

包括的口腔ケアの実践

第7回

病院における 包括的口腔ケアマニュアル－2－

占部秀徳

国診協歯科保健部会委員／広島県・公立みつぎ総合病院歯科部長

はじめに

最近では、歯科がない病院でも口腔ケアの重要性が認識され、口腔ケアマニュアルを作成する病院も多くなってきている。

入院患者に対して、歯科スタッフだけでなく言語聴覚士、看護師ならびに介護士などすべてのスタッフが毎日の業務のなかに包括的口腔ケアを取り入れることで、口腔機能の維持向上を図るものである。さらに、患者のQOLを維持向上させるためにも包括的口腔ケアは重要である。そして、入院中だけでなく退院後、施設に入所しても在宅でも包括的口腔ケアはつなげていかなければならない。

このようなことから、前号「病院における包括的口腔ケアマニュアル－1－」では、包括的口腔ケアの必要性、必要な場面そして効果等について解説したので、その重要性については理解していただけたと考える。そこで今回は、具体的な包括的口腔ケアについて解説するので、各病院や診療所で今後の口腔ケアマニュアルの一助としてもらいたい。

ここで再度、包括的口腔ケアには、口腔清掃と摂食嚥下リハビリテーションが含まれていることを確認し

ておきたい。

口腔清掃

入院患者の病態はさまざまである。必ずしも口腔清掃に協力的な人たちばかりではない。

開口障害や口腔清掃に拒否的な入院患者の場合、いきなり口腔内に器具や手指を入れるのではなく、口腔周囲筋のマッサージから開始し、口唇粘膜、頬粘膜へと進めていく。また、麻痺側のK-point（臼後三角最後部内側）への刺激により開口を促し、開口器やバイトブロックを使用し開口を保持する。もし、このような器具がないときは割り箸の先端にガーゼを巻きつけた簡易開口器を使用すると開口を保持しやすい（写真1－3）。

1. 口腔清掃で使用するもの

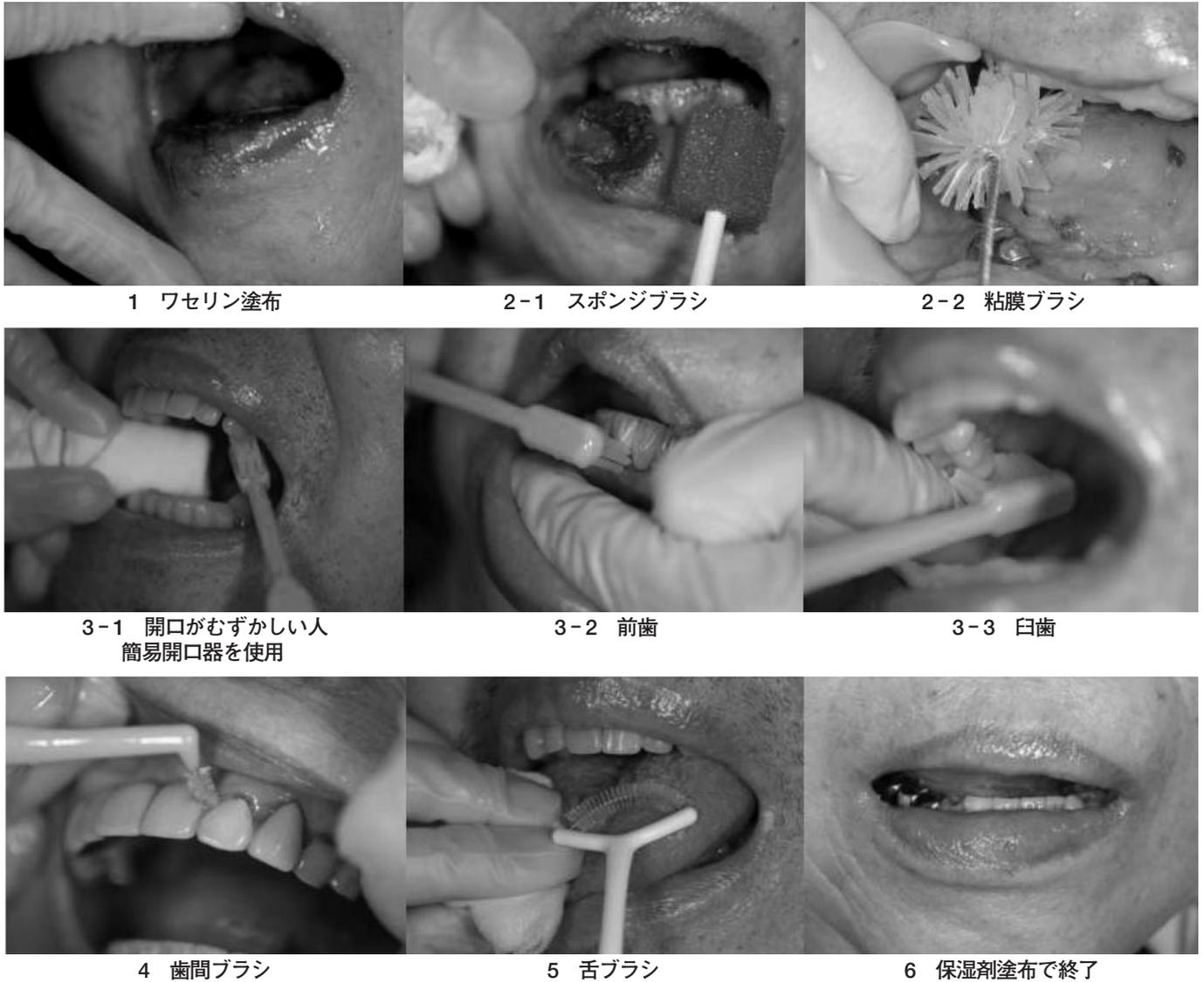
歯ブラシ、歯間ブラシ、デンタルフロス、スポンジブラシ、舌ブラシそして保湿剤などである。

2. 口腔清掃の手順

一般的な口腔ケアの手順を示す（写真1）。

- (1) 口唇にワセリン等を塗布し口角や口唇が切れるのを防止する
- (2) (義歯があれば) 義歯を外し、義歯ブラシにて義歯

写真1 口腔ケアの手順



1 ワセリン塗布

2-1 スポンジブラシ

2-2 粘膜ブラシ

3-1 開口がむずかしい人
簡易開口器を使用

3-2 前歯

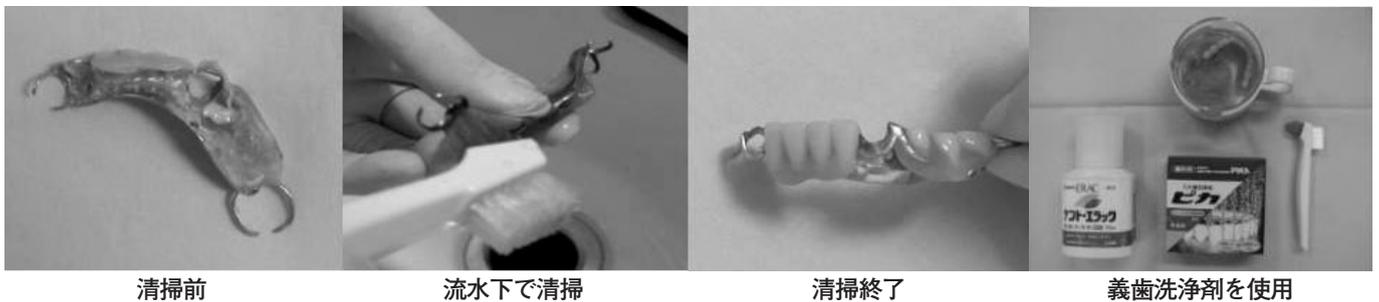
3-3 白歯

4 歯間ブラシ

5 舌ブラシ

6 保湿剤塗布で終了

写真2 義歯清掃



清掃前

流水下で清掃

清掃終了

義歯洗浄剤を使用

清掃を行う

<義歯の手入れ(写真2)>

義歯の表面や義歯床内面は水洗しただけでは汚れを落とすことはできない。したがって、義歯の清掃は、義歯用ブラシを使用して洗浄する。局部床義歯の場合、

クラスプ部の内面にも汚れが付着し、それが歯にも付着して齲蝕になるので十分に注意が必要である。

夜間は義歯清掃後、義歯洗浄剤に浸漬する。

(3) (うがいができれば) ブクブクうがいをする

(4) スポンジブラシなどによる口腔前庭、頬粘膜そし

写真3 各種スポンジとその断面

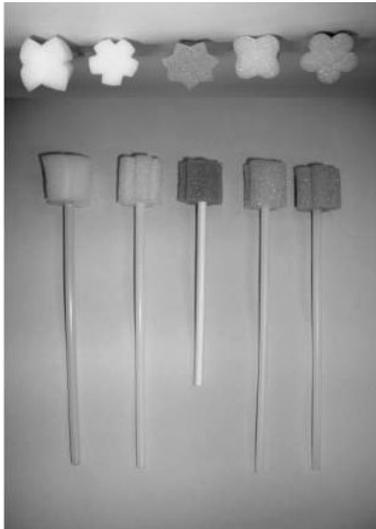
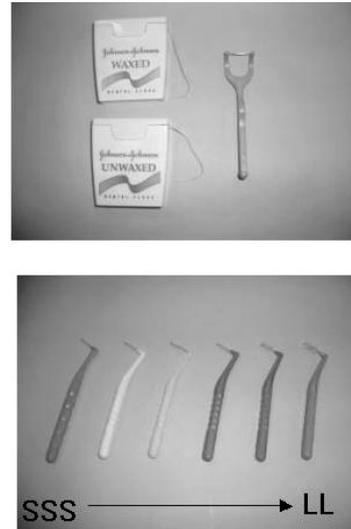


写真4 各種歯ブラシ



写真5 デンタルフロスと歯間ブラシ



て口蓋部等の清掃を行う

(乾燥が著しい場合はオリーブ油等を塗布する)

<スポンジブラシ(写真3)>

頬粘膜や口蓋部の清掃に用いる。先端がスポンジでできた清掃用具である。このスポンジ部の断面はメーカーにより多くの形状があり清掃効率に影響を与える。柄の部分は紙あるいはプラスチックでできている。

(5) 歯ブラシによるブラッシングを行う

<歯磨きの方法(写真1-3)>

齲蝕になりやすい場所は、歯頸部・隣接面・小窩裂溝である。この部位が三大不潔域と呼ばれている。したがって、この部分をいかに上手く磨くかということが齲蝕を予防するうえで重要となる。

歯頸部は、歯ブラシの毛先を唇側では歯と歯肉に直角、臼歯舌側では歯と歯肉に45度くらいになるように当て、小さく微振動させる。ただし、大きく動かすと横磨きになり、歯肉を傷つけたり歯が欠けたりするので注意が必要である。前歯部舌側では歯ブラシを縦にしてかき出すように動かす。

隣接面は、歯間ブラシやデンタルフロスをとおし歯面に沿うように磨く。

小窩裂溝は、歯ブラシの毛先が咬合面に直角に当たるようにし、奥から前にかき出すように磨く。

<歯ブラシ(写真4)>

歯ブラシの選択はむずかしい問題である。なぜなら、

植毛部の形や大きさが多種多様であり、毛先の硬さも柔らかいもの、ふつう、かたいものと歯肉の状態により使い分けなければならない。

電動歯ブラシは、音波ブラシ、超音波ブラシそして回転タイプのものであるが、植毛部が小さいほうが奥の歯まで磨くことが可能である。

<歯磨剤>

最近の歯磨剤は、キシリトールやフッ素などの齲蝕予防、歯周病予防、知覚過敏予防の薬用成分含まれているので、使用用途により使い分けすることが大切である。また、歯が歯磨剤で削れることを防ぐために研磨剤が含有されなくなっている。

(6) 歯間ブラシやデンタルフロスにより歯間部の清掃を行う

<歯間ブラシ(写真5)>

歯と歯の間やブリッジの隙間を磨くためのブラシで、毛先の大きさが、SS、S、M、L、LLなどがあり、歯と歯の間の隙間の大きさにより使い分けなければならない。

<デンタルフロス(写真5)>

歯と歯の間を磨くものである。最近では、糸ようじと呼ばれるように柄がついたものもある。ワックスが糸にしみこませてあるタイプとワックスが浸み込んでいないノンワックスタイプがある。

(7) 舌ブラシやスポンジブラシによる舌背の清掃を行

表1 摂食・嚥下障害の原因

A 器質的原因	
[口腔・咽頭]	[食道]
舌炎、アフタ、歯槽膿漏 扁桃炎、扁桃周囲膿瘍 咽頭炎、口頭炎、咽後膿瘍、憩室（Zenker） 口腔・咽頭腫瘍（良性・悪性） 口腔咽頭部の異物、術後 外からの圧迫（頸椎症、甲状腺腫、腫瘍など） その他	食道炎、潰瘍 ウェップ（web）、憩室、リング（ring） 狭窄、異物 腫瘍（良性・悪性） 食道裂孔ヘルニア 外からの圧迫（頸椎症、腫瘍など） その他
B 機能的原因	
[口腔・咽頭]	[食道]
脳血管障害、脳腫瘍、頭部外傷 脳腫瘍、脳炎、多発性硬化症 神経疾患（パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症など） 末梢神経炎（ギラン・バレー症候群など） 重症筋無力症、筋ジストロフィー 筋炎（各種）、代謝性疾患 薬剤の副作用 その他	脳幹部病変 アカラジア 神経疾患（パーキンソン病など） 筋炎（各種） 強皮症、SLE 薬剤の副作用 その他
C 心理的原因	
神経性食思不振 認知症、拒食 心身症 うつ病、うつ状態 その他	

（藤島一郎より引用）

嫌気性菌により口臭や感染の原因にもなる。

(8) 口腔乾燥がある場合は、保湿剤を口唇・舌・頬粘膜に塗布する

<保湿剤(写真7)>

口腔乾燥に対してワセリンやオリーブ油を使用したり、ヒアルロン酸のような湿潤剤を含有する洗口液、塗布するゲル状のものやスプレータイプの保湿剤がある。

セルフケアができない場合は、このような手順で口腔清掃を食後に、看護師や介護職員が行う。しかし、患者の状態によっては、歯科医師や歯科衛生士が1週間に1～2回、専門的口腔清掃を行う必要がある。公立みつぎ総合病院では、歯科と病棟の連携を図るため図1のようなチェックリストを作成し、口腔ケアが困難な患者に対して状態の把握や看護師、介護士などに指導を行っている。

セルフケアができる場合は、見守りや声かけが必要

であるが、“している”と“できている”は大きな違いがあるので口腔内のチェックが必要である。

■ 摂食・嚥下リハビリテーション

1. 摂食・嚥下障害の原因（表1）

摂食・嚥下障害の原因は、①咽頭や食道に問題があり食物の通過を妨げている、②脳血管障害などにより口腔機能の障害をもたらし食物を咽頭に送り込むことが困難、③摂食・嚥下困難を訴えるが明らかな異常が認められないなど3つに大別することができる。

2. 摂食・嚥下障害の診査

多くの患者や家族・介護者は、食物摂取時に“むせ”があっても摂食・嚥下障害を認識していないことが多く、医療従事者が指摘して気づく場合も少なくない。また、嚥下反射や咳反射が低下している夜間では誤嚥の可能性が顕著に高くなる。そして、咳嗽反射が起らず“むせる”ことなく誤嚥する不顕性誤嚥（silent

図 2



aspiration) では、発熱を生じてから気づくことが多い。したがって、摂食・嚥下障害が疑われたときには、以下に示すような項目の問診、口腔内診査、嚥下機能検査を行う。

(1) 問診

脳血管障害など摂食・嚥下障害を起こすような

- ・全身疾患を発症したか
- ・肺炎を繰り返しているか
- ・発熱を生じたことがあるか
- ・食事中や食後にむせがあるか
- ・液状食品（水・お茶など）でむせるか
- ・食後、嘔声があるか
- ・就寝中に咳き込むか など

(2) 口腔内診査

残存歯の状態

- ・歯石・歯垢の付着の有無
- ・口腔清掃状態
- 咬合関係の確認

- ・顎関節の異常の有無

- ・顎位の安定性

舌の異常運動

- ・舌苔の有無

口腔粘膜の状態

- ・軟口蓋の動きの確認

義歯の適合性

- ・義歯の清掃状態 など

(3) 嚥下機能の検査

改訂水飲みテスト

- ・反復唾液嚥下テスト (RSST)

- ・VE・VF など

3. 摂食・嚥下障害の予防

摂食嚥下リハビリテーションでは、食物を使用した直接訓練と舌運動や呼吸訓練などの間接訓練がある。

(1) 摂食時の姿勢・食事形態

食事の姿勢は、通常90度座位で頸部前屈である。しかし、嚥下障害が顕著である場合は、30度仰臥位で頸

表2 NCI-CTC (National Cancer Institute Common Toxicity Criteria) による口内炎の評価と対策

Grade 0	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
なし	疼痛がない潰瘍、紅斑 または病変を特定できない軽度の疼痛	疼痛がある紅斑、浮腫、潰瘍。摂食・嚥下は可能	疼痛がある紅斑、浮腫、潰瘍。静注補液を要する	重症の潰瘍。経管栄養、経静脈栄養または予防的挿管を要する
予防として生理食塩水・ハチアズレ・インジンによるうがい	左と同じ ・ステロイド軟膏の塗布 ・オーラルバランス等、市販の保湿剤を使用		・4%キシロカイン30~60倍液によるうがい。市販の保湿剤を塗布 ・エレース・アイスボールで口のなかを冷やす ・痛みが強いときは、局所麻酔薬、NSAID、医療用麻薬等を症状に合わせて処方	

(静岡がんセンター・大田洋二郎歯科口腔外科部長作成の表を抜粋・要約)

表3 口内炎の薬剤

抗菌薬		アクロマイシン
殺菌薬		SPTローチ
ステロイド軟膏		アフタゾロン デキササルチン アフタッチ
含嗽薬	殺菌薬	ネオステリングリーン 複方ヨード・グリセリン
	抗炎症薬	アズノール 含嗽用ハチアズレ

部前屈にし、気管への食物の流入を防ぐ。これは、解剖学的に気管が食道の前にあり、重力を利用して食物が食道に入りやすくするためである。また、食後は胃食道逆流を防ぐように座位を保つことが重要である。食事形態は、適度な粘度があり食塊形成が容易で、口腔内の温度で変質せず、咽頭部で変形しやすいことが大切である。とくに水やお茶・汁物のような液状物は、誤嚥しやすいのでとろみをつけるように増粘剤を使用する。

間接訓練は、図2のような資料を作成して患者に示しながら、上肢や頸部の運動、口腔周囲筋・唾液腺マッサージ、舌・頬・口唇の運動、空嚥下、ブローイング、アイスマッサージなどを行う。

(2) 薬物療法

ドーパミンが嚥下に重要な内因性物質と考えられている。また、サブスタンスP(SP)も嚥下・咳反射を起こさせる内因性物質である。SPは、カプサイシンにより濃度が上昇し嚥下反射が改善する。したがって、SPはアンジオテンシンにより分解されるのでアンジ

オテンシン変換酵素阻害剤を肺炎予防に応用することがある。

口内炎対策

がん治療による化学療法や頭頸部への放射線療法の副作用により口内炎を発症する場合がある。NCI-CTC (National Cancer Institute-Common Toxicity Criteria) による口内炎の評価と対策を表2に示す。このように、口内炎が発症する前から口腔内を清潔に保ち予防することが大切である。そのためには、専門的機械的歯面清掃(PMTC)により口腔内の汚染物質を除去しなければならない。PMTCは、歯科治療の一環であるので、歯科との連携が必要である。

口腔内の炎症を抑えるためにうがい薬によるうがいも効果がある(表3)。

口腔乾燥対策

高齢者や有病者の訴えの多くに口腔乾燥がある。口腔乾燥の原因は、加齢、全身疾患、薬の副作用や精神的ストレスなどによる唾液分泌量の減少がある。しかし、近年では表4・5にあげているように、加齢というよりも疾患に対する薬の服用により口腔乾燥を訴える場合が多くなっている。唾液腺には問題なく唾液分泌量は正常で、脱水、尿崩壊症や腎疾患などの全身疾患が関与しのどが渴くことがある。また、唾液分泌量は正常で鼻での呼吸が上手くできず開口状態で口呼吸をして唾液の蒸発が過度となる場合などがあげられる。

表4 口腔乾燥症の全身的原因

1. 唾液腺の障害	4. 神経性の要因
シェーグレン症候群 全身性エリトマトーデス 慢性関節リウマチ 肉芽腫性病変 ウイルス性病変 頭頸部の放射線治療	外傷・手術 脳腫瘍、脳炎、延髄疾患 自律神経失調症 ストレス
2. ホルモン・代謝系異常	5. 神経伝達の障害
糖尿病(浸透性利尿) 尿崩症(多尿症) 甲状腺機能亢進症 甲状腺機能低下症(全身浮腫) その他	薬物療法 精神障害(うつ病、不安) アルツハイマー病 神経節性ニューロパチー 外傷・手術
3. 体液・電解質異常	
脱水(水分摂取の欠如、発熱、熱傷、発汗) (皮膚からの水分喪失) 嘔吐、出血、下痢 腎障害 タンパク・カロリーの栄養異常	

表5 口腔乾燥を起こす薬剤

抗うつ剤 抗不安剤 抗精神薬 抗てんかん薬 抗痙攣薬 利尿薬 抗パーキンソン剤 抗コリン剤 抗不整脈剤 抗高血圧剤 抗潰瘍薬 沈痛・抗炎症薬 気管支拡張薬 筋弛緩薬 抗ヒスタミン薬 制嘔吐薬 その他

表6 口腔乾燥薬剤

人工唾液	サリベート
シェーグレン症候群	エポザック サリグレン
頭頸部放射線照射に伴う口腔乾燥 シェーグレン症候群	サラジェン

このような場合、写真7に示すような保湿剤を塗布し保湿に努める。

頭頸部腫瘍による放射線療法でも口腔乾燥が認められる。このような場合には表6に示したような薬剤を処方し唾液分泌を促す。

唾 液

唾液は、正常であれば1日1.0～1.5L（安静時唾液700～800ml）分泌される。このうち99.5%が水分で、残りが有機質と無機質からなる。この唾液の作用は、 α -アミラーゼによりデンプンをマルトースに分解する消化作用、リゾチーム、ラクトフェリン、IgA、ヒスタミンによる殺菌・抗菌作用、重炭酸塩やリン酸塩により酸性に傾いた唾液を中性に保つ緩衝作用、粘性タンパク質のムチンの保湿効果による粘膜保護作用、ハイドロキシアパタイトによるエナメル質表面の再石灰化作用そして食物残渣やプラークを洗い流す自浄作用がある。

■ 口腔疼痛対策

口腔内の炎症や口腔乾燥などにより口腔内に痛みを

感じ、食事が摂れず低栄養になることはよくある。

そこで、先にあげた含嗽剤によるうがいにより炎症症状を緩和させたり、アイスボールにより口腔内を冷やすことで痛みを和らげる。痛みが強いときには、含嗽剤に局所麻酔剤を混合する（このときには口腔内の感覚が麻痺するので誤嚥に注意が必要である）。あるいは鎮痛剤を配合した含嗽剤（ボルタレン含嗽水）による含嗽を行う。

■ おわりに

いま、一人ひとりに合った包括的口腔ケアが求められている。患者は、病院だけで包括的口腔ケアを受けるのではない。退院し在宅や施設に入所しても口腔ケアは継続されなければならない。そのためには、患者を中心とした地域包括医療・ケアが必要であり、多職種連携が重要である。

最後に、「病院における包括的口腔ケアマニュアル」をさらに詳しく知りたい方は、国診協のホームページに掲載されているので参照していただきたい。