

<特別寄稿>

口腔ケア —その道のりから課題解決に向けて—

鈴木俊夫

一般社団法人 日本口腔ケア学会 名誉理事長

医療法人 鈴木歯科医院 理事長

はじめに

ここ数年、健康寿命の充実に向けて、フレイル対策の一手法として、オーラルフレイルへの対応が進められており、その充実を図るため、また、誤嚥性肺炎の予防として口腔ケアが各地で取り組まれている。そこで、本稿では、「口腔ケア」について、道のりから見えてきた課題などを述べてみたいと思う。なお技術的な内容は他書に譲り、主に、訪問診療を中心とした内容とし、項目によっては重複することがあることをお許し願いたい。

地域での訪問

父親が1943年に、現在地で歯科医院を開業した。筆者は大学の口腔外科を経て、1977年跡を継いだ。父親は、長く往診を行っており、地域で患者の生活を眺めながら仕事をしてきた。父親は「地域で医療を進めるには、患者さんが生活している場の環境を知ることが大事なことだ」と常々言っていた。

以前は、押し入れの中の寝たきり患者や、発熱などで身体の不調な介護者がみえた場合には、患者と介護者を救急にお願いして対応をしていた。重度障害児などでは、台所の机の上に患児を乗せたり、介護者が患児を抱いて水の入っていないお風呂に入り、患児を固定したり、テレビや治療時のライトの光刺激で痙攣を起こす方や、地元では診てもらいたくないと遠方から当院へ依頼が寄せられたりしていた。

1. 住居

訪問先での困難もたくさんあったので、その一部を紹介する。

住居では、玄関や床や畳が腐食？して、今に抜け落ち壊れそうな部屋や、家具が汚れていて、机に置いた

治療器具がべとべとになったり、歩くと靴下が床に張り付いたり、食べた物が放置しており、腐った臭いが充満していたり、害虫が走り回っていた。ゴミ出しができおらず、足の踏み場もなかったこともあった。また、ペットの手入れがされておらず汚れており、鳥や犬が走り回って診療の邪魔をされたりした。物が多くて部屋の中が狭く歩きづらく、スタッフの座る場所がなくて立ったまま診療せざる得ないことなどさまざまであった。

さらに、患者から駐車場が遠く、路上に駐車しなくてはならず、駐禁の張り紙をされることもあった。

急患の場合では、所轄の警察へ届出が間に合わない。高層階マンションでは、エレベーターが偶数階・奇数階・高層階専用だったり、マンション群・公団住宅群などでは、たどり着くのに苦労したこと也有った。観光地では、道路が渋滞して移動できなかったり、山道では、細く曲がりくねっていて、ナビでも迷ったり、車が路肩から落ちそうになったりと、報酬につながらない場合もたくさんあった。

訪問した直前に他界されたり、呼吸停止されていてすぐ救急車を要請したりもした。死亡時での対応は、警察、主治医、ケアマネなど、その状況により連絡順が異なる。また、死後に義歯を入れてほしい、口の中をきれいにしてほしいなどの依頼が寄せられるが保険診療の対応とはならないため、善意での対応となる。

2. 治療の前に

以前から通院されてみえる患者ならおおむね状況がわかるが、久しぶりの方たちから訪問の依頼が寄せられたら、①必ず介護支援専門員（以下ケアマネ）に連絡をとり、サービス受入依頼票（ステップ2）の送付を依頼する。②回答が届いたら主治医や主たる介護者を確認。③そしてケアマネと情報を共有し、主治医に

連絡をとり、全身状態や疾病の進行状況、服用薬剤を確認することが必要である。

なお、ケアマネのなかには、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士などがいるので、基本職業を伺い意見を聞いておくと参考になる。

3. 全身状態の把握

訪問の前に、ケアマネや主治医から患者の罹患疾病、現在の状況、認知症や今後の全身状態の変化、介護の状況、経済状態、健康保険や介護保険の負担割合、現在の収入状況などを聞き取るとともに、身体の運動能力や可動範囲、部屋の位置やトイレの場所、移動範囲、そして、洗面所の作りや手指の動きを把握しておくことも必要である。そして、介護者の認知度や、介護能力も知り得ておくとよい。

4. 初診時

主訴が判然としない場合や、本人・介護者と会話の成立が困難だったりすることもあるため、可能であれば、ケアマネに同席していただくと、状況判断がしやすくなる。

また、最初から拒否が強い場合もあり、無理して開口すると噛まれることもよくあるので注意する。なお、精神疾患や認知症が進行している場合には注意が必要である。

5. 診療時の確認・準備事項

- 1) 健康保険証、介護保険証、負担割合などの確認
- 2) 訪問に関する案内書や治療の承諾書
- 3) 患者の居所、体位、麻痺の程度、部屋の明るさを観る
- 4) 食事の摂食状況や嚥下状態を観察
- 5) 主訴の把握

会話が成立するか否か、また認知が進行している場合には、主訴が判然としない場合も多い。

また、主訴を術者や歯科衛生士などに伝えることが思うようにできない場合もある。

6) 歯周疾患と歯牙カリエスの状態

かなり高度な歯牙齲蝕や歯周病があり、さらに、挺出や傾斜などで咬合関係が崩壊していることがよく見られる。

齲蝕は、歯頸部から進行している場合が多く、歯冠崩壊の原因にもなり治療が困難なことが多い。

- 7) 残根や齲蝕による鋭縁の有無、歯牙移動・傾斜などにより、舌・頬部粘膜・口腔堤粘膜などに挫滅創や裂傷をきたしている場合や、挺出した歯が対合部分の歯肉に咬合時に食い込んでいることもある。

8) 義歯使用の有無

義歯を使用していることを患者自身が認知しておらず、介護者が知らないこともある。また、義歯に食物残渣、着色、歯垢の付着や、破損している義歯を見かけることが多い。義歯に関しては、後述する。

なお、鉄剤を服用している患者には、歯・義歯・舌苔に、鉄分が唾液を介して付着し、黒色を呈していることがある。

9) 舌や口腔粘膜に挫滅創や白斑、腫脹の有無

口腔内の粘膜や歯肉に、歯による損傷、扁平苔癬などの粘膜疾患、カンジダなどが見受けられる。その他、腫瘍、なかでも悪性腫瘍がみられることがあるので、粘膜や舌に白色変化や無痛性腫脹がみられた場合には、歯科口腔外科へ紹介する必要がある。

10) 口腔粘膜の乾燥

さまざまな原因で、非経口摂取、口呼吸、薬剤の作用、下顎脱臼などで、口腔乾燥が進行していると、唾液の分泌が減少し、嚥下障害をきたすとともに、誤嚥性肺炎の大きな原因ともなるため、粘膜や舌の保湿がきわめて重要である。実際に保湿するには、気管切開、人工呼吸器、酸素吸入などが施術してある場合、手技的に難しいことが多い、さらに手間暇時間がかかるので、まずは口唇が乾燥することがないようワセリンを塗布すると効果的である。

11) 上下口唇の乾燥対策

口唇が乾燥すると口角炎を起こしやすく、また治療時に出血したりするため、ワセリンなどで、常時保湿するとよい。

12) 口腔周囲筋群が萎縮

周囲筋が萎縮すると、口裂（くちの入り口）が狭くなり、義歯の製作、義歯の着脱、歯磨きなどの口腔ケアが困難に陥る。

萎縮が進んできたら、口唇を軟らかくする毎日マッサージするのがよい。無歯顎（歯がすべて喪失）となっている患者には、よく見られる。なかには義歯を外すために、器械で義歯を壊して取り出すこともある。

13) 頸関節脱臼の有無

気管切開や経管栄養などを受けている患者に、下顎が脱臼して口を閉じられなくなっている患者がいる。開口したままにしておくと食物摂取や嚥下が困難になり、口腔乾燥、誤嚥、感染などをきたす。したがって、気が付いた時点で早急に下顎を整復する必要がある。

なお、習慣性の場合もあるので、アゴバンドで開

口を抑制する必要がある。整復時、反射的に抵抗したり閉口するので注意が必要である。整復時に力を入れすぎると下顎骨骨折を起こすことがある。困難な場合には、病院の歯科口腔外科へ協力を求める。

14) 舌や口腔周囲筋群の不随意運動

舌や口腔周囲筋群がさまざまな原因で不随意運動を生じている患者が多い。看護師や介護職に相談を受けた場合には、主治医と相談する必要がある。

15) 摂食嚥下機能障害

認知症、脳梗塞、脳出血、脳腫瘍などが原因で、認知や運動麻痺が生じることがよく見られる。症状が出現してから、医師、看護師、言語聴覚士などと相談して早期に治療を開始する必要がある。

食事を誤飲・誤嚥する所以があるので、管理栄養士と食事形態などを検討する必要がある。なお、食事形態を軟らかくすると、元に戻すのが難しくなる。きざみ食は、歯に張り付いたりして、不潔になりやすくなるので医師・歯科医師と相談する必要がある。

きざみ食などを口腔内に運び込むとき、スプーンに食物が張り付くことがあり、下顎の前歯部にスプーンをひっかけて、口腔内に入れることがあるので、食介する職種に様子を聞いたり、ミールラウンドで喫食状況を観察する必要がある。

16) インプラント治療の有無

インプラント治療を受けた患者では、インプラント治療を受けたことを忘れたり、家族も知らなかつたり、インプラントの上部構造物の破損や崩壊、インプラント本体の破折、インプラント植立部の歯槽骨崩壊などさまざまな状況が起きている。また、施術した医療機関やインプラント手帳などがあれば歯科医師に提示してもらう。このようなケースは今後増えてくると思われる。

施術した医療機関は、予後のことを必ず患者に伝えるべきである。

口腔ケアが困難な症例

次のような事例は、見ることが少なく、看護師が対応している。

1) 放射線治療後の症例

2) 農薬などの薬剤を飲んだ症例

3) 火事・爆発などで呼吸器全般にわたる火傷

4) 高度な顎顔面外傷

生命維持を優先しての口腔ケアは、かなり困難を極める。

1. 歯磨き

手指の可動範囲、居所から洗面までの移動を聞き取り指導することになる。情報の多くはケアマネや訪問看護師から得るとよい。

①ブラシ：種類と形状。手指の状況で形状の工夫が必要となる。作業療法士などと検討するのも一つの方法である。

②うがい：ぶくぶくうがい、がらがらうがいがある。ぶくぶくうがいが可能なら口腔ケアも成果があがる。

がらがらうがいができるのであれば、誤飲・誤嚥を注意して指導する。いずれにしても口唇の閉鎖がどこまで可能なのか確認する必要がある。

2. 義歯

義歯については、さまざまな事案が起きる。

1) 義歯が破損

2) 義歯のクラスプ（義歯を支えている部分）が破損・脱落している

3) 歯の欠損・破損などで、義歯が不安定

4) 義歯の適合が悪い

5) 義歯の着脱が困難

上記のような場合には、可及的早期に修理や調整をする必要がある。

6) 義歯の誤嚥や誤飲

不適合な義歯を使用していると事故につながる。発見もしくは気が付いた場合には、すぐ主治医に連絡してエックス線撮影して確認し、対処することになる。

7) 義歯の保管・管理

義歯を清潔に保ち、紛失や破損しないようにする。また、施設では他人の義歯を口腔内に入れている人がいるので、可能ならば義歯にフルネームをつけておく。

8) 義歯を口腔内で絶えず動かしている

口腔内で、義歯を外して遊んでいる場合には、義歯が不適合な場合もあるので、弄舌癖や不随意運動などと見分ける必要がある。

9) 義歯接着剤や安定剤など

義歯が不安定な場合、義歯接着剤や安定剤を使用している場合が多く見られる。適切に使用しているか、長時間接着したまま、義歯を外した場合、そのまま接着剤を除去しないで放置し、そこへ新たに追加して使用していないか、などを確認する必要がある。口腔内が乾燥している場合には義歯を外すのが困難になる場合があり、無理すると粘膜の剥離をきたすことがある。認知症や手指が不自由な場合には介護者が管理することになる。

10) 義歯洗浄剤：誤飲・誤嚥

義歯を清潔に保つため義歯洗浄剤を使用するが、その洗浄剤を誤飲することがある。また時として誤嚥することもあり、介護者に注意しておく。

11) その他

義歯をもて遊んだり、口を含嗽するときいわゆる「水中毒」の人があるので、注意して観察する必要がある。

各種疾患罹患者

本編では、いわゆる寝たきりの高齢者や認知症、精神疾患への対応は他書へ譲るが、歯科医師が接することであろう患者について述べたい。

1. 口腔癌に罹患した在宅寝たきり者

寝たきり状態で、口腔癌が発見されたため、病院へ紹介したが、高齢で口腔癌の治療により、食物の摂食嚥下障害をきたして体力が低下する方が生命維持に悪影響をきたすと思われたため、そのまま経過観察に、次第に口腔癌が増大し閉口できなくなり、悪臭も漂うことになる。

口腔内の症状は、対症療法で口腔ケアが主体となる。全身状態については主治医と検討し、管理栄養士から食事内容を家族に助言していただきながら経過観察する。次第に口腔からの摂取が困難となる。

主治医から、栄養補給は歯科医師で決めてほしいと相談が寄せられることがある。腫瘍の増悪では、頬部へ腫瘍が露出してきたり、下顎骨に病的骨折をきたすことがある。口腔外へ腫瘍が増悪した場合には、唾液が流れ出るので、口腔ケアが複雑困難になる。歯科衛生士では対応が困難となるので、訪問看護師にお願いする。

口腔癌の末期の患者、もしくは他の部位が原発で口腔内へ転移している場合、全身状態の低下が早く、主治医との連携が強く望まれる。その場合、必ずケアマネ、訪問看護師、訪問介護員、福祉用具専門相談員などと情報共有をして対応する。

なお、歯科衛生士の訪問は、緩和ケアを除いて月4回しか報酬がない。血液疾患や肝疾患などで出血傾向がみられる場合には、歯科衛生士は無償で対応することになる。報酬の面では訪問看護とはかなり異なる。したがって、歯科側から訪問看護へ口腔ケアを依頼することになる。この矛盾はとても残念である。

2. 関節リウマチや筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症などの進行性の疾患

徐々に筋力低下や変形などをきたす疾患には、初期の段階から口腔の手入れ必要性をお話し、こまめに口

腔内の歯石の除去や歯磨き指導を実施する。そのとき、手指の動きを確認し、その程度に合わせて歯ブラシの工夫を行っていくこと。

また、頸部の変形や開口障害をきたしてくる症例では、整形外科などとの情報交換が不可欠となる。注意しないと、わずかな力で頸部の圧迫骨折をきたすこともある。

筋ジストロフィーや筋萎縮性側索硬化症などでは、発声ができなくなり、会話が困難になってくる。次第に自発呼吸が困難になるため、気管切開をしたり人工呼吸の使用が必要になる。窒息や誤嚥に注意しながら、意思の疎通を図り、治療やケアを進めていくことになるため、介護者はむろん訪問看護師や訪問介護員などと共に、ケアマネへの指導が不可欠である。ベッドからうつぶせに落ちたら、そのまま窒息死となる。

3. 呼吸器不全をきたす疾患

呼吸器不全には、下記のような原因があるが、いずれも呼吸しても肺胞などが変成・線維化・萎縮・破壊される結果、酸素が血中に取りこまれないため窒息していく苦しい疾患である。近くにいると大きく息を吸いたくなる。

- 1) 肺腫瘍
- 2) 間質性肺炎
- 3) 喘息

咳き込んで吸気ができず窒息したり、その影響で心機能停止に陥る。

- 4) 塵肺（じんぱい）
- 5) 結核
- 6) 感染症
- 7) 先天異常
- 8) 脳幹部の梗塞

全身状態や呼吸苦の進行状況に合わせて、治療やケアを進めることになるため、主治医や看護師などと密なる情報共有が必要となる。

なお、使用薬剤により副作用で呼吸抑制が起きるとされる。

脳幹部の梗塞で、呼吸中枢が侵されたり、口腔ケアなどの刺激で呼吸停止をきたすので注意が必要。

A. 人工呼吸器や在宅酸素療法（口腔ケアと気管ケア）

脳梗塞や筋萎縮性側索硬化症などさまざまな疾患により、高濃度の酸素を吸入しても自力呼吸が次第にできなくなると、やがて気管切開に移行する。人工呼吸器と患者自身の呼吸の動きを合わせるのはかなり辛い治療となり、ときに器械と合わないとむせることになり、かなり体力を消耗する。介護者や医療者も見ていて苦しくなる。

人工呼吸器の装着や在宅酸素療法を受けている患者は、酸素が乾燥しているため回路に加湿器を装備されているが、十分とは言えず、口腔内が乾燥してくる。また、気管切開の患者では、気道・気管・肺・口腔内からの垂れ込んだ唾液や粒度食などが排出されてくるため、絶えず気管内吸引が必要となる。したがって、口腔ケア・気管ケアと乾燥予防を、介護者をはじめ看護職や介護職と情報共有をして技術指導やその注意点を把握しておかなければならぬ。なお、睡眠時無呼吸症関係は割愛する。

B. 体位とベッド

1) 呼吸苦

肺や筋骨格神経疾患や脳出血などの症状が進行していくと、呼吸苦が徐々に悪化してくる。したがって体位を観察しながら短時間で手際よく進めることになる。併せて、

- (1) 寝ている体位が呼吸機能に即しているか
- (2) エアーマットの機能と状況
- (3) 服用薬剤で呼吸機能抑制剤があるか否か
- (4) ベッドが患者の機能に適しているか
- (5) 福祉用具事業者やケアマネ、訪問看護師がどの程度把握しているか。
- (6) 夜間、どの程度睡眠が得られているか。

などを、踏まえておくこと。

C. 各種装具など

頸椎治療などに付随する装具で、頸椎カラー、フィラデルフィアカラー、ハローベストなどを装用している患者は、頸部の動きが抑制されているため、治療はじめ歯磨き・うがい・口腔清拭などが十分できない。したがって利用できる物品・用具の用意をして出向くことになる。頸部の可動域がほとんどないので、洗面に関する移動など手間暇がかかるため、必要な時間の予定を確保しておいた方がよい。一度、装具を装着して体験学習をしておくとよい。

その他の留意点

1. リハビリテーションや言語訓練そして顎切除後の対応

歯の多数歯欠損で、義歯が装着されていない場合や、咬合関係が崩壊しているような場合、歩行や周囲へのつかまりに力が入らないため、機能訓練が十分に進まないことがある。咬合関係を回復・改善すれば、「噛みしめ」ができるようになり、さらに口腔内を陰圧にすることができるれば、嚥下機能が改善すると思われる。

また、悪性腫瘍などで、顎切除や顎補綴をしてある患者では、看護職に、口腔ケアをしっかり指導しておかなくてはならない。大きな顎補綴の場合、患者自身

では機能訓練ができないので、マニュアルを作成しておくとよい。上顎摘出などでは上顎洞から口腔内までの口腔ケアが毎日必要となるので、どのようにしたらいいか、歯科衛生士と看護職と連携を密にして進めることになる。緩和ケアではないため、報酬の請求が難しいのではないかと思われる。

2. リスク管理

治療環境が整っていない場所で医療やケアを進める場合には、医療事故の発生予防をしていかなくてはならない。そこで、過去の状況を参考にして述べてみる。

- 1) 感染対策：以前、大阪府下の複数の病院で起きた事故では、口腔ケアで使用した物品の消毒が十分にできておらず、11名の死亡者がでるに至った。原因は吸引機器からの感染とされた。標準予防策以上に感染予防に注意を払わなくてはならない。
- 2) 弁護士などの法曹関係者との勉強会や意見交換
- 3) 食物による誤嚥・誤飲の予防
- 4) 義歯の誤飲・誤嚥
- 5) 呼吸中枢への刺激で呼吸停止
- 6) 不可抗力による事象
- 7) その他
他医療者との情報共有や連携不足
他職種との連携不足など

3. 管理栄養士や言語聴覚士との連携

- 1) 認知症や脳梗塞などによる理解力の程度を把握する
- 2) 摂食嚥下機能障害による嚥食状況を把握し、食事形態を検討する
- 3) 管理栄養士と口腔内の状況共有
- 4) NST や栄養ケアマネジメントへの協力とその把握
- 5) 管理栄養士や言語聴覚士と摂食嚥下状況の情報共有
在宅では、訪問介護員やケアマネとも共有することになるが、現実的には、どの所属の管理栄養士や言聴と連携を図ったらいいのか困難である。
- 6) 医療やケアを進めるにあたり、訪問やケアマネや訪問介護員に冷蔵庫内にある食料の形態の状況確認を依頼することになるが、現実的には、時間的や人的、職種的などのことがあり、充実は難しいことが多い。

4. 介護報酬における加算

令和6年から、介護報酬で、いよいよ LIFE（科学的介護情報システム）の本格的運用が始まった。

栄養ケアマネジメントが動き出したのは、介護保険

制度が施行された時点から、その中で位置づけられた。同時に、歯科口腔内の状況の観察項目が設定された。日本歯科医師会からも要介護認定にかかるアセスメント項目に歯科口腔領域の要望が出されたが、人的・経済的裏打ちもないままの開始であったが、ようやく今回の改定で動き出した。狙いは、フレイル対策である。

令和6年度からは、介護報酬の加算として、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の実施と一体的取り組み」の充実を図ることになった。

5. 関係職種の教育の充実

さまざまな連携が模索され動いているが、歯科口腔関係の基礎知識領域の教育時間が少なく、それぞれの職種がお互いにどの程度把握している知り得ないこと、また、その権能を理解しないままになっている。

そのうえ、介護老人保健施設、特別養護老人施設、介護治療院、医療療養病院など、施設にもさまざまな種類があり、勤務している職種や業務も複雑化しているので歯科医師もその内容や入所者の状況なども大きく異なるため指示が難しい場合がある。

6. クリニカルパスへの位置づけ

さまざまな疾患で入院治療を受けるとき、多くの病院では、クリニカルパスが運用され、そのパスがどのような内容なのか病院側から提示され説明される。したがってそのパスの中に口腔ケアを位置づけされていれば、なれば自動的に進められてゆく。現在、電子カルテにはパスが設定されている。バリアンスが出てくるのでその場合には、それぞれの施設で内容を充実する必要がある。

7. 血流感染予防におけるバンドル活用

歯科治療や口腔ケアでリスクが高いのは、感染性心内膜炎や菌血症から敗血症である。いわゆる血流感染と言われるもので、致命的疾患になる。

その血流感染の予防策の手順として、血流感染では治療における各過程にバンドル（感染症科で使用）を作成し充実を図ろうとしている。

8. 成年後見人・身元保証人・身元引受人など

認知症が進行した場合や、配偶者などの介護者や子どもなどがいない場合において、金銭の判断や社会生活を送る判断ができなくなる状況に陥る前に、本人・家族・ケアマネなどで検討して社会生活を確保できているようにすること。

身元保証人や後見人や身元引受人など、法的な制度があり、それに基づく権能を有しているため、診療に着手するまでに確認をし、治療の具体的な内容や支払

いなどについて決めておくこと、後見人は家庭裁判所で決定をしてもらうことになるが、時に監督人をつけたりすることがあるので、制度をよく調べ把握しておくことが不可欠である。

道のり

「口腔ケア」は、多くの職種に受け入れられ使用されるようになってきた。現在、一般社団法人 日本口腔ケア学会には、1万人を超える会員がおり、その職種も幅広く、さらに国際的にもその活動の輪が広がっている。

さて、その足取りであるが、1990年ごろに看護教育カリキュラムが1割削減されることになり、口腔に関心を寄せている看護教員から、「削減に伴い多くの看護教育養成校では、歯科口腔領域の講義が削減されたようですが、大丈夫ですか」との話があり、愛知県内の看護学校に問い合わせてみると、多くの学校で歯科口腔領域の講義はなくなり、看護教員が不足分を補っているとのこと。しかし他の領域も同様に削減されているので、口腔領域の教育には期待できなくなってしまった。

そこで、愛知県歯科医師会では、危機感を抱き、看護師・准看護士養成校の教務主任連絡協議会、看護大学関係者に対して、口腔ケアの充実に向けた研修会を開催した。併せて、看護教育関係者以外にも、訪問教育担当教諭や栄養関係者などにも声をかけた。愛知県歯科医師会では、「口腔ケア」の書籍の刊行を事業化し、看護教育の一環として役立てていただくようにし、そのなかの、指導要領案を掲載して看護学校での教育を進めやすいように配慮した。

刊行に際し、厚生省、日本看護協会、看護大学、看護師養成校、栄養士養成校、訪問教育、養護教諭などの協力を得て、国立国会図書館、厚生省、医科や歯科の大学図書館、各地の看護大学や養成校、全国の歯科医師会などに配布した。

並行して、愛知県では、法曹、報道、難病連や各種患者団体、健康保険組合などに、講演会を開催し、さらに、口腔ケアの重要性を、新聞などの報道関係にも幅広く協力を依頼した。

また、当時の2級ヘルパー養成や介護支援専門員資格試験合格者に対し、講義とパンフレットの配布を社会福祉協議会の協力で行った。

その後、多くの雑誌で特集が組まれ、書籍が刊行されている。

1. 新たなる資格を

栄養教諭が配置されつつある。そこで、歯科衛生士による歯科保健教諭を創設し、若年期から口腔に関心を持たせること。また学校歯科検診の内容の充実を図

り、健康的な口腔や咬合の育成を図っていけば現在みられるような状況を改善できると思われる。

2. 健康寿命の充実に向けて

臨床に携わってきた経験から、以下が必要と思われる。

- 1) 教育時間の不足
- 2) 教育内容の充実
- 3) さまざまな制度などに口腔ケアの位置づけ

- 4) 関係各職種間の連携
看護職や介護職をはじめ、患者との連携の要となる介護支援専門員や社会福祉士や相談員などへの情報提供と緊密な連携
- 5) SNSなどを使用して各種情報の提供
- 6) AI や ChatGPT などの活用
まずは、教育の実践的な充実をはかることから開始

よく聞かれる言葉

しらなかった。気が付かなかった。わからない。やれなかった。
手がつけられない。できません。食事形態をおとしたら。そして,
そうか。そうだった。わかった。できた・・・。