

医師のための口腔ケアガイド

廣瀬知二（伊東歯科口腔病院訪問診療部長）

本コンテンツはハイブリッド版です。PDF だけでなくスマホ等でも読みやすい HTML 版も併せてご利用いただけます。

▶HTML 版のご利用に当たっては、PDF データダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から 3 営業日以内にお送り致します。

▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することで HTML 版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続

Chap1 口腔ケアの沿革と概念 ————— p2

1-1 口腔ケアの沿革/1-2 「口腔ケア」の概念

Chap2 口腔の構造と加齢による変化 ————— p5

2-1 口腔の構造/2-2 口腔を構成する器官/

2-3 口腔の機能に関連した器官

Chap3 口腔アセスメント ————— p12

3-1 OHATによるアセスメント/3-2 アセスメント実施後の対応

Chap4 看護師・介護者が行う口腔ケアの実践 ————— p16

4-1 口腔ケアを行うための状況把握/4-2 口腔ケアの実践

Chap5 その口腔ケアは適切か ————— p21

5-1 ポジショニングは正しいか/5-2 歯ブラシや口腔ケア用スポンジの水をよく切る/5-3 ポピドンヨード系含嗽剤は使用しない/5-4 見逃された汚れはないか/5-5 義歯は清掃されているか/5-6 服薬後も口腔内を確認する/5-7 歯ブラシは個別に管理しているか/5-8 開口保持器具の使用は適正か

Chap6 呼吸器疾患と口腔ケア ————— p28

6-1 誤嚥性肺炎/6-2 インフルエンザ/6-3 COPD/6-4 COVID-19

Chap7 口腔ケアによるVAP予防戦略 ————— p33

7-1 発症予防の重要性/7-2 感染経路・発症機序/7-3 VAPバンドルと口腔ケア/7-4 口腔ケアの実践/7-5 気管挿管中の口腔トラブルと対策

Chap8 糖尿病と口腔ケア ————— p38

8-1 歯周病との関連/8-2 口腔カンジダ症

Chap9 周術期等口腔機能管理 ————— p43

9-1 周術期等口腔機能管理とは/9-2 手術時の口腔管理/9-3 化学療法時・頭頸部への放射線治療時の口腔管理

Chap10 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死と口腔ケア ————— p50

10-1 沿革/10-2 発症のメカニズムと病態/10-3 リスク因子/10-4 治療/10-5 骨吸収抑制薬の使用と歯科治療/10-6 医科歯科連携の必要性

Chap11 がん終末期の口腔ケア ————— p57

11-1 口腔乾燥・口渇/11-2 口臭/11-3 口腔カンジダ症/11-4 口内炎/11-5 義歯不適合/11-6 動揺歯/11-7 摂食嚥下障害

Chap12 オーラルフレイル ————— p63

12-1 フレイルと関連用語/12-2 保険傷病名としての「口腔機能低下症」/12-3 口腔機能低下症の検査と診断/12-4 口腔機能低下症への対応

Chap13 口腔ケアに伴う偶発症と対応 ————— p69

13-1 クラウンやインレーの脱落/13-2 歯の脱落/13-3 歯肉出血/13-4 義歯の紛失・誤飲/13-5 顎関節脱臼

Chap14 歯科への紹介・歯科からの照会 ————— p75

14-1 う歯や歯周病などの口腔固有の病変/14-2 医科疾患の部分症状としての口腔病変/14-3 口腔ケア・歯の欠損補綴を含む摂食嚥下障害

▶HTML版を読む

日本医事新報社では、Web オリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶Webコンテンツ一覧

日常で、看護師や介護者による口腔ケアが不適切な方法で行われていると、十分な効果が期待できないだけでなく、事故をもまねくこととなる。ここでは、医師が確認すべき具体的なチェックポイントを解説する。

5-1 ポジショニングは正しいか

誤嚥しにくい姿勢に調整してから、口腔ケアを実施する(図5-1)。顎が上がらない姿勢をとるよう、首の角度調整が重要である。特に、頸部後屈位に拘縮している場合は、誤嚥防止にいつもの配慮を必要とする。側臥位にする場合は、麻痺側を上、健側を下にする¹⁾。

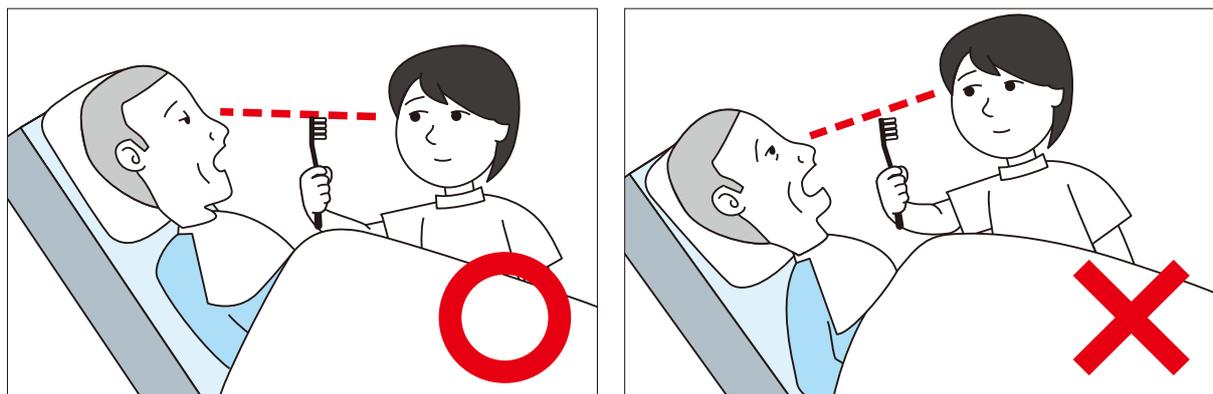


図5-1 誤嚥を防ぐポジショニング

術者を見上げるように頸部が後屈すると気管に水が入りやすく、誤嚥のリスクが高くなる

5-2 歯ブラシや口腔ケア用スポンジの水をよく切る

水がしたたる状態で口腔ケアを行うと、口の中に水がたまり誤嚥のリスクが高くなる。口腔ケア用スポンジは、粘膜が傷つくのを防ぐため、いったんコップの中の水で十分に湿らせ、その後水分をよく絞り、さらに清潔なガーゼやティシュペーパーで余分な水分を拭き取ってから使用する(図5-2)。スポンジはディスポザブル製品であり、再使用は不衛生のみならず、スポンジ脱落の事故をまねく。

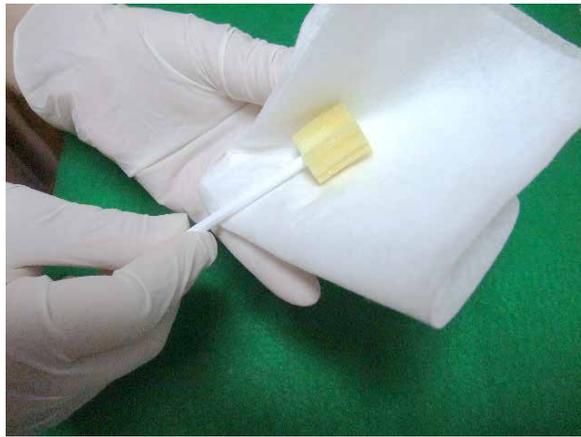


図5-2 口腔ケア用スポンジ使用時の注意点

口腔ケア用スポンジは余分な水分がない状態で使用する。ディスポーザブル製品であり、衛生上再使用はしない

5-3 ポピドンヨード系含嗽剤は使用しない

ポピドンヨード系含嗽剤は、口腔内のほとんどすべての細菌に対して強い殺菌力を示す。しかし、汚染物には浸透しにくく、蛋白成分があると消毒効果が失活する。そのため、バイオフィームであるプラークや舌苔への効果はあまり期待できない(図5-3)。口腔ケアで歯や粘膜に付着しているバイオフィームを除去するには、機械的清掃が必須である。また、ポピドンヨード系含嗽剤はエタノールを含有しているため、その脱水作用により口腔乾燥が助長されるので注意が必要である²⁾。ポピドンヨード系含嗽剤については、ヨウ素アレルギーの有無を確認した上で、口腔内に創傷がある場合や、緊急気管挿管直前など、通常口腔ケアを行う時間的余裕がないときに、遊離した細菌の殺菌を目的としての使用が望まれる。

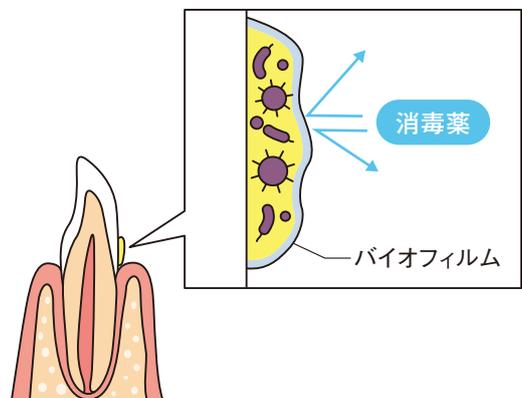


図5-3 消毒薬とバイオフィーム
消毒薬はバイオフィームにはあまり効果がない。機械的清掃が必要である

5-4 見逃された汚れはないか

口腔ケアに慣れていないと、粘膜損傷や、術者の手指への誤咬を恐れて、歯ブラシなどを口腔の後方に当てるのをためらったり、十分に当てることができなかったりする。大臼歯部付近を観察して周囲に苔状の汚れを確認できれば、口腔ケアが不十分と判断してよい(図5-4)。また、歯の金属冠部分はプラークが沈着しにくい。そのため、この部分に汚れが沈着している場合も、口腔ケアが行き届いていないと判断する(図5-5)。



図5-4 要介護者の歯に沈着したプラーク



図5-5 金属冠に沈着したプラーク, 黒褐色の舌苔
日々の口腔ケアが行き届いていないと判断する

5-5 義歯は清掃されているか

義歯の表面に白く付着する汚れはデンチャープラークと呼ばれるバイオフィームである(図5-6)。歯に沈着するプラークは、その構成が主として細菌であるのに対して、デンチャープラークでは、細菌に加えてカンジダを主体とした真菌とその産生物からなる。義歯のピンクの部分(義歯床)はレジンと呼ばれるアクリル樹脂からなり、多孔性で吸水性がある。そのためカンジダが付着しやすく、清掃を怠ると義歯そのものが微生物のリザーバー(感染巣)となる。デンチャープラークはバイオフィームであるので、機械的清掃が必須である。機械的清掃の後に義歯洗浄剤の使用は有効であるが、義歯洗浄剤のみではバイオフィームを除去することはできない。



図5-6 デンチャープラークが沈着した義歯

5-6 服薬後も口腔内を確認する

嚥下障害がある患者にとって、服薬は摂食とともに大きな課題となる。薬の内服は、水分と錠剤などの固形物を同時に摂取するため、誤嚥のリスクが高くなる。また、一度に複数の内服薬を摂取すると、口腔・咽頭に残留を起こしやすくなる(図5-7, 図5-8)。服薬時も食事のときと同様に姿勢を整え、飲み込むときには頭部を前屈させてうなずくようにさせる。

リクライニング位で服薬する場合は、枕で調整して頸部前屈位をとる。内服後は薬剤の残留がないかを確認する必要がある。



図5-7 嚥下されずに義歯に付着した錠剤



図5-8 口腔内に残留した散剤

5-7 歯ブラシは個別に管理しているか

歯ブラシは洗浄や乾燥がしにくいため、緑膿菌やアシネトバクターなどの微生物による汚染を受けやすい。口腔ケア後や、口腔ケア用品を取り扱う前後に手指衛生が実施できていない場合や、環境が汚染されている状況では、特に感染拡大のリスクとなりやすい。また複数患者の歯ブラシをま

とめて保管することで、取り違えを起こしたり、歯ブラシどうしが接触することで交差感染したりする可能性は否定できない。使用後の歯ブラシを患者ごとに洗浄するのであれば、消毒は不要である³⁾。歯ブラシの衛生管理は乾燥が重要であり、洗浄後はブラシ部分を上に向けて保管する。

5-8 開口保持器具の使用は適正か

開口保持器具は、歯より舌側口蓋側の清掃を行う上で術者にとって便利なもので、誤咬から指を守るのにも有効である。しかし患者にとっては強制的開口が続き、嚥下や呼吸がしづらくなるので、長時間の使用は避ける。

また樹脂製のデンタルブロック(図5-9)は材質上、長期間の使用ができない点にも注意が必要である。損傷による誤飲事故も報告されている。必ず使用開始日をデンタルブロック自体に記入して定期的に交換する。交換の目安は6カ月とされているが、使用時には毎回ひび割れや傷がないかを確認し、使用頻度や回数、咬合による負荷を考慮して早めに交換する⁴⁾。

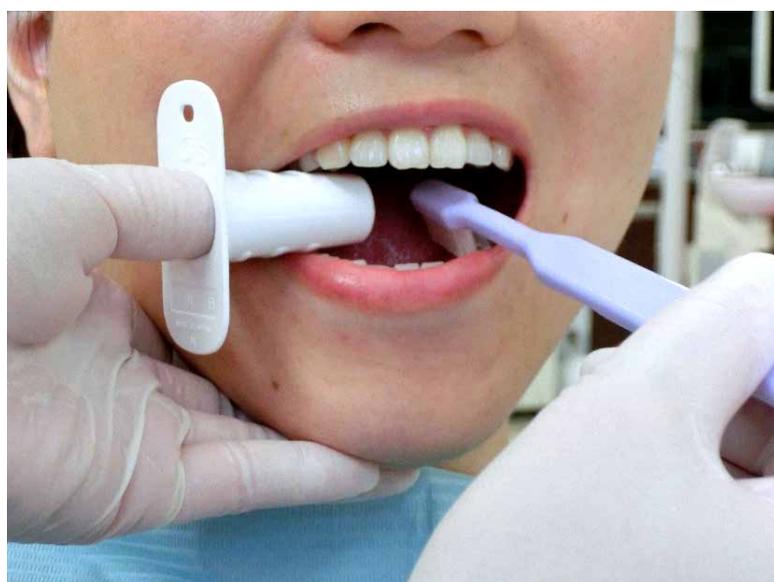


図5-9 デンタルブロック

拇指に装着したデンタルブロックを口角から挿入し、しっかり噛ませる。他の指で下顎を固定すると安定する

【文献】

- 1) 柿木保明:JJN スペシャル. 2003;73:78-81.
- 2) 廣瀬知二:病院・施設・在宅で役立つ! 基礎からわかる口腔ケア・摂食嚥下リハビリテーションQ&A57—患者さんに応じたケアのポイントがわかる, メディカ出版, 2021.
- 3) 松山千夏:INFECT CONTROL. 2019;28(8):768-77.
- 4) 荒巻裕子:デンタルハイジーン. 2017;37(12):24-5.

Chap6 呼吸器疾患と口腔ケア

口腔には700種類を超える細菌が常在し、唾液には遊離した細菌が 10^8 個/mL程度存在する。口腔と気道との位置関係から、口腔細菌が呼吸器疾患に影響を及ぼしていることは想像に難くない。現に口腔細菌と誤嚥性肺炎、インフルエンザなどの発症と進展、および慢性閉塞性肺疾患(chronic obstructive pulmonary disease : COPD)との関連が明らかにされつつあり¹⁾、口腔ケアが発症予防に有効であることが多数報告されている。さらに最近新型コロナウイルス感染症(COVID-19)と口腔との関連も注目されている。なお、人工呼吸器関連肺炎(ventilator-associated pneumonia : VAP)については、「Chap7 口腔ケアによるVAP予防戦略」で述べる。

6-1 誤嚥性肺炎

Yoneyamaらは、高齢者施設入所者を、歯科医療者が積極的に口腔衛生管理を行う群(口腔ケア群)と従来通りのケアを行う群(対照群)にわけ、肺炎の発症について2年間にわたって調査を行った。その結果、対照群において肺炎発症率が19%であったのに対し、口腔ケア群では11%であった(図6-1)。さらに対照群では16%が肺炎で死亡したのに対し、口腔ケア群では7%であったことが示された²⁾。

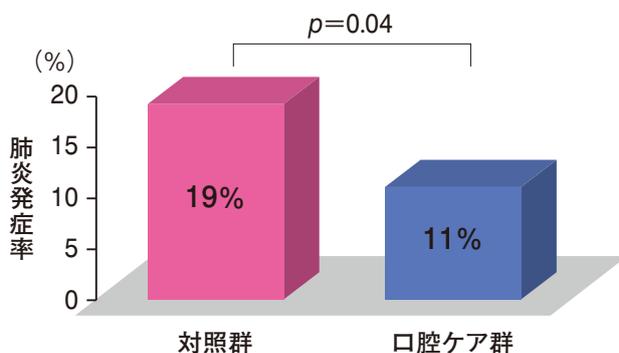


図6-1 高齢者施設入所者における2年間の誤嚥性肺炎発症率
歯科医療者の口腔ケア介入により肺炎発症が減少した
(文献2より作成)

また、弘田らは高齢者施設入所者を対象に5カ月間、歯科医療者が介入

した口腔衛生管理を行い、咽頭における総細菌数、レンサ球菌数、ブドウ球菌数の変化を比較している。その結果、口腔ケア群は対照群に比べて、総細菌数、レンサ球菌数は減少を示し、加えて口腔ケア群では、急性呼吸器感染症の主たる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報告している³⁾。

さらに、Yoshinoらは口腔ケアによって、嚥下・咳反射に関わる神経伝達物質サブスタンスPの分泌増加と(図6-2)、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ている⁴⁾。これらの結果は、口腔ケア継続は口腔内細菌叢の改善をもたらし、肺炎の感染減対策として有効であり、また嚥下反射・咳反射を改善して誤嚥を防ぐという感染経路対策としても期待されることを示している。

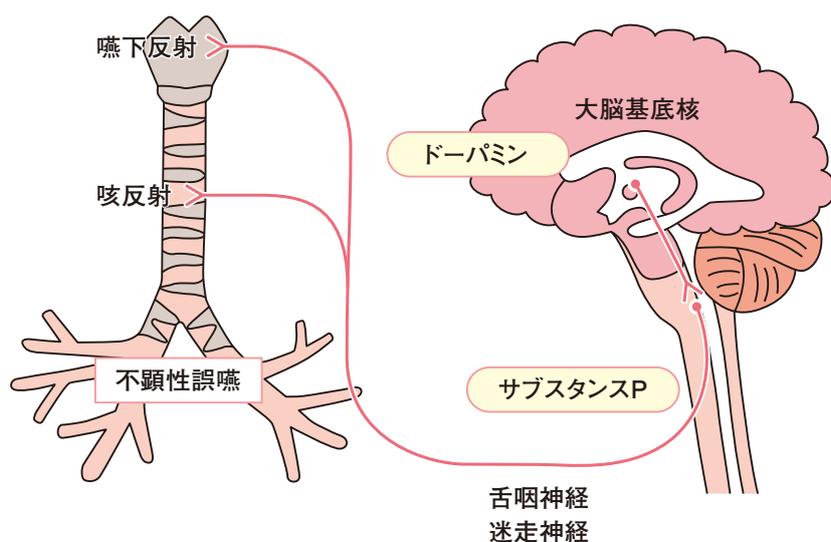


図6-2 サブスタンスPと誤嚥

大脳基底核に梗塞を生じるとドーパミンが減少し、サブスタンスPの合成が低下する。口腔ケアによりサブスタンスPの分泌が増加すると、嚥下反射と咳反射が改善され、不顕性誤嚥を防げるようになる

6-2 インフルエンザ

インフルエンザの感染と口腔内の状態については、100年前のスペインインフルエンザ流行時の研究で、既に関連性が指摘されている。当時のパンデミック下の米国人、英国人260人について口腔内を調べた調査で、