

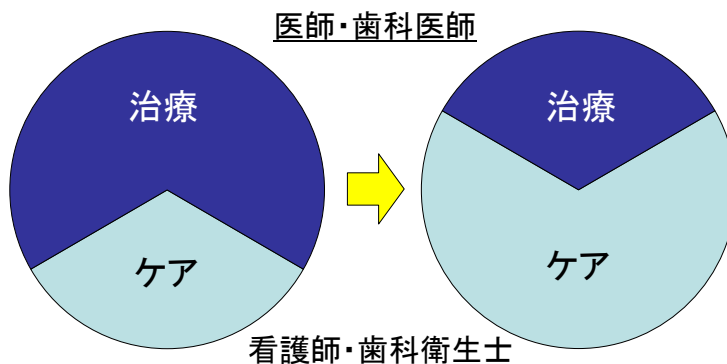
はじめに：在宅患者の大半がセルフケア不足に陥っている

在宅患者はさまざまな疾患や身体障害が相まって通院困難となっている。認知機能障害の合併も相当割合にのぼり、終末期にさしかかっている病態を有することも少なくない。このような背景のもと、在宅患者の大半がセルフケア不足に陥っている。しかしながら、在宅医療に従事している在宅医や訪問看護師は、これまで「口」にまつわる問題や最後まで食べるということの尊厳を十分に認識できていなかったということを、自らを含め謙虚に反省しなければならない。専門外の事象には関心がおろそかになりがちで、事の重大さを見逃していたと言える。ここではとにもかくにも、訪問歯科診療の対象となる在宅患者は要介護者の数だけいるという事実を指摘しておきたい。

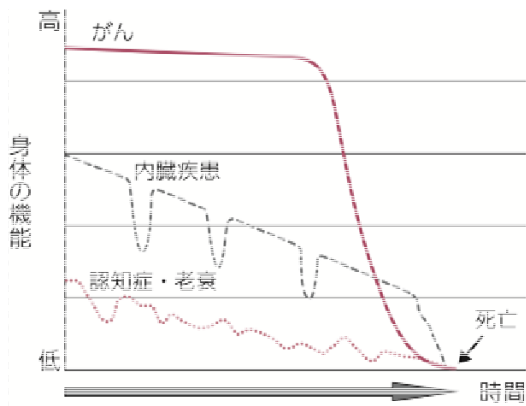
急性期治癒モデルと慢性期ケアモデル

高齢多死社会の医療を俯瞰すると、急性期治癒モデルに基づくアプローチだけでは解決困難な臨床命題に突き当たる場面は増加する一方である。一命は取り留めたが治癒には至らず障害を残して生活に復帰する患者や、慢性化した疾病が再び急性増悪を来しうる患者、終末期が近づき症状を抱えながら療養する患者においては、疾病だけを診るのではなく生活を踏まえた上で医療を提供しなければ、患者が抱える複雑な問題を解決することはできない。在宅医の仕事が狭義の診断や治療だけでなく、たとえば眼科や精神科など本来専門外の領域の診療をも担当したり、さらにはカウンセラーとして、家族間の利害調整役としてなど、多様な役回りを担っている場合がある。同様に、歯科医師への期待も狭義の歯科治療だけでなく、「口」にまつわるあらゆる問題を担当する役回りと今日的に捉え直す必要がある。さらに、今後は慢性期ケアモデルの視点が必要不可欠であることから、これまで治療の中心を担ってきた医師が看護師との協働をより重視していることは歴史的必然と言える。全く同様に、歯科医師と歯科衛生士の協働の重要性が増しているということを強調しておきたい。

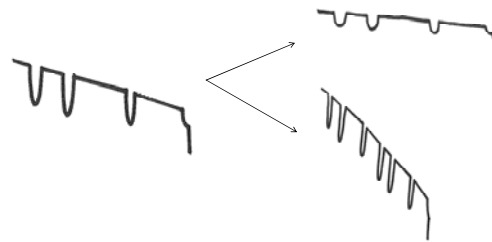
急性期治癒モデル から 慢性期ケアモデルへ



- ・生活を踏まえた医療を提供しなければ、今日の高齢患者が抱える複雑な臨床課題の解決は困難
- ・その鍵が医師と看護師、歯科医師と歯科衛生士の協働



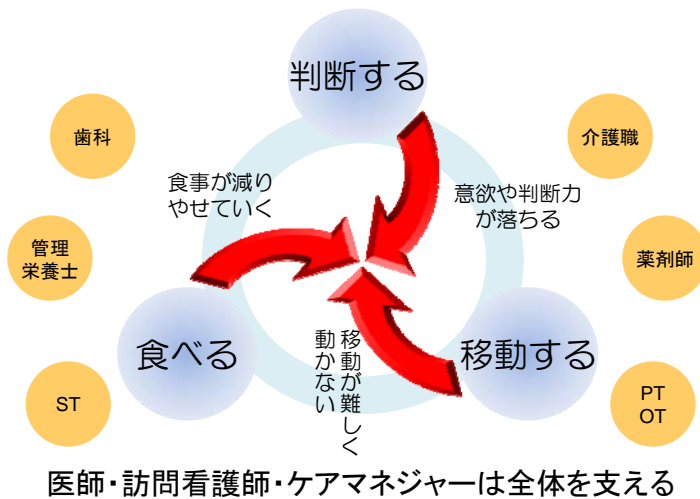
軌道の低下を招く“くぼみ”や“傾き”



End of Life における軌道と多職種協働 (IPW)

次に、End of Life Care にあたっては患者の“軌道”を熟知した上で医療やケアを提供する必要がある。身体機能が低下しつつある高齢者が抱えるリスクの代表として「低栄養」「生活不活発」「無感動」が挙げられる。裏を返せば、最後までその人らしく暮らし続けるためには、「栄養」「活動」「感動」が必要であり、食べて、動いて、感動することを継続するべく支援したい。そのために、歯科医師・歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士、PT/OT、介護職等の多職種が、医師・看護師、ケアマネジャーと同時進行的に介入する多職種協働 (IPW : Inter-Professional Work) が重要な鍵となる。軌道を踏まえて特に歯科に期待する介入として、①継続的口腔ケア、②摂食嚥下リハビリテーション、③終末期ケア (緩和ケアとしての口腔ケア) を挙げておきたい。在宅患者にとって必要な介入の三本柱と言える。

多職種の協働によって“負の傾き”を防ぐ



訪問歯科診療に取り組む歯科医院の発掘が必要不可欠

冒頭に指摘したように口腔内に問題を抱えている在宅患者は膨大な数にのぼる。今後、在宅医や訪問看護師への教育介入が功を奏し訪問歯科診療の依頼が増加したとしても、その地域で訪問歯科診療に取り組むどんな歯科医師がどこにいるのかが把握されていなかったとしたら、患者はその恩恵を得ることができない。そこで、当地松戸では地区歯科医師

会と在宅医療連携拠点が共同で訪問歯科診療に取り組む歯科医院に関するアンケート調査を実施して、ケアマネジャーや在宅医、訪問看護師等に収集した情報を周知する活動に取り組んでいる。その際、注意を払っているのは、「現時点での豊富な訪問診療の実績」を尋ねるのではなく、「これから訪問歯科診療に取り組みたい」と考え、「実際に腰を上げてくれる」歯科医師を発掘することにある。そもそも開業歯科医師はすでに一国一城の主として診療所を開設しているのであり、在宅ならでのノウハウをある程度把握しさえすれば、「口」にまつわるあらゆる問題に対してプロとして貢献するポテンシャルを有しているはずである。言語聴覚士や摂食嚥下障害に精通した耳鼻科医の人材が得られない地域であっても、志や技術を有する歯科医師ならいる可能性は十分にある。彼らに出会うための努力を怠るべきではないと考えている。

在宅医療に取り組むための歯科向け教育研修

訪問歯科診療に必要なノウハウを身につけるための教育研修の開発が待たれるが、東京大学高齢社会総合研究機構が開発を進めている医師向け在宅医療導入研修プログラム（通称「柏プロジェクト」）の一環として、その歯科医師版の開発が検討されている。その際のポイントとして、医師向けのプログラムと同様に実際に訪問診療を行っている歯科医師の診療に同行する機会を確保することが極めて重要だという点のみここでは指摘しておく。

在宅患者に歯科介入を提供するための戦略

以上を踏まえ、在宅患者に歯科介入を提供するために必要となる戦略を列挙したい。

- ①歯科医師が地域の在宅医や訪問看護師、ケアマネジャー等と「顔の見える関係」を構築する（知らない人との連携が進みづらいことは自明だから）
- ②患者に日頃接している在宅医や訪問看護師、ケアマネジャー等に歯科介入の意義を迫力を持って伝える（在宅患者が抱える口腔内の問題点とそれに対する治療ケアの効果について経験事例を蓄積して例示するような活動が効果的だろう）
- ③ひとたび歯科介入の威力を知った在宅医や訪問看護師、ケアマネジャー等が口腔内の問題に気づいたら、当然患者を歯科へ紹介することになる
- ④患者に必要な介入は治療以上にケアの比率が高いことから、あらかじめ歯科医師と歯科衛生士がタッグを組んでチームを構成し、必要な治療とケアを継続して提供できる体制を整えておく（週1回以上の頻度で継続的に治療ケアを提供する必要がある）
- ⑤紹介された在宅患者に適切な治療やケアを継続的に提供し、その臨床成果を関係者に実感してもらう

おわりに：歯科医師・歯科衛生士への期待

膨大な数の在宅患者が有する「口」にまつわる問題や最後まで食べるという尊厳に対して、歯科界がその力をいかに発揮すれば、患者のQOL維持向上や苦痛症状の緩和、急性合併症の予防による医療費の削減等、大きなインパクトを生じることが期待される。歯科衛生士さえいれば歯科医師は必要とされないのではないかと、歯科衛生士を医師に奪われてしまいかねないなどとあらぬ不安を抱くのではなく、主治医の「顔」が見えないチェーン歯科との違いを関係者に直感させうるような地域での歯科医師・歯科衛生士の活躍、そして「顔の見える関係」の構築を願ってやまない。