

症例報告 —ベストハイジニスト賞受賞—

開口障害を有する要介護・脳梗塞後遺症患者に対する口腔衛生管理

大谷 久美

医療法人長光会 長島病院 歯科

Oral Health Management in An Elderly Patient with Physical Disabilities And Trismus
Caused by Cerebrovascular Accident: A Case Report

Kumi Ohtani

Department of Dentistry, Nagashima Hospital

Abstract : This report describes the oral health management of an 81-year-old female patient who was dependent on the services of caregivers for her activities of daily living. This patient also had trismus, probably caused by cerebrovascular events. The physical disability prevented her from engaging in adequate oral self-care, and because of the trismus, the daily oral care given by nurses and caregivers /professional oral care by oral hygienists was not adequate either. In addition, dental treatments could hardly be implemented; therefore, the oral hygiene eventually deteriorated markedly. Since she developed severe halitosis as reported by her family members and general duty nurses, the patient was referred to our clinic for more intensive oral health management, including treatment of trismus. We attempted to diagnose the cause of trismus by medical examination. Thereafter, with appropriate treatment, the trismus improved and as a result, the halitosis disappeared and the oral hygiene and periodontal condition improved dramatically. Meanwhile, the number of days with fever in a month started to decrease, reflecting improvement in the systemic condition. By reporting this case, we wish to emphasize the importance of maintaining good oral hygiene in hospitalized elderly patients with physical disabilities, and the important roles that must be played by the dental clinic in general hospitals in the care of such patients.

Nihon Shishubyo Gakkai Kaishi (J Jpn Periodontol) 52(1): 62-72, 2010.

Key words : elderly patients, cerebrovascular disease, trismus, oral health management

要旨 : 現在、我が国は超高齢社会に突入している。しかしながら、臨床の現場では適切な歯科治療を受けることができない要介護高齢者が急増している。本症例は開口障害のため口腔ケアを含めた歯科治療実施が困難な状況に陥った患者に対する病院歯科の歯科衛生士としてのアプローチを報告する。

患者は、81歳の女性で本院に長期入院中であった。脳梗塞後遺症の既往のため、寝たきりで患者自身による口腔清掃が不可能な状況にあった。これまでは看護師によって日常的口腔清掃を実施し、また、歯科衛生士によって週一回の割合で専門的口腔ケアが行われていた。しかし、開口障害のために口腔ケアは技術的に困難であり、口

連絡先：大谷久美

医療法人長光会 長島病院 歯科(歯科衛生士長)

〒709-0861 岡山市東区瀬戸町瀬戸 40-1

Kumi Ohtani

Department of Dentistry, Nagashima Hospital

40-1 Seto, Seto-cho, Higashi-ku, Okayama, Japan

e-mail: stand.up.112@hotmail.co.jp

腔衛生状態は改善されないまま経過していた。そのため家族や病棟看護師から患者の強い口臭が指摘され、あらためて院内歯科に対して、その改善を依頼された。そこで、我々はまず患者の開口障害の原因追究を試みるために医科に照会したところ、中枢性の開口筋麻痺と診断された。歯科治療は、継続的な開口訓練によって、口腔清掃可能な開口量の確保を第一方針として取り組んだ。その結果、3ヵ月後には約三横指の開口が可能になり、専門的口腔ケアが可能になった。その後、主訴である口臭の改善に加え、口腔衛生状態や歯周炎症は著明に改善した。さらに口腔衛生状態の改善に相応して、誤嚥性肺炎に起因すると考えられる発熱の頻度が減少し、全身状態の改善も見られた。

以上のことから、病院歯科に従事する歯科衛生士は、入院患者の口腔衛生状態の確保を通して、全身の健康状態の改善に貢献することが重要な責務であると考ええる。

日本歯周病学会誌(日歯周誌)52(1):62-72, 2010

キーワード: 高齢患者, 脳血管障害, 開口障害, 口腔衛生管理

緒 言

我が国では、高齢社会の到来に伴い、現在、65歳以上の高齢者は人口全体の20%以上を占め、2050年には人口の1/3を超えると予測されている¹⁾。一方、2005年の厚生労働省の調査によると、年齢階級別の歯科受療率は70~74歳をピークに、その後は次第に低下し、80歳以上になると約20%程度しか歯科を受診していないことが報告された²⁾。このことは、歯科治療が必要にもかかわらず、全身的な問題や社会的な問題などの様々な事由で歯科受診が困難な状況にある高齢患者が数多く存在することを暗に物語っている。

肺炎は、介護療養型施設における死亡率の第一位の疾患である³⁾。とりわけ、要介護高齢者は口腔と咽頭の機能が低下するとともに、口腔衛生状態が不良なことが多く、結果として誤嚥性肺炎を発症することが多い。脳梗塞後遺症を有する要介護高齢者は嚥下機能の低下がさらに顕著になり、睡眠時において口腔内細菌の不顕性誤嚥が起りやすくなることから、誤嚥性肺炎の発症リスクがさらに高くなると報告されている⁴⁻⁹⁾。昨今、介護療養型施設において、要介護高齢者に対して専門的な口腔ケアを行うことによって肺炎の発症率や発熱頻度が減少する臨床研究の成果が相次いで報告された¹⁰⁻¹⁸⁾。このことは高齢者の口腔衛生管理は肺炎予防の観点から重要であることを示すものであり、この領域において、特に歯科衛生士の果たす役割は大きいと考えられる。

脳梗塞後遺症を有する要介護高齢者は、口腔清掃のセルフケアが困難である。また、脳梗塞が口腔周囲筋を支配する中枢神経の存在する部位に起こった場合は、神経性や筋性の開口障害を合併することがある¹⁹⁾。その場合、看護師や介護支援者による口腔ケアへの介入が難しくなるため、口腔衛生状態が劣悪化し

やすい。このような臨床的必要性が高まり、医療法人長光会 長島病院(以下、本院)では、誤嚥性肺炎予防のために、平成16年7月から歯科が中心となり、内科医師や病棟看護師と連携して入院患者の口腔ケアを実施する医療体制を整備した。

今回、我々は、神経性の開口障害を有し口腔衛生管理が困難であった要介護・脳後遺症患者に対して、医科と連携して口腔衛生状態の改善・回復に努めた結果、口腔局所のみならず、発熱回数が減少して全身状態が改善した症例を経験したので、それを紹介して考察する。

症 例

1. 患者背景

患者は81歳の女性で、平成15年11月、本院介護病棟に入院した。この時点で、脳梗塞の既往があり、多少の意志疎通は可能なものの、寝たきりの状態で患者自身による口腔清掃は困難であった。平成16年4月より介護支援者や歯科スタッフによって、口腔ケアが実施されるようになり、本患者の口腔衛生状態は概ね良好に推移した。ところが、平成20年1月に脳内出血を起こし、同年4月頃から開口量が一横指程度になり、その時期から介助者による口腔ケアが困難となった。病棟看護師による日常的口腔ケアおよび歯科衛生士による週一回程度の専門的口腔ケアを継続していたものの、開口障害によって本患者の口腔衛生状態は非常に不良となった。また、この時期から頻回に発熱を繰り返すようになった。

2. 主訴および現病歴

上記開口障害が発現した平成20年以降、家族や当院病棟看護師が本患者の強い口臭を感じていた。家族の希望で口臭の改善に加え、開口障害に対する対応も含めて歯科へ紹介となり、あらためて本患者の病態を

踏まえた口腔衛生管理を開始することとした。

3. 既往歴

脳梗塞後遺症に加え、高血圧症を有していたが、入院当初からab受容体遮断薬(アーチスト)が投与されて血圧は正常血圧レベルにコントロールされていた。

4. 家族歴

特記事項なし。

5. 現症

1) 口腔内所見

開口量は一横指以下であった。口腔乾燥の程度は著明であった。残存歯は、15~24, 26, 27, 34~44の19歯であった。なお、11は残根状態であった。残存歯には大量のプラーク付着があり、また、口蓋、咽頭、および頬粘膜には、痰や粘液等が乾燥した痂皮様物が付着していた。また、舌苔が著明に付着していた。O'Learyのプラークコントロールレコード(PCR)は100%であった。歯肉には発赤・腫脹が見られ、患者から1m離れても強い口臭があった。また、咽頭部には喀痰が著明に貯留していた。このように、口腔衛生状態は極めて不良であった(図1A)。

2) エックス線検査

患者が開口障害を有するため、レントゲン撮影を行うことができなかった。

3) 歯周組織検査

開口障害のため、正確な検査は唇・頬側のみで可能であった。プロービングデプス(PD)が1~3mmの割合は70.2%, 4~6mmの割合は29.8%, 7mm以上の割合は0%であった。プロービング時出血(BOP)がある部位の割合は100%であり、歯の動揺度は15, 25, 26がI度で、その他は生理的動揺の範囲であった(図1B)。

4) 全身所見

脳梗塞後遺症によって、寝たきりで手指が不自由である。肺炎を頻回に発症し、月に20日程度、37度以上の発熱があった。嚥下反射および咳反射は低下している。内科診断によって、大脳皮質第四分野(運動領)に広範囲な梗塞があることが判明した(図2A)。また、患者の栄養補給は経鼻栄養によって行われ(図2B)、長期間にわたって経口摂食による筋の開閉口運動を行っていないかった。

6. 診断および治療方針

診断は、脳梗塞後遺症による手指の麻痺や開口障害によって、患者自身や介護支援者による口腔清掃が困難となったため、口腔衛生状態が悪化して進行した慢性歯周炎とした。

治療方針は、まず専門的口腔ケアが実施可能な開口量になるまで開口障害を改善した後、口腔ケアや歯周治

療によって口腔衛生状態を改善し、最終的に発熱等の全身症状の出現抑制を目指すこととした。なお、治療の内容を家族に説明し同意を得た後、歯科スタッフだけではなく、担当医師、看護師も含めた院内医療チームを整備した(図3)。

7. 治療計画

以下の3つのステップを順次積み上げながら行う計画を立案した。

- 1) 病棟において、開口量の改善、および病棟看護師に対する口腔ケア方法の指導
- 2) 歯科外来において、口腔感染源の除去
 - ・看護師による日常的口腔ケアおよび歯科衛生士による専門的口腔ケア
 - ・歯科診療室における歯周基本治療(スケーリング・ルートプレーニング:SRP)
- 3) 再評価検査後、メンテナンス(SPT)(病棟および歯科外来)

8. 治療経過

歯科衛生士は、歯科医師の指示のもと、病棟(ベッドサイド)で可及的な口腔ケアと開口訓練を行った。また、担当看護師に対して、口腔ケアと開口訓練の実践指導を行った(図4A)。開口量が三横指に改善してからは、歯科診療室において、開口訓練を継続するとともに、専門的な口腔ケアおよび全顎的なSRPを行った。

1) 開口訓練の実際

歯科衛生士は、週2回の専門的口腔ケア時に口腔周囲筋のマッサージに加えて(図4A)、徒手にあるいはガーゼ棒を用いて5~10分程度の開口訓練を実施した(図4B)。徒手的な開口訓練では、第一指を上顎第一および第二小白歯に、第二指と第三指を下顎第一および第二小白歯の咬合面に置き、上顎を上方へ、下顎を下方へ圧することで開口運動を促した。また、担当看護師に対して、前述のように口腔ケアおよび開口訓練の指導を行い(図4A)、担当看護師によっても、日々、口腔ケアおよび5分間程度の徒手的な開口訓練が行われる体制を整備した。口腔周囲筋のマッサージは、咬筋、側頭筋および口輪筋に対して行った。ガーゼ棒による開口訓練は、ガーゼ棒の厚みを一横指程度に調節し、これを割り箸の先に固定したものを、患者の上顎第一および第二小白歯と下顎第一および第二小白歯の間隙から挿入して、他端を穏やかに垂直的に上下することで顎間の空隙量を増大させた。開口量の増大に合わせて、ガーゼ棒の厚みを少しずつ大きく調節した。また、患者は高血圧症であったため、開口訓練や以下の口腔ケアおよび歯科治療は血圧をモニタリングしながら行った。なお、本患者において、開口訓練や

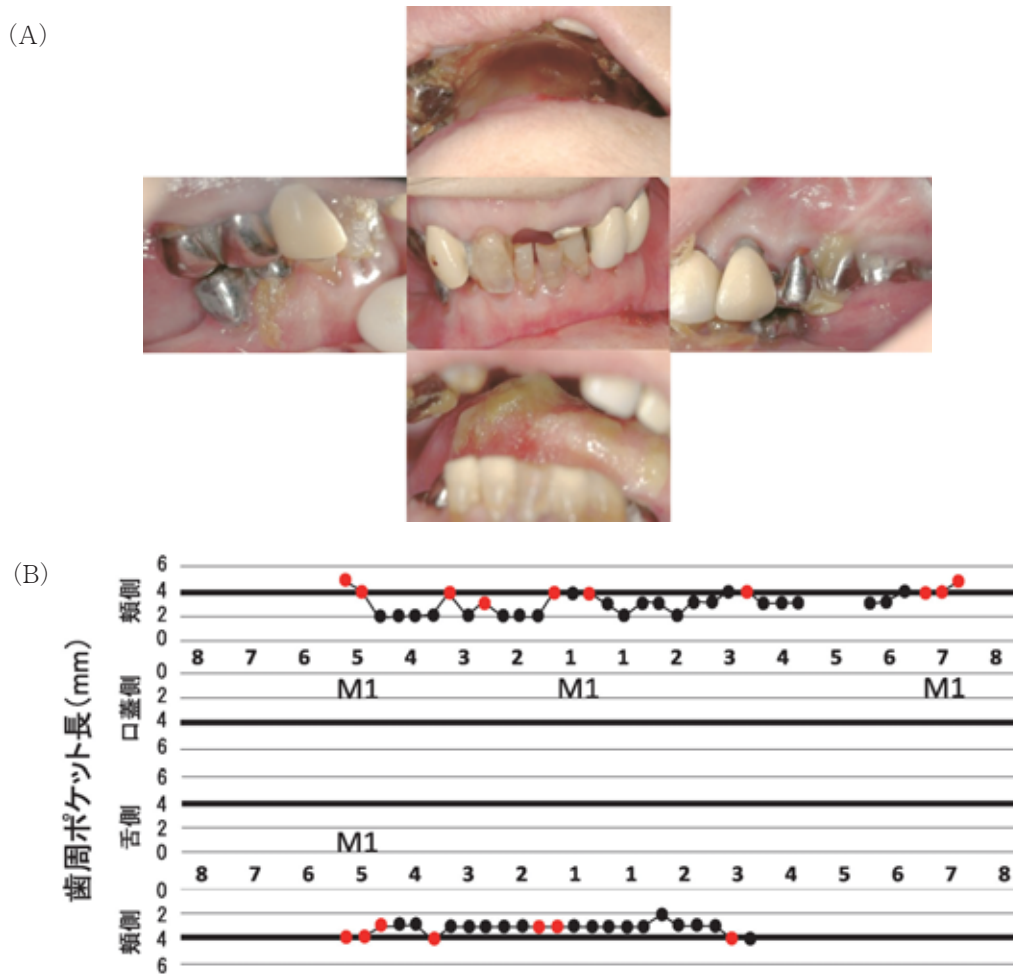


図1 歯科初診時の口腔状態

(A)口腔内写真(開口訓練開始前)：開口量は一横指程度であった。口腔乾燥の程度は著明であった。複数歯が残存し、歯面には大量のプラーク付着がある。口蓋歯肉などに痰や粘液等が乾燥した痂皮様物が付着していた(矢印)。口腔衛生状態は極めて不良であった。(B)歯周組織検査(開口訓練開始前)：開口障害のため、舌側・口蓋側は検査不可能であった。プロービング深さ(PD)が1~3 mm の割合は70.2%，4~6 mm の割合は29.8%を占めた。なお、7 mm 以上の歯周ポケットは存在しなかった。プロービング時出血(BOP)部位は●(赤丸)で示す(初診時はすべてのプロービング部位から出血した)。M1：Miller の歯の動揺度の分類で1度。

口腔ケアを行う際の中止基準は、脳梗塞患者のリハビリテーションの中止基準を参考にして、担当内科医師と相談した上で、血圧が収縮期 170 mmHg、拡張期 90 mmHg を超えた場合とした。

上記の一連の処置によって、3ヵ月後には患者の開口量は三横指にまで改善した。

2) 感染源除去の実際

(1) 口腔ケア

看護師による日々の口腔ケアに加え、歯科衛生士は専門的口腔ケアを週二回の割合で実施した。なお、看護師は、術者磨き(歯ブラシのみ使用)による約5分程

度のブラッシングと喀痰の吸引、ガーゼによる口腔清拭および義歯の洗浄を実施した。

一方、歯科衛生士は、専門的口腔ケアを実施した。まず、患者の口腔内は乾燥が強いため、口腔内全体に口腔保湿ジェル オーラルバランス®(ティーアンドケー株式会社、東京)を塗布して数分間放置し、口腔内に強く付着して剥がれにくい痂皮様物が水分を含んで軟化し容易に除去できるようになった状態で、口腔ケアを開始した。この時、舌や口蓋への口腔保湿ジェルの塗布は、両側臼歯部の上下顎の間隙および前歯部欠損部の空隙からスポンジブラシを用いて行った。口腔

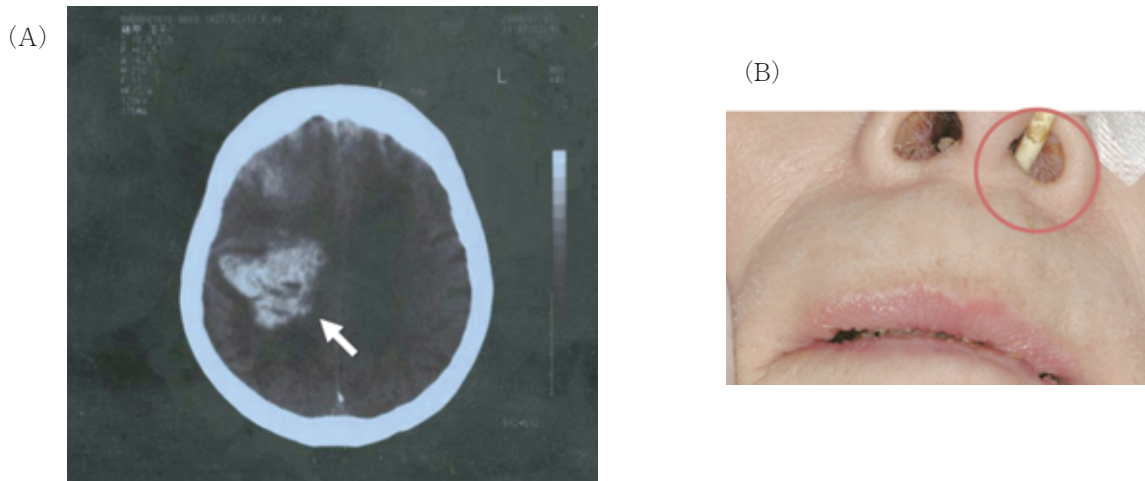


図2 開口障害の原因追究

脳梗塞後遺症としての開口障害が疑われたため、医科に照会した。(A)脳のCT像：大脳皮質第四分野(運動領)に広範囲の梗塞所見が認められる。したがって、中枢性の開口障害と判明し、支配神経の回復はほぼ不可能であると診断された。(B)経鼻栄養：患者は経鼻栄養によって栄養状態を確保されている状態であった。摂食がないため、口腔機能が低下し開閉口筋が拘縮していた。

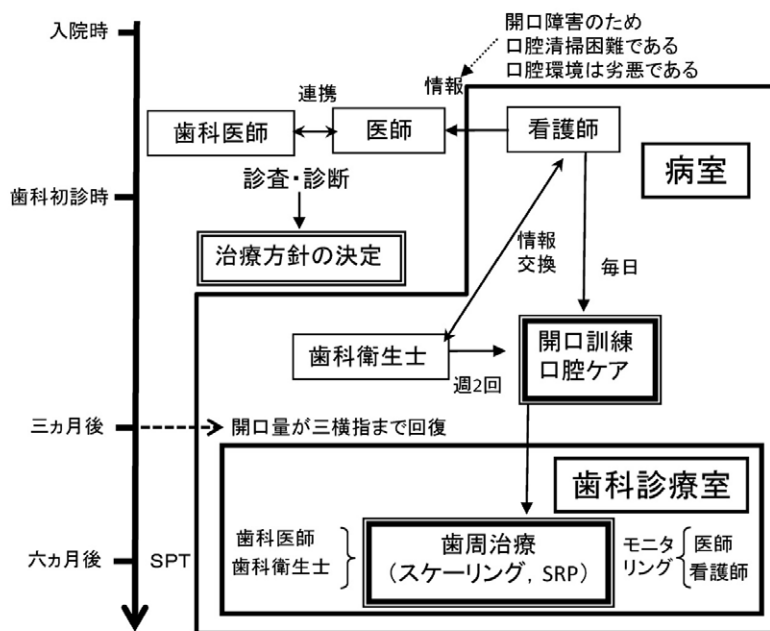


図3 本患者に対する医科-歯科連携治療の流れ

本患者に対する医療チームは、医師、歯科医師、看護師、および歯科衛生士で構成された。看護師からの情報をもとに、医師と歯科医師が治療方針を決定し、まずは病室において口腔ケア実施のための十分な開口量確保のための開口訓練を開始した。約3ヵ月後には、三横指まで開口可能になったため、歯科診療室で歯周治療を開始することができた。

(A)



(B)



(C)



図4 担当看護師との共同作業

(A)看護師への指導：歯科衛生士は、担当看護師に対して口腔清掃法および開口訓練法について直接指導している。(B)口腔周囲筋のマッサージによる開口訓練、(C)徒手あるいはガーゼ棒を使った開口訓練：口腔周囲筋のマッサージは、咬筋、側頭筋および口輪筋に対して行った。開口訓練は、ガーゼの大きさを一横指程度に調節し、これを割り箸の先に固定したものを用いて行った。ガーゼ棒による開口訓練は左右交互に行い、開口量の増大に合わせて、ガーゼ棒の厚みを少しずつ大きく調節した。

ケアは、主に術者磨き(歯ブラシと歯間ブラシによる歯面・歯間部の清掃)、スポンジブラシと舌ブラシによる口腔粘膜・舌の清掃、義歯清掃、ガーゼによる口腔清拭および喀痰の吸引を実施した。また、患者は寝たきりである上、脳梗塞後遺症による嚥下機能の低下が疑われたため、口腔ケア実施時は水分の誤嚥に極力注意した。すなわち、ベッドの背もたれの角度を約45度アップさせ、吸引チューブあるいは吸引歯ブラシを使用して、口腔内の水分を吸引しながら口腔ケアを行った。歯ブラシは吸引チューブ付き歯ブラシで毛先が柔らかい物(新鋭工業、東京)を、歯間部は患者の歯間空隙に合わせて細めの歯間ブラシ(DENT EX 2S：ライオン、東京)を使用した。また、舌苔の除去には舌ブラシ(ジーシー 舌フレッシュ、株式会社ジーシー、東京)を使用した。なお、口腔ケア後の口腔内全体の消毒は0.2%イソジン溶液(明治製菓、東京)をスポンジブラシ(ティーアンドケー株式会社、東京)に含ませて行った。

歯科衛生士による口腔ケアの終了後、歯科医師がコンクールF[®](ウエルテック、大阪)を用いて歯周ポケット内を洗浄した。なお、口腔ケア実施時は、開口訓練実施時と同様に高血圧症に留意して血圧のモニタ

リングを行った。

(2) 歯周基本治療

本患者は寝たきりの状態であり、歩行あるいは車いすによる歯科診療室への移動は不可能であった。そこで、担当看護師の協力の下、ベッドごと診療室に搬送し、血圧をモニタリングし、かつ水分等の誤嚥に注意しながら、超音波スケーラーおよびハンドスケーラーによる歯肉縁上の歯垢・歯石除去を行った。その後、4 mm以上の歯周ポケットが存在した部位において、浸潤麻酔下でSRPを実施した。

(3) 口腔内の再評価

開口障害に対する取り組みを始めて約3ヵ月後には、開口量は三横指まで改善した。歯周ポケットが1~3 mmの割合は97%、4~6 mmの割合は3%、7 mm以上の割合は0%であった。BOPがある部位の割合は5%となり、歯周炎症状態は著明に改善した(図5)。

(4) 全身状態の再評価

専門的口腔ケアおよび歯周治療の実施による口腔衛生状態の改善に相応して、37度以上の発熱頻度が減少傾向を示した(図6)。

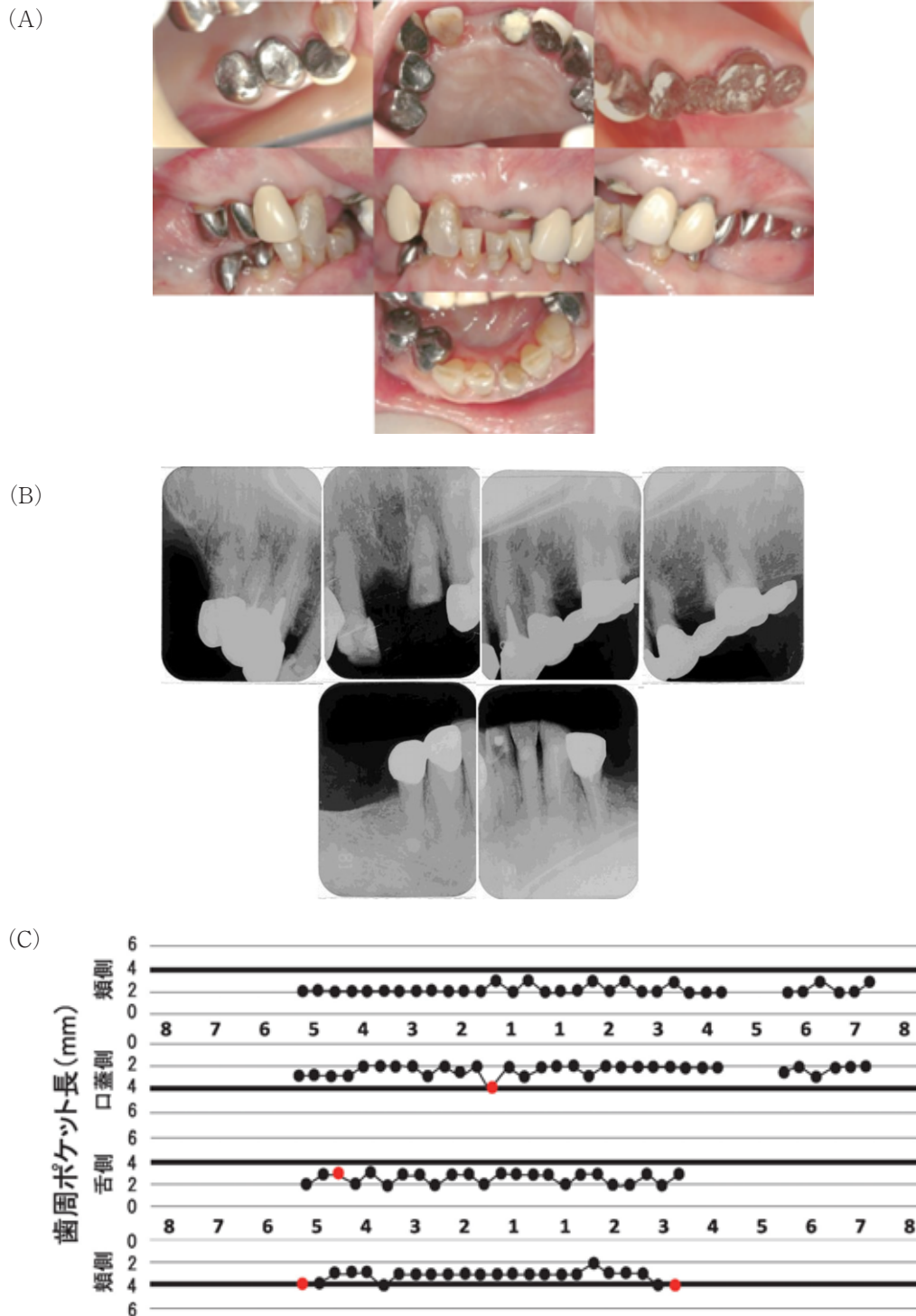


図5 歯周基本治療後の口腔状態

(A)口腔内写真：初診時と比較して歯肉炎症の状態は大きく改善した。(B)デンタルX線写真：開口量が増加してデンタルX線写真の撮影が行えるまでに開口量は改善した。全顎的に軽度～中等度の水平性骨吸収像である。骨は歯槽硬線が比較的明瞭で安定している。(C)歯周組織検査：歯周ポケットが1～3 mmの割合は97%，4～6 mmの割合は3%であった。BOPがある部位の割合は5%となり、歯周炎症状態は著明に改善した。なお、7 mm以上の歯周ポケットは存在しなかった。このように、舌側および口蓋側のプロービングが行えるまでに開口量は改善した。プロービング時出血(BOP)部位は●(赤丸)で示す。動揺歯は生理的動揺のレベルに改善した。

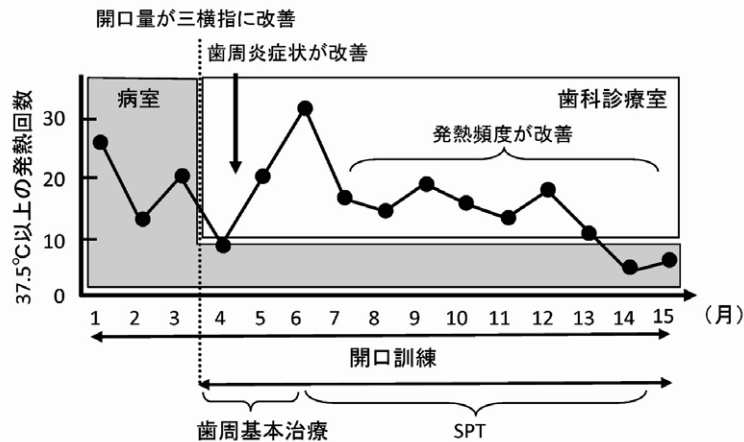


図6 歯科治療経過と発熱回数の変化

開口訓練を開始し3ヵ月後には開口量が三横指となり、歯科診療室での歯周基本治療を開始した。4ヵ月後には歯肉炎症は著明に改善し、6ヵ月後には発熱回数が減少し始めた。

考 察

日本社会は著しい高齢社会に突入している。多くの高齢者は脳卒中(脳血管疾患)によって寝たきりになり、病院や老人施設に入院・入所し、肺炎で死亡するケースが多い。要介護高齢者の直接死因の多くは肺炎である。肺炎は日本人の死因別死亡率の第四位であり、肺炎で死亡する患者の92%は65歳以上の高齢者であると報告され、老人性肺炎とも呼ばれる。ただし、加齢自体が肺炎発症の直接的なリスクではなく、加齢によってもたらされる種々の環境要因が発症リスクを増大させると考えられている。すなわち、老人性肺炎の病原菌は、そのほとんどが口腔内や咽頭部等に存在する細菌であり、これらが易感染状態にある高齢者や有病者の肺に侵入すること(不顕性誤嚥など)によって、肺炎が発症すると考えられる(図7)。したがって、病院勤務者にとって入院高齢患者に接する機会は、今後、ますます増え、とりわけ口腔衛生に関して歯科衛生士が果たす役割は重要になると考えられる。また、老人性肺炎は、発熱などの明らかな肺炎の症状を示さないケースが意外に多いため、不顕性のまま進行して重篤な状態に陥る。臨床的には、精神状態の変化、認知症状の変化、食欲不振や倦怠感などが認められた場合に注意が必要であり、看護師や介護士サイドによる早期発見が重要である。病院歯科の歯科衛生士は患者の口腔にとらわれず、院内医療チームの一員として看護師や介護士と密に連携をとり、医師-歯科医師間の連携が円滑に運ぶように配慮することが

重要である(図4)。特に高齢者は長期入院になることも多く、患者家族に対する精神的なフォローアップも歯科衛生士の重要な役割となる。

近年、老人性肺炎の病態が明らかになるにつれ、とりわけ口腔ケアの重要性と脳血管障害の予防が重要視されるようになってきた。口腔ケアは、高齢者の口腔内の感染源を除去して衛生状態を保つだけでなく、摂食・嚥下訓練を行うことによって、スムーズな喫食が行えるように「口腔」機能の向上を視野に入れて実施される。口腔機能に関連して、高齢者の栄養管理も基本的医療の一つである。医療施設における職種の壁を越えたチーム医療の代表的なものとして、栄養サポートチーム(Nutrition Support Team: NST)がある。これは、症例個々や各疾患の病態に応じてチームとして栄養管理に取り組んでいる。医療施設の歯科衛生士は、口腔機能を管理する専門家としてNSTに参加していかなければならない。

本院は、入院患者の約8割が脳血管障害の後遺症を有するという特徴をもつ。このような高齢者は、歩行はもちろん車椅子でも歯科受診が困難となり、ベッドごと歯科診療室に搬送せざるを得ないこともある。また、日々の全身状態の変化が激しいので、治療当日の患者の体調確認は必須である。さらに、心肺機能の低下が見られる患者のために、バイタルサインのモニタリング機器や酸素吸入器の設置も必要である。本院では、治療時の医科-歯科連携は確立されており、治療前の患者のバイタルサインのチェックや患者の搬送は担当看護師によって行われる。また、歯科診療室はバリアフリー化しており、さらに、モニタリング機器およ

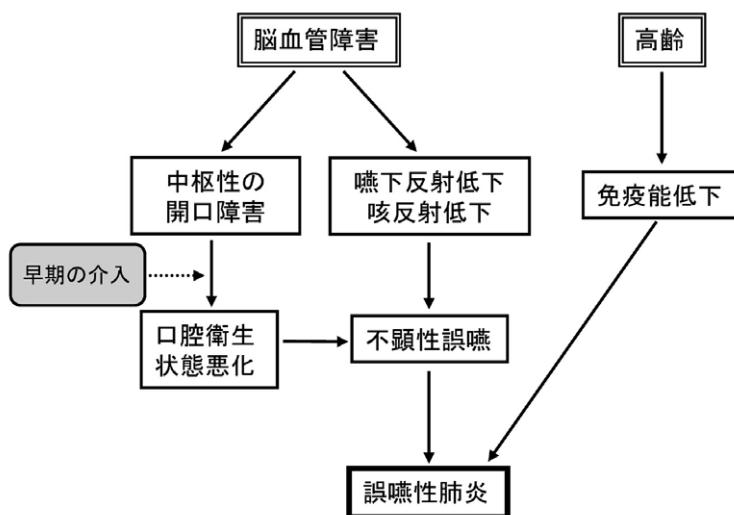


図7 誤嚥性肺炎発症の経路

一般に、脳血管障害をきたした高齢者は、嚥下反射の低下のため誤嚥性肺炎を発症しやすい。本症例患者のように、脳梗塞による中枢性の開口障害を発症した高齢者は、さらに誤嚥性肺炎の発症リスクが高まる。したがって、脳血管障害をきたした後、なるべく早期に医療従事者による介入が行われれば、そのリスクは軽減できると予想される。病院歯科はこのような場面に遭遇することが多いので、院内医療関係者間で、日頃から情報交換しておくことが重要である。

び酸素吸入器を常設している。このような万全を期した歯科医療体制の中で、本症例患者の歯科治療は実施された。

当初、患者は脳梗塞後遺症に起因すると思われる神経性・筋性の開口障害を有していたため、清掃器具等が十分に口腔内に入らず、口腔衛生管理が非常に困難であった。担当内科医師の診断によって、本患者の開口障害は、中枢性神経麻痺と長期にわたる開閉口筋の運動不全による筋性拘縮であると考えられた。そこで、まず、我々歯科衛生士が中心になって、担当看護師と連携して開閉口筋の拘縮を和らげるような開口訓練を開始した。その結果、約3ヵ月を要したものの、次第に開口量が増加して、病室での口腔ケアや歯科診療室での歯周治療が可能となり、本患者の口腔衛生状態を飛躍的に改善することができた。さらに、口腔衛生状態の改善に相応して本患者の発熱頻度が著明に減少した。この臨床成果は、我々歯科衛生士の力のみならず、担当看護師や介護士を含めた院内医療スタッフの思いが結集したことによるものだと考えている。また、患者のご家族の期待にも応えることができたことは、病院歯科に従事する歯科衛生士として特に充実した思いであった。

本患者に見られた開口障害は、決して稀に発生するものではなく、高齢者歯科医療の現場ではしばしば経

験する。経鼻栄養チューブの装着、また、胃瘻による栄養状態の確保によって、口腔機能が極端に低下して筋の拘縮が起こり、結果として開口障害をきたす。しかしながら、本患者のように、脳内出血によって大脳運動野の梗塞が起こり中枢性開口不全をきたした場合は、筋の拘縮が起こる前に、筋マッサージや開口運動を行うことで深刻な開口障害が予防できるかもしれない。本患者に対して、開口量を確保して十分な口腔ケアが実施可能になるまでに約3ヵ月を要した。もし、我々が本患者の筋麻痺あるいは筋拘縮に対して早期に介入を行っていたら、患者の口腔衛生状態や全身状態の悪化を防げた可能性がある。今後、院内の一スタッフとして、脳梗塞から誤嚥性肺炎発症に至るまでの経路(図7)を断ち切るために看護師や介護士などとの連携をさらに深めたい。

病院歯科の歯科衛生士は、単に口腔衛生業務や歯科治療の補助を行うだけでなく、口腔衛生の専門家として主体的に患者の全身的な情報の収集に努めると同時に、看護師が口腔領域の問題点をより正確に抽出できるよう指導する役割を有する。すなわち、入院患者の日常的な口腔衛生管理は、看護師によって看護の一環として主体的に行われ、歯科衛生士は、口腔衛生管理の専門家として定期的に専門的口腔ケアを行うとともに、看護師の日常管理をサポートしていくことが重要

であると考えている。

おわりに

本症例を通じて、病院歯科の歯科衛生士として、いかに入院高齢患者の全身状態の向上に貢献できるのかという課題について考えることができた。また、病院内の歯科診療室は、歯科衛生士にとって単に歯科診療における介助業務を行う場ではなく、口腔衛生管理のエキスパートとしての専門的な職責を果たせる大変魅力的な職場であるということをつけ加えたいと思う。

現在、本院の歯科スタッフは、嚥下障害を有する高齢患者に対して、主体的に摂食・嚥下訓練を行い、口腔機能の改善に取り組んでいる。このことは、高齢者の生活活動度の維持・改善や、誤嚥や誤嚥性肺炎の予防という視点からも大きな意義があると考えている。一方、病棟看護部、栄養部管理部、そしてリハビリテーション部とも連携して、患者の栄養状態の改善にも取り組んでいる。すなわち、病院歯科の歯科衛生士は、口腔衛生管理の面だけでなく、全身の健康の回復に貢献する医療チームの一員としての責務があると考えている。ヴァージニア・ヘンダーソンは、その著書²¹⁾の中で、「患者の口腔内は看護の鏡であり、その状態は看護の質をもっともよく表すものである。」と述べている。歯科衛生士は、口腔ケアを看護の最重要項目として、病院の看護スタッフを啓発し、「口腔ケアチーム」の中心として活動していかなければならない。今後も我々は、今後も他職種と連携し、その協力が得やすいという病院歯科の特色を生かし、精神面も含めて患者の全人的なサポートを行っていきたいと考えている。

謝 辞

稿を終えるに当たり、終始、懇切丁寧な御指導、御助言をいただきました当院歯科医師岩田宏隆先生、長島義之先生、国立療養所呂久光明園歯科医長 新井英雄先生、岡山大学病院歯周科講師 成石浩司先生、そして、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科歯周病態学分野教授 高柴正悟先生に心より感謝申し上げます。また、本院の医科-歯科連携医療のチーム体制整備にあたり、適切な御助言をいただきました本院の野田綾子看護部長に心から感謝いたします。

最後に、本稿で紹介した症例に関して、ともに協力して治療に携わった同僚の歯科衛生士である前田知子さん、金中章江さん、森本祥代さんをはじめ、当院の医療スタッフの皆さまに深謝いたします。

本論文は、第52回春季日本歯周病学会(2009年5月16日)においてポスター発表した内容に、一部追加、改変して掲載した。

文 献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口(平成18年12月推計)，2006。
- 2) 厚生労働省：平成17年歯科疾患実態調査，2007年厚生労働省：患者調査，2007。
- 3) Niederman MS：Nosocomial pneumonia in the elderly patient. Chronic care facility and hospital considerations. Clin Chest Med, 14: 479-490, 1993.
- 4) Sekizawa K, Ujiie Y, Itabashi S, Sasaki H, Takishima T：Lack of cough reflex in aspiration pneumonia. Lancet, 335(8699)：1228-1229, 1990.
- 5) Nakazawa H, Sekizawa K, Ujiie Y, Sasaki H & Takishima T：Risk of aspiration pneumonia in the elderly. Chest, 103: 1636-1637, 1993.
- 6) Kikuchi R, Watabe N, Konno T, Mishina N, Sekizawa K & Sasaki H：High incidence of silent aspiration in elderly patients with community-acquired pneumonia. Am J Respir Crit Care Med, 150：251-253, 1994.
- 7) 佐々木英忠，中山勝敏，鎌仲正人：誤嚥性肺炎のメカニズムと最近の知見．歯界展望，91：1280-1287, 1998.
- 8) Scannapieco FA, Mylotte JM. Relationships between periodontal disease and bacterial pneumonia, J Periodontol, 67：1114-1122, 1996.
- 9) Niederman MS, Brito V：Pneumonia in the older patient. Clin Chest Med, 28, review, 751-771, 2007.
- 10) 米山武義：口腔ケアの今日的とらえ方と誤嚥性肺炎予防．歯界展望，91：1276-1279, 1998.
- 11) 三宅洋一郎：誤嚥性肺炎の発症における口腔細菌の役割と細菌学的にみた口腔ケアの意義．歯界展望，91：1298-1303, 1998.
- 12) Yoneyama T, Yoshida M, Matsui T & Sasaki H (1999)：Oral care and pneumonia. Lancet, 354(9177)：515, 1999.
- 13) 米山武義：口腔ケアと誤嚥性肺炎．Geriatric Medicine, 35：167-171, 1997.
- 14) 米山武義，吉田光由，佐々木英忠，橋本賢二，三宅洋一郎，向井美恵，渡辺誠，赤川安正：要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究．日歯医会誌，20：58-68, 2001.
- 15) 米山武義：口腔ケアと高齢者のQOL 誤嚥性肺炎予防における口腔ケアの効果．老年歯学，38：476-477, 2001.
- 16) Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, Ihara S, Yanagisawa S, Ariumi S, Morita T, Mizuno Y, Ohsawa T, Akagawa Y, Hashimoto K, Sasaki H：Oral care

- reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*, 50 : 430-433, 2002.
- 17) 足立了平 : 口腔ケアの認識と実施に関する報告 . 厚生労働省委託補助事業「病院歯科における口腔ケア実施に関する実態調査」, 13-24, 8020 推進財団, 2004.
- 18) Ishikawa A, Yoneyama T, Hirota K, Miyake Y, Miyatake K : Professional oral health care reduces the number of oropharyngeal bacteria. *J Dent Res*, 87 : 594-598, 2008.
- 19) Kadyan V, Clairmont AC, Engle M, Colachis SC : Severe trismus as a complication of cerebrovascular accident: a case report. *Arch Phys Med Rehabil*, 86 : 594-595, 2005.
- 20) 総務省統計局 : 人口推計月報 (平成 22 年 1 月概算値 : 平成 22 年 1 月 21 日集計), 2010.
- 21) ヴァージニア・ヘンダーソン : 看護の基本となるもの, 日本看護協会出版会, 2006.
-