

症候性の末梢性顔面神経麻痺の原因には、ウイルス感染のほかに顔面神経の経路に発生する腫瘍、手術後遺症、外傷、中耳炎、糖尿病、サルコイドーシス、Sjögren 症候群、Guillain-Barré 症候群、Lyme 病、アミロイドーシスなどがある。そのうち Guillain-Barré 症候群、Lyme 病、アミロイドーシスは両側性の麻痺であることが多い。脳幹の髄内病変でも末梢性顔面神経麻痺を起こすことがあり、多発性硬化症などが多い。ウイルス感染では、帯状疱疹ウイルス (Ramsay-Hunt 症候群)、EB ウイルス、サイトメガロウイルス、HIV などが知られている。

Ramsay-Hunt 症候群は Bell 麻痺の次に多い末梢性顔面神経麻痺の原因疾患である。皮疹に先行して顔面筋の麻痺を発症することもあり、また Bell 麻痺と比べて重症で後遺症を残しやすく、抗ウイルス薬による早期の治療開始が重要である。

## ② 中枢性顔面神経麻痺

前額部の筋は、顔面神経からは核上性に両側性支配を受けているが、その他の表情筋は対側の皮質からのみ支配されている。そのため、片側性脳卒中のときには前額筋は麻痺がない (図 75)。これに対して、核性あるいは末梢性障害のときには同側のすべての顔面表情筋の麻痺が生じる。顔面神経運動核は脳の中心前回や間脳、大脳基底核からの支配を受けており、これらの部分が脳卒中などで障害されると、表情欠乏症、無表情症となる。また、ジスキネジア症候群 (顔面痙攣、顔面ジスキネジア、顔面スパズムなど) がみられることもある。

## 3-オーラルジスキネジア

ジスキネジアとは、運動障害や運動異常のことを示す。オーラルジスキネジアは主として舌、顔面、口腔周囲の筋に不随意性、痙攣性の運動障害を生じるもので、食事や歯科治療中の協力が困難になることもある。種々の臨床像を示すが、激しい不随意運動があっても食物摂取や会話など日常生活にあまり障害がないことも多く、軽度の場合には本人が自覚していないこともある。反対に重度の場合には、咀嚼・嚥下障害、異常な咬耗、顎関節障害の原因にもなる。

オーラルジスキネジアが義歯の安定を著しく阻害し、また、義歯床下組織に大きな負担をかけ、難治性の褥瘡性潰瘍を形成することもある。定型抗精神病薬や抗パーキンソン病薬の長期服用により発現することがあるため、発現者には服薬歴の確認を行う。また、不適切な義歯を長期にわたって使用することで、オーラルジスキネジアの発現を誘発するともいわれている。

定型抗精神病薬や抗パーキンソン病薬による治療歴のない高齢患者のなかに、特発性 (原因不明) ジスキネジアが 5% 存在し、定型抗精神病薬や抗パーキンソン病薬の投与を受けている患者の 31% にオーラルジスキネジアが発症したとの報告がある。加齢はオーラルジスキネジア発症の最も大きな危険因子であるとされ、オーラルジスキネジアの有効な治療法はなく、定型抗精神病薬や抗パーキンソン病薬中止後も持続することがある。

高齢者におけるオーラルジスキネジアの原因の多くは、遅発性ジスキネジアであること

が多い。これは定型抗精神病薬や抗パーキンソン病薬が原因である錐体外路症状の一つであり、服用期間が長い場合や高齢者において、手や足だけでなく口腔にも発現しやすいことが報告されている。定型抗精神病薬服用開始から数年間の遅発性ジスキネジアの年間有病率は3~5%で、服用期間が長くなると発現率が増し、有病率は20~25%になるといわれている。

一般的に、一度遅発性ジスキネジアが出現すると症状が消退することは難しく、治療は困難とされる。

治療法としては、第一に可能な限り定型抗精神病薬の減量や中止をし、非定型精神病薬に変更する。さらに抗コリン薬の減量や中止を行う。改善しない場合、遅発性ジスキネジアを標的にした積極的な薬物治療を開始するというのが一般的である。欧米の多くの報告では、抗精神病薬のクロザピンへの切り替えが推奨されている。

一方、オーラルジスキネジアの治療として原因薬剤でもある定型抗精神病薬が有効であるという報告もある。またドパミン受容体遮断薬が有効との報告もあるが、さらに重篤な遅発性ジスキネジアを引き起こす可能性があるため、十分な注意を要するとされている。

ジスキネジアは神経内科および精神科などでの専門的治療が必要であり、治療開始から治癒まで長期間を要することが多い。高齢者の場合、咀嚼障害により食事摂取量が減り、体重の減少など、低栄養につながる可能性も多いことから、ジスキネジアがあっても歯科医師が摂取可能な食事形態を検索指導し、必要な食事量を確保するため食事摂取方法の指導等を多職種と連携して継続的に行う必要がある。

(渡邊 裕)

## ■オーラルジスキネジアの発生機序

発生機序は明らかになっていないが、抗精神病薬の長期服用によって黒質線条体のシナプス後膜ドパミン受容体の感受性が亢進するという、ドパミン受容体過感受性説が提唱されている。これは抗精神病薬によってドパミン受容体が長期間遮断された結果、代償的に受容体の数が増加し、通常レベルのドパミン刺激でもその効果が過剰に認められるというものである。また近年、ドパミンD2受容体に対する脳内の薬物結合率が錐体外路症状発現の重要な因子であることが報告されている。その他の仮説に、線条体黒質のGABA作動性投射神経の機能が低下しドパミン機能が亢進するという説や、線条体のコリン系神経路の変性によるという説、フリーラジカルが脂質過酸化反応を通して線条体の神経細胞を損傷させるという説がある。

咀嚼運動の基本的パターンの運動指令は下位脳幹だけで形成されており、線条体は下位脳幹のパターン発生器に出力を送って、その活動を変調しているといわれていることから、咀嚼や舌運動にジスキネジアが生じると推測されている。

(渡邊 裕)

# それぞれのステージにおける歯科の役割

## 1 急性期診療への参画

### 1-1 急性期病院とは

わが国は2014（平成26）年の医療介護総合確保推進法のなかで、高齢社会に対応することを目的に医療需要に応じて病院の機能を明確化し、きめ細かいリハビリテーションや在宅支援のための医療体制拡充を目指すため、病床機能報告制度（病棟を機能別に4分類する新制度）を導入した<sup>1,2)</sup>。それぞれの医療機関が看護師数や手術件数などの現況を踏まえて病棟を4種類のいずれかに分類し、都道府県に報告することで都道府県が人口構造や病院機能必要量を割り出し、機能分化を踏まえたうえでの「地域医療構想」を策定することが目的である<sup>3)</sup>。

それまでの医療体制では、高齢者医療に適した病床が不足している一方で、数が多い重症患者や救急患者向けの病床では、リハビリテーションなど在宅復帰に向けた支援体制に乏しいという課題が指摘されていた。そのため病棟ごとに「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」に分類し、過剰とされる重症患者向けの病床を減らし、地域の実情に合わせた転換を推進している。この分類は医療資源投入量（構造設備、人員配置等）や病床稼働率、地域の医療需要などが判断要素となっている。

この病床の機能分化を推進していくための体制のなかで、「高度急性期」病院の定義は「特に高度な医療を担う」、また「急性期」病院は「手術や救急患者に対応する」とされている。「病床機能報告制度」においては、高度急性期機能については、「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能」と定義され、また急性期機能については「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能」と定義されている。具体的には、病床機能報告制度において、高度急性期機能に該当する病棟の例として、救命救急病棟やICU、HCU等が例示されている。

このように機能分化した医療体制のなかで、高度急性期、急性期病院での医療に参画する歯科医師の役割を整理して述べる（以下、高度急性期、急性期をまとめて急性期と表記する）。

### 2-1 急性期病院の役割

高齢者の多くは、加齢による治療機能の低下、複数の慢性疾患の併存、さらに既往疾

患による ADL 低下を有している。そうしたなかで、急性期医療や維持期医療などの医療モデルと地域における生活モデルの境界を形成している事象が入退院である。往々にして入退院を契機に社会とのつながりや歯科医療との関係性が断たれてしまい、適切な時期に適切な歯科医療を授受できないケースが生じる。つまり、医療サービス対象者の多くを占める高齢者は、機能分化した医療体系、すなわち「短期に医療サービスを可能な限り効率的に提供するシステム」に最もなじまない対象ともいえる。対応策として在宅医療の普及、推進を強調している「地域医療構想」のなかで、これからの地域における効率的・効果的な医療提供体制を確保する一つの取り組みとして、「地域」をキーワードとしたケアシステムである地域包括ケアシステムが、地域に導入されつつある。急性期医療においては、高齢者がいずれ地域に戻っていくことを想定した支援をする必要がある。

このような背景を踏まえて、高齢者医療における急性期医療の役割は「急性期における医療提供と、維持期・回復期もしくは地域医療に適切に橋渡しをする」役割である。その要件を「①病院内での役割」と「②地域のなかでの役割」に整理して考える。

### ① 病院内での役割

急性期病院内では、他の診療科、検査科等があるなかでの歯科医師の役割が求められる。

#### a. 要求されるスキル

急性期疾患（炎症、骨折等）や高度医療が必要な疾患（悪性腫瘍等）で歯科受診する患者のみならず、他の診療科を受診した急性期の患者に対する歯科的対応を求められる。先に述べたように高齢患者は複数の疾患をもつことが多く、ひとたびどれかの疾患が急性症状を示すと全身状態の悪化により他の疾患の状態も悪化することが少なくない。そうした状況で歯科疾患が悪化し、他科医師に診断を求められた際には、緊急性の程度の判断や、他科医療の必要性との優先順位の判断を要求される。同時に、歯科的対応の優先順位が高いケースであっても、治療方法の選択の際に全身状態の判断を要求される。全身状態や QOL を考慮すると第一選択でなく第二選択、第三選択を選択する必要性にも迫られるため、勇気をもって撤退する決断力が要求される。その際、患者や患者家族、他科医師、看護師他医療スタッフに説明し理解を得る技能、また必要があれば適切に指導する技能が求められる。

#### b. 可能な診療

構造設備、人員配置等、医療資源の豊富な急性期病院では、歯科医師の技量によっては高度で侵襲の大きい外科治療が可能である。歯科病棟のある病院ならば、有病高齢患者の歯科疾患に対し入院下の歯科治療も行われる。一方で他科や病棟と連携をとって免疫不全状態など高リスクな高齢患者の歯科治療が行われることもある。免疫不全状態や ICU・HCU の高度医療ユニットでは口腔清掃や摂食機能訓練等の診療も依頼される。また病院内の医師や薬剤師、看護師、栄養士、理学療法士、言語聴覚士、作業療法士、検査技師、メディカルソーシャルワーカー等、他職種との有機的な連携を行い、高齢患者への包括的対応が可能である。

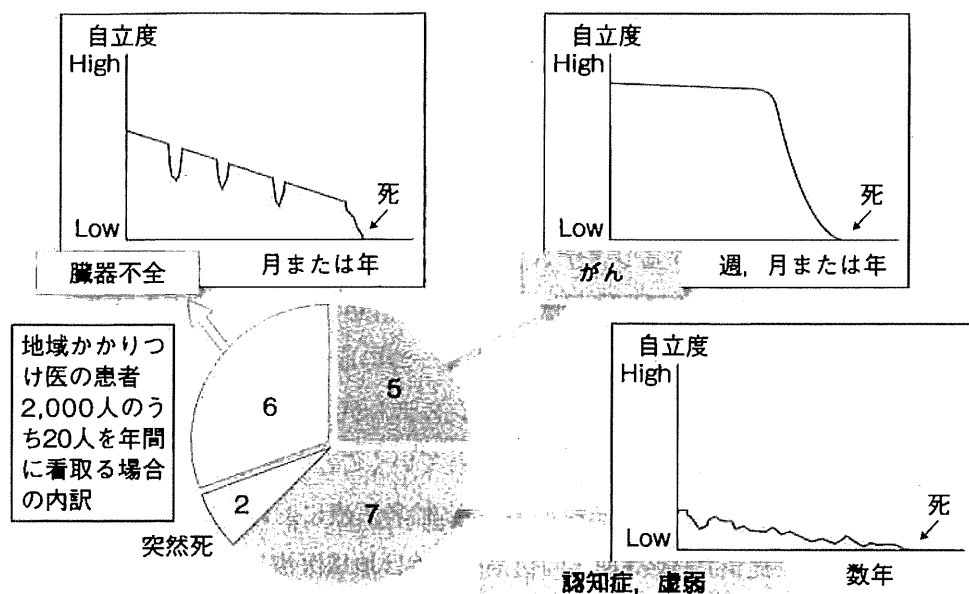


図1 疾患別自立度の低下の経緯

c. 必要とされる知識の整理

急性期病院を受診している高齢患者に対しては、加齢医学の概要を把握し、健康な成人と高齢者の身体・心理的相違点、機能変化を十分に踏まえた診療が不可欠である。健康な成人と高齢者の生化学的検査（血液、尿など）、生理学的検査（呼吸機能、心電図など）等の基準値は少なからず異なり、十分な経験と相違点の理解のうえで歯科治療の可否を判断する必要がある。また医科カルテを読み解き、ディスカッションを行うために略語や疾患・医療技術の知識、基本的な画像検査の理解が適宜必要である。

また高齢者の機能低下の様相を理解して歯科治療を選択する必要がある。高齢者の自立機能低下の様相には大きく分けて「①悪性腫瘍型」「②臓器不全型」「③認知症・虚弱型」の3型があるといわれており\*1（図1）、①悪性腫瘍型では急性期病院を受診・入院するのは悪性腫瘍による急激な身体状況の悪化から終末期にかけてである。一方で②臓器不全型ではたびたび訪れる急性転化の時期に急性期病院を受診・入院するが、治療が奏功すれば多少の機能障害があってもまた地域生活に戻る可能性がある。また③認知症・虚弱型では緩やかな機能低下が一定期間継続した結果終末期を迎えることになるので、併存疾患の急性転化を契機に急性期病院を受診・入院するが、入院期間が長いほどより一層の機能低下が起こることが予想される。これら3型の概要を把握することは、急性期病院における歯科治療内容を適切に選択することに寄与する。逆をいえばこれらを把握しないままに歯科治療を進めることは何らかの問題を抱えることにもなりかねない。

\*1：p.134 参照。

② 地域のなかでの役割

急性期病院は地域の中核病院としての機能があり、地域のなかでの役割を果たすことが求められる。

a. 要求されている要素

前述のように機能分化が推進されていることで、歯科疾患に関しても地域の歯科診療所との機能分化が必要である。特に全身管理を要する高齢患者に関しては、急性期病院での歯周外科や抜歯等の外科処置などの全身管理下のハイリスクな歯科治療が期待されている。一方で全身管理を必要としない補綴治療等は地域の歯科診療所に依頼するなどの配慮が必要である。

また、要介護状態のために歯科診療所への通院が困難な高齢患者は、地域医療においては訪問診療によって対応するが、全身管理下の処置が必要である場合には急性期病院との連携が必要になる。そうした際にも全身状態や ADL、社会的環境に配慮し入院下で確実な処置を行うことも必要である。併存疾患を多数もつ高齢患者の炎症性疾患や外傷性疾患は、著しく全身状態を悪化させることがあるため、緊急入院を要する場面も少なくない。地域のバックベッドとしての要素も果たすべき機能として忘れてはならない。いずれにしても、急性期病院と診療所の医療連携は、歯科医師同士の信頼関係によって成り立つ関係である（図 2）。

b. 必要とされる知識

地域医療機関との連携を有機的に行う際には、医療機関ごとの機能の相違点を十分に把握したうえで、急性期病院の役割を判断し役割を果たす必要がある。したがって地域医療機関（地域の歯科診療所）と急性期病院の求められている患者からのニーズの違い、および医療機関としての機能の違いを把握し、地域連携のために医学的判断と社会的都合の整合性をとり、期待に応える柔軟性が必要である。また地域包括ケアシステムの支援を受ける高齢患者に対して適切な社会的連携が欠かせないので、地域の社会基盤（地域インフラストラクチャー；医療、介護、福祉、インフォーマルサービス等）、地域包括ケアシステムの把握をする必要がある。急性期病院においてはメディカルソーシャルワーカーが

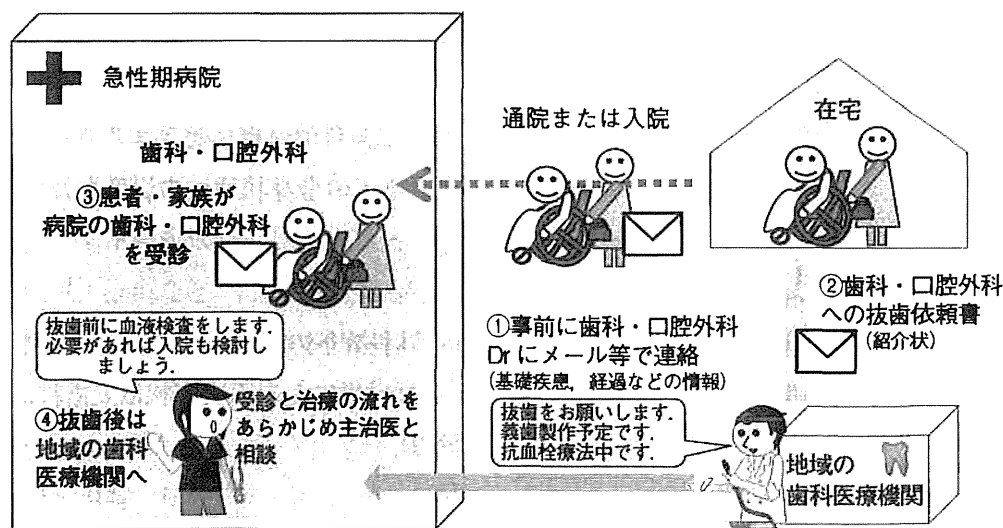


図 2 急性期病院の歯科・口腔外科と歯科診療所の連携診療（在宅患者の外科処置等）の例

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上で治療内容を選択すべきである（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、さまざまな歯科の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はじめて、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る。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）



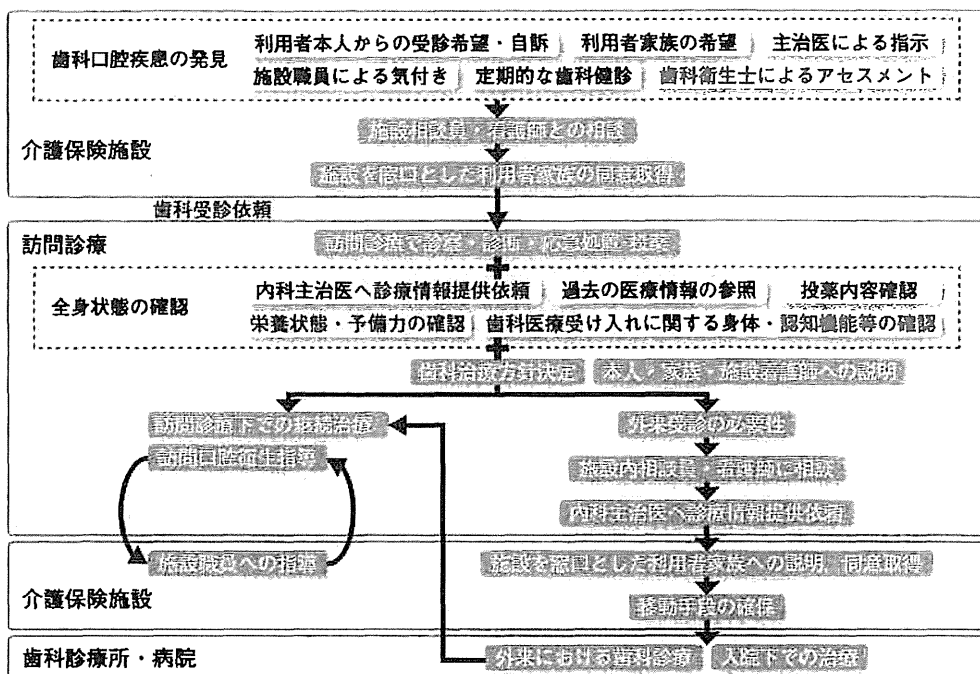


図9 介護保険施設における診療までの流れの概要(例)

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。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ってこそ成り立つ。

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、囑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

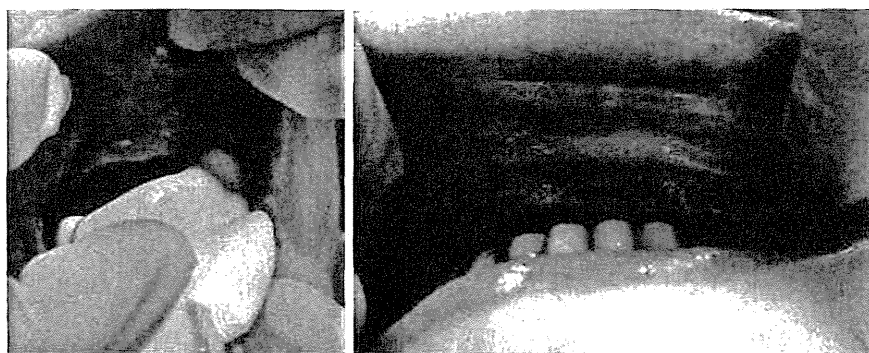


図12 口唇プロテクターごと噛み込むことによる顎堤への潰瘍形成（症例1）



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よいのではないかと、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に対策をして切断・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Ⅱ b，障害高齢者の日常生活自立度\*<sup>4</sup> B1，入所時 MMSE \*<sup>5</sup> 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

\* 4 : p.23 参照.

\* 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。両者の相関関係は0.24といわれている。

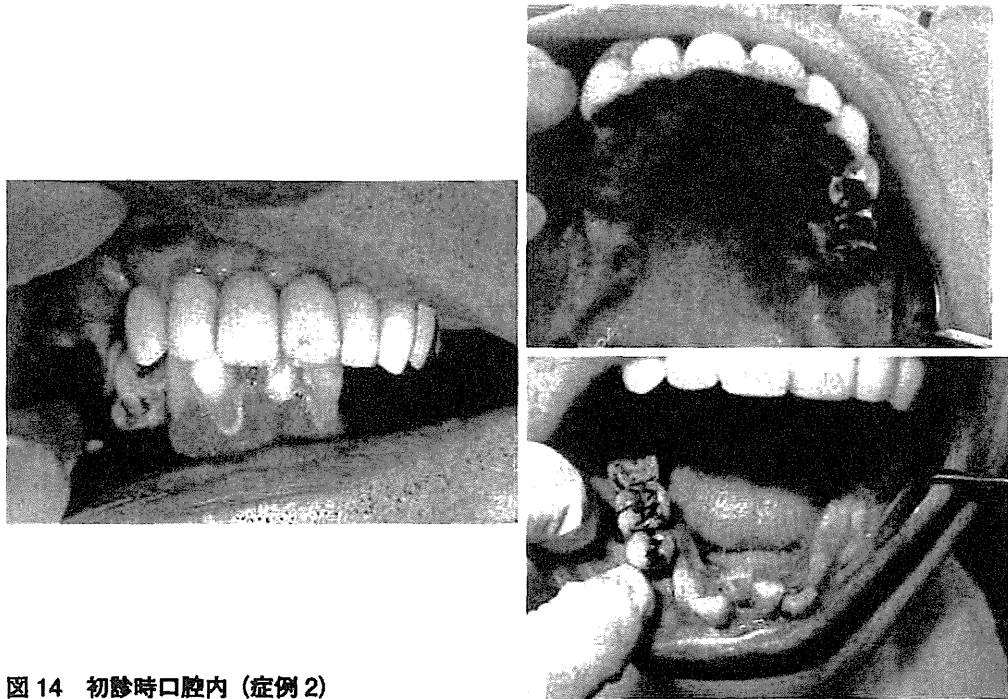


図 14 初診時口腔内（症例 2）

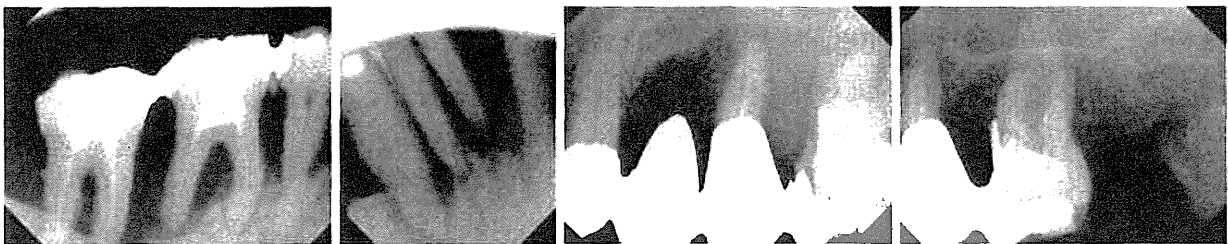
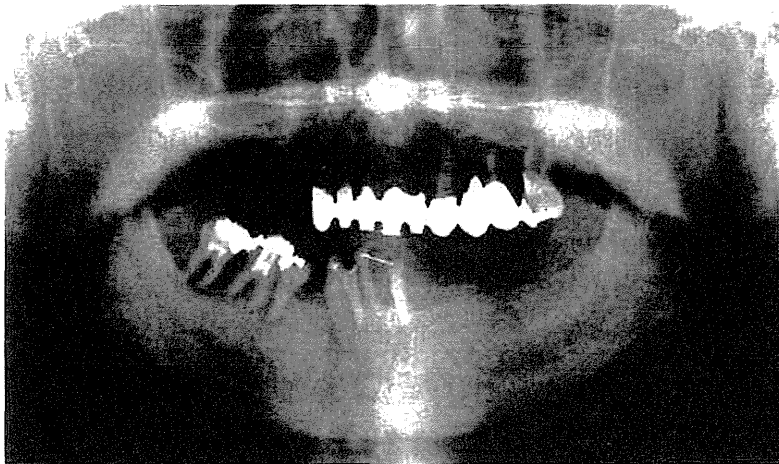


図 15 初診時エックス線写真、重度歯周病を認める（症例 2）

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き翌日は疼痛自制止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

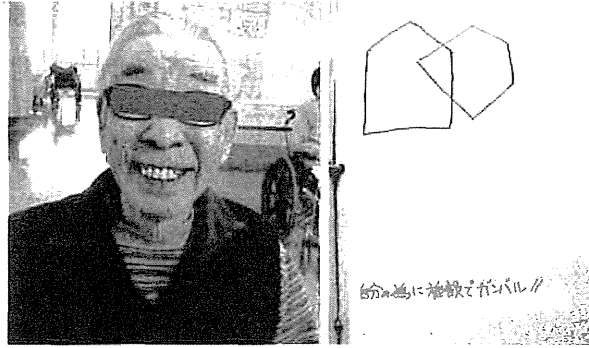


図 16 治療後の機能回復の様子 (左), 認知機能検査の一部 (右) (症例 2)

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)



# 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、治癒しにくい。

#### 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。

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。

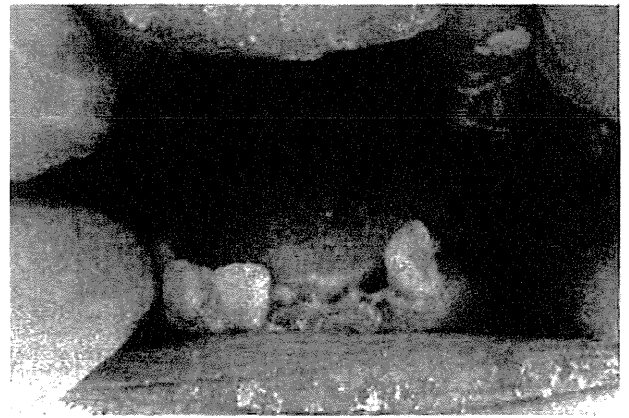


図1 複数歯の根面齲蝕・残根

#### 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、剥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。

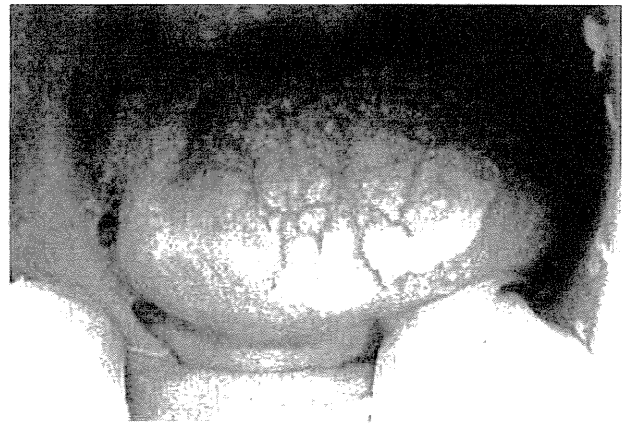


図2 舌苔

## 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。

## 3) 剥離上皮の残渣

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、口腔粘膜の剥離上皮と唾液、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であることから、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）。