

5. 神経難病のオーラルマネジメント

—基礎知識からステージ別の対応まで—

田村文誉 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック 口腔リハビリテーション科

菊谷 武 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック 口腔リハビリテーション科

神経難病とは

神経難病とは、運動にかかわる脳や神経の神経細胞が変性・消失して起こる疾病であり、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、筋萎縮性側索硬化症(ALS) などがある。

原因不明で治療法が確立されていない難病は、申請により治療費の扶助を受けることができる。神経難病は特定疾病(表1)に含まれ、65歳未満であっても、日常生活の自立が困難であり、要介護・要支援状態が6ヵ月以上にわたって続くことが予想される場合、介護保険制度の第2号被保険者が要介護認定を受けることができる。

以下、日常臨床で出合うことの多いパーキンソン病、脊髄小脳変性症、筋萎縮性側索硬化症(ALS)について解説する。

表1 特定疾病

がん(末期がん)	関節リウマチ
筋萎縮性側索硬化症(ALS)	後縦靱帯骨化症
骨折を伴う骨粗鬆症	初老期における認知症
進行性核上麻痺	大脳皮質基底核変性症
パーキンソン病	脊髄小脳変性症
脊柱管狭窄症	早老症
多系統萎縮症	糖尿病性神経障害
糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症
脳血管疾患	閉塞性動脈硬化症
慢性閉塞性肺疾患	両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症

パーキンソン病

パーキンソン病は、錐体外路系の代表的な変性疾患である。神経難病では最も多く、日本国内の患者数は人口10万人あたり100~150人と推定される¹⁾。発症年齢は50~65歳に多いが、高齢になればなるほど発病率が増加し、一方、40歳以下で発症するものは若年性パーキンソン病と呼ばれる²⁾。

パーキンソン病は、神経伝達物質であるドーパミンが枯渇することで、大脳基底核の機能障害が引き起こされ、運動変化が起こる疾病である。この大脳基底核は、筋緊張や運動の安定性を調節する役割を担っており、ここが障害されると過剰な緊張や、意図しない運動を生じる可能性がある。そのため、パーキンソン病の典型的な症状である、振せん、無動、固縮、姿勢反射障害を呈する。また、パーキンソン病に似た症状を呈するが、パーキンソン病とは異なる病態に基づく一連の疾患は、パーキンソン症候群(パーキンソニズム)と呼ばれる(表2)³⁾。

表2 パーキンソニズムが生じる疾患(参考文献³⁾より引用改変)

特発性(≒本態性)パーキンソニズム
①パーキンソン病
②若年性パーキンソン病(家族性が多い)
パーキンソン病を除く変性疾患
①多系統萎縮症
②進行性核上麻痺
③パーキンソン認知症複合

表3 Hoehn-Yahrの重症度分類(参考文献³⁾より引用改変)

I度	症状は一側性で、機能障害はないか、あっても軽度
II度	両側性の障害があるが、姿勢保持の障害はない。日常生活、就業は多少の障害はあるが行い得る
III度	立ち直り反射に障害がみられる。活動はある程度は制限されるが、職種によっては仕事が可能である。機能障害は、軽ないし中程度だが、まだ誰にも頼らず1人で生活できる
IV度	重篤な機能障害を有し、自力のみによる生活は困難となるが、まだ支えなしに立つこと、歩くことはどうか可能である
V度	立つことも不可能で、介助なしにはベッドまたは車椅子につきぎりの生活を強いられる

パーキンソン病の運動機能障害の重症度としてHoehn-Yahrの分類がある(表3)^{3,4)}。また、厚生労働省生活機能障害度分類を表4⁵⁾に示す。パーキンソン病は進行性疾患であるため、進行に伴う病態の変化に常に注意しなければならない。

1. 全身症状

- ①振せん(手足のふるえ): 規則的な振せんがみられる(5 Hz程度)。初期のころは、片側の手や指から始まるが、次第に両側に出現する。前腕、足、膝にも認められる。手足を動かさないときにふるえが認められるのが特徴であることから、安静時振せんという。
- ②無動(動作緩慢): 動作の開始や切り替えの困難さがあり、運動の巧緻性に影響を及ぼす。無表情な顔つき(仮面様顔貌)、小さく聞き取りにくい声(小声)や早口、字が小さくなる書字障害(小字症)などが生じる。姿勢や歩行の変化も起こる。前屈みの姿勢で腕の振りが小さく、また歩幅が小さくなり、小刻みの歩行やすり足となる。これらの運動変化が起こることで、日常生活動作すべてに時間がかかるようになる。
- ③固縮: 手や足の関節を、他者が曲げ伸ばししようとする、筋緊張が増加し、強い抵抗がみられる。鉛管を曲げるように、あるいは歯車を回しているように、ガクガクとした抵抗を呈する。
- ④姿勢反射障害(図1): 姿勢が崩れたときに、姿勢を立て直してバランスをとることができない。

表4 厚生労働省生活機能障害度分類(参考文献⁵⁾より引用改変)

分類	障害の程度
1度	日常生活・通院にはほとんど介助を必要としない
2度	日常生活・通院に介助を要する
3度	日常生活に全面的な介助を要し、独立では、歩行・起立不能となる

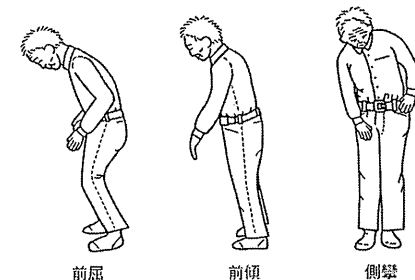


図1 パーキンソン病。全身症状の1つとして、前傾や前屈姿勢になりやすい。側彎もみられる

い。また、歩行時に前屈みの姿勢で歩幅の小さな歩行になる(小刻み歩行)ことや、足が床に吸い付くようになって前に進めない「すくみ」症状、歩いていると徐々に小走りになり止まらない症状(加速歩行)がみられる。これらのことから、転倒しやすくなる。

- ⑤その他: 自律神経症状として便秘、蒼顔(あぶら顔)、多汗、流涎、起立性低血圧がみられる。また、精神症状として抑うつとなる場合がある。

2. 病気の進行に合わせたオーラルマネジメント
パーキンソン病患者の摂食・嚥下障害は、運動機能障害の重症度に比例する。Hoehn-Yahrの重症度分類⁴⁾のI度で約50%、II~IV度で90%以上である。他の報告でも、パーキンソン病患者の80%以上に嚥下障害がある⁶⁾とされている。

全身症状の特徴である振戦や無動は、下顎、舌、口唇、咽頭にも認められる。咀嚼や嚥下運動は高度な巧緻性が必要であるため、重大な影響を被る。特に、固縮、動作緩慢は摂食・嚥下の準備期から口腔期を障害するため、随意運動がうまくいかない。更に、準備期・口腔期の障害は、次の咽頭期

表6 パーキンソン病の摂食・嚥下障害の症状

準備期・口腔期→衝動的食行動・口腔通過時間の延長	咽頭期→咽頭通過時間の延長
口腔前庭への食物残留	感覚運動系全体の障害
舌運動障害	喉頭挙上の障害
振せん	咽頭収縮の低下
繰り返す前後運動	喉頭蓋合への食物残留
開口制限	梨状陥凹への食物残留
頭頸部の異常姿勢	喉頭侵入
長時間の傾斜姿勢	不顕性誤嚥
軟口蓋運動障害	食道入口部の機能障害

への障害をも引き起こす(表5)。また、パーキンソン病による嚥下障害の進行度別対応については、Yorkstonら^{7,8)}による提案がなされている。

初期の段階では、著明な摂食・嚥下障害はみられない。しかし、病気の進行とともに摂食・嚥下障害は必発となることから、今後起こり得る症状について、十分に話し合っておく必要がある。また、低栄養とならないよう、体重の監視を開始する。

やがて、咽頭の蠕動運動の低下や、舌の振戦がみられるようになってくる。咀嚼能力の低下により、咀嚼が必要な固形食の摂取が困難となるので、咀嚼しやすい食物や、咽頭への移送がしやすい食形態の選択を考慮していく。無理な固形食の摂取は、口腔通過時間、すなわち咀嚼時間の延長、舌による咽頭への移送時間の延長となり、無用な食事時間の延長を招く。このような摂食機能に合わない食形態の選択は、窒息や誤嚥の原因にもなり得る。また、パーキンソン病治療薬の調節や、食事時間と薬効を一致させることも必要となる。一部の患者では、治療薬レボドパの使用後に、摂食・嚥下機能の改善が認められることがある。

次の段階として、咽頭の蠕動運動の悪化、嚥下反射の遅延、輪状咽頭筋の機能障害、嚥下時の喉頭閉鎖不全がみられるようになり、摂食・嚥下障害も進んでいく。十分な栄養摂取ができず、低栄養

を来している場合も少なくない。低栄養への対策として、補食や高カロリー・高たんぱく食を選択する。また、減退してきた摂食・嚥下機能に対しては、感覚入力増加のために味覚や温度覚を刺激することや、追加嚥下(複数回嚥下)を行わせ、確実に嚥下ができるよう促していく。また、自立を促すために、補助器具や装置を導入することなども行っていく。また、口腔衛生に関して、摂取食形態がミキサー食などの場合には、それ自体が口腔内に停滞しやすいものであり、更には、口腔の運動障害が口腔の自浄作用の低下を招き、口腔衛生が不良となる。その結果、う蝕や歯周病の悪化を招く。

摂食・嚥下障害が重度化していくと、唾液によるむせが始まる。自律神経障害から唾液分泌過多、更には嚥下障害によって唾液の嚥下による処理が困難となり、口腔内に唾液が滞留し、流涎の原因となる。また、食事時の誤嚥も増加する。顎引き嚥下などの手技を用いたり、摂取食形態を更にやさしい形態に変更する対処が必要となる。最終的には、経鼻胃管や胃ろうなどの経管栄養法を選択せざるを得ない場合も多い。

また、上肢や手指の運動障害は、食事動作や口腔衛生のための動作全般に影響を与え、この時期には自食や口腔衛生の自立はかなり難しくなる。

なお、病気の進行や摂食・嚥下障害の重症度に応じてであるが、障害の進行抑制を目的に摂食・嚥下訓練を行うこともある。舌の可動域訓練、舌抵抗法、声帯内転を増強させる訓練、メンデルソン手技、頸部・体幹・肩関節の可動域訓練、などを行う。ただし、訓練の時間帯や内容、質を考慮し、訓練による疲労に注意する。特に食前に訓練を行うことは、食事動作への影響を及ぼすため禁忌である。

● 脊髄小脳変性症

脊髄小脳変性症は、運動失調を主症状とする神経変性疾患である。変性を示す脳の位置によっていくつかの疾患に分類され、10年以上の長い経過

を辿る進行性の疾患である。

多系統萎縮症の一部も脊髄小脳変性症とされ、この多系統萎縮症を含めて、全国で約3万人の患者がいると推定される。その2/3が孤発性、1/3が遺伝性である⁹⁾。

1. 全身症状

運動失調とは、運動を正確に効率よく行うことができなくなる協調運動障害である。両下肢、体幹の運動失調により、歩行時のふらつきを生じ、徐々に歩行が困難になる。失調性の構音障害や、上肢の失調が生じ、手がうまく使えなくなる。上肢における運動失調の症状として、運動量を適切に調整できない症状(測定障害:ジメストリー)が生じる。これには、目的点を超えて運動してしまう場合(測定過大)や、目的点に達しない場合(測定過小)がある。更に、運動の終了時に、一時的な不規則な振戦(小脳性振戦)がみられる。これは、目的物を指さそうとすると、目的物に近づくほど振戦が激しくなる(企図振戦)、というような症状である。

経過とともに、固縮や無動などの錐体外路症状も加わる。自律神経症状としての起立性低血圧、発汗障害、排尿障害など、錐体外路症状として下肢のつっぱり、その他、末梢神経障害や筋の萎縮などがみられる。

2. 病気の進行に合わせたオーラルマネジメント

小脳の役割は不明な点も多いが、小脳は脳幹に隣接しており、嚥下活動の役割を担っている可能性がある。小脳の損傷は、運動失調、企図振戦、筋緊張低下を引き起こし、これらは摂食・嚥下機能にも影響を及ぼす。

徐々に進行する咀嚼障害や構音障害、嚥下障害が問題となる。運動失調から、咀嚼時に舌や頬を噛むなどの症状を訴える。咀嚼に必要な下顎や舌、頬の協調運動が困難になり、粗雑な運動となる。更に、固形食の粉碎、咽頭への送り込みも困難となる。同様に、構音器官の運動の協調が困難となるため、言語が不明瞭で、とぎれとぎれとなる(断裂性発語)。更に、音の強さの調節も困難

となり、時に爆発性発語となる。

次第に巧緻性が減退していく咀嚼機能や舌による咽頭への移送機能に対応して、食形態の変更が必要となる。まとまりやすく、口や咽頭でばらばらになりにくい食形態を調整する。

上肢にみられる企図振戦や測定障害などの運動失調により、食具を用いた自食は徐々に困難になる。食具の操作は難しいため、手で直接持って食べられる食事を提供することは、食事の自立の援助となる。

口腔衛生の自立も徐々に困難となる。企図振戦によって歯ブラシで口腔粘膜を傷つけたり、測定障害によってブラッシングをする位置の特定が困難となったりすることもある。歯ブラシを重くすることで運動量の調節が可能になり、ブラッシングの巧緻性が増すこともある。

また、頸部の強い固縮によって頸部が後方に過伸展することが多い。頸部が過伸展した状態での食事は、嚥下しづらいばかりでなく誤嚥のリスクを伴う。頸部の可動域を保つ継続的な訓練が必要である。

病状の進行に伴い、誤嚥による気道閉塞に注意が必要である。

● 筋萎縮性側索硬化症(ALS)

ルー・ゲーリック病、運動ニューロン疾患とも呼ばれる筋萎縮性側索硬化症(ALS: Amyotrophic Lateral Sclerosis)は、主に中年以降に発症し、随意運動(自分の意志によって行う各種の運動)を司る上位及び下位運動ニューロンの変性により、全身の筋萎縮と筋力低下が進行性に起こる。約10%は遺伝性の進行性の疾患であり、5年以上生存できない患者が大多数とされる¹⁰⁾。個々の患者によって進行程度はさまざまであるが、死亡の一般的な原因は呼吸不全である。発病率は人口10万人あたり0.4~1.9人で、年齢とともに増大して50~60歳代でピークに達し、以降再び低下する¹¹⁾。有病率は人口10万人あたり2~7人で、男女比は約2:1で男性に多い¹²⁾。特定疾患医療受給

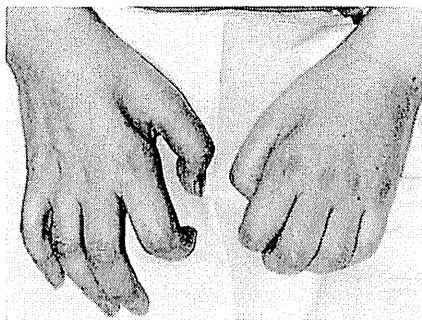


図2 猿手(左)、鷲手(右)と呼ばれる、ALSにみられる手の萎縮

者数によると、全国で約8,500人がこの病気に罹患している¹⁰⁾。

1. 全身症状

球麻痺症状として、舌の萎縮、嚥下障害、構音障害が出現する。初期においても、舌の筋力低下により、構音も影響を受ける。そして進行とともに末期には、経口摂取は不可能となる。遠位の筋より侵されることが多く、手指の筋力の低下や萎縮がみられる(図2)。球麻痺症状が先行し、かなり進行するまで球麻痺症状のみというタイプもある。最終的には呼吸筋の麻痺がみられ、人工呼吸器による管理を余儀なくされる。人工呼吸器の管理を選択しない場合、予後はおよそ3~5年である。症状は、筋萎縮と筋力低下が主体で、進行すると手の動作障害、歩行障害、言葉の障害、食事などの飲み込み障害、呼吸障害、コミュニケーション障害などが生じる。

感覚障害や知能の低下は現れにくく、膀胱直腸障害や外眼筋麻痺は認められにくいために、失禁や眼球運動障害もみられにくい。そこで、瞬目やまぶたの動きを用いたコミュニケーション法が用いられることがある。一般に感覚障害や排尿障害、眼球運動障害は少ないとされるが、人工呼吸器による長期生存例などでは、認められることもある。病勢の進展は比較的早く、人工呼吸器を用いなければ通常は2~4年で死亡することが多い。

患者の30%に皮質延髄路支配の筋組織に初発



図3 舌が萎縮して低位となり、表面には特徴的な波がみられる

症状が現れるが、その場合、重篤な進行性の嚥下障害が引き起こされる¹⁰⁾。

2. 病気の進行に合わせたオーラルマネジメント
Yorkstonらはまた、ALSの嚥下障害の進行に応じた対処についても提案している^{7, 8)}。

初期の段階では、摂食・嚥下障害は準備期、口腔期が中心となる場合が多く、舌の筋力低下による口腔機能の制限が特徴である¹⁰⁾。固形食の摂食が困難となり、食事時間が延長していく。この時期には、一口量を少なくすることや、顎引き嚥下によりむせや咽頭残留を防止する。また、脱水を予防するために水分摂取を維持することも大切である。また、この時期に、将来リスクが高まると予測される窒息への対応法を学んでおくことも大切である。

筋の萎縮は、遠位より徐々に近位へ及び、体幹(腹直筋など)、舌筋、咬筋やオトガイ筋にも及ぶ(図3)。この際の筋の萎縮部には、筋が不随意にピクピク動く線維束性攣縮がみられる。この現象は、筋を指で軽く叩くと、現れやすい。舌筋の萎縮、運動障害に伴い、徐々に咀嚼障害、構音障害、嚥下障害が進行する。

咀嚼障害や食塊形成障害、咽頭への送り込み障害が中心の段階では、口腔内に残留しにくく、送り込みのしやすい(べたつかない、まとまりのよい)食品を選ぶようにする。また、舌接触補助床(PAP: Palatal Augmentation Prosthesis)の使

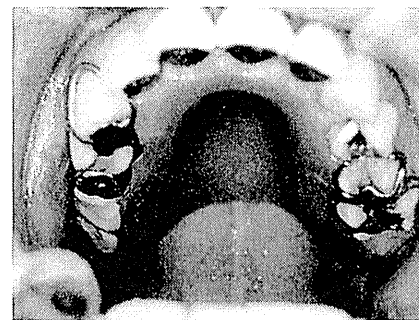


図4 舌の運動障害を補助するPAP。上顎に厚みをもたせ、摂食や構音時の舌の接触を容易にする

用が有効である場合が多い(図4)。更に構音障害に対しても、舌の運動がある程度保たれていれば、発音補正装置としての舌接触補助床は有効である。更に鼻咽腔閉鎖不全に対しては、軟口蓋挙上装置(PLP: Palatal Lift Prosthesis)が有効である場合が多い。しかし、病状が進行し、運動障害が顕著になると、その効果は限定的となる。

徐々に経口摂取量が減少していくため、低栄養予防にも注意する。なお、食道入口部の開大及び喉頭挙上は、嚥下障害が進行しても比較的保たれているといわれている¹⁰⁾。

病状の進行に伴い、嚥下時の無呼吸や呼吸低下が増加する¹⁰⁾。人工呼吸器を装着した場合、吸気時に誤嚥しないよう、嚥下と呼吸のタイミングを調整することが必要である。また、唾液による誤嚥のリスクが増加するが、薬物の使用や、唾液腺の外科的移動や摘出などの方法を取ることもある。

症例紹介——パーキンソン病

患者は78歳、男性。咀嚼しづらいため義歯を作り替えたいとの主訴で、かかりつけであったA歯科医院を受診した。

この時点で歯科の主治医は、患者の訴えもあったことから咀嚼困難の原因が義歯であると判断し、義歯新製となった。その後、何回か義歯作製と調整を繰り返していたが、症状の進行とともに流涎が増え、咀嚼障害も進行していった。そのため、

義歯調整と口腔機能評価依頼の目的で、摂食・嚥下リハビリの専門部門を有するB歯科医療機関へ紹介となった。

摂食に関する既往を聴取したところ、半年ほど前から家族と同じものが徐々に食べられなくなり、そのことで怒りっぽくなることもあったとのことである。食事時間が1時間を超えるようになったのは、義歯が合わなくなったためと本人も家族も思っていた。また、75kgあった体重が半年で70kgまで減少しており、日中の活動が鈍ってきたと感じていた。医科の主治医よりパーキンソン病との診断がなされ、Hoehn-Yahr分類でⅢ度、厚生労働省の生活機能障害分類でⅡ度であった。口腔機能への影響については、本人と家族とも十分な情報を得ていなかった。

全身所見として、小声、前傾で小刻みな歩行、指示に対する始動困難が認められた。口腔内は、舌及び軟口蓋に振戦が認められ、パーキンソン病による特徴的な症状が出現していると判断された。そこで、依頼である義歯調整とともに、摂食・嚥下機能評価を並行して行っていくこととなった。また、パーキンソン病の症状と服薬情報についての対診と、口腔に起きている問題点と本人と家族の希望についての報告を、医科の主治医に行った。

義歯調整を行うにあたり、口腔内に装着したところ、咬合位が非常に高位であった。これは、咀嚼筋の筋緊張低下により閉口障害が起こっており、咬合位が定まらなかったことが原因である。そのため、適切な咬合採得が困難であったものと考えられた。流涎の増加は、口腔機能の低下の他に、咬合位が高位であることも影響していると考え、咬合の大幅な調整を行った。しかし、患者は義歯を使いこなすことができず、外していたほうが食事をしやすいと訴えることもあった。

この時期の摂食・嚥下機能は、外部観察では固形食を小刻みな顎運動でなんとか咀嚼できたが、途中で無動となり、摂食・動作が停止してしまうことがたびたびであった。嚥下内視鏡検査及び嚥下造影検査を行ったところ、誤嚥は認められない

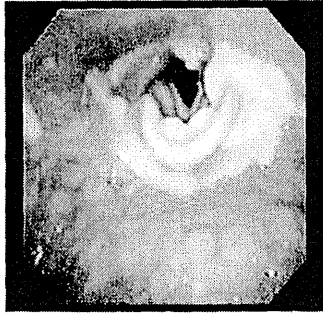


図5 摂食中に無動となった場合、嚥下反射惹起前に大量に認められた咽頭内の貯留。状態がよいときとの差は大きい

ものの、同様に無動となった場合、口腔内のため込みや嚥下反射惹起前の梨状窩や喉頭蓋谷への貯留が、更には喉頭侵入が顕著に認められた(図5)。

このような状況であったが、患者の固形食を食べたいという希望は強く、家族もそれに従っていた。そのため、検査の画像を一緒に見ながら摂食・嚥下機能を確認し、食形態の変更と高カロリー食の摂取を導入した。半年間で減少した体重を回復するため、栄養士による栄養評価を行いながらの指導となった。また、間接訓練として、喉頭挙上と咽頭収縮の強化のためのメンデルソン手技と、流涎対策のための口腔周囲筋の筋訓練、更に頸部及び口腔の可動域訓練を、1日1回、食間に家庭で行ってもらうよう指導した。これは、口腔清掃方法の指導とともに、歯科衛生士が行った。

このような経過が数ヶ月続いていたが、ある日、診療後に歩行困難から転倒し、一気に摂食・嚥下機能も悪化していった。やがて、経口からの食事だけでは必要栄養量が摂れないため、胃瘻が造設された。この時期は、食の楽しみを失わないよう、間接訓練の継続に、味覚刺激訓練を追加した。一時はこのまま悪化の一途を辿るか危惧されたが、

その間、医科の主治医により薬の調整がなされ、全身状態、摂食・嚥下状態とも改善が認められた。現在は、義歯の調整が奏効して使用できるようになり、ムース状やプリン状の食事を一部経口摂取しながら、胃ろうにて栄養を確保している。パーキンソン病は病態の変化により摂食・嚥下機能が大きく影響を受け、更に薬の調整による効果が高いことを実感した症例であった。

【参考文献】

- 1) 公益財団法人難病医学研究財団：パーキンソン病関連疾患(3)パーキンソン病。難病情報センター。http://www.nanbyou.or.jp/entry/314
- 2) 金澤一郎：難病外路疾患「臨床神経内科学」。平山恵遠(編)、第3版。南山堂、東京、1996：373-392。
- 3) Hoehn MM, Yahr MD: Parkinsonism: onset, progression and mortality. Neurology. 1967 May; 17(5): 427-42.
- 4) Nilsson H, Ekberg O, Olsson R, et al: Quantitative assessment of oral and pharyngeal function in Parkinson's disease. Dysphagia. 11: 144-150. 1996.
- 5) 厚生労働省：潰瘍性大腸炎・パーキンソン病の重症度分類について。http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1211-3c1.pdf
- 6) Miller N, Atcock LM, Hildreth T, et al: Swallowing problem in Parkinson's disease: frequency and clinical correlates. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2009 Sep; 80(9): 1047-9. Epub 2008 Nov 21.
- 7) Yorkston KM, Miller RM, Strand EA: Management of speech and swallowing in degenerative diseases. Tucson, AZ, 1995. Communication Skill Builders.
- 8) Groher ME and Crary MA: Dysphagia: Clinical Management in Adults and Children. Mosby Elsevier. Missouri, 2010: 84-86.
- 9) 公益財団法人難病医学研究財団：脊髄小脳変性症。難病情報センター。http://www.nanbyou.or.jp/entry/284
- 10) Wijesekera LC, Leigh PN: Amyotrophic lateral sclerosis. Orphanet J Rare Dis. 2009 Feb; 4: 3.
- 11) 公益財団法人難病医学研究財団：筋萎縮性側索硬化症。難病情報センター。http://www.nanbyou.or.jp/entry/214
- 12) Kawai S, Tsukuda M, Mochimaru I, et al: A study of the early stage of dysphagia in amyotrophic lateral sclerosis. Dysphagia. 18: 1, 2003.
- 13) Higo R, Tayama N, Nito T: Longitudinal analysis of progression of dysphagia in amyotrophic lateral sclerosis. Auris Nasus Larynx. 31: 247, 2004.
- 14) Nozaki S, Sugishita S, Saito T, et al: Prolonged apnea/hypopnea during water swallowing in patients with amyotrophic lateral sclerosis. Rinsho Shinkeigaku. 48: 634, 2008.

歯科臨床 ジャーナル

2014~

編集委員

住友 雅人
木下 淳博
沼部 幸博
松村 英雄

SECTION 1

SECTION 2

SECTION 3

SECTION 4

SECTION 5

SECTION 6

SECTION 7

YEAR NOTE OF DENTAL PRACTICE

1から学ぶ 歯科医療のスタンダード

クインテッセンス出版株式会社

口腔ケアガイド

日本口腔ケア学会 学術委員会 編

文光堂

☑ 口腔ケアを実施するためのグッズ

1. 主に歯面清掃に使用するグッズ

① 歯ブラシ

- 歯垢の除去に最も適する。
- 使い古して毛先が広がったものは、清掃効率が著しく低下するため新品に交換する。
- ヘッドが小さめの製品のほうが奥まで届きやすい。
- 口腔内に疼痛があるとき、歯肉から出血しやすいときには毛の軟らかい製品を選択する。
- 歯磨き剤(後述)を併用すると、歯垢の除去効率が向上する。

1) 手用歯ブラシ(各社)

- ベンダグリップで持つ、しっかり握る(バームグリップ)と、力が強くなりすぎ(ブラッシング圧の過剰)、歯肉退縮や歯根部の摩擦につながる。

注) 手が不自由、握力の低下など、歯ブラシの把持が困難な場合には、ハンドル部を太くするなどの形状の変更が必要である。

2) 電動歯ブラシ/音波・超音波歯ブラシ

- ① 電動歯ブラシ：ヘッド部分が自動で動くブラシ、ブラシ部分の形状・振動様式(往復、回転など)に製品間で差異を認める。
- ② 音波歯ブラシ、超音波歯ブラシ：毛先が超高速で振動する歯ブラシ、振動数により音波～超音波と分類されている。
- これらの歯ブラシは、うまく使えば(毛先を適切な部位に当て、ブラッシング圧を強くしすぎない)手用歯ブラシよりも清掃効率の向上を期待できる。
- 超音波歯ブラシは手用歯ブラシと同様にブラシを細かく動かすのに対し、電動歯ブラシと音波歯ブラシは毛先が振動しているので、適切な部位に毛先を当てて、そこで数秒保持するように使用する。

② 補助清掃用具

- 歯ブラシのみでは届きにくい部位(叢生部(歯並びが悪い部分)、歯間部、欠損隣接面、白後部、歯頸部など)の清掃に有効である。
- 毎回の口腔ケアに使用する必要はない。

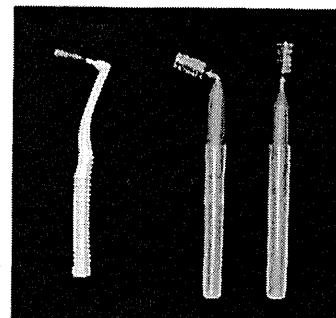


図2 歯間ブラシ

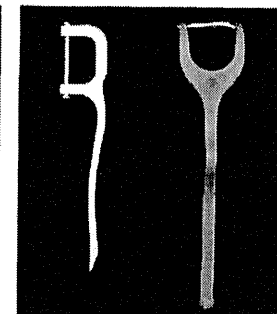


図3 デンタルフロス(糸ようじ)

1) ワンタフトブラシ(1歯ブラシ)

- 叢生部、歯間部、欠損隣接面、白後部、歯頸部、いずれの清掃にも適する。

2) 歯間ブラシ(図2)

- 歯肉が退縮して、歯間空隙が広がった中高年者の歯間部の清掃に適する。
- 歯間空隙の大きさによってサイズを選択する。

3) デンタルフロス(糸ようじ)(図3)

- 若年者の歯間空隙の狭い隣接面の清掃に適する。
- 初心者にはホルダー付きのほうが使いやすいことが多い。

2. 主に粘膜清掃に使用するグッズ

- 経口摂取が制限されている患者では粘膜清掃も重要である。
- 水などでグッズを軽く濡らしてから使用する(特に口腔乾燥を認める症例)。
- 粘膜全般に使用可能な製品と主に舌のケアを目的とした製品がある。
- 舌苔に含まれる剝離上皮・菌塊を除去することは意味がある。舌苔を一回ですべて除去しようとすると、舌粘膜表面を損傷するので、軽く擦って剥がれてくるものを除去する程度とする。
- ブラシ型：通常の歯ブラシよりも毛がソフトで密に植毛されている。一般に再使用可能であるので、長期に使うとランニングコストは安価。
- スポンジブラシ(フォームスワブ)：スポンジの形状、目の粗さなどに製品間で若干の差異を認める。
- ガーゼ、不織布、ウェットティッシュ：指に巻くなどして使用。グローブの指の部分に小片を貼り付けた製品もある。
- 綿球、綿棒、巻綿子：比較的安価で、使用感がマイルドな反面、表面が汚染されると摩擦抵抗が低下し、清掃効果が消失する。
- 舌のケアを主目的とした製品：ブラシ型・ヘラ型など種々の形状の製品が市販されている。

3. 歯磨き剤

- ブラッシング時に併用すると、歯垢の除去効率が向上する(手洗い時の石けんの役割)。
- チューブに入ったペーストタイプのもので液体のデンタルリンスが主流だが、ジェル状、泡状などの製品もある。
- 歯磨き剤の選択方法などは、第Ⅲ章 図 7、③ 口腔清掃指導(57頁)も参照されたい。

① ペーストタイプ

- 一般に研磨剤、発泡剤が含まれ、これらが清掃効率の向上に役立っている。
- 発泡剤は、「手荒れ」のように粘膜を障害する可能性がある。
- 研磨剤は、口腔内に残留すると吸湿し、口腔乾燥を助長しやすい。洗口や洗浄が不十分になりそうな場合には、研磨剤を含む製品を避けたほうが無難である。
- フッ素を含む製品が多い。フッ素はう蝕予防効果のある薬用成分であり、唾液分泌量の低下を認める患者(高齢者、頭頸部がん放射線治療後、Sjögren 症候群などう蝕の発生リスクの高い患者)では、毎日のケアに併用することで、う蝕の発生抑制に有用と考えられる。

② デンタルリンス

- 研磨剤、発泡剤を含まず、ペーストタイプに比較すると清掃効果はやや劣る。
- 配合成分を溶解するためにアルコールを含む製品が多い(消毒作用を期待できる濃度ではない)。アルコールによる刺激感を訴える場合には、希釈して使用するが、アルコール無配合の製品を選択する。

4. 含嗽薬(医薬品)

- 一般に処方箋が必要であるが、OTC 医薬品(薬店で購入できる、処方箋が不要な医薬品)もある。
- 抗菌成分を含むものと含まないものがある。

注) 口腔粘膜は皮膚などと同様に常在菌で保護されている。口腔内に病原性菌が増えると、感染(う蝕、歯周病、口内炎など)や肺炎の原因となるため、病原性菌を口腔ケアで減らすことは非常に有意義である。しかし、消毒薬の過剰な使用は、正常細菌叢のバランスを崩し悪影響もありうる。注意を要する。

① 抗菌成分を含む含嗽薬

- ポビドンヨード(商品名: イソジンガーグル液7%、ネオヨジンガーグル7%など): 用時15~30倍(本剤2~4mLを約60mLの水)に希釈し、含嗽する。アルコール(エタノール)を含む。
- 塩化ベンゼトニウム(商品名: ネオステリングリーンうがい液0.2%): 口腔内の消毒には0.001% (50倍希釈) 溶液として洗口。抜歯側の感染予防には0.01~0.02% (10~20倍

希釈) 溶液として洗浄。と記載されており、口腔ケアにおいては、0.001~0.02% の範囲で使用すべきであろう。アルコール(エタノール)を含む。

注) ポビドンヨードや塩化ベンゼトニウムは、粘膜や創傷部位から吸収し、副作用(ポビドンヨードでは血中ヨウ素濃度の上昇、塩化ベンゼトニウムでは筋弛緩作用)を発現する可能性がある。特に塩化ベンゼトニウムは使用濃度を厳守すべきであり、いずれも長期に漫然と使用すべきでないと考える。

- フラジオマイシン含嗽薬(商品名: デンターゲル含嗽用散): 硫酸フラジオマイシンはアミノグリコシド系抗菌薬、60mg(力価: 3包に相当)を用時約500mLの水または微温湯に溶解し、1日数回に分けて洗口する。

注) 抗菌薬は耐性菌を誘導する可能性があるため、長期にわたって漫然と使用すべきでない。

- グルコン酸クロルヘキシジン(商品名: うがい薬コロロSP): OTCの医薬品。消毒薬としてのグルコン酸クロルヘキシジン(CHG)は、アレルギーの問題で現在わが国では粘膜面の消毒に使用できないが、本製品はCHGを含むものの、医薬品として認可されている。コロロSPでは0.1%の製品を、80~100倍に希釈して使用する。

② 抗菌成分を含まない含嗽薬

- アズレン(アズレンスルホン酸ナトリウム)(商品名: アズノールうがい液4%、アズノール錠2mg[含嗽剤]など)、アズレン+重曹の合剤(商品名: 含嗽用ハチアズレン顆粒など)、アズレンには、抗炎症作用、ヒスタミン遊離抑制作用、上皮形成促進作用があるため、出血や潰瘍、外傷のあるときにも使いやすい。重曹(炭酸水素ナトリウム)は弱アルカリ性であり、粘液溶解作用が期待されている。

5. 粘膜に使用可能な消毒薬など

- 病院では、処方箋が不要な消毒薬などを口腔ケアに応用することも多い。
- 消毒薬には、器具や環境の消毒だけでなく、粘膜や創傷部位にも使用可能な製品がある。下記は、消毒効果が良好で、口腔も含めた粘膜や創傷部位によく用いられる薬剤である。
- ポビドンヨード(商品名: イソジン、ネオヨジンなど): 抗菌効果は非常に良好で、ウイルスに対しても効果を発揮する。
- 塩化ベンゼトニウム(商品名: オスバン、ジアミトール、ザルコニン、オロナインDなど)0.01~0.025%・塩化ベンゼトニウム(商品名: ハイアミン)0.01~0.025%: いわゆる逆性石ケンである。陽イオン界面活性剤であるので、表面張力を低下し、洗浄作用、角質溶解作用を示す。
- ポビドンヨードと塩化ベンゼトニウムを主成分として含む含嗽薬との違いは、配合濃度。そして含嗽薬には矯味・矯臭の添加物が含まれ、またそれらを溶解するために、アルコール(エタノール)を含む。味、香りが問題とならない症例に対しては、アルコール

(エタノール)を含まない消毒薬を使うこともある。

- その他：上記のほか、粘膜に使用可能な消毒薬として、両界面活性剤である塩化アルキルジアミノエチルグリシン(商品名：テゴ-51)を0.01～0.05%で、アクリノール(商品名：アクリノール、リバノール)を0.05～0.1%で、オキシドールを0.3～3%で、次亜塩素酸ナトリウムを0.005～0.001%、などもあるが、使用される頻度は高くない。
- また、院内製剤として、重曹水(2%)やピオクタニン水(1～2%)や、これに、グリセリンやキシリトールなどを添加した処方が多く報告されている。

6. 洗口液(マウスウォッシュ)

- 医薬部外品、口腔化粧品として、多数の商品がある。
- 塩化セチルピリジニウム(CPC)のような消毒薬、グリチルリチン酸ジカリウムのような抗炎症薬などを含むもの、また口臭のマスキング効果を期待した製品も多い。
- 液体の歯磨き剤であるデンタルリンスに近い組成の製品が多いが、洗口液(マウスウォッシュ)は、必ずしも歯磨きとの併用を規定していない(デンタルリンスと同様に使用しても、類似の効果が得られると思われる)。
- 代表的な商品：
リスステリン：L-シネオール、チモール、サリチル酸メチル、*l*-メントールを有効成分として配合。これらを溶解するためのアルコール(エタノール)濃度が比較的高い。
ヨココントロール：グルコン酸クロルヘキシジン(CHG)、グリチルリチン酸モノアンモニウム、緑茶抽出液、*l*-メントールを含む。メーカーの指示どおりに希釈した際のCHG濃度は0.0006%以下となる。

7. 吸引

- 患者自身が洗口できない場合には、吸引により口腔内から汚染物を回収することがきわめて重要である。
- 洗浄すると希釈されて、回収の面では有効であるが、洗浄液を誤嚥させるリスクもある。洗浄の際は患者の頭位や姿勢に留意し(頭部を後屈させないようにする)、吸引を行いながら少しずつ洗浄を行う。口腔内に水を保持できない、むせやすいなど誤嚥のリスクが高い場合は無理に洗浄を行わない、症例に応じて適切な方法を選択する。
- 吸引器具は粘膜を損傷しにくい硬さ・形状で、奥(咽頭部)まで吸引できる製品が望ましい。
- ディスポーザブルの排唾管が最も適すると思われる。
- よく用いられる吸引専用器具(図4の数字に対応)：
① 菌科用吸引嘴管(太・細)
② ディスポーザブルの排唾管(屈曲可能)
③ キャンカー吸引管(カバーなし・カバー付き)
④ ネラトンカテーテル

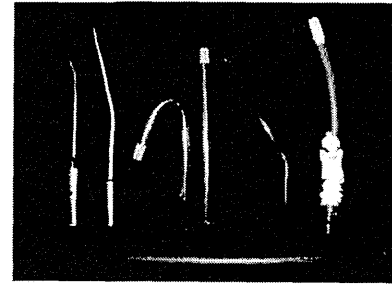


図4 吸引専用器具

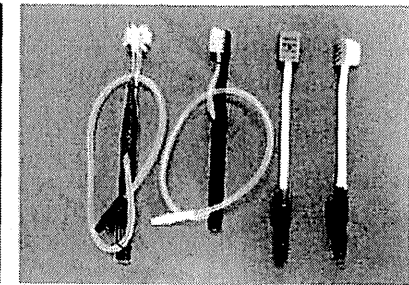


図5 吸引ブラシ・吸引スワブ

- 吸引ブラシ・吸引スワブ(図5)：歯ブラシ、スポンジブラシなどに吸引機能が付与されたもの。

8. 人工唾液・口腔湿潤剤

- 口腔乾燥症の対症療法(症状緩和)や、予防に用いる。
- 口腔乾燥症は、唾液の分泌低下を伴う場合が多いが、口腔からの水分の蒸発も重要な要因であり、唾液の分泌低下を補う「加湿」と「蒸発の予防」の両面を考慮する。
- 唾液は多くの機能を有しており、人工唾液・口腔湿潤剤は、その一部を代替することを目標としている。
- ワセリンなどをベースとする軟膏は、粘膜面の塗布には適していない。口紅やリップクリームを塗る赤唇(のdry-wet lineよりも皮膚側)には塗布できる。
- オラベース(ペクチン、ゼラチン、カルボキシメチルセルロース)は口腔内への馴染みが良好である。

① 処方薬

- 人工唾液(商品名：サリベート)：唾液中のナトリウム、カリウム、カルシウム、マグネシウムなどの電解質組成を再現した人工の唾液である。噴霧式エアゾール剤で、効能・効果は、Sjögren 症候群や頭頸部の放射線照射による唾液腺障害に基づく口腔乾燥症の諸症状の寛解である。したがって、経気管挿管中で口腔内が乾燥している、というような状況での使用は保険適用外使用になる。

② 医薬部外品・口腔化粧品

- 現在、非常に多くの種類の製品が、口腔湿潤剤・保湿剤として市販されている。口腔化粧品として市販されている製品も多いが、分類上は「(薬用)歯磨き剤(医薬部外品)」であるリフレケアH、マウスビューアなども、類似の組成である。
- 性状は液体あるいはジェルが多く、保湿関連成分としてヒアルロン酸ナトリウム、グリセリン、プロピレングリコールなどが配合されている製品が多い。

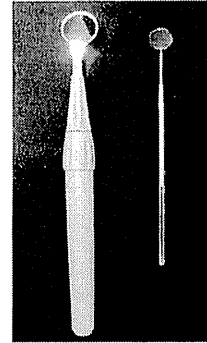


図6 デンタルミラー(右)・
ライト付きミラー(左)

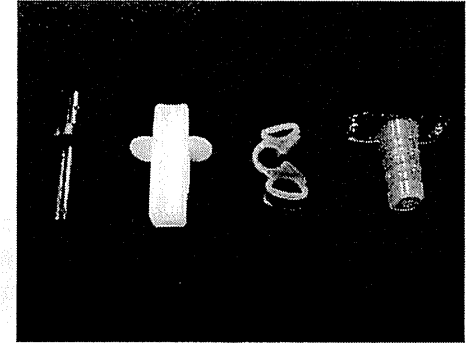


図7 バイトブロック、ゆびガード

- 液体あるいは粘性の低い(流動性の高い)ジェルの製品は「加湿」に、ジェルで粘性が高く、溶解性の低い製品は「蒸発予防」に適している。
- 詳細は第三章B「口腔乾燥が強い患者の口腔ケア(36頁)」を参照されたい。
- 保湿ジェルの物性に関する評価例は文献3、4)を参照。

9. その他、あると便利な口腔ケア関連グッズ……………

- デンタルミラー、ライト付きミラー(図6): 口腔や舌、頬粘膜の圧排や歯列裏面の確認など、口腔内観察を行うのに非常に有用である。
- プラスチック製口角鉤: 口角を圧排することによって、口腔前庭の視野が確保される。
- 開口器: 強制的に開口させ、その位置で保持させる。
- 各種バイトブロック: 開口させてから、その位置を保持し、口腔内の視野を確保し、ケアグッズや手指を咬まれるのを予防できる(図7)。ゴム(あるいはプラスチック)製バイトブロック、ゆびガードなどがある。

文 献

- 1) (財)8020推進財団指定研究「入院患者に対する包括的口腔管理システムの構築に関する研究」研究班: 入院患者に対するオーラルマネジメント。(財)8020推進財団、2008
- 2) 内田恵美子、島内 節: 日本版在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン(成人・高齢者用)。東京: 日本看護協会出版会、1997
- 3) 柿本保明: 口腔保湿剤の基礎知識—各製品などの比較について。GPnet 55(4): 11-19, 2008
- 4) 藤本篤士: 口腔ケアの基本的考え方と保湿剤の有効性。看護技術 55: 1069-1073, 2009

4

疾病の

オーラルマネジメント

がん／脳卒中／糖尿病／急性心筋梗塞／周術期の口腔機能管理

編集 足立了平

神戸常盤大学短期大学部口腔保健学科 教授

*Oral Management
of
Four Diseases*

 Kinpodo

① がん

② 歯科との関連・歯科治療上の問題点

Key Points

- 4 疾病の中で、がんは治療開始前からオーラルマネジメント (OM) に取り組むことができ、また治療前から介入するメリットも大きい。
- 「口腔環境の整備」を意識し、きれいにしやすいようにする。
- きれいにした後、「保湿=加湿+蒸発予防」を心がける。
- 歯科には歯肉出血への対応 (予防・止血) を期待されている。

① 「がん」と歯科との関連

様々な疾患を有する患者に対して、CREATE を意識しながらオーラルマネジメント (OM) (p.184 参照) を実践することは重要である。まずは 4 疾病の中で、「がん」の特色について、歯科、OM との関連で列挙してみる。

1. がんの診断から治療開始まで、多少の時間的余裕のある場合が多い

4 疾病の中で心筋梗塞や脳卒中では、一般に診断確定後、即刻その治療を開始する。心筋梗塞や脳卒中で、幸いにも救命できた場合、OM としては脳卒中の場合の嚥下障害に対するリハビリ介入 (嚥下訓練や嚥下予防) や、動脈硬化の進行を予防する観点から歯周病の治療、抗血栓薬使用下での歯みがき指導などが実践されるであろう。しかし、当然のことながら、これらはいずれも原疾患の治療開始「後」に OM を開始せざるを得ない (心筋梗塞や脳卒中の発症時期を予測するのは困難なため)。これに対し、がんの場合には、原発部の病理組織型、所属リンパ節への転移や遠隔転移の有無 (病期) によって治療方針が異なる。そのため、一部の血液腫瘍を除いて、これらの検査結果が出揃い治療方針が確定するまでの間、つまり治療開始「前」に、多少なりとも OM を実践する時間的余裕のある場合が多い (通常数週間以内)。

がんに限らないが、その治療開始後には様々な制約がある (がん治療の場合、抗がん剤による副作用など) ため、治療開始「前」に OM を開始できるメリットは大きい。

2. 完治できる可能性がある一方、治療しなければ命を失う

がんは部位、組織型などによって、治療法、予後が大きく異なる。4 疾病のいずれにおいても重症度に幅はあるが、がんの場合は、初期がんで小侵襲の内視鏡手術でほぼ完治が望めるようなものから、末期がんで緩和ケアが中心となるものまで、また治療法も手術、化学療法、放射線治療と、非常に幅広い。

医療従事者から見れば、がん以外の疾病よりも余程予後の良好ながんもあるが、「がん=死」と考える患者は多く、精神的な面も含めたサポートが必要とされる。ただし、すべてのがん患者がひどく落ち込んでいるとも限らず、がん患者の心理をある程度理解した上で、歯科医師・歯科衛生士は「口腔のサポーター」として、がんでない患者と同じように普通に (必要以上に特別扱いしない) 接すれば良い場合が多いと思う。

たしかに、「がんと告知*されて、頭の中が真っ白になって…」という状況で、「がん治療開始前に OM を受けるなんて無理」という患者がいるのは事実である。しかし、筆者の経験では、主治医や担当看護師から OM の必要性についての「ごく簡単な」後押しがあれば、意外に患者の受け入れは良好である。

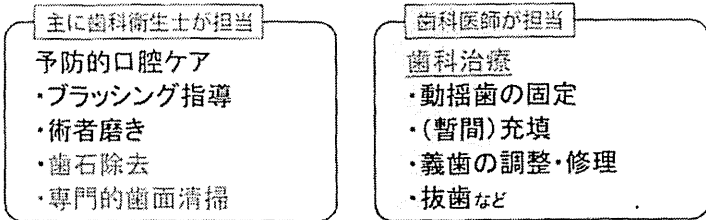
「患者参加型の医療」という点では、「がんの治療は主治医の先生にお任せして、患者さん自身は自分の口をきれいに保って肺炎などの感染を予防し、口から食べて栄養を良くし、体力をつけましょう」というスタンスは理解を得られることが多い。「病気をきっかけ禁煙しました」という患者がいるように、治療開始前の OM で、見違えるような口腔に改善する患者もいる。「OM は患者のため」を、がん治療に関わるすべての医療従事者が理解し、実践することが重要であろう。

3. 生活習慣に関連の低いがんもある

4 疾病の発病には、「遺伝的・先天的な要因」と「環境・後天的な要因」が重なっている。がん以外に心筋梗塞、脳卒中、糖尿病は、後者の代表であるメタボリックシンドロームとの関連が深く、生活習慣の改善が必要な例が大部分である。がんの場合も、喫煙と飲酒に関連の深い食道がんでは、歯周病が進行してことが多く、OM のメインの一つである「口腔環境の整備」(図 1) に時間を要することもあるが、適にがんによっては生活習慣の乱れもなく、がん以外は口腔も含めて非常に健康という患者も少なくない。遺伝的な要因が強いがんや、肝炎ウイルスやヒトパピローマウイルスのようなウイルスによる発がんが関与する場合はそれに当てはまる印象がある。

つまり、「糖尿病によって歯周病も進行している」、「脳卒中後で嚥下があり、口腔清掃が充分になされていない」、「心筋梗塞後で抗血栓療法をされており易出血性」というような患者に比較すれば、「がん患者だけ OM は容易」という場合が意外に多いと考えられる。

* 告知について：最近では、がんであることを隠したままで検査や治療をすることは極めて困難であり、病名を告知されている場合が大部分である。しかし、病期 (進行度) や予後については、家族の希望などにより正確に知らされていない場合もある。また、治療方針などに関しても患者自身が正確に理解しているとは限らないため、(がんに限らず 4 疾病に共通する) 主治医との連携による文書での情報交換は非常に重要である。



(目標) 口腔清掃を楽にしやすくする。

「広義のブラークコントロール」を、限られた時間内で実施し、口腔清掃しやすい環境を提供する

図1 口腔環境の整備

4. 口腔のがんの発見につながる可能性

4 疾病の OM では、疾病が生じてから開始するだけでなく、OM による歯周病対策や生活習慣（喫煙・飲酒）の改善の指導によって、その発症を予防することも視野に入れている。その中で、「がん」については、OM 実践中に口腔のがん（原発・転移）を発見できる場合もある。

すい臓がんのように部位や症状から発見されにくいものと異なり、口腔のがんは直視することができる。そのため、筆者のような口腔外科の専門医であれば、視診・触診と臨床経過で9割以上は診断可能である。しかし、患者自身が気づいていない、また医療従事者が口腔内を観察する機会があったにもかかわらず見落とされ、初診時から進展している例も少なくない（初診時にT4、Stage IVという例も珍しくない）。逆に、介護者の注意深い口腔ケアで、少し観察の難しい口腔後方のがんが発見される例（図2）もあり、OMの啓発は、口腔のがんの早期発見という面でも意義深いと考える。

口腔のがんを見落とさないためには、特に訴えがなくても、口腔全体を観察する習慣をつけるべきである。患者にセルフチェックを促すのも良い。



図2 初期の口腔がん（下顎舌側の歯肉がん）
注意深い観察で早期に初期がんを発見できた

◎ワンポイント

口腔がんは、がん全体の約2%を占める。直視可能であるにもかかわらず、進展例も少なくない（表1）。早期口腔がんであれば5年生存率は約90%。それが進行した口腔がんなら5年生存率は約50%と低下し、がん切除後の再建術が進展したとは言え、大きな障害を後遺する場合が多い。

表1 口腔扁平上皮癌 T分類・Stage分類別
(2001-2010年兵庫医科大学歯科口腔外科症例)

症例数		
T分類	T1	55
	T2	87
	T3	26
	T4	23
Stage分類	I	49
	II	54
	III	35
	IV	53

◎ 歯科でがん患者に対応する上で注意すべき点

生涯でがんに罹患する確率は、男性54%、女性41%とされ、男性の方がやや多いが、2人に1人はがんに罹患する時代である。がんで死亡する確率は、男性26%、女性16%とされているが、がんと診断された患者の5年相対生存率は、男性45%、女性55%である。がん治療後の経過の良し悪しはともかく、がん患者が歯科を受診することは決して珍しくない時代である。

がん患者を一般歯科開業医で対応する上で注意すべき点を、診査・処置の流れ別に列挙する。

1. 診査

OMにおいて、口腔（特に歯、歯肉）の評価で歯科が果たすべき役割は大きい。「抜歯などの歯科治療をしておくべきかどうか」、「もし必要であればその緊急性は？」、この判断を歯科医師は求められている。

口腔がんの部位には原則として触れないようにする。歯肉がんでは、がんに近接する部分のポケットプロービングなども避ける。口腔がんでは、歯や義歯が病変部を刺戟している場合があるため、その処置をするか否か（歯肉がんに接し、刺激しているように見える不適切なクラウンの除去など）はともかく、評価する視点は必要である。

原発が口腔以外のがんの場合でも、口腔への転移の可能性（確率は非常に低い）を考慮して、粘膜の潰瘍や腫瘍などがなければ診査する。ただし、口腔に胃がん・食道がんなどとの重複がん（同時性・異時性ともに）がある可能性は、転移に比べるとはるかに高い（p.37 コラム参照）。

血小板の減少（血液がん、肝がんなど）、凝固因子欠乏（肝がんなど）では易出血性であるが、自然出血が著明である場合を除けば、通常の口腔診査は可能である（歯周ポケットのプロービングも多くは可）。

三叉神経支配領域（下顎孔や眼窩下孔などの伝達麻酔で奏功する範囲を参考にする）の知覚異常がないかを念のため確認しておく。骨への転移などによる Numb chin 症候群による下唇・オトガイ部の知覚異常については知っておきたい。

頭頸部の放射線治療が予定されている場合、可能であれば、唾液分泌量検査（ガムテスト、サクソテスト：表2）など口腔乾燥に関する評価（p.193 表4 参照）も加えておくべきであろう（がん治療前後の比較が可能ならなおさら）。

なお、がん患者に限らず、診査や治療時に注水が必要な場合があるが、禁下剤を有する患者では、口腔・咽頭に水を溜めることが難しい場合があるため、体位や吸引方法に注意する。また、がんそのもの、もしくはがん治療の影響で、患者がとることのできる体位に制限がある（腰が痛いなど）場合もあり、問診票などで事前に確認しておくことが良い。

表2 唾液分泌量検査

▶ 刺激性唾液分泌検査

ガムテスト

ガムを2分間噛んで、その刺激によって分泌された唾液が2mL以上であれば、「問題なし」と判断する。サクソテストでは、ガムの代わりにガーゼを噛んで、ガーゼに浸み込んだ唾液の重量を測定する。

・「テスト後のガーゼ重量」－「テスト前のガーゼ重量」≧2gが正常。

ただし、ガムテスト・サクソテストで問題がないように見えても、安静時唾液が減少している患者もいる。

▶ 安静時唾液分泌検査

吐唾法

視覚（読書など）、聴覚（音楽など）、嗅覚（食欲をそそるにおいなど）なども含めて、刺激のない環境下で15分間に分泌された唾液を吐き出して、1.5mL以上であれば、「問題なし」と判断する。

2. X線検査

放射線治療を受けた患者を含めて、X線検査によるさらなる被曝を心配するがん患者もたまにいますが、パノラマX線検査による被曝量は少なく、有益性の方が圧倒的に大きいことを丁寧に説明する。

う蝕、歯周病、埋伏歯の有無などは当然として、顎骨へのがんの転移がある可能性も頭の隅に置いておく。三叉神経支配領域に原因不明の知覚異常がある場合は、パノラマX線検査で異常がなくても、CTなどで精査すべきである。

がんを治療する病院へ、パノラマX線写真のコピーを渡しておく、病院に歯科がない場合や、もしくは歯科があってもICUや無菌室に入室中でX線撮影ができず緊急に撮影が必要な場合なども含めて、役立つことがある。

3. 予防

コンセプトは「口腔環境の整備」（図1）で、患者自身が、もしくは介助が必要となった場合には看護師が、口腔清掃をしやすい環境を提供する。歯科的に広義のブラークコントロールと言われるものである。

患者自身によるセルフケアの充実にはウエイトを置く。「口をきれいにして歯後の肺炎を予防したい」、「早く食べられるようになりたいから歯を磨く、舌の筋トレを頑張る」と、患者自身に動機付けすることが重要である。患者自身にも「がん治療に参加する」という意識を持たせるようにしたい。

がん治療開始前であれば、治療によってどのように口腔が変化するか、治療終了後の口腔状態が良くなるければ、その回復見込みについて予測、もしくはがん治療の担当医に問い合わせ、患者のセルフケアに反映させる（例：抗がん剤治療によって白血球や血小板数が増えるため、指導した時点とはケアの方法を変えるなど）。

頭頸部がんへの放射線治療後などで、唾液分泌量の低下がある場合には、歯頸部う蝕を予防するために、積極的にフッ素の応用を勧める（歯科医院でのフッ素の塗布や、患者によるフッ素洗口法もあるが、フッ素を含む歯磨剤の応用が容易かつ安全である）。

4. 局所麻酔の使用

循環器系疾患を合併している場合は別にして、歯科治療時に頻用されるエビネフリン添加リドカイン（2%キシロカイン(E)コートリッジやオーラ注など）の使用に通常問題は無い。後述するBP関連顎骨壊死（bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw, BRONJ）や放射線性顎骨壊死のハイリスク群では骨の露出が危険であり、局所麻酔による刺入点潰瘍を生じないように、特に粘膜の薄い部分での注入時には配慮すべきであろう。

コラム

血小板減少時のブラッシングについて

抗がん剤の副作用（有害事象）による骨髄抑制の影響で、貧血（赤血球の減少）、白血球減少とともに、血小板も減少することがある。「血小板数5万/μL以下でブラッシング中止」というような指示が安易に出される傾向にあるが、元々ある歯周病を悪化させ、さらに出血しやすくなる、という「歯肉出血の悪循環」に陥る可能性について、患者だけでなく、がん治療担当医および看護師にも伝えておくべきである。

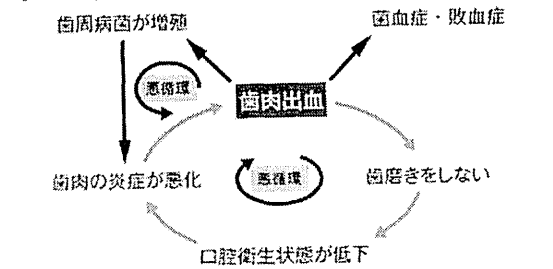


図3 歯肉出血の悪循環

歯肉出血を生じると、2つの悪循環を生じて、さらに悪化する可能性がある！

5. 保存・補綴処置

がん患者であることだけを理由に、がん治療担当医から処置の種類に制限を受けることは少ない。しかし、がん治療との時間的なスケジュールを考慮して応急処置に留める、現在無症状であるものの潜在的な感染源となる歯の治療を開始する、などを考慮する。

口腔がんへの放射線治療で散乱線を少なくするために、患部に近接する金属冠をレジジン冠に置換するなどを依頼される場合がある。処置時に、がんの病変部分に器具を接触させないように配慮する。

動揺歯への対応として、エナメルボンドシステムなどによる暫間固定や、気管挿管時の偶発的脱臼を避けるために保護シーネを作成することもある。

褥瘡性潰瘍を予防するために、歯や義歯の鋭期の処理するのも良い。口腔がんでは、歯や義歯が病変部を刺激している場合が多く、がん治療担当医と相談して、処置の可否を決定する。

嚥下障害のある患者では特に、小器具（ファイルやインプラントのドライバー）の誤嚥にも注意を要する。水も含め、口の中にとどめるのが難しいことがある。

コラム

医療従事者との連携における歯科用語

「ムシバ」は、歯科からすれば当然「う蝕」のことであるが、患者だけでなく歯科以外の医療従事者でも、「歯周病」も含め歯が悪い（痛みなどを伴う）状態を指して「ムシバ」と表現していることもあり、注意が必要である。つまり「歯科でムシバを治してもらって来るように」という指示が、必ずしも「う蝕治療のみ」を指すわけではないこともある。

6. 義歯関連

口腔乾燥の強い患者、低栄養の患者（血清アルブミン濃度の低下）では、義歯との接触による褥瘡性潰瘍を生じやすく、また義歯の清掃不良によってカンジダ性口内炎の一種である義歯性口内炎（図4）を発症しやすいため注意する。

抗がん剤治療中での血球減少期には、粘膜炎が脆弱となって褥瘡性潰瘍を、さらには二次感染を生じやすいため、義歯を外しておくように指導することが多い。

義歯によって生じた褥瘡性潰瘍から骨露出が生じ、「顎骨壊死」に至る場合があるため、頭頸部がんの放射線治療後や、がんの骨転移（乳がんや前立腺がん、肺がんに多い）や多発性骨髄腫などでビスフォスフォネート（BP）注射薬を使用中の患者では、軟性充填材の使用など、緩圧を考慮する。また、褥瘡性潰瘍を生じた場合には早期に対処できるようにする。なお、褥瘡性潰瘍にステロイド含有軟膏を塗布すると接触痛が改善されるため、安易に使用される傾向にある。しかしステロイドには、褥瘡の治癒を遅延させる、②カンジダ性口内炎を生じる、この2つのリスクがあることを念頭に置くべきである。

歯科ではこれまで咀嚼効率的な「噛める」ことに重点が置かれ、食塊形成、移送、嚥下はあまり重視されてこなかった。義歯治療の延長として、PAP（舌口蓋接触補助床）を積極的に取り入れることは、OMの実践という面で、リハビリとの関わりも深い。

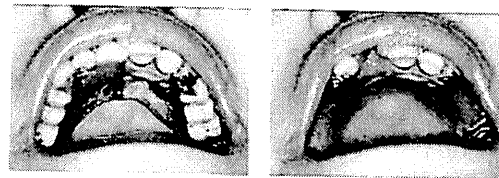


図4 義歯性口内炎

義歯の清掃不良によって生じたカンジダ性口内炎の一種であり、義歯面に一致した発赤とヒリヒリ感を認める。慢性紅斑（萎縮）性カンジダ症であり、ステロイド含有軟膏は禁忌。抗真菌薬が有効である。

7. 抜歯などの観血的処置

術後の出血と感染および治癒遅延のリスクがある。特に血液がんでは、白血球や血小板数の異常を伴う場合が多く、一般歯科開業医では対応が困難な場合が多いと考えられる。

がんの一次治療終了後に、外来通院で抗がん剤やBP注射薬を使用する頻度も増えてきている。歯科での観血的処置時には、がん治療担当医の確認が必要である。

コラム

BP関連顎骨壊死 (bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw : BRONJ)

がんの骨転移や多発性骨腫瘍では、BP注射薬（商品名：ゾメタ[®]など）を使用する頻度が高く、BRONJについても理解しておく必要がある。ゾメタ[®]を1年以上使用している患者で、発症頻度は数%程度と考えられる（骨粗鬆症に対するBP経口薬での発症頻度は0.04%前後）。ただし、予防的対応により発症を少なくできる可能性はある。

抜歯しなければ大丈夫とは限らない。慢性歯周炎による潜在的BRONJの成立後に骨髓炎による症状（痛み、動揺、瘻孔形成、排膿など）が発現して抜歯。治癒不全により顕在化、という場合が少なくないと推察している。

8. 投薬

歯科で処方する薬剤は限られており、抗菌薬、鎮痛薬、含嗽薬・軟膏などの外用薬などであろう。がんの治療もしくは基礎疾患への影響を考慮する必要があるが、すでに処方されている薬剤との併用禁忌を避け、**短時間、少量**であれば、通常は問題がないことが多い。

ロキソニン[®]やボルタレン[®]のようなNSAIDs（非ステロイド系消炎鎮痛薬）による胃腸障害は有名であるが、腎障害があることも知っておきたい。抗がん剤の投与とすでに腎障害を生じている場合が多いためである。

コラム

「お薬手帳」「院外処方」の積極的活用

患者の持つ「お薬手帳」をよく確認し、重複投与を避け、自院での処方薬との相互作用をチェックする。健胃薬・抗潰瘍薬や鎮痛薬はすでに投与されていることが珍しくない。院外処方であれば、処

方薬局でも重複投与や相互作用を確認してくれるはずだが、ダブルチェックは重要である。

9. (口腔) 保健指導

口腔清掃、経口摂取の維持・早期再開は、がん治療に好影響を及ぼす。喫煙やアルコールの摂取など、生活習慣（食・嗜好）への指導も必要である。

OMの目的（p.33表1参照）として、手術創部感染（SSI）や肺炎など、「感染予防」を意識したものは、う蝕や歯周病対策の延長で、歯みがき、洗口が有効である。口腔の汚染が強い場合には菌量の減少を図り、汚染が強くなくても菌交代症が生じている場合には、常在菌叢に近づけることで感染予防に貢献できる。

歯科において、OMの構成要素CREATEのゴールである「食べる」に関する保健指導としては、甘味料の摂取（シュガーコントロール）に関するものぐらいであったのではないだろうか。最低限の栄養や輸液の知識も身につけて、栄養の重要性を患者にアドバイスできるよう努力するようにしたい。

がん治療に伴う器質的な嚥下障害（舌の切除、食道の狭窄など）の直接訓練（飲食物を用いるもの）には専門的な知識を要するが、口腔ケアを含めた間接訓練（飲食物を用いない）であれば、一般歯科開業医も取り組むことが可能である。

抗がん剤の使用による悪心・嘔吐については、ある程度、発症を予測可能なため、患者に心がまえを説明しておく場合もある。ただし、説明する場合は事前にかん治療担当医に許可を得ておき、あまり不安にさせないように注意する。悪心・嘔吐時には、口腔衛生状態が低下しやすい。口腔内が胃酸で酸性になりやすいため、重曹水（もしくは重曹を含む軟用ハチアズレ）で洗口する。

がん患者に限らず、口腔乾燥へのアドバイスも重要である。頭頸部がんに対する放射線治療後には、ほぼ必発する。長期的には自覚症状（乾澀感）がいくらか改善する場合もあるが、これは「慣れ」によるものと考えられ、通常、腺の分泌機能の改善（腺の再生）はあまり期待できない。唾液分泌を促進させるサラジェン[®]（ピロカルピン）を試みる価値はある。残存している腺組織があれば、いくらか唾液分泌量が増える。

洗口は汚染の洗浄・希釈には有効であるが、乾燥感ほむしる増強することが意外に理解されていない。冬場で乾燥してカサカサになった手のケアを考えて欲しい。水での手洗いを勧めるだろうか？潤いを保つためには、「保湿＝加湿＋蒸発予防」を意識して、スプレーの有効活用による加湿と、蒸発予防に湿潤ジェルを用いると良い。

唾液腺マッサージは推奨できない。高齢者で、頸動脈に血栓・プラークがある場合は危険で、唾液腺炎のある場合も禁忌である。舌苔や味覚障害の原因が、口腔乾燥にこともある。

● コラム ●

放射線治療後の晩発性障害としての放射線性顎骨壊死

放射線照射技術の向上や防護によって放射線性顎骨壊死は一時減少したようにも思えた。しかし、生存率の向上で、晩発性障害の発現が問題となってきた。唾液腺障害によるう蝕の多発・歯周病の進行は、拔牙に至る可能性を高めるため、予防に努めたい。BRONJにも共通するが、拔牙などの親血的処置のみが危険なのではなく、義歯による游瘍性潰瘍も危険である。

① がん

③ オーラルマネジメントの実際 急性期～回復期

Key Points

- がん治療の種類・患者の状態によって、オーラルマネジメント (OM) の目的 (肺炎予防、口内炎対策など) が異なる。
- OM によって「口腔環境の整備」を行うが、要求される質は異なるため、適切なレベルを考える。
- がん患者の OM においても、セルフケアレベルの質の向上は非常に重要であり、できれば、がん治療開始前から動機付けすべきである。
- 易感染性・易出血性の患者に対する OM は容易ではなく、地域の病院歯科との連携を構築しておく。
- 抗がん剤による化学療法中に生じ得る 5 種類の「口内炎」をアセスメントできるようにし、原因に応じて適切に対処する。

① がん患者に対するオーラルマネジメントにおける 5W1H

本稿では、主に「急性期から回復期」のがん患者を想定している。オーラルマネジメント (OM) を適切に実践できるよう、「5W1H」、つまり Why (なぜ)、What (何を)、Who (誰が)、When (いつ)、Where (どこで)、How (どのように) に当てはめて整理してみる。

1. Why (なぜ)

がん治療中に、口腔に関連して生じる合併症を OM によって予防できると考えられる。口が痛い、食べにくい、といった苦痛を予防・改善することによる患者の「QOL (Quality of life: 生活の質) を向上」ということだけでなく、がん治療を成功させるための支持療法 (Supportive therapy) として、がんの治療成績の向上にも貢献できる可能性がある。

口腔がんの手術を例にすれば、OM によって手術創部感染 (SSI) や術後の誤嚥性肺炎を予防でき (表 1)、再建後の嚥下障害の改善にも OM は必須である。これには誤嚥時のリスクを低減するための口腔清掃と嚥下リハビリ、頸補綴や PAP (舌口蓋接触補助床) などの歯科治療の応用が有用である。

急性期における抗がん剤治療や頭頸部がんへの放射線治療においては、口腔粘膜炎を発症する頻度が高い (外来維持化学療法においては、概して頻度、重症度ともに低い)。経口摂取が困難になるなど症状が重篤であれば、抗がん剤の減量、放射線治療の中断が必要となり、いずれも抗腫瘍効果の減弱に繋がる。

抗がん剤治療に関連した進歩として、G-CSF (顆粒球コロニー刺激因子) で白血球減少を改善できるように、また 5HT₃ 制吐剤で悪心・嘔吐を予防できるようになり、この両者によって従前よりも抗がん剤の高用量投与が可能になり、抗腫瘍効果の増強が期待できるようになった。しかしながら、口腔粘膜炎や下痢などを制御できなければ、結局、抗がん剤を減量・中止せざるを得なくなる。したがって、副作用への予防対策としての OM は、がん治療を成功させる上で鍵の 1 つを握っていると言っても過言ではない。

表 1 手術前 OM の目的例 (一部*, がんに関連のない手術も含む)

<p>目的 1: 手術創部感染 (SSI) の予防</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔や中咽頭・下咽頭の手術では、口腔の不衛生が創部感染に直結しやすい。 <p>目的 2: 術後肺炎の予防</p> <p>全身麻酔で、気管挿管を予定する手術患者はすべて対象と考えるが、すぐにセルフケアおよび経口摂取を再開できる患者では、術後肺炎を起こしにくく、必要度が相対的に低い。気管挿管が長期化しそうな場合、下記のような嚥下障害を生じる可能性が高い手術では、術後肺炎のリスクが高いため適応となる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開胸を伴う手術: 咳をしにくく、肺炎のリスクが高い。 ・舌・咽頭がんの手術: 器質的 (解剖学的形態の変化)・機能的 (知覚・運動神経) な嚥下障害。 <p>目的 3: 術後早期経口摂取の開始</p> <p>消化器がん手術全形が該当するが、特に絶食期間が長くなりそうな場合が適応となる。</p> <p>目的 4: 移植・人工物留置後の感染予防</p> <ul style="list-style-type: none"> ・移植後に免疫抑制薬を使用。 ・体内に留置した人工物 (人工弁・人工関節・骨再生プレートなど) への血行性感染を予防。 <p>目的 5: 気管挿管時のトラブル回避・リスク軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・動揺歯の有無をチェックし、動揺歯があれば、必要に応じて処置 (暫間固定、抜歯、マウスプロテクター作成)。 ・開口量をチェックし、開口障害があれば解決可能かを評価しておく。
--

2. What (何を)

OM の構成要素である CREATE を意識して実践するが、歯科以外の職種には難しいことを歯科医療従事者ができれば、役割分担の上でも、より「値打ち」があると考えられる。歯科では、患者の口腔をアセスメント (A) し、口腔環境の整備 (C&T) を担当する。特に口腔がんの場合、口腔衛生状態の改善だけではなく、がん部分への刺激 (例: 舌がんが歯が接触) をできる限り少なくするために、一般歯科治療である不良補綴物・転位歯への対応 (抜歯、削合、保護シーネの作成など) が必要である。放射線治療で生じる散乱線の悪影響を低減するために、照射野に近い部分にある金属

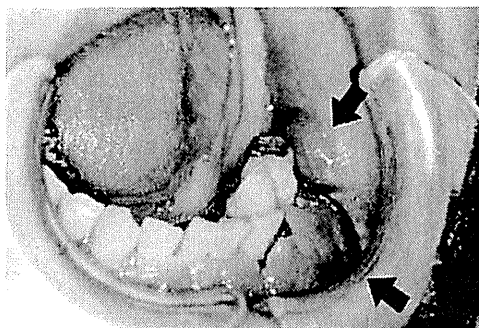


図1 歯肉に生じた悪性リンパ腫
歯の動揺、歯肉出血および下唇・オトガイ部の知覚脱麻を認めた。

冠を除去し、レジンTEK（暫間被覆冠）への置換を図る場合もある。

がんに関連した口腔のアセスメントで注意すべきことは次の2点である（図1）。

①歯周病による動揺・歯肉出血と誤診しないこと！（侵襲的処置の前に再確認）

- ・歯肉ががんによる骨吸収、歯の動揺ではないか？
- ・白血病などによる歯肉出血の可能性はないか？

②顎口腔領域へのがんの遠隔転移はないか？

下唇・オトガイ部（Ⅲ枝）や上唇・頬部・眼窩下部（Ⅱ枝）の知覚異常

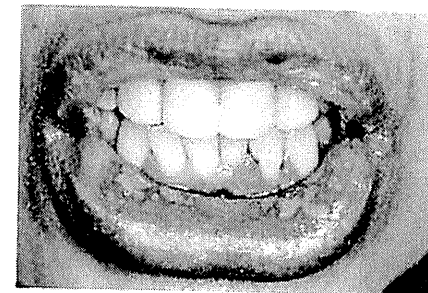
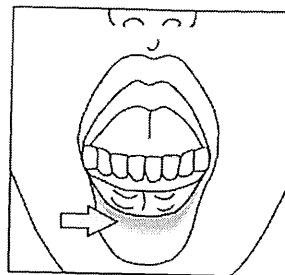
また、手術前の呼吸リハビリと同じ発想で口腔機能が低下しないよう廃用予防に努めること、機能低下に対するリハビリ（R）を行う（嚥下訓練の一部も含む）ことも重要である。患者や家族へ指導・教育（E）や、職種間でのアドバイスなども行う。各自の専門・得意分野を活かせるよう、マネジメントすることが求められる。常に、口から「食べる（E）」を意識する。胃がんで胃全摘出をして消化管機能が低下したような場合、歯科治療で手術前よりも咀嚼機能を向上させて消化管の負担を軽減する、といった発想も重要である。

がん治療中にう蝕や歯周病による疼痛などを生じた場合の対応は当然として、口腔粘膜に生じた様々なトラブルの鑑別診断（A）およびその処置・治療（T）を求められることもある。

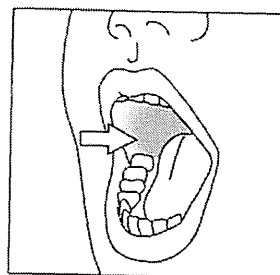
たとえば、口腔に生じた潰瘍が、初期がんか、抗がん剤による口腔粘膜炎か、歯との接触による咬傷や歯磨性潰瘍か、というような鑑別診断は非常に重要である。

①形態およびその変化（時間的経過）：突然大きながんが形成されることはないが、形態だけで悪性・良性を判断するのは容易でないこともある。原因と考えられるものを除去しても2〜3週間以上改善を認めない場合、潰瘍の周囲に硬結を伴う場合などは悪性を疑って生検（を依頼）する。抗がん剤による「口腔粘膜炎」では投与後1

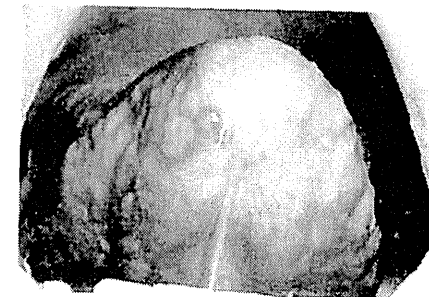
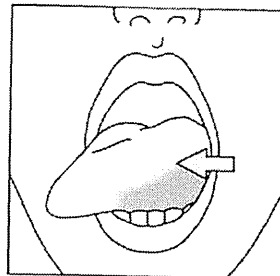
①唇の裏



2. 口角から頬粘膜



3. 舌縁部から舌腹



- ・抗がん剤による口腔粘膜炎は、舌腹、舌縁、頬粘膜、軟口蓋など非角化粘膜に発症する。
- ・舌背、歯列、硬口蓋などには、抗がん剤による口腔粘膜炎は通常、発症しない。
- ※頬部への放射線療法時の発症部位との違い
- 放射線療法による口腔粘膜炎は、放射線照射野に一致して発症する。
- 一般に非角化粘膜の方が、能率が強い。

図2 口腔粘膜炎

～2週間前後に生じる。投与直後、逆に1ヵ月以上経過という場合には、褥瘡性潰瘍であることが多い。

②部位：舌がんの好発部位は大白歯相当舌縁部で、舌背や舌尖部に生じることは極めて少ない。口腔粘膜炎は通常、非角化粘膜に生じる（図2）。歯科医療従事者にとっては、辺縁歯肉+付着歯肉と歯槽粘膜の区別は容易であるが、非歯科医療従事者にとってはすべて歯肉（歯ぐき）（図3）かもしれない。抗がん剤の投与後に辺縁歯肉に潰瘍を生じた場合、抗がん剤の直接作用による口腔粘膜炎ではなく、白血球減少など感染防御能の低下に伴う「潰瘍性歯肉炎」と判断するのが妥当と考えられる。（潰瘍性）歯肉炎であれば、抗がん剤投与前のブラークコントロールが良好であれば予防できた可能性もある、と考えても良いだろう。

口腔粘膜炎が舌縁部、頬粘膜に生じる場合、歯に接する部分に一致して生じることが多い。抗がん剤の直接作用によって粘膜が脆弱化している上に、褥瘡性潰瘍の要因が加わっていると推測している、ということは、保護シーネなどの装着で、褥瘡性潰瘍の要因を軽減できれば、抗がん剤の直接作用による口腔粘膜炎の発症、重症度の改善に寄与できる可能性がある。

口腔がんの治療後、義歯治療（T）の応用として、切除で生じた上顎洞や鼻腔への交通部を封鎖する顎・口蓋補綴や、舌の可動性の低下を補う舌口蓋接触補助床（PAP）の作成などは、歯科として専門性の高い治療である（図4）。

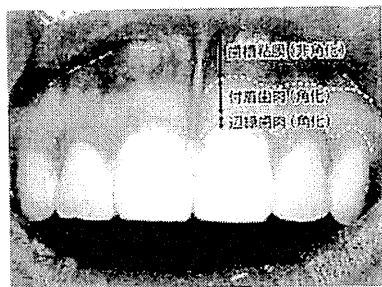


図3 歯肉の表面構造

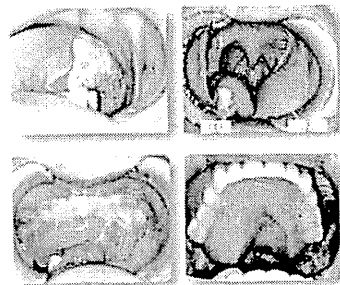


図4 舌がん手術後の舌口蓋接触補助床（PAP）

舌の可動性の低下を補うために、口蓋部分を移植させた舌を装着する。

①残存舌、②人工筋皮弁

3. Who（誰が）

歯科医師と歯科衛生士が、口腔の評価や歯科治療や教育などを通じてOMで果たす役割は大きい。患者のためになるのはもちろん、それだけではなく、入院中のケアを主に担当する看護師の負担軽減にも繋がり、医師には治療成績の向上、というメリットもある。歯科も治療的介入と予防処置などで診療報酬を得ることができる（『周術期の口腔機能管理』の項を参照）。ただし、歯科が必ずしも全体のコーディネーターになる必要はなく、むしろ口腔以外のケアも担当する看護師の方が適任かもしれない。

一部の患者や家族は、「がん治療」という一大事への対応に「できることは何でも」という姿勢で、自発的に歯科を受診する例が稀にあるが、多くは口腔のことまで考える余裕はない。やはり、がん治療担当医もしくはケアを担当する看護師らがOMの必要性を認識し、患者や家族にしっかりと説明することが起点である。歯科を受診する前に、患者のモチベーションを向上させることが重要である。

がん治療においては、手術直後にICUに収容されるような場合を除き、患者のセルフケアの占めるウエイトが高い。しかし、現状では患者への口腔衛生指導が不十分な場合が多く、口腔にトラブルが生じてから慌てて対応されるケースがある。歯科で口腔環境を整備し、患者がそれを維持し、看護師はそれを確認・援助する、という役割分担が重要である。がんに罹ったことではなく、患者自身が積極的に口腔清掃に取り組める「環境作り」は、医療従事者の負担軽減にも繋がる。

コラム

「がん検診」的な役割も！

がんの口腔への「転移」は少ない。しかしながら、口腔、喉頭、食道、喉頭、肺には、同時性、異時性に「重複がん」を生じることが多くない。いずれも喫煙と過度の飲酒がその発生の強い誘因として関わっていることが判明している。この共通の誘因により、いくつかの領域にまたがって広く発癌する現象は広域発癌（field cancerization）と言われる。たとえば、食道がんや肺がんの既往のある患者で、喫煙・飲酒を止められない場合、口腔にもがんが生じやすいかも、とマークしておく必要がある。歯周病対策も兼ねて、生活習慣の改善を指導できれば、さらに良い。