

訪問歯科治療の有用性を知ること かかりつけ医との連携が始まる

原 龍馬 医療法人社団同志会原歯科医院院長

はら・りゅうま ● 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（歯理工学）。80年、医療法人社団同志会原歯科医院（足立区千住）院長。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

治療環境が異なるため 在宅では義歯調整やリハが中心

良好な医科歯科連携の実現のためには、まず、訪問歯科診療の実際を知ってもらうことが必要でしょう。

在宅でも、歯科治療のほとんどすべてが実施可能（写真1～4）ですが、治療環境を診察室（写真5）と同じにはできません。たとえば、治療時の頭部の固定や開口が不十分、唾液の吸引が困難、器具の滅菌を徹底的にできない、といった制約条件が挙げられます。その結果、治療内容が制限され、訪問歯科診療では義歯関係、口腔ケアやリハビリテーションが中心になります。

訪問歯科診療に必要な器具・機材としては、ポータブルタービン（歯牙および補綴物を切削する機器）、ポータブルレントゲン撮影機、エンジン（義歯切削器具）、義歯調整用器材、ヘッドライト、訪問診療用座椅子（頭部安定用の椅子）など（写真6）があり、必要に応じて用意して搬入し、組み立てて使用しています。治療内容によって用意するものはまちまちで

ですが、エンジンおよび義歯調整用器材一式と簡単な歯肉処置および歯周組織処置の用具は常備しています。

「ターミナルの患者さんにも訪問歯科診療は可能か」と聞かれることもありますが、誤嚥性肺炎を減らすためにも、また、がん末期の重度の口内炎の緩和のためにも、口腔ケアは必要で、寝たきり状態の改善にもなります。時には、旅立ちのための入れ歯を作製することもあり、歯科における緩和ケアともいえます。

ADL向上につながった

訪問歯科診療の症例

直接、歯科（口腔）には関係しないと思われる病態でも、実は歯科（口腔）の問題が原因となっていることがあり、訪問歯科診療により全身状態やQOLの改善につながるケースも見られます。訪問歯科診療により、ADL向上が実現した症例を紹介します。

◎症例1

（91歳、女性、要介護2、介護タクシーで来院）
生活意欲がなくなり、きざみ食

など、さまざまな調理の工夫をしても食はず、さらに話せなくなつた。

↓（転帰）鋭利な残根が舌を傷つけ、痛みで唾液も飲み込めない状態であった。鋭利な部分（左側下顎第二大臼歯のとがったエナメル質をタービンで削合し滑らかにした。舌にできた潰瘍は3日目に小さくなり、1週間でほぼ治癒。食事も会話も今までどおりとなった。

◎症例2

（89歳、女性、要介護4、居宅）
食事に時間がかかり、食後は義歯の周りに食物残渣がたぐさんついている。

↓（転帰）上下の総義歯を改造（裏装）した。上下総義歯は安定し、食欲も増し、食事時間も短縮。食後の口腔および義歯の清掃（ケア）にも時間がかからなくなった。日常生活動作にも活力が見られ、ADLが向上した。

◎症例3

（83歳、女性、心疾患で入院中）
口腔内が痛むため、食事ができない。

↓（転帰）下顎の顎堤は、いわゆる「舟底形」で、歯科的には難症例であった。体調の悪いときや使います

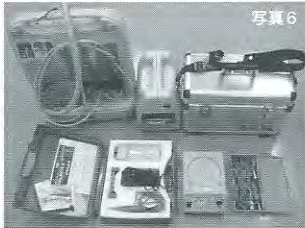
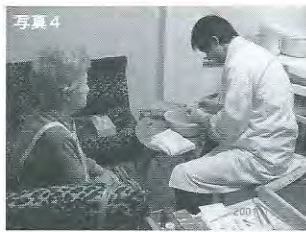
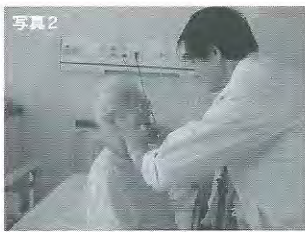


写真1 居家でタービンを使用してブリッジ形成から歯だいの形成まで行う
 写真2 診療風景 (病院)
 写真3 診療風景 (施設)
 写真4 診療風景 (居宅)
 写真5 診療室。歯科診療所にはレントゲン室があり、診療室の治療椅子には切削機具や使用薬品がセットされている
 写真6 訪問歯科診療に必要な器具・機材の一部

きたときなど、義歯性の潰瘍が粘膜にできる。義歯を調整し粘膜の潰瘍を治療したところ、食欲も出てきて、その後退院した。

◎症例4

(76歳、男性、要介護3、居宅)

13年前より多発性脳梗塞、高血圧。10年前より糖代謝障害。6年前よりパーキンソン症候群。嚥下障害、歩行障害が次第にひどくなり、飲食時にむせることが多くなっていた。肺の一部切除もあり肺活動が著しく少ないので、むせるときにチアノーゼ状態になることもあった。

↓(転帰)食形態や食事環境、食事前の舌・口唇・頬筋の運動を指導するなどの摂食指導をした。左右均等にかみ合わせられるよう、咬合プレート(着脱可能な義歯様の咬合床)を作製し訓練した。最終的には金属床を作製し、好きな煎餅も食べられるようになった。

◎症例5

(79歳、女性、要介護4、居宅)

下肢骨折以来6年間、準寝たきり状態で、最近、急速に食が細くなり、元気がない。

↓(転帰)残根の処置、動揺歯の抜歯、歯石の除去、歯周ポケットの

清掃、義歯装着など、口腔ケア・歯科治療により全身状態が改善。笑顔、伝い歩き等、ADLの向上が見られた。

急性期から求められる連携

将来的には看取りまでの連携

訪問歯科診療は誤嚥性肺炎を予防し、摂食・嚥下機能を維持・増進する「口腔ケア・口腔リハビリ」そのものともいえます。そうした観点からもニーズは、急速な高齢化に伴い、ますます高まると思われまます。

経管栄養中でも、唾液誤嚥による肺炎を考慮すれば、起因菌のリスクとなる義歯や口腔の清掃が不可欠です。口腔ケアは、口腔清掃という役割以上に、「咀嚼筋や唾液腺への刺激による「廃用予防」「摂食・嚥下機能の維持」が期待されており、急性期から取り組むことが推奨されます。病院でも看護師

師による口腔ケアは行われていますが、複雑な歯周組織、さらには義歯やブリッジなど補綴装置には、歯科衛生士による専門的な口腔ケアが必要です。

医師・看護師との連携が進めや

すい病院で多職種連携のシステムをつくれれば、それが在宅嚥下リハビリでの「歯科の役割モデル」を示すことになるでしょう。

「周術期の口腔ケア」には、歯科医師会も組織を挙げて、病院との連携に積極的に取り組み始めています。ところが、在宅医療においては医学管理の問題や医療連携に関するコミュニケーションの問題が大きく、歯科医の多くが在宅医療は敷居が高いと感じています。一部の歯科医の間では在宅嚥下リハビリへの取り組みが進んではいないものの、その専門性とスキルも問われており、医科との緊密な連携が必要です。

ほとんどの歯科医は口腔期の障害を中心に多くの症例を手がけているので、この分野で多職種と連携して協働できるでしょう。

歯科医も死亡診断書が書けませんが、一般的には知られていませんし、そうした要請もありません。主治医と連携し、歯科医が副主治医的な働きができれば、主治医不在時には看取りもできるのではないのでしょうか。筆者としては、そこまでの連携ができるようになることを願っています。