

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

<解説>

地域における医科歯科連携の現状と課題

角町正勝

角町歯科医院

Oral health care for the frail elderly under a multi-disciplinary team

Masakatsu TSUNOMACHI

Tsunomachi Dental Clinic

抄録

これからの歯科医療は、診療室完結型ではなく、他職種と連携していく地域完結型歯科医療でなければならない。本稿は、長崎における医科歯科連携の先駆的取り組みの紹介を行うとともに、在宅高齢者の口腔機能の維持・向上のための医科歯科連携のあり方を検討した。長崎県寝たきりゼロ戦略検討会を契機に、口腔リハビリテーションの視座に立脚し、他職種と連携して食支援を行うための地域連携システム構築に着手し、救急を担う病院グループと長崎市歯科医師会との間で「脳卒中等口腔ケアネットワークシステム」を、1997年に長崎市においてスタートさせた。その後、長崎市では訪問歯科診療が確実に定着し、現在では、訪問歯科診療の件数は年間1000名弱に達しており、この動きは全国的にも確実に広がりを見せ始めた。これらの一連の取り組みの基盤となったのは、在宅医療を担う医師との連携を中心に、看護師、薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、ケアマネージャー等の関連専門職との連携を強化したことが挙げられる。また、栄養士との連携については、医療機関内での連携に加え、在宅ケアの場でも求められている。医科歯科連携を中核とした地域での多職種連携体制の確立は、地域在住高齢者の食支援の推進に不可欠な要素である。

キーワード：口腔機能、医科歯科連携、地域完結型歯科医療

Abstract

Dental health services for the frail elderly should be provided under multidisciplinary cooperation within the community and not only by clinic-based dentistry. In this article, a medical and dental collaboration in Nagasaki was introduced, and the need for "medico-dental cooperation" to improve oral functions of the elderly was discussed. The concept of community rehabilitation was presented to the Committee on "Netakiri Zero Strategy in Nagasaki Prefecture", which was held in 1991, and inevitably, the need for oral rehabilitation for the frail elderly, through eating support by the dental and medical occupations, was spread. In 1977 the Oral Care Network System for Stroke was started as a means of medico-dental cooperation in Nagasaki. Under the Oral Care Network System for Stroke, approximately 1,000 domiciliary dental visits have been conducted by the Nagasaki city dental association in each year after 1997. As the system for domiciliary dental services has been firmly established in Nagasaki, the situation has also spread to nationwide. It is important for more comprehensive oral health care to strengthen the cooperation with nurses, pharmacists, physical therapists, occupational therapists, speech

連絡先：角町正勝

〒850-0023 長崎県長崎市出来大工町62-4

62-4, Dekidaikumachi, Nagasaki-shi, Nagasaki, 850-0023, Japan.

Tel: 095-827-4418

E-mail: masakatu@wine.ocn.ne.jp

[平成28年6月30日受理]

therapists, and care managers, and to expand joint care with nutritionists from home care to hospital care, under cooperation with physicians providing domiciliary medical care. Providing multidisciplinary care is effective to support smooth eating for the frail elderly in the community.

keywords: oral function, medical and dental collaboration, community-based supportive care

(accepted for publication, 30th June 2016)

I. はじめに

短期間で急激な人口構造の変化に見舞われている我が国では、保健医療の両面で、これまでとは異なる大きな変革が求められる時代となった。我が国の歯科保健は、齲蝕洪水の時代を克服し、「8020運動」の推進で、生涯を通して20本の歯を残し豊かな食生活を育むという目標に対しても大きな成果を上げてきた [1]。また、食生活と咀嚼の重要性を示した「嚙ミング30」によって、食育事業においても歯・口腔の健康は、基盤となる重要課題であるとの指摘がなされてきた [2]。また、2011年8月に公布施行された「歯科口腔保健の推進に関する法律(歯科口腔保健法)」においても、口の健康づくりに関わる歯科医師の責務が法的に明記された [3]。

一方、これまでの歯科臨床の現場は、個人の口腔衛生の充実を図ることを主眼とした診療室完結型歯科医療であり、自立して日常生活を営める方に対する外来診療を中心とするものであった。しかし、心身の機能低下を有し、他者のサポートを必要とする高齢者への歯科的支援は十分ではなく、歯科治療や口腔ケアが十分に実施できていない在宅高齢者も散見される。口腔機能障害から誤嚥性肺炎を引き起こすことによって、生命予後にも影響を与える。そのリスクを低減させるうえでも、診療室完結型から地域完結型への転換を図る必要がある。そこで、本稿では、医科歯科連携の先駆的事例である長崎市における「脳卒中など口腔ケアネットワークシステム」の構築の経緯、ならびにシステム構築によって変化してきた地域環境や、地域における医科歯科連携の課題や現状に

ついて報告する。

II. 長崎に始まる医科歯科連携の黎明期

まず、長崎で始まった医科歯科連携の動きの経緯から説明したい。1988年から全国で訪問診療事業が始まったが、長崎でも同事業が立ち上がり、長崎県歯科医師会でも会員による訪問診療の動きが始まった。筆者はこの時期に、長崎県歯科医師会の公衆衛生担当理事として、「長崎県高齢者保健福祉10か年戦略(ゴールドプラン)」[4]に基づく長崎県寝たきりゼロ戦略検討会(以下検討会と記載する)に参加した。その会議を契機として、WHOの障害の考え方に基づき、「口の障害」は歯の喪失だけでなく、摂食や構音などの機能面へのアプローチを包含しなければならないことを、地域の歯科関係者が強く認識するようになった。このように、歯科界がまだ地域医療を取り巻く環境の変化に十分に対応できていない時期に、検討会では地域在住高齢者に対してどのようなサービスが提供できるか、病院や診療室を離れ地域の中でどんな関わり方があるのか等を議論し、歯科医師においては「口から食べることを最後まで支援する視点が重要であることが確認された。

III. 長崎県下における訪問歯科の基盤整備の動き

上記検討会の後、長崎県においては、診療室を離れて高齢者を組織的に支援する取り組みが芽生えてきた(図1)。1991年、長崎県歯科医師会では、老人ホームにお

1991年:老人ホームにおける嘱託医制度の確立をめざす
1992年:長崎県歯科医師会長・寝たきりゼロ戦略本部委員へ就任 (長崎県歯科医師会は寝たきり者の歯科支援関連情報なし)
1993年:高齢者歯科保健・医療・福祉の将来展望に関する方針決定・ 在宅寝たきり老人歯科訪問診療や訪問診療のマニュアル作成 の方針決定・PR活動ならびに基盤整備作業強化・予算措置要求
1994年:在宅訪問歯科指導者養成事業実施・在宅報の歯科啓発用リーフ レット・歯科保健指導者研修会開催・機関紙(県歯)による会員啓発・ 県下の支部組織への啓発活動・在宅歯科衛生士会との連携体制確立
1995年:県下の施設ならびに在宅の要介護高齢者の自立支援施策への対応
1996年:高齢者の実態調査と対策・会員啓発活動の実施・関連団体との協議会

図1 高齢者歯科保健・医療に関わる長崎県歯科医師会の動き

いて歯科の嘱託医制度の構築を企図する動きがあったが、その後、高齢者の口腔管理を施設内で実施する方向性にシフトしていった。1999年には、「特別養護老人ホームの設備、運営に関する基準」に「入所者の口腔衛生などの観点から協力歯科医療機関についてもあらかじめ定めることが望ましい」という通達が出された。

一方、長崎県歯科医師会では、このような流れの中で、施設の協力歯科医と連携し、「施設から歯科訪問の依頼があった場合は、協力歯科医でなくとも訪問して診療を行うことができる」とした「施設における入所者の訪問診療のルール」の確認を行い、訪問歯科医療への窓口を広げていく方針を示した。1992年には、長崎県歯科医師会会長が「長崎県寝たきりゼロ本部委員」に就任し、地域の高齢者対策事業についても歯科医師会としてポスターなどを作成し、本格的に要介護者の支援に参入した。1993年には、長崎県歯科医師会として「高齢者歯科保健・医療・福祉」に関わる方針を決定するとともに、「在宅寝たきり老人訪問診療や訪問診療のマニュアル作成の方針」を策定し、PR活動や基盤整備作業の強化などを旨とし、長崎県に対して基盤整備に係る事業予算などの要求を行った。このような活動を進めながら、1994年には「在宅訪問歯科指導者養成事業」をスタートさせ、在宅訪問歯科啓発用リーフレットの作成、長崎県歯科医師

会会員への啓発活動、歯科衛生士会との連携体制確立など、県下で在宅訪問歯科に関わる事業を重層的に進めて行くこととなった。

IV. 県内での多職種連携モデル事業の構築

1. 在宅歯科医療の展開を模索した1991年からの動き

検討会での議論をふまえ、長崎県歯科医師会で高齢者の歯科保健を担う部署にあった長崎県歯科医師会の公衆衛生委員会（以下、公衆衛生委員会と記す）では、長崎県が実施している高齢者の保健福祉対策の整備の動きに、しっかり対応すべきという認識が芽生えてきた。しかし、歯科医師会がある県内の10地区においては、医療機関や福祉施設などの質や量において明らかに差異が認められた（図2、3）。そこで、公衆衛生委員会では、高齢化の進行に伴う社会変化の動きの理解を深めてもらうために、会員の診療室機能の変容を求める発信を継続的に実施した。公衆衛生委員会での1991年からの10年間の活動は、①老人福祉施設の嘱託歯科医設置を目指す、②寝たきりゼロ戦略検討会本部委員へ長崎県歯科医師会会長の就任、③在宅寝たきり老人歯科訪問診療や訪問診療のマニュアル作成、④高齢者歯科保健医療に関わるPR活動、⑤基盤整備のために行政に対して予算要求、⑥在宅訪問歯科

長崎県市町別 在宅療養支援診療所数・75才以上人口・訪問診療を行う歯科医院数・口腔リハを行う歯科医院数・地域包括支援センター設置数・県歯会員数

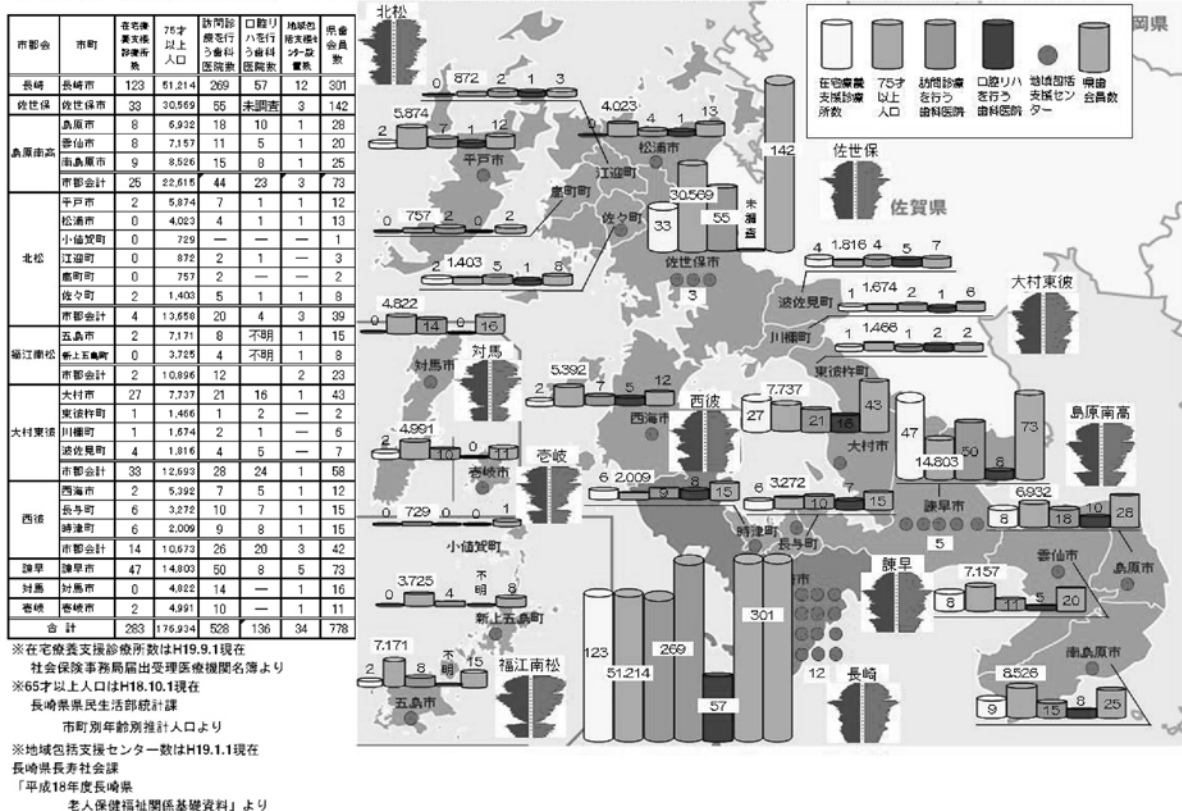


図2 長崎県内在宅療養支援に関する関連機関マップ

地域における医科歯科連携の現状と課題

長崎県市町別 訪問診療を行う歯科医院数・口腔リハを行う歯科医院数・市郡別 平成20年市郡会専務理事会アンケート結果

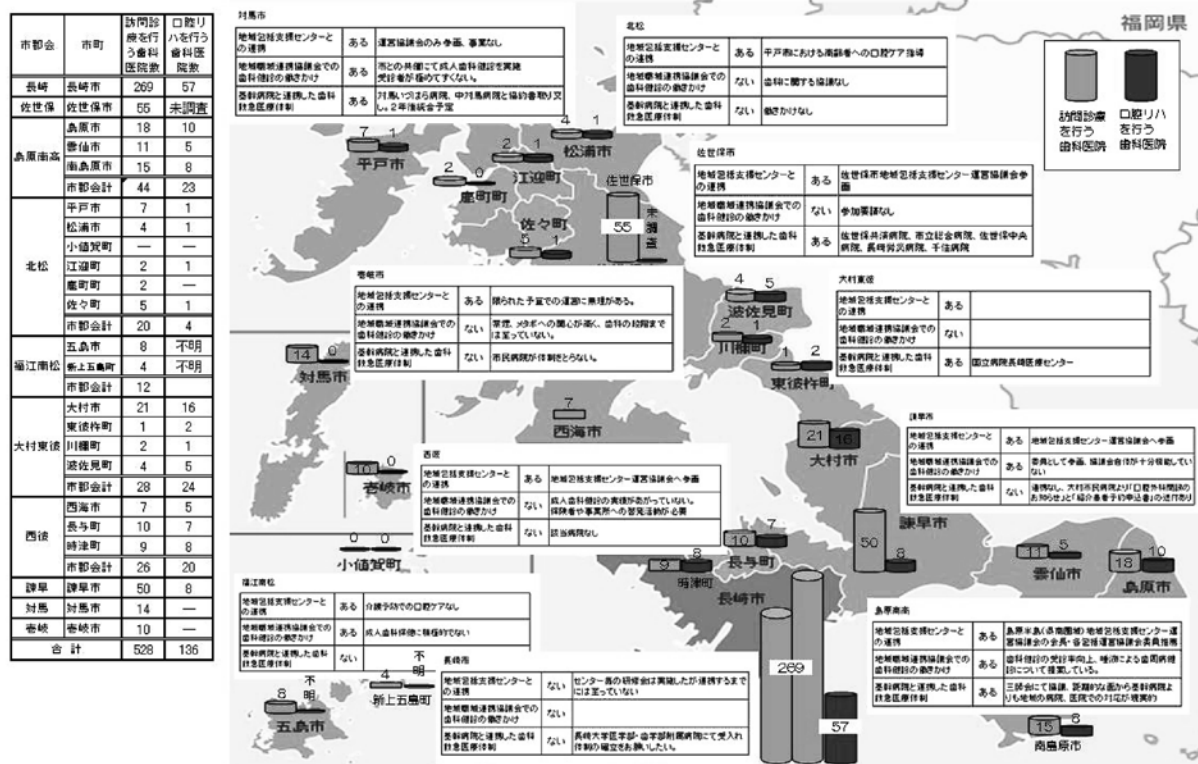


図3 長崎県内訪問歯科診療・口腔ケア実施マップ

指導者養成事業、⑦歯科衛生士会との連携、⑧高齢者の実態調査と対策・会員への啓発活動の8点に集約される。在宅訪問歯科診療などに取り組んでいる歯科医師会の動きが、県行政はもとより地域の各団体と足並みがそろうように、住民へのアピール、関係者への対応、そして会員啓発活動などを複合的に実施した。このような長期的な活動によって、関連する他団体にも少しずつ歯科への理解を深めていく等の基盤を整備した。

2. 連携を担う人材育成事業

「地区別実践普及歯科医師養成セミナー」は、検討会の座長提案を受ける形でスタートしたものであり、長崎県委託の「寝たきり老人等歯科指導推進事業」に関連する人材育成事業である。歯科医師が地域に出向き、高齢者へのかかわりを体験する実習を含め、長崎県歯科医師会が実施した（図4）。長崎県下の歯科医師会会員が、多職種と連携し地域の高齢者の生活状況に直接ふれる機会をもつ研修内容は当時としては画期的であり、1997年の医科歯科連携システム作成に向けた最初の動きとなるものであった。この「地区別実践普及歯科医師養成セミナー」は、在宅高齢者の生活の場の訪問、多職種による聞き取り、その後の意見交換を通して、在宅で暮らす高齢者が抱え持つ生活の問題状況を明らかにすると同時に、

多職種連携の意味や意義を体験していく現場での実習の前に、表1に示すように高齢者ケアに関する多角的な講義が提供された。このような一連の事業への取り組みによって、医科歯科連携に向けての動きが加速していく事となった。

3. 脳卒中等口腔ケアネットワークシステム構築と訪問 歯科診療

前述した活動で得られた経験をもとに、「脳卒中等口腔ケアネットワークシステム」が、長崎市歯科医師会と市内で救急を担う病院群との間で構築された。このシステムは、全国的にも医科歯科連携システムの先駆けとなる事例であった(図5)。このシステムは、脳卒中が発生し、救急救命処置を行う急性期の病院から、患者の病状が回復・安定化していくのに伴い、一般病院・回復期病院・慢性期病院、そして老人保健施設等から在宅に至る流れのなかで、関係病院や施設からの依頼に応じ、必ず訪問診療を実施するというコンセプトのもとに、病院・施設や対象者の自宅に赴いて歯科訪問診療を展開するというものである。地元医師会と歯科医師会の緊密な連携もあり、医科歯科連携システム構築は大きく前進し、長崎市の2013年度の訪問歯科診療数は約1,000件に達している(図6)。

時間	日程	時間	日程
13:00	家庭訪問のカンファレンス	9:30	家庭訪問及び事例検討会
15:00	意見交換 「在宅寝たきり老人の口腔ケアについて」 ①前回事業での家庭訪問とその後の状況 ②ねたきり老人の口腔ケアの現状 ③今後の課題	10:00	
16:30	反省会	12:00	昼食
17:00	閉会	13:00	発表
		13:30	討論及び助言
		14:00	終了
		14:00	意見交換「今後の口腔ケア対策」 「長崎市での在宅訪問歯科の取組み ～」
		15:00	質疑応答
		15:10	前回訪問ケースの経過日程及び町の現状報告
		15:30	今後の課題及び対策
		16:00	終了
		16:00	まとめ
		16:30	1年間のまとめ
		17:00	総評(9年度に向けての研修班への助言)
		17:00	終了
		17:00	閉会

図4 長崎県委託事業「寝たきり老人等歯科指導推進事業」に係る「地区別実践普及推進歯科医師養成セミナー」

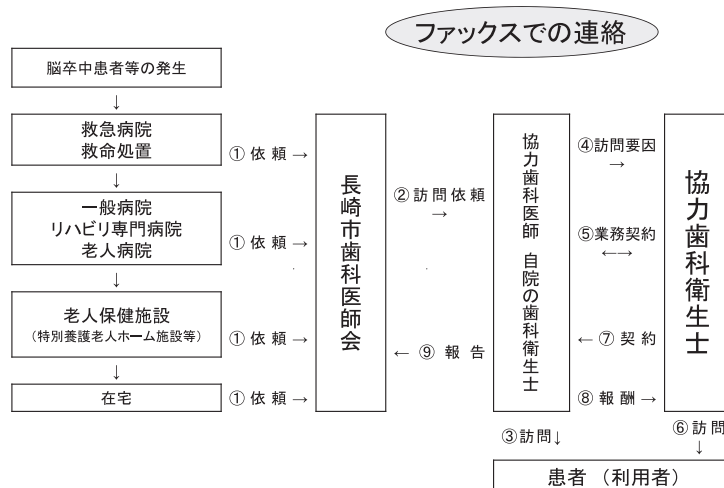


図5 脳卒中等口腔ケアネットワークシステム

表1 地区別実践普及推進歯科医師養成セミナー講義日程

時間	講義科目	講師氏名
10:30～11:15	講義① 寝たきりゼロ戦略推進に関わる行政施策の現状について	長崎県福祉保健部長寿政策課 課長
11:20～12:05	講義② 老人看護学 全身管理の実践	長崎県看護協会 理事
12:10～12:55	講義③ リハビリテーションの各論と実践	長崎作業療法士会 会長
14:00～14:45	講義④ リハビリテーションの各論と実践	長崎県理学療法士会 監事
14:50～15:35	講義⑤ 終末期の医療	長崎県医師会 常任理事
16:00～16:45	講義⑥ 老人心理学	中澤病院 院長
16:50～17:35	講義⑦ 脳卒中等と口腔ケア	十善会病院脳神経外科 部長
17:40～18:25	講義⑧ 地域リハビリテーション論 リハビリテーション医学	国立療養所長崎病院 副院長

地域における医科歯科連携の現状と課題

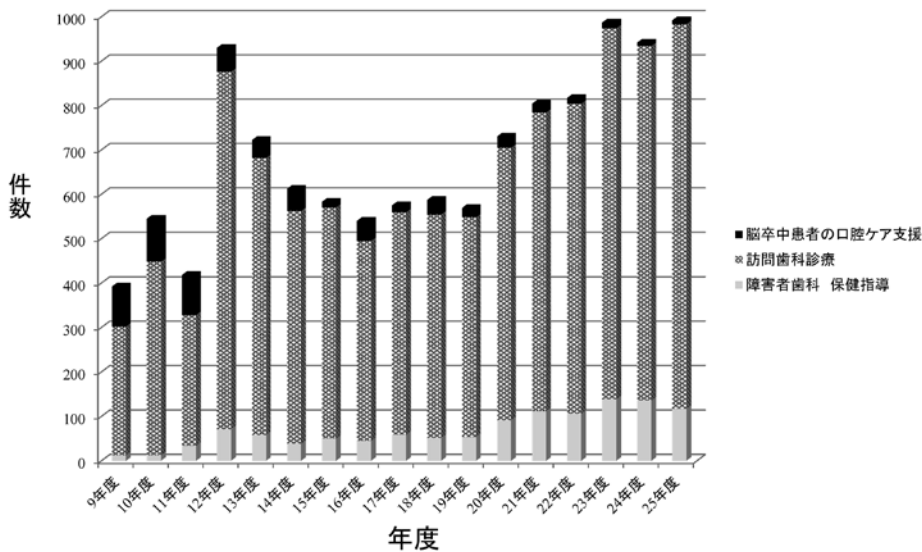


図6 長崎市における訪問歯科診療申込み件数の推移

※紹介先歯科医院
名称
電話・FAX番号
医師氏名

平成 年 月 日
殿
印

患者氏名	性別	男	女
患者住所			
電話番号			
生年月日	明・大・昭・平	年	月
		日	(歳)
職業			
傷病名			
紹介目的			
既往歴及び家族歴			
症状経過・検査結果・治療経過			
備考（希望する薬局又は地域、訪問期間など）			
チェック項目			
☐ 食事回数	☐ 食欲	☐ 患者の状態	
☐ 薬の管理者	☐ コンプライアンス	☐ 服用方法の理解	
☐ 薬物の理解	☐ 薬剤情報提供	☐ 常備薬（OTC）の有無	
☐ 他院の併用薬の有無・相互作用・重複薬の確認	☐ 薬に関する要望	☐ その他	
☐ 服用の不安・不満			

図7 在宅医療情報提供書（歯科医師用）

4. 医師会との連携

これらの活動の過程において、長崎市医師会との連携が点から面に強化されたことは極めて大きな意義を有する。高齢化の進行に伴う地域医療システムの変化に対応できるように、歯科診療所の機能を変えていくためには、歯科専門職自身が地域完結型歯科医療への転換を図る必要性を認識しなければならない。特に、地域在住高齢者の口腔機能管理を推進するためには、地域の医師会と歯科医師会との組織間連携を、地域全体の仕組みとして作り上げることが求められる。

このような方向性から、2000年に長崎市医師会会長への「医科歯科連携に関する要望」を行ったところ、医師

会の反応は非常に早く図7に示すような連携シートを医師会が作成し、各医院の窓口に配置されるという体制が構築された。また同時に、薬剤師に向けた医師の情報提供書も医科診療所の窓口に設置されるようになった。これらの一連の動きが、医科歯科連携の必要性や重要性を一段と意識させるきっかけとなった。

V. 訪問歯科診療の課題と対応

1. 訪問診療の事例から見てきたこと

筆者が、平成15～27年間の13年間に訪問した患者の数は33,126例に上り、現在では訪問診療と外来患者の割合

はほぼ一対一の割合になっている。外来診療では、主として齲蝕や歯周病などの歯科疾患の治療への対応となるが、訪問歯科医療では、これらの歯科疾患への対応に加えて、口腔機能の低下による摂食嚥下障害へのアプローチが求められる。以下にその事例の一部を示す。

(1) 在宅での摂食機能訓練(介護のキーパーソンとの連携)

胃瘻による栄養補給を要し、入退院を繰り返していた90歳の独居高齢者に対して、口腔機能向上を企図した対応を行った事例である。訓練開始より6ヶ月目から徐々に生活に変化がみられ、経口でのペースト食、そしてきざみ食、常食へと改善することができた。きめ細かな介護との連携で、経口摂食を回復できた本事例でのキーパーソンは、看護師の資格を持ったヘルパーであった。在宅という生活の場で患者を診る場合は、主治医との連携だけでなく、家族介護者やヘルパーなどの介護のキーパーソンとの連携が重要であり、食事に関する諸問題を速やかに改善する体制が構築できた。

(2) 医科歯科連携(病院との連携)

経鼻経管栄養で経口摂食ができなかった事例については、経口訓練が困難であったので、連携先の救急病院に依頼して経鼻経管栄養を間歇的口腔食道経管栄養法に変更するための訓練を実施してもらった。摂食機能訓練の環境を整えてもらうことにより、経口摂食が可能となり、対象者のQOLの向上に大きく寄与した。

(3) 地域でのカンファレンスの重要性(情報共有の重要性)

在宅などの訪問診療では、ケアマネージャーや在宅主治医などからの紹介で、主治医の意見書などからの情報提供を参考に、患者を診察するという形が一般的である。訪問診療を継続するうえで、在宅患者を取り巻く様々な職種との連携を図り、対象者の身体状況や注意点や、生活を繋ぐための連携情報などを得る必要がある。患者が口から食べるための支援に必要な情報である主治医による感染リスク管理、身体能力評価、栄養管理の状況、身体保持能力、心肺機能の向上、頸部関節の拘縮防止等について、カンファレンスを通して情報共有を図り訓練を実施することによって、対象者が経口摂食に成功した事例である。

2. 介護保険報酬における口腔機能管理

介護保険においても経口維持管理における口腔機能評価は、「食べる能力の維持向上」に歯科がどう関わるかが問われることとなり、歯科医師が取り組むべき新たな課題となった。筆者らが関わった施設においては、2015年6月より経口維持加算に関わる「食事観察・その後のカンファレンス・経過観察評価」など一連の多職種による食事の観察(ミールラウンド)を実施することになった。歯科の関わり方は、口腔観察(残存歯の状態、義歯の適否、口腔乾燥の状況、咬みあわせなど)に加え、頸部聴診、咽頭部触診・飲水テスト等を行っている。あわせて、対象者の食事の状態・食事姿勢、食べこぼしの有無、むせの有無等の評価を行い、提供されている食事が口腔

機能の状況に見合っているかどうかを確認するなどの複合的な取組を行っている。摂食嚥下に関する機能的なアプローチへの取り組みについては、介護保険報酬としても位置付けられており、食支援の観点より今後の歯科医療・口腔保健に大きな役割を果たすものと考えられる。

VI. おわりに

1991年から始まった長崎での訪問歯科診療に向けた一連の過程のなかでの歯科診療の新しいコンセプトは、口の健康づくりから食支援に向けたリハビリテーションまでを包含するものであった。これまでの歯科診療は主として外来患者と1対1で向き合う診療室完結型であったが、今後の要介護高齢者への歯科治療においては、対象者は何らかの形で主治医を持っていることが前提となる。対象者の要介護度が重度化するに伴い、ケアマネージャーなどの介護関係者との関わりが出てくる。そのため、口腔機能の維持向上に向けた歯科医療の展開には、医科歯科連携を含め、介護職を含めた協働作業が不可欠である。地域における医科歯科連携に加え、様々な職種と顔の見える関わりを持つことで、対象者に適切なサービス提供ができる。

長崎市においては、医科歯科連携に積極的に協力してくれたリハビリテーション医や脳外科医等の医科側の支援を受け、医科歯科連携システムの構築を比較的容易に進めて行くことができたが、まだ歯科専門職側の地域への働きかけは十分ではない。加えて、他の関係職種における歯科への理解も不十分であるなどの課題が残る。しかし、長崎市において確実に増加してきた訪問診療の実績は、間違いなく地域における「食べる」ことに関わる歯科の動きに対する理解が芽生えてきていることを示唆している。これからは、地域包括ケアシステムの枠組みのなかで、高齢者の口腔機能を包含した新たな歯科保健活動のさらなる推進が求められる。

文献

- [1] 厚生労働省. 8020運動・口腔保健推進事業実施要綱. 2016. http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/160401_8020_jisshiyokou.pdf (accessed 2016-06-22)
- [2] 厚生労働省. 歯科保健と食育の在り方に関する検討委報告書. 2009. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/07/dl/s0713-10a.pdf> (accessed 2016-06-22)
- [3] 厚生労働省. 歯科口腔保健の推進に関する法律. 2011. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/shikakoukuuhoken/dl/01.pdf (accessed 2016-06-22)
- [4] 厚生省. 高齢者保健福祉推進十か年戦略. 1989. <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/shiryuu/souron/17.pdf> (accessed 2016-06-22)