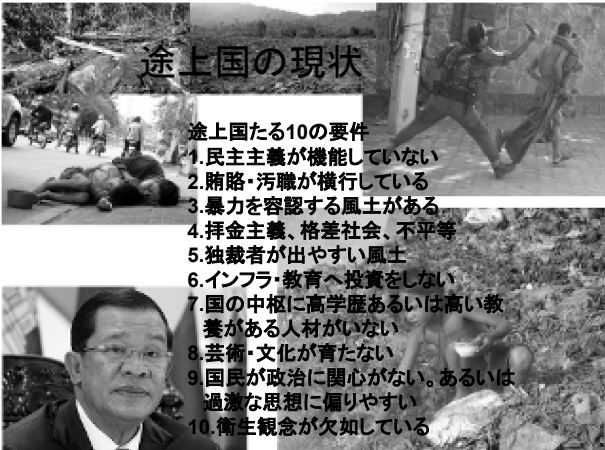


特)歯科医学教育国際支援機構 金属回収事業の意義 と 医療安全対策 歯科医学教育国際支援機構 宮田 隆

宮田 隆
1977年 日本大学歯学部卒業
1996年 明海大学教授
1998年 明海大学病院長
2002年 明海大学退職、特)歯科医学教育国際支援機構設立、理事長就任
2016年 ヘルシーサマライ賞受賞、日本歯周病学会理事

途上国の現状



途上国たる10の要件

- 1.民主主義が機能していない
- 2.賄賂・汚職が横行している
- 3.暴力を容認する風土がある
- 4.拝金主義、格差社会、不平等
- 5.独裁者が出やすい風土
- 6.インフラ・教育へ投資をしない
- 7.国の中枢に高学歴あるいは高い教養がある人材が少ない
- 8.芸術・文化が育たない
- 9.国民が政治に関心がない。あるいは過激な思想に偏りやすい
- 10.衛生観念が欠如している

歯科で出来る支援は限定的

特)歯科医学教育国際支援機構が実施してきた国際医療貢献とは？

1. 教育支援・・・カンボジア、ラオス、東ティモール、メキシコ、キューバ、インドネシアなどの大学、看護師、デンタルナース、保健教員などへの教育
2. 医療支援・・・カンボジア、ラオス、東ティモールなどの僻地における医療支援
3. 資機材支援・・・カンボジア、ラオス、東ティモールなどへの歯科関連資機材の供与

From 1991~ CAMBODIA



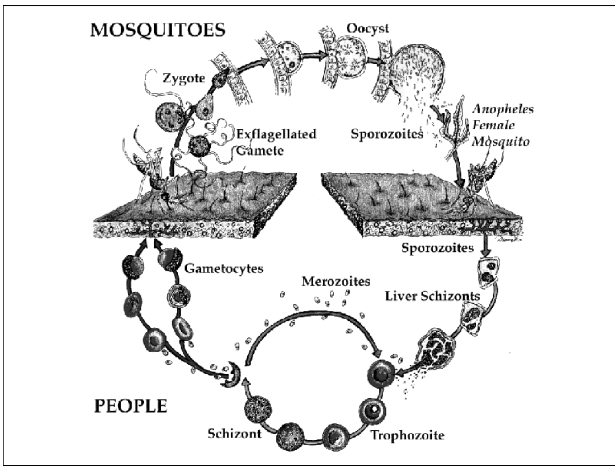
2004~ WORKSHOP in LAO PDR



地域密着・二次医療支援の基本戦略は 環境に起因した感染症予防プログラム

- 安全な水の確保・家畜との同居・衛生施設の充足





歯科における感染症対策

- 肝疾患→肝炎
- 特定感染症→HIV感染者/AIDS患者
- 針刺し事故
- 院内感染予防
 - ユニバーサルプリコーション
 - ボデイ・サブスタンス・アイソレーション
 - スタンダードプリコーション
- 菌性感染症

標準予防策(スタンダードプリコーション: Standard Precaution)は多くの医療機関において、インфекション・コントロールチーム(ICT)が、おもに薬剤耐性菌の伝播を防止するための予防策である。1996年に米国疾病予防管理センター(Centers for Disease Control and Prevention: CDC)によって改訂された「病院における隔離予防策のためのCDCガイドライン」において、すべての患者ケアのための感染対策として提唱された。ただし、これらは「医療者の安全を守る」ことにのみ重点が置かれたため、手袋をしっぱなしで多くの患者を扱ったり、手洗いが忘れられたりし、MRSAをはじめとした医療関連感染が流行したという問題や、不必要なディスポのガウンや手袋が使用され費用の問題がある。

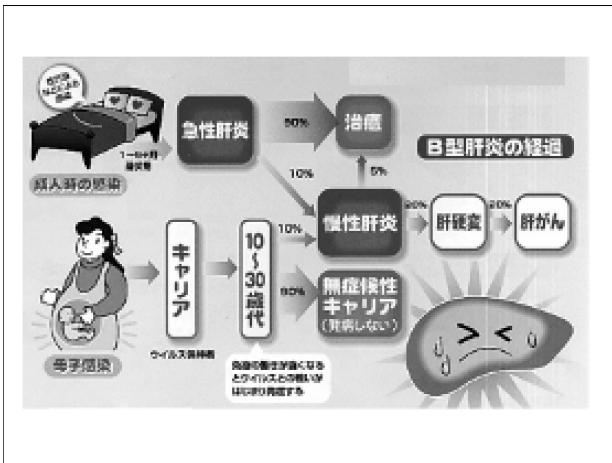
■スタンダードプリコーション(標準予防策)

	1996年ガイドライン	2007年ガイドライン
項目・内容	防護用具(手袋、エプロン、ゴーグル、マスク)	手指衛生 防護用具(手袋、エプロン、ゴーグル、マスク) 安全な注射手技 器具の取扱い 環境清掃 職業感染予防
		【患者を防護することに焦点 ⇒ 手技を追加】 ●呼吸器/咳エチケット 未診断の呼吸器感染症の患者、同様の家族などを対象、咳・光血、鼻水、呼吸器分泌物のあるすべての人に対し、医療施設に入る時に適応 ●安全な注射手技(無菌テクニックと手技の再強化) ●鋭利穿刺手技(胸腔内、硬膜外カテーテル挿入、薬液注入) 処置時には、防護用具に追加し、マスクを着用

肝炎ウイルスの多様性

	経口感染型ウイルス		血液型感染型ウイルス		
感染経路	経口感染		血液感染		
感染様式	一過性感染		一過性感染と持続感染		
分類	A型肝炎	E型肝炎	B型肝炎	C型肝炎	D型肝炎
ウイルス核酸	RNA	RNA	DNA	RNA	RNA
潜伏期間	2~6週	5~6週	4~24週	2~16週	—
疫学的特徴	季節的発生(冬-春)	熱帯、亜熱帯	キャリアがみられる	キャリアがみられる	HBVと同時、重複感染
臨床的特徴	発熱と黄疸を呈す例が多い	妊婦に重症化例が多い	キャリアは主として母子感染	成人の初感染でもキャリアになる	重症化例が多い
予後	慢性化しない		キャリアの一部が慢性肝炎→肝硬変→肝がん		HBVキャリアの予後と同じ
確定診断	IgM HA抗体	HEV抗体 HEV RNA	HBs抗原 IgM HBc抗体	HCV抗体 HCV RNA	デルタ抗体

疾患	ウイルス	感染経路	持続感染	ワクチン
A型肝炎	A型肝炎ウイルス(HAV)	経口感染(生介牛など)	なし(急性肝炎・劇性肝炎)	あり
B型肝炎	B型肝炎ウイルス(HBV)	血液・体液(性感染、針刺し、母子感染など)	あり(急性肝炎・劇性肝炎・慢性肝炎)	あり
C型肝炎	C型肝炎ウイルス(HCV)	血液(針刺しなど)	あり(慢性肝炎)	なし
E型肝炎	E型肝炎ウイルス(HEV)	経口感染(豚、イノシシ、シカ肉の生食など)	なし(急性肝炎・劇性肝炎)	なし



肝炎ウイルスによる違い

ウイルスの種類	A型 S _g RNA	B型 D _g DNA	C型 S _g RNA	D型 S _g RNA	E型 S _g RNA
潜伏期間 (中間値)	15-19 (30)	28-160 (70-80)	15-160 (50)	21-140 (35)	15-65 (42)
経口感染	あり	なし	なし	なし	あり
母子感染	まれ	あり	あり	あり	なし
性感染	おこる (経口で)	おこる ★よくある	おこりうる 頻度は高くない	おこりうる 頻度は高くない	なし
劇症肝炎	<1%	<1%	まれ	2-7.5%	~1% 30%(狂騒中)
慢性化	しない	10%	85%	90% 重症感染の場合	しない
予防ワクチン	あり	あり	なし	なし	なし

歯科治療で問題となる肝炎

B型とC型肝炎である。
HBVは健康な成人が感染してもHBVキャリアになることは少ないが、C型肝炎の場合には慢性化率が高く、成人が感染しても50%以上がHCVキャリアとなる。

- ### 針刺し事故を起こさないための対策
- 各適切な場所への針廃棄ボックスの常備
 - 処置の場所(ベッドサイドなど)に必ず針廃棄BOXを持参すること。
 - リキャップの禁止(原則)
 - さまざまな安全装置付き器具への変更
 - 翼状針はすべて安全装置付きに統一
 - ペン型インスリン針をとりはずすときは、リムーバーを使用する。
 - 手袋の着用・・・針刺し時の汚染を少しでも軽減できる。
 - 針廃棄ボックス、白のポリバケツ以外には絶対に捨てないこと。
 - 足を完全に覆ったシューズを着用する。
 - 血液・体液を顔面に受ける可能性があるときは、ゴーグル等を着用。
 - 血液の分注を行うときは、分注用安全器材を使用する。
 - 落ちていた針を素手で拾わない(インスリン針注意)
 - 職員へHBVワクチン接種

院内感染予防

3大感染ルート

最近注目されている院内感染は急増する易感染性患者にみられる日和見感染と医療従事者の職業感染としての血液媒介ウイルス感染である。

病原菌の蔓延を防止

- 院内感染の多くは接触感染 → 接触感染予防策、標準予防策の徹底

環境整備

- 薬剤耐性菌へ感染した患者の隔離
- 手洗の見直し(汚物処理など)

適切な知識の習得

- 抗菌薬の適正使用
- 職員などの教育

平成30年1月28日
歯科医学教育国際支援機構(OISDE)主催
が強診・外来環・歯援診・医療安全のための研修会

高齢者の心身の特性 口腔機能の管理に係る研修

社会医療法人 社団 蛭水会
名戸ヶ谷病院 歯科診療室
室長 谷野 弦

経歴・職歴
 日本大学松戸歯学部 卒業
 日本大学大学院松戸歯学研究科 修了

日本大学松戸歯学部 口腔外科学 兼任講師
 日本歯周病学会 認定医
 歯科医学教育国際支援機構 (OISDE) 理事
 歯科保健医療国際協力協議会 (JAICOH) 理事
 JICA海外派遣 口腔保健専門家
 社会医療法人社団蛸水会名戸ヶ谷病院
 歯科診療室 室長

所属学会
 日本口腔外科学会
 日本口腔インプラント学会
 日本歯周病学会 (認定医)
 日本歯科医療管理学会
 日本有病者歯科医療学会
 日本口腔ケア学会

本日の講義の内容

高齢者の心身の特性 口腔機能の管理に係る研修

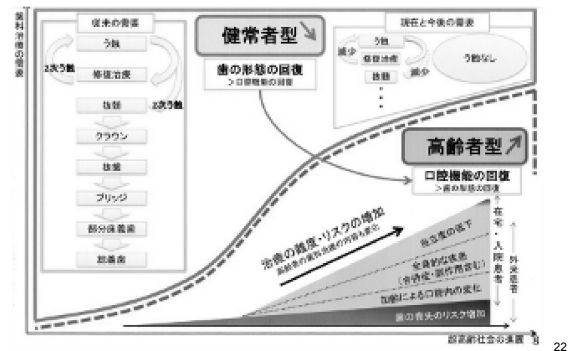
- 高齢者の現状
- 老化に伴う心身の
- フレイル・老年症候群・慢性疾患
- 口腔機能管理に関して

高齢者の現状

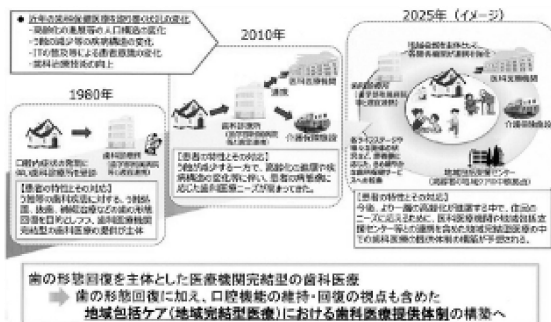
- 高齢者とは
 現状 65歳以上 前期高齢者
 75歳以上 後期高齢者
 本講演では65歳以上を高齢者としています。

- 日本老年学会が提唱
- 65歳以上 准高齢者
 - 75歳以上 高齢者
 - 90歳以上 超高齢者

歯科治療の需要の将来予想



歯科医療サービスの提供体制の変化と今後の展望



かかりつけ歯科診療機能強化型診療所(か強診) 施設基準

- 次の要件のいずれにも該当するものをかかりつけ歯科医療機能強化型歯科診療所という。
- (1) 過去1年間に歯科訪問診療1又は2、歯周病安定期治療及びクラウン・ブリッジ維持管理 料を算定している実績があること。
- (2) 次に掲げる研修をいずれも修了した歯科医師が1名以上配置されていること。
 ア 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故及び感染症対策等の医療安全対策に係る研修
 イ 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理及び緊急時対応等に係る研修
 なお、これらの研修については、同一の歯科医師が研修を修了していることでも差し支えない。また、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することも差し支えない。
- (3) 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (4) 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。

- ・(5) 当該診療所において、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、当該担当医の連絡先電話番号、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。
- ・(6) 当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。
- ・(7) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。
- ・(8) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること。
- ・(9) 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。
- ・(10) 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯の切削や義歯の調整、歯冠補綴物の調整時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保していること。
- ・(11) 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。
自動体外式除細動器(AED) 経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター) 酸素供給装置 血圧計 救急蘇生セット 歯科用吸引装置

か強診取得のメリット

エナメル質初期う蝕管理加算 ※歯科疾患管理料への加算

歯周病安定期治療Ⅱ(SPTⅡ) 毎月算定可能(SPTⅡは毎月の算定不可。)

在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算 100点

▷口腔機能が低下し、摂食機能障害を有する患者に対する口腔機能の管理を包括的に評価する。

(新) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料		
10歯未満	350点	
10歯以上20歯未満	450点	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 100点加算
20歯以上	550点	在宅療養支援歯科診療所 50点加算

26

在宅療養支援歯科診療所(歯援診)の施設基準

- ・(1) 過去一年間に歯科訪問診療料を算定している実績があること。
- ・(2) 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することも差し支えない。
- ・(3) 歯科衛生士が配置されていること。
- ・(4) 当該診療所において、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、当該担当医の連絡先電話番号、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。
- ・(5) 当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。
- ・(6) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。
- ・(7) 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

27

歯援診取得のメリット

	歯援診	歯援診なし
歯科疾患在宅療養管理指導料(歯在管)	240点	180点
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料への加算	+50点	なし
歯科訪問診療補助加算	複数名 45点 一人110点	なし
退院時共同管理料Ⅰ	600点	300点

※今回の講習でか強診取得される場合は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料への加算は+100点

28

老化に伴う変化

- ・「老化」とは一般的に、成熟期以降に起こる生理機能の衰退を意味し、遺伝的な要因や外界からのストレスに対し、適応力が低下することで起こる変化。70歳代に達すると、脳、腎臓、肺、筋肉などの細胞数は、その人の最盛期の60%程度になるといわれている。
- ・老化のメカニズム
 1. フリーラジカル説(D.Harman,1956)
 2. 突然変異説(L.Szilard,1956;H.Curtis,1964)
 3. エラー破綻説(Z.Medvedev,1961;L.Orgel,1963)
 4. タンパク質架橋説(F.Verzar,1964;J.Bjorksten,1968;R.Kohn,1971)
 5. 異常タンパク質蓄積説(D.Gershon,1970;R.Cutler,1975)
 6. 生体膜異常説(I.Nagy,1978)
 7. 細胞分化異常説(R.Cutler,1982)
 8. ミトコンドリア異常説(D.Harman,1972;A.Linnane,T.Ozawa,1989)

29

身体的な変化

- ・ 予備力の低下
健診結果は正常でも・・・
- ・ 防衛反応の低下
免疫機能など
- ・ 回復力の低下
ケガ・病気・疲労からの回復
- ・ 適応力の低下(順応/変化に対する脆さ)
季節の変わり目 など

精神(性格・知能)的な変化

- ・年をとると、頑固で、わがままで、短気で、嫉妬深く、ひがみっぽく、グチっぽくなる？
- ・性格の変化
 - ・拡大化、先鋭化、強化
 - ・反動
 - ・円熟、平板化
 - ・男性の女性化・女性の男性化
- ・結晶性知能 > 流動性知能

高齢者の疾患の特徴

- ① 一人で多くの疾患をもっている
- ② 個人差が大きい
- ③ 症状が非定型的である
- ④ 水・電解質の代謝異常を起こしやすい
- ⑤ 慢性の疾患が多い
- ⑥ 薬剤に対する反応が成人と異なる
- ⑦ 生体防御力が低下しており、疾患が治りにくい
- ⑧ 患者の予後が医療のみならず社会的環境に大きく影響される

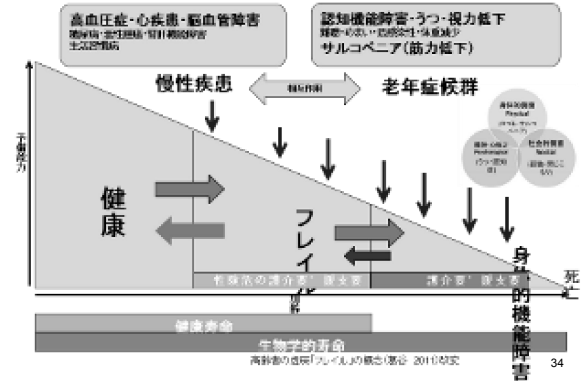
32

老年症候群

- ・老年症候群とは、加齢に伴う心身の機能の衰えによって現れる身体的・精神的諸症状、疾患の総称。
- ・高齢者に多く見られ、様々な原因や症状が連鎖的に関連して悪循環を生じやすいことが特徴とされる。
- ・うつ病・せん妄・認知機能障害
- ・転倒・摂食、嚥下障害・視力障害うつ貧血
- ・難聴・めまい・易感染性
- ・体重減少サルコペニア(筋量低下)
- ・廃用症候群 など

33

フレイル(虚弱)の概念



34

	アルツハイマー型認知症	脳血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭型認知症(ピック病)
疫学	女性に多い	男性に多い	60代以降、男性に多い	脳血管性認知症
脳の变化・原因	脳神経細胞が死滅し、淀粉蛋白が蓄積、海馬を中心として	脳梗塞や脳出血などが原因で脳血管が減少し脳の一部が壊死	レビー小体と呼ばれるたんぱく質が脳神経細胞の周辺に蓄積し、神経細胞の機能を阻害する	前頭葉や側頭葉前方の萎縮がみられ、他の認知症ではみられない、特徴的な脳像を示す
発症	緩やか	比較的急	緩やか	緩やか
初期症状	物忘れ	物忘れ	幻視、妄想、うつ状態、パーキンソン症状	最近の事にも記憶留、同じ言葉や行動を繰り返す
特徴的な症状	認知機能障害(物忘れ)、長年記憶喪失、物忘れが著しい、せん妄	認知機能障害(物忘れ、記憶喪失、事象の混乱、失行)、性格の変化、パーソナルケアの出来にくい、せん妄	認知機能障害(注意・覚醒など)、認知の遅延、妄想・せん妄、パーキンソン症状、運動機能の異常(歩行・転倒)の低下	人格異常、行動異常、方向感などの社会的行動(集客異常、道迷、脱走、言葉の乱れ、興奮・興奮)の低下、高い認知能力
経過	記憶障害から始まり次第に障害が徐々に進行	原因となる疾患によって異なるが比較的急に発症し急速的に進行	認知が速く、歩行・転倒、時を誤り、行動の進行、時に急激に進行	進行は緩やかで年単位で進行
治療	コリンエステラーゼ阻害薬、NMDA受容体拮抗薬、抗精神病薬、抗うつ薬、認知トレーニング行動療法	基礎疾患(脳梗塞や脳出血、糖尿病)	コリンエステラーゼ阻害薬、パーキンソン症状に対しては、パーキンソン病の治療薬	SSRI(抗うつ薬)行動療法

	アルツハイマー型認知症	脳血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭型認知症(ピック病)
摂食・嚥下機能に関して	「先行期」や「準備期」の障害から出現。前頭葉や側頭葉の萎縮によっておこる記憶障害や集中力の低下、失認や失行と呼ばれる中核症状、脳血管障害などの合併症がない場合、咀嚼・嚥下機能は比較的後期まで維持される ・食事だと認識できず食べ始めることができない(失認) ・箸やスプーンなどを上手く使えない(失行) ・途中で食べるのをやめてしまう(集中力の低下) ・食べたいことを忘れる(記憶障害)	脳梗塞で麻痺がある場合は箸やスプーンを使うことが難しい場合は「準備期」の障害 口や喉に麻痺が残ってしまった場合は「口腔期」「咽頭期」の障害(嚥下球麻痺) ・手の麻痺によって箸やスプーンが使えない、使にくい ・唇の麻痺によって口が開かない、閉じない ・唇や咽頭の障害によって飲み込みにくい ・片手しか使用できない場合食器をおさえることができず食べにくい	早期から嚥下機能の低下が出現しやすい。日内変動があるため、時間帯によって食事の行動が変わります 幻視や空間認知の障害がおこり物体との距離感がうまくつかめなかったり、箸やスプーンが歪んで見えたりすることがあります。幻視や幻覚などの症状が食事に影響 ・食べ物をうまくつかめない ・手の震えによってスプーンや箸などから食べ物が落ちてしまう ・むせこみやすい ・「口の中がなにかおかしい」 ・幻覚を訴えることがある ・食べ物に虫が入っているようにみえる	前頭葉の萎縮による抑制制などによって初期では食事そのものよりも食事習慣の変化、進行にともない「準備期」「口腔期」にも障害が出現。アルツハイマー型認知症と同じように他の疾患がなければ咀嚼・嚥下機能は比較的維持される ・毎日同じものを食べ続ける ・甘い食べ物に固着する ・過食や早食いをする ・人の食事を食べてしまう ・食事の途中で他に気にならなくなるなどどこかへ行ってしまう
食事支援のポイント	・食事開始のきっかけをつくる→左手にお茶碗、右手に箸やスプーンを持つ ・テレビなどの騒音で気が散らないように注意 ・遅延するようであれば食器の数を減らす(ワンプレートにするなど)	・自動皿を活用する ・食器を工夫する ・食器が滑らないように滑り止めマットなどを活用する ・麻痺の状態に合わせて体位の調整をする	・日内変動のよい時間帯に合わせる ・顔色や窒息に注意する ・幻視などの訴えが強い場合は無理をせず落ち着いてから食事を提供する	・窒息に注意する ・他の人の食事を食べてしまわないように場所の配慮をする ・注意が他に向いてしまわないような環境を整える

認知症オンラインより (https://ninchisho-online.com/)

認知症の種類

- ・**アルツハイマー型認知症**: 物忘れや生活上の失敗が潜在性に進行、物盗られ妄想、徘徊
- ・**脳血管性認知症**: 小さな脳梗塞が多発して、意欲の低下や戸惑いが目立つ認知症・仮性球麻痺
- ・**レビー小体型認知症**: パーキンソン症状と似た運動障害(嚥下障害含む)や幻覚がみられる
- ・**前頭側頭型認知症(ピック病)**: 状況にあわせて自分の行動をコントロールできない(人格異常、行動異常)

認知症高齢者への対応

特性	対応方法
認知能力が低下する	説明により病気に対する適切な認識が得られるようにする
対話能力が低下する	わかりやすく丁寧に十分な説明を行う
不安を持ちやすい	安心できる人芸関係を作る
好意を求める気持ちが強くなる	患者に対して受容、共感をしめす
愚痴や不満が多くなる	患者の置かれたじょうきょうに理解を寄せる態度を示す
用心深く怖がりに	治療方針を受け入れる心構えができるまで待つ
自尊心に敏感である	患者の人格を尊重する
精神機能が低下する	治療の自己決定を促す 患者の精神的、身体的な状態に配慮する
物忘れ・理解力が欠如する	キーパーソンを通し意思疎通を図る

高齢者歯科治療ガイドブックより

口腔機能の管理

口の中を清潔にするだけでなく、歯や口の疾患を予防し、口腔の機能を維持すること。また、口腔機能の管理によりQOLの向上のみならず誤嚥性肺炎などの全身疾患の予防、全身の健康状態の維持・向上にもつながる。

口腔感染症の予防

意識レベルの改善

全身感染症・発熱の予防

お口の機能維持・回復

栄養状態の改善

インフルエンザ、誤嚥性肺炎

予防

味覚の改善

全身疾患の予防

だ液分泌の促進

心臓病リスクの低下

糖尿病予防

総医療費の削減

認知症の予防

在宅高齢者の現状

急速な高齢化

- 「呼吸循環器機能・消化器機能・精神機能・内分泌機能・腎機能・運動機能・免疫機能」などの心身の予備機能が低下
- 「低栄養・易感染性・孤立化」の問題

2025年認知症高齢者 700万人前後 → 訪問歯科診療のニーズ高まる

訪問歯科医療の具体的なニーズ

一般歯科診療

口腔ケア・リハビリ

摂食・嚥下機能

周術期への歯科的関与

ターミナルケアの歯科的支援

高齢者の口腔環境

- ・ 外来でも脳梗塞既往歴等の高齢者が受診している現状で訪問ではさらに全身疾患既往患者が増える
- ・ 口腔に麻痺がある場合、麻痺側での咀嚼はできなく、多量のプラークが付着している
- ・ 心臓疾患や糖尿病、高血圧症等により、体力、免疫力の低下で、口腔清掃等に問題が生じてくる
- ・ 口腔ケアが一層重要であり、本人、家族へのアドバイスの必要性を感じる⇒歯科の介入は週1回しかできない。

多職種連携

・医療従事者
主治医・看護師・薬剤師・管理栄養士
PT・ST・OTなど

・介護従事者
ケアマネ・ホームヘルパー・相談員など

ケアプラン作成時に必ず連携が必要

訪問診療の流れ

依頼元: 家族、主治医、ケアマネ、その他

依頼内容: 義歯関係、歯痛、むせるなど

直接口腔ケアの依頼は少ないのが現状
ケアマネを中心に主治医・看護師・ヘルパーとの関係構築していく

「評価⇒管理計画⇒治療・訓練(ケア・リハ)⇒再評価⇒管理計画の変更⇒治療・訓練・・・」

44

口腔に障害をもたらす疾患はないか？

- ・ 脳血管疾患
- ・ 外傷性脳損傷
- ・ パーキンソン病
- ・ 筋萎縮性側索硬化症(ALS)
- ・ 筋ジストロフィー
- ・ 慢性関節リウマチ
- ・ 慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、気管支喘息など)
- ・ 認知症
- ・ その他(廃用症候群)

疾患をよく理解することが重要

日常生活に問題はないか？

- ・ 寝たきりにさせていないか？
- ・ 会話があるのか？
- ・ 食事(体位・食具・食事内容)は？

高齢者の生活を観る視点

46

要介護高齢者の最大の課題

摂食・咀嚼・嚥下障害に
どう取り組むか？

高齢者の口腔管理の流れ

口腔機能スクリーニング

口腔アセスメント

管理計画の策定

治療・指導・訓練

三か月をめぐりに管理計画を見直す

管理計画の変更

再口腔アセスメント

48

生涯にわたる 「かかりつけ歯科医」を目指して

- 外来受診から訪問診療へシームレスな
歯科医療を目指す
- 地域包括ケアシステムにおけるかかり
つけ歯科医の意義を考える
- 口から食べることにこだわる

認知症高齢者の口腔内を 誰も知らない

- 家族も
- 介護者も
- そして本人も・・・

知っているのはかかりつけ歯科医師
だけです。通院困難になった患者を
訪問診療でアフターフォローを。



ご清聴ありがとうございました。

平成30年1月28日
歯科医学教育国際支援機構(OISDE)主催
かみ砕・外米理・有製診・医療安全のための研修会

◆偶発症に対する緊急時の対応、 医療事故、緊急時対応等と食支援 に係る研修

- 医療法人社団明法会
- 理事長 高山史年

高山史年プロフィール

学歴：1990年明海大学歯学部卒業
同年明海大学歯学部診断学講座研修医
1995年明海大学大学院歯学研究科卒業

現職：

医療法人社団明法会理事長
ヘルスサイエンス大学ラオSP. D. R歯学部客員教授
NPO歯科医学教育国際支援機構理事
日本有病者歯科医療学会理事
日本法歯科医学会評議員
日本小児口腔外科学会代議員
NPOテンプレート研究会常務理事
東京歯科保険医協会理事

所属学会：日本口腔外科学会、日本口腔診断学会、日本スポーツ歯科学会、
日本成人矯正学会、日本歯周病学会(認定医)、日本有病者歯科医療学会(認
定医、専門医、指導医)、日本小児口腔外科学会(認定医、指導医)、日本法
歯科医学会等に所属

「偶発症に対する緊急時の対応 と緊急時対応」

「救急時対応」
全身に起こる偶発症:「患者の様子がおかしい」と
感じた時の6つの観察点

- ①悪心各所の自覚症状、痛みの出現と酒類に変化は無い
(意識状態)
- ②血圧、脈拍に変化はないか
- ③呼吸に変化はないか(息苦しさ、呼吸回数、異常な呼吸音、
呼吸パターン)
- ④体温に変化はないか(悪寒、熱間、発汗)
- ⑤皮膚に変化はないか(チアノーゼ、発疹)
- ⑥四肢の状態に変化はないか(硬直、麻痺、けいれん)

緊急時の「心肺蘇生」について

- ①反応(意識)を確認する
- ②助けを呼ぶ・119番通報(口頭指導)
「119番通報とAEDの手配、119番通報のポイントは
口頭指導を受ける」
- ③呼吸の確認、迷ったら胸骨圧迫
「呼吸の確認、判断に迷ったら、すぐに胸骨圧迫」
- ④胸骨圧迫
- ⑤AEDを使う
- ⑥人工呼吸(出来る技術があれば)と気道確保
- ⑦胸骨圧迫(と人工呼吸)とAEDの繰り返し

JRC蘇生ガイドライン2015,
2010からの6つの変更点

- ①胸骨圧迫(心臓マッサージ)、『胸が約5cm沈むように圧迫するが、6cmを超えないようにする』
- ②1分間のリズムは100回~120回
- ③胸骨圧迫では、胸をしっかりと元の位置に戻す
- ④胸骨圧迫の中断を最小限に
- ⑤呼吸の確認に迷ったら、すぐに胸骨圧迫
- ⑥119番通報で指示を仰ぐ

全身疾患とは無関係に起こる偶発症
と全身疾患の増悪で起こる偶発症:

全身疾患とは無関係に起こる偶発症

- ①血管迷走神経反射: 歯科治療で最も多い ショック体位をとり安静にして
バイタルサインをチェックする。
- ②過換気症候群: ゆっくり呼吸させ、血中酸素飽和度を確認しながらペー
パーバック法等行うが、必要以上に行くと低酸素になるので注意。
- ③アナフィラキシーショック: 症状は10分以内に発症する事が多い。血管迷
走神経反射と似ているが、アナフィラキシーショックでは約9割に皮疹
が認められる。原因と考えられるアレルゲンがあればただちに除去、救
急車の要請、エピペン使用。高流量酸素吸入を行う。バイタルサイン
チェックしながら救急車を待つ。(呼吸困難、意識喪失、呼吸停止や心停
止もあり)
- ④局所麻酔中毒: 血管迷走神経反射と誤診される事が多い。一般的には
発症しない。カートリッジ10本以上打たないと中毒量にならないが、伝麻
では必ず血液が引けてこないか注意。

全身疾患の増悪で起こる偶発症:

初診時に限らず、再診時でも、定期的に全身疾患を把
握する事が大原則。

- ①高血圧の増悪
痛みや精神的な緊張などのストレスにより血圧が異常に上昇する事がある。バイタル
を診て治療を中止して衣服を緩め安静にしてけいれんをさつ。脳内血管障害に注意。
- ②急性冠症状
数分間持続する急性の胸痛(約15分異常、肩や背中の中)、胸の不快感、絞扼感、
呼吸困難、意識障害、動悸、息切れ、発汗、悪心など、ニトログリセリン製剤が有れば
持参してもらう。
- ③喘息:
レジンなど揮発性物質注意、NSAIDsによるアスピリン喘息注意、発作時に処方され
ている吸入薬や経口薬を投与。症状が改善しなければ呼吸内科受診や救急車を要請
- ④糖尿病:
血糖値が全くコントロールできていない場合は高血糖性の昏睡もあり、食事が取れず
にいたる逆にストレス刺激により低血糖発作起こす場合もあり注意。低血糖は高血糖よ
りも重篤な後遺症を残し易いのでまずは、飴やジュースを摂取させる。

投薬時で起こる偶発症

抜歯後に投与する薬がもともと患者が服用している薬と相互作用を起こしたりするので注意。

併用薬・禁忌薬で注意することは

I. 薬物の相互作用

薬物の相互作用は、副作用の出現・増強および薬剤の吸収阻害がある。

II. 抗菌薬

ニューキノロン薬は、全てに認められる相互作用と特定の薬剤に認められる相互作用がある。

III. ビスホスホネート系薬(BP薬剤)

加齢による骨粗鬆症以外に、ステロイド性骨粗鬆症患者にBP薬が処方されている可能性がある。顎骨壊死に対して注意が必要

IV. 抗血栓薬

投与中にPT-INR(プロトロンビン時間国際標準比)の定期的なモニターリングとそれに応じた用量調節を行う必要があったが、新規の抗凝固薬はモニターリングが不要である。しかし、腎機能低下時は抗凝固作用の延長の可能性がある。

「医療安全管理指針」と「院内感染対策指針」 について

「歯科医療事故、医事紛争 ～その予防と対策～」

紛争化しやすい類型

- インプラント埋入による術後麻痺
→術前に十分な診査を行い、適応の判断は慎重に
- 智歯の抜歯による術後麻痺
→少しでも下歯槽管に近接した智歯の抜歯は麻痺の出現を念頭に置き、高次医療機関への紹介を含めて検討を
- リーマー破損のまま根充
- 義歯不適合の訴え
- 矯正の結果に不満

賠償交渉

- 真摯な姿勢で丁寧に対応する(クレーマー事案を除く)。
- 約束は慎重に、期限に余裕をもって。
- 録音の可否。
- 責任を認める前に保険会社に連絡、弁護士と相談(単純ミス型はこの限りでない)。
- 執拗なクレームに屈しない(不用意な文書を出さない)。

歯科医事紛争防止12箇条

- (1) 問診票をきちんと作成し、患者の主訴をよく聞きます
- (2) インフォームドコンセントをしっかりと行います
- (3) 必要な検査を確実にを行い適切な診断に努め、思いこみで診療しません
- (4) カルテには事実を簡潔に記載します
- (5) 初診時は必要最小限の治療に止めます
- (6) 医療水準の確保に努力します
- (7) 前医の治療内容を安易に批判しません
- (8) スタッフの自覚を高めるよう教育し、それぞれの業務範囲を守ります
- (9) 治療時に緊急事態が発生したときは、あわてず応急処置します
- (10) 消毒・滅菌システムを確立します
- (11) 歯科医師賠償責任保険に加入します
- (12) 患者の心情を理解しコミュニケーションを大切に

食支援 (経口維持加算について)



医療法人社団明法会

今までの訪問歯科との違い。

- 1) 本人がリハビリ等の特別な努力は必要なく、医療側と介護関係者がその人に最適な食事時の状態を提供して寄り添う事により体力の向上、誤嚥性肺炎の予防効果が見込めるのが食支援です。
- 2) また、食支援であまり知られていない薬の副作用による誤嚥性肺炎を検査することも可能です。
- 3) 誤嚥性肺炎は患者さんにとってとても辛いものです。また、誤嚥性肺炎は医療費が160万も掛かるとの報告もあります。今のうちに適切な食支援をすることで効率よく体力をつけられるかもしれません。
- 4) 最初に述べたように食支援はリハビリと異なり本人に特別な努力を求めない寄り添う医療行為であるため長続きします。明法会デンタルには昨年からの多くの歯科院が見学にいらしており歯科の食支援は今後注目される分野です。

体格指数BMIと標準体重について

BMI (Body mass index) は、身長²に対する体重の比で体格を表す指数です。

$$\text{BMI} = \text{体重kg} / (\text{身長m})^2$$

(正常18.5~25 やせ18.5未満 肥満25以上)

このBMIが男女とも係数22の時に高血圧、高脂血症、肝障害、耐糖能障害等の有病率が最も低くなるということがわかってきた。

そこでBMI=22となる体重を理想としたのが標準体重。
標準体重 = $22 \times (\text{身長m})^2$

Alb の指標 (基準値 3.8~5.3g/dl)

- 3.0~3.5g/dl 軽度栄養障害
- 2.5~3.0g/dl 中等度栄養障害
- 2.5g/dl 未満 高度栄養障害

血清アルブミン値は低栄養の指標として使われることが多いが、他の要因により変動するため、**低アルブミン血症は低栄養の指標とならない場合があることを理解しよう。**アルブミン値が低くなる原因は…

低アルブミン血症とは？

- 1) 血清中のアルブミンの濃度が異常に低い状態のことである。
- 2) アルブミンは、グロブリンと共に血清中に含まれる主要タンパク質の一つであり、血液の浸透圧の調整や、カルシウムイオン、脂肪酸、ホルモンなどと結合・運搬する働きを持つ。
- 3) アルブミンはヒト体内における主要な蛋白のひとつであり、血清においては蛋白のおよそ60%を占める。
- 4) 多くのホルモン、薬剤や分子化合物は血中でアルブミンと結合している。
- 5) 抗体の産生低下、抗菌薬の効果の低下、結果的に感染症が治り憎くなる。

嚥下障害の急性期と慢性期の対応の違いを理解しよう

摂食・嚥下障害におけるリハビリで効果があるのは脳卒中回復期で、急性期では病気が障害を治すことが出来るが退院して施設や在宅に戻ると脳卒中維持期、認知症の患者さんに本当に必要なものは摂食・嚥下障害における食事支援などである。

病院には、摂食・嚥下障害の患者さんの一部しかいない。脳卒中(急性期、回復期)などによる対応は充実傾向。脳卒中回復期を対象とした訓練・リハビリが有効。それに対し摂食・嚥下障害の患者さんのほとんどがいる。対応はまだ不足。症状は固定されており訓練・リハビリは無効なことが多い。

施設、在宅の脳卒中、認知症に伴う摂食・嚥下障害の患者さんは想像以上に多く(約570万人)患者さんに必要なのは訓練よりも支援である。

摂食・嚥下障害を診断するため四大認知症を理解しよう！

摂食・嚥下障害を診断するため四大認知症を理解する。

- 1)アルツハイマー型認知症(認知症の4-6割)
- 2)レビー小体型認知症(パーキンソン病と連続した疾患)
- 3)前頭側頭型認知症(人格障害を伴う)
- 4)血管性認知症(脳卒中に伴う認知症、障害領域により症状は異なる)

四大認知症を理解してから5つに分かれる”期”(先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期)を理解し、疾患ごとに障害される”期”が異なることを理解しよう。(特に初期)

摂食・嚥下障害の患者さんのケアには診断と病態把握が絶対必要！

病態把握では、まず5つの”期”(先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期)のどこに障害があるかを考える。

診断はまずは四大認知症をおさえておこう！それぞれで障害される期、症状が違う。

食支援には診断、病態把握が必要。



ご清聴ありがとうございました

参考文献: BLSプロバイダーマニュアル AHAガイドライン2015 準拠
患者が求める「医療安全」「院内感染」
Q&A歯科医師・歯科医院の法律相談
おいしい栄養療法
摂食嚥下障害ケアマネージメント
歯学生のための摂食嚥下リハビリテーション学
東京版歯科医事紛争の対策必携