

特集：多職種連携に基づく在宅高齢者の口腔機能の維持・向上への取り組み

<総説>

地域包括ケアシステムにおける歯科保健のあり方

尾崎哲則, 三澤麻衣子, 上原任

日本大学歯学部医療人間科学分野

Dental health service in the integrated community care system

Tetsunori OZAKI, Maiko MISAWA, Tamotsu UEHARA

Department of Community Dentistry, School of Dentistry, Nihon University

抄録

地域包括ケアシステムにおける歯科保健のあり方を検討した。

まずは、現状を把握するために3つの調査を行った。

1つ目として、訪問看護ステーションを対象に歯科関連事業の実施状況・歯科医療機関との連携等を調査した。その結果、口腔状態の把握に関する研修の実施は半数と少なく、把握方法のほとんどが看護職の観察と家族からの情報であった。これらから、歯科専門職との連携が希薄ではないかと考えられた。

2つ目は、全国の自治体の在宅要介護高齢者への歯科保健事業の実施状況を調査した。その結果、全自治体を通して、実施率は、事業別では訪問口腔保健指導、訪問歯科診療、歯科検診の順であった。いずれの事業も、保健所設置市、市、町、村の順に、人口規模が大きいほど実施率が高い傾向にあった。

3つ目には、「郡市区歯科医師会」へ、介護関連機関との連携状況を調査した。連携先は、地域包括支援センターが最も多く、次いで介護老人保健施設、訪問看護ステーションが最も低かった。また、介護老人保健施設に対しては個別対応の形態をとる傾向が強く、地域包括支援センターでは連絡協議会を設けて連携をはかる傾向にあった。訪問看護ステーションとの連携率は低く、対応は個別が多かった。連携事業は、介護老人保健施設と訪問看護ステーションでは、歯科治療・専門的口腔ケアが多かった。地域包括支援センターでは口腔ケアが多くなされていた。

さらに、先進地域の事例についても聞き取り調査の結果について検討を加えた。

以上より、地域包括ケアにおいて歯科保健がその役割を果たしていくには、「情報の共有」「良質なコーディネーター」などの条件が満たされているとともに「顔の見える連携」が必要であるが、まずは連携事業を行うべきであろう。事業開始時以降の歯科医療のマンパワー提供は、地域歯科医師会が相互協力の調整を行うことが必要になろう。また、歯科が多職種との連携をどのように進めていくかが大きな焦点となる。これらを推進するシステムは、全国均一のものに当てはめるのではなく、地域の特性を生かして進めていくべきである。

キーワード：地域包括ケア、在宅歯科診療、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、地区歯科医師会、市区町村

連絡先：尾崎哲則

〒101-8310 東京都千代田区神田駿河台1-8-13

1-8-13, Kanda-Surugadai, Chiyoda-ku, Tokyo 101-8310, Japan.

Tel: 03-3219-8201

E-mail: ozaki.tetsunori@nihon-u.ac.jp

[平成28年6月29日受理]

## Abstract

We examined dental health service in the integrated community care system. At first we investigated three points to ascertain the present conditions.

First, we investigated the enforcement situation of the dental health service and cooperation with the dental agency for visiting nursing stations. Findings were that half of the facilities performed enforcement of the training about understanding oral status. As for ascertaining the method, most were observation of the nurse and information from the family. From these, it was thought that there was little cooperation with the dental staff.

The second investigated the enforcement situation of the dental health service among at-home elderly people in need of nursing care in municipalities in the whole country. Findings were that through all municipalities, there was an enforcement rate in the order of visiting oral health instruction, visiting dental practice, and dental checkups by service distinction. Both services tended to have a high enforcement rate in public health centers in cities, towns, and villages where the scale of the population scale was large.

For the third, we investigated the cooperation situation with care-related facilities of a local dental association. The most cooperative was a community general support center, followed by a health care center for the elderly, and a visit nursing station scored low. In addition, a tendency to take on individual treatment was strong for the health care center for the elderly and tended to establish the communication meeting at the community general support center and to measure cooperation. The cooperation rate with the visit nursing station was low, and the correspondence indicated much individual treatment. The cooperation service had much professional oral care and dental treatment in a health care center for the elderly and a visiting nursing station. There was a lot of oral care at the community general support center.

Consideration has been also given to a result of the interview survey about cases in forward areas.

Conditions such as "information sharing" and "high quality coordinators" are met so that dental health staff's role in inclusion care are more local than the above; "the cooperation that only a face gets" is necessary together, but let's be the first to perform cooperatively in business.

Labor will be required to offer dentistry after a dental health service start that a local dental association coordinates with mutual cooperation. In addition, it becomes the large focus of how dentistry pushes forward in cooperation with many types of jobs. The system propelling these is not nationally uniform, and we believe local characteristics should be kept alive and should propel it forward.

**keywords:** integrated community care, home dental care, visiting nursing station, community general support center, local dental association, municipality

(accepted for publication, 29th June 2016)

## I. はじめに

歯科口腔領域の保健医療は「生活の医療」といわれ、特に高齢者にとっては、日々のQOLに大きな影響があることは周知の事実である。また、歯科領域は他の医科領域と異なり、対象部位を本人のみならず、介護者も肉眼で見ることができ、日常の生活の中で機能を実感できる特性を有している。

平成20年度以降、医療構造改革が本格化し、高齢者医療制度の構築、介護保険制度の改革など、高齢者を取りまく保健医療介護の環境が大きく変化してきた。このような中で、医療福祉の社会的資本の効率的な運用のために、また人生の最期を住み慣れた地域で迎えることが大きな課題となってきた。そのシステムとして、地域包括ケアシステムが提唱されている。このシステムによって提供される地域包括ケアが今後大きな役割を持つことは、

自明の理である。この地域包括ケアは、30分程度の範囲内で駆けつけられる日常生活圏に「住居」、「生活支援(見守り、食事、相談等)」、「介護(看護)」、「医療」、「介護予防」がシームレスかつ包括的に確保され、高齢者が住み慣れた地域で住み続けられるという概念である [1]。これを支える歯科医療保健サービスを提供するには、「地域包括支援センター」・「訪問看護ステーション」を通じた地域の高齢者の歯科保健・医療についての情報収集や、歯科医療機関あるいは市町村保健センターなどの歯科保健関連施設との連携が必要である。しかし、ただ単に、連携して歯科保健医療サービスを供給すれば事足りるものではなく、その後の口腔保健の継続性を考えれば、介護あるいは福祉領域との連携も考慮する必要がある。

一方、地域によっては、在宅高齢者への訪問歯科診療や包括的な医療ケアサービスに歯科も参画している事例は徐々にではあるが報告されているものの、系統的な組

織的な活動として、多職種との連携までとり着いたような地域報告はあまり為されていない。

また、全国約4,500か所（平成26年度末）に設置されている「地域包括支援センター」は、介護予防や地域ケア会議などで大きな役割を持っているものの [2]、歯科保健医療サービスの提供からみた場合、どの程度調整連絡機能を果たしているのかについては、あまり明らかになっていない。

さらに、在宅で寝たきりとなる高齢者の半数以上は、脳血管障害や骨折等の急性期の疾患の治療から回復期の状態を経て在宅に至るが、この間の行われるカンファレンスや連携事業の中で歯科口腔領域のことが話題となることが少ないとされている。寝たきり在宅高齢者が「急性期・回復期を経て在宅に戻る」で最終的に関わる「訪問看護ステーション」が、利用者の口腔保健向上のための地域歯科医療機関・地区歯科医師会との連携状況についても事例はあるものの、系統的なシステムとして連携した活動についてはあまり報告はなされていない。

そこで、地域包括ケアでの歯科保健との連携を考えるに当たり、現状把握から行い、問題点を検討することからはじめた。

## II. 現状調査から

現状把握のために、最初に、在宅での要介護高齢者を訪問看護し、全身状況や摂食嚥下や発音などを把握していると考えられる訪問看護ステーションを対象に調査した。

### 1. 訪問看護ステーションから

口腔領域は、日常生活の中で機能を実感できる特性を有している。その比較的理解や認識しやすい特徴を応用し、訪問看護ステーションの利用者の口腔保健向上のために、全国の訪問看護ステーション3,800か所を対象に、郵便留置法にて歯科関連事業等の実施状況・歯科関連での知識や困難事項、さらに歯科医療機関及び市町村保健センターとの連携等についてのアンケート調査を行った。

その結果、816件の回答を得たが、回収率は21.5%と低かった。東日本が西日本に比べ高い傾向にあった。

歯科医療関係者の配置では、歯科医師・歯科衛生士とも配置していたのは7件、歯科医師のみが1件、歯科衛生士のみが6件で、計14件（1.7%）にしか配置されていなかった。口腔の状況把握のための研修会については、391件（47.9%）で行っており、今後行う予定の施設は266件であった。研修の指導者は歯科医師のみが68件、歯科衛生士のみが75件、歯科医師・歯科衛生士ともが75件であり、歯科医療関係者以外で実施されたのは73件であった。また、研修の実施が定期的であるものはわずか18件で、不定期が333件と大多数であった。

実際の利用者の口腔状況の把握について、全利用者把握が239件（29.3%）、必要と思われる者のみが529件

（64.8%）であった。把握を行っている職種（重複回答あり）は、看護職が763件と大半で、歯科医師が57件、歯科衛生士が51件と極めて少なかった。把握の方法（重複回答あり）は、本人・家族からの情報が679件、スタッフによる観察が721件であり、かかりつけ歯科医からの情報が139件、連携歯科医の口腔内診査が61件、連携歯科衛生士による口腔観察が74件であった。この傾向は、先に筆者たちが行った調査結果 [3] と同様の傾向を示した。

口腔状態の把握は、要介護者のQOL維持向上の上で重要であると思われ、その把握は歯科医師もしくは歯科衛生士が行うことが望ましいと考えられる。しかし、口腔状態の把握に関しては、研修の実施は半数と少なく、ほとんどが看護職の観察と家族等からの情報であった。これらから、歯科専門職との連携が希薄ではないかと考えられた。今後、在宅要介護者の口腔状況の改善には、歯科医療機関と具体的な連携方法を提示することの必要性が見出された。

### 2. 保健所政令市・特別区と市町村調査から

在宅保健医療福祉の調整機能等を有する自治体の平成24年度の在宅要介護高齢者に対する歯科保健事業の実施状況を把握するため調査を行った。これは前述の、訪問看護ステーションからの調査データのみでは、事業での組織間の連携や広く事業展開する際に求められる機能を十分に考察することができない可能性が高いため、調整機能等を有する自治体の認識や現状を収集するために実施した。なお、この調査の結果の一部は、すでに報告書として公表している [4] が、ここでは、概要を示す。自治体への調査は、人口、要介護状態別人口、在宅要介護高齢者を対象とした歯科保健事業の有無、歯科保健推進条例の設置状況、歯・口腔の健康づくり計画の策定状況、訪問看護ステーションとの連絡協議会の設置状況等についてのアンケート調査を行った。

調査は、保健所を設置する市（保健所設置市）、特別区を対象とした調査と都道府県の保健所の管轄する市町村の調査に分けて実施した。保健所設置市、特別区を対象とした調査では、保健所設置市である政令指定都市20市、中核市42市、保健所政令市8市、特別区23区の計93自治体を対象とし、郵送にて調査用紙を送付し、調査を実施した。保健所の管轄する市町村を対象とした調査では、都道府県の保健所の管轄する市町村を対象とし、郵送によって都道府県歯科保健主管部局へ、アンケート用紙を送付し、都道府県歯科保健主管部局で、各市町村の状況を記載した後、返送されたものについて、分析に供した。

分析可能であったものは、保健所設置市区計77で回収率は82.8%（詳細は表1に示す）、その他の市町村は43都道府県分で回収できたものであり（4府県は諸事情により実施できなかった。）、分析対象となったのは、590市、556町、128村分であった。

在宅要介護高齢者への歯科保健事業の保健所設置自治

表1 保健所設置自治体区分別の回収状況

	自治体区分				総計
	指定都市	中核市	保健所政令市	特別区	
対象数	20	42	8	23	93
回収数	20	32	6	19	77
回収率	(100.0%)	(76.2%)	(75.0%)	(82.6%)	(82.8%)

表2 保健所設置自治体区分別の在宅要介護者歯保健事業実施状況

	実施率 (%)	保健所設置自治体区分				総計 (77市区)
		指定都市 (20市)	中核市 (32市)	保健所政令市 (6市)	特別区 (19区)	
歯科検診		20.0	7.1	0.0	21.7	12.9
訪問口腔衛生指導		45.0	23.8	12.5	26.1	28.0
訪問歯科診療		50.0	11.9	25.0	30.4	25.8

表3 市町村別・人口規模別歯科検診の実施状況

	実施率 (%)	市				町			村		
		3万人未満 (69市)	3万以上10万人未満 (354市)	10万人以上 (167市)	合計 (590市)	1万人未満 (238町)	1万人以上 (318町)	合計 (556町)	1万人未満 (115村)	1万人以上 (13村)	合計 (128村)
歯科検診		8.7	7.3	12.0	8.8	2.9	6.9	5.2	4.3	0.0	3.9
訪問口腔衛生指導		13.0	18.1	23.4	19.0	9.7	13.8	12.1	7.0	0.0	6.3
訪問歯科診療		10.1	15.0	20.4	15.9	6.3	11.9	9.5	7.8	0.0	7.0

体別の実施状況を表2に示す。訪問口腔衛生指導が全体では28.0%で最も高かったが、自治体区分で見ると中核市以外では、訪問歯科診療が最も高く全体でも25.8%であった。歯科検診はどの自治体区分でも低く保健所政令市では実施がなかった。

3事業ともに、指定都市での実施が多く、次いで特別区、中核市の順で実施されていることが多かった。これは自治体の人口や財政の影響を受けやすく、より大きい自治体が多く事業に取り組みやすいと考えられた。歯科医師が歯科保健事業に従事している状況も、指定都市が突出して多かったが、人口、財政規模から歯科医師の配置が高いためと考えられた。ただし、訪問歯科診療事業のみ保健所政令市の実施率が中核市より高くなっており、その他の要因が影響するものもあると考えられた。

次に、在宅要介護者への歯科保健業務の市町村別・人口規模別事業実施状況を表3に示す。

在宅要介護者歯科検診の実施は、市8.8%、町5.2%、村3.9%であった。人口規模別で見ると、市では、人口10万人以上と10万人未満に3ポイント以上の差が、町では、1万人以上と未満で4ポイントの差がみられ、人口規模が大きいほど実施率が高い傾向にあった。村では人口1万以上では実施されていなかった。

在宅訪問口腔衛生指導の実施率は、市19.0%、町12.1%、村6.3%であり、市町では、人口規模が大きいほど実施率が高い傾向にあった。村では人口1万以上では実施されていなかった。

在宅訪問歯科診療の実施率は、市15.9%、町9.5%、村7.0%であり、市町では、人口規模が大きいほど実施率

が高い傾向にあったが、村では人口1万以上ではどの事業も実施されていなかった。

在宅要介護者への歯科保健業務については事業内容別に際立った特徴はみられなかった。実施率は、事業別では訪問口腔保健指導、訪問歯科診療、歯科検診の順であり、いずれの事業も、実施率は市、町、村の順であった。これは、人口規模が大きいほど実施率が高い傾向にあったが、村では人口1万以上では実施されていなかった。老年人口割合および後期高齢者割合は、人口10万人以上の市と人口1万人以上の村で低い傾向にあり、市町村ともに人口規模に小さい自治体ほど高い傾向があった。これらより、在宅高齢者への歯科保健医療サービスの提供は、自治体の規模に大きく依存している可能性が示唆された。人口規模の大きい村の未実施は、老年人口割合が21.6%（総務省統計局の人口推計：全国値、24.1% [5]）と低いことから、ニーズのみならずディマンドもある程度低いためではないかと考えられた。

在宅要介護者への歯科保健業務について、全自治体を通して、実施率は、事業別では訪問口腔保健指導、訪問歯科診療、歯科検診の順であった。いずれの事業も、保健所設置市、市、町、村の順に、人口規模が大きいほど実施率が高い傾向にあった。

歯科保健推進条例の策定状況は、保健所設置市および特別区では約7%が、策定済みであった。市町村では数%と低かったが、人口10万人以上の市では17%であった。

歯科保健計画の策定状況は、市約56%、町約45%、村約36%で策定済みであったが、保健所設置市では約17%であった。

以上より、保健所設置市は、口腔保健に関する条例や保健計画の策定とは別途に、何らかの措置で在宅高齢者に対する事業を展開していることが考えられた。

訪問看護ステーションとの連絡協議会の開催状況をみると、「開催あり」が、保健所設置市では11%、その他の市町村では数%とかなり低い開催率であった。

### 3. 地区歯科医師会から

最後に、歯科保健医療サービスの実際の提供者である「郡市区歯科医師会」に対して、介護関連機関等の連携状況や問題への対処等を調査した。対象とした歯科医師会は、日本歯科医師会が通常、資料等を送付している郡市区歯科医師会（調査時点764会）であり、日本歯科医師会の了解の下に、直接、郡市区歯科医師会へ郵便留め置き法でアンケート調査を実施した。

その結果、返答数の合計は606（回収率：79.5%）であった。

所轄地域内の施設との連携があるとしたのは396歯科医師会（65.3%）であった。連携先は、地域包括支援センターが52.8%で最も多く、次いで介護老人保健施設40.9%、訪問看護ステーション18.9%で低かった（表4）。3施設ともに連携している歯科医師会は13.7%、2施設と連携しているのは19.9%、1施設と連携しているのは

31.2%、連携していない歯科医師会は34.7%であった（表5）。次いで、施設別の連携形態を表6に示す。介護老人保健施設に対しては、個別対応で連携している歯科医師会が86.7%を占め、協議会を設けて（21.0%）、行政の斡旋（14.5%）とは大きな差があった。地域包括支援センターでは、連絡協議会を設けての連携（55.3%）が、個別対応（37.2%）、行政の斡旋（29.1%）より多い傾向がみられた。全体的に連携の割合が低い訪問看護ステーションでは、協議会を設けての26.1%、行政の斡旋の15.7%に比べて、個別対応が71.3%できわめて高かった。所轄地域内施設との連携の割合（表7）は、地域包括支援センターは地域内全施設と連携をとる傾向にあったが、介護老人保健施設では一部施設が多く、連携の割合は、施設の種別によって異なっていた。連絡協議会があるとしたものは、地域包括支援センターとの連携があるとしたもののうち72.8%と多くみられた（表8）。地域包括支援センターについては、運営会議や地域ケア会議をその機能として持っていることから、このような結果になったと考えられた。しかし、各施設との個別対応については歯科医師会が中心となって調整している傾向にあった。

連携施設での歯科保健事業の実施状況を図1に示す。これらの施設と何らかの歯科保健事業を実施していたの

表4 所轄地域内の施設と連携をとっている歯科医師会数

	歯科医師会数 (%)	
介護老人保健施設	248	40.9%
地域包括支援センター	320	52.8%
訪問看護ステーション	115	19.0%

表5 連携施設の類型ごとのパターン別歯科医師会数

歯科医師会数 (%)	83 (13.7%)	97 (16.0%)	19 (3.1%)	5 (0.8%)	63 (10.4%)	121 (20.0%)	8 (1.3%)	210 (34.7%)
介護老人保健施設	○	○	×	○	○	×	×	×
地域包括支援センター	○	○	○	×	×	○	×	×
訪問看護ステーション	○	×	○	○	×	×	○	×

○：施設と連携している      ×：施設と連携していない

表6 所管地域所在施設別連携形態（重複回答あり）

	個別対応	連絡協議会を設けて	行政の斡旋
介護老人保健施設	215 (86.7%)	52 (21.0%)	36 (14.5%)
地域包括支援センター	119 (37.2%)	177 (55.3%)	93 (29.1%)
訪問看護ステーション	82 (71.3%)	30 (26.1%)	18 (15.7%)

(%)は、それぞれの連携施設中での%

表7 所轄地域所在施設との連携割合

	全施設	一部	その他
介護老人保健施設	66 (26.6%)	136 (54.8%)	13 (5.2%)
地域包括支援センター	141 (44.1%)	90 (28.1%)	26 (8.1%)
訪問看護ステーション	39 (33.9%)	42 (36.5%)	16 (13.9%)

(%)は、それぞれの連携施設中での%

表8 所轄地域での連絡協議会等があったとした歯科医師会数

	歯科医師会数 (%)	
介護老人保健施設	95	38.3%
地域包括支援センター	233	72.8%
訪問看護ステーション	50	43.5%

(%)は、それぞれの連携施設中での%

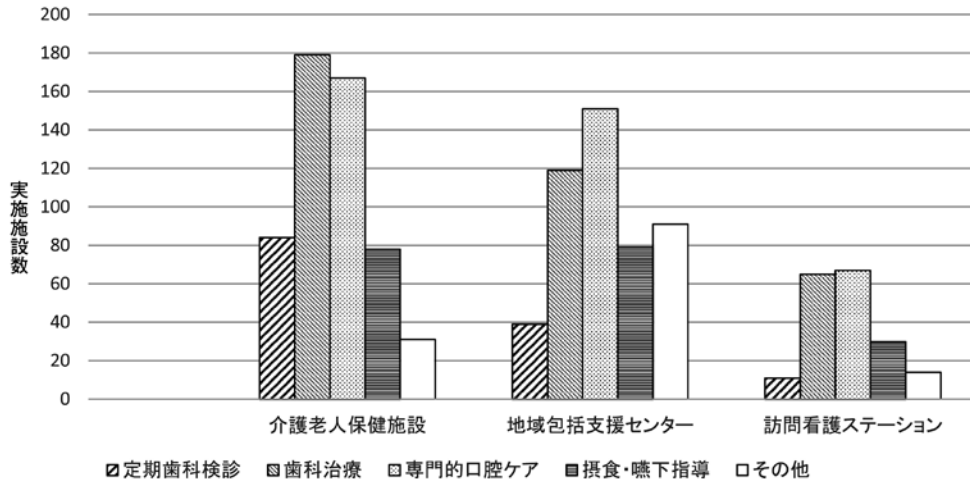


図1 連携施設での歯科保健事業実施状況

は344歯科医師会 (56.8%)であった。連携があったとしたのは396歯科医師会であったが、このうち52歯科医師会はここに示した事業を連携して行っていない。

介護老人保健施設では連携施設の72.2%で歯科治療が、67.3%で専門的口腔ケアが行なわれ、定期歯科検診は33.9%、摂食嚥下指導は31.5%に留まっていた。訪問看護ステーションでは、専門的口腔ケアが58.3%、歯科治療が56.5%、摂食嚥下指導26.1%、定期歯科検診9.6%されていたが、歯科治療と専門的口腔ケアが高いのが特徴であった。一方、地域包括支援センターでは専門的口腔ケアが47.2%であったが、歯科治療が37.2%、摂食嚥下指導24.7%、定期歯科検診12.2%であり他の2施設とは異なったパターンであった。これは、介護老人保健施設や訪問看護ステーションとの連携は、利用者の個別の歯科疾患対応から行われた傾向があるように考えられる。地域包括支援センターでは、対応している利用者が他施設と異なることから、このようなパターンになることは理解できるものである。そこで、これらの施設との連携が開始されれば、まずは、歯科治療の提供からになるであろうが、一つ一つ始めることが歯科からの地域包括ケアへの参画も広がると考えられた。

### III. 実践地域の調査

先進実践地域の検討は、東京都福祉保健局ならびに東京都多摩府中保健所と北海道庁からの訪問看護ステーションの情報提供を受けて、所轄管内で行った。

東京都内の訪問看護ステーションでの連携状況から、特に口腔保健支援推進要因を中心にデータの解析を行い、連携に向けての方略を検討した。その結果、口腔ケアに対するキーパーソンの存在の有無が因子として考えられた。しかし、キーパーソンの育成等については具体的な方向性は見えてこなかった。

ついで、北海道庁の支援により、口腔ケア等について比較的よく認識し、歯科関係者との連携が出来ている訪問看護ステーションの状況についての聞き取り調査を行った。同一市内にあり、同一法人が運営している複数の訪問看護ステーション間の比較検討を、歯科関係機関との連携、人的な状況、実施事項について行った。ここで抽出された因子は、地区歯科医師会との連携体制であった。最初は個人の歯科医師がキーパーソンとして活動を開始し、簡易なシステムを構築し、訪問看護ステーションとの連携方法を確立した後、地区の関係者で話し合いながら歯科医師会全体で行う事業へと展開されていった。吉田が示しているように [6]、同じ市内でありながら地域資源などが異なることにより、地域に合致したシステムを皆で考えながらつくっていくものだと考えられた。また、望月らが述べているように [7]、「顔が見える関係」構築のための挨拶会として、ただ単に連絡会議があっても機能しない事例もみえてきた。

### IV. 歯科医療の現状から

平成23年度と26年度の医療施設調査 [8, 9] から、実際

の在宅歯科医療サービスを実施している歯科診療所の伸び算出すると、平成23年度では68,156施設中13,830施設(20.3%)、平成26年度では68,592施設中14,069施設(20.5%)であり、わずか239施設、0.2ポイントの増加であった。また、この3年間に、居宅への訪問診療実績(9月1か月分)は、78,078件から98,824件へ約27ポイントの増加、施設への訪問診療実績(9月1か月分)は227,497件から330,780件へ約45ポイント増加している。このことにより、訪問歯科診療を行っている歯科診療所が増加しない、歯科診療所1診療所あたり実績の大幅な増加によって対応している様子が伺える。この状況では、増え続ける在宅要介護高齢者には対応しきれないであろう。

一方、歯科診療所の開業形態からみても、平成26年度の医療施設調査から、歯科診療所は68,592ヶ所、歯科診療所で診療する歯科医師数は、常勤84,625人であり、非常勤の常勤換算数が11,949.9人であり、これから1診療所あたりの勤務歯科医師数を推定すると、1.41人になる。このことから、歯科診療所のほとんどが、歯科医師が1名で運営されていることが見えてくる。そのため、積極的に診療所外へ出かけることも容易でないと推測される。

これらの解決へ向けてのひとつは、上条が述べているように [10]、上記の状況を考慮した相互協力を、地域歯科医師会が中心となり調整していくような機能を持つ必要があると考えられる。

## V. まとめ

地域包括ケアにおいて歯科保健がその役割を果たしていくには、三浦が述べているように、「情報の共有」「良質なコーディネーター」などの条件が満たされているとともに「顔みえる連携」[11]が必要であることはきわめて重要であるが、もう一歩踏み込んで、まずは連携事業を行うことであろう。ここまでの場合、個人の歯科医師がキーパーソンとしての個人技で行われること [12] も稀ではないが、地域の歯科医師全体の問題とする必要がある。実際の介入に関しては、歯科医療提供ならば、介護老人保健施設が比較的連携しやすいと考えられ、また、連絡会議では地域ケア会議が行われる地域包括支援センターを「キー」として職種との連携を行うのも糸口となりうる。事業開始時以降の歯科医療のマンパワー提供については、地域歯科医師会が相互協力の調整を行うことが必要になる。そして、歯科が多職種との連携をどのように進めていくかも大きな焦点になるであろう。これらを進めるシステムを全国均一のものに当てはめるのではなく、地域それぞれの特性を生かしたシステムで運用していくことが必要だと考えられる。

## 謝辞

本総説に用いた研究の費用の一部は、平成26年度日本

大学歯学部佐藤研究費助成、厚生労働科学研究費補助金(H24-医療-一般-003)及び科学研究費 基盤研究(c)研究費(24593169)による。

また、本論文に関して、開示すべき利益相反状態は存在しない。

## 参考文献

- [1] 辻哲夫. 医療・介護サービスの一体改革と地域包括ケア 柏プロジェクトを通して. 公衆衛生. 2014; 78(12):847-850.
- [2] 三菱総合研究所. 厚生労働省老人保健事業推進等補助金老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの機能評価指標に関する調査研究」平成26年度事業報告書. 2015.
- [3] 押川麻衣子, 上原任, 野々峠美枝, 尾崎哲則. 要介護高齢者への歯科保健医療提供に関する研究 訪問看護ステーションの状況について. 日本歯科医療管理学会雑誌. 2012;47(2):149-155.
- [4] 尾崎哲則, 青山旬, 上原任, 三澤麻衣子, 野々峠美枝. 在宅要介護高齢者等への歯科検診実施状況の評価. 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「歯科疾患の疾病構造及び歯科医療需要等の変化に応じた新たな歯科医療の構築に関する研究」(研究代表者:三浦宏子)平成25年度総括・分担研究報告書. 2014. p.29-47.
- [5] 総務省統計局. 人口推計. 2013. <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi721.htm> (accessed 2016-06-22)
- [6] 吉田学. 地域包括ケアシステムにおける歯科医療・口腔保健. 日本歯科医師会雑誌. 2015;68(5):109-112.
- [7] 望月亮, 安藤千晶, 江草正彦. 適切な支援のために～地域包括ケアシステムに果たす歯科の役割～. 日本歯科医師会雑誌. 2015;68(9):43-51.
- [8] 厚生労働省大臣官房統計情報部, 編. 平成23年度医療施設調査(静態調査・動態調査)病院報告上巻(全国編). 東京:厚生労働統計協会;2013. p.400-401.
- [9] 厚生労働省大臣官房統計情報部, 編. 平成26年度医療施設調査(静態調査・動態調査)病院報告上巻(全国編). 東京:厚生労働統計協会;2016. p.404-405.
- [10] 上条英之. 地域包括ケアシステムって何ですか?～地域包括ケアシステムと医療提供体制の構築のため都道府県にできる基金制度を含めて～. 8020. 2015; 14:38-43.
- [11] 三浦宏子, 薄井由江. 地域包括医療・ケアの動向と今後の口腔保健. 保健医療科学. 2011;60(5):396-400.
- [12] 梅安秀樹. 地域包括ケアでの歯科診療所の取り組み. 北海道歯科医会雑誌. 2016;71:125-128.