

日本顎咬合学会誌

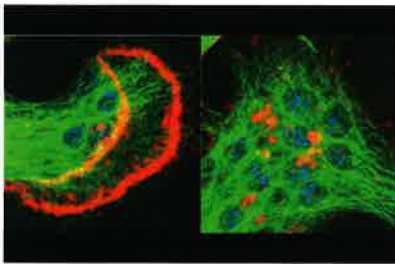
vol. 36 no. 3

咬

THE JOURNAL OF THE ACADEMY OF CLINICAL DENTISTRY

咬み合わせの科学

THE JOURNAL OF THE ACADEMY OF CLINICAL DENTISTRY

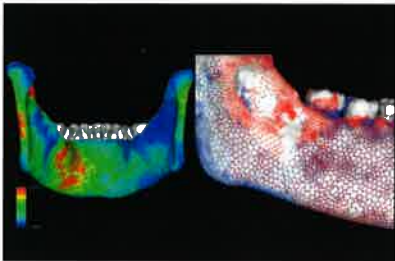


総説

骨はダイナミックに躍動している

A bone is moving in a lively way dynamically

宇田川信之／小出雅則／溝口利英／中村美どり／下平滋隆／田口 明



原著論文

三次元有限要素解析および免疫組織化学的染色による下顎隆起の発生機序に関する研究

A Study of the developmental mechanisms of mandibular torus by three-dimensional finite element analysis and immunohistochemical staining

吉野 晃／横瀬敏志

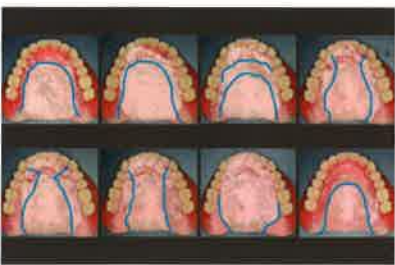


原著論文

下顎総義歯の吸着の阻害要因に関する後ろ向き研究

A retrospective study of inhibitory factors for suction-effective mandibular complete dentures

伊井博樹



症例報告

咀嚼と発音障害に対して機能回復を行った症例

A case of functional recovery for patient with disabilities to chewing and pronunciation

坂元麻衣子／秋山仁志

生活を支える歯科医療



尾崎 洋美

丸尾歯科医院（大分県）
勤務

鈴木 宏樹

篠栗病院（福岡県）
勤務

湯田 亜希子

新札幌いった歯科（北海道）
勤務

司会：岩崎 貢士／黒岩 昭弘

高齢化や社会の成熟による価値観の変化にともない、患者が歯科に要求するものも変わってきている。かつての手技だけでは患者のかかえる問題を解決することはできなくなってきた。価値のシフトにより歯科に求められるものが変わってきていると感じる。

そこで「新・顎咬合学」の一環として、患者の「生活を支える歯科医療」について話し合うために、将来を担う若手会員にお集まりいただいた。

入れ歯をちゃんと使っているかどうか、病棟に行くところから始めた

岩崎：まず、病院歯科では、歯科医師として他の職種に歯科の必要性を理解していただくことに苦労されていると思いますが、その辺のことを鈴木先生からお聞かせいただけますか…。

鈴木：僕は7年前に、何の予備知識もないまま病院歯科に勤務しました。病院に入ったら、一応ドクター

という扱いになるので、「先生、先生」とは呼んでもらえるのですけれど、他の職種からは「どうせ入れ歯って落ちるし、噛めないのしょう」というイメージしかなく、あまり期待もされてなくて、誰も歯科に相談してこない。入院患者さんが食べられていない場合も、管理栄養士さんが食事の様子を見てお医者さんの方に「ちょっと食べにくそうだから食形態を下げます」とか、歯科抜きで決められている現実がありました。そういう中で、本来、口の専門家である僕らがもっと頑張らなくて

はいけないはずだと思います。病室に行き患者の食べる姿を見ようになりました。でも、すぐにうまくいくわけではなくて、義歯調整後しばらくして「どうですか」と病棟に尋ねると、「使わせずに嚥下食を食べさせています」と、こちらに相談もなく勝手に義歯を外している。調整すればある程度はどうかなる場合でも、「外したほうが食べさせやすいから」という理由でやはり外されていることも多かったですね。とにかく他の職種からあまり相手にされていない状態にびっくりしました。で

も、それは歯科にも問題はありました。看護師さん、栄養士さんもそうですがリハビリの方々（ST：言語聴覚士、PT：理学療法士、OT：作業療法士）含め、他の職種は医学的な知識を結構持っていて、みんな医科のカルテをある程度読めるんですよね。その上でそれぞれの計画を立てているのに、僕らが全身の疾患や状態が分からないまま、口の中のことだけ訴えても、誰も聞いてくれないし、他職種連携どころではないですよ。

岩崎：私もリハビリ病院にいたのでよく分かるんですが、それで、どういう努力をされましたか。

鈴木：全身状態に詳しくない、これは私たちが勉強するしかないことです。出されている薬の種類を薬の辞典のような本で調べて、医科の先生と話してコミュニケーションを取るようにして、無理難題を言われたときも、とにかく「分かりました」と言って、極力すぐに対応して、なんとか食事が食べられるようにもっていくように続けていくうちに少しずつ、何かあったときに口の中のことは歯科に相談しようかという流れになってきたという状態ですね。

岩崎：私もまったく同じことで、義歯が合わないときに外されちゃうし、それこそ口から食べてないから、うがいの必要もないって言われてしまう。今でこそ食べてない方でも口腔ケアするのは当然ですが、20年前は口をゆすぐ必要すらないと、結局コメディカルの人たちはそういう認識だったですね。

私の場合は、とにかく結果を出そうと食事の現場を見に行き、自分の入れ歯をちゃんと使っているかどうかを病棟まで見に行くところから始めて、一生懸命それをバックアップし

ているうちに、看護師が一人、二人と「あれっ、先生、ずいぶん食べられるようになったみたい」といったところで仲間が増えていきました。そうやって歯科に対する理解というか、「歯科に任せたらすごいことが起こるかもしれない」みたいなことが、だんだん周知されていったというところがあります。

食べるというところまでできるんだというところを見せていく、私は今そういうふうには思っていますので、鈴木先生の苦勞がすごく分かるんです。

歯科医師ということを忘れて、他職種が何をしているかをゼロベースから見直せ

岩崎：湯田先生は、訪問をメインでやられていて…。

湯田：私は新潟大学を卒業しまして、現在、卒業9年目です。植田耕一郎先生の影響を受けまして、大学4年生のときから、「私はもう絶対に訪問をやるんだ」と決め込んで、それを基軸にすべてを勉強、勉強の動機も、たとえば学生の頃からデイス

ビスにボランティアに行っ、話し相手や口腔ケアをしていたりもしました。訪問歯科をやると決め今までやってきて、すごく極端なかたちでやってきています。だから、普通に歯科（院内の歯科）をやっている先生から見たら、邪道かもしれません。新潟大学から最初医局の出向で山形県の鶴岡市というところに行きまして、週5日訪問やることになりました。鶴岡という土地はびっくりするぐらい、口を開けたら無歯顎の人が多くて、最初に日本顎咬合学会で発表したときも、「総義歯好きだから先生があえて拔牙して無歯顎にしているのではないの」みたいなことまで言われたぐらいですが、そんなことは一切ありません。そこから義歯の勉強を本格的に始めて、訪問診療において、阿部二郎先生の提唱する吸着義歯を訪問で応用するという点について、今はいろんなところでお話などをさせていただいています。訪問と一言で言いますが、高齢者施設から障害者施設、救護施設、精神科病院など、多くの種類の施設におもむき訪問診療というものはこなしたと思います。だから、患者層も年齢も精神状態も全身機能も違い、あ



少しずつ、何かあったときに口の中のことは歯科に相談しようかという流れになってきた（鈴木）

りとあらゆる訪問診療の患者さんをつぶし経験してきました。

お尋ねの歯科医師として訪問診療で評価を得るまでということですが、最初、卒業3年目で山形県鶴岡市に行き、指導の先生がいなかったのが本当に一人で訪問診療を始めたときに、自分のやった仕事に満足していました。「義歯を入れました」「口腔ケアしました」と。歯科衛生士と回り、それで満足していたんです。でも、実際は、患者さんに義歯を入れ、吸着してる、じゃ、食べられるようになったかと言ったら、またそれは別問題でした。その食事と現実、義歯を入れたから食べる量が増えた、食事時間が短くなった、家族が楽になったというのがイコールでつながらなかったときに初めて、私が他職種とつながれてないことに気付いたんです。単独では、所詮歯医者さん、歯医者さんが来て、歯を治したってだけで終わっていて、「あ、これはまずい」と思って、嚥下の勉強を始めたんです。

そのとき、地域に福村直毅先生という完全側臥位法で有名な先生が嚥下専門病棟を開いてらっしゃって、その病棟に2年間、研修医として医科

の研修医に入ってしまったんですね。そこで「ここでは歯科治療はしないでいい」と言われて、「歯科医師として嚥下の研修をしてください」と言われて2年間やったという経緯がありました。

その嚥下研修中につまづいたときに「歯科医師ということを忘れなさい」と言われました。「忘れて、一度嚥下というものを、他職種が何をしているかを、ゼロベースから見直せ」と言われて、そこから他職種が、たとえば嚥下の治療を一人の患者さんにするとき何をしているのかというのをじっくり見たり、VF（嚥下造影検査）やVE（嚥下内視鏡検査）をやったりという時間がありました。それで他職種の考えることがやっと分かってきて、それから「私の強みはこれなんだけどこれやってみない？」と他職種にアプローチすると、とてもうまく回るようになりました。

その経験をもって、今度は山形市に移ってまた訪問診療をしたときには各施設に行っても病院に行っても大体相手は何を考えているかが分かるので、相手が望んでいることに対して歯科としての提案ができ、スー

ズにことが通るようになりました。歯科診療の依頼もものすごく増えましたし、嚥下を診る依頼もありました。実際、食べられる、食べられない、家族がどう喜ぶ、喜ばないということまできちんと見られるようにはなってきたと思います。

口腔期のエキスパート…… 「口腔期は任せてくれ」

岩崎：卒業されて、先生はすぐに訪問の方に行かれたんですね。

湯田：そうですね。井上誠先生の摂食嚥下の教室に医局員として1年半だけいさせていただいて、それから開業医での訪問というかたちですね。

岩崎：なるほど。そういう現場で歯科医師に何が求められているかというところを見ているから、「私は歯科医師として何ができるのかな」というところに気付いたわけですね。

湯田先生にとっての強みとは何だと思えますか。

湯田：各職種は、必ずちょっとずつかぶっているんですけど、私たちは、たとえば嚥下障害の流れでいけば口腔期のエキスパートなんですよ。そこだけは間違いなく、だから口腔期で困っているときに、歯科治療だけでなく、口腔のマッサージとか筋トレとか開口技術とかまで含めて初めて、口腔期に関しては私たちに任せてくれるって言えるんです。

ただ、そのときにもし口腔だけ治しても、咽頭や喉頭、食道に問題があることもあるので、この症状が出ているときは口腔期だけじゃなくて、医科にお願いして咽頭期以降を診てもらいたいところまでできるのが、私たちの仕事だと思っています。

口腔期を中心にみるんだけど、歯科

医師という立場から、言語聴覚士、管理栄養士に話をしたりというのができます。

岩崎：私、リハビリ病院に7年いたので先生のお気持ちはよく理解できるつもりですけれども、歯科医師としての強みとは、形態を与えられることだと思うんですね。

嚥下にプラスになる入れ歯を作る。言語聴覚士は入れ歯を作れないし、入れ歯を触ることすら基本的にはできないわけじゃない。ですから、摂食嚥下機能を高めてあげるような形態を与えていくことは、われわれの職種以外にないんですね。言語聴覚士の方が嚥下訓練しますが、形態を整えないままに嚥下訓練しても、頭打ちですよ。

私もリハビリ病院に勤めて、入れ歯ができなくて苦勞し、困って入れ歯を勉強して、今それがすごく役立っているのです。

湯田：私が直接つなぐじゃなくて、他職種に歯科医師は口腔内を見て危険を察知して整えることができるということを知ってもらえ、どの職種からも呼んでももらえるようになるんですね。

岩崎：おっしゃるとおりですね。われわれは、他職種がどういうことをやって患者さんにアプローチしているのかというのを知る必要があると私は思っています。よく植田先生がおっしゃるじゃないですか。真の、チームアプローチというのは他職種、違う職種を知ることだって。

湯田：そうです。知ることと、尊重することです。私も実はリハビリ病院に最初行ったときに、恥ずかしい話ですけど、「私は歯医者だから何ができますか」って。「歯医者なんで」って、言葉の頭に全部「歯医者」を付けていました。そうすると



口だけ診て終わりじゃなくて、生活を見るようになったことで患者さんにもスタッフにも信頼してもらえるようになってきた（尾崎）

相手は「ああ、そうですか、先生」で終わっちゃうんですね。歯医者と言われた瞬間に、向こうから見ると壁をつくられてしまうというのでしょうか、難しいところです。へりくだるとはちょっと意味が違って、相手を知って私は何ができるかを示していかないと、やっぱり最初の一歩は築けないと思いました。

治療の後、生活どうされているかなと、その後に関心を寄せています

岩崎：尾崎先生は、一般の歯科診療所での勤務ですが、歯科医師として信頼を得るといえるのか、その辺のことをお話しいただけますか。

尾崎：私は父の下で働いていて、父が開業して移転も含めて40年以上経っていますから、患者さんも若いときに受診された方がそのまま父と一緒に年を重ねてこられているので、みんな「院長先生、院長先生」で院長を信頼して来ている患者さんです。もちろんスタッフも「院長のスタッフ」ですから、自分が患者さんとスタッフの信頼を得るのは、最

初はなかなか大変でした。私が診ると「院長先生おるのに、どうしてこの先生なんかな」というのが患者さんにあって、そのなかで最近ようやく自分の居場所ができてきたところですね。それは、患者さんとお話するところですね。院長もそうですけど、入れ歯だったら入れて終わりで、歯の治療をして終わりだったのが、今私はその後患者さんがどうされているかなって、食事できているかなと、その後生活どうされているかなとか、ずっとその後に関心を寄せています。すると患者さんがだんだん信頼してくれて、口の中の話だけに限らず、食事の話から、だんだん自分の毎日の生活の話をしてもらえるようになりました。

そういったことで信頼関係ができていけるかなと、それを見ているスタッフが、最初は「診療もしないでずっとおしゃべりして」と見ていたのが、だんだんその入れ歯で噛めるようになっていったり、生活が変わっていくのと一緒に見ていてくれるようになったんですね。月一の勉強会で自分の今までの症例が、どう変化しているか一度スタッフに見てもらったときに、今までずっと一緒



他職種の強みを理解した上で、「私の強みはこれなんだけどこれやってみない？」と他職種にアプローチすると、とてもうまく回る（湯田）

に見ているはずなので、分かってくれているかなと思っていたのですが、実はそれを見るまで全然気付いてなかったんです。「あ、この患者さんはこんなに変わったんですね」「あ、こんなに噛めるんですね」とか、そのとき初めて気付いてくれて…。

それ以来、スタッフも「どうですか」とか患者さんとよく話しかけるようになって、自分の家族を「ちょっと先生診てください」と言ってくれるようになりました。口だけ診て終わりじゃなくて、生活を見るようになったことで患者さんにもスタッフにも信頼してもらえるようになってきたのかなというのは感じます。まだどこまで信頼してもらっているか分からないですけど…。

湯田：生活を見るということですよ。岩崎：一方的に口だけ見て入れ歯を作って、あとは、「うまく使ってください」が今までの治療だったかもしれませんが、今求められているのは、入れ歯を作る前に、まずその人がどのような生活で、今何に困っていらっしゃるかをしっかりキャッチすることだと思います。たとえば食

べられなくて困っているのだったら食べられるようにしよう。ああ、入れ歯が、合わないから食べられないんだ。じゃ、歯医者に調整してもらおう。そういえば、私歯医者ですけどみたいな、そういう感覚で関わっていった方がいいのかな…。

鈴木：僕は卒後しばらく審美歯科とか通常のインプラントとか、いわゆる一般的な歯科治療の技術を上げることをやっていましたし、それはそれで、結構楽しくやっていました。それが病院歯科に入ったら、治療が終わった時点ではちゃんと処置されていても、唾液が少なくなったりとか手が動きにくくなって歯磨きが悪くなったりとかして、食形態まで含めて、どうやってその人を食べさせるかとか、そういう部分が求められたので、価値観が変わりました。義歯ならティッシュコンディショニングとかで逃げておこうとするのですが、すぐにカンジダが出るので、もう逃げられなくなって、義歯の勉強をせないかなと思いしらされました。ここに歯科としてのやるべきことがあったと気付かされたような感じです。



今求められているのは、入れ歯を作る前に、まずその人がどのような生活で、今何に困っていて… (岩崎)

連携とは相手を知り相手を尊重することだと思う

岩崎：湯田先生は、結果を出してきた…。何が足りなくて、どういう勉強をしたらいい結果が出たとか、その辺のエピソードなどございます？

湯田：相手を知ることです。連携とは相手を知り相手を尊重することだと思うので、相手の仕事で、今何をしているんだろうというのをよく見るようになりました。近い存在ですが、歯科衛生士さんとかもそうです。歯科衛生士さんいろいろな考えの方がいるので、私と一緒に訪問してくれている中で、この患者さんを幸せにするためにどうしたらいいのか、歯科衛生士さんともよく話をしているかなきゃいけない。

実は私の場合、歯科技工士さんも訪問に立ち会ってくれたりして、訪問に適した義歯というのを毎日議論してきました。身近な人から、ST（言語聴覚士）、PT（理学療法士）、OT（作業療法士）、医師、看護師、管理栄養士、介護士も、ケアマネも含めてみんなで話しをしています。それから患者の家族にもよく話をしながら、みんな巻き込んでいくということが大切だと思います。岩崎：湯田先生の人柄ですかね、たとえば歯科技工士を連れて一緒に行くということも、僕自身は経験がないし、どうやって「一緒に行きましょう」というところまでもっていったのかを聞きたいのですが…。

湯田：最初は、卒業3年目で訪問を始めたので、総義歯も嚥下も中途半端でした。でも、訪問診療で出会う患者さんが顎堤吸収も激しければジスキネジアもあるし、意思も通じなければ口も開いてくれないことも多

く、もう悩むこと満載でした。普通の臨床ができてもし難いような患者さんたちばかりのなかで、印象もこれでいいのか、少しでも安全に診療できないのかという気持ちがすごくありました。それで歯科技工士さんに相談を持ちかけて、デジカメを使って全部動画で撮影して、それを見てもらいながら、「こんな口の動きしてるの」と、「こんなふうに開けてくれないの」というのを一生懸命伝えているうちに、「分かった。じゃ、見に行きます」というふうに、岩崎：なるほど、先生の熱意ですね。湯田：歯科衛生士さんに対してもそうですね。「この人の口の中、どうにかきれいにしてほしい」「食べられるようにしたいの」って。

岩崎：結局、その思いに尽きますね。湯田：嚥下を教えてくれた医師は、「分かった。じゃ、大切に研究してきた嚥下を教えよう」という気になってくれました。

この人にとって人生最後の歯医者になるかもしれない

岩崎：3年目で始めたとおっしゃいますけど、私も初めてリハビリ病院に行ったときには、入れ歯を今までに何個作ったことあるかなというぐらいの経験しかなくて、しかし、入れ歯をちゃんと作って使っていただけるようにならないことには、この人を絶対幸せにできないなと思って、そこでいろいろな人のつながりで勉強しに行ったのがそもその始まりでした。

湯田：リハビリ病院も訪問も、多分病院歯科もそうなんですけど、この人にとって人生最後の歯医者になるかもしれないって思ったときに、私



患者さんの気持ちを、口の中から見たいなというのがすごくあります (尾崎)

が失敗するわけにはいかないっていうプレッシャーがあります。その人生最後の歯医者になったとき、この人に喜んで最期まで食べてもらいたいって思ったのが、すべての根底にあって…。

岩崎：いや、もうそれはすごく大事なところですよ。僕も自分の父親を看取ったときに、最後にこの人に見てもらってよかったなって思えるかどうかと考えました。尾崎先生は訪問歯科はされていますか。

尾崎：してないです。比較的健康な患者さん、自分で歩いて来られる患者さんしか診たことがないです。

岩崎：先ほど、治療するということよりも、生活というところに踏み込んでアプローチを始めたら逆に評価されるようになってきたということをおっしゃいましたね。

尾崎：たとえば口腔ケアのメンテナンスにずっとお見えになっている方がいて、定期的に見えていたのですが、あるときすごく口の中が汚れていました。歯科衛生士さんから「今回出血ばかりです」と言われたので、今までずっときれいだったので、「何かあったんですか」と伺ったら、「主人が認知症で介護が大変

でもう全然寝られなくて」と、急に涙ながらに話されました。「ご近所さんにもそんなこと言えないし」と話をされて、「ここで言えただけでもちよっとすっきりした」と言って帰られたんで、それはすごく自分の中で印象に残っています。口の中から生活が見えるのです。

入れ歯でも新しく作るときに、今この入れ歯は何で困っているのですかというところから始めて、こういうのが食べられるようになるといいですねとか、見た目が気になるのだったら、じゃ、こうしていきましょうとか、患者さんの気持ちを、口の中から見たいなというのがすごくあります。

鈴木：そうですね。虫歯があるから治すとか欠損があるから埋めるというやり方だったのが、欠損があって食べられないから、食べるのにちょっと不便だから治す。その方が、インプラントだろうがブリッジだろうが義歯だろうがよいとは思いますが、その人の生活に即した治療に何が必要なのかなと考えると、見えてくるものがあります。

岩崎：なるほどね。何を求められているのか、何を欲しているのかとい

うのを、まずこちらがちゃんとアンテナ張ってキャッチしたうえで、われわれが提供できるものを提供することですよね。

鈴木：動揺歯の抜歯を検討するとき、その人が脳梗塞を1回起こしていたら、2回目の可能性を考えて、抜歯するのか、それともあえて残しておくのか、脳梗塞のことを考えて治療計画を立てないといけなくなってきました。残存歯が1本あるようなときには、抜歯して総義歯にしたほうが、咬合がつくりやすいわけですが、唾液が減ったときには、義歯の維持のために1本でも歯が残っていたほうがいい。治療計画の立て方も、その人の全身状態とか年齢とかを含めて決めていかないといけないと考えるようになりました。

訪問歯科はつなぎ役

湯田：最初から訪問診療適応になる理由がありますからね。本当は歯科-歯科連携をもっと図りたいと思っています。

岩崎：病院の歯科とのですか？

湯田：病院歯科とも、一般歯科ともです。たとえば訪問で治し切れないうちに、1回入院してもらって少し専門的な治療とか、嚥下の方まで集中的に診てもらおうとかして、家での管理は訪問歯科がやるということが考えられます。たまたま私のところに初診で来ても、私はかかりつけの歯科医師につなぐかたちをとれたらよいと思います。言語聴覚士とか他の職種とつなぐこともできる可能性があります。

訪問歯科はつなぎ役が多いような気がするのです。だから病院歯科の先生と本当はもっと話をして協力した

いです。

岩崎：病院歯科って、全身的な管理ができるので、踏み込んだ治療ができますよね。

鈴木：そうですね。訪問歯科よりはやりやすいですね。

湯田：訪問歯科は、それこそ自宅で抜歯するときが大変なんです。抜歯を一つするだけでも、そのために書類とか情報をそろえて、いろいろな承諾を取って同意を得て、初めて抜歯ができる。

岩崎：たとえば、主治医と連絡を取りたいのだけど、なかなか取れなかったり、大丈夫かなと思いつつも、医学的なリスクがあったり、責任という問題がありますから、なかなか積極的に踏み込めない。その点、いかがお考えですか。

湯田：必ず医科の先生と対診を取ってから抜歯するようにはしているんです。家族の同意もです。主治医がつかまらないとか、主治医に対診の手紙を書いたのに1週間返ってこないとか、ざらにある話です。

今、精神科の先生に、「抜歯に関してそんな聞かれても困る」と言われて、私はA4の紙1枚の半分に抜歯に必要なエビデンスを小さくコピーして載せて、あと半分にチェックすればいいだけの表を作りました。それをお医者さんに渡したら、「これは楽だ」と言ってすぐチェックしてすぐに返してくれるようになりました。なかには好きにやりたい先生もいるので医師の好みにもよるのですが、もしほんとにそのエビデンスを全部読んでちゃんとやりたいという先生がいれば、その方が全然楽です。お互いの診療を邪魔しないでの確に情報をやりとりするという工夫ですね。

「胃ろうした」「よし、じゃ、ここから基本訓練開始だ」

岩崎：摂食嚥下をやっていると、胃ろうや経管栄養の方を何とか口から食べる方向に持っていきたいときに、主治医の先生の許可や、リスク管理を誰がするのかという責任問題が生じます。

湯田：私自身、嚥下内視鏡は訪問診療でもやります。手に負えないと判断した症例でも食べさせたい方は家族を説得して、基幹病院の医師と連携を取ってお願いすると、1泊2日入院か1週間入院で、検査と言語聴覚士訓練とその後のプログラムまで組んで帰してくれるんです。

岩崎：ジャッジするのは、メディカルドクターですか。

湯田：メディカルドクターと、訓練を組んでくれるのが言語聴覚士です。岩崎：メディカルドクターはリハビリ医ですか。

湯田：いや、消化器内科です。私と同じ嚥下治療をする医師の下で何年か仕事をしている先生です。

岩崎：それはすごくいい環境ですね。われわれは10%でも口から食べる可能性があったらそれを追求しようと思いますが、お医者さんは10%でも危険だったらやめときましようとなりがちだと思います。よっぽど大丈夫だと思わない限りは、なかなかゴーサインをくれないというイメージがあるんですけど。

湯田：確かに難しい面はありますが、例えば、山形は「食べさせ続ける文化」がもう育っていました。今では、診療報酬を見ても、PEG（経皮内視鏡的胃瘻造設術）の点数を下げて、経口摂取回復促進加算をつけるように、確実に方向が変わりまし

たね。医科的にも歯科的にも、だから、何を見ていくかというときに、たとえば毎日の口腔ケアを、口腔周囲の現状の筋力を落とさないケアに、機能的なケアに変えていくということがまず一つと、あと胃ろうすると、たとえば1,500とか2,000キロカロリー確実に摂れるので、いやが応にも力も付いてくれば体重も付いてくる。少したてば声が出始めるようになるとか表情が出始めるとか、胃ろうによって得られるパワーが必ずあるので、その機能が上がってきたときを見逃さないのが、歯科の仕事かなと思っています。

岩崎：レベルの高い議論ですね。胃ろうにする際に摂食機能をちゃんと評価できる人がそこで介入しているかどうか、まず問題ですよね。ジャッジをする能力がない人が簡単に食べられないという烙印を押してしまう。それで廃用でさらに悪化していく人を、僕は結構見ているので、摂食機能の正しい評価と早期介入の必要性を感じます。歯科医師じゃなくてもいいんですけどね。

湯田：言語聴覚士でもいいんです。歯医者がすかさず関われるどうか。岩崎：そのジャッジをした人が歯科に振ってくれて、それに応えられればすごくいいですよ。

湯田：口腔ケアだったら歯科衛生士が応える、それを歯科医師が指示できるという環境があれば一番ですね。まず、栄養を入れることで患者さんが機能回復していく見込みがあるのか判断する必要があります。そこをちゃんと見極められるかどうか、そこを医科と歯科が情報共有できれば、「よし、じゃ、歯科の先生入って摂食機能療法を続けてください」と続けさせてもらう。「胃ろうした」、「よし、じゃ、ここから基本訓練開



ケアマネに、施設の人に、家族にと、説得するのも歯科の私の役割だと思っています（尾崎）

始だ」、という感じです。

岩崎：湯田先生自身が、実質的にジャッジをすることも？

湯田：そこは胃ろうをした医師にも診ていただかなきゃいけないし、「評価をお願いします」としているのが現実です。

岩崎：そのジャッジが一番的確にできるのは、自分たちだという自信もおありになる…。

湯田：鶴岡市の場合、福村直毅先生のご努力があるんですが、わたしたちも最後まで口から食べてもらいたいという気持ちがあるので、できれば自分でできないことは積極的に、頼れる先生を見つけて送って、そこをつなぐのは歯科の役割ですし、ケアマネに、施設の人に、家族にと、説得するのも歯科の私の役割だと思っています。

岩崎：確かに、それが理想ですね。

湯田：もう医科とがっちりちゃんと話をできる、堂々たる歯科医師が必要ですね。相手を理解しながら、私たちはこうやるんだって胸を張ってやる。

家族から「最期まで食べられました」とお礼を言われます

岩崎：たとえばインプラント自体はいいものだと思いますし、欠損を増やさないためにも有効です。ただ元気なときのインプラント治療はQOLが上がったとしても、最期の方のQOL自体が落ちてきたときに、誰が面倒を見るのかというところがまだ決まってない。最期の後始末というか、そこを誰が面倒を見るのかというのを歯科界自体が決めていくことで、インプラントの価値自体もっと上がるんじゃないかなと思うんですよね。自費で治療しておきながら最期は知らないということでは、歯科の信頼を失うと思います。湯田：インプラント手帳を持っている人が少ないから言いますが、ちゃんと持っていてほしい。高齢になってトラブルをかかえて、お金もない、誰が、どこで入れたかも分からないという場合は、対処のしようもありません。

岩崎：たとえば胃ろう、あるいは経管栄養になってしまいますと、日常の活動性も失い、寝かせきりになっ

てしまいがちです。そういう人をまたもう一回元気にするんだっていったときに、大事なやはり「食」だと思うんですよ。で、その食というのを、じゃ、誰がやるんだとなれば、それがわれわれ歯科医師に課せられた使命だと思うんですね。ですから、歯医者は食を整えるということの使命を背中にしょっている職業なんじゃないかと思うわけです。病院で診ていると、患者さんが食べられるようになったと喜んで、「あんなもんも食べられるようになった」「おいしく食べられた」ということを言ってもらったときは嬉しいですね。患者さんが亡くなられたときに、家族からも、「最期まで食べられました」とわざわざお礼を言われたりします。その辺でやっと「ああ、頑張った甲斐があったかな」というところですよ。本人は最期の方は意識がなかったりとかいろいろですし、認知症だったりするので、必ずしも喜んでいただけたかわかりませんが、ご家族や、病院の中の他の職種の人も含めて、「みんなでできるだけのことはやった」という満足感が残るわけですし、大切にしたい部分ですね。



介護が必要で一般歯科だと難しい方を診ていこうと考えていますから、歯科-歯科連携は確かに必要だと思います（鈴木）

尾崎先生、歯科医師としての喜びという点、どうですか。

尾崎：湯田さんのお話に、圧倒されてしまいました。ちょっと追加ですが、病院歯科で「ああ、この人は歯科治療が必要です」となって伝えても、結局その後かかりつけ歯科医にかかれてない方が多いと聞いたのですが、かかりつけ歯科医がいない方もたくさんいるので、病院と開業歯科との連携もあったらいいですね。それから、義歯の治療では、患者さんに必ずテストフードを食べてもらうんですが、一番は患者さんが噛めると気付いて喜んでくださることなんですけど、こちらも調整した後どれくらい噛めるかというのをまず見たくてテストするわけです。患者さんはもう入れ歯だから噛めないと思って諦めているものですが、それが「あッ、食べられるんだ」と気付く。調整前後で比べることもあるんです。

湯田：何を食べてもらうんですか。

尾崎：薄さの違うりんごとピーナツと、のり巻きと。患者さんが食べられることに気付いて食事の幅が広がるというのが、すごく大きい。どれだけ食べられるか診るという判断基

準でもあるんですけど、患者さんが気付いて食べ物の幅が広がるというのが大きいんですね。湯田先生が言われた「食」のことなんですけど、私たち一般開業医が診るのは元気な患者さんで、食事を楽しみにしている方が多くて、食べる楽しみが広がるのを感じているので、それで患者さんが「あれが食べられるようになったよ、これが食べられるようになったよ」と言ってくれるのが、うれしいですね。

地域と連携して返していかなないと、本末転倒になる

鈴木：今、うちの病院の歯科では、患者数が増え過ぎて、急患に対応できなくなってきたため、退院後はかかりつけ歯科へというか、外の歯科医院を逆紹介するようにしています。介護が必要で一般歯科だと難しい方を中心に診ていこうと考えていますから、歯科-歯科連携は確かに必要だと思います。

岩崎：10年前もまったく一緒でしたよ。私がリハビリ病院をやめるときがまったくそういう感じで、もうアポインメントは3週間先になっちゃう。関わり合った人がずっと来ちゃうと新しい患者さんを診られないので、地域と連携して返していけないと次の患者さんを診られないという状況になります。

鈴木：訪問とかも含めて緊急性が高い人が多いなかで、メインテナンスの人が増えすぎて診られないというのは、本末転倒ですね。

尾崎：逆に開業医の場合、どの時点で専門の先生にお願いしたらいいのかということを知っておきたいですね。私も、聞きかじりの知識はある

のですが、実際に自分の患者さんで、どうなったらもう自分じゃ診られなくて専門の先生に診てもらわなければならないのか、それをどこに紹介したらいいのか判断のつかないことがあります。そういうことが判断できる程度の知識は持っておくべきですね。

岩崎：なるほど。分かる人が、レクチャーするということが必要ですね。

鈴木：この学会に関して言えば、一般臨床医中心の集まりなので、ここからは専門家に任せましょうとか、こういうことには注意しましょうということを一般の歯医者さんが学べる仕組みをつくるいいと思います。全員が専門家になるのは難しいので、湯田：たとえば精神科の閉鎖病棟に入院した方でも、症状が落ち着けば、社会生活に戻るんですね。そのときは、歩ける方なので、かかりつけがなければ近所の歯科医院に紹介状を書きます。

鈴木：言い方悪いかもしれませんが、紹介先も選ぶ必要があります。そういう意味での連携も大事ですね。岩崎：おっしゃるとおりですね。実際に紹介する先がなかなかないんですよ。

湯田：たとえば統合失調症の方、結構ナイーブな方多いので、受け入れてくれるかどうか分からないから事前に先生に電話をすると、受け入れてもらえなかったりします。

湯田：単独ではやっていけない。でも、もうちょっと大きめに手をつないでいったら、歯科の価値は高まっていくんじゃないでしょうか。

岩崎：確実に高まってくると思います。

鈴木：医療には一次、二次、三次というカテゴリーがありますが、歯科も高齢の方を専門的に診る病院歯科の整備が、必要かなと思いますね。



僕は教育する側にいますが、教育の場はきれいごと過ぎるんですよ。現場に出れば、もっとどろどろしていますし、それが生活です（黒岩）

湯田：以前に口腔外科の先生が口腔内のがんでも90代では手術をしないと決めて、ターミナル管理を訪問歯科では担ってほしいって言われていたことがあります。医科と同じように口の中の疾患と付き合って、その生涯を終えていく。例えば入れ歯の管理とか、口腔内の清掃管理とか、やはりそういうのも必要です。また家族のケアというか、患者さんの家族の話聞く、そういった役割もいづれは担っていく必要があります。

トータルでプライマリケアができる医療職……それが歯科

岩崎：では、どういうかたちで展開していったら歯科医師として評価されると思います？

尾崎：患者さんとお話するようになって、患者さんのなかには本当に口だけ、悪いとこだけ診てほしい方もいらっしゃるんですけど、自分の話を聞いてほしい方もいます。自分はどうこうだからこうしてほしいというのが、いろいろ伝えたいこと、はいっぱいあるんだなというのを感じています。

だから、今まで口だけ診て、そこだけ治して「はい、終わり」だったのが、それまでの経過も聞いて、それから先のずっと長いお付き合いをしていくことで患者さんはすごく満足してくれるのかなと思っています。私も、気になって電話してしまうんです。ご家族に連絡して「どうですか」と。すると向こうから電話をいただいたり、手紙をいただいたりするんです。患者さんだけでなく家族には、そういうところを求められているのかなと思います。

岩崎：なるほど。それに応えていくと…

湯田：人としてというところの関わり合いって大事ですね。

岩崎：そうですね。まさに、ほんと生活の中に入り込んでいくということですよ。

湯田：人と人との関わり、より人間性を求められていくのではないかと。いうところが一つと、私の訪問の話で言えば、訪問診療自体がまだまだ安全性が確立されていないエビデンスも足りないの、そこを高めていって、診療室でも病院でも在宅でも安全に歯科治療ができるという土台をつくっていかなくちゃいけない。

それが私たちの世代だと、私は認識しています。要は死ぬまできちっと安全に付き合える歯医者さんというのがもっと当たり前になるように。

岩崎：たとえば、訪問で効率的な短時間で精度の高い治療をしようと思うと、なかなか厳しいところがありますよね。治療は車椅子でも、ストレッチャーでも連れてきてくだされば診られますよというかたちをクリニックで整える方がいいと思います。

湯田：個人的な主観ですが4割ぐらいの人はそれで可能かもしれません。しかし、6割ぐらいの人は難しいと思います。嚥下障害の問題が入ってくるので、場所がどこであろうとたぶん一緒です。

岩崎：なるほどね。鈴木先生はどうでしょう。

鈴木：僕が感じているのは、一部のお医者さんより歯科医師の方が全体的によく勉強していて、みんな少しでもいい治療をしようとしているんですよ。

歯科の先生はものすごく勉強しています。その割には評価が低い。そこがすごく残念です。今の歯科は、来

られるうちは面倒を見ますよというスタンスがほとんどだと思うんですよね。立派な治療されていても、メンテナンスですと面倒を見てというのも、来られるうちはということに限定されてしまう。それこそ長期まで面倒を見られる態勢をつくっていったら、歯科の評価自体も高くなると思いますね。

岩崎：一番縦軸で見られる医療職って、実は歯科医師なんですよ。長崎リハビリテーション病院の栗原先生がおっしゃいますけど、メディカルドクターが行うのは、良くも悪くも臓器別の高度医療であり、ほんとに人として診るというよりも、その臓器対象に診ており、トータルでプライマリケアができるドクターは少ないと思うんですよね。

歯科は別に病気じゃないときも予防的な見地で診ますし、基本的には同じ先生がずっと診る。歯科は生活に一番近いところにいる医療職種じゃないかなと私は思っていて、だからこそ今後は患者さんの生活に踏み込んでいく必要があるということを感じます。その時に、生活の医療であ

る「リハビリテーション」の概念が必要であり、歯科にとってリハビリ科の感覚を持つことが大切ではないかと感じます。トータルで、その生活をみれるのが歯科医療職の醍醐味ですね。

今日は、興味深いお話をありがとうございました。

黒岩：とても勉強になりました。僕は教育する側にいますが、教育の場はきれいごと過ぎるんですよ。現場に出れば、もっとどろどろしていますし、それが生活です。だから、湯田先生が自分から飛び込んで体験したっていうのは、ものすごいなと感心しました。

お医者さんみんな、血液検査の数値を見て、「じゃ、増やせ」と薬増やしているだけで、一方で歯医者は、入れ歯を直してちゃんと直ったかどうか評価をしない。皆さんの話は、若い先生にだけでなく、教育現場の先生にも聞いてほしいですし、厚労省の人に聞いていただきたいですね。素晴らしいお話をありがとうございました。