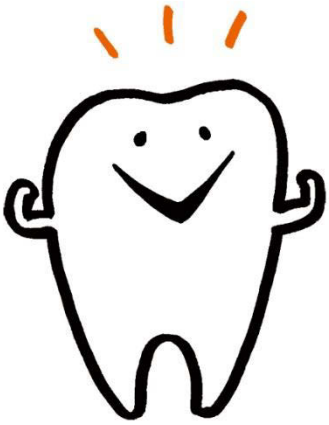
文部科学省
「専門職業人材の最新技能アップデートのための専修学校リカレント教育推進事業」
『訪問歯科衛生士育成のためのリカレント教育モデル構築事業』

歯科衛生士のための
訪問歯科学習テキストⅠ
基礎知識編



株式会社穴吹カレッジサービス

この教材は、文部科学省の「専門職業人材の最新技能アップデートのための専修学校リカレント教育推進事業」の委託事業として、株式会社穴吹カレッジサービスが作成した、『訪問歯科衛生士育成のためのリカレント教育モデル構築事業』のための教材です。

Ver. 2.0(2026.1)

もくじ

第1部　訪問歯科の基礎知識

1章　口腔ケアから口腔健康管理へ

1 歯の健康状態推移 1

2 歯科医療の変化 2

3 口腔ケアと口腔健康管理 3

4 口腔衛生管理と口腔既往管理の違い 4

2章　訪問歯科の制度

1 訪問歯科診療の現状 7

1都道府県別歯科診療所数と就業歯科衛生士人数 7

2 都道府県別居宅サービス提供歯科診療所割合 9

2 在宅医療を推進する背景 11

3 訪問歯科の基本的枠組み 16

4 訪問歯科に関わる福祉・保険制度 19

1訪問歯科診療に関わる福祉・保険 19

2歯科衛生士が行う処置・指導等 19

3 介護保険制度 20

4 障害福祉サービス 21

5 障害児を対象としたサービス 22

5 歯科衛生士が関わる訪問診療等報酬例（令和 5 年度） 23

3章　介護保険制度

1 高齢化の現状と将来像 26

2 社会保障の制度と展望 29

3 介護保険制度 32

4 介護保険サービスの体系 36

5 介護保険の各種サービス 38

4章　多職種連携

1 訪問歯科に関わる多職種 43

2 介護保険施設と多職種連携 47

歯科診療所と施設の連携 48

歯科衛生士と多職種の連携 49

歯科衛生士が介護福祉士や介護員に行う助言例 51

3 介護認定を受けている居宅訪問と多職種連携 59

4 サービス担当者会議 61

5章　高齢者の特徴と歯科

1 老化と身体変化 63

1老化とは 63
2サルコペニアとフレイル 68
2 高齢者の睡眠 69
3 高齢者の食事 71
4 高齢者の脱水 72
5 高齢者の排泄障害 73
6 高齢者の歩行障害 74
7 高齢者の転倒・転落 75
8 高齢者の皮膚疾患 77
9 老化と口腔・咽頭領域の変化 78
1 歯と咬合 78
2 顎骨の加齢変化 79
3 顎関節の加齢変化 79
10 高齢者の精神・心理的変化 81
11 高齢者に多い全身疾患と口腔 83
1 悪性腫瘍 83
2 脳血管疾患 85
3 心疾患 87
4 肺炎 88
5 パーキンソン病 89
6 高血圧症 90
7 糖尿病 90
12 高齢者に特有の口腔疾患 91
13 高齢者と薬剤 95
6章 認知症の類型と特徴
1 認知症とは 98
2 アルツハイマー型認知症 105
3 脳血管性認知症 109
4 レビー小体型認知症 112
5 前頭側頭型認知症 114
6 その他の病気 116
7 認知症の行動特徴 120
7章 障害者の特徴と歯科
1 障害者の現状 122
2 精神障害と口腔ケア 126
1統合失調症 127
2 うつ病 130
3 てんかん 133

4 自閉スペクトラム症 136
5 注意欠如・多動症 139
6 限局性学習症 140
3 身体障害と口腔ケア 141
1 脳血管障害 143
2 脊髄損傷 149
3 関節リウマチ 151
4 筋萎縮性側索硬化症 153
5 脳性麻痺 154
6 筋ジストロフィー 157
7 重症心身障害 158
8 内部障害 159
9 感覚器障害 161
4 知的障害(神経発達症候群)と口腔ケア 163
1 ダウン症候群 164
2 クラインフェルター症候群 165
3 ターナー症候群 166
8章 薬剤と歯科
1 薬物性歯肉増殖症 168
2 口腔乾燥作用のある薬剤 170
3 薬剤性口内炎 172
4 歯肉出血 172
5 顎骨壊死 173
参考・引用書籍・文献・HP 174
索引 176

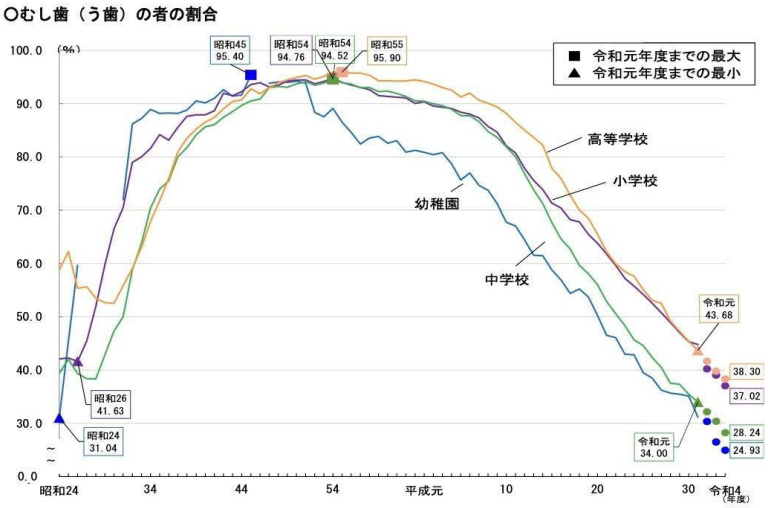


第１部

１章　口腔ケアから口腔健康管理へ

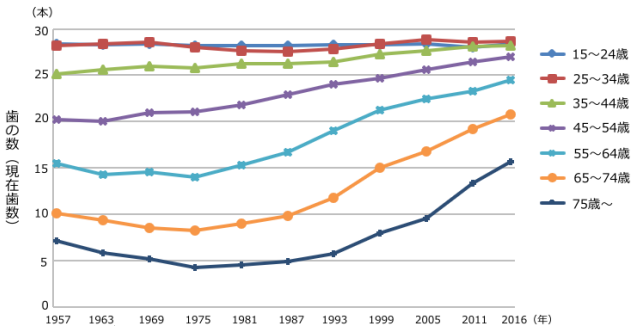
1　歯の健康状態推移

戦後 1950 年頃より徐々に砂糖の供給そして消費が回復するとともに子どものう蝕が増加し、高度成長期にあたる 1970 年代(昭和 45～54 年)は、子どものう蝕が社会問題の 1 つとなりました。当時の文部省による「むし歯予防推進事業」、フッ化物応用の普及などで、歯の予防に関する意識が向上していき、その結果 1990 年代(平成 2～11 年)には学校基本調査による児童生徒のう歯罹患率が大きく減少しています。

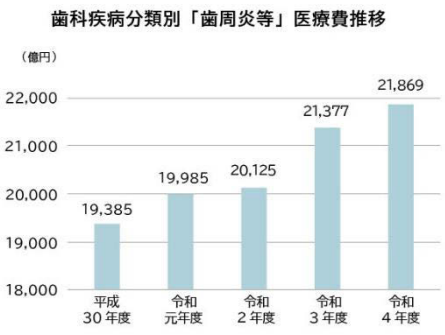


注：幼稚園については、昭和27～30年度及び昭和46年度は調査していない。

歯周疾患に関しては、1989 年(平成元年)からの 8020 運動より高齢者の残存歯が増加していることから、歯周病罹患歯も増加している可能性が示唆されています。しかし、若年者の歯肉に炎症所見を有する者の割合は減少しており、将来的には歯周疾患率は低下していくものと考えられます。



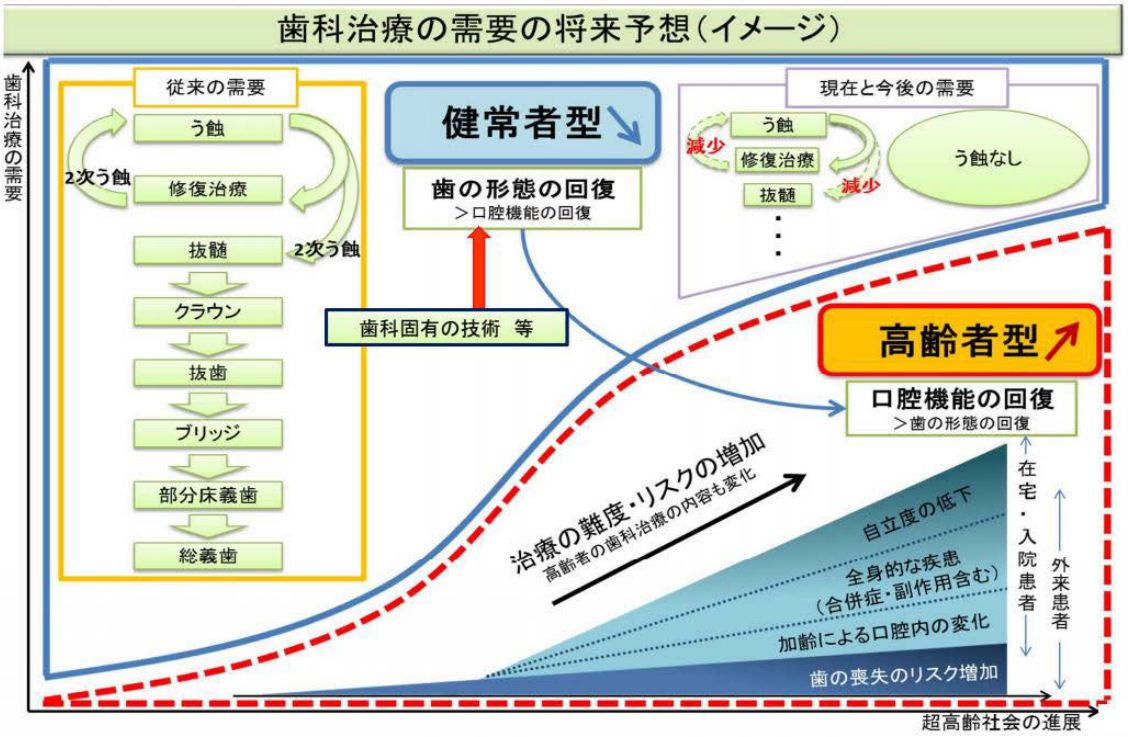
〈出典〉厚生労働省「歯科疾患実態調査」



厚生労働省：「歯科医療費(電算処理分)の動向～令和4年度版～」

2　歯科医療の変化

う蝕が多かった時代の歯科医療は歯の形態の修復や補綴など器質的疾患の治療を中心に行われてきました。しかし、今後は健常者が「歯の形態の回復」を行う歯科治療から、高齢者の「口腔機能の回復」を行う治療の需要が増加する見込みが 2013 年（平成 25 年）に示されました。



厚生労働省中医協 H25.7　歯科医療について資料 1

そして、2018 年（平成 30 年）の診療報酬改定の際、「口腔機能発達不全症」と「口腔機能低下症」などの機能的疾患病名が保険収載され、これからの歯科医療の流れは口腔機能重視に向いていることが明らかになりました。

近年では咀嚼障害や構音不全など機能的疾患の治療も重視されるようになり、歯科医療体制も治療中心型（健常者型）から治療・管理・連携型（高齢者型）へと移行しつつあります。このような流れの中で歯科衛生士が担う口腔機能管理の役割や在宅での口腔健康管理が重要になります。

3　口腔ケアと口腔健康管理

東京歯科大学名誉教授　真木吉信先生は「なぜ、専門用語を「口腔ケア」から「口腔健康管理」に変えるのか？」(2020 年,老年歯学第35巻第1号 P.4)で、以下のように示されました。

口腔ケアと口腔健康管理

「口腔ケア」は口腔清掃を主とした口腔環境の改善を表す用語として，看護・介護分野をはじめとして一般によく用いられてきた。しかし，歯科医療職のなかでは，これに摂食嚥下などの口腔機能の回復や維持・増進をめざした行為すべてを含むものとして使用することもあり，定義づけることは容易ではなかった。

一方で，「口腔ケア」の用語は日本口腔ケア協会株式会社が譲渡制限権利者として商標登録していることも事実で(商標登録番号:4568672)，学術用語として位置づけることに疑問があった 3）。

このような状況から日本老年歯科医学会は日本歯科医学会の学術用語委員会と連携を取り，2016 年 3 月発行の老年歯科医学用語辞典(第 2 版) 3)において，「口腔ケア」は口腔環境と口腔機能の維持・改善を目的としたすべての行為をさす一般用語と位置づけた。学術用語としては，口腔清掃を含む口腔環境の改善など口腔衛生にかかわる行為を「口腔衛生管理」，口腔の機能の回復および維持・増進にかかわる行為を「口腔機能管理」とし，この両者を含む行為は「口腔健康管理」と定義した。いずれもセルフケア，コミュニティケアおよびプロフェッショナルケアの総称である。したがって，口腔衛生管理には，ブラッシング，機械的歯面清掃(PTC, PMTC)，歯石除去，フッ化物や抗菌薬の応用などが含まれる。口腔機能管理には，摂食機能療法，嚥下体操，舌のストレッチ訓練などがある(図 1)。

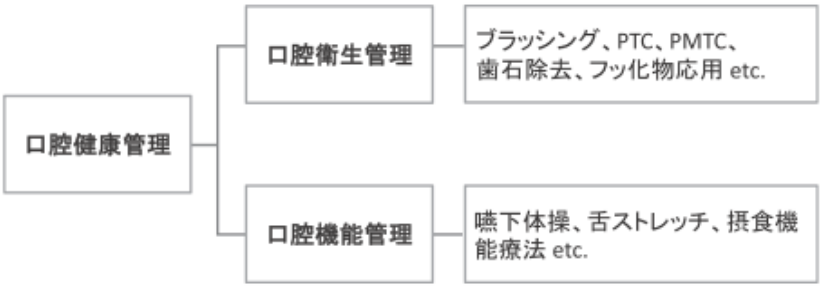


図 1　口腔健康管理の概要

4　口腔衛生管理と口腔機能管理の違い



口腔衛生管理は歯科衛生士が日常行っている業務ですが、口腔機能管理は口腔の機能の回復および維持・増進にかかわる行為です。診療所では口腔衛生管理が中心ですが、訪問歯科の現場、特に高齢者福祉施設、病院、在宅介護などでは患者さんの口腔機能維持・回復のために携わる機会が多くなります。

ここで、口腔健康管理と口腔機能管理で実際に行う行為の特徴を整理してみます。

	口腔健康管理上の行為	口腔機能管理上の行為
対象	組織（歯・歯肉・粘膜など）	運動器（筋肉など）
病態の確認	目で確認できる	目で確認できない（動きで確認）
診断	容易	難しい
療法	処置	指導・訓練
療後の経過	良好	不明
数値化	できる	しにくい

例えば、患者さんの口内清掃の目的で歯科衛生士がブラッシングをした場合口腔衛生管理の行為が行われていますが、口腔内に物理的な力を加えるため歯肉へのマッサージ、唾液腺の刺激、舌ストレッチなど意図をしなかった効果があります。このようなことから、衛生管理と機能管理は明確に区別するのが難しいと感じます。

しかし、歯科衛生士がブラッシングをする際口腔機能管理を意識して行った場合は、歯肉へのブラッシングが丁寧に行われるし、舌ストレッチを意識したブラシの使い方をするでしょう。

このように、歯科衛生士がプロケアや指導・訓練に携わる際、行為の目的を明確に意識することで、衛生管理と機能管理が同時に満たされる行為が可能になります。

ただし、口腔機能管理上の行為は、口腔内以外の筋肉や組織も対象になることがあります。その場合は PT や ST、OT などリハビリテーション専門職と協働することも必要になります。また、筋肉の機能の変化は目で確認しにくく、数値化がしにくい特徴があるので、できる限り可動域や動きの程度など数値化をして指導・訓練の目標や評価に生かすことが大切です。

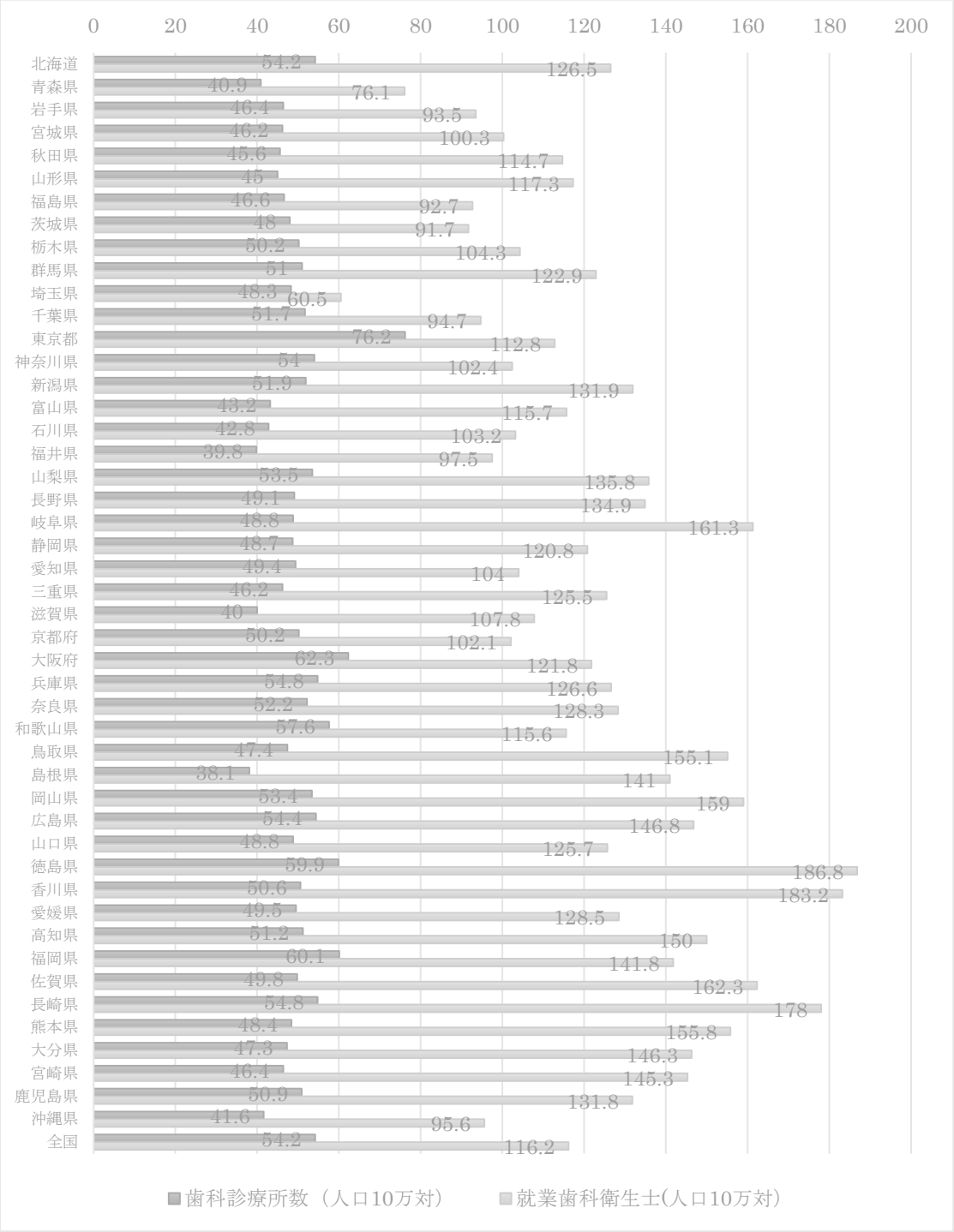


第１部

2章　訪問歯科の制度

1　訪問歯科診療の現状

①都道府県別歯科診療所数と就業歯科衛生士人数（人口 10 万人対）



厚生労働省　歯科保健医療に関するオープンデータ（令和 4 年度）より作成

令和 4 年度の全国の歯科診療所は 67,755 施設ありました。最も多いのは東京都（人口 1400 万人）で 10,696 施設、最も少ないのは島根県（人口 66 万人）で 251 施設でした。島根県の人口は東京都足立区より少ないことからわかるように、都道府県の人口に大きな偏りがあるため単純比較ができません。そこで、人口 10 万人あたりの施設数を比較したのが前ページの表です。これをみると、都市部は診療所数が多い傾向にあることがわかります。

令和4年度の全国の就業歯科衛生士の数は 14 万 5 千人でした（有資格者数 31 万 4 千人）。人口 10 万人あたりの歯科衛生士の数をみると、圧倒的に徳島・香川県が多いほか、西日本に多い傾向があります。東日本は少なく歯科衛生士は、西高東低であることがわかります。

ここで、虫歯ある幼児（3 歳児）の割合のワースト 5 とベスト 5 のデータを示します。

虫歯のある幼児（3 歳児）の割合　ワースト 5（R2）

青森県	20.65%
沖縄県	19.73%
秋田県	18.81%
長崎県	18.66%
熊本県	18.37%

虫歯のない幼児（3 歳児）の割合　ベスト 5（R2）

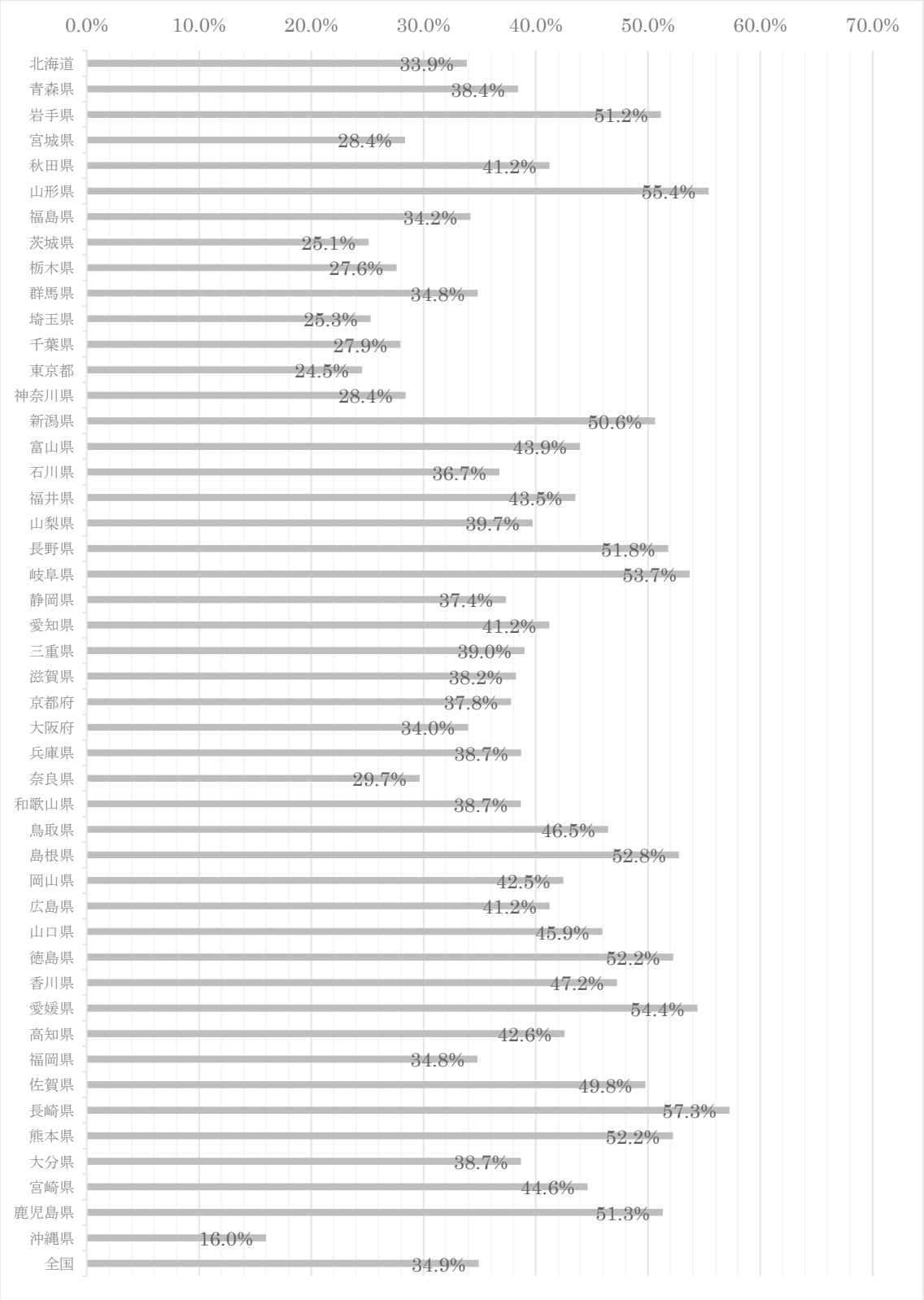
東京都	7.18%
愛知県	7.63%
新潟県	8.36%
鳥取県	8.69%
岐阜県	8.69%

厚生労働省　歯科保健医療に関するオープンデータ（令和 4 年度）より作成

最も多い青森県と最も少ない東京都の間には 13.5%も差があります。国立保健医療科学院の研究※によると、第三子以降の幼児、祖父母と同居、保護者喫煙、卒乳が1歳6ヵ月以降、甘い飲料を週4日以上、甘いおやつを1日2回以上与えている場合、歯科保健情報が住民に行き届きにくい地域にう蝕幼児が多いことが示されています。※歯科疾患の地域差の検討：国立保健医療科学院 2008,相田ほか

このように地域によって歯科の保健に対する差が生じているのが日本の現状です。では、次に訪問歯科の現状をみてみます。

②都道府県別在宅サービス提供歯科診療所割合（R2）

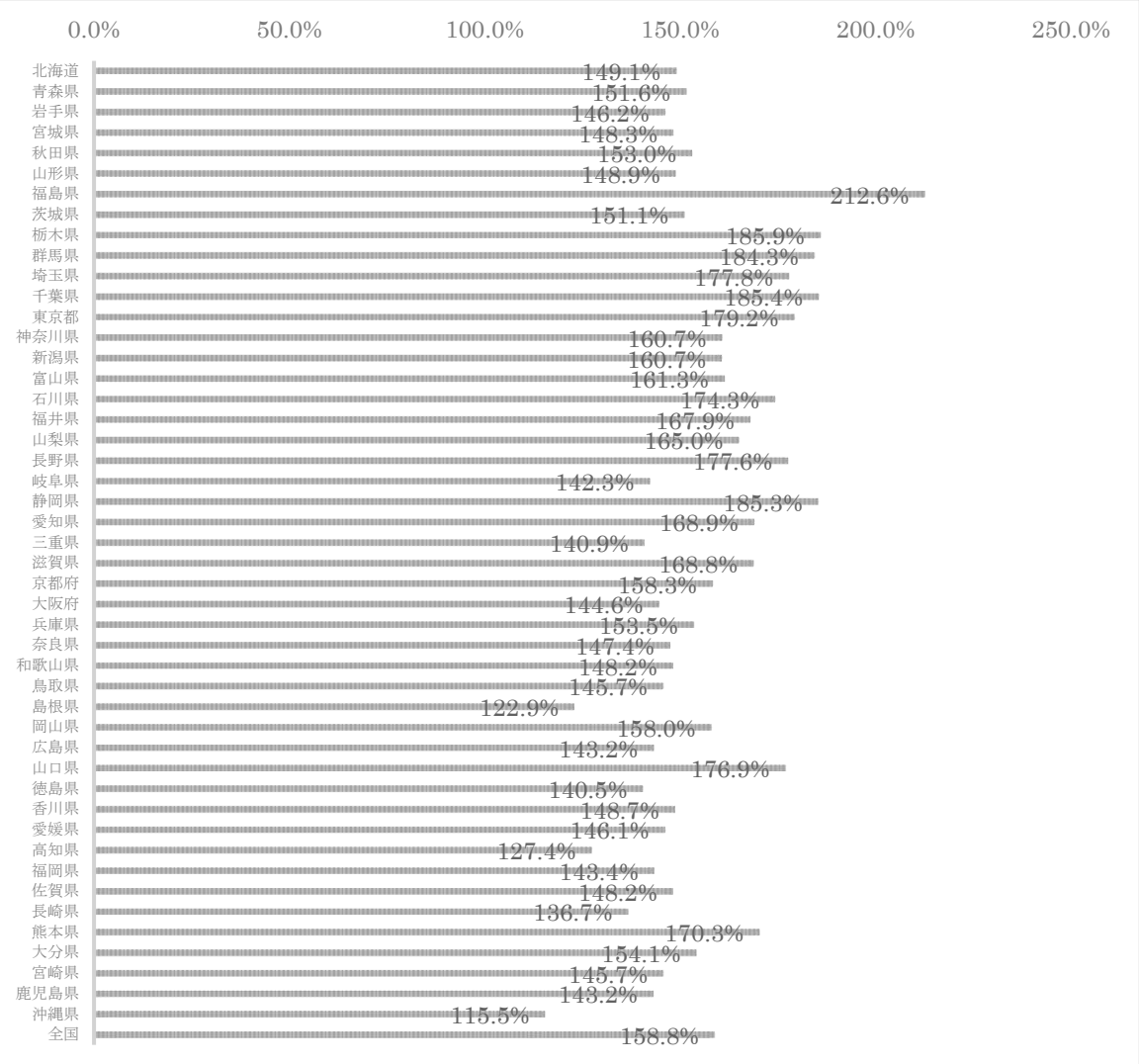


厚生労働省　歯科保健医療に関するオープンデータ（令和４年度）より作成

在宅サービス提供診療所割合の全国平均は 34.9%です。全国の約 3 分の 1 の診療所が在宅サービスを実施しています。ところが、都道府県別にその割合をみると大きな差があります。最も低いのは沖縄県で 16.0%。最も高いのは長崎県で 57.3%。その差は 41.3%もあることがわかります。

次にH29(2017)年からR2(2020)年の 3 年間で在宅サービスを提供する歯科診療所割合がどのくらい変化したかみてみます。

③都道府県別在宅サービス提供歯科診療所数増加率(H29-R2)



厚生労働省　歯科保健医療に関するオープンデータ(令和 4 年度)より作成

この 4 年間で在宅サービス提供歯科診療所数が全国で 1.5 倍になったことがわかります。中でも福島県は 2 倍以上になっており、関東甲信越地区が高い伸び率を示しています。それでは、このように訪問歯科診療が増加している背景をみてみます。

2　在宅医療を推進する背景

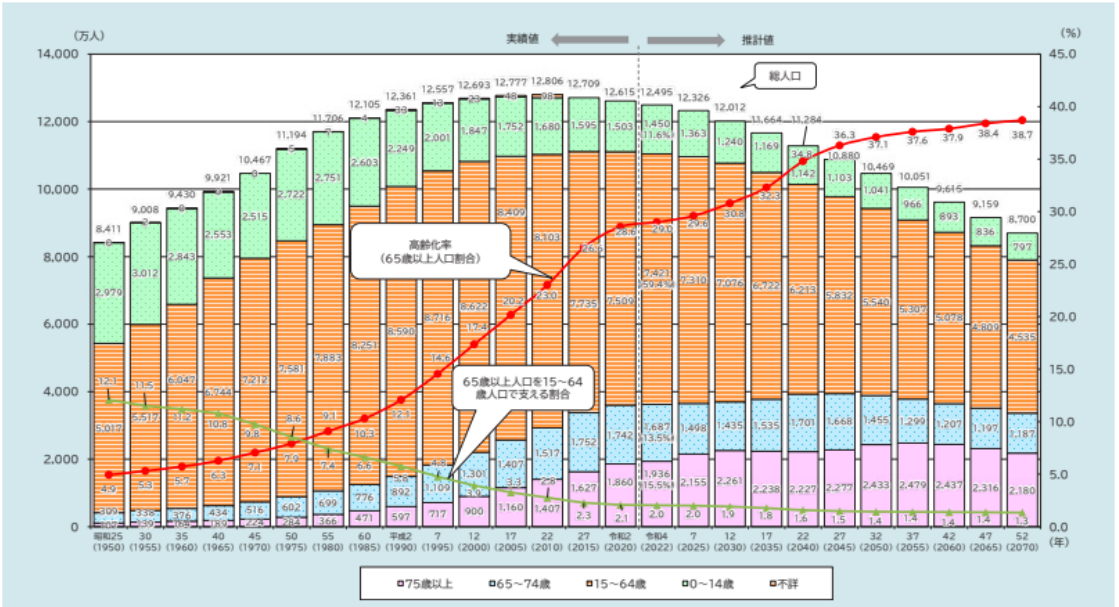
1)超高齢社会

2023 年日本の総人口は 1 億 2435 万人になり 12 年連続の減少になりました。65 歳以上の高齢者の人口比は過去最高の 29%になりました。2040 年の高齢化率は 35%、2070 年には 39%と予測されています。

令和5年の将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)では、2031 年に 1 億 2000 万人を下回り 2056 年に 1 億人を下回り、2070 年は 8700 万人になると推計しています。

心身の機能が低下し通院が困難な高齢者が増加することが予想され、重症化予防や健康管理を図る上で在宅医療の提供が重要になってきます。

図1－1－2　高齢化の推移と将来推計



資料：棒グラフと実線の高齢化率については、2020年までは総務省「国勢調査」(2015年及び2020年は不詳補完値による。)、2022年は総務省「人口推計」(令和４年10月１日現在（確定値))、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和５年推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

(注1) 2015年及び2020年の年齢階級別人口は不詳補完値によるため、年齢不詳は存在しない。2022年の年齢階級別人口は、総務省統計局「令和２年国勢調査」(不詳補完値）の人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。2025年以降の年齢階級別人口は、総務省統計局「令和２年国勢調査　参考表：不詳補完結果」による年齢不詳をあん分した人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。なお、1950年～2010年の高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。ただし、1950年及び1955年において割合を算出する際には、(注2）における沖縄県の一部の人口を不詳には含めないものとする。

(注2) 沖縄県の昭和25年70歳以上の外国人136人（男55人、女81人）及び昭和30年70歳以上23,328人（男8,090人、女15,238人）は65～74歳、75歳以上の人口から除き、不詳に含めている。

(注3) 将来人口推計とは、基準時点までに得られた人口学的データに基づき、それまでの傾向、趨勢を将来に向けて投影するものである。基準時点以降の構造的な変化等により、推計以降に得られる実績や新たな将来推計との間には乖離が生じうるものであり、将来推計人口はこのような実績等を踏まえて定期的に見直すこととしている。

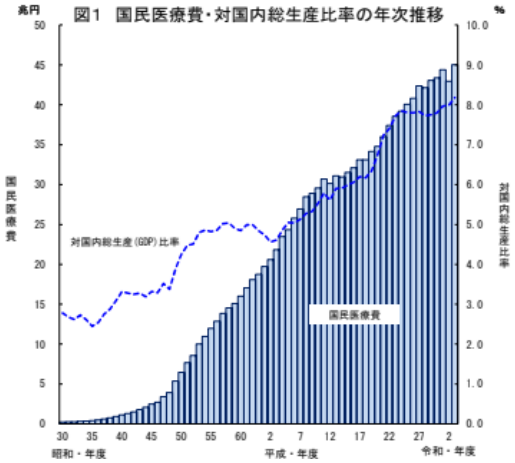
(注4) 四捨五入の関係で、足し合わせても100.0%にならない場合がある。

厚生労働省　令和４年度国民医療費の状況より

2)国民医療費の推移

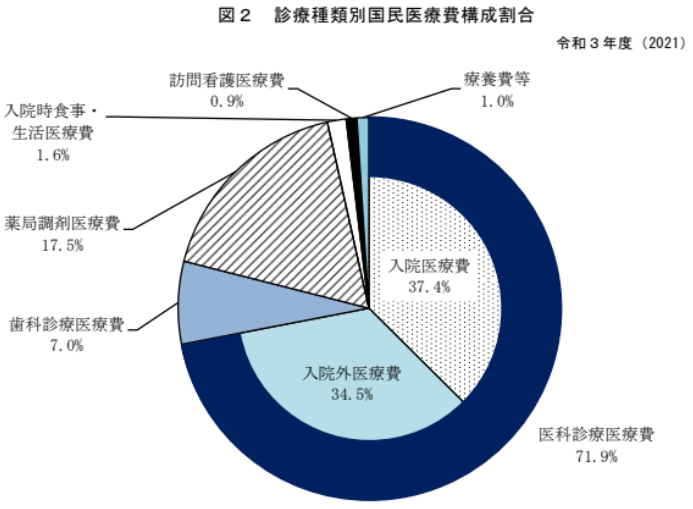
厚生労働省の国民医療費の概況によると、令和 3 年度の国民医療費は約 45 兆円で、人口 1 人当たりの国民医療費は 35 万 8800 円でした。

結果の概要



厚生労働省　令和 3 年度国民医療費の状況より

また、内訳は、医科入院医療費が 16 兆 9 千億円、医科入院外医療費が 15 兆 5 千億円、歯科診療医療費は 3 兆 1 千億円、薬局調剤医療費は 7 兆 9 千億円でした。



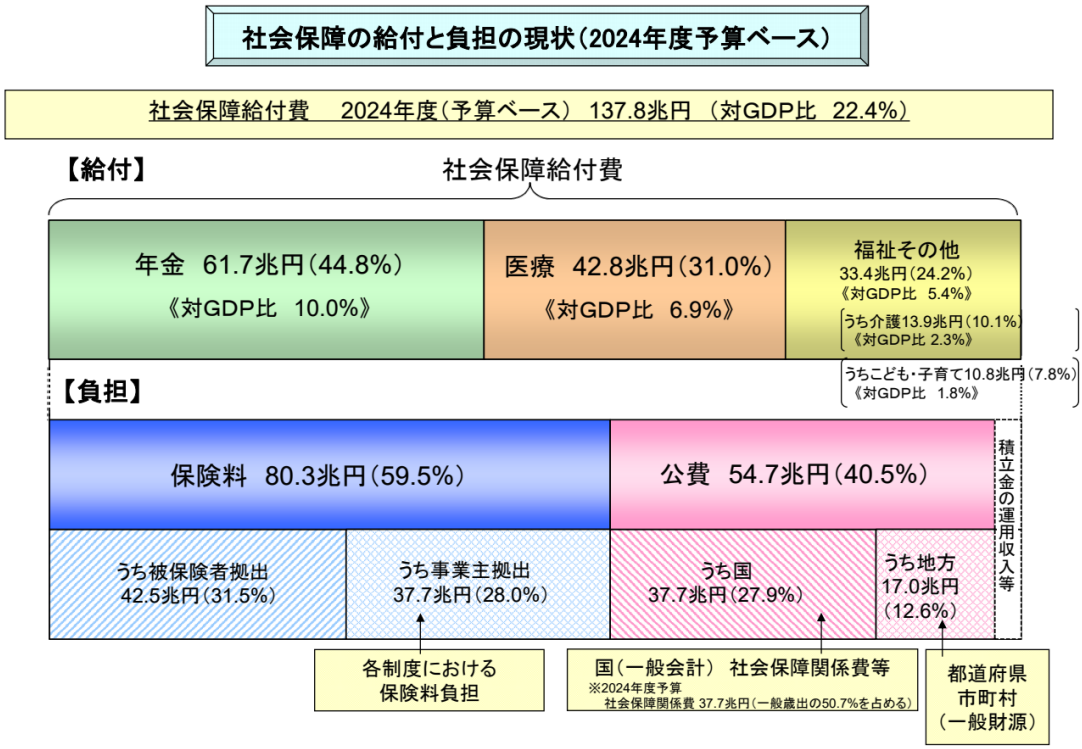
厚生労働省　令和 3 年度国民医療費の状況より

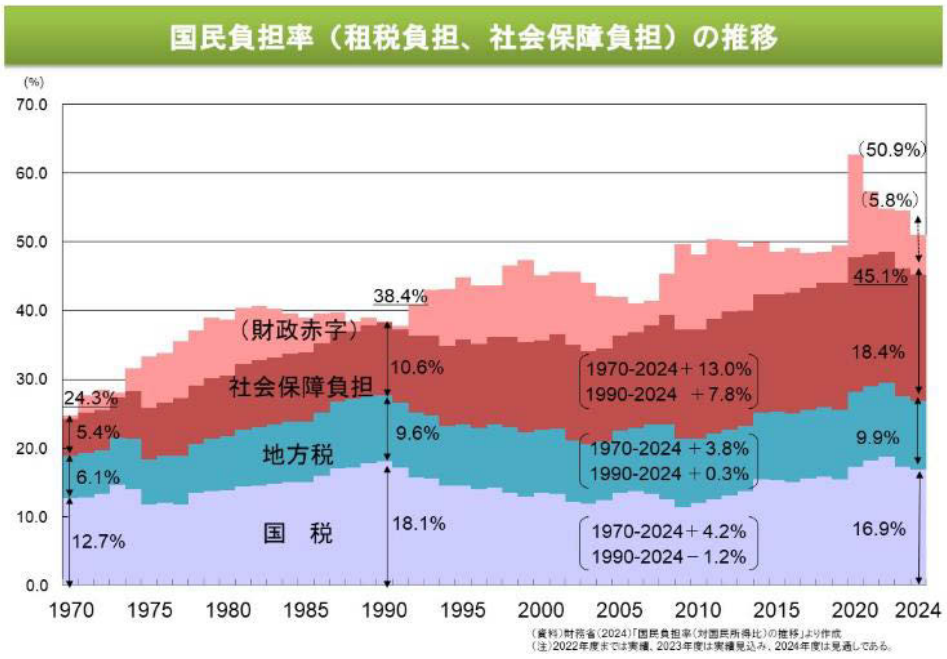
このように、国民医療費は増え続ける傾向にあり、最も多いのは医科の入院医療費であることがわかります。

医科入院医療費は 37%、医科入院外医療費は 35%、そして、歯科診療医療費は全医療費の 7%です。

3)増える社会保障費

令和６年度の予算ベースでは、社会保障費は137.8兆円になっています。今後、高齢者が増加するのでこのままでは社会保障給付費は増大します。ところが、保険料を負担する現役世代は減少しているので現役世代の保険料負担が増加します。将来、収入は減るのに支出が増える状態になることがはっきりしているため、今のうち対策を立てなくてはなりません。



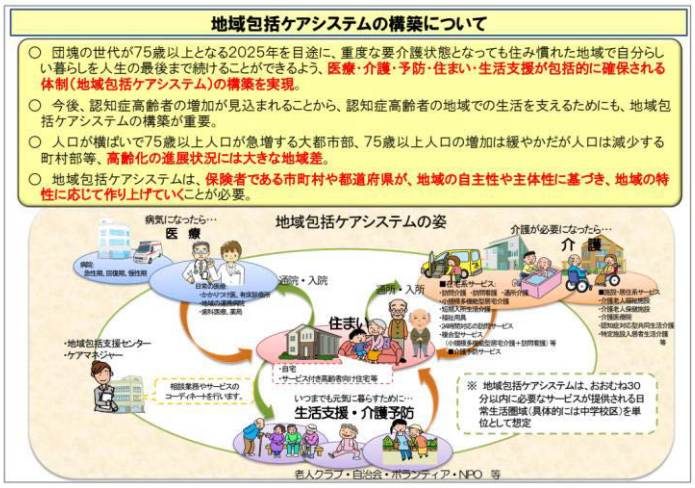


厚生労働省　令和６年度予算ベース　社会保障の給付と負担の現状より

＜健康で住み慣れた地域で、暮らし続けることができる社会づくり＞

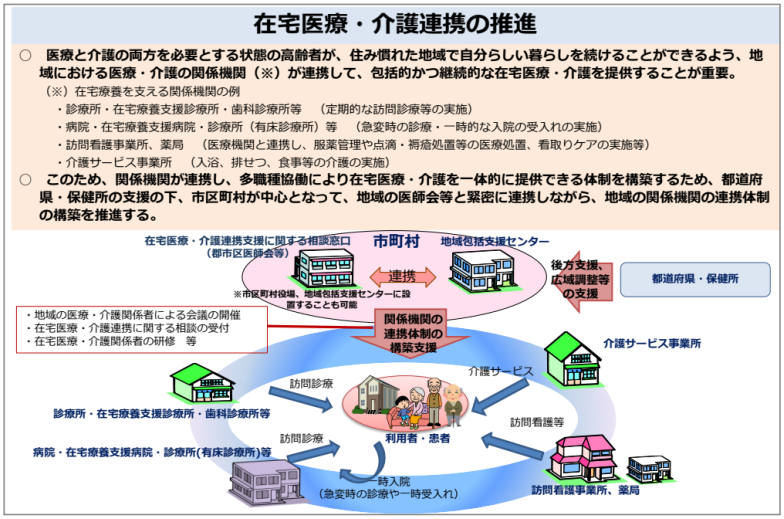
これらの課題を解決するため、国は、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を行っています。

健康寿命を延ばすと、介護費や医療費が削減できるのは確かですが、決してそれだけではなく、高齢者になっても健康で、人や社会とのつながりを絶やさず、生きがいをもって前向きに暮らせる地域作りを目指しているわけです。



在宅医療･介護連携推進事業の手引き ver.3（厚生労働省老健局老人保健課　令和２年）より

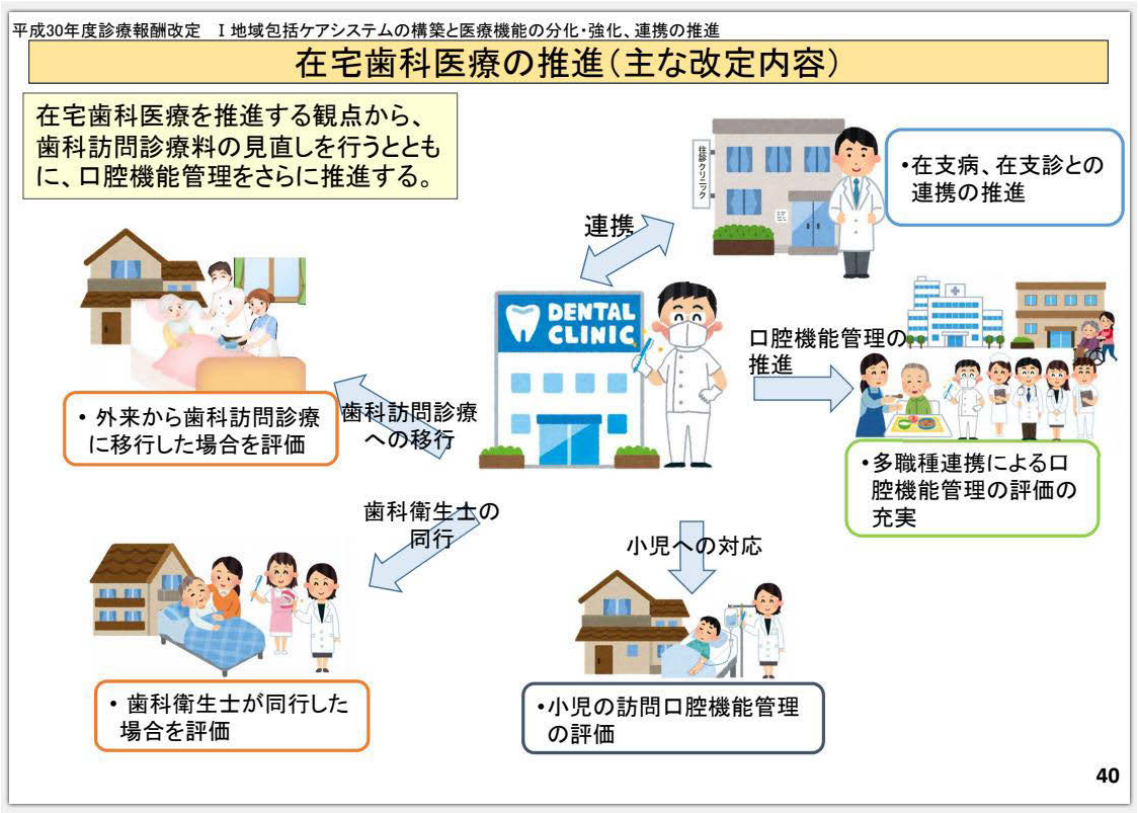
このケアシステムでは、地域の医療・介護関係機関の連携が不可欠です。包括的で継続的な在宅医療や介護を一体的に提供できる体制の構築を目指して在宅医療・介護連携推進事業が進められています。



在宅医療･介護連携推進事業の手引き ver.3（厚生労働省老健局老人保健課　令和２年）より

＜在宅歯科医療の推進＞

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるような、地域包括ケアシステムの実現に向けて、H30 の診療報酬改定では、在宅歯科医療の推進が図られました。



在宅医療･介護連携推進事業の手引き ver.3（厚生労働省老健局老人保健課　令和 2 年）より

3　訪問歯科の基本的枠組み

保険診療における歯科訪問診療についての基本的な考え方を、日本老年歯科医学会が策定している「在宅歯科医療の基本的考え方 2022」を交えて解説をします。

（基本的概念）

訪問診療とは、長期的な医療計画のもとに実施され、外来医療とは異なる診療です。一方、往診は、依頼時のみ実施される緊急対応で外来診療の延長線上に位置します。

在宅歯科医療は、地域の「かかりつけ歯科」が担当することが望ましいとしています。

（対象患者）

1）疾病・傷病のため通院が困難、又はこれに準じる状態（心身や家族・介護者の支援状況、生活・療養状態などを勘案）であることが必要です。

2）自宅や宿泊施設での療養を余儀なくされている患者や希望している感染症関連患者が対象になります。

3）患者の求めに応じて訪問の同意を得ている、または継続的な歯科治療が必要と認められる患者の同意を得ていることが必要です。

（「場」と「環境」）

在宅歯科医療の場は、対象患者の「生活の場（居宅や病院、介護施設、障害福祉施設等）」の屋内で実施します。

「生活の場」は、衛生レベルが低いものになるのでレベルに応じた適切な診療範囲の決定をします。また、状況に応じた感染予防策を講じます。

歯科訪問で保険診療ができる要件

○診療所から 16km 以内（離島や過疎地などは例外あり）
○病院で行う場合は、訪問先の病院が「歯科・歯科口腔外科・小児歯科・矯正歯科のいずれも標榜していないこと」（周術期口腔機能管理については例外あり）
○デイサービス（通所介護）・デイケア（通所リハビリテーション）など通所施設でないこと
○居宅や施設内などの屋内で実施する（屋外や訪問診療車などに移動して診療不可）

（歯科医療従事者）

「外来診療」「感染予防」「多職種連携」に関する知識・技能・態度を習得している必要があります。

（対応の範囲）

1）診察

十分な医療面接が困難な場合も想定し、患者や家族だけでなくケアマネジャーや主治医、訪問看護など多職種連携による情報共有が重要になります。また、オンライン診療の活用なども検討します。

2）検査

最低限の生体モニタや迅速検査ツールが必要になります。検査のための診療所もしくは病院への搬送、入院も必要に応じて導入します。

3）処置

処置の範囲と内容は、状況に応じた安全で確実なものを第一に考えます。処置による飛沫などの曝露に注意し、リスクに応じた感染予防対策を実施します。

4）手術

全身状態を管理し感染予防策も考慮した上で行う、普通抜歯や消炎処置等が一般的な対応範囲です。

5）投薬

本人や家族等の服薬管理能力を把握し、服薬支援を実施することが必要です。またできる限り処方箋を発行し、かかりつけ薬剤師による一元管理が行われるようにします。

6）医学管理

医学管理には口腔衛生管理と口腔機能管理が含まれ、多職種との連携が必要です。

介護保険の居宅サービスを利用する患者は、居宅療養管理指導が優先されます。

介護保険施設等では、施設職員へ助言・指導等の口腔健康管理に係る体制の構築や入所者に対する口腔衛生管理の提供を行います。

口腔疾患の予防のみならず、肺炎や気道感染の予防に努めます。

7）リハビリテーション

主に、栄養や発語の回復・維持を目的とした口腔清掃、食事・呼吸・発声などに関する動作や姿勢のリハビリテーションを行います。特に本人や介護者が継続実施可能な方法を検討して提供し、定期的な評価を行います。

（連携）

地域の医療・介護・福祉関係機関と密に連携します。

地域の在宅歯科医療専門歯科は、かかりつけ歯科医と連携します。

（緊急時対応）

1）診療中の急変は、救急搬送を依頼し可能な限りの対応を行います。

2）生命に関わる歯科疾患に関しては、医科主治医や後方支援病院と密に連携をとります。

4　訪問歯科に関わる福祉・保険制度

※令和 6（2024）年時点での制度を説明しています。

①訪問歯科診療に関わる福祉・保険

訪問歯科に関わる福祉・保険には、以下のものがあります。

	一般健康保険	後期高齢者	介護保険	障害者	障害児	生活保護
対象	3 割負担	75 歳以上	65 歳以上の高齢者 40 歳以上 65 歳未満の特定疾患患者※	65 歳未満の障害者	18 歳未満の障害児	受給者
原則的自己負担割合	6 歳未満と 70～74 歳 2 割	1 割負担	1 割負担	1 割負担	1 割負担	0円

※特定疾患：末期がん、関節リウマチ、筋萎縮性側索硬化症（ALS）、後縦靱帯骨化症、骨折を伴う骨粗しょう症、初老期における認知症、進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症、多系統萎縮症、糖尿病性神経障害・腎症・網膜症、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患、両側の膝関節・股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

②歯科衛生士が行う処置・指導等

実際に歯科衛生士が訪問して行う診療補助や処置・指導は、以下の通りです。

歯科訪問診療補助	医療保険	歯科衛生士が歯科医師と同行し行う歯科訪問診療補助
訪問歯科衛生指導	医療保険	歯科医師の指示に基づき、患者の口腔内の清掃、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導
摂食機能療法	医療保険	診療計画書に基づき、歯科医師の指示の下に行う摂食機能訓練指導
在宅等療養患者専門的口腔衛生処置	医療保険	歯科医師の指示を受け、専門的口腔清掃処置を行う
歯科衛生士等 居宅療養管理指導	介護保険 要介護	歯科医師と歯科衛生士が共同して管理指導計画を作成し、歯科衛生士等が利用者を訪問して実地指導を行う
歯科衛生士等介護予防 居宅療養管理指導	介護保険 要支援	歯科医師と歯科衛生士が共同して管理指導計画を作成し、歯科衛生士等が利用者を訪問して実地指導を行う

③介護保険制度

高齢者や特定疾患患者を対象とした訪問の場合、内容や訪問先により介護保険の適用になる場合があります。

1)「訪問診療(診察や治療)」は、訪問先に関わらず全て医療保険になります。
2)「管理指導」は、「介護認定」された利用者の「居宅」に訪問した場合のみ介護保険が適用されます。ですので、介護認定されていても、福祉施設や病院に訪問した場合は医療保険になります。

<table>
<tr><td>訪問先(福祉施設等)</td><td colspan="3">訪問先(居宅等)</td></tr>
<tr><td>病院
介護老人保健施設(老健)
特別養護老人ホーム(特養)
介護医療院
地域密着型介護老人福祉施設
短期入所療養介護(ショートステイ)
短期入所生活介護(ショートステイ)</td><td colspan="3">自宅
有料老人ホーム
軽費老人ホーム(ケアハウス)
認知症対応型共同生活(グループホーム)
養護老人ホーム
サービス付き高齢者向け住宅
小規模多機能型居宅介護(宿泊のみ)
介護予防認知症対応型共同生活介護(宿泊のみ)
複合型サービス(宿泊のみ)　など</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療保険
訪問歯科衛生指導・摂食機能療法
在宅等療養患者専門的口腔衛生処置</td><td>介護認定なし</td><td>要支援</td><td>要介護</td></tr>
<tr><td>医療保険</td><td>介護保険
介護予防居宅療養管理指導</td><td>介護保険
居宅療養管理指導</td></tr>
</table>

介護保険制度は日本の高齢化に対応するため 2000 年に創設されました。40 歳になった月から介護保険料を徴収し、介護サービスを利用した場合、費用の 1～3 割を自己負担します。

保険料を徴収し保険を支払う「保険者」は、特別区・市町村です。保険料を支払う「被保険者」は 40 歳以上の者になります。

40～65 歳未満で医療保険加入者を第 2 号被保険者、65 歳以上の者を第 1 号被保険者といいます。介護保険の給付を受けることができるのは、第 1 号被保険者のうち要介護・支援認定を受けた者と第 2 号被保険者のうち特定疾病のために介護が必要になり市町村から認定された者です。

要介護度・支援度によって、利用できるサービスの量(支給限度額)が異なります。(2024 年 7 月現在)

要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
50,320 円	105,310 円	167,650 円	197,050 円	270,480 円	309,380 円	362,170 円

ケアマネジャーは、この限度額以内で利用者や家族のニーズを満たすケアプランを立てていきます。

居宅療養管理指導は介護保険の支給限度額の対象にはならないため、必要に応じて利用することができます。ただし、算定する場合は利用者の担当ケアマネジャーにケアプランの情報提供を行います。

④障害福祉サービス

「障害福祉サービス」は、介護の支援を受ける場合には「介護給付」、訓練等の支援を受ける場合は「訓練等給付」に位置づけられています。◎がついたサービスは障害児も利用することが可能です。

＜介護給付＞

居宅介護（ホームヘルプ）◎	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
重度訪問介護	重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により、行動上著しい困難を有する人で常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。2018（平成30）年4月より、入院時も一定の支援が可能となりました
同行援護◎	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人に、移動に必要な情報の提供（代筆・代読を含む）、移動の援護等の外出支援を行います。
行動援護◎	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援や外出支援を行います。
重度障害者等包括支援◎	介護の必要性がとても高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行います
短期入所（ショートステイ）◎	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います
療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の支援を行います
生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します
障害者支援施設での夜間ケア等（施設入所支援）	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行います

＜訓練等給付＞

自立訓練	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行います。機能訓練と生活訓練があります
就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います
就労継続支援（A型＝雇用型、B型＝非雇用型）	一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。雇用契約を結ぶA型と、雇用契約を結ばないB型があります
就労定着支援	一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行います
自立生活援助	一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を行います
共同生活援助（グループホーム）	共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。また、入浴、排せつ、食事の介護等の必要性が認定されている方には介護サービスも提供します。さらに、グループホームを退居し、一般住宅等への移行を目指す人のためにサテライト型住居があります

＜相談支援＞

計画相談支援◎	障害福祉サービス等の申請に係る支給決定前に、サービス等利用計画案を作成し、支給決定後に、サービス事業者等との連絡調整等を行うとともに、サービス等利用計画の作成を行います。また、支給決定されたサービス等の利用状況の検証（モニタリング）を行い、サービス事業者等との連絡調整などを行います。
地域移行支援	障害者支援施設、精神科病院、保護施設、矯正施設等を退所する障害者、児童福祉施設を利用する18歳以上の者等を対象として、地域移行支援計画の作成、相談による不安解消、外出への同行支援、住居確保、関係機関との調整等を行います。
地域定着支援	居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行います。

＜地域生活支援事業＞

移動支援	円滑に外出できるよう、移動を支援します。
地域活動支援センター	創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流の促進を行う施設です。
福祉ホーム	住居を必要としている人に、低額な料金で、居室等を提供するとともに、日常生活に必要な支援を行います。

⑤障害児を対象としたサービス

障害児を対象とするサービスは、都道府県における「障害児入所支援」、市町村における「障害児通所支援」があります。一部、障害者総合支援に基づくサービスを利用することもできます。

＜障害児入所支援＞

福祉型障害児入所施設	施設に入所している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与を行います。
医療型障害児入所施設	施設に入所又は指定医療機関に入院している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与並びに治療を行います

＜障害児通所支援＞

児童発達支援・医療型児童発達支援	児童福祉施設として位置づけられる児童発達支援センターと児童発達支援事業の2類型に大別されます。様々な障害があっても身近な地域で適切な支援が受けられます
放課後等デイサービス	学校就学中の障害児に対して、放課後や夏休み等の長期休暇中において、生活能力向上のための訓練等を継続的に提供します。学校教育と相まって障害児の自立を促進するとともに、放課後等の居場所づくりを推進します
居宅訪問型児童発達支援	重度の障害等により外出が著しく困難な障害児の居宅を訪問して発達支援を行います
保育所等訪問支援	保育所等（※）を現在利用中の障害児、今後利用する予定の障害児に対して、訪問により、保育所等における集団生活の適応のための専門的な支援を提供し、保育所等の安定した利用を促進します。2018（平成30）年4月の改正により、乳児院・児童養護施設に入所している障害児も対象として追加されました。 （※）保育所、幼稚園、小学校、放課後児童クラブ、乳児院、児童養護施設等

＜障害児相談支援＞

障害児支援利用援助	障害児通所支援の申請に係る支給決定前に、障害児支援利用計画案を作成し、支給決定後に、サービス事業者等との連絡調整等を行うとともに、障害児支援利用計画の作成を行います。
継続障害児支援利用援助	支給決定されたサービス等の利用状況の検証（モニタリング）を行い、サービス事業者等との連絡調整などを行います。

5　歯科衛生士が関わる訪問診療等報酬例（令和 6 年）

ここでは、歯科衛生士が関わることができる保険診療の内容と点数例を挙げます。なお、診療報酬改定は基本的に 2 年に 1 回行われるためここに掲載している点数は目安として考えてください。改定は、国民のニーズ、社会環境の変化、医療関連の課題、社会保障制度などに対応するために、点数の改定、報酬項目の削除や新設、加算・減算、要件の変更などが行われます。

令和 6（2024）年は、医療保険と介護保険と障害福祉サービスのトリプル改定が行われました。

①歯科訪問診療補助加算

歯科衛生士が歯科医師と同行し、歯科訪問診療の補助を行った場合

	同一建物居住者以外	同一建物居住者
在宅療養支援歯科診療所又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	115 点	50 点
上記以外の歯科診療所等	90 点	30 点

②訪問歯科衛生指導料

歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が 20 分以上であった場合（患者1人につき、月4回に限る）

同一の建物に居住する患者数

		1 人	2～9 人	10 人以上
1 人に要した時間	20 分以上	362 点	326 点	295 点

③摂食機能療法

摂食機能障害を有する患者に対して、診療計画書に基づき、医師、歯科医師もしくは医師または歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士が訓練指導を行った場合

30 分以上（摂食機能障害を有する患者）	185 点
15 分以上 30 分未満（脳卒中の発症後 14 日以内の患者のみ）	130 点

④在宅等療養患者専門的口腔衛生処置

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃処置を行った場合（月1回に限る）

1口腔につき	130点

⑤歯科衛生士等居宅療養管理指導（介護保険）

歯科医師と歯科衛生士が共同して管理指導計画を作成し、歯科衛生士等が利用者を訪問して実地指導を20分以上行った場合（月4回に限る）

同一の建物に居住する患者数

		1人	2～9人	10人以上
1人に要した時間	20分以上	362点	326点	295点

⑥歯科衛生士等介護予防居宅療養管理指導（介護保険）

歯科医師と歯科衛生士が共同して管理指導計画を作成し、歯科衛生士等が利用者を訪問して実地指導を20分以上行った場合（月4回に限る）

同一の建物に居住する患者数

		1人	2～9人	10人以上
1人に要した時間	20分以上	362点	326点	295点



第１部

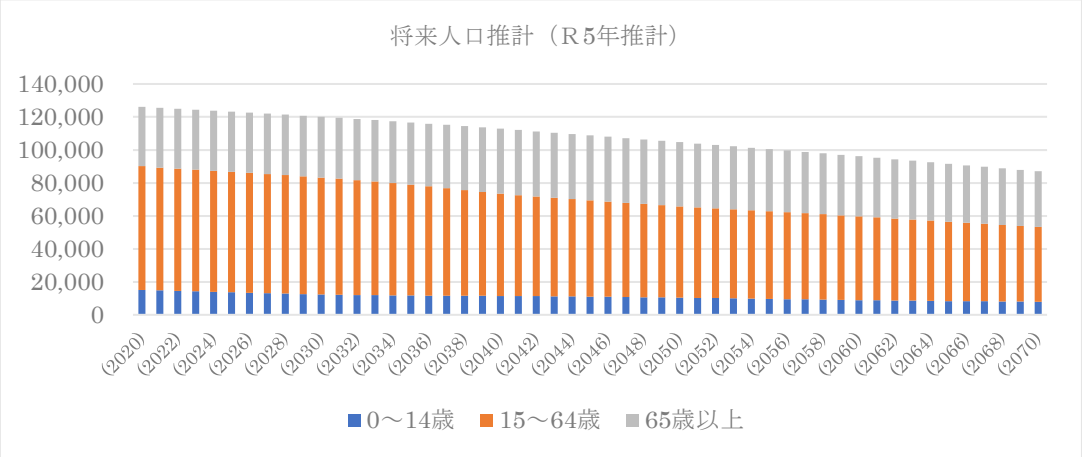
3章　介護保険制度

1　高齢化の現状と将来像

令和 5 年 10 月 1 日現在、わが国の総人口は 1 億 2,435 万人で、12 年連続で減少幅が拡大しています。65 歳以上の高齢者数は、3623 万人となり総人口に占める割合（高齢化率）が 29.1%になりました。

＜45 年後（2070 年）の日本＞

国立社会保障・人口問題研究所が令和 5 年に公表した「日本の将来推計人口」によると、2056 年に人口が 1 億人を下回り、2070 年には 8700 万人に減少します。2070 年の高齢化率は 38.7%に上昇します。また、65 歳以上人口のピークは 2043 年で 3953 万人になります。（出生中位、死亡中位推計）



国立社会保障・人口問題研究所：「将来人口推計令和 5 年」より作成

2070 年の高齢化率が 38.1%ということは、15～64 歳（生産年齢人口）の現役世代 1.3 人で 1 人の高齢者を支える時代の到来を意味します。また、75 歳以上の後期高齢者の総人口に対する割合は 25%になり、現役世代 2.1 人で 1 人の 75 歳以上の高齢者を支える社会になる見込みです。

	2030 年	2050 年	2070 年
0～14 歳人口（割合）	1240 万人（10%）	1041 万人（10%）	798 万人（9%）
15～64 歳人口（割合）	7076 万人（59%）	5540 万人（53%）	4535 万人（52%）
65 歳以上人口（割合）	3696 万人（31%）	3888 万人（37%）	3367 万人（39%）
75 歳以上人口（割合）	2261 万人（19%）	2433 万人（23%）	2180 万人（25%）
総人口	1 億 2012 万人	1 億 469 万人	8700 万人

国立社会保障・人口問題研究所：「将来人口推計令和 5 年」

＜25 年後(2050 年)の地域＞

2023 年(令和 5 年)の高齢化率は、最も高い秋田県で、39.0%、最も低い東京都で 22.8%ですが、2050 年には、最も高い秋田県は 49.9%、最も低い東京都で 29.6%に達すると見込まれています。

また、2050 年の高齢化率が神奈川県 35.0%、大阪府 36.6%、愛知県 34.5%、埼玉県 35.5%になるなど、高齢化は大都市圏を含めた全国的な広がりを見ることになります。

	令和5年(2023)					令和32年(2050)		高齢化率の伸び(ポイント)
	総人口(千人)	65歳以上人口(千人)	75歳以上人口(千人)	65歳以上人口割合(%)	75歳以上人口割合(%)	65歳以上人口割合(%)	75歳以上人口割合(%)	
北海道	5,092	1,681	915	33.0	18.0	42.6	27.2	9.6
青森県	1,184	417	221	35.2	18.7	48.4	31.1	13.2
岩手県	1,163	407	221	35.0	19.0	45.9	29.1	10.9
宮城県	2,264	662	344	29.2	15.2	39.4	24.0	10.2
秋田県	914	357	194	39.0	21.2	49.9	32.2	10.9
山形県	1,026	361	194	35.2	18.9	44.3	28.1	9.1
福島県	1,767	586	303	33.2	17.2	44.2	27.8	11.0
茨城県	2,825	865	460	30.6	16.3	40.0	25.2	9.4
栃木県	1,897	573	297	30.2	15.6	39.6	24.8	9.4
群馬県	1,902	589	322	30.9	16.9	40.0	25.5	9.1
埼玉県	7,331	2,012	1,116	27.4	15.2	35.5	22.1	8.1
千葉県	6,257	1,756	980	28.1	15.7	35.5	22.0	7.4
東京都	14,086	3,205	1,823	22.8	12.9	29.6	17.5	6.8
神奈川県	9,229	2,390	1,358	25.9	14.7	35.0	22.1	9.1
新潟県	2,126	720	391	33.8	18.4	43.2	27.3	9.4
富山県	1,007	333	191	33.1	19.0	41.4	26.6	8.3
石川県	1,109	338	189	30.5	17.1	38.3	24.5	7.8
福井県	744	235	128	31.5	17.3	40.3	25.5	8.8
山梨県	796	253	138	31.7	17.4	41.7	27.2	10.0
長野県	2,004	655	374	32.7	18.7	41.6	26.9	8.9
岐阜県	1,931	603	335	31.2	17.4	40.6	25.9	9.4
静岡県	3,555	1,101	609	31.0	17.1	39.6	25.2	8.6
愛知県	7,477	1,923	1,078	25.7	14.4	34.5	21.4	8.8
三重県	1,727	529	296	30.6	17.1	39.6	25.3	9.0
滋賀県	1,407	380	205	27.0	14.6	36.7	22.8	9.7
京都府	2,535	753	436	29.7	17.2	38.5	24.6	8.8
大阪府	8,763	2,424	1,407	27.7	16.1	36.6	23.2	8.9
兵庫県	5,370	1,609	906	30.0	16.9	39.5	25.3	9.5
奈良県	1,296	423	239	32.6	18.5	43.3	28.6	10.7
和歌山県	892	305	172	34.2	19.3	43.7	28.5	9.5
鳥取県	537	179	97	33.3	18.1	40.9	25.6	7.6
島根県	650	227	128	35.0	19.7	39.7	24.8	4.7
岡山県	1,847	573	327	31.0	17.7	37.8	23.8	6.8
広島県	2,738	825	465	30.1	17.0	37.4	23.6	7.3
山口県	1,298	459	260	35.3	20.0	42.3	27.0	7.0
徳島県	695	246	134	35.3	19.3	44.8	28.8	9.5
香川県	926	301	169	32.6	18.2	39.7	24.9	7.1
愛媛県	1,291	441	244	34.2	18.9	43.0	27.4	8.8
高知県	666	242	138	36.3	20.7	45.6	29.5	9.3
福岡県	5,103	1,452	778	28.5	15.2	35.1	21.3	6.6
佐賀県	795	252	132	31.7	16.6	39.3	24.4	7.6
長崎県	1,267	435	231	34.3	18.2	43.4	27.9	9.1
熊本県	1,709	552	298	32.3	17.4	38.8	24.3	6.5
大分県	1,096	375	206	34.2	18.8	40.5	25.5	6.3
宮崎県	1,042	351	188	33.7	18.0	40.8	25.6	7.1
鹿児島県	1,549	524	275	33.8	17.8	41.2	25.8	7.4
沖縄県	1,468	350	166	23.8	11.3	33.6	20.4	9.8

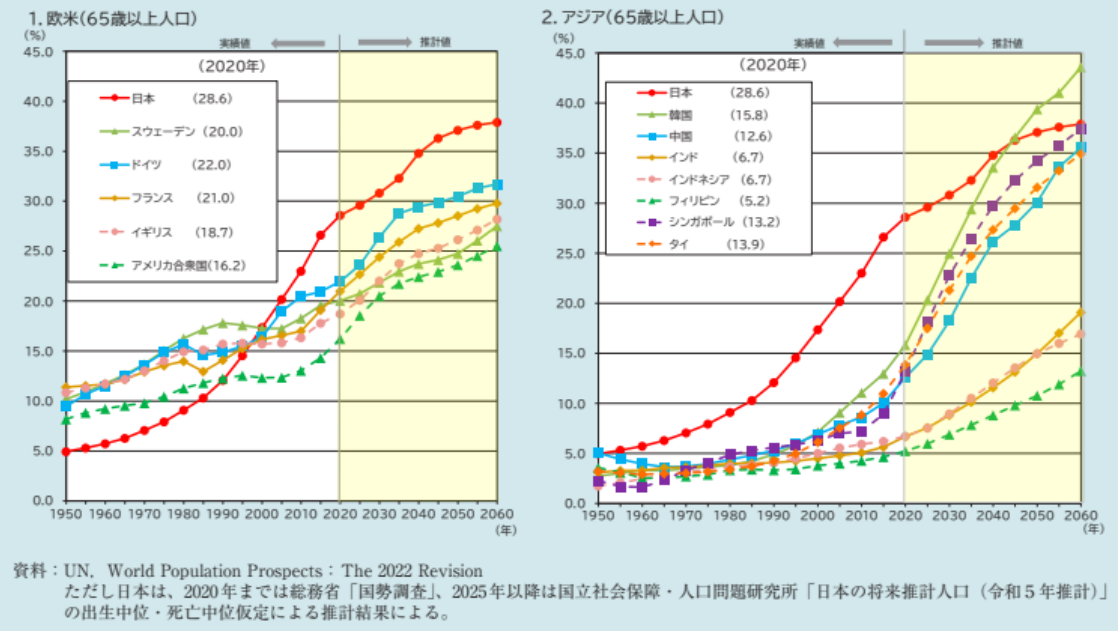
資料：令和5年は総務省「人口推計」、令和32年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」

内閣府「高齢社会白書令和 6 年度版(地域別に見た高齢化　表 1-1-10)」

＜世界の高齢化＞

高齢化率　7%～14%未満を「高齢化社会」、14%～21%未満を「高齢社会」、21%以上を「超高齢社会」に区分すると、日本は、2007 年に例をみないスピードで超高齢社会になりました。

2020 年に 78 億 4000 万人だった世界人口は、2060 年に 100 億 6800 万人になると見込まれています。また、世界総人口に占める高齢化率は 2020 年に 9.4%でしたが、2060 年に 18.7%になると見込まれています。これまで高齢化が進行してきた先進地域だけでなく、開発途上国においても高齢化が急速に進展します。



資料：UN, World Population Prospects：The 2022 Revision
ただし日本は、2020年までは総務省「国勢調査」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和５年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

内閣府「高齢社会白書令和 6 年度版（高齢化の国際的動向　図 1-1-6）」

2　社会保障の制度と展望

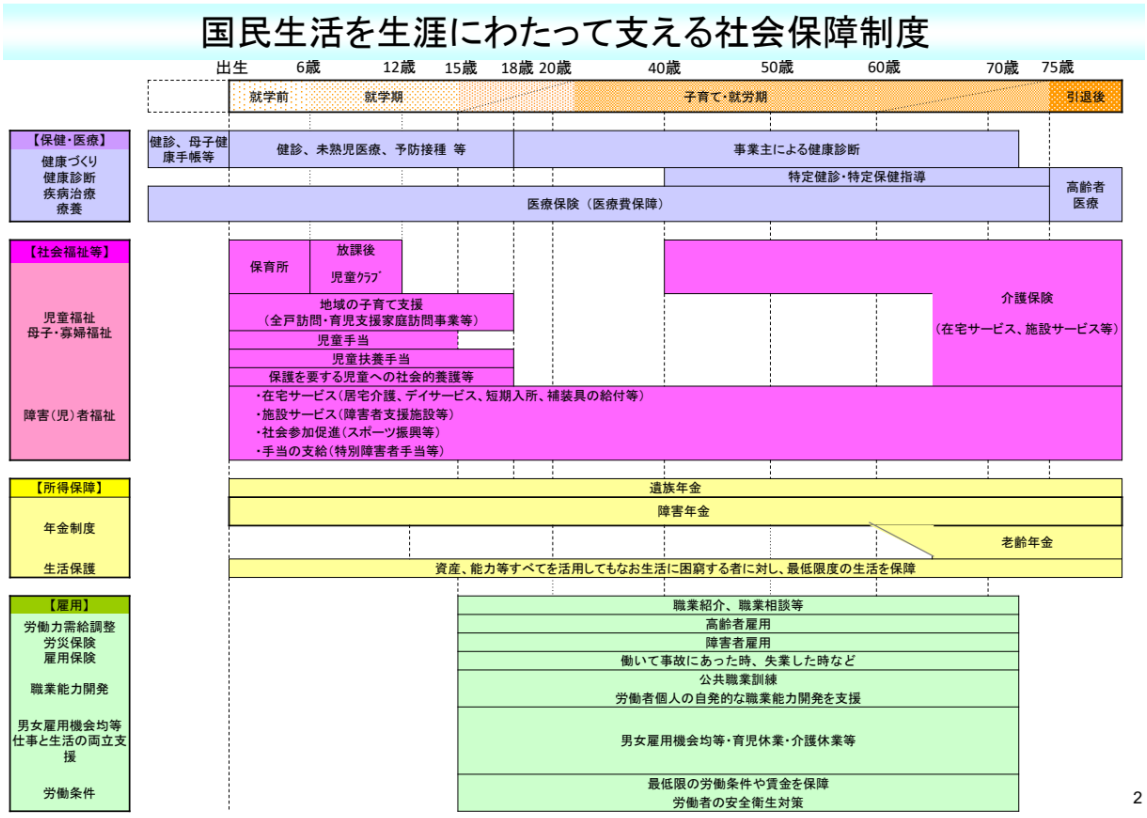
＜社会保障制度概要＞

社会保障制度は、国民の「安心」や生活の「安定」を支えるセーフティネットです。

「社会保険（年金、医療、介護、労働）」、「社会福祉（障害者、母子家庭支援）」、「公的扶助（生活保護）」、「保健医療・公衆衛生」からなり、子どもから子育て世代、お年寄りまで、全ての人々の生活を生涯にわたって支えます。

役割分担

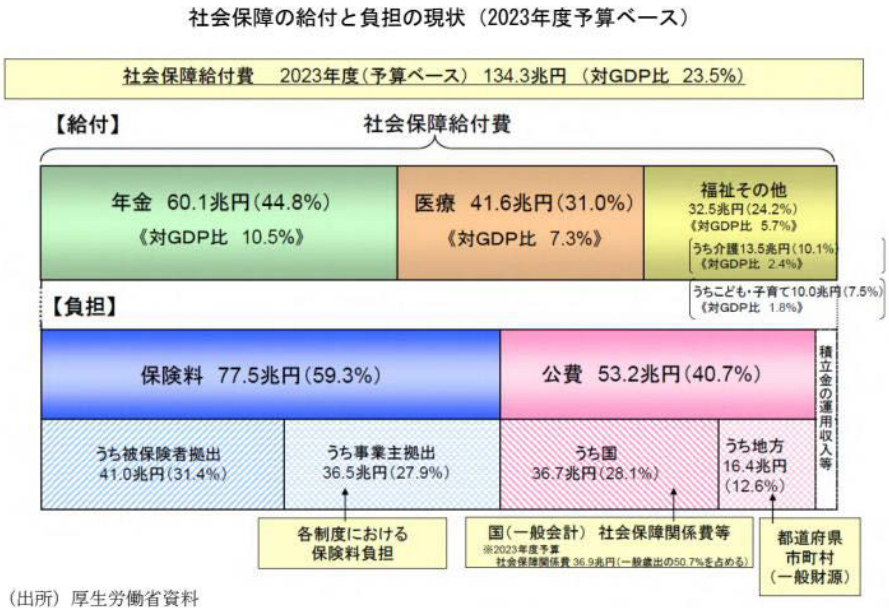
国	「年金」や「労働保険」
都 道 府 県	「健康保険」「国民健康保険（財政運営）」「後期高齢者医療」「生活保護（郡部）」
市町村	「国民健康保険（資格管理、保険給付など）」「介護保険」「児童手当」「生活保護（市部）」



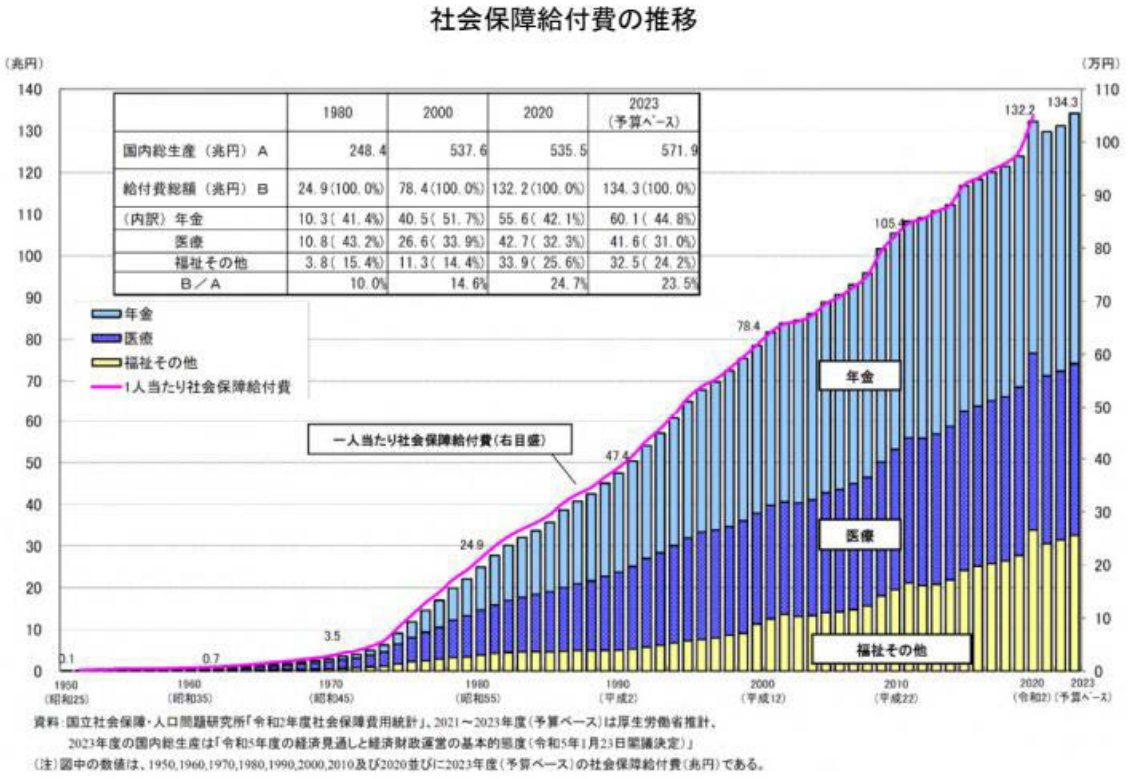
厚生労働省：「社会保障とは何か」

＜社会保障費の現状＞

2023 年の社会保障給付金は 134 兆円で、年金が 45%で最も多く、介護は 13.5 兆円で全体の 10%です。今後、高齢化の進展で増加することが見込まれています。



（出所）厚生労働省資料



資料：国立社会保障・人口問題研究所「令和2年度社会保障費用統計」、2021～2023年度（予算ベース）は厚生労働省推計。
2023年度の国内総生産は「令和5年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（令和5年1月23日閣議決定）」
（注）図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000,2010及び2020並びに2023年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。

厚生労働省：「社会保障制度を取り巻く環境と現在の制度」

＜全世代社会保障構築会議＞

このような現状を踏まえ、政府は給付と負担のバランスを確保しつつ全ての世代で安心できる社会保障の構築をめざして、「全世代型社会保障構築会議」を開催しています（2024 年現在）。2022 年 12 月に発表された、全世代型社会保障の基本的考え方と方向性（報告書）の概要は以下の通りです。医療介護制度は、詳しく取り上げています。

○目指すべき社会保障の方向性

「少子化・人口減少」の流れを変える
「超高齢社会」に備える
「地域の支え合い」を強める

○各分野の改革方向性

「こども・子育て支援の充実」：全ての妊産婦・子育て世帯支援と、仕事と子育ての両立支援

「働き方に中立的な社会保障制度」：勤労者皆保険の実現と、労働市場や雇用の在り方の見直し

「医療介護制度改革」

①医療保険制度：後期高齢者保険料負担の見直しと、前期高齢者自己負担見直し（報酬調整）

②医療提供体制：都道府県による地域医療の推進と、かかりつけ医制度の整備

③介護

地域包括ケアシステムの深化・推進

・ケアマネジメントの質の向上
・在宅介護サービス基盤の整備と強化
・市町村が中心になる介護予防・日常生活支援総合事業の活性化
・認知症の方や家族の包括的な支援を行う地域包括支援センターの整備

介護現場における生産性の向上と働きやすい職場環境づくりの促進

④医療・介護分野等におけるDXの推進

医療介護分野の関連データの利活用の推進

・EBPM（エビデンスに基づいた支援）の実現
・マイナンバー制度との連携推進

「地域共生社会の実現」：ひとりひとりへの支援とつながりの創出と、住まいの確保

3　介護保険制度

＜介護制度創設前の老人福祉・老人医療＞

介護保険制度が創設される 2000 年までは、1963 年にスタートした「老人福祉」と 1973 年にスタートした「老人医療」が分かれ、様々な施策が展開されていました。

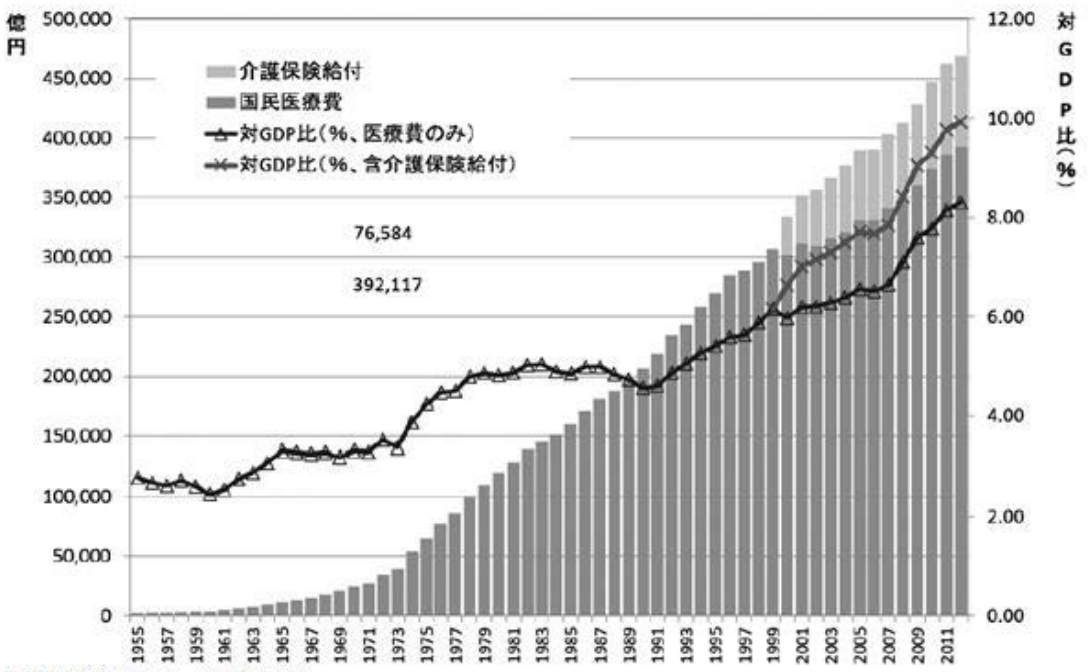
「老人福祉」分野のサービスは、ホームヘルプ、特別養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービス等です。市町村がサービスの種類や提供機関を決めるため利用者がサービスの選択ができず、利用者本人と扶養義務者の収入に応じた負担になるため、中高所得者層にとって負担が重くなる問題点がありました。

「老人医療」分野のサービスは、老人保健施設、療養型病床、一般病院、訪問看護、デイケア等です。中高所得者層にとって負担が低くなり、介護を理由とする一般病院の長期入院（社会的入院）が発生しました。このため医療費が増加する問題点が生じました。

年代	高齢化率	政策
1895 年		英国人ソーントンが聖ヒルダ養老院（女性老人のみ）設立
1932 年		救護法で老衰・疾病・貧困で生活不能者を公的救護するが、養老院の主体は民間。
		1937 年：日中戦争、1941 年：太平洋戦争、1945 年：終戦
1950 年		救護法に代わって生活保護法制定。養老院を養老施設に名称変更。
1960 年代 老人福祉政策始まる	5.7% 1960 年	1961 年：国民皆保険達成。軽費老人ホームの国庫補助 1962 年：老人家庭奉仕員派遣（訪問介護・ホームヘルパー）事業の創設 1963 年：老人福祉法制定　老人福祉施設を、養護老人ホーム（生活困窮高齢者）、軽費老人ホーム（低額入所）、特別養護老人ホーム（要介護高齢者）の3種類とした。
1970 年代 老人医療費の増大	7.1% 1970 年	1973 年：老人（70 歳以上）医療費無料化（福祉元年） 1974 年：特養の不足解消と有料老人ホームの育成。施設から在宅福祉への転換 1978 年：短期入所介護（ショートステイ）事業の創設 1979 年：通所（日帰り）介護（デイサービス）事業の創設
1980 年代 高齢者長期入院・寝たきり老人の社会問題化	9.1% 1980 年	1982 年：老人保健法制定　老人医療費の一定額負担 1986 年：老人保健法改正　老人保健施設（老健）の創設 1987 年：介護福祉士 1989 年：ゴールドプランの策定・消費税（3%）の創設 施設の整備とヘルパー10 万人推進、地域での機能訓練、寝たきり予防策実施
1990 年代 ゴールドプランの推進	12.0% 1990 年	1990 年　福祉 8 法改正　福祉サービスの市町村への一元化 1992 年　老人福祉法改正　老人訪問看護制度の創設 1994 年：新ゴールドプラン策定 整備目標の引き上げ、人材養成、グループホーム創設 1997 年：介護保険法成立・消費税の引き上げ（5%）
2000 年代	17.3% 2000 年	2000 年：介護保険法施行

厚生労働省 「地域包括ケアシステム」「公的介護保険制度の現状と今後の役割」資料より作成

図３－１　医療費、介護保険給付費の推移



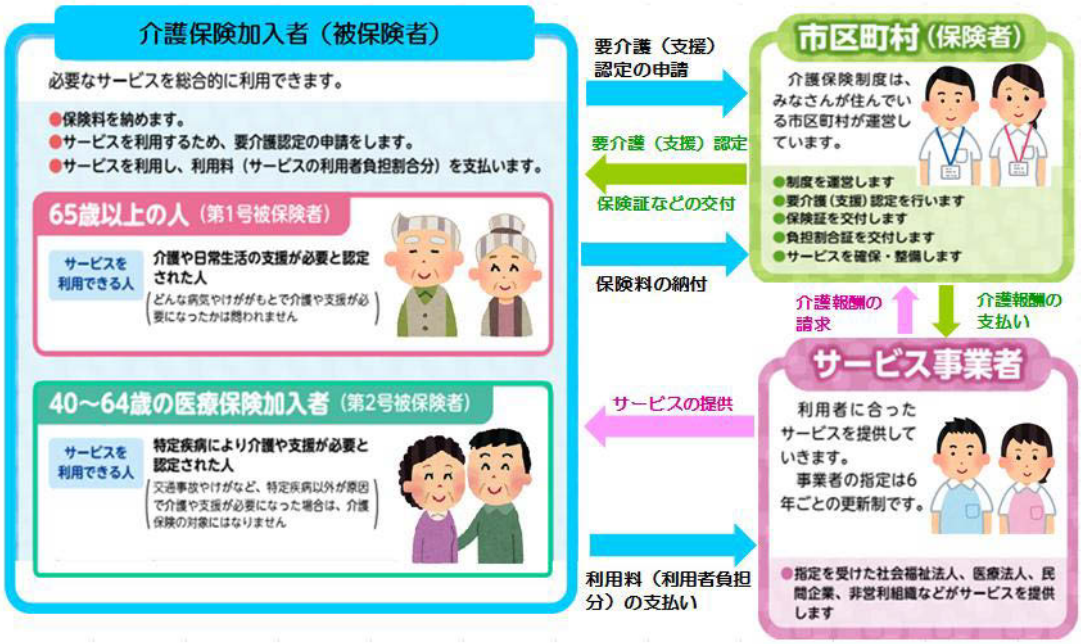
（厚生労働省発表データより作成）

全日本病院協会「病院のあり方の関する報告書 2015-2016 年版（医療費の現況）」より

＜介護保険制度＞

40 歳になった月から介護保険料を納め、介護や支援が必要になったときに、施設や在宅で介護サービスを受けることができます。発生した費用の 1～3 割は自己負担します。この制度により、利用者が自ら医療・福祉サービスの種類を選んで、ケアプランに従って利用できるようになりました。

なお、40～64 歳の医療保険加入者（第 2 号被保険者）は報酬や賞与の 1.6%（2024 年）が医療保険に上乗せされて天引きされますが、65 歳以上の高齢者（第 1 号被保険者）が支払う保険料は、住んでいる地域によって利用する人数や必要とするサービスに違いがあるので、介護保険料は地域によって異なります（2024 年 4 月時点の最高額は大阪市 9249 円、最低額は小笠原村 3374 円）。

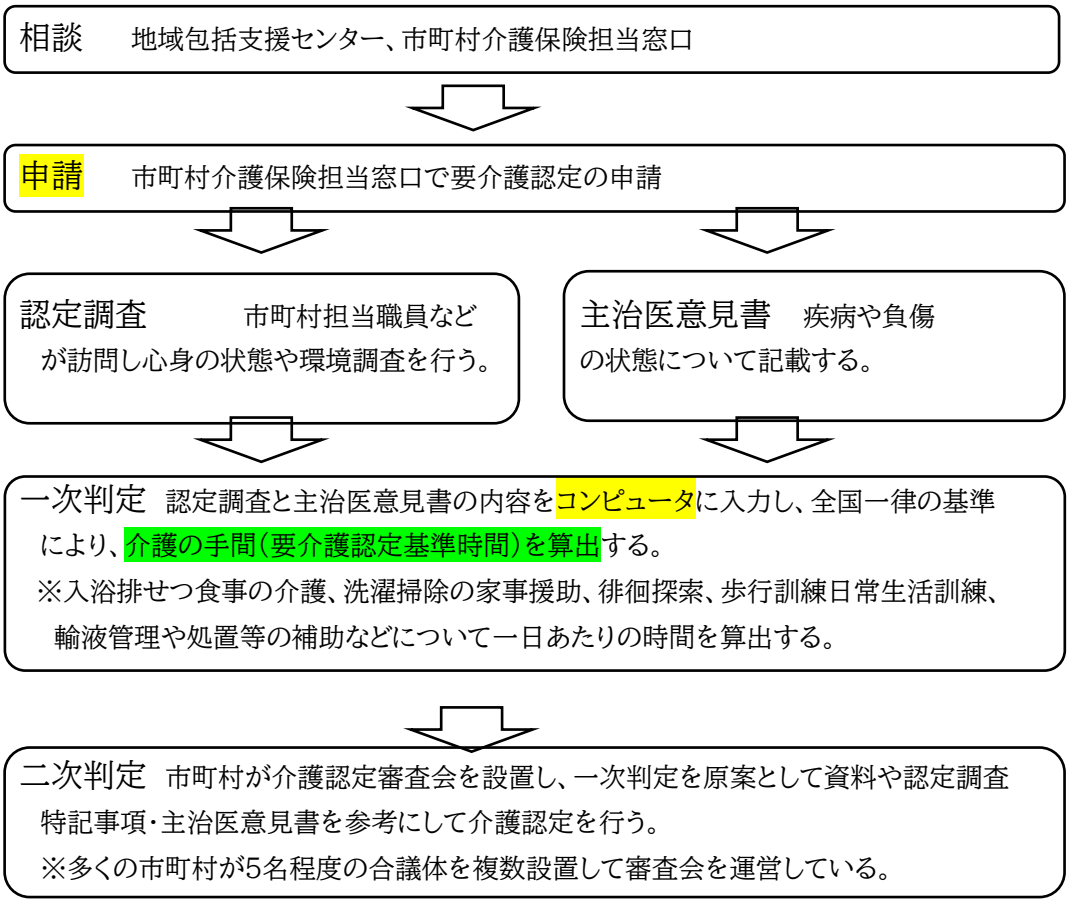


青森県平川市：「介護保険制度のしくみ」より



読売新聞オンライン：2024.5.14 記事より

＜介護認定の流れ＞



＜要介護度判定結果後の流れ＞

要介護認定	居宅介護支援事業者のケアマネが「ケアプラン」を作成し介護サービスを利用
要支援認定	地域包括支援センターの保健師等が「介護予防ケアプラン」を作成し予防サービスを利用
事業対象者	要介護認定制度を通さず、「基本チェックリスト」を実施し該当した場合に認定される。要支援 1 とほぼ同等だが、総合事業サービス以外の給付は受けることができない。
非該当	○健康診査の結果 1 年以内に介護のおそれがある高齢者（特定高齢者）は、地域包括支援センターの保健師等が「介護予防プラン」を作成し、介護予防プログラムに参加 ○元気な高齢者（一般高齢者）は、市町村が行う「高齢者サービス」を利用

4　介護保険サービスの体系

<table>
<tr><td>非介護保険サービス</td><td colspan="3">介護保険サービス</td></tr>
<tr><td>元気な高齢者</td><td>介護予防が必要な高齢者</td><td colspan="2">介護が必要な高齢者</td></tr>
<tr><td>一般高齢者</td><td>要支援高齢者</td><td colspan="2">要介護高齢者</td></tr>
<tr><td></td><td>要支援 1･2、介護予防対象者</td><td colspan="2">要介護 1～5</td></tr>
<tr><td rowspan="2">一般介護予防事業</td><td>介護予防生活支援サービス
（予防給付）</td><td colspan="2">介護サービス（介護給付）</td></tr>
<tr><td>介護予防ケアプラン
地域包括支援センター
※自分で計画作成可</td><td>居宅介護ケアプラン
居宅介護支援事務所
※自分で計画作成可</td><td>施設介護ケアプラン
居宅介護支援事務所
※自分で計画作成可</td></tr>
<tr><td>介護予防把握･普及啓発･地域介護予防活動支援･一般介護予防事業評価･地域リハビリテーション活動支援</td><td rowspan="3">訪問系サービス
通所系サービス
短期入所系サービス
福祉用具貸与･販売
住宅改修
地域密着型サービス（市町村）
日常生活支援総合事業サービス</td><td rowspan="3">訪問系サービス
通所系サービス
短期入所系サービス
福祉用具貸与･販売
住宅改修
地域密着型サービス（市町村）</td><td rowspan="3">①介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）【要介護 3 以上】
②介護老人保健施設
【要介護 1 以上】
③介護医療院
【要介護 1 以上】</td></tr>
<tr><td>市町村サービス
予防人材育成や地域活動の育成支援、住民主体の通いの場への支援</td></tr>
<tr><td>福祉施設
養護老人ホーム（生活困窮者）
軽費老人ホーム（援助困難者）
健康型有料老人ホーム
高齢者賃貸住宅など</td></tr>
</table>

介護保険の対象非対象（介護認定の有無）に関わらず、全ての介護サービスを体系化した概略が下図になります。（2024 年現在）

主なサービスをまとめると次のようになります。(2024 年現在)

	サービス	要介護	要支援
ケアプランを立てる	居宅介護支援	○	
	介護予防支援		○
自宅に訪問	訪問介護(ホームヘルプ)	○	
	訪問入浴	○	○
	訪問看護	○	○
	訪問リハビリ	○	○
	夜間対応型訪問介護	○	○
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	○	○
施設に通う	通所介護(デイサービス)	○	
	通所リハビリ	○	○
	地域密着型介護	○	
	療養通所介護	○	
	認知症対応型通所介護	○	○
短期間の宿泊	短期入所生活介護(ショートステイ)	○	○
	短期入所療養介護	○	○
訪問・通い・宿泊の組合せ	小規模多機能型居宅介護	○	○
	看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	○	
施設で生活	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	○	
	介護老人保健施設(老健)	○	
	介護医療院	○	
	特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、軽費老人ホーム等)	○	○
	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	○	○
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○	
	地域密着型特定施設入居者生活介護	○	
福祉用具を使う	福祉用具貸与	○	○
	特定福祉用具販売	○	○

地域包括支援センターが行うサービス

見守り・安否確認、配食、家事援助、交流の場通いの場、介護者支援、外出支援、多機能型拠点、その他

5　介護保険の各種サービス(2024 年現在)

＜自宅で利用するサービス(居宅介護サービス)＞

※網掛けは都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス。網掛けをしていないものは市町村が指定・監督を行うサービス。

訪問介護 (ホームヘルプ)	介護福祉士やホームヘルパーなどの介護専門職が訪問し、身体介護(食事、入浴、排せつ介助、オムツ交換・着替え介助)サービス、生活援助(調理、掃除、洗濯などを利用者とできるだけ一緒に行う)サービスを受けます。
訪問看護	医師の指示にもとづき、看護師などが自宅を訪問し、療養上の世話や必要な診療補助のサービスを受けます。2012 年より同一の事業者による訪問介護と組み合わせた「24 時間定時巡回・随時対応訪問介護看護サービス」が受けられるようになりました。
訪問入浴介護	自宅に設置された介護専用の浴槽で入浴サービスを受けます。
訪問リハビリテーション	医師の指示に基づき理学療法士(PT)などが自宅を訪問し、筋力の維持回復や日常生活の自立を助けるために必要なリハビリテーションのサービスを受けます。
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士などが自宅を訪問し、療養上の管理や指導の他、栄養状態管理や口腔衛生維持などのサービスを受けます。診療や投薬・検査・処置を受けた場合は、別途医療費用がかかります。
夜間対応型訪問介護	夜間、自宅に定期的な巡回を行なう訪問サービスで、緊急時の通報にも対応します。「定期巡回」「随時対応」「緊急通報に応じた調整・対応」を組み合わせて利用できます。
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	同一の事業所、または緊密に連携の取れた事業所同士による訪問介護・看護サービスを、日中および夜間を通じての短時間の定期巡回訪問と、利用者からの要請による随時対応訪問を行ないます。
看護小規模多機能型居宅介護(旧・複合型サービス)	小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせてサービスの提供を行ないます。要介護度が複数の異なるサービスを同一の事業所から提供される為、サービスの利用に際して、各サービス間の調整がスムーズに行なわれます。

＜自宅から通って利用するサービス(通所介護サービス)＞

※網掛けは都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス。網掛けをしていないものは市町村が指定・監督を行うサービス。

通所介護 (デイサービス)	利用者がデイサービスセンターなどに通い、入浴、食事など日常生活上の世話や簡単な機能訓練サービスを受けます。
通所リハビリテーション (デイケア)	医師の指示に基づき、介護老人保健施設、病院、診療所などに通い、介護予防を目的として一定期間にわたり、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために必要なリハビリテーションを受けます。
短期入所生活介護 (ショートステイ)	特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)などに短時間入所して、入浴、排せつ、食事の介護などの日常生活上の世話や機能訓練などを受けます。ただし、宿泊費、食費、日常生活費は自己負担になります。
短期入所療養介護 (ショートステイ)	医師の指示に基づき、介護老人保健施設、介護医療院などに短期間入所し、医師・看護師の管理の下で介護や機能訓練、必要な医療を受けます。
認知症対応型通所介護	従来のデイサービスに加えて、認知症高齢者グループホームのリビングなどの共有スペースも利用できます。
地域密着型通所介護(小規模デイサービス)	日中、利用定員 18 人以下の小規模のデイサービスセンターなどに通い、入浴、食事など日常生活上の世話や簡単な機能訓練サービスを受けます。
小規模多機能型居宅介護	利用登録した1ヵ所のサービス事業所で訪問介護、デイサービス、短期宿泊などを取り入れた複合的なサービスが受けられます。

＜生活の場を自宅から移して利用するサービス＞

※網掛けは都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス。網掛けをしていないものは市町村が指定・監督を行うサービス。

介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）	要介護度 3 以上の方で、在宅での生活が困難な状態にある寝たきりや認知症の高齢者のための入所施設です。一般的には「特養」と呼ばれています。食事・排泄・入浴などの介護や機能訓練などがサービスの中心となります。ほとんどの自治体で申込者が多く順番待ちという状況です。
介護老人保健施設	病状が慢性期にある高齢者に対してリハビリテーションを中心に、看護・介護や限定的な医療を行なう施設です。一般的には「老健」と呼ばれています。入所は、リハビリテーションの必要性や持病の程度などから入所が可能かどうか判定されます。入所後は3ヵ月毎に入所の継続が検討されます。（要介護1以上）
介護医療院	Ⅰ型：重篤な身体疾患がある人や身体合併症のある認知症高齢者などが対象になります。 Ⅱ型：病状が安定した長期療養が必要な高齢者が対象になります。 医師・看護師による「日常的な医療ケア」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と生活施設としての機能を兼ね備えています。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホームやケアハウスなどに入居している利用者が、入浴、排泄、食事の介護など日常生活上の世話や機能訓練および療養上の世話を受けます。
認知症対応型共同生活介護 （グループホーム）	認知症高齢者5人～9人を1つのグループとして、一緒に居住し共同生活を送りながら介護を受けます。家庭的な生活環境の中で、日常生活上の介護を受けながら生活できます。疾患が急性状態の場合は対象外です。
地域密着型特定施設入居者生活介護	定員 29 人以下の小規模有料老人ホームに入居している方へのサービスです。内容は、食事・入浴・排泄・リハビリテーション・療養上の世話などです
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	日常生活圏域内に住む高齢者のみが利用でき、入所者が定員 29 人以下の小規模な特別養護老人ホームです。（原則要介護3以上。特例的に要介護1・2でも認められる場合があります。）

＜生活環境を整えるためのサービス＞

※網掛けは都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス。網掛けをしていないものは市町村が指定・監督を行うサービス。

福祉用具貸与	事前にケアマネに相談が必要です。手すり、歩行補助杖、歩行器、スロープを月々の利用限度額内でレンタルできます。 車いす・体位変換器・移動用リフト・認知症高齢者徘徊検知機器・特殊寝台・床ずれ予防器具・自動排泄処理装置は利用条件が決められています。
特定福祉用具販売	福祉用具のうち、腰掛便座、入浴補助用具、自動排泄処置装置、簡易浴槽、移動用リフトの吊り具部分は、年間 10 万円まで1～3割の自己負担額で購入できます。
住宅改修費支給	住居での生活をしやすくするために、自宅への手すりの取り付けや段差解消、すべり止め、扉の取り替え、便器の取り替えなど、住宅改修に対して費用が支給されます。

＜介護予防のためのサービス＞

※網掛けは都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス。網掛けをしていないものは市町村が指定・監督を行うサービス。

介護予防訪問看護	医師の指示に基づき、看護師等が利用者の居宅を訪問し、健康チェック、療養上の世話または必要な診療の補助を行うサービスです。
介護予防居宅療養管理指導	在宅で療養していて、通院が困難な利用者へ医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などが家庭を訪問し療養上の管理や指導、助言等を行うサービスです。また、ケアマネジャーに対して、ケアプランの作成に必要な情報提供も行います。
介護予防訪問入浴介護	自宅の浴槽での入浴が困難な方に対して、浴槽を積んだ入浴車が利用者の居宅を訪問し、看護職員や介護職員が入浴の介護を行うサービスです。
介護予防訪問リハビリテーション	医師の指示に基づき理学療法士や作業療法士等が利用者の居宅を訪問し、利用者の心身機能の維持回復および日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うサービスです。
介護予防認知症対応型通所介護	老人デイサービスセンターなどにおいて、通所してきた軽度の認知症の利用者に対して、入浴、排せつ、食事の介護、生活等に関する相談、健康状態の確認、機能訓練（リハビリテーション）等を行います。
介護予防通所リハビリテーション（デイケア）	介護老人保健施設や診療所、病院において、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図るサービスです。
介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）	特別養護老人ホームなどの施設に短期間入所して、食事、入浴、その他の必要な日常生活上の支援や機能訓練などを行うサービスです。一定期間家族の介護負担軽減が図れます。また利用者家族の病気や冠婚葬祭、出張などで一時的に在宅介護が困難な時にも役に立ちます。
介護予防短期入所療養介護（ショートステイ）	介護老人保健施設や診療所、病院などに短期間入所してもらい、医師や看護職員、理学療法士等による医療や機能訓練、日常生活上の支援などを行うサービスです。一定期間家族の介護負担軽減が図れます。また利用者家族の病気や冠婚葬祭、出張などで一時的に在宅介護が困難な時にも役に立ちます。
介護予防福祉用具貸与	利用者の日常生活における自立支援や介護者の負担軽減を図るためのサービスです。また在宅での介護を行っていくうえで福祉用具は重要な役割を担っています。
特定介護予防福祉用具販売	利用者の日常生活における自立支援や介護者の負担軽減を図るためのサービスです。福祉用具販売では、その用途が「貸与になじまないもの」である用具の販売を行っています。
介護予防住宅改修	在宅の利用者が、住みなれた自宅で生活が続けられるように、住宅の改修を行うサービスです。利用者だけではなく回りで支える家族の意見も踏まえて改修計画を立てていきます。
介護予防小規模多機能型居宅介護	通いによるサービスを中心にして、利用者の希望などに応じて、訪問や宿泊を組み合わせ、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練（リハビリテーション）を行います。
介護予防特定施設入居者生活介護	介護保険の指定を受けた介護付有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などが、入居している利用者に対して入浴・排せつ・食事等の介助、その他必要な日常生活上の支援を行います。
介護予防認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）	認知症の高齢者が共同で生活する住居において、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行います。 少人数（5 人～9 人）の家庭的な雰囲気の中で、症状の進行を遅らせて、できる限り自立した生活が送れるようになることを目指します。

＜計画をつくるサービス＞

※網掛けは都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス。網掛けをしていないものは市町村が指定・監督を行うサービス。

居宅介護支援	介護を必要とされる方が、自宅で適切にサービスを利用できるように、ケアマネジャー（介護支援専門員）が心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等に沿って、ケアプランを作成したり、ケアプランに位置づけたサービスを提供する事業所等との連絡・調整などを行います。
介護予防支援	要支援1・2の認定を受けた方が、自宅で介護予防のためのサービスを適切に利用できるよう、ケアプラン（介護予防サービス計画）の作成や、サービス事業所との連絡・調整などを行います。住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の利用者も利用します。

＜市町村が地域の実情に応じた取り組みを行う、「介護予防・日常生活支援総合事業」＞

（訪問型介護予防サービス）

訪問介護	訪問介護員による身体介護と生活援助をします。認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う人や、退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な人が対象になります。
訪問型サービスA	生活援助（掃除・洗濯・食事の準備・買い物・薬の受取などで身体介護は行わない）を事業者や委託事業者が行います。
訪問型サービスB	生活援助（掃除・洗濯・食事の準備・買い物・薬の受取など）を地域住民のボランティアなどが行います。活動の補助や助成があります。
訪問型サービスC	保健師等の専門職が、居宅での相談指導等を3～6 か月の短期間で行います。体力の改善に向けた支援が必要なケースや、ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース向けです。
訪問型サービスD	移送前後の生活支援を地域住民のボランティアなどが行います。活動の補助や助成があります。

（通所型介護予防サービス）

通所介護	介護予防サービスの通所介護と同じですが、通所型サービスA～Cの利用が困難で、集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれる人向けのサービスです。通所介護事業所が行います。
通所型サービスA	生活機能維持向上のための機能訓練（ミニデイサービス、運動・レクリエーションで、短時間で入浴や食事の提供などがない）を事業者や委託事業者やボランティアなどが行います。
通所型サービスB	通いの場（介護予防体操教室、レクリエーション）を地域住民のボランティアなどが行います。活動の補助や助成があります。
通所型サービスC	保健師等の専門職が、生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムを3～6 か月の短期間で行います。

（その他の生活支援サービス）

栄養改善	栄養改善を目的とした配食です。
見守り	住民ボランティア等が行う見守りです。
生活支援	訪問型サービス、通所型サービスに準じる、自立支援を目的として行う生活支援です。

＜介護保険外のサービス＞

（すべての高齢者が対象の「一般介護予防事業」）

介護予防把握事業	地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援が必要な人を把握します。
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行います。
地域介護予防活動支援事業	地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行います。
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行います。
地域リハビリテーション活動支援事業	地域における介護予防の取組を強化するため、通所・訪問・地域ケア会議・サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進します。



第１部

4章　多職種連携

1　訪問歯科に関わる多職種

訪問先により関わる職種が異なります。また、症状（例えば脳血管疾患）や状態（例えば、回復期）によっても連携職種が異なります。訪問歯科に関わる多職種の仕事内容をみてみます。

多職種連携の例

	病院	介護福祉施設	在宅	障害者入所施設
医師	○	○	○	○
看護師	○	○	○	○
訪問看護師			○	
歯科医師	○	○	○	○
歯科衛生士	○	○	○	○
薬剤師	○		○	○
理学療法士	○			○
作業療法士		○		
言語聴覚士	○		○	
管理栄養士	○	○		○
介護福祉士		○	○	○
ケアマネジャー		○	○	
訪問介護員			○	
福祉用具相談員			○	
医療MSW	○			
生活相談員		○		
生活支援員				○

①医師

在宅療養患者の健康状態を管理し、生活を支えます。歯科治療の多くは侵襲的な処置です。そのため医師から医療情報の提供を受けて、安全な診療を行う必要があります。また、医師に口腔や全身状態などの情報を提供することも大切です。

②看護師

患者の病気やケガのケアや、医師の診察・治療補助を行います。医師以上に患者の様子をよく観察していることもあり、歯科診療やケアに有益な情報を得ることができます。また、口腔・嚥下・全身状態などの情報を提供することも大切です。

③訪問看護師

在宅医療の中では、最も患者に身近な存在です。在宅医療の看護師は、病院や診療所に所属した看護師ではなく、「訪問看護ステーション」から訪問している場合が多くあります。患者や介護者などの情報を得ることができるほか、口腔ケアや摂食嚥下に関する情報を提供し実施をしてもらうこともあるため密な連携が必要です。また、訪問看護ステーションには理学療法士や作業療法士などのリハビリテーション職が在籍し訪問していることもあります。

④薬剤師

薬局や診療所などで薬の調剤や処方薬の説明を行います。患者の自宅や施設等を訪問し、薬の管理や服薬支援を行うこともあります。在宅療養患者は多くの薬を服用していることが多く、認知機能の衰えから自己管理が難しくなっていることもあります。歯科治療後に処方を行う場合は訪問する薬剤師に処方箋を渡し薬剤師から投薬してもらうと安全です。また、嚥下障害のために経口からの服薬が困難な場合、薬剤師からの相談に乗ることもあります。

⑤理学療法士（PT）

身体に障害のある患者、またはそれが予測される人に対して、基本動作能力（座る、立つ、歩くなど）の回復や維持、運動療法や物理療法などの理学療法を行うリハビリ専門職です。頸部や体幹訓練、体力アップ、運動療法、摂食訓練などを行います。

⑥作業療法士（OT）

身体または精神に障害のある人、またはそれが予測される人に対して、その主体的な活動の獲得をはかるために、工芸・手芸などの手作業や食事や入浴などの日常生活にかかわる作業などの作業療法を行うハビリ専門職です。姿勢や上肢の訓練、食器の工夫、自助具や摂食訓練などを行います。

⑦言語聴覚士（ST）

言語聴覚士は、脳卒中などによる言語障害や、摂食嚥下障害などのリハビリテーションを行う専門職です。歯科と言語聴覚士はともに、口腔や摂食嚥下を扱う職種です。口腔機能訓練、基礎訓練、摂食嚥下訓練、構音訓練などを行います。

⑧管理栄養士

栄養管理や患者に適した食形態や調理指導などを行います。義歯や口腔機能の状態から咀喝・嚥下が可能な食形態についての情報提供を行い、誤嚥や窒息を防ぐ安全な食事が行えるようにします。

⑨介護福祉士

介護施設において、食事・排泄・入浴などの身の回りの介護や生活支援を行います。施設の中では最も患者に身近な存在であるため、入所者の身体や生活に関する重要な情報を得ることができます。また、歯科衛生士が職員に対して、口腔ケアの技術的助言やマネジメントを行うこともあります。

⑩ケアマネジャー

ケアマネジャーは介護を必要とする方が介護保険サービスを受けられるように、ケアプラン（サービス計画書）の作成やサービス事業者との調整を担います。

介護保険利用者は、ケアマネジャーが立てた「週間サービス表」に従って在宅サービスが組み立てられています。歯科訪問診療を実施できるのは、週間サービス表に何も入っていない時間になります。介護保険を利用する「居宅療養管理指導」は、ケアマネジャーが立てるケアプランとは関係のない独立した介護サービスになのでケアプランに含める対象にはなりませんが、実施後ケアマネジャーへの情報提供は必要です。

また、ケアマネジャーは患者や家族が抱えている問題とケア全体の援助方針や内容の貴重な情報源です。幅広い視点から口腔ケアを実施するために、情報を得るだけでなく口腔内の健康情報を提供しましょう。これにより、ケアマネジャーは必要な口腔ケアサービスを介護保険サービスに盛り込むことがあります。

他の職種との調整が必要になった場合などサービス担当者会議を開催してもらえることもあり、介護保険を利用する際は密な連携が必要です。

⑪訪問介護員（ホームヘルパー）

ホームヘルパーが担うホームヘルプサービスは、「生活援助」と「身体介護」の2つに分けられます。生活援助は、掃除、洗濯、調理、買い物などの家事援助や薬の受け取りなど身体に直接触れない身の回りの援助を指します。一方、身体介護は、①利用者の身体に直接触れて行う、②利用者のADLや意欲の向上を目的として利用者といっしょに行う、③専門的な知識や技術を必要とするもの、とされており具体的には食事介助や日常的な口腔ケアも含まれます。

ホームヘルパーからは在宅療養患者の日常生活状況を知ることができます。また、患者の口腔状態はホームヘルパーによる日常的な口腔ケア・指導に大きく影響を受けます。ホームヘルパーの相談を受けたり、口腔ケア方法の助言を行うことは大切です。

⑫福祉用具専門相談員

専門的な知識に基づいて福祉用具の選定や使用についての支援、福祉用具の機能、安全性、衛生状態などについての点検・調整を行います。

⑬医療ソーシャルワーカー（MSW）

病院などで患者や家族が抱える悩みや問題を見いだし、問題解決を図るために医療機関や行政など関係機関との調整や連携を行います。患者や家族の社会的問題解決や調整、患者の退院援助や退院後の生活支援などを行います。

⑭生活相談員

介護施設などで入居者や家族の抱える問題（経済面、心理面、社会面など）の相談に乗り、多職種と連携して解決を図ります。地域やケアマネジャーとの連携・調整、他機関との連絡調整などを行います。

⑮生活支援員

障害者福祉施設に入所又は通所している利用者が快適で自立した生活ができるように、相談・助言、就労支援、作業指導などを行います。基本的には、食事・入浴・排泄などの身体介護や、調理・掃除・洗濯などの家事支援、金銭管理などの直接的な支援を行います。

2　介護保険施設と多職種連携

2021年度の介護報酬改定によりそれまであった「口腔衛生管理体制加算」は廃止され、基本サービスとなりました。（2024年3月31日までは努力義務）

この改定に伴い、「介護保険施設による口腔衛生等の管理は、利用者の口腔の健康状態に応じた効率的・効果的な口腔清掃等が行われるだけでなく、摂食・嚥下機能の維持・向上、栄養状態の改善等にもつながるもの」と規定され、歯科医師・歯科衛生士の技術的助言・指導は月1回から年2回の義務になりました。

また、「介護保険施設における口腔衛生等の管理は、利用者の口腔の健康状態に応じた効率的・効果的な口腔清掃等が行われるだけでなく、摂食・嚥下機能の維持・向上、栄養状態の改善等にもつながるものである」と、されたことから、今後、歯科衛生士は、口腔・義歯の衛生管理（清掃）のみならず、摂食嚥下等の口腔機能、食形態、栄養状態、誤嚥性肺炎の予防などに踏み込んだ技術的助言・指導や管理が求められることになります。

ここでは、歯科医師の指示で歯科衛生士が施設を訪問したときの、情報共有内容と連携ポイントの具体例をみてみます。

①歯科診療所（歯科医師）と施設の連携

施設→歯科医師の情報共有	歯科医師→施設の情報共有
＜診療を希望する入所者情報＞ ●全身状況 既往歴、感染症、全身状態、服薬、バイタルサイン、血液検査値、ADL、認知機能の状況、食事摂取状況、禁忌事項など ●本人・家族の意向 ●診療依頼理由 う蝕、歯周病、粘膜疾患、義歯の修理・調整、痛み・動揺、口腔機能の低下など	＜入所者の歯科診療情報＞ ●診療内容 診療計画と内容、口腔衛生管理方法や食事の際の注意点などを本人や家族・施設職員に伝える。 ◎家族に連絡が取りにくい場合は施設職員や介護支援専門員に連絡方法を相談する。 ◎診療の際、認知機能の低下や診療が困難な場合は、施設職員の協力を得る。 ◎投薬が必要な場合は利用者本人に渡さず、看護師や施設職員に服薬指導・管理をお願いする。 ◎服薬状況や全身状態に関して、主治医や看護師・薬剤師・管理栄養士等から情報を得る。
＜施設の口腔衛生管理情報＞ 口腔衛生管理体制に関する施設の取組みや管理体制充実の意向 入所者の口腔の問題の情報提供を行い「歯科医師からの指示」をもらう	＜施設の口腔衛生管理情報＞ 施設からの課題提示や相談を受けた場合は、施設の実情に応じた口腔衛生管理体制の助言・指導を行う 入所者の口腔の問題の相談を受けた場合は、「施設に指示」をするとともに、歯科衛生士へ指示を行う。

参考：公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル（令和４年７月）」

②歯科医師と歯科衛生士の情報共有

歯科医師と協力して歯科診療や口腔衛生管理を行うために情報共有が大変重要です。歯科医師の指示で口腔衛生管理を行う場合は、入所者や連携多職種から得た情報を、必要な時期に正確に歯科医師と共有することが重要になります。

③歯科衛生士が口腔衛生管理を行う場合の多職種との連携

1)マネジメント職(ケアマネジャー、生活相談員、支援相談員、社会福祉士など)との連携

マネジメント職→歯科衛生士の情報共有	歯科衛生士→マネジメント職の情報共有
●今後の介護・支援方針や目標 ●入所者の状態 日常生活自立度、食事(回数、食形態など)、移動状況、整容、姿勢保持など ●入所者の環境 キーパーソン、介護力 ●歯科受診歴(かかりつけ歯科医) ●主治医・看護師	●口腔の状況 ●治療・処置の必要性 ●口腔ケアの情報 ◎入所者や家族の意向を尊重した情報提供をする ◎入所者や家族の経済的背景も考慮した情報提供をする ◎食事や日常口腔ケアの方法などについて相談する

参考:公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル(令和４年７月)」

2)医療職(医師、看護師、薬剤師)との連携

医療職→歯科衛生士の情報共有	歯科衛生士→医療職の情報共有
●基礎疾患、既往歴、服薬状況、感染症の有無、禁忌など ●全身状態、こころの状態、生活状況など	●口腔内の状況 ●咀嚼・嚥下機能の状態 ●口腔衛生管理実施時に気づいた心身状態 ●歯科訪問診療の診療内容と計画 ●歯科訪問診療の報告 ●食事や口腔ケアの支援方法 ◎身体状況に合わせた安全な食事摂取方法の情報提供をする ◎口腔ケアを継続するための情報提供をする

参考:公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル(令和４年７月)」

3)介護職(介護福祉士、介護員)との連携

介護職→歯科衛生士の情報共有	歯科衛生士→介護職の情報共有
●入所者の残存能力 ●入所者の生活状況 ●入所者のストレングス、趣味など ●食べこぼしやむせの状態 ●セルフケア習慣の状態 ●口腔ケアの方法と支援状況 ●食事時の体位、姿勢 ●口腔ケア時の体位、姿勢 ●日常生活の注意点(移動・移乗など)	●口腔内の状況 ●咀嚼・嚥下機能の状態 ●口腔衛生管理実施時に気づいた状態 ●日常の口腔ケア方法と介入方法 ●食事の支援方法 ◎入所者の最も身近な存在なので、密に連携する。 ◎日常の食事、口腔ケア方法の助言・指導をする。 ◎入所者に適した口腔ケア用品の情報提供をする

参考:公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル(令和４年７月)」

4)リハビリテーション職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)との連携

リハ職→歯科衛生士の情報共有	歯科衛生士→リハ職の情報共有
●言語障害や摂食嚥下障害の有無など ●肩、首、手指の可動域、手指の巧緻性、握力など ●口腔ケアや食事時の姿勢保持の工夫や対処方法など ●高次脳機能障害の状況など	●口腔内の状況 ●咀嚼・嚥下機能の状態や変化 ●食事や口腔ケアの方法 ●口腔ケア用品の情報 ◎上肢の可動域や動作確認を行い安全に食事ができる方法の相談をする ◎セルフケアができる握力や手指の工夫や方法の相談をする

参考:公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル(令和４年７月)」

5)管理栄養士との連携

管理栄養士→歯科衛生士の情報共有	歯科衛生士→管理栄養士の情報共有
●栄養状態 ●食形態、摂取量、嗜好、食具など ●摂食・嚥下機能の状態 ●アレルギーなど	●残存歯、義歯の適合状況 ●咀嚼機能の状態 ●痛みや歯の動揺、粘膜異常などの有無 ●嚥下機能の状態 ●食形態、食事の姿勢の提案 ●舌苔、口腔乾燥など味覚の状態 ◎栄養状態と咀嚼嚥下能力と食形態が合っているか確認する ◎場合によっては栄養補助食品、食形態の変更などを相談・検討する

参考:公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル(令和４年７月)」

④歯科衛生士が介護福祉士や介護員に行う助言例

介護福祉施設が申請する「口腔衛生管理体制加算（2021年廃止・経過措置期間3年）」に必要であった「口腔衛生管理体制についての計画」様式に合わせた助言や指導の例を挙げます。

3　歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日：令和　　年　　月　　日　記入者：

口腔衛生等の管理	□ 口腔の清掃　□ 口腔の清掃に関する指導 □ 義歯の清掃　□ 義歯の清掃に関する指導 □ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他（　　）
介護職員への技術的助言等の内容	□ 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 □ 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 □ 食事の状態、食形態等の確認 □ 現在の取組の継続 □ その他　（　　）
備考	

参考：公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル（令和４年７月）」

＜入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施＞

◎出血しているところは特に丁寧に磨きましょう。

〇歯ぐきから出血していると、歯みがきを避けてしまいがちですが、不衛生となり、逆に悪化させてしまう原因にもなります。ゆっくり優しい力で磨きましょう。義歯による傷などの場合は磨いてはいけません。出血の原因を正しく判断するために歯科医師・歯科衛生士に診てもらいましょう。

◎歯みがきが自立している方の口腔内を定期的にチェックしましょう。

〇ご自分で歯みがきしているからこそ、歯垢（プラーク）が十分に除去できていないことが多々あります。声掛けや定期的なチェックが必要です。

◎力で対応しないようにしましょう。

〇口腔ケアに対する抵抗や咬反射がある場合、スポンジブラシや歯ブラシ類を噛まれることがあります。慌ててブラシを引き抜かないようにしましょう。こちらが力を入れて引き抜こうとすると、逆に相手にも力が入ってしまいます。声を掛けながら脱力するのを待ちましょう。

◎スポンジブラシの水分コントロールを正しく行いましょう。

〇うがいができない方は、代わりにスポンジブラシを使用しますが、スポンジブラシは圧接して使用するため、余分な水分が残っていると、その水分を誤嚥し、むせてしまうことがあります。スポンジブラシの水はしっかり切り、更にペーパータオルなどで拭き取ってから使用するようにしましょう。

◎歯磨剤の使用を考えましょう。

〇基本の口腔ケアは歯磨剤を使用しませんが、歯の根の部分がむし歯になりそうな方にはフッ素配合の歯磨剤を使用することもあります。歯科医師や歯科衛生士に頻度や使用方法を相談しましょう。

◎口腔乾燥がある方に対して保湿を心掛けましょう。

〇高齢者の多くは口腔乾燥があり粘膜が弱っています、無理に口を開けたり、強く清掃すると痛みがあり、出血することもあります。保湿剤を上手に使用しましょう。

◎お口から食べていない人の口腔乾燥に注意しましょう。
〇唾液が少なく、乾燥しやすくなります。保湿を心掛けましょう。

◎保湿剤を上手に使いましょう。
〇お口から食べていない胃瘻の方や、口呼吸をしている方など汚れが強固に付着している場合があります。無理に除去しようとすると痛みや出血をすることがありますので、保湿剤を塗布し、汚れを柔らかくして除去しましょう。唾液が出るようにマッサージやストレッチをしてから始めると、口腔ケアが痛みの少ないものとなります。

◎歯垢（プラーク）の正体を学びましょう。
〇歯垢（プラーク）は食べかすではなく細菌の塊です。誤嚥により肺に侵入し誤嚥性肺炎を発症します。口腔ケアで歯垢（プラーク）をしっかり除去することで肺炎発症のリスクを軽減することができます。

◎口腔ケア時に誤嚥させないよう注意しましょう。
〇口腔ケア時の姿勢や水の使い方に注意しましょう。

◎むせのある方の口腔ケアに注意しましょう。
〇顔を少し下に向けた姿勢でケアすることで水分が喉に流れ込みにくくなります。顎が上がらないように手を添えたり、背もたれやクッション等を上手に利用し、口腔ケア時の誤嚥を防ぎましょう。また、スポンジブラシで汚れや水分を頻回に拭き取ることで誤嚥しにくくなります。

◎口腔ケアを拒む時は、お口の中に問題がある場合があります。
〇粘膜や舌、口唇などに傷がないか、出血などしていないか、歯ぐきが腫れていないかなど観察してみましょう。原因がわからない場合は歯科医師に診てもらいましょう。

◎口腔の状況にあった歯ブラシを選びましょう。
〇高齢者は粘膜が薄く傷つきやすくなっています。柔らかめの歯ブラシなどを選択しましょう。粘膜の状況に合わせた歯ブラシ選びが大切です。

引用：公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル（令和4年7月）」

＜口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性＞

◎歯垢を除去しましょう。

〇歯垢が付着しやすく、磨き残しをしやすい場所は「歯と歯ぐきのさかい目」「歯と歯の間」「奥歯の咬み合せ」などです。短時間で効果的な口腔ケアを提供しましょう。

◎効果的な口腔ケアを実施しましょう。

〇歯垢（プラーク）が付着しやすい場所、磨き残しやすい場所を確認し、負担が掛からないよう、短時間で効果的な口腔ケアを実施しましょう。

◎歯頚部を狙って磨きましょう。

〇歯頚部（しけいぶ）とは歯と歯ぐきのさかい目のことです。高齢者に多い根面カリエスを予防するため、歯頚部に歯ブラシの毛先をしっかりと当て、狙って磨きましょう。

◎歯ブラシの持ち方、力の入れ具合のチェックをしましょう。

〇歯みがきの力が強いと痛みを感じ、口腔ケアへの抵抗につながる恐れもあります。歯ブラシは鉛筆を握るように軽く持ち、優しい力で磨きましょう。

◎しっかり回収しましょう！

〇1日の中で口腔内の細菌数が一番多いのは、起床後すぐと、口腔ケア直後というデータがあります。歯みがきにより汚染された唾液を誤嚥しないよう、こまめにうがいで口腔外に排出することが大切です。うがいができない方に対してはスポンジブラシで頻回に口腔内を拭き取りましょう。

◎いつ誰が口腔ケアをしても同じ手順で出来るよう工夫しましょう。

〇口腔ケアを行う手順を示したプリント等を洗面所やベットサイドに掲示し、誰が行っても同じ手順で口腔ケアが提供できるよう工夫しましょう。

◎義歯の正しいケア方法を学びましょう。

〇流水下でブラシを使用して、ヌメリがなくなるまでしっかり清掃しましょう。（機械的清掃）その後、目に見えない細菌などを除去するために義歯洗浄剤等を使用しましょう。（化学的清掃）

◎インフルエンザ等気道感染を予防しましょう。

〇夜間就寝時は義歯を外して義歯洗浄を行い、粘膜清掃をしましょう。誤嚥性肺炎は繰り返します、1回目の誤嚥性肺炎を予防しましょう。

◎舌・粘膜ケアも行いましょう。
〇口腔の容積の 75％は舌や粘膜です。うがいでは除去できない汚れが誤嚥性肺炎の原因となります。舌や粘膜も必ずケアを行いましょう。
〇舌や粘膜にも歯と同じように汚れが付着します。特に舌に厚く付着した舌苔は味蕾という味を感じる細胞を覆ってしまうため、美味しいものを美味しいと感じることが出来なくなり、食欲不振や強いては栄養不足になることもあります。口腔ケアの最後にスポンジブラシで軽く汚れを拭き取りましょう。強く擦ってはいけません。

◎誤嚥性肺炎を予防できる口腔ケアを提供しましょう。
〇口腔内の細菌を回収することで誤嚥性肺炎は予防できます。質の良い口腔ケアを提供することで誤嚥性肺炎を予防しましょう。

◎質の高い口腔ケアを提供しましょう。
〇目的を持って口腔ケアを実施することで、肺炎のリスクを軽減することに繋がります。口腔ケアがなぜ必要なのかを念頭に置き「質の良い口腔ケア」を提供しましょう。

◎口腔内をしっかり観察しましょう。
〇口腔ケアを単に食後の歯みがきと捉えるのではなく、異常があった際に早期に発見できるよう、日ごろから口腔内をしっかり観察しておきましょう。（正常な状態がわからないと、異常は発見できません）歯、歯肉、舌、粘膜など口腔内を観察しながら口腔ケアを行いましょう。

◎舌（粘膜）の変化に気付きましょう。
〇舌の色調は血液の色調と関連しており、脱水や貧血、血液循環障害などを知ることができます。舌の変化を捉えることは全身状態のモニタリングにもつながります。

◎使用後の歯ブラシをしっかり洗いましょう。
〇歯ブラシを清潔に保つことは大切です。歯ブラシ・歯間ブラシは流水下で毛束を指でしごきながらしっかり洗いましょう。

◎歯ブラシの毛先を上に向けて保管しましょう。
〇毛先を下に向けて置いたり、常に湿った状態では歯ブラシ内で雑菌が繁殖してしまいます。歯ブラシ、歯間ブラシ、その他の口腔ケア用品は流水下でしっかりと洗い、水を切り上を向けて保管し乾燥させましょう。

◎スポンジブラシは使い捨てにしましょう。
〇スポンジブラシが汚れていると口腔内の汚れが除去できないだけではなく、感染の原因になります。スポンジブラシは使い捨てにしましょう。

◎用具は清潔に保ちましょう。
〇使用後の歯ブラシ・義歯ブラシ・義歯ケース・コップはよく水洗し、ブラシ類は毛先を上向きにして、コップなどに立て乾燥させましょう。

歯ブラシ：根元に歯みがき剤・食べかすが残りやすい
コップ・義歯ケース：底部のぬるつき
歯間ブラシ：ワイヤー部の劣化確認

口腔ケア用品にカビなどが発生しないように注意しましょう。

引用：公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル（令和4年7月）」

＜食事状態、食形態等の確認＞

◎飲み込めない、むせながら食べている方がいないか観察しましょう。

〇美味しく安心、安全に食べてもらうために摂食嚥下のメカニズムを正しく理解し、その方の食べる機能のどこにどのような問題や障害があるのか？という視点で観察していくと、具体的な改善策を考えやすくなります。

◎むせないよう条件を整えましょう。

〇むせることで食事が中断し、疲労します。大切なのはむせるタイミングを観察し、食形態や、姿勢等を整えることです。むせた際には、しっかりと咳払いをして排出することに集中してもらいましょう。

◎個々の嚥下状態に合わせたトロミを付けましょう。

〇嚥下状態によってはトロミを付けすぎると粘度が増し、咽頭部に付着し逆に危険な場合もあります。トロミの付けすぎには充分配慮し、個々の嚥下状態に合わせたトロミを付けるよう心掛けましょう。施設内でトロミの状態（呼び名）ソース状、ヨーグルト状、ハチミツ状、ジャム状など設定するのもトロミを付けすぎないコツになるかもしれません。トロミは言語聴覚士や栄養士と検討することも大切です。

◎食事姿勢を整えましょう。

〇食事は全身を使うと言われています。車椅子のフットレストから足を降ろし、足底を床に接地させましょう。床に届かない場合は踏み台等を使用しましょう。可能な方は生活椅子に移乗させましょう。必要に応じて、背中や側面にクッション等を使用して姿勢の崩れを防ぎましょう。

引用：公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル（令和4年7月）」

＜その他＞

◎粘膜や舌の上に食べかすなどがないか観察しましょう。

〇口腔機能が低下してくると食物残渣が多く貯留します。口腔機能の維持を図るためにも口腔リハビリテーションを実施しましょう。（食前が効果的です）会話や発声、音読や歌も立派なリハビリテーションになります。

◎うがいをすることで口腔機能を維持しましょう。

〇うがいが可能な方には、口腔ケアの前後に頬をしっかり動かして、うがいを行うように促しましょう。口唇・頬の筋肉のリハビリにもなります。

◎義歯の役割を学び装着を促しましょう。

〇義歯は失った歯を補い、食べるためだけに装着するのではありません。その他にも重要な役割がたくさんあります。

①残っている歯を助ける
②下顎の場所を固定する（顎の高さの維持）
③舌・頬粘膜の均衡を保つ
④嚥下時の圧力を高める
⑤咀嚼筋の機能を維持する
⑥噛むことにより脳への刺激を与える
⑦粘膜を保護する（口腔乾燥を予防する）
⑧顔貌を整える
⑨発音する
⑩歩行の安定を支える

◎義歯の装着を確認しましょう。

〇義歯には様々な役割があります。起床時、食事の前、リハビリテーションの前には必ず義歯が装着されているか確認をしましょう。

◎義歯を装着したまま、外したままということがないように気を付けましょう。

〇食事のあとは清掃し、就寝時は歯ぐき（粘膜）を休めるためにも外しておくのが基本です。（歯科医師より特別な指示がある場合は除く）

引用：公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル（令和4年7月）」

3　介護認定を受けている居宅訪問と多職種連携

事前に介護認定の程度と、ケアマネジャーの連絡先を聞いておきます。

ケアマネジャーはケアプラン作成のために毎月定期的に利用者の状況や家庭環境等を把握しています。ケアマネジャーと連携をすることで、医療や服薬状況、現在どのような介護サービスを受けているか把握できます。

ここでは、歯科医師の指示で歯科衛生士が居宅を訪問し訪問歯科衛生指導などを行ったときの、情報共有内容と連携ポイントの具体例をみてみます。

①マネジメント職（ケアマネジャー）との連携

マネジメント職→歯科衛生士の情報共有	歯科衛生士→マネジメント職の情報共有
●介護・支援方針や目標 ●利用者の状態 日常生活自立度、家族・介護者の状況や介護力、居住環境、生活状況など ●主治医 ●既往症、服薬状況 ●認知機能など ●利用介護サービス	●口腔の状況 ●治療・処置の必要性 ●口腔ケアの情報 ●食に関する問題 ◎入所者や家族の意向の情報共有をする ◎入所者や家族の経済的背景も考慮した情報提供をする ◎食事や日常口腔ケアの方法などについて相談する

参考：公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル（令和４年７月）」

②医療職（医師、訪問看護師、訪問薬剤師）との連携

医療職→歯科衛生士の情報共有	歯科衛生士→医療職の情報共有
●基礎疾患、既往歴、服薬状況、感染症の有無、禁忌など ●全身状態、こころの状態、生活状況など	●口腔内の状況 ●咀嚼・嚥下機能の状態 ●歯科衛生指導など実施時に気づいた心身状態 ●歯科訪問診療の診療内容と計画 ●歯科訪問診療の報告 ●食事や口腔ケアの支援方法 ◎身体状況に合わせた安全な食事摂取方法の情報提供をする ◎口腔ケアを継続するための情報提供をする ◎訪問看護師が関わっている場合は、利用者の最も身近な存在なので密に連携をとる。

参考：公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル（令和４年７月）」

③訪問介護員（ホームヘルパー）との連携

訪問介護員→歯科衛生士の情報共有	歯科衛生士→訪問介護員の情報共有
●利用者の残存能力 ●利用者の生活状況 ●利用者のストレングス、趣味など ●食べこぼしやむせの状態 ●セルフケア習慣の状態 ●口腔ケアの方法と支援状況 ●食事時の体位、姿勢 ●口腔ケア時の体位、姿勢 ●日常生活の注意点（移動・移乗など）	●口腔内の状況 ●咀嚼・嚥下機能の状態 ●口腔衛生管理実施時に気づいた状態 ●日常の口腔ケア方法と介入方法 ●食事の支援方法 ◎利用者の最も身近な存在なので、密に連携する。 ◎日常の食事、口腔ケア方法の助言・指導をする。 ◎適した口腔ケア用品の情報提供をする

参考：公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル（令和４年７月）」

④リハビリテーション職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）との連携

リハ職→歯科衛生士の情報共有	歯科衛生士→リハ職の情報共有
●言語障害や摂食嚥下障害の有無など ●肩、首、手指の可動域、手指の巧緻性、握力など ●口腔ケアや食事時の姿勢保持の工夫や対処方法など ●高次脳機能障害の状況など	●口腔内の状況 ●咀嚼・嚥下機能の状態や変化 ●食事や口腔ケアの方法 ●口腔ケア用品の情報 ◎上肢の可動域や動作確認を行い安全に食事ができる方法の相談をする ◎セルフケアができる握力や手指の工夫や方法の相談をする

参考：公益社団法人　日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル（令和４年７月）」

4　サービス担当者会議

利用者が介護保険サービスを受けている場合、「サービス担当者会議」は、ケアプランを新たに作成する際や、変更・更新を行う際に必ず開催しなくてはいけない会議です。このなかでは、ご本人・ご家族に加えて、サービス事業者の担当者も一堂に会し、ケアプラン内容の検討を行うことになります。その中で歯科衛生士は、地域医療のチームの一員として、口腔衛生だけでなく、「食べる・話す・笑う」口の機能のプロフェッショナルとして活動することが求められています。

＜歯科衛生士に求められる役割例＞

●口腔内清掃・ケア

口腔の健康維持改善を行うだけでなく、誤嚥性肺炎を始めとする疾患の予防。

●摂食嚥下機能の評価・支援・リハビリ

唇・頬・舌・喉・首・肩・腕・手指など、摂食嚥下や姿勢保持に関わる筋肉の機能の評価と維持・回復。

●周術期（在宅ターミナル）

患者の術前・術中・術後のケアなど、口腔由来のトラブルによって治療や手術に合併症が起きないよう管理する。



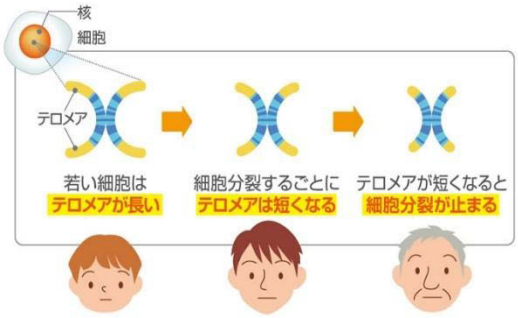
第１部

5章　高齢者の特徴と歯科

1　老化と身体変化

①老化とは

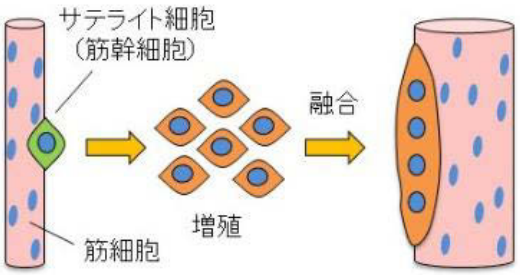
細胞の老化＝細胞分裂の停止により、組織やその機能が低下することです。
老化細胞は巨大化しフリーラジカル（活性酸素）を放出して周囲の細胞を傷つけます。



染色体の先端のテロメアが分裂のたびに短くなり、一定の短さになると細胞分裂が止まり細胞は死ぬ。

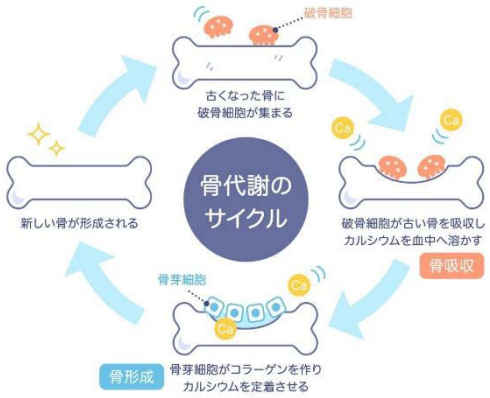
がん細胞は、短くなったテロメアを修復する酵素テロメラーゼを活性化し無限に分裂を繰り返すので「死なない」といわれている。※ヒトのテロメラーゼは、生殖細胞や幹細胞以外の細胞では作られない。

＜筋肉の老化＞



筋肉は、刺激（運動ストレスやテストステロン・成長ホルモン）を受けると筋幹細胞が活性化し、筋の修復や再生を行う。老化により筋幹細胞が減少するほか、運動量が減るだけでなくテストステロン・成長ホルモンの分泌も低下するため、筋肉量が減少する。

＜骨の老化＞

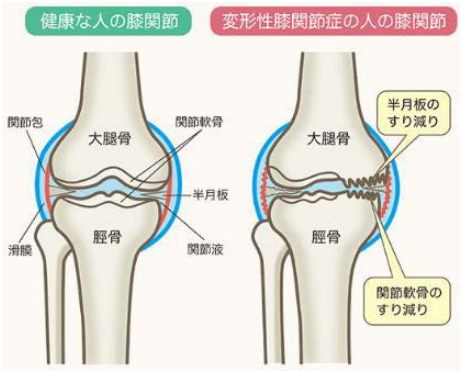


女性は、骨の破壊防止作用があるエストロゲンの減少により骨密度の低下が急激に進む。

食事から吸収されるカルシウムの量が減少するため骨密度が低下する。

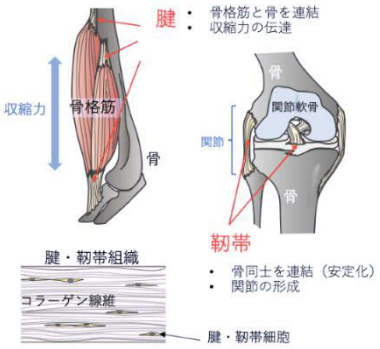
椎間板が薄くなり脊椎が短くなる。また、椎骨密度が低下し頭が前に傾くと、喉を圧迫し嚥下障害を起こす。

＜関節の老化＞

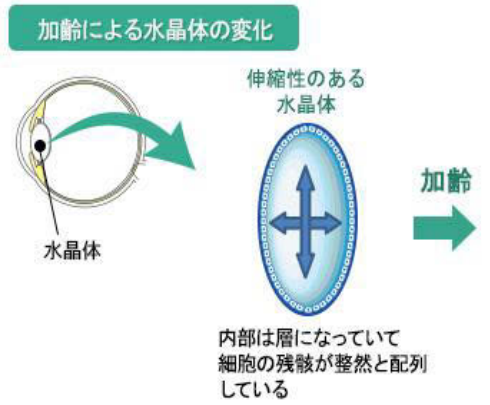


関節軟骨や半月板の摩耗により変形する。

靱帯（骨と骨を結ぶ）や腱（筋肉と骨を結ぶ）が弾力を失う。



＜感覚器の老化＞

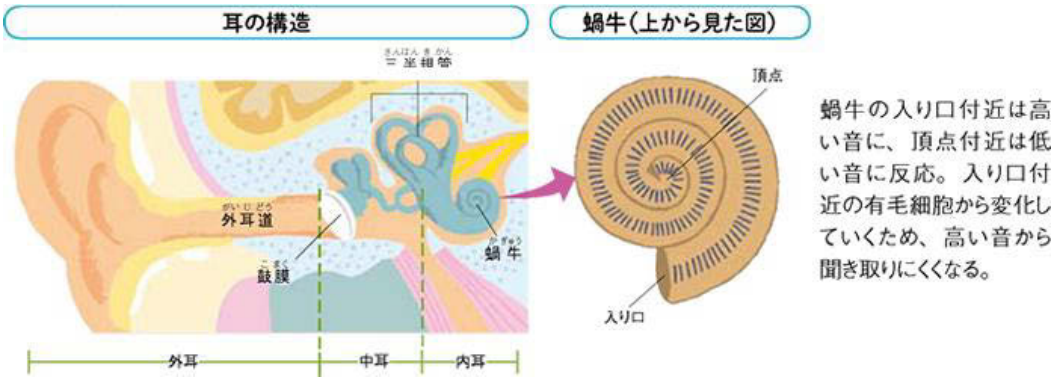


視覚は、水晶体の硬化（老眼）、水晶体の濁り（白内障）、水晶体の黄変（色覚変化）が起こる。

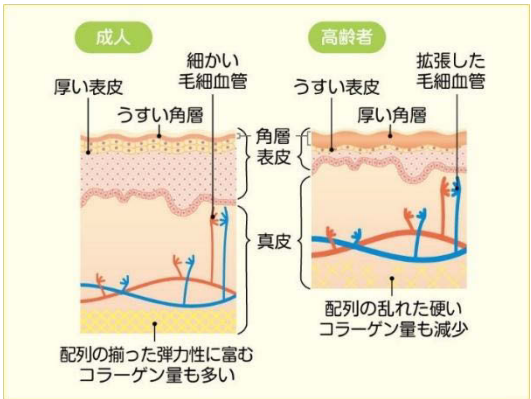
聴覚は、高音が聞き取りにくくなる（老人性難聴）

味覚は、味蕾の感受性や唾液が減少し鈍くなる

触覚は、神経数の減少で痛み、温度、圧力の感受性が鈍くなる



＜皮膚の老化＞



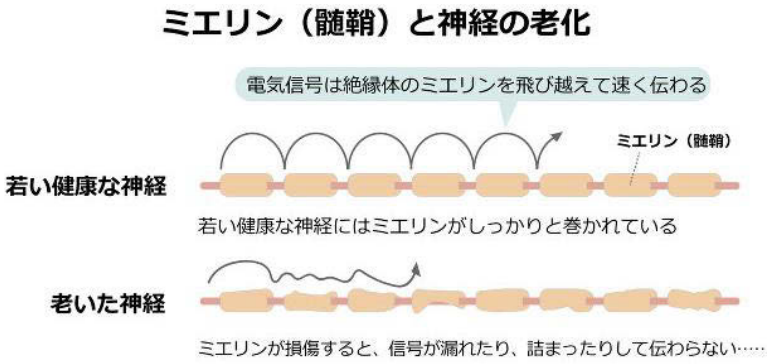
皮膚のターンオーバー（新陳代謝）が減少し角質層が厚くなる。

表皮と真皮が薄くなり傷つきやすくなる。

汗腺が減少し放熱しにくくなる。

脂腺が減少し、乾燥肌になる。

＜脳と神経＞

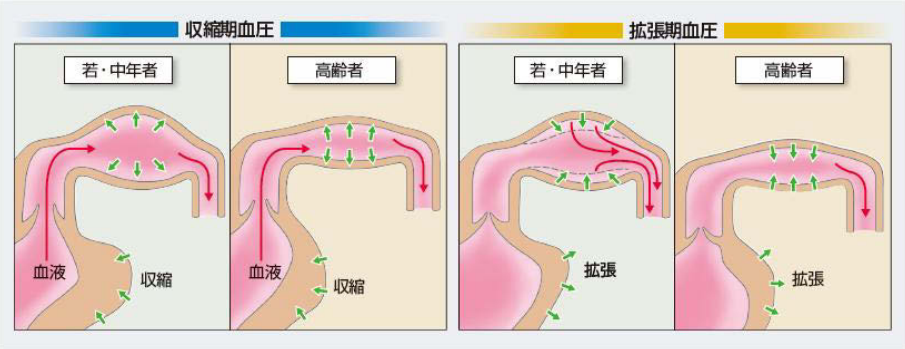


脳の細胞は余剰があるので、一部の細胞が失われても代替することができる。

語彙、短期記憶、思い出す能力はわずかに低下する。

神経の伝達速度が低下する。

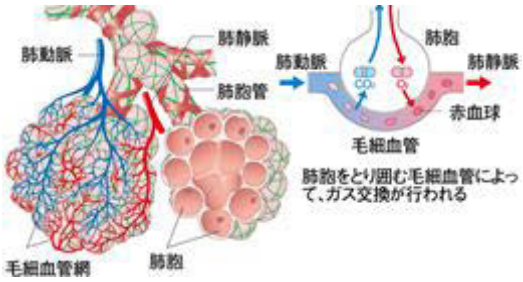
＜心臓と血管＞



血管には弾力性があり拡張・収縮をして血液を送るポンプ作用があるが、動脈の老化で弾力性を失うと（動脈硬化）、ポンプ作用が弱くなる。そのため心臓は血圧を高くして（高血圧）全身に送ろうとする。

（通常は動脈が拡張・収縮して多くの血液を送り出すが、動脈硬化では血管が拡張しない）

＜肺と呼吸器＞



　横隔膜と肋間筋が減少し換気量が減少する。咳の力も減少する。

　肺胞と肺毛細血管が減少する。

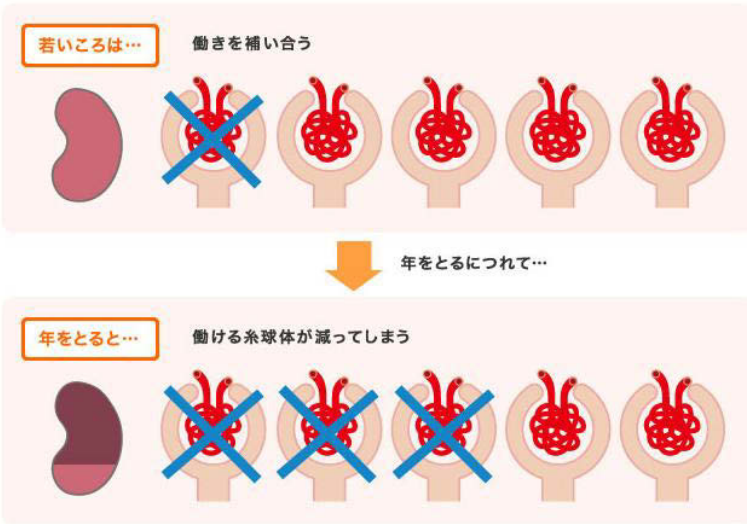
＜消化器＞



　大腸の蠕動運動が弱くなり便秘になる。

　肝・腎機能の低下で、薬剤代謝低下。

＜泌尿器＞



　腎臓の糸球体数の減少により、血中老廃物の除去能力が低下する。

　水分が過剰に排出され脱水になりやすい。

　膀胱の容量が減少する。また、膀胱の筋肉量が減少する。

＜内分泌系＞

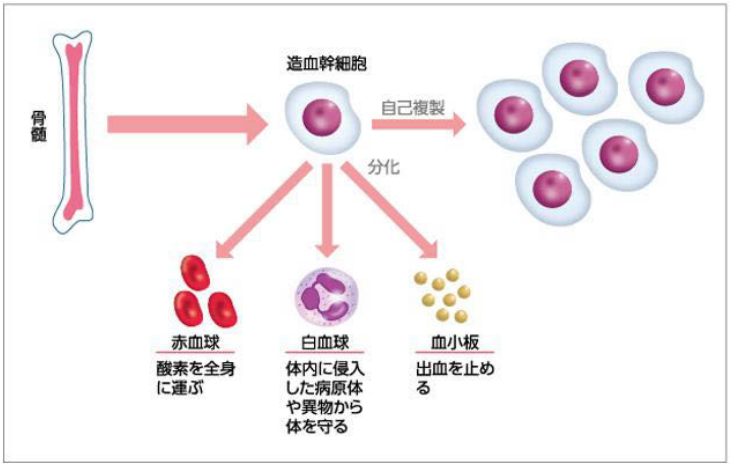
成長ホルモン・テストステロンが減少し、筋肉量減少。

エストロゲンが減少し、骨粗しょう症。

メラトニンが減少し、睡眠障害。

＜造血系＞

骨髄幹細胞の減少により骨髄量が減少し、造血幹細胞が減少し、血球減少。



＜免疫系＞

免疫細胞の老化で、その働きが低下する。ガン、感染症にかかりやすくなる。

②サルコペニアとフレイル

サルコペニアとは、加齢や疾患などにより筋肉量が減少することです。
フレイル、とは加齢とともに心身の活力が低下する要介護の前段階。

サルコペニアの分類	原因
加齢に関連するもの（一次性）	加齢によるホルモンの減少、細胞の死（アポトーシス）、ミトコンドリアの機能障害など
活動に関連するもの（二次性）	寝たきり、不活発などによる廃用よる筋委縮
疾患に関連するもの	心臓・肺・肝臓・腎臓・脳疾患、炎症性疾患、悪性腫瘍や内分泌疾患
栄養に関連するもの	吸収不良、消化管疾患、薬物など

以下の表で3項目以上該当するとフレイル、1～2項目該当するとプレフレイル、該当なしは健常

評価項目		原因
体重減少	6ヵ月で 2Kg 以上の意図しない体重減少	食事量の低下、低栄養状態
疲れやすい	ここ 2 週間、わけもなく疲れたような感じがする	筋肉量の低下
歩行速度の低下	1.0m/秒以下	筋肉量の低下
握力の低下	男性 28Kg 以下、女性 18Kg 以下	筋肉量の低下
身体活動量の低下	①軽い運動・体操 ②定期的な運動・スポーツ ①、②ともに週に1回も行っていない	疲れによる活動量減少

③老化による身体機能の低下

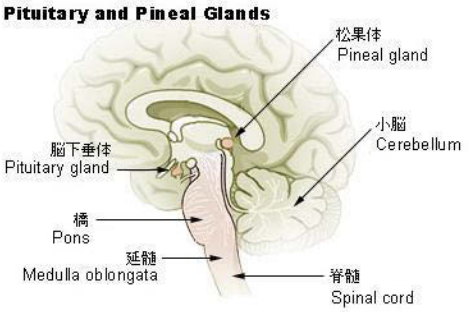
形態の変化	身長・体重	70 歳から年に約 0.3%低下する
	姿勢	筋力の低下、骨・関節の変形で変化する
	骨	骨量減少、弾性力低下、硬度低下
	関節	膝関節、股関節、脊椎関節などの変形
運動の変化	平衡（バランス）性	70 歳で、20 歳と比べ 80%低下
	柔軟性	70 歳で、20 歳と比べ 60%低下
	脚力・敏（びん）しょう性・歩行速度	70 歳で、20 歳と比べ 50%低下
	握力	70 歳で、20 歳と比べ 30%低下
	歩幅	70 歳で、20 歳と比べ 20%減少
循環呼吸の変化	高血圧	血管弾力性の低下で抵抗が大きくなる
	肺活量低下	肺の弾力性が低下し換気量が低下する
神経感覚の変化	神経伝達速度	70 歳で、20 歳と比べ 10%低下
	視力低下	50 歳以降急激に低下
	聴力低下	70 歳以降急激に低下。特に高音。

2　高齢者の睡眠

人の身体リズムは 24 時間より長い 24～25 時間の周期を持っているといわれています。この身体リズムを 24 時間に調整するのが体内時計です。体内時計を制御する機能は、脳内の松果体にあります。

松果体は光が少ない夜に、眠気のホルモンであるメラトニンを合成して正しい生活リズムを作りだします。朝、約 30 分間日光を浴びるとメラトニンが合成されなくなるので眠気を抑えることができます。強い光はうつ病にも効果があるとされています。

高齢者は、このメラトニンの合成が減少するため、睡眠が浅い・思っているほど寝られないという自覚症状が多くみられます。また、体内時計の機能が低下するので、生活リズムも狂いがちになります。



松果体：脳にある内分泌器（ホルモンを分泌する器官）で、赤灰色でグリーンピース（8mm）の大きさ。

視覚・聴覚・触覚などの感覚刺激の中枢である視床（ししょう）に挟まれている。

60 歳以上の高齢者では約 3 割の人が何らかの睡眠障害があるとされています。睡眠障害とは、不眠症や過眠、睡眠時随伴症（悪夢、夜驚症、夢中遊行症）などをいいます。また、70 歳以上の高齢者の睡眠時間の平均は 6 時間程度で、春から夏は睡眠時間が短く、秋から冬では睡眠時間は長くなります。



（加齢による睡眠の変化）

睡眠時間が減少します。
深い眠りが減り、浅い眠りが増えます。
眠りにつく時間が早くなります。
朝早く目覚めます。
夜何度も目が覚めてしまいます。
昼寝が増えます。

（高齢者に多い睡眠障害）

睡眠時無呼吸症候群	睡眠中に 10 秒以上持続する無呼吸が頻繁に起き、睡眠分断と動脈血酸素飽和度の低下がみられる病気。主な症状は、日中の眠気といびき、睡眠時の窒息感など。いびきが小さい場合や日中の眠気の自覚症状が乏しい傾向があるので注意。
レストレスレッグス（ムズムズ脚）症候群	夕方から夜間に足のムズムズ感、いたがゆさ、不快感などが現れます。足を動かすと異常感覚が消えるので、布団の中でじっとしていることができず十分に眠れなくなります。女性に多く、鉄欠乏性貧血や人工透析を受けている人に多いです
周期性四肢運動障害	睡眠中に片足や両足が周期的にピクピク（不随意運動）し目が覚めます。これにより、十分に眠れなかったり、日中の過眠が起きたりします。しかし、自覚していないことも多いです。
レム睡眠行動障害	健康な人では、眠っている間も脳が活動しているREM睡眠の時には夢を見ても体の筋肉は動きませんが、レム睡眠行動障害では筋肉が動くので、夢の中での行動がそのまま現実の行動になってしまいます。夢の内容は悪夢が多く、叫んだり、大声をあげたり、殴る蹴る、暴れるといった激しい動作がみられます。症状が強い場合は、起き上がって歩き出したり、窓から飛び出したりなど危険を伴うこともあります。パーキンソン病などでよくみられます。
認知症における睡眠障害	アルツハイマー病などの認知症では、大脳の萎縮等により神経伝達障害を起こし睡眠障害を生じます。夜間の不眠と昼寝が増え昼夜逆転の不規則生活リズムに陥るようになります。また、しっかりと目が覚めきれず、もうろうとした状態が現れ、不安感から興奮しやすく攻撃的になります。夕方から就床の時間帯に徘徊・焦燥・興奮・奇声などの異常行動が目立つ日没症候群がみられることもあります。

（よい睡眠のために気をつけること）

1. ベッドの上で多くの時間を過ごさない
2. 就床・起床時刻を一定に保つ
3. 寝付けなければ、一度離床する
4. 昼寝は午後の早い時間帯に 30 分までに制限する
5. 定期的に運動する（寝る 4 時間前まで）
6. 日中、特に午後の遅い時間帯はなるべく戸外で過ごす
7. 一日（特に午前中）に日光を浴びる時間を増やす
8. 午後以降はカフェイン、タバコ、アルコールの摂取を控える
9. 夕方以降は水分摂取を制限する

3　高齢者の食事

嚥下障害によって生じやすい「誤嚥性肺炎」は呼吸器疾患死因の 19％を占め、致死率は 20～40％に達し高齢者の死因の上位に挙げられます。また、脳血管疾患、神経疾患（アルツハイマー病、パーキンソン病など）、脳腫瘍、頭部外傷などで嚥下障害が発生する頻度が高くなります。

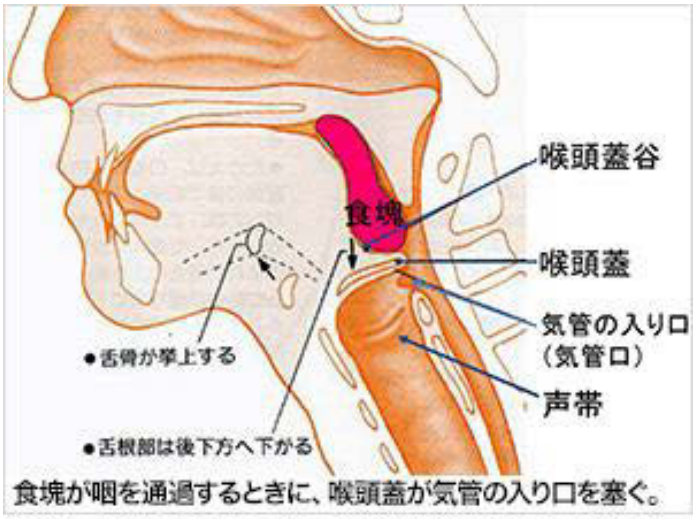


図2　嚥下の最中の図

加齢による摂食・嚥下の変化	姿勢が変化（円背・脊椎変形・頸椎変形など）して食べにくくなります。 だ液が減少し、口腔内が乾燥して不衛生になります。 嚥下に関わる筋肉量が減少します。 認知機能が低下して、失認や失行、異食行動などが起こります。 咽頭の位置が下がり、誤嚥の危険性が高くなります。 咳が出にくくなり、むせることができなくなります。
病気による摂食・嚥下の変化	脳梗塞など脳血管疾患で、嚥下反射がにぶくなることがあります。 閉塞性肺疾患や心不全など呼吸状態が悪いことが摂食障害の原因になります。 認知症、胸やけ、パーキンソン病などでも摂食障害が起こることがあります。

4　高齢者の脱水

脱水症や熱中症で救急搬送された人の約半数は高齢者で、年間を通じて起こりやすく、高齢者は軽度の脱水でも意識障害をきたしたり、ぐったりしてしまうので注意が必要です。

（加齢による機能変化）

水分（細胞内液）を多く含む筋肉が減少し、約 10％細胞内液が減ります。
腎臓の機能が低下し、塩分や栄養分を含んだ尿がたくさん排出されます。
のどの渇きを感じなくなるため、水分を取らなくなります。
夜間の頻尿や尿失禁を避けるため、水分補給をがまんしてしまいます。

（こんな状態に注意）

なんとなく元気がなく、眠りがち。
舌や口の乾燥。
微熱が 1 日以上続く。便がかたい。尿の色が濃い。
手足が冷たく、わきの下が乾いている。
脈が速く、血圧が低下。

（脱水予防）

3 度の食事以外に、起床時、午前 10 時ころ、午後 3 時ころ、入浴前、入浴後、就寝前など定期的に水分を摂取する。
飲水が困難な場合は、ゼリー食にする。
経口補水液など電解質も摂取する。

脱水症	体内の水分と電解質が足りなくなり、口の渇きや体のだるさ、立ちくらみを起こします。しかし、軽度の脱水では症状がでないのも高齢者の特徴です
熱中症	体温上昇に対して体温調節（発汗や皮膚温度の上昇）ができなくなり、体内に熱がたまってしまう状態です。めまいや立ちくらみ、足がつる、吐き気、頭痛、大量の発汗、意識障害、けいれんなどの症状があります。

（脱水症のサイン）



5　高齢者の排泄障害

高齢者の排尿障害は、尿をためることができなくなる（蓄尿）障害と尿が出にくくなる（排尿）障害があります。主な症状は尿失禁であり、日本の高齢者のうち約 400 万人にみられます。また、女性が男性の倍以上尿失禁を経験しています。

蓄尿障害	膀胱排尿筋が頻繁に収縮して、急激に尿意をもよおしがまんできずに漏れます。 膀胱出口や尿道の抵抗が弱くなり、重いものを持ち上げたり、くしゃみや咳などで腹圧が上昇して漏れます。 トイレまで歩けない、衣服の着脱ができないなど動作障害や認知症のために尿が漏れます。
排尿障害	膀胱排尿筋が弱り収縮しなくなるため、尿が出なくなります。 尿路が狭くなり、尿が出なくなります。

高齢者の便秘は、男性より女性に頻度が高くなります。

加齢による機能変化	腸のぜん動運動が低下します。 腸管分泌物が減少し、便が硬くなります。 直腸壁の刺激感受性が低下し、排便反射が起きにくくなります。 腹筋や横隔膜筋の筋力が衰え、腹圧が低下します。 食事・水分摂取量が減少して、便が硬くなります。
弛緩性便秘	大腸を動かす筋力が低下してぜん動運動が弱まるため、便が直腸に運ばれにくくなります。食事摂取量が少なくなったり、運動不足でも起こります。
直腸性便秘	便が直腸に送られても排便反射が起こらない便秘です。便意をがまんしたり浣腸や下剤をよく飲む人にみられ、女性の便秘の理由のひとつです。
けいれん性便秘	結腸がけいれん性の収縮をおこし、大腸のぜん動運動がとぎれるため直腸に便が届くのに時間がかかります。そのため、水分が吸収されすぎて便が小さく硬くコロコロになります。ストレスの影響が強いと考えられています。

（生活習慣の改善）

朝食後の排便習慣をつける（直腸性便秘）

散歩や軽い運動などでストレスを取り除く（けいれん性便秘）

食物繊維の多い生野菜、果物、イモ類などを食べる（弛緩性便秘）

6　高齢者の歩行障害

（加齢による機能変化）

歩幅が狭くなる
足のあがりが低くなる
かかとからの着地がしっかりできなくなる
速度が遅くなる
腕振りが小さくなる
姿勢を保つ反射が低下する
前傾姿勢になる
方向転換が不安定になる。

（主な歩行障害）

片麻痺歩行	麻痺側の下肢は伸展し、つま先は垂れていることが多い。そのため、足を前に出す時は股関節を中心に外側に弧を描くようにして歩く（コンパス歩行）。つま先は床を引きずる。 脳血管障害が多い。
対麻痺歩行	両側の下肢が麻痺しているとき、それぞれの下肢が内反尖足となり交互に外側に弧を描くようにして歩幅を狭くして歩く（はさみ歩行）。 脳性麻痺、脊髄障害でみられる。
パーキンソン歩行	前かがみで膝を曲げ、小刻みに歩く（小刻み歩行）。方向転換で多歩になったり、歩行開始時にすくんだりする。前傾歩行中に重心が前方に移行し、これを追いかけるように駆け足になる（加速歩行・前方突進現象） パーキンソン症候群でみられる。
小脳失調性歩行	両足を広く開き、酩酊しているようで全身の動揺も強い（酩酊歩行）。片足立ちも不安定で継ぎ足歩行（直線上を前後の足をくっつけて歩く）もうまくできない。 小脳の血管障害や脊髄小脳変性症でみられる。
動揺歩行	腰と上半身を左右に振って歩く。腰帯筋が弱いために一歩ごとに骨盤が傾く。上体を反らし気味にしてバランスを取る。 多発性筋炎、筋ジストロフィーなど筋原性の疾患でみられる。
間欠性跛行	歩行を続けると腓腹筋（ふくらはぎの筋肉）の痛みと疲労感が強くなり歩行をやめて休む。休息すると再び歩行ができるようになる。 下肢の閉塞性末しょう動脈硬化症、腰髄部の血流不全、腰部脊柱管狭窄、筋無力症候群などでみられる。

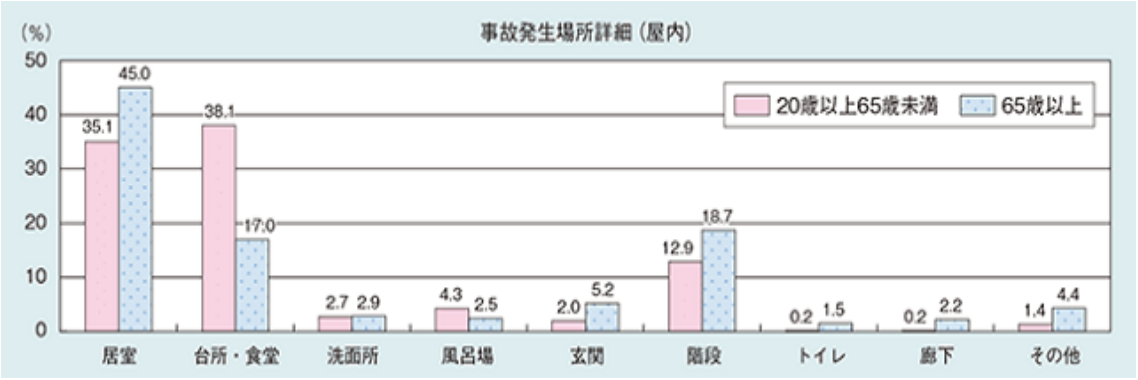
7　高齢者の転倒・転落

高齢者の家庭内事故のうち 60％が転倒・転落事故です。転倒は、①ADL の低下、②意欲の低下、③寝たきりのきっかけになります。

（転倒の危険因子と改善）

危険因子	評価	改善
内的要因	①筋力低下 ②バランス障害 ③関節可動域障害 ④姿勢不良 ⑤視力障害 ⑥感覚障害 ⑦疾病 ⑧薬剤	内科・外科的治療、リハビリテーション、補装具の使用
外的要因	すべりやすい床、目のあらいじゅうたん 移動経路上の障害物 暗い照明、夜間の足元の照明 玄関・戸口の踏み台 段差の大きい階段、手すりの不備 すべりやすい風呂・脱衣所、手すりの不備 高さの不適切なベッド すべりやすいスリッパ、靴下 歩行器具の破損、不良	リフォーム、インテリアの変更、障害物の除去、照明の取り付け、踏み台の設置、手すりの設置、風呂場・脱衣所の改造、履物の工夫、ベッドの調整、歩行器具の修理調整
心理社会的要因	抑うつ、混乱、不安、転倒への恐怖感、疾患・機能低下に対する非受容、失禁への恐れ	医学的治療、リハビリテーション、福祉用具の使用

転倒事故発生場所（独立行政法人国民生活センター：h22～h24 の屋内転倒事故場所）



（運動器不安定症）

加齢により、バランス能力や移動・歩行能力が低下し、その結果閉じこもりや転倒のリスクが高まった状態

運動機能低下をきたす11疾患

脊椎圧迫骨折・脊柱変形（亀背・側湾など）
下肢骨折（大腿骨頸部骨折など）
骨粗しょう症
変形性関節症（股関節、膝関節など）
腰部脊柱管狭窄症
脊髄障害（頸部脊髄症、脊髄損傷など）
神経・筋疾患
関節リウマチ・各種関節炎
下肢切断
長期臥床後の運動器廃用
高頻度転倒者

運動器の障害のために移動機能が低下した状態

（ロコモティブシンドローム（ロコモ））

運動器障害の７つの予兆

片足立ちで靴下がはけない
家の中でつまずいたりすべったりする
階段を上がるのに手すりが必要
掃除機などやや重いものを持つことが難しい
1ℓの牛乳パック２個分の買い物をして持って帰るのが難しい
15 分くらい続けて歩くことができない
横断歩道を青信号で渡り切れない

8　高齢者の皮膚疾患

加齢とともに皮脂の分泌が低下する。
外側にある皮脂膜が分裂し、すき間から水分が蒸発、細菌が侵入する。(乾燥)
角質層が薄くなり、アレルゲンや細菌に対する抵抗力が低下する。(皮膚炎症)
加齢とともに真皮のタンパク質が減少し薄くなる。(耐久性や弾力性が失われる)
皮下組織(結合組織と脂肪細胞)が薄くなる。(体温保持能力が低下する)
汗腺がまばらになり、体液量の調整がうまくできなくなる(脱水・熱中症)。

(高齢者の皮膚のトラブル)

皮膚剥離	表皮が薄くなっているので、わずかなこすれでも剥離が起こる。 テープ剥離時(18%)、転倒時(12%)、ベッドにぶつけた(10%)、車いす移乗移動介助時(5%)
皮下出血	本人もわからないくらいの軽い衝撃でもあざになる。
老人性皮膚掻痒	入浴や電気毛布の使用で皮膚が乾燥し炎症が起こる。
褥瘡	持続的な圧迫で皮膚の血流が途絶え、低酸素や低グルコースに陥った組織が壊死した状態

(褥瘡予防)



除圧	体位変換(基本的に 2 時間毎)、側臥位 30 度、90 度座位
減圧	エアマットレス、車いす専用クッション
摩擦	半透過性フィルム
乾燥	スキンクリーム
湿潤	清拭
低栄養	栄養管理

9　老化と口腔・咽頭領域の変化

口腔組織の老化現象で特徴的なことは、歯の喪失によって大きな環境の変化が起こることです。

①歯と咬合

歯はエナメル質、象牙質、セメント質の硬組織と軟組織である歯髄から構成されていますが、エナメル質は形成が完了すると、形成細胞であるエナメル芽細胞が消失するため、う蝕・破折などで欠損が生じると再生することができません。象牙質やセメント質は、歯髄や歯根膜が健全であれば、それぞれ内側と外側に添加されます。

1）歯数の減少

歯数はう蝕や歯周疾患で減少します。特に歯周疾患では歯を支える歯槽骨が消失し、歯を失う可能性が高くなります。生理的老化による変化ではありませんが、多くの高齢者はう蝕や歯周疾患で歯数が減少しています。

2）摩耗・咬耗

歯は加齢に伴い摩耗によりすり減りますが、咬合することにより切縁、咬合面が摩滅した場合を特に咬耗とよびます。

3）歯髄腔の狭窄（象牙質の二次的添加）

加齢に伴い象牙質が内側に徐々に形成されるため、歯髄腔は狭窄します。何らかの原因による歯質の欠損が象牙質にまで及ぶと、急速に象牙質が添加されます。このように、加齢に応じた歯髄腔全体にみられる象牙質の添加を第二象牙質といいます。

また、高齢者にみられるくさび状欠損の原因としては、誤ったブラッシング、咬合力の伝達（夜間のブラキシズムなど）による歯質の破壊などが考えられます。

くさび状欠損や歯頸部のう蝕などによる局所的な欠損などに対して添加された象牙質を第三象牙質と呼びます。

4）歯根透明象牙質の出現

高齢者では歯根部歯髄側の象牙細管内に二次的石灰化が起こるため透明化します。

5）セメント質の肥厚

加齢とともに歯根膜側にセメント質が添加し厚くなり、根端部や根分岐部に肥厚がみられます。特に根端部での添加は根端孔を狭くし歯髄への血管・神経の進入を困難にします。

②顎骨の加齢変化

顎骨は、他の骨と異なり歯を介した強い咬合力が直接骨内部にまで伝わります。そのため、歯を失った顎骨にも変化が起こります。

1）下顎骨の形態変化

下顎骨は歯を喪失すると、歯槽部の吸収により下顎骨の高さが低くなります。特に、多数歯喪失や無歯顎になると、歯槽部の大部分が失われます。変化により、有歯顎時は歯槽最上部より遠い位置にあった神経、脈管の位置が、歯槽頂よりも近い位置関係に変化します。

また、下顎骨内部の下顎管の壁が厚くなり、はっきりとエックス線撮影写真で観察できる場合が多くなります。これは有歯顎時、歯や歯周組織に神経、脈管の枝を出していたものが、歯の喪失によりこれらの枝の多くが消失したことによると考えられます。

2）上顎骨の形態変化

上顎骨も歯を喪失すると急速に吸収され、上顎洞と口腔の距離が短くなります。また、無歯顎になると歯槽頂が舌側に移動することにより歯槽頂がつくる馬蹄形は有歯顎に比べて小さくなります。また、切歯窩と大口蓋管の開口部が拡大し、義歯装着時の疼痛の一因となります。

③顎関節の加齢変化

顎関節は、歯の喪失に伴い下顎頭が小さくなり全体的に平坦化することがあります。この顎関節部の変化によって、高齢者の顎関節は緩くなり、咬合採得が困難となります。

④口腔、咽頭、喉頭の生理的加齢難化

1）口腔粘膜の加齢変化

口腔粘膜は通常、表層より粘膜上皮、粘膜固有層、粘膜下組織の3層から構成されていますが、粘膜上皮が薄くなり粘膜下組織も萎縮し弾力を失うため、傷つきやすくなります。

2）唾液腺の加齢変化

一般的に加齢に伴い唾液腺は萎縮傾向にあり、分泌量は減少します。

3）咀嚼機能の加齢変化

口腔内に入った食物を咀嚼するために重要な働きをする表情筋の筋力が低下し、咀嚼機能が減退します。

4）咽頭の構造と加齢変化

高齢者では粘膜上皮が薄くなり咽頭腔の粘膜全体が萎縮します。粘膜上皮下の組織中には粘液腺などが存在しますが、この腺組織も萎縮し全体的に潤いを失います。さらに、咽頭収縮筋の筋力が衰えるため、嚥下時に食物が咽頭に残りやすくなります。

10　高齢者の精神・心理的変化

①老化による心理的変化

1）老化や疾患による身体の不具合

高齢期になると老化による身体機能低下が顕著となり、日常生活で、以前できていたことができなくなることを多く自覚するようになります。また、体力・免疫力の低下により疾患にかかりやすく、慢性化することも多くなります。このような経験からわずかな体調の変化などを必要以上に気にしてしまう傾向にあります。また、疾患罹患を契機に身体機能低下が亢進し、精神的疲労も増大し、うつ状態さらには認知症発症のきっかけとなることもあります。

2）脳の老化

脳は老化により萎縮し、さまざまな知的（認知）機能変化が生じます。萎縮は一般的に 30 歳から始まり 60 歳以降には検査画像でも確認できる程度に萎縮します。しかし、老化による知的（認知）機能の変化は複雑で個人差が大きく、個々のもつ内在因子（遺伝要因、体調、ストレスなど）や社会との関わりが影響を与えているといわれています。

老化による知的（認知）機能の変化で顕著にあらわれるのが記憶の変化です。記憶は、1 秒程度の記憶である感覚記憶と、およそ 15 秒以内の記憶である短期記憶と、それより長い長期記憶に分類され、長期記憶は、①エピソード記憶、②意味記憶、③手続記憶に分類されます。老化による影響を受けやすいのはエピソード記憶で、逆に最も老化の影響は受けにくいのは手続き記憶です。

記憶の分類

感覚記憶 1 秒程度の非常に短い期間の記憶	感覚器官による記憶 映像、音、冷感、痛感、触感など 必要でないものは次々と消えていく
短期記憶 10 秒程度の短い保持期間の記憶	感覚記憶のうち注意が向けられた一時的な記憶 海馬で記憶。重要なものは側頭葉で記憶される
長期記憶 数分～数十年という長い保持期間の記憶	①エピソード記憶 特定の時間に特定の場所であった出来事などに関する記憶 （昨日の夕食で食べたおかず、今朝駅であった友人の顔）
	②意味記憶 一般的な知識（特定の時や場所に関連しない記憶）
	③手続記憶 技能（体で覚えている記憶、自転車乗り、楽器の演奏、口腔のブラッシング行為）

3）喪失体験によるストレス

高齢期ではさまざまな喪失体験が生じます。これらの体験がストレスとなり心理的機能に影響を及ぼし、高齢期ではうつ状態などを引き起こしやすくなります。

高齢期に体験する喪失

対象喪失	親、配偶者、友人、人間関係
自己感覚の喪失	記憶、容貌、感覚機能（視力、聴力など）
役割・有用感の喪失	職場や家庭での役割の喪失から生きがいの喪失
場の喪失	家庭、仕事の場、逃げ場（ストレス発散のため必要としていた場）

4）死生観の変化

高齢期（特に 75 歳以上）になると、これまで漠然とイメージされていた死を、具体的なイメージとしてもつようになり、さまざまな心理状況が交錯することになります。

②老化以外の心理的変化

高齢者の精神疾患で多いのは、認知症、うつ、せん妄です。

1）老人性うつ

気分がひどく落ち込む、注意力が散漫、物事への興味や幸福を感じない、やる気が出ない、食欲が落ちる、眠れないなどの症状がでるほか、頭痛やたちくらみ・めまい、疲れやすい、死にたいという悲観的な考え、肩こり、しびれ、耳鳴りなどの様々な症状を訴えることがあります。

高齢者の場合、記憶力の低下や判断能力がなくなったりするなどの症状も出るため認知症と間違えられやすく、状態が徐々に悪化してしまうことがあります。認知症との違いは認知症の項で取り上げます。

2）せん妄

せん妄は、意識混濁に加え、錯覚や幻覚・妄想などがみられる状態で、突然始まり、数時間から数日継続するが、その原因などにより長期間継続する場合もあります。せん妄を引き起こす原因として、入院、薬、発熱、脱水、感染症、認知症があります。認知症との違いは認知症の項で取り上げます。

11　高齢者に多い全身疾患と口腔

①悪性腫瘍（がん）

悪性腫瘍は、からだの細胞の遺伝子が変異を起こし、制御されない増殖を行うようになった細胞の塊で、周囲の組織に浸潤したり転移したりします。

2021 年の厚労省「人口動態統計」によると、男性の部位別がん死亡者数が最も多いのは、肺がんで 5 万 3278 人、2 位が大腸がんで 2 万 8080 人、3 位が胃がんで 2 万 7196 人。女性の部位別がん死亡者数が最も多いのは、大腸がんで 2 万 4338 人、2 位が肺がんで 2 万 2934 人、3 位が膵臓がんで 1 万 9245 人でした。

がん治療は、化学療法（抗がん剤治療）、手術、放射線の3つの治療方法が基本になります。

1）化学療法（抗がん剤治療）

化学療法は、細胞の増殖を防ぐ抗がん剤を用いた治療法で、がんが増えるのを抑えたり、成長を遅らせたり、転移や再発を防いだりするためなどに用いられます。

（全身的な副作用）

化学療法は、抗がん剤を静脈内投与や経口投与して行い、血液を介して全身にいきわたらせる治療であるため、正常細胞にも影響を及ぼします。そのため、嘔気・嘔吐、脱毛、白血球数の減少など全身に強い有害事象（副作用）が発症します。

（口腔有害事象）

抗がん剤が口腔粘膜の細胞に直接作用して発症する口腔粘膜炎や味覚障害や、抗がん剤により免疫機能が低下して歯性感染症やウイルス感染症などがあります。

その発症頻度は、一般的ながん化学療法で 40%、リンパ腫や白血病などの大量の抗がん剤を使う造血幹細胞移植治療で 80%という高い頻度で起こります。

化学療法の口腔副作用

直接作用 （正常細胞に直接作用する副作用）	口腔粘膜炎（口内炎） 味覚異常 口腔乾燥 末梢神経障害
2次的作用 （免疫抑制により発症する症状）	歯性感染症 ヘルペス性口内炎（ウイルス感染） カンジダ性口内炎（真菌感染） 慢性 GVHD（移植片対宿主病）（移植治療後）

2)手術

がんの手術は、がんの完全切除を目的として行われます。がん病変の周囲にはリンパ節転移が起こりやすく、その領域を切除するリンパ節郭清が行われます。早期がんであれば手術単独で完全治癒が望めますが、進行がんの場合は、手術だけではなく抗がん剤治療や、放射線治療を組み合わせて根治を目指します。

（手術と口腔）

術中は、気管内挿管チューブ、経鼻胃管チューブが挿入され、バイトブロックを咬んだ状態が開口状態にあることや意識レベル低下のため唾液分泌が低下、嚥下運動の消失などのため、口腔内は大変汚染されやすい環境になります。また、気管に口腔内の唾液が流入するリスクが非常に高くなり、誤嚥性肺炎のリスクが非常に高くなります。

（周術期の口腔管理）

周術期の口腔管理は、口腔内の細菌数を少ないレベルにして正常細菌叢を保つことで、創部感染の予防や術後肺炎の予防を図ります。

3)放射線治療

放射線治療を行うと、がん細胞のDNAの鎖が放射線により切断されるため死滅します。がん細胞は正常な細胞よりも分裂するスピードが早く分裂期の細胞が多いので、同じ量の放射線でがん細胞のほうが死滅しやすい性質を利用しています。

放射線治療の口腔副作用

口腔合併症	急性期/慢性期	症状
口腔粘膜炎	急性	放射線による粘膜炎、化学療法より重症で長期化する
味覚異常	急性/慢性	味蕾細胞のダメージ、口腔乾燥症状と重なり回復には 3～4 ヵ月かかる
口腔カンジダ	急性/慢性	放射線治療中に白苔が拡がることや、治療後口腔乾燥が強く経口摂取が進まない状況で発現する
口腔乾燥症	急性/慢性	唾液分泌量は維持的に 10 分の1近くになり会話、嚥下時痛が出る、年単位で持続する
放射線性顎骨壊死	慢性	放射線照射野の抜歯を契機に発症することが多く難治性であるため、歯科治療時には要注意
放射線性う蝕	慢性	口腔乾燥により唾液の自浄作用、免疫作用が低下、pH も酸性に傾くため一気にう蝕が拡がる
組織瘢痕形成	慢性	咀嚼嚥下に関係する筋肉の瘢痕拘縮で、開口障害や嚥下障害が出現し症状は徐々に進み、回復は難しい

②脳血管疾患

脳血管疾患は、脳梗塞と脳出血、くも膜下出血などにより、脳の一部が虚血あるいは出血によって障害された状態で、日本人の死因の４位となっています（1 位がん、2 位心疾患、3 位老衰）。

死亡数の約 60％は脳梗塞が占め、脳出血 25％、くも膜下出血 10％、その他 5％となっています。脳血管疾患は生活習慣病のひとつとされ、高血圧、不整脈、糖尿病、喫煙、脂質異常症などが危険因子であるとされています。

1）脳梗塞

脳動脈の狭窄、閉塞が原因で動脈が流れる領域に虚血部分（血液が循環しない領域）ができ脳組織が壊死に陥る疾患です。その結果、脳の神経細胞の一部が障害を受け、その部分の機能が失われます（たとえば片麻痺や発音・嚥下障害等の機能障害）。そのため、寝たきりになる原因疾患の1位であり、社会復帰を遂げるために多職種の医療者が関わりチームを構成して、急性期治療と回復期リハビリテーションを行う取り組みがなされます。

治療は、急性期には血栓溶解療法、抗血小板療法、抗凝固療法等が厳重な全身管理の下行われます。

2）脳出血

脳実質の中で出血が起こり、脳内にできた血腫の圧迫で、局所神経症状や頭蓋内圧が上昇します。血腫のできる部位でさまざまな程度の頭痛、意識障害等が発症します。

治療は、血腫を除去する場合や血腫除去不可能な場合は内科的治療を行う。

3）くも膜下出血

脳の表面の血管が破裂するためにくも膜下腔に出血が拡がります。突然の激しい頭痛が特徴的で、頭蓋内の圧が上がるために強い悪心、嘔吐を伴います。原因は脳動脈瘤（動脈の壁にできたこぶ状の奇形）の破裂が最も多くみられます。

治療は手術による脳動脈瘤のクリッピングや、コイル塞栓術を行います。手術が成功しても、再出血や脳血管の攣縮（血管か細くなり血流が低下する）、くも膜下腔の髄液の通過障害による歩行障害や認知症、尿失禁等の合併症が出ることがあります。

脳血管疾患の分類

脳梗塞	ラクナ梗塞	脳の深部の枝分かれした細い（直径 1mm 以下）血管の梗塞（血管のつまり）で範囲が小さい（直径 1.5 ㎝以下）のもの。運動麻痺やしびれなどの感覚障害が起こるが、小さな梗塞のため自覚症状がない場合もある。脳の複数個所に発生し少しずつ進行していく場合は多発性ラクナ梗塞という。
	ビンスワンガー病	大脳白質が脳血流障害で広範囲に障害される。アルツハイマー型認知症のようにゆっくり進行し、初期は前頭葉型認知症の症状が現れる。頻尿や尿失禁、嚥下障害や集中力低下と手の震えなど多岐にわたるが、加齢症状と似ているので気づきにくい。
	アテローム血栓性脳梗塞	比較的太い脳の血管で起きる動脈硬化が原因の梗塞でラクナ梗塞より梗塞範囲が広い。アテロームとはコレステロール、中性脂肪、カルシウムなどの繊維結合組織を含んだ細胞などの動脈血管内蓄積物。これによって動脈硬化が起こり、血小板によって血管内にできた血栓が、狭くなった血管に詰まる。顔面の片側や舌の麻痺でろれつが回らなくなる、同じ側の手足の麻痺などが起こる。
	心原性脳塞栓	心房細動などの心疾患により不整脈が起こり心臓内の血流がよどむことで血栓ができる。これが脳に運ばれ脳動脈を詰まらせる。脳の広い範囲の梗塞巣を持つため重大な後遺症が残ることが多い。
頭蓋内出血	脳出血	脳の中の細い動脈が破れる。出血の部位で片麻痺や感覚障害、意識障害がおきる。 大脳皮質頭頂葉出血：感覚麻痺と頭痛 大脳皮質後頭葉出血：半盲 大脳皮質側頭葉出血：視野障害、感覚性失語 大脳皮質前頭葉出血：強い運動麻痺、下肢および顔面の軽度運動麻痺 被殻出血：片麻痺と感覚麻痺、出血側を向く共同偏視、失語。 視床出血：感覚障害と軽度の片麻痺、下内方を向く共同偏視（鼻尖凝視） 小脳出血：頭痛・嘔吐・めまい、起立や歩行困難。上下肢や体幹失調 橋出血：昏睡状態、四肢麻痺、呼吸障害、著しい縮瞳や眼球の正中固定
	くも膜下出血	脳の表面の大きな動脈にできたこぶが破れる。猛烈な頭痛と吐き気が起きそのまま意識を失う。

脳卒中による全身的な障害と口腔の症状

全身的な障害		口腔の症状
運動障害	対側片麻痺・痙縮・拘縮	上肢麻痺があればセルフケアは困難となる。 口腔衛生状態が著しく悪化しやすい。
感覚障害	対側半身の感覚障害・しびれ	口腔周囲の皮膚や粘膜の感覚が喪失する。 口腔内食渣の貯留、義歯不適合、咬傷による口腔粘膜の潰瘍形成が起こりやすい。
高次機能障害	認知症・失語・記憶障害等	身体障害が軽度で外見ではわからない。コミュニケーションが難しく、口腔衛生指導が困難になる。
構音・嚥下障害	舌咽神経や迷走神経、舌下神経の障害により起こる咽頭・喉頭そして舌の運動の障害	咀嚼・嚥下運動が障害されて誤嚥しやすい。 口腔衛生状態の悪化とあわせて、誤嚥性肺炎のリスクが上昇する。

（脳血管障害と口腔）

周術期やリハビリ期は適切な口腔衛生管理を行うことが重要です。また、嚥下障害や全身的な障害が後遺症として生じた場合は、口腔衛生管理や口腔嚥下機能リハビリテーションも必要になります。

③心疾患

2020 年の人口動態統計では、心疾患は、日本人の死因の 15.0%（2位）を占め、その 41%が心不全、33%が虚血性心疾患でした。

1）虚血性心疾患

心臓の冠動脈が、糖尿病や高血圧、脂質異常症、肥満などによって動脈硬化を起こし、狭窄（狭心症）または閉塞（心筋梗塞）すると、血液の流れが少なくなり酸素を心臓組織に送ることができなくなり、心筋が虚血状態になります。

（狭心症・急性心筋梗塞）

狭心症は、労作（階段を上がったり荷物を持ち上げたりする運動）時に胸の圧迫感、痛みが３～5 分継続しますが、安静にすると治ります。

急性心筋梗塞は、急激な血流低下のために心筋が壊死し、安静にしても約 20 分以上激しい胸痛、冷汗を覚える状態になるため、すぐに救急車を呼ぶ必要があります。心筋梗塞は前触れなく突然起こることもあります。

（急性心筋梗塞の治療）

救急処置として初期治療（鎮痛薬、酸素投与、血管拡張薬、アスピリン等）が行われます。このとき、肺うっ血、肺水腫、低酸素症が強い場合、気管挿管による人工呼吸管理が必要となります。

その後、早期に血流を再開させるため、血栓溶解療法、経皮的冠インターベンション（脚のつけ根や腕、手首などの血管からカテーテルを入れて冠動脈の細くなった部分を広げる）、冠動脈バイパス手術が行われます。

2）心臓病と口腔疾患

心臓病自体が直接口腔内に特異的な口腔疾患を引き起こすことはありませんが、急性期の肺炎を予防するため口腔衛生管理が行われます。

一方、歯周病が進行し歯周病菌が増え血流に乗り、冠動脈の血管壁で炎症を起こすと、炎症部分が動脈硬化を起こし狭心症や心筋梗塞を引き起こしてしまいます。また、弁や心内膜に付着すると感染性心膜炎を起こします。

④肺炎

肺炎は、肺の感染症で肺胞に炎症が生じた状態です。肺胞に炎症が起こると酸素を取り込むことができなくなり、息苦しさを感じたり、呼吸が速くなったり、呼吸困難に至ることがあります。酸素が十分に供給されないと、脳や肝臓、心臓、腎臓に大きな影響を与えます。

高齢者の肺炎は、発熱や咳、たんなどの症状があまりみられないこともあります。また、免疫力が低下していると症状が急激に進行し命にかかわることもあります。

1）誤嚥性肺炎

口腔内の食物や唾液などが気管に流入する誤嚥によって引き起こされる肺炎です。特に要介護高齢者の場合は、不良な口腔衛生状態によって口腔内の微生物を誤嚥し発症する例が多くみられます。頻回に肺炎を繰り返し、他の原因を特定できない症例については誤嚥性肺炎を疑います。

2）人工呼吸器関連肺炎

脳血管障害や心筋梗塞を発症した際、呼吸や血液変動など全身的な変化が起こるため、人工呼吸管理が行われることが多くあります。

これらの患者では、口腔内は唾液分泌低下による自浄作用の低下、麻酔鎮静下での嚥下運動の低下、そして点滴を中心とした水分・栄養補給のため全身抵抗力が低下した状態にあります。このような条件で、口腔や咽頭に存在する無数の細菌が、気管チューブに沿って、気管から肺に侵入すると肺炎を発症します。

この肺炎は人工呼吸器関連肺炎とよばれ、挿管処置後 48 時間以降に発症します。気管挿管された患者の 17～23％に人工呼吸器関連肺炎が発症すると報告されており、人工呼吸器の管理下にある患者に口腔のケアは標準的なケアとして確立されています。

⑤パーキンソン病

パーキンソン病は、中脳の黒質のドーパミン産生細胞が減少することにより、寡動（動きが遅く少なくなる）、筋強剛（筋肉が固くなる）、振戦（ふるえ）、姿勢調整障害などの障害をきたす病気です。

患者は、自分自身で口腔管理を行うことが困難となり、口腔内汚染による口臭や歯周病、う蝕が進行します。また、咀嚼・嚥下機能の障害や低下が伴うことも多く誤嚥性肺炎のリスクも非常に高くなります。患者数は約 15 万人、人口 10 万人あたり 100～180 人で 65 歳以上では 100 人に 1 人です。

1）病状

中高年期以降（40～80 歳）に発症し、①手足が震える、②動作が緩慢になったり、表情の変化が乏しくなったりする、③前傾姿勢になり転びやすい、④筋肉の緊張が亢進してこわばるなどが主な症状です。

2）パーキンソン病の治療

治療は薬物療法と運動療法が行われ、薬物療法は不足するドーパミンを補充する薬剤やドーパミンの代謝を阻害する薬剤などが投与されます。

薬物の副作用には不随意運動（ジスキネジア）があり、高齢者の場合、口をもぐもぐさせる、舌を突出させる、口すぼめ開口などの副作用がみられます。

3）パーキンソン病と口腔疾患

パーキンソン病の患者は嚥下障害が高頻度に認められ、誤嚥性肺炎を起こすリスクが非常に高くなっています。これは、大脳のドーパミンが減少し、咳反射や嚥下反射が抑制される結果、誤嚥が睡眠中に起こり誤嚥性肺炎が起こると考えられています。

⑥高血圧症

高血圧症の診断は、2回測定値の平均収縮期血圧が 140mmHg 以上または平均拡張期血圧が 90mmHg 以上、もしくは降圧薬服用者とされています。

患者は加齢とともに増加し、75 歳以上の 80％が高血圧に罹患しています。高血圧症は心疾患や脳血管疾患のリスク因子となるため、注意が必要です。

（高血圧と口腔）

治療や処置を行う場合は、まず血圧を測ってもらい 180/110 以上の場合は危険と判断して治療や処置を見送ることも考えます。脳や心臓に重大な偶発症が起きるリスクがあり、また、血圧が高いと出血しやすい傾向があります。

薬で血圧をコントロールされている場合は、治療や処置には問題がありませんが、カルシウム拮抗剤を服用されていると、歯肉増殖の副作用がある場合があるので注意が必要です。

⑦糖尿病

糖尿病は、血糖を調節するインスリンが不足したり作用不全が起こって、慢性的に高血糖状態が持続する病気です。放置すると末梢血管障害をきたし、網膜症、腎症、神経障害、動脈硬化、心筋梗塞、脳血管障害の合併症を生じます。

（糖尿病と口腔）

糖尿病と歯周病には密接な関係があります。糖尿病は歯周病の進行を促進することがわかり、合併症の一つに歯周病が入りました。また、逆に歯周病が産生する毒素が、インスリンの血糖値低下作用を抑えてしまうことが明らかになり、歯周病の治療が血糖値の改善に期待できるとされています。

12　高齢者に特有の口腔疾患

①根面う蝕

高齢者には、歯肉退縮によって根面に発生する根面う蝕が多発します。口腔清掃が困難で、唾液分泌量の低下した高齢者に多くみられ、その発症部位が歯頸部であるため、歯冠破折の原因となります。破折した歯が義歯の鉤歯であった場合には義歯が使用不能となり、いっきに咀嚼障害に陥ってしまい、高齢者の口腔機能が低下する大きな要因となります。

1）根面う蝕のリスク因子

重大なリスク要因として、プラークの貯留、歯肉退縮による根面露出、唾液の減少が挙げられます。また、下顎前歯部は、本来カリエスリスクが低い部位ですが、最後まで口腔内に残存し歯根が露出している場合が多いため、罹患するケースが多くあります。

また、ブラキシズムや歯の減少による歯頸部への物理的ストレスの集中により歯頸部歯質にひびが生じ、それが根面う蝕進行への要因となっているという説もあります。

2）根面う蝕への対処

（プラークの除去）

根面う蝕予防の重要性とフッ化物の根面う蝕予防効果を説明し、フッ化物配合歯磨剤を使用させたり、嚥下障害の危険がない場合はフッ化物配合歯磨剤を、長時間口腔内に滞留させるよう指導します。できる限り根面のバイオフィルムを除去することが重要でプロフェッショナルケアが必要です。

（非侵襲的方法）

露出根面のプラークコントロールが可能な部位で、う窩が形成されていない初期う蝕には、フッ化物の歯面塗布やフッ化物配合バーニッシュ塗布等でメインテナンスをする方法も有効です。

②歯周病

高齢者の現在歯数の増加とともに4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合は増加しています。一般的に現在の高齢者は、適切な口腔衛生教育を受けたことのない人が多く、綿密なプラークコントロールが困難です。また、脳血管障害などの後遺症で口腔清掃が困難なこともあります。

2）歯周病と全身との関係

高齢者には、虚血性心疾患や糖尿病に罹患している患者も多いので、歯周病のコントロールがこれら全身疾患に影響している可能性を考慮し、口腔衛生指導をします。人工弁置換患者や弁膜症患者など感染性心内膜炎のハイリスク患者の歯周病の管理は、菌血症を防ぐためにも重要です。

このような患者に対するスケーリング・ルートプレーニングなどの観血処置は抗菌薬の前投与下で実施します。また、日々のブラッシングにより菌血症が発生する可能性があるので、普段から歯肉を傷つけないていねいなブラッシングと確実なプラークの除去を指導します。

③Tooth Wear（トゥース・ウェア）

う蝕や破折以外の歯の実質欠損をもたらすものとして酸蝕、摩耗、咬耗があり、これらを総称して Tooth Wear とよびます。Tooth Wear だけで歯が失われることはありませんが、結果として歯の移動や咬合性外傷を招き、歯列の機能を失うことにつながります。

酸蝕は、化学物質によってエナメル質や象牙質が溶解し失われるもので、柑橘類など食物からの酸、炭酸飲料、黒酢健康法などによる酢の直接飲用、ビタミンCのチュアブル錠などが原因として挙げられます。また、高齢者では胃食道逆流症や唾液の減少に伴う口腔内pHの上昇も要因となります。

咬耗は、相対する歯の接触によって発生するもので、咬耗した面は平坦で対合歯と一致します。

摩耗は、対合歯以外の接触によって生じ、歯ブラシや歯間ブラシ、爪楊枝の誤用、パイプの使用によって生じます。

④その他の口腔疾患

1）口腔カンジダ症

口腔カンジダ症は真菌感染症で、口腔内の汚れや義歯の汚れが直接的な原因となるが、経口摂取ができなくなり、自浄性が低下した口腔、低栄養状態、外科手術後、がん化学療法などによる免疫低下は発症の背景となります。また、抗菌薬やステロイドを含む口腔内軟膏の連用により発症することがあります。

舌や口蓋等の口腔粘膜上に白斑が見られるような偽膜性カンジダ症、肥厚性カンジダ症、紅斑性カンジダ症、カンジダ性口角炎などは、抗真菌薬が用いられます。

2）扁平苔癬

頬粘膜に網状の白斑、紅斑、びらんを呈する慢性炎症性角化病変です。灼熱感や疼痛があり難治性で、原因は不明です。歯科用金属をはじめとする金属アレルギー、細菌やウイルスによる感染、薬物、ストレスなどが原因といわれています。

3）口腔白板症

口腔白板症は、通常は角化しない粘膜にみられる角化異常で、摩擦しても除去できない、やや隆起を認めます。前がん病変で、凹凸不正、境界不明瞭、潰瘍を生じたときなどがん化の可能性があります。

4）口腔がん

口腔が原発のがんはがん全体の 1～3%といわれていますが、高齢者に発生することが多いため人口の高齢化に伴い増加傾向にあります。舌がんが半数を占めますが、歯肉がん、頬粘膜がん、口蓋がん、口底がんなど口腔各部に発生します。

肉眼的に観察されやすい場所にも関わらずしばしば高齢者では発見が遅れ進行がんの状態で受診する場合があり、日常使用している義歯が合わなくなったり、食事量が減少したり、口臭が発生した場合は注意が必要です。

5）剥離性歯肉炎、天疱瘡、類天疱瘡

いずれも皮膚科疾患、内科疾患に伴う口腔症状である。天疱瘡の初発症状の 60%は口腔に発現し、口腔粘膜、歯肉の剥離、水泡形成、びらんなどがみられます。病変が口腔内に拡大すると、疼痛により経口摂取ができなくなり、口腔清掃もできず二次感染が起こり重症化します。

⑤オーラルフレイル

オーラルフレイルは「老化に伴うさまざまな口腔の状態（歯数・口腔衛生・口腔機能など）の変化に口腔健康への関心の低下や心身の予備能力低下も重なり、口腔の脆弱性が増加し、食べる機能障害へ陥り、さらにはフレイルに影響を与え、心身の機能低下にまで繋がる一連の現象及び過程」と定義されています。

（第１レベル）

齢を重ねることによって生じるライフスタイルの変化（退職、伴侶との死別など）、また日常生活範囲の狭まりや精神面の不安定さがきっかけとなるフェーズです。このフェーズで最も重要な変化は「口腔衛生などに対する自己関心度（口腔リテラシー）の低下」で、この変化をきっかけに歯科疾患罹患のリスクが高まることとなります。

（第２レベル）

口腔機能の軽度低下（例えば滑舌低下、食べこぼしゃわずかのむせなど）に伴う食習慣を取り巻く環境悪化のリスクが高まる段階です。

（第3レベル）

口腔機能の低下が顕在化（咬合力が低下したり舌運動の低下）し、サルコペニアやロコモティブシンドロームなど身体的フレイルも生じゃすく、栄養障害へ陥る段階であり、口腔機能低下症と診断がつくことが多いレベルです。

（第4レベル）

摂食嚥下機能低下や咀嚼機能不全から、要介護状態、運動・栄養障害に至ります。

加齢変化（老化）による口腔機能の低下とオーラルフレイルの違いは、オーラルフレイルが社会的、精神心理的課題と複合して生じている不自然な衰え（老化）であることです。つまりオーラルフレイルは、意識的なアプローチによって口腔周辺の器官の老化を緩徐にし、口腔機能低下を回復させられる余地があることを啓発しています。

13　高齢者と薬剤

高齢者では、若年者と比べて薬物有害事象の発生が多くみられます。複数の疾患を有している高齢者が多くなるため複数医療機関の受診傾向があり多剤服用（ポリファーマシー）になりやすく、特に6剤以上で有害事象の頻度が高くなると言われています。また、慢性疾患が多くなるため長期服用もみられます。

薬力学の加齢変化としては、以下が挙げられています。

① 薬物吸収：加齢により消化管機能は低下するが、薬物吸収はあまり変化しない。
② 薬物分布：細胞内水分が減少するため、水溶性薬物の血中濃度が上昇する。
③ 薬物代謝：加齢による肝機能の低下により薬物代謝が低下し、血中濃度が上昇する。
④ 薬物排泄：加齢による腎血流量が低下するため、血中濃度が上昇する。
⑤ 薬物感受性の変化：薬剤によって感受性が亢進・低下するものがある。
⑥ 薬物相互作用：一般に摂取する薬剤の数が増加し、相互作用により薬剤の効果が増強したり減弱したりする。

高齢者の意識障害、食欲低下、低血圧など新規症状がみられた場合、まず薬物有害作用を疑います。また、新規薬剤服用による皮疹や呼吸困難は薬物アレルギーを疑います。

ここでは、高齢者で特に注意が必要な薬物有害作用を挙げます。

分類	薬物	一般名	対象	副作用	使用法
抗精神病薬	全般	全般	認知症患者	認知機能低下 錐体外路症状 過鎮静	必要最低限に抑える
睡眠薬	ベンゾジアゼビン系睡眠薬・抗不安薬	フルラゼバム、エチゾラム、トリアゾラム等	一般	認知機能低下 過鎮静、せん妄 転倒・骨折	短期使用 トリアゾラムは健忘症のリスク
	非ベンゾジアゼビン系睡眠薬	ゾビクロン、ゾルビデム等	一般	転倒・骨折	短期・少量使用
抗うつ薬	三環系抗うつ薬	アミトリプチリン、イミプラミン等	一般	認知機能低下 口腔乾燥、せん妄、便秘、排尿障害、起立性低血圧	可能な限り使用しない
	SSRI	バロキセチン、セルトラリン等	消化管出血	消化管出血リスク悪化	慎重投与する
スルピリド	スルピリド	スルピリド	統合失調症、消化管出血、うつ	錐体外路症状	可能な限り使用しない
抗パーキンソン病薬	抗コリン薬	トリヘキシフェニジル、ビベリデン	パーキンソン病	認知機能低下 口腔乾燥、せん妄、便秘、排尿障害	可能な限り使用しない
ステロイド	経口ステロイド薬	ブレドニゾロン、ベテメタゾン等	慢性ＣＯＰＤ患者	呼吸筋力低下、消化性潰瘍	可能な限り使用しない

抗血栓薬	抗血小板薬	クロピドグレル、シロスタゾール等	心房細動患者	有効性低い	抗凝固薬を用いる
	アスピリン	アスピリン	上部消化管出血患者	潰瘍のリスク悪化	可能な限り使用しない
ジギタリス	ジゴキシン	ジゴキシン	うっ血性心不全	ジギタリス中毒	血中濃度と心電図モニター必要
利尿薬	ループ利尿薬	フロセミド	浮腫	腎機能低下	腎機能モニター必要
	アルドステロン拮抗薬	スピロノラクトン、エプレレノン	うっ血性心不全、高血圧	高カリウム血症	腎機能・電解質モニター必要
β遮断薬	β遮断薬	プロプラノロール、カルテオロール	気管支喘息、COPD	喘息発作誘発	慎重投与
α遮断薬	α遮断薬	テラゾシン、ブラゾシン、ウラピジル等	前立腺肥大症	起立性低血圧、転倒	可能な限り使用しない
H2受容体拮抗薬	H2受容体拮抗薬	H2受容体拮抗薬	胃酸過多	認知機能低下、せん妄リスク	可能な限り使用しない
制吐薬	制吐薬	メトクロプラミド、プロメタジン等	制吐	パーキンソン症状の出現や悪化	可能な限り使用しない
緩下薬	酸化マグネシウム	酸化マグネシウム	便秘	高マグネシウム血症	低用量使用
糖尿病薬	スルホニル尿素(SU)薬	クロルプロパミド、アセトヘキサミド等	糖尿病	低血糖	可能であれば使用を控える
	ビグアナイド	ブホルミン、メトホルミン	糖尿病	低血糖、乳酸アシドーシス、下痢	可能であれば使用を控える
	チアゾリジン薬	ピオグリタゾン	糖尿病	骨粗鬆症、心不全	慎重投与
	αグルコシダーゼ阻害薬	アカルボース、ボグリボース等	糖尿病	下痢、便秘、ガス	腸閉塞に注意
	SGLT2阻害薬	SGLT2阻害薬	糖尿病	低血糖、脱水、尿路感染症	慎重投与
	インスリン	インスリン	糖尿病	低血糖	可能な限り使用しない
過活動膀胱治療薬	オキシブチニン	オキシブチニン	過活動膀胱	尿閉、認知機能低下、せん妄、口腔乾燥	可能な限り使用しない
	ムスカリン受容体拮抗薬	ソリフェナシン、トルテロジン等	過活動膀胱	口腔乾燥、便秘、排尿障害	低用量から使用
非ステロイド性抗炎症薬	NSAIDs	NSAIDs	抗炎症、鎮痛、解熱	腎機能低下	使用は短期間



第１部

6章　認知症の類型と特徴

1　認知症とは

①認知症の概観

高齢者に起こる認知症は加齢による脳の病的な老化に関連するものが多く、脳神経の変性や脳血管障害などによる脳の障害によって起ります。

令和元年 6 月 18 日に閣議決定された認知症施策推進大綱によると、我が国の 65 歳以上の高齢者の約 7 人に 1 人が認知症（2018 年時点）で、認知症有病率は 75～79 歳で 10.4%、80～84 歳で 22.4%、85～89 歳で 44.3%、90 歳以上で 64.2%でした。また、65 歳以上の高齢者の約 4 人に 1 人が認知症または軽度認知障害（MCI）※（2012 年時点）になっています。

認知症に罹患すると、これまで「できたこと」が失われ「できないこと」が増えていきますが、喜怒哀楽を感じる心、特に感謝の心は忘れないことが多いようです。心と体のアンバランスさから多くの不自由と不安を抱える認知症を理解し、患者・家族を支えるために地域と社会による積極的な支援が必要とされています。

※軽度認知障害（MCI）：正常と認知症のグレーゾーンの時期で、以前より認知機能が低下しており、日常生活は自立しているか軽度の能力障害がみられます。年間 10～30%が認知症に進行する一方、正常なレベルに回復する人もいます。（令和元年6月 20 日厚生労働省老健局：第 78 回介護保険部会参考資料より）

②認知症の診断条件

1）一度獲得された知的機能が何らかの原因で低下している
2）知的機能の低下によって社会生活や家庭生活で支障をきたしている
3）意識障害がない （意識障害：意識がなくなったり、幻覚や錯覚を体験するせん妄状態や意識が混濁している状態）
4）認知の欠損が他の精神疾患（うつ病、統合失調症など）でうまく説明できない

診断は、患者と家族への問診が基本で、問診で認知症が疑われる場合認知機能検査を行います。異常がある場合は、認知症の特徴的な症状や神経症候の有無や画像検査や血液検査など必要に応じた検査を行い、さまざまな情報を集め総合的に診断し原因疾患を鑑別します。

③認知症の原因疾病

認知症の原因となる疾患は多く、アルツハイマー型認知症が 67.6％、脳血管性認知症が 19.5％、レビー小体型認知症・認知症を伴うパーキンソン病が 4.3％、混合型が 3.3％、前頭側頭葉変性症 1.0％、アルコール性 0.4％、その他 3.9％です。（令和元年6月 20 日厚生労働省老健局：第 78 回介護保険部会参考資料「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応（H25.5 報告）を引用」より）

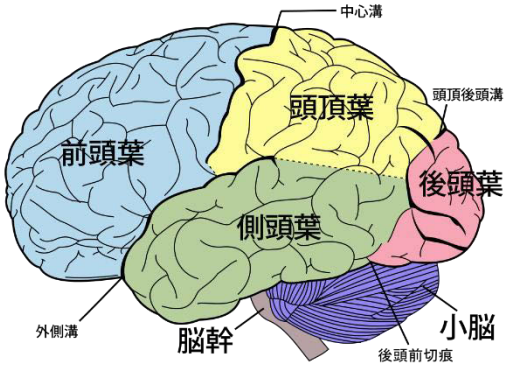
主な原因疾患

神経変性	アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、進行性核上性麻痺、ハンチントン病
脳血管障害	脳血管性認知症
外傷	慢性硬膜下血腫（※）、頭部外傷後遺症
感染	クロイツフェルト・ヤコブ病、亜急性硬化性全脳炎、脳炎、髄膜炎、HIV 脳症（※）、神経梅毒（※）
腫瘍	脳腫瘍
内分泌・代謝	甲状腺機能低下症（※）、アルコール脳症、ビタミンB1欠乏症（ウェルニッケ脳症）、肝性脳症
その他	正常圧水頭症（※）

（※）は、早期治療により認知機能の劇的回復の可能性がある認知症

④脳の機能と損傷による障害

脳に障害が生じた部位によって、発現する症状が異なります。

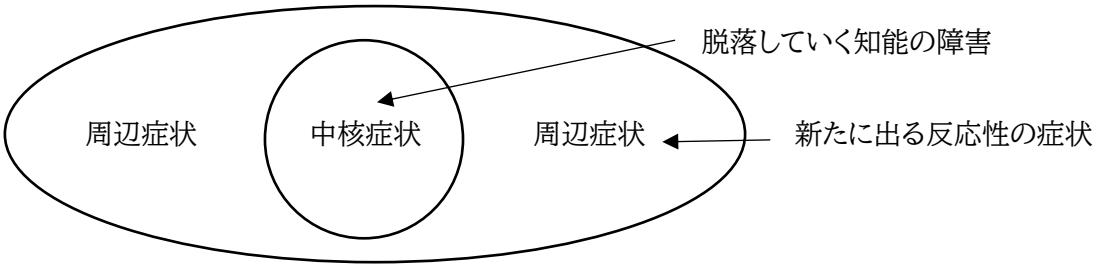


Wikipedia より画像引用　次のアドレスからこのファイルで使用している画像を取得できます https://ja.wikipedia.org/wiki/%E8%84%B3

部位	機能	損傷を受けたときの障害	アルツハイマー型	レビー小体型	前頭側頭型
前頭葉	行動開始 動機づけ 問題解決 判断 計画 自己の客観視 情緒 注意力 話す	反応が遅くなる 自発性（やる気）の低下・無関心 人格が変わる 怒りっぽくなる 徘徊する だらしなくなる 幼稚になる・不安定になる 恐怖心や不安が強くなる 言葉を理解していても話せなくなる			○
側頭葉	記憶 聴覚 嗅覚 言語の理解 感情	短期・長期記憶ができなくなる 音がわからなくなる。歌えなくなる。 においがわからなくなる。幻臭。 言葉が理解できなくなる ユーモアの欠如、強迫観念、宗教傾倒	○		○
頭頂葉	感覚の統合 左右見当識 数字認知 空間認知 時間認知 視覚認知	ものを触っても何かわからない 左右の区別がつかない 計算ができない 絵が描けない・自宅の近所で道に迷う 動く物の予測ができない 絵や字が書けない	○		
後頭葉	視覚情報処理 視覚空間統合	幻視 視覚で物が認識できない		○	

⑤認知症の症状

認知症の症状は極めて多彩で、主に「中核症状」と「周辺症状」に分けられます。



（中核症状）

脳の障害から直接的に生じる。認知症の人に誰にでも現れる症状。

記憶障害	主に短期記憶が障害される。短期記憶は大脳の「海馬」で行われるが、この海馬が委縮すると「覚えられない」症状がでる。また、自分自身の体験である「エピソード記憶（食事をした・どこかへ出かけたなど）」の障害が目立つ。一方で、長年体で覚えた楽器の演奏や裁縫やコメを研ぐなどの「手続き記憶」や、一般的知識である「意味記憶」は障害されにくい。忘れるのではなく、覚えられないと捉えるのが妥当。 そのため、「食事を食べさせてもらっていない」と訴えることがよくある。
見当識障害	現在の時間、年月日、季節、場所がわからない。人物の区別や自分との関係もわからなくなることもある。まず、時間の見当識（今日が何月何日何曜日か、今の季節）が分からなくなり、次に場所の見当識（自分のいる場所）が分からなくなり、人物の見当識（よく知っている人や肉親）が分からなくなる。 そのため、食事時間や食堂が分からなくなり、食事をなかなか始められないといった状況が起こる。
実行（遂行）機能障害	段取りができなくなったり計画が立てられなくなったりする。例えば、料理（食材を切る→鍋に水をいれる→切った食材を鍋に入れる→煮る）などの手順がとれなくなる、服薬管理ができなくなる、など今まで何気なくできていたことができなくなる。
理解判断力障害	考えるスピードが遅くなる。2つ以上のことを同時並行で処理できない。些細なことで混乱を起こしやすい。観念的な事柄と具体的な事柄が結びつかない。気が散って注意が散漫になる。などの行動障害がでる。
失行	服の着方や箸などの道具の使い方がわからない。指でキツネの形をうまくつくれなくなることでチェックをすることもできる。
失語	運動性失語：物の名前がでてこないため話したり書いたりすることができなくなる。言葉が出てこず話し方がたどたどしくなり、問われた内容に的確に答えられないことが多い。 感覚性失語：みたり、聞いたりした言葉の意味が分からなくなる。問われた内容の意味が分からないため、的確に答えないが流暢に話すことが多い。
失認	感覚器の機能は保たれているが、その認識ができない。聞いた音が何の音かわからない。色や形が判別できないため、品物を見ても何だかわからない。知っている人を見ても誰だかわからない。

（周辺症状（BPSD））

　認知症が進行する過程で二次的に生じる心理的な反応や行動の障害。人によって現れ方が異なります。

心理症状	抑うつ	気持ちが落ち込んでやる気がない
	無気力無関心	
	焦燥	いらいらして落ち着かない
	幻視・幻聴	実際にないものが見える。聞こえるという
	物盗られ妄想	財布や着物を盗まれたという
	不安	
行動症状	攻撃的言動	些細なことで声を荒げたり、手をあげたりする
	夜間せん妄	夜中に急に騒ぎ出すなど、幻覚・妄想・興奮状態・見当識障害になる。
	徘徊	暗くなって道に迷う。自宅近くで道に迷う。家の中で歩き続ける。
	介護への抵抗	理由なく、入浴や着替えを嫌がる
	異食	食べ物以外のもの（土・砂・毛髪・糞便など）も口に入れる
	過食	目の前にあるものは何でも食べてしまう
	帰宅欲求	家に帰ると言って出ていく。
	収集癖	モノ集め
	不潔行為	排泄物を手でもてあそぶ弄便。尿をまき散らす。
	睡眠障害	昼夜逆転

周辺症状が起こる原因

1）アルツハイマーや脳血管障害等による脳神経の変性・障害

2）体調不良（脱水・低栄養・便秘・慢性疾患の悪化・急性の病気・けがなど）

3）環境や人間関係の変化（デイサービスや施設入居の初期・ヘルパーの交代など）

4）本人にとって不快な状況（周囲の人の関わり方が適切でないなど）

5）活動性が低いこと（寝たきりや閉じこもり）

＜認知症に気づいた日常生活の変化＞

	家族の気づき	本人の気づき
1位	物忘れが頻繁になった（70％）	物忘れが頻繁になった（64％）
2位	同じことを何回も言ったり聞いたりする（62％）	物の置き忘れや物をなくすことが増えた（54％）
3位	物の置き忘れや物をなくすことが増えた（57％）	同じことを何回も言ったり聞いたりする（47％）
4位	家事、仕事、運転等のミスが増えた（36％）	文字や漢字が書けなくなった（35％）
5位	約束を忘れた（35％）	約束を忘れた（32％）
6位	文章や相手の話の内容がわかりにくくなった（26％）	家事、仕事、運転等のミスが増えた（29％）
7位	些細なことでイライラするようになった。（24％）	文章や相手の話の内容がわかりにくくなった（28％）

（公益法人　認知症の人と家族の会「認知症初期の暮らしと必要な支援」2017 年 3 月より一部引用）

（食環境の調整）

一口量の調整が困難で詰め込みなどの行動がみられる場合には、小さなスプーンを使用させる、食事を小分けにして提供するなどが効果的です。

また、過度な声かけをせず食事に集中しやすい静かな環境を整えます。食事は、食器との色のコントラストが明確で味のはっきりしたものを用意し、食器の中が見やすい配置を行います。

食べ始められないときなどは、手を添えて口元に持って行ったり、目の前で介助の人が食べて見せたりする（行動提示）と効果的です。

⑥認知症と物忘れ・せん妄・うつ病との違い

「物忘れ」との違い

	認知症	物忘れ
忘れる内容	経験したことを忘れる。例）食事をしたことを忘れる ヒントを与えても思い出せない	経験した一部を忘れる。例）何を食べたか忘れる ヒントを与えると思い出せることが多い
自覚	物忘れの自覚がない。	物忘れの自覚があり、思い出そうとする。
日常生活	支障がある	支障がない
進行	悪化する	悪化しない
判断力	低下する。例）いつも同じ服を着ている	低下しない。

「せん妄」との違い

	認知症	せん妄（軽度の意識障害）
症状	記憶障害・認知機能障害	注意力低下・意識障害、幻視や運動不穏がみられる
発症	ゆるやか	急激
日内変動	なし	あり（夕方から夜間に憎悪）
睡眠障害	まれにある	ある
環境の影響	なし	あることが多い

認知症患者がせん妄状態になる場合がある。

「うつ病」との違い

	認知症	うつ病
症状	記憶障害・認知機能障害	抑うつ
感情	表面的で動揺する	抑うつ
行動	多動（徘徊）	活動低下
記憶・認知機能	障害あり	あまり低下しない。検査では認知機能の低下を過大に訴える。
言語理解・会話	困難	できる
日内変動	なし	あり（朝強く、夕方におさまる）
妄想	物盗られ妄想（物が盗まれた・・・など）	心気妄想（ボケてしまって、もうダメだ・・・など）
わからない質問	言い訳や作り話をする。怒る。考えようとしない。など	「わからない」を繰り返す。質問をはぐらかす。

うつ病から認知症に移行する場合や認知症にうつ病が合併する場合がある。

2　アルツハイマー型認知症

大脳の萎縮と、老人斑・神経原線維変化を特徴とする神経変性が現れる疾患です。65 歳未満で発症する若年型もあります。男女比は1：2で女性に多くみられます。



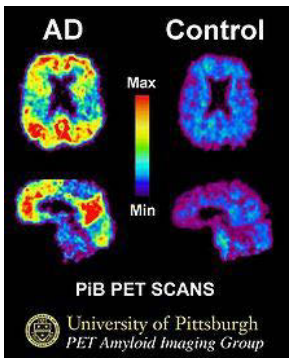
U.S. Department of Health & Human Service : Alzheimer' s Disease Fact Sheet より
https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-disease-fact-sheet

健康な人の脳（左）と重度のアルツハイマー型認知症患者の萎縮した脳（右）

1）病因

不明。
側頭葉内側面にある海馬を中心とした神経細胞変性により起こります。
頭部CTやMRIで大脳皮質の萎縮（側頭葉・頭頂葉）がみられますが、初期には異常がみられないこともあります。
SPECT、PETで頭頂葉や側頭葉の血流低下がみられます。

頭部CT：X線を使って頭部の横断面を撮影する検査
MRI：強力な磁場を発生させて任意の断面を撮影する検査
SPECT（スペクト）：脳の血流を放射線撮影する検査
PET：アミロイドβなどの蓄積を撮影する検査



アルツハイマー病患者（左）と一般人（右）の脳の PET スキャン画像。アルツハイマー病患者はアミロイド β の沈着量が多い。
アルツハイマー病（Wikipedia）

2)病理

アミロイド仮説では、次のような病理が説明されています。

・脳神経細胞膜に繊維状のゴミ(アミロイドβ)が発生し、細胞外に出て凝集する。

・神経細胞の周りにゴミが沈着する。(老人斑)

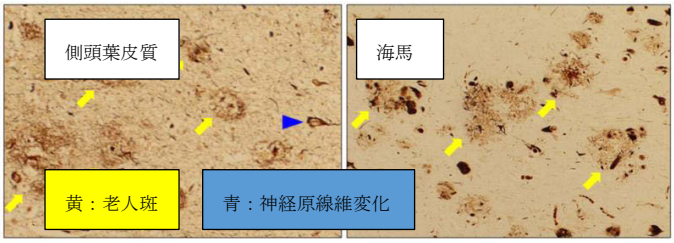
・老人斑が、細胞の骨格になる微小管に結合し、細胞を安定させる物質(タウ・タンパク質)を変質させて切り離す。

・遊離したタウ・タンパク質が神経細胞原線維を変質させダメージを与える。

・老人斑とタウ・タンパク質が細胞の外と中から神経細胞にダメージを与え、神経細胞が消失する。

・神経細胞が消失し脳が萎縮する。

※アミロイドβは原因ではなく、結果であるとする説もあります。また、他の因子も研究されているが、明確な因果関係は確認されていません。

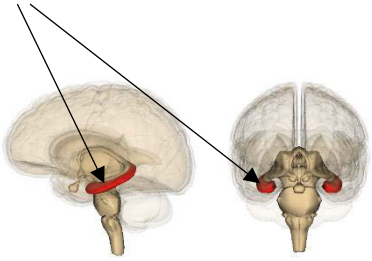


脳科学辞典「アルツハイマー病」より「AD患者脳」画像引用　次のアドレスからこのページで使用している画像を取得できます

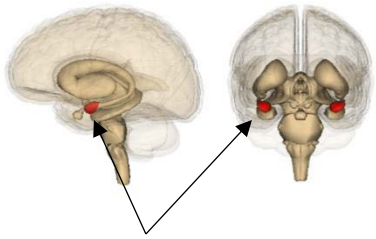
https://bsd.neuroinf.jp/wiki/%E3%83%95%E3%82%A1%E3%82%A4%E3%83%AB:Ryokoihara-Figure1.png

3)経過(徴候と症状)

経過は緩徐進行性で生活の場面で介助を必要とすることが次第に増えます。常染色体優性遺伝を示すものは若年発症することもあります。

初期	海馬を中心として側頭葉の萎縮が起こるので多くは記憶障害が初発症状になる。  ○同じことを何度も繰り返し言ったり聞いたりする ○約束を破る ○新しいことが覚えられない ○物の名前を思い出せない ○年月日・時間の見当識障害 ○物盗られ妄想 ○被害妄想 ○やる気の低下
中期	側頭葉に加え頭頂葉の萎縮が起こる。 ○古い記憶も障害される ○自分の家がわからなくなる ○徘徊 ○失語・失認・失行・失算 ○季節にあった衣服が選べない ○日常生活に介護が必要になる ○筋固縮がみられることもある
後期	前頭葉・後頭葉の萎縮が起こる。 ○記憶を失う ○意思の疎通が困難になる ○家族がだれかわからなくなる ○異食 ○無動無力 ○痙攣・失禁 ○拒食・過食 ○反響言語(オウム返し) ○語間代(ありがとがとがと、わたしたしたし)

4）介入の留意点



偏桃体

アルツハイマー型認知症は、健康な人よりも感情をつかさどる扁桃体の反応性が高いので感情が敏感になります。また、怒られた記憶は残るので介護者に対して不快な気持ちを持ちます。

◎繰り返し同じことを言っても否定せず話題を変える
◎役割を持った活動をしてもらう
◎介護を断られても無理強いしない。原因を探る。
◎財布を盗られたと言われたときは、一緒に探し財布を見つけて本人が見つけやすい場所に移動する。
◎コンロの火を消し忘れたときは、安全装置がついたコンロやIHに変える。

参照・参考URL：

MSDマニュアル（web 版） プロフェッショナル版 より

「Alzhemer 病」MSD マニュアル メインページ：https://www.msdmanuals.com/ja-jp/

Wikipedia よりアルツハイマー病 Wikipedia メインページ：https://ja.wikipedia.org/wiki/

脳科学辞典よりアルツハイマー病（井原 涼子 *東京大学大学院医学系研究科 神経内科学* 井原 康夫 *同志社大学 生命医科学部医生命システム学科 2013.10*）脳科学辞典メインページ：https://bsd.neuroinf.jp/wiki/

3　脳血管性認知症

脳血管障害(脳卒中)に関連した認知症で、脳梗塞や脳出血やくも膜下出血などを発症してから数カ月以内に認知症の症状が出ます。認知症状のほか、障害部位により神経症状が起こります。脳血管障害・高血圧・糖尿病・脂質代謝異常・心房細動などの既往症や喫煙が高リスクです。

1)脳血管障害の種類

脳梗塞	ラクナ梗塞	脳の深部の枝分かれした細い(直径 1mm 以下)血管の梗塞(血管のつまり)で範囲が小さい(直径 1.5 ㎝以下)のもの。運動麻痺やしびれなどの感覚障害が起こるが、小さな梗塞のため自覚症状がない場合もある。脳の複数個所に発生し少しずつ進行していく場合は多発性ラクナ梗塞という。
	ビンスワンガー病	大脳白質が脳血流障害で広範囲に障害される。アルツハイマー型認知症のようにゆっくり進行し、初期は前頭葉型認知症の症状が現れる。頻尿や尿失禁、嚥下障害や集中力低下と手の震えなど多岐にわたるが、加齢症状と似ているので気づきにくい。
	アテローム血栓性脳梗塞	比較的太い脳の血管で起きる動脈硬化が原因の梗塞でラクナ梗塞より梗塞範囲が広い。アテロームとはコレステロール、中性脂肪、カルシウムなどの繊維結合組織を含んだ細胞などの動脈血管内蓄積物。これによって動脈硬化が起こり、血小板によって血管内にできた血栓が、狭くなった血管に詰まる。顔面の片側や舌の麻痺でろれつが回らなくなる、同じ側の手足の麻痺などが起こる。
	心原性脳塞栓	心房細動などの心疾患により不整脈が起こり心臓内の血流がよどむことで血栓ができる。これが脳に運ばれ脳動脈を詰まらせる。脳の広い範囲の梗塞巣を持つため重大な後遺症が残ることが多い。
頭蓋内出血	脳出血	脳の中の細い動脈が破れる。出血の部位で片麻痺や感覚障害、意識障害がおきる。 大脳皮質頭頂葉出血:感覚麻痺と頭痛 大脳皮質後頭葉出血:半盲 大脳皮質側頭葉出血:視野障害、感覚性失語 大脳皮質前頭葉出血:強い運動麻痺、下肢および顔面の軽度運動麻痺 被殻出血:片麻痺と感覚麻痺、出血側を向く共同偏視、失語。麻痺が残る。 視床出血:高齢者に多い。感覚障害と軽度の片麻痺、下内方を向く共同偏視(鼻尖凝視) 小脳出血:頭痛・嘔吐・めまい、起立や歩行困難。上下肢や体幹失調 橋出血:短時間のうちに昏睡状態に陥る。四肢麻痺、呼吸障害、著しい縮瞳や眼球の正中固定
	くも膜下出血	脳の表面の大きな動脈にできたこぶが破れる。猛烈な頭痛と吐き気が起きそのまま意識を失う。

2)脳血管性認知症の主な原因＞

小血管病変型が半数を占めます。

多発性ラクナ梗塞	小さい梗塞が多発して徐々に脳の機能を低下し、認知症や運動障害がおきる。障害された部位によって認知症の症状が異なるため、記憶力が低下しているが判断力は正常で人格も保たれているなど症状にムラが出る「まだら認知症」がみられる。
ビンスワンガー病	大脳白質が脳血流障害で広範囲に障害され、頻尿や失禁、嚥下障害や歩行障害、集中力の低下や手の震えなどがみられる。一般的な加齢の症状と似ているので見逃されやすい。前頭葉の血流が低下するため、意欲の低下や軽いうつなどの障害があらわれやすいが記憶は保たれていることが多い。

3)経過

脳梗塞や脳卒中になった日をきっかけに3か月以内に急激に発症し、状態の悪化がはっきりと階段状に段階的に進行するため、週単位や日単位で症状の変化に気付くこともあります。

4)特徴

まだら症状	常識的なしっかりした部分とそうでない部分がみられるため、周囲が混乱することがある。
情動失禁	感情が不安定になり、怒りっぽくなる。ちょっとしたことで泣いたり笑ったりする情動失禁がみられる。

5)アルツハイマー型認知症との違い

	アルツハイマー型認知症	脳血管性認知症
年齢	75 歳以上に多い	60 歳以上
性別	女性に多い	男性に多い
経過	ゆるやかに進行	段階的に進行
病気の自覚	ない	初期にある
神経症状	少ない	手のしびれや手足の麻痺が多い
運動機能	初期は低下しない	初期から運動機能障害が多い（片麻痺・嚥下障害・パーキンソン症状・構音障害・尿失禁など）
持病	関連性なし	高血圧など生活習慣病と関連あり
認知の性質	全体的な認知の低下	部分的な認知の低下（まだら認知症）

6）介入の留意点

　一般にアルツハイマー型認知症に比べて転倒しやすく、嚥下障害、排尿障害などの身体合併症がおこることが多いため注意が必要です。

◎できないことを責めず、できることをほめる。
◎感情の波に巻き込まれないよう、距離をとる。
◎リハビリテーションは過度な期待を避け、気長に行う。

参照・参考URL：

MSDマニュアル（web 版） プロフェッショナル版 より「血管性認知症」（https://www.msdmanuals.com/ja-jp/）

Wikipedia より「脳血管性認知症」（https://ja.wikipedia.org/wiki/）

脳科学辞典より「血管性認知症」（冨本 秀和 三重大学神経内科 2013.10）脳科学辞典メインページ：https://bsd.neuroinf.jp/wiki/

4　レビー小体型認知症

老年期に発症して、認知機能障害と幻視とパーキンソニズムをおこす神経変性疾患です。アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症とともに3大認知症のひとつです。

1)パーキンソニズム(パーキンソン症状)

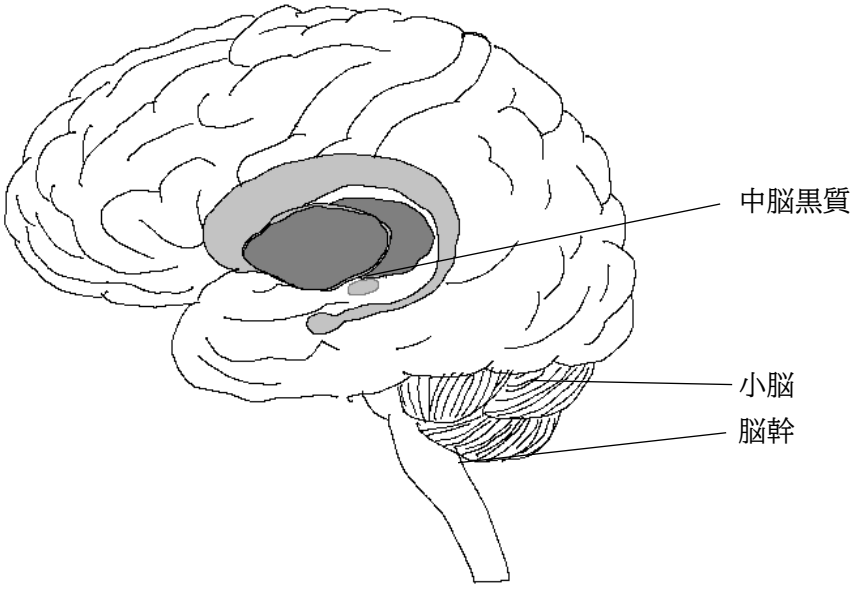
振戦	じっとしているときに手足が震える・片方の手や足の震えから始まることが多い・1秒間に4～6回震える
無動	動きが遅くなる・歩くときに足が出しにくくなる・話し方に抑揚がなくなり声が小さくなる
固縮	筋肉が固くなってスムーズに動かしにくい・顔の筋肉がこわばり無表情になる
姿勢反射障害	体のバランスがとりにくくなり転びやすくなる・首が下がり前かがみ歩行・歩いていて止まれなくなる

2)原因

我々が運動をするとき、まず脳幹(中脳黒質)部にあるドーパミン細胞で作られたドーパミンが線条体に送られ、線条体が大脳皮質に運動の指令を出し、大脳皮質から全身に運動の指令が出されます。この指令がうまく伝わると運動をスムーズにすることができます。

レビー小体認知症では、神経細胞間の情報伝達を助けるタンパク質(シヌクレイン)が変性します(αシヌクレイン)。この変性タンパク質(αシヌクレイン)が神経細胞内に凝集したものをレビー小体といい、ドーパミン神経に蓄積しドーパミン細胞を破壊し運動の指令が伝わらなくなります。ドーパミンの他にノルアドレナリン、セロトニン、アセチルコリンを分泌する神経細胞にもよくみられます。

このレビー小体が脳幹黒質部に集中してできるとパーキンソン病、大脳皮質など広範囲にできるとレビー小体型認知症になります。後頭葉の血流が悪くなることも大きな特徴です。



3）経過と特徴

前駆	抑うつ、味覚異常、便秘などの自律神経症状やレム睡眠行動障害が出現する。
初期	パーキンソニズムが現れる。 認知機能障害：忘れっぽくなったという自覚はあるが、認知機能検査は問題ないことが多い。 幻視：そこに存在しないものがはっきり見える幻視が繰り返される。人物や小動物が家の中に入ってくると表現されることが多い。 レム睡眠障害：浅い眠りのとき、大声を出す、暴れる、深夜に出勤の支度をするなど異常行動がみられる 自律神経症状：立ちくらみや寝汗、頻尿や便秘、どうきやだるさなど身体の不調を訴える。
中期	認知機能の日内変動が大きく、夕方に悪化し幻視を頻繁にみることがある。 幻視の自覚が失われ、幻視から妄想に変化し行動化しやすくなる。 食後に急に無動状態になることがある。 精神病薬への過敏症があり、薬剤の量や種類を変更したとき急激に症状が悪化することがある。
後期	パーキンソニズムが強くなり、転倒や転落の危険性が高まる。 嚥下障害が強くなり誤嚥性肺炎を引き起こしやすくなる。

4）介入の留意点

　認知症の中で最も転倒しやすい疾患であり、いすから立ち上がる時や歩行の向きを変える時は特に注意が必要です。

　起立性低血圧や食事性低血圧がみられるため、食事中の突然死の原因になり得えるため、起立時や食事中や食後の様子の観察が必要です。

幻視があるときは、否定せずに「私もへびを探してみる」「ご飯の中の虫をとってあげる」などと本人を落ち着かせます。

　レム睡眠障害があるときは、ベッドを低床にしたり、転倒しないよう通路の障害物をなくします。

参照・参考URL：

MSDマニュアル（web 版）　プロフェッショナル版　より「レビー小体型認知症およびパーキンソン病認知症」

（https://www.msdmanuals.com/ja-jp/）Wikipedia より「レビー小体型認知症」（https://ja.wikipedia.org/wiki/）

5　前頭側頭型認知症

40～60 歳代に発症して、人格変化や行動異常が特徴です。記憶や運動機能はあまり障害されません。進行すると前頭葉・側頭葉の萎縮が顕著になります。

代表的な疾患に Pick 病があり、前頭側頭型認知症の約8割を占めます。

1)Pick 病

萎縮した前頭葉・側頭葉の神経細胞内に変性したタウ・タンパク質（微小管に結合し安定させるタンパク質）が封入されたピック球が認められます。封入体（ピック球）がなく細胞内に変性タンパクが認められるものもあります。

※Pick 病は 1996 年以降、前頭側頭葉変性症（FTLD）と呼ばれることもあります。

2)特徴

人格（パーソナリティや行動）障害が激しいのが特徴

感情・情動の変化	感情の変化が乏しくなる。 他者とともに笑いともに感動するという情緒的な交流が少なくなる。 他者を無視する。
常同行動	決まった時間に決まった行動を行う。同じ行動をし続ける。 何を聞いても同じ内容の話しや言葉をずっと繰り返す。同じものばかりを食べる。
脱抑制	本能のおもむくまま行動する（万引き・痴漢・放尿・暴力行為・過食・偏食など）。 粗暴・短絡的になる。人をばかにした言動をとる。 周囲や他者への配慮や礼儀に欠ける。一方的にしゃべる。
注意・集中力低下	落ち着きがなくなりひとつの行為が続けられない。 関心がなくなると立ち去る。
影響されやすい	相手の言葉をオウム返しする 相手の動作をマネする。 目に入った文字を読み上げる。
病識欠如	自分が病気である自覚がない。
言語障害	言葉の意味が分からなくなる 文字の読み間違いが多い 流ちょうに話せなくなる

3）介入の留意点

無理強いや強引な制止をすると、嫌なことをされた記憶が残るので、基本的には行動を見守ります。同じものばかり食べようとしたり、うろうろ歩き回ったりしても、無理に止めず見守るようにします。ケガや健康を害する行動や命にかかわる行動は制止しなければなりませんが、それ以外は行動を止めず見守ります。

言葉だけで伝えることが次第に難しくなるため、ジャスチャーなど視覚を使って伝えます。また、周囲の影響を受けやすくなるため、食事や作業は静かな場所で行うなど環境を整えます。

地域の人や警察・店舗に事情を話し、病気であることに理解を求めることが必要です。

参照・参考URL：

MSDマニュアル（web 版） プロフェッショナル版 より「前頭側頭型認知症（FTD）」（https://www.msdmanuals.com/ja-jp/）

Wikipedia より「前頭側頭型認知症」（https://ja.wikipedia.org/wiki/）

脳科学辞典より「前頭側頭型認知症」（山田 正仁 *金沢大学 医薬保健研究域 医学系 医薬保健研究域 医学系* 2014.2）

脳科学辞典メインページ：https://bsd.neuroinf.jp/wiki/

6　その他の病気

（ハンチントン病）

筋肉の動きを滑らかに調整する働きのある大脳基底核が変性する常染色体優性遺伝を示す疾患で、認知機能障害と不随意運動が特徴です。

比較的若年（35～40 歳頃）に四肢・体幹の舞踏様運動やまばたきが頻繁になるなどの症状があらわれ、いらだちや興奮など性格の変化が生じます。

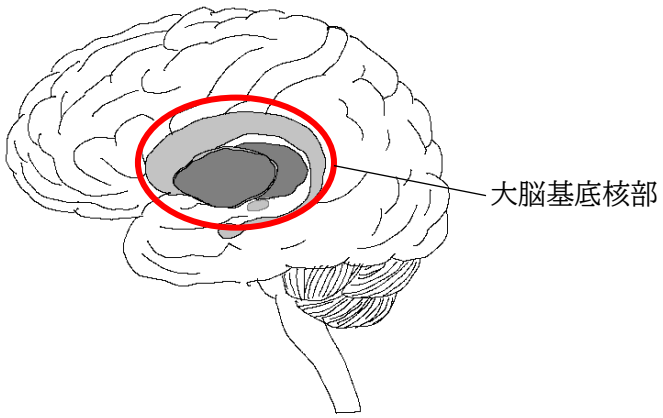
典型的な特徴は、操り人形のような奇異な歩行、しかめ面、眼球を意図的に急に動かすことができない（眼球運動失行）、舌の突き出しやものをしっかり握ることができないなどがあります。進行すると行動が無責任になり徘徊をするようになり、記憶や判断が障害されます。末期は歩行が不可能になり、嚥下が困難になり、重度の認知症が生じ寝たきりになります。

治療法はなく、不随意運動や興奮を緩和する薬剤が用いられます。多くの人が発症して 13～15 年で死亡します。

MSDマニュアル（web 版） プロフェッショナル版 より「ハンチントン病」（https://www.msdmanuals.com/ja-jp/）

Wikipedia より「ハンチントン病」（https://ja.wikipedia.org/wiki/）

脳科学辞典より「ハンチントン病」（井原 涼子、岩田 淳 *東京大学 大学院医学系研究科 神経内科学* 2013.10）脳科学辞典メインページ：https://bsd.neuroinf.jp/wiki/



（進行性核上性麻痺（PSP））

中脳と大脳基底核細胞内に萎縮とレビー小体が出現する神経細胞変性疾患で、レビー小体型認知症と同様にパーキンソン病関連疾患で、40 歳以降で発症することが多くあります。

初期は歩行が不安定になり認知障害が発現し、中期は眼球が垂直方向に動かせなくなり、目を開けにくくなる、体の筋肉が固くなり首が後ろに反る頚部ジストニア、構音・嚥下障害が見られます。

末期は、眼球運動の障害、体幹の固縮、頚部硬直、寝返り困難、認知障害・発語不明・無動・無言になります。

前頭葉性の認知障害のため危険認知度が低下し、バランスがとれなくなり転倒リスクが高くなります。また、首が後ろに反り、眼球が下を向けないため、嚥下障害が顕著になります。

MSDマニュアル（web 版） プロフェッショナル版 より「進行性核上性麻痺」（https://www.msdmanuals.com/ja-jp/）

Wikipedia より「進行性核上性麻痺」（https://ja.wikipedia.org/wiki/）

（大脳皮質基底核変性症（CBD））

前頭葉と頭頂葉と大脳基底核の黒質に萎縮とレビー小体が出現する神経細胞変性疾患です。

初期は片方の腕が思うように使えない症状が出現することが多く、中期は下肢にも症状が広がり歩行障害をおこし、不随意運動や腕を動かす時に制御ができず素早い動作になるミオクローヌス、ジストニア、空間の認識ができなくなります。

末期には認知症や眼球運動の障害がおこることもあります。

前頭葉性の認知障害のため危険認知度が低下し、バランスがとれなくなり転倒リスクが高くなります。また、左右いずれかの空間が認知できなくなることもあります。首が後ろに反り、眼球が下を向けないため、嚥下障害が顕著になります。

Wikipedia より「大脳皮質基底核変性症」（https://ja.wikipedia.org/wiki/）

（正常圧水頭症）

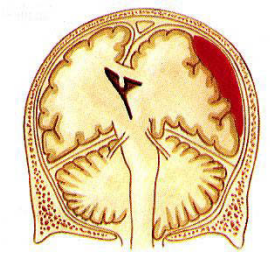
大脳で作られる髄液の循環が悪くなり脳室内にたまってしまう水頭症のうち、髄液圧が正常の状態で、脳が圧迫され症状が発現します。

認知機能障害とともに歩行障害や排尿障害なども現れます。多くは、開脚小股で歩き転倒しやく、尿失禁も起こるという特徴がみられます。くも膜下出血や頭部外傷後に起こることがあります。

転倒しやすいので、特に注意が必要です。

Wikipedia より「正常圧水頭症」（https://ja.wikipedia.org/wiki/）

（慢性硬膜下血腫）



高齢者では軽い頭部外傷で硬膜下血腫を生じることがあり、生じた血腫が脳を圧迫することで症状が発現します。

通常は片側性で、血腫と反対側の運動障害や感覚障害を伴いますが、両側性に血腫を生じると身体症状に左右差がみられにくいため診断が難しくなります。認知機能障害の急速な悪化や身体症状が現れた場合は、慢性硬膜下血腫も疑い対応します。

急激な認知機能低下や身体症状変化に注意が必要です。

Wikipedia より「慢性硬膜下血腫」（https://ja.wikipedia.org/wiki/）

（クロイツフェルト・ヤコブ病）

プリオンタンパク質が脳に蓄積すると、脳を海綿状に変化させます。異常プリオンの発生は原因不明ですが、一部の異常プリオンには感染性が確認されています。感染している人から角膜や硬膜移植、牛海綿状脳症（BSE：狂牛病）に感染した牛を摂取することで感染します。

治療法はまだなく、症状は急速に進行する認知症と全身のミオクローヌスと呼ばれる不随意運動を特徴とします。通常発症から 1～2 年で死亡します。

急激な認知症と不随意運動に注意が必要です。

Wikipedia より「クロイツフェルト・ヤコブ病」（https://ja.wikipedia.org/wiki/）

（ウイルス性脳症）

日本脳炎やヘルペス脳炎などの急性脳炎の後遺症として認知症が残る場合があります。特に単純ヘルペス脳炎では罹患者の 3～5 割に記憶障害や認知機能障害の後遺症を残しますが、進行性はみられません。

（腫瘍性認知症）

腫瘍ができる部位によって認知症を起こします。手術や放射線療法等が有効に働けば正常に戻ったり、進行がとまったりする可能性があります。

（神経梅毒）

スピロヘータの一種である梅毒トレポネーマによる感染症です。感染から 10 年以上の潜伏期間をおいて多臓器に病変が及ぶことがあり、その病変部位が脳や脊髄の場合神経梅毒と呼ばれます。

（甲状腺機能低下症）

全身倦怠、思考力低下、全身の浮腫、皮膚の乾燥などがあり、認知症と誤認されることがあります。在宅・施設入所の利用者は注意が必要です。

（ビタミンB1欠乏症）

ビタミン B 群の欠乏で認知機能が低下することがあります。ビタミン B1欠乏によるウェルニッケ脳症は、運動失調、記憶障害、眼球運動障害が現れます。

（肝疾患、腎疾患、呼吸器疾患等）

認知症と類似の症状がみられることがあります。適切な治療につながれば認知機能が回復することがあります。

7　認知症の行動特徴

（認知症の人のセルフケア行動の特徴）

1）かなり重症になるまで自分でできることはやろうとする意欲があります。

2）感情の働きは比較的保たれていますが、知的な抑制が効かなくなり感情面が強く外に出ることもあります。

3）自尊心を維持しようとする意欲は強く、傷つけられると反抗として現れることがあります。

4）認知症初期は、電話・買い物・交通手段の利用などの生活動作が障害されます。

5）日常の生活動作では、入浴→身支度→着物の選択→着脱→運動→排泄→コミュニケーション→食事という順番で障害されていく傾向があります。

6）混乱や暴力的な行動は、末期になると運動機能が制限されてくると減少する傾向があります。

（認知症高齢者に現れやすい行動・障害されやすいセルフケア）

水・食べ物	過食：食べ終わった後で、「まだ食べてない」「食べさせないのか」などと要求し、さらに食べ物を食べる。 食事拒否：食欲がない、食事とは違うことを考えている、食器の使い方がわからないということがある。 その他：皿をかじるなど食べるものとそうでないものの区別がつかない、人の食事を食べるなど自分のものと他人のものの境界がわからない場合もある。 脱水：のどが渇いたことがわからくなり、自ら水分をとろうとしないため脱水症状になる。
排泄	失禁・放尿・弄便・便秘：歯の欠損、食事摂取量の不足、活動低下、腹圧低下、便が出るまでトイレで待っていられないなどが考えられる。また、便秘による不安感が、落ち着かないなどの行動に現れる場合もある。弄便の原因はおむつの不快感がほとんどなので、できるだけ排便はトイレやポータブルトイレを利用する。
衛生	不潔：汚れたものときれいなものの区別ができない。 更衣困難：ズボンに手を通そうとするなど、失効・記憶障害による。 入浴拒否：風呂で転倒したり溺れかかったりという恐怖の体験を持っている場合、顔に水がかかるのが嫌になる。また、夫婦でも異性に見られるのは嫌だからという理由もある。
活動	徘徊：自分が本来いる家が別にあると思い込んで、捜し歩く。仕事に出かけようとしてわからなくなる。とにかく家に帰りたいなど、徘徊の理由はさまざま。
睡眠	夕方になると不安になったり落ち着かなくなったり行動が活発になることが多い。夜間に睡眠障害や興奮状態が続き昼夜が逆転することもある。
コミュニケーション	言葉によるコミュニケーションは障害されても、人の気持ちには敏感に反応する。相手との気持ちの交流がうまくいかないことが原因であることが多い。
家族とのつきあい	失認やしばらく会っていないときに、身内が誰だかわからなくなることがある。軽度の場合は、わずかな援助で積極的にコミュニケーションが取れるようになる。重度の場合は、コミュニケーションが困難になり行動に変化がみられる。
安全認識	車の動きを見ずに車道を渡ろうとする。鍋の火をかけたままにする。点滴のルートを抜こうとするなど、何が危険であるかわからなくなる。



第１部

７　障害者の特徴と歯科

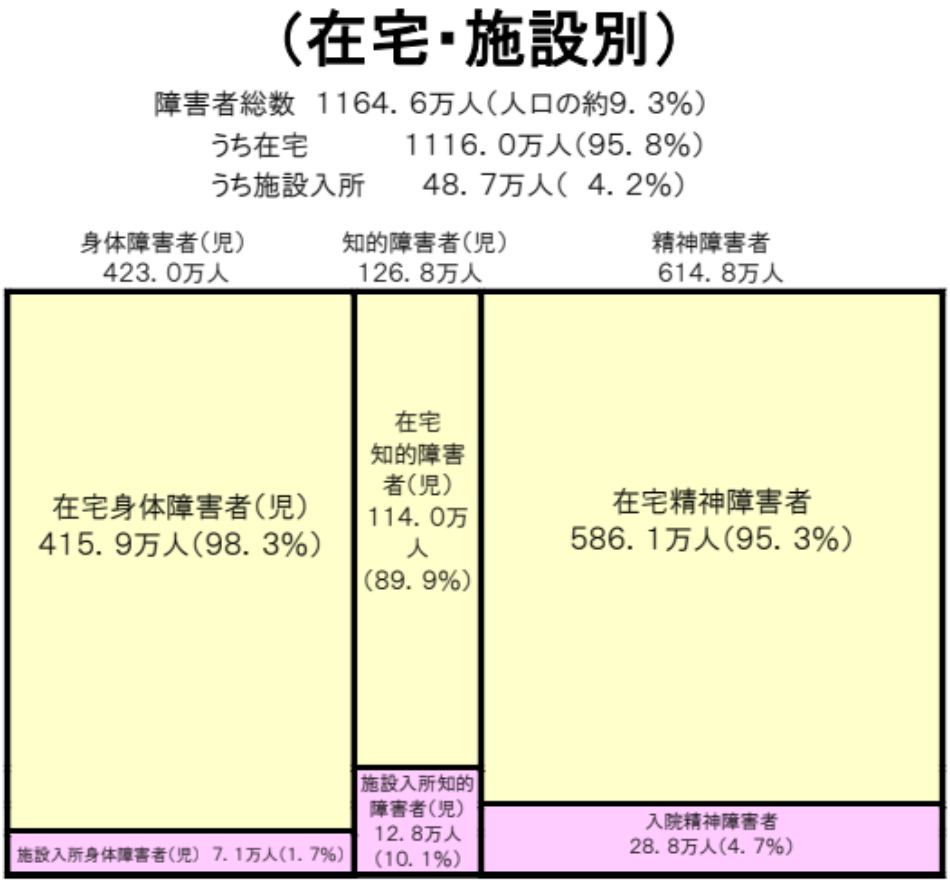
1　障害者の現状

①障害者の数

厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査（令和4年）」によると、全国の障害者の総数は1164.6 万人で全人口の約 9.3％に相当します。障害の内訳は、精神障害者（児）614.8 万人（53％）、身体障害者（児）423.0 万人（36％）、知的障害者（児）126.8 万人（11％）です。

障害者全体のうち 95.8％が在宅、4.2％が施設入所です。

在宅障害者で最も多いのは、精神障害者で 586.1 万人（53％）、次いで身体障害者で 415.9 万人（36％）、知的障害者が 114.0 万人（11％）でした。

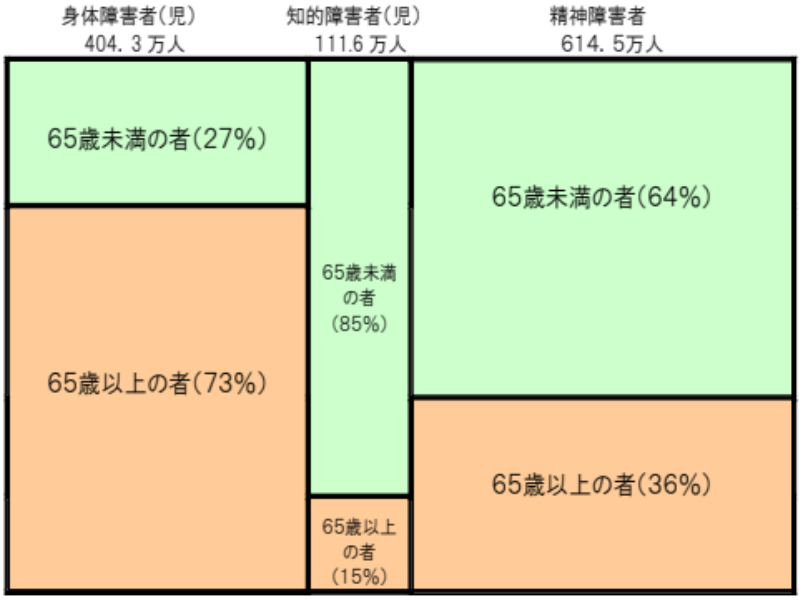


厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査（令和4年）」別添資料「障害者の数」

年齢構成をみると、65 歳以上の障害者は 47％で、65 歳以上の身体障害者は 73％、精神障害者は 36％、知的障害者は 15％でした。

（年齢別）

65歳未満　53%
65歳以上　47%



厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査（令和4年）」別添資料「障害者の数」

身体障害者とは、①視覚障害、②聴覚または平衡機能の障害、③音声機能、言語機能又は咀嚼機能の障害、④肢体不自由、⑤内部障害（心臓・腎臓・呼吸器・膀胱・直腸・小腸・免疫機能の障害）がある者で、身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。

精神障害者とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。※自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害をもつ発達障害者も含む。

知的障害者とは、発達期において明らかに遅滞が生じ適応行動が困難である者。

障害者は、十八歳以上の者で、身体障害者福祉法、障害者自立支援法が適応される。十八歳未満の者は障害児として児童福祉法が適応される。

②心身の状態について苦労の状況

「とても苦労します」「全く出来ません」の割合が多いものは、29.1%の「歩行」でした。次いで、セルフケア 15.9%、認知 13.9%、コミュニケーション 13.1%、視覚 8.5%、聴覚 7.1%でした。

表８　心身の状態に関する設問それぞれについて苦労のある者の状況

		総数	苦労はありません	多少苦労します	とても苦労します	全く出来ません	不詳
視覚	眼鏡を使用しても、見えにくいといった苦労はありますか。	100.0%	47.2%	30.2%	6.4%	2.1%	14.1%
聴覚	補聴器を使用しても聴き取りにくいといった苦労はありますか。	100.0%	57.7%	11.3%	5.2%	1.9%	23.9%
歩行	歩いたり階段を上るのが難しいといった苦労はありますか。	100.0%	30.0%	30.7%	21.6%	7.5%	10.1%
認知	思い出したり集中したりするのが難しいといった苦労はありますか。	100.0%	36.5%	37.0%	11.1%	2.8%	12.6%
セルフケア	身体を洗ったり衣服を着るような身の回りのことが難しいといった苦労はありますか。	100.0%	44.2%	28.9%	10.4%	5.5%	11.0%
コミュニケーション	通常の言語をつかってのコミュニケーション（たとえば、人の話を理解したり、人に話を理解させることなど）が難しいといった苦労はありますか。	100.0%	50.2%	25.1%	10.0%	3.1%	11.6%

厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査（令和4年）」

③日常生活のしづらさの状況

「一部介助」「全介助」の割合が 20%を超えたものは、28.6%の「買い物」、26.5%の「洗濯」、「身の回りの掃除整頓」24.5%、「お金の管理」22.5%、「食事の支度片付け」22.0%でした。

家族や友人など特定の人を介したコミュニケーションが必要な割合が、伝えるが 28.1%、理解するが 26.2%でした。

表9　日常生活のしづらさの状況

（単位：人）

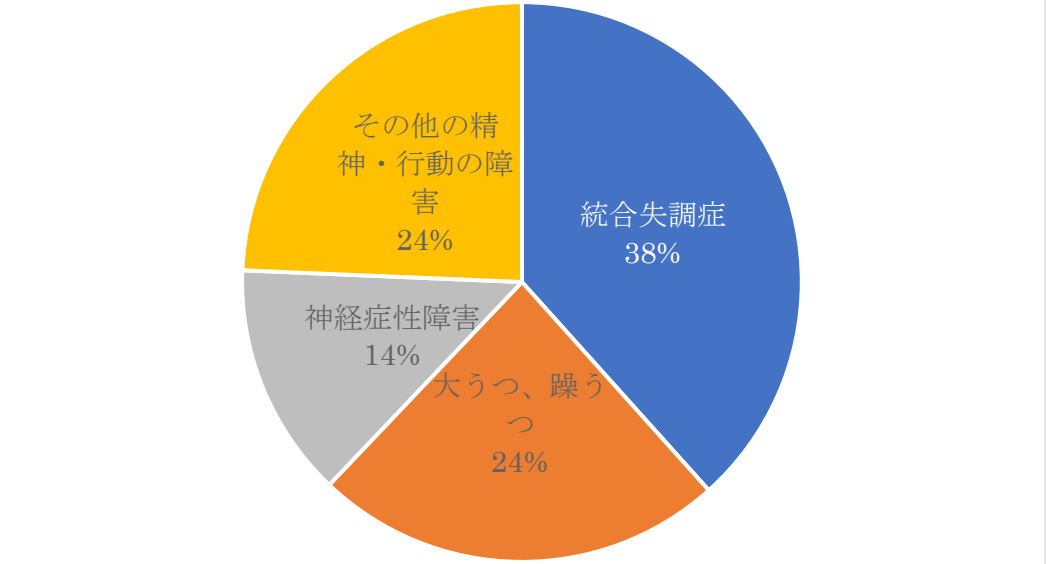
	総数	一人でできる	時間をかければ一人でできる	見守りや声掛けがあればできる	手伝ってもらえればできる（一部介助が必要）	自分ではできない（全部介助が必要）	経験がない・機会がない	不詳
食事をする	14,079 (100.0%)	10,927 (77.6%)	1,339 (9.5%)	470 (3.3%)	551 (3.9%)	390 (2.8%)	－ －	402 (2.9%)
食事の支度や後片付けをする	14,079 (100.0%)	7,152 (50.8%)	2,035 (14.5 %)	606 (4.3%)	1058 (7.5%)	2,044 (14.5%)	737 (5.2%)	447 (3.2%)
衣服を着たり脱いだりする	14,079 (100.0%)	9,235 (65.6%)	2,207 (15.7%)	418 (3.0%)	1,125 (8.0%)	697 (5.0%)	－ －	397 (2.8%)
排泄をする（トイレを使えるなど）	14,079 (100.0%)	10,678 (75.8%)	1,267 (9.0%)	266 (1.9%)	793 (5.6%)	682 (4.8%)	－ －	393 (2.8%)
入浴をする	14,079 (100.0%)	9,038 (64.2%)	1,396 (9.9%)	549 (3.9%)	1,344 (9.5%)	1,349 (9.6%)	－ －	403 (2.9%)
家の中を移動する	14,079 (100.0%)	10,511 (74.7%)	1,670 (11.9%)	255 (1.8%)	567 (4.0%)	675 (4.8%)	－ －	401 (2.8%)
身の回りの掃除、整理整頓する	14,079 (100.0%)	6,200 (44.0%)	2,839 (20.2%)	727 (5.2%)	1,586 (11.3%)	1,860 (13.2%)	397 (2.8%)	470 (3.3%)
洗濯する	14,079 (100.0%)	6,797 (48.3%)	1,813 (12.9%)	427 (3.0%)	846 (6.0%)	2,110 (15.0%)	1,613 (11.5%)	473 (3.4%)
買い物をする	14,079 (100.0%)	6,552 (46.5%)	1,611 (11.4%)	639 (4.5%)	1,524 (10.8%)	2,504 (17.8%)	772 (5.5%)	477 (3.4%)
お金の管理をする	14,079 (100.0%)	8,041 (57.1%)	1,000 (7.1%)	568 (4.0%)	1,055 (7.5%)	2,114 (15.0%)	876 (6.2%)	425 (3.0%)
薬を管理する	14,079 (100.0%)	8,477 (60.2%)	960 (6.8%)	784 (5.6%)	833 (5.9%)	1,987 (14.1%)	611 (4.3%)	427 (3.0%)

	総数	誰にでも伝えること（誰の意思でも理解すること）ができる	家族や友人など特定の人には伝えること（理解すること）ができる	介助（手話通訳や機器の使用等）があれば伝えること（理解すること）ができる	伝えること（理解すること）ができない	不詳
自分の意思を伝える	14,079 (100.0%)	8,946 (63.5%)	3,956 (28.1%)	223 (1.6%)	491 (3.5%)	463 (3.3%)
相手の意思を理解する	14,079 (100.0%)	9,005 (64.0%)	3,693 (26.2%)	287 (2.0%)	588 (4.2%)	506 (3.6%)

厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査（令和4年）」

2　精神障害と口腔ケア

令和2年厚生労働省「患者調査」によると、精神及び行動の障害の疾病による推計患者数は、統合失調症が最も多く約 19 万人で精神病全体の 38%、次いで約 12 万人のうつ病（気分障害）24%、神経症 14%でした。



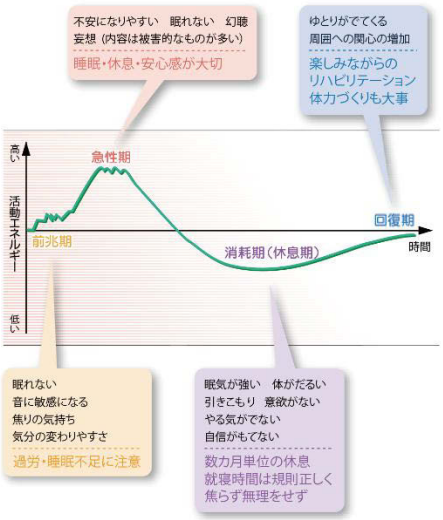
令和2年厚生労働省「患者調査」：推計患者数（入院及び外来）

①統合失調症

　統合失調症はいくつかの段階を経て進行する慢性疾患です。思考や行動、感情を1つの目的に沿ってまとめていく能力、すなわち統合する能力が長期間にわたって低下し、その経過において陽性症状、陰性症状、認知機能障害により特徴づけられ、これにより社会的関係およびセルフケアが著しく妨げられます。有病率は人口の 1%の割合で、発症は思春期から青年期が多くみられます。

＜症状＞









＜原因＞

原因は明らかになっていませんが、ドーパミンなど脳の神経伝達物質の過剰分泌、遺伝学的危険因子や環境などの様々な要因が複合的に関わっているといわれています。

ドーパミンはアドレナリンやノルアドレナリンの前駆物質で、運動やホルモンの調節、学習、意欲、喜び、快楽に関与しています。過剰分泌で統合失調症、減少するとパーキンソン病を発症するとされています。

＜治療＞

急性期は抗精神病薬による薬物療法を中心に行います。急性症状が落ち着くと、薬物療法とリハビリテーションや回復力の訓練を目的とした精神療法（心理療法）との併用で行います。

■口腔と歯の特徴■

統合失調症の患者は、う蝕や歯周病の罹患率が高い傾向にあります。これは、抗精神病薬の副作用による唾液分泌の減少や錐体外路症状、感情の平板化、意欲減退、社会的引きこもりなどの慢性期に現れる陰性症状、認知障害による口腔衛生状態の悪化が要因とされています。

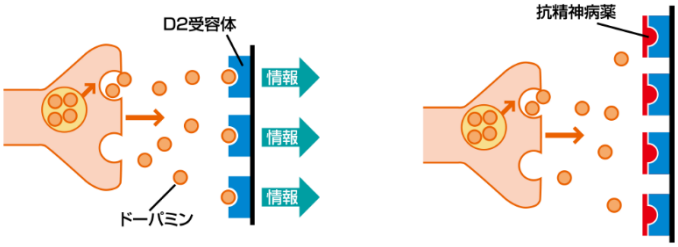
精神症状により食物の丸飲みや一口量の調節困難による窒息、咽頭部の機能低下による嚥下障害や、服用薬の副作用による振戦が原因の食具の使用困難なども報告されています。

■歯科衛生留意点■

抗精神病薬の服用者は、副作用で錐体外路症状が出現することがあり、歯科領域ではオーラルジスキネジア（顎口腔周囲の不随意運動）、ジストニア（顎口腔領域の筋緊張異常）が問題となります。

＜抗精神病薬の作用と副作用＞

主に、脳内の神経伝達物質ドーパミンの受容体を向精神薬でブロックすることで活動を抑え、幻覚や妄想、考えがまとまらない、気持ちをうまく表現できない、意欲がわかないなどの症状を改善



します。

種類	主な薬剤名	機序・効能	副作用
SDA セロトニン・ドーパミン拮抗薬	リスペリドン・インヴェガ・ロナセン・ラツーダ	ドーパミン受容体をブロックし、幻覚や妄想を抑える。 セロトニン受容体をブロックし、薬の副作用を抑える。	錐体外路症状 高プロラクチン血症
MARTA 多元受容体作用抗精神薬	オランザピン・クエチアピン・シクレスト・クロザリル	多くの受容体をブロックし、幻覚や妄想だけでなく鎮静作用もある。 ※特にクロザリルは作用が強力	血糖上昇・肥満 眠気
DPA・DSS ドーパミン部分作動薬	エピリファイ・レキサルティ	ドーパミン受容体を部分的にブロックするため、作用がゆるやかで興奮等には向かない。抗うつ作用がある。	アカシジア

錐体外路症状：ドーパミンが抑えられ、筋肉の調整がうまく行われない症状がみられる。

パーキンソニズム：振戦、筋強剛、歩行障害

アカシジア：ずっと歩き回ったり、足を組んだり外したりして落ち着きがない状態。不安・焦燥感を伴う。

ジストニア：筋肉の異常な緊張。頭部・体幹・四肢がねじれ奇妙な姿勢になる。眼球上転など眼球異常がある。

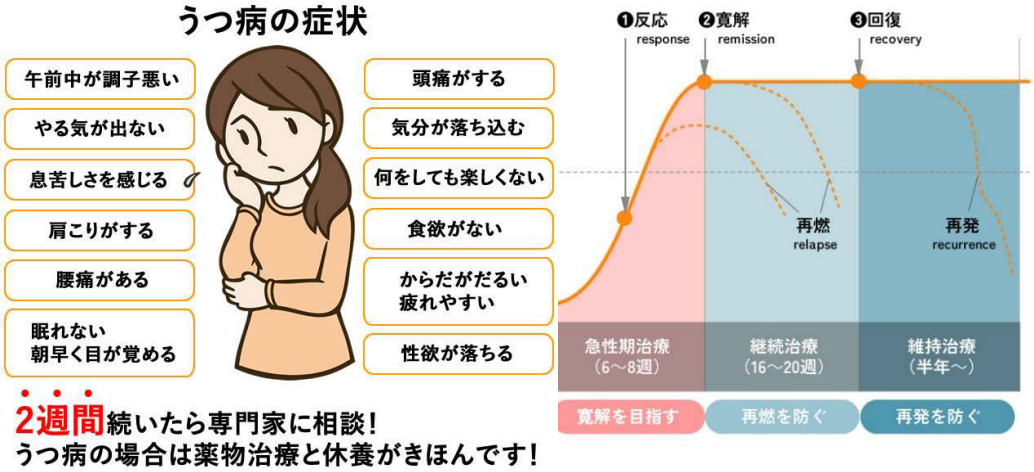
ジスキネジア：口をもぐもぐさせる、舌を揺らす、四肢が常に勝手に動き続ける。

高プロラクチン血症：無月経、乳汁分泌、性機能障害が現れる。

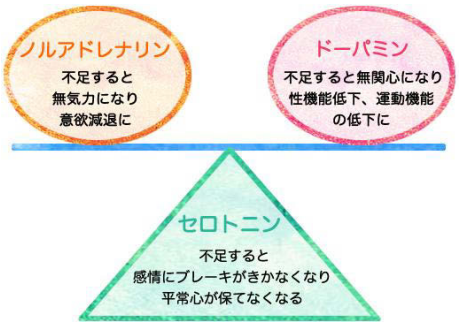
②うつ病（大うつ病性障害）

うつ病とは、持続的な抑うつ気分、興味または喜びの喪失、倦怠感などの心的感情や身体的感情のみならず、不眠や食欲低下など身体症状も含む徴候により特徴づけられる精神疾患です。日本におけるうつ病の生涯有病率は 3～7%で、中高年者で発症頻度が高く、社会経済的な影響および自殺リスクへの影響は大きいとされています。

＜症状＞



＜原因＞

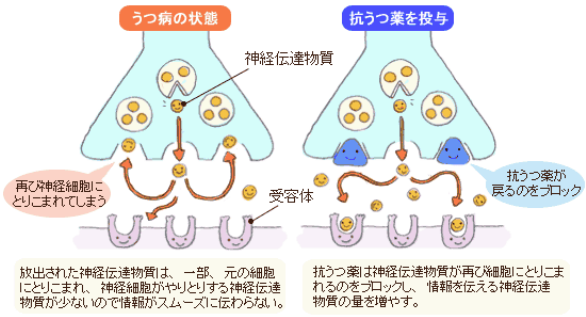


原因は明らかになっていませんが、セロトニンやノルアドレナリンの減少やコルチゾールの過剰分泌、ホルモンバランスや薬剤、生活環境などの様々な要因が複合的に関わっているといわれています。

コルチゾールは、ストレスを受けると大量に分泌され、交感神経を刺激し、血糖を上昇させ、ストレスに対応しようとします。例えば、人前で発表する時の緊張状態がコルチゾールの分泌によるものです。一方コルチゾールは海馬の萎縮、神経細胞の再生を抑える作用を持っているため、長期間ストレスを受け続けると脳が障害を受けると考えられています。

＜治療＞

　まず、休養と薬物療法をセットで治療を行います。症状がある程度改善したのち、環境調整や精神療法（認知行動療法）を行います。



■口腔と歯の特徴■

　うつ症状の程度によって異なるが、一般に精神症状によって口腔衛生管理能力が低下すると、う蝕や歯周病が多発しやすくなります。また、向精神薬の副作用による唾液分泌量の低下も口腔の自浄作用を低下させます。

■歯科衛生留意点■

　患者の服用する抗うつ薬は、唾液分泌量低下をもたらすので、湿潤剤などの口腔ケア用品が必要なこともあります。

　精神症状のために患者の訴えがわかりにくかったり、不合理な症状を訴えたりすることがありますが、よく傾聴し、受容的・支持的な対応を心がけます。また、適応能力が低下することがあるため、本格的な歯科治療と歯科衛生介入は、病状の改善後に行うようにします。

＜抗うつ薬の作用と副作用＞

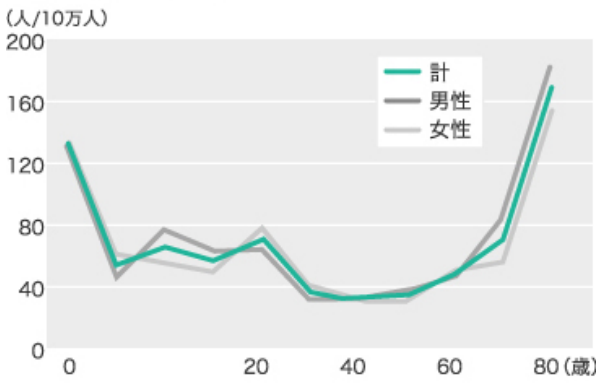
抗うつ薬は、脳内の神経伝達物質セロトニン・ノルアドレナリンの欠乏を改善します。抗うつ薬の効果は遅発性で効果が現れるまで2週間～1ヵ月程度かかる事が多く、副作用が先に出現することもあります。

種類	主な薬剤名	機序・効能	副作用
SSRI 選択的セロトニン再取込阻害薬	レクサプロ・セルトラリン・パロキセチン・フルボキサミン・トリンテリックス・パキシル	放出されたセロトニンが再び取り込まれるのを抑えて、シナプス間にセロトニンを増やし情報伝達を回復させます。	頭痛・口渇 発熱・発汗 不安・焦燥感
SNRI セロトニン・ノルアドレナリン再取込阻害薬	デュロキセチン・イフェクサー・ミルナシプラン・トレドミン・サインバルタ	放出されたセロトニンとノルアドレナリンが再び取り込まれるのを抑えて、シナプス間にセロトニンとノルアドレナリンを増やし情報伝達を回復させます。	頭痛・口渇 血圧・脈拍変動
NaSSA ノルアドレナリン・特異的セロトニン作動性抗うつ薬	ミルタザピン・リフレックス	細胞を刺激しノルアドレナリンを多く放出させるとともに、セロトニンを抗不安作用や抗うつ作用を示す受容体のみに結合させる。 性機能障害や悪心嘔吐の副作用が少ない。	口渇・眠気・便秘 体重増加
三環系・四環系抗うつ剤	アナフラニール・ノリトレン・テトラミド・レスリンなど	三環系は、SNRIと同じ。 四環系は、NaSSAと同じ。	頭痛・口渇 口渇・眠気・便秘

抗うつ剤投与初期の副作用：不安・焦燥・興奮・不眠・攻撃性・易刺激性・衝動性
抗うつ剤の中断時の副作用：吐き気・下痢・発汗・不安・焦燥・不眠・錐体外路症状（アカシジア・ジスキネジア）・幻覚妄想など、いわゆる禁断症状。

③てんかん

　てんかんは、特発性（遺伝素因性）と症候性（基礎疾患あり）に大別され、約 70％が特発性、約 30％が症候性で、わが国の患者数は約 100 万人とされています。脳の神経細胞（ニューロン）が電気的に過剰興奮をすることで起こります。



　てんかんには多くの種類があり、全身がけいれんする大発作から、突然ボッーとして反応がなくなるものまであります。

　てんかんは脳血管障害や感染症、外傷、認知症でも起こるため、高齢者の場合は診断が難しくてんかんの治療が行われていないことがあります。

　てんかん患者の約8割は、抗てんかん薬療法によって発作が抑制され不治の病から治る病になりました。

＜症状＞



①全般発作（脳の全般的な興奮）

強直間代発作（大発作）

　突然全身がけいれんし、全身がこわばります（強直期：10 数秒）。その後、手足が一定のリズムでガクンガクンとけいれんします（間代期：1 分）。15～30 分で意識が回復します。

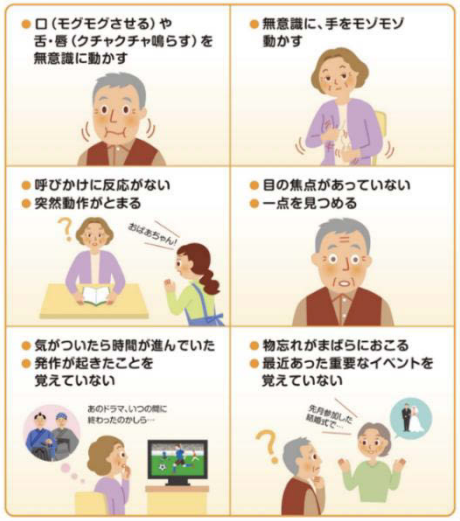
ミオクロニー発作

　突然手足や全身がピクッとけいれんします。意識障害はありません。寝起きによく起こり、歯ブラシやコップなどを落とします。

脱力発作

　突然全身の力が入らなくなり倒れ込みます。1～2 秒でおさまりますが、転倒時にけがをするので頭部の保護が必要です。意識障害があります。

②焦点発作（脳の一部分が興奮）



複雑部分発作（意識障害あり）

脳のどの部分が興奮するかにより症状が異なります（右図）。発作中は意識がないため症状を覚えていません。

単純部分発作（意識障害なし）

手足や顔がつっぱる、ねじれる、手足がガクガクとけいれんする、手足がしびれる、吐き気をもよおす、幻覚・幻聴などがあり、意識がはっきりしているので、症状を覚えています。

■口腔と歯の特徴■

抗てんかん薬（主にフェニトイン）を服用している患者では、約 50%に歯肉増殖を生じます。歯間乳頭を中心として歯肉が増殖し、歯の傾斜、転位や歯間離開を起こします。また、てんかん発作時に転倒し、顔面、口腔および歯を受傷することがあります。

■歯科衛生留意点■



てんかん発作（大発作）が起きたときには、ただちに歯科治療・処置を中止し、口腔内から器具などを除去し、気道の閉塞を防ぎます。通常、発作は数分以内に止むため、周囲の安全を確保して経過を観察します。発作が 5 分以上続く場合や、繰り返して止まらないとき（重積）、意識が 1 時間経過しても回復しないときは主治医に連絡して指示に従います。

歯肉増殖がみられる場合、プラークの付着が歯肉炎と薬物性歯肉肥大の増悪因子となるので、徹底した口腔清掃を行います。歯肉増殖が著しいときは歯肉切除の適応となりますが、口腔清掃が不良である再発します。

歯肉増殖の原因となっている薬剤の中止や減量、あるいは他剤に変更が可能かどうかを主治医に照会し予防します。

＜抗てんかん薬の作用と副作用＞

てんかんは神経の過剰興奮で起こるため、神経の興奮を抑える（アクセルをゆるめる）薬と、神経の興奮を抑える物質を増やす（ブレーキを強める）薬が用いられます。

歯科では、神経の興奮を抑えるフェニトイン（商品名：アレビアチン、ヒダントール）の副作用による歯肉増殖に注意する必要があります。歯肉増殖が認められた場合は、口腔内の衛生状態・清潔状態を良好に保ちます。

薬物性歯肉増殖症を起こす3種の薬、シクロスポリン（免疫抑制薬）、ニフェジピン（降圧剤）、フェニトイン（抗てんかん薬）が、皮膚や肺組織の線維化を抑えるNR4A1の発現を歯肉組織でも抑制していることを明らかにした論文が発表されています。また、NR4A1 を標的とした薬物性歯肉増殖症の治療開発研究もされています。

松田，水野（2021），“The role of receptor 4A1(NR4A1) in drug-induced gingival overgrowth”，*The FASE Journal,* https://doi.org/10.1096/fj.202100032R

松田,水野（2023),“NR4A1 を標的とした薬物性歯肉増殖症の治療開発”,日本歯周病学会会誌,2023 年 65 巻 3 号 p.101-107,https://doi.org/10.2329/perio.65.101

④自閉スペクトラム症

医学的診断名は「自閉スペクトラム症（ＡＳＤ:Autism　spectrum disorder）」ですが、発達障害者支援法で「自閉症」として位置づけられています。

自閉スペクトラム症の基本特性は、①対人関係・コミュニケーションの障害と、②こだわり行動です。

①は、人との関わりが苦手で、場の空気を読み取り、比喩や皮肉、相手の気持ちや暗黙のルールを理解することが難しいなど社会的な場面での困難さが持続します。

②は、モノの配置、物事の順番、勝敗、自分のやり方への固執、興味や関心の極端な偏りがみられることです。ほかには、手先が不器用、感覚刺激に過敏、逆に感覚刺激に鈍麻などが起こることがあります。

＜症状＞

患者が得意なことと苦手なこと

得意なこと	苦手なこと
・視覚的情報処理（視覚優位） ・機械的記憶 ・細部に気がつく ・興味あることへの集中 ・パターン化した行動	・話し言葉 ・抽象的な表現 ・想像すること ・情報をまとめること ・他人を理解すること ・新しいことに適応すること ・一度に複数のことに対処すること ・身体に触れられること ・音に過敏なことが多い

患者の問題行動

周囲からの刺激や情報が偏った形で入ってきたり、分かりにくいことでストレスが積み重なる、本人の伝えたいことが伝わらないためストレスが積み重なるなどして、その場や周囲の人に対する不信感や嫌悪感がつのり、激しい他害や自傷などの強度行動障害を示すことがあります。

1）常同行動 2）固執傾向（こだわり） 3）多動傾向 4）過敏性（視覚、聴覚、触覚、味覚、嗅覚） 5）奇声 6）パニック 7）自傷行為 8）フラッシュバック（タイムスリップ）

＜原因＞

原因は明らかになっていませんが、遺伝的・妊娠期の環境的要因が複雑に関与しているといわれています。

＜合併症＞

○知的能力障害

自閉症スペクトラム症者の約 70～80％は知的能力障害をもちますが、患者のなかには、一度読んだ本の内容を完璧に覚えていたり、1回見ただけで詳細な絵を描けるなど、特定の分野で優れた能力を発揮する人もいます（サヴァン症候群）。

○てんかん

思春期以降に発症することが多く、25～30％の頻度で合併します。

○二次障害

IQ が 70 以上の高機能自閉症は他人に障害があることを理解してもらえず、努力不足、なまけている、わがままと周囲の人から誤解され受けやすいことがあります。その結果、幼児期にパニック、自傷、他害、抜毛、チックなど、思春期以降に過換気症候群、抑うつ状態をきたすことがあります。

＜治療＞

ASD は治療では完治しません。症状の軽減を目的とした治療が行われます。生活環境を生活しやすいように工夫する環境調整や、自分の特性を知り生活上の工夫を学ぶ認知行動療法を行います。不安や緊張、不眠、暴力行為、自傷などがある場合は薬物療法を行うことがあります。

■口腔と歯の特徴■

特有の不正咬合や歯の異常はありませんが、歯磨きを嫌がる、甘い物に固執するなどの理由で、う蝕が多発することがあります。

幼児期には、限られた食品、味、調理形態のみ食べ、それ以外のものは受けつけない（偏食）ことがあり、学童期以降では過食、過剰飲水がみられることがあります。

■歯科衛生留意点■

本人が発する言葉や態度は本人がストレスに感じていることのサインだと理解し、刺激が少ない環境、姿勢、関わりを心がけます。また、わかりやすくストレスがかからない伝え方を工夫します。

○「サポートブック」の確認

発達障害児の援助法や生育歴などが記載されている手帳「サポートブック」を確認し対応の参考にします。

○場所やスケジュールを固定する

決まった場所、決まった時間、決まった順番で行います。

○視覚支援

患者は、慣れていない場所や何をされるかがわからない場合、適応行動がとれないことがあるため、患者が理解しやすいような視覚支援による説明を行います。トレーニングやブラッシング指導でも絵カードによる視覚支援を行います。

○無理な課題を与えない

患者は、想像力の欠如があり、新しいことに慣れることが苦手です。そのためいきなり難しい課題を与えず、簡単な課題から徐々に新しい課題にステップアップすることが重要です。

○多動への対応

学童期までの歯科治療は多動に対応するため全身麻酔下で行われることが多くあります。

○感覚過敏への対応

顔を触られることやスケーラーで歯に触れられることを嫌うという触覚過敏、周囲の雑音や子どもの泣き声を嫌う聴覚過敏がある場合は、可能な限り嫌いな感覚を与えないように配慮します。

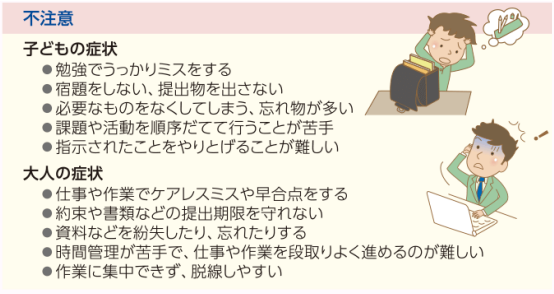
⑤注意欠如･多動症

注意欠如・多動症（ＡＤＨＤ:Attention　Deficit/Hyperactivity Disorder)は、12 歳前に症状が発現し、不注意、多動性、衝動性を特徴とします。

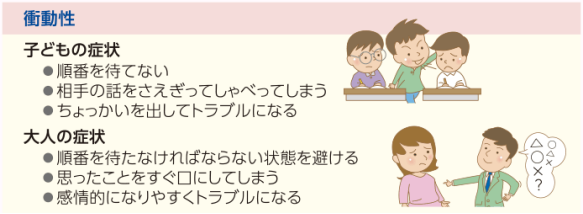
学童期の有病率は約 5%、成人期では約 2.5%とされており、男女比は、小児期で2:1、成人期が 1.6:1 です。

＜症状＞

不注意、多動性、衝動性が基本特性です。







＜原因＞

原因は明らかになっていませんが、脳の機能に原因があるといわれています。

＜合併症＞

ADHDは、学習障害（50～80％）を合併し、反抗挑戦性障害、素行障害、破壊的行動障害、気分障害、不安障害、コミュニケーション障害がみられることがあります。

＜治療＞

感情や行動をセルフコントロールするための認知行動療法や集団療法、カウンセリングを行います。医師が必要だと認めた場合はドーパミンとノルアドレナリンを増加･活性化させるなどの薬物療法を行います。

■口腔と歯の特徴■

行動的特徴から、歯の破折や脱臼などの歯牙外傷が多くみられます。

■歯科衛生留意点■

障害を理解し、気が散らないための環境設定や、可能な限り具体的な指示を出します。ADHD児は学童期頃から歯科治療を受ける際に問題が少なくなり、加齢とともに治療を受け入れやすくなります。

⑥限局性学習症

限局性学習症（SLD:Specific Learning Disorder）は、文字の読み書きや理解、計算ができない状態です。

文部科学省の全国実態調査では、通常の学級に在籍する児童生徒の約 4.5%にみられました。限局性学習症は周囲に気づかれないまま、本人の意欲喪失や自信喪失などの二次障害を生じやすいのが特徴です。

＜症状＞



①文字の読み間違いや読む速度が遅い、②読んだものの意味の理解ができない、③文字を書けない、④文章がうまく書けない、⑤数の概念や計算ができない、⑥算数の式を立てること（数学的推論）のいずれかができない状態です。

知的障害とは異なり、文字が全く読めないわけではなく学年相応にできないのが SLD です。

＜原因＞

原因は明らかになっていませんが、脳の機能に原因があるといわ原因となる脳部位や候補遺伝子が報告されています。

＜合併症＞

ADHD や ASD などの神経発達症に SLD が合併することが多いことが報告されています。

＜治療＞

医学的治療法はありません。教育面や生活面の環境調整や支援で学習の困難を軽減します。

■口腔と歯の特徴■

限局性学習症がある人に特有の口腔症状はありません。

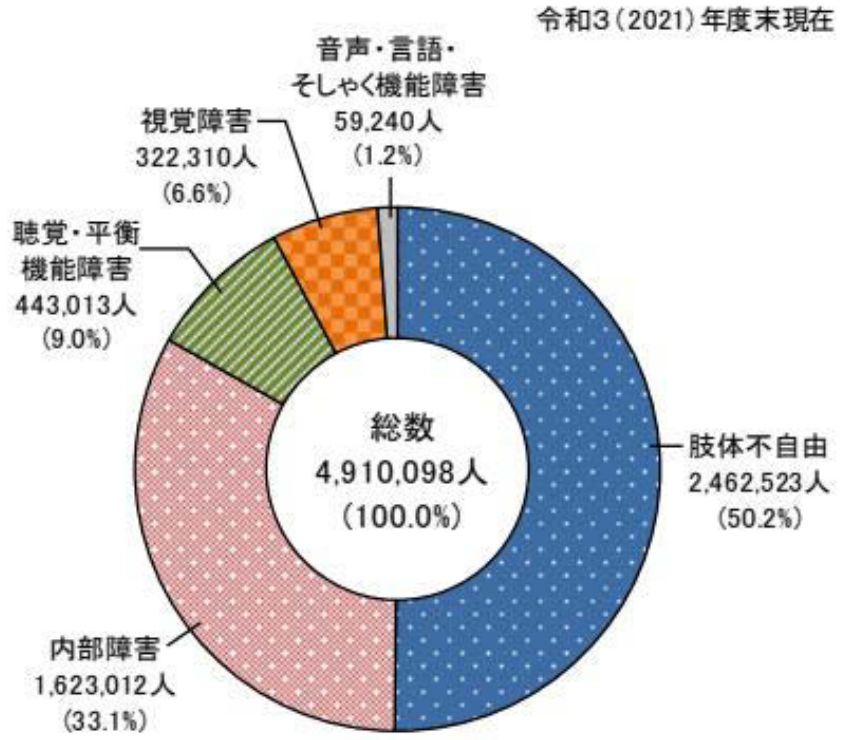
■歯科衛生留意点■

焦らせたり否定したりせず時間をかけて、ストレスを与えないように心がけます。絵や写真、文字など具体的なコミュニケーションツールを用いて、スモールステップでの目標設定、繰り返しとフィードバックをしながら指導します。

3　身体障害と口腔ケア

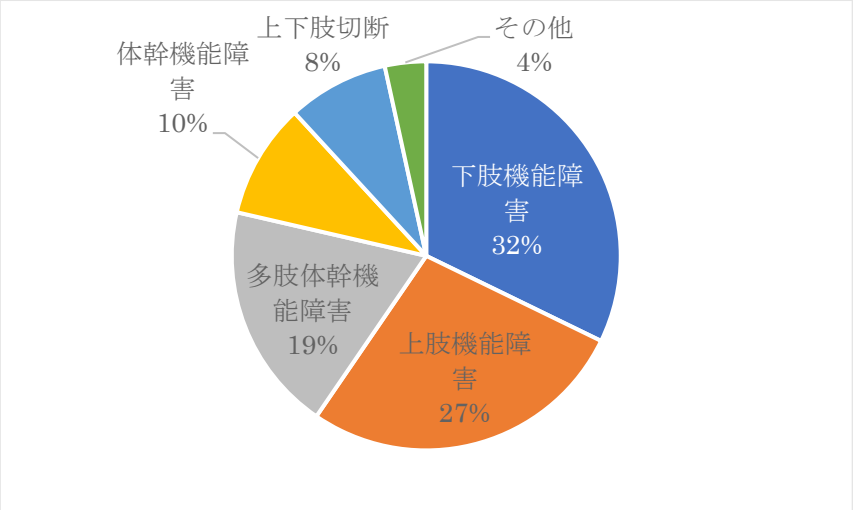
令和3年度末現在の身体障害者手帳交付台帳登録者数は 491 万人で、肢体不自由が最も多く 246 万人(50%)、次いで内部障害が 162 万人(33%)だった。聴覚言語障害は 44 万人で 9%、視覚障害は 32 万人 7%でした。

図１　身体障害者手帳交付台帳登載数



肢体不自由の内訳

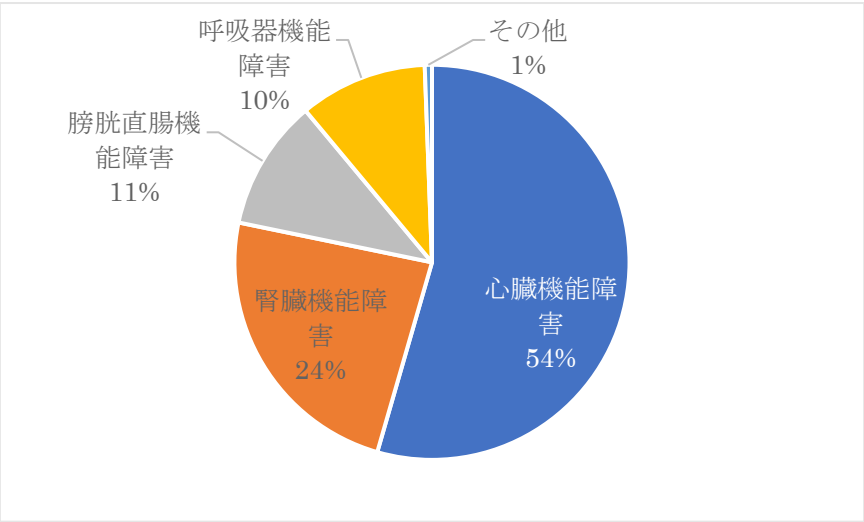
肢体不自由の内訳としては、下肢機能障害が 32%、上肢機能障害が 27%です。
脳血管障害、事故、脊髄損傷、リウマチ、筋ジストロフィーなどが原因疾患になります。



厚生労働省「身体障害者実態調査(H18)」

内部障害の内訳

内部障害の内訳は、心臓機能障害が 54%、腎臓機能障害が 24%です。
心臓機能障害は、虚血性心疾患、弁膜症、高度不整脈などが原因になります。
腎臓機能障害は、慢性腎不全や糖尿病性腎症などが原因になります。
膀胱直腸機能障害は、脊髄損傷、先天性奇形、炎症性疾患、ガンなどが原因になります。
呼吸器機能障害は、肺結核後遺症や肺気腫、慢性気管支炎などが原因になります。



厚生労働省「身体障害者実態調査(H18)」

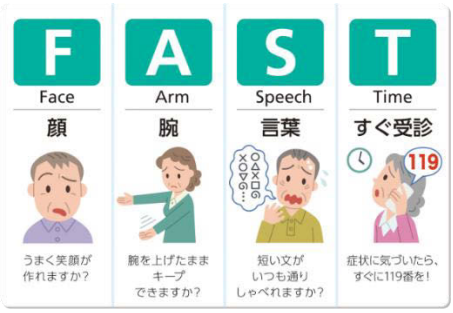
①脳血管障害

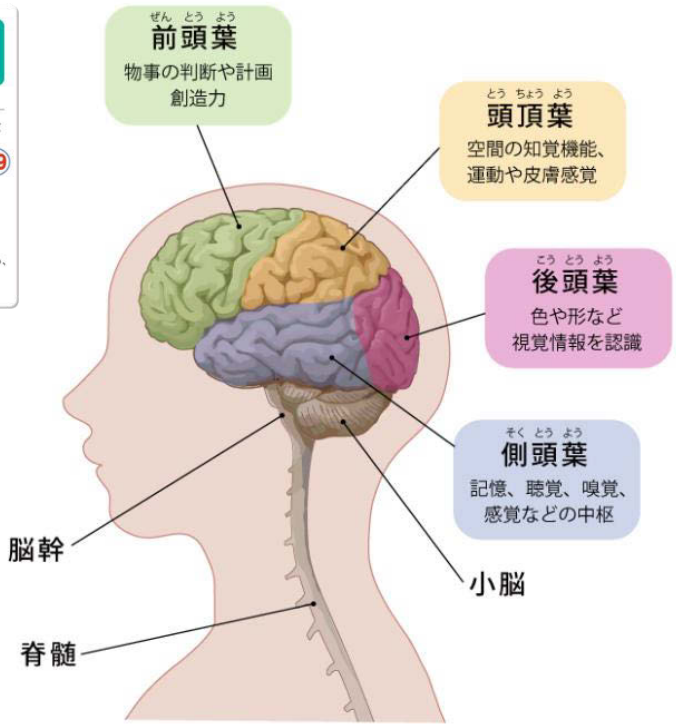
脳血管障害とは、血管病変が原因で生じる脳神経系障害の総称で、脳血管が閉塞して脳組織が壊死（軟化）した「脳梗塞」、脳血管が破れる「脳出血」「くも膜下出血」があります。

脳血管障害は日本人の死亡原因の第4位（2023 年）で、その 60％は脳梗塞で、寝たきりになる原因疾患では、脳血管障害が最も多いです。小児に多い脳血管障害には、もやもや病があります。

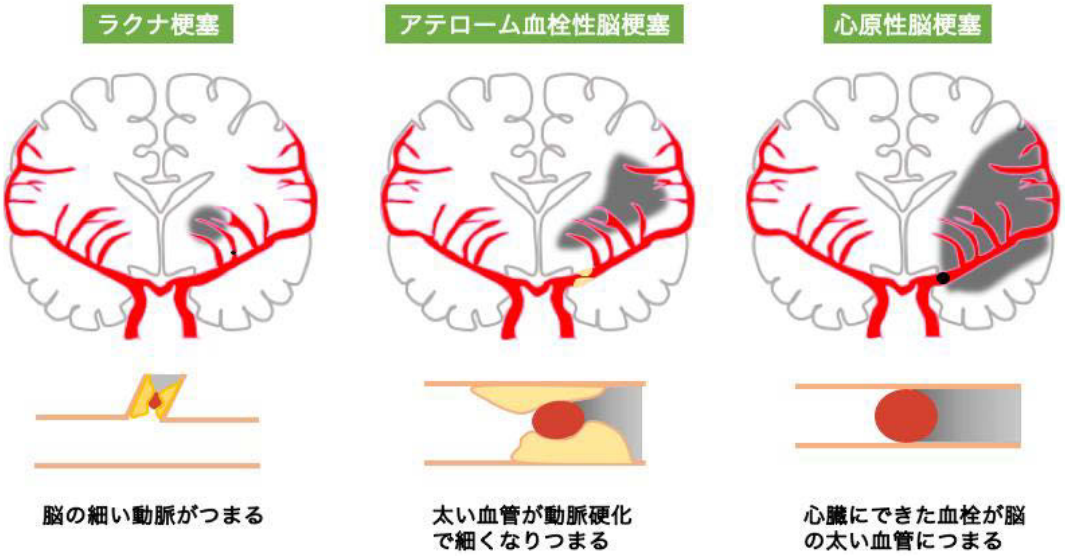
障害される脳血管によって症状が異なり、脳内出血、脳塞栓症、脳血栓症では、急激な発症で意識障害、片麻痺（片側の運動障害）や失語などがみられる一方、くも膜下出血では、激しい頭痛と意識障害がみられます。

脳血管障害で破壊された脳組織は再生せず、発症後はできるだけ早期にリハビリテーションを開始して、関節の拘縮や筋肉の廃用萎縮を防止し、機能の回復が図られます。

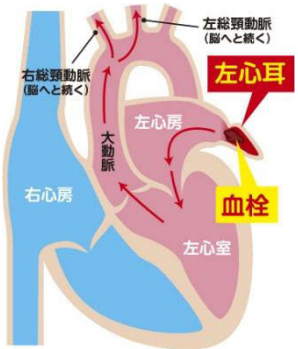




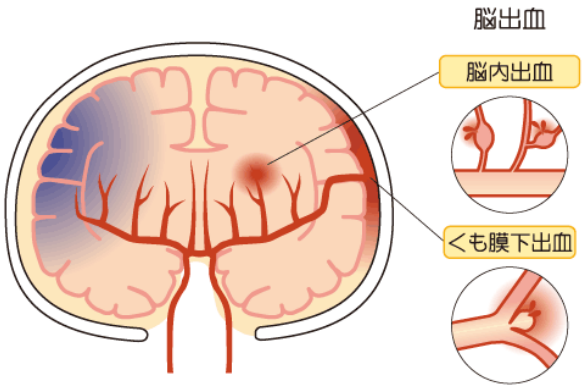
＜脳梗塞の種類＞

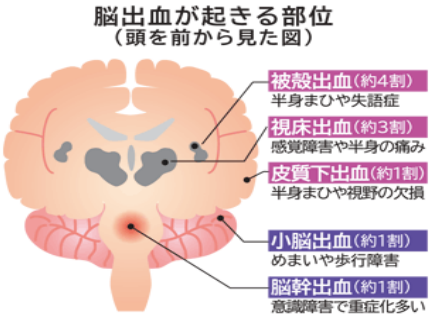


脳梗塞	ラクナ梗塞	脳の深部の枝分かれした細い（直径 1mm 以下）血管の梗塞（血管のつまり）で範囲が小さい（直径 1.5 ㎝以下）のもの。運動麻痺やしびれなどの感覚障害が起こるが、小さな梗塞のため自覚症状がない場合もある。脳の複数個所に発生し少しずつ進行していく場合は多発性ラクナ梗塞という。
	ビンスワンガー病	大脳白質が脳血流障害で広範囲に障害される。アルツハイマー型認知症のようにゆっくり進行し、初期は前頭葉型認知症の症状が現れる。頻尿や尿失禁、嚥下障害や集中力低下と手の震えなど多岐にわたるが、加齢症状と似ているので気づきにくい。
	アテローム血栓性脳梗塞	比較的太い脳の血管で起きる動脈硬化が原因の梗塞でラクナ梗塞より梗塞範囲が広い。アテロームとはコレステロール、中性脂肪、カルシウムなどの繊維結合組織を含んだ細胞などの動脈血管内蓄積物。これによって動脈硬化が起こり、血小板によって血管内にできた血栓が、狭くなった血管に詰まる。顔面の片側や舌の麻痺でろれつが回らなくなる、同じ側の手足の麻痺などが起こる。
	心原性脳塞栓	心房細動などの心疾患により不整脈が起こり心臓内の血流がよどむことで血栓ができる。これが脳に運ばれ脳動脈を詰まらせる。脳の広い範囲の梗塞巣を持つため重大な後遺症が残ることが多い。

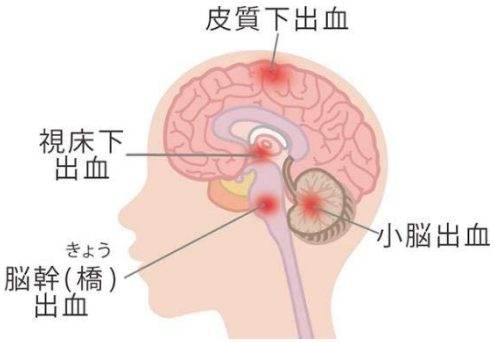


＜脳出血の種類＞



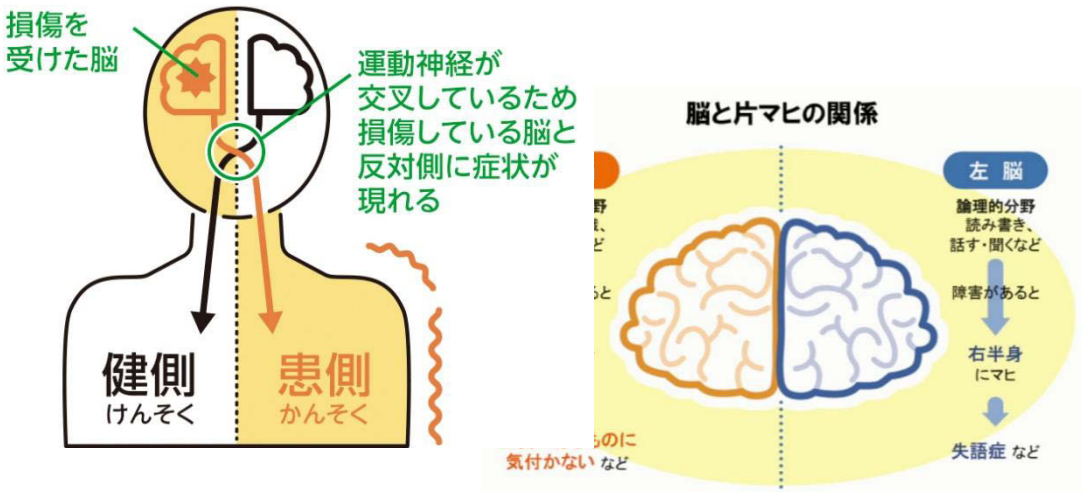






脳内出血	脳の中の細い動脈が破れる。出血の部位で片麻痺や感覚障害、意識障害がおきる。 大脳皮質頭頂葉出血：感覚麻痺と頭痛 大脳皮質後頭葉出血：半盲 大脳皮質側頭葉出血：視野障害、感覚性失語 大脳皮質前頭葉出血：強い運動麻痺、下肢および顔面の軽度運動麻痺 被殻出血：片麻痺と感覚麻痺、出血側を向く共同偏視、失語。麻痺が残る。 視床出血：高齢者に多い。感覚障害と軽度の片麻痺、下内方を向く共同偏視（鼻尖凝視） 小脳出血：頭痛・嘔吐・めまい、起立や歩行困難。上下肢や体幹失調 橋出血：短時間のうちに昏睡状態に陥る。四肢麻痺、呼吸障害、著しい縮瞳や眼球の正中固定
くも膜下出血	脳の表面の大きな動脈にできたこぶが破れる。猛烈な頭痛と吐き気が起きそのまま意識を失う。

＜片麻痺＞



＜左片麻痺患者＞

左片麻痺は、脳の右側部分に病変がある場合に起こる症状で、身体の左半身側に運動障害を起こすだけでなく、身体左半身側の痺れ（感覚障害）や視野障害が起こります。また、「自分の左側の空間認知ができない（半側空間失認）」といった高次脳機能障害を合併することもあります。

半側空間失認は、空間に対する認知障害であり、視覚的には見えているのに脳が判断しないために「見えていない」状態になり、左側の物体にぶつかってしまう、自分の左側に用意された食事に気づかず食べないといった症状がみられるので、患者の左側にものや食事を置かないなどの工夫が必要です。

さらに左片麻痺患者では、病態失認が出現し「障害の受容」がされず、訓練に熱意をもたない場合が多くみられます。このため、利き手である右手の機能が残っていても日常生活動作が自立していない場合が多く、過度な介助に注意が必要です。

＜右片麻痺患者＞

言語中枢が、右利きの人の場合は 99%、左利きの人は 50%が左脳に存在しているため、失語症が多くみられます。聞く、話す、文字を書く、読むということすべてに障害が現れる症状で、話し言葉の表出における運動障害である構音障害（いわゆる、ろれつが回らない状態）とは区別されます。

また、左脳に障害があると意味・目的をもった一連の動作が行えなくなるという観念失行が現れることもあります。歯ブラシで髪を整えようとしたりするなど道具の使い方と手の動きが脳の中で一致せず、わかっているけど使えない、間違った道具の使い方をする様子がみられます。しかし、訓練によってできるようになることも多いため、根気強い対応が重要です。

＜脳血管障害の口腔ケア＞

■口腔と歯の特徴■

脳血管障害によって突然寝たきりや片麻痺になったとき、口腔のケア不足で多発性う蝕や歯肉炎、歯周炎が生じることがあります。

意識障害のある人では、口腔乾燥症のために、口蓋に剥離上皮膜や乾燥痰を付着させることがあります。また、摂食嚥下障害を伴うことが多く、片麻痺では、口腔の片側に感覚と運動の麻痺があり、食渣の滞留、舌や口唇の運動障害、流涎などがみられます。

■歯科衛生留意点■

脳血管障害のある人とケア担当者に歯磨き介助の必要性、具体的な介助磨き法や義歯の管理法などを指導するとともに専門的口腔ケアを行います。特に摂食嚥下障害のある人には、誤嚥の生じにくい体位や唾液の誤嚥防止のために適宜吸引すること、また、清潔と粘膜の保湿に努めることを指導します。

歯科医師あるいは医師による指示のもとに、歯科衛生士が摂食嚥下訓練を行うこともあります。

■診療時の留意点■

○コミュニケーションのサポート依頼

麻痺や失語、失認による言語障害や認知症のために、脳血管障害のある人とのコミュニケーションは困難なことがあるため、キーパーソンとなる家族や介助者にコミュニケーションのサポートを依頼します。

○ボディメカニクス

運動障害のため、歯科用ユニットへの移乗に介助が必要な場合、車椅子を横づけし、患者の体に近づき下肢の筋力を使い、両足を開いて支持面を広く取り腰を曲げずに踏ん張り腰を痛めないよう気をつけます。

○バイタルサインの確認

慢性期の脳血管障害のある人は、血圧を 140/90mmHg 以下に維持されていることが多く、歯科治療時の血圧や脈拍を確認しながらリラックスさせ、痛みがないように処置を行います。

○抗血栓薬

脳梗塞のある人は、抗血栓薬（抗凝固薬、抗血小板薬）を服用しているので、抜歯やスケーリングのときに止血しにくいことがあります。主治医に問い合わせ、PT-INRの確認を行い3未満であれば、服薬を中止する必要はありません。

○歯科訪問診療

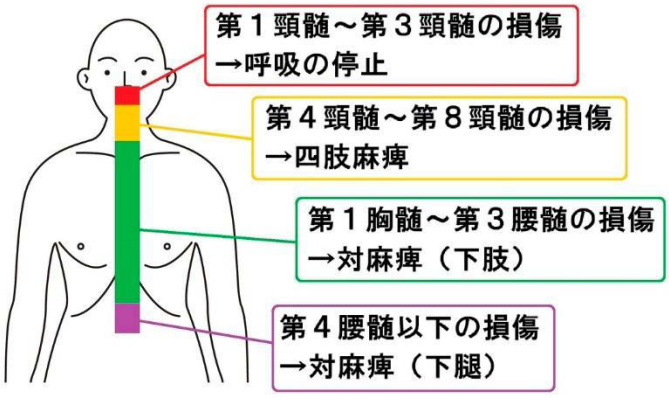
脳血管障害で寝たきりの人に歯科訪問処置を行う場合、バイタルサインが変動するなど体調がよくないときは、無理せずに処置を延期します。

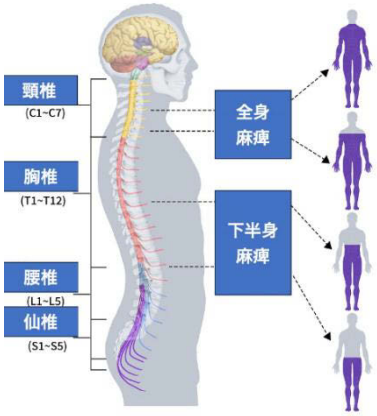
○多職種連携

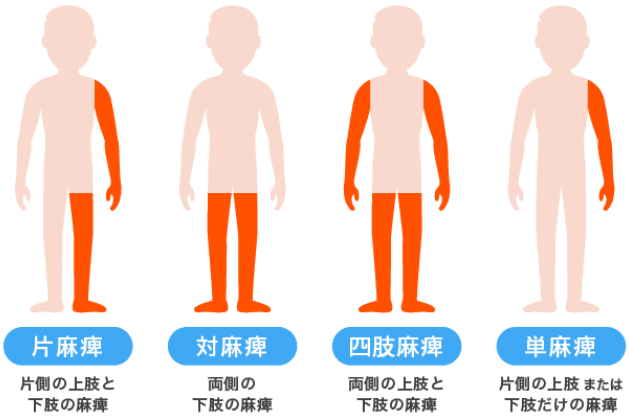
多職種連携が行われていることが多く、歯科衛生士は口腔内の状況について情報を提供し、また、他職種からは全身や介護の状態についての情報を受けて、互いに情報を共有して歯科衛生業務に反映していく必要があります。

②脊髄損傷

　事故や病気によって脊柱の骨折、脱臼や圧迫を生じ、脊髄が損傷して知覚・運動・自律神経が麻痺した状態をいいます。国内の年間発生数は約 5,000 人で、損傷部位によって症状が異なります。たとえば、仙髄部の損傷では排尿や性機能障害が生じますが、頸椎部の損傷では四肢の麻痺や呼吸障害などが生じます。







■口腔と歯の特徴■

上肢に麻痺がある場合はセルフケアが困難となり、う蝕や歯周病が生じやすくなります。嚥下障害で経口摂取が少ない場合には、口腔乾燥や歯石沈着を認めることがあります。

■歯科衛生留意点■

心理状況を十分に考慮して言葉かけをします。言語障害がある場合は、聞き取りにくくても傾聴し、聞き取れないときには本人の了解を得て文字盤や携帯用音声会話補助装置を使用したり、介護者の援助を受けたりすることも考慮します。

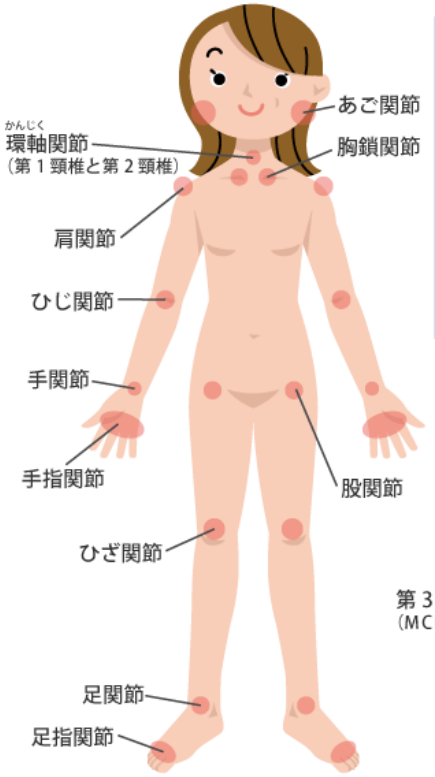
治療前に排便排尿を促し自律神経過反射の予防を行い、診療時の急な体位変換を避け血圧低下やけいれん発作を予防します。起立性低血圧や自律神経過反射などで循環変動する場合は、モニター監視を行います。

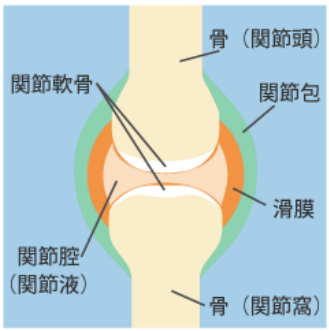
セルフケアが難しい部分に、介護者のケアが行われるよう指導します。歯ブラシの柄を持ちやすくしたり、曲げたりすることで、歯磨きが可能になることもあるため、残存能力の活用を心がけます。

③関節リウマチ

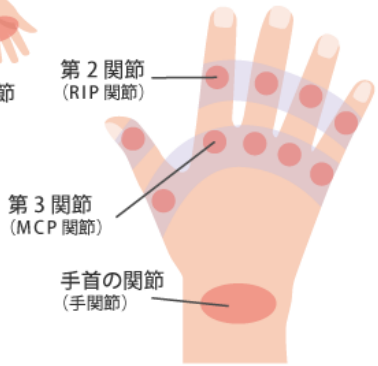
関節リウマチは、関節滑膜の慢性炎症が多発性に起こり、腫脹、疼痛を伴いながら破壊性関節炎に進行する疾患です。関節炎が進行すると軟骨・骨の破壊や変形を生じ、関節機能の低下、日常生活動作の低下を来たします。

自己免疫疾患であるため、関節炎以外に呼吸器病変や血管炎などを伴うこともある全身性疾患です。有病率は約 0.5～1%で、中年女性に好発し、40～50 代が発症年齢のピークです。











■口腔と歯の特徴■

関節リウマチの進行に伴って顎関節にも異常が生じ、顎関節痛や開口障害が生じます。唾液分泌が低下すると口腔乾燥症が発症しやすくなり、また、関節の変形によって口腔清掃が困難になるとう蝕や歯周病になります。

長期にわたりステロイドを服用している場合には、歯髄腔の狭窄がみられます。

■歯科衛生留意点■

開口障害が認められる場合には、ヘッドが小さいハンドピースやショートシャンクのバーを使用するなどの配慮が必要となります。

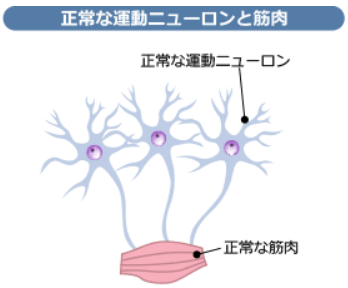
頸椎や腰椎の変形がある場合、頭部の運動が困難であったり治療時の体位に制約が生じるため、注意が必要です。

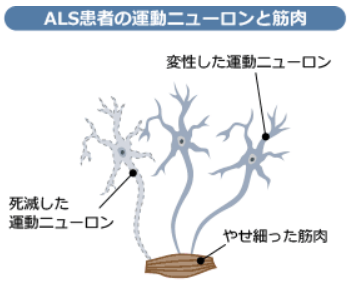
手指の変形によって関節可動域の制限や握力低下が生じると、歯ブラシの把持が困難になるため、障害に応じた歯ブラシの選択や改良が必要となります。

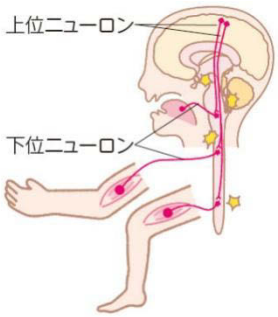
④筋萎縮性側索硬化症（ALS）

脳から脊髄まで信号を伝える上位運動ニューロンと、脊髄から筋肉に信号を送る下位運動ニューロンが、進行性に変性消失していく原因不明の疾患です。進行は速く、人工呼吸器を用いなければ、通常は 2～4 年で死亡します。

筋力低下、筋萎縮、球麻痺などを発症するが、感覚神経や自律神経などは侵されません。筋萎縮と筋力低下によって、手足が使いにくい、話しにくい、食べ物が飲み込みにくいという症状で始まり、歩行、嚥下や呼吸に障害などが生じます。



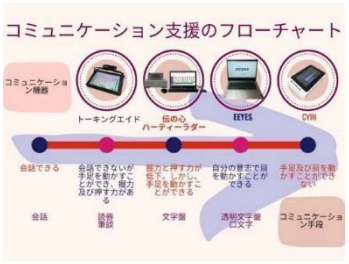












■口腔と歯の特徴■

筋力低下と球麻痺による舌筋の萎縮、下顎反射の低下、咽頭または催吐反射が消失し、構音障害と摂食嚥下障害が高頻度で出現します。また、唾液の粘稠化と口腔機能の低下によって唾液嚥下が困難となるため、流涎が認められるようになります。

■歯科衛生留意点■

症状に個人差が大きく症状に合わせた対応が必要となります。姿勢の安定化と呼吸の確保、誤嚥防止などに留意し、生体情報モニターを装着し、的確にバキュームを操作します。言語障害に対しては、筆談やコンピュータなど、代替コミュニケーション手段を応用します。

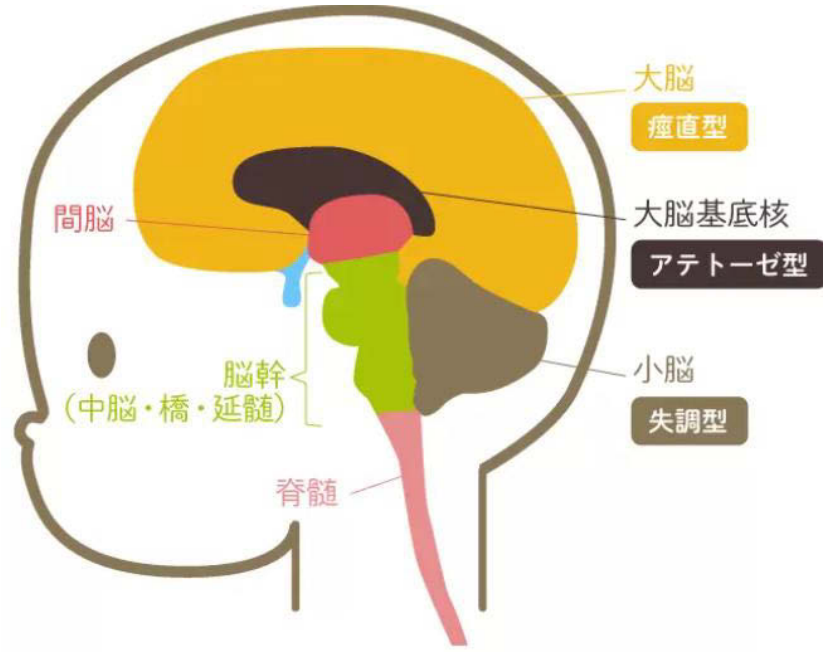
口腔清掃状態や口腔機能の低下による誤嚥性肺炎や窒息のリスクを軽減し、QOL を保つためにも、口腔衛生管理と摂食嚥下リハビリテーションが必要です。

⑤脳性麻痺

脳性麻痺(Cerebral Palsy:CP)とは、受胎から生後4週間以内に生じた脳病変による脳への酸素供給不足などによる運動や姿勢の異常です。

脳性麻痺の発生率は、出生人口 1,000 人に対して 1～2 人とされています。

(運動障害による分類)



○痙直型:筋肉が固くなり運動量が少なくなります。脳性麻痺の 70～80%を占めます。四肢を屈曲・伸展させる際に急激に抵抗が減少するジャックナイフ様現象がみられます。

○アテトーゼ型:筋肉が固くなり、不随意な非協調性運動がみられます。脳性麻痺の 10%を占めます。精神的緊張で不随意運動が強くなり、リラックスすると筋肉は柔らかくなります。

○失調型:協調運動や平衡感覚に障害がみられ、立位でのバランスと歩行が不安定になります。
○低緊張型:筋肉が柔らかくなり運動量が少なくなります。関節可動域は広くなります。
○固縮型:四肢を屈曲、進展するとき、鉛の管を曲げるときのような抵抗(鉛管様抵抗)があります。

(合併症)

脳性麻痺の人の約 50%には知的障害がみられ、また、てんかん(約 40%)や言語障害(約70%)、摂食嚥下障害を合併することがあります。また、発達の過程で消失する原始反射が残っている場合があります。

■口腔と歯の特徴■

〇う蝕と歯周病の増加がみられ、障害が重度になるほど、歯科治療や歯科衛生業務が困難となります。
〇エナメル質形成不全や歯列と咬合の不正がみられることがあります。
〇ブラキシズムによる著しい咬耗、口唇や頬粘膜の咬傷がみられます。
〇てんかん発作、運動障害による転倒などで、歯と口腔の外傷がみられることがあります。
〇抗てんかん薬を服用している場合は、歯肉増殖症が見られます。
〇摂食嚥下機能障害がある場合食渣の滞留、胃食道逆流症がある場合酸蝕症がみられます。

■歯科衛生留意点■

神経反射による偶発症や、開口補助具による事故を防ぎます。
〇接触と情動による神経反射

驚愕反射：予期せぬ動きや接触に驚くと、急に身体や顎が動くことがあります。
咬反射：口腔内に接触するものがあると、強い噛み込みがあり、ミラーが破折したり、粘膜損傷を起こす事があります。
※器具や歯ブラシなどを口腔内に当てる前に必ず声かけをする事が重要です。

〇姿勢の変化による反射

顔面が側方を向いたとき、顔面側の上肢、下肢が伸展し、反対側は屈曲します。
顔面を無理に正面に向けようとすると、緊張が強くなります。
仰臥位では伸展痙性が強くなります。
腹臥位では屈曲痙性が強くなります。
※顔面の向きや体位を変化させるときは、特に注意が必要です。

〇開口補助具を使用する場合は動揺歯、孤立歯、前歯への使用は避ける

持続的な筋緊張や不随意運動によって、歯に強い外力がかかる可能性があります。
制御できない咬合力により脱落した歯や損折した器具の誤飲・誤嚥などによる重大なアクシデントにつながるおそれがあります。

※引用：日本障害者歯科学会：「障害の特性を考慮した介助みがきの指導」教育ツールより

■過緊張への対応■

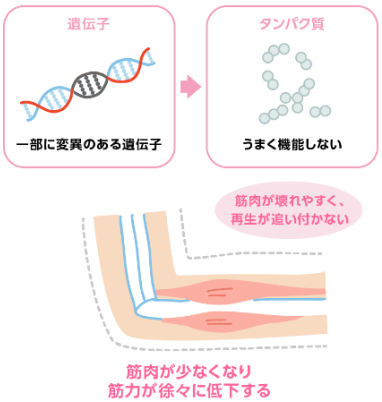
口を開けようとすると、手や足が突っ張ってしまったり、過開口になり、口が閉じなくなってしまうことがあります。また、精神的な緊張によって、筋緊張が亢進するので、介助みがきの時は、和やかで急がせない、ゆったりした雰囲気作りが重要です。

脳性麻痺の人は、股関節、膝関節を伸展させると筋緊張が亢進する特性があるので、全身的な筋緊張を緩和するには、膝を曲げ、頭を前に出す、「ボバースの反射抑制体位」が有効です。



図 2-10　姿勢緊張調整パターン（Bobath の反射抑制体位）

⑥筋ジストロフィー



全身の筋肉（骨格筋）線維が萎縮・変性する進行性の疾患で、デュシェンヌ型と福山型が多くみられます。遺伝子の異常で筋肉の機能に不可欠なタンパク質の変異が生じ、筋肉細胞が変性します。

1）デュシェンヌ型筋ジストロフィー

筋ジストロフィーの半数を占めており、日本の男性に約 3,500 人に1人の割合で発症します。

○初発症状として一人歩きの遅れや走れない、転びやすいなどの症状が 1～3 歳頃にみられ、約 10 年以内に歩行困難となります。

○呼吸筋や心筋の変性や側彎による呼吸不全や心不全によって、多くの場合 20 歳前後で死亡します。

2）福山型筋ジストロフィー

日本特有の常染色体劣性遺伝の疾患で、先天性筋ジストロフィーです。

○全身性の低緊張・筋力低下により、首すわりや寝返りが遅れます。

○顔面筋の筋力低下により、閉口困難、乏しい表情、顎関節脱臼などが生じます。

○約半数にけいれんを認め、発作の反復や重積も生じやすいのが特徴です。また、10 代後半から心肺機能が低下し、心不全や呼吸不全、誤嚥性肺炎で死亡することが多くあります。

■口腔と歯の特徴■

筋の弛緩あるいは仮性肥大による巨舌は、常に突出された状態にあり、自力での閉口や口唇閉鎖が困難のため、捕食には介助が必要となります。

■歯科衛生留意点■

嚥下時は舌が口蓋まで挙上しません。また、咬合する歯が少ないため、咀嚼効率が低下します。咀嚼筋や嚥下圧が低下するため、症状に合わせた食形態の調整が必要となります。

⑦重症心身障害

重症心身障害とは、重度の知的障害と重度の肢体不自由を合併している状態をいいます。重症心身障害児のうち、呼吸管理や経管栄養などの手厚い医療や介護が必要な最重度の小児を超重度障害児（超重症児）といいます。

（合併症）

重症心身障害のある人は、脊柱側彎、胸郭変形や股関節脱臼がみられることがあり、骨粗鬆症のため骨折しやすい特徴があります。また、てんかんの合併率が高く、摂食嚥下障害のため経管栄養となることが多くあります。

加齢変化が早くからみられ、また進行も早く、高齢者におけるフレイル（虚弱化）やサルコペニア（筋量・筋力減少）といった現象がみられます。

重症心身障害児によくみられる合併症

てんかん	難治性てんかんが多い
消化器疾患：胃食道逆流症、胃・十二指腸潰瘍、イレウス・便秘	嘔吐・消化管出血・排便の経過に注意
呼吸障害	気道確保につながるような体位が重要
嚥下障害	むせのない誤嚥に注意
整形外科的疾患：変形拘縮、骨折	介助時注意
皮膚科的疾患：褥そう	体位交換等である程度予防可能

■口腔と歯の特徴■

経管栄養者では歯石が沈着しやすく、歯列、咬合の異常として、開咬、上顎前突、狭窄歯列弓などがみられます。また、抗てんかん薬の副作用で歯肉増殖を認めることがあります。

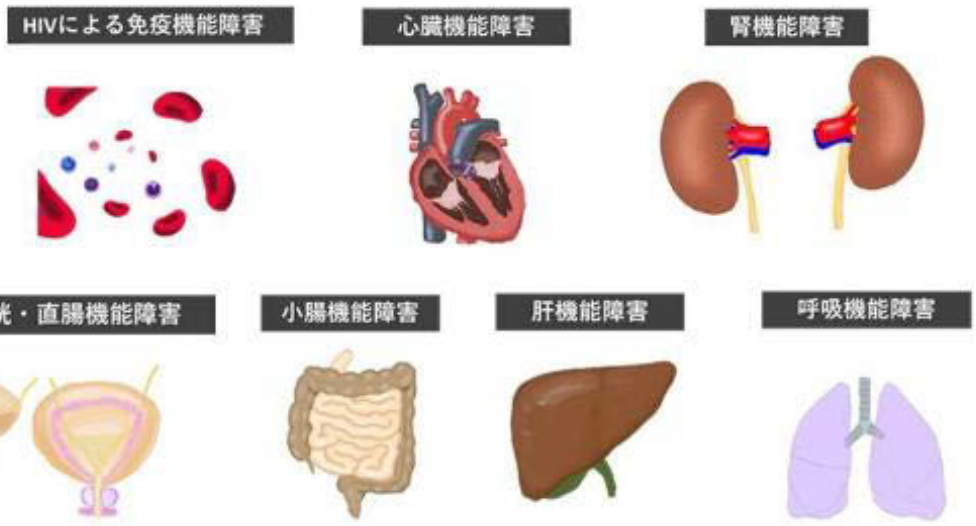
■歯科衛生留意点■

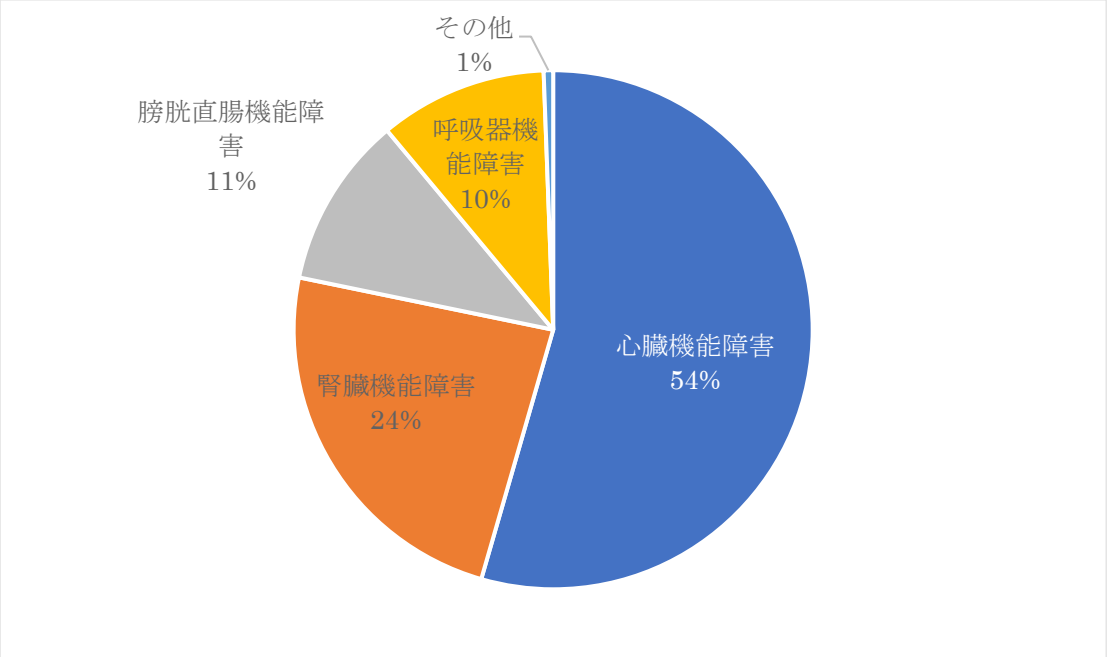
呼吸障害のあるときはパルスオキシメーターなどでモニターするととともに呼吸の楽な体位にする必要があります。また、歯磨きや歯科治療のときには唾液や注水を誤飲・誤嚥させないように確実に吸引するように注意します。

全介助であるため、介護者による口腔清掃とともに歯科医師、歯科衛生士による定期的な口腔衛生管理が欠かせません。

⑧内部障害

　内部障害は、ペースメーカー植え込み手術を受けた人など心臓機能障害、人工透析を受けている人など腎機能障害、ガンなどでストーマを造設した人（オストメイト）など膀胱直腸機能障害、肺結核や呼吸不全などの呼吸器機能障害があります。





■内部障害と留意点■

障害部位	障害の概要	配慮･留意点
心臓	心臓の機能が低下し、血液循環が正常に行われにくい。	長い歩行や階段を避けるため、車いすやエレベーターでの移動を勧める。 椅子に座ってしばらく時間をおき、落ち着いてから話しをはじめる。 人工弁を装着している場合は抜歯の前に抗生剤の服用をしてもらい感染症に十分気をつける。抗凝固薬を服用している場合の処置は出血に注意する。
呼吸器	肺の機能が低下し、ガス交換が正常に行われず酸素が不足する。	楽な姿勢でゆっくり話しをし、会話が長時間にならないよう配慮する。
腎臓	腎機能が障害され透析を受けている。	人工透析を受ける際へパリンを投与するため、透析当日は出血を伴う処置を行わない。血圧測定はシャント側の腕で行わない。血圧変動に注意をする。糖尿病性腎症の場合は糖尿病の合併症に注意する。
肝臓	肝機能が低下している。	感染しやすいため、感染症に十分な注意をする。
小腸	栄養吸収が正常に行われず通常の経口栄養では栄養維持が困難。	感染しやすいため、感染症に十分な注意をする。

⑨感覚器障害

＜視覚障害＞

視力、視野、色覚、光覚、眼球運動など）が低下し、回復できない状態の人が視覚障害者です。わが国には約 31 万人いるとされ、7 割が 65 歳以上です

■口腔と歯の特徴■

視覚障害のある人に特有の口腔症状はありませんが、歯垢染色や鏡を見せて歯科保健指導ができないという問題があり、転倒や衝突などで顔面や歯に外傷を負うことがあります。

＜聴覚障害＞

音を伝える外耳や中耳（伝音系）あるいは音を電気信号に変えて脳に伝える内耳や聴神経（感音系）の機能障害によって、音や声を認識しにくい状態で、伝音性難聴と感音性難聴に分類されます。

臨床的には、幼少期から聞こえないため手話を使う「聾（ろう）者」、幼少期から聞こえにくいため補聴器を用いる「難聴者」、音声言語を獲得した後に聞こえなくなった「中途失聴者」に分けられます。わが国では 70dB 以上の音を聞きとれないときを聴覚障害としており、約 29 万人いるとされますが、補聴器を必要とする中等度難聴（40dB 以上）を含めると、約 600 万人になると推計されています。

■口腔と歯の特徴■

聴覚障害のある人に特有の口腔症状はありませんが、コミュニケーションが困難なため歯科受診を控えたり、口腔清掃の意義や方法がよくわからないために、う蝕や歯周病になったり歯を喪失することがあります。

＜盲聾（もうろう）＞

視覚障害と聴覚障害を合併している人で、わが国には約1万人と推計されています。全く見えず聞こえない「全盲聾（もうろう）」、全く見えず聞こえにくい「盲（もう）難聴」、見えにくく聞こえない「弱視聾（ろう）」、見えにくく聞こえにくい「弱視難聴」に分類されます。

■口腔と歯の特徴■

特有の口腔症状はありませんが、コミュニケーションの手段として、点字、手話と指文字、筆談や音声などを活用して対応する必要があります。

＜味覚障害＞

味覚の消失などがあり、中高年者に多くみられます。味覚障害の原因には、薬剤によるものや亜鉛欠乏、口腔乾燥、心因性、神経損傷や加齢などがあり、薬剤の変更、亜鉛製剤の投薬などが行われます。

＜感覚統合の障害＞

1)過敏症

手で触った触感や、口に入ったときの食感、匂いや味が受け入れられず嘔吐することがあり、特定の食物や食物すべてを拒否する場合があります。また、過去に吐き気や腹痛など不快な経験をした食品、無理やり食べさせられた食品を拒否したりすることもあります。さらに、緊張の強い障害者の場合、触れられたところを中心に筋肉の攣縮が広がり全身が緊張することもあります。

したがって、どの感覚(視覚・聴覚・嗅覚・触覚・味覚など)が過敏になっているのかを見極め、刺激を与えないように対応する必要があります。

2)鈍麻(感受性低下)

視覚、聴覚、触覚、運動感覚、平衡感覚、味覚、嗅覚などが障害され、何かを認識するのに必要な情報の量が足りないということが起こります。

この場合、口の動きが極端に悪くなる、食べなくなる、よだれが多い、食べこぼしたものが口の周囲に付着していたりしても気づきにくいなどの症状がみられます。

4　知的障害（神経発達症候群）と口腔ケア

知的能力障害（知的発達症）は、「発達期に発症し、概念的、社会的、および実用的な領域における知的機能と適応機能両面の欠陥を含む障害である」と定義されています。おおむね18歳までの発達段階から障害がみられ、児童相談所や知的障害者更生相談所で知的障害があると判定された場合療育手帳が交付され、障害福祉サービスを受けることができます。令和4年の療育手帳所持者は125万人です。

知的能力障害は単一の疾患や症候群ではなく、さまざまな原因によって生じます。その発生原因（染色体異常、代謝・変性疾患、脳形成異常症、感染症や中毒など）が推定できる病理型と、原因が推定できず、多因子遺伝が推測される生理型に大別されます。

知的障害者の大部分は生理型です。一般的に病理型のほうが障害の程度が重度で、てんかんを合併する場合が多くあります。知的能力障害の発生頻度は人口の約1%で、その男女比は約1.5:1です。

知能（認知能力）のレベル

区分	IQ	精神年齢	期待される適応能力
軽度 80%	50～70	9～12	【日常生活はできる】 日常生活動作、実際的な家庭内の技能は、自立、支援・訓練により仕事、家庭生活など、社会的活動が可能
中等度 15%	35～50	6～9	【日常生活に援助が必要】 指導・訓練により日常生活動作の自立、実際的な家庭内の技能の習得が可能。十分な指導と監督があれば、単純な社会的活動に従事することができる
重度	20～35	3～6	【日常生活に常時援助が必要】 十分な指導・訓練により、ある程度の日常生活動作の習得が可能
最重度	＜20	～3	【生活全般に常時援助が必要】 自分自身の基本的欲求を満たす能力が不十分であり、常に援助と管理が必要

①ダウン症候群

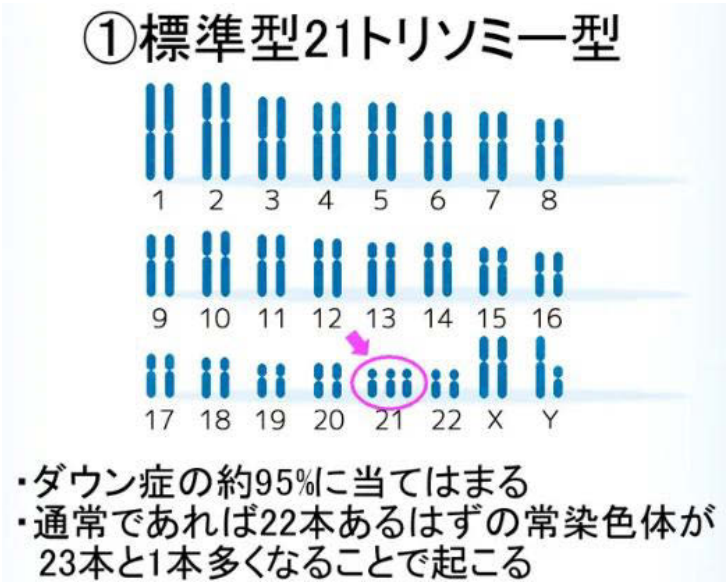
通常ヒトの細胞は 23 本の染色体を 2 セット、合計 46 本の染色体を持っています。このうち 22 本は男女共通（常染色体）で 1 本は男女によって異なります（性染色体）。

ダウン症患者の約 95%は 21 番目の染色体が 3 本で合計 47 本の染色体をもつ「21 トリソミー」です。

低身長で肥満、短頭、短い首、平坦な顔貌、大きな舌、つり上がった目、耳が小さくて丸く低い位置にあるなど特徴的な顔立ちで、知的能力障害を伴います。舌が大きく顔の筋肉の緊張が低いため、口を開いたままになることがあります。

多くは心臓と消化器の先天異常がみられます。老化が早く進むと考えられていますが、平均余命は 60 歳です。

日本の患者数は約 8 万人です。



■口腔と歯の特徴■

歯の異常：先天性欠如歯が多く、歯は全体的に小さく、歯根も短いのが特徴です。

歯列・咬合の異常：前歯部の叢生や反対咬合が多く見られます。

歯周病：90%以上が罹患します。

■歯科衛生留意点■

温和で明るい性格ですが、頑固な面もあるため機嫌を損ねないように対応します。

抜歯などの際必要であれば感染性心内膜炎の予防のため、抗菌薬による予防が必要です。

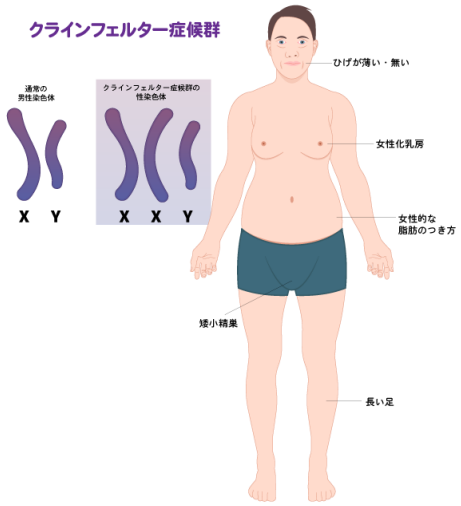
頸椎の異常があるとき、無理な抑制は脱臼を起こす可能性があります。

② クラインフェルター(Klinefelter)症候群

男性の性染色体の異常です。通常性染色体は、XXで女性、XYで男性になります。男性の遺伝子がXXYやXXXYなどXが一つ以上多い場合発症します。日本の患者数は約６万人です。

３分の１で女性化乳房を呈し、精巣が小さく、手足が長く、やせ型、高身長の傾向があります。知能は大部分が正常範囲ですが、X染色体の数が増えるにつれて、知的能力障害がみられます。

精巣が小さく男性ホルモンが少ないことが合併症の原因になり、不妊、メタボ、乳がん、2型糖尿病などがみられます。男性不妊の3％を占めていますが、不妊治療を受けて初めて診断されることも多く、実際の患者は診断されている人の2～3倍いるといわれています。



■口腔と歯の特徴■

長胴歯(トウロドント)が多くみられます。



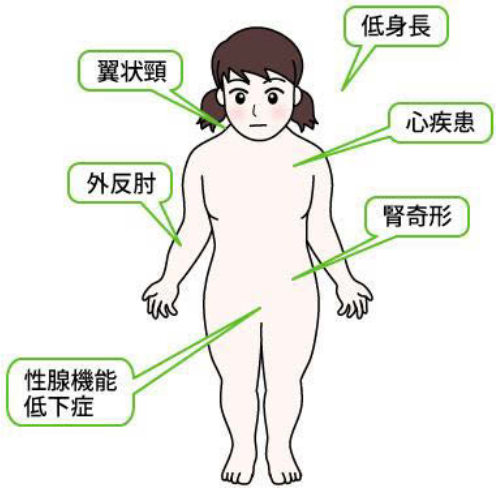
■歯科衛生留意点■

長胴歯は歯髄処置が困難なため、う蝕予防に努めます。

③ ターナー(Tumer)症候群

女性の性染色体の異常です。通常女性の性染色体はXXですが、Xしかありません(X モノソミー)。日本の患者数は約4万人です。

低身長、性腺機能不全、翼状頸、心臓の奇形などが見られます。まれに知的能力障害があります。



■口腔と歯の特徴■

高口蓋、歯冠の矮小、歯列弓の狭窄、歯根の短縮化、不正咬合などが見られます。

■歯科衛生留意点■

抜歯などの際必要であれば感染性心内膜炎の予防のため、抗菌薬による予防が必要です。



第１部

8章　薬剤と歯科

1　薬物性歯肉増殖症

① フェニトイン歯肉増殖症

てんかん患者が長期間にわたって服用する抗痙攣薬であるフェニトインによっておこります。

（代表的な商品名）

アレビアチン、ヒダントール、アクセノン

（症状）

歯間乳頭の炎症性増殖として発現し、辺縁歯肉まで炎症が及びます。増殖が進行すると歯冠乳頭部が近接してクレフトを形成し歯冠をほとんど覆うこともあります。

歯肉増殖は前歯部で顕著で舌側より唇側に、下顎より上顎に多く認められます。

（原因）

明確な原因はわかっていませんが、プラークが発症の引き金になっていると言われています。

（処置）

本薬物服用者の発現率が約 50％であり、また、口腔清掃良好な患者では歯肉増殖が発症しないことから、プラークコントロールが重要になります。また、歯肉切除手術などを適用する場合もあります。口腔清掃不良な患者では再発傾向が強いので術後のメインテナンスも重要です。

② カルシウム拮抗薬による歯肉増殖症

高血圧症や狭心症患者が服用しているカルシウム拮抗薬（ニフェジピン、ニトレンジピン、ベラパミル、ジルチアゼム、ニカルジピンなどで歯肉増殖がみられます。

（代表的な商品名）

アムロジン、アダラート、ノルバスク

（症状）

発現率は 10～20％です。歯肉増殖は全顎的にみられますが全歯部で顕著に発現することが多く、フェニトイン歯肉増殖症と類似した症状を呈します。

（原因）

カルシウム拮抗薬によって活性化された繊維芽細胞が産生する基質の増加によるものと考えられています。フェニトイン歯肉増殖症同様、プラークが発症の引き金になっていると言われています。

（処置）
プラークコントロールが治療の基盤になります。

③ シクロスポリンAによる歯肉増殖症
シクロスポリンAは、抗真菌薬として開発された免疫抑制薬で臓器・骨髄移植を受けた患者の拒絶反応を抑制するほか、ベーチェット病、再生不良性貧血患者に用いられます。

（代表的な商品名）
シクロスポリンカプセル

（症状）
発現率は平均 25％で、特に腎臓移植を受けた患者は高血圧と共にしばしばみられます。フェニトイン歯肉増殖症と類似した症状を呈します。

（原因）
シクロスポリンAの服用によって線維芽細胞が刺激され歯肉増殖が起こるとされています。

（処置）
プラークコントロールは歯肉の炎症や浮腫を軽減するために不可欠ですが、予防するのは困難です。全身状態を考慮し抗菌薬の前投与などを含めた治療計画について主治医と連携をとる必要があります。

2　口腔乾燥（唾液分泌抑制）作用のある薬剤

唾液分泌が抑制されると、口腔内が不潔になりやすかったり、嚥下障害や誤嚥リスクが高まります。口腔乾燥が報告されている薬剤は 700 種類以上に及びます。ここではよく処方されているものや発現頻度が 5%以上の薬剤を取り上げます。

種別	一般名	商品名	発現頻度
消化性潰瘍治療薬	ジサイクロミン塩酸塩	コランチル配合顆粒	5%以上
	臭化グリコピロニウム	ロビナール	
不整脈用剤	コハク酸ジベンゾリン	シベノール	
利尿剤	トルバプタン	サムスカ	5%以上
	モザバプタン塩酸塩	フィズリン	5%以上
血圧降下剤	クロニジン塩酸塩	カタプレス	19%
	臭化イプラトロピウム	アトロベント	
	レセルピン	アポプロン	5%以上
筋弛緩薬	B型ボツリヌス毒素	ナーブロック	5%以上
鎮痛剤	トラマドール塩酸塩	トラマールOD錠、ワントラム	5%以上
	ジメトチアジンメシル酸塩	ミグリステン	5%以上
催眠鎮静剤	トリアゾラム	ハルシオン	
抗不安薬	オキサゾラム	セレナール	
	ジアゼパム	セルシン	
抗てんかん剤	クロマゼパム	ランドセン	
抗パーキンソン剤	塩酸プロフェナミン	パーキン	
鎮痙剤	プロパンテリン臭化物	プロ・バンサイン	5%以上
	Nメチルスコポラミンメチル硫酸塩	ダイピン	5%以上
	ブチルスコポラミン臭化物	ブルコパン	5%以上
	プトロピウム臭化物	コリオパン	5%以上
	ロートエキス	ロートエキス	
精神神経用剤	イミプラミン塩酸塩	トフラニール	5%以上
	メチルフェニデート塩酸塩	リタリン	5%以上
	デュロキセチン塩酸塩	サインバルタ	5%以上
	ミルタザピン	レメロン、リフレックス	20%
	クロミプラミン塩酸塩	アナフラニール	5%以上
	アトモキセチン塩酸塩	ストラテラ	5%以上
	モダフィニル	モディオダール	5%以上
	アミトリプチリン塩酸塩	トリプタノール	5%以上
	マプロチリン塩酸塩	ルジオミール	5%以上
	エスシタロプラムシュウ酸塩	レクサプロ	5%以上
	ドレスピン塩酸塩	プロチアデン	5%以上
	アモキサピン	アモキサン	5%以上
	ロフェプラミン塩酸塩	アンプリット	5%以上
	クロザピン	クロザリル	5%以上
	プロナンセリン	ロナセン	5%以上
腫瘍用薬	ソラフェニブトシル酸塩	ネクサバール	10%以上
	ポリノスタット	ゾリンザ	10%以上
	トラスツズマブエムタンシン	カドサイラ	12%
鎮咳剤	アスドリン	アスドリン	
気管支拡張剤	チオトロピウム臭化物水和物	スピリーバ	10%
	臭化イプラトロピウム	アトロベント	
抗ヒスタミン剤（アレルギー薬）	クロクフェニラミンマレイン酸塩	ポララミン、アレルギン	5%以上
	ベタメタゾン	セレスタミン	5%以上

	メキタジン	ゼフラン	
	塩酸ジフェルニルピラリン	ハイスタミン	
	チオクル酸ジフェニルピラリン	プロコン	
	塩酸シプロヘプタジン	ペリアクチン	
	フマル酸クレマスチン	タベジール	
ホルモン薬	フルドロコルチゾン酢酸エステル	フロリネフ	5%以上
	メピチオスタン	チオデロン	5%以上
糖尿病薬	トホグルフロジン水和物	デベルザ、アプルウェイ	5%以上
泌尿器生殖器官薬	フェソテロジンフマル酸塩	トビエース	38%
	イミダフェナシン	ステーブラ、ウリトス	5%以上
	酒石酸トルテロジン	デトルシトール	21%
	コハク酸ソリフェナシン	ベシケア	28%
	プロピベリンン塩酸塩	バップフォー	13%
	オキシブチニン塩酸塩	ポラキス、ネオキシテープ	5%以上
	シロドシン	ユリーフ	5%以上
ビタミン剤	エトレチナート	チガソン	25%

3　薬剤性口内炎

重い薬剤性口内炎の多くは抗がん剤の副作用として報告されていますが、抗菌薬、解熱消炎鎮痛薬、抗てんかん薬のほか、市販の総合感冒薬でも起こることがあります。

（症状）
38℃以上の発熱、粘膜症状、多発する紅斑がみられます。推定される医薬品は、抗菌薬、解熱鎮痛薬、抗てんかん薬、痛風治療薬、サルファ剤、消化性潰瘍薬、催眠鎮静薬、抗不安薬、精神神経用薬、緑内障治療薬、筋弛緩薬、降圧剤など広く報告されています。

（処置）
被疑薬を中止し全身に準じた治療、口腔粘膜二次感染防止等を行います。

4　歯肉出血

狭心症や心筋梗塞のおそれがある人、脳梗塞を起こしたことがある人が服用している、抗凝血剤（抗血栓薬）は出血が止まりにくくなります。抗血栓薬服用中に歯科で外科的処置が必要になった場合、主治医とワーファリンを止めるかどうか相談をしなければなりません。

（代表的な商品名）
ワーファリン、バイアスピリン、アンプラーグ、プラビックス、プレタールなど

（症状）
抜歯などを行った場合、口腔内では止血できても皮膚に内出血を起こして顔や首に青あざができることがあります。内出血は通常 1～2 週間で消えます。

（処置）
ワーファリンを続けて外科的処置を行った場合は、縫合や止血剤を使用します。

5　顎骨壊死

骨粗鬆症の予防をしている人や、骨折したことがある人、ステロイド治療を受けている人が服用している可能性があるビスフォスフォネート製剤を長期間服用している場合、顎骨壊死のリスクがあります。

（代表的な商品名）
フォサマック、ボナロン、アクトネル、ベネット、リカルボン、ダイドロネルなど

（症状）
ビスフォスフォネート製剤を服用中または服用した経験のある人が抜歯など骨を触らなければならない処置を受けると、顎の骨が壊死してしまう場合があります。初期では無症状であることが多いですが、進行すると骨髄炎や骨が壊死し治療が難しくなります。
下顎の方が多く発症し、発症率は海外の報告では 0.01～0.1%になっています。

（予防）
口腔衛生状況が不良になり歯周病や歯肉膿瘍があると発症リスクが 7 倍になります。また、不適合義歯や過大な咬合力は発症リスクが 3 倍になります。
口腔内の環境を整え健康な状態に保つことが大切です。

6　口腔カンジダ症

カンジダ菌は常在菌ですが、免疫力の低下や細菌叢の乱れ、口腔内の不衛生や唾液の分泌低下などでカンジダ菌が増殖し発症します。

（原因となる薬剤など）
ステロイドなどの免疫抑制剤、化学療法、糖尿病・がん・エイズなど免疫力の低下

（症状）
偽膜性カンジダ症は、口腔内に白い苔が出現します。萎縮性カンジダ症では口腔内に発赤やびらんがみられます。

（処置）
口腔内の清潔を保ちます。重度の場合は抗真菌薬による治療を行います。

参考・引用書籍・文献・HP

厚生労働省保険局「令和 4 年度診療報酬改定の概要」

厚生労働省老健局社会保障審議会介護給付分科会第 220 回資料 5「居宅療養管理指導」

厚生労働省老健局在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3（令和 2 年）

厚生労働省保険局中央社会保険医療協議会総会 3.11.10 資料「在宅歯科医療について」

厚生労働省保険局中医協診療報酬改定結果検証部会 5.3.22 資料「在宅歯科医療等実施状況調査報告書案」

公益社団法人日本歯科医師会「オーラルフレイル対応マニュアル 2020 年版」

公益社団法人日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル」

一般社団法人日本老年歯科医学会「診察参加型臨床実習マニュアル『移乗』」

一般社団法人日本老年歯科医学会「診察参加型臨床実習マニュアル『摂食嚥下障害のスクリーニング検査』2021 年」

公益社団法人日本障害者歯科学会「診察参加型臨床実習『障害の特性を考慮した介助みがきの指導』」

公益社団法人日本障害者歯科学会「診察参加型臨床実習『障害者への口腔清掃指導』」

公益社団法人日本障害者歯科学会「診察参加型臨床実習『障害者の頭頸部・口腔の診察」

公益社団法人日本障害者歯科学会「診察参加型臨床実習『口腔保険指導」

公益社団法人日本障害者歯科学会「診察参加型臨床実習『移乗（トランスファー）介助」

公益社団法人日本障害者歯科学会「診察参加型臨床実習『安全管理・内部障害への対応」

公益社団法人日本障害者歯科学会「ダウン症候群の歯科診療における診断と処置方法ガイドライン 2022」

一般社団法人日本老年歯科医学会「脳卒中患者への医科歯科連携に関するガイドブック 2019 年」

一般社団法人日本老年歯科医学会「介護保険施設等入所者の口腔衛生管理マニュアル」

一般社団法人日本老年歯科医学会「在宅歯科医療の基本的考え方 2022 改訂の経緯と内容」

一般社団法人日本老年歯科医学会「歯科訪問診療における感染予防策の指針 2022 版」

水口俊介他：高齢期における口腔機能低下学会見解論文,老年歯学会誌,31-2, 81～98,2016

Fumiko KOBAYASHI: Historical_Study_on_the_Modern_Dentistry_in_Japan :_Dynamism_of_the_Japanese_Oral_and_Dental_Care_ System ,The journal of the Japan Association for Social and Economic Systems Studies,37,101～116,2016

伊藤公一：薬物性歯肉増殖症の治療と現状,歯薬療法,68～78,Vol27,No2,2008

日医工株式会社：摂食嚥下障害質問紙スコア評価式https://www.nichiiko.co.jp/medicine/swallow/score.php

MNA-SF簡易式栄養状態評価表高齢者の栄養スクリーニング：https://rehabilikunblog.com/

MMSE：https://tsuneeet.parallel.jp/entry/2018-01-02-000000_3/

太田ステージ研究会：https://www.ohta-stage.org/

日本介護食品協議会：https://www.udf.jp/index.html

日本摂食嚥下リハビリテーション学会：https://www.jsdr.or.jp/

農林水産省スマイル食：https://www.maff.go.jp/j/shokusan/seizo/kaigo.html

堺市消防局JCS：三重県歯科医師会：訪問歯科診療マニュアル 2019

山口県歯科医師会：はじめての歯科訪問診療マニュアル平成 23 年

全国保険医団体連合会：今日からできる歯科訪問診療の手引き 2021 年追補版

大久保正彦：横浜市泉区歯科医師会「在宅でできる嚥下機能検査（2022）」

参考・引用書籍・文献・HP

医歯薬出版株式会社:「歯科衛生士のための摂食嚥下リハビリテーション第 2 版」

医歯薬出版株式会社:「高齢者歯科第 2 版」

医歯薬出版株式会社:「障害者歯科第 2 版」

医歯薬出版株式会社:「歯科衛生士のための訪問歯科ハンドブック」

訪問歯ロー:https://www.houmon-hello.com/

ティーアンドケー株式会社「口腔乾燥を引き起こしやすい薬剤リスト(2019)」:https://www.comfort-tk.co.jp/

日本老年歯科医学会在宅歯科医療委員会:「高齢者施設職員向け口腔ケアの手引き-新型コロナウイルス感染予防のための正しい知識とケアの方法－」

索引

＜あ＞

アカシジア 129,132
悪性腫瘍 68,83
アテローム血栓性脳梗塞 86,109,144
アミロイド仮説 106
アルツハイマー型認知症 99,105
α遮断薬 96

＜い＞

意識障害 72
意味記憶 81
胃瘻 53
医学管理 17
医師 43、49、60
医療ソーシャルワーカー（MSW） 46
医療介護制度改革 31
医療計画 16
医療情報 43
医療保険 20
一般介護予防事業 41
インスリン 90
陰性症状 127,128

＜う＞

ウイルス性脳症 119
うがい 58
うつ病 104,130
う蝕幼児 8
う蝕罹患率 1

＜え＞

H2 受容体拮抗薬 96
エストロゲン 63
エピソード記憶 81
嚥下 57
嚥下反射 71

＜お＞

オーラスフレイル 94
運動障害 86
運動療法 44
栄養管理 44
衛生指導 19

＜か＞

下顎骨の形態変化 79
化学療法 83
化学療法の口腔副作用 83
寡動 89
過活動膀胱治療薬 96
過敏症 162
過眠 69
介護医療院 39
介護給付 21,34
介護施設 45
介護認定 20
介護認定の流れ 33
介護福祉士 36,43,45,49
介護保険 19,20,29,36
介護保険施設による口腔衛生等管理 47
介護保険制度 32、34
介護保険法 32
介護報酬改定 47
介護予防 40
介護予防ケアプラン 33
介護予防支援 41
介護老人福祉施設 39
介護老人保健施設 39
海馬 105
開発途上国 28
外来診療 16
顎関節 79
顎骨壊死 173
片麻痺 146,149
片麻痺歩行 74
カルシウム 63
カルシウム拮抗剤 90,168
感覚器の老化 64
感覚器障害 161
感覚記憶 81
感覚障害 86
感染性心膜炎 86
看護師 43、49、60
管理栄養士 43、44、50
管理指導 20
管理指導計画 19
緩下薬 96
間欠性跛行 74
カンジダ性口内炎 83
関節の老化 64
関節リウマチ 151
関節炎 151
観念失行 146

＜き＞

記憶障害 101
義歯 54、56、58
急性心筋梗塞 86
居宅介護 34
居宅介護支援 40
居宅介護支援事業者 33
居宅訪問と多職種連携 59
居宅療養管理指導 19、20
居宅療養管理指導 36
虚血性心疾患 86
強直間大発作 133
狭心症 86
驚愕反射 155
筋ジストロフィー 157
筋萎縮性側索硬化症（ALS） 153
筋強剛 89
筋肉の老化 63

＜＜＞

くも膜下腔 85
くも膜下出血

85, 86, 109, 144
クラインフェルター症候群 165
グループホーム 35
クロイツフェルト・ヤコブ病 118
訓練等給付 21
＜け＞
ケアプラン 20, 33, 45
ケアマネジャー 17, 20, 40, 41, 45, 49, 59, 60
軽度認知障害 98
けいれん性便秘 73
血腫 85
健康保険 19
見当識障害 102
言語聴覚士 43, 44, 50, 61
限局性学習症 140
＜こ＞
抗うつ薬 95
後期高齢者 19, 26
後期高齢者医療 29
口腔がん 93
口腔カンジダ 84
口腔カンジダ症 93, 173
口腔衛生管理 4, 5, 19
口腔衛生管理情報 48
口腔衛生管理体制加算 47
口腔乾燥 52, 53, 83, 84
口腔乾燥作用のある薬剤 170
口腔乾燥症 147
口腔機能訓練 44
口腔機能管理 4, 5
口腔健康管理 4, 5
口腔合併症 84
口腔清掃 54
口腔粘膜 79
口腔粘膜炎 83, 84
口腔白板症 93
口腔嚥下機能リハビリテーション 86
抗血栓薬 96, 148
後頭葉 100
公衆衛生 29
抗精神病薬 95
公的扶助 29
抗てんかん薬 135
抗パーキンソン病薬 95
構音・嚥下障害 86
構音訓練 44
甲状腺機能低下症 119
高血圧 65
高血圧症 90
高次機能障害 86
咬反射 155
高齢化率 26, 27, 28
高齢者の睡眠 69
高齢者の脱水 72
高齢者の転倒・転落 75
高齢者の排泄障害 73
高齢者の皮膚疾患 77
高齢者の歩行障害 74
誤嚥 53
誤嚥性肺炎 54, 55, 71, 86, 88, 89
国民医療費 12
国民健康保険 29
国民負担率 13
固縮 112
骨粗しょう症 67
コルチゾール 130
根面う蝕 91
＜さ＞
在宅サービス提供診療所 10
在宅医療 11
在宅医療・介護連携 14
在宅歯科医療 15、16
在宅等療養患者専門的口腔衛生処置 24
在宅療法患者 43
作業療法 44
作業療法士 43, 44, 50, 61
サービス担当者会議 45, 61
サルコペニア 68
＜し＞
ジギタリス 96
シクロスポリン A 169
四肢麻痺 149
ジスキネジア 89, 129, 132
ジストニア 129
姿勢調整障害 89
姿勢反射障害 112
支給限度額 20
施設介護 34
死生観の変化 82
糸球体 66
視覚障害 161
歯科医師 43, 44
歯科衛生士 43, 44
歯科衛生士と多職種の連携 49
歯科衛生士による助言例 51
歯科衛生士等居宅療養管理指導 24
歯科診療所と施設の連携 48
歯科訪問診療補助加算 23
弛緩性便秘 73
歯垢 52, 53, 54
歯根透明象牙質 78
歯周病 92
歯髄腔狭窄 78
歯性感染症 83
歯肉出血 172

歯肉増殖 90
歯磨剤 52
歯頸部 54
児童手当 29
自己免疫疾患 151
自閉スペクトラム症（ASD） 136
失語 101
失語症 146
失行 101
失認 101
実行機能障害 101
社会福祉 29
社会保険 29
社会保障給付金 30
社会保障制度 29
社会保障費 13, 30
手術と口腔 84
手続記憶 81
腫瘍性認知症 119
周期性四肢運動障害 70
周術期 61
周術期の口腔管理 84
周辺症状 102
就業歯科衛生士 8
住宅改修費支給 39
重症心身障害 158
出血 52
将来推計人口 26
小脳失調性歩行 74
松果体 69
消化器 66
焦点発作 134
障害児 19
障害児相談支援 22
障害児通所支援 22
障害児入所支援 22
障害者 19
障害福祉サービス 21
上顎骨の形態変化 79
褥瘡 77
情動失禁 110
食形態 44, 57
食事姿勢 57
食事状態 57
ショートステイ 37
侵襲的処置 43
心筋梗塞 86
心原性脳梗塞 86, 109, 144
心疾患 86
心臓と血管 65
心房細動 86
振戦 89, 112
浸潤 83
神経梅毒 119
神経変性 99
診療計画書 19
診療補助 19
診療報酬 15
身体介護 45
身体障害者 123
進行性核上性麻痺 117
人格障害 114
人工呼吸器関連肺炎 88
＜す＞
睡眠時随伴症 69
睡眠時無呼吸症候群 70
睡眠障害 67
睡眠薬 95
錐体外路症状 129
ステロイド 95
スポンジブラシ 52, 56
スルピリド 95
＜せ＞
制吐薬 96
正常圧水頭症 118
生活援助 45
生活支援員 43, 46, 49
生活相談員 43, 46, 49
生活保護 19, 29
精神障害者 123
脊髄損傷 149
摂食機能療法 19, 23
摂食訓練 44
摂食嚥下機能 60
摂食嚥下訓練 44
摂食嚥下障害 44, 147
舌 55, 58
セメント質肥厚 78
セロトニン 130
前頭側頭型認知症 114
前頭葉 100
全身発作 133
全世代社会保障構築会議 31
せん妄 82, 104
＜そ＞
組織瘢痕形成 84
喪失体験 82
相談支援 21
造血系 67
側頭葉 100
咀嚼機能 80
その他の生活支援サービス 41
＜た＞
タウ・タンパク質 106
ダウン症候群 164
多剤服用 95
多職種 43
ターナー症候群 166
多発性ラクナ梗塞 110
唾液腺 79
大脳皮質基底核変性症 117
第１号被保険者 20, 34

第２号被保険者 20, 34
第三象牙質 78
第二象牙質 78
脱力発作 133
単麻痺 149
短期記憶 81
短期入所生活介護 37
短期入所療養介護 37
＜ち＞
知的障害 163
知的障害者 123
地域生活支援事業 21
地域包括ケアシステム 14
地域包括支援センター 34
蓄尿障害 73
中核症状 101
注意欠如・多動症（ADHD） 139
聴覚障害 161
調理指導 41
超高齢社会 11, 28
長期記憶 81
長胴歯 165
直腸性便秘 73
＜つ＞
対麻痺 149
対麻痺歩行 74
通所リハビリテーション 37
通所介護 35, 36
通所型介護予防サービス 41
通所施設 16
＜て＞
テロメア 63
テロメラーゼ 63
てんかん 133
天疱瘡 93
＜と＞
トゥース・ウェア 92
糖尿病 90
糖尿病薬 96
統合失調症 127
頭頂葉 100
動脈硬化 65
動揺歩行 74
特定福祉用具販売 39
特別養護老人ホーム 39
ドーパミン 89, 112, 128
鈍麻 162
＜な＞
内部障害 159
内分泌系 67
＜に＞
日没症候群 70
認知症 98
認知症の行動特徴 120
認知症対応型共同生活介護 35
＜ね＞
粘膜 55、58
＜の＞
脳と神経 65
脳血管疾患 85
脳血管障害 143
脳血管性認知症 99, 109
脳梗塞 85, 86, 109, 144
脳出血 85, 86, 109, 145
脳性麻痺 154
脳卒中 86
脳動脈瘤 85
ノルアドレナリン 130
＜は＞
廃用 68
排尿障害 73
肺と呼吸器 66
肺炎 87
パーキンソニズム 112, 129
パーキンソン病 70, 89, 128
パーキンソン歩行 74
剥離性歯肉炎 93
半側空間失認 146
ハンチントン病 116
＜ひ＞
ビタミン B1 欠乏症 119
ピック病 114
泌尿器 66
皮下出血 77
非ステロイド性抗炎症薬 96
左片麻痺患者 146
皮膚の老化 65
皮膚剥離 77
病態失認 146
ビンスワンガー病 86, 109, 110, 144
＜ふ＞
フェニトイン 135
フェニトイン歯肉増殖症 168
服薬支援 44
福祉用具 45
福祉用具相談員 43, 45
福祉用具貸与 39
物理療法 44
不眠症 69
ブラシ 52
フリーラジカル（活性酸素） 63
フレイル 68
プレフレイル 68
＜へ＞
β遮断薬 96
ペーパータオル 52
ヘルペス性口内炎 83
扁平苔癬 93

＜ほ＞
放射線治療 84
放射線性う蝕 84
放射線性顎骨壊死 84
訪問リハビリテーション 36
訪問介護 35, 36
訪問介護員 43, 45, 49, 60
訪問看護 36
訪問看護ステーション 44
訪問看護師 43, 44
訪問型介護予防サービス 41
訪問歯科衛生指導料 23
訪問診療 16
訪問入浴介護 36
保温 52
保険診療 16
保湿剤 53
骨の老化 63
ボバースの反射抑制体位 156
ホームヘルパー 36
＜ま＞
まだら症状 110
末梢血管障害 90
末梢神経障害 83
摩耗・咬耗 78
慢性 GVHD 83
慢性硬膜下血腫 99, 118
＜み＞
ミオクロニー発作 133
味覚異常 83
味覚障害 162
右片麻痺患者 146
＜む＞
無動 112
むせ 53, 57
＜め＞
メラトニン 69
免疫系 67
＜も＞
物忘れ 104
盲聾 161
＜や＞
薬剤師 43, 44, 49, 60
薬剤性口内炎 172
薬物性歯肉増殖症 168
＜よ＞
要介護 33, 34
要介護認定基準時間 33
要支援 33, 34
陽性症状 127
予防給付 34
＜ら＞
ラクナ梗塞 86, 109, 144
＜り＞
理解判断力障害 101
理学療法士 43, 44, 49, 61
利尿薬 96
リハビリテーション 17
療育手帳 163
＜る＞
類天疱瘡 93
＜れ＞
レストレスレッグス 70
レビー小体型認知症 99, 112
レム睡眠行動障害 70
＜ろ＞
老化 63
老化による心理的変化 71
老化による身体機能低下 68
老人性うつ 82
老人性皮膚掻痒 77
老人福祉 32
老人福祉法 32
老人保険法 32
ロコモティブシンドローム 76