

## 地域特性を活かしたプライマリ・ケア医師参加型の医科歯科連携

### 実現に向けた調査研究

研究代表者 樺沢 勇司（東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 教授）

#### 研究要旨

地域医療における総合診療医と歯科との連携の重要性に着目し、多職種と歯科との連携の取り組みを調査し、特に医師の歯科との連携における医師の役割を解明することを目的として研究を遂行した。

①医師向けは12の設問からなる質問票を用いて、日本プライマリ・ケア連合学会に対してWebでのアンケート調査を実施した(回答数:134、回答率:1.9%) (担当:竹村、樺沢)。さらに、医科と歯科の連携機会の契機を得ることの重要性を検討するため、東京医科歯科大学医科同窓会の協力を得て、同窓会員(医師)に対するWeb調査(回答数:30/320、回答率:9.4%)を実施した。②在宅医療(X診療所)における医科歯科連携の活動実態、医師および歯科専門職の役割について、聞き取り調査研究を行った(担当:樺沢、伊藤)。③全国の歯科衛生士会(47都道府県会)を対象とし、歯科衛生士向けの19の設問からなる質問票を用いて、Webでのアンケート調査を実施した(回答数:626、回答率:7.0%) (担当:伊藤、樺沢)

研究①の結果、医師からは、歯科疾患を実際に診察する機会が少なく、歯科疾患を意識する機会は直接の歯科医師との直接の診療連携によること。歯科に紹介する際には紹介状の作成はせず口頭にて歯科受診を薦めている場合も多いこと。歯科との連携の契機は同じ病院内あるいは地域であることが多いこと、そのため地域における患者に関するカンファレンスは一定の効果を持つと考えられること。一方歯科への紹介の障害として、紹介書作成の煩雑さやシステムの問題よりは歯科疾患への理解の不足が考えられ、連携におけるメリットは感じながらも、連携機会が不足しており、連携が進まないことが考えられた。本学卒業生の方が調査への回答率が高く、医科歯科連携への関心の高さを示し、学生中の教育から歯科疾患を意識し、歯科からの紹介患者も多く、歯科との連携機会が高い傾向が認められた。医師に対する歯科との連携の関心をより高めるために、医科歯科連携の効果の具体例について、より広い職種に対する啓蒙の必要性が高いと考えられた。また、研究②からは歯科専門職が医科歯科連携の調整役を兼ねつつ、総合的な口腔健康状態のアセスメントに基づき、医科歯科連携の調整役の中心として活躍する意義は極めて大きいと考えられた。今後の課題

として、全国的に医科歯科連携の実例を共有し、医科歯科連携の実例を学習できるアドバンス教育の体制を構築することが必要である。また、地域における職種間の情報共有のツールやシステムの整備も必要であると考えられた。研究③からは、歯科衛生士の在宅歯科診療や往診への参加は約4割であり、それに対応するための学習機会が必要であった。歯科衛生士養成機関卒業後の教育の充実が、歯科衛生士の地域医療活動を促進させるために重要である。また、歯科衛生士からの、医科歯科連携についての評価は、連携がうまくいっていると回答したものは33.7%で医師に対しての結果（45～65%）よりも低く、医科歯科連携に対しての認識の差があるものと考えられた。歯科衛生士に対しては、特に「全身疾患と歯科に関する内容」、「地域における多職種連携」等についての教育機会の充実が重要であると考えられた。

#### A. 研究目的

地域医療の総合診療医・総合医（プライマリ・ケア医）の重要性に着目し、プライマリ・ケア医師を対象として、医師の、歯科口腔保健の知識や、歯科との連携における課題について、学会を通して全国的な実態調査研究を実施した。また、他大学に比べて歯科についての教育機会や個人的な接点が高いと考えられる東京医科歯科大学医学部卒業生（医学部同窓会）を対象に、同様の調査を実施して結果も検討し、円滑な医科歯科連携実現のための具体的な問題点の抽出を図った。全国に先駆けて地域医療における医科歯科連携を進めている「あおぞら診療所」をモデルケースとして質的研究を実施した。さらに、歯科衛生士の活動状況に関して、全国的な実態調査を実施した。これらの研究から、円滑な医科歯科連携実現のための具体的な問題点を抽出し、それらの知見を総合してプライマリ・ケア医師が参加する患者中心の医科歯科連携に向けた提言をまとめることを目的とした。

#### B. 研究方法

研究は3つに大別できる。

研究1-①：2019年度に作成した調査票をもとに、2020年5月～2021年3月において、Web上のアンケートフォーム（Google form）を用いて実施した。調査は日本プライマリ・ケア連合学会（会員数約12,000人、医師9割）のメーリングリスト（登録アドレス数：6,972人、2020年9月時点）を用いて、研究の趣旨を説明して実施した。研究参加への承諾についてはWeb上にて行い、無記名の匿名にて実施した。

別紙の調査票1にあるように、医師向けには12の設問からなる質問票を作成し調査を実施した。メーリングリストへの周知は単回しかできないため、周知を繰り返す行うため、JHN（Japan Hospitalist Network）：約3000人、JSPTIC（日本集中治療教育研究会）：約7000人、IDATEN（日本感染症教育研究会）：約8000人のメーリングリストにも情報を共有して参加を呼び掛けた。

研究1-②：2021年3月には別紙調査票2を用いて、東京医科歯科大学医科同窓会の協力の下、Web上のアンケートフォーム（Google form）を用いて実施した。調査は東京医科歯科大学医科同窓会のメーリングリスト（登録アドレス数：320人、

2020年12月時点)を用いて、研究の趣旨を説明して実施した。研究参加への承諾についてはWeb上にて行い、無記名の匿名にて実施した。

研究2:2019年度には、在宅医療を行っているX診療所において訪問医療に携わる医師、歯科医師、保健師、看護師、歯科衛生士、事務職等による多職種カンファレンスの内容分析を行い、連携における課題や問題点についてカテゴリ化を行い考察した。さらに、同診療所にて実習を行った東京医科歯科大学口腔保健学科学士の学びの内容についても内容分析を実施した。実習報告書に記載された内容からカテゴリ化を行い、考察した。2020年度は樺沢が月1回遠隔会議で実施されている多職種カンファレンス(勉強会)へ参加し、随時医師、歯科専門職(歯科医師、歯科衛生士)から聞き取りを行う事で研究を実施した。新型コロナウイルス感染症拡大の影響によって、学生実習は実施できなかったため、学生からの聞き取り調査、レポートの分析は継続できなかった。

研究3:2019年度に作成した調査票を使用して、地域医療に関する歯科衛生士の活動状況について全国的な実態調査を実施し、歯科衛生士の地域医療活動の実際について検証した。調査は2020年10月~2021年3月に、Web上のアンケートフォーム(Google form)を用いて行った。全国の歯科衛生士会(47都道府県会)を対象とし、研究の趣旨に関する説明を実施した。研究参加への承諾を得た都道府県会の協力のもと、各都道府県会歯科衛生士会員へ実施可能な周知方法を用いてWeb調査の説明用紙を配布・周知して頂いた。調査は無記名

の匿名で行った。

(倫理面への配慮)

それぞれの研究は、東京医科歯科大学歯学部研究倫理審査委員会の承認(D2019-045, D2019-077, D2020-062)のもとで研究を実施した。

### C. 研究結果

(研究1)日本プライマリ・ケア連合学会に実施したアンケート調査には134件(回答率1.9%)、東京医科歯科大学医科同窓会に対して実施したアンケート調査には30件(回答率9.4%)の回答があった。1)対象集団について

性別は①男性81%、女性19%、②男性83%、女性17%であった。卒後年数の中央値は①にて17.0年(2-44年)、②にて29年(17-51年)と、②の方が高い結果となった。回答者の現勤務先地域は、①で39都道府県、②では10都道府県であった。主たる診療科として最も多かったのは①で総合診療科57(42.5%)、②で内科7(23.3%)であった。在宅医療・往診の実施率は①で43%、②で30%。その頻度は①では週2日以上が32.7%と最も多く、週2日以上が71%、②では22.2%であった。研究②でやや少ない傾向が認められた。

歯科医院の併設はともに併設無しが多く、①では77(57%)、研究②では21(70%)であった。年間紹介状記載数については、研究①では1~10症例が75(68%)、11~20症例が25(23%)、21症例以上が10(9%)であったのに対して、研究②では1~10症例が14(64%)、11~20症例が4(18%)、21症例以上が4(18%)とやや症例数が多い傾向が認められた。

歯科に紹介するにあたり、歯科疾患を意識するようになった理由は、①では、初期・後期研修中の教育が30(33%)、次いで後期研修終了後の教育23(23%)、学生中の教育は14(14%)であったのに対し、②では、学生中の教育が5(24%)とやや多く、初期・後期研修中の教育3(14%)、後期研修以降の教育7(33%)であった。また、歯科疾患を意識するようになった機会として、①では歯科医師との診療連携66(48%)が最も多く、地域(医師会・歯科医師会等)の勉強会20(14%)、学会の勉強会18(13%)、勤務先での勉強会16(12%)と続いた。②でもやはり、歯科医師との診療連携からが15(63%)、PFM(Patient Flow Management)に歯科が含まれるようになった5(21%)、地域・学会の勉強会がそれぞれ2(8%)であった。歯科医師との直接の診療機会を持つことが医師にとっての歯科への関心、理解を深める機会となっているといえる。過去1年間で歯科に対して紹介状を作成したことが無い理由として、①では、患者に口頭で歯科受診を勧めているが12(28%)が多く、次いで、紹介状を作成しなくても患者が主体的に歯科を受診する21(9%)であった。また、いつ・どこに・どのような疾患を歯科に紹介して良いか分からないという回答も7-9%程度認められた。②において紹介状を作成しなくても患者が主体的に歯科を受診する3(30%)が多く、患者の歯科受診行動にはやや差が認められた。

初診患者に対する口腔診察の有無については、実施している医師は①で63(47%)、研究②で7(23%)と②で少ない傾向があった。どのような時に歯科に紹介したいと

考えるかという質問では、①で、義歯作成や不具合88(16%)、齲歯84(15%)、歯周病81(14%)、骨修飾薬の導入前診察63(11%)、摂食・嚥下障害への介入61(11%)、感染症時(細菌性心内膜炎など)の原発巣の検索50(9%)、歯周疾患による糖尿病コントロール33(6%)、介護保健施設等での歯科介入による誤嚥性肺炎の発症予防28(5%)、周術期口腔機能管理による術後誤嚥性肺炎予防24(4%)、フレイル予防21(4%)、妊産婦への歯科健診10(2%)、その他18(3%)。②でもほぼ同様の傾向であった。また、睡眠時無呼吸症治療の口腔内装置や歯科心身症への対応も挙げられていた。両研究とも傾向に大きな差は無く、その内容はかなり広範に及んでおり、歯科の役割については、本研究に参加している医師は幅広い内容で認識していると考えられた。

過去1年間で歯科から紹介状を受けた経験ある医師は、①では93(69%)、②では27(90%)で、歯科からの紹介を受ける契機として、研究①、②ともに、同じ病院内あるいは地域(40%、36%)が最も多く、次いで定期的にカンファレンスで顔を合わせている、個人的に知り合いだった等が多かった。定期的に行われているカンファレンスの内容としては、地域の嚥下カンファレンス等の摂食嚥下に関わるカンファレンスや、在宅ケア、在宅歯科に関わる多職種勉強会が挙げられていた。講習会や勉強会の具体的内容についても多岐にわたっているが、ともに摂食・嚥下障害に関するものが最も多く挙げられていた(①7(43.7%)、②2(50%))。

医科歯科連携が良好であると考えている医師は、①で61(45%)、②では15(65%)

と②でやや高い傾向が認められた。一方で、特に連携を意識したことは無いという医師も、研究①で37(28%)、研究②で5(22%)、医科歯科連携がうまくいっていないと感じている医師は、研究①で36(27%)、研究②で3(13%)と、研究②でやや少ない傾向が認められた。

①、②を合わせて、医科歯科連携がうまくいっている理由の自由記載を分析すると、キーワードとして「顔の見える関係性（信頼関係、人間性）(22%)」、「連携の容易さ（システム・距離）(19.5%)」、「歯科の専門的対応の必要性（摂食嚥下障害、抗凝固薬服用中の観血的歯科治療、周術期口腔機能管理、睡眠時無呼吸症への口腔内装置）(3.7%)」、「速やかな歯科の対応(1.8%)」が挙げられた。連携のためのシステムとしては、PFM、周術期における口腔健康管理、摂食嚥下障害やNST、睡眠時無呼吸症、抗血栓治療中の観血的歯科治療、感染源検索のための歯科感染症の確認等が挙げられていた。

一方、医科歯科連携がうまくいっていない理由の自由記載を分析すると、「医科の歯科のコミュニケーション、連携のシステムの不備の問題(48%)」、「歯科医師の意識や対応についての問題（26%）」、「医師の意識や対応についての問題(22.2%)」、「患者の意識や対応の問題(7%)」が挙げられた。具体的には、コミュニケーション、システムの不足としては「紹介状のやり取りなどのレベルではなくもっと直接的に連携したい」、「全国的に統一したカンファレンスや連携機会のガイドラインが無い」、「医科歯科連携に対する診療報酬点数が低すぎる」、「部分的な連携

になりがちで患者全体をともに診る関係にならない」、「部門間で事前協議ができていない」、「歯科医師との接点が無い」といった意見があった。歯科医師の問題として「歯科医師側の教育レベルが低く、摂食嚥下障害への対応ができていない、栄養に対してのアプローチもできる歯科医師が身近にほとんどいない」、「開業歯科は頼りにならない、歯科しか評価してくれないので、ベーチェット病など全身疾患の評価が困難」、「歯科医院の数が多く、診療の質や連携に対するやる気もバラバラで連携しづらい」、「紹介後の歯科からの定期的な情報提供が無い」、「なかなか受け入れてくれる歯科医院が無い」等、医師の問題として「口腔への問題意識の弱さ」、「歯科との連携に対する意識の不足」、「患者に関する診療情報の提供不足」、「患者や家族への歯科との連携の重要性についての説明不足」、「歯科医の専門分野が分からない、歯科疾患を良く知らない」等が挙げられた。患者の意識等として「う蝕、歯周病、義歯不適合などを放置している患者が問題意識を共有してくれない」、「受診できる歯科が近くにないと言われる」、「歯科受診を拒否される」といった意見であった。

医科歯科連携を進めるために必要な対応として、①では医師への「全身疾患と歯科に関する研修・教育の充実」が105(28%)、次いで「患者への全身疾患と歯科に関する啓発の促進」76(20%)、「歯科併設のない病院への歯科出張や在宅往診など受診を容易にするための環境の整備・充実」72(19%)、「歯科医師への全身疾患と歯科に関する研修・教育の充実」68(18%)、「紹

介を容易にするための書式や予約システムの充実」51(13%)の順であった。②でも同様の結果であった。その他の意見として、「歯科が無い病院での歯科衛生士の雇用」、「高齢者施設には既に医科と歯科が独自に診察を行っているが、お互いの連絡方法が無い」、「実際の連携によるアウトカム改善の蓄積、グットプラクティスの発信・共有」、「診療（カルテ）情報の共有」等が挙げられた。

②において、「歯科疾患を意識する機会として東京医科歯科大学の同窓あるいは紹介による機会の有無」について質問したところ、機会が有る、と13(43%)が回答し、具体的には、「大学病院で歯科と連携して診療した」、「歯科同窓会の名簿で見つけた」、「患者を紹介してもらった」、「同じビル内に医科歯科OBの先生が開業していた」、「地域の研修会で同窓の先生と知り合えた」などがあつた。また、「歯科からの紹介を受ける機会として東京医科歯科大学同窓あるいは紹介の機会の有無」として17(57%)があると回答していた。

## （研究2）

前年度の研究結果から、「診療所内において、歯科との連携の重要性、連携の効果については認識が進んでいるものの、具体的な連携方法におけるシステム構築が必要であること。定期的に患者についてのカンファレンスを実施することの重要性」が指摘されていた。また、X診療所の医師の意見として、「歯科との連携の重要性は認識されているものの、紹介状のやり取りのみで、その後継続的な連携に至りにくい事」や、「医科の診

療を受けている患者において歯科の問題を抱える方は決して少なくないが、歯科の問題を医師が“問題である”と認識できない場合がある」こと等が指摘された。このことは、歯科専門職側の問題として、医科とともに患者の状態変化等に対応できる本来の連携ができていないことを意味していると考えられる。

X診療所では、診療で連携している医師、歯科医師、歯科衛生士、看護師、時に行政の担当者らが参加する多職種カンファレンスを毎月行っているが、そのなかで、2018年より年1回、歯科との連携をテーマとする症例検討会を実施していた。医師からは歯科の専門用語や歯科医師の診療内容に対する質問が多く寄せられ、真摯な議論が行われ相互理解の深化が図られていた。主な議論のテーマとしては、一般歯科治療の内容や歯科専門用語について、骨修飾薬服用に対する歯科対応、摂食嚥下障害に対する歯科対応、低栄養やフレイルに対する歯科対応、小児・障害児に対する歯科対応や病診連携について等であった。医科と歯科をつなぐ地域専門の機関として、地域包括支援センターや在宅医療・介護連携センターなどが挙げられる。例えば、X診療所の地域の在宅医療・介護連携センターでは、歯科専門職も所属し年間100件以上の歯・口腔に関わる依頼を受けていた。主な依頼内容は「口が気になる」、「口が汚なそう・問題がありそう」、

「義歯が合わず困っている」、「口腔ケアを行っているスタッフへ方法を伝えてほしい」等であった。

（研究3）47都道府県中、40都道府県会の協力を得た。Web調査の説明用紙の周知方法としては、①郵送（42.5%）、②メール（40.0%）、③ホームページへの掲載（10.0%）、④郵送+メール（7.5%）の5つが採用された。合計626名（母集団：約9000人、全体回答率：約7.0%）より回答を得た。

回答者の99.8%は女性であった。平均卒業後年数は29.4±11.4年、平均勤務年数は23.7±10.5年であった。卒業した歯科衛生養成校の種類で最も多かったのは「専門学校（2年制：昼間部）」の61.0%であり、次点は「専門学校（1年制：昼間部）」の16.0%であった。勤務形態は常勤が45.5%、非常勤が54.5%であった。勤務先の診療形態および病床種別は診療所が最も多く48.6%、次点は行政で15.4%であった。平均勤続年数は11.1±9.1年であり、40.0%が認定歯科衛生士の資格を取得していた。最も頻度が高い業務内容は、口腔衛生管理（50.8%）、歯科保健指導（47.3%）、口腔機能管理（27.5%）、歯科診療補助（23.6%）であった。

地域医療に対しては、39.4%が在宅歯科診療や往診に参加していた。在宅歯科診療や往診へ対応するために何等かの機会を利用している者が大半であり、特に、「歯科衛生士会の勉強会」（90.7%）、「地域（歯科医師会等）の勉強会」（82.8%）が多い傾向がみられた。「いずれの機会にも参加していない」と答えたものは2.8%であった。

在宅歯科診療や往診における知識への自信については、「やや自信がない」が最多で36.4%、次点が「やや自信がある」で34.8%、「自信がない」は21.6%、「自信がある」と答えた者はわずか7.2%であった。「自信がない、やや自信がない」と答えた者の理由として最も多いのは「歯科衛生士養成機関在学中に教育を受けなかった」であり54.8%であった。次点は「歯科衛生士養成機関卒業後に教育を受けなかった」（36.1%）であり、いずれも教育を受けなかったことが理由として挙げられていた。一方、「自信がある、やや自信がある」と答えた理由として最多であったのは「歯科衛生士養成機関卒業後に教育を受けた」であり82.1%であった。

在宅歯科診療や往診で患者を担当したことがある者の中で、対応が「やや困難だと感じた」者は60.2%であり、「大いに困難だと感じた」者は16.2%であった。「困難だと感じなかった」者は23.6%であった。

現在の勤務先において医科歯科連携がうまくいっているかという問いに対して、「はい」と答えた者は33.7%であり、「いいえ」は18.2%、「特に連携を意識したことはない」が29.4%、「連携していない」が18.7%であった。

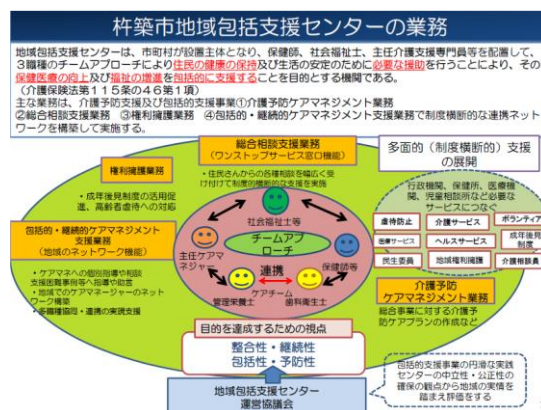
医科歯科連携を進めるために必要だと考えることとして、最多であったのは「歯科衛生士への全身疾患と歯科に関する研修・教育の充実」（79.9%）であった。次点は「歯科併設のない病院への歯科出張や、在宅往診など受診を容易にするための環境の整備・充実」（62.9%）であった。また、歯科医師や医師への全身疾患と歯科に関する教育の充実についてもそれぞれ

61.0%、58.0%と必要性を感じている傾向がみられた。

#### D. 考察

日本プライマリ・ケア連合学会への調査研究と東京医科歯科大学医科同窓会への調査研究から、回答率についてはともに低いものの、学部学生教育において医科と歯科とのつながりがある東京医科歯科大学医科同窓会における回答率は、短期間にもかかわらず高い結果となったことは、学部教育での医科と歯科の繋がりがその後の医科歯科連携への関心につながる可能性を示していると考えられた。また、調査に回答した医師の約半数が口腔内を初診時に診察しており、この結果は歯科との連携に対しての重要性を認識できる素地が十分であることを示唆している。

医師にとっては、医科歯科連携を意識する教育機会や、日常で連携を意識できる歯科との直接的に接する機会存在が大きな意味を持っている。そのためは、地域における「顔の見える関係の構築」が重要であり、定期的な患者カンファレンスの実施は非常に有益であると考えられた。図1に示したような歯科専門職をはじめとした多職種が参加している組織の存在は大変重要である。



(図1) 大分県地域包括ケアシステム構築イメージ図 (厚生労働省 HP :

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000133983.html> より引用)

また、学生の実習報告書の分析から最も多かった「訪問診療における歯科衛生士の役割」および「在宅療養患者に関わる家族や介護者」の両者において共通することは、技術的なことだけでなく、患者やご家族への接し方や配慮、コミュニケーションなどの重要性を感じていることであった。歯科衛生士の役割が口腔内に留まらず全身やその周囲の社会環境まで視野に入れることに気づいた点は、本実習だからこそ得られた結果だと推察する。歯科領域だけではなく、医科の現場での実習を歯科専門職(本研究からは特に歯科衛生士)の学生に取り入れることは、既存の実習では得られない学びが多々あり、将来的に地域での医科歯科連携を推進するために重要であることが期待される。

しかし、研究3から明らかのように、歯科衛生士の在宅歯科診療や往診への参加は半数以下であり、さらにそれに対応するためには何等かの勉強の機会を利用していることが示された。また、その勉強会の多くは地域や歯科衛生士会が提供するも



のであった。在宅歯科診療や往診に関する知識へ自信がある者の多くは「歯科衛生士養成機関卒業後の教育を受けた」と答えており、卒後教育を充実させることが、歯科衛生士の地域医療活動を促進させるためには重要であると考えられる。歯科衛生士養成課程における地域医療に関する教育は比較的近年取り入れられたものであるため、多くが在学中に教育を受けていないと答えており、それが原因で在宅歯科診療や往診に関する知識に自信がないと答えている傾向が伺えるため、今後は卒前後においてより充実した医科歯科連携に必要とされる教育を取り入れることが必要である。

取り入れるべき歯科衛生士に対する教育の目的、目標としては、まず、本研究で紹介した総合的な、「口腔健康管理アセスメント票」を歯科医師とともに十分に作成できる能力を育成することであろう。具体的には、①口の中の状況や訴えの把握と本人および家族の希望を正確に聴取、記録できること。口腔内の痛みや苦痛をフェイススケールで示してもらえること。②口腔内の歯式を、訪問歯科診療においても観察、記録できること。③口唇閉鎖、咀嚼、食事中のむせ、嚥下、うがいといった口腔機能を評価、記録できること。④食事について、栄養摂取法（経口摂取・その食形態、経管栄養、IVHなど）や水分摂取法（トロミの有無）について聴取、記録できること。⑤義歯の状況、着脱、使用について聴取、記録できること。⑥咬合状態（対合の有無）について評価、記録できること。⑦疾患（う蝕、歯周疾患、粘膜の異常等）について評価、記録できること。⑧口腔乾燥の有無を

評価、記録できること。⑨口腔清掃状態（食物残差、歯垢、粘膜の汚れ、舌苔の付着範囲・色、口臭、日常の口腔ケア等）について評価、記録できること。である。もう一つは、多職種連携を促進できるコミュニケーション能力である。コミュニケーション能力には、歯科医学のみならず、医師や看護師らとの情報交換に必要な医学的な知識と、ソーシャルワーカーらとの情報交換に必要な福祉に対する知識についての理解も含まれている。

医師に対しての調査において、医科歯科連携に関してうまくいっていると感じているものは45%、65%であったのに対し、歯科衛生士に対しての同じ質問では、うまくいっていると答えたものは半数以下であった。この理由として、医科と歯科の連携に対しての理解の温度差があると考えられる。医師にとっての歯科との連携は、紹介状のやり取りで十分に評価されているかもしれないが、歯科衛生士に依っての連携はより緊密な連携を望んでいるということである。本研究からは医師の歯科疾患への理解不足、連携する歯科との関係性の不足が大きな要因と考えられた。また、患者が歯科への受診を希望しない、受診できない（歯科が遠い、往診の対応が無い）といった要因も3割程度挙げられており、患者や家族の歯科受診へのハードルを下げることも重要な検討事項である。こうした患者側の要因は研究①で33%、研究②で27%と本学卒業生ではやや割合が低くなっていた。医師が歯科との連携が進んでいれば、医師からもより積極的に患者に歯科受診を勧めやすくなり、患者要因の減少に役立つ可能性がある。

本研究からは医師が歯科との連携の機会としてとらえている内容は、むし歯・歯周病・補綴（義歯）といった歯科疾患はもちろん、歯科の専門的対応（摂食嚥下障害、抗凝固薬服用中の観血的歯科治療、周術期口腔機能管理、睡眠時無呼吸症への口腔内装置）など多岐にわたっている。このことは歯科が医科に対してより一層の働きかけを行い、地域医療から、ともに患者の診療に携わることが、多くの患者にとって効果があることを意味している。本研究で示されたように、歯科との連携について意識している医師はいまだ少ない現状がある。しかしながら連携を意識した医師からは、歯科との連携の重要性について、多くの前向きな意見が寄せられ、歯科といかにして連携するか、そしてそれをうまく継続できるか。特に最初の連携の契機を作り上げることが非常に重要であると考えられた。

保険収載システムを考えると、医科歯科連携により加算できる内容は、周術期等口腔機能管理による手術加算、NSTへの歯科医師連携加算、退院時カンファレンスへの退院時共同指導料などが挙げられる。これらは、患者への効果が医科にも分かりやすく、医科歯科連携の促進に有効であると考えられるが、病院内での連携を主に促進させる施策であった。一方で、地域医療における連携としては、診療情報の共有に対して設けられている、診療情報連携共有料が中心であり、紹介状のやり取りを中心とした管理料の設定であり、診療情報共有後の評価についての共有は必ずしも求められていない。本研究でも医師からの歯科医師への要望として、

診療情報共有後の連絡が無いことが挙げられていた。

私たちの提案として、糖尿病、フレイル対策（特に低栄養、摂食嚥下障害、口腔機能低下症等）、認知症、がん治療、といった実際の治療に際して、歯科との連携を開始時のみでなく、その継続についての加算の算定、さらに地域における研修会の受講や医科との連携を要件とする施策を導入することは有効であると考ええる。

研修会の内容としては、前述のように、糖尿病、フレイル対策（特に低栄養、摂食嚥下障害、口腔機能低下症等）、認知症、がん治療、といった実際の治療に際して、医科歯科連携が功を奏した症例における症例検討会が挙げられる。X 診療所で実施されていたように、

症例検討会において、歯科との具体的な連携症例を共有することで、医師と歯科専門職が理解を深めていく試みは大変効果的である。こうした取り組みを全国的に広げてゆくこと、歯科との連携を行っていない診療施設においてもこうした学びを共有できる教育教材やシステムの開発、歯科に関する、より臨床的なアドバンスの学びを行うことができるシステムの構築は有益であると考えられた。

研修会の受講の時期としては、後期研修医あるいはそれ以降の受講が望ましく、その機会が歯科の連携に繋がる可能性があると考えられた。また、本学卒業生に対しての研究結果からは、当然のことながら学部学生教育も重要である。医師・歯科医師の学生教育においては、医

学教育、歯学教育のモデル・コア・カリキュラムにて「チーム医療の重要性」や「チーム医療の意義」について説明できることが明示され、専門職連携教育

(IPE) が実践されている。今後必要となるのは、こうした学生のうちに学んだ各専門職との連携の知識を、実際の臨床現場にどう生かすべきかという、より進んだアドバンスな臨床研修教育、生涯教育プログラムの構築であると考え。そのためには、①互いの他職種に対する理解度、医科もしくは歯科に対する知識度等、基本的な情報を共有すること、②医科歯科連携教育を実施する際には“どの場面で行われている連携なのか”設定を明確にして実施すること、が重要であると考え。例えば、“病棟”での医科歯科連携、“地域”での医科歯科連携、等のように同じ医科歯科連携でも場面によって関わる職種や関わり方が変わるため、学生により現実的なイメージを与えるためにも、詳細な設定のもと教育を進める必要がある。

歯科医師に対しては、「歯科医師臨床研修の制度改正」

([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit/suite/bunya/0000171072\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit/suite/bunya/0000171072_00001.html)) に

おいて、「チーム医療の実践」の目標のもと「在宅療養患者や介護施設等の入所者に対する介護関係職種が関わる多職種チームについて、チームの目的を理解し、参加する」や「歯科専門職が関与する多職種チームについて、その目的及び各専門職の役

割を理解した上で、チーム医療に参加し、関係者と連携する」ことが推奨されている。各地において今後さらに歯科医師のチーム医療への参加は増えていくと考えられる。X診療所で取り組んでいるような医科と歯科がお互いの症例を掘り下げながら相互理解を深めていく取り組みを実践することは、大変貴重で、こうした取り組みが、全国共通で推進されるような取り組みは大変重要である。

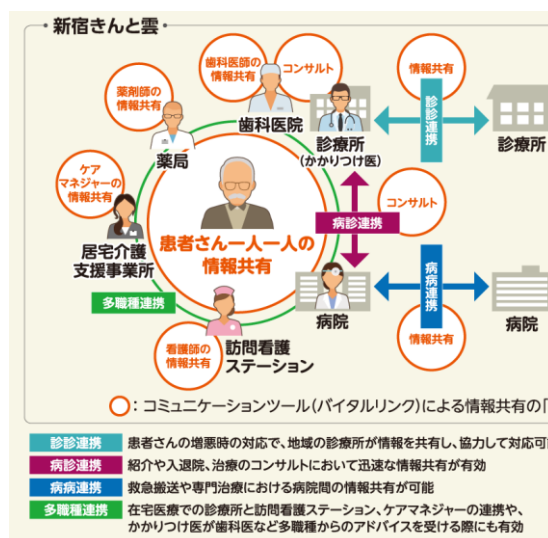
このように地域包括ケアシステムにおいて、歯科専門職が果たす役割として求められているのは、運動・栄養・口腔を一体として取り組むことである。食事形態や咀嚼機能・嚥下機能の問題については、患者のその時々状態に伴って、適切に適合できているかどうかについて連続的な評価が必要となる。常に変わりゆく患者の状態変化を評価し、それに応じた対応が必要となる。本研究で取り上げたX診療所のように、歯科専門職がそうした対応を行うことで医科との連携が促進される効果が認められた。

訪問看護師や医師に加えて、歯科専門職にはこうした変化を的確に見つける能力と、関連する多職種と患者さんの状態を共有し、連携してゆく能力が求められる。

こうした事例検討会、教育研修会等によって、連携の契機が得られたのち、実際連携が開始された後には、多職種が介入した場合、それぞれが患者や家族の変化を抽出した際の情報共有や介入の調整について課題があると考えられた。その解決の一方

法として、バイタルリンク®を応用した

(図2)のような医療・介護多職種情報共有システムは非常に有用である。



(図2)新宿区医療連携システムによる  
情報共有・連携イメージ ([https://teijin-33l.jp/case\\_study/index06.html](https://teijin-33l.jp/case_study/index06.html)より引用)

こうした情報共有システムの標準化や  
利用促進は医科歯科連携をより促進させる  
ことにもつながると考えられる。

本研究の限界と今後の検討課題として、より積極的な学会との連携による、調査対象の拡大と調査数の積み上げが求められる。しかしながら、医科歯科連携について全国から、関心を持つ医師による多くの貴重な意見が寄せられたことは、十分に評価に値すると考える。今後は実際に医科歯科連携のシステム構築や、研修会を計画、実施してゆく中で、引き続き、調査研究を実施することが望ましい。

## E. 結論

地域医療における医科歯科連携の更なる発展のためには、特に医師に対して、歯科との連携との意識を高める必要があることが示唆された。そのためには診療情報の共有を評価する施策に加えて、特に糖尿病、フレイル対策（低栄養、摂食嚥下障害、口腔機能低下症）、認知症、がん治療などで

その継続を評価する新たな施策の導入。情報共有の継続のための医療・介護多職種情報共有システムの積極的な活用の推進。それら新たな施策を遂行するための勉強会や研修会において、医科・歯科連携のきっかけを促進することが効果的と考えられた。また、歯科専門職を含めた多職種が所属する地域包括ケア支援センターの存在も非常に有効である。歯科衛生士は医科歯科連携において非常に重要な役割を担っているが、本研究の結果からは、その卒前・卒後教育はいまだ十分とは言えず、医科歯科連携促進に向けて、歯科衛生士に対する更なる教育・研修の充実が強く求められていると考えられた。

## F. 健康危険情報

無し。

## G. 研究発表

無し。

## H. 知的財産権の出願・登録状況

無し。