

「老いても口から食べる」を地域で支えよう 東京北多摩地区における 経口摂取の病診連携を語る

丸山 道生 氏

医療法人財団緑秀会 田無病院院長

菊谷 武 氏

日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック院長

撮影＝増田 智

司会：ヘルスケア・レストラン編集部

2014年4月、東京都新宿区の東京都保健医療公社大久保病院から異動し、西東京市の田無病院の院長に着任した丸山道生氏。それに先立つ2年前、同地区で歯科医の菊谷武氏が口腔リハビリテーションの専門クリニックを開院しており、この2人のつながりが今、東京北多摩地区での地域連携の新しい動きに結実しつつある。口から食べるための地域連携とは何か？そして、そこで求められる管理栄養士の役割とは何か？田無病院の院長室でお2人に語り合っていた。



編集部 まず、お2人の所属施設の特徴をお聞かせください。

丸山 当院は西東京市に位置する医療施設です。ベッド数は149床で、その内訳は一般41床、回復期リハ44床、介護療養64床のケアミックス型となっています。当然ながら、高齢の摂食・嚥下障害をおもちの方が多く入院されており、当院に着任早々にして菊谷先生にご相談した次第です。

菊谷 当クリニックは2012年の10月に開院しました。もともと東京都千代田区の日本歯科大学附属病院で、口腔がん入院した患者さんや地域の嚥下障害のある方々の外来と訪問歯科診療を中心に取り組んできたのですが、なにしる大都会の真ん中なので地元に住んでいる方が少なく、思うように訪問歯科

診療ができない状況がありました。そこで、大学と交渉を重ねて、東京都小金井市に口腔リハビリテーションを専門とするクリニックを設立しました。現在、

歯科医師と医師、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士が常勤で在籍しています。この2年で約3000人の患者さんを診てきましたが、その半数が75歳以上のご高齢者です。私たちは、病院を退院された摂食・嚥下障害の方々を外来でフォローアップしたり、病院や高齢者施設での訪問歯科診療、あるいは在宅での訪問歯科診療で診ています。

丸山 私たちの施設は地域に密着した病院であり、理念として「老いても足で歩くまち、老いても口から食べられるまち、西東京」を掲げています。しかし、私がここに着任した当初、嚥下内視鏡

(以下、VE)などによる嚥下機能評価があまり実施されていませんでした。そこで菊谷先生にご相談して、連携が始まったということ。現在、菊谷先生のクリニックから歯科医師の戸原雄先生らに来ていただいているのですが、来られたときは当院の病棟看護師、主治医、言語聴覚士、管理栄養士、地域連携担当の事務職員、さらに患者さんのご家族も同席し、カンファレンスに参加しているかと教えていただいています。連携が強まるだけでなく、当院のスタッフのスキルアップにもつながるありがたい教育体制になっていると思います。

菊谷 私たちは主として、VEを持っていて嚥下機能評価をするわけですが、単に患者さんの個室で検査をして結果を伝えているわけではありません。その施設の方々にできるだけ検査に立ち会っていただき、両者で話し合うようにしています。たとえば私たちが「30度のリクラインング角度で頸部前屈させ、嚥下調整食のコード2-1ならいけそうだ」と思っても、それが実現できるかどうかは、その病院の環境や患者さんのお身体状況などによるのです。私たちが一方的に提案しても、意味がない場合も少なくありません。だからその場で現場の方々と話し合いながら、リハプランやケアプランをつくっていくのが一番なのです。このスタイルは、病院でも高齢者施設でも、在宅でも変えていません。

丸山 ご家族の思いと実際の患者さん

の病態との間にギャップがあることが少なくなく、そのギャップを埋める意味でもこの連携が役立っています。たとえば「大好物のお寿司をお母さんに食べてほしい」と強く希望されているご家族がいて、「難しい」とお伝えしてもなかなか受け入れていただけません。でも、この嚥下機能評価の場で実際にVEを見ていただくと、「やっぱり、お寿司は無理ですね」と納得していただけるのです。

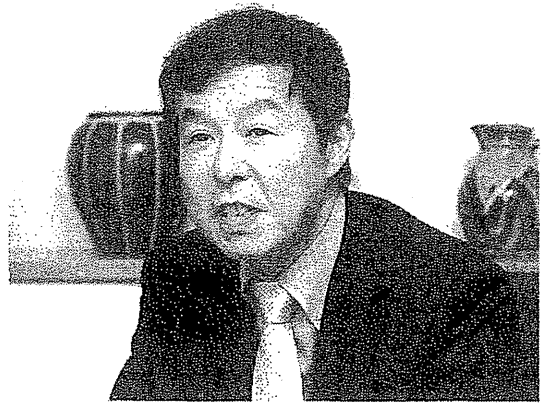
正しい胃ろうの理解は 長期的なかかりから

編集部 平成26年度の診療報酬改定で「胃瘻造設時嚥下評価加算」が新設されましたが、これについてどうお考えでしょうか？

菊谷 それについては本日、伺ってきた在宅患者さんのケースをお話します。その方は90歳の女性で、4度目の肺炎を発症し、本日お家に帰って来た方です。私たちが指導したとおりに姿勢や食形態を調整して、頑張つて口から食べて来られたのですが、お身体の機能がどんどんと低下して、看取りを考えてもいい段階となっているのです。ごちらとしてはその対応をすべきかと思っていたのですが、突然娘さんが「胃ろうをした」と思っているとおっしゃるのです。もうかなりやせ衰えていて、ずっと傾眠されている状態なのです。胃ろうを造設するのであれば、もっと早い段階で施行すべきですね。今、胃ろうに対するマイナ

恐らくこの10年くらいの間に 口から食べる意義と 食形態の調整の重要性が 広く認識されて 管理栄養士の必要性が 高まると思います

まるやま・みちお◎1980年、東京医科歯科大学医学部卒業、同年に同第1外科入局。83年、東京都立駒込病院にて病理、外科医員として勤務。90年、カリフォルニア大学サンディエゴ校外科に勤務。2005年、東京都職員共済組合青山病院外科部長。06年、公益財団法人東京都保健医療公社大久保病院外科部長に就任。14年から現職



スのイメージがありますが、胃ろうの正しい情報が十分に周知されていない気がしています。「胃ろうはよくない」というイメージで造設を拒否し、本当に食べられない状態になったときに「胃ろうにしてください」と造設を依頼するケースが今後、増えていくかもしれません。たとえば進行性の疾患でほとんど嚥下機能が低下していくのが避けられないのであれば、早めに胃ろうを造設しておけば、さまざまなケアの可能性が広がると思います。胃ろうは正しく使えば有効なツールとなるのですが、それが正しく伝えられないために不利に使われて評判を悪くされている気がします。

丸山 そのとおりですね。私たち医療者も患者さんのご家族も摂食・嚥下障害をもつと長い目で見ても、早期から胃ろうの造設の有無を含めてかかわっていくべき、今のような胃ろうの問題はあまり起こっていないかと思っています。胃ろうの造設についてESPENのガイドラインでは、脳卒中や神経筋疾患の早い段階で嚥下機能評価を行なって経口アプローチを検討し、経口移行が難しいようであれば早い段階で胃ろうを造設して、機能回復訓練をしていくべきとしています。まさにそのとおりです。こうした摂食・嚥下障害の治療とリハのシステムができていないことが間違った胃ろうの使い方につながった気がします。今、地域が一体となつてこのシステムを構築したいと考えており、それが最初に紹介した

「若いも足で歩くまち、若いも口から食べられるまち、西東京」という理念の具現化の一つなのです。

菊谷 先ほどチームアプローチの話がありました。チームが患者さんのご家族とともに一体となつて取り組んでいくと、達成感があるのです。「やることはやったよ」といって。むせていた人がむせなくなった、栄養状態も改善した。そして、チーム全員が喜びをともにした。しかし、1、2年経つとどうしても身体機能の低下が避けられなくなるのですが、そのときにチームのメンバーとともに達成感を味わったご家族であれば、「やれることはやったよね。自分たちも医療者も、お母さんも頑張ったよね。後悔はないよ」と、身体機能低下の現実を受け入れられると思います。しかし、そういう経験がないまま、ある日突然、食べられなくなるその日が来るとご家族はパニック状態となり、「胃ろうを造設しないともう生きられない。早く決めなきゃ」とたとえ手遅れでも、胃ろうを造設することになるのかと思います。丸山先生がおっしゃるとおり、地域の中で私たちが連携し、対象の患者さんのリスク管理に努めながら、長いスパンでゆつくりとケアしていけるシステムを構築することが重要だと思っています。

管理栄養士が中心となつて 食形態の地域連携の実現を

編集部 2013年に日本摂食嚥下リ

ハビリテーション学会から、「嚥下調整食学会分類2013」が発表されましたが、食形態の地域連携についてはどうお考えでしょうか？

菊谷 それについても本日、訪問してきた方のケースをお話しします。その方はこちらの病院からご紹介いただきました。肺がんの手術後、肺炎で入院を繰り返しています。一見、元氣そうです。家の中では歩ける状態です。病院では問題なく食べていたそうです。家では管理栄養士に指導されたとおりに食事をつくらせて食べていました。退院直後はまったくむせなかったそうですが、この2カ月の間に急にむせるようになってきたので、私たちに訪問のご依頼をいただきました。実際に訪問して聞いてみると、最初は管理栄養士に指導されたとおりの食事を食べていたものの、次第に「こんなやわらかいものは嫌だ」とか、「とろみはつけたくない」などと要望が高まり、いつしか普通の食事に戻ってしまったそうです。そこで私がVEを使つて咽頭内をお見せしたところ、咽頭残留している様子を認識でき、誤嚥のリスクがあることを理解していただきました。つまり、食形態とむせという2つの事実を患者さんご家族もつなげて考えられなかったのです。

この方の場合、体重減少が止まらなくて退院後の1カ月半で約1kg落ちていました。そのため今日は、市販の高カロリー栄養補助食品をご紹介します。「ま



きくたに・たけし◎1989年、日本歯科大学附属病院高齢者歯科診療科へ入局。2001年、同附属病院口腔・介護リハビリテーションセンターのセンター長へ就任。05年に准教授、08年に教授となる。12年から現職

地域が一体となって チームを組織し、 嚥下障害の方を 長期的にサポートしていけば 後悔する胃ろうというものは なくなるかもしれません

ずは退院したときの体重まで戻しましょう」と提案しました。このケースのように地域連携が図られていれば、早いタイミングでご紹介いただけるので、重症化する前にサポートできて助かります。こういう連携の成果を1つでも多くつづけていきたいですね。

丸山 当院は地域に根ざした病院なので、今後もこういうケースを増やしていきたいと思っています。

菊谷 こうして地域で連携していくとなると、適正な食形態を調整する管理栄養士の存在が不可欠となります。そのため、地域で取り組む管理栄養士の勉強会を当院で開いているのですが、本当は丸山先生のように地域のドクターにそのコーディネートをお願いできればいいなと思っていました。

丸山 新宿の病院からこちらに移ってきて、今ようやく西東京市周辺の人の動きがわかってきたところです。ぜひ、医療だけでなく、介護の専門職の方々も参加いただけるような臨床栄養を中心とした研究会をやってみたいですね。

菊谷 当院の場合、医療情報はドクターから診療情報提供書でいただきます。言語聴覚士は言語聴覚士同士のサマリーでやりとりをしています。しかし、管理栄養士の場合、管理栄養士同士の手紙がないのです。丸山先生がおっしゃる研究会があれば、そこで管理栄養士同士が顔を合わせることができるので、管理栄養士同士のサマリーのやり取りができるように思います。

りができるように思います。

丸山 サマリーということであれば、食形態の地域共通のサマリーが必要ですね。病院では嚥下調整食が何段階も用意されていますが、それを在宅で実践するのは難しいと思います。まずはそれをどうにかするべきですね。

菊谷 実は今、農林水産省と厚生労働省と一緒に仕事をしていまして、日本摂食嚥下リハビリテーション学会がつくった嚥下調整食学会分類2013をわかりやすい形で市販の介護食品につなげる試みが始まっています。その1つが2014年11月11日に発表された「スマイルケア食」です(66ページ参照)。これがうまくいくと、病院から在宅に帰るときに「ドラッグストアで4と書いてある食品を選べばいいですよ」と指導してあげられるようになります。

丸山 それはとてもいいですね。病院の食形態はとても細かいので、ご家族がつくるのは難しいですから。

菊谷 在宅の方の食事について、すべてを市販品で賄う必要があるわけではありませぬ。実際に私が市販の介護食品のサンプルを持って行って食べていただくのと、「なるほど、こういうかたさにつくればいいのね」と理解されるのです。ご家族やヘルパーの方々に調理する力があるのなら、サンプルをお手本としてまねすればいいですし、つくるのが難しいのであれば買う。その方の生活環境などを考慮して、調整していけばいいと思います。

す。

丸山 そのあたりを管理栄養士たちにうまく指導してもらいたいですね。病院から高齢者施設、そして在宅という流れの中で、途切れることのないシームレスな連携につなげてほしいと思います。ちなみに菊谷先生の診療所へ行ったら、素晴らしいと思ったのは、院内で介護食品を販売するコーナがあったことです。あのようなコーナが地域の栄養サポーターの拠点となって、その施設に所属する管理栄養士が説明してくれるようになるといいですね。何がなんでも在宅に管理栄養士が出かけていくという形でなくても、医療施設に附属した拠点を使った指導という活動も非常に有効だと思っています。


菊谷 通販でも販売されていますが、数十個単位での注文となりますから、それだけ買っておいしくないと在宅の方にとって大きなダメージになります。まずは数個でもお試しできる販売コーナが必要ですね。そうしたコーナがあちこちに増えて、きちんと売り上げが立てられるようになると、コンビニでもスーパーでも買える状況になると思います。

丸山 恐らくこれから10年くらいの間、その状況が生まれて来ると考えます。そうなればますます、管理栄養士の必要性が高まるのではないのでしょうか。管理栄養士の方々には、ぜひ視野を広くもって活躍していただきたいと思っています。

歯界展望

Dental Outlook
Vol.124 No.4 October 2014

10



天然歯の形態を考慮した 補綴治療 1

桑田正博・大村祐進

酸蝕症とブラッシング

—食後30分間、ブラッシングを避けることの是非—

眞木吉信・桃井保子・楠 雅博・北迫勇一・飯島洋一・高橋信博

【新連載】

The Fabric of the modern implantology

船登彰芳・吉松繁人・山田将博・鈴木健造・神津 聡・藍 浩之・石川 亮・中川雅裕・丹野 努・小川隆広

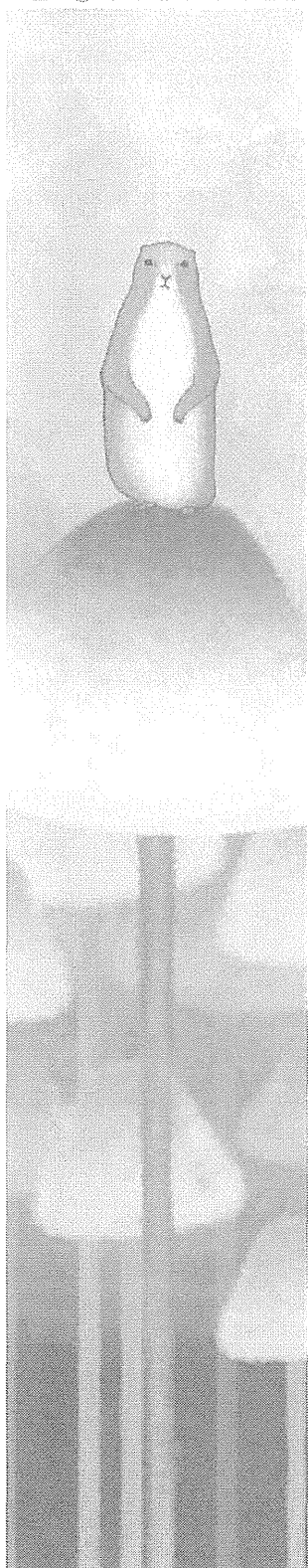
【好評連載】

天然歯を守る／パーシャルデンチャーに強くなる！／コンポジットレジン修復の発想転換

専門医が実践するエビデンスに基づいた歯内療法／臨床家のための顎関節解剖学と顎関節症

歯科医院におけるRisk Hedge／インプラント周囲炎を究める／がんの患者さんを口腔から支える

臨床家のための口腔粘膜疾患 Check Point／SPTとその周辺についての文献的考察



特集

天然歯の形態を考慮した 補綴治療 1

649

桑田正博・大村祐進

特別
企画

酸蝕症とブラッシング

725

一食後 30 分間、ブラッシングを避けることの
是非

眞木吉信・桃井保子・楠 雅博・北迫勇一・飯島洋一・高橋信博

インタビュー
&レポート

日本歯科大学口腔リハビリテーション 多摩クリニックの軌跡と 口腔リハビリテーションの未来

629

菊谷 武

【新連載】 The Fabric of the modern implantology 674

Prologue 連載をはじめるにたって

船登彰芳・吉松繁人・山田将博・鈴木健造・神津 聡・藍 浩之・石川 亮・
中川雅裕・丹野 努・小川隆広

天然歯を守る 22 684

「歯を守る」ことは歯科医師の判断に大きく左右される

／ 塚原宏泰

コンポジットレジン修復の発想転換 10 691

コンポジットレジンによるダイレクトベニア修復

／ 田代浩史

パーシャルデンチャーに強くなる！ 臨床現場から考える義歯のデザイン 10 700

上顎の歯数が多い「すれ違い咬合」症例

／ 藤関雅嗣

専門医が実践するエビデンスに基づいた歯内療法 10 710

CBCT の歯内療法への応用 1

／ 岡崎勝至

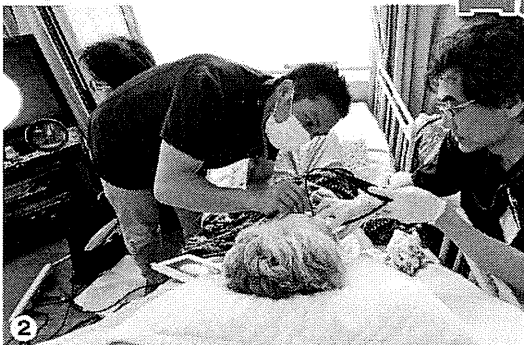
臨床家のための顎関節解剖学と顎関節症 10 718

パラファンクションの影響 解剖学的見地から

／ 中沢勝宏

日本歯科大学

口腔リハビリテーション多摩クリニックの軌跡と 口腔リハビリテーションの未来



2 患者宅での訪問診療の光景。脳卒中の後遺症で経口摂取禁止となった患者に嚙下内視鏡検査を行い、今後の経口摂取の可能性を探る。写真①中央が菊谷 武歯科医師

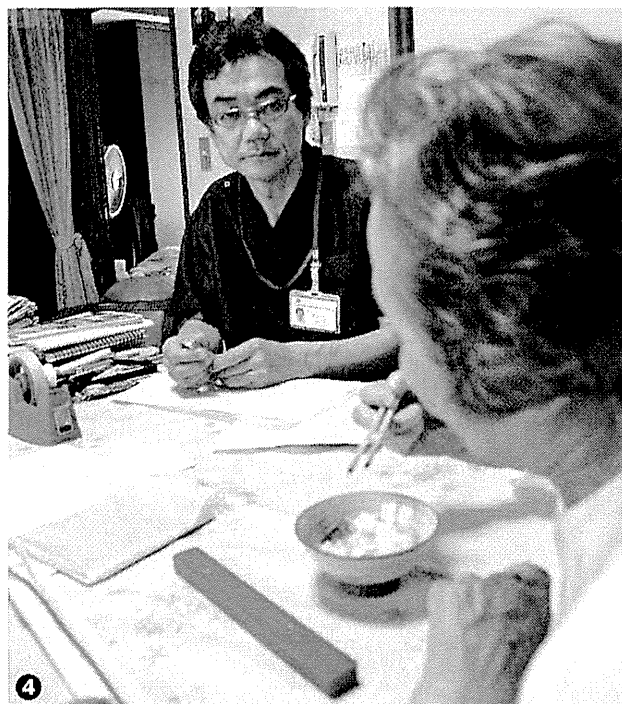
2012年10月、東京都小金井市に日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック(以下、多摩クリニック)が開院した(開院時の様子は『歯界展望』2012年12月号参照)。開院からおよそ2年が経過し、日本で初めての試みである口腔リハビリテーション専門の歯科医院における診療活動も軌道に乗り出した。

そこで、本稿では多摩クリニック院長である菊谷 武氏にインタビューを行い、多摩クリニックの現状や口腔リハビリテーションの在り方、今後の展望などについて語っていただいた。また、多摩クリニックの活動をレポートとして紹介する。(編集部)

●多摩クリニックが開院し、およそ2年が過ぎました。どのような患者を診療しているのでしょうか？
菊谷：当クリニックで診療をする患者さんを年齢別に見てみますと、1歳未満～12歳の患者さんが2割、75歳以上の患者さんが5割で、子どもと高齢者が多い結果です。子どもについてはダウン症や染色体異常などが多く、高齢者は脳血管疾患や認知症、口腔・咽頭がんや進行性神経・筋疾患の患者さんが中心です。

子どもの患者さんは外来にお越しいただける場合が多く、曜日によっては外来の待合室が子どもばかりで、子ども専門のクリニックなのではないか…と思えたりもします。高齢の患者さんが外来にお越しにならないというわけではなく、主治医やケアマネジャーからの紹介で、パーキンソン病や脳血管疾患の後遺症をもつ患者さんがご家族と一緒に来院される場合もあります。

在宅診療



④ 訪問診療は、まず患者さんの口腔内検査に始まり(③)、自力で食事を摂れる場合、その状況も確認する(④)。口腔内検査をするのは仲澤裕次郎歯科医師と古屋裕康医師(左から)

●多摩クリニックでは訪問診療の件数が非常に多いと伺っています。

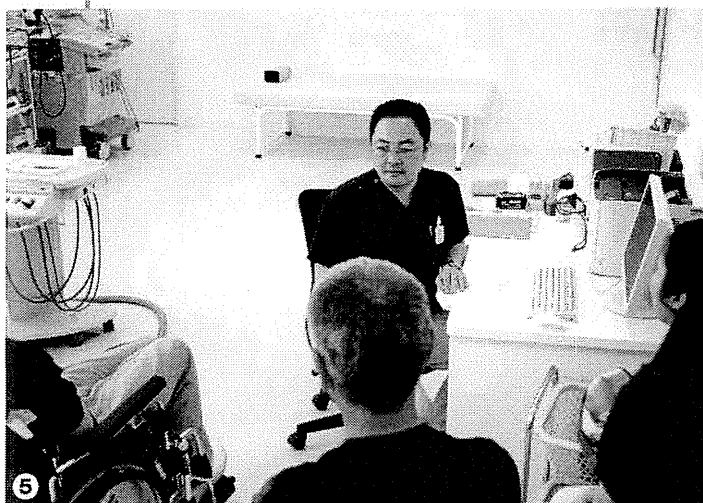
菊谷：初診の約半数は訪問診療の患者さんです。訪問診療の件数は1カ月に300件程度で、うち70件程度が在宅診療です。訪問先は当クリニックのある小金井市とその周辺の自治体ですが、施設への往診では東京23区西部(杉並区、練馬区など)や埼玉県、神奈川県にも及びます。訪問診療は患者さんの生活環境や介護環境が明らかになるので、食べることを支える私たちの仕事にとって大きなメリットがあります。訪問先での主治医やケアマネジャーとの連携も有効です。しかし、嚥下造影検査や安全管理下での抜歯などの歯科治療が必要と判断した場合には、クリニック外来にお越しいただくこともあります。それぞれのメリットを使い分けています。

●診問はどのような体制で行うのですか？

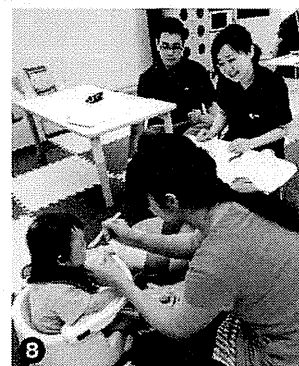
菊谷：施設や病院に訪問に行くチームと、在宅に訪問するチームを分けて対応しています。在宅診療においては、実は、ほとんどのケースで私が行っています。実際のところ、在宅診療による摂食嚥下リハ

ビリテーションというのは何をやるサービスなのか知られていない事情もあり、「専門家に診てもらったら誤嚥が見つかって「食べちゃいけない」って言われるのでは？」というイメージを抱かれている方もいます。また、訪問診療のなかでも在宅診療においては、歯科医師と患者さんおよび患者さん家族の間、さらには患者さんの在宅療養を支えるあらゆる職種とのより強い信頼関係が求められます。当クリニックでは、医師や歯科医師から看護師、介護職に至るまでさまざまな職種対象の研修会を頻繁に開き、そのかいあってか、クリニックの立地する地域では私の顔が知られつつあります。さらに私が在宅に直接訪問することで、当日立ち会ってくれる紹介者である医師やケアマネジャーが安心感を覚えてくれます。地域との連携や、私たちの目指すものやサービスの内容を理解してもらい、「菊谷先生が来てくれる」から、「菊谷先生のところから来てくれる」になり、いつかは「多摩クリニックから来てくれる」というふうになればいいと思っています。「在宅診療による口腔リハビリテーション」さらには「多摩クリニック」のブランディン

クリニックでの 診療・検査など



摂食嚥下機能評価のゴールドスタンダードである嚥下造影検査も院内で行い、患者さんのより精密な状況を確認する。



神経難病の患者さんと家族に話をする須田牧夫歯科医師(奥)。「神経難病など、成人の患者さんに関しては、食べるときのご本人の姿勢を変えたり、介助器具などを用いるだけで摂食量が改善することもある。そうした、環境についてアドバイスをするのもわれわれの役割の一つ」と話す

子どもの患者さんについては、成長とともに適切に食事を摂れるか観察し、保護者へのアドバイスや提案を行う(⑦/水上美樹歯科衛生士、元開早絵歯科医師、⑧/田中康貴歯科医師、保母妃美子歯科医師、ともに左から)

グを目指しています。

●在宅診療における歯科の役割というのはどのように感じられますか？

菊谷：在宅診療の目的は、患者さんや家族の“想い”をどう実現できるか、にあります。私たちとしては、「おいしく食事がしたい」、「少しでもいいから口から食べたい」という患者さんの想いに、たとえ誤嚥が観察されても、その想いを実現する手段を提案し、実践に移します。在宅療養を支えるそれぞれの職種が専門性を生かし、それぞれのかかわり方で患者さんの想いを支えます。歯科としても、彼らとの連携を通じて、想いの実現へのお手伝いをするわけです。

実は、想いを実現できるか、あるいは残念な結果になるかは、患者さん本人の病状や機能が決めるのではなく、ご家族や私たち医療者を含めた「環境」に左右されることのほうが多いのです。主治医や他の職種が応援してくれるのか、あるいは無関心なのか、さらにはご家族が協力的かどうか——。こうした患者さんを取り巻くさまざまな要素が患者さんの予後を決めます。患者さんを支えるチームワークの

形成が重要です。

多摩クリニックの外来診療室は非常に広いスペースがあります。これはご家族を含めた多くの関係者が私たちの診療に立ち会えるように配慮しているからです。そこで家族や多職種が立ち会い情報を共有することで、ケアプランやリハプランの共有化が可能になります。

●わが国における口腔リハビリテーションの役割とは、どのようなものなのでしょうか？

菊谷：病院に肺炎などで入院した高齢の患者さんの多くは、低栄養状態となっています。入院中は肺炎を治すことに専念します。本来ならば肺炎のリスクとなる栄養状態の改善や嚥下機能の改善も受けてから退院できればいいのですが、現状の医療制度では満足のいく介入ができないまま自宅や介護施設に帰されます。そこで在宅診療の形を取った口腔リハビリテーションが求められていると考えています。

私たちの口腔リハビリテーションを受けると口腔の機能が向上しさまざまな症状が改善するのかというと、必ずしもそうではありません。訪問診療を受

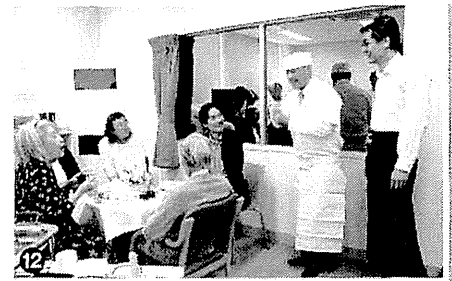
クリニック内での教室・イベント



多摩クリニック内では介護予防教室も行う。進行をするのは西村美樹歯科衛生士



お花見の時期にはクリニック内でイベントを行う



菊谷氏が「多摩クリニックでやりたかった」と言う「胃ろうレストラン・ビュッフェ」。胃ろうの患者さんとそのご家族が同じ食事を食べる機会を提供する

ける患者さんの多くが80歳以上であることからわかるように、著しい機能の向上は望めません。実は私たちが行う内容は、本人のもっている機能や療養している環境を把握することで、どんな工夫をすれば安全に食べられて栄養を維持・改善できるかの調整をしているのです。ときとして、どんな工夫もかなわないこともあり、その際には、「看取り」までを意識して、どうやってソフトランディングさせるかを考えながら診療を行います。たとえば、患者さんが亡くなっても、患者さんの家族やかかわる職種が「できることはすべてやった」というような、達成感・納得感が得られるような支援をしています。

●多摩クリニックは今後、どのような方向性を目指して活動していくのでしょうか？

菊谷：私が多摩クリニックを始めたときからやりたかったこととして、「胃ろうレストラン」があります。ご家族のなかに胃ろうの方がいると、家族は患者さんに隠れて食事をするといった場面が多くあります。そこで、介護者も胃ろうの患者さんも一緒に食

事ができるような場を作ろうと考えたわけです。先にも述べましたが、患者さんが食べていけるかどうかは、患者さんを取り巻く環境に大きく左右されます。老老介護の現場であったり、調理の技術がない家族では、安全な食事の提供は困難です。そこで、家族にはフルコースの食事を、患者さんには本人の機能に合わせて特別に調理した食事を提供し、家族で楽しんでもらおうというものです。この企画で手伝ってくれているのは、地域で出会った多職種の皆さんです。

先ほど「ブランディング」ということを申し上げましたが、現在目指すところは、口腔リハビリテーションと多摩クリニックのブランド化です。地域で口腔リハビリテーションの意義の理解が進み、多摩クリニックに繋がれば安心だという、絶対的な地域ブランドの確立を目指したいと思っています。さらには全国モデルとなり、同様のクリニックがそれぞれの地域に設立され、“いつまでもおいしく口から食べる”を支える役割を担えればと思っています。

講座

命を守る口腔ケア

菊谷 武

はじめに

肺炎の発症が口腔ケアによって予防できるという報告があつて久しい。この報告は、介護現場における口腔ケア介入の研究であり、肺炎予防法について論じたレビューにおいてもエビデンスレベルの高い方法として紹介されている。わが国においては、2006年には介護予防の制度に、2012年には、周術期の口腔ケアの制度の根拠になった。しかし、どんな人に、どんな口腔ケアが有効なのかといった臨床現場で活用できる肺炎予防に対する口腔ケアのエビデンスが十分であるとはいえない。本稿では、私たちが行っている介護現場における口腔ケアの研究の成果を基に、口腔ケアの課題について考えてみたい。

口腔ケアと肺炎予防

肺炎の発症メカニズムには「口腔・咽頭の細菌叢」、「誤嚥」、そして「個体（患者）の抵抗力」が関与する¹⁾（図1）。かねてより、看護や介護の現場では口腔ケアの実践によって、肺炎の発症を抑えうることが経験的に知られていた。しかし、その抑制率などについてはっきりとしたEBMが得られていたわけではなかった。そこで、Yoneyamaら²⁻⁴⁾は介入疫学研究によってその効果を明確に示した。この研究は、全国11カ所の介護老人福祉施設の入所者を対象に行われ、歯科医療者によって口腔ケアを積極的に行った口腔ケア群と今までどおりの口腔ケアにゆだねた対照群の間で期間中の発熱発生率、肺炎発症率、肺炎による死亡者数を比較している。その結果、25カ月間にわたって検討が行われ、肺炎の発症率を40%に減少させ、肺炎による死亡者数をも50%に減少させたことを示している（図2）。また、弘田ら⁵⁾は老人ホーム入居者を対象に、5カ月間にわたり歯科医師

と歯科衛生士による口腔ケアを行い、咽頭における総細菌数、レンサ球菌数、黄色ブドウ球菌を含むブドウ球菌数の変化について検討している。その結果、5カ月後はコントロール群に比べてテスト群の総細菌数、レンサ球菌数はともに減少を示し、さらに、テスト群では急性呼吸器感染症の主たる起因菌の一つであるブドウ球菌が3カ月後より検出限界以下に減少したとしている。この結果は、口腔をリーザーバーとして惹起される呼吸器感染症の予防の可能性を示している。

歯があることは良いことか？

平成24年6月、厚生労働省より前年度に行われた歯科疾患実態調査の結果が示された。8020達成者（80歳で20本以上の歯を有する者の割合）は38.3%を示し、前回調査の平成17年の調査結果24.1%から急進しているという結果である（80歳以上の年齢区分で25.1%）⁶⁾。さらに、75歳から79歳といった年齢区分においては、47.6%という高い割合で20歯をもつ者が存在することが示されている（図3）。まさに多歯時代の到来である。現在歯が20歯あれば、歯が原因で食べることに困らないといった根拠から設定された、この目標を達成した高齢者が増加している事実は喜ばしい。

多くの研究で、歯の維持は生命予後に影響を与えることが指摘されている⁷⁾。また、栄養状態との関連も多く報告によって明らかにされている⁸⁾。私たちは、在宅療養患者と栄養状態との関連を調査した⁹⁾。在宅療養中の高齢者（716名、平均年齢83.2歳）の栄養状態をMNAにて評価したところ、栄養状態が良好な者は35%にすぎず、低栄養の者13%、低栄養リスクの者52%であった。さらに、75%が天然歯による咬合支持を失っており、そのうち1/3が義歯によっても回復されることなく咬合支持の崩壊状態であった（図4）。咬合支持が維持されていなければ、食事摂取が困難になることが容易に想像でき、年齢、性別、ADL、認知機能など低栄養と関連を示す他の因子を調整してもなお、咬合支持が維持されている者に対し、咬合支持の崩壊した者の低栄養リスクは有意に高かった（義歯咬合支持群：1.7倍、咬合崩壊群：3.2倍）（図5）。

日本歯科大学大学院臨床口腔機能学

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

第30回日本障害者歯科学会学術大会教育講座

(2013年10月12日、神戸)

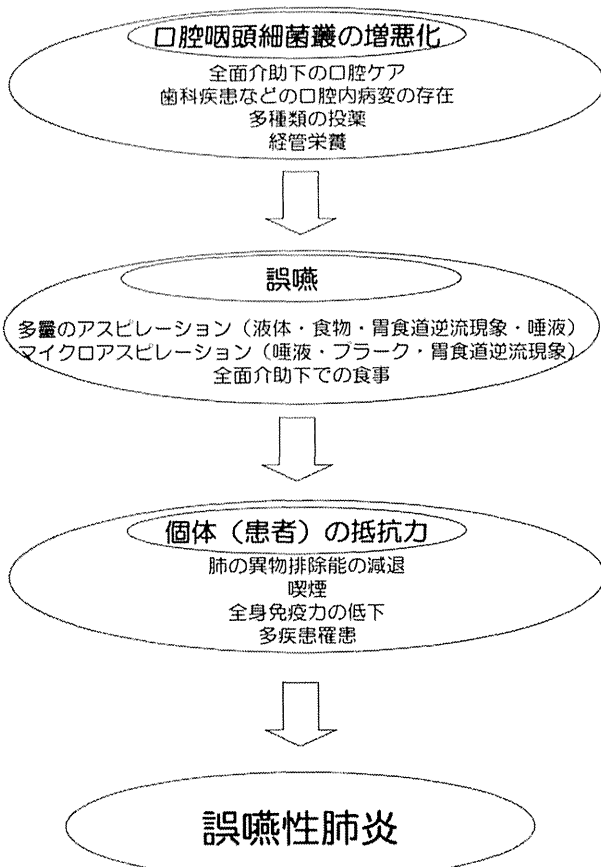


図1 肺炎の発症メカニズム¹⁾

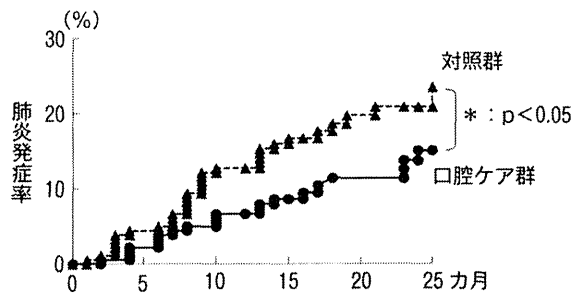


図2 要介護高齢者に対する口腔ケアによる誤嚥性肺炎予防効果⁴⁾

要介護高齢者の口腔内状況

一方、ひとたび口腔ケアの自立が困難になったり、全身さらには口腔にも運動障害がみられるようになったりした場合、その様相は一変する。口腔機能の低下とともに口腔内の自浄作用が低下すると、残存した菌は食物残渣やバイオフィルムに覆われる。バイオフィルムを除去するために必要な上肢や手指機能の低下、さらには認知機能の低下も認められるようになると、口腔内は容易に崩壊する。歯冠部が崩壊し放置された歯は、歯根を通じ

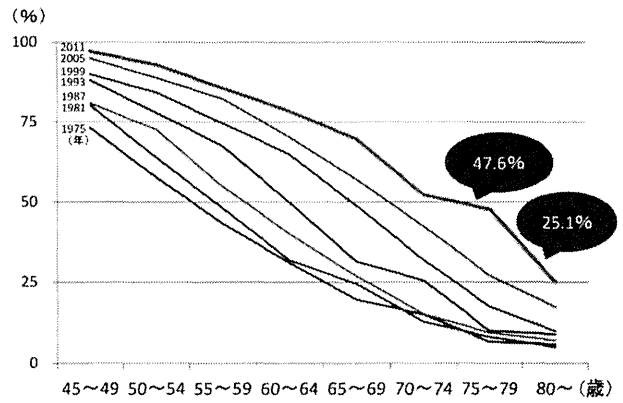


図3 8020達成者の割合⁵⁾

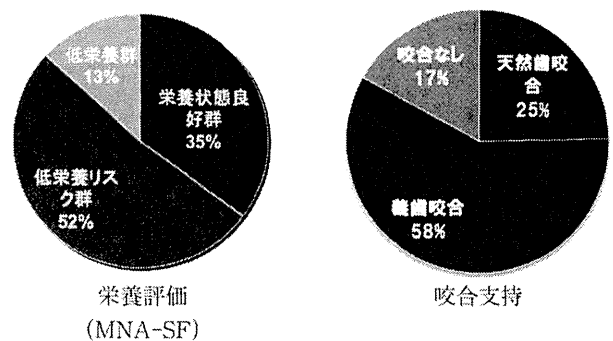


図4 在宅療養患者の栄養状態と咬合支持⁹⁾

75%が天然歯による咬合支持を失っており、そのうち1/3が義歯によっても回復されることなく咬合支持の崩壊状態であった。

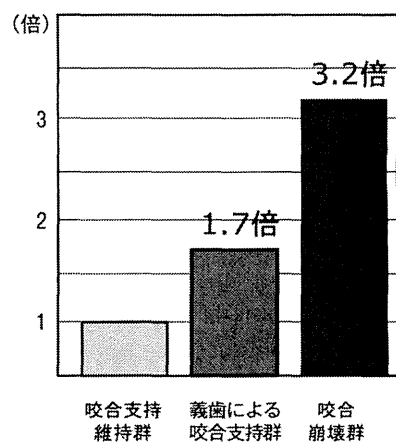


図5 低栄養リスクと咬合支持の関係⁹⁾

咬合支持の崩壊した者の低栄養リスクは咬合支持を維持している者に比して3.2倍を示した。

た病巣感染の原因にもなりうる。バイオフィルムは、細菌みずからが分泌した菌体外多糖を介して、歯や義歯に共凝集する。よって、歯の増加に従い口腔内の細菌数の増加が認められることが予想される。私たちは、要介護



図6 細菌カウンター

高齢者の唾液中の細菌数を新しく開発した細菌カウンター^{10,11)}(図6)を用いて測定し、残存歯数との関連について検討した¹²⁾。その結果、現在歯の増加に伴い、唾液中の細菌数を多くもつ者が増加することがわかった(図7)。これらは、齲蝕や歯周病の原因ばかりでなく、時として、誤嚥性肺炎の引き金にもなる可能性も考えられる。歯の存在が誤嚥性肺炎発症などのリスクファクターにならないように徹底した口腔管理が必要となる。

肺炎発症のリスクファクターは？

前項で示したように、肺炎発症にはさまざまな因子が関与する。ここで、歯科医師や歯科衛生士がより効率的、効果的に肺炎予防を目的とした口腔ケアを行うには、対象者の選定が重要となる。そこで、要介護高齢者を対象に、肺炎発症のリスクファクターの調査を行った¹³⁾。全国に立地する介護保険施設に入居する高齢者964名(平均年齢85.9±9.42歳)を対象とした。10カ月後までの観察期間中に肺炎発症を起こした者は164名(平均年齢85.0±11.7歳、男性63名、女性101名)であった。低栄養(BMI 18.5未満)を示した354名のうち、82名が肺炎を発症し、栄養状態と肺炎発症の間に有意差を認めた(p=0.001, odds ratio: 1.945, CI: 1.385-2.730)。さらに、頸部聴診法により呼吸音の湿性音を聴取した者を嚥下機能低下者とし、嚥下機能低下を示した335名のうち、87名が肺炎を発症し、摂食嚥下機能と肺炎発症の間に有意差を認めた(p=0.001, odds ratio: 2.519, CI: 1.791-3.544)。さらに、a. 栄養状態維持かつ嚥下機能維持、b. 低栄養かつ嚥下機能維持、c. 栄養状態維持かつ嚥下機能低下、d. 低栄養かつ嚥下機能低下の4群に分類し、肺炎発症との関連を検討したところ、各群間に有意な関連が認められた(chi-square, p<0.001)。BMIによる栄養評価と頸部聴診による嚥下機能評価によって、肺炎発症リスク者が特定できることを示した(図8)。

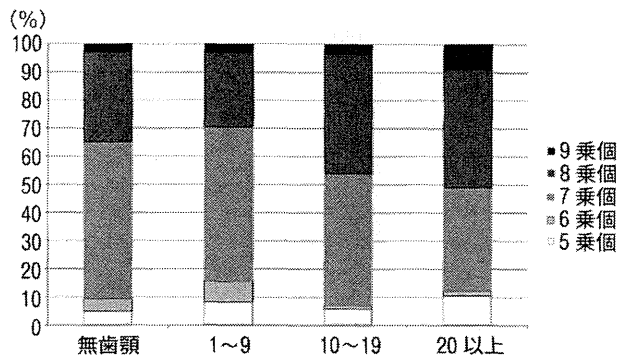


図7 要介護高齢者の残存歯数と唾液中の細菌数との関連

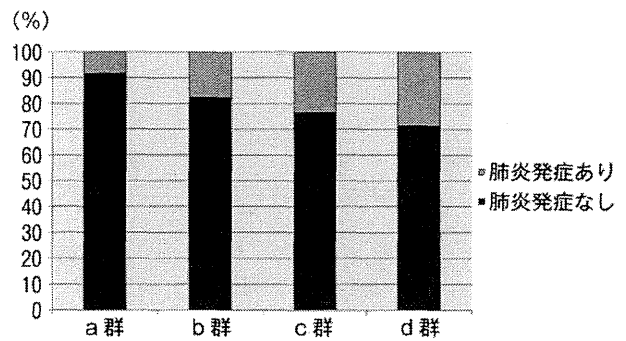


図8 要介護高齢者の栄養状態・嚥下機能と肺炎発症率との関連

- a群: 栄養状態維持かつ嚥下機能維持
- b群: 低栄養かつ嚥下機能維持
- c群: 栄養状態維持かつ嚥下機能低下
- d群: 低栄養かつ嚥下機能低下

口腔ケアの成果は細菌叢の改善ではないのか？

2009年の日本医師会雑誌に「誤嚥性肺炎を防止する口腔ケア」と題して座談会の記事¹⁴⁾が掲載された。ここでは、口腔ケアによる肺炎予防の効果を強調しつつも、そのメカニズムを口腔ケアによる細菌叢の改善ではなく、口腔ケアによる口腔内への物理的な刺激が嚥下機能や咳嗽機能を改善するためと断じた。ここでは、口腔ケアによって細菌叢の改善はみても、口腔という特殊な環境において細菌叢はすぐさま復元すること、さらには、不顕性誤嚥は高齢者において常に起こっていることから、一時的な細菌叢の改善は肺炎発症の予防に寄与していないと論じている。もし、これが真実で、この情報が広く流布されるとしたならば、高齢者介護の現場でようやく改善されつつある口腔内環境がYoneyama論文^{2~4)}の前の時代に逆戻りするのではないかと案じざるをえない。たしかに、Yoshinoら¹⁵⁾は口腔ケアによって口腔内の知覚機能の指標であるサブスタンスPの分泌

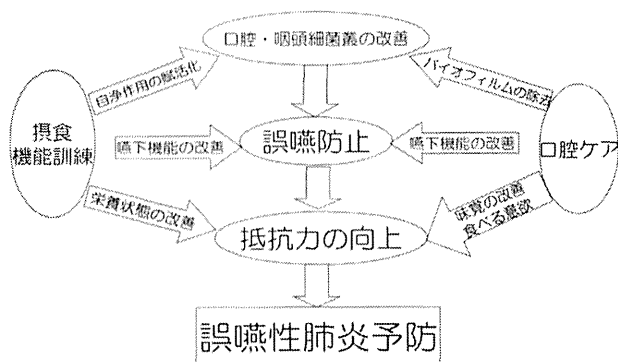


図9 誤嚥性肺炎の発症メカニズムに対応した対策

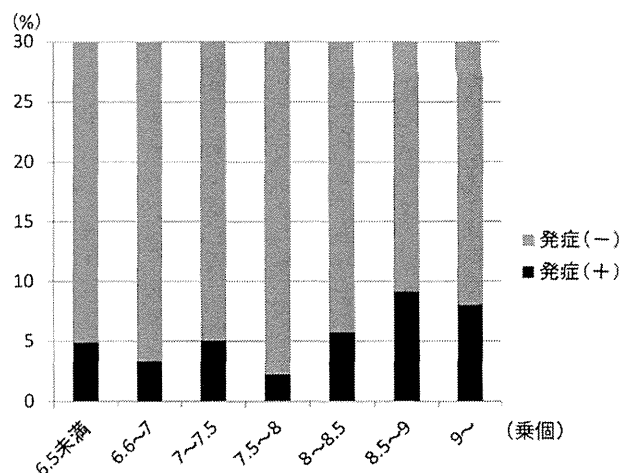


図10 唾液中の細菌数と肺炎発症率との関連¹⁷⁾
細菌数の多寡にかかわらず肺炎発症をみた。

表1 肺炎発症のリスク因子¹⁷⁾

	B	SE	p 値	RR	上限	下限
性別 Reference = 男性	-0.288	0.672	0.668	0.750	0.201	2.800
年齢 BMI (18.5 未満)	-0.020 0.211	0.034 0.520	0.552 0.685	0.980 1.235	0.918 0.445	1.047 3.424
嚥下障害 Reference = あり	-0.362	0.492	0.462	0.696	0.265	1.827
細菌数 Reference = log 8.5 未満	1.324	0.529	0.012	3.759	1.332	10.611

10 の 8.5 乗個をカットオフポイントとしたときのリスク

の増加と嚥下機能の指標である嚥下反射潜時が改善したと報告し、口腔ケアの嚥下機能への関与の可能性も指摘している。さらに、Watando ら¹⁶⁾は、口腔ケアの継続的介入により、咳嗽反射の閾値の低下を示すことを報告している。以上より、口腔ケアの継続による口腔内細菌叢の改善は、肺炎発症に対する感染源対策として有効であり、さらに、口腔ケアに伴う口腔への刺激は、嚥下反射機能の改善、咳嗽機能の改善をもたらす、口腔内汚染物の気道侵入を防ぐ、感染経路対策として期待される(図9)。しかし、本当に細菌性の関与は薄いのだろうか。

どんな口腔内環境が肺炎発症と関連づけられるのか？

肺炎発症における細菌の関与をどのように捉えたらよいのだろうか。高齢者介護の現場では、積極的に口腔ケアを行う対象者はどのような人なのかという疑問と同時に、どこまで口腔ケアをやらないといけないのか、といった疑問が聞かれる。事実、どこまで綺麗にすればい

いのか、何分やればいいのか、といった単純な質問にエビデンスをもって答えられないのが現状であろう。そこで、どの程度口腔内が汚染されていると肺炎発症のリスクが高まるかを検討した¹⁷⁾。介護保険施設16施設に入居中の要介護高齢者で経口摂取を行っている691名(平均年齢86.7±7.8歳(男性137名82.6±8.3歳,女性554名88.0±7.1歳))を対象に、栄養状態や嚥下機能など他のリスクファクターとともに、唾液中の口腔内細菌を測定し、6カ月追跡調査を行った。対象者の唾液細菌数は正規分布を示し、唾液1mlあたり10の4乗個程度の者から9乗個を超える者まで、広く分布した。観察期間中の33名の者が肺炎発症にいたり、嚥下障害やADLの低下など肺炎発症と関連を示した項目が明らかになった。唾液中の細菌数との関連においては、細菌の多寡にかかわらず肺炎発症をみた(図10)、10の8.5乗個をカットオフポイントにしたとき、他のリスク因子を調整してもなお、この前後において3.7倍のリスクが観察された(表1)。この研究にて改めて明らかになったことは、たとえ唾液中の細菌数が少ない者においても肺炎を

表2 摂食支援を通じて明らかとなった肺炎発症リスク

Predictors	B	p-value	HR	95% CI
Age	0.011	0.860	1.011	0.900-1.135
Self-feeding	0.105	0.909	1.111	0.182-6.785
Barthel Index	-0.010	0.769	0.990	0.927-1.057
BMI<18.5	2.064	0.070	7.874	0.844-73.440
Pharyngeal residue	-0.621	0.615	0.537	0.048-6.067
Laryngeal penetration	0.571	0.642	1.771	0.160-19.644
Aspiration of food (negative/positive/ positive with SA)	-0.216	0.830	0.805	0.112-5.794
Aspiration of saliva (negative/positive/ positive with SA)	1.290	0.025	3.634	1.174-11.242

HR, hazard ratio ; CI, confidence interval ; SA, silent aspiration
唾液誤嚥のみが有意なリスク因子であった¹⁸⁾。

発症することである。細菌数が単独のリスクファクターとなりうるのは、上位13%の細菌数を多く有する者であった。

口腔ケア関連性誤嚥性肺炎といわれないために

私たちは、介護老人福祉施設における摂食支援を通じて、誤嚥性肺炎のリスク因子を探った¹⁸⁾。要介護高齢者のうち経口摂取をしている148名(平均年齢85.1±8.0歳)に対して、嚥下内視鏡検査(VE検査)を用いた摂食機能評価と食形態の変更や姿勢指導などの介入を行った。VE検査の評価項目は、咽頭残留、喉頭侵入、食物誤嚥および唾液誤嚥である。その後、3カ月の追跡期間における肺炎発症の有無を調査した。肺炎発症を従属変数、外部観察評価およびVE検査結果を予測変数として、Cox比例ハザード分析を用いた多変量解析を行った。調査期間中、3カ月間で肺炎を発症した12名(8.1%)にみられた有意なリスク因子は唾液誤嚥のみであった(表2)。この結果は、食物の誤嚥は摂食機能評価に基づく食形態の変更や姿勢指導などによって低減することが可能で、それ自体は誤嚥性肺炎のリスクにはならないといえる。一方で、唾液誤嚥を回避することは困難で、肺炎発症のリスク因子となったと考える。ここで、再び唾液中の細菌に注目したい。図11は、健康成人ボランティアに対して行った口腔ケア前後の唾液中の細菌数を、前述の細菌カウンターによって測定した結果である。歯の清掃中は含嗽を行わないように指示し、口腔内に唾液をため込ませた。その結果、ほぼ全例が唾液中の

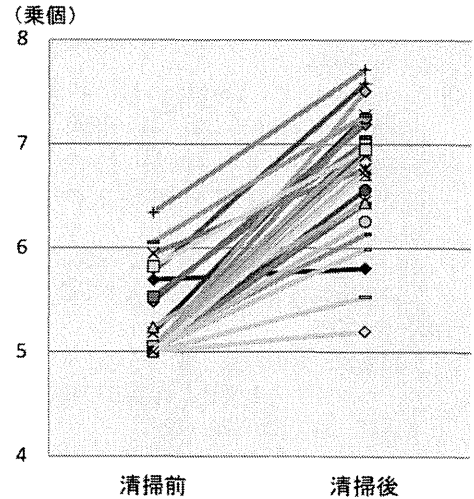


図11 健康成人ボランティアに対して行った口腔ケア前後の唾液中の細菌数

細菌数が増加し、その数は10倍から100倍に及んだ。すなわち、歯に対する物理的な刷掃行為は歯に付着するバイオフィルムを剥がす行為であり、除却するものではない。多くの細菌は歯から分離し口腔内に落下し唾液中に溶け込んだと考えられる。通常の口腔ケアにおいては、刷掃行為の後、水などを用いて含嗽を行い、それにより多くの細菌は口腔外に排出される。しかし、その対象が要介護高齢者と考えた場合、多くの者が、有効な含嗽行為は遂行不能であり、なかには、含嗽水を誤嚥する者もみられる。口腔ケア中の唾液誤嚥も予想されることから、口腔ケアによって誤嚥性肺炎の発症リスクを高める危惧さえ覚えるのである。いわば、口腔ケア関連性誤嚥性肺炎ともいえる。

まとめ

歯科医療者が口腔ケアの問題に対して一定のインセンティブをもち続けるには、この分野に関する多くのエビデンスを寄せなければならない。誤嚥性肺炎の予防を考えたときに、口腔内の汚染やその改善にのみ注目していたのでは十分ではない。そのターゲットが誤嚥性肺炎である以上、「誤嚥」こそが最大のリスク因子であり、誤嚥の評価や誤嚥対策こそが口腔ケアの質を向上させると信じている。今後も多くの臨床データに基づくエビデンスの発出を期待したい。

文 献

- 1) Langmore, S. E., *et al.* : Predictors of aspiration pneumonia : How important is dysphagia ?. *Dysphagia*, 13 : 69-81, 1998.
- 2) Yoneyama, T., Yoshida, M., *et al.* : Oral care and pneumonia. *Lancet*, 345 : 515, 1999.
- 3) Yoneyama, T., Yoshida, M., *et al.* : Oral care reduces pneumonia of elderly patients in nursing homes. *JAGS*, 50 : 430-433, 2002.
- 4) 米山武義, 吉田光由, 他 : 要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究. *歯医学誌*, 20 : 58-68, 2001.
- 5) 弘田克彦, 米山武義, 他 : プロフェッショナル・オーラル・ヘルスケアを受けた高齢者の咽頭細菌叢の変動. *日老医誌*, 34 : 125-129, 1997.
- 6) 厚生労働省 : 平成 23 年度歯科疾患実態調査.
- 7) Fukai, K., Takiguchi, T., *et al.* : Associations between functional tooth number and physical complaints of community-residing adults in a 15-year cohort study. *Geriatr. Gerontol. Int.*, 9 : 366-371, 2009.
- 8) Yoshida, M., Suzuki, R., *et al.* : Nutrition and oral status in elderly people. *JDSR*, 50 : 9-14, 2014.
- 9) Kikutani, T., Yoshida, M., *et al.* : Relationship between nutrition status and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people. *Geriatr. Gerontol. Int.*, 13 : 50-54, 2013.
- 10) Kikutani, T., Tamura, F., *et al.* : A novel rapid oral bacteria detection apparatus for effective oral care to prevent pneumonia. *Gerodontology*, 29 : e560-565, 2012.
- 11) Hamada, R., Suehiro, J., *et al.* : Development of rapid oral bacteria detection apparatus based on dielectrophoretic impedance measurement method. *IET Nanobiotechnol.*, 5 : 25-31, 2011.
- 12) Tohara, T. : A multi-centered clinical epidemiological study on factors associated with total salivary bacterial count of elderly individuals requiring nursing care. *J. Okayama Dent. Soc.*, 33, 2014 (in press).
- 13) 菊谷 武 : 介護保険施設における肺炎発症予防に対して効果的介入を目的としたスクリーニング項目の開発について. 厚生労働科学研究費補助金 (循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業) 「歯科介入型の新たな口腔管理法の開発及び介入効果の検証等に関する研究 (24120701)」について. 研究報告書. 2014.
- 14) 佐々木英忠 : 高齢者と嚥下障害 高齢者肺炎における誤嚥性肺炎の重要性. *日本医師会雑誌*, 138 : 1777-1780, 2009.
- 15) Yoshino, A., Ebihara, T., *et al.* : Daily oral care and risk factors for pneumonia among elderly nursing home patients. *JAMA*, 286 : 2235-2236, 2001.
- 16) Watando, A., Ebihara, S., *et al.* : Daily oral care and cough reflex sensitivity in elderly nursing home. *Chest*, 126 : 1066-1070, 2004.
- 17) Kikutani, T., Tamura, F., *et al.* : Relationship between oral bacteria count and pneumonia onset in elderly nursing home residents. *Geriatr. Gerontol. Int.*, 2014 (in press).
- 18) Takahashi, N., Kikutani, T., *et al.* : Videoendoscopic assessment of swallowing function to predict the future incidence of pneumonia of the elderly. *J. Oral Rehabil.*, 39 : 429-437, 2012.

特集/口腔ケアは全身の健康に貢献する

口 腔 ケ ア と は

曾 我 賢 彦*

西 村 英 紀**

近年、口腔ケアへの関心が高まりつつある。しかしながら口腔ケアとは正確にはどのような定義なのであろうか。筆者らの感じるところでは、21世紀に入ったあたりから、つまりこの10年間の間にさかんにその重要性が論じられるようになったように感じる。病院や施設、在宅療養される方々の口腔環境を整えることは、おいしく食べられること、コミュニケーションの円滑化、誤嚥性肺炎の予防、そして爽快感等、感覚的にQOLの向上に大きく寄与することは想像に難くなく、その重要性を説く検診、口腔清掃、義歯の着脱と手入れ、咀嚼・摂食・嚥下のリハビリ、歯肉・頬部のマッサージ、食事の介護、口臭の除去そして口腔乾燥予防などをテーマとする書物、情報が氾濫しており、その数の多さは枚挙にいとまがない。

この「口腔ケア」を主題とする学会まで誕生している。日本口腔ケア学会ホームページを参照すると、「口腔ケアとは口腔の疾病予防、健康保持・増進、リハビリテーションによりQOLの向上をめざした科学であり技術である」と意味づけされている。科学であるからにはその技術は当然科学的根拠に基づいたものでなければならない。科学的根拠の確立は口腔ケアそのものの意義に関わる重要な課題である。

筆者たちはもともと歯周病学を専門としていることもあり、あまり口腔ケアという表現を好まない。しかしながら私どもは糖尿病患者さんを例に、健康保持・増進を目的に糖尿病患者さんのQOLの向上を目指した歯周病管理の重要性に焦点をあてて研究を進めてきた。つまり口腔ケアの歯周治療版を実践してきたとも言える。言うまでもなく我が国においては糖尿病が激

増しており、今や21世紀の国民病とまで呼ばれるようになった。この背景には交通手段の発達に伴う運動不足と脂質摂取量の増加、つまりライフスタイルの急激な欧米化による肥満の増加が関与すると考えられている。事実、日本人の新規発症2型糖尿病患者の多くは二十歳代に比べ、体重が増加している。2型糖尿病も肥満も歯周病の進行促進因子として作用する。1型であっても2型であっても、ヘモグロビンA_{1c}が7%を超える糖尿病(従来の日本のJDS値でほぼ6.5%)では、それ以下の糖尿病に比べ明らかに歯周病の進行が非糖尿病患者と比べ促進されることが判明した¹⁾。一方、こうして歯周病が重症化すると歯周病による炎症が逆に生体にとって軽微な慢性炎症として作用するようになる。糖尿病を管理する上で見落とせないポイントはがん、うつ、そして炎症であると言われる。炎症はインスリン作用を傷害する(インスリン抵抗性状態)ことで耐糖能に影響を及ぼす。つまり、重症の歯周病を長期間放置することでインスリン作用が障害を受け、糖尿病が悪化する可能性が考えられる。一方、これが事実であるとすれば、逆に歯周病による炎症を効率的に軽減させることができれば糖尿病が改善するとの仮説も成り立つ。これを受け、筆者らは広島県歯科医師会と共同で2型糖尿病患者を対象とするヒロシマスタディと名付けた疫学研究を展開した²⁾。その結果、臨床的に高度の骨破壊を伴う歯周病を有しており、かつ血中炎症マーカーが上昇した糖尿病患者に対して、炎症マーカーをより下げようとする、すなわち従来の歯周ポケット内の歯周病感染巣除去であるスケーリング・ルートプレーニングに加え抗菌療法を併用した治療によってヘモグロビンA_{1c}が有意に改善することを見出した²⁾。これまでの多くの報

*岡山大学病院中央診療施設医療支援歯科治療部

**九州大学歯学研究院口腔機能修復学講座歯周病学分野

告を総合的に解析したメタアナリシスにより、歯周治療によるヘモグロビン A_{1c} の改善効果は平均すると0.4%であると報告されている³⁾。筆者(西村ら)の解析では平均0.49%、最大で約1%の改善があった²⁾。ヘモグロビン A_{1c} の改善が糖尿病の合併症の進行に及ぼす影響については英国における大規模な前向き調査 (United Kingdom Prospective Diabetes Study: UKPDS と呼ばれる) が有名である。それによるとヘモグロビン A_{1c} の1%の改善により糖尿病による細小血管の障害をほぼ30~40%程度予防できるとの効果が報告されている⁴⁾。言うまでもなく細小血管の障害は網膜症や腎症の直接の原因である。また、歯周治療によって改善するヘモグロビン A_{1c} 値はほぼ6.5%から8%の間である²⁾。つまり、効果的な歯周治療により前述の歯周病の進行そのものも予防できる可能性が考えられる。以上のような理論武装に支えられると、口腔ケアの意味と意義が強調できる。

この特集企画では糖尿病のみならず、多種多様な疾患を対象として「口腔ケアは全身の健康に貢献する」という特集内容が展開される。後に展開される様々な論を参考としていただき、口腔ケアそのものの意義に関わる科学的根拠についてご賢察いただければ幸いである。

他方、「ケア」という言葉には、科学的な側面のみならず、非常に深遠な哲学的な意味をも含んでいる。このことに関して歴史的に紐解けば、医学、および看護学にその論点の端緒を見出すことができそうである。

本稿の執筆依頼を頂いた期を同じくして、医療法人尚寿会大生病院歯科口腔外科部長 阪口英夫先生が、岡山大学において口腔ケアの歴史を紹介する講演をされた。筆者(曾我)が医師、看護師らといわゆる口腔ケアにかかわる仕事をしてきた中で、時に彼らから聞いたケアに対する歴史観と一致するもので、かつ私の頭の端にあった知識を極めて上手に整理していただいた講演内容であった。その内容を阪口先生の許諾を頂き、ご紹介させていただく。岡山大学での講演を拝聴した後、阪口先生のご講演の内容をwebで探したところ、平成22年12月17日に開かれた日本学術会議公開シンポジウム「新たな歯科医療制度を考える」での講演資料 (<http://www.scj.go.jp/ja/event/houkoku/pdf/101217-houkoku7.pdf>) にたどり着いた。以下の内容はその講演資料より阪口先生の許諾を頂いて紹介させていただくものである。

www.scj.go.jp/ja/event/houkoku/pdf/101217-houkoku7.pdf) にたどり着いた。以下の内容はその講演資料より阪口先生の許諾を頂いて紹介させていただくものである。

阪口先生は、「そもそも口腔ケアという言葉は、だれが・いつ・どこで使い始めた言葉か?」を調べられた。口腔ケアは英語で言うと Oral care が一般的に使われているようである。看護領域では Mouth care という言葉が使われている。そこで、だれが Oral care という言葉を世界で最初に使ったのかを知るために、色々な文献を探され、ようやく1冊の本を発見された。この本は1973年にアメリカで出版されたもので、おそらく Oral care をタイトルとして、障害者や終末期医療の患者さんへの現在でいう口腔ケアを描いた書物としては、世界で最古のものであろうと思われるとのことである。「The Terminal Patient: Oral care」という、Austin H. Kutscher (コロンビア大学・教授) が編纂した書籍である。

『この本は、実は歯科の本でも看護の本でもない。Published By Foundation of Thanatology と書いてある。Thanatology とは、死生学のことであり、つまりこの本は死生学分野の本である。この場合の死生学 Thanatology は、終末期に対して、その患者や家族、それをケアする医療関係者の求めに応じ、死というテーマを題材に探求した学問であると言われている。

この Thanatology に関して言えば、アメリカ、ヨーロッパで1960年代に活動し、世界で初めてイギリスの病院にホスピス病棟を設置したシシリー・ソンドース氏が有名であるが、このホスピスが設立されたのが1967年とのことである。やはり有名なエリザベス・キューブラーロスという方が、死に関する研究報告「Death on Dying」を出版したのも1969年である。これら死生学における象徴的研究成果が報告されたのが、1960~70年代にかけてであった。

Austin H. Kutscher が2007年5月に亡くなった時の死亡記事に、彼が1967年に Foundation of Thanatology (死生学財団) を設立したことが掲載されている。1967年は、先ほどのシシリー・ソンドースがホスピスをつくった年と同じ年である。つまり、口腔ケアという言葉は終末期医療、特に死生学の創設期に、その重要な

立役者の一人である Austin H. Kutscher の手によって生み出された言葉であるということがわかったとのことである。

この本の中で、Austin H. Kutscher 教授はアメリカの歯学教育の中で次のような勉強をさせなさいと提言している。1つは、口腔ケアが行える歯科医師を育てるために、「ぜひ病院などで終末期の患者さんを歯科医学生に見せてください」という提言である。「歩行可能な人、車いすの人、寝たきりの人、さまざまな状況の患者を歯科医学生に見せてください」とも言っている。「診断の違う患者を教えるということは、患者のすべての病歴、ライフスタイル、希望や期待、全身疾患の経過、終末期患者にあらわれる口腔内の続発症、通常の治療に患者が耐えられるかどうか、終末期患者の口腔組織の状態などを歯学生に見せることによって、終末期の患者さんを診る歯科医師を育てることができる」と述べている。すでに1973年にこのようなことを本として出版されていたことに対しては、驚くばかりである。

そして2つ目は、最も重要な点であるが、口腔ケアというものは口腔衛生だけではない、口腔ケアというものは多職種で協働する、つまり、口の中をきれいにするだけではなくて、終末期の患者さんにかかわるすべての職種全員が口という器官に着目して、**尊厳のある終末期を迎えられるように行うものである**と説いていることである。多職種協働で口腔ケアを行うことが重要とされているのは、いまの口腔ケアにも通じることであり、「**尊厳ある終末期を迎えるために**」という部分が、死生学より生まれた考え方である。口腔ケアとは、人が人として生きるために、最後まで行われるべきケアであると Austin H. Kutscher は説いている。』

さらに、阪口先生は看護学に踏み込まれ、以下の内容の講演をされた。ヴァージニア・ヘンダーソン氏は筆者もその高名と偉大さについて知るところである。「口腔の状態はその病院の看護の質を表す」と筆者（曾我）がかつて在籍した療養所で看護部長さん等からよく聞かされてきた。

『ヴァージニア・ヘンダーソンは1960年に看護の基本となるものという、今の看護師さんの基本になる本を出しています。アメリカの看護

師さんで、ナイチンゲールと並び称されるほど有名な看護師さんです。この看護師さんがその本に「口腔ケア」について下記のように書いています。「歯を磨くこともすごく簡単なことであると多くの方は思っているが、実際には口腔衛生について十分知っている人はほとんどいない。意識を失っている人の口腔を清潔に保つことは、非常に技術を要し、よほど熟練した看護師でないと有効に、しかも安全に実行するのは難しい。実際患者の口腔内の状態は、**看護の質を最も良く表すものの一つである。**」病棟の患者さんの口の中を見ると、この病院の看護の質というものがわかる、ということをして1960年にヴァージニア・ヘンダーソンは言っていました。この人が看護の神様であると言われるのは、1960年にもうそのことを知っていたということではヴァージニア・ヘンダーソンはなぜ患者さんの口を綺麗にすることが難しいと言っているのでしょうか？これは色々な要因があります。ヴァージニア・ヘンダーソンが神様と呼ばれる理由、1960年にそれに気づき、それくらい個別性の高いケアができる病院はすごく良い病院だと言っている、こうしたことに気づくことが看護の神様と呼ばれる所以だと思います。』

ケアという言葉は本来極めて意味が深い。日本学術振興会科学研究費の申請に際して、筆者（曾我）の申請に当たり、以下のような項目が目にとまった。時限付き分科細目に「ケア学」という分野が設定され、以下の内容でその分野の募集についての説明がなされていた。

『**少子高齢社会の問題、医療や看護の倫理的問題、子どもから高齢者までが抱える心の問題などの様々な背景から、21世紀は「ケアの世紀」になると言われている。**ケア (care) という語は、看護・介護・世話・手当・配慮・気遣いなど様々に訳されて、医療・看護・介護・福祉・心理・教育・倫理・哲学など様々な分野で使われ議論されてきたが、特定の訳語によって特定の分野に限定されることを避け、各々の分野を越えて議論する必要から、「ケア」という表記が定着してきた。1980年代頃から、境界を越えたケアについての研究が現れ、その動向は2000年の介護保険の施行を挟んでますます広がっている。ケア学は、様々な学問分野に跨っ

て多くの研究者が学際的に参加し、臨床やフィールドの現場に即した調査を行うとともに、文献調査や海外との学術的交流に基づく理論的研究を行うことで、独自の分野として確立されることが望まれている。本分野の発展に大きく寄与する研究を期待する。』

ケア学の意味の深さに反し、極めて現実的な日本学術振興会の科学研究費の募集要項から引用することをお許し願いたい。一方、強調したいのは、ケアという言葉は本来分野を越えて議論する必要があるものであり、医学、看護学、社会福祉学、哲学、宗教学、経済、制度等々のタテワリ性をとことん排除し、越境する、その跳躍力なしにはケアの豊かさは捉えられないということである。なかなかこのことを自身の言葉で表現することが難しく、医療政策、社会保障論および科学哲学をご専門とされる広井良典氏（千葉大学教授）の「ケア学-越境するケアへ」の本の帯の言葉を借りてケアの深さの表現を試みた。

筆者（曾我）は歯科を中心とした日常の臨床そしてさまざまな学術的な議論の場でいわゆる「口腔ケア」あるいは「口腔ケア学」について頻繁に議論することを強いられる立場にいる（岡山大学病院中央診療施設医療支援歯科治療部は大学病院における多職種連携の歯科側の窓口的な役割を担う診療部であり、曾我はその実務の統括を担っている）が、筆者にすればその多くは「口腔（衛生・機能）管理の在り方」に終始するものであり、ケア(学)にまで到達している内容ではない。どうしてもその内容には薄さ、浅さを感じざるを得ない。広井良典氏の、『これまでのケアについての議論は、時として「提供する側」の論理に立って行われることが多かった。（中略）医療や福祉の関係者の人の中には、「職業意識」が強すぎることもあってか、強い言い方をすれば、「その人のニードは自分たちの職種ですべて対応できる」、あるいは「自分の職種だけでケアの受け手を“独占する”」ような発想に傾く人がときおりいるように感じられる』という見解に同意せざるを得ない。何と「口腔ケア」という言葉は登録商標にもなっているそうである。あまりに薄く浅い裏付けを表す典型的な背景ではなからうか。

歯学は元来医学と独立した教育・研究体系を

とり、発展してきた。このことは高度な歯科医療の開発、歯科学研究の発展に極めて貢献してきた一方、歯科医療に要求される独特な精密性等から、ややもすると技術偏重の教育、研究体系が重要視されてきたように思われる。このことは医療全体で見た時に歯科医療のガラパゴス性を生んでしまっている、という感は否めない。80歳で20本の歯を残し、よく食べられてよく笑えてよく話せる快適な人生を送れるよう、歯科医療がQOLの向上に役立つとうという、「8020運動」が展開されている。技術偏重からQOLに貢献する立場へというシフトは評価できるのであるが、看護に関わられる方から、以下の指摘を受けたことがある。「私たちがQOLを議論する際、その議論の始まりは病を患った患者を対象とすることが多い。死にゆく患者を対象とすることも多い。当然ながらヘルスプロモーションとしてのQOLも大事なのではあるが、歯科の言うQOLがそれなりに生活の自立度が保たれた人々を対象としたものから始まっていることが興味深い。ただ、残念ながら、歯科が論じているQOLは現在のところ本来のQOLではないのではないかと。QOLとは本来死にゆく患者の最後の生活の質まで担保してこそではないか。歯科医師は残念ながら病の患者や死にゆく患者を敬遠し逃げてゆく先生が多い。」何とも現在の歯科医療の問題を痛烈に見透かされた思いがした。

口腔ケアを論じる歯科医師は、処置・治療・口腔衛生管理といった技術的な面の更なる研鑽はもちろんのこと、全身的あるいは医科的な知識の習得、心理面でのサポートも可能な能力の習得、他職種との人間関係の構築能力の習得さらには患者の死生観にいたるような哲学的なものを持ち合わせる必要がある。ややもするとサービス業に傾倒している歯科医療が医学、看護学、社会福祉学、哲学、宗教学、経済、社会制度等々のタテワリ性をとことん排除し、越境することで、本来のケアの本質に踏み込んだ議論ができるのではないかと考える。

本特集の企画通り、「口腔ケアは全身の健康に貢献する」、これはおそらくその通りであり後の各項においておそらく口腔ケアそのものの意義に関わる科学的根拠について論じられるものと思う。これは非常に重要なことであり、意