

医療ルネサンス

No.5378

食と健康

5/5

口腔リハビリ 脳生き生き

よくかんで食べることは、栄養吸収だけでなく、生活全体の改善につながる。いま、その食べる力を回復する「口腔リハビリ」が注目されている。

東京都東大和市の老人ホーム「気まま館東大和」で暮らす板谷ちる子さん

(96)。大川歯科医院院長の大川延也さん(59)が訪れると、おめかしした姿で「先生会いたかったよ」と晴れやかな笑顔を見せた。

実は5年前、板谷さんは言葉を失い、真つす座ることもできなくなって、寝たきりになる危機にあった。原因は、合わない入れ歯。別の歯科医が作った入れ歯がすぐに外れ、固形物が食べられなくなった。流動食で栄養を取るようになると、車いすにもたれかかり、焦点の合わない目で一日中を過ごすようになった。

会話も難しくなったころ、訪問診療医と連携して

口腔リハビリを行っている

大川さんが呼ばれた。大川

さんはまず、入れ歯を調整

した。衰えた筋肉でも入れ

歯を操れるように、口を動

かしてもらいながら型を取

った。

さらに、首もとや顔面を

もみほぐし、専用ブラシで

ほおの内側や舌をきれい

しながら、刺激する方法を

職員らに指導。口内を唾液

で潤し、飲み込みに必要な

筋肉を鍛えた。

これを毎食後続けたところ、6週間後には固形物が

食べられるようになり、3

か月後にはおしゃべりも復

活した。今では冗談のやり

取りもできるほど回復。表

情も生き生きしている。

施設長の中島里美さん

は、「もう元氣を取り戻せば、

いとあきらめていたのに、

これほど変わるとは」と喜

ぶ。現在、認知症の人を含

めたすべての利用者に口腔

リハビリを実施している。



歯科医の大川延也さん(左)による口腔リハビリを受け、元氣を言い合えるまで回復した板谷ちる子さん

がかかわり、介護者が無理なく続けられる口腔リハビリを指導すべきだ」と話す。

口腔ケアは栄養状態の向上や誤嚥性肺炎の予防のほか、認知機能の維持にも効果がある。東京都健康長寿医療センター専門副部長の

平野浩彦さんは、アルツハイマー病で、通常介護を行ったグループと口腔ケアも併用したグループとで認知

機能を1年間追跡調査。通常介護では認知機能が落ちていく一方だったのに対し、口腔ケアを行った場合は半年後まで改善し続け、その後の進行も緩やかだった。

平野さんは「感覚の神経が集中する口内を刺激することで、脳神経の活性化につながる可能性がある。食事という日常生活の基本を維持し、ケアの際に人と濃厚にコミュニケーションが図れる効果も大きいのではないかと分析する。

(岩永直子)

(次は「シリーズ感染症 海外に出かけたら」です)

くらし 家庭

肺炎予防と口腔管理

Oral management for prevention of pneumonia



菊谷 武

Takeshi KIKUTANI

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

◎高齢化の進展に伴い、肺炎で命を落とす人が増加している。一方、歯科保健の推進により高齢者になっても多数の歯を維持する人が増加している。歯の存在は口腔内の微生物を増加させることにつながり、歯を多くもつ人の口腔内の管理は重要となる。さらに、誤嚥をしない環境をつくるためには摂食への配慮も重要である。



Key word : 口腔管理, 医療・介護関連肺炎(NHCAP), 摂食, 多歯時代, 誤嚥

過去30年以上、肺炎は日本人の死因の第4位であるとされてきたが、2012年、厚生労働省の発表により、肺炎は脳卒中を抜き第3位になったといわれている。肺炎による死亡率は年齢とともに上昇する傾向にあるため(85~90歳の男性では肺炎が死因の第1位)、肺炎による死亡者が増加する最大の理由は人口の高齢化であるといえる。日本呼吸器学会は「医療・介護関連肺炎診療ガイドライン」を2011年8月に発表した。これにより従来の市中肺炎(CAP)、院内肺炎(HAP)のほか、おもに療養型病床群や介護施設での高齢者肺炎を対象とした医療・介護関連肺炎(nursing and healthcare associated pneumonia : NHCAP)が、肺炎のあらたなカテゴリーとして加わることとなった。日本の介護保険施設において医療・介護関連性肺炎といえる肺炎は高率に発症している。著者らが行った介護保険施設における4,000名を超す要介護高齢者に対する調査において、半年間に発症する割合は約6%であった。本稿では口腔ケアや摂食への配慮と、これら肺炎発症予防との関連について述べる。

多歯時代における口腔管理

平成24年(2012)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以上の歯を有する人の割合)は38.3%を示し、前回調査の平成17年(2005)の調査結果24.1%から急進しているという結果である(80歳以上という年齢区分で25.1%)。さらに、75~79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歯をもつ人の割合が高いことが示されている(図1)。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。

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、残存した歯は食物残渣やバイオフィーム(デンタルプラーク)に覆われる。バイオフィー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(図2)。

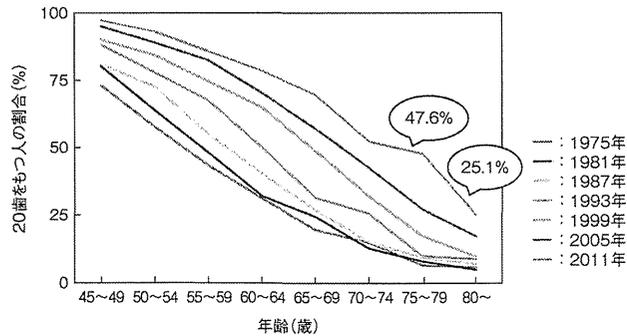


図1 現在歯20歯以上の人割合の推移(年齢階級別;厚労省歯科疾患実態調査)
80歳以上で20歯以上の歯をもつ人の割合は25.1%である。75~79歳までの階級においては47.6%に及ぶ。

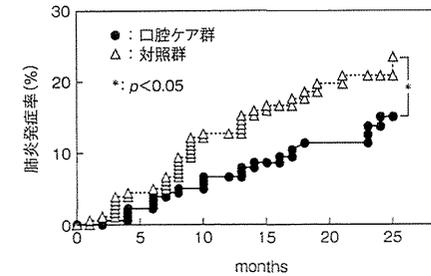


図4 口腔ケアによる誤嚥性肺炎予防の効果⁴⁾



図2 しばしばみられる要介護高齢者の口腔内歯は多く残存するものの、歯冠部が崩壊し咬合には関与できない。歯冠部の崩壊し放置された歯はバイオフィームに覆われ、病巣感染の原因にもなりうる。

歯冠部が崩壊し放置された歯は、歯根を通じた病巣感染の原因にもなりうる。バイオフィームは、細菌自らが分泌した菌体外多糖とよばれる粘着力の強い成分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になる。これらが、齲蝕や歯周病の原因ばかりでなく、ときとして誤嚥性肺炎の引き金にもなると考えられる。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。

口腔ケアと肺炎予防

肺炎の発症メカニズムには、①口腔・咽頭の細菌叢、②誤嚥、そして③個体(患者)の抵抗力、が

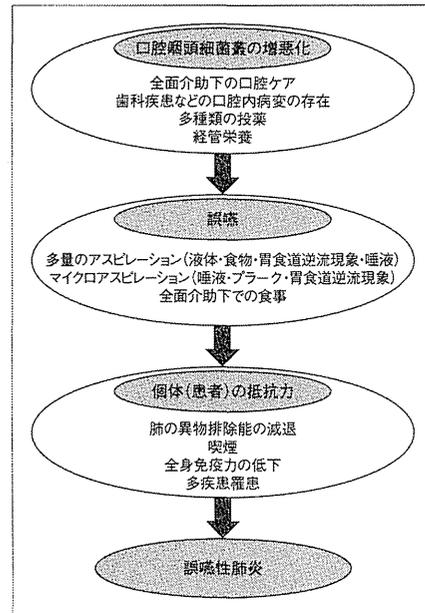


図3 誤嚥性肺炎発症の予測モデル¹⁾
誤嚥性肺炎の発症には、口腔咽頭細菌叢の悪化、誤嚥、個体の抵抗力が関与する。

関与する¹⁾(図3)。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

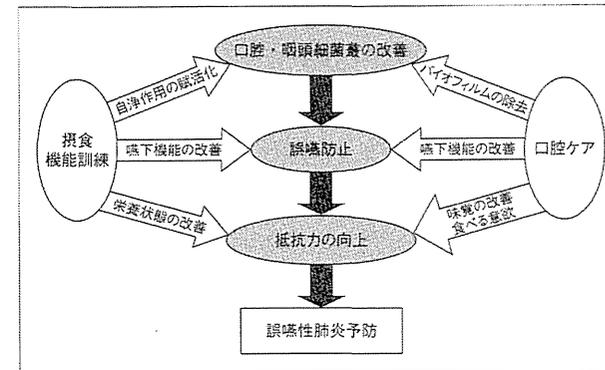


図5 誤嚥性肺炎予防のストラテジー
口腔咽頭細菌叢の悪化、誤嚥、個体の抵抗力の低下に対して、口腔ケアと摂食機能訓練によってこれらを防止し、誤嚥性肺炎のストラテジーとする。

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、いまままで通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。37.8℃以上を発熱とし、7日以上発熱があった場合を発熱者と定義している。肺炎の診断はX線上の肺浸潤像、発熱、咳、呼吸困難の症状の発現により行い、入院または死亡した人を肺炎発症者としている。25カ月間にわたって検討が行われた結果、肺炎の発生率が40%に減少し、肺炎による死亡者数も50%に減少したことが示された(図4)。

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おもな起因菌のひと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する呼吸器感染症の予防の可能性を示している。

またYoshinoら⁶⁾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の分泌の増加と嚥下機能の指標である嚥下反射潜伏時間が改善したと報告し、口腔ケアの嚥下機能への関与の

表 1 摂食への配慮と肺炎予防

- 摂食介助の指導
- 口腔内の食物残渣の確認
- 90度座位での食事
- 頭部前屈
- 水分の増粘化
- 調整食の提供
- 強制的な食事や詰め込みをやめる

表 2 肺炎発症の予測因子¹²⁾

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, 唾液の不顕性誤嚥が唯一の予測因子となった。

可能性も指摘している。さらに、Watadoら⁷⁾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減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し、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5)。

摂食への配慮と肺炎予防

肺炎の発症は食物の誤嚥と直接関連をしないとの見もあるが、いくつかの報告で、食物誤嚥を低減する目的に行った摂食時の配慮が肺炎発症の抑制を示すことが報告されている⁸⁻¹⁰⁾(表1, 2)。

嚥下機能低下による誤嚥は、①嚥下運動によって同時に起こる喉頭閉鎖と食物の流入タイミングのずれによる誤嚥(嚥下前誤嚥)、②喉頭閉鎖の不足による嚥下に伴う誤嚥と(嚥下中誤嚥)、③嚥下運動によって行われる食物の食道内への駆出に要する咽頭収縮力の低下による咽頭残留後の気道開放に伴う誤嚥(嚥下後誤嚥)、の3つに分類することができる¹¹⁾。

流速が早く凝集性の低い水分は嚥下前誤嚥を起

こしやすいもつとも危険な食品であり、これを防止するためには嚥下反射の促進を促すことも重要であるが、増粘剤などを用いて口腔内や咽頭内への食物の流入速度を抑え、凝集性を増して一塊になりやすい形態に変更すると有効である。さらに嚥下中誤嚥には、嚥下に伴う喉頭閉鎖をより確実にする頭部前屈(顎引き)などの姿勢が有効である。さらに、この姿勢は咽頭収縮の強化にも有効であることから、嚥下後誤嚥の対策にも有効である。嚥下後に起こる誤嚥を回避するには、食物の嚥下後の咽頭残留を少なくすることが肝要である。一般に嚥下機能の減退とともに、安全な嚥下が可能な至適嚥下量は減少する。同様に、粘度の強い、固い食品は強い嚥下力を要することから、至適嚥下量が異なってくる。そこで、嚥下機能に合わせた一口量や食事のペースの調整が咽頭残留を減少させるのに有効な手段となり、結果として嚥下後誤嚥の回避につながる。

著者らは、介護老人福祉施設に入居する要介護高齢者の継続的な経口摂取を支援する目的で、摂食嚥下機能の評価を行い、それに評価に基づいて食形態の適正化や食介助方法や摂食時の姿勢保持方法の提案などの食環境整備を行っている(図6)。これらの取組みは低栄養の防止、誤嚥性肺炎



図 6 在宅で実施する摂食嚥下機能の評価
多職種の立ち会いで行う嚥下内視鏡検査を用いた評価。その後必要な食環境整備の方法を提案する。

の予防に有効であると考えており、その成果を報告している¹²⁾。経口摂取をしている148名(平均年齢85.1±8.0歳)に対して、摂食時の外部観察のほか、内視鏡下嚥下機能検査(VE)を用いた摂食機能評価を行い、上記の支援を行った。外部観察評価およびVE所見(咽頭残留、喉頭侵入、食物誤嚥および唾液誤嚥)と、3カ月の追跡期間における肺炎発症(12名に発症)と肺炎発症しなかった人における3%以上の体重減少(46名に発症)との関連を検討した。肺炎発症および3%以上の体重減少と咽頭残留、喉頭侵入および食物誤嚥との間に有意な関連は認められなかったが、唾液誤嚥や不顕性唾液誤嚥は肺炎発症および3%以上の体重減少に関する有意なリスク因子であった。すなわち、嚥下障害有する要介護高齢者においては、食物誤嚥は肺炎発症や体重減少のリスク因子とはいえない。このことから、摂食機能支援が有効に機能し、食物誤嚥を予防することにつながったと考えられた。

おわりに

『J. Am. Geriatr. Soc.』のコメンテーターはアメリカで試算した口腔ケアによる医療費削減の可能

性について、肺炎患者が10%減少した場合、年間の純ベネフィットは300万ドル以上と試算しており、その有用性を論じている¹³⁾。日本においても同様の試算による報告がなされており、口腔ケアの医療費削減効果が期待されている。著者らは、口腔ケアをはじめとした口腔管理は、肺炎をはじめさまざまな感染症の予防に、摂食機能の回復のために、さらには低栄養の改善のために発展していくものと信じている。

文献

- 1) Langmore, S.E. et al.: Predictors of aspiration pneumonia: How important is dysphagia? *Dysphagia*, **13**: 69-81, 1998.
- 2) Yoneyama, T. et al.: Oral care and pneumonia. *Lancet*, **345**: 515, 1999.
- 3) Yoneyama, T. et al.: Oral care reduces pneumonia of elderly patients in nursing homes. *J. Am. Geriatr. Soc.*, **50**: 430-433, 2002.
- 4) 米山武義・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. 日本歯科医学会誌, **20**: 58-68, 2001.
- 5) 弘田克彦・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. 日本老年医学会雑誌, **34**: 125-129, 1997.
- 6) Yoshino, A. et al.: Daily oral care and risk factors for pneumonia among elderly nursing home patients. *JAMA*, **286**: 2235-2236, 2001.
- 7) Watado, A. et al.: Daily oral care and cough reflex sensitivity in elderly nursing home patients. *Chest*, **126**(4): 1066-1070, 2004.
- 8) Palmer, J.L. and Metheny, N.A.: Preventing aspiration in older adults with dysphagia. *Am. J. Nurs.*, **108**(2): 40-48, 2008.(quiz 49)
- 9) Leonard, R. and Kendall, K.: Dysphagia assessment and treatment planning: A team approach(2nd ed.). Plural Publ. San Diego, 2008.
- 10) Kikawada, M. et al.: Aspiration and infection in the elderly. *Drugs Aging*, **22**: 115-130, 2005.
- 11) Logemann, J.A.(道健一, 道勝幸博監訳): Logemann 摂食・嚥下, 医歯薬出版, pp.66-92, 2000.
- 12) Takahashi, N. et al.: Videoendoscopic assessment of swallowing function to predict the future incidence of pneumonia of the elderly. *J. Oral Rehabil.*, 2012. (Epub ahead of print)
- 13) Terpenning, M. and Shay, K.: Oral health is cost-effective to maintain but costly to ignore. *J. Am. Geriatr. Soc.*, **50**: 584-585, 2002.

糖尿病と歯周病

—その意外な関係

Diabetes and periodontal disease



沼部 幸博

Yukihiko NUMABE

日本歯科大学生命歯学部歯周病学講座

◎糖尿病と歯周病との共通点は、①生活習慣病、②日本人での高い罹患率、③治療には本人の努力による行動変容が必要、④重篤な病気の発症と関連する、という点である。そして、この2つの疾患は、これまで以上に密接な関係にあることもわかってきている。すなわち、糖尿病患者では歯周病が発症・増悪しやすく、歯周病患者の糖尿病は改善しにくい、というものである。これらのつながりを紐解く鍵は、歯周病という感染症に伴う慢性炎症の存在である。近年、歯周病の治療を行うことで糖尿病患者の血糖値のコントロールが改善するという研究報告が多く出てきている。本稿では歯周病という感染症と糖尿病との意外な関係を解説するとともに、医科歯科連携の現状についても紹介する。



Key word : 糖尿病、歯周病、プラーク、歯周治療、血糖値

生活習慣病としての歯周病

日本歯科医師会、厚生労働省は8020(ハチマルニイマル)運動を継続しているが、これは80歳になっても20本以上の歯を残すようにさまざまな口腔内(こうくうない)疾患の予防に努めるということが趣旨である。永久歯は智歯(親知らず)の4本を除くと28本なので、永久歯が生えはじめる6歳ごろから高齢になるまで、失う歯の本数の限界は8本となる。

厚生労働省の平成23年歯科疾患実態調査報告¹⁾によると、8020達成者の比率は38.3%で、80歳の時点で残っている歯の平均本数は13.9本であるが、この本数は年々増加傾向にある。

私たちが歯を失う原因疾患のトップは歯周病であり²⁾、日本人成人の約7~8割が罹患しているとされる¹⁾。齲蝕(むし歯)の罹患率が減少してきている現在、歯周病は私たちが一生自分の歯で噛んで食べる、快適な食生活を送るうえでの大きな障

害となっている。

このことから、歯周病予防対策と軽度の歯周病の早期発見・早期治療は、高齢者になっても自分の歯で噛んで食べ、健康を維持するためのキーワードである。

歯周病の原因と発症

歯のまわりには歯を支える構造として歯肉、歯槽骨、歯根膜、セメント質とよばれる歯周組織が存在する。歯周病はこれらの歯周組織が細菌感染で惹起された炎症によって破壊される疾患である(図1~3)。

原因はバイオフィームであるデンタルプラーク(以下、プラーク)である。これは齲蝕の原因でもあり、歯のブラッシングを怠ると1日程度で歯の表面に形成される白色または白黄色の軟らかく粘着性のある物質である(図2-B)。口腔内のミュータンス連鎖球菌がショ糖を使ってつくりだす菌体

特集

食育だけでは

食と歯科の新たな関わり

東京都下に口腔リハビリ専門施設がオープン

内覧会に400名が参加

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック（東京都小金井市）が10月17日の開院を目前に控えた10月12日の午後、医療・介護・福祉関係者を中心に内覧会を開催し見学者は400名を超えた。

同クリニックでは①食とコミュニケーションのリハビリテーション、②スペシャルニーズデンティストリー、③食の研究・研修センター、④食の健康プラザの四つを基本に事業展開する。

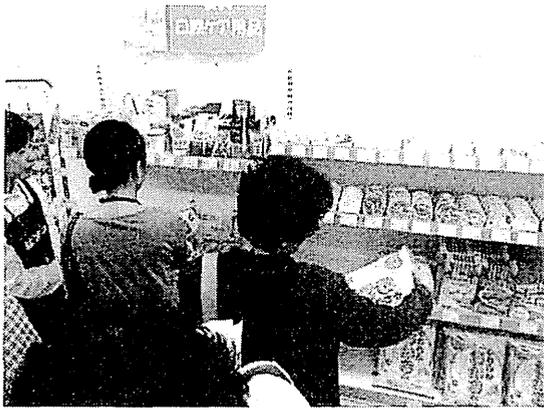
食支援を総合的にサポート

同施設の中にある「食の研究・研修センター」には、その場で調理できるキッチンが設けられており、管理栄養士が医療専門職等を対象に研修会を開催することができる。

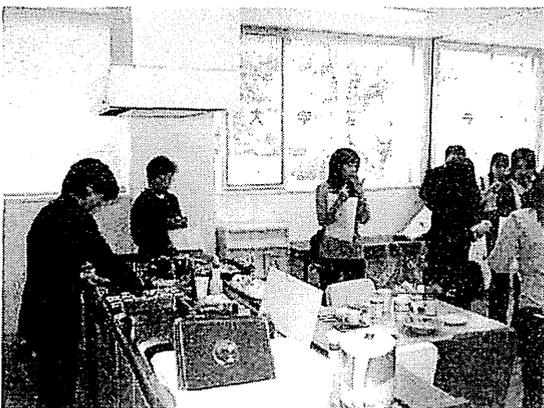
また、受付横の介護食ショップ「食

のサポートステーションは「つらつ」では約300品目の介護食を揃え、商品の販売だけでなく、市民に食に関する情報提供を行うほか種々の教室の開催を予定している。

開院後は東京・飯田橋の日本歯科大学附属病院リハビリテーションセンターと連携して口腔機能のリハビリの普及・充実を図るとともに、地域における在宅介護や療育、健康福祉増進への貢献を目指す。11月1日には医療・福祉・介護・行政関係者等を対象に、小金井市民交流センター（東京都小金井市）で開設記念講演会を開催した。



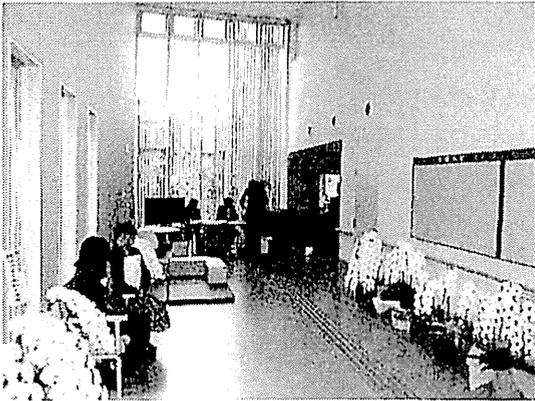
受付横では様々なタイプの介護食を販売



キッチンがあり食の講習会も可能

口腔リハビリ専門施設からの提言

体重計から始まる健康管理



天井が高く開放感のある1階入り口

「口から食べたい、食べさせたい」と願う患者さんやその家族にどう伝えるか、食と歯科の新たな関わりについて、日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック菊谷武院長に聞いた。

医療とりハビリの総合施設

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニックは3階建ての施設である。

1階は言語聴覚療法室、摂食訓練室、キッチンを含む食事指導室、2階は嚥下訓練用歯科ユニットと障害児を主に対象とする口腔リハビリテーション用の歯科用ユニットがある。歯科診療は障害者、寝たきり者、高齢者を対象とし、状態によって全身麻酔による対応も可能。歯科用CTのほか肺炎などの全身疾患も視野に入れ、内科用レントゲン設備も設置し常勤の内科医が対応する。口腔リハビリテーション分野では、摂食・嚥下障害、言語・コミュニケーション

障害の機能回復のため専用カルフアレンスルームを設け、歯科医、内科医、歯科衛生士に加え、常勤の言語聴覚士が指導や機能訓練を行う。

3階は80人収用可能なカンファレンス室を設置。口腔リハビリテーションの本格的な施設として地域の医療・福祉・介護、行政関係者の注目を集めている。

大切なのは「場」の評価

▼ここで行われる食支援のコンセプトとは

菊谷 われわれ医療者にとっては医学的評価が第一ですが、患者さんに評価を伝えただけでは何も解決しません。食を食べることはかけがえのない楽しみであり、「死んでも言いから食べたいものを食べたい」という方に、「死んだら困るから食べるな」というのは簡単ですが、実際にはなんとか工夫して食べさせなければならぬという医学的評価をどう

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 菊谷武氏に聞く

利用するかがわれわれの真骨頂であり、ご家族の思いや職員の技術と知識など、総合的な判断をもとに食のあり方を提案するわけです。食べるということは医学的であると同時に生活に密着したことです。そのバランスの取り方が重要です。

▼医学的な評価とは

菊谷 食べ方の評価、嚥下の評価とともに大切なことが「場」の評価です。「場」の評価とは、その方がどのような環境で、どういう支援を受けながら、どのような思いの中で食事をしようとしているのか、この点を考慮することが非常に重要です。

ある施設では、「胃瘻で何の問題もないので余計なことはいらない」と言われることもあり、一方、「一口でもいいから口から食べてほしいのでどうすればよいかを教えてください」という施設もあります。すべての施設に提案することで必ず良い変化が現れる、それこそわれわれが目指すところです。



菊谷 武 (きくたに たけし)
日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学主任教授
口腔リハビリテーション多摩クリニック院長
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会：認定士
日本老年歯科医学会：指導医・認定医
日本障害者歯科学会：指導医・認定医
研究テーマ「高齢者の摂食機能と栄養」

▼重要なのは食環境？

菊谷 支援のないところにどのような提案をしても何も改善しませんが、受け入れる環境さえあれば変えることができます。能力、活動、生活、体は、個人因子と環境因子に強く影響を受けると言われています。環境を整えれば本人の状態が悪くても結構食べられる、家族の困らんに戻すこともできる、ところが本人の状態が悪くても環境が悪ければ常に食事によって窒息するリスクが伴います。

▼患者さんのステージとは？

菊谷 個々の患者さんが回復期、維持期、終末期、緩和期のどのステージにいるかによって関わり方は異なります。ところが今まで歯科では外来の元気な人にしか関わってきませんでした。ですからいきなり訪問診療をすると、必要のない入れ歯を作ったり、削らなくてよい歯を削って帰ってくる。舌が動かない方に入れ歯を作っても食べられないことがまず理解できていません。普段どのような食形態をとっているかも知らずに入れ歯を作ってくる、刻み食を知らない歯科医師さえいます。ステージという考え方で言うなら、歯科治療中心の時期もあれば、リハビリ中心、口腔ケア中心の時期があり、その患者さんが回復する可能性があるの

か、認知症のように進行する一方なのかも視野に入れなければなりません。

▼歯科衛生士の役割は？

菊谷 平成13年に飯田橋の日本歯科大学病院に口腔リハビリテーションセンターを立ち上げた当時、施設に継続的に歯科が関わることによつてどのような変化をもたらしたかというデータを蓄積したことが、このたびの介護保険の口腔機能維持管理加算につながっています。

歯科衛生士についてもその働きに対する評価が認められましたが、ここで大切なことは、歯科衛生士自身が施設入居者をスクリーニングしてリスクを抽出することです。「頼まれたからやっている」では意味がありません。制度を作りつつ、歯科のあり方を提案する意識が求められます。日常の口腔ケアまですべて歯科医療関係者が行う必要はありません。ある施設で口の中が汚れている入居者を調べたところ、認知症の方、口の開かない方に加え、訪問診療を受けている方であることが分かりました。施設側では、訪問歯科診療を受けている入居者には何も口腔ケアをしていなかったわけです。施設側に適切な指導をしなかった歯科衛生士の責任も大きいですが、立ち会わずに丸投げする職員が多いことも現

実なのです。

▼地元医療機関との棲み分けは

菊谷 隣接する西東京市でデイサービスの利用者8千人のうち2千人に嚥下と栄養状態を検診しましたが、そのうち約1割は入れ歯が必要な状態だったので治療を勧めています。治療するのは基本的に地元の先生です。当施設で治療するのは認知症や寝たきりの方で、一般の歯科医院では治療が困難な患者さんです。通院介助を利用し、歯科麻酔医の管理下で口腔外科医が残根を抜歯し、顎堤をきれいにしてかかりつけの先生にお戻しします。





▼「食の健康プラザ」の位置づけは
 菊谷 まだ健康な世代で介護予防を
 受ける前の方を対象に健康情報を提
 供することを考えています。将来に
 わたつて口から食べるための提案な
 どのプログラムを作製中です。

▼介護食は柔らかいだけというイ
 メージがあります

菊谷 柔らかくて安全な状態で栄養
 を摂ることが必要な人と、それほど
 でもない方がいる、その医学的な峻
 別が必要です。本当は噛めるのに噛
 めないようにしているケースもあり
 ます。

介護食については企業も非常に積
 極的でさまざまな提案が挙つていま
 す。歯科は今まで歯科の関連企業と
 ししか連携しませんでした。食を通
 じて連携の場が大きく広がる可能性
 があります。

▼内科とはどのように連携するべき
 ですか

菊谷 全身のリスクにはかり目を向
 けることは適切ではありません。当
 施設で内科と連携する意味は安全に
 歯科治療をするためではなく、一人
 の患者さんが将来どのように変化す
 る病気にかかっているかを知るため
 です。どのタイミングならば歯科治
 療をすることが効果的なのかも知ら
 なければなりません。たとえばパー

キンソン病でステージはいくつだと
 聞けば、いつ、どのように関われば
 良いのかが分かります。

歯科で行う食の支援

▼食の支援は何から始めればよいで
 ですか

菊谷 まず体重計を院内に設置する
 ことです。しっかり食べられている
 かどうかは体重から判断する、これ
 は医科の世界でも同様です。定期検
 診のたびに体重の変化をチェックし
 て、減つていけば食生活に変化がな
 いかどうかを確認する。もし上手く
 食べられていないことが分かれば、
 入れ歯を治すのも一つの方法です
 し、食形態の提案や栄養指導などさ
 まざまな対処が可能です。作った入
 れ歯がしっかり機能しているかどう
 かを体重から確認することはとても
 重要です。

▼特に注意すべき点は

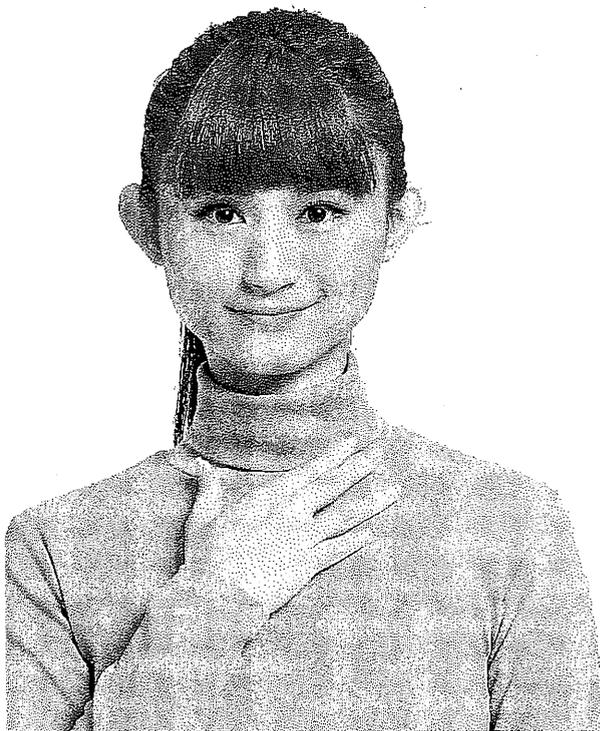
菊谷 ある時を境に急に口の中が汚
 くなる時があります。ひとつは認
 知機能が衰えて、口の中が汚れてい
 ることにご本人が気付かなくなつて
 いる場合です。このとき歯科がどう
 発信するか、もしかしたら認知症の
 始まりを捉えた瞬間かもしれないの
 です。6ヶ月や3ヶ月という短期間
 のサイクルの中でも変化は起こりま

す。清潔管理ができることは人間の
 根本ですし、そこに変化があるのは
 何かが起こっているということであ
 ります。口が動かなくなるまでには生理
 的な変化や退行が進んでいる場合も
 あります。いずれにしてもとても大
 きな変化ですから、ご家族がいるな
 らばご家族の方に連絡するべきです
 し、いらつしやらなければ地域包括
 支援センターなどに連絡することも
 必要です。

その状態を放置していると急に虫
 歯が増えますが、治療に専念して
 いては意味がありません。自宅で歯を
 磨いてあげる人を見つけるとか、認
 知機能が低下しているのであれば今
 こそ最後の治療する機会かもしれま
 せん。

▼歯科の役割は大きいですね

菊谷 内科的な疾患がなければ病院
 には行きませんが、歯科が最初に
 全身の変調を発見する可能性が高い
 わけです。認知症は早期に発見し早
 期に介入すれば、治らないまでも進
 行を遅らせることはできます。歯科
 医師が認知症を診断する必要はあり
 ません。いま診ている患者さんや外
 来で診られなくなった患者さんを丁
 寧に診るだけで、結果的には食とい
 う観点から歯科が在宅医療を支えて
 いることになるのです。



早口言葉で舌の力を強化すれば誤嚥予防に役立つ

管の入り口をふさぐことで、食べ物
は正しく食道に流し込まれる
のです（下の
図参照）。
ところが、舌
の働きが衰えて
誤嚥が頻発する
と、肺に雑菌が
入り込んで炎症
を起こし、「誤
嚥性肺炎」を招
いてしまいま

早口言葉を毎日行えば舌の力が 強まり、食品が誤って気管に 入る誤嚥性肺炎の予防に著効

日本歯科大学教授
きくたに たけし
菊谷 武

舌の力「舌圧」は80代で
20代の半分に低下

近ごろ、ハツキリしゃべれない、会話中に再三、相手から聞き返される、という経験があれば、それは、舌の働きが低下しているのかもしれない。舌の働きが衰えると、滑らかにしゃべることができなくなります。つまり滑舌が悪くなるのです。そればかりではありません。

舌の働きが低下すると、食べ物や飲み物が食道ではなく誤って気管に入り込み、むせたりセキ込んだりしてしまう。「誤嚥」を引き起こしやすくなります。

舌はのどの奥のほうまでつながっており、気管にフタをする重要な役割を担っています。食べ物は口に入って咀嚼されたあと、舌によってのどの奥（咽頭）まで運ばれ、舌が上あごを押し上げると同時に喉頭蓋が気

す。誤嚥性肺炎は最悪の場合、死にいたる病気で、年間一〇万人以上が亡くなっています。

舌が上あごを押し上げる力を専門的には「舌圧」といいますが、私たちの研究で舌圧は年齢とともにどんどん弱まることわかりました。舌圧は六十歳から急速に低下し、八十代では二十代の半分以下になってしまいます。これが、誤嚥を招く主原因となっているのです。

早口言葉なら舌の力が簡単に強まる

舌は筋肉でできているので、

嚥下のしくみと舌の役割

舌はのどの奥のほうまでつながっており、気管にフタをする重要な役割を担っている。食べ物は口に入って咀嚼されたあと、舌によってのどの奥（咽頭）まで運ばれ、舌が上あごを押し上げると同時に喉頭蓋が気管の入り口をふさぐことで、食べ物は正しく食道に流し込まれる。

使わないと衰えてしまいます。例えば軟らかい物ばかり食べていたり、早食いでかむ回数が少なかったり、一人暮らしでしゃべる機会があまりなかったりすると、舌の運動量が減り、舌の力が低下してしまいます。

舌の力を強化して誤嚥やそれに伴う肺炎の発生を防ぐためには、早口言葉が最適です。

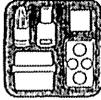
早口言葉をうまく行うには、舌の筋肉の巧みな動きが要求されるため、舌の力の強化に最適なのです。早口言葉なら、歯が悪くて硬い物は食べられないという人でも、一人暮らしの人でも、気軽に行えます。

早口言葉を一日最低三分、毎日続けて、舌の筋力や働きを向上させてください。そうすれば、誤嚥性肺炎の予防に大いに役立つはずですよ。

私の工具箱

クオリティとコストを両立 プラティカ・ディスプレイザブル口腔ケアブラシ

菅 武雄^{*1} / 吉田光由^{*2} / 菊谷 武^{*3}



^{*1} 鶴見大学歯学部高齢者歯科学講座

^{*2} 広島市総合リハビリテーションセンター 歯科

^{*3} 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

¹ 代表連絡先: 〒230-8501 神奈川県横浜市鶴見区2-1-3

●プラティカ・ディスプレイザブル口腔ケアブラシ

価格: 3,000円 (100本 / 医院価格)

発売元: (株) シーシー

Tel. 0120-179418

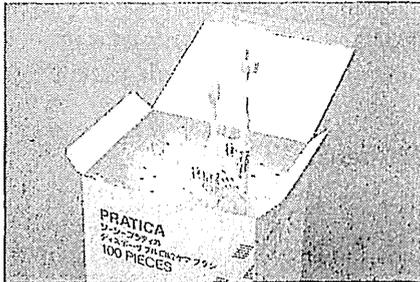


図1 パッケージ。個装した100本のブラシがセットで箱入りになっている。

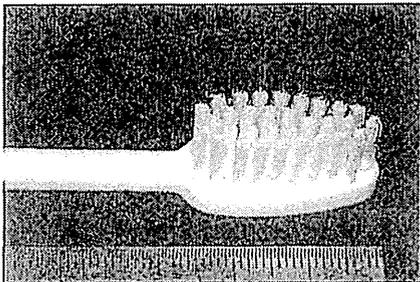


図2 歯ブラシ形状。標準的な平切りブラシであるが、ヘッドは先端を少し細くした形状。ナイロンは少し柔らかめに設定した。

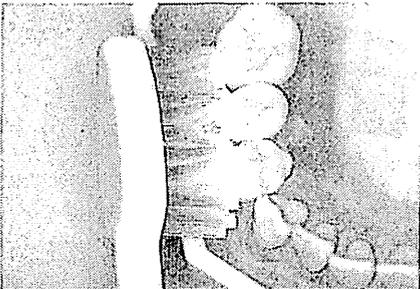


図3 ケア時のイメージ。介助によるケアに適したサイズ・形状のヘッドとした。

はじめに

道具は時代に合わせて変化してはならない。今回、超高齢社会における介助によるケアを主軸に据えた歯ブラシの開発にかかわったので紹介する。介護施設および病棟での介助によるケアを良くすることを目標に共同開発した。

特徴

ディスプレイザブル口腔ケアブラシ「プラティカ」の特徴は、①ディスプレイザブル、②100本入りの箱売り、③平均レベル以上のクオリティ、④安価などである。ディスプレイザブルであることは衛生面に配慮した結果である。クリティカルケア領域(ICUなど)では可能な限り使い捨てにすることが求められる。感染対策である。しかし、これまでの安い製品は質が悪く、とくにナイロンの品質と毛先の処理に不満を感じる製品が多かった。だが、このブラシは外来での刷掃指導用に提供することも可能なレベルである。継続使用も可能な耐久性もある。

また、100本箱入り、という販売方法も新しい工夫である。介護施設や病院などでは、コストが最優先事項という場合も多い。そこで、箱入りにして100本で3,000円、1本30円

であれば選択する理由になると考えた。また箱で購入してもらうことでコスト低減以上に管理の手間を減らすことができる。

活用方法

介護施設で実地検証を行っている。200名の利用者に対応している介護老人福祉施設において、一斉にプラティカに切り替えていただいたのである。目的は消耗程度や紛失、管理の手間、コスト等の検証である。まだ3か月ほどであるが、これまで個別に管理し、家族にお願いしたり、施設から注文したりとばらばらであった管理方法が統一され、管理が容易になった。これまで100円ほどだったコストも3分の1になり、ご家族にも好評である。毛先が開いたまま使用していたり、紛失したままだったりすることもなくなった。

また、発売時期を平成24年4月の介護施設における口腔機能維持管理加算(改訂)に合わせる工夫も行った。歯科衛生士が介護の現場で活躍する機会が増えると想定し、施設には歯ブラシの管理や質の向上に目を向けてもらうチャンスだと考えての発売時期戦略だ。

道具は重要である。新しいハードウェア(プラティカ)を新しいソフトウェア(制度対応、新しい管理方法の提案)とともにお届けする。



特集 新春座談会

「歯科診療室」と 「在宅歯科医療」の 現場を結ぶために

～いま現場で起きていること・今後予測されること・
歯科衛生士に何が求められるか？～



超高齢社会を迎え、わが国の医療は「病院完結型」から「地域完結型」へと向かっています。そのような状況下では、これまで以上に患者さんやご家族の生活・視点に立った医療・介護が求められ、地域の歯科診療所においても、在宅などの現場を知らずに診療を進めることは困難な状況となっています。

現在、一般歯科診療所と在宅（歯科訪問診療）の現場間で、お互いがお互いの臨床実態が見えずに、患者さんの状態や生活を見据えた治療の提供が十分行えず、スムーズな連携がとれていないことが問題として現れつつあります。

そこで、2013年最初の「デンタルハイジーン」特集として、診療室と在宅それぞれの現場に従事する歯科医師・歯科衛生士にご登場いただき、いま現場で起きていること、どうしたら歯科診療所と在宅の現場をつなぎ、患者さんを中心とした“切れ目のない歯科医療”を提供できるか、とりわけ、これからの歯科衛生士にどのような視点やスキルが求められるかなどを、ざっくばらんにお話し合いました。
(編集部)

座談会参加者

司会進行

菊谷 武 (歯科医師)

歯科診療室のお立場から

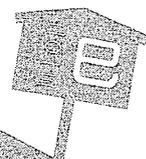
鷹岡竜一 (歯科医師)

山口幸子 (歯科衛生士)

歯科訪問診療のお立場から

五島朋幸 (歯科医師)

牛山京子 (歯科衛生士)



「歯科診療室」VS
「在宅（歯科訪問診療）」？！

窪谷 はじめに、ともすると今回のような場合は、「診療室 VS 在宅」で捉えられがちかもしれません。しかし、ここでは互いの臨床を理解し、尊重しながら連携していくための意見交換をしたいと思います。

いま、在宅医療の現場では、ある意味、“スーパーマン”や“スーパーウーマン”（在宅で専



門的に活躍し、他職種とも対等にわたりあう歯科医師・歯科衛生士）に引張られる形です。その方たちの高度ですばらしい専門的対応から学ぶことは多いけれども、もっと手前のところ、すなわち、就業歯科衛生士の9割が勤務する一般の歯科診療室で気づけること、気づくべき視点もたくさんあると思います。超高齢社会となったいま、診療室に来院している患者さんも、「いつか診療室に来られなくなる可能性がある」ということを見据えた歯科診療をする必要があります。今日はその点も含め、互いの臨床現場の接点を探っていきたいと思います。

～歯科訪問歯科に携わる立場から～

五島 私は東京都新宿区で歯科訪問診療と外来として一般歯科診療を行っています。いまから15年ほど前、私が訪問診療を始めたきっかけは、内科医からの「在宅には歯科のニーズがある」という声でした。でも実際行ってみると、どこにもニーズがなかったのです。なぜかという、在宅患者は入れ歯は完全に外されていて、食べられるものだけを食べる、という状況だったから、自分は歯科医師なので、外された義歯を入れればもう少し何とかなるんじゃないか、

というのは当然思ったわけです。

そう考えていろいろと学んだりアプローチしていくと、そもそも在宅で「入れ歯を外されたのはなぜか？」という問題にぶつかり、診療室の先生方・歯科衛生士の方が考えるべき問題が山積していることがわかります。本来は、「私（診療室の歯科医師）が入れた義歯だから、問題が生じたらあなたの所へ行ってお世話しますよ」となるべきだと思います。この姿勢があれば、患者さんが在宅介護になったときに、「こんな義歯や補綴物はケアがつからいよね」というのが当然出てくる。つまり、複雑な義歯・補綴物などは、目の前の患者さんにとって、将来的に適しているのか、と考える視点があれば、診療室で行う臨床も変わってくると思うし、この患者さんはセルフケアが自立していないと思ったら、何が何でも歯を残すのではなくて、年齢や全身状態、口腔内の清掃性等を考慮して“抜歯する”という選択肢も必要になると思います。

ですから、全員が訪問診療を行う必要はありませんが、せめて自分の医院に通われている患者さんに対しては、通えなくなったときを見据えること、できるなら一歩診療室の外へ出て、状況を確認するくらいの姿勢が必要ではないでしょうか。

牛山 “自分の診療室に来ていただいている方は最後まで診るんだ”という心構えを、歯科医院が、歯科医師・歯科衛生士がもつことが大切なのだと思います。診療室に来院できなくなったら歯科の受診機会が寸断される、というのが一番の問題でしょう。

ただ、現状では、歯科医師が在宅へ出て行かないかぎり、歯科衛生士は出られないわけです。歯科衛生士が患者さんのことを心配して在宅へかかわりたいと思っても、「私を出してくれる人がいないんです」という人がたくさんいます。

～歯科診療室の立場から～

鷹岡 私は東京都港区の住宅地で開業しています。現在は、軒数は少ないですが、一部の来院できなくなった患者さん宅へ訪問して治療する機会も出てきました。開業当初より、補綴治療



のなかでも欠損歯列をどう診るかを中心に学んできましたが、卒直後に勤務した先の院長（宮地建夫先生/現・歯科診療室新宿 NS 顧問）から3つのことを教えられ、自分の臨床の礎になっています。1つは、まず口腔内がどういう状態かといった「診断」をきちんと行うこと、そして、診断に基づいて「必要最小限の侵襲で最大の効果を上げる努力をすること」、最後に「経過を追求」ことです。この3つは歯科臨床の根幹だと思っていて、歯科診療室であっても、訪問診療の場であっても同じではないかと思うのです。このような経緯もあり、事情があつて診療室へ来院できなくなった方に対しては、スタッフも連れて訪問するようになりました。

窪谷 それはある意味、自然な流れに思えます。先生や歯科衛生士が診療室で地域医療をしっかり行っていたら、患者さんが来られなくなったから何となく心配になって、ご自宅へ様子うかがいに行ってしまう、1つの方法論ですね。

たとえば、インプラント治療を行っている診療室で、もし患者さんが来院できなくなったら、「来れないのなら知らない」「ごめんなさいね、そちら（自宅）へ行けなくて」ではなく、「提携している歯科医院があるから、そこからケアに行かせます」というのがあるべき姿だと思います。つまり、「診療室でガチッと臨床を行う先生と歯科衛生士」と「訪問を専門に行う先生と歯科衛生士」が組んでいてもよいはずなのです。

座談会参加者のおもな略歴

～司会進行～

◆菊谷 武（歯科医師）

日本歯科大学 教授、口腔リハビリテーション多摩クリニック 院長
【略歴】東京都生まれ。1988年日本歯科大学歯学部卒業。2001年より日本歯科大学附属病院口腔介護・リハビリテーションセンターセンター長。2010年より日本歯科大学 教授。2012年より口腔リハビリテーション多摩クリニック 院長。現在に至る。

日本老年歯科医学会理事・評議員、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会理事・評議員、日本障害者歯科学会・評議員ほか

◆歯科診療室のお立場から～

◆鷹岡 竜一（歯科医師）

東京都港区・鷹岡歯科医院 院長
【略歴】東京都生まれ。1990年日本歯科大学歯学部卒業。同年千代田区・欲錦ビル歯科勤務。1995年港区にて開業。現在に至る。
スターディグループ火曜会所属、日本補綴歯科学会所属

◆山口幸子（歯科衛生士）

フリーランス

【略歴】福島県生まれ。1991年東北歯科専門学校卒業。1991～2004年都内歯科医院勤務。2006年より寺西歯科医院（東京都港区/非常勤）勤務。2011年より尾崎デンタルクリニック（千葉県市川市/非常勤）勤務。現在に至る。
日本臨床歯周病学会所属（同学会認定歯科衛生士）、日本歯周病学会所属（同学会認定歯科衛生士）

～歯科訪問診療のお立場から～

◆五島朋幸（歯科医師）

東京都新宿区・ふれあい歯科ごとう 代表
【略歴】広島県生まれ。1991年日本歯科大学歯学部卒業。日本歯科大学歯学部歯科補綴学教室勤務を経て、2003年「ふれあい歯科ごとう」開業。現在に至る。
日本プライマリ・ケア連合学会学会誌編集委員

◆牛山京子（歯科衛生士）

山梨県歯科衛生士会
【略歴】山梨県生まれ。1969年山梨県歯科衛生士学院卒業後、歯科医院勤務。1975年より市町村保健指図に従事。1986年山梨県歯科医師会甲府支部在宅訪問歯科に従事。1996年市町村での保健指導や訪問口腔ケアに従事。現在に至る。
山梨県歯科衛生士会 幹事、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会・評議員、日本有病者歯科医療学会 理事ほか



Ryuichi TAKAOKA

鷹岡 竜一（歯科医師）
東京都港区・鷹岡歯科医院 院長

鷹岡 私が在宅に行き始めた理由の1つに、自分が装着した補綴物の限界を知る、ということがありました。術者から手が離れたときに、補綴物はどうなるんだろう、という素朴な疑問からでした。いかに診療室で精度のよい補綴物を作っても、在宅でのケアになると、それまで管理できていた人にもどうしても問題が出てくる。

補綴物の選択についていえば、患者さんの「年齢」が第一の選択根拠になります。ただし、年齢だけで決まるわけではなく、インプラントでもパーシャルデンチャーでも、患者さんの“健康度”を診て選択していると思います。立ち居振る舞いとか、発言や話し方とか、その方の健康度に応じて、“この人にはこのぐらいの侵襲（治療）は大丈夫だろう”というバランスを考えます（P.37 図参照）。ただ、健康度をどこまで読むか、というのはたいへん難しい。高齢者の場合、もしかすると明日倒れてしまうという可能性はゼロではないですから……。

山口 私が診療室で感じるのとは、ある年齢になってくると個人差がかなり出てくる、ということ。はつらつと元気な方と、足が痛い、体調が悪いなどこの先が不安になる方です。また、うがいをしてもらったあと口腔内を見ると、以前に比べてかなり残渣が残っているなど、変化や衰えがみられることもあります。そういう方では、“この人はこの先どうなるのだろう”という不安がついて回ります。

齋谷 たとえば、診療室での視点として、いつも来院している患者さんの口の中を見て、「あれっこの人、前はこんなにプラークや食渣がついてなかったのに」という気づきが1つの転換点だと思うのです。それには考えられる原因が3つあります。1つは手の動き（運動機能）の衰え、もう1つは汚れていることに気がつかないという口の中の感覚（感覚機能）の衰え、もう1つは認知機能の問題。これらが低下し始めたら、要介護状態への第一歩で、実はこれは歯科医院ではとても見つけやすいのです。患者さんのその変化にいかにか歯科衛生士が気づくか——。そこで、「ちょっと汚れてますね、磨いてあげますね」で終わらせてはだめなんです！ “どうして変わっちゃったんだろう？”と本人に聞いてみたり、家族に問い合わせてみたりして、何か身体に変化はないのかと原因を探ることこそ重要です。また、こうして気づいたことが、歯科医師の治療方針を変更する1つのきっかけになるんじゃないかと思っています。

歯科診療室での患者さんへの指導方法は？

山口 なるほど、“なぜ磨けていないか”を考えたとき、認知機能が悪くて汚いのか、運動機能が悪くて汚いのか、感覚機能が悪くて汚いのか、それぞれによって個性が出てくるのです。そこで歯科衛生士が指導の方法を変えられるかどうかポイントですね。

齋谷 何かの病気に罹った、入院したなど、いわゆる“オンセット（病気の発症）”がはっきりしている方は、入院したんだなと思ってこちららも身構えるから、口の中の機能低下に気づきやすいのですが、何となく診療室に通ってきてはくれているけれど様子がちょっと……という患者さんはとてもわかりにくい。でも、口の中を見て、“あれっ、この人こんなじゃなかったよな”と思うタイミングが必ずあるはず。牛山 あと、高齢者に対しては、診療室での指導方法もニュアンスを工夫したほうがいいですね。テクニカルなところだけを重視するのではなく、患者さんの理解力の問題も考えないとい

けないですね。ポイントを1つ、2つに絞って、歯科医師が伝えた後に、歯科衛生士がよりシンプルに、「さっき先生はこういうお話をされましたけど、ここはこうケアしてくださいね」と言ってもらえるとわかりやすい。

鷹岡 診療室で、患者さんに対して専門的な説明をしすぎてしまっていて、患者さんは全然理解していない様子なのに、そのことに気づいていない歯科衛生士もいます。概して、歯科医師も歯科衛生士も、「相手（患者さん）によって説明を変える」というのが苦手です。流暢で完璧な治療説明ができる人はいますが、どの患者さんに対して同じでマニュアル化している……。

五島 私も外来（診療室）で診ているのでよくわかります。在宅ではご家庭ごとに本当に空気が違うので、マニュアルをいかに崩しながら患者さんごとに対応できるか腕の見せ所です。山口 「患者さんによって変える」というのは、診療室でも在宅でも、共通に求められますね。

診療室のなかで、どんな考え方をもっているか、在宅歯科医療への視点につながる？

齋谷 さて、最近は歯科診療室に高齢の患者さんが増えていて、診療室勤務の歯科衛生士のなかにも、口腔機能や在宅の現場に関心をもつ方が増えてきているようです。しかし、どう学んだらよいかわからない、という声が多いそうですね。昔の歯科のイメージとしては「見て習え」といった徒弟制度的なものがありました。でも、それって実は学問でも科学でもない。ですから、よく“人生経験を積んだ歯科衛生士ほど訪問診療に向いている”なんて言う人もいますが、若い人や経験数の短い人は携わることができない、という雰囲気になるのは違うと思います。若い人だって、その人なりのきちんとした対応ができる教育がないといけません。

そこで、大多数の歯科衛生士が勤務する診療室の場で、こんな考え方や姿勢をもっていたら、患者さんが通えなくなった後（在宅医療）への視点につながるのではないかと、という勘所はありますか？

五島 一番必要なのが歯科衛生士自身の「ビジョン」だと思います。診療室のなかで歯科衛生士として勤めていると、ともすると、「この歯を、この歯肉を何とかしよう」となりがちです。先ほど鷹岡先生がおっしゃった“健康度の読み方”でいうと、段階的に衰えていく人はまだよいほうで、実際には脳梗塞もあれば、事故や難病などもあって全く読めない。ある日突然ガクンと健康度が落ちてしまうという現実がある。つまり、“目の前の患者さんに将来的に何が起こるかはわからない。でも、それが起こったときに私はどうするだろう”というビジョンがある歯科衛生士が診療室にいれば、それ自体



Sachiko YAMAGUCHI

が在宅介護への視点につながってくると思うのです。それがなくて、ただ「歯が大切」とか、「腫れているから一生懸命ブラッシングしてください」という指導だけになると、残念ながら、一歩診療室の外に出たときに、まったく別世界で何の支援もできません。たとえば、家族は“老老介護”で疲れ切っているのに、“こんなふうには歯磨きをしてください”とか無理難題を押しつける歯科衛生士になってしまう。そういうことを読める力、ビジョンを備えた人が在宅へ出れば即戦力。専門的なスキルや経験がなくても、即戦力なのです。牛山 また、身近な自分の家族などに重ねて考えてはどうでしょうか。家族のなかには高齢者



Kyoko USHIYAMA

もいれば、病気の人もいでしょう。その人たちに、あなたは何かができますか？ということ。そして、相手と接するときにはまず、傾聴、そして受容と共感です。技術や経験以前に、この3つが必要だと思います。

1つ苦言を呈するならば、一定の勉強をしたら、もう全部学んだものと思込み、勘違いしてしまう人が多い、ということです。現場や社会は絶えず変化していますから、自分の仕事に対する謙虚な学びの姿勢も大切だと思います。

山口 私自身は、一度経験のある方についていき、在宅医療の現場を実際に回る機会があればよいなと思います。

鷹岡 私の医院では、患者さん宅へ訪問するとき、歯科衛生士だけでなく、受付も帯同させたことがあります。皆、1回連れていくと臨床への意識が変わります。きっと、自分が一生懸命SRPなどをした患者さんが倒れてしまったら、「いまどうなっているんだろう、心配だ」という気持ちが生まれ、その気持ちが在宅まで行かせるのだと思います。ですから、診療室サイドとしては、そういう歯周治療なり、診療のシステムを作って、「私も行きたい」と言えるような環境を整えることが歯科医師の務めであり、大切なことだと思います。

齋谷 歯科衛生士に、「この患者さんは私の患者さん、だからみたい、みる義務がある」と思わせるかどうかですね。

鷹岡 一生懸命になると、歯科衛生士は印象採

得1つだって気になります。そういう気持ちがある、在宅に行かせるきっかけになる可能性が高い。齋谷 歯科衛生士側も、そのくらい目の前の患者さんを“自分の患者さん”だと思ってほしいですね。せっかく担当となった患者さんを、その場だけではなく、しっかりと自分の患者さんとしてかかわっていただければ、当然その先が気になるだろうということですね。

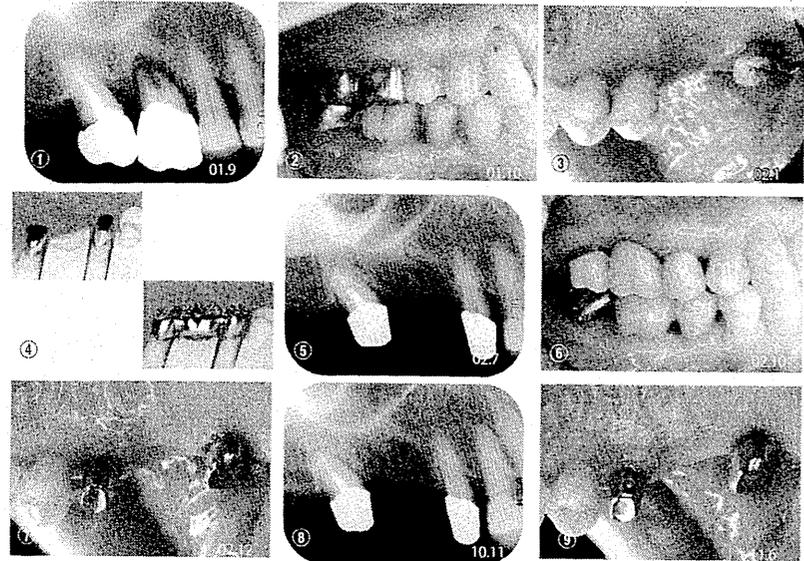
鷹岡 歯科衛生士は、歯科医師によっては変わりませんが、患者さんによって変わるので、患者さんに言われた言葉とか、された反応など、患者さんを通しての経験でしか変わらないと思います。

牛山 今後、国の医療施策としても、患者さんは病院から地域（在宅）へどんどん戻って来ますから、必要に迫られて歯科医院にも連絡が入るでしょう。元気なとき、この歯科医院で入れ歯を入れたとか、ずっと歯の治療に通っていたとか……。すると、「うちは（訪問に）行けます」「うちは行けません」という問題ではなく、“出なくてはならない”というのが社会の流れになってくるのではないのでしょうか。

齋谷 おっしゃるとおりで、今後、歯科訪問診療は特別なオプションではなくて、当たり前のオプションになるのは間違いないと思います。地域で開業していたら訪問の依頼が普通に来る時代がやってくる。いまは残念ながら「えっ、歯医者さんって家に来てくれるんですか？」とまだまだ言われてがっかりしますが、何年か経ったら、「えっ、おたくは来てくれないの？」と言われる時代が来るかもしれない。そのとき、肩肘張らずに、日常臨床の延長線上で、「ああそうだね、通いにくくなったんだから、うちは専門的なことはできないけれども、ちょっと行けるよ」と伝える。そこで難しい口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーションが求められるようなら、「連携している専門の先生がいるから、今度はそこに頼むからね」と伝える。診療室と在宅との連携は、高いハードルだと思わなくていいのだ、ということをお伝えしたいですね。

牛山 そうですね。診療室の方たちが、在宅へ行って診療室のいつもの内容でできることがあ

歯科診療室の現場から～患者さんの状態に合わせた補綴物の設計～（写真提供：鷹岡竜一先生）



2001年9月初診の72歳の女性。全身疾患なし・非喫煙、真面目で元気な方だが、不器用でブラッシングスキルはいまひとつだった（①～③）。⑤の抜歯後は、不器用なこと、歯の動揺が抑えきれないこと、骨梁の変化がおもわしくないことから、通常はブリッジで対応するような欠損だが可撤式ブリッジで対応、咀嚼側ということもあり、何かあれば両側性の義歯にできるように設計した（患者さんごとに応じた補綴設計）（④～⑦）。

取り外して磨けるということで、患者さんは不器用なりに磨いていた。2010年11月になると⑧の歯周病が進行し、元気なこともあって歯周外科を実施。術後、本人は「頑強って思っている」と言っているが、70代前半のときは違い、⑨蓋側のブラッシングには明らかに運動機能の低下が認められブラークが残っている（⑧⑨）。経過観察のなかで、患者さんの変化を見逃さないことが大切である

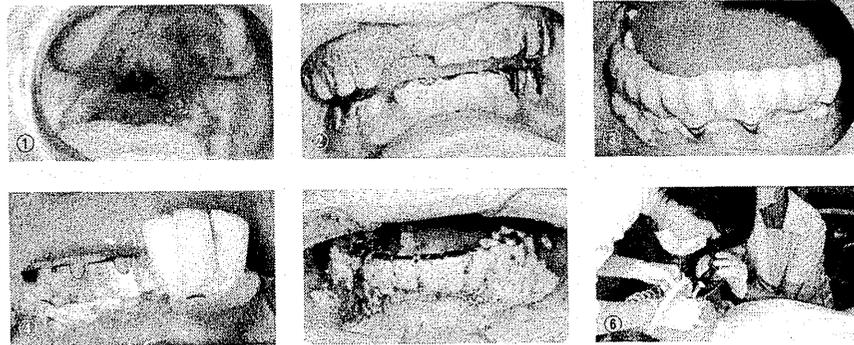
る。一方で、本当に特別な部分もある。そこも承知しなくてはいけないと思います。

齋谷 訪問に行ったら口腔ケアをしなければいけない、摂食・嚥下を診なければいけない、という解釈は間違いです。たしかに在宅にはとても重篤な人もいますが、それはあくまで一部です。ここが難しいからといって、いまはかなりの軽度、つまり、ちょっと歯科医院に通いにくいという方にも対応できていない状況です。ただ膝が痛くて診療室に来られなくなっただけの人のために、その人があつという間に齶蝕だらけになって、やがて重篤な口腔になっているのを歯科は見逃してしまっています。ちょっと体調を崩しただけで歯科のサービスが

ブチッと切れてしまう。実際、ごく軽度の要介護状態でもほとんど歯科医院には来なくなるのです。彼らはデイサービスでは歩いているし、嚥下機能が悪いわけでもない。口腔内のケア状態はそこそこ悪くなっているかもしれないけれども、むせるとか、開かないなどはなく、難しい口腔ケアが求められる人ではないのに、歯科医院には来ない。

ですから、そういう口腔の機能低下としては軽度の人たち、すこし身体の調子が悪いだけの人たちが、歯科医院に来ていない層にはたくさんいるのです。その人たちが歯科治療をタイミングよく受けられなかったばかりに重度化してしまっ、介護度が上がってどうしようもなく

歯科訪問診療の現場から～在宅でみられた要介護高齢者の口～ (写真提供：①～④五島明幸先生、⑤、⑥菊谷 武先生)



①口腔乾燥により口蓋に張りついた剥離上皮。使用していない口はこのような状態になる。②プラークが付着した口腔内。うがいだけでは除去できない。③④適切なケアをされていないインプラント。さまざまな形態のものがあり、在宅介護の現場でのケアは困難である。⑤インプラントを支台としたブリッジ。非常に不衛生な状態となっている。⑥懐中電灯の元で行われる歯科訪問診療。診療内容にも大きな制限が生じるため、訪問で対応しなければならなくなる前の、通院可能な段階での適切な口腔内の管理が求められる

なってから「訪問歯科に来てほしい」と言われても、よほどの専門家でないとは対応できない患者さんになってしまっているわけです。
 五島 突然寝たきりになったり、嚥下障害となる方はそうそう現れるわけではなく、実は、廃用（症候群）といって、ゆっくり衰えていく人たちが町にはたくさんいる。その人たちは診療室で診ている人たちとそれほど変わらない、そこをぜひ知ってほしいと思います。

診療室での治療をどう考えるか

山口 鷹岡先生が“患者さんの健康度”をみて治療されるとおっしゃっていましたが、事前に介護になることを予測した治療というのはあるのでしょうか。

鷹岡 それは相当難しいです。ただし、補綴に関しては、侵襲を控えめにして、最大限の効果が得られるように心がけています。そうすれば、何かあってもリカバリーできる可能性がある。それが、人を見た“優しい治療”ではないかと思っています。

菊谷 私も、……実は補綴科出身なのですが、同じ欠損形態でも、40歳に提案する補綴物と

70、80歳に提案する補綴物とは明らかに違うべきで、後者では簡単に外れて簡単に清掃ができる、という方針に変わっていかなければいけないと思うのです。しかし、訪問診療の現場で患者さんを診ていると、必ずしもそうっていないという実感があります。欠損の状態や「噛めない」という主訴だけで、まさに口の中の状態だけで判断して治療されてしまっている。

五島 最近では、在宅介護になった患者さんに入ったインプラントが問題を生じるケースが始めています（上図参照）。在宅では当然簡単にはX線写真なども撮れないし、何がどうなっているかを把握することができません。悪くなったインプラントを簡単に抜去できるかという、寝たきりで全身状態の悪い方にそんな侵襲的な処置はできない。そのあたりを、診療室に通っている健康なうちからちゃんと考えていないといけませんね。

明日から始められる連携の第一歩とは！

菊谷 では、実際に明日から診療室でどうアプローチができるか、を考えてみたいと思います。歯科衛生士の視点から考えると、たとえ

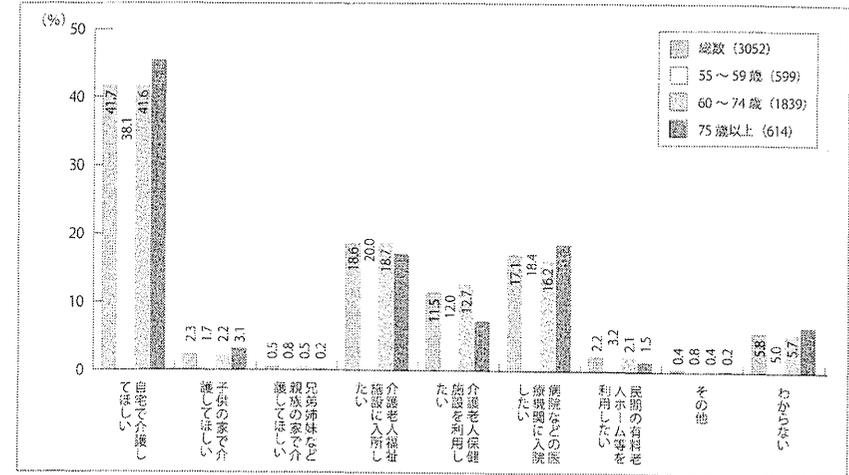


図 介護を受けたい場所 (高齢者の健康に関する意識調査、平成19年度内閣府)
 高齢者は要介護状態になっても、可能なかぎり住み慣れた地域や自宅で生活し続け、人生の最期のときまで自分らしく生きることを望んでいる

ば患者さんから、「調子が悪くて、今日は治療をキャンセルしてもらえますか?」と言われたとき、「じゃあ、元気になったらいらしてくださいね」と言って電話を切る。というのは、歯科医院は元気にならなければ来ちゃだめだと書いているようなもので、うちは“通ってくれる人専用のクリニックです”と名乗っているのと同じです。そうではなくて、「よかつたら行ってあげますよ」と、その電話の後に一言伝えられれば、「来てくれるんだったら診てもらおうかしら、歯は心配だし」となる。こういった訪問診療の第一歩があってもいいと思うのです。これなら、特別に構えすぎることなく、いつもの患者さんに対し、診療の場が変わっただけ、というスタンスから始められる。本来は、場が変わっただけではない、と言いたいところではありますが……。

そんな形で在宅の現場を知りながら、勉強を始めてどんどん入り込む人がいてもいいし、私はそこまでは、という人がいてもいいのだと思います。

鷹岡 診療室から在宅へ行き、「ここからは自分たちでは手に負えない、専門的対応が必要だ」と判断した際、訪問診療に特化して専門的に診

れる歯科医師・歯科衛生士がいるところに円滑に紹介できるシステム（診診連携）が必要だと思います。いまはそれが無い怖さがありますね。牛山 ご自宅へ行って手に負えなくて対処できないことがあると、自分たちの信頼も、歯科界全体の信頼も下がってしまいますね。

菊谷 そうですね、その整備が今後の課題でしょう。地域の歯科医師会などがリーダーシップをとって整えてほしいところです。

五島 私の医院は多職種との連携が非常によくとれているのですが、唯一連携がとれていないのが、実は開業の歯科医院なのです。

菊谷 問題はここです！ 五島先生が地域で訪問してくれる、というのは歯医者にはほぼ知っているはずですが、でも残念ながら、先生が唯一連携をとれていない職種は歯医者、つまり同職種、大学病院へは紹介できるけれども、身近な開業医には紹介しにくい、という風潮はありますね。

鷹岡 要は、歯科のなかに“診診連携”が存在しないのです。一般歯科診療でも、難症例の場合に、たとえば補綴の専門医、歯周病の専門医へ紹介するというシステムはできていない、一人の歯科医師がすべての歯科治療を網羅して行うのは大変です……。

牛山 本当は、よい歯科医院を紹介すれば、紹介した歯科医院も患者さんにすごく評価されますよね。地域の先生が、地元で活躍している先生を上手に活用すればいいと思うのですが。

齋谷 「歯科診療室」と「在宅（歯科訪問診療）」の連携を模索していましたが、蓋を開けてみると「診療室同士」の連携もできていなかったことが見えてきました。でも、難症例を専門医に送るということはまだ難しくても、近い将来、訪問のケースは訪問専門の医院に送るというのではできると思うのです。

牛山 患者さんの視点で、患者さんにとってどうすることが一番都合がよいかを考え、連携をとることが必要ですね。まずは患者さんに支持される歯科でなくてははいけなくて、そうすることで、歯科界全体が他職種からも支持される業界になるのだと思います。

齋谷 歯科は、1つには社会へのアピールが足りないですね。たとえば患者さんが急性期病院を退院して、その後リハビリ病院を出て自宅に帰るとき、ご家族は何か何でも在宅医やケアマネジャーを探すわけです。それはシステム上でも必要なのですが、患者さん自身も不安になるから一生懸命探します。でも、歯科医師・歯科衛生士は探してくれないですね。むしろ、他職種の人たちが口の状態を見て、「歯科に診てもらったほうがいいわよ」と言ってくれてはじめてニーズが上がってくる、という実態があります。

牛山 「歯科口腔保健の推進に関する法律（歯科口腔保健法）」が昨年できましたが、あれはとても大きなことだと思うのです。診療室の先生や歯科衛生士もヘルスプロモーションに参加していかなくてはいけないと書かれている。個人の診療室内だけにとらわれず、もっと外に

POINT

「歯科口腔保健の推進に関する法律（歯科口腔保健法）」
 歯科疾患の予防や口腔の保健に関する調査研究をはじめ、国民が定期的に歯科検診を受けることなどの助奨や、障害者や介護を必要とする高齢者が定期的に歯科検診を受けること、受けることができるようにすることなどを謳った法律。2011（平成23）年8月に公布・施行されました

向かって健康教育をしたり、活動することが求められていると思うのです。その先に、歯科に対する国民の目が変わってくるのではないのでしょうか。

齋谷 自分たちがどう動くか、それぞれの歯科医院が、まさに地域をまきこんでヘルスプロモーションができるかどうか試されている法律ともいえます。そこで伝えたいのは、歯科衛生士は「ヘルスプロモーションの先兵」だということ。まさにすでに現場で実践している職種で、その教育も歯科医師の何倍も受けています。あまりこういう表現は使いたくないけれども、沈滞気味の歯科界に次の推進力を与えてくれるのは歯科衛生士だと思うのです。

五島 歯科医師よりも歯科衛生士のほうが、生活をみるチャンスがあるし、得意ですね。

山口 歯科診療室でも、患者さんの生活背景を探ろうと必ず医療面接（問診）をしますが、ともすると、歯周病や齲蝕のリスクファクターを探るためだけに生活票をとってしまいがちです。甘い物を食べている・いない、といった視点だけでなく、「患者さんの何をを知る必要があって医療面接をするのか」を考えないといけないと思います。

齋谷 歯科界全体が「患者さんの生活をみる」という方向に舵を切らなければいけないのは間違いないことで、その成否を握るのは歯科衛生士です。歯科診療室のなかでも、機能低下の兆候は必ずみられるはずです。現在、歯科医院に通ってきている患者さんの平均年齢はかなり高いですよ。その年齢で寝たきりになっている人も世の中にはたくさんいて、その方は元氣だから来院できているだけです。そういう兆候を知ること、気づくことは、患者さんが経年的に定期的に通ってくれる歯科診療室だからこそできて、そこには歯科衛生士だからこそ吸い上げられる患者さんの訴え・情報がある。

ですから、歯科衛生士の皆さんには、患者さんの生活を見る視点を養ってほしいということ、高齢者になると指導のポイントに非常に個性が出てくるので、それに合わせた指導を意識してほしいということ、これらが

診療室と在宅を結ぶ大きな一歩になるのではないかと思います。実は、在宅へ行くともっと個性が出てくる。本人だけではなく、その人を支える家族などの個性が織りまざってくる。でも、そこへ向けたよいトレーニングにもなると思います。鷹岡先生の診療室の在り方が、まさにこれからの歯科医院に求められるスタイルであり、現場間を結ぶ第一歩ですね。



まとめにかえて ～問題提起

五島 ここで、ぜひ考えてもらいたいことがあります。それは、口腔ケアに関していうと、「ただきれいにだけして帰ってくる人が一番困る」ということ。これは何の生活の支援にもなっていない。毎日その患者さんの家に3回行ってケアできるのなら別ですが、1週間に1回行ってただきれいにするだけ、というのは実は何の意味もないのです。時間の無駄であり、お金の無駄。なぜそれが無駄なのか、ぜひその意味を考えてほしいと思います。

齋谷 とても重要な視点です。残念なことに、訪問に出ている歯科医院のなかでも、ここを取り違えているケースは多い。週1回歯科衛生士を派遣して、徹底的に磨いて帰ってくる。患者さんも一瞬さっぱりして、そのときの患者さんの笑顔がたまりません、などというのが歯科訪問診療の実態……。これはただの「歯磨きのアウトソーシング」です。でも悪いことに、それをまた患者さんや施設が求めてくるんですね。

訪問歯科が入っている施設と入っていない施設、どちらの利用者のほうが口の中が汚いかという、歯科が入っている施設のほうだ、という報告もあるのです。どうしてか。それは週に一度訪問歯科に依頼しているからと、施設で日常的なケアをしない。逆に、歯科が入っていない施設のほうは施設職員が毎日磨いている。そんなとんでもないことも起こっているのです。つまり、その場しのぎの支援・指導やかかわりはまったく意味がない……。この意味をしっかりと考える必要があります。

山口 診療室でのクリーニングでも同じだと思います。患者さんが来たときにだけ、きれいにするのは意味がない。汚れているから、きれいにしてさっぱりさせて帰ってあげた、それだけだと、次に来院したときにも変わらず汚い状態のままです。

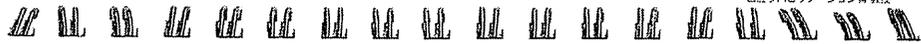
鷹岡 そこは本当に、診療室でも訪問歯科でも共通ですね。診療室でそういうかかわりしかできていない歯科衛生士は、在宅に出ても同じことをやってしまうかもしれません。逆に、そうじゃなにかかわりをしていない人は、外に出たときにも真価を発揮すると思います。

山口 歯科衛生士は、口の中をきれいにしただけと止まらない方が多い。「きれいにすること」が仕事だと思ってしまうのです。でもそうではなくて、診療室であれ、在宅であれ、「口」だけじゃなくて「人」をみた指導、「生活」をみた指導をしないといけないですね。

牛山 そうですね。加えて、在宅ではその家庭の介護力とか、相手の身体状況や集中力、体力などもみていかなければならない。また環境整備も必要で、生活の場や身体にあわせたケア用具の選択・工夫や方法などを提案し、相手に寄り添い最期までケアしていくことが大切だと思います。

齋谷 「歯科診療室」と「在宅歯科医療」の現場に共通して求められる視点、お互いの臨床を活かしながら緩やかに連携を始めるためのアドバイスなど、重要なポイントがいくつもありません。ぜひそれぞれの現場で、患者さんの生活を支える歯科医療の実現のために活かしてほしいと思います。

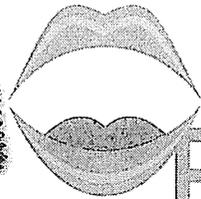




プランナー：日本歯科大学聖徳病院 口腔リハビリテーション科 教授 菊谷 武



リハビリ病棟の



現場の“困った”をズバリ解決します!

口腔ケア

口呼吸のため、乾燥がひどい!

有友たかね ありとも・たかね/日本歯科大学聖徳病院 口腔リハビリテーションセンター 歯科衛生士
菊谷 武 きくたに・たけし/同 口腔リハビリテーション科 教授

KEY WORD

口呼吸の改善	湿潤・保湿剤を上手に使う	口腔ケア計画に口腔リハビリテーションを盛り込む
--------	--------------	-------------------------

はじめに

人は鼻と口の2か所から外呼吸を行い、鼻呼吸を主としています。鼻腔には毛細血管が広がっており、入ってきた空気を温めて加湿し、気管や肺へ送り込みます。また、外気の埃やゴミを取り除くフィルターの役割もしてくれます。口はというとフィルターの役割はないため、細菌やウイルスが侵入しやすく、外気の乾燥した冷たい空気をそのまま肺へ送り込み、風邪やインフルエンザなどにかかりやすくなるといわれています。

口呼吸が原因の一つとなる口腔乾燥は、さまざまな口腔疾患を引き起こし、機能的にも影響を及ぼします。そのほかの口腔乾燥の原因には、唾液分泌量の減少だけでなく、全身疾患や服薬、唾液腺の機能障害、口腔機能低下などが挙げられます。

口呼吸

1 口呼吸の原因

口呼吸の原因には、習慣や、アレルギー性鼻炎などの鼻疾患、寝たきりの状態や加齢による口腔周囲筋弛緩などがあります。大きなびきや睡眠時無呼吸などは、口蓋垂が大きいために仰向けで寝ると鼻呼吸が困難になるため起こります。小児ではアデノイド（扁桃腺のはれ）のため鼻呼吸ができず、口呼吸の原因となることがあります。

2 症状

自覚症状では、口渇感や味覚異常、なんとなく義歯が合わない、会話中に喉に張りつくような感覚があって咳き込んでしまうなどがあります。反対に自覚症状のないまま過ごしていることもあり、口腔ケアや歯科受診の際に指摘されることもあります。

口腔内の状態は、粘膜や歯肉が発赤し、細菌感染を起こしやすくなり、口臭などがみられます。舌は、舌乳頭の萎縮による平滑舌や溝状舌がみられ、刺激に過敏になります。機能的には、発音機能や嚥下機能に影響を及ぼします。

唾液分泌量の変化

唾液分泌量の変化による影響

全唾液腺は、大唾液腺（耳下腺、顎下腺、舌下腺）と小唾液腺の大きく2つに分けられます。それぞれの主な役割に大唾液腺は大量に唾液を分泌する役割、小唾液腺は口の中の機能を保つ役割があります。

健康な成人の唾液量は1日1～1.5Lあり、近年、年齢に伴う全唾液分泌量への影響はほとんどないといわれています。しかし、高齢者の多くが口の乾きを訴える理由は为什么呢。ひとつには、小唾液腺の実質容量が年齢に伴って減少し、脂肪組織と結合組織が増殖し、腺細胞が縮小するため、小唾液腺からの唾液分泌量が減少するためといわれています。この変化が小唾液腺の一つである口蓋腺にも起こり、これが高齢者の多くが口の渇きを訴える理由の一つとされています¹⁾。また、高齢者の唾液分泌量の減少には、基礎疾患の有病率や唾液腺の障害、服薬薬剤の影響が知られています。

唾液分泌量が減少すると自浄作用が低下し、細菌因子の増加と歯肉組織の脆弱化をもたらします。このことから唾液分泌量の減少は歯周病のリスクファクターであり²⁾、う蝕のリスクが高まるなど、さまざまな口腔内疾患が引き起こされます。唾液の潤滑作用の低下と唾液タンパクの質的・量的な変化によって口腔内が乾燥すると、口腔粘膜

表 口腔乾燥症の臨床診断基準³⁾

0度(正常)	1～3度の所見がなく、正常範囲と思われる。
1度(軽度)	唾液の粘性が亢進している。
2度(中重度)	唾液中に細かい唾液の泡がみられる。
3度(重度)	舌の上にほとんど唾液がみられず、乾いている。

の保護作用を喪失します。

唾液は、口腔内を衛生的・機能的に保つという大きな役割を担っていることがわかります。

口腔乾燥症への対応

口腔の湿潤・保湿は、口腔ケアの手順でもはじめとおわりに行うなど、頻度が高いケアの一つです。口腔乾燥への対応をさまざまな視点から考えていきます。

1 口腔乾燥症の評価法

口腔乾燥症の簡便で客観的な評価法として、口腔粘膜上皮の静電容量を測定することで水分量を測定する口腔水分計や、舌背部の湿潤度を測定する唾液湿潤度検査（KISO-WeT[®]）、臨床診断基準（表）³⁾がよく用いられます。

2 粘膜ケア

乾燥した粘膜や歯肉を湿潤させ、粘膜を保護し、乾燥による疼痛の緩和や機能的な動きを潤滑にする目的で、湿潤・保湿剤を使用します。保湿・湿潤剤は商品の種類が増えてきており、使用方法や効果もさまざまです（図1）。保湿剤の選択には、味、使用感、商品の手に入りやすさや価格の問題などがあります。使用される患者さんの嗜好に合わせて選択するのが望ましく、サンプルなどがあ



図1 口腔湿潤・保湿剤のいろいろ

- ①洗口液タイプ：口腔内洗浄を兼ねる。低刺激。牛乳由来の保湿・湿潤成分配合。
- ②ジェルタイプ：伸ばしやすく、口になじみやすい。保湿・持続効果が高い。有効成分は①と同様。
- ③ジェルタイプ：抗菌活性のあるヒノキチオール配合。菌肉・菌膜炎の予防に効果がある。
- ④リキッド（乳液）タイプ：伸びがよく速効性がある。唾液に含まれる天然酵素配合。アルコール、パラベンフリー。
- ⑤スプレータイプ：使いやすく、携帯に便利。ヒアルロン酸配合で親和性がよい。

るために、湿潤後、保湿タイプのジェルを塗布すると保湿効果が高まります。剥離上皮や喀痰などのこびりつきも、湿潤・保湿剤を使用することで粘膜を傷つけずに除去・清掃することができます⁴⁾。

3 口腔リハビリテーション

口腔ケア前には手軽にできる口の体操を行い、口唇、頬、舌などの口腔機能を高め（図2）⁵⁾。口呼吸の場合、つねに開口して奥歯が咬み合っていない状態であり、口腔機能の低下と唾液分泌の減少が危惧されます。自分でできる方は「カチカチ」と奥歯で咬む練習や、ガーゼや歯ブラシの柄を咬んでもらって綱引きのように引っ張り合い、咬合力を高めたりして、口腔周囲筋を鍛えていきます。同時に口唇閉鎖もうながしていきます。

介助が必要な場合は下顎を持ち、上の奥歯と咬み合わせるように下顎を動かし、受動的に刺激します。このとき舌を咬ませないように舌が下顎に収まっていることを確認しながら行います。

4 住環境などの整備

外気が乾燥していると、口腔も影響を受けます。温湿度計を常備し、部屋の湿度を一定にします。加湿器の使用や湿らせたタオルをベッドサイドに干しておくだけでも乾燥感が変わります。ただ衛生的に問題になる場合もあるので、教人が利用している部屋では検討が必要です。

また患者にマスクをしてもらい、自己呼吸での保湿も効果的です。鼻から口まで覆われるものを選択し、マスクと鼻・口の間に隙間をつくるよう

使用量はその商品の取扱説明書に従い、本人の使用感にあわせて多少の増減も考えます。使用頻度は自覚症状があれば適宜、さらに口腔ケア前後、口腔リハビリテーション訓練前や食前の使用が咀嚼嚥下機能を円滑にさせるのに有効です。水分のみの場合は、口腔粘膜との親和性が少ないためむせが多くなるようですが、粘膜との親和性が高い湿潤・保湿剤だと口腔粘膜とのなじみがよく、むせが少なくなります。

塗布方法は、要介護高齢者などには、スポンジブラシを用いて塗布したり、スプレー容器による噴霧が効果的です。口腔粘膜からの蒸散を防止す

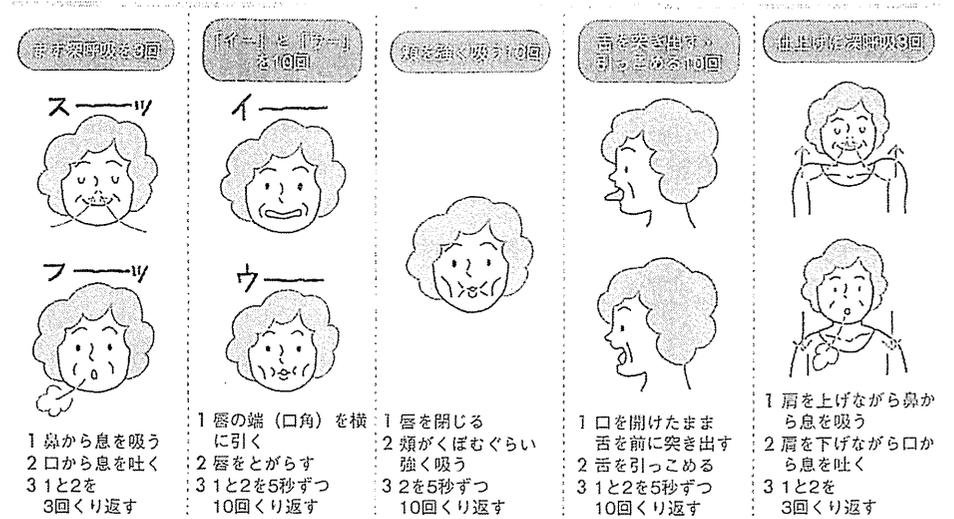


図2 口の体操⁵⁾

にします。湿ったタイプや口だけを塞がないようなものを選択し、窒息に留意します。また自分でマスクが着脱できない場合は注意が必要です。

5 う蝕予防

口腔乾燥していると唾液量が減少するため、歯の再石灰化が行われにくくなり、う蝕しやすくなります。とくに歯の根元は好発部位なので注意が必要です。歯の再石灰化と歯質強化に、フッ化物配合歯磨剤またはフッ化物配合製剤を使用します。うがいが難しい場合は、歯磨剤を付けずに歯を磨き、洗浄清拭後に、うがいの必要がないフッ化物配合製剤を塗布し、その後30分、飲食を控えるなどするとより効果的です。



口腔乾燥への対応は、その原因によって変わ

てきます。口腔機能向上が見込まれる場合、口腔内の湿潤・保湿だけに止まらず、焼用予防と機能の維持向上のための対応も必要です。湿潤・保湿剤を上手に併用し、アセスメントから機能的な評価も勘案しつつ、口腔リハビリテーションと合わせた口腔ケアの計画・立案が望まれると考えます。

引用・参考文献

- 1) 石川達也ほか監訳。“唾液分泌量と緩衝能およびpH”. 唾液の科学. 東京, 一世出版, 1998, 29.
- 2) 日本歯周病学会編。“歯周病と全身疾患や加齢についての基礎知識”. 歯科衛生士のための歯周治療ガイドブック. 東京, 医歯薬出版, 2012, 138.
- 3) 榎本保明. 口腔乾燥症の診断・評価と臨床対応：唾液分泌症としてとらえる. 歯界展望. 95 (2), 2000, 321-2.
- 4) 丸山たかねほか. 口腔乾燥症と保湿剤の使用法. オールケアメイト. 3, 2008, 33-6.
- 5) 菊谷武. “口腔機能向上トレーニングの方法”. 図解介護のための口腔ケア. 東京, 講談社, 2008, 90-1.

3

在宅療養高齢者への食支援に関する研究

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 菊谷 武

本研究では、在宅療養高齢者における咬合支持と低栄養との関係について検証しました。その結果、多くの在宅療養高齢者において、低栄養または低栄養リスク者が認められ、それらは、咬合支持が失われていくこととの関連が強いことが明らかになりました。また、1年後の追跡調査においても咬合支持が失われている人において、死亡や入院といった予後不良者が多く認められました。

1. はじめに

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ました。8020達成者（80歳で20本以上の歯を有する者の割合）は38.3%を示しました。まさに、多歯時代の到来といえます。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、その様相は一変します。

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、残存した歯は食物残渣やプラークに覆われます。それ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します。要介護状態になると、歯科受診が十分に行われなくなり、放置される傾向にあります。

食機能において、歯の存在、咬合支持の存在は、重要であると思われませんが、在宅療養高齢者におけるデータは十分ではありませんでした。そこで、本研究では、負の連鎖のきっかけとして、咬合支持の喪失など口腔の問題に注目し、在宅療養高齢者における咬合支持と低栄養との関係さらには、歯科受診状況、予後との関連について検証しました。

2. 対象と方法

対象者は1都7県に在住する在宅にて療養する要介護高齢者716名（男性240名、女性476名）に対して、療養者の基礎情報、介護・療養生活・医療受療状況、認知機能、生活動作能力、併存疾患、低栄養リスク、口腔機能（咀嚼機能、嚥下機能）について調査しました。

年齢の構成は、85歳以上が46%、75歳から84歳が36%、65歳から74歳が16%でした。要介護度は要介護1、2、3でそれぞれほぼ4分の1ずつでした。

3. 結果

1) 受診状況

本調査の対象者の98%にかかりつけ医師がおり、95%の対象者が定期的に受診していました。また、通所介護サービスの利用も多く6割に及びました。これに比較して、歯科医療機関に定期的に受診している者はわずか15%であり、1年以内に受診した者は、症状があり受診したものを加えても25%にとどまりました。

2) 低栄養と咬合支持

栄養状態が良好な者は35%、低栄養リスクと判