

平成30年1月28日  
歯科医学教育国際支援機構(OISDE)主催  
か強診・外来環・歯援診・医療安全のための研修会

◆偶発症に対する緊急時の対応、  
医療事故、緊急時対応等と食支援  
に係る研修

医療法人社団明法会  
理事長 高山史年

高山史年プロフィール

学歴: 1990年明海大学歯学部卒業  
同年明海大学歯学部診断学講座研修医  
1995年明海大学大学院歯学研究科卒業

現職:

医療法人社団明法会理事長  
ヘルスサイエンス大学ラオスP. D. R歯学部客員教授  
NPO歯科医学教育国際支援機構理事  
日本有病者歯科医療学会理事  
日本法歯科医学会評議員  
日本小児口腔外科学会代議員  
NPOテンプレート研究会常務理事  
東京歯科保険医協会理事

所属学会: 日本口腔外科学会, 日本口腔診断学会, 日本スポーツ歯科学会,  
日本成人矯正学会, 日本歯周病学会(認定医), 日本有病者歯科医療学会(認定医、専門医、指導医), 日本小児口腔外科学会(認定医、指導医), 日本法歯科医学会等に所属

「偶発症に対する緊急時の対応  
と緊急時対応」

局所に起こる偶発症 :トラブルの対応

- ①異物迷入  
上顎洞への異物迷入(歯牙、インプラント)上顎洞炎の原因になり得るので必ず除去が必要
- ②口腔底への歯根(異物)迷入 迷入した歯根のサイズを予想。下顎腔に落ちると摘出難しくなる。
- ③顎骨への異物迷入(折れたヘーベル、拙作パー、リーマー、根充填剤) 迷入部位の骨削除し摘出する。深部の場合は全身麻酔で摘出可能な施設へ。
- ④軟組織への異物迷入(注射針、切削パー)  
外来局麻下での探索、摘出は難しいので口腔外科専門医に紹介。専門医でも困難である。迷入させないのが大原則

局所に起こる偶発症 :トラブルの対応

- ④手術部位の止血困難  
全身的要素が大きい。血圧上昇していないかチェック。基本圧迫止血。それでも止血しない場合は全身的要因を疑い二次医療機関へ紹介。
- ⑤術中異常疼痛  
術中異常疼痛は局麻薬作用範囲が不十分 術部位に活動的な炎症がある場合が多い消炎された適切な時期に手術を実施する事
- ⑥神経損傷、麻痺  
発症後早期にビタミン製剤やATP製剤の投与。交換神経ブロックも一定の効果あり。完全断裂の場合には神経再建が必要

局所に起こる偶発症 :トラブルの対応

- ⑦軟組織損傷(歯肉、口腔底咽頭)  
圧迫止血のみで止血する場合もあるが、深さにより帰宅後再出血を起こす事も稀ではないので深ければ縫合
- ⑧顎関節脱臼  
長時間治療や抜歯で起こす場合も。高齢者注意 Hippocrates法、Borchers法があるが、寝たきりの高齢者は口腔外から関節頭を押し込む方法が大変有効。指示の入らない寝たきりの高齢者の場合には直ぐまた外れる事があるので直ぐに外れる場合は脱水にならない様にして翌日施行する事も有効。
- ⑨骨削、歯牙分割処置時の異常骨折  
亀裂は自然に治る。破折骨片も骨膜に付着している場合は整復固定へ。

「救急時対応」  
全身に起こる偶発症:「患者の様子がおかしい」と  
感じた時の6つの観察点

- ①悪心各所の自覚症状、痛みの出現と酒類に変化は無い(意識状態)
- ②血圧、脈拍に変化はないか
- ③呼吸に変化はないか(息苦しさ、呼吸回数、異常な呼吸音、呼吸パターン)
- ④体温に変化はないか(悪寒、熱間、発汗)
- ⑤皮膚に変化はないか(チアノーゼ、発疹)
- ⑥四肢の状態に変化はないか(硬直、麻痺、けいれん)

緊急時の「心肺蘇生」について

- ①反応(意識)を確認する
- ②助けを呼ぶ・119番通報(口頭指導)  
「119番通報とAEDの手配、119番通報のポイントは口頭指導を受ける」
- ③呼吸の確認、迷ったら胸骨圧迫  
「呼吸の確認、判断に迷ったら、すぐに胸骨圧迫」
- ④胸骨圧迫
- ⑤AEDを使う
- ⑥人工呼吸(出来る技術があれば)と気道確保
- ⑦胸骨圧迫(と人工呼吸)とAEDの繰り返し

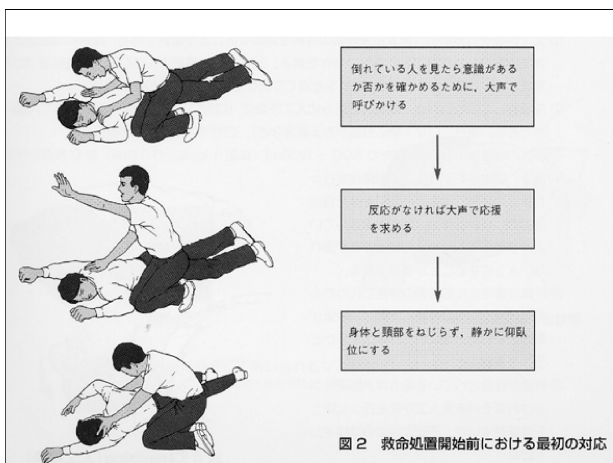
ところで  
JRC蘇生ガイドラインとは？



国際蘇生連絡協議会(ILCOR)が作成した心臓救急に関する国際コンセンサス(CoSTR)をベースに、各国・各地域がその地域事情にマッチした救急、蘇生のガイドラインを策定しています。この国際コンセンサスをベースに、日本蘇生協議会(JRC)が作成したガイドラインがJRC蘇生ガイドラインです。各国の心臓蘇生協議会がそれぞれにガイドラインを作成しており、アメリカ心臓協会(AHA)が作成したガイドラインはAHAガイドライン、ヨーロッパ蘇生協議会(ERC)のガイドラインはERCガイドラインと呼ばれています。ガイドラインは、5年毎に更新されており、この度JRC蘇生ガイドライン2015が公表されました。AEDの電源を入れると流れる音声ガイドダンスは、このガイドラインを基に各メーカーが作成しています。

JRC蘇生ガイドライン2015,  
2010からの6つの変更点

- ①胸骨圧迫(心臓マッサージ)、『胸が約5cm沈むように圧迫するが、6cmを超えないようにする』
- ②1分間のリズムは100回～120回
- ③胸骨圧迫では、胸をしっかりと元の位置に戻す
- ④胸骨圧迫の中断を最小限に
- ⑤呼吸の確認に迷ったら、すぐに胸骨圧迫
- ⑥119番通報で指示を仰ぐ



気道の確保



5 ドリンカー博士の生存曲線  
呼吸停止後、人工呼吸を開始するまでに要した時間による蘇生率の変化

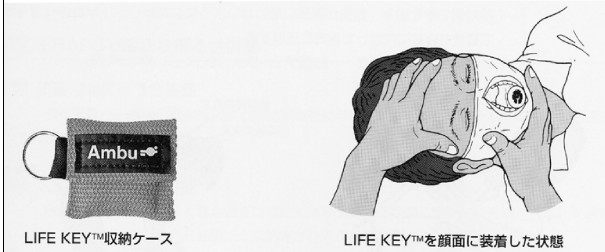
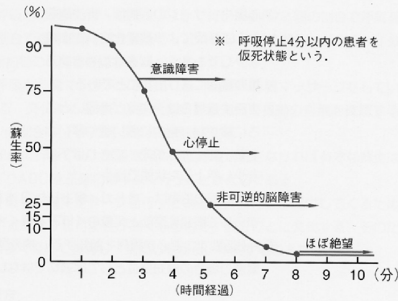
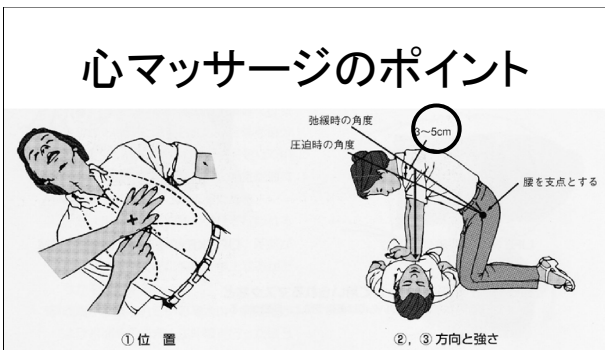


図6 嘔吐や感染対策として用いられるマスクなど  
一方向弁が付いていないものは感染予防上、問題がある。



総頸動脈は甲状軟骨と胸鎖乳突筋の間で触知できる  
図7 総頸動脈の拍動の触知



気道を確保し人工呼吸をする意思または十分な技術をもたない場合には、胸骨圧迫のみのCPR (ハンズオンリーCPR) を実施

## 人工呼吸

胸部圧迫: 人工呼吸 = 30:2  
 胸部圧迫: 100~120回 / 分  
 人工呼吸: 1秒 / 回  
 胸骨圧迫のみのCPR (ハンズオンリーCPR) も可  
 注: ハンズオンリーCPRとは口対口人工呼吸を行わないCPRです。

図4 Breathing (人工呼吸)

## 気道内異物

図18 ハイムリック法  
 患者さんの後方から抱きかかえ、両腕を強手前、上方に引き、患者さんの上腹部を圧迫して、異物を嚙出させる。



図19 背部叩打法  
仰臥位あるいは側臥位の場合も、同様に、肩甲間部を3~4回強く叩打してみる。

## 全身疾患とは無関係に起こる偶発症 と全身疾患の増悪で起こる偶発症:

### 全身疾患とは無関係に起こる偶発症

- ①血管迷走神経反射: 歯科治療で最も多い ショック体位をとり安静にしてバイタルサインをチェックする。
- ②過換気症候群: ゆっくり呼吸させ、血中酸素飽和度を確認しながらペーパーバック法等行うが、必要以上に行くと低酸素になるので注意。
- ③アナフィラキシーショック: 症状は10分以内に発症する事が多い。血管迷走神経反射と似ているが、アナフィラキシーショックでは約9割に皮疹が認められる。原因と考えられるアレルゲンがあればただちに除去、救急車の要請、エピペン使用、高流量酸素吸入を行う。バイタルサインチェックしながら救急車を待つ。(呼吸困難、意識喪失、呼吸停止や心停止もあり)
- ④局所麻酔中毒: 血管迷走神経反射と誤診される事が多い。一般的には発症しない。カートリッジ10本以上打たないと中毒量にならないが、伝播では必ず血液が引けてこないか注意。

### 全身疾患の増悪で起こる偶発症:

初診時に限らず、再診じでも、定期的に全身疾患を把握する事が大原則。

- ①高血圧の増悪  
痛みや精神的な緊張などのストレスにより血圧が異常に上昇する事がある。バイタルを診て治療を中止して衣服を緩め安静にしてけいれかかさず。脳内血管障害に注意。
- ②急性冠症状  
数分間持続する急性の胸痛(約15分異常、肩や背中のこと)、胸の不快感、絞扼感、呼吸困難、意識障害、動悸、息切れ、発汗、悪心など、ニトログリセリン製剤が有れば持参してもらおう。
- ③喘息:  
レジンなど揮発性物質注意、NSAIDsによるアスピリン喘息注意、発作時に処方されている吸入薬や経口薬を投与。症状が改善しなければ呼吸内科受診や救急車を要請
- ④糖尿病:  
血糖値が全くコントロールできていない場合は高血糖性の昏睡もあり、食事が取れずにいる途にストレス刺激により低血糖発作起こす場合も有り注意。低血糖は高血糖よりも重篤な後遺症を残し易いのでまずは、飴やジュースを摂取させる。

### 投薬時で起こる偶発症

- 投薬後に投与する薬がもともと患者が服用している薬と相互作用を起こしたりするので注意。
- 併用薬・禁忌薬で注意することは
- I. 薬物の相互作用  
薬物の相互作用は、副作用の出現・増強および薬剤の吸収阻害がある。
  - II. 抗菌薬  
ニューキノロン薬は、全てに認められる相互作用と特定の薬剤に認められる相互作用がある。
  - III. ビスホスホネート系薬(BP薬剤)  
加齢による骨粗鬆症以外に、ステロイド性骨粗鬆症患者にBP薬が処方されている可能性がある。顎骨壊死に対して注意が必要
  - IV. 抗血栓薬  
投与中にCPT-INR(プロトロンビン時間国際標準比)の定期的なモニターリングとそれに応じた用量調節を行う必要があったが、新規の抗凝固薬はモニターリングが不要である。しかし、腎機能低下時は抗凝固作用の延長の可能性がある。

### 院内に備えておくべき救急器具

- ①酸素吸入器バックバルブマスク
- ②パルスオキシメーター、血圧計
- ③救急薬品セット
- ④AED
- ⑤生体情報モニター(血圧、心電図、酸素飽和度計)
- ⑥バックバルブマスク
- ⑦トラヘルパー(有れば良いと思います、、普通ないと思います)

## トラヘルパー（経皮的気管穿刺針）



## 「医療安全管理指針」と「院内感染対策指針」について

### 医療安全管理指針とは？

- (1) 医療安全管理対策に関する基本的な考え方
- (2) 医療安全管理体制
- (3) 医療安全ミーティング。

#### 医療事故発生時の対応

- (1) 救命処置の最優先
- (2) 医療事故の報告
- (3) ヒヤリ・ハット事例
- (4) 患者・家族への対応
- (5) 事実経過の記載
- (6) 医療事故の評価・分析

#### 医療安全管理のための研修

- (1) 医療安全管理のための研修の実施
- (2) 研修の内容

### 院内感染対策指針とは？

1. 院内感染対策に関する基本的な考え方
2. 院内感染管理体制
3. 職員研修
4. 院内感染発生時の対応
5. 院内感染対策マニュアル
6. 患者への情報提供と説明
7. その他の医療機関内における院内感染対策の推進

## 「歯科医療事故、医事紛争 ～その予防と対策～」

### 紛争化しやすい類型

- インプラント埋入による術後麻痺  
→術前に十分な診査を行い、適応の判断は慎重に
- 智歯の抜歯による術後麻痺  
→少しでも下歯槽管に近接した智歯の抜歯は麻痺の出現を念頭に置き、高次医療機関への紹介を含めて検討を
- リーマー破損のまま根充
- 義歯不適合の訴え
- 矯正の結果に不満

## 賠償交渉

- 真摯な姿勢で丁寧に対応する(クレーマー事案を除く)。
- 約束は慎重に、期限に余裕をもって。
- 録音の要否。
- 責任を認める前に保険会社に連絡、弁護士と相談(単純ミス型はこの限りでない)。
- 執拗なクレームに屈しない(不用意な文書を出さない)。

## 民事裁判の手続

- 書面による争点整理が続く。
- 証人尋問等は原則1回(集中証拠調べ)
- 尋問期日以外については代理人のみの出廷で足りる。電話会議もある。
- 専門委員制度やカンファレンス鑑定の試みなどがなされている。

## 民事裁判の概要

- 賠償責任保険による填補はあるが、最終的解決までに相当の時間と労力が必要となる
- 何より、早期に医療専門弁護士に委任することが大切。

## 医療事故、医事紛争をめぐる法律の考え方と実際

## 紛争を起こさない、医療事故を起こさないための12箇条

## 歯科医事紛争防止12箇条

- (1) 問診票をきちんと作成し、患者の主訴をよく聞きます
- (2) インフォームドコンセントをしっかりと行います
- (3) 必要な検査を確実にを行い適切な診断に努め、思いこみで診療しません
- (4) カルテには事実を簡潔に記載します
- (5) 初診時は必要最小限の治療に止めます
- (6) 医療水準の確保に努力します
- (7) 前医の治療内容を安易に批判しません
- (8) スタッフの自覚を高めるよう教育し、それぞれの業務範囲を守ります
- (9) 治療時に緊急事態が発生したときは、あわてず応急処置します
- (10) 消毒・滅菌システムを確立します
- (11) 歯科医師賠償責任保険に加入します
- (12) 患者の心情を理解しコミュニケーションを大切に

### ① 問診票をきちんと作成し、患者の主訴をよく聴く

- 問診票は患者本人に記入してもらい、担当医自身が問診票の記載内容についても確認します。さらに既往歴(糖尿病や心臓病)、家族歴、薬物アレルギー・金属アレルギーの有無、服薬・妊娠の有無などの問診を行い、記録する。患者の主訴をよく聴き、応急処置に止めるのか、悪いところは全て治療するのかという希望を確認します。「口の中を診る前に人を診る」ことが大切です。

### ② インフォームドコンセントをしっかりと行う

- 治療前に当日の体調を確認するとともに、治療内容・治療方針について患者が分かるように説明し承諾を得てから治療します。
- 診断をもとに、患者の口腔鏡対と治療内容を患者が分かるように十分説明し、患者が納得し承諾するまで治療を始めないこと。説明義務を果たし患者の自己決定権を侵害しないように配慮します。

### ● 説明に患者が納得しない場合は

- 患者が求めるからといって、先生の意に反する治療法を採用する必要はありません。十分に説明しても、患者が納得し同意しなければ治療を進めることはできません。  
→専門医、大学病院などを紹介



### ③ 検査を確実にを行い、思いこみで診療しない

- 「忙しくて、抜歯(抜髄)する部位を間違えた」というミスを犯さないよう、カルテと患部とを照合し確認します。

### ④ カルテには事実を簡潔に記載する

- カルテは診療状況を証明する確かな手立て。所見は必ず記載します。
- 既往歴、特異体質の有無、出血性素因の有無、現病歴、現症所見、検査結果、診療内容、症状経過、説明内容など。

### ⑤ 初診時は必要最小限の治療にとどめる

- 他院で治療し、その途中で来院した患者には、とりあえず必要な応急処置にとどめ、「応急処置をしましたので、後は今かかっている先生に治療してもらって下さい」と言いましょう。
- 初診での即抜歯というのはリスクが高いため避けましょう。

## ⑥ 医療水準の確保に努力する

- ・ その時々で一般的なで普遍的な医療技術、診断力等の事。
- ・ 平均的開業医レベル以上の医学的知識、技術を保持し診療します。
- ・ しかし開業医の場合、大学の場合さらに専門医、指導医取得などにより変化すると思われれます。
- ・ 最新知識・技術の習得、研鑽。高リスクの症例は大学病院・専門病院を紹介します。
- ・ 歯科の治療時に全身状態に変化を起こす可能性がある全身疾患や使用薬剤等についての医学的知識を身につけましょう。

## ⑦ 前医の治療内容を安易に批判しない

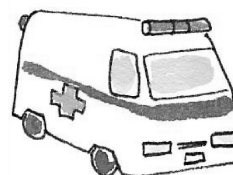
- ・ 前医を非難する患者は要注意。トラブルメーカーの可能性があるので治療は主訴の範囲に止めます。
- ・ 既往歴のある患者への治療内容の説明は慎重に。
- ・ 「X線写真を撮ったらリーマー・ファイルの破折片が見つかった」という時、これを患者にどう伝えるかは難しいです。前医の批判にならないように気をつけて説明して下さい。「無菌処置していますから問題ないですが、もし痛みが出たときはすぐに来院して下さい」「炎症の原因がこの破折片かどうかは分かりませんが、これを取り除いてから再度根管治療を行いましょう」など。

## ⑧ スタッフ間の意思疎通を図り、それぞれの業務範囲を守る

- ・ 医療機関の一員として必要な知識と、患者の心情を理解し悩みや不安に応える接遇の教育が大切です。定期的にスタッフ・ミーティングを開き情報共有し認識を一致させます。診療中は、患者の治療に関係ないことを話題にしません。
- ・ 歯科衛生士の業務範囲を守ること。歯科助手に衛生士の業務をさせてはいけません。

## ⑨ 緊急事態には、あわてずに対処

- ・ 緊急時の心肺蘇生術の習得や救急病院や大学病院への転送、医師の応援要請など。



## ⑩ 消毒・滅菌システムの確立

- ・ 診察室はもちろん、待合室も常に衛生状態を良好に保ちましょう。



## ⑪ 歯科医師賠償責任保険に加入します

<対象となる事故>

①医療上の事故

～歯科診療所が法律上の損害賠償責任を負う場合。

②医療施設の事故

～歯科診療所施設や医療設備の不備あるいは従業員の不注意が原因となって起こる事故(、患者、付添人、見舞客等の第三者に身体障害を与えたり、他人の財物を滅失、き損、汚損させたことにより法律上の損害賠償責任を負う場合)。

★保険金支払いの対象となるもの

- ①治療関係費(医療費の他、入院費、通院費、看護料を含む)、休業補償費、慰謝料、逸失利益など
- ②建物・器物の損壊に伴う修理費、
- ③裁判費用、弁護士費用などの争訟費用、
- ④応急手当の費用(ケガをした被害者に応急手当をしたり、病院へ運んだりするために要した費用など。



## ⑫ 患者の心情を理解しコミュニケーションを大切に！

- 患者は不安や悩みを抱えて来院し、緊張しています。こうした患者の心情に配慮し、信頼関係を築くことができるよう温かく、明るい言動を心がけます。
- 初めての患者には、「今日はどうなさいましたか」などと声をかけ、十分説明を行う。

## 食支援 (経口維持加算について)



## 医療法人社団明法会

今までの訪問歯科との違い。

- 1) 本人がリハビリ等の特別な努力は必要なく、医療側と介護関係者がその人に最適な食事時の状態を提供して寄り添う事により体力の向上、誤嚥性肺炎の予防効果が見込めるのが食支援です。
- 2) また、食支援であまり知られていない薬の副作用による誤嚥性肺炎を検討することも可能です。
- 3) 誤嚥性肺炎は患者さんにとってとても辛いものです。また、誤嚥性肺炎は医療費が160万も掛かるとの報告もあります。今のうちに適切な食支援をすることで効率よく体力をつけられるかもしれません。
- 4) 最初に述べたように食支援はリハビリと異なり本人に特別な努力を求めない寄り添う医療行為であるため長続きします。明法会デンタルには昨年からの全国の多くの歯科院が見学にいらしてあり歯科の食支援は今後注目される分野です。

## 平成27年度介護報酬改定の基本的な考え方とその対応

平成27年度の介護報酬改定については、以下の基本的な視点に基づき、各サービスの報酬・基準についての見直しを行う。

- (1) 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化  
地域包括ケアシステムの構築に向けた対応  
活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進  
看取り期における対応の充実  
口腔・栄養管理に係る取組の充実
- (2) 介護人材確保対策の推進
- (3) サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

## 栄養管理基礎知識について

とりえず食支援の理解を深めるため、、、、、、、

## 褥瘡(床ずれ)と栄養

体位変換しないと褥瘡が出来る？  
褥瘡対策で基本は皮膚の材料不足がある。  
表皮はケラチン  
真皮はコラーゲン、粘質多糖体  
皮下組織はたんぱく質、リノール酸、コレステロールで出来ており、これらの栄養が無いと褥瘡は治らない。  
栄養不足では傷がなかなか治らない。  
したがって、会議で褥瘡があれば低血清アルブミン値かどうか調べることは必要。

## 褥瘡を治すには？

褥瘡がある入居者の安静時エネルギー消費量はしばしば亢進している。

褥瘡治療過程にかかわる栄養素  
亜鉛、ビタミンA、ビタミンC、ビタミンE、アルギニンなどが、欠乏状態にならないように注意アドバイスすることが重要です。

## 体格指数BMIと標準体重について

BMI (Body mass index) は、身長<sup>2</sup>に対する体重の比で体格を表す指数です。

$$\text{BMI} = \text{体重kg} / (\text{身長m})^2$$

(正常18.5~25 やせ18.5未満 肥満25以上)

このBMIが男女とも係数22の時に高血圧、高脂血症、肝障害、耐糖能障害等の有病率が最も低くなるということがわかってきた。

そこでBMI=22となる体重を理想としたのが標準体重。

$$\text{標準体重} = 22 \times (\text{身長m})^2$$

## Alb の指標 (基準値 3.8~5.3g/dl)

3.0~3.5g/dl 軽度栄養障害  
2.5~3.0g/dl 中等度栄養障害  
2.5g/dl 未満 高度栄養障害

血清アルブミン値は低栄養の指標として使われることが多いが、他の要因により変動するため、低アルブミン血症は低栄養の指標とならない場合があることを理解しよう。アルブミン値が低くなる原因は・・・

## 血清アルブミンとは？

- 1) 肝臓で合成される血液中のたんぱく質の一種である。正常値は3.5g/dl以上
- 2) 血漿(けっしょう)に含まれるたんぱく質の約6割を占めている。
- 3) 栄養・代謝物質の運搬、細胞の浸透圧の維持、酵素的作用などの働きをもつ。
- 4) 血清アルブミン値は、栄養管理状態を評価するうえで、低栄養に陥っていないかを調べる指標となる。

## 低アルブミン血症とは？

- 1) 血清中のアルブミンの濃度が異常に低い状態のことである。
- 2) アルブミンは、グロブリンと共に血清に含まれる主要タンパク質の一つであり、血液の浸透圧の調整や、カルシウムイオン、脂肪酸、ホルモンなどと結合・運搬する働きを持つ。
- 3) アルブミンはヒト体内における主要な蛋白のひとつであり、血清においては蛋白のおよそ60%を占める。
- 4) 多くのホルモン、薬剤や分子化合物は血中でアルブミンと結合している。
- 5) 抗体の産生低下、抗菌薬の効果の低下、結果的に感染症が治り憎くなる。

## 低アルブミン血症＝低栄養状態 では無い！

一般的に「血中アルブミン値が低い＝低栄養」、「血中アルブミン値が高い＝栄養状態が良い」ととらえられていますがそれは迷信である。体重・BMIともに良好でも、アルブミンが低値な症例もあれば、逆にアルブミンが正常であっても明らかに低栄養状態の症例もあることを理解しよう！

## アルブミン値が低くなる 原因は・・・

- (1) たんぱく質不足  
① 摂取の不足：食欲低下  
② 消化吸収障害：吸収不良症候群、消化管障害
- (2) たんぱく質の体外への喪失  
① 尿からの漏出：ネフローゼ症候群、その他の腎疾患 ② 消化管からの漏出：たんぱく漏出性胃腸症 ③ 皮膚からの漏出：熱傷、皮膚疾患 ④ 失血：手術、外傷 ⑤ 体腔内への漏出：胸・腹水貯留
- (3) たんぱく合成障害：肝硬変、劇症肝炎
- (4) たんぱく異化亢進：炎症性疾患、悪性腫瘍、手術、熱傷、甲状腺機能亢進症  
身体が炎症反応を起こしている時は、CRPが上昇し、アルブミンは低下します。CRP（C反応性タンパク）は、アルブミンと同じ肝臓で作られるたんぱく質で、炎症時はアルブミンを作りにくい状態になり、代わりにCRPが合成されます。
- (5) 血液の希釈：輸液、水過剰摂取、心不全  
\*アルブミンは半減期が約20日のタンパク質のため、長期の低栄養状態を反映しますが、栄養を投与してもすぐに上昇しない。短期間の評価ではプレアルブミンなどが指標となる。

栄養管理基礎知識ベースにミールラウンド、多職種会議を充実させるために、、、、

## 嚥下障害の急性期と慢性期の対応 の違いを理解しよう

摂食・嚥下障害におけるリハビリで効果があるのは脳卒中回復期で、急性期では病気や障害を治すことが出来るが退院して施設や在宅に戻ると脳卒中維持期、認知症の患者さんに本当に必要なものは摂食・嚥下障害における食事支援などである。  
病院には、摂食・嚥下障害の患者さんの一部しかいない。脳卒中（急性期、回復期）などによる対応は充実傾向。脳卒中回復期を対象とした訓練・リハビリが有効。それに対し摂食・嚥下障害の患者さんのほとんどがいる。対応はまだ不足。症状は固定されており訓練・リハビリは無効なことが多い。  
施設、在宅の脳卒中、認知症に伴う摂食・嚥下障害の患者さんは想像以上に多く（約570万人）患者さんに必要なのは訓練よりも支援である。

## 摂食・嚥下障害を診断するため四 大認知症を理解しよう！

摂食・嚥下障害を診断するため四大認知症を理解する。  
1) アルツハイマー型認知症（認知症の4-6割）  
2) レビー小体型認知症（パーキンソン病と連続した疾患）  
3) 前頭側頭型認知症（人格障害を伴う）  
4) 血管性認知症（脳卒中に伴う認知症、障害領域により症状は異なる）  
四大認知症を理解してから5つに分かれる”期”（先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期）を理解し、疾患ごとに障害される”期”が異なることを理解しよう。（特に初期）

## 摂食・嚥下障害の患者さんのケア には診断と病態把握が絶対必要！

病態把握では、まず5つの”期”（先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期）のどこに障害があるかを考える。

診断はまずは四大認知症をおさえておこう！  
それぞれで障害される期、症状が違う。

食支援には診断、病態把握が必要。

## 先行期の障害

食べ物を認知して口に入れる作業が先行期

アルツハイマー型認知症特徴

- 1) 食事を始めない、中断する
- 2) 食器の使い方が分からない
- 3) 食器、机の模様に気を取られ食べられない
- 4) 他人の食事を食べる
- 5) 異食
- 6) 嗅覚の障害
- 7) 食欲の低下

アルツハイマーの初期では先行期の障害のみのことがほとんど

## 先行期の障害

食べ物を認知して口に入れる作業が先行期

レビー小体型認知症特徴

- 1) 食べこぼし
- 2) 姿勢の傾き
- 3) 嗅覚の障害
- 4) 食欲の低下
- 5) 食欲の変動
- 6) 薬による食事量の激減

## 先行期の障害

食べ物を認知して口に入れる作業が先行期

前頭側頭型認知症特徴

- 1) 偏食
- 2) 大食
- 3) 大量飲酒
- 4) 介助者に反発
- 5) 常同行動
- 6) 薬による食事量の激減

## 先行期の障害

食べ物を認知して口に入れる作業が先行期

血管性認知症特徴

- 1) 麻痺により口への取り込みが困難に
- 2) 認知機能は保たれていることが多い

## 準備期の主な役割・食塊形成

食塊形成：食べ物を咀嚼し、唾液を混ぜ飲み込みやすい性状にすること

食塊形成が誤嚥するかどうか大きく影響する！

飲み込みやすい形にする食塊形成するのが準備期

## 準備期の障害

飲み込みやすい形にする食塊形成するのが準備期  
アルツハイマー型認知症特徴、前頭側頭認知症の初期ではほとんど起こらないことを覚えておこう！

レビー小体型認知症特徴はパーキンソン症状による食塊形成不良が起きる事がある。

血管性認知症の特徴は口腔内に麻痺があることで食塊形成不良が起こることがあることに注意しよう！

認知症の病態以上に口腔機能の状態が大きく影響するのでわれわれの診察、観察が大変重要！

## 準備期の障害（食塊形成不良）への食事支援

口腔機能の評価

義歯が安定しているか、ゆれている歯は無いか、義歯が入っている人の苦手な食べ物も検討しよう

食事内容

口腔機能に合わせた食事内容（普通食、刻み、ペースト食など）の検討

場合により義歯をはずす事も考慮しよう！（舌運動低下による舌と口蓋間の距離の短縮で嚥下出来るようにする。舌接触補助床（PAP）の検討など

## 口腔期の障害

1) 前頭側頭型認知症では固形物を咽頭に送り込めないことがある！

2) アルツハイマー型認知症ではまれに、液体を咽頭に送り込めないことがあることを覚えておこう！

## 咽頭期の障害

まずは、  
顕性誤嚥と不顕性誤嚥を理解しよう！

顕性誤嚥は誤嚥しても誤嚥物を咳で喀出して発熱しても多くの場合化学性肺炎である！じつは咳、むせを伴う誤嚥は誤嚥性肺炎になることは少ないという事実がある。

一方、不顕性誤嚥は自覚症状が無く誤嚥しているため誤嚥性肺炎になるリスクが高いことを覚えておこう！

## 不顕性誤嚥を起こしやすい疾患

まずは、**ドーパミン減少の疾患！**

パーキンソン病

パーキンソン病関連疾患 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症

線条体黒質変性症（多系統萎縮症のひとつ）

脳卒中で大脳基底核した場合（ラクナ梗塞など）

**レビー小体型認知症**

早期から誤嚥が起こりやすい

**血管性認知症**

大脳基底核が損傷した場合

**アルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症の初期中期ではほとんど起こらない**

## 食道期の障害

食べ物が咽頭に逆流しそれを誤嚥する  
リスクとして：高齢者、円背、胃、胃瘻の人、食道裂孔ヘルニア、パーキンソン病  
症状として：嚥下に異常がないのに時々熱が出る、食べた後、咽がゴロゴロいう、口臭がする、胃瘻なのに口から栄養剤の臭いがする

## 食道期の障害への食事支援

**姿勢**：食後すぐに横にさせない（30分以上）

**薬剤**：消化管運動促進薬、下剤、制酸剤  
六君子湯

ビスフォスフォネートなど胃、食道の炎症を起こす薬剤には注意しよう！

**胃瘻の人には、、、**

栄養剤を半固形にする

経口摂取による食道び廃用防止

## 食事支援の基本のまとめ

まずは、どこの期で障害が発生しているか診断して病態把握することが重要！



一般歯科  
小児歯科  
口腔外科

往診  
いたします

## ご清聴ありがとうございました

参考文献: BLSプロバイダーマニュアル AHAガイドライン2015 準拠  
患者が求める「医療安全」「院内感染」  
Q&A 歯科医師・歯科医院の法律相談  
おいしい栄養療法  
摂食嚥下障害ケアマネジメント  
歯学生のための摂食嚥下リハビリテーション学  
東京版 歯科医事紛争の対策必携