

介護予防 プラクティス

口腔ケア

摂食・
嚥下リハ

NST

監修 **金子芳洋**

明海大学客員教授、
日本摂食・嚥下リハビリテーション
学会名誉理事(前・理事長)

編者 **阪口英夫**

大生病院歯科口腔外科科長

糸田昌隆

わかさ竜間
リハビリテーション病院診療部長

② 喫食障害と口腔ケア

鈴木歯科医院院長
日本口腔ケア学会会長

鈴木俊夫

コメント
金子芳洋

はじめに

誤嚥性肺炎の予防、口内炎や口腔乾燥などの改善、喫食（美味しく食べられる）できる口腔機能の回復などを期待して、口腔ケアが各地で取り組まれている。

口腔ケアは介護保険制度において、認定調査や介護サービス計画作成時のアセスメント項目に位置付けられ、さらに2006年度から新設された介護予防給付としてその適応を受けることになった。この予防給付では、①運動器の機能向上、②栄養改善、③口腔機能の向上——が対象とされ、口腔ケアは③に該当している。

そこでここでは、改めて口腔ケアの定義から、口腔内の現状、地域連携、関係情報、さらには課題について述べてみる。

口腔ケアへの取り組み（経緯）

1991年に看護教育カリキュラムが大幅に改訂され、歯科口腔領域の授業時間が大幅に減少することになった。急拠、それに対応するため、愛知県歯科医師会では「口腔ケア」（270ページ・朝日出版）を10,000部刊行し、愛知県歯科医師会会員はじめ、愛知県内の主だった病院へは各看護単位1冊（外来・手術室・病棟数）、看護教育・歯科衛生士教育施設には希望数、全国各地の医学部や歯学部看護部、看護教育施設などへ配布した。

執筆には愛知県、名古屋市、看護大学など全国の看護教育関係者の協力を得て、医師・歯科医師・保健師・看護師・養護学校教諭・管理栄養士などが従事した。

この発刊を契機に、1992年に日本口腔ケア研究会が設立され、2004年には学会へ衣替えをし、現在に至っている。またその間、各地に口腔ケアに対する関心が芽生え輪が広がり、東海

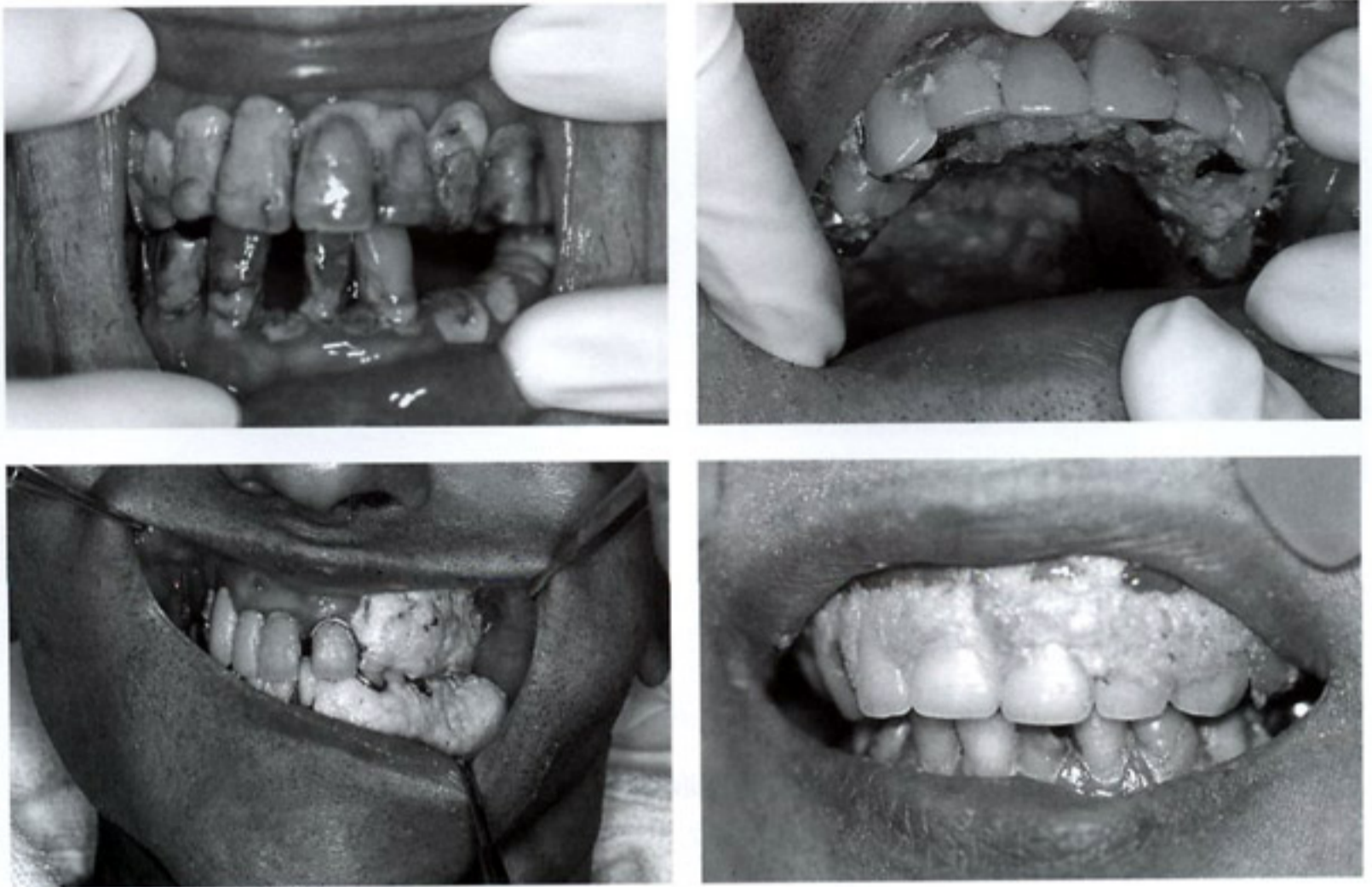


写真6、7、8、9 不潔な口腔内の状態

地方会が1993年に立ち上がり、その後相次いで各地に地方会が設立されている。

歯科領域（愛知県）では、1980年に入り歯科医療機関に、在宅はじめ病院や施設の脳梗塞などで通院困難な高齢者からの往診依頼が増し、それまでの在宅心身障害者から様変わりし、積極的に往診が取り組みはじめられた。その動きが広がるに従い、口腔ケアの必要性が注目されるようになり、前述したように看護カリキュラムの変化と相まって急速に進展することになった。栄養関係では、臨床栄養（医歯薬出版・1988年）で、「嚥下障害者の食事—介護食」がカラーで取り上げ、また、神奈川県小田原市の潤生園の「救命食」が、大きく話題となった。

往診して義歯を作成しても、嚥下障害のため食べることができず、潤生園や豊橋市民病院田中靖代看護師や聖隷三方原病院藤島一郎医師に助言を仰いできた。その後、藤田保健衛生大学に才藤栄一先生が着任され、1995年に摂食嚥下リハビリテーション研究会が設立された（現学会）。また、看護師の国家試験（1999年）にはじめて「口腔ケア」の語句が使用された。

◎◎◎ 口腔ケアの定義と現状 ◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎

当時、名古屋市立中央看護専門学校の学校長であった山中克己（現名古屋学芸大学管理栄

養学部長)は口腔ケアを“口腔の疾病予防、健康保持増進、リハにより、QOLの向上を目指した科学であり技術である”(1994年)と定義した。広義では、フッ素塗布からブラッシング、うがい、清拭、義歯の保管や手入れ、摂食・嚥下リハ、食介護、マッサージなど幅広く、狭義では、ブラッシング、うがい、清拭、義歯の保管や手入れ、舌苔や口腔乾燥への対応などとしている。なお、本稿では狭義の範疇を進めていく。

口腔の状態や義歯の手入れについてみると、少しずつ改善はみられるが、相変わらず不潔な場面も数多い(写真6、7、8、9)。

原因は、看護や介護で口腔ケアを実施する人材と人員の不足、認知症などケアに非協力的な人、さらに、歯科衛生士の口腔ケア(訪問歯科衛生指導)に関する診療報酬での厳しい締め付け、などが相まって思うように進展していかないことだ。

〇〇〇 口腔ケアの対象者と実施者 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

対象者は、ICU・化学療法・移植などの急性期から、麻痺・筋力低下や寝たきり高齢者などの慢性期、また、認知症・精神障害者・心身障害者など多岐にわたり、セルフケアが十分にできない人たちに大きな福音となっている。今後、さらに高齢者が増加すれば、その期待はますます大きくなる。

口腔ケアは、日常の生活習慣から放射線治療の合併症や血液疾患など、専門的な知識と技術を必要とする領域まで幅広い。そのため、医師・歯科医師・看護職・歯科衛生士・介護職・ボランティアから、最近では、言語聴覚士・管理栄養士まで関わるようになってきた(写真10)。さまざまな職種が連携を図り、さわやかなケア(気持ちの良いケア)として、効率よく実施していただけることを望みたい。



写真10 歯科衛生士と管理栄養士で義歯の様子を聞いている



写真14 高度に進行したう歯や歯周疾患

し情報を集めそれを知識として身につけることになるが、現場では技術（コツ）と知恵が不可欠である。情報を集めるにはパソコンや人脈が重要な位置を占める。したがって、知識・

技術（コツ）・知恵・人脈はその人にとり貴重な財産となり、口腔ケアもそのひとつである。

口腔ケアに関する事故で致命的な事案は少ないが、最近では脱脂綿による窒息死が発生している。多くは歯牙の動揺、歯肉からの出血、粘膜の損傷などである。他方、感染対策を講じていないと、患者からHB、HC、TB、介癖などを感染する危険性がある。義歯関係では破損、誤嚥（写真13）、誤飲、紛失などがある。



写真15 舌苔の多い舌

〇〇〇 栄養ケアマネジメントとNSTとクリニカルパス 〇〇〇〇〇〇〇

栄養ケアマネジメントやNSTでは、前提として歯科治療が終了し、口腔ケアが行き届いていることが必要である。不適合な義歯、痛い歯、高度に進行したう歯や歯周疾患（写真14）、強い口臭、乾燥した口腔、舌苔の多い舌（写真15）などがひとつでもあれば、美味しく食べることはできない。アセスメントの時点で早く歯科受診を勧め、問題を解決しておいてほしい。そこは管理栄養士に期待するところである。また、クリニカルパスの中に口腔ケアを位置付けておくことも必要で、ぜひ関係委員会のメンバーに歯科医師や歯科衛生士を参画させていただきたいと考える（写真16、17）。

ひとつの課題として、入院・入所している間口腔ケアを受けていても、退院・退所すると途切れてしまうことがある。また、地域へ戻っても、口腔ケアを受けられるような環境にないことも



写真16 管理栄養士が患者さんの歯磨きをして、口をゆすいでいる



写真17 管理栄養士、看護師、歯科衛生士で栄養ケアマネジメントのアセスメントを実施

ある。したがって、情報が円滑に流れ、口腔ケアが途切れることのないように、地域ネットワークの構築や制度づくりが求められる。栄養ケアやNSTも同様ではないだろうか。

口腔ケアは、患者の居所がさまざまにしかも移り行く。その中で継続して実施していくには、多職種が関わるためリーダーシップは誰か、歯科衛生士やヘルパーへの指示と法的整備、EBMの確立、経済的評価、医療事故予防対策、制度へ位置付け、口腔ケアに関する教育——など、課題は山積している。

“最期の時まで美味しく食べたい”と思うのは、筆者だけではないと思う。

日本口腔ケア学会事務局

住 所：〒464-0055
 名古屋市千種区姫池通3-7-502
 電話・FAX：052-763-7844
 メールアドレス：office@oralcare-jp.org
 URL <http://www.oralcare-jp.org>

携帯サイト
QRコード



対応機種を
お持ちでない方は
下記のURLでアクセス
してください。

<http://www.oralcare-jp.org/m/index.html>