

在宅医療グループ診療運営事業

第13回 在宅あるある会

活動報告

2026年2月17日開催

在宅医療グループ診療運営事業「第13回 在宅あるある会」はテーマ『在宅医療における関係職種を理解する』より、在宅でどこまで歯科治療が可能か、口腔ケア・摂食・嚥下にどうかかわることができるか等、在宅歯科医療を知ること、苫小牧での訪問歯科の現状や医科・歯科・多職種との取り組みの様子を学ぶことを目的に開催しました。会場およびオンラインのハイブリッド開催で、医師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師、管理栄養士、リハビリ職、ケアマネジャー等、50名の皆様にご参加いただきました。



初めに、総合司会の苫小牧市医師会 伊賀勝康先生より、在宅あるある会のルールとして敬称を「先生」ではなく「さん」と呼び合いましょうと声かけがありました。講演は苫小牧歯科医師会 地域医療担当理事 安保直樹さんを講師にお迎えし、実践報告では沖歯科医院 沖佑希哉さんよりご発表いただきました。最後に苫小牧地域の医療アドバイザーである北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周さんより講評をいただきました。



総合司会 伊賀さん

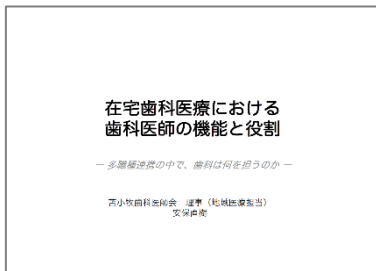


講師 安保さん



実践報告 沖さん

【講演】



安保さんには、『在宅歯科医療における歯科医師の機能と役割～多職種連携の中で、歯科は何を担うのか～』のご講演をいただきました。

初めに、歯科は歯が痛い・義歯が合わない等の症状が目まぐるしがちだが、在宅医療や多職種連携の場において口は栄養を摂り込み・エネルギーを生み出し・全身の健康に繋がる命の入口であること。

入口が崩れることは単に歯の問題ではなく生命維持のサイクルが滞ることを意味し、この入口を守ることが如何に役割を果たすのか、参加する方々と深めていきたいと話されました。

多くの在宅療養者や家族にとって口から食べることは単なる栄養摂取の手段ではない。家族や友人と食卓を囲み味覚を楽しむ充実感、自分の口で食べる自負が尊厳を支えており、「食べる」を支えるということはその方の「人生の彩り」を最期まで守り抜くことだと話されました。令和元年の調査では、硬いものが食べにくい・むせる・口が乾く・しっかり噛めないと感じる人が60歳代を超えると急激に増加し、日本歯科医師会の8020運動（80歳で20歯以上の維持を目指す）が50%以上達成されていても多くの人がしっかり噛めないと感じていることがわかる。最期まで自分の口で食べられるのは偶然ではなく、オーラルフレイルの兆候を早期に捉える→歯科が適切に介入→介護・看護職の見守り・情報共有の連携による「必然」の積み重ねだと話されました。在宅医療で歯科が求められる背景には、超高齢社会の進展：口腔機能維持が必要な人の増加、歯科治療ニーズの変化：歯の形態回復主体（虫歯等の治療）→口腔機能の維持・回復へシフト（疾患を抱えながら在宅で過ごす高齢者の増加）、口から食べる期間を延ばす：食べられない・飲み込めない→口腔内が不潔→肺炎を適切な介入で予防する等、口の健康維持が全身疾患の予防や自立支援に繋がることが明らかになったためだとご説明いただきました。

講演で伝えたいポイントとして、①Why：なぜ在宅医療において歯科の視点が不可欠なのか、②What：歯科は何ができる・できないの具体的な役割の整理、③How：いつ・どのようなサインで歯科に繋がれば良いか、3つのポイントをお示しいただきました。認知機能が低下した方の場合、口を開けてくれない・治療を拒否されることも多いが、拒絶には必ず理由がある（何をされるか分からない不安等）とのこと。介護スタッフ等から普段の接し方を教わりながら信頼関係を築きスモールステップで進めることによって、歯科治療が完遂できずとも口腔内を清潔にするだけで周辺症状が落ち着くケースも多いと話されました。発達障害や身体障害がある方の場合、特有の過敏さや定期通院の難しさから口の健康が後回しにされがちだが、トラブルが生じると深刻化しやすい。「どうすれば安全に苦痛なくケアを続けられるか」を多職種で考え、地域でその人らしく生きることを支えるために、寄り添う存在でありたいとお話いただきました。

一方、実際に訪問歯科診療をどこに依頼すれば良いかわからないという声があがっているとのこと。現在、苫小牧市内の歯科医院約70件中訪問診療にアクティブに対応できるのは数件程度。その要因は診療体制の維持・稼働効率の問題等、高いハードルにあるとご説明されました。安保先生が歯科を活用してほしいと講演しても、いざ依頼されると断らざるを得ないケースもあり、強い葛藤や申し訳なさを感じているとのこと。限られたリソースを本当に必要な方へ最も効果的なタイミングで届けられるようこの後説明する判断基準がその一助になれば、と話されました。

嚙む力・飲み込む力・舌の動きは加齢とともに衰えていくため、在宅歯科医療では歯が揃っていても正しく機能しているかが最重視される。理想的ではない状態でも機能を最大限に発揮できるよう手伝えることも歯科医療従事者の大きな役割と考えている。高齢化の進行は、口腔機能不全状態で生活する人の増加を意味し、不全状態が続くと全身の虚弱を加速させる要因となる。在宅医療で恐れられる誤嚥性肺炎は、ある日突然運悪く起こるのではなく、小さな口のトラブルの積み重ね（義歯の不具合・口腔内の不潔・咀嚼力の低下等）→嚥下障害・不顕性誤嚥を繰り返す→肺炎の発症に繋がる。肺炎は発症したものを治療するのではなく予防するもの、そのため初期段階で歯科が介入することが重要だと話されました。

誤嚥性肺炎と並び深刻な低栄養・フレイルの悪循環についてご説明いただきました。最近硬い食べ物を避ける・食が細くなった等の小さな変化がオーラルフレイルの入口であり、フレイルサイクル（口腔機能低下→柔らかい炭水化物ばかり摂取→タンパク質の不足→筋肉量減少→活動量低下→食欲減退→口腔機能低下）のきっかけは口であることも多い。在宅ケアにおいて疾患管理と生活支援は欠かせないが、食事を残す・嚥下がスムーズにいかない等の原因が義歯のがたつきや舌の筋力低下にある場合、歯科的視点がなければ見落とされてしまう。全身の衰えを「歳のせい」と口の些細なトラブルを放置すると、食べられるものの制限→食べる楽しみの喪失→社会的孤立→意欲の低下→栄養状態の悪化→歩行困難や認知機能の低下まで波及する。口の問題は、生活全般や人生の終わりの迎え方を決定付ける「起点」であると話されました。呼吸・発話・嚥下・味わうと多機能かつ最期まで使い続けられる口は、亡くなる直前まで肺炎予防・尊厳維持のため衛生管理が必要であり、どのライフステージにおいても口を管理することは「生きる力」を支え続けることと同義である。適切な歯科介入によって形のある食事の再開や笑顔が増えるケースが多数あると話されました。

次に、オーラルフレイルについて。オーラルフレイルは病名ではなく口の機能が健常から要介護へ向かう「衰えの予兆」を指す概念であること。オーラルフレイルの恐ろしさは本人が気づかないうちに痛みを伴わずに進行していく点だと話されました。硬いものが噛みづらい等の軽微な違和感があっても柔らかいものを食べるように適応することで筋肉がさらに衰え、症状を自覚する頃には栄養状態にまで影響していることが多い。歯科受診の動機は虫歯や歯周病による痛みが多く、唾液の減少・飲み込みの悪化等は「無痛ゾーン」で生じるため「痛くないから大丈夫」は危険。また、「口が衰えること」は「生活が衰えること」であり、口腔機能の低下は身体的フレイルだけでなく精神的・社会的フレイルとも深く結びついており、歯科介入により再び外食できるようになることは生活の再建を意味すると話されました。「オーラルフレイル」という言葉の最大の意義はこれまで見過ごされてきた老化のサインに光を当て、予防やリハビリの対象として明確に定義したこと。口腔機能は本人・家族も気付かないほど緩やかに低下し、肺炎を発症した段階では身体予備能力も低下しており回復には多大な時間と労力を要する（義歯の作り直し、長期リハビリ、医療費・介護負担の増大等）。歯科が早期介入する最大のメリットは機能の維持・回復の難易度が低い（義歯の軽微な調整、簡単な口腔体操等）ことだとご説明いただきました。

口腔機能低下症は様々な要因によって口腔の機能が複合的に低下している状態であり、家族・ヘルパー・看護師等の日々患者に接する方々が気付いた些細な変化や違和感を歯科へ繋いでほしいと話されました。また、口腔機能低下症の診断基準とその対応をご紹介いただきました。

口腔機能低下症の検査と対応（3項目以上該当で 口腔機能低下症 と診断）

- ①口腔衛生状態不良（舌苔の付着程度）→ 舌ブラシの使用や歯科衛生士による口腔ケア
- ②口腔乾燥（口腔水分計ムークス、サクソテスト）→ 唾液腺マッサージ
- ③咬合力低下（デンタルプレスケールⅡ、残存歯数）→ 義歯や噛み合わせの調整、食事内容のアドバイス
- ④舌口唇運動機能低下（パ・タ・カの連続発音数）→ おしゃべりやカラオケの推奨、リットレ(吹き戻し)
- ⑤低舌圧（舌圧計）→ トレーニング器具「ペコぱんだ」
- ⑥咀嚼機能低下（咀嚼したグミのグルコース濃度測定）→ 歯科治療や生活指導(よく噛む)
- ⑦嚥下機能低下（EAT-10）→ STによる嚥下訓練

在宅歯科医療の目的は歯を治療することだけでなく、口腔衛生管理、口腔機能管理、安全な食形態の提案により、その方の食生活と全身の健康を守ること。そのためには口の向こう側にある生活（どのような姿勢で食事をするのか・誰が調理するのか等）を見る必要があると話されました。歯科だけで患者の低栄養の改善や誤嚥性肺炎を予防することはできないが、原因が歯科の専門領域（歯の処置、顎・粘膜の病変の診断、義歯の設計・調整、嚥下機能評価に基づいた食形態の安全範囲の提示等）にある場合は解決することができる。専門性を維持しつつ、日々の口腔衛生管理・食事の介助方法は他職種と共有すべき領域であり、歯科が介入していない多くの時間を支える職種といかに視点を共有し連携できるかが重要である。連携が上手くいかない原因の多くは、役割が曖昧なために生じた互いの遠慮や期待のズレによる不満であり、どの職種が何を担当するか明確に共有できればスムーズに連携できる。また、過度な期待（例：歯科が介入すればどのような嚥下機能の人でも食べられるようになる）に陥らない様に現実的なゴールをすり合わせること、個人の熱意に頼るのではなく仕組みとして行えるものでなければ長続きしないこと等もご説明いただきました。

次に、歯科に相談すべきタイミングについて。これまで食べられていたものが食べられなくなった等の「変化」、リハビリを頑張っているのに栄養状態が改善しない等の「停滞」がみられたときには相談してほしいと話されました。現場で最もわかりやすい・深刻なサインは食事量の低下であり、ただ単に食欲がないで片付けるのではなく、長年使用していた義歯を使わなくなった・口臭・口腔乾燥・不潔感等がないかチェックしてほしいとのこと。特に義歯が合わない（歯茎の痩せ、パネの変形等）等の理由で外している時間が長くなると周囲の筋肉が衰え使用できなくなるリスクがあるため、早急な歯科受診を要すると説明されました。歯科に相談する際の判断基準に活用できるチェックリストもご紹介いただきました。また、多忙な現場における情報共有は、量より質が重要であり、いつから・どんな時に・何に困っているのかの3点に絞って伝えてほしいとのこと（例：1週間前から夕食のときだけ義歯を外して食べるようになった）。在宅における患者の生活を支えるための連携には、状況に応じて主役が入れ替わりながら全体として支える「主役のいない柔軟なチーム」が理想的であり、歯科もそのチームの一員としてフラットに関わっていきたくと話されました。

判断基準があれば迷わない	
01 食事時間の変化 以前より15分以上長くなっていないか確認	02 食事形態の変化 最近、食形態が下がっていないか確認
03 義歯使用状況 義歯を外している時間が増えていないか確認	04 口腔内の状態 口臭や乾燥、不潔感がないか確認
05 Yesならば相談 一つでも該当すれば歯科相談のフラグを立てる	

事前質問①：正しい義歯を装着することで食事意欲がどれほど向上できるものでしょうか。また、在宅訪問時でも観察できる指標などがありましたら教えていただきたいです。

→正しい義歯は食事を支える必要条件ではありますが、それだけでは十分ではありません。食事の成立には、ハード：義歯、ソフト：動かす機能、コンテキスト（状況・背景）：本人の意欲や環境の3つの要素が絡み合っています。義歯がもたらす最大の効果は噛める喜びの再獲得や見た目が整うことによる自尊心の向上です。特に前歯が入ることで表情が明るくなり、外出したい・他者と交流したい・一緒に食事したい等の意欲が生まれます。指標については咬合力測定や咀嚼機能試験がありますが、日々患者さんのケアを行う方々には、道具である義歯がどう生活の力になっているのか、例えば義歯装着後の表情、食べこぼしの有無、これなら食べやすい等の発言を情報共有していただきたいです。

入口である口を守るための連携とは、各職種が持ち場を守りつつも隣の職種と少しずつ重なり合うことで「隙間のない防衛ライン」を形成し、チーム全体で「入口を塞がせない、汚させない、衰えさせない」と共有すること。また、歯科に訪問依頼する際には、フェイスシートの提供、歯科治療には時間がかかることへの理解、訪問車両の駐車スペースの確認・確保してほしいと話されました。どこの歯科に依頼して良いかわからない場合には歯科医師会へ相談いただくことで訪問歯科診療可能な医院と調整を行うが、全てのニーズに即座に応える力はまだ不十分であるとのこと。しかし窓口への相談内容は地域全体の歯科医療をどう底上げしていくかの貴重なデータとなるとご説明いただきました。

事前質問②：市内で在宅歯科診療を行っている歯科の一覧表等、把握する方法はありますか。

→これまでは外来通院患者を治療することが中心だったため、在宅歯科診療の必要性等、現在歯科医師会は変革を迫られている過渡期になります。どの歯科医師がすぐに訪問できるかをリアルタイムに把握する仕組みが十分に整えられていません。

訪問歯科診療について戸惑いを感じる歯科医師も多く、機材の準備やスタッフの確保等の高いハードルを個人の問題とするのではなく、歯科医師会が組織としてどう支え・地域に送り出していくかまだ足並みが揃っていない。窓口の対応が公的な事業でもなく専従スタッフがいるわけでもない中で継続している理由は、現場の困りごとを放置すれば地域で食べるを支える仕組みが立ち行かなくなる危機感・使命感であること。個々の医院が無理をするのではなく、地域の歯科医師が少しずつリソースを出し合い歯科医師会が調整するという持続可能な仕組みを作るという改革に取り組んでいる。「医科歯科連携」の目的は連携自体がゴールではなく、連携によって患者が住み慣れた地域で、家族に囲まれ、最期の一口まで自分の口で味わい、尊厳を持って人生を全うできること。一方向からの依頼ではなく互いに苦勞を分かち合いながら苦小牧で最期まで食べられる仕組みを一緒に育てていきたい。「口は症状ではない、入口である」。今日から口を単なる汚れを落とす場所や病気がある場所としてではなく、その方の人生を支える大切な入口として見てほしい。口に関して困ったことがあれば苦小牧歯科医師会または地域の歯科医院へご相談くださいと話されました。

総合司会からのコメント

口腔状態が破綻している患者を訪問診療で見える機会もあり、高齢化の進展でどうなっていくのかと感じていました。歯科の視点から対応の必要性について講演を聞くことができ勉強になりました。

口腔機能低下症の7項目や歯科へ相談する判断基準の5つのチェックリスト等、様々な職種に広げられるきっかけになればと思いました。訪問歯科診療のシステム作りに関して、医師会・連携センターでも可能であれば協力していきたいと感じました。

Q A 質疑応答・感想(1)

Web：「苫小牧歯科医師会の会員です。現場の方々にお聞きしたいのですが、訪問歯科診療のニーズは相当数あるものなのでしょうか。実際どこに依頼したらいいのか困っているのでしょうか。」

安坂さん：「現場からの回答を希望されていると思いますが、私の方から回答させていただきます。歯科医師会でも年に数回依頼を断るケースがあり、ニーズは相当数あると思います。近隣に訪問できる歯科医院がないという相談や、訪問する歯科医師がないので諦めている・訪問歯科を知らなかったというケアマネジャーからの話も聞きます。当院は平日午前中のみでの対応で、2～3 ヶ月先まで予約枠がない状態です。国も在宅歯科診療に対して保険財源を重点的に配分しているところですので、歯科医師一人の歯科医院では難しいですが、複数が所属している医院には一人でも多くの歯科医師に訪問歯科診療を行っていただきたいと思います。実際の経験ですが、大変感謝され心の底から歯科医師になって良かったと思う瞬間を味わうことができますし非常に意義のある活動だと思っています。」

A さん（訪問診療医）：「千歳市で在宅医療を行っており、苫小牧東部への訪問診療体制を整えているため訪問を開始した際に連携できたらと思い参加しました。訪問診療を受けている患者さんはフレイル・虚弱の状態であり、ほとんどが訪問歯科を依頼したい状態だと思いますがマンパワー的に難しいと思います。これまで依頼したことはありませんが、例えば年 1 回歯科検診の様な形で依頼することは、介護保険での居宅療養管理指導やその他の枠組みで可能なのか教えていただきたいです。」

安坂さん：「在宅患者さんの口腔内は気になる点が多くニーズがあると思います。東部地域を考えますと訪問歯科診療を提供する歯科医院の数があるとは言い切れませんが、年 1 回であれば可能かと思います。また、希望のタイミングでは難しいかもしれませんが枠組みとしては可能です。私としても社会体制や医療資源が整うまで場を繋ぐ意味でも医科と密接な連携をとりたいと思っています。」

B さん（病院医師）：「市内内科で勤務しています。通院患者さんを診療する立場で講演を聞かせていただき大変勉強になりました。通院できている患者さんのサインをいかに早く発見して歯科へ繋ぐかという部分が大切だと感じたのですが、通院患者さんの場合、食事の時間等の変化を家族に見てもらわなければならないと思いますが、具体的なポイントがあれば教えていただきたいです。」

安坂さん：「通院できている患者さんということは、まず歯科の外来に来ていただくことが原則になります。兆候については、食事時間が長くなった、体重減少、ムセ、特に食事量の低下があれば歯科へ相談していただければと思います。」

伊賀さん：「院内で取り組む場合には、体重が減少している患者には看護師から事前に質問してもらいピックアップする等、医師でなくともチェックできるシステムを当院でも何か考えたいと思いました。」

【実践報告】



沖さんには、実践報告「苦小牧における訪問歯科診療の現状」をご発表いただきました。

沖歯科医院では通院が困難な方が安心して歯科治療を受けられるよう自宅や施設へ歯科医師・歯科衛生士が2人体制で訪問し、口腔ケア・義歯が合わない・虫歯・歯周病等の依頼に対応しているとのこと。協力歯科医療機関として市内グループホーム7施設・サービス付き高齢者住宅1施設で口腔衛生指導や入居者の歯科治療の対応、口腔衛生管理への助言（月1回文書）・口腔ケアや施設管理における疑問への相談対応、家族やケアマネジャーからの依頼で在宅への訪問も市内幅広く対応していることをご紹介いただきました。訪問歯科診療を始めたのは、2018年頃から外来通院していた患者や家族から往診してもらえないかと立て続けに相談を受けたことがきっかけ。開始当初は義歯の調整・作成が依頼の大半だったが、徐々に依頼内容が多様化し回数も増えたため、往診車や治療機器、ポータブルのレントゲン等を導入し体制の拡充を図ったと話されました。また、到着後に何度も往復して運んでいた大量の機器や器具もスタッフの工夫により2人でかろうじて運べるまでになったと実際の写真で紹介していただきました。

訪問歯科診療のハードルは、診療環境が外来と大きく異なること。器具を持参しても、診療チェアがないため通常の椅子・車椅子・ベッド等で診察・治療が必要になる。ヘッドレストがない椅子では術者が腕全体で頭を固定しながらの治療が必要な場合もあり、患者状態（体幹保持が困難・認知症・強い拒否・指示が通らない・水を上手く吐き出せない等）によって難易度が大きく変化すると話されました。拒否が強い場合には手足を家族に保持してもらう場合や、診察できても不意に噛まれる、唾を吐きかけられる等、様々とのこと。患者と術者双方の安全のために治療介入の方法は初めの段階で家族や施設のスタッフと情報共有が欠かせないと話されました。指示が通らない患者の場合、特に義歯作製が困難となる。型取り（硬化するまで3~4分の姿勢の維持が必要）や噛む場所の決定（「噛んでください」の指示に従う）が難しく、義歯の精度が低下し調整回数が多くなってしまふ。途中で断念するケースや完成しても受け容れられない場合もあるため、義歯作製に着手するかの判断、臨床的には全く合っていないとも慣れ親しんだ義歯を上手く使用できるよう考えることも時には大切だと話されました。「義歯は作れなくなる瞬間がある」：気付いたときには難しくなるため、指示が通るうちに・座位が取れるうちに・体力があるうちに歯科が介入し口腔内の環境を整える。早期に介入することで介護度が変化しても口腔環境を維持しやすい状態となり、患者本人だけでなく家族や介護スタッフの負担を少なくすることができるとお話しいただきました。

一方で、残存歯が多い高齢者も増加し、義歯が少なくなっている印象を受けるとのこと。義歯は外して汚れを見ることができるが、口腔内を見ることは難しいため食渣の滞留による歯茎の赤みや腫れがあるケースもある。患者本人から痛み等の訴えはないが、不潔な状態を放置すると後に様々な歯科疾患の誘発や全身疾患の悪化に繋がる。近年、施設から新規入居者の口腔チェックや在宅患者の口腔ケアの依頼が増加し、歯科治療がない方にも定期的な口腔内チェック+オーラルフレイル予防の口腔体操の指導を目的に訪問することも増えているとのこと。治療が必要な虫歯があっても拒否により治療困難な場合で

も口腔ケアのみであれば可能なケースもあるため継続フォローで対応している。口腔ケアは歯ブラシ 1 本で可能（訪問時の荷物が少ない）+患者からの受け容れられやすい処置であり、効果も絶大。食渣による歯茎の腫れや痛みの改善、口腔乾燥、部屋の臭いに変化する場合もあるとのこと。沖歯科医院では、歯科衛生士による口腔ケアを希望があれば 2 週間～1 ヶ月毎+歯科医師によるチェックを 1～2 ヶ月毎に行い、1～2 ヶ月継続すると状態の変化を実感できると話されました。

最後に、多くの職種が関わる在宅において、歯科は途中からの介入になりやすい。歯科介入後の食事の様子についての情報共有等、患者に近い職種の方々との継続的な協力・連携により、歯科として地域の患者の QOL 向上に貢献できると考えている。最近食事量が減った、入れ歯を嫌がる、口が乾いている等、気になる点があれば近隣の歯科や歯科医師会へ相談していただければとお話いただきました。

総合司会からのコメント

以前、担当している訪問診療患者（独居、駐車場なし・アパート 2 階、精神的にやや不安定）の歯科往診を依頼した際に断られた経験があり、なぜだろうと思っていました。必要な機材の量や腕で頭部保持を行っている写真を見せていただき、現場の苦勞を感じました。

Q A 質疑応答・感想(2)

Web：「多くの施設をカバーするために訪問診療に充てる時間をどのように確保されていますか。」

沖さん：「施設からの依頼は多く、時期により変動もあります。全ての入居者の方を診たい気持ちはありますが難しいので、新しく入居した方のチェックを行い、歯科の対応が必要な方と介護スタッフに方法を指導して対応してもらおうと割り振っています。訪問する時間はある程度確保していますが、私以外の非常勤の歯科医師、歯科衛生士単独で訪問する体制をとり多くの方に対応できるようにしています。」

時間内に回答できなかった質問とその回答

質問 1：「衛生士さんが行く際は衛生士さんだけで指導や口腔ケアに行くのでしょうか。」

回答（沖さん）：「衛生士 1 人でお伺いしています。介護保険による歯科衛生士居宅療養管理指導もしくは医療保険による訪問歯科衛生指導にて歯科衛生士単独で訪問を行います。」

質問 2：「①多くの施設に行かれています、定期的に治療や指導で訪問診療に行かれていますでしょうか？ 依頼が来た際に行かれていますでしょうか。②定期的に行く場合は特別な関係という解釈で訪問診療の算定条件にひっかからないでしょうか。」

回答（沖さん）：「①あくまで依頼があればお伺いし、その後に継続管理が必要と認められる方につきましては定期的なフォローを行っています。②あくまで歯科として施設への専門的助言や協力を定めた関係であり、治療に関しては施設から当院に依頼があればお伺いするものです。」

【講 評】

北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周先生

大変素晴らしい講演をありがとうございました。

沖さんの発表で、実際に多くの機材やそれを運べるように少なくした工夫を普段画像でもあまり見る機会がないので非常に勉強になりました。全体を通して口腔ケアを行う上で歯科の関わりが不可欠であることは本日参加した皆様も納得されたと思います。安保さんから訪問歯科の実際の手間や負担、経営的な面でのハードルについてお話いただきましたが、ただその中でも実際に喜ばれたり、感謝されたり、口腔機能の向上や嚥下状態の改善、肺炎の予防がなされた際の歯科医師としての喜び「歯科医師になって良かったと感じる」という一言が私の中で今日一番響いた部分がありました。医科も訪問診療医がなかなか増えない現状がありますが、依頼があって思い切って訪問したら本当に喜ばれ、細々とでもやってみようとする医師がほとんどだと思います。本日参加されている歯科医師の方々もいらっしゃると思いますので、苫小牧で訪問歯科に取り組む歯科医院が増え、分担しながら地区で活躍していただけたらと心から期待します。



ニーズは本当にあるのですかという質問がありましたが、我々依頼する側も必要だと思っていても歯科に依頼していいのだろうか、訪問してもらえるのだろうかと不安があるのも事実だと思います。本日の講演の中でわかりやすい基準がありましたので、まず歯科医師会に相談してみる。するとニーズがあるということを知り、歯科医師会が把握し、会員の歯科医師にも伝わっていきます。すぐに訪問してもらえるかはわからなくとも、歯科医療を活用していく方向へ進んでいただき、両者が噛み合っただけで口腔ケアの地域的な振興が図られていくことを心から期待しています。