

また、ときには心因性の口臭もあります。これは医学的な異常がなく、他人もほとんど感じていませんが、相手の態度などから、自分口臭があるのだと思い込んでいる人のことです。

(村上 弘・伊藤 裕)

〈文献〉

角田正健…サヨナラお口の臭い。医療薬出版。

◆口臭を防ぐ消臭剤 があったら教えて

ください

□臭 (Bad breath) は読んで字のごとく「お口のおい」です。

たしかに面と向かつての会話時などに相手のにおいをかいで不快な思いをすることがあります。ところが基本的には自分では気づかないのがこの□臭です。したがって他人にいわれたちよつとした一言から、逆に□臭がないのに自分の口はにおいと思い込んで悩む口臭症の人たちが多くなる結果を招いています。ここに□臭予防 (＝消臭) をうたう洗口液 (mouth-wash) が数多く販売され、実際に売れている理由の一つがあるように思われます。ちなみにライオン広報部はこれら□臭予防を目的とした洗口液 (うがい剤) や歯みがき剤の市場は65億円規模とみています (毎日新聞、92年11月30日)。その多くは歯みがき剤ですが近年の清潔グッズ志向で洗口液市場も増加傾向になり、現在販売されて

いる商品は国内外各社より20種以上と熾烈な競争となっているようです。

□臭悪臭の化学成分

国内唯一の□臭外来を開設された東京医大□腔外科の内田安信・前教授の著書「お口のおい」より引用すると、悪臭の原因は揮発性硫黄化合物 (volatile sulphur compounds: VSC) であり、次の三種よりなるとされています。すなわち、①硫化水素 (腐った卵のにおい、硫黄泉のにおい)、②メチルメルカプタン (スカンクのにおい)、③ジメチルサルファイド (腐ったキャベツのにおい) で、特に①、②で90%といわれています。

発生源 (生理的□臭、病的□臭)

□臭の原因の80～90%は□腔内が原因であり、まれに鼻、胃、肺が発臭元になることがあります。□腔内には20種類以上ともいわれる細菌が常在しており、なかでも

酸素を嫌う嫌気性菌が増殖し、酵素により分解されたタンパク質が最終的に先に述べたメチルメルカプタンなどの揮発性硫黄化合物となり□臭を発生させます。□腔内の細菌が増加し□臭を発する原因は大きく分けて生理的□臭と病的□臭に分けられ、前者では起床時、空腹時および緊張時の□臭、また後者では歯周病におけるはぐき上や内面のプラーク (歯垢) およびおし歯の中の細菌や食べカスが主体の□臭です。また歯周部以外の□の中粘膜では表面がさらさらしている舌の表側にも細菌が多く増殖付着し (舌苔)、□臭源となります。

防臭の基本と洗口液の役割

歯が残っている高齢者の防臭の基本は原因である歯周病菌の除去であり、その最も効果的なのが起床時、毎食後や就寝前のブラッシングであることはいまでもありません。また磨きにくい部分には歯間ブラシやデンタルフロスも有効です。一方、食事そのものもあ

る程度の清掃作用があり、食事直後のお茶、水やうがい薬によるうがいもブラッシングに次いで効果的です。さらに薬効成分や香料を加味した洗口液の一部は一時的ながら□内爽快感に加え薬効が期待できます。したがって歯ブラシがないときやブラッシングの時間がないときの応急的□臭対策としては、一定程度の意味があるといえます。また舌背部に付着増殖した舌苔は歯が残っているか否かに関係なく、洗口液を軟らかいブラシカガーゼあるいは専用のハンドタオルなどに染み込ませてこすり取ることをすすめる学者もあります。

商品の選択は効能や好みから (表2、図2)

市販の洗口液を筆者が調査してみますと、使用方法から大きく洗口液と液体歯みがきに分けられ、さらに前者では消臭を指向する化粧品規格Aと薬効もある程度期待する医薬部外品 (＝製造販売は薬事法に規定されるが、販売業者の規制はない) 規格Bに分けられま

表1 市販の洗口剤・液体歯みがき（筆者、金沢市99年1月調べ）

商品名（ABC順）	会社名	薬用（有効）成分表記	容量・価格
①洗口液A：化粧品規格（消臭指向）			
アパガード (Apaguard)	サンギ	塩化セチルピリジニウム (以下、CPCと略)	300 ml 700円
アクアフレッシュ (Aquafresh)	スミスクラミン ピーチャム	表記なし	180 ml 248円
フラボケア (Flavocare)	ロッテ	緑茶フラボノイド	350 ml 498円
モンダミン (Mondahmin)	アース製薬	CPC	380 ml 438円 700 ml 698円, 1080 ml 880円
オーラツー (ora-2)	サンスター	ニオイ吸着剤βサクロデキストリン	350 ml 398円
キシリデント (Xylident)	ライオン	記載なし	350 ml 598円
②洗口液B：医薬部外品規格（消臭に薬効も期待）			
クリアクリーン (clear-clean)	花王	塩化ベンゼトニウム	300 ml 438円
リステリン (Listerine)	ワナー・ランパート	シオネール, チモール, サリチル酸メチル, 1メントール	500 ml 598円
ソルトミネラル (salt mineral)	サンスター	トラネキサム酸	350 ml 398円
③液体歯みがき：医薬部外品（洗口後、歯みがき）			
クール&クリーン (Cool & clean)	ロッテ	CPC, グリチルリチン酸2K イソフ ロビルメチルフェノール	250 ml 598円
デンターシステマ (英語名なし)	ライオン	トラネキサム酸, CPC	250 ml 475円
ガムケア (Gum care)	サンスター	CPC, ビタミンE	250 ml 450円 500 ml 698円, 960 ml 980円
ハピカ (Hapica)	森下仁丹	トリクロサン	300 ml 398円
ラカルト (Lacalut)	エスエス製薬	CPC, グリチルリチン酸2K	250 ml 480円
ミクロクリーン (Micro clean)	ライオン	トラネキサム酸, CPC	250 ml 498円 500 ml 798円
ブラックス (Plax)	J & J	トリクロサン	475 ml 498円

す。また後者の液体歯みがきではうがいのあとにブラッシングをする医薬部外品です。一時的防臭と口内爽快感をうたう洗口液Aからブラッシングへの付加的効果をうたう液体歯みがきまで、成分に多少の違いがありますが用途を考慮し、香料などの好みで商品を選択されることをおすすめします。

なおこれらの商品の中にはエタノールが含まれ、酒気帯び運転に該当する濃度が呼気から検出されることがあり、自ら車を運転する際には認識しておく必要があるでしょう（読売新聞、98年9月5日）

（山本 悦秀）



図2 多数販売されている市販の洗口剤・液体歯みがき

◆口臭がひどい高齢者に対して、どのような口腔ケアを行えばよいですか

高齢者の口臭の原因のほとんどは、口腔内にあります。つまり、口腔衛生状態の不良により生じる食渣、歯垢による歯周病や多発性齲蝕（むし歯）、さらに舌苔などが原因です。口臭を除去するには口腔内の食渣や歯垢を除去し細菌の繁殖を抑えることが重要です。食渣や歯垢を取り除くには、歯みがきが最も優れています。また、

歯間ブラシの併用が効果的です。

しかし、麻痺やADLの低下により歯みがきができない場合には、介護者は薬液綿球（1%過酸化水素水）による口腔清拭、また使い捨ての柄つきスポンジ（トウースエッテ）などは、口腔ケアが楽に行えます。義歯を装着している人は、歯垢が義歯の裏側やバネの部分に付着しやすく見落とされやすいので注意して清掃を行います。就寝時には清掃後、必ず外して水の中に保管します。

舌苔は軟らかめの歯ブラシや薬液綿球による清拭で落とすことができます。

（杉田 美加）

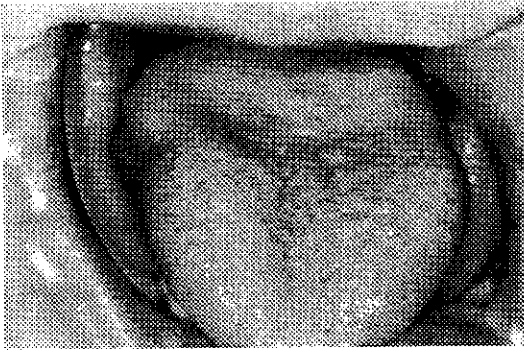


図 1

◆自己臭症の人への指導の仕方は

自己臭症とは

呼吸とともに口から出るにおいを人が悪臭と感じたならば、どのようなにおいであってもすべて口臭となる。つまり口臭か否かは他人の嗅覚による判断に委ねられる。人間の嗅覚による判断なので、嗅覚の特殊性ともいふべきさまざまな問題（閾値、疲労や順応、感情）がそこに生じる。さらに、においの表現は主観的にならざるをえず、そのうえ自分自身の口臭は正確に評価できないことから、口臭はある意味でつかみどころのない存在でもある。

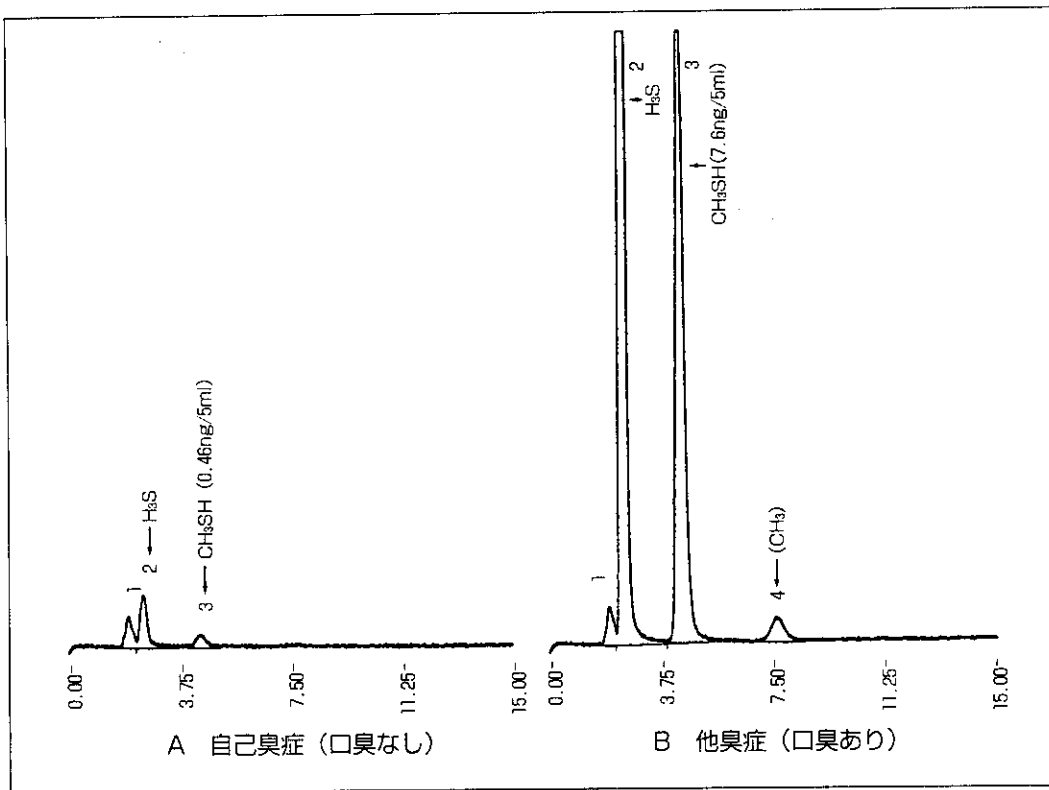
自己臭症は、本来他人の嗅覚を刺激するほどの臭気がないにもかかわらず、自己の口のおいに必要以上にこだわるもので、真の口臭とはいえないものである。他人の嗅覚で明らかに口臭が認められる口臭症（他臭症）に対して、自分の口のおいに強いこだわりを

もつがゆえの口臭であり、他人が悪臭と感じないものを自己臭症（口臭神経症）と称している（図1）。また歯周病の臨床所見で両者を比較すると、明らかな差が認め

められている（表1）。

自己臭症の性格特性

自己臭症も性格特性から神経症



A 自己臭症（口臭なし） B 他臭症（口臭あり）

図1 ガスクロマトグラフによる揮発性硫化物の分析

表1 口臭の有無と歯周組織検査の結果

	炎症指数	プラーク指数	ポケット(mm)	歯の動揺
自己臭症 (口臭なし)	0.28 ± 0.51	0.36 ± 0.56	1.64 ± 0.69	0.07 ± 0.26
他臭症 (口臭あり)	1.14 ± 0.76	1.78 ± 1.11	3.29 ± 1.89	0.78 ± 0.98

*有意差 $p < 0.01$

(森山ら論文を一部改変)

的自臭症と心身症的自臭症に大別される。

神経症的自己臭症：日常生活で欲求不満や葛藤を起しやすく、過度に理想主義であったり完璧主

義の人に多い。自己愛が強く自己中止的で勝気であり、意地を張ったり起こりやすい性格で、集団社会への適応にやや欠く傾向にある。したがって、対人関係がうまくいかない原因を他に求めることになり、口臭もその一つとなる。

心身症的自己臭症…おとなしく内向的であり、周囲の人々への思いやりの強い人、引っ込み思案ではつきりしない人に多い。神経症を「自分は悪くないんだ」という外罰的」と表現するならば、心身症は「みんな自分が悪いんだ」という自罰的」といえる。自分の口臭で周囲の人に迷惑をかけるのではという極度の恐れから、行動が消極的になりがちとなる。

いずれにしても、なんらかのきっかけで自分の口のおいに強いこだわりをもったわけなので、その原因を究明しなければならぬ。家庭、学校あるいは職場で、家族や友人のなにげない一言が心に深い傷を与えることもあり、友人によるいじめ、勉強や仕事上のさまざまなストレスが原因となることもある。口臭という訴えは同

じであっても、本人のもつ性格特性によって言動は異なる。

自己臭症の治療

神経症あるいは心身症のいずれであっても、他人の反応が自分自身の全くの錯覚であるにもかかわらず、「自分には口臭があるのだ」と悩み学習し続けてきた状態（自分にいきかせる）にある。したがって、はじめての相談を受けた時点で、即座に口臭を否定することとは逆効果となる。何回も時間をかけ相談にのることにより、解決の糸口が見だされる。

①患者の訴えを十分にきく

長いあいだ悩み続けた結果、歯科のみならず内科、耳鼻咽喉科など多くの医療機関を訪れている場合が多い。自己臭症の患者ならば「口臭なし」の診断は本来正しいものであるはずだが、短時間の検査で「異常（口臭）はない」との診断は、「この先生にもわかってもらえない」という失望感のみを与える結果となる。口臭を指摘された時期あるいは自覚した時期、

周囲の人々の反応、口臭があるとしんじている根拠、患者のもつ不満など、時間と回数をかけて聞き出す必要がある。患者との話し合いを通じて患者の性格を把握することも重要である。自己臭症の治療は、医師と患者の信頼関係のうえに成り立つと考えられる。

②口臭の程度を判定する

患者の訴えに基づき、まず口臭の程度を判定する必要がある。一般的には嗅覚で判定することになるが、単独ではなく歯科医師、歯科衛生士あるいは歯科助手など、複数の人の嗅覚で判定することが望ましい。ガスクロマトグラフなど分析機器を用いて臭気成分を定量する方法は、客観的な波形や数値で示すことが可能なため理解が得やすい。

③心身医学的アプローチ

程度はまちまちだが、簡易精神療法、薬物療法や自律訓練法などなんらかの心身医学的アプローチが必要となる。患者の訴えを否定せず受け止め、患者と一体となり理解を示すことが必要となる。また、必ず改善することを説明し、

励まし、ともに治療する姿勢が求められる。心理療法を繰り返すことにより、自己の状態を客観的に受け止めるようになる。自分の性格や行動が、自己臭症の原因であることに気づき反省するようになると、みずから積極的に治そうと努力するようになる。行動に積極性が伴うと自信をもてるようになり、症状も改善する。口臭の悩みを相談された場合、結論を急ぐことは決して好ましいことではない。十分に訴えをきき、心の病であるならば何よりも対話が必要になる。

（角田 正健）

＜文献＞

1. 宮崎秀夫ほか…口臭。デンタルハイジーン、16(6)：506～536、1996。
2. 角田正健ほか…口臭—見えない審美。デンタルダイヤモンド、24(2)：29～46、1994。
3. 内田安信…歯科心身症の診断と治療。医歯薬出版、東京、1986。
4. 角田正健…サヨナラお口の臭い。医歯薬出版、東京、1995。

VI

身体に障害や病気のある人

◆片麻痺などでうまく歯みがきができない人への指導方法

片麻痺などがあるとうまく歯みがきができなくなります。脳卒中による片麻痺は手指のみならず、口腔内にも及びます。具体的には舌や頬の動きが悪くなります。食物残渣がある場合、ふつうは舌を使ってこれを巧みに除きます。また、歯のあいだに物が詰まった場合は頬や舌を使って吸って取り除こうとします。このような口の動



図1 片麻痺のある人は麻痺側に食物が残しやすい

きが上手にできなくなります。その人の機能に合わせた指導が必要です。実際に歯みがきをしてもらい、それを観察してみがき残しをなくするにはどうしたらよいか指導してください。歯ブラシの動かし方ばかりでなく、歯ブラシの柄も握りやすく工夫することができま

す。歯科医師に聞いてください。

片麻痺患者の多くは運動障害のみならず感覚障害も伴っています。たとえば、触覚や痛覚が鈍麻しているのです。ですから自分では口腔内に食物が残っていたり、歯の表面が汚れていることに気づきにくいのです。まず口の中が汚れていることを自覚してもらうことが先決問題です。鏡をみて点検する習慣をつけるなどの指導が必要です。

(植松 宏)

〈文献〉

- 藤島一郎：脳卒中中の摂食・嚥下障害、P 87～88、医歯薬出版、1993。

◆座位をとりづらい人は

人は

座位がとれなくても毎日の口腔ケアはとても大切です。座位がとれないだけで他の身体機能に異常がないというケースはまれで、通常、他の機能障害を伴っているので介助が必要です。衰弱が著しい場合は歯ブラシを使つての口腔清掃は困難です。この場合、スポンジブラシや綿球などで汚れを拭うだけで終わる場合もあります。消毒効果のある洗口液を併用すると効果的です。

介助みがきづらい力が入りがちです。痛みを与えないよう注意しましょう。また、座位がとれない

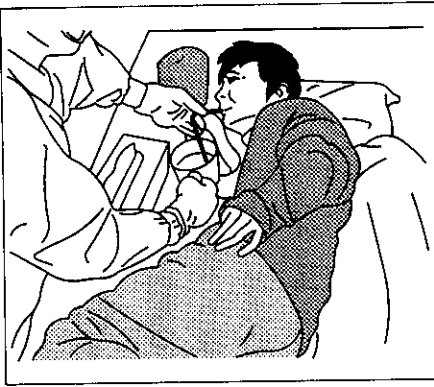


図1 側臥位で洗口を行っているところ

とどうしても介助者が不自然な姿勢になりがちです。仰臥位の場合は、できるだけベッドの端に寄ってもらつと介助しやすくなります。

口の中で歯ブラシやスポンジ・ブラシを動かすと唾液が出てきます。これはとても良いことですが、唾液でむせる人もいますから側臥位のほうが安全でしょう。この場合、麻痺側が下にならないように注意します。

(植松 宏)

〈文献〉

愛知県歯科医師会ほか監修…高齢者ケアチームのための口腔ケアプラン、厚生科学研修所、1997。

◆首の屈曲・回転が

あまりできない人

慢性関節リウマチや頸椎障害の患者だけでなく高齢者にも首の動きが悪い人がいます。首の動きが悪いだけでは、さほど歯みがきに支障はありませんが、慢性関節リウマチ患者や高齢者では首だけでなく身体他の部位も動きが悪いことが通例です。手鏡を使って口腔内をみながら、歯ブラシを動かします。手の動きが悪い場合は、リーチャーなどの補助具を利用します。

介助する場合は前面からのぞき



図1 慢性関節患者でリーチャーに歯ブラシを付けて使用している例

込むようにするか、背部から抱くような形で鏡をみながらみがきます。患者をリラックスさせて、口の唇や頬を指でやさしく引いて歯ブラシの動かす場所をつくってみがきます。

最も困難なのはうがいです。水を口に含むのはストローを使えばよいのですが、吐き出すときはどうしてもエプロンが必要になります。水は少な目に含み、誤嚥に注意します。口の周囲の汚れはティッシュペーパーやタオルなどで拭く必要があります。

(植松 宏)

〈文献〉

施設口腔保健研究会／日本口腔疾患
研修所監修…口腔ケアQ&A、中央
法規出版、1996。

◆舌を常時出し入れ

し、緊張すると、

さらに強くなる人

舌を常時出し入れする人の口腔ケアは、慣れないとむずかしいものがあります。舌を動かさないように指示しても、よけいに緊張されてしまった経験があるのでないでしょうか？ 実は「舌を常時出し入れし、緊張するとさらに強くなる」のは立派な疾患の一つで、まず病気として正しく理解してあげることが大切でしょう。

口をもぐもぐさせ、舌を捻転させたり突き出したりするなどの口の周囲にみられる反復性で常同的な不随意運動を生じってしまう疾患を「オーラル Dyskinesia」(図1)といます。原因別の分類としては、抗パーキンソン薬(トポス)の投与により起こる薬物性ディスキネジア、向精神薬の長期投与により起こる遅発性ディスキネジアと、高齢者にみられる原因不明の特発性ディスキネジアなどに分けられます。その薬理学的原理とし

ては、脳の線条体のドーパミンを活性化する薬物で生じ、その受容体の拮抗剤で改善しますが、その拮抗剤も長期に投与するとドーパミンに対して過敏になり、かえってオーラルディスキネジアを誘発することがあります。一方、高齢者で発生する特発性のものは、線条体の老化生変化やその領域の小梗塞でないかと考えられています。

治療法としては、抗パーキンソン薬や向精神薬などで誘発されているときは、主治医に相談しましょう。また、高齢者では義歯が合わないことが一つの誘因であることがありしますので、不適合な義歯を装着しているときは、歯科医に相談して義歯の調整をしてもらい、義歯の咬合(噛み合わせ)を安定させることもとても大切です。しかしながら、高齢者に多くみられるのは原因不明の特発性ディスキネジアであることが大半です。これには効果的な治療が少ないのが現状であり、ここに口腔ケアの重要性があるといえるでしょう。つまり、オーラルディスキネ

ジアを止めることよりも、ディスキネジアの動きに応じたケアと、ディスキネジアにより誘発される疾患に対するケアが必要となります。まず、そのためには、個々のオーラルディスキネジアの動きを注意深く観察することから始めてください。それによりその人の固有の動きのパターンがすこしずつわかるようになり、個別ケアに役立つことになります。

口腔ケアの手技は基本どおりでよいのですが、舌や顎を無理やり抑えつけるのではなく、歯ブラシや綿球などの口腔ケア用品を動かすに逆らわずに力を入れずに使用してください。また、ディスキネ

ジアに伴う疾患としては、舌の突出運動で義歯や歯のどがった部分に接触することにより、舌に傷を作りやすいことと、舌ばかりでなく顎全体の運動のため、取り外し型の義歯が装着されている場合、義歯による口腔粘膜の潰瘍を生じやすいことです。このような褥瘡性の潰瘍が生じていないか、いつもみてあげてください。潰瘍に気づかず放置しておくと、擦過により病状が進み、二次感染を起こし顎下のリンパ節炎や熱発を生じる結果にもなります。そこでディスキネジアが顕著で顎まで動くときは、一時的に義歯を外してあげることも必要です。しかし義歯を外



図1 オーラルディスキネジア



図2 顎関節脱臼

したままにし過ぎると、顎の位置が安定せず、不随意運動により顎関節脱臼（図2）を生じてしまうこともあるので注意してください。顎が外れやすく、それが習慣的になってしまっている状態を習慣性顎関節脱臼といいます。オーラルディスキネジアがこの原因の一つになっていることがあります。このようにオーラルディスキネジアは、特に要介護高齢者にとってはなかなかあなどれない疾患であるといえるでしょう。

要介護高齢者の場合、今まで「オーラルディスキネジア」は見過ごされていた疾患だったかもしれないですが、効果的な治療法が少ない現状では、QOLの向上のためにも、より適切な口腔ケアが望まれるでしょう。

（永長 周一郎）

◆パーキンソンなど で手が震える人

パーキンソン病や脳血管障害（パーキンソン症候群）などで手指の振戦（震え）が出る場合があります。不随意運動の一種で明らか原因はわかっていませんが、

脳の一部の器質的障害だといわれています。パーキンソン症候群などでは、手指の振戦だけでなく歩行障害、書痙（しよけい）（手の振戦により字が書けないこと）、オーラルディスキネジア（図1）などの症状もみられます。これらの症状を治療する絶対的な治療法はなく、薬剤



図1 オーラルディスキネジア

で動きそのものを少なくすることはできませんが、入眠傾向が強くなったり意欲低下がみられるようになるため、よほどひどい状態でないかぎり薬剤による振戦の除去は行わないのがふつうです。

ただし、手指の振戦がみられるからすべての不随意運動がみられるわけではなく、症状の出方は個人差がみられます。また、手指の振戦やオーラルディスキネジアがみられても、意識的にそれを止めることができる人もいるので、詳細な観察が必要です。

パーキンソンなどで出現するオーラルディスキネジアは、歯みが

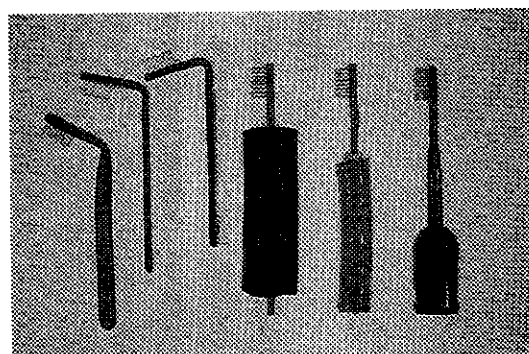


図2 歯ブラシの持ち手を改造する

きだけでなく口腔ケアの実施をむずかしくしたり、義歯の使用を困難にさせます。オーラルディスキネジアに対する口腔ケアの進め方は000ページを参照してください。

パーキンソン症候群によって、手指の振戦やオーラルディスキネジアがみられる場合、特に意識的に止めることができない場合は、それに対応した歯みがき法や口腔ケアを行う必要があります。

患者本人が自立した歯みがきを行う場合は、なるべく柔らかい歯ブラシを選んでください。手指の振戦がみられる場合、自分の意図



図3 介護者は歯みがきの様子を見守る

しない方向へ歯ブラシが動いてしまい歯肉や口腔粘膜を傷つけてしまうことがあるからです。また歯ブラシの持ち手を改造することによって（図2）力が入るように工夫することも効果的です。

介護者にあつては、歯みがきの様子を静かに見守り（図3）、声かけを適時行ってリラックスした雰囲気を作ることが重要です。けつして急がせたり、途中で注意したりしてはいけません。不随意運動は緊張すると強くなることが多く、患者自身にパニックを引き起こしたりします。そのようなことが起こることを避けるためにも、介護者自身の態度がキーポイントになります。

また、手指の振戦がみられる患者の場合、握力や手指の力が低下していることもよくあります。そのような場合は介護者が患者の歯ブラシを持つ手にそっと手を添え（手添え…図4）一緒に歯ブラシを動かしてあげることも必要です。

歯みがき終了後、介護者は口腔内をよく観察し、みがき残し、特



図4 手添え

に歯の裏側や歯間部（歯と歯のあいだ）に残った汚れを歯ブラシで取ってあげるようにしましょう。

要介護高齢者の介護全般にいえることなのですが、要介護状態とは現在の症状が今後回復の見込みが低い状態のことです。今後長期的に日常生活動作の介助を必要とするので、なるべく自立した動作ができる方向へ導いてあげることが介護者の大きな役割といえます。パーキンソンなどで手指が震える人でも、歯みがき動作がすこしでもできるようなら、やらせることが必要です。介護量や人手のことを考えると見守りや手添えは

けっして効率のよいやり方ではありません。しかしリハビリテーションという観点からは非常に重要な介護者の態度といえます。

あきらめてしまう前にもう一度介護者自身の態度を見直すことも重要です。

（阪口 英夫）

◆慢性関節リウマチ で手指が変形して いる人の口腔ケア

慢性関節リウマチとは、全身性結合組織疾患の一種で、多発性関節炎のほか、全身症状を呈する疾患です。女性に発症することが多く、診断の際の主症状として、朝のこわばり、3力以上の関節炎、手関節炎、対称性関節炎、X線変化、リウマトイド、血清リウマトイド因子の7項目のうち、4項目以上が診られる場合です（米国リウマチ学会診断基準）。

慢性関節リウマチの患者さんの口腔ケアを行う場合、一番の問題点は、手指の関節部に運動制限（関節可動域制限）、手指関節変形（関節可動域制限）が多いため、通常の歯ブラシなどでは、自身による清掃が困難なことが多いため、ブラッシングのための補助具、なかでも関節可動域制限を補うための、柄の長い握持具（リーチャー）を用いることが多く、有効です。また、義歯を装着している患者さ

んでは自身で着脱できないこともありますので、介助者による義歯着脱と、患者さん自身によるブラッシングのみがき残しのチェックと清掃も大事です。

（糸田 昌隆）

＜文献＞

1. 酒井信明、植松宏編…障害者の歯科医療、医学情報社、東京、1998。
2. 山田和克監修…病気の地図帳、講談社、東京、1992。

◆痴呆のある人の

口腔ケア

痴呆の人は、最も口腔ケアのサ―ビスを提供されるべき対象でしょうが、一方で、継続した口腔ケア提供するのがむずかしい対象かもしれません。また痴呆の人の人権を考えると、そのサ―ビスの提供には常に「保護」と「管理」の両面に気を使う必要があります。つまり強制的な口腔ケアは最も避けなければなりません。そのためには、①日常の介護の中に無理のない範囲で取り込む、②朝の歯みがき運動（図1）など、生活習慣



図1 朝の歯みがき運動

として位置づける、③個人のペースに合わせて行い常に自立支援（図2）を考えるなどがあげられます。また認知障害が強い場合、具体的には脱感作の応用で簡単なことから慣らしていく方法があります。まず食後のお茶を飲ませることから始め、うがいができるようであればうがいをさせます。次に義歯がある場合は外してもらい、綿球、綿棒などを水や薬液で湿らせ、口腔内と清拭を進め、歯みがきまでもっていくようにします。



図2 自立支援

義歯に関しての扱いですが、痴呆の人の中には、なかなか義歯

をはずしてくれない人がいるものです。痴呆の症状やその程度により異なりますが精神興奮、譫妄、幻覚、意欲低下などにより生活習慣の変化が生じ、極端に自己管理能力が低下してしまうことも珍しくありません。このため義歯を外すことに抵抗・拒否して、何力月も義歯を装着したまままで清掃してないこともあります。また義歯を装着していることさえも忘れてしまっていることがあるので注意してください（資料1）。このため痴呆症状が不安定なときは、一時的に義歯をはずしてあげたほうがよい場合があります。精神興奮により義歯を誤嚥してしまうこともあるので、義歯の装着状態、適合状態なども注意深く観察するようにしましょう。症状が安定している人でも義歯の清掃や管理が不十分な人の場合は、夜間のみ保管してあげてください。その場合でも、義歯を預けることに抵抗・拒否することがあるので、義歯を預かる理由として、①義歯の清掃をすること、②夜間、歯肉を休ませること、③預かるの一時的なもの

であることなどを、よく説明してあげてください。しかし認知障害、記憶障害のためにケアの積み重ねが効果を示さず、口腔ケアに拒否行動をとる場合も少なくありません。この拒否行動に対する対策が、最も苦慮するところだと思っています。

抵抗を示す場合でも口腔ケアは必須のものとしますが、けつして無理やり実施すべきではありません。なぜならば、そのことが他の介護にも悪影響を及ぼすからです。具体的な対応としては、一つの口腔ケアプランを立てて時間、回数などを決めたとしても、1日のうちで気分の安定している時に行うようにします。また、できなければ翌日へ持ち越し、1週間単位で、口腔ケアの回数を増やしていくのも一つのコツです。特に、義歯を外すことに拒否行動をとる人の場合などは、外してくれないからといってそのまま放置してしまうと、義歯の下粘膜が口腔カンジダを併発して大変悲惨な状況になってしまふものです。今日できなければ明日、明日できなければ

ばできるところで義歯の清掃をするようにしてあげてください。

また、口腔ケアを拒否する中には、口腔疾患に伴う疼痛が原因となる場合があります。むし歯以外の疾患（歯周炎、口内炎、舌炎、口腔カンジタ）にも注意が必要です。すし、特に高齢者の口腔カンジタは思ったよりも発生頻度が高く、さらなる注意が必要です。

さらに痴呆の人の口腔ケアの目的には摂食援助の側面もあります。痴呆の人の場合、そのADLの維持のためにも経口摂取への自立支援が大切です。徘徊、問題行動などにより栄養摂取を経管栄養や点滴で取ることが大変むずかしいからこそ、摂食援助による経口摂取が重要なのです。つまり口腔ケアは歯みがきのような器械的清掃ばかりでなく、唾液の分泌を促したり、口腔周囲筋の訓練などの機能的な口腔ケアも大切なのです。軽く頬をマッサージしたり歯肉をマッサージしてあげるだけで、唾液の分泌を促進したり口を開けてくれるようになったりします。詳しくは、摂食機能訓練法の

成書を読まれることをおすすめします。

このようにしてみると、痴呆の人こそ最も口腔ケアが必要であることがわかれると思います。

最後に全般的注意としては、常に余裕をもって高齢者に接するということです。相手の不安感を受け止めることから始め、その不安感を共有し、これから行う口腔ケアへの心の準備をしてもらうまで時間をかけていくことが一番大切なのではないでしょうか？ つい私なども結果を急いだ歯科治療、口腔ケアをしがちですが、すこしでも余裕をもつことが相手にも伝わることだと最近思い始めたところです。

（永長 周一郎）

資料1…「恍惚の人」（有吉佐和子 著より）

「入歯だと思ふのよ。一度も洗つてゐる様子がないんですもの。気持ち悪いからほつといたけど、考えてみれば不潔ねえ」

信利の目の前でそれをやることに一種の快感でもあるのかと思うほど、昭子は気負いたって茂造の口に入歯を入れ、やにわに上下の総入歯を外した。

うわあッと昭子も信利も叫んでいた。臭気が、まるで東京都の夢の島もこうかと思えるような、排泄物よりもつと強烈で、腐臭と呼ぶべきものが、わつと部屋に溢れた。昭子は嘔吐感を抑えながら台所の流しに入歯を投げ出して蛇口を捻り、たわしを使って水で汚物を流した。入歯そのものが箱に詰まるところを見ええ気持ちが悪かったのに、それに何ヶ月分もの食べ滓がへばりついているのだ。…中略…ようやく上も下もはめこんだら、茂造の声と言葉になって、

「ひどい人ですね、昭子さん。私の歯をとつたりして、ひどい人ですね」

「でもお爺ちゃん、入歯は洗わないと不潔ですよ。臭くって私たちがまららないんですもの。嫌だったら、これから自分で入歯を洗ってください。」

「私は入歯じゃありません。これは自分の歯です」

「自分の歯だったら取り外し出来るわけがないでしょう」

「そうですよ、取り外せませんとも」

◆意識障害があり、 口腔ケア用品を入 れると嚙んでしま う人

意識障害があつて口から何も食
べていない場合でも、口の中は汚
れてきます。意識障害のある患者
にとって、口腔ケアは齧歯（むし
歯）や歯周疾患、口臭、口内炎、
嚥下性肺炎といった疾患の予防の
ためにとっても大切なものです。鼻
からの経管栄養や、胃瘻といって
外から胃に穴をあけて直接栄養を
送っている場合でも誤嚥性肺炎を
起こすことがあるので口腔ケアを
十分に行う必要があります。また、
口腔ケアの歯肉や頬へのマッサ―
ジが意識のボーっとしている患者
に対して覚醒効果があるといわれ
ています。

まずはじめに、口の中をきれい
にしますとか、歯をみがきますと
声かけをし、何をするかよく説明
をします。このとき手に触れたり
体に触れたりしてスキンシップを
とるようにするとリラックスさせ

ることができるとしよう。左の人
差し指を口の端（口角）からそつ
と入れます。次に左の人差し指で
頬を少し引つ張るようにして歯ブ
ラシを口の中に入れ、歯の外側か
らブラッシングを始めます。歯の
外側（頬側、唇側）全部をブラッ
シングしたら、噛み合うところと
内側をブラッシングします。歯の
噛み合うところと内側、さらに舌
も、声かけをして口を開けている
あいだに手早くみがくようにしま
す。口を開けてくれない場合、相
手に話し掛け、左の人差し指で下
顎を押し下げるようにすると、す
こしずつ口を開いてくれるようにな
ります。

歯ブラシを歯の内側に入れると
どうしても噛みつかれてしまう場
合は、粘膜を傷付けないように注
意して、開口器やバイトブロック
を使用します。バイトブロックの
代わりとして、割りばしにガーゼ
を巻いたもの、歯ブラシの柄にホ
ースを付けたものとか、ディスポ
の注射筒にガーゼを巻いたものな
どいろいろと工夫するのもよいで
しょう。

歯ブラシは、口の中で動きやす
いようにヘッドが小さくネックの
細いもの、歯肉に当たっても痛く
ない軟らかい毛先のものを使用し
ます。歯みがき剤は使用しません。

歯肉や頬の粘膜、上顎の汚れは
スポンジブラシ（トウースエッテ）
や巻綿子（割りばしに綿を巻き付
けたものでよい）でぬぐうように
してとります。うがいができるよ
うならやってみてもらいます。しか
し、うがいができないことが多いの
で、イソジンガーゲル液を浸した
巻綿子や手袋をしたうえでガーゼ
を巻いた指で口の中をまんべん
なくぬぐいます。できれば、ぬるめ
のお湯や薄く溶いたうがい液を用
いて、洗浄、吸引を繰り返すとよ
いでしょう。

（青柳 公夫）

（文献）

1. 鈴木俊夫監修…口腔ケア実践マ
ニュアル。日総研出版、1994。
2. 施設口腔保健研究会、日本口腔
疾患研究所監修…口腔ケアQ&A
口から始まるクオリティ・オブ・ラ
イフ。中央法規出版、1996。
3. 牛山京子…在宅訪問時における
口腔ケアの実際。医歯薬出版、19

98.
4. 藤島一郎…口から食べる嚥下障
害Q&A。中央法規出版、1995。

◆痛いところがあつても、訴えることができない人

みなさんが頭痛がしたり歯が痛くなったときはどうしますか？
痛い頭を押さえて、いらいらして仕事に手につかなくなったりするでしょう。また、歯が痛いとはったを押さえて、食事が進まなかったりするのではないのでしょうか。

痴呆や日常のコミュニケーションに障害をもつ老人も同じように痛みを感じています。しかし周囲の介護者に痛みを伝えたくても、話すことができなかったり、体が自由に動かないためにうまく伝えられませんか。痴呆が進んでいる場合には、どうしても痛みが起るのか、どこが痛いのか自分自身が理解できない場合が多いのです。そんなときには、周囲の人からみると突然変わった行動や言動をするようになったり、本当に痛いところと違ったところを示したりすることもあります。痴呆や障害をも

つ老人の介護者が、その老人の感じている痛みに気づいてあげることは大変むずかしいことです。しかし、痛みがあるときにはふだんと様子が違ったり、なんらかのサインを出している場合もあるので、介護者はそのサインを見逃さないように観察する必要があります。

ここでは、身体どこかに痛みがある場合と歯や口の中に痛みがある場合に、老人が出すサインとしてよくみられるものをいくつかあげておきましょう。

身体はどこかに痛みがある場合

- ① しきりに身体を動かし、落ちつかない。
- ② 脈拍が早くなったり、血圧が上昇する。
- ③ 顔色が変わったり、表情が陰しくなる。
- ④ 大きな声を出したり、うなり声をあげる。
- ⑤ 徘徊や異常行動が増える。
- ⑥ ふだん行っているケアをいやる。

口の中や歯に痛みがある場合

- ① 食事の量が減り、食べるスピードが遅くなる。
- ② 顔に触れられるのをいやがる。
- ③ ふだん行っている口腔ケア（歯みがきなど）をいやがる。
- ④ 頻繁に口の中に指をもっている。
- ⑤ ふだんは義歯を入れていたのに、入れるのをいやがる。
- ⑥ 鼻の付け根から頬骨にかけて、下顎の骨にそって強く指で押して痛がる場所があるときは、歯が痛いことが多い。

このような行動がみられたからといって必ず痛みがあるわけではないのですが、参考にはなると思います。もちろん、ふだんから老人の行動や言動を注意深く観察して、何か異常があつたときに気づいてあげられるように心がけるとが大切です。

痴呆があつたり障害をもっている老人は、口腔ケアが十分でないために、むし歯や歯周病が多く

みられます。たとえ歯がなくても、歯ぐきの病気や義歯が合わないことにより、痛みを感じるのです。介護者がふだんから注意して口の中の状態を観察して口腔ケアをしていないと、歯が痛いのかどうかの区別がつきにくいというのが現状のようです。痛みを起こさないためには、ふだんからの口腔ケアが重要なのは言うまでもありませんが、治療が困難でも定期的に歯科医にみてもらって、いざというときの対応が迅速かつスムーズに行われるようにしておくことが重要です。

（関根 義朗）

◆舌癌治療後の注意 点とケア

舌癌の臨床病態

わが国では、舌癌が口腔癌(舌、口底、頬粘膜、上下歯肉、硬口蓋の癌)のうち最も頻度が高いようです。

解剖学的に舌は舌尖、舌背、舌縁、舌根、舌下面(図1)に分けられます。このうち舌根は中咽頭に分類され、舌の前方3分の2の可動部がいわゆる oral tongue です。舌癌の大部分(90%)は舌縁に発生し、残りが舌尖、舌下面、舌背に発生します。早期舌癌の肉

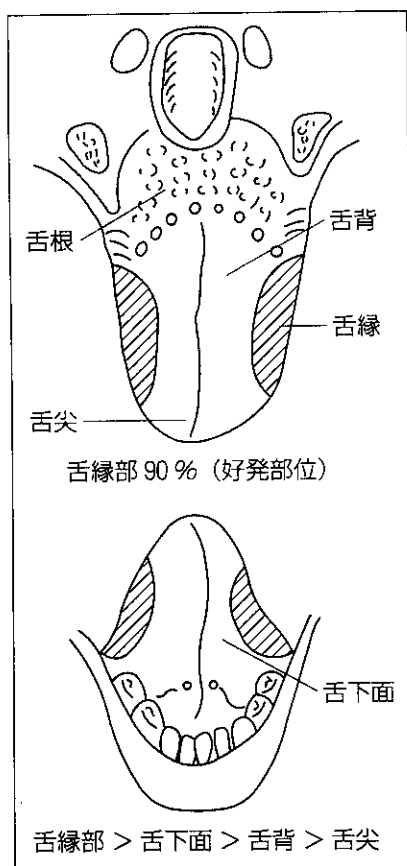


図1 舌

表1 口腔扁平上皮癌一次症例
部位別症例集

頬粘膜	34
上歯肉	29
下歯肉	49
硬口蓋	3
舌	105
口口底	32
中心性	3
計	333

(1975-1994. 広島大口外I)

眼的所見は外向発育型、内向浸潤型、表在型の3群に分けられます。舌癌の予後および治療後の形態、機能を規定する要素の一つとして、舌癌の舌周囲組織への進展度が挙げられます。

舌縁部に発生した癌は、舌の後方向に進展し、側方口底から下顎歯肉、下顎骨へ進展します。後方では舌根、口底、前口蓋弓、扁桃窩、中咽頭側壁、副咽頭腔へと進みます。また下方深部へ進んだものでは舌骨上筋群に浸潤、舌の可動性が乏しくなります。従って、進展したケースでは初診時、舌の運動障害、開口障害がみられます。舌のリンパ流は粘膜、舌筋ともに豊富であり、舌癌はこのリンパ

流に沿って、リンパ節へと転移を起こしやすいのです。初診時の転移リンパ節の有無は、一次治療後の予後に影響する因子であり、初診時転移リンパ節(+)であつても、転移リンパ節の出現に注意を払った経過観察が必要です。

治療法

舌癌の治療の主体は放射線と手術であり、通常、

放射線外照射+小線源組織内照射
放射線術前照射+手術
これに化学療法が併用されます。

T1-T3 (V1-C1, T分類)で舌に限局した腫瘍で組織内照射にて根治治療されたものでは機能障害は少ないようです。これに対し、化学療法、外部照射で効果がなく、縮小しないもの、局所進展(T3, T4)癌、リンパ節転移ケースでは根治手術が必要であり、術後に種々の程度の口腔機能障害を後遺します。

舌癌に対する放射線根治照射後は、障害部位は粘膜、唾液腺、歯牙、下顎骨です。

晩期障害としては粘膜潰瘍、放射線骨壊死が重要です。骨障害の予防の第一は感染対策であり、日々の患者自身による口腔衛生管理ができるよう指導し、不用意な抜歯を受けさせないこと、義歯による褥創にも注意が必要です。

手術：舌癌の浸潤度、進展度により、根治手術の術式は異なります。また舌切除の範囲により術後の舌機能障害度はある程度予測されます。切除術式は、部分切除、