

どうする？初めての訪問診療

先生！訪問診療をお願いしますって電話です
訪問診療ってどうやるんですか？

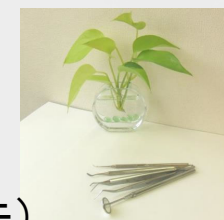
8029健康寿命延伸委員会

いいじま歯科 飯島美智子
(訪問診療経験30年の取り組みから)

1

訪問歯科診療の主な内容

- 口腔ケア (ブラッシング・歯石除去含む)
- 義歯の作製・調整
- むし歯処置



(摂食・嚥下機能療法)

2

実際の訪問診療って？



3

訪問診療の依頼を受けたら・・・

まずは **電話で確認**

- 患者の名前、性別、年齢、主訴、病歴
住所、電話番号
キーパーソン、全身及び口腔内状態
- 介護保険証の有無、保険証の種類
(負担割合証も)



4

訪問診療の依頼を受けたら・・・

電話で確認

- 駐車スペースの有り、無し

- 訪問日時の予約

※初回訪問時は、
必ず同席者がいるように
願います
保険証その他、すぐに出してもらえよう願います



5

訪問診療の依頼を受けたら・・・

電話で確認

- 施設や病院の場合

正式名称

訪問歯科が可能？確認必要（家族に頼む）

施設、病院の場合は食事時間をさける



6

準備（院内で確認）

- 訪問診療先を地図で確認する
＋
（Google ストリートビュー利用する）
（駐車場ない場合、コインパーキング確認）

7

駐車許可申請証について

患家の所轄警察で申請

患家の100M圏内

コインパーキングが近くにないこと

駐車禁止標識のあるところ

最長半年間有効

8

第4号様式 (第5条第3項)

駐車許可申請書		5年9月18日
警察署長 殿		住 所 千葉県船橋市明1-10-11
申請者 氏 名 鈴木 肇子		印
駐車する自動車の種 類 軽自動車	春学期に表示されている 番号 E 103	普通免許 584
許可を申請する 所 別紙(添付)		
駐 車 の 方 法 別紙(添付)		
通 用 条 文 第4条第1項	☐ 道路交通法 第49条の2第5項	
駐車の月日時 5月26日13時00分~ 5月27日17時00分まで		
申請の理由 訪問先科事務室に付属の、江戸川公園にバスケコートあり。給食焼酎は燃費量、25kgを超え、運搬が重労働に付随。		
通 知 住 所 別紙(添付)		
駐 車 氏 名 別紙(添付)		
第 250号	駐車許可証	
上記のとおり許可する。		
条 件	別紙記載のとおり	
5年9月19日		
船橋 警察署長 印		

備考

- 申請者が法人であるときは、申請書類にはその名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名を記載すること。
- 申請者本人の署名であれば押印を省くことができる。
- 通用条文中には、該当する条文について□を○で囲むこと。

9

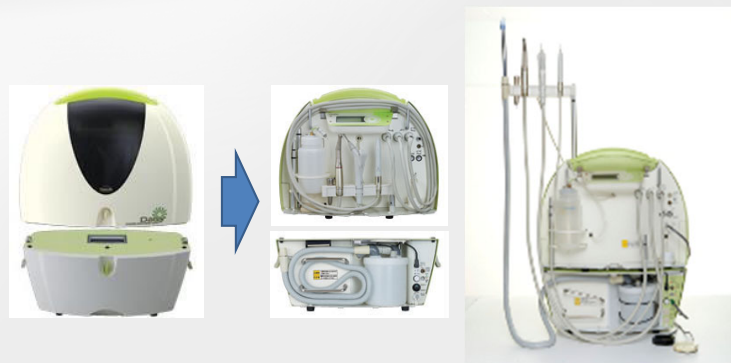
駐車違反にご注意を

訪問歯科診療をおこなってます。
ご用のある方は、下記電話番号に
お願いいたします。

090-0000-0000 いいじま歯科

10

準備(院内で用意するもの)



11

準備（院内で用意するもの）



12

歯科医師会から借りる方法

- ① 事務に連絡
- ② 地域歯科の説明を受ける
- ③ ポータブルユニットの空きがあるか、事務に問い合わせる
- ④ 事務が開いている時間に借りに行く
- ⑤ 事務に1,000円支払う(メンテナンス料)
- ⑥ 領収書をもらう
- ⑦ 貸出簿に記載
- ⑧ 備品がすべてあるか確認し、借りる
- ⑨ 返却は事務が開いている時間に

13

在宅歯科診療設備整備事業費補助金申請

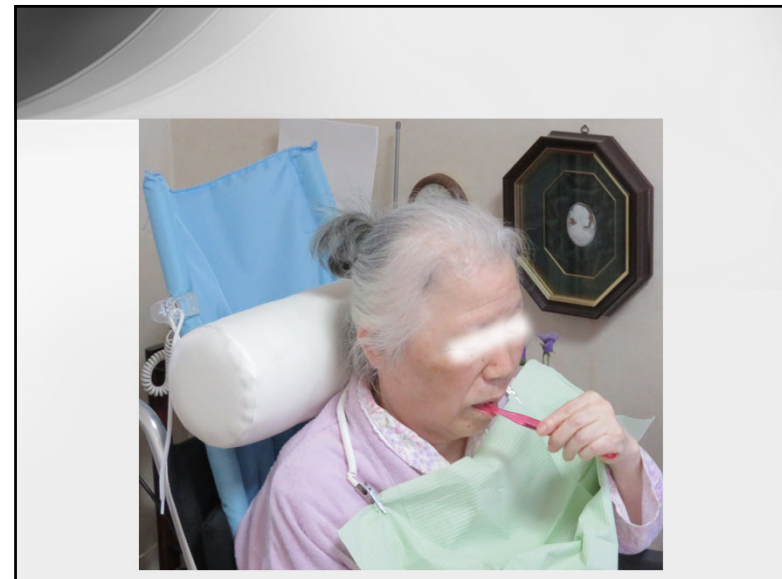
- ① 補助対象設備(補助率費用の1/2)
AED、パルスオキシメーター、酸素
血圧計、救急用蘇生セット
(持ち運び可能なもの)
上限2,000,000円 下限50,000円
- ② 補助対象設備(補助率費用の2/3)
ポータブルユニット、ポータブルレントゲン、
往診用マイクロモーターユニット、口腔内
撮影用デジタルカメラ、簡易椅子
(持ち運びできないもの、訪問用医療機
以外は対象外)
上限3,638,000円 下限100,000円

14

やすらぎピロー



15



16

口腔ケアにあると便利なグッズ



吸痰器



吸痰器につなげられる吸引ブラシ

17



18

準備(院内で用意するもの)



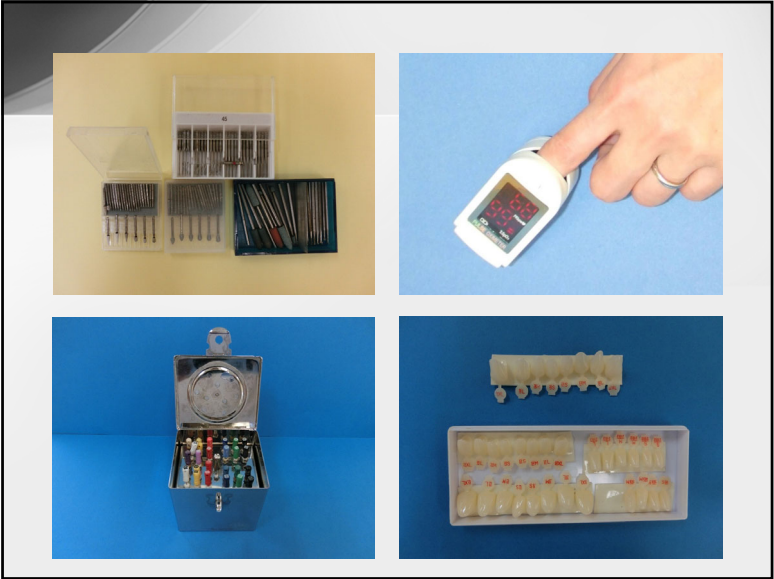
19



20



25



26



27



28

前日に

- ・前日訪問診療先に予約時間の確認の電話をする
- ・再度保険証、介護保険証、その他の用意を依頼する
- ・携帯電話の充電

29

訪問先で

- ・身だしなみ(女性の場合、髪の毛をきちんと束ねる)(靴下も清潔に)
- ・シッカリとした挨拶
- ・身分の提示(名札は付けておく)
- ・玄関では自分の靴をそろえて

30

医療面接

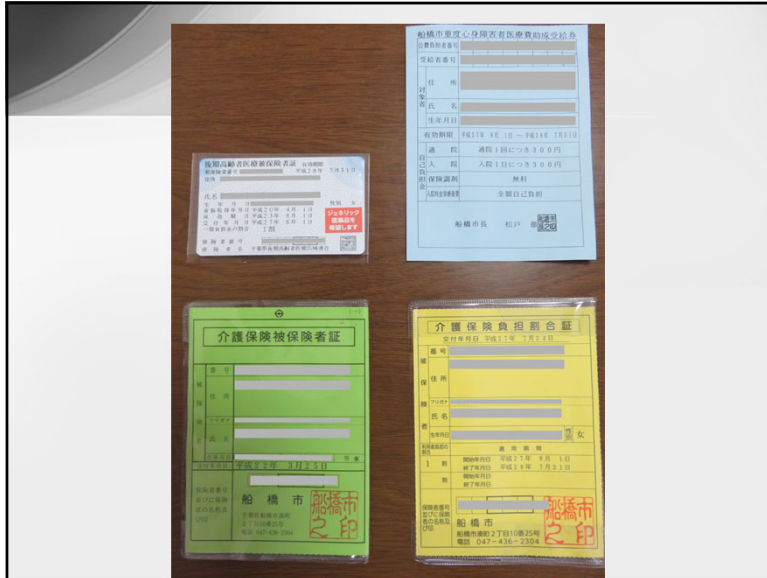
- ・ご家族から、健康保険証、介護保険証その他のコピーをいただく
- ・ご家族からの以下の聞き取り
 - 現在の病歴、既往症、訪問診療を希望する理由、服薬状況、キーパーソン、食事状況、ムセの有無、食事の場所
自食or介助
- ・看護記録あれば、血圧その他チェック

31

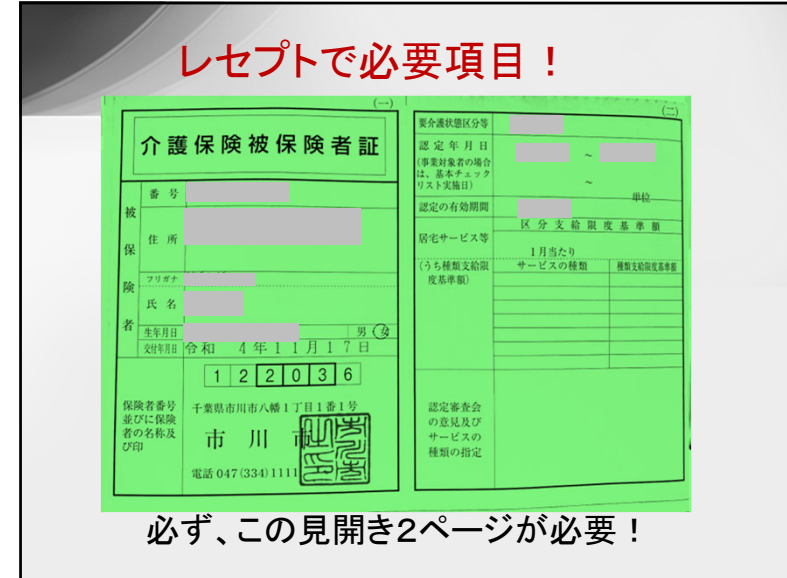
健康保険証・その他

- ・健康保険証
 - 後期高齢者医療被保険者証
 - 国民健康保険被保険者証
 - 社会保険被保険者証
- ・介護保険被保険者証
- ・介護保険負担割合証
- ・その他医療費助成受給券

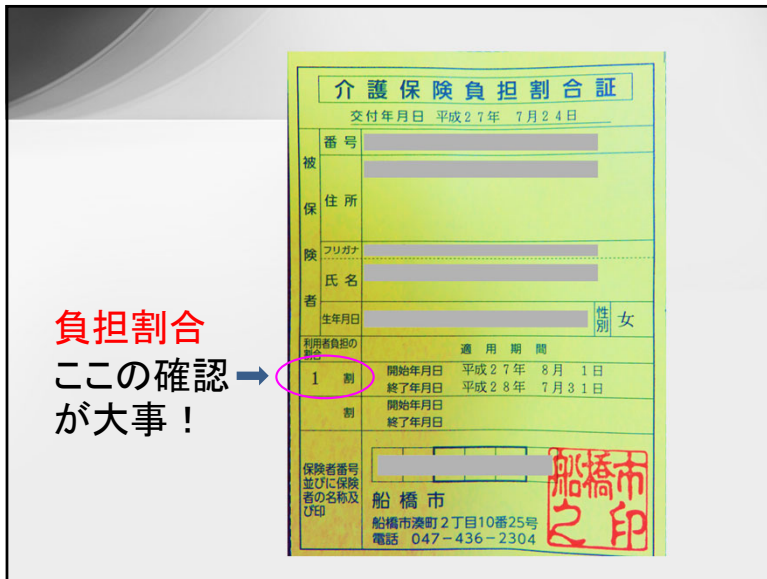
32



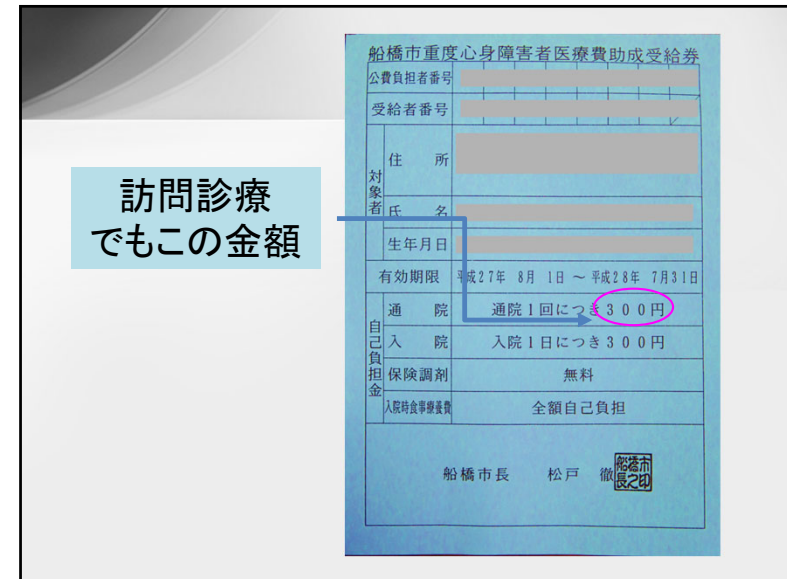
33



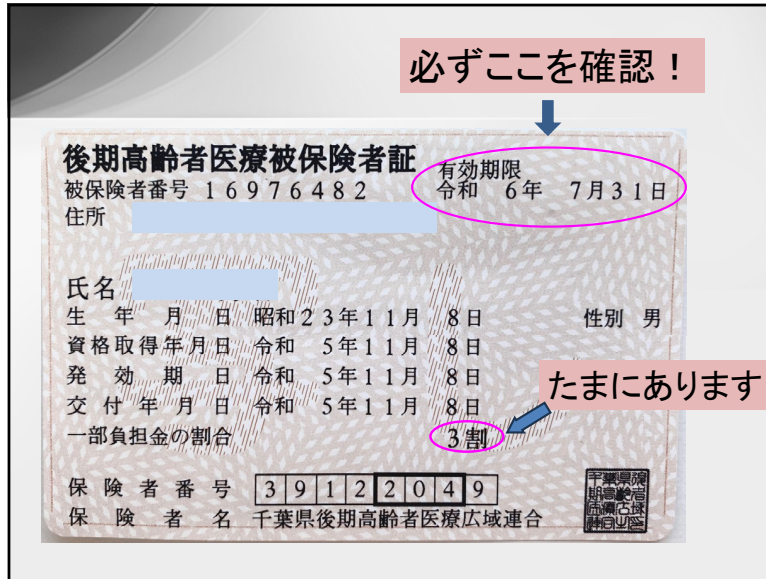
34



35



36



37

歯科医師がご家族と話している間に、同行したスタッフは…

セッティング

- ・患者さんの位置と機材の配置
- ・水場の確認（台所 or 洗面所）
- ・電源コンセントの確認

術式を考えながら、準備と片付け

38

ポータブルユニット

- * 実際に使用前に水量確認
- * 姿勢とアプローチの仕方
- * フットペダルの位置確認
- * ホースをさばしておく

39

患者さんを前にして

40

41

42

43

44

実際の診療風景



45

社会のニーズは

今回の改定で求められているのは...

医科歯科連携

介護事業所

医科

口腔ケア

46

しかし高齢者は....

易疲労性(耐久性が低い)

頑張りすぎない！

開口のタイミングが健常者とは違う



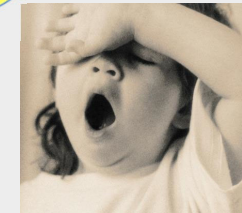
47

しかし高齢者は....

とくに初回は、

頑張りすぎない！

初対面で緊張している



48

噛みつきに注意！

特に残存歯がある人には注意
油断は禁物！

指ガードが有効

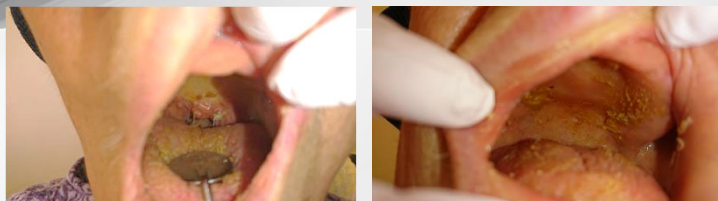


49

実際の診療風景



50



51

マウスジェル

白ごま油



52

義 歯

慣れた義歯が使えるように

古い義歯でも使っていたものは、
新しくしない！



リライニングで対応

53

義 歯

慣れた義歯が使えるように

理由

新義歯、高齢者は受け入れが悪い
痛くても、すぐに訪問できない場合ある

痛くなく食べてもらう！

54

義 歯

痛くなく食べさせる



ティッシュコンディショナー

乾燥した口腔内にくっつきやすい
(粘膜に少量の水を塗布する)

55

義 歯

残根上義歯にする場合



残根は根面板 or CRで被覆する

理由

プラークが溜まりやすく、
歯肉に炎症、易出血

56

汚しちゃダメ！



57

勇気を持って言うならば

食べるためなら
義歯は入れない方が良い！

場合もある！

58

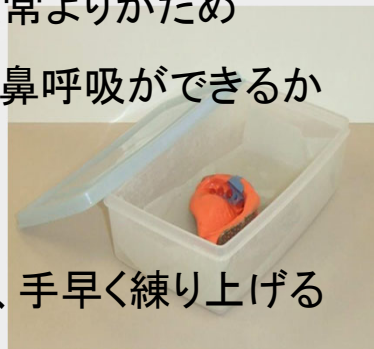
印象は手練り

印象材の硬さ→通常よりかため

全顎印象の場合、鼻呼吸ができるかどうか

トレーへの盛り方

水道水を使うため、手早く練り上げる



59



60



61



62



63



64



65



66

印象

水筒の中には80℃のお湯
(冬でも1日中寒天は硬くならず)

アルジネート+寒天



67

痛みに対するケア

浸潤麻酔の前に

表面麻酔



68

痛みに対するケア

刺入の前に深呼吸をしてもらう



血圧が下がる
(緊張して血圧上昇の可能性あり)
呼吸は止めてないことを確認

69

CR充填

エッチング→使う場合は時間短いもの

照射器→短時間で照射完了するもの

70

抜歯の場合

当日の体調
顔色
とくに病歴
服薬

抗凝固薬を使っている
場合が多い

縫合処置が有効

71

口だけ見ててはダメ！！

個々の患者さんの

身体の状態

口腔機能の状態を考えて

72

居宅療養管理指導について

介護保険優先の原則

- ① 訪問診療の実施に当たり患者の介護保険の認定状況を確認しなければなりません。介護保険認定者は介護保険優先の原則により、医療保険と重複する場合は介護保険で請求する必要があります。
- ② 居宅系の要介護者（要支援1・2、要介護1～5の認定者）に対して訪問診療を行った場合の歯科医師、歯科衛生士が行う指導管理は、**居宅療養管理指導費**や**介護予防居宅療養管理指導費**として原則、介護保険にて請求します。

77

要介護者・要支援者についての算定の可否

算定可（入院外の患者）

自宅・有料老人ホーム・軽費老人ホーム
グループホーム・ケアハウス・養護老人ホーム
サービス付き高齢者むけ住宅（サ高住）
マンションなどの集合住宅
小規模多機能型居宅介護（宿泊）
認知症対応型共同生活介護・複合型サービス

算定不可

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
短期入所生活介護（ショートステイ）
介護老人保健施設・介護療養型医療施設
病院

78

何らかの原因で自身の口腔ケアが出来なくなった人達は・・・

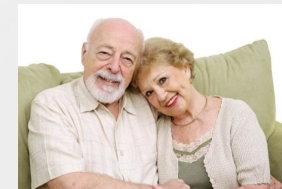
放っておいては自然には改善しない



誰かがケアをしなければならない
（歯科医師・歯科衛生士が担う役割）

79

長生きをすることが幸せだと言える



訪問歯科医療が
その少しの助力になれば・・・

目の前の患者さんのQOLを向上し、
快適に過ごしてもらうためのお手伝い

80



ご清聴ありがとうございました

在宅歯科診療の 保険請求について

令和6年6月16日
8029・健康寿命延伸委員会
中村 美香



1

令和6年度版ハンドブック



2

歯科訪問診療料

3

歯科訪問診療料1～5(歯訪1～5)の見直し

歯科訪問診療1 1100点(880)点	1人	→	歯科訪問診療1 1100点 (一)	1人
歯科訪問診療2 361(253)点	2～9人	→	歯科訪問診療2 410(287)点	2～3人
		→	歯科訪問診療3 310(217)点	4～9人
歯科訪問診療3 185(111)点	10人以上	→	歯科訪問診療4 160点(96)点	10～19人
		→	歯科訪問診療5 95(57)点	20人以上

※人数は同一建物居住者です

※()内は20分未満の点数

- 歯科訪問診療1の時間による区分が無くなりました(20分ルール撤廃)
- 歯科訪問診療2→歯科訪問診療2と3へ細分化
- 歯科訪問診療3→歯科訪問診療4と5へ細分化

4

歯科訪問診療料1～5(歯訪1～5)の見直し

同一建物居住患者数					
	訪問診療1 1人	訪問診療2 2～3人	訪問診療3 4～9人	訪問診療4 10～19人	訪問診療5 20人～
20分以上		410点	310点	160点	95点
20分未満	1100点 (診療時間による区分なし)	287点	217点	96点	57点

5

歯科訪問診療料の注15について

■歯科訪問診療料注13→注15に変更されました。

現行	改定後
【歯科訪問診療料】 【算定要件】 注13 1から3までについて、在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。 イ 初診時 264点 ロ 再診時 56点	【歯科訪問診療料】 【算定要件】 注15 1から5までについて、在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。 イ 初診時 267点 ロ 再診時 58点

6

歯科訪問診療料の注15について

- 口管強の施設基準の(2)のエに、歯科訪問診療料の注15に規定する届出とありますが、内容は同じなので再提出の必要はありません。(ただし、R6年3月31日までに口管強を算定している医療機関は、再度R7年5月31日までに口管強の施設基準の届出書が必要となります。)

かかりつけ歯科医機能の評価の見直し②

◆ 口腔管理体制強化加算の施設基準

- (1) 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (2) 次のいずれにも該当すること。
 - 過去1年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療をあわせて30回以上算定していること。
 - 過去1年間にエナメル質初期う蝕管理料又は根面う蝕管理料をあわせて12回以上算定していること。
 - 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準を届け出ていること。
 - 歯科訪問診療料の注15に規定する届出を行っていること。

7

訪問歯科衛生指導料(訪衛指)の見直し

■月4回まで算定

単一建物診療患者が1人の場合 362点

単一建物診療患者が2～9人の場合 326点

それ以外の場合 295点

■(新)緩和ケアを受けている患者に対して月8回まで算定

■(新)歯科衛生士等が複数名で訪問する場合、複数名訪問歯科衛生指導加算150点を加算可

8

同一建物診療患者と単一建物診療患者の違い

同一建物診療患者

同一**日**に訪問診療を行う場合の患者
→ **1日**の合計人数で算定
歯科訪問診療料1～5(歯訪1～5)等

単一建物診療患者

同一**月**に訪問診療を行う場合の患者
→ **1月**の合計人数で算定
訪問歯科衛生指導料(訪衛指)等

9

(新) 在宅医療DX情報活用加算 +8点

- 対象: **歯科訪問診療料**を算定する患者
- 歯科訪問診療料**に**月1回**加算
- 医療情報取得加算(+1～3点)医療DX推進体制整備加算(+6点)を算定した月は算定**できない**
- 施設基準が必要**(経過措置あり)
- 初回は患者の診療情報を活用可能な場合に限る

10

口腔管理体制強化加算(口管強)

11

(新) 口腔管理体制強化加算(口管強)

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所(か強診)



口腔管理体制強化加算(口管強)に名称変更

12

口腔管理体制強化加算の施設基準(口管強)

継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

かかりつけ歯科医機能の評価の見直し②

- ◆ 口腔管理体制強化加算の施設基準
- (1) 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (2) 次のいずれにも該当すること。
 - ア 過去1年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療をあわせて30回以上算定していること。
 - イ 過去1年間にエナメル質初期う蝕管理料又は歯面う蝕管理料をあわせて12回以上算定していること。
 - ウ 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準を届け出ていること。
 - エ 歯科訪問診療料の注15に規定する届出を行っていること。
- (3) 過去1年間に歯科疾患管理料(口腔機能発達不全症又は口腔機能低下症の管理を行う場合に限る。)、歯科衛生実地指導料、口腔機能指導加算、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料又は歯科口腔リハビリテーション料3をあわせて12回以上算定していること。
- (4) 以下のいずれかに該当すること。
 - ア 過去1年間の歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3の算定回数があわせて5回以上であること。
 - イ 連携する在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2若しくは在宅療養支援歯科診療所に依頼した歯科訪問診療の回数があわせて5回以上であること。
 - ウ 連携する歯科訪問診療を行う別の医療機関や地域の在宅医療の相談窓口とあらかじめ協議し、歯科訪問診療に係る十分な体制が確保されていること。
- (5) 過去1年間の診療情報提供料又は診療情報等連携共有料があわせて5回以上算定している実績があること。
- (6) 当該医療機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理(エナメル質初期う蝕管理、歯面う蝕管理及び口腔機能の管理を含むものであること。)、高齢者並びに小児の心身の特性及び緊急時対応に關する適切な研修を修了した歯科医師が1名以上在籍していること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。
- (7) 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、歯科歯科併設の診療所においては、当該保険医療機関の歯科診療料との連携体制が確保されている場合は、この限りではない。
- (8) 当該診療所において歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。

13

口腔管理体制強化加算の施設基準(口管強)

継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

かかりつけ歯科医機能の評価の見直し③

- ◆ 口腔管理体制強化加算の施設基準(続き)
- (8)(5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。
 - ア 過去1年間に、在宅療養管理指導を提供した実績があること。
 - イ 地域ケア会議に年1回以上出席していること。
 - ウ 介護認定審査会の委員の経験有すること。
 - エ 在宅医療に関するサービス担当者会議や病院・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等に年1回以上出席していること。
 - オ 過去1年間に、在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料を算定した実績があること。
 - カ 在宅医療又は介護に関する研修を受講していること。
 - キ 過去1年間に、退院時同時指導料1、在宅歯科医療連携指導料1、在宅歯科医療連携指導料2、在宅歯科医療情報連携指導料、小児在宅歯科医療連携指導料1、小児在宅歯科医療連携指導料2、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した実績があること。
 - ク 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講していること。
 - ケ 過去1年間に福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力していること。
 - コ 自治体が実施する事業(ケに該当するものを除く。)に協力していること。
 - サ 学校歯科医等に就任していること。
 - シ 過去1年間に、歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定した実績があること。
- (9) 歯科用吸引装置により、歯科ユニット毎に歯の切削や歯肉の調整、歯冠補綴物の調整時等に飛散する細かな粉塵を吸引できる環境を確保していること。
- (10) 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。
 - ア 自動体外式除細動器(AED)
 - イ 経皮的動脈血酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)
 - ウ 酸素供給装置
 - エ 血圧計
 - オ 救急蘇生セット
 - カ 歯科用吸引装置なお、自動体外式除細動器(AED)については保有していることがわかる院内掲示を行っていることが望ましい。

14

口腔管理体制強化加算の評価(まとめ)

① 歯科疾患の重症化予防に対する評価	② 在宅歯科医療に対する評価
歯科疾患管理料 長期管理加算 口腔管理体制強化加算の届け出を行っている歯科診療所: 120点 その他の保険医療機関: 100点	歯科訪問診療料 歯科訪問診療移行加算 口腔管理体制強化加算の届け出を行っている歯科診療所の場合: 150点 それ以外の保険医療機関の場合: 100点
根面う蝕管理料 + 口腔管理体制強化加算: 48点	歯科訪問診療料 歯科訪問診療補助加算 在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2、口腔管理体制強化加算の届け出を行っている歯科診療所の場合: 同一建物居住者以外の場合→ 115点、同一建物居住者以外の場合→ 50点 それ以外の保険医療機関の場合: 同一建物居住者以外の場合→ 90点、同一建物居住者以外の場合→ 30点
エナメル質初期う蝕管理料 + 口腔管理体制強化加算: 48点	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 + 口腔管理体制強化加算: 75点
機械的歯面清掃処置 (算定期間) ・ 2月に1回算定 ・ 根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定する患者で特に必要と認められる場合は月に1回算定可能 ・ エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定する患者は月に1回算定可能	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 + 口腔管理体制強化加算: 75点
歯周病安定期治療 + 口腔管理体制強化加算: 120点	
歯周病安定期治療 (算定期間) ・ 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、3月に1回算定 ・ 口腔管理体制強化加算の施設基準の届け出を行っている歯科診療所においてはここ限りでない	
歯周病重症化予防治療 (算定期間) ・ 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、3月に1回算定 ・ 口腔管理体制強化加算の施設基準の届け出を行っている歯科診療所において、歯周病安定期治療後の再評価に基づき歯周病重症化予防治療を開始した場合は、この限りでない	
	③ 口腔機能の管理に対する評価
	小児口腔機能管理料 + 口腔管理体制強化加算: 50点
	口腔機能管理料 + 口腔管理体制強化加算: 50点

15

施設基準の講習について

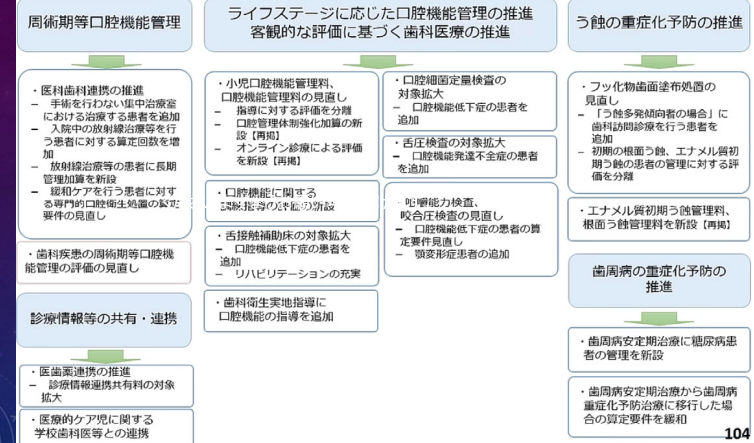
■新たに対応する研修等についての情報は、千葉県歯科医師会HPや日本歯科医師会E-systemに掲載されておりますが、随時更新されておりますので、ご確認ください。

16

フッ化物歯面塗布と根面う蝕管理料

17

口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進①



104

18

フッ化物歯面塗布処置の見直し

■う蝕多発傾向者(病名:C管理中)

(歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料、**歯科訪問診療**を算定した患者)

110点 → 110点

■初期根面う蝕罹患患者 (病名:初期の根面う蝕、根C)

110点 → **80点**

■エナメル質初期う蝕罹患患者(病名:Ce) 130点 → **100点**

※2回目以降は、前回実施月の翌月の初日から起算して**2ヶ月を経過した日以降**に行った場合に、**月1回**算定出来る



19

(新)根面う蝕管理料【根C管】30点 (＋口管強48点)

■歯科疾患管理料・歯科特定疾患療養管理料を算定した65歳以上の患者と、歯科訪問診療料を算定した患者が対象

■管理計画を作成

■月1回算定

■**口管強48点を可算できる**

■フッ化物歯面塗布処置<F局>を同日に算定可(月1回に限る)



20

フッ化物歯面塗布と根面う蝕管理料の取り方の例

〈口管強あり〉

歯管 80 根C管 30 口管強 +48 歯清 72 F局 80 実地指1 80	歯管 100 根C管 30 口管強 +48 歯清 72 実地指1 80	歯管 100 根C管 30 口管強 +48 歯清 72 実地指1 80	歯管 100 根C管 30 口管強 +48 歯清 72 F局 80 実地指1 80	~	歯管 100 長期+120 根C管 30 口管強 +48 歯清 72 F局 80 実地指1 80
1月目	2月目	3月目	4月目	~	8月目

〈口管強なし〉

歯管 80 根C管 30 歯清 72 F局 80 実地指1 80	歯管 100 根C管 30 歯清 72 実地指1 80	歯管 100 根C管 30 歯清 72 実地指1 80	歯管 100 根C管 30 F局 80 実地指1 80	~	歯管 100 長期+100 根C管 30 F局 80 実地指1 80
1月目	2月目	3月目	4月目	~	8月目

その他処置

21

22

歯科訪問診療における充填の評価の見直し

- 歯科訪問診療料、歯科診療特別対応加算を算定する患者
- 充填の加算が所定点数の100分の50加算
→ (新) 100分の60を加算に変更



検 査

23

24

咀嚼能力検査1、2【咀嚼1、2】

- 咀嚼能力検査 → 咀嚼能力検査1
(新)咀嚼能力検査2
- 3月に1回算定
- 2は顎変形症による手術を行う患者
(手術前1回、手術後6月に1回)
- 咀嚼能力検査1、2は同時に算定できない
- 3月以内は咬合圧検査を算定できない
- 施設基準あり

咬合圧検査1、2【咬合圧1、2】

- 咬合圧検査 → 咬合圧検査1
(新)咬合圧検査2
- 3月に1回算定
- 2は顎変形症による手術を行う患者
(手術前1回、手術後6月に1回)
- 咬合圧検査1、2は同時に算定できない
- 3月以内は咀嚼能力検査を算定できない
- 施設基準あり

舌圧検査の見直し

- 従来の対象患者の他に、
(小児の)口腔機能発達不全症の診断を目的とする患者と
(小児の)口腔機能発達不全症の患者が追加
- 3月に1回算定する
- 傷病名: 口腔機能発達不全症(の疑い)
- 施設基準なし

25

26

口腔細菌定量検査の対象拡大

- 口腔細菌定量検査1 130点(傷病名:口腔バイオフィルム感染症)
 - ・ 月2回算定(2回目以降は100分の50)
 - ・ 対象に入院患者が追加
 - ・ 施設基準あり
- (新)口腔細菌定量検査2 65点(傷病名:口腔機能低下症(の疑い))
 - ・ 口腔機能が低下している患者に対して3月に1回算定
 - ・ 施設基準あり

※口腔細菌定量検査1と2は同時算定不可



各種検査

	咀嚼能力検査1	咬合圧検査1	舌圧検査	小児口唇閉鎖力検査
所定点数	140点	130点	140点	100点
施設基準	あり グルコース分析装置	あり 歯科用咬合力計	なし (舌圧測定器)	なし (口唇閉鎖力測定器)
算定間隔	3月に1回	3月に1回	3月に1回	3月に1回
算定要件等	・算定後3月以内は咬合圧検査算定不可 ・咀嚼能力検査2と同時の算定不可	・算定後3月以内は咀嚼能力検査算定不可 ・咬合圧検査2と同時算定不可	・従来の舌圧検査の対象の他に、口腔機能発達不全症、口腔機能発達不全症の診断を目的とする患者が追加	・口腔機能発達不全症の診断を目的 ・歯在管、小訪問口腔リハ、小児口腔機能管理料を算定している患者

27

28

各種検査

	口腔細菌定量検査1	口腔細菌定量検査2
所定点数	130点	65点
施設基準	あり 口腔内細菌定量分析装置	あり 口腔内細菌定量分析装置
算定間隔	月2回算定可(1月以内に2回 目の検査は所定点数の 50/100)	3月に1回
算定要件等	・訪問診療、特別対応加算算定 患者対象 ・口腔バイオフィーム感染症の 診断目的 ・口腔細菌定量検査2は同時 算定不可	・口腔細菌定量検査1は同時算 定不可 ・口腔機能低下症の診断目的

検査に関する改定

29

30

(新)口腔バイオフィーム除去処置 110点 【傷病名 口腔バイオフィーム感染症】

- 対象: 口腔細菌定量検査により**口腔バイオフィーム感染症**と診断された患者
- 歯科医師**、歯科医師の指示を受けた**衛生士**が口腔バイオフィームの除去を行なった場合
- 月2回算定**

同月に算定できないもの

歯周病処置	歯周病等専門の口腔衛生処置
歯周基本治療	回復期等専門の口腔衛生処置
歯周病安定期治療	在宅等療養患者専門の口腔衛生処置
歯周病重症化予防治療	機械的歯面清掃処置
非経口摂取患者口腔粘膜処置	

舌接触補助床の対象患者の拡大

- 脳血管疾患、口腔腫瘍、**口腔機能低下症等の患者**
 - 口腔機能低下症の患者→口腔機能低下症と診断されている患者のうち、**低舌圧の患者(舌圧検査を算定した患者)**
- 摂食機能障害、**発音・構音障害**のあるもの
- 歯科口腔リハビリテーション料1の見直し

➢ 歯科口腔リハビリテーション料1の「2. 舌接触補助床の場合」と「3. その他の場合」について、治療開始から3月を超えた場合の歯科口腔リハビリテーション料1と摂食機能療法の算定制限を見直す。併せて、摂食機能療法についても算定要件を見直す。

現行	改定後
【歯科口腔リハビリテーション料1】 【算定要件】 注4. 2及び3について、摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合において、当該摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。	【歯科口腔リハビリテーション料1】 【算定要件】 注4. 2及び3について、摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合においては、当該摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション料1を合わせて月6回に限り算定する。
【摂食機能療法】 【算定要件】 注4. 治療開始日から起算して3月を超えた場合に、歯科口腔リハビリテーション料1(2及び3に限る。)を算定した月、摂食機能療法は算定できない。	【摂食機能療法】 【算定要件】 注4. 治療開始日から起算して3月を超えた場合において、摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション料1(2及び3に限る。)を合わせて月6回に限り算定する。



31

32

摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション

33

(新) 歯科口腔リハビリテーション料3(1口腔につき)

口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合 50点

■対象: **小児口腔機能管理料**、**歯科疾患在宅療養管理料**を算定する患者

口腔機能の低下を来している患者の場合 50点

■対象: 口腔機能管理料、**歯科疾患在宅療養管理料**を算定する患者

※どちらも**月2回**算定可、摂食機能療法と**同日の算定不可**、歯科口腔リハビリテーション料1・2と**同日算定可**

34

摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション料1「舌摂食補助床の場合」と「その他の場合」の算定回数
の見直し

■摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合に、摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション料1を**合わせて月6回算定出来る**ようになりました。

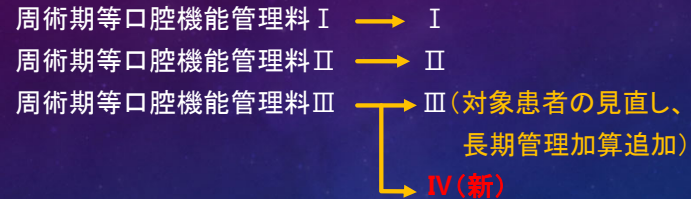
※この場合の歯科口腔リハビリテーションは、「**舌摂食補助装置の場合**」と「**その他の場合**」に限ります。

35

周術期医療

36

周術期等口腔機能管理料Ⅰ～Ⅳ(周Ⅰ～Ⅳ)



37

周術期等口腔機能管理料Ⅰ、Ⅱ(周Ⅰ、Ⅱ)

■周術期等口腔機能管理料Ⅰ

手術前(1回)	280点
手術後(3カ月以内計3回)	190点

■周術期等口腔機能管理料Ⅱ

手術前(1回)	500点
手術後(3カ月以内月2回)	300点

38

周術期等口腔機能管理料Ⅲ、Ⅳ(周Ⅲ、Ⅳ)

■周術期等口腔機能管理料Ⅲ(200点)

- 対象:**入院中以外の患者**で放射線治療、化学療法(予定も含む)、集中治療室での治療、緩和ケアを実施する患者
- 6月を超えたら長期管理加算(+50点加算)**

■(新)周術期等口腔機能管理料Ⅳ(200点)

- 対象:**入院中の患者**で放射線治療等を実施する患者
- 6月を超えたら長期管理加算(+50点加算)**
- 周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した月から**3月以内は月2回、それ以降は月1回算定**

39

周術期等口腔機能管理料Ⅲ、Ⅳ(周Ⅲ、Ⅳ)

同月に算定できないもの(周Ⅲ)

同月に算定できないもの(周Ⅳ)

歯科疾患管理料
 歯科治療時医療管理料
 小児口腔機能管理料
 歯科疾患在宅療養管理料
 口腔機能管理料
 在宅患者歯科治療時医療管理料
 回復期等口腔機能管理料
 歯科矯正管理料
 歯科特定疾患療養管理料

同じ

がん治療連携指導料

40

周術期等専門的口腔衛生処置の見直し

- 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)(Ⅱ)を算定した患者に術前1回、術後1回算定
- 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)(Ⅳ)を算定した患者に月2回算定
- 終末期悪性腫瘍の場合は**、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)(Ⅳ)を算定した月に**月4回**算定



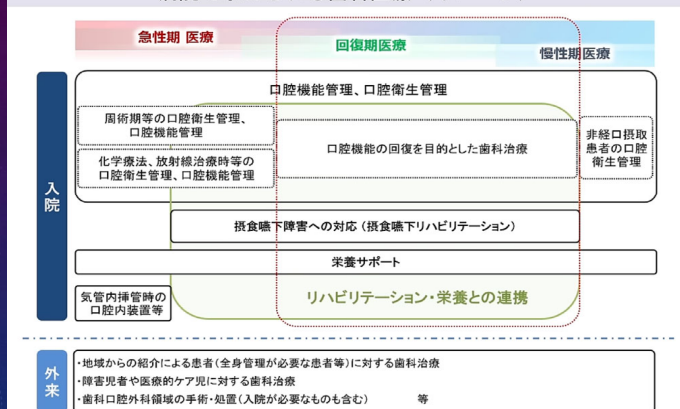
回復期医療

41

42

回復期医療

病院で求められる歯科医療（イメージ）



43

(新)回復期等口腔機能管理計画策定料 300点【回計】

- 療養病棟入院基本料
- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者を対象
- 一連の治療を通じて**1回**に限り算定



44

(新)回復期等口腔機能管理料 200点【回管】

- 対象:療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料を算定する患者
- 回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回算定

同月に算定できないもの

歯科疾患管理料	歯科治療時医療管理料
小児口腔機能管理料	がん治療連携指導料
口腔機能管理料	歯科特定疾患療養管理料
周術期等口腔機能管理料(Ⅰ～Ⅲ)	在宅患者歯科治療時医療管理料
歯科疾患在宅療養管理料	歯科矯正管理料

45

(新)回復期等専門的口腔衛生処置 100点

- 対象:回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者
- 回復期等口腔機能管理料を算定した月において、月2回に限り算定

〈同月に算定出来ないもの〉

周術期等専門的口腔衛生処置
在宅等療養患者専門的口腔衛生処置
機械的歯面清掃処置
非経口摂取患者口腔粘膜処置
バイオフィルム除去処置

46

在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料

47

(新)在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 100点 【NST1～3】

- (新)在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1 100点
→病院・栄養サポートチーム等の構成員
- (新)在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2 100点
→介護保険施設等で食事観察等に参加
- (新)在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3 100点
→障害児入所施設等で食事観察等に参加

※参加した日から2カ月以内に口腔機能に関わる指導を行った場合に月1回算定 出来る。

〈削除〉

栄養サポートチーム等連携加算1・2、小児栄養サポートチーム等連携加算

48

在宅歯科医療連携加算 小児在宅歯科医療連携加算

49

(新)在宅歯科医療連携加算 100点【在歯連1、2】

■(新)在宅歯科医療連携加算1 100点

- 他の保険医療機関を退院した患者
- 歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供や患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合1回に限り算定

■(新)在宅歯科医療連携加算2 100点

(歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料)

- 他の保険医療機関を退院した患者、介護保険施設等に入所している患者、訪問介護等の利用者
- 医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供や当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合、1回に限り算定

※1、2ともに継続的な歯科疾患の管理が必要な患者

50

(新)小児在宅歯科医療連携加算 100点【小在歯連1、2】

■(新)小児在宅歯科医療連携加算1 100点

- 対象: 他の保険医療機関を退院した患者
- 歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供や患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合に1回に限り算定

■(新)小児在宅歯科医療連携加算2 100点

- 対象: 他の保険医療機関を退院した患者、障害児入所施設等に入所している患者
- 医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供や患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合に1回に限り算定

※1、2ともに継続的な歯科疾患の管理が必要な患者

51

歯科外来・在宅ベースアップ評価料

52

(新) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(1日につき)

- 外来、在宅医療を実施している医療機関(歯科)で、賃金の改善を実施している場合に算定
- 対象: 勤務する **歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者**
- ※これらの対象職種の給料を基準まで上げた場合、**40歳未満の勤務歯科医師、事務職員等**の賃金改善を実績に含めることができます。

初診時 10点 再診時等 2点
 【歯科訪問診療時】
 同一建物居住者以外の場合 41点
 同一建物居住者の場合 10点

53

(新) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)

- 外来、在宅医療を実施していて、**入院医療を実施していない**医療機関
- 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)だけでは賃金増率が**1.2%に達しない**無床診療所
- **常勤換算2名以上**勤務(地域によってはこの限りでは無い)
- 主に**保険診療**を行う医療機関(総収入の80/100を超えること)

初診または歯科訪問診療を行った場合 8~64点(8段階)
再診時等 1~8点(8段階)

54



ご清聴ありがとうございました

55

小児の心身の特徴について

エナメル質初期う蝕管理 根面う蝕管理

令和6年6月16日
8029・健康寿命延伸委員会
中村 美香



1

小児の心身の特徴について

口腔機能発達不全症



2

口腔機能発達不全症とは

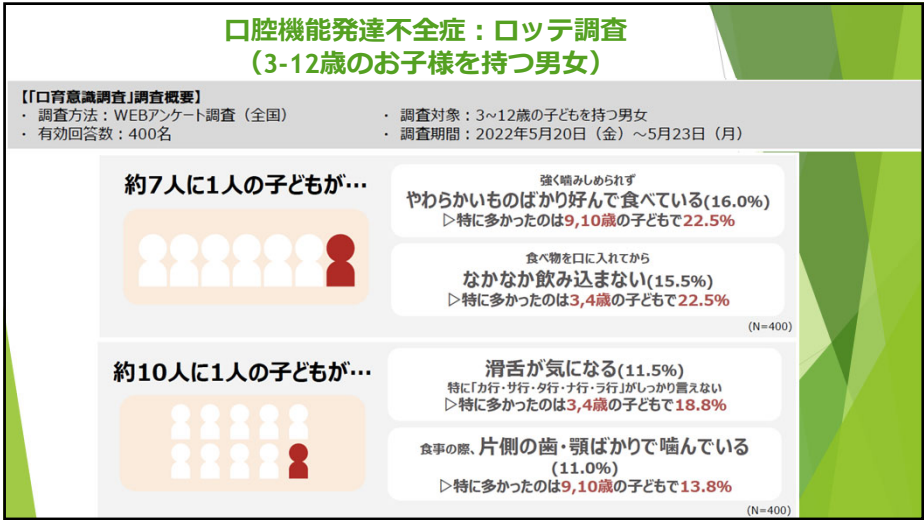
- ▶ 「食べる機能」「話す機能」「その他の機能」が十分に発達していないか、正常に機能獲得が出来ておらず、明らかな摂食機能障害の原因疾患がなく、口腔機能の定型発達において個人因子、あるいは環境因子に専門的な関与が必要な状態になるという疾患。
- ▶ 2018年（平成30年）に追加された疾患名であり、比較的最近作られた病名である。

3

口腔機能発達不全症の特徴

- ▶ 疾患名:口腔機能発達不全症
- ▶ 咀嚼や嚥下がうまく出来ない、構音の異常、口呼吸などが認められる。患者には自覚症状があまりない場合が多い。

4



5

別紙1 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了前）

No.	氏名	生年月日	年	月	日	年齢	歳	月
A	機能	目	C	項目	D	該当項目	指導・管理の必要性	
食べる	嚥下機能	嚥下	C-1	先天性嚥下がある		☐	☐	
		C-2	口唇、歯槽の形態に異常がある(唇裂形など)		☐			
		C-3	舌小帯に異常がある		☐			
		C-4	乳首をしっかり口にくむことができない		☐			
		C-5	授乳時間が長すぎる、短すぎる		☐			
		C-6	哺乳量・授乳回数が多すぎたり少なすぎたりムラがあるなど		☐			
		C-7	舌の突出(乳児期下の嚥下)がみられる(離乳完了後)		☐			
		C-8	嚥下時に異常な音(音の異常、舌の異常、舌の異常など)		☐			
		C-9	嚥下時に異常な音(音の異常、舌の異常、舌の異常など)		☐			
		C-10	嚥下時に異常な音(音の異常、舌の異常、舌の異常など)		☐			
話す	構音機能	構音	C-11	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐	☐	
		C-12	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-13	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-14	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-15	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-16	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-17	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-18	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-19	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-20	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
その他	栄養(体格)	現在	体重	身長	cm		☐	
		出生時	体重	身長	cm			
		カウプ指数						
		C-21	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-22	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-23	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-24	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-25	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-26	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-27	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			

※「上記以外の問題点」とは口腔機能発達不全症マニュアルのステージ別チェックリストの該当する項目がある場合に記入する。

(参考資料)

カウプ指数	判定
22以上	肥満
19～22未満	肥満傾向
15～19未満	正常範囲
13～15未満	やせぎみ
10～13未満	やせ

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

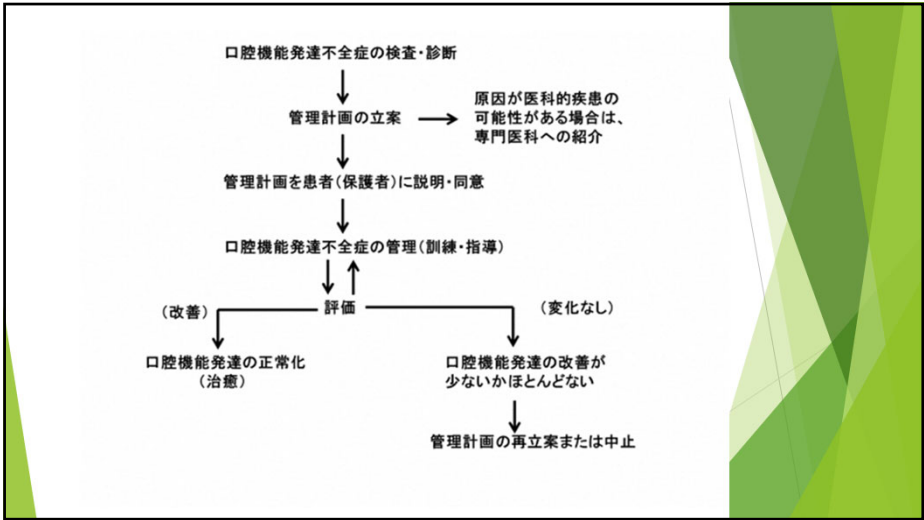
No.	氏名	生年月日	年	月	日	年齢	歳	月
A	機能	目	C	項目	D	該当項目	指導・管理の必要性	
食べる	嚥下機能	嚥下	C-1	歯の萌出に遅れがある		☐	☐	
		C-2	嚥下の音に異常がある(音の異常、舌の異常、舌の異常など)		☐			
		C-3	嚥下の音に異常がある(音の異常、舌の異常、舌の異常など)		☐			
		C-4	嚥下の音に異常がある(音の異常、舌の異常、舌の異常など)		☐			
		C-5	嚥下の音に異常がある(音の異常、舌の異常、舌の異常など)		☐			
		C-6	嚥下の音に異常がある(音の異常、舌の異常、舌の異常など)		☐			
		C-7	嚥下の音に異常がある(音の異常、舌の異常、舌の異常など)		☐			
		C-8	嚥下の音に異常がある(音の異常、舌の異常、舌の異常など)		☐			
		C-9	嚥下の音に異常がある(音の異常、舌の異常、舌の異常など)		☐			
		C-10	嚥下の音に異常がある(音の異常、舌の異常、舌の異常など)		☐			
話す	構音機能	構音	C-11	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐	☐	
		C-12	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-13	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-14	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-15	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-16	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-17	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-18	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-19	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-20	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
その他	栄養(体格)	現在	体重	身長	cm		☐	
		出生時	体重	身長	cm			
		カウプ指数						
		C-21	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-22	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-23	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-24	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-25	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-26	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			
		C-27	口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)		☐			

※「上記以外の問題点」とは口腔機能発達不全症マニュアルのステージ別チェックリストの該当する項目がある場合に記入する。

(参考資料)

カウプ指数	判定
22以上	肥満
19～22未満	肥満傾向
15～19未満	正常範囲
13～15未満	やせぎみ
10～13未満	やせ

6



7

	咀嚼能力検査1 (口腔機能低下症、疑い)	咬合圧検査1 (口腔機能低下症、疑い)	舌圧検査 (口腔機能低下症、疑い、口腔機能発達不全症、疑い)	小児口唇閉鎖力検査 (口腔機能発達不全症、疑い)	口腔細菌定量検査1 (口腔バイオフィルム感染症)	口腔細菌定量検査2 (口腔機能低下症、疑い)
所定点数	140点	130点	140点	100点	130点	65点
施設基準	あり グルコース分析装置	あり 歯科用咬合力計	なし	なし	あり 口腔内細菌定量分析装置	
算定要件等	・口腔機能の低下を来している患者に3月に1回算定 ・咀嚼能力検査(咬合圧検査)を算定してから3月以内は咬合圧検査(咀嚼能力検査)は算定出来ない		・継続的な口腔機能の管理を行っている患者に3月に1回算定		在宅療養を行っている患者、入院中の患者、歯科診療特別対応加算のイ、ロ、ニ、ホの状態の患者、月2回算定可(1月以内に2回目の検査は所定点数の50/100)	

8

- ▶ 詳しくは歯科医学会「口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方」を参照願います。
- ▶ <https://www.jads.jp/assets/pdf/basic/r06/document-240402-2.pdf>



9

小児のう蝕について

10

小児のう蝕の特徴

- ▶ 永久歯に比べて短期間で歯髄に波及する
- ▶ 容易にう蝕が発生しやすい
- ▶ う蝕の発見が難しい
- ▶ 急性う蝕が多い
- ▶ 輪状う蝕が多い

11

小児のう蝕の為害作用

〈局所的為害作用〉

- ▶ 咀嚼障害
- ▶ 歯列不正と咬合異常の誘発
- ▶ 乳歯根尖病巣による後継歯への影響

〈全身的為害作用〉

- ▶ 病巣感染の原因
- ▶ 偏食・食欲不振の助長
- ▶ 発音障害
- ▶ 心理的影響

12

口腔の発育

13

0～1歳

- ▶ 乳歯の萌出は生後6～8か月ごろから。
- ▶ 下顎乳切歯から開始
- ▶ 1歳ごろには上下4前歯がそろふ。
- ▶ 出生時や生後1か月以内に萌出する先天歯による哺乳障害で、Riga-Fede病を認めることがある。
- ▶ 生後2～3か月ごろに歯肉に白球状の上皮真珠が見られるが特に問題はなく数週間で自然消失する

14

1～2歳

- ▶ 1歳3か月頃から第一乳臼歯が萌出し、2歳過ぎに第2乳臼歯が萌出すると乳歯列が完成となる。
- ▶ X線写真などから先天欠如や無歯顎が疑われる場合は専門医に受診を勧める。
- ▶ 上唇小帯や舌小帯付着異常はこの時期治療することは少なく、保護者への不安を与えない。
→吸てつ訓練などの哺乳指導を行いながら経過をみる
- ▶ 咀嚼機能が獲得される時期
→コップから水が飲める、手づかみ食べができる等咀嚼や嚥下を確認

15

3～5歳

- ▶ 生活習慣の自立や運動機能の発達、精神の発達が顕著に。
- ▶ 自分の意思もはっきりしてきて、甘味飲食物の摂取が増えるため間食指導や保護者の仕上げ磨きを強化し、う蝕予防に努める。

16

小児特有の全身的な疾患

17

小児特有の全身的な疾患

- ▶ 無汗型外胚葉異形成症
- ▶ 骨形成不全症
- ▶ 鎖骨頭蓋骨異形成症
- ▶ 先天性表皮水疱症
- ▶ Down症候群
- ▶ 手足口病
- ▶ 水痘
- ▶ 麻疹
- ▶ 風疹
- ▶ 流行性耳下腺炎
- ▶ ウイルス性肝炎
- ▶ 後天性免疫不全症候群
- ▶ 貧血
- ▶ 血友病
- ▶ 白血病
- ▶ 血小板減少性紫斑病
- ▶ 糖尿病
- ▶ ネフローゼ症候群

18

エナメル質初期う蝕管理 根面う蝕管理

19

エナメル質初期う蝕に関する 基本的な考え方

- ▶ 脱灰と再石灰化を繰り返す均衡が崩れ、脱灰に傾いた状態のエナメル質の初期のう蝕病変を言う。
- ▶ フッ化物を適切に応用することにより、再石灰化作用を促進され、脱灰したエナメル質初期う蝕は進行を停止し、再石灰化して回復する。



日本歯科保存学会より

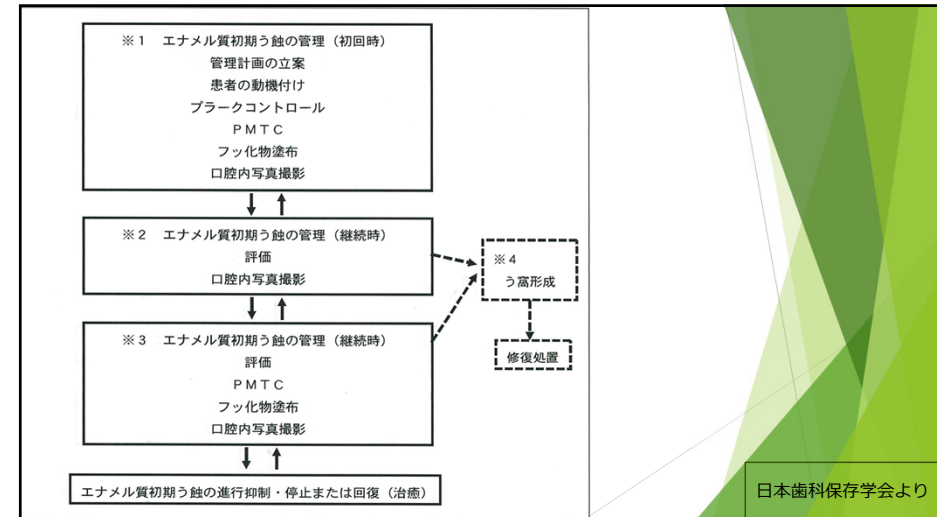
20

エナメル質初期う蝕の特徴

- ▶ 疾患名 エナメル質初期う蝕
- ▶ 病態 エナメル質表面に局限した、う窩を形成しない脱灰病変（※エナメル質形成不全症は除く）
- ▶ 症状 視診にて、エナメル質表面に粗造感がある白斑が認められる。患者に疼痛等の自覚症状はない

日本歯科保存学会より

21



日本歯科保存学会より

22

図2 エナメル質初期う蝕の診断と管理の基本的な流れ

【注】

- ※1 エナメル質初期う蝕と診断された場合、初回時には、管理計画の立案、患者の動機付け等を行う。また、エナメル質初期う蝕に対する、PMT C、フッ化物塗布、口腔内写真撮影を行う。また、必要に応じて口内法エックス線画像検査を行う。
- ※2 概ね半月～1月に1度の継続時には、原則としてエナメル質初期う蝕の評価、口腔内写真撮影を行う。
- ※3 概ね3月に1度の継続時には、エナメル質初期う蝕の評価を行い、PMT C、フッ化物塗布、口腔内写真撮影を行う。
- ※4 う窩を形成した場合には、速やかに修復処置に移行する。

日本歯科保存学会より

23

初期根面う蝕の管理に関する基本的な考え方

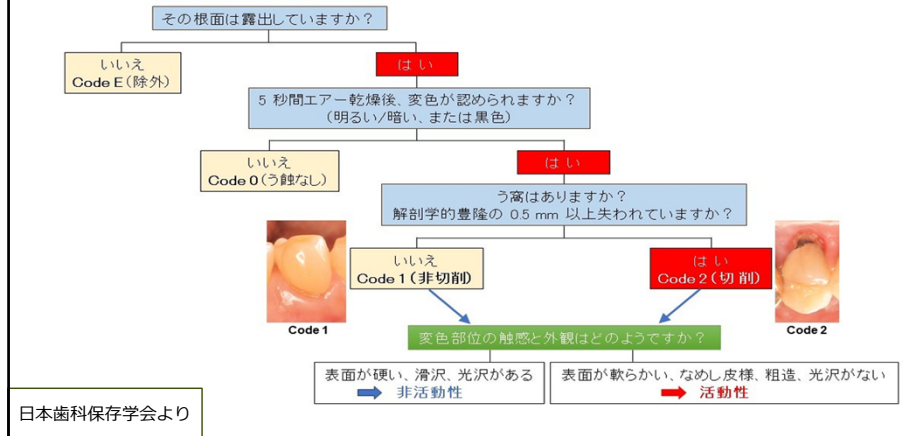
- ▶ 根面う蝕は、加齢や歯周病に伴い露出した歯根面に生じる。
- ▶ 歯根面の耐酸性は、エナメル質と比較して低いため罹患しやすい、また、う蝕病変の辺縁や深度も不明瞭な病態を示す。
- ▶ 非切削での長期管理を行うことで、う蝕の重症化を予防し、高齢者の口腔保健をまもることが可能となる。



日本歯科保存学会より

24

根面う蝕の診断基準



25

管理計画立案

- ▶ 初期の根面う蝕の管理にあたっては、個人のう蝕リスクに応じた管理計画を策定する。
- ▶ う蝕リスクは、生活状況・飲食習慣、口腔衛生習慣の聴き取りや、下記に示す根面う蝕のリスク因子などから総合的に判定する。
 - ▶ 根面う蝕の既往
 - ▶ 歯肉退縮
 - ▶ 部分床義歯の使用
 - ▶ プラークの蓄積
 - ▶ 唾液分泌量の減少（薬剤の服用、頭頸部放射線治療の有無など：医科との対診）

日本歯科保存学会より

26

患者への指導（ホームケア）

- ▶ 歯磨き指導（1日2回）、歯間隣接面に対する歯間ブラシ、デンタルフロスの指導
- ▶ フッ化物配合歯磨剤（1,450 ppm F）の推奨
- ▶ フッ化物配合洗口剤の併用

日本歯科保存学会より

27

プロフェッショナルケア フッ化物歯面塗布

- ▶ フッ化ナトリウム (9,000 ppm F) :
液状、ゼリー状、泡状
- ▶ 38%フッ化ジアンミン銀製剤 (55,000 ppm F) :
液状

* フッ化物塗布の際には、機械的歯面清掃、歯石除去を行ったうえで、露出根面を乾燥させた状態で行う。

* フッ化物塗布の間隔は概ね3月ごとに行うが、患者のう蝕リスクレベルに応じて設定する。

日本歯科保存学会より

28

患者状態による管理とフッ化物塗布						
	病名	管理料		フッ化物 歯面塗布処置料	口管強 加算	年齢
う蝕多発傾向者	C管理中	歯管等に含まれる	—	110点	—	16歳 未満
初期の根面 う蝕に罹患 している患者	根C	根面う蝕管理料 (根C管)	30点	80点	48点	・歯科訪問診療料 を算定した患者 ・65歳以上 (外来の場合)
エナメル初期 う蝕に罹患 している患者	Ce	エナメル質 初期う蝕管理料 (Ce管)	30点	100点	48点	—
・著しく歯科治療が困難な患者の場合、フッ化物歯面塗布処置料に50/100を加算する。 ・歯科衛生士単独での訪問の際は算定できない。						

29



ご清聴ありがとうございました

30

基本知識 編

ねらい：認知症に関する基本的な知識を理解する

到達目標：

- 認知症の主な原因疾患及びその症状や経過を理解する
- 認知症の診断基準及びアセスメントのポイントを理解する
- 歯科医師にとって必要な診断・アセスメント・治療薬の知識について理解する

1

認知症の概念

〔基本知識1〕

認知症とは

『一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態』

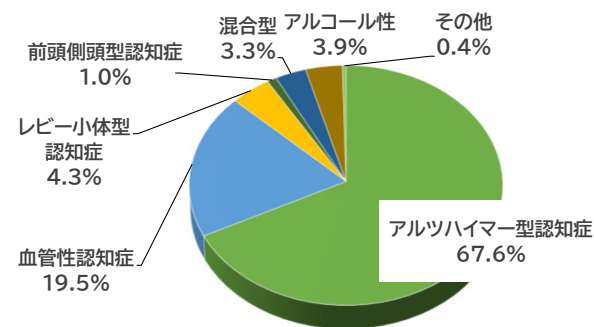
※ 認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患（うつ病や統合失調症など）では説明されない。

※ 各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期に記憶が保たれている場合もあることに配慮すべきとしている。

2

認知症の原因疾患

〔基本知識2〕

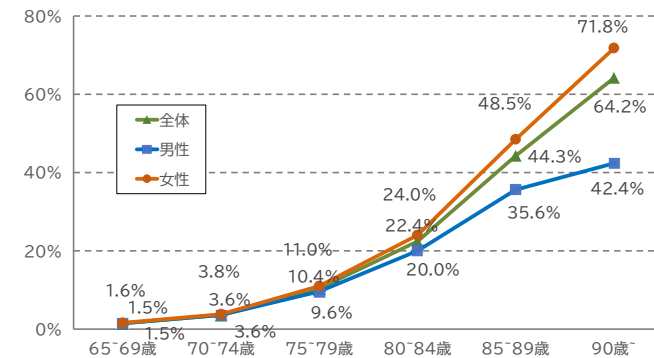


「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」（平成25年5月報告）を引用

3

年齢階級別の認知症の有病率

〔基本知識3〕



※平成24年時点の推計は厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「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」平成24年度総合研究報告書による。平成30年時点の推計は日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究（研究代表者二宮教授）において開始時に悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町のデータ解析の当初の結果である。

4

認知症の診断（ICD-11）

〔基本知識4〕

- A** 認知領域（記憶、実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知）のうち2つ以上が以前のレベルから低下しているという特徴を持つ後天的な脳症候群である。
- B** 認知機能の低下は正常加齢によるものではなく、日常生活活動の自立を有意に妨げる。
- C** 利用可能な根拠に基づき、認知機能障害は脳に影響する神経学的あるいは医学的な状況、外傷、栄養欠乏、特定の物質や薬剤の慢性的使用、重金属やその他の毒物によるものと考えられる。

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

5

認知機能の障害

〔基本知識5〕

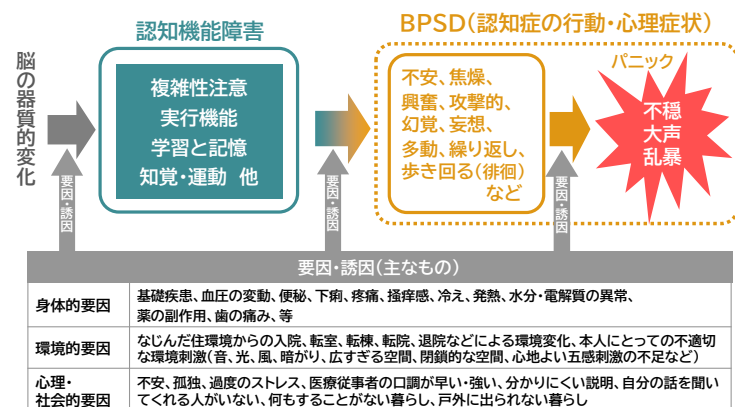
記憶	以前に言ったことを忘れて同じことを何度も言う、物を置いた場所を忘れて捜しまわる等
実行機能	自発的に、計画的に、効果的に、合目的に行為を遂行することが困難、個々の認知機能を使いこなすことが難しい等
注意	注意が持続できない、必要な刺激だけに注意を向けられない、複数の事柄に注意を振り分けられず、同時進行が困難等
言語	呼称の障害、流暢性の障害、理解の障害、復唱の障害等
社会的認知及び判断	他者の思考や感情を類推できない、同情や共感の喪失等
精神運動速度	情報処理速度の低下、思考や作業に時間がかかる
視覚認知又は視空間認知	知っている人の顔や物を見ても分からない、片側の視野が見えにくい、図形の模写が困難、道に迷う等

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

6

認知症の症状と要因・誘因

〔基本知識6〕



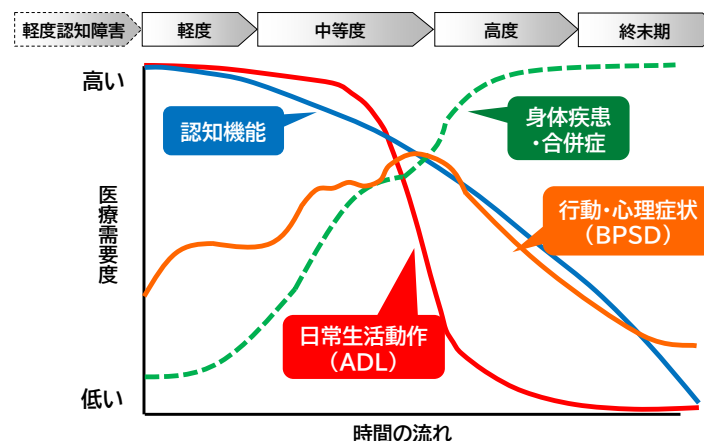
永田久美子「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」正木治恵 監修「改訂版老年看護学」日本放送出版協会

7

変性疾患の場合の認知症の経過

〔基本知識7〕

認知症の進行とともに医療需要度は変化する



8

アルツハイマー型認知症の診断

〔基本知識8〕

- A. 典型的には最初に**記憶障害**が**潜行性**に出現する
- B. ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに**他の認知領域(実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)の障害**を伴ってくる
- C. しばしば疾患の初期の段階で**抑うつ気分**や**アパシー**のような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で**精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣**を来す可能性がある
- D. 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する

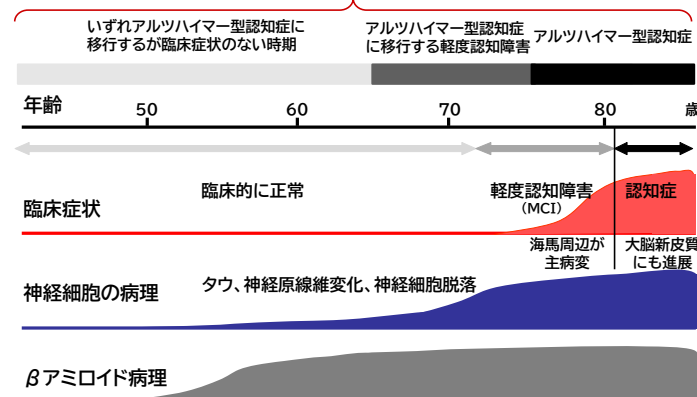
ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

9

アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

〔基本知識9〕

臨床症状が出現する前からアルツハイマー病変化は潜在的に進行している
これらのすべての時期がアルツハイマー病



10

アルツハイマー型認知症の早期発見のポイント

〔基本知識10〕

【初期に多い症状】

- **記憶障害**が目立つことが多い。
(同じことを何度も尋ねる、約束事を忘れる、同じものを買うなど)
- **遂行機能障害**を周囲に気づかれる。
(仕事でミスが増えた、料理が順序良くできなくなったなど)
- **日付や場所の見当識障害**が目立つこともある。
(受診日に通院しない、外出先で迷うなど)
- **精神症状**が先行する、もしくは伴うことも多い。
(意欲や関心が低下する、何事にも自分で取り組まなくなったなど)

【特徴的な所見】

- 麻痺などの神経学的所見はない。
- **取り繕いや振り返り症候**がある。
- **病識がない**もしくは**乏しい**。

11

血管性認知症の診断

〔基本知識11〕

- A. 認知機能障害の発症が**1回以上の脳血管障害のイベント**と時間的に関連している
- B. 認知機能障害は典型的には**情報処理速度、複雑性注意、前頭葉性実行機能**において最も顕著である
- C. 病歴、身体診察、神経画像検査から認知機能障害を十分に説明できる**脳血管障害が存在する証拠**がある

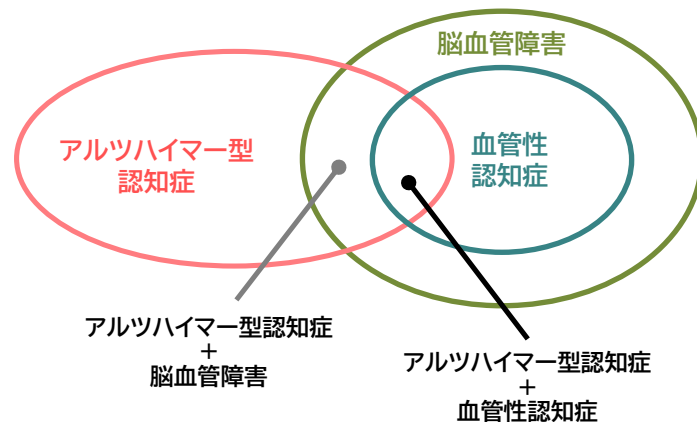
※ 虚血性又は出血性の脳血管疾患により脳実質が損傷されることに起因する

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

12

脳血管障害と認知症の関係

【基本知識12】



13

血管性認知症の早期発見のポイント

【基本知識13】

【初期に多い症状】

- 記憶障害よりも**遂行機能障害**が目立つ。
(記憶力はある程度保っているが、携帯電話が使えなくなった、料理が順序良くできなくなったなど)
- 動作の**緩慢さ**、**意欲や自発性の低下**、**抑うつ**、**傾眠**などが脳血管障害のエピソード後に持続する。

【特徴的な所見】

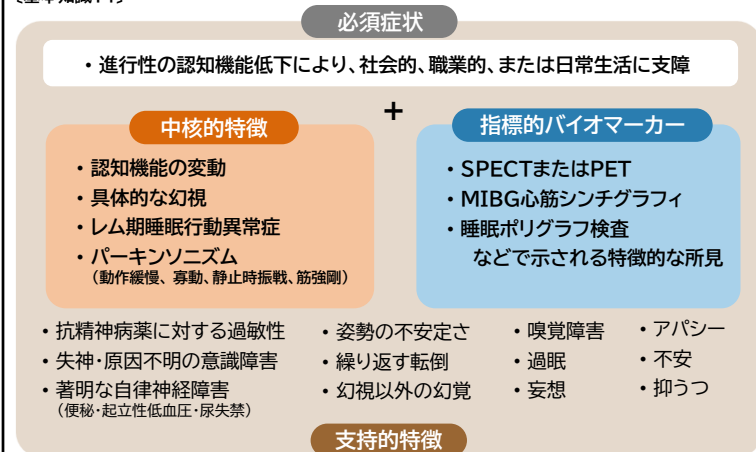
- 脳血管障害に伴う**局所症状**(麻痺、嚥下障害など)を認める。
- 脳血管障害を起こすたびに**階段状**に悪化している。
- **斑な認知機能障害**、**歩行障害**や**構音障害**など。

※ 多発性ラクナ梗塞やビンスワンガー病といった深部白質の虚血性病変(小血管病)では、脳卒中との関連がはっきりせず緩徐に進行することがある。

14

レビー小体型認知症(DLB)の臨床症状

【基本知識14】



認知症疾患診療ガイドライン 医学書院, 2017年, McKeith, I.G et al.: Neurology, 89: 88-100, 2017より作図

15

レビー小体型認知症の早期発見のポイント

【基本知識15】

【初期に多い症状】

- 物の忘れに対する**自覚がある**
(動揺性があり注意障害を伴う点でもアルツハイマー病と異なる)
- 人物や小動物、虫など**幻視や錯視**
(鮮明で生々しい幻視にもかかわらず本人は困惑していない)
- **レム睡眠行動障害**
(大声の寝言、眠っているときの激しい体の動き)
- 動作**緩慢**や**歩行障害**に伴う**易転倒性**
- **便秘**や**起立性低血圧**などの**自律神経症状**
- 嗅覚の障害、**抑うつ**、**不安**、**妄想**など

【特徴的な所見】

- 症状の**日内変動**がある。
- 質問や支持動作への**反応が緩徐**である。
- 取り繕いや振り返り症候がない。

16

前頭側頭葉変性症(FTLD)の概念

〔基本知識16〕

- 1) 定義： 主として初老期に発症し、大脳の前頭葉や側頭葉を中心に神経変性を来とし、人格変化や行動障害、失語症、認知機能障害、運動障害などが緩徐に進行する
- 2) 分類： 前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration: FTLD)
 - 行動障害型前頭側頭型認知症 (behavioral variant frontotemporal dementia: bvFTD)
 - 言語障害型前頭側頭型認知症
 - 意味性認知症 (semantic dementia: SD)
 - 進行性非流暢性失語症 (progressive non-fluent aphasia: PNFA)
- 3) 特徴：
 - ・ 頻度は、ADの10分の1以下で性差はない。
 - ・ 高齢で発症する例も存在するが、70歳以上で発症する例は稀である。家族歴を有することがある。
 - ・ bvFTDとSDは指定難病(平成27年から)

公益財団法人難病医学研究財団 / 難病情報センター

17

前頭側頭葉変性症の早期発見のポイント

〔基本知識17〕

初期には記憶障害は目立たず、神経学的所見は特に認めない

分類	初期に多い症状	特徴的な所見
行動障害型 前頭側頭型認知症	・ 脱抑制的行動 ・ 常同行為 (時刻表的生活・反復行為) ・ 食行動異常 (過食・嗜好変化・口唇傾向) ・ 無関心・共感の欠如	・ 病識の欠如 ・ 「我が道を行く行動」 ・ 診察中の立ち去り行為 ・ 社会のルールが守れない
意味性認知症	・ 言葉の意味が分からない (「利き手」「季節」など) ・ 物や人の名前が出てこない	・ 会話が迂遠になる ・ 質問の意味が理解できない
進行性非流暢性失語症	・ 発話自体がゆっくりで努力性になる	・ 発話の開始が困難となる (会話中のどもりや途切れ)

18

画像診断の意義と重要性

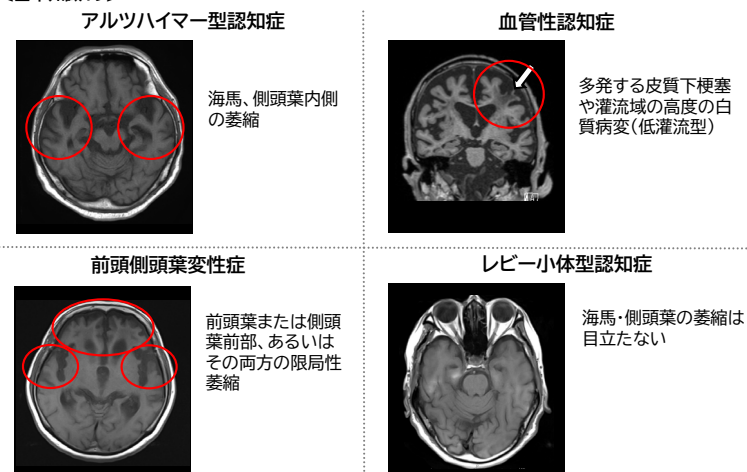
〔基本知識18〕

- 『高齢者でもの忘れがあるから認知症である』と容易に診断せずに、診断には必ず器質性の脳病変の有無を検出する必要がある。
- 疾患によっては、確定診断には、脳波検査や他の画像検査(SPECTやPET、ダットスキャン®、MIBG心筋シンチなどの核医学検査を含む)、神経心理学的検査、血液検査、髄液検査 などが必要となる。
- 自院で頭部CT検査や脳MRI検査などが施行できない場合には、施行が可能な施設への依頼や認知症サポート医や専門医との連携を検討する。

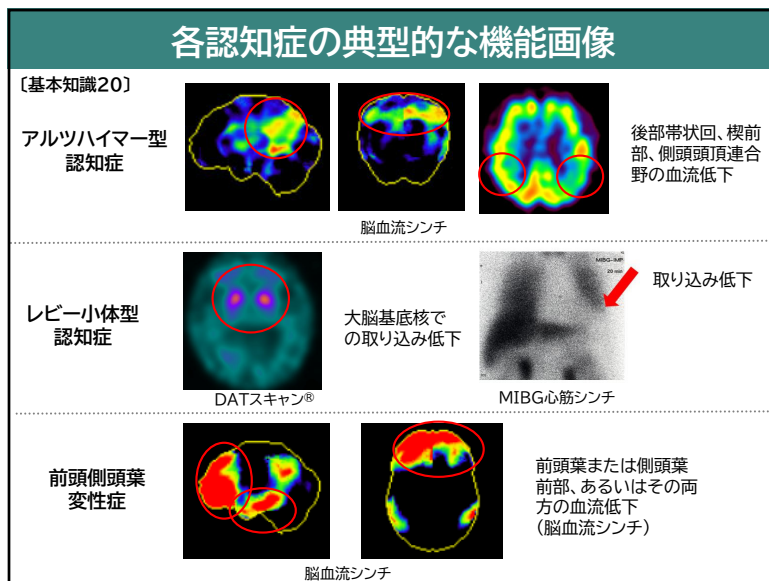
19

各認知症の典型的なMRI画像

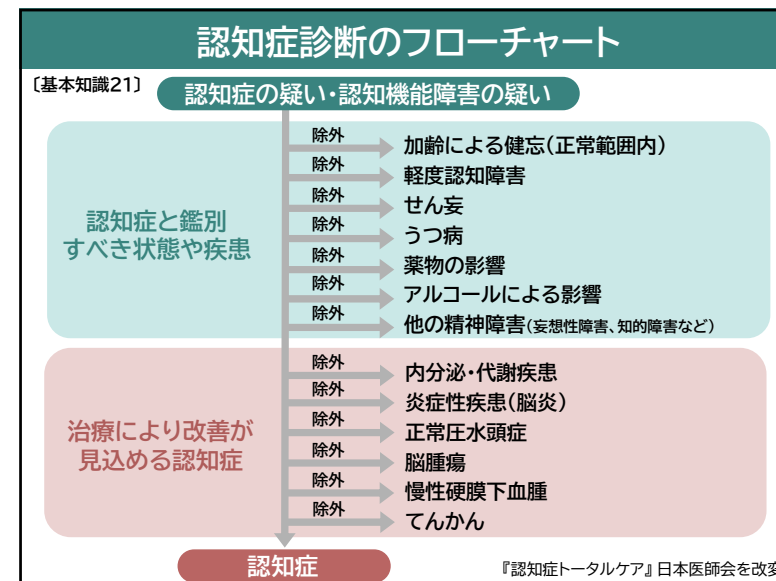
〔基本知識19〕



20



21



22

加齢に伴う生理的健忘の特徴

【基本知識22】

生理的健忘と病的健忘の鑑別点の要点

	生理的健忘	病的健忘 (アルツハイマー型認知症)
もの忘れの内容	一般的知識など	自分の経験した出来事
もの忘れの範囲	体験の一部	体験した全部
進行	進行・悪化しない	進行していく
日常生活	支障なし	支障あり
自覚	あり	なし
学習能力	維持されている	新しいことが覚えられない
日時の見当識	保たれている	障害されている
感情・意欲	保たれている	易怒性、意欲低下

23

軽度認知障害 (MCI : Mild Cognitive Impairment)

【基本知識23】

定義・分類

- 正常と認知症の中間の状態。記憶障害を主体とする**健忘型MCI**とその他の障害による**非健忘型MCI**に分類される

健忘型MCIの特徴

- ① 記憶障害の訴えが本人または家族から認められる
- ② 日常生活動作は正常
- ③ 全般的認知機能は正常
- ④ 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
- ⑤ 認知症ではない

(Petersen RC et al. Arch Neurol 2001)

特徴

- 軽度認知障害から認知症へのコンバージョンは専門医による追跡では9.6%/年、地域研究では4.9%/年。一方で正常なレベルに回復する人もいる。

(Mitchell AJ, Acta Psychiatr Scand. 2009)
(Shimada H et al. J Am Med Dir Assoc. 2017)

24

若年性認知症

〔基本知識24〕

- 認知症は高齢者の病気だと思われがちだが、実際は若い世代でも発症することもある。
- 65歳未満の人が発症する認知症を総じて「若年性認知症」と言う。
- 働き盛り世代や子育て世代の人に発症するため本人だけでなく、家族の生活への影響が大きい。
- 若年性認知症について正しく理解し、早期の気づきと対応、及び適切な支援に繋げることが重要である。

25

若年性認知症の症状の特徴

〔基本知識25〕

若年性認知症の注意すべき症状の特徴は以下の通り

- 初期のサインが見逃されやすい
- 症状の個人差が大きい
- 抑うつ状態に陥りやすく、不安感が強い
- 介護やケアを受けることへの抵抗感が強い
- 進行が早い傾向がある
- 認知機能の低下と身体機能の低下が並行しない
- 社会的役割や達成感を希求している



※ 確定診断を受けた時には、既に症状が進行していることが少なくない

26

せん妄の特徴

〔基本知識26〕

定義

- 身体的な要因や薬剤の要因によって急性に出現する意識・注意・知覚の障害であり、症状には変動性がある。

特徴

- 診察する時期によって状態が大きく変化する。
- 高齢者の有病率が高いにもかかわらず、医療従事者でもせん妄の症状が認識されないことも多い。
- 精神疾患や認知症患者では見逃されることが多い。
- 過小評価され、対応が遅れ症状が遷延する傾向がある。

留意点

- 原則可逆性であり、診断と鑑別、治療が重要である。
- 安全な治療・療養環境の確保、適切な検査、精神症状に隠れた身体疾患の鑑別、全身の診察を怠らない。

27

せん妄とアルツハイマー型認知症の違い

〔基本知識27〕

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発 症	急激(数時間～数日)	潜在性(数か月～数年)
経過の特徴	動揺性、短時間	慢性進行、長時間
初期症状	注意集中困難、意識障害	記憶障害
注意力	障害される	通常正常である
覚醒水準	動揺する	正常
誘因	多い	少ない
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与しない

28

うつ病の特徴

〔基本知識28〕

特徴

- 高齢者では、加齢や心理社会的要因、身体的要因が重なるため頻度も高いが、**診断されずに見過ごされる**ことが多い。
- **認知症発症のリスク**であり、**認知症に併存**することもある。

診断

- 以下の症状のうち5つ以上が2週間持続(少なくとも1つは、1)または2))
 - 1) 抑うつ気分
 - 2) 興味、喜びの著しい減退
 - 3) 体重減少、食欲の減退
 - 4) 不眠
 - 5) 精神運動性の焦燥/制止
 - 6) 易疲労性/気力の減退
 - 7) 思考力や集中力の減退/決断困難
 - 8) 無価値観/罪責感
 - 9) 死についての反復思考、自殺念慮

DSM:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

留意点

- 高齢者では、**悲観的思考、精神運動激越、心気症、身体症状、精神病症状、うつ病性仮性認知症**などが特徴である。
- **自殺の可能性や社会的孤立、身体疾患の影響**などへの配慮が重要。

29

うつ病とアルツハイマー型認知症の違い

〔基本知識29〕

	うつ病(仮性認知症)	アルツハイマー型認知症
発症	急性(週か月単位)	緩徐で潜在性
経過と特徴	比較的短期、動揺性	長期、進行性
自覚症状	存在する、強調する(能力の低下を慨嘆する)	欠如することが多い(能力の低下を隠す)
身体症状	摂食障害、睡眠障害	ないことが多い
答え方	否定的答え(わからない)	つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
見当識障害	軽い割にADL障害強い	ADLの障害と一致
記憶障害	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶に差がない	ADLの障害と一致 最近の記憶が主体
日内変動	あり	乏しい

30

薬剤による認知機能の低下

〔基本知識30〕

特徴

- 認知機能低下に服用している薬剤が影響している可能性があり、**肝・腎機能障害、多剤併用の高齢者、認知症や神経変性疾患**などで出現しやすい。

症状

- **潜在性もしくは亜急性に発症する。**
- 服用により**経時的に認知機能障害が変化**する。
- **注意力の低下が目立つ。(せん妄に類似した症状)**
- **薬剤の中止により認知機能障害は改善する。**

留意点と対応

- **服薬状況や健康食品の使用状況を含め必ず聴取が必要である。**
- **初診時だけでなく、定期的に聴取を行う。**
- **他院での薬剤の変更を把握する。**
- **原因薬剤および症状について情報共有し、処方医と相談する。**

31

アルコール関連障害(精神・神経の疾患)

〔基本知識31〕

特徴

- **アルコール依存症**など**長期の多量飲酒**が、**中枢神経の機能や構造変化**をもたらし、**精神症状や神経症状**を呈する。

症状

ウェルニッケ脳症

- **ビタミンB1欠乏**により、**意識障害・眼球運動障害・失調性歩行障害**などが、**と急速(1日~数日)に出現**する。

※ ビタミン剤投与により可逆的であるが、見過ごされるとコルサコフ症候群に移行する。

コルサコフ症候群

- **健忘(前向性・逆行性)・失見当識・作話を認め、回復は困難。**

アルコール性認知症(アルコール関連認知症)

- **長期の多量飲酒**が、**間接的な血管リスク**や**脳の萎縮**など**リスク**となり**認知症症状**を呈する。

※ アルコール以外に認知症の原因がない場合、アルコール性認知症とされる。

32

記憶障害のアセスメント

〔基本知識32〕

● 最近の記憶

- ・ 食事の内容
- ・ 受診の交通手段、目的
- ・ 家族との外出
- ・ 気になったニュースや出来事 など

● 昔の記憶

- ・ 生年月日
- ・ 出生地
- ・ 学校時代の話
- ・ 過去の仕事や社会的な役割 など

※ 内容によっては、予め介護者から問診票などで情報を得てから、本人と面接する。可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する。

33

見当識障害のアセスメント

〔基本知識33〕

- 今日の年月日、曜日
- 今の時間、午前・午後
- 今の季節
- 自宅の住所
- 今いる場所の認識（病院名や建物の名前）
- 家族の認識（同伴者の続柄や名前）

※ 通常は質問式であり、質問内容や状況によっては、診察の会話の中でさりげなく確認することを考慮する。

※ 施行が可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する。

34

判断・実行機能障害のアセスメント

〔基本知識34〕

● 家族からの情報

- ・ 気候にあった服を着ているか
- ・ 適切に着替えや入浴をしているか
- ・ 料理の味付けや段取りはどうか
- ・ いつも同じ料理ばかりではないか
- ・ 買い物は適切に行えているか
- ・ 貴重品や金銭管理は行えているか など

● 本人への質問

- ・ 日常生活で以前と比べて困ることはないか
- ・ 火事に出会ったらどうするか
- ・ 道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか など

35

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

〔基本知識35〕

No.	質問内容	配点	記入
1.	お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0 1	
2.	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ (年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
3.	私たちが今いるところはどこですか？ 自発的に出れば2点、5秒おいて、家ですか？病院ですか？ 施設ですか？の中から正しい選択をすれば1点	0 1 2	
4.	これから言う3つの言葉を覚えてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 (以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく) 1: a)桜 b)猫 c)電車 2: a)梅 b)犬 c)自動車	0 1 0 1 0 1	
5.	100から7を順番に引いてください。 (100-7は？それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正回の場合、打ち切る)	(93) (86)	0 1 0 1
6.	私がこれから言う数字を逆から覚えてください。 (6-8-2、3-5-2-9)(3桁連唱に失敗したら打ち切る)	2-8-6 9-2-5-3	0 1 0 1
7.	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度覚えてください。 (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与えて正解であれば1点) a)植物 b)動物 c)乗り物	a: 0 1 2 b: 0 1 2 c: 0 1 2	
8.	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか覚えてください。 (時計、鍵、タバコ、ペン、鉛筆など必ず相互に無関係なもの)	0 1 2 3 4 5	
9.	知っている野菜の名前をできるだけ多く覚えてください。 答えた野菜の名前を右側に記入する。 途中で詰まり、約10秒待っても出ない場合にはそこで打ち切る。 5個までは0点、6個=1点、7個=2点、8個=3点、9個=4点、10個=5点		0 1 2 3 4 5

認知症トータルケア 日本医師会雑誌 第147巻・特別号 (2)

36

アルツハイマー型認知症 認知症治療薬の薬理学的な差異

〔基本知識36〕

薬剤	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ビベリジン系	アルカロイド系	カルバメート系	アマンタジン誘導体
作用機序	ChE阻害	ChE阻害 + ニコチン性アセチルコリン受容体(nAChR)へのアロステリック増強作用	ChE阻害 + ブチリルコリンエステラーゼ(BuChE)阻害作用	NMDA受容体阻害
用量(/日)	5-10mg	16-24mg	4.5-18mg	10-20mg
用法(/日)	1回	2回	1回	1回
生体内利用率	100%	100%	~70%	100%
蛋白結合率	93%	17%	40%	45%
半減期(時間)	70-80	5-7	3.4	60-80
代謝	肝臓 (CYP3A4 > 2D6)	肝臓 (CYP2D6・3A4)	腎排泄	腎排泄
剤形の種類	錠剤、OD錠、細粒、ドライシロップ、ゼリー等	錠剤、OD錠、内用液	貼付剤	錠剤、OD錠、ドライシロップ

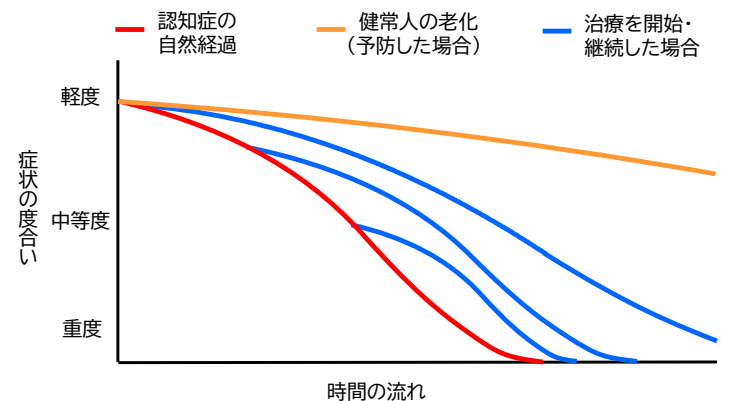
ChE: Cholinesterase, NMDA: N-methyl-D-aspartate
Noetzi M, and Eap CB. Clin Pharmacokinet. 2013 Apr;52(4):225-41. より引用

37

アルツハイマー型認知症 臨床症状の経過と薬物療法の効果

〔基本知識37〕

早期診断や早期治療と適切な薬物療法の継続が重要である



※ 進行の速度や薬物の効果には個人差がある。

38

認知症の非薬物的介入

〔基本知識38〕

認知症本人への介入

- 認知機能訓練、認知刺激、認知リハビリテーション
- 運動療法、マッサージ
- 音楽療法、作業療法、レクリエーション
- 回想法、支持的な精神療法、バリデーション療法

介護者への介入

- 心理教育、スキル訓練
- 介護者サポート、ケースマネジメント、レスパイトケア
- 介護者のセルフケア、認知行動療法

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

39

認知症の非薬物療法

〔基本知識39〕

認知機能訓練	記憶、注意、問題解決など認知機能の特定の領域に焦点をあて、個々の機能レベルに合わせた課題を行う。
認知刺激	認知機能や社会機能の全般的な強化を目的とした活動やディスカッションなどの様々な関与を指す。認知に焦点をあてて正しい見当識などの情報を繰り返し教示する。
認知リハビリテーション	個別のゴール設定を行い、目標に向けて戦略的に行う個人療法
運動療法	多種多様なプログラムが存在し、有酸素運動、筋力強化訓練、平衡感覚訓練などを組み合わせて行うことが多い。
音楽療法	多種多様なプログラムが存在し、音楽を聴く、歌う、楽器を演奏する、リズム運動を行うなどの方法がある。
回想法	人生の歴史に焦点をあて、聞き手が受容的、共感的、支持的に傾聴することを通じて心を支える。
認知行動療法	認知のゆがみを修正することでストレスの軽減を図る技法。

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

40

令和6年度 在宅歯科医療推進に関する研修会

8029・健康寿命延伸委員会 柳澤 武



1

■ 本日の内容

- 1 院内感染防止対策
- 2 偶発症に対する緊急時の対応
- 3 医療事故対策等の医療安全対策について
- 4 新興感染症における院内感染対策



2

■ 感染予防の三原則

感染の3因子



- 1 感染源（病原体）の除去
- 2 感染経路の遮断
- 3 感染性宿主の抵抗力増強



- ・標準予防策の適用
- ・ワクチン接種

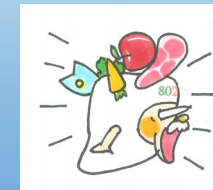


3

■ 院内感染防止対策

院内感染とは：

病院で接種された（植え付けられた）微生物によって
惹起される感染症を院内感染（病院感染）という



4

■ 院内感染防止対策

診療室で院内感染が生じる状況とは

1 歯科治療に伴って生じる交叉感染

- ・医療従事者の手指衛生の不十分
- ・消毒が不十分な器械、器具の使用
- ・切削時の血液
- ・唾液の飛沫
- ・汚染されたグローブでの環境への接触 など

どのようなことで院内感染が起こってしまうかをスタッフ全員で共有することが重要！

2 診療室での流行性疾患の蔓延



5

■ 院内感染が生じる状況の例



6

■ 標準予防策（スタンダードプリコーション）

感染症の有無にかかわらず、すべての患者の血液、汗を除く体液、分泌物、排泄物、創傷のある皮膚、粘膜などの湿性生体物質は、感染の可能性があるものとみなして対応しなければならない。

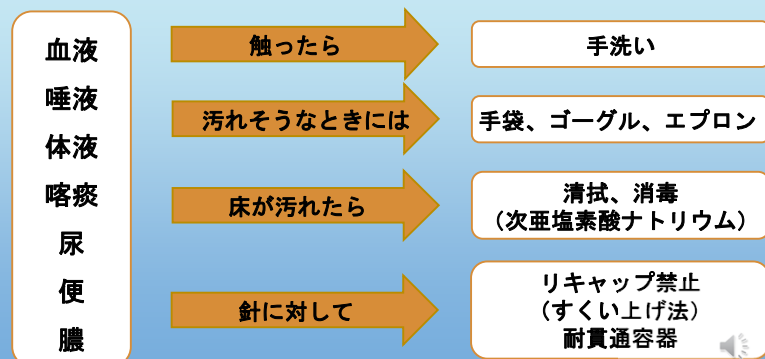
＜標準予防策の主な内容＞

- ・手指衛生
- ・个人防护用具の着用
- ・汚染器材の管理（洗浄・消毒・滅菌）
- ・鋭利器具の取り扱い
- ・感染性廃棄物の取り扱い
- ・血液媒介病原体対策（針刺し・切創）



7

■ 標準予防策としての歯科診療室での対応例

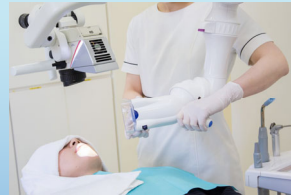


8

■ 歯科診療室での環境感染制御

- ・ 接触感染
- ・ 飛沫感染
- ・ 空気感染（飛沫感染）
- ・ 血液媒介感染

→ 歯科用ユニットなど周囲の表面
→ レーザー、エレクトロサージェリーの
飛沫、粉塵、術中に発生する煙
→ 床や壁などのハウスキーピング表面



9

■ チェアサイドの術者と患者対応

- ・ 手指の消毒
- ・ 歯科処置時の手袋使用
- ・ 歯科医療従事者のマスク、キャップ、医療用メガネ、
白衣（ガウン）など

※適切に使用しなければ効果がない！意味がない！！



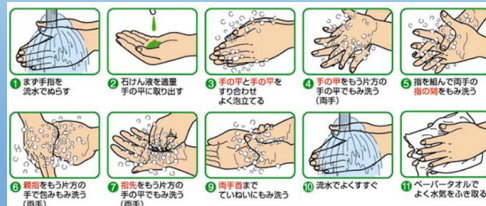
10

■ 標準感染予防策（手指衛生）

- ・ 日常手洗い
- ・ 衛生的手洗い
- ・ 手術時手洗い

手洗いの方法	残存ウイルス数 (残存率)*
手洗いなし	約1,000,000個
流水で15秒手洗い	約10,000個 (約1%)
ハンドソープで10秒または30秒もみ洗い後、流水 で15秒すすぎ	数百個 (約0.01%)
ハンドソープで60秒もみ洗い後、流水で15秒すすぎ	数十個 (約0.001%)
ハンドソープで10秒もみ洗い後、流水で15秒すすぎを2回繰り返す	約数個 (約0.0001%)

*手洗いなしと比較した場合



11

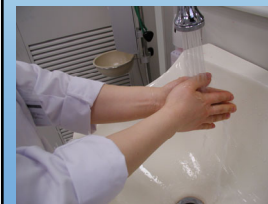
■ 標準感染予防策（手指衛生）



擦式アルコール手指消毒薬による手指消毒「ラビング法」

目に見える汚れがないとき（汚物や油、体液などで手が汚染されていない）ときに用いる

- ・ ほとんどの微生物を除去できる
- ・ 短時間（20～30秒）で効果がある
- ・ 手荒れしにくい



石鹸と流水による手洗い「スクラブ法」

目に見える汚れがあるときに用いる

- ・ アルコール耐性微生物が検出されたとき



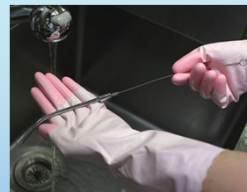
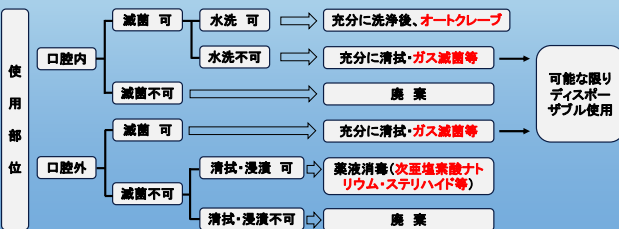
12

■ 一般歯科治療での器具・器材の取り扱い

・適切な「洗浄」「消毒」「滅菌」

・可能な限り Disposable 製品を使用

器材消毒方法指針



タンパク質を分解！

13

■ 医療器具の処理方法における分類

表1 スポルディング分類

リスク分類	対象	例	処理方法
クリティカル	口腔軟部組織、骨を貫通する器具	ハンドピース 抜歯鉗子 メス、リーマー、 ファイルバー、スケーラー など	滅菌 ハンドピース内は患者由来 物質で汚染されているので クリティカルの分類 (熱滅菌必要)
セミクリティカル	口腔内組織と接触	スリーウェイシリンジ バキュームチップ ミラー、印象用トレー、 レントゲンホルダーなど	高水準消毒
ノンクリティカル	医療機器表面 (高度接触部位)	歯科用ユニット周囲 ライトハンドル 歯科用エックス線装置など	中または低水準消毒 0.1% 次亜塩素酸による 清拭清掃
ノンクリティカル	ハウスキーピング	床、ドアノブ	定期清掃、汚染時清掃

引用元：日本歯科医学会監修
『エビデンスに基づく一般歯科診療における 院内感染対策
実践マニュアル 改訂版』永末書店刊 2015年2月



14

■ 消毒薬の選定

表3 消毒薬の抗菌スペクトラム

区分	消毒薬	芽胞細菌	結核菌	エンベロープあり ウイルス 肝炎ウイルスなど	エンベロープなし ウイルス ロタウイルスなど	糸状真菌	一般細菌
高水準 器械・器具のみ	グルタラル フタルアル 過酢酸	○	○	○	○	○	○
中水準 生体・環境	次亜塩素酸	○	○	○	○	○	○
	ボビドンヨード (生体のみ)	×	○	○	○	○	○
	エタノール イソプロパノール	×	○	△	×	○	○
低水準 生体・器械・器具	ベンザルコニウム塩 化物	×	×	×	×	○	○
	クロルヘキシジング ルコン酸塩	×	×	×	×	○	○
主に器械・器具	ベンゼトニウム塩化 物	×	×	×	×	○	○
	アルキノジアミノエ チルグリシン	×	○	×	×	○	○



・濃度が低下するため1〜3か月で使い切る



・エタノール耐性菌が増殖するので毎日交換

15

■ 医療廃棄物処理

■ 医療廃棄物は家庭用廃棄物とは分別され、歯科診療上では原則として感染性廃棄物（産業廃棄物と一般廃棄物）、産業廃棄物（非感染性）、一般廃棄物（非感染性）の3種類に分けられる

■ 医療廃棄物は適切な梱包と処理の方法にしたがって行う



16

■ 医療事故を起こさないために

ヒューマンエラーの防止策 ～人は誰でも間違える～

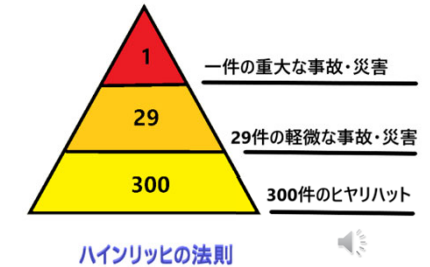
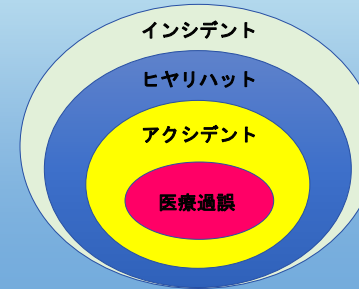
- ・ 復唱確認：自分の聞き間違いだけでなく、相手の言い間違いに気づくことができる
- ・ 指差し呼称：確認する物を指で指し示しながら、声を出して確認する
- ・ ダブルチェック：1人で確認するだけでなく、2人で協力して確認する



17

■ 医療事故を起こさないために

- ・ インシデントレポート(ヒヤリハット報告)
- ・ 個人を責めるのではなく組織の失敗と捉え、情報をすべてのスタッフが共有することで再発防止に役立てる



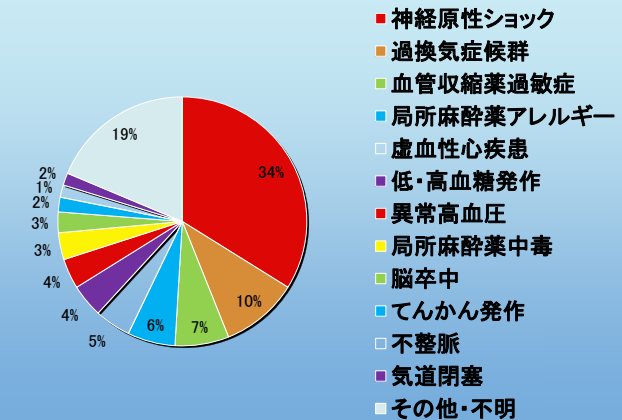
18

偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策について



19

■ 歯科治療時における全身偶発症の種類と発生頻度



20

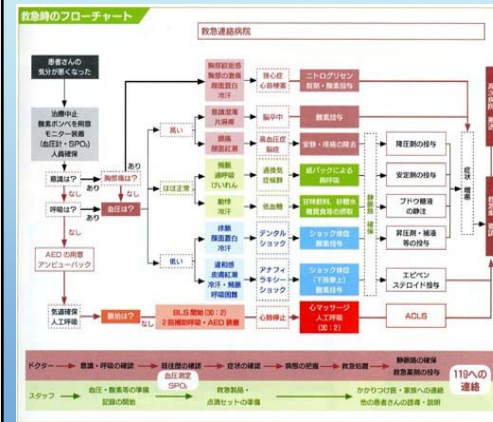
■ 偶発症発症時の一般的対応

1. 治療中断：口腔内にある器具、装置を除去
2. 酸素ボンベ用意、意識状態の確認、全身所見の観察
3. モニター装着（SP02モニター、血圧計）
 $SpO_2 < 90\% \Rightarrow$ 酸素療法開始



21

■ 救急時の対応



薬品		使用方法
ニトロールスプレー	1本	心臓発作 口腔内に1回噴霧（2回まで噴霧可）
カリゾリン注射液 (1A:10mg/2mL)	1本	不安、興奮、 てんかん、 痙攣発作 成人：0.3mLを筋肉注射（30kg以上） 小児：0.15mLを筋肉注射（15kg以上）
アトロピン注（15:0.05%/1mL）	1本	迷走神経性発作 (40回/分以下) 1mL筋肉注射または静脈注射
アドレナリン注 (15:0.1%/1mL)	1本	アナフィラキ シーショック 成人：0.3mLを筋肉注射（30kg以上） 小児：0.15mLを筋肉注射（15kg以上）
エホテール（1A：10mg/1mL）	1本	低血圧状態が続く場合 0.5mL筋肉注射または静脈注射
ニフェジピンカプセル 10mg	2 cap	高血圧状態が続く場合 1カプセル内服（内服後の舌下使用禁）
ラクチック 500mL	1袋	静脈確保時に使用



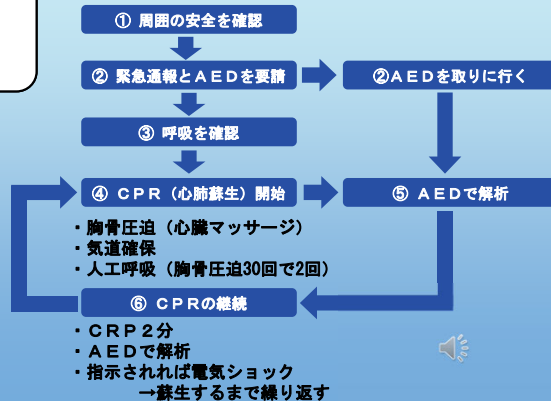
22

■ 救急時の対応

BLS: Basic Life Support
心肺停止または呼吸停止に
おける一次救命処置のこと

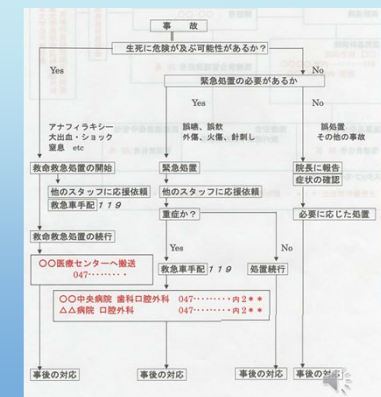
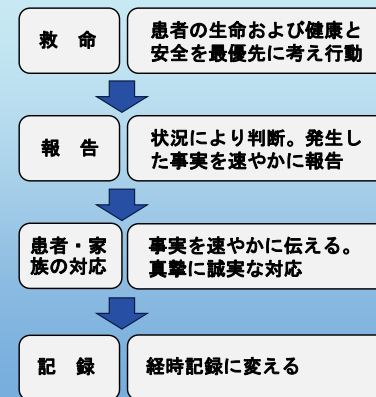


BLSアルゴリズム



23

■ 医療事故発生時の対応



24

■ 新興感染症

- ・この20～30年の間に新しく認知され、局地的あるいは、人・物（モノ）の移動による国際的な感染拡大が公衆衛生上の問題となるような感染症のことをいう

■ これまでの代表的な新興感染症

- ・ラッサ熱（1976年 ラッサウイルス）
- ・エボラ出血熱（1977年 エボラウイルス）
- ・AIDS（1983年 ヒト免疫不全ウイルス）
- ・重症急性呼吸器症候群（2003年 SARSウイルス）
- ・新型コロナウイルス感染症（2019年 SARSコロナウイルス2）など

- ・過去に流行した感染症で、再び流行する公衆衛生上の問題となる感染症のことを「再興感染症」という

■ 再興感染症

デング熱、結核、ジフテリア、コレラ など



29

■ 主な病原体の感染経路

主な感染経路には接触感染、飛沫感染、空気感染、血液媒介感染がある

■ 接触感染

- ・多剤耐性菌（MRSA、VRE、PRSPなど）
- ・腸管出血性大腸菌、赤痢菌、ロタウイルス、クロストリジウム・ディフィシルなど
- ・RSウイルス、パラインフルエンザウイルスなど
- ・単純ヘルペスウイルス、エボラウイルスなど

■ 飛沫感染

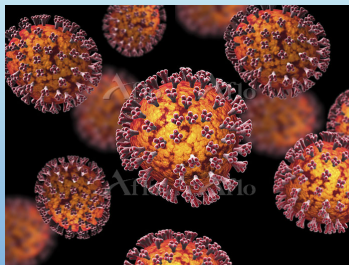
- ・インフルエンザ菌、髄膜炎菌、ジフテリア菌、百日咳菌、ペスト菌、溶連菌など
- ・マイコプラズマ
- ・アデノウイルス、インフルエンザウイルス、ムンプスウイルス、風疹ウイルスなど

■ 空気感染

- ・麻疹ウイルス、水痘・帯状疱疹ウイルス、結核菌

30

■ 新型コロナウイルス感染症



- ・国際正式名称「COVID-19」
- ・SARSコロナウィルス2がヒトに感染し、急性呼吸器疾患等を引き起こす感染症
- ・症状は発熱、咳、息切れ、味覚または嗅覚の異常、寒気や悪寒、頭痛、のどの痛み、筋肉の痛みなど
- ・2019年末に発生し、2020年3月11日にWHOがパンデミック（世界的流行）相当との認識を表明
- ・全世界でのべ6億人以上感染、650万人死亡（令和4年4月現在）

31

■ 新興感染症「COVID-19」への対策

- 1 感染経路への対応
 - ・スタンダード・プリコーション（標準予防策）
 - ・感染経路別予防策
 - ・エアロゾル感染対策
- 2 診療に関する留意事項
 - ・診療室内のエアロゾル対策
 - 吸引装置の適正使用
 - 切破器具の最低限の使用
 - ・ゴーグルまたはフェイスシールドの装着
 - ・患者の健康管理
 - ・治療前後の含嗽（口・喉のうがい）
 - ・アルコール（60%以上が有効）により不活化
- 3 診療環境に関する留意点
 - ・「密集」、「密接」、「密閉」の回避
 - ・「接触感染」予防への配慮
 - ・受付環境への配慮
 - ・来所者すべての手指消毒の徹底
- 4 職員に関する留意点
 - ・職員全員の体調管理
 - ・医局（スタッフルームなど）や診療所内での注意事項

参考：「新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針」第2版 令和3年11月 日本歯科医師会



32

■ 感染経路への対応

感染経路とは

- ・血液媒介感染
- ・接触感染（経口感染含む）
- ・飛沫感染
- ・空気感染

- ・標準予防策（スタンダードプリコーション）
- ・感染経路別予防策
- ・エアロゾル感染対策



窓が2方向にある場合

エアロゾル発生が多いエリアから扇風機、サーキュレータで排気し、反対側から外気を取り入れる。



換気扇がある場合

換気扇で排気し、反対側から外気を取り入れる。



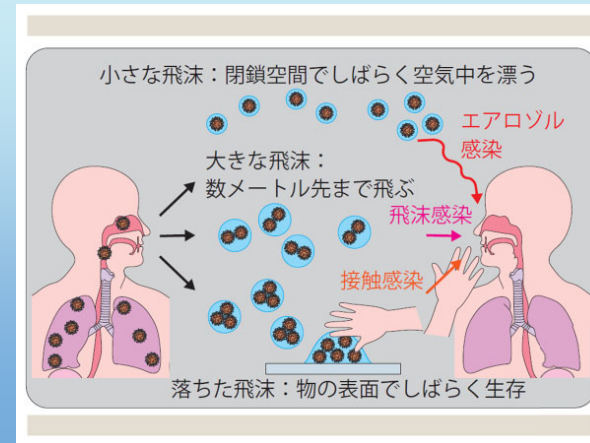
換気扇・窓がない場合

空気清浄機でエアロゾルを捕集。



33

■ 感染経路のイメージ



34

■ 診療に関する留意事項

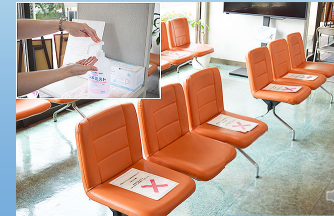
- ・診療室内のエアロゾル対策
 - 吸引装置の適正使用
 - 一切削器具の最低限使用
- ・ゴーグルまたはフェイスシールドの装着
- ・患者の健康管理
- ・治療前後の含嗽（口、喉のうがい）
- ・アルコール（70%以上が有効）により不活化



35

■ 診療環境に関する留意点

- ・「密集」、「密接」、「密閉」の回避
- ・「接触感染」予防への配慮
- ・受付環境への配慮
- ・来所者すべての手指消毒の徹底



36

■ 職員に関する留意点

- ・ 職員全員の体調管理
- ・ 医局（スタッフルームなど）
- ・ 診療所内での注意事項



37

■ ポストコロナ（ウィズ・コロナ）について

新型インフルエンザ等対策特別
措置法に基づく基本的対処方針

業種別ガイドライン

- ・ 「三つの密」の回避
- ・ 「人と人との距離の確保」
- ・ 「マスクの着用」
- ・ 「手洗い等の手指衛生」
- ・ 「換気」等

- ・ 入場時の検温：発熱者の把握
- ・ 入口での消毒液の設置：手指の消毒・除菌に効果
- ・ アクリル板、ビニールシート、パーティションの設置：飛沫を物理的に遮断、エアロゾルには換気が重要

廃止

廃止

令和5年5月 感染症法上の位置づけが2類相当から5類に移行

「法律に基づき行政が様々な要請・関与をしていく仕組み」から、「個人の選択を尊重し、国民の自主的な取組をベースとしたもの」に大きく変わった。

政府として一律に求めることはしない。対策の効果、費用対効果、を勘案し、事業者において実施の要否を判断する。特に感染対策が必要となる医療機関や高齢者施設等については、院内・施設内の感染対策に関して引き続き国から提示・周知していく

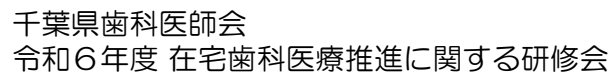
38

ご清聴ありがとうございました

千葉県歯科医師会 8029・健康寿命延伸委員会



39



東京歯科大学
オーラルメディシン・病院歯科学講座
松浦信幸

日本は、1994年に高齢化率14%突破
2007年に高齢化率21%突破



この図表は、日本の人口推移と将来予測を示しています。縦軸は人口（万人）と高齢化率（%）の両方を表しています。横軸は年（1950～2070）を示しています。

人口推移と将来予測（万人）

年	75歳以上	65～74歳	15～64歳	0～14歳	不詳	総人口
1950	4,811	3,012	12,315	5,017	309	23,979
1955	9,008	2,843	11,517	5,517	338	29,221
1960	9,300	2,553	11,210	5,017	338	28,411
1965	9,921	2,519	10,810	4,516	336	28,002
1970	10,467	2,722	9,810	4,016	336	27,351
1975	11,394	2,751	9,110	3,516	336	26,107
1980	12,105	2,603	8,251	3,016	336	24,311
1985	12,361	2,249	7,735	2,516	336	22,207
1990	12,557	2,001	6,827	2,016	336	20,737
1995	12,693	1,847	6,071	1,516	336	19,063
2000	12,777	1,752	5,599	1,016	336	18,480
2005	12,806	1,680	5,290	821	336	17,933
2010	12,709	1,595	5,099	748	336	17,487
2015	12,615	1,450	4,821	622	336	17,249
2020	12,499	1,363	4,310	582	336	17,159
2022	12,326	1,240	3,210	582	336	17,012
2025	12,012	1,169	3,210	582	336	16,664
2030	11,664	1,184	3,210	582	336	16,166
2035	11,284	1,169	3,210	582	336	15,664
2040	10,880	1,169	3,210	582	336	15,166
2045	10,469	1,169	3,210	582	336	14,669
2050	10,051	1,169	3,210	582	336	14,171
2055	9,645	1,169	3,210	582	336	13,673
2060	9,237	1,169	3,210	582	336	13,175
2065	8,830	1,169	3,210	582	336	12,677
2070	8,424	1,169	3,210	582	336	12,179

高齢化率（65歳以上の人口割合）

年	高齢化率（%）
1950	4.9
1955	5.3
1960	5.7
1965	6.3
1970	6.9
1975	7.9
1980	8.6
1985	9.1
1990	10.1
1995	12.1
2000	14.8
2005	18.1
2010	21.9
2015	25.9
2020	29.0
2022	29.0
2025	29.6
2030	30.8
2035	32.3
2040	34.8
2045	36.3
2050	37.6
2055	37.9
2060	38.4
2065	38.7
2070	38.7

注記：

- 2022年 29.0%（高齢化率）
- 2025年 29.6%（高齢化率）
- 2040年 34.8%（高齢化率）
- 65歳以上人口を15～64歳で支える割合（2022年）

Figure 1: Trends in life expectancy at birth and healthy life expectancy (without restrictions on daily life) from 2001 to 2019 for males and females.

Male Data:

Year	Average Life Expectancy (年)	Healthy Life Expectancy (年)
2001	78.07	69.40
2004	78.64	69.47
2007	79.19	70.33
2010	79.55	70.42
2013	80.21	71.19
2016	80.98	72.14
2019	81.41	72.68

Female Data:

Year	Average Life Expectancy (年)	Healthy Life Expectancy (年)
2001	84.93	72.65
2004	85.59	72.69
2007	85.99	73.36
2010	86.30	73.62
2013	86.61	74.21
2016	87.14	74.79
2019	87.45	75.38

Summary Diagram (Right):

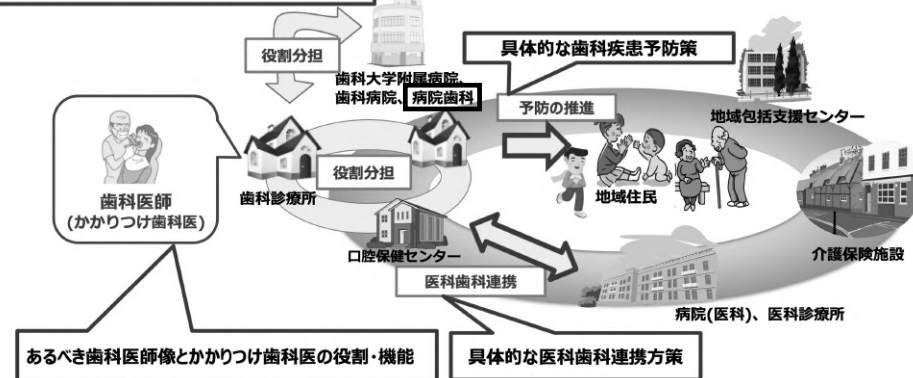
- Male (男性):** Average life expectancy is 81.41 years. Healthy life expectancy is 72.68 years. The gap is 8.73 years.
- Female (女性):** Average life expectancy is 87.45 years. Healthy life expectancy is 75.38 years. The gap is 12.06 years.

Legend:

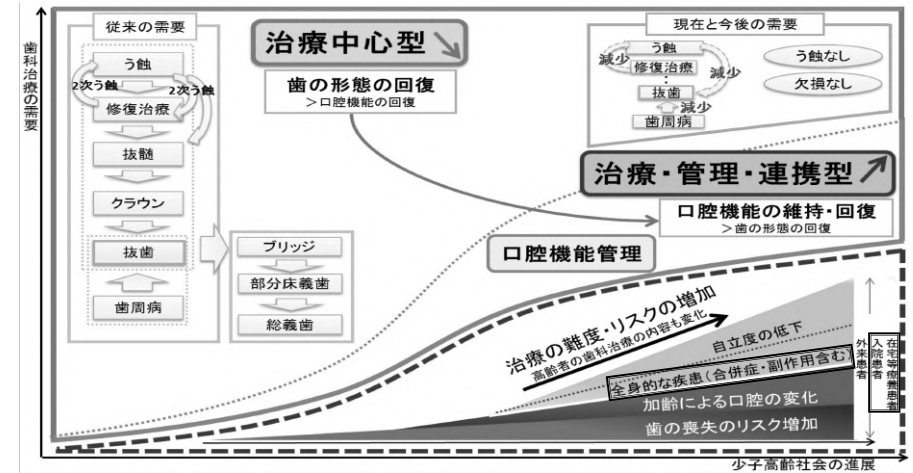
- 平均寿命 (Average Life Expectancy)
- 健康寿命(日常生活に制限のない期間の平均) (Average Healthy Life Expectancy without restrictions on daily life)
- ◄ 平均寿命と健康寿命の差(日常生活に制限のある「不健康な期間」) (Difference between average life expectancy and healthy life expectancy, representing the period of 'unhealthy' life with daily restrictions)

「歯科保健医療ビジョンの全体像」 歯科医師の資質向上に関する検討会（厚労省HP）

地域包括ケアシステムにおける歯科医療機関の役割



歯科治療の需要の将来予想 歯科医師の資質向上に関する検討会（厚労省HP）



高齢者の心身の特徴



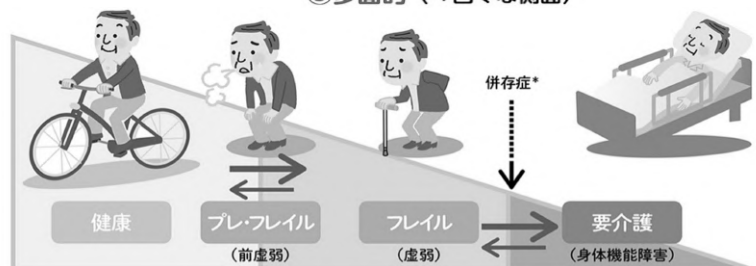
高齢者の身体的特徴

- 複数の基礎疾患の存在（循環器、呼吸器、代謝内分泌疾患など）
- 多剤服用している
- 疾患の慢性化
- 症状の非定型化、不顕性化
- 臓器機能の低下
- 脱水や低栄養になりやすい
- 生体防御能の低下（易感染性、予備力の低下）
- 認知機能障害



フレイル（虚弱）

- ①中間の時期（⇒健康と要介護の間）
- ②可逆性（⇒様々な機能を戻せる）
- ③多面的（⇒色々な側面）



生活習慣病予防

- 歩く・動く
- バランスの良い食事

【注意】
高齢期における減量に潜むリスク

介護予防

早期予防重視型

- 歩く・動く
- しっかり噛んでしっかり食べる
- 社会貢献、社会参加（閉じこもらない）

自立支援に向けたケア

多職種協働

- リハビリテーション
- しっかり口腔ケア
- しっかり栄養管理
- 少しでも外へ出る

虚弱期のケアシステムの確立

医療・介護や住まいも含めたトータルなケアシステム

- 地域包括ケア・在宅療養の推進
- 医療介護連携の総合的な提供
- 生活の質（QOL）を重視

（東京大学 高齢社会総合研究機構・飯島勝矢：作図改稿）

オーラルフレイル



オーラルフレイルのチェック項目

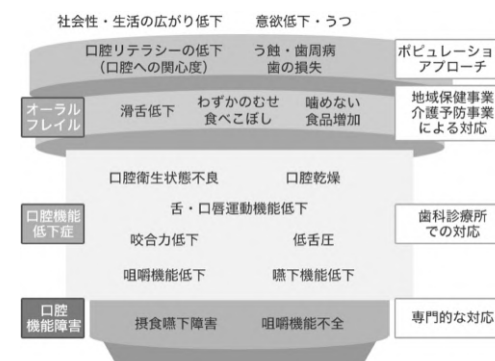
一般社団法人 日本老年医学会 THE JAPAN GERIATRICS SOCIETY
一般社団法人 日本老年歯科医学会 JAGS
一般社団法人 日本サルコペニア・フレイル学会 JAFS

オーラルフレイルに該当すると、そうでない人と比較して「4年後の要介護リスク」が2.4倍に！

項目	質問	選択肢	
		該当	非該当
残存歯数減少	自身の歯は、何本ありますか？ （さし歯や金属をかぶせた歯は、自分の歯として数えます。インプラントは自分の歯として数えません。）	0～19本	20本以上
咀嚼困難感	半年前と比べて固いものが食べにくくなりましたか？	はい	いいえ
嚥下困難感	お茶や汁物等でむせることがありますか？	はい	いいえ
口腔乾燥感	口の渇きが気になりますか？	はい	いいえ
滑舌低下 （舌口唇運動機能の低下）	普段の会話で、言葉をはっきりと発音できないことがありますか？	はい	いいえ

5つの項目のうち、2つ以上に該当する場合は「オーラルフレイル」とする

老化による口腔機能低下への対応



【口腔機能向上で期待できること】

- ・全身の運動機能の改善
- ・栄養状態の改善
- ・精神状況の改善
- ・全身疾患の回復促進

※歯科医療は患者の健康維持・増進の医療としての役割が大きい

※多職種連携が重要

高齢者の心理的特徴

【精神・心理的要因】

- 外見の変化
- 身体機能の低下
- 記憶力の低下
- 意欲、判断力の低下
- うつ、認知症、幻覚・妄想
- 死の意識

【社会的要因】

- 職場からの引退
- 近親者との死別
- 経済的自立の喪失
- 社会的孤立
- 引きこもり



- 高齢者の注意すべき合併疾患と在宅歯科医療における緊急時対応

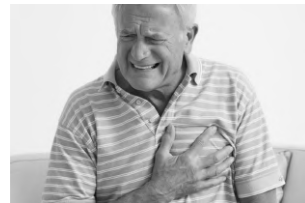


在宅（訪問）歯科医療の対象患者

在宅（訪問）歯科診療の対象患者は、在宅等で療養を行っており、何らかの疾病、傷病のために通院による歯科診療が困難な患者です。つまり、予備力が低い可能性があるため、注意が必要です。



心臓血管疾患



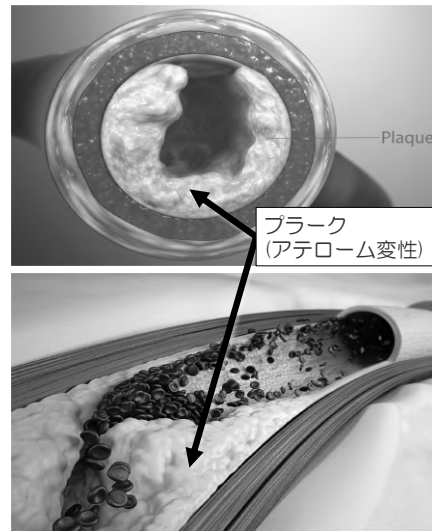
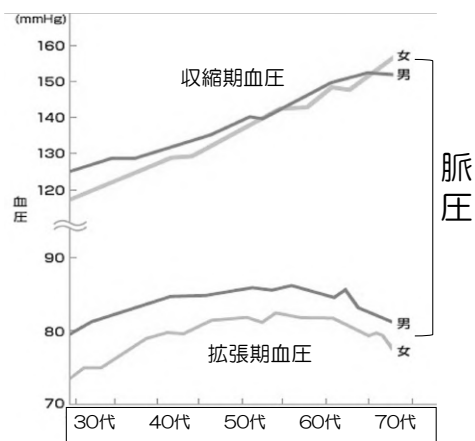
血圧の評価

高血圧治療ガイドライン2019

分類	診察室血圧(mmHg)			家庭血圧(mmHg)		
	収縮期血圧	拡張期血圧		収縮期血圧	拡張期血圧	
正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常高値血圧	120-129	かつ	<80	115-124	かつ	<75
高値血圧	130-139	かつ/または	80-89	125-134	かつ/または	75-84
I度高血圧	140-159	かつ/または	90-99	135-144	かつ/または	85-89
II度高血圧	160-179	かつ/または	100-109	145-159	かつ/または	90-99
III度高血圧	≥180	かつ/または	≥110	≥160	かつ/または	≥100
(孤立性)収縮期高血圧	≥140	かつ	<90	≥135	かつ	<85

- I度高血圧
：通常の歯科治療可能
- II度高血圧
：モニタリング下での歯科治療が望ましい。
局所麻酔の使用には慎重な対応
- III度高血圧
：投薬などの応急処置にとどめる
局所麻酔が必要な治療は控える
可能であれば歯科治療は控える

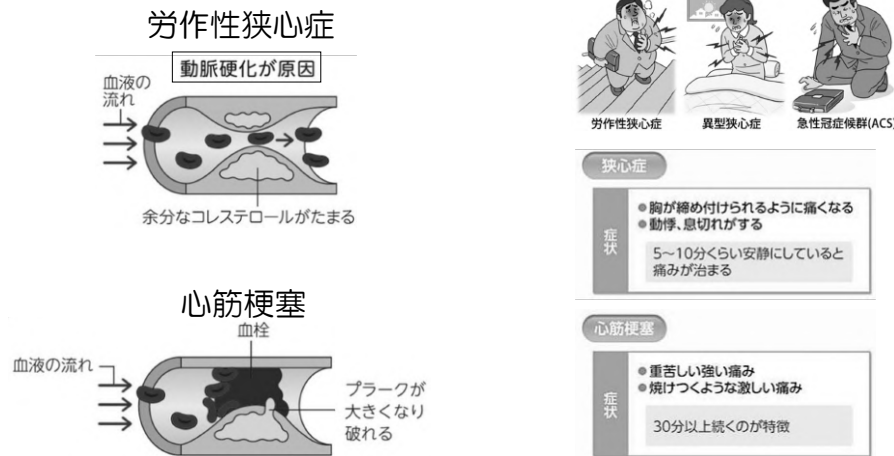
動脈硬化



高血圧症患者の歯科治療時の注意点

- 歯科治療時に血圧上昇のないようストレスの軽減を図る
- 内科的にコントロールされているかを確認
180/110mmHg (III度高血圧) 以上は応急処置、治療中止を考慮
- 内服薬の確認 (利尿薬、βブロッカー、ACE阻害薬、Ca拮抗薬)
血管収縮薬との相互作用に注意する
- 内科的にコントロールされていれば (I度またはII度高血圧)、
アドレナリンは約45μg (キシロカイン®、オーラ注®：2本)

虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）



虚血性心疾患患者の歯科治療時の注意点

- 血圧変動を避ける
- 頻脈を避ける
- 局所麻酔薬使用量（アドレナリンの量）を制限
- 抗血小板薬常用の可能性（観血処置に注意）



※胸痛発作時には

1. 安静位にし、酸素投与
2. 硝酸薬の投与
3. 症状の改善がなければ心筋梗塞を強く疑う（速やかに専門医へ）



代謝内分泌疾患（糖尿病）



糖尿病



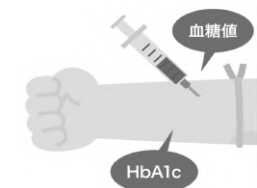
症 状：

多 尿、口 渇、多 飲、体重減少、易疲労など

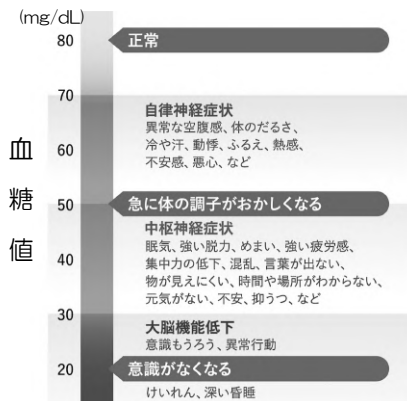
- 細小血管症：網膜症、腎 症、神経障害（3大合症状）
- 大血管症：脳血管障害、虚血性心疾患、閉塞性動脈硬化症
- その他：歯周病、糖尿病性足病変、皮膚病変

診 断：

- 空腹時血糖 $\geq 126\text{mg/dL}$
- +
- HbA1c $\geq 6.5\%$



低血糖時の症状と対応



日本糖尿病学会 編・著、糖尿病治療の手引き2017 改訂57版、南江堂、2017

【患者に意識がある場合】
： 糖類の経口摂取



【患者に意識がない場合】
： 50%ブドウ糖液20mLの静脈注射



糖尿病患者の歯科治療時の注意点



- 糖尿病のコントロール状態を把握
- 合併症の種類と重症度を確認、必要に応じて高次医療機関へ紹介
- 低血糖症状に注意（空腹時を避ける）
（歯科治療のために食事が不規則にならないように配慮）
- 観血的処置時には血糖コントロールの良否および易感染性に注意
糖尿病性腎症合併患者では抗菌薬について主治医に確認
- 創傷治癒不全、免疫低下に伴い重症菌性感染症に進展する可能性

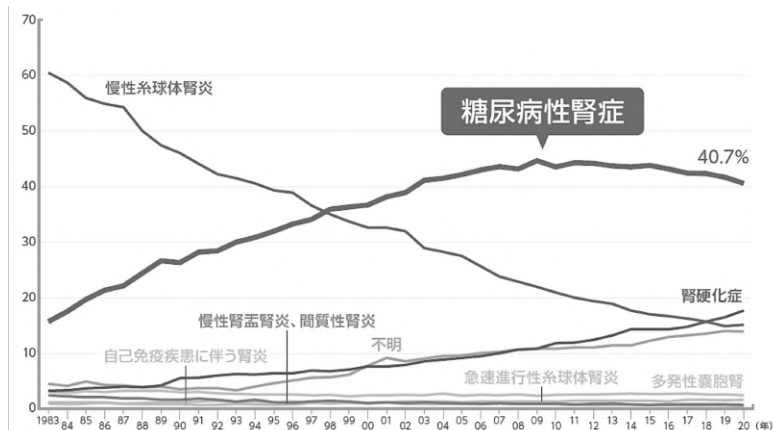
泌尿器疾患（慢性腎臓病）



慢性腎臓病（CKD）



人工透析導入患者の主な原因疾患の割合と推移



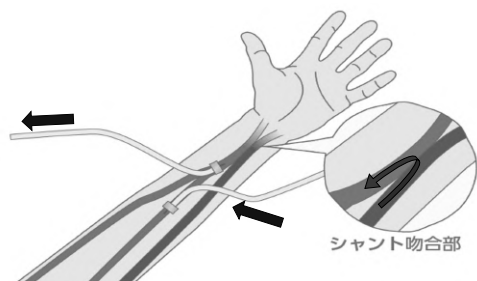
出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2020年12月31日現在）」

慢性腎臓病の合併症

高血圧、貧血、骨粗鬆症、出血傾向、易感染性、浮腫など



人工透析患者の内シャント（バスキュラーアクセス）



- 血圧計のマンシェットは絶対に巻かない
- 採血、投薬目的の注射はしない
- 強い力が加わらないように注意する



慢性腎臓病患者の歯科治療時の注意点

- 重症度の把握
必要があればかかりつけ医への対診や紹介
- 腎性貧血（エリスロポエチン産生低下）
- 出血傾向（血小板機能低下）
- 易感染性（抗体産生能、免疫機能低下）
- 骨粗鬆症（活性型VitD不足→腸でのCa吸収×）
- 人工透析患者では透析日の歯科治療を避ける（透析翌日○）
- 投薬（抗菌薬、鎮痛薬）は腎機能検査の結果を参考に決める
- シャント造設側に強い力を加えない

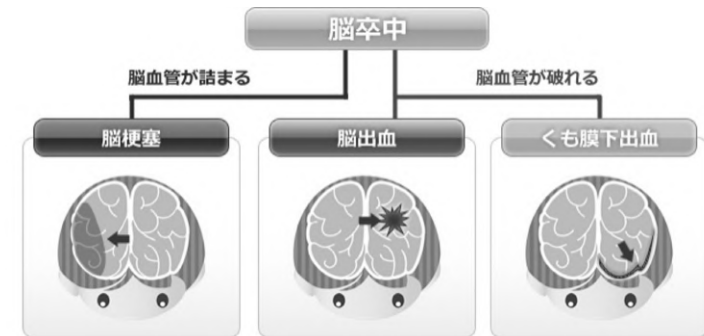


脳血管疾患（脳卒中）



脳血管障害：脳卒中

脳血管の閉塞や破綻などにより脳循環に支障をきたし、様々な神経症状を発現した状態の総称。



もしかして脳卒中？

F：顔面の麻痺
A：腕の麻痺
S：言葉の麻痺
T：発症時間

を確認する

脳卒中を発症した場合の対応

- ・迅速な救急要請
- ・酸素投与
- ・気道確保
- ・嘔吐による窒息の予防



まとめ

- ・ストレスの少ない歯科治療に心がける。
- ・患者の病状、内服薬の確認を定期的に行う。
- ・医科主治医と連携し、最新の患者情報を共有する。
- ・患者の観察と積極的なモニタリングを実施する。
- ・患者はもちろん、キーパーソンと良好な関係の構築する。
- ・患者の言動の些細な変化、オーラルフレイルを見逃さない。
- ・必要であれば、早期から多職種と連携する。
- ・スタッフと緊急時の対応（一次救命処置を含む）を確認し実践できるように準備しておく。



令和6年度

千葉県在宅歯科診療設備整備事業費補助金

—地域医療介護総合確保基金—

在宅歯科医療機器等の設備整備
医療安全体制を確立するための設備整備

令和6年6月16日



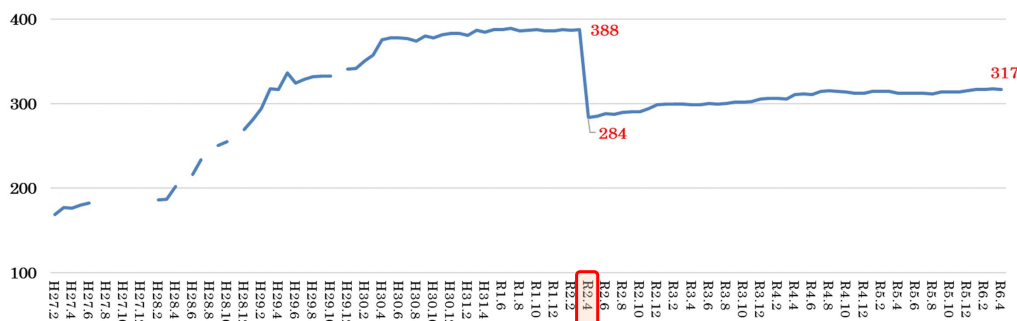
千葉県 健康福祉部 健康づくり支援課
食と歯・口腔健康班 副主幹
口腔保健支援センター
鈴木 英明



在宅療養歯科診療所（歯援診）数

<アウトカム指標>

在宅療養歯科診療所（歯援診）数：316箇所（R5）→ 330箇所（R6）

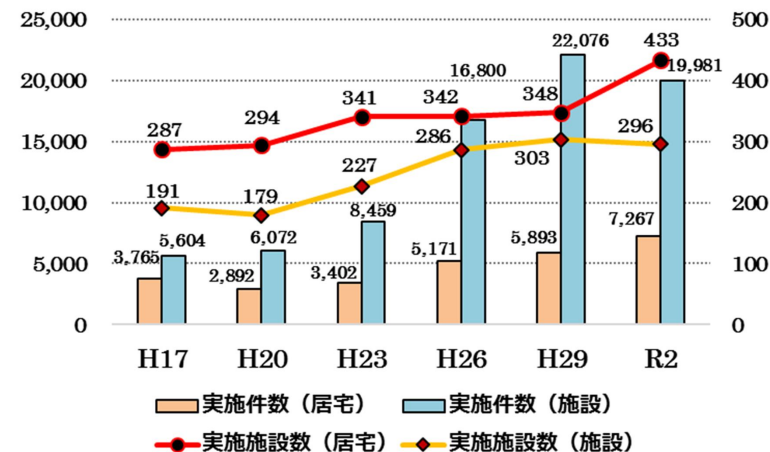


在宅療養支援歯科診療所数（関東信越厚生局・2024.4.1）3

在宅患者訪問歯科診療 実施状況

<アウトカム指標>

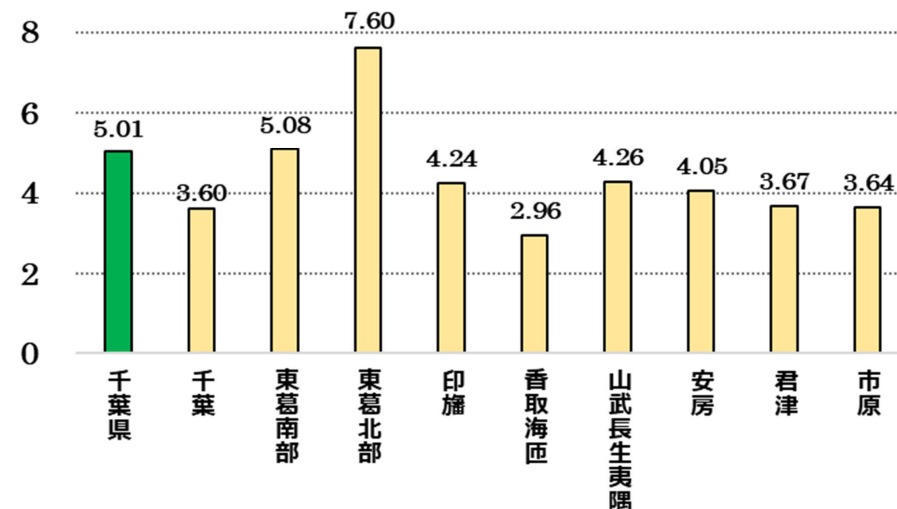
在宅患者訪問診療（居宅）実施歯科診療所数：433箇所（R2）→ 542箇所（R11）



医療施設静態調査（厚生労働省）2

医療圏別 在宅療養歯科診療所（歯援診）数

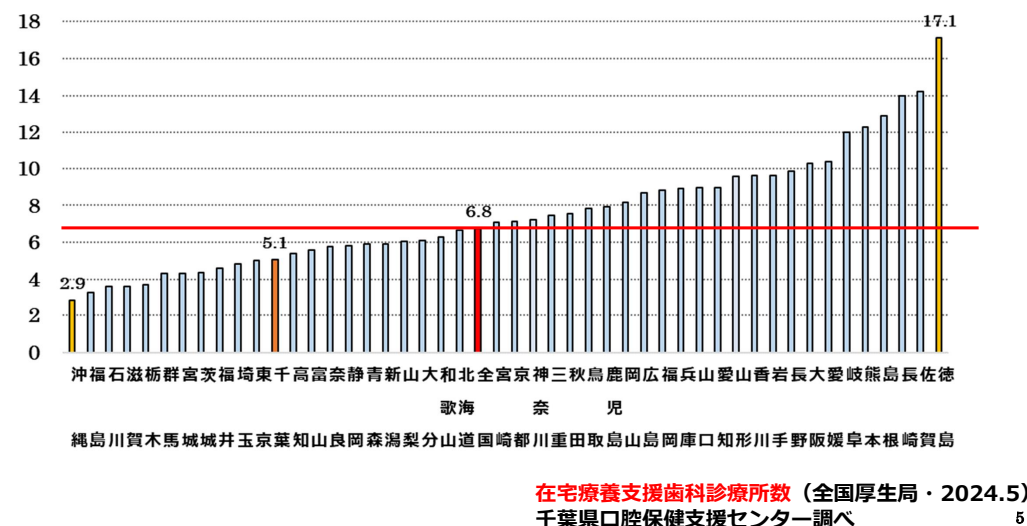
<人口10万対>



在宅療養支援歯科診療所数（関東信越厚生局・2024.4.1）4

全国 在宅療養歯科診療所（歯援診）数

＜人口10万対＞



目的

高齢期・寝たきり者等に対する在宅歯科診療の普及向上に資するため、在宅歯科診療を実施する医療機関に対し、在宅歯科医療機器等の設備を整備することにより、安全で安心な質の高い歯科医療提供体制の充実に努めることを目的とする。

令和6年度

千葉県在宅歯科診療設備整備事業費補助金

—地域医療介護総合確保基金—

在宅歯科医療機器等の設備整備

交付の対象

（１）在宅歯科医療機器等の設備整備

在宅歯科診療を実施するために必要となる医療機器等に係る初度設備に対する備品購入費

（２）医療安全体制を確立するための設備整備

厚生労働大臣が定める「歯科外来診療環境体制加算1に関する基準」による安全・安心な歯科医療環境を提供するために必要な装置・器具のうち持ち運び可能な備品の初度購入費（ただし、歯科用吸引装置は補助対象外）

事業の実施主体

医療法・第7条の規定に基づき許可を受けた病院若しくは診療所、又は同法第8条の規定に基づき届出をした**診療所の開設者**

補助条件

①研修の受講について

下記の研修のいずれかを修了した**歯科医師（研修歯科医を除く）**が常に勤務していること。

- ・「歯の健康力推進歯科医師等養成講習会」
（厚生労働省委託講習会）
- ・「在宅歯科医療を行う歯科医師育成研修会」
（千葉県委託研修会）※千葉県歯科医師会開催

補助対象機器

在宅歯科診療を実施するために必要な医療機器
（初度設備に限る）

※但し、**持ち運び可能な備品に限る。**

- ・ポータブルユニット（含オプション品）
- ・ポータブルエックス線装置
- ・簡易椅子（安頭台）
- ・往診用マイクロモーターユニット
- ・口腔内撮影用デジタルカメラ

上記に記載した対象設備**以外の**医療機器は**申請対象となりません**

補助率

- ・設備整備に要する費用の2／3
- ・上限額 3,638千円
- ・下限額 150千円

「在宅歯科診療設備整備事業費補助金の要綱・概要・申請書」については、県HPに掲載し、ダウンロードできます。

県HP ➡ くらし・福祉・健康 ➡ 健康・医療 ➡
健康づくり・病気予防 ➡ 口・歯の健康 ➡
在宅歯科診療設備整備事業費補助金の交付申請について

県庁HP

341842

と入力してください



令和6年度

千葉県在宅歯科診療設備整備事業費補助金

—地域医療介護総合確保基金—

医療安全体制を確立するための設備整備

交付の対象

(1) 在宅歯科医療機器等の設備整備

在宅歯科診療を実施するために必要となる医療機器等に係る初度設備に対する備品購入費

(2) 医療安全体制を確立するための設備整備

厚生労働大臣が定める「歯科外来診療環境体制加算1に関する基準」による安全・安心な歯科医療環境を提供するために必要な装置・器具のうち持ち運び可能な備品の初度購入費（ただし、歯科用吸引装置は補助対象外）

補助条件

① 研修の受講について

偶発症に対する緊急時の対応、医療事故、感染症対策等の医療安全対策研修を修了した常勤の歯科医師（研修歯科医を除く）1名以上が配置されていること。

② 歯科外来診療医療安全体制加算について（旧：外来環）

「歯科外来診療医療安全体制加算（外安全）に関する基準」のうち、**今回補助を受ける器機以外の全ての項目を満たしていること。**
又は、**既に外安全の届出をしていること。**

③ 在宅療養支援歯科診療所の届出について

在宅療養支援歯科診療所の届出を行う予定があること。又は、既に届出をしていること。

補助対象機器

医療安全体制を確立するために必要な**初度設備**備品のうち、以下の購入費

※但し、**持ち運び可能な備品に限る。**

- ・自動体外式除細動（A E D）
- ・経皮的酸素飽和度測定機（パルスオキシメーター）
- ・酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
- ・血圧計
- ・救急蘇生セット

補助率

- ・設備整備に要する費用の1／2
- ・上限額 2,000千円
- ・下限額 50千円

「在宅歯科診療設備整備事業費補助金の要綱・概要・申請書」については、県HPに掲載し、ダウンロードできます。

県HP ➡ くらし・福祉・健康 ➡ 健康・医療 ➡
健康づくり・疾病予防 ➡ 口・歯の健康 ➡
在宅歯科診療設備整備事業費補助金の交付申請について

スケジュール（予定）

時期	スケジュール	補 足
8月末	交付申請書類の提出	必要書類を期日までに県に提出する。（ 締切厳守 ）
10月	【県】交付決定通知	補助金を受けることができる申請者に対し、県から交付決定通知が届く。
10月～12月	設備の購入	
1月	事業実績報告の提出	設備購入後、速やかに実績報告書を提出する。
2月上旬	【県】補助金額の確定通知	補助金の額が決定し、県から通知が届く。
2月末	補助金の支払請求の提出	
3月	【県】補助金の支払い	補助金が口座に振り込まれる。
8月頃	消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の報告	消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書を提出する。

【県】県が実施すること

本年度の提出期限：**令和6年8月30日（金）**

提出書類①

①第1号様式「令和6年度千葉県在宅歯科診療設備整備事業費補助金交付申請書」

②別紙1 経費所要額調（①の添付書類）

③別紙2 事業実施計画書（①の添付書類）

④参考様式 歳入歳出予算書（抄本）（①の添付書類）

機器の購入にあたり、補助金とそれ以外の財源を記載するもの。
補助金以外は自己負担もしくは借入金となります。

⑤歯の健康力推進歯科医師等養成講習会修了証書の写し、又は千葉県歯科医師会開催の「在宅歯科診療を行う歯科医師等育成研修会修了書」の写し（どちらか1つ）

提出書類②

- ⑥購入予定機器の見積書（印鑑のある正式な見積書）
- ⑦カタログ等機器の概要がわかるもの
- ⑧申立書
口座振込となりますので、必要事項を記載。
- ⑨誓約書
申請者は、補助金の申請者と同じです。押印も必須。
- ⑩役員等名簿
職名は「開設者」と記入してください。
- ⑪補助金担当者調べ

注意事項①

- ①予算の都合上、申請書類を提出しても、補助を受けられないことがあります。**（先着順ではありません）**
また、記入漏れ等があった場合も、書類不備となり、補助を受けられないことがあります。
- ②補助を受けることができる申請者に対しては、交付決定通知書を送付しますので、**対象設備の発注は、交付決定後**に行ってください。（交付決定前に発注された場合は、補助対象となりません。）
- ③12月末までに納入及び支払いが済まない場合は、補助対象となりません。

注意事項②

- ④この補助金は国から交付される補助金を活用しているため、補助を受けた場合は会計検査院の検査を受けることがあります。
- ⑤補助対象設備の総額が150,000円（医療安全は100,000円）に満たない場合は、補助の対象となりません。
- ⑥提出書類は、**コピーを取り、写しを保管**してください。