

勤務していることが少なくないが、歯科医師としても、高齢患者が退院後どのような生活を送るかを想定のうえで治療内容を選択するべきである（必要があれば直接連携する）。

超高齢社会に対応するために医療サービスの体系はスピード感のある変化を遂げている。こういったなか、医療の本質は変わらないものの、社会が医療に求める内容は時代とともに変遷していることを医療従事者は理解することが求められており、歯科医療従事者も同じである。

OECDにおける急性期病床 (acute care beds) は、現在次のように定義されている。

【周産期（産科）医療，非精神疾患治療，傷害に対する治療，外科手術，非精神疾患や傷害の症状の緩和（ただし終末期緩和ケアを除く），非精神疾患や傷害の応急処置，非精神疾患や傷害による合併症を防ぐといった機能のうち1つ以上を有する病床】を含むもの

〈※ 2006（平成18）年までは、平均在院日数が18日以内の治療に用いられる病床を急性期病床の定義としていたが、2007（平成19）年以降SHA（A System of Health Accounts）に準拠した上記定義に変更された。〉

（平野浩彦，枝広あや子）

## 2-介護老人福祉施設と介護老人保健施設

### ① 訪問診療の役割

口腔衛生管理の困難な要介護高齢者では、自らの歯科疾患を適切に介護者に伝えられないものも少なくない。入院前にかかりつけの歯科医院をもつ高齢者でも、急性期病院等への入院から回復期病院・施設入所等への移動を契機として、歯科医師との関係が途切れてしまう事態がしばしば起こる。このような要介護高齢者の多くは、さまざまな歯科的問題を抱えているにもかかわらず、歯科診療所への通院は困難なことが多い。一方、近年、口腔衛生管理や歯科治療をはじめとする口腔機能の維持・管理を行うことで、咀嚼機能ばかりではなく、栄養摂取、呼吸器や循環器疾患など他の疾病の管理、食を通じたQOLの向上にも寄与することが明らかとなっている<sup>12)</sup>。

こうしたなかで必要とされているのが、訪問診療である。歯科診療所に通院することが困難な者に対し、適切な歯科医療を届け、かつQOLにも貢献することが、訪問診療の役割である。

### ② 介護保険施設<sup>\*3</sup>における訪問診療と多職種連携の概要

介護保険施設とは、介護保険法に基づく施設であり、心身の障害で在宅生活が困難な高齢者の日常生活を介護する施設である。入所型の介護保険施設は、その種類によって入所者のADLや身体状況が異なる。さらに、地域によって介護保険施設の充足率も異なるため、地域ごとに異なった入所者構造を示す。たとえば冬季に交通の便が悪い山間部では、冬季のみの社会的な入所を行う地域もある一方で、要介護者人口に比較して入所型施設の少ない地域では、要介護度の高い独居高齢者が入所型サービスを受けられずに通所型サービスのみで生活している地域もある。つまり、地域や施設で様相が異なるため、各地域の事情や内部事情に対する理解を示すことが、訪問した施設に受け入れられる足がかりになる<sup>3)</sup>。

介護現場では、口腔疾患ばかりをみずに、患者の身体全体をみる視点が必要である。それと同時に、介護保険施設の構造をも把握し自らの立場と求められている機能を認識する必要がある。施設を構成する医療・介護・福祉担当者の意図、考えを汲んだうえで、患者本人の全身状態に加え施設の設備、搬送のために必要な職員の配置状況や口腔や全身の療養に関する考え方、施設内の価値判断の基準に配慮し、かつ時間経過をも考慮した治療計画を立てる<sup>4)</sup>。基本的な医療保険と介護保険等の知識が必須で、施設とサービス内容も調整する必要がある。施設に訪問する歯科医師が、介護チームの一員となって意思疎通をとることで初めて、患者に対する治療とケアが完遂される<sup>5)</sup>。

### ③ 介護保険施設における訪問診療の実際の流れ

介護現場ではかかわる専門職がより複雑化し、歯科医療器材や処置内容は制約を受け、また施設への訪問診療においては外来診療とは異なり、歯科治療を受ける患者本人と、家族等のキーパーソンのほかに、患者の周囲を取り囲む医療・介護・福祉担当者(担当の内科医や精神科医、看護師、リハビリテーション職員、管理栄養士、介護職員、施設

\*3: 介護保険施設  
医学的介入程度や介護サービスの内容によって「介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)」「介護老人保健施設」「介護療養型医療施設」の3タイプに分かれる。(p.159参照)

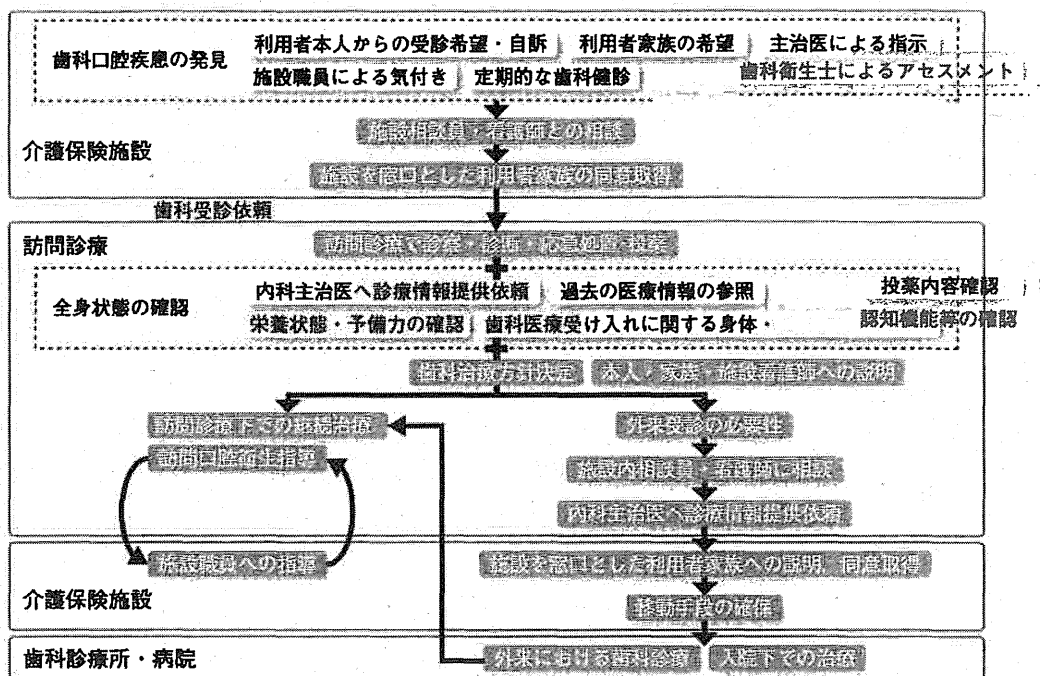


図9 介護保険施設における診療までの流れの概要(例)

長、施設相談員等)に配慮して診療を行う必要があることから、特別な配慮が必要である。診療の流れの例を図9に示す。

入所者の歯科疾患が確認された際は、施設内での医療業務を管理する業種(看護師など)や、家族との連絡を管理する業種(相談員など)に相談のあと、施設職員を通じて家族の同意を得る。そして同意後に施設より受診依頼があれば、施設に訪問し、歯科疾患の診断、応急処置等を行うとともに患者の医療情報の収集を行う。特に患者本人が、想定される歯科治療の受け入れが可能な身体状況や認知機能であるかも、日常の介護を行っている施設職員との相談によって情報収集する。

訪問診療下で安全に行うことが困難な外科処置等は、歯科外来に搬送する必要があるが生じる。搬送には施設的环境、設備、人員などの制約を受けることから、患者本人が治療を望んでいたとしても、家族が同行できなければ診療が困難なこともある。したがって治療方針決定の際は、施設の介護体制や事情を汲み取り、かつ一般的に口腔疾患は認知度が低いことも理解したうえで、看護師や介護職や相談員、施設長に患者の病状、予後予測とともに計画の提案(複数の選択肢を含む)、治療の効果とリスクを説明し、理解・協力を得る必要がある。外来で行えば簡単な治療でも、訪問下で身体機能の低下した要介護高齢者に行う際には注意を要することの共通理解が重要である。

介護保険施設での医療に関する同意は、患者本人に意思表示困難である場合や高額な治療である場合は家族への説明が必須だが、家族に話すためにも施設内の相談員などと密な連携をとる。特に審美的な変化や誤嚥、感染等の身体的なリスクを伴う処置、金銭的な負担がある治療は、本人に加え施設利用者家族に対しインフォームドコンセントを得て書面に残し、施設とも内容の共有を行う。

訪問下での治療が継続可能であれば、口腔機能管理計画を立てる。日常的口腔ケアに関する指示でも、それが必要な理由や具体的な手技に加え、介護職が他の介護業務の合間に行うケアであることも理解して、歯科として専門的な支援をすることが必要である。また摂食嚥下に関する情報や指示は、介護保険施設のなかで摂食嚥下にかかわる職員との直接の意見交換やカンファレンス、お互いの業務への理解があつてこそ成り立つ。

一方、外科処置など訪問下で困難な治療を行う必要がある場合は、再度施設の看護職員や相談員との相談に加え、内科主治医に照会し、かつ利用者家族へ理解を求める。入院が必要となる場合は、施設長の理解を得る必要もある。施設からの通院に必要な移動手段（施設の搬送車または介護タクシー、家族の車など）の調整も状況に配慮して依頼する。概して介護保険施設利用者は通院が困難なものが多く、また通院は患者本人の身体的・精神的な負担も大きいことから、外来は長引かせずに訪問診療で継続できるような状態へと導く。

#### ④ 施設の特性に配慮した訪問診療の実際

##### a. 介護老人福祉施設における訪問診療

介護老人福祉施設では、嘱託医の訪問診療による医療が主体となる。施設入所者はエックス線や血液検査等の医学的検査の頻度も少ない。したがって訪問診療においても、入院時健診の情報や病歴概要など限られた医学情報を収集する必要がある。

##### 1) 介護老人福祉施設における口腔健康管理

訪問診療の際には、利用者の定期的な口腔衛生状態の確認、指導等の包括的計画を立て、早期対応の仕組み作りを行うことが望ましい。施設との連携により訪問の計画を立て、患者からの訴えや口腔の変化を迅速に歯科治療につなげるようなチームアプローチを画策する<sup>6)</sup>。また訪問診療とは別に介護職向けの口腔ケアに関する講習会等の実施によって、施設全体の利用者の口腔機能管理に努めることも必要である。特に専門的口腔ケアが必要な利用者には、利用者家族同意のうえで口腔機能維持管理の計画を立て、個別対応を行う。

介護老人福祉施設での口腔機能管理は、摂食嚥下障害や栄養の管理とも直結する問題である。常勤の管理栄養士等による摂食嚥下機能のスクリーニングにより検出された摂食嚥下障害の疑いのある利用者がいれば、摂食嚥下機能検査を行ったうえ多職種協働で食事内容や提供方法調整等の個別管理計画を立てる。必要があれば専門的な摂食嚥下機能検査の可能な医療施設との連携を行い、利用者の食事の支援にあたる。

##### 2) 症例1（2005（平成17）年入所、89歳女性、主訴「口唇の咬傷」）

① 既往歴と要介護度：認知症、脳出血後遺症（右側片側麻痺、失語症）、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ、障害高齢者の日常生活自立度C2、認知機能検査ではHDS-R 0点、MMSE 0点。リクライニング車いすに乗車し、四肢の拘縮があり要介護度5であった（図10）。

② 現病歴と経過：Alb 3.7、Hb 13.4、Plt  $11.0 \times 10^4$ と低栄養、褥瘡があり、胃瘻を造設したあと、義歯使用は中止した。上唇を巻き込む吸啜反射が出現し、顎顔面の過緊張、



図10 四肢の拘縮があり要介護度5の患者(症例1)



図11 ブリッジの噛み込みによる潰瘍形成(症例1)

持続的な咬反射(噛みしめ)が強く、開口困難で顎関節の拘縮の兆候があった。しばしば下顎前歯のブリッジで上下唇に潰瘍ができるようになった(図11)。

### ③ 要点の整理

- i) 全身状態の評価: ADL, 要介護度, 栄養摂取方法と栄養状態.
- ii) 認知機能評価: 覚醒レベル, 意思表示の可否, 指示従命の可否など.
- iii) 口腔内の状態と口腔機能の評価: 開口量, 残存歯, 対合関係, 口腔咽頭の感覚機能と運動機能, 習癖, 過緊張, 不随意運動など.
- iv) リスクのアセスメント: ①口腔内の創からの感染リスク, ②誤嚥リスク, ③肺炎リスク.
- v) マネジメント: 医療介護関係者, 意思決定権者への説明と意思確認, 患者の身体的な予備能力, 搬送の可否, 予後予測.

### ④ 要点の検討

- i) 持続的な咬反射や顔面の緊張は改善が困難と考えられる。咬反射や緊張があっても咬傷, 擦傷を防止することが必要である<sup>7)</sup>。
- ii) 予備能力が低く, 全身管理や出血管理, 創傷治癒の観点から, 搬送して抜歯を行うメリットよりリスクが大きい。環境要因を勘案しても抜歯は困難である。

### ⑤ 治療経過

#### i) 口唇プロテクターの装着

家族に説明後, 家族希望で口唇プロテクターを作製したが, 顔面の緊張は強く, 強



図 12 口唇プロテクターごと噛み込むことによる顎堤への潰瘍形成 (症例 1)



図 13 残存歯の切断・研磨 (症例 1)

い噛みしめによって上顎顎堤にプロテクターごと下顎小白歯がくいこみ、上顎顎堤に骨に達する潰瘍ができたため、使用を中止した (図 12)。介護職からも残存歯切断のほうがいいのではないか、との意見が聞かれた。

#### ii) 残存歯の切断

再び家族および看護職、介護職とのカンファレンスを行った。顔面緊張による潰瘍の状態、対策について口唇プロテクターによる治療経過があったことにより、家族は残存歯切断に同意し同意書を家族、施設、診療所で共有した。

施設において患者の意識レベル、体調を確認して、歯冠の切断を行った。ガーゼ、排唾管とサクシオンを併用して誤嚥対策を行い、また切断したブリッジが口腔内に落ちないような対策をして切断・研磨を行った (図 13)。顔面の緊張は多少の改善があり、緊張があっても口唇、顎堤に新たな潰瘍ができることはなかった。上顎顎堤の潰瘍も順調に回復し、1か月後には正常粘膜となった。

### 3) 介護老人福祉施設における訪問診療の要点

介護老人福祉施設入所の高齢者では、外科処置を回避せざるをえないことがある。患者本人、家族、施設の意図を汲んだ治療計画を立てたうえで、家族等に対する説明と同意を書面にし、内容を職種間で共有することが重要である。また第一選択となる処置を行わない場合も、予後予測とともに第二選択、第三選択を常に用意しておく。

#### b. 介護老人保健施設 (老健) における症例

介護老人保健施設は、心身の機能回復による在宅復帰を目標にリハビリテーション等を充実させる目的で、リハビリテーションスタッフや看護師、医師等の配置基準が指定介護

老人福祉施設より多く設定されている。利用者は、介護老人福祉施設に比較するとやや要介護度が低く、リハビリテーションに能動的に参加できるものも多い。在宅復帰を想定しているため、入所期間は指定介護老人福祉施設と違い無期限ではなく、おおむね3か月ごとに退所か入所継続の判定が行われる。

#### 1) 介護老人保健施設における口腔健康管理

介護老人保健施設における訪問診療の際も、施設と相談のうえ、利用者の口腔衛生管理を継続的に行えるようにすることが重要である。介護老人保健施設では頻繁に利用者の入退所があるため、定期的な利用者の把握を行うために毎月もしくは数か月おきの「新入所者歯科健診」等を行うことで、スクリーニングを行い、退所時期も考慮に入れた口腔管理計画を立てる。家族からの希望を汲み取るほか、理解力が高く認知機能低下が軽度の利用者のなかには、審美欲求や食形態に対する要求が高い者や自ら診療を希望する者も少なくないため、利用者からの診療希望も汲み取る必要がある。専門的口腔ケアのほか、認知機能が高く上肢の運動障害のない者に対してはセルフケアの指導を行い、自立支援を行う。

介護老人保健施設での訪問診療は、入所中の摂食嚥下障害や栄養管理にかかわるばかりか、退所後の生活にも大きく影響する。入所中に摂食嚥下リハビリテーションが可能であれば、できるだけ機能向上を図ることも歯科の務めである。介護老人保健施設に入所する者の多くは急性期病院や他のリハビリテーション病院からの転所である。入院中に義歯破折や義歯を外したままで歯の脱落などが放置されていたり、摂食嚥下機能に見合っていない食形態の食事を継続している者も少なくないため、利用者からの食形態に関する希望を口腔内の補綴歯科治療や摂食嚥下リハビリテーションにつなげることも重要である。

また家族の希望や、施設常勤の管理栄養士や言語聴覚士により検出された摂食嚥下障害の疑いのある利用者に対し、摂食嚥下機能検査を行ったうえ多職種協働で個別の食事支援計画を立てる。必要があれば専門的な摂食嚥下機能検査の可能な医療施設と連携するほか、歯科治療を併せて行い咀嚼機能も加味し定期的にアドバイスを行うことも必要である。

2) 症例2 (身長166 cm, 体重48.0 kg. 2012 (平成24)年9月入所, 72歳男性. 主訴「入れ歯の着脱時に歯が痛い」)

① 既往歴と要介護度：認知症、糖尿病、高血圧症、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb,

\*4: p.23 参照 障害高齢者の日常生活自立度\*4 B1, 入所時 MMSE \*5 26点, 視覚的な理解力は良好

で、エックス線提示による説明等も受け入れ可能。十分に意思表示可能で、歯科治療にも理解があり協力的。全身的な筋力低下があり歩行器歩行だがリハビリテーションに意欲的。

② 現病歴と経過：部分床義歯を使用しきざみ食を経口摂取している状況であったが、糖尿病のため管理不良の重度歯周病 (図14) があり、歯の動揺による清掃不良、重度歯周病による歯槽骨の露出、排膿、口臭が著明であった。鉤歯の重度動揺による部分床義歯着脱時の疼痛および下顎骨全体の慢性疼痛があった。一方、口腔咽頭機能の低下

\*5: 簡易精神機能検査(MMSE)と長谷川式スケール(HDS-R)<sup>9)</sup>

世界的にはMMSEが多く使われている。両者の相関係数は0.24といわれている。



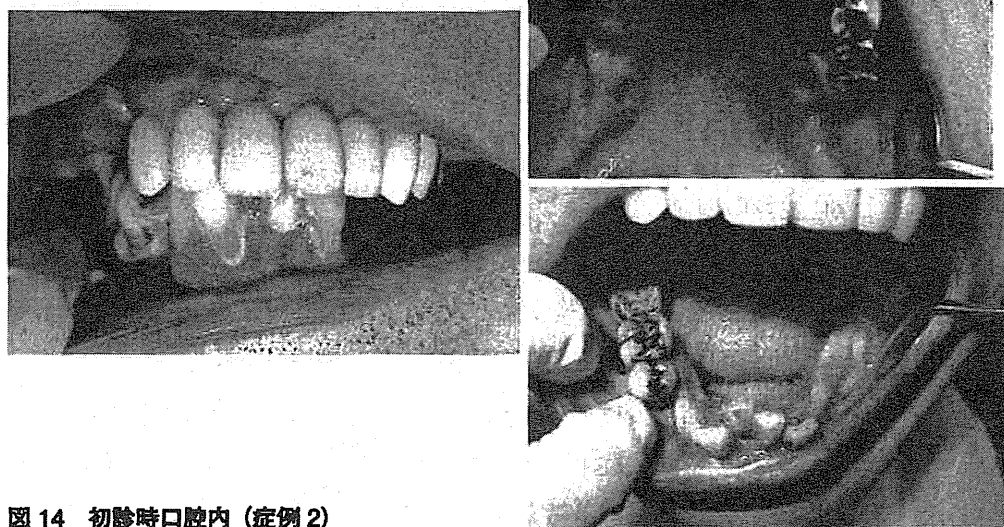


図14 初診時口腔内（症例2）

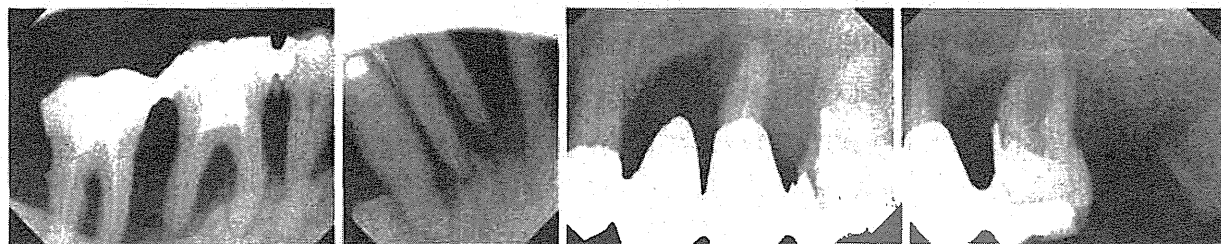
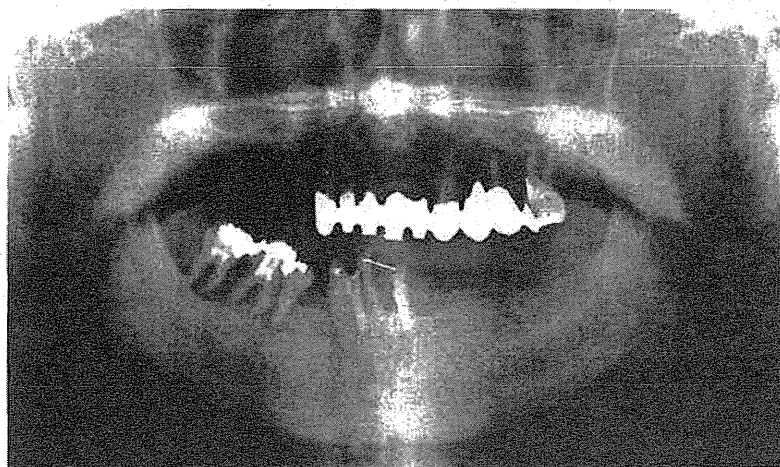


図15 初診時エックス線写真。重度歯周病を認める（症例2）

はほぼみられず、咬合力は強く咀嚼筋は十分に機能している状態だった。エックス線を提示して患者本人に説明したところ、患者はその必要性を理解し抜歯を希望していた（図15）。

③ 要点の整理

- i) 全身状態の評価：既往歴，ADL，要介護度，血液検査値等の身体状況，栄養状態。
- ii) 認知機能評価：理解力，意思決定能，生活意欲。



- iii) 口腔内状態の評価：抜歯と補綴歯科治療の必要性。
- iv) リスクのアセスメント：①重度歯周病放置による糖尿病の悪化のリスク，菌血症のリスク，歯周病の急性発症，骨露出のリスク，②抜歯の場合の抜歯後感染リスク，③糖尿病のコントロール，④通院負担。
- v) マネジメント：医療介護関係者，意思決定権者への説明と意思確認，患者の基礎疾患を考慮した要治療歯の治療計画，QOL を低下させないための補綴歯科治療計画，搬送の可否，予後予測。

#### ④ 要点の検討

- i) 感染源の除去を行い，適切な補綴歯科治療が必要と考えられる。
- ii) 血糖管理，抜歯後感染と抜歯後出血の管理を行いながらの多数歯抜歯について，内科医の協力，抗菌薬の点滴投与下で行う必要がある<sup>9)</sup>。
- iii) 複数回に分けて抜歯する計画では，家族の通院負担が大きい。二次医療機関における短期入院下で全身管理下の抜歯にすることで通院負担を軽減し，かつ合併症の管理が可能と考えられる。

#### ⑤ 口腔機能管理・口腔衛生管理の訪問診療プランニング

重度歯周病の歯周基本治療，入院抜歯に関する説明を行い各関係者に理解を得たうえで，抜歯予定日までできるだけ消炎した状態に管理する。抜歯後早期に食形態の調整，および即時義歯製作を行い，口腔機能のリハビリテーション指導と全身的な機能改善に伴う咀嚼筋・顔面筋の運動機能に合わせた義歯の調整を行う。

#### ⑥ 多職種連携と地域連携の要点

- i) 家族に対する重度歯周病と糖尿病悪化の関係，高い感染リスクの説明と同意。  
家族に来所してもらい，画像情報を提示して医学的説明を行う。また患者の健康観，医学管理に関しての意欲と家族の歴史や社会的環境要因（妻の勤務形態，他の家族の協力度等）を聞き取り，できるだけ希望を汲めるよう検討する。
- ii) 施設医師，看護師はじめ管理栄養士，介護職との療養の方向性に関する検討。  
・施設担当医師（施設長），看護師長との医学管理上の検討，入院にかかわる療養負担について検討を行う。文書による診療情報提供を依頼する。  
・施設看護師，管理栄養士，介護職等とともに抜歯後の補綴計画や食形態の調整など経口摂取の支援計画を説明し，理解を得る。
- iii) 連携先である二次医療機関の口腔外科と文書による相談，計画の共有。

#### ⑦ 治療経過

初診から半年後，二次医療機関の口腔外科に入院し糖尿病コントロールのもと，ABPC 1g 点滴投与下に抜去予定歯を抜歯，術後血圧に対する投薬管理も行い翌日は疼痛自制内で術後出血は認めず，ABPC 3g/日×2日点滴投与し2泊3日で軽快退院となった。

訪問診療で即時義歯を製作後は，咬合回復に伴う口腔周囲筋の筋力増強があり，常食が摂取できるまで回復した。HbA1c<sup>\*6)</sup>は5.6%と安定しており，術後3か月時点で身長166cm，体重54.3kg，BMI 19.7，簡易精神機能検査MMSE 28点（図16）で，またADL

\*6: HbA1c  
p.196, 197 参照

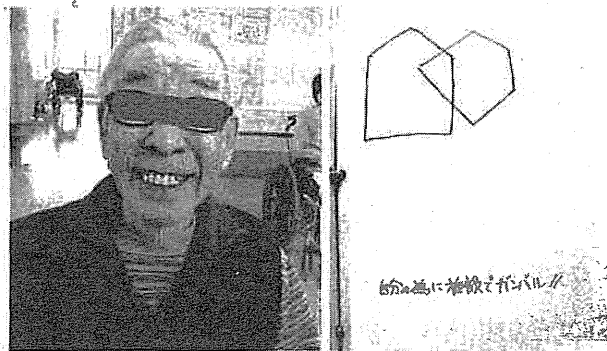


図 16 治療後の機能回復の様子 (左), 認知機能検査の一部 (右) (症例 2)

は杖利用独歩にまで回復し、リハビリテーションやリクリエーションを精力的に行っている。

### 3) 介護老人保健施設における訪問診療の要点

ADL が比較的良好で、かつ認知機能障害も軽度な介護老人保健施設の利用者では、歯科治療に対する患者の希望を十分に聴取するとともに、家族や他職種の状況も十分に配慮したうえで、治療計画を立てる必要がある。訪問診療でも、医学的説明と同意を十分に行い、リハビリテーションが進んだあとの機能や生活をも含めた予知的な治療計画およびその確実な実施、継続的な管理をすることが重要である。

(枝広あや子)

# 1 診断の進めかた

## 4 高齢者、障害者への対応

### ココがPoint!

- ・高齢者は口腔疾患以外に身体的、精神的に複数の全身疾患を有していることが多いので、口腔疾患の診断と治療にはそれらへの配慮が必要であることを学ぶ。
- ・障害者は身体障害、知的障害、精神障害、その他の心身の機能障害を有するのでそれらの特徴や患者環境を十分に理解する。
- ・高齢者と障害者の歯科治療に際しては、家族や関連する多職種との連携が必須であることを理解する。

### 4-1 高齢者の特徴と注意点

#### 1. 身体的特徴と注意点

高齢者は、口腔疾患以外の慢性疾患を複数有していることが多いため、それらの疾患、服用薬剤などを考慮して対応する。医師から必要な医療情報の入手は重要である。さらに、既往歴や、口腔疾患が生じた前後の全身の変化を患者および家族から十分に聴取する。

要介護者や重度認知症患者などは、歯科医院への通院が困難なため、訪問診療もある。ときには、より高度な検査や全身管理のために、病院で入院下の診療が必要となる。

また、感覚機能をはじめ、生活機能の多くが老化で減退している。免疫機能は60歳代になると、ピーク時の1/10以下になると言われている。その結果、いろいろな疾患に罹患しやすく、治療しにくい。

#### 2. 精神的特徴と注意点

高齢期の精神活動においては、信念をもつ反面、融通の利きにくい部分をもっている。また、近親者の病気や死亡、自分自身の身体の衰えに伴う喪失感などに直面し、さまざまなストレスを感じる機会が多い。

このようなライフイベントに伴う身体的、心理的、社会的喪失体験は、閉じこもりやうつなど社会からの孤立につながりやすく、さらに健康管理や日常生活に消極的になり、健康状態に影響する。認知症やうつなどが疑われる場合には、専門医との連携が重要になる。

#### 3. 加齢変化と注意点

一般に高齢者は、さまざまな能力が衰えると言われているが、その程度は個人差が大きい。

## 1 診断の進めかた

瞬時の処理能力が要求される精神運動能の流動性知能は低下するが、広い視野に立った知識や情報分析能力、あるいは言語能力や、獲得した知識の積み重ねによる結晶性知能は、生涯向上する場合もある。また、高次機能は認知症や加齢変化によっても低下することから、老年者個々の能力を適宜把握しながら診療を進める。

また、老年者は、自立した生活の喪失が加わると、独自性や自尊心とともに意欲が失われる。また、加齢変化を受容することが困難なことが多い。

### 4-2 老年者に多い口腔症状

老年者は複数の疾患に罹患し、その疾患および治療の副作用や後遺症を有する割合が高い。そのため、老年者の口腔疾患の診断には、常に全身との関連を考慮する必要がある。

#### 1. 複数歯の根面齲蝕・残根

根面齲蝕は歯頸部を環状に浸食して破折を招き、残根状態となる（図1）。これは、加齢や障害により口腔衛生管理が不十分になることや、内服薬の副作用、咀嚼や唾液分泌といった口腔機能の低下などにより、口腔内の自浄作用が低下することが主因である。根面齲蝕はほとんど同時期に複数の歯に生じ、急速に進行することが多い。



図1 複数歯の根面齲蝕・残根

#### 2. 歯周病

老年者は多種多量の薬を服用していることが多く、歯周病への影響は大きい。降圧薬（カルシウム拮抗薬）の長期服用で、歯肉増殖が起こると全身状態（睡眠時間の延長、無気力、嘔吐、不眠など）にも影響することがある。また、歯周ポケット内の嫌気性桿菌は、歯周病だけでなく誤嚥性肺炎の原因菌の一つであることが明らかになっている。低栄養、免疫力が低下した老年者には、肺炎をはじめ、全身疾患の予防のためにも口腔衛生管理が必須である。

#### 3. 粘膜疾患

##### 1) 舌苔

舌苔は、舌背部に食物残渣、唾液成分、剝離上皮などが堆積し、苔状を呈したもので自覚症状はない（図2）。脳血管障害や口腔疾患で舌の機能障害が起こると自浄作用が低下し、さらに降圧薬、抗精神病薬、抗 Parkinson 病薬などの副作用で唾液の分泌が減少するとさらに自浄作用が低下し舌苔は生じやすくなる。また、熱性疾患や消化器疾患なども誘因とな

る。舌苔は、味蕾細胞の新陳代謝を妨げ、味覚障害の原因ともなる。さらに、カンジダ菌感染で舌痛、舌灼熱感、口臭などを生じる。

## 2) 口内炎

消化器系・内分泌系の消耗性疾患や加齢による免疫力の低下によって、口内炎は発生しやすくなる。また、唾液の質および量の低下により、口腔粘膜の保護・修復作用は低下し、かつ、食物や摩耗した歯の鋭縁、義歯、歯冠補綴物などによる物理的刺激が増えることから、口腔粘膜は細かな損傷を生じやすくなり、その治癒も遅れることから、口腔内細菌などが感染しやすく、口内炎に移行する可能性が高くなる。



図2 舌苔

## 3) 剝離上皮の残渣

経口摂取が困難になり、軟食を摂取するようになったり、会話の機会が失われると、口腔内の自浄作用が低下し、口腔粘膜の剝離上皮と唾液、口腔内細菌などが層状に堆積する。これらは口腔内の感染症や誤嚥性肺炎のリスクを高めることから、口腔のケアによる除去は必須となる。

## 4. 摂食・嚥下障害

詳細は、p. 572：第5章7. 呼吸および摂食・嚥下に関する異常「3 摂食・嚥下障害」を参照。

## 5. 口腔乾燥

詳細は、p. 414：第5章3. 唾液腺疾患「3 機能障害」を参照。

## 6. 口臭症

詳細は、p. 337：第5章「2. 皮膚および口腔粘膜疾患」を参照。

## 7. その他

### 1) 腫瘍性疾患

詳細は、p. 387：第5章2. 皮膚および口腔粘膜疾患「7 腫瘍性病変」を参照。

### 2) 顎関節疾患

詳細は、p. 536 第5章「6. 顎関節疾患」を参照。

### 3) 味覚障害

詳細は、p. 459 第5章3. 唾液腺疾患「10 その他」を参照。

## 4-3 障害者の特徴と注意点

障害者とは、「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）、その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する）がある者であって、障害および社会的障壁により継続的に日常生活または社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものを言う」（障害者基本法第二条一）と定義されている。このように、障害は身体、知的、精神の3つに分類される。それぞれの障害の特徴は、次のようにまとめられる。

- ① 身体障害：先天的、後天的な理由で身体上の一部に障害を生じている状態
- ② 知的障害：知的機能の障害が発達期に現れ、日常生活に支援が必要な状態
- ③ 精神障害：内因性（脳の機能の異常）、外因性（身体の病気が原因）、心因性（神経症、心身症）の精神障害と人格障害および精神遅滞があり、日常生活上、支援が必要な状態

障害は、その重症度や重複の状態などがさまざま、障害者を取り巻く環境もさまざまあることから、歯科診療においてもそれぞれの障害の特徴や環境を十分に理解・把握し、障害者の自立と社会参加・復帰なども考慮しながら、多職種と連携を図り支援を行っていくことが必要である。

## 4-4 障害者に多い口腔症状

障害者は、口腔の機能や形態に障害をもつことも多く、また、歯科治療や口腔のケアの受け入れが困難な問題を抱えている。そのため、一般的に口腔機能や口腔衛生状態などは良好でなく、痛みなどの症状があっても本人は十分に伝えることができず、介護者もその他の問題への対応に追われ、口腔にまで関心が及ばない場合が多い。また、問題が発見されても、医療機関側の受け入れ態勢が十分でないなどの理由から、問題は放置され、悪循環に陥ってしまう。そのため、地域における障害者の歯科医療体制の整備は重要な課題である。

障害者の歯科医療体制の整備には障害の理解が必須であることから、次に障害別にその特徴を列挙する。

### 1. 精神発達・心理的発達と行動の障害

#### 1) 精神遅滞（知的障害）（mental retardation：MR）

精神の発達停止あるいは発達不全の状態であり、発達期に明らかになる全体的な知能水準に寄与する能力、たとえば認知、言語、運動および社会的能力の障害によって特徴づけられる。

感染（母体の風疹など）、染色体異常（Down症候群など）、代謝異常（フェニルケトン尿症など）、内分泌異常（クレチン症）、物理的障害（脳の外傷や低酸素症）、中毒（有機水銀）などが原因で生じた脳の発達障害（病理型）と、明らかな病的原因がないもの（生理型）がある。

#### 歯科的特徴

- (1) 歯の形態異常（矮小歯、巨大歯など）。



- (2) 歯数の異常（先天性欠如歯、過剰歯など）。
- (3) 歯列・咬合の異常（狭口蓋、反対咬合など）（図3）。
- (4) 口腔内が不潔になると多数歯齲蝕や歯周病が生じる。

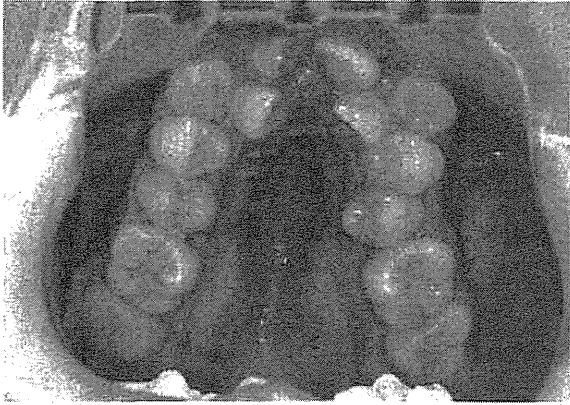


図3 狭口蓋

## 2) 自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder : ASD)

中枢神経系の何らかの障害による発達障害と考えられており、次のうち合計6つ以上の異常が見られるものとされている。

### (1) 対人的相互反応における質的な障害

- ① 目と目で見つめ合う、顔の表情、身体の姿勢、身振りなど、対人相互反応を調節する多彩な非言語的行動の著明な障害。
- ② 発達の水準に相応した仲間関係を作れない。
- ③ 楽しみ、興味、達成感を他人と分かち合うことを自発的に求められない。
- ④ 対人的または情緒的相互関係の欠如。

### (2) コミュニケーションの質的障害

- ① 話し言葉の遅れ、または完全な欠如。
- ② 会話能力がある者では、他人と会話を開始し継続する能力の著明な障害。
- ③ 常同的で反復的な言語、または独特な言語。
- ④ 発達水準に相応した、変化に富んだ自発的なごっこ遊びや、社会性をもった物まね遊びの欠如。

### (3) 行動、興味および活動が常同的で限定

- ① きわめて常同的で限定された型の一つ、またはいくつかの興味だけに熱中すること。
- ② 特定の習慣や様式にかたくなにこだわる。
- ③ 常同的で反復的な異様な運動。
- ④ 物体の一部に持続的に熱中する。

### 歯科的特徴

個人差があり、特徴的な歯科的所見は見られない。

- (1) 口腔清掃不良による齲蝕や歯周病。

## 1 診断の進めかた

- (2) 異食や自傷行為による歯肉退縮、歯根露出。
- (3) てんかんの合併による抗てんかん薬による歯肉増殖 (図4)。

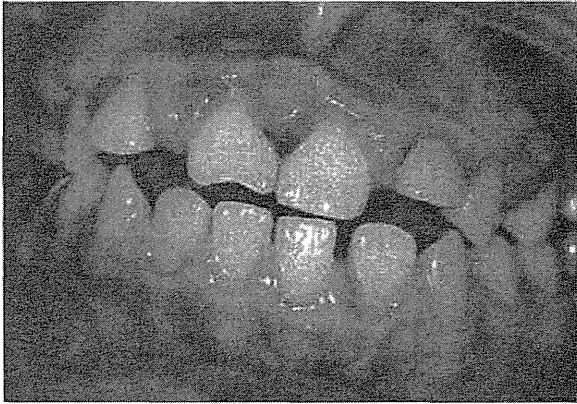


図4 抗てんかん薬による歯肉増殖

### 3) 強度行動障害

著しい自傷、他傷、こだわり、物損、睡眠の乱れ、食事障害、排泄障害、多動、騒がしさ、パニック、粗暴などの行為がかなりの頻度で出現し、著しく処遇の困難なもの。

#### 歯科的特徴

歯磨きをさせない、通院できない、抑制できないなど歯科医学管理がきわめて困難で、予防処置もほとんど効果がない。

### 4) 注意欠如・多動症 (attention-deficit/hyperactivity disorder : ADHD)

注意欠如・多動症は、多動性、不注意、衝動性を症状の特徴とする発達障害。じっとしているなどの社会的ルールが増加する小学校入学前後に発見される場合が多い。遺伝的原因があるとされている。

注意力を維持しにくい、時間感覚がずれている、さまざまな情報をまとめることが苦手などの特徴がある。日常生活に大きな支障をもたらすが適切な治療と環境を整えることによって症状を緩和することが可能。

#### 歯科的特徴

特徴的な歯科的所見は見られない。

- (1) 注意散漫で指導に対し傾聴ができない。
- (2) 口腔清掃効果が上がらず口腔内が不潔になる。
- (3) 歯科治療など困難が生じるとパニックになりやすく、苦手意識をもつと治療に取り組みにくくなる。

### 5) 限局性学習症 (specific learning disorder : SLD)

知的能力に遅れはないが、読み・書き・計算する、または推論する能力のうちいずれかが極端に苦手で、学習の成果がなかなか上がらない発達障害。以前は学習障害と言っていた。原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚、聴覚、知のおよび、情緒障害などや、環境的な要因が直接の原因となるものではないと定義されている。

**歯科的特徴**

特徴的な歯科的所見は見られないが、歯科治療に際して、視覚素材を用いた説明や治療の目的、内容など、見通しが立つような配慮が必要である。

**2. 神経・運動障害****1) 脳性麻痺 (cerebral palsy : CP)**

受胎から新生児期（生後4週間以内）までの間に生じた、脳の非進行性病変に基づく永続的な、変化する運動および姿勢の異常で、その症状は満2歳までに発現する。進行性疾患や一過性運動障害、または将来正常化するであろうと思われる運動発達遅延は除外すると定義されている。

脳性麻痺の原因は出生前、周産期、出生後に分けられ、周産期によるものが最も多い。なかでも仮死分娩、早期未熟児出産が多い。

分類は運動障害の型と運動障害の分布の組み合わせにより分類され、運動障害の分布は両麻痺、片麻痺、両（側）片麻痺、四肢麻痺などである。運動障害の型には次の6つがある。

- (1) 痙直型：脳性麻痺の70～80%を占め、四肢を屈曲・進展する場合、ジャックナイフあるいは鉛管を屈曲するような抵抗感のあるタイプで、伸張反射が亢進した状態にある。
- (2) アテトーゼ型：脳性麻痺の10%程度を占め、不随意的な非共同性の筋緊張を主徴とする。精神的緊張で不随意運動が強くなる。
- (3) 固縮型：四肢の屈筋、伸筋の両方に鉛管を曲げるような一定の抵抗を認める。
- (4) 失調型：協同運動および平衡の障害、立位バランスの不安定、歩行の不安定が著しい。
- (5) 低緊張型：深部腱反射の亢進を伴う筋緊張低下を主徴とする。
- (6) 混合型：各病型の症状が混然としているもの。

健常児では生後5～6カ月ごろに原始反射は消失するが、脳性麻痺では残存する。代表的なものとして緊張性迷路反射（背臥位で頭部を軽度後屈させると四肢体幹が伸展し、腹臥位で頭部を軽度前屈させると四肢体幹が屈曲する反射）（図5）、非対称性緊張性頸反射（顔を一方に向けると、顔の向いている側の上下肢が伸展し、反対側の上下肢が屈曲する反射）（図6）がある。

そのほかに驚愕反射（音や光などの刺激が加わると非対称性緊張性頸反射や緊張性迷路反射などが起こる：びっくり反射）や咬反射（口腔周囲に刺激が加わると反射的に強くかみしめる）などがある。

**歯科的特徴**

- ① エナメル質形成不全（図7）。
- ② 口腔内不潔による齲蝕や歯周病の発生、また抗てんかん薬による歯肉増殖。
- ③ 口腔周囲筋緊張、舌の突出により、V字、U字歯列弓、下顎前歯部の唇側傾斜、上顎前突、開咬など歯列不正（図8）。
- ④ 咬反射による歯の咬耗や破折、脱臼。
- ⑤ 摂食・嚥下に必要な筋の協調運動が悪いための摂食・嚥下障害。

**2) 重症心身障害児・者**

重度の知的障害および重度の肢体不自由が重複しているもの。

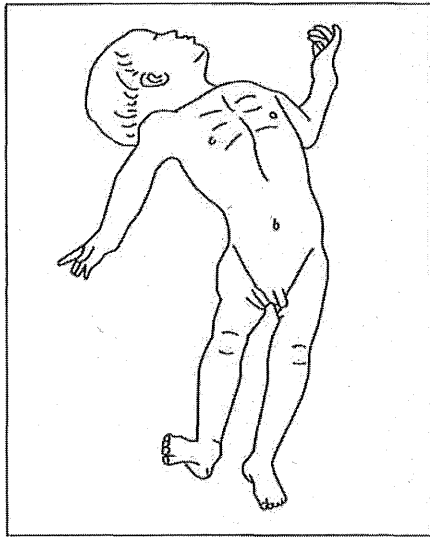


図5 緊張性迷路反射



図6 非対称性緊張性頸反射

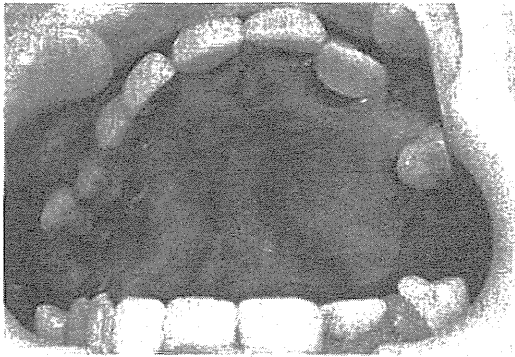


図7 エナメル質形成不全

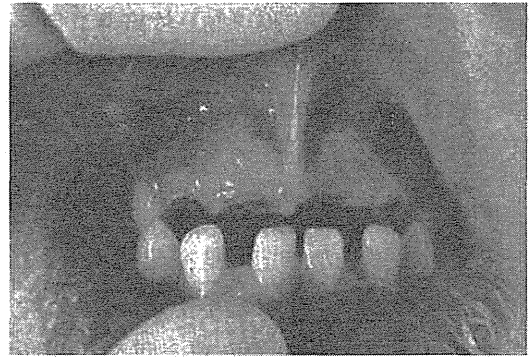


図8 下顎前歯部の唇側傾斜

#### 歯科的特徴

口腔清掃困難から齲蝕や歯周病の罹患率が高いとされてきたが、適切な口腔衛生管理により、齲蝕の発生や歯周病はかなり抑制されてきている。

経管栄養者では歯石が咬合面にも沈着するなどの特徴が見られる。開咬、上顎前突、狭窄歯列弓などの歯列、咬合の異常も多い。

てんかん、摂食・嚥下障害、呼吸障害などの障害を合併することが多い。

### 3) 二分脊椎

脊椎の癒合が完全に行われず一部に閉鎖不全が生じ、脊椎骨の欠損部の脊髄神経組織が損傷を受け、種々の神経障害が起こった状態。

下肢の運動障害、感覚障害、膀胱直腸障害、脊柱・下肢の変形がある。損傷部位が高位にあるほど障害の範囲は広い。髄液通過が障害され水頭症が生じやすく、精神遅滞を伴うことがある。口腔内に特有の所見はない。

### 4) 脊髄損傷

脊椎の骨折や脱臼、圧迫により、脊髄中の知覚、運動、自律神経が損傷した状態。

発症後の口腔のケアが不十分になれば歯周病や齲蝕の重症化を招く。障害の程度によって

は、口腔衛生に関する自立に向けた指導を行う。また、起立性低血圧や自律神経過反射による突然の血圧上昇や徐脈などの循環変動があるため、歯科治療時には生体情報モニターが必要である。

### 5) 関節リウマチ (rheumatoid arthritis : RA)

関節滑膜の炎症を主体とする原因不明の多発性関節炎で、慢性に進行し、軟骨、骨の破壊、変形に至る。関節のみならず、眼、皮下結節、肺、心臓、血管炎などの関節外症状を呈することもある。

#### 歯科的特徴

下顎頭の平坦化や萎縮など顎関節の異常が多く認められ、顎関節痛や開口障害も生じる。下顎頭の吸収で下顎骨が後退して上気道が狭窄したり、上位頸椎の破壊などにより、睡眠時無呼吸症候群を発現することがある。20～30%に続発性 Sjögren 症候群が発現するとされている。手指の関節、肘、肩関節の障害による口腔清掃の困難や唾液量の減少により、歯周病や齲蝕が重症化しやすい。

### 6) Parkinson 病

中脳黒質の変性によってドパミン産生量が減少し、線条体での欠乏が生じて錐体外路系の運動障害を示す疾患。

#### 歯科的特徴

活動性の低下と意欲低下により、口腔衛生状態は不良となりやすい。摂食・嚥下障害が多いため、誤嚥性肺炎予防の点からも口腔のケアは重要となる。下顎や舌の不随意運動であるオーラルジスキネジアを呈する症例では、義歯の不調を訴える場合が多い。振戦、筋固縮、無動・寡動および姿勢反射障害（四大徴候）が見られ、振戦や、無動により歯科治療が困難になる。ドパミンや抗コリン薬の効果がある時間帯での治療を考慮する。

### 7) 筋ジストロフィー (muscular dystrophy)

筋線維の破壊・変性と再生を繰り返しながら、筋萎縮と筋力低下が進行していく遺伝性筋疾患。日本人ではデュシェンヌ型と福山型の筋ジストロフィーが多い。

#### 臨床症状

進行性の疾患で、発病後 10 年以内に歩行不能となる。心筋障害や骨格筋の変形、筋拘縮を生じ、多くは 20 歳前に心不全、呼吸器感染などで死亡する。

#### 歯科的特徴

筋萎縮と筋力低下が進行し口腔のセルフケアが困難になると、齲蝕や歯周疾患が発生しやすい。口腔周囲筋の異常な運動があり、開咬などが見られる。異常嚥下が見られ、摂食・嚥下障害を生じる。

### 8) 脊髄小脳変性症 (spinocerebellar degeneration : SD)

運動失調を主症状とする、原因不明の進行性神経変性疾患の総称。根治的治療法はなく、余命は発症後 2～10 年ほどである。リハビリテーションにて日常生活活動を維持し、生活の質を高める。振戦や筋固縮などの錐体外路症状が出現し、細かな動作が難しくなり、口腔清掃の自立も困難となる。特に、摂食・嚥下障害を伴う場合には、窒息への配慮と、誤嚥性肺炎予防のために口腔のケアが重要になる。

### 9) 筋萎縮性側索硬化症 (amyotrophic lateral sclerosis : ALS)

神経系の運動ニューロンを比較的選択的かつ系統的に障害する神経変性疾患の一種で、進行性の筋力低下・筋萎縮を主症状とする重篤な疾患である。

#### 歯科的特徴

舌の萎縮や線維束性攣縮が見られ、球症状として摂食・嚥下障害や構音障害、またオトガイ筋では線維束性収縮が出現する。顔面筋の固有反射は亢進し、口を尖らせる反射などが見られる。全身的な症状の進行に伴い唾液は粘稠度を増し、食物の停滞が生じやすくなる。咀嚼・嚥下に関与する運動機能低下と、これに伴う食内容の変化、口腔のセルフケア困難により口腔内が不潔になると齲蝕や歯周病が重症化する。

## 3. 感覚障害

感覚障害とは、① 感覚受容体の障害、② 感覚を脳に伝達する経路の異常、③ 感覚が伝達された中枢の近くの異常などを指す。

### 1) 視覚障害

視力や視野など目の機能が著しく弱い状態で、日常生活や学習、あるいは運動や精神活動に大きな影響がある状態。わが国では障害の程度により1～6級に31万人が認定されている。歯科的特徴はないが、プラークの付着などの視認が困難なため、齲蝕、歯周病に罹患しやすい。また、転倒や衝突などで口腔・顔面部の外傷を起こしやすい。聴覚障害もある場合は、歯科治療時に点字などを利用する。

### 2) 聴覚障害

聴覚に障害をもち、日常生活に影響がある状態。伝音性難聴と感音性難聴、その混合の混合性難聴に大別される。伝音性難聴は外耳と中耳の異常、感音性難聴は内耳から大脳聴覚野までの異常で生じる。老人性難聴は加齢変化で生じ、高い音から聞こえにくくなる両側性の感音性難聴である。突発性難聴は左右どちらかの耳が突然聞こえなくなる原因不明の疾患である。

歯科治療時などは手話や筆談などを利用する。

### 3) 平衡障害

体平衡が何らかの原因で破綻した状態である。自覚症状としてめまいが多い。平衡機能の著しい障害が永続するものは身体障害の範囲となる。

歯科的特徴はない。診療時に転倒、めまいの防止に努める。

### 4) 先天性無痛無汗症

全身性の無痛覚、無発汗および精神運動発達遅滞を主徴とする疾患。口腔と手指の自傷なども見られる。

歯科的特徴としては、下顎乳中切歯の萌出に伴い、舌の下面に重篤な潰瘍を生じることが多い。他の乳歯、永久歯の萌出のときにも舌の外傷を生じることがある。重度の齲蝕になっても痛みがなく、蜂窩織炎などを継発する。