座談会

東日本大震災と歯科医師の役割

～激甚災害で歯科医療に求められるもの～

出　席　者

足立　了平　氏（あだち　りょうへい）
神戸常盤大学短期大学部口腔保健学科　教授

田中　　彰　氏（たなか　あきら）
日本歯科大学新潟病院口腔外科　医長　准教授　地域歯科医療支援室室長

福島　俊士　氏（ふくしま　しゅんじ）
鶴見大学名誉教授

藤　　秀敏　氏（ふじ　ひでとし）
宮城県多賀城市開業／元塩釜歯科医師会会長

中久木康一　氏（なかくき　こういち）
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科　顎顔面外科学分野　助教

＜司　会＞
佐藤　保　氏（さとう　たもつ）
（公財）8020 推進財団常務理事／日本歯科医師会常務理事

と　き　2011 年 10 月 13 日（木）　ところ　歯科医師会館　会議室

未曾有の激甚災害となった東日本大震災において歯科医療には何が求められ、実際にどのような活動が行われたのでしょうか。現地で被災されながら、歯科医療、身元確認等に携わった方々、被災地に入り緊急の支援に携わった方々に、それぞれの立場から当時の現状と課題を語っていただきました。

佐藤（司会）　皆さま、本日はお忙しいところをお集まりいただきありがとうございます。

まずは皆様、自己紹介ということで、足立先生からお願いします。

●それぞれの活動から

足立　神戸常盤大学は短期大学部に歯科衛生士の養成学科を持っていまして、3年前からそこの教員をしています。それまでの27年間は神戸の市民病院に勤務していました。神戸市立西市民病院在任中の16年前に阪神・淡路大震災で被災して以来、災害と歯科医療というテーマを私のライフワークとして調査活動を続けてきました。

田中　日本歯科大学新潟病院口腔外科の田中と申します。私は地域歯科医療支援室の室長も拝命しておりまして、新潟県中越地震と中越沖地震の際に、新潟県歯科医師会と共に支援活動をさせていただいて、そのときに足立先生から貴重な提言をいただき、口腔ケアという概念を中心に支援活動をさせていただきました。

そのため地方の局地型災害における支援活動の経験はありましたが、今回の大規模広域災害におきましては、また新たな役割と課題を突き付けられたという思いでございます。

中久木　東京医科歯科大学顎顔面外科の中久木と申します。私は平成19年から21年度の厚生労働科学研究を担当させていただきました。

それがきっかけで災害時の歯科に関わるようになり、ここにおられる諸先生方に過去の情報をいただいたりして、3年間の間にいろいろなまとめをさせていただいたという立場です。

諸先生方からいただいた情報を、いま現場で必要な方々に潤滑に提供するという立場かと思っています。

藤　藤と申します。宮城県からまいりました。開業している場所は多賀城というところで、被害もあった

座談会出席の方々　左から田中氏、足立氏、佐藤氏、福島氏、藤氏、中久木氏

ところです。実家が石巻なものですから、そういう意味では診療所そのものは被災地の周辺というところです。

私の立場としては一開業医として被災地に近いところにいて、いろいろな方々の支援を受けながら、現場にいるとどういうことが見えなくて、あるいは見えてくるかということがあります。そういったことが皆さんの体系だった論議の中で少し絡んでいければいいかと思っています。

福島　私は鶴見大学におりました福島と申します。今日の先生方は災害時歯科医療の専門家ばかりなので私は門外漢のような感じがしますが、そういう立場の人間も一人いたほうがいいかもしれないということで参加させていただいています。

実際には3月25日に日本歯科医師会から招集がかかって、G2のグループでしょうか、4月17日から25日まで石巻のほうに行ってきました。大学での専門は補綴でした。

佐藤　東日本大震災については、すでに口腔科学会で一度、口腔衛生学会でも一度、それから国、日本歯科医師会でも座談会を開いています。さまざまなことがすでに話されているので、新たに話す視点とは何だろうかということを考えました。

なるほどと思った点は、財団のホームページのヒット数が6万を超しているという点でした。これは、歯科医師だけではなくて、いろいろな方々がこのホームページをご覧になっている。

つまりホームページをヒットする6万人の方たちに対して伝えるということは、確かにやっていないという視点です。

そういう意味ではいままでの視点に加えて、地域の方たちがこれを見たときに「なるほど、私たちが学ぶべきことがある。これは知らなかった」という視点は、すでに学会、シンポジウム、過去の座談会でやっていることと重なり合っていても、ここは確認しておきたいと思います。

それから二つ目は、6か月を振り返ってお話をしてはどうかということで、報道ではなかなか伝わらなかった点、それから今後求められる復旧・復興に加えて、まちづくりの観点という視点をいただければと思います。

今日の進め方ですが、大きなフレームを中久木先生にお示しいただきたいと思います。災害に関して歯科医師が果たす役割はここで押さえておきたいと思います。

次に田中先生も被災の経験、足立先生も阪神・淡路大震災のご経験がある中での論点をあげていただきたいと思います。

藤先生には地元で被災なさった開業歯科医として見えたこと、見えなかったことがおありだと思うので、この視点を是非ともお話をしていただきます。福島先生には外部から入ったときに、外部から入るとはどういうことなのか、加えて大学の役割という部分のお話をいただきたいと思います。

また、個人的に言うと、支援のあり方というか、今後への提案という部分はなかなか打ち出せてこなかったところもあるし、そこにはいろいろな切り口があります。

まず、本日の座談会の展開という基本的な部分について、お一人ずつご意見があればお願いします。

東日本大震災と歯科医療のかかわりをどのように捉えたらよいか

●国民目線でなければならない

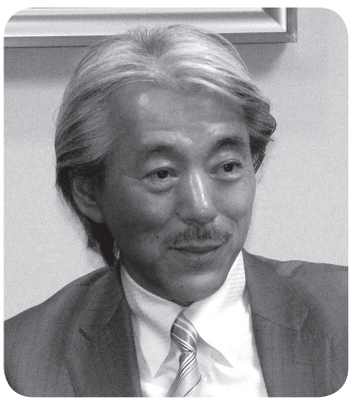
足立　一番の観点は、本誌は国民目線でなければならないことだと思います。

今日は私が、この10年間言い続けてきたことを今回の震災で再確認しましたのでそこを中心に述べたいと思っています。さらに今後の東北支援に関してここで議論できればいいなと思います。新潟の田中先生のところが2つの大きな災害を経験されたことから、これが今後の支援における一つのモデルになるのではないかといます。

田中　私どもは、阪神淡路大震災を経験された足立先生をはじめとする神戸の先生方の貴重な提言を受けて、新潟県中越地震において避難所口腔ケアを中心とした歯科保健医療支援活動を行いました。その後、新潟県歯科医師会は、活動の検証を行い、課題となった点について、行政とも相談しながら災害対応マニュアルを改訂しました。

しかし3年後に、不幸にも改訂したマニュアルと災害対応が試されるかの如く、新潟県中越沖地震が発災したことにより、様々な意見が集約され、局地型災害に対する歯科の対応と支援活動について、「新潟モデル」としてまとめることができ、以来全国に発信して参りました。

しかし今回、想定外の大災害が起きて、被災地での支援活動や、口腔科学会、口腔衛生学会のシンポジウム等で、様々な先生方のお話を聞いていると、それは我々が新潟での災害を経験して考えていた災害歯科保健医療の在り方や被災地で歯科医師・歯科衛生士がなすべきことに関しては、根本的に大きな開きはなかったように感じています。



●足立了平　氏（あだち　りょうへい）
神戸常盤大学短期大学部口腔保健学科教授、歯学博士。日本老年歯科医学会指導医、日本歯科麻酔学会認定医。1978年大阪歯科大学卒業、81年神戸市立中央市民病院（現・神戸市立医療センター中央市民病院）歯科口腔外科勤務、89年神戸市立西市民病院歯科口腔外科勤務、02年同・部長、08年現職。1953年9月生まれ、兵庫県出身。著書：嚥下障害の臨床－リハビリテーションの考え方と実際、よくわかる口腔ケアハンドブックほか、主研究テーマ：災害医療－震災関連死と口腔ケア、摂食・嚥下障害、医療連携など

●地域保健の中でどう連携するか

佐藤　中久木先生、いかがですか。

中久木　佐藤先生が示された「今後への提案」というのは言葉ではたやすいのですが、結果的に何回シンポジウムをやってもうまく具体的な話にはならないんです。地域保健と歯科医療とは、同じ地域に混在しているというのが通常の状態という気がしますが、地域保健とオーバーラップして歯科保健がきちんと混在できているのかというと、そこは局所的なイメージがあるんです。

たとえば普段の地域歯科保健では、限られた歯科医師や歯科衛生士がうまくまわしているだけでもいいのですが、それが災害時となって人手が必要になり、いざ地域保健の中で歯科保健をやろうとしても、全員がうまくできるわけではない。災害時の地域保健という面で、保健師さんたちを中心とした中に歯科保健をどう入れ込むか、どう連携を組むかは、まだまだ課題があると思います。

●日常の歯科医療の問題があぶり出されている

佐藤　藤先生、お願いします。

藤　現場では、まったく情報がない状態で、親を何とか助けることができ、何かしなければという思いと、何もできない医療では存在意義が問われるという意識がありました。

幸いスタッフにも人的な被害はなく近隣の病院とか在宅の患者さんの安否確認から始まり、たまたま依頼されて避難所を回りました。歯科のイメージと被災者に必要とされるニーズにはずれがありました。

今回の被災では、日常の歯科医療の問題がむしろあぶり出されてきていたというとらえ方で日常と被災の医療をつなぐような整理ができればいいかと思います。

もう一つは、避難所は夜に人が多数戻ります。内陸部から、夕方からのアクセスが容易でした。そしてそれが継続的支援の流れに不可欠でした。

佐藤　福島先生、お願いします。

福島　外部から支援に入ってということでは、歯科医師会の方たちは確かに大勢参加しましたけれども、やはり歯科の関係で機動性のあるたくさん歯医者さんを抱えているところは大学しかないのではないかと思います。病院歯科というものはありますけれども、それほど多くのマンパワーがあるわけでもない。

医科を見てみますと、いろいろな

組織がワーっと入ってきています。あれを見ると、それと同じようなことができるのは歯科関係では大学の歯学部しかないと思うので、大学の歯学部あるいは歯科病院の役割は、歯科全体において特別なものがあるように思います。ですからそれをあらかじめ取り込んだ考え方が必要ではないかと思いました。

それから私は今回いろいろ調べさせていただきましたが、すでにたくさんの情報がこれまでにあがっています。ですからある意味ではそれをそのとおりやればよかったし、これからもそれをやればいいという印象があります。

災害医療における歯科医師の役割

佐藤　では早速ですが、中久木先生から災害医療における歯科医療の役割についてのご発言をお願いします。

●救護への対応は３つの方向から

中久木　先ほど申し上げた厚生労働科研のときに、その前にいろいろ経験された先生方からいただいたものをまとめたものを基に、今回の情報を少し追加しているものを資料として出させていただいています。

救護の対象者としては、犠牲になられた方と、現在問題がある方と、現在は問題ないけれどもという方とに分けられるかと思います。

犠牲になられた方への対応としては、身元確認への歯科的所見からの協力が一番になるかと思います。今回は溺死の方が９割を占めていらっしゃるということです。

今回発表されているもので私が目にしたものだと、歯科の所見で特定に至ったのは20%くらいとか10何%くらいとかにとどまっています。もともとのデータがないと照合するものがないということで、日本歯科医師会の発表の中でも、「歯科医院が被災してもともとのデータがなくなってしまっているので、照合するものがないということが大きく影響してしまったのではないか」と出されています。

先ほどの三つのうちの二つ目は、いま現在、問題がある人です。実は今日、歯医者で予約があったとか、昨日から痛み出したという人もいらっしゃるでしょう。ほかの資料でもありましたが、１日で歯科を受診している方は127万人とかなりいらっしゃいます。う蝕とか歯髄炎とか智歯周囲炎とか少し緊急性があるというか、痛みがあったり急性炎症があるだろうという方はそのうち68万人いるわけですから、広域の災害になると、かなりの方で今日は我慢できても明日には、という問題を生じている方がいらっしゃると思います。

阪神・淡路大震災の時のデータでいくと、う蝕、歯髄炎、歯根膜炎が３分の１から２分の１近く、歯周炎とか腫れ物、粘膜疾患が３分の１近く、入れ歯関係の方が３分の１近くの対応をなされたということです。

これは歯科医療の方々の得意分野ですので、主に大きな避難所とか保健センターとかに緊急診療できる体制をつくって、受け入れますという連絡をして、ということになります。それと共に、今回であれば初期には移動診療車が稼働したり、そのあとで仮設診療所が建てられたりと、地域における一般的な歯科医療ができる体制がつくられていくというのが二つ目かと思います。

三つ目は歯科保健活動です。いま問題はないけれども、今後問題が出てきそうな人を中心として、問題が出てくることを防ぐ活動が必要になるでしょう。

足立先生などもおっしゃっていますが、阪神・淡路大震災のときには肺炎が関連死の４分の１くらいを占めており、そのうちのかなり多くの方々が誤嚥性肺炎ではないかと疑われています。

そういうことを受けて、先ほど田中先生からお話があったように、新潟の震災では口腔ケア等々が積極的に行われたという経験があります。それを受けて、口腔ケアとしてはご高齢の方もしくは子どもに対するものを中心として、歯科保健活動が必要になります。場所としては避難所、もしくは福祉避難所という少しハイリスク群の方が多いところ、また仮設住宅ができる時期になっても、さらにそのあと復興住宅のようなところに移ったとしても、かなり長期にわたって歯科保健活動をしていくことに大きな意味合いがあるということが言われてきています。

それに対して、歯科医師会という単位では身元確認の作業とか、歯科医療の救護とか、歯科保健活動に、かなり多くの方々を全国から集めてコーディネートして対応していたというのが現状までのところです。

今回の東日本大震災においては個人識別も非常に要望されたし、応急の歯科診療対応も非常に必要であったし、そして歯科保健活動としてもまだまだこれからも必要とされているのではないかと考えています。

佐藤　ありがとうございます。中久木先生にまず災害時の歯科医師が果たす役割ということで三つの点を挙げていただきました。

それでは次に足立先生からお願いします。

●歯科はからだ全体の健康支援を担う

足立　はい。いま中久木先生が示された歯科の役割の中で応急歯科治療は被災者の健康を守る支援のうち歯科疾患に関する部分の支援になります。しかし、歯科保健活動については単に口腔疾患の予防だけではなくて、結果的に肺炎などの関連疾患の予防につながるということから、からだ全体の健康支援の一環として位置づけたほうがよいと思います。

したがって被災者の命を守るという総合的な活動のひとつとして、歯科からも大きな声で啓発や提言をしていかなければいけないと思っているわけです。

震災関連死は今も増え続けています。これは発生後半年、9月11日の神戸の新聞ですが、関連死が850人という報告です。このうち実際に認定されているのは110人ですが、実際にはすでに850人くらいはいる。おそらく1,000人は確実に超えて、阪神・淡路大震災を上回るであろうと書いています。

また、2011年4月11日の読売新聞には関連死が1位・呼吸器疾患、2位・心疾患、3位・脳血管疾患の順で、阪神・淡路と全く同じ様相であることが掲載されています。朝日新聞の調査では、東北3県の159介護施設において616人が死亡したが、これは前同時期の2倍ですので、おそらく関連死が多く含まれていると考えられます。

私が今回感じているのは、阪神・淡路のときに比べますと、関連死が長い間増え続けているということです。

阪神・淡路の場合は、早い時期に医療機関は復旧しました。今回は津波のために医療機関そのものがなくなってしまった地域がかなりあります。一次医療を担う診療所がなくなったために病院が担うべき急性期の医療機能が低下したままになっているように思います。

増え続けている関連死の中に肺炎がどの程度含まれるかは不明ですが、障害を持った高齢者が多く入所している社会福祉施設から新たに発症する肺炎は誤嚥性肺炎とみて間違いないでしょう。そこには口腔保健の手が本当は入っていないといけないのですが。

私たち医療者は減災という観点から、まずこの関連死を少なくすることが一番の使命であろうと考えます。

関連死の特徴は肺炎が多いということから、歯科医師が関与できる可能性が高くなります。また、高齢者が多いのも特徴です。関連死発生のメカニズムは、原因としてストレスが考えられます。大きなストレス負荷が加わると血液凝固が促進され、血栓性疾患が増えると言われています。脳梗塞、心筋梗塞は、血液凝固が亢進することで発症しやすくなります。

もう一つは脳血管疾患の基礎疾患

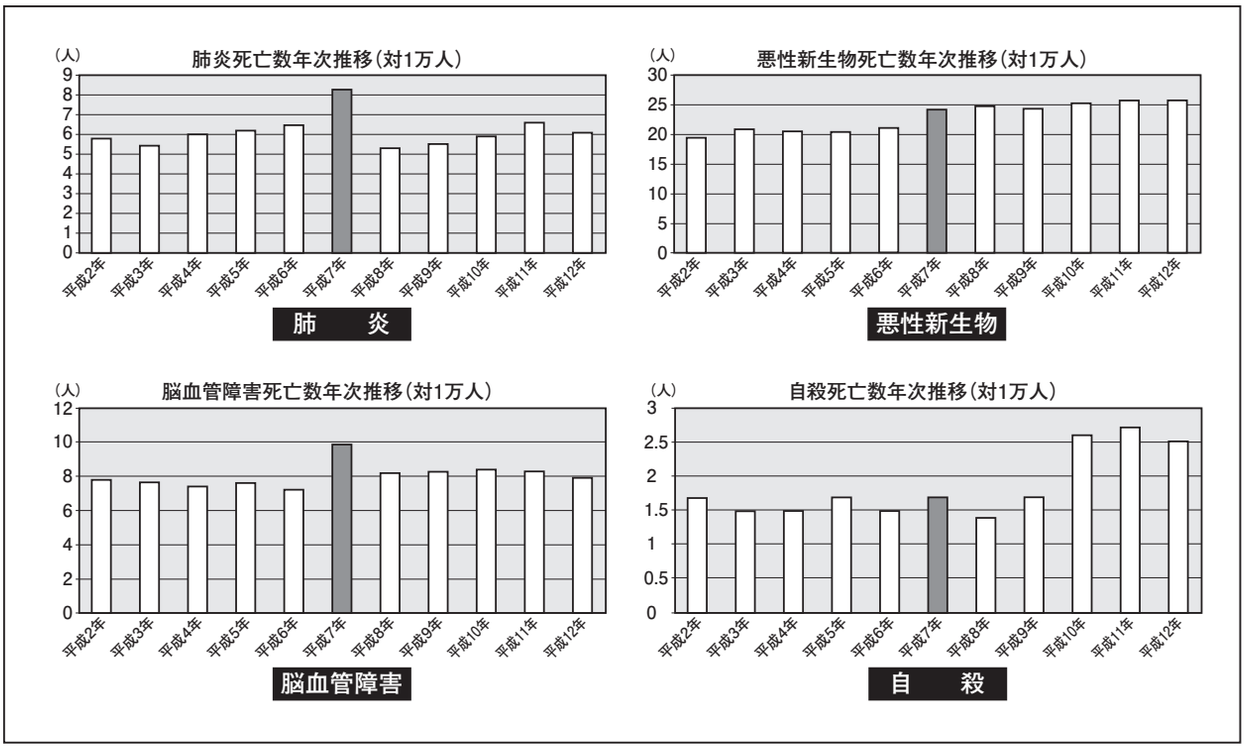


図1　阪神・淡路大震災に関わる死亡者数の推移（神戸市の11年間の調査）

である高血圧、糖尿病が悪化あるいは新規発症することです。高血圧・糖尿病が増悪し、そこに脱水が加わると脳梗塞が増加することは容易に考えられ、結果的に誤嚥性肺炎を起こしやすくなると思われます。

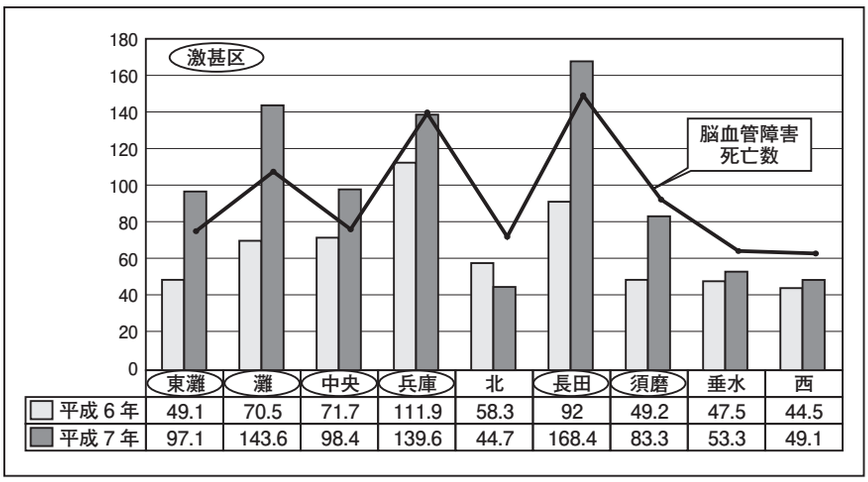
実際に岩手の避難所で測ってみると、やはり血圧はずいぶん高いのです。つまり避難所の画一的な食事や運動不足、常用薬の紛失や服薬コンプライアンスの低下に加えて、プライバシーがないストレスフルな条件下では交感神経優位な状態になることが原因と考えられます。

●肺炎と脳血管疾患は災害によって増える

足立　肺炎に関しては阪神・淡路のときのデータしかないのですが、神戸市の11年間の調査では肺炎と脳血管障害は平成7年が突出して多いということで、これらの疾患は災害によって増えた可能性があります（**図1**）。

また、神戸市9区の肺炎死亡者数を比較すると、被害の大きかった6区では前よりも1.5倍から2倍くらい増えている。しかし北区、垂水区、西区という被害の少なかったところはほとんど増えていません。さらに、脳血管疾患もまったく同様の結果を示すことから、これらの疾患は明らかに災害によって増える疾患だということがわかります（**図2**）。

このときの肺炎が誤嚥性肺炎ではないかと疑ったのは、極端な水不足から口腔の清掃が不備であったこと、避難所には水場がないので歯を磨く環境にないこと、避難所では義歯を外して寝ることもできず、高齢者は人前で義歯を外すのを嫌い、汚れたままの義歯を装着しており、口の中の細菌が増加した高齢者が多くいたのではないかと考えられたからです。



	東灘	灘	中央	兵庫	北	長田	須磨	垂水	西
平成６年	49.1	70.5	71.7	111.9	58.3	92	49.2	47.5	44.5
平成７年	97.1	143.6	98.4	139.6	44.7	168.4	83.3	53.3	49.1

図2　区別肺炎死亡と脳卒中死亡者数（対10万人）

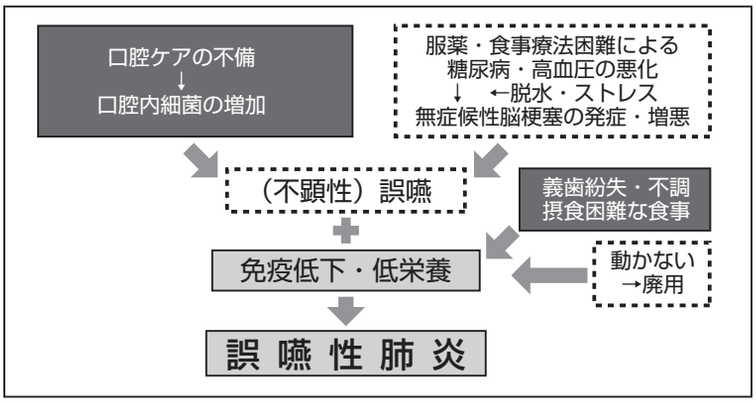


図3　避難所肺炎の成因

義歯を紛失した高齢者が多く避難所の冷えて硬くなったおにぎりやお弁当が食べられず、普段よりも体力が低下していた可能性を考えると、老人性肺炎の8割が誤嚥性肺炎であるという最近の報告は当時にも当てはまると思われます。

●災害時の肺炎を防ぐには

足立　これらのことから災害時の誤嚥性肺炎発症のメカニズムはこのようなシェーマで説明できます（**図3**）。白抜きの文字部分が歯科に関係する部分です。点線で囲んだ部分が医科的な部分で、薬や食事の問題によって高血圧や糖尿病が悪化する。加えて脱水によって脳梗塞を発症しやすくなり誤嚥しやすい状況がつくられます。

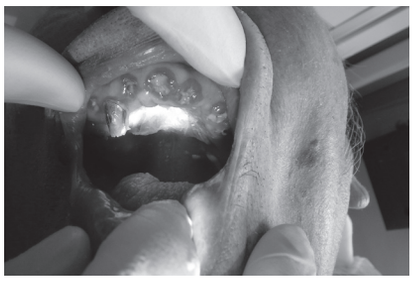


図4　岩手の介護施設での患者さんの口腔内

さらに動かないことによって廃用が進み感染に対する免疫が低下します。

この図から災害時の肺炎を防ぐには、服薬指導や食事指導、脱水や廃用症候群への注意喚起など内科疾患のコントロールや予防が必要であり、医科・歯科一体になった活動が必要であることがわかります。もちろん口腔ケアは大きな部分を占めるので、少なくとも保健師さんや医師に対して、歯科からの提言や啓発が必要だということにつながっていくのではないかと私は思っています。

今後避難所が設置されるような災害では、保健指導と口腔保健指導は一緒に行われるべきです。そしてそのためには歯科からの提言がなければ実現しないと私は思っています。

一方、今回42か所の福祉避難所がつくられました。今回は高齢化率が高いこともあり要支援者が集中して、定員を倍近くオーバーしてしまった。そうすると、被災により普段よりも低下した介護力がついていかなくなりケアの質を落とさざるを得なくなるという現象が生じました。

岩手の介護施設では口の中はこんな感じでした（**図4**）。通常の避難所だと7割くらいの人が良好な口の中をされていたのですが、福祉避難所では逆に口の中が汚れて肺炎のリスクが非常に高いと思われる人が5割近くいました（**表1**）。

私が行ったところは学生のボランティアが何人か入ってはいたのですが、水汲みはできてもケアができない。そうすると口のケアが一番最初に外されていく。私はここにこそ歯科の専門ボランティアが投入されるべきであると感じました。

最後に言いたいことは、口のケアは、多くの職種の人がかかわって行われるべきケアです。むし歯や歯周病の予防ではなくて、命を守る総合的なケアの一環なのです。これは私がいつも最後に言うのですが、高齢者にとって口のケアは命を守るケアだ、ということを国民の多くが認識していたら、災害関連死はもっと少なかったと思うのです。命を守るために口のケアが必要だということを避難所でも思ってくれるのではないか。そういう文化を歯科界はつくっていかないといけないだろうと思っています。

佐藤　ありがとうございます。では続いて、田中先生、お願いします。

表1　東日本大震災における口腔清掃スコア（2011.4.7～2011.4.9）

スコア	清掃良好	やや不良	清掃不良
避難所 * (n=68)	50 74%	15 22%	3 4%
介護施設 ** (n=27)	2 7%	12 45%	13 48%

*　陸前高田市、山田町 避難所 8 か所の合計 2011.4.7 ～ 8 調査
**　陸前高田市 老健「○○苑」2011.4.9 調査

集団避難者の受け入れという新たな課題

田中　今回私は、中越、中越沖地震において歯科保健支援活動を行った経験のもとに、東日本大震災では、福島県からの広域集団避難者を受け入れるという立場になりましたので、被災地外支援の在り方を含めてお話をさせていただこうと思います。

先ほど足立先生もお話しになりましたが、先般、日本呼吸器学会が医療介護関連肺炎のガイドラインを出しました。その中に、肺炎の予防対策として、ワクチン接種とともに口腔ケアが重要であるという提言がされています。医科の分野でも口腔ケアが感染症対策に極めて有用であることが認知されてきているという状況下で、今回の東日本大震災の検証は行われるべきだと考えています。

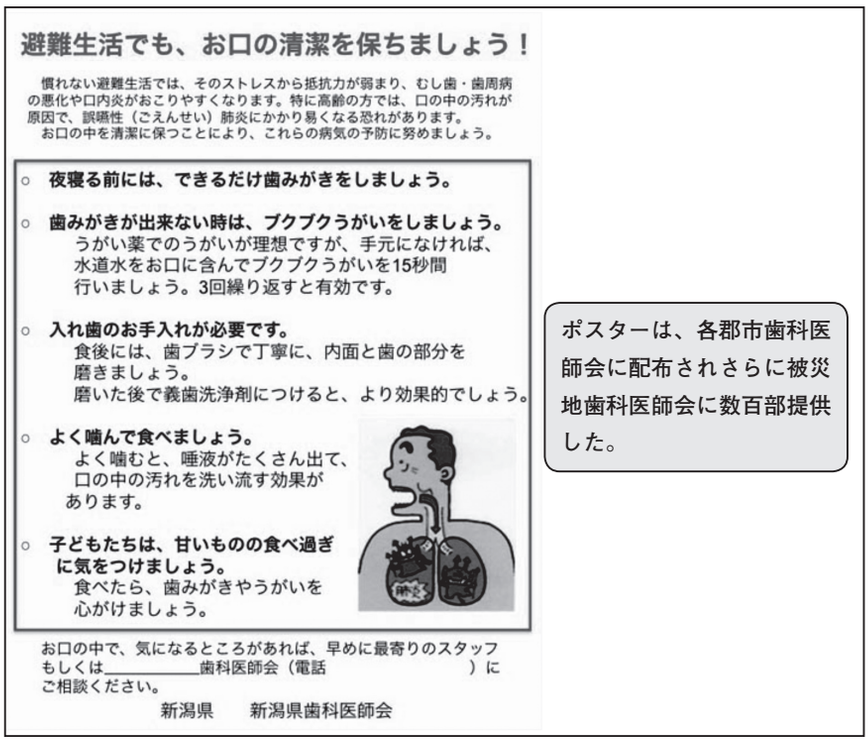
新潟県には3月20日の時点で9,504名が被災地から避難されてきていまして、77か所の避難所がありました。この体育館と避難所の様相は被災地ではなくて新潟市内と燕市内の状況です（**図5**）。

燕市の避難所などは要支援の高齢者が多数避難されてきました。新潟県歯科医師会が、早期に災害対策本部を設置しましたので、私も参画させていただき、こういった広域避難者に対する支援活動の初動体制を重視し、活動を開始しました。

もちろん歯科医師会会員診療所は平時で稼働していますので、各避難所に対しては避難所周囲の歯科診療所マップを配って、被災者が受診しやすい環境づくりを徹底しましたし、行政と協力して避難所に歯科医療需要に対する相談窓口を設置し、口腔ケアと歯科治療に対する需要を、情報収集、分析しやすいような初動体制を組みました。さらに口腔ケア啓発用のポスターを作成して各避難所に配布し、このポスターは被災地にも提供しました（**図6**）。

図5　新潟県内の東日本大震災避難者状況

●田中　彰　氏（たなか　あきら）
日本歯科大学准教授、日本歯科大学新潟病院口腔外科医長、地域歯科医療支援室室長。博士（歯学）。社団法人日本口腔外科学会専門医・指導医。1990年日本歯科大学新潟歯学部卒業、94年同・大学院新潟歯学研究科修了、02年日本歯科大学講師、05年より現職。1964年生まれ、長野県松本市出身。著書：口腔粘膜の診かた（著分担）、症例から学ぶ歯科小手術プラクティス（著分担）、専門分野：口腔外科学（口腔癌治療）、災害歯科医療、地域歯科医療連携、周術期、有病者の口腔ケア



避難生活でも、お口の清潔を保ちましょう！

慣れない避難生活では、そのストレスから抵抗力が弱まり、むし歯・歯周病の悪化や口内炎がおこりやすくなります。特に高齢の方では、口の中の汚れが原因で、誤嚥性（ごえんせい）肺炎にかかり易くなる恐れがあります。
お口の中を清潔に保つことにより、これらの病気の予防に努めましょう。

- 夜寝る前には、できるだけ歯みがきをしましょう。
- 歯みがきが出来ない時は、ブクブクうがいをしましょう。
  うがい薬でのうがいが理想ですが、手元になければ、水道水をお口に含んでブクブクうがいを15秒間行いましょう。3回繰り返すと有効です。
- 入れ歯のお手入れが必要です。
  食後には、歯ブラシで丁寧に、内面と歯の部分を磨きましょう。
  磨いた後で義歯洗浄剤につけると、より効果的でしょう。
- よく噛んで食べましょう。
  よく噛むと、唾液がたくさん出て、口の中の汚れを洗い流す効果があります。
- 子どもたちは、甘いものの食べ過ぎに気をつけましょう。
  食べたら、歯みがきやうがいを心がけましょう。

お口の中で、気になるところがあれば、早めに最寄りのスタッフもしくは＿＿＿＿＿歯科医師会（電話　　）にご相談ください。
新潟県　　新潟県歯科医師会

図６　新潟県歯科医師会が作成した口腔ケア啓発ポスター

ポスターは、各郡市歯科医師会に配布されさらに被災地歯科医師会に数百部提供した。

図７　新潟県内の東日本大震災集団避難者に対する歯科保健活動

そして燕市の避難所におきましては、燕市歯科医師会が、高齢者を対象とした口腔ケアの需要があると分析し、会員が巡回口腔ケアを行いました。4月15日には、新潟県が、避難者の新たな避難先の入居にかかわる意向調査をしていますが、避難者の約半数の方が避難所からの移動を希望しないという結果が出ています。

この結果より、避難の長期化が予想されましたので、新潟県歯科医師会は、中長期的な歯科保健医療活動の必要性があると判断し、歯科保健活動の一環として高齢者、小児を対象として、震災関連疾病予防と歯科疾患の新たな罹患を予防することを目的に健口教室の開催や口腔ケア啓発用視覚素材の作成を行いました（**図7**）。

●義歯が洗浄されていない

田中　一方、私は大学の支援チームとして、日本歯科医師会が本格的な支援活動を開始する以前に、気仙沼市歯科医師会にアプローチし、気仙沼市と南三陸町に支援活動に入りました。避難所で、口腔ケアのために、義歯を外していただくと、汚れが酷い状況でした。発災以来、水不足から義歯洗浄がためらわれ、さらにノロウィルス感染対策から、素手で義歯を扱うことに対する危険性も指摘されていたということで、数週間にわたって義歯を洗浄していない高齢者が多かったという現状でした。

●支援活動の標準化が必要

田中　今回の私たちの行った巡回口腔ケアでは、中越・中越沖地震における活動の経験から、口腔ケアのための器材セットが標準化されてい

ましたので、それを被災地に持ち込んで口腔ケアをさせていただきました。

そこで感じたことは、今回の震災の経験も踏まえて、今後こういった口腔ケアの手法・器材等の標準化の検討がいよいよ必要ではないかということです。

特に重要なことが、どの被災地にも共通する水資源不足に対応した口腔ケアの検討です。義歯清掃には、口腔ケアのウェットティッシュが非常に便利だったと言われていますし、逆にある先生からは、次亜塩素酸水のような機能水を持ち込むことで、ある程度感染予防に合致した口腔ケアの検討はできないのかといったご指摘もいただいたことがあります。こういった標準化の検討は今後必要かと思いました。

さらに巡回口腔ケアには被災地の情報収集、分析を行い、避難所や行政と連携するための現地コーディネーターが必須です。そのため、この災害コーディネーター業務の標準化と養成が重要かと思いますし、支援部隊の後方支援体制と支援物資の供給体制も、広域型を想定し、改めて考え直す必要があると感じました（**表2**）。

表2　大規模災害時歯科保健医療支援活動の標準化の検討

◎需要分析に基づいた応急歯科診療体制
◎水資源不足に対応した口腔ケアの検討
◎各都道府県におけるコーディネーターの養成と業務の標準化
◎支援部隊の後方支援体制と支援物資の供給体制

表3　被災地　介護保健施設における看護・介護職員を対象とした実態調査
調査施設：被災地 K 市 特別養護老人ホーム 2 施設
調査対象：90 名（看護職 12 名、介護職 64 名、その他 14 名）

震災前、口腔ケアを行っていたか？		
はい	いいえ	無回答
75（83%）	9	6

震災後利用者の ADL は低下したか？			
明らかに低下した	やや低下した	変化ない	無回答
27（30%）	51（56.7%）	5	7

震災後利用者の口腔衛生状態は低下したか？			
明らかに低下した	やや低下した	変化ない	無回答
20（22.2%）	51（56.7%）	10	9

震災後 (約 3 か月後) 口腔ケアを行っているか？		
はい	いいえ	無回答
69（76.7%）	13	8

現在の利用者の口腔ケア・口腔衛生状態は十分か？			
十分である	あまり十分でない	十分でない	無回答
11	61（67.8%）	8	10

口腔ケアに関して歯科の助言や指導は必要か？		
はい	いいえ	無回答
88（97.8%）	0	2

●介護保険施設での口腔衛生状態の実態調査

田中　それから私は被災地の介護保険施設でも口腔ケアをさせていただきました。緊急入所した利用者を定員の2倍近く収容した介護保険施設では、介護人員不足から介入前は排泄と食事ケアが中心でしたが、介入したことにより、口腔ケアの重要性を再認識いただいたという状況です。そして最初の介入から2か月後（震災後約3か月）、再度被災地を訪問し、特養の2施設（介護従事者90名）に対しまして実態調査をしてきました（**表3**）。

実際に震災前に口腔ケアを行っていたかということに関しては、83%の介護職、看護職が口腔ケアをしていたと答えています。そして実感として震災後に利用者のADLは低下したかということに関しては、86.7%が明らかに低下した、やや低下したと回答しました。さらに口腔衛生状態の低下を78.9%の介護職、看護職が認知しているという状況で、明らかに利用者のADLと口腔衛生状態の低下を現場が実感しているという結果が判明しました。

一方、現在口腔ケアを行っているかということに関しては、8割近くは口腔ケアを行っていますが、実際に利用者の口腔ケア、衛生状態は十分ではないという結果が出ています。さらに口腔ケアに関して歯科の助言や指導は必要かということに、97.8%の方がそれを要望しているという結果が出ていますので、被災地の社会福祉施設に対する介入や研修会の開催等の中長期的な支援の必要性はあると考えています。

●被災地における口腔ケアのニーズを再考察

田中　先ほどからお話が出ていました生活不活発病、いわゆる廃用症候群に関しては、2004年の中越地震の際に国立長寿医療研究センター

の大川先生らがこのようなデータを出しています。

要介護認定を受けていない1,623人を調査したところ、30%に当たる487人が震災後、歩行困難になって、半年後も36%が回復していないという状況でした。そして現在被災地では、要介護申請が急増しているようです。少なくとも被災高齢者のADLが低下している可能性があるということです。

おそらく被災地では仮設に居住する要支援の高齢者に訪問歯科診療や訪問口腔ケアの需要拡大が見込まれるだろうと考えています。これに関しては医科との連動・協働を検討、推進していくことが非常に重要ではないかと感じています。

最終的には被災地における口腔ケアのニーズを再考察する必要性があります。これは足立先生もおっしゃっていましたけれども、健康対策、つまり感染予防対策、介護予防の一環として、医科と協働するかたちで口腔ケアを前面に押し出す必要があります。

佐藤　ありがとうございます。続いて藤先生からお願いします。

●藤　秀敏　氏（ふじ　ひでとし）
宮城県多賀城市開業（ホワイト歯科クリニック院長）、元塩釜歯科医師会会長。宮城県ケアマネジャー協会理事、日本歯科麻酔学会認定医、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士。1948年9月生まれ、宮城県出身。論文：歯科医療は「生活」に出会えるか（高齢者歯科懇話会誌）、Daily oral care and risk factor for pneumonia among elderly nursing home patients（JAMA、共著）

被災者の方々の口腔の実態というのは実は日常のことでは

藤　多くの先生方がボランティアとして遠方から来ていただいて、あの被災者の口腔の実態というのは、実は特別ではなく日常なんだと思っています。そこを解きほぐすようなスキルなり力量がないと、震災の時点での優先順位は高くないので介入に難儀しているようでした。

●被災者のニーズと命に関わる口腔管理とのずれ

藤　被災者のニーズと命に関わる口腔管理とがずれている場合が少なくなかったのです。

実際、避難所には昼間はほとんど人がいなかったのですが、夜になると、食事や寝泊まりに帰ってくる。非常に水がなくて、お手洗いもトイレが外ですから、簡易トイレに夜に入るというと、高齢者は水があったとしても飲まない。

食事の摂取とか、口の渇きに困ったということが非常に多かったですし、管理者にとって肺炎の問題は知識としては知っていたが、宿主の抵抗力ではなく、集団の感染の問題としてのみ対応していたように思います。

歯科医の問題になりますけれども、食事の問題や誤嚥性肺炎の問題と、日常診療とがずいぶんずれていました。往診をしている先生たちはすぐ対応できるような感覚があったのですが、被災地で保健師からニーズとしてあがってきたときは動きましょうということが少なくなかったと思います。

●避難所でのニーズ

藤　スタッフは避難所のそれぞれの部屋に入っていって対応したのですが、「食事は食べられましたか」とか「おいしかったですか」とか、歯科ということは扱わないで入ってみましょうということが、非常にニーズに結びつきました。

口腔ケアも口の渇きから入っていくようなことをして、あるいは義歯を即日に対応するというようなことがかなり好評だったようです。亜急性期の歯科ニーズは介入方法と把握する方法、そして対応の共通合意が必要ではないかということを感じました。

私は個人的に亜急性期で避難所に行きましたけれども、リスクの高いところへの集中介入が適当だったのではないかと、いまでは考えています。ただ基本的な問題は、震災で日常の問題があぶり出されたと考えたほうがいいのかと思っています。

●コーディネーターの役割

藤　コーディネーターという問題が出てきます。コーディネーターというのはいろいろな意味合いがあって、組織としてコーディネーターと何をコーディネートするかという中身の問題を常に考えられないといけない。そしてコーディネーターがその地域でどういう役割を日常的に果たしているかということがないと、ペーパー上の組織化はできると思いますが、なかなか動かないという感想を持っています。

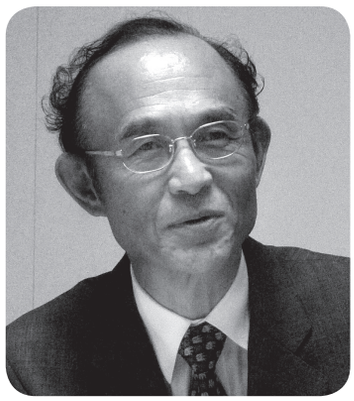
また、在宅の障害者はほとんど対応されていなかったということが、最近の情報として入っています。

●被災医療機関もサポートするような体制を

藤　量的には遠方からのボランティアのみでは限界があり、近隣周辺から支援できる制度的なものをと考えました。

被災者を救援しようという医療活動は多いけれども、被災地の医療機関もだめになっている。そして正直なことを言うと、どちらかというと被災して、支援してくれている人に対して、少し後ずさりをしているという地元の医療機関がある。被災者と同時に被災医療機関をサポートするような体制があったらいい、ということを感じました。

佐藤　では福島先生、お願いします。



●福島俊士　氏（ふくしま　しゅんじ）
鶴見大学名誉教授、歯学博士。1968年東京医科歯科大学歯学部卒業、77年鶴見大学歯学部助教授、93年同大学歯学部教授、11年同大学名誉教授。1943年10月生まれ、東京都出身。著書:臨床咬合学、歯列をまもる、4次元下顎運動アトラス、MI 時代の失活歯修復、失活歯のリコンストラクション、エコ・サイジングの修復治療、主研究テーマ:支台築造、咬合位の診断、顎関節症

災害時における組織のあり方

福島　私は感じたことが二つあります。それから追加的にもう二つ挙げたいと思っています。第一に、災害に対する組織の問題です。特に外部から入っていくとき、皆さん方は本当に善意に溢れて、ある意味で素晴らしい人たちが集まっています。

ホテルにはいろいろな分野のボランティアの人たちがいて、皆さんとても礼儀正しいんです。

本当に善意に溢れた人たちがたくさん集まっているのに、うまくそれを使ってもらえないもどかしさといったものを、おそらく皆さん、外から行った人たちは感じたと思います。

やはり第一の問題は組織の問題であると思います。とにかく現地に誰かしっかりとしたコーディネーターがいて、そこに情報が集まっていて、そこから指令が出せる。いろいろな力も持っている、物も持っている。そういう人たちが中心にいなければ動かないということがあります。この組織のことはとても大事だと思います。

それを平時に、自分たちが被災した場合と、支援する側に回った場合、それからレベルも県歯レベル、市町村レベル、あるいはもっと小さなレベルできちんと組織だてておく必要があるだろうと思います。

「歯科のニーズはありません」と避難所の管理者にピシッと断られる。あまり見事に断られてしまうので、中を回らせてくださいなんて言えないんです。

避難所によってだいぶ違うとは思いますが、そういう状況も現にある。私だけの経験ではないと思います。これはとても残念です。個人レベルでボランティアに行かれた人たちについて、責任がとれないから受け入れたくないというご意見がありますが、やはりそこに善意があるわけなので、できれば何らかのかたちでそれを活かしてあげたいと思います。

そういう組織の問題です。

●被災地における歯科医療はどこまで実施すべきか

福島　2番目は歯科医療の内容で、どこまでやるのかということです。わかりやすく言うと、歯科医療の内容はいろいろなレベルのものがあります。是非やらなくてはならない、痛くて腫れているような治療もあるし、入れ歯が当たって痛いとか、緊急性のあるものもあるし、ごく日常的なむし歯がありますというものもあります。

先ほど言われたように、あとで地元の歯医者さんに引き継いでいくことも視野に入れて考えたときに、どこまでどう手を付けるのかというのは、みんなで同意しているものがないと、なかなか難しいんです。

私が歯科医療と言っているのは補綴に近いような歯科治療のことですが、基本的に歯科治療はかなりいい環境の中でやっても、うまくできるかできないかわからないような難しいことが多いと思います。それを困難な状況の中でやるとすると、そこにはある程度の質的な制限があります。それならある程度の処置で止めておいて、あとのもっといい状況のときに譲るという姿勢が根本的に必要ではないかと思うのです。

●医科と歯科との情報共有の難しさ

福島　それから追加的に二つ私が申し上げたいのは、医科はどんな救護所にも入っています。1週間ごとにどんどん交替してやっていますが、

医科の持っている情報が歯科に来ないわけです。

もっとうまく連携されていれば、医科からいただける情報はたくさんあると思います。ところが歯科は歯科だけで動いている。医科との連携がもっと必要だ、医科からたくさんの情報がもらえるはずだ、と思います。

それから追加的なものの2番目は、歯学部の付属病院の役割です。これは歯科全体の中で特別な位置を占めていると思います。ですから歯科医師会あるいは社会もこれをうまく活用することをあらかじめ考えるべきだし、大学のほうも、そういうつもりであらかじめ準備すべきではないかと思います。

そして、コーディネーターに誰がなるのかということも大事だと思います。一般の歯医者さんがなるのか、歯科医師会の担当する分野の人たちがなるのか、あるいは行政がなるのか、保健所の人がなるのか、病院歯科の人がなるのかわかりませんが、そのへんのところもそれぞれの地域で事情が違うでしょうけれども、考えていただきたいと思います。

医療計画見直しと災害医療での歯科の役割

佐藤　ありがとうございます。司会の立場で恐縮ですが私も少しだけ話させてください。日本歯科医師会の役割に関連しますが、都道府県医療計画が平成18年に策定されて、平成20年には都道府県計画が策定されましたが、いわゆる4疾病5事業ですが、5事業の中に災害医療が位置づけられています。しかし、この5事業の中に災害医療に位置づけられているのは9つのみという結果でした。

今年が国における医療計画の見直しの年で、平成25年が都道府県の医療計画の見直しの年です。都道府県はなぜ災害医療に9県しか歯科が入っていないのか。都道府県の計画に入れる根拠としての国の計画に入っていないというのが、平成20年の段階での現状と思えます。

今回の医療計画の見直しにおいて、東日本大震災により災害医療に関しては別途検討会が開催されました。今まで災害医療で記載のなかった「中長期」の医療提供体制の都道府県の役割というのがいままで一切記載がなかったものが、今回議論されました。さらに、DMATの48時間のあとの引き継ぎ、医療チームの調整などコーディネート機能を事前に考えておく必要があるだろうと論点も議論されました。

災害というのは短期だけの、いままでDMAT（災害派遣医療チーム Disaster Medical Assistance Team）中心の記載だけではおかしいということを主張しました。最終的な案では、都道府県は災害時に救護班の派遣について、派遣元の団体、日本医師会、大学病院、赤十字病院、国立病院というふうにそれぞれ関係する団体の具体的な名前が記載されて、災害対策本部内の組織の設置に関する計画を事前に作成することが、最終案には記載されるものと思います。平成25年の都道府県の計画には、47都道府県が災害医療における歯科の役割をきちっと書き込んでもらいたい、というのが日本歯科医師会としての立場です。

一方で、被害状況ですが、人的被害は圧倒的に岩手、宮城、福島の3県です。全壊も圧倒的に3県です。ところが道路損壊は15%程度です。ということは、後方支援したくても、道路が損壊していてなかなか近くに寄れなかったという事情もあるし、岩手、宮城、福島というのは実は幹線道路がたくさんあるところではありません。沿岸に道路が1本走って、沿岸と内陸を結ぶ線が1本しかないようなところがほとんどです。ですから数は少ないけれども、機能としては寸断された状況というのがあるわけです。

先ほども話題になりましたように、ケアマネジャー、社会福祉士、栄養士も災害では大きな役割を果たしていました。今回見直しの災害医療において介護や種々の職種の役割も検討されていますし、今回の災害の経験が活かされるべきだと思っています。

●DMATと自衛隊の活動

藤　DMATに連絡が行くのは、市町村の情報から県に行って呼ぶんだそうです。ですから市町村が疲弊していると、呼ぶこともできなくて、比較的ちゃんとしたところがDMATを呼んだ。だからずいぶんいろいろミスマッチがあったということです。

それと情報を扱うのが保健師とか看護師さんという現場は、そこで肺炎の問題とか食べる問題というのは、なかなか抽出されにくいと感じていたのですが、そのへんはどうでしょうか。

佐藤　県の災害対策本部に数日遅れて参加した経験から、初動の超急性期に関してはDMAT救護班対策を赤十字が立ち上げる速さを感じました。

また、避難所対策においても情報収集能力においても、避難者へのコミットメントにおいても自衛隊の活動は災害対応に言葉では言えないほどの力を発揮したと思っています。

口腔ケアは命を守るケアだということを語り続けなければいけない

佐藤　DMATからJMAT(日本医師会が東日本大震災の被災地に派遣した災害医療チーム)に替わるかたちになって、いわゆるヘリコプターで来た方たちは救急搬送に多く活躍しました。本当は想定外、トリアージ(治療の優先順位の決定)と救急救命がメインだったはずですが、どちらかというとヘリコプターを使った救急搬送までやったということです。

ですから災害医療の検討会の中でも、DMATはもう少し中長期的にやるべきではないかと、これが本当に良いのかどうかの話は別ですが、そんな議論も出ていて、いかにいままでの災害医療の検討、特にDMATの位置づけが今回機能しなかったというか、DMAT側の混乱もあったというのはよく読みとれるような感じでした。

今日の話の中心に据えておきたいことですが、口腔ケアは命を守るケアだということを長く語り続けなければいけない。言っても言ってもこの必要性が届いているのか足りない感を持ち続けていました。

今日はいくつかキーワードがあります。田中先生からは支援活動の標準化の話、これも今後に向けて組織的に考えるうえでとても重要だと思います。それからコーディネート機能も今回の計画の中でも重要だということは明確になっています。このコーディネートについていま国が考えているのは、保健所を中心にやっていくというストーリーです。

あとは支援のあり方をそれぞれの先生方が言われています。一つはDMATからの引き継ぎの問題もある。溢れる善意をどうやって有効に活用していくのかという話があります。

介護との連携は、現場に則した論点で、でも現実には在宅の方が一番最後まで見落とされていて、そこに手が伸びなかったのも事実なので、歯科医師会として今後、在宅の問題は大事な問題になってくるので考えなければいけません。

また福島先生がおっしゃった大学病院の機能との連携です。ここには明らかに大学病院協会とか大学病院機構、国立病院機構というのは入っているのですが、それはあくまで医科の部分でしかなかったという点は今後の課題になってくるだろうとも思います。

●現地のニーズを探るためのコーディネーターの必要性

足立　コーディネートの話は重要かと思いますが、システムの標準化は必要でしょうね。ただ、マニュアルは必要なものですが、そのとおりに機能するとは限らないような気もします。

佐藤　そうなんです。今回はそうですよね。

足立　時が刻々と変化する状況に合わせる臨機応変なコーディネートが重要だと感じています。田中先生は現地コーディネーターという呼び方をされます。災害が起こったときに、災害全体を俯瞰する人が、県、自治体レベルで必要ですが、現地にも歯科医療や健康を考えるコーディネーターが必要です。やはり歯科医師会とか行政の歯科衛生士になるかと思います。

その人たちがいかに現地のニーズを把握できるかというシステムが今回は少なかったと思います。田中先生はニーズを探るための現地コーディネーターの必要性をずっと言われてきていました。阪神ではそれができていなかったんです。新潟でやっと見え始めたのですが、今回、それが東日本で活きなかったと私は思っています。

佐藤　それを言われると、大変つらいんですが。

足立　歯科医師会の先生方は震災が起こったときに、たとえば田中先生のように、過去に災害にかかわった経験から支援の在り方を提言をしてきた人たちに声をかけてもっと早い時期に意見を伺うべきだったのではないかと思います。

ニーズの把握と情報の吸い上げ

中久木　先ほどのDMATをどう規定するかということもありますが、DMAT自体はニーズがあろうがなかろうが行くという自動発動組織ですので、いま話題になったニーズのコーディネーションがなくても、初期の対応は出て行っていいと思います。ただ、その後の医科で言うDMATから病院派遣チームに変わっていく、そこが私たち歯科でも似たような点がある気がします。

最初はとにかく行く。それが先遣隊となってニーズを把握して、次にどのようなチームが必要かという情報を吸い上げるということで、最初はニーズがわからなくてもいいような気もするという意味です。

そこは系統的にはいわゆるDMATと同じフェーズ1、フェーズ2、フェーズ3で考えていっていいのか、

それとも歯科は歯科で独自に考えなければいけないのか。どういうところと連携を組んだ情報の吸い上げから考えていかなければいけないのか、という気がします。

佐藤　そこはとても大事だと思います。

田中　情報収集に関しては、新潟は中越地震の際に、大きな問題点として浮上しておりました。情報は待っていては正確なものは入手できませんので、情報収集しに現地に入ることが重要です。そこで中越沖地震の発災に際しては、とにかく先遣隊は、要請がなくても発災翌日に被災地に入りました。

新潟県歯科医師会は、まず、被災地の歯科診療所の被害状況を現地で確認分析して、歯科保健医療支援活動の需要があるという判断を行いました。そして私たちは、すでに支援活動には、現地コーディネーターを専任しないと機能しないことがわかっていましたので、情報収集、需要分析と共に、このコーディネーターの専任が大きな目的の一つでした。

被災地である柏崎市には行政歯科衛生士が1名いたものですから、被災地の歯科医師会会長も同行の上、市行政の災害対策本部に赴いて歯科医療支援活動のコーディネーターとして動けるように要請を行いました。

このような経験を踏まえると、中久木先生がおっしゃる要請主義に基づかないような、需要分析をするチームがあってもいいのかもしれません。

実際には、平時からコーディネーターを決めておくのも重要ですが、実際にその方が動ける状態にあるかどうかというのは、被災地の状況によってわかりません。ですから必ず現地に入って、司令塔の構築、情報収集、需要分析をお手伝いするような機能を持つチームは考えてもいいのかもしれません。

●県対策本部と現地対策本部への参加は欠かせない

佐藤　大賛成ですね。加えて県対策本部と現地対策本部への参加は欠かせません。コーディネーターは、それぞれに参加することで密な連携と情報共有が図れるわけですから。

保健所中心というのは、新潟でものすごく成功している事例でもあるのですが、そこに歯科がうまく機能したというのは、その歯科衛生士さんのコーディネートの役割、プラス田中先生の大学としての役割が大きいような気がします。

田中　新潟は、平時から地域歯科保健活動等で、大学と歯科医師会が一体化して動ける協力関係にあるものですから、本当に2つの歯学部がフルに動けるという意味で、すごく恵まれた環境にはあったと思います。

もう一つはいま佐藤先生がおっしゃったように、現地コーディネーターは被災地の災害対策本部の会議に常時出るわけです。そうすると避難所の状況がよくわかるはずです。

先ほど藤先生がおっしゃった、この避難所は昼間、ほとんど人がいません、夕方になると集まってくるので、巡回を最後にしないと、ニーズは上がりませんというようなことも、中越沖地震の活動の際には、情報として実は入ってきていました。

ですから現地に精通した者を専任し、被災地の歯科医師会も含めて協力できるような体制というかコンセンサスは、平時にとっておかなければいけないと思います。

足立　初動に関する部分について標準化するのはよいと思います。そこからあとの部分は災害によって動き方が変わってくると思います。だからマニュアルは最後までつくる必要はない。でも初動は、何もないところから動かないといけないので、

●中久木康一　氏（なかくき　こういち）
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎顔面外科学分野助教。1998年東京医科歯科大学歯学部卒業、02年同大学院修了。病院勤務、病院形成外科研修を経て、06年から東京医科歯科大学歯学部附属病院医員。09年より現職。宮城県女川町で被災地支援のための歯科保健活動をつづけている。編著書：歯科における災害対策～防災と支援～（砂書房、2011年）。1972年3月生まれ、千葉県出身

ここはこういうふうに動きましょうという取り決めをしておいたほうがいいのかもしれない。

ただ行政との密接な付き合いが普段からないと、現地にすっと入っていくのはなかなか難しいと思います。

田中　ロジスティックの構築も重要です。歯科のチームはDMATのように普段から予算が付いて、準備をして、いざとなったら専用車両やドクターヘリで被災地に入るとかいうことはまったく不可能なわけです。

佐藤　初動の標準化としてDMATの話が出ましたが、DMATのような直後から48時間の対応のような初動は、歯科にも必要なのでしょうか？

●JMATに準じた組織の先遣ニーズ把握隊

中久木　歯科ではDMATのようなものというよりも、むしろ、JMATの先遣隊のようなものの方が必要でしょう。歯科での外部支援のコーディネートは歯科医師会が担当する体制となっているところが多く、つまり

は、どちらかというと日本医師会のJMATに準ずるものをやるということになります。しかし、医科におけるJMATの場合は、先に動いているDMATからの引き継ぎという形で体制を作れますが、歯科にはこのような初動の組織がありません。よって、医科のJMATに準じたものに対する先遣ニーズ把握隊みたいなものが、発災直後からの初動として歯科にも必要かという気がします。

医科におけるDMATからJMATへの引き継ぎは、組織が違うが故にスムーズにいかなかった面もあるようですが、歯科においては双方共に歯科医師会がコーディネートするようであれば、スムーズなのではないかと思います。

●佐藤　保　氏（さとう　たもつ）
日本歯科医師会常務理事。岩手医科大学歯学部非常勤講師。1980年岩手医科大学歯学部卒業、80年～89年岩手医科大学歯学部歯科保存学第一講座、82年～89年岩手歯科技工専門学校非常勤講師、89年佐藤たもつ歯科医院開設。97年～06年岩手県歯科医師会常務理事、日本歯科医師会地域保健委員会委員、岩手県歯科医師会専務理事等を経て、11年より現職。1953年11月生まれ、岩手県出身

佐藤　いまのは支援のあり方の中の引き継ぎの部分まで踏み込んだ話だったのですが、基本的に歯科のコーディネートというのは、先生がおっしゃるように、私もDMATではなくてJMATに近いのだろう。そこで先遣隊を持っていかないと、その後の中長期のあり方ということに引き継げない。そこがうまく引き継がれればという感じはします。

あと一つ教えてほしいのですが、関連死の件です。誤嚥性肺炎という診断名についてはほとんどゼロに近いことになっています。具体的にどういうふうな調べ方で、あれはデータをとっているのでしょうか。

●誤嚥性肺炎の診断

足立　誤嚥性肺炎を診断するのは非常に難しい。だからエピソードなどから推察するわけですが、レトロスペクティブに調査するのはなかなか難しい。阪神のときは、死亡診断書の一番最初の病名をあげています。肺炎が一番最初に書かれていた人が24%いたということです。

今回もいろいろな肺炎が言われていますけれども、呼吸器疾患として大きく分類されていて、細かい分類はされていません。

佐藤　わかりました。口腔ケアは命を守るケアだということ、これは歯科医師であれば、ずっと訴えていかなければいけない大事な課題ですが、これから寒くなっていきますから、特に栄養の問題を加えて考えるべき話だと思いますが、足立先生、そのへんで何かヒントはありますか。

●歯科医師会からの啓発

足立　高齢化の進んだ避難所、仮設住宅で今後必要となることは、介護予防と同様栄養指導、運動と口腔の管理です。歯科医師会として、なすべきことは、災害のときにあっても国民の健康を守るということになります。歯と口腔のケアは災害時の高齢者の命を守るためには非常に有用だと、私は思っていますが、それがもし皆さん方の共通した認識であれば、普段だけでなく災害のときにこそ「口のケアで肺炎を予防しましょう」という強い啓発を行うべきだと思います。

啓発の方法はいろいろあると思いますが。一つヒントとして、今回被災地の地方紙やで読売新聞に掲載されたサンスターの広告があります。そこには「水のない時でもオーラルケアは必要です」ということを書いて、自社製品の宣伝を一切しなかった。TVなどのメディアを上手に巻き込んでいくというのはいいかなと思います。

福島　いろいろな施設で誤嚥と褥瘡（じょくそう）、そのへんのところが一番問題で、医科のほうも実際に担当している人たちは、口腔ケアの大事さを感じていると思います。だからそこのところとうまく連携することが大事だと思います。医科からも意見を引き出すということです。

佐藤　田中先生は呼吸器学会のお話をしていただいたのですが、この点も関連しますね。

田中　私は、がんの患者さんの口腔ケアも含めてすべてが連動して、口腔ケアの位置づけを感染予防対策として、極めて重要だということを医科に対してもっとアピールする。その一つの分野として災害時の口腔ケアもあるという方向性で啓発できれば、必ず医科の先生たちは口腔ケアという言葉が被災地でも頭に浮かぶはずです。

総合的な健康対策に歯科が関与するには、医科との協働は必須ですので、戦略的には重要だと思います。

福島　口腔ケアを歯科だけで言うのではなくて、医科の人もそこに共同で書いてもらうようなかたちでアピールできたら、もっと訴えるものがあるような気がします。

佐藤　口腔ケアの話はまさに健康課題として考えて、その中でも感染対策として考えていくという視点は、医科も歯科も関係なく共通する視点だということで、口腔ケアのことについては進めたいということを一つのとりまとめにします。

あと支援のあり方だけ、もう少しご議論いただきたいと思います。

災害救助法に基づいた歯科医師会への派遣要請

福島　保健所の歯科衛生士さんがコーディネーターだったんですね。

田中　中越沖地震のときは、柏崎市行政の歯科衛生士でした。一人だけ市行政に歯科衛生士が雇用されていました。

福島　さきほど保健所のほうを中心にしてやると、国はそういったことでやっていきたいというご意見もありましたよね。保健所の中の歯科医師は非常に少ないわけでしょう。

佐藤　はい。

福島　でもこれを増やしていくことは、歯科医師会の中で方針として出ているんですか。

佐藤　基本的に保健所単位での歯科医師、歯科衛生士の雇用に関しては、それを進めるべきだという方向性は持っているのですが。

福島　増えているんですか。

佐藤　増えていません。

福島　保健所で歯科衛生士の配置は非常勤を含めて約50%だと聞きました。非常勤を入れて、歯科医師のほうは20%弱だったと思います。

足立　災害のコーディネートは保健所が担うということはずいぶん前から言われていて、厚労省の方向性もたぶんそういうかたちだと思います。医療のほうは、保健所が医療圏の範囲で配置されているということもあると思いますが、歯科医療支援のコーディネートも同じように保健所でやるかどうかということはいつも問題になります。

福島　日本歯科医師会かどこかできちんと方針を示してほしいですね。

足立　一方では行政職の歯科医師数を増やすという働きかけはしていかないといけない。現実に災害が起こったときに、そこに歯科医師がいないということもあるわけです。その場合には歯科医師会から人を出すということになります。

佐藤　そうだと思います。現実的には、起こったらそうなります。

足立　保健所に一人送るか、あるいは歯科医師会でコーディネートを担うか、どちらかになるだろうと思います。本来は行政が担うべきコーディネートを歯科医師会がやってしまうというのは方向としては少し違うような気がします。

今回、厚労省から災害救助法に基づいて、大学と各都道府県の歯科医師会に派遣要請があり、公的な支援隊が組まれましたが、これは歯科の災害支援では初めてのことではないですか。

佐藤　初めてです。

足立　これを基にマニュアル化していくことが必要で、そのためには今回どこが悪かったのか、よかったのかということを正確に評価すべきだと思います。

佐藤　わかりました。

中久木　いまの保健所のお話からいけば、基本的には地域防災計画というもので定められていて、その中で自治体と歯科医師会とか三師会が協定を結んでいるわけです。その地域防災計画なり地域医療計画の中に指定されている言葉としては、「自治体の長が指定した者がコーディネートする」くらいの、すごく曖昧な表現までしかされていないんです。

いま現在できることとしては、たとえば自分の自治体、市区町村単位でも歯科衛生士なり歯科医師がいるのであれば、その表現が実際に、それが歯科医師会を意味するのか、保健福祉課長を意味するのか、それともそこの行政歯科職を意味するのか、そういったことを煮つめていって、そういった公的な文章の内容をすぐ動けるようなかたちにしていく、というのも一つの手かと思います。

足立　そこで問題にしたいことですが、医療計画の策定時に5事業の災害対策の中に歯科と医科が同列で入るとします。しかし、それを実際に運用するのは現場なのです。脳卒中のシームレスな地域連携パスも整備されましたが、歯科が機能しているところと、そうでないところの温度差が大きい。

県単位の保健医療計画に歯科が組み入れられていても実際にそれを動かしている脳卒中のネットワークは医療圏域ごとですから、その中で歯科の認知度が大きいか小さいかによって参入の有無が決まってしまうのです。

防災についても、歯科に声がかかるかどうかというのは、実は行政や医師会との普段の付き合いにかかっているのかもしれません。

佐藤　今後も命を守る口腔ケアの推進、支援のあり方、これを契機に多くの議論が各所で広がることを期待したいと思います。本日は、貴重なご議論をありがとうございました。