

と き：平成17年 4月20日(水)

ところ：日本歯科医師会会議室

座
談
会

● 出席者 ●

天本 宏氏 医師／医療法人財団天翁会理事長

島崎 隆夫氏 東京都清瀬市歯科医師会会長

田中 義弘氏 神戸市立中央市民病院 歯科部長

梅村 長生氏 愛知三の丸病院 歯科口腔外科部長

司会・大森 啓氏 日本歯科医師会 会誌編集委員会委員

(順不同)

地域における
病診連携を
どう実践するか

現在、日本の歯科界は、かかりつけ歯科医の充実を目指し、多くの歯科開業医の先生方がかかりつけ歯科医として日頃の診療に取り組まれている。

一方、患者さんは、多くの期待を持って歯科医院を訪れるが、そうした要望に応えるためにも歯科病診連携の活発なことが望まれ、病院および病院歯科とのますますの連携が必要である。

キーワード

かかりつけ歯科医／歯科病診連携／
患者さんの信頼感



島崎 隆夫氏

……また、その方々を通して診療のケースを重ねるうちに、人と人との結びつきがどんどん密になり、スムーズに行くようになってきました。病院、施設職員の口腔ケアの研修をしたいからと会員に声が掛かることも多くなりました。……

司会（大森） 本日は、お忙しい中をご遠方よりおいでいただきまして、大変ありがとうございます。このたび『日本歯科医師会雑誌』に「地域における病診連携をどう実践するか」というテーマで座談会を組ませていただきまして、そのお話を各先生に伺いたいと存じます。

病診連携につきましては、非常にスムーズにいつている地域あるいは非常に充実した地域、先生方がおられる反面、ほとんど理解をされていない先生、またそういうことにあまり興味のない地域もございますので、そういう先生方あるいは地域の方々、歯科における病診連携に関して少し認識を持っていただければという話から進めていきたいと思えます。

まず、大方の日本の歯科診療所は

「かかりつけ歯科医」になっていると思います。「かかりつけ歯科医」であるからには、病診連携は非常に重要な部分ではないかと思いますが、残念ながら、多くの会員の先生方、また地域の歯科医師会においてまだあまり理解されていないし、機能もしていません。こういったところの先生方や地域の歯科医師会に病診連携を理解してもらうにはどのような方策があるのかをお話し願えればと思います。

最初に、病診連携が機能している地域におられる島崎先生、こういう方策が有効ではないかという話がありましたら、ぜひお聞かせ願いたいと思います。

人と人のつながりが 連携の始まり

島崎 清瀬市は人口7万3,000人、東京23区からはちょっと離れた比較的小さな市です。高齢の方でしたら清瀬と聞くと結核療養所、病院を思い浮かべるのではないかと思います。昭和初期から多くの施設が作られ、今でも人口比からすると、病院や福祉施設がかなり多いのが特徴です。

私の所属している東京都清瀬市歯科医師会は、会員数27名という非常に小さな組織ですが、そのぶん意思の疎通が図りやすく、お互いの得意分野などもよく分かっています。「病診連携」としては、以前から個々のつながりの中で、何人かの歯科医師

は、病院、施設、在宅での訪問歯科診療も行っていましたし、病院から車椅子で診療所に歯科治療に来られる方もいました。

平成11年、東京都がこれまでの「訪問歯科診療事業」にかえて「歯科医療連携推進事業」という連携システム構築の補助事業を打ち出し、我々は清瀬市と協力体制を取り、その初年度から取り組むことになりました。私自身は20年前、開業当初から隣の病院をはじめとして、いくつかの療養型病院で訪問歯科診療をしていましたので、率直に言えば、この事業は自分の診療には関係がないものと思っていました。

しかし、かかりつけ歯科医紹介のコーディネーターとして、地域の看護師、ヘルパー、ケアマネジャー（末尾注1）、障害者施設職員の方たちと顔を合わせ、また、その方々を通して診療のケースを重ねるうちに、人と人との結びつきがどんどん密になり、スムーズに行くようになってきました。病院、施設職員の口腔ケアの研修をしたいからと会員に声が掛かることも多くなりました。

私が会長に就任した4年前、当時の医師会長に連携について趣旨説明、協力依頼に伺ったところ快くご賛同いただいただけでなく、清瀬の医療の歴史などについても、詳しく教えていただき、近寄りがたい組織というイメージを覆されました。同じころ、会員の先生がひょんなことから耳鼻科の先生と知り合い、医師会、歯科医師会の若手有志の懇親会が始まりました。回を重ねるごとに

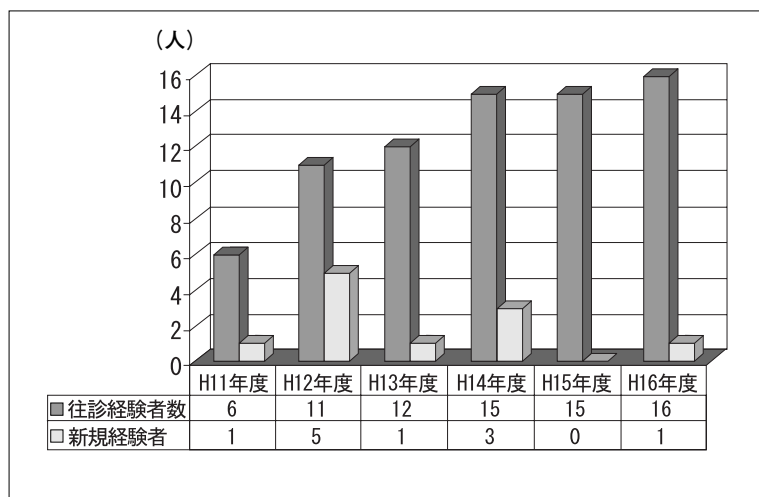


図1 訪問歯科診療 経験歯科医師数

歯科連携事業前から訪問診療を行っていた歯科医師は6名。現在は歯科医師会会員27名のうち16名が訪問診療経験者。

<図1～4 島崎隆夫氏提供>

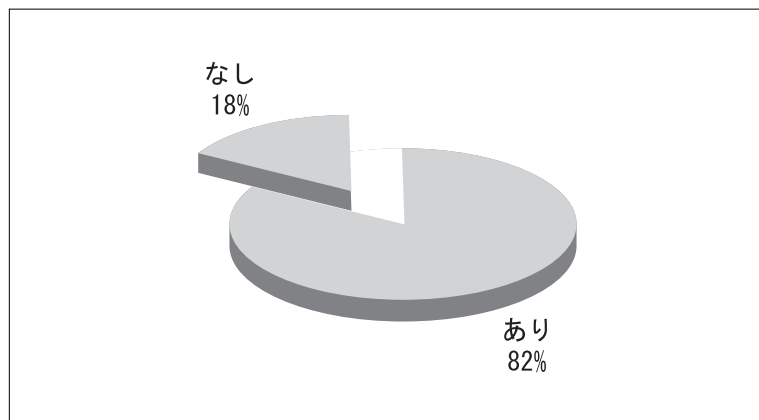


図2 他機関、他職種との連携（申込みから診療まで）〔平成16年度〕
申込みから診療までに、82%が他機関、他職種との連携をとっている。

参加者が増え、やがて組織同士の交流会と広がり、今では貴重な情報交換の場となっています。

病院の先生からの依頼も増えましたし、在宅医療をされている医科の先生方から依頼を受け訪問歯科診療を行っている会員の先生によると、「電話1本で全身状態や投薬について相談ができて、大変診療がしやすくなった」ということです。

医科と歯科の「病診連携」「診診連携」が自然に広がっているのです。平成16年度のデータによると訪問歯科診療を行う会員も増え、27人中16人となりました（図1）。また年間98件の訪問歯科診療のうち、申し込みから診療までに82%（図2）が、他職種、他機関との連携を取っており、連携先も幅広くなっていきます（図3、図4）。



梅村 長生氏

……合併症を持った人たちの治療をどうするかといったときに初めて、病診連携や診・診連携で歯科治療に当たらなければいけない、それが患者さんのためになるという考え方が少しずつ浸透してきたと思います。……

私は、現場の人と人、組織と組織、どちらが欠けても真の連携は成り立たないと実感しています。清瀬市では医師会の協力、現場のニーズ、市職員の熱意もあり、連携事業をきっかけにネットワークが広がりましたが、マニュアルや協議会ばかり重ねても、生きた連携システムはできません。

私が、今現在、一番大事にしているのは、人と人とのつながり、特に訪問看護師さん、ヘルパーさん、施設の職員など、現場にいて、現場を知り尽くしている方と歯科医師との結びつきです。毎日、苦勞して看護、介護していらっしゃる方たちと結びつくと、我々は大変診療がしやすくなります。そういう結びつきを作っていくために、組織同士の連携、上の方たちのご理解が必要であ

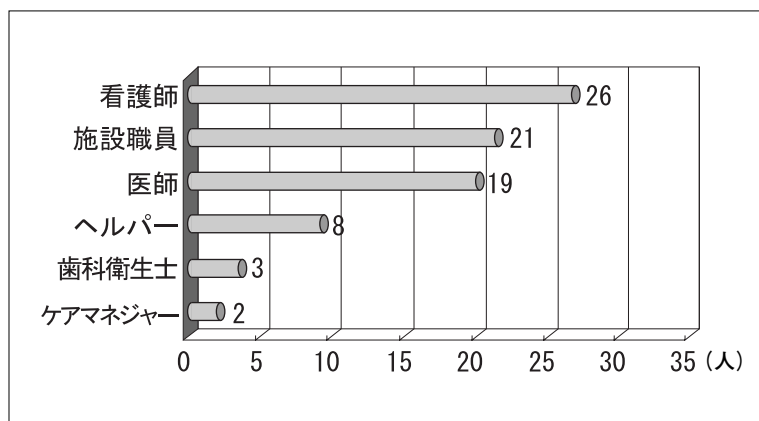


図3 他職種との連携（人的連携）〔平成16年度〕
医師、看護師との連携が多いことから病院との連携が最も多く、ついで施設職員との連携となっている。

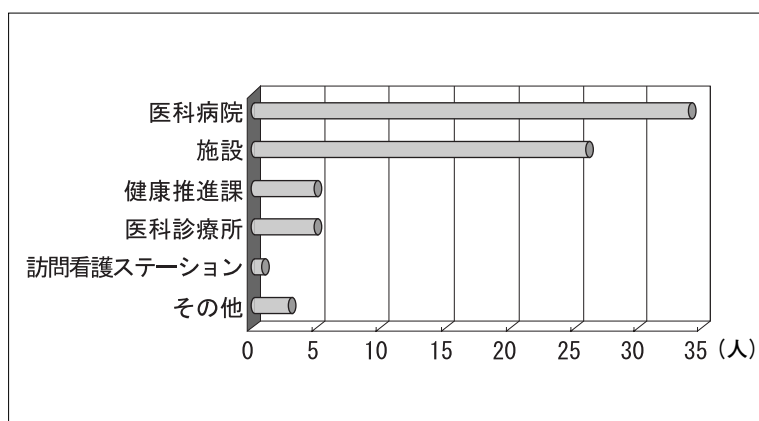


図4 他機関との連携（組織的連携）〔平成16年度〕

と思うのです。

司会 いま島崎先生から、「かかりつけ歯科医」として病診連携をさらに広めていくという貴重なお話をいただきました。梅村先生はこの世界のしっかりとした基本をお持ちの先生ですが、ほとんど機能していない地域あるいは病診連携にあまり携わっていない先生にこういう気持ちを伝えていくために何かよい方策がございましたら、お話をいただきたいと思います。

■診療情報の共有から

梅村 病診連携は、厚生労働省が地域医療計画の中で、いろいろな規模の病院再編をしながら、開業医や開業歯科医との結びつきで機能分担をしていこうという話の中で出てきたことだと思います。

今までの歯科診療所は、歯科疾患そのものを、地域の歯科診療所の中で完結できる健康な方を対象として歯科の二大疾患（むし歯と歯周病）の治療と位置づけていました。ところが、高齢社会の到来により歯科治療の際にも合併症を考慮しなければ

いけない人たちが増えてきました。合併症を持った人たちの治療をどうするかといったときに初めて、病診連携や診・診連携で歯科治療に当たらなければいけない、それが患者さんのためになるという考え方が少しずつ浸透してきたと思います。

歯科医師の中で病診連携に対して格差があると、いま大森先生がおっしゃいましたが、病診連携の中で一番見えていないのは“人”なんです。開業歯科医は、自分自身が病気になっているとか、あるいは困ったケースで病院にかかっている場合は、ご相談なさったり、あるいは情報を得る努力をされていますが、普段の病院とのかかわりは、組織対組織あるいはフェース・トゥ・フェースの関係ではないわけです。

その背景には、歯科医師の臨床研修が来年から必修化されますが、病院という施設の中で研修を経たことが少ないということがあります。中には病院歯科に残っている人あるいは病院歯科を経て開業された先生方もいらっしゃいますが、多くの歯科医師は、大学病院あるいは開業歯科医の中で臨床研修に匹敵するような研修を積んで開業されます。そこが一番ネックになっています。まず病院が見えていない。病院というのはどういうところなのか、あるいは病院の中のどういう治療が歯科治療とかわりがあるのかということが見えないことが一番大きいと思うんです。

だから、地域格差を取り払い、病診連携を推進していく突破口は、病

院と情報を共有する前に、医師会も含めて人と人のつながりをまず十分にとれる体制がつくれるかどうかだと思います。「地域の中で病診連携を推進しよう」ということを謳い文句にするのではなくて、「まず開業歯科医は病院に行こう」というのがフレーズになるかどうか分かりませんが、自分たちの地域の中でいろいろなケースでお世話になる病院はどういう機能を持って、どういう先生がどのような治療をやっているかということが見えていることが必要です。人との話し合いの中からどういう情報の共有ができるかという方策をつくっていただきたいということです。地域の先生方をお願いしたいことです。

歯科疾患そのものは、むし菌と歯周疾患が二大疾患ですので、多くの場合、治療の困難さは診療所の中ではお感じになりません。ただ、合併症を持っている人たちの病態が分からないわけです。どのようなケースに歯周治療をやったら出血が起こるとか、あるいは高血圧の人の抜歯をしなければいけないけれども、どうしたらいいだろうとか、歯科治療を阻害する合併症に関する要因の医学的な具体的なサジェスションを十分に得ながら、今後患者本位の歯科治療をやっていくためには病診連携が重要だろうと思います。

そういう考え方で、合併症を持っている患者さんに歯科治療を満足して受けていただくために、「かかりつけ医」にお聞きになるなり、病院にかかっているなら病院から情報を

持ってくるなりして、情報の共有を日常化することを、病診連携を推進する以前の問題として、開業の先生方に意識改革の中で進めていただけないかと思っています。それが格差をなくしていく、あるいは地域における歯科治療の広がりを可能にすることではないかと思っています。

司会 各都道府県には歯科大学附属病院がございまして、私のおります千葉にも歯科大学附属病院がありますが、いま梅村先生がおっしゃったような患者さんがお見えになったときに、歯科大学附属病院に情報提供をして患者さんをお任せすることはスムーズにできます。ところが、病院歯科に患者さんを送るとなると、スムーズにいかないと考えていらっしゃる先生方が多いのです。また、病院に歯科があることすらあまり理解されていない先生方もいらっしゃいます。

その辺がスムーズにいけば、病診連携はかなり充実したものになると思います。田中先生、病院歯科の立場から、こういうことを心がけて、こういう考えで進めば、さらに「かかりつけ歯科診療所」と病院歯科とがスムーズに交流が図れるという方策がございましたら、お話しいただきたいと思います。

歯科医師会中心で 拠点病院歯科の確立を

田中 まずこれまでは歯科の場合には診療所の外来機能が主体でして、

病院の診療機能（入院、手術）はあまり必要がなかったんです。ですが、最近になりまして、病院機能もぜひ加えていかなければならない患者さんが増えてきました。さらに歯科の卒前教育におきましては、いまだに一人でほとんどすべての診療をやってしまう自己完結の診療が歯科医学教育の目標とされています。ですから、病院や他の診療所への紹介等に慣れていないことが病診連携の阻害要因です。

今まででしたら、知り合いのドクターに電話をかけて「お願いする」と言うとか、あるいは名刺の裏に「よろしく」と一言書いて、顔を知らないと紹介しなかったのですが、今では医療はできるだけ得意分野をチームで行うようになってきているので、もっとビジネスライクに紹介すべきではないかと思います。

紹介先の病院歯科は1,000前後ありまして、廃止になったり、縮小したりしている状況です。そして病院歯科のうちの3分の1が、口腔外科を中心とした二次医療機能を持っている病院歯科であり3分の1は、一般歯科を中心にした診療所の先生方とほとんど変わらない機能で外来の他に入院患者の口腔ケアなどを行っているところだと思います。残りの3分の1が、その両方の機能を持っている中間型だと思います。

患者さんを紹介されて受け手となる我々の側から言いますと、病院の歯科は得意分野を明白にすることが一番大事だろうと考えています。そして、二次医療を担当する口腔外科

を標榜しているところはそれでいいのですが、一般歯科を担当している病院歯科を今後どのように二次機能病院に転換していくかが大変重要です。

私が考えますのは、400床以上の病院で、そして二次医療機能を受け持つ、勤務医が3人ぐらいいる（二次医療をやるにはどうしても3人は必要です）拠点の病院歯科を、各都道府県の二次医療圏域ごとに1つつ作っていく必要があるのではないかと。病診連携を中心に地域医療全体を考える上で、歯科医師会が中心となって、そういう地域の歯科医療システムを作っていくかどうかと考えています（図5）。

司会 現在、私どもで把握しているところでは、日本全国に9,000ちょっとの病院がございますが、歯科を併設している病院は1,000あるかないかでございます。歯科診療室と病院とが病診連携を活発にスムーズに行って、共存共栄ということで、病院に理解していただいて、日本にある9,000の病院の中に、1,000と言わず、2,000でも3,000でも歯科診療室ができればいいと思います。

こういったことには医師の方々の理解が必要なんです、天本先生、医師の立場から、こういうふうによれば、もっと充実して、病院歯科がさらに拡充していくのではないかと。というお考えがございましたら、教えてください。

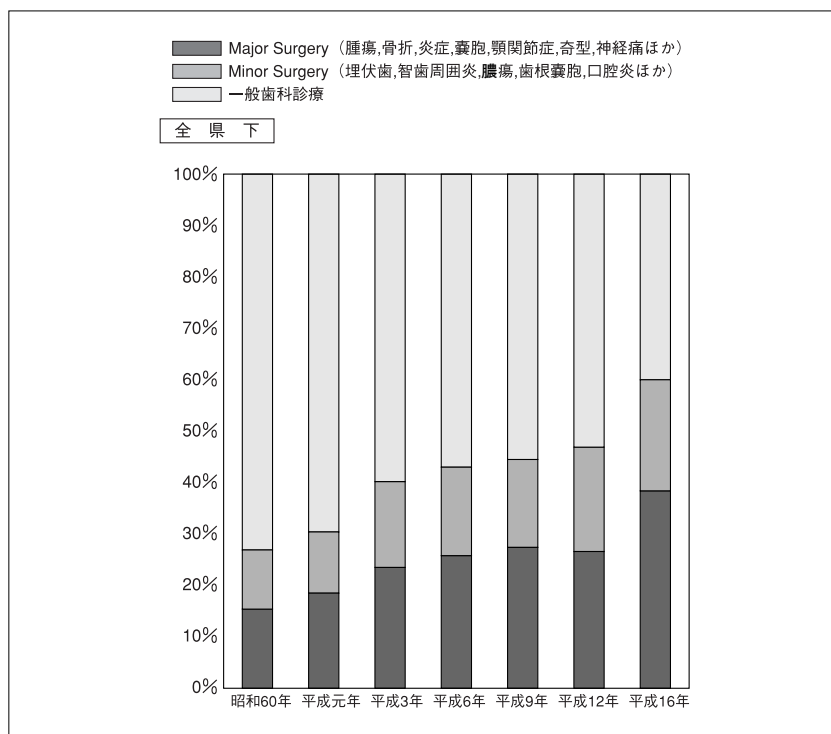


図5 兵庫県下病院歯科における口腔外科疾患の割合

(各年の8月に、社保、国保のレセプトから調査。平成12年以後は、各施設から自己申告) <資料提供：田中義弘氏>

口腔ケアへの取り組みから連携の糸口を

天本 結論の前に、病診連携の「病」は、医科の病院のことをおっしゃっているのか、病院歯科なのかをはっきりさせて、病診連携を考える必要があります。連携には、歯科機能における機能分化・特化についての業務分掌が明らかでないと連携できません。

今までは歯科医師といいますと、むし歯と歯周病を治療するというところで、我々医科からすれば、整形外科的な形だけが歯科だというイメージを持っていられる人も多い

し、現実的に整形外科医的な形の歯科が8割～9割と思うわけです。もしそうであれば、連携の範囲も狭められるでしょう。

我々が高齢者医療の中で、歯科というよりも、口腔という広い領域の中でいろいろな機能とかかわりを持つのに、どうしても歯科医師あるいは歯科衛生士などの方々との連携は不可欠です。しかし、あるところは機能を大体明確にされていると思いますが、明確でないところもある。もちろん歯科診療はむし歯、歯周病から脱皮したといいますか、機能の範囲は広がられていますし、医療界においても機能の特化が求められています。

医療人あるいは利用者の方々の立

場からすれば、QOLの最大の問題は食べることですが、食べることは咀嚼だけではないというのは釈迦に説法でございますが、さまざまな機能が組み合わさっているはずです。ですから、我々とすれば、歯科医師というよりも、口腔医という幅広い機能を明確にさせていただきたいと思っています。

自分の足りないところをどうやって連携するかということです、機能が明確でなければ、病病連携、病診連携、診診連携はとれないということです。これは一般医療機関にも求められていることです。

いま我々医療界の中でも、診療所の機能があまりにも不鮮明だと言われています。単科のところはある意味ではいいわけですが、単科の中でもいろいろな役割を求められています。社会的ニーズあるいは医科系と歯科系のニーズが拡大していることを我々は認識しておきたいと思っています。

口腔ケアの中でST（末尾注2）などいろいろな形の研究発表をすると、歯科の先生方が来て、それは歯科の領域だと、モグラぐらたたきをされます。では、歯科でやっていられない地域もあります。きょうお集まりの方は先端的にやっていらっしゃる地区の方だから、いいのだろーと思いますが、そういう問題が我々からすればあります。

私が普段絶対に不可欠であると感じていることがありまして、歯科医としての業務独占よりも歯科医とし

ての業務の範囲、責任を持つべき内容といった歯科医師としてのミッション（使命）、業務分掌が教育の中に入っているのだろーかと疑問に思っている、きょうは忌憚なくざっくばらんに発言させていただきました。

司会 病診連携は口腔ケアニーズの拡大が不可欠という天本先生のご指摘ですが、この場合病診連携をどう考えて実践していくことが大切でしょうか。

梅村 「病診連携」の「病」は、日本歯科医師会としては、病院歯科との連携だけではなくて、病院の医科との連携も念頭に置いています。

口腔機能を何とか再建させよう、障害を持っている場合でも、治療が不可能であっても、口腔ケアによって口腔機能をできるだけ損なわないようにしていこうという考え方に変わってきていると思います。それは、8020運動、健康日本21、さらに介護の中に口腔ケアが入ってくるという流れの中で、全身の健康と歯の健康がどのようなつながりがあるのかということを歯科医師は十分に認識する必要があるのではないかと考え方に立っています。

歯科医師が、口腔の機能をどのように保持して、または健康を増進して、あるいは障害が起きたら、回復が不可能でも、QOLの向上につながるような支援をどういう形で口腔に関してできるかという考え方に少しずつ変わってきたからこそ、いま言っているような病診連携が重要になってきたわけです。口腔機能を診

るのですが、一人の人間として診なければいけないという目をやっとなり歯科医師、特に開業の先生が臨床の現場で持ってきたからこそ、病診連携も必要になってきたということです。

そこで医科の先生方とお互いの患者さんへの支援をどういう形で実現することが重要なのかということに気づき始めたのは事実なんです。だから、病院歯科とどうするかということではなく、あるいは歯科疾患治療機能のすみ分けではなくて、口腔機能をどう保存していくか、口腔ケアをどうしていくかという歯科医療提供のあり方そのものが、病診連携の一番核となっているところだとう理解いただきたいと思います。

天本 そういう発想からすると、診診連携—「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」との連携—も、これからの高齢化社会においてはお互いに求められているし、利用者の方々も望んでいらっしゃると思いますので、そのシェアも非常に大きいものがあるのではないかと思います。

職種の違いを超えて どこに接点を見いだすか

司会 島崎先生は、天本先生のご意見に関してどうお考えですか。

島崎 先ほど天本先生がおっしゃったのは、医科の先生のほうが口腔内に関しての関心が高いという意味なのではないでしょうか。

天本 我々の高齢者医療の立場か



天 本 宏 氏

……今でも我々が口の中を診て、その後の問題をどこに持っていったらいいか、投げかけ先が分からない。“歯科”ということではなしに、歯科の中でもこういうことができる先生だということが見えるようにしていただきたい。……

らすると、嚥下の問題から、歯、口腔の形態、機能、衛生管理、予防が非常に重要であるという理解が、介護の面からも普及しつつあるというか、普及しなければいけないと痛感しているということです。

島崎 私が20年前、訪問歯科診療を始めた頃、160床～200床の療養型病院に行っていましたが、医科の先生は口の中をほとんど診ないというのが普通でした。東北大学の誤嚥性肺炎のデータなどが出版してから、やっと医科の先生が回診時に口の中をちょっと覗いてくれるようになりました。それまでは寝たきりに近い高齢者の方の口の中の状態は非常に悪く、8020とか、介護における口腔ケアとか、そういう考え方が出始めたのは、ここ10年ぐらいのことではないかと思っています。

私が訪問診療に行き、先生のお話を伺うと、本当に口の中は診ていないのだなという感じを受けます。口腔ケアは看護師さんや介護の方に任せ、口腔粘膜疾患も診ていないし、口腔がんにも気づかない。口の中はやはり我々歯科医師が診なければならぬと、痛感しているのです。口の中を診ていないというと、医科の先生方は気を悪くされるかもしれませんが、顔を合わせて、あえてそういう話しをしてきたことが、そこから先の連携につながっているのだと思います。

天本 今でも全く同じ状態だろうと思います。丸投げをしてすべてを任せて、受けた歯科の先生が解決する方法を持っていらっしゃる場合が少ないわけです。だから、我々は以前も口腔内は診なかったし、今もほとんど診ないし、どう解決していいか分からない。

むしろ歯科衛生士さんが入ることによって、臭いがなくなったとか、笑顔が出てきたとか、食べるようになったということがだんだんと分かってきて、歯科の先生もそういうことに関心を持たれる方が少しずつ増えていらっしゃる。今でもすべてをお任せして、できない歯科の先生方がたくさんいらっしゃいます。だから、どこの医師に丸投げすればいいのか、機能をはっきりしてほしいわけです。

リハビリも、リハ医（末尾注3）がいなくて、PT（末尾注4）、OT（末尾注5）に丸投げしていました。今は、例えば整形外科をやって、そし

てリハ医が出てきて、ホットパックではなしに、本当のリハビリをなさっています。リハビリの業界もPT、OTが先に育っているわけです。

今でも我々が口の中を診て、その後の問題をどこに持っていったらいいか、投げかけ先が分からない。“歯科”ということではなしに、歯科の中でもこういうことができる先生だということが見えるようにしていただきたい。

そんなに深くはないけれども、幅広くオールマイティーにできるのが「かかりつけ歯科医」なんだろうと思いますが、では現実的にそこまで行っているかという、非常に難しいと思います。ですから、口腔リハビリとか嚥下などに機能を特化した、自分はできないけれども、歯科衛生士を活用してくれという情報発信が医師だけでなしに、ケアマネジャーに伝われば、医師からよりも、ケアマネジャーから依頼が行くのではないのでしょうか。

ただ、そうになると、今度は医療の提供スタイルとしての訪問歯科診療ができない人がたくさんいらっしゃるの、「ある地域では」あるいは「ある先生は」ということで、少しずつやっといういらっしゃるのだらうと思います。

島崎 医科と歯科の連携において、我々は、医師会会員、歯科医師会会員との交流会や合同研修会などの機会を持ち、また、そこで顔を合わせた先生から訪問歯科診療の依頼を受けたり、抜歯の際の投薬相談を

するなど、具体的にケースを重ねることで、協力体制ができ、非常に診療がしやすくなりましたが、なかなか進まない地域の場合、最大の問題は医療界における職種間のコミュニケーションがうまくいっていないことではないかと、私は思っています。医師、歯科医師、薬剤師、看護師という職種の違いが垣根になっているのではないと思うのです。

清瀬の場合、直に病院長と話ができるようになり、さらに、ヘルパーさん、施設職員の方など、現場でお互つを替えている方々が、口腔内の問題などについて、我々歯科医師会に直接電話相談をしてもらえるシステムを作りつつあります。社会通念上、主導的立場にある医科の先生方が、理解を示してくだされば、もっと連携の体制を作りやすいのではないと思うのです。

天本 我々の高齢者医療においても、あるときは介護福祉士（末尾注6）メインだったり、あるときは医師だったりしますので、そういう縦割りの考え方で普及することには私はむしろ反対です。ざっくりばらんな言い方をすると、格好いいことを言うなおっしゃるかもしれないけれども、歯科医師も同等の立場でやってほしい。例えば我々がPT、OT、STと話をする場合でも、そういう環境を今から重要視しなければやっていけません。介護が入ってきて、医療界も少しずつ変わっているのだと思うのです。

島崎 現実には、同等の立場になっていないと思うのです。我々歯

科医師が、組織の全く違う病院に入って、訪問診療をすることは、大変勇気の要ることなのです。なおかつ、病院の許可が出なければ絶対できない。勝手に病院に行って、勝手に治療するわけにはいきません。病院長、担当医の承諾、看護師の協力があって、ご家族、本人に依頼され、初めて行けるわけですから、やはり病院の基本的な理解が必要なのです。

天本 これから「病院とは平均在院日数10日」という方向に動くと思います。そこでは急性期の治療中のわけですから、主治医としての責任がありますし、当然許可が必要です。ただ、慢性期医療においてはまた違うと思うんです。老健（老人保健施設）では実際に歯科医師は入っています。それは利用者が決めることです。老健も将来は有料老人ホームと同じような位置づけになります。要するに住まいという位置づけです。

そういうことを考えると、施設と契約した歯科医師が入らなければいけないということはできなくなってくると思います。それが地域内完結につながってくると思うのです。地域内完結の場合には、医療機関が決めるのではなく、利用者さんが決めるという方向に行くと私は思います。ただし、「報・連・相」（報告・連絡・相談）は必須ですが。

慢性期の場合は病院が療養病床となり、介護保険で居住費を取りますから、生活の場、住まいの場になるわけです。住まいの場というのは居



田中義弘氏

……最近では移植医療が増えてきましたが、先端医療をやろうとすればするほど、口腔ケアについては歯科医師や歯科衛生士の力が必要だというのが病院の中でもよく理解されてきました。……

住者が中心になりますから、医師が医学的管理、歯科医師が歯学的管理を分業するべきだろうと私は思いますから、逆に歯科医師会としてきちっと発言されればいいだろうと思います。

医療提供体制改革に あわせた 方針の提示が重要

司会 医療提供体制の改革により、病院と診療所の機能分担が推進され、それぞれの役割が明確になってきています。

こういった状況の中で、歯科医師が病診連携を実践するにはどういった点を考慮して取り組むべきでしょうか。

梅村 急性期の入院期間が10日を切るかどうかは分かりませんが、今でも17日を切らなければ急性期の病床は持てません。慢性期の病床を併設しているところが幾つかありますから、島崎先生の行かれているところも併設しているのかもしれませんが。天本先生がおっしゃるように、病院は急性期型と慢性期型に分化しています。慢性期の病棟であれば、歯科医師も医師も管理者で、そこにいる人たちのニーズが優先する形で捉えられてくるわけです。

そういう医療提供体制に対する考え方、進んでいる方向、あるいは政策的に進められている病院の分化の形態も、歯科医師の先生方が知らないといけない。この辺が医師会と違って歯科医師会の政策的な内容に対する方針の欠如が、地域現場の中で露呈されてきたと捉えたほうがいいと思います。

この座談会も含めて、まず医療提供体制がどう変わっていったのか、地域の中で歯科医師はどういう関わりを病院とするのか、あるいは診療所であるのかという区分けを歯科医師会が方向付けないといけない。漠然と“病院と歯科医師”あるいは“診療所と歯科医師”と考えないと、ケースによって現場の不満だけが残ってしまうことになると思います。

この辺は天本先生がおっしゃっており、ちゃんと考えていかなければいけないですね。

天本 急性期を脱した亜急性期あ

るいは回復期、管理期においては、我々の報酬の中に歯科診療の報酬は入っていませんから、それはオンでできるはずですが、ただし、1人の人に関わって連携をするわけですから、サービスを提供し合う者が互いに同意をしなければいけない。それは許可ではなしに、連携をシステムライズ（組織化・体系化）するために必要なルールだろうと思います。

そこを歯科は看護のように込みにしてはいけないはずですし、きちんと主張すべきでしょう。医療保険の給付に入っていないわけですから、当然病診連携なり診療連携は制度上からもあり得るはずですので、上下の問題ではないと私は思います。またそういう考えを持つべきだろうと思います。

田中 私は急性期病院で、口腔外科という領域において、耳鼻科、眼科など、医科の先生方と一緒に、イーブンの立場で仕事をしています。今のお話は慢性期の疾患に対す

る口腔ケアのことが多かったのですが、私たちの病院では15年ほど前から、白血病の骨髄移植の際に前もって口腔の感染巣を全部除去するために、歯を抜いたり歯周病の治療をしたりして口腔ケアを行ってきています。7、8年前からは脳外科の意識障害のある患者さんの口腔ケアのために、歯科衛生士が病棟をラウンドしています。

また、最近では移植医療が増えてきましたが、先端医療をやろうとすればするほど、口腔ケアについては歯科医師や歯科衛生士の力が必要だというのが病院の中でもよく理解されてきました（表1）。

特に市立池田病院で、食道がんの患者さんの手術前に歯科衛生士が口の中をきれいにし、そしてオベをして、覚醒後すぐにイソジンでうがいさせることで、平均在院日数をそれ以前の口腔ケアをやらなかった群と比べて、1週間～10日短くなりました。それから第4病日、第5病

表1 疾患別医療連携

1. 埋伏智歯
可能な限り診療所で、中断例は病院で受ける。
2. 有病者の歯科診療
観血的処置は病院で、その後は診療所へ専門医のコメントや検査値をつけて戻す。
3. 心身障害者・感染症患者の歯科治療
病院やセンターで治療。
4. 偶発症に対する緊急処置
時間外は病院の救急外来へ搬送。
5. 悪性腫瘍
2次医療圏域に一つの拠点病院を置き、治療後の経過観察は病院や診療所の口腔外科出身 Dr と共同診療（日頃は診療所、定期的に拠点病院）とする。
6. 外科的矯正
手術後は矯正医の元で微調整。
7. 顎関節症・インプラント
病院の医療機器（CTやMRIなど）を利用して画像情報を得る。

日あたりに熱が出ていたのが、ほとんど出なくなりました。

このように、急性期の疾患、特に周術期に対する口腔ケアの効果も、今まで言われている慢性期に対する効果に加えてエビデンスが出てきています。

ということは、経口摂取とかNST（末尾注7）の中の摂食嚥下も含めて、歯科医師の関わる領域がこれからますます増えてくるのではないかと。そして、歯科としてのエビデンスが出てくれば、それは当然保険の点数がついてくるはずですよ。

そうしますと、9,000ある病院のほとんどに歯科がないわけですから、そういう急性期加算を取ろうとする病院の先生方が、近隣の歯科あるいは歯科衛生士さんに、往診をして口腔ケアをやって欲しいという依頼が出てくる可能性があります、歯科医療需要の拡大につながります。いま病院はどれも急性期加算を取る必要から平均在院日数を短くすることに熱心で、口腔ケアやNSTが平均在院日数を短くする可能性のある分野と思っているんです。

天本 今おっしゃったことは、一次予防、二次予防、三次予防、いろいろな面に絡むと思います。超急性期も慢性期も定額制です。後片づけをやれば出来高で利益が上がっていましたが、今のようなことのエビデンスがだんだん始まってくると、最初から歯科医師と組んだほうが、後の余分な薬を使わないで済むというコスト管理にもつながります。歯科の最先端の技術が我々医療界にも

必要なことははっきりしていますから、どこの病院でも歯科と連携できるようにどう普遍化していただくかということにかかっていると思います。

我々としても慢性期にも超急性期にも歯科の技術を導入したいわけですから、身近に歯科との連携がとれるようなシステムを構築していただければ有り難い。効果はかなり明白になっていますから、歯科との連携を、特殊なところでなくて、身近なところに欲しいと思います。

司会 いま先生方がいろいろお話しになられたことが解決していけば、病院の中の歯科部門もどんどん増えていくかもしれませんし、歯科室が増えないとしても、歯科医師が多く携わっていくことができ、病診連携の発展につながるのではないかと思います。

それから私が聞いたところによりますと、いま日本の病院も、国の医療費抑制策等で病院経営が苦しくなっておりまして、せっかく歯科室や口腔外科室があるのに、特に公立病院におきましてそれを廃止しているところがあるということです。

今のようなお話を充実させていけば、そういったところもなくなるのかなとは思いますが、それ以外でも公立病院が歯科の部門をどんどん廃止していく方向にあります。

天本先生、その辺を解決するためには、どういう方向、どういう考え方がいいのでしょうか。

病院歯科部門の 経済的な裏付けが必要

天本 それは、病院の中にある歯科がたまたま、むし菌と歯周病の治療しかしていなくて、外来の数が減ったからにすぎないと私は思います。外科と協力できる機能あるいは看護への協力の機能があれば、看板は出さなくても、病棟の中のスタッフという役割はできると思います。

問題は、そこでの点数の問題、経済的な裏づけの問題をどのような形で位置づけるかということだろうと思います。歯科として点数を請求する方法もあるでしょうが、医療の中の予防といった役割として歯科医師あるいは歯科衛生士が入ることにおいて点数を上げるという方法もあるし、あるいはコスト削減にもなる。歯科として出来高で上乗せするか、あるいは医科の中に入った形で働く場を持つのか私は分かりませんが、それが生産性を持たない限りは、病院も抱え切れないでしょう。

ただ、市民病院も急性期をとる限りは、DPC（末尾注8）など、いろいろな意味で定額制になりますから、コスト管理から言えば、先ほど言ったようなエビデンスが明白になれば、早くから歯科医師とチームを組んでやっておいたほうが、後から抗生物質を使わないで済むとか、在院期間が短くなるということで、存在意義が明確になってくると思います。

司会 田中先生、病院の経営に関しまして、先生のお立場で、こういうことに留意すると歯科の部門もさらに病院の中で充実して、病院も考え直すというお考えがありましたら、教えていただきたいと思えます。

田中 先ほどの口腔ケアとは少し離れますが、病院の中の歯科を経営する上では、診療所の歯科の先生方と全く一緒でして、公的病院も、経営基盤の確立があつてはじめて公的病院としての不採算部門の患者さんに対するサービスができるようになるわけです。

経営基盤の確立なしに公的病院としてのサービスだけをやって、不採算の垂れ流しでは、病院歯科の存続はとても認めてくれないし、どんどん減らされる一方です。ですから、経営基盤を確立することが第一です。

そのために私もいろいろ試行錯誤してきたのですが、当院の現状は、特に矯正歯科の先生方と私どもの口腔外科とが組みまして、口の中から顎の骨を切つて、いわゆる出っ歯、受け口を治す外科的矯正が非常にうまくいった病診連携です。年間140例ぐらい切っていますから、たぶん日本で一番多い症例数だと思います。それはもちろん保険がきくのですが、それが採算性の非常に大きなウエートを占めています。

そういうことを考えないで、病院歯科で通常の歯科診療だけをやって何とか生き残ろうというのは無理だと、このごろ思っています。

それ以外の1つとして、インプラントは保険外診療ですが、かなり多くの病院歯科の先生がこれを主体的にやっておられるので、人工歯根の埋め込みだけを病院でやって、あとの上部構造とメンテナンスを開業医の先生方にお任せするという病診連携のスタイルを考えております。

そうすれば、診療所の先生方が手術室でないようなところで鎮静などなしに手術されるよりもいいですし、病院としても得意分野だけに集中できるのではないかと思います。ですから、こういう実的な双方向の連携をこれからどんどん広げていくべきだと思います。

不採算の最大の問題は、いろいろな疾患を持たれた方の歯科診療がほとんど点数にならないことです。例えば一番多い循環器の疾患でワーファリンなどの抗凝固剤を飲んでおられる方（100万人といわれています）の抜歯一つにしましても、まずモニタリングをするのが安全上絶対必要ですが、外来のモニタリングには点数がついていないんです。

それから抜歯を行うに際して、ワーファリンを中断しますと、その後再開したときに梗塞を起こしたりするという事例が幾つか出てまいりまして、今では、抗凝固剤を飲ませたままで歯を抜いて、局所の止血で対応するというふうに変ってきています。そのためには、酸化セルローズなどの凝固剤を詰め込んで、抜歯窩を縫合して、圧迫止血後止血を確認してから帰すという手間暇のかかったことをやるのですが、点数

は抜歯と材料費の点数しかないわけです。

医療がどんどん変わってきていることに対して病院歯科は対応しなければならぬ訳です。それに対して保険の手当てが追いついてこない。そのためにますます赤字、不採算となつて、どんどん病院歯科が潰されているわけです。

病院歯科は現在、口腔ケアをはじめとする医科の中で歯科として行わなければならない不採算部門ばかりに追われて、その結果、閉鎖されていきます。このような状況を日本歯科医師会としてはどう考えておられるのでしょうか。

私が一番危惧していることの1つは、団塊の世代700万人が7年後には65歳の高齢者に入ってくることで、8020運動の成果として歯を残してきています。だから、団塊の世代も歯を残しながら高齢者となり、高血圧、糖尿病など4つも5つも全身疾患を持った高齢者がどんどん増えてくるわけです。

今の卒前の歯科医学教育では全身的事とは十分に教育されているとはいえない。そうなったときに、だれがどこでそういう患者さんに対応をするのか。病院歯科だつてどんどん減っています。診療所はそういうことに慣れていない。どう対応するのでしょうか。歯科医療の需要が8020運動で増えたことは結構なことなのですが、全身疾患を持った、かなり企業努力しなければ診療をできない患者さんが増えていることに対して、歯科医師教育は不十分で、



訪問歯科診療にて「100歳の笑顔」

＜清瀬市歯科医師会会員 筒井晃一氏提供＞

歯科医師会も必要に迫られていない。今からでも遅くないので卒前教育や研修医の教育でこの対策を実施する必要があります。

■訪問歯科診療に光をあてて

島崎 私は20年間、訪問歯科診療をやっていますが、保険点数に関しては、どんどん下がっています。厚労省は、訪問が増えてくると点数を下げる。都は「訪問歯科診療事業」を勧め、取り組む歯科医師が増えてくると、点数も上がったという理由で、補助を打ち切り、「歯科医療連携推進事業」をやろうというキャンペーンをし、始めたら、すぐに訪問診療料が下がったのです。2階に上げて梯子をはずす、そういうやり方なのです。

需要は今、どんどん出てきていますし、患者さんにとって必要であることは分かっていますが、よそのお宅、別組織である病院、施設に入っていくのは大変、勇気のいることで

す。あまつさえ、点数が10年前の半分になっている。自分の診療所で治療していたほうが、気持ちも楽だし、点数も高い。ボランティア精神を持っているか、あるいは気分転換に外で治療しようかなという程度のことでない、経済的に厳しいわけです。

私は気分転換派ですが、在宅を重点的にやっている会員の先生は、患者さんや、ご家族の喜ぶ顔を見ると、苦しくてやめるわけにはいかないとっています。訪問診療で入れ歯を入れた100歳の患者さんと撮った写真を診療室に貼って、励みにしているそうです（写真）。

我々現場の歯科医師は、患者さんから頼まれたら、赤字になるから嫌です、とは言えない。特に、要介護の方の歯科治療や口腔ケアは、やったほうが良いと分かっている。それをやらないのは不作為の罪にも当たると言っても過言ではない。しかし、借金を抱えて、夜遅くまで診療をし



司会・大森 啓氏

……大変困難な状況です。そういう状況の中でも病診連携をさらに充実させていくことが、病院歯科の充実にもなるし、また「かかりつけ歯科医」の患者さんとしても安心して歯科医療にかかれます。……

ている若い先生方に、どんどんやってくれと私は言えません。

今ここで、保険制度を云々しても仕方ありませんが、歯科も医科もこれから厚労省が点数を上げるという趨勢には絶対ならない、その中で我々ははどうしていくのかという岐路に立っていると思います。

天本 歯科の医療費の総額、医科の医療費の総額は、上がっているはずですが。単価が伸びないことと供給過剰であることは明白ですが、そういう中で均等に分配している。我々医療界も同じです。給付もやたらに広く行っている。給付を狭めて、配分を医師会も歯科医師会もゴールドプラン的な将来像を見すえた形で行う必要があります。

これは医科・歯科内の業界同士の強さかげんになるのだろうと思いま

すが、外に向かってではなしに、我々の仲間の中で解決しなければいけない問題がたくさんあると思います。

梅村 総額が上がっていると天本先生はおっしゃいましたが、実は下がっているか、あるいは下がったところで維持しているのが現状です。我々が計算しますと、開業歯科医が増えた分（2～3%）だけ総額が上がっていれば、何とか現状を維持するか、あるいはほかに振り向けることができますが、下がっているんです。

天本 老人医療費は非常に増えていますが、老人歯科診療費は増えていないんですか。

梅村 老人歯科診療費は増えていると思います。

天本 そのことを言っているわけです。

島崎 総額はもちろん増えていきます。高齢者の人数が増えていますから。しかし、入れ歯を1個作って何点かという単価が、ひどく下げられたのです。訪問歯科診療の場合、器材の準備や手順など、診療室に比べ、極端に効率が悪いのです。厚労省は、8020とか、連携推進とかそういうことを謳っておきながら、どんどん点数を下げるわけです。ですから、歯科医師としても訪問診療をしてもしょうがないと。それが現在普及しない大きな壁にもなっているのではないのでしょうか。

天本 単価は我々も下がっています。私が外からこんなことを言うべきではないでしょうが、厚労省が下

げたということは、限られたパイにおける同じ業界の中での分配の問題になるんです。急性期の部分もきちっとしないと歯科全体に関わるとか、「かかりつけ歯科医」の役割も必要とか、そういう議論になってくるわけです。

いずれ「かかりつけ歯科医」も、外国におけるプライマリーケアと同じように、地域住民と相対契約して、年間幾らという定額契約といった方向に進んでいくと思います。

梅村 天本先生がご指摘のとおり、診療報酬は、総枠が決まっているわけですから、厚労省と歯科医師会の合意で、どこの分野にどういう分配をして点数の上げ下げをするか決めています。その中で訪問診療にさっき言ったように幾つかのしわ寄せが行ってしまったことは事実です。

司会 いま先生方のお話をお聞きますと、はっきり申し上げまして、大変困難な状況です。そういう状況の中でも病診連携をさらに充実させていくことが、病院歯科の充実にもなるし、また「かかりつけ歯科医」の患者さんとしても安心して歯科医療にかかれます。

そこで、梅村先生、トータルの、こういう困難な状態でもこういうことを心がけて、こういう方向に持っていけば何とかなるのではないかという考えがございましたら、お聞かせいただきたいと思います。

■歯科医師の意識改革

梅村 個人で開業している歯科医

師の先生方が、歯科の機能を口腔機能の再建あるいは保持するものと捉えるかどうかにかかっています。つまり、歯科医師はむし菌とか歯周病の疾病治療は当然ながら現在までもやってきていますが、さらに口腔の機能を再建していくということですよ。特に今後増えていくだろう高齢者が楽しく老いるために歯科医師がどういうふうに貢献していくかをきちんと位置づける必要があると思います。

歯科医師個人の診療所で歯科治療を完結できないことは、現状からすれば明らかになってきています。その中で連携医療をどういう形で行っていくか。もっと言えば、地域のケアマネジャーとか、保健師さんとか、看護師さんの派遣事業をやっているところや、あるいは施設的には、老健施設まで含めて、いろいろな施設と、風通しのいい、フェース・トゥ・フェースの人間関係をどうつくって、地域の中に歯科医療を認知させながら、貢献していくかというものすごく大きな考え方を、歯科医師会なりが組織として持つことが非常に重要な気がします。

今まで歯科医師の先生方は歯科医師の治療に関しては個人の技術あるいは技能の質的な向上を図っていましたが、現在も努力されています。しかし、今はそういう機能だけでは足りないことを改めて認識していたかなければいけない。

そうすると、その意識改革が一番必要とされる地域ネットワークの上での病院や医科診療所の機能とどう

連携していくか、あるいは老人病院とか療養型施設を持っている施設との行き来をどうするかということがおのずと出てくると思います。

診療報酬については、それ以後、疾病構造の変化、歯科医師の果たす役割、機能が変わったんだから、今後どうするかということを歯科医師会内部で議論して、方向性を定めることが必要です。まずは地域の中で歯科医師の役割をつくり出していくことが一番必要なことかなと私は思っています。それは理想論と言われるかもしれませんが、とりあえずは歯科医師は診療所の外に足を運んでみようという形の意識変革から、この第一歩が始まるのかなと思っています。

司会 もう時間が迫ってまいりましたので、最後にお伺いしたいと思います。

今 HIV の患者さんが急激に増えております。そういう患者さんは行政が大体把握されていますが、一般診療室にそういうことを伏せてお見えになられる場合もあります。その場合に「かかりつけ歯科医」が一般の歯科診療室で対応するといっても、なかなかできない先生が多くおります。ましてや従業員は必要以上に過重にそういった問題を考えます。

そこで、千葉県歯科病診連携協議会の石井拓男会長を始め、この問題に取り組み県内の病院歯科はすべてそういう患者さんに十分対応できるシステムを持っておりますので、このことを「かかりつけ歯科医」の先

生にお伝えして、そういったことで病診連携を図っていくことも大事だということで、いま行っているところ です。

こういうことに関しまして、天本先生、医師の立場、病院経営の立場から、どういうふうにお考えでしょうか。

感染症対策から 安心安全管理体制の 確立に向けて

天本 非常に難しい問題ですし、AIDS だけでなしに、わけの分からないウイルス感染がやたらに多くなりました。我々の現場の中でも、感染を広げているのは実は、一番原点の医師の手洗いができていないのが原因だったということがあります。要するに人から人へ感染していて、医療技術よりももっと原点のところで感染を広げているわけです。

ノロウイルスなどに感染した人の介護の現場でも、突き詰めると、実は最初に診断した医師が……という問題もあります。むしろこれは実際に急性期の診療に当たっておられる田中先生にお聞きになったほうがいいと思います。

田中 私どもでは、スタンダードプリコーション（末尾注9）という形で、歯科に来られる全部の患者さんをチェックしているわけではございません。か

といって、体制を整えて、全部を汚染患者として扱うほどの余裕もございません。今のところ前もって情報のあった方に対してはそれなりのことをやっておりますが、病院の誰もが HIV だからといって騒ぎません。

私どもの病院でも HIV の方もたくさん診ていますが、どんな患者さんに対してもスタンダードな対策だけはとっていきまして、それで十分だということが分かっていますので、特別に意識してはいないのです。しかし、診療所の先生方はいろいろと不安になられるでしょうから、病院にぜひ送っていただいて、こちらで対応させていただいたらいと思います。

それも含めて、歯科の診療所機能だけではとても手が届かないことがはっきりしてきているだけに、逆に、全国の数少ない病院の中にいる我々歯科医師を、歯科医師会が中心になって大事に育ててほしい(表2)。

兵庫県は昭和62年当時、兵庫県病院歯科医会という勤務医の会ができて、それからずっと続いていきます。運営費などを歯科医師会に援助していただいて、年1回の総会と医事処理委員会との会合や「かかりつけ歯科医」の支援会議を企画したり、希望をお互いに出し合って、病

表2 連携を進めるためのポイント

1. 病院は診療機能を可能なかぎり特化する
2. 連携の仕組みを作る（連携医、登録医など）
3. 逆紹介を徹底する
4. 広報活動を積極的に行う
5. 診療所は研修会や症例検討会へ出席する

診連携をどんどん進めていっています。

そういうことに各地で取り組まれて、お互いに足りないところをギブ・アンド・テイクで補い合えば、うまくいくのではないかと私は思っています。

梅村 うちの場合は、トレーに乗っているものはもちろん、タービン、バキューム、パー類、口に入れるもの全部を、感染症の患者さんであろうが、そうでなかろうが、患者さんごとに替えまして、全部滅菌消毒に出してしまいます。

HIV は感染力が弱いですし、見つかからない感染症の患者さんがいたとしても、我々が手洗いをしているし、それから滅菌のシステムができ上がっているの、感染症に関してはそれほど恐ろしくはありません。

診療所の中にそういう体制をしくと、一番問題になるのはコスト・パフォーマンスにどのように影響するかということだと思いますが、いま申し上げた感染症に関しては、安心と安全の医療の中のシステムチックな滅菌消毒体制あるいは衛生管理体制を診療所の機能として持っていることが重要だろうと思います。

司会 このことに関しまして、「かかりつけ歯科医」の立場から、島崎先生、最後をお願いします。

島崎 清瀬の場合は、国立国際医療センターの連携医・登録医になっています。新宿区にあり、HIV の患者さんが比較的多いのですが、地元の国立病院に AIDS 特別病棟が以前からありまして、そこに感染者

用の歯科室があるのです。それを我々歯科医師会会員が使えることになり、国立国際医療センターから送られた HIV の患者さんを診るシステムができています。

以前、国立国際医療センターの歯科から、清瀬の国立病院に転院される方の継続治療の依頼があり、お待ちしていたのですが、転院前に亡くなられ、実際のケースはまだありませんが、体制は整っています。

うちの地元では HIV と分かっている人を自分のクリニックで診たことはないのですが、三鷹市のある先生は、普通の診療をしている隣のユニットで、毎日数人ずつ、普通に診療をされているそうです。1月の講演会で我々多摩地区の会員が200人ぐらい集まってそれを聞いたのですが、大変な驚きでした。

連携というテーマからは外れていますが、その先生は普通のクリニックでそれを毎日2、3人ずつ、平気でできる。それに対し我々はまだ偏見が残っていますから、感染予防はどうしたらいいのだろうかとか、他の患者さんがどう思うかとか、そういう段階ですが、その先生は、HIV ほどの弱い感染力なら、普通の滅菌で普通にやっていいんだというふうに講演されていました。

HIV ではありませんが、B型肝炎の方からの訪問歯科診療の依頼があり、「分かっているなら対策をとればいいだけなのでかえってよい」と、近くの会員の先生が快く行ってくれたケースがありました。

天本 我々の介護の現場では、よ

く MRSA でパニックになっています。我々医療人が教わったのは介護の原点で、一行為ごとの衛生管理をどうきちっとするかが重要だということです。疾患ごとの科学的な根拠に基づく問題に対してはパニックになりやすい部分があります。

我々医療人としては、きちっと知識に裏付けられた、冷静かつ科学的な対応をしなければいけないのではないかと思います。

司会 貴重なお話をたくさん聞かせていただきまして、ありがとうございます。きょうお話しになっていただきました内容を、できるだけ多くの歯科医師会の会員の先生方に見ていただいて、実行に移していただければ、きっと地域における病診連携がさらに充実したものになるのではないかと思います。

本日はお忙しい中を大変ありがとうございました。時間も参りましたので、この辺で終わりにしたいと思います。

<参考資料>

- コミュニティと歯科医療をつなぐ 連携システムの実践
－病診連携で変わるかかりつけ歯科医機能－
編者：石井拓男，梅田昭夫，梅村長生，坂井 剛
発行：医歯薬出版，2001，東京。
- 病院歯科の地域歯科医療支援等の機能面からみた現状分析と歯科医療提供体制の推進に関する総合的研究
主任研究者：寶田 博，2003，厚生科学研究。
- 病診連携まっしぐら
著者：佐野晴男
発行：医歯薬出版，2004，東京。
- 医療白書（2004年版）地域医療連携の可能性とその将来像
監修：医療経済研究機構編
発行：日本医療企画，東京。

＜末尾注＞

注1) ケアマネジャー：介護支援専門員

ケアマネジャーは、介護保険のサービスを利用する方などからの相談に応じ、利用者の希望や心身の状態等を考慮して、適切な在宅または施設のサービスができるように市町村、在宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整を行う。

サービスを利用する方が自立した日常生活を営むために必要な援助に関する専門的な知識を持った人である。

具体的には、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士などをはじめとする保健・医療・福祉サービスの従事者のうち、一定の実務経験があり、試験に合格した後、実務研修を修了し登録された人である。

注2) ST：言語療法士 (speech therapist :ST) /言語聴覚士

言語聴覚士 (speech-language-hearing therapist) は、何らかの原因で言語障害や難聴、失語、言語発達遅滞など言語・聴覚の障害をもつ人に対し、専門的な訓練・指導を行い、機能回復や障害の軽減を図る専門職である。従来、言語療法士 (ST/speech therapist) と総称され、「臨床言語士」、「医療言語聴覚士」などの名称でいくつかの業界団体が認定していた資格であったが、1997年12月に言語聴覚士法が制定され、国家資格に位置づけられた。

社会福祉施設で言語聴覚士の配置が規定されているところは難聴幼児通園施設・聴覚言語障害者更生施設である。

注3) リハ医：リハビリテーション医師

リハ医は、いろいろな面から運動の障害 (dismobility) を扱う医師。筋線維タイプの知識というミクロから、運動麻痺、歩行というレベル、さらには、家の段差解消、コミュニティアクセスまでを関心領域としている。基礎として機能解剖や運動学を学んでいて、その知識を臨床に応用して、リハ訓練処方をしたり、筋電図検査を行う。医師であるから、当然投薬も行い、例えば抗癌剤の使い分けなどに長じている。筋内神経ブロックなどの手技も行う。

注4) PT：理学療法士 (Physical Therapist :PT)

理学療法とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせ、および電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。

理学療法士とは、厚生大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行うことを業とする者をいう。

注5) OT：作業療法士 (Occupational Therapist :OT)

作業療法とは、身体または精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力または社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせることをいう。

作業療法士とは、厚生大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行うことを業とする者をいう。

注6) 介護福祉士

昭和62年3月23日に中央社会福祉審議会等福祉関係三審議会の合同企画分科会から出された「福祉関係者の資格制度の法制化について」(意見具申)に基づき、「社会福祉士及び介護福祉士法 (昭和62年法律第30号)」が第108国会において昭和62年5月21日成立、同5月26日公布された。

介護福祉士は、同法に基づく名称独占の資格であり、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識および技術をもって、身体上または精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排泄、食事その他の介護を行い、並びにその者およびその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者を言う。

注7) NST：栄養サポートチーム (Nutritional Support Team)

病態管理をする医師、患者のそばにいて一番患者の状態を把握している看護師、必要量や摂取量を評価し食事を調整提供する管理栄養士、薬の副作用・薬効・点滴などの管理をする薬剤師、摂食嚥下機能評価を行う言語聴覚士などの各専門スタッフがそれぞれの知識や技術を出し合い最良の方法で栄養支援するチームのこと。

注8) DPC (DPC 支払い方式)

DPC 支払い方式とは、「診断群別包括払い」のこと。疾病ごとに一日の入院医療費 (定額) を決めておく方式。いくら薬剤をたくさん処方しても、検査を重ねても定額しか支払われない。ただし、すべてが包括払いではなく、手術・麻酔・高価な薬剤料、高度の技術を要する検査 (内視鏡、心臓カテーテルなど) は出来高払いとなり、入院基本料・検査・画像診断・投薬、注射などが包括払いとなる。さらに診断群別に平均在院日数が決められていて、在院日数がそれより短ければ加算され、平均在院日数を超えると減額される仕組みになっている。

注9) スタンダードプリコーション (Standard Precaution)

既知の感染症ないし感染を疑う症状の有無に関係なく、すべての患者に対して感染防止対策を講じること。