

# 行歯会だより 第138号



(行歯会 = 全国行政歯科技術職連絡会) 平成30年11-12月号

- 1 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて  
～続・柏市における長寿社会のまちづくりの取り組みと  
歯科行政職の関わりについて～  
柏市保健福祉部地域包括支援課 吉田みどり
- 2 若手奮闘記  
憧れの人 石井拓男学長、青森県へ来たる！  
青森県中南地域県民局地域健康福祉部保健総室（弘前保健所）本務  
青森県健康福祉部がん・生活習慣病対策課（県本庁）兼務  
青森県口腔保健支援センター（東地方保健所）兼務  
技師 乾明成
- 3 都道府県世話役のつぶやき ～大阪府・沖縄県・佐賀県・島根県～  
大阪府健康医療部保健医療室保健医療企画課 畑山英明  
沖縄県保健医療部健康長寿課 玻名城恭子  
佐賀県健康福祉部健康増進課 森内あおい  
松江市・島根県共同設置松江保健所 中島和子

## 1 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて ～続・柏市における長寿社会のまちづくりの取り組みと歯科行政職の関わりについて～ 柏市保健福祉部地域包括支援課 吉田みどり

### 1. はじめに

昨年12月号で、「柏市における長寿社会のまちづくりの取り組みと歯科行政職の関わりについて」というタイトルで、柏市の取り組みをご紹介させていただきました。

今年4月に第7期の介護保険計画が策定・始動したタイミングで、「地域包括支援課」に異動となりました。当課では、介護保険の「地域支援事業」のうち、わたしが平成24～28年度まで担当していた「在宅医療・介護多職種連携推進事業」以外を所管しています。まさに課の名前も含めて「地域包括ケアシステムの一丁目一番地」といった部署です。

今回の行歯会だよりでは、タイトルに「続」とつけましたが、全体像は昨年の12月号をお読みいただければと思います。今回は「在宅医療・介護多職種連携推進事業」の取り組みを中心にお伝えします。

ちなみに、顔写真も昨年12月号の一歳若い顔をご確認いただくことになりました。今回掲載しました写真は、8月4日の夏ゼミでご紹介したかった「柏市フレイル予防プロジェクト2025」の啓発活動の一環として、柏駅前でも1か月ほど掲出したフラッグです。「ところで『フレイル』ってなんだ？」のキャッチコピーは、わたしの中の今年の流行語大賞となっています。柏市出身ミュージシャン「パッパラー河合」さんにも、SNSで取り上げていただきました。次は春先に、今度はJR柏駅とのコラボでの啓発活動を検討中です。

参考：柏市HP「Fan×Fun Kashiwa」

パッパラー河合のとことん！KASHIWAマイ・ラブ 2018年9月3日「難解横文字を推理する」

<http://www.city.kashiwa.lg.jp/fanfun/blogkawai/list201809.html>



## 2. 在宅医療の推進

### (1) 第1フェーズ（平成22年～26年）

#### ① 医師会との課題共有の取り組み

在宅医療について、市として初めて課題を認識・整理したのは平成22年度です。柏市医師会とまずは課題の共有を行いました。

医師会の課題としては「在宅医療（訪問診療）は負担が大きいので、やってくれる医師の確保は難しい」というものでした。そこには2つの理由があります。

1つは、「開業医院では24時間365日の対応体制が構築できない」というもの。夜間や休日に急変で呼び出されても対応が難しいのには、ほとんどの医院が医師一人体制であることや、柏市のような立地では駅前のテナントに入っている医院の医師は都内に自宅があって柏に通勤しているという、住まいが柏市内ではないというようなことが理由です。

もう1つは、「専門外の疾患に対応できない・急性増悪時の対応が難しい」というもので、いわゆる「総合医」「家庭医」というような勉強をしてきた医師でないとならば複合的に疾患を抱える高齢者や、難病等、在宅医療に多いと思われる患者の状態像への対応が難しいのではないかと、ということや、いざというときにすぐに受け入れてくれるベッド（病院）の確保がないと、そこを一から探すのは厳しい、といったようなことが挙げられました。

そこでそれらの対応策として、

- ・在宅医療に対する負担軽減のためのバックアップシステムの構築
- ・在宅医療を行う医師等の増加及び他職種連携の推進

また、それらを補完する機能として、

- ・情報共有システム（ICT）の構築

さらに、サービスを利用する市民の意識変容や情報提供が必要であるということで、

- ・市民への啓発、相談・支援について、具体的に検討し、取り組んでいこうということになりました。（図1）

図1

ここまでを、医師会と行政が粘り強く丁寧に議論してきた、という基盤があって、そこを土台に、他（多）職種との連携の取り組みが進んでいきました。

これまでの多くの自治体では、各種保健事業や健診・予防接種といった事業の運営について協力を得たり、救急事業への補助金などのお金のやりとり（交渉含む）、また、審議会など政策形成のための会議体の委員としての役割をお願いする、といったようなことが、医師会との関係の主たる部分だと思えます。

この、「在宅医療の推進」の取り組みについては、例えばこれまでの事業のように「市が委託料や補助金を用意して『やってください』とお願いする」という性質のものではなく、そもそも医院が診療報酬で行う医療についての推進を図る、というもので、主体はあくまでも医師・医師会であるというスタンスです。また、当市は中核市で保健所を持っているため、診療所の開設許可や監査などの権限を有していますが、医療に関する業務は市町村には馴染みがないという場合がほとんどだと思えます。

また、この在宅医療に関する医師会との主たる調整窓口を、保健衛生部門が担うか、介護保険部

### 在宅医療を推進するための取り組み(第1フェーズ)

- 1 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築**
  - ① かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ(主治医・副主治医制)
  - ② 急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保
- 2 在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進**
  - ① 在宅医療多職種連携研修の実施  
→在宅医療を行う医師を増やし、多職種連携を推進
  - ② 訪問看護の充実強化
  - ③ 医療職と介護職との連携強化
- 3 情報共有システムの構築**
- 4 市民への啓発、相談・支援**
- 5 上記を実現する中核拠点(柏地域医療連携センター)の設置**

門が担うかという点でも議論がありました。柏市では、在宅医療サービスは、介護保険サービスとの関係性が強いことから、介護保険部門で担うことを早くから決めていましたが、当事業が 27 年度に介護保険に位置づけられるまでは、様々な研修会や当市への視察などに、なんとなく押し付けあうような雰囲気を醸し出しながら保健衛生部門と介護保険部門の職員が一緒に参加している、という自治体をいくつも見てきました。

一方で、この取り組みは、市内で活動する様々な医療・介護の多職種の団体との連携体制を構築していかないと成立しません。医師が訪問診療をするのは、多くの安定している慢性疾患の高齢者であれば月に 1~2 回ですが、その間に対応をしている訪問看護がしっかりと連携をしてくれて、また、介護保険のコーディネーターであるケアマネジャーと情報共有を図って、その他の介護保険給付サービスとも足並みをそろえる必要があります。それらの職種・団体が乗って来てくれないと体制整備が図れないのですが、大概の医療・介護の職能団体は「医師（医師会）が進めると言っているのなら一緒にやる」というスタンスで、反対するということはありません。そういう組織間の関係性を踏まえても、一番最初に医師会と方針をすり合わせるということは非常に重要な手順です。

## ②多職種との連携体制の構築

「在宅医療の推進」に取り組む中で、わたし自身は市役所入庁当時に実施していた事業「訪問歯科診療事業」での経験がとても役立ちました。介護保険制度開始までの 10 年間、在宅療養等で歯科医院に通院できない高齢者に対して、事前訪問調査を行い、歯科医師会と訪問歯科医師の調整をしたり、時には訪問診療に同行して簡単な診療補助などもやるといった事業でした。この時に家庭訪問で出会った在宅療養中の高齢者及びそのご家族の方々の様子や思いなどを、自分の経験の引き出しから引っ張り出して、様々な取り組みを創出していくことができました。

当然ながら、当時とは制度設計も異なっていますが、イメージを具体的に持つことができ、特に訪問歯科診療や訪問口腔衛生指導の内容を多職種に知ってもらうことであったり、在宅でできる様々な医療の内容についての市民啓発活動の推進の助けになりました。

在宅医療における医科歯科連携の難しさは、昨年 12 月号でも触れていますが、歯科が何ができるのか、そして、その根拠（診療報酬や介護報酬上の裏付け、また、算定ができるための要件等）をしっかり理解し、合わせて説明することにより、他職種が歯科を活用したい（できるかも）という話につながっていくのだということも、わかりました。他職種との業務上の連携については、介護保険法に規定されている介護給付サービスの構造ももちろんですが、それぞれの職種を規定する法律（例えば歯科衛生士法など）においての、業務の範囲や指示系統などが優先されるなど（このあたりは当時厚生労働省に在籍されていた、現・札幌市保健所の秋野さんによく相談させてもらっていました）、そういった根拠を踏まえ、制度を理解したうえでの体制整備が必要です。

そして、何より大事に取り組んだのは、それぞれの職能団体にメリットが生まれるようにすることです。ともすれば、医師会の意向・歯科医師会の意向などが他の職種に比べて優遇されがちですし、実際の会議等でもそうせざるを得ない場面が多々生じてしまいます。

そういう状況の中でも、関係者間である程度の納得感をもって結論を整えていくためには、それぞれの取り組み（事業・施策・体制）の中で、今よりもひとつでも進んだと思ってもらえるようなことであったり、この職種にとってはこういうメリットを生み出せた、と感じてもらえるような調整を心がけました。具体的には平場の会議ではなかなか意見が言えないこともありますし、前向きな良い発言をしてもらうことが関係者間の治安の維持につながることから、会議前の根回しはほぼ毎回、個別に行いました。

今回の会議のテーマに基づき各団体にどんな発言をしてもらうか、また、会議の場面では言えない課題や苦勞、ネガティブな意見などは、その時にヒアリングし、受け止めることにより、行政と個々の団体間の信頼関係構築につなげていきます。このことは、現在他部署ではありますが、介護保険部門で業務をしているわたし自身にとっても貴重な財産になっています。これらの根回しや個別課題への対応の積み重ね（往々にして夜の部にアルコールを交えて膝を突き合わせる）がかなり

有効な手法のひとつとなりますが）と、医師会による旗振りにより、市内の関係団体が目的をひとつにし、協議体に乗っていただけたと考えています。

### ③志を同じくする職場の仲間たちとの取り組み

柏市では、医師会の先生方と打ち合わせをする場合には、基本的には夜（午後7時以降）の会議設定となります。

様々な事業を進めたり、意思疎通を図っていくためには、何度も先生方と打ち合わせをする必要が出てくるのですが、そうすると当然、夜の仕事が増加していきます。

（わたしが知る限りでは、大阪府庁主催の研修会に呼んでいただいた際に「大阪府では、医師会の先生方に集まっていただく会議は日中に実施します。昼休み時間で設定しないと、夜は絶対に（？）来てもらえません」と教えていただいたことがあり、非常にうらやましく思った、という記憶がありますが、それ以外は全国各地で聞いてみてもほとんどが夜の会議だったと思います。）

日中は打ち合わせの書類を作成したり、市役所内の調整をし、夜に先生方と会議をし、いただいた意見を翌日反映させてまた書類をお送りする、といったサイクルで昼夜問わず、相当気を遣う仕事を続けていくには、職場の雰囲気も良くしていかないと、精神衛生上良くないと思っていました。

特に、我々は特殊部隊・治安維持活動部隊と自虐的に呼んでいて、多職種間・関係機関同士の連携体制を構築・維持していくには、相互の良好な関係性のために、時に市職員が犠牲になって物事を進めていくこともあります（進んで犠牲になるのではなく、結果的に犠牲となった、という感じです）。

当時、一緒に業務に取り組んだ仲間は、現在は全員部署も異なりますが、今でも時折集まって当時の苦労をわかちあったり、その経験を生かしてそれぞれが活躍し、いい仕事をしていることを誇いあい、励ましあうなど、戦友のような存在です（まさに戦場でしたので…）。

## (2) 第2フェーズ（平成27年度～）

24年度から具体的な連携のための様々な事業（啓発、研修等）を動かし、26年度には「柏地域医療連携センター」という在宅医療介護連携の拠点となるセンターを設置したところまでを、第1フェーズとしています。27年度に、介護保険の地域支援事業に「在宅医療・介護多職種連携推進事業」が位置づいたことから、この27年度以降は「第2フェーズ」として、さらなるバージョンアップを進めているところです。

具体的には、「在宅医療に取り組む医師の確保・負担軽減の具体策の検討」「訪問看護ステーションの基盤強化（大規模化・人員確保）」「患者・家族の意思決定に関わる多職種の研修機能の充実」「在宅医療見える化（市民への普及啓発活動）」「在宅医療介護連携の評価・データ分析」等です。（図2）

わたし自身は28年度末まで5年間、この取り組みに携わりましたが、特に評価については、重要な取り組みであったと感じています。

当然ながら、今後の高齢者人口の増加を見据えて、資源（ストラクチャー）の評価、例えば「在宅療養支援診療所は何か所増加すべきか」といった評価指標も必要です。また、訪問診療を何件実施したか、何人の方が在宅医療を利用して自宅で見取られてなくなったか、といったアウトプット

図2 課題を解決するための新たな取り組み（第2フェーズ）

**在宅医療第2フェーズWGの設置**（構成：柏市医師会、柏市訪問看護ステーション連絡会、東京大学、柏市）

→主な議論内容は、①主治医・副主治医制の更なる機能強化 ②在宅医師と病院医師との連携強化 ③訪問看護ステーションの基盤強化

①医師会主導による、主治医・副主治医制の更なる機能強化に関する研究（勇美記念財団在宅医療助成事業）をH29年度実施⇒研究から得られた検証結果を発信予定。  
②病院と在宅のシームレスな連携体制を構築するため、「病院と在宅との更なる連携強化に向けた研修会」を実施した。引き続き病院と在宅の連携を図るための効果的な取組みを進める。  
③基盤強化の考え方として、事業所常勤換算数の増加に加えて、看護体制強化加算等の要件を追加。訪問看護STマップの作成等を活用して、戦略的な訪問看護STの配置誘導等の政策を検討。

**多職種連携の質の向上**

→これまで培ってきた多職種連携をベースに、連携の質の向上を目的として、患者家族の意思決定支援勉強会、事例検討会を開催。これらを通じて作成した教育プログラムを地域で実施できるよう検討する。

**在宅医療・介護連携の評価指標の設定**

→レセプトデータや将来推計を基に、在宅医療・介護連携に関する評価指標を設定。介護保険事業計画に合わせて3年ごとに分析・評価を実施、各職能団体と共有し取組みの方向性を協議

**在宅医療見える化プロジェクト**

→現状では市民の在宅医療への認知度は低い。啓発ツールごとにターゲットを絞り、優先順位をつけて戦略的に啓発活動を展開していく。

(プロセス指標)の推移も注視することは重要です。ですが、本来、何のために在宅医療の推進体制を構築するのか、の評価は非常に難しいところです。わたしたちは、「患者・家族の満足度」を指標としたいと考えました。サービス内容の満足度や、サービスを利用した結果、生活の質の向上につながったかどうか、といったところを、難しいことですがきちんと評価分析すべきだと考えています。(図3)

図3

このような方向性は、今回の第7期の介護保険プランにも反映されました。第7期のプランでは全ての重点施策ごとにアウトカム指標を設定しました。事業や手段を目的化せず、何のための取り組みかを意識して、PDCAをしっかりと回していくことができる職員の育成が必要であると感じています。

### 3. おわりに

今回は、在宅医療の推進にあたり、特に医師会との調整や多職種間の連携体制構築、また仕事へのかかわり方等を中心に、書かせていただきました。

なぜ(歯科衛生士の)わたしが、在宅医療の推進の部署に配属されたのか、5年も取り組むことになったのか、今でもどんな大きな(闇の)力が働いたのかと、知りたいような、そっとしておきたいような、複雑な心境と謎な気持ちでいっぱいですが、様々な関係者との調整力や、資料作成・説明などのプレゼンテーション力、状況を多角的な視点で分析する能力、時には理不尽な結果となっても受け流すスルー力や、とにかくやってみるといった推進力など、様々な能力を試されたことは、今、所属長として仕事を進める上で、本当に役立っています。

何より、歯科医師会の先生方には「吉田さんがいたから、在宅医療介護の取り組みの中で歯科が存在感を示せたと、病院や多職種との連携にもつながった」と言ってもらえることがあり、そこは自身の職能として、アピールしすぎないように爪痕を残そうと意識していたところでもあったので、うれしく思う部分です。

昨年12月号でも書きましたが、まだまだ、介護保険部門に所属する行政歯科職はわずかだと思います。いつまでもおいしく食べること、誤嚥性肺炎等を予防することは、高齢者の生活の質の向上につながりますが、対人サービスでそこに関わるだけでなく、政策形成部門でそのことを仕組みに反映させるという部分に関わる歯科職が増えていくことを、今後期待したいと思っています。

最後に宣伝をひとつ。柏市の在宅医療・介護の取り組みをモチーフにした映画「ピア～まちをつなぐもの」が、来年春頃に劇場公開される予定です。これはご存知の方も多いと思いますが、昨年6月に劇場公開され、その後全国各地で上映会方式で上映されている「ケアニン～あなたでよかった～」のスピノフ作品として制作されたものです。歯科医師や歯科衛生士も登場し、多職種で在宅看取りまでを支える様子を描いています。お近くで上映の際はぜひ足を運んでください。

参考:「ピア」公式サイト <http://www.peer-movie.com/>

<b>アウトカム指標</b>	利用者・家族の満足度 医療・介護サービス従事者満足度 在宅療養率
活動状況・ 連携状況	<b>プロセス 指標</b> 在宅医療の認知度 場所別の死亡割合(死亡小票分析) 入退院時の連携(退院時共同指導料, 退院調整加算, 介護支援連携指導料)
提供体制 等	<b>ストラク チャー 指標</b> 最期を迎えたい場所の希望割合 在宅医療・介護サービスの実績 (医科, 歯科, 薬剤, 看護, リハビリ, 定期巡回等) 訪問診療を行う診療所数 訪問歯科診療を行う診療所数 訪問薬剤指導を行う薬局数 訪問看護ステーション数, 訪問リハビリ事業所数 居宅介護支援事業所数, 訪問介護事業所数 地域密着型サービス数, 高齢者入所施設数 等

平成29年度第3回柏市在宅医療・介護多職種連携協議会資料より

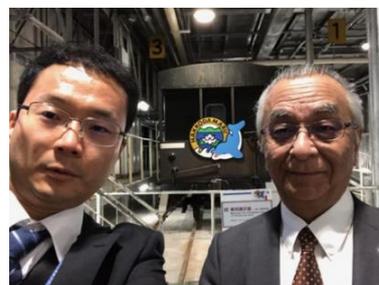
## 2 若手奮闘記

### 憧れの人 石井拓男学長、青森県へ来たる！

青森県中南地域県民局地域健康福祉部保健総室（弘前保健所）本務  
青森県健康福祉部がん・生活習慣病対策課（県本庁）兼務  
青森県口腔保健支援センター（東地方保健所）兼務  
技師 乾 明成

#### 1. 青森県弘前市から青森市を經由して南部町は車で片道3時間、129.0km

青森県口腔保健支援センターは東地方保健所（青森市）にあります。先日、南部町の歯科保健計画や事業について、県口腔保健支援センターが技術的助言をする会議へ伺いました。私は弘前保健所本務であることから、弘前市から青森市は私用車、青森市から南部町は公用車で移動しました。その距離は片道3時間なのです。同じ3時間で高速に乗れば盛岡市へ、新幹線に乗れば仙台市へ行けます。会議終了後に同町保健師より「今年度の県歯科保健指導者研修会は、非常に参考となった。感謝しております。」とのコメントをいただきました。今年度の講演は、東京歯科短期大学長である石井拓男先生による「市町村における健康増進計画」でした。



(写真は青函連絡船八甲田丸で撮影)

#### 2. この1年たったところ

今年度より、県本庁の健康福祉部がん・生活習慣病対策課も兼務させていただいております。この1年間で、都道府県と職員によって、随分と異なることを知りました。当初は「他県の真似をすれば！」と思っておりましたが、徐々に異なる背景と事情を悟りました。道県で異なるところは、隣にある岩手県における歯学部存在、秋田県における厚生労働省職員活躍の歴史、北海道における行政歯科医師と歯科衛生士の職員数と多種多様でした。青森県のすごいところは、財政健全化に熱心でその成果が凄まじいことです。青森県は財政再建団体への転落という危機を乗り越え、平成29年度及び平成30年度当初予算において財政の収支均衡を実現しております。一般行政部門の職員数がH19は約4,900人ですが、H29は約3,800人となっております。職員の異なるところは、感染症に興味がある医師、難病に向き合う保健師、マルチな事務職と多種多様でした。青森県の歯科医師は少数です。ひとりで全ての想定問答を頭に用意し、他職種へ答弁しなければなりません。一方で、同職種と比較されることが少ないという利点はあるかもしれません。

#### 3. 先人たちの知恵

私が配置された保健所は私の赴任前に歯科医師がいなかったため、当初は歯科の伝え方に苦労をしました。滋賀県の井下先生へ相談のメールをしました。井下先生から「私が入ったときは県初の行政歯科医師で、当初は理解を得るのが非常に大変だった。」「富士山をスコップで崩していくのは、大変で途方もないものです。しかし、スコップで作った山をみれば、それなりの仕事をしてきたことが実感できるはず。」と論していただけました。昨年度の12月には、北海道及び札幌市を視察させていただきました。秋野先生、新里先生、高橋先生、多田様には大変お世話になりました。今思うと、北海道はこれだけの人が集結しているにも関わらず、日々歯科保健に課題があり進歩もあるということなのではないでしょうか。団結力と多くの交渉を乗り越えている印象を受けました。われわれ弘前保健所の訪



(写真は札幌市視察時で、秋野先生と弘前保健所職員3人)

間を受け入れてくれるために、北海道はこれまでの歯科保健事業をまとめてくださいました。とても感謝しています。

#### 4. 今の仕事

青森県民約 130 万人の歯科保健医療を対象に、他職種の県職員へ歯科保健を、歯科医師会に行政一般を通訳または解説することが仕事のように感じています。「糖尿病と歯周病の医科歯科連携」、「フッ化物配合歯磨剤の普及」、「2次医療圏における医療介護連携では終末期の食べるをテーマとした講演会の開催」を推進しております。それにしても事務職は、法律や予算に強くてすごい！と感じます。

結核診査会では、診査会に参画しております。保健所の原点である結核は歴史、法律、エビデンスが重厚です。歯科保健も同様な歴史とエビデンスを把握して、他職種へ説明することを目指しています。

保健所の健康課題について、看護学生と医学部生に講義させていただきました。医学部3年生へは、講義20分と学生発表2時間に対する助言をしました。その後、保健所へ関心を抱いてくれた学生が、保健所へ見学にきました。山中朋子所長（全国保健所長会会長）は学生に優しく話され、学生は熱心に聞いておりました。見学後の医学部生が大学教授に「将来、保健所へ行きたい。」とお話ししてくださったのは、とても嬉しいことでした。私は弘前大学大学院医学研究科修了なのでその教授へ「県行政による総合調整機能の重要性」と「県行政と大学がリンクすることで、大学公衆衛生学分野で研究する医師が増加する可能性」について囁いております。今年度より医学部4年生に対して、「健康危機管理と結核対策」の講義枠1時間が新設されました。山中所長とともに、弘前大学医学部社会医学系サークルの座談会へも参加しました。山中所長は素晴らしい先生で、「うちの保健所には歯科医師がいます。」といつも言ってくださいます。風しん・麻しんが流行したときは、私の相談にのってくれて、山中所長のもと管内歯科医師会担当理事に注意喚起を行いました。歯科医師会の先生も喜んでくれた様子でした。山中所長のもとで働くことは、大変貴重な経験です。

10月下旬に東京歯科大学学長の石井拓男先生が、青森県の歯科保健指導者研修会へ来てくださいました。石井先生は、県歯科医師会の先生と懇談されました。懇談中に、青森県の歯科衛生士問題、社会保険制度、高齢者医療介護の現状をご教示くださいました。天下の石井先生がお話しされたため、東京歯科大学OBらはとても盛り上がりました。石井先生によって、青森県の歯科衛生士に対する社会保障は充実する可能性が出てきました。講演では、歯科保健の歴史と潮流についてお話くださいました。「歯科保健とは何か」という講演だったと思います。県行政職員、歯科医師会、歯科衛生士会のすべてが熱心に聞いていたと思います。質疑応答では市町村保健師と市町村歯科衛生士が挙手されました。歯科保健指導者へ間違いなく貢献したことが証明されました。石井先生が青森県へ来られて、青森県における歯科保健医療の問題が3割ほど解消された気がします。石井先生は帰り際に「行政からも歯科医師会からも信頼されるようにならないといけない。」と言っておりました。



(写真は黒板前が山中朋子全国保健所長会会長、着席しているのは医学部生)



(写真は講演する石井先生)

### 3 都道府県世話役のつぶやき ～大阪府～

健康医療部保健医療室保健医療企画課 畑山英明



#### ●大阪府の最近のトピックス

行歯会の皆さまにはいつもお世話になりありがとうございます。大阪府の世話人の畑山です。3年前より、歯科保健担当部署から現部署（医療計画と地域医療構想を担当）に異動しています。医療計画については、ご存じの方も多いかと思いますが、地域医療構想については、実はあまり知られていないことを最近感じましたので、今回、この場を借りて紹介させていただこうかと思えます（歯科の話ではなく申し訳ありません）。最近、結構話題にあがる話なので、ややこしいですが、ご一読いただければ幸いです。

「地域医療構想」自体は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、どのように病床（ベッド）機能の分化を図っていくかの方向性を示した医療計画の一部となるものです。地域包括ケアシステムの構築に向けての医療面からの取り組みのひとつでもあります。

「地域医療構想」では、2013年のレセプトデータ等をもとに、2025年に必要となるベッド数を高度急性期、急性期、回復期、慢性期別に試算しています。多くの都道府県では、人口減少による影響からベッドは将来過剰になると試算されていますが、首都圏や大阪府など大都市部では、高齢者人口の大幅な増加により、将来病床がより必要になると試算されています。そして、病床機能別に見ると、どの県も回復期需要の増加が見込まれています。

この将来必要と予想される機能別病床数を確保するため、「病床機能報告」という病院による機能別病床数の報告で不足（or 過剰）となる病床を把握し、二次医療圏別に設置する「地域医療構想調整会議」による協議と地域医療介護総合確保基金による支援により、病床の機能分化を図っていくのが、全国的に行われている地域医療構想の基本的な取り組みです。

しかしながら、この地域医療構想の基本的な取り組みには、「致命的な欠陥」がいくつかあります。ここでは2つの問題についてお話しします。1つ目は、地域医療構想の進捗管理に用いる「病床機能報告」とレセプト等により推計した「2025年の病床数の必要量」は、その定義が異なることです。すなわち、病床機能報告は、医療機関の自主的な報告であるので、病院が「急性期」と報告すれば「急性期」に分類されますが、「病床数の必要量」はレセプト等を用いているので、急性期病棟と報告されたものであっても、一日当たりの診療報酬の点数が600点未満175点以上であれば、「回復期」と分類されて推計されてしまいます。両者を単純に比較すると、「急性期」が過剰で「回復期」が大幅に不足という結果になってしまい、全国的にそのように誤解されている状況が続いています。

大阪府では、この問題に取り組むため、本年度から「病床機能報告」における急性期病

### ③ まとめ（大阪アプローチのポイント）

#### 「大阪の、大阪による、大阪のための構想推進」をめざす取り組み

##### ポイント1 公民イコールフットイング

民間病院割合が高い大阪府にあっては、**公民一体となった協議が必須**

##### ① 病院の将来プランについての調査

「公的医療機関等2025プラン」を契機に、公立病院、民間病院について同じ内容の調査を実施  
構想区域で協議することを前提に、病院からの回答内容が比較検討等に資するよう、自由記載ではなく、データ化したクロスドクエスチョン方式（大阪独自方式）を採用

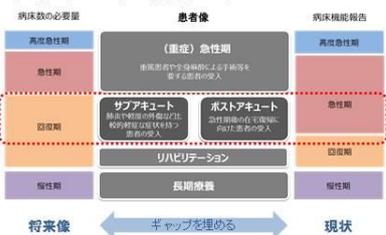
##### ② 病院連絡会

病院関係者の参加率が低い（府域全体で10%程度）の地域医療構想調整会議を実質的に補完する、すべての病床機能報告対象病院の参画による協議の場

構想区域の現状と課題を共有し、将来のあるべき姿を協議

##### ポイント2 診療実態分析（病床機能報告の定量的分析）

定義の違いの中に活路を見出す



診療実態分析により、「急性期」報告病棟の実像を明らかに

第7次大阪府医療計画に記載し、基本的方向性を確認  
関係者の理解・協力のもと、今年度、精力的に協議

【出典】厚生労働省 平成30年度第2回都道府県医療政策研修会  
(2018年8月31日) 資料抜粋

棟の中に、「病床数の必要量」における回復期相当の病床がどの程度あるか分析を行い、その結果も考慮し、将来必要となる機能別病床数を示しました。詳しい説明は省略しますが、回復期の不足病床数は単純比較で算出した数値よりも大幅に減少した実態に近い値を示せたと考えています。

次に二つ目の問題ですが、国が示した「地域医療構想調整会議」は、会議に参加できる人数が事実上、限られてしまうため、大阪府のように一般病院がおおよそ500弱と多い場合、調整会議の参加はどうしても団体の代表者が中心になってしまうことです。しかしながら、2025年に向けて病床機能分化を図っていくのであれば、少なくともすべての病院に大阪府の地域医療構想の状況をお伝えする必要があります。そこで、本年度から、調整会議とは別に、二次保健医療圏または保健所単位別で、全ての一般病院だけを対象にした病院連絡会を設置し、将来に向けた病床機能分化について検討していくことにしました。この病院連絡会は、団体や保健所等との事前調整が非常に大変ですが、複数の病院から感謝の声も多数いただき、また、保健所等の職員の方も真剣に協力いただいて、今では取り組んで本当によかったと思っています。

この大阪府の取り組みは、全国的にも注目されており(?)、厚生労働省主催の「地域医療構想に関するワーキンググループ」や「都道府県研修会」等で宣伝していたりします。

### ●世話役のつばやき

世話人の役目をあまり果たせていない中、投稿させていただくことになりました(汗)。今年度、大阪府内の自治体において、合計で常勤の歯科医師が2名増えました。今までなかったことなので、驚きですが、高齢化の進展を受け、歯科の役割の重要性が見直されているのだらうと思います。歯科保健担当部署のいい所(悪いところ)は、「歯科」と少しでも書いていれば、「なんでもさせられる」ことです。健康づくりから在宅医療、歯科医療安全、初期救急、障害者医療等と本当に色々やりました。そのおかげとっては何ですが、医療全体を所管する現在の部署でも大いに役に立っています。今の仕事で身に着けた知識や経験も今後の歯科保健医療対策にも活かしていければと思います。

## ～沖縄県～

### 保健医療部健康長寿課 玻名城恭子

今年の新年号だったのでしょうか、「世話役の執筆掲載の順番にはある法則がありますが、皆さんお気づきでしょうか？」との長会長のコメントを見て、どんな法則なんだろうと思いつつも、解明できないまま、とうとう私の番が回ってきました。

沖縄県の世話役をしております玻名城です。現在、2度目の本庁勤務中です。

### ●沖縄県の最近のトピックス

むし歯有病者率や一人平均むし歯数等のグラフの定位置は右端、8020達者率も全国平均に遠く及ばず、条例制定マップでも白抜き状態・・・等、当県の歯科口腔保健状況は皆様に誇れる部分がほとんどありません。

そのような中、遅ればせながら現在、「沖縄県歯科口腔保健の推進に関する条例」の制定に向け、取り組んでいるところです。他県では条例一部改正が行われていることも耳にするので、トピックと言うにはおこがましい気もしますが、今年度中の制定を目ざしています。諸般の事情により(メジャーな)議員提案とはいかず、執行部提案で動いております。法律や他県の条例の構成や文言等の確認、関係者からの意見聴取、調整、説明、厳しい文言チェックによる修正等、これまで経験のない新たな業務にも対応する日々です。

手続きの煩雑さに加え、条例に使う日本語がこんなに難しいものなのかと、正直、これまで何度も心が折れそうになっていますが、「これも勉強！」と思い、上司に沢山サポートしてもらいながら、次年度の条例制定マップで沖縄県が白抜きでなくなるよう取り組んでいます。



執行部提案で条例を策定された県のご担当の皆様には、いきなりの問い合わせにも関わらず、ご丁寧にご対応いただき、大変感謝しております。この場を借りて改めてお礼申し上げます。

### ●世話役のつぶやき

沖縄県は、以前は6保健所全てに歯科医師、歯科衛生士が配置されていました。しかし、退職された先輩方の後、採用がないまま時が流れ、大台目の私がいまだに最年少という状況で、行政歯科専門職の高齢化問題に直面しています。市町村でも歯科専門職の採用がすすんでおらず、悩ましいところです。

でも、行歯会だよりで全国各地の皆様の御活躍を目にするたびに刺激を受け、元気になります。資格を得て、行政歯科専門職として働ける今の状況に感謝して、自分ができること、やりたいことを形にできるよう、他県に追いついていけるよう、そして後輩ができるよう・・・頑張っていきたいと思います。

今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

(なんだか決意表明のようになってしまった世話役のつぶやきでした。(^^;))

## ～佐賀県～

健康福祉部健康増進課 森内あおい

### ●佐賀県の最近のトピックス

毎年秋も深まる頃にどこからともなく現れ、ネットを騒がす『全国都道府県別魅力度ランキング 2018』。そんな調査全然気にしない…と思いつつ、ついチラ見したら…今年も我が県は安定の下位。微妙な順位にネタにもならず、あー今年もこのあたりか…という切ない思いを毎年繰り返しています。



そんな全国的には存在が薄い(と思われている)佐賀県ですが、歯科保健行政の世界では存在を發揮していることがあります。それはフッ化物洗口実施率が公立小学校において100%であること！政令市はおろか保健所設置市もないスモールな当県だから(そして過去に3歳児全国ワーストワン10年連続を達成してしまったショックから立ち直るため)成しえていることかとは思いますが、県下の歯科関係者、学校関係者等の御協力をいただき、平成25年度より現在までその実施率を保っています。

しかし、その実施率も中学校になるとガクッと減ってしまい、平成29年度におけるフッ化物洗口の実施率は58.89%に急降下。せっかく小学校で得られたフッ化物洗口の効果もどんどん消失していき、それに伴いせっかく下がったう蝕有病率も、15歳以上になるとまた上がり始め…フッ化物洗口は中学校まで継続してもらい、第二大臼歯の成熟までを目指したいのに…と歯がゆい思いを抱いています。

そうしたこともあり、当県では、今年度から『フッ化物洗口推進事業』と銘打ち、中学校でのフッ化物洗口が未実施である市町に対し、積極的な実施を促進するための事業を立ち上げました。具体的には、市町教育委員会等に対する積極的な実施依頼、フッ化物洗口実施に対する説明会や研修会の際の物品購入の助成、専門職の派遣等に係る経費等の提供、などが主な内容になります。現在市町を訪問し、フッ化物洗口の必要性を訴えているところですが、新たに始めていただける(かもしれない)手応えを抱きつつ、来年度からの実施開始を期待しているところです。

全国の皆様からフッ化物洗口についてのお尋ねをいただいた際に『佐賀県さんはいいですね～！』とのありがたいお言葉をいただくことがあります。当県も決して順風満帆に実施されているわけではありません。各方面から、様々な御意見等をいただくたびに『まあ～そうですよね～本当に大変です～でもそこを何とかお願いします～。』と笑顔を浮かべては、お願いしている今日この頃です。決して高みの見物ではありません…むしろいつ何と言われるか…ビクビクしています！

現在、子ども達の口腔格差が問題になっていますが、誰もが通う学校という現場において、確実なう蝕抑制が期待できるフッ化物洗口を行う意義は、大変深いものがあると思います。フッ化物洗

口実施拡大のために奮闘している全国の行歯会の皆様、う蝕のない子ども達の笑顔を守るために一緒に頑張ってください！

### ●世話役のつぶやき

今年、明治維新150周年！佐賀県は『薩長土肥』の『肥前』として、幕末時に多くの優れた人材を輩出し、明治維新を押し上げた県として大活躍しました。鹿児島県の西郷隆盛、高知県の坂本龍馬、山口県の高杉晋作のような日本史に燦然と輝くヒーローはいませんが、オール肥前で縁の下の力持ちとして頑張った、それもまた我が佐賀県の良さ。現在、その偉業を後世に伝えるためのイベント『肥前さが幕末維新博来会』が県庁近くで開催されています。皆様もぜひ当県にお越しの際は、お立ち寄りいただき、佐賀の歴史に触れてみてください。

佐賀は食べ物よし！温泉よし！なんと言っても空気よし！皆様の御来佐を心よりお待ちしております！（さがはがばいよかとこよ！）

## ～島根県～

### 松江市・島根県共同設置松江保健所 中島和子

行歯会のみなさま、いつも貴重な情報をいただき、ありがとうございます。

「世話役のつぶやき」の順番がきました、と連絡をいただきましたので、島根県の状況など少し、書かせていただきます。

現在、島根県内の行政に歯科職種は、歯科医師1名、歯科衛生士6名（保健所3名、市町村3名）、合計7名います。ほぼ全員が行歯会に入っていますが、現在、育休中などで休会の者もいます。もともと、少人数ですので顔がみえる関係ではありますが、お互いに協力しあえる、学びあえるような雰囲気を作りたいと思っています。

世話役としては、年に1回、次年度の事業を検討するような12～翌2月の頃に半日程度、情報交換を主に連絡会を開催しています。

東西に長いのが島根県の特徴で、みんなで集まるにはそれぞれの移動時間は2時間かかります。それぞれの無理のないところで参加してもらおうと企画しています。ここ1、2年では次のような情報交換をしています。

#### ○この研修会、学会が勉強になった！

- ・ 歯科保健研修会（歯科保健全国大会の前日に開催される研修会）
- ・ 日本歯科衛生士会の研修会
- ・ 国立保健医療科学院の歯科保健の研修
- ・ 公衆衛生学会
- ・ 糖尿病学会
- ・ 夏ゼミ（地域歯科保健研究会）

#### ○この事業、やってみたら良かった！

- ・ 成人歯科相談で唾液潜血反応テストをすると試験紙の色の变化で、受診を働きかけやすい。保健師さんもわかりやすかった。
- ・ 学童期の歯科保健研修を養護教諭対象に開催したら好評だった。
- ・ 在宅歯科衛生士と臨床の歯科衛生士、地元歯科医師会との交流会を開催し、お互いの活動の理解につながった。
- ・ 地域の歯科保健の計画づくりをとおして、関係団体、所属内で、課題、方向性の整理ができた。

その他にも、後期高齢者の歯科口腔健診のデータをどのようにまとめるか、など次の日からの業務に役立つヒントをお互いに得ています。

そして、会の終了後は、お昼ご飯を食べながら距離感をグッと縮め、和気あいあい、色んな話をしています。お互い職場の中で歯科職種は一人ですが、この会に参加することで、「みんな、がん



ばっているな。私もがんばろう。」「わからないことは聞いてみよう。」など仲間として意識し、絆が強くなっています。（と、思っているのは私だけ、ではないはず…）

県内すべての行政機関に歯科職種の配置には至っていませんが、今のメンバーで協力しあって、一歩ずつ成果を出していくことで、未来につながればと思っています。

追伸；このお話をいただいたことで、「あ、そろそろ、連絡会の日程調整をする時期だ！！」と気づきました。例年より遅れましたが、慌てて、日程調整をしているところです。

### ♪ 編集後記 ♪

今年は、秋に桜が咲いたり、つくしんぼをみつけたりと季節がわからなくなってしまいそんな暖かさでしたが、さすがに、年の瀬が近づいてくると寒さと気ぜわしさがやってきますね。(I)

教育行政にどっぷりつかって、二年目の後半となりました。結構、教育庁で仕事をしていると学校歯科医会をはじめ、様々な関係機関のお世話になります。ニュースになりそうな事象も多く、マスコミ対応も多いですし、もちろん議会対応でもバタバタします。(Y)

### 「歯っとサイト」掲載コンテンツ募集！

「歯っとサイト（歯科口腔保健の情報提供サイト）」

<http://www.niph.go.jp/soshiki/koku/oralhealth/index.html>では、

掲載コンテンツを募集しています。

掲載を希望される場合は、「行歯会だより」の配信メールに記載されている窓口宛にご連絡ください。