

高齢者・重症心身障がい児者 口腔ケア実践マニュアル



もくじ

高齢者

- ① 要介護高齢者の理解と口腔ケアの目的
- ② 口腔ケアを始める前に
- ③ 口腔ケアの実際

重症心身障がい児者

- ④ 重症児者の特徴、全身および口腔内の各年代の変化
- ⑤ 重症児者に起こりやすい病態－喉頭機能の低下と胃食道逆流など
- ⑥ 外科的治療の紹介
- ⑦ 食べるという行為と、その支援に関する考え方
- ⑧ 摂食嚥下リハビリの実際と留意点
- ⑨ 重症児者の口腔内の状況
- ⑩ 重症児者に対する口腔ケアの方法と注意点
- ⑪ ベッドサイドのモニターおよび医療材料・医療機器について
- ⑫ 重症児者を取り巻く環境と在宅移行への支援



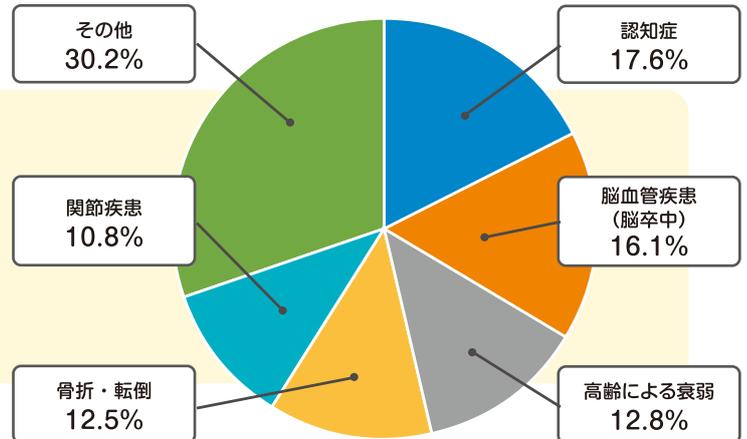
1

要介護高齢者の理解と口腔ケアの目的

1 介護が必要になった原因

65歳以上の高齢者が
介護が必要になった原因は。

参考文献:「2019年 国民生活基礎調査の概況」(厚生労働省)



2 口腔ケアとは

口腔ケアとは、疾病や障害でセルフケアできなくなった人へ、口腔の衛生を基軸として、口腔および全身の疾病予防、口腔機能の維持・向上を目指す技術のことです。口腔疾患と気道感染・肺炎の予防を目的とする口腔清掃や、歯科保健指導などのケアだけでなく、口腔疾患や機能障害の予防・治療・リハビリテーションを目的とする歯科治療から、機能訓練までを含むケアを指します。歯科専門職が実施する口腔衛生管理・口腔機能管理と、ご家族や他職種が実施する口腔ケアを合わせて、口腔健康管理と総称されています。

3 口腔ケアの目的と効果

歯磨きやうがいを通じて、歯や歯肉・舌などに付着した食べかすや菌垢を除去し、口腔内を清潔に保つためのケアをすることで、口腔疾患(むし歯や歯周病、口内炎、カンジダ症など)の予防につながります。唾液の分泌が促進されることで、自浄作用が機能し、口腔の乾燥を改善し、口臭や不快感を軽減することにもつながります。口腔周囲筋のマッサージや口腔体操やトレーニングによって、食べることや話すことの機能を維持・回復する効果も期待でき、機能が低下する廃用も防ぐことができます。

4 誤嚥性肺炎とは

誤嚥は、誤嚥性肺炎の原因となるので、細心の注意が必要です。誤嚥性肺炎とは、「飲み込む力」「喀出する力」が衰えることで、口の中の細菌が食べ物や飲み物と一緒に誤って気管に流れ込み(誤嚥)、その細菌が繁殖することで起こる肺炎です。栄養状態が思わしくない時、身体の抵抗力が落ちている時などに発症しやすいです。経管栄養などの状態で、口から食事をしていなくても、誤嚥性肺炎になることがあります。睡眠中などに、唾液が気管に入り、誤嚥性肺炎を起こすことがあります。唾液が気管に流れ込む時に「むせ」などの反射が起こらない自覚症状のない誤嚥のことを、不顕性誤嚥といいます。「パーキンソン病」「パーキンソン病類似疾患」「レビー小体型認知症」など、ドパミンが不足しやすい疾患では、不顕性誤嚥が生じやすくなります。

誤嚥性肺炎を予防するためにも、口腔内をいつも清潔に保つことが大切です。

2

口腔ケアを始める前に



1 歯科訪問診療の流れ

1 挨拶：自己紹介・訪問の目的

初回訪問時 視線・表情・立ち位置・声の大きさ・話すスピード・言葉使い等に注意する。

2 情報収集と確認事項

- ・身体状況を観察(全身状態・意識状態・座位姿勢)
- ・バイタルチェック
- ・生活環境を観察
- ・諸状況についての確認(下の表参照)
- ・患者の顔や表情を確認し、傾聴しましょう。(本人が話せない場合は、家族やケアマネージャーから情報収集する。)

諸状況についての確認事項	
全身の状況	既往歴・現病歴・服薬状況
口腔内の状況	主訴部位の確認・歯牙・粘膜・舌・義歯の状態・口腔周囲の麻痺・動き・傷の有無・ 口腔清掃状況・うがいの可否
食事の状況	姿勢・食形態・内容・量・スピード・食事時間・むせ・嘔れ声・食べこぼし・食具・介助状態
家族の状況	介護者の様子・介護力・理解力・家族構成・在宅療養者へ対する思い・室内の様子
その他	介護保険証・医療保険証・障がい者手帳等の確認
追加の情報収集	生活状況・一日の過ごし方・療養以前の様子・趣味・介護者に関する情報

2 歯科衛生士の行う口腔衛生管理の準備

1 準備物リスト

訪問者の基本物品	訪問宅の準備物品
血圧計・パルスオキシメーター・体温計・検査セット (ミラー、ピンセット等)	
ペンライト・ケア用品(歯ブラシ・歯間ブラシ等)保湿剤・ ペーパータオル・ウエットティッシュ(口腔内用)・グローブ・ マスク・ゴミ袋・フェイスシールド・感染防護衣	コップ・ガーグルベース、または洗面器(うがい吐出し用)・ ケア用品・タオル その他在宅療養者に応じて必要な物品は予測を立てて 用意しておきましょう。

患者さんの口腔内に
合ったものを選択し、
使用しましょう。



- ① 吸引歯ブラシ
- ② 歯ブラシ
- ③ 歯間ブラシ
- ④ 粘膜用ブラシ
- ⑤ 義歯用ブラシ
- ⑥ 保湿剤
- ⑦ 口内用清拭シート
- ⑧ スポンジブラシ
- ⑨ タフトブラシ
- ⑩ デンタルフロス
- ⑪ バイトブロック

2 口腔ケアを行う際の体位

<p>ベッド上、イスや車イスで、できる限りまっすぐ保てるように工夫します。</p>	<p>座位 上体を90度に起こした状態</p> 	<p>セミファーラー位 上体を30~45度起こした状態</p> 	<p>ファーラー位・セミファーラー位は、膝を曲げクッションを入れる、足部分をギャッジアップさせるなどで状態の安定が図れます。</p>
	<p>仰臥位(ぎょうがい) 上体を水平にした状態</p> 	<p>ファーラー位 上体を45~60度起こした状態</p> 	
<p>誤嚥する可能性があるため、顔だけでも横に向けましょう。</p>	<p>側臥位(そくがい) 上体を横向きにしている状態</p> 		<p>患者さんの状態に合わせて、タオルやクッションを使用し、安全で安楽な姿勢を保てるように工夫します。</p> 

「歯科衛生士のための口腔介護実践マニュアル」を参考に作成

3 ケア前の観察、コミュニケーション

まず、ご家族や介護者に体調の確認をします
患者さんに声かけし、覚醒を促します。あわせて、その日の様子を観察しましょう。
これから、口腔ケアを始めることを理解してもらいましょう。
リラクゼーションのためのマッサージから始めましょう。
過敏がある場合は、口から遠いところからゆっくりさわるようにします。

一方的に話すのではなく、患者さんの話をしっかり聞きましょう。



バイタルサイン 成人の基準値

	成人 基準値
血 圧	収縮期血圧120mmHg以下、かつ拡張期血圧80mmHg以下
体 温	36~37度
脈 拍	60~80回/分
呼 吸	15~20回/分
酸素飽和度	97%以上

観察ポイントの1例

	観察ポイント
顔 色	青ざめている、赤い(発熱)
表 情	目が開かない、牙えない、無表情、しわを寄せて辛そう、とろんとしている
受け答え	声が小さい、嘔声、痰がごろごろ絡んだ様子
肌の乾燥	かさかさしている、脇の下が乾燥している(脱水傾向)
息づかい	常に開口している、呼吸数が早いまたは遅い、苦しそう

正しい知識と口腔内を観察する技術が必要!!



3

口腔ケアの実際

1 リラクゼーション、口腔周囲筋のマッサージ、口腔内保湿

口腔内はデリケートで敏感なところです。したがって、リラックスして口腔ケアを受けてもらえるように、マッサージで「気持ちよさ」を体感してもらい、そこから口の中に触れていくとよいでしょう。また、口腔内が乾燥していると、口腔ケアをスムーズに行うことができず、出血や疼痛を招き、感染症の原因や口腔ケアの拒否等につながる可能性があります。口腔ケアを行う時も保湿を心掛けましょう。

ダメにならないよう均一にのばす。



1 小指の爪程度の量を手の甲に出し、塗布します

口唇をトントンと軽くたたき、左右の口角まで大きく動かします。



2 口唇に保湿剤を湿布し、軽くマッサージします

奥までしっかり入れる。



3 歯列に沿って指を入れます



4 指全体を上下させ、スペースを作る

ペンライト等を用いて、毎回観察を行います。開口しない場合は、見えるところだけでも観察しましょう。



口角を引っ張っては いけません。



5 スペースを作り歯ブラシをいれ、磨きます

2 口腔内の観察

- 口唇の観察、歯の観察、動揺歯、歯肉の観察、頬粘膜の状態
- 硬口蓋、口角、咽頭部の確認、口腔内出血有無の確認

※カンジダ、ヘルペスウイルスをはじめとするウイルス感染症、口腔乾燥、また、義歯を装着している場合は、必ず義歯を外した状態で残存歯や粘膜等の観察を行います。

3 口腔ケア



1 歯面の清掃



2 粘膜の清掃



3 舌の清掃



4 義歯の清掃

1 歯面の清掃

補助的清掃用具

歯ブラシでは、細かい所まで毛先が届かないことが多く、特に歯と歯の間は、汚れが残りやすいので、デンタルフロス、または歯間ブラシを使用し歯間部の清掃を行います。



補助的清掃用具

歯ブラシはヘッドが小さいもの。

硬さは、ふつう～やわらかめ。

口腔内が乾燥していたり、傷や痛みがある場合は、やわらかめの歯ブラシを使いましょう。ナイロン毛を選びます。



200g

口腔乾燥状態で歯磨きすると、粘膜を傷つけることがありますので、うがい等で口腔内を湿潤させるか、もしくは保湿剤を塗布して、潤いを与えてからケアするようにしましょう。

口角にびらんなど炎症がある場合は、大きく口を開けると患部が裂けて出血することがあります。そういう状態の場合には、口をあける前に口角にワセリンなどを塗るといった配慮が必要です。



2 粘膜の清掃

スポンジブラシはクルクル回転させながら行います。

粘膜は非常に柔らかい組織であり、歯ブラシ等による清掃で傷がつくこともあります。傷がつくと、痛みや出血、時には感染を引き起こすので、ガーゼやスポンジブラシ、粘膜専用ブラシ等に、水や保湿剤を含ませて粘膜を拭うようにしましょう。



スポンジブラシは一回一回水洗いし、固く絞り使用する。近くに水道がない場合は、コップをいくつか用意し、きれいに洗います。口腔内の奥から手前にスポンジブラシを動かし、粘膜面を清掃しましょう。保湿剤は、スポンジブラシにしっかり含ませ、口腔内全体に薄く塗布します。



ケアをする際に、口腔内に食物残渣がたくさんある場合、うがいをさせたり、またはスポンジブラシ・口腔ケアティッシュを使って掻き出し、排出させます。



口唇の裏側には、小帯があるので、傷や痛みを与えないように注意しましょう。

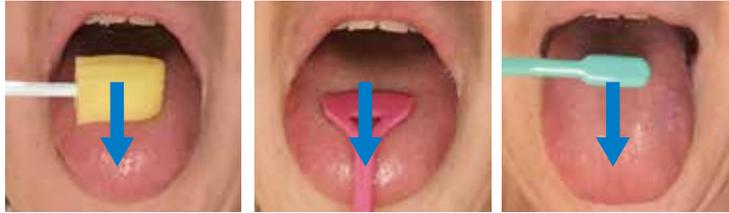
その他、水で濡らしたガーゼ、口腔粘膜専用ブラシ等を使用します。スポンジブラシは、感染予防のため、1回使用したら捨てます。洗って再び使用しないようにしましょう。



3 舌の清掃

- 舌ブラシの使用は、1回1回ブラシを洗いながら行います。
- 1回のケアでは、擦るのは20回程度としましょう。
- 一度にすべての舌苔を除去しようとせず、日数をかけて行います。
- 舌苔は夜間につくられるので、1日1回、朝にケアをするのが効果的です。
- 舌苔付着がある場合、口蓋部の汚れも確認し、清掃しましょう。
- 舌苔は口腔内細菌のリザーバー（貯蔵庫）です。
- 舌苔や口腔乾燥等は、カンジダ菌を増殖させる要因ともなります。
- 嘔吐反射を起こすことがありますので、注意しながら清掃しましょう。

肥厚している舌苔は保湿剤を使用すると、ふやけて除去しやすくなります。保湿剤を塗布し3～4分程時間をおき、その後舌ブラシでケアしましょう。



口腔内を清潔にした後、薄く伸ばして塗布する。甘い味が苦手な方には、無味タイプがおすすめ。



4 義歯の清掃

義歯の清掃をする際に下に落として割れるといけないので、お水の入った容器を置き、その上で清掃します。



- 義歯は落とすと破損しやすいので、洗面器などに水を張り、その上で流水下で磨きましょう。
- 義歯洗浄剤は義歯ブラシなどで丁寧に汚れを落とした後、使用します。洗浄後は、流水下でよく洗い、薬液をしっかりと洗い流してから、口に入れます。

- 手の不自由な方がご自身で義歯を清掃するためのブラシも市販されています。その方にあった清掃用具を提案しましょう。



介助して行う体操

お口の機能を維持するためや、廃用症候群の予防のため、口腔周囲筋をしっかりと動かすことが大切です。ご自身で動かせないところは、介助して動かします。本人の負担にならないように、3~5回ゆっくりと実施しましょう。

舌の運動



舌をつかんで前方へ引っぺります。



舌をつかんだまま右へ引っぺります。



左へ引っぺります。

口の運動



指で唇を尖らせます。



指で唇を引っぺります。

頬の運動



指で頬を引っぺり、右側を膨らませます。



指で頬を引っぺり、左側を膨らませます。



- 食事前に行うと効果的です。
- 本人の負担にならないように、3~5回ゆっくりと行います。
- 毎日続けることが大切です。

4

重症心身障害の原因と特徴、全身および口腔内の各年代の変化

1 重症心身障害の要因

先天的障害：胎児期の異常、染色体疾患など、疾患により生まれながらに障害があることです。

周産期障害：多くは低酸素性虚血性脳症です。出産の際に何らかの原因で胎児に酸素が供給されず、脳に障害を来たすことで起こります。

後天的障害：疾病や交通事故など、後天的に重症心身障害を負うにいたった理由がある障害です。

2 各発達段階における重症心身障がい児(以下、重症児)の特徴

乳児期：先天性の原因による重症児は、さまざまな機能を習得するために専門家による訓練を要します。

幼児期：その子どもに応じた成長発達を促すための機能訓練や、必要な補助具を作製する必要があります。快・不快の表出ができない子どもの場合、平常時との心拍数や呼吸数の差異、筋緊張の程度など、非言語的なサインをケアする側が察する必要があります。

学童期：側弯や胸郭の変形により拘束性呼吸障害が見受けられ、喉頭機能の低下により誤嚥のリスクが高くなります。第二次性徴期は状態悪化により、医療的ケアが増幅する傾向があります。

3 重症心身障がい児・者(以下、重症児者)の全身および口腔機能の特徴

図1に重症児者における全身および口腔機能の問題点を示します。

姿勢保持が困難

- ・筋緊張亢進
- ・筋緊張低下
- ・安定性が得られにくい

側弯など脊柱の変形による二次障害

- ・内臓の位置の変位や圧迫
- ・胃食道逆流症・便秘

薬剤の影響

- ・気道分泌物増加
- ・呼吸障害の悪化
- ・覚醒度の低下
- ・歯肉増殖の副作用
(口腔衛生の管理を必要とする)

呼吸への影響

- ・拘束性換気障害
- ・閉塞性換気障害
- ・誤嚥性肺炎や無気肺
- ・呼吸器使用下の、陽圧呼吸管理による弊害

経口摂取を困難にする要因

- ・哺乳反射や嚥下反射の消失
- ・歯列や顎の変形
- ・過敏性または感受性の鈍さ



図1 重症児者における各機能の問題点

加齢による身体的変化

- ・摂食や嚥下機能の低下
- ・誤嚥性肺炎や無気肺のリスク

非重症児者と比較して、重症児者に起こりやすい病態は図2のようになります。

その中でも生死に関わる重要な病態が、呼吸に関する症状、消化器に関する症状です。これらは全身症状が口腔内の状態に影響を与えるだけでなく、口腔内の状態も全身症状に影響を与えるため、注意が必要です。



口腔内と全身は密接に関係しています！

✓呼吸関連	誤嚥 肺炎 窒息 低換気	主に呼吸状態に影響 口腔内との関係が 深く生死に関わる病態
✓消化器関連	嚥下障害 嘔吐 胃排泄遅延 胃軸捻転・腸捻転	
✓排泄関連	便秘 神経因性膀胱 尿路結石	

図2 重症児者に多い病態と「口腔内」との関係

1 喉頭機能低下

喉頭は喉の前方部分を形成して、気道の入り口になります。喉頭の動きは、発声・嚥下障害（誤嚥）の防止・気道確保の3点であり、気体を含む口腔内の物を、食道もしくは気道に送る線路の分岐器のような役割です（図3）。重症児者はこの働きが低下しているため、誤嚥（食事や唾液などが誤って気道に入る）、お口からの食事が摂りづらい、窒息や肺炎のリスクが高くなる症状が起こります。また、口腔内の不衛生やケア不足で悪化することがあります。

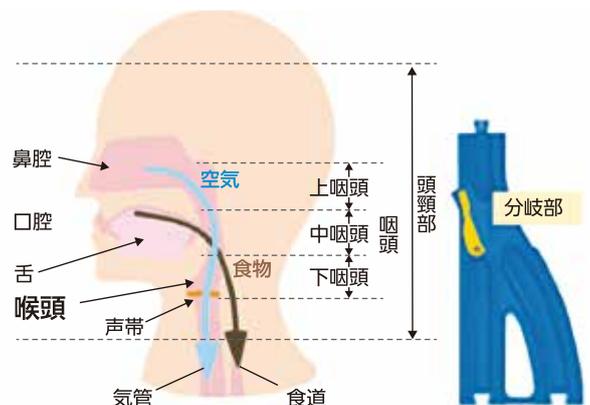


図3 「喉頭」の部位とはたらき

2 胃食道逆流症 (GERD: Gastroesophageal Reflux Disease) / 食道裂孔ヘルニア

胃食道逆流症は、胃内容物の逆流によって、嘔吐・悪心・吐血・貧血・胸焼け・成長障害や、体重減少・呼吸障害や窒息など、不快な症状あるいは合併症を起こした状態です。また、胃酸による酸蝕症（写真1）が見られることがあります。

形態上胃の一部が胸側に上がってしまっている状態を、食道裂孔ヘルニアと言い、多くは胃食道逆流の症状を来たします。



写真1 胃酸による酸蝕症
(愛知県医療療育総合センター
中央病院歯科部提供)

3 喉頭機能低下と胃食道逆流の関係

上記二つの病態の関係は深く、喉頭機能の低下から来る呼吸障害により、胃食道逆流が目立ったり、反対に胃食道逆流により、喉頭機能低下に伴う呼吸障害が悪化することがあり、相互に増悪因子として認められます。（図4）

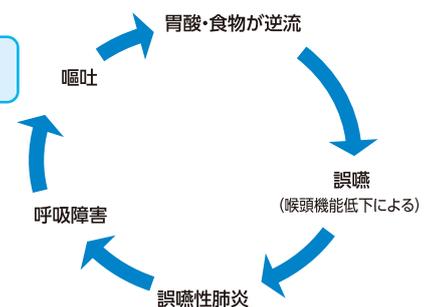


図4 喉頭機能低下と胃食道逆流の関係

1

喉頭機能低下に対する手術:単純気管切開と、喉頭気管分離術

気道確保と、分泌物の吸引を可能にするために行われる単純気管切開(気切とも呼ばれます)に加えて、更に誤嚥を防止する目的を追加した喉頭気管分離術が多く行われています。単純気管切開と比較して、喉頭気管分離術は発声が完全に不可能になりますが、誤嚥が防止されるため気管分泌物の吸引回数の減少や、肺炎を起こす頻度の低下、経口摂取量が増えることなどが期待できます。当科で喉頭気管分離を行った例の検討で、ヨーグルト1カップ程度の摂取ができる例は術前約1割から術後約半数に増えていました。また、喉頭気管分離術後は気管切開カニューレ(後述)を抜いた状態でも、基本的には安定した呼吸が保たれることが利点として挙げられます。

但し、気管切開や喉頭気管分離後の状態により、口腔ケアや歯科治療の際に起こりうる合併症やその対策も、表1のように異なる点もあるので注意が必要です。

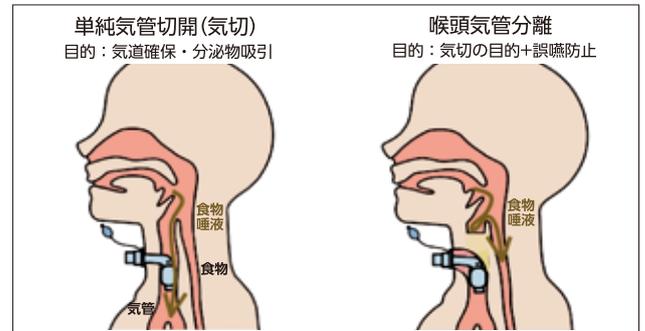


図5 単純気管切開(気切)と喉頭気管分離

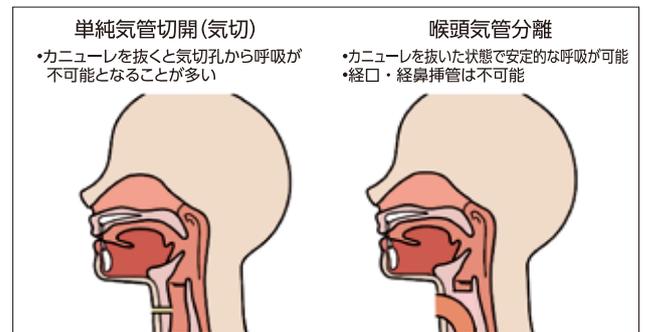


図6 カニューレを抜いた状態の単純気管切開(気切)と、喉頭気管分離

表1 口腔診察で起こり得る窒息とその対策

	原因	対策
気道確保なし	唾液・治療水 抜けた歯・食物の誤嚥	— 体位・休憩・口鼻吸引
単純気管切開あり	胃からの逆流した 胃液・胃内容	カニューレトラブル 痰詰まり 抜けかけ
喉頭気管分離あり	—	特に小児に多い!! 上記(吸引は気管内・口鼻も) + カニューレの交換(変更考慮) バギングや呼吸器 休憩・気管内吸引 口鼻は関係ない可能性が高く 速やかにカニューレ交換



写真:日本小児連絡協議会
重症心身障害児(者)在宅医療委員会

2

胃食道逆流症(GERD)・食道裂孔ヘルニアに対する治療

軽症の場合は、内服薬や上体挙上や消化を助ける体位(側臥位)、少量頻回のミルクなどの投与方法により改善を認めることもあります。改善が認められない場合は手術的治療を考慮します。一般的に広く行われている手術は食道を全周性に胃の上部でまきつけるNissen(ニッセン)噴門形成術で、多くの場合、腹腔鏡下に手術を行います。嘔吐、悪心が消失あるいは軽減することで呼吸や口腔内の状態の改善が認められます。

まず、食べることのリハビリテーションを考える前に、子どものリハビリテーションと、大人のリハビリテーションについて述べます。図7のように大きな違いは先天性か後天性かということにあります。重症児者の方の多くは先天性の脳障害があることが多いので、発達の中で経年的に変化し、現在の姿がある、という視点を持って関わることが必要です。

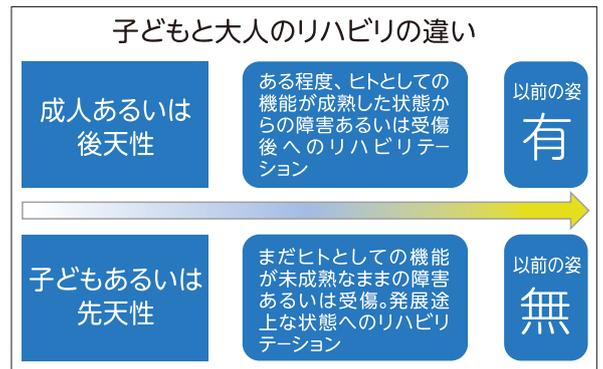


図7 子どもと大人のリハビリの違い

表2は食事におけるつまずきの例を示しています。重症児者は特に図中「運動コントロールの低下による問題」に該当します。しかし、食事全般に関しては疾患等は異なるものの、広い範囲での臨床像があり、動作の学習の問題以下は、どちらかというところ行動・学習・コミュニケーションに問題がある方の問題点になります。

表2 食事におけるつまずきの分類

食事におけるつまずきの分類		
発達障害と作業療法【実践編】 岩崎清隆・岸本光夫 三輪書店		
種類	原因	臨床像
運動コントロールの低下による問題	筋緊張・協調運動の異常	口腔機能 口腔反射の残存・舌突伸・取り込み困難・咀嚼困難・嚥下困難、むせ・口が開いている・口から食べ物をこぼす・鼻から呼吸しない・流涎・口唇、舌を噛む
	口と手の協調	
	進行性の筋の萎縮	主に上肢の運動性
動作の学習の問題	未学習・誤学習	手づかみ・丸呑み、噛まない
	上肢と口腔の操作の未熟性	スプーンを握れない、連続しない・手づかみ食べ・食べ物にすぐに手が出る・肘をつく
食事マナーの問題	認知機能	偏食・異食・マナー
		味、食器、食具に関するこだわり・集団の中では食べない・濃い味が好き・食べ物で遊ぶ・床に落ちた物を食べる・反芻・他人の食べものを取る・異食・初めての場所だと食べ物を食べない
その他	社会心理的原因	場所が変わると食べない・集団で食べない・過食・拒食

図8は食事指導の基本的な考え方を示しています。特に中段の「応用・複合動作全般として捉える」という点は重要です。摂食・嚥下は口腔とその周辺に注意が向きがちですが、最下段にあるように「日常生活のポジショニングから直接影響を受ける」ことがあります。食事の時間だけの姿勢を考えるのではなく、普段の姿勢にどのような特徴があるか、ということも考えながら、食事の時間以外でのポジショニングの改善も含めて考えておく必要があります。

食事指導の基本的な考え方

- ・嚥下機能だけに注目しない。
- ・摂食能力は姿勢保持能力、探索活動の発達とともに育つ。
- ・食事場面だけに限定されるものではなく、介助や遊びを含めたADLの一環であり、応用・複合動作全般として捉える。
- ・特に重症児の口腔機能は日常生活のポジショニングから直接影響を受けており、ポジショニングの改善と一緒に考えられる必要がある。

図8 食事指導の基本的な考え方

図9は人が食事をするということについてまとめたものです。食事のことに関わること、つまり食べることの障害に関わる際には、より安全に介助者も対象者もお互いに安心して食べることが第一です。その背景として右の5つのことが重症児者の食事を考える際に必要なことを念頭におき、訓練・介助を進めることが必要です。特に栄養補給だけでなく、「交流や楽しみ」としての“食”は大事なキーワードです。

人にとって「食べる」とは？

- ・栄養補給（生理学的な欲求・不信と信頼の源）
- ・生活自立の基本（自己コントロールの基盤・社会的役割）
- ・日に3度の食事の定着（社会的慣習）
- ・交流としての食（儀式・家庭の共食、コミュニケーション手段）
- ・楽しみ、発散としての食（ストレス解消、攻撃性の昇華・代償）

図9 人にとって「食べる」とは？

摂食・嚥下障害の原因

摂食・嚥下障害は食物を口腔内に取り込み、咀嚼、嚥下し、食道を経て胃までの移送過程の障害である。この過程がスムーズに行くには、中枢神経、末梢神経の調節機能により、口腔、咽頭、食道の多数の筋が協調して働く必要があり、いずれかの部位の障害により、摂食・嚥下障害が起こる。

図10 摂食・嚥下障害の原因

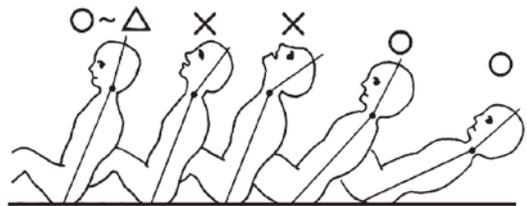
摂食・嚥下障害のチェックポイント

- ・物を飲み込むのが困難。
- ・飲み込む時に痛みがある。(ありそう)
- ・喉につまった感じがある。 ・口から食べ物がこぼれる。
- ・口の中に食べ物が残る。 ・唾液が多い。
- ・よだれがでる。 ・口が乾く。
- ・飲み込む前にむせたり咳込んだりする。
- ・飲み込む時にむせたり咳込んだりする。
- ・飲み込んだ後にむせたり咳込んだりする。
- ・食べ物が舌の奥や喉にひっかかる。
- ・飲み込んだ後に声がかれる。(声が変わる。)
- ・食べるのに時間がかかる。
- ・食べ物や胃液(酸)が口の中に戻ってきたり、吐いたりする。
- ・固形物のほうが水分より飲み込みにくい。(水分のほうが良い)
- ・水分のほうが固形物より飲み込みにくい。(固形物のほうが良い)
- ・食べ物が胸につかえる。 ・胸焼けがする
- ・しばしば肺炎や気管支炎を繰り返す。
- ・やせた。(体重が減った) ・丸飲み、噛まない。

図11 摂食・嚥下障害のチェックポイント

以上は重症児者のみならず、摂食嚥下障害全般に通じます。図10は嚥下障害を捉える際の一般的な解釈になります。特に「いずれかの部位の障害」というところに留意して考えてください。外側からの運動コントロールでは解決することは難しく、外側からやるのであれば姿勢、食形態、介助方法への関わりが大事になってきます。そして、図11にあるチェックポイントは摂食嚥下障害全般についてですが、重症児者には「しばしば肺炎や気管支炎を繰り返す」、「食べるのに時間がかかる」、「水分の方がよいor固形物の方がよい」などが注意すべき項目になります。

一般的な食事姿勢が、医療的ケア研修テキスト(クリエイツかもがわ)の図12に示されています。誤嚥しやすいポイントが示されています。特筆すべきは、「*単純な一般化は危険」というキーワードに注目してください。嚥下機能は外から見ることは難しい側面があります。一般的には図12のようにはなりますが、これはあくまでも参考です。当たり前のことですが、目の前の患者さんを意識しながら、進んでいきたいところです。

嚥下機能障害が重度の場合の
頸部と体幹の角度

- ×: 首の角度が体幹に対して後屈位になる姿勢は誤嚥しやすい。
- : 首の角度を中間位～軽度前屈位に保持し、状態を後ろに倒したリクライニング姿勢は誤嚥しにくい。

※単純な一般化は危険

図12 一般的な食事姿勢 (医療的ケア研修テキストより(クリエイツかもがわ))

身体の外側であれば介助者のハンドリング(取り扱い)で姿勢の調整は行いやすいのですが、体の内側の口腔運動、嚥下機能に関しては外からの手が加えにくくなります。図13のイラスト左部分は矢状面でのみたシエマで、右部分は前額面から見た図になります。ポコッと出た部分の上は胸郭で、下は骨盤になります。脊柱の弯曲は、この胸郭・骨盤が存在した上でのアライメントが生じていることを意識することで、ポジショニングの一助になります。

身体と違い、外から動かすことができる部分は細かく、少ない。そう考えると、頭頸部以外の身体からの影響を考慮しておくことが必要で、その多くは姿勢のこと。身体の上に頭部が乗っていて、そこで食事が行われている、というイメージ。

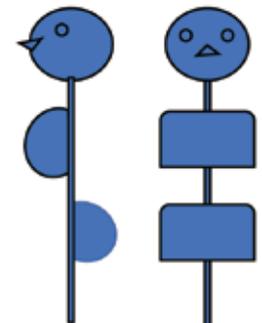


図13 食事に関する姿勢

写真2は実際の姿勢動作分析です。大まかですが、文中にあるように安静時の動作を分析します。

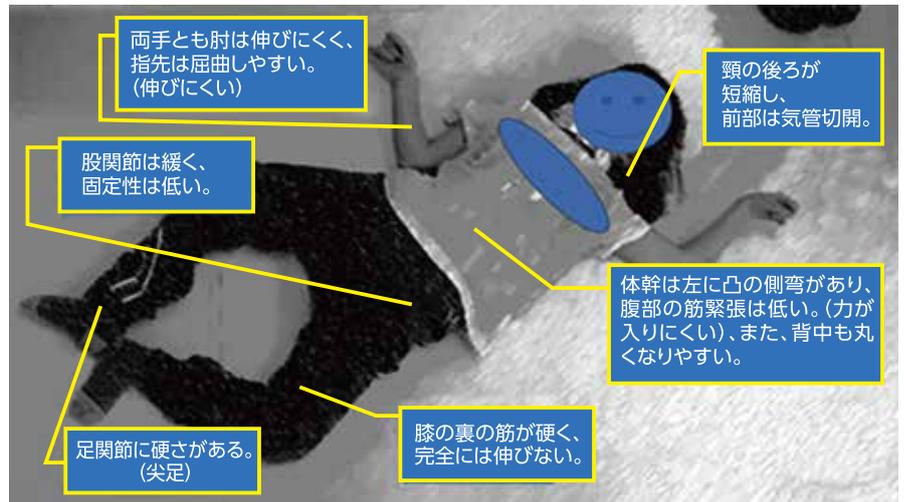


写真2

写真3のように実際の重症者で、ここまで坐位に近い体勢になることは少ないとは思われますが、留意点は同じです。

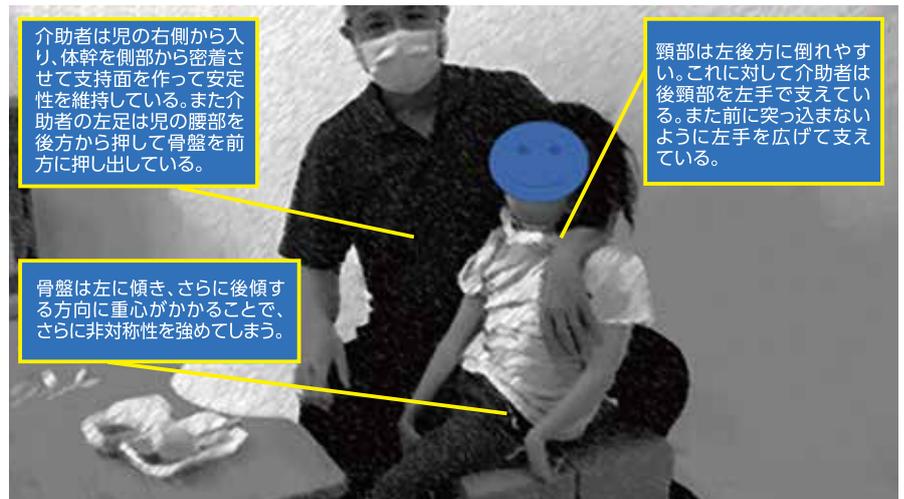


写真3

写真2・3は静止時の状況ですが、実際に食べる場合は、写真4のような点に配慮し、食事介助を行います。

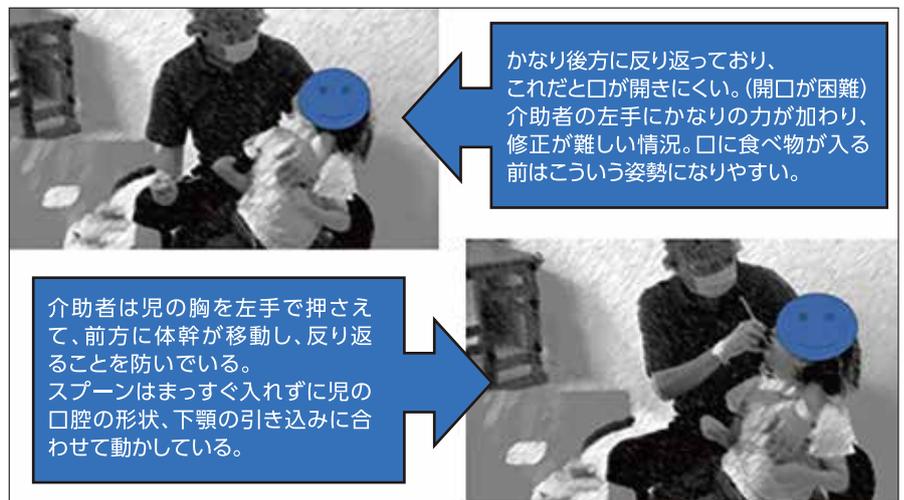


写真4

重症者の摂食に関するまとめ

対象者はそれぞれですので、一概に「このような姿勢」という点では言い切れないところが多々あります。しかし、留意すべき点は「安全・安心」ということと、機能を維持していくためには何に気を付けなければならないか、ということに尽きます。頑張っって新たな機能を獲得するのか、現状でベストな状況を模索するのか、などあらゆる側面から検討した上で進めていく必要があります。

非経口の重症児者は口腔機能の低下が著しく、口腔周囲筋や舌の筋力低下が見られることがあります。そのような場合、口唇や頬、舌の口腔内外の筋力のバランスの均衡が保たれにくく、咬合の不調和を来し、叢生や歯列狭窄(写真5)などが見られることがあります。また、不正咬合により、歯列交換のトラブルを来すことも多く、乳歯の晩期残存が見られる場合もあるため、注意が必要です。



写真5 叢生・歯列狭窄

不正咬合による開咬や、それに伴う口唇閉鎖の困難さが口腔乾燥を引き起こし、二次的な口腔トラブルを引き起こしやすくなります。唾液循環不良による口腔剥離上被膜(写真6)の付着が見られるようになります。



写真6 高口蓋と口腔乾燥による剥離上被膜の付着

長期間仰臥位で過ごす重症児者の中には、重力の影響により下顎が後方に下がり、舌根沈下を起こしやすい傾向があります。舌根沈下が起こると咽頭が狭くなり、不安定な呼吸状態に陥りやすくなります。また、強い筋緊張によって、頭部が後屈(写真7)すると、唾液などの水分が気管に流れ込みやすくなる(図14)ため、注意が必要です。



写真7 筋緊張による頭部後屈

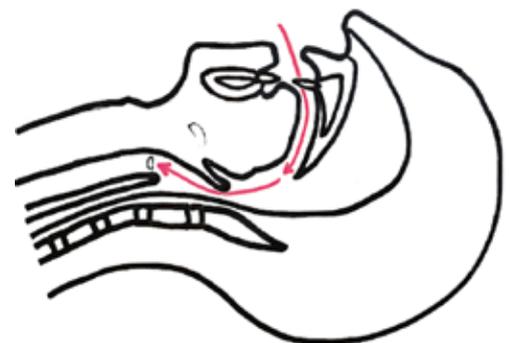


図14 咽頭流入しやすい頸部の位置

口腔ケアの際は、
以下の点に注意が必要です



1 体調など全身状態を確認してから行う

2 筋緊張によって呼吸抑制が起こらないよう、リラックスした姿勢をとる

強い緊張によって頭部後屈が起こると、口腔内の水分が咽頭に流れ込みやすく、むせ込みや呼吸抑制が引き起こされます。咽頭流入を防ぐ姿勢として、側臥位も有効です。姿勢調整の際は、背部にしっかりとクッションなどを使用して体ごと横に向け、さらに頭部の後屈を防ぐようにすると安全です(写真8)。

その際は、下になる腕や足に負担がかからないよう注意が必要です。



写真8 背部にクッションを使用した側臥位の姿勢

3 短時間でケアできるよう、口腔内観察を十分に行う

汚れがある箇所(写真9)や、炎症や傷なども同時にチェックしておきます。口内炎などの傷があると、痛みにより、ケアへの拒否が見られる場合があるため、歯肉頬移行部や、頬粘膜などの状態をしっかりと観察してから行います(写真10)。



写真9 口腔内の汚れ
(剥離上被膜の付着)



写真10 口腔内観察の様子

4 乾燥がある場合は、保湿剤などで保湿する

乾燥により、口唇のひび割れや、舌背部や口蓋に剥離上被膜の付着が見られる場合もあります。

剥離上被膜を取り除くための保湿剤の使用は非常に有効です(写真11)。



写真11 口腔用保湿剤の例
(グラクソ・スミスクライン株式会社:バイオティーン)

5 ブラッシング中の歯ブラシ咬みに注意して行う

原始反射の残存が見られる場合、歯ブラシを入れると急に咬まれることがあります。特に上下左右の臼歯部で、起こる傾向があります。(写真12)

強く咬んでしまうことで、歯への損傷や歯ブラシを破損する危険性が生じます。反射が見られる場合は、不用意に咬合面に歯ブラシを挿入しないことが重要です。開口が困難な場合、下顎を介助者の手指で軽く押し下げて短時間の開口保持を得る方法(写真13)もあります。その際は、下顎を押し下げる時は軽い力で行い、下唇小帯を押さえて痛みを与えないことが大切です。



写真12
咬反射が起こりやすい箇所



写真13 開口保持の一例

6 咽頭部への水分の流れ込みを防ぐ

「姿勢調整」による咽頭への流れ込みを防止のほかにも、「吸引機能付きブラシ」(写真14)の使用により、口腔内の水分量を調整するのも有効です。

唾液嚥下が可能な場合、貯留唾液の嚥下を促すため、適度な休憩を挟むことも必要です。



写真14 吸引機能付きブラシの例

(左:オーラルケア社「吸引ブラシ」
右:株式会社オールウェイズ「キューテクト」)

7 ブラッシングで口腔内に飛散した口腔細菌を回収する

口腔内常在菌のほか、ブラッシングによるデンタルプラークの飛散によって、一時的に口腔粘膜や唾液中は細菌数が増加した状態になります。そのため、吸引や拭き取りによる細菌の回収は非常に重要です(写真15)。前述の吸引ブラシによる吸引のほかにも、スポンジブラシで粘膜の付着物や口腔細菌、余剰水分などを回収するのも有効です。

スポンジブラシを使用する際は、粘膜への強い刺激を緩和するため、一度水に湿らせてからしっかりと水気を切ります(写真16)。水分を含んだ状態のまま口腔内に使用すると、口腔細菌を含んだ水が咽頭部に流れ込みやすく、非常に危険です。



写真15 口腔細菌回収方法(左:口腔ケアティッシュ、右:スポンジブラシ)



写真16 スポンジブラシの使用例



多くの機器や医療材料が
ありますね

1 パルスオキシメーター(サチュレーションモニター)：皮膚を通して動脈血酸素飽和度(SpO₂)と脈拍数を測定する装置

目 安:

心疾患などでなければ基本的にはSpO₂ 95–100%
重症児者でも90%程度の状態を目指すことが多いです。

SpO₂が下がっている?と思ったら

何か処置中なら一度手を止め、顔色を見て、呼吸がつか
らないかを確認しましょう。

モニターの先の手足が冷たい、動いているなどの場合
は「見かけだけ低い」こともあります。



写真17 パルスオキシメーター (フクダ電子)

2 人工呼吸器(レスピレーター)：患者の肺に、空気や酸素を送って呼吸を助けるための装置

気管切開や喉頭気管分離後など、気道確保の上で行う
方法と、気道確保をせずにマスクから行う方法(写真18)
があります。いずれも在宅向けの小型軽量化が進んでい
ます(写真19)。



写真18 鼻口マスク
(CPAPlab)



写真19 人工呼吸器(レスピレーター)
(チェスト株式会社)

3 排痰補助装置：機械により排痰を補助する装置

咳をする力が弱い患者に対して、気切やマスクを通して
咳と同様の高圧で速い吸気と呼気を起こさせます。胸に
巻いたラップからの振動により排痰をうながす方法もあ
ります(写真20)。

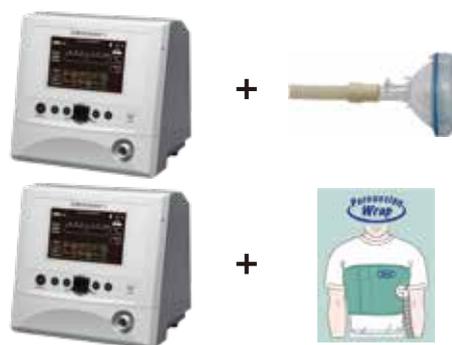


写真20 排痰補助装置 (いずれもカフペンテック)

4 気管切開カニューレ：気管切開後・喉頭気管分離術後に、切開部から気管内に挿入する管

代表的な形状は写真21のようですが、形状、サイズ、カフ
の有無、可変長の有無など特徴があり、特に身体の形に
特徴のある重症児者には、それぞれに合わせてカニューレ
を選ぶことが重要です。



写真21 気管切開カニューレ (KOKEN)

重症児者や医療的ケアを必要とする方と、その家族を支えるために、病院内外で多くの職種が、患者とその家族をサポートします。入院中に病状が安定するまでは、必要な治療やケアが行われ、家族が病状や予後について受け入れ、親子関係を構築できるように支援して行きます。在宅でこのような重症児者とともに生活することを家族が選択した場合は、その意思決定を共有しながら、揺れ動く家族の気持ちに寄り添って指導を進めます。医療的ケアは在宅生活をイメージできるよう、実践に即し、自宅で介護者が持続可能となるよう調整する必要があります。

支援内容の一例

- *医療的ケア指導:吸引・注入・呼吸器の取り扱い・気管カニューレ交換・緊急時対応などを指導
- *ドライブ練習:チャイルドシートへの安全な移動方法を指導し、実際にドライブを実施
- *自宅の環境調整:退院前訪問で、自宅の療養環境を確認
 - ・医療機器の配置と安全性の確保
 - ・購入が必要な物品と病院支給の物品について説明
 - ・医療処置に必要な物品の配置と収納(どのくらいの収納が必要になるかを伝える)
- *退院前カンファレンス:関係機関で、退院後の生活に必要な情報共有を行う
- *退院日の訪問:安全に自宅まで移動できるようサポートし、自宅の医療機器設置状況を確認
- *退院後訪問:退院後に訪問看護師と同行訪問し、体調や療養生活の確認を行う
 - 入浴や排痰ケアなどの手技を伝達し、家族からの不安の表出に対し、医師の指示を仰ぐこともある

その後も必要な医療的ケアの修正や病状悪化時の対応などの継続支援、地域の関係機関との連携を行い、ライフステージに沿って重症児者や家族を支援する必要があります(図18)。

多職種間の連携と情報の共有

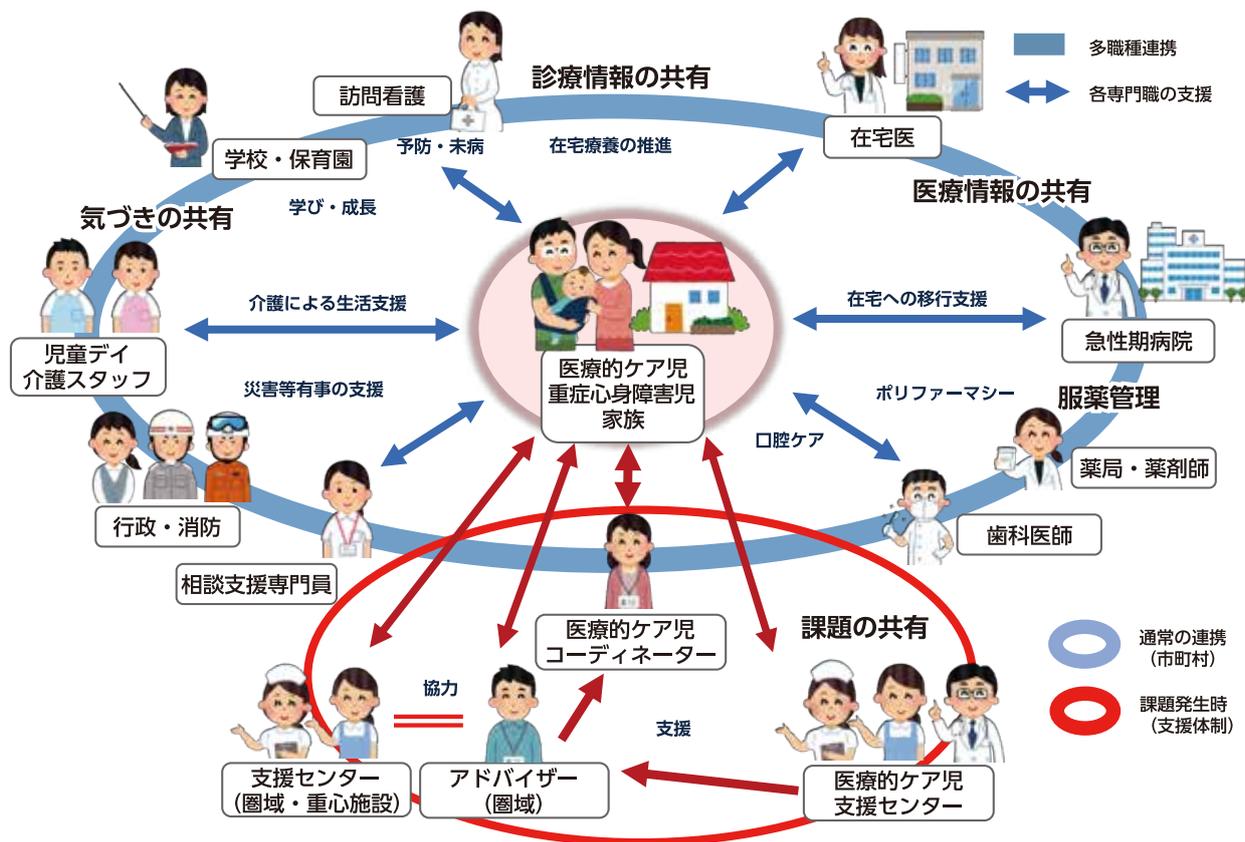
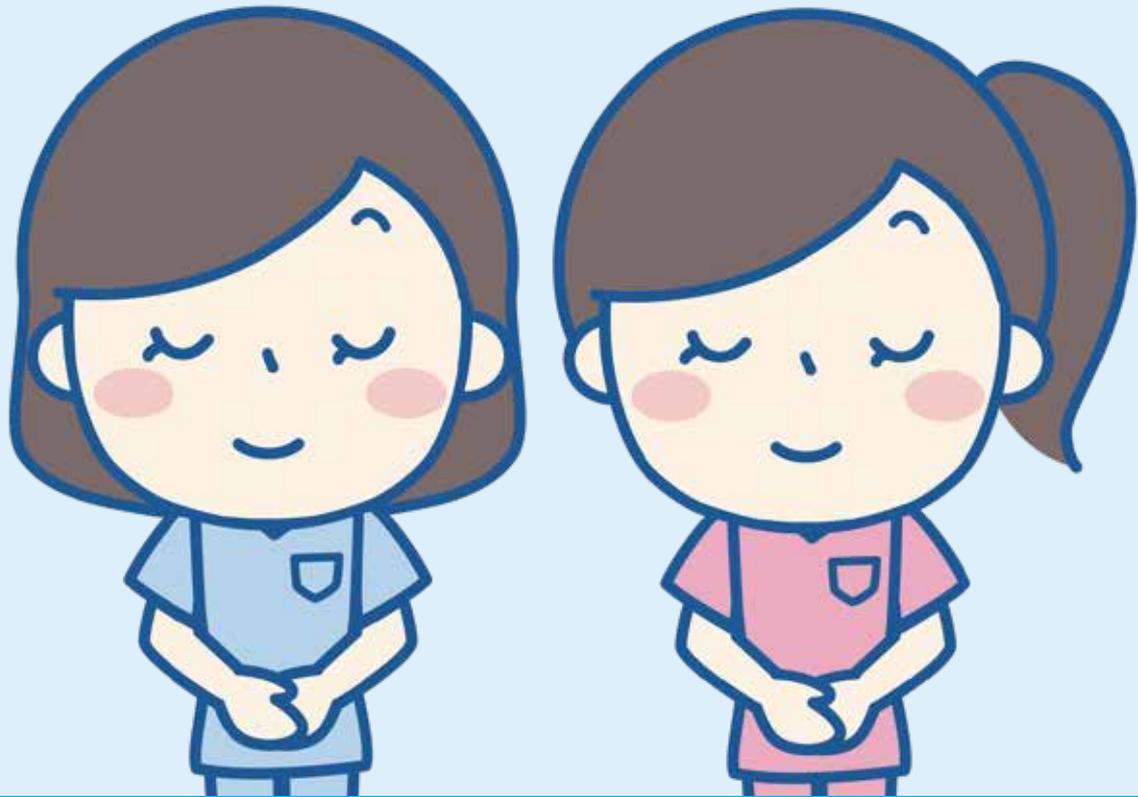


図18 重症児者の在宅移行に関する多職種の役割



高齢者・重症心身障がい児者 口腔ケア実践マニュアル

□ 筆者

宮城 千加・中村久美子・矢田 直美・真田依功子・吉本美枝（京都府歯科衛生士会）1・2・3

徳永三津子（愛知県医療療育総合センター中央病院 看護部 看護師）4・12

毛利 純子（愛知県医療療育総合センター中央病院 小児外科 医師）5・6・11

小松 則登（愛知県医療療育総合センター中央病院リハビリテーション科 作業療法士）7・8

田中 恵（愛知県医療療育総合センター中央病院 歯科部 歯科衛生士）9・10

令和6年6月1日発行

発行 公益社団法人京都府歯科衛生士会

〒601-8047 京都市南区東九条下殿田町70番地 京都テルサ内

電話 075-672-5702 FAX 075-672-5706