

第4回

医科・歯科の壁

NPO法人 歯科医療情報推進機構顧問 東京歯科大学社会歯科学講座 客員准教授 四家 秀雄

今、少子高齢化によるさまざまな問題が起きています。医療に絞るとの四点を提起します。

1. 高齢者施設や病院での誤嚥性肺炎に対する対策不備の問題

高齢に伴いフレイルといわれる体力の低下が起こり、それに伴う機能低下として摂食障害や誤嚥といわれる食物の飲み込みに伴うトラブルが生じます。口腔から咽頭、食道にかけてのさまざまな疾病に対する治療の専門医はいても、なぜか嚥下に対する機能については軽視されてきました。

歯科においても虫歯の治療や歯の欠損に対して義歯を作製しますが、その義歯がよく噛めて、その先の食べ物を飲み込む機能が正常かの確認は不十分と思われれます。あきれた話ですが、改めて医療の根源的な問題です。これまで嚥下機能の不具合に対しては医科歯科領域の谷間にあってあまり関心が寄せられなかった経緯があります。

今、この問題に対し、医科歯科を中心とした多職種連携が進められています。まだ十分に浸透している

とはいえません。患者が、誤嚥のトラブルによって食事の困難性が起きて入院することになり、医療機関側は誤嚥性肺炎を避けるために、胃ろうの選択を患者本人や家族に相談するようです。

確かに飲み込みにくくなると、万が一、食べ物が詰まったりして窒息でも起こされると医療訴訟となり、責任問題になるのを避けたいのが医療機関側の考えだと思います。しかしながら、胃ろうにすることで看護師さんや介護担当者の負担は軽減されますが、患者の生きがいや、口から食べることの楽しみを奪うことに対する配慮に欠けるという問題があります。

また、噛むことによる唾液の分泌や脳への刺激が減ることの影響等も大であります。突然、口からの食事ができなくなることで患者は相当大きなショックを受けるものと思われれます。

もちろん、どうしても胃ろうにせざるを得ない患者もいると思いますが、ここは今一度、慎重に患者の気持ちに配慮するべきであり、まさに医科歯科連携での口腔機能回復への取り組み強化が問われていると思います。

問題は予防です。咀嚼や嚥下機能には多数の口腔顔面内外の筋肉が複雑に連携関与します。誤嚥の兆候が出る前に、筋肉を動かす動作を習慣づけることが必要です。特に、嚥下においては舌の働きが重要で、食物を飲み込む時に気管に入るのを防ぐために喉頭挙上による喉頭蓋閉鎖の機能に関与して上前方に動きます。日常の習慣として舌回しや前方への突き出し等の運動をすることにより、これらの機能の衰えを予防することができます。

また、舌を動かすことで舌の下部にある唾液腺を刺激し、唾液の分泌低下を予防することもできます。唾液が減ることで虫歯や歯周病になったり、入れ歯が痛くなったりします。口内炎ができやすくなり、カビが生えたりします。これまでは、ややもすると治療はしたものの、以前の機能を取り戻せていないのに、我慢したり、あきらめたりしているうちに、生活全体が消極的になり、肉体的・精神的にも退化することで免疫力低下の悪影響が全身に波及することがありました。あるいは、呼吸器機能の衰えによる肺活量の低下で、誤嚥した食物の排除が困難になる場合もあります。

医療水準の格差や患者満足度の格差には個人差だけでなく、おのずと医療費や技術面等の医療資源の問題があります。どこまでも際限がないといわれればそうですが、ここは最低限もう一度、患者視点で見つめ直す時ではないかと思えます。

以上のような状況に対して、歯科医師や歯科衛生士が医科関連の多職種と連携して、健全な口腔機能を回復させることが重要であり、胃ろうにならないための誤嚥予防対策の強化に向けた連携の促進が急務です。

2. 歯科医療に対する患者の満足度

これまで自分は患者に義歯を作製して、その場でいろいろな食べ物を試食させたことはありませんでしたが、患者側にすれば帰宅後の食事は問題なくできるか不安に感じているのではないかと思っていました。特に、総義歯の難症例ではなおさらです。

もちろん、初めて治療を受ける患者であれば慣れることが大事ですが、その前に最低限の機能の確認を行い、患者の反応をうかがう余裕が術者側には求められるのではないかと思

ます。

歯科治療のなかには被せた冠なりインレーが取れて来院し、それを再び装着するものがあります。咀嚼機能には個人差はあると思えますが、患者側に見れば一度取れたものをまた装着されても、食事中にまた取れるのではないかと不安になるのは当然です。二度と繰り返さない方法と技術の追求が大切で、それによって患者との信頼が生まれるものと思えます。

今、歯科医療において大切な処置は咬合状態を適正に診断し、トラブルを未然に防ぐ調整を行うことだと思えます。頭頸部の咀嚼に関する筋肉を触診し、痛み等わずかな変化をチェックし、ミクロン単位の咬合調整が行われることが重要です。

通常は、患者が自覚症状をもつて来院しますが、この筋触診法は筋肉を押すまでは痛みがなく、押し始めて違和感を感じるレベルですので、患者には驚きと原因の理由を十分説明し理解させることが大切です。安静時に上下の歯が接触している人は、咀嚼筋にストレスが溜り顎関節症等のトラブルを起こしやすいので、なるべく接触をさせないよう意識的に努めることが大切です。これだけで

大半の症状が改善されることが判明しています。

また、これまでは歯がグラグラ揺れる動揺の強い歯を残すのは困難でしたが、今では自身の智歯や交換期の乳歯の歯髄幹細胞を培養保管（液体窒素のなかで半永久的に保存）しておき、それを患部に注入処置を施す方法で歯槽骨を再生させ、かなり動揺していた歯でも抜歯をしないで保存できるようになりました。かなり画期的な治療法といえます。

3. 医科歯科連携（周術期等口腔機能管理）

がん等で全身麻酔対象の大きな手術や放射線、化学療法、緩和ケア等の患者の周術期前後における口腔機能管理をすることで、術前・術中のトラブル予防と口腔機能の不調や誤嚥の有無を確認し、術後の合併症を予防する医科歯科連携の保険点数評価が平成二四年度の診療報酬改定で導入されました。メリットとして以下の四点があります。

- ①口腔ケアの大切さを知るきっかけとなる。
- ②合併症を予防することで入院期間の短縮（延長による病院収支赤字解

消）となる。

- ③術前・術中・術後のトラブルを予防できる。
- ④QOLの改善で病気の再発予防と生きがいを取り戻す。

これまでにない画期的な医科歯科連携の点数評価ですが、まだ広く浸透している状況ではありません。全身麻酔による手術を行う患者に対して、いかに口腔機能改善と口腔ケアが大事であるかを医科歯科双方の先生方が認識し、この制度を積極的に活用する意識改革が求められています。

今、「周術期等口腔機能管理」は時間の経過とともに医科でも認識され、急速に普及しつつあります。しかし、現状では歯科側での認識は未だに充分とはいえず、「何のために」「何をするのか」といった基本的な部分ですら理解が深まっているとはいええない状況です。

患者は手術の前に精神的なストレスを抱え、治療のための投薬の副作用などにより体調が不安定になります。特に、食欲不振による体力低下で免疫力が下がり、口腔内の乾燥により菌が増殖します。また、就寝時に唾液の誤嚥が問題となっています。周術期等口腔機能管理の対象とし

て、手術以外に放射線療法や抗がん剤による化学療法、ターミナルケアがあります。これまでの歯科の点数評価とは根本的に異なります。

これまで、周術期等口腔機能管理は、ともすれば病院のベッドサイド中心で語られ、注目されがちでしたが、実際にベッドサイドで実施可能な処置は限られており、ベッドサイドでの周術期等口腔機能管理を円滑にするためにも歯科医と連携し、特にチェアーサイドでの処置が重要です。

また、周術期の合併症を減らすことにより、入院期間の延長を予防できます。これは、医科におけるDPC（包括医療費支払い制度）の普及推進です。

DPCとは病名に対して決められた入院基本料、検査、投薬などの包括的支払い部分と、手術、リハビリ等における出来高払い部分とを合算して入院治療費として支払われる制度です。簡単にいってしまえば病名に対して決まっている標準的な入院期間内で退院できれば一日当たりの診療報酬は多くなり、入院期間が延長すれば一日当たりの点数が少なくなるといふ診療報酬制度で、全国の医科病床数の約五五%がこのDPC

により入院治療費の算定を行っており、今後さらに増加すると考えられます。

平成二六年度診療報酬改定の際の中医協答申でも、さらに一層の周術期等口腔機能管理関係の強化が謳われており、医科に対して周術期等口腔機能管理の依頼を行った場合の情報提供、および手術点数そのものへも加算の貼り付けが行われるなど、病院サイドの迷惑、国・厚労省の目標とともに周術期等口腔機能管理への期待と圧力は高まっています。これからもっとも期待されるシステムであり、何よりも患者自身が安心して満足が得られる制度として定着させることが大切です。

4. 歯科界の改革

日本の歯科医療は、これまでの長い皆保険制度のなかでさまざまな矛盾や無駄、歪みが起きており、特に大きな問題点として次の五点があります。

一点目は歯科大学のあり方です。歯科界の現状、歯科医師過剰問題のなかで受験生が激減しています。

二点目は歯科医療の本身です。治療の質に問題があり、結果的に歯を

失っていることです。治療の原点を探り、患者が納得する医療環境にもつていくべきです。

三点目は歯科医療の診療報酬上の評価です。これについては、まず大学での教育に問題があります。保険診療についての知識がいまま大学を出た後の臨床現場で、知らないことによるさまざまな問題が起きています。勤務医でいるうちにはもちろん、新規に開業する管理者ですら無知の人が多いのです。

この知識についての国家試験はありません。教えられる先生もいません。卒業後の行き先々で出会う先生方の考え方次第のところがあります。教えてくれる人や組織があつても、それが正しいという保証はありません。その結果、取り返しのない最悪の悲劇が起きています。

これには官僚、歯科医師会、審査会、保険者のかかわりがあり、まさに魑魅魍魎の世界です。卒業前にできるだけ大切なポイントを叩き込める仕組みを構築すべきです。

四点目はできるだけ簡便で安全なオンラインシステムを浸透させることです。

歯科医療にかかわるあらゆる業種の相互間に適切な情報が伝わり、誤

解や不都合な事項に迅速な対応をすることです。

五点目は現場組織の人が、いかに現状の問題点について認識し、改革に向け動かせるかです。

これまでの行政指導は一部分を除き、書類審査で現場がみえていない上辺だけのものでした。そこには、いろいろな誤解や矛盾、ひいては本末転倒な実態があり、情けない返還や犯罪がらみのことが起きています。神聖な医療とはあまりにもほど遠いものです。

保険診療の仕組みやルールを真に理解したうえで議論できることです。診療報酬は二年に一度改定され、その都度取り扱いが変わります。それ故、常に正しい判断が得られる情報入手のネットラインが求められます。それも一般解答でなく個々のケースに対応した解答が必要です。ですから、大学在学中だけでなく、大学を卒業してからのフォローが特に大切で、これほど大切な保険診療の教育を大学でやらないのはなぜか。今でも歯科大学の病院での実態はとてども教育機関としての模範とはいえない状況にあります。

今、歯科大学では何よりも優先して国家試験対策が行われています。

学生にとっては、誠に悲劇的といわざるを得ません。私の臨床技術への考え方は、患者に無理なく可逆的で十分な説明と理解に裏づけされた手探りのなものを基本としています。

高度な技術は個々の先生方のレベルに依り、十分な時間とそれに対する第三者機関の評価、認定を適切に行い、患者に情報提供したいと思えます。日本の場合、一部の先生方を除き、大部分の先生が保険診療を行っています。先生方のなかには、今のカルテ、レセプト作成はコンピュータ化され、何の問題もないという方もいます。

ところが、その機械化に重大な盲点があるのです。何が問題かもわかっていないという、恐ろしい現実があります。ですから、大学を卒業してから保険診療の教育を行ったのでは遅いのです。保険診療の教育は、単なる点数の取り方の教育ではありません。自分が行った診療行為が認められない時、どうするのか。その時の判断をどうするか。大いに意見し、適切なルールにしていくべきと考えます。

今は、その議・論を行うこともなく、ルールに従うしかないという矛盾や無理があり、歪んだ取り扱いを

されてしまっており、後で問題となつていきます。これから現場の先生方と一体となり、私が見えなかった点の発見と、あらゆることに対する問題解決に取り組んでいきたいと思えます。超高齢社会における医療・介護の問題解決に地域包括ケアシステムの構築が進められており、地域住民のボランティアやケアマネジャー等、ならびに医療関係者を含めた総合的な連携プロジェクトが行われています。

これまで歯科医療は医科よりもさらに院内完結型でできたところがあり、院外に出た多職種との連携は不得手だと思えます。医科・歯科の連携をよりよく進展させていくために大切なことは、超高齢社会で問題となっているフレイルや栄養サポートに対する歯科医側の認識と学問的裏づけを極め、歯科医師が積極的に現場（病院、高齢者施設等）に参加する意気込みです。

医科・歯科の格差についても、お互いが真摯に取り組み信頼ができる状況に向けた努力が急務です。平成二四年度改定で導入された医科歯科連携（周術期等口腔機能管理）の取り扱いは徐々に増えてきていますが、まだまだ十分に浸透しているとはい

えません。

この制度は、本来医科からの情報提供によって初めて機能するものですが、多くの場合、医科の先生方は目の前のがん患者の手術への対応に追われ、残念ながら現状では、歯科と連携した口腔ケアの依頼をするまでの時間的な余裕もなく、あるいは歯科医師による周術期等口腔機能管理の治療効果に対する正しい認識をもつ歯科医師は少ないように感じられます。

この状況を乗り越える方法としては、医科病院のトップに周術期等口腔機能管理の治療効果を認識してもらい、そのうえでがん患者等の担当医が周術期前後の口腔ケアを含めた口腔機能管理全体を任せられる専門の歯科医に依頼するシステムを構築してもらうことがあります。

また、その際の歯科医側の心得として大切なことは、患者がこれから受ける手術や放射線療法、化学療法に不安をもっているという前提のもと、患者に今後起こり得るあらゆるトラブルに対して相談に乗ることを伝え、安心感を与えることです。

この制度は患者の理解と同意が要件です。かかりつけ歯科医に定期的なケアをされている患者もいますが、

特にこの制度が有効な点として広範囲に及ぶ口内炎に対しての疼痛緩和液のエピシル塗布の絶大な効果の大きさがあります。

歯科医師はがん患者に対して手術を行う前に病巣を縮小させることを目的として、放射線療法や化学療法を行います。この副作用で口腔内に広く口内炎が起きます。エピシルを患部に塗布すると被膜が形成され、痛みがなくなり食事が楽になります。

薬ではありませんので、患者に投与して家庭で使用することも可能です。今日まであらゆる点で医科・歯科に歴史上の隔たりがあり、いざ連携といわれても現実的には困難がありますが、新しい点数導入を契機として、お互いが患者を中心に積極的に取り組む姿勢が求められていると思えます。

5. おわりに

幸い、今は医科の医師からも口腔ケアの重要性が語られるようになってきました。この機会を逃さずに歯科側の意識改革を高め、医療界全体の質の向上に向けた努力をしていきたいと思います。よろしくお願ひします。