

菊谷 武 (きくたに たけし)
 日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学主任教授
 口腔リハビリテーション多摩クリニック院長
 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会：認定士
 日本老年歯科医学会：指導医・認定医
 日本障害者歯科学会：指導医・認定医
 研究テーマ「高齢者の摂食機能と栄養」

▼重要なのは食環境？

菊谷 支援のないところにどのような提案をしても何も改善しませんが、受け入れる環境さえあれば変えることができます。能力、活動、生活、体は、個人因子と環境因子に強く影響を受けると言われています。環境を整えれば本人の状態が悪くても結構食べられる、家族の困らんに戻すこともできる、ところが本人の状態が悪くても環境が悪ければ常に食事によって窒息するリスクが伴います。

▼患者さんのステージとは？

菊谷 個々の患者さんが回復期、維持期、終末期、緩和期のどのステージにいるかによって関わり方は異なります。ところが今まで歯科では外来の元気な人にしか関わってきませんでした。ですからいきなり訪問診療をすると、必要のない入れ歯を作ったり、削らなくてよい歯を削って帰ってくる。舌が動かない方に入れ歯を作っても食べられないことがまず理解できていません。普段どのような食形態をとっているかも知らずに入れ歯を作ってくる、刻み食を知らない歯科医師さえいます。ステージという考え方で言うなら、歯科治療中心の時期もあれば、リハビリ中心、口腔ケア中心の時期があり、その患者さんが回復する可能性があるの

か、認知症のように進行する一方なのかも視野に入れなければなりません。

▼歯科衛生士の役割は？

菊谷 平成13年に飯田橋の日本歯科大学病院に口腔リハビリテーションセンターを立ち上げた当時、施設に継続的に歯科が関わることによってどのような変化をもたらしたかというデータを蓄積したことが、このたびの介護保険の口腔機能維持管理加算につながっています。

歯科衛生士についてもその働きに対する評価が認められましたが、ここで大切なことは、歯科衛生士自らが施設入居者をスクリーニングしてリスクを抽出することです。「頼まれたからやっている」では意味がありません。制度を作りつつ、歯科のあり方を提案する意識が求められます。日常の口腔ケアまですべて歯科医療関係者が行う必要はありません。ある施設で口の中が汚れている入居者を調べたところ、認知症の方、口の開かない方に加え、訪問診療を受けている方であることが分かりました。施設側では、訪問歯科診療を受けている入居者には何も口腔ケアをしていかなかったわけです。施設側に適切な指導をしなかった歯科衛生士の責任も大きいですが、立ち会わずに丸投げする職員が多いことも現

実なのです。

▼地元医療機関との棲み分けは

菊谷 隣接する西東京市でデイサービスの利用者8千人のうち2千人に嚥下と栄養状態を検診しましたが、そのうち約1割は入れ歯が必要な状態だったので治療を勧めています。治療するのは基本的に地元の先生です。当施設で治療するのは認知症や寝たきりの方で、一般の歯科医院では治療が困難な患者さんです。通院介助を利用し、歯科麻酔医の管理下で口腔外科医が残根を抜歯し、顎堤をきれいに仕上がりかけの先生にお戻しします。





▼「食の健康プラザ」の位置づけは菊谷 まだ健康な世代で介護予防を受ける前の方を対象に健康情報を提供することを考えています。将来にわたって口から食べるための提案などのプログラムを作製中です。

▼介護食は柔らかいだけというイメージがあります

菊谷 柔らかくて安全な状態で栄養を摂ることが必要な人と、それほどでもない方がいる、その医学的な峻別が必要です。本当は噛めるのに噛めないようにしているケースもあります。

介護食については企業も非常に積極的でさまざまな提案が挙っています。歯科は今まで歯科の関連企業としか連携しませんでした。食を通じて連携の場が大きく広がる可能性があります。

▼内科とはどのように連携するべきですか

菊谷 全身のリスクにばかり目を向けることは適切ではありません。当施設で内科と連携する意味は安全に歯科治療をするためではなく、一人の患者さんが将来どのように変化する病気にかかっているかを知るためです。どのタイミングならば歯科治療をすることが効果的なのかも知らなければなりません。たとえばパー

キンソン病でステージはいくつだと聞けば、いつ、どのように関われば良いのかが分かります。

歯科で行う食の支援

▼食の支援は何から始めればよいですか

菊谷 まず体重計を院内に設置することです。しっかり食べられているかどうかは体重から判断する、これは医科の世界でも同様です。定期検診のたびに体重の変化をチェックして、減っていれば食生活に変化がないかどうかを確認する。もし上手く食べられていないことが分ければ、入れ歯を治すのも一つの方法です。食形態の提案や栄養指導などさまざまな対処が可能です。作った入れ歯がしっかり機能しているかどうかを体重から確認することはとても重要です。

▼特に注意すべき点は

菊谷 ある時を境に急に口の中が汚くなる時があります。ひとつは認知機能が衰えて、口の中が汚れていることにご本人が気付かなくなっている場合です。このとき歯科がどう発信するか、もしかしたら認知症の始まりを捉えた瞬間かもしれないのです。6ヶ月や3ヶ月という短期間のサイクルの中でも変化は起こりま

す。清潔管理ができることは人間の根本ですし、そこに変化があるのは何かが起こっているということですから。口が動かなくなるまでには生理的な変化や退行が進んでいる場合もあります。いずれにしても大きな変化ですから、ご家族がいるならばご家族の方に連絡するべきです。いらつしやらなければ地域包括支援センターなどに連絡することも必要です。

その状態を放置していると急に虫歯が増えますが、治療に専念しては意味がありません。自宅で歯を磨いてあげる人を見つければ、認知機能が低下しているのであればこそ最後の治療する機会かもしれません。

▼歯科の役割は大きいですね

菊谷 内科的な疾患がなければ病院には行きませんが、歯科が最初に全身の変調を発見する可能性が高いわけです。認知症は早期に発見し早期に介入すれば、治らないまでも進行を遅らせることはできます。歯科医師が認知症を診断する必要はありません。いま診ている患者さんや外来で診られなくなった患者さんを丁寧に診るだけで、結果的には食という観点から歯科が在宅医療を支えていることになるのです。

早口言葉を毎日行えば舌の力が

強まり、食品が誤って気管に

入る誤嚥性肺炎の予防に著効

日本歯科大学教授
きくたに たけし
菊谷 武

舌の力「舌圧」は80代で
20代の半分に低下

近ごろ、ハツキリしゃべれない、会話中に再三、相手から聞き返される、という経験があれば、それは、舌の働きが低下しているのかもしれない。舌の働きが衰えると、滑らかにしゃべることができなくなります。つまり滑舌が悪くなるのです。そればかりではありません。

舌の働きが低下すると、食べ物や飲み物が食道ではなく誤って気管に入り込み、むせたりセキ込んだりしてしまふ「誤嚥」を引き起こしやすくなります。

舌はのどの奥のほうまでつながつており、気管にフタをする重要な役割を担っています。食べ物は口に入つて咀嚼されたあと、舌によつてのどの奥（咽頭）まで運ばれ、舌が上あごを押し上げると同時に喉頭蓋が気

管の入り口をふさぐことで、食べ物には正しく食道に流し込まれるのです（下の図参照）。

ところが、舌の働きが衰えて誤嚥が頻発すると、肺に雑菌が入り込んで炎症を起こし、「誤嚥性肺炎」を招いてしまいま

早口言葉なら舌の力が簡単に強まる

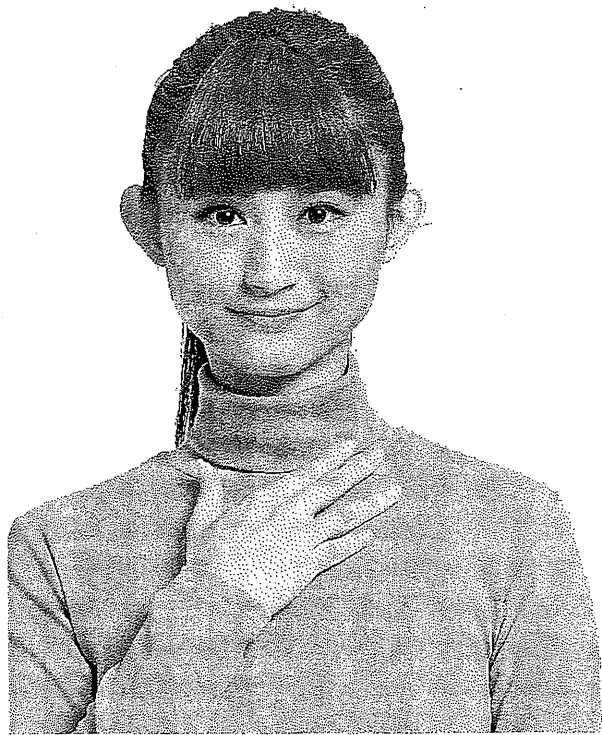
舌は筋肉でできているので、

使わないと衰えてしまいます。例えば軟らかい物ばかり食べていたり、早食いがかむ回数が少なかつたり、一人暮らしでしゃべる機会があまりなかつたりすると、舌の運動量が減り、舌の力が低下してしまいます。

舌の力を強化して誤嚥やそれに伴う肺炎の発生を防ぐためには、早口言葉が最適です。

早口言葉をうまく行うには、舌の筋肉の巧みな動きが要求されるため、舌の力の強化に最適なのです。早口言葉なら、歯が悪くて硬い物は食べられないという人でも、一人暮らしの人でも、気軽に行えます。

早口言葉を一日最低三分、毎日続けて、舌の筋力や働きを向上させてください。そうすれば、誤嚥性肺炎の予防に大いに役立つはずですよ。



早口言葉で舌の力を強化すれば誤嚥予防に役立つ

管の入り口をふさぐことで、食べ物には正しく食道に流し込まれるのです（下の図参照）。

麻下のしくみと舌の役割

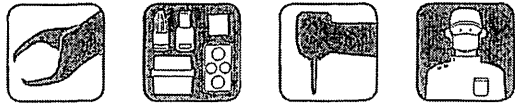
舌はのどの奥のほうまでつながつており、気管にフタをする重要な役割を担っている。食べ物は口に入つて咀嚼されたあと、舌によつてのどの奥（咽頭）まで運ばれ、舌が上あごを押し上げると同時に喉頭蓋が気管の入り口をふさぐことで、食べ物は正しく食道に流し込まれる。

私の工具箱

プラティカ・ディスポーザブル口腔ケアブラシ

クオリティとコストを両立

菅 武雄^{*1} / 吉田光由^{*2} / 菊谷 武^{*3}



^{*1} 鶴見大学歯学部高齢者歯科学講座

^{*2} 広島市総合リハビリテーションセンター 歯科

^{*3} 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

^{*} 代表連絡先：〒230-8501 神奈川県横浜市磯見区2-1-3

●プラティカ・ディスポーザブル口腔ケアブラシ

価格：3,000円(100本/医院価格)

発売元：(株)ジーシー

Tel. 0120-179418

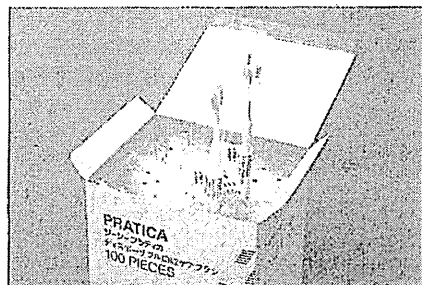


図1 パッケージ。個装した100本のブラシがセットで箱入りになっている。

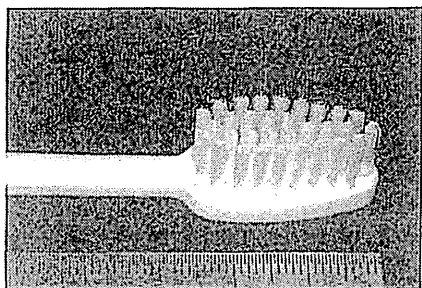


図2 歯ブラシ形状。標準的な平切りブラシであるが、ヘッドは先端を少し細くした形状。ナイロンは少し柔らかめに設定した。

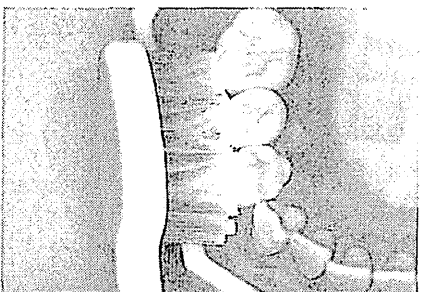


図3 ケア時のイメージ。介助によるケアに適したサイズ・形状のヘッドとした。

はじめに

道具は時代に合わせて変化しなくてはならない。今回、超高齢社会における介助によるケアを主軸に据えた歯ブラシの開発にかかわったので紹介する。介護施設および病棟での介助によるケアを良くすることを目標に共同開発した。

特徴

ディスポーザブル口腔ケアブラシ「プラティカ」の特徴は、①ディスポーザブル、②100本入りの箱売り、③平均レベル以上のクオリティ、④安価などである。ディスポーザブルであることは衛生面に配慮した結果である。クリティカルケア領域(ICUなど)では可能な限り使い捨てにすることが求められる。感染対策である。しかし、これまでの安い製品は質が悪く、とくにナイロンの品質と毛先の処理に不満を感じる製品が多かった。だが、このブラシは外来での刷掃指導用に提供することも可能なレベルである。継続使用も可能な耐久性もある。

また、100本箱入り、という販売方法も新しい工夫である。介護施設や病院などでは、コストが最優先事項という場合も多い。そこで、箱入りにして100本で3,000円、1本30円

であれば選択する理由になると考えた。また箱で購入してもらうことでコスト低減以上に管理の手間を減らすことができる。

活用方法

介護施設で実地検証を行っている。200名の利用者に対応している介護老人福祉施設において、一斉にプラティカに切り替えていただいたのである。目的は消耗程度や紛失、管理の手間、コスト等の検証である。まだ3か月ほどであるが、これまで個別に管理し、家族にお願いしたり、施設から注文したりとばらばらであった管理方法が統一され、管理が容易になった。これまで100円ほどだったコストも3分の1になり、ご家族にも好評である。毛先が開いたまま使用していたり、紛失したままだったりすることもなくなった。

また、発売時期を平成24年4月の介護施設における口腔機能維持管理加算(改訂)に合わせる工夫も行った。歯科衛生士が介護の現場で活躍する機会が増えると想定し、施設には歯ブラシの管理や質の向上に目を向けてもらうチャンスだと考えての発売時期戦略だ。

道具は重要である。新しいハードウェア(プラティカ)を新しいソフトウェア(制度対応、新しい管理方法の提案)とともにお届けする。



新春座談会

「歯科診療室」と 「在宅歯科医療」の 現場を結ぶために

～いま現場で起こっていること・今後予測されること・
歯科衛生士に何が求められるか?～



超高齢社会を迎え、わが国の医療は「病院完結型」から「地域完結型」へと向かっています。そのような状況下では、これまで以上に患者さんやご家族の生活・視点に立った医療・介護が求められ、地域の歯科診療所においても、在宅などの現場を知らずに診療を進めることは困難な状況となっています。

現在、一般歯科診療所と在宅（歯科訪問診療）の現場間で、お互いがお互いの臨床実態が見えずに、患者さんの状態や生活を見据えた治療の提供が十分行えず、スムーズな連携がとれていないことが問題として現れつつあります。

そこで、2013年最初の「デンタルハイジーン」特集として、診療室と在宅それぞれの現場に従事する歯科医師・歯科衛生士にご登場いただき、いま現場で起こっていること、どうしたら歯科診療所と在宅の現場をつなぎ、患者さんを中心とした“切れ目のない歯科医療”を提供できるか、とりわけ、これからの歯科衛生士にどのような視点やスキルが求められるかなどを、ざっくばらんにお話し合いました。
(編集部)

座談会参加者

司会進行

菊谷 武 (歯科医師)

歯科診療室のお立場から

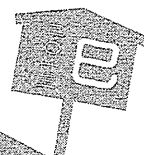
鷹岡竜一 (歯科医師)

山口幸子 (歯科衛生士)

歯科訪問診療のお立場から

五島朋幸 (歯科医師)

牛山京子 (歯科衛生士)



「歯科診療室」VS
「在宅（歯科訪問診療）」？！

菊谷 はじめに、とすると今回のような場は、「診療室VS在宅」で捉えられがちかもしれませんが。しかし、ここでは互いの臨床を理解し、尊重しながら連携していくための意見交換をしたいと思います。

いま、在宅医療の現場では、ある意味、“スーパーマン”や“スーパーウーマン”（在宅で専



Takashi KIKUTANI

門的に活躍し、他職種とも対等にわたりあう歯科医師・歯科衛生士）に引けられる形です。その方たちの高度ですばらしい専門的対応から学ぶことは多いけれども、もっと手前のところ、すなわち、就業歯科衛生士の9割が勤務する一般の歯科診療室で気づけること、気づくべき視点もたくさんあると思います。超高齢社会となったいま、診療室に来院している患者さんも、「いつか診療室に來られなくなる可能性がある」ということを見据えた歯科診療をする必要があり、今日はその点も含め、互いの臨床現場の接点を探っていききたいと思います。

～歯科訪問歯科に携わる立場から～

五島 私は東京都新宿区で歯科訪問診療と外来として一般歯科診療を行っています。いまから15年ほど前、私が訪問診療を始めたきっかけは、内科医からの「在宅には歯科のニーズがある」という声でした。でも実際行ってみると、どこにもニーズがなかったのです。なぜかという、在宅患者は入れ歯は完全に外されていて、食べられるものだけを食べる、という状況だったから、自分は歯科医師なので、外された義歯を入れればもう少し何とかならんじやないか、

というのは当然思ったわけです。

そう考えていろいろと学んだりアプローチしていくと、そもそも在宅で「入れ歯を外されたのはなぜか？」という問題にぶつかり、診療室の先生方・歯科衛生士の方が考えるべき問題が山積していることがわかります。本来は、「私（診療室の歯科医師）が入れた義歯だから、問題が生じたらあなたの所へ行ってお世話しますよ」となるべきだと思います。この姿勢があれば、患者さんが在宅介護になったときに、「こんな義歯や補綴物はケアがつらいよね」というのが当然出てくる。つまり、複雑な義歯・補綴物などは、目の前の患者さんにとって、将来的に適しているのか、と考える視点があれば、診療室で行う臨床も変わってくると思うし、この患者さんはセルフケアが自立していないと思ったら、何が何でも歯を残すのではなく、年齢や全身状態、口腔内の清掃性を考慮して「抜歯する」という選択肢も必要になると思います。

ですから、全員が訪問診療を行う必要はありませんが、せめて自分の医院に通われている患者さんに対しては、通えなくなったときを見据えること、できるなら一歩診療室の外へ出て、状況を確認するくらいの姿勢が必要ではないでしょうか。

牛山 “自分の診療室に来ていただいている方は最後まで診るんだ”という心構えを、歯科医院が、歯科医師・歯科衛生士がもつことが大切なのだと思います。診療室に来院できなくなったから歯科の受診機会が寸断される、というのが一番の問題でしょう。

ただ、現状では、歯科医師が在宅へ出て行かないかぎり、歯科衛生士は出られないわけですが、歯科衛生士が患者さんのことを心配して在宅へかかわりたいたいと思っても、「私を出してくれる人がいないんです」という人がたくさんいます。

～歯科診療室の立場から～

鷹岡 私は東京都港区の住宅地で開業しています。現在は、軒数は少ないですが、一部の来院できなくなった患者さん宅へ訪問して治療する機会も出てきました。開業当初より、補綴治療



Tomoyuki GOTOH

のなかでも欠損歯列をどう診るかを中心に学んできましたが、卒直後に勤務した先の院長（宮地建夫先生/現・歯科診療室新宿NS顧問）から3つのことを教えられ、自分の臨床の礎になっています。1つは、まず口腔内がどういう状態かといった「診断」をきちんと行うこと、そして、診断に基づいて「必要最小限の侵襲で最大の効果を上げる努力をすること」、最後に「経過を追う」ことです。この3つは歯科臨床の根幹だと思っていて、歯科診療室であっても、訪問診療の場であっても同じではないかと思うのです。このような経緯もあり、事情があって診療室へ来院できなくなった方に対しては、スタッフも連れて訪問するようになりました。

菊谷 それはある意味、自然な流れに思えます。先生や歯科衛生士が診療室で地域医療をしっかり行っていたら、患者さんが来られなくなったら何となく心配になって、ご自宅へ様子をうかがいに行ってしまう、1つの方法論ですね。

たとえば、インプラント治療を行っている診療室で、もし患者さんが来院できなくなったら、「来れないのなら知らない」「ごめんなさいね、そちら（自宅）へ行けなくて」ではなくて、「提携している歯科医院があるから、そこからケアに行かせます」というのがあるべき姿だと思います。つまり、「診療室でガチッと臨床を行う先生と歯科衛生士」と「訪問を専門に行う先生と歯科衛生士」が組んでいてもよいはずなのです。

座談会参加者のおもな略歴

～司会進行～

◆菊谷 武（歯科医師）
日本歯科大学 教授、口腔リハビリテーション多摩クリニック 院長
【略歴】東京都生まれ、1988年日本歯科大学歯学部卒業。2001年より日本歯科大学附属病院口腔介護・リハビリテーションセンターセンター長。2010年より日本歯科大学 教授、2012年より口腔リハビリテーション多摩クリニック 院長、現在に至る。
日本老年歯科医学会理事・評議員、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会理事・評議員、日本障害者歯科学会・評議員ほか

～歯科診療室のお立場から～

◆鷹岡 竜一（歯科医師）
東京都港区・鷹岡歯科医院 院長
【略歴】東京都生まれ、1990年日本歯科大学歯学部卒業、同年千代田区・鉄鏡ビル歯科勤務、1995年港区にて開業、現在に至る。
スタディグループ火曜会所属、日本補綴歯科学会所属
◆山崎 幸子（歯科衛生士）
フリーランス

【略歴】福島県生まれ、1991年東北歯科専門学校卒業、1991～2004年都内歯科医院勤務。2006年より寺西歯科医院（東京都港区/非常勤）勤務、2011年より尾崎デンタルクリニック（千葉県市川市/非常勤）勤務、現在に至る。
日本臨床歯周病学会所属（同学会認定歯科衛生士）、日本歯周病学会所属（同学会認定歯科衛生士）

～歯科訪問診療のお立場から～

◆五島 朋幸（歯科医師）
東京都新宿区・ふれあい歯科ごとう 代表
【略歴】広島県生まれ、1991年日本歯科大学歯学部卒業、日本歯科大学歯学部歯科補綴学教室勤務を経て、2003年「ふれあい歯科ごとう」開業、現在に至る。
日本プライマリ・ケア連合学会学会誌編集委員
◆牛山 京子（歯科衛生士）
山梨県歯科衛生士会
【略歴】山梨県生まれ、1969年山梨県歯科衛生士学院卒業後、歯科医院勤務。1975年より市町村保健指導に従事。1986年山梨県歯科医師会甲府支部在宅訪問歯科に従事。1996年市町村での保健指導や訪問口腔ケアに従事、現在に至る。
山梨県歯科衛生士会 幹事、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会・評議員、日本有痛歯周病学会 理事ほか



Ryuichi TAKAOKA
鷹岡竜一（歯科医師）
東京都港区・鷹岡歯科医院 院長

鷹岡 私が在宅に行き始めた理由の1つに、自分が装着した補綴物の限界を知る、ということがありました。術者から手が離れたときに、補綴物はどうなるんだろう、という素朴な疑問からでした。いかに診療室で精度のよい補綴物を作っても、在宅でのケアになると、それまで管理できていた人にもどうしても問題が出てくる。

補綴物の選択についていえば、患者さんの「年齢」が第一の選択根拠になります。ただし、年齢だけで決まるわけではなく、インプラントでもパーシャルデンチャーでも、患者さんの“健康度”を診て選択していると思います。立ち居振る舞いとか、発言や話し方とか、その方の健康度に応じて、“この人にはこのぐらいの侵襲（治療）は大丈夫だろう”というバランスを考えます（P.37 図参照）。ただ、健康度をどこまで読むか、というのはたいへん難しい。高齢者の場合、もしかすると明日倒れてしまうという可能性はゼロではないですから……。

山口 私が診療室で感じるの、ある年齢になってくると個人差がかなり出てくる、ということ。はつらつと元気な方と、足が痛い、体調が悪いなどこの先が不安になる方です。また、うがいをしてもらったあとと口腔内を見ると、以前に比べてかなり残渣が残っているなど、変化や衰えがみられることもあります。そういう方では、“この人はこの先どうなるのだろう”という不安がついて回ります。

齋谷 たとえば、診療室での視点として、いつも来院している患者さんの口の中を見て、「あれっこの人、前はこんなにプラークや食渣がついてなかったのに」という気づきが1つの転換点だと思うのです。それには考えられる原因が3つあります。1つは手の動き（運動機能）の衰え、もう1つは汚れていることに気がつかないという口の中の感覚（感覚機能）の衰え、もう1つは認知機能の問題。これらが低下し始めたら、要介護状態への第一歩で、実はこれは歯科医院ではとても見つけやすいのです。患者さんのその変化にいかにか歯科衛生士が気づくか——。そこで、「ちよつと汚れてますね、磨いてあげますね」で終わらせてはだめなんです！ “どうして変わっちゃったんだろう？”と本人に聞いてみたり、家族に問い合わせてみたりして、何か身体に変化はないのかと原因を探ることこそ重要です。また、こうして気づいたことが、歯科医師の治療方針を変更する1つのきっかけになるんじゃないかと思えます。

歯科診療室での患者さんへの指導方法は？

山口 なるほど、“なぜ磨けていないか”を考えたとき、認知機能が悪くて汚いのか、運動機能が悪くて汚いのか、感覚機能が悪くて汚いのか、それぞれによって個性が出てくるのです。そこで歯科衛生士が指導の方法を変えられるかどうかポイントですね。

齋谷 何かの病気に罹った、入院したなど、いわゆる“オンセット（病気の発症）”がはつきりしている方は、入院したんだと思ってこちららも身構えるから、口の中の機能低下に気づきやすいのですが、何となく診療室に通ってきてはくれているけれど様子がちよつと……という患者さんはとてもわかりにくい。でも、口の中を見て、“あれっ、この人こんなじゃなかったよな”と思うタイミングが必ずあるはず。牛山 あと、高齢者に対しては、診療室での指導方法もニュアンスを工夫したほうがいいですね。テクニカルなところだけを重視するのではなく、患者さんの理解力の問題も考えないとい

けないですね。ポイントを1つ、2つに絞って、歯科医師が伝えた後に、歯科衛生士がよりシンプルに、“さっき先生はこういうお話をされましたけど、ここはこうケアしてくださいね”と言ってもらえるとわかりやすい。

鷹岡 診療室で、患者さんに対して専門的な説明をしすぎてしまっていて、患者さんは全然理解していない様子なのに、そのことに気づいていない歯科衛生士もいます。概して、歯科医師も歯科衛生士も「相手（患者さん）によって説明を変える」というのが苦手です。流暢で完璧な治療説明ができる人はいますが、どの患者さんに対しても同じでマニュアル化している……。

五島 私も外来（診療室）で診ているのでよくわかります。在宅ではご家庭ごとに本当に空気が違うので、マニュアルをいかに崩しながら患者さんごとに対応できるかが腕の見せ所です。山口 「患者さんによって変える」というのは、診療室でも在宅でも、共通に求められますね。

診療室のなかで、どんな考え方をもっているか、在宅歯科医療への視点につながる？

齋谷 さて、最近は歯科診療室に高齢の患者さんが増えていて、診療室勤務の歯科衛生士のなかにも、口腔機能や在宅の現場に関心をもつ方が増えてきているようです。しかし、どう学んだらよいかわからない、という声が多いそうですね。昔の歯科のイメージとしては“見て習え”といった徒弟制度的なものがありました。でも、それって実は学問でも科学でもない。ですから、よく“人生経験を積んだ歯科衛生士ほど訪問診療に向いている”なんて言う人もいますが、若い人や経験数の短い人は携わることができない、という雰囲気になるのは違うと思います。若い人だって、その人なりのきちんとした対応ができる教育がないといけません。

そこで、大多数の歯科衛生士が勤務する診療室の場で、こんな考え方や姿勢をもっていたら、患者さんが通えなくなった後（在宅医療）への視点につながるのではないかと、という勘所がありますか？

五島 一番必要なのが歯科衛生士自身の「ビジョン」だと思います。診療室のなかで歯科衛生士として働いていると、ともすると、“この歯を、この歯肉を何とかしよう”となりがちです。先ほど鷹岡先生がおっしゃった“健康度の読み方”でいうと、段階的に衰えていく人はまだよいほうで、実際には脳梗塞もあれば、事故や難病などもあって全く読めない。ある日突然ガクンと健康度が落ちてしまうという現実がある。つまり、“目の前の患者さんに将来的に何が起こるかはわからない”でも、それが起こったときには私はどうするだろう”というビジョンがある歯科衛生士が診療室にいれば、それ自体



Sachiko YAMAGUCHI

が在宅介護への視点につながってくると思うのです。それがなくて、ただ「歯が大切」とか、「腫れているから一生懸命ブラッシングしてください」という指導だけになると、残念ながら、一歩診療室の外に出たときに、まったく別世界で何の支援もできません。たとえば、家族は“老老介護”で疲れ切っているのに、“こんなふうには歯磨きをしてくださいますか”とか無理難題を押しつける歯科衛生士になってしまう。そういうことを読める力、ビジョンを備えた人が在宅へ出れば即戦力。専門的なスキルや経験がなくても、即戦力なのです。牛山 また、身近な自分の家族などに重ねて考えてはどうでしょうか。家族のなかには高齢者



Kyoko USHIYAMA

もいれば、病気の人もいるでしょう。その人たちに、あなたは何かができますか？ということですが、そして、相手と接するときにはまず、傾聴、そして受容と共感です。技術や経験以前に、この3つが必要だと思います。

1つ苦言を呈するならば、一定の勉強をしたら、もう全部学んだものと思込み、勘違いしてしまう人が多い、ということです。現場や社会は絶えず変化していますから、自分の仕事に対する謙虚な学びの姿勢も大切だと思います。

山口 私自身は、一度経験のある方についていき、在宅医療の現場を実際に回る機会があればよいと思います。

鷹岡 私の医院では、患者さん宅へ訪問するときに、歯科衛生士だけでなく、受付も帯同させたことがあります。皆、1回連れていくと臨床への意識が変わります。きっと、自分が一生懸命SRPなどをした患者さんが倒れてしまったら、「いまどうなっているんだろう、心配だ」という気持ちが生まれ、その気持ちが在宅まで行かせるのだと思います。ですから、診療室サイドとしては、そういう歯周治療なり、診療のシステムを作って、「私も行きたい」と言えるような環境を整えることが歯科医師の務めであり、大切なことだと思います。

菊谷 歯科衛生士に、「この患者さんは私の患者さん、だからみたい、みる義務がある」と思わせるかどうかですね。

鷹岡 一生懸命になると、歯科衛生士は印象採

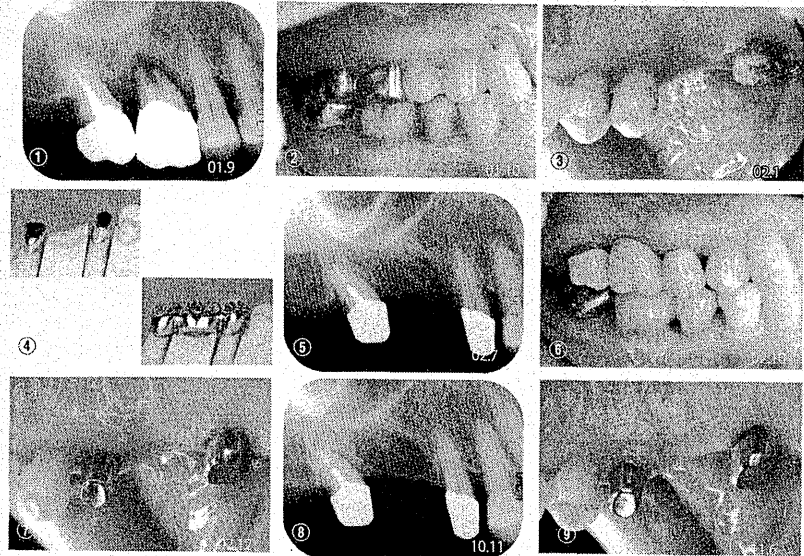
得1つだって気になります。そういう気持ちが、在宅に行かせるきっかけになる可能性が高い。菊谷 歯科衛生士側も、そのくらい目の前の患者さんを“自分の患者さん”だと思ってほしいですね。せつかく担当となった患者さんを、その場だけではなく、しっかりと自分の患者さんとしてかかわってれば、当然その先が気になるだろうということですね。

鷹岡 歯科衛生士は、歯科医師によっては変わりませんが、患者さんによって変わるので、患者さんに言われた言葉とか、された反応など、患者さんを通しての経験でしか変わらないと思います。

牛山 今後、国の医療施策としても、患者さんは病院から地域（在宅）へどんどん戻ってきますから、必要に迫られて歯科医院にも連絡が入るでしょう。元気なとき、この歯科医院で入れ歯を入れたとか、ずっと歯の治療に通っていたとか……。すると、「うちは（訪問）に行けます」「うちは行けません」という問題ではなく、“出なくてはならない”というのが社会の流れになってくるのではないのでしょうか。

菊谷 おっしゃるとおりで、今後、歯科訪問診療は特別なオプションではなくて、当たり前のオプションになるのは間違いないと思います。地域で開業していたら訪問の依頼が普通に来る時代がやってくる。いまは残念ながら「えっ、歯医者さんって家に来てくれるんですか？」とまだまだ言われてがっかりしますが、何年か経ったら、「えっ、おたくは来てくれないの？」と言われる時代が来るかもしれない。そのとき、肩肘張らずに、日常臨床の延長線上で、「ああそうだね。通いにくくなったんだから、うちは専門的なことはできないけれども、ちょっと行けるよ」と伝える。そこで難しい口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーションが求められるようななら、「連携している専門の先生がいるから、今度はそこに頼むからね」と伝える。診療室と在宅との連携は、高いハードルだと思わなくていいのだ、ということをお伝えしたいですね。牛山 そうですね。診療室の方たちが、在宅へ行って診療室のいつもの内容でできることがあ

歯科診療室の現場から～患者さんの状態に合わせた補綴物の設計～（写真提供：鷹岡竜一先生）



2001年9月初診の72歳の女性。全身疾患なし・非喫煙。真面目で元気な方だが、不器用でブラッシングスキルはいまひとつだった（①～③）。6jの抜歯後は、不器用なこと、歯の動揺が抑えきれないこと、骨梁の変化がおもしくないことから、通常はブリッジで対応するような欠損だが可撤式ブリッジで対応、咀嚼側ということもあり、何かあれば両側性の義歯にできるように設計した（患者さんごとに応じた補綴設計）（④～⑦）。

取り外して磨けるということで、患者さんは不器用なりに磨いていた。2010年11月になるとZの歯周病が進行し、元気なこともあって歯周外科を実施。術後、本人は「頑張って磨いている」と言っているが、70代前半のときは違い、口蓋側のブラッシングには明らかに運動機能の低下が認められプラークが残っている（⑧⑨）。経過観察のなかで、患者さんの変化を見逃さないことが大切である

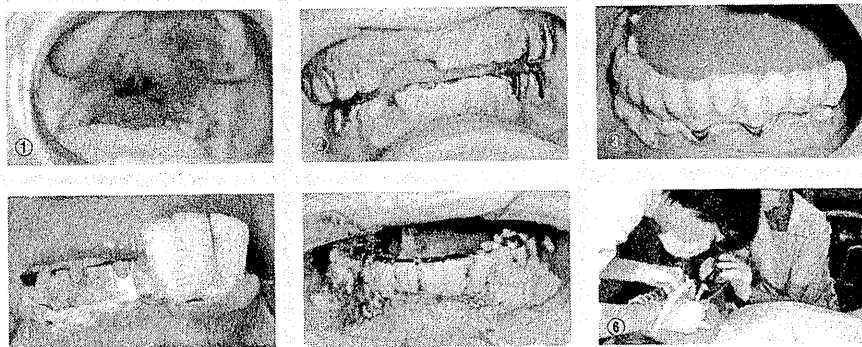
る。一方で、本当に特別な部分もある。そこも承知しなくてははいけないと思います。

菊谷 訪問に行ったら口腔ケアをしなければいけない、摂食・嚥下を診なければいけない、という解釈は間違いです。たしかに在宅にはとても重篤な人もいますが、それはあくまで一部です。ここが難しいからといって、いまはかなりの軽度、つまり、ちょっと歯科医院に通いにくいという方にも対応できていない状況です。ただ膝が痛くて診療室に来られなくなっただけの人のために、その人があつという間に齶蝕だらけになって、やがて重篤な口腔になっているのを歯科は見逃してしまっています。ちょっと体調を崩しただけで歯科のサービスが

ブチッと切れてしまう。実際、ごく軽度の要介護状態でもほとんど歯科医院には来なくなるのです。彼らはデイサービスでは歩いているし、嚥下機能が悪いわけでもない。口腔内のケア状態はそこそこ悪くなっているかもしれないけれども、むせるとか、開かないなどはなく、難しい口腔ケアが求められる人ではないのに、歯科医院には来ない。

ですから、そういう口腔の機能低下としては軽度の人たち、すこし身体の調子が悪いだけの人たちが、歯科医院に来ていない層にはたくさんいるのです。その人たちが歯科治療をタイミングよく受けられなかったばかりに重度化してしまって、介護度が上がってどうしようもなく

歯科訪問診療の現場から～在宅でみられた要介護高齢者の口～ (写真提供：①～④五島朋幸先生、⑤、⑥菊谷 武先生)



①口腔乾燥により口蓋に張りついた剥離上皮。使用していない口はこのような状態になる。②プラークが付着した口腔内。うがいで除去できない。③④適切なケアをされていないインプラント。さまざまな形態のものがあり、在宅介護の現場でのケアは困難である。⑤インプラントを支台としたブリッジ。非常に不衛生な状態となっている。⑥懐中電灯の元で行われる歯科訪問診療。診療内容にも大きな制限が生じるため、訪問で対応しなければならなくなる前の、通院可能な段階での適切な口腔内の管理が求められる。

なってから「訪問歯科に来てほしい」と言われても、よっぽどの専門家でないとは対応できない患者さんになってしまっているわけです。五島 突然寝たきりになったり、嚥下障害となる方はそうそう現れるわけではなく、実は、廃用（症候群）といって、ゆっくり衰えていく人たちが町にはたくさんいる。その人たちは診療室で診ている人たちとそれほど変わらない、そこをぜひ知ってほしいと思います。

診療室での治療をどう考えるか

山口 鷹岡先生が「患者さんの健康度」をみて治療されるとおっしゃっていましたが、事前に介護になることを予測した治療というのはあるのでしょうか。

鷹岡 それは相当難しいです。ただし、補綴に関しては、侵襲を控えめに、最大限の効果が得られるように心がけています。そうすれば、何かあってもリカバリーできる可能性がある。それが、人をみた「優しい治療」ではないかと思っています。

菊谷 私も、……実は補綴科出身なのですが、同じ欠損形態でも、40歳に提案する補綴物と

70、80歳に提案する補綴物とは明らかに違うべきで、後者では簡単に外れて簡単に清掃ができる、という方針が変わっていかねばならないと思うのです。しかし、訪問診療の現場で患者さんを診ていると、必ずしもそうならないという実感があります。欠損の状態や「噛めない」という主訴だけで、まさに口の中の状態だけで判断して治療されてしまっている。

五島 最近では、在宅介護になった患者さんに入ったインプラントが問題を生じるケースが出始めていますが（上図参照）、在宅では当然簡単にはX線写真なども撮れないし、何がどうなっているかを把握することができません。悪くなったインプラントを簡単に抜去できるかという、寝たきりで全身状態の悪い方にそんな侵襲的な処置はできない。そのあたりを、診療室に通っている健康なうちからちゃんと考えていないといけないと思いますね。

明日から始められる連携の第一歩とは！

菊谷 では、実際に明日から診療室でどういうアプローチができるか、を考えてみたいと思います。歯科衛生士の視点から考えると、たとえ

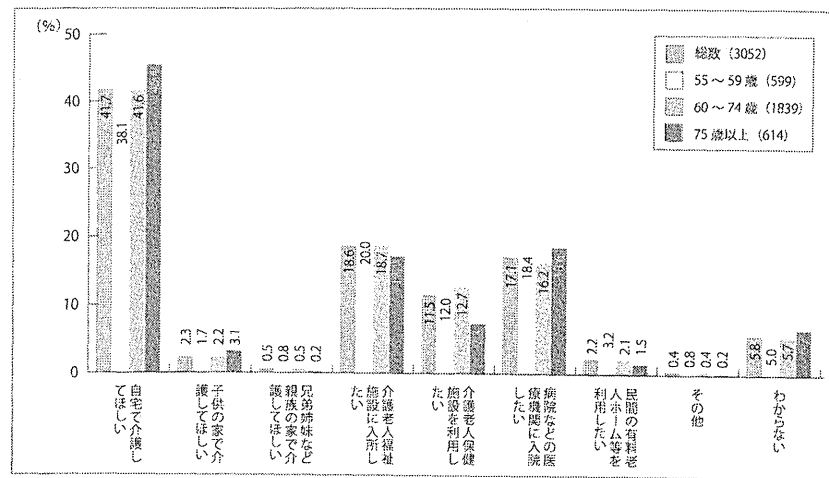


図 介護を受けたい場所 (高齢者の健康に関する意識調査、平成19年度内閣府) 高齢者は要介護状態になっても、可能なかぎり住み慣れた地域や自宅で生活し続け、人生の最期のときまで自分らしく生きることを望んでいる

ば患者さんから、「調子が悪くて、今日は治療をキャンセルしてもらえますか?」と言われたとき、「じゃあ、元気になったらいらしてくださいね」と言って電話を切る。ということは、歯科医院は元気にならなければ来ちゃだめだと言っているようなもので、うちは「通ってくれる人専用のクリニックです」と名乗っているのと同じです。そうではなくて、「よかつたら行ってあげますよ」と、その電話の後に一言伝えられれば、「来てくれるんだったら診てもらおうかしら、歯は心配だし」となる。こういった訪問診療の第一歩があってもいいと思うのです。これなら、特別に構えすぎることなく、いつもの患者さんに対し、診療の場が変わっただけ、というスタンスから始められる。本来は、場が変わっただけではない、と言いたいところではありますが……。

そんな形で在宅の現場を知りながら、勉強を始めてどんどん入り込む人がいてもいいし、私はそこまでは、という人がいてもいいのだと思います。

鷹岡 診療室から在宅へ行き、「ここからは自分たちは手に負えない、専門的対応が必要だ」と判断した際、訪問診療に特化して専門的に診

れる歯科医師・歯科衛生士がいるところに円滑に紹介できるシステム（診診連携）が必要だと思います。いまはそれが無いゆえに、牛山 自宅へ行って手に負えなくて対処できないことがあると、自分たちの信頼も、歯科界全体の信頼も下がってしまいますね。

菊谷 そうですね、その整備が今後の課題でしょう。地域の歯科医師会などがリーダーシップをとって整えてほしいところです。

五島 私の医院は多職種との連携が非常によくとれているのですが、唯一連携がとれていないのが、実は開業の歯科医院なのです。

菊谷 問題はここです！ 五島先生が地域で訪問してくれる、というのは歯医者さんはほぼ知っているはずですが、でも残念ながら、先生が唯一連携をとれていない職種は歯医者、つまり同職種、大学病院へは紹介できるけれども、身近な開業医には紹介しにくい、という風潮はありますね。鷹岡 要は、歯科のなかに「診診連携」が存在しないのです。一般歯科診療でも、難症例の場合に、たとえば補綴の専門医、歯周病の専門医へ紹介するというシステムはできていない。一人の歯科医師がすべての歯科治療を網羅して行うのは大変です……。

牛山 本当は、よい歯科医院を紹介すれば、紹介した歯科医院も患者さんにすごく評価されますよね。地域の先生が、地元で活躍している先生を上手に活用すればいいと思うのですが。

齋谷 「歯科診療室」と「在宅（歯科訪問診療）」の連携を模索していましたが、蓋を開けてみると「診療室同士」の連携もできていなかったことが見えてきました。でも、難症例を専門医に送るといことはまだ難しくても、近い将来、訪問のケースは訪問専門の医院に送るといのはできてくると思うのです。

牛山 患者さんの視点で、患者さんにとってどうすることが一番都合がよいかを考え、連携をとることが必要ですね。まずは患者さんに支持される歯科でなくてはいけなくて、そうすることで、歯科界全体が他職種からも支持される業界になるのだと思います。

齋谷 歯科は、1つには社会へのアピールが足りないですね。たとえば患者さんが急性期病院を退院して、その後リハビリ病院を出て自宅に帰るとき、ご家族は何か何でも在宅医やケアマネジャーを探すわけですが、それはシステム上でも必要なのですが、患者さん自身も不安になるから一生懸命探します。でも、歯科医師・歯科衛生士は探してくれないですよ。むしろ、他職種の人たちが口の状態を見て、「歯科に診てもらったほうがいいわよ」と言ってくれてはじめてニーズが上がってくる、という実態があります。

牛山 「歯科口腔保健の推進に関する法律（歯科口腔保健法）^{*}」が昨年できましたが、あれはとても大きなことだと思うのです。診療室の先生や歯科衛生士もヘルスプロモーションに参入していかなくてはならないと書かれている。個人の診療室内だけにとらわれず、もっと外に

向かって健康教育をしたり、活動することが求められていると思うのです。その先に、歯科に対する国民の目が変わってくるのではないのでしょうか。

齋谷 自分たちがどう動くか、それぞれの歯科医院が、まさに地域をまきこんでヘルスプロモーションができるかどうか試されている法律ともいえます。そこで伝えたいのは、歯科衛生士は“ヘルスプロモーションの先兵”だということ。まさにすでに現場で実践している職種で、その教育も歯科医師の何倍も受けています。あまりこういう表現は使いたくないけれども、沈滞気味の歯科界に次の推進力を与えてくれるのは歯科衛生士だと思うのです。

五島 歯科医師よりも歯科衛生士のほうが、生活を見るチャンスがあるし、得意ですね。

山口 歯科診療室でも、患者さんの生活背景を探ろうと必ず医療面接（問診）をしますが、ともすると、歯周病や齲蝕のリスクファクターを探るために生活票をとってしまいがちです。甘い物を食べている・いない、といった視点だけでなく、“患者さんの何を知る必要があって医療面接をするのか”を考えないといけないと思います。

齋谷 歯科界全体が“患者さんの生活を見る”という方向に舵を切らなければいけないのは間違いないことで、その成否を握るのは歯科衛生士です。歯科診療室のなかでも、機能低下の兆候は必ずみられる患者さんの平均年齢はかなり高いですよ。その年齢で寝たきりになっている人も世の中にはたくさんいて、その方は元気だから来院できているだけです。そういう兆候を知ること、気づくことは、患者さんが経年的に定期的に通ってくる歯科診療室だからこそできて、そこには歯科衛生士だからこそ吸い上げられる患者さんの訴え・情報がある。

ですから、歯科衛生士の皆さんには、患者さんの生活を見る視点を養ってほしいということと、高齢者になると指導のポイントに非常に個性が出てくるので、それに合わせた指導を意識してほしいということ、これらが

診療室と在宅を結ぶ大きな一歩になるのではないかと思います。実は、在宅へ行くともっと個性が出てくる。本人だけではなく、その人を支える家族などの個性が織りまざってくる。でも、そこへ向けたよいトレーニングにもなると思います。鷹岡先生の診療室の在り方が、まさにこれからの歯科医院に求められるスタイルであり、現場間を結ぶ第一歩ですね。



まとめにかえて ～問題提起

五島 ここで、ぜひ考えてもらいたいことがあります。それは、口腔ケアに関していうと、“ただきれいにだけして帰ってくる人が一番困る”ということ。これは何の生活の支援にもならない。毎日その患者さんの家に3回行ってケアできるのなら別ですが、1週間に1回行ってただきれいにするだけ、というのは実は何の意味もないのです。時間の無駄であり、お金の無駄。なぜそれが無駄なのか、ぜひその意味を考えてほしいと思います。

齋谷 とても重要な視点です。残念ながら、訪問に出ている歯科医院のなかでも、ここを取り違えているケースは多い。週1回歯科衛生士を派遣して、徹底的に磨いて帰ってくる。患者さんも一瞬さっぱりして、そのときの患者さんの笑顔がたまりません、などというのが歯科訪問診療の実態……。これはただの“歯磨きのアウトソーシング”です。でも悪いことに、それをまた患者さんや施設が求めてくるんですね。

訪問歯科が入っている施設と入っていない施設、どちらの利用者のほうが口の中が汚いかという、歯科が入っている施設のほうだ、という報告もあるのです。どうしてか。それは週に一度訪問歯科に依頼しているからと、施設で日常的なケアをしない。逆に、歯科が入っていない施設のほうは施設職員が毎日磨いている。そんなとんでもないことも起こっているのです。つまり、その場しのぎの支援・指導がかかりはまったく意味がない……。この意味をしっかりと考える必要があります。

山口 診療室でのクリーニングでも同じだと思います。患者さんが来たときにだけ、きれいにするのは意味がない。汚れているから、きれいにさっぱりさせて帰してあげた。それだけだと、次に来院したときにも変わらず汚い状態のままです。

鷹岡 そこは本当に、診療室でも訪問歯科でも共通ですね。診療室でそういうかわりしかできていない歯科衛生士は、在宅に出ても同じことをやってしまうかもしれません。逆に、そうじゃないかわりをしていた人は、外に出たときにも真価を発揮すると思います。

山口 歯科衛生士は、口の中をきれいにしだすと止まらない人が多い。“きれいにすること”が仕事だと思ってしまうのです。でもそうではなくて、診療室であれ、在宅であれ、「口」だけじゃなくて「人」をみた指導、「生活」をみた指導をしないといけないですね。

牛山 そうですね。加えて、在宅ではその家庭の介護力とか、相手の身体状況や集中力、体力などもみていかなければならない。また環境整備も必要で、生活の場や身体にあわせたケア用具の選択・工夫や方法などを提案し、相手に寄り添い最期までケアしていくことが大切だと思います。

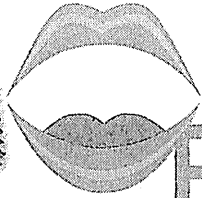
齋谷 「歯科診療室」と「在宅歯科医療」の現場に共通して求められる視点、お互いの臨床を活かしながら緩やかに連携を始めるためのアドバイスなど、重要なポイントがいくつもありました。ぜひそれぞれの現場で、患者さんの生活を支える歯科医療の実現のために活かしてほしいと思います。



POINT

「歯科口腔保健の推進に関する法律（歯科口腔保健法）」を以て、国民が定期的に歯科検診を受けることなどの勧奨や、障害者や介護を必要とする高齢者が定期的に歯科検診を受けること、受けることができるようにすることなどを定めた法律。2011（平成23）年8月に公布・施行されました。

リハビリ病棟の



現場の“困った”を
ズバリ解決します!

口腔ケア

口呼吸のため、乾燥がひどい!

有友たかね ありとも・たかねの日本医科大学附属病院 口腔リハビリテーションセンター 歯科衛生士
菊谷 武 きくたに・たけし 向 口腔リハビリテーション科 教授

KEY WORD

口呼吸の改善

湿潤・保湿剤を上手に使う

口腔ケア計画に口腔リハビリテーションを盛り込む

はじめに

人は鼻と口の2か所から外呼吸を行い、鼻呼吸を主としています。鼻腔には毛細血管が広がっており、入ってきた空気を温めて加湿し、気管や肺へ送り込みます。また、外気の埃やゴミを取り除くフィルターの役割もしてくれます。口はというとフィルターの役割はないため、細菌やウイルスが侵入しやすく、外気の乾燥した冷たい空気をそのまま肺へ送り込み、風邪やインフルエンザなどにかかりやすくなるといわれています。

口呼吸が原因の一つとなる口腔乾燥は、さまざまな口腔疾患を引き起こし、機能的にも影響を及ぼします。そのほかの口腔乾燥の原因には、唾液分泌量の減少だけでなく、全身疾患や服薬、唾液腺の機能障害、口腔機能低下などが挙げられます。

口呼吸

1 口呼吸の原因

口呼吸の原因には、習慣や、アレルギー性鼻炎などの鼻疾患、寝たきりの状態や加齢による口腔周囲筋弛緩などがあります。大きないびきや睡眠時無呼吸などは、口蓋垂が大きいために仰向けで寝ると鼻呼吸が困難になるため起こります。小児ではアデノイド（扁桃腺のはれ）のため鼻呼吸ができず、口呼吸の原因となることがあります。

2 症状

自覚症状では、口渇感や味覚異常、なんとなく義歯が合わない、会話中に喉に張りつくような感覚があって咳き込んでしまうなどがあります。反対に自覚症状のないまま過ごしていることもあり、口腔ケアや歯科受診の際に指摘されることもあります。

口腔内の状態は、粘膜や歯肉が発赤し、細菌感染を起こしやすくなり、口臭などがみられます。舌は、舌乳頭の萎縮による平滑舌や溝状舌がみられ、刺激に過敏になります。機能的には、発音機能や嚥下機能に影響を及ぼします。

唾液分泌量の変化

唾液分泌量の変化による影響

全唾液腺は、大唾液腺（耳下腺、顎下腺、舌下腺）と小唾液腺の大きく2つに分けられます。それぞれの主な役割に大唾液腺は大量に唾液を分泌する役割、小唾液腺は口の中の機能を保つ役割があります。

健康な成人の唾液量は1日1～1.5Lあり、近年、年齢に伴う全唾液分泌量への影響はほとんどないといわれています。しかし、高齢者の多くが口の乾きを訴える理由は为什么呢。ひとつには、小唾液腺の実質容量が年齢に伴って減少し、脂肪組織と結合組織が増殖し、腺細胞が縮小するため、小唾液腺からの唾液分泌量が減少するためといわれています。この変化が小唾液腺の一つである口蓋腺にも起こり、これが高齢者の多くが口の渇きを訴える理由の一つとされています¹⁾。また、高齢者の唾液分泌量の減少には、基礎疾患の有病率や唾液腺の障害、服薬の影響が知られています。

唾液分泌量が減少すると自浄作用が低下し、細菌因子の増加と歯肉組織の脆弱化をもたらします。このことから唾液分泌量の減少は歯周病のリスクファクターであり²⁾、う蝕のリスクが高まるなど、さまざまな口腔内疾患を引き起こされます。唾液の潤滑作用の低下と唾液タンパクの質的・量的な変化によって口腔内が乾燥すると、口腔粘膜

表 口腔乾燥症の臨床診断基準³⁾

0度(正常)	1～3度の所見がなく、正常範囲と思われる。
1度(軽度)	唾液の粘性が亢進している。
2度(中等度)	唾液中に細かい唾液の泡がみられる。
3度(重度)	舌の上にほとんど唾液がみられず、乾いている。

の保護作用を喪失します。

唾液は、口腔内を衛生的・機能的に保つという大きな役割を担っていることがわかります。

口腔乾燥症への対応

口腔の湿潤・保湿は、口腔ケアの手順でもはじめとおわりに行うなど、頻度が高いケアの一つです。口腔乾燥への対応をさまざまな視点から考えていきます。

1 口腔乾燥症の評価法

口腔乾燥症の簡便で客観的な評価法として、口腔粘膜上皮の静電容量を測定することで水分量を測定する口腔水分計や、舌背部の湿度を測定する唾液湿度度検査（KISO-WeT[®]）、臨床診断基準（表）³⁾がよく用いられます。

2 粘膜ケア

乾燥した粘膜や歯肉を湿潤させ、粘膜を保護し、乾燥による疼痛の緩和や機能的な動きを潤滑にする目的で、湿潤・保湿剤を使用します。保湿・潤滑剤は商品の種類が増えてきており、使用方法や効果もさまざまです（図1）。保湿剤の選択には、味、使用感、商品の手に入りやすさや価格の問題などがあります。使用される患者さんの嗜好に合わせて選択するのが望ましく、サンプルなどがあ

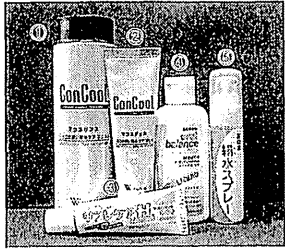


図1 口腔湿潤・保湿剤のいろいろ

- ①洗口液タイプ：口腔内洗浄を兼ねる。低刺激。牛乳由来の保湿・湿潤成分配合。
- ②ジェルタイプ：伸びしやすく、口になじみやすい。保湿・持続効果が高い。有効成分は①と同様。
- ③ジェルタイプ：抗菌活性のあるヒノキチオール配合。歯肉・歯周炎の予防に効果がある。
- ④リキッド（乳液）タイプ：伸びがよく速効性がある。唾液に含まれる天然酵素配合。アルコール、パラベンフリー。
- ⑤スプレータイプ：使いやすく、携帯に便利。ヒアルロン酸配合で親和性がよい。

れば試してから購入をお勧めしたいものです。口呼吸のある患者さんでは、ジェルタイプは歯に粘着しやすく、除去が困難になる話をよく耳にします。量や塗布する場所にもよりますが、経過をみながらの調節が必要となります。

使用量はその商品の取扱説明書に従い、本人の使用感にあわせて多少の増減も考えます。使用頻度は自覚症状があれば適宜、さらに口腔ケア前後、口腔リハビリテーション訓練前や食前の使用が咀嚼嚥下機能を円滑にさせるのに有効です。水分のみの場合は、口腔粘膜との親和性が少ないためむせが多くなるようですが、粘膜との親和性が高い湿潤・保湿剤だと口腔粘膜とのなじみがよく、むせが少ないようです。

塗布方法は、要介護高齢者などには、スポンジブラシを用いて塗布したり、スプレー容器による噴霧が効果的です。口腔粘膜からの蒸散を防止す

るために、湿潤後、保湿タイプのジェルを塗布すると保湿効果が高まります。剝離上皮や喀痰などのこびりつきも、湿潤・保湿剤を使用することで粘膜を傷つけずに除去・清掃することができます⁴⁾。

3 口腔リハビリテーション

口腔ケア前には手軽にできる口の体操を行い、口唇、頬、舌などの口腔機能を高めます（図2）⁵⁾。口呼吸の場合、つねに開口して奥歯が咬み合っていない状態であり、口腔機能の低下と唾液分泌の減少が危惧されます。自分でできる方は「カチカチ」と奥歯で咬む練習や、ガーゼや歯ブラシの柄を咬んでもらって綱引きのように引っ張り合い、咬合力を高めたりして、口腔周囲筋を鍛えていきます。同時に口唇閉鎖もうながしていきます。

介助が必要な場合は下顎を持ち、上の奥歯と咬み合わせるように下顎を動かし、受動的に刺激します。このとき舌を咬ませないように舌が下顎に取まっていることを確認しながら行います。

また唾液腺マッサージで唾液腺を刺激し、唾液分泌をうながします。ただし唾液腺疾患がある場合には不向きなので、よく確認しましょう。

4 住環境などの整備

外気が乾燥していると、口腔も影響を受けます。温湿度計を常備し、部屋の湿度を一定にします。加湿器の使用や湿らせたタオルをベッドサイドに干しておくだけでも乾燥感が変わります。ただ衛生的に問題になる場合もあるので、教人が利用している部屋では検討が必要です。

また患者にマスクをしてもらい、自己呼吸での保湿も効果的です。鼻から口まで覆われるものを選択し、マスクと鼻・口の間に隙間をつくるよう

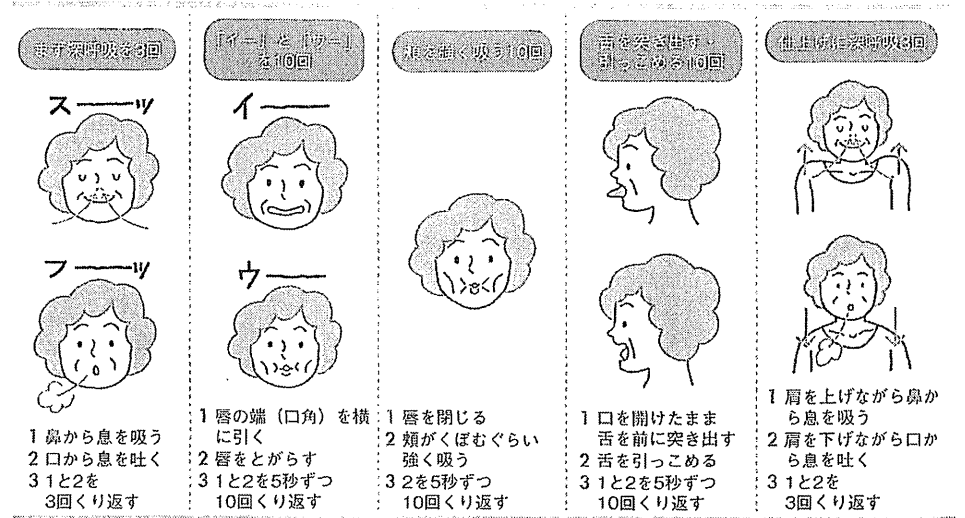


図2 口の体操⁵⁾

にします。湿ったタイプや口だけを塞がないようなものを選択し、窒息に留意します。また自分でマスクが着脱できない場合は注意が必要です。

5 う蝕予防

口腔乾燥していると唾液量が減少するため、歯の再石灰化が行われにくくなり、う蝕しやすくなります。とくに歯の根元は好発部位なので注意が必要です。歯の再石灰化と歯質強化に、フッ化物配合歯磨剤またはフッ化物配合製剤を使用します。うがいが難しい場合は、歯磨剤を付けずに歯を磨き、洗浄清拭後に、うがいの必要がないフッ化物配合製剤を塗布し、その後30分、飲食を控えるなどするとより効果的です。



口腔乾燥への対応は、その原因によって変わ

てきます。口腔機能向上が見込まれる場合、口腔内の湿潤・保湿だけに止まらず、瘵用予防と機能の維持向上のための対応も必要です。湿潤・保湿剤を上手に併用し、アセスメントから機能的な評価も勘案しつつ、口腔リハビリテーションと合わせた口腔ケアの計画・立案が望まれると考えます。

引用・参考文献

- 1) 石川達也ほか監訳. “唾液分泌量と緩衝能およびpH”. 唾液の科学. 東京、一世出版, 1998, 29.
- 2) 日本歯周病学会編. “歯周病と全身疾患や加齢についての基礎知識”. 歯科衛生士のための歯周治療ガイドブック. 東京、医歯薬出版, 2012, 138.
- 3) 柿本保明. 口腔乾燥症の診断・評価と臨床対応：唾液分泌症としてとらえる. 歯界展望. 95 (2), 2000, 321-2.
- 4) 丸山たかねほか. 口腔乾燥症と保湿剤の使用法. オラルケアメイト. 3, 2008, 33-6.
- 5) 菊谷武. “口腔機能向上トレーニングの方法”. 図解介護のための口腔ケア. 東京、講談社, 2008, 90-1.

3

在宅療養高齢者への食支援に関する研究

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック院長 菊谷 武

本研究では、在宅療養高齢者における咬合支持と低栄養との関係について検証しました。その結果、多くの在宅療養高齢者において、低栄養または低栄養リスク者が認められ、それらは、咬合支持が失われていくこととの関連が強いことが明らかになりました。また、1年後の追跡調査においても咬合支持が失われている人において、死亡や入院といった予後不良者が多く認められました。

1. はじめに

平成24年6月、厚生労働省より前年度に行われた歯科疾患実態調査の結果が示されました。8020達成者（80歳で20本以上の歯を有する者の割合）は38.3%を示しました。まさに、多歯時代の到来といえます。一方、ひとたび口腔ケアの自立が困難になったり、全身さらには口腔にも運動障害がみられるようになったりした場合、その様相は一変します。

口腔機能の低下とともに口腔内の自浄作用が低下すると、残存した歯は食物残渣やプラークに覆われます。それを除去するために必要な上肢や手指機能の低下、さらには認知機能の低下も認められるようになると、口腔内は容易に崩壊します。要介護状態になると、歯科受診が十分に行われなくなり、放置される傾向にあります。

食機能において、歯の存在、咬合支持の存在は、重要であると思われませんが、在宅療養高齢者におけるデータは十分ではありませんでした。そこで、本研究では、負の連鎖のきっかけとして、咬合支持の喪失など口腔の問題に注目し、在宅療養高齢者における咬合支持と低栄養との関係さらには、歯科受診状況、予後との関連について検証しました。

2. 対象と方法

対象者は1都7県に在住する在宅にて療養する要介護高齢者716名（男性240名、女性476名）に対して、療養者の基礎情報、介護・療養生活・医療受療状況、認知機能、生活動作能力、併存疾患、低栄養リスク、口腔機能（咀嚼機能、嚥下機能）について調査しました。

年齢の構成は、85歳以上が46%、75歳から84歳が36%、65歳から74歳が16%でした。要介護度は要介護1、2、3でそれぞれほぼ4分の1ずつでした。

3. 結果

1) 受診状況

本調査の対象者の98%にかかりつけ医師がおり、95%の対象者が定期的に受診していました。また、通所介護サービスの利用も多く6割に及びました。これに比較して、歯科医療機関に定期的に受診している者はわずか15%であり、1年以内に受診した者は、症状があり受診したものを加えても25%にとどまりました。

2) 低栄養と咬合支持

栄養状態が良好な者は35%、低栄養リスクと判

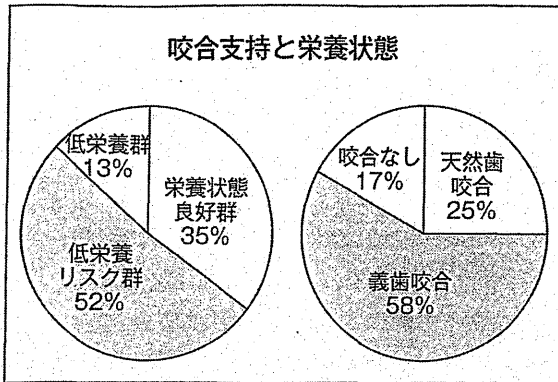


図1 咬合支持の状態

在宅療養中の高齢者のうち75%が天然歯による咬合支持を失っており、そのうち3分の1が義歯によっても回復されることなく咬合支持の崩壊状態でした。

断されたものは52%、低栄養と判断されたものは13%でした。また、75%が天然歯による咬合支持を失っており、そのうち3分の1が義歯によっても回復されることなく咬合支持の崩壊状態でした(図1)。

低栄養との関連を示したものは、年齢、性別、ADL、認知機能などでした。咬合支持の有無との関連も大変強く、低栄養と関連を示す他の因子を調整してもなお、咬合支持が維持されている者に対し、咬合支持の崩壊した者の低栄養リスクは有意に高い結果となりました(義歯咬合支持群:1.7倍、咬合崩壊群3.19倍)(図2)。

3) 1年後の予後と咬合支持との関係

上記対象者のうち、同一地域に居住する在宅療養高齢者105名に対して追跡調査を行いました。1年後の予後に変化のない者(在宅にて療養中の者。以下、予後良好群とする)は65名、期間中に入院の既往がある者19名、期間中に死亡した者21名でした。

咬合支持については、天然歯咬合の者のうち「予後良好群」が76.9%、「予後不良群」が23.1%、義歯咬合の者のうち「予後良好群」が64.3%、「予後不良群」が35.7%、咬合なしの者のうち「予後良好群」が40.9%、「予後不良群」が59.1%でした。咬合支持において、予後と有意な関連が見られました($p=0.034$)(図3)。

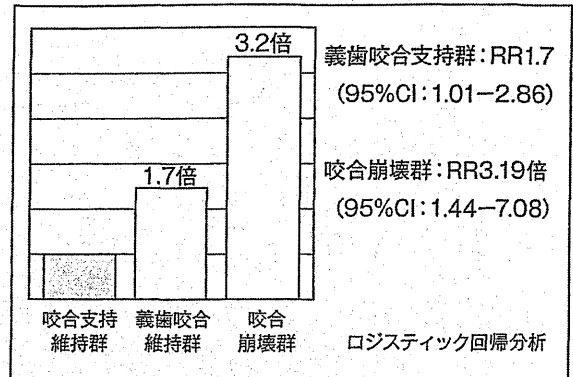


図2 低栄養リスクと咬合支持の関係

咬合支持の崩壊した者の低栄養リスクは咬合支持を維持している者に比して3.2倍を示しました。

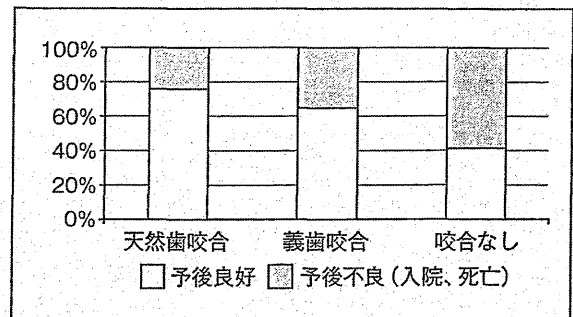


図3 咬合支持と予後との関連

4. まとめ

在宅療養高齢者にとって、咬合支持の崩壊は低栄養の重要なリスク因子になることが示されました。また、咬合支持と高齢者の予後が関連を示す可能性が示されましたが、同時に多くの高齢者が歯科の受診をしていない事態も明らかになりました。歯科受診を勧奨する具体的な方策が必要であると思われました。

参考文献

- 1) Kikutani, T., Yoshida, M. et al.: Relationship between nutrition status and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people. Geriatr. Gerontol. Int., 11 (3) :315-319. doi: 10.1111/j.1447-0594.2010.00688.x. 2011 Jul

スペシャルニーズのある人々への歯科医療

菊谷 武¹⁾/田村文誉²⁾

日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック

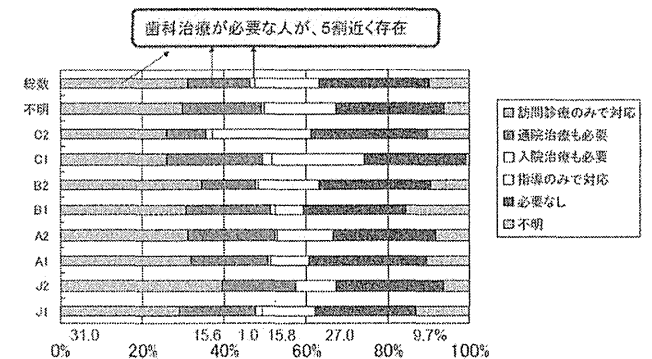
¹⁾口腔リハビリテーション多摩クリニック院長

²⁾口腔リハビリテーション科科長

歯科口腔保健法に制定された目標値

平成23年8月に制定された歯科口腔保健法では、その第9条に、「障害者、介護を必要とする高齢者等が定期的に歯科検診を受けること等」と明記された。同月の8月26日には厚生労働省の医政局内部局として歯科口腔保健推進室が設置され、平成24年7月23日には、歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の制定がなされた。そこには「定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健」として、「障害者・障害児、要介護高齢者等で、定期的に歯科検診（健康診査及び健康診断を含む。以下同じ。）又は歯科医療を受けることが困難な者に対しては、その状況に応じた支援をした上で歯科疾患の予防等による口腔の健康の保持・増進を図っていく必要がある。」と示されている。さらには、施設での年1回以上の定期的な歯科検診の実施についての具体的な数値目標が掲げられており、障害者施設では、平成23年度の66.9%から平成34年には90%にすること、一方要介護高齢者においては、平成23年度の19.2%から平成34年には50%へ引き上げることが明示された。このように

みてみると、障害者施設では比較的歯科検診についての整備がなされてきている印象があるが、それでもまだ十分とはいえない。さらに要介護高齢者施設に至っては、昨年度の段階で2割に満たない状況である。要介護高齢者では、図1に示したとおり歯科治療が必要の人が5割程度存在するという実態調査報告¹⁾もあり、



(対象者：新潟県内施設入所者4,887名)
 (江面 晃：新潟県要介護者歯科治療連携推進事業における調査に関する報告—特別養護老人ホームを対象とした全身・口腔内状況、歯科治療診療の必要性及び病診連携の状況に関する調査、2000.)

図1 日常生活自立度別要介護高齢者の歯科的対応の必要性(歯科健診担当医による評価)

介護予防や口腔衛生維持管理などのサービスが始まっているにもかかわらず、いまだ要介護高齢者の口腔の健康は危機的状況にある。

継続的な口腔管理は、心身への対応に特別な配慮が必要とされる障害者、要介護高齢者にとって欠かせないものであり、その支援体制の構築が急務である。

スペシャルニーズのある人

日本障害者歯科学会では、心身に障害がある状態について、「スペシャルニーズのある人」との表記を推奨している。スペシャルニーズのある人に対する歯科医療を行う際には、個々の障害に特異的な問題が付随するために、さまざまな配慮や工夫が必要となってくる。

我が国で障害者への施策の法的根拠となるのは障害者基本法である。この第2条において、「『障害者』とは、身体障害、知的障害又は精神障害があるため、継続的に日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者をいう」と定義されている。平成20年度障害者白書によれば、身体障害児者は366.3万人、知的障害児・者は54.7万人、精神障害者は302.8万人にのぼる⁹⁾ (図2)。

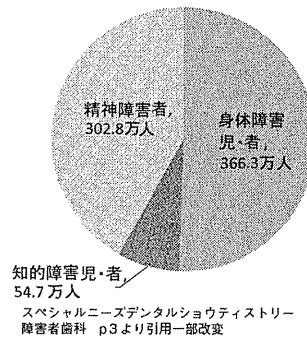
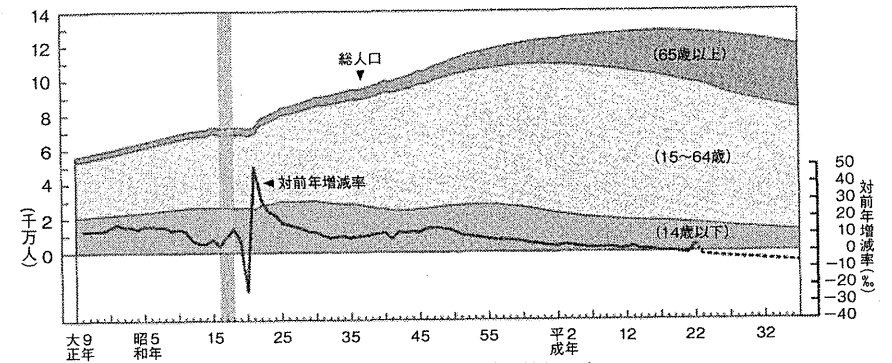


図2 我が国の障害のある人の状況 (平成20年度版障害者白書より)

スペシャルニーズの中核はこの障害者基本法に規定されている人たちであるが、実際の歯科保健や歯科医療を行う際には全ての年代にわたって対象となることから、近年増加の一途をたどる要介護高齢者への対応も含まれる。

要介護高齢者の現状についてみてみよう。2005年の我が国の人口は1億2,777万人をピークに減少しており、2046年には1億人を割ると推計されている。さらに2055年には、8,993万人への減少が見込まれている。そのような人口減少の中で高齢化率は増加しており、現在は全人口の約22%を占めるが、2035年には33.7%、2055年には40.5%となることが予測されている。また、後期高齢者の人口割合は約11%であるが、2055年には26.5%に達するとも言われている (図3)。

要介護(要支援)者として認定された高齢者は急速に増加しており、平成18年度末では65歳以上割合は425.1万人となり、高齢者人口の16%を占める。平成22年国民生活基礎調査では、要介護の原因となった疾患は脳血管疾患が21.5%と最も多く、次いで認知症15.3%、高齢による衰弱13.7%、と続いている⁹⁾。これら疾患の多くは言語障害や摂食・嚥下障害の原因疾患となる確率が高く、スペシャルニーズのある人では摂食・嚥下機能、言語機能をはじめとした口腔機能に障害を有する場合が多い。発達期の障害では、脳性まひや染色体異常などの疾患により、機能獲得の遅れがみられる。一方高齢になると、生理的減退からも口腔機能が低下するが、それに輪をかけて疾患の影響による機能障害が発生する。図4のように一生を通じた口腔機能の



注) 昭和16年~18年の年齢別の推計は行われていない。

図3 総人口の推移

減退や障害に配慮した歯科医療が求められ、その中ではリハビリテーションの考え方が必須となってくる⁴⁾。

スペシャルニーズのための歯科医療連携

スペシャルニーズのある人たちへの歯科医療においては、地域連携が非常に重要である。これまで、障害の程度や医学的管理、行動調整、歯科治療の困難度に応じ、地域ごとに一次から三次までの医療体制が整備されてきている (表1, 図5)。ただし、未だこの体制が不十分な地域もあり、さらには一次と二次、あるいは二次と三次の中間の機能を要するケースもある⁹⁾。

一方、在宅医療における歯科の位置づけはどうであろうか。医療改革が進んだ医科では、急性期⇒回復期⇒在宅医療の流れを病院機能分担の中で推進しているが、歯科でもこのようなシームレスなシステムを構築しようとする動きがでてきている (図6, 7)。

これらの連携体制の確立がなされれば、歯科口腔保健法で掲げられた目標値の達成にも繋がっていくと思われる。

日本で初! 口腔リハビリテーションに特化した歯科大学附属医療施設

～口腔リハビリテーション多摩クリニックのチャレンジ～

平成24年10月に開院の口腔リハビリテーション多摩クリニック (図8) では、従来行われてきた医療連携

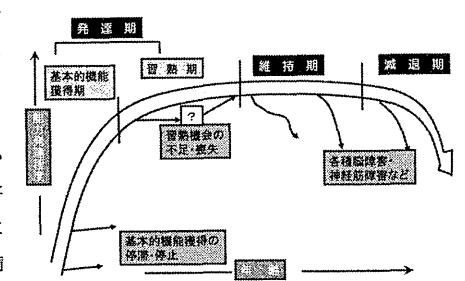
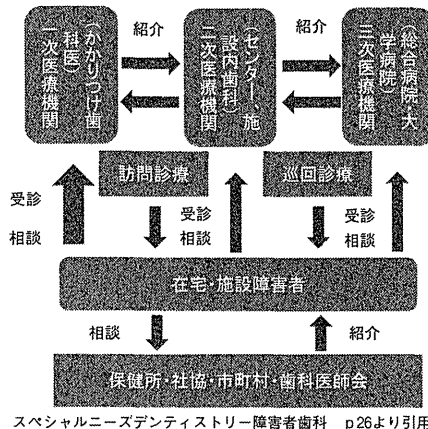


図4 エイジングの各段階と摂食・嚥下障害の発生

表1 障害者歯科医療体制

医療体制	医療機関	対象と内容
一次医療	個人診療所 (かかりつけ歯科医)	軽度障害が中心 医学的リスクの低い患者 歯科相談、高次医療機関への紹介 定期検診、口腔保健指導 比較的簡単な処置 在宅、施設入所者への訪問診療
二次医療	口腔保健センター 障害者歯科センター 施設内歯科	一次医療機関からの紹介患者 中等度障害が中心 歯科治療、行動調整、医学的管 理が比較的困難な患者 入院には対応していない(静脈 内鎮静法下、全身麻酔科治療) 難病、へき地への巡回診療
三次医療	総合病院歯科 大学附属病院	一次、二次医療機関からの紹介 患者 重度障害が中心 歯科治療、行動調整、医学的管 理が極めて困難な患者 全身麻酔下治療 入院を必要とする患者

スペシャルニーズデンティストリー-障害者歯科 p.26より引用



スペシャルニーズデンティストリー-障害者歯科 p.26より引用

図5 障害者歯科医療体制

リハビリテーション以外の診療内容は、全身麻酔下での歯科治療や要介護高齢者の歯科治療、高齢者歯科健診、口腔がん患者への歯科健診や、その他、スペシャルニーズのある患者に対する歯科治療である。また外来診療のほか、自宅や施設などへの摂食・嚥下リハビリテーションの訪問診療もおこなう(図12)。

表1に示された一般的な障害者歯科医療体制の枠組みからすると、在宅・施設への訪問診療を行うという点では一次医療のようであるが、その内容はリハビリテーションを中心としたものであり、従来の一次医療の範疇には取まらない。また、

We support the enjoyment of eating all through your life!



図8 平成24年10月17日開院の口腔リハビリテーション多摩クリニック

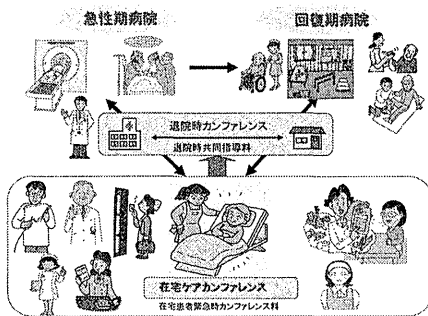


図6 歯科医療におけるシームレスシステム

図提供：大田区大森歯科医師会細野 純先生のご厚意による

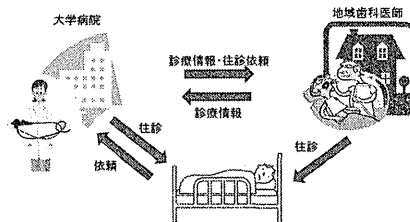


図7 在宅歯科医療における病診連携

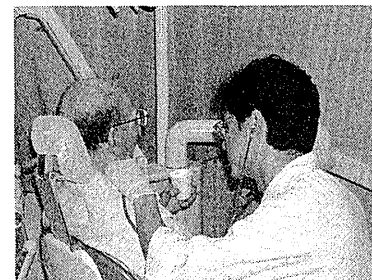


図9 高齢患者の摂食・嚥下機能評価



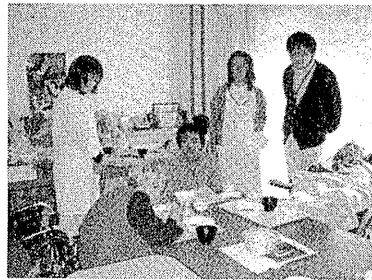
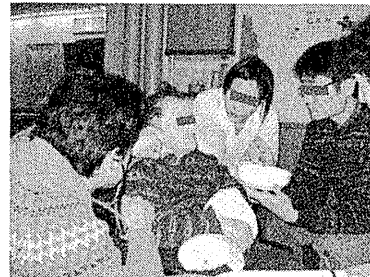
図10 小児患者の摂食指導

体制をもとにしながらも、その枠にとらわれない連携システムの構築を目指している。

クリニックの特徴は、摂食・嚥下機能障害、言語障害を有する患者を対象とした口腔リハビリテーションに特化しているという点である。このクリニックでは、摂食・嚥下障害者に対するリハビリテーションのほかに、コミュニケーション障害患者に対するリハビリテーション、摂食・嚥下障害者への食事指導や口腔ケアもおこなう(図9~11)。



図11 言語聴覚士による言語訓練

ミールラウンド
摂食機能の外部評価頸部聴診法
(スクリーニング検査)

嚥下内視鏡検査

図12 訪問での摂食・嚥下機能評価 (ミールラウンドと嚥下内視鏡検査)

一次、二次医療機関からの紹介患者を受ける点や全身麻酔下での治療を行う点では三次医療の範疇にもなりえることから、特色ある連携体制を確立し、普及させていくことも新たなチャレンジである。

日本歯科大学附属病院に口腔介護・リハビリテーションセンターが開設されてから11年が経ち、本年4月より口腔リハビリテーションセンターと改名された。当センターでは年々訪問診療の数が増えており、現在では年間600件の訪問件数となっている。多摩クリニック開院は、需要の増加に対して体制を整えるということもひとつの理由である。訪問診療ができる地域は、診療所を中心に半径16km以内と規定があり、日本歯科大学附属病院からは、北は川口、東は市川、南は羽田、西は吉祥寺が範囲になる。さらに東小金井のクリニックからは、北は所沢、西は八王子、南は横浜青葉区、東は新宿の範囲が訪問診療範囲になり、当附属病院とあわせて東京の大部分と埼玉、千葉、神奈川の一部の地域を網羅して訪問診療ができるようになる。

また「食」の見地から、食の研究センターや食の研修センターの設立、地域の市民向けに、「食の元気塾」「離乳食教室」「介護食教室」を開催し、食の健康に関する情報発信、食支援のカンファレンスの開催も企画している(図13~17)。



図13 口腔リハビリテーション多摩クリニックのコンセプト

スペシャルニーズ デンティストリー

- ・障害児歯科診療
- ・寝たきり高齢者歯科診療
- ・口腔咽頭がん患者の口腔ケア、歯科診療
- ・スペシャルニーズのある患者に対する歯科治療

図15 スペシャルニーズデンティストリー

食の健康プラザ

- ・市民向け「食の元気塾」開催
- ・離乳食教室、介護食教室の開催
- ・食の健康に関する情報発信

図17 食の健康プラザ

食とコミュニケーションの リハビリテーション

- ・摂食・嚥下障害者に対するリハビリテーション
- ・コミュニケーション障害患者に対するリハビリテーション
- ・摂食・嚥下障害者に対する食事・栄養指導
- ・摂食・嚥下障害者に対する口腔ケア
- ・食支援カンファレンスの開催

図14 食とコミュニケーションのリハビリテーション

食の研究センター 食の研修センター

- ・食の研究センター
- ・食支援研修会の開催
多摩クリニック摂食嚥下研修会
専門職向け研修会開催
実技、実習付き研修会の開催
など

図16 食の研究・研修センター

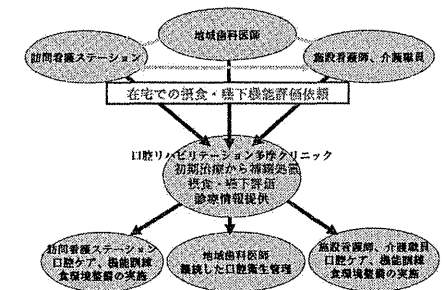


図18 在宅を支える連携

このような取り組みを通して我々は、口腔リハビリテーション多摩クリニックを通し、地域の医療、介護、福祉と連携して地域住民の口腔機能を支えることを目指したい（図18）。

謝辞：本稿を執筆するにあたり、大田区大森歯科医師会細野 純先生のご厚意に深謝いたします。

文 献

- 1) 江面 晃：新潟県要介護者歯科治療連携推進事業における調査に関する報告－特別養護老人ホームを対象とした全身・口腔内状況。歯科治療診療の必要性及び病診連携の状況に関する調査，2000。
- 2) 厚生労働省 身体障害児・者実態調査 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/index.html>
- 3) 平成22年国民生活基礎調査 要介護者等の状況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-2.htm>
- 4) 金子芳洋：摂食・嚥下リハビリテーションセミナー／講義録Ⅱ機能障害とその対応。医学情報社，東京，2002。p65。
- 5) 日本障害者歯科学会編：スペシャルニュースデンティストリー障害者歯科2章 II 地域における障害者歯科，医歯薬出版，東京，2009。p25～28。



これからの**歯科衛生士**像

超高齢社会が求める歯科衛生士とは？

1. チェアサイドだけではない 歯科衛生士の役割

— 歯科医師が広げる歯科衛生士の可能性 —

さく たに たけし
菊谷 武

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック 院長
〒184-0011 東京都小金井市東町4-44-19

企画趣旨

多くの歯科衛生士はチェアサイドで歯科医師の診療を支え、ブラッシング指導やSRPなどによって口腔の専門職としての能力を発揮しています。しかし、高齢化が進む日本においては、病院や在宅・施設での口腔ケアやリハビリテーションといった分野でも歯科衛生士の能力が求められています。

そういった分野で歯科衛生士が活躍するには、協働する歯科医師の理解が不可欠です。そこで4回にわたる本連載では、介護現場や医科領域で活躍されている歯科衛生士や協働している医師、歯科医師にご登場いただき、これからの歯科衛生士像を模索していきます。〈編集部〉

はじめに

現代の日本は年間100万人が亡くなり、その多くが高齢者であるという。また、最近のデータでは8020達成者が40%に迫ったとの報告もある。まさに、「多死時代」と「多歯時代」の到来である。この時代では、疾病構造の変化だけでなく、障害を抱えながら地域で生活する患者が多くなり、われわれ歯科医療に携わる者には「患者が置かれているライフス

テージの把握と時間軸の考慮」が必要となる。さらに、歯科が持つ「診療」「リハ」「ケア」という3つの武器（鶴見大学：菅 武雄先生発案）を状況に合わせて使い分けるといった対応が求められることになった。「診療」という武器を行使する際には歯科医師が主体となるが、「リハ」「ケア」を行使する際には、そのプランを策定するための診断・評価には歯科医師が強く携わるが、プラン策定、その後のプラン実行に関しては歯科衛生士を主力にして対応する場面が多く想定される。

それらを実現するために近年、後述するようさまざまな制度が歯科医療保険、介護保険において制定され、広く活用が求められている。しかし、それらが十分に活用されているとは言い難い（図1）。その原因として、制度上の使いにくさといった問題も挙げられるが、歯科医師の無理解という問題も挙げられている。本稿では、超高齢社会で今後ますます要請が高まる歯科衛生士の役割について概説し、次号以降の本連載における歯科衛生士の活躍を紹介する記事につなげたい。