

〔総説〕 松本歯学 20 : 249~257, 1994

key words : 在宅医療 — 歯科往診 — 訪問診療 — 地域医療 — 寝たきり老人

在宅歯科医療

笠原 浩

松本歯科大学 障害者歯科学講座 (主任 笠原 浩 教授)

Visiting Dental Service

HIROSHI KASAHARA

Department of Dentistry for the Handicapped
(Chief : Prof. H. Kasahara)

Summary

In a conventional dental service system, a patient used to visit a dental office, and receive treatment on a dental chair. Recently, however, it has been promoted extensively that dentists visit home-bounded patients for the following reasons.

1) In light of the growing population of the aged, patients who have limited mobility and can not easily visit an ordinary dental clinic, so called bed-bounded elderly and so on, are on the increase rapidly.

2) The general public has recognised “the pleasure of eating” as a major factor for the quality of life, and are taking a growing interest in dental health.

3) The authorities concerned are promoting visiting health and medical care extensively. For instance, the Ministry of Health and Welfare has newly established the section of visiting medical care in the social insurance system.

4) People have become aware of the effects of the visiting dental service through the achievements of advanced dental surgeons.

It should be indicated that the promoting of the visiting dental service brings several advantages to the dental profession which are listed as follows.

1) It would widely expand the dental service which has been limited to a dental office in the community up until now.

2) The dental profession would gain a better understanding of the necessity of the turnabout from conventional “repairing dentistry” to “comprehensive dentistry”.

3) The dental profession would realize that their objects are “human”, and that they are not only working to treat “bad teeth”, but also serve patient’s total health and the quality of life.

4) It would reinforce the idea of teamwork between the dental profession and other health, medical and welfare workers.

However, there are several serious problems in today's visiting dental service. These problems have to be solved for the development of tomorrow's dentistry to continue.

1) The medical problems: Objects of the visiting dental service are often high risk patients. A unprepared treatment might bring the patient into danger.

2) The dental problems: Equipment is restricted by portability. Delicate procedures are difficult without dental chair and adequate lighting. Easy low quality treatment would be apt to be justified in such a situation.

3) The social problems: The visiting dental service is not a paying business under the social insurance system. And yet, community health care systems have not been established for adequate dental service. Hospital dentistry which has back-up ability for primary care by general practitioners is absent in almost all communities.

はじめに

「在宅医療」そのものは、必ずしも目新しい存在ではない。中・近世では、貴人や富裕者は医師を自宅に呼び寄せて診療を受けるのが普通であった。近年においても、「往診」は地域で開業している内科・小児科医の日常診療の重要な一部として、頻繁に実施されていた。

しかし、近代的な医療システムが確立していくにつれて、しかるべき設備が整った医療機関（病院・診療所）での「外来診療」あるいは「入院治療」が主体となり、個人の家庭など医療機関以外の場所での医療行為は、どちらかと言えば例外的なもの、考えられるようになってきた。

かつては往診の絶対的な適応とされていた高齢者の脳卒中発作（元首相の手当てが倒れた料亭のなかで続けられた例もある）や幼児の夜半のひきつけなどの「急患」に対してさえも、最近では救急救命センターなどへの搬送が、むしろ医学常識として選択される。

このような時代の流れの背景には、現代の医療が科学技術の進歩発展に伴って次第に高度・精密化し、電子機器をはじめとするさまざまな器材や設備の支援を不可欠的に必要とするようになったことが挙げられる。とりわけ歯科医療においては、器材や設備への依存度が大きい。

それなのに、今ここで「在宅医療」が大幅に見直され、さまざまな方面から強力に推進されつつあるのは何故であろうか。本稿では、これからの

歯科医療の発展の方向とも関連させて、若干の考察を加えてみる。

新しい「在宅医療」の概念

現在のわが国は未曾有の高齢化社会を迎えつつある。1993年現在の人口統計¹⁾によれば、65歳以上の老人人口は、1,690万人、総人口の13.5%を占めている。平均余命²⁾から見ても、65歳で定義上は「老人」となった日本人男性の3人に1人、女性では3人中の2人に、少なくとも85歳まで20年間の「長い老後」が約束されていることになる。

一時代前までの医学・医療では、さまざまな病気から人びとの生命を守る闘いが、ほとんど唯一絶対的な目標とされていた。しかし、消化器伝染病をはじめとする急性疾患の脅威がほぼ一掃され、長寿社会が現実のものとなった現在にあっては、人びとの医学・医療に対する期待は大きく変貌しはじめた。

医療機関での医療者主体・設備中心的な臨床のあり方には、あからさまな批判の目が向けられるようになった³⁻⁶⁾。例えば、さまざまな機械器具からだの内外に取り付ける「スパゲッティ症候群」や末期患者の延命のみを目的としたかのような医療の実態が、昭和天皇の療養の報道などを通じて周知されるようになったことで、「病院で死にたくない」を訴える書物がいくつも出版され、多くの人びとに共感をもって受け入れられている。

病院のベッドに固定されての生命維持装置による無為な延命よりも、家族や知人に見守られての

人間的な「尊厳死⁷⁾」を望んでのリビング・ウィルが、今やひとつの流行となりつつある。

これまでの医療では疾病治療 (cure) が偏重されてきたが、いまや日常的な予防や保健管理を通じての健康増進 (care) へと、重点をシフトさせることが求められるようになった⁹⁾。

生命を直接脅かさないような慢性疾患であっても、ある程度以上の苦痛や不自由に耐え続けなければならぬようでは、折角の長寿も楽しくはない。単なる長生きではなく、楽しい人生、すなわちオロリティ・オブ・ライフ (QOL) の向上が追求される時代なのである⁹⁾。

そこで、これからの医療は、保健・福祉と総合一体化した広い意味の「包括的医療」へと進化が図られなければならないこととなる。現代の「在宅医療」の概念は、まさにそうした広義の医療の具体化であり、「自宅等の医療施設外で、入院時に患者が受ける医療に準じた形で行われる看護や生活の支援を含む医療行為である」と定義されている¹⁰⁾。在来の往診などよりもかなり広い意味を持つものであり、高度かつ総合的なシステムとして捉えられていることに留意すべきである。

「狭義の在宅医療」に絞って考えても、現代の医療技術の向上によって、従来は病院内でしか行えなかったような高度の医療行為が、在宅でも可能となっている。例えば、在宅酸素療法、CAPD(連続携行式腹膜灌流)、中心静脈栄養、インシュリン自己注射などが、最近では社会保険診療においても認められている¹¹⁾。

在宅医療は、外来診療、入院治療と並ぶ「第三の医療¹²⁾」として、現代社会のなかに明確に位置づけられつつある。

歯科での往診・在宅医療

在来の歯科医療は、そのほとんど全てが個人開業医での外来診療であった。患者の多くは歯科疾患を除けばほぼ健康といえる人びとであり、自発的積極的に通院してくるのが当然と考えられていた。加えて、齲蝕などの治療には回転切削器械をはじめとする歯科特有の設備や器械が必要なこともあって、歯科医院の診療室以外の場所での歯科診療はほとんど不可能とされてきた。

このような事情から、長い間「歯医者への往診」は歯科医師の側ばかりでなく、多くの地域住民か

らも、非常識なことと思われていた。

しかしながら、自力では歯科医院への通院が困難な心身障害者や「寝たきり老人」であっても、歯科医療の対象外としておくわけにはいかない。歯の健康の本来の意義を考えれば、こうした人たちは健常人びとよりもむしろ優先的に高水準の歯科医療を提供されるべき存在なのである^{13,14)}。

寝たきり状態にある人が歯の痛みで苦しんでいる場合、あるいは入れ歯が破損して使えなくなっているような場合などに、歯科医師にも往診という対応手段が存在していることを見落としてはならない。

急性症状に対する応急処置のための往診(いわゆる急患往診)だけではない。歯科疾患の特性を考えるならば、治療の予後管理や疾患の早期発見のための定期的な診察と保健指導・予防処置を確保するための訪問診療(いわゆる定期往診)の意義はきわめて大きいはずである。

わが国の高齢者人口の急激な増加につれて、QOLの重要な一環としての「食べる楽しみ」を確保するために、歯科保健の重要性があらためて認識されつつある。それを反映して、在宅療養者からの歯科医療需要は、急激に増加してきた。

歯科での在宅医療には、在来の歯科医療システムとはかなり異なった取り組みとならざるをえない側面がある。さまざまな困難があり、新たな工夫も要求される。けれども、けっして少なくはない数の人びとの歯の健康を守るために、これは第一線の臨床家が積極的に取り組まなければならない重要課題のひとつなのである。

今なぜ「在宅歯科医療」が求められるのか?

「在宅医療」推進が、時代の要求として各方面で声高に唱えられている。歯科の分野でも、行政当局や歯科医師会が先頭に立って旗を振っているが、それにはいくつかの理由が考えられる。

1) 有病高齢者の増加

高齢者人口が増加するにつれて、動脈硬化による循環器疾患や脳血管疾患あるいは糖尿病など、いわゆる成人病で療養生活を余儀なくされる人もまた急激に増加してきた。いわゆる寝たきり老人だけでも、1990年現在ですでに70万人を超え、2000年には100万人に達すると推計されている¹⁵⁾。

こうした人びとの大半は、外来患者として歯科

医院へ受診することが困難であり、歯科疾患が長期間放置されたままになっていることが多い。

在来の歯科医療から疎外されがちであった寝たきり老人などの多くが、さまざまな歯科疾患や咀嚼障害に苦しんでいる状況については、いくつかの実態調査結果¹⁶⁻¹⁸⁾からも明らかである。ここに潜在しているぼう大な歯科医療需要が、徐々に顕在化しつつあることが、在宅歯科医療推進の最大のモメントと考えられる。

2) 歯科的健康への関心の高まり

国民皆保険制度と「経済成長」とによって、医療はだれにとっても身近なものとなった。マスコミを通じての保健情報の普及は、人びとの健康志向に拍車をかけている。一時代前には「命には関係ない」「金がかかる」と後回しにされがちであった歯の健康が、今では快適な食生活や対人関係に不可欠なものとして、大幅に見直されている。

とりわけからだが不自由な人たちにとっては、「食べる楽しみ」が重大な関心事であり、適切な歯科医療の供給によってそれを確保できるようにすることが、国民の権利として医療関係者や行政当局者に要求されるようになりつつある。

例えば、矢澤が杉並区で行ったアンケート調査¹⁹⁾の結果では、寝たきり老人の約40%が歯科の訪問診療を希望していた。

3) 厚生省による在宅医療の推進

厚生省創設50年記念号の厚生白書は、その冒頭に「これまで一貫して『長生き』は社会の一つの目標であったが、これからの厚生行政に対しては、単に『長命』を目指すのではなく、さらに一歩進めて、人々が『長寿を楽しむことのできる社会』を目標とすることが期待されている」と述べている²⁰⁾。具体的な政策として、1988年10月に発表された「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的な考え方と目標について」のなかでも、「高齢者や心身の障害を持った者が、可能なかぎり家庭や地域の中で生活できるように支援すること」を、重要な柱の一つとして掲げている²¹⁾。

在宅医療の推進には、こうした政策の一環としての積極的な位置づけが与えられているのである。

社会保険診療報酬では、1988年4月の点数表改定に際して「在宅療養の部」が独立の部として新設され、訪問診療、訪問看護などの新規項目が導入された。これは厚生省の当局者が「診療報酬の

合理化を図る見地から、長期入院の是正、老人医療の見直し、在宅医療の推進、検査の適正化等を図る…」²²⁾と述べているように、老人の入院医療費の急激な増加に対する財政的な配慮としての側面も否めないとはいえ、それまでの保険医療が、もっぱら疾病治療を目的とし、病院などの施設内医療のみに限定されがちであったのに対して、居宅での療養やリハビリなど、現代社会が求めるより幅広い医療のあり方へ積極的に対応していこうとする画期的なものとして評価できる。

同年6月には、歯科点数表にも「在宅療養の部」が新設され、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料、寝たきり老人訪問診療料、寝たきり老人訪問看護・指導料などの新規項目が導入された。当局者は「高齢化社会における歯科医療の重要性にかんがみ、歯科医療の充実を図るため、欠損補綴の重点的な評価、寝たきり老人に対する歯科医療の充実を含め、老人歯科診療の評価をしたものであります²³⁾」とうたっている。

当初は、「歯科往診やそれをバックアップすべき病院歯科がほとんど育っていないという実態を十分に把握しないままでの、医科への追従にすぎない」との批判の声もあったが、2年毎の改定のつど、徐々にではあるが、点数の引き上げや運用上の制限の緩和などの改善がはかられつつある。

1988年からは、国の補助事業として「在宅寝たきり者歯科保健推進事業」が全国7ヵ所のモデル地区で開始され、その成果にもとづいて、現在では全国の約1割の市町村がこうした事業に取り組みをはじめている。

4) 先進的な歯科医師たちによる実績の積み上げ

通院が困難な患者は、在来の歯科医療システムではとかく疎外されがちであったが、障害者や有病高齢者などからの歯科医療需要にも誠実に応えようとする歯科医療関係者が、まだまだ少数とはいえ、着実に増加してきた。

最初は個人的な厚意によるささやかな活動ではあっても、積極的な歯科医師たちによって、経験を交流する集会²⁴⁾が次々に開かれ、連絡協議会²⁵⁾などの組織も作られるようになり、こうした活動の輪が同心円的に広がってきた。

在宅医療へのより効果的な取り組みとして、第一線でのプライマリ・ケアと高次医療との有機的な連携による地域歯科医療のシステムが、各地で

成果をあげている。例えば、松本歯科大学病院特殊診療科²⁶⁾や日本歯科大学新潟歯学部病院²⁷⁾、あるいは佐久市立国保浅間総合病院²⁸⁾を拠点とした活動の報告を見ることができる。歯科医師会を中心として積極的な活動を展開している地域も少なくはない。1例として東京都葛飾区²⁹⁾では、寝たきり老人のために訪問診療と1.5次と称する固定の「たんぽぼ歯科診療所」との組み合わせで、抜歯などを安全に行っている。

寝たきり老人などが、こうした先進的な活動によって、それまでの苦しみから解放され、著しく健康回復するような実例が増えてきたことが、在宅歯科医療の意義を多くの人に見直させるもうひとつのモメントとなっている。

在宅歯科医療推進のメリット

第一線の歯科医師が、診療室から出て在宅医療に取り組もうとするならば、さまざまな困難に会うことを覚悟しなければならない。しかし、そうした活動を通じて、他では得られない喜びや収穫が期待できる。

1) 歯科医療の場を拡げる効果

従来の歯科医療では、そのほとんど全部が「治療いすの上」だけで行われていた。しかし、医療には、外来・入院・地域（在宅）の三つの場があるはずである。

川上³⁰⁾は「内科往診学」の冒頭で「往診は臨床医の生活の重要な一部分で、地域医療を推進する有力な手段である」と述べ、臨床医が地域住民と密着することの重要性を強調している。

人間の本来の生活空間である「地域」に歯科医療の場を拡大することは、通院の困難などの理由で従来の歯科医療システムから疎外されていた人びとへの福音となるばかりでなく、歯科医療に携わる者にとっても、患者の家庭環境や社会的背景への理解を深めることができ、一歩進んだ地域医療の展開が可能になる。

2) 歯科医療の幅を拡げる効果

従来の歯科医療は「歯」の治療技術、とりわけ修復・補綴のみを偏重しがちであった。歯科疾患を除けばほぼ健康といえる人が、自発的に受診してきたような場合には、「歯」のみに目を奪われてもそれほど差し支えはないのかも知れない。

ところが、在宅医療の対象となる患者では、重

篤な全身疾患や心身障害を合併していることが多い。否応なしに「全身」に目を向けざるを得ない。

さらに知的障害を伴うような人では、歯科治療を恐れて不協力的な行動を示すことも珍しくはない。どんなに優秀な治療技術でも、患者が嫌がって口を開けなければ役に立たない。それぞれの患者の精神機能や情緒面への配慮も必要となる。

診療室のなかでの日常診療は、ともすれば限られた処置の繰り返しであり、マンネリをも感じさせかねないが、実際に地域に出てみるならば、本来の歯科医療が実はきわめて幅広い活動であり、歯科医師の研鑽にもきわめて奥深いものが要求されることが実感できよう。

在宅医療の意義は、なによりも地域の第一線でのプライマリ・ケアにある。これに積極的に取り組むことによって、修復・補綴偏重の「修理屋的医療」から、予防や保健指導を重視した包括的医療への転換の必然性が理解できるようになる効果は大きい。

3) 歯科医療の人間性を高める効果

診療室を出て、地域で患者に接することで、歯科医療の対象が「歯」やその病気ではなく、「人間」であることが実感できるようになる。

医療の主役が「医者」ではなく「患者」だということは、治療いすの上で診療しているだけではなかなか理解できない。在宅医療では「患者の主体性」を尊重し、セルフ・ケアの能力を高めるような取り組みが必然的に要求される。

柳田³¹⁾は、第22回日本医学会総会の閉会特別講演で「現代の医療が抱えている危険（表）」を警告しているが、これらはまさに現代の歯科医療にそのまま当てはまる。診療室という「密室」での作業から生じがちなこうした危険を脱却し、医療本来の「人間性」を回復するためにも、積極的に地域に出ていくべきである。

表：現代の医療が抱えている危険（柳田，1987）

- | |
|-----------------------------------|
| ① 人間が技術に熱中し、その完璧さへの使命感さえ抱くようになる危険 |
| ② 人間が持てる技術を全部使おうとする危険 |
| ③ 技術を過信する危険 |
| ④ 部分のみをみて全体をみることを忘れる危険 |
| ⑤ 人間同士のコミュニケーションが欠けてくる危険 |

4) 歯科医療におけるチームワークを強める効果
「キュア (cure) からケア (care) へ」という言葉に象徴される現代医療の変貌を支えているのは、保健医療職のみならず社会福祉関係者その他さまざまな人びとのチームワークであり、社会資源の動員である (「ケアの総合性」)。

「歯科の特殊性」という奇妙な口実で他の保健医療職から孤立しがちな歯科医師にとって、在宅医療のなかで、医科の主治医、病院など高次医療機関のスタッフ、行政当局者、保健婦、その他さまざまな保健・医療・福祉の関係者とのチームワーク³²⁾を経験することは、「医療の社会性」を理解する絶好の機会ともなるはずである。

地域医療の立場を重視した「新しい歯科医療」への展望を切り開くためにも、在宅医療への取り組みにはきわめて大きな意義がある。

在宅歯科医療の問題点

しかしながら、現段階での在宅歯科医療にはいくつかの重大な問題点が存在することを見落としてはならない。

1) 医学的な問題点

① ハイリスク

在来の歯科診療では、患者の大半は歯科疾患以外にはほぼ健康な人びとであった。少なくとも自力で外来受診できる患者であれば、通常の治療処置では重大な危険はほとんど生じないと考えられる。

ところが、在宅歯科医療の対象となる有病高齢者や重度の障害者では、全身疾患や心身障害への適切な対応なしに不用意に手をつければ、ただちに危険な発作や全身状態の急性増悪を誘発しかねない。

危険を回避するためには、一般状態についての慎重な評価が不可欠であり³³⁾、ときには「石橋を叩いてみて、術者単独では渡らぬと決断すること³⁴⁾」も必要となる。

② 全身管理面での能力の不足

ところが、一般状態の適切な評価のための内科学的な素養や救急蘇生法の知識・技術の習得について、これまでの歯科医学教育ではきわめて不十分であった。在宅医療に携わるべき第一線の歯科医師を対象とした研修プログラムも、長野県³⁵⁾など限られた地域で試行されている程度であり、全国的に確立するにはほど遠い。

③ 困難性への理解不足

有病高齢者や障害者にとっての歯科的健康の重要性が、一般の保健・医療関係者の中で必ずしも十分には認識されていない。

さらに、一見簡単そうに見える歯科治療処置が、有病高齢者や重度の障害者では困難であるばかりか、かなりの危険を伴いかねないことも、なかなか理解してもらえない。万一事故が起これば「たかがムシ歯の治療で…」と非難されかねない。

2) 歯科医学的な問題点

① 治療内容の制約

歯科医療器械の多くは診療室備付けであり、携行できる器械器具は限られたものとならざるを得ない。診療姿勢も制約され、複雑微妙な処置はきわめて困難となる。

診療時間や診療回数にも制約が出てくることから、ともすれば診療条件の悪いことを口実として、その場しのぎ的な低質医療で済まそうとする傾向も出てくる。

この問題点については、地域医療システムが確立している地域では、専用の固定診療所などへの搬送あるいは病院歯科での入院治療により、第一線の在宅医療をバックアップすることで解決できるはずであるが、現実には、適切な歯内療法で十分に保存可能な歯が、安易に抜歯されているような事例がけっして珍しくはない。

② ノウハウの未開発

在宅診療のノウハウはまだ十分には確立していない。この分野の専門書³⁶⁻⁴¹⁾もそれほど多くはない。ポータブル・ユニットなどの専門の器械器具も、いくつかのメーカーから市販されているが、実用面ではまだまだ問題が少なくない。採算面から考えて、今後の開発にも不安がある。

対象となる障害者や高齢者についての専門講座すら、設置されている歯科大学はそれほど多くはないのが現状である。

3) 社会的な問題点

① 経営面での不採算

数次にわたって改定が行われてはいるが、社会保険診療報酬での歯科訪問診療料その他についての点数設定が、あまりにも低い。神谷⁴⁵⁾は開業医の立場から往診と診療室での歯科治療とを比較して、診療報酬は1/3から1/5にまで落ち込むと述べ、その理由として、歯科治療の多くが精密な小外科

手術的行為であり、医師、患者双方にとってストレスの多い体位をとること、往診では複数の患者を連続して診療することが稀であることなど挙げている。

訪問診療や訪問指導には、在来の歯科診療とはかなり異なった側面があるにもかかわらず、それが十分には理解されていないようで、保険診療報酬審査での締めつけへの不満もよく聞く。

行政の福祉サービスとしての役割も大きいはずであるが、自治体などからの経済的な援助は必ずしも十分とはいえない。

② システムの未整備

在宅医療は、有機的な地域医療システムの一環として位置づけられなければ意味がない。医科では、まず入院治療があり、急性症状が収まって後の慢性期の療養あるいはリハビリの場として、在宅医療の存在意義が強調される。

ところが歯科では、ハイリスクの患者から緊急往診を求められ、全身管理上で入院が必要と判断された場合であっても、大部分の地域ではそうした対応が不可能な状態にある。

治療後のアフター・ケアも体制が確立していない。疾病治療のみを対象とした社会保険制度にもとづくかぎりでは、予防的側面も含めた口腔ケアを維持することは、けっして容易ではない。

③ 二・三次医療機関（病院歯科）の不在

第一線でのプライマリ・ケアを主体とした在宅医療には、それをバックアップする二・三次医療機関（病院歯科）の存在が不可欠である。ところがわが国の病院歯科は口腔外科のみに偏重されていて、有病高齢者や障害者の歯科医療のための高次医療機関としての機能を持つ病院歯科は、大部分の地域で文字どおり不在である。社会保険制度上で冷遇されていることもあってか、わが国では本来のホスピタル・デンティストリィそのものが育っていない。

④ 個人の負担過重

積極的に取り組む歯科医師がまだ数少ないため、特定の個人に負担が集中する傾向がある。ハイリスクの患者を対象とするにもかかわらず、医療事故や道中の交通事故に対する補償制度も確立していない。

現状では、システムの不備を個人の献身的な努力で補っているような例が少なくないのは、大き

な問題である。

⑤ 在宅医療の理念の未確立

どんなに臨床のベテランであっても、往診先で手術を開始する医師はいない。ところが歯科では抜歯や歯の切削などに安易に着手する傾向があり、保険診療でもタービンなど切削器具の使用を加算点数で助長している。

これは在宅医療の意義が、あくまでも地域の第一線でのプライマリ・ケアにあり、決定的治療の場ではないということについての理解が、まだ不十分であるためと思われる。

医科であれば、一定以上の侵襲を伴う処置が必要な病状であれば、しかるべき施設に搬送あるいは入院させて、適切な全身管理下に治療を行うのが常識である。

ところが、第一線医療をバックアップすべき病院歯科の充実についても、多くの地域の歯科医師会は理解を示さない。

在宅医療の理念が十分に理解されないままで、在来の修理屋的な歯科診療の延長上でのその場しのぎ的な低質の「歯医者の出前」に終わるようでは、むしろ歯科医療そのもののイメージをおとしめかねない懸念がある。

地域の歯科医師会として、住民や自治体の要請に応えるポーズを示すのも結構であるが、徹底的な議論や専門研修もなしに、間に合わせの安易な対応で済ませるべきものではない。

歯科医学教育の場で、これをどのように取り上げていくかも、今後の大きな課題である。

む す び

著者は、数年前から全国各地の歯科医師会やスタディ・グループに招かれて、在宅医療について話をする機会が増えた。多くの実践者と経験を交流するなかで、歯科医師の在宅医療への対応には、両極端があるのに気付いた。

ひとつは「触らぬ神に祟りなし」というきわめて消極的な態度で、困っている患者が緊急往診を頼んできても、「ポータブルの器械がないから…」などの逃げ口上で尻込みする人たちである。

一方、きわめて積極的に取り組んでおられる先生も少なくはないが、そちらの側では「木（歯）を見て、森（全身）を見ない」という歯科医師の陥りがちな落とし穴の存在が気になる。在宅医療

の対象となる寝たきり老人などが、自力で通院できる通常の外来患者とは、本質的に異なることを見落として、安易に抜歯や歯の切削に着手することで、重大な事態を生じた例もいくつか耳にしている。

無闇に怖がっての逃げ腰も、その逆の「恐いもの知らず」の無謀な対応も、その原因として共通するのは、在宅医療とその対象患者についての「知識不足」である。

これは在来の歯科医学教育が、修復や補綴などの歯の治療技術のみを偏重して、一般状態の評価や全身管理、あるいは医療の社会的側面への理解を疎かにしがちであった結果に他ならない。

「有病者歯科」という奇妙な言葉（歯科疾患は病気のうちに入らない？）が通用しているのは、これまでの歯科医師の多くが全身疾患についてあまりにも無関心であったことの、なによりの証拠ではないであろうか。

ポータブル・ユニットなどの器材の開発も、確かに必要なことではあろうが、そうしたハードウェアよりもソフト、つまり在宅医療の理念を理解し、必要な知識と技術を身につけることの方が、これからの歯科医師にとっては、はるかに重要な意義があるに違いない。

文 献

- 1) 総務庁統計局 (1994) 平成5年10月1日現在推計人口。国民衛生の動向, 40: 36—37.
- 2) 厚生省 (1994) 平成5年簡易生命表。国民衛生の動向, 40: 429—430.
- 3) イヴァン・イリイチ (金子嗣郎訳) (1979) 脱病院化社会, 初版, 晶文社, 東京.
- 4) 川喜田愛郎, 唄 孝一, 大森文子, 中島みち (1988) 生命倫理, 初版, 日本看護協会出版会, 東京.
- 5) 山崎章郎 (1991) 病院で死ぬということ, 初版, 主婦の友社, 東京.
- 6) 山口正民, 瀬尾 撰 (1991) 在宅医療. 第23回日本医学会総会誌, 221. 日本医師会, 東京.
- 7) 日本尊厳死協会編 (1992) シニアのための尊厳死読本, 初版, 三省堂, 東京.
- 8) 笠原 浩 (1993) 歯科医療新時代——ケアからケアへの転換. 月刊 保団連, No. 424: 6—10.
- 9) 竹内孝仁 (1992) クオリティオブライフ (QOL) とケア, 鈴木俊夫・山中克己編集 寝たきり老人のQOL向上をめざして, 初版, 30—32. 永末書店, 京都.
- 10) 日本医師会 (1989) 日本医師会医療システム研究委員会中間答申, 日本医師会, 東京.
- 11) 栗原伸夫, 太田和夫, 吉良枝郎, 中島正治, 村瀬敏郎, 松石久義 (1990) 在宅医療をめぐる. 日本医師会雑誌, 103: 643—658.
- 12) 瀬尾 撰 (1990) 在宅医療環境整備に関する検討会の報告書をめぐって. 日本医師会雑誌, 102: 665—668.
- 13) 笠原 浩 (1983) 障害者と Special Patient Care. 日本歯科医師会雑誌, 36: 128—135.
- 14) 笠原 浩 (1985) 障害者と特殊歯科医療. 松本歯学, 11: 1—12.
- 15) 厚生省 (1994) 厚生白書 平成5年版, 90. 厚生統計協会, 東京.
- 16) 田中益子, 鈴木俊夫, 夏目長門, 神野洋輔, 新美照幸, 中村友保, 服部孝範 (1989) 寝たきり老人等在宅障害者に対する歯科医療需要に関する研究第1報 施設における寝たきり老人の口腔内実態調査. 老年歯学, 3: 27—33.
- 17) 石川朋伯 (1991) 在宅ねたきり老人のための歯科保健計画策定に関する基礎的研究. 老年歯学, 6: 43—51.
- 18) 金子充人, 関口 基, 砂川 豊, 伊藤 卓, 大木保秀, 喜多詰規雄, 後藤佳文, 白鳥 修, 土田和由, 湯浅太郎, 杉原直樹, 真木吉信, 高江洲義矩 (1992) 千葉市における在宅要介護老人の歯科保健に関する実態調査—面接調査と口腔内所見— 老年歯学, 7: 27—35.
- 19) 矢澤正人 (1989) 在宅歯科医療を育む. 月刊 保団連, No. 299: 2—24.
- 20) 厚生省 (1988) 厚生白書 昭和63年版, 1, 厚生統計協会, 東京.
- 21) 厚生省 (1988) 厚生白書 昭和63年版, 27, 厚生統計協会, 東京.
- 22) 谷 修一, 小野昭雄 (1988) 点数表の解釈 甲表編, 63年4月版, 3—4. 社会保険研究所, 東京.
- 23) 佐治靖介, 小野昭雄 (1988) 歯科点数表の解釈, 63年6月版, 1. 社会保険研究所, 東京.
- 24) 全国保険医団体連合会歯科協議会 (1989) 特集 在宅歯科医療を考える軽井沢セミナー. 月刊 保団連, No. 299: 1—69.
- 25) 鈴木俊夫 (1986) 愛知県で往診歯科治療をすすめる在宅者歯科医療連絡会の活動. 日本歯科評論, No. 530: 159—162.
- 26) 笠原 浩, 小笠原 正, 平出吉範, 渭東淳行, 上田健司, 野原 智, 穂坂一夫, 西山孝宏, 渡辺達夫 (1990) 通院困難な療養者に対する歯科治療システムの研究 第1報 往診歯科治療. 障歯誌, 11: 34—41.
- 27) 江面 晃, 又賀 泉, 山口 晃, 北野智丸, 樋口昌男, 黒川裕臣, 榎本友彦, 大滝晃一, 吉岡弘之, 畑 好昭 (1990) 日本歯科大学新潟歯学部における在宅歯科往診診療の現況. 老年歯学, 4:

- 94-97.
- 28) 奥山秀樹 (1992) 在宅歯科医療の問題点 地域総合病院における往診診療. 老年歯学, 7: 121-127.
- 29) 高田耕司, 見崎 徹, 京田直人, 金山利吉, 嶋田直季, 白井 潔, 塚本 亨, 加藤勝成 (1993) 東京都葛飾区における在宅寝たきり老人の歯科医療—たんぼば診療所における抜歯症例. 老年歯学, 8: 78-84.
- 30) 川上 武 (1967) 内科往診学, 初版, 1. 医学書院, 東京.
- 31) 柳田邦男 (1987) 今後の医学・医療への期待, 第22回日本医学会総会誌, I: 4-5, 日本医師会, 東京.
- 32) 梅村長生 (1992) 歯科と医科との連携, 上田 裕監修 高齢者歯科医療マニュアル, 初版, 20-21. 永末書店, 京都.
- 33) 金子 讓 (1993) 在宅高齢者治療の安全性と危険性. 歯界展望, 81: 1303-1318.
- 34) 束理十三雄, 北野智丸 (1994) 高齢有病者歯科診療の問題点. 歯科ジャーナル, 40: 109-118.
- 35) 長野県歯科医師会 (1994) 障害者・有病高齢者歯科治療実技研修会テキスト, 1994年版, 松本歯科大学障害者歯科学講座, 塩尻.
- 36) 新庄文明編 (1988) 寝たきり老人歯科医療の実際, 初版, 南光町歯科保健研究会, 兵庫県南光町.
- 37) 佐藤雅志, 鈴木俊夫編 (1991) 在宅老年者の歯科診療入門, 初版, 医歯薬出版, 東京.
- 38) 愛知県歯科医師会編 (1991) 口腔ケア 健康教育から在宅ケアまで, 初版, 朝日出版, 東京.
- 39) 杉本是孝, 松尾 学 (1991) 在宅・心身障害者の歯科治療, 初版, わかば出版, 東京.
- 40) 鈴木俊夫, 山中克己編 (1992) 寝たきり老人のQOL向上をめざして, 初版, 永末書店, 京都.
- 41) 笠原 浩 (1992) 在宅歯科診療のノウハウ, 初版, 松本歯科大学障害者歯科学講座, 塩尻.
- 42) 上田 裕監修 (1992) 高齢者歯科医療マニュアル, 初版, 永末書店, 京都.
- 43) 厚生省老人保健福祉局老人保健課監修 (1993) 寝たきり者の口腔衛生指導マニュアル, 初版, 新企画出版, 東京.
- 44) 笠原 浩編 (1994) 第一線臨床医のための在宅歯科診療のノウハウ, 初版, 松本歯科大学出版会, 塩尻.
- 45) 神谷 誠 (1994) 日常診療のなかでの往診, 笠原浩編 第一線臨床医のための在宅歯科診療のノウハウ, 初版, 164-165. 松本歯科大学出版会, 塩尻.