

在宅等療養者の口腔機能維持管理のための
地域連携ガイドライン

大 阪 府
大阪府歯科医師会

はじめに

我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を現役世代3人で支えており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える超高齢社会になると想定されています。このような社会では、いかに健康で長生きできるかが重要なテーマになるとともに、介護や医療のサービスを受けながら暮らしていく高齢者が多くなることが見込まれます。

要介護者の方が日常生活において最も楽しみにしていることは、要介護度の程度に関わらず「食事」といわれています。また、「家族との団らん」や「行事への参加」を楽しみにされている方も多く、質の高い生活を送る上で、「食べる」「噛む」「飲み込む」「話す」等の口腔機能は、基本的かつ重要な役割を担っているといえます。また、これまでの調査や研究によれば、「食べる」「飲み込む」などの機能の維持・向上は栄養改善につながることで、口を清潔に保つことは誤嚥性肺炎の予防が期待できること、「噛む」ことは脳を刺激し老化防止につながることで、奥歯に力を入れることにより姿勢が制御され転倒防止につながることで等が示されており、看護や介護の領域においても口腔機能の維持・向上の重要性が認識されつつあります。

一方、病院、施設、在宅等での療養者は、基礎疾患を有していたり、介護を必要としていることが多く、関係職種の方には全身状態や全身疾患への理解はもちろんのこと、口腔機能に関する相互理解や情報共有による他職種とのチームアプローチも求められています。

そこで本府では、医療・介護・福祉等のサービス提供に関わる従事者が、口腔機能の維持・向上に意を用い、高齢者が身近な地域でいつまでも生活できるよう支援するための体制を整備する一助とするため、この度、「在宅等療養者の口腔機能維持管理のための地域連携ガイドライン」を作成いたしました。作成にあたっては検討会やワーキングを通じて検討を重ね、地域連携を進める上で必要となる基礎知識や連携の具体的事例を、それぞれの職種の方の専門的観点から丁寧に分かりやすくご執筆いただきました。本ガイドラインを御活用いただき、連携がより一層推進することを願っています。

最後に、本ガイドラインの作成にご尽力、ご協力いただきました大阪府歯科医師会をはじめとする関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

平成25年3月
大阪府健康医療部長 高山 佳洋

はじめに

大阪府歯科医師会は、大阪府地域医療再生計画に基づく平成24年度「医科・歯科・介護連携強化事業」への取り組みとして、大阪府からの委託を受け、関係各位の協力のもと、検討会、各種ワーキングを開催し、実態調査の後、啓発リーフレットとともに口腔機能維持管理の推進のためにこのガイドラインを作成いたしました。ガイドラインの作成にあたっては在宅介護・療養に関わる多職種の方々に参加していただき、検討会やワーキングを通じて、日常療養場面での課題や問題点を話し合い、きめ細かなガイドラインの作成を行ったものであります。

超高齢者社会の我が国の歯科医療は「生活を支える医療」といわれており、在宅療養者の口腔機能維持管理は、その意味するところが最も的確にあてはまる分野であると考えられます。そして在宅療養者の健康寿命、QOLの向上等に直接結びつくと考えられる口腔機能維持管理が、より実践的で説得力のある目標になるためには、それを具体化するための方法論が欠かせません。本ガイドラインは口腔機能維持管理の重要性を出発点に、その目標に向かっての地域医療連携の概念、具体的な方法論にまで踏み込んでおり、今まさに、在宅歯科医療の現場に求められている知識と実践方法が網羅されている構成となっております。

大阪府歯科医師会は長年在宅歯科診療の充実に取り組んでまいりました。現在、在宅歯科医療連携室において、在宅歯科医療での医科や介護等の他分野との連携を図れるよう相談窓口を設置しています。また府内のすべての郡市歯科医師会には在宅歯科診療のための窓口があります。そして在宅療養者の口腔機能維持管理にも、地域に広く展開し、地域歯科医療の中心を担ってきた会員開業歯科医の果たすべき役割は今後も大きいと考えます。たとえば大阪府が進められてきた「かかりつけ歯科医」と在宅療養者との連携強化は今後も重要な課題であると考えます。そのような連携の中で、本ガイドラインは大いに役立つ内容になっていると考えます。

最後に本ガイドラインの作成にご尽力された、関係各位のご努力、ご協力に深く感謝申し上げますとともに、在宅療養者の口腔機能維持管理を成し遂げて行くために、本書が広く地域医療の中で活用されることを期待します。

平成25年3月
大阪府歯科医師会
会長 太田 謙司

発刊にあたって

この度、大阪府歯科医師会では、医科・歯科・介護連携強化事業の一環として、在宅等療養者の口腔機能維持管理のための『地域連携ガイドライン』を作成致しました。

「医科・歯科・介護連携強化事業」は、大阪府歯科医師会が大阪府の委託を受け、医科・歯科・介護の連携を強化することにより療養者の医療情報を共有するとともに、療養生活を支援するための体制整備を目指す事業です。

一昨年（2012）年の8月に歯科口腔保健の推進に関する法律『歯科口腔保健法』が施行されました。障害者・介護を必要とする高齢者その他の者であって定期的に歯科医療を受けることが困難なものが、定期的に歯科医療を受けることができるようにするため、必要な施策を講ずるものとするのが認められました。さらに、歯科口腔保健に資するよう、医師その他歯科医療等に関連する業務に従事する者との緊密な連携を図りつつ、適切にその業務を行うとともに、国及び地方公共団体が歯科口腔保健の推進に関して講ずる施策に協力するよう努めるものとするが定められ、医科－歯科連携の重要性は顕著になったといえます。しかし、医療と介護の連携における課題としては、各職種間の相互の役割・機能の理解不足という問題点につきます。その背景には医療・介護関係者の言語の少なさにより、医療関係者が介護に関する情報を十分に持ち合わせていないことにあり、在宅に関わる職種全体をまとめる機関を明確にする必要性も鑑みられます。そこで、大阪府歯科医師会が中心となって歯科医師を含む他職種の方々にもご活用いただけるように、介護を必要とする高齢者や障害者の口腔機能維持管理のための地域連携ガイドラインを作成いたしました。

本ガイドラインは大阪府医師会、大阪府薬剤師会、大阪府栄養士会、大阪府看護協会、大阪府歯科技工士会、大阪府歯科衛生士会、大阪介護支援専門員協会、地域包括支援センター関係、大阪府保健所、大阪府福祉部高齢介護室および大阪府健康医療部保健医療室の、また、大学関係者や、大阪府歯科医師会より構成されたワーキング委員によって作成され、医療・介護に携わっているそれぞれの立場から詳細に執筆を頂き、情報を共有できる非常に内容の濃いガイドラインとなりました。

本書は、在宅医療に携わっておられるさまざまな職種の方々に口腔維持管理の重要性をより理解して頂くために日々活用して頂ければ幸いです。

平成25年3月
医科・歯科・介護連携強化事業検討会
委員長 小正 裕

目 次

第 1 章	在宅等療養者の口腔機能維持管理のための地域医療連携の概念	1
1	口腔機能維持管理のための口腔ケアの重要性	1
(1)	歯科疾患の予防	
(2)	全身疾患への効果	
(3)	摂食・嚥下障害の改善	
(4)	身体機能、精神機能の改善	
(5)	入院患者に対する口腔ケアの効果	
(6)	周術期口腔機能管理について	
2	在宅等療養者の口腔機能維持管理のための地域医療連携の意義	9
(1)	在宅医療に関する国の動向	
(2)	地域包括ケアシステムと地域医療連携	
(3)	医療と介護の連携における課題	
(4)	要介護者の口腔保健状態と歯科治療の必要性	
(5)	連携の具体的方法（案）	
第 2 章	在宅等療養者へのアプローチの実際（関係団体・機関の取組みを中心に）	15
1	在宅医療の実際	15
(1)	はじめに	
(2)	大阪府保健医療計画における在宅医療への取組み	
(3)	大阪府における在宅医療の課題	
(4)	日本医師会が在宅医療推進において国事業及び府事業で実施している取組み	
(5)	大阪府医師会が在宅医療推進において国事業及び府事業で実施している取組み	
(6)	2025年の地域包括ケアシステムの姿	
(7)	在宅等医療の現状	
	＜歯科からのコメント＞	
2	在宅歯科医療の実際	20
(1)	在宅歯科医療の実際と留意点	
(2)	大阪府歯科医師会の取組み	
3	訪問看護の実際	23
(1)	在宅医療と訪問看護	
(2)	訪問看護の利用者	
(3)	訪問看護師の役割	
(4)	申込みから利用までの流れ	
(5)	訪問看護サービスの内容	
(6)	訪問看護を受ける場合	
(7)	訪問看護の仕組み	
(8)	在宅療養者に対する看護師の役割 ～口腔ケアの重要性～	
	＜歯科からのコメント＞	

4	専門的口腔ケアの実践	28
	(1) 口腔ケアの重要性	
	(2) 専門的口腔ケアの目的	
	(3) 専門的口腔ケアの実施の流れ	
	(4) 専門的口腔ケアの実践	
	(5) 社団法人大阪府歯科衛生士会の取り組み	
5	薬剤師によるアプローチ	35
	(1) はじめに	
	(2) 在宅医療における薬剤師の業務	
	(3) 服薬能力・身体状況に応じた服薬支援	
	<歯科からのコメント>	
6	管理栄養士・栄養士によるアプローチ	37
	(1) はじめに	
	(2) 在宅での管理栄養士・栄養士の業務	
	(3) 「在宅訪問管理栄養士」制度（日本栄養士会認定）	
	(4) 社団法人大阪府栄養士会に栄養相談窓口を開設	
	<歯科からのコメント>	
7	介護サービスについて	43
	(1) 介護支援専門員の役割	
	(2) 介護サービスの流れ（ケアマネジメントの過程）	
	(3) 関係機関との連携～さまざまな連携の形態とその必要性～	
	(4) 医療との連携	
	(5) ケアマネジャーが関わる口腔ケアサービスについて	
	(6) 地域包括支援センターの役割	
	(7) 社団法人大阪介護支援専門員協会の取り組み	
	<歯科からのコメント>	

第3章 連携の方法について 51

1	歯科医療の地域連携イメージ（図）	51
2	具体的事例	55
	【事例1】脳梗塞発症後の自宅療養中、訪問歯科診療を契機として、在宅ケアサービスが効果的にコーディネートされた事例	
	【事例2】長期間経口摂取がない胃ろう造設者で、口腔ケアも受けておらず遷延性の意識障害を有する患者に対し、訪問歯科診療を契機として摂食・嚥下療法が行われ廃用性変化が改善された事例	
	【事例3】胃ろう造設者で主治医から「再度、口から食べることは困難」とされていたが、摂食・嚥下の訓練に取り組み、胃ろう除去に成功し、再び経口摂取可能となった事例	
3	連携のためのツール	60

第4章 口腔機能管理における医科・歯科・介護連携のための連携ツール	63
---	----

第5章 連携のための基礎知識	65
----------------------	----

1 在宅等療養高齢者を理解するための基本的事項	65
(1) 平均寿命と健康寿命	
(2) 加齢による身体的変化	
(3) 加齢による口腔機能の変化	
(4) 加齢による知的機能と精神心理の変化	
(5) 高齢者と薬剤	
(6) 栄養ケア・マネジメント（低栄養評価）	
2 高齢者の疾病について	82
(1) 老年症候群・自立を障害し要介護となる疾病について	
(2) 廃用症候群について	
3 高齢者における歯科疾患の特徴	85
(1) う蝕（むし歯）	
(2) 歯周病	
(3) 義歯（入れ歯）不適合	
(4) 口腔軟組織の廃用	
(5) 唾液分泌障害・口腔乾燥症	
(6) 味覚障害	
(7) 口臭	
(8) 顎関節脱臼・拘縮	
(9) 摂食・嚥下障害	
(10) 構音障害	
4 摂食・嚥下障害を引き起こす疾患の基礎知識	93
(1) 脳血管障害	
(2) 認知症	
(3) 神経筋疾患（パーキンソン病・ALS・多系統萎縮症）	
(4) その他	

第6章 参考資料	100
----------------	-----

参考資料(1) バイタルサイン

参考資料(2) 嚥下障害を来す可能性のある薬剤

参考資料(3) 各専門職が使用しているアセスメントツール

参考資料(4) 医科・歯科・介護連携に向けたアンケート 調査結果（一部抜粋）

参考資料(5) 医科・歯科・介護連携強化事業研修会 受講者アンケート結果（速報結果の一部抜粋）

第1章 在宅等療養者の口腔機能維持管理のための地域医療連携の概念

はじめに

今回のガイドラインにおける対象者は、在宅及び、福祉・介護施設等において、医療、介護サービスを必要とする者とし、以下これらを称して「在宅等療養者」といいます。

また、このガイドラインでは、摂食、咀嚼、嚥下に関する障害を「摂食・嚥下障害」と記載しています。

1 口腔機能維持管理のための口腔ケアの重要性

平成24年版高齢社会白書によりますと、わが国の平成23年における65歳から74歳（前期高齢者）人口は1,504万人で総人口に占める割合は11.8%、75歳以上（後期高齢者）人口は1,417万人で総人口に占める割合は11.5%であり、これを合計した65歳以上人口の割合である高齢化率は実に23.3%となっています。このような超高齢社会において介護を必要とする方の数も増加の一途をたどり、自宅や施設等で介護を受け、医療サービスを必要とした場合に何らかの事情で医療機関に受診することが困難ないわゆる在宅等療養者に対する在宅医療の提供体制の確立の必要性が高まっています。

また、在宅等療養者において食事に問題を抱えている方が多くおられたため、義歯を中心とした訪問歯科診療が行われるようになりましたが、その後のさまざまな研究や取組みにより、口腔機能を適切に維持管理することが生活の質を向上させるとともに良好な全身状態の維持にもつながることが分かってきました。

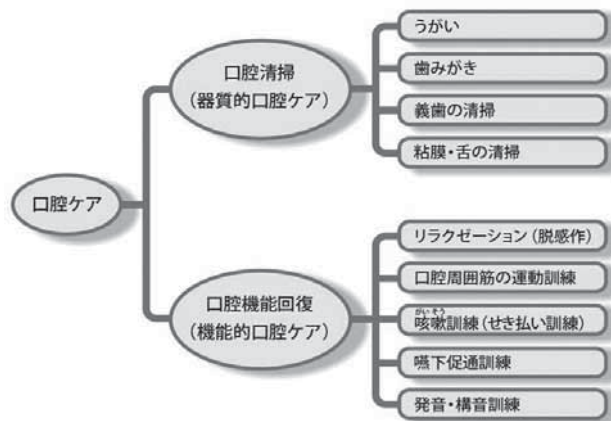
また、訪問歯科診療を通じて在宅等療養者の口腔清掃状態が非常に悪い場合が多いことが明らかとなり、う蝕（むし歯）や歯周病等の歯科疾患の治療と予防のための口腔ケアが行われるようになりましたが、その後のさまざまな研究により、口腔ケアが単に口腔の清掃と歯科疾患の予防のみならず、口腔機能の向上に寄与することが明らかになってきました。山中は口腔ケアを「口腔の疾患の予防、健康の保持・増進、リハビリテーションにより生活の質（QOL）の向上を目指した科学であり技術である」と定義しました¹⁾が、現在その概念は大きく広がり、未だ統一した定義はありません。現在の一般的捉え方として、口腔ケアは自分自身や介護職、看護職の介助によって行われるセルフケアと歯科医師、歯科衛生士等によるプロフェッショナルケア（専門的口腔ケア）に分類されています（表1）。また、これとは別に口腔ケアの目的により分類する捉え方として、口腔清掃を中心とする器質的口腔ケアと口腔機能回復を目的とする機能的口腔ケアに分類する場合があります（表2）。いずれにしてもこれらがうまく組み合わせられることにより、より一層口腔ケアの効果が高まります。ここでは、口腔ケアの効果について紹介します。

表1 セルフケア－プロフェッショナルケア

セルフケア ●適切な歯ブラシや歯間清掃用具を選択し、すみずみまできれいに清掃する ●むし歯を引き起こす甘味食品の量を制限し、栄養バランスのとれた食事をよく噛んで食べる ●全身のリラクゼーションを心がけ、顔面、口腔をよく動かし、摂食・嚥下のための良好な口腔機能を保つ ●フッ化物入り歯みがき剤を使用し、むし歯予防に役立たせる ●定期的に歯科健診を受ける プロフェッショナルケア（専門的口腔ケア） ●むし歯、歯周病の状況を診て、全身状態、口腔内の状況に合った適切な口腔清掃のアドバイス ●日常的には清掃できない部位の専門的歯面清掃 ●口腔機能の維持、回復を図る機能的口腔ケア ●食介護への支援 ●フッ化物洗口など、予防に関係する薬剤の紹介と正しい使い方の指導

〔はじめよう口腔ケア、財団法人8020推進財団〕

表2 器質的－機能的口腔ケア



〔はじめよう口腔ケア、財団法人8020推進財団〕

(1) 歯科疾患の予防

1) う蝕（むし歯）の予防と進行の抑制

う蝕は、口腔内常在細菌であるミュータンス連鎖球菌等の細菌が糖代謝の過程で産生する酸により歯質が限局的かつ進行性に破壊されて生じる疾患です。口腔内常在細菌は歯の表面に付着し、細菌とその代謝産物などの重合体となったバイオフィルムである歯垢を形成します。この歯垢を機械的に除去することは、う蝕の予防と進行の抑制に大変有効です。²⁾

2) 歯肉の炎症改善

歯肉の炎症による出血や腫れ、歯を支える骨（歯槽骨）の破壊による歯の動揺や喪失を起こす歯周病は、歯周ポケットに存在する嫌気性グラム陰性菌の感染症と考えられています。²⁾ 日常のセルフケアとプロフェッショナルケア（専門的口腔ケア）による歯垢や歯石の除去（プラークコントロール）は、歯周病治療の根幹であり、専門的口腔ケアを行い歯垢を除去することにより歯肉の炎症を効果的にコントロールすることができます。³⁾ 近年、糖尿病をはじめとする全身疾患と歯周病との関連性が指摘されていることから、歯周病の治療や、適切な口腔清掃・口腔衛生管理を行うことは、全身の健康管理という観点からも効果的といえるでしょう。また、喫煙者は歯周病が悪化しやすく、また、治療を行ってもその効果が現れにくいことも指摘されており、生活習慣にも気を配ることはとても大切です。

(2) 全身疾患への効果

1) 誤嚥性肺炎の予防

誤嚥性肺炎と口腔ケアに関しては米山らによる報告が大変有名です。特別養護老人ホーム入所者366名を口腔ケアを行う群と行わない群に分け2年間の追跡調査を行ったもので、口腔ケア群は、図1、図2に示すように、発熱発生率、肺炎発症率が有意に減少し、口腔ケアを行う期間が長くなるにつれその差が大きくなるという結果が得られました。これによって、口腔ケアが誤嚥性肺炎を減少させることが明らかになりました。⁴⁾

また、歯科衛生士による長期のプロフェッショナルケアが、高齢者の咽頭細菌を減少させること⁵⁾、また要介護高齢者の歯垢に肺炎起炎菌が検出されること⁶⁾から口腔ケアが誤嚥性肺炎の予防にも有効であることが明らかになっています。

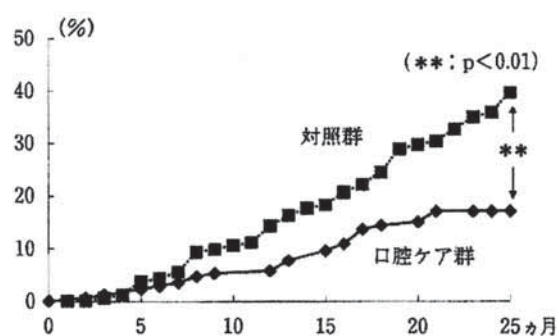


図1 期間中の発熱発生率

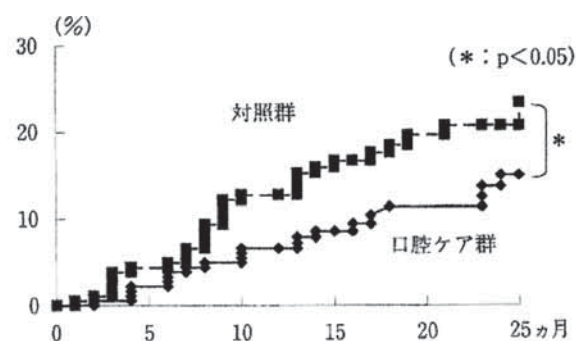


図2 期間中の肺炎発症率

2) 胃瘻造設後の感染および誤嚥性肺炎予防

胃瘻は経口摂取が困難な患者に対する栄養管理を行う上で大変有効な方法です。胃瘻が必要な患者は必然的に摂食・嚥下障害を有する患者であり、口腔機能が低下し清掃状態が不十分である場合が多いの

で、胃瘻を造設する経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）を行う際、術前に口腔ケアを行うことにより術後の発熱を減少させるとともに⁷⁾⁸⁾、瘻孔部術後感染率も低下させることが可能です。⁸⁾ また、いうまでもなく胃瘻造設後の口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防は不可欠です。⁹⁾

3) インフルエンザの予防

高齢者において、インフルエンザの罹患率自体は高くないものの、死亡率が他の年齢層に比べて高く、特に80歳以上は要注意です。これは、加齢による免疫力低下や合併症を多く持っていることが要因と考えられており、インフルエンザの予防は大変重要ですが、口腔ケアがその予防に有効であることがわかってきました。¹⁰⁾¹¹⁾ 口腔・咽頭細菌は、様々なプロテアーゼやノイラミニナーゼを産生し、インフルエンザウイルス感染を助けることが知られており、口腔ケアによってこれらの活性が下がることが機序と考えられています。

4) その他の全身疾患と口腔細菌との関係

口腔細菌は血液に入り込み、細菌性心内膜炎の原因菌となりえますが、その他、動脈硬化などの循環障害にも関与することも分かっています。また、口腔細菌の内毒素により誘導される炎症性サイトカインが、糖尿病や肥満、高脂血症、骨粗鬆症などの疾患に影響を与えることも明らかになってきています。口腔ケアにより口腔内の細菌を管理すること、すなわち、口腔衛生管理は全身の健康に寄与します。¹²⁾

(3) 摂食・嚥下障害の改善

器質的口腔ケアによる口腔に対する機械的刺激は、摂食・嚥下障害の症状や障害部位に関わらず非特異的に嚥下に好影響を与えるリハビリテーションであり、また機能的口腔ケアは摂食・嚥下障害の間接訓練の中心的役割を果たしており、¹³⁾ これらによる機能回復は、誤嚥性肺炎の予防にもつながります。実際、機能的口腔ケアによって血清アルブミン値が上昇し栄養状態の改善につながることが確かめられています。¹⁴⁾¹⁵⁾

(4) 身体機能、精神機能の改善

歯科医療従事者は、寝たきりの高齢者に専門的口腔ケアを行うことにより、意識レベルが上がり身体能力が改善する事例をよく経験します。口腔機能とADL、認知機能、栄養状態には相関関係があることがわかっており¹⁶⁾、専門的口腔ケアがADLや認知機能の改善につながるという報告もあり³⁾¹¹⁾¹⁷⁾、在宅等療養者のQOLの維持に寄与できると考えられます。

(5) 入院患者に対する口腔ケアの効果

介護施設等における口腔ケアの有効性が明らかとなり、また2003年の米国CDC（Centers for Disease Control and Prevention）の院内肺炎予防ガイドラインにおいてその予防策として急性期病院等における口腔ケアが明記されました。これによって入院患者に対する口腔ケアの重要性は広く理解されるようになり、多くの病院において取り組まれるようになりました。日本でも、平成24年度の診療報酬改定においては周術期口腔機能管理料が新設され、入院手術を必要としたり、がん化学療法を受ける患者への歯科の取

組みが評価されるようになり、今後ますます口腔ケアにおける医科と歯科との連携が注目されと考えられます。

1) 経口気管挿管患者の管理

口腔ケアの人工呼吸器関連肺炎（ventilator-associated pneumonia:VAP）予防に対する効果は未だ十分なエビデンスはありません。しかし、日本集中治療医学会がVAPバンドル作成の際に評価を行うなど、ICUで経口挿管され人工呼吸管理された患者に対する口腔ケアの効果の可能性に対する認識は広がりつつあり、その取組み¹⁸⁾も始まっています。また、予定手術後にICUにおける呼吸管理が予定される食道癌患者に対し、手術前に専門的口腔ケアや応急的歯科治療により菌垢を完全に除去する術前プラークフリー法¹⁹⁾を行うことが、VAPを含む術後肺炎予防に有効である²⁰⁾²¹⁾ことから、手術後にICU管理が予定されている患者に対する術前の口腔管理は大変重要であると考えられます。

2) がん治療における口腔ケアの効果

① 頭頸部がん

大田は、同一の形成外科医師が口腔ケアプログラムを持たない病院で行った頭頸部がん再建手術35症例と術前、術中、術後に口腔ケアを行う病院で行った手術56症例を比較し、図3に示すように術後合併症率は口腔ケアを行った場合が有意に低下し、代表的な全ての合併症の発症抑制に効果があることを報告しています（図4）。多変量解析により口腔ケアを行った場合と行わなかった場合と比較することにより合併症の発症リスクが1/7に減少すること、また経口摂取開始日数が約6日短縮できることも明らかとなりました。²²⁾他に、山崎らは頭頸部がん再建手術症例患者に対し、病院外の開業歯科医と病診連携による術前口腔ケアを行ったところ、局所の創部感染が著明に改善したと報告²³⁾しており、頭頸部がん治療において口腔ケアは欠かすことのできないものとなっています。

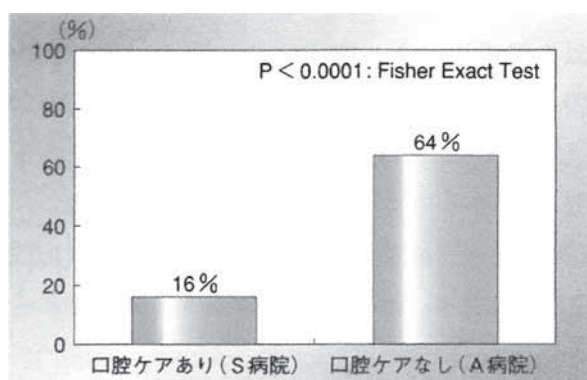


図3 術後合併症率（単変量解析）

	S病院 (N=56)	A病院 (N=33)
瘻孔形成	3例 (5.3%)	5例 (15.1%)
創部感染	3例 (5.3%)	7例 (21.2%)
皮弁壊死	0例 (0.0%)	3例 (9.0%)
肺炎	0例 (0.0%)	3例 (9.0%)
その他	3例 (5.3%)	3例 (9.0%)
合計	9/56例	21/33例
	16.1%	63.6%

図4 術後合併症の内訳

② その他のがん

食道がんのうち特に胸部食道がんの切除、再建は手術範囲が広く、術後の肺炎や創部感染などの感染性合併症の頻度が高いため、かねてより口腔ケアの必要性が指摘されています。食道がん手術患者に対する口腔ケアの効果について、術後肺炎を減少させることが可能であるとの報告や²⁰⁾²¹⁾、摂食嚥下機能の維持管理が可能な多職種チームアプローチによる専門的口腔ケアの実施により、誤嚥性肺炎の減少、退院時経口摂取量の増加、在院日数の短縮がなどの効果が期待できるとの報告もあります。²⁴⁾

また、大西らは、消化器外科と泌尿器科手術患者を対象として看護師、歯科衛生士などを中心とした口腔ケアのチームアプローチを行い臨床的に周術期の口腔ケアの有用性を検討しました。この結果、術後の熱発症例数が減少し、胃がん（幽門側切除）、大腸がん、前立腺がん（恥骨後式全摘）手術患者において術後在院日数が短縮されました（図5）。また胃がんにおいては術前の口腔衛生状態が不

良であれば術後の在院日数が増加するという相関関係が認められ、急性期病院の経営面から、在院日数の短縮をもたらす口腔ケアの有用性を指摘しています。²⁵⁾ なお、地域で連携し、周術期口腔機能管理に取り組んでいる事例もあります。詳しくは下記「(6)周術期口腔機能管理について」をご覧ください。

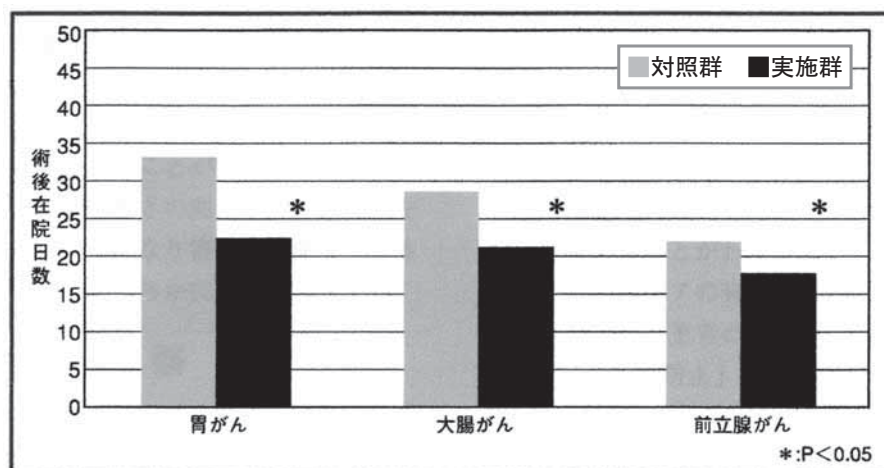


図5 周術期口腔ケア実施に伴う術後在院日数の変化

③ がん化学療法等

がん化学療法に付随して、口腔粘膜炎、口腔感染、カンジダ症、ヘルペス感染、味覚障害などの口腔内症状が認められることが多く、きめ細やかな対応が、がん化学療法等の完遂のためにも必要となります。がん化学療法患者の約40%に発現する口腔粘膜炎は、重症化すると経口摂取が困難となり抗がん剤の減量や投与中止を余儀なくされる場合もあります。口腔粘膜炎自体を予防することはできませんが、浅井らは、がん化学療法・放射線療法時に口腔衛生保持、口腔内保湿、疼痛緩和を目的とした専門的口腔ケアを実践し²⁶⁾、このような取り組みにより口腔粘膜炎のグレード低下や疼痛の減少などの効果が認められるようになっていきます。²⁷⁾

3) NST における口腔ケア

摂食・嚥下障害を有する患者に対する栄養サポートチーム (Nutrition Support Team; NST) へ歯科が参加し、口腔機能評価と専門的口腔ケアを担当する取組みは現在では広く行われ、口腔環境の改善と機能回復に寄与しています²⁸⁾。

このように、口腔ケアの有用性が徐々に明らかになり、さまざまな取組みがなされるようになり、いわゆるオーラルマネジメントの必要性が大きくなってきました。オーラルマネジメントとは、「器質的口腔ケア」「ケアを実施しやすい環境を整備・提供するための歯科治療」「機能的口腔ケア」「患者・家族への口腔保健指導」の4本柱からなり、ケアの必要性・難易度・緊急性などを考慮して総合的に判断し、多職種連携の構築やその調整を行うことです²⁹⁾。口腔機能維持管理が必要とされる事例に対し、歯科保健医療関係者がどのように関わっていくのかについては課題もありますが、職種間の相互理解に努め、患者を支えることが大切です。

(6) 周術期口腔機能管理について

1) 周術期口腔機能管理

平成24年度の診療報酬改定で、周術期口腔機能管理料が新設されました。周術期口腔機能管理とは、

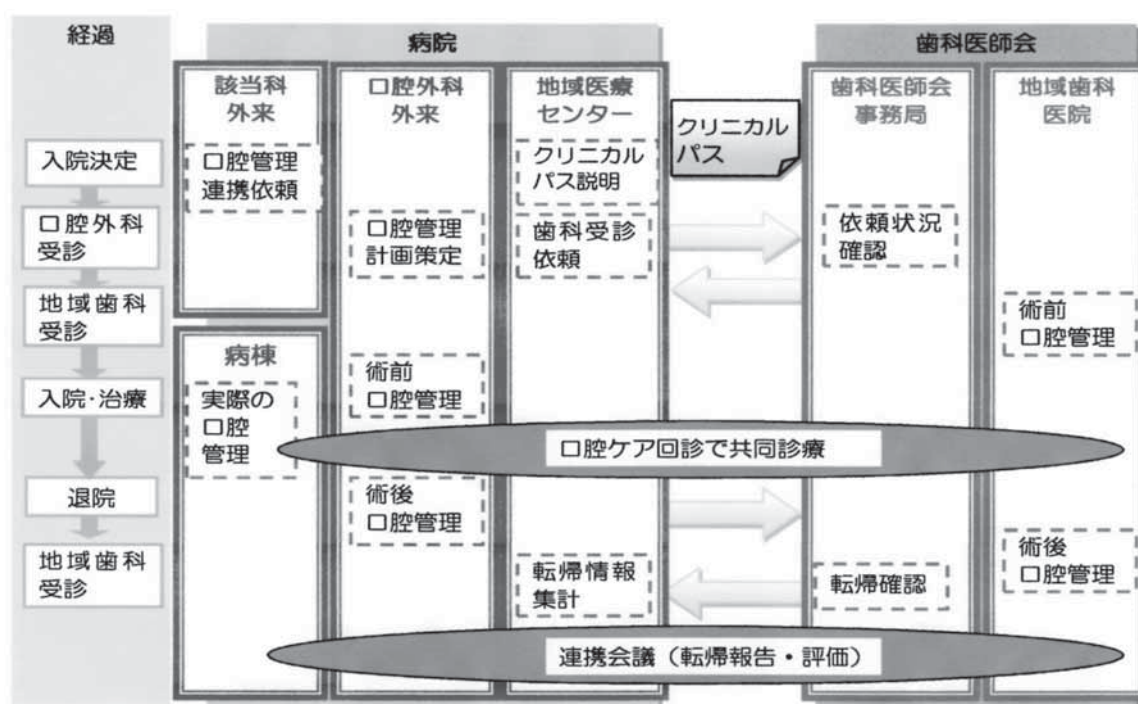
手術・治療による合併症を最小限にすることを目的とした、歯科医師による包括的な口腔機能の管理です。

周術期（手術・化学療法など）には、治療の影響や全身状態の悪化により、口腔内に潰瘍や汚染などの口腔の合併症が発生しやすくなります。その結果、誤嚥性肺炎等の合併症や、疼痛による苦痛が生じる上に、経口摂取困難や生活の質の低下が問題になります。術前から歯科が予防的に介入することで、治療による口腔の合併症を最小限にし、術後も口腔機能管理を継続することで口腔機能を維持することができます。また、気管内挿管時の歯折・脱落等のリスクも軽減します。そのためには、医科と歯科の連携、他職種連携、基幹病院と地域歯科の連携により、包括的な口腔機能管理を行う必要があります。

2) 口腔機能管理連携システムの構築（市立岸和田市民病院と岸和田市歯科医師会の場合）

- H23年 8 月 『歯科口腔保健の推進に関する法律』が成立したことをうけ、周術期口腔機能管理連携システム構築を目的として連携会議を開始し、月 1 回実施
- H24年 3 月 岸和田市と岸和田歯科医師会の医科・歯科連携事業に関する協定書交付
- H24年 4 月 全身麻酔下の手術や放射線治療・化学療法を行うがん患者を対象に口腔機能管理地域連携を開始
- H24年 8 月 医療機関同士の情報共有と患者への説明内容をわかりやすくする目的で、連携システムをクリニカルパスによる運用に変更

3) 口腔機能管理地域連携システム



※ 入院決定から退院後まで、時系列で示しています。

※ 連携歯科医院は、岸和田市歯科医師会所属かつ市立岸和田市民病院の登録医です。

4) 連携会議の内容と結果

① 現状の分析

市立岸和田市民病院の周術期における口腔機能の問題点と、市民の口腔衛生の現状を洗い出し、口腔管理の目的について共通認識しました。

② 連携システムの構築

各施設や部門、所属団体の役割について検討し、それぞれが円滑に連携できるようシステムを構築し詳細に図式化しました。

③ 事例検討・連携システムの評価

口腔管理地域連携の対象患者の症例について、経緯と診療の状況や転帰を確認し、実際に口腔管理が効果的であるかを評価しています。

④ 口腔ケアリンクナースを配置

入院中のシステム運用を行っていく上で、病棟看護師が連携システムについて周知する必要があります。また、入院中の口腔ケアは病棟看護師が実施者で、看護師が行う口腔ケアの質向上が求められます。そこで、各病棟にリンクナースを配置し、各科の状況にあった対策を立てることにしました。

⑤ 口腔ケア回診報告

口腔外科医師、歯科衛生士、摂食・嚥下障害看護認定看護師が週1回口腔ケア回診を行い、月1回岸和田市歯科医師会の地域歯科医師が参加し共同診療を行っています。地域歯科医師が、実際に治療中の患者の診察を行うことで、口腔の変化の経過を知ることができています。回診に参加した歯科医師より退院後の口腔機能管理の質向上につながっているとの意見が多く、共同診療は効果的と言えます。

⑥ マニュアル作成

入院前から退院後まで一貫した口腔管理が行われるよう、口腔機能管理の方法や口腔ケア物品の統一とマニュアル化に向けて検討を行っています。

⑦ 啓発活動

口腔機能管理の必要性について、市民向けのポスターを作成し、講演会を実施しました。また、市立岸和田市民病院の職員や岸和田市歯科医師会の所属歯科医師を対象に、研修会を実施しました。

5) 具体的症例

ビスフォスホネート使用予定の前立腺がんの患者に対し、口腔管理地域連携パスを適応しました。術前に地域歯科医師が診察した結果、治療の副作用である顎骨壊死が懸念されました。抜歯処置の妥当性を市立岸和田市民病院の口腔外科医師・泌尿器科医師と検討し、患者の同意のもと治療日程を調整し、抜歯処置をした後、がん治療を行いました。

6) 周術期口腔機能管理における連携のコツ

口腔機能管理地域連携システムを運用していく上で、口腔ケア回診などを活用した共同診療と、口腔管理について共通認識するための定期的な連携会議が不可欠です。

7) 今後の展望

現在、他市在住の患者への対応も岸和田市歯科医師会の登録医との連携にとどまっています。

各市の歯科医師会間の連携ができることによって、患者が受診しやすい環境になると考えられます。どの地域に住んでいても、どの病院で治療を受けていても、適切な口腔機能管理を受けることができるようなシステムが求められています。

文献

- 1) 山中克己:口腔ケアの概念の広がり、JJNスペシャル2003:73;8-11
- 2) 米満正美、小林清吾、宮崎秀夫、川口陽子編:新予防歯科学 第3版、医歯薬出版,2003
- 3) 米山武義、相羽寿史、太田昌子、弘田克彦、三宅洋一郎、橋本賢二、岡本浩:特別養護老人ホーム入所者における歯肉炎の改善に関する研究、日老医誌1997;34(2):120-124

- 4) 米山武義、吉田光由、佐々木英忠、橋本賢二、三宅洋一郎、向井美恵、渡辺誠、赤川安正:要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究、日歯医学会誌2001;20:58-68
- 5) 弘田克彦、米山武義、太田昌子、橋本賢二、三宅洋一郎:プロフェッショナル・オーラル・ヘルス・ケアを受けた高齢者の咽頭細菌数の変動、日老医誌1997;34(2):125-129
- 6) 角保徳、響田英喜、道脇幸博、砂川光宏、佐々木俊明:要介護高齢者のプラーク内の肺炎起炎菌、老年歯学2003;17(3):337-341
- 7) 中村文泰、伊藤明彦、小山茂樹:胃瘻造設と口腔ケアの効果、臨床栄養2009;114(6):694-698
- 8) 木村年秀:専門的口腔ケアによる経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)術後感染の予防効果、口衛生誌2005;55:632-632
- 9) 工藤智洋、草野元康:PEGの感染対策、難病と在宅ケア2012;18(1):22-24
- 10) Abe S et al : Professional oral care reduces influenza infection in elderly. Arch Gerontol Geriatr 2006; 43:157-164
- 11) 足立三枝子、原智子、斎藤敦子、坪井明人、石原和幸、阿部修、奥田克爾、渡邊誠:歯科衛生士が行う専門的口腔ケアによる気道感染予防と要介護度の改善、老年歯学2007;22(2):83-89
- 12) 財団法人8020推進財団編:歯周病と生活習慣病の関係、2005
- 13) 藤島一郎:嚥下障害の機序と治療、リハビリテーション、日老医誌2000;37(9):661-665
- 14) 菊谷武、西脇恵子、稲葉繁、石田雅彦、吉田雅昭、米山武義、勝又徳昭、渡辺泰雄、太田昭二:介護老人福祉施設における利用者の口腔機能が栄養改善に与える影響、日老医誌2004;41(4):396-401
- 15) 菊谷武、米山武義、手嶋登志子、堀内ふき、宮武光吉、足立三枝子、石田光広、西脇恵子、田中甲子:口腔機能訓練と食支援が高齢者の栄養改善に与える効果、老年歯学2005;20(3):208-213
- 16) Sumi Y, Miura H, Nagaya M, et al : Relationship between oral function and general condition among Japanese nursing home residents. Arch Gerontol Geriatr 2009;48:100-105
- 17) 南温、田中和明、奥山秀樹、三上隆浩、木村年秀、佐々木勝忠、植田耕一郎、新庄文明:介護保険施設と歯科医療施設の連携による口腔機能改善への取り組みとその評価:老年歯学2004;19(1):25-32
- 18) 井村久美子:口腔ケアの方法①気管挿管患者の場合 VAP 予防を中心とした口腔ケアの重要性と疾患別対応、呼吸器ケア2010;8(7):21-28
- 19) 岸本裕充編:急性期における術前術後の口腔ケアの進め方、エキスパートナース2012;10(8):26-53
- 20) 岸本裕充、野口一馬、高岡一樹、浦出雅裕:食道癌手術患者の周術期口腔管理による術後肺炎予防、JOID 2006;13(2):25-28
- 21) 河田尚子、岸本裕充、花岡宏美、森寺邦康、橋谷進、野口一馬、浦出雅裕:食道癌術後肺炎のための術前オーラルマネジメント、JOID2010;17(1):31-34
- 22) 大田洋二郎:口腔ケア介入は頭頸部進行癌における再建手術の術後合併症率を減少させる 静岡県立静岡がんセンターにおける挑戦、歯界展望2005;106(4):766-772
- 23) 山崎宗治、松浦一登、加藤健吾、浅田行紀、西條茂:口腔ケアと再建手術術後合併症の検討、頭頸部外科2009;19(2):105-110
- 24) 館村卓、野原幹司、藤田義典、青木越子、藤本春美、辻中利政、安井洋子、熊代千鶴恵、金光由起子:食道癌チームアプローチにおける口腔ケアの意義、歯界展望2000;95(4):906-912
- 25) 大西徹郎、島末喜美子:周術期における口腔ケアの有用性についての検討、看護技術2005;51(14):70-73
- 26) 浅井昌大、全田貞幹、大田洋二郎、田原信 編、頭頸部がん化学放射線療法をサポートする口腔ケアと嚥下リハビリテーション 厚生労働省がん研究助成金 がん治療による口腔内合併症の予防法及び治療法の確立に関する研究、2009、株式会社オーラルケア
- 27) 黒川英雄、木村ひとみ、諫山美鈴、高藤千鶴、中道敦子:がん化学療法時の口腔粘膜炎に対する口腔ケアの有用性、JJSDH2012;6(2):18-24
- 28) 黒川英雄、木村ひとみ、諫山美鈴、高藤千鶴、中道敦子:NSTにおける摂食・嚥下障害チームの専門的口腔ケア介入の効果、JJSDH2012;6(2):62-69
- 29) 財団法人8020推進財団編:入院患者に対するオーラルマネジメント、2008

2 在宅等療養者の口腔機能維持管理のための地域医療連携の意義

(1) 在宅医療に関する国の動向

平成24年2月17日閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」では、具体的改革内容として「医療サービス提供体制の制度改革」や「地域包括ケアシステムの構築」等を提唱しています。

「医療サービス提供体制の制度改革」では、今後の見直しの方向性として下記4項目

- 1) 病院・病床機能の分化・強化（病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保）
- 2) 在宅医療の推進（医療連携体制の確保等）
- 3) 医師確保対策
- 4) チーム医療の推進

「地域包括ケアシステムの構築」では、今後のサービス提供の方向性として下記4項目

- 1) 在宅サービス・居住系サービスの強化
- 2) 介護予防・重度化予防
- 3) 医療と介護の連携の強化
- 4) 認知症対応の推進

が記載されており、その実現に向けて、平成24年度診療報酬及び介護報酬改定がなされました。

「地域包括ケアシステム」は、介護保険法第5条第3項「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。」を法的根拠としています。

また、厚生労働省は平成24年8月20日、「在宅医療・介護あんしん2012」というキャッチフレーズを掲げ、施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会の実現を目指すこととしました。

これらの国の動向を踏まえ、地域医療連携の中で「生きる力」を支える歯科医療の位置づけを明確にすることが求められています。

(2) 地域包括ケアシステムと地域医療連携

地域包括ケアを実現するために、以下の5つの視点での取組みが包括的〔利用者のニーズに応じた1)～5)の適切な組み合わせによるサービス提供〕、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須とされています。

- 1) 医療との連携強化
- 2) 介護サービスの充実強化
- 3) 予防の推進
- 4) 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- 5) 高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と連携）

歯科保健医療関係者は、「顔がみえる連携」により1)～4)に、どのように関わっていくかが課題となっています。

日本歯科医師会は、「居宅療養管理指導」に「ケアマネジャーへの情報提供を必須とすること」とされ

たことを踏まえ、下記3点を指摘しています。

- 1) ケアマネジャーに対する情報提供が算定要件として必須となったことから、歯科医師が情報提供の機会を利用してケアマネジャーに対する歯科医療上の理解を深めることが重要になる。同時に、ケアマネジャーからの医療情報の提供を必要に応じて求めることも重要である。
- 2) 情報提供が明文化されることで、従来散見されていたケアマネジャーとの意思疎通の課題を解決するツールとして活用することが可能になる。
- 3) 歯科医療機関が行っている居宅療養管理指導対象のみならず、ケアマネジャーがケアマネジメントを実施している他の利用者においても、訪問歯科診療の必要性があるかの注意喚起等に活用することが可能になる。

出典： 平成24年度介護報酬改定のポイント（日本歯科医師会）

<http://www.jda.or.jp/member/d001407>

(3) 医療と介護の連携における課題

「大阪府地域包括ケア検討会報告書」では、下記が指摘されています。

- 1) 介護職が感じる医療職に対する「垣根の高さ」（心理的要因）。
- 2) 病院から在宅へ情報をつなぐツールや仕組みの不足。
- 3) 在宅で機能低下時に医療につなぐ仕組みの欠如。
- 4) 医療・介護関係者共通の「言語」が少なく、介護関係者が医療情報を十分に理解できない。一方で、医療関係者が介護に関する情報を十分に持ち合わせていない、在宅の視点が少ない（医療と介護の専門性の違い）。
- 5) 各職種間の相互の役割・機能の理解不足。
- 6) 在宅では関わる職種が多いにもかかわらず、関係職種の意見を調整したり、ネットワークをまとめる機関が明確でない。

対応の方向性としては、

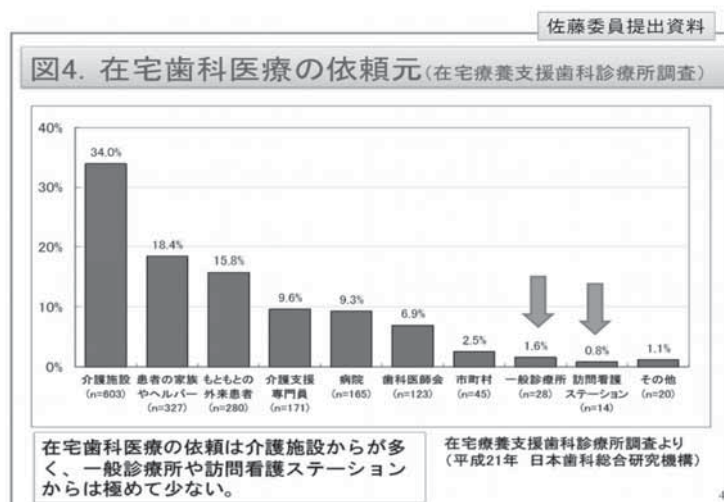
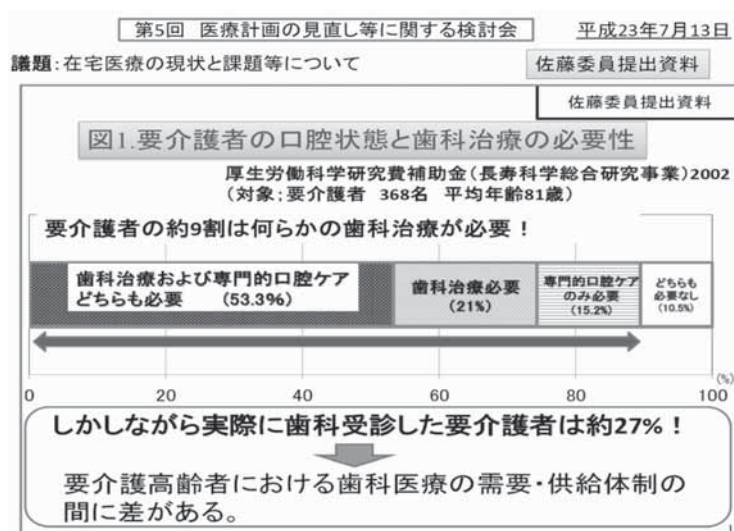
- 1) 地域包括支援センターの調整の下に、かかりつけ医と介護支援専門員が中心となり高齢者本人のニーズを支援する。
- 2) 医療・介護に関わる多職種が情報を共有しあいながら、高齢者の在宅生活を支えていく。
- 3) 医療と介護の専門性の違いを考慮したうえで、医療側・介護側双方が、その情報について正しく理解し、活用していく必要がある。

ことが指摘されており、歯科保健医療関係者も医療を担うものとして対応に配慮が求められています。



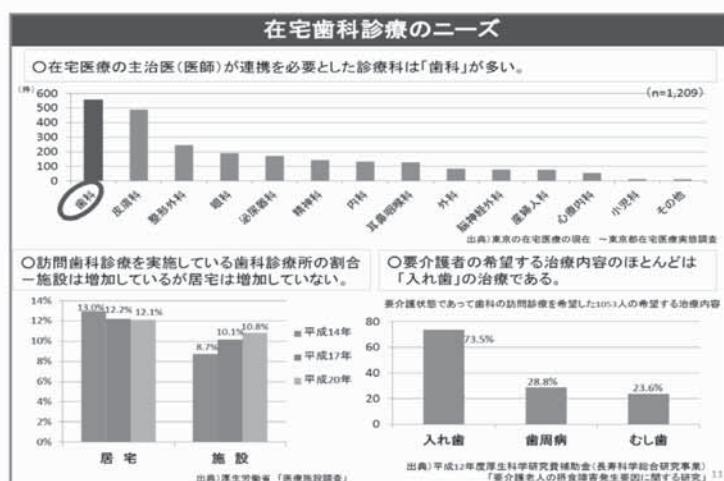
(4) 要介護者の口腔保健状態と歯科治療の必要性

要介護者の口腔保健状態と歯科治療の必要性の間には大きな乖離があり、潜在的需要が非常に大きいと考えられます。



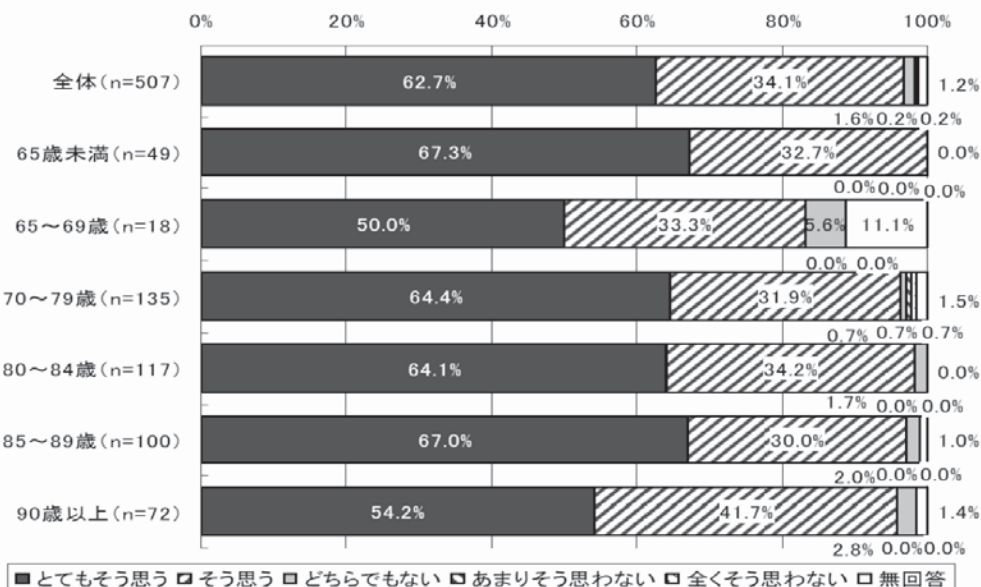
第7回医療計画の見直し等に関する検討会資料

平成23年10月31日



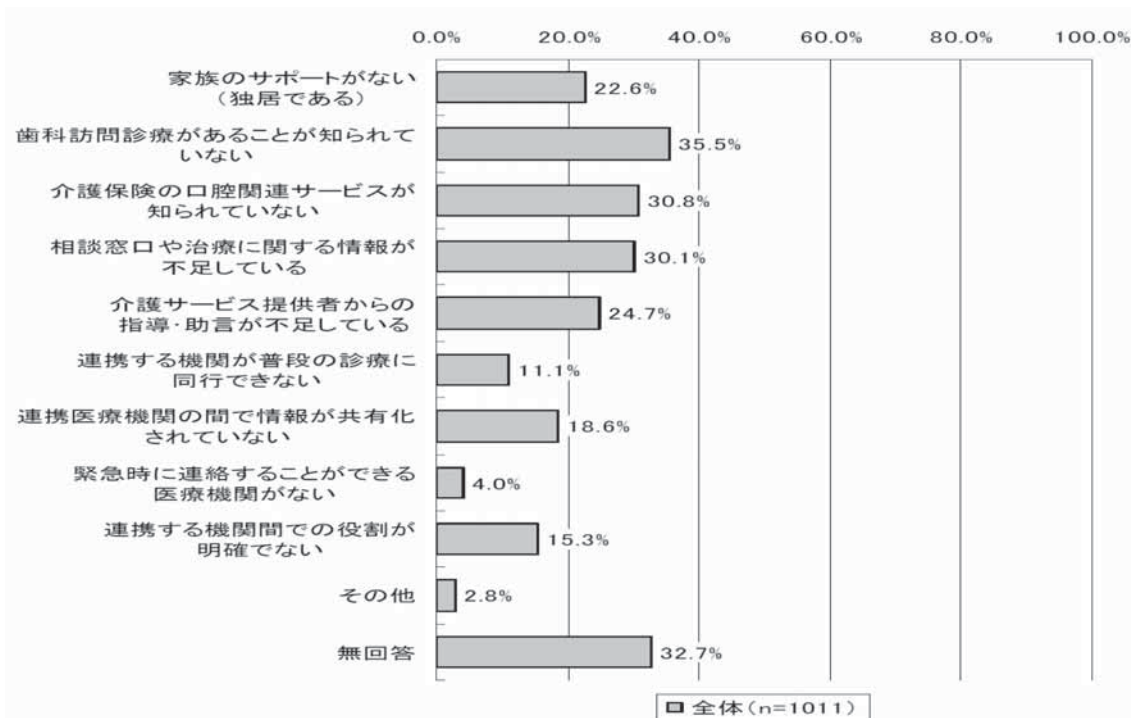
在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査
平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 23 年度調査）

図表 87 歯科診療が必要な際に歯科訪問診療を受診したいか（年齢階級別）



調査対象：「在宅歯科医療の実施状況調査」の対象施設で調査日に「歯科訪問診療」を受けた患者を対象とした。

図表 33 各機関との連携を推進する上での課題（複数回答）



調査対象：①在宅療養支援歯科診療所（無作為抽出、1,000 施設）、
②地域医療連携体制加算の届出をしている保険医療機関（無作為抽出、1,000 施設）
の合計 2,000 施設を対象とした。

(5) 連携の具体的方法（案）

1) 歯科診療所（自院）の患者入院時に、医科医療機関に対して、総合的情報を提供

かかりつけ歯科医が、自院の患者の入院を知ったときに、歯科診療情報だけでなく、かかりつけ歯科医が把握している看護、リハビリテーション、生活や介護に必要な総合的情報を、患者の承諾を得て、入院医療機関に速やかに情報提供することにより、「歯科診療所発の医科歯科連携」を普及させることが重要です。

2) 退院調整 ～病院と在宅の協働～

病院はあくまで一時的な治療の場所と認識し、たとえ入院中であってもかかりつけ歯科医（在宅側）が継続的に関わり、一方、病院側は、在宅等療養者の口腔機能維持管理について、かかりつけ歯科医（在宅側）を受け入れ、病院と在宅が共同作業で退院調整を行うことが非常に重要です。

3) 在宅歯科医療・病院連携パス（計画書）

関係者が協力して在宅歯科医療・病院連携パスを作成し、標準的なスタイルを規定することが有用です。在宅歯科医療・病院連携パスにおいて、伝達する情報の内容、情報伝達の時期及び方法等を取り決めることによって、切れ目のない医療、看護、リハビリテーション、介護等の提供が可能となり、患者・家族の生活機能維持・向上につながります。

「在宅歯科医療、病院連携パス」により、医療（医科、栄養、薬剤情報を含む）、看護、リハビリテーション、介護、生活情報等がパッケージとして、在宅歯科医療から病院、病院から在宅歯科医療へ提供されることにより、口腔ケアマネジメントの質の向上が期待されます。医科の連携パスと歯科の連携パスの連結が必要です。

4) 府歯科医師会、郡市区歯科医師会による主治医紹介体制の整備

～在宅歯科医療セーフティーネット～

在宅での歯科主治医が見つからないという理由で、在宅療養者の口腔機能を維持管理できないという事態が生じないように、セーフティーネットとして、歯科主治医紹介システムを構築し、関係者に公表することが効果的です。

※社団法人大阪府歯科医師会は「在宅歯科医療連携室」を設置し、在宅における口腔保健、歯科医療を推進しています。（P22、P62参照）

5) チーム医療、多職種協働における情報共有（本ガイドラインP51～54、P63～64、P104～124参照）

在宅歯科医療は自己完結で行うことは不可能であり、チーム医療、多職種協働が展開される場です。それには、チーム全員が共通認識、共通目標を持って、総合的、計画的に仕事をすることが求められ、情報提供、共有をいかに図るかが大きな鍵となります。

第2章 在宅等療養者へのアプローチの実際（関係団体・機関の取組みを中心に）

1 在宅医療の実際（医師会の取組み）（P110～参照）

(1) はじめに

高齢社会を迎え、慢性疾患やがん、認知症など回復が困難な状態での生活を余儀なくされている高齢者が増えています。長期にわたる療養が必要な人の多くは、暮らし慣れた場所での生活を継続したいという願いをもっているといわれています。府民の誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし、充実した最期を迎えられる社会の実現に向け、一人ひとりの生活や多様な価値観、そして地域の特性に合わせた医療・介護サービスの提供が望まれています。府医師会・地区医師会には在宅での医療の提供のためには、患者の生活に合わせた適切な診療計画のもと、多職種が共通理解をもって連携し、地域ぐるみの支援体制整備において中心的な役割を果たすことが期待されています。

多くの要介護者は医療・介護双方のニーズを持つことから、地域において医療・介護を一体的に提供する地域包括ケアシステムを実現するためには、地域の医師会が公正・中立を旨とし、在宅ケアのコーディネーター役を担い、患者及び利用者の意思に反する囲い込みなどのモラルハザードを防ぐ役割を担うことも必要と考えています。

地域包括ケアの概念として「包括性」と「継続性」があり、「包括性」では各種のサービスに細やかな配慮を加え、個人のニーズに合わせてサービス総体で包み込むことが重要であり、「継続性」では病院への入院から家庭への復帰まで、またその後に緊急事態が発生した場合も想定し、各種サービスが必要時にタイミングよく集中して提供され、一貫したスムーズな流れとなるように関係職種を連携させることが重要です。そして、「包括性」と「継続性」の両者を重視することが地域包括ケアシステムにおける医療と介護の連携では極めて大切です。

(2) 大阪府保健医療計画における在宅医療への取組み

在宅医療を必要とする者は平成37年には29万人/日と推計され、平成23年より約12万人増える見込まれています。終末期の療養場所に関する希望調査では、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答されており、生活の場における療養支援、看取りを行うための医療をどのように確保しながら、在宅医療を提供する医療従事者が疲弊しないような仕組みを作っていくのが喫緊の課題です。

在宅医療提供体制の充実には、在宅医療を行う医療機関の増加、医療従事者の確保と質の向上をめざし、在宅に関わる医師同士の連携やそれ以外の医師との役割分担を明確化すべきです。地域医師会は地域包括支援センターが開催する地域ケア会議を通じて高齢者の在宅生活を支えるためのネットワーク構築を目指し、かかりつけ医はケアマネジャーが開催するサービス担当者会議を通じた医療と介護、福祉サービスとの連携強化による地域包括ケアサービス提供体制の構築をめざすことにより、「医療と介護の連携」が図れます。

(3) 大阪府における在宅医療の課題

1) 専門職種間（他職種・同職種）連携に関する課題

① 専門職種間（他職種・同職種）の連携

地域において多職種間で患者情報を共有する経験が不足していますが、一部の地区医師会では地域医療連携室事業を行っており、急性期医療を提供する病院と在宅医療を提供する診療所が連携する退院（前）時カンファレンスなど情報共有のモデル化を進めていき、病院医師と在宅医、病棟看護師と訪問看護師同士など、地域の同職種間での情報共有や交流を訪問看護ステーション協議会と連携し推進していきます。

② 医療と介護の連携

介護保険を利用されている患者が多く、ケアマネジャーとの連携強化が必要であります。しかし、ケアマネジャーは多忙な医師とは連携がとりづらく、気後れすることもあるため医療との連携が難しいとされています。また、医療側の生活への理解不足や介護側の医療に関する知識不足により他職種・同職種間での役割分担が不明確な現状があり、地区医師会が多職種を対象とした在宅医療研修等を実施し、自分以外の職種の専門性やその限界を理解し不十分な相互理解の解消に努めていきます。

③ 方針決定や相互理解

在宅療養は異なる機関に所属する多職種が関わるため、治療ケアの方針決定プロセスが不明確であり、臨床倫理では終末期における抗がん剤や胃瘻造設の適応等についての考え方が医療機関で統一されていません。

(4) 日本医師会が在宅医療推進において国事業及び府事業で実施している取組み

1) 高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針（2004年11月2日）

背景：2005年度の介護保険の見直しに続き、2006年度には診療報酬と介護報酬の同時改定が行われます。

世界一の高齢国家となった我が国の高齢者医療・介護において、地域医師会には重要な役割を果たす事が求められています。

① 高齢化に対応する地域医療再編と包括的システムの構築

ア 医療圏における地域医療連携の再編と介護を包含した包括的なシステム構築

イ 在宅医療の推進と主治医機能に求められる長期フォローアップの強化

ウ ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化

エ 急性期病院における退院支援と在宅ケア資源との連携推進

② 地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域づくり

③ 保険者との連携の強化、介護予防等への積極的関与

2) 日本医師会は2012年8月1日に在宅医療についての見解を発表しています。

① 連携によって強化型在宅療養支援診療所（以下、「強化型在支診」と略す）の届出をしたい意向がありながら、「頼みにくい」「近隣の医療機関についてよく知らない」といった理由で届出ができない医療機関が少なからずあります。地域医師会が主体となって連携体制が構築できるよう、日本医師会はモデル事例を提示するなど支援していくとしています。

② 在宅療養支援診療所（以下、「在支診」と略す）でなくても、かかりつけ医として緊急往診や看取りを行っている診療所がありますが、現在の診療報酬体系では、強化型在支診、その他在支診や在支診以外で緊急往診やターミナルケア加算が異なっています。実施した内容にもとづいた評価になるよう働きかけていきたいと考えています。

また、中小病院で、今後在宅療養支援病院を目指す施設が少なくない。在宅医療における病院と診療所の役割分担、連携のあり方を検討する必要がある。

(5) 大阪府医師会が在宅医療推進において国事業及び府事業で実施している取り組み

1) 在宅医療推進モデル事業

急性期・慢性期の入院医療から早期退院・在宅療養や在宅での緩和ケア・看取りのケアを希望する患者のニーズを満たすためには、地域医師会は病院協会や訪問看護ステーション協議会と連携し、病院・診療所との地域医療連携の強化、在宅療養支援診療所をはじめとする診療所、訪問看護などの在宅医療サービスの充実強化を図り、地域の介護・福祉関係者等の間で幅広いネットワークを形成する必要があります。地区医師会が独自に地域の病院、診療所および訪問看護ステーションがどのような診療機能を有しているのかなどの情報を収集し共有することにより、治療を必要とする患者がそれぞれの治療段階に応じた医療機関や在宅での治療を提供できる円滑な医療提供体制を整備するため、府医師会は地区医師会等が実施するモデル事業に補助をしています。

2) 在宅医療連携拠点事業

高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められています。このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すとしています。

3) 多職種協働による在宅医療を担う人材育成事業

在宅医療においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、介護福祉士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族を支援していく体制を構築することが重要です。

国が、都道府県リーダーに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行い（都道府県リーダー研修）、都道府県リーダーが地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行うことになっています（地域リーダー研修）。地域リーダーは、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定し、それに沿って各市町村で地域の多職種への研修を行い、患者がどこにいても医療と介護が連携したサポートを受けることができる体制を構築することを目指し57地区医師会から地域リーダー研修を受講することになっています。

(6) 2025年の地域包括ケアシステムの姿

平成22年1月に地域包括ケア研究会が報告書を出しました。医療と介護との連携が進み、入院医療において高齢者は急性期から回復期での十分な治療・リハビリテーションを受けることができ、退院後の在宅復帰に支援が必要なケースについては、病院の医療連携室から利用者の担当のケアマネジャーに連絡が入り、退院時カンファレンスが開催され、情報共有が徹底されています。さらに、在宅生活支援が困難なケースについては、管轄の地域包括支援センターが地域ケア会議において、訪問診療、訪問看護、訪問介護等の専門職、民生委員及び後見人など地域の支援者に本人、家族等も加えてチームケアを編成し、支援メニューが検討され、ケアプランに反映されます。これにより、退院後の在宅生活を本人も家族も安心してスタートできると記載しています。

府医師会をはじめ地区医師会は、患者及び介護保険利用者にとって、住み慣れた地域で安心して療養できるように在宅医療の充実に努め、看取り機能の充実ににより最期まで生活できるよう努めていきたいと考えています。

(7) 在宅医療の現状

1) 訪問診療において、歯科医による口腔ケアが是非とも必要な状況について

神経難病においては、精神機能、運動機能、感覚機能が系統的かつ広範に障害され、著しい日常生活能力の低下により介護負担が増大します。精神機能には意識、心理、認知機能が含まれ、運動機能には錐体路障害、錐体外路障害、小脳症状、末梢神経症状、筋・骨格系に分類されます。神経難病では、障害の進行を遅らせるためにも早期からリハビリテーションを導入し、自主訓練で自ら病気に負けない姿勢を培うことが重要です。

小児・若年発症する神経難病患者の場合、親は時に仕事を犠牲にし、子供の治療・介護に専念されますが、それを支える社会的支援は非常に不十分です。

壮年期に発症する神経難病患者の場合、家族の大黒柱として働いている場合も多く、患者の治療のみならず、扶養されている家族の生活をも含めたケアが必要になります。在宅医は、神経難病はいずれも難治性かつ進行性であり、介護負担が非常に大きい点など共通する基本的課題を十分認識したうえで医療にあたらなければなりません。

2) 医療的ケアを必要とする在宅高度医療児に対する訪問診療

重症心身障害児とは、重度の肢体不自由と重度の知的障害（IQ20以下）とが重複した歩行不可の状態という児童福祉の行政上の措置を行うための定義で医学的診断名ではありません。超重症心身障害児の67%が新生児期に発症しており、発生率は1,000人対0.3と日本小児学会が報告しています。

① 在宅人工呼吸療法

人工呼吸器の性能の向上や人工呼吸器のリース業者による24時間サポート体制も充実しており、在宅医療において、その管理は容易になっています。

小児の場合、人工呼吸器の軽量化とバッテリー駆動時間の延長で人工呼吸器を装着しながら、学校への通学や旅行に行くなど様々な活動を行うことも可能になっています。

また、これまで人工呼吸器に完全に依存した小児患者の生存期間は約7年間といわれていましたが、最近ではかなりの長期間生存できるケースも多くなっています。

在宅人工呼吸器を装着している児は、ほとんどが気管切開を実施され、気管カニューレを使用しています。できるだけ、瘻孔形成を回避するためカフなしのカニューレが推奨されていますが、唾液などの気管内の誤嚥が多い例ではカフ付きを使用せざるをえません。いずれにせよ口腔内ケアを徹底し誤嚥性肺炎の発症を予防することが大切です。

② 経管栄養

小児在宅医療の対象児では、経管栄養を行っている比率が高く、人工呼吸器を装着した児では、基礎代謝のうち呼吸によるエネルギー消費が少ないためカロリーの過剰摂取になりがちなことには注意が必要です。

成人では少ない特定の栄養素や微量元素の欠乏症ですが、経管栄養を行っている児では、様々な栄養素の欠乏症を引き起こすことが報告されており、注意深い皮膚の状態や舌の観察が必要とされています。

重度障害児の多くは、けいれんによる腹圧上昇や脊椎側弯に伴う胃噴門部の変形による胃食道逆流症を併発しています。肺炎を繰り返す場合には「噴門形成術」の適応となります。さらに、発語が困

難で、誤嚥性肺炎を繰り返す場合には肺炎予防とQOLの向上に向けて、「喉頭気管分離術」も実施されています。

3) 嚥下障害（P88～第5章参照）に対する訪問診療

在宅医療において、栄養管理は非常に重要な位置を占めており、その中で食べるという行為は、単に生きるために栄養や水分を摂取するという意味だけでなく、生活に彩りを添える楽しみとなります。

嚥下機能は食物を目で認識する「先行期」、口腔内で咀嚼する「準備期」、口腔から咽頭に運ぶ「口腔期」、嚥下反射で咽頭から食道へと移送する「咽頭期」、食道蠕動で胃まで運ぶ「食道期」の5期に分けられています。意識障害や認知症が「先行期」の障害として、顔面神経麻痺や舌がん術後が「準備期・口腔期」の障害として、嚥下反射の遅延や唾液の気管への流入が「咽頭期」の障害として、食道がんによる通過障害や胃食道逆流症が「食道期」の障害として誤嚥性肺炎を発症させます。在宅患者における誤嚥性肺炎や窒息による死亡が近年増加しており、在宅患者の嚥下障害を早期に発見し、この5期のどの部分に問題があるのかを在宅医は歯科医とともに評価し、適切な管理をしていく体制づくりが急務です。

歯科からのコメント

高齢の療養有病者における咀嚼機能の回復は、さらなる合併症を予防する観点からも重要であり、咀嚼を含む摂食・嚥下の回復に携わる歯科医療従事者と医科医療従事者との協働体制の構築が急務です。摂食・嚥下障害者は、多くの場合、口腔に何らかの問題を抱えていることから、療養者の日常生活を支えている家族や介護をされている方に対し、摂食・嚥下障害を御理解いただき、さまざまな職種の方々と協働して口腔機能の評価を行い、発熱、誤嚥性肺炎等の予防、また口腔機能の維持・回復のための口腔ケア、口腔リハビリテーションを行っていくことが必要であると思われます。また、高齢の療養者は、複数の疾患を有し、多剤服用をされていることも多く、医科医療従事者との連携は、必要不可欠です。

2 在宅歯科医療の実践（歯科医師会の取組み）

(1) 在宅歯科医療の実践と留意点

平成23年歯科疾患実態調査によると、80歳の人の平均的な歯の数は、一人あたり約13.9本と報告されています。80歳で20本の歯がある人の割合は38.3%であり、高齢者の歯の状態は徐々に良くなっているとはいえませんが、未だに多くの人が歯を失っている状況に変わりはありません。すなわち義歯（入れ歯）の治療と残っている歯（むし歯、歯周病など）への対応が求められています。地域歯科医療では高齢化の進展に伴って、いわゆる在宅等療養者の生活の場である居宅・施設における歯科治療のニーズが高まっています。訪問歯科診療が開始された当初に比べて、ポータブルの診療器材の開発、改良などにより訪問歯科診療で提供される治療内容は診療室における外来診療のレベルにやや近づいてきたともいえますが決して十分ではありません。また、在宅等歯科診療では、下記のような医学的・歯学的留意点があり、必ずしも理想的な歯科治療が行えるとは限らないことから、口腔ケア等の口腔衛生管理に重点をおくこともあります。

1) 医学的な留意点

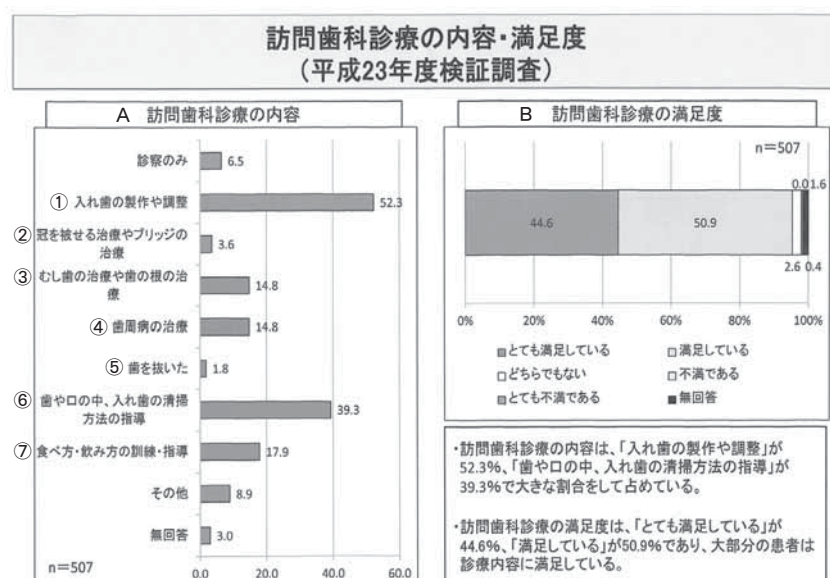
- ① 対象患者は生理的予備力が低下していることが多く、わずかな刺激でも循環動態が変化しやすい。
- ② 既存の疾患（虚血性心疾患、脳血管疾患など）の急性増悪や発作の再発の危険が常にあります。
- ③ 感染に対する抵抗力も低下している可能性があります。
- ④ 麻痺がある患者では、水、血液、切削片を誤嚥するリスクが高くなります。

2) 歯科医学的な留意点

- ① 携行できる歯科診療機器で診療できる内容には限度があります。
- ② 患者の体位も制限されていることがあります。
- ③ 知的能力や言語能力が障がいされていて、自発的な診療に対する協力を得にくいことがあります。
- ④ 患者や家族の歯科治療に対する理解が得られにくく適切な治療がすすめられないことがあります。
- ⑤ 歯に対する治療は局所麻酔が必要であったり、歯の切削に対する恐怖から患者に心理的ストレスがかかることもあります。

このような留意点が在宅歯科医療にはありますので、安心して安全な歯科治療を提供するためには、医科歯科介護における連携が重要な要件となります。

右図は厚生労働省の中央社会保険医療協議会における「在宅歯科医療について（平成23年11月11日）」より抜粋したものです。訪問歯科診療の診療内容について示しています。グラフの上の項目から説明をしていきますと次のようになります。



（平成23年度検証調査より改変）

A 訪問歯科診療の内容（P 20図）

① 「入れ歯の製作や調整」（P 86参照）

最も頻度の高い処置です。咀嚼機能、摂食・嚥下機能、構音機能、審美性を回復するために重要な治療となります。入れ歯の作製では歯の型をとり、噛み合わせの型をとり模型上で設計して歯科技工士が作製したものを、歯科医師が患者に装着し使えるよう調整します。また、壊れた入れ歯の修理は、その場でできることもありますが、歯の型をとって、入れ歯を預からなければ修理できない場合があります。入れ歯の作製や修理を行うにあたり、歯の型をとることが多いのですが、その際に動揺している歯が脱落したり、状態によっては大変なストレスになることもあります。在宅歯科診療においては、診療室で作製するような精度は期待できない中で入れ歯を作製しているため、ある程度の調整と入れ歯に慣れるというトレーニングも必要です。その場合、患者との意思疎通が重要となり、作製した入れ歯が使えるようになるには、患者や介護者の理解と協力が大事な要件となります。

② 「冠を被せる治療やブリッジの治療」（P 85参照）

歯の周りを削って型をとり、歯科技工士が作製した冠を後日セメントで歯に装着します。ブリッジは冠をつないで歯のない部分を補うものです。注水下で歯を削らないといけないことや精度が求められる処置であることから、訪問歯科診療では困難であることも多く、「訪問歯科診療の内容」の棒グラフに示されるように、あまり行われません。

③ 「むし歯の治療や歯の根の治療」（P 85参照）

歯に穴があいた、歯が痛い、しみる、腫れた、などの症状に対応する処置です。むし歯の治療は、むし歯になった部分を削って、セメントや樹脂を詰めます。

根の治療は、むし歯などで歯の神経が痛んだり、歯の根の内部に細菌が入り化膿したりしたときに歯の根の内部を治療します。通常、居宅や施設ではレントゲン撮影ができないので、診断に苦慮することがあります。

④ 「歯周病の治療」（P 85参照）

歯ぐきが腫れた、血が出る、ぐらつくなどの症状に対応する処置です。歯周病の治療は主に歯の周りについている歯垢や歯石を除去し、歯周病の炎症を抑えます。また動いている歯の固定を行うこともあります。一般の歯科診療室で日常的に行われている歯石の除去でも、在宅等療養者の全身状態によっては行えないことがあります。

⑤ 「歯を抜いた」

抜歯は、リスクの高い処置です。ぐらぐら動いている歯の抜歯でも、全身状態によっては病院歯科と連携し入院しなければ対応できないことがあります。したがって、歯科医学的に要抜去歯と診断されても、抜歯をする方がリスクが高いと判断されれば、根っこだけ残すこともあります。要介護 4 および 5 の療養者では口の中に残っている歯の 24.4% がこのような要抜去状態となっていたという報告もあり、このような要抜去歯が症状を出さないようにするため⑥「歯や口の中、入れ歯の清掃方法の指導」が重要となります。

⑥ 「歯や口の中、入れ歯の清掃方法の指導」（本章 4 専門的口腔ケアの実際 P 28参照）

⑦ 「食べ方・飲み込み方の訓練・指導」

摂食・嚥下訓練を行います。舌接触補助床（PAP）の作製を行います（P 92参照）。

B 訪問歯科診療の満足度（P 20図）

患者の満足度について、前頁に示された調査では「不満である」と「とても不満である」の比率は少ないですが、患者本人以外の家族や介護スタッフやケアマネージャーまで満足度の調査範囲を拡げた本事業アンケート調査からは、必ずしも満足している者の割合が多いとは限らないことが分かりました。したがって歯科医療従事者は、患者のみならず家族や関わっている他の職種の方たちにも、歯科治療によってできることとできないこと、また口腔ケアの重要性を理解して頂くようにつとめなければなりません。

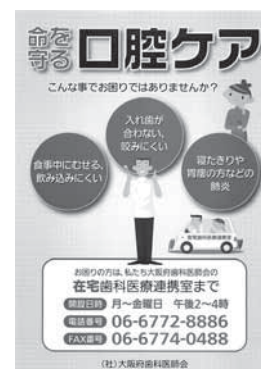
(2) 大阪府歯科医師会の取組み

1) 老人クラブ連合会等への出前講座

地域の歯科保健啓発活動として老人クラブ等の住民団体の講習会に対し、講師を派遣しております。講演内容は医療や介護における口腔ケアの必要性や重要性を主に、訪問歯科診療の案内を含めて歯科全般にわたる内容について、府民の皆様からのご要望にお応えする形で取り組んでおります。

2) 在宅歯科医療連携室

大阪府より委託（在宅歯科医療連携室整備事業）を受け、在宅歯科医療において医科や介護等の他分野との連携を図れるよう相談窓口を設置しております。在宅歯科医療を希望する方はもとより、医科・介護施設からの相談を受け、在宅歯科医療についての相談や、訪問歯科診療、口腔ケアなどを行う歯科診療所の紹介を行っています。



3) 大阪市在宅寝たきり高齢者訪問歯科診療事業（大阪市補助事業）

大阪市内全域で展開している大阪市在宅寝たきり高齢者訪問歯科診療事業は、支部窓口担当者を設置し、地域ごとに窓口を一本化することで事業の効率化を行いました。また同時にポータブル診療機器の整備を行いました。

4) 在宅寝たきり老人等訪問歯科事業（大阪府補助事業）

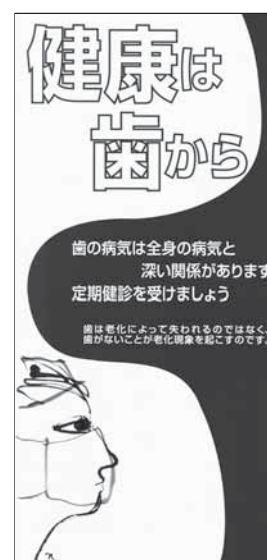
在宅寝たきり高齢者の在宅ケアの一環として口腔状態の改善ならびに歯科受診機会の拡大を図るため、訪問歯科診療に係るポータブル診療機器を整備しました。

5) 高齢者歯科保健研修会

専門的知識の向上を図るため、年に1回、対象者を、歯科医師会会員のみならず介護施設職員や、地域包括センター、保健所等の行政関係者を対象として開催しています。

6) 各種リーフレットの作成

府民や関係団体に対しての周知、啓発活動としてリーフレットの作成を行っています。



3 訪問看護の実際（看護師）（P116参照）

(1) 在宅療養と訪問看護

わが国の在宅看護は、明治時代の「派出看護婦」がその原型とされており、現在の形態は、1970年代に病院から退院する患者への継続看護として、先駆的な医療機関での活動が元になっています。1980年代に高齢化に突入し、1982年、老人保健法が制定され訪問看護活動が制度化されました。その後、1992年に老人訪問看護ステーションが創設され、1994年の健康保険法改正により高齢者に限らず、すべての年代に医療保険で訪問看護が実施できるようになりました。そして、2000年の介護保険法施行により介護保険での実施も可能となりました。

訪問看護は、人々が生活している居宅で看護を行います。予防的ケアから健康の維持回復をめざすケア、ターミナルケアまで幅広い健康レベルを対象としています。

地域には、在宅看護を提供する訪問看護ステーションや診療所などのほかに、さまざまな保健・医療・福祉に関わる機関が点在しています。地域で暮らす療養者が、より豊かで健康的な生活を送るために、これらの機関を利用しています。そのため、各機関はネットワークを広げ、一人ひとりの療養者を支えていくことが求められています。

(2) 訪問看護の利用者

1) 訪問看護の利用者の変化

在宅医療の整備とともに、人工呼吸器装着や、がん性疼痛緩和のために薬物療法の持続注入器を用いながらも、その人の希望に応じた在宅療養が可能になってきました。

訪問看護の利用者は、医療依存度の高い重度（病状やや不安定。定期的にバイタルサインチェック）・最重度（病状不安定。常時バイタルサインチェック）の割合が増加しており、緊急時の対応など24時間対応体制が必要な利用者が増加しています。

2) 傷病分類別訪問看護ステーション利用者数の割合

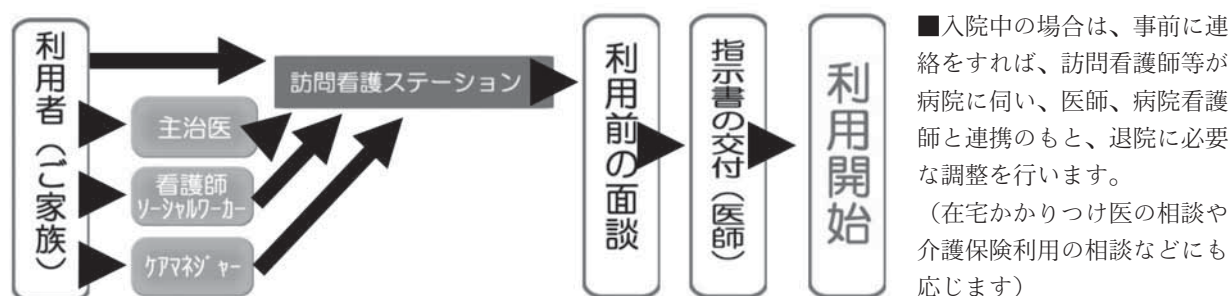
保険別に見た場合、介護保険の訪問看護の利用者の割合は約20%です。医療保険の訪問看護では、神経系の疾患、統合失調症、悪性新生物の割合が約60%で、介護保険利用者とはその疾病が異なります。

(3) 訪問看護師の役割

病気や障がいをもった人々が住み慣れた地域や家庭で、その人らしい療養生活が安心して送れるように、看護師等が生活の場へ訪問し、看護ケアを提供し、自立への援助を促し、療養生活を支援します。

看護師が居宅を訪問する時は多くの場合ひとりです。一人の看護師の観察や判断、それに伴う看護実践に対する責任が非常に重いといえます。また、施設内のケアチームと異なり、多職種が関与する在宅ケアチームのなかで、看護師は診療の補助と日常生活の援助の視点をもつことができる職種です。したがって、訪問看護師はチーム全体の調整役としての役割が大きいといえます。

(4) 申し込みから利用までの流れ



(5) 訪問看護サービスの内容

かかりつけの医師と連絡をとり、心身の状態に応じて以下のようなケアを行います。

- 健康状態の観察・助言と看護
 - 心身の状態観察
 - 異常の早期発見
 - 疾病予防や健康の管理
- 療養生活上の必要な看護援助
 - 清拭・洗髪・入浴介助・陰部洗浄などの清潔ケア
 - ・皮膚を清潔に保つ
 - ・心身の状態・皮膚のトラブルや関節の動きなどの観察
 - ・医師と連携のもとでの必要な処置
 - 食事、水分、栄養摂取の管理とケア
 - ・脱水・栄養障害・誤嚥などのトラブル予防のための適切な援助・助言
 - ・胃ろうなど経管栄養の管理
 - 排泄管理とケア
 - ・排泄のコントロール（服薬指導や浣腸、排便など）
 - ・排泄に伴うトラブルへの対処
 - ・ストーマ（人工肛門・人工膀胱）のパウチ交換や皮膚トラブル予防のための適切な処置や援助・助言
 - その他
 - 利用者の状況に応じて必要とされる看護援助
- リハビリテーション
 - 要介護状態の悪化防止・機能訓練など、医師や理学療法士・作業療法士等と連携したリハビリテーション
- ターミナルケア
 - 苦痛の緩和
 - 療養生活の援助、療養環境の調整
 - 本人・家族の精神的支援
 - 看取りの体制への相談・アドバイス
- 認知症や精神疾患の方への看護
 - 対応方法・コミュニケーションの援助
 - 生活リズムの調整などの助言
 - 医療機関・施設活用の助言
 - 事故防止のケア
- 療養生活の指導
 - 食事・排泄・運動など療養生活上の助言
 - 日常生活の維持・改善への援助
- 服薬の管理
 - 薬の効果確認
 - 服薬に関する助言
 - 副作用の観察
- 褥瘡や創傷の処置・予防
 - 定期的な観察・評価
 - 医師の指示に基づいた処置
 - 褥そう予防の相談・助言
- 医療機器の管理・操作援助・指導
 - カテーテル・在宅酸素・人工呼吸器・在宅中心静脈栄養・ストーマ・吸入・吸引・気管カニューレ・腹膜透析などの管理
 - 医療機器の使用方法、管理上の相談・助言
 - 緊急時の対応・相談助言
- その他医師の指示による診療の補助業務
 - 医師と密に連携を図り、安全性を確認した上で点滴など適切な処置
- 社会資源の活用相談
 - 様々なサービスを効果的に活用し、利用者が自立した生活を送るための助言
- 家族への支援
 - 家族の介護負担を軽減し、家族関係が保てるように支援
 - 安全で安楽な介護方法の助言
 - 病院・施設から在宅への移行支援

(6) 訪問看護を受ける場合

1) 医療保険の場合

① 近くの訪問看護ステーションに相談

訪問看護ステーションから、かかりつけの医師と連絡を取り指示を受け、訪問看護サービスを提供します。

② かかりつけの医師に相談

適切な訪問看護ステーション、もしくは病院等の訪問看護機関に指示が出て、訪問看護サービスを提供します。

2) 介護保険の場合

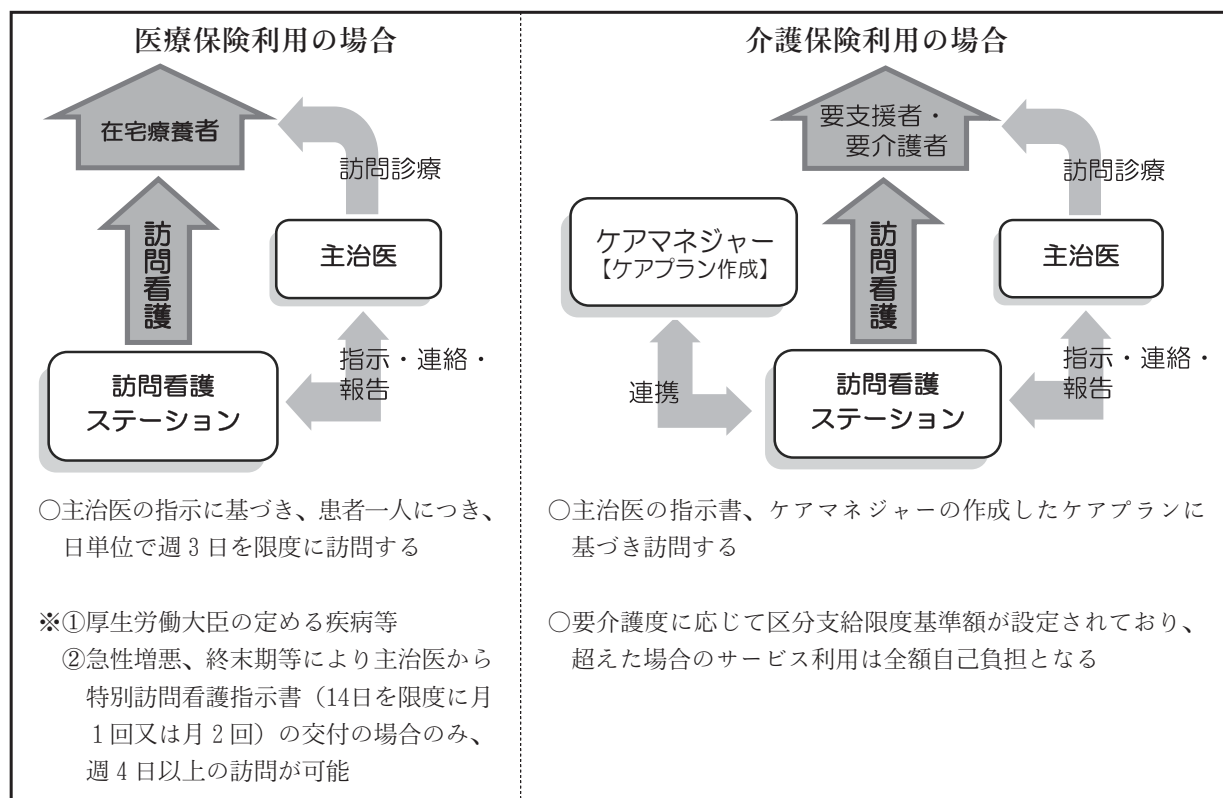
① ケアマネジャーに相談

介護保険の「要介護認定」を受け、要支援・要介護に認定された場合は、ケアマネジャーがサービス計画を立て、様々なサービスをコーディネートします。

② その他

- ・地域包括支援センターに相談
 - ・居宅介護支援事業所に相談
 - ・市区町村役所の在宅福祉関連窓口で相談
 - ・保健所、保健センターの保健師に相談
 - ・病院の医療相談室に相談
- 等

(7) 訪問看護の仕組み



(8) 在宅療養者に対する看護師の役割 ～口腔ケアの重要性～

在宅や施設で療養されている方は高齢者が多く、また様々な疾患を抱えています。高齢者では特に寝たきりとなることで廃用が進みやすく、口腔機能の低下から誤嚥性肺炎にもかかりやすくなります。安全な摂食のため、また誤嚥性肺炎や口腔機能の廃用予防のために、看護師による日々の口腔ケアはとても重要です。

口腔ケアとは「歯、舌、粘膜、義歯などの器質的ケアと、それらを使って食べたり、話したりする機能を維持・回復するための機能的ケアの2つに分けて考えるとよい」といわれています。

口腔ケアの必要性には以下が挙げられます。

1) 誤嚥性肺炎の予防

誤嚥性肺炎（P96参照）は食物を誤嚥することで発症しますが、絶食中の場合でも口腔内に貯留した唾液の誤嚥や逆流してきた胃液を誤嚥することでも起こります。

口腔内には多くの微生物が生息し、歯や舌、義歯に付着した食物残渣や微生物から歯垢（プラーク）や舌苔（ぜったい）（P87参照）等が形成されます。歯垢や舌苔に含まれる口腔内細菌はう蝕、歯周病だけでなく、誤嚥性肺炎や感染性心内膜炎、敗血症など全身疾患の原因菌ともなります。しかし、口腔ケアを行うことで口腔内細菌をある程度抑えることができます。これにより少量の唾液を誤嚥したとしても、肺炎に直接関与するのを予防することができます。

2) 唾液の作用を引き出す

唾液には咀嚼や嚥下運動を助ける働き、消化作用や洗浄・抗菌作用といった感染防御、発声・発音の為に口唇・舌の動きを滑らかにする働きなど、様々な働きがあります。人間は食べていると唾液分泌が多くなりますが、絶食中の方にはその働きがどうしても弱まってしまいます。

唾液による自浄作用は肺炎予防にもなります。このことから絶食中の口腔内に刺激を与えて唾液分泌を促し、作用を引き出すことが必要となってきます。

3) 廃用性症候群の予防

寝たきり状態が続くと特に高齢者では身体の拘縮が進み、廃用性症候群（P83参照）になります。それと同様に口腔周囲筋群の廃用が起こる要因としては、活動性の低下や発語量の減少、絶飲食、臥床状態などがあります。口腔周囲の筋肉や舌・口唇の廃用が進むと、開口困難や舌の動かしにくさからしゃべりにくいなどの症状が出てきます。

4) 脳の活性化

食べ物を咀嚼や嚥下することや口腔内で味わうこと、温かい・冷たい・硬い・やわらかいを感じることが脳を活性化させます。大脳皮質の運動野や知覚野の1/3を占める部分が口腔器官に関わる部分であるからです。

絶食中であつたとしても、口腔ケアによる口腔内のマッサージや味覚刺激を行うことが脳の刺激にも繋がります。

以上のことから、口腔ケアは口腔内の清掃目的だけでなく、機能を維持・回復するための機能面に対する目的もあることが分かります。

在宅や施設で療養されている方御本人や御家族の口腔ケアに対する優先度や希望、理解度も様々であるため、統一された方法での口腔ケアを継続するのは困難である現状もあります。その中で口腔ケアの必要性を理解した看護師が携わることは、口腔内状況が改善されることにつながっていきます。

歯科からのコメント

在宅や施設で療養されている方々に対し、日々の看護の中で実施されている口腔ケアは、大変重要です。半世紀以上も前に、ヴァージニア・ヘンダーソンは、「看護の基本となるもの」の著書の中で、「患者の口腔内の状態は、看護ケアの質を表し、口腔ケアは、看護の基本」だと述べています。歯科医療従事者とさまざまな職種の方が協働して、口腔内の状態、口腔機能を評価し、口腔ケアを実施することは大切です。口腔ケアは、口腔内の清掃だけでなく、口腔機能訓練が重要で、それが在宅等療養者のQOLの向上に繋がっていきます。そのようなことから、訪問看護師との連携は、必須です。

<引用・参考文献>

- 角田直枝: スキルアップのための在宅看護マニュアル, 学研メディカル秀潤社, 2005, p2-3.
www.mhlw.go.jp/stf/shingi/....att/2r985200000/uo71.pdf 訪問看護について
日本看護協会編: 平成23年版看護白書, 日本看護協会出版会, 2011.
日本訪問看護振興財団編: 訪問看護マニュアル, 日本看護協会出版会, 2006.
向井美恵 鎌倉やよい: 摂食・嚥下障害ベストナーシング, 2010, p68.
三鬼達人, あなたが始める摂食・嚥下・口腔ケア, 2011

4 専門的口腔ケアの実際（歯科衛生士）（P117～参照）

(1) 口腔ケアの重要性

要介護者の日常生活における楽しみは、介護の軽度・重度に関わらず、「行事参加」「家族訪問」「テレビ」を抜いて「食事（食べること）」が1位です（表1）。

食事がいかに重要かがうかがわれる結果であり、「口から安全においしく食べる」ための支援、つまり口腔ケアは、高齢者のQOLの維持・向上に非常に重要な役割を担っています。

また、口腔は食事をする働きだけでなく、発音や呼吸という大切な役割も担っており、人として質の高い生活を送る上でも、非常に重要な器官です。口腔ケアの効果は口腔のみに限局されるのではなく、呼吸器を始めとして、全身的な疾患の予防に関わることも認知されています。

表1 「要介護者の日常生活における楽しみ」

	1 位	2 位	3 位
特別養護老人ホーム（n= 773）	食事（44.8%）	行事参加（28.0%）	家族訪問（25.3%）
老人保健施設（n=1324）	食事（48.4%）	家族訪問（40.0%）	行事参加（35.2%）
老人病院（n= 362）	食事（40.0%）	家族訪問（39.4%）	テレビ（28.3%）
療養型病院（n= 50）	食事（55.1%）	家族訪問（55.1%）	テレビ（30.0%）

（「口腔機能向上マニュアル」（主任研究者：植田耕一郎）2009より）

しかし、口腔ケアの必要性や重要性は、医療・看護・介護関係者に認識されているものの、現場では十分に実践されていないという現状があります。歯科医師・歯科衛生士と連携をとり、継続的に適切な口腔ケアで管理を行えば、適切な食生活を送ることができ、全身疾患や要介護状態に陥ることを予防することができるケースもあります。要介護者のケアには、多職種がチームアプローチにあたりますが、歯科医師・歯科衛生士も常にそのネットワークの一員として関わる必要があります。

特に、以下のような症状は、歯科との連携を御検討下さい。

- ・入れ歯でうまく噛めない
- ・歯が痛い、歯ぐきが腫れる
- ・口臭が強い
- ・以前、食べていたものを食べなくなった
- ・食事に時間がかかる
- ・食べこぼす
- ・喉の通りが悪くなった
- ・食べない
- ・むせる
- ・よだれが出る
- ・体重が減ってきた
- ・微熱が続く
- ・痰が出るようになってきた

(2) 専門的口腔ケアの目的

歯科衛生士が実施する専門的口腔ケアは、歯科医師の指示のもとに、口腔の機能である摂食・嚥下、発語、消化、審美性、心理面に生じる問題などの改善を促し、全身の健康に寄与して、生活の質の向上を高めることを目的とします。

1) 口腔内感染予防

単に食物残渣を除去して、口の中をきれいにしたり、習慣的に行われている歯磨きを少し援助したりするものとは違い、微生物感染による疾患の発症予防を目的とします。

① う蝕（むし歯）・歯周病の予防

歯を喪失する原因のほとんどは、う蝕と歯周病です。う蝕や歯周病により歯を喪失すると、咀嚼機能・構音機能・審美性の低下を招き、歯の喪失は摂食・嚥下機能の低下から栄養状態にも影響を及ぼします。

う蝕・歯周病は、歯垢（プラーク）が原因であり、その歯垢を除去するために歯ブラシ等で清掃をします。口腔内は、多くの歯、舌、狭い口腔前庭部、頬粘膜、口蓋などから成る複雑な領域であり、歯垢が形成されやすく、歯ブラシ等でいねいにすみずみまで清掃しなければ十分に除去することができません。

また、歯周病菌が原因で発症する全身感染症も指摘されており、感染に対する抵抗力が弱い高齢者は、歯周病菌が感染源となり、致死的に作用する可能性も高いといわれており、高齢者における歯周病予防は極めて重要です。

高齢者の口腔の特徴として、歯肉の退縮により歯根部が露出し、根面う蝕が増加し、根面う蝕の進行により、歯冠部が破折、脱落し、残根状態となります。連結冠が、破折脱落し、即座に咀嚼に支障をきたすケースも多く、口腔内状況を把握し、早い時期に歯科医師の治療に繋げることが必要となってきます。

② 口腔乾燥の予防

唾液は、消化・免疫機構において重要な役割を果たすだけでなく、口腔に適度の潤いを与え、自浄性を確保し、食物の粉碎や食塊の形成を助けます。高齢者は、加齢による唾液腺の機能低下や薬の副作用で、唾液の分泌が低下しやすくなります。口腔が乾燥すると唾液による自浄作用が働かなくなり、口腔内細菌が増殖しやすくなるため、口腔内清掃を徹底する必要があります。

また、カンジダ症は高齢者によく見られる感染症の一つで、通常では危険性は低いですが、免疫能が低下した場合、カンジダ症口内炎やカンジダに伴う真菌性（カンジダ性）肺炎が重篤化すると治療は困難になります。

2) 誤嚥性肺炎予防

高齢化社会の到来で、肺炎で亡くなる高齢者が急増し、厚生労働省の2011年人口動態統計によると日本人の死因の3位に肺炎が浮上しました。致死的な肺炎の多くは、胃食道逆流による肺炎とならび細菌などに汚染された唾液や食物を誤嚥することで起こる誤嚥性肺炎が原因といわれています。

① 口腔微生物のコントロール

口腔には、肺炎の原因となるような常在菌が存在しており、これらが顕性・不顕性に唾液とともに誤嚥され肺炎を生じさせます。継続的な口腔清掃による口腔微生物のコントロールは、誤嚥性肺炎の予防に有意義であり、歯に付着する歯垢の除去だけではなく、舌や口蓋の清掃も必要です。

② 嚥下反射・咳嗽反射の活性化

食べ物を飲み込むときに働く嚥下反射と気管・気管支内に入り込もうとする異物を押し出そうとする喀出に関連する咳嗽反射に、口腔清掃の有効性が示された報告があり、嚥下反射や咳嗽反射を活性化することから感染経路対策としても有効であることが明らかになりました。

3) 摂食・嚥下リハビリテーション

生命活動を維持するために、食物や水分を摂り込み胃に送り込んでいますが、この一連の経過が、摂食・嚥下であり、そのために働く機能は摂食・嚥下機能とよばれます。摂食・嚥下障害は、摂食・嚥下に関連する器官やそれに関連する神経の機能障害により、食べる能力が低下した状態です。冒頭に述べた要介護者の日常生活における楽しみの1位の「食事（食べること）」が阻害されることであり、安全に経口摂取できるようにケアすることが求められています。

また、摂食・嚥下リハビリテーションの大きな特徴は、医師・歯科医師・言語聴覚士・理学療法士・作業療法士・管理栄養士・栄養士・看護師・歯科衛生士・保健師など多くの専門分野の関与が必要であること、また、それぞれの職種が別々に関与するのではなく、チームアプローチとしての関与が必要とされることにあります。

リハビリテーションは、機能障害と能力低下を評価し、機能障害と能力低下との因果関係を詳しく考察して、どのような過程を経てどのようなになるのか想定し、その見解をもとにゴールを設定し、機能障害への介入と能力低下への介入とのプログラムを作成実行し、定期的に評価を繰り返すことで行います。

① 医学的に安定

リハビリテーションは患者が能動的に訓練や練習する必要があるため、患者には意欲と体力が必要であり、これに加えて疾患が落ち着いていて、脱水や低栄養がないという状態が必要です。

② 口腔内環境を整える

口腔内環境の悪化は、感覚器としての舌や咽頭の機能を低下させます。つまり、味覚や感覚が低下して、食物の口腔内認知や嚥下反射を低下させます。また、唾液の分泌低下は自浄作用を低下させるだけでなく、唾液を飲み込むための嚥下が起こらなくなり、廃用による嚥下障害を発症します。

③ 間接訓練

間接訓練とは、食物を使用しない摂食・嚥下訓練の総称で、機能障害に対する訓練法です。また摂食・嚥下機能には、認知機能・呼吸機能・座位機能・上肢機能と深く関わっており、これらはリスク管理や食事動作の基本であるので、これらに対する介入も必要となります。

④ 直接訓練

直接訓練とは、食物を使用する訓練です。誤嚥というリスクを回避しながら訓練を行う必要があり、嚥下時の姿勢や体位、使用する食物の形態、一口量、代償的嚥下方法の条件を整えて実施することが原則です。

(3) 専門的口腔ケア実施の流れ

1) 情報収集（全身状態）

専門的口腔ケアを行うにあたって、歯科医師とともに全身状態の把握のため、担当医師や看護師、ケアマネジャーなどから全身状態や現状の問題点の確認を行います。

2) 情報収集（口腔内）

歯科医師による口腔内診査に基づき、口腔ケアに関連する評価を行います。

3) 専門的口腔ケアプラン作成

歯科医師の指示に従って、口腔機能の維持・向上のための口腔ケアプランを作成します。

全身状態を踏まえて、口腔内状態のレベル別にゴールを決定し、多職種（医師、看護師、理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士、栄養士等）とも連携し、ケアプランを作成します。ケアプランには、歯科衛生士が実施する専門的口腔ケア、および歯科衛生士の指導のもと、本人または介護者が行うセルフケアのプランも含まれます。

4) 専門的口腔ケアの実践（次頁(4)参照）

5) モニタリングと評価

口腔の状況は全身の運動機能などに比較すると変化しやすいので、口腔ケアプランの評価は、症例に応じて1～3か月毎に行います。全身状態の不安定な患者や食物形態に変更があった方ではさらに1～2週間での再評価あるいはモニタリングを必要とする場合もあります。

(4) 専門的口腔ケアの実際

1) 口腔ケアを安全に行うために全身状態の確認

- ① 意識状態の確認
- ② バイタルサインの測定（呼吸、脈拍、血圧、体温）
- ③ 体調の観察（表情、脱水状態の有無、発声の様子、SPO₂測定、頸部聴診、胸部聴診等）



バイタルチェック時に使用する血圧計、パルスオキシメーター、体温計、聴診器、秒針付き時計

2) 誤嚥防止のための姿勢

① 座位可能な場合

椅子に腰かけてもらうか、車椅子に移乗して行います。足底接地を確認し、頸部が後屈しないように注意が必要です。

② ベッド上で口腔ケアを行う場合

体力や全身状態にあわせて、ベッドをギャッジアップして上体をやや挙上させ、全身がリラックスできるように、身体各関節を適度に屈曲させ、安全で安楽な姿勢になるようにします。頸部は枕などを使用して、やや前屈位になるようにします。

※ level 1. 自分で磨くが、移動や移乗の介護、物品の介助は必要

◎介助があれば歩行可能◎

洗面所に椅子を用意するか、立ったままでも後ろから支えるようにする。

◎車椅子で座位が保てる◎

腰がずり落ちないように、足に力が入るようにする。車椅子用のテーブルがあれば、その上に肘を乗せるようにする。

◎ベッドで座位がとれる◎

ギャッジアップしてやや前屈み。膝の下にクッションなどを入れて、膝を曲げるようにすると姿勢を保ちやすい。



level 2. 自分では磨けないが、安定した体位がとれる

◎椅子に座って～前方から◎
下顎を手で押さえる。



◎椅子に座って～後方から◎
抱きかかえるようにして、術者の胸で頭を支える。



◎ベッドの上で◎
端坐位。頭が安定する。ベッドの枠につかまらせると安全性が高まる。



◎ベッドの上で◎
ファーラ位もしくはセミファーラ位。
術者が右利きの場合は、療養者の右側に立つとやりやすい。ずり落ちる場合があるので注意する。



3) 口腔ケア用具の選択

歯、歯肉、粘膜、補綴物、口腔内の乾燥状態や舌苔の付着状態に応じて、専門的口腔ケアがより効果的に行えるように、さまざまな毛の硬さや形の違う歯ブラシや補助清掃用具、義歯用ブラシ、舌ブラシ、保湿材、洗口剤のうち適切なものを選択します。スポンジブラシも使用目的（口腔清掃時に使用するのか、口腔機能訓練時に使用するのか）に応じて、形や硬さを選択します。

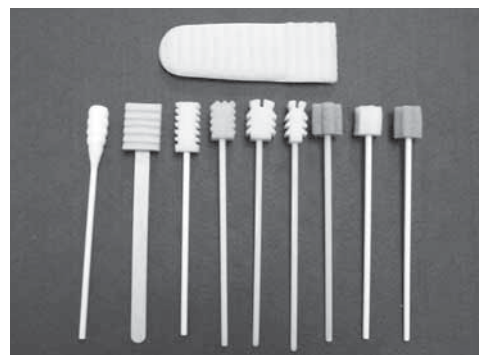


歯ブラシと補助清掃用具

歯間ブラシ デンタルフロス ポイントブラシ



吸引付き歯ブラシ、排唾管
吸引器に接続して排唾できる用具



口腔清掃用スポンジブラシ
舌や口蓋などの粘膜の清掃に用いる



舌ブラシ
舌の清掃に用いる



保湿剤
口腔乾燥や舌苔のある方等の口腔ケア時に用いる



開口器
開口や開口保持が困難な方に用いる



義歯用ブラシ
義歯の凹凸や金属部分が清掃しやすい



給水・吸引付き歯ブラシ
吸引器に接続して排唾できる用具

4) 口腔清掃の実施

- ① 歯・歯周組織、舌、頬粘膜、口腔前庭、口蓋の観察
- ② 食物残渣の除去

うがいができる場合は、ブクブクうがいをしてもらう。うがいは、口輪筋、舌筋、頬筋を動かす運動になるため、機能訓練にもなるので、重要な行為です。うがいができない場合は、スポンジブラシや軟毛ブラシ等を用いて除去します。

- ③ 歯垢の除去

歯ブラシや補助用具で、歯垢をていねいに除去します。

- ④ 舌苔や痂皮の除去
舌ブラシ、スポンジブラシ、保湿剤等を使用して、除去します。
- ⑤ 義歯の清掃
義歯にも歯垢は付着するので、歯ブラシや義歯用歯ブラシでていねいに除去します。
- 5) 口腔清掃終了後、誤嚥の有無の確認（頸部・胸部聴診）
誤嚥が疑われるときや異常が認められる時は、歯科医師に報告し指示をあおぎます。
- 6) 口腔機能訓練の実施
ケアプランに沿って実施しますが、その日の体調を考慮して行います。
- 7) 食事時の観察・指導
摂食姿勢や食事環境、食物形態、食事介助等の様子を観察することは、在宅等療養者に応じた口腔清掃を指導するうえで重要です。
- 8) 専門的口腔ケア終了後、介護者に口腔内状態等を説明し、日常のセルフケアの指導をします。

(5) 社団法人 大阪府歯科衛生士会の取組み

口腔ケアの専門職の団体として、マンパワーの確保および地域単位のネットワーク作り等を目的に、訪問口腔ケアステーションを設置しています。また、大阪府歯科医師会が実施している「在宅歯科医療連携室」事業に協力して、施設や訪問看護ステーション、介護支援事業等に訪問し、「口腔ケア」の普及にあたっています。

文献

- 1) 菊谷 武 監修「口を守る 命を守る 基礎から学ぶ口腔ケア」学研メディカル秀潤社 2011
- 2) 角 保徳 著 「歯科医師、歯科衛生士のための専門的な口腔ケア 超高齢社会で求められる全身と口腔への視点・知識」医歯薬出版 2012
- 3) (社)日本歯科衛生士会監修 金子芳洋編集代表「歯科衛生士のための摂食・嚥下リハビリテーション」医歯薬出版 2011

5 薬剤師によるアプローチ（P73～、P113～参照）

(1) はじめに

在宅医療の推進が重点項目として位置づけられている今後の医療制度において、薬局は医療機関や訪問看護ステーション等と密接に連携し、在宅療養者の薬の調剤や保管・管理、適正使用のためのアドバイスなどを通して、地域における医療提供体制の中で、医薬品や医療・衛生材料等の拠点として、地域医療への一層の貢献を進めて参ります。

現在、訪問薬剤管理指導等の届出は全保険薬局の7割を超えており、在宅医療の拠点数としては十分な薬局数が存在しています。しかし、実際に訪問薬剤管理指導を実施している薬局は2割以下であり、平成22年に実施されたチーム医療推進検討会の報告では「在宅医療を始めとする地域医療において、薬剤師が十分に活用されていない」という指摘がなされました。

日本薬剤師会では「在宅療養推進アクションプラン」を実施し、かかりつけ薬局・薬剤師がより積極的に在宅医療に参加するための環境整備を進めています。これまでは、「在宅医療に参加する意欲はあるが、医師からの訪問の指示が無い」という薬剤師の視点と、「薬剤師に参加して欲しいが薬局情報が無い」という医療機関の視点とのずれがあり、これが在宅医療の連携に大きなミスマッチを起こしていたと考えられます。

「在宅療養推進アクションプラン」では、今後さらに薬剤師が地域の医療チームに参画するために、

- ・薬局・薬剤師のスキルアップ
- ・地域支部における訪問薬剤管理指導業務の応需体制の整備
 - －地域の薬局情報の公開
- ・地域連携の促進
 - －関係機関における薬剤師業務の理解の促進

を実施して参ります。大阪府薬剤師会では当会ホームページの「保険薬局検索システム」にて、どの薬局がこういった形で応需できるかについて掲載する予定です。

(2) 在宅医療における薬剤師の業務

要介護者のほとんどが療養に際し何らかの薬剤を使用しているため、薬剤によるADLやQOLへの影響について注意・観察すべき事項が多く、薬剤からのアプローチは適切な介護を推進していく上で重要な要素のひとつといえます。在宅訪問において薬剤師が行う業務は下記の通り多岐にわたっています。

- ・処方せんによる調剤……患者の状態に合わせて工夫をします
- ・薬剤服用歴の管理
- ・薬剤等の居宅への配送
- ・居宅における薬剤の保管・管理に関する指導
- ・使用薬剤の有効性に関する検討
- ・薬剤の重複投与、相互作用等の回避
- ・副作用の早期発見、未然防止と適切な処置
- ・ADL・QOL等に及ぼす使用薬剤の影響の確認
- ・使用薬剤、用法・用量等に関する医師への助言
- ・麻薬製剤の選択および疼痛管理とその評価
- ・病態と服薬指導の確認、残薬および過不足薬の確認、指導
- ・患者の住環境等を衛生的に保つための指導、助言

- ・在宅医療機器、用具、材料等の供給
- ・在宅介護用品、福祉機器等の供給、相談応需
- ・不要薬剤等の廃棄処理とその指導

(3) 服薬能力・身体状況に応じた服薬支援

個々の高齢者の服薬能力を把握し、身体状況に応じた適切な服薬支援方法を検討し実施します。
その例を以下に示します。

患者の身体状況と検討できる服薬支援方法の例

患者の状況	服薬行動に関する状況	服薬支援の例
☐ 運動機能障害 筋力低下 リウマチ 脳卒中片麻痺	☐ 薬をつかめない ☐ シートから出せない ☐ 袋を開封できない ☐ 半錠にできない ☐ 点眼薬のキャップがはずせない ☐ 点眼薬がうまくさせない ☐ 貼付剤の開封口の開閉ができない ☐ 貼付剤がうまく貼れない ☐ 軟膏を終りまで取り出せない ☐ 軟膏容器の先端に穴があけられない ☐ 坐薬が挿入できない	☐ 一包化 ☐ 調剤方法の工夫 ☐ 自助具の利用 袋オブラート 軟膏を搾る自助具 点眼用自助具
☐ 寝たきり	☐ 残薬がある ☐ 飲み間違いがある	☐ 一包化 ☐ 服薬カレンダー等利用 ☐ 介護者・看護者への服薬指導 ☐ 自助具の利用 嚥下補助ゼリー 薬杯 オブラート
☐ 嚥下障害	☐ 飲み込めない 嚥下反射の遅れ 薬の咽頭への送りこみ困難 麻痺 ☐ 誤嚥しやすい ☐ 服薬時の姿勢が保てない	☐ 小さいサイズの錠剤や散剤への変更 ☐ とろみをつける ☐ つぶし ☐ 経管投与 ☐ 自助具の利用 嚥下補助ゼリー 服薬用カップ オブラート
☐ 視覚障害	☐ ほとんど見えない ☐ あまり見えない ☐ 薬袋の字は少し読める ☐ 点字が読める	☐ 一包化 ☐ 触知型シール ☐ 見やすい字 ☐ 点字・知覚シール ☐ 自助具の利用
☐ 聴覚障害	☐ ほとんど聞こえない ☐ 大きな声であれば聞き取れる	☐ 書面 ☐ 手話 ☐ 自助具の利用 補聴器 音声伝達器
☐ 失語症	☐ 構音障害あり ☐ 失語症あり ☐ 嚥下障害を伴う	☐ 書面 ☐ 剤形の検討
☐ 理解力の低下	☐ 服薬の理解力がない ☐ 服薬の理解力は少しある	☐ 一包化 ☐ 服薬カレンダー・管理箱等の利用 ☐ 介護者・看護者への服薬指導

（「在宅における医薬品の安全使用に着目した医療・介護職種の連携に関する検討事業」報告書
（日本薬剤師会 平成19年3月）より抜粋）

歯科からのコメント

口腔ケアのため義歯を外すと義歯の粘膜面に薬が残留しているのをよくお見かけします。ブクブクうがいをする筋力や、飲み込む力が弱い、嚥下がうまくできないなどの原因が考えられます。高齢者は、加齢による唾液腺の機能低下や薬の副作用で、唾液の分泌が低下しやすくなります。このような場合も、口腔機能の評価に基づき、口腔機能訓練、口腔ケアが必要であると同時に、高齢者個々の服薬能力を把握し、身体状況に応じ適切な服薬支援を行うことが大切であり、薬剤師との連携は、必須です。

6 管理栄養士・栄養士によるアプローチ（P79～、P123参照）

(1) はじめに

療養生活を阻害する代表的な問題点は、低栄養・咀嚼・嚥下障害・便秘・下痢・脱水・褥瘡などで、これらは栄養士が関与することで予防、改善できることが多くあります。また、他の職種の方と協働することでリハビリ効果の向上・食欲増進・栄養状態の回復・QOLの向上・介護負担の軽減などが期待できます。栄養士は在宅医療を行っている方々に、栄養状態や喫食状態などをアセスメントツールを用いて判定し、結果にもとづいて個々にあったケアプランを作成し、最善な栄養管理を行っていくことが求められています。

(2) 在宅での管理栄養士・栄養士の業務

1) 栄養アセスメント

浮腫の有無、むくみや皮膚の状態を観察し、栄養状態を把握します。

2) 栄養ケアプラン

ケアプランを立て、高栄養流動食の注入速度や食事計画をカルテに記載します。

3) 必要エネルギー量を算出

必要に応じ、安静時基礎代謝量を測定します。

【目標体重(kg)×必要エネルギー量 (kcal/kg)】

	体重あたりの必要エネルギー量
基礎的レベル、安静時	20～25kcal
低リスク、軽度の感染症	25～30kcal
中リスク、骨折、重度の感染症、手術前	30～35kcal
高リスク、COPD、著しい体重減少、複数のストレス	35～40kcal

* 著しく体重減少が認められる場合は平常時体重や目標体重を用いるか 300kcal 付加する。

* 過栄養：軽度肥満では 25～30kcal、高度肥満では 20～25kcal

【基礎エネルギー消費量（BEE）×活動係数（AF）×ストレス係数（SF）】

① 基礎エネルギー消費量（BEE：basal energy expenditure）の算出方法

Harris-Benedict による推定式	
男性	$66.5 + 13.75 \times \text{現体重(kg)} + 5.0 \times \text{身長(cm)} - 6.75 \times \text{年齢(歳)}$
女性	$665.1 + 9.56 \times \text{現体重(kg)} + 1.85 \times \text{身長(cm)} - 4.68 \times \text{年齢(歳)}$
BEE 簡易式 (kcal/日)	
男性	$14.1 \times \text{現体重(kg)} + 620$
女性	$10.8 \times \text{現体重(kg)} + 620$

* Harris-Benedict による推定式ではやや高めに算出されるため日本人のための簡易式が利用されることもあります。

② 活動係数 (AF: activity index) (参考値)

臥床状態	1.0	車椅子	1.1	歩行	1.2
------	-----	-----	-----	----	-----

*一般的な係数として臥床状態 1.0、車椅子（ベッド上安静）1.2、歩行（ベッド外活動）1.3との設定があるが、脳血管障害で長期臥床状態にて機能不全を伴った場合、活動係数は低下していると考えられ上記設定を参考にします。

*著しく体重減少が認められる場合は低めに算出されるので、平常時体重や目標体重を用いたり、300kcal/日付加します。

③ ストレス係数 (SF: stress factor)

手術後（合併症なし）	1.0	熱発	1.2～1.5
長管骨骨折	1.15～1.3	褥瘡	1.2～1.6
がん、COPD、肺炎、敗血症	1.1～1.3	ステロイド使用	1.6～1.7
重症感染症、多発外傷	1.2～1.4	多臓器不全、熱傷	1.2～2.0

（日本静脈経腸栄養学会コメディカルのための静脈・経腸栄養ガイドライン、南江堂）

参考値 <目標体重>日本肥満学会より引用

身長×身長×20～22±10% または通常体重（6か月間の変化のない体重）	
過体重の場合	（現体重－理想体重）×0.25＋理想体重
低体重の場合	目標体重の80%を痩せとし補正する

BMI (kg/m ²)	
18.5未満	目標体重の80%を痩せとし補正する
18.5以上～25未満	普通体重
25以上～30未満	肥満1
30以上～35未満	肥満2
35以上～40未満	肥満3
40以上	肥満4

4) 経管栄養剤や食事形態などの提案

嚥下食やミキサー食の作り方、また水分補給について家族に指導します。

【ゼリー食用調整食品の選び方】

嚥下困難な人の食事には、適度なとろみをつけて飲み込みやすくするために、とろみ調整食品を利用しているケースが多くあります。しかし、必ずしも「とろみ食」しか食べられない方ばかりではありません。また、外観や食感がより普通食に近い「ゼリー食」「ソフト食」「ムース食」とよばれる、ゼリー状やムース状に固めた食事によって、バラエティーに富んだ食事を提供することができます。固めるための食品には、寒天、ゼラチン、ゼリー食用調整食品が主に利用されています。

- 寒天 …… テングサ、オゴノリなど藻類の食物繊維でできています。寒天ゼリーは固く、もろいのが特徴です。口の中でもばらけやすい（凝集性が低い）ので注意が必要です。
- ゼラチン …… 牛、豚、魚などの骨皮から抽出されたコラーゲンでできています。食塊形成しやすい（凝集性が高い）ため、嚥下食には最適とされていますが、室温で溶けてしまうため扱いが難しく、冷たいゼリーしか提供できません。また、口腔内でも溶けるので、液体になって誤嚥する可能性もあり、注意が必要です。
- 片栗粉 …… トウモロコシや芋などからつくられたもので温かいものに、とろみをつけるときや、野菜などパサパサしたものに粘りをつける時に使いますが、唾液などで溶解するので、濃い片栗餡にすることが重要です。

① ゼリー食用調整食品の必要性

嚥下のしやすさで理想的とされるゼラチンゼリーの物性と、高温でも溶解せず、使用量が少なくてすむ寒天ゼリーの簡便性を兼ね備えたのが、ゼリー食用調整食品です。ものを食べる仕組みは先行期と呼ばれる、見た目や香りなどで「これは食べ物である」と認識するところから始まります。

食事は栄養摂取のためだけではなく、毎日の生活の楽しみや活力であることは言うまでもありませんが、とくに高齢者は食事が唯一の喜びになり得ることを考えると、食事の見た目や香りがいかに大切であるかがわかります。ゼリー食用調整食品の一般的な特徴として、飲み込みに時間がかかり、長時間口腔内にある場合も溶解しないので、安全であること、また、料理に適した温度で食べられること、見た目にも美しいことがあげられます。お料理がカタチを成しており、それと認識できる色、香りであることは、食欲と直結し、栄養摂取につながります。しかし、実現させるための労力や時間がかかるのも現実です。ゼリー用調整食品は、従来利用されていた寒天やゼラチンと比較して、使用方法が簡単で、温度管理などが不要で、誰でも作ることができ、ゼリー食提供の一助となり得ます。また、ゼラチンはたんぱく質なので、キウイ、パイナップルなどたんぱく質分解酵素をもつ食品を固めることはできませんが、ゼリー食用調整食品では可能です。

② 固めるための食品の特徴

	寒 天	ゼラチン	ゼリー食用調整食品
成 分	植物性食物繊維	動物性たんぱく質	デキストリン 増粘多糖類 寒天など
弾 性	低い	高い	高い
凝 集 性	低い	高い	高い
温 度	常温で固まる	常温で固まらない	常温で固まる
消化酵素	影響なし	影響あり	影響なし

③ ゼリー食用調整食品の種類

ゼリー食用調整食品のほぼすべての商品には、増粘多糖類という成分が使用されています。食品衛生法では、食感やとろみを調整するときに使用される粘性の高い多糖類を「増粘安定剤」と呼び、増粘の目的で2種類以上を用いた場合に「増粘多糖類」として、商品のパッケージなどに記載されます。それに加えて寒天を使用しているもの、でんぷんを使用しているものなどがあります。寒天が加えられていれば、前述したような性質を持ち合わせ、でんぷんが配合されているものは唾液に含まれるアミラーゼの影響を受けてしまいます。増粘多糖類にはさまざまな種類があり、その配合種類や割合によって物性が変わり、さまざまな食品に利用されています。とろみとゼリーの使い分けは嚥下困難のある人の食事は「ゼリー食であればよい」というわけではなく、とろみ食が適しているケースもあります。とろみ調整食品とゼリー食用調整食品を上手に利用することによって、喫食者にとって豊かな食生活になるよう、サポートすることができます。

【必要水分量の算定】

浮腫などの貯留があれば制限し、舌や口腔粘膜・皮膚の乾燥をアセスメントし脱水があれば投与量を増やすなど個々人に応じて補給します。

●現体重 (kg) × 30ml

●投与エネルギー量 × 1ml … 投与エネルギー量が少ない場合には利用できません。

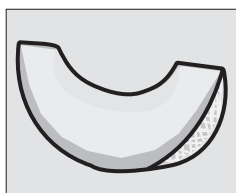
* 静脈栄養は何段階かに分けて目標まで増量し過剰な静脈栄養による水中毒に注意します。

* 経腸栄養剤の使用時、種類によっては水分量やナトリウム量を調整する必要があります。

IN	
食事からの水分	摂取エネルギー×0.8
飲水	食事以外の水分
代謝水	約300ml/日
OUT	
不感蒸泄	$15\text{ml/kg} \div 200\text{ml} \times (\text{体温} - 15\text{ml/kg} \div 200\text{ml} \times (\text{体温} - 36.8^\circ\text{C}))$
不感蒸泄概算量	約800ml/日
通常の呼気	約400ml/日
通常の呼気発汗量	約400～600ml/日
尿量	約100～150ml/日
発熱	37℃以上は1℃上昇ごとに150ml/日増加

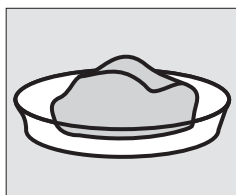
[難易度レベルの基本定義]

① レベル0（開始食）



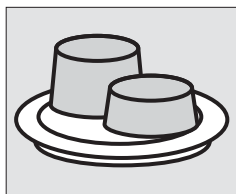
均質性をもち、重力だけでスムーズに咽頭内を通過する物性を有する食品。お茶や果汁にゼラチンを加えて作る「お茶ゼリー」、「グレープゼラチンゼリー」、「りんごゼリー」などが挙げられます。1食あたりの栄養量は100ml, 100kcalを基準とします。2～5℃で保存し、喫食時は15℃で提供します。

② レベル1（嚥下食Ⅰ）



均質性をもち、ざらつき、べたつきの少ない食品。「ねぎとろ」、「絹ごし豆腐入り味噌汁ゼリー」、「重湯ゼリー」、「全卵蒸し（具のない茶碗蒸し）」、「プリン」、「サーモンムース」などです。1食あたりの栄養量は300ml, 150kcalを基準とします。

③ レベル2（嚥下食Ⅱ）



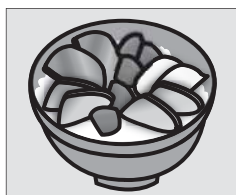
均質性をもつものの、レベル1に比べて粘性、付着性が高い、ゼラチン寄せなどです。濃厚流動で作る「ゼリー（ゼラチン濃度1.3w/w%)」、「ヨーグルトにんじんゼリー」などがあります。1食あたりの栄養量は500ml, 300kcalを基準とします。

④ レベル3（嚥下食Ⅲ）



不均質性の、ピューレを中心とする食品。生クリームや油脂などを食材に加えることで、野菜、根菜類、魚肉類などのさまざまな食材を使って作れるので、普通の食事に近く、レベル2に比較するとメニューの幅が大きく広がります。

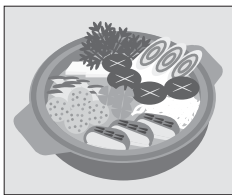
⑤ レベル4（介護食・移行食）



摂食・嚥下の過程の「3. 口腔期」に障がいのある方に対応する食事です。パサつかず、むせにくく、なめらかな、ひと口大の大きさを目安とします。

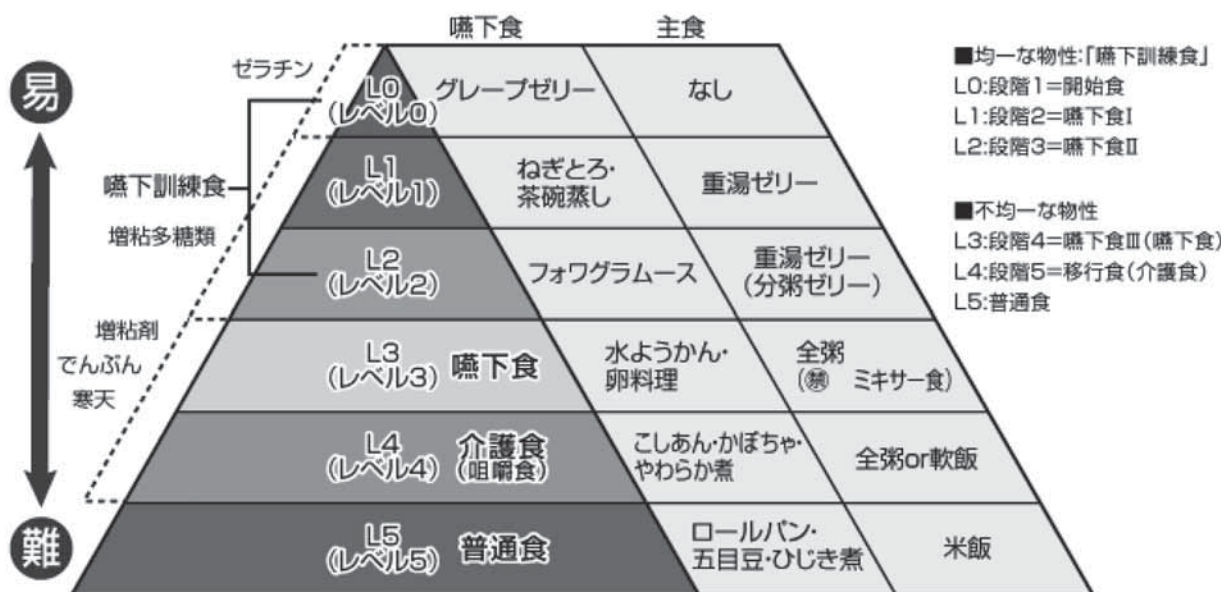
どうしてもパサつく食材はカタクリあんを造って混ぜることで滑らかに食べることができます。カタクリあんは片栗粉20g 水100cc（約3食分）で鍋にかけて糊状になるまで火をとおします。パサパサになった食品とカタクリあんをまな板に載せ、包丁で軽くたたくと粘りのある食品になります。余ったカタクリあんは分けて冷凍しておき、レンジに約2分かけて使用できます。

⑥ レベル5（普通食）



一般的な食事です。

図 嚥下食ピラミッドに対応した段階的食事内容



嚥下食ドットコム

<http://www.engesyoku.com/kiso/kiso06.html>

5) 担当医に提案

食事内容や栄養補給方法を担当医に伝え、個々に合った栄養管理を実施していきます。

6) 他職種と情報共有

他の職種の方と情報を交換しながら、回復に向けて相談、指導などを実施していきます。

(3)「在宅訪問管理栄養士」制度（日本栄養士会認定）

在宅等療養者が今後ますます増えていく中、在宅での栄養管理は必須ですが、在宅訪問栄養食事指導を実践できる管理栄養士は大変少ないのが現状です。そこで、在宅医療に関わる様々な職種の方と連携が取れ、かつ在宅療養者の疾患・病状・栄養状態に適した栄養食事指導（支援）ができる管理栄養士を育成することが重要になっています。日本栄養士会特定分野認定制度の「在宅訪問管理栄養士」は、在宅訪問栄養食事指導を提供することにより、療養者が在宅での生活を安全かつ快適に継続でき、さらに QOL が向上する、そのような指導（支援）技術を備えた管理栄養士を育成する実践研修を行い、在宅で実践的な栄養食事指導が提供できる「在宅訪問管理栄養士」を増やすことを目的としています。

(4) 社団法人 大阪府栄養士会に栄養相談窓口を開設

栄養ケアセンター事業

府民の21世紀の健康づくり運動である「健康おおさか21」や健康寿命をのばすことを基本的な目標にした「健康フロンティア戦略」の一環として、健診結果による、糖尿病境界領域者、肥満者、さらに介護予防のための低栄養、食生活改善を基本とした相談窓口の開設しています。

対 象 者： 大阪府民

相 談 日： 毎週火曜日 木曜日 10時～16時

場 所： (社)大阪府栄養士会 栄養ケア・ステーション

電話番号： 06-6942-2499

相談料金： 無料

歯科からのコメント

「美味しさ」は、食物の味覚のみでなく、五感や食べ物に関する様々な情報が脳に集約され、総合的に判断されています。視覚的に好きか嫌いかを、食物を目で認識する「先行期」から摂食行動に移る「準備期」へとつながります。飲み込みにくい、義歯が合わない、食事に時間がかかる、食べる量が少なくなってきた場合や、摂食・嚥下機能の低下、及び口腔内に炎症などがある場合は、食事をそれぞれに適した形態・硬さに調整する必要があります。口腔内に問題がある場合は、口腔機能の評価を管理栄養士・栄養士と一緒にを行い、NCM（栄養ケア・マネジメント；療養者の栄養状態を適正化するためのシステム）による栄養管理を展開し、食べやすい食事を提供する、すなわち美味しい・食べやすい食事支援に向けて、在宅訪問管理栄養士との連携は、必須であり、その充足を期待いたします。

引用参考文献

日本静脈経腸栄養学会コメディカルのための静脈・経腸栄養ガイドライン、南江堂

健康をサポートする栄養情報誌「健康スマイル」2008年夏号

足立香代子：検査値に基づいた栄養アセスメントとケアプランの実際、(株)チーム医療、P212

7 介護サービスについて（P124～参照）

(1) 介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割

介護支援専門員の役割は、「介護保険の目的に沿って、自立した生活を継続すること、また、要介護状態の軽減や悪化の予防に資することをめざして、適切な保健医療サービスおよび福祉サービス（広義での介護サービス）が総合的かつ効率的に提供されるよう、利用者を支援すること」といえます。このような役割を果たすため、介護支援専門員は以下の機能を持つべきと考えられます。

1) 介護支援専門員の機能

① プランニング機能

介護支援専門員は、利用者自身の精神的・身体的な状態や家族やその他の環境をアセスメントし、利用者の要望や価値観に基づき、介護サービス計画を作成します。その際、重要な点は、アセスメントをする力です。利用者が抱える課題を正確に把握し、その要因や背景を把握するためには、疾病や障害、心理に関する専門的知識と的確な観察力・洞察力・情報収集力が必要です。

② マネジメント機能

介護支援専門員は、介護サービスの給付を管理するとともに、適切な介護サービスが総合的かつ効率的に提供されるようマネジメントをします。

③ 調整機能

介護支援専門員は、保健・医療・福祉分野などの専門職やサービス提供者、その他の社会資源と連携し、その相互間の調整を行い、利用者を取り巻くさまざまな支援が総合的に行われるよう、チームケアのまとめ役（コーディネーター）としての機能を担っています。

④ 相談機能

介護支援専門員は、利用者や家族からの相談を受け、その悩みや葛藤を受け止めることによって、利用者が自らの問題を解決できるように支援します。利用者との信頼関係をつくりながら、生きる意欲を強めて、今後の人生を利用者自身が決め、そして歩めるように支援することが重要です。

⑤ 権利擁護機能

介護支援専門員は、ケアマネジメントの全過程を通じて、利用者の権利を擁護する機能を持ちます。利用者が介護保険制度において契約に基づく事業者からのサービス提供が適切に行われるためにも、適切な契約の締結・実施を支援することは勿論ですが、介護サービスへの苦情を受け止め、虐待の発見に努めたりするなど、常に利用者の立場に立って、その権利を擁護する姿勢が求められます。

2) 自立支援と利用者本位

介護支援専門員は、「自立支援」の目的に沿った介護サービスの適切な提供をめざします。また、利用者の生きる意志を尊重し、少しでも意欲的な生活がおくれるように配慮し、社会的公平を尊重することも介護支援専門員の役割です。

このようにあくまで、「利用者主体」を貫きながら、自立支援にとって適切なサービス利用を実現するところに、介護支援専門員の仕事の意義と難しさがあります。

(2) 介護サービスの流れ（ケアマネジメントの過程）

介護支援専門員は、利用者が在宅生活を継続できるよう支援するために、利用者に様々な社会資源を調

整（コーディネート）し、利用者の状況変化に合わせて利用する社会資源を変更して支援する役割を担っています。介護支援専門員によるこのような一連の支援は、一定のプロセスのもとで展開していく必要があります。このケアマネジメント過程を理解することにより、介護支援専門員は利用者と社会資源を調整します。

1) ケアマネジメント過程の概略を図示すると図1のようになります。最初の段階は「入口」です。ここでは、以下の3つの業務が実施されます。

- ① ケースの発見：利用者やその家族からの相談だけでなく、ケアマネジメントを必要とする人を発見するには、関係機関や地域の様々な組織や団体によるネットワークの形成が必要です。
- ② スクリーニング：ケアマネジメントの対象者に該当するかどうかを仕分けし、同時に利用者の緊急度をとらえることがスクリーニングです。
- ③ インテーク：インテークという、ケアマネジメントを始めることを約束する契約の段階に入ります。（インフォームド・コンセントと呼ばれることもあります。）

2) アセスメント：利用者についての生活状況全般を介護支援専門員が理解し、利用者が在宅生活を継続していく上で、どのような生活課題（ニーズ）があるのかを明らかにすることです。

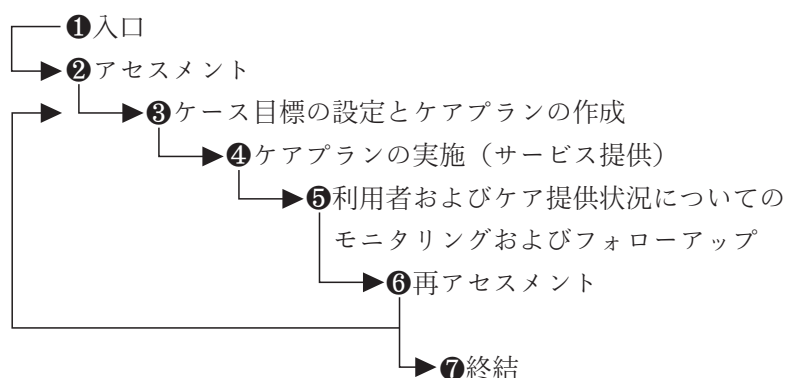
3) ケース目標の設定とケアプラン作成：利用者の解決すべき複数のニーズに対してそれぞれ望ましい目標や結果を設定し、いつまでにどのように実現していくのかといった内容を、具体的にわかりやすく明記したものがケアプランです。

4) ケアプランの実施：利用者や家族、サービスを提供する事業者や支援をしている人たちが参加し、サービス担当者会議（カンファレンス）を開催します。チーム目標を共有化し、役割を確認したのち、利用者の承諾を得て、ケアプランに沿った、サービスが利用者に提供されることになります。

5) モニタリングとフォローアップ：介護支援専門員は利用者の状況についてモニタリング（利用者の変化についての継続的な評価）をすることが必要となります。

6) 再アセスメント・7) 終結：ケアマネジメントの終結（利用者の死、入所、入院など）

図1 ケアマネジメントの過程



(3) 関係機関との連携～さまざまな連携の形態とその必要性～

介護支援専門員がとらなければならない連携には、「保険者である市町村との連携」「サービス提供機関との連携」「居宅介護支援事業所・介護支援専門員同士の連携」の三つがあるとされます。そのうち、チームアプローチにおいて重要すべきは、主としてサービス提供機関との連携です。

連携を図る場面として、

- ①ケアプランを作成した際にそのケアプランに位置づけた社会資源と目標や役割分担を共有しようとするとき
- ②ケアプランに医療系サービスを位置づけようとするとき
- ③いわゆる困難事例など、通常の対応では対処が困難な問題状況にある利用者への援助を関係機関と協議していく必要があるとき
- ④利用者へのサービスが現在の居宅介護支援から入院・入所ケアへと切り替わるとき、あるいは入院・入所ケアから居宅介護支援へと切り替わるとき
- ⑤利用者へのサービスが現在利用しているサービスから介護予防支援へと切り替わるとき
- ⑥利用者へのサービスが現在利用しているサービスから小規模多機能型居宅介護サービスを利用するときなどが考えられます。

①に関して、運営基準においては利用者が要介護更新認定や要介護状態区分の変更認定を受けた場合、サービス担当者会議を開催することが求められています。しかし、時間的な問題から、関係者すべてが集まることができないこともあり、そのような場合、電話やFAX、E-MAILなどを使った情報の照会や情報提供をとることになります。②では、主治医の意見を求め、その指示のもとに行われる必要があることから、主治医との連携は欠かせません。③では、関係者とのカンファレンスの開催が有効な手段となります。例えば、高齢者虐待の事例では地域包括支援センターの主任介護支援専門員、社会福祉士や行政担当課、さらには利用者に関わるフォーマル、インフォーマルな社会資源が集まって、カンファレンスを行うことが必要になります。また、虐待等の権利侵害が起こっているわけではないけれども、サービス提供に困難性を感じる事例では、ケアプランに位置づけられた関係機関が集まってカンファレンスを開くことが有効と思えます。④に関しては病院・施設との連携が必要になります。運営基準では退院・退所を円滑に行う観点から、依頼があった場合にはあらかじめ居宅サービス計画の作成を行うことを求めています。また、居宅ケアから施設ケアへの移行にあっても、必要に応じて病院・施設側に適正な情報提供（例えば、入所前のケアプランや利用者のケアに対する留意事項）を行うことによって、利用者の受けるリロケーション・ダメージを小さくすることができるとも考えられます。⑤では、利用者のケアプラン作成担当機関が介護予防支援事業者に移行する場合があります。また、⑥では今まで利用していた事業所から小規模多機能施設への移行するわけですが、このような介護支援専門員やサービス事業者の交代に際して、利用者は少なからず不安を感じるものです、そのため、適切に引き継ぎを行い、利用者の不安の軽減に努める必要があるでしょう。

(4) 医療との連携

介護支援サービスの利用者は、多くの場合さまざまな疾病をもっており、健康面への配慮は不可欠といえるでしょう。利用者の健康状態の悪化は、生活機能の低下を招き、在宅生活の継続を困難にする危険性をもっています。介護支援専門員は利用者の要介護状態の軽減や悪化防止のために、医療サービスとの連携を図ることが求められています。なかでも、主治医との連携は非常に重要です。地域包括ケアは「個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療をはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」とされています。そのためには、「ケアの継続性の確保」「長期継続ケア・在

宅ターミナル」「ケアの包括性の確保」「多職種協働」を図ることが必要となり、その中核には主治医との連携を図りながら介護サービスの調整を行うケアマネジメントがおかれているのです。しかし、介護支援専門員側・医療機関側の双方ともに連携の必要性は感じていても、「連携する時間が主治医の診療時間の合間に限られる」「病院の場合は主治医が常駐しておらず、連絡を取るのが難しい」などの悩みもあります。

こうした課題を克服していくためには、地域の介護支援専門員の組織と医療機関との間での協力体制を構築していくことも必要です。例えば、①主治医との連携のとり方に関する統一した書式を作成する②主治医に連携をとるための時間帯（ケアマネタイム）を定めるなど連携の為に仕組みづくりを実施している地域もあります。こうした連携の仕組みがない地域であれば、介護支援専門員の連絡協議会等の組織やあ居宅介護支援事業者連絡会で地域の医師会と協議し、主治医との連携のための一定のルールづくりを行う努力をしていく必要があると思われます。

(5) 介護支援専門員が関わる口腔ケアサービスについて

低栄養、摂食・嚥下障害という問題が最近取り上げられようになり、口腔への関心が高まりつつありますが、他の内科的・外科的な問題に比べて、介護支援専門員の関心がまだまだ低いのが現状です。

介護保険における居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導（以下、両者をまとめて居宅管理指導という）は、給付管理票以外のサービスであるために、訪問介護や訪問看護に比べて利用者の認知は依然低いと言えます。今後、医療と介護の連携が強化されるなか、介護支援専門員の口腔ケアへの関心も高まり、利用者に広く理解して頂きたいサービスです。

居宅療養管理指導とは、在宅の要支援・要介護者に対して、医師等が訪問し、計画的かつ継続的に医学的な観点から療養上の管理及び指導を行うものです。

具体的には、①指定居宅介護（介護予防）支援事業者などに対する、ケアプラン作成などに必要な医学的管理にもとづいた医療情報の提供

②利用者本人及びその家族への介護（予防）サービス利用上の留意事項や介護方法の指導・助言

<居宅療養管理指導の概要>

1) 歯科医師による居宅療養管理指導

① 算定内容

歯科医師が行う居宅療養管理指導は、計画的かつ継続的な歯科医学的管理にもとづき、指定居宅介護支援事業者（以下、介護支援専門員）に対するケアプラン策定等に必要な情報提供並びに利用者もしくはその家族等に対する介護サービスを利用するうえでの留意点、介護方法などについての指導及び助言を行った場合に算定します。

② 「情報提供」及び「指導または助言」の方法

介護支援専門員がケアプラン策定などに必要な情報の提供は、サービス担当者会議の参加により行うことを基本とします。サービス担当者会議への参加が困難な場合や、同会議が開催されない場合などは「情報提供すべき事項」について、原則として文書など（メール、FAXなどでも可）により、介護支援専門員に対して情報提供を行います。

利用者・家族等に対する介護サービスを利用するうえでの留意点、介護方法などに関する指導または助言は文書などの交付を行うように努めることとしていますが、口頭により指導または助言を行った場合については、その要点を診療録（カルテ）に他の記載と区別できるように記載します。文書などの交付をした場合は当該文書の写しを診療録に添付しておきます。

③ 算定回数について

歯科医師が利用者1人についてそれぞれ1月2回まで算定することができます。

2) 歯科衛生士等による居宅療養管理指導

通院または通所が困難な在宅の利用者または居住系施設入居者等に対して、次に掲げるいずれの基準にも適合する指定居宅療養管理指導事業所の歯科衛生士、保健師または看護職員が当該利用者に対して訪問歯科診療を行った歯科医師の指示にもとづき、当該利用者を訪問し、実地指導を行った場合に、1月に4回を限度として算定します。

- ア 居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断した者（その実施に同意するものに限る）に対して、歯科衛生士、保健師または看護職員が、当該利用者を訪問し、歯科医師、歯科衛生士その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔衛生状態及び摂食・嚥下機能に配慮した管理指導計画を作成していること。
- イ 利用者ごとの管理指導計画に従い療養上必要な指導として当該利用者の口腔内の清掃、有床義歯に対して、実施指導に係る情報提供及び指導または助言を行い、定期的に記録していること。
- ウ 利用者ごとの管理指導計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

<居宅療養管理指導費>

- ・歯科医師が行う場合
 - 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 500単位
 - 同一建物居住者に対して行う場合 450単位
 - ・歯科衛生士等が行う場合
 - 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 350単位
 - 同一建物居住者に対して行う場合 300単位
- [平成24年4月改定]

要介護者自身が、本能である「食」やコミュニケーションの基本である「会話」といった口腔機能を回復する機会を得ることにより、日常生活の活動性が増し楽しみができることで、身体的精神的な全身症状の改善も見られます。そのためには、ケアマネジャーが口腔にも目を向けたアセスメントを行うことで、在宅生活のQOLの維持・向上につながり、介護の重症化への防止も期待できると言えます。

(6) 地域包括支援センターの役割

1) 地域包括ケアと地域包括支援センター

「高齢者が住み慣れた地域で出来る限り継続して生活を送れるように支えるため」には、介護保険制度をはじめとする各種制度による公的なサービスだけで支えられるのではなく、利用者の自立支援を基本にしながら、介護保険サービスを中心としつつも、各種専門職や専門機関相互の連携、インフォーマルな活動を含めて、地域のさまざまな社会資源を統合・ネットワーク化することで高齢者を包括的かつ継続的にケアする地域包括ケアが重要になります。地域包括支援センターは、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援すること」（介護保険法第115条の45第1項）を目的として設置された、「地域包括ケア」の中核機関として位置づけられています。つまり、生活圏域で地域包括ケアを有効に機能させるために、保健師・主任介護支援専門員、社会福祉士などの専門職種を配置し、多職種が力を合わせ、その専門知識と技能を互いに活かしながら、地域での各種のサービスや住民活動を結びつけ、地域のネットワークを構築あるいは再生するなどの取り組みを第1の柱としながら、個別サービスのコーディネートも行う機関とされているのです。

また、どのようなサービスを利用してよいかわからない住民に対して、1か所で相談からサービスの調整に至る機能を発揮するワンストップサービスの拠点としての機能も期待されています。

地域包括支援センターは、その活動を通じて地域包括ケアを実現するものですが、そのためには、次の点を主な視点とする「地域包括支援体制」を確立する必要があるとされています。

2) 地域包括支援センターの設置目的と基本機能

① 地域包括支援センター設置の目的

地域包括支援センターは、その活動を通じて地域包括ケアを実現することを目的とします。そのために、次の3点を柱とする「地域包括支援体制」の確立を目指します。

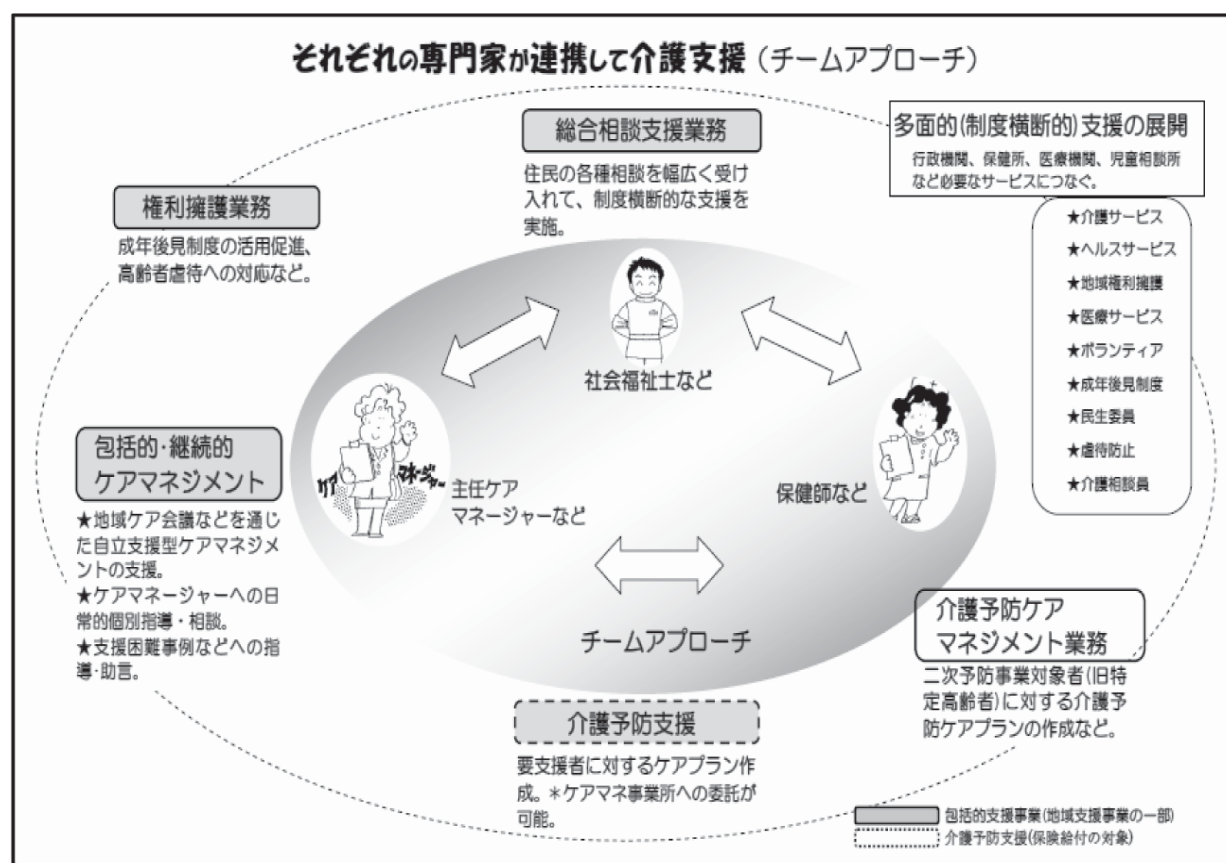
- ア 総合性・・・高齢者の多様なニーズや相談を総合的に受け止め、尊厳ある生活の継続のために必要な支援につなぐこと。
- イ 包括性・・・介護保険サービスのみならず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、支え合いなどの多様な社会資源を有機的に結びつけること。
- ウ 継続性・・・高齢者の心身の状態の変化に応じて、生活の質が低下しないように適切なサービスを継続的に提供すること

② 地域包括支援センターの基本機能（図参照）

地域包括支援センターは、「地域包括支援体制」の確立を目指し、以下の基本機能を担います。

- ア 共通の支援基盤構築
- イ 総合相談支援
- ウ 権利擁護
- エ 包括的・継続的ケアマネジメント支援
- オ 介護予防マネジメント

また、地域包括支援センターは、このような基本機能を的確に果たすために、複数の専門職を置くこととしており、これらが多職種連携により、時に協働し、時に一体となって、高齢者の在宅での生活を支え、地域生活に安心を提供する役割を果たすこととなります。



3) 地域包括支援センターと歯科連携

地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント事業として市町村の二次予防事業（生活機能評価）により把握された高齢者の課題分析（一次アセスメント）を行い、本人の自己実現に向けた「介護予防ケアプラン」を作成し、本人・家族の意志に基づいてプログラム参加を支援し、その実施状況を評価するという一連のマネジメントを行います。

生活機能評価の結果を踏まえて二次予防対象者と決定された高齢者について、本人・家族との相談の上で口腔機能向上プログラムへの参加を決定し、介護予防ケアプランを作成し、通所型介護予防事業の口腔機能向上プログラム（口腔機能向上事業）につなぎます。二次予防対象者本人の意向やアセスメントの結果によっては、事業実施前に主治の歯科医師、医師の指示や連携を図り、医療機関への受診を勧奨します。

＜地域包括支援センターにおける口腔機能向上プログラム導入のための留意点＞

生活機能評価で「口腔機能低下のおそれがある」と判定された高齢者は、口腔機能向上事業への参加が必要と判断されていても、口腔機能の低下の自覚が乏しく、口腔機能についての認識や理解が不十分である場合が多くみられます。そこで、口腔機能向上事業の参加に結びつけるためには、口腔機能の評価内容や事業内容を簡単に説明し、その参加意義について導入的な意識づけを行うことが必要となります。そのためには、実際に行われている口腔機能向上事業を事前に見学することなどにより、具体的な改善事例などの実感を持っていただきます。

(7) 社団法人 大阪介護支援専門員協会の取組み

地域包括ケアシステムの構築に向けた各種の取組み

介護保険制度における介護サービス利用に関する窓口の中核的役割を担っているのは、介護支援専門員であり、高齢者の生活を支えるサービスをコーディネートする役割が重要です。特に、医療サービスを必要とされる人に対しては、医療と介護のサービスを自立支援型ケアマネジメントにより、病院から在宅・施設入所から在宅と高齢者の生活環境に関する相談等の支援や生活環境における生活変化に対応できるスムーズな移行、ケアマネジメントを経てケアプランの作成が必要です。高齢者の在宅生活を支えるためには、かかりつけ医・他機関と介護支援専門員双方が協働しながら、医療と介護に関わる他職種・機関の連携を図っていくことが求められています。当協会では、医療と介護の連携に関するセミナーや法定研修の実施（更新研修・現任者向け研修・主任研修等）、また、協会事業機能を活用し連携のためのツールづくりを医師会と他機関との調整を行い、ツールの普及を進めることにより介護支援専門員の活動を支援しています。特に、研修会では、具体的な疾患におけるケアプラン作成の特徴や生活変化を伴う対応・予後予測性などを加味し有効なサービス利用、支援のポイントについて研修会を通して伝達・実施を行っています。主体的に介護支援専門員が、ケアプランチェックを行うように、研修及び各市町村との協議により適正化事業の部分の専門性に関わる内容を啓発・周知・事業実施を行っています。

今回、改革の方向性の中の特に、『医療・介護サービス保障の強化/社会保険制度のセーフティーネット機能強化』に関して、地域包括支援センター職員（特に主任介護支援専門員）の機能が発揮できる。実践できる介護支援専門員の養成に力を注いでおります。そのことにより高齢者がどこに住んでもその人らしい生活が安心して過ごせることを目的としています。

歯科からのコメント

介護支援専門員（ケアマネジャー）が作成した介護サービス計画を正確に把握し、在宅等療養者に必要な専門的医療を提供することが重要であり、症状の軽減や悪化の予防に繋がっていく必要があります。咬み合せのバランスをとり適切な咬合支持を付与することにより、転倒予防にも繋がります。適正な義歯を装着し、奥歯でしっかり咬むことで身体のバランスが整い、摂食・嚥下機能が回復し、ADLやQOLの向上にも繋がっていきます。ケアマネジャーをはじめ、利用者（在宅等療養者）に口腔ケア、口腔リハビリテーションの重要性を広く理解していただくには、ケアマネジャーとの連携が必要不可欠であります。

また、地域包括ケアは、地域住民の心身の健康の保持、及び生活の安定のために必要な支援を行うことにより、保健医療の向上、福祉の増進を包括的に支援することが目的であり、地域包括支援センターは、その活動を通じて地域包括ケアを実践するものです。地域包括支援センターは、このような目的を達成するために、複数の専門職を置き、多職種との連携、協働により、高齢者の在宅での生活を支え、地域生活に安心を提供する役割を果たしていただきたいと思います。特に、歯科との連携では、口腔機能向上事業等を通じて、かかりつけ歯科医との連携を強めていただきたいと思います。

引用参考文献

介護支援専門員ガイドライン
全国地域包括支援センターマニュアル

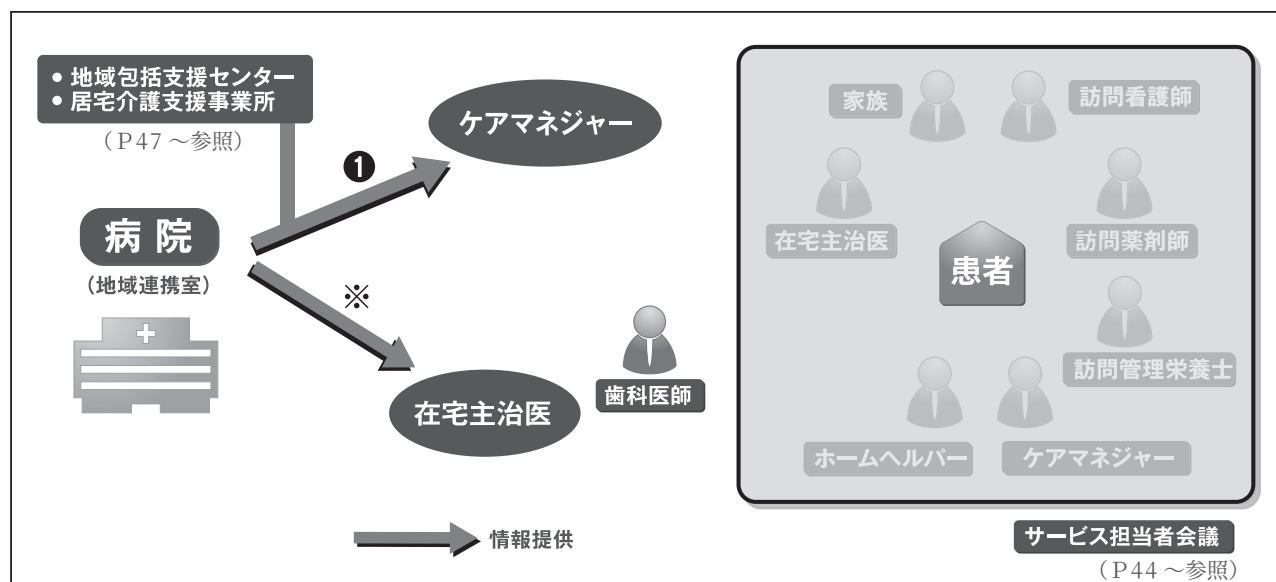
第3章 連携について

1 歯科医療の地域連携イメージ（図）

今回は2つのケースを例として挙げています。

【パターン1】退院時から歯科が関与

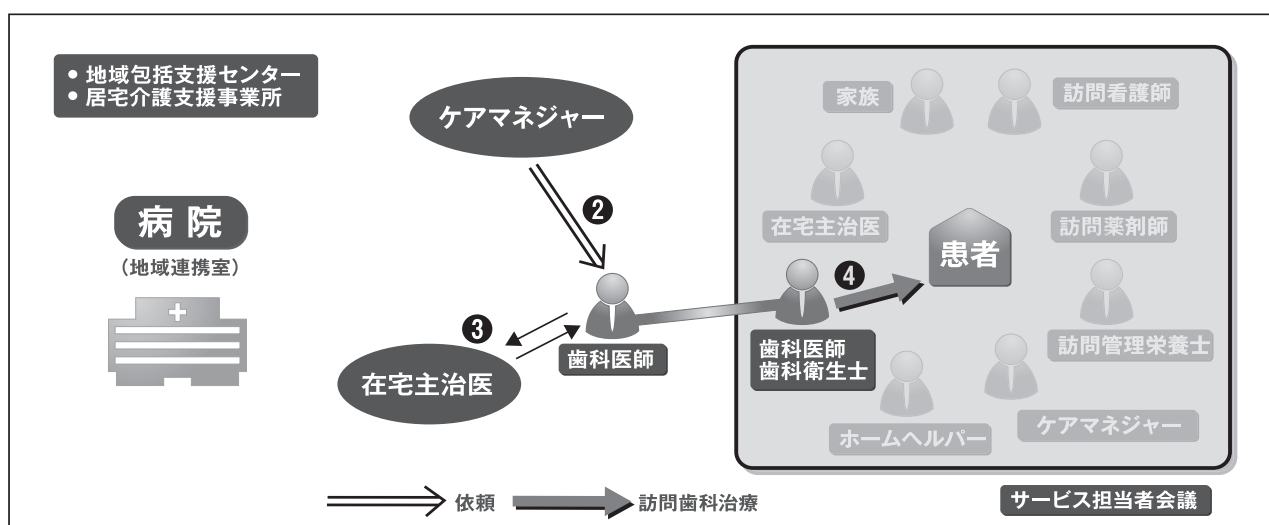
（例 義歯作製の必要性があり、ケアマネジャーを通じて歯科への連携が開始された。）



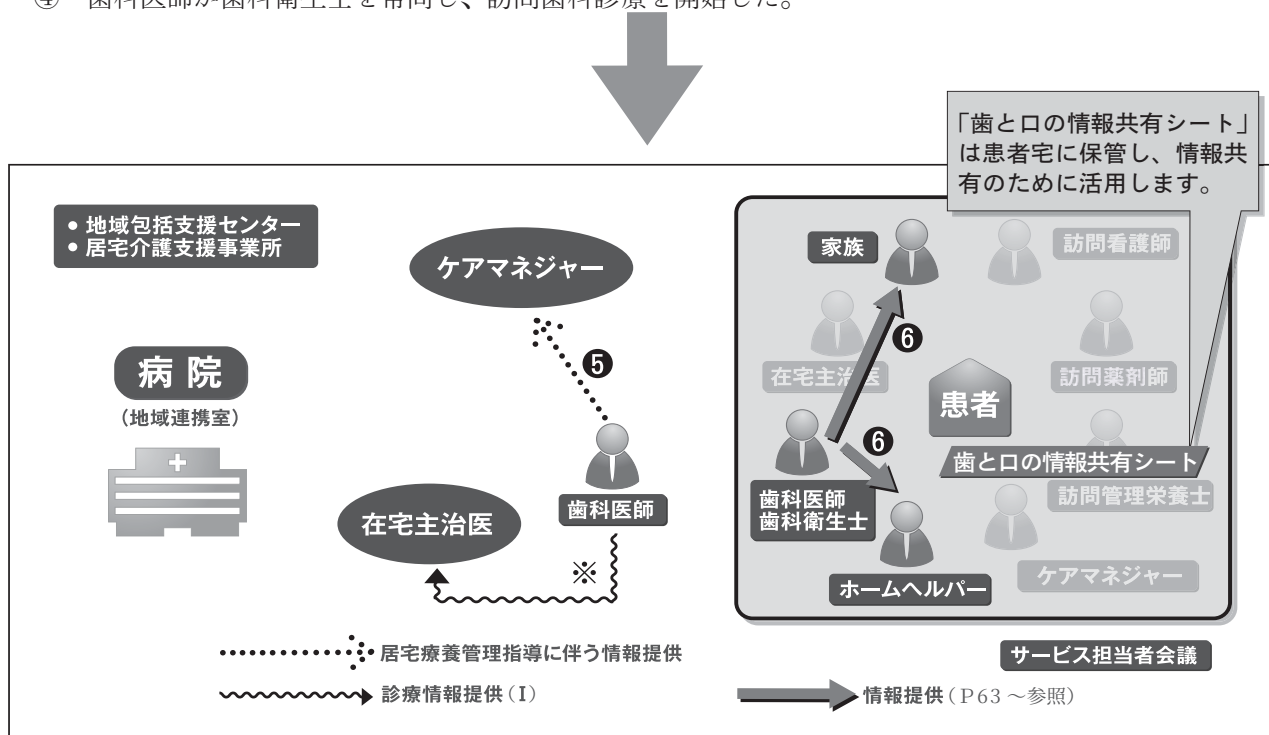
- ① 地域連携室よりケアマネジャーに対し、退院時カンファレンスの情報の中から、歯科診療が必要であるということが情報提供された。

※在宅主治医に対して同様の情報が提供される場合もあります。





- ② ケアマネジャーより歯科医師に対し、患者の同意を得たうえで訪問歯科診療が依頼された。
- ③ 歯科医師より療養者の全身状態を照会、在宅主治医より情報提供。
- ④ 歯科医師が歯科衛生士を帯同し、訪問歯科診療を開始した。



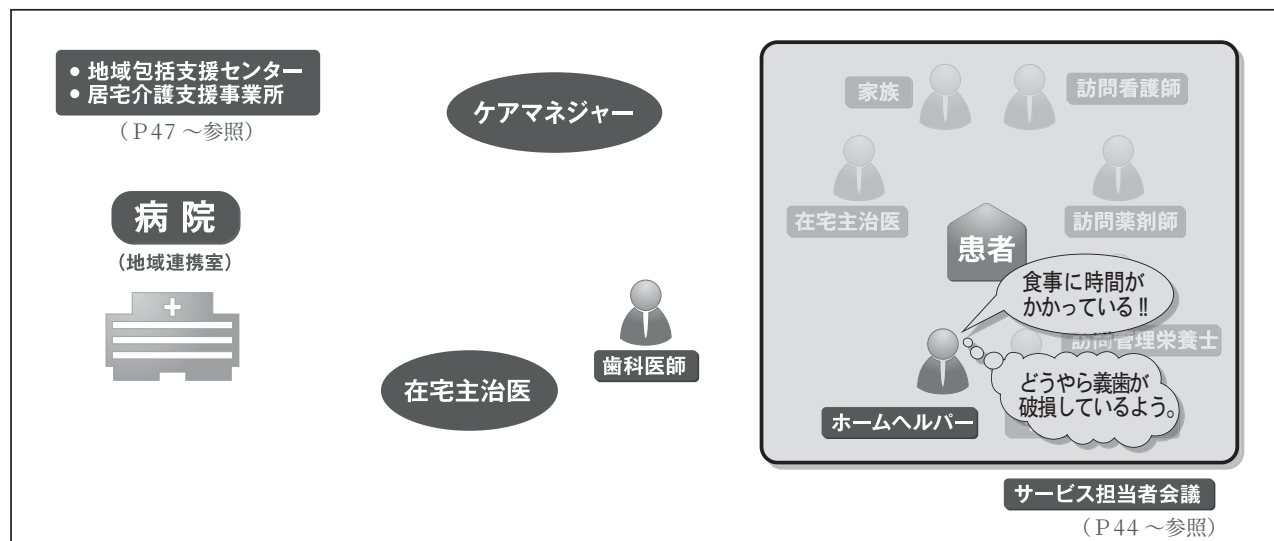
- ⑤ 歯科医師がケアマネジャーに対し、ケアプラン策定等に必要な情報を提供した【居宅療養管理指導 P 46～47 参照】。
- ※在宅主治医への情報提供は【診療情報提供 (I)】を活用。
- ⑥ 歯科医師や歯科衛生士が、家族や訪問看護師、ホームヘルパー等に対し、患者の日常療養上の留意点を情報提供した。(連携シート等 (P 63 参照) 等を活用)

患者宅に保管されている連携シート等によって、歯科からの情報提供内容が、家族やホームヘルパー等に情報共有された。

※上図は 1 例です。在宅等療養者等の口腔の問題に気づいた際は、職種を問わず連携シート等を活用し、情報共有に努めましょう。

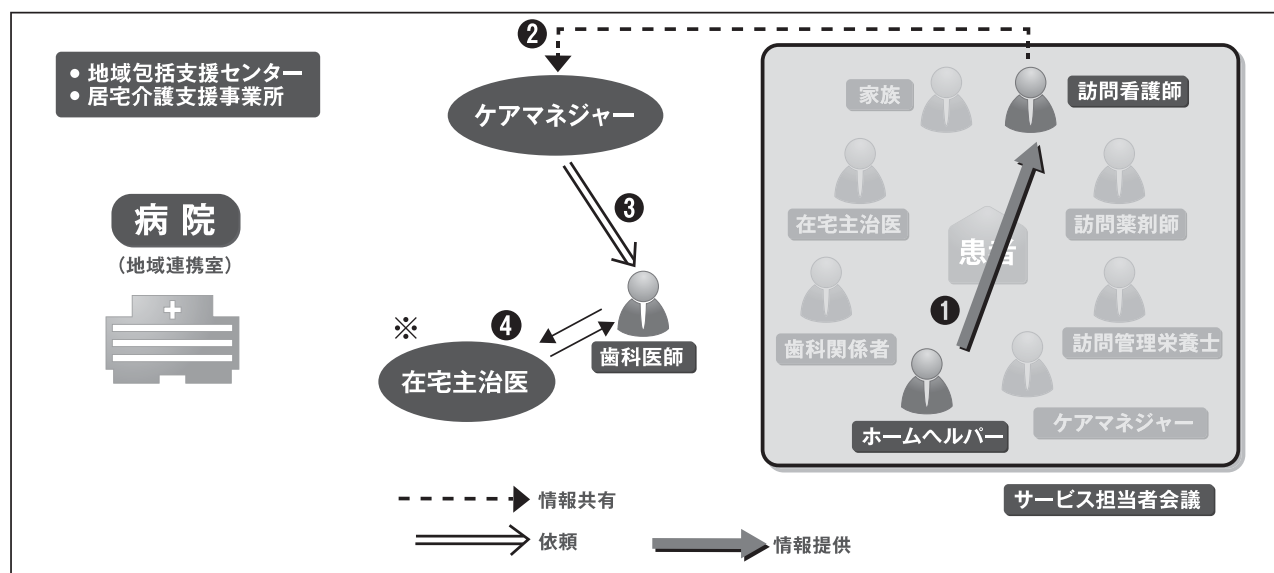
【パターン2】在宅療養者に対し、必要に応じて歯科が関与

(例 在宅等療養者が食事に時間がかかっていることから義歯が破損していることに気づいたホームヘルパーが、訪問看護師を通じてケアマネジャーへ情報提供し、ケアマネジャーから歯科への連携が開始された)

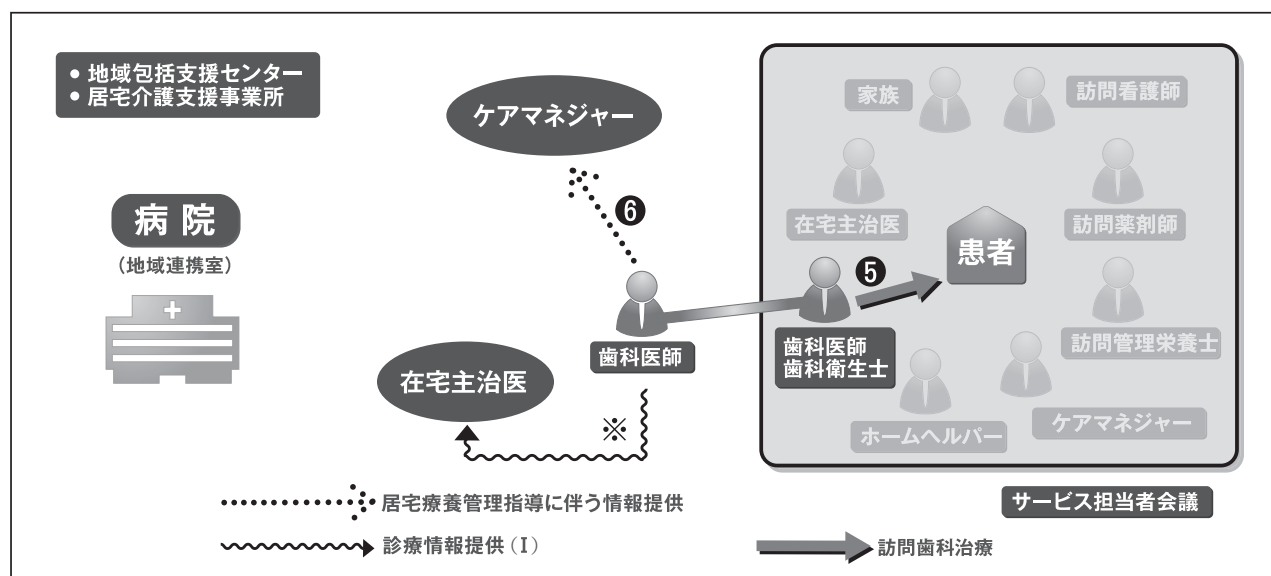


- ① ホームヘルパーから訪問看護師へ療養者の義歯が破損しており、修理の必要性について情報提供があった。

(P 28に示すような症状があれば)
(歯科との連携をご検討下さい)



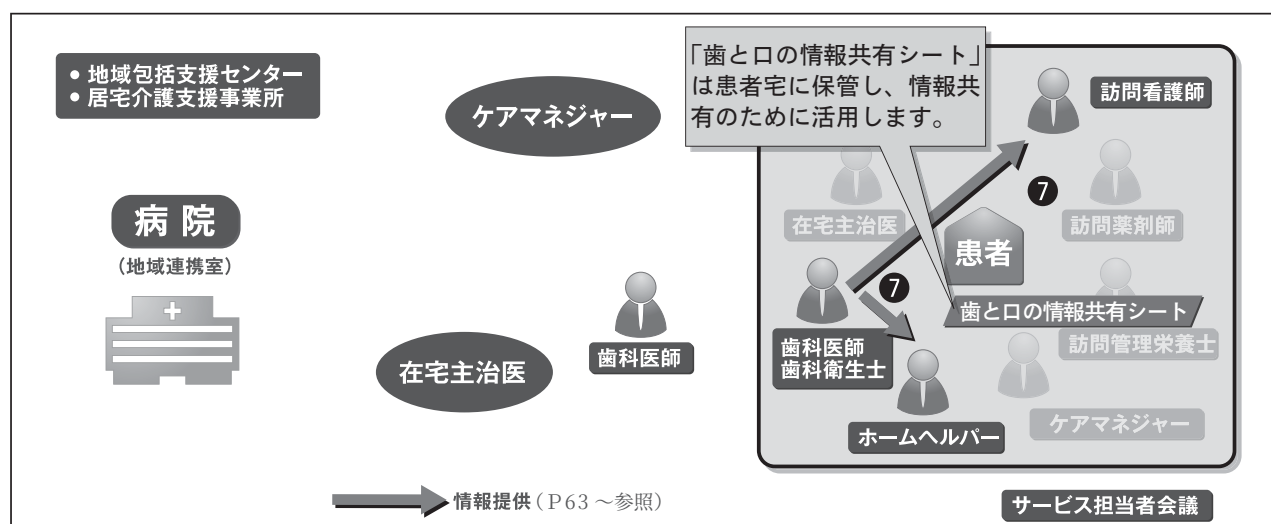
- ② 訪問看護師が、ケアマネジャーと情報共有した。
※在宅主治医に対して情報が提供される場合もあります。
- ③ 患者の同意を得たうえでケアマネジャーから歯科医師に対し、訪問歯科診療の依頼があった。
- ④ 歯科医師より療養者の全身状態を照会、在宅主治医より情報提供。



⑤ 歯科医師が歯科衛生士を帯同し、訪問歯科診療を開始した。

⑥ 療養者の全身状態の確認・情報提供

※在宅主治医への情報提供は【診療情報提供 (I)】を活用。



⑦ 歯科医師や歯科衛生士が、訪問看護師やホームヘルパーに対し、患者の日常療養上の留意点を情報提供した。(連携シート等 (P63参照) 等を活用)

患者宅に保管されている連携シート等によって、歯科からの情報提供内容が、家族やホームヘルパー等に情報共有された。

※上図は1例です。在宅等療養者等の口腔の問題に気づいた際は、職種を問わず連携シート等を活用し、情報共有に努めましょう。

2 具体的事例

【事例1】脳梗塞発症後の自宅療養中、訪問歯科診療を契機として、在宅ケアサービスが効果的にコーディネートされた事例

1. 概要

患 者	63歳 男性
主 訴	口の中をきれいにしてほしい。
既 往 歴	6年前、多発性脳梗塞で寝たきりになる。ADLランク C2 言語障害あり。音声言語によるコミュニケーション不可。四肢の拘縮あり。 福祉サービスは利用していない。(脳梗塞発症当時、福祉サービスは措置制度だった)
介護状況等	持家。三世代同居。専用の居室。普通食。清拭。主介護者は妻。介護負担が大きい。
口腔内所見	6年間、口腔ケアをしたことがなく、口腔内不潔。強烈な口臭あり。 ブクブクうがい不可。残存歯は多く、咬み合わせは確保可能。

解説

患者は57歳で多発性脳梗塞を発症後、在宅で寝たきりとなりました。発症年齢が若く、高齢者福祉サービスの対象とならなかったこと（当時は措置制度であった）、介護者である妻のスティグマ¹⁾のため、介護は全面的に家族の手に委ねられていました。

脳梗塞を発症してから6年後、居住市において、保健事業の一環として訪問歯科健診が始まりました。当該患者もその対象者に含まれていたことから、訪問歯科が関与することとなりました。

一日中寝たきりで、脳梗塞発症以来「座位」をとったことはなく、四肢は拘縮していました。食事や排泄もベッド上で行い、保清は介護者の清拭のみの全介助状態でした。言語によるコミュニケーションは不可能で、意識レベルも定かではありませんでしたが、妻の言葉かけには反応がみられました。

初回訪問時、患者の居室から玄関先まで強烈な異臭が漂っていました。寝たきりになってから6年間、一度も口腔ケアをしていないとのことでした。口腔内を診査したところ、残存歯が多く、咬み合わせが確保できることが見込まれ、補綴の必要性は認められませんでした。多量の菌垢（プラーク）が蓄積し、舌は厚い舌苔に覆われていました。

¹⁾ 社会的な恥辱感＝いわゆる「お上の世話にはなりたくない」という思い。

2. 課題点とケアプラン

課 題 点	ケアプラン
・24時間全介助（家庭内介護の限界） ・社会性の欠如（社会的孤立） ・不潔な口腔衛生状態	・座位の確立 ・レスパイトケア（介護負担の軽減） ・専門的口腔ケアの提供

解説

① 24時間全介助

既に家庭内介護の限界を超えており、訪問歯科を契機に第三者が家の中に入ることに慣れていただき、在宅ケアサービスを早急に導入する必要があるのではないかと判断しました。

② 一日中ベッド上の生活

デイサービスなどの通所系ケアを取り入れ、社会性の回復に努める必要があるのではないかと判断しました。

③ 不潔な口腔衛生状態

歯科医療職による専門的口腔ケアを徹底し、誤嚥性肺炎等の予防、口臭軽減を図る必要があるのではないかと判断しました。

さらに、リハビリテーションケアの基本となる「座位の確立」を加え、ケアプランを検討しました。

3. 経過・評価

経 過	評 価
週2回の訪問歯科診療と週2回の訪問口腔ケアを開始した。 (内容) ・患者に対し、歯科医療専門職によるスケーリング²⁾を行った。 ・介護者である妻に対し、患者へのブラッシング方法を指導した。	・第三者が家に入ることにについて、患者と家族が慣れた。 (サービスを受容できるようになった) ・1週間4回の専門的口腔ケアが行われ、口臭は完全に消失した。 (主訴が解決した) ・口臭が消失すると、孫たちがベッドサイドに戻ってくるなど、コミュニケーションも回復した。 (社会的孤立が回避された)
次に、保健師の訪問指導、訪問看護師による在宅サービスを提供した。	患者並びに家族を支える体制が整えられた。
さらに、電動ベッドの貸与、訪問入浴サービスや訪問リハビリテーション、デイサービスなどを在宅ケアのメニューに追加した。	

解説

一般的に、寝たきり者は口呼吸を行う傾向があり、乾燥した菌垢（プラーク）が歯に強力に付着していることから口腔清掃としてプロフェッショナルケア（スケーリング）が行われますが、口腔内を清潔に保つためにはホームケア（ブラッシング）も重要です。

²⁾ 専門的な機器を用いて、歯石等を除去すること。

歯科からのコメント

若年期での発症（57歳）、三世代同居、比較的裕福な家庭であったことなど、発症当時、福祉サービスを受けることが困難な状況でしたが、医療的支援を契機に、患者並びに家族を支える体制を整えることができました。また、口腔ケアは、寝たきり者に特有の異臭（口臭）を軽減し、社会的孤立を解消するという効果ももたらしました。

【事例2】長期間経口摂取がない胃ろう造設者で、口腔ケアも受けておらず遷延性の意識障害を有する患者に対し、訪問歯科診療を契機として摂食・嚥下療法が行われ廃用性変化が改善された事例

1. 概要

患 者	75歳 女性
主 訴	全身状態が落ち着いたので少しでも口から食べさせたい。
既 往 歴	●年12月 脳内出血・硬膜下出血発症（右麻痺、失語症）入院加療。 [●+1]年2月 NGチューブ留置（経鼻胃経管栄養）。言語障害、嚥下障害、唾液のムセあり。37～38℃の熱発、肺炎を繰り返す。 9月 胃ろう（PEG）造設。 [●+6]年 在阪の娘夫婦と同居のため他県より転居。 12月 訪問看護開始。 [●+7]年3月 車椅子移乗開始（座位訓練）15～20分安定した座位は可能。
介護状況等	日当たりの良い1階の居室。主介護者は、夫と娘。
口腔内所見	上顎に4歯残存しているのみ。義歯は使用せず。ドライマウス。 胃ろう（PEG）造設後、6年間、経口摂取や口腔ケアを行っていない。

2. 経過・評価

経 過	評 価
[●+7]年 5月 口腔ケアセミナーにおいて、担当訪問看護師より訪問歯科診療について歯科医師に相談があった。 7月初旬 初診 アセスメント（本人・介護者） ・口腔ケア時の姿勢制御を指示。 ・ブラッシングを指導。 ・摂食・嚥下機能訓練を専門とする歯科医師に、別途、訪問歯科診療を依頼。 ・訪問歯科でめざすべき目標を検討。 7月下旬（初診から約1週間後） ・摂食・嚥下機能訓練を専門とする歯科医師が嚥下機能に関わる神経筋機構の機能評価³⁾を行い、摂食・嚥下リハビリテーションを開始。「姿勢制御」、「足底接地」（P31参照）、「うなづき姿勢」を徹底し、訓練を継続。	・行政関係の委員会や協議会で顔見知りであったことから、看護師が歯科へ相談しやすい環境にあった。 ・平成10年に発症後、平成17年に訪問歯科診療が開始されるまで、嚥下障害について評価がなされていなかった。 ・経管栄養が継続され、義歯未装着のまま経口摂取がなく、口腔ケアも行われていなかったことから、廃用性変化が進行した可能性があるが、専門家による評価が必要と考えられた。

解説

摂食・嚥下機能訓練の要点⁴⁾は、下記3点です。

- ① 呼吸路の安全性の確保
- ② 口腔咽頭機能の賦活
- ③ 食物調整

これらの要点を踏まえ、訪問歯科診療開始後、「姿勢制御」「足底接地」「うなづき姿勢」を徹底し訓練を継続しました。

8月 (診療開始から約1か月後)

- ・摂食・嚥下機能訓練を専門とする歯科医師が摂食・嚥下機能を再評価。

再評価の結果

- ・単一回水飲み訓練クリア
- ・連続水飲み訓練クリア

9月 (再評価から約1か月後)

- ・ケアカンファレンス開催 (患者のベッドサイド)
参加者：主治医 (内科)、訪問看護師、ケアマネジャー、理学療法士、歯科医師、歯科衛生士

目的：口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーションについて共通認識を持つとともに、訪問歯科の目標を検討し、コンセンサスを得る。

[●+8]年

2月 (訓練開始後約6ヶ月)

シリンジでの注入中の口唇閉鎖が可能となり、50ml/回の注入が可能となったことから、ゼリー食による直接訓練を開始した。

[●+9]年

1月 (訓練開始後約1年6ヶ月)

上顎に部分床義歯を装着した。

※下顎に義歯を装着することは困難と判断された。

解説

- ・顎の骨の吸収具合によっては、義歯の製作が困難と判断されることもあります。
- ・上顎義歯が、嚥下補助床 (P92舌接触補助床参照) の役割を果たし、食塊の奥舌部への送り込みがスムーズになりました。
- ・現在、一食のみ経管栄養ですが、口から食べる「食事」が主体となっています。

・嚥下機能に関わる神経筋機構の機能評価³⁾を行ったところ、三叉神経・顔面神経・舌下神経には麻痺は認められなかった。以上より、神経が障害され麻痺が生じているように見えるのは、廃用性変化による拘縮と感受性の低下が原因ではないかと考察された。

・経口摂取に関わる末梢神経系に麻痺はなく、廃用性変化が疑われることから、機能訓練を継続するうえで、ケアカンファレンスを開く必要があると考察された。

ケアカンファレンスの結果

<大目標>

- ・患者の栄養は、経管 (胃ろう) で確保する。
- ・経口摂取により、患者のQOLの向上を図る。

<合意事項>

- ・嚥下機能訓練時の姿勢を厳守する。
- ・機能訓練前に、口腔ケアと口腔マッサージを実施する。
- ・脱感作 (吸啜反射) のため、ブラッシングや口唇ストレッチを行う。
- ・嚥下反射の改善のため、舌の他動運動や前口蓋弓のアイスマッサージを行う。
- ・訓練食を調整する。(とろみ剤・ゼリー食の活用)
- ・上顎義歯を製作する。(咀嚼よりも、むしろ、嚥下補助、リップサポート⁵⁾、顔貌を整えることを目的とする)

- ・上顎に部分床義歯を装着したことにより軟食の経口摂取が可能となった。
(主訴が、ある程度解決した)
- ・下顎の骨は吸収が著しく、総義歯を扱いこなすのは無理と判断された。
- ・義歯装着は上顎のみであるが、それによりリップサポートが得られ、顔貌が飛躍的に改善した。
- ・摂食・嚥下時に食塊が前方に飛び出す食べこぼしが少なくなった。

³⁾ 大阪府『在宅版 咀嚼嚥下機能・構音機能障害 評価・指導マニュアル』

⁴⁾ 摂食・嚥下障害のキュアとケア (舘村 卓著) ⁵⁾ 唇の豊隆

歯科からのコメント

発症後、長期間、経管栄養が継続されていたことから、廃用性変化を改善するのに時間を要しました。機能訓練を継続し、口腔清掃を行うとともに、口呼吸や口腔乾燥症へも併せて対応しましょう。

【事例3】胃ろう造設者で主治医から「再度、口から食べることは困難」とされていたが、摂食・嚥下の訓練に取組み、胃ろう除去に成功し、再び経口摂取可能となった事例

1. 概要

患者	61歳 男性
主訴	口から食べたい
既往歴	歩行障害・構音障害を発症、脳幹梗塞と診断され、入院。 入院中、2回誤嚥性肺炎を発症し、気管切開・気管カニューレ留置処置。 栄養管理：経鼻経管栄養。経口摂取は禁止。 1年後、転院。胃ろう（PEG）造設。「口から食べたい」という強い希望で、毎日、STによる摂食訓練を開始。栄養管理：胃ろう（1日2回）、経口摂取（1日1回）
介護状況等	要介護度4、障害老人の日常生活自立度A2、主介護者は妻、副介護者は娘 〔要介助〕：食事、更衣・整容、移動 〔全面介助〕：入浴 〔自立〕：排泄、会話
口腔内所見	上顎両側臼歯部欠損（右上2本と左上4本が欠損）。口臭あり。歯周病あり。口腔清掃状態不良。舌苔あり。脳幹梗塞後遺症による左不全麻痺に伴う摂食・嚥下障害。

2. 課題点とケアプラン

課題点	ケアプラン
①嚥下時の前頸部が垂直 ②食内容により、むせが起こる 食事に時間がかかる ③水分摂取量が少ない（670ml/日） ④口腔清掃不良、歯周病、口臭、舌苔	①嚥下姿勢について、前頸部を前屈にする ・食卓の高さが肘の高さとなるように工夫 ②調理形態を工夫、摂食機能訓練を実施 ・口腔ケア、肩首・口唇・頬訓練等を実施 ・口唇でしっかり捕食する ・うなずき嚥下、横向き嚥下 ③水分摂取量を増やす（1500ml/日） ④訪問歯科診療 （歯科医師は月1回、歯科衛生士は2週間に1回）

3. 経過・評価

経過	評価
・自宅で療養中、むせ・肺炎を頻発、吸引器を常時使用。入退院を繰り返していた。 ・デイケアの看護師に対し、本人から「口から食べたい」と強い相談があり、看護師が妻へ訪問歯科診療の利用を助言し、妻が保健センターを通じて訪問歯科診療を依頼した。 初診 <u>アセスメント（本人・介護者）</u> ・上記ケアプランを作成。 （初診から1ヶ月後） ・ケアカンファレンス開催 参加者：デイケア看護師、理学療法士、管理栄養士、ケアマネジャー、訪問看護師、歯科医師、歯科衛生士 目的：昼食を胃ろうから経口食にするために、各専門職の支援策について検討する。 （初診から1年後） 上顎義歯を装着。 （初診から1年6ヵ月後） 普通食や飲み物が経口摂取可能となった。 胃ろう不要と判断された。 （初診から2年後） 胃ろう除去。 寿司（山椒抜き）が食べられるようになった。 要介護度3となった。	・患者の居住市では、地域の医科・歯科・介護連携体制が関係機関から構成される「協議会」として整備されており、歯科へ相談しやすい環境にあった。 ケアカンファレンスの結果 ・デイケアでの昼食時の摂食機能訓練を徹底する。 ・理学療法士による排痰訓練を追加する。 ・関係職種が共通認識を持ち、連携して患者を支援できるよう連絡帳を作る。 （連絡帳の例：連携シートP63） ・経口摂取を支援する体制、チームアプローチが確立された。 ・上顎義歯が嚥下補助床の役割を果たし嚥下機能のさらなる改善が図られた。 解説 口腔機能回復のために訓練に励む患者を、関係職種が連携して効果的に支援した結果、主訴が解決しました。

訪問歯科診療をご希望の際は、本用紙をご活用下さい。〔大阪府歯科医師会ホームページよりダウンロードできます（予定）〕

社団法人 大阪府歯科医師会 作成

- 医科・歯科・介護連携強化事業リーフレット・ガイドラインワーキング 作成
介護スタッフ、医療スタッフ向け

歯医者さんに 相談しましょう

入れ歯の
悩み

歯が痛い
歯ぐきが
はれる

口臭

食べこぼし
むせ

こえん
誤嚥による
発熱

このような症状があれば **歯科** までお気軽にご相談ください。

**在宅
歯科医療
連携室**

A 歯科医院 B 歯科医院 C 歯科医院

①相談 ②調整 ③OK ④紹介

(社)大阪府歯科医師会
在宅歯科医療連携室 tel.06-6772-8886

裏面

(社)大阪府歯科医師会 **在宅歯科医療連携室**

日時 月～金曜日 午後2～4時

電話 06-6772-8886

FAX 06-6774-0488

- 大阪府歯科医師会 作成

往診できます！ 「ご自宅での歯科治療」

通院できないから・・・
と、がまんしたりあきらめたり
していませんか？

歯医者さんが往診する 訪問歯科診療を気軽にご利用ください

介護保険の利用もできます

訪問歯科診療後、口腔ケアの必要な方に居宅で
口腔ケア（ブラッシング等）の指導をします。（居宅療養管理指導）

当院にご相談ください

大阪府歯科医師会

- 医科・歯科・介護連携強化事業リーフレット・ガイドラインワーキング 作成
本人・家族向け

歯医者さんに 相談しましょう

入れ歯の
悩み

歯が痛い
歯ぐきが
はれる

口臭

食べこぼし
むせ

高齢
誤嚥による
発熱

このような症状があれば **歯科** までお気軽に
ご相談ください。

①相談 ②調整 ③OK ④紹介

在宅
歯科医療
連携室

A 歯科医院 B 歯科医院 C 歯科医院

対応可

(社)大阪府歯科医師会
在宅歯科医療連携室 tel.06-6772-8886

裏面

診てもらいたいけど
通院できないし、
仕方ないな...

訪問診療 できます！
「ご自宅」「施設」で歯科
治療を行います

高齢
誤嚥による
発熱を減らす
には、口腔内を
清潔にしましょう

肺炎

それはうれしいですね
どこに連絡すれば
よいですか？

「食べこぼし」や「むせ」を
改善するには、残された
筋力や飲み込み力を
上手に使いましょう

(社)大阪府歯科医師会 **在宅歯科医療連携室**

日時 月～金曜日 午後2～4時

電話 06-6772-8886

FAX 06-6774-0488

- 大阪府歯科医師会 在宅歯科医療連携室 作成

命を守る 口腔ケア

こんな事でお困りではありませんか？

入れ歯が
合わない、
咬みにくい

食事中にむせる、
飲み込みにくい

寝たきりや
胃瘻の方などの
肺炎

在宅
歯科医療
連携室

お困りの方は、私たち大阪府歯科医師会の
在宅歯科医療連携室まで

開設日時 月～金曜日 午後2～4時

電話番号 06-6772-8886

FAX番号 06-6774-0488

(社)大阪府歯科医師会

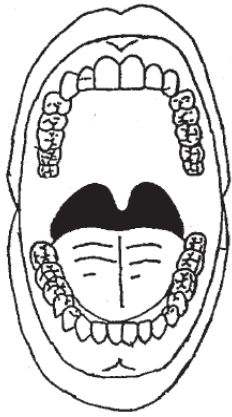
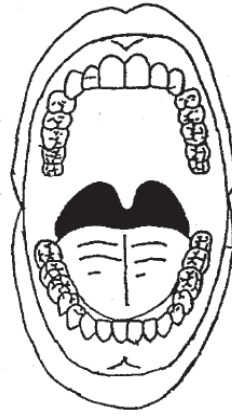
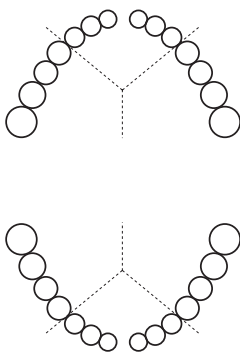
第4章 口腔機能管理における医科・歯科・介護連携のための連携ツール

〔大阪府ホームページよりダウンロードできます（予定）〕

◎情報共有のための連絡報告シートとして、お気軽にご利用ください。

氏名	
----	--

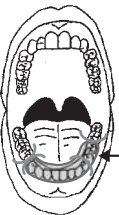
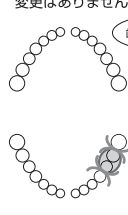
歯と口の情報共有シート

生活状況		
歯科へ		
歯科から		

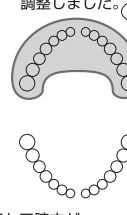
平成24年度 医科・歯科・介護連携強化事業ガイドラインワーキング作成

[記入例]

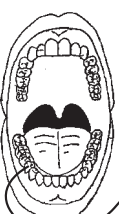
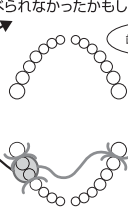
◎情報共有のための連絡シートとして、お気軽にご利用ください。

氏名	大阪 花子
歯と口の情報共有シート	
生活状況	5/2 口臭が気になる。(訪問看護師)
歯科へ	5/9 口腔内が乾燥している薬が飲みこめていない。(訪問看護師)  止め金が外れています。
歯科から	5/14 唾液線マッサージを行いました。乾燥の原因として薬の保湿ジェルを塗布しました。(歯科衛生士)  5/14 修理しました。(歯科医師) 

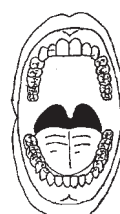
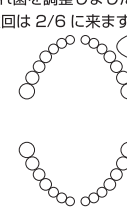
◎情報共有のための連絡シートとして、お気軽にご利用ください。

氏名	浪速 太郎
歯と口の情報共有シート	
生活状況	これからもうちびると歯と歯ぐきの間に保湿ジェルをぬりましょう。(歯科衛生士)
歯科へ	10/10入れ歯が合っていないようです。(訪問看護師)  10/11白いモノがべっとり付着しています。(ヘルパー)
歯科から	くちびると歯と歯ぐきの間に 10/14入れ歯を削ってジェルをぬっています。(歯科医師)  10/16口腔ケアを行いました。とても口腔内が乾燥しているので保湿ジェルを塗布しました。(歯科衛生士) 

◎情報共有のための連絡シートとして、お気軽にご利用ください。

氏名	浪速 花子
歯と口の情報共有シート	
生活状況	12/10 以前食べていたものを食べなくなった食事にかかる時間が長くなります。(家族) 12/15 お口が乾燥して、上手く飲み込めていないようです お口の筋力UPが必要です。(歯科医師)
歯科へ	12/12 歯に穴があいているよう。本人からの訴えはないがどうすべきでしょうか。(訪問看護師) 
歯科から	12/15 治療しました。ばねも少し調整しました。むし歯でした。痛みのため、食べられなかったかもしれません。(歯科医師)  12/18 バタカラ体操をとくみしました。筋力up。(歯科衛生士)  今後も継続して取り組んで下さい。

◎情報共有のための連絡シートとして、お気軽にご利用ください。

氏名	大阪 太郎
歯と口の情報共有シート	
生活状況	1/30 食事がスムーズにとれているか様子を見て下さい。(歯科医師) 2/4 調整した入れ歯で、食事とれています。ありがとうございます。(訪問看護師)
歯科へ	1/5 入れ歯がばかばかになっていてよく外れます。入れ歯が合っていない。(ヘルパー) 
歯科から	1/30 入れ歯を調整しました。次回は2/6に来ます。(歯科医師) 

第5章 連携のための基礎知識

1 在宅療養高齢者を理解するための基本的事項

(1) 平均寿命と健康寿命

1) 平均寿命

死亡率が今後変化しないものと仮定して、各年齢の人が、以降生存する年数の平均を「平均余命」といい、特に0歳における平均余命を平均寿命といいます。つまり今後生まれる人がどの程度生存できるか期待できる年数をいいます。

日本の平均寿命は平成23年簡易生命表によると、男性79.44歳、女性85.90歳となっており、現在女性は世界1位、男性はスイスにつぎ、世界2位となっています。今後も平均寿命は伸び続けると予想され、ますますの高齢化が見込まれます。

2) 健康寿命

健康寿命とは日常的に介護を必要としない自立した生活ができる期間のことをいい、平均寿命から介護が必要な期間を除いたものになります。平成22年完全生命表では男性70.42歳、女性73.62歳であり、平均寿命と健康寿命の差は男性9.13年、女性12.68年ということになりました。（平成22年完全生命表での平均寿命：男性79.55歳、女性86.30歳）平均寿命と健康寿命の差が大きいということは、寝たきり等の期間が長いということですから、今後は健康寿命を長くしていくことが課題となります。

平成12年から平成24年まで行われた、21世紀における国民健康づくり運動、健康日本21は最終年に評価が行われ、それらの結果を踏まえ、第2次健康日本21で健康増進に関する5つの基本的方向が示されました。『健康寿命の延伸と健康格差（都道府県における格差）の縮小』はその一つとして挙げられ、その実現に関する具体的目標に、平均寿命の増加分を健康寿命の増加分が上回ることと、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標とすることが掲げられました。健康寿命が最も長いのは男性の場合、愛知で71.74歳、女性の場合静岡75.32歳であり、大阪は男性44位、女性45位と下位に位置しています。今後府として取り組んでいくべき問題でしょう。

このように我が国は世界的に見ても長寿国ですが、歯科疾患実態調査をみると中高年以降、急速に歯を失っていく傾向にあります。国別年代別残存歯数で80歳前後の高齢者の残存歯数を見てみると、日本人の残存歯数が少ないことは一目瞭然です。そんな中、8020運動は、平成元年厚生省と日本歯科医師会が提唱し始まりました。80歳になっても20本以上自分の歯を保とうという運動で、少なくとも20本以上あれば大抵の食物は食べられることから20本が目標値となっています。

残存歯数と寿命についても多くの調査がされていますが、例を挙げれば、歯が20本以上残っている高齢者が長生きだったことや、咀嚼能力が大きいほうが、平均余命も健康余命も長くなったと那須¹⁾の報告で示されています。

3) 口腔機能の維持向上と QOL

口腔機能は、食べること、話すこと、呼吸をすることに大きく分けることができます。特に「食べること」「話すこと」は、QOL に大きく関与します。特別養護老人ホームや老人保健施設等の利用者を対象に「現在の楽しみは何か」とアンケート調査を実施したところ、介護度の重軽に関わらず食事が1位となりました²⁾。つまり「食べること」は生活を楽しむうえで、欠かせない要素であることがわかります。「話すこと」も同じです。アンケートで上位に入ってくるのは、そのほか行事参加や、家族訪問などであり、他人とのコミュニケーションは重要であるといえます。ですから「食べること」「話すこと」を司る口腔機能は、QOL に大きく関わるものの一つと考えることができます。

8020推進財団が全国4県で実施した高齢者に対する疫学調査では、咀嚼能率が高い群ほどQOLが高く、残っている歯が10～19本の群ではQOLが低いという結果がでています。また咀嚼能力が高い人は活動能力が有意に高い傾向にあると報告されています。このように、口腔機能を維持、また向上させることは、QOLを保つために不可欠なのです。

文献

- 1) 那須郁夫、斎藤安彦：全国高齢者における健康状態別余命の推計、特に咀嚼能率との関連について。日本公衛誌 53：411-423, 2006
- 2) 加藤順吉郎：福祉施設および老人病院等における住民利用者の意識実態調査分析結果、愛知医報、1434,2-14(1998)

(2) 加齢による身体的変化

加齢による身体的変化を老化といいます。老化自体が個体の機能低下を引き起こすだけでなく、老化による変化が様々な疾患に繋がります。在宅等療養者への医療・介護サービスを提供する上において、加齢による基本的な身体的変化を理解しておくことは大変重要です。

1) 循環器系の変化

循環器とは全身に血液を送るシステムで、心臓と血管が担っています。心臓はポンプとして働き、血管は心臓から送られてくる血液を運ぶ管です。

心臓は心筋という筋肉でできています。長年の高血圧により心臓の壁が厚くなり（心臓肥大）、広がりにくくなり（拡張障害）わずかな障害により心不全が起こりやすくなります。また、心臓の中には血液の逆流を防ぐ弁があり、特に大動脈弁が変性、肥厚、石灰化して働きが悪くなり、心臓弁膜症などの原因となります。また、心臓を動かす電気的刺激を伝える経路（刺激伝達系）にも変性が起こり房室ブロックや脚ブロックなどの徐脈性不整脈につながる場合があります。また、心原性脳塞栓症の原因である心房細動も発症します。

また、血管にも加齢による変化が起こります。動脈は外膜・中膜・内膜の3層でできています。加齢により内膜の肥厚と石灰化も加わり動脈硬化が進みます。動脈の加齢による変化は血圧の収縮期の上昇と拡張期低下を引き起こし、脈圧が増大します。また、高コレステロール血症や糖尿病があると、粥状硬化である内膜にプラークが形成され、プラークの破たんにより心筋梗塞が発症します。

静脈は動脈に比べ変化は大きくありませんが、下肢の静脈の弁の機能が低下し足がむくみ易くなり、静脈瘤を認めるようになります。

2) 呼吸器系の変化

呼吸器とは鼻から肺に連なる一連の臓器の総称で主な仕事は酸素の取り込みと炭酸ガスの排泄というガス交換であります。一連の呼吸機能は、加齢により低下します。またこの機能の障害は、閉塞性障害（呼出障害）と拘束性障害（呼吸容量の低下）に分けられます。前者は喘息やCOPD（慢性閉塞性呼吸器疾患）に代表され、後者には肺がん、肺結核等があります。高齢になるとしばしば自分の唾液すら誤嚥することがあります。そこで口腔内はできるかぎり清潔に保つ必要があります。誤嚥性肺炎はしばしば重篤な肺炎をおこし生命に影響することがあり、注意が必要です。

3) 消化器系の変化

消化器とは、口から摂取した食物から栄養や水分を吸収する役割を持っている器官です。実際に摂取したものが通過する消化管と消化・吸収を助ける器官があり、口腔・咽頭・食道・胃・十二指腸・小腸・大腸が前者で、肝臓・胆嚢・膵臓が後者に相当します。これら消化器系を構成している諸器官には比較

的に加齢によって影響を受けやすい器官と、病的な変化が無い限り影響を受けにくい器官があります。

食道は粘膜の萎縮と固有筋層の短縮が起こるため、加齢によって胃との接合部である噴門部を食道側へ引っ張り上げる現象、すなわち食道裂孔ヘルニアを生じます。更に下部食道括約筋機能低下が相まって胃内容物の食道への逆流現象を発生します。このために食道胃接合部の食道側粘膜に胃酸による粘膜損傷が起こり、消化不良感・胸やけ・食物通過感・食物残留感・胸痛などの症状を発生します。これが逆流性食道炎です。このような発症機序から容易に推測出来る様に、この病気は加齢と共に増加するばかりでなく、胸痛や前胸部不快感を伴うことから、しばしば虚血性心疾患と間違えられる為に注意を要します。

胃は、加齢により粘膜萎縮と酸分泌低下が起こると考えられていましたが、H.pylori の感染との関連が明らかになりました。H.pylori 感染はリンパ腫や癌腫発生のリスク因子である事が判明しているため、保菌者またはかつて保菌者であった人は定期検診を受ける事が肝要です。また弾力性と蠕動運動機能が低下するために胃内容物の十二指腸への排出時間が遅くなり、前述の逆流性食道炎を更に増悪させる要因となります。十分に時間をかけて咀嚼することと、八分目の食事摂取量を心がけることが予防に繋がります。

粘膜と固有筋層の萎縮は小腸においても例外ではありません。このため消化吸収面積が減少し、特に脂肪成分の吸収能力の低下により、脂肪下痢便を生じやすくなります。また加齢と共に乳糖分解酵素（ラクターゼ）活性が低下する為に乳製品摂取による下痢を発症します。

大腸では加齢による固有筋層の萎縮と結合織の変性によって、長軸方向への伸長と蠕動運動低下が起こり便秘傾向となります。また歩行など活動時間の減少と、更に病状が進行して寝たきり状態になると、この傾向はより一層顕著となり慢性便秘となります。大腸憩室症は高齢者では高頻度に見られる疾患です。便秘は憩室炎や憩室穿孔・汎発性腹膜炎の原因となり生命を脅かす結果となります。

本来予備能が大きいので、肝臓は加齢による機能低下を発生しにくい臓器です。しかし「沈黙の臓器」ともよばれている様に、機能低下や障害が症状として現れにくいのもこの臓器の特徴であるため定期的な血液検査が必要です。とくに運動不足と過剰な栄養摂取によって発症する脂肪肝や、また最近では健康食品やサプリメントによる肝障害も多数報告されていますので十分な注意が必要です。知らないうちに機能低下状態になっていると、薬剤代謝速度に影響する事も予想されますので、肝機能の評価は重要です。

胆嚢は加齢の影響を比較的に受けにくい臓器ですが、総胆管十二指腸開口部の Vater 乳頭括約筋機能低下により、逆流性胆管炎のリスクが増加します。高齢者では胆管炎や胆嚢炎を発症しても、典型的な症状・所見を呈さないことも多く、手遅れにならない様な注意が必要です。

膵臓も加齢の影響を比較的に受けにくい臓器です。機能低下を起こす代表的な疾患が慢性膵炎で、膵外分泌機能（アミラーゼ・リパーゼ・トリプシン）低下により、消化吸収機能低下・下痢・体重減少を来します。しかしよほど膵萎縮が進行しない限り膵内分泌機能（グルカゴン・インスリン・ガストリン）は維持されることが知られています。

4) 運動器系の変化

骨や筋肉など身体を構成する物質は分解と形成を繰り返し、新たなものに作りかえられています。その代謝にメカニカルストレス（力学的負荷）が関与しています。運動器は適度に使用され、適正な量のメカニカルストレスが加わることによりその構造と機能が維持されています。メカニカルストレスは不足も過剰も問題です。

一般に骨や筋肉はメカニカルストレスの不足が問題となりやすいのですが、膝関節軟骨や脊椎椎間板にとってはメカニカルストレスの過剰が問題となりやすいのです。

筋肉は加齢とともに、筋肉を構成する筋線維数の減少と筋線維自体が萎縮してしまうことによる筋肉量の低下が見られますが、変化の主体は萎縮です。筋肉の重量は成人では体重の約40%に達しますが、

筋肉量は20～80歳の間におよそ40%減少し筋力も30～50%低下します。この加齢に伴う筋肉量減少と筋力の低下はサルコペニアと呼ばれ高齢者の転倒や骨折、寝たきりなどの自立障害を引き起こす大きな原因となります。筋肉は姿勢の保持や摂食、歩行などの身体活動を担うだけでなく、安静時のエネルギー代謝を営み、生体の恒常性維持に重要な役割を果たしています。適切な運動で筋肉量と筋力を維持することは生活の質を高める上で大変重要であると言えます。

骨は加齢とともに徐々に骨密度と骨量の低下が見られます。女性の場合、卵巣ホルモンであるエストロゲンが45歳ごろから徐々に低下し始め50歳ごろに閉経を迎えますが、このホルモンに骨吸収を抑制する働きがあるため、男性に比べこの時期における大きな骨量の減少を認め、骨粗鬆症や骨折のリスクがより大きくなります。

関節における加齢による変化は軟骨細胞と基質の両方に認められ、軟骨細胞では加齢にともない基質産生能の低下や成長因子への応答性が低下します。また、軟骨基質においては加齢により関節軟骨の体積の減少、基質中の水分含有量の低下がみられ、その破断強度が低下し、繰り返し応力に対する脆弱性が増します。このような変化が変形性関節症の危険因子となります。

また、身体バランス能力も重要であり、筋肉、関節、神経系のネットワークが円滑にはたらくことで保たれます。

5) 泌尿器の変化

腎臓の加齢による変化は主に糸球体に流れ込む細動脈の狭窄や血流障害がもたらすものです。これにより多くの糸球体が失われ腎臓の重量が減少し、血液濾過による尿産生能とレニンアンジオテンシン系を介した血圧調節の機能低下が起こります。また、尿細管上皮細胞の萎縮と間質線維化も進み、これにより尿細管による再吸収・電解質バランスの調整機能と間質線維芽細胞から分泌されるエリスロポイエチンによる赤血球産生増加機能が低下します。これらの変化によって、尿の回数が増加したり、脱水を起こしたり、電解質のバランスが崩れやすくなったりするため注意が必要です。

尿管には加齢による変化はほとんど起こりませんが、膀胱は平滑筋であり加齢とともに収縮力が低下するので残尿が起こりやすくなり、また容量も減少するため蓄尿機能が低下し頻尿になります。

尿道は女性の場合徐々に長さが短く、内膜が薄くなっていき、これらの変化と骨盤底筋群の加齢や妊娠、出産による筋力低下があいまって尿失禁が起こりやすくなります。男性の場合膀胱の出口は前立腺に囲まれており加齢に伴い前立腺が肥大すると、尿道を圧迫して排尿困難を起こしやすくなります。

6) 感覚器の変化

耳の加齢による変化は主に内耳に起こり、コルチ器、血管条の萎縮とラセン神経節細胞の萎縮減少が起こります。また、中耳においては耳小骨筋の萎縮が生じます。

難聴には外耳道、中耳に原因のある伝音性難聴と内耳から中枢に至る経路に原因のある感音性難聴に分類できます。加齢性難聴はこの両者が混在したのですが最も大きな原因は、音のセンサーであるコルチ器の有毛細胞の減少に聴覚中枢の障害が加わることによって生じる感音障害です。

目の加齢による変化として視力の低下があります。人間の視力は45歳ぐらいから低下し75歳を過ぎると急激に低下しますが、これは神経線維層の欠損や神経節細胞、視細胞の減少、色素上皮細胞の変化など網膜から脳への経路の加齢変化による視機能低下によるものです。また、水晶体は年齢とともに厚みを増し、硬くなり弾力性が低下します。これにより近くのものが見えづらくなるのが老視です。また、水晶体が白濁することによって起こるのが老人性白内障です。

嗅覚の閾値は加齢とともに上昇し、においの認知弁別能は加齢低下しますが、大多数の高齢者はそのことに気づかず生活しています。嗅覚の加齢変化の原因は明らかになっていない部分が多いのですが、嗅粘膜における嗅細胞の減少と嗅神経の萎縮がみられ嗅覚路の変性が起こっているためと推測されています。

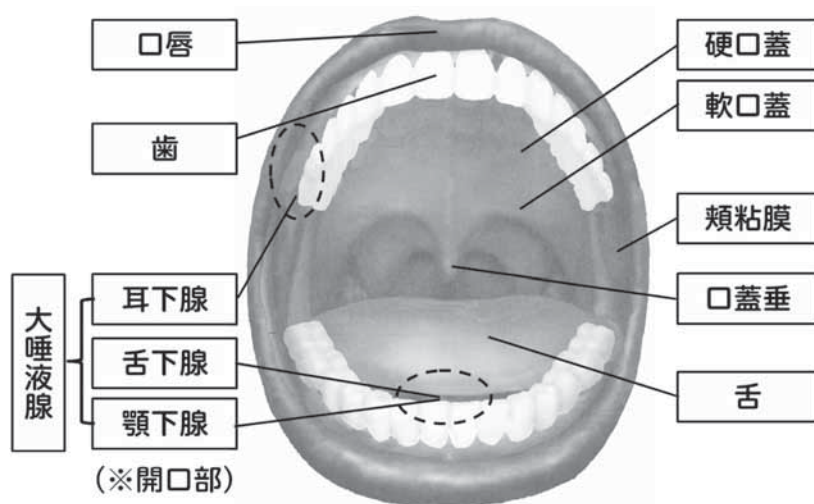
7) 脳の形態変化

一般的に30歳ぐらいから軽度の脳の萎縮が始まり、60歳ぐらいから肉眼的に明らかになってきます。脳の萎縮は神経細胞数の減少によるものですが、部位によっても差があります。また、ニューロンの軸索を包んでいる髄鞘が年齢とともに変性することで、ニューロンの神経伝達速度も加齢にともない低下し、神経伝達物質の減少もみられます。しかし、脳は代償能力が大きくこれらの加齢による形態的变化が直接大きな機能低下につながる訳ではありません。

8) 免疫系の変化

加齢とともに免疫において重要な役割を果たすリンパ球であるT細胞とB細胞の産生が減少します。特に加齢に伴う変化が著明に現れるのがT細胞です。T細胞は骨髄の造血幹細胞から発生し胸腺で分化成熟して血液中に放出されますが、胸腺の大きさは思春期に頂点に達しその後急速に萎縮して脂肪組織に変化して行きます。また、造血の場である骨髄中に占める脂肪髄の割合が加齢にともない特に四肢で増加し、骨髄の細胞成分は出生後30歳までで約50%にまで減少し、さらに30%にまで減少して行くことが報告されています。一方、最近加齢に伴って増加する新しいT細胞集団が同定され、免疫老化はこれまで考えられてきたようなTリンパ球集団の全体的な機能劣化によるものではなく、PD-1 陽性Tリンパ球の割合の増加によってもたらされると考えられる研究成果が報告されました。このようなことから加齢により免疫機能は低下していくと考えられており、感染を起こしやすかったり、発がんにも関係していると考えられています。

(3) 加齢による口腔機能の変化



1) 口腔の解剖

- 口腔 : 前方は口唇、上方は硬口蓋・軟口蓋、下方は舌と舌下粘膜、側方は頬に囲まれた空間をいいます。
- 口唇 : 口と呼ばれる部分。口輪筋と呼ばれる筋肉で構成されています。外表面は皮膚で、内面は粘膜によって覆われています。
- 舌 : いろいろな方向に走る筋肉が集まってできているため柔らかく、形が変わります。食事や会話のなどに関与します。
- 頬 : 大部分は頬筋からできています。
- 歯 : 顎の骨に植わっていて、上下左右に7本ずつ、計28本あります。(親知らず4本をあわせると32本)
- 口蓋 : 上顎の硬い部分を硬口蓋、その後続く柔らかい部分を軟口蓋といいます。
- 唾液腺 : 口腔内には耳下腺、舌下腺、顎下腺という3つの大きな唾液腺があります。耳下腺は上顎の6番目と7番目歯牙の付近の頬粘膜に、舌下腺は舌下小丘あるいは舌下ひだに、顎下腺は舌の下の小舌小丘に出口があります。

2) 口腔機能

口の機能はたくさんありますが、代表的なものは食事をする・話すことです。食事は、口やのどの筋肉が協調しながら動くことによって可能になります。口から食べることは、栄養摂取あるいは、QOLの観点から大きな意味をもちます。そしてコミュニケーションを取るのに会話は大変有用な機能となります。また呼吸は重要な口腔機能の一つであり、口腔は鼻腔とともに呼吸経路となっています。さらに、表情を作ることも口腔機能の一つとして考えることができます。

食事時の口腔機能を例に、主な組織の働きを以下にあげます。

- 口唇 : 食物を口腔内に取り込み、また取り込んだ食物が口腔内からでないように封鎖します。
- 歯 : 食物の取り込み、切断、噛み砕いたり、すり潰したりする機能を持ち、飲み込むことのできる食塊を形成します。
- 舌 : 食物を口蓋に押し付けて潰し、喉へ送り込みます。また噛んだものを唾液と混ぜあわせ、飲み込める塊をつくり、のどへ送り込みます。また感覚器としても重要です。
- 頬 : 噛むときに歯に頬をよせ食物が歯の上からこぼれ落ちないようにしています。
- 口蓋 : 上顎の硬い部分で、この部分と舌とで食べ物を押し潰します。
- 唾液腺 : 唾液は食べ物をまとめあげて飲み込める状態にするのに働き、さらに消化作用や抗菌作用も持っています。

3) 加齢に基づく退行変性

加齢によって口腔機能は低下します。しかし口腔リハビリテーションを行うことによってその機能の衰えに歯止めをかけることができます。

以下に口腔機能を司る主な組織の加齢変化について簡単にあげます。

- 口唇 : 口輪筋の低下で、食べ物を口の中に取り込めなくなったり、口からものをこぼしたりすることが多くなります。
- 舌 : 舌筋の低下で、食べ物を押し潰したり、食塊の送り込みができなくなったりします。
- 頬 : 頬筋が衰えると歯の上から頬側に食物が落ちてしまうと、もう一度食べ物を歯の上に戻すことが難しくなり、噛めなくなるばかりか、食べ物が頬側にたくさんたまりやすくなります。
- 歯 : 加齢とともに残っている歯が減少し、噛むことが十分に行えなくなります。
- 唾液腺 : 唾液分泌能が低下すると、唾液で食べ物をまとめたりすることが難しくなります。また抗菌・殺菌作用が低下します。

感覚機能：加齢に伴い味覚閾値が上昇するなどの感覚機能が低下します

嚥下機能：のどの筋肉が衰え、飲んだあとにのどに残ったり、誤って肺に入ったりします。

4) 廃用性萎縮（P 83「廃用性症候群」、P 86「口腔軟組織の廃用」参照）

高齢者では、加齢とは別に、廃用による変化にも注意する必要があります。廃用性萎縮とは簡単にいえば、使われない筋肉が衰えることです。特に咀嚼筋の中でも咬筋は廃用萎縮が進行しやすいといわれています。

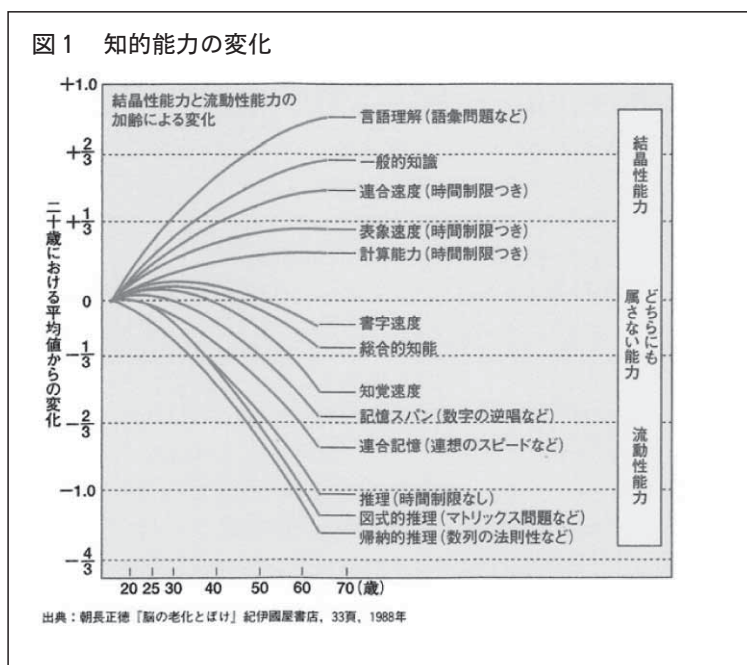
廃用は口に限ったことではなく、過度の安静や日常の不活潑によって起こる、関節の拘縮、筋萎縮、骨萎縮、心機能の低下や認知症症状など、一連の身体・精神機能低下の症候を廃用症候群といい、寝たきりになると、廃用から、生活機能がますます低下します。

これらの廃用を防ぐために、例えば口腔機能であれば、安易に禁食にしないこと、また経口摂取していなくても可能であれば義歯を装着しておくことなど、適切に評価し対策をとることが重要です。

(4) 加齢による知的機能と精神心理の変化

加齢による知的機能や精神心理状態の変化の大きな特徴は、大変大きな個人差があるということです。その人がおかれている環境によってその変化の程度は大きな影響を受けます。

1) 認知機能の変化（図1）



認知機能とは五感（視覚・聴覚・触覚・嗅覚・味覚）を通じて外部から取り入れられた情報を認識したり、会話したり、計算する、判断する、考える、記憶するなど、人の脳における知的機能を総称した概念です。高齢者の認知機能は個人差が大きいのが特徴で、これはその人の内在的要素（遺伝、ストレス、心身の状況）に加え、社会文化的な関わり（教育、職業、趣味、運動、人間関係）などの多くの因子の影響を受けているからであると考えられています。知的能力には従来より結晶性能力と流動性能力の2つの能力に分類されます。結晶性能力は一般的知識や判断力、理解力などで、今まで蓄積された教育、学習、経験などで得たものを生かす能力です。このような能力は60歳ごろまで徐々に上昇し、その

後ならかに低下するもののそのレベルは20歳代に近い能力が維持されます。これに対して、流動性能力は新しいものを覚えることや、計算、暗記などの学習能力など、経験の影響を受けることの少ないむしろ生まれながらに持っている能力で、新しい環境に適応するために必要な問題解決能力とよべるものです。この能力は30歳代にピークに達したあと加齢とともに衰えて行きます。この流動性能力の低下は脳の機能変化と関連したものであり、いわば正常な老化性変化と考えられています。

総じて高齢者は、感覚器の機能低下による情報の入力障害、脳の機能低下による情報の認識や処理速度の低下など、加齢による身体機能の変化により課題を遂行するのに時間がかかるようになります。しかし、時間さえかければできることが多いと考えられていますので、周囲はせかさずゆったりと待つことが大切です。若い人の感覚で進めると高齢者の能力を低く判断してしまう危険性があることを十分に意識して高齢者と接することが大切です。

2) 記憶機能の変化 (図2)

記憶のシステムは情報を入力する「記銘」(符号化)と、記銘された情報を蓄える「保持」(貯蔵)、保持された情報を検索し引き出す「想起」(再生)の3つの過程から成り立っています。そして心理学的には、記憶はその保持時間の長さによって、感覚記憶、短期記憶、長期記憶に分類されます。

感覚記憶とは、感覚器から入力された情報をそのまま保持する記憶です。保持時間は極めて短い(数百ミリ秒程度)が膨大な情報で、外界からの情報をそのままの状態で保持しています。感覚記憶のうち必要と考えた情報は、言葉、数字、図形などに符号化されて短期記憶に転送されます。短期記憶は一次記憶とも言われ、記憶容量が限られており反復しないと数十秒で失われてしまう記憶です。その後短期記憶の一部が長期記憶に転送されて行きます。

加齢により感覚器の機能が低下することにより感覚記憶の情報量は低下してしましますが、短期記憶のみを必要とする課題については全く能力低下はないという報告と課題量が多くなると低下するという報告があります。

長期記憶とは二次記憶とも呼ばれ、その人の知識や経験と結びつき、数分から数年に渡って保持され、必要な情報は繰り返し記憶することで一生記憶できるため、容量はほぼ無限で永続的な記憶です。

長期記憶には顕在記憶と潜在記憶があり、顕在記憶とは、思い出そうという意図を伴うあるいは思い出した事を言語化できる記憶です。これに対し、潜在記憶とは、思い出そうという意図を伴わないあるいは言語化しにくい記憶で、例えば手続き、使い方など運動技能学習の基盤となる記憶を手続き記憶と呼びますがこれは潜在記憶の代表的なものです。

顕在記憶に含まれる記憶の例としては意味記憶とエピソード記憶があります。

意味記憶とはいつどこで獲得したかに関係ない事実に関する知識で、文字の意味や計算方法などがこれに含まれます。これに対しエピソード記憶とは時間や場所の情報を伴った過去の出来事の記憶です。

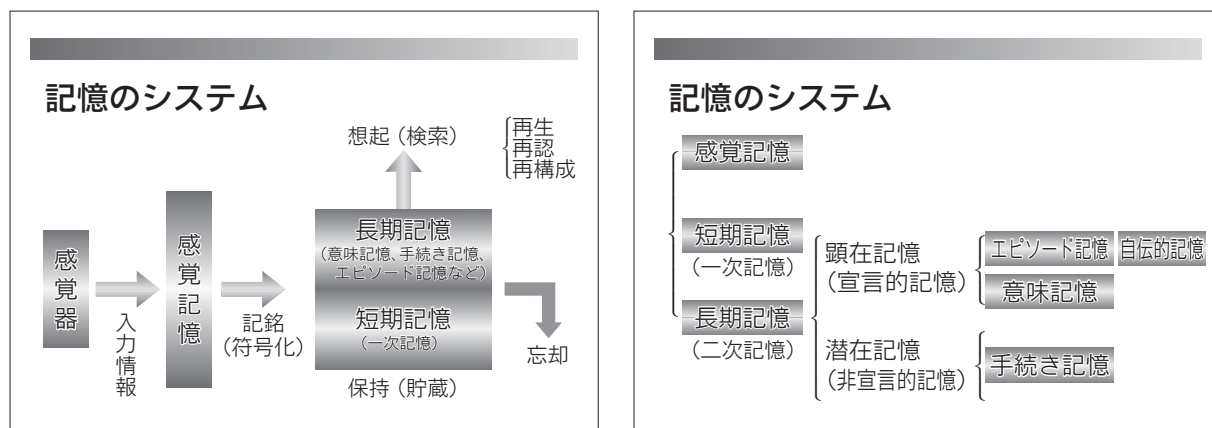
加齢により低下する記憶能力としてエピソード記憶が挙げられます。エピソード記憶は絶えず変化するため、特に比較的最近自分に起こった特定の出来事を思い出す能力は低下します。「昨日の晩ご飯になにを食べたか」「携帯電話をどこに置いたか」「あの人、どこかで会った事があるが、いつどこで会ったのか」このようなことに対する記憶能力です。

同じ顕在記憶でも意味記憶は加齢による影響が少ない記憶です。「大阪府」という漢字の読み方や「 5×3 」の答えなどがこれに当たります。しかし、他では表現できない特殊な知識、例えば人の名前などの記憶は加齢による低下が見られます。

また、手続き記憶も加齢による影響が少ない記憶能力です。いつやった(エピソード記憶)かは忘れてもやり方(手続き記憶)はなかなか忘れません。

高齢者への接し方としては、符号化し易いように情報を伝える際一つ一つわかりやすくゆっくり伝え、再生しやすいようにメモや手帳など視覚的な手がかりを利用するなどの工夫をすることが有効です。

図2 記憶のシステム



3) 心理的影響を与える要因

① 身体的機能低下

本来加齢による身体的機能低下が急激な環境変化を起こすわけではないのですが、若者や若い頃の自分と比較したり、老化現象に過剰にとらわれることにより、自尊心が損なわれたり、積極性を失うことにより行動が不活発になります。運動機能の低下は活動空間の狭小化を招き、新たな活動に参加する意欲を失わせ、それが運動機能のさらなる低下を招きます。また、視覚や聴覚などの感覚機能の低下は、知的好奇心や社会的関心を低下させ、日常のコミュニケーションにも影響を与えます。これは、知的能力の低下を助長し、自閉的な状況に追い込まれたり、抑うつ反応の要因ともなります。

② 社会環境の変化

退職や再就職などによる自分の社会的役割の喪失や変化は、自己の無用感を植え付けられ、対人関係の縮小につながる事が多く、自己中心的になったり、役割への強い固執を持ったり、かたくなな態度をとってしまうこともあります。

③ 家庭内の変化

老年期の社会的関係の変化として喪失体験があげられます。家庭での役割の消失や、配偶者との死別は残された高齢者に大きな影響を与えます。

④ 経済的な変化

退職などによる収入の低下は、意欲の減退や活動の不活性化などさまざまな影響を与えます。

(5) 高齢者と薬剤（P 35参照）

要介護者の ADL や QOL を確保し、また改善していくためには、多方面からのアプローチが必要ですが、ほとんどの要介護者が何らかの薬剤を使用していることから、適切な療養を推進するためには、薬剤による ADL や QOL への影響についての観察や注意が不可欠です。

高齢者における薬剤の管理・指導は、薬剤の副作用や相互作用が患者の ADL、すなわち排泄機能（排便・排尿）、食事の摂取、動作・運動機能（衣服の着脱・移動など）、感覚機能（視力・聴力など）、精神機能（不安・妄想・幻覚・痴呆・徘徊など）等の低下に影響を与えることを考慮して実施しなければなりません。

1) 高齢者の薬物療法の問題点

① 疾病数と服用薬剤数の増加

高齢者は複数の疾病を有していることが多く、それに伴って服用薬剤数が増加し、副作用や相互作用の発生の可能性が高まります。さらに一般用医薬品、漢方薬、健康食品なども相互に影響しあう可能性があります。複数の疾病の存在や生理機能の低下により、疾病の症状が定型でないことがあり、副作用や相互作用の発生在疾病による症状と区別しにくいことがあります。高齢者は自覚症状の訴えも散漫なため、緻密な服薬モニターを行わなければ、副作用や相互作用発生の発見が遅れ、場合によっては気づかないことも起ります。

高齢者の疾患は、臓器の老化による障害を基礎としていることが多いため、多くの場合が慢性疾患です。そのため同じ薬剤を長期間服用することが多くなります。こうした薬剤の中には、急性疾患の症状を隠蔽し、新たな疾患の発見を遅らせてしまうものもありますので注意が必要です。(ステロイドによる初期感染の隠蔽など)

② 服薬コンプライアンスの低下

医薬品を適正に使用する条件の一つとして、患者が薬物療法の意義を正しく理解して、処方通りに服用することが必要ですが、ことに高齢者においてはコンプライアンスの不良がしばしば問題となります。外来診療における聞き取り調査で、指示通り服用していない患者が半数に達するとの報告があります。これらのコンプライアンス不良の原因を(表1)にて紹介しますが、高齢者において、薬剤数が多いこと、服薬方法が複雑であることや、患者の認知能力の低下が大きな原因となっています。

③ 薬剤の副作用と日常生活への影響

高齢者において医薬品の副作用が多いことの理由の一つとして、身体の生理機能の老化と疾患の合併により医薬品の体内薬物動態が変化し、薬物の濃度の上昇によることがあげられますが、これらの変化は、個人差があることを考えておく必要があります。医薬品の使用によって引き起こされる副作用が日常生活に与える影響については、慎重な管理が必要で、職種間の連携が必要です。これまでできていたことができなくなった、とか、眼がぼやけたり、トイレが近くなったなどの現象は、もしかしたら医薬品の影響かもしれません。

表1 コンプライアンス不良の原因

I. 患者に関連するもの	
1. 服用方法に対する誤解	● どれが何の薬かわからなくなった ● いつ飲むのかわからなくなった ● 一回の服用量がわからなくなった ● 食事を摂らないので服用しない ● 水分摂取の制限を受けているから飲まない
2. 服用忘れ	● 薬を飲み忘れる ● 外出時に飲めない(薬を持たないで外出するなど) ● 複数科を受診しており、各科で処方される投薬日数が異なる ● 薬を飲んだかどうかわからなくなる
3. 薬の使用に対する不安	● 長期服用しているが症状の改善が見られない ● 依存症への不安(睡眠薬など) ● 一生、薬を飲まなければならない ● 薬を続けると効かなくなる不安(下剤など) ● 患者自身が薬に優先順位をつけて、優先度の高い一部の薬だけを服用する ● 長期服用による副作用が心配で、自己判断で休薬日を設けている(鎮痛剤など) ● 耐性ができて効かなくなる ● 強い薬は使いたくない(ステロイド剤など) ● 新しい薬は副作用が心配
4. 身体的理由	● 錠剤やカプセル剤の嚥下困難 ● 錠剤の取り出しが難しい ● 利き手が不自由で分包紙が開けられない ● 貼付剤の開封口の開閉ができない ● 点眼薬のキャップがはずせない、容器が硬くて使用できない ● 坐薬が挿入できない ● 軟膏が終りまで搾れない ● 服薬時の姿勢が保てない ● 視覚障害 ● 聴覚障害 ● 失語症 ● 認知症 ● うつ病で薬を飲む意欲がわからない ● 服薬の理解力がない
5. 薬の有効性への疑問	● 生活習慣病治療薬、漢方薬、ビタミン剤は薬の効果が実感できない ● 飲んでも飲まなくても体調が変わらない
6. 副作用の経験	● 胃部不快、頭痛、腹痛、下痢、発疹、下血、低血糖症状等を起こしたため、その後の服用をやめた
7. 症状の軽減、変動または消失	● 全部使い切るまでに治ってしまった ● 症状に合わせて使用する ● 調子のよい日は飲むのをやめている
8. 経済的理由	● 市販薬より負担が安い、風邪薬や湿布薬を予防的に処方してもらう ● 薬を家族で使用するため、多めに処方してもらう ● 1日3回の薬を1回もしくは2回しか服用しない ● 薬代が高い

それまでと違った症状の変化や家族からの情報があれば、医師や薬剤師に連絡願います。医薬品の影響などを確認し適切に対応することで、本人はもちろん、介護者・看護者の負担も軽減される可能性があります（表2）。

表1 コンプライアンス不良の原因（続き）

II. 薬に関すること
1. 有害作用 ●実際の有害作用、想像による有害作用
2. 複雑な処方内容 ●頻回の受診による投薬 ●多数の薬を使用 ●用法が異なる薬がある（1日2回、3回、食前投与など）
3. 外観が類似した薬 ●薬袋から取り出した後、錠剤の色が同じで、薬の区別がつかなくなる
4. 薬が飲みづらい ●不快な味または匂い ●散剤 ●錠剤とカプセルは服用できるが、錠剤と散剤は同時に飲みづらい
5. 使用上の注意に対するストレス ●アルコール・納豆・緑黄色野菜・チーズ等の摂取制限へのストレス

（「在宅における医薬品の安全使用に着目した医療・介護職種の連携に関する検討事業」報告書（日本薬剤師会 平成19年3月）より抜粋、一部変更）

表2 コンプライアンス不良に対する薬剤師の対応

1. 薬の正しい飲み方や使い方の説明
2. 飲み忘れた場合の対処法の説明 ●薬に応じた説明
3. 服薬の意義や重要性の説明 ●自覚症状のない生活習慣病に対する服薬の重要性の説明 ●降圧剤中止によるリバウンドの危険性の説明 など
4. 患者や家族の同意を得て、使用期限切れの薬を廃棄するなど残薬の整理
5. 医師に連絡のうえ、処方日数の調整 ●残薬の調整 ●複数科受診の場合、投薬日数をそろえる など
6. 医師に連絡のうえ、一包化（薬を服用時点ごとに一つの包にまとめること）の実施
7. 医師に連絡のうえ、薬の変更あるいは削除 ●副作用回避のための薬の変更 ●重複投与による薬の削除 ●相互作用による薬の変更
8. 医師に連絡のうえ、剤形を変更 ●坐薬から経皮吸収型貼付剤や内服薬への変更 ●散剤から水剤への変更 ●サイズの小さい錠剤やカプセル剤・口腔崩壊錠に変更 ●軟膏チューブを開閉の楽な軟膏壺に入れ替え など
9. 医師に連絡のうえ、服用時点を変更 ●服用方法の単純化を検討 ●ライフスタイルにあった服用時点への変更 など
10. 患者の服薬能力を考慮し服薬補助具の紹介 ●飲み忘れ、飲み間違い防止のためのカレンダー ●視覚障害患者に対する点字シール ●味、臭いのマスキングのためのオブラート ●服用時における、むせの防止に嚥下補助ゼリー、とろみ調整剤 など
11. 高齢者の介護にあたられる家族等への指導 ●薬の使用に関する注意事項の説明 など

（「在宅における医薬品の安全使用に着目した医療・介護職種の連携に関する検討事業」報告書（日本薬剤師会平成19年3月）より抜粋、一部変更）

薬剤が与える ADL 等への影響について、その代表的なものを紹介します。

ア セン妄・幻覚

高齢者の場合、せん妄は薬剤の副作用が原因となることが多く、外界に対する意識がにごり、幻覚・妄想を認める状態をいいます。具体的には、ぼんやりとした状態となり注意を集中できず、考えがまとまらない、判断力が低下する、時間や場所が判らなくなるなどの状態をいいます。これらの症状は認知症の症状と似ているため、せん妄と認知症を間違うことがあります。せん妄は、発症が急速で可逆的ですが、迅速な診断・治療を受けないと死に至ることも起こりえます。

[せん妄を引き起こすおそれのある薬剤]

抗コリン作用を持つ薬剤（後段にて詳述いたします）・降圧剤・ベンゾジアゼピン系薬剤・シメチジン・ジゴキシン・麻薬・その他の中枢神経系抑制剤・アルコール

イ 抑うつ・うつ状態

うつ状態は感情の低下のみならず、行動の低下をもたらす悲哀気分をいい、抑うつ気分、思考抑制、不安と焦燥、意欲の低下、自責感、微少妄想、自殺念慮、不眠、食欲不振などの症状をさします。

[うつ状態を引き起こすおそれのある薬剤]

副腎皮質ホルモン・非ステロイド性抗炎症剤・ β -遮断剤・インターフェロン

ウ 便秘

高齢者は副作用として便秘の可能性がある薬剤を使用する機会が多く、便秘によって食欲不振、悪心嘔吐、胃部不快感等の症状や高血圧あるいは狭心症などの基礎疾患を悪化させることもあり、便秘の予防と早期対応が大切です。便秘を誘発させる薬剤を使用している高齢者には、下剤を処方される場合が多いため、生理的なリズムを考慮した下剤の使用量、使用方法の検討が必要です。

[便秘を引き起こすおそれのある薬剤]

抗コリン作用を持つ薬剤・利尿剤・制酸剤（アルミニウム・カルシウム化合物）・抗パーキンソン病薬・カルシウム拮抗剤・造影剤・麻薬・筋弛緩剤

エ 尿失禁

身体的機能の低下のある高齢者では、排尿に関する問題が生活の質に大きな影響を与えます。高齢者の頻尿に使用される薬剤の多くは、尿失禁を惹起させます。失禁に対する懸念から、水分摂取を控えたり、服薬コンプライアンスを低下させることが問題となります。これらの対策として、尿失禁を誘発する薬剤の使用中止や、類似する効果を持つ薬剤への処方変更が望まれます。

[尿失禁を引き起こすおそれのある薬剤]

利尿剤・睡眠剤・精神安定剤・抗精神病薬・ β -遮断薬・リチウム製剤

オ 転倒の誘発

寝たきりになる原因としては「脳血管障害」「高齢による衰弱」「認知症」等のほか「転倒・骨折」があります。脱力・筋力低下・ふらつき・めまい・眠気・覚醒水準の低下など「転倒」を誘発させる薬剤を使用すると、転倒の危険性がさらに増大します。転倒を誘発する薬剤は多数ありますが、同じ効果を持つ薬剤のなかで転倒のリスクのない薬剤を選択することで、転倒の頻度が低下します（次頁表参考）。

カ 口渇

[抗コリン作用を有する薬剤]

抗コリン作用はアセチルコリンの作用に拮抗し、副交感神経を抑制する作用ですが、唾液の分泌は副交感神経によるものであり、この作用を抗コリン剤が抑制することで唾液の分泌が抑制され、口渇の副作用が発現します。また、口渇は他の重篤な副作用、例えば抗不整脈剤による心房細動などの初期症状として発現する場合もあり注意が必要です。患者は口渇の症状を訴えないこともありますので、定期的なチェックが必要です。主な抗コリン剤は以下の通りです。

抗不整脈剤（リスモダン等）・胃酸分泌抑制剤・鎮痙剤（コスパノン等）・抗ヒスタミン剤（ボラミン等）・三環系抗うつ剤（トフラニール等）・抗てんかん剤（テグレトール等）・抗パーキンソン剤（アーテン等）・鎮暈剤（トラベルミン等）・総合感冒剤（P L 配合顆粒等）
・頻尿・尿失禁剤（ブラダロン、ボラキス、ベシケア等）

[脱水による口渴を起こしやすい薬剤]

利尿剤（ラシックス等）・副腎皮質ホルモン・カルシウム拮抗剤

転倒を誘発させるおそれのある薬とその副作用の例

薬	副作用
筋弛緩剤	・脱力・筋力低下
抗不安薬	・脱力・筋力低下・ふらつき・めまい・眠気 ・覚醒水準の低下
睡眠薬	・ふらつき・めまい・眠気・覚醒水準の低下
NSAID s	・ふらつき・めまい
抗てんかん薬	・ふらつき・めまい・視力障害・眠気 ・覚醒水準の低下
麻薬	・ふらつき・めまい・せん妄・眠気・覚醒水準の低下
非麻薬性鎮痛剤	・ふらつき・めまい・眠気・覚醒水準の低下
抗がん剤	・ふらつき・めまい・せん妄
降圧剤	・失神・起立性低血圧
利尿剤	・失神・起立性低血圧
抗うつ剤	・失神・起立性低血圧・パーキンソン症候群
向精神薬 (睡眠薬を除く)	・失神・起立性低血圧・パーキンソン症候群
抗パーキンソン病薬	・せん妄
ジギタリス製剤	・せん妄
H2拮抗剤	・せん妄
β一遮断薬	・せん妄
抗コリン剤	・視力障害
抗不安薬	・眠気・覚醒水準の低下
抗ヒスタミン剤	・眠気・覚醒水準の低下
血糖降下剤	・眠気・覚醒水準の低下
制吐薬	・パーキンソン症候群
胃腸機能調整薬	・パーキンソン症候群

（「在宅における医薬品の安全使用に着目した医療・介護職種の連携に関する検討事業」報告書
（日本薬剤師会平成19年3月）より抜粋）

重大な副作用と症状（例示）

副作用名	症 状	こんな症状が出たら注意	起こしやすい薬
悪性症候群	38.1℃以上の発熱、筋強剛、無動無言、発汗、死亡率が高い	急な高熱・発汗、唾液が増える、ものが飲み込みにくくなる、脈が速くなる	抗精神病薬、抗パーキンソン病薬の急な中止
横紋筋融解症	四肢の脱力、腫脹、しびれ、痛み、赤褐色尿、尿が出なくなる	手足がしびれる、手足に力が入らない、全身の筋肉が痛んだりこわばったりする、尿の色が赤褐色になる	高脂血症薬（スタチン系、フィbrate系）、抗菌薬（ニューキノロン系）
間質性肺炎	呼吸困難、乾性咳、発熱	息切れがする、息苦しくなる、空咳が出る、発熱	小葉胡湯、抗リウマチ薬、抗菌薬（セフェム系、ニューキノロン系）
肝障害	発熱（38～39℃）、発疹、嘔吐、全身倦怠、黄疸	発熱、ぶつぶつ様の発疹、食欲がなくなる、全身のだるさ、皮膚や白目が黄色くなる、体がかゆい	消炎鎮痛剤、抗結核薬、抗生物質、糖尿病用薬
偽膜性大腸炎	水様性下痢、腹部膨満感、腹痛、38℃以上の発熱	1日2～3回の軟便、頻回の水のような下痢、お腹が張る、腹痛、発熱、吐き気	抗生物質
急性腎不全	食欲不振、嘔吐、腹痛、血尿、関節痛、倦怠感、全身性の紅潮、発熱、浮腫、乏尿	顔や手足がむくむ、体のだるい、尿の量が減る、尿が赤みを帯びる、発熱、発疹、吐き気、節々が痛む、体重が減る	抗生物質、抗癌剤、抗リウマチ薬、消炎鎮痛剤
痙攣	全身性または部分的な痙攣発作	めまい、ふらつき、ふるえ、手足のしびれ感、一時的に意識が薄れる	抗精神病薬、抗てんかん薬、抗菌薬（ニューキノロン系）
血管浮腫	眼瞼・頬・口唇・舌・咽頭の浮腫、急激な呼吸困難	くちびる・舌・まぶた・顔などが腫れる、呼吸が苦しくなる、話しぶらい	血圧降下薬（ACE阻害薬）
血小板減少症	点状出血、紫斑、鼻出血、歯肉出血、悪寒、発熱	手足に赤い点や赤いあざができる、歯茎の出血、鼻血	抗癌剤、抗生物質、消炎鎮痛剤
ショック	口内異常感、掻痒感、顔面や上半身の紅潮・熱感、くしゃみ、悪心、喘鳴、血圧低下、チアノーゼ	顔が赤く熱くなる、皮膚が痒い、唇や舌・手足がしびれる、くしゃみ、心臓がドキドキする、喉がつかまる、息が苦しい、目の前が暗くなる	抗生物質、消炎鎮痛剤、抗癌剤、抗ウイルス剤、酵素製剤
錐体外路症状	慢性的振戦および筋硬直	手足がふるえる、動きが鈍くなる、顔が引きつる、手足がこわばる、表情が硬くなる	抗精神病薬、抗うつ薬、消化器官用薬
中毒性表皮壊死症	高熱、全身に斑状の発赤、やけどと同様の水疱が生じる、表皮剥離、口腔粘膜や結膜のびらん	発熱、発疹、皮膚が赤くなる、皮膚が焼けるように熱く感じる、水ぶくれができる、皮膚の痛み、口内があれ	抗てんかん薬、抗生物質、消炎鎮痛剤
低血糖	空腹感、心悸亢進、発汗、顔面蒼白、傾眠、痙攣、昏睡	急に強い空腹感、冷や汗が出る、寒気がする、動悸がする、手足がふるえる、眼がちらつく、ふらつく、力の抜けた感じがする	糖尿病用薬、抗不整脈薬
顆粒球減少症	白血球が著しく減少し細菌に対する抵抗力が弱くなる、高熱、悪寒、咽頭痛	喉の痛み、発熱、口内炎、体のだるい	抗生物質、抗癌剤、抗甲状腺薬、抗潰瘍薬（H ₂ 遮断剤）、抗てんかん薬
溶血性貧血	貧血症状、黄疸、脾腫、腎不全	尿が赤くなる、皮膚や白目が黄色くなる、発熱、顔色が悪い、立ちくらみ、疲れやすい、動悸・息切れ、頭痛	抗生物質、消炎鎮痛剤
緑内障（副腎皮質ステロイド剤による）	結膜充血、虹輪視、霧視、眼痛、頭痛、視力障害、視野障害	明るい光を見ると光の輪が見える、にじんで見える、かすんで見える、眼がまぶしい、眼の充血、頭が重い、眼が疲れやすい	副腎皮質ホルモン剤

（日本薬剤師会「平成11年度老人保健事業推進費等補助金事業報告書」より）

（「在宅における医薬品の安全使用に着目した医療・介護職種の連携に関する検討事業」報告書
（日本薬剤師会平成19年3月）より抜粋）

(6) 栄養ケア・マネジメント（低栄養評価）（P37～、P123参照）

1) 低栄養状態のリスクの判断基準

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断し、高リスクに一つでも該当する項目があれば「高リスク」と判断します。それ以外の場合は「中リスク」と判断します。また、個人の状態等に応じて判断し「高リスク」と判断される場合もあります。

食事摂取量については通常の食事摂取量を基準としてどのくらい食べたかを評価します。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9 kg/m ²	18.5kg/m ² 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
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	良好（76%～100%）	不良（75%以下）	—
栄養補給法	—	経腸栄養法 静脈栄養法	—
褥瘡	—	—	褥瘡

（有限責任中間法人日本健康システム学会「介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの実務のために2005」）

① 栄養スクリーニング項目の意味と活用について

- ア 体重…体重はもっとも重要な栄養状態を表現している指標であり、体重の減少は、身体状況の低下や悪化の変化が現れる前に表出します。体重の減少によって免疫対応能の低下や筋力の低下、呼吸能、体温調節能の低下など自律神経系の障害やうつ状態などが観察されます。体重計測の意味は、摂取エネルギーが適量か否かを推測すると共に、現在の体重が適切な体重であるかを調べるためで、必要エネルギーの算定にも用いられ、摂取エネルギーは基礎代謝量や活動状況などの「個人」によって変化します。また消費エネルギーは基礎代謝量や活動量、特異動的作用（食後のエネルギー代謝亢進）などの合計したものが1日の消費エネルギーとなります。さらに、計算上の目標体重を算出し、その数値が患者にとって実現可能な数値か、通常体重（6ヶ月間変動のない体重）との乖離がないかを確認します。
- イ 身長…身長は身体発達の指標となりますが、成人においては、目標体重やBMIの算出に用いられます。身長計のない場合や身長計にのるのが困難な場合は、手すりのついた壁にメジャーを貼り、手すりにつかまることで安全に立位をとりながら計測することも出来ます。立位姿勢が維持できない患者の計測には、頭頂を垂直に耳、肩、湾曲した背に沿って腸骨骨頭、膝蓋骨（膝）、足底を垂直にパーツごとに計測し合算することで求めることができます。
- ウ BMI…身長と体重の計測値より算出します。WHOの分類ではBMI18.5未満で低体重、25以上30未満で肥満予備群、30以上で肥満としています。（日本はBMI25以上を肥満と定義しています）。
- エ 体重減少率…体重の変化は何らかの栄養状態の変化を表し、85～90%で軽度、75～86%で中度、75%以下では高度の栄養障害が考えられます。体重の減少においては摂取量と共に発熱や活動量の変化も見逃せません。日常の食事量や回数、病気などで食事が取れていなかった、心配事や認知症の亢進、生活の変化によることもありそれらも視野に入れる必要があります。
- オ 血清アルブミン…血清アルブミンは総蛋白質の約60%を占め、内臓たんぱく質を反映しています。半減期が17～23日と比較的長いこともあり、慢性疾患や安定した時期での栄養評価に適しています。正常範囲は3.5～5.0 g/dlで血清アルブミンが3.5 g/dlを下回ると内臓タンパク質の減少が考えられ、低栄養状態の中リスクと判定されます。また、2.8 g/dlを下回ると浮腫が引き起こ

されます。血清アルブミンは肝臓で合成される為、重篤な肝臓障害があるときには血清レベルが低下するため、栄養状態の評価には注意を要します。高齢者に多くみられる脱水状態では、血清アルブミンは実際より高値となることがあるので注意する必要があります。

- カ 食事摂取量…食事摂取量を確認する方法としては、24時間思い出し法や数日間の食事内容の記録する記載法、問診する食事摂取頻度調査法などがあります。それぞれの調査法には利点もあるが限界もあることを念頭に置き調査をしますが、いずれも、正確に調査することは困難です。調査を行うときは関するスタッフの食べているという状態に対する共通認識が必要であり、通常の食事摂取量とくらべどのくらいの減（増）があるかを具体的に聞き取ります。どの茶碗でどの位の量、おかずは何をどの位というように具体的に聞くことや、実際に確認する必要があります。また、現体重から摂取量の推定を行う方法として、 $\text{現体重kg} \times 25 \sim 30\text{kcal}$ （中間で27）＝推定摂取エネルギー（kcal）で推測することもできます。
- キ 栄養補給法…栄養補給法には、経腸栄養法、静脈栄養法があります。経腸・静脈栄養法を実施している患者には、栄養補給が十分に確保されていないことが危惧される場合もあり、また感染症などのリスクが高いことから、低栄養状態に陥りやすいと考えられます。
- ク 褥瘡…褥瘡ケアの原則は、体圧の分散、栄養ケア、スキンケアといえます。褥瘡の直接原因は同一部位への持続的圧迫による組織の壊死であり、栄養状態が悪化しているからといって必ずしも褥瘡が出来るというわけではありません。しかし、低栄養状態は全身状態の悪化とともに組織の耐久性の低下もあり、このような状態で圧迫が加われば、相乗的にリスクが高まります。また、いったん褥瘡が発症した場合は難治化するといわれています。褥瘡発生者は発生しない方と比べ、低栄養状態の人が多いという研究報告による実証もあるように、褥瘡予防には適切な栄養状態の評価と栄養ケアを実施することが重要です。褥瘡の栄養指標はアルブミン値であり、アルブミンが1 g/dl低下すると褥瘡の保有者は3倍になることや発生率や褥瘡のステージとも相関しているとの国内外からの報告もあります。偏相関の高いものに血清アルブミン値、栄養摂取法、血糖値、体位変換、年齢、ヘモグロビンが上げられています。高エネルギー、高たんぱく質、ビタミンCの他、亜鉛等の強化も効果があるとの報告もありますが、副作用の評価や対応を念頭に置いて経過評価を行う必要があります。

褥瘡の評価として、ブレーデンスケールや DESIGN - R を用いてアセスメントします。

※ブレーデンスケール

知 覚 の 認 知	1. 全く知覚なし	2. 重度の障害あり	3. 軽度の障害あり	4. 障害なし
湿 潤	1. 常に湿っている	2. たいてい湿っている	3. 時々湿っている	4. めったに湿っていない
活 動 性	1. 臥 床	2. 座位可能	3. 時々歩行可能	4. 歩行可能
可 動 性	1. 全く体動なし	2. 非常に限られる	3. やや限られる	4. 自由に体動する
栄 養 状 態	1. 不 良	2. やや不良	3. 良 好	4. 非常に良好
摩 擦 と ず れ	1. 問題あり	2. 潜在的に問題あり	3. 問題なし	

※DESIGN - R

DESIGN とは2002年に日本褥瘡学会学術教育委員会が開発した褥瘡状態判定スケールです。さらに、2008年に点数の重み付けを行なった経過評価用の DESIGN - R（R：rating 評価）が公表されています。深さ（Depth）d0～D5〔DU：判定不能〕、浸出液（Exudate）0～6点、大きさ（Size）0～15点、炎症・感染（Inflammation/Infection）0～9点、肉芽組織（Granulation tissue）0～6点、壊死組織（Necrotic tissue）0～6点、ポケット（Pocket）0～24点のうち深さ以外の6項目で評価します。重症度分類用では、軽度はアルファベットの小文字、重度はアルファベットの大文字で表しています。6項目に異なる重みを付け、合計0～66点とし、重症度が高いほど高得点となり、治療に伴って点数が減少すれば改善傾向を示しています。

2) 本人の意欲（健康感、生活機能、身体機能など）について

本人の意欲等は最も重要で、栄養介入する場合においては自身のやる気が大きく成果に影響します。会話や情報の中で客観的に評価することを意識します。例えば、生活意欲の強さなどの主観的な事項に対して、「1 よい 2 まあよい 3 ふつう 4 あまりよくない 5 よくない」の5段階のレベルで客観的な評価を行うことで改善の推移を見ることが出来ます。生活機能・身体機能は食事の摂取状態に影響を受けるので、FIM（機能的自立度評価表 運動項目13～91点、認知項目5～35点総合項目18～126点）看護必要度などで利用者の日常生活動作（ADL）や認知症の状態を理解しておくことも必要です。

3) 食生活状況等について

① 食欲・食事の満足感

「食欲」「満足感」などの主観的な事項に対し、「1 大いにある、2 ややある、3 ふつう、4 ややない、5 全くない」の5段階のレベルで聞き取りしていき具体的な聞き取りを行い評価します。

② 栄養補給の状況

全体の食事摂取量の他に主食や副食の摂取量もそれぞれ確認します。その他に栄養補助食品を利用されている時は種類や量を確認します。又、輸液の投与にも目をむけ、水分量やエネルギー・ミネラルなどを確認します

③ 食事の留意事項

食事の留意事項として、以下の事柄も確認します。

糖尿病などの特別食の指示があるか、あればその内容について確認します。

食事形態として、食事が問題なく食べられているか（食べやすさ、大きさ、固さなど）、食事摂取時の姿勢や摂食機能（飲み込み、口への運び方など）も合わせ観察します。退院してからの居宅での食事形態について、また、食品によっては食形態を変更しなければならないものもあるかもしれません。たんぱく質やエネルギー源となる食品の嗜好、禁忌となる食品の確認や食物アレルギーの有無などを確認します。また食事摂取が自立しているか、摂取時に支援が必要か、食器や食具の使用状況、日常の食事環境や、体幹の保持状態や耐久時間などをアセスメントし、安心して安全に食事ができるような環境かなどについても確認します。

④ その他（食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など）

認知症による食行動の問題（早食い、詰め込み）なども確認します。

⑤ 多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）について

低栄養状態に関連した問題や原因を探るために、1)褥瘡 2)口腔及び摂食・嚥下 3)嘔気・嘔吐 4)下痢 5)便秘 6)浮腫 7)脱水 8)感染・発熱 9)経腸・静脈栄養 10)生活機能低下 11)閉じこもり 12)うつ 13)認知機能 14)医薬品 などについて多職種からの情報、問診および観察によってどのような問題があるのか確認します。

引用参考文献

有限責任中間法人日本健康システム学会
介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの実務のために2005
全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会「栄養マニュアル」

2 高齢者の疾病について

(1) 老年症候群・自立を障害し要介護となる疾病について

医療現場においては、以前から高齢者に比較的特有でよくみられる症状や徴候（たとえば転倒、失禁、せん妄、褥瘡、機能障害など）があることは知られています。高齢者人口の少ないうちは「歳のせい」として片づけられてきましたが、高齢者の介護問題が重要となった超高齢社会ではこれらの問題を放置するわけにはいかなくなりました。そのためこれらの症状や徴候を一つの症候群として取扱い、注意を喚起して対処することが重要であると認識されるようになりました。この様にして老年症候群の考えが生まれてきました。

老年症候群は、明確な定義があるわけではありませんが、医師の診察のみならず、介護・看護が必要な症状・徴候の総称と考えられています。

老年症候群の代表的な症状・徴候としては認知機能低下、尿失禁、転倒、せん妄、褥瘡、骨関節障害、抑うつ、めまい、歩行障害、バランス障害、摂食・嚥下障害、低栄養などがあげられます。

老年症候群の特色はまず、高齢者に頻度が高いこと、複数の症状を併せ持つことがあげられます。このため、現在の細分化された医療体制では、高齢者は複数の診療科を受診しなければならないことも多いです。

老年症候群は、特に疾患や外傷などなくとも、誰にでもおきる生理的老化に伴う症状（感音性難聴、夕刻の視力低下、夜間頻尿、生活に支障のない物忘れ、坂道での息切れなど）と、疾患や外傷によって症状がおきてくる病的老化に伴う症状があり、高齢者ではその両方が重複しています。病的老化によるものには、合併症の症状として考えられるものと、他臓器疾患の影響や、社会的条件に影響されて出現してくる2次的な症状も含まれます。

身体的な自立と老年症候群との関連で考えますと、誰しも「剛健」から「前虚弱」を経て、「虚弱」となり、「要介護」にいたります。虚弱の具体的な評価方法は統一されていませんが、最も広く受け入れられている基準としてCHS基準（Cardiovascular Health Study 基準）があります。これによると①体重減少、②低エネルギー状態（易疲労性）、③活動性低下、④歩行速度低下、⑤筋力低下、の5つを虚弱の代表的な徴候（虚弱の表現型）と捉え、このうち3つ以上を併せ持つ場合に虚弱症候群と評価されることが提案されています。虚弱予防は本邦では介護予防とよばれていますが、これらのマーカーとして、老年症候群の出現の有無、改善悪化の有無などが考慮しなければならないでしょう。したがって、虚弱の理解、介護予防の理解には、多くの老年症候群の理解が欠かせません。

老年症候群の分類は臨床現場においての時間軸による分類です。即ち、救急病態、慢性病態、廃用性病態、終末期病態です。特に、施設や在宅の長期療養においては廃用症候群の理解と対策が必要です。傾眠や見当識障害などは、救急で頻繁にみられます。特に慢性病態でも電解質異常、肺炎などの感染症など、日常診療でありふれた原因であることも多い。治療により可逆的な病態であるかは常に念頭において診療にあたらないとてなりません。

老年症候群の症状の中で認知症・うつ病・せん妄の関係は、一般に認知症は「認知行動障害」、うつ病は「気分障害」、せん妄は「意識障害」に分類されその発症メカニズムや治療薬の選択も異なるため区別されるべきです。しかしながらこれらの病態は相互に密接な関係があり、正確な鑑別診断が必要です。

また栄養障害（低栄養）は、その予後に大きな影響を及ぼす老年症候群の一つです。高齢者の低栄養の原因は身体的疾患だけでなく、うつ、認知症などの心理的因子、社会的要因、薬剤、歯科疾患などが複雑に関与します。したがって高齢者では、医師、歯科医師、薬剤師、栄養士等の多職種による栄養治療の必要性が高まっています。

このように老年症候群は様々な原因が組み合って発症してきますので、臓器的な疾患評価だけではなくADL、認知機能、気分、家庭環境などの総合的機能評価を行い、医療・看護・介護の密接な連携で見守っていくことが大事です。

(2) 廃用症候群について

廃用症候群とは「生活不活発病」ともよばれ病気・外傷・高齢化により安静を含む不活発（不動）な生活によって生じる身体の機能低下（全身または局所）による病態をさします。

若年者にであっても入院生活を送っているうちに筋力低下や心肺機能の低下が生じることはあり、高齢者ではなおのこと、病気や外傷が契機で、寝たきりになり廃用症候群となることは十分予測できます。また大災害時に避難生活が長期化したり、環境の変化や精神的ダメージにより活動の低下が生じ、生活が不活発になり同様の症状が出現することも知られています。

安静による筋力低下は1週間で20%、2週間で40%、いったん低下した筋力の回復には安静期間の数倍の期間を要するといわれています。脳卒中治療や転倒などによる骨折における、早期離床や早期からのリハビリテーションの重要性は廃用症候群の予防的観点からみても当然のこととなります。

平成22年国民生活基礎調査の概要によりますと介護が必要となった原因の第1位は脳血管疾患（21.5%）で、認知症（15.3%）、高齢による衰弱（13.7%）、関節疾患（10.9%）、骨折・転倒（10.2%）、心疾患（3.9%）と続いています。これらの疾患による「安静」や「心身の不活発」によって本来使われるべき機能まで低下をきたし、筋肉や関節などの局所の廃用のみならず全身の機能、精神の活動性までが低下することが廃用症候群です。

廃用症候群の具体的病態には、関節の拘縮、筋萎縮、摂食・嚥下障害、誤嚥性肺炎、褥瘡、排泄機能障害、尿路感染症、周囲への関心や知的活動の低下、起立性低血圧、心肺機能低下、骨粗鬆症などがあり（表1）、それらが単独で発症しても更なるADLの低下をきたし、病状悪化の原因になることが多くみられます（悪循環）。

表1

筋骨格系（運動障害）	筋萎縮、筋力低下、嚥下障害、関節拘縮、骨粗鬆症、腰痛、膝関節痛、肩関節痛など
呼吸・循環器系	誤嚥性肺炎、肺塞栓、深部静脈血栓症、起立性低血圧、下腿浮腫など
自律神経系	便秘、便失禁、尿失禁など
泌尿器系	尿路感染症、尿路結石、など
消化器系	摂食障害、便秘、など
皮膚	褥瘡、おむつかぶれ、など
精神神経系	意欲低下、睡眠障害、うつ状態、認知症、拒食、など
その他	低栄養、脱水

廃用症候群は可逆性を有し、原疾患の治療や、リハビリテーションを含む介護の方法によりある程度の改善は認められるともいわれています。しかしながら重要なことは予防（ハイリスク高齢者の抽出等）であり、早期発見、早期対応です。

高齢者は複数の疾患を持っていることが多く、多くの薬剤を服用し、その訴えも多種多様です。医学的評価と同時に身体的、精神・心理的、社会的評価など総合的機能評価が必要になります（図1）。誤嚥性肺炎における口腔ケアや嚥下反射の改善、転倒骨折における骨粗鬆症治療、生活習慣病予防などが重要であるように、今後発生する可能性が高い疾病を予測することが早期発見・早期対応につながると考えられます。

原因疾患の治療を優先することは当然必要ですが、過度の安静を回避し、使える機能を使うことも、医療

関係者は念頭に置く必要があります。介護においては主治医意見書や生活機能評価チェックリストなどの活用により適切な介護サービスを提供する必要があります。今後の医療や介護の現場においては、いかに廃用症候群を予防し、ADLの向上を図るかが、高齢者医療や介護サービスの評価につながっていくものと思われます。

<u>基本的日常生活動作</u>
摂食・入浴・更衣・移動・トイレ歩行・排せつ管理など
<u>手段的日常生活評価</u>
電話・買い物・食事の支度・洗濯・外出・移動・服薬管理・金銭管理など
<u>認知機能</u>
<u>情緒傾向</u>
<u>コミュニケーション</u>
視聴覚・嚥下機能
<u>社会的環境</u>
家庭環境・介護者・介護支援体制

図1 高齢者における機能評価項目

3 高齢者における歯科疾患の特徴

(1) う蝕（むし歯）（P21参照）

高齢者では、歯の根元にむし歯がみられることがよくあります。むし歯は専門的にはう蝕と呼ばれ、歯の根元にできた虫歯は根面う蝕と呼ばれます。歯周病で歯肉が退縮すると、う蝕になりやすい歯の根元が口腔内に露出したり、唾液分泌能の減少によって自浄作用が落ちたりするために、根面う蝕が起りやすくなります。このう蝕は、う蝕でできる穴も硬く、浅いことが多いうえ、進行が遅いので、必ずしも処置が必要というわけではありません。

しかし、大きく穴があいているような場合や、歯が崩れていくようなう蝕もあり、放置しておくと、どんどん進行し歯の中の神経が傷んで痛みがでたり、歯が折れてしまうこともあります。認知症のようにうまく感情が表現できない方の場合、痛みがあることをうまく伝えられず、急に食事を拒否したりすることもありますので、注意が必要です。

処置としては、う蝕でできた穴が浅ければ、う蝕部分を削ってプラスチックで埋めることが可能です。（レジン充填）。う蝕でできた穴が深くて、歯の中の神経に達しているような場合、先に歯の上から穴を開けて神経の掃除（洗浄）が必要となります。早期に発見すれば比較的簡単に処置できますので、開業医や在宅等での対応が可能です。

(2) 歯周病（P21参照）

歯は顎の骨（顎骨）の中に植わっています。歯周病は、その顎骨の吸収を伴う慢性の炎症性疾患のことを言います。口腔衛生状態やかみ合わせの状態、また高齢者では全身疾患を抱えていることが多く、それらがさらに歯周病を増悪させることもあります。今まで年齢とともに歯周病は進むものと考えられてきましたが、最近では年齢に関係無く、良好な口腔衛生状態を保つことができれば健康な歯周組織が維持できると報告されています。そのためには口腔清掃が欠かせません。

歯肉に炎症があれば食事や清掃をすると痛みますし、炎症による歯肉出血も不快なものです。さらに歯周病が進んで歯を支える骨が減ると、歯の動揺がおこり咬めなくなります。よりひどくなると最終的に歯を抜かなければならなくなります。するとますます咬みづらくなって、食事が制限され、食欲の低下や栄養摂取の妨げを引き起こします。介護している方にとっても口臭は気持ちのいいものではありません。歯磨き、うがい、入れ歯の洗浄はいずれも日常基本的に行われていることですが、これらは口腔内を清潔に保つことにつながり、歯周病の進行や口臭の発生をくいとめることから、とても大切です。特に入れ歯のばねがかかっている歯や、孤立して生えている歯は汚れやすくなっていますので注意が必要です。介護している方は、日々口腔衛生状態をチェックしてあげると良いでしょう。

しかし、高齢者が自分の口腔清掃を自ら行えるとは限りません。脳血管障害の後遺症がある方は、手が不自由であることが多く、また認知症の方は口をあけてもらうことさえ困難である場合が多いのが実情です。無理に歯ブラシを口に入れようとすると、恐怖心がうまれ、ますます口腔内清掃を拒否するようになりますので、こういった場合は無理せず、歯科に相談いただければ、開業医や在宅において口腔清掃の実施や、口腔清掃に関してアドバイスさせていただきます。

(3) 義歯（入れ歯）不適合（P21参照）

入れ歯が合っていないまま使用すれば粘膜に傷ができ痛みがでます。放置するとしっかり噛むことが出来ず柔らかいものしか食べられなくなり、栄養バランスの良い食事を摂れなくなります。噛めないと、咀嚼に関わる筋肉の力も衰えてしまいます。痛くない位置で咬もうとすると顎の位置がおかしくなることもあります。すぐ落ちてくるような総入れ歯を上顎に入れていないと、入れ歯が落ちてこないように舌で支える癖、すなわち舌突出癖などの異常習癖につながり、嚥下を妨げます。部分入れ歯は長期使用していないと、歯が移動して入れ歯自体が入らなくなることもあります。これらの悪循環を防ぐには、入れ歯の調子が悪いようであれば早期に調整を行い、快適に装着できるようにすることが重要です。

高齢者、特に認知症の方は、新しく入れ歯を作り直すよりも、可能であるならば今まで慣れてきた義歯を修理するほうが良い場合もあります。入れ歯の内面が合っていない場合は、裏打ちをすることができます。歯茎に傷ができていない場合、入れ歯が傷に当たっている部分を削ったり、かみ合わせの調整をしたりします。ただし、かみ合わせと内面のあたり具合は密接に関係しているため調整は複数回必要となるでしょう。一般的に義歯の調整は開業医でも在宅でも対応可能です。

義歯は、原則夜間は外して洗浄します。外すと、残っている歯が歯茎にかみこんで反対の顎の粘膜を傷つける場合があります。そういった場合は装着して就寝していただいたほうが良いので、義歯の取り扱いに迷ったときは歯科に相談しましょう。

(4) 口腔軟組織の廃用

廃用とは安静状態が長期に渡って続くことによって起こる機能低下のことをいいます。体の筋肉だけでなく、口の筋肉にも同様におこります。咬んだり、飲んだりする筋肉も使わなければ衰えますので、経口摂取しないと口唇や頬、舌の筋肉が廃用に陥ります。このため、一度むせたからといって安易に食形態を落としたり、絶食にしたりしないことが大切です。摂食・嚥下の専門家に正しく機能評価してもらい、機能低下に対して代償方法がないかまず判断してもらう必要があります。また脳血管障害の方は時間の経過とともに機能面も回復してくることが多いので定期的に機能評価をしてもらったほうが良いでしょう。

口腔軟組織の廃用を防ぐためには、口腔リハビリテーションは欠かせません。経口摂取していない方でも同じことがいえます。経口摂取をしなくなると、廃用萎縮から嚥下機能が低下してしまう場合があります。人間は生きている限り唾液を嚥下しますが、唾液を誤嚥すると、免疫力の低い要介護高齢者等は、唾液に含まれる細菌が原因となり、誤嚥性肺炎をおこすことがあります。簡単な機能訓練で構わないので、日々実践していただくことが重要です。

(5) 唾液分泌障害・口腔乾燥症

いままでは加齢によって唾液分泌量が減少すると考えられていました。しかし、現在ではむしろ糖尿病や膠原病、シェーグレン症候群といった全身疾患や、服用薬剤の副作用、脱水、ストレスが引き金になっていると考えられています。他にも咀嚼機能の低下や口呼吸、唾液腺への放射線治療等、様々な原因が挙げられています。

唾液分泌障害や口腔乾燥が起こると唾液による自浄作用が低下するため、う蝕を起こしやすくなり、舌苔の増加や口臭といった症状が現れます。また唾液は、味が伝わるのを助ける役割も担っており、唾液の分泌が減ると、味がわかりにくくなります。さらに唾液量が減少すると、食べ物を唾液と混ぜあわせ飲み込める状態にすることが難しくなり、飲み込む回数自体も減少するため飲み込みに必要な筋肉が衰えてしまいます。

経口摂取困難と判断され、経管栄養となると、ますます口腔機能が低下し唾液がでにくくなります。

口腔乾燥症には、薬剤の影響によるものが多く、例えば、抗ヒスタミン剤や、向精神薬、抗利尿薬等の薬剤が挙げられます（P 76、カ「口渇」～P 77参照）。可能であれば服用薬剤の減量や変更等を主治医と連携して行います。またシェーグレン症候群や放射線障害によるものには、唾液分泌改善薬や漢方が有効といわれています。さらに、口腔ケアを行い口腔内に適度な刺激を与えることや、舌や頬の機能訓練、唾液腺組織マッサージを行うことも、唾液分泌促進に効果的です。

(6) 味覚障害

塩味、甘味、酸味、苦味、うま味の5基本味質に対する感じやすさ、または感じ方の異常を味覚障害といいます。原因には、薬剤性や、亜鉛欠乏性、また味覚伝導路の障害、心因性、全身疾患性等が挙げられますが高齢者で特に多く認められるのは、舌苔（※下記参照）や口腔乾燥に伴う味覚障害です。

味覚障害かどうかは血液検査、電気味覚検査、濾紙ディスク法等によって判定します。味覚障害を専門としている耳鼻科や歯科で検査を受けることができます。

味覚障害に陥ると食欲の低下につながりますので、栄養摂取が重要な高齢者にとっては大きな問題で、早期に治療することが肝心です。味覚障害が高齢者自身が有している病気と関係しているのであれば、その治療が優先されます。薬剤性であるならば、医科歯科の主治医が連携し、原因薬剤の変更や減量等を検討することもあります。亜鉛欠乏性であるならば亜鉛製剤を投与しなければなりません。他には舌運動といった口腔機能の低下も要因としてあげられます。口腔ケアの際には、歯ブラシでやさしく舌も掃除をしてあげると良いでしょう。舌ブラシを用いる方法もあります。どちらを用いるにしても、舌の奥から手前へ優しく2、3回こすります。一度に取り除こうとすると、粘膜を傷つけてしまうので注意が必要です。

※舌苔（ぜったい）：舌の上に見られる苔状の付着物。細菌、唾液、食物残渣が原因。口腔清掃が不十分であると発生しやすくなる。

(7) 口臭

口臭の原因は、全身疾患由来と口腔由来に大きくわけることができます。全身状態の改善はもちろん必要ですが、歯科では口腔由来の原因に対して治療を行うことができます。口腔由来の病的口臭の代表的なものとして、う蝕、舌苔、歯周病、口腔や義歯の清掃不良、口腔乾燥、唾液分泌低下などが挙げられます。う蝕により穴があいた部分は汚れがたまりやすいため、う蝕の治療をすると汚れがたまりにくくなり、掃除もしやすくなります。膿が出ているような重度の歯周病の場合に、動揺している歯を抜歯することもあります。

舌苔は細菌の塊であり口臭の原因ともなるので、舌ブラシで清掃し取り除きます。口腔乾燥、唾液分泌低下は細菌数の増加を招き、舌苔も増加させます。ですから口腔内や義歯の清掃、そのあとの保湿が、口臭予防において重要であることがわかります。

実際口臭は本人よりも介護者の悩みであることが多く、介護時に不快に感じることもあるでしょう。口腔内を常に清潔に保つことによって口臭による不快感を減らすことができます。

(8) 顎関節脱臼・拘縮

顎が外れて元の位置に戻らない状態のことを顎関節脱臼といいます。高齢者では、関節頭や関節頭の前の高まりが平坦化してしまうため、顎関節の脱臼が起こりやすくなっています。

症状は口が閉じられない、下顎が偏る、また脱臼した側の耳の前が陥凹してその前が膨らむ、両側脱臼なら顔が面長になる、等があります。外れた場合は、早期に整復しなければいけません。長期に放置すると戻しにくくなり、また習慣化しやすくなります。

整復後は再発防止のためしばらくの間、簡単な器械を使った開口制限が必要となります。また、口腔周囲筋や顎・肩関節周囲筋の過緊張を起こしているような患者の場合も脱臼を起こしやすいので、その対応として、口の開け閉めに関わる顔や口周りの筋のマッサージし、筋肉の緊張を緩和させることも必要となります。

しかし口を閉じたまま関節を動かさないと、拘縮といって、関節が動ける範囲が狭まってしまう現象が起こり口を開けにくくなってしまう場合もあります。ですから日常生活のなかで口腔ケアや機能訓練、会話等により顎の関節を適度に動かすことも必要です。

(9) 摂食・嚥下障害

1) 摂食・嚥下障害とは

食べる機能が障害されることを摂食・嚥下障害といいます。食べる機能とは、食べ物を認知して口に入れてから、咀嚼し、飲み込み、食べ物を胃まで送り込む一連の機能を指します。この一連の流れの一部もしくは複数か所が障害された状態が摂食・嚥下障害です。

摂食・嚥下という動作は一般に「先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期」の5つの期に分けられます。実際の動作では5つの期が1つずつ順番に起こるのではなく、同時に起こることもあり、厳密には区別できないときもあります。しかしながら、漠然と嚥下を診ようとしても分かりにくいいため、この5期に分けるという考え方が重要です。

① 先行期：食物を認知してから口に入れるまでの段階です。認知機能や意識レベルが低下していると嚥下するものを認知できなくなり先行期が障害されます。手を動かして食物を口に入れる、口唇で取り込む、といった動作も先行期に含まれます。初めて聞くとあまり嚥下とは関係ないように感じますが、これは非常に重要な期です。

例を挙げると、認知症で食べ物に気付いていない、嗜好に合っていないので口に入れない、手に麻痺があって食べ物を口に運べない、といった症状があります。

② 準備期：口に取り込まれた食物を粉砕、唾液と混合し飲み込みやすい形にまとめ上げる（食塊形成）期です。咀嚼もここに含まれます。米飯などを咬まずに丸飲みすることは困難ですが、食塊形成することでスムーズに飲み込むことが可能になります。準備期の障害の例は、舌が麻痺していて上手に咬めない、唾液が少なくて口に食べ物が張り付く、などです。

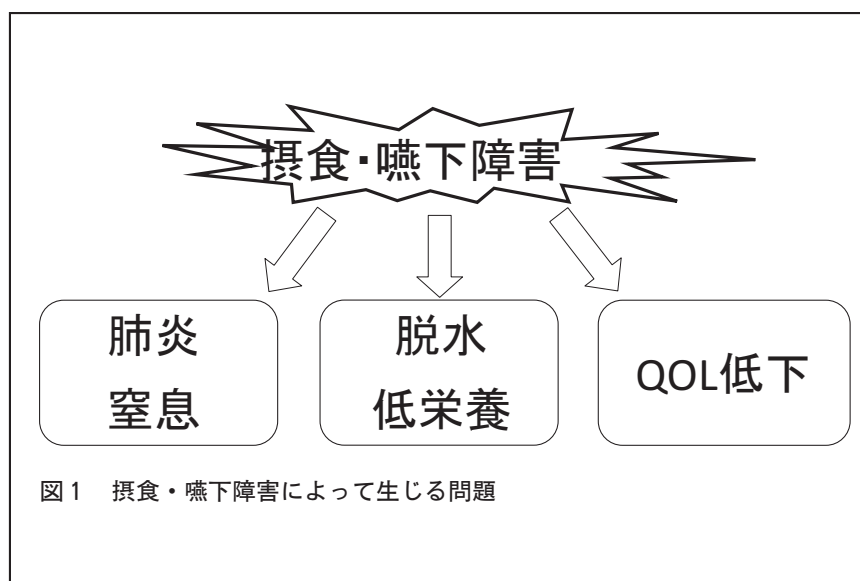
③ 口腔期：準備期で形成された食塊を口腔から咽頭へと運ぶ期です。「口腔」とついていますが咀嚼は含まれません。舌が麻痺していて送り込めず、食べ物がずっと口に残っているのは口腔期の障害です。

④ 咽頭期：咽頭の食塊を食道へと運ぶ期です。喉頭が前上方に持ち上がって食道の入口が開き、同時に咽頭が収縮して食塊を食道へと押し込みます。この時、喉頭蓋（と披裂部）がフタをすることで、気管に食物が入らないようになっています。ここで誤って食塊が気管に入ると「誤嚥」になります。咽頭期の障害は、嚥下後に激しくせき込む（むせる）、ノドがゴロゴロ鳴るなどです。

⑤ 食道期：食道に入った食塊を、食道の蠕動運動で胃へと送り込む期です。食道期の障害の例は、飲みこんだものがまた咽頭や口腔に逆流してくること（胃食道逆流）などがあります。

2) 摂食・嚥下障害が及ぼす影響

摂食・嚥下障害を生じると、さまざまな問題を引き起こします（図1）。



① 誤嚥・窒息

摂食・嚥下障害＝誤嚥・窒息ではありませんが、誤嚥や窒息は生命予後に直結するため非常に重要です。誤嚥とは、食べ物や唾液が誤って気管に入ることを行います。少量の誤嚥であれば咳（ムセ）で喀出されますが、ひどい場合は誤嚥されたものが原因で気管支炎や肺炎（誤嚥性肺炎）を生じます。この肺炎は高齢者にとって生命を脅かすものです。日本人の死因の第3位が肺炎ですが、その7～8割が誤嚥性肺炎といわれています。

窒息も命にかかわる問題です。窒息はめったに起こらないと思われるかもしれませんが、要介護高齢者の1割が1年以内に窒息の経験があることが報告されています。また、1年間に窒息で亡くなる人は約10,000人といわれており、その数は交通事故死よりも多く、そのうちのほとんどを高齢者が占めます。高齢者にとって窒息は、誤嚥と並んで非常に身近であり、かつ警戒すべき問題です。

② 低栄養・脱水

摂食・嚥下障害が慢性的に経過すると、低栄養や脱水が問題になってきます。すなわち、口から食べこぼす、食べると疲れる、なかなか飲み込まないといった摂食・嚥下障害の症状は、急に問題を生じる訳ではありませんが、長期にわたると経口摂取量の低下による低栄養や脱水を生じます。この低栄養や脱水は徐々に進行するため気付かれなことが多く、気付いた時には低栄養による免疫機能低下、歩行障害、認知機能低下など、高齢者でよくみられるさまざまな症状の原因になっていることがあります。低栄養や脱水も生命予後を左右すると言われており、高齢者にとっては注意すべき問題です。

③ QOLの低下

口から食事を摂ることは、高齢者にとって一番の楽しみと言われています。摂食・嚥下障害を呈すると、この楽しみである食事が、苦痛をともなうものになったり、生命を脅かすものになったりします。また、摂食・嚥下障害があるからといって、胃瘻にして経口摂取をゼロにしてしまうと、苦痛や危険は少なくなるものの、一番の楽しみを奪ってしまうことになります。誤嚥・窒息や低栄養・脱水のように命に直結するものではありませんが、QOLの低下は高齢者にとっては非常に大きな問題となります。

3) 摂食・嚥下障害の原因（P93参照）

さまざまな問題を引き起こす摂食・嚥下障害ですが、その原因もさまざまです。最も知られている原

因は脳血管障害でしょう。現在、脳血管障害の既往がある患者は約130万人とされています。そのうちの何割に摂食・嚥下障害を認めるかは明確な統計がありませんが、少なく見積もって3割とすると、約40万人の患者が摂食・嚥下障害で困っているということです。

近年、増加しているのが認知症による摂食・嚥下障害です。認知症の患者は爆発的に増加しており、平成24年の統計で300万人を突破しました（脳血管障害による認知症も含むため脳血管障害患者数との重複あり）。こちらも明確な統計はありませんが、仮に2割とすると、約60万人が摂食・嚥下障害ということになります。

その他、ALS（筋萎縮性側索硬化症）、パーキンソン病（関連疾患含む）、多系統萎縮症などの神経変性疾患、口腔・咽頭腫瘍術後といった疾患が摂食・嚥下障害の原因となります。また、極度の痩せや薬剤の副作用によっても引き起こされることがあります。加えて、摂食・嚥下動作とは直接な関係はありませんが、COPD（慢性閉塞性肺疾患）などの呼吸器疾患なども、息切れが飲み込み動作に影響するため摂食・嚥下障害の原因になることがあります。

このように摂食・嚥下障害をきたす疾患・病態は多種多様であり、その原因によって摂食・嚥下機能の予後、対応法は大きく異なります。多職種が連携して、疾患・病態に合わせた摂食・嚥下の対応が望まれます。

4) 在宅の摂食・嚥下障害への対応

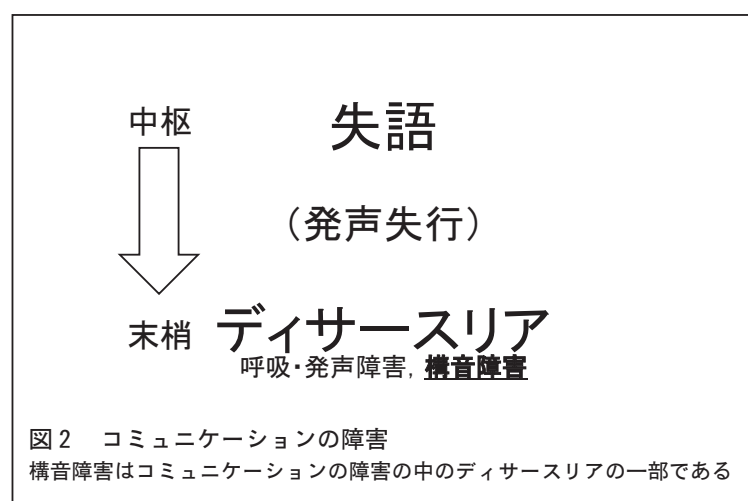
病院では、歯科ではなく、リハビリテーション科や耳鼻咽喉科が主となって摂食・嚥下の診察をしているところも多くあります。しかしながら、在宅等療養者に対しては、リハビリテーション科や耳鼻咽喉科が関わることは、マンパワーの問題があり非常に難しくなります。そこで重要となるのが、在宅診療を行っている歯科になります。在宅主治医をはじめとする多職種と連携しつつ、歯科が主体となって在宅等療養者の摂食・嚥下障害に取り組むことが理想的です。今後、摂食・嚥下を担える歯科が地域にも増えることが望まれています。

(10) 構音障害

1) 構音障害とは

会話はとても重要な口腔の機能であり、その口腔機能の障害によりコミュニケーションがうまくいかなくなることを構音障害といいます。いわゆる「ろれつが回らない」、「うまく発音できない」などと表現される症状であり、この構音障害は口腔の機能障害によって生じる歯科の対象疾患です。

コミュニケーションの障害には、構音障害以外にも多くあるので、それらとの区別が必要です（図2）。



言語中枢が障害されることによって生じる「失語」という症状があります。これは、ことば自体が組み立てられなかったり、意味が理解できなくなったりといった口腔機能とは直接関係が無い症状です。

ことばを理解して、言いたいことを頭で組み立てることができても、発声発語器官を動かして表出しなければコミュニケーションは達成されません。この発声発語器官を動かす段階の障害をディサースリアといいます（動かすことを企画することが障害されること

は発声失行ということもありますが、ここでは省略します)。ディサースリアのなかには、活動呼吸・発声機能の低下による会話の途切れ、声量の低下、かすれ声、声のふるえなどがありますが、これらも口腔機能障害ではありません。ことばを形作る最終段階で、口腔をいろいろな形に変えて破裂音や摩擦音を作りますが、この段階が障害されるのが「構音障害」です。したがって、構音障害は、コミュニケーション障害のなかのディサースリアの一部であるということを理解しておいてください。

2) 代表的な構音点

音声表出には、呼気を利用して声帯を振動させる必要があります。呼気で声帯を震わせることにより「声（喉頭原音）」が出ます。しかし、これだけでは会話はできません。この声を口腔の形を変えて、共鳴させたり、雑音を混ぜたりすることで、母音や子音といった会話に必要な音を作りだされます。このときの運動を構音動作といいますが、そのときに雑音を出す部位のことを構音点といいます。ここでは代表的な構音点を略説します（図3）。

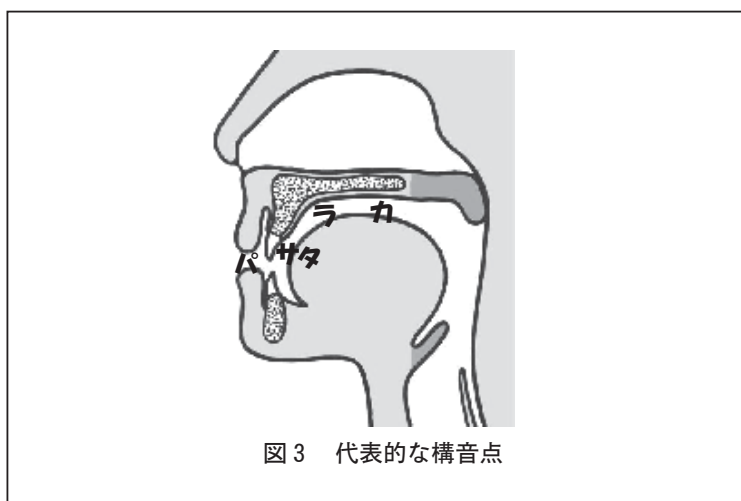


図3 代表的な構音点

- ①パ行：両唇音とよばれ、上唇と下唇を接触（口唇閉鎖）させて口腔内に息を溜め、破裂させるように開放することで産生します。顔面神経麻痺などで口唇の動きが悪くなると口唇閉鎖ができないため、パ行の構音ができなくなり「ファ」に近い音になります。
- ②タ行：歯茎音とよばれ、舌尖と硬口蓋・前歯を接触させて口腔内に息を溜め、破裂させるように開放することで産生します。舌下神経麻痺などで舌の動きが悪くなると、舌尖を挙上できなくなるため、タ行の発音ができなくなり「サ」に近い音になります。前歯が無い場合は前歯の代わりに口唇を使って産生することがあり、その時は「タ」に聞こえますが、口もとに注目すると舌が口唇の間から見えることがあります。
- ③カ行：軟口蓋音とよばれ、奥舌を挙上させて軟口蓋（一部硬口蓋）を接触させて息を溜め、破裂させるように開放させることで産生します。ガラガラうがいをするときと同じような動作です。これも舌下神経麻痺などで舌の動きが悪くなると、奥舌が挙上できずに軟口蓋と接さなくなるため「ハ」に近い音になります。
- ④サ行：歯茎摩擦音とよばれます。「タ」と似た部位が構音点になりますが、舌尖を硬口蓋や前歯に接触させることなく、隙間を作ってそこから摩擦させるように細く息を出すことで産生します。これも舌の動きが悪いと表出が困難になります。
- ⑤ラ行：これも「タ」や「サ」と同じ舌尖を用いて産生する音であり、弾音とよばれます。「タ」よりも後方で舌尖を口蓋に接触させてから、舌を弾くようにして産生します。「タ」よりも舌尖を使うため、細かい舌の動きが障害されると英語の「r」のような不明瞭な音になります。

以上が代表的な構音点とその障害です。臨床では言語不明瞭な患者を遭遇した時に、ただ漠然と「不明瞭」と判断するのではなく、「どの構音点の音が障害されているか」を注意深く聞くことが重要です。そうすることで口腔機能の障害部位が同定でき、訓練メニューも考えやすくなります。

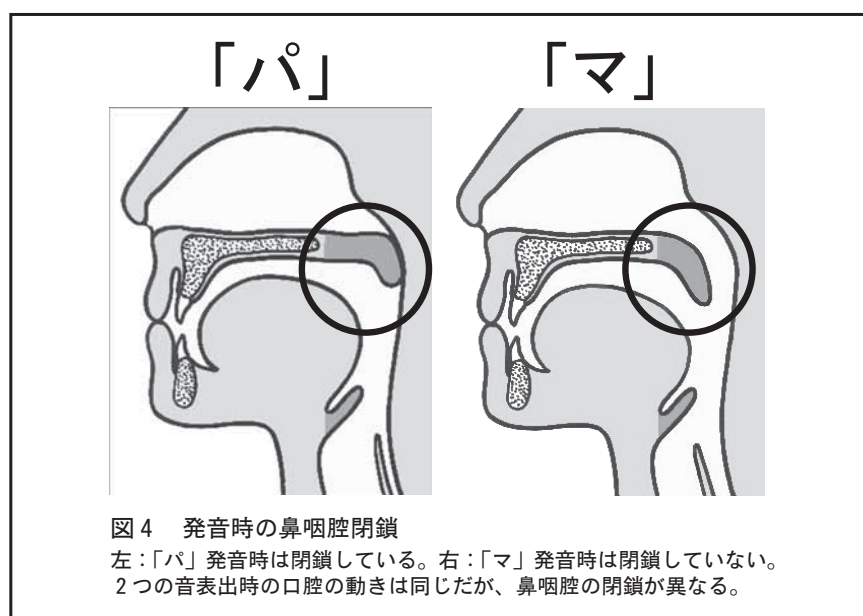
3) 鼻咽腔閉鎖機能

構音障害とは異なりますが、口腔領域に起因するディサースリアとしては鼻咽腔閉鎖不全症による開鼻声があります。

日本語の音声には「鼻に響かせる音」と「鼻に響かせない音」があります。具体的には「マ行」と「ナ行」と「ン」が「鼻に響かせる音」で、それ以外が「響かせない音」です。鼻に響かせるか響かせないかを調節しているのは、軟口蓋であり、軟口蓋を挙上させて鼻への道を閉鎖する機能を鼻咽腔閉鎖機能といいます。「マ行」と「ナ行」と「ン」は、鼻咽腔を閉鎖させずに発音しますが、それ以外の音はすべて鼻咽腔を閉鎖して発音します（図4）。

「パ」と「マ」は両方とも両唇音であり、「口唇を閉鎖して、そこから息を出す」という同じ口の動きをします。同じ口の動きなのに、出てくる音は「パ」と「マ」で異なります。この違いを調節しているのが鼻咽腔閉鎖機能です。

脳卒中後や神経変性疾患の患者では、この鼻咽腔閉鎖機能が障害されることがあり、発音時に閉鎖しなくなります。そうすると「マ行」と「ナ行」と「ン」以外の音が、不明瞭（開鼻声：こもった音や鼻声と表現されます）になり、コミュニケーション障害をきたします。



4) 構音障害の治療

在宅等療養者には、しばしば構音障害や鼻咽腔閉鎖不全症が認められます。その原因は脳血管障害、神経変性疾患、口腔腫瘍術後などがあります。しかしながら、口腔腫瘍術後の患者を除いて、構音障害のみを呈していることは少なく、他にも高次脳機能障害や失語症、呼吸・発声機能障害を併発していることがほとんどです。そうすると十分な経験がある歯科医師や歯科衛生士でなければ治療は困難です。コミュニケーションの障害に関しては言語聴覚士という専門職種がありますので、十分連携を取った上で、チームで取り組むことが重要です。最近は病院だけでなく、訪問で訓練を行う言語聴覚士も増えていきます。

歯科独自のものとしては、PLP（軟口蓋挙上装置）やPAP（舌接触補助床）を用いた鼻咽腔閉鎖不全症・構音障害の治療法があります。ただし、これらの治療には専門的な知識と技術が必要であり、すべての歯科で対応できるわけではありません。大学病院や市中病院の経験ある歯科と連携する必要があります。

4 摂食・嚥下障害を引き起こす疾患の基礎知識（P88参照）

(1) 脳血管障害

脳血管障害である脳梗塞と脳出血を合わせて脳卒中と呼びます。頻度としては脳梗塞が約7割を占め、その中でも心房細動に起因する心原性脳梗塞の頻度が高いことが知られています。ここでは脳血管障害によって起こる摂食・嚥下障害を5つに分類して説明します。

1) 一側性大脳病変

重度片麻痺の原因となり急性期には約40%が摂食・嚥下障害を呈するといわれていますが、1年後には9割以上の症例で発症前の食事を摂取できるようになることが報告されています¹⁾（1回目の脳卒中のとき）。要するに1回目の脳卒中後の摂食・嚥下障害はほとんどの場合において改善するということです。このことは在宅や施設で嚥下に携わる医療者は必ず頭においておく必要があります。ある患者が経管栄養であっても、原因となった脳卒中が一側性大脳病変（1回目）だったときは、改善の可能性を頭において経過を診なければなりません。

2) 皮質・皮質下型、内包型、脳幹型

これらの部位は、病変が「両側に」存在すると偽性球麻痺を呈します。嚥下に関連する神経は両側支配が多く、片側の病変では偽性球麻痺は生じません（一側性大脳病変は、片側の病変が大きいために一過性に反対側まで障害（脳圧亢進等）されるために嚥下障害が生じると考えられています）。このタイプの摂食・嚥下障害が臨床では最も多くみられます。特徴としては、嚥下反射は弱いものの残存しており、いったん嚥下が生じるとほぼ正常な嚥下動作が行われますが、咽頭収縮の減弱、気道閉鎖の不良などにより誤嚥を生じることもしばしばあります。代償的な嚥下法（姿勢の調整、食事内容の変更、とろみの付与など）が有効なことも多く、摂食・嚥下リハビリテーションの効果が比較的高いといえるでしょう。

ただし脳幹型は知的障害が少なく延髄病変（球麻痺）に近い摂食・嚥下障害を呈するという特徴があります。摂食・嚥下訓練の効果はどちらかというと少なく、「回復待ち」の要素が多いリハビリテーションになります。発症後半年以上経過して残存している摂食・嚥下障害は難治性です。

3) 延髄梗塞・出血

生じる麻痺を球麻痺とよび、延髄外側症候群（ワレンベルグ症候群）が有名です。知的な障害が少なく四肢の運動障害もみられませんが、摂食・嚥下障害は難治性です。嚥下は生じるものの嚥下動作は正常ではなく、重度の場合は嚥下をしても食道に食物が入っていきません（図1）。一般に、リハビリテーションは嚥下訓練よりも回復待ちの要素が多く、発症後半年は徐々に機能は改善します。しかしそれ以降の改善は少なく、そうすると全身の状態にもよりますが、リハビリテーションではなく嚥下機能改善手術の適応になります。

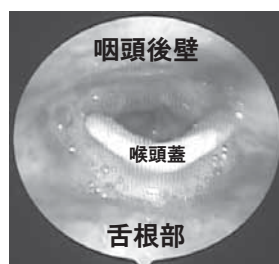


図1 延髄梗塞症例の検査所見

左：嚥下内視鏡 唾液が嚥下できないため、泡沫状の唾液が咽頭に残留している。
右：嚥下造影 嚥下時の咽頭収縮が生じているものの、食道入口部が開かず食道への流入が認められない。

4) 小脳梗塞・出血

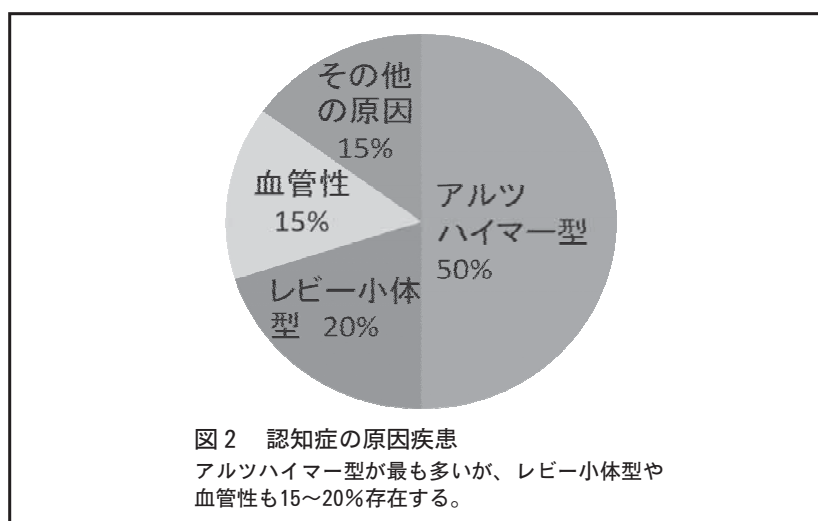
小脳病変による摂食・嚥下障害は急性期の一過性のものも多く、自然経過ののちに全量経口摂取が可能になります。しかし、まれですが小脳病変が脳幹にまで影響する場合があります、それによって生じた摂食・嚥下障害は球麻痺様であり非常に難治性で、リハビリテーションの効果もあまりありません。

5) くも膜下出血

脳卒中中の約8%を占めるといわれ、致死的なものも多く、後遺症なく改善する率は2割程度といわれています。後遺症は、障害される脳の部位によって大きく異なります。くも膜下出血により下部脳幹神経が障害されたときは重度球麻痺様の摂食・嚥下障害を呈し、出血後の脳血管攣縮により広範囲に脳が障害されたときは一側性大脳病変の症状を呈します。

(2) 認知症

「認知症」は疾患名の一面もありますが、厳密には症状名であり原因となる疾患が存在します。同じ認知症といっても原因となる疾患によって病態は異なるため、認知症の摂食・嚥下リハを行うにあたっては原因疾患別の特徴を知っておくことが非常に有用です。ここでは4大認知症（図2）とよくみられる摂食・嚥下障害の特徴について略説します。



1) アルツハイマー型認知症（AD）

もっとも多いタイプの認知症です。軽度ADには準備期以降の摂食・嚥下機能が障害されることはほぼ無く、まれにみられるのは偏食や食欲といった先行期の問題です。一部の患者では嗜好が甘味に偏る、空腹を感じない、食べ過ぎるといった症状が出ることがあります。

中等度進んだADでは、中核症状である近時記憶や見当識障害、実行機能の障害が食事に影響を与えます。食事をした直後に「食事はまだ？」と症例が聞くのは有名なエピソードですが、それは近時記憶の障害によるものです。さらに症状が進むと見当識や実行機能の障害のため、食事を始められない、食器の模様に気を取られる、食事介助を拒否する、他人の食事を食べる、異食という食行動の障害が出てきます。

さらに進行すると先行期だけでなく準備期以降も障害され、自分のボディーイメージが欠落することやパーキンソン症状が出現することがあり、口の食べ物を咽頭に送り込めない、誤嚥するといった症状が出てきます。すべての認知症に共通する症状ですが、終末期では食事を拒否するかのようになつて経口摂取をしなくなることも多くあります。

2) レビー小体型認知症 (DLB)

一番の特徴は、早期からパーキンソン症状が出る患者がいることです。パーキンソン症状は食事の口への取り込みや食塊形成も問題となりますが、ドーパミンの不足のために不顕性誤嚥も増えます。他の認知症と比べて誤嚥は重度です。

その他の特徴として、認知機能の変動があるために食事をスムーズに食べる時と食べないときがあり、また、薬に対する感受性が高く、抗精神病薬や抗パーキンソン病薬の服用により認知症状が悪化し、経口摂取量が激減することもよく経験されます。幻視の出現も DLB の特徴とされますが、直接的に摂食・嚥下障害の原因となることは少ないでしょう。

3) 前頭側頭型認知症 (FTD)

このタイプは比較的若年で発症し、自己中心的、短絡的な行動や意欲低下、常同行動などが特徴であり、それらが食事に影響を与えることがあります。具体的な症状は、嗜好の変化による偏食（甘味が多い）、大食、大量飲酒などです。その他、一通り決まった経路を歩いてからでないと食事を始めない、食事をするときの場所がいつも同じでないと落ち着かない、といった「こだわり」がみられます。まれですが、食事をずっと咬んで飲み込まない、咽頭への送り込みができなくなる、急速に摂食・嚥下障害が悪化するといった症状を呈する場合もあります。

4) 血管性認知症

特徴的なのは、脳血管疾患による何らかの麻痺をとまなうため、疾患の部位によっては認知症が軽度であっても嚥下動作が障害され、誤嚥や肺炎のリスクが高いことです。ビンスワングー病などの特殊な場合を除き、純粋な脳血管性認知症では認知機能は比較的保たれていることが多いといわれています。

(3) 神経筋疾患（パーキンソン病、ALS、多系統萎縮症）

在宅や施設の摂食・嚥下障害例で比較的多いのが神経変性疾患に起因するものです。神経筋疾患の多くは進行性であり、疾患の進行に応じた摂食・嚥下リハが必要になるという点が脳卒中とは大きく異なります。ここでは、代表的な神経筋疾患であるパーキンソン病、ALS、多系統萎縮症の摂食・嚥下リハについて解説します。

1) パーキンソン病 (PD)

PD とは、脳内のドーパミン不足による錐体外路系の症状を示す疾患です。運動症状としては、安静時振戦、筋固縮、無動、姿勢保持反射障害が代表的です。運動症状ばかりに目が行きがちですが、嚥下では自律神経系の症状を主とした非運動症状も重要であり、消化管運動障害、嗅覚障害、食事性低血圧などが問題となります。

病態は非常に幅が広く、病状の進行速さも症例によって異なり、認知症を呈する場合もあります。PD とレビー小体型認知症は同じ原因（細胞内への異常蛋白の蓄積）の疾患と考えられています。

ドーパミン濃度が低下した PD の症例では、サブスタンス P の濃度も低下するため嚥下反射や咳嗽反射が弱くなり、誤嚥や不顕性誤嚥を呈します。とくに off 状態（元気が無い）のときは（不顕性）誤嚥が増えるために、食事や嚥下リハは on 状態のときに行うのがリスク管理として重要です。

パーキンソン病関連疾患として、進行性核上性麻痺や皮質基底核変性症がありますが、この両者は有効な薬が無く、摂食・嚥下障害も重度です。パーキンソン病よりも進行が早く認知症も併発し、発症から 5 年から 10 年で寝たきりとなります。

2) ALS（筋萎縮性側索硬化症）

運動ニューロン病の一種であり、重篤な筋肉の萎縮と筋力低下をきたす神経変性疾患です。一般には感覚障害や認知機能の低下はなく、筋萎縮だけが進んで行きますが、有効な薬剤、治療法はありません。極めて進行が速く、ほとんどの患者が発症後3年から5年で寝たきりになります。進行すると（患者や家族の希望によりますが）気管切開や胃瘻が必要となることが多くあります。

有効な摂食・嚥下訓練はなく、疾患の進行にともなう機能低下に合わせた食事支援・介助や口腔ケアを行い、窒息や誤嚥性肺炎を予防することが優先されます。認知機能の低下がないため、胃瘻を適用することにより、生命予後の改善やQOLの改善が得られるという報告があります。

3) 多系統萎縮症

進行性の小脳症状（協調運動機能の障害）が認められることから、脊髄小脳変性症に含まれ、病名としては脊髄小脳変性症と書かれることもあります。臨床では、小脳症状が主のオリブ橋小脳萎縮症、パーキンソン症状を呈する線条体黒質変性症、自律神経障害の症状が強いシャイ・ドレーガー症候群に分けられます。有効な薬剤や治療法はなく、対症療法が主になります。認知機能の低下がみられることもあります。予後は10年から15年で死亡する症例がほとんどですが、突然死の率が高いのが特徴です。

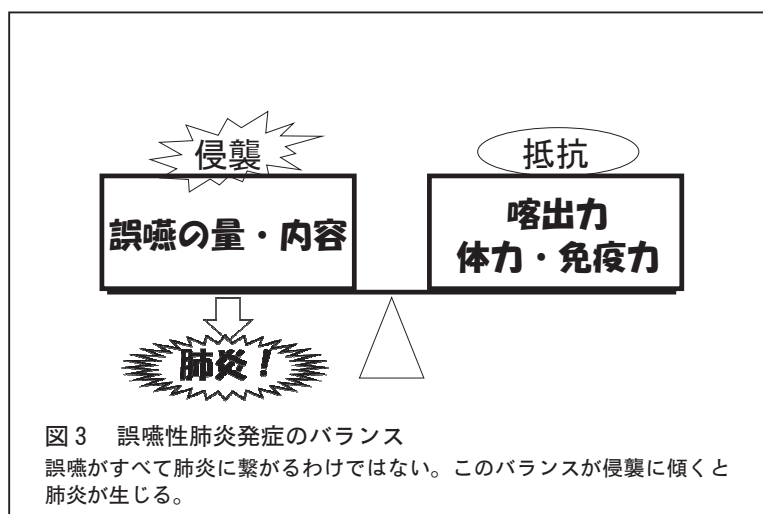
ALSと同様に有効な摂食・嚥下訓練はなく、疾患の進行にともなう機能低下に合わせた食事支援・介助や口腔ケアを行い、窒息や誤嚥性肺炎を予防することが優先されます。

(4) その他

1) 誤嚥性肺炎

食べ物や唾液の誤嚥に引き続いて起こる気道の炎症のことを総じて、臨床では「誤嚥性肺炎（広義）」とよんでいます。その中には、肺に炎症が及ぶ「狭義の誤嚥性肺炎」と気管支に炎症が局限している「びまん性嚥下性細気管支炎」を含んでいます。ここでは、断らない限り、誤嚥性肺炎とは、広義の誤嚥性肺炎のことを指します。

誤嚥すればすぐ肺炎につながるというわけではありません。私たちもときどき誤嚥をすることがありますが、肺炎にはなりません。誤嚥に引き続き肺炎を生じるかどうかは、①誤嚥したものの量、内容（気道に為害性があるか）と②喀出力（痰が出せるか、力強く咳払いができるか）、体力・免疫力のバランスで決まります（図3）。誤嚥しても、誤嚥量が少なく、誤嚥したものが清潔（例えば滅菌した生理食塩水など）であれば肺炎は生じません。また、誤嚥をしても、喀出が可能で、体力があれば、肺炎を生じることなく経過します。実際に臨床では、嚥下造影検査で誤嚥を認めるものの、肺炎を生じることなく経口摂取を続けている患者がいます。



① 症状

肺炎の大きな徴候は「咳・痰・発熱」といわれています。しかしながら、特に高齢者の誤嚥患者では、咳反射や痰の咯出能力が低下していることが多く、肺炎になっていても「咳・痰」は認められないことがあります。残る「発熱」ですが、これは比較的高率で出現する症状ですが、それほど高い熱ではないので放っておかれることもあります。高齢者の発熱は、風邪や尿路感染でもよく認められますが、誤嚥している患者で、咽頭の発赤がない、鼻汁が出ていない、尿検査に異常がない、など風邪や尿路感染を疑う所見がないときは誤嚥による肺炎を疑います。

まれに肺炎になっても発熱もしない（発熱する体力がない）患者もいます。そのような場合でも、失禁、意識低下、食欲不振、何となく元気がない、等といった変化があるようです。誤嚥がある患者では、「何かオカシイ」と思ったら、すぐに肺炎を疑いましょう。

② 診断と治療

医師以外の職種が誤嚥性肺炎を治療することはありませんが、診断基準や治療法を知っておくことは、高齢者に関わる全職種にとって必要なことです。

誤嚥性肺炎の診断基準は、「明らかな誤嚥が直接確認され、それに引き続き肺炎を発症した症例」もしくは「肺炎例で気道より誤嚥内容が吸引などで確認された症例」とされています。しかしながら、実際の臨床では誤嚥を直接確認できることや誤嚥内容を吸引で確認できることはほとんどありません。したがって実際は、誤嚥（の既往）がある患者で、肺炎が確認された場合に「誤嚥性肺炎」と疑いで診断することがほとんどです。

誤嚥性肺炎の治療は、全身管理と原因菌に対し効果的な抗生剤を投与することです。ただ、指示に従えない高齢者では喀痰検査による原因菌の同定は困難なため、経験的にペニシリン系の抗生物質が使用されることが多くあります。

③ 高齢者における特徴

・発熱に注意

誤嚥がみられる高齢者では、「夕方になると熱が出る」「ときどき37度台の熱が出る」ということがあります。それほど高い熱ではないので放っておかれることも多いようですが、これらの症状を示す高齢者のなかには、軽度の誤嚥を繰り返していることが原因で、びまん性嚥下性細気管支炎により発熱を繰り返しているということがあります。誤嚥により熱が出ている場合は、血液検査をしてみるとCRPの軽度上昇、白血球数の増加など、炎症の所見を呈しています。

このような患者の発熱を無くすためには、経口摂取している患者では経口摂取の中止、経口摂取していない患者では唾液誤嚥の防止手術等が必要となってきますが、臨床的には患者がそこまで希望することは多くありません。肺炎予防の口腔ケアや誤嚥防止の訓練・介助をすること、狭義の誤嚥性肺炎の予備軍であるとして慎重に経過を追う、といった対応で出来る限り重症化させないようにするのが現実的でしょう。

・胸部レントゲン写真、胸部聴診だけでは分からない

肺炎の診断には、よく胸部レントゲン写真が用いられます。ときどき「肺に影がない」といって安心されることがありますが、びまん性嚥下性細気管支炎や軽症の誤嚥性肺炎はレントゲン写真には写らないことがよくあります。肺の聴診もよく肺炎の診察に用いられますが、誤嚥性肺炎を呈していても軽症であれば異常音は聴取できません。このように、誤嚥による誤嚥性肺炎は軽症なときは、通常の肺炎の検査では、発見しにくいので十分注意が必要です。

2) 胃食道逆流

胃内容物が食道に逆流することを胃食道逆流といいます。通常は胃酸等の逆流による食道炎のため、胸焼けや胸痛といった症状が現れます。しかし、その逆流物が食道にとどまらず咽頭にまで到達することがあり（喉頭咽頭逆流）、その逆流物の誤嚥により肺炎を生じることもあります。また、胃食道逆流

ではないですが、食道から胃へと送り込むことの障害のために、食道から咽頭へと逆流してくることもあります。このときも逆流による肺炎に注意が必要です。近年、この逆流物誤嚥による肺炎も比較的多いと考えられています。

① 原因

高齢者では噴門部の筋肉の機能低下が起こり、胃内容物が逆流しやすくなるといわれています。また、高齢になると食道裂孔ヘルニアといって胃の一部が横隔膜よりも上に飛び出してくることがありますが、この場合も逆流の頻度が上がります。食道裂孔ヘルニアは重度の円背の高齢者でよく見られます。

胃瘻の高齢者においては、食道を使わずに栄養が直接胃に入れられるため、食道の機能低下が生じ逆流しやすくなると考えられています。胃瘻をしている高齢者の逆流による肺炎は頻度が高く、それを防止するために半固形化栄養剤や栄養剤注入時の姿勢の工夫（水平位を避ける）などの対応があります。

② 予防と治療

ア 腹圧を上げない

食べ過ぎは胃内の圧力を上昇させるため、逆流の原因となります。ベルトなどでお腹を締め付けることも腹圧の上昇を招き、逆流を引き起こします。また、便秘も腹圧を上げるため逆流の原因になると考えられています。したがって、食べ過ぎない、適切なベルトの使用、便秘の改善が胃食道逆流の予防に繋がります。

イ 食後すぐ横にならない

水平位になると逆流が増えることが知られています。食後はしばらく（30分ぐらい）座位を保つようにしましょう。胃瘻注入時も水平位を避けるようにしましょう。ベッドの角度は完全に水平でさえなければ、30度ぐらいでもよいといわれています。

ウ 半固形化栄養剤の使用

胃瘻の患者では、栄養剤を液体ではなくゼリー状（半固形化）にして注入すると逆流が減ります。半固形化の仕方は、詳しい看護師や栄養士に相談するとよいでしょう。栄養剤のなかには、はじめから半固形化された状態のものも市販されていますので、それを利用するのも一法です。

エ 薬剤

胃食道逆流による逆流性食道炎の症状改善には制酸剤や胃酸分泌抑制剤が用いられます。ただ、これらは逆流自体を止める作用はありません。逆流を止めるには、消化管運動促進剤による胃排出能の改善や下剤による腹圧の減少が有効なことがあります。

オ 嚥下訓練

まったく経口摂取していない胃瘻患者では、食道機能の廃用のために胃食道逆流が生じていることがあります。そのような患者においては、安全に嚥下できる食品や姿勢を見つけて嚥下してもらうと、食道の機能が改善され逆流が減ると考えられています。

3) 嚥下に悪影響を与える薬剤（一覧は第6章P107参照）

薬剤で惹起される嚥下障害は単独で出現することは少なく、多くは錐体外路症状、血管浮腫、悪性症候群、せん妄等の副作用が原因で二次的に引き起こされたり、それらの副作用の随伴症状として出現します。例えば、抗けいれん剤の使用により、注意力や集中力、反射運動能力の低下が引き起こされ嚥下が障害されることがあります。また薬剤性のパーキンソン症候群等の錐体外路症状を誘発する薬剤や筋力低下を来す薬剤では、その作用から嚥下障害を引き起こすおそれがあります。薬剤で引き起こされた口渇が嚥下反射に影響したり、薬剤で食道潰瘍を引き起こしたために嚥下を拒むこともあります。また、歯科用医薬品や鎮咳剤に含まれる局所麻酔成分で口腔や咽頭の感覚麻痺が起こり、嚥下が障害されることもあります。以下に嚥下に影響を与える可能性のある薬剤の例を記します。具体的な医薬品名は巻末

の資料を参照願います。

- ・パーキンソン症状等の錐体外路障害を誘発する薬剤
- ・注意力低下・集中力低下・眠気を誘発する薬剤
- ・筋力低下を来す薬剤（筋弛緩剤）
- ・口腔に使用する局所麻酔剤
- ・唾液の分泌を抑制する薬剤
- ・口腔粘膜障害を誘発する薬剤
- ・食道潰瘍を誘発する薬剤

また、誤嚥を起こしやすい剤形としては、以下の剤形があります。

- ・粘性の低い液剤
- ・水分が少なく口中でばらばらになる顆粒剤や散剤
- ・口腔内に付着しやすい錠剤やカプセル
- ・酸味の強い液剤

第6章 参考資料

(1) バイタルサイン（検査値早見表）

呼吸（R）について

年齢別にみた安静時の呼吸数

年 齢	正 常 値	
新 生 児	40～60回/分	呼吸数は男性よりも女性のほうがやや多く、年齢とともに少なくなります 運動・精神（興奮）活動によって、増加しますが、睡眠時は興奮性が低下し、減少します
乳 児	30～40回/分	
幼 児	25～30回/分	
	18～22回/分	
成 人	16～18回/分	
* 1回の換気量数値；3 5 0 ～ 5 0 0 ml/ 通常は1分間の呼気量を指します 体動で容易に変化します		
* 深呼吸時の呼気量；2 0 0 0 ～ 2 5 0 0 ml/ 肺疾患、妊娠・腹水などで呼吸が抑制されている場合や、横隔膜が挙上している場合は低下		

呼吸回数の異常

頻 呼 吸	25回以上/分	発熱時、興奮時、心不全、神経症など
徐 呼 吸	9回以下/分	頭蓋内圧亢進、睡眠薬の服用など

異常な呼吸

過 呼 吸	呼吸数は変わらず1回換気量の増加	甲状腺機能亢進症など
減 呼 吸	呼吸数は変わらず1回換気量の減少	モルヒネ中毒、睡眠薬服用など
多 呼 吸	呼吸回数と換気量が増加、深さは深い	神経症など
小 呼 吸	呼吸回数と換気量が減少、深さは浅い	重篤時

※過換気症候群では、呼吸数が増加し、深さは浅い。

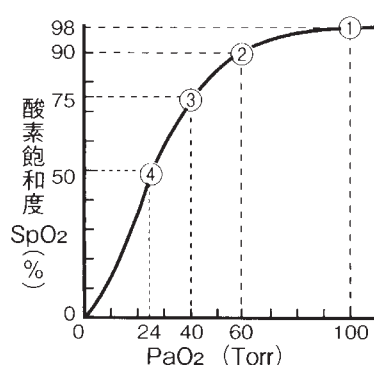
呼吸パターンの異常

チェンストークス呼吸	20～30秒の無呼吸状態から、深さと数が増え過呼吸となり、再び無呼吸を繰り返す	腎不全、脳腫瘍、心不全、末期患者など
ビオー呼吸	10～30秒の無呼吸から急に4～5回深いあえぎ呼吸となり、再び無呼吸を繰り返す	脳腫瘍、脳外傷など
クスマウル呼吸	異常に深く大きい呼吸が持続し、雑音を伴う	糖尿病性昏睡 尿毒症性昏睡など

パルスオキシメーターによるSpO₂（エスピーオーツー）の測定

血液中の酸素量の簡便な指標で、呼吸状態の評価に有用で、パルスオキシメーターという器具を用いて測定します。

情報は指先などを通る動脈から取り出し、SpO₂と心拍数を求めます。



	SpO ₂ (%)	PaO ₂ (Torr)	身体の状態
①	98	100	身体の酸素が十分に足りている状態
②	90	60	身体の酸素が不足している状態、酸素療法の適応（呼吸不全の判定基準）
③	75	40	心虚血性変化する状態
④	50	24	意識障害を起こす状態

脈拍(P)・心拍について

心 拍 出 量	1 回 の 心 拍 出 量	約60～70ml	心臓の機能が正常であれば、脈拍数とほぼ一致します
	安静時心拍出量	4～5 リットル	
心 拍 動 数	新 生 児	120～160回/分	運動、食事、お風呂に入ったとき、精神的動揺、興奮など代謝が亢進するような状況時は増加します
	乳 児	120～140回/分	
	学 童 期	85～90回/分	
	成 人	60～80回/分	
	高 齢 者	60～70回/分	

脈拍数の異常

頻 脈	成人で 100回/分以上	交感神経興奮、入浴後
徐 脈	成人で 50回/分以下	心疾患
大 脈	心臓からの1回の送血量が多くなったときにみられ大きく触れる	運動後・大動脈弁逆流
小 脈	血液量は少なく、小さな拍動として触れる	心臓衰弱・大動脈弁狭窄
硬 脈	硬い緊張した脈	高血圧、動脈硬化など
軟 脈	柔らかい感じの脈	低血圧

脈拍リズムの異常

呼吸性不整脈	吸気時に心拍数が増え、呼気時に心拍数が減少します
期 外 収 縮	心房期外収縮と心室期外収縮があります 正常な活動電位が伝導するより前に収縮が始まります
心 房 細 動	心房内各所から電氣的刺激興奮が発生するために、心室内の伝導に規則性がなくなり、末梢の脈拍も不整となります（不整脈）

体温(DT)について

正常体温値

腋窩体温；36～37℃ 口腔体温；36.2～37.3℃

(新生児の場合；37.0～37.2℃または37.4℃以下/いづれか体温は高いです)

体温の生理的変動値

- ・日 差；1℃以内（午後3時ごろから最高値）
- ・腋窩（脇下）体温の左右差；0.1～0.4℃

血圧(BP)について

WHOの基準による正常血圧値

最 高 血 圧	140mmHg未満	正常脈圧値；40～50mmHg 一般成人式； $120 + (Y - 20) \div 2$ （Y＝年齢） 貧血、運動、大動脈閉鎖不全、甲状腺機能亢進症などで増大します
最 低 血 圧	90mmHg未満	
境界高血圧	160～140/95～90mmHg	
高 血 圧 値	160/95mmHg以上	

血圧の生理的変動値

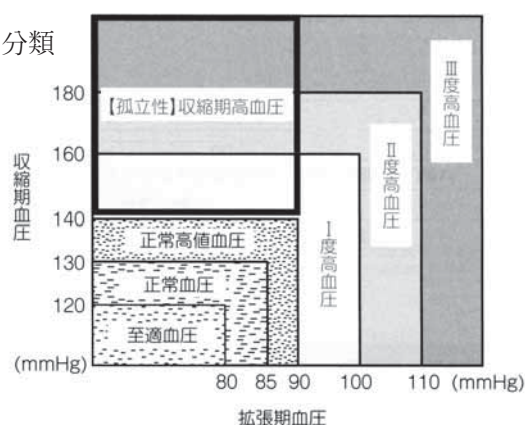
- ・日 差；10～15mmHg（日中は高く、睡眠中は低くなる）
- ・左右差；5～10mmHg以内（脈拍には、左右差があります）
- ・血圧は加齢に伴い最高血圧、最低血圧ともに数値上昇にあります

血圧の異常

高 血 圧	下図参照	本態性高血圧症が多く、2次性高血圧症には腎性高血圧、内分泌性高血圧、腎血管性高血圧、頭痛、肩こり、眩暈、不眠、嘔吐等
低 血 圧	最高血圧100mmHg以下	起立性低血圧症、頭痛、頭重感、あくび、不眠、手足の震え、疲労感等

数値は参考目安としてご覧ください

図：成人における血圧値の分類



（日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン 2009 版より改変）

臨床検査項目一覧

一般検診で行われる検査

検査項目	基準値	異常値を示す代表的疾患
BMI*	$18.5 \leq \text{BMI} < 25$	肥満、症候性（二次性）肥満：クッシング症候群、甲状腺機能低下症で高値
体脂肪率	男性：25% 以上肥満 女性：30% 以上肥満	肥満、症候性（二次性）肥満：クッシング症候群、甲状腺機能低下症で高値
血 圧	ガイドライン参照	本態性高血圧、症候性（二次性）高血圧症
視力検査		屈折調節異常による視力低下
眼圧検査	12 ～ 18 mmHg	緑内障で高値、外傷、網膜剥離で低値
眼底検査	血管の形状に異常がなく、出血もない	網膜剥離、糖尿病性網膜症など
聴力検査	平均的聴力：－10 ～ +20 dB	伝音性難聴：中耳炎が原因のことが多い 感音性難聴：先天性難聴、聴神経腫瘍、動脈硬化、老化、メニエール病、突発性難聴など
骨密度検査	YAM (Young Adult Mean) の80% 以上	骨粗鬆症：YAM の70% 未満

*BMI = 体重 (kg) ÷ (身長 (m))²

尿検査

検査項目	基準値	異常値を示す代表的疾患
尿 量	1,000 ～ 1,500 ml / 1 日 (成人) 2,000 ml 以上を多尿、 500 ml 以下を乏尿、 100 ml 以下を無尿という	多尿：糖尿病、尿崩症、萎縮腎など 乏尿：激しい下痢、嘔吐、発汗、心不全、急性腎炎、ネフローゼなど 無尿：腎炎やネフローゼ、結石・腫瘍等による尿路閉塞など 頻尿：膀胱炎、前立腺炎、尿道炎、腎盂腎炎など
pH	5 ～ 7.5	糖尿病では不揮発酸（ケトン体）が増加し酸性となる
比 重	1.015 ～ 1.025	高比重：糖尿病やネフローゼ症候群、下痢、嘔吐、熱性疾患など 低比重：尿崩症
タンパク	陰性（－）	腎前性タンパク尿：発熱、急性および慢性の感染症、膠原病の活動期など 腎性タンパク尿：糸球体腎炎、ネフローゼ症候群、糖尿病性糸球体腎症、カドミウムなどの金属障害 腎後性タンパク尿：尿路感染症、尿路結石、尿路の腫瘍など
微量アルブミン	30 mg/L 以下（随時尿）	初期の腎障害、特に糖尿病性腎症の初期で高値
ビリルビン	陰性（－）	肝臓や胆道の障害：急性肝炎や肝硬変、総胆管結石による胆道閉塞、閉塞性黄疸など
潜 血	陰性（－）	腎から尿管、膀胱、尿道などの尿路の異常 腎・尿路系の炎症：急性糸球体腎炎、腎盂腎炎、膀胱炎、尿道炎、前立腺炎など
糖	陰性（－）	糖尿病（高血糖）、甲状腺、下垂体、副腎などの機能亢進による内分泌疾患や、ストレス、緊張など 血糖の腎閾値：健常で約 170 mg/dl
ケトン体	陰性（－）	糖尿病、飢餓で陽性：糖尿病性ケトアシドーシスの存在
ウロビリノーゲン	（±）～（＋）	肝障害や溶血性疾患で高値 溶血性黄疸、肝炎の回復期などで高値

末梢血液検査

検査項目	基準値	異常値を示す代表的疾患
赤血球数 (RBC)*	男性：410万～530万/μℓ 女性：380万～480万/μℓ	貧血で低値
赤血球指数*	MCV 76～96 fℓ MCH 27～32 pg MCHC 31～35%	赤血球の大きさの指標 赤血球のヘモグロビン量の指標 赤血球のヘモグロビン濃度の指標
ヘマトクリット (Ht)*	男性：36～48% 女性：34～43%	貧血で低値
ヘモグロビン (Hb)*	男性：14～18 g/dℓ 女性：12～16 g/dℓ	貧血で低値
白血球数 (WBC)*	4,500～9,000/μℓ	炎症性疾患で一般に上昇，再生不良性貧血など造血機能障害で低値
網状赤血球数 (Ret)	0.2～2.0%	骨髓における赤血球造血機能の亢進で高値
血小板 (PLT)*	14.0万～34.0万/μℓ	血小板減少症や増加症の診断や出血の予知に有用
赤血球沈降速度 (ESR)	男性：＜10 mm (1時間値) 女性：＜15 mm (1時間値)	貧血などの血液希釈状態のほか，炎症性疾患や多発性骨髄腫など血漿タンパク異常で高値

*「臨床検査法提要」改訂第32版，金原出版（株）より

生化学検査

検査項目	基準値	異常値を示す代表的疾患
総タンパク (TP)	6.5～8.3 g/dℓ	栄養状態・タンパク合成能の指標
アルブミン (Alb)	3.8～5.3 g/dℓ	健康，栄養状態の指標，栄養指標としてアルブミンは半減期が長いことから，よりリアルタイムの栄養状態を反映するマーカーとして半減期が半日～2日と速い，ビタミンA結合タンパク（レチノール結合タンパク），トランスサイレチン（プレアルブミン）などが頻用されている。
尿素窒素 (UN)	8～20 mg/dℓ	腎機能・タンパク異化摂取の指標
クレアチニン (Cr)	男性 0.6～1.0 mg/dℓ 女性 0.4～0.8 mg/dℓ	腎機能の指標，ただし GFR が 50% まで低下してもなお正常域を示すことから，腎機能の指標としては鋭敏ではない
尿酸 (UA)	男性 4～7 mg/dℓ 女性 3～5.5 mg/dℓ	プリン・ヌクレオチド代謝系の異常（痛風で上昇），尿素窒素，クレアチニンと併せて腎機能の指標
総コレステロール (TC)	120～220 mg/dℓ	脂質代謝異常の指標
LDL コレステロール (LDL-C)	120 mg/dℓ 以下	脂質代謝異常の指標，境界域 121～139 mg/dℓ
HDL コレステロール (HDL-C)	男性 37～67 mg/dℓ 女性 40～71 mg/dℓ	脂質代謝異常の指標
中性脂肪 (TG)	30～150 mg/dℓ（空腹時）	脂質代謝異常の指標
総ビリルビン	0.2～1.2 mg/dℓ	肝細胞障害（急性肝炎，慢性肝炎増悪期，肝硬変など），肝内胆汁うっ滞，閉塞性黄疸，体質性黄疸で上昇
直接ビリルビン	0.1～0.4 mg/dℓ	肝細胞障害（急性肝炎，慢性肝炎増悪期，肝硬変など），肝内胆汁うっ滞，閉塞性黄疸，体質性黄疸で上昇
間接ビリルビン	0.1～0.8 mg/dℓ	溶血性貧血で上昇
AST	7～38 U/ℓ	肝機能・心・骨格筋疾患
ALT	4～44 U/ℓ	肝機能障害 AST/ALT > 1.0：アルコール性肝障害，肝硬変，筋疾患，溶血，マクロ AST AST/ALT < 1.0：慢性肝炎，脂肪肝

生化学検査（つづき）

検査項目	基準値	異常値を示す代表的疾患
クレアチンキナーゼ (CK)	男性 60 ～ 290 U/ℓ 女性 45 ～ 165 U/ℓ	骨格筋疾患・心機能
アミラーゼ	40 ～ 126 U/ℓ	急性膵炎、耳下腺炎で高値
コリンエステラーゼ (ChE)	168 ～ 470 U/ℓ (JSCC 勧告法)	肝臓での鋭敏なタンパク合成能の指標：ネフローゼ症候群、肥満脂肪で高値、有機リン中毒（農薬中毒）、肝機能障害（肝硬変）で低値
γ-グルタミルトランスフェラーゼ (γ-GT)	男性 9 ～ 40 U/ℓ 女性 9 ～ 35 U/ℓ (JSCC 法)	アルコール摂取量との相関がみられ飲酒マーカーとしての意義がある：閉塞性黄疸、肝癌、アルコール性肝障害で高値
アルカリホスファターゼ (ALP)	120 ～ 370 U/ℓ	肝障害、胆汁流出障害、骨疾患、甲状腺機能亢進症などで高値
乳酸脱水素酵素 (LD)	106 ～ 220 U/ℓ	2種類のサブユニットからなる4量体で存在し5種類のアイソザイムを形成する。すなわち、LD ₁ (H ₄)、LD ₂ (H ₃ M ₁)、LD ₃ (H ₂ M ₂)、LD ₄ (H ₁ M ₃)、LD ₅ (M ₄) という分子形となる。心筋梗塞、肺梗塞、悪性腫瘍、白血病、急性肝炎、肝硬変、横紋筋壊死、溶血性貧血などで高値
グルコース	70 ～ 110 未満 mg/dℓ (空腹時)	糖質代謝異常・糖尿病
ヘモグロビン A _{1c}	4.3 ～ 5.8%	糖代謝異常、採血時から遡って1～2か月間の血糖の平均値をよく反映する
ナトリウム (Na)	136 ～ 145 mEq/ℓ	尿中へのNaとClの排泄量は健常人では塩化ナトリウムの摂取量にほぼ等しい。Naは糸球体濾過と近位尿細管で再吸収され、尿中への最終的な排泄は遠位尿細管におけるアルドステロンを中心とする選択的再吸収によって調節
カリウム (K)	3.4 ～ 4.5 mEq/ℓ	血清K濃度は、経口摂取、細胞内外の分布、腎臓からの排泄調節によって規定される。遠位尿細管に作用するアルドステロンは、Na ⁺ の再吸収を促進し、K ⁺ とH ⁺ の尿中への排泄を増加
クロール (Cl)	100 ～ 108 mEq/ℓ	基本的には、血清Naと並行して変動するが、Na ⁺ : Cl ⁻ = 140 : 100 の関係にあり、Cl ⁻ はHCO ₃ ⁻ によってある程度は代償
カルシウム (Ca)	総 Ca 8.5 ～ 10.2 mg/dℓ イオン化 Ca 4.6 ～ 5.2 mg/dℓ	血清Caの調節は、副甲状腺ホルモンやビタミンDにより規定
鉄 (Fe)	血清鉄 成人男性 44 ～ 192 μg/dℓ 成人女性 29 ～ 164 μg/dℓ TIBC 262 ～ 452 μg/dℓ	血漿中には3～5 mg 存在する。残りの約20%はフェリチンというタンパク質中に、またヘモジデリンとして貯蔵されている。
総鉄結合能 (TIBC)	262 ～ 452 μg/dℓ	トランスフェリンはβ-グロブリンの主要タンパクで、血中のトランスフェリンの1/3は鉄と結合し、残りの2/3は遊離のトランスフェリンとして存在する。トランスフェリンの総量を総鉄結合能 (total iron-binding capacity, TIBC)、また鉄と結合していないトランスフェリン量を不飽和鉄結合能 (unsaturated iron-binding capacity, UIBC) と表現し、これらと血清鉄との関係は、[TIBC = UIBC + 血清鉄] となる。
CRP	0.2 mg/dℓ 以下	炎症性疾患で高値
SAA	8.0 μg/ml 以下	炎症性疾患で高値
フェリチン	男性で 25 ～ 280 ng/ml、 女性で 10 ～ 120 ng/ml (LA 法)	血清フェリチン濃度は貯蔵鉄とよく相関
アンモニア N	12 ～ 66 μg/dℓ	肝性脳症の原因物質

パニック値

「パニック値」は、生命が危ぶまれるほど危険な状態にあることを示す異常値です。

	項 目	パニック値	基準範囲
血液検査	Plt (血小板) ($\times 10^4 / \mu\text{L}$)	≤ 3	13 ~ 38
	WBC (白血球) ($\times 10^3 / \mu\text{L}$)	≤ 1.0 ≥ 100.0	3.5 ~ 8.5
	Hb (ヘモグロビン) (g / dL)	≤ 5.5 ≥ 25.0	男性 13.1 ~ 17.0 女性 11.5 ~ 14.5
凝固・線溶系検査	PT (プロトロンビン時間) (PT-INR)	< 1.5 ≥ 3.0	1.0
	APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間) (秒)	投与前の 2.0 倍以上	25 ~ 40
	FDP (フィブリン・フィブリノゲン分解産物) ($\mu\text{g} / \text{mL}$)	≥ 30	< 5
生化学検査	CRP (C-反応性タンパク) (mg / dL)	≥ 10.0	< 0.2
	UN (尿素窒素) (mg / dL)	≥ 80	7 ~ 19
	NH ₃ (アンモニア) ($\mu\text{g} / \text{dL}$)	≥ 200 ≤ 10	30 ~ 80
	Glu (グルコース) (mg / dL)	≤ 50 ≥ 350	60 ~ 100
	LDH (乳酸脱水素酵素) (U / L)	≥ 1500	115 ~ 245
	AST (GOT) (U / L)	≥ 500 ≤ 2	11 ~ 32
	ALT (GPT) (U / L)	≥ 500 ≤ 2	11 ~ 45
	AMY (アミラーゼ) (U / L)	≤ 20 ≥ 1000	37 ~ 125
	CK (クレアチンキナーゼ) (U / L)	≥ 500	男性 62 ~ 287 女性 45 ~ 163
電解質	Na (ナトリウム) (mEq / L)	≤ 120 ≥ 160	138 ~ 146
	K (カリウム) (mEq / L)	≤ 2.5 ≥ 6.0	3.6 ~ 4.9
	Cl (クロール) (mEq / L)	≤ 85 ≥ 116	101 ~ 111
	Ca (カルシウム) (mg / dL)	≤ 6.0 ≥ 12.0	8.5 ~ 10.2
	浸透圧 (mosm / kg)	≤ 255 ≥ 330	283 ~ 292
血液ガス分析	pH	≤ 7.20 ≥ 7.60	7.35 ~ 7.45
	PaCO ₂ (動脈血二酸化炭素分圧) (mmHg)	≤ 20 ≥ 70	35 ~ 45
	PaO ₂ (動脈血酸素分圧) (mmHg)	≤ 50 ≥ 100	80 ~ 100
	HCO ₃ ⁻ (重炭酸イオン) (mmol / L)	≤ 15 ≥ 40	22 ~ 26
細菌検査	血液培養	陽性+グラム陰性桿菌	
	髄液グラム染色	陽性	

[前川芳名, やりなおしの検査値・パニック値対応, 2011]

(2) 嚥下障害を来す可能性のある薬剤

一 般 名	代表的な薬品名	効能・効果
A型ボツリヌス毒素		
アスピリン	バファリン	鎮痛・抗血小板
アトルバスタチンCa水和物	リピトール	高コレステロール血症
アマンタジン塩酸塩	シンメトレル	パーキンソン
アムロジピンベシル酸塩	ノルバスク	高血圧
アモキサピン	アモキサン	うつ病
アリビプラゾール	エビリファイ	統合失調症
アルガトロバン水和物	スロンノン	運動マヒ
アレンドロン酸ナトリウム水和物	ボナロン	骨粗鬆症
イマチニブメシル酸塩	グリベック	白血病
イミプラミン塩酸塩	トフラニール	うつ病
イミペネム水和物シラスタチンNa	チェナム	抗生剤
インフルエンザHAワクチン		
エチゾラム	デパス	神経症・うつ病
エベロリムス	サーテイカン	拒絶反応抑制剤
エベリゾン塩酸塩	ミオナール	筋緊張改善
塩酸セルトラリン	ジェイゾロフト	うつ病
オーラノフィン	リドーラ	関節リウマチ
オセルタミビルリン酸塩	タミフル	インフルエンザ
オランザピン	ジプレキサ	統合失調症
カベシタピン	ゼローダ	抗がん剤
カルマバゼピン	テグレート	てんかん・三叉神経痛
カルボプラチン	パラプラチン	抗がん剤
クエチアヒンフマル酸塩	セロクエル	統合失調症
クロザピン	クロザリル	統合失調症
クロバザム	マイスタン	てんかん
クロルプロマジンヒベンズ酸塩	ウインタミン	統合失調症
グリチルリチン酸一アンモニウム・グリシン・DL-メチオニン配合錠	グリチロン	肝疾患・アレルギー
経腸成分栄養剤		
ゲフィチニブ	イレッサ	抗がん剤
ゲムシタピン	ジェムザール	抗がん剤
ゲムツズマブオゾガマイシン	マイロターゲ	抗がん剤
サルメテロールキシナホ酸塩/フルチカゾンプロピオン酸エステル	アドエア	喘息・COPD
シスプラチン	ランダ	抗がん剤

一 般 名	代表的な薬品名	効能・効果
シロドシン	ユリーフ	排尿障害
ジアゼパム	セルシン	精神安定剤
ジスチグミン臭化物	ウブレチド	排尿困難・重傷筋無力症
スニチニブリンゴ酸塩	スーテント	抗がん剤
スルピリド	ドグマチール	胃潰瘍・うつ病
セツキシマブ	アービタックス	抗がん剤
ソラフェニブトシル酸塩	ネクサバル	抗がん剤
ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩	プラザキサ	抗凝固薬
炭酸リチウム	リーマス	躁病
ダントロレンナトリウム水和物	ダントリウム	筋弛緩剤
チアプリド塩酸塩	グラマリール	抗精神病薬
テムシロリムス	トーリセル	抗がん剤
テモゾロミド	テモダール	悪性神経膠腫
トシルズマブ	アクテムラ	抗リウマチ薬
トピラマート	トピナ	てんかん
トラニラスト	リザベン	アレルギー
トレミフェンクエン酸塩	フェアストン	抗がん剤
ドキソルビシン塩酸塩	ドキシル	抗がん剤
ドセタキセル水和物	タキソテール	抗がん剤
ドネペジル塩酸塩	アリセプト	認知症
ニトログリセリン	ニトロペン	狭心症
乳酸ピペリデン	アキネトン	パーキンソン
ハロペリドール	セレネース	抗精神病薬
ハロペリドールデカン酸エステル	ハロマンズ	抗精神病薬
バラシクロビル塩酸塩	バルトレックス	抗ウイルス剤
パクリタキセル	タキソール	抗がん剤
パリペリドン	インヴェガ	統合失調症
パロキセチン塩酸塩水和物	パキシル	うつ病・パニック強迫
ビカルタミド	カソデックス	抗がん剤
ビンクリスチン硫酸塩	オンコビン	抗がん剤
ファムシクロビル	ファムビル	抗ウイルス剤
フェンタニル	デュロテップ	麻薬
フルオロウラシル	5-FU	抗がん剤
フルダラビンリン酸エステル	フルダラ	抗がん剤
フルフェナジンマレイン酸塩	フルメジン	統合失調症
フルボキサミンマレイン酸塩	デプロメール	うつ病・パニック障害
ブスルファン	マブリン	抗がん剤

一 般 名	代表的な薬品名	効能・効果
ブロナンセリン	ロナセン	統合失調症
ブラバスタチンナトリウム	メバロチン	高脂血症
プラミベキソール塩酸塩水和物	ビ・シフロール	パーキンソン
プレドニゾロン	プレドニン	ステロイド
ベサフィブラート	ベサトールSR	高脂血症
ベバシズマブ	アバスチン	抗がん剤
ベグインターフェロン α 2b	ベカシス	C型慢性肝炎
ベルゴリドメシル酸塩	ベルマックス	パーキンソン
ボルテゾミブ	ベルケイド	抗がん剤
マプロチリン塩酸塩	ルジオミール	うつ病
ミダゾラム	ドルミカム	抗不安薬
ミルナシプラン塩酸塩	トレドミン	うつ病
メトクロプラミド	プリンペラン	悪心・嘔吐
メトトレキサート	リウマトレックス	リウマチ
メマンチン塩酸塩	メマリー	認知症
ラパチニブトシル酸塩水和物	タイケルプ	抗がん剤
ラベプラゾールナトリウム	パリエット	胃潰瘍
ラモトリギン	ラミクタール	てんかん
リスペリドン	リスパダール	統合失調症
リバスチグミン	リバスタッチ	認知症
リン酸ジソピラミド	リスモダン	不整脈
レナリドミド	レブラミド	抗がん剤
レベチラセタム	イーケプラ	てんかん
レボセチリジン塩酸塩	ザイザル	アレルギー
レボドパ・カルビドパ水和物	ドパゾール	パーキンソン
レボメプロマジンマレイン酸塩	ヒルナミン	統合失調症
ロペラミド塩酸塩	ロペミン	下痢
ロラゼパム	ワイパックス	抗不安薬

(3) 各専門職が使用しているアセスメントツール

○医師

連 携 シ ー ト の 取 り 扱 い に つ い て

大阪府医師会

<シート作成の意義>

○本会では、医師（かかりつけ医）と訪問看護師とが顔なじみになるためのきっかけのツールとして、大阪府訪問看護ステーション協議会と共同で、「医療・看護連携シート」を、また、医師（かかりつけ医）とケアマネジャーとが顔なじみになるためのきっかけのツールとして、（社）大阪介護支援専門員協会と共同で、「医療・介護連携シート」を、各々作成しました。

○両シートはいずれも、連絡を取り合うためのシートですので、これを契機に、医師（かかりつけ医）の先生方と訪問看護師さん、ケアマネジャーさんとが、有機的に連携されることを希望します。

<記入にあたっての注意点>

○個人情報保護法の趣旨に沿いまして、特に、ご利用者のお名前につきましては、ご留意下さい。

記入例： 大 ● 太 ▲ （またはイニシャルで記入）

<本シートの送付>

○本シートは、最初はFAXでのやり取りをお勧めします。

医療・看護連携シート

発信日：平成 年 月 日
返信日：平成 年 月 日

訪問看護師 ⇒ 医師

医院・クリニック
診療所・病院

先生へ

下記のご利用者様の介護保険における訪問看護を担当しております。サービス提供はもとより、ご利用者様の身体状況について、注意を要する事項等、先生よりご指導いただきたく存じます。
先生のご都合をお伺いいたしたく、FAXにて連絡をさせていただきました。

ご利用者 様

- ☐ 1 担当になった事のお知らせです。
今後の連絡方法についてご希望をお知らせください。
- ☐ 2 ご相談したいことがあります。
- ☐ 訪問看護指示書依頼について
 - ☐ 利用者の医療・病状の意見・指示について
 - ☐ 必要物品の依頼について
 - ☐ その他()
- ☐ 3 連絡及び報告 ()

訪問看護事業所名 担当者名

TEL FAX

担当者携帯番号 E-mail

*なお、この照会を行なうこと及び先生から情報提供を頂くことについては

- ☐ ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しております。 同意した日：平成 年 月 日
- ☐ ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要ですのでご連絡いたします。

医師 ⇒ 訪問看護師

(複数回答可)

【連絡方法】 ☐ TEL ☐ FAX ☐ 面談 ☐ E-mail ☐ 郵送

【曜日・時間帯】 ☐ 診療時間中いつでも可 メールアドレス

☐ 希望曜日と時間帯

☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土の (: ~ :) 時頃

【連絡事項】 (ご本人に関する事項やその他連絡方法がございましたらご記入ください。)

医療機関名

主治医

※ お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信いただきますようお願いいたします

2009・03 社団法人 大阪府医師会・大阪府訪問看護ステーション協議会 共同作成

医療・介護連携シート

発信日：平成 年 月 日

返信日：平成 年 月 日

ケアマネジャー ⇒ 医師

医院・クリニック

診療所・病院

先生へ

下記のご利用者様の介護保険におけるケアマネジャーを担当しております。サービス提供はもとより、ご利用者様の身体状況について、注意を要する事項等、先生よりご指導いただきたく存じます。先生のご都合をお伺いいたしたく、FAXにて連絡をさせていただきました。

ご利用者

様

☐ 1 担当になった事のお知らせです。

今後の連絡方法についてご希望をお知らせください。

☐ 2 ご相談したいことがあります。

☐ ケアプラン作成時の意見について ☐ その他（ ）

☐ 利用者の医療・介護・病状の意見・指示について

☐ サービス担当者会議における意見または開催について

☐ 福祉用具貸与（購入）における意見について

☐ 医療系サービス導入における意見・相談について

☐ 3 連絡及び報告（

）

居宅介護支援事業所名

担当者名

TEL

FAX

担当者携帯番号

E-mail

*なお、この照会を行なうこと及び先生から情報提供を頂くことについては

☐ ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しております。 同意した日：平成 年 月 日

☐ ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要ですのでご連絡いたします。

医師 ⇒ ケアマネジャー

（複数回答可）

 【連絡方法】 ☐ TEL ☐ FAX ☐ 面談 ☐ E-mail ☐ 郵送

 【曜日・時間帯】 ☐ 診療時間中いつでも可 メールアドレス

☐ 希望曜日と時間帯

☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土の（ : ~ : ）時頃

【連絡事項】（ ご本人に関する事項やその他連絡方法がございましたらご記入ください。 ）

医療機関名

主治医

※ お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信いただきますようお願いいたします

2009・02 社団法人 大阪府医師会・社団法人 大阪介護支援専門員協会 共同作成

○薬剤師

おくすりは正しく使いましょう。

[illegible]

あなたの大切な情報

フリガナ
氏名

男·女

生年月日 年 月 日

住 所 _____

電話番号

血液型 A · AB · B · O (Rh + · -)

嗜好品	アルコール	(1日	くらい)
	タバコ	(1日	本くらい)
	コーヒー	(1日	杯くらい)

高所などで危険な作業をすることが
(多い・ある・ない)

そ の 他 車、バイクの運転をすることが
(多い・ある・ない)

緊急時の連絡先

氏 名: 様 続柄

住 所: _____

電話番号：

(薬剤師は、業務上知り得た情報を守秘する法的な義務があります。安心してご相談下さい。)

アレルギー歴 (有・無)

食べ物などで異常が出るものについてご記入下さい。

食べ物など

異常の様子

副作用歷 (有・無)

お薬の名前

副作用の状況

主な既往歴

- ☐ アレルギー性疾患（ ） ☐ ぜんそく
- ☐ 高血圧 ☐ 緑内障
- ☐ 糖尿病 ☐ 肝臓病
- ☐ 脂質異常 ☐ 腎臓病
- ☐ 心臓病 ☐ 前立腺肥大
- ☐ 胃・十二指腸潰瘍
- ☐ その他（ ）

※詳細は医師、歯科医師、薬剤師に記入してもらってください。

薬学的管理指導計画書（例1）

年 月分

薬局・薬歴保存用

1部：薬歴簿保存、1部：主治医提出

提出医療機関名：

患者氏名：

訪問薬局：

薬局 店

生年月日：年 月 日

薬剤師氏名：

訪問予定日

月 日（ ）

月 日（ ）

月 日（ ）

月 日（ ）

項目	今月の重点項目	重点的にチェックする項目 に○を付けています。	項目2、3、5については 対象薬品名	効果の評価（ / ）
1	服薬状況チェック（管理状況・服用状況等）			
2	薬効説明			
3	服用法・使用法の説明			
4	併用薬チェック			
5	副作用・相互作用チェック			
6	生活状況チェック（食事・睡眠等）			
7	アレルギーチェック			
8	介護状況チェック（おむつの使用状況等）			
	その他特記事項			

訪問薬剤（居宅療養）管理指導・計画書

年 月分

医療機関カルテ保存用

1部：薬歴簿保存、1部：主治医提出

提出医療機関名：

患者氏名：

訪問薬局：

薬局 店

生年月日：年 月 日

薬剤師氏名：

訪問予定日

月 日（ ）

月 日（ ）

月 日（ ）

月 日（ ）

項目	今月の重点項目	重点的にチェックする項目 に○を付けています。	項目2、3、5については 対象薬品名
1	服薬状況チェック（管理状況・服用状況等）		
2	薬効説明		
3	服用法・使用法の説明		
4	併用薬チェック		
5	副作用・相互作用チェック		
6	生活状況チェック（食事・睡眠等）		
7	アレルギーチェック		
8	介護状況チェック（おむつの使用状況等）		
	その他特記事項		

医師への報告書（例2）

訪問日 年 月 日（ ）

患者氏名		訪問者	
生年月日	（明・大・昭） 年 月 日	薬剤師氏名	

主治医	氏名 所属	電話 FAX	介護度	自立/介護予防サービス有/要支援1・2/要介護1・2・3・4・5
ケアマネージャー	氏名 所属	電話 FAX	訪問の目標	
			目標達成のためにやるべきこと	

処方薬の服用状況	前回の服薬開始時の残薬数	本日付残薬数	日間の服用数	服用状況判断	今回処方数	本日最終残薬数	次回必要処方数
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			

調剤方法：

説明対象者	本人・家族（ ）・その他（ヘルパー・施設職員・ ）				
薬効説明	全・重点		他科受診	無・有	
理解度	良・不良		併用薬品	無・有	
管理/保管状況	良・不良		副・相互作用	無・疑有	
効果	良・不良		健食・嗜好	無・有	
患者主訴			考察・薬学的管理指導・説明のポイント		

食 事	排 泄
食欲(有・無)、量(少・中・多)、回数(回/日)	尿回数(昼： 回、夜： 回)
味覚(良好・悪い)	便秘(快便・便秘・下痢)
嚥下障害(むせこみ) (有・無)	発汗(多・少・普通)
薬SE影響(無・疑有)	薬SE影響(無・疑有)

睡 眠	運 動
日中の睡眠 有(時間)・無	夜間睡眠(時間) 良・不眠傾向あり
脱力感、ふらつき、転倒(無・有・強)	
眠剤(就寝前の安定剤)がある場合	不随意運動(無・有・強)
【不眠の種類】 ・A入眠困難・B中途覚醒 ・C早朝覚醒・D熟眠障害・混合型(A・B・C・D)	薬SE影響(無・疑有)
眠剤服用： 時、入床 時	ADL、QOL 薬によるADL、QOLへの影響
服用後の環境(TVや電気)	
薬SE影響(無・疑有)	
	認知症、うつ、閉じこもり 上記項目に関連する特記事項

次回訪問 予定日	次回への申し送り事項および計画
-------------	-----------------

○訪問看護師

訪問看護記録Ⅱ

大阪府看護協会訪問看護ステーション

担当：看護師 _____

様 ㊞

平成 年 月 日() 訪問時間 時 分 ~ 時 分(定期・臨時・緊急)

バイタルサイン	体温	℃	ケア内容	
	脈拍	回/分 整・不整		栄 養
	血圧	mm Hg		清 潔
	SPO ₂	% 呼吸数 回/分		排 泄
	呼吸音	分泌物	服 薬	
食 事	内容・量	体重	医療処置	
	水分量		医 療 的 管 理	
睡 眠	熟睡・普通・浅い・不眠		リハビリ	
排 泄	排尿		指導・相談	
	排便			
	腹部状態:	腸蠕動音	特記・連絡事項	
	薬剤の使用(無・有)			
自覚症状・部位 皮膚の状態				
次回訪問日時 月 日() :				

# No.	
備 考	

○歯科衛生士

口腔ケアアセスメント表

記入日 平成 年 月 日

氏 名			男 女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
病 歴	☐ 呼吸器疾患 ☐ 脳血管障害 ☐ 循環器疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 脳血管性痴呆 ☐ アルツハイマー ☐ 関節リュウマチ ☐ その他 () 発病年月 年 月 治癒年月 年 月			
現 疾 患	☐ 呼吸器疾患 ☐ 脳血管障害 ☐ 循環器疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 脳血管性痴呆 ☐ アルツハイマー ☐ 関節リュウマチ ☐ パーキンソン病 ☐ 頸椎・脊椎損傷 ☐ その他 () 発病年月 年 月			
服 用 薬				
要 介 護 の 状 況	要介護になった時期	昭・平 年 月		問題点
	意 識 障 害	無・有		
	寝 た き り 度	J A1 A2 B1 B2 C1 C2		
	痴 呆	無・有		
	精 神 障 害	良・不安・鬱		
	記 憶 障 害	なし・短期・長期		
	発 熱	無・たまに・時々・よくある		
	運 動 麻 痺	無・有 上肢(右・左) 下肢(右・左)		
	運 動 障 害	無・有 ()		
	利 き 手	右・左		
	利き手の運動能力	正常・巧緻性障害・全障害		
	移 動	自立・一部介助・全介助		
	起 座	自立・一部介助・全介助		
	聴 力 障 害	無・有 ()		
	視 力 障 害	無・有 ()		
	言 語 障 害	無・有 ()		
コミュニケーション	不可・可能(方法)			

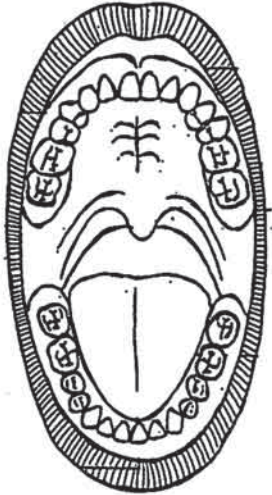
食事状況

自 立 度	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	問題点
食 形 態	☐ 普通食 ☐ 普通食軟食 ☐ 普通食刻み ☐ 全粥軟食 ☐ 全粥刻み ☐ ミキ-食 ☐ ミキ-食+とろみ食 ☐ 流動食 ☐ 経管栄養(経鼻経管・胃ろう・IVH)	
姿 勢	☐ 自立座位 ☐ 寄りかかり座位 ☐ フアーラ位 ☐ セミフアーラ位 ☐ 仰臥位 ☐ 側臥位	
取り込み	☐ 良 ☐ 時々こぼす ☐ 常にこぼす	
咀嚼障害	☐ 有 ☐ ときどき ☐ 無	
嚥 下	☐ 良 ☐ 時間がかかる ☐ いつまでも飲み込まない ☐ むせる(固形食・水分)	

口腔・義歯状況

口腔清掃	自立度	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	頻度	☐ 毎日(朝・昼・晩) ☐ 2～3日に一度 ☐ 週に一度 ☐ ほとんど磨かない
	清掃状態	☐ 良 ☐ やや不良 ☐ 不良
義歯		☐ 無 ☐ 有(全部床義歯・上・下・部分床義歯・上・下・使用していない)
	着脱	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	保管方法	☐ はずして水に浸す ☐ はずして水に浸さない ☐ はめたまま
義歯清掃	自立度	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	頻度	☐ 毎日(朝・昼・晩) ☐ 2～3日に一度 ☐ 週に一度 ☐ ほとんど磨かない
	清掃状態	☐ 良 ☐ やや不良 ☐ 不良
ぶくぶくうがい	☐ 可 ☐ 不可	
歯周疾患	☐ 無 ☐ 有(軽度・中等度・重度)	
口腔軟粘膜疾患	☐ 無 ☐ 有(; 部位)	
その他	☐ 口腔乾燥 ☐ 舌苔 ☐ 口臭 ☐ 流涎	

PUS																
BOP																
MOB																
EPP																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
EPP																
MOB																
BOP																
PUS																

	問題点
---	------------

担当DH

担当Dr

口腔ケアプラン表							
患者氏名		策定年月日 年 月 日 策定者					
目標							
問題点	本人の目標	ケアの項目	いつ	どこで	どのように	担当	評価

指導記録票				口腔ケア表			
氏 名			NO				
年 月 日	14年 月 日()	体温・血圧	度 分 /	内 容			
□ 口腔粘膜	舌						
	頬 粘 膜						
	口 腔 粘 膜						
	歯 肉						
	口 唇						
□ 口腔ケア	義 歯						
	歯 牙						
	舌						
	清 拭						
	含 そ う						
年 月 日	14年 月 日	体温・血圧	度 分 /			内 容	
□ 口腔粘膜	舌						
	頬 粘 膜						
	口 腔 粘 膜						
	歯 肉						
	口 唇						
□ 口腔ケア	義 歯						
	歯 牙						
	舌						
	清 拭						
	含 そ う						
年 月 日	14年 月 日	体温・血圧	度 分 /	内 容			
□ 口腔粘膜	舌						
	頬 粘 膜						
	口 腔 粘 膜						
	歯 肉						
	口 唇						
□ 口腔ケア	義 歯						
	歯 牙						
	舌						
	清 拭						
	含 そ う						

担当DH名

歯科衛生実地指導 1・訪問歯科衛生指導 (文書様式3) H22

専門的口腔ケア

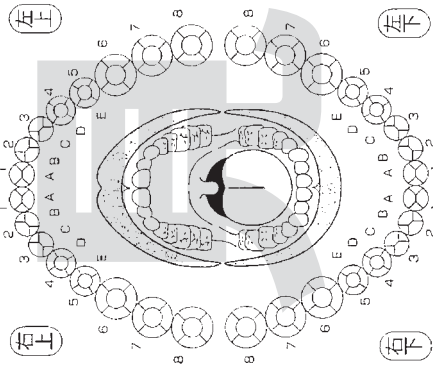
平成 年 月 日

様

歯と歯肉の状態

- ☐よく磨けています
☐磨き残しがあります (///部)
☐歯石がついています
☐歯ぐきに発赤・出血・腫れがあります
●ブラークスコア (%)

口腔ケア指導



現在 () 本 時間 (: ~ :)

保険医療機関名

所在地・電話番号

担当歯科医師 歯科衛生士

㈸日本歯科医師会・日本歯科医学会 監修

訪問歯科衛生指導

(文書様式5) H22

訪問歯科衛生指導説明書

平成 年 月 日

様

訪問先 ☐居宅 ☐施設 ()

口腔の状況

歯垢	☐ 有 ☐ 無	☐ 口腔乾燥	☐ 有 ☐ 無
歯石	☐ 有 ☐ 無	☐ 口臭	☐ 有 ☐ 無
食物残渣	☐ 有 ☐ 無	義歯清掃状態	☐ 良 ☐ 要改善
舌苔	☐ 有 ☐ 無	義歯装着状態	☐ 良 ☐ 要改善
口腔内出血	☐ 有 ☐ 無	義歯保管状態	☐ 良 ☐ 要改善
びらん・潰瘍	☐ 有 ☐ 無	その他	

口腔の清掃について

- ☐口腔清掃の重要性
☐含嗽、ブラッシング、歯肉マッサージの励行
☐ブラッシング方法 (フォーンズ スクラッピング バス ツマヨウジ)
☐使用器具 (ブラシ スポンジブラシ 舌ブラシ 電動ブラシ)
☐唾液腺のマッサージ、舌・顔面体操、摂食・嚥下等の指導

有床義歯の清掃指導について

- ☐義歯の清掃 (スクラブ 床粘膜面 床後縁 人工歯)
☐鈎歯、残存歯、歯肉のブラッシング
☐義歯の清掃指導・着脱介助指導
☐就寝時の扱い方 清掃後に、(水中 洗浄剤中)で 保管・装着

注意事項 (食生活の改善等)

○ ○

歯科衛生士

時間 (: ~ :)

保険医療機関名

所在地・電話番号

担当歯科医師

㈸日本歯科医師会・日本歯科医学会 監修

○歯科技工士

No. _____			
歯 科 技 工 録 (歯冠補てつ物の標準的製作工程・製作工程チェック項目・評価表)			
歯科技工所名及び所在地 _____			
受託した年月日	年 月 日	引き渡し年月日	年 月 日
委託医療機関名		患 者 氏 名	
補てつ物名、部位及び設計 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8			
	技工製作工程	製作工程チェック項目	評 価
1	歯科技工指示書	指示書内容の確認	()
2	作業模型	模型等の確認	()
3	咬合器付着	使用咬合器の種類	メーカー名 () ・ 商品名 ()
		咬合器付着の浮き上り	残存歯部咬合接触状態 ()
		歯型の咬合クリアランス等	クリアランス ()
4	蠟型採得 (カービング)	解剖学的・臨床的歯冠形態の付与	形態 ()
		咬合接触関係	咬合関係 ()
		隣在歯接触関係	隣在歯関係 ()
		辺縁部の適合性	適合性 ()
5	埋没・鋳造	混水比	w () cc / p () g
		加熱スケジュール・係留時間	ファーンネス温度 () ℃ ・ 係留時間 () 分
		使用金属名	メーカー名 () ・ 商品名 () LOT ()
		鋳造体の点検	鋳巣 () ・ バリ () ・ 表面あれ () 特記事項 ()
6	研磨		適合状態 () ・ 艶出し ()
7	洗浄・消毒	洗浄・消毒	洗浄・消毒 ()
8	最終点検・検査	最終点検、検査完了日	年 月 日

公益社団法人日本歯科技工士会作成 基本モデル

No. _____

歯 科 技 工 録

(有床義歯の標準的製作工程・製作工程チェック項目・評価表)

歯科技工所名及び所在地 _____

受託した年月日	年 月 日	引き渡し年月日	年 月 日
委託医療機関名	患 者 氏 名		
補てつ物名、部位及び設計			
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8			
	技工製作工程	製作工程チェック項目	評 価
1	歯科技工指示書	指示書内容の確認	()
2	作業模型 咬合床	模型等の確認 基礎床の種類・大きさ・形態 咬合堤の種類・高さ・幅	() 基礎床 () ・ 大きさ () ・ 形態 () 咬合堤 () ・ 高さ () ・ 幅 ()
3	咬合器付着	使用咬合器の種類	メーカー名 () 商品名 ()
4	人工歯排列	人工歯の種類	材質 () ・ 形態 () ・ 色調 () OJ () ・ OB () ・ 調節彎曲 () 咬合接触 () ・ 舌房 ()
5	歯肉形成		床外形 () ・ 辺縁形態 () 研磨面形態 () ・ 歯頭部の再現 ()
6	床用材の填入	床用材の種類	メーカー名 () ・ 商品名 () LOT ()
7	重合	重合方法・重合の点検	重合方法 () ・ 重合状態 () 重合欠損部 () ・ 気泡 () 義歯の破損 () ・ 作業模型の破損 () 石膏の種類 () 混水比 w () ・ cc / p () g 咬合器再付着 () ・ 咬合接触 () ・ 形態 ()
8	研磨	艶出し	()
9	義歯の点検	最終点検	辺縁形態 () ・ 咬合接触関係 () 粘膜面の突起物 () ・ 気泡 () 亀裂 () ・ 表面滑沢性 ()
10	洗浄・消毒	洗浄・消毒	洗浄・消毒 ()
11	最終点検・検査	最終点検、検査完了日	年 月 日

公益社団法人日本歯科技工士会作成 基本モデル

○管理栄養・栄養士

栄養スクリーニング（通所・居宅）（様式例）

別紙1

記入者氏名 作成年月日 年 月 日

氏 名	(ふりがな)	男 ・ 女	要介護度
			特記事項：
	明・大・昭 年 月 日 (オ)		

低栄養状態のリスクのレベル

実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
リスク	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
身長 (cm)	cm	cm	cm	cm
体重 (kg)	kg	kg	kg	kg
BMI (kg/m ²)	() リスク 低・中・高	() リスク 低・中・高	() リスク 低・中・高	() リスク 低・中・高
体重減少率	か月に % (減・増) リスク 低・中・高	か月に % (減・増) リスク 低・中・高	か月に % (減・増) リスク 低・中・高	か月に % (減・増) リスク 低・中・高
血清アルブミン値 ※ (検査日)	g/dl (/) リスク 低・中・高	g/dl (/) リスク 低・中・高	g/dl (/) リスク 低・中・高	g/dl (/) リスク 低・中・高
食事摂取量	全体 % 主食 % 副食 % (内容:) リスク 低・中・高	全体 % 主食 % 副食 % (内容:) リスク 低・中・高	全体 % 主食 % 副食 % (内容:) リスク 低・中・高	全体 % 主食 % 副食 % (内容:) リスク 低・中・高
栄養補給法	☐ 経腸栄養法 ☐ 静脈栄養法 リスク 中・高	☐ 経腸栄養法 ☐ 静脈栄養法 リスク 中・高	☐ 経腸栄養法 ☐ 静脈栄養法 リスク 中・高	☐ 経腸栄養法 ☐ 静脈栄養法 リスク 中・高
褥 瘡	☐ なし ☐ あり リスク 高	☐ なし ☐ あり リスク 高	☐ なし ☐ あり リスク 高	☐ なし ☐ あり リスク 高

※検査値がわかる場合に記入

<低栄養状態のリスクの判断>

上記の全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

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
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥 瘡			褥瘡

○ケアマネジャー（介護支援専門員）

課題分析方式（一覧表）

これは参考資料です。 取載書籍等で、確認の上、自分にあったものを選択してください。

開発の経緯	課題分析の特徴	ひとこと	収載書籍
①生活援助を基礎とした自立支援アセスメント・ケアプラン（日本介護福祉士会）	日本介護福祉士会の「生活援助を基礎とした自立支援アセスメント・ケアプラン（以下自立支援アセスメント）」は、利用者自身が暮らしやすい生活を自ら組み立てていくことを支援する方法である。生活障害の原因や課題の解決方法を利用者の視点で導き出す。 ① 人の暮らしの基礎となる「衣・食・住」、利用者自身の「心・身の健康」、社会環境として「家族関係」や「社会関係」のいわゆる生活の7領域から利用者の生活障害となっている原因を把握する。 ② 「利用者の望む生活」「利用者にとって望ましい生活」を営むのに困難な問題を整理していく。 ③ 利用者を生活の主体者として捉え、利用者の意見を最重視する。 ④ これまで営んでいた、利用者や家族の生活リズムを尊重し、意欲や可能性を引き出す。 ⑤ 「起きる・食べる・排泄する・寝る」等の基本的生活行為と「身体の状態や気持ち」等をさらに46項目に分け具体的に生活障害を把握していく。例えば「食」では「購入・調理・盛りつけ・配膳・摂食・片付け等」一連の流れとして捉える。 具体的に生活行為の妨げになっている事をアセスメントすることにより生活全体の解決すべき課題が把握できるよう工夫されている。ニーズ抽出が容易である上に、具体的なニーズ表現はモニタリングを行う際に評価しやすい利点もある。	自立支援アセスメントは ☆在宅生活援助のために開発された方法である。 ☆具体的に、利用者に分かりやすい。 ⇒利用者主体のケアプラン作成 ・説明がしやすい。（表現を抽象化しない） ・利用者が、ケアプラン作成に参加しやすい。 （生活援助の方策が具体的） ・利用者や家族にも容易に理解してもらえる。 （生活援助のポイントが分かりやすい） ・「サービスを利用してどうであったか」利用者や家族の評価が得られやすい。 ☆主体的に関わる⇒意欲が引き出される。 ☆豊富な文例のチェック方式⇒初心者にも容易	「生活7領域から考える 自立支援アセスメント・ケアプラン作成マニュアル（日本介護福祉士会方式）」中 央法規出版、 1999年、定価 2,310円（税込み） など
②成人・高齢者用アセスメントとケアプラン（日本訪問看護振興財団方式）	① 課題分析標準項目を網羅している。 ② 介護保険における要介護認定の調査項目を包含しているため、短時間でアセスメントが行える。 ③ 得た情報をそのままチェックしたり、数字を記入すれば、自動的に問題・ニーズが選び出されるようになっており、ケアマネジャーによって差が生じないように工夫されている。 ④ 3回分のアセスメントを並列して記入できるため、その人の変化や経過がわかりやすい。そのためケアマネジメンの質の評価につなげることができ る。 ⑤ 療養の支援から介護・家事援助・レクリエーション・趣味活動など、必要なケアニーズをもれなく確認できる。 ⑥ 在宅・施設間で、共通して使用できる。 ⑦ 成人から高齢者まで、幅広い層を対象とできる。	高齢者は人生の終末期を住み慣れた自宅で過ごしたいと望み、また高度の医療機器を装着しながらも在宅療養を希望する人が多くなっている。状態が不安定で急変の心配がある人に対する支援や、虐待・事故予防の観点ももてるようなアセスメント項目も含んで、医療的なニーズが苦手というケアマネジャーが安心して使用できるツールである。	「日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン（財団方式）」展開方法テキスト作成 成：（財）日本訪問看護振興財団 定価800円（税込）など ※購入は、（財）日本訪問看護振興財団のホームページで確認ください。

	開発の経緯	課題分析の特徴	ひとこと	収載書籍
③居宅サービス計画ガイドライン	全国社会福祉協議会が福祉関係の各団体との協力により、在宅ケアプラン作成方法検討委員会が開発した方式。介護職・看護職とソーシャルワーカー・保健師などの職種によるアプローチの違いを踏まえ、高齢者の全体像を把握する前半部分と、個々のケアの組み立てをチェックする後半部分を組み合わせ、介護保険給付対象者に焦点をあてたことが特徴である。	(1) 要介護者等の生活の全体像を捉える (2) 介護保険制度に対応する (3) 在宅対応の計画作成用紙であり、施設サービス計画との連続性をもつ (4) 主訴をもとに、生活上の可能性や困りごとを明らかにしていく (5) エンパワメントを導き出す視点の導入 ① アセスメント用紙は第1部「生活全般アセスメント部分」、第2部「ケアアセスメント部分」、第3部は「総括アセスメント部分」の3つから構成されている。「生活全般アセスメント部分」では本人や家族の生活全般を多角的に把握することを目的とし、各項目を通して、要介護者の身体機能（健康状態やADL等）や心理的側面（主訴や精神的側面、意向等）、社会的側面（住環境や介護者の状態等）から、生活の全体像を把握できるようにしている。 ② アセスメント用紙の中に要介護認定項目を組み込み認定調査のデータと居宅サービス計画作成を関連付けて実施できるようにしており、かつ、要介護者の1日のスケジュールをアセスメント用紙に組み込んでいく。 ③ 「ケアアセスメント部分」は、ケアの現状（援助の現状として家族実施、サービス実施、希望）、要援助、希望のチェックボックスが設けられている。退院・退所や入院・入所など、施設と在宅のケアプランの連続性に留意している。 ④ 「総括アセスメント部分」は全体のまとめとして、ニーズの相互関連性を分析し、整理するものである。「主訴」を起点として相談をすすめていくことで、本人や家族が主体となり、介護支援専門員が側面的な支援者となり介護サービス計画をすすめていくという考えである。 ⑤ ケアマネジメントでは、要介護者等の潜在的な力が発揮できるように支援することが求められる。要介護者等が持っている「強さ」(strength)を意識的にキヤッチし、ケアプランにつなげることが重要である。個々の項目ごとに「特記事項」欄を設け、この欄に「強さ」を記入することで、要介護者等のエンパワメントに向けたケアプランを導き出すことを意図している。	●「居宅サービス計画ガイドライン」は記述する部分が多く、ベテランの介護支援専門員向きではないか。と言われることもあるが、そのようなことはない。アセスメント用紙を見ると、項目ごとに「特記事項」が設けられているのがわかる。この特記事項は□の中のレ点や○印、数値化できない事柄や状況の補足、メモといった以上に必要な意味をもっている。それは介護支援専門員自身がアセスメントした根拠、裏付けになるものだからである。それぞれの領域や項目ごとの相互の関連を結びつけることによって、生活全体にわたる可能性や問題点を浮き彫りにできるからである。このような整理を特記事項一全体のまとめ一介護サービス計画へというステップを記述部分も併用している点もひとつの特徴と言える。全体のまとめはサービス担当者会議の基礎資料としても大変便利であるが、相互関連性を特記事項の段階から整理、分析ができていている場合は転記が多いと感じられるかもしれない。	「新版・居宅サービス計画ガイドライン（全社協方式）」在宅ケアプラン作成方法検討委員会編、全国社会福祉協議会出版部、定価2,100円（税込）など
④包括的自立支援プログラム（三団体ケアプラン策定研究会方式）	1995年より全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会、介護療養病床協会の三団体が施設サービス実施機関という共通の立場から協力開発した手法で、施設における介護・看護に加えて在宅介護も念頭に要介護	包括的自立支援プログラムは、生活が保証されている施設入所の利用者に質の高い自立支援、生活支援を目指したケアを提供するためのアセスメント方式として適している。また、実施しているケアの分析を中心に生活上の解決すべき課題（ニーズ）を明らかにしようとするものであり、関係職種をはじめ、利用者・家族にもわかりやすい。 ① 要介護認定調査票をそのままアセスメント用紙として活用しているため、効率が非常に高い。 ② 320種類余りのケアコード表の一部をわかりやすく並び直し、7種類のチェック表としてまとめられている。	●包括的自立支援プログラム方式は、生活が保証されている病院や施設に入所されている利用者に、質の高い自立支援、生活支援を目指したケアを提供するためのアセスメント方式として適している。 ●また、実際に行っているケアの分析を中心に、生活上の解決すべき課題（二一ズ）を明らかにしようとするものであり、サービス提供者のケアの質の向上にも	「包括的自立支援プログラム 一フオーマットと記入方法 一」（全国老人保健施設協会編、厚生科学研究所、2001年、定価1,890円（税込））

※1 MDS / RAPs、APLのバージョンアップによる変更のほかに、RAI (Resident Assessment Instrument) に基づいたケアプランの策定が義務づけられている。

※2 COPALの構成要素はアセスメント部分の MDS (Minimum Data Set) と、ケアプランを策定するうえで指標となるのがRAPs (Resident Assessment Protocols) に分けられる。

※3 2010年1月1日より、RAI-HC (在宅ケアプランマニュアル) の開発に取り組んでいく民間研究機関と協賛するグループ（非営利団体）。

	開発の経緯	課題分析の特徴	ひとこと	収載書籍
	認定の際に得られる情報をケアプラン策定に有効に利用する目的で開発された。	③ 実施している現状のケアの見直しから始められているので、スタッフや家族にもわかりやすく、即応性がある。 ④ 提供している全ケア(家族と施設)を網羅しているので、在宅とサービス実施機関でのケアのギャップを明確化できる。 ⑤ チェック表ごとに、本人や家族の要望が反映でき、さらに医療面での指示・管理ができる。 ⑥ ADLごとに、ケアの提供場所や福祉用具が検討でき、代替ケアも視野に入れたQOLへの配慮がなされている。 ⑦ 在宅での使用も想定されているが、アセスメントに不十分な項目もある。	役立ち、利用者・家族にもわかりやすい方式といえる。	など
⑤ ケアマネジメント実践記録様式(日本社会福祉士会方式)	日本社会福祉士会が1995年から「ケアマネジメント研究会」を設置して、主に在宅介護支援センターでの事例を収集して検討を重ねた。1996年には「ケアマネジメント実践記録様式」を作成し、在宅介護支援センターでのケアマネジメントに活用された。現在使用されているものは、介護保険の施行にあわせて、アセスメント項目に認定調査項目にも準拠するように改定されたもので、在宅にも介護保険施設の両方に使用できる。	この方式の構成に関する大きな特徴は、以下の3点。 ① 介護認定調査票-基本調査の82項目を取り入れて、アセスメントができるようになっている。 ② 一部表現の違いがあるものの、課題分析標準項目に対応しているため、標準項目にあがっている内容はアセスメント可能となっている。 ③ 使用する際に若干の工夫はいるものの、居宅と施設どちらでも使用できるため、在宅と施設で連続して使用できるように設計されている。 また、領域上の特徴は以下の5点。 ① 介護者・家族に関するニーズが把握しやすいように、「介護状況」に関する領域を設けた。 ② 生活環境に関わるニーズが把握しやすいように、「居住環境」に関する領域を設けた。 ③ より自立が図られるように、利用者にあった設備や用具が使用されているかを把握するため、ADLや居住環境の領域内に設備や用具に関する項目を設けた。 ④ 外出や社会参加、また、趣味や楽しみや希望することが満たされるなどQOL(生活の質)に配慮した援助が行えるよう「生活の質と生活支援」の領域を設けた。 ⑤ アセスメント票から介護サービス計画書のニーズまで同じ領域なので、アセスメント票から介護サービス計画書まで整合性のとれた内容の記入ができる。	● 開発にあたっては福祉関係者だけでなく保健・医療の研究者に現場の実践者が加わって開発・改定がすすめられてきた。よって、社会福祉士以外のどの職種の方でも使用されることを想定している。 ● 日本社会福祉士会に設置された障害者(身体・知的・精神)ケアマネジメントに関する委員会の監修も受けているので、十分ではないが、一定の対応が可能になっている。 ● 利用者が自らサービスを選択し、自らの意向や希望に添った介護サービスが受けられるだけでなく、介護が必要になっても外出や社会交流ができ、また、役割や趣味・楽しみをもって意欲ある生活を送ることができるという、利用者のQOLを満たすような援助を、「ケアマネジメント実践記録様式」は目指している。	「ケアマネジメント実践記録様式 Q&A 改訂」編集：社団法人日本社会福祉士会中央法規出版2006年9月定価2,730円(税込)など ※購入申込みは、書店のほか日本社会福祉士会ホームページからも可能。
⑥ インターライ方式	施設で使われていたMDS/RAPs(※1)の在宅版として、ヨーロッパや日本など20か国の研究者の非営利団体であるinterRAI(※2)により開発された。1996年に「MDS-1HC在宅ケアアセスメントマニュアル」が出版され、	① インターライ方式は、MDS-1HC(Minimum Data Set、在宅アセスメント表)とCAPs(Client Assessment Protocols、ケアプラン作成の指針)から成り立っている。 ② インターライ方式はサービス利用者のニーズを包括的に把握する為に、最低限(ミニマム)必要とされるアセスメント項目を、ケアチームを構成する多職種が理解できる共通な用語による整理したものを、評価者によるぶれを少なくし、正確に状態を把握するため、アセスメント項目の意義と評価基準を定めた「記入要領」が用意されている。 ③ APsにはサービス利用者が遭遇する可能性の高い30の課題となる領域	MDS-1HC、CAPsが目指すケアプランは、 ① 高齢者(利用者)一人ひとりのケアの目標を明確にし、自立を支援するための対応策、悪化予防策、ケアする上での留意点を示す。 ② ケアプラン作成者がケアの判断基準や根拠を明らかにできる。 ③ 職種を越えた共通言語によって、多種多	「インターライ方式 ケアアセスメント[居宅・施設・高齢者住宅]」定価 3,990円(税込)など

※1 MDS/RAPs、アメリカのナショナルホーム入所者の評価委員会には、RAI(Resident Assessment Instrument)に基づいたケアプランの策定が義務づけられている。
このRAIの構成要素はアセスメント部分の、MDS(Minimum Data Set)と、ケアプランを策定するための資料となるのがRAPs(Resident Assessment Protocols)に分けられる。
※2 interRAI: 1993年1月以來、RAI-1HC(在宅ケアプランマニュアル)の開発に取り組みしてきた国際的な研究グループ(非営利団体)。

	開発の経緯	課題分析の特徴	ひとこと	収載書籍
	だが、現行の「MDS－H C2. 0」はその改定版。	域が用意されている。各CAPIには原因の追求、専門職に依頼するべき条件の提示などケアの方向性についての指針が簡潔にまとめられている。CAPsを読むことによって、医療職には福祉の、福祉職には医療の視点が細かくできるように整理されている。そして、課題について検討した結果を居宅サービス計画書に反映させ、なぜ、どのようなケアが必要かを記載した計画書を作成することができる。	様なスタッフが共通理解のもとでケアを進めるところにある。	
⑦OCMAシート方式	社団法人大阪介護支援専門員協会で平成19年度から平成21年度の3年間に於いて大阪府福祉部高齢介護室介護支援課かたの委託事業により開発を行いました。	④ インターライ方式のアセスメント項目の3分の2は、施設版MDS2. 1と同じであり、両者を使い分けることによって、在宅と施設のそれぞれの固有なニーズの把握に対応できると同時に、情報の共有も円滑に行うことができる。 ① 課題分析標準項目23項目を網羅している。 ② 必要な情報項目がコンパクトにまとまっており、書きやすい。 ③ 「事業所へのお願いい」欄など事業所との情報共有を遺棄して作られ、サービス提供事業者へそのままコンパクトに情報提供できる。 ④ 同じシートを用いることにより、施設、病院と居宅間の円滑な情報共有ができる。 ⑤ チェック欄の下にコメントの記入欄あり、現状を整理できる。 ⑥ 具体的な症状やエピソード、気づきや要因、背景が書けるので本人理解がしやすい。 ⑦ まとめのシートで原因・可能性・リスクを考えることで課題が明確になり、ケアプランにつながる。 ⑧ 「センサー方式」の活用につながっている。 ⑨ 認知症高齢者に限らず、様々な利用者にも活用することができる。	このシートは、認知症高齢者やその家族等におかれていた状況情報を収集し、その方々を取り巻く関係者と協働で、日常生活を支えるうえで解決すべき課題へと導くアセスメントを行うものです。	社団法人大阪介護支援専門員協会 出版 1,000 円

※1 MDS／RAPs、アメリカのナースングホーム入所者のほぼ全員には、RAI(Resident Assessment Instrument)に基づいたケアプランの策定が義務づけられている。
このRAIの構成要素はアセスメント部分、MDS(Minimum Data Set)とケアプランを策定するための資料となるのがRAPs(Resident Assessment Protocol)に分けられる。
※2 InterRAI: 1993年1月以来、RAI-HC(在宅ケアプランマニュアル)の開発に取り組みしてきた国際的な研究者と臨床家のグループ(非営利団体)。

居宅サービス計画書様式の種類と流れについて

1. 介護サービス計画書様式について

1) 介護サービス計画書様式の種類

介護サービス計画書は、居宅サービス計画書と施設サービス計画書の2種類に分けられます。

居宅サービス計画書と施設サービス計画書の各様式は、以下のスライドのとおり、居宅サービス計画書は8種類、施設サービス計画書は6種類です。

2) 居宅サービス計画書と施設サービス計画書様式の違い

居宅サービス計画書と施設サービス計画書の様式で異なる点は、先ず、居宅サービスの場合は給付管理業務(限度額管理)が必要なため、居宅サービスの月間計画(スケジュール)一覧表であるサービス利用票と、それに基づく費用計算書であるサービス利用票別表が必要になります。

なお、月毎に居宅サービス計画担当である居宅介護支援事業者が作成する給付管理票は、あくまでも給付管理の様式であり、介護報酬請求関連様式として位置付けられています。

次に、施設サービス計画書の第3表に関しては、週間サービス計画もしくは日課計画表のいずれか(自由選択)となっています。

3) 介護サービス計画書の改正

介護サービス計画書(居宅サービス計画書及び施設サービス計画書)様式は、以下のスライド及び当サイト「道具箱」の中の「居宅サービス計画書の様式改正と記載内容のチェックポイント」において記載したとおり、平成18年3月31日の通知により改正されました。

スライド 1-1. 介護サービス計画書(居宅サービス・施設サービス計画書)様式

介護サービス計画書(居宅サービス・施設サービス計画書)様式

【居宅サービス計画書様式(標準様式)】

●「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」等の一部改正について(平成18年3月31日 老発第0331008号)

- ①第1表: 居宅サービス計画書(1)
- ②第2表: 居宅サービス計画書(2)
- ③第3表: 週間サービス計画表
- ④第4表: サービス担当者会議の要点
- ⑤第5表: サービス担当者に対する紹介(依頼)内容
- ⑥第6表: 居宅介護支援経過
- ⑦第7表: サービス利用票(兼居宅サービス計画)
- ⑧第8表: サービス利用票別表

※介護報酬請求時には、給付管理票も使用。

【施設サービス計画書様式(標準様式)】

●「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」等の一部改正について(平成18年3月31日 老発第0331008号)

- ①第1表: 施設サービス計画書(1)
- ②第2表: 施設サービス計画書(2)
- ③第3表: 週間サービス計画表／日課計画表
- ④第4表: サービス担当者会議の要点
- ⑤第5表: サービス担当者に対する紹介(依頼)内容
- ⑥第6表: 施設介護支援経過

※施設サービス計画書の第3表は、週間サービス計画表、もしくは日課計画表のいずれかを使用。

2. 介護給付(居宅)における居宅サービス計画書関連様式の流れについて

1) 介護給付(居宅)における居宅サービス計画書関連様式の流れの全体

被保険者証や要介護認定調査票から、課題分析(アセスメント)記入用紙、そして介護給付費報酬関係等の居宅サービス計画書に関連した主な様式の流れは以下のスライドのとおりです。その様式は、次のように種類別に分けられます。

- (1) 要介護認定に関連した様式
- (2) 居宅サービス計画に関連した様式
- (3) 給付管理及び介護給付費報酬に関連した様式
- (4) 利用者との契約に関連した様式
- (5) 利用者への請求・領収に関連した様式

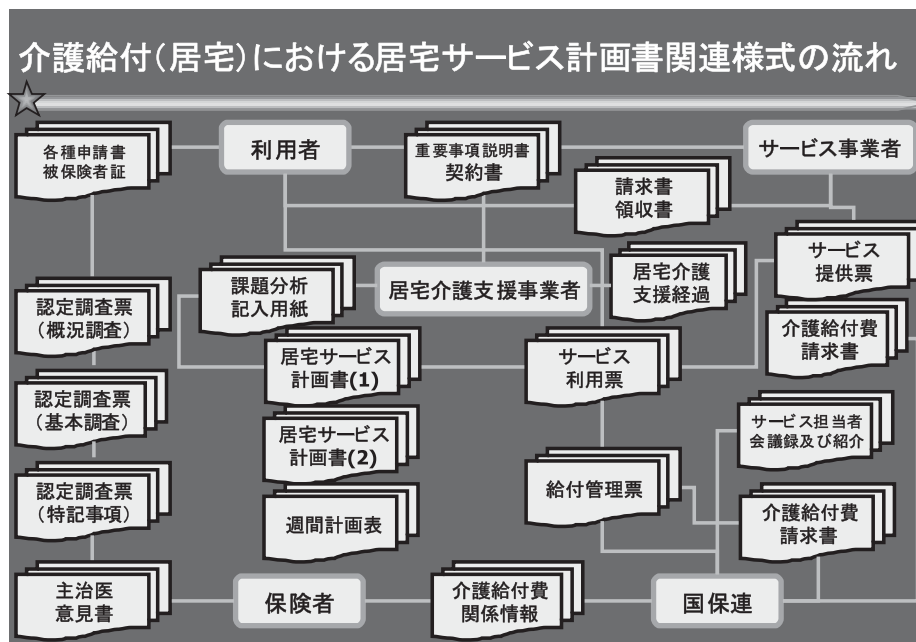
2) 保険者からみた様式の流れ

保険者に流れる様式としては、被保険者証等の資格関係様式、認定調査、主治医意見書の様式と、国民健康保険連合会(国保連)との介護給付費関係様式です。居宅介護支援事業者は、課題分析(アセスメント)記入様式と居宅サービス計画書を保険者へ提出する義務はありません。

ただし、保険者が必要とみとめた場合には、居宅介護支援事業者及びサービス事業者に対して関係資料の提示を求めることができます。

なお、国民健康保険連合会(国保連)には認定調査関係様式の流れはありません。

スライド 2-1. 介護サービス計画書(居宅サービス・施設サービス計画書)様式



第3表		週間サービス計画表					作成年月日		年 月 日	
利用者名		服								
		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動	
深夜 早朝	4:00									
	6:00									
	8:00									
午前	10:00									
	12:00									
	14:00									
午後	16:00									
	18:00									
	20:00									
夜間	22:00									
	0:00									
	2:00									
深夜	4:00									

就寝後以外のサービス	
------------	--

(4) 医科・歯科・介護連携に向けたアンケート 調査結果（一部抜粋）

I. 調査概要

1. 調査の趣旨

「医科・歯科・介護連携強化事業」を推進するための基礎資料とする。

「医科・歯科・介護連携強化事業」

本事業は、大阪府歯科医師会が大阪府の委託を受け、医科・歯科・介護の連携を強化することにより療養者の医療情報を共有するとともに、療養者の口腔機能の維持・向上をもって継ぎ目なく療養生活を支援するための体制整備を目指すもの。

大学関係者、医師会、薬剤師会、栄養士会、看護協会、介護支援専門員協会、歯科衛生士会、歯科技工士会等の関係者、また、行政関係者から構成される検討会やワーキンググループにおいて課題検討し、本アンケート結果をふまえ、医科・歯科・介護における連携ガイドラインやリーフレットを作成する。

2. 調査の方法

下記団体・施設を通じて、所属する方々にアンケートを配付し、郵送で回収を行った。アンケート配付数は、2,365である。

配 付 先	配 付 数
医師会	5 7
薬剤師会	7 0
歯科衛生士会	7 0
栄養士会	5 3
訪問看護ステーション	6 0 7
地域包括支援センター	2 3 0
介護老人福祉施設	3 6 0
介護老人保健施設	1 9 8
指定介護療養型医療施設	6 0
介護支援専門員協会	6 6 0
合 計	2 3 6 5

3. 調査実施時期

平成24年 8 月30日～ 9 月25日

4. 回収結果

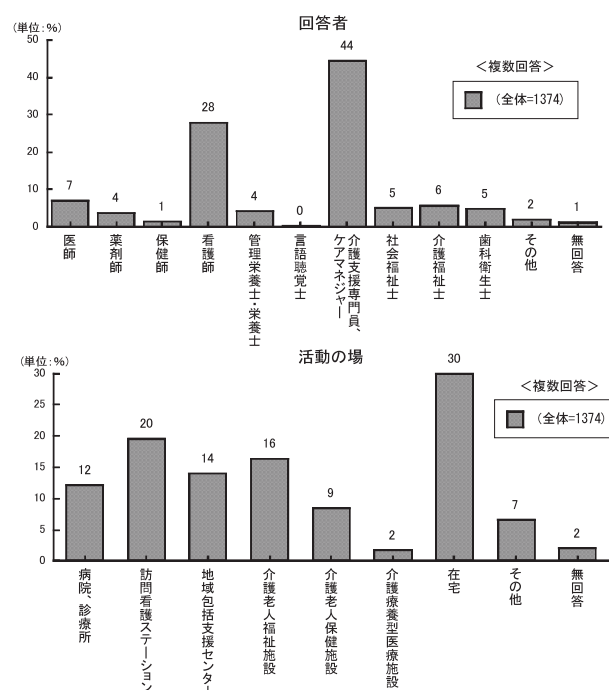
1,378票の返送があり、うち 4 票の無効票（白紙回答）を除いた1,374 票について集計を行った。

Ⅱ. 調査結果

1. 回答者のプロフィール

回答者の職種は、以下のとおり。「介護支援専門員、ケアマネジャー」が全体の44%、「看護師」が28%、「医師」が7%などとなっている。「その他」の職種は、管理者（事務長、施設長等）、理学療法士、地域包括職員などである。

たずさわっている活動の場については、「在宅」が30%、「訪問看護ステーション」が20%、「介護老人福祉施設」が16%などとなっている。なお、「その他」は、薬局、居宅介護支援事業所、グループホームなどである。



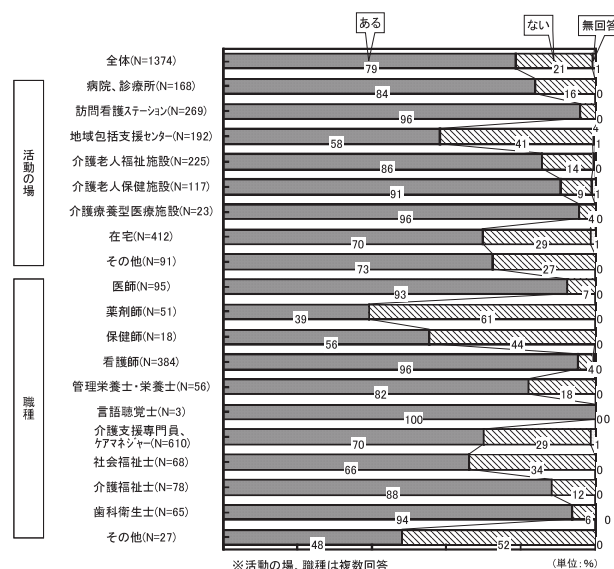
2. お口の中を見る機会

1) お口の中を見る機会の有無 (Q1. ①)

療養者の“お口の中”を見る機会があるかについては、「ある」が全体の79%を占めている。

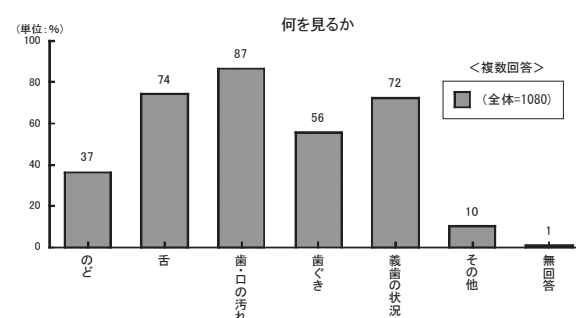
たずさわっている活動の場別にみると、「訪問看護ステーション」(96%)、「介護療養型医療施設」(96%)、「介護老人保健施設」では、9割以上が「ある」と回答している。

職種別では、「言語聴覚士」(100%)、「看護師」(96%)、「介護福祉士」(94%)、「医師」(93%)は、「ある」が9割以上となっている。



2) 何を見るか (Q1. ②) (Q1. ①で「ある」との回答者限定)

“お口の中”を見る時、何を見ているかについては、複数回答で「歯・口の汚れ」(87%)、「舌」(74%)、「義歯の状況」(72%)などとなり、さまざまな観点から口腔状況を見ていることがわかる。「その他」の内容をみても頬粘膜、口臭、乾燥、唾液量、口唇、残渣物など幅広い。



<何を見るか、「その他」の内訳>

「その他」の内容	回答数	「その他」の内容	回答数
頬粘膜、粘膜	23	口蓋	6
口臭	17	口腔機能	6
乾燥、口唇乾燥、唾液分泌量	14	頬粘膜等傷の有無	5
口唇	13	咬合	3
食べた残渣物	10	痰	3
嚥下状態	10	口元、動き	3
口内炎	7	虫歯、歯周病	3
残歯	7	口腔内すべて	3

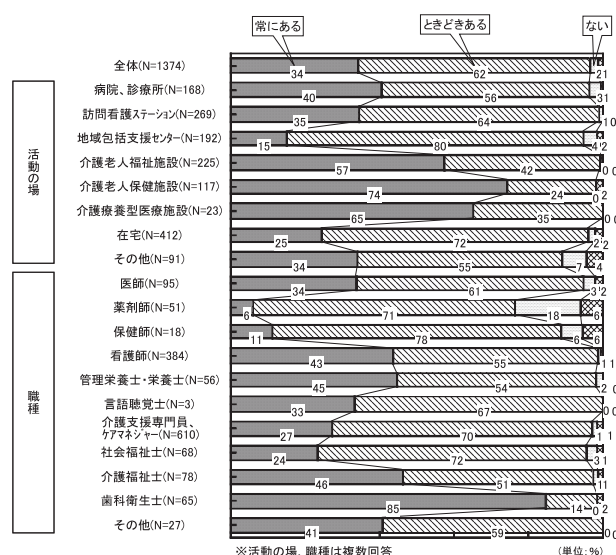
3. 療養者に対する歯科の介入・支援の必要性について

1) 歯科の介入・支援の必要性を感じたこと (Q2)

療養者に対し、歯科の介入・支援の必要性を感じたことがあるかについては、「常にある」が34%、「ときどきある」が62%となっており、全体の96%は必要性を感じた経験を有している。

「常にある」との回答率が高い活動の場は、「介護老人保健施設」(74%)、「介護療養型医療施設」(65%)、「介護老人福祉施設」(57%)などである。

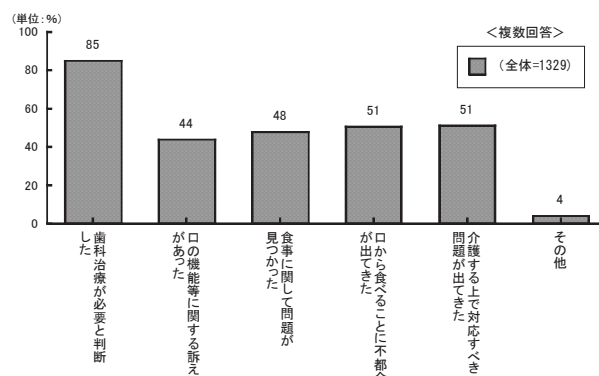
職種別にみると「歯科衛生士」は、「常にある」が85%と高くなっている。



2) 必要と感じたきっかけ (Q3) (Q2.「常にある」「ときどきある」との回答者限定)

歯科の介入・支援の必要性を感じたきっかけは、「歯科治療が必要と判断した (例: 歯の痛み・歯ぐきのはれ・入れ歯の不調・顎がはずれるなど)」が85%と最も多い。

一方、歯科治療以外の口腔ケア等に関する項目の回答も少なからずあり、「口から食べることに不都合が出てきた (例: 食べこぼし・むせる・飲み込めないなど)」(51%)、「介護する上で対応すべき問題が出てきた (例: 口臭・よだれ・胃ろうの方の口腔ケア・誤嚥性肺炎による熱発への対応など)」(51%)、「食事に関して問題が見つかった (例: 食べない・食事時間が長い・食事量の減少など)」(48%)、「口の機能等に関する訴えがあった (例: しゃべりにくい・味がわかりにくい・口が渇くなど)」(41%)となっている。

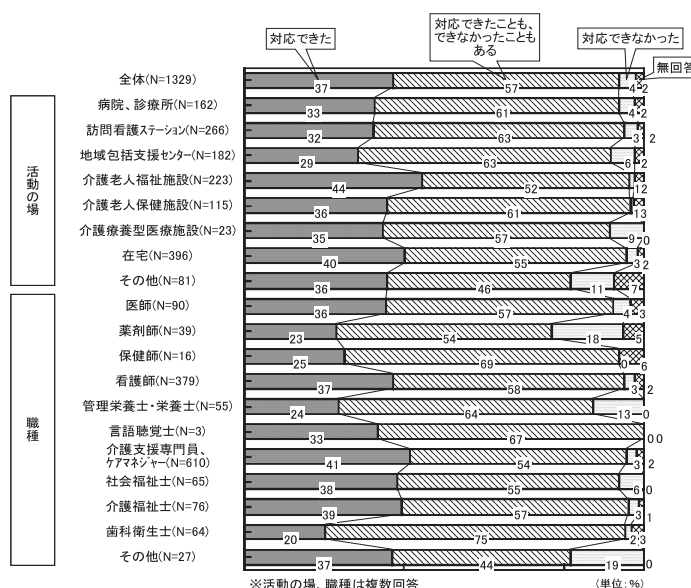


3) 必要と感じた時、対応できたか (Q 4. ①) (Q 2. 「常にある」「ときどきある」との回答者限定)

歯科の介入・支援の必要性を感じた時、対応できたかについては、「対応できた」は37%にとどまっており、「対応できたことも、できなかったこともある」が57%と多くなっている。また、「対応できなかった」も4%みられる。

「対応できたことも、できなかったこともある」と「対応できなかった」をあわせた“対応できなかったこともある”率を活動の場別にみると、大きな差はみられないものの「地域包括支援センター」(69%)、「訪問看護ステーション」(66%)、「介護療養型医療施設」(66%)でやや高くなっている。

同様の率を職種別にみると、「管理栄養士・栄養士」(77%)、「歯科衛生士」(77%)、「薬剤師」(72%)、「保健師」(69%)などで相対的に高くなっている。

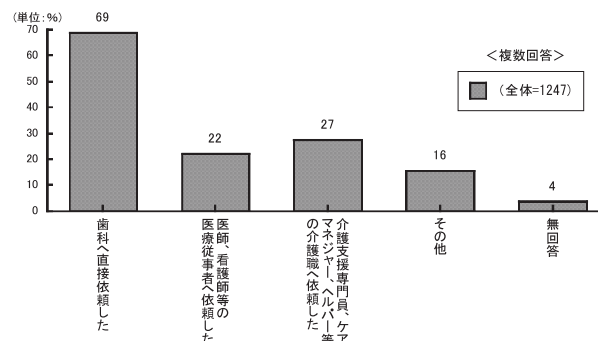


4) どのように依頼したか (Q 4. ②)

(Q 4. ①「対応できた」「対応できたこともできなかったこともある」ときどきある」との回答者限定)

歯科の介入・支援の必要性を感じた時、どのように依頼したかについては、「歯科へ直接依頼した」が69%となっている。「介護支援専門員、ケアマネジャー、ヘルパー等の介護職へ依頼した」は27%、「医師、看護師等の医療従事者へ依頼した」は22%となっている。

また、「その他」が16%とかなりみられるが、その内訳は、“本人や家族に歯科受診を勧めた”、“訪問歯科に連絡、依頼した”などとなっている。



<どのように依頼したか、「その他」の内訳>

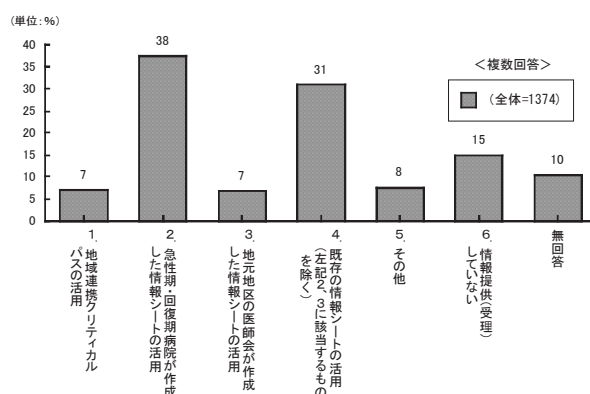
「その他」の内容	回答数
本人、家族へ歯科受診を勧めた、訪問歯科を紹介した	86
訪問歯科に連絡、依頼した	28
訪問歯科紹介機関、仲介機関、日本訪問歯科協会に依頼した	18
地域の歯科医師会に相談した	10
定期的に訪問歯科が来ている	10
歯科衛生士へ相談、依頼した、保健センターへ相談、依頼した	17
言語聴覚士へ相談、依頼した	5

4. 退院時カンファレンスについて

1) 退院時カンファレンスの情報提供（受理）の仕方（Q9）

療養者について、退院時カンファレンスの情報をどのように提供（受理）しているかについては、「急性期・回復期病院が作成した情報シートの活用」が38%、「既存の情報シートの活用」が31%などとなっている。「地域連携クリティカルパスの活用」は7%にとどまっている。

「その他」の内容では看護サマリー、退院時カンファレンスへの参加、診療情報提供書、口頭などがあげられている。



<退院時カンファレンスの情報提供（受理）の仕方、「その他」の内訳>

「その他」の内容	回答数
看護サマリー	22
退院時カンファレンスに参加	18
診療情報提供書	10
自主的に作成しているものを使用、事業所独自の書式など	10
面談、カンファレンス時に口頭にて	2
シート利用していない。適宜情報を得る	2

2) 退院時カンファレンスの情報提供に歯科的内容が含まれているか（Q10）

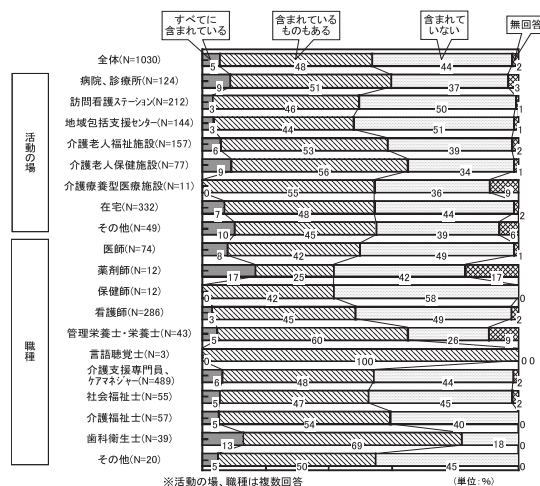
（Q9. でいずれかの情報を提供（受理）しているとの回答者限定）

退院時カンファレンスでの情報提供に歯科的内容が含まれているかについては、「含まれていない」が44%と半数近くとなっている。

「すべてに含まれている」が5%、「含まれているものもある」が48%となっている。

活動の場別に「含まれていない」との回答率をみると、「地域包括支援センター」（51%）と「訪問看護ステーション」（50%）ではほぼ5割となっている。

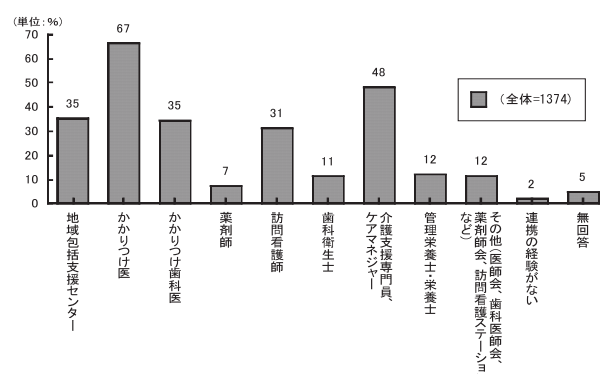
職種別では、「保健師」（58%）、「医師」（49%）、「看護師」（49%）で、「含まれていない」の回答率が他の職種よりもやや高くなっている。



5. 介護上困った時の相談・連携先（Q11）

療養者のケアや介護を行う上で困ったことが起こった場合、相談のため連携をとるのはどこかについては、「かかりつけ医」が67%、「介護支援専門員、ケアマネジャー」が48%などとなっている。

「かかりつけ歯科医」との回答は35%となっている。



(5) 医科・歯科・介護連携強化事業研修会 受講者アンケート結果（速報結果の一部抜粋）

I. 調査概要

1. 調査の目的

「医科・歯科・介護連携強化事業」の一環として、平成25年2月、大阪府内計6会場において、研修会を実施した。（本結果は速報版であり、3回分のアンケート結果である）

本アンケートは、研修会受講者に対し研修会の評価や希望内容等をたずね、今後の研修会運営に役立つ資料とすることを目的に実施した。

2. 調査の方法

研修会参加者に、研修会受講後アンケート記入を依頼し、回収した。

II. 速報結果

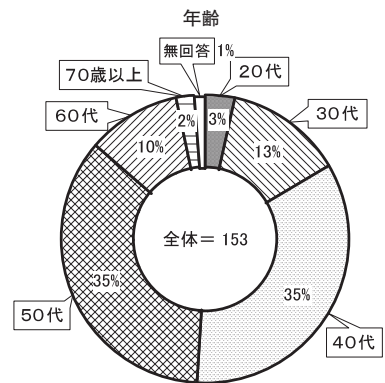
Q1. アンケート回答者のプロフィール

（上段：人、下段：％）

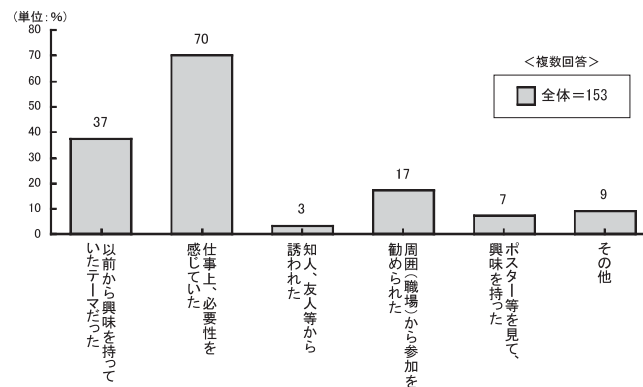
合計	医師	薬剤師	保健師	看護師	管理栄養士・ 栄養士
153	1	-	9	32	4
100.0	0.7	-	5.9	20.9	2.6

言語聴覚士	ケア マネジャー	社会福祉士	介護福祉士	歯科衛生士
-	11	3	7	31
-	7.2	2.0	4.6	20.3

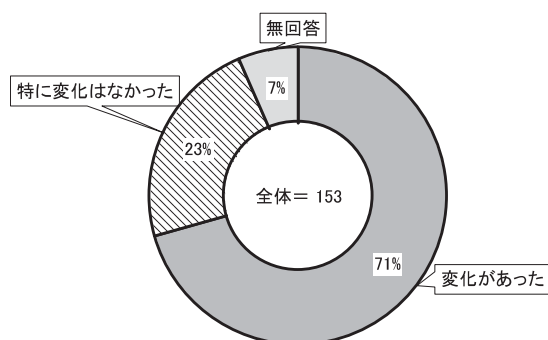
その他	歯科医師	不明
21	32	3
13.7	20.9	2.0



Q2. 研修会に参加された動機や経緯をお教えてください。（複数回答可）



Q 3. 研修会の前後で、口腔ケアについての意識（見解）に変化はありましたか。

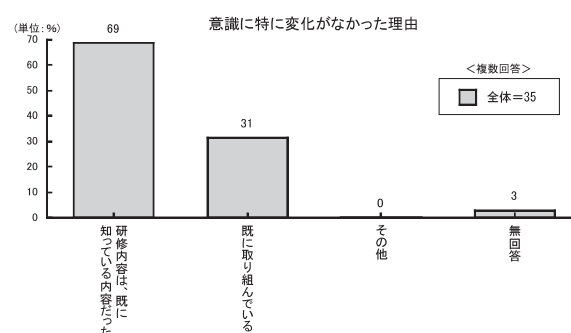
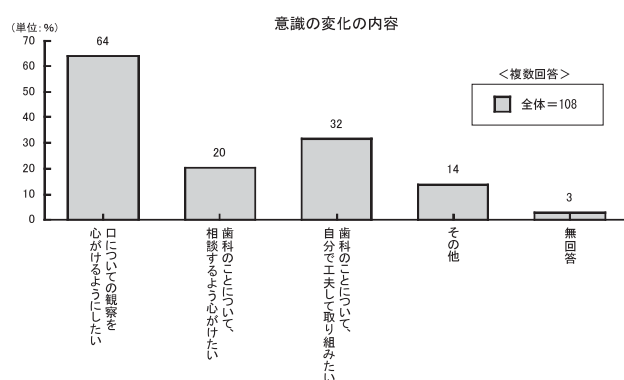


「変化があった」を選択された方にお伺いします

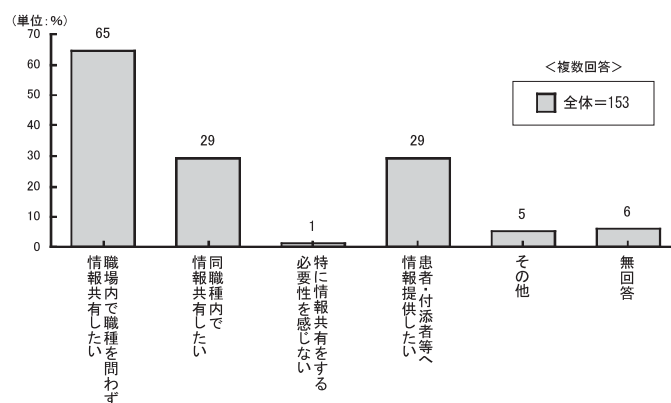
ご自身の変化について教えてください。（複数回答可） 以前と比べて

「特に変化はなかった」を選択された方にお伺いします

特に変化はなかった理由はなぜでしょうか（複数回答可）



Q 4. 今回の研修会の内容を、周囲の方に情報提供したいと思いますか（複数回答可）。



在宅等療養者の口腔機能維持管理のための地域連携ガイドライン リーフレット・ガイドラインワーキング 委員名簿

(順不同、敬称略)

委員長	高橋	一也	大阪歯科大学高齢者歯科学講座准教授
委員	野原	幹司	大阪大学歯学部附属病院顎口腔機能治療部助教
"	中尾	正俊	大阪府医師会理事
"	西	洋壽	大阪府薬剤師会常務理事
"	西村	智子	大阪府栄養士会理事
"	森本	一美	大阪府看護協会常任理事
"	福山	保則	大阪府歯科技工士会常務理事
"	岩城	一栄	大阪府歯科衛生士会専務理事
"	西島	善久	大阪介護支援専門員協会事務局長
"	西田	和人	大阪介護支援専門員協会理事
"	大西	宏昭	大阪府保健所長会（大阪府岸和田保健所長）
"	中村	光延	大阪府福祉部高齢介護室介護支援課課長補佐
"	西田	伸子	大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課課長補佐
"	松尾	孝人	大阪府歯科医師会理事
"	丹田	博巳	大阪府歯科医師会理事
"	津田	高司	大阪府歯科医師会理事

在宅等療養者の口腔機能維持管理のための地域連携ガイドライン

平成 25 年 3 月 大阪府 発行 （大阪府地域医療再生基金を活用）

