

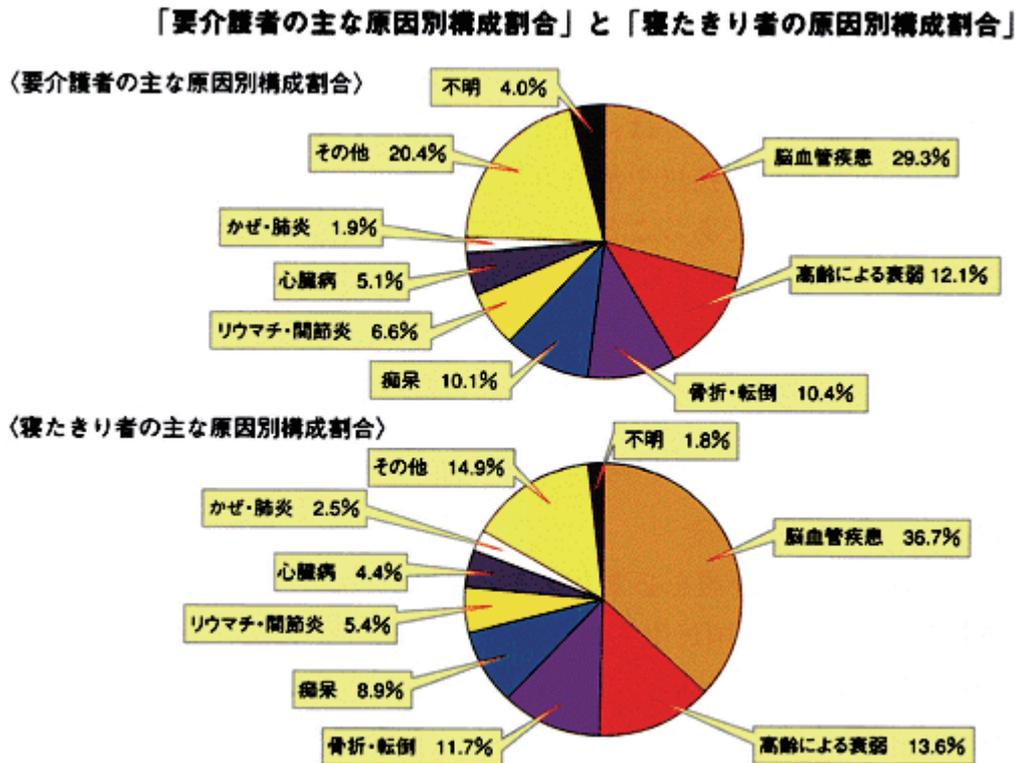
第Ⅲ章 基礎疾患と全身管理を理解する

1 歯科訪問診療で留意する基礎疾患

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

1) 要介護・寝たきりの原因

要介護・寝たきりの原因疾患は脳血管障害が最も多い。その他の原因としては高齢による虚弱、転倒などによる骨折が多く、この3項目で寝たきりの原因の約6割を占めている。



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」（1998年）

2) 歯科訪問診療で留意すべき疾患

歯科訪問診療の対象患者の既往疾患としては脳血管障害が最も多いが、脳血管障害に至る背景に高血圧、糖尿病、不整脈（心房細動）など複数の基礎疾患を有するため、これらの疾患に対する理解も必要となる。また、関節リウマチ、認知症も頻度が多い。以上の疾患を中心に解説する。

歯科治療を行ううえで、患者が有する疾患本態から生じる問題と、疾患に

対する治療(服薬など)により生じる問題とを整理して対応する必要がある。したがって、対象患者の既往疾患を把握すると同時に、服薬内容を把握することは重要である。既往疾患の把握が困難な場合も、服薬内容(お薬手帳など)から既往歴を推測することもできるので有用である。最終的には、歯科医師のみで判断するのではなく、主治医と連携することが必要である。まれではあるが、病状的的確なモニタリングなしに与薬が継続されているケースもあることから注意が必要である。

I 脳血管障害 Cerebrovascular Disease (CVD)

脳卒中と同義であり、その分類としてわが国では厚生省(現厚生労働省)循環器病委託研究班(1990)がある。虚血群(脳梗塞)と、出血群(頭蓋内出血)の2つに分け理解すると、その後遺症、服薬内容について理解がしやすい。

◆脳卒中(脳血管障害)の分類 (厚生省循環器病委託研究班、1990)

A. 明らかな血管性の器質的脳病変を有するもの

1. 虚血群＝脳梗塞(症)

- (1) 脳血栓症
- (2) 脳塞栓症
- (3) 分類不能の脳梗塞

2. 出血群＝頭蓋内出血

- (1) 脳出血
- (2) くも膜下出血
- (3) その他の頭蓋内出血

3. その他

臨床的に脳出血、脳梗塞(症)などの鑑別が困難なもの

B. その他

- (1) 一過性脳虚血発作
- (2) 慢性脳循環不全症
- (3) 高血圧性脳症
- (4) その他

1) 脳梗塞

脳梗塞は脳血管障害の6割以上を占め、高齢者になると約8割を占める。

①脳血栓 cerebral thrombosis

主に動脈硬化を基盤に血栓が形成され、血管が閉塞し、閉塞した血管の支配領域の脳神経障害症状が発現する。基礎疾患として、高血圧、

糖尿病、高脂血症などがある。発症箇所は中大脳動脈領域が多く、その後遺症として中枢神経障害による片麻痺、失語、意識障害などがあるが、脳神経麻痺の合併の有無にも注意を要する。

②脳塞栓 cerebral embolism

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

③ラクナ梗塞

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

④脳梗塞の治療

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

2) 頭蓋内出血

①脳（内）出血 cerebral hemorrhage

②くも膜下出血 Subarachnoid Hemorrhage (SAH)

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

③脳出血の治療

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

II 循環器疾患

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

①高血圧 Hypertension (HT)

血圧が基準範囲を超えて高く維持されている状態で、虚血性心疾患、脳血管障害、腎不全などの発症リスクとなる。治療時はストレスなど

により血圧変動が予想されるため、モニタリングを行うことが望ましい。降圧剤（カルシウム拮抗剤：ニフェジピンなど）のなかには歯肉肥厚が副作用として比較的高い頻度で認められる。

②不整脈 Arrhythmia

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

③心臓弁膜症 valvular disease of the heart

心臓弁に「狭窄」または「閉鎖不全」などの障害が起きた状態をいい、「大動脈弁」と「僧帽弁」に生じるケースが多い。弁膜症を有する患者に対する観血的処置（スクレーリングを含む）には、感染性（細菌性）心内膜炎の予防目的に抗生剤の術前投与が必須であり注意を要する。主治医との十分な連携が必要となる。治療基準としては、アメリカ心臓学会（AHA）の推奨する細菌性心内膜炎の予防法（Prevention of Bacterial Endocarditis Recommendations by the American Heart Association. JAMA 277(22):1794-1801,1997.）や日本循環器学会、日本心臓病学会、日本胸部外科学会、日本小児循環器学会の合同研究班による「感染性心内膜炎の予防と治療に関するガイドライン 2003」が参考となる。

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

④虚血性心疾患 Ischemic Heart Disease (IHD)

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

Ⅲ 糖尿病 Diabetes Mellitus (DM)

糖代謝の異常により、血糖値（血液中のブドウ糖濃度）が高まり、眼症状（糖尿病性網膜症）などさまざまな合併症をきたす疾患である。血糖コントロールは、**HbA_{1c}**（糖化ヘモグロビン）、空腹時血糖値などで評価する。また血糖コントロールの状況、低血糖発作などへの対応を、主治医と連携する必要がある。血糖降下剤服用、インシュリン注射の治療を受けている場合は、食事の直前は低血糖のリスクが高まるため、訪問などの時間帯には配慮が必要である。また、糖尿病は、好中球遊走能低下による易感染性状態になっていることが多く抗生剤投与期間など、感染予防には配慮が必要である。

Ⅳ 関節リウマチ Rheumatoid Arthritis (RA)

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

Ⅴ その他

①パーキンソン病

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

②骨粗鬆症 Osteoporosis (OP)

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

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

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

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

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

⑤多発性硬化症 **Multiple Sclerosis (MS)**

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

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

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

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

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

⑧脊髄小脳変性症 **Spinocerebellar Degeneration (SCD)**

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

2 認知症への理解と対応

1) 認知症とは

認知症は老年期に最も特徴的な症状であり、次の条件を満たすことが必要になる。

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

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

2) 認知症の精神状態への理解

認知症に見られる精神症状は中核症状と周辺症状に分けられる(図1)。

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

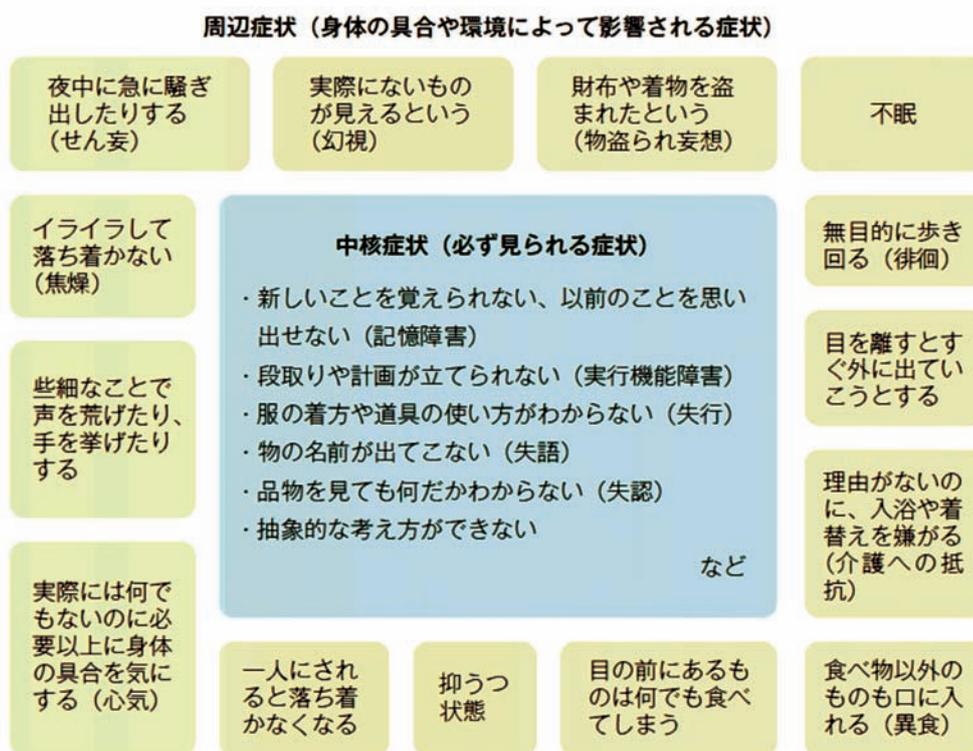
周辺症状とは、中核症状によって二次的に出現するさまざまな精神症状や行動の障害である。これらの症状は認知症に必ず見られる症状ではなく、在宅の認知症高齢者では8割程度といわれている。また、すべての認知症高齢者にすべての精神症状や行動の障害が出現するわけではない。さらに、認知症の重症度によって出現しやすい症状がある。

中核症状と精神症状を含め認知症の日常生活上で見られる行動上の変化

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

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

(図1) 認知症の中核症状と周辺症状



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

以下の表は FAST の各ステージに口腔の諸問題を加筆したものである。
 (『実践！ 認知症を支える口腔のケア』より)

(表1) FASTに対応した口腔機能等の変遷とその対応

FAST stage	臨床診断	FASTにおける特徴	口腔ケア (セルフケア)	口腔機能 (摂食・嚥下機能)	口腔のケア (支援・介助)
1 認知機能の障害なし	正常	主観的及び客観的機能低下は認められない	正常	正常	健常者と同じ対応
2 非常に軽度の認知機能の低下	年齢相応	物の置き忘れを訴える 喚語困難			
3 軽度の認知機能低下	境界状態	熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる 新しい場所に旅行することは困難	従来のブラッシング法は保持されるものの、口腔清掃にむらが生じる 新たな清掃器具、手技などの指導の受け入れが困難となるケースがある	正常	認知症との診断がされていないケースが多く、口腔清掃の低下を契機に認知症と診断される可能性がある時期である
4 中等度の認知機能低下	軽度AD	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす	従来のブラッシング法は何とか保持されるものの、口腔清掃状況に低下を認める 新たな清掃器具、手技などの指導の受け入れは極めて困難となる		複雑な指導の受け入れが困難となるため、単純な指導を適宜行うことにより口腔清掃の自立を促すことが必要となる 一部介助も必要となる時期であるが、介助の受け入れは自尊心が障害となり困難な場合が多い
5 やや高度の認知機能低下	中等度のAD	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない 入浴させるときなだめすかすなどの説得の必要性が出現する	自らのブラッシング行為は遂行困難となる	認知機能の低下により、先行期に障害を求めるケースがある 食事摂取に偏りが出現し、自己の嗜好性に合った品目のみの摂取などを認めることがある	口腔清掃を促すことにより口腔清掃の自立は困難ながら保持できるが、介助は導入に配慮が必要で、不適切な導入は介助拒否となることもある 対象者の食事への嗜好性に配慮した食事提供が必要となる

6 高度の認知機能低下	やや高度のAD	<ul style="list-style-type: none"> ・不適切な着衣 ・入浴に介助を要する ・入浴を嫌がる ・トイレの水を流せなくなる ・尿、便失禁 	<p>セルフケアが困難となる 清潔行為が困難となるためブラッシングなども行わなくなるが、歯ブラシなどを提示するとブラッシング行為は行うことがあるが、清掃行為としての認識は低下</p>	<p>先行期障害が顕著 食具の使用が限られる 摂食・嚥下機能は保持されているが、一口量、ペースが不良となりそれが原因でむせ、食べこぼしなどが出現する</p>	<p>口腔清掃は一部介助が必要となり全介助のケースもあるが、対象者の不快感を極力軽減する配慮が必要となる 使用可能な食具を選択しその際、一口量が過剰にならない配慮が必要となる 食事の配膳などにも配慮が必要となり、ケースによっては一品ごとに提供することも効果的である</p>
7 非常に高度の認知機能低下	高度のAD	<ul style="list-style-type: none"> ・言語機能の低下 ・理解しうる語彙は限られた単語となる ・歩行能力、着座能力、笑う能力の喪失 ・昏迷および昏睡 	<p>セルフケアが顕著に困難となる</p>	<p>食具の使用が困難となる 多くの場合嚥下反射の遅延が認められるものの、咀嚼機能、嚥下機能は保持されている 姿勢の保持が困難となり、そのために摂食・嚥下障害が出現する 廃用症候により摂食・嚥下障害の出現も認められる</p>	<p>口腔清掃は全介助となり、口腔内感覚の惹起を目的に食事提供前の口腔ケアも効果的なケースもある 食事環境（配膳、食形態、姿勢など）の整備に配慮が必要となり、食事の一部介助から全介助となるケース、さらには経口摂取が困難となり経管栄養などの方法も必要となる</p>