

在宅歯科医療 実践ガイドブック

かかりつけ歯科医としての役割

【改訂版】



はじめに

人生 100 年時代を迎え、誰もがいつまでも元気で健康的に暮らすためには、日常的な会話や十分な食事・運動が不可欠であり、「歯と口の健康」が非常に重要な役割を果たします。特に、在宅で療養している方は、様々な身体機能が低下することで、口腔ケアが困難になることも多くあります。その結果、口の中が不衛生になることで誤嚥性肺炎等を起こしやすくなり、入院や命にかかわる状態につながることもあります。

このため、疾病の発症予防から早期発見・早期治療、更に口腔機能の維持・向上など、ライフステージを通じた適切な対応が不可欠であり、都民一人ひとりが、歯と口の健康づくりに積極的に取り組む姿勢を培っていかねばなりません。また、う蝕や歯周病の予防のため日常的に口腔ケアを行い、かかりつけ歯科医による定期健診・予防処置を受けるとともに、周りで支える家族、医療職・介護職等の理解の下で多職種が連携し、必要に応じて歯科受診に繋げることが求められます。

東京都は、在宅歯科医療に携わる医療機関の確保に向けて、平成 20 年に「在宅歯科医療実践ガイドブック」を作成しました。また、歯科医師や歯科衛生士を対象とした研修を実施するとともに、在宅に必要な医療機器の整備を支援しています。この結果、在宅医療サービスを実施している歯科診療所の割合は、平成 26 年の 13.5%から、令和 2 年には 24.6%に増加しました。今後、進展する高齢化や在宅医療・介護を取り巻く環境変化に対応するため、引き続き、在宅歯科医療の推進に向けて取組を進めていくことが求められます。

今回、本ガイドブックについて、イラストや写真を多用した見やすい構成、基本的・実践的な事柄を中心とした記載や地域の取組の紹介など、初めて在宅歯科医療に携わる歯科医師や歯科衛生士に活用していただけるよう、改定を行いました。都民がいつまでもおいしく食べ、笑顔で人生を過ごすことができるよう、本ガイドブックが在宅歯科医療の推進に広く活用されることを願っております。

最後に、本ガイドブックの改定にあたり、ご尽力いただきました公益社団法人東京都歯科医師会及び同高齢者保健医療常任委員会の皆様方に心より感謝申し上げます。

令和 6 年 3 月

東京都保健医療局医療政策部

目 次

はじめに

第Ⅰ章 在宅歯科医療推進のために	4
1 いま、なぜ在宅歯科医療なのか	4
2 かかりつけ歯科医機能と地域医療連携の推進	4
3 地域包括ケアシステムにおける歯科の役割	5
第Ⅱ章 歯科訪問診療の実際	8
1 歯科訪問診療を実施するための基本的事項	8
2 歯科訪問診療の流れの理解と安心・安全な診療をめざして	10
3 効率的な歯科訪問診療のために	29
4 在宅療養のステージに対応した歯科訪問診療	32
第Ⅲ章 基礎疾患と全身管理の理解	34
1 歯科訪問診療で留意する基礎疾患	34
2 認知症への理解と対応	39
第Ⅳ章 食への支援：栄養管理と口腔 ^{くわう} ケアの理解	42
1 高齢者に見られる低栄養の問題	42
2 咀嚼機能と栄養	42
3 摂食嚥下 ^{えん} 機能と栄養	44
4 栄養アセスメント	46
5 訪問診療における栄養指導	50
第Ⅴ章 多分野融合型連携をめざした歯科の役割	54
1 多職種協働をめざして	54
参考図書・参考文献	58

第 I 章 在宅歯科医療推進のために

1 いま、なぜ在宅歯科医療なのか

高齢者の「単独世帯」「夫婦のみ世帯」の増加がさらに進行する

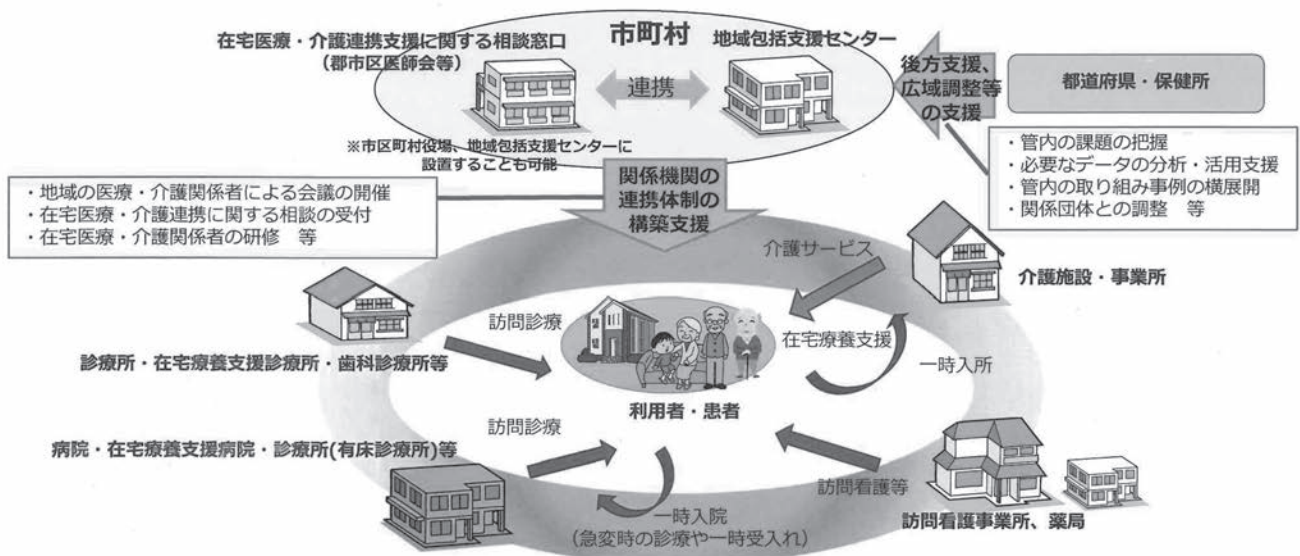
口腔機能は人が、その人らしく生きていくために欠かせない機能であり、生涯にわたる QOL の維持向上に深くかかわるため、歯科医療は「生きる力を支援する生活の医療」と位置づけられる。在宅療養者においても低栄養と誤嚥性肺炎等の予防、食べる楽しみ、話す楽しみの享受による QOL の改善や口腔のリハビリテーションなどを目的として、継続的な口腔機能の維持管理を行う歯科保健医療の役割は大きい。病院医療から在宅医療への流れのなかで病院側から歯科への連携の要望や地域の在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどからも歯科との連携・協働が求められている。

2 かかりつけ歯科医機能と地域医療連携の推進

1) かかりつけ歯科医機能を地域の中で展開し、地域医療連携を推進する

継続的に通院してきた患者が通院困難になった場合は、かかりつけ歯科医機能としての歯科訪問診療や地域の医療連携により対応することが必要である。

在宅での歯科治療が困難なケースでは、病院歯科等の高次医療機関での対応も必要であり、「縦の連携」としての地域医療連携システムの根幹である。また、要介護高齢者の多くは複数の基礎疾患を抱えて療養しており、主治医との連携が基本となると



(図1) 在宅における地域連携

(出典：厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業 手引き Ver3」)

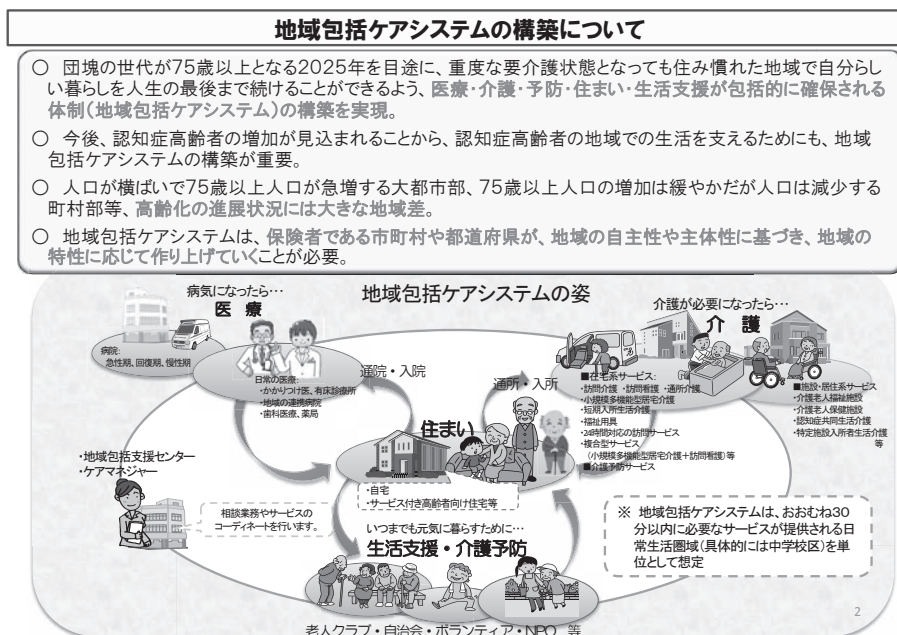
ともに訪問看護ステーション、ケアマネジャーなどとの多分野融合型の「横の連携」、さらに治療や療養の場が変化することからの急性期病院や施設等との「経時的な連携」といった「縦・横・時間軸」の3軸的な連携の推進が必要である。

2) 口腔領域に関する情報を発信し、多職種との共有を図る

要介護者の継続的な口腔機能の維持・管理を実施するためには、急性期病院で加療中からの対応が必要であり、慢性期・維持期においてリハビリ病院や介護保険施設などを経て在宅に至るまでの連携のなかで、口腔領域の情報を発信・共有し、「口腔機能のケアはシームレス・ケア（継ぎ目のないケア）」であることを周知することが大切である。退院時ケアカンファレンスや在宅ケアカンファレンスなどへの参画も重要となる。



3 地域包括ケアシステムにおける歯科の役割



団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が入院・退院・在宅復帰を通じて切れ目なく、一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が急がれている。

今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、地域包括ケアシステムの構築は重要である。

地域包括ケアシステムは、地域の自主性や主体性に基づき地域の特性に応じ作り上げられていくことが必要であるが、その中でかかりつけ歯科医として、これからは患者の年齢を考慮した治療計画を立案し、在宅を見据えた診療体制を考えていくことがより重要になってくると思われる。また、介護予防として、口腔機能の些細な変化に対しても積極的に対応していくことも大切であると思われる。そして訪問診療においては地域での医療連携の下、安全で適切な歯科医療を提供していくことが求められており、「生涯口から食べる」を支援する担い手として、活躍の場が広がって行くものと思われ、地域包括ケアシステムにおける歯科の役割は今後も重要になってくものと考えられる。

「在宅歯科医療」

在宅歯科医療は、生活の場である居宅や施設などにおいて提供される歯科医療の総称であり、主に歯科訪問診療の形態で提供される。在宅歯科医療においては、歯科医師による歯科疾患や誤嚥性肺炎予防などに配慮した総合的な口腔機能評価に基づき専門的口腔ケア（歯科治療、歯科保健指導、専門的口腔清掃、摂食機能訓練等を含む）が適切に提供されることが必要である。



歯科訪問診療は通院が困難になった患者やその家族などからの要請により、かかりつけ歯科医などが継続的な診療計画に基づき、居宅や施設などへ訪問して歯科治療や指導等を提供することである。ライフステージに沿った口腔領域のプライマリ・ケアを継続的に担う「かかりつけ歯科医機能」として、歯科診療所における外来診療の継続的、また、延長線上にある診療形態と考えたい。また、在宅歯科医療は高次医療機関との連携、在宅にかかわる多職種との連携協働を前提としたチームアプローチでもあり、地域完結型の歯科医療の提供体制であることを認識することが大切である。

「居宅」と「施設」

医療・介護の保険制度上、「居宅」とは自宅だけではなくケアハウスやグループホーム、有料老人ホームなどが含まれている。また、「施設」は介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老健施設）、介護療養型医療施設（療養型病床）などであり、歯科・口腔外科等の標榜のない医療機関に入院している患者も歯科訪問診療の対象とされている。

これからの在宅医療のキーワード

「多職種連携」

在宅医療（在宅歯科医療を含む）は「生活モデルの医療」であり、在宅にかかわる多職種が療養する生活者を支えるために連携する必要がある。今後の在宅医療は多分野のそれぞれの職種が密に連携・協働する体制で生活者を支えることが求められる。そのなかで、歯科が専門性をもちながら、他の職種と協働して安心・安全な歯科訪問診療を提供し、在宅療養者の心身機能、健康感やQOLの維持向上をめざすことが必要である。

第Ⅱ章 歯科訪問診療の実際

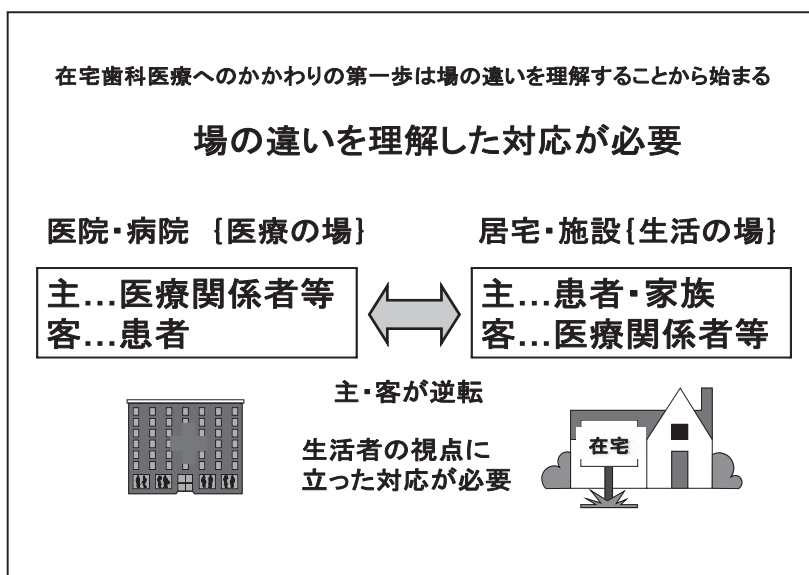
1 歯科訪問診療を実施するための基礎的事項

1) 日常の診療に歯科訪問診療を組み入れるための方法

地区歯科医師会などから情報を収集することから始め、歯科訪問診療の実績がある歯科医師からの助言や地区歯科医師会などの支援体制を把握することが大切である。また、研修会の受講や歯科訪問診療の経験豊富な歯科医師との同行訪問など、在宅現場での対応を具体的に学びながら「歯科訪問診療が可能な歯科診療所」づくりを考えなくてはならない。

2) 「生活の場」における歯科医療であることの理解

病院・診療所等は「医療の場」であり、主は「医療関係者等」、客は「患者」である。しかし、居住・施設はあくまで「生活の場」で、主は「患者・家族」であり、「医療関係者等」は客である。したがって、居宅や施設は「主・客が逆転する場」で、その対応はおのずと違ってくる。歯科訪問診療は、「医療の場」での歯科診療を在宅や施設等での「生活の場」にどう持ち込むかという視点だけでは対応が難しいことを理解し、医療の視点だけでなく、生活者の視点に立った対応が必要である（図1）。



(図1) 医療の場と生活の場の違い

3) 家族介護者などの介護不安への理解と対応。介護負担や不安の軽減の視点

病院等から在宅への移行に伴い、介護を担うことになる家族は、さまざまな不安を抱く。一般に、介護ストレス、自身の健康問題、家族との人間関係、経済的問題等で現状維持だけでも手いっぱい、介護に疲れているのが実情である。また、摂食・嚥下障害があると介護不安をさらに大きくする。食事時間の延長と疲労の増加、「むせ・せき・やせ」への不安、摂食・嚥下障害の理解不足なども重なり、常に不安のなかで介護を続けざるを得ない状況が予想される。これらの介護不安を少しでも軽減するためにも、地域の支援体制とかかりつけ歯科医からの専門的アプローチが必要である。

4) 安心・安全な診療体制の確保

歯科訪問診療の対象となる患者はさまざまな基礎疾患と障害をもちながら療養している。また、終末期ケアの患者も多くなることが想定される。どのような在宅療養のステージなのかを理解し、さらに基礎疾患の状況を把握し、診療内容の検討や緊急時の対応、連携方法など、安心・安全な歯科訪問診療体制を確保する。



5) 他分野融合型連携の推進

地域の高次医療機関、在宅医(在宅療養支援診療所を含む)や訪問看護ステーション、訪問する保険薬局、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者などを把握しておくとともに連携をスムーズに行うためには、情報提供や報告・連絡・相談が必要である。

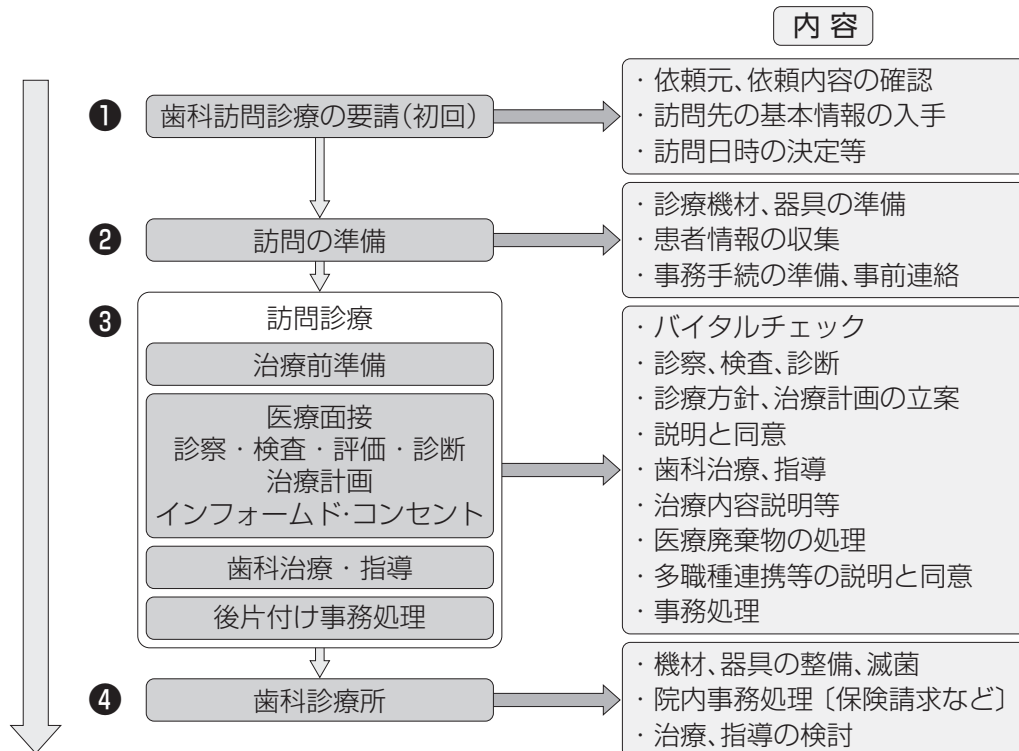
また、認知症高齢者の増加、高齢者が高齢者を介護する(老・老介護)現場や独居のケースも多くなることも理解しておく必要があり、対応方法については、地域の社会的資源を把握するとともに行政等と連携ができるようにしておくことが大切である。

6) 必要な機材の整備

生活の場での歯科医療は、診療所のような医療設備が整った環境ではない。限られた環境のなかでの治療となるので、効率よく診療ができるような、機材の準備が必要である。歯科訪問診療を行っている歯科医に相談したり、地区歯科医師会の歯科訪問診療を支援するシステムなどがあれば利用し、必要な機材を整備しておく。

2 歯科訪問診療の流れの理解と安心・安全な診療をめざして

かかりつけ歯科医として歯科訪問診療を外来治療と並行して実施するためには、訪問するための院内の体制整備とともに相談窓口としての機能も必要となる。歯科訪問診療の依頼を受けてからの流れを理解するとともに歯科訪問診療における治療についての留意点・注意点を理解しておくことが大切である（図2）。

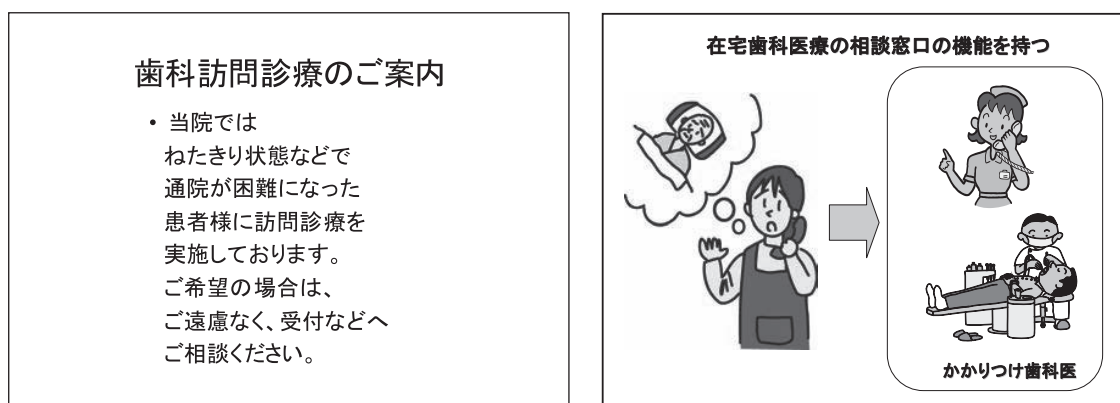


(図2) 歯科訪問診療の流れ

1) 歯科訪問診療の開始

(1) 歯科訪問診療を実施していることの周知

待合室に「歯科訪問診療についての案内」を掲示したり、ホームページにおいて、歯科訪問診療を実施していることを周知する（図3・4）。併せて医療情報ネット「ナビイ」（<https://www.iryuu.teikyouseido.mhlw.go.jp/znk-web/juminkanja/S2310/initialize?pref=13>）の内容変更もしておく。長年、自分の歯科診療所に通院していた患者やその家族であれば歯科医療情報や家族環境なども把握しており、信頼関係がすでに構築されていることから、かかりつけ歯科医として通院での歯科医療の延長線上にあると考え、在宅歯科医療にもかかわっていくべきである。



（図3）院内掲示ポスターの例

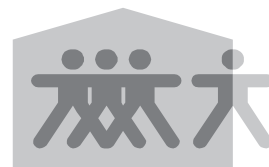
(2) 必要な届出（介護保険事業者指定基準など）

保険医療機関である歯科医療機関は、居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーションの介護保険サービス提供事業者として、みなし指定されるが、訪問看護、訪問リハビリテーションは通常実施しないので、その2つのサービスの指定を不要にする旨の届出書を提出する（ほとんどの歯科診療所は届出済みと考えられる）。しかし、過去に居宅療養管理指導の指定も不要として届け出ている場合には、事業の再開の届け出が必要である。

居宅療養管理指導については、指定居宅療養管理指導事業者として、事業者指定基準を遵守する必要がある。

(3) 早期の歯科の介入が必要であることの周知（口腔領域の問題把握は介護者では困難なことが多い）

要介護高齢者は、口腔領域に何か問題があっても我慢してしまったり、あきらめてしまうことが多く、また認知症等により口の中に異常があっても家族介護者などへうまく伝えられないケースもある。このため、口の中の問題が放置されることが多く、歯科訪問診療を困難にしてしまう原因にもなっている。全身および口腔機能がまったく低下してしまう以前に歯科の介入が必要であり、定期的な口腔機能健診が望まれる。



歯科訪問診療のご案内（参考例）

当院は、ねたきり状態などで通院が困難になった患者様へ、ご本人やご家族などからの要請により訪問をして歯科治療などを行っております。



歯科訪問診療について

- 1 訪問先はご自宅、施設、歯科がない病院などです。
- 2 施設や病院の場合は、施設側や病院の許可が必要です。
- 3 訪問日は、原則 曜日 ですが、ご希望の日時と調整をさせていただきます。なお、緊急の場合はこの限りではありません。ご相談させていただきます。
- 4 訪問診療は、診療所での十分な設備の下での治療とは異なりますので、診療内容には限界があります。診療内容や状況に応じて、高次歯科医療機関（病院歯科）などでの治療をお願いする場合があります。
- 5 主治医、訪問看護師、ケアマネジャーなどと連携した体制での訪問診療となります。したがって、現在の在宅サービスなどの状況をお知らせ頂きます。また、診療状況について情報提供をさせていただきます。
- 6 保険証・介護保険証などをご用意ください。
- 7 一部負担金のお支払については、担当歯科衛生士などからご案内をさせていただきます。
- 8 ご不明な点などございましたら、ご遠慮なく、当院受付などにご相談ください。

〇〇歯科医院

住所

電話

ファックス

緊急連絡：

（図4）歯科訪問診療のご案内（参考例）

2) 受付業務

事前にチェックリストを作成しておき、依頼があった場合は、歯科医師、歯科衛生士だけでなく受付事務員など誰でも、必要事項を記載できるようにしておくとい（図5）。

短時間で必要な情報を得ることが大切であるが、必要最小限な事項にとどめ、詳細は訪問時に情報を得るようにする。

(1) 訪問先の確認

自宅か施設か病院か？

どこから、だれからの依頼かを確認する。連絡をしている方と患者との関係や所属の確認、依頼元の把握、歯科訪問診療の要請についての確認が必要である。

- ・ 従来から通院していた患者やその家族からの依頼
- ・ 通院患者からの紹介
- ・ 地区歯科医師会の歯科訪問診療担当医の紹介システムや口腔保健センターなどからの紹介
- ・ 在宅医療にかかわる医師（在宅医）や訪問看護師からの依頼
- ・ 病院、施設からの依頼
- ・ 居宅介護支援事業者、サービス事業者のケアマネジャーなどからの依頼など

(2) 主訴の状況

どのような状態なのか？ 緊急を要する状態かどうか？

(3) 基礎疾患、ADLの把握

(4) 主治医や担当ケアマネジャーなどの情報

(5) 訪問希望の曜日や時間帯

(6) 住所、道順、駐車場スペースなどの状況、連絡先などの確認



訪問診療依頼 受付チェックリスト（参考例）

- 1 受付日時 月 日 時 分
- 2 受付 ①電話 ②外来受付 ③その他
- 3 患者様お名前 _____ 様
 生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
- 4 ご依頼者 _____ 様（ご家族・ケアマネ・ _____ ）
- 5 訪問先 ①自宅 ②施設 ③病院
 （施設等名称： _____ ）
 住所： _____
 電話（連絡先）： _____（ご連絡する方 _____ 様）
 駐車スペース：あり・なし
 訪問時の参考となる目標： _____
- 6 主訴・依頼内容： _____

 緊急性：あり・なし・不明
- 7 療養状況（基礎疾患・ADLなど）

 ご本人とお話ができるか？ _____ ほぼベッド上での療養か？ _____
- 主治医 _____ Tel _____
 担当ケアマネジャー _____ Tel _____
 その他 _____
- 8 訪問希望曜日、時間 _____ 曜日（午前・午後 _____ 時頃）
- 9 その他 特記事項 _____

（図5）受付チェックリスト

3) 訪問の準備

事前に必要な情報の把握や診療機材を準備し、在宅主治医や高次医療機関との連携体制の確保とリスク管理が必要である。

(1) 在宅歯科医療に必要な医療や介護の情報収集

- ① 訪問依頼の具体的な内容と基礎疾患や療養状況、ADL などの確認
- ② 歯科疾患、口腔内状況などの把握
- ③ 在宅医、ケアマネジャー、訪問看護などの把握
- ④ 過去に通院歴があればカルテ、レントゲン写真など

(2) 機材の準備

① 初めて訪問診療を行うときに準備するもの

- ・過去に通院歴があればカルテ、レントゲン写真を準備
- ・カルテ、処方箋、領収書などの関係書類の準備
- ・ケアマネジャーへの報告書の準備

初めての訪問診療は、簡単な義歯の修理や調整、口腔内の汚れなどの相談が多いようである。最初からいろいろそろえる必要はない。
自分の持っているものを最大限に利用したり、100円ショップなどで買い求められるもので始めてみるのも一つの手段と思われる。

・基本セット



・ケアセット (ガーグルベース、歯ブラシ、歯磨ティッシュ)



・ライト



・ガスバーナー、ターボライター



・材料や機材を収納するボックス



バグー一つで訪問に行ける、女性でも簡単に持ち運べる。

② 少し訪問診療が増えてきたら

- ・エンジン
小型で少しパワーがある
ものが望ましい。



- ・ガスバーナー
義歯の咬合採得など
ではキャンプ用のガ
スバーナーも活用でき
る。(室内で使用する
ことを禁じている製品
もあるので確認が必
要)

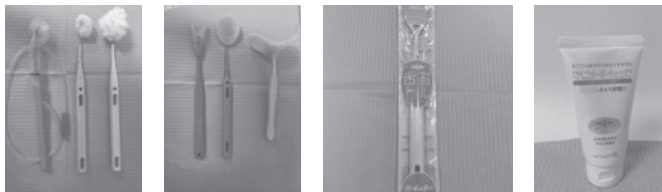
- ・ライト
拡大鏡のライトなどは、扱いやすいキャンプ用のライトも
可能である。
手で持つライトはそれだけで1人の手が必要なので持たな
いで済むものが便利である。
登山や自転車用のもの、防護メガネや自分のメガネにク
リップ式で取り付けられるものもある。



- ・エアスプレー
スリーウェイシリンジのエア代わりに、口腔
内に使うものと口腔外で使うものを用意する。
エアは義歯の削合や口腔内の乾燥に大変便利
である。口腔内に使用できるものとできないも
のがあるので注意が必要である。



- ・口腔ケア用品
症例に応じて、舌ブラシ、スポンジブラシ、保湿剤、歯磨剤なども用意すると幅が広がる。
また歯ブラシも複数の種類を用意しておく。



- ・血圧計、パルスオキシメーターはあ
る方が望ましい。



③ もっと訪問診療をするようになったら

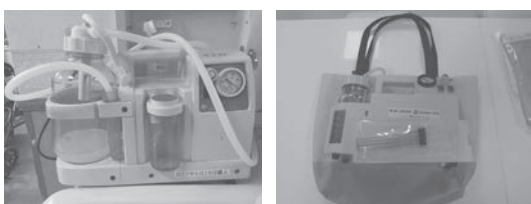
- ・ライト
医療用ライトは集光性が強く軽量で便利である。



- ・エンジン（ポータブルユニットなど）
ポータブルユニットは色々なメーカーが出しているが、軽量であることや設置、片付けの簡便さがポイントになる。



- ・吸引器
吸引器は口腔ケアの際にあると便利である。



- ・レントゲン（デジタル、アナログ）
レントゲンは診断に大きく役立つが、家族やケアマネジャーと相談して1回だけでも診療室に来てもらうのも方法の一つである。



- ・診療姿勢は重要。その家にあるものを工夫したり、バスタオル、介護用クッションなどを利用し、背面と頭部を固定するとよい。



(3) 関係書類の準備

カルテ、処方箋、領収書など関係書類を準備し、保険算定要件などに必要な提供文書などは、その場で簡単に記載できるようにしておく。

(4) 診療所から患者宅までの移動についての確認

- ①地図などで住所を確認し、目標となる建物などを聞いておくとよい。
- ②徒歩、自転車、車などの移動方法、機材の搬入方法を確認する。
- ③駐車場の有無やスペース、近くのコインパーキングなども確認しておく。
- ④原則、コインパーキングなどを利用する。



(5) 訪問する時間帯の検討

- ①全身的な状態が安定した時間帯での訪問が望ましい。
- ②他の医療や介護サービスと重ならないような時間帯を考えるが、現場でのケアカンファレンスなどを考慮し、在宅医や訪問看護師などの訪問時間と合わせ、調整することも大切である。
- ③食事についての評価が必要である場合には、昼食などの時間帯にあえて訪問することも考慮する。
- ④デイサービス後、訪問入浴後は疲労している場合もあるので配慮する。
- ⑤夜間は緊急時などを除き、避ける。

(6) 関連他職種との連携構築

- ①多くの職種がかかわる在宅医療では、チーム医療が重要である。
- ②在宅ケアカンファレンスにおける情報の共有は、安全・安心な歯科訪問診療の実施において不可欠であることを理解する。
- ③ケアマネジャーへの情報提供と連携
- ④在宅医への診療情報の提供と依頼、訪問看護師との連携
- ⑤服薬している薬剤と服薬状況の把握など
- ⑥摂食指導については、実際の食事評価が必要であり、訪問時間の調整や調理担当者の把握が必要である。

4) 安全・安心な歯科訪問診療のための留意点

(1) 初回訪問時に説明・確認する事項

患者、家族としっかりとした信頼関係の構築が、在宅歯科医療の成功の鍵といっても過言ではない。また、在宅での治療には、限界があることも、事前に説明し理解していただくことも大切である。

- ①自己紹介と歯科衛生士など同行者の紹介や役割の説明
- ②基礎疾患や療養状況の確認と日常生活状況、特に口腔清掃状況や食事の状況などの把握
- ③主訴の確認と口腔領域の不具合の状況確認
- ④在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパー、訪問入浴などの医療サービスや介護サービスの把握と確認
- ⑤歯科治療を行う場の環境把握と診療時の姿勢の確保や電源の位置、吸引器の有無や必要な照明などの確認
- ⑥口腔内診査結果、診療方針、治療計画等についての説明
- ⑦治療内容のわかりやすい説明と同意、会計事務についての説明
- ⑧治療内容や状況に応じて、高次歯科医療機関との連携についての説明と同意

(2) 治療などについて、意思決定できるキーパーソンを把握し、各々の生活習慣、価値観を尊重し自立への取り組みを考える

- ①在宅歯科医療の導入時には、生活の場における歯科治療に対する患者本人、家族の希望や医療・介護の情報を収集することが大切であり、患者本人の意思決定が可能であれば問題ないが、意識障害や認知症などで困難な場合には、患者の意思を代弁して意思決定ができるキーパーソンを把握することが必要である。
- ②医療や介護の情報収集は、家族だけではなく担当ケアマネジャー、在宅主治医、訪問看護師などの多方面から収集する。
- ③ケースによっては、患者本人と家族等のキーパーソンとで歯科診療に対する要望に相違がある場合もある。本人の意思決定が可能であれば、それを尊重しながらも介護する側の負担、生活習慣についても配慮し、在宅療養や治療に関する価値観を共有することが大切である。生活の場での「受け入れる医療」を実践するにあたり常に口腔機能のリハビリテーションの視点をもち、自立支援と介護負担の軽減を図りながら医療提供者側に柔軟性のある対応が求められる。

(3) 医療が生活の場（暮らしのなか）へ移動することを配慮し、安全の確保（リスク管理）を図る

①在宅で行える診療内容

在宅で行える治療内容は、基礎疾患、全身状態、治療内容、治療による疲労度、術者の経験度、マンパワー、患者や家族との信頼関係の状況などで異なる。画一的に決めることは困難であるが、一般に座位と開口が維持できれば、長時間になる治

- 療や複雑な観血処置などを除いた治療は可能であると考えられる。しかし、無理はしないようにする。
- ②事前に治療のシミュレーションを行い、機材などの忘れ物がないように気をつける。
 - ③歯科衛生士などを同行させる（複数の眼で確認する）ことが望ましい。
 - ④基礎疾患の状況とバイタルサインの確認（数日前からの変化の有無なども確認すること）
 - ⑤治療内容、治療時間の確認
 - ⑥治療姿勢の保持、頭部固定、照明の確保、含嗽、吸引などの準備
 - ⑦治療中に必要に応じて血圧、酸素飽和度などの測定と確認
 - ⑧術後の合併症への配慮
 - ⑨治療内容の説明と治療後のねぎらい、家族などへの配慮
 - ⑩緊急時の対応方法、連絡先などの説明
 - ⑪感染対策はしっかりと行い、複数の訪問の予定がある場合で、感染症（疑いを含む）患者は最後に治療するなどの配慮が必要である。
 - ⑫在宅や施設は生活の場であり、診療所での感染対策の環境とは異なる場面が多いが、外部から感染を持ち込まない、広げない、次に持ち出さないという基本的な概念をもつことが大切である。標準予防策（スタンダードプリコーション）を行うとともに、適切な医療廃棄物処理を行う。
 - ⑬後日、治療後の状況の確認を行う。



(4) 救急蘇生ガイドライン {一次救命処置 (BLS : Basic Life Support) } の理解と実践

日本版救急蘇生ガイドライン策定「救急蘇生法の指針 2020」などを理解して、一次救命処置が確実に実践できるようにしておくことが大切である。

BLS は一次救命処置としての人工呼吸、心臓マッサージ、除細動による心肺蘇生法である。

ACLS : Advanced Cardiovascular Life Support : 二次救命処置

ACLS は気管挿管、薬剤投与といった高度な心肺蘇生法で心停止時のみならず重症不整脈、急性冠症候群、急性虚血性脳卒中の初期治療などである。

■参考ホームページ

http://www.qqzaidan.jp/qqsosei/guideline_BLS.htm

http://www.qqzaidan.jp/qqsosei/guideline_ALS.htm

(5) 歯科治療についての留意点 (図5)

- ①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ず行う。
- ②治療内容の多くは義歯に関する治療となると推測されるが、初めて歯科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、困難なケースには歯科訪問診療の経験豊富な歯科医の応援を依頼するなどして、比較的簡単な治療内容から手がけるようにする。
- ③義歯破折、不適合などの場合には修理、旧義歯の改造、リライン、咬合調整などをしっかりと行い、痛みなく食べられることを確認しながら、その後必要に応じて新義歯の作製などを行うことがよいと考えられる。
- ④歯冠形成など切削を中心とした治療や長時間の根管治療においては、バイタルサイン、疲労度などに十分配慮する。誤嚥、誤飲に注意し、吸引器を活用する。
- ⑤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しながら行う。ケースによっては、パルスオキシメータでの呼吸状態の確認を行いながらの印象採得が望まれる。
- ⑥安心・安全な診療に際して、モニタリングの有用性は高い。パルスオキシメータは通常指先にプローブを装着するだけで、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であるが、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る。また、嚥下と呼吸の協調の評価にも参考となるため臨床上有用である (図6)。
- ⑦外科処置などに関しては、基礎疾患の状況、服薬状況などを考慮し、主治医と連携したうえで行うが、バイタルサイン、止血などに十分配慮が必要である。簡単な抜歯であっても、在宅では対応が困難と判断された場合には高次医療機関と連携することが望まれる。
- ⑧努めて快適な治療となるような配慮が大切であり、次につながる診療を心がけたい。

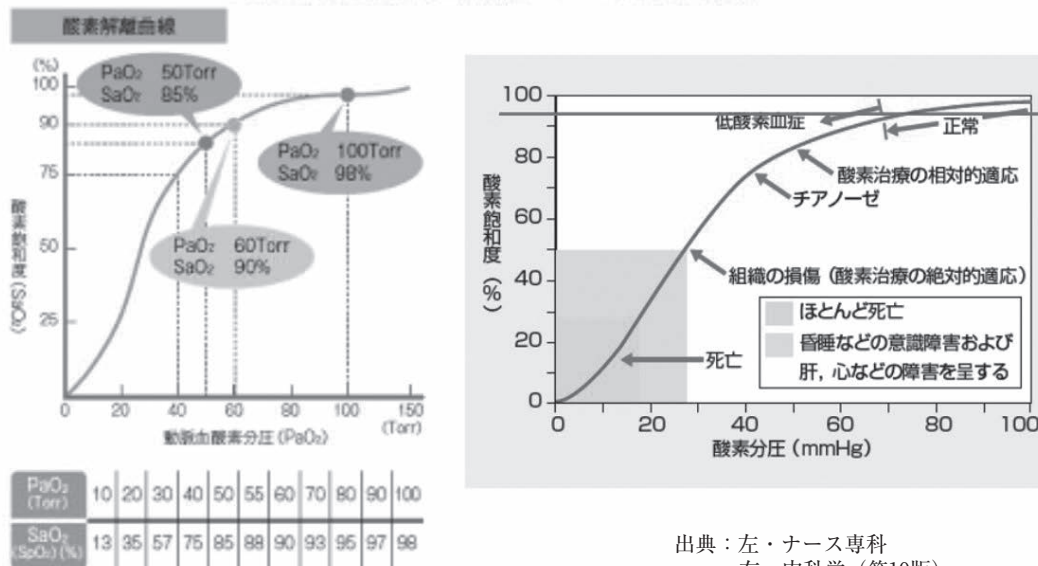
治療時のチェックポイント

- バイタルサインの確認
- 姿勢の確保と頭部の安定
- 照明の確保
- 呼吸状態の確認
- 吸引器の使用
- 誤飲、誤嚥に十分注意する
- 短い間隔で含嗽、咳などをさせる
- 注水下での切削が困難な場合もあるので形成時の吸気などに注意する
- 休憩を入れながら、努めて短時間での処置になるように心がける
- 疲労度を確認する
- 止血に十分配慮する
- 点滴ルート、カテーテルなどに注意すると共に、在宅酸素療法の場合には、火気に十分注意する
- 即重レジンなどの臭気にも注意する
- 口腔清掃不良の場合には口腔ケアを実施後に治療を行う
- 義歯治療後には、食事やテストフードで確認する
- 終了後の口腔内確認とねぎらい
- 経管栄養などの場合、服薬方法については、薬剤師と相談する



(図5) 治療時のチェックポイント

酸素解離曲線と生体反応



(図6) 低酸素症のレベル

(6) 食事時の口腔機能、摂食・嚥下評価について

- ① 昼食時などに、まず、食事の状況を見ることから始める。
- ② チェックリストなどを利用して、食事姿勢や食事内容、食具の使用具合、義歯の状態、むせや咳き込み、食事摂取量などを確認する。
- ③ 嚥下機能スクリーニング検査などを適切に行う。
- ④ いわゆる介護力などにも配慮した、適切な指導などを行う。
- ⑤ 重度の摂食・嚥下障害のケースや嚥下造影検査（VF）や嚥下内視鏡検査（VE）が必要と判断された場合などは、高次医療機関などと連携する。

(7) 訪問での治療や指導の内容は、常に生活者の視点と口腔機能のリハビリテーションの視点をもつ

人が、自立した日常生活すなわち「暮らし」を営むには、その基盤として、身体的・生理的機能と精神的機能の維持・向上が大切である。口腔は呼吸器官と消化器官の入り口であり、摂食・咀嚼・嚥下機能、味覚、唾液分泌・発語といった生理的機能だけではなく、口元や顔はその人の自己表現の源であり、コミュニケーションや情動の表出、さらには若さ、美しさ、整容などの要素も表現するという心理的・社会的機能をも担っている。口腔の機能は「いのち」「からだ」「こころ」といった「暮らし・生活」に必要なさまざまな条件を支え、人がその人らしく生きていくために欠かせない基本的機能である。

したがって、歯科訪問診療における治療や指導は、口腔機能のリハビリテーションの視点を持ち、口腔機能の維持・向上とともに、誤嚥性肺炎予防、低栄養・脱水予防などを含めた「食」への支援を目標にすることが大切である。専門的口腔ケアが高齢者の健康や生活機能に与える効果を周知し、WHOの国際生活機能分類（ICF）の概念を理解したい。

本人、ご家族はもちろん、関連職種、歯科医療担当者が笑顔と安心感に満ちた歯科訪問診療をめざしたい。



5) 在宅歯科医療の基本的考え方

{一般社団法人 日本老年歯科医学会}

在宅歯科医療がより適正に行われることを目指して「在宅歯科医療の基本的考え方 2016」を公表し、それから5年が経過し、高齢化のさらなる進展、COVID-19の蔓延、ICTの進歩などもあり、微修正が必要となったため、在宅歯科医療委員会で十分な検討を行い、常任理事会・理事会での議論を経て、「在宅歯科医療の基本的考え方 2022」を策定した。

(1) 基本的概念

- ①在宅医療は医療システム論上、「往診」と「訪問診療」に分けられる。(注 1-1)
- ②往診と訪問診療の定義は以下の通り。
往診：依頼時のみ実施される緊急対応で、外来診療の延長線上に位置する。
訪問診療：長期的な医療計画のもとに実施される、外来診療とは異なる診療。
- ③在宅歯科医療の適応は、担当歯科医師の裁量により患者ごとに判断する。
- ④在宅歯科医療は地域の「かかりつけ歯科」が担当することが望ましい。
- ⑤在宅歯科医療は医学的に適切かつ安全で、良質な歯科医療を提供しなければならない。
- ⑥歯科医療の提供方法には、外来診療、病棟（入院）診療そして在宅歯科医療の選択肢があることを理解し、患者（および家族）の希望にも配慮して、個別に適応を判断して対応する。(注 1-2)

(2) 対象患者：在宅歯科医療の対象となる患者は以下の通り。

- ①通院困難な者（介護施設入所中、入院中の患者を含む）。
- ②生活環境での対応が必要、もしくはより望ましいと判断される者。(注 2-1)
いずれも、疾病や障害の程度で決めるのではなく、心身や家族・介護・看護者の支援状況、生活・療養環境の状態を個別に勘案して決定する。(注 2-2)
- ③自宅や宿泊施設での療養を余儀なくされている、あるいは希望している感染症関連患者¹⁾。

(3) 「場」と「環境」

- ①在宅歯科医療の場は、対象患者の「生活の場」が中心となる。(注 3-1)
- ②在宅歯科医療は外来診療の持ち込みではなく、生活の場に診療環境を構築することで実施可能となる。
- ③清浄度分類上「生活の場」は「外来診療環境」より、衛生レベルが一段階低いものとなる。
- ④衛生レベルは、在宅歯科医療の適切な診療範囲の決定に重要な要素となる。(注 3-2)
- ⑤在宅歯科医療においては状況に応じた感染予防策が必要となる(注 3-3)¹⁾。

(4) 歯科医療従事者：在宅歯科医療を行う者は以下に関する基本的知識・技能・態度を習得していること²⁾

①外来診療 ②感染予防 ③多職種連携

(5) 対応の範囲

在宅歯科医療の対応の範囲には診察、検査、処置、手術、投薬、医学管理、リハビリテーションが含まれる。

①診察

- (1) ICT の進歩や制度の充実に応じて、個人情報・診療情報の十分な管理のもとでオンライン診療の活用も検討する。
- (2) 事前に電話や IT を用いて情報（画像を含む）を得ておくことが、準備などにおいて効率的である。
- (3) 十分な医療面接が困難な場合があることを理解しておく。
- (4) 情報を得るのは、患者や家族からとは限らず、多くの場合、ケアマネジャーや主治医、訪問看護である。事前からの多職種連携による情報共有が重要である。

②検査

- (1) 訪問先には十分な検査環境が整っていないことを前提で対応する。
- (2) 最低限の生体モニターおよび迅速検査ツール（血圧・パルスオキシメータ、体温計、血糖値測定器、PT-INR 測定装置など）を持参することも必要である。
- (3) 検査のための診療所もしくは病院への搬送、さらに入院も必要に応じて導入する。
- (4) 嚥下内視鏡検査（VE）は、専門研修を修了し、技術的に習熟した者のみが実施すべきである。

③処置

- (1) 生活の場における診療であることを考慮し、安全で確実な対応を第一とする。
- (2) 処置の範囲は、受ける側の患者の予備力と、与える侵襲とを勘案し、安全で確実な診療を構築できる場合のみ実施する。
- (3) 処置の内容は、常識的な歯科医学の範囲内で実施する。
- (4) 処置による飛沫などの曝露に注意し、曝露リスクに応じた感染予防策を実施する。

④手術

- (1) 診療環境の衛生レベルにより、手術の種類と範囲は制限を受ける。
- (2) リスクの高い手術、広範囲にわたる手術等は避け、高次医療機関と連携する。
- (3) 全身状態を管理し、感染予防策も考慮した上で行う普通抜歯、消炎処置等が一般的な在宅歯科医療における対応範囲である。
- (4) 外来診療よりも、念入りの止血処置（スポンゼル[®]などの止血剤の使用や、縫合の実施など）を考慮する。

(5)再出血のリスクがあるため、夜間でも連絡の取れる電話番号などの連絡先を伝えることが望ましい。

⑤投薬

- (1)患者の歯科疾患の状況、全身状態を十分に把握検討し実施する。
- (2)医科主治医と協議して行うことが望ましい。
- (3)アレルギーの既往、副作用、服薬中の薬剤との相互作用等に留意して実施する。
- (4)本人、家族等の服薬管理能力を把握し、服薬支援を実施することも訪問診療の対応範囲である。
- (5)かかりつけの訪問薬剤師による服薬管理を受けている場合が多いので、できる限り処方箋を発行し、かかりつけ薬剤師による一元管理が行われるようにすることが望ましい。

⑥医学管理

- (1)医学管理には口腔衛生管理と口腔機能管理が含まれる。
- (2)医学管理は多職種との連携が必須である。
- (3)介護保険の居宅系サービスを利用する患者においては、居宅療養管理指導が優先される。
- (4)介護保険施設等においては、施設職員へ助言・指導等²⁾の口腔健康管理に係る体制の構築および入所者に対する口腔衛生管理の提供を行う。
- (5)口腔疾患の予防のみならず、肺炎および気道感染の予防管理に努める。
- (6)医学管理においては、歯科衛生士の単独訪問業務が対応方法のひとつである。

⑦リハビリテーション

- (1)生活の場におけるリハビリテーションを提供する。
- (2)内容は主に、栄養や発語の回復・維持を目的とした口腔清掃、食事、呼吸、発声などに関する動作や姿勢のリハビリテーションである。特に、本人や家族、介護・看護者が継続実施可能なリハビリテーションの方法を検討して提供するとともに、定期的に評価を行う。
- (3)オーラルフレイルおよび口腔機能低下の評価・診断に基づいて、口腔機能向上策を立案し、実施方法を本人や家族、介護・看護者に伝えるとともに、定期的に評価を行う。
- (4)リハビリテーションの装具として義歯の適応（製作、修理、調整など）を判断し、目標を設定する。

(6) 連携

- ①地域の医療・介護・福祉関係機関と密に連携する。
- ②地域の在宅歯科医療専門歯科はかかりつけ歯科医(かかりつけ診療所)と連携する。
- ③在宅歯科医療の範囲を超えた検査、手術等は高次医療機関と連携する。
- ④在宅歯科医療は歯科以外にも含めた多職種と連携することを前提として実施する。

(7) 緊急時対応

緊急対応には以下の二つの場合が考えられる。

- ①診療中の急変に対しては、生活環境であることを考慮して救急搬送を依頼し、可能な限りの対応を行う。(注 6-1)
- ②生命に関わる歯科疾患、すなわち出血、炎症、外傷、腫瘍等に関しては、すべてを往診もしくは訪問診療で対応しようとせず、医科主治医との連携のもと、搬送するかあるいは後方支援病院と密に連携をとる。その際には、決まっている看取りの方針を含めたアドバンス・ケア・プランニング (ACP) についても配慮が必要である。

【注 釈】

注 1-1 保険制度上、2022 年現在において歯科では両者を分けて考えていない。一方、医科では明確に分けて対応しているので、連携する場合には在宅医療がどのように構築されているかを理解する必要がある。

例 1：医科では日常的な訪問診療を在宅療養支援診療所の医師が担当し、術後の経過を別の医師が往診して対応する、という場合もある。

例 2：医科から歯科へ訪問依頼内容が「義歯の調整」から「栄養管理」や「嚥下機能評価」に移行している実態がある。往診対応可能な範囲から、訪問診療対応が必須となる場面である。"

注 1-2 歯科訪問診療の対象患者であっても、例えばパノラマX線検査が必要な場合等に搬送して対応することが必要と判断されれば実施することができる。(すべて訪問診療で対応しなければならないわけではない。)

注 2-1 在宅歯科医療は歯科診療の提供のみを目標としたものではなく、生活のサポートという視点で提供されるべきものである。生活のサポートにはケア介入およびリハビリテーションが含まれる。

例 1：セルフケアの低下した患者に対応するためには、セルフケアの実施場所すなわち生活の場での指導や介入が必要になる。

例 2：リハビリテーションは生活機能を中心に据えた医療である。生活できること、すなわち「口から食べる」ことや「コミュニケーション手段としての話す」ことを対象としたサポートを行う。

例 3：口から食べることのリハビリテーションには「経口摂取の維持」や「経口摂取の再開」が含まれる。

注 2-2 終末期患者、認知症患者、ALS 等難病患者等を含む。

注 3-1 在宅歯科医療の実施場所は居宅を基本とし、病院や介護施設等も対象とする。

注 3-2 在宅歯科医療では、比較的高度な衛生レベルが求められる処置、すなわち抜歯や抜髄処置などの侵襲を伴う治療の実施に特に注意を要する。これは、処置・治療を行うことができないのではなく、患者の状態の把握や与える侵襲の低減対策、診療環境の構築等の十分な配慮が求められるという意味である。

注 3-3 状況に応じた適切な個人用防護具 (PPE) を用いる。医療者は、リスクのある感染症のワクチンを接種しておくことが強く望まれる 4)。また日々の体調管理も重要である。

注 6-1 在宅緩和ケアを希望している患者の場合など、救急搬送を希望していない場合 (D.N.R. : Do not resuscitate) もあり得るので、家族および主治医との連携を密にとり対応する。

【参考文献】

- 1) 日本老年歯科医学会編, 歯科訪問診療における感染予防策の指針 2022年版, 2022.3.
https://www.gerodontology.jp/publishing/file/journal_extra/vol36_e4-33.pdf
- 2) 日本老年歯科医学会編, 在宅高齢者歯科医療教育基準, 2021.4.23
https://www.gerodontology.jp/publishing/file/journal_extra/vol36_e1-3.pdf
- 3) 日本老年歯科医学会編, 口腔ケアリーフレットおよび高齢者施設職員向け口腔ケアの手引き,
2021.4.30
https://www.gerodontology.jp/publishing/guideline_oralcare.shtml
- 4) 日本環境感染学会編, 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第3版,
[http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/vaccine-guideline_03\(3\).pdf](http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/vaccine-guideline_03(3).pdf),
2020.7.27

【編纂】

一般社団法人 日本老年歯科医学会 理事長：水口俊介
在宅歯科医療委員会 委員長：佐藤裕二, 副委員長：小玉 剛
委員：猪原 光, 小原由紀, 金久弥生, 菊谷 武, 菅 武雄,
花形哲夫, 米山武義, 渡邊 裕, 渡部芳彦
オブザーバー：吉田光由, 猪原 健, 河野雅臣, 幹事：古屋純一

3 効率的な歯科訪問診療のために

1) 歯科訪問診療を実施する時間帯と即応体制づくり

① 歯科診療所内での診療と異なり、歯科訪問診療は移動の時間などもあり、非効率的な診療といえる。外来診療といかに両立させて歯科訪問診療を診療体制のなかに組み入れるか調整・検討が必要となる。即時対応が必要な場合もふまえ、よりよい体制づくりにはスタッフの理解と協力が不可欠である。訪問の時間帯など、効率の良い体制づくりは1週間を単位に調整するとよい。



② 日常の外来診療の予約状況に応じ、例えば空き時間が多い時間帯などを訪問時間に振り替えたり、訪問日を決めて、午後からは訪問の時間に充てるなどを考える。また、隔週程度に休診日を利用する方法もあるが、交代制にするなどスタッフへの配慮も必要となる。

なお、緊急時の訪問要請に即応できるような配慮も重要である。

③ 必要器材などの準備に時間がかからないように、あらかじめセットや、パックをして日常の点検業務のなかに組み入れ、即応できるようにすることも大切である。

2) 複数の訪問時には、移動方法、道順、訪問時間などを勘案し、効率良く訪問できるようにする

① 治療内容などにより、歯科訪問診療にかかわる時間は異なるので、訪問予定時刻は訪問先と十分、連絡を取り了解を得ながら組み合わせる。

② 予定どおりの時間内で、診療が終了できない場合もあり、時間に余裕をもつ配慮が必要である。

③ 感染症対策をしっかりと行う。

3) 適切で効率的な口腔機能評価を行う

① 歯科訪問診療は、短時間で適切な口腔機能評価が求められるため、地区歯科医師会が作成しているアセスメントや口腔機能管理計画書などを利用し迅速な評価に努める。

② 食事についての評価は重要であり、食環境、食形態、食事介助などを含め、栄養管理の視点を持ち、口腔機能を適切に評価・診断することが必要である。特に摂食・嚥下障害の評価については、専門医や高次医療機関との連携も視野に入れ、ケアマネジャーへ「食」についての在宅ケアカンファレンス開催の働きかけも大切であり、「食」についての情報を関連職種で共有できるようにすることが望まれる。

口腔機能向上に関する記録（例）

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生まれ 歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (<input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		年 月 日
		記入者：
		<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	舌苔	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

2 口腔機能改善管理計画

作成日： 年 月 日

計画立案者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3 実施記録

実施年月日	年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 実施

4 その他特記事項




--

（出典：厚生労働省）

4) 食事の評価と口腔ケアについて、効率的にチェックができるようにする

食事と口腔ケアのチェックポイント表などを作成して利用するとよい。

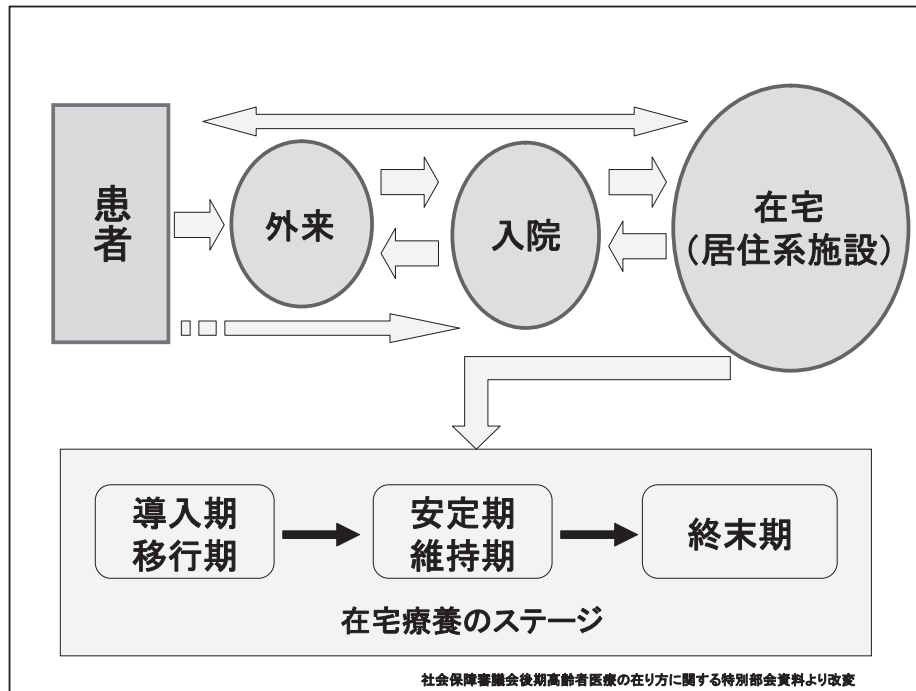
{食事と口腔ケアの留意点とチェックポイント}

食事と口腔ケア（留意点）	チェックポイント
<p>{食事の準備、用意}</p>  <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事時間、食事場所 ・ 調理方法、食形態、制限食、栄養管理 ・ 増粘食品、栄養補助食品 ・ 食べる意欲と食べ物へのこだわり ・ 嗜好品、間食について ・ 配食サービス、デイサービスでの食事 	<p>{美味しく食べることへの導き}</p> <p>食環境の整備、準備</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 十分な覚醒と食前の排泄管理 2) 手指の清潔 3) 雰囲気・配膳・食卓・椅子（食事姿勢の確保が大切）・食具の選択、準備 4) 口腔の準備 <ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔内の観察、口腔清潔の確認と清掃 ・ 義歯（入れ歯）の確認 ・ 口の準備体操（嚥下体操、口の体操など） 5) コミュニケーションを大切に
<p>{食事摂取と介助}</p>  <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事姿勢の確保・声かけと説明 ・ 食形態などの確認 ・ 最初の一口でのむせに注意 ・ 口へ入れるタイミングと一口量 ・ 飲み込むことの確認 ・ 口の中に残っていないかの確認 ・ 食事にかかる時間と疲労度 	<p>{安全に美味しく必要量を食べること}</p> <p>食事介助と見守り</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 手元調理・増粘食品等の使用 2) 食具の使用具合 3) 口まで運ぶ状態・口への取り込み 4) 一口量 5) 口に入れるペース、口からのこぼれ 6) 小分けの必要性 7) 姿勢、体位の保持 8) 食事への集中、声かけのタイミング 9) むせ、咳き込みの状態 10) 口腔内に残留がないか 11) 義歯の具合
<p>{食後のケア}</p>  <ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬管理、口腔内残留があるかの確認 ・ 口腔ケアグッズの準備 ・ うがいの準備と必要に応じて吸引器の準備 ・ 口腔ケア時の姿勢の確保 ・ 安全で安楽な口腔ケアを目指す ・ 誤嚥に十分注意する ・ 義歯の清掃、管理の徹底 	<p>{食後の^{だんらん}団欒と服薬・口腔清潔保持}</p> <p>食後の見守りと口腔ケア</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 服薬管理 2) 食後の咳き込みなどの有無 3) 食後の口腔内清掃 <ul style="list-style-type: none"> ・ 義歯をはずす ・ 食物残渣の除去、うがい ・ 歯、歯肉、顎堤、舌の観察 ・ 歯ブラシ、歯間ブラシなどでプラークの除去 ・ 舌の清掃など ・ 必要に応じて含嗽剤などの使用 3) 義歯の清掃 <ul style="list-style-type: none"> ・ 義歯の清掃、洗浄 ・ 必要に応じて、洗浄剤の使用

4 在宅療養のステージに対応した歯科訪問診療

1) 在宅療養のステージと対応

在宅療養の状況を類型化し、それぞれのステージに対する在宅歯科医療の内容、具体的支援を検討しておくことも大切となる。



(1) 導入期・移行期

- ①本人、家族との信頼関係の構築をめざし、キーパーソンの把握と在宅療養に関する価値観を共有する。
- ②入院から在宅療養への円滑な移行のため、通院、退所時の医療情報の取得。
- ③退院時ケアカンファレンスへの参画。
- ④口腔内診査、口腔機能の評価、検査、診断、治療計画とインフォームド・コンセントを図る。
- ⑤在宅医、訪問看護師、訪問薬剤師、ケアマネジャー等との連携構築。
- ⑥告知の有無の把握。
- ⑦在宅ケアカンファレンスへの参画。
- ⑧専門的口腔ケアの提供（口腔清掃、歯科治療、摂食機能療法等）。
- ⑨治療内容によっては、高次歯科医療機関の紹介。
- ⑩口腔ケアの必要性、重要性についての指導と啓発（誤嚥性肺炎予防、低栄養・脱水予防など）。
- ⑪「食事」についての介護面への支援、介護職との連携など。

(2) 安定期・維持期

- ① 継続した口腔機能の維持管理と自立支援
- ② 専門的口腔ケアの継続
- ③ 介護関連職種との連携強化
- ④ 緊急入院時における口腔領域の情報提供
- ⑤ 介護保険施設等へのショートステイ、入居などにおける口腔領域の情報提供など

(3) 終末期

- ① 在宅医、訪問看護師との連携強化と本人、家族への配慮
- ② 緩和ケアの把握
- ③ QOLの向上を目的とした口腔機能の維持管理
- ④ 精神的な支援とともに、苦痛となる口腔領域の問題の軽減
- ⑤ 看取りへの対応
- ⑥ 死別後の「グリーフケア：悲嘆のケア」への対応など

(4) 終末期ケア（End of Life Care）へのかかわりについて

- ① 今後、看取りを前提とした在宅医療の推進により在宅で死を迎える患者の増加が予想されることから、在宅歯科医療において、終末期の患者と向き合うことが多くなる。従来、歯科の教育において「死」についての教育が多くはされてこなかったことから、今後、在宅歯科医療を担っていく歯科医師の人材養成においても、終末期ケアにおける口腔管理などについての指針が必要である。
- ② 地域におけるがん医療の連携体制が推進されることから緩和ケアが在宅で行われることも多くなり、末期患者の病態生理と心理状態ならびにその推移の理解、身体的だけでなく、心理的・社会的立場に立っての対応も必要となる。主治医からの告知の有無の確認などは非常に重要であり、終末期ケアにおける歯科としてのかかわりについて、家族と十分なコミュニケーションを図ることが大切である。
- ③ 終末期ケアにおける口腔のケアの重要性について、家族へ説明し、苦痛となる口腔領域の問題の軽減とともに、精神的な支援を常に考えることが重要である。治療や処置を行うという Doing だけではなく、専門家が「そばにいて、何か困ったらすぐ助けますよ」という Being ということも必要である。

第Ⅲ章 基礎疾患と全身管理の理解

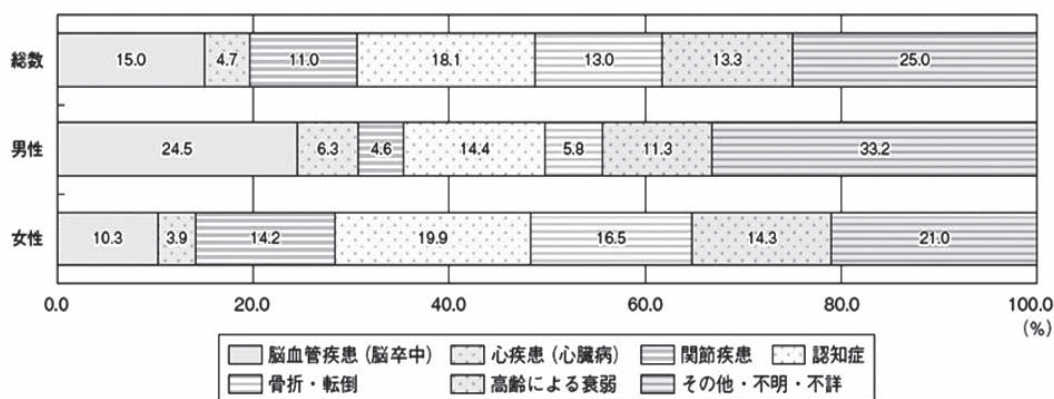
1 歯科訪問診療で留意する基礎疾患

在宅療養患者の抱えている疾患は多岐にわたる。本章では、高齢者在宅療養患者に焦点を絞り、在宅で歯科診療を行うにあたり留意すべき疾患について解説する。

1) 歯科訪問診療が必要となった原因

要介護者等について、介護が必要になった主な原因についてみると、内閣府の調査では、「認知症」が最も多く、次いで「脳血管障害（脳卒中） 高齢による衰弱」、「骨折・転倒」となっている。

また、男女別にみると、男性は「脳血管障害（脳卒中）」、女性は「認知症」が多くなっている。



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」(令和元年)
 (注) 四捨五入の関係で、足し合わせても100.0%にならない場合がある。

65歳以上の要介護者等の性別にみた介護が必要となった主な原因

2) 歯科訪問診療で留意すべき疾患

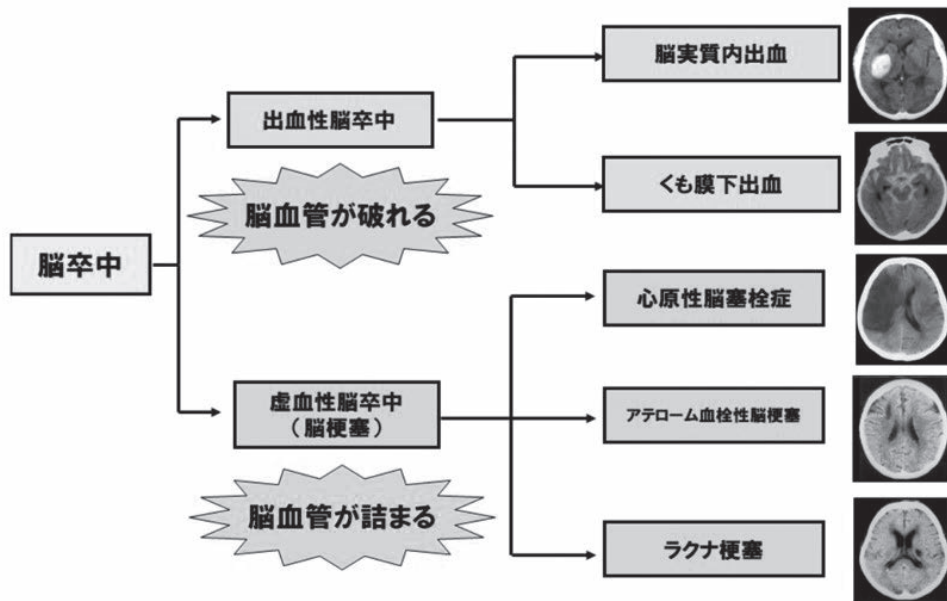
歯科訪問診療の対象患者は脳血管障害の患者が最も多い。しかし、脳血管障害の原因として高血圧、糖尿病、不整脈（心房細動）など複数の基礎疾患があるため、これらの疾患に対する理解も必要となる。また、関節リウマチ、認知症も頻度が多い。以上の疾患を中心に解説する。

歯科治療を行ううえで、患者が有する疾患本態から生じる問題と、疾患に対する治療（服薬など）により生じる問題とを整理して対応する必要がある。したがって、対象患者の既往疾患を把握すると同時に、服薬内容を把握することが重要である。既往疾患の把握が困難な場合も、服薬内容（お薬手帳など）から既往歴を推測することもできるのが、有用である。最終的には、歯科医師のみで判断するのではなく、主治医と連携することが必要である。

I 脳血管障害 Cerebrovascular Disease (CVD)

脳卒中と同義であり、以下にその病型分類を示すが、脳血管が破れる出血群（頭蓋内出血）と脳血管が詰まる虚血群（脳梗塞）の二つに分け理解すると、その後遺症・服薬内容について理解がしやすい。

脳卒中の病型分類



(出典：日本脳卒中学会)

(1) 脳梗塞

脳梗塞は脳血管障害の6割以上を占め、高齢者になると約8割を占める。

①脳血栓 cerebral thrombosis

主に動脈硬化を基盤に血栓が形成され、血管が閉塞し、閉塞した血管の支配領域の脳神経障害症状が発現する。基礎疾患として、高血圧、糖尿病、高脂血症などがある。発症箇所は中大脳動脈領域が多く、その後遺症として中枢神経障害による片麻痺、失語、意識障害などがあるが、脳神経麻痺の合併の有無にも注意を要する。

②脳塞栓 cerebral embolism

主に弁膜症、心房細動による心原性の血栓・凝血塊が血流により脳の血管に運ばれ、血管内血栓閉塞を生じ、症状が急激に発現する。広範囲の梗塞域を発現することが多く、後遺症も重篤となる。

③ラクナ梗塞

脳内の直径0.2～0.3mm程度の比較的細い血管が閉塞することにより生じ、日本人の脳梗塞の約半数を占める。安静時の発症が多く、基礎疾患として高血圧、糖尿病などがある。

④脳梗塞の治療

慢性期において血栓の予防目的に、血小板機能抑制剤（バイアスピリン、チクロピジン）抗凝固材（ワーファリン）が使用されていることが多く、観血的処置（歯石除去も含む）が必要な際には主治医との連携が必要。

(2) 頭蓋内出血

①脳（内）出血 cerebral hemorrhage

②くも膜下出血 Subarachnoid Hemorrhage (SAH)

頭蓋内出血は、主に脳内出血とくも膜下出血の2つのタイプがある。脳内出血は脳の内部で出血し、くも膜下出血は、脳を覆っている髄膜の、内側の層（軟膜）と中間層（くも膜）の間に出血が生じる。脳内出血は脳血管障害の約10%にすぎないが、死亡率は他の脳血管障害よりも高い。脳内出血の原因は、高血圧や動脈硬化、加齢による血管の脆弱化である。

③脳出血の治療

脳梗塞の治療法とは異なり、脳出血の治療は脳内に貯留した血液を除去する手術となる。また慢性期では抗凝固薬、血栓溶解薬、バイアスピリンなどの抗血小板薬は使用されず、降圧剤が使用される。

II 循環器疾患

その病態から脳血管障害に対する服薬内容と重なるため、観血的処置が必要な際には主治医との連携が必要。

①高血圧症 Hypertension (HT)

血圧が基準範囲を超えて高く維持されている状態で、虚血性心疾患、脳血管障害、腎不全などの発症リスクとなる。治療時はストレスなどにより血圧変動が予想されるため、モニタリングを行うことが望ましい。降圧剤（カルシウム拮抗材：ニフェジピンなど）のなかには歯肉肥厚が副作用として比較的高い頻度で認められる。

②不整脈 Arrhythmia

不整脈とは、頻脈、徐脈など心拍数やリズムが一定でない状態を指し、その分類は多岐にわたる。脈拍などをモニタリングし、異常所見を認めた場合は、家族、主治医が把握しており、服薬などの治療がなされているか確認する必要がある。頻脈性不整脈に分類される心房細動（Af：Atrial fibrillation）では、ワーファリンなどの抗血栓療法が行われていることが多く出血傾向を認める。徐脈性不整脈に分離される、房室ブロック（A-V block）、洞不全症候群（SSS：Sick Sinus Syndrome）では、ペースメーカー植え込みが行われているケースが多いので、確認する必要がある。

③心臓弁膜症 valvular disease of the heart

心臓弁に「狭窄」または「閉鎖不全」などの障害が起きた状態をいい、「大動脈弁」と「僧帽弁」に生じるケースが多い。弁膜症を有する患者に対する観血的処置（スケーリングを含む）には、感染性（細菌性）心内膜炎の予防目的に抗生剤の術前投

与が必須であり注意を要する。主治医との十分な連携が必要となる。治療基準としては、アメリカ心臓学会（AHA）の推奨する細菌性心内膜炎の予防法（Prevention of Bacterial Endocarditis Recommendations by the American Heart Association. JAMA 277(22):1794-1801,1977.）や日本循環器学会、日本心臓病学会、日本胸部外科学会、日本小児循環器学会の合同研究班による「感染性心内膜炎の予防と治療に関するガイドライン 2003」が参考となる。

また、弁膜症に対し弁置換術の処置を受け、人口弁のケースでは、ワーファリンを服用していることがあり出血傾向に注意が必要である。

④虚血性心疾患 Ischemic Heart Disease (IHD)

冠動脈の閉塞、狭窄などにより心筋への血流が阻害され、心臓に障害が起こる疾患の総称であり、狭心症、心筋梗塞が代表的な疾患である。冠動脈拡張剤や、冠動脈内での血栓形成を予防する目的で抗血小板剤（パナルジン、プレタール、オパルモン、アンブラグなど）を服用しているケースが多い。狭心症発作時の対応、出血傾向などについて主治医と連携する必要がある。

Ⅲ 糖尿病 Diabetes Mellitus (DM)

糖代謝の異常により、血糖値（血液中のブドウ糖濃度）が高まり、眼症状（糖尿病性網膜症）などさまざまな合併症をきたす疾患である。血糖コントロールは、HbA1C（糖化ヘモグロビン）、空腹時血糖値などで評価する。また血糖コントロールの状況、低血糖発作などへの対応を、主治医と連携する必要がある。血糖降下剤服用、インシュリン注射の治療を受けている場合は、食事の直前は低血糖のリスクが高まるため、訪問などの時間帯には配慮が必要である。また、糖尿病は、好中球遊走能低下による易感染性状態になっていることが多く抗生剤投与期間など、感染予防には配慮が必要である。

Ⅳ 関節リウマチ Rheumatoid Arthritis (RA)

全身の関節に滑膜炎を主症状とした関節炎が発症する自己免疫疾患で、関節痛、関節の変形が生じる進行性疾患である。また多くのケースで血管、心臓、肺、皮膚、筋肉など全身臓器にも障害が及ぶ。治療薬の副作用として、ステロイド服用による易感染状態であること、またサリチル酸服用により出血傾向に配慮が必要である。疾患が進行し頸椎が侵され、頸椎亜脱臼による脊髄損傷および突然死のリスクが高まるため、治療の際のトランスファー、姿勢などには配慮が必要である。

Ⅴ その他

①パーキンソン病

脳のドーパミン減少により引き起こされる運動障害を主症状とする疾患で、パーキンソニズム（パーキンソン症候群）との鑑別が必要。進行度評価としてYahrの分類がある。長期にわたる抗パーキンソン薬の服用でオーラルディスクネジアの出現するケースがある。また、抗パーキンソン薬の効果は時間帯によって変動があり、効果低

下により顕著な体動が出現する可能性があるため、治療時間帯には配慮が必要である。

②骨粗鬆症 Osteoporosis (OP)

閉経後の女性に多く発症する。骨量が減少し、骨構造が粗となるために、易骨折状態となる疾患で、大腿骨頸部骨折、腰椎骨折など高齢者 ADL を著しく低下させる。近年、治療薬の一つであるビスフォスフォネート製剤の副作用として、観血的処置後の顎骨壊死が問題となっている。

③慢性閉塞性肺疾患 Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

主として閉塞性の換気障害から、運動時の呼吸困難を主症状とする疾患群で慢性気管支炎、肺気腫などがあり、在宅酸素療法を行っているケースが多く、口腔周囲での火の取り扱いには注意を要する。印象採得時などの息こらえによる低酸素症、不用意な高濃度酸素投与による呼吸抑制などのリスクがあるため、パルスオキシメータなどでモニタリングすることが望ましい。

④全身性エリテマトーデス Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

免疫機能の異常で皮膚、関節をはじめ全身の臓器に炎症を起こす自己免疫疾患の一つ。顔や手に特徴的な紅斑（エリテマ）が出る。ステロイド服用による易感染性に配慮が必要。

⑤多発性硬化症 Multiple Sclerosis (MS)

脳、脊髄などの中枢神経系の髄鞘が破壊されて発症するもので、さまざまな神経症状が増悪、緩解を繰り返しながら進行する。自己免疫疾患の一つとして考えられている。ステロイド服用による易感染性に配慮が必要。

⑥閉塞性動脈硬化症 Arteriosclerotic Obliterans (ASO)

動脈硬化のため血液の流れが悪くなり、慢性の血流障害をきたした病態で下肢に多い。血流が悪くなるため足先の冷感、しびれが生じ歩行困難になる。

⑦筋萎縮性側索硬化症 Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)

重篤な筋肉の萎縮、および筋力の低下をきたす進行性神経変性疾患である。疾患の進行程度（特に摂食・腔下機能、呼吸機能などの障害程度）を事前に把握する必要がある。

⑧脊髄小脳変形症 Spinocerebellar Degeneration (SCD)

小脳および脳幹から脊髄にかけて神経細胞が徐々に破壊、消失していく進行性神経疾患で運動失調を主症状とする。疾患の進行程度（特に摂食・腔下機能、呼吸機能などの障害程度）を事前に把握する必要がある。

2 認知症への理解と対応

1) 認知症とは

認知症は老年期に最も特徴的な症状であり、次の条件を満たすことが必要になる。

- ①記憶障害（新しい情報の学習、以前に学習した情報を想起する能力の障害）を含む多彩な知的機能障害。
- ②記憶障害に加えて、失語（言語の障害）、失行（運動機能が損なわれていないにもかかわらず、動作を遂行する能力の障害）、失認（感覚機能は損なわれていないにもかかわらず、対象を認識または同定できないこと）、および実行機能障害（計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化するなどの能力の障害）のなかの1つ以上が見られる。
- ③上記の障害によって職業や社会生活に支障をきたしている。
- ④以前の状態よりも明らかに機能的に低下している。
- ⑤せん妄の経過中にのみ認められるものではないこと。
- ⑥認知症の原因と考えられる器質的な病変がある、あるいは推定される。

認知症はこのような状態像であって特定の疾患を示す言葉ではない。認知症の原因疾患としてはおよそ70程度が知られているが、高齢者に限った場合には、少なくとも日本では6割から7割が「アルツハイマー型認知症（AD）」あるいは「血管性認知症（VaD）」との混合型である。

2) 認知症の精神状態への理解

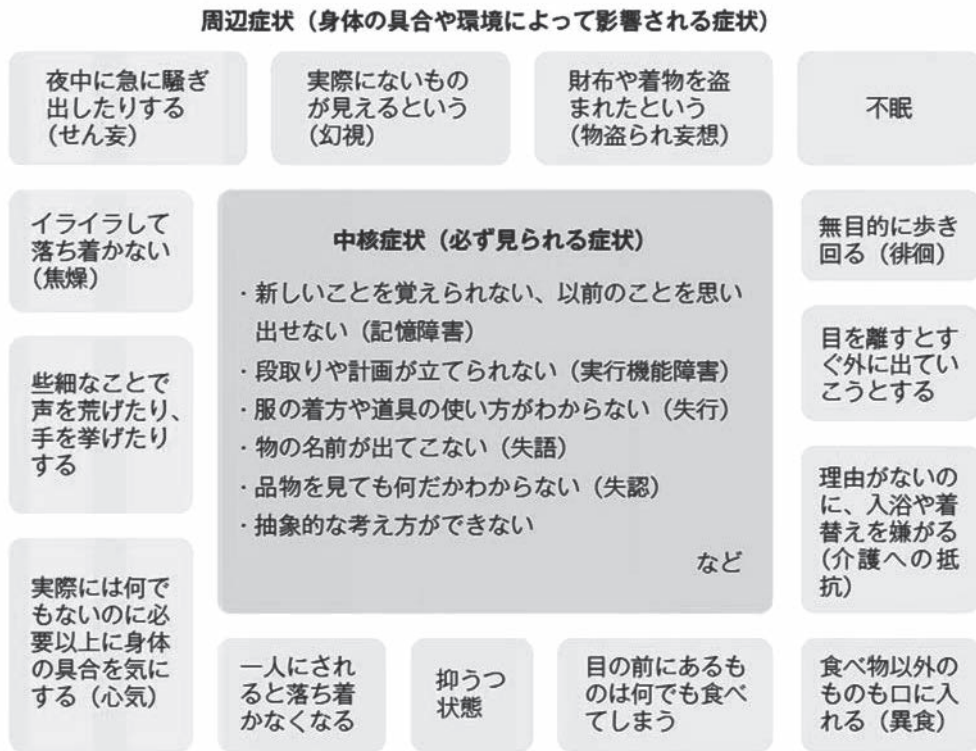
認知症に見られる精神症状は中核症状と周辺症状に分けられる（図1）。

中核症状は認知症であれば必ず認められる症状で、記憶や判断力、問題解決能力、失語・失行・失認などの高次皮質障害、段取りをつけられない、予定を立てられないなどの実行機能障害が含まれる。臨床的には、これらの障害は、認知症が軽度から中程度では道具的（機能的）日常生活動作能力の障害となって見られ、認知症が進行した段階では基本的な日常生活動作能力の障害となる。

周辺症状とは、中核症状によって二次的に出現するさまざまな精神症状や行動の障害である。これらの症状は認知症に必ず見られる症状ではなく、在宅の認知症高齢者では8割程度といわれている。また、すべての認知症高齢者にすべての精神症状や行動の障害が出現するわけではない。さらに、認知症の重症度によって出現しやすい症状がある。

中核症状と精神症状を含め認知症の日常生活上で見られる行動上の変化として見られることが多い精神症状は、身体疾患や心理環境要因などのさまざまな要因の影響を受ける。つまり、認知症高齢者のニーズを把握するためには認知症の原因疾患と重症度を含めた身体的要因、心理的要因および物理的・对人的環境を含めたケア環境のアセスメントがまず必要になる。

認知症の方への歯科訪問診療については、事前確認と周囲の家族への配慮が重要である。



（図1）日本の高齢社会の状況

ADL の障害を基準にした認知症重症度評価：Functional Assessment Staging (FAST)

以下の表は FAST の各ステージに口腔ケアの諸問題を加筆したものである。

(『実践！ 認知症を支える口腔のケア』より)

(表1) FAST に対応した口腔機能等の変遷とその対応

Fast stage	臨床診断	FAST における特徴	口腔ケア (セルフケア)	口腔機能 (摂食・嚥下機能)	口腔のケア (支援・介助)
1 認知機能の障害なし	正常	・主観的及び客観的機能低下は認められない	正 常		健常者と同じ対応
2 非常に軽度の認知機能の低下	年齢相応	・物の置き忘れを訴える ・喚語困難			
3 軽度の認知機能低下	境界状態	・熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる ・新しい場所に旅行することは困難	従来のブラッシング法は保持されるものの、口腔清掃にむらが生じる 新たな清掃器具、手技などの指導の受け入れが困難となるケースがある	正 常	認知症との診断がされていないケースが多く、口腔清掃の低下を契機に認知症と診断される可能性がある時期である
4 中等度の認知機能低下	軽度 AD	・夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす	従来のブラッシング法は何とか保持されるものの、口腔清掃状況に低下を認める 新たな清掃器具、手技などの指導の受け入れは極めて困難となる		複雑な指導の受け入れが困難となるため、単純な指導を適宜行うことにより口腔清掃の自立を促すことが必要となる。 一部介助も必要となる時期であるが、介助の受け入れは自尊心が障害となり困難な場合が多い
5 やや高度の認知機能低下	中等度の AD	・介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない ・入浴させるときなだめすかすなどの説得の必要性が出現する	自らのブラッシング行為は遂行困難となる	認知機能の低下により、先行期に障害を求めるケースがある 食事摂取に偏りが出現し、自己の嗜好性に合った品目のみの摂取などを認めることがある	口腔清掃を促すことにより口腔清掃の自立は困難ながら保持できるが、介助は導入に配慮が必要で、不適切な導入は介助拒否となることもある 対象者の食事への嗜好性に配慮した食事提供が必要となる
6 高度の認知機能低下	やや高度の AD	・不適切な着衣 ・入浴に介助を要する ・入浴を嫌がる ・トイレの水を流せなくなる ・尿、便失禁	セルフケアが困難となる 清潔行為が困難となるためブラッシングなども行わなくなるが、歯ブラシなどを提示するとブラッシング行為は行うことがあるが、清掃行為としての認識は低下	先行期障害が顕著 食具の使用が限られる 摂食・嚥下機能は保持されているが、一口量、ベーシングが不良となりそれが原因でむせ、食べこぼしなどが出現する	口腔清掃は一部介助が必要となり全介助のケースもあるが、対象者の不快感を極力軽減する配慮が必要となる 使用可能な食具を選択しその際、一口量が過剰にならない配慮が必要となる 食事の配膳などにも配慮が必要となり、ケースによっては一品ごとに提供することも効果的である
7 非常に高度の認知機能低下	高度の AD	・言語機能の低下 ・理解しうる語彙は限られた単語となる ・歩行能力、着座能力、笑う能力の喪失 ・昏迷および昏睡	セルフケアが顕著に困難となる	食具の使用が困難となる 多くの場合嚥下反射の遅延が認められるものの、咀嚼機能、嚥下機能は保持されている 姿勢の保持が困難となり、そのために摂食・嚥下障害が出現する 廃用症候により摂食・嚥下障害の出現も認められる	口腔清掃は全介助となり、口腔内感覚の惹起を目的に食事提供前の口腔ケアも効果的なケースもある 食事環境 (配膳、食形態、姿勢など) の整備に配慮が必要となり、食事の一部介助から全介助となるケース、さらには経口摂取が困難となり経管栄養などの方法も必要となる

第Ⅳ章 食への支援：栄養管理と口腔ケアの理解

1 高齢者に見られる低栄養の問題

昨今、フレイルや老化に伴う筋肉量の減少（サルコペニア）が問題視されており、これらは低栄養との関連が強いと考えられている。また、地域高齢者では年齢が上がるほど、エネルギー摂取量に加えて多くの栄養素や食品群の摂取量が低下することにより、低栄養傾向者の割合が高くなる。

（表1）高齢者の代表的な低栄養の要因¹⁾

1. 社会的要因 独居 介護力不足・ネグレクト 孤独感 貧困	4. 疾病要因 臓器不全 炎症・悪性腫瘍 疼痛 義歯など口腔内の問題 薬物副作用
2. 精神的心理的要因 認知機能障害 うつ 誤嚥・窒息の恐怖	咀嚼・嚥下障害 日常生活動作障害 消化管の問題（下痢・便秘）
3. 加齢の関与 嗅覚、味覚障害 食欲低下	5. その他 不適切な食形態の問題 栄養に関する誤認識 医療者の誤った指導

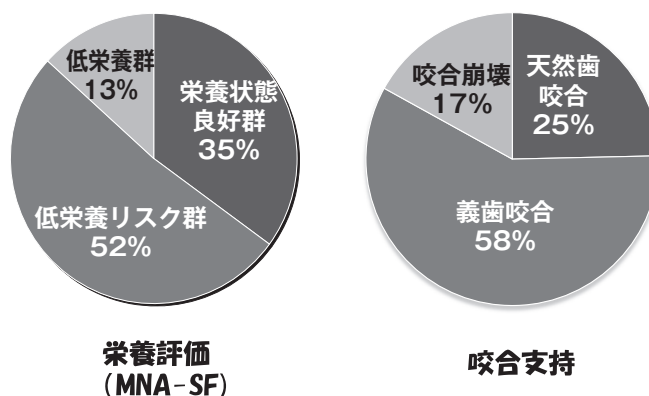
低栄養は、① ADL（日常生活動作 activity of daily life）が低下して寝たきり状態に陥る、②免疫力の低下により肺炎などの感染症にかかりやすくなる、など日常生活や健康状態に悪影響を及ぼす要因となる。特にタンパク質とエネルギーが不足している状態を PEM（protein energy malnutrition）という。

2 咀嚼機能と栄養

咀嚼障害に陥ると、食事に対する疲労感や負担感、嚥下困難感につながることから、食物の摂取制限が起こる。たとえば、肉類の摂取を控えると、タンパク質の摂取不足だけでなく鉄や亜鉛などのミネラルや、糖質やタンパク質の代謝に関わるビタミン B 群の摂取不足も招く。また、野菜類やきのこ類など繊維が長く粉砕しづらい食品も敬遠され、ビタミンや食物繊維の摂取不足にもつながる。高齢者には様々な食材、食品を通じて、必要な栄養素をまんべんなく摂取することが求められる。

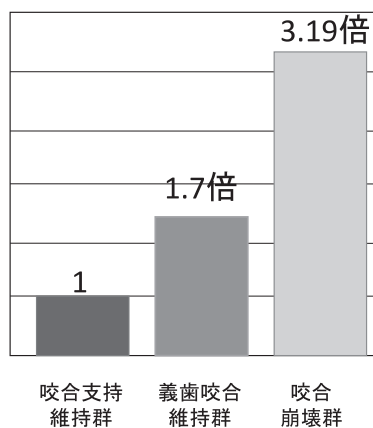
咀嚼機能の低下は、様々な栄養素の摂取不足だけでなく、①窒息、②食道の通過障害、③胃での滞留時間の延長、④下痢や便秘などの消化吸収不良の原因となる。咀嚼機能が低下した場合は、摂取栄養素の不足と消化吸収への負担増を考慮した食事方法を検討する必要がある。一方で、炭水化物を多く含む食品（ごはん、めん類、パンなど）は、咀嚼機能を要することなく摂取が可能のため、咀嚼機能が低いものほど、過体重

となる傾向となる者もみられる。一方で、要介護者高齢者では、歯の喪失が健常高齢者以上に栄養摂取に影響を与える（図1-1、2）¹⁾。地域在住の要介護高齢者に対する調査の結果、咬合関係が残存歯で維持されている群に比べて、義歯で維持されている群は1.7倍、咬合が維持されていない群では3.2倍有意に低栄養となるリスクが高いことが示された。



(図1-1) 居宅要介護高齢者の低栄養リスクと頻度と咬合支持¹⁾

在宅療養中の高齢者のうち65%が低栄養または低栄養リスクを示した。また、75%が天然歯による咬合支持を失っており、そのうち1/3が義歯によっても回復されることなく咬合支持の崩壊状態であった

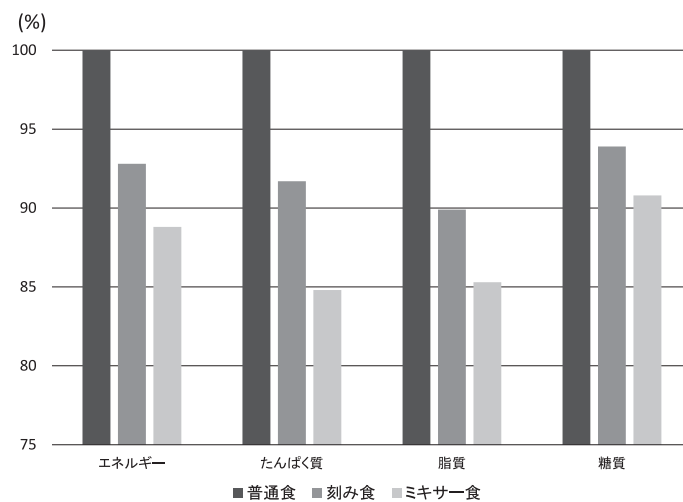


(図1-2) 低栄養リスクと咬合支持の関係
在宅療養中716名の要介護高齢者に対する調査¹⁾

咬合支持維持群に比べて義歯咬合維持群は、1.7倍、さらに、咬合崩壊群は、3.19倍低栄養リスクが高かった

3 摂食嚥下機能と栄養

摂食嚥下障害により、栄養摂取にかかわる摂取食品の量と質が変化する。摂食嚥下障害によって、1回の食事に摂取可能な食事の量が制限される。これは、1回嚥下量の低下や一口あたりに要する嚥下回数の増加が原因し、随伴する注意障害や認知期の低下によっても影響を受ける。また、摂取可能な食事の種類や食事のテクスチャーが制限される。摂食嚥下障害患者は、流動性の高い食品に対して誤嚥のリスクが生じ、一方で、咀嚼を必要とする食品の摂取が困難となる。また、粘着性の強い食品に対する口腔残留や咽頭残留は窒息のリスクを高める。これらを背景に小さく刻む、加水してミキサーにかける、半固形食品を混和する、ミキサー後にゼラチンなどで固めるなどが必要となる。このような食形態の調整は、嚥下にとって好都合となるが、摂取栄養量の観点からすると、その栄養量を大きく低下させ、低栄養のリスクにさらされる(図2)²⁾。



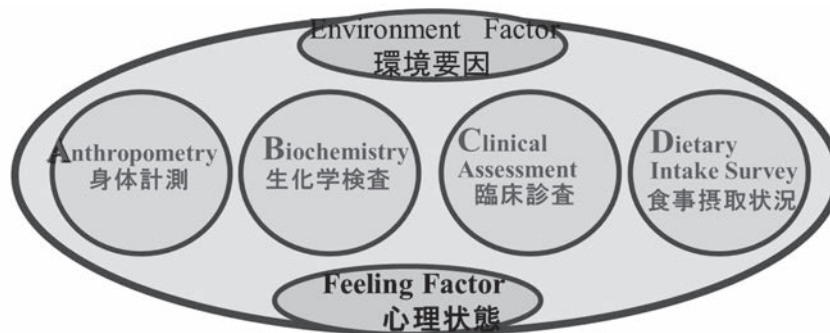
(図2) 普通食に比較して食形態によって各種栄養量は低下する文献²⁾より、通常の形態を持った普通食に比較して、刻み食やミキサー食におけるエネルギー、たんぱく、脂質、糖質の割合を示している

摂食嚥下障害患者の低栄養の原因

1. 栄養摂取にかかわる摂取食品の量が減少する
2. 摂取可能な食品の質が変化する
 - 1) 加水などによって食品の容積が増加する
 - 2) 混和する半固形化剤(とろみ調整食品)によって食品の容積が増加する

4 栄養アセスメント

低栄養の早期発見・予防には、栄養アセスメントを行って栄養状態を評価することが必要である。歯科医療においてはできる限り簡便、非侵襲的なうえに正確であることが望ましい。高齢者の栄養状態は、その経済状況や介護力など環境因子に多大な影響を受ける。さらには、老人性のうつによる食思不振や認知症による食行動の変化など、心理的因子によっても大きな影響を受ける。それゆえ、栄養アセスメントには、身体計測、生化学検査、臨床診査、食事摂取状況調査などの方法に加えて、栄養状態に強い影響を与える環境要因や心理状態を評価する必要がある（図3）。



（図3）栄養アセスメント
身体計測、生化学検査、臨床検査、食事摂取状況から判断する。
環境因子や、心理状態の影響を受けるため、これらの項目のアセスメントも重要となる。

1) 客観的栄養評価法

栄養アセスメントの一般的なものには、血清アルブミン値（ALB）、総リンパ球数（TLC）、コレステロール値、BMI（Body Mass Index）、体重減少率が用いられる（表2）。栄養評価を行うに当たっては、体重を基本としたBMIや体重減少率が簡便で使用しやすい。BMIは身長で補正した静的な栄養状態の指標であり、一方体重減少率は、ある一定期間に生じた体重の増減を捕らえており、動的な指標である。

（表2）低栄養の指標

体重減少率	1ヶ月に5%以上、6ヶ月に10%以上
BMI（体重 kg/身長 m ² ）	18.5 未満
血清アルブミン値	3.5g/dL 未満
コレステロール値	160mg/dL 未満
総リンパ球数	800 未満：高度の低栄養 800～1,200 未満：中等度の低栄養 1,200～2,000：軽度の低栄養

訪問診療対象者は体重測定が困難な場合が多い、患者が通所介護施設（デイサービス）などを利用している場合には、そこでの測定結果を提供してもらうことも重要である。BMIを求めるには、身長が必要となる。立位を取ることが可能で、身長の測定が可能な場合もあるが、困難な場合は、聞き取りによっても可能である。加齢により低身長になる影響も予想されるが、大きな問題にはならない。通院補助で来院した家族との身長差を参考にしても良い。BMIは「体重kg ÷ (身長m × 身長m)」で求められ、18.5～25未満を標準とし、25以上は肥満、18.5未満をやせとする。

次に体重減少率は、「(通常体重－現体重) ÷ 通常体重 × 100」で求められ、どのくらいの期間で体重減少が起こったかによってリスクを表現する。そのほかに、医療機関からの情報提供があれば、血液生化学検査の検査値も参考になる(表3)。

(表3) 低栄養状態のリスク判断

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3~5%未満 3か月に3~7.5%未満 6か月に3~10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上

杉山みち子：高齢者のPEM改善のための栄養管理サービス．臨床栄養，94(4): 406-411, 1999 より引用

2) 主観的包括的栄養評価法

近年、栄養評価には、客観的栄養評価法の他に、主観的包括的栄養評価法であるMini Nutritional Assessment (MNA) (Guigoz Y, Vellas B : 1996) (Kuzuya M : 2005) (表4) と Subjective Global Assessment (SGA) (Detsky AS, et al:1984) (表5) が臨床現場でよく使用されている。

(表4) MNA

(表5) SGA

(1) Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF)^{3, 4)}

MNAは、1990年代にヨーロッパで開発され、様々な国でその妥当性が確認された高齢者の栄養評価ツールである。調査票には、身体計測評価、全般的評価、食事評価、自己評価の18設問、4項目からなっていた。その後、短縮版が報告され、MNA-SFとして、利用されるようになった。設問は、A：食事摂取量の問題、B：体重の減少の問題、C：移動能力の問題、D：精神的ストレスや急性疾患の問題、E：認知症、うつの問題、F：BMIからなる。14点満点で評価し、12から14ポイントは正常、8から11ポイントは低栄養のリスク有り、0から7ポイントは栄養不良と診断する。介護現場での使用も用意で、歯科診療室などでも有効に活用できる。自己評価する部分がなく、すべて客観的なデータを用いるために、意識レベルの低い患者や認知症患者にも適応可能である。

(2) Subjective Global Assessment (SGA)⁵⁾

Subjective Global Assessment (SGA)は外科の患者評価用に作製されたものだが、高齢者にも利用できる。評価項目はA、B、Cに分かれており、AおよびBの項目を評価したのち、評価者の主観で、栄養状態良好、中等度の栄養不良、高度の栄養不良、の3つに判別される。

3) 栄養必要量の把握 (表6)^{6, 7)}

必要なエネルギー量は、身長、体重と活動量や疾患などのストレスを考慮し、必要栄養量を推定する。一般に、基礎代謝量をHarris-Benedict (ハリスベネディクト)式を用い計算し、そこに活動係数、ストレス係数を乗じて算出する。また、簡易法として、体重(kg)あたり25から30kcal必要と考える。

タンパク質は、人体の構成成分であり、生命活動維持に必須の栄養素である。タンパク質が不足すると、筋タンパク質の崩壊につながり生命の危機にさらされる。疾病の状態や異化代謝亢進等を加味しながら必要量を検討し、栄養評価により調整する。

栄養の必要量を把握したうえ、経口摂取量を推定する(連続した3日間の平均摂取量の算出)。現在の体重を維持するためにはどの程度のエネルギー量が必要なのか判断することになるが、現在の体重が極端に少ない場合には、標準体重(身長(m)×身長(m)×22(日本肥満学会は、BMI=22を標準体重としている))を参考にする。

また、摂取水分量と排泄量をチェックしながら、脱水等にも注意が必要である。人体の構成成分の60%を水分が占めており、体内水分の10%が喪失すると機能障害が出現し、20%が失われると生命維持が困難となる。高齢者の場合、水分が不足すると容易に脱水を生じる。また摂食嚥下障害患者にとって水は最も飲みにくい食品の一つであり、これらの患者は容易に脱水を生じる。脱水の指標として、口腔乾燥や、手掌や腋下などの湿潤度も重要な所見である。尿量や尿の色なども参考となる。

(表6) Harris-Benedict (ハリスベネディクト) 式

必要エネルギー、必要タンパク質、必要水分量の推定方法	
<p>・ 必要エネルギー量</p> <p>必要エネルギー量 (kcal/日) = 基礎代謝量 (BEE) × 活動係数 × ストレス係数</p> <p>Harris-Benedict 式</p> <p>男性 : $BEE = 66.5 + 13.75 \times \text{体重 (kg)} + 5.0 \times \text{身長 (cm)} - 6.78 \times \text{年齢 (歳)}$</p> <p>女性 : $BEE = 665.1 + 9.56 \times \text{体重 (kg)} + 1.85 \times \text{身長 (cm)} - 4.68 \times \text{年齢 (歳)}$</p> <p>活動係数 : 寝たきり = 1.2 歩行 = 1.3</p> <p>ストレス係数 : 軽度感染症 = 1.2 中等度感染症 = 1.5</p> <p>簡易法</p> <p>必要エネルギー量 (kcal) = 体重 (kg) × 25~30</p>	
<p>・ 必要たんぱく質量</p> <p>正常成人 (日常生活) 体重 (kg) × 0.8g/日</p> <p>内科的疾患 (発熱・外傷なし) 体重 (kg) × 1.1g/日</p> <p>外科的疾患 (合併症なし) 体重 (kg) × 1.1~1.6g/日</p> <p>異化亢進患者 体重 (kg) × 1.6~4.2 g/日</p>	
<p>・ 必要水分量</p> <p>簡易必要水分計算式 (mL) = 35 × 体重 (kg)</p> <p style="padding-left: 40px;">= 1mL × 摂取エネルギー量 (kcal)</p> <p style="padding-left: 40px;">= 1,500mL × 体表面積 (m²)</p>	

5 訪問診療における栄養指導

訪問診療における栄養指導は、訪問患者の特異性を十分考慮する必要がある。対象者の多くは、人生の最終段階を迎えようとしている者であり、栄養指導の目標は必ずしも、疾患の治癒や低栄養の改善とはならない場合もある。また、それを支えている家族などへの配慮も必要となる。生活機能を支持する栄養指導でなくてはならない。

1) 診療の場の考慮

歯科が栄養管理にかかわる訪問診療の場には、特別養護老人ホームや老人保健施設といった介護施設や病院と患者の自宅とがある。栄養管理を行う上で診療の場の違いはその環境の違いから行うべき内容が大きく異なる。介護施設や病院においては、施設内に主治医をはじめ食の専門家である管理栄養士、調理士が、また、リハビリテーションを担当する言語聴覚士や理学療法士、看護師がほぼ常駐している。このため、これらの職種と連携しながら指導を行うことになる。一方、高齢者のいる世帯の38.8%が単独世帯であることや、75歳以上の世帯主の43.5%が独居である（平成22年東京都）ことを考慮すると、患者宅では、食事を作る者、食事の介助を行う者、いずれも高齢な家族であるか、または、介助する家族がいないことを考え、対応していく必要がある。

2) 訪問診療における栄養指導における留意事項

① 摂食嚥下機能（咀嚼機能に配慮する）

訪問対象となる患者は、在宅においても施設においても身体機能や認知機能が低下している場合が多いため、同時に摂食嚥下機能が低下している場合が多い。摂食嚥下機能に応じた栄養指導、食事指導が必要になる。

② 高齢者の嗜好を考慮する（生活機能を重視する）

患者は、多くの併存疾患を有している場合が多い。たとえば、腎疾患や糖尿病、高血圧などにより食事制限を受けることもある。一方で、高齢期において厳しい食事制限は疾患の治療効果に影響を示さないだけでなく、高齢者の生活機能を著しく低下させる。そこで、主治医と連携のもと、高齢者の嗜好に考慮し、生活機能改善を目的とした食事指導とすべきである。

③ 調理担当者の調理能力、家族の希望に配慮する（環境への配慮）

日々の食事を調理し、ともに食を囲む家族や関係者に対し配慮が必要となる。施設入居者であれば、調理担当は調理師などの専門スタッフとなるが、在宅の場合には、家族であったり介護ヘルパーであったりする。指導に際し、調理能力に対する配慮が必要である。また、食を共にする者が家族である場合に、家族の食事に対する嗜好や希望に配慮する必要がある。

④介護負担に配慮する

家族介護者は、患者の身体障害や精神障害に対応するために、精神的、肉体的、経済的負担を負っている。家族と違う食形態を持つ食事の調理や、食事介助など食事にかかわる介護は、介護時間の多くを占めることから、介護負担に配慮しながら指導を行う必要がある。

3) 介護施設への訪問診療における栄養指導

介護施設では介護保険によって栄養アセスメントおよび栄養マネジメントが実施されている。年に1度程度の血液生化学検査や月々の体重測定、日々の喫食率の把握などが実施されており、これらの情報は施設内の管理栄養士が把握している。歯科医師は、これらの栄養アセスメントの情報を得ながら患者の栄養指導、栄養マネジメントを施設内の管理栄養士など上記の職種と連携をとりながら行うことになる。平成27年度の介護報酬改定に伴い栄養管理に関する介護保険のサービスの見直しが行われた。そのなかに、多職種が協働してミールラウンド（図4）を行い、カンファレンス等（図5）を通じて経口維持のための計画を立て栄養支援を行うサービスが追加された。ここで示されたミールラウンドにおける食事観察評価は重要であり、咀嚼機能をはじめとしたさまざまな問題点を抽出することが可能である。これによってケアプランを立案し、栄養管理に役立てることも可能であり、摂食機能の専門家である歯科医師、歯科衛生士の参画が求められている。



(図4) 多職種で行われるミールラウンド



(図5) その後に行われるカンファレンス

4) 食事場面の観察の重要性

摂食嚥下機能評価では、嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査、またはRSST、水飲みテストなどのスクリーニングテストが良く知られている。しかし、これらの評価は、嚥下機能を中心とした評価であり、認知機能の低下した者には実施しにくいものもある。さらに、これらだけでは、食行動や咀嚼機能の評価を十分に行えない。そこで、実際の食事場面の観察を行い食の機能全般を評価することが重要となる。例えば、食事中に頻繁にむせる利用者に対して、上記の検査をしても誤嚥の存在は明らかになるが、

その原因は判明しない場合がある。そこで、食事観察を行うと、一口量が多すぎたり、掻き込むように食べてしまったり、途中で傾眠傾向になるという食行動の問題が明らかになることがある。また、咀嚼が困難で丸のみをしている所見が得られることもある。すなわち、これらを原因として誤嚥が生じていたということが明らかになる。このように、食事観察を通じて、食事の困難さや低栄養の原因が明らかになることから、推奨する対応方法が導き出すことが可能となる。

5) 在宅診療における栄養指導

在宅において、摂食嚥下機能の低下者、低栄養者を支援するには、これらが利用可能な、フォーマルサービス、インフォーマルサービスについて熟知しておく必要がある。摂食嚥下障害者、低栄養者に欠かせない、嚥下調整食や高栄養食品の調理や調達は、家族構成や家族の介護力の問題から家族だけでは困難な場合が多い。そこで、これらのサービスを利用しながら対策を取る必要がある。例えば、日常の調理を担当する介護ヘルパー向けに機能に合致した食形態をもつ食事の調理法を指導する、嚥下調整食が提供可能な通所介護施設の利用をすすめる、介護食を配達してくれる配食サービスを利用する、介護食品が入手可能な店舗を利用する。などである。

6) 歯科医師が携わる食形態の決定

ひとが固形食品を摂取するためには、食品を咀嚼により粉碎処理し、食塊形成する必要がある。すなわち、歯や歯槽堤などで“すりつぶす”また、舌と口蓋で“押しつぶす”ことで粉碎し、さらには、咀嚼によりばらばらに粉碎された食品やペースト状の食べ物を一塊にまとめあげる（食塊形成）といった一連の機能が重要とされる。歯科医師はこれらの口腔機能を評価し、安全で、十分な栄養摂取が可能な食形態の提案ができなければならない。日本摂食嚥下リハビリテーション学会では、「嚥下調整食学会分類 2021」を公表し、病院や施設での食形態の分類を提案している。ここでは、咀嚼機能や嚥下機能に配慮した食事形態を示し、それぞれの食形態に必要な咀嚼能力や嚥下能力を示している。食物に対する咀嚼能力は求めず、嚥下能力のみが残存している人には、コード0や1を、捕食した後、送り込む力がある人にはコード2-1を、食塊形成に関する能力ある人には、コード2-2を、押しつぶす力、すりつぶす力がある人にはそれぞれ、コード3、4といった食形態が推奨されている（表7）。

(表7) “日本摂食・嚥下リハビリテーション学会^{えん}嚥下調整食分類 2021” 引用改変

学会分類 2021 (食事) 早見表						
コード 【1-8項】	名称	形態	目的・特色	主食の例	必要な咀嚼能力 【1-10項】	他の分類との対応 【1-7項】
0	j 嚥下訓練食品 0j	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	重度の症例に対する評価・訓練用 少量をすくってそのまま丸呑み可能 残留した場合にも吸引が容易 たんばく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL0 えん下困難者用食品許可基準Ⅰ
	t 嚥下訓練食品 0t	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水 (原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみ*のどちらかが適している)	重度の症例に対する評価・訓練用少量ずつ飲むことを想定 ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口中で溶けてしまう場合 たんばく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL3の一部 (とろみ水)
1	j 嚥下調整食 1j	均質で、付着性、凝集性、かたさ、離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔外で既に適切な食塊状となっている (少量をすくってそのまま丸呑み可能) 送り込み際に多少意識して口蓋に舌を押しつける必要がある 0jに比し表面のざらつきあり	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリーなど	(若干の食塊保持と送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL1・L2 えん下困難者用食品許可基準Ⅱ UDF区分 かまなくてもよい(ゼリー状) (UDF:ユニバーサルデザインフード)
2	1 嚥下調整食 2-1	ビュレ・ペースト・ミキサー食など、均質でめろめろかた、べたつかず、まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの (咽頭では残留、誤嚥をしにくいように配慮したもの)	粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッドL3 えん下困難者用食品許可基準Ⅲ UDF区分 かまなくてもよい
	2 嚥下調整食 2-2	ビュレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む スプーンですくって食べることが可能なもの		やや不均質(粒がある)でもやわらかく、離水もなく付着性も低い粥類	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッドL3 えん下困難者用食品許可基準Ⅲ UDF区分 かまなくてもよい
3	嚥下調整食 3	形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばけず嚥下しやすいように配慮されたものの多量の離水がない	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し(あるいはそれらの機能を賦活し)、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの	離水に配慮した粥 など	舌と口蓋間の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッドL4 UDF区分 舌でつぶせる
4	嚥下調整食 4	かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだもの 歯がなくでも対応可能だが、上下の歯槽提間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難	軟飯・全粥 など	上下の歯槽提問の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッドL4 UDF区分 舌でつぶせる および UDF区分歯ぐきでつぶせる および UDF区分容易にかめるの一部

学会分類 2021 は、概説・総論、学会分類 2021 (食事)、学会分類 2021 (とろみ) から成り、それぞれの分類には早見表を作成した。
本表は学会分類 2021 (食事) の早見表である。本表を使用するにあたっては必ず「嚥下調整食学会分類 2021」の本文を熟読されたい。なお、
本表中の【】表示は、本文中の該当箇所を指す。
*上記 0t の「中間のとろみ・濃いとろみ」については、学会分類 2021 (とろみ) を参照されたい。
本表に該当する食事において、汁物を含む水分には原則とろみを付ける。【1-9項】
ただし、個別に水分の嚥下評価を行ってとろみ付けが不要と判断された場合には、その原則は解除できる。
他の分類との対応については、学会分類 2021 との整合性や相互の対応が完全に一致するわけではない。【1-7項】

さらに国は、在宅で療養中の高齢者が主に用いる市販の介護食品についてもこの食形態にかかわる学会分類に対応して基準化している。嚥下に配慮した食品に関しては、健康増進法で規定する特別用途食品表示許可制度に基づく「えんげ困難者用食品」に順じ、さらに、咀嚼に配慮した食品については、日本農林規格 (JAS) に基づき、そしゃく配慮食品として規格化された (図6)。これらを利用することで、地域で生活し続けるために必要な食形態の情報が、患者が病院や介護施設、在宅のいずれの場においても共有することが可能となる。

嚥下調整食の食分類コードと地域 (住所) を入力することで、その食事が提供可能な施設や購入可能な店舗を検索でき、自宅で調理可能なレシピも入手できる WEB サイトを参照するとよい (<http://www.shokushien.net/>)。

日本摂食嚥下リハビリテーション学会
嚥下調整食分類2021と他介護食分類の対応

この図表はヘルシーネットワークの「はつらつ食生活」カタログに掲載されています。ぜひカタログもご利用ください！

ヘルシーネットワーク

学会分類2021

0j, 1j 物性に配慮した離水の少ないもの

たんぱく質含有量が少ないゼリー

0j 嚥下訓練食品 0j

たんぱく質含有量は問わないプリン・ゼリー・ムースなど

1j 嚥下調整食 1j

0t 嚥下訓練食品 0t

jゼリー：jelly
tとろみ：thickness

学会分類2021(とろみ)の中間～濃いとろみたんぱく質含有量が少ないこと

2-1 嚥下調整食 2-1

均質でなめらかなもの(あまりさらさらしすぎないこと)

2-2 嚥下調整食 2-2

やわらかい粒等を含む不均質なものを
べたつかずまとまりやすいミキサー食、ペースト食など

3 嚥下調整食 3

形はあるが、歯や入れ歯がなくとも口腔内で押しつぶし、食塊形成が容易なもの

4 嚥下調整食 4

形があり、かたすぎず、ばらけにくく、貼りつきにくいもの。箸で切れるやわらかさ

他分類

学会分類2021	嚥下食ピラミッド	特別用途食品	UDF	スマイルケア食
0j	L0 (開始食)	許可基準 I	—	0
0t	L3の一部 (とろみ水)	—	—	0
1j	L1・L2 (嚥下食I・II)	許可基準 II	がまなくてよい	1
2-1	L3 (嚥下食III)	許可基準 III	がまなくてよい	2
2-2	L3 (嚥下食III)	許可基準 III	がまなくてよい	2
3	L4 (移行食)	—	箸でつぶせる	3
4	L4 (移行食)	—	箸でつぶせる 箸くまでつぶせる 箸間にかめる (一部)	4

形態、特色などの詳細は「嚥下調整食分類2021」の本文及び学会分類2021(食事)早見表をご確認ください。
 ※他分類の対応に関しては「嚥下食ピラミッド」を参照してください。L1～L4は学会分類2021(食事)早見表を、スマイルケア食は「スマイルケア食」の選び方を参考に当社が作成したものです。
 ※学会分類2021に対応する内容のみ記載しておりますので、嚥下食ピラミッドL5普通食、スマイルケア食L1、「青マージ」の記載は省略しております。
 ※学会分類2021に対応していない場合は「—」を記載しています。

(出典：栄養指導 NAVI)

(図6) 「嚥下調整食学会分類2021」と「他介護食分類」の対応
 病院から在宅まで一貫した地域連携が可能となる

【参考文献】

- 1) Kikutani T, Yoshida M, Enoki H, Yamashita Y, Akifusa S, Shimazaki Y, Hirano H, Tamura F : Relationship between nutrition status and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people. Geriatr Gerontol Int. 2013 ; 13 : 50-54.
- 2) 林 静子: 高齢者の栄養ケアにおける疑問と検証 (1) 刻み食ミキサー食の落とし穴, 臨床栄養, 100, 145, 2002.
- 3) Detsky AS. Et al : Evaluating the accuracy of nutritional assessment techniques applied to hospitalized patients: methodology and comparisons. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 8, 153 -9, 1984.
- 4) Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ : Assessing the nutritional status of the elderly : The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutr Rev, 54 (1 Pt 2) : S59 -65, 1996.
- 5) 杉山みち子 : 高齢者のPEM改善のための栄養管理サービス. 臨床栄養, 94 (4) : 406 -411, 1999
- 6) Kuzuya M, Kanda S, Koike T, Suzuki Y, Satake S, Iguchi A : Evaluation of Mini-Nutritional Assessment for Japanese frail elderly. Nutrition, 21 : 498-503, 2005
- 7) 日本病態栄養学会編 : 認定NSTガイドブック, メディカルビュー, 2004.
- 8) 菊谷 武, 吉田光由, 菅 武雄, 渡邊 裕, 藤本篤士, 石飛進吾, 田村文誉, 赤川安正, 森戸光彦, 大井久美子, 山根源之 : 栄養ケア・マネジメントにおける歯科の役割. 日歯医学会誌 2007 ; 26 : 36.

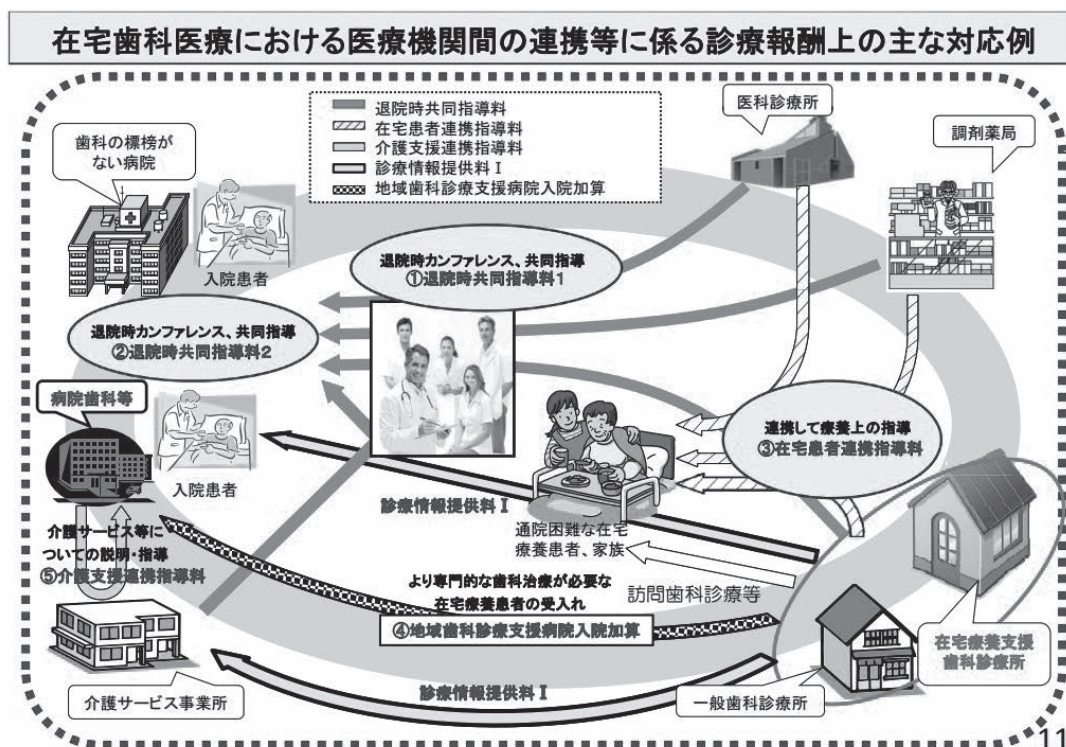
第V章 多職種連携をめざした歯科の役割

1 多職種協働をめざして

1) 在宅歯科医療の人材養成の必要性

今後、在宅医療が広く展開され、在宅での高度医療、緩和ケア、看取りが推進されることになる。国立長寿医療研究センター在宅医療推進会議作業部会が実施した実態調査（2007.8）では、看取りをしっかりと行っている在宅療養支援診療所は、歯科医師との連携がとれていることが明らかとなり、訪問看護ステーションにおいても、在宅移行期から看取りまで実施しているステーションは新人・継続教育機能が高く、主治医・保険薬局・歯科診療所等とも連携が強いことが示唆されている。今後、在宅歯科医療は、在宅医療との連携強化とともに在宅にかかわる多職種といかに協働できるかが問われることになり、その担い手は地域の「かかりつけ歯科医」である。したがって、医療連携体制を整え、訪問がしやすい環境整備と人材養成は地区歯科医師会、歯科衛生士会が早急に取り組むべき事業である。在宅歯科医療に関する研修は地域医療連携の推進とともにO.J.T（On the Job Training）が必要であり、その場の確保と支援体制の整備が不可欠である。

あわせて、急性期から在宅療養までの医療連携体制のなかで、今後、かかりつけ歯科医がチーム医療の一員として継続的にかかわることが求められる。



(図1) 在宅歯科医療における地域医療連携 (例)

(出典：厚生労働省 第205回中央社会保険医療協議会総会資料)

2) 地域連携クリティカルパスを理解する

(1) クリティカルパスとは？

1980年代に米国の医療界で使われだした後、1990年代に日本の医療機関においても導入された考え方である。医療でのクリティカルパスは、良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するためのツールとしての、診療計画表として位置づけられる。診療の標準化、科学的根拠に基づく医療の実施（EBM）、インフォームド・コンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上などの効果が期待されている。

(2) 地域連携クリティカルパスとは

急性期病院から回復期病院・維持期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いるものである。また、診療にかかわる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするものである。さらに、その内容としては、施設ごとの治療経過に従い、診療ガイドライン等に基づき、診療内容や達成目標等を診療計画として明示していくこととなる。回復期・維持期病院、在宅診療において、患者がどのような状態で転院、退院してくるかをあらかじめ把握できるため、転院、退院早々から効果的な対応が可能となるメリットがある。

地域連携クリティカルパス（脳卒中クリティカルパスなど）に、口腔衛生、口腔機能などを含む継続的な口腔管理を導入することが、急性期から回復期、さらに慢性期での対応となる在宅歯科診療まで、円滑に地域で展開していく地域完結型医療推進の有効なツールの一つとなる。

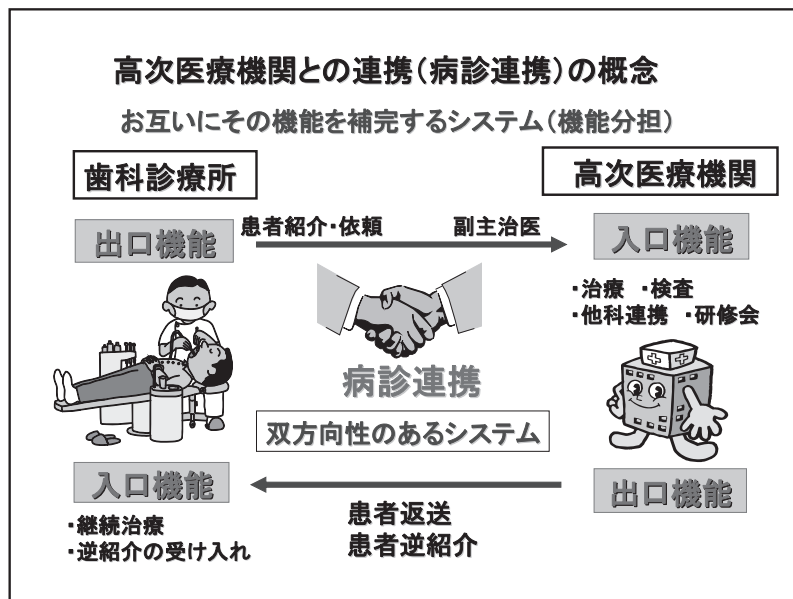
3) 地域の在宅医療、介護などの状況を把握するために、地区歯科医師会などの地域医療や地域連携の研修会などに参画し、顔の見える連携が構築できるようにする。

地域医療連携は、歯科訪問診療体制の要であることから、地区歯科医師会の研修会、勉強会などを利用して高次医療機関や在宅医、訪問看護師などと「顔の見える連携」「気心の知れた連携」を図りたい。歯科関係者がケアカンファレンスへ参画しやすい環境を整えることも多職種協働の足がかりとなると考える。



(図2) 多職種連携の会『ちょうふ在宅ケアの輪』の勉強会の様子

また、地域の高次医療機関との連携体制整備は不可欠であり、病診連携は、歯科診療所と病院とがお互いにその出口機能、入口機能を明確にしながら補完するシステムであり、双方向性のあるシステムとして機能するような配慮が必要である。在宅にかかわる多職種にも歯科における病診連携について十分周知することが大切である。



(図3) 病診連携の概念

4) 関連職種を理解し、ケアカンファレンスに参画する

在宅療養にはさまざまな職種がかかわることが多い。それぞれの職種の役割を理解し、医療や介護の情報や在宅療養への価値観を共有することが大切である。退院時ケアカンファレンスや在宅ケアカンファレンスを通じて、対象となる在宅療養者にかかわる具体的な職種やケアプランの把握をし、口腔領域の医療や介護の情報を提供することが必要である。



(図4) 在宅療養にかかわる職種の例

【参考図書】

{在宅医療}

- ・日本在宅医学会 テキスト編集委員会編：在宅医学、メディカルレビュー社、2008.3
- ・在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク編：在宅医療実践マニュアル 第2版、2006.9、医歯薬出版株式会社
- ・財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団：在宅医療テキスト、2006.6

{在宅歯科医療}

- ・(公社)日本歯科医師会：在宅歯科医療ガイドライン、2001.3
- ・箱崎守男、石井拓男、角町正勝編：医療連携による在宅歯科医療、ヒョーロン・パブリッシャーズ、2008.5
- ・(公社)日本歯科医師会・日本歯科総合研究機構：高齢者の口腔機能管理、2008.5

{基礎疾患}

- ・一戸達也、住友雅人編：患者さんの全身管理、2006、医歯薬出版、歯界展望 別冊
- ・金子 譲、一戸達也編著：計る・観る・読むモニタリングガイド、2004、医歯薬出版
- ・東京都立心身障害者口腔保健センター：障害者歯科医療ハンドブック、2003

{口腔ケア}

- ・金子芳洋他編：食べる機能を回復する口腔ケア、歯界展望別冊、2003、医歯薬出版
- ・植田耕一郎：脳卒中患者の口腔ケア、1999、医歯薬出版
- ・坂口英夫他編：多職種のための口腔ケア・期待される介護、2001、口腔保健協会
- ・加藤武彦編：口から食べることへの支援・要介護高齢者の口腔ケア、2002、環境新聞社
- ・鈴木俊夫監修：口腔ケア実践マニュアル、1994、日総研出版
- ・食べる機能の障害と栄養ケア、臨床栄養臨時増刊、2007.9、医歯薬出版
- ・(公社)東京都歯科医師会編：訪問口腔ケアマニュアル、1998.3
- ・(公社)東京都歯科医師会編：お口の健康は元気の近道、2007.3 など

{摂食・嚥下障害}

- ・金子芳洋、千野直一監修：摂食・嚥下障害リハビリテーション、医歯薬出版、東京、1998.
- ・才藤栄一：分担課題：摂食機能減退の診断法の開発 平成7年度厚生省・健康政策調査研究事業分担研究報告書「個人の摂食能力に応じた味わいのある食事内容・指導等に関する研究」（主任研究者：金子芳洋）、1992.43-52
- ・窪田俊夫、三島博信、花田実ほか：脳血管障害による麻痺性嚥下障害、総合リハ、10：271-276.1982.
- ・才藤栄一、水野雅康、小口和代、馬場 尊、菅沼宏之：摂食・嚥下障害への多方面アプローチ 摂食・嚥下リハビリテーション・アップデート 臨床リハ6：635-639、1997.

- ・葛谷雅文、秋下雅弘編集、菊谷武 口腔の問題（咀嚼障害）ベッドサイドの高齢者の診かた 南山堂、2008、東京

【参考文献】

- ・（公社）日本歯科医師会：在宅歯科医療ガイドライン、2001.3
- ・（公社）東京都歯科医師会：介護保険マニュアル、2000.9
- ・平野浩彦、本間昭、細野純 他、実践！認知症を支える口腔のケア、（財）東京都高齢者研究・福祉振興財団、2007.
- ・日本外科代謝栄養学会、日本静脈経腸栄養学会主催：NST 医師教育セミナー、議事録.
- ・日本病態栄養学会編：認定NSTガイドブック、メディカルビュー、2004.
- ・渡辺明治監修：小腸機能からみた 経腸栄養ハンドブック、メディカルビュー、2004.
- ・ASPEN：Clinical pathways and algorithms for dietary of parenteral and enteral nutrition support in adults 2002.
- ・菊谷 武、吉田光由、菅 武雄、渡邊 裕、藤本篤士、石飛進吾、田村文誉、赤川安正、森戸光彦、大井久美子、山根源之：栄養ケア・マネジメントにおける歯科の役割. 日歯医学会誌 2007；26：36-41

【資料提供】

- ・東京都調布市歯科医師会
- ・日本歯科大学附属病院 口腔介護・リハビリテーションセンター
- ・（一社）日本老年歯科医学会
- ・川本歯科

在宅歯科医療 実践ガイドブック
—かかりつけ歯科医としての役割—

登録番号 5 (000)

令和6年3月発行

発行 東京都保健医療局医療政策部医療政策課
〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8-1
電話 03 (5320) 4433
編集 公益社団法人東京都歯科医師会
制作 一世印刷株式会社