

5) 緩和医療でよくみられる症状

(1) 口渇

進行期がん患者における口腔内は、経口摂取量や水分摂取量の減少により脱水気味になったり、精神安定剤や抗うつ剤の服用などにより、非常に乾燥した状態になります。特に終末期患者ではその約80%に口腔乾燥が認められ¹⁾、これにより唾液による自浄作用や抗菌作用がなくなるために、口腔内が著しく不衛生な状態になります。そして、口腔内清掃を適切に行わなければ、強い口臭が部屋中に充満することとなります。

脱水による循環血液量の低下と血中浸透圧の上昇は、口渇の重要な刺激要因と考えられます。しかし、進行期がん患者における脱水の主要な病態は、サードスペースへの体液貯留を伴う血管内脱水であり、細胞膜透過性の亢進や膠質浸透圧の低下が関与しているため、単に輸液量を増加させても、有効に脱水を改善できないと推測されます。逆に、輸液を増加させることにより、胸水や腹水の貯留のほか、気道分泌物の増加や浮腫の助長が起りやすくなります。

実際には、輸液により客観的な皮膚粘膜の乾燥をある程度和らげることが可能ですが、主観的な苦痛としての口渇は輸液を行わない看護ケアによって十分緩和することができます。

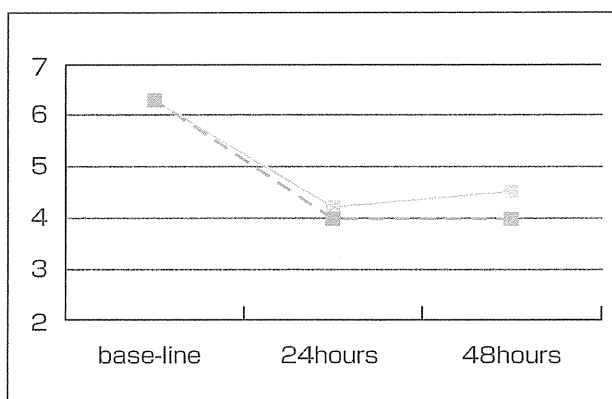


図3 輸液の有無による試験²⁾

実線：輸液群
破線：非輸液群
縦軸：VAS

図3はオーラルケアだけを行った患者と、オーラルケアに加えて1,000mLの輸液を行った患者での口渇の程度を無作為化比較試験したのですが、看護ケアに輸液を加えても症状緩和効果は上積みされないことが示唆されています。したがって、口渇の緩和のためにルーチンワークで輸液を行うことはお勧めできません。

a. 口渇に対するケア：機能的オーラルケア

・唾液腺マッサージ (p.87 参照)

b. 口渇に対するケア：補助的に行うもの

生命予後が週単位、日単位になると、体力の低下により、患者自身で含嗽ができない状態になります。この時期は、小さな氷片またはレモン水で口唇のまわりや舌を湿らせるだけでも、乾燥症状を緩和することができます。アトマイザー（スプレーボトル）など使用し、患者の好みの飲み物を舌に散布するという方法もあります。こうしたケアは家族に協力してもらい、頻

回に行うようにしましょう。無力感を抱く家族にとっても、患者のために何かできるということが心の支えになることもあります。また、古くからごま油などが経験的に保湿剤として使用されていましたが、最近では表1のような製品が数多く市販されています。

表1 保湿剤の種類

形状	製品(販売元)
ジェル	リフレケアH(イーエヌ大塚製薬)、バイオティーン オーラルバランスジェル(T&K)、ピバジェルエット(東京技研)、オーラルプラスジェル うるおいキープ(和光堂)など
液	
洗口	コンクールマウスリンス(ウエルテック)、バイオティーン オーラルバランスリキッド(T&K)など
スプレー	ウエットキーピングミスト(オーラルケア)、バトラージェルスプレー(サンスター)など
泡	ウエットエイド(デントケア)など

c. 終末期の口腔乾燥の緩和

- ・口腔乾燥は、少量の経口摂取、オーラルケア、氷片を口に含むことにより全例で緩和される¹⁰⁾
- ・輸液治療は、口腔乾燥を改善させないことが多い。口腔乾燥に対しては、オーラルケアが重要である¹¹⁾

(2) 口臭

口臭の原因には、口腔内に棲息する多くの微生物が関与していると言われています。これらの微生物によってタンパク質などの分解が起こり、その結果として臭気物質(揮発性硫化物)ができます。清潔な口の中ではその量が少ないので、他人に口臭と感じさせることはありません。しかし、口の中が不潔で、清掃がされていないと細菌が増加し、プラークが沈着します。また、口臭の原因となるさまざまな病気に罹患しやすくなります。

a. 口臭に対するケア：器質的オーラルケア

- ・基本的な口腔清掃に準じる(p.20 参照)

症状に対するケアの基本は、舌ブラシを使用し、舌根部の舌苔を除去することであり、舌苔を除去しなければ、口臭をなくすことは難しいと言えます。ただし、舌ブラシを使用する際は粘膜を傷つけないよう注意して行いましょう。

b. 口臭に対するケア：補助的に行うもの

- ・含嗽・清拭

10%の希釈オキシドールに1～2滴のハッカ油を入れた液で含嗽、清拭をする

- ・胃内容物の停滞による逆流

胃内容物の停滞による食道への逆流は、口臭の原因になる
腸蠕動を促進させるような薬剤を使用する

・揮発性硫化物を抑制する

揮発性硫化物を抑制するスプレーなどを1日3回使用する

c. 口臭が患者・家族に与える影響

会話をすることは、最大のコミュニケーション手段です。口臭が原因で話ができない、口臭が強く面会客にもゆっくりしてもらえない状況が続いた場合、患者自身の精神的負担もかなりのものになります。残された時間を大切にすべき進行期がん患者にとっては、口臭のコントロールも重要です。

(3) 口腔内カンジダ症

口腔カンジダ症は、*Candida* 属菌種により引き起こされる日和見感染症であり、①皮膚・粘膜を侵す表在性カンジダ症と、②消化管、気管・気管支・肺、腎・尿路系、その他の深部臓器を侵す深在性カンジダ症（内臓カンジダ症）に大別されます。初期には粘膜の表面に灰白色ないし乳白色の斑点状、帯状ないしは板状の偽膜を形成します。偽膜はガーゼなどでこすると容易に剥離できますが、日時が経過して真菌が上皮深部へ進入すると剥離しにくくなり、無理に剥離すると、びらん、ないし潰瘍となります。

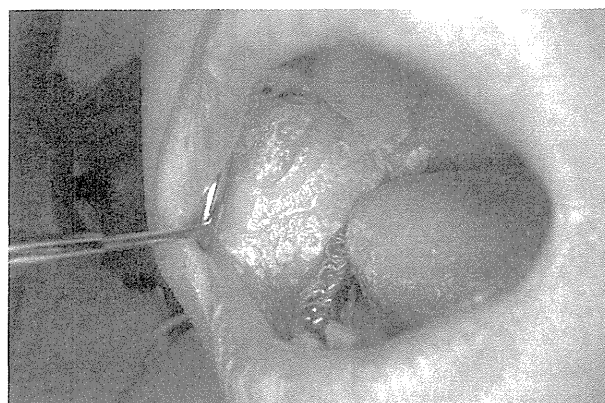


図4 頬粘膜・舌の急性偽膜性口腔カンジダ症

口腔カンジダ症は終末期がん患者の70～85%にみられ^{1,3)}、ステロイド投与、抗菌薬投与による菌交代現象として発症します。口腔清掃不良、口腔乾燥は口腔カンジダ症の誘因となり、義歯の清掃が不十分な状態では義歯内面にカンジダが増殖、粘膜は紅斑やびらんとなり、義歯性口内炎と呼ばれる状態になります。

口角びらんも口腔カンジダ症の一症状として出現する場合も多く、特に両側性に認められた場合にはほとんどがカンジダによるものと考えられています。

カンジダの主な症状としては、口腔内の不快感、口腔粘膜の白斑、味覚の消失などがあげられます。

なお、びらんと潰瘍は以下のように分けられます。

- ・びらん：皮膚または粘膜の一部が表層のみ欠損した状態
- ・潰瘍：皮膚または粘膜の一部が上皮層より深部まで欠損した状態

a. カンジダに対するケアの方法

口腔カンジダ症は浅在性真菌症であるため、外用抗真菌薬による局所塗布や含嗽、抗真菌剤の内服などが治療手段となります。また、義歯の内面をよく洗浄するなど、義歯のケアを十分に行う必要があります。

抗真菌薬として、ミコナゾール（フロリードゲル経口用：ミコナゾール[®]）、アムフォテリ

シンB (ファンギゾンシロップ[®])、クロトリマゾール (エンペシドトローチ[®])、イトラコナゾール (イトリゾール[®]) などが用いられています。クロトリマゾールは HIV 感染症患者における口腔カンジダ症に保険適応があります。

なお、抗真菌薬の投与期間は原則 2 週間とし、1 週間投与しても症状の改善がみられないときは耐性菌出現の問題があるので中止し、ほかの療法に切り替えましょう。長期間の使用は耐性菌出現の問題があり、また、中途半端な使用は好ましくありません。

・軟膏使用方法の例

軟膏タイプのは、水分に触れると薬の周囲が濡れて固まり、つるつとして口の中で転がり、患部に塗布できないことがあります。あらかじめ患部の水分（唾液）を拭き取っておき、塗る指や綿棒は濡れた状態で使用しましょう。塗布時に疼痛を伴うこともありますが、すり込むように塗布してください。また、舌を使わずに自然に口腔内に唾液が回るのを待つことを忘れずに患者へ伝えましょう。



図5 抗真菌薬

(4) 舌苔

舌苔とは、舌表面に口腔粘膜の剥離上皮、食物残渣、細菌などが付着して、白色（図6左）、黄色、あるいは黒色（図6右）の苔をかぶった（被苔）ように見える状態を言います。舌苔は舌根近くから付着するようになり、舌背部にかけて広がっていくのが特徴です。

舌表面の糸状乳頭は、傷がつかないように保護する役割をもっており、毎日少しずつ伸びますが、咀嚼や会話などの舌の動きに伴い、通常は落屑と再生の均衡が保たれています。少量の舌苔は健康な人にも見られますが、多量の舌苔が付着すると、口臭や味覚低下、感染の原因にもなります。

舌苔の付着が強い状態は、消化管機能の低下や経口摂取の減少、脱水による唾液分泌量の減少により、口腔内の自浄作用が減弱していることなどが考えられます。舌苔が厚く肥厚していると、一度には除去できないことが多く、強い刺激で舌苔そのものを除去しようとすると糸状乳頭まで除去してしまい、粘膜を傷つけることがあります。粘膜の破綻は、感染や疼痛、出血などが生じる要因にもなり、また、味覚や咀嚼・嚥下機能にも影響を及ぼし、食事摂取が困難となる場合があるので注意が必要です。

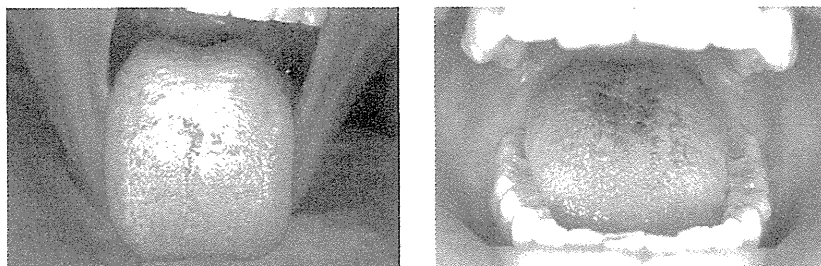


図6 舌苔（左から白色、黒色）

a. 舌苔に対するケア：器質的オーラルケア

・基本的な口腔内清掃に準じる（p.20 参照）

b. 舌苔に対するケア：補助的に行うもの

舌苔の除去のために、パイナップルやキウイなどが経験的に使用されていましたが、現在はタブレット状のものも市販されています。

（5）味覚異常

がん患者は、甘みや尿素（肉などに多く含まれる）に対する閾値が下がると言われていますが、一概ではなく、味覚刺激に対する許容範囲が通常より狭くなることから、慣れ親しんだ食物を好まれ、複雑な味付けは嫌われることが多くなります。

終末期がん患者では唾液の分泌が減少し、口腔内の乾燥が著しくなるため、口腔環境が悪化します。加えて、水分不足による味覚障害や咀嚼困難、それに続く嚥下困難が出現し、唾液に含まれる消化酵素の減少が食欲不振や消化吸収減退につながります。

詳しくは、p.57 を参照してください。

a. 味覚異常に対するケア

・食事の工夫

味覚鈍麻： 濃い味付け、はっきりした味の料理、出汁や香辛料を利かせる、亜鉛を含む食品を摂取させる

悪味・異味症： 嫌悪感を覚える食品は避ける、塩味を控えて出汁を効かせる、ゴマや柚子などの香りや酢を利用する

味覚過敏： 薄味または素材そのもので食べる食品や料理の選択

・苦みについて

「食物すべてが苦くて食べられない」「水やお湯ですら苦く感じる」という患者がよくみられます。では、苦味を強く感じるのはなぜでしょうか。

5つの基本味のうち、甘味は、砂糖や穀類に含まれるブドウ糖、塩味は塩化ナトリウム、旨味は肉や魚に多いイノシン酸やグルタミン酸で、栄養不足を感じたときに食べたい味覚です。

一方、酸味はその食物が腐っているかどうか、苦味は毒であるかどうかを見分けるために発達した味覚で、人間を危険から回避させるシグナルとも言えます。特に、一番感じやすいのが苦味です。ほかの味覚の感度がダウンしても、生命を維持するうえで最も危険な毒を感じ取る苦味の味覚だけは最後まで残るのではないかと推測されています。

（6）口内炎

口内炎とは、口腔粘膜の炎症を伴う病変を指します。原因として、局所の細菌感染、歯科用金属アレルギー、化学療法、頭頸部放射線療法、ビタミン欠乏症など、全身状態に因果関係があることが多いです。

a. 口内炎に対するケア：器質的オーラルケア

・基本的な口腔内清掃に準じる (p.20 参照)
ただし、保湿はしっかり行う。

b. 口内炎に対するケア：補助的に行うもの

・含嗽剤（口腔内の保湿および殺菌・消毒）
ポピドンヨード、アズレン酸ナトリウム水和物・ NaHCO_3 配合。



図7 口内炎

疼痛が強い場合は、4%リドカイン塩酸塩・アドレナリン配合+含嗽用アズレン酸ナトリウム水和物・ NaHCO_3 配合を使用しましょう。

含嗽が困難な場合はスプレー容器に入れ直接噴霧する、4%リドカイン塩酸塩・アドレナリン配合軟膏を使用するなどしましょう。

・ステロイド軟膏の塗布

デキサメタゾン口腔用軟膏（詳細は p.55 を参照）

・ステロイド貼付剤

トリアムシノロンアセトニド口腔用貼付剤

・ステロイド噴霧剤

ベクロメタゾンプロピオン酸エステル

(7) その他

a. 出血があるときのオーラルケア

10%過酸化水素水で含嗽をする

濃いお茶での含嗽も止血作用がある

凝血は無理に剥がさないよう注意する

b. 口渇はあるが嚥下困難があり、水分の摂取が難しい患者へのケア

p.78 を参照。

6) 機能的オーラルケアの実際

(1) 摂食・嚥下障害における間接訓練

a. 頸部可動域訓練

頸部拘縮の改善、予防および頸部のリラクゼーションを目的として行います。

<方法>

1. 頭と肩、首などに手を添えて、無理のない範囲で前後左右にゆっくりと倒す（5～10秒を各2回）
2. 旋回（左右各2回）
3. 肩上げ（3回）

<注意>

姿勢を安定させ、苦痛を伴わない範囲で可動域を広げる

b. アイスマッサージ

寒冷刺激を与えることにより、刺激に対する感受性を高め、嚥下反射を誘発しやすくします（図8、9）。頭頸部がん術後の早期訓練では、残存機能の低下を予防する目的で行います。

<方法>

1. 患者の口唇にアイス綿棒を当て、冷たいことを知らせる（氷水に綿棒を浸して使用する場合は、綿棒を軽く絞ってから使用する）
2. アイス綿棒にて、頬の内側・外側から刺激する（左右30秒程度）
3. アイス綿棒を咽頭後壁の弾力を感じる箇所、または咽頭反射が起こる箇所まで押しつける（5秒程度）
4. 咽頭後壁、口蓋弓部をアイス綿棒で力を入れずに軽くこする
5. 舌や舌付近をアイス綿棒で軽くこする

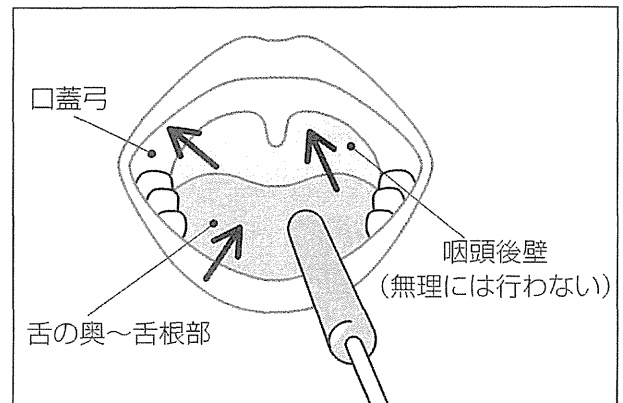


図8 アイスマッサージ

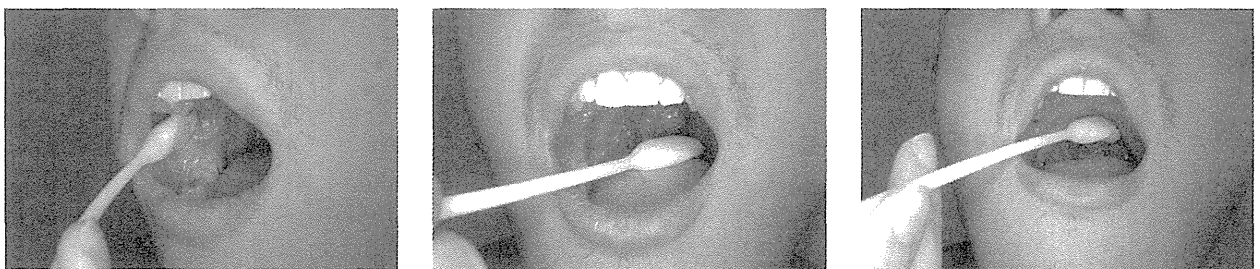


図9 アイスマッサージの実際

口蓋弓や舌の奥、咽頭後壁をアイス綿棒でマッサージする。

6. 舌尖や舌の表面・側面をアイス綿棒で軽くこすったり、押ししたりする
7. アイス綿棒で舌を前・横・上方から押し、患者へ押し返すように指示する

<注意>

マッサージ中に口腔内に唾液や水分が溜まったら嚥下させる。

c. 嚥下体操

全身や頸部の嚥下筋のリラクゼーションを目的して行います。また、覚醒を促すことにもつながります。なお、舌の運動を行うと舌周辺の筋肉が鍛えられ、唾液の分泌が促進されます。

<方法>

摂食前に準備体操として行います（次ページ図 10）。

d. 頭部挙上訓練（シャキアエクササイズ）

舌骨上筋群、喉頭挙上筋群の筋力強化を行い、食道入口部を開きやすくします（図 11）。

<方法>

1. 仰臥位で、両肩をしっかりと床に付けたまま、足の指が見えるまでできるだけ高く頭を上げる
2. 最初に頑張っって何秒間できるかを計り、運動能力に合わせた負荷を決めていく
3. 訓練時の負荷量は運動能力の 60%程度を目安に設定する（たとえば、初回が 1 分 20 秒であれば、45 秒に設定する）
4. 等尺性運動（運動能力の 60%程度で、ずっと頭を上げている運動）と反復挙上運動（頭を 10 回上げ下げする運動）の組み合わせを 3 セット行う
5. 最終的には 1 分間の等尺性運動と反復挙上運動連続 30 回を 1 セットとし、1 日 3 セットを 6 週間行う

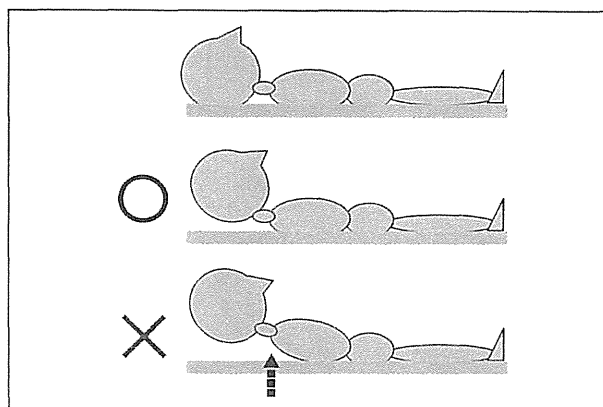


図 11 頭部挙上訓練

<注意>

負荷が大きいため、症例によって適宜、強度や頻度を調節する必要がある。

e. 息こらえ嚥下（図 12）

息をこらえたまま嚥下をすることで気道が閉鎖するため、誤嚥を防ぐことができます。

<方法>

1. 口腔周囲筋や口腔内のマッサージ、アイスマッサージなどを行い、唾液を飲み込みやすい状態にする
2. 鼻から息を吸って、そのまま息を止めさせる
3. 空嚥下、唾液をゴクンと飲み込ませる（唾液を嚥下）

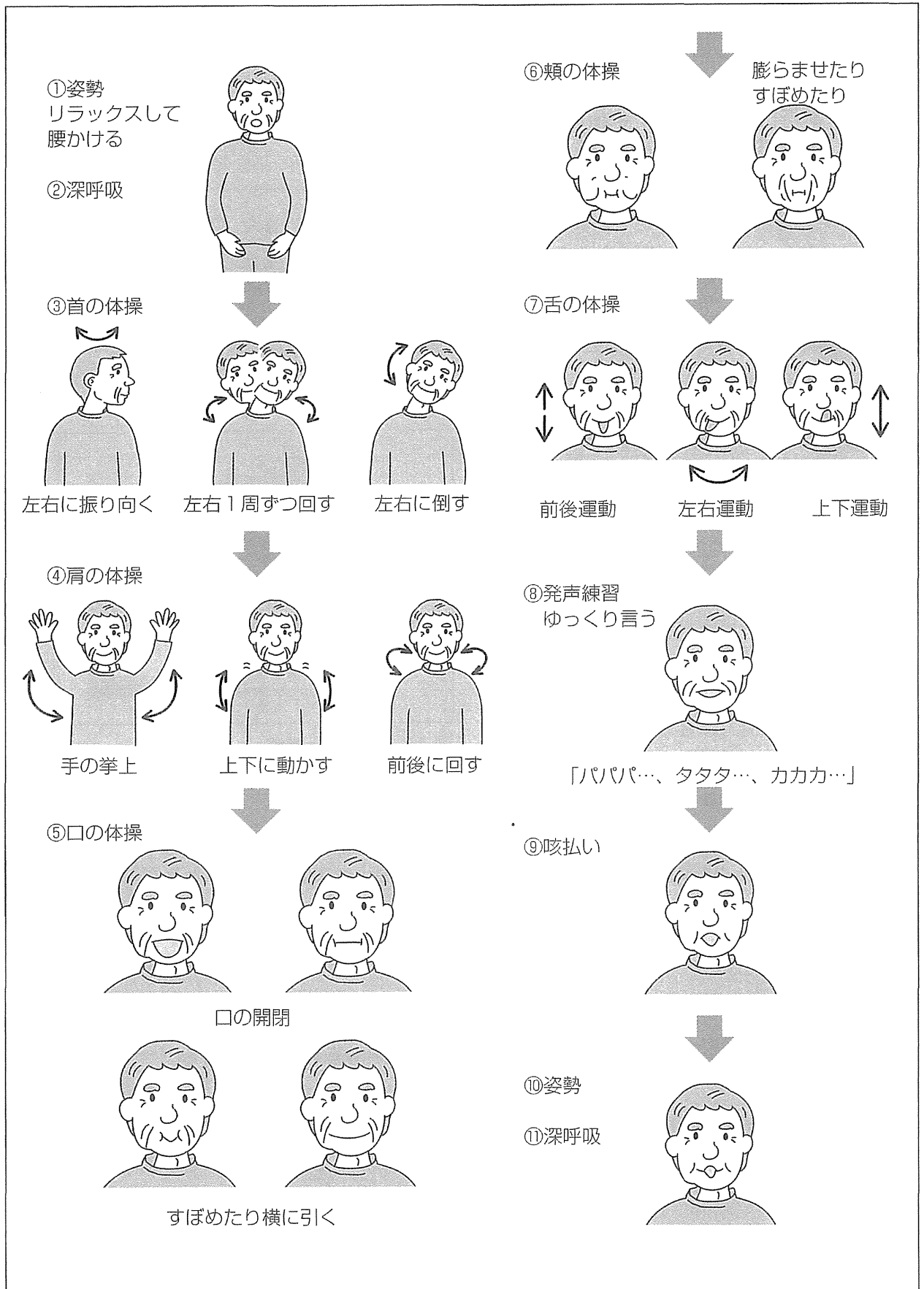


図 10 嚥下体操



図 12 息こらえ嚥下

鼻から息を吸い（左）、空嚥下（中央）、咳払い（右）。

- その後、「エヘンツ」と咳払いをさせる

f. ブローイング訓練

吹く動作により、鼻咽腔閉鎖にかかわる神経・筋群の機能を改善させる訓練です（図 13）。

<方法>

- コップに水を入れ、ストローでぶくぶくと泡が立つように吹く
- うまく泡立たないときには指で鼻をふさいで介助し、徐々に介助を減らしていく
- ストローでコップの水を吹く代わりに、細く裂いたティッシュペーパーを吹いてもよい

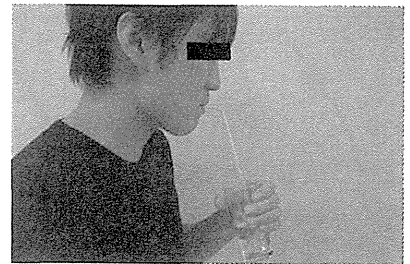


図 13 ブローイング訓練

g. プッシング・プリング訓練（図 14）

押したり持ち上げたりする運動により、反射的に息こらえが起こることを利用して、軟口蓋の挙上、声帯の内転を改善させることを目的に行います。

<方法>

- 壁を押す、肩から拳を振り下ろすなどのプッシング動作を練習する
- 動作とともに強い発声をする。ある程度、響く声が出るようになったら、徐々に動作を減らしていく。プッシング動作の代わりに、椅子の底面や肘掛けを引っ張るなどのプリング動作でもよい



図 14 プッシング・プリング訓練

h. 唾液腺マッサージ（図 15）

唾液には、①乾燥を防ぎ、咀嚼・嚥下機能を助ける湿潤作用、②口腔内微生物叢をコントロールする抗菌作用、③プラーク中の酸を中和させる緩衝作用、④口腔内の食渣やプラークを洗い流す自浄作用、などの働きがあります。

これらの作用により、口腔内の粘膜が保護され、咀嚼や嚥下が促されたり、飲食などによっ

て酸性に傾く口腔内を中性に戻し、粘膜の炎症や歯面の脱灰を起こりにくくさせています。

唾液の分泌を促すためには、耳下腺・顎下腺・舌下腺がある場所をマッサージすると効果的です。また、唾液腺マッサージ前に、口まわり（頬や口唇）をマッサージし、筋肉のこわばりをほぐすのも効果的です。

<方法>

耳下腺：人差し指から小指までの4本を、上の奥歯のあたり（耳の前）から頬にかけて当て、後ろから前に向かって円を描くようにマッサージする。

顎下腺：親指を顎の内側の柔らかい部分に当てて、耳の下から顎の下までを順番にゆっくり5秒くらい押す。

舌下腺：両手の親指をそろえて、顎の真下から舌を押し上げるようにゆっくり押す。

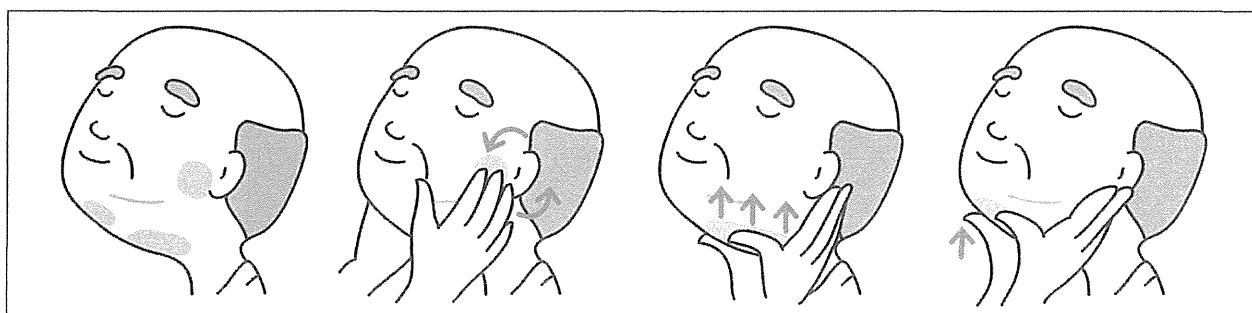


図 15 唾液腺マッサージ

(2) 摂食・嚥下障害における直接訓練

a. 座位姿勢

座位姿勢によって、摂食・嚥下の状態は変化します。たとえば、嚥下反射の開始するタイミングが遅れるような患者の場合には、喉頭が咽頭より物理的に高い位置にあったほうが、喉頭への流入による誤嚥を防止することができます。

また、舌の運動機能が障害され、奥舌に食塊を送り込むことが困難である場合には、口腔を咽頭よりも高い位置にさせましょう。以上のような場合には、30°程度のリクライニング姿勢が望ましいでしょう。

b. 嚥下の意識化

高齢者全般に特に嚥下の送り込みと嚥下反射や喉頭閉鎖のタイミングがずれて誤嚥しやすい患者で、水やある特定の食品だけにむせるという場合は、無意識に行われる嚥下を「意識化」することで、嚥下運動を確実にし、誤嚥や咽頭残留の防止につなげることができます。

b. 横向き嚥下 (図 16)

咽頭機能に左右差があり、片側性の咽頭残留を認める患者には、咽頭機能の悪い側に頸部を回旋後、嚥下させます。回旋のタイミングは捕食前からが確実ですが、口腔保持ができて咽頭流入に伴う誤嚥のリスクが少なければ、捕食後に回旋しても効果があります。

d. 交互嚥下

咽頭残留のある患者には、固形物と流動物を交互に嚥下させます。汁物でむせる場合には、汁物をごく少量とする。べたつくものとゼリーとの交互嚥下がよく行われています。

e. 食品調整

咀嚼機能の障害や誤嚥の可能性がある小児から高齢者までの患者に対し、食材や液体の種類を選択、調理、増粘剤の使用などにより、固さ、粘度、まとまりやすさなどの性状を調整することで、食塊形成の障害や咽頭残留・誤嚥などの問題を、代償・軽減・防止します。

*本人の好む味かどうか、咀嚼嚥下に大きく影響します。増粘剤の使用により性状を変化させる際には、味が変わる可能性にも十分な留意が必要です。

g. 一口量・ペースの調整

飲み込んだことを確認してから、次の食物を口に入れましょう。一口量が多くなる場合には、スプーンを小さなものに変えるなどの工夫が必要です。また、手の不自由な患者には、図 17 のような持ちやすく工夫されたスプーンの使用なども考慮しましょう。

嚥下の状態などにより、食具を工夫することが重要です。スプーンが大きすぎると、食物の送り込みが難しくなり、口腔内に食物が残りやすくなるため、誤嚥のリスクが高くなります。逆に小さすぎてしまうと、口腔内に取り込む量が少ないため、刺激による咀嚼運動が誘発されにくくなります。また、口に運ぶ回数が増えるために疲れやすく、結果として食事の摂取量が減ることもあります。



図 16 頸部回旋（横向き嚥下）

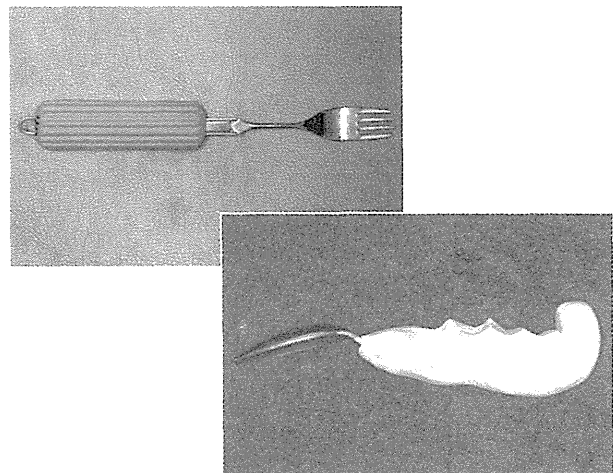


図 17 持ちやすいように工夫された食具

7) 事例で見るオーラルケアの実際

【患者の概要】

86歳、男性 原発性肺がん

・経過

X-1年、感冒様症状のために近医で施行された胸部エックス線写真にて左肺に巨大腫瘍を認め、肺がんが疑われたが、高齢のために家族が精査を希望せず、以後自宅療養していた。X年に入り食事量が低下し、るい瘦も強くなってきた。数日前から発熱を認め、解熱しないため入院となった。

うとうとしていることも多く、水分すら嚥下するのが難しい。「息が苦しそう」と、家族がナースコールをした。患者の部屋に向かうと、患者が「お茶をくれ」と訴えるため家族が飲ませようとしたが、少量の水分を取らせてもむせて咳き込み、喘鳴で息苦しくなったとのこと。家族から、「のどが渴いたと言っていますが、何か飲ませても構いませんか?」「なぜむせやすくなっているんですか?」と質問された。

①概略

亡くなる過程においては、すべての患者が食物や水分の経口摂取ができなくなります。つまり、亡くなる過程の一つとして必ず予期できる状況として、嚥下困難が起こります。このような状況に接して、家族は経口摂取困難と口渇の苦痛に対して懸念し、同時に患者が死に近づいていることを理解し、死別のつらさが増大します。

水分や食物が経口摂取できないことに対し、医学的に解決することを考えるだけでなく、家族のつらさに対応するような説明やケアが必要です。

②アセスメント

嚥下困難の原因を全身衰弱のみと考えがちですが、病態生理のアセスメントをしっかり行ったうえで対応が重要です。また、治療可能な嚥下困難を正しく診断、評価することも大切です。医療者が医学的に嚥下できないと判断し、食事をさせないように説明しても、家族は何とか食べさせたいという気持ちが続きます。そのため、家族の気持ちを支えながら、ともにできることを伝えます。

嚥下困難の原因としては、以下のようなものが考えられます。

- ・ 機械的閉塞：口腔・咽頭・食道がんによる通過障害、肺がん、縦隔リンパ節腫大の食道への圧迫など
- ・ 神経・筋異常：腫瘍による神経の障害、反回神経麻痺、脳腫瘍
- ・ 粘膜障害：口内炎・乾燥
- ・ 口腔内腫瘍などによる嚥下時疼痛
- ・ 全身衰弱
- ・ 薬剤（抗精神病薬などによる薬剤性パーキンソンニズムも原因となる）

③家族からの質問

「のどが渴いたと言っていますが、何か飲ませてはいけないのでしょうか？」

「なぜ、むせやすくなっているのでしょうか？」

④家族の感情、考え

1. のどが渴いたと言っているが、自分で勝手に飲ませてよいのだろうか。
何とかして飲ませてあげたい。
2. 役に立ちたい。何か飲ませてあげる方法はないだろうか。
3. このまま何も飲めなければ、どうになってしまうのだろうか。
弱ってしまうのではないか。このままでは死んでしまう。

⑤医療者のケア、説明

まず、家族の思いや感情に焦点を当てて、ゆっくりと考えを聴きましょう。家族の病状理解の確認や、嚥下困難の原因について身体的にアセスメントしたうえで説明します。

「(患者さんが) のどが渴いていると感じて、何かを飲ませてあげたいんですね」

<1・2について>

- ・「何かを飲ませてあげたい」という気持ちに対しては、肯定的にとらえながらも、行為の危険についても話し合う。また、家族がともにケアに参加できるよう働きかける。

(例)

「もしかすると、うまく飲めなくて、むせてしまうかもしれません」

「うまく飲み込めないときには、患者さんがむせて、かえって苦痛を与えてしまうことがあります」

「うまく飲み込めないものを管で吸引すること(吸引)は、かえって患者さんにつらい思いをさせてしまうことがあります」

- ・患者から何かを飲みたいと言われた場合、嚥下を介助するときは、看護師が立ち会うことを提案する。

(例)

「心配ですので、患者さんが何かを飲みたいとおっしゃったときには、必ず看護師を呼んでくださいね。そのときの状況に応じて、一緒に考えましょう」

- ・看護師が立ち会って、水分や半固形物、固形物の嚥下を介助してみる。
- ・本人の意思(飲みたいのか、飲みたくないのか)、意識レベルを確認し(嚥下が可能な状態かどうか)、ベッドアップすることで、嚥下しやすい体位に整える。
- ・吸引器の確認
- ・口腔内清掃
- ・嚥下しやすいもの(氷、とろみのあるもの、アイソトニックゼリーなど)を選択する
- ・アイスマッサージや嚥下マッサージの導入を検討する(必要に応じて嚥下評価)。
- ・嚥下が難しいと判断したうえで、目標を変えることを提案する(例:オーラルケアの提案、綿棒の使用、氷を口に含ませること、人工唾液の使用など)。

(例)

「口の中を湿らせることで、口の渴きを少しでも軽くすることができます」

「口の中をきれいに整えることも、のどの渴きが楽になる方法の一つです」

<3について>

・亡くなる過程において、どの患者も経口摂取ができなくなることを説明する。

(例)

「今まではできていましたが、病気の進行や体力の衰弱などにより、飲み込むことが難しくなってきました」

「とてもつらいことですが、亡くなられていく患者さんのほとんどが、飲んだり食べたりすることができなくなります」

「患者さん自身も、食べ物や飲み物を欲しいと思わなくなってこられることが多くなります」

「今、水分を摂らないからといって、命を縮めるような状況ではないかもしれません」

参考文献

1. 周術期口腔機能管理の実際

- 1) 別所和久 監修：口腔機能の維持・向上による全身状態改善のためのオーラルケア・マネジメント実践マニュアル。東京：医師薬出版。2010。
- 2) 河田尚子ほか：食道がん術後肺炎予防のためのオーラルケアマネジメント。日本口腔感染症学会雑誌 17 (1) : 31-34, 2010。
- 3) Takahashi K. et al.: Methodology for detecting swallowing sounds. *Dysphagia* 9 (1) : 54-62.
- 4) 才藤栄一ほか：摂食・嚥下障害の治療・対応に関する統合的研究厚生科学研究費補助金研究報告書。1-17, 2000。
- 5) 山田千晴ほか：肺がん手術患者に対する口腔ケアの効果。口腔病学会雑誌 79(3): 95-99, 2012。
- 6) 上嶋伸知ほか：食道癌手術患者に対する専門的口腔ケア施行の効果。日本外科感染症学会雑誌 6 (3) : 183-188, 2009。
- 7) NIDCR 調査：Oral Complication of Cancer Treatment (<http://www.nidcr.nih.gov/NR/rdonlyres/015DE57E-92CC-427C-A084-022245B5D4F5/0/OncologyTeamCanDo.pdf>)

2. 誤嚥性肺炎の周術期予防と治療

- 1) 日本呼吸器学会 編：成人院内肺炎ガイドライン。2008。
- 2) Teramoto S. et al.: Simple two-step swallowing provocation test for elderly patients with aspiration pneumonia. *Lancet* 353 (9160) : 1243, 1999。
- 3) El-Solh AA. et al.: Microbiology of severe aspiration pneumonia in institutionalized elderly. *Am J Respir Crit Care Med* 167 (12) : 1650-1654, 2003。
- 4) Silness J. et al.: Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand* 22 : 121-35, 1964。
- 5) Bartlett JG. et al.: The bacteriology of aspiration pneumonia. *Am J Med* 56 (2) : 202-207, 1974。
- 6) Scannapieco FA : Role of oral bacteria in respiratory infection. *J Periodontol* 70 (7) : 793-802, 1999。
- 7) Azarpazhooh A. et al.: Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. *J Periodontol* 77 (9) : 1465-82, 2006。
- 8) Scannapieco FA. et al.: Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. *Ann Periodontol* 8 (1) : 54-69, 2003。
- 9) Yoshida M. et al.: Oral care reduces pneumonia of elderly patients in nursing homes, irrespective of dentate or edentate status. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 38 (4) : 481-483, 2001。
- 10) Awano S. et al.: Oral health and mortality risk from pneumonia in the elderly. *J Dent Res* 87 (4) : 334-339, 2008。
- 11) Bágyi K. et al.: Role of pathogenic oral flora in postoperative pneumonia following brain surgery. *BMC Infect Dis* 9 (9) : 104, 2009。
- 12) Akutsu Y. et al.: Impact of preoperative dental plaque culture for predicting postoperative pneumonia in esophageal cancer patients. *Dig Surg* 25 (2) : 93-97, 2008。
- 13) Akutsu Y. et al.: Pre-operative dental brushing can reduce the risk of postoperative pneumonia in esophageal cancer patients. *Surgery* 147 (4) : 497-502, 2010。
- 14) Scannapieco FA. et al.: Colonization of dental plaque by respiratory pathogens in medical intensive care patients. *Crit Care Med* 20 (6) : 740-745, 1992。
- 15) Heo SM. et al.: Genetic relationships between respiratory pathogens isolated from dental plaque and bronchoalveolar lavage fluid from patients in the intensive care unit undergoing mechanical ventilation. *Clin Infect Dis* 47 (12) : 1562-1570, 2008。
- 16) Russell SL. et al.: Respiratory pathogen colonization of the dental plaque of institutionalized elders. *Spec Care Dentist* 19 (3) : 128-134, 1999。
- 17) Scannapieco FA. et al.: Associations between oral conditions and respiratory disease in a national sample survey population. *Ann Periodontol* 3 (1) : 251-256, 1998。

- 18) Sjögren P. et al.: A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc* 56 (11) : 2124-2130, 2008.
- 19) Yoneyama T. et al.: Oral Care Working Group. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 50 (3) : 430-433, 2002.
- 20) Watando A. et al.: Daily oral care and cough reflex sensitivity in elderly nursing home patients. *Chest* 126 (4) : 1066-1070, 2004.
- 21) 日本呼吸器学会医療・介護関連肺炎診療 (NHCAP) ガイドライン作成委員会 編: 医療・介護関連肺炎診療ガイドライン. 2011.
- 22) Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 171 : 388-416, 2005.
- 23) Fagon JY. et al.: Nosocomial pneumonia in patients receiving continuous mechanical ventilation. Prospective analysis of 52 episodes with use of a protected specimen brush and quantitative culture techniques. *Am Rev Respir Dis* 139 (4) : 877-884, 1989.
- 24) Fridkin SK: Increasing prevalence of antimicrobial resistance in intensive care units. *Crit Care Med* 29 (4 Suppl) : 64-68, 2001.
- 25) Watanabe A. et al.: HAP study group. Multicenter survey on hospital-acquired pneumonia and the clinical efficacy of first-line antibiotics in Japan. *Intern Med* 47 (4) : 245-254, 2008.
- 26) Mori H. et al.: Oral care reduces incidence of ventilator-associated pneumonia in ICU populations. *Intensive Care Med* 32 (2) : 230-236, 2006.
- 27) Garcia R. et al.: Reducing ventilator-associated pneumonia through advanced oral-dental care: a 48-month study. *Am J Crit Care* 18 (6) : 523-532, 2009.

3. 化学療法における口腔機能管理

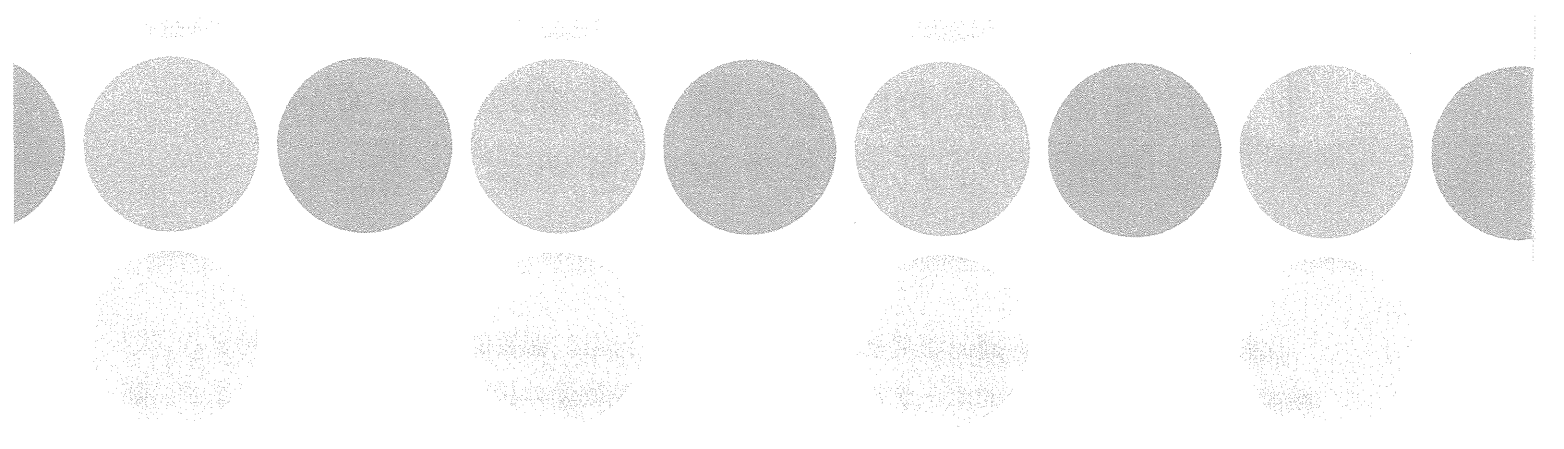
- 1) 医薬品医療機器総合機構: 重篤副作用疾患別対応マニュアル. 抗がん剤による口内炎, 2009. (http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/juutoku_index.html)
- 2) Sonis ST: Oral mucositis in cancer therapy. *Clin J Oncol Nurs* 2 (Suppl 3) : 3-8, 2004.
- 3) 足立了平 編: 4 疾病のオーラルマネジメント. 京都: 金芳堂, 2012.
- 4) 佐藤禮子 監訳: がん治療に伴う副作用. がん化学療法・バイオセラピー看護実践ガイドライン, 東京: 医学書院, 166-168, 2009.
- 5) 大田洋二郎: がん化学療法における口腔外科医師の役割, チームで行うがん化学療法. *ナーシング・トゥデイ* 23 (12) : 43-47, 2008.
- 6) ビスホスホネート系薬剤による顎骨壊死・顎骨骨髓炎に係る安全対策に至る検討状況と対策について, 医療品・医療機器等安全性情報 No.272, 2010.9
- 7) Catherine H. et al.: American Society of Clinical Oncology Executive Summary of the Clinical Practice Guideline Update on the Role of Bone-Modifying Agents in Metastatic Breast Cancer. *JCO* 29 (9) : 1221-1227, 2011.
- 8) ベバシズマブ添付文書: http://www.info.pmda.go.jp/go/pack/4291413A1022_1_11/
- 9) 医薬品医療機器総合機構: 重篤副作用疾患別マニュアル. ビスホスホネート系薬剤による顎骨壊死, 7-9, 2009. (http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/juutoku_index.html)
- 10) 柳原一広 監修: 口腔内と消化器の障害. がん化学療法と看護ケア, 第3版, 東京: 医学芸術社, 198-200, 2012.
- 11) 大戸祐治ほか: がん患者の口腔内ケアと服薬指導. *薬局* 61 (3) : 429-432, 2010.
- 12) 適応外使用情報ア・ラ・カルト 第1回 口内炎 (1). *薬事* 48 (4) : 591-594, 2006.
- 13) 適応外使用情報ア・ラ・カルト 第2回 口内炎 (2). *薬事* 48 (5) : 755-759, 2006.
- 14) 適応外使用情報ア・ラ・カルト 第3回 口内炎 (3). *薬事* 48 (6) : 939-943, 2006.
- 15) 荒尾晴恵, 田墨恵子 編: 患者をナビゲートする! スキルアップがん化学療法看護 事例から学ぶセルフケア支援の実際. 第1版, 東京: 日本看護協会出版会, 77-86, 2010.

4. 放射線療法における口腔機能管理

- 1) Johnson JT. et al.: Oral pilocarpine for post-irradiation xerostomia in patients with head and neck cancer. The New England Journal of Medicine 329 (6) : 390-395, 1993.
- 2) 渡部昌美: 有害事象別看護 ①粘膜症状. プロフェッショナルがんナーシング 2 (4) : 54-58, 2012.
- 3) 大田洋二郎: 頭頸部がんの化学放射線療法における口腔ケアの流れ. 浅井昌大, 全田貞幹, 大田洋二郎, 田原 信 編: 頭頸部がん化学放射線療法をサポートする口腔ケアと嚥下リハビリテーション. 東京: オーラルケア, 22-28, 30-34, 2009.
- 4) 立花弘之ほか: 化学放射線療法を行う頭頸部がん患者を対象とするクリニカルパスを用いた疼痛管理法有効性/安全性評価試験. 頭けい部癌 36 (2) : 212, 2010.
- 5) 渡部昌美: 有害事象別看護 ⑤唾液分泌障害・味覚障害. プロフェッショナルがんナーシング 2 (4) : 74-78, 2012.
- 6) 上野尚雄ほか: がん放射線治療による口腔有害事象とその対処. がん看護 15 (5) : 488-492, 2010.
- 7) Lvons A. et al.: Osteoradionecrosis of the jaws:current understanding of its pathophysiology and treatment. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 46 : 653-660, 2008.

5. 緩和医療における口腔機能管理

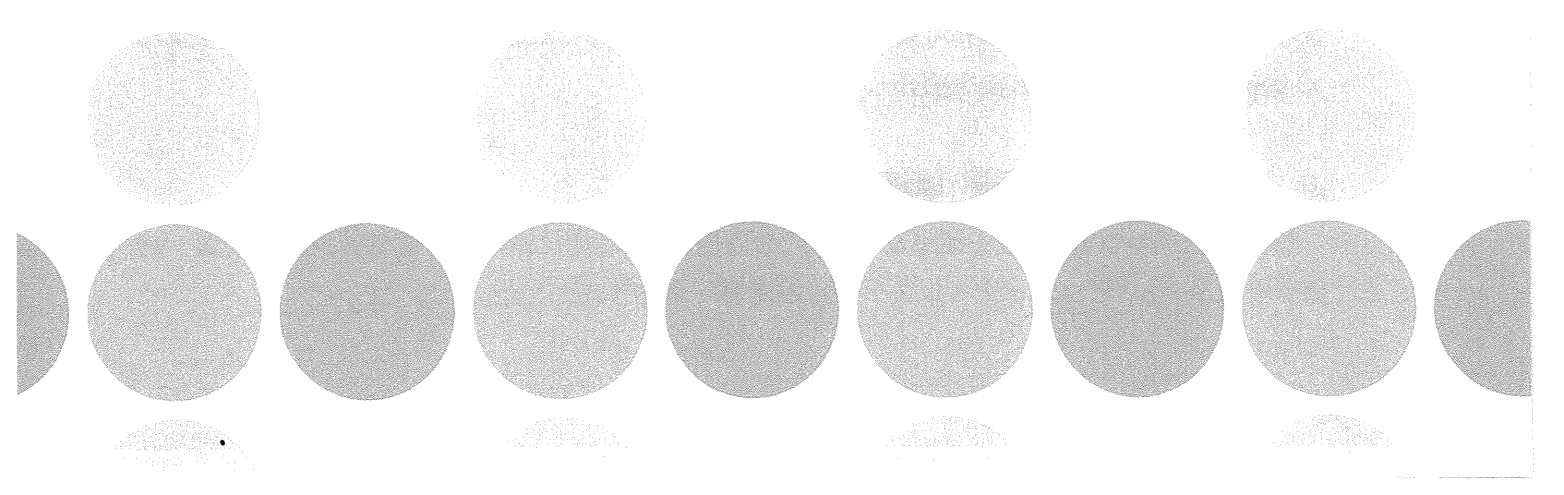
- 1) Jobbins J. et al.: Oral and dental disease interminally ill cancer patients. BMJ 304 : 1612, 1992.
- 2) Cerchietti L. et al.:Hypodermoclysis for control of dehydration in terminal-stage cancer. Int J Palliat Nurs 6(8) : 370-374, 2000.
- 3) Wiseman M: The treatment of oral problems in the palliative patient. J Can Dent Assoc 72 (5) : 453-458, 2006.
- 4) 新城拓也 監修: 社会保険神戸中央病院の看取りのケア指針—緩和ケアコミュニケーションの実践. 愛知: 日総研出版, 2007.
- 5) 大塚有希子ほか: 終末期の患者が食べることの意味. 日本看護研究学会雑誌 34 (4) : 111-120, 2011.
- 6) 堀 夏樹, 小澤桂子 編: 一般病棟でできる緩和ケア Q&A. 東京: 総合医学社, 2006.
- 7) 別所和久 監修: 口腔機能の維持・向上による全身状態改善のためのオーラルケア・マネジメント実践マニュアル, 東京: 医歯薬出版, 2010.
- 8) 真野 徹: 癌疼痛及び終末期の諸症状に対する緩和医療の処方 第5版. http://www.ne.jp/asahi/get/di/mano/gan5_base.html (2012年10月閲覧)
- 9) 後藤 隼ほか: 在宅自立高齢者における口腔カンジダの保菌状態に関する調査. 北海道歯誌 32 (2) : 210-221, 2012.
- 10) McCann RM. et al.: Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. JAMA 272 (16) : 1263-1266, 1994.
- 11) 日本緩和医療学会: 終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン 第1版. 2006.



第3章

データで見る 口腔機能管理の効果

1. 周術期における口腔機能管理のための客観的なアセスメントをめざして
2. 有効なオーラルケアをめざして



周術期における口腔機能管理のための客観的なアセスメントをめざして

口腔環境にかかわる客観的なアセスメントとして、今回は、器質的オーラルケアに対する「口腔清掃の状態」と、機能的オーラルケアに対する「口腔乾燥の状態」について紹介します。臨床の間では、検査者の違いによる影響が少なく、客観的かつ簡便、安価で持ち運びが容易な用具・機器が必要となります。口腔機能管理を行う前の患者の状況把握や口腔機能管理による患者の口腔環境の変化をより客観的にアセスメントするために活用してください。

1) 周術期における口腔機能管理のための客観的なアセスメントの必要性

周術期における口腔機能管理が診療報酬改定において新設され、患者の口腔環境の維持・向上を通して、誤嚥性肺炎や口内炎（口腔粘膜炎）の合併症予防や、それに伴うがん治療継続などの大きなメリットとして、さらには患者の食事や会話をサポートすることなどが急速に各医療施設で進められることが期待されています。しかし、診療報酬改定だけで口腔機能管理が進むわけではなく、今後一層、医科と歯科が連携して周術期における口腔機能管理を充実させるためには、口腔機能管理の重要性について医師や看護師、さらには患者に納得されるだけの根拠が必要となります。そのためには、できるだけ客観的なアセスメントが必要です。

アセスメントには、口腔環境にかかわる「自然科学的なアセスメント」をベースに、誤嚥性肺炎の予防や入院期間などにかかわる「医療経済的なアセスメント」や患者の満足度やQOLへの貢献にかかわる「人文科学的なアセスメント」がありますが、今回は、口腔環境にかかわる客観的なアセスメント中心に、自然科学的な視点に基づいて紹介します。

2) 口腔環境にかかわるアセスメント

口腔環境に関するアセスメントとして、今回は「口腔清掃」と「口腔乾燥」の状態を指標とし、それらを客観的に把握するための用具や機器を紹介します。

(1) 口腔清掃状態の指標

近年、要介護者や有病者への口腔のケアが盛んに行われるようになってきました。個々人の口腔清掃状態は、口腔内の総菌数がどのように減少したかを指標とすると理解しやすいですが、口腔清掃状態の目安となる口腔細菌数などの定量評価は大学や研究所など専門機関での測定が必要であり、時間的にも費用的にも大きな負担がかかっています。代替指標を用いる場合を含め、日常の臨床場面では簡易で安価にアセスメントできることが重要であり、今回は、そのような視点でいくつかの方法を紹介します。

a. 口腔内の細菌数測定装置「細菌カウンタ」の活用

2012年、口腔内の細菌数を簡単な操作で、短時間に、高精度に測定できる細菌数測定装置「細菌カウンタ」（パナソニックヘルスケア）が開発・発売されました。