

# 1 歯科訪問診療の準備

## 1 | 歯科訪問診療の依頼（情報収集）

### 1 訪問依頼を受けた時に確認しておくべき事項

- ①依頼者の氏名・住所・電話番号、患者との関係
- ②患者の氏名・性別・生年月日・年齢
- ③患者の住所（自宅、入所先、入院先等）・電話番号・FAX 番号
- ④通院困難な理由
- ⑤主訴（現在気になっているお口の症状）
- ⑥歩行状態（寝たきり・車椅子等）
- ⑦病状・病歴・患者の状態
  - ・感染症、ペースメーカー使用、胃瘻、認知症等の有無
  - ・通院、往診、入院の有無
  - ・現在処方されている薬
- ⑧保険種別
  - ・国民健康保険被保険者証・健康保険被保険者証（社会保険）、前期／後期高齢者医療被保険者証・生活保護受給者証等
  - ・身体障害者手帳・後期高齢者福祉医療費受給者証・療育手帳等
  - ・介護保険被保険者証（要介護度）
- ⑨介護支援専門員（ケアマネジャー）の氏名・事業所名・住所・電話番号・FAX 番号
- ⑩現在利用している介護サービスの週間スケジュール
- ⑪訪問の希望日時
- ⑫駐車スペースの有無
- ⑬今後の連絡方法（キーパーソン、連絡先、連絡可能な時間帯）
- ⑭その他の連絡事項
  - ・患者に関する情報等（神経質、1人暮らし、退院後の期間など）

## 2 依頼者の主訴、状態、コミュニケーション能力など

### ①介護支援専門員（ケアマネジャー）

介護支援専門員は、ご本人の状況や家庭環境、病状、主治医などについてよく把握している。介護保険利用者から依頼の場合、情報収集には介護支援専門員と連携をとることが重要である。

### ②キーパーソン

訪問診療の対象となる患者の多くが高齢で、また認知症の症状がある場合には、意思の疎通に支障をきたす場合もある。そのため、治療計画および治療内容の説明、訪問日の決定・変更、医療費の支払いなどの説明を受け、重要な決定をする**キーパーソン**が必要である。

## 3 通院困難な理由

訪問診療の対象者となるのは、「通院による治療が困難な方」であり、医療保険でも「通院が容易な者に対して安易に算定してはならない」とされている。

- ①在宅または施設で疾病、傷病で療養している場合
- ②知的あるいは精神的な障害により通院困難な場合
- ③車椅子を常時使って生活している場合

## 4 訪問先の基本情報（自宅・施設・病院）

訪問可能な施設	
施設（請求は医療保険のみ）	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）【特養】</li> <li>・介護老人保健施設【老健】</li> <li>・介護療養型医療施設</li> <li>（※2024年3月末までに病床を閉じるか別の機能の病床に転換）</li> <li>・介護医療院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科のない医療機関（病院や診療所）</li> <li>・障害者入所施設</li> <li>・短期入所生活介護（ショートステイ）・短期入所療養介護（医療型ショートステイ）</li> </ul>
※介護保険施設（特養、老健、病院、介護療養型医療施設、介護医療院）は、介護保険請求ができない。	
在宅（請求は医療保険＋介護保険）	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者居住の戸建住宅（一軒家、戸建て）</li> <li>・居住系施設（以下の施設）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者居住の集合住宅（マンション、アパート）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>養護老人ホーム</li> <li>軽費老人ホーム（ケアハウス）</li> <li>有料老人ホーム</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>小規模多機能ホーム</li> <li>グループホーム（認知症対応型共同生活介護）</li> <li>サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）</li> </ul>
訪問を認められていない施設	
通所施設	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護（デイサービス）</li> <li>・通所リハビリステーション（デイケア）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者通所施設</li> </ul>
その他	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科のある病院</li> </ul>	

※2022年2月18日現在。診療報酬改定による変更あり

## 2 現場でみる症例

### 1 | オーラルジスキネジア

オーラルジスキネジアは、顎口腔の不随意運動を伴う運動障害であり、モグモグ病ともいわれる。錐体外路症状の一つで運動神経系が障害された状態である。抗パーキンソン病薬や向精神薬の副作用として出現することが多くみられるが、原因不明の場合も多いとされる。

#### ①症例1 オーラルジスキネジアの出現により義歯の使用が困難になった



図1 前後運動を伴う舌のオーラルジスキネジア

**訪問先** 特別養護老人ホーム

**患者概要** 84歳 女性

**既往歴** 脳梗塞、認知症、統合失調症

**口腔内** 残存歯は左上小白歯部のみ、上下顎の義歯は不適合であった。

**〈主訴〉** 入れ歯が外れてしまう。

**〈治療計画〉**

上下顎の部分床義歯を再製作し、咬合の改善、咀嚼の回復を図る。

**〈処置・経過〉**

約10年前に残存歯破折のため、増歯修理を実施した。約5年前より、舌の前後運動を伴うオーラルジスキネジアが出現し、義歯の使用が困難となった。



図2 体幹支持のため左側にクッション挿入

#### POINT!

常時、不随意性の舌の前後運動を認め、義歯の装着が困難になった症例である。さらに、常時、前方傾斜の姿勢で体幹の不安定がみられる。体幹支持のためのクッションを入れるなど環境整備に向けた多職種による経口摂取維持の管理が望まれる。

#### ②症例2 下顎開閉口運動および舌捻転を認めたオーラルジスキネジア



図3 舌の右方向への動き

図4 舌の左方向への動き

図5 ジスキネジアのため外れかかっている上顎全部床義歯

**訪問先** 特別養護老人ホーム

**患者概要** 78歳 女性

**既往歴** 糖尿病、高コレステロール血症、心筋梗塞、狭心症、認知症、夜間せん妄、突発性ジスキネジア

**口腔内** 上下顎無歯顎、全部床義歯を装着している。

**〈主訴〉** 下の入れ歯が動いてゆるい。

**〈治療計画〉**

下顎全部床義歯の内面適合不良のため、リライン（改床）を行う。

**〈処置・経過〉**

必要に応じ義歯調整を実施。閉眼傾向が強く、食事内容の視覚認識が乏しい。約5年前から、多職種によるミールラウンドを行い、施設での経口維持管理をしている。オーラルジスキネジアがひどくなり下顎全部床義歯が口から飛び出してしまうため、下顎全部床義歯は非装着、上顎全部床義歯のみ装着するように指導を行った。

約2年前からは、上顎全部床義歯の適合も得られず義歯は非装着での経口摂取となった。片顎義歯のみの装着になった時点から、食形態は主食、副食ともに常食からミキサー食へ変更となった。水分にはとろみ付加、最近はとろみ濃度を上げている。その後、唾液誤嚥によるむせを認め、発熱もあり誤嚥性肺炎の疑いあり。食事の丸飲みによる送り込みが多く、口腔内食物残渣、食べこぼしも多くなってきた。常時開口による口腔乾燥や舌苔も認めた。この1年ほどは徐々に、口腔周囲筋（口輪筋、頬筋、咬筋等）の弛緩を認め、オーラルジスキネジアが減少傾向となっている。

#### POINT!

常時、開閉口運動や舌の捻転を認め義歯の装着が困難になった症例。認知症も進行しており義歯の認識低下もあり義歯の使用を難しくしている。このように、歯科医師による義歯非装着、使用困難の診断が必要であると考えられる。このような場合、多職種による取り組みにより、嚥下が可能な食形態への変更を検討し、誤嚥性肺炎や窒息等のリスク管理を実施しながら経口摂取の維持が望まれる。



# 3 症例紹介

## 1 | アルツハイマー型認知症患者への歯科治療



図1 居宅での様子



図2 I1の破折

訪問先 居宅

患者概要 79歳 女性

既往歴 アルツハイマー型認知症、高血圧症、その他特記事項なし（図1）

〈主訴〉 上の前歯が折れた。（図2）

- ・I1が歯頸部齶蝕により破折。自発痛は認めないが冷水痛を認めることから生活歯と思われる。

### 〈医療面接〉

- ・こちらが歯科医師であることは理解できており、折れた歯の治療に来たことは理解できている。会話は成立しコミュニケーションに特に支障はない。しかし短期記憶の障害があるため、同じことを何度も繰り返して話す。また、指示された内容を覚えておくことができないことに加え、判断力の低下も認めるため、指示されたことを行動に移すまでに時間を要する。また動作も緩慢である。
- ・口腔内の検査は可能で、主訴も理解できている。特に暴れるなどの拒否行動は認めない。
- ・家族の希望としては「差し歯が可能ならば差し歯を入れてもらいたい。他にもむし歯があるならば一緒に治療して欲しい。できる限りの治療を受けさせたい」とのこと。

### 〈治療計画〉

I1の根管治療を行った後、歯冠補綴を行う。

### 〈処置・経過〉

1日目 医療面接、問診

デンタルX線撮影（診療所で現像後、電話で結果を家族に報告）（図3）

2日目 歯科用キシロカイン 1.8mL

抜髄（FC ST）

3日目 加圧根充

EMR、デンタルX線撮影（確認）（図4）

4日目 支台築造（ファイバーポスト+レジン）

失PZ（前装冠）（図5）、TeC

5日目 印象採得（寒天+アルジネート）、BT

6日目 硬質レジン前装鑄造冠（12%金パラ）装着（図6） レジンセメント

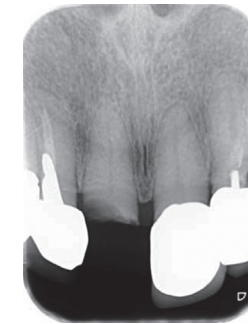


図3 初診時撮影

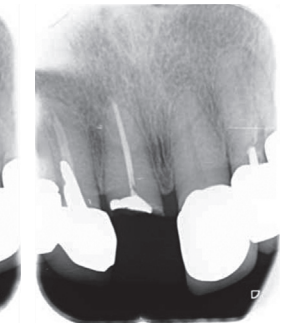


図4 根管充填後



図5 ファイバーポスト+レジンによる築造



図6 前装鑄造冠 装着

## POINT!

- ◇認知症でも歯科治療を理解できる状態であれば浸潤麻酔を受け入れることはできる。ただし、刺入の痛みで反射的に手を払いのけようとすることも少なくない。だからといって押さえつけることは禁物である。突然、自由を奪われることで驚き、不安や混乱から抵抗や拒否が激しくなることもあるので、誰かにそっと手を握ってもらうか、腕に軽く手を添えておいてもらうとよい。
- ◇アルツハイマー型認知症に限らず、他の型の認知症の場合もおおむね同様である。ただし、前頭側頭葉型認知症（FTD）では初期の段階から理解力や判断力が低下し、言語理解もできなくなるので、歯科治療は困難である。しかし症状は重度自閉症との類似点が多いことから、自閉症患者への対応を応用すればケアが可能なおことがある。
- ◇「痛い！」と大声を出すこともあるが、叱りつけることもよくない。こちらがイライラしたり興奮してしまったりすると、その感情が伝染して混乱がさらにひどくなってしまふ。冷静さを失わず、おおらかに接することを心がける。
- ◇認知症の患者は集中が続かない。長時間じっとさせられていると機嫌が悪くなってくる。一気に削り終えようとせず、頻回にうがいをしてもらったり、世間話をしたりと気分転換を挟みながら行うとよい。形成から印象まで同日で行うことも可能ではあるが、持っていく物が多くなってしまふ。診療室では一気に行う処置でも、訪問では何回かに分けるほうがよいだろう。

\ ココが聞きたい! /

Q&amp;A

よくある疑問

## 訪問診療の範疇について

## Q. 診療時の主な留意点について

- A.
- バイタルサインの確認と治療姿勢の確保、頭部の安定、照明と吸引の確認は必須です。
  - 初めて訪問診療を実施する場合には、基礎疾患などに配慮しながら比較的簡単な治療内容から手がけます。困難なケースは訪問診療の経験豊富な歯科医の応援を依頼するなど、一人で無理をしないほうがよいでしょう。
  - 歯冠形成など切削を中心とした治療や長時間かかる根管治療においては、吸引器を活用するとともに、患者の疲労度などに十分配慮しましょう。
  - 要介護者への歯科訪問診療では、患者の身体疾患の増悪、全身的な予備力低下などにより併発症・偶発症発生の可能性が常にあります。安心、安全な歯科医療を提供するためには、主治医や高次医療機関との連携を前提に、患者の心身の状態に十分配慮した歯科診療計画の立案と術前から術後までの全身管理が重要です。印象採得や義歯床裏装など、健常者には比較的小さいと考えられるストレスであっても注意が必要です。バキューム、吸引器は、誤嚥を防止するための必需品であり、特に嚥下障害がある場合には、歯科治療や専門的口腔衛生処置において、誤嚥や切削時の細かい粉塵などを肺に吸引させることのないように十分な注意が必要です。また要介護者は、易感染性宿主であることを常に意識しておくことが大切です。
  - 印象採得においては、鼻呼吸を確認し、息こらえや誤嚥や窒息などに十分注意が必要です。ケースによっては、パルスオキシメータの併用が望まれます。
  - 安心・安全な診療に際してモニタリングの有用性は高いです。なかでもパルスオキシメータは臨床上たいへん役立ちます。指先にプローブを装着し継続的に動脈血の酸素レベルを測定できる呼吸系モニターで、低酸素や呼吸不全の状態を観察する以外にも脈拍数や脈拍のリズムも知ることができます。また、嚥下と呼吸の協調の評価の参考になります。

## Q. 全身疾患のある患者の注意すべき点について

- A.
- ・認知症 症状の進行により、治療（キュア）より健康管理（ケア）を優先します。
  - ・がん患者 比較的自立した生活が可能ですが、死亡前1か月から2週間以降に急速に身体機能の低下がみられ、死に至ります。緩和ケア状態ならば治療より健康管理を優先します。
  - ・糖尿病 血糖コントロールが不良な場合は、観血処置やストレスのかかる治療は回避します。
  - ・高血圧症 血圧が適切にコントロールされていることが望ましい。体調等を考慮して延期することもあります。
  - ・心疾患 心筋梗塞は発症後6か月以降、狭心症は3か月以降に行うことが望ましいとされています。
  - ・呼吸器疾患 COPD、喘息等には注意が必要です。

## Q. 訪問診療患者が衰弱した場合、いつまで対応できるのか、また患者の衰弱状態に対してどのような診療ができるかについて

- A.
- ・状態にもよりますが、症状の進行により治療より健康管理を優先します。
  - ・どの時点で看取り（最終段階）になったのか判断しにくいので、医療・介護関係者と連携することが重要です。主治医や介護支援専門員（ケアマネジャー）と確認を取り合うことが望ましいです。

## 補綴診療について

## Q. 残存歯における冠・橋義歯製作の必要性について

- A.
- ・必要性が認められ、かつ処置が可能ならば行います。しかし、身体的、精神的理由から困難なことが多いため、疾病や認知症の進行度合い、歯科治療への理解度や協力度、摂食嚥下機能や食形態、余命などを考慮して総合的に判断します。