

訪 問 診 療

在宅歯科医療を
さらに高める

Clinical Questionsと
Questions&Answers

で

の

歯 科 臨 床

[編集] 戸原 玄 / 中川量晴 | [監修] 一般社団法人 日本老年歯科医学会

CQ

1-2

簡易な咀嚼機能の評価方法には どのようなものがあるか？

Recommendation

推奨文

咀嚼機能を簡易に評価する場合は、嚥下内視鏡（Videoendoscopy：VE）やサクサクテスト（Saku Saku Test：SST）を用いるとよい。

Explanation

解説文

背景

咀嚼能力を総合的に評価する単一の方法はないとされるが、咀嚼能力検査法としては、咀嚼試料により直接判定する直接的検査法と、咀嚼に関わる他要素から判定する間接的検査法がある¹⁾。直接的検査法としては、従来よりピーナッツなどの粉碎性のある咀嚼試料による篩分法²⁾（咀嚼試料の粉碎粒子の分布状態から判定する方法）、色変わりガム³⁾（食品の混合状態から判定する方法）、また近年保険診療として導入されたグミゼリー⁴⁾（咀嚼試料の内容物の流出量から判定する方法）などを用いる方法が挙げられる。その他、ポリエチレンフィルムを噛ませる方法（咀嚼試料の穿孔状態から判定する方法）もあるが、口に入れて咀嚼したものを吐き出すという行為自体が困難な患者にはそれらの方法は利用できない。他にも種々のアンケート調査（咀嚼機能判定表から判定する方法）などもあるが、患者や家族からの主観に頼るものなので認知面に問題がある場合には利用しづらい。

また、間接的検査法は、筋活動、咬合接触、咬合力等、咀嚼に関わる間接的な要素から判定するものである。

解説

上記の直接検査法は、食塊を吐き出す方法が主流なため、認知症などにより従命が困難な患者では咀嚼物を吐き出すなどの指示に従うことが困難な場合もあり、また歯科訪問診療での現場では実施自体が煩雑なものもある。一方、VEは専用の機材が必要ではあるものの、咀嚼から嚥下までの摂食嚥下機能を自然な流れで評価することができ、複雑な指示従命が不要という利点がある。VEでの咀嚼機能の評価には嚥下直前の食塊の粉碎度（細かく粉碎できているかの指標）、集合度（食塊のばらつき指標）、混和度（食塊の混ざり具合の指標）を用いる^{5,6)}（表1）。

間接的検査法の一つにSSTがある⁷⁾。患者にハッピーターン[®]（亀田製菓株式会社）の半量を摂取させ、患者正面から下顎の動きを評価する方法である。下顎運動が涙型または楕円に近い形であれば良好、下顎運動が縦に近い動きをしていれば不良と評価する（図

CQ
2-3歯科訪問診療で
症状のない残根歯は保存すべきか？

Recommendation

推奨文

残根歯は感染源になりうるので基本的には抜歯すべきであるが、全身状態や患者から治療への協力が得られるかなどを考慮する。

Explanation

解説文

背景

CQ2-2の「背景」と同じであるが、歯科訪問診療の対象となる要介護者の主な疾患は、認知症18.7%、脳血管疾患15.1%、高齢による衰弱13.8%、骨折・転倒12.5%、関節疾患10.2%となっている¹⁾。また菊谷らは、外来通院可能な高齢者で残根歯をもつ者は19.1%であったと報告している²⁾。歯科訪問診療の対象者におけるデータはないが、さらに多いと予想される。

解説

残根歯保存のメリットとしては、顎堤の吸収の防止に効果があり、義歯の安定性に貢献することが挙げられる³⁾一方、残根歯は感染源になりうるので基本的には抜歯が望ましい。特に歯科訪問診療の対象になる要介護高齢者では、歯周組織など口腔内の感染だけでなく、誤嚥性肺炎などの感染源になる可能性も高くなる。

したがって、全身状態や治療への協力が得られるか、服薬状況や担当医の意見などを考慮のうえで抜歯を検討するのが第一である。しかし、当然であるが抜歯はリスクを伴う観血的処置であるため、歯科訪問診療の現場では現実的には実施困難な場合も多い。例えば中期～終末期の認知症患者では協力が得られずに抜歯困難となりやすい。脳血管疾患患者では薬剤による出血性素因があるために抜歯を躊躇することはよくある(実際は局所止血のみで十分抜歯可能であるが)。そのような理由から、臨床的には残根歯を保存する場合は多々ある。保存する場合は、これも全身状態や治療への協力が得られるかにもよるが、根管処置や残根歯表面への充填処置、口腔衛生指導などの対応をしておくことが望ましい。根管処置や充填処置を実施する際には、口腔内で切削などの細かい作業が必要となるため、CQ2-2の解説にも挙げたとおり、水分の誤嚥に注意が必要である。それらの歯科治療も困難な場合は、残根歯に対して定期的に十分な口腔ケアを実施すべきである。

CQ

3-3

歯科訪問診療で口腔機能低下症の検査は実施すべきか？

Recommendation

推奨文

歯科訪問診療において、口腔機能低下症の疑いのある患者に対しては、口腔機能低下症の検査（口腔機能精密検査）の実施が推奨される。

Explanation

解説文

背景

口腔機能低下症の検査（口腔機能精密検査）は、口腔機能低下症の疑いのある患者に対して口腔機能低下症の診断を目的に実施するもの¹⁾であり、外来や訪問診療などの診療形態によるものではない。したがって、歯科訪問診療の患者で口腔機能低下症の疑いのある者に対しては、口腔機能精密検査の実施が推奨される。しかし、嚥下障害など、「機能低下」ではなく「障害」レベルの患者は、口腔機能低下症の対象とはみなされていないため、口腔機能低下症の診断が目的である口腔機能精密検査の対象とはならない。

解説

口腔機能低下症は、「加齢だけでなく、疾患や障害など様々な要因によって、口腔の機能が複合的に低下している疾患」¹⁾であり、嚥下障害などの口腔の機能障害となる手前の段階であるとされる（図12）^{2,3)}。

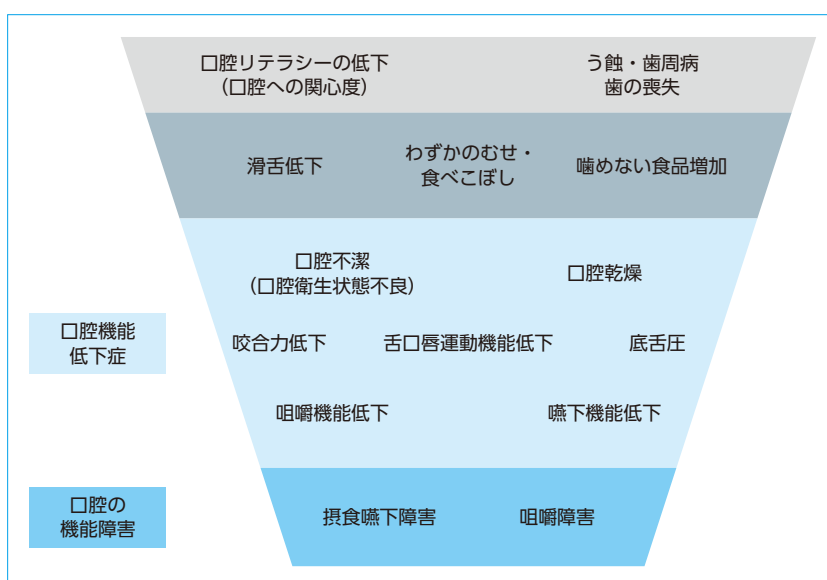


図12 口腔機能低下症の概念図⁴⁾

CQ 5-1

歯科訪問診療においてインプラント患者の全身状態に着目する際は、診療室でのインプラント患者と比較して、どのように異なるか？

Recommendation

推奨文

歯科訪問診療を必要とする患者の全身疾患は、インプラントの管理に支障をきたす可能性があるため、身体的および精神的な全身疾患の有無を十分に確認する必要がある。

Explanation

解説文

背景

歯科訪問診療を必要とする患者のほとんどが全身疾患を有している。また、インプラントのトラブルとして最も多いのが、口腔細菌の感染によるインプラント周囲炎であり、これに対しては良好な口腔衛生状態を維持できるかどうかが重要となる。すなわち、口腔内環境を悪化させ、口腔清掃状態に影響を与える全身疾患の確認が必要となる。

解説

外科的な処置を行う際には、特に心血管疾患、糖尿病、骨粗鬆症、悪性腫瘍などに注意が必要である。また認知症、パーキンソン病や関節リウマチなどの全身疾患や、口腔乾燥症はインプラントの維持に影響を与えるとされている¹⁾。ここでは、歯科訪問診療の場面で多く遭遇し、インプラントの維持に関係のある疾患を列挙する。

1) 認知症

インプラントの維持には患者の「協力度」は重要なファクターとなるが、認知症を有する患者では口腔ケアや歯磨きの意味が理解できなくなっている場合があるため、セルフケア、口腔ケア介助の状況などを確認する必要がある。判断能力の低下も考慮し、家族、キーパーソンにも介入の同意を得たうえで治療計画の立案・説明する。また、日常的な口腔ケアは患者だけでなく、介助者の協力を仰ぎ、こまめな情報交換にて情報共有を徹底する。

認知症の程度を把握するうえで、改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)、ミニメンタルステート検査 (MMSE) のスクリーニング検査^{2,3)} のスコアやFAST (アルツハイマー型認知症の病状ステージ分類) は参考となる。

2) パーキンソン病

パーキンソン病の患者では、振戦、筋拘縮の症状よりセルフケアが困難になり、口腔衛生状態が不良になる。また、インプラントの生存率も一般集団より低いとの報告があ

CQ
6-3終末期に生じやすい口腔内の問題には
どのようなものがあるか？

Recommendation

推奨文

口腔乾燥が高率に生じ、その他にも多数の口腔内合併症が生じる。

Explanation

解説文

背景

がん終末期で生命予後が28日未満だと、それ以上の生命予後の群と比較して有意に口腔乾燥、舌炎、口腔粘膜の出血点の存在が多く認められたとの報告がある¹⁾。また、がん終末期の死亡前の口腔合併症の推移を調査した他の報告では、死期が近づくにつれ口腔清掃状態が不良になる率が高くなり、口腔乾燥の症状が多く認められ、歯科による口腔ケアの必要性が増加していると報告している²⁾。老衰・認知症等の終末期については、終末期の期間の定義がはっきりしていないこともあり、口腔内環境の推移については不明であるが、やはり死期が近づくると口腔乾燥が著明になり、剥離上皮膜や喀痰の口腔粘膜への付着が認められやすいことは臨床的によく知られている。

解説

がん終末期患者の口腔内環境は悪化しやすいことが知られている。貧血、低栄養、がん性悪液質などさまざまな原因による全身状態の悪化と、オピオイド、ステロイドの投与などの治療の影響で、口腔乾燥、口内炎、義歯の不適合、口腔カンジダ症などの症状が出現することがある。また、死期が近づくると自力で口腔衛生状態を良好に保つことが困難となり、口腔ケアを行わないと状況がますます悪化してしまう。一方、老衰や認知症などの非がんの終末期も口腔乾燥が生じやすいことが知られている。摂食嚥下機能や意識レベルが低下し、経口摂取量の低下や発語がなくなることで、口腔の動きが少なくなったり、刺激が入らなくなることで唾液の分泌が促されなくなったり、常時開口の状態となったり、口呼吸となることなどが原因である。さらには自力で口腔衛生状態を良好に保つことが困難となり、口腔ケアを行わないと状況が悪化してしまうことはがん終末期と同様である。したがって口腔ケアの実施が重要となる。

文献

- 1) Matsuo K, Watanabe R, Kanamori D, et al. Associations between oral complications and days to death in palliative care patients. Support Care Cancer. 2016 ; 24 (1) : 157-161.
- 2) 岩崎静乃, 大野友久, 森田達也, ほか. 終末がん患者の口腔合併症の前向き観察研究. 緩和ケア. 2012 ; 22 : 369-373.