

特集

Special

座談会

# 医科歯科連携のための 口腔と全身疾患

司会・進行 梶井 眞二 国診協副会長／大分県・国東市民病院長  
南 温 岐阜県・国保和良歯科診療所長  
黒木 嘉人 岐阜県・国保飛騨市民病院長  
奥山 秀樹 長野県・佐久市立浅間総合病院医療技術部長・歯科口腔外科部長  
武田以知郎 奈良県・明日香村国保診療所管理者  
倉本 睦子 広島県・公立みつぎ総合病院歯科衛生士長



平成28年度診療報酬改定においては医科歯科連携の推進における3つの評価を行っている。それは、①周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進、②栄養サポートチームの評価（歯科医師と連携した場合）、③歯科訪問診療の評価（医療施設・介護保険施設と連携した場合）である。

国保直診では、医科と歯科が一体となり連携して活動しているが、さらに推し進めることが必要であるとする。そこで今号は、医科と歯科の相互理解のために「医科歯科連携のための口腔と全身疾患」をテーマに医科、歯科それぞれの専門家にお話しいただいた。

## 歯科の役割を医科医師にも考えてもらう

梶井 本日は本誌55巻1号特集として、医科と歯科の相互理解を深めていくことを目的に「医科歯科連携のための口腔と全身疾患」をテーマに、各科の専門家にお集りいただいて座談会を開催いたします。よろしくお願いいたします。

まず、総論的に押さえておきますが、国民医療費は平成25年度約40兆円、歯科が約2.7兆円でした。昭和50年ごろは国民医療費に対して10%程度だったのですが、平成25年度は7%になっています。医療費全体は伸び続けているのに、平成になってから歯科の医療費はずっと横ばいです。

子どものむし歯については、3歳児が25年間で2.9本が0.63本、12歳児は4.3本が1.05本と年々減少しています。1人の人がどれだけ歯を持って

いるのか、高齢者も歯が残るようになって75～79歳が最も増えています。歯周病の罹患率は64歳までは減ってきているのに65歳からは増えてきて、75歳以上では著しく歯周病が増えています。

歯科診療所を受診する患者の年齢構成は、若年層が減って65歳以上が平成2年10%だったのが、26年では40%以上に増えています。結局、歯科は高齢者ばかりが受診するようになって、高齢者の口腔機能を維持して、回復させる方向に動いているということが、国から見た歯科医療の動きになります。

以上のことなどを踏まえて、南先生からお願いでき

ますでしょうか。

南 私は国診協の各部会、各委員会の委員に携わって約23年になりますが、この間ずっと医科歯科連携の重要不可欠性を訴え続けてきました。世間では摂食機能障がい問題などについて、現場においてはある程度医科歯科連携は出来つつあると思います。ただ、その内訳をみると、コ・メディカル等の各専門職や関係者と歯科関係者の連携はできていても、肝心の医科医師と歯科関係者との連携はほとんどできておらず、私が国診協に関与しだした20年前とほとんど変わっておりません。

たとえば、写真（患者プライバシー保護のため掲載不可）の患者は、アトピー性皮膚炎と皮膚科で診断され治療が行われたものの、まったく改善しなかったのですが、その後歯科で半年間かみ合わせを行っただけで治り、また次の写真（患者プライバシー保護のため掲載不可）の

小児膿疱性乾癬の子どもの場合も、まず皮膚科を受診したものの改善しなかったため歯科を受診したところ、原発巣がむし歯でしたので、むし歯の治療をしたら20日間で劇的に治ったと言う報告もありました。

このような症例等を病院の場合、院長に言ってもなかなか末端の皮膚科医や内科医に回っていきませんが、診療所等の医科医師にこれらの症例を見せ理解・認識してもらえると、すぐにわれわれ歯科に患者を紹介してくれますので、せめて国保直診の病院関係者においては、そのような関係を構築出来るような医科と歯科の総合的な連携が必要ではないかと思えます。



梶井真二氏



南温氏



黒木嘉人氏



奥山秀樹氏



武田以知郎氏



倉本睦子氏



今回の特集座談会では、医科医師の先生方に医科歯科連携について考えていただくとともに、歯科の役割とはどのようなものなのかをご理解いただきたいと思えます。つまり、日々常に何らかの全身疾患患者を診ておられ、ある意味病氣ありき！的な医科と違い、歯科はたとえ口腔内に問題があっても全身疾患がある人ばかりではなく、健常な乳幼児から高齢者、さらには要介護者や障がい者等すべての地域住民に携わっている歯科は、単にむし歯や歯周病等の治療をしたり、高齢者に入れ歯を入れたりするだけでなく、子どものころから口腔環境を整え、食育や食習慣と連動することにより、地域住民の個々が食文化を構築するためのサポートをし、かつヘルスケアの活動を地域で行っていることを、ぜひ医科医師の方に理解してほしいと思えます。それらをご理解いただいた上で先述したように、国保直診の医科医師の方々に、単なる摂食や糖尿病と歯周病などだけではなく、歯科・口腔分野と全身の関係についてご理解いただき、その上での真の医科歯科連携構築にはどうしたらよいのかを考えてもらいたいと思えます。

### 歯科医師と医科医師はかみ合わない

梶井 私は院長になってすぐ南先生の講演を聞いて、歯科の重要性を認識しました。日本では歯科医師と医科医師は学生時代に同じ場所で勉強することがありません。実際、歯科と医科を同時に教育すべきでしょうが、今はできていません。

通常医学部では、疾病に関して教育を受けるときには皮膚病変、がん病変などそれぞれ習いますが、歯周

病などとの関連で習った記憶はまったくないですね。歯学部でも歯を治す技術だけを身につけることがほとんどでしょう。医学部と歯学部、各々のあり方が問題ですが、それを踏まえた上でどのように相互理解をして連携するのかということが重要です。このように大学教育が不備なため、病院歯科医師と医科医師とは、何となくかみ合っていないところがあります。

### エビデンスがないと 医科医師は見向きもしない

南 耳鼻科領域と口腔外科領域はバッティングしているところもありますからね。梶井先生が言われたように医学部と歯学部に分かれての教育方法は日本だけです。西洋諸国だけではなく、たとえばお隣の台湾でも、医学部を卒業して歯学部に行くのが普通です。個人的には、歯科医師会から恨まれるかも知れませんが（笑）、長期的な視野で見たら、医学教育の再編成を行ったほうが国民のためになると思います。つまり医学部と歯学部を統合し、歯科というよりも口腔機能科等としてそこにリハビリ等の関係者も全部入れ、現状の歯科は咀嚼科として組み込む等はいかがなものでしょうか。

昨年から私ども国保和良歯科診療所では、お隣の医科診療所に来る医科医師臨床研修医に対して、歯科の私も講義することになっています。そこで驚いたのは、歯科、口腔領域については、医学部では本当に何も習っていないということです。たとえば、呼吸器系を指す研修医がいたので、彼等なら口腔機能については少しくらい知っているだろうと思いを話したのですが、やはり習っていないし知らないということでした。彼らは呼吸器系と言っても、口腔機能を習ってから入るのではなく、あくまでも疾患としていきなり入っているのです。肝心の口腔機能の概念や定義は知りません。また前述したような皮膚科で投薬ばかりしてもなかなか治らなかった症例が、歯科のむし歯の治療やかみ合わせを治すだけで劇的に治ることもあるという事を、今話題になっている総合医や家庭医、ERを目指すドクターなら、ぜひとも歯科・口腔領域と全身の相関関係について知っておくべきと、医科医師臨床研修医には、毎回話しております。

以前、武田以知郎先生が、「医科では、論文を書いてエビデンスが出回らないと、医科医師は見向きもしない」と言っておられましたが、私ども歯科医師の世界では、いいものがあると思ったら何でもやってみるタイプが多いのですが（笑）、医科医師の方は自分が習ったことや認識していないことには手を出さないと感じがしますが、黒木先生いかがですか。

**黒木** 私自身、南先生が言われるように、こういう写真を見せられると驚きます。他の医科医師も少なからず私のような認識で、アトピー性皮膚炎の患者が歯の治療でこのようによくなるとわかったら、驚くと思います。まずは医科医師側も歩み寄って、お互いにこういう疾患には驚くことに歯や口腔機能が大いに関与しているという知識を勉強させていただくところから入る必要があるかと思っています。機会があればそういうことを今後は進めていこうと思っています。

**梶井** さきほど南先生が言われたとおり、きちんとしたエビデンスがなければ医科医師は動きません。臓器別なので、皮膚病だったら皮膚科に紹介して、あとは知らないというのが普通の病院医科医師です。しかし、診療所の医科医師や総合診療を行っている医科医師たちは、そうはいかないと思います。私が勤務している病院でも、基本的には臓器別なので、意識し変わってもらわなければいけません。また、当院歯科医師も専門的で、年に何度かの歯科担当のカンファレンスや症例検討会で提示されるのは嚢胞の治療や顎骨骨折の治療などの症例が主です。奥山先生の病院ではどうでしょうか。

**奥山** 梶井先生がご指摘のように、近年の厚生労働省のデータを見ると、高齢者でも歯が多く残っていることによって、高齢者の歯周病も多くなっていますね。高齢者の場合は、ほとんどの方が他の全身的疾患を有していることが多いので、医科歯科連携が必要だということは、もっともな流れだと思います。確かに歯科医療費の医療費全体に占める割合は減っていますが、総医療費が増えている中で恐らく歯科医療費そのものは少し増加していて、特に高齢者の歯周病が多くなっているため高齢者の歯科医療費も増加していると思われれます。

また、南先生ご指摘の皮膚科的な疾患に関しては、



いわゆる歯性病巣感染だと思います。たとえば、ある種の膠原病も口腔の細菌によって引き起こされることがわかっています。また、糖尿病や呼吸器疾患が口腔機能と大きくかかわっていることがわかってきています。当院では医科歯科の垣根は比較的低くて、医科歯科連携はできているとは思っています。そして、梶井先生がご指摘のように、医科医師が臓器別という考え方になると、たとえば消化器でもそれぞれいくつかに分かれているように、歯科は口腔という臓器の診療科として考えるとしたら医科歯科連携というよりも、臓器別連携となってくるということは感じています。

以前、地域包括医療・ケア研修会で、医科歯科連携の話が出ていたと思います。話としては出るのですが、医科歯科連携がなかなかできていない現状があります。そして、今後どのようにしていくのかが、国診協の中での大きな問題点だと思います。私は国診協の歯科保健部会長でもありますので、国診協の中だけでも、口腔と全身の関係について、さらに理解をしていただけるように、南先生が出された症例のようなまだ気がつかれていないところをどんどんアピールしていきたいと思っています。

ただ、アピールするときに、症例報告レベルだけではどうしても説得力がないので、医科医師も歯科医師も含め、やはりエビデンスがなければアピールできないと感じています。たとえば誤嚥性肺炎で入院したときに絶食期間が長くなると、その予後に悪い影響を及ぼすという論文があります。医科医師になるべく絶食期間を短くしようというときに、ただ早く食べさせた方がよいというだけではなくて、論文を見せることによって納得してもらおうという努力も、やはり一方では



必要なのかと感じています。

### 医科歯科連携には、 多職種の橋渡しが必要

梶井 医科医師と歯科医師が理解し合うことはそう簡単ではありません。やはり手法としては現場のスタッフでまず連携をとっていただき、医科と歯科の医師同士の橋渡しをしてくれる形がいいのではないかなという気がします。ただ、歯科衛生士と看護師や言語聴覚士とはあまり連携がよくない印象があったりしますが、倉本さんどうでしょうか。

倉本 当院は地域包括ケアシステムを構築して、病院理念を多職種と連携を取りながら実践しています。患者の歯科治療や口腔ケア、周術期や緩和ケアでも医科医師から紹介をいただいて関わることが多いですが、口腔に問題がある場合こちらからもアプローチを行います。各カンファレンスやNSTでは看護師や言語聴覚士等と連携をもつことにより、歯科の関わりが必要だと声を出してくれることもあり、お互いが理解しあうことが連携に繋がっています。

口腔機能や口腔ケアの重要性について私たち歯科衛生士の発表を医科医師に聞いてもらうことはなかなか難しいことです。当院が昭和59年から開催している地域での健康教育の夜の座談会では、当初より歯科衛生士も参加しています。医科医師や多職種も参加しますので、そこで私たちの話を聞いて全身の健康との関係で口腔は大事だとわかってもらえています。また先日のオープンカンファレンスでは、歯科医師からビスホスホネート製剤（以下、BP製剤）に関する発表があり、薬を始める前には歯科を受診しないといけない、

始めた後も口腔管理が必要であることをわかってもらったので、アプローチしていくことが連携に繋がっていくと思います。

奥山 看護師や言語聴覚士と歯科衛生士の関係はどうですか。

倉本 看護師の研修会では、新人看護師に向けての口腔ケアの講義や実習も行い、新人の時から歯科衛生士が関わっています。また病棟や施設で研修会を行ったり、ケアマネや訪問看護師やヘルパーにも、口腔ケアの研修を実施しています。歯科が主体となって開催している口腔ケア部会には、各病棟の看護師や介護福祉士、そして言語聴覚士が委員として毎月集まって患者の情報共有や勉強会を行って連携をとっています。言語聴覚士が開催している摂食嚥下部会には歯科衛生士も参加し、口腔ケアの勉強会を行っています。口腔ケアや口腔機能の重要性は、できるだけ発信しようと思っています。

奥山 看護師や言語聴覚士と歯科衛生士との連携は、比較的よくできているということですね。

倉本 十分ではありませんが、そう思っています。

奥山 梶井先生の病院では、いかがでしょうか。

梶井 当院では口腔ケアや摂食嚥下の研修会には、看護師も他施設の介護職員も多数が参加してくれます。その方々に指導をするのは、歯科衛生士であり言語聴覚士です。口腔ケアであれば歯科衛生士が指導し、摂食嚥下では言語聴覚士が指導することが多いですね。歯科衛生士も摂食・嚥下にかかわりたいのですが、何かお互いに遠慮しているところがあって、国東で在宅関係の施設の人について、VEを紹介してもらった事業を始めるのに1年もかかりました。

南 歯科のない病院等はNST委員会や研修会、勉強会を開催するときも、外部の講師として歯科医師を呼ぼうとさえもしてくれません。黒木先生の病院は歯科がないと思いますがどうでしょうか。

### 歯科衛生士が口腔ケアに介入して 病院職員の意識が飛躍的に変化

黒木 私どもの病院は歯科のない小規模の病院で、常勤医師は5名です。摂食嚥下に関しては、NSTはありますが主体的に行っているのは内科医で、耳鼻科医で

はありません。つまり、摂食嚥下には先進的な知識を持っていて内視鏡が使える消化器内科医がリードすべきであるということです。

平成24年のことですが、飛騨市立の老健が近くにあります。事務職員を採用したら歯科衛生士の資格を持っている方であることを聞いて、口腔ケアに介入していただいところ、飛躍的に病院職員の意識が変わりました。今まで看護師たちも、口腔ケアを一生懸命行っていました。なかなか浸透しませんでした。さすがに専門家が入ると全然違ってきましたね。

歯科衛生士が病院でいろいろ活動するためには、やはり指導する歯科医師が必要なため、飛騨市内の歯科医の開業医にお願いしたら快く来ていただき、今もその関係が続いています。土日でも診察していただいて、そのやり取りを歯科衛生士が仲介役として頑張っています。看護師たちもすぐ歯科医師にいきなり言うのはちょっとどうかと思っても、歯科衛生士には言いやすく、ちょっとしたことで聞いてくれることや、患者の義歯の調子が悪いということも、歯科衛生士は専門的な視点で見て、歯科医師に伝えています。お互いに顔見知りですし、そういった意味ではスムーズに、医科歯科連携はできていると思います。

南 医科医師の方々がどのように国診協や国保直診の中で広めていこうと思ったださるのか次第だと思います。

## 歯科のない病院の 医科歯科連携アンケートを実施したい

奥山 今年度の国診協歯科保健部会の事業の中で、全国の歯科のない国保病院にアンケート調査を実施し、医科歯科連携をどのようにしているのか、また開業歯科医とどのように連携しているのか、できていないときには何が原因でできていないのかということをもとめて情報発信したいと思います。それによって、少しでも関心を持ってもらえれば良いと思っています。

南 私は、国診協の組織的な面からも戦略&戦術的な面からも歯科保健部会だけではなく、調査研究委員会も一緒にアンケートをとったほうが良いと思います。まずは実態を把握したうえで、それに対して医科側と歯科側が、それぞれがどのようなアプローチをすればよ



いのかを考えるべきだと思います。

奥山 黒木先生が先ほど指摘された「嚥下は消化器内科が行う」という話を伺って、たとえば耳鼻咽喉科医は耳鼻科で行うといったり、歯科医の一部では歯科が行うといったりすることがありますが、できる人が行うのが一番いいと思いますね。

南 みんなで協力するのであれば、音頭は誰がとってもいいと思います。

奥山 長野県でも、消化器内科医が摂食嚥下を行っている施設もあります。

黒木 その辺はオーバーラップするところなので、決してそれを否定するわけではありません。どなたでもリーダーシップを取っていただける方がいればそれでいいと思います。

奥山 しかし、歯科医師や医科医師でも縄張り意識を強く持っている、連携を阻止している要因になっている気はしますね。

黒木 当院のような小さい病院は縄張りを張ろうにも縄張りはありません。STもいないのでPTが本来の仕事を超えて摂食嚥下に関わっています。そのようにお互いに融合し合っています。ある意味小規模だからこそできることかと思えます。

## 多職種が集う摂食嚥下カンファレンスで スムーズな連携を

奥山 摂食嚥下に関しては口腔と喉の問題もありますので、いろいろな職種が連携して行っていく必要があると思います。当院の摂食嚥下カンファレンスの場合は耳鼻咽喉科医、歯科関係者、管理栄養士や放射線技師、STや看護師などいろいろな職種が集まって開催し



ています。やはり多職種が協力して行うことで、スムーズな連携ができると思います。

**靱井** 医科医師と歯科医師以外のスタッフは必要に迫られればすぐに連携できます。しかし、医科医師と歯科医師はなかなか連携が難しいですね。

**奥山** 長野県では国保直診だけではなく、主に公的病院で歯科がないところもありましたが、最近増えてきました。以前、信州大学教授の栗田先生に地域包括医療・ケア研修会で講演していただきましたが、その前後で栗田先生ご自身がいろいろな病院を1つ1つ回られて、歯科口腔領域の重要性や病院歯科のメリットなどの話をしていきながら、病院歯科を増やしてきました。やはりそういう努力を誰かがしていきながら、また黒木先生の言われるように歯科のない病院では地域の歯科医師会と協力して、国保直診や全国の病院で医科歯科連携が広まっていけばいいと思います。靱井先生どうでしょうか。

**靱井** 今回の診療報酬改定で、周術期の口腔機能管理加算が倍になりました。いわゆるがん拠点病院、がんの手術が多い病院の院長が、歯科はどうしてもほしいと言っていました。その要望を出発点にして、病院歯科が大事だという認識を広めていく努力を行ったほうがいいと本日初めて知りました。この加算は、歯科の点数も医科の点数もつくので合計500点ぐらいになります。

**奥山** 当院でも周術期口腔機能管理を含めいろいろな加算があるので、取り漏れがないようにチームをいくつもつくって取り組んでいます。

**靱井** 歯科医師が病院内で幅をきかせてもいいと思います。歯科医師というと入れ歯をつくる、補綴する、

むし歯の予防ぐらいの認識しかありません。そこをもう少し変えないといけないと思いますね。

**南** 歯科や歯科医師を評価して下さりありがたい話なのですが、ただ単に歯科があればよいというのではなくて、逆に歯科医師側の無知、無関心という問題もありますからね。

**奥山** 病院に関して言えば、歯科も医科も問題があります。今の流れの中での医科歯科連携を、あまりよく理解せずに行っていることも改革していかないといいませんね。国保直診では、医科と歯科が併設されている診療所もあると思います。そういう診療所での紹介などの連携についてはどうでしょうか。

**南** 私どもでは医科・歯科連携して健診をしっかりと行っております。また、皮膚病や味覚障害の症例はありますので、歯科から医科に文献等を出したりしています。ある時、私が1週間リベースという入れ歯の裏打ちをして3日後に落ちてくるのが3回続いた患者がいました。こんなこと言うと、まるで自分で上手いと言っているようなんですが(笑)、私の専門は入れ歯師なので、普通そんなことは私の場合あり得なかったので、「これは絶対におかしい!」と思い、担当の内科医にしつこく「おかしい!おかしい!」と言ったところ、やっと生検をしてくれました。その結果、早期の胃がんが見つかりました。そんな症例が10年間で3症例あったので、それ以後は少し疑わしい患者の場合はすべて歯科に回してくれたことがありました。しかし、その内科医が辞められた瞬間にいままで築いてきたそのような連携は終わりました(笑)。

**黒木** 診療所では周術期などはないと思いますが、内科医の勤務する診療所で、糖尿病の患者が受診した時に糖尿病と歯周病との関係で、歯科に紹介があるなど診療所の医科歯科連携があるのではないのでしょうか。

**南** 私どもの場合は医科と歯科診療所の間では、歯科衛生士と看護師が話し合っ連携を行っています。どこの地域でもあると思いますが、糖尿病患者の会があって食事も含めて病歴も把握しています。

**奥山** 私どもの病院でも、糖尿病専門医が歯科に来て歯周病について勉強していました。

**南** それはいいことですね。

**奥山** 糖尿病教室には私たち歯科関係者も参加します

ので、連携は病院の中ではできています。南先生、診療所ではどうでしょうか。

## ブラッシング指導だけで HbA1cの数値が減少

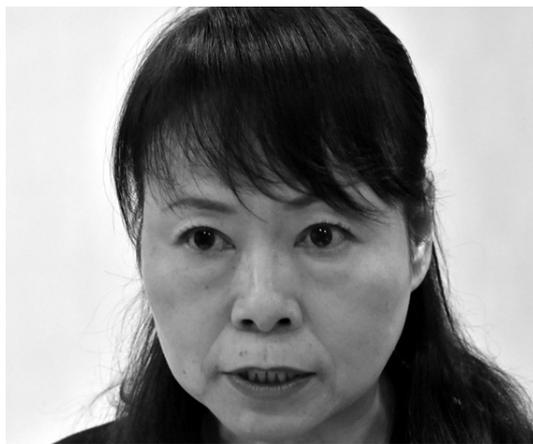
南 今の時代なら倫理委員会で絶対に却下されると思われる調査研究事業を、われわれ国診協歯科保健部会では行いました。それは平成12年度に糖尿病患者を対象に医科的処置を中止して、歯科衛生士によるブラッシング指導を行い、その後、患者は自宅でブラッシングだけを45日間行い、後日採血してHbA1cを調べたところ、平均1.0前後数値が減少していました。なかには、HbA1cの数値が12以上だった患者もブラッシングを45日間行った結果、6.7に減少された方もおられました。これはマジックでもたまたまでもないのです。重度の歯周病患者の場合、口腔内全体ではハガキ1枚ぐらいの炎症面積があるのですが、それをブラッシングでコントロールするのですからHbA1cが下がるのは当然なのです。医科の先生方も、ハガキ1枚ぐらいの炎症面積があることをご存知なら、きっと問題視されると思いますが……。

萩井 当院では糖尿病の患者会を開催します。そこに糖尿病療養指導士や糖尿病専門医の方々は出席しますが、歯科関係者はあまり出席していないようです。

奥山 長野県佐久市では、医師会と歯科医師会が糖尿病連携を行っています。歯科医師が歯周病の治療をしたらHbA1cの数値が改善したという報告があり、糖尿病については病院を越えて地域での連携も始まっています。

黒木 糖尿病専門医は多忙です。糖尿病患者はどんどん来ていて、がんや認知症にもなりやすいため、がん検診や認知症健診などのフォローはあまり行えない状況です。やはり、現場の看護師や病院スタッフがサポートする必要があります。それによって、歯科は大事であるという認識が深まると思います。

倉本 ある糖尿病の患者さんが外来受診されたとき、口腔内は清掃不良で歯周病が悪化していました。私は歯周病と糖尿病の関係と口腔ケアの重要性を話し口腔衛生指導を行い通院してもらったのですが、その後HbA1cの数値が改善しました。患者さんも歯磨きを頑



張ることと歯科に通院することが大事だと実感されていきました。また病院と隣接している保健福祉センターが開催している健康づくりセミナーでは、糖尿病、高脂血症、高血圧などテーマにあわせた講義と運動と栄養と、調理実習があつて、その中で私もテーマにあわせて話をしています。歯科衛生士の枠を設けてもらい、少しでも地域の皆さんに考えていただく機会があればという思いで頑張っています。

## 住民が健康で長生きできる 地域づくりが大切

南 話はちょっと飛びますが、国保直診は赤字経営うんぬんを言われると非常に肩身が狭いところがありますが、われわれ国保直診は、その成り立ちの根拠になっている国保法第82条で、民間は絶対に手を出さない不採算部門の保健・福祉もやらなければならないのですから、あまり経営うんぬんの土俵には上がりず、ちゃんとした理論武装をすべきだと思います。たとえば、20年前にみつぎ総合病院の山口昇先生が取り組んだ、行政と病院を隣接させて国保財政を全体として見ることによって、病院は赤字経営でもその分健康な人が増え、結果的に国保財政が安定化してくる！と堂々と言えるようなことです。われわれ国保直診の取り組みで地域住民の皆さんが健康で長生きできる地域にすることが大切です。

倉本 以前、手術や治療を受け元気になって退院した患者に褥瘡ができたり、寝たきりになって再入院されたことから、当院の山口昇特別顧問が「これは作られた寝たきりだ、これではいけない」と昭和49年から「医療の出前」が始まりました。当院の歯科は昭和54



年に開設され、外来診療だけでなく、昭和61年から訪問口腔ケアを行ってきました。今では訪問口腔ケアは医療保険では訪問口腔衛生指導、介護保険では居宅療養管理指導ですが、そのころは私たちが在宅や施設に訪問しても報酬はありませんでした。これを「お伺いケア」と私たちは呼んでいます。現在も保健師や訪問看護師等多職種と一緒に出かけ活動しています。この報酬のない同行訪問のお伺いケアが患者さんに喜ばれ、そして医療やケア、連携に繋がっています。

奥山 行政の保健師がお伺いして取り組んでいる仕事もあると思います。佐久市でも市の収入になるわけではないのですが、保健師としての仕事で行っています。それと同じように考えて、歯科衛生士の訪問も評価してもらえればいいと思います。

倉本 そうですね。私は歯科保健センターの歯科保健事業として人数など計上しています。

靱井 診療所のレベルでの医科歯科連携はどの程度なのかお聞きしたいのですが、武田先生の診療所は内科だけですね。

武田 基本は内科ですが何でも屋の診療所です。

靱井 国保の歯科の診療所は地域にありますか。

武田 地域にはありません。ただし、開業歯科医院が2か所あります。

靱井 歯科医師との連携はどのようにされていますか。

武田 主に在宅現場での連携となりますが、少し入れ歯を修正すれば食べられる在宅患者さんへ、開業歯科医に訪問していただくことで食べられるようになりました。

靱井 そうすると、うまく連携しているということですか。

武田 そうですね。一般診療ではなかなかですが、在宅では歯科医師や歯科衛生士との連携もスムーズです。診療所で主に相談をもちかけるのは、村の健康づくり課の歯科指導に関わっておられる嘱託歯科衛生士ですが、訪問してくれる歯科医院の職員でもありますのでつなげやすいんです。

### 診療所の医科歯科連携では、 顔が見える関係が大切

武田 診療所レベルでは、顔が見えている関係でないとビジネスライクになってしまって、互いに任せきりでフィードバックもないのが普通です。顔の見える関係では、「あの人が食べられるようになりましたよ、先生、ありがとうございます」、「もう1回また行ってあげてください」と言えるのです。単にケアマネから歯科医師に直接訪問診療を頼むと、医科医師が知らないところで入れ歯が入っていて、あ、そうなんだ~という感じです。やはりお互い知らないところで動いているというよりは、ちゃんと顔が見えて情報交換ができる方がいいと思います。

靱井 在宅での医科歯科連携では、たとえば糖尿病の患者に対して武田先生が口の中を見て、歯周病の有無を調べたり、歯周病と糖尿病との関係があるので歯科への紹介や連携を行っていますか。

武田 あまりないですね。糖尿病の患者はたくさんいるので、診察はしています。口の中を見て確かに不潔

な人なら、歯科医師に受診を勧めます。普通にしゃべったり食べたりしている方に、「歯は大丈夫ですか」という質問はあまりしません。他でも口の中を診ること自体あまりやられていないような印象です。医科医師は糖尿病と歯周病との関係にはあまり興味はもっていません。たとえば、栄養指導が基本とわかっているにもかかわらず、HbA1cの数値だけを見て投薬コントロールというのが多いんじゃないでしょうか。これが、国保の医療費を上げる原因にもなっていると思います。

管理栄養士や歯科関係者とタッグを組むことによって、患者にとっては糖尿病だけを治すのではなく、さらに認知症予防にもなり、健康に対するよい影響があると思います。しかし、多職種との連携より薬での治療ファーストというのが医科の習性なのかもしれません。

### 医科医師のための「歯周病と糖尿病」のリーフレットを作成する

南 その辺りも含めイメージしてもらいやすいように国診協歯科保健部会を中心にリーフレットなどを作成して医科医師の方々にも理解していただこうと考えています。

武田 医科にはそのイメージがあまりないのです。

南 やはり家庭医とかERも含めて、総合医にはこういう知識が絶対にあつたらよいと思います。

武田 最近では糖尿病・アレルギー・膠原病関係の学会に歯科関係者が参加するようになりました。

奥山 武田先生は診療所部会の委員ですが、他の診療所の先生方は、在宅の場面や一般外来の患者の医科歯科連携については、どのようなイメージで取り組んでいるのでしょうか。

武田 広い意味での医科歯科連携の意識は、診療所の方々は持っていないと思います。地域の中で知っている歯科医師に頼むというレベルの医科歯科連携はありますが、医科医師が歯科の領域を勉強してまで理解を深めようとすることはありません。

奥山 在宅の場面では、比較的連携がとれているところが多いという印象でしょうか。

武田 そうですね、その機会は多いと思います。

奥山 診療所の中に医科と歯科があるところも、あり

ますね。そういうところではどうでしょうか。

武田 そういうところは、やはり顔を合わせるので当然話をすると思いますし、関心もあるとは思いますが。

南 私どもの和良では、以前は医科医師に写真を見せてもなかなか理解してもらえませんが、看護師は理解してくれていたのが、看護師が歯科に連絡してきて私どもが患者の在宅に訪問する活動という感じでした。

### 熱心に医科歯科連携を取り組む、国保直診と全国国保地域医療学会

武田 学会の中でも医科と歯科が熱心に取り組んでいるのは、国保直診であり全国国保地域医療学会の特色だと思います。

南 他の団体などに比べたら、連携出来ていないといっても遙かに出来ている組織だと思います。こういう話の場を持つこと自体が医師会や他の組織ではありません。

武田 そうですね。口腔ケアなどいろいろなデータを出していかないといけないですね。

奥山 全国国保地域医療学会では、テーマがいくつかありますが、医科歯科連携というテーマはあったでしょうか。

初井 全国国保地域医療学会では、多職種連携や地域連携はありますが、医科歯科連携のテーマ自体はありません。

奥山 それならば、医科歯科連携のテーマを作るのはいかがでしょうか。

南 本日の座談会の冒頭で述べたように、多職種と歯科との連携は現場ではできています。しかし医科医師との連携ができていません。それは、医科医師が歯科について納得してくれないことだったり、あるいは施設に勤務する歯科衛生士が、摂食・嚥下トレーニングや口腔リハビリをしようと思っても、ベテランの看護師から「熱発になるからやめなさい」と言われて何もさせてもらえなかったり、いろいろ苦労していると思います。

### 全国国保地域医療学会において医科歯科連携をテーマに発表

奥山 国診協で以前から言われている医科歯科連携を

長年提言していますが、なかなか広まっていきません。そこで、全国国保地域医療学会において医科歯科連携をテーマにして発表を募集したいですね。

靱井 いいですね、しかし、今年の東京大会には間に合いませんので来年以降ならできると思います。

南 学会でなくても毎年1月の地域包括医療・ケア研修会でもいいと思います。

武田 その研修会では、医科歯科連携のシンポジウムとして開催したいですね。

靱井 地域包括医療・ケア研修会では、院長の方々の参加がほとんどです。参加した病院長を通じて30代、40代の医科医師で毎日患者を診察している方々に医科歯科連携のお話をしなければならぬと思います。私どもの病院であれば糖尿病専門医と相談して歯周病や医科歯科連携などをテーマとして勉強会を開こうと思います。

南 私も登録歯科医師ですが、日本糖尿病協会には歯科医師登録医制度があり、都道府県で糖尿病歯科医として登録している方々がいます。この制度は、糖尿病・歯周病の患者に歯科医師や療養指導医を紹介する医科歯科連携を行っているものです。一方、個人的には医科にも口腔内科みたいな科があったらよいと思います。つまり、消化器系の第一歩は口腔です。消化器系内科の方には、患者の口腔から診てほしいと思います。

武田 病院では歯科口腔内科でしょうか。

奥山 病院では歯科口腔外科が標榜科として多いですが、最近は口腔内科的な疾患が多くなっています。先ほどの味覚障害や口腔粘膜の問題など歯以外のところで、薬物療法など定期的に診なければいけない人も増えてきています。口腔内科という診療科となりますと、耳鼻咽喉科と歯科口腔外科との診療領域の問題になりますね。

南 繰り返しになりますが、本来は消化器系内科が口腔内から診ることがよいと思います。以前から私は内科医に対して「胃がもたれる患者は口を診ていますか」「奥歯がなかったらやっぱり食べ物を丸飲みしている」と言っておりますが、噛み砕く歯から治療しないと投薬しても対処療法でしかないですからね。

武田 そうですね。口内炎の方もおられますので、たとえば口内炎外来を開設したら、患者が多く来るかも

しれないですね。

奥山 いわゆる普通の口内炎以外にも、いろいろな粘膜疾患がありますので、患者さんは多いですね。

武田 あまり口内炎自体にエビデンスは少なく、いまだにデキササルチンしかないですね。内科医は口の中を診ているのでしょうか。

黒木 喉は診ますね。

武田 診断はするけど、日常的に口を診察しなくなっていると思います。

黒木 今では体も診ません。

武田 消化器内科で診てもらったが、おなかひとつ触ってくれない。膝で整形外科に行ったら、すぐにレントゲンを撮って薬を飲むか、手術するかだけの話になり、膝をさわってくれなかったという話もよく聞きます。だから、口が痛いと言っても診ないでデキササルチン出しておきますで済ませてしまわれるのではと想像します。

南 歯科界でも同じです。今回のような話をしていると他の業界の方々は、歯科医師なら皆、むし歯の治療から入れ歯までどんな治療も出来ると思われるかも知れませんが、やはり入れ歯の修理、調整等の出来不出来の差は大きいですね。

倉本 以前、口の中が痛いのは口内炎で、口内炎だからデキササルチン軟膏が処方され、治らないから歯科に紹介されると口内炎ではなくカンジダ症だったことが病棟では多くありました。

黒木 口の中の診察はもう一回認識を新たにしないといけないと思います。

南 先ほども申しましたが、消化器系の第一歩は口腔ですね。患者さんは、医科とか歯科の区別はなく、どこに行ってもきちんと治してくれると思っておられるのです。たとえば、車が事故で凹んだ場合、ディーラーに持っていけば、本来板金はディーラーでは治さなくても、ディーラーの方で板金屋に連絡して、オーナーが車を取りに行けば、凹みもきれいに直って渡されるというように、患者は医科に行っても、きちんと医師から歯科に連絡してくれて、悪い所は治してもらえと思っておられるのですが、残念ながら今の日本はそうではありませんね。

## 若手医科医師や研修医から 口からわかる全身病を理解してもらう

武田 やはり若手の医科医師は研修で診察や診断に興味を持っています。しかし、口にはあまり興味を持っていません。しかし、口からわかる全身病についてきちんと理解して、口を診る習慣を若手の医科医師や研修医のころに身につけてもらうように、広報していけばいいですね。

奥山 来年から始まる専門医制度の中で、総合診療専門医の研修プログラムの中に口腔を入れるということなので、いくつかの病院や診療所を回ったりする中で、歯科口腔外科や歯科も回るプログラムをつくっていただけるといいのかなと思っています。

倉本 当院では研修医は、まずは病棟、施設、そして保健師と地域に出たり、訪問看護師やヘルパーと同行訪問しています。緩和ケア病棟や療養病棟では、歯科衛生士が病棟での口腔ケアを行っていますので、その口腔ケアの研修時には私たちも微力ながら研修医に口腔機能や口腔ケアの重要性を話しながら「お口も診てください」と言っています。快く聞いてくれる医科研修医もいれば関心のない医科研修医もいます。へこたれながらもそれでも私たちは今後も言い続けていこうと思っています。

武田 やはり研修プログラムに入らないと難しいですね。当診療所にも研修医が来ますが、いい機会は意識しておかないと逃してしまいがちなので、一つでも研修項目に挙がっているといいのかもしれないですね。絶対必須でなくても、研修医にとっては医科歯科連携を経験するチャンスになると思います。

奥山 今、医学部の教育の中でも、歯科関係の授業ではポリクリもありますね。

武田 歯科口腔外科の中にあると思います。

奥山 ええ、そうです。信州大学医学部でも歯科口腔外科のポリクリに学生が来ていますね。歯学部の中で今どうなっているのかはわかりませんが、内科、外科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科などの講義はありました。

武田 医師の言い訳として、医科が真剣に歯科の勉強をすると歯科医のお株を奪ってしまうので、あえて勉強をしないのかもしれないかもしれません（笑）。

奥山 しかし、特に総合診療専門医では、卒前の研修や卒後の初期研修のプログラムの中に歯科を入れることは大切なことだと思います。

南 話の腰を折るようで申し訳ないのですが、武田先生もご存知なのですが、奈良県立医大卒で麻酔医の私の友人に、どうしたら医科歯科連携ができるようになるのかを聞いたところ、「われわれの世代はみんな医局に入って、専門分野から一歩も出ないで、進めてきたので無理やろう……」と言われました。

奥山 それは、医科歯科連携もできないということですか。

南 出来ないというのではないのですが、その友人は「同じ医師同士でも、医局が違うだけでもまったく意思疎通がない大学もある。それと一緒に、まして歯科は習ったこともない、まったく自分には関係ないという考えでここまで来ている。それらの人に、考え方を変わってもらうことは難しい。しかし、唯一突破口になるのが摂食機能障がいかも知れない。最近では世間でも認められているので、そこを突破口にしてならいいと思う。でも、そこから先はわからんなあ……」と言っていました。

## 卒前教育のカリキュラムに 「口と全身病」を入れてほしい

武田 そうですね。卒前教育の中で口と全身病は、やはりカリキュラムの中には絶対入れてもらいたいと思います。ただ、口腔外科の中でそれを入れると、あまり学生が勉強してくれない可能性があります。逆に、消化器の入り口は歯であるというところを少しでも理解してもらうことが大事だと思います。

南 そうですね。まずは大学の消化器系の教授の方々に「口と全身病」などの理解をしてもらわないと、なかなかカリキュラムには入りません。

奥山 私が勤務する病院の近くに看護大学があります。今、年間4コマだけですが講義に行って、口腔解剖や生理をはじめいろいろな話をしています。また、訪問歯科診療でも、その看護学生たちが同行して見学しています。医師の教育だけではなくて、コ・メディカルの教育にも歯科関係を入れるようにしていくと、医科歯科連携も進みやすいと思います。



**黒木** 当院は歯科はありませんが、開業医の歯科医との連携がうまくいき始めて5年目になります。さらにステップアップをするときに、今日のお話の中の全身病と口腔の関係をもう少し突っ込んでいけるようなことを歯科医師の方からいろいろと伝授していただいて歯科衛生士とともに、一緒に学ぶ勉強会も開きたいと思いました。まずは自分の足元を固めてみようかなと考えています。

**南** いいですね。逆に歯科医師でも知らない人は多数います。また、歯科衛生士でも全身と皮膚病などは知らないかもしれません。

**黒木** 今、歯科医会と地元医師会との地域の連携会議を持つという話が持ち上がってしまっていて、今後私の地域では連携が深まってくることを感じました。

**武田** 歯科口腔や口のスペシャリストになるコースをつくり、国診協でチームを組んでいろいろな病院を回って講義をする。受講した方々は国診協認定の歯科口腔専門士のような資格がもらえて、専門医の歯科、医科、歯科衛生士と栄養士でチームを組んで、全国行脚をするというのもおもしろいかもしれませんね。

**南** 地域包括医療・ケア認定病院の認定の際や機能評価の中に口腔関係を入れているかどうかということも加えたらどうですかね。

**梶井** 地域包括医療認定施設は細かいところがなかったの、見直しが必要だと思います。地域包括ケアを行っていることはどういうことなのかをきちんと箇条

書きにして、クリアするシステムに変えないといけないでしょう。医科歯科連携に頑張っている地域を紹介するのは意味がありますが、もしこの連載を考えるのであれば、口腔と全身疾患に絞って一つずつエビデンスがありそうなものを紹介していくことがいいと思います。

**南** 前述しましたが、平成12年度のHbA1cのような当然厚生労働省にも報告書を提出しているような調査研究だったらいいと思いますね。

**梶井** 連載を考えるならば、少し切り口を変えないと、医科医師は読まないと思います。

**武田** たとえば、かみ合わせと腰痛ではかみ合わせが先にくると、医科医師はその時点で読みません。

**南** 口と言う文字を見た瞬間に、ああこれ歯学部、歯科の分野ね！となり、もうそこから先は見えないかも知れませんね。先ほどの倉本さんのお話の中で、BP製剤の問題がありましたが、決してわれわれはBP製剤投与をやめてくれと言っているのではなく、投与する前に一言歯科に紹介してほしいと言っているのです。なぜなら、投与する前に抜く歯がある場合、もう先に抜いてしまった方がいいからですが、医科の中ではBP製剤についてはどうでしょうか。

**黒木** BP製剤についてきちんと理解してもらって使うときには歯科医にかかるようにと話しています。

**奥山** 理解している医科医師は歯科医に紹介していたでいます。

武田 ただ、歯科からのフィードバックはかなり大きくなってきました。

奥山 歯科医師のほうもわかっていない方もいらして、たとえばエビスタを内服しているのを止めてくれという方もおられるので、情報共有しなければと思います。

倉本 今関わっている緩和ケアの患者さんは、以前にBP製剤を服用され顎骨壊死を起こされ、落ち着いていた時もあったのですが、がんの末期になられて腫れてきています。現在は担当の医師と訪問看護師と連携しながら、洗浄と痛みの緩和をしながら口腔ケアで関わっています。

## インプラント治療を行った患者が 要介護者になったら困ることになる

南 在宅医療が叫ばれていますが、今後困難な問題としては、都市部の歯科医が行っているインプラント治療があります。インプラント治療ではチタンを使用するので、固すぎて切断もできません。したがって、インプラント患者が将来的にBP製剤を投与されて要介護者になったときに困ることになります。これから歯科医も自分の診ている患者が、たとえ入院しようが入所しようが、在宅に帰ってこようが、とにかく自分が「かかりつけ歯科医」の患者なら最期まで責任を持ってフォローしなければならないと思います。そして病院や高齢者施設は、それを可能にすべく歯科医が来て診るぐらいに門戸を開けてくれれば、最期まで歯科医が責任を持つようになると思います。

黒木 自分で診ていた人が病院、在宅になったときに最期まで診ていくことで、訪問診療をするということですね。

南 歯科医の情けないところは、自分のところにかかっている患者が、健常で来院される時はよいのですが、一度全身疾患で病院に入院したりしたら、その病院に連絡をとったり、患者に会いに行ったり、さらには在宅に戻られてもフォローしていないことだと思います。

黒木 訪問へ行っている歯科医でも、全部は手に負えないと思います。

靱井 とりあえず国診協の歯科保健部会として今後どういう取り組みを行っていくのかという話をしないといけないと思います。アンケート、リーフレットや新しい連載物の切り口を変えてつくるなどが考えられます。そろそろ時間ですので奥山先生、本日のまとめをお願いできますでしょうか。

## 医科歯科連携の調査研究事業 アンケート調査などを行いたい

奥山 まず、国保病院とそれぞれのへき地に勤務している診療所医師へのアンケートを行うこと。そのなかで医科歯科連携のアンケートはやってみたいと思います。また全身と口腔の関係に関するリーフレットのなものであればいいと思います。それから「地域医療」に医科歯科連携の連載をスタートさせること。特に「地域医療」は、臨床的な話がありませんので、少し臨床に絞った内容のものを出せばいいかなと思っています。さらに、来年度以降の国保地域医療学会で、医科歯科連携に焦点を合わせたテーマで報告をいただいて、その学会の中で、医科歯科連携に関する情報交換ができればいいと思います。これらのことが、本日の座談会のなかで実施していきたいと思ったことです。

もう一つ、医科歯科連携について調査研究事業の中でできればいいかなと思っています。しかし、厚生労働省の募集テーマでは現在、医科歯科連携というものはありませんので、採択されるのは難しいかもしれません。しかし冒頭、靱井先生が言われた高齢者医療の中で医療費を削減することが、大きな目標です。また介護予防も介護費の削減になると思います。したがって医科歯科連携によって、医療費の抑制や介護予防につながるという観点から、調査研究事業の中で行うことができると思います。

靱井 これで座談会を終了させていただきます。なお、本日の座談会のテーマを引き継ぐ形で次号の地域医療誌から医科歯科連携の新連載が4回に分けてスタートしますので、みなさんどうぞご期待ください。本日はありがとうございました。

全員 ありがとうございます。

(2017年4月28日収録)