

医科歯科連携が生み出す 楽しい食事とコミュニケーション

原 龍馬 医療法人同志会原歯科医院院長

はら・りょうま ● 1969年、東京医科歯科大学歯学部卒業。76年、西ドイツ・チュービンゲン大学顎顔面口腔外科に短期留学。85年、日本大学松戸歯学部で歯学博士。XXXX年、医療法人社団同志会原歯科医院開業。
一般社団法人全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会代表世話人。公益社団法人東京都足立区歯科医師会会長

21世紀初頭には日本の人口構成は超高齢社会となり、入院中心の医療体制ではいずれ破綻すると警鐘が30年前からすでになされていましたが、今まさにそれが現実のものとなりつつあります。生老病死、生者必滅。人間は、いつかは死を迎えます。口から食べることや、会話などによる家族・社会とのコミュニケーションを最期まで全うできるとしたら、それは人として有意なことでしよう。

歯科医療は、生活を支える医療とされています。特に在宅での療養を余儀なくされている方々には、QOLの向上という視点からも「在宅における口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーション」を積極的に施さなければなりません。加えて訪問歯科診療は低栄養防止、介護者の負担軽減にも大きな役割を果たします。

しかし、在宅医療の現場では医科歯科連携が必ずしもうまくいっておらず、訪問してくれる歯科医にどのような声がかかっているのか、という声が在宅医から聞こえてきます。私は訪問歯科診療を行う傍ら、在宅患者のニーズに
応えるべく、2009年8月に「全

国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会」設立準備会MLを立ち上げ、11月には123人の発起人のもとで設立記念式典・記念講演会を開催し、任意団体として「全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会」(<http://e-shika.org>)をスタートさせました(10年5月に一般社団法人化)。在宅歯科医療・口腔ケアを確実に推進していくためには、歯科医療従事者の組織化と知識・技術の共有化、そしてスキルアップが不可欠です。今こそ、訪問歯科診療にかかわるあらゆる職種が集い、情報を自由共有することで、国民のニーズに添えていかなければなりません。

今回の連載では、こうした活動をもとに、在宅医療における医科歯科連携の課題などについて紹介したいと思います。

6つの状態・症状 歯科医への紹介が必要となる

まず、訪問歯科診療の現状はどうなっているのでしょうか。当院がある東京都足立区の状態を分析してみると、訪問歯科診療の形態は次の5つのタイプに大別できます。

①在宅医療を積極的に行っている病院のなかの歯科部門、あるいは、その病院とコラボする歯科診療所の歯科医が、病院が抱えている患者さんを担当する。

②地区歯科医師会の主導により、会員のなかで訪問歯科医療に積極的な歯科医が地域をブロック分けし、個人またはグループで担当する。

③複数の歯科医と数名の歯科衛生士を雇用する歯科診療所(法人数が多い)の在宅部門が、在宅患者さんを受け持つ。

④民間事業会社が個人経営の歯科診療所数カ所、またはフリーの歯科医や歯科衛生士と契約し、在宅や施設(サービス付き高齢者向け住宅も含む)で歯科診療を行わせ、紹介料や斡旋料として一定額または一定比率での報酬を請求する。

⑤歯科診療所の歯科医が、外来通院していたかかりつけ患者さんの在宅療養への転機に伴い要請を受けて、訪問歯科診療に移行する。

これらのタイプのよしあしは一概には言えませんが、④のケースがかなり大きな比率で行われており、訪問歯科診療の現場をスポイルするなど、社会問題として取り

表 摂食・嚥下の5期

第1の認知期	何をどのように食べるかを判断する時期です。簡単に言えば、食べるペースをつくる段階で、お茶で口を潤してからお菓子を食べる、ご飯・おかず・みそ汁などを交互に食べるなど、食べやすい量やスピードをほぼ無意識に判断します。
第2の準備期	食べ物を咀嚼し食塊を形成する時期です。食べ物を細かくしながら、だ液と混ぜ合わせて粘りを持たせ、飲み込みやすい形状にまとめ上げる段階で、まとめ上げたものを食塊と言います。
第3の口腔期	食塊を口腔から咽頭に送り込む時期で、それは主に舌の運動によって行われます。
第4の咽頭期	食塊を咽頭から食道へ送り込む、「ゴクン」という時期で、軟口蓋が反射的に収縮して食塊が鼻に逆流するのを防ぎます。舌骨と甲状軟骨が持ち上がって食道が開き、喉頭蓋が倒れて気管が塞がれます。
第5の食道期	食塊を食道から胃に送り込む時期で、それは絞込みのように食道の運動によって行われます。

ざたされることもあります。訪問歯科診療を依頼するにあたっては、顔の見える関係をつくるためにも、まず近隣の歯科医院に問い合わせみてほしいと思います。しかし、訪問歯科診療に依拠するところは、残念ながらまだまだ多くはありません。現在、在宅療養支援歯科診療所として登録しているのは、5000軒ほどで、全国の歯科診療所7万軒弱の1割にも満たないのが現状です。そのため、地域の歯科医師会や行政（保健衛生部や健康福祉部など）に問い合わせるのも一案です。最近はいわゆる「訪問診療チーム」の取り組みも増えていきますので、こうしたころに連絡する方法もあります。

訪問歯科診療や口腔ケアをしてくれる歯科医や歯科衛生士にたぐタイミングとしては、患者さんに次の状態が見られたときに挙げられます。

- ・口の清掃ができていない、あるいは不十分のようだ
- ・口臭がする
- ・食事に時間がかかる、食欲がなくなつた
- ・むせるようになった

体重減少が著しい
・微熱が続いている

このような場合にはADLの低下も著しく、口腔内に問題があるのではないかと疑ってください。

摂食・嚥下には5段階があり（表）、歯科医療従事者は第2・3の準備期・口腔期を専門としています。最近では、第4の咽頭期のVE診断も医科との連携で手がけています。

開設が望まれる 「訪問口腔ケアステーション」

高齢化が急速に進み、多病・多死時代になった現在、在宅医療・在宅ケアの充実が急がれています。在宅患者が一向に減少しないという状況もあります。在宅患者のQOLの維持・向上と安心・安全な生活の継続には、楽しい食事と豊かなコミュニケーションが重要であり、そのためには、口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーション、そして栄養管理は欠かせません。

口腔ケアの専門集団である歯科界は、そうしたニーズに対応できているのでしょうか。訪問歯科は

歯科治療の提供だけでなく、生活支援やQOLの向上という視点から、在宅患者のみならず、そこにかかわる保健・医療・福祉などの専門職種からも口腔ケアの普及・推進や食の支援に対する強い期待が寄せられています。

医科の主治医による訪問診療を補完する「訪問看護ステーション」が存在するように、歯科でも、歯科衛生士による「訪問口腔ケアステーション」が必要なのではないかとも考えています。訪問歯科診療とは、まさに「口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーション」そのものなのです。この訪問口腔ケアステーションを基地に多職種、特に栄養士とコラボすれば、生きるための食支援、すなわち食べる機能の改善、低栄養対策にかかわっていきけるのではないのでしょうか。

次号では、「良好な医科歯科連携を実現するためには何が必要か」などについて説明します。

※訪問歯科診療を行っているところはまだまだ少ない。その理由としては、訪問歯科診療への縛り（在宅療養支援歯科診療所として登録するには、常勤の歯科医師のほかに、常勤の歯科衛生士または看護師がそれぞれ1人以上いて、しかも後方支援の診療所や連携病院が必要。さらに24時間体制が求められる等）があるほか、非効率、保険点数が低い、要介護度の高い患者が多く治療リスクが高い医科と連携していない、治療の難しさなどが挙げられる。