

## 著者一覧

相澤 直依	日本歯科大学東京短期大学 歯科衛生学科 助教
會田 英紀	北海道医療大学歯学部 生体機能・病態学系 高齢者・有病者歯科学分野 教授
阿部 仁子	日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 准教授
飯干 由茉	東京歯科大学 水道橋病院 歯科衛生士部
伊藤加代子	新潟大学医歯学総合病院 口腔リハビリテーション科 病院講師
糸田 昌隆	大阪歯科大学医療保健学部 口腔保健学科 教授
伊原 良明	昭和大学歯学部 口腔健康管理学講座 口腔機能リハビリテーション医学部門 准教授
上田 貴之	東京歯科大学 老年歯科補綴学講座 教授
大野 友久	医療法人永寿会 陵北病院 歯科診療部長
小倉 千幸	日本歯科大学東京短期大学 歯科衛生学科 講師
尾関麻衣子	日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック
小原 由紀	宮城高等歯科衛生士学院 教務主任
柏崎 晴彦	九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 高齢者歯科学・全身管理歯科学分野 教授
菊谷 武	日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック 院長
畔柳知恵子	一般社団法人 尼崎市歯科医師会 尼崎口腔衛生センター
佐藤 路子	日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック 准教授
佐藤 陽子	仙台青葉学院短期大学 歯科衛生学科 教授
三分一恵里	明海大学保健医療学部 口腔保健学科 准教授
白部 麻樹	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
菅野 亜紀	東京歯科大学短期大学 歯科衛生学科 教授
鈴木 啓之	昭和大学歯学部 口腔健康管理学講座 口腔機能管理学部門 講師
関口 洋子	日本歯科大学東京短期大学 歯科衛生学科 准教授
高橋 一也	大阪歯科大学歯学部 高齢者歯科学講座 教授
高橋 賢晃	日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック 准教授
田中 祐子	日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック
田村 暢章	明海大学歯学部 病態診断治療学講座 高齢者歯科学分野 教授
内藤 徹	福岡歯科大学 総合歯科学講座 高齢者歯科学分野 教授
西村 望	にしむら歯科 院長 (尼崎市)、兵庫県歯科医師会 地域保健常任委員会 委員長
野末 真司	昭和大学歯学部 口腔健康管理学講座 口腔機能リハビリテーション医学部門 講師
畑中 幸子	昭和大学歯学部 口腔健康管理学講座 口腔機能管理学部門 助教
波多野朱里	日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック
羽村 章	日本歯科大学生命歯学部 特任教授
日高 玲奈	東京科学大学大学院 生命理工医療科学専攻 地域・福祉口腔機能学分野 講師
平野 浩彦	東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科 部長
藤井 航	九州歯科大学歯学部 口腔保健学科 多職種連携推進ユニット 教授
古屋 純一	昭和大学歯学部 口腔健康管理学講座 口腔機能管理学部門 教授
松原ちあさ	静岡県立大学短期大学部 歯科衛生学科 講師
水上 美樹	日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック
御園 瞳	東京歯科大学 水道橋病院 歯科衛生士部
三好 早苗	一般社団法人 広島県歯科衛生士会 会長
向井 友子	昭和大学歯学部 口腔健康管理学講座 口腔機能管理学部門 助教
森下 志穂	明海大学保健医療学部 口腔保健学科 准教授
森戸 光彦	鶴見大学 名誉教授
山根 邦仁	昭和大学歯学部 口腔健康管理学講座 口腔機能管理学部門 助教
吉見佳那子	東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野 助教
竜 正大	東京歯科大学 老年歯科補綴学講座 准教授
若杉 葉子	医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック 歯科診療部 歯科部長
渡邊 理沙	桶狭間病院藤田こころケアセンター

(五十音順)

## 序文

2012年3月に本書の初版を発行して以来、早くも13年が経過した。この期間に、歯科衛生士教育も大きな変化を経験した。まず、2012年に教育年限が2年制から3年制に移行し、2013年には、すべての学校の教育年限が3年以上となった。また、歯科衛生士の資格試験は、都道府県から全国統一となり国家試験として確立された。その国家試験問題の出題基準も3度の改正が行われ、現在に至っている。

この教科書は、まさにその社会的変化に沿うように登場し、学生教育はもちろん、現場で頑張っている歯科衛生士の皆さんの研鑽の書としても役立てていただいている。老年歯科医学は、1973年にA.S.T.Franksら、1981年に渡辺郁馬先生、1986年と1996年にP.Holm-Pedersenらが教科書を出版し、その後2015年に老年歯科医学会監修で歯科医学のひとつとしての教科書が発行された。本書は、それらの流れをしっかりと汲んだ本格的な教科書であり、歯科衛生士に必要な高齢者歯科診療に関する知識を包含している。

社会の変化に応じて、社会的要請は少しずつ変化している。わが国の総人口は減少に転じ、人口のマジョリティーは「団塊の世代(現在75～76歳)」から「団塊の世代2世(現在53歳前後)」となり、出生数も70万人/年に、死亡者数は120万人/年になっている。「老年人口割合30%時代」が目の前に迫り、後期高齢者のほうが前期高齢者よりも多くなるという大変化に遭遇している。そういった時代における「高齢者医療」は、社会的ニーズの最上位にあることは間違いない。

そのなかで「高齢者歯科医療＝老年歯科医学」は、生命の根幹である栄養摂取のスタート地点である「口腔機能」を維持・向上させる重要な役割を担う「総合歯科医療」である。高齢者の多くは、全身的疾患(systemic disease)に罹患しており、複数の薬を処方されている。欠損歯が増えると、食べることのできる食形態も変わってくる。自分で調理をすることがなくなった高齢者の食環境への取り組みも、栄養摂取の立場から私たちの仕事のひとつとなっている。さらに、命あるものとして避けて通れない「人生の最後」まで、その人らしく生きていただくための、口腔の健康・機能を支える職種として歯科衛生士は必要とされている。

これらの幅広い、人生を支える大切な医療の担い手としての自負をもって歩を進めていただくために、本書を十分に活用してもらいたい。

2025年3月

執筆者一同

# 1 高齢社会における歯科衛生士の役割

## 1 超高齢社会での歯科の役割の変遷

### 1) 超高齢社会における課題と目標

日本は急速に高齢化が進み、2023年現在、65歳以上の人口は3,623万となり、総人口に占める割合（高齢化率）は29.1%になっている。超高齢化によって、社会保障費や現役世代への負担増加、医療や介護サービスを担う人材不足などが問題となっている。国民一人ひとりが健康でいきいきと暮らせる社会の実現と社会保障制度を持続可能にするために、要介護予防への対応が急務である。

世界保健統計2023年版（WHO）によれば、日本における平均寿命と健康寿命の差は男性で8.9年、女性で11.4年となっている（図1）。この年数は、日常生活に何らかの制限が生じている期間であり、医療費負担の増加や介護や入院による個人の生活の質の低下が生じることから、健康寿命の延伸が日本の喫緊の課題となっている。2019年に策定された「健康寿命延伸プラン」においては、2040年までに男女ともに75歳以上とすることが目標となっている。

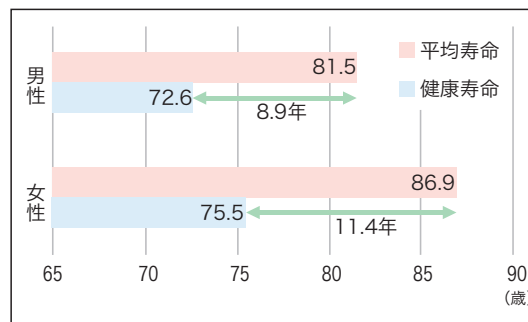


図1 日本人の健康寿命と平均寿命の差 (World Health statistics2023 より作成)

### 2) 歯科の役割

このような状況から要介護の要因であるフレイルが注目され、オーラルフレイルの概念が生まれ、さらに2018年より「口腔機能低下症」が保険適用の歯科疾患となった。保険導入時は対象を65歳以上としていたが、2022年4月からは50歳以上に拡大され、現在は7つの検査項目から診断される。

歯科は、う蝕、歯周病の予防および治療のみならず、フレイル予防の3つの柱（図2）にある「栄養」において、口腔機能の維持、向上を中心に関与し対応することが求められている。

さらに、要介護状態になったとしても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・

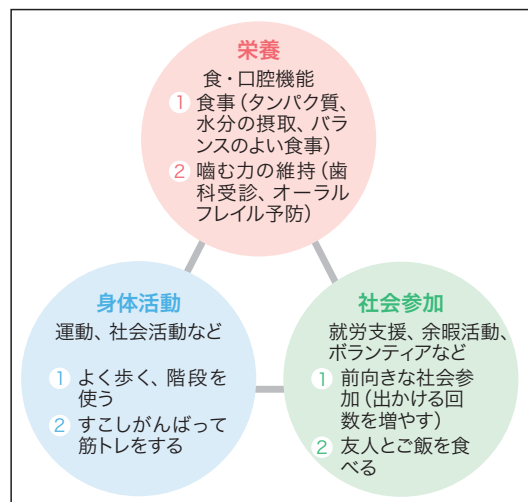


図2 予防の3つの柱

予防・生活支援が一体的に提供する「地域包括ケアシステム」（図3）においては、口腔健康管理を通じて国民一人ひとりの生活を支えることが歯科の役割として期待されている。

地域包括ケアシステム

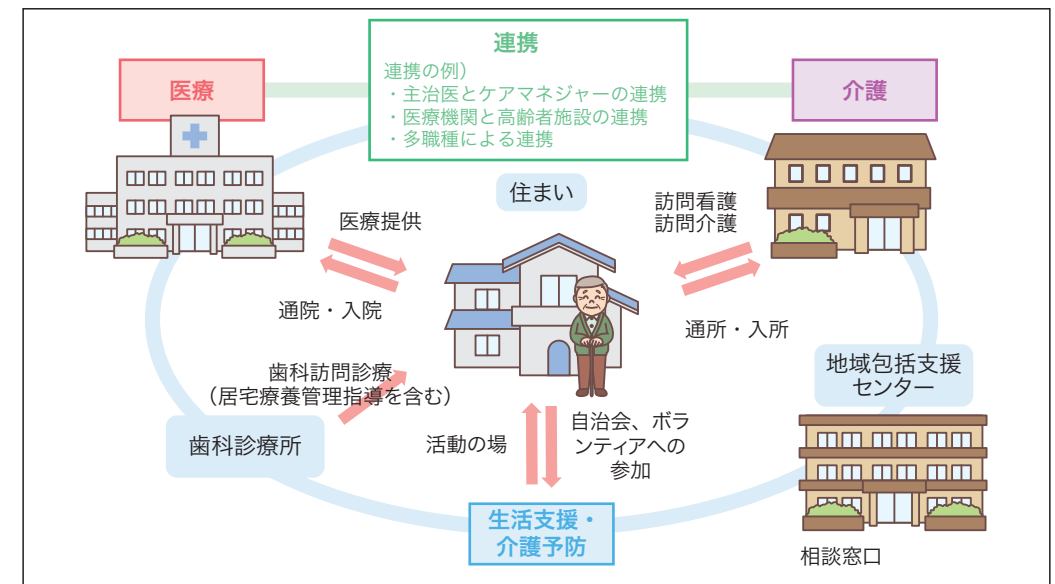


図3 地域包括ケアシステムのイメージ

## 2 歯科衛生士に求められること

地域包括ケアシステムにおいては「チーム医療」が推進されている。専門職が各自の立場で目的と情報を共有し、業務を分担するとともに、お互いに連携・補完し合うことによって、患者の状況に的確に対応した医療を提供するものである。要介護者を対象とした場合には「チームケア」と呼び、質の高い治療やケアを提供するために、異なった専門的背景をもつ専門職が、共有した目標に向けて協働する「多職種連携（IPW：interprofessional work）」が重要といわれている。したがって、歯科衛生士は口腔健康管理の実践のみならず、チーム医療において専門的立場から発言し、多職種からの口腔領域の相談に対して助言できるスキルを身につける必要がある。

チーム医療

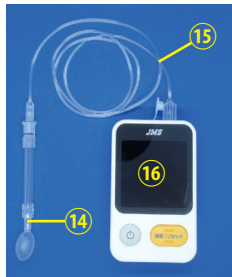
さらに、高齢者が最後まで本人らしく生きることができるよう支援し、それに応じた医療、ケアを提供することが求められている。それらは一方的でなく、人生の最終段階まで一人ひとりが尊重しながら医療やケアの意思決定を支援することが必要である。その支援の具体的なプロセスとなる「アドバンス・ケアプランニング（ACP：advance care planning）」が注目されている。これは本人が人生の最終段階に至り意思決定が困難となった場合も、本人の意向に沿った、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し、本人が最期まで尊厳をもって人生をまっとうすることができるよう支援することを目標として

多職種連携

アドバンス・ケアプランニング

**診療手順**

**6 低舌圧**



**術者手順**  
(歯科医師・歯科衛生士)

舌圧プローブ (14) の硬質リングを前歯で軽く挟み、舌背全体を口蓋に向けて上に強く押し上げ、バルーンをつぶす動きをするように伝える。ディスプレイを確認し最大値を示したところで開口を指示し計測を終了する (5～7秒)。

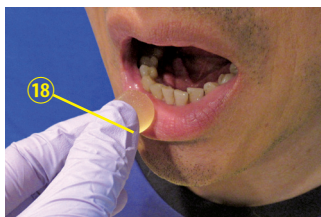
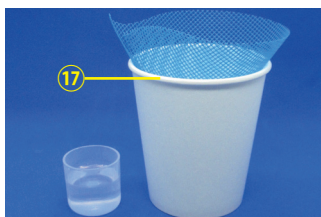
**診療補助および留意点**  
(歯科衛生士)

舌圧プローブ (14) と連結チューブ (15) を舌圧計 (16) に装着する。電源を入れ、【測定/リセット】ボタンを押し、画面が【加圧】から【測定】に変わり、最大圧と現在圧の表示が 0.0kPa になっていることを確認する。

術者が読み上げた数値を記録する。複数回計測する場合は、その都度【測定/リセット】ボタンを押し、最大圧と現在圧の表示が 0.0kPa になっていることを確認する。3回計測し、最大値を検査値として記録する。

**7 咀嚼機能低下**

1) グルコセンサー



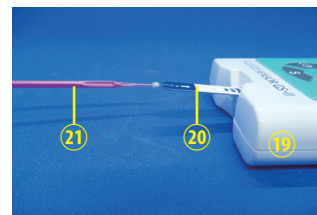
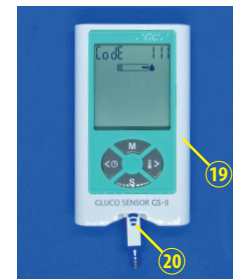
直前にショ糖を含む飲食物を摂取していないか確認し、摂取している場合には、3回以上の洗口を促す。

グルコラム (18) を口に含み、20秒間自由に咀嚼するように指示する。グミ、唾液は飲み込まないように指示する。

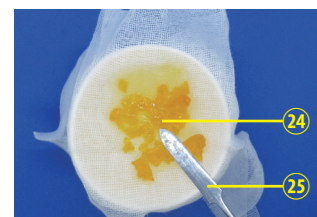
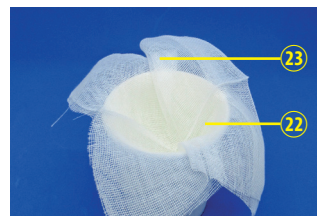
水を 10mL 計測し、ろ過用メッシュ (17) を組み立ててカップ上にのせる。

タイマーを 20 秒にセットする。

**診療手順**



2) 咀嚼能率スコア法



**術者手順**  
(歯科医師・歯科衛生士)

20秒経過後、紙コップを手渡し、口に含んで軽くゆすぎ、咀嚼したグミと水を一緒にろ過用メッシュ上に吐き出すように指示する。

途中で噛むのをやめてしまった場合には、3回以上水で洗口してから再測定を行う。

咀嚼能力測定用グミゼリー (24) を 30回咀嚼するように指示する。咀嚼したガムを紙コップ上のガーゼにすべて吐き出すように伝える。口腔内に残ったグミの咬断片が残っている場合はピンセットで回収する。

**診療補助および留意点**  
(歯科衛生士)

グルコセンサー (19) にセンサーチップ (20) をセットする。

吐出した濾液の濃度が均一になるように紙コップを 10秒以上軽くゆする。採取用ブラシ (21) の先端を濾液に浸しセンサーチップ (20) の先端に点着する。約 6秒後に表示された数値を記録する。

紙コップ (22) の上にガーゼ (23) を広げておく。

ガーゼをコップから外しグミを水洗した後、スパチュラ (25) でまんべんなく広げる。視覚資料を参考に 0～9の 10段階で評価する。

## 2 生活機能を低下させる全身状態と疾患

### 1 脳血管疾患

脳血管疾患とは、脳の血管に何らかのトラブルが生じ、脳機能が失われる病気の総称で、脳卒中も脳血管疾患の代表的なひとつである（図2）。脳卒中には、脳梗塞、脳（内）出血、くも膜下出血などが含まれる（図3）。

脳血管疾患

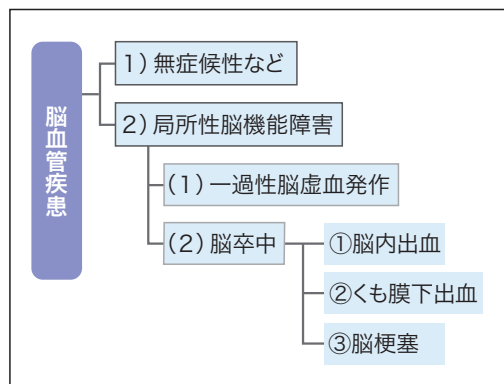


図2 脳血管疾患の分類

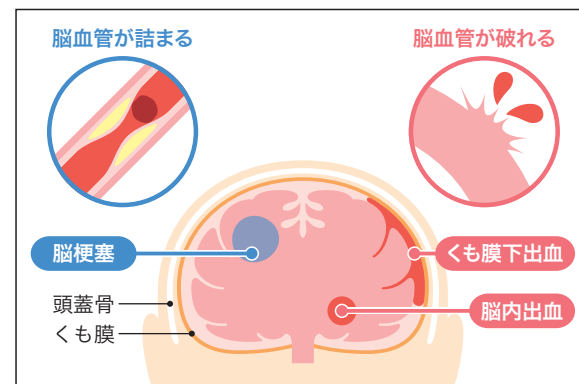


図3 脳卒中の分類

#### 1) 無症候性脳血管障害

神経症候・自覚症状はないものの、検査画像に脳血管病変があるものを指し、高齢期になるとその頻度は高くなる。

#### 2) 局所性脳機能障害

意識障害などの神経症状（麻痺、しびれなど）をとともなうものを指し、症状の持続時間によって一過性脳虚血発作と脳卒中に分けられる。

##### (1) 一過性脳虚血発作（TIA：transient ischemia attack）

一時的に脳の血流が止まり脳の血管が詰まることで、手足が痺れたり、言葉がうまく話せなくなったりする症状が突然現れる。これらの症状は、脳梗塞と似ているものの数時間以内に消失することがあるが、その後の脳梗塞発症リスクが高いとされ、適切な対応が必要である。

##### (2) 脳卒中

脳の血管が詰まったり破れたりすることで、麻痺やしびれ、ろれつが回らないといった症状が突然現れる状態を脳卒中という。この症状は後遺症が残る場合もある。脳卒中中最も多いのは脳梗塞で、全体の約75%を占める。

脳卒中

- ①脳内出血：脳の中に出血が起こる状態である。これは、血管が壊れて出血することが原因で、特に微小な動脈が破れることが多い。生活習慣病との関連が深く特に高血圧は危険因子である。
- ②くも膜下出血：くも膜下腔に出血が生じ、突然の頭痛、吐き気、意識障害が生じる。出血による脳圧上昇が長期に及ぶと致死率は高まり、運動障害や高次脳機能障害などの後遺症のリスクも高まる。
- ③脳梗塞：脳血管がさまざまな原因で詰まることにより、手足の麻痺や言語障害などが生じる。後遺症として残ることがあり、早期発見・早期治療とリハビリテーションが重要とされている。

### 2 脳血管疾患と口腔健康管理

脳血管疾患のなかで、特に脳卒中患者への的確な口腔健康管理の実施は歯科の専門性が求められる。脳卒中後は多様な合併症が存在し、急性期、回復期や維持期において、その合併症を理解し口腔健康管理を行うこととなる。合併症の具体例として、呼吸器および尿路感染症などの感染症の頻度は高く、特に呼吸器感染症の背景にある嚥下機能低下による誤嚥（嚥下）性肺炎への対応は歯科の専門性を高く求められる。その他の合併症としては、転落・転倒、痙攣、褥瘡、深部静脈血栓症、肺塞栓症、うつ状態、せん妄などがある。特に高齢者においては、これらの合併症の発生頻度が高まる。

誤嚥（嚥下）性肺炎

#### 1) 口腔衛生管理

脳卒中患者では、体の動きが少なくなることや、自分で口の中を清潔に保つ力（自浄性）が低下することにより、口の中の衛生状態が悪化しやすい。そのため、特に急性期には口腔衛生管理が重要である。口腔衛生管理の目的は、口腔細菌が原因で感染症（呼吸器感染症：嚥下性肺炎など）を起こさないようにすることだけでなく、口の働き（口腔機能）を活性化させて「口から食べる」という機能を回復させ、維持することにもある。

口腔衛生管理の際には、患者の状態（麻痺、意識状態など）、服薬情報（「血をサラサラにする薬（抗血栓薬）」など）を把握することが大切である（表4）。

抗血栓薬

表4 口腔衛生管理を行う際のポイント

項目	ポイント
安全性	嚥下機能が低下しているケースもあるため、患者が誤嚥しないように体位などに配慮する
快適さ	患者ができるだけリラックスしてケアを受けられるように、意識状態、認知機能さらには麻痺部位などを把握する
有効性	患者状態に応じた適切な口腔衛生管理用品（歯ブラシ、補助清掃用具、粘膜ブラシ、口腔ケア用スポンジ、舌ブラシ、含嗽剤・洗口剤、保湿剤など）を選択し、口腔の清潔や機能改善にしっかりつながるケアを行う

体位  
→ 5章-3「6 体位」参照

## 5 移乗・介助

症例：Bさんは、左半身に麻痺がある状態で一部介助が必要な状態である。

### ①車椅子の準備

介助者は、患者の健側に車椅子をななめに（20～30°）近付ける。

車椅子のブレーキがかかっている、フットサポートが上がっているかを確認する。

### ②患者に浅く座り直してもらう。

健側の足底が床につき安定している状態でベッドに浅く座ってもらう。

### ③ベッドから車椅子への移動（図28）

健側の足を後に引いてもらい、健側（右手）の手でサイドレールをつかみ、健側（右手足）に力を入れ、立ち上がってもらう（図28 a）。

補助者は、患側に立ち、患者の麻痺側の膝折れ防止のために膝頭を保持し、患者の重心移動を誘導する（図28 b）。または、補助者の膝を使って患者の膝を押さえる場合もある。

患者には、健側を軸足にした身体の回転を促しながらゆっくりと車椅子に深く座ってもらう（図28 c）。

### ④移乗後

介助者は、フットサポートに患側の足を乗せる。健側は、自分で行える場合は見守るが、難しい場合はサポートをする。両足がフットサポートに乗ったことを確認し、患者の体調を口頭だけでなく、表情・顔色などを観察する。

移乗  
介助  
麻痺

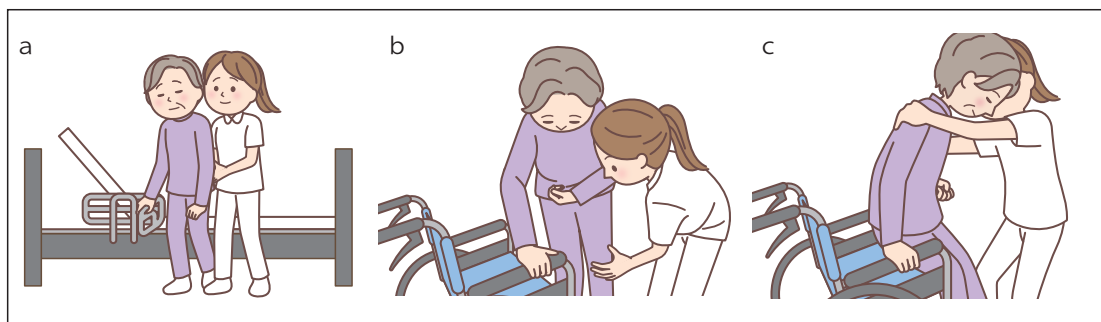


図28 ベッドから車椅子への移乗介助

- \*麻痺がある患者の移乗は麻痺の程度によっても介助方法が異なるため、十分に把握する必要がある。
- \*現在では、厚生労働省から「改訂 職場における腰痛予防対策指針」などが出され、「持ち上げない、かかえ上げない、引きずらない」を目指す介護（ノーリフティングケア）が示されている。移動の際に、スライディングボードなどの福祉用具を活用することを推奨されている。

## 6 体位

ベッド上で口腔健康管理を行う場合の姿勢として、患者に負担がなく誤嚥しにくい姿勢が望まれる。また、医療者側も口腔健康管理が行いやすい姿勢を心がける必要がある。

ベッド上で実施する場合は、ベッドをギャッチアップし、必要に応じてクッション等も使用してファーラ位の姿勢を保つようにする（図29）。

体位  
誤嚥

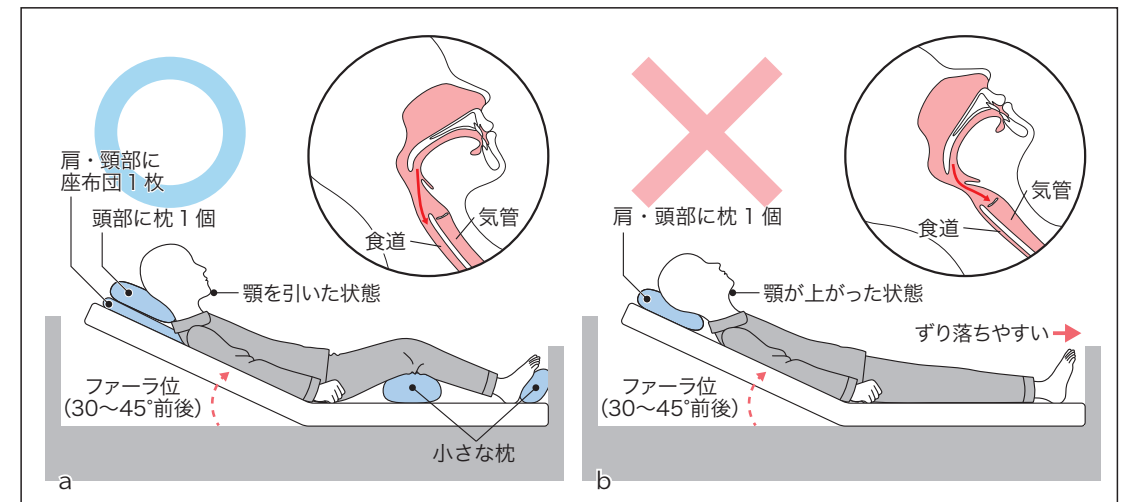


図29 口腔健康管理時の姿勢

a：誤嚥が少ない姿勢 b：誤嚥しやすい（むせやすい）姿勢

（関口洋子、相澤直依、小倉千幸）

### 文献

- 1) 佐藤裕二, 植田耕一郎, 菊谷 武 編：よくわかる高齢者歯科学, 第2版, 永末書店, 2023.
- 2) 介護福祉養成講座編集委員会：最新介護福祉士養成講座6 生活支援技術I, 第2版, 151-155, 中央法規出版, 2022.
- 3) テクノエイド協会：福祉用具のニーズ・苦情・事故に関する情報提供システムの調査研究事業報告書, <<https://www.techno-aids.or.jp/research/rouken100716.pdf>>
- 4) 医療・介護ベッド安全普及委員会：在宅介護における電動介護ベッドハンドブック, <[http://www.bed-anzen.org/pdf/bed\\_handbook.pdf](http://www.bed-anzen.org/pdf/bed_handbook.pdf)>
- 5) 医療・介護ベッド安全普及委員会：介護ベッドの種類, <<http://www.bed-anzen.org/kind/>>
- 6) パラマウントベッドホームページ, <<https://www.paramount.shop/feature/care-bed/parts.html>>
- 7) 米山武義, 篠原弓月：歯科衛生士のための訪問歯科ハンドブック, 第1版, 80-83, 医歯薬出版, 2018.

**診療手順**

**1 環境の整備**

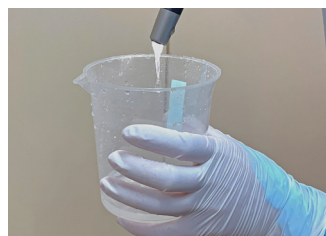
**2 本体の準備**



**3 施術**

**4 汚水の廃棄**

**5 片付け**



**6 帰院後の片付け**

**術者手順**  
(歯科医師・歯科衛生士)

診療スペースの決定

電源借用の許可を得てから展開する。  
電源コード(⑨)のプラグをコンセントに差し込み、メインスイッチ(⑥)を入れる。

注水下での処置は、注水量に注意する。

バキュームタンク(⑦)内の汚水を廃棄する。

コップなどを使用し、各インスツルメントの管路内の水抜きを行う。

**診療補助および留意点**  
(歯科衛生士)

診療スペースの環境を整え、清潔域を確保する。

本体は安定した水平な場所に置く。  
給水ボトル(⑧)に水を入れる。

バキュームシリンジ(①)をハンドピースの近くに正しく配置し、エアロゾルの飛散を最小限にする。

給水ボトルの水を廃棄する。

各製品の取扱説明書に従って片付ける。

洗浄・滅菌が可能な部品は、取扱説明書に従い洗浄・滅菌する。  
洗浄・滅菌が困難なものは、消毒用アルコールで拭掃する。

**8 術式と診療補助(ポータブルエックス線撮影装置)**

**使用機材**



- ①エックス線防護衣(術者用)      ②エックス線防護カラー      ③エックス線防護眼鏡
- ④エックス線防護衣(患者用)      ⑤エックス線撮影装置      ⑥半導体センサー(CCD)
- ⑦半導体センサー(CCD)カバー      ⑧イメージングプレート(IP)

## 9 口腔衛生管理

### 1) 摂食嚥下障害患者の口腔衛生状態、口腔衛生管理

摂食嚥下障害患者への口腔衛生管理の実施は、誤嚥性肺炎の予防や栄養状態の改善など高齢者医療において重要な役割を担う。患者の多くが複数の疾患を合併する場合があるため、実施の際は前述の疾患等の理解や適切な口腔衛生管理の手技の理解が必要となる。

#### (1) 患者の口腔内状態

摂食嚥下障害患者の口腔内状態は、患者の症状や全身状態によりさまざまな問題が生じることがある。経管栄養などを利用し、経口栄養が制限されている場合には、口腔内の自浄作用の低下や唾液分泌の減少、剥離上皮膜の付着などから口腔衛生状態が不良になりやすい(図21)。経口摂取を行っている摂食嚥下障害患者では、口腔機能の低下から口腔内に食物が残留しやすくなり、口腔衛生状態が不良になりやすい。例えば、舌の運動機能が低下することで準備期～口腔期に障害が生じ、食塊形成が適切に行われず口腔内に食物が散乱したり、口蓋に食物が貼りついたまま、といったことなどが起こる(食物の残留)(図22)。

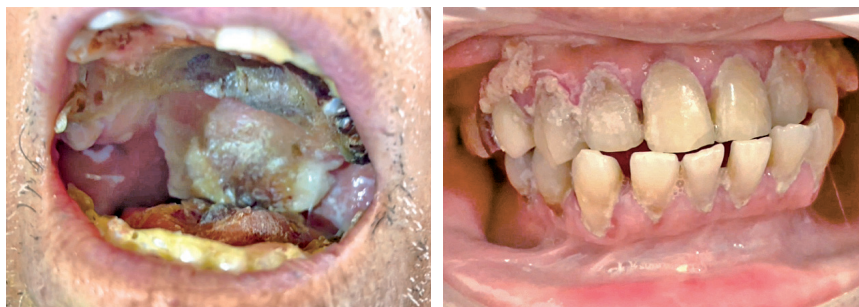


図21 非経口摂取患者の口腔内  
口腔乾燥や剥離上皮膜等が認められる

図22 食物の残留  
経口摂取を行う摂食嚥下障害患者であるが、口腔機能の低下があるため、食物の残留が口腔内に認められる

また神経筋疾患といった摂食嚥下障害を引き起こす疾患にともない、口腔機能の低下や口腔周囲筋の過緊張や弛緩が生じ、歯列不正を引き起こすことがある(図23)。経口摂取を妨げたり口腔衛生管理を困難にする要因にもつながるため、歯科矯正のアプローチを検討することもある。

低栄養のリスクの高い摂食嚥下障害患者では、抵抗力の低下が生じ、こうした不良な口腔衛生状態は、誤嚥性肺炎を引き起こしやすいといわれている。適切な口腔衛生管理の実施は、誤嚥性肺炎をはじめとする合併症の予防に重要であり、さらに摂食嚥下リハビリテーションの観点からは、口腔感覚の改善や口腔機能の向上などにもかかわるため非常に重要である。

経管栄養  
剥離上皮膜

食物の残留

歯列不正

誤嚥性肺炎

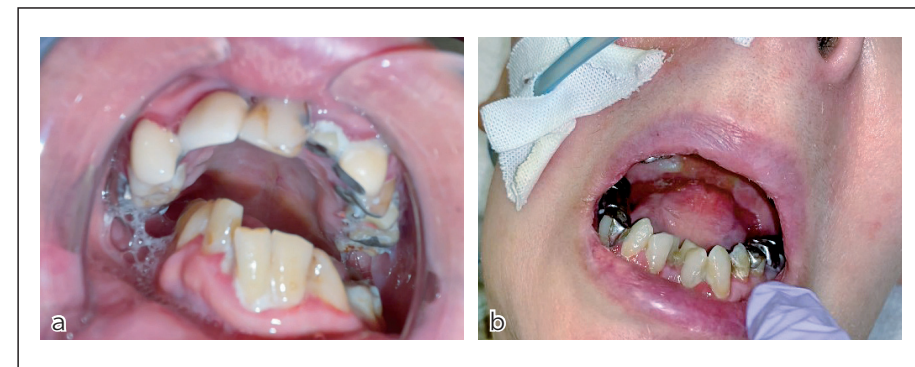


図23 歯列弓の狭窄、歯の移動  
口腔機能の低下から、歯列弓の狭窄、歯の移動がみられる

#### (2) 口腔衛生管理の実施

口腔衛生管理を実施するうえでは、全身状態の評価から誤嚥防止のための姿勢の調整など適切な手技を行う必要がある。

まず初めに、全身疾患や内服薬、当日の体調といった口腔以外の情報を適切に評価する。摂食嚥下障害は、脳血管障害や神経筋疾患などの疾患や加齢変化が原因で起こるため、全身状態の把握は安全な口腔衛生管理の実施に欠かせない。

摂食嚥下障害患者では、窒息や誤嚥のリスクがあるため、口腔清掃や含嗽時には、口腔内を適宜吸引し、含嗽が困難な場合には口腔清拭を行うなど、誤嚥防止に努める。口腔清掃時の汚染した唾液や分泌物の咽頭流入を避けるために、口腔衛生管理の前後などに、他職種と連携し喀痰吸引などを行うこともある(図24)。

また、摂食嚥下障害患者の多くが病院や施設、在宅などで他職種が共同してかかわっていることが多い。そのため、日常のケアを担う他職種と連携し、関連職種への口腔衛生管理に関する指導や情報共有も重要となってくる(図25)。



図24 口腔清掃実施後の咽頭の吸引

図25 病院内で看護師等の他職種への口腔衛生管理についての指導

全身状態の評価  
誤嚥防止

喀痰吸引

(松原ちあき)

## 2) 口腔機能低下症の管理の実際

<b>患者概要</b>																										
<ul style="list-style-type: none"> <li>76歳の男性。</li> <li>妻と二人暮らし。娘が近所に住んでいる。</li> <li>高血圧症：降圧剤内服中だが薬剤名は不明</li> <li>1年前に腕を骨折し入院したが、現在は通院していない。</li> <li>SPTで再来院した際、口腔機能低下の疑いで検査を実施したところ、口腔機能低下症と診断され、歯科医師より歯科衛生士へ口腔機能管理の依頼があった。</li> </ul>																										
<b>情報収集</b>	Sデータ	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事に時間がかかり疲れてしまう。最近孫に口が臭いと言われた</li> <li>硬い食物はかみにくいため、妻が肉や野菜を軟らかく煮込んだ料理を作ることが多い</li> <li>骨折後、安静にしたままで現在も運動していない。そろそろ運動をしたほうがいいと思うがしていない</li> </ul>																								
	Oデータ	<ul style="list-style-type: none"> <li>PCR：19.3% BOP（-）</li> <li>下顎の部分床義歯は安定剤を使用することがある</li> <li>口腔粘膜にデンタルミラーの張り付きあり</li> <li>口腔機能精密検査結果は7項目中5項目が低下に該当</li> <li>※ TCI = 舌苔の付着程度</li> <li>ODK = オーラルディアドコキネシス</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査値(初回)</th> <th>該当</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① TCI*</td> <td>83.3%</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>② 口腔乾燥</td> <td>20.6</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>③ 咬合力</td> <td>442N</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>④ ODK*</td> <td>パ 4.8回/秒 タ 4.8回/秒 カ 4.6回/秒</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>⑤ 舌圧</td> <td>23.1 kPa</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>⑥ 咀嚼機能</td> <td>118 mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑦ EAT-10</td> <td>0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	検査項目	検査値(初回)	該当	① TCI*	83.3%	✓	② 口腔乾燥	20.6	✓	③ 咬合力	442N	✓	④ ODK*	パ 4.8回/秒 タ 4.8回/秒 カ 4.6回/秒	✓	⑤ 舌圧	23.1 kPa	✓	⑥ 咀嚼機能	118 mg/dL		⑦ EAT-10	0	
		検査項目	検査値(初回)	該当																						
① TCI*	83.3%	✓																								
② 口腔乾燥	20.6	✓																								
③ 咬合力	442N	✓																								
④ ODK*	パ 4.8回/秒 タ 4.8回/秒 カ 4.6回/秒	✓																								
⑤ 舌圧	23.1 kPa	✓																								
⑥ 咀嚼機能	118 mg/dL																									
⑦ EAT-10	0																									
栄養	<ul style="list-style-type: none"> <li>身長 167cm、体重 67.1kg、BMI 24.1（3か月前は 70kg あった）</li> <li>飲酒、喫煙なし</li> <li>食事：軟食</li> </ul>																									

<b>解釈・分析</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔機能低下症の診断および運動習慣なし。体重減少からフレイルの可能性はある。</li> <li>軟食の継続により口腔機能低下症がさらに進行するリスクがある。</li> <li>舌苔の付着および口腔乾燥の進行により口臭も悪化するリスクがある。</li> </ul>
--------------	--

### 歯科衛生診断

- # 1 口腔機能低下による日常的な軟食の摂取に関連したフレイルの可能性
- # 2 舌苔付着および口腔乾燥による口腔内細菌の増加に関連した口臭の悪化リスク

	# 1 口腔機能低下による日常的な軟食の摂取に関連したフレイルの可能性	# 2 舌苔付着および口腔乾燥による口腔内細菌の増加に関連した口臭の悪化リスク
<b>長期目標</b>	フレイルを防ぐ	口臭が消失する
<b>短期目標</b>	食事形態を向上させる	舌苔の付着および口腔乾燥を改善する

<b>計画立案・介入</b>	<p>T-P：義歯の適合、咬合確認は歯科医師に依頼</p> <p>E-P：軟食を続けると口腔機能低下症が進行しフレイルのリスクが高まることを伝える 食形態アップのための調理法の工夫を伝える（奥様用のメモを渡す）</p> <p>O-P：咬合力</p>	<p>T-P：SPT、唾液腺マッサージ</p> <p>E-P：舌ブラシの使用法、唾液腺マッサージ</p> <p>O-P：口腔乾燥（ムーカス）、TCI</p>
----------------	--	--

<b>歯科衛生評価 (6か月後)</b>	<p>咬合力：513N（基準値内）</p> <p>舌圧、オーラルディアドコキネシスが低値ウォーキングを始めた</p> <p>↓</p> <p>目標一部達成=ケアプラン終了 主訴を優先して指導していなかったオーラルディアドコキネシスには発音訓練、舌圧には舌の筋力訓練器具を使用した訓練、指導を行う</p>	<p>口腔水分計 27.2 TCI：43.8%（基準値内）</p> <p>降圧剤 ノルバスク服用中</p> <p>舌ブラシ、唾液腺マッサージは継続中</p> <p>↓</p> <p>目標達成=ケアプラン終了 今後は良好な口腔衛生状態を維持することを目的に口腔衛生管理を継続する</p>																																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査値(初回)</th> <th>該当</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① TCI</td> <td>83.3%</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>② 口腔乾燥</td> <td>20.6</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>③ 咬合力</td> <td>442N</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>④ ODK</td> <td>パ 4.8回/秒 タ 4.8回/秒 カ 4.6回/秒</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>⑤ 舌圧</td> <td>23.1 kPa</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>⑥ 咀嚼機能</td> <td>118 mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑦ EAT-10</td> <td>0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	検査項目	検査値(初回)	該当	① TCI	83.3%	✓	② 口腔乾燥	20.6	✓	③ 咬合力	442N	✓	④ ODK	パ 4.8回/秒 タ 4.8回/秒 カ 4.6回/秒	✓	⑤ 舌圧	23.1 kPa	✓	⑥ 咀嚼機能	118 mg/dL		⑦ EAT-10	0		<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査値(6か月後)</th> <th>該当</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>43.8%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>27.2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>513N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>パ 5.4回/秒 タ 5.2回/秒 カ 4.8回/秒</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>26.3 kPa</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>125 mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	検査値(6か月後)	該当	43.8%		27.2		513N		パ 5.4回/秒 タ 5.2回/秒 カ 4.8回/秒	✓	26.3 kPa	✓	125 mg/dL		0
検査項目	検査値(初回)	該当																																							
① TCI	83.3%	✓																																							
② 口腔乾燥	20.6	✓																																							
③ 咬合力	442N	✓																																							
④ ODK	パ 4.8回/秒 タ 4.8回/秒 カ 4.6回/秒	✓																																							
⑤ 舌圧	23.1 kPa	✓																																							
⑥ 咀嚼機能	118 mg/dL																																								
⑦ EAT-10	0																																								
検査値(6か月後)	該当																																								
43.8%																																									
27.2																																									
513N																																									
パ 5.4回/秒 タ 5.2回/秒 カ 4.8回/秒	✓																																								
26.3 kPa	✓																																								
125 mg/dL																																									
0																																									

初回検査時は7項目中5項目が機能低下に該当して、口腔機能低下症と診断されていたが、6か月後には2項目の該当となり改善された。高齢者の認知機能も考慮して、口腔機能低下の全ての項目ではなく、患者の混乱を避けるために優先順位を決めて指導を行うことが大切である。口腔内に対する興味が出てきたことで全身の健康意識も向上し、毎朝ウォーキングをするなど生活習慣の行動変容にもつながる。定期的に歯科受診をしてもらい外出の機会をつくり、来院時に会話しながらコミュニケーションを図ることにより、歯科衛生士はフレイル予防の一助を担うことができる。（飯干由茉）

### 文献

- 森戸光彦 編集主幹：老年歯科医学，第2版。医歯薬出版，2022。
- 太田 緑，上田貴之，小林健一郎，櫻井 薫：地域歯科診療所における口腔機能低下症の割合。老年歯学 33（2）：79-84，2018。
- 日本歯科医学会：口腔機能低下症基本的な考え方（令和6年）。〈<https://www.jads.jp/assets/pdf/basic/r06/document-240329.pdf>〉
- 日本歯科医師会：通いの場で活かすオーラルフレイル対応マニュアル～高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けて～2020年版。〈[https://www.jda.or.jp/oral\\_frail/2020/pdf/2020-manual-all.pdf](https://www.jda.or.jp/oral_frail/2020/pdf/2020-manual-all.pdf)〉