

平成30年1月28日
 歯科医学教育国際支援機構(OISDE)主催
 か強診・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

認知症に関してまたその対応力 向上係わる研修

2018年度
 保険改定
 に対応

社会医療法人 社団 蛍水会
 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 蛍水会 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

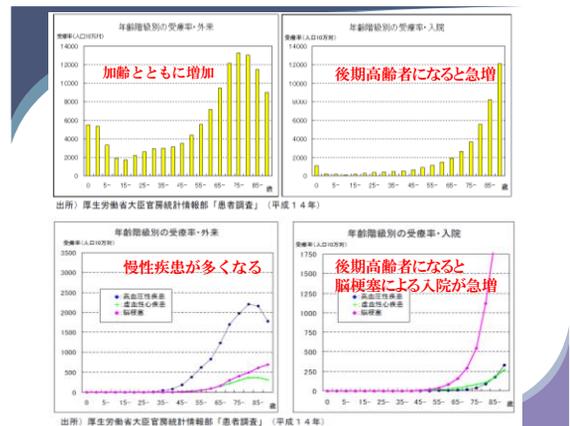
本日の講義の内容

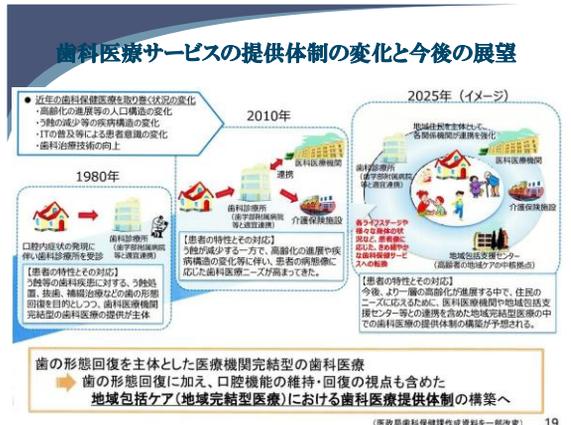
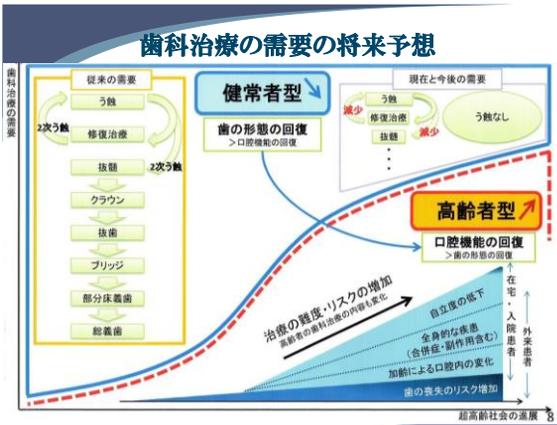
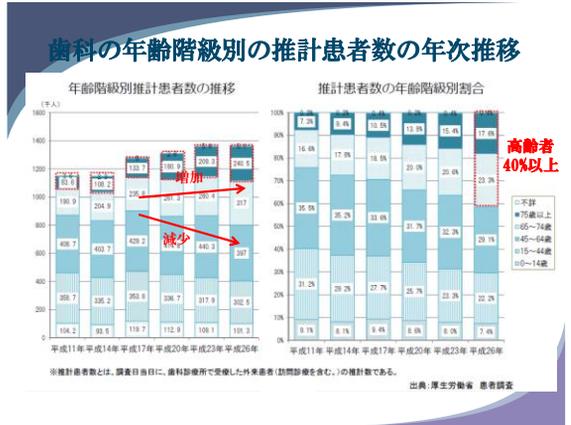
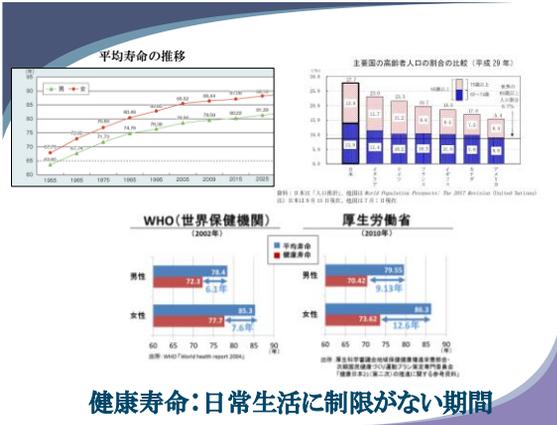
1. 高齢者の現状
2. 老化に伴う心身の変化
 ~フレイル・老年症候群・慢性疾患~
3. 認知症とその対応
4. 口腔機能管理に関して

1, 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





かかりつけ歯科診療機能強化型診療所(か診診) 施設基準

次の要件のいずれにも該当するものかかりつけ歯科医療機能強化型歯科診療所といふ。

- (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でも差し支えない。
- (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, 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) 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うに次ぎの十分な装置・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

か強診未履	歯質+文書提供加算	100点+10点	100点+10点	100点+10点	100点+10点
	F列 (エナメル質初期う蝕)	120点		120点	
か強診	歯質+文書提供加算	100点+10点	100点+10点	100点+10点	100点+10点
	エナメル質初期う蝕管理加算	+260点	+260点	+260点	+260点

歯周病安定期治療Ⅱ (SPTⅡ) 毎月算定可能(SPTⅠは毎月の算定不可。)

	1~9歳	10~19歳	20歳以上	SPTⅡの算定制限や算定要件
SPTⅠ (歯周病)	200点	250点	300点	歯周病管理 口腔内写真検査 測定要件・単位 + 患者の口内腔内カラー写真を添付する + 経過は月報を提出 + 3カ月ごとの再診は必ず毎月算定できる
SPTⅡ (か強診)	380点	500点	630点	

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歳未満	350点	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 100点加算
10歳以上20歳未満	450点	在宅療養支援歯科診療所 50点加算
20歳以上	550点	

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。

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でき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

2, 老化に伴う心身の変化

- 「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(L.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)

歯周疾患で活性酸素(フリーラジカル)が増加する

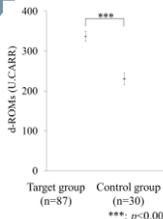


Table 3. Multiple regression analysis with d-ROMs as the dependent variable.

Independent Variables	β	S.E.	Standardized β	p value
(Constant)	342.93	22.29		***
Rate of BOP (Z ₁)	0.87	0.21	0.40	***
Healthy Tooth (Z ₂)	-2.22	0.75	-0.30	**
Filled Tooth (Z ₃)	-15.07	6.59	-0.23	*

Dependent variable: d-ROMs *p < 0.05 **p < 0.01 ***p < 0.001
 Input variables: Age, Healthy tooth, DT, MT, FT, Rate of BOP
 Rate of over 4mm PD, BMI, Systolic BP, Diastolic BP, Pulse rate
 R²=0.279
 y = 342.96 + 0.87Z₁ - 2.22Z₂ - 15.07Z₃

Fig. 1. The level of d-ROMs in target group and control group. The date shown are mean ± 95% confidence interval.

Gen Yano' Relationship between Oxidative Stress and Oral Disease in a Rural Cambodian Population: Evaluation of Oxidative Stress in a Developing Country. Int J Oral-Med Sci 11(4):229-235, 2013

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 ⇒ 若いころの性格が強化
 - 反動 ⇒ 性格が逆になる
 - 円熟、平板化 ⇒ 角が取れて穏やかに
 - 退行 ⇒ 子供帰り
 - 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**

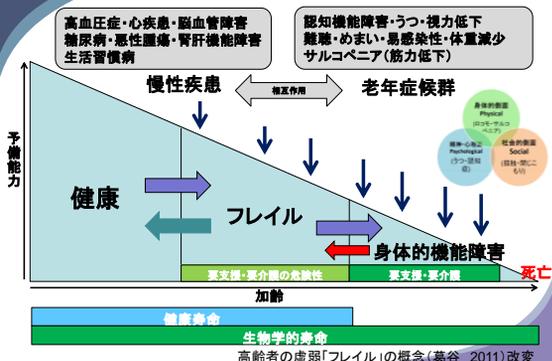
高齢者に認められる慢性疾患 NCDs(Non-communicable diseases)

- 高血圧症
- 肝機能障害
- 心疾患
- 腎機能障害
- 脳血管障害
- 甲状腺疾患
- 糖尿病
- パーキンソン病
- 悪性腫瘍
- ステロイド療法患者
- 呼吸器疾患
- うつ病
- 認知症 など

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。
- うつ状態・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

フレイル(虚弱)の概念



サルコペニア

- 加齢や疾患により、筋肉量が減少することで、握力や下肢筋・体幹筋など全身の「筋力低下が起こること」を指します。または、歩くスピードが遅くなる、杖や手すりが必要になるなど、「身体機能の低下が起こること」を指す。
- 歯科的アプローチ
 - サルコペニアの改善・予防のためにはバランスのとれた栄養と運動の習慣が重要。十分な栄養を摂取し、運動機能の維持・改善を図るためには「食べる」ための口腔機能を維持・改善することが必要となる。口腔機能の向上によって栄養面の改善を行い、体力・筋力・身体機能の維持と、会話や歌うことを積極的に行うことで活動性、社会性の向上を図り、閉じこもりやうつなどから起こる心身の機能低下を予防する。 ⇒ **フレイルへの進行を予防**

心臓弁膜症

- 心臓弁の動きの異常・血流障害の状態
- 弁置換術をしていることがある
- 主な症状
- 労作性呼吸困難
- 易疲労性
- 肺うっ血・肺水腫
- 心不全
- 血栓症
- 歯科治療時の注意点
- NYHAの分類を参考に
- 抗血栓薬
- 感染性心内膜炎に注意**

薬名	投与量	投与頻度(1日1回/2回/3回/4回)
標準的	AMPC	成人2g 小児 50mg/kg
難治性	ABPC	成人2g 小児 50mg/kg
難治性	CEZ+CTX	成人1g 小児 50mg/kg
ペニシリンアレルギー	CLDM	成人600mg 小児 20mg/kg
	AZM+CAM	成人500mg 小児 15mg/kg
ペニシリンアレルギーかつ難治性	CLDM	成人600mg 小児 20mg/kg
	CEZ+CTX	成人1g 小児 50mg/kg

感染性心内膜炎の予防と治療によるガイドラインより抜粋 日本循環器学会

アモキシシリン2g (サワシリン®)・パセトシン®)

脳血管障害

- 脳の一部が虚血あるいは出血により一過性または持続性に障害を受けるか、脳の血管が病理学的変化により一時的に侵された場合
- 脳梗塞
- 脳出血
- くも膜下出血
- 歯科治療時の注意点
- 発症後3~6か月は歯科治療を控える
- 基礎疾患を合併していることが多い
- 片麻痺、失語、失行失認、精神症状などの後遺症⇒**認知症**
- 抗凝固薬の使用
- 安易に抗血栓薬を止めない**
- 精神的ストレスの軽減
- アドレナリン投与量注意
- 術中のモニタリング

糖尿病

- 1型糖尿病
膵臓β細胞からインスリンが出なくなる(インスリン依存型)
- 2型糖尿病
インスリン分泌低下およびインスリン抵抗性(インスリン非依存型)
- 妊娠性糖尿病
- その他の特定の機序、疾患によるもの
- 歯科治療時の注意点
- 治療不全・易感染性
- 抗生剤予防投与や投与期間を長く
- 歯科治療では**低血糖に注意**(水砂糖やブドウ糖の用意を) **当日食事をしてきたか確認⇒低血糖注意**
- アドレナリン投与注意
- 歯科治療の目安 HbA1c < 7.4%
空腹時血糖 < 140mg/dl

糖化HbA1c (%)	血糖コントロールの評価とその範囲				
	優	良	可	不可	不可
5.7~6.4	5.7~6.4未満	6.5~6.9未満	7.0~7.9未満	8.0以上	8.5以上
6.5~7.9	6.5~6.9未満	7.0~7.9未満	8.0以上	8.5以上	9.0以上
8.0以上	8.0以上	8.5以上	9.0以上	9.5以上	10.0以上

合併症多数

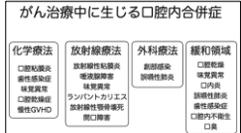
疾患を多く持つ可能性がある。

網膜症、腎症、神経障害

DM⇒歯周病

悪性腫瘍

- 高齢化に伴い高齢者の悪性腫瘍増加
- 抗がん剤による免疫抑制
- 抗がん剤・放射線療法による口腔内症状
- 一般的な抗がん剤治療を受ける患者さんの約40%、造血幹細胞移植治療のような強い抗がん剤治療を受ける患者さんの約80%
- 転移抑制のために**BP(ビスフォスフォネート製剤)**
- 精神的サポート
- 「がん連携歯科医院」
- 歯科医師会が中心となり講習会にて認定



周術期口腔機能管理が重要

症状緩和、感染回避 ⇒ 医療経済的効果 QOLの向上

肝機能障害

- ウイルス性
- アルコール性
- 自己免疫性
- 胆汁うっ滞型
- 薬物性
- 特殊な感染症
- 肝がん
- 歯科治療時の注意点
- 検査値精査(AST、ALP、γGTP、ビリルビン、凝固系、血算など)
- B型、C型肝炎患者感染予防対策
- ステロイド服用者 観血処置時ステロイドカバー
- 腎排泄の薬剤を用いる(ペニシリン系、セフェム系)**
- 鎮痛薬 アセトアミノフェン、塩基性NSAIDs(ソランタール®)
- 酸性NSAIDs(ロキソニン、ボルタレン)は避ける
- 出血傾向: 凝固因子の異常 PT-INR < 2.3 低侵襲な観血処置
- 血小板数減少: 10万/μL 以下 注意
- 脾臓障害:白血球数減少⇒易感染性**

肝硬変

腎機能障害

- 慢性腎臓病(CKD)
- 腎不全
- 生活習慣病を伴う 虚血性心疾患・心筋梗塞のリスク上がる
- 歯科治療時の注意点
- 糖尿病などの基礎疾患があり、易感染性、治療不全注意
- 透析を行っている可能性がある
- ヘパリン(抗凝固剤)を使用しているため、**抜歯は透析の翌日**
- シャントを形成してある部位を確認する。血圧などのモニタリング時注意
- 薬物投与時はCr値を参考に
- 抗生剤:肝代謝のマクロライド系を使用**
- 鎮痛薬 アセトアミノフェン
- NSAIDs(ロキソニン、ボルタレン)は避ける

うつ病

・抑うつ気分

気分の落ち込み、自責感、自信の喪失、焦燥感

・思考能力の低下

思考力・判断力の低下

・意欲の低下

口数が減る、行動がのろくなる

・体の症状(自律神経症状など)

疲れ易さ、冷え、汗のかきやすさ、腰痛、食欲不振、睡眠障害など



有病者歯科治療のガイドラインより

高齢者に多いうつ病

・仮性認知症

一見すると認知症のようにみえるがじつはうつ病

高齢者のうつ病は、記憶や判断力、理解力などの生活に必要な能力が低下するため、認知症と間違えられることがある。

物忘れした自覚や本人の深刻さ 仮性認知症 あり

認知症 ない

気分の落ち込み 仮性認知症 あり

認知症 なし

・仮面うつ病

うつ病のようにみえないうつ病

身体症状が前面に出てしまい抑うつがマスクされてしまう

うつ病

種類

- ・気分障害
- ・うつ病性障害
- ・双極性障害

歯科治療時の注意

- ・問診時に患者が話す前に直接うつの話はしない。主治医から情報を得る。服薬で判明する。
- ・口腔清掃指導に対する注意
- ・薬剤服薬のコンプライアンスに注意
- ・**口腔顎顔面痛や不定愁訴**に注意 ⇒ 認知行動療法
- ・**三環系抗うつ薬**(アモキサン、トリプタールなど)とアドレナリンの併用注意 ⇒ 心拍数、血圧上昇

3. 認知症とその対応について

2018年度 保険改定 に対応

いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったら、働きが悪くなったりしたためにさまざまな障害が起り、生活するうえで支障が出ている状態

	加齢による物忘れ	認知症
原因	老化	脳の疾患(病気)
体験した事	一部を忘れる	全てを忘れる
物忘れの自覚	あり	なし
日常生活	支障はない	支障がある

認知高齢者の現状

高齢者の約15%
約440万人

介護保険制度を利用している認知症高齢者(日常生活自立度Ⅱ以上)

日常生活自立度Ⅰ又は要介護認定を受けていない人

MCIの人(正常と認知症の中間の人)

約280万人

約160万人

約380万人(注)

(注)MCIを含めた者が認知症になるわけではないことに留意

健常者

65歳以上高齢者人口2,874万人

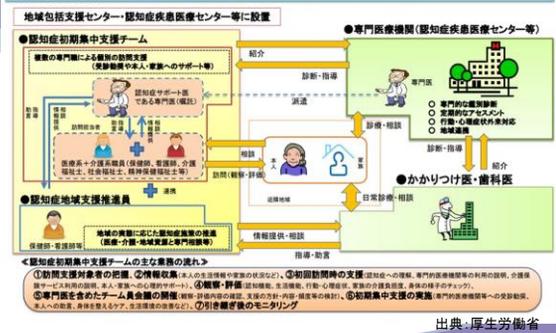
持続可能な介護保険制度を確立し、安心して生活できる地域づくり。

認知症施策推進5か年計画で対応
・早期診断・早期対応
・認知症の普及・啓発
・見守りなどの生活支援の充実など
→地域での生活継続を可能にする。

出典：厚生労働省「認知症施策推進5か年計画」

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門による指導の下(総合機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備
●認知症初期集中支援チーム 一複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウリーチ)。認知症の専門医による認知症診断等の(認知症支援) 心えて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
●認知症地域支援推進員 一認知症の人が日常生活に困りやすい状況で生活していることなどにより、地域の連携に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務を行う。



認知症と生活習慣病との関係

1. 高血圧、低血圧、食後高血糖が認知症発症と関連 認知症リスク 2.1倍
2. 高血圧が認知機能低下と関連。 認知症リスク 3.4倍
3. 中性脂肪の高値と認知症発症が関連
4. 高DHAは認知症の発症率を下げる 認知症リスク 1.9倍
5. 歯が無い人の認知症リスクは高い。
6. 物を噛むと脳は刺激され発症率を下げる

認知症の予防

認知症を予防するには、まず生活習慣を改善
アルツハイマー型認知症の原因になるたんぱくは、発症の25年前から溜まりだすというデータがあります。このたんぱくとインスリンに関係がある事がわかっていますので、糖尿病に罹患しないように

食生活の改善

コレステロール値を上げない
高血圧にならない⇒塩分を控える。
飲酒は適度に⇒アルコール性の認知症

1.食習慣	野菜・果物(ビタミンC、E、βカロチン)を多く食べる 魚(DHA、EPA)を多く食べる 赤ワイン(ポリフェノール)を飲む
2.運動習慣	週3日以上有酸素運動をする
3.対人接触	人とよく付き合っている
4.知的行動習慣	文章を書く・読む、ゲームをする、博物館に行くなど
5.睡眠習慣	30分未満の短寝 起床後は30分以内に入浴の光を浴びる

日常生活の改善

適度な運動・喫煙を控える・ストレスをためない生活

睡眠時間をよくとる

生活習慣病を治療する⇒ならないに越したことはないがなってしまうたら適切な治療
早期発見のため健康診断を定期的に受診

定期的な歯科受診をうながし咀嚼機能の維持や歯周病の改善に努める

家族が気付いた初発症状

1. 同じことを言ったり訊いたりするようになった (33.8%)
2. 置忘れやしまい忘れが目立った (25.0%)
3. 水道やガスの締め忘れが目立った (15.4%)
4. 日課をしなくなった (11.0%)
5. 時間や場所の感覚が不確かになった (10.5%)
6. 以前はあった興味や関心が失われた (9.6%)
7. 物の名前が出てこなくなった (7.0%)
8. 財布を盗まれたという (5.7%)
9. だらしなくなった (5.7%)
10. 些細なことで怒るようになった (4.8%)

平成9・10年新潟県糸魚川市高齢者こころからの健康調査報告書

医療機関で認知症に気付いたエピソード

- ・服薬管理ができなくなった
- ・受診日を間違えるようになった
- ・会話がかみあわなくなった
- ・支払いでいつも高額紙幣を出すようになった
- ・支払いに手間取るようになった
- ・(薬などに関して)同じ質問を繰り返すようになった
- ・タクシーを頼んでおきながらそれを忘れるようになった
- ・他人の靴を間違えて履いて帰ることが増えた
- ・不自然な服装で来院するようになった

日本認知症ケア学会：地域における認知症対応実践講座Ⅰ、高齢者医療研究機構、東京、2006

医療機関の受診に際して

- ・「何か想像外の恐ろしいことを宣言されやしまいか」
- ・「自分の複雑な気持ちを理解してもらえないのではないだろうか」
- ・「うまく現状を伝えることができるだろうか」
- ・「ちゃんと話を聞いてもらえるのだろうか」

黒川由紀子、第6章 認知症の事例、日本の心理臨床 高齢者と心理臨床 女・食・住をめぐって、誠信書房 2013、150-192

診療時における認知症のサイン

忘れっぽさ (記憶障害)

- ・ **ついさっきのことを思い出せない**
「朝、食事をしたか」、「待合室で待っているのは誰か」、「電車で来たか、車で来たか」などの質問に答えられない
- ・ **最近聞いた話を繰り返せない・経験した事を思い出せない**
「前回行った検査のことを覚えてますか」、「この前だした薬の説明を憶えてますか」などの質問に答えられない
- ・ **何度も同じ話を繰り返していることに気づかない**
同じ内容の話を、同じ話し方で繰り返す。あるいは、すでに尋ねた質問に対して、ほとんど同じ答え方をする
- ・ **診察に来るたびに同じ話を、同じようにする**
孫の自慢、家の増改築、旅行、冠婚葬祭など、同じ話を診察に来るたびに繰り返す

Observation List for early signs of Dementia (OLD)から抜粋・改変

診療における認知症のサイン

会話の徴候 (失語)	<ul style="list-style-type: none"> • 使い慣れた言葉が出てこない、代名詞ばかり使う 具体的な物の名前が出てこず、「あれ」「それ」「これ」といった代名詞ばかり使った話し方になる • 話の筋道から繰り返しはすれる 話題があちこちに飛んでしまう。突然に関係のない話題を話しはじめる • 尋ねられた質問の意味を理解できない 問われた質問の意味を理解することができない。的外れの答えをする • 周りが本人の話を理解できない (何を言いたいのか分からない) 患者の話を聞いても、言わんとすることが医師・スタッフが理解できない
---------------	--

Observation List for early signs of Dementia (OLD)から抜粋・改変

	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	初老期に発症
脳の変化・原因	脳神経細胞が死滅し、変性。脳全体が萎縮。海馬を中心として。	脳梗塞や脳出血などが原因で脳血流量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認知機能江尾つかさどる大脳皮質にたまり神経細胞を壊死させる。	前頭葉や側頭葉前方の萎縮がみられ、他の認知症にはみられない。特徴的な症状を示す。
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	身だしなみに無頓着、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)、見当識障害、物忘れ妄想、徘徊、とりづかい、せん妄	認知機能障害(せむら認知)、感情失禁、手足のしびれ・麻痺、感情のコントロールがうまくいかない、せん妄 仮性球麻痺(嚥下障害・構音障害)	認知機能障害(注意力・視覚など)、認知の変動、幻視・妄想、パーキンソン症状、睡眠時の異常言動	人格異常、行動異常、方引きなどの非社会的行動(無賃乗車、信号無視、不貞目目)、興味・関心の低下、高い残存能力
経過	記憶障害から始まり広範な障害へ徐々に進行	原因となる疾患によって異なるが比較急に発症し段階的に進行	調子が良い時と悪い時を繰り返す傾向がみられ、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 向精神薬 回想法、記憶トレーニング 行動心理療法	基礎疾患(脳梗塞や脳出血、糖尿病)の治療	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ある記憶障害や集中力の低下、失認や失行と呼ばれる中枢状態。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もつことが難しい場合(準備期)の障害。口や喉に麻痺が現れてしまった場合は「口腔期」。「嚥下期」の障害(仮性球麻痺) • 手の麻痺によって箸やスプーンが使えない、使にくい • 口の麻痺によって口が開かない、閉じない • 唇や咽頭の麻痺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くなったり、箸やスプーンが引いて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 • 手の振る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 • 「口の中がぬかおかし」 • 幻覚を訴えることがある • 食べ際に虫が入っているように見える	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食習慣の変化、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似て幻視や幻覚がみられる可能性がある。比較的維持される。 • 毎日同じものを食べる • 甘い食べ物に固着する • 過食や早食いをする • 人の食事食べてしまう • 食事の途中で他に気がなることがあるとどこかへ行ってしまふ
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 • テレビなどの騒音が気にならないように注意 • 混乱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)	• 補助具を活用する • 食器を工夫する • 食器が滑らないように滑り止めマフなどを活用する • 麻痺の状態に合わせた体位の調整をする	• 日内変動のよい時間帯に合わせる • 清潔や窒息に注意する • 幻視などの訴えが強い場合は無理せず諦めず着いてから食事を提供する	• 窒息に注意する • 他人の食事食べてしまう • 注意が他に向いてしまふような環境を整える

認知症オンラインより、(https://cognisho-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、**物忘れ妄想、徘徊、失認、失行**
- **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	説明により病氣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	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	キーパーソンを通じ意思疎通を図る
既往歴の問診が取れない	主治医やケアマネとの連携をとる

高齢者歯科治療ガイドブック改変

4, 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 | 味覚の改善 |
| 意識レベルの改善 | 全身疾患の予防 |
| 全身感染症・発熱の予防 | た液分泌の促進 |
| お口の機能維持・回復 | 心臓病リスクの低下 |
| 栄養状態の改善 | 糖尿病予防 |
| インフルエンザ、誤嚥性肺炎予防 | 総医療費の削減 |
| | 認知症の予防 |

在宅高齢者の現状

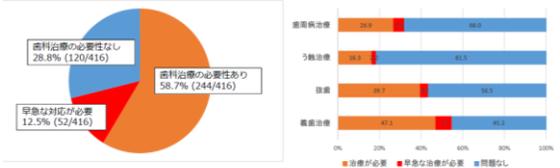
高齢化により

- 「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
- 「認知症」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

要介護高齢者における歯科的対応の必要性 ～地域の要介護高齢者に対する悉皆研究調査から～

A原0町圏域の要介護高齢者416名（志留）に対する調査結果。義歯治療、抜歯、う蝕治療、歯周病の治療が必要者は、それぞれ、54.8%、43.5%、18.5%、32.0%であった。
また、そのうち早急な対応が必要^{※1}と判断された者は、それぞれ17.7%、3.8%、2.2%、5.0%であった。
（※1 食事に影響する強い痛みや不安定などがある、脱落の可能性が高いなど）
重複を除き、416名の要介護高齢者のうち義歯治療、抜歯、う蝕治療、歯周病の治療うち、どれか一つでも必要と判断された者は296名（71.2%）であった。



要介護高齢者の約7割が何らかの歯科治療を必要としていた。
また、そのうち早急な対応が必要と判断された者は52名（12.5%）であった。

出典：平成28年度老人保健福祉推進事業実施要綱「介護保険制度における歯科医療、歯科衛生士の関与による適切な口腔衛生管理のあり方に関する調査研究」報告書（日本老年歯科医学会）

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。**

本人や家族への啓蒙・啓発

- ✦ 「好きなものを食べる」ために
- ✦ ケアやリハビリは手段であって目的ではない
- ✦ 「口から食べる」という共通の目標を持つ
- ✦ 脱水・低栄養・免疫力低下・易感染（肺炎等）等の問題意識を持ってもらう
- ✦ 実際にやってアドバイスする
- ✦ 我々が介入できるのは週一回である

多職種連携

NST
を編成

- ・医療従事者
医師・歯科医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・PT（理学療法士）・ST（言語聴覚士）
OT（作業療法士）など
- ・介護従事者
ケアマネージャー・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・ヘルパーとの関係を築いていく。ケアマネとの連携がうまく取れると依頼の件数が増える。

⇒介護職への啓蒙、共通認識が必要

往診 ≠ 訪問診療

主訴だけの改善 ⇒ 往診

治療計画を基に定期的な口腔管理を行う

⇒ 訪問診療

患者本人はもとより、家族、医療従事者、ケアマネなどに口腔機能の重要性を理解してもらうことが必要。歯科医療従事者も介護職やケアマネの仕事を理解する。

「口から食べる」という共通認識が他職種間の連携、協働のポイントである。

よく遭遇すること

- なぜ磨いても磨いてもプラークや舌苔が、つきやすいのか？
- なぜ口腔がこんなに乾燥するのか？
- どうしてこの義歯で、食べられないのか？

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**
- **サルコペニア**
- **その他 (廃用症候群)**



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

施設内で楽しいこと

施設 (数) 回収数 福祉施設・老人病院等における入所者・入院患者の意識実態調査: 加藤順吉郎 1995

	第1位	第2位	第3位
特養老人ホーム	食事 44.8	行事参加 28.0	家族訪問 25.3
老人保健施設	食事 48.4	家族訪問 40.0	行事参加 35.2
老人病院	食事 40.0	家族訪問 39.4	テレビ 28.3
療養型病床群	食事 55.1	家族訪問 55.1	テレビ 30.6

複数回答可 (%)

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？**

口腔機能の総合的な管理

「歯科疾患在宅療養管理料」の管理計画書

- | | |
|---|--|
| (1) 全身の状態
基礎疾患の有無・服薬の
状況・肺炎の既往
低栄養リスク・食事形態 | (3) 口腔機能の状態
咀嚼機能の状態
摂食・嚥下機能の状況
構音機能の状況
食形態 |
| (2) 口腔内の状態
口腔衛生の状況
口腔乾燥の有無
う蝕・歯周疾患・
口腔軟組織疾患の有無
有床義歯の状況
咬合状態 | (4) 管理方法の概要 |
- 繰り返しですが、講習を受けて申請をすると
歯在管が180点⇒240点(歯援診)

管理計画の立案 ～考慮すべきこと～

- 要介護になった病歴
- 全身の状態・**残存能力**
- 食事内容・形態
- 介護力(家族の協力・介護職の積極性・他職種との連携)
- 希望・目標
- 治療・口腔ケア、リハビリ時のリスク
- 感染対策
- 歯科的治療(齶蝕・歯周病・欠損補綴等)
- 本人の体調を把握・リスク回避 ⇒ 当日の朝確認
- 欠損補綴 本人の残存能力・介護力を考慮
- 患者の病状を考慮する ⇒ 病院との連携、紹介、照会

摂食・咀嚼・嚥下機能チェック

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> むせる 痰 よだれ こぼす 時間がかかる 残す 呼吸の乱れ | <ul style="list-style-type: none"> 食べ物の認知 口唇閉鎖 舌運動 唾液の分泌 嚥下・咳反射 嚙む力 嚙む道具
(歯・義歯) | <ul style="list-style-type: none"> お話し(おしゃべり)ができるか？ 舌が動くか？ ぶくぶくうがいができるか？ 咳払いが出来るか？ 首がうごくか？ |
|---|--|---|

問診、ミールラウンド
頸部触診、フードテスト
水飲みテスト(MWST)
VE VF

残存能力の把握

口腔リハビリテーション

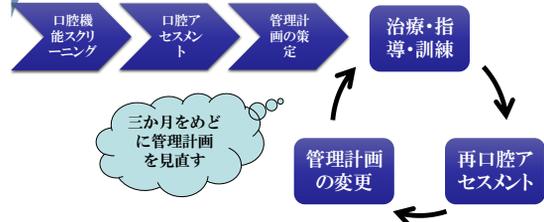
- 唾液腺、頭頸部マッサージ
- 発音訓練
- 舌の運動訓練
- 口唇運動
- 頬部の運動
- アイスマッサージ
- ブローイング
- Kポイント刺激法



「藤島式」嚥下体操セット、浜松聖隷病院HPより

高齢者の口腔管理の流れ

「歯科疾患在宅療養管理料」の管理計画



どこをゴールとするか？
高齢者の残存能力は日に日に衰えていく

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(ゆりかごから墓場まで)
- ✦ 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。