

入院・介護と口腔



入院・施設・在宅療養で こんな状態を見かけませんか？

食べなくなった、起きなくなった。



食べられなくなる原因はさまざまですが、口腔に原因がある場合もあります。歯や歯ぐきの疾患、嚥下障害、入れ歯の不調や、食べない、食べられないこと自体が、食べる体力・気力を低下させていることもあります。

ぐらつく歯と口腔内出血・口臭



歯周病では歯ぐきが腫れたり出血します。また歯がぐらついたり、口臭が強くなります。これは歯磨きだけでは改善しません。入れ歯の手入れも欠かせません。

腫れる歯ぐき



様々な原因で歯ぐきが腫れて、感染源として全身に影響が及びます。

入れ歯の下の大きな潰瘍



入れっぱなしの部分入れ歯。



訴えがなくても、はずすとその下に潰瘍ができていることも。

潰瘍・自傷

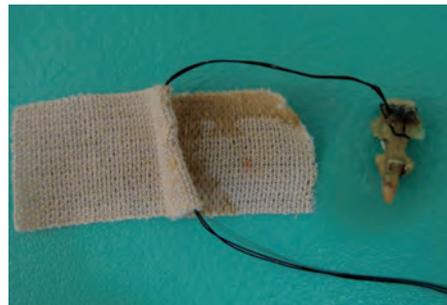


残っている歯の尖ったところが当たってできる口唇、頬、舌、歯ぐきなどの潰瘍。



痛みの訴えはないが、残っている歯が歯ぐき、口唇を咬んで、深い潰瘍ができています。意識低下、不随意動作などでおこることが多い。

抜けそうな歯で手入れができない、咬まれそうで手入れができない



動いている歯の誤嚥・誤飲には注意が必要。



口が開かない、開けない、開けられない



開口保持しての口腔清掃は様々な方法で可能

咬み合う歯がないと立ち上がりにくい、転びやすい



上下の歯がかみ合っていないと起きにくかったり、転びやすくなると言われています。入れ歯を入れることで改善することもあります。

人工呼吸器関連肺炎 (ventilator-associated pneumonia=VAP)



気管内挿管チューブの管理は肺炎予防に重要。



カフ周辺の汚染は危険。

化学療法、放射線治療、抵抗力低下による口内炎



化学療法や放射線治療、進行がんで生じやすい口腔カンジダ症、化学療法による疼痛を伴う口内炎は口腔ケアで軽減します。

見過ごされやすい口腔内



経口摂取がなく開口も少ない患者、会話困難、発語困難で訴えない患者では口腔内の病変は見にくく、見過ごされやすい。



歯肉出血から見つかった悪性腫瘍



食思不振から見つかった多形性腺腫



悪性とまぎらわしい状態も見られる。

バリバリに乾いた口腔、ただれた口腔



①薬物等による重症口唇・口内炎 ②経口摂取ができない時には唾液が減り乾燥する。③気管支炎、肺炎等による喀痰はこびりついて、極めて不快感が強く、感染源にもなっています。汚れた口腔はとても不快で、口腔ケアで爽やかになると喜ばれます。

誤嚥 (Silent aspiration) と欠かせない口腔ケア



入れ歯が入ったままで口腔内の汚れがおびただしい。



意識レベルが低下すると誤嚥のリスクは高まります。



咽頭部の障害で生じる誤嚥。健常者でも生じています。



取り除いた汚れを回収しない、磨きっぱなしは危険です。汚れの回収が欠かせません。



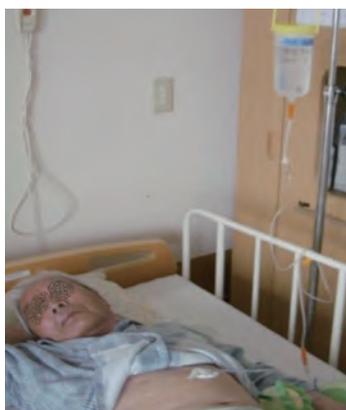
誤嚥性肺炎は口腔ケアによって減らすことができます。



気管切開孔から唾液や口腔の出血が吸引されることもあります。健常者でも誤嚥は起きています。

誤嚥性肺炎は重篤な症状をもたらします。

PEG・経管でも必要な口腔ケア



経口摂取していない口腔内は細菌が増殖しやすい。

はじめに

病院などに入院している患者さん、施設、居宅で療養中、あるいは介護が必要な方たちには、お口（口腔）の中にむし歯（う蝕）^{しよく}や、歯槽膿漏（歯周病）^{しそくのうろう ししゅうびょう}が多くみられます。またそれら疾患による機能障害や、口腔内の清掃が十分でないために生じる誤嚥性肺炎などは重篤な結果をもたらすこともあります。それ以外にも入院・介護の中ではなかなか分かりにくい病態も発生します。歯科医師、歯科衛生士でなければ対応できない場合には、院内・施設内併設歯科、あるいは地域の歯科診療所との連携を図ることが必要です。口腔にかかわる様々な問題を抱えながら、入院施設、介護施設、居宅で療養している人たちに必要な、医科歯科連携にこの冊子が役に立てば幸いです。

目

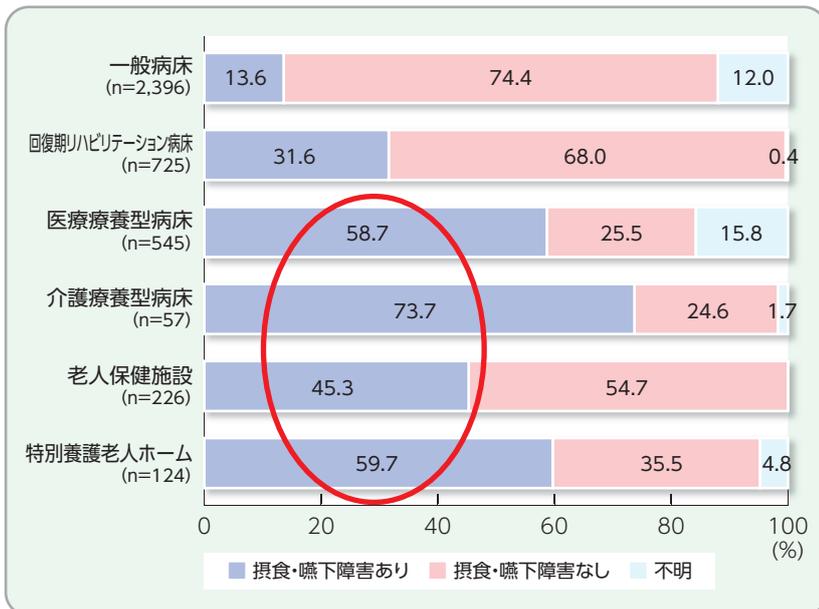
次

- ① 入院・介護にみる口腔のトラブル 7ページ
- ② 入院・介護にみる摂食・嚥下の障害 7ページ
- ③ 高齢者を襲う肺炎の脅威 9ページ
- ④ 手術前後（周術期）の口腔ケア 10ページ
- ⑤ 人工呼吸器関連肺炎（VAP）とその予防 11ページ
- ⑥ PEG・経管でも必要な口腔ケア 12ページ
- ⑦ 被介護者と歯科 13ページ
- ⑧ 歯科医師・歯科衛生士の役割 14ページ

1 入院・介護にみる口腔のトラブル

入院や居宅、介護施設で療養、介護を受けている人達は口腔内に多くのトラブルを抱えています。放置するとそれらは食べること、摂食嚥下を障害することがあります。そして栄養摂取を困難にし病状、体調の維持回復を妨げ、食べる喜びさえも奪ってしまいます。またそれらのトラブルはほかの臓器、ほかの器官に新たな問題を持ち込むこともあるのです。

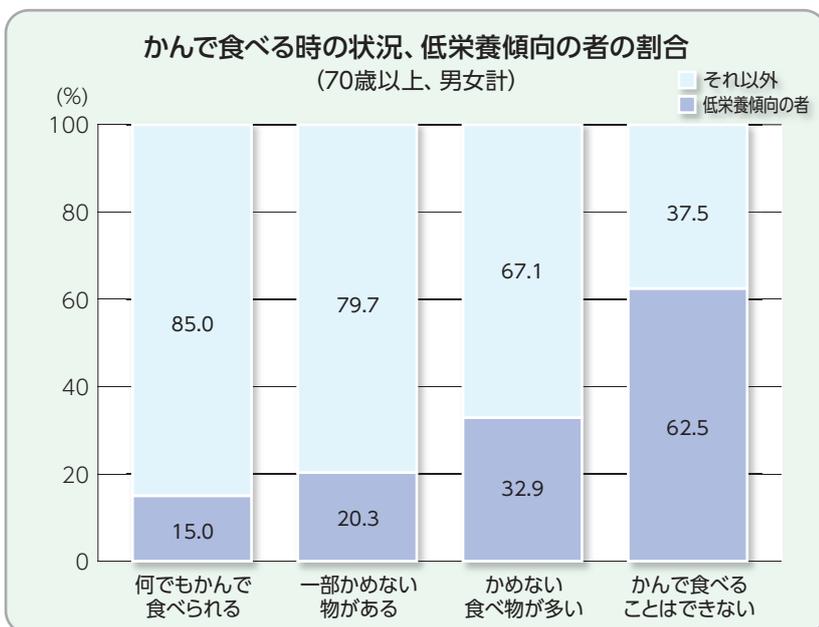
2 入院・介護にみる摂食・嚥下の障害



(中央社会保険医療協議会 (第246回) 資料より)

平成25年中央社会保険医療協議会総会資料は、成人における入院・入所患者の口腔機能障害 (摂食・嚥下障害) を図のように示しています。

入院又は入所中の成人患者について、摂食・嚥下障害の割合は、医療療養型病床、介護療養型病床、老人保健施設、特別養護老人ホームで4割を超え、特に療養病床で高率でした。



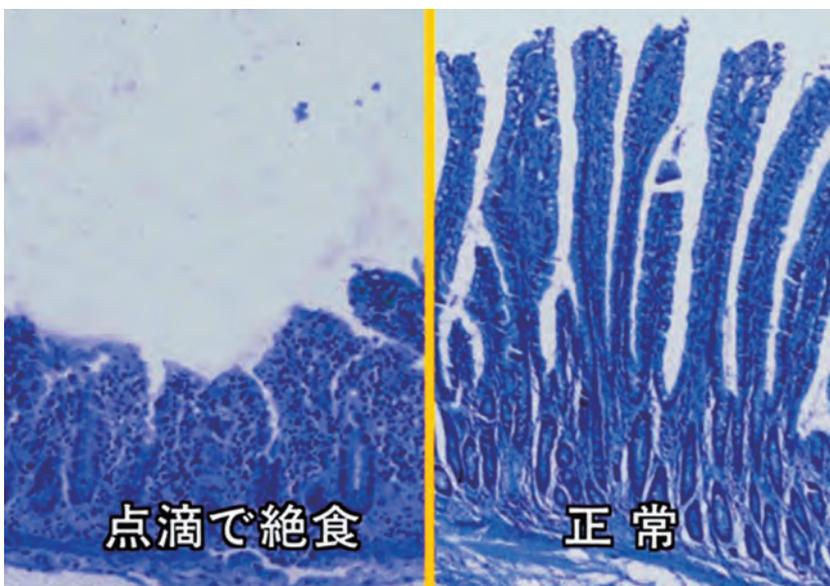
(平成25年国民健康・栄養調査結果の概要より)

入院中は病気療養のため栄養の摂取が重要な役割を果たします。また長期療養、施設入所中の方たちには体力・筋力の回復・保持をはじめ、食べることもそのことが楽しみ、喜び、また意欲にもつながります。特に高齢者ではPEM (たんぱく質エネルギー低栄養状態= Protein Energy Malnutrition) が発生しやすく、口腔内に問題を抱えていると、経口摂取も難しくなります。咬んで食べられないと低栄養になりやすいのです (左下表)。PEMの人は、日常生活のさまざまな動作が低下し、やがて寝たきりの状態を招くこととなります。

また感染症や合併症も誘発しやすくなります。死亡率もPEMのない人よりも高くなっています。病院や介護施設では在院・入所日数が伸びたり、薬の使用量が増加するなど、本人はもちろんのこと家族にも大きな負担をもたらします。

ロコモティブシンドロームやサルコペニアでは筋量、筋力の低下を引き起こしますが、なによりも栄養の摂取が重視されています。経静脈より経腸、経腸よりも経口に近づくほど体調も回復、充実に向かい、気分、意欲も向上します。食事することさえ困難であったり、立ち上がることもままならない方でも、粘り強く栄養摂取に努めていると成果が上がってくることはしばしば見られます。リハビリのためにも体力をつけることが望まれます。

腸管からの栄養摂取はほかの経路に比べて優れています。これを促すために、経口・経腸栄養、胃瘻 (PEG¹) が注目されています。近年注目されている腸管粘膜免疫機能の維持に必要なのです。腸管粘膜にある免疫機能には正常な常在菌²の存在、腸管粘膜からの栄養の摂取などが深く関与しています。経管栄養やPEG、ひいては経口摂取にできるだけ移行していくことが褥瘡や感染の減少、早期離床に繋がっています。そのため近年NST (栄養サポートチーム=Nutrition Support Team) による取り組みも拡大しています。腸管の粘膜免疫機能が正常化すると、感染、褥瘡も減り、入院日数も短縮しています。(文献1)



点滴を長期に続けていると腸管絨毛上皮は崩壊し、そこに存在する粘膜免疫機能が低下していきます。

(保団連パンフ「より良く食べるはより良く生きる」より)

	NST 導入前	NST 導入後
カテーテル敗血症 ^(※1) (点滴からの重症感染)	10.2%	0%
褥瘡発生率 ^(※2) (床ずれ)	14.9%	3.0%
平均在院日数 ^(※1) (平均入院日数)	20.9 日	16.7 日

IVHや点滴から、腸管からの栄養摂取 (経口、経管、胃瘻など) に移行することで、カテーテル敗血症、褥瘡発生率は減少し、平均在院日数も短くなります。

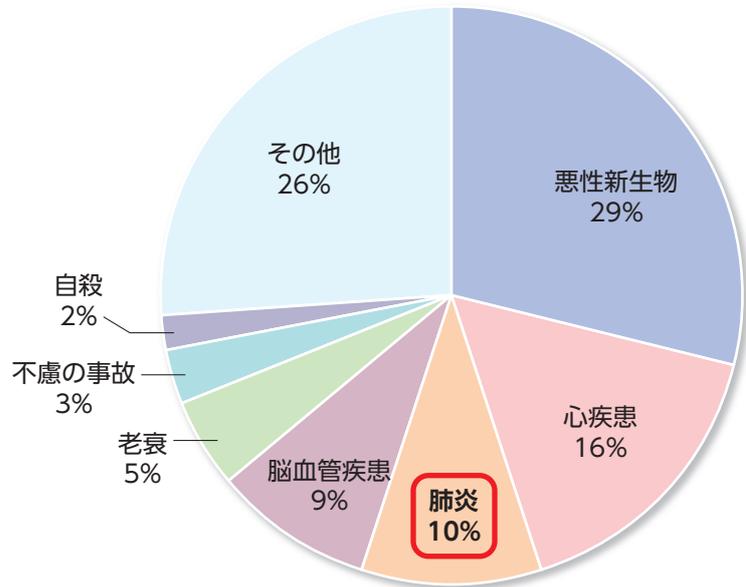
(※1は鈴鹿中央総合病院 ※2は尾鷲総合病院) (文献1より作成)

1:percutaneous endoscopic gastrostomy
2:多くの人の健康な身体に共通してみられ、病原性を示さない細菌

3 高齢者を襲う肺炎の脅威

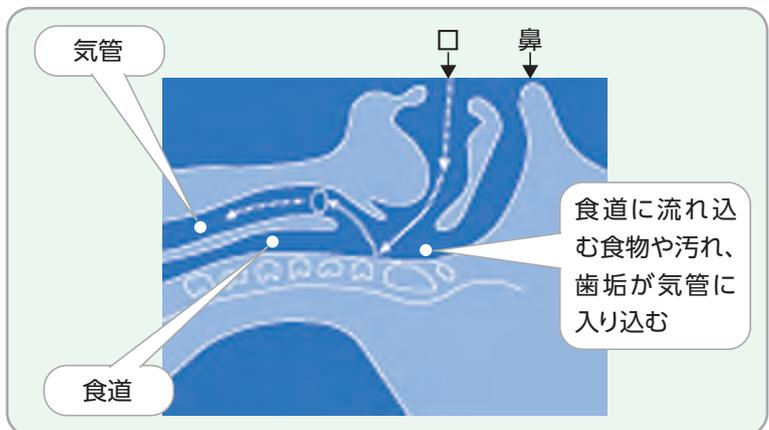
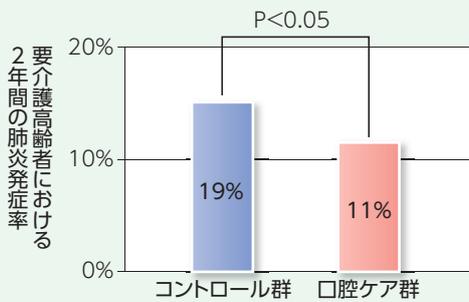
65歳以上高齢者の死因は悪性新生物、心疾患について肺炎が3番目になっています。その死亡率は10万対406.3人です。口腔内の状態の悪い高齢者は肺炎で入院する率が高いとも言われています。(文献2,文献3) 治療中の病気やADL(日常生活動作)の低下などから、口腔からの常在菌の垂れ込み・誤嚥が生じ、そこから引き起こされる肺炎が重症化し不幸な転帰をとることが多いのです。

主な死因別死亡数の割合 (平成24年人口動態調査より)



誤嚥性肺炎と口腔ケア

口腔ケアと誤嚥性肺炎の発症率



(YONEYAMA T. Yoshida M. Matsui T. Sasaki H. Oral care and pneumonia, Lancet, 354 : 515 ,1999.より引用改変)



義歯は外しての清掃が必要です。バネ(クラスプ)で歯に架けているものもありますので一定の方向からでないと外れないこともあります。また嘔吐などでの紛失や、取り違えの防止に、名前を義歯に入れることもあります(マーキング)。

大切で必要な口腔清拭も不十分なことが多い

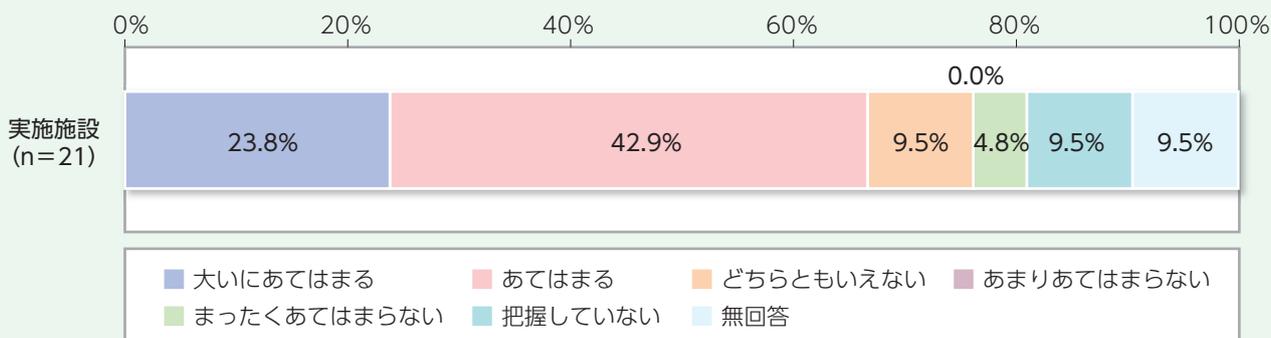
口腔内には健康な状態でさえ多数の常在菌が棲息しています。抵抗力の低下している状態では為害性が増加します。常在菌はデンタルバイオフィームと呼ばれる強固な結合力をもった状態で歯に付着しており、うがいや、綿球等での清拭、簡単な歯磨き程度では除去できません。歯ブラシ、歯間ブラシ等による清掃が効果的です。しかしそれらにより磨き落とされた汚れも含嗽、吸引等により回収されなければ、咽頭から気管支に流れ込み、不用意な口腔ケアが誤嚥性肺炎を引き起こすこともあります。(文献4、5、6、7) 吸引歯ブラシなどによる口腔ケアも効果的であるといわれています。



4 手術前後 (周術期) の口腔ケア

手術の結果に口腔ケアが大きく関わっています。手術時の挿管麻酔による呼吸器合併症を防ぐため、事前の口腔内の清潔が求められています。特に悪性腫瘍では手術、化学療法、放射線治療などが組み合わせられますが、化学療法、放射線療法による食欲減退、重篤な口腔粘膜障害(口内炎)なども、口腔ケア、良好な口腔機能(しっかり咬めること)の有無に大きく左右されます。中医協の調査では「歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を行うことの効果」の「術後の感染予防に寄与できた」かどうかでは「大いにあてはまる」23.8%、「あてはまる」42.9%と約3分の2の施設がその効果を報告しています。また手術患者への口腔ケアが入院期間の短縮につながったという回答は6割を超えています。

歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を行うことの効果
～②術後の感染予防に寄与できた～
(周術期口腔機能管理実施施設、複数回答、n=21)

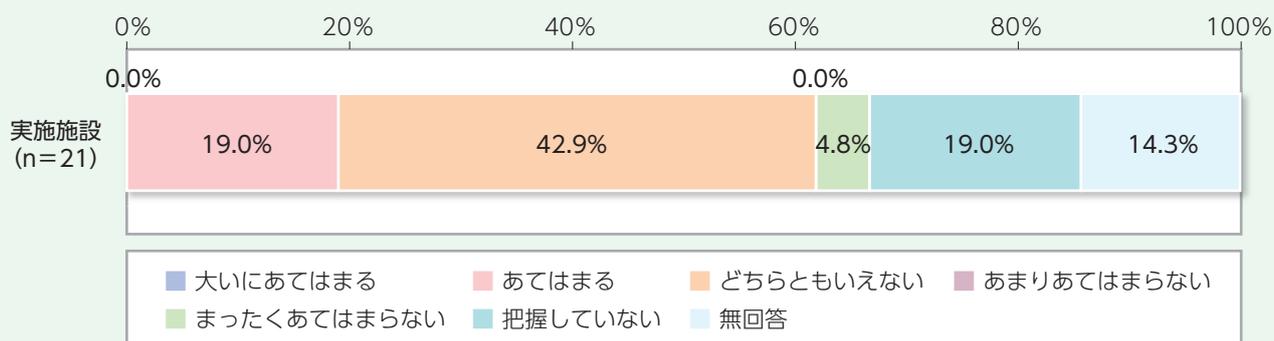


(中医協：平成24年度診療報酬改定結果検証に係る調査より)

歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を行うことの効果

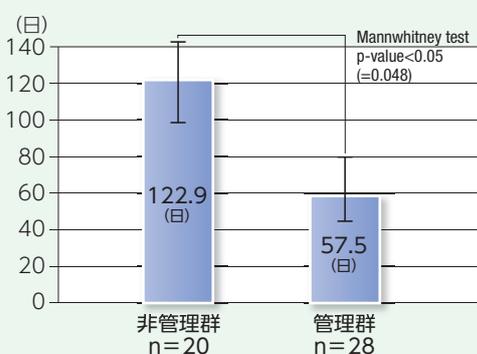
～③患者の入院期間の短縮につながった～

(周術期口腔機能管理実施施設、複数回答、n=21)

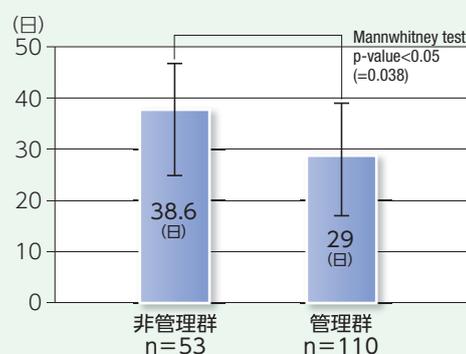


(中医協：平成24年度診療報酬改定結果検証に係る調査より)

血液内科 (悪性リンパ腫)



心臓血管外科

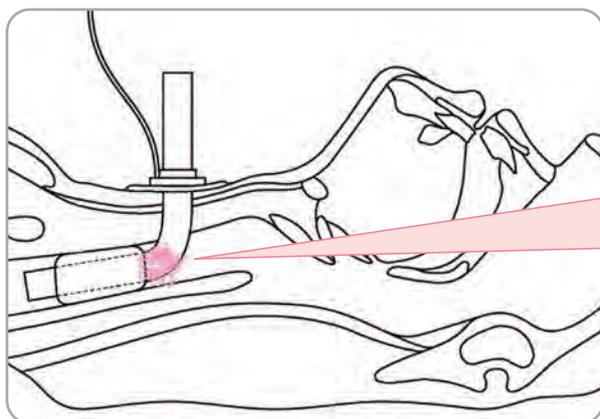


(中医協：平成25年11月22日第259回中央社会保険医療協議会総会提出資料の一部)

入院期間をみても消化器外科、心臓血管外科、小児科、血液内科、口腔外科「いずれの診療科においても在院日数の削減効果が統計学的に有意に認められ、その効果はほぼ10%以上あることが明らかになった」とされています。

5 人工呼吸器関連肺炎 (VAP) とその予防

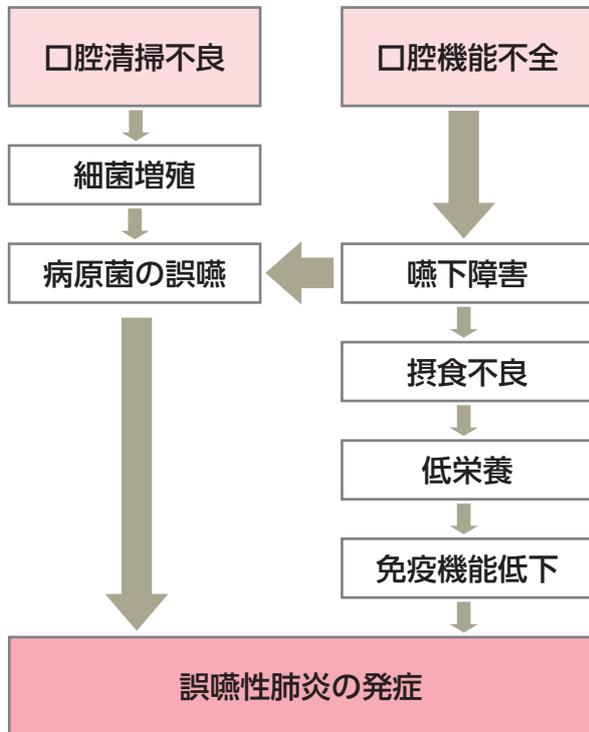
気管内挿管チューブが入っていると主に感染源となる口腔内の汚れが気管に垂れ込むことで肺炎を起こしやすくなります。口腔粘膜用殺菌消毒剤の使用、吸引歯ブラシなどでの口腔ケアが必要です。(文献8、9)



カフ手前周辺の汚染は口腔内からの垂れ込みが大きな原因になります。歯や粘膜を含む丁寧な口腔内清掃が必須です。

6 PEG・経管でも必要な口腔ケア

口腔内には多数の常在菌が存在しており、経口摂取や会話などができなくなるなどして口腔内の動きが低下すると、唾液分泌も減り、口腔内も汚れやすくなります。



体に不自由なところが出て、口腔の手入れが行き届かなくなると、口腔内の常在菌に加えて病原性微生物も増殖しやすくなります。健常者でも生じているといわれる誤嚥は入院、介護を受けている人達にはとても危険なものになります。また療養が長期にわたってくると、う蝕、歯周病、歯の喪失をはじめ義歯の紛失、不調など様々なことが起こってきます。これらが原因で生じる咬めない、食べられない、飲み込めないなどの症状は、低栄養（PEM）を生じやすくし、抵抗力、免疫力を低下させ病状、体調の回復を遅らせるものとなります。筋肉量の減少による筋力または身体能力の低下（サルコペニア）は自立を妨げ、要介護になりやすくなります。また咬み合わせがきちんとできていないと、体位の保持、歩行に支障をきたすこともあります。認知症にもなりやすいとも言われています。（文献10）

汚れを回収しない口腔清拭、歯ブラシは肺炎を惹起



自家製ガーグルベースンによる清掃汚れの回収

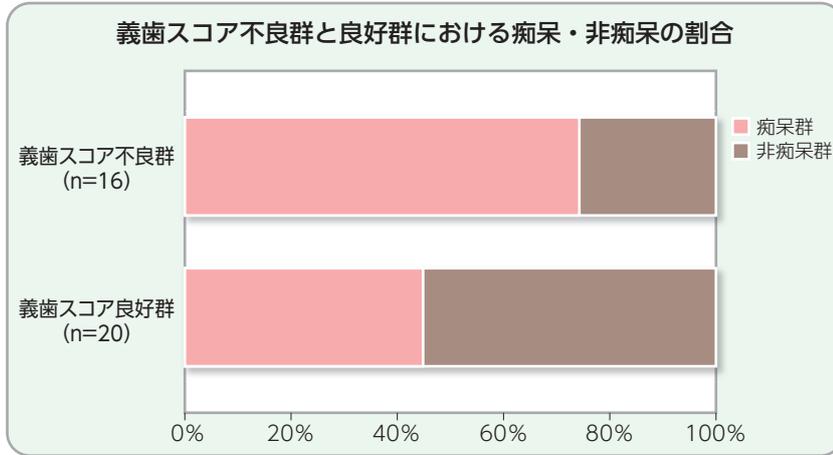
病室配管に接続した吸引歯ブラシ

歯科用ポータブル吸引式ブラシ

居宅、介護施設、病院で患者、要介護者は絶えず肺炎の脅威にさらされています。適切な口腔ケアで「口腔清掃不良」を改善・解消し、肺炎を減らすことができます。

7 被介護者と歯科

認知症の検査と咀嚼



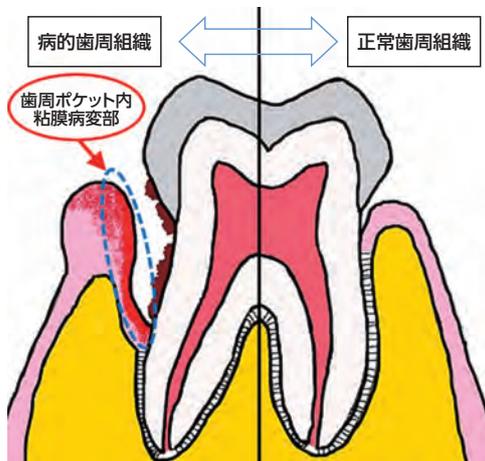
要介護高齢者では入れ歯がよく合っている人と、うまく合っていない人で認知症の検査に差が出ています。咀嚼機能と自立度との間にも密接な関連があります。(文献11)

嚥下・摂食のリハビリ、経口摂取への取組み

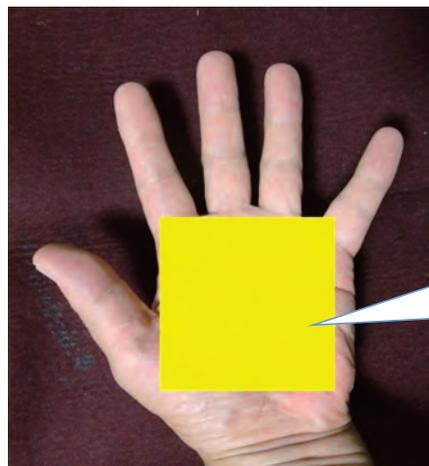
様々な職種の連携共同で口腔機能不全の治療、嚥下・摂食のリハビリを進めることができます。そのためには体力の回復も必要となり、リハビリに向けてPEGが必要であったり、PEGからの離脱ができることもあります。

口腔内慢性炎症と全身への影響

図のように歯ぐきから出血している、歯ぐきが腫れている、歯がぐらぐらしている、などの症状がみられる時は歯周ポケットが深くに及んでいることがあります。

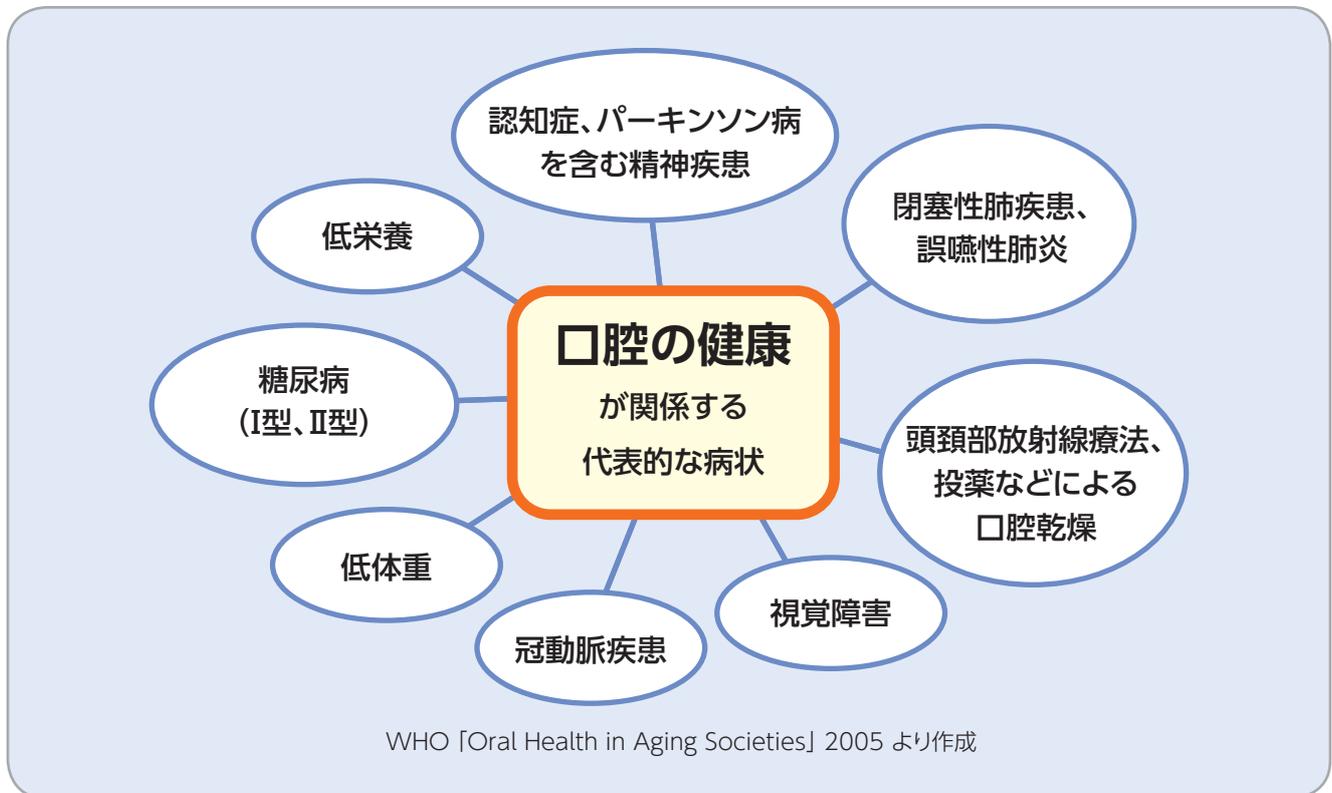


歯周病は歯の汚れ(歯垢)、沈着物(歯石)などにより歯のつけ根周辺の刺激が、接する歯周組織の炎症を引き起こし、その周りの骨(歯槽骨)の吸収をもたらす疾患です。罹患率は極めて高く、ADLが低下することでますます罹患し、重症化しやすいものです。



歯周ポケット内粘膜病変は重度では総面積72cm²(手のひら程度)であるとも報告されています。

28本すべての歯が中等度以上（歯周ポケットの深さ5mm以上）に進行している歯周病では、炎症を起こしている粘膜総面積は手のひらいっぱい72cm²にもなるといわれています。褥瘡（床擦れ）のような潰瘍面に近いこれらの病変部は持続的な慢性炎症巣としてTNF- α はじめ様々な炎症性サイトカインを生じ、その影響を全身に及ぼしていると言われています。また歯磨きや歯石除去などの刺激があるたびに潰瘍面に露出した血管を通じて菌が全身に拡散することでも、さまざまな疾患を引き起こします。（文献12、13）



8 歯科医師、歯科衛生士の役割

病気で入院していても、経口摂取は目覚ましく病状を回復させます。しかし歯を失っていたり、摂食・嚥下がうまくいかないと、食べる喜び・楽しみや、全身状態の改善をもたらす口腔も、様々なトラブルを引き起こすこととなります。からだに不自由が生じると歯磨きなどが困難になっていきます。その結果、介護を受ける頃には多くの方が口腔疾患に見舞われています。口腔内の慢性炎症巣は全身に様々な影響を及ぼすことにもなります。

口腔ケアや、洗顔、歯磨きといった介護以前に、すでにある口腔疾患を治療することがまず必要なのです。そのためには歯科医師による患者・被介護者の口腔アセスメント（診察評価）が欠かせません。必要な歯科治療をおこない、さらに口腔ケアに習熟し、強固に付着しているデンタルバイオフィルムを除去することのできる歯科衛生士が、入院・介護の現場へ積極的に参画することが望まれています。

- 本人の同意のある画像は加工せずに掲載しています。撮影にご協力いただいたすべての方に感謝いたします。
- 本文・文献は保団連ホームページ（歯科医療のページ）に掲載しています。
- 歯科医療機関との連携や自院の歯科医師等を評価した医科診療報酬及び介護報酬は保団連ホームページに点数、単位数の概要を紹介しています。詳細は、保団連発行の「保険診療の手引」、「医療系介護報酬改定のポイント」を参照ください。
- 保団連ホームページアドレス <http://hodanren.doc-net.or.jp/>



〒151-0053 東京都渋谷区代々木 2-5-5 新宿農協会館 5F
TEL.03-3375-5121 FAX.03-3375-1885
<http://hodanren.doc-net.or.jp/>

※本誌の無断転載を禁じます

発行 2015年6月2日 定価 50円 (本号に限り。送料別)