

こんなときこそ医科と歯科の連携が必要

富山県保険医協会 小熊清史

発端

4月8日から13日まで、富山県医師会のJMATに加わり、いわき市へ行きました。

県保険医協会と県医師会が事務局員の派遣について協議するなかで、歯科医師の参加を求めることになり、3月末、協会事務局から打診がありました。

JMATに歯科医師が参加するのは異例とのこと。JMATは医師会の事業ですが、看護協会や薬剤師会などが協力しています。歯科医師が加わるのは当然だと思います。

避難所を駆け巡る

大急ぎで阪神淡路大震災関連の文献に目を通しました。協会を通して現地の先生とも連絡をとり、状況の把握に努めました。いわき市内の歯科診療所は3月末の時点で半分ほどが再開しているとのことでした。

思い悩んだ末、①最小限の応急処置を行なう②現地の医療機関の受診につなげる③口腔ケアに力を入れる、この3つを基本方針にしようと考えました。

延べ26ヶ所の避難所を巡回しました。

テーブルと椅子を準備して「出張診療」の形をとることもありますが、多くは避難所の

中でも動き回って、ベッドサイドならぬマットサイドで診療する訪問診療のスタイルです。

電源の確保は難しく、大がかりな器具では機動性に欠けます。ポータブルユニットも持って行きましたが、もっぱら充電式のポータブルエンジンを使用しました。5倍速のコントラハンドピースは、注水はできないものの咬合調整や残根削合に重宝しました。

前半は、医科と一緒にチームで回り、後半は歯科単独のチームを編成しました。歯科処置の必要なケースについて医科チームからリクエストしてもらって、巡回予定に組み入れました。

6つのチームには市の職員が配置され、毎日ミーティングが行なわれます。JMATのシステムは想像以上にしっかりしていました。

応急処置から受診へ

いちばん多かったのは義歯の調整です。歯周病の急性化、食片圧入による歯肉の腫脹、口内炎も多く見られました。

1日にオニギリ1個とかパン1個といった状況が3月いっぱい続き、顕著な体重減少を来した人が多いと聞きました。劣悪な栄養状態や衛生状態が背景にあります。

歯の鋭縁が原因で口腔粘膜に褥瘡ができた



「マットサイド」での診療

女性がいました。咬合調整をしたら、それまで暗く沈んだ表情だったのが、にっこり明るく「あ、楽になった」と喜んでくれました。

医科だけのチームなら投薬で終わるところでしょうが、歯科が加わることで原因の除去ができます。

応急処置のあとは、地元の医療機関に受診するよう勧めました。避難所の住民も避難所周辺の地理に詳しくはありません。地元関係者の協力が不可欠です。

驚いたことに、「災害時医療費の特別措置」について、避難所住民のほとんどは知りませんでした。お金の心配をして受診をためらっている人が少なくありません。いまひとつ受診を妨げているのは交通手段です。

なんとかしたい口腔ケア

災害の直接死は被災から3日間、関連死は2ヶ月間が勝負。関連死のなかでも肺炎が大きな比重を占める。そんな阪神淡路の教訓から、口腔ケアを重要な課題と考えました。

歯ブラシを500本、スポンジブラシを300本、などなど準備していったのですが、

口腔ケアまで十分に手が回らなかったのが最大の心残りです。

現地の歯科衛生士の応援も得ていながら、最小限にとどめるはずの応急処置に手間取り、また、想像以上の水まわりの不便さに阻まれました。

震災から1ヶ月、まだ給水車に頼っている避難所があり、仮設のトイレが使われていません。上下水が復旧しているところでも、ごく少数の蛇口やトイレが屋外にあるケースがほとんどです。

歯を磨く、義歯を洗う…そんな何気ない日常行為のハードルが高いのです。

次なる一歩へ

ある避難所で、50歳代かと思われる男性がぽつりと口にした言葉に衝撃を受けました。

「外にでたら、お金がないから…やっぱし、ここにいるしかないんだなあ…ここにいれば、食べるものがあるし…」

避難所にいるしかない、という現実がそこにあります。皆さん我慢強いんだなあ一などと感心していた自分が恥ずかしくなりました。ガレキが片付き仮設住宅ができたとしても、生活が再建されないかぎり本当の復旧にはなりません。

富山協会では、ひきつづきJMATに歯科医を送り込むために、志願者をリストアップし、準備していました。しかし、JMATが連休明けで終了になり、歯科からの参加は一人で終わってしまいました。

小さな一歩ですが、さらなる連携の拡大につながることを願っています。