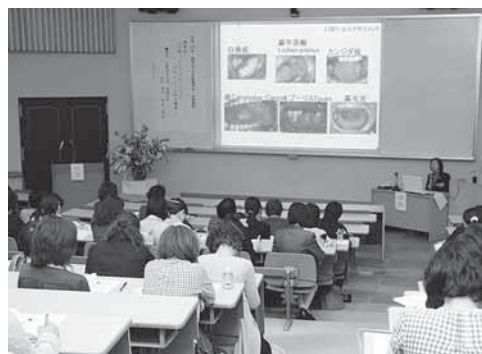


平成22年度高知女子大学看護学会 「公開講座」

口腔ヘルスプロモーション ～口からつくられる健康～

兵庫県立大学看護学部 教授
坂下 玲子



今日は、口腔ヘルスプロモーションというテーマをいただき、どうもありがとうございます。口腔は狭い領域ではありますが、多種多様な医療者が関係しているところでもあります。一般的なところからお話しますが、本日集まられた方の中には、臨床で具体的な問題を抱えておられる方も多いと思いますので、ご質問いただけたらと思います。

1. ヘルスプロモーションとは

ヘルスプロモーションに関してWHOは、「人々が自らの健康をコントロールし改善することができるようにするプロセス」と定義しています。私たち医療者は、疾患または患者さんが現在持っている問題を解決しようと働くわけですが、ヘルスプロモーションはその一歩先に進んで、問題が起きないように健康を促進するという考え方です。

今なぜヘルスプロモーションが必要なのでしょう。従来医療は治療を行ってきました。患者さんが困ったなという問題を解決してきました。しかし、治療では、一時的に治すことができたとしても、結局原因を取り除かない限り、再発するわけですね。70年前でしたら、当時の健康問題の多くは感染症でしたので、原因である微生物を除き、炎症を治めることで治癒しました。でも現在の健康問題の多くは慢性疾患です。例えば、糖尿病で足の循環が悪くなり足を切断される方が残った足に病変を起こされる確率は70%程度といわれています。心疾患にしろ、脳卒中にしろ、臨床的に再発、再入院はよくご経験されていると思います。現代人の健康問題は慢性疾患ですが、その原因の多くは生活にありま

す。日常生活のあり方を変えない限り再発してしまうので、治療だけでは健康問題を解決できません。病院では、急性期の治療が行われますが、これは症状をとりなんとか生活できるレベルにする応急処置ですので、根本的な健康問題の解決とはいえません。退院し、また悪化し再入院を繰り返しながら、ゆっくりと坂道进行がり落ちるような状態が悪くなっていくのが現状ではないでしょうか。慢性疾患はいわゆる生活習慣病ともいわれますが、生活の中に原因があります。遺伝的な要因も重要ですが、生活環境が発症を左右します。ですから、疾病を引き起こした生活を変えないと、健康問題は解決しません。治療を受けても血管壁にアテロームが蓄積されるような生活を続けていたのでは再発は避けられません。「生活を変える」ことが、慢性疾患の改善には不可欠ですが、50年、60年生きてこられた方が生活の仕方を変えるのは大変難しいことです。まず不可能です。でも、それを可能に変える職種があるとしたら、それは看護職なのだと思います。なぜなら看護職は、健康問題と生活援助、この両方に専門性を持っているからです。また健康問題の解決には他職種と連携しチーム医療を進める必要がありますが、そのコーディネイト役も看護職が適していると考えます。

話は戻りますが、いくら治療してもその原因をとり除かないと問題はなくなるので、予防という考えが出てきました。疾病が起こるのを事前に防ごうという考え方です。予防に貢献したのが疫学です。疫学は疫病すなわち伝染病の原因や感染経路を解明し予防しようという考えから発展してきました。天然痘など、その原

因が単因子である場合には非常に効果がありました。しかし、現在の健康問題は、長年にわたる複数の生活習慣と、宿主の例えば遺伝因子などが絡み合って発現します。それなら、疾病にかかりにくい、健康のポテンシャルが高い状態にしていくという考え方がヘルスプロモーションです。その考え方を実践した研究事例を紹介いたします。

2. 研究紹介：咀嚼器官の発育の低下の実際

1) 研究の概要

ヘルスプロモーションという概念を明確にさせていただくために私の研究を紹介したいと思います。私が、口腔に興味を持ったのは、大学院生のときに沖縄の離島検診に参加した時からです。子どもの口の中に様々な変化が起きていることに気づきました。顎に歯が生えきらないという現象、若年者の顎関節症（雑音、痛み、開口障害）、咀嚼機能の低下がありました。保育所で給食の時間になると、子どもたちが、「ご飯食べるのってすごく疲れるねー。」という声を耳にしました。「すごく疲れる」背景の一つとして、うまく噛み吞み込めないという咀嚼機能の低下があります。それから、むし歯はもちろんですが、歯肉炎の蔓延がありました。子どもでは重症化はしませんが、歯肉炎は歯周病のはじまりです。表1には研究の経緯を示しました。まず、これら気になる現象の実態調査をしました。

表1 研究の経緯

オーラルヘルスプロモーションに関する研究の経緯 1. 実態調査 1) 歯と顎骨の不調和の増加 2) 若年者顎関節症 3) 咀嚼機能低下 4) 齲蝕、歯肉炎の蔓延 2. 原因の究明 Case-control study: 日本国内、マオリ族、Kenya3部族 Factor-control study: マウスによる哺乳/離乳食/食事形態の実験 3. 介入研究 モデル地区総合歯科保健活動

2) 実態調査

図1は「歯と顎骨の不調和」といわれる顎に歯が並びきらない人の割合を示しています。時代とともにその割合が上昇しているのがわかります。ここでは萌出している歯で見っていますが、埋伏歯を入れるともっと高い値になります。人間は32本の歯がありますが、すべて萌出し機能している人は現代人ではほとんどいません。

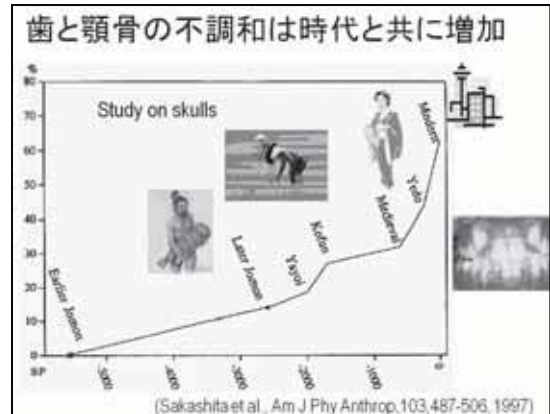


図1 歯と顎骨の不調和の時代的推移

矯正治療のために通常8本歯を抜きますが、12本抜歯することさえあります（図2参照）。歯と顎骨の不調和は充分顎が発育していない可能性を示していますが、また歯並びが悪いところは、どうしても自浄作用が働きにくいので、プラークが付きやすく、虫歯や歯周病が発症しやすくなります。



図2 歯と顎骨の不調和

こういうことを考えていくと、咀嚼器官が咀嚼器官として役立たなくなるのではと心配になります。図3は20歳の男性ですけれど、かみ合っている部分がほとんどありません。体が弱くて、母親はなんとか育ててほしいと、軟らかく栄養

素が高いものを必死にあげたそうです。20歳になって、お母さんと一緒に外来を訪れました。主訴は、「パン工場に勤めたのだがパンが食べられない。」でした。咀嚼ガムを使って咀嚼機能をはかると、2歳児くらいの能力しかありません。咀嚼能力がないだけでなく、臼歯の部分はC4で歯冠が崩壊しています。歯の周辺は赤く歯周病が広がっています。ある人類学者は「咬合の崩壊」というように言いましたが、まさにそんなことを連想させる一例です。

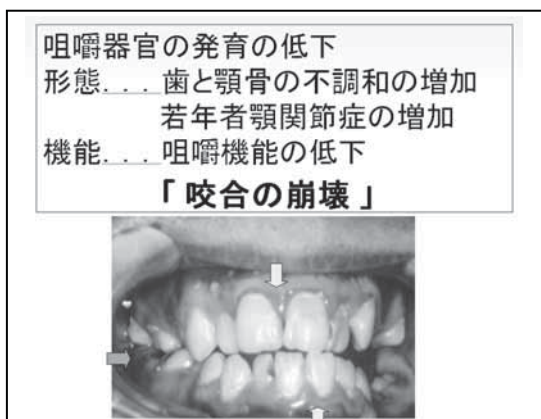


図3 咀嚼器官の発育低下例

3) 原因の究明

咀嚼器官が十分に発育しない原因は何だろうかということ、Case Control Studyをしました。歯と顎骨の不調和など問題をもつ人々と持たない人々を調べました。当時東京大学の先生が研究代表者で日本国内7地区5世代の調査が行われました。しかし、25年前ですでに日本各地の生活環境は均一化の方向へ向かっていました。そこでNew Zealand マオリ族、Kenyaの近代化の程度が異なる3部族の調査を実施しました。大きな要因としては食生活、それも哺乳期からの食生活が重要であることがわかってきました。

そこで、マウスによる実験が重ねられました。これは鹿児島大学の先生方が中心になりました。哺乳の調査では、母親マウスから母乳をのむマウスとシリンジで搾乳した母乳をのむマウスで発育が比較されました。離乳期そしてその後に、固形、ペースト、液体といった食形態によって顎の発育がどう違うのか研究されました。図4はその結果です。黒い点は顎を使わ

なかった群です。

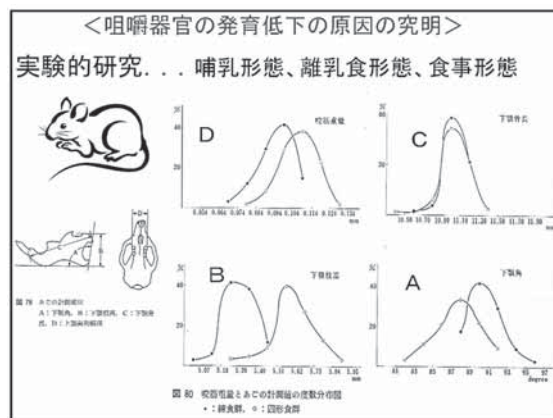


図4 食形態の違いによる実験結果

顎の筋肉は使えば使うほど筋量は増してきますので、母乳で育ち、固形食を食べているものは筋量が多くなります。顎の全長はあまり変わりませんが、下顎枝高は高くなります。筋量が増すということも関係し、顎角は直角に近い状況になっていきます。図5は固形食で育ったマウスと液体食で育ったマウスの顎関節頭の比較です。骨は負荷という刺激を受けて成長しますので、使えば使う程、加骨され厚く丈夫なものになってきます。ですから、顎をどのぐらい使うかは骨の成長に重要ですし、もちろん機能の発達にも大切です。

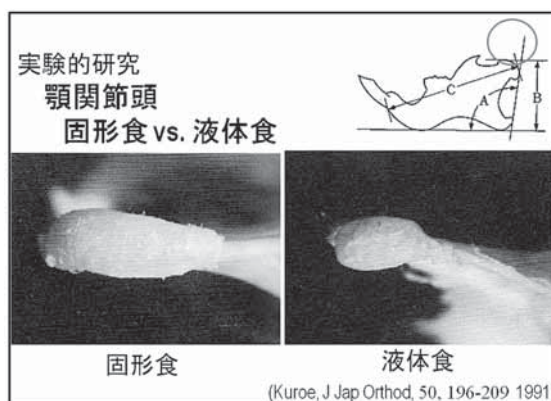


図5 食形態による顎関節頭成長

最初の食事は母乳です。食事というのは単に栄養をとって命をつなぐという役割だけではありません。心の栄養補給でもあるのだと思います。食事をするという事は充たされていく安心する信頼するという事にもつながっていくのですから。図6の筋電図上段は哺乳瓶保育の下段は母乳保育の4カ月児の咬筋の活動です。

母乳をのむとき、赤ちゃんはよく顎を動かします。顎の刺激が乳房に伝わると、その信号は脳に刺激を与えてプロラクチン、オキシトシンなど様々なホルモンを分泌させます。プロラクチンは乳汁産生を促し、オキシトシンは筋を収縮させ射乳を促します。顎の動きが乳汁流出を促進するわけです。下のX線は赤ちゃんが母乳を飲むときの映像です。1958年、X線の被害がわかっていなかったときのものです。赤ちゃんが乳房を捉え、下顎の挙上し、舌の蠕動様運動とともに乳首が延展していく様子がわかります。

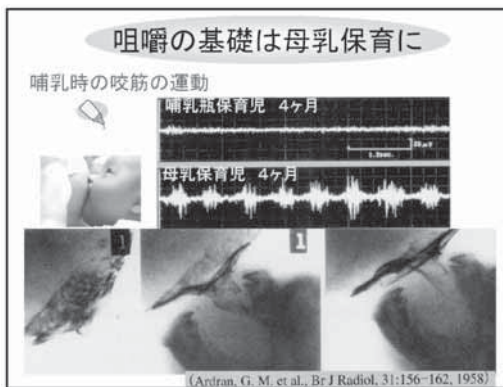


図6 母乳哺乳のメカニズム

一方、哺乳瓶は優しく創られていまして、空気穴があるので、逆さにすると重力だけでもミルクが落ちてくる構造になっています。顎を動かしたところでミルクは哺乳瓶の方へ押し返されてしまうので、口の中には入ってきません。哺乳瓶で育てられた赤ちゃんはだんだん顎の動きをさぼるようになります。

離乳期を私達は固形食への移行期と呼んでいます。咀嚼器官の発育という観点からは乳から離れるのが重要ではなく、どれぐらい食べられるものの範囲が広がったかが重要だからです。そこで固形食への移行状態を示す尺度を作り日本全国7,000人近くの子どもの状態を調べたのが図7です。最初の線は25%タイ尔。その年齢では25%の子ども達が食べられているという線です。真ん中は50%タイ尔、最後は75%タイ尔です。たとえば、刻んだほうれん草は、25%タイ尔が6ヶ月位、75%タイ尔は、1歳位というふうに見てください。下へ行くほど食べるのが難しくなります。それとともに25%タイ尔と75%タイ尔の間隔が広がります。一番難しいの

はすき焼きに入っているような煮た長ネギで、6歳を過ぎても75%タイ尔の年齢を求めることはできませんでした。2年以上になる個人差、この差は環境によって作られたものです。

この研究によって、食べるのが難しいのは、硬いものではなく、葉野菜のような繊維質に富んだものとわかりました。いくら硬くてもせんべいのようなものはかむ力が大きくなれば割ることができます。しかし、繊維質は、繊維質を細かくかみ切りながら口腔内で食塊を作ることが必要になってきます。私達は「そのうち大きくなれば食べることができる」と思いがちです。しかし、この調査では2歳半を過ぎると摂取食品は頭打ちになり、3歳までに摂取しなかった繊維質に富んだ食品は苦手な食べ物として残ることがわかりました。

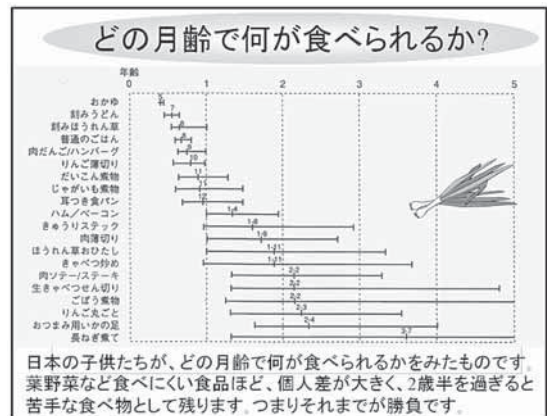


図7 固形食への移行状況

4) 口腔ヘルスプロモーションプログラム

これらの結果をふまえながら、当時、離島の無歯科医ちくであった地域をフィールドに口腔保健活動を行いました。そのプログラムを図8に示します。

子どもの口を健康に育てていくためのプログラムとして、哺乳期、固形食移行期、食習慣の形成期という時期に分け、それぞれの関わり方の注意点を示しています。子ども達は発育していくとき、「できるよー」という沢山のメッセージを出します。でも、医療者は、事故防止を優先し、なかなか踏み込んで刺激を経験させないところがあります。例えば日本の「離乳食のすすめ」は忠実に実施したなら繊維性食品が苦手な子どもを作るでしょう。皆さんが、自転車に

乳幼児口腔ヘルスプロモーションプログラム			
	第1段階 哺乳期	第2段階 固形食移行期	第3段階 食習慣形成期
			
時期	生まれてから乳歯が生え始めるまで	乳歯が生え始めてから生え揃うまで	乳歯が生え揃ってから永久歯の萌出まで
発達経過	咀嚼筋肉の発達、咀嚼嚥下行動パターンの準備	咀嚼嚥下行動パターンの完成、普通食への移行	咀嚼器官の発育、咀嚼能力の向上、よい食生活習慣の完成
援助のポイント	母乳保育; どうしても困難な場合には咀嚼型乳首の使用	・手づかみ食品の導入。 ・食品の範囲を広げていく	・繊維質豊富な食品の摂取 ・食事時に空腹になるように
注意事項	吸引型哺乳乳を避ける	液体食化を避ける	甘味飲料多飲を避ける

Sakashita R. et al. Orthodontic Waves. 61. 426-434.

図8 口腔ヘルスプロモーションプログラム

乗るときのことを考えてもらいたいのですが、自転車の練習をするのに、1歩、1歩ステップを踏んで乗れるようになりましたか？補助車輪というものがありますが、自転車に乗れるようになるためにはほとんど役に立たない。転びそうになりながら、ときどき転んだりして、バランスをとりながらTry&Errorを繰り返してできるようになりましたよね。

発育には沢山の刺激を経験することが必要で、適度な負荷が必要である。充分発育した身体は疾患にかかりにくい身体です。負荷ということで、単に古き時代に戻るのではなく、文明と負荷のバランスをとっていくところに私達の専門性があると思います。

3. 患者中心の医療サービスとは

患者中心の医療サービスと私達は言っていますが、本当に患者中心になっているのでしょうか。ご本人に状態をよく説明せず思いをよく聞かないで医療者がこうした方がいいと決めていることがたくさんあるのではないのでしょうか。例えば、「麻痺があるから無理だよ」とか「むせるから無理だよ」とか「義歯がないから普通の常食は無理だよ」とか、その方の可能性を見ないで決めてしまっていることがあるのかなと私自身も反省しています。本当に私達は患者さんの立場で考えられているのでしょうか。ある老人保健施設は、そこに入った方の多くが3ヶ月程度で、歩行ができるようになります。そこで職員の方にお話を聞かせていただいたのです。「自立支援を上手にされていますね」と、

そしたら「自立支援なんておこがましい。自立支援なんて考えていません。」と言われました。「どういうことですか。」とお聞きしたら、「もう何十年も社会の中で役割を果たして生きてこられた高齢者の方々は十分自立しておられます。その方達に自立支援なんておこがましい。」と言われました。「私達ができるのは生活を止めないってことです。」とおっしゃって、私もはっと思いました。今まで生活をしてこられた、その生活を止めないことが一番の機能回復だと思いきりました。私達、医療者は「患者尊重」と言いながら、どこかで、自分の方が病態を理解し援助方法を知っていると思い、こうなって欲しいと独りよがり決めていているところがあるかもしれません。

4. 何のための口腔ケアか

話は「口腔ケア」に戻りますが、何のために口腔ケアをしていますか。ちょっと考えてみてください。私は、看護師の免許を取った後、歯学部の手助をしていたことがあるのですが、その時は誤嚥性肺炎を防ぐためだと思って実施していました。しかも患者さんと充分相談し、患者さんの意見を聞くこともなく、ほとんど一方的に口腔清掃をしていました。衛生を保ち感染を防ぐのは重要ですが、感染のリスクを下げるのがゴールなのではないでしょうか。目的は様々あると思います。病棟によっても、例えばICUと慢性期病棟ではそれぞれ違うと思います。また、付随的な様々な効果も沢山あるでしょう。しかし自分がケアをする第一の目的は何か自問自答してみてください。例えば、私は現在、地域住民を対象として口腔ヘルスプロモーションの研究を行っていますが、その第一の目的は人々の「セルフマネジメント力を高める」ことにあります。

口腔ケアに限らず、ご本人や家族の望みを聞いていますか。相談した上で、実現可能な目標を設定し約束されていますか。医療は、契約です。クライアントがどのような状況になることを自分たちは請け負うのか。そういうことを相談し決めていますか。現在の状態を絶えずお伝えし、今後の見通しを告げていますか？私は看護ケアの質改善に関する研究に参加させていた

だいています。この研究は、この度高知県立大学の学長となられました南裕子先生が1987年に看護Q A（質保証）研究班を立ち上げ評価ツールの開発をされたことが発端となり展開されてきました。研究班は、1993年より看護の質を高める要素は何なのかという研究を開始され、文献検討、エキスパートナース面接調査、デルファイ法を通して要素を抽出し、参加型観察を通し要素を構成している看護技術を抽出し出来上がってきたものです。この研究によって、表2に示すような看護の質を示す大切な6領域が明らかになりました。

表2 看護の質を評価する6領域

<ul style="list-style-type: none"> ・患者への接近 ・内なる力を強める ・家族の絆を強める ・直接ケア ・場をつくる ・インシデントを防ぐ <p>http://nursing-qi.com</p>

インターネットで「看護の質評価」と入れるとトップページに出てくるので、ぜひご覧ください。「患者への接近」は看護師が患者や家族に関心を持ち、患者の状態を把握している状況の評価します。身体状況は比較的よく把握されているのですが、患者さんがどのような生活を送りたいかとか、希望は聞いていないことも多いです。「内なる力を強める」は、患者が自分の状況を理解し、見通しをもてるように援助し、患者の潜在力に働きかけていることを評価します。患者さんやクライアント自身が内に持っている可能性や力を引き出し強めることをしているわけです。患者さんの内なる力を強めるために現状を説明したり今後の見通しを述べたり患者の理解を深める働きかけをします。「家族の力を強める」は、家族が家族としての役割を果たせるように配慮する看護師の活動を評価しています。ここでの家族とは血縁者だけでなく重要他者ということです。重要他者がケアに参加できるように、または、入院ということは身体的にも精神的にも家族をパワーダウンさせます

ので、その時に、あえてケアに参加しなくていいというメッセージを伝え、患者を支えている人達が元気でいられるようにケアをします。「直接ケア」は、清潔を保つことや痛みの緩和などの看護行為が個別性をもって、継続的に行われているか評価します。「場をつくる」は看護師同士、あるいは他の職種と連携する看護師の活動を評価していきます。看護師は患者さんの一番身近にいるものとしてコーディネーターとしての大きな役割があります。患者さんを中心に、医師、理学療法士、作業療法士、栄養士など多職種と連携する場をつくるという働きをしています。「インシデントを防ぐ」は、患者にとって安全な環境を整えること、リスクを見極めて回復を促進する看護師の活動を評価します。事故防止として、ダブルチェックを取り入れたり、やたらにチェック項目を増やしがちですが、インシデントを防ぐことに大きく関わっている項目は「患者への接近」なのです。患者さんに関心があり、よく知っていたら、誤薬とかは少なくなるし、その人の行動パターンを知っていたら転倒・転落が低くなります。

5. 全身状態のアセスメント

私が口腔に関心をもったのは、口腔という小宇宙に患者さんの生活や全身状態が反映されていると思ったからでした。逆にいうとそれは口腔健康のためには全身状態の管理が重要だということです。生活を整えるには昼夜のリズムを整えていくことが大切ですし、「水分摂取」「栄養摂取」「運動」「排泄」を整えていく必要があります。「水分摂取」ですが、多くの高齢患者さんは脱水状態に近い状態にあります。水分摂取は1日1.5リットル以上といわれていますが、これは、食物に含まれる水分を入れずに1.5リットルということですので、1.5リットル摂るのは意外と大変です。医療者は「水を飲んでくださいね」と注意しただけで仕事をした気になっている方もいらっしゃいますが（もちろん看護師の中にはそんな人はいないと信じたいですが）、人はたとえ頭で充分必要性を理解していても実行するのは難しいです。ですから患者さんの性格や生活状況を細かに観察し、また患者さんと話し合い、どうすれば実施できるのか考え働き

かけていく必要があります。一度に大量の水分は飲めないで、たくさんの機会に分けて飲む。それも声かけをだけでなくコップに水を注いであげて、一緒に飲むとか。なかなか病棟では一緒に飲むってことはできないと思いますが、コップに手が出るような工夫をする。また飲む水分の種類も麦茶、水、番茶など色々バリエーションを変えて楽しめるようにすることもできるでしょう。まずは適切な水分摂取を促し、体の電解質バランスを整えていくということが重要で、水分摂取によって覚醒状態が上がります。「栄養摂取」は、急性期で病院に入院している方は、必要なら点滴等で管理されておられると思いますが、慢性期病棟や施設では、細かく摂取カロリーが検討されていないこともあるので、高齢者では特に必要な栄養素やカロリーが足りていないということが起こります。血液中のアルブミンやTPなどの値が低い方が多いのではないかと思います。歩行が困難になった方など活動量が低下した方は、なかなか食事が進みません。運動というリハビリテーションの訓練室などで実施されていますが、私はすべての機能回復の基本は生活の中にあると考えています。そもそも生活をするための訓練ですし、生活の中に取り込まれてこそ機能は回復増進していきます。だから、「歩くこと、移動すること」が基本だと考えています。

歩行に熱心に取り組んでいる施設の方に「どの程度の人まで歩くことができるのですか。」とお伺いした時に「膝と足の拘縮、拘縮さえなければほとんど歩けるようになりますよ。」と言われてすごいな—と思ったことがあります。そこでは最初に患者さんとご家族が来られたときに、その人の日常生活の状況をゆっくり聞いて、目標を決めて、一緒に努力することを確認されるそうです。また、リスクも含め今後の見通しをきちんと話されるそうです。としては良い見通しだけではなくて、悪い状況についてもきちんとお話をされておられました。認知症を持っておられる方も多いのですが、認知症がある人もない人にも時間をとって説明をされるそうです。そういうことをしながら生活リズムを整えていくということが、私はすごく重要だと思っています。入院され、せん妄を起こされる

方は多いですが、手術の前からの関わりと共に水分や電解質バランスなど身体状態を整えていくこと、生活リズムを整えていくことによって、予防した回復を早めるということが示されています。私達だって、自分の生活リズムの基盤が整っていないと、新しいことを受け入れ始める余裕はなくなります。

6. 口腔ヘルスアセスメント

1) 口腔の構造と機能

全身状態を検討したところで、口腔のアセスメントを行っていきます。口腔の構造機能は図9に示すように、口唇、舌、頬、歯、歯周組織、顎関節、唾液腺などがあります。唾液は一日1～1.5リットルも出ています。唾液の働きは表3に示すように重要です。

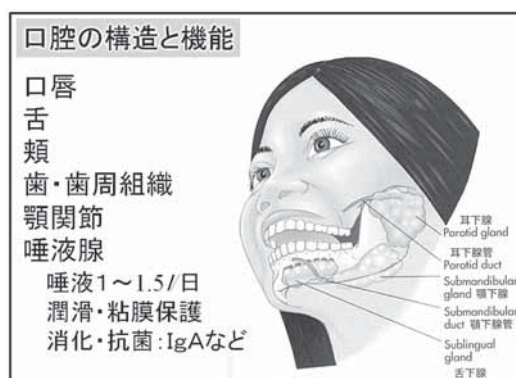


図9 口腔の構造と機能

表3 唾液の役割

唾液の役割
・自浄作用: 口の中を洗い流す
・再石灰化作用: 歯のエナメル質から脱灰したカルシウムやリンなどを再沈着させる
・緩衝作用: 口の中が酸性にならないようにする
・抗菌作用: 口の中の細菌を抑える、粘膜を守る
・湿潤作用: 咀嚼・嚥下、発音、入れ歯の吸着
・消化促進: 酵素を含み消化吸收を助ける

この中で、特に抗菌作用は重要です。IgAという抗体が唾液には含まれています。昔転んだときに「そんなの唾ぬっときなさい」という風に言いましたけれども、あれはあながち嘘じゃありません。唾液の中には沢山の抗体が含まれ、免疫機能を果たしています。唾液の流量が多いのはとてもよいことで、口腔疾患に罹るリスク

を減らします。むし歯になりやすいかどうかを見る指標の一つに唾液の流量があります。

この大切な唾液ですが、加齢とともに減少していきます。また高齢者の多くの方は薬を使用されていますが、多くの薬は口渇を生みます。精神安定剤、それから昇圧剤、血管の循環改善薬、気管支の拡張薬、利尿剤、抗炎症薬、多くのものが唾液の出を悪くします。それからストレス。緊張、緊張すると、口がカラカラになります。不規則な生活。それから糖尿病などの疾患、パーキンソン、自律神経失調症などの疾患でも唾液の流出が低下します。そうすると、虫歯や歯周病が増悪し、義歯の密着維持力が低下します。炎症が起きやすく、口臭や咀嚼嚥下困難、味覚の異常なども起きます。様々な食物の成分が液体に溶けて、細胞を刺激し味を感じることができますが、唾液が少ないと成分が充分溶けなくなり味覚も変わってきます。舌が痛い、口の中が痛いと言えられる方は多いのですが、唾液量が減っている可能性があります。

医療者は、口腔乾燥があると、人工唾液とかオーラルバランスを使い対処療法をとりたがるのですが、基本は唾液が十分出てくるよう、水分摂取を充分にし、また咀嚼などの刺激をあたえ唾液が分泌されるよう働きかけることです。

2) 口腔内全体、口腔粘膜の観察

私たちは口腔ケアというと歯に目が行ってしまうのですが、実は頬粘膜、舌などに悪性の疾患が発症することがあります。頻度は非常に少ないですけども、有名なのががんですね。また、良性ではありますが炎症もおきているので、頬粘膜、舌など、口腔内全体を観ていただけたらと思います。

ここに示しましたようないくつかの基礎疾患があります。これらは素人で判断するのは非常に難しく、歯科医でも難しいので、口腔に異常を発見したら、大学病院の口腔外科を受診するように勧めてください。これは義歯でできた褥瘡性の潰瘍です。義歯の刺激で線維腫ができています。これは義歯性口内炎といって義歯の金属床があたって、金属アレルギーができています。これは口内炎です。これは血管腫、こちらは色素沈着です。これらはもちろん悪性

ではありません。続きまして、カンジダ症です。カンジダ菌は日和見細菌の代表的なもので、口腔内に常時いる菌であり通常は悪さをしませんが、宿主の体が弱ってくると増殖してきます。これは、エプーリスといわれるもので、歯肉からこのような腫瘍ができてくるとギョっとしますが、これは良性ですので完治します。気をつけなければならないのは図10に示すような白板症です。以前、ある地域の高齢者の健診で1%弱程度の頻度で見られました。粘膜が白色を呈する状態で良性のこともあります。上皮内癌へ移行することもあり「前がん病変」として注意する必要があります。

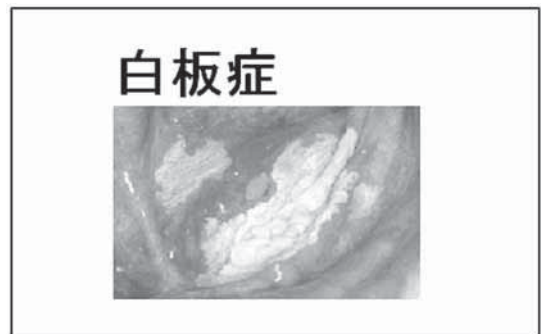


図10 注意すべき口腔粘膜疾患

3) 歯周病

本日、ご自分の健康を守るためにもマスターしていただきたいのは、歯肉：歯ぐきの見方です。

歯肉は、全身の健康状態をよく反映し、食生活を含め望ましくない生活を送っていると、炎症を起こしてきます。ですから、歯肉の状態を観察しながら、生活を振り返り改善していけたらよいと思います。よく、口腔健康というと

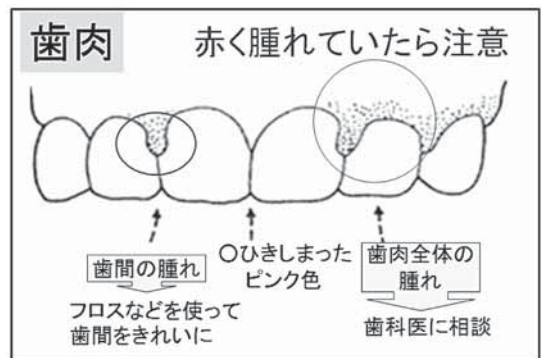


図11 歯肉のアセスメント

「むし歯」が頭に浮かびますが、むし歯は口腔内が不潔な状態が一定期間以上続かないと発症せず、不可逆的に進行します。健康を測る指標としては感度が鈍いのです。それに比べ歯肉炎は食生活の乱れなど鋭敏に反応するので、口腔健康をモニタリングする指標としては優れています。

注意して観察していただきたいのは、歯と歯の間の歯間乳頭部といわれるところです。まず中切歯の間をみるのがわかりやすいと思います。歯肉の退縮がなく、歯と歯の間が鋭利になり、薄いピンク色をしているのが健康な歯茎です。ちょっとあやしくなると、歯の周りに炎症がひろがってきます。炎症があるというのは、そこに汚れ、プラークといいますが、細菌の塊があるということです。

日本人が歯を失う大きな理由は歯周病によるものです。図12に歯周病の進行について示しました。

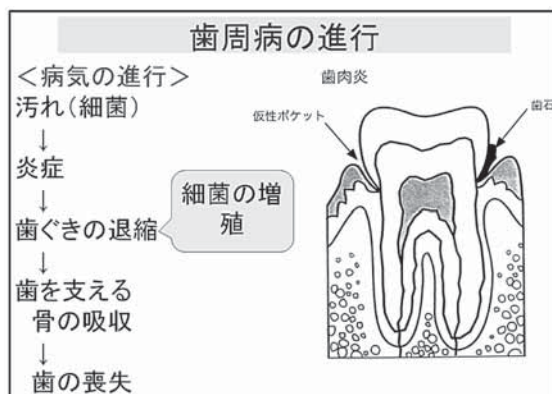


図12 歯周病の進行

歯は歯槽骨という骨のソケットに収まっています。ところが、炎症が繰り返されておくと、歯肉が退縮し、歯と粘膜の間にポケットと呼ばれる隙間ができます。歯周病菌は嫌気性菌といわれ空気を嫌うので、この隙間に入って増殖していきます。このプラークに唾液や食物中のカルシウムが結びついて石灰化した歯石が形成され、プラークが付きやすく、細菌が増殖しやすい状況が作られます。そこでは慢性的に生体防御反応が続き、歯槽骨の骨吸収が起こります。歯を支えていた骨が溶け、歯が抜けてしまう事態になります。

歯肉の炎症が、歯のまわりに止まっている状況では改善することは可能です。だから歯肉を

観てセルフケアをしていくことは大切なのです。骨の吸収が進行してしまったら、治癒は難しくなります。



図13 歯槽骨の吸収が進んだ状態（古人骨）

4) う蝕

むし歯にかかりやすい時期は2つあります。ひとつは歯の喪失直後の白歯の上の溝です。成人して中年以降になってくると歯肉が退縮して象牙質層が露出してきます。象牙質は侵襲を受けやすいので、そこからう蝕がおこります。虫歯の定義は歯の実質欠損を伴っていることですので、早期治療が一番です。

5) 義歯

義歯を持っている高齢者は多いですが、使える義歯をお持ちの方は少ないです。「義歯は外出のときだけ」とか「食事の時は使わないのよ。」という人もいます。義歯難民じゃありませんけれども、これもあわない、これもあわないと、6ヶ月経つと保険で義歯を新たに作ることができるので、使えない義歯がたまってしまったということになります。簡単に歯がなくなったら義歯を使えばよいと考えがちですが、義歯は義足と同じですので、使いこなすには時間と忍耐がいります。口の中はデリケートで、ミクロのレベルで感知しますので、かみ合わせの状況がかわっただけでも、しばらくは慣れずにかみづらいということがおこります。義歯は義足と同じで、使えるようになるまで、調整を繰り返し慣れていく必要があります。対合歯がなくなると反対側の歯肉に歯が当たり痛くて噛めない状況がおこります。義歯を使っていらっしゃる方では、義歯が当たって炎症を形成していないか、ちゃんと摂食に機能しているかチェックしていく必要があります。また、義歯は汚れやすいの

です。私たちの口のなかには、絶えず唾液によって洗い流され自浄作用が発揮されていますが、義歯を装着してしまうと、例えば義歯と粘膜の間にミクロの隙間ができ、そこが細菌の温床になります。義歯は就寝前に必ずはずし磨いてきれいにし、消毒液につけたり水につけたりしてくれているだろうと思っていますが、そういうことをしている人は4割ぐらいです。後の人はもちろん、外して寝る人、外して寝ない人がいるけれども、装着したまま寝られる方もかなりおられます。その理由は様々です。ひとつは、震災とか火事とかあったりして困るという心配性の方もいれば、隣に配偶者が寝ているので歯がない私なんて見せられないという人もいれば、この義歯は体の一部だからはずすと気持ち悪いという人もいます。それぞれのお考えをもって行動されておられる方にどう口腔ケアを進めていくかですね。それは、何のために口腔ケアをするかということにもどるのです。衛生面からいうと外した方がよいが、人によっては義歯をつけて寝た方が咬合位が安定する方もいます。そういう方には、就寝前にきれいにしてから、入れて寝るとする方法もあると思います。ケースバイケースですよ。

6) 舌苔

見逃しがちなのが舌苔ですね、舌の上に汚れがついている、汚れというか細菌の塊なんです。実は無歯顎になった時点で、口腔疾患のリスクは減るのですが、歯がないのに口臭がひどい人は舌苔が問題となることが多いです。

7) 摂食嚥下機能

摂食嚥下について簡単にご紹介します。何とか経口摂取をと頑張っておられる方がいます。一方で、業務の効率性を求められるが故に支援する時間を充分とれず、例えば胃ろうに頼らざるを得ないことを悩んでおられる方もいらっしゃると思います。食べるということは、もちろん栄養を確保するということがあります。食べるということは社会的な行為であります。拒食症は精神疾患ですが、幼少期の食事の摂り方、家族、母親との関係性が要因としてあるそうです。食事とは命にかかわるだけあって人間の根

源的な存在を支え、栄養だけではなく、安心や楽しさを与えてくれている行為であります。

「食べる」という行為は、口に食べものが入ってからだけではなく、「食べる要求が生じるところから始まります。空腹感を覚え、食べたいと身体から要求されるところから始まります。その為には充分覚醒し、ある程度体を動かし「お腹が減った」という状態が必要です。病院ではこのことは軽視されがちですが…。そして食物を認知し、つまり見て、臭いを嗅いで、「わー、おいしそう、食べたいな」と思うことが大切です。

咀嚼嚥下は複雑な運動で30以上の細かい筋肉、それから神経が協調した動きです。それら多種多様な器官が動くためには体幹の安定が必要です。安定している姿勢は、イスにもたれず腰掛け足の角度が90度といわれていますが、意外と車いすに乗ったまま食事をするのは不安定です。具体的な咀嚼、嚥下に関しては、図14に示しました。

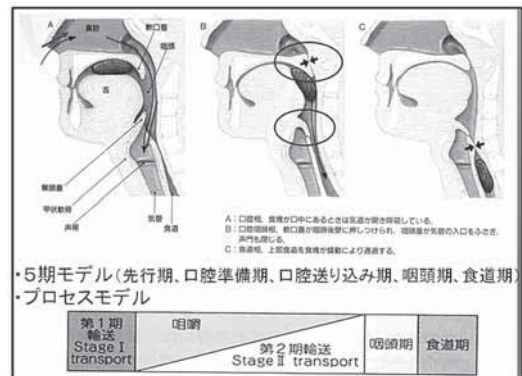


図14 咀嚼嚥下のメカニズム

口腔の中に食物がはいると、捕食、咀嚼・食塊の形成、咽頭への送り込み、咽頭から食道への嚥下反射、蠕動運動と重力による食道の通過が行われます。このモデルは水など咀嚼を伴わず嚥下するときのモデルで、先行期、口腔の準備期、口腔の送り込み期、咽頭期、食道期に分けられています。咀嚼を伴う場合はプロセスモデルという図14に示したように第1輸送、第2輸送という過程が加わります。分かりやすいように図15に示します。

咽頭に送り込まれた食物は、鼻腔に出ないよう、軟口蓋が咽頭後壁に押し付けられ



図15 プロセスモデル

ます。咽頭に食塊が触れると嚥下反射がおこってきます。舌骨上筋群というのが収縮して舌骨が上方に移動し、甲状軟骨が挙上していくとともに、食道の括約筋がゆるんでいきます。喉頭蓋がそり返り気管を閉鎖し声門を閉じます。誤嚥というのは、喉頭蓋が気管を塞ぐタイミングが悪いため、食物が気管に入りこむことをいいます。液体は流れる速度が速いので、気管が塞がれない内に気管に流れ込みやすくなります。食事の形態としてとろみをつけた食品がよいというのは、とろみをつけることで通過する速度を遅くする意味もあります。

呼吸をすることと飲み込むことが、このところでクロスしているのが人の咀嚼器官、呼吸器官の特徴です。図をみても分かるように食物が咽頭に入り嚥下されるまでは、呼吸が止まっています。嚥下障害があると、呼吸状態も悪くなりますし、呼吸状態が悪いときに嚥下するのは危ないということにもなります。リスクのある患者さんにはサチュレーションをつけて血液の酸素飽和度を確認しながら、介助をされていることと思います。一言で口腔ケアといっても重篤な方から、それから、疾患がない一般住民の方まで、口腔ケアは全ての方が必要とするケアですね。

7. 口腔健康に関するテスト

1) 包括的アセスメントシート

これは一般的な、高齢者の廃用萎縮予防を想定したアセスメントの例です。細かい例は資料としてお手元にあるかと思いますが、資料の2ページ目にあり、これはスクリーニング用に開発されたものです。

表4 口腔健康アセスメントシート

口腔健康のアセスメント(一般編)	
カテゴリー	主な評価内容
口周りの動き	口周りの筋力およびコントロール力の評価
咀嚼機能	残存歯・義歯の状態 舌運動 唾液流量
嚥下機能	30秒間につばを飲みこめる回数 「パ」「タ」「カ」音の発声の俊敏性
口腔清潔度	口腔細菌の判定 プラーク付着度
(武井ほか、老年歯科医学, 23_384-396_2009)	
口腔健康のアセスメント(機能障害編)→資料参照	

30秒間に何回つばが飲み込めるかというのは嚥下機能の審査によく使われますね。「パ・タ・カ」と言いますが、「パ」は口唇が閉じるか、「タ」は舌先が口蓋と接するか、「カ」は舌の後方が口蓋と接するかということをみます。麻痺があって重症なかなたのアセスメントの資料も付けました

摂食、嚥下障害の臨床的重症度に関する分析があります。これは、佐藤先生らが中心となられまして、7段階の段階に書かれています。正常値は問題なし、軽度の問題は少し何らかの嚥下障害がある、口腔障害がある、それから口腔問題があるということで誤嚥がある領域と、誤嚥されてしまう段階という6つに分類されて、それぞれ対応の方法が書かれています。例えば、すべてを誤嚥してしまい呼吸状態も悪いというような場合は、経管栄養で対応するしかない場合です。水や食物を常に誤嚥するが呼吸状態が安定している場合、水分を誤嚥するが、とろみ食は誤嚥しない段階など、様々な状態がありそれに合わせた食事形態が書かれています。

病棟に関わるときにはこのような段階を参考にしながら関わられているであろうと思いますし、経口摂取を開始しようという一つのスクリーニングに、あとで示します水のみテストなどがあります。もちろん今どのような状態か把握することは重要ですが、疾患や既往歴の把握も重要です。ケアを進めるときに廃用性と考えられる場合には、出来るだけ積極的にチャレンジしていく必要がありますし、脳疾患や、神経系の疾患からの器質的な障害がある場合には、リスクを考慮し石橋を叩いて渡るのが望ましいことが沢山あるからです。まあ、一番高い頻度で問

題になるのは廃用性萎縮なのでしょう。特に入院されると、医療者は「安全第一」としてしまいがちですので、機能低下が人工的に作られてしまうこともあります。

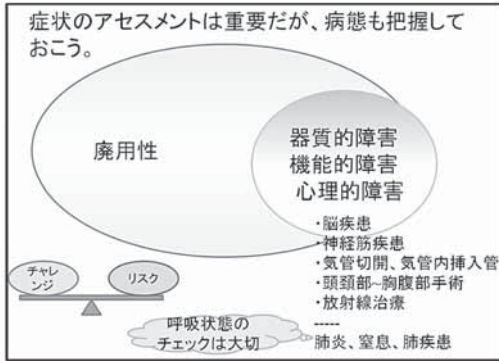


図16 ケアを進めるのに考慮すべきこと

2) 嚥下機能テスト

嚥下機能のスクリーニングテストとして図17に示す反復唾液の見テストがあります。人差し指で舌骨をそれから、中指で軟骨の所を触診し、嚥下をしてもらう。そこで、30秒に何回嚥下ができるかというのを観察します。嚥下をすると甲状軟骨が指を乗り越えていくと思いますが、それで一回という風にカウントします。図のように甲状軟骨のところを触診し正確に評価しましょう。口腔乾燥があると飲み込めないで、そのような時は水で一回よく湿らせてからのみこんでもらいます。30秒に3回できなければ異常という風にアセスメントしていきます。さあ、30秒はかりますので、試してみましょう。



図17 反復唾液飲みテスト

また図18に示した水飲みテストというのがあります。冷水3mlを口腔前庭に入れて嚥下してもらってテストで、その嚥下と、呼吸状態を判定

しながら1点から5点をつけます。

*** 改訂水飲みテスト**
(modified water swallow test : MWST)

冷水3mlを口腔前庭に入れて嚥下してもらう。嚥下反射誘発の有無、むせ、呼吸の変化を評価する。3ml冷水の嚥下が可能な場合には、更に2回の嚥下運動を追加して評価する。評点が4点以上の場合には、最大3回まで施行し、最も悪い評点を記載する。

1点	嚥下なし、むせまたは呼吸変化を伴う
2点	嚥下あり、呼吸変化を伴う
3点	嚥下あり、呼吸変化はないが、むせあるいは湿性嚔声を伴う
4点	嚥下あり、呼吸変化なし、むせ、湿性嚔声なし
5点	4点に加え、追加嚥下運動(空嚥下)が30秒以内に2回以上可能

図18 水飲みテスト

この水のみテストと一緒によく行われる方法として、資料で示したフードテストがあります。ティースプーン一杯のプリンなどを置いて嚥下してもらいます。

その他に精密に調べる必要がある場合にはVF嚥下造影検査をしたり、鼻咽喉のファイバースコープを入れて内視鏡で咽頭をみて、きちんと飲み込めているのか観察する検査があります。資料は厚生労働省のガイドラインの研究の一部として出されたものです。むせが「あり」と「なし」で分かれ嚥下食を開始してよいかという判断のアルゴリズムです。でも、むせるといふ行為は自然な生体反応でもあり、むせるといふのは異物が気管の中に入った時に出せる力があるということでもありますのでリスクはそれほど高くなかったりする訳です。むせない誤嚥がこわいといわれています。

こんなアルゴリズムがよく使われるのですが、これだと、むせたら食べさせてもらえないかということになりますので、もう少し整理できたらよいかと思います。ある調査によると、施設に入ると、食事の介助が必要な人の多くの方は食事形態が後退するようです。常食を食べる能力はあるのに介助の人手がないから、ミキサー食とかの食事形態になる現状があるようです。また胃ろうがない方は受け入れないところもあるようです。現在、医療機関でとられている食事摂取のステップは安全を第一に考えています。それは「医療の場」としての限界なのかもしれません。ただ、最初に子どもの発達の所でお見せしたように、機能回復ということを目指すなら、リスクを見極めながらチャ

レンジしていくところにQOLの向上もあると思います。

これは、食事摂取のステップアップ方針ということで、ベッドのギャッジ・アップの角度が増えるに従い、また経口摂取回数が増えるに従い食物の目安を示したものです。私はこれがいいと思っている訳ではありませんが、今使われているスタンダードなものでありますのでお示しします。

看護ということを考えた時に、医師や理学療法士や作業療法士や言語療法士というような様々な医療者の中で、看護職の独自性って何なのでしょう。今まで示したことは、生理学的に機能または臓器というものを客観的にとらえた、いわゆる自然科学を基盤とした話でした。一方、看護学が扱っているものは人間をとりまく感情であったり社会であったりといった人間学が含まれます。例えば、咀嚼嚥下の支援をするとして、看護職の援助は言語療法士の援助とどのように異なるのでしょうか。皆さんはどう考えられますか？その答えは様々ではありますが、これは看護師の専門性はどこにあるのか？図19は、Ivo Abraham先生の考えです。道行く人々に「看護職の役割は？」と尋ねたら、診療の補助など臨床ケアと答えられるでしょう。でも彼は看護職の仕事の80%は患者のセルフマネジメント能力を育てることにあると言っています。私も看護職の専門性として、健康を維持増進できるようにクライアントのセルフマネジメント力を育てるといったことがあると思います。

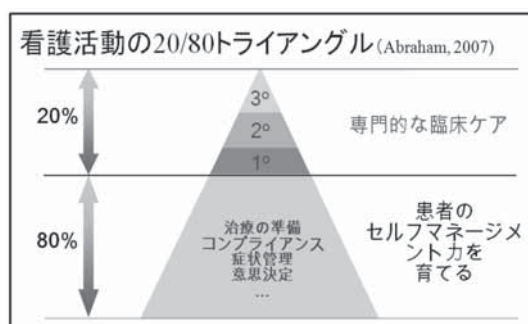


図19 看護活動とは

8. セルフケア能力にあわせた口腔ケア実践

1) セルフケア能力のアセスメント

セルフマネジメント力を育て、セルフケアを実施する能力を育てるのが私達の専門性であ

るとしたら、ケアを開始する前にまず、看護職の私たちは、その人一人一人のセルフケア能力のアセスメントをしているのでしょうか。口の中が汚い、だから清掃してあげようというのでは、その目標を達成することはできません。オレムは基本的看護システムを支持教育システム、一部代償システム、全代償システムに分類し説明しました。そこでは口腔の汚さではなく、クライアントのセルフケア能力に焦点が当たってきます。私達はともすれば「代償すること」に熱心になり、セルフケア能力を伸ばすことを忘れがちです。

2) 口腔に関心をもってもらう

多くの高齢者の方は、口腔に関心を持っておられない現状があります。糖尿病で足の壊死をおこされている方の多くも、足に興味がないのです。まずは看護職が興味をもって、一緒にケアを進める中で「口って大事なもんやな〜」と気づいてもらうことが最初のステップです。「口の中で困っていることはありませんか」と聞いても多くの人はないといいます。自分の口を見ていただいて、問題点をいっしょに確認していきます。自分の口というもの、そして口の中の問題点を理解してもらい、口腔ケアの必要性を実感してもらいます。子どもでもそうですが、口腔ケアを嫌がる方は沢山います。その方たちにとっては、口腔ケアは不快なんですよね。その不快なものをどうしたら、心地よい、気持ちよいものにできるかは腕の見せ所です。「あ〜口腔ケアをしてもらって、気持ちいい」という、快の気持ちを提供できるかが腕のみせどころです。私達、医療者は健康行動をとる人は、自分の問題が認識できる人だと思いがちです。確かに口の中に問題を感じている人は歯磨きなどの、セルフケア行動を取られます。でも、もっと熱心にセルフケア行動をとる人がいます。それは、皮肉なことに「そのことに自信がある人」なんです。受診行動はその傾向が強くて、問題を自覚する人は、何らかの支障が出てくるまで受診を先送りにする傾向があります。率先して受診する人は「健康に自信がある人」つまり受診しなくてもよい人なのです。受診して誉められたい、人間、楽しいとかうれしいとか、プ

ラスのことが予測されるとき、実行しやすいの
でしょう。人間は基本的に自分に関心が示され
るのはうれしいものです。ですから私たち自身
が患者さんにそしてその口の中に関心を示すこ
とによって、患者さんの関心を自らの口に向け
てもらえることができますと思います。この段階、
時間がかかることがあります、十分時間をかけ
ないと次のステップに進んでも効果はありません。

3) 知識、技術の提供

自分の口に関心をもってもらえたら、次は知
識、技術の提供です。

まず、ブラッシングです。口腔は汚れやすい
所は限られています。私たちはよく歯の表、腹
を一生懸命磨きますが、あそこはあまり磨か
なくても問題はおきないところ。プラークと
いう細菌叢がたまりやすい部位は、臼歯の溝面、
歯と歯肉の境目、歯と歯の間です。時間が無い
時は歯と歯茎の境目を重点的にきれいにすると
効果的です。ブラシも全般に使い順番を決めて
磨くと磨きのこしがありません。寝たきりにな
られた方を、スワブ、スポンジを使って清掃す
ることは、多いと思いますが、残存歯がある場
合はブラシでないとバイオフィルムとして貼り
ついた細菌叢は取りきれません。スワブでは細
菌を粘膜の壁に塗り広げてしまうことにもなり
ます。

一番効率よくプラークが取れるのは歯ブラシ
です。歯ブラシは、毛先の跳ね返りによってプ
ラークを取っていくので、強い力は効果を半減
させます。150g位の力でといわれています。
是非、測ってみたいと思いますがかなり弱
い力です。ブラシの先端があたり跳ね返った
らよいのですから。ごしごし音がしているとし
たら、それは力が入りすぎています。歯ブラシの
もどんな歯ブラシがよいですかとよく聞かれる
のですが、別に普通の歯ブラシでよいです。細
めの、3列程度の普通の固さがスタンダード
です。歯の内側は磨き残しが多いところになり
ます。図20のような点がポイントです。小刻みに
ということですが、人の一番大きな歯は爪1つ
分より小さいぐらいなので、爪と爪をすり合
わせてみてください。爪一個分を動かしてみてくだ

さい。それが小刻みの幅です。鉛筆のように持
つと無理な力がかかりにくいといわれています。

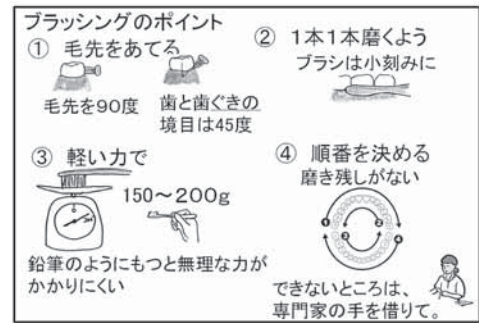


図20 ブラッシングのポイント

しかし、ブラシだけでは、歯と歯の間の汚れ
は取れないので、デンタルクロス (糸ようじ)
や歯間ブラシを使う必要があります。図21に示
したワンタクトブラシは歯の重なった部分の清
掃に適しています。



図21 口腔ケアの道具

歯磨きは一日何回すればいいんですかとよく
聞かれます。もちろん食べた後磨いたらいいん
ですけど、プラークを完全に取りきれれば1日
1回で大丈夫と言う歯科医もいます。ただ、プ
ラークがない状態にするには5分以上はかかる
でしょう。徹底的に時間をかけるか、頻繁にき
れいにするかということにもなるでしょう。ま
た唾液がどのぐらい出ているのか、どのような
食事を摂るかということも関係します。野生の
熊は口腔清掃しませんが森で食物を探す限り口
腔疾患では困りません。入院してベッドの上で
過ごす時間が多くなればなるほど、唾液の流量
は減ります。

実は歯磨き粉、歯磨剤の効果はそれほどでは
ありません。洗口液もしかりです。というのは、
口腔内は緩衝作用が強く殺菌作用は一時的です。

また歯磨き剤を付けてしまうと、清涼感があり、あまり磨けていなくても磨いた気持ちになってしまいます。口腔内細菌はバイオフィルムを形成し化学物質の影響を受けにくい状態にありますので薬剤はあまり効果がありません。ブラッシングが最良の方法です。ブラッシングは、別に水でもいいんですね。私の一番お勧めのやり方は、まず、水で、臼歯から順に磨き、部分ごとに歯ブラシをコップの水でもすすぎながら（ブラシについてのプラークを落としながら）、磨くという方法です。口の中がすっきりしないのなら、最後にほんの少量の歯磨き剤をつけきれいにしましょう。歯磨き剤の多くは、研磨剤が入っているので、エナメル質を削っていくこともありますので要注意です。

洗口液もあまり効果はないと思います。口の中の細菌をゼロにすることはできませんので数分もすれば元の状態に戻るでしょう。私たちの口の中には常時、何百種類もの細菌が何億個あります。それが、正常な状態です。その中には、悪さをしない、細菌もあれば、日和見的に宿主の状況が悪くなってくれば増殖するものもあります。もちろん病原菌もいます。洗口液は一次的な殺菌作用しかないのです、唾液がよく出るようにした方が効果があります。人と話したり、ガムを噛んだりするのも唾液を出す方法です。

4) ケアの提供

本人がセルフケアを実行できないとき、看護師が代償していきますが、出来るだけ、ご本人ができることを優先していきます。ご本人と、介護者としてご家族の方、看護職が口腔ケアに携わることになると思いますが、それぞれ役割分担を明確にしながら、ご本人や家族の負担にならないようにしていきます。「歯磨きのために生きていくんじゃない」とおっしゃった患者さんもいらっしゃいましたけれども、無理のないところからはじめないと継続は難しいです。できるだけ自分で行くことを助ける用具も色々考えられています。様々な本に載っていますけれども、握力が弱い時は、ブラシの根元をひと工夫して太くしたり、電動ブラシを使っていくというのも工夫の一つです。電動ブラシの是非を聞かれますが、自分でうまく磨けない、磨く

力がない時、電動ブラシは利用できます。しかし、電動ブラシは、強く当てすぎてしまうことが多く、歯茎部を痛めたり、エナメル質がすり減ってきたりすることがありますし、細かい歯の奥とか裏側とかは磨きにくいので注意が必要です。何をを使うかということより、どうしたらきれいになるか、そしてきれいになっているか確認していくことが大切です。電動歯ブラシは、口や口輪筋に刺激を与えるのにも使えます。

図22に様々な補助具をしめしました。補助具として様々なものが工夫されていて、これは吐き出しやすいようにペッドボトルから作られたものです。清掃用具としても様々なものが工夫されています。義歯は私たちが普通磨いている歯ブラシで磨くと、すり減ってしまったり傷付けてしまったりしますので、義歯専用の歯ブラシが売られています。乱暴な言い方ですけども、義歯はお皿と同じですとお皿を洗うように、中性洗剤でスポンジを使って洗ってもかまわないです。清潔を保つことが大切なのでよくすすいでおけばよいのです。



図22 セルフケアを助ける用具の工夫

セルフケアに限界がある方も、自分の口の中を鏡で見ながらきれいにしていきます。口腔ケアを進める時、大切なのは、「さっぱりしたな」「気持ちいい」という感覚を、クライアントに持ってもらうことです。原則、私達は異物が口の中に入るのは嫌なので、口腔ケアが「嫌な時間」になってはいけません。口の中に訳のわからない異物を入れられるのは嫌なのですが、多くの方にとって口の中のマッサージは気持ちのよいものです。麻痺のある方にはマッサージを取り入れながら快の感覚を増やしていくことが、大切です。

長時間、口腔ケアに関わるのが難しい方もいらっしゃるでしょう。その場合は先ほどお話したように、歯と歯の間を重点的に、また顕著な舌苔がある場合は舌の清掃にしましょう。特に口臭の原因となっているような舌苔はきれいにするのが難しいですよ。舌苔ができる背景には、唾液の流量が低下し、口腔内が乾燥されていることが多いです。まずは湿らせふやかしてから取っていくことになるでしょう。しかし、あんまり強くブラシでこすると、舌の粘膜を傷つけます。一度のケアで舌苔をなくすのは難しいので長期的に無理せず関わっていきましょう。舌苔を取る専用の用具も開発されていて、それなりに工夫はされていますので試してみてもよいでしょう。

全代償が必要な場合の準備と姿勢の注意を図23に示しました。ベッドを30度から45度の角度で起こした方がよいですが、どうしても起こすことのできない人は健側を下にしてください。

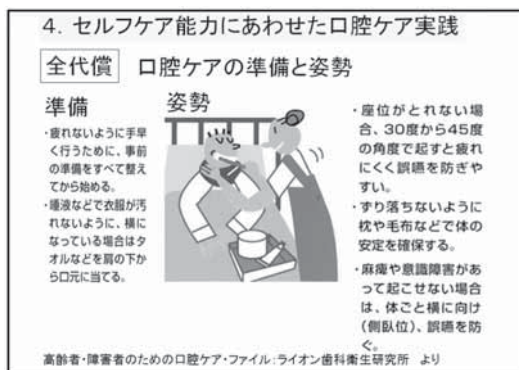


図23 口腔ケアの準備と姿勢

口を開かない患者さんがいて困るということが今回の質問の中にもありました。まずは口を開けない理由を考えてみましょう。緊張や筋肉が強張っていることもあります。過去に嫌な経験をされたり援助者との間に信頼関係が築かれていなかったりすることも多いです。その方の意識の状態、覚醒状態、現在のご気分などを考え、ケアを受け入れてもらう努力することからはじめましょう。皆さんも気が乗らないときに知らない人が来て無理やり口の中に手をつっこまれたら嫌ですよ。認知症がかなり進行している方でもきちんとご挨拶して、これからのケアの説明をして、患者さんのためにケアを実施しようとしていることを理解していただくように努力しましょう。安全であることを伝え、軟ら

かな口調で語りかけ、身体にやさしく触れ緊張をほぐします。手からはじめ肩、そして頬、唇という順で触れていきます。生理学的に無理やり口を開けさせることもできるでしょうが、お気持ちに反してしまうと、これから毎日あるいは毎週継続される口腔ケアが不快で嫌な時間になり拒否はエスカレートするでしょう。指をチョキにして口角より頬と歯茎の間に指を挿入していきます。脇のほうからアプローチをしていくと不快感が少ないです。ケアは抵抗の少ない頬側から実施します。ここでブラッシングの気持ちよさをクライアントが実感してくれるなら、筋肉はゆるまり徐々に口は開いてくるはず。口が開いたら、すばやく内側を清掃してください。開口を保持するためブロックバイトや歯ブラシにゴムホースを巻いたものを使うこともありますが、不快感をできるだけ与えないことが大切です。やっぱり患者さんはこういうものがかまされると、嫌な感じがしてしまうので、出来れば口が開いている間に、すばやく清掃できたら良いと思います。抵抗があるときは抵抗がない方法を探すのが先決ですが、口の中があまりにも汚れ清掃しないと感染症のリスクが高い時があります。咬まれる危険があるときは指サックをして、口角から指を下顎奥歯の後ろ内側にK-pointと呼ばれる点がありますが、そこを刺激することで開口してくださることが多いです。

声かけが大切だなと思うのは、例えば、意識がないと判断されている患者さんでも、声は聞こえておられる方は多いと聞いたことがあります。蘇生が遅れ脳に重篤な障害が残った子どもだったのですけれども、寝たきり状態で何を話しかけても、一見反応がないように見え、病棟の看護師の記録では反応がないことになっていたのですが、誰が横に来ているか分かっていたのです。学生が実習でつかせていただき、ケアさせていただき、本を読んだりしている内に、学生が来ると落ち着き気切からの分泌物が少ないなど、ささやかではありますが様々な反応がありました。その学生は一見反応がなさそうなその子どもの微妙な反応によく気づき、今日この子は、筋緊張が少なくていい感じですか、絵本を読んであげると安らぐとか変化に気づいてその日その日のケアを柔軟に組み立てかかわってましたので、患者さんは彼女の存在に安心

したのでしょうか。

機能をあげるトレーニングということでは、図24に示すような様々な方法が考えられています。簡単にご紹介しますが、機能をあげる基本は摂食を進めていくことだと思います。日常生活の中に取り入れられるものでないと機能を上げるのは難しいと思います。ですから、しゃべったり、歌を歌ったりするのもいいですね。

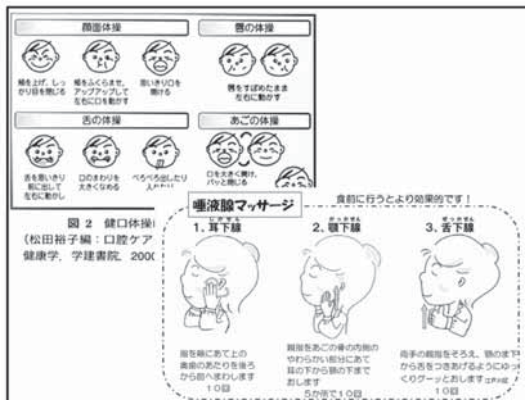


図24 口腔体操

唾液腺のマッサージは日々取り入れられたらよいマッサージです。先ほども言ったように、唾液腺は耳下腺、顎下腺、舌下腺という3種類の唾液腺があります。ここを刺激することで唾液の流出を促します。女性の方はお肌のお手入れをされておられると思います。化粧水をつけられる時に、親指を顎の内側に入れて、その他の指を頬に添わせ持ち上げるようにマッサージしてくださいと、リフトアップ効果も、唾液腺も刺激することもでき一石二鳥です。患者さんにマッサージとして、やって差し上げるのもよいでしょう。

8. 口腔健康行動におけるコミュニティチーム医療

現在、私が研究として取り組んでいるのは、コミュニティをベースにお口から健康増進を図ることです。鹿児島大学歯学部にいまして患者さんに関わることもありましたが、地域のフィールドを対象に研究を進めています。現在、病院はやはり急性期対応が主流なところがあります。急性期の症状を取って外地域へ出すということが行われていると思います。しかし、21世紀の健康問題として大きな問題は、慢性疾患なんですね。現代の医療体制、慢性疾患のケア体制と

しては十分ではありません。病院から、21日経ったら、言葉は悪いですが、患者さんは出されて、十分な援助が得られる環境ではないのにいきなり生活を始めさせられるわけです。もちろん、訪問看護ステーションを始め、様々な地域連携医療が実施されていますが、充足しているとは言えない状況です。

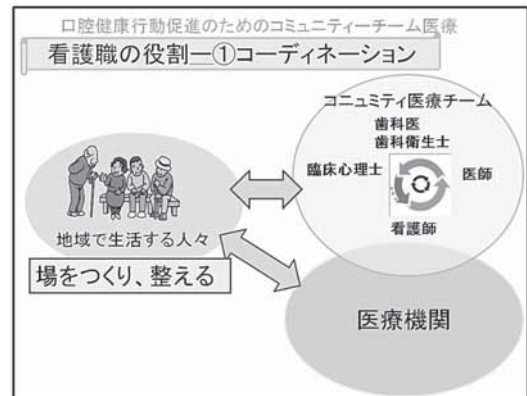


図25 プログラムにおける看護職の役割

慢性疾患という健康問題を解決していくためには、セルフマネジメント力の向上は重要で、セルフマネジメント力を育てることが看護職の専門性の一つだと先ほどお話ししました。また、看護職の大きな役割としてコーディネーションがあると思います。私は現在コミュニティ医療チームという構想をもって、歯科医、歯科衛生士、臨床心理士、看護職、医師らが一緒になってプログラムを立案し介入調査をしています。場を作り整えるということで、コミュニティの人たちの状況を把握しながら、必要なら医療機関につなげていくというようなコーディネーションが必要になってきます。また個人のセルフマネジメント能力の育成をしていく役割があります。この研究における介入は、図26に示したように集団を対象とした知識技術の学習と、個々の健康問題に焦点をあてた個別相談から成っています。個別相談では専門家と話し合った上で、個人の目標を決めてもらいホワイトボードに書いて持ち帰り1カ月実施していただくことを3カ月繰り返し、介入前、介入後と介入が終了してから3カ月後、最初からは6カ月後になりますが、口腔ケアの継続、口腔健康状態、認知機能、QOLの変化を評価します。

慢性疾患の患者さんにアプローチするモデルとして、様々なモデルが考えられていますが、

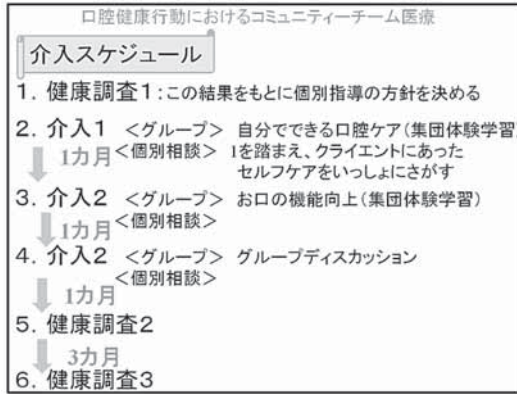


図26 プログラムスケジュール

Prochaskaの行動変化ステージモデルが使われています。無関心な時期を経て、関心期になり、準備期になり、実行期になるということで、口腔ケアに関してもこのモデルが使われたことがあります。私達も最初、このモデルを使おうとし、図27に示すように、手順を考えたのですが、予備調査の段階で使うのが難しいということになりました。このモデルは本来、禁煙を促進するために考えられたモデルで禁煙は禁煙という行動一つを考えていけばよいのですが、口腔ケアとなると一つだけではないのです。歯間ブラシの使用、口腔清掃回数、時間、歯科受診など多岐に渡ってしまいます。それを一つずつモデルにあてはめ考えていくのは煩雑になるので、図28のような介入の枠組みを考えました。看護師は「口の中で困っていることはありませんか」と聞きながら、クライアントは自分の状況を説明し、看護師は傾聴していきます。クライアントが気にしていることを大切にしながら検査データ等を参考にして専門的判断を伝えていきます。口の中をいっしょにみながら、どんなところが



図27 行動変化ステージモデルを枠組みとした支援

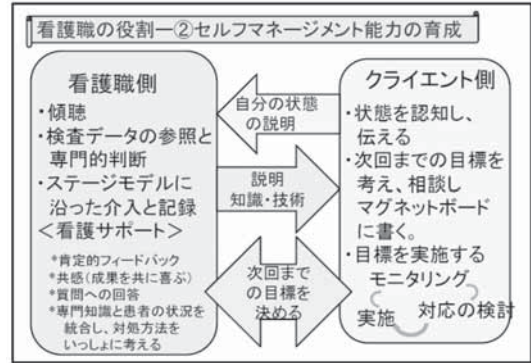


図28 個別相談の枠組み

問題となってくるのかを伝え、口腔内の見方を伝えていきます。知識だけではなくその具体的な解決法の技術も伝え、できるだけ実演し確認していきます。それを受けてクライアントは次回まで自分が生活の中に取り入れてみようとすることを決めます。次回に来るまで目標を相談して決めて、マグネット・ボードにそのことを書いて帰ってもらって、そのマグネット・ボードを見えるところに貼って、それを続けてもらうというような介入をしています。クライアントは自分の口の状態を、例えば歯肉の炎症が消えてきた、炎症が増してきたということ、モニタリングできるようになり、「炎症が進んできたのは歯間ブラシの使用をさぼっていたからだな」、「もう少しこの部分をきれいにしよう」と考え実行していける力を支援します。

4地域実施予定で今のところ2地域の介入は終了したのですが、口腔ケアの継続率は介入後3カ月が経過した時点でも高く、口腔健康の改善だけでなく、QOLそれから認知機能が上がりました。口腔清掃方法を工夫している方が83.3%、91.7%の方は介入3カ月後に今後も口腔ケアの継続は可能だと回答しています。口腔健康状態が改善されQOLが向上するということまでは仮説通りなのですが、このプログラムでは認知機能も非常に向上しました。MMSEは30点で評価するのですが、20点行かない方達も対象者に含まれていました。この方達はコミュニティの方達があえて連れてきてくださり参加を促してくださった方達です。いろいろな要因があると思いますので今後検討していきたいと思っています。