

# 第2章

## 有病者管理の基本

1. 高齢者・妊産婦・障害者・要介護者の治療の基礎
2. 医療面接

### 1 高齢者・妊産婦・障害者・要介護者の治療の基礎

#### 1 治療環境

高齢者・妊産婦・障害者・要介護者を診療するうえで、必要な体制や設備などについて述べる。

- ・これらの患者では、緊張が全身状態（循環動態や呼吸動態等）に影響しやすいことも考えられ、リラックスできるような雰囲気を作れるとよい。
- ・診療台への移動をスムーズにするため、診療室内の段差や障害物はできるだけなくす。車いすやリクライニングチェアに座ったまま診療が可能なスペースやライト・切削機器等の配置であると対応しやすい（図1）。
- ・ADL（activities of daily living：日常生活動作）の低下している患者では、診療台への移乗に介助が必要な場合、もしくは全介助の場合もあり、診療台の周囲の環境を考慮した、診療室ごとの介助の手技を習得しておくことが望ましい。



図1 キャビネット型のユニット  
キャビネット型は自由度が高く患者の移乗が行いやすい。また、リクライニングチェアに座ったままの診療にも対応しやすい。

- ・障害者などでは不随意運動（意図しない体の動き）や突発的な行動をとる場合があり、患者の手の届くところには、危険なものは置かないように整理しておく。また、やむをえず身体の抑制が必要な場合もあるため、レストレーナーや開口器が必要である（図2）。
- ・抑制することにより、患者の全身状態が把握できず、かえって危険な場合もあるため、一般歯科医院では対応が困難な場合は、これらの患者に対する治療に熟知しており、鎮静法や全身麻酔といった、薬物による全身管理も可能な病院歯科や大学病院などへ紹介ができる体制を備えておく。日頃から連携がとれていれば緊急時の紹介等もスムーズと考えられる。
- ・患者の全身状態を把握するために、バイタルサインを適切に計測、評価できる必要がある。血圧計や経皮的動脈酸素飽和度（SpO<sub>2</sub>）の測定機器（パルスオキシメーター）、心電計は備えて、使用方法を習熟しておく必要がある（図3）。
- ・患者の急変に対する初期対応ができる、およびその後の高次医療機関への引き継ぎが適切に行える体制を整えておく。また、歯科医師および歯科衛生士を含めたスタッフとともに緊急時の対応の訓練を日頃から行い、**一次救命処置（basic life support；BLS）**の具体的手技を習得しておく。酸素投与の機器や救急カート、**AED（automated external defibrillator：自動体外式除細動器）**を備えておくことが望ましい（図4）。
- ・口腔機能や嚥下機能が低下している可能性もあるため、口腔内で使用するファイル・リーマー類やコットン・ガーゼには紐をつけて、容易に口腔外に取り出せるように準備する（図5）。また、使用する材料の数は、処置開始前と終了時に一致していることを確認する。器具や薬剤の誤飲、誤嚥予防にラバーダムの使用が有効な場合もある。上顎義歯の印象に際しては印象材の咽頭への流れ込みに対して硬めに練和するなどの配慮が必要となる。



図2 各種開口器とバイトブロック  
さまざまな種類の開口器やバイトブロックがあり、患者によって使用しやすいものを探すとよい。



図3 血圧計・心電計・パルスオキシメーター

## 5 歯科衛生士が留意すること

### ① CKD 患者

CKD 患者は多くの合併症を有する可能性がある。よって、歯科衛生処置中は、循環動態の変動等をこまめに気にしなければならない。透析患者の場合は、シャントを利き腕と逆の前腕部に造設していることが多い。血圧測定を行う際に、マンシェットをシャント側の腕に巻いてしまうと、シャントが閉塞してしまう危険性があるため、**シャントを形成していない腕で血圧測定をしなければならない**。また、合併症や併存疾患を有する患者においては歯科治療における疼痛や恐怖などのストレスに弱いことが多く、極力リラックスした状態で丁寧な歯科衛生処置に努めるべきである（図 18）。



図 18 シャントを造設した前腕

### ② 前立腺癌患者

前立腺癌の既往がある患者は、骨転移に対して骨吸収抑制薬の投与を受けている可能性があり、投薬の有無を患者に確認することが好ましい。不良な口腔衛生状態や歯周病は、ARONJ の発生原因の一つとして報告されているため、患者の口腔内を定期的にチェックし、口腔健康管理の重要性を指導するとともに実施すべきである。ARONJ 発症初期は、骨露出が明らかで、歯の動揺など歯周病と類似している。よって歯周病なのか ARONJ なのか判断が困難な場合は、歯科医師に相談し、指示を受けることが好ましい。ARONJ が進行すると、口腔内および口腔外に顎骨が露出する。口腔衛生管理を行っている際は、歯のみならず歯肉や顔面皮膚なども観察し、顎骨の露出がないかどうかを注意する必要がある。

### ③ 排尿障害に対して抗コリン薬投与を受けている患者

抗コリン薬は、5%以上の症例で口腔乾燥症が引き起こされることが報告されている。唾液による自浄作用が低下すると、口腔衛生状態は不良となり、う蝕、歯周病、口腔カンジダ症の発症原因となるため、口腔衛生状態の維持は徹底すべきである。また、口腔内の灼熱感や味覚異常を訴える患者も多い。このような患者に対して、保湿効果のある洗口薬、保湿ジェル、人工唾液などを用いて口腔内を湿潤することは症状の改善に有効である。

(小澤重幸、松田啓子)

## 8 肝疾患患者

### 1 肝臓の機能 (図 19)

肝臓の主な機能は代謝と貯蔵、解毒および胆汁の分泌である。代謝機能はブドウ糖からグリコーゲンを合成し必要に応じて血中にブドウ糖を放出して血糖値を一定に保つ。アミノ酸からアルブミン、グロブリン、血液凝固因子などのタンパク質を合成するとともに、必要な物質は肝臓内に貯蔵する。合成機能が低下すると**血清総コレステロール値や血清アルブミン値の低下、プロトロンビン時間の延長**などがみられる。

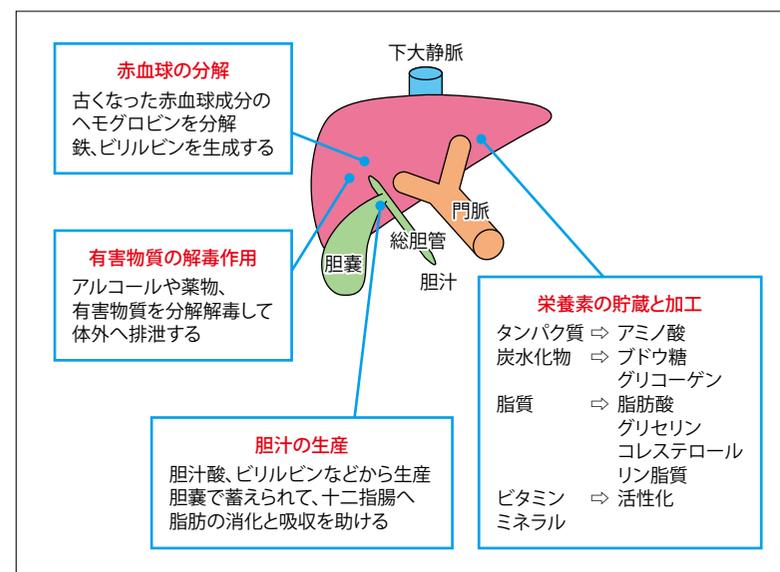


図 19 肝臓の機能

一方、老廃物やアルコール、薬物など身体に不要な物質は無毒化する。不要なアミノ酸は肝細胞で分解されるが、そのときに有害なアンモニアが生じる。アンモニアは主に肝臓で尿素に代謝され、尿中に排泄される。薬剤も肝臓で代謝される。また、肝臓ではビリルビン（脾臓で産生されたヘモグロビンの分解産物）と胆汁酸（コレステロールより産生）などから胆汁を合成する。肝細胞や肝臓からの排泄が障害されると血清ビリルビン（直接ビリルビン）値が上昇し、黄疸を生じる。

### 2 肝疾患

#### ① ウイルス性肝炎

肝炎ウイルスの感染による肝臓の炎症で、日本人に最も多いのが肝疾患である。日本人で特に多いのは A 型、B 型、C 型肝炎ウイルスの感染である。B 型肝炎ではウイルスキャリアの 1 割、C 型肝炎では急性肝炎の 7 割が慢性化する。慢性肝炎では肝細胞が徐々に破壊され、やがて肝硬変や肝癌へ進行していく。

A 型肝炎は、感染者から排泄された便中の A 型肝炎ウイルスが、食物（牡蠣など）や飲料水な

# 11 精神・心身医学疾患

精神疾患は、心と脳の病気でさまざまなものがある。精神疾患の患者数は、近年大幅に増加している。内訳は、多いものから、認知症、気分障害(うつ病、躁うつ病)、統合失調症、不安障害で、うつ病や認知症などの著しい増加がみられる。そのなかで統合失調症、うつ病、ストレス関連症群(外傷性ストレス障害)は、心理・社会的要因が大きく関わり、発症する(図23)ので、心因性である。外因性(脳血管疾患、変性性脳疾患)は認知症とされている。つまり精神疾患は心身医学的な配慮が不可欠となる。いずれも目に見えない疾患であるので、理解と共感が重要となる。本項は、頻度の高い疾患について述べる。

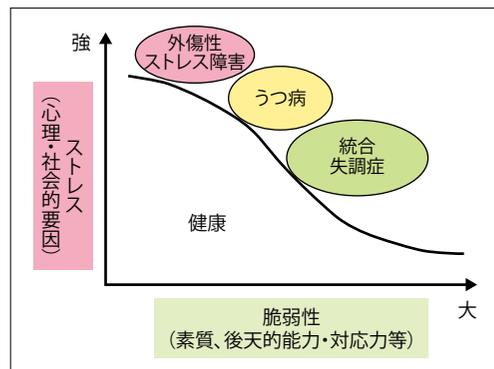


図23 ストレス脆弱モデル  
(厚生労働省：第1回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 平成20年4月11日 参考資料5-1 < <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/dl/s0411-7i.pdf> > (2019年12月17日アクセス)より引用改変)

## 1 認知症

### ① 概要

認知症は、加齢によるもの忘れと異なり(図24、表24)、「脳疾患によって記憶、思考、見当識、理解、計算、学習、言語、判断等多数の高次脳機能が低下し、およそ6カ月以上継続して日常生活のうえで支障が出ている状態」である。認知症の患者数は推計で600万人、有病率は17%とされている。症状は、**中核症状**と**周辺症状**(認知症の行動・心理状態：behavioral and psychological symptoms of dementia；**BPSD**)に分けられる(図25、表25)。

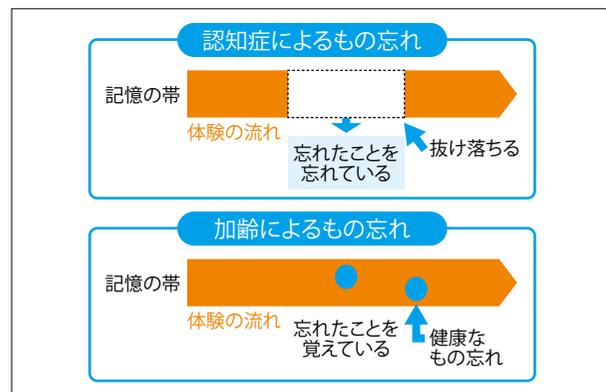


図24 「認知症によるもの忘れ」と「加齢によるもの忘れ」  
(認知症介護研究・研修東京センター 小野寺敦志先生提供 長谷川一夫、北村 伸、他：アルツハイマー型痴呆診断のポイント。医事新報、4074：1-18、2002。より引用改変)

認知症の前駆症状として**軽度認知障害**(mild cognitive impairment；**MCI**)がある。MCIは、認知機能は正常でないが、認知症の基準も満たさない、日常生活は保たれており、複雑な日常生活機能の障害は、軽度にとどまるものである(表26)。

表24 「認知症による物忘れ」と「加齢に伴う物忘れ」の違い

認知症による物忘れ	加齢に伴う物忘れ
全体を忘れる	体験の一部を忘れる
忘れたことを自覚していない	忘れたことを覚えている
記憶障害に加えて判断の障害や実行機能障害がある	記憶障害のみがみられる
日常生活に支障をきたす	日常生活に支障はない
進行性である	きわめて徐々にしか進行しない

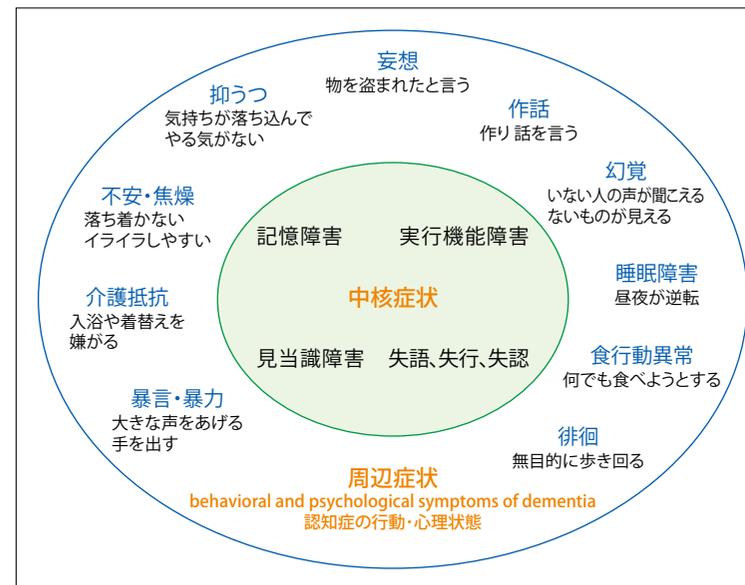


図25 中核症状と周辺症状  
周辺症状は中核症状によるものだが、本人の性格、環境、身体状況で起こる。

表25 中核症状

記憶障害	即時記憶(60秒まで、障害されにくい) 近時記憶(数分～数日、障害されやすい) 遠隔記憶(数週～数十年、障害されにくい)
失語	言葉が出ない(言語障害がない)
失行	目的の行動ができない(運動障害がない)
失認	認識できない(視覚障害がない)
見当識障害	時間、場所、人がわからなくなる
実行機能障害	段取り立てて計画的に行動ができない(料理ができない、歯磨き剤をつけて歯を磨けない)

表26 軽度認知障害(mild cognitive impairment；MCI)

- ①記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
- ②日常生活動作は正常
- ③全般的認知機能は正常
- ④年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
- ⑤認知症ではない

(Petersen RC, et al : Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol 2001 58 : 1985-92, 2001. より引用改変)

認知症の原因疾患には、神経細胞が変性(萎縮、消失、タンパク質の蓄積)する**変性性認知症**(**Alzheimer型認知症**、**Lewy小体型認知症**、**前頭側頭型認知症**)と脳血管に起因する**脳血管性認知症**に分類できる。最も多いのがAlzheimer型認知症、第2位は脳血管性認知症、第3位はLewy小体型認知症(Lewy小体病)、第4位が混合型(Alzheimer型認知症と脳血管性認知症が共存)である(図26、表27)<sup>51)</sup>。脳血管性認知症は、階段状に経過し、Alzheimer型認知症は徐々に進行する(図27)。

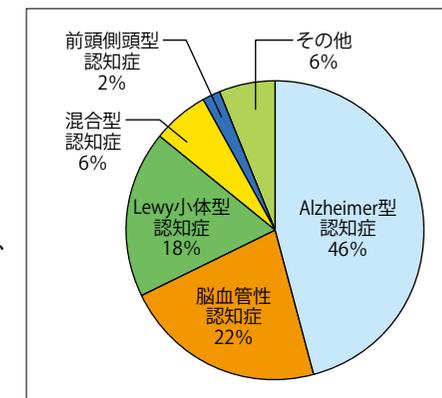


図26 認知症の原因疾患  
(H.Akatsu, et al : Subtype analysis of neuropathologically diagnosed patients in a Japanese geriatric hospital. J Neurol Sci 196 : 63-69, 2002. より引用改変)

平苔癬様の症状がみられ、硬化性病変による開口制限を伴う。

### B. GVHD の治療

急性 GVHD の予防には免疫抑制薬が使用され、治療には副腎皮質ステロイド薬が主に用いられる。なお、輸血用血液には放射線照射が実施されており、輸血後 GVHD の発症はほぼ認められない。

#### ② 歯科治療上の留意点

- ・口腔粘膜痛、口腔乾燥、口腔カンジダ症等に粘膜痛の軽減、保湿などの対応が必要である。免疫低下状態であり、二次感染症の防止に留意する。
- ・感染しやすい状態であり、移植後半年は観血的治療は避けることが望ましい。
- ・慢性 GVHD は長期に及ぶため、QOL の低下に関係する。患者との適切なコミュニケーションが重要である。

## 4 歯科衛生士が留意すること

### ① 早期発見・早期治療

#### A. AIDS

##### a. HIV 関連口腔症状

近年の抗 HIV 療法の発展により、HIV 感染者は長期的生存が可能となったが、治療の開始時期が予後を左右する。無症状期であっても、口腔内病変として口腔カンジダ症や単純ヘルペス感染症などの日和見感染症を発症する場合もあり、歯科衛生士が HIV 感染・AIDS 発症の第一発見者となりうる。日和見感染症状が HIV 関連口腔症状(表 31)<sup>60)</sup>である可能性を念頭におく必要がある。

##### b. 受け入れ体制の整備

抗 HIV 療法により血中ウイルス量がコントロールされた場合、歯科治療を行って何ら問題なく、歯科医院での歯科治療を希望する患者も多い。しかし、HIV 感染者が未申告で歯科医院を受診することも少なくない。その背景には、歯科医療従事者側は HIV 感染症に対する偏見や風評被害のおそれ、知識不足により感染対策や患者の病態把握が困難であることがあげられる。患者側はプライバシーの漏洩や治療拒否を恐れることがあげられ、いずれも知識不足が原因である。

表 31 HIV 関連口腔症状

分類	疾患名
真菌感染症	カンジダ症 ヒストプラズマ症 クリプトコッカス症 ジオトリウム症
細菌感染	帯状歯肉紅斑 壊死性潰瘍性歯肉炎 壊死性潰瘍性歯周炎 放線菌症 ネコ引つかき症 副鼻腔炎 根尖性歯周炎の増悪 顎下蜂窩織炎
ウイルス感染	単純ヘルペスウイルス サイトメガロウイルス エプスタイン・バーウイルス 水痘帯状疱疹ウイルス ヒトパピローマウイルス
新生物	カポジ肉腫 扁平上皮癌 非ホジキンリンパ腫
神経系の障害	三叉神経障害 顔面神経麻痺
原因不明の口腔所見	再発性アフタ 進行性壊死性潰瘍 毒性表皮潰瘍 創傷治癒の遅延 特発性血小板減少症 唾液腺腫脹 口腔乾燥 メラニン沈着異常

(杉原一正, 岩淵博史監修: 口腔の緩和医療・緩和ケアーがん患者・非がん疾患患者と向き合う診断・治療・ケアの実際ー, 153, 永末書店, 京都, 2013. より引用改変)

患者が安心してかかりつけ歯科医院にて長期的に口腔健康管理を行うために、歯科医療従事者は患者のプライバシー保護の徹底や、HIV に関する正しい知識と理解に基づいた患者の受け入れ体制づくりが望まれる<sup>61)</sup>。

### B. 臓器移植 / GVHD

移植の周術期は、易感染状態であるうえに、急性歯性感染や口腔粘膜炎等が発生するため、口腔衛生管理は必須である。しかし、治療の併発症、有害反応による ADL 低下のためにセルフケアが困難となり、口腔内細菌を起因とした菌血症や敗血症等の重篤な併発症を引き起こすおそれがある。また、併発症が重症化した際には治療の中断や拒否症例が起こる可能性もある。

移植前に、口腔衛生管理の重要性についての患者説明・教育により口腔衛生環境を整える必要がある。移植後には、継続した口腔健康管理により口腔の併発症を早期に発見し、重症化を防ぐことが治療成功の鍵となる。

#### ② 病状の理解

##### A. 全身状態

###### a. AIDS

AIDS 発症期は免疫不全による易感染状態であるとともに、血中ウイルス量が増加し、血液感染のリスクが高まる。血液データより CD 4 数や VL の数値の確認が必要である。

###### b. 臓器移植

臓器移植患者は、移植の前日から術後 3～6 カ月程度、免疫抑制薬が使用されるため、その間は易感染状態となる。

造血幹細胞移植患者は、移植前は、前処置として大量抗がん薬投与や全身放射線照射により骨髄抑制となる。また、移植後には拒絶反応予防のため免疫抑制薬の使用により極度の免疫抑制となる。各処置に伴いさまざまな口腔関連の問題が生じる(図 30)<sup>60)</sup>。

血液データより白血球や好中球などの数値の確認が必要である。

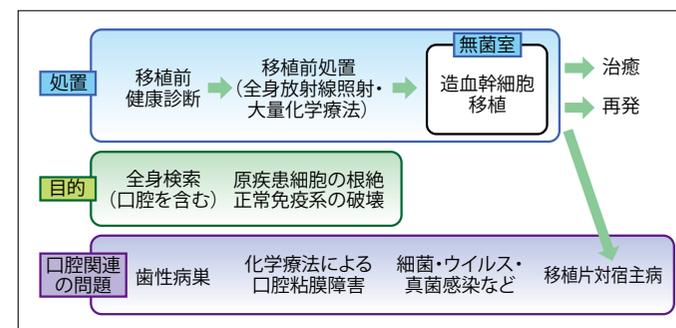


図 30 造血幹細胞移植の流れと口腔(杉原一正, 岩淵博史監修: 口腔の緩和医療・緩和ケアーがん患者・非がん疾患患者と向き合う診断・治療・ケアの実際ー, 58, 永末書店, 京都, 2013. より引用改変)

###### c. GVHD

GVHD の治療には副腎皮質ステロイド薬や免疫抑制薬が使用され、その間は易感染状態となる。

##### B. 口腔内状態

###### a. AIDS

免疫能低下に伴い、急性偽膜性カンジダ症、毛様白斑症、HIV 関連歯肉炎・歯周炎、ウイルス性口内炎、カポジ肉腫、非ホジキンリンパ腫などの HIV 関連口腔症状を認める。