

3 全身状態の著しい低下がみられる状態

1) 目標

歯や口腔をよりよい環境に置くことで、最後まで口から食べることを推進すると同時に、歯の存在や口の環境の悪化が患者の QOL を阻害しないようにする。

2) 咀嚼障害の原因

口腔の崩壊は進み、口腔衛生状態も悪化している場合が多く、改善が急務となる。

心不全や誤嚥性肺炎など急性憎悪と改善を繰り返しながら、身体機能が悪化を示してこの時期に至った患者の場合、入退院を繰り返すことになる。がんの場合、治療に伴う入院期間は、固形がんであれば20日から1か月、血液がんが2か月程度であり、その後の化学療法などでは、投与や休薬期間などをあわせると1～2年におよぶ場合もある。この期間は歯科受診が中断され、歯科訪問診療も途切れがちとなる場合が多く、口腔の崩壊は進み、口腔衛生状態も悪化している場合が多い。

3) 歯科による介入

意識レベルの保てない患者には補綴装置や歯の存在がリスクとなる（図4、5）。このステージにおける歯の存在が誤嚥性肺炎のリスクとなりうる可能性も出てきている。リスク回避を目的とした歯科治療を行う。



図4 補綴装置の脱離



図5 対顎の歯による損傷

4) 症例2

(1) 患者の状況

80歳代後半の男性。

主訴は、歯の脱臼であった。既往歴は、1年前に脳出血が原因で経管栄養となるも、経口摂取可能となり、半年前に老人ホームに入居した。その後、誤嚥性肺炎で2度入院し、現在は、胃瘻にて栄養管理を行っていた。口腔ケアの際に開口しないことが多く、バイトブロックを利用して口腔ケアを行ったところ、大きな音がしたとのことであった。現症は、前歯の著しい動揺が認められ、脱臼が予想された。また、口腔を触ることで原始反射が誘発され開閉口を繰り返した。精神身体状態は、すべての時間を臥床にて過ごす座位困難であり、意識レベルはJCS 2桁であった。

(2) SPICTを用いた評価

当該歯は、周囲歯槽骨の骨折を伴う脱臼と診断し、保存は不可能と判断した。治療方針の策定にあたり、患者の健康状態が悪化、あるいは亡くなるリスクの予後予測にSPICT (Supportive and Palliative Care Indicator Tool) を用いた（図6、7）。その結果、「健康状態の悪化を示す全般的な指標」では4項目、また、「認知症/フレイル」において規定された「進行した状態を示す臨床指標」が5項目該当したため、終末期を見据えた歯科治療やケアの方針の策定を行った。

健康状態の悪化を示す全般的な指標

- ☑パフォーマンス・ステータス (PS) が低いか低下しつつあり、改善の見込みが限られている (目安としてPS3以上、つまり日中の50%以上の時間を臥位または座位で過ごしている)。
- ☑身体的精神的問題により、日常生活動作のほとんどを他人のケアに頼っている。
- ☑過去6か月間に2回以上の予定外入院があった。
- ☑過去3～6か月間に顕著な体重減少(5～10%)があり、かつ/またはBMIが低い。
- ☐原疾患の適切な治療にもかかわらず、苦痛となる症状が続いている。
- ☐患者が、支持・緩和ケアを求めている、または原疾患の治療中止を求めている。

認知症/フレイル (虚弱)

- ☑介助なしには着替え、歩行や食事ができない。
- ☑経口摂取量の低下、嚥下困難がある。
- ☑尿失禁や便失禁がある。
- ☑発語によるコミュニケーションができない、社会的交流がほとんどない。
- ☐大腿骨骨折や複数回の転倒を経験している。
- ☑反復する発熱のエピソードや感染症 (誤嚥性肺炎など) がある。

図7 SPICTによる認知症/フレイルのリスク評価

図6 SPICTによる健康状態のリスク評価

(2) 同居家族の介護力が十分でない

いわゆる「老老介護」のように、介護者もまた高齢であり、ADL や認知機能が低下している場合がある。また、ADL や認知機能が維持されていたとしても、食事を準備する知識や技術が十分でない場合がある。特に高齢の男性は、食事に関する買い物や調理の経験が少ないことが想定される。また、主な介護者が子世帯であったとしても、就業のために介護に時間をかけられない、食事の準備を担ったことがない、など、日中はほぼ独居状態という問題点にも直面することがある。



図2 噛みづらさ・飲み込みづらさに配慮された配食弁当

表5 介護力が十分でない場合の対策例

問題点	対策例
調理技術・経験が不十分	・惣菜、配食サービス、介護食品を利用する ・通所サービスやショートステイを利用する
介護食品や高栄養食品の購入が難しい	・別居する家族に購入を依頼する ・通信販売を利用する ・栄養剤の処方方を在宅主治医に依頼する

(3) 認知機能障害による低栄養

認知症の場合、介護者の思惑どおりに食事を摂ってくれなかったり、重症化すると寝たきりになったりして、介助方法にも考慮する必要がある。食事を摂りづらい要因は多岐にわたるが、介護者からどのようなものだったらよく食べられるかを聴取する。食べ方や食べる量にむらがあったとしても、体重が維持され全身状態が安定していれば、食事内容を大きく変更する必要はなく、そのことを介護者に伝えるだけでも介護者は救われることがある（表6）。

表6 認知症の対策例

問題点	対策例
食べむらがある (食べる時もあるが食べないときもある)	・毎日あるいは毎食一定量を摂取することにこだわらなくてもよいとする ・食事摂取量が少ない場合は、1日3食にこだわらず「本人が食べるときに食べられる量」を1日に何回繰り返してもよいとする
食べるものが限られる	・本人の好みのものあるいは食べ慣れたもの中心でよいとする ・丼物やカレーライスなどにして品数を絞る
嗜好が変わった	・甘い、塩辛いなどはっきりした味付けにする
食事摂取が困難	・栄養補助食品を活用する ・胃瘻などの代替栄養法の導入 ・ターミナルケア ・本人の意思が不明であっても、介護者とサービス担当者が将来的にどうしていきたいかを話し合っておく

(4) 加齢による低栄養

また筋力低下により身体機能の低下や活動量が低下し、消費エネルギー量の減少により食事量が少なくなる、というようにフレイル・サイクル¹⁾ (図3) によって栄養状態が悪化していく。そのため、1食の量(体積)を少なくしつつ、1品・1食あたりのエネルギー量・タンパク質を多くする。1gあたりのエネルギー量は、炭水化物とタンパク質の4kcalに対し、脂質は9kcalであることから、少量でもより多くのエネルギー量の摂取が期待できる油脂を多く含む料理を選択する。また、毎食タンパク質を含む食品を取り入れるようにしたり、高エネルギー・高タンパク質含有の料理や食材を優先的に摂取したりするよう提案する(図4、表7)。また、本人の好きなものは医学的管理上問題がなければ制限しない。

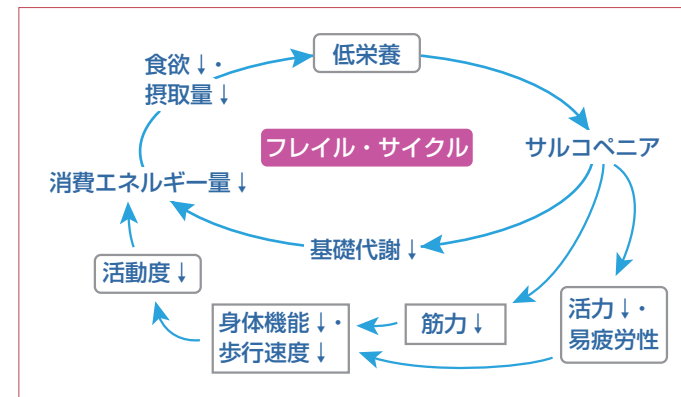


図3 フレイル・サイクル食事摂取基準(日本人の食事摂取基準(2020年版)・文献1、2より改変引用)

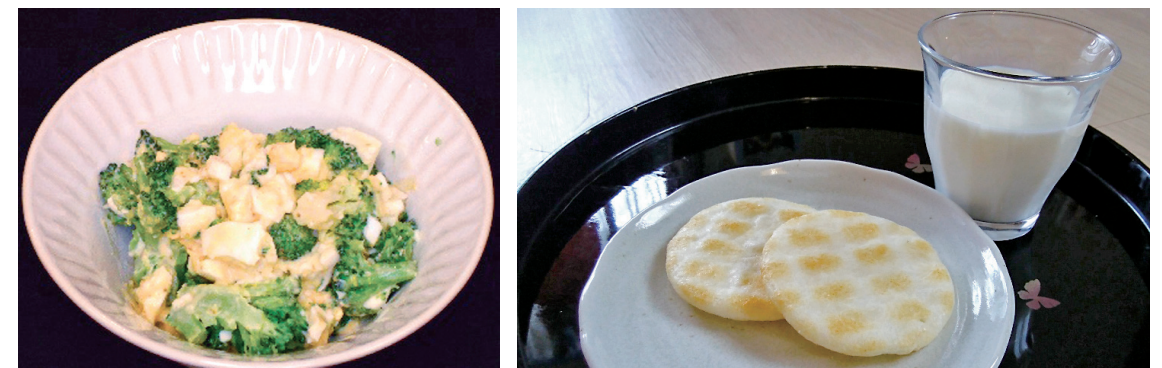


図4 メニュー例(左:ブロッコリーと卵のマヨネーズ和え 右:せんべい+牛乳)

表7 加齢による低栄養の対策例

問題点	対策例
おいしさを感じにくい	・甘い、塩辛い、甘辛いなど、はっきりとしたわかりやすい味付けにする
視覚の低下	・狭い範囲内に品数を絞って置く ・見えやすい食器にする ・食べ物と食器が同色にならないようにする ・食事の介助をする
食が細くなる	・1食の食事のボリュームは抑えつつ栄養価を上げる(メニュー提案、高栄養食品の導入、油脂類の活用) ・品数を絞る
フレイル	・エネルギー量、タンパク質を十分に摂取できるようにする ・通所サービスなどを利用して共食できるようにする



図2 治療セットの例
a：義歯セットの内容 b：義歯セット c：印象採得セット

る。マスクや手指消毒液などすぐに取り出したい物品を入れるのに、外ポケットがついているものが便利である。

(3) 台車

大型機材を携行する際は、折り畳み可能な台車を携行すると、施設など建物内での移動距離が長い場合に便利である(図3)。施設内に入る際に台車の車輪が汚れていないかなどに配慮する。

(4) 自動車

走行性能よりも荷物の積み下ろしのしやすさが優先されるが、住宅街など狭い道を走行することを想定すると、小型のハッチバックタイプがよい。歯科衛生士が口腔ケアのみで使用するなど用途



図3 器材の運搬

に限られる場合は軽自動車が便利である。車内でも、訪問先で出た使用済み機材の管理(ゾーニング)には注意する。現在、歯科用ユニットを搭載する車の車内での訪問診療は保険診療では認められていない。

3) 設置

(1) 診療場所と患者姿勢

患者のADLや処置内容、治療部位によって診療位置を検討する。

ベッドで行う場合は、ベッドや周囲の家具が診療時のみ移動できるものかによって、診療位置が変わってくる。介護用ベッドは昇降・リクライニング・チルト機能が備わっており、適切な姿勢を設定する。柵は適宜患者にアプローチしやすいように調整する。位置づけによっては頭部からのアプローチも可能である。介護用ベッドを動かしたり調整する際は、腕や足をはさんだりベッド下に物が入ったまま下げたりすると、怪我や物の破損につながるので注意する。

座位で行う場合は、椅子や車いすを自由な位置に置くことができるため、洗面台や机との位置関係を好みの配置にできる。上顎の治療を行う際には、通常の椅子では頭部の固定が課題となる。

畳や床に敷布団を敷いて寝ている場合は、診療や口腔ケアを行う術者は無理な姿勢となりやすく、患者にとっても安全な姿勢とは言えない。当然、日常的口腔ケアも十分には行えないことを考えれば、家族や介護支援専門員と相談し介護用ベッドのレンタルなど介護環境の調整から検討できるとよい。車いす等に移れる場合は、移乗してもらっての治療が望ましい。

(2) ベッドと患者の位置

ベッドの配置は、介護度が高くなると部屋の中央に、自立度が高い場合は壁に寄せて配置されていることが多い。ベッドの位置に合わせてサイドテーブルやポータブルトイレが周囲に配置されており、適宜家具や患者の寝ている位置を変更し診療の場を確保する(図4)。

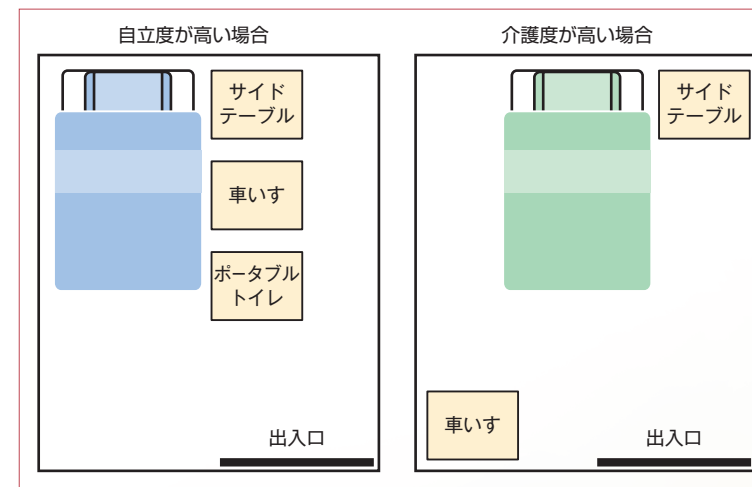


図4 介護度に合わせて家具やベッドの配置

(3) 清潔域の確保

生活域に清潔域を確保する必要がある。テーブル等を借りる場合は環境消毒を行ったうえ、清潔なシート等を敷き、セミクリティカルな器具を扱える領域を確保する。その上に滅菌トレー等でクリティカルな器具を使用する領域を確保する(図5)。

実践編 事例紹介



CASE 2

歯科訪問診療での床義歯治療

高齢者が多い歯科訪問診療において、床義歯の治療は避けて通れない(図1)。しかし、訪問では通常の外来診療とは異なる考え方や手技が必要になることがある。ここでは著者の行っている床義歯治療の実際を紹介したい。

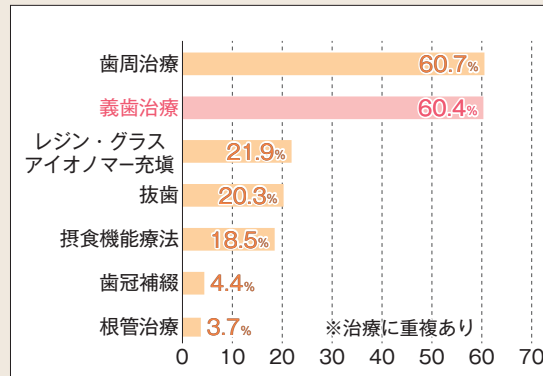


図1 歯科訪問診療における主な治療内容。義歯治療の比重は大きい(文献1を基に作成)

1 そもそも、床義歯治療のゴールとは何か?

訪問診療では、外来診療とは異なる対応が必要となる場合がある。

たとえば、主訴が「入れ歯が合わず食べられない」だとすると、通常は義歯の咬合や、床と顎堤との適合を確認するだろう。しかしよく問診すると、実際には食欲低下によって「食べられない」状態である患者がいる(図2)。この場合、義歯の調整より内科的疾患の検索を優先すべきである。

また、食事時に義歯を外してしまう認知症患者でも、他の時間帯に義歯を装着していただけるなら、義歯使用による転倒防止²⁾、認知症への好影響³⁾を期待し、「口腔リハビリの装具」として、食事時にこだわらず義歯を装着してもらうこともある(図3)。既成概念にとらわれず、治療のゴールを「患者のQOLの向上」におき、必要な治療を見極めたい。



図2 「義歯が合わず食べられない」という主訴の患者が使用していた上顎総義歯。破損はしているが、実際に食べられない原因は食欲の低下だった



図3 患者に上下総義歯を新製したが、すでに経口摂取をしておらず、咀嚼の必要はない。しかし総義歯は口腔リハビリの装具として、また審美性の回復のために役に立った

2 旧義歯の調整

訪問診療では、著しく不適合な義歯を使用している患者も多い。このような場合、まずティッシュコンディショナー(以下T.C.)を使用し、顎堤と適合させてみる(図4)。これで問題が改善しない場合、義歯への受容力の低下などが考えられ、安易な新製やリベースは失敗する可能性が高い。なお、T.C.を貼付する前に薄く分離剤を塗布しておく、義歯を元の状態に戻すのが容易となる。また、T.C.を長期に使用する場合、洗浄等の管理が十分でない雑菌の温床となるため注意が必要である。

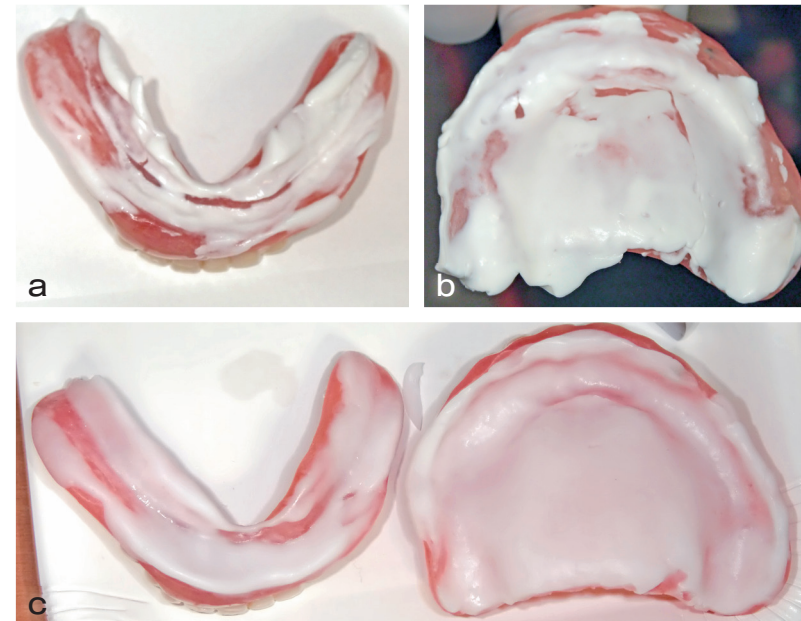


図4 ティッシュコンディショナーを用いた症例
a、b：義歯が外れるという主訴の患者。適合試験材で検査すると、著しく不適合であった
c：ティッシュコンディショナーにて顎堤に適合させたところ、維持が向上し食事も増加したため、この後にリラインを行った

3 義歯の印象

患者の認知機能や口腔機能の低下に伴い、義歯印象時の辺縁形成が困難な場合がある。著者は辺縁形成に、一般的なコンパウンドではなく、T.C.やパテタイプのシリコーン印象材を使用している。T.C.を通常どおり混和し、数分待つと柔らかい餅状となる。手指に分離剤をつけてこれを取り、トレー辺縁に盛り、患者の口腔内に挿入して機能運動を指示する(図5)。コンパウンドに比べ柔軟性を保つ時間が長いので、余裕をもって筋圧形成を行うことができる。欠点として、口腔からの撤去が早すぎると変形することがあるが、著者の実感としては、口腔内で5分以上保持すれば、T.C.の変形は大きな問題とならないようだ。

また、言語による意思疎通が困難な患者では、湯田⁴⁾が「にらめっこ機能印象法」と名付けたように、印象採得で患者に機能運動を行ってもらう場合、「口をすぼめてください」等の言語的な指示だけでなく、患者の眼前で術者が自ら機能運動を行って、それを真似してもらうという方法が有効である。特に重要と考える「口すぼめ・口唇突出」と「舌による上唇なめ・舌突出」を患者の目の前で術者が行って見せ(図6)、患者に真似をしてもらうと上手くいくことが多い。



2 必要な手続き・書類一式

「居宅療養管理指導費を算定できる場所」に住む要介護認定を受けた高齢者の医学的管理や歯科衛生士の指導は、介護保険優先の原則により居宅療養管理指導で行うことが望ましい。開始前には、重要事項説明書や個人情報の取扱いに関する同意書などを取り交わす必要がある。

1 掲示書類

1) 居宅療養管理指導、運営規定および重要事項

医院内の待合室などの見やすい場所に、運営規程の概要、**居宅療養管理指導**を行う従業者の勤務の体制、その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる**重要事項**を掲示しなければならない。

2021（令和3）年度の介護報酬改定で、掲示できない場合は、ファイル等を待合室に置き、患者やその家族が自由に閲覧できる状態にすることで掲示に代えることができる、と規定された。

※虐待の防止のための措置に関する事項については、3年間の経過措置期間があり、2024（令和6）年3月31日までは努力義務、2024年4月1日からは義務化が定められた。

※重要事項を掲示する場合、患者や家族と取り交わす「重要事項説明書」の署名欄を削除したものを掲示してもかまわない。もしくは、「重要事項説明書」をそのまま掲示してもよい（図1）。



図1 居宅療養管理指導、運営規定および重要事項の掲示
どちらも医院内に掲示、もしくはファイル等で待合室に置き、閲覧できるようにする

2 居宅療養管理指導の説明および同意

1) 重要事項説明書および個人情報の取扱いに関する同意書

居宅療養管理指導を開始する前に、必ず**重要事項説明書**と**個人情報の取扱いに関する同意書**を取り交わし、利用者および家族の同意を得ること（図2）。

2) 居宅療養管理指導契約書

居宅療養管理指導契約書は、法令上は任意となっており必須ではないが、のちのトラブル発生対策として取り交わしていたほうが望ましい。契約書の取り交わしを強く推奨する自治体もある（図3）。

※確認方法は、各自治体の介護保険課介護給付係または振興局保健福祉部（保健所）に問い合わせるか、自治体の発行する「居宅療養管理指導 自己点検表」等で確認する。

居宅療養管理指導 重要事項説明書 （1部は医院控え）	居宅療養管理指導 重要事項説明書 （1部は利用者・ 家族へ渡す）	個人情報の取扱い に関する同意書 （1部は医院控え）	個人情報の取扱い に関する同意書 （1部は利用者・ 家族へ渡す）
--------------------------------------	---	--------------------------------------	---

図2 重要事項説明書と個人情報の取扱いに関する同意書を2部ずつ取り交わす

居宅療養管理指導 契約書 （1部は医院控え） ※作成は任意	居宅療養管理指導 契約書 （1部は利用者・ 家族へ渡す） ※作成は任意	・契約書については、現在のところ、 必須条件ではないが、取り交わして おくほうが望ましい。 ・契約書の取り交わしを強く推奨し ている自治体もあるため、要確認。
--	---	---

図3 居宅療養管理指導契約書の取り交わし

3) 電磁的方法

2021年4月より紙媒体の他に、パソコンやタブレット等を用いた「**電磁的方法**」で同意を得ることも認められたが、利用申込者またはその家族がファイルへの記録を出力することによる文書を作成することができるものでなければならない。

また、あらかじめ、利用者またはその家族に対し、その用いる電磁的方法の種類および内容を示し、文書または電磁的方法による承諾を得なければならない。取り交わした文書は、医院内でUSB等の磁気ディスク、CD-ROM等に保存する（図4）。

臨床の ヒント集

これから訪問診療をはじめ、またはすでに取り組んでいるが、なかなか解消できない課題や疑問もあるのではないのでしょうか。具体例を Q&A 形式にまとめましたので、診療の参考にしてください。

診療体制について

歯科訪問診療で最も大切なことは、診療体制の構築です。訪問診療は、単発の往診とは異なり、診療計画に基づいて行われるため、無理なく継続できる方法が必要です。



Q1 診療時間について

訪問診療にあてる時間については、どのように設定するのがいいのでしょうか？

A 外来診療時間を減らさずに訪問診療時間を確保することは、スタッフの負担が大きくなり、継続性という観点からはお勧めしにくいです。かかりつけ機能強化型歯科診療所の要件を満たす程度の訪問診療回数となるまでは、外来診療時間の一部を訪問診療に振り分けるなど、経営資源の再配分を考えるほうがよいでしょう。

昼休み時間

多くの診療所では、昼休みに訪問診療を行っています。外来時間を変更せずに実施可能な診療形態と言えますが、労働基準法上、6 時間勤務では 45 分、8 時間勤務では 1 時間の休憩時間を従業員に対し付与することが義務付けられていることに注意を払う必要があります。同行するスタッフに、訪問前の早めに休憩を与えるか、午後の診療時間の最初を休むように伝えます。

半日休の午後、残業扱い

半日休の午後に行っている診療所も多くあります。こちらも、1 週間の法定労働時間である 44 時間（パートタイマーなどを含めて、常時使用する労働者の数が 9 人以下である特例措置対象事業場の場合）を超えないよう注意してください。残業として行う場合には 36 協定の締結を行い、割増賃金の支払いが必要となるなど、労働基準法に抵触することがないように注意します。土曜日や休日に病院などで訪問診療を行う場合、先方のスタッフ勤務体制が薄くなっていることが多く、医学的な判断を仰ぐことが難しいこともあります。事前によく先方と情報のやり取りを行っておく必要があります（診療情報連携共有料の算定可）。



Q2 人員について

歯科医師が一人で器具を持って訪問診療することはできますか？

A 訪問診療機材の設置や後片付け、診療の補助などもあり、歯科医師一人での訪問はあまり現実的ではありません。実際に訪問診療を行っている時間だけでなく、事前の情報収集や事務手続き、日程調整や連絡、事後の報告書の作成・送付など、業務は多岐にわたります。訪問時の機材準備や帰院後の洗浄・消毒・滅菌も、外来のように都度行うことができずまとめて行うため、可能な限り専任スタッフを配置して、時間を確保するのが望ましいです。歯科衛生士が同行し診療の補助にあたった場合の加算が設定されています（歯科訪問診療補助加算）。



初回訪問時について

初回訪問は治療計画を立案するための情報収集と、それを可能にするための患者・家族とのラポールの形成に主眼を置きます。もちろん、疼痛がある場合などは対応も必要ですが、初回での治療内容はどうしても限られたものになることを事前に説明しておくことも重要です。



Q3 訪問診療の流れ

はじめて訪問するにはなにをすればいいのでしょうか？

A 保険情報の確認や、介護保険における居宅療養管理指導の重要事項説明書と契約書の取り交わしが必要です。情報収集とラポールの形成には、患者本人との意思の疎通が困難な場合もあるため、患者本人だけでなく、家族やケアマネジャーなど担当者の同席が強く望まれます。

患者や施設情報の収集

ケアマネジャーから、患者の基本情報が記載されているフェイスシートや、アセスメント表、週間サービスクロケットなどの提供を受けるといいでしょう。病棟訪問の場合は、診療情報連携共有料などを利用した主治医からの情報に加えて、退院時要約や、看護サマリーの提供を依頼すると、スムーズな情報収集、医療・介護連携ができます。なお、毎回同じスタッフが訪問するとは限らない場合や、電話対応を行うスタッフなどに対して、院内ミーティングなどで情報共有を行っておくとよいでしょう。

