった方がおられますので、やはり口の働きについての対応が必要となってきています（図表 14）。

図表 14



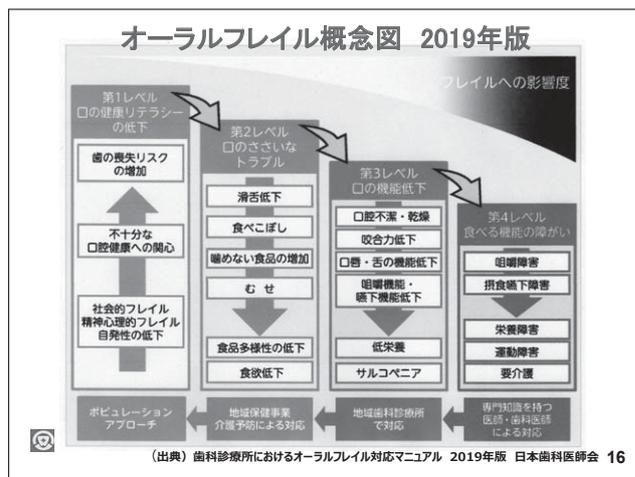
またさらに、食事の様子を、20歳以上の方の状態で見ると、左右両方の奥歯でしっかりかみしめられない方が、この20から29歳のところで既に17%あることになっていますので、これは一方で口の働きの成長に関する対応も進めていかなければならないということです。歯の数だけではなくて、お口の働きの衰えを防ぐ、またその成長を助けることがさらに大事だということが、このデータを見て分かります（図表 15）。

図表 15



15

図表 16



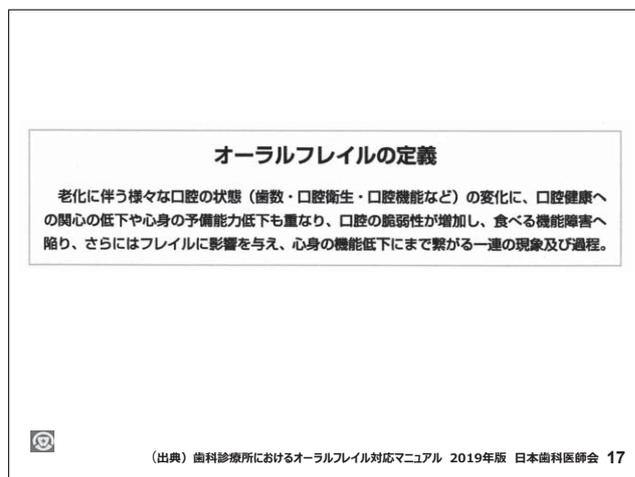
オーラルフレイルの概念

これは先生方のおかげでまとめさせていただいた、『歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル』に出てくるオーラルフレイルの概念図です(図表 16)。今、平野先生からも第1レベルから第4レベルの話をしていただいて、フレイル、オーラルフレイルに関連することでは、特に飯島先生からこの第2レベルを中心にしたところでの学会の先生方、また東大の先生方の精緻な研究の成果をお知らせいただきました。やはり左側に戻ってくところが非常に大事です。回復するところが大事なのと、あとフレイルへの影響度がだんだんと大きくなるということが大事です。我々としては、この第1レベル、口の健康リテラシーの低下、口臭が気にならなくなったりとか、食べ残しやよごれがついていても気にならなくなったりとか、あと歯茎が腫れていても気にならなくなったりとか、歯がなくなってもそのままにしておくとか、そういった方が増えるのが一番入り口の問題だと思っていますので、このポピュレーションアプローチが、国民の皆さんに対して我々が進めるべき大きなオーラルフレイル対策の1番目としての大切な課題かなと思っています。

第1レベル、第2レベル、第3レベル、第4レベル、このそれぞれの状況でありますとか対応の仕方というのが一番下に書いてありますが、これを含めて我々はオーラルフレイル対策と考えて進めているところです。

定義は今お話しいただいたとおりですし、この定義の中でも確かに、国民の皆さんに分かりにくいから、こうしようという平野先生のすごくいい、分かりやすいご提案もいただいたところです(図表 17)。

図表 17



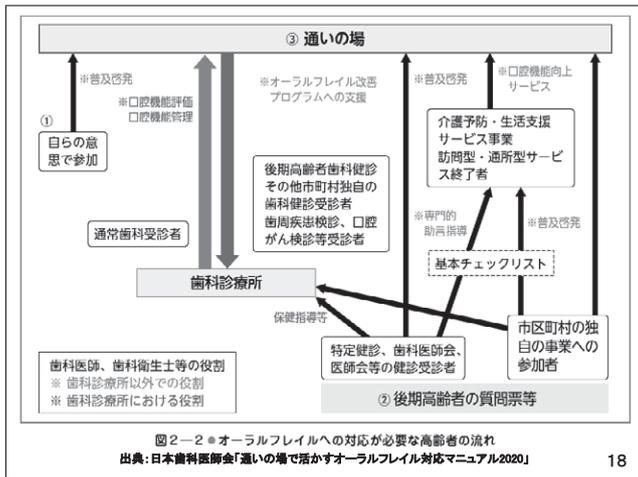
歯科の知見で申しますと、舌圧、発音機能、摂食嚥下機能、唾液の分泌の機能、いろんな機能の衰えがありますが、それを超えて、やはり歯がなくなる、8020がだんだん8010になり8005になってしまうところが、

実はこのオーラルフレイルに最も影響するところですので、まず歯の喪失を防ぐ8020運動が一番大事なかと我々は考えています。

「通いの場」での取り組み

これは通いの場を中心にしたさまざまな取り組みです（図表 18）。歯科診療所であったりとか後期高齢者の質問票から歯の衰えの様子を見て、こういったところでの対応をしていただきたい。市町村の対応もあります。あと、介護予防・生活支援サービスの提供もあります。

図表 18



これは、先ほど平野先生にお示しいただいた、30周年記念シンポジウムの配布した資料です（図表 19）。『歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル』（図表 20）、市町村向けに発した『通いの場で活かすオーラルフレイル対応マニュアル』（図表 21）、これらは全部、日本歯科医師会のホームページからダウンロードできますので、ご覧いただきたいと思ひます。

図表 19

図表 19は「8020運動30周年記念シンポジウム」に関する資料のコレクションです。左側には「オーラルフレイル 育てはるものは育りますか?」というテーマのポスターやパンフレットが並び、右側には「フレイル防って?」「『オーラルフレイル防って?』」というテーマの資料が並んでいます。下部には「自分の口腔機能を評価して、オーラルフレイル対策」に関する資料も含まれています。

※8020運動30周年記念シンポジウムに配布
 ※国民向けホームページに掲載
 ※日歯雑誌・日歯広報に同封し全会員に送付。併せて、全国保健所、関係多職種・団体等に送付

図表 20

図表 20は「歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル 2019年版」の表紙です。表紙には「☆ 2019年6月 ☆」と記載されています。主な内容は以下の通りです。

- ☆ 2019年6月 ☆
- ▽主な内容
 - 第I部 オーラルフレイルとは
 - 第II部 オーラルフレイル概念理解と個々の対応
 - 第III部 オーラルフレイルの評価
 - 第IV部 オーラルフレイルに関する取組・事例
- ※日本歯科医師会ホームページ「歯科医師のみなさま」に掲載するとともに、都道府県歯科医師会等に冊子として送付

公益社団法人 日本歯科医師会

図表 21

図表 21は「通いの場で活かすオーラルフレイル対応マニュアル 2020年版」の表紙です。主な内容は以下の通りです。

- ▽主な内容
 - Part1 今なぜ通いの場・オーラルフレイルなのか?
 - Part2 地域の高齢者のオーラルフレイル対策に活用できる市町村事業
 - Part3 オーラルフレイル各論
 - Part4 通いの場におけるオーラルフレイルへの対応
 - Part5 在宅の高齢者に対する歯科衛生士によるアウトリーチの取組例（国ガイドライン）
 - Part6 オーラルフレイル改善プログラム
 - Part7 オーラルフレイル普及・啓発用資料
- ※2020年5月完成
- ※マニュアル及び概要リーフレットは、全国の市町村や保健所、後期高齢者医療広域連合、都道府県及び郡市区歯科医師会などに送付
- 日本歯科医師会ホームページ「国民のみなさま」にも掲載

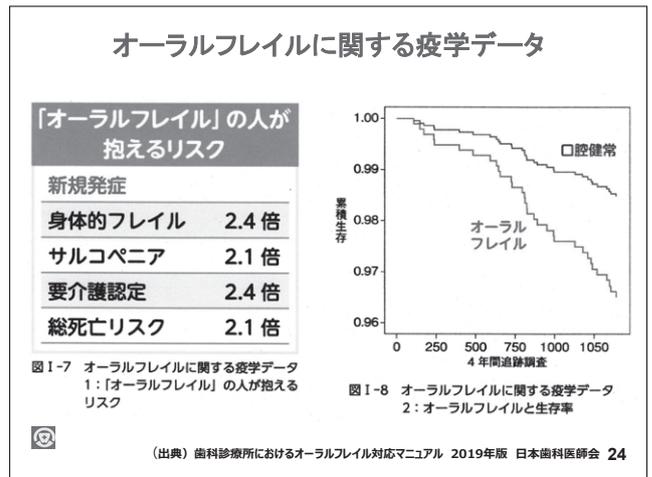
公益社団法人 日本歯科医師会

さらに、2020年版の『通いの場で活かすオーラルフレイル対応マニュアル』のリーフレットです（図表22、23）。こういった内容のものを出ささせていただいてございますし、オーラルフレイルに関する疫学データは、先ほどお示しした形になっています（図表24）。

図表 22

図表 23

図表 24



オーラルフレイル事業への日本歯科医師会の取り組みですが、これは令和3年度の地域保健、産業保健、介護保険のアンケートの結果ですが、28都道府県でオーラルフレイルの関係事業が行われております（図表25）。事業の内容としては、通いの場やオーラルフレイルチェック、介護予防、歯科衛生士さん等の人材育成指導・指導用教材の作成があります。

図表 25

オーラルフレイル事業への取り組み（令和2年度）

■実施状況

28道府県でオーラルフレイル関係事業を実施
※新型コロナウイルス感染症の影響で実施しなかったのが10県、
新型コロナウイルス感染症と関係なく実施しなかったのが9都県

■事業内容

- ▽通いの場や介護予防教室での展開
- ▽オーラルフレイルチェック(秋田県では、県内企業が開発したシステムを用いて
口腔乾燥、舌口唇運動の機能低下、低舌圧を測定)
- ▽オーラルフレイル調査及び該当者への改善プログラムの実施
- ▽市町村職員、医療専門職への研修会
- ▽介護予防事業者向け講話
- ▽歯科衛生士等の人材育成・指導用教材の作成
- ▽マリーダー育成研修会
- ▽動画作成
- ▽県民公開講座の開催
- ▽啓発リーフレットの作成・配布
- ▽啓発広告の新聞掲載・CM放映

など

令和3年度地域保健・産業保健・介護保険アンケート結果 IV 高齢者歯科保健・介護保険(在宅歯科医療を含む) 25

これは先ほど古元先生からお話いただいた、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施ですが、その中で、企画調整を行う医療専門職、また地域を担当する医療専門職というところで、歯科医師会でありますとか歯科医師、歯科衛生士の関わりが示されているわ

けでございます（図表 26）。

図表 26

高齢者の歯科健診

高齢者の歯科健診については、国の『高齢者の特性を踏まえた保健事業のガイドライン第2版』に初めてオーラルフレイルという文言が出ました（図表 27）。ここは、歯科健診の受診率の向上やオーラルフレイル対策という形で、今示させていただいた通いの場かどうかといった関わりを示せばいいかが、エビデンスも含めて記載されています。

図表 27

後期高齢者への質問票があって、口腔機能については2つ出ています（図表 28）。

図表 28

《後期高齢者の質問票》

類型名	No	質問文	回答
健康状態	1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあいい ③あつち ④あまりよくない ⑤よくない
心の健康状態	2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
口腔機能	4	半年前と比べて固いものが食べにくくなりましたか ※さきいか、たあんなど	①はい ②いいえ
口腔機能	5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい ②いいえ
体重変化	6	6ヵ月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ
	7	以前に比べて歩く速度が遅くなってしまいましたか	①はい ②いいえ
運動・転倒	8	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ
	9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい ②いいえ
認知機能	10	周りの人からいつも同じことを聞かされたのを感じたことがありますか	①はい ②いいえ
	11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい ②いいえ
喫煙	12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた
社会参加	13	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ
	14	みだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい ②いいえ
ソーシャルサポート	15	体園が豊かになり、身近に相談できる人がいますか	①はい ②いいえ

また一方、後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診もでございます（図表 29）。これは高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて、平成26年より後期高齢者の医療制度事業費補助金として始まったものですが、実施の主体が後期高齢者医療広域連合になって、これが市町村に依頼をして進めるという形になっています。今の後期高齢者の健診と、あとこの歯科健診、2本立てで進めるのが一番いいんですけども、なかなかこれを全てやっているというところがないので、この対応も進められると非常にありがたいと思います。

図表 29

◎後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診

■対象者
原則すべての被保険者。地域の実情に応じて設定

■法的位置づけ
高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、平成20年度に後期高齢者医療制度が発足し、平成26年度より後期高齢者医療制度事業費補助金として開始。平成28年度からは特別調整交付金のうち、保険者インセンティブの交付金の評価指標にも設定されている

■実施主体
後期高齢者医療広域連合

■目的
・歯・歯肉の状態や口腔内の衛生状態に問題がある高齢者や、口腔機能の低下の恐れがある高齢者をスクリーニングし、詳しい検査や治療等に繋げることで、口腔機能の維持・向上、全身疾患の予防等を実現する

これが質問票ですね（図表 30）。歯科のほうは、この部分、さらに、口の渇きが気になりますかということ

ころが、後期高齢者の質問票に併せて追加で出ています。

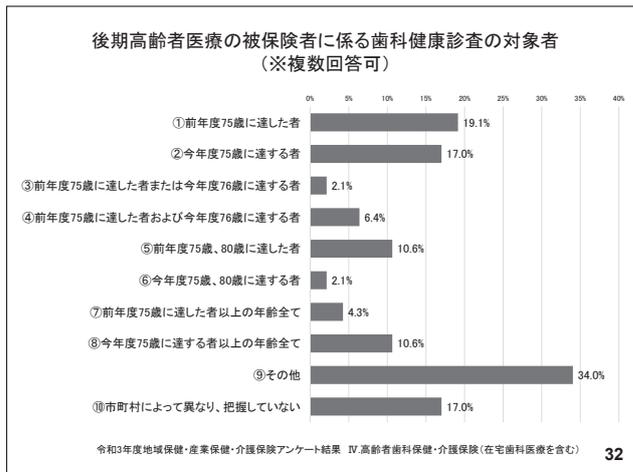
図表 30

これが健診の実測の表になっています（図表 31）。

図表 31

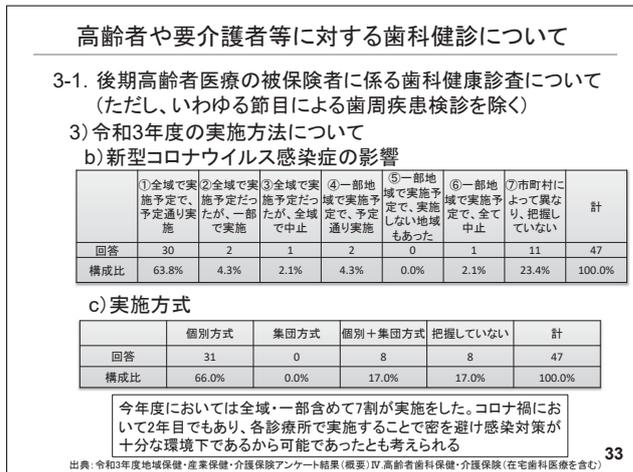
歯科健診の対象者を、特に後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診の対象者を、いろいろなところがさまざまな対象として行っています。75歳、76歳が一番多いんですが、75歳以上の年齢、この辺りも15%ぐらい、75歳以上の全ての方にやっているところもございます（図表 32）。

図表 32

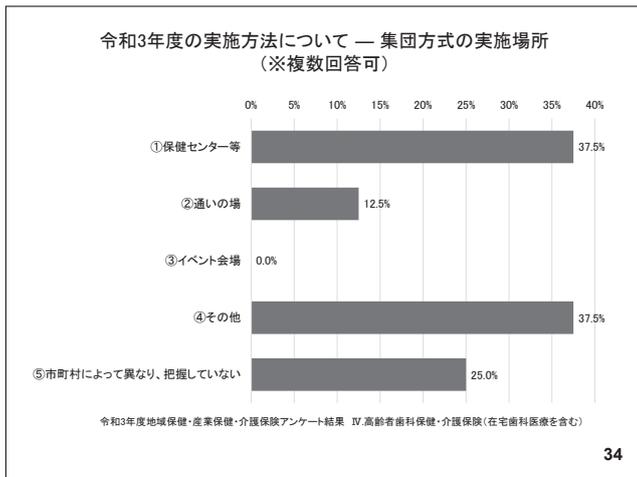


この歯科健診がコロナでどういった影響を受けたかも調べていますが、予定どおりの実施が大体63%ぐらいやっています。個別と集団の方式が17%ぐらいありますが、個別も66%やっています。集団でやった場所はどこかというところ、通いの場でも比較的多くの皆さんがやっていたと思っています（図表 33、34）。

図表 33



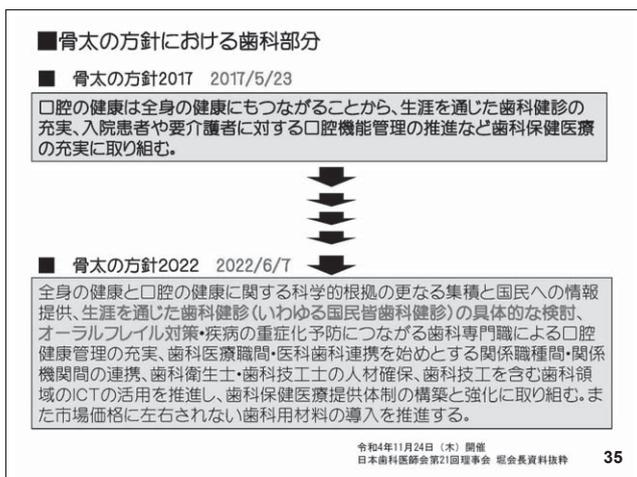
図表 34



政策への反映

こういったところの対応も伸ばしていきながら、「骨太の方針」ですね(図表 35)。政府の「経済財政運営と改革の基本方針」に出ている歯科の部分ですが、2017年には、口腔の健康と全身の健康ということで、口腔機能管理のことが出ていました。下のほう、2021年と、今年の2022年には、生涯を通じた歯科健診、いわゆる国民皆歯科健診の具体的な検討とオーラルフレイル対策が出ています。国の政策の中にも盛り込まれております。

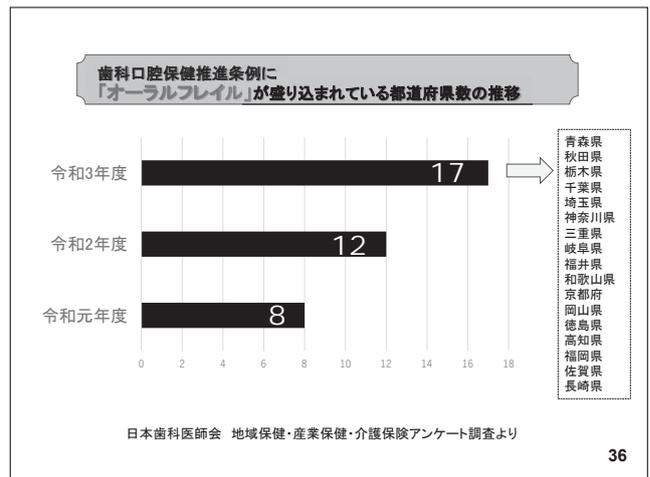
図表 35



それからまた、歯科口腔保健推進条例、これは都道府県の条例の中に盛り込まれているオーラルフレイル

の数が、令和元年度は8カ所だったのが、令和3年度には17カ所に増えていますので、この部分を、都道府県の皆さま、また都道府県歯科医師会の皆さんにも、ますます広がるように我々も進めていければと思っています(図表 36)。

図表 36



歯科は、皆さまがお話しいただいたとおり、食べる、話す、笑うが生活の基本になっています。もしそこに困り事があれば、医療、介護が連携してこのサービスを提供してよりよい形にしていく。また、そういったことの困り事を我々が発見してその対応を早くする。そのことによって、田中先生もおっしゃっていましたが、生きるための尊厳を守るのは、歯科のまた1つ大きな役割かなと思います。ご清聴ありがとうございました。

講演者プロフィール

- 1983年 城西歯科大学(現：明海大学) 歯学部 卒業
- 1985年 東京医科歯科大学歯学部専攻生 修了
- 1985年 こだま歯科医院 開設
- 1989年 東京医科歯科大学大学院歯学研究科修了 歯学博士
- 1991年 東京医科歯科大学歯学部附属歯科技工士学校 非常勤講師(～2011年)

1993年 東京医科歯科大学歯学部 非常勤講師(～97年)
2005年 明治薬科大学 客員教授(～2016年)
2013年 一般社団法人東京都東久留米市歯科医師会 会長(～2017年)

2016年 公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
公益財団法人8020推進財団 常務理事
2021年 公益財団法人8020推進財団 専務理事
2022年 社会歯科学会 理事長



進行(座長)／公益財団法人8020推進財団 副理事長 **佐藤 保**

埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授
厚生労働省老健局老人保健課長
東京大学 高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター 教授
東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科部長・研究所研究部長
公益社団法人日本歯科医師会 常務理事

田中 滋
古元 重和
飯島 勝矢
平野 浩彦
小玉 剛

縦割り行政からの展開

■**佐藤** それでは総合シンポジウムを始めます。本日は、4名の講師の先生に加えまして、基調講演をいただきました田中先生にも加わっていただくことになって、途中の講評等も含めてお願いをしています。また今日は、久しぶりの実開催でございますので、フロアから何問か質問を伺えるかと思っています。

まず、今日のシンポジウムを始めるに当たりまして、何を話すかも当然大事ですが、誰が話すかがこれほど大事だということを、あらためて、実講演を聞いていました。

それでは最初に、今日の演者の皆さん、非常に20分というタイトな時間でお話しいただきましたので、それぞれ補足があるか、もしくは他の演者の方にご質問があるかを逐次伺ってまいります。最初に古元課長からお願いいたします。

■**古元** 地域包括ケアやフレイル、多職種、こういったこ

とになりますと非常に視野が広くて、やはりどうしても行政側の立場からしますと、縦割りのある行政の中でなかなか手が届かない部分があるという側面もございます。田中先生のご説明の中にもありましたとおり、特に市町村などでは地域包括ケアに横断的な組織等ができてきている、これは非常に素晴らしいことだと思います。また厚生労働省のほうでも、地域に厚生局という組織がありますが、その中に地域包括ケアをまさに冠した部局もできているなど、行政側の対応も少しずつ進んできていると思います。

こうした中で、やはり国民の皆さまにも自分事としてフレイルをどう気付けていただくのかの大切さ、あと専門職も自分事としていかに取り組むのかを、あらためて先生方の講演の中で、大きなテーマであることに今日は気付かせていただいたと思っております。

■**佐藤** ありがとうございます。ご謙遜なさって、縦割りの話、古元課長は全く違っていて、さまざまな局をま

たいで活躍の先生でございますので、恐らくそういう多面的な部分をよくご存じの上でのご発言だったと思います。それでは続けて、飯島先生、お願いします。

「住民たちの世界観」が大事

■飯島 先ほどちょっと何度も強調させていただきましたけれども、本当のハイリスクの方々に、より専門職種が的確なサポートをするのは、当然今までもやってきたし、これからもさらに底上げが必要ですけども、やっぱり国民の方々自身が、何かをやってもらうという感覚だけではなくて、やはり早めから自分事のように思って、自分たちの力という感覚をもう一回り出したいと思っています。そこに、早めからのフレイルとかオーラルフレイルという言葉が、何か前向きな気持ちになって、自分たちで何か気付き合っていこうという、1つの起爆剤みたいにもなってほしいなど。

ですから、より早期からのポピュレーションアプローチ的なところにも、しっかりこの2つの言葉が何か一役買えるように、そしてまた、様々な心身機能はある程度必ず落ちてくるので、機能がレベルダウンしてくる時に的確なサポートがちゃんと多職種でつながっていくように。そこから辺を、理想論だけを掲げるのではなくて、実際、地域の住民の方々も含めてその活動が機能するように、どのようにこの分かりやすいメッセージをあらためて、フレイルファミリーとして2つがセットで伝えられるのが、我々の課せられている課題かと思っています。

■佐藤 ありがとうございます。先生のスライドの中にもございましたが、都道府県の中でも多くのそういうサポーターの方たちが集まっているところ、いわゆる実施できた団体、地域と、なかなか実施に至らなかった地域の違いを、お知らせいただきたいですが。

■飯島 地域にいろんなさまざまな住民ボランティア活動があり、一つ一つに特徴あると思いますが、僕自身が全国で推進しているフレイル予防のフレイルサポーターという活動は、極力、専門職種が前面に出ない、住民たちの世界観でやっていますが、その中で、今96自治体までたどり着いたと言いましたけれど、その中でもよくよく見てみる

と濃淡が出てくるんですね、住民活動の。

その濃淡のほうの、ちょっといまいちだな、なんで、ここまでレベルアップしてくる住民活動もあるにもかかわらず、一方でこっちはならないんだらうなという原因は、恐らく、僕らのフレイルサポーターは、みんな黄緑色のユニフォームを着ているわけですけど、その住民のポテンシャルが低いことはないというのが僕の答えです。はっきり言ってしまえば、自治体、行政側の担当部署の、やっぱりハンドリングの上手い、下手があります。物理的に何かを回していくことはやれるんですけども、そこに住民のサポーターたちを自分事のように思わせてビルドアップしていくとか、チーム感を醸成していくというところが、やっぱり教科書どおりという感じではなかなかいかなくて、時には舞台裏から背中を押し、時には意図的に彼らにスポットライトを当てるようにという、そこがずっとできる方とできない方がいらっちゃって、その差が明らかにこのチーム感、スクラム感に大きくかかってしまうと。そこが唯一の差に僕には見えてしょうがないということがあります。

■佐藤 貴重かつ非常に重大かつ難しいご回答をいただいたと思います。続けて、平野先生、お願いします。

多職種連携と歯科の役割

■平野 今日は、多職種というキーワードと共通認識ということでお話をさせていただきましたけれども、多職種の連携というのは、私のイメージからいうと、歯科の分野では、摂食嚥下リハであるとか在宅であるとか、医療の場面で行われてきたように思いますし、そういうふうなディスカッションが本当に広く行われてきたと思います。

一方で、飯島先生のオーラルフレイルに取り組みさせていただいて早10年で、歯科医師会の先生方のご支援もいただいて今日の発表にも至っていますけれども、オーラルフレイルというキーワードをいただいてから、医療の場ではなくて、生活の場で、患者さんではない目の前の国民、住民の皆さま方に向かって何を発信するかを、本当に勉強をさせていただきました。平成18年だったか、介護予防をプロモーションかけた時、日大の植田耕一郎先生と一緒に

やらせていただいた時も難しかったけれども、今回はさらになかなか難しい。ですが、今回はフレイルというところで、老年医科の先生方がしっかりコミットして出している。それを見習いながらオーラルフレイルを、今度はフレイルファミリーという中でやらせていただいていますので、かなり広く自由度が高い言葉として展開できていくのではないのかと思っています。

一方で、しっかりとした明確なビジョン、定義、アセスメントというのが、ここ数年間でニーズも高まってきたということで、今日の飯島先生の発表になり、3学会合同まで至ってきたのかなと。この流れは決して悪い流れではないと思いますので、さらに国民の皆さま方にご理解を深めていただいて、そこをやはりしっかりと理解して自分事にしていただいて、これだけ延びた寿命の最後のソフトウェアに備えることはとても大事ではないかなと思っています。

■佐藤 ありがとうございます。本当に長年ご一緒にこれを、それぞれ飯島先生、平野先生とタッグを組んでやってくる中で、科学的な根拠も含めて、しっかりと何を築けばいいのか、構築すべきなのかという点がより明確になって、それが具体的に動いたここ1年。そして来年の春には、それがもう少しブラッシュアップされるというコミットメントを、今日は飯島先生、平野先生はその中にも入っていらっしゃると思いますが、いただいたということは、非常に楽しみであるとともに、今後の展開に向けて注目すべきことだとあらためて思っております。

それでは、最後になりましたが、小玉先生、どうぞ。

■小玉 お礼といたしますか、本当に今日は田中先生に、地域包括ケアシステムのコアの進化といたしますか、我々に対するエールも送っていただきましたし、また広がり、コアの進化の部分で、やはり古元先生がおっしゃった機能回復、口腔・栄養という新しい取り組みが、我々だけでなく多職種でコアの進化が進められるのかな、そのきっかけになるのかなと思いますし、また広がり、面では、通いの場合、やはりオーラルフレイル対策を進めていけるようなきっかけもつくっていただけるのかなとも思いますし、また進化という意味では、やはり健診というところで、

障害者の皆さんと、在宅の高齢者の皆さんに健診をちゃんと進めることによって、そういった部分への対応もこれからいい方向に向くのかなと思って感謝しているところです。

オーラルフレイルそのものについては本当に、飯島先生、平野先生が学術的な面で学会も取りまとめていただいて進めていただくというのは、我々もそうですし、国民からの信頼も厚くなりますし、その対応を本当にありがたく思っております。

■佐藤 ありがとうございます。今日の小玉先生から出された幾つかの資料は、ここにいらっしゃる飯島先生、平野先生、小玉先生が、実は歯科医師会の中心になって、本当に全ての取りまとめやら、あとは地域の方たちも含めて情報を収集していただいて、あの冊子、成果になっていると思っています。今後、さらにまたブラッシュアップする時には、また小玉先生が汗をかいているんだろうと思いますが、これは進化するためにも常にやっぱり新しいものを上げていくことはとても重要になっていくと思っています。

座長があまり話すのはよくないんですが、実はちょうど今、第8次医療計画等に関する検討会が入っておりまして、ここにいらっしゃいます田中先生は在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキングの座長であり、なおかつ親会議の副座長をお務めになっていただいて、非常に的確なアドバイスをいつもいただいています。

その中で、歯科に対する1つの要望というのは、歯科は歯科医師だけではないのだと。歯科衛生士を含めて歯科医療の力というものを常に見ていきなさいと発言なされ、今回、第8次医療計画等に関する検討会の中で、今日も歯科衛生士さんの方がいらしてはいますが、高く評価されました。歯科衛生士の役割がこの医療計画の中でこれほど評価されたのを私は初めて見たと思っておりますし、第6次、第7次、第8次とずっと見てきましたが、その中では歯科が全体の力でやっているんだということが明確で、特に今日も先生方の話に出てきましたが、栄養ケア・ステーションであったり地域リハであったり、必要なものと一緒に進んでいく。これをやるためには、今のところ残念ながら、全国の歯科医療機関の12%しか在宅医療をやっていないんですが、伸びてきているんですね。その伸びてきている

中で、12%を何%に目標にするかと言われると、ちょっと悩むところもあるんですが、そこの中で間違いなく歯科衛生士の皆さんと一緒にいて、その後、歯科衛生士の訪問もあったりとか、そういうふうなフォローアップがあることが、地域の、もしくはそういう検討会でも評価されているのではないかなとあらためて感じております。

各先生方、一応、かなり遠慮がちなコメントだったんですが、今日はまず、フロアから聞けるんですよ、うれしいことに。ぜひどうぞお手を挙げて、質問したい方、どうぞ。

オーラルフレイルの国際発信

■参加者 A 先生方、本日は貴重な機会と貴重なお話をいただきまして、ありがとうございます。私は、グラクソ・スミスクラインで歯科医師をやっております金山と申します。

飯島先生にちょっとご質問したいんですけども、オーラルフレイルがやはり国際的にまだ認知されていなくて、WHO、FDFを含めて定義が欠けていますので、この先どのようにすれば、もっと認知が国際的に広まるのかというのと、あとまた産官学協働で進めていきたいというお話ですが、特に産にご期待されていることは何か、教えていただければ。

■飯島 オーラルフレイルというのは和製英語で造語ですので、海外でやる時はフレイルティー、オーラルフレイルティーになりますけども、ご存じかとは思いますが、英単語でもともとフレイルティーというのは、虚弱もありますけど、衰弱というところの意味も入っております、結構もう、そろそろ終わりだよねというところも入っているんですね。単なる英単語のイメージとしてはそこまで入っている。だけれども、大本のフレイルを要介護の状態よりは1～2歩手前であるというふうに、意図的に、戦略的に区切って、早めからの予防の意識をエンカレッジしたいということで、2014年に出しました。その流れでオーラルフレイルを意識してつくってきたというがあるので、よりreversibility、なるべく可逆性があるうちに早めに腰を上げようよという考えは、フレイルもオーラルフレイルも比較的同じかなと思っています。

ですから、ちょっと回りくどい言い方になりましたけど、国際的に出していく時に、単にフレイルティーとかオーラルフレイルティーということのを普通の英単語として出してしまうと、なんかもうだいぶ終わっちゃっているよねという感じのイメージになりがちですね。ですから、そこを戦略的に、インテンシブに、先ほど言いましたようにreversibilityと、あとマルチファクタリヤと、多面的な要素がいろいろ相絡み合って自立度が落ちていくので、このタンパク質を食べましょうという単なる単品切り売りの指導ではなくて、もっと地域全体として包括的に啓発したり、先ほど言いましたように、何を食べるかというよりは、誰と食べるのか、何千歩歩くのかというだけではなくて、誰と一緒に歩いているのかということもセットで立体的な考えでやるんだということを、フレイルティーとして強調しながら、そこにオーラルフレイルティーというものを、特にWHOと先ほど言いましたけども、伝えていきたい。特にオーラルヘルスの重要性というのは、WHOもいろいろ出てきていますので、そこに日本からこういう強いメッセージで国民を動かしていくんだというメッセージはしっかり伝えていきたいと考えています。

「産官学」でなく「全員野球」

■参加者 A もう一点、産にご期待されていることがもし何かありましたら、お願いいたします。特に産業のほうに。

■飯島 産業界というだけじゃなくて、産官学民連携ってよく言いますが、全員野球であろうと思っています。

全員野球ですけれども、やっぱりその中の専門職種は、どちらかといったらハイリスクアプローチに過不足のないしっかりしたアプローチをするべきであるという考えがあるので、その手前のポピュレーションアプローチは当然、行政の方々のいろんな事業としての戦略と、あと特にアンテナがそこまで高くない人とか無関心層、そういう方々も今、そこら辺のスーパーで買い物したりしているわけです。そういうところから、やっぱりフレイル、オーラルフレイルのさまざまな情報が目とか耳に入ってほしいというのがあります。先ほど、途中のスライドで、『声明と提言』を12月1日にリリースしたと言いましたけれど、あれは行

政の方々に、広くポピュレーションアプローチをぜひとも
お願いしたいと同時に、産業界の方々にもフレイル、オー
ラルフレイルをぜひともお願いしたい。しかも、異なる業
態同士のコラボレーションもいろいろ考えながら新しい世
界観を見せてほしいんだということの投げ掛けを、あの声
明で言っていることになります。

■平野 国際の面ですが、恐らく、どこの国に向かって何
を言うかで全然変わってくると思います。私も幾つかの国
の方とお話しますが、やはり保険の医療体制が国
によって大きく違います。やはり、う蝕、歯周疾患という
のがど真ん中に置かれている。高齢者の歯科医療になりま
すと、なかなか手厚いカバーができてないところがほとん
どで、いきなりオーラルフレイルティイーと言っても、何？
という感じ。ですから、そこにはかなり説明して、日本で
はこういうインシユアランスがあって、oral hypofunction
口腔機能低下症があって、それを予防するためにオーラル
フレイルという概念、さらにそれを大きく見るようなオー
ラルフレイルティイーという概念が広がっていることを少し
説明してさしあげないと、何それ、ということになります。

これで終わらせますけど、フレイルティイーという言葉も、
飯島先生が言ったようにいろんな定義で使われてしまっ
ているんですね。日本のフレイルティイーはアメリカのリンダ・
フリード先生のをほぼ踏襲しているんですけども、広い
意味で使っているロックウッド先生みたいないろいろな学
派があるので、それをまずしっかりと、私はこの意味で言っ
ている。こういうのが日本でインシユアランスとして整備
されて、その上でのオーラルフレイルティイーなんだとい
うことを説明してあげないと、なかなか海外に向けての発信
は難しい点があると思いました。

ロコモ、サルコペニアとフレイル

■参加者B 今日はいろいろありがとうございました。高
津です。小玉先生の話ですと、85歳以上が1,500万人とい
う話でしたが、私のように長く生きていますと、小さい頃
は終戦前ちょっと育ったので、虚弱児と言われたことがあ
ります、やせていたので。それからだんだん最近では、フレ
イルの前にサルコペニアという言葉がいつときはやっ

て、それから後、その後でロコモっていう話がきて、最近
はフレイルっていう。そうしますと今、まだちょっと高齢
の人たちはそういう言葉が残っていて、その3つのところ
の使い分けをどういうふうには生かしたらいいんだ
ろうかという、定義の話が出ましたので、その辺のところ
の分け方といいますか、そういう概念みたいなものを一般
市民向けに分かりやすく、何か定義されればいいかなと
思っているのですが。

■飯島 まず、総合的にご説明する前に、もともとメタボ
というのがあり、あとそこにロコモというのが出てきて、
筋肉の衰え、サルコペニアという、これは医学用語ですけ
れども、があり、またフレイルというのが出てきたという、
片仮名オンパレードです。それは、フレイルという概念を
出したり、だいたい前には整形外科学会がロコモを出してき
たわけですけども、その周知の仕方、特に国民の方々に、
こういうところで、こういう世界観でこれを使いたい
からなんだというところを十分に出せてないことによるも
のだろうと、ちょっと自戒の念も込めて思っています。

ロコモとフレイル、そしてサルコペニアという整理整頓
に関しましては、フレイルは、多面的な要素によって負の
連鎖で自立度が落ちていくことで、体のパーツの衰えだけ
ではなくて、心の部分と、あと軽度の認知機能の陰りとい
いますか低下、ひどい認知症という意味ではなく、という
ものと、あと社会性の衰えという、いろんな人との交流が
薄くなっていく、さまざまなそういう多様な要素が相絡み
合いながら負の連鎖でという概念にしてあるので、一つ一
つの、先ほど言ったように、これを食べましょう、タンパ
ク質をしっかり取りましょう、運動習慣を持ちましょうと
いうことも、間違いではないんですけども、単品でプッ
シュをしても、それはフレイル予防、フレイル対策とい
うのに直結する話ではない。一個一個ちゃんと根拠のあるも
のをちゃんとそろえて、それを立体的にやっぱり理解して
いただくべきであるというのがフレイルの概念で、その中
の1つ、体の衰え、身体的フレイルの最たるものがロコモ
であります。その似ている分野として、筋肉の衰え、サ
ルコペニアというものが存在する。ですから、フレイルの
状態が着々と進んでいく根底には、筋肉の衰え、サルコペ

ニアが存在していると。

あと、ロコモに関しては、整形外科側の調査によれば、比較的フレイルとかがちょっと顕著化していく前に、だいぶ若い世代から高齢者じゃない世代、手前の世代からだいぶ出てきているというデータもあって、そこら辺の時系列、ライフステージをどのように時系列で見せて、その3つ、4つ、それぞれメタボも入れれば4つの片仮名をどのように整理整頓させるのかは、当然しっかり説明していかないといけないかなと思います。

もう一つ最後に付け加えるならば、フレイルは、確かに高齢者、65歳以上のさまざまなコホート研究のエビデンスも踏まえて、可逆性ということを軸に置きながら作ってきた造語ではありますが、とはいっても、65歳からスイッチを入れましょうという話では全くございませんので、中年層を中心としてやってきたメタボ予防という考え方、そこから徐々にフレイル予防、フレイル対策という課題の移り変わりをちゃんとご説明しないといけないと思っています。

■参加者 C 兵庫県の健康増進課の時岡と申します。今日は、第一線でご活躍の先生方に大変ぜいたくな講演を聞かせていただき、大変勉強になりました。ありがとうございます。

兵庫県では、今年、歯の新しい条例を作りまして、県民一人一人が主役となり、関係者と連携して、みんなで健康の和を守りましょうというような内容で、生涯通じた健康づくりを進めております。その兼ね合いで、オーラルフレイルも、実はここ3年ぐらいで41市町、全県で今、オーラルフレイルそして食とタイアップしてフレイル対策を進めております。

今、私たちの一番の心配事は、他の事業もそうですが、モデル事業が終わってしまうと、だんだんそのまま先細りになって、3年たったらゼロベース、もうなんにもなかったような状態に戻りやすいということで、県がモデル事業が終わった後も、その地域でその事業を継続をしていくかを今かなり考えている状態です。このことについて、先ほど、うまくいくかのチーム感は行政のハンドリング次第という飯島先生のお言葉もありましたので、こういう取り組

みがあるよみたいなのを、ちょっと飯島先生にアドバイスをいただければと思います。

あと、地域包括ケアのほうで、例えば誤嚥性肺炎予防のために、介護のプランにケアマネさんから歯の口腔ケアが大切ですよという介入をしていただく時に、ケアマネさんが、やはり、私たちは歯の関係者ではないので、「歯を見せてください」と言っても見せてくれないし、なかなか説明しにくい。言ったとしても、口腔ケアしていますとか、食べられてますっておっしゃるそうなんです。変化というのは徐々になるので、急に食べられなくなったりするわけではなく、ご家族も気づきにくい。そこをどのようにアプローチしていくかを平野先生にアドバイスをいただきましたのと、できましたら、日本歯科医師会さんのほうで、例えば歯科関係以外のケアマネさんとかヘルパーさんでも簡単に口の中を見てアセスメントをできるようなチェック表みたいなのを見本として出していただけると私たちも進めやすいかと、今、皆さんの話を聞いていて思っております。

そして最後に、田中先生には、ぜひ、これから地域包括ケアを進めるに当たって、歯科医療従事者、歯科医師そして歯科衛生士がこんなふうに活躍してほしいというような未来像をいただきましたら大変心強いので、よろしくお願いいたします。

■佐藤 大変いいご質問で、全員当てられた感じですが、どうでしょう、せっかく古元課長がいらっしゃるんだから、事業継続のためのポイントを厚労省からお話を聞いたほうが面白いような気がするんですが、座長の勝手な差配で申し訳ございません。

最後のご質問、日本歯科医師会でそのような事業をやっていたかですが、やっておりました。ちょうど私は、介護給付費分科会の構成員だった際ですけど、ケアマネ協会のほうから話があって、STと歯科医師とケアマネと、誰でもお口を見てということがあったんですが、その事業以来、それは継続していないというのがございます。今のお話は重要な点でありますので、今までの経験を生かしながら、それは今後も、関係団体と進めるほうが、たぶん、いいんだろうというふうに思っています。特に、ケアマネさんが使える資料じゃないと困ると思いますので、歯科医

師だけの資料にならないような検討が必要だと思います。

それでは、古元先生、飯島先生、平野先生の順番でいって、ちょうど田中先生には、今までの講評も含めて将来像を語っていただければ、すごくいい話になると思います。では、古元課長からお願いします。

行政と専門職がしっかり関わる体制作り

■古元 大体新しいことを進めていく場合によくあるのが、モデル事業であるとか、あとは非常に好事例というか、非常に先進的な事例を横展開していこうという発想があるわけです。先進的にやっていたりしゃる地域というのは、非常に気持ちの意識の高い職員や、あと現地の地元の方が引っ張っていらっしゃる。ただそれが、ややもすると減私奉公的で、市町村の職員は当然人事異動もありますから、それをどう継続的に進めていくのか。県も市町村も予算がありますから、そこを財政課にしっかり説明をして予算を取るといって、非常に現実的な立て付けの中で行われている事業だと私は思っています。

そういうリアルな側面を考えた時に、やはり継続的に進めるためには、ボランティアな部分はある程度残しながらも、やはりきっちり人を付けて、あとは専門職が関わる体制をつくる、これが重要ではないかと思います。地域の歯科医師会でありますとか歯科衛生士の方の関わりであるとか、あとは医師会とか栄養士会とか、今、介護保険部会というところでも、通いの場についての議論がなされていますけれども、もちろん、民間とか住民の方が主体となって通いの場をつくっていくというのがそもそもとしてあったわけですが、やはりそこに行政と専門職がしっかり関わるという体制をいかに組織的につくれるのが1つのキーではないかと思います。

あともう一つ、先ほどグラクソの方のご質問にもつながるかもしれませんが、やっぱり行政は予算を付けたりとか規制をする、こういったツールで基本的には仕事ができますが、住民の方の意識を変えるとか、そういった啓発の部分については、やはり民間の方に期待するところが大ではないかと思えます。

成功事例を積み重ねる

■飯島 この事業の継続という視点も含めて、そこにハイリスクアプローチ的なところの世界観でその大きな課題をどう考えるのかと、あとポピュレーションアプローチをちゃんとしっかり広げていけるかということで、ちょっと答え方が少し違うのかなとは思っています。

まずハイリスクのほうに関しては、真っ先には、目の前に専門職種がいて、実際動いてワークしているという現実があって、ただやっぱりそこに、当然財源の確保とかそういう物理的なものも必要なんでしょうけれども、やはりスキルの全体的なボトムアップかなと。当然、連携というのは耳にたこ状態になっているわけですが、機能的に回る連携をどのようにリカレント教育的なものでやっていくのが必要かなと思います。

一方で、ポピュレーションアプローチ、そこには絶対専門職種が関わってはいけないというゼロ、イチの話ではないわけですが、やはりまず、先ほどフレイルサポーターを1つの事例に出しましたけれども、あれは単に選択肢の1つなので。ですけど、住民、市民、特に高齢も含めた住民パワーが予想以上に、結構なレベルのことをやってくださるんだとちょっとよく知ったほうがいいと思いますね、特に行政の方々。特にフレイルサポーターみたいな住民ボランティアの方々にもしっかりと成功体験をさせていく必要がありますけれども、それを通じて行政担当者も成功体験をまずしっかり感じたほうがいいかなと思います。なぜかという、やっぱり、先ほどちょっと濃淡が出てきてしまうという時に、前向きに、陰に日なたにサポートしていこうと、がんがん頑張ってくださる方もいらっしゃいますが、やっぱり、「やらされてますけど」というのが本当に表情に出ている方もかなりいるんですね。

確かに、フレイルサポーターの活動をやっても給料は上がりませんから、はっきり言って。それが面倒だと心の中で思っている方もかなり数多くいて、それは市民にも見えます。フレイルサポーターですから見えます。ですから、そこら辺、両方も、結局、住民ボランティアとして頑張る側も、そしてそれをうまく促す側の行政の方々も、どうにか成功体験を積んで、ポジティブな歯車のステージに

入っていただきたいなというのがあります。

そこに、全国 96 自治体とはいっても、その中に、キラキラと光る成功事例が僕としてあって、その 1 つ、高知県の話ですけども、サポーターの方々から自発的に、我々の取り組みは事業とは絶対言わないというコメントが出ています。当然、黄緑色のユニフォームを 1 着 1,500 円ぐらいするわけですけど、それを 30 着、40 着とやると、何万円、十何万円となってくるわけで、それを行政の介護予防担当のところとかが捻出してくれるわけですけど、お金は多少かかっているんですが事業とは言わない。なぜならば、終わっちゃうからだ。今まで聞いてきた事業って全部終わっているしという。そういう感覚に市民は見えていて、だから俺たちの活動は絶対事業という名前を付けたくない、必ず世代をバトンタッチしていつか続けたいという、まさに僕としてはありがたい光景なんですけれども。やはり、そこら辺の、何か同じ景色をみんなで見ようじゃないかという感じ、ちょっと青臭い話で「何、臭いセリフ言ってんの」と聞こえてしまいますが、でもやっぱり共感する人たちはいっぱいいて、共感してくださる行政の方々もそれなりにいる。けれども、事務的に「はいはい」と言う方々もいっぱいいる。それが如実に濃淡として出ているようにしか僕には見えません。

だから、これをかちっとやれば継続性というのを生むんですよという 1 個の方程式はないと思いますが、実はもしかしたら、もうちょっと原点的なところに少し答えがあるのかなと、僕はこの全国のフレイルサポーター活動を火をつけながらも、学びつつ感じている印象があります。

ちょっとまとまりのない話ですけども、物理的には条例を差し込んでいくことは必要かとは思いますが、条例をやったからといって、みんなで本当に高みを目指してみんなでこうやってなるのかというと、また別の方程式だと思います。

地域の力を掘り起こす

■平野 今の話の、飯島先生の流れのところからお話すると、私も地元の地域の歯科医師会の先生方とさまざまな事業、モデル事業をやって、その中の豊島区歯科医師会さ

んからも学んだことですが、やはりモデル事業の時から、当然なくなるのは明々白々なので、最初からキャッシュフローを考えると。もしそれで作れないだったら、それは地元にはやはり必要ないわけですよということになってしまふんですね。だから、住民が一回モデル事業の時に上げられて、それがなくなっちゃったら下がる、なんかジェットコースターのようなことは、やはりやってはならぬと。必要であれば、そこからどうお金を、キャッシュフローをつくるかは地域診断をして、何にどのぐらい金を傾注できるのか、するのか、べきなのか、やはり考えてやらなきゃいけないと強く言われて、平野みたいに熱く何か言えばなんでも動くわけじゃないよとよく怒られますが、でも医療保険ではないですよ。保険でカバーできる場所ではないので、それは地域で何が必要なのかを濃淡付けていくことは、大変だと思いますけれども、ぜひ地域診断力というのが今、求められているのかなと思います。

それで、今回、コロナだからできなかったというのは、個人的には言い訳だと思っています。なんでこんな偉そうなことを言うかという、日本老年歯科医学会の支部組織委員会で、佐藤先生にも入っていただいています、全国の先生方のいろんな意見を聞くと、もともと地域でしっかりおやりになっているところできていますね、コロナでも。できなくなったところは、やはりコロナを理由にされていますが、それは自分たちの脆弱性が露呈しているんですよ。だから、ここはすごいいいチャンスで、できなくなっちゃったことってというのは、たぶん、すごい脆弱性もともとあったところなので、そこがなくなった理由は何なのかというのは、もちろんコロナのせいにしちゃえば簡単なんですけれども、行政さんがおびえてやらない、住民の方もおびえてやらない。でもそこには、しっかりと皆さんが、こういう条件ならばいけるんじゃない、という同じ目線に立てる素地がなかったのかもしれないし、そんなふうにはぜひ、コロナはまだまだ落ち着きませんので、備えていただければ。ちょっと違う話ですが。

先ほどの私にいただいた質問は大変難しく、逆にそういったものがあればぜひ教えていただきたいと思いながらも、ただ先ほど、古元課長さんから言われた、前回の介護

報酬の改定の時に、口腔と栄養の、同時で一緒にマネジメント、通所のところを相当意識しました。口の中もちろん見なければいけないんですけども、専門職種でなくても、なるべく分かるように、それも口だけじゃなくて、口と栄養をセットにしていこうよとつなげていく。だから、それが例えばつなげられた専門職が栄養であっても歯科であっても、仮に医科であっても介護であっても、そこからどこにつなげられるんだというシステムのほうが、なんか歯科につなげるシステムという、どうしても、汚れているの、口臭なの、なんとかという話なんだけれども、そこから辺をちょっとハードルを下げて「最後に歯医者さんに行ったの、いつ？」とか、例えば「かかりつけの先生、いるの？」とか、例えば「歯が残っている？」とか。かかりつけがいなくて全然行ってないって言ったら、それはまずいでしょみたいなところからウォーニングを上げる、アラートを付けていくのもありなのかなと思います。

厚労省の方からも同じような質問をいただいて、いろんなことをやってみたんですけども、前回の口腔と栄養のアセスメントのところは参考にさせていただけたらありがたいなと思います。

■佐藤 田中先生、今までの総括を含めてご発言いただければと思います。

地域の体制整備への提言

■田中 歯科衛生士さんや歯科医師の方々が、地域の体制整備のために頑張っていくにはどのような仕掛けがあり得るか、答えはたくさんあります。1個ではない。地域ごとに違います。

例えば、先ほど出ました産官学でいえば、学会を作ってしまう案も1つです。岡山県と茨城県では、独自の地域包括ケア学会を作って、そこで多職種の方々が互いに発表し、市民も入れるようにしています。これは県単位で作ることに意味がある。日本地域包括ケア学会も存在し、理事長を務めています、「日本」学会だと地域住民は参加しにくい。専門職しか来ない。住民の方々に口腔衛生とは何か、あるいは歯科衛生士はこんなことができると分かっていたくには、県単位の医師会や歯科医師会と協力して学会を作る

方法が手です。

それから、若い時から歯科衛生士が社会を知り多職種を知るには、学生の段階から多職種と一緒に学び、事例研究を行い、実習をしていく。埼玉県立大学では、歯科衛生士を育てる学科の学生たちも、本学において看護師を目指す学生、県内他大学で医師、薬剤師あるいは建築士を目指す学生と4年間それぞれ毎年必ず一緒に勉強をし、実習をし、事例検討を行う取り組みをしています。そうすると、歯科衛生士希望者をはじめ全員が他職種への理解を増し、皆の前での発言力を磨いていきます。他職種が怖くなくなります。兵庫県立大もあるので、そういう仕掛けをつくるというのではないのでしょうか。それぞれいろいろな試みがあります。

今日のタイトルの8020、これは大変結構で、日本のいろいろなプロジェクトの中では成功例としてきつと記録されるでしょう。だけど、皆さんおっしゃっているように、8020ではなくなってきた、85になり100になっていくかもしれないので、その時どうするかは、これから歯科医師会、あるいはこの財団の大きな目標ですね。

なお8020の達成率は決して、100%になりません。それは、最後に残るのは健康知識の啓発の話ではなく、社会的理由だからです。例えば先ほど出てきた、「歯医者さんにかかっていますか？」という問いに対して「行きたいけれどお金がない」「足腰が弱って外出しにくい」などの人は残ってしまいます。だから、100%にするには、啓発運動的な、今日話しに出た様々な工夫に加えて、社会的支援が必要な人をどうするか、その子どもたちをどうするかといった、社会的な理由によるところにもう一つ踏み込まないと、さらに進化しません。高齢者の中の所得格差は他の年齢階層より大きい。85歳を超えてくると、貧困者比率も増えますので、そういう人たちのフレイルを防ぐには、市民運動、啓蒙活動プラス社会的な支援の視点を入れたいいけない。それが講評の1つです。

2番目。タイトルには「フレイル」「オーラルフレイル」と書いてありますが、飯島先生、平野先生が言ってくださったように、オーラルフレイルとフレイルはまさにセットである。これは大きな学びであり確認できました。今日の成

果ですね。

最後は地域包括ケア、タイトルに出ています。地域包括ケア、まさに8020だけではなくて、フレイルの運動も全て地域活動です。飯島先生が強調してくださったように、地域の活動としてという意味では、地域包括ケアシステムの中の活動です。こういう広がりを持った活動をするには、市役所を巻き込み、市民運動を巻き込むことが大切です。私が手伝っている、ある人口100万都市では、6カ月に1回、多職種のみならず市民代表に加え、商業や運輸業など経済界を入れた連絡協議会を開いています。コロナ禍前は、終了後には懇親会も開いていました。市長が必ず初めから終わりまで出てくれる。こういう努力を重ねると、輪が広がっていきます。

最後に一言。小玉先生が言われた最後の言葉が素晴らしい。口腔機能とは、食べたり飲み込んだりだけじゃないよと。話し、笑う、いいですね。分かりやすい。魅力的なので、ぜひ使わせていただきます。小玉先生、良い言葉をありがとうございました。

■佐藤 ありがとうございます。本当に最後、励ましを

いただいて本当に感謝申し上げます。実は今日の講師の皆さんに、私、打ち合わせなしで1つ質問を用意しておりました。その質問とは、今、皆さまがそれぞれのお立場で最も優先順位の高いものは何でしょうかと聞こうと思っておりましたが、それは今日、聞いている皆さんに、そのまま差し上げて、今大事なことは何かを、明日からのまたそれぞれの中で励んでいただければと思っています。

実は、この言葉を私が初めてかけられたのは田中先生でございました。老年学会の全体、総合学会の中でいきなり聞かれて、4名のシンポジストがそれぞれ答えたら、普段から考えているからこういう答えが出るんだとおっしゃっていただいたのが、今でも覚えています。やはり、普段から考える力を養わないと、困った時に出てこないんだということはおもう明らかだと思いますし、そういう中で、今日は財団の専務ではありますが、小玉先生にもそういうお声をかけていただいて、我々も励みにしてまいりたいと思います。

もう一度、今日の講師の先生方に拍手をお願いいたします。ありがとうございました。



閉会の辞

公益財団法人 8020 推進財団専務理事

小玉 剛

本日は8020推進財団のフォーラム8020、久しぶりの実開催になりましたが、基調講演をいただいた田中先生、ご講演いただいた古元先生、飯島先生、平野先生にいろいろ検査もお願いして、健康の調査票まで出していただいております。また活発な議論をいただいた皆さまにあらためて感謝申し上げます。

今日は本当に意義のある、また意味の深いお話を先生方からいただきまして、やはり国民の生活に寄り

添った形の8020推進財団の活動を今後とも続けなければいけないと、あらためて決意を固めた次第でございます。これから年末に向かってまた寒い時期、コロナのこともインフルエンザのことも心配ですけれども、先生方におかれましては、ますますご健勝でのご活躍を祈念申し上げます。閉会の言葉とさせていただきます。

本日はどうも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 20 回フォーラム 8020

**8020 運動とオーラルフレイル対策の
地域包括ケアシステムでの展開**

令和 4 年 12 月 10 日(土)午後 1 時～4 時半
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

<https://www.8020zaidan.or.jp/>

令和 5 年 3 月

無断転載複製を禁じます。

