

特集：第11回鹿児島大会シンポジウム2

テーマ：「地域から求められる総合歯科医療—様々なシチュエーションで考える—」

総説

地方都市における総合歯科医療とは —開業医・管理型臨床研修施設として考える—

梅 安 秀 樹

当院は、北海道帯広市に開業する地方都市の1歯科医院である。

令和元年で、開業40年を迎え、副院長に第3者事業承継する大事な伏目の時期でもある。

開業している十勝圏域は2次医療圏と3次医療圏が同じというめずらしい地域でもあり、岐阜県と同じ広さに人口36万人が住み、医師300人・歯科医師200人の限られた医療資源で地域住民の健康を日々担っているところである。

また、歯科医師臨床研修制度がスタートした時から大学の協力型施設でもあり、平成22年度からは、管理型臨床研修施設として、多機能型総合歯科医院を目指して、毎年5～10名の歯科研修医を受け入れ若手歯科医師教育にも力を入れている。

2年前には、地域包括ケアシステムに参画する歯科診療所のモデルとして、キッチンや多職種との勉強会に使用する講堂を備えた新館を増設し、看護師・管理栄養士・保育士も雇用し、大型化を行った。

私達、開業歯科医は高齢社会・地方分権の中で、図1の左にある様に疾患の重さにおける連携の形、開業医の1次医療、地方中核病院の2次医療、大学病院などの3次医療という「縦連携」から、図の右の様に人口が減る時代、限られた医療資源しかない中でかかりつけ歯科医として、行政の保健や福祉の人達との「横連携」の一翼も担わなければならない端境期を迎えている。

その中で、歯科医療はどのような立ち位置を取り、時代のニーズの変化に対応していかなければいけないのか考える必要がある。一般的な医科界の様な「縦連携」に代表されるピラミッド状に歯科界は構造的になっておらず、2・3次医療機関としての29歯科大学（47都道府県に平均1校はない）と68,500件の歯科診療所開業医（80%は1人院長）という文鎮型のスタイルになって中核の多機能型総合医院がない。

つまり、歯科界は大きくは歯科大学病院と1次医療を担う1人医院が複数歯科医がいる医院などの開業医

集団でほとんどはなりたっている。この形をどの様にしていくかは、今後も総合診療歯科医や専門歯科医の有り様と合わせ、これらの受け皿づくりとして、議論を進めなければいけない。つまり歯科における1.5次医療機関として有床歯科医院や当院の様な大規模な総合歯科医院を全国に配置していく考えも必要と思われる。

どちらにしても医学部・歯学部対立が地域医療にあるわけもなく、むしろ医療界全体では歯科しかできない分野や食べれる口や幸せな口づくりに対する機能的評価などの期待感も強い。

ただ、行政などが開催する多職種連携会議でも歯科代表の発言が少なく、いろいろなアプローチや展開ができるというアピールもなく、役割分担の中で埋没して専門性を発揮する機会を失っていることも多いと思われる。

そうならないためにも私達は大学6年で学んできた歯科疾患中心の治療モデルの考えと患者の生活歴、生き様などに思いを沿わせながら、生きる意欲や希望、そして栄養状態や機能低下を診査し誤嚥性肺炎に罹患することなく安全に経口摂取を見守る生活モデルの考えを両輪として、改めて人を診る医療を実践し続けることが大事である。治療から生活へ、そして連携のコミュニティモデルへの考えの切り替えである。

図2の様に大きな横長の卵円形を1人の人生とした

高齢社会・地方分権の中で

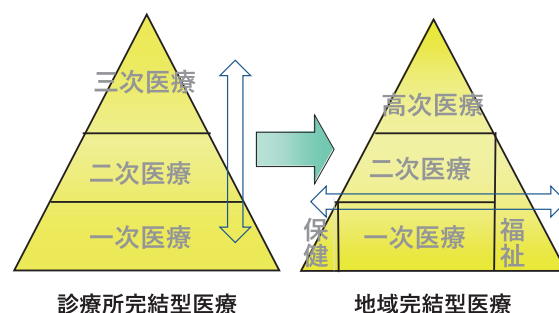


図1

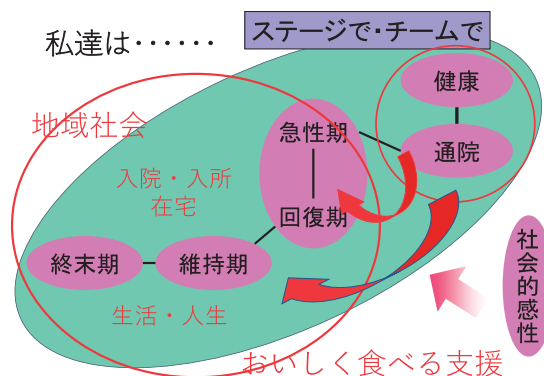


図 2

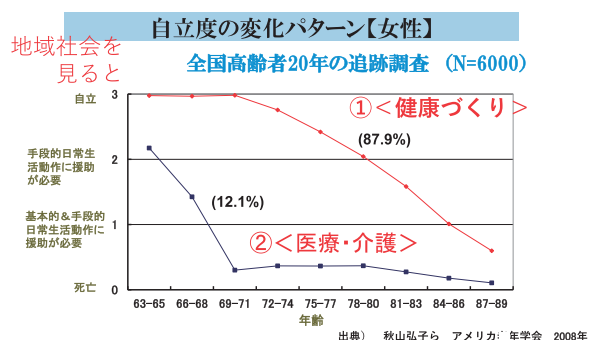


図 3

時に、私達は右上の通院してくる外来のみの患者対応で明け暮れている。しかし、少子高齢社会の中で通院が叶わなくなった方へは私達からそのステージに出かけていけば良い。そのステージが急性期病院だろうが生活維持期の在宅や老人福祉の施設であってもその手間はいいとわない。

どのステージでも、美味しく食べていただく支援と医学的診断を持って、チームでアプローチするというスタンスは変わらない。最後の1スプーンまでその姿勢を貫く必要がある。

少子高齢社会の中で、図3は秋山弘子らがアメリカ老年学会に発表した全国日本人高齢者20年の女性6,000名の追跡調査結果である。縦軸のADLを尺度として、その低下状況を年齢の推移で追うと69～71歳を境に87.9%の方はゆっくりと年相応に低下していく¹⁾。このグループにはクリニックの役目として健康づくりを中心としたアプローチでその低下の角度を緩やかにすることが大事である。また、12.1%のグループはやはり69～71歳を境に認知症を発症したり、癌が見つかったり、医療・介護の手当てを生涯受け続けることになる。この方々には、まさに我々プロ集団が人の尊厳を持って、終末期のギリギリまで経口よりの栄養供給を支援する義務がある。

65歳まではメタボ予防、そして75歳以上は低栄養

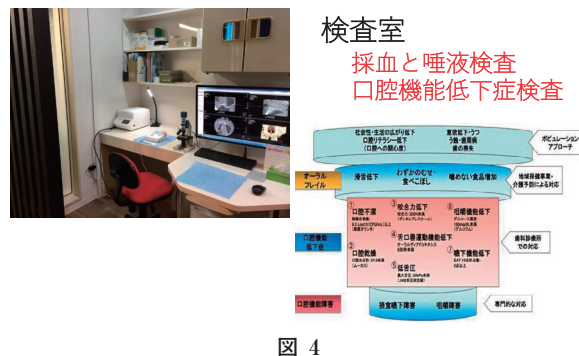


図 4



図 5

に気をつけることで生存年数が伸びることも分かっている。

これらを踏まえて、まず健康づくりが必要な87.9%の方には、まさにフレイルの概念を持って、医院からのアプローチにより可逆的なステージにいたので健康を取り戻すことができるという結果が出てきている。具体的には、行政が行う地域支援事業への積極的な参加、院内では口腔機能症の検査や握力、歩行速度の計測、さらにはインボディによる栄養状態の確認や筋力量の測定値も気づきや啓発のための重要な指標となる（図4）。

当院では早速、3Fの講堂を利用して、月2回のふまねっと運動（北海道で普及している認知・運動に対する介護予防）を地域団体からの依頼を受け実施している。さらに一部の時間を頂き、歯科衛生士からのパタカラ、あいうべなどの口腔機能向上の体操なども併せて行っている。

もう1つの12.1%の方は、入院を繰り返したり福祉施設に入所されていたり、在宅療養をされている場合が多い。

地域の拠点病院に歯科が併設されているケースは病診連携で支えていく事が容易だが、歯科がない病院も多い。

帯広でのがん拠点病院の帯広厚生病院にも歯科がな

摂食嚥下 障害児診療



医療ケア児34名（在宅7名）

図 6

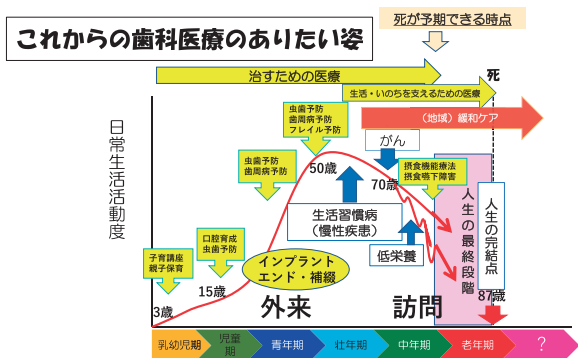


図 7

く、周術期口腔機能管理センターを設置してもらい、当院との委託契約にて提供された部屋を拠点に、歯科衛生士を当院から毎日派遣し摂食嚥下認定看護師やNST担当医師との連携を図っている（図5）。

依頼は血液内科が一番多く、脳神経外科、呼吸器内科など、ほぼ全科にわたり OHAT による入院患者の口腔内リスク判定、NST 会議による低栄養患者、緊急の口腔疾患処置必要患者の抽出により、増え続けている。

福祉施設に入所している療養者には介護保険で経口摂取が維持されているかどうか評価するミールラウンド（食事場面の多職種による評価）が多くの施設で実施されている。これは、主に嚥下機能評価に詳しい歯科医師が昼食時、事前に RSST などスクリーニング抽出された誤嚥入所者を、管理栄養士、介護福祉士、看護師等と共に回診、①姿勢、食事環境が妥当か ②食形態が残存機能に合っているか ③誤嚥を改善するケア・リハの方法は、の3点を評価するものである。

この様に人は加齢と共にいつかは病気を患い、多くの日本人は2人に1人が癌を発症し、3人に1人が亡くなり、認知症は5人に1人が発症する。癌サバイバーの当事者が立ち上げたガンカフェがあり、その運営を当院も支えている。緩和ケア病棟でもなく家族に気を遣わせる自宅でもない、第3の場所としてこのカフェを作り、月に1回、癒しの音楽の中で挽きたての

③ 専門性と歯科医療提供内容との関係

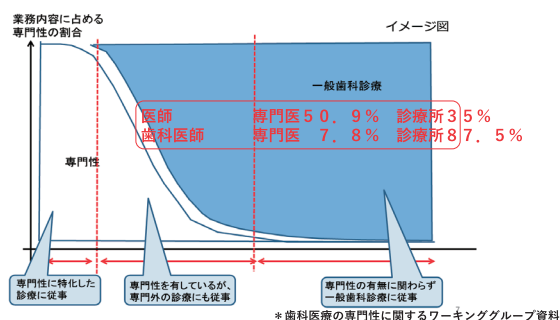


図 8

コーヒーを飲み談笑する。

私達はひたすら傾聴し、逆に医療者としての寄り添い方を学ぶ。さらに人は必ず誰しもが死を迎えるのであれば、その事を避けられないのであれば、しっかりと家族と延命処置の希望について、意思表示が必要である。エンディングノートの記載や尊厳をもって人生を閉じるための学びを日本尊厳死協会が行っており、私はこの地区の会長を拝命している。

人生会議の必要性、リビングウィルの考え方を多くの高齢会員やその家族である高校生も交え、グループワークも年2回行っている。

高齢社会に対するアプローチのみならず、小児期に対してのアプローチは少子化を迎えてさらに重要である。高齢出産、妊産婦の栄養状態、低体重児出産、出生後の事故など医療ケア児は医療の発達による死亡率の低下や救命率の上昇により一定数存在する。当院でも、数少ない北海道内の受け入れ医療機関として、中途障害も含め34名の外来・在宅の障害児の治療・ケア・リハを行っている（図6）。

私達の歯科医療は、振り返ると妊娠期の母親への指導から、生まれてからの歯が生える前の授乳方法、その姿勢、離乳食から始まる摂食機能療法を混じえた発達支援、さらには口腔育成からう蝕、歯周病予防、中年期のメタボや糖尿病予防、そしてフレイル予防や介護期の摂食嚥下リハに至るまで一生涯をサポートする医療として存在している。

これからの歯科医療のありたい姿を図7に示す。

ADLを縦軸にして人の一生に今まで述べてきた歯科医療の関わりを重ねてみると、まさに治す治療から見守り、悪くしない医療まで、目の前の患者の置かれているステージに合わせて、広くその役割が広がっていることが分かる。これらは総合診療医としての私達のなりわいの変化を表しているようにも見える。

歯科における総合診療医とはどのようなものであるべきかを考えてみると、専門医との対比を抜きには考えられない。図8にある様に医科と歯科では専門医の割合が医科50.9%、歯科7.8%と歯科医療界ではそもそも

人間中心の医療（総合医のコンピテンシー）

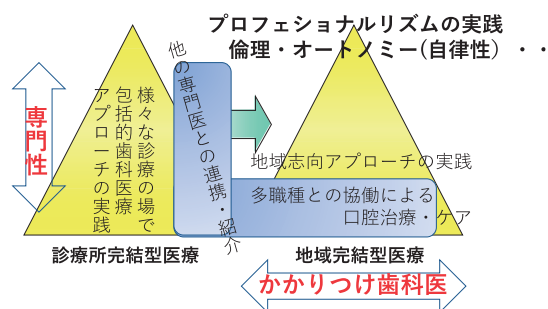


図 9

少ない。開業医として診療所運営している医師は 35%，歯科医師 87.5%と医師の 2/3 は病院勤務で生涯を終える。さらに歯科医師の専門医は専門性を有していても一般歯科診療に従事している割合も多く，専門性を活かせる受け皿や職場環境が少ないのも事実である。

もう 1 点，医科における総合診療医は，人口減少地域や医師 1 人で多くの科の診療を行わなければならない地域においては，家庭医療医・総合診療医として多くの領域を受け持たなければいけないし，病院の様な専門医が多くいる場では，患者を専門医に振り分ける幅広い視野での総合的な医師として存在している。歯科医師にはこの様なニーズや場がほとんどなくイメージができていない。歯科は歯学部の中で機能分化していても，歯は一科の括りとして国民からはとらえられている。そういう意味では病院の様な組織の中でしか，歯科の専門性が発揮できない。歯科医のほとんどは地方で人口が減る中，地域完結型医療の医療資源としてかかりつけ歯科医としてまず地域ニーズに応えていくという診療をしているというのが実態である。従って歯科における総合診療医は医科よりも幅広いステージを担いつつ，専門性，教育，かかりつけの役割を総合的に行う歯科医師の総称の様にも見える。まずは，歯科における専門医の議論を先にすすめ，論点を 1 つずつ整理していくことも必要と思う。歯科医療界は前半で述べたようにほとんどが 1 人の院長の一次医療を担う開業医集団である。歯科医師会での学術講演会，地方学術大会で研修される方が多く，その他，時間と費用を調整して民間が行うセミナーで認定医を目指す若手歯科医も散見される。また，学会に所属している専門性を意識している歯科医は学会認定の専門医・指導医の取得を目指している方も多い。従って，学会毎の認定基準を統一し，国民ニーズに資するレベルの専門医制度を作るため日本歯科専門医機構が設置され，その議論がはじまっている。これらの状況をまとめたのが図 9 である。教育を語る時にプロフェッショナルリズムの実践，医療倫理やオートノミーは必須の事ではあるが大学教育と開業医集団における生涯教育の連携が必

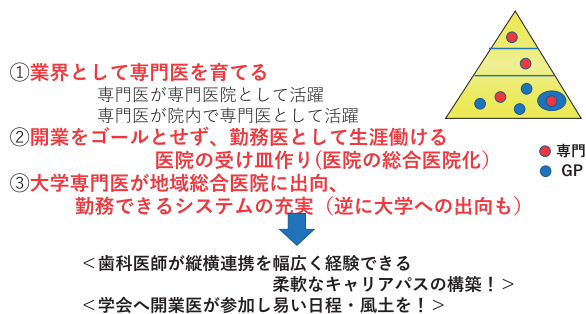


図 10

ずしもスムーズに動いていない現実を考えると，これからの議論になると思う。早く進めなければならない。当院は地方都市にあり，歯科大学の直接的恩恵は少ない。ただし，早くから歯科医師臨床研修医制度に乗り，7 年前からは管理型臨床研修施設として，2 回にわたる研修指導医の育成事業の主催，さらには医院・大学・地域と連携システムを作り，6 大学と 33 の協力型研修施設と協力して，過去 70 名以上の歯科臨床研修医教育を行っている。その教育の中で，歯科医師のキャリアパスの話も十分に伝えている。将来における歯科医師のいく末も，常日頃話題として議論する必要もある。

図 10 は私見であるが，①まず歯科専門医が活躍できる場づくりが大事であると思う。当院で生涯常勤として働き続ける専門医が 2 名存在する。

②総合診療医としても，医師と同様に勤務者として生涯働き続け，理事として運営に参画し，医院継承を担う者がやはり 2 名存在する。

③大学の専門医の当院への出向も現在実現している。ただし，月に 3 日間なので，できれば 3 か月，6 か月とある一定期間の診療をお願いしている。

この様に，小さい規模ではあるが歯科医師が，柔軟なキャリアパスを構築できる土壌が少しずつできつつあると自負している。さらに専門医は当院のみならず，他院の若手歯科医師の教育にも当たらせている。スカイプによる月 2 回の全国 4 か所との合同研修も行われ，勤務医の 3～4 か月の他院への出向も実現できている。

共通カリキュラムづくり，研修モデルの標準化も進んでいる。医院の多機能型総合医院化が 1.5 次医療機関(?)として専門医，総合診療医を育てる可能性を信じている。

参考文献

- 1) 秋山弘子：長寿時代の科学と社会の構想。科学 2010；80：59-64.