

脳卒中患者の口腔ケア

病期ごとの口腔ケアのポイント

ORAL CARE
for medical professions

東京医科歯科大学

口腔保健学科教授

寺岡 加代

浜松医療センター

歯科口腔外科科長

内藤 克美

歯科口腔外科医長

配島 桂子

はじめに

脳卒中の患者さんの数は死因トップのがんよりも多く、2020年のピーク時には228万人に達することが確実視されています。脳卒中を起こすと、しばらく人工呼吸器や栄養補給のためのチューブが装着されることが少なくありません。この期間、口腔内の衛生状態は最悪となり、誤嚥性肺炎をはじめとする合併症を起こすリスクが高まります。また嚥下機能の低下から経口摂取の開始時期が遅れると、栄養状態が悪くなり、回復も遅れることになります。肺炎などを予防し、できるだけ早く口から食べられるようにするためには、「口腔ケア」が重要です。口腔ケアには口腔細菌を減らす清掃効果はもとより、食べる機能を回復するリハビリ効果も期待できます。清掃とリハビリの両方の効果を上げるためには、病期により変化するニーズに対応する口腔ケアの用具やテクニックを選択する必要があります。そこで今回、病期ごとの口腔ケアのポイントをコンパクトにまとめた冊子を作成しました。口腔ケアの重要性が高まるなか、医療や介護職には専門的かつ継続的なサポートが求められています。本冊子が病院や地域で口腔ケアに携わる多くの方々のお役に立つことを願っております。

東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科
教授 寺岡 加代

目 次

はじめに	P1
1. 入院時の口腔ケア	P3
●急性期脳卒中患者の口腔状態	
●口腔アセスメント	
2. 急性期の口腔ケア	P4
●意識障害・呼吸障害時の口腔ケア	
・物品の準備	
・気管挿管患者のケア	
・体位・視野の確保	P5
・上顎のケア	P6
●経口摂取に向けた口腔ケア	P6
・説明、脱感作療法、リラクゼーション	
・実施時間	
・マッサージ	
・照明の活用	
●義歯ケア	P7
・義歯の保管	
・義歯の着脱	
・義歯の清掃	
・義歯装着の再開	
●自立に向けてのケア・自立介助	
●便利な口腔ケア用品	P8
3. 歯科との連携	P10
●残存歯による口腔粘膜の褥瘡性潰瘍の例	
4. 症状別の口腔ケア	P11
●出血時のケア	
●舌のケア	
●口腔カンジダ症のケア	
5. 回復期・維持期の口腔ケア	P12
●生活支援での口腔ケア	
●歯科医師・歯科衛生士との連携	
6. 地域連携(回復期への連携)	P13
●連携の方法と歯科受診のすすめ	
●連携の実際	

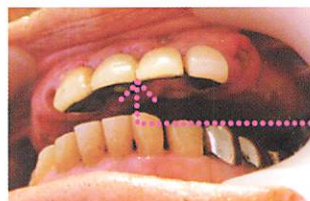
1 入院時の口腔ケア



急性期脳卒中患者の口腔状態

脳卒中は、入浴や食事、外出時など日常生活の中で突然発症します。そのため口腔内は、食物の残渣や嘔吐物により汚れていることがあります。また、必要な歯科治療を受けず歯がぐらついていたり、義歯を装着していないなど、口腔状態も良くないケースが多くみられます。入院時に口腔アセスメントを実施し、歯や粘膜のトラブルを把握した上でケアプランを作成し、口腔ケアを行います。

■ 発症後まもない患者の口腔内



噛みあわせていない状態では、上顎前歯は問題が無いようにみえます。



噛みあわせると、上顎前歯は下顎前歯につきあげられ、前方に突出しぐらついています。この状態が続くと、やがて歯が抜けて危険です。対応としては上下の義歯を入れる、歯科受診をして歯の削合や抜歯を検討する、口腔ケア時に前歯で開口保持器具を咬ませない、などが考えられます。

口腔アセスメント

口腔アセスメントでは、全身状態、セルフケア能力、口腔環境（汚染、乾燥、義歯、歯、歯肉、口腔粘膜、口臭）、口腔機能を確認し、問題を把握します。

※ 口臭は、舌苔や歯肉の病気（歯周病）、歯と歯の間や歯と適合の悪いかぶせ物（不良補綴物）の間のプラーク（歯垢）、口腔乾燥などが原因であり、口腔環境のアセスメントのひとつです。

また、脳卒中急性期は呼吸状態に問題があったり、口腔の自浄性も低下していることが多いため口腔ケアが重要です。

ケアプランは、ケア内容、ケア回数、ケア用品などを決め、スタッフ間で統一した手技で行います。口腔の状態によっては、歯科の専門的ケアや歯科治療が必要な場合があるため、院内共観や外部からの往診依頼などにより、歯科医療関係者と連携します。

■ 口腔アセスメント項目

歯	う蝕、動揺、鋭縁、破折、咬合、歯垢、食物残渣、歯石 など
義 歯	適合、清掃、保存、破折 など
歯 肉	発赤、腫脹、出血、排膿 など
口腔粘膜 （舌・口蓋・咽頭） 口唇・口角	付着物（食物残渣・痰・剥離上皮など）、舌苔、カンジダ、口角炎、口内炎、潰瘍、発赤、腫脹、出血、乾燥、動き など

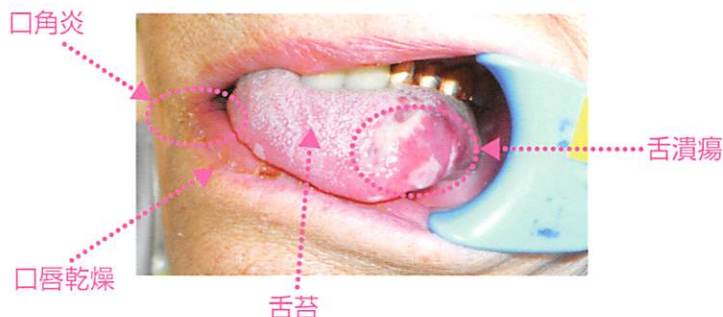
● 観察ポイント

■ 歯の状態

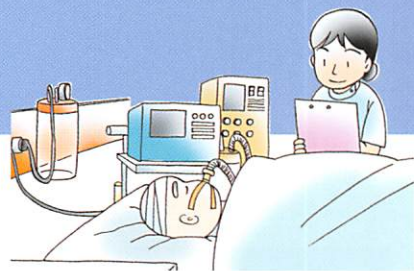


プラーク 残根 歯石

■ 口腔粘膜の状態



2 急性期の口腔ケア



意識障害・呼吸障害時の口腔ケア

意識障害、呼吸障害がある場合は、気道の確保や人工呼吸器管理を行うことがあります。

人工呼吸器を装着した場合は、人工呼吸器関連肺炎（VAP: ventilator-associated pneumonia）予防のため、口腔ケアは重要とされています。

経口挿管による開口状態は、口腔周囲筋の活動が低下・抑制され、かつ非経口摂取状態により唾液分泌量が低下し、口腔粘膜からの水分の蒸散量が多いので、口腔は乾燥状態となります。このように人工呼吸器を装着した患者は口腔の自浄作用が低下するため、口腔ケアや保湿は欠かせません。

また、口腔ケアは、VAP予防と共に、急性期患者の意識回復への働きかけ、う蝕・歯周病の予防、口腔粘膜疾患の予防、口腔周囲筋の廃用予防などの目的と効果があります。

※ 意識障害のある患者では、咳嗽反射や嚥下反射が低下しているため、唾液や痰の貯留があります。また、消化管の蠕動運動の低下や胃食道逆流による嘔吐物の窒息や誤嚥を防ぐために、口腔ケア時には吸引が必要となります。

● 物品の準備

口腔や身体状況に応じて必要な物品を用意します。便利なケア用品を使用することで、効果的にケアが実施できます（P8、P9をご参照ください）。

保湿剤は、口腔粘膜の加湿と保護、乾燥した痰や粘膜剥離上皮や舌苔を湿潤させて除去を容易にする目的で、ケア前・ケア中にも使用します。

洗口液は、歯面への細菌の再付着を抑制し、口腔内細菌の増殖を抑制する効果があります。うがいができない患者でも、吸引を使用し誤嚥させないように注意しながら使用します。

● 気管挿管患者のケア

気管挿管をしている患者の口腔ケア開始時は、先に口腔内とカフ上の吸引を行い、最後に気管内の順で吸引します。

口腔ケア時の挿管チューブは、固定をはずす際や固定位置を変える際に抜けたり、屈曲したり、深く挿入されすぎたりする場合があります。ケアの前・中・後には、必ず挿入しているチューブの深さや胸部・心窩部の聴診確認が必要です。

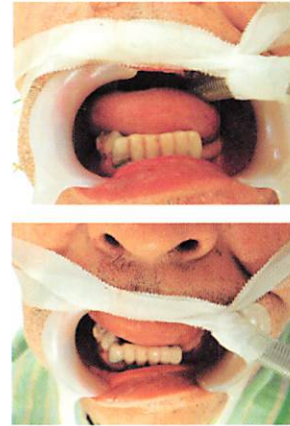
ケア前後はカフ圧の確認も忘れずに行います。

口腔ケア時の誤嚥を防ぐために、カフ圧を上げても垂れ込みを完全に防げないばかりか、気管粘膜の虚血、壊死、肉芽形成、潰瘍形成のリスクがあるため、カフ圧を上げるのは推奨されていません。誤嚥を防ぐにはカフ上吸引が可能な挿管チューブの使用、ケア中の口腔内の吸引、ケア終了時の適切な順序での吸引が重要です。

●体位・視野の確保

脳卒中患者や意識障害のある患者の急性期は、頭蓋内圧の上昇や変動があるため、姿勢を制限している場合があります。そのため、口腔ケア実施時に姿勢を変更してよいかどうかについては、主治医に確認をします。一般的に誤嚥防止のため、頭部後屈にならない体位が望ましく、誤嚥・褥瘡・胃食道逆流などのリスクについて配慮をしますが、ヘッドアップが必要というわけではありません。患者が安楽で介助者がケアしやすく、ケアが適切に短時間で実施できることが大切です。

■仰臥位



左の写真は、患者体位の違いによるケア実施者の視野の違いを示しています。

仰臥位（上）の場合は口腔の奥まで確認することができます。30度ヘッドアップ（下）で、さらに患者の頸部を前屈させた状態では、下顎しか見えない状態のため、ケア実施者は、上顎の観察をするためには、患者の口腔内を覗きこむような窮屈な姿勢を取ることになります。

■30度ヘッドアップ

■口腔ケア時のリスク管理

体 位	対象患者	長 所	短 所
座 位	頸部前屈が可能で誤嚥のリスクが低い	患者の覚醒が期待できる 頸部前屈であれば誤嚥のリスクが減らせる	頸部前屈は介助・観察しにくく、介助者は姿勢の負担あり
30度 仰臥位	血圧不安定や座位で誤嚥のリスクが高い	頸部前屈であれば誤嚥のリスクが減らせる 食道・胃からの逆流防止	褥瘡のリスクが高い 頸部前屈は介助・観察しにくい
側臥位	頸部前屈ができない誤嚥リスクが高い	唾液が貯留しやすいので回収・排液しやすい	介助・観察はしにくい 設定に用具・人が必要
仰臥位	すべて	介助・観察しやすい 患者は安楽で褥瘡・誤嚥のリスクが低い	吸引が必要 患者の覚醒は期待できない

■経口挿管患者のケアの実際



仰臥位のまま顔を横に向け、介助者が2人でケアを実施しています。常に吸引を行い、誤嚥させないように配慮しています。頬粘膜を排除するリトラクターを使用して視野を確保し、確実にケアを実施しています。

■経口挿管患者 口腔ケア手順

手 順	ポイント
1 体位を整える	体位変換について主治医の指示を確認。褥瘡や胃食道逆流に配慮。原則として誤嚥予防のため頭部後屈させない。
2 吸引	カフ上部の貯留物を吸引除去するとともに、口腔ケアの刺激による垂れこみを減らす。
3 聴診・カフ圧確認	胸部・心窩部の聴診。カフ圧の確認。カフ圧は上げない。
4 バイトブロック除去	必要に応じて開口保持器具の使用を検討する。
5 保湿と口腔内観察	挿管チューブで見にくい部位は、チューブを移動した時に観察。
6 歯牙・粘膜清掃	口腔前庭から清掃開始、口腔内吸引は常に行う。終了時保湿。
7 挿管チューブを移動	挿管チューブを反対側に移動し固定した後、残りのケアを行う。
8 反対側の口腔ケア	歯牙・粘膜清掃・保湿を同様に行う。
9 吸引	吸引の順番を守る。①カフ上 ②気管内 ケア中は口腔内を適宣（間欠的または持続的に）吸引する。
10 聴診・カフ圧確認	挿管チューブの深さの確認と固定。バイトブロックの固定。カフ圧の確認。聴診。

●上顎のケア

口蓋部は乾燥しやすく、痰や粘膜剥離上皮が厚く固着しやすい部分です。口蓋部を確実にアセスメント(視診・触診)し、保湿剤・スポンジブラシ・粘膜ブラシなどを用いて清掃します。
気管挿管患者や酸素マスクをしている患者は、特に口腔内の乾燥が進みます。頻回に保湿剤を塗布して対処します。

経口摂取に向けた口腔ケア

急性期の患者は、呼吸状態の安定後も多くの方に嚥下障害がみられます。口腔ケアは、口腔内の保清、呼吸器感染症や誤嚥性肺炎の発症を抑制するために引き続き実施されます。また、口腔ケアの実施は、唾液分泌を促し、口腔周囲筋に刺激を与え廃用萎縮を防ぎ、摂食

嚥下機能訓練を兼ねると考えられるため、経口摂取再開への準備となります。口腔ケア実施者は、ケアを通して患者に心地よい刺激を与え、コミュニケーションをとるように心がけます。

●説明、脱感作療法、リラクゼーション

口腔ケアを行う際には、意識の有無に関わらず、名前呼びかけ、口腔ケアの内容説明を行います。次に、緊張をほぐし、スムーズに口腔ケアができるように、脱感作療法やリラクゼーションを行います。

●実施時間

経管栄養を実施している場合は、嘔吐のリスクを減らすため、栄養剤注入直後は避け、注入後30分以上経ってから口腔ケアを行います。



●マッサージ

口腔のリハビリテーションも早期から始めることが廃用の防止につながります。ケアの際に口腔周囲筋のマッサージを行うと効果的です。



粘膜の清掃時にスポンジブラシを用いて頬部のストレッチを行っています。



保湿剤塗布時に頬部・口唇部のマッサージを行っています。



●照明の活用

ベッドサイドでのケアは、室内の照明だけでは暗く、口腔内の観察やケアの実施が難しい場合があります。ライトを使用し明るい環境でケアする事が大切です。



義歯ケア

● 義歯の保管

口腔アセスメントのひとつとして早期に義歯の有無と適合を確認します。義歯を取り外した場合は、所有者名を明示し、乾燥や変形を防ぐために水中に保管します。



義歯の保管

● 義歯の着脱

■ 上の義歯の入れ方



上顎および下顎の大きな義歯は、前歯の部分を持ち、口に対して横に構え、口に入れるときに回転させるように装着します。

■ 下の義歯の入れ方



■ 上の義歯のはずし方



上の義歯をはずす場合は、前歯の部分を持ち、前方に引っ張らずに、くちびるを押し上げるようにして義歯の後方と粘膜が外れるようにし、取り出します。

● 義歯の清掃



義歯を流さないよう、また破損予防のために水をはった洗面器の上で、流水下で丁寧に磨きます。

写真のブラシは、黒毛は固く山形にカットされており、義歯の歯槽堤の内側やクラスプ（義歯のバネ）や細かい部分を磨くのに適しています。白毛は黒毛より柔らかく、義歯粘膜面や人工歯を磨くのに適しています。

● 義歯装着の再開

患者の全身状態と口腔内状態をアセスメントしながら、早期に装着再開を行うよう心がけます。適切に装着を行うことにより、残存歯による口腔内潰瘍の形成や、口腔周囲筋の廃用萎縮、義歯の変形などのリスクを減らします。

自立に向けてのケア・自立介助

脳卒中後遺症がある患者は、頭部や頸部が安定保持できる姿勢で残存機能を生かしてセルフケアを行います。ケア後は介助者による口腔内の観察・確認・ケアの補足が必要です。

麻痺側には食物残渣や内服薬の貯留が多くみられます。そこで鏡を使用し、患者自身により口腔内状況を確認してもらいます。介助者は、患者が自分ではスムーズに磨けない麻痺側をセルフケアできるように誘導し、ケア方法を指導します。麻痺側のケアが自立できるまでは、介助者による確認とケア補足の継続が必要です。



患者のセルフケア実施後に、看護師や歯科衛生士が口腔内を観察し、仕上げ磨きを行っています。誤嚥を防ぐために、麻痺側を上、健側を下にして体位を整え行います。



左片麻痺、左空間無視・左顔面神経麻痺・左舌下神経麻痺の患者です。矢印の部分に薬が残存しています。内服薬の残存は薬効低下だけでなく、薬の付着による粘膜障害の原因にもなります。服薬後も口腔内の確認が必要です。

便利な口腔ケア用品

経口摂取の有無に関わらず、歯には細菌が付着し、プラークが形成されます。さらに脳卒中の患者で意識障害や嚥下障害があり経管栄養を行っている患者は、唾液分泌の低下および口腔周囲筋の活動低下により口腔の自浄性が低下しています。

つまり、脳卒中急性期でなかなか協力を得られにくい患者ほど口腔が汚れやすいということを再認識し、

口腔ケアを確実に行うことが求められます。そのためには、患者に用いる口腔ケア用品を適切に選択し、使用する知識と技術の習得が重要です。

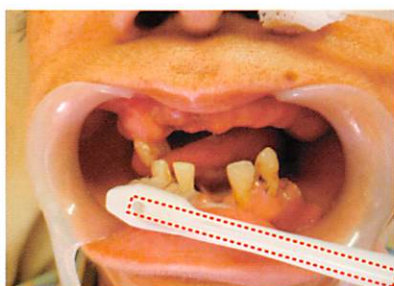
※物品の取り違いや感染を予防するために、口腔ケアの物品には、各人の名前を記入します。

歯ブラシ



歯ブラシは、歯肉や歯の状態に応じて選択します。一般に介助が必要な場合は、ヘッドが小さい物の方が操作性も良く便利です。毛質は、かため・ふつう・やわらかめがあります。一般に患者の歯肉状態は不良であり、歯肉保護のために『普通』から『やわらかめ』の歯ブラシをお勧めします。また、歯ブラシはペングリップで持ち、過剰な力が歯にかかるのを防ぎます。

吸引チューブつき歯ブラシ



口腔ケアの刺激により唾液分泌が促され、歯ブラシによるブラッシングでかき出された細菌が拡散して唾液に混じるため、意識障害・嚥下障害のある患者では汚れた唾液による誤嚥のリスクが高まると考えられます。

吸引チューブつき歯ブラシは、清掃時に除去された口腔内汚染物や、細菌が多く含まれた唾液を吸引しながら清掃できるので、ケア中の誤嚥予防ができ、介助者が一人でも安全にケアしやすくなります。

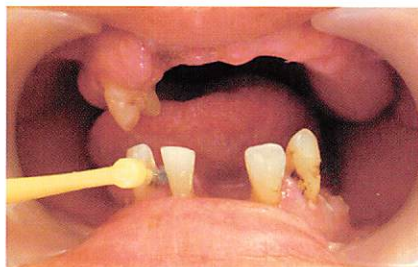
吸引チューブ

シングルタフトブラシ



孤立歯や歯頸部（歯と歯肉の境目）、残根部のケアにはシングルタフトブラシが便利です。十分な開口が得られない場合も、ヘッドが小さいので挿入しやすく、角度のついた柄は歯の裏側にブラシを当てやすくなっています。更に、斜めにカットされたブラシは歯と歯肉の境目にフィットし、磨きやすいです。

歯間ブラシ



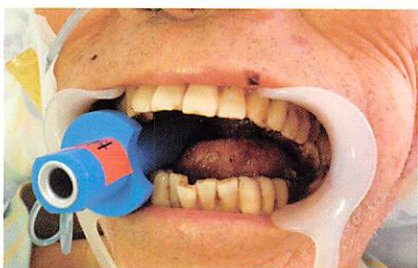
歯と歯の間は歯間ブラシを出し入れするように動かし清掃します。歯間ブラシは、SSS・SS・S・M・Lなどのサイズがあり、歯と歯の間の広さにより選択します。

舌ブラシ



舌ブラシは、舌苔除去に効果的です。ヘラ型でなくブラシ型を使用すると舌乳頭を傷つけずにケアができます。歯ブラシよりも軽い力で舌の奥から手前に向かってやさしく数回撫でるようにして舌苔や痰などを除去します。口腔乾燥がある時、舌苔が厚い時、痰が付着している時は、保湿剤を塗布して湿潤させてから清掃を行うと良いでしょう。

開口保持器



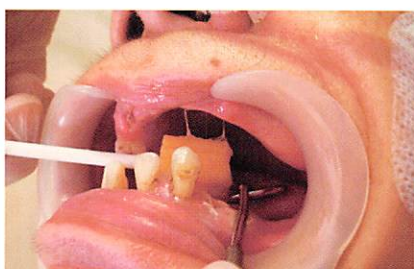
開口保持器（バイトブロック、リトラクターなど）は視野確保や介助者の指咬まれ防止などに便利です。バイトブロック使用する時は、口唇保護の目的であらかじめ保湿剤を口唇と器具に塗布し、臼歯部で咬ませるようにします。

デンタルフロス



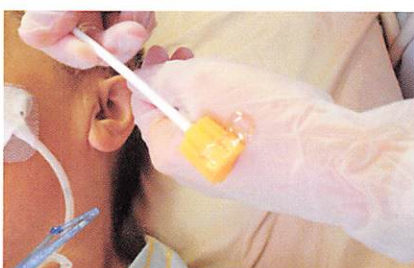
デンタルフロスは、歯と歯の間の隣接面の清掃に用います。柄付きのフロスは開口量が少なくても挿入しやすく、指を口腔内に入れないので咬傷の危険もありません。のこぎりを引くように小刻みに動かしながら挿入すると歯肉をいためません。

スポンジブラシ



スポンジブラシは口腔粘膜の清掃に使用します。軟らかく、適度に凹凸のある製品は、効果的に汚染物の除去や唾液の吸い取りが行えます。保湿剤塗布時に口腔粘膜をマッサージして刺激し、小唾液腺からの唾液分泌を促しましょう。

保湿剤



保湿剤は、口腔内を湿潤し、乾燥を緩和します。ケアの前に塗布すると、粘膜剥離上皮や痰が軟化されて除去しやすくなります。適量を手背にとり、スポンジブラシ、口腔用綿棒、または指で口唇を含め口腔内全体に塗ります。口腔ケア終了時にも塗布し、口腔乾燥を予防します。

3 歯科との連携



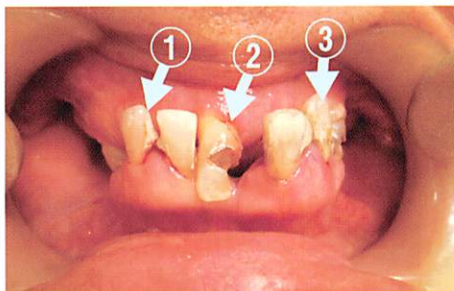
口腔ケアにおいて非常に難渋する場合や、口腔内のトラブルがなかなか改善しない場合は、早期に院内または院外の歯科医師との連携を行いましょう。

残存歯による口腔粘膜の褥瘡性潰瘍の例

口腔内潰瘍の原因には、義歯や歯によるもの、ウィルス・細菌などによる感染症、薬剤の残留・停滞・付着、口腔乾燥による粘膜の脆弱化、腫瘍、薬疹などがあります。脳卒中患者は、義歯非装着による咬合高径の低下や痙攣時のくいしばりにより、残存歯のあたる粘膜部分に潰瘍が発症しやすい状態です。一度潰瘍が形成されると、痛みのために患者がケアに拒否的になったり、

構音訓練や嚥下訓練が十分に行えなかったり、易出血のため口腔内が汚れやすくなります。しっかりと口腔アセスメントを行い、必要に応じて早期に歯科と連携することが大切です。

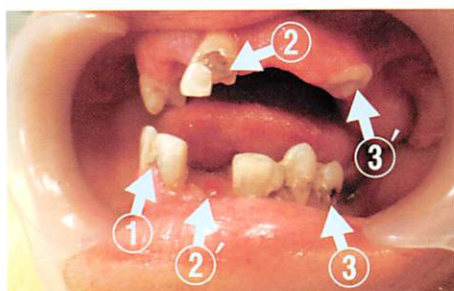
■ 口腔アセスメント（閉口時）



残存歯の様子を観察します

- ① 歯石が沈着しています。歯肉が発赤しています。下顎の歯が上顎の歯肉に咬み込んでいます。
- ② 歯周病のため歯根が露出し動揺がありう蝕もあるため、ケア中に脱落や歯冠破折するリスクがあります。
- ③ やや奥の小白歯は歯頸部にう蝕があり、かつ上顎の歯肉に咬みこんでいます。う窩に痰やプラークがたまりやすく清掃しにくい上に、歯冠破折するリスクがあります。

■ 口腔アセスメント（開口時）



歯肉の様子を観察します。

- ② 発赤と浅い潰瘍が認められます。
- ③ 上顎歯肉に③による褥瘡性潰瘍が確認できます。

● 残存歯周囲の歯肉は腫脹・発赤しています。

■ 歯科受診後



主治医に報告し、歯科を受診して、②、③のう蝕歯を抜歯し、①の歯石を除去しました。

潰瘍の原因であった歯を抜歯したため②、③部の潰瘍が治癒しました。

● 歯石除去を行い口腔ケアも継続したため、歯肉の状態が改善しています。

4 症状別の口腔ケア

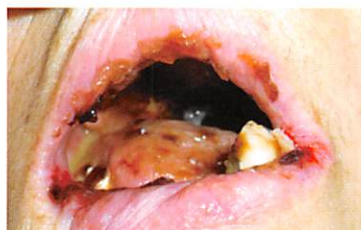
出血時のケア

特に脳卒中患者は、顎関節の脱臼や、頸部の拘縮による開口状態の持続により、口腔が乾燥し粘膜が脆弱になり出血しやすくなることがあります。

出血の原因としては、全身疾患によるものと抗凝固・抗血栓療法を受けていることによるもの、局所的な問題によるものもあります。血液検査結果や主治医への確認を行い慎重に対処します。

出血時のポイント

歯周炎
口腔乾燥
血液検査結果



脳出血後にDICC（播種性血管内凝固症候群）となった患者。口腔乾燥、口腔粘膜に多数の潰瘍・びらん・血餅・痰の付着があります。



保湿剤で付着物を軟化させ、スポンジブラシで除去しました。血餅は無理にはがさないようにします。ケア終了時、歯と粘膜の両方に保湿剤を塗布します。



ケアを開始して5日目。口腔乾燥状態・潰瘍・易出血性の改善を認めます。

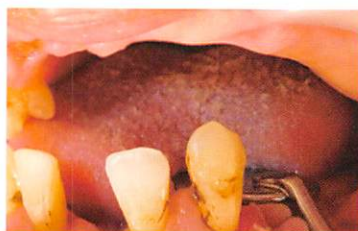
舌のケア

経口摂取をしていない患者や、舌下神経麻痺のある患者、経口摂取をしていても嚥下調整食を摂取している患者では、舌苔の付着がみられます。

舌苔に保湿剤を塗布し数分置いて軟化させた後、舌ブラシで奥から手前に優しく清掃します。



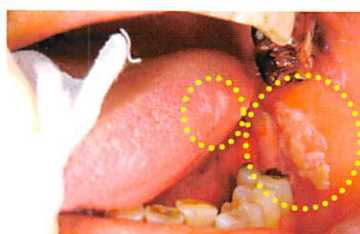
舌苔は、口臭や誤嚥性肺炎の原因です。ケアのポイントとしては、保湿剤を使用して口腔乾燥を改善する、舌の動きを促す刺激を実施する、舌ブラシを用い力を入れすぎず清掃することです。



1回のケアで除去できなくても毎日ケアを続ける事で改善します。

口腔カンジダ症のケア

口腔粘膜の白苔は、一見すると口内炎や潰瘍のようですが、拭き取って除去できればカンジダの可能性もあります。カンジダは全身の免疫・抵抗力の低下や、抗生物質による菌交代現象により発症します。ケアのポイントとしては口腔乾燥症状であれば十分な保湿が必要で、その上で丁寧な口腔ケアを実施します。必要に応じ抗真菌薬を用いることがあります。



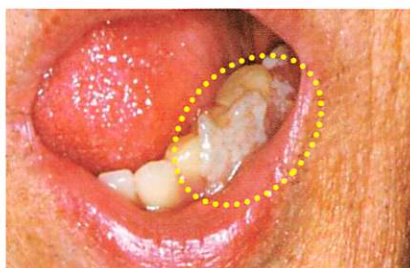
5 回復期・維持期の口腔ケア

生活支援での口腔ケア

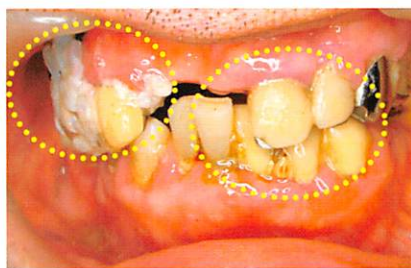
施設や在宅での口腔ケアは、「口から食べることを」支援し、ひいては「生活の自立やQOLの向上」につながることを目指します。したがって、口腔とともに、身体面（ADLなど）、心理面（意欲など）、環境面（介護力、住環境など）からの包括的なアセスメントが必要になります。日常生活のなかでケアを継続するためには、本人を取り巻く家族や多職種（医師、看護師、歯科医師、歯科衛生士、ケアマネジャー、ヘルパーなど）の理解と協働が不可欠です。



■ 回復期 顔面・口腔に麻痺のあるケア



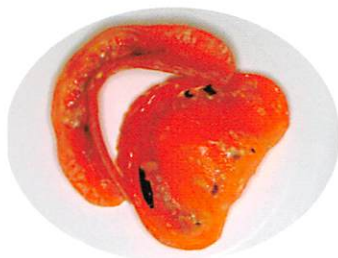
セルフケア後も、麻痺側に食物残渣が認められます。



セルフケアにより毎食後歯みがきを行っている方の口腔内。セルフケア後も、麻痺側に食物残渣が認められます。

身体機能を回復させ、生活意欲を引き出すためには、本人の残存能力をできるだけ生かすことがポイントです。自助具の活用や環境の整備によって介助は最小限にとどめたいところです。ただし、磨き残しのチェックは欠かせません。特に麻痺があると、麻痺側の口腔内は汚れやすく、清掃も困難なので、セルフケアのあとも介助者が仕上げ磨きをしましょう。1日1回、口腔内を観察する習慣をつけると、口内炎や潰瘍などの問題にも早く気づくことができます。

■ 義歯の洗浄法



清掃不十分な義歯

義歯の粘膜面にも食物残渣が認められます。咬合面の清掃だけでなく、粘膜面の清掃も重要です。必ず義歯を外して口腔内全体の清掃を行いましょう。（P7 参照）

歯科医師・歯科衛生士との連携

口腔ケアを無理なく円滑に続けるためには、口腔内や義歯にトラブルが生じたら、早めに歯科医師・歯科衛生士に相談することをおすすめします。

6 地域連携（回復期への連携）

連携の方法と歯科受診のすすめ

退院（転院）に向けた準備をします。

身体状況と口腔の状態や口腔ケアの現状を退院時カンファレンスなどで回復期病院や施設などへ、情報を提供し共有します。そして転院先でも、患者の状態に応じた口腔ケアを継続します。

また、『噛める、食べられる口づくり』のために歯科受診をすすめます。う蝕・歯周病治療、義歯の作成と調整、さらに、歯科医師・歯科衛生士による口腔のリハビリテーション、嚥下機能訓練、口腔ケアの指導を受けることができます。



連携の実際

※PEG＝経皮内視鏡的胃瘻造設術

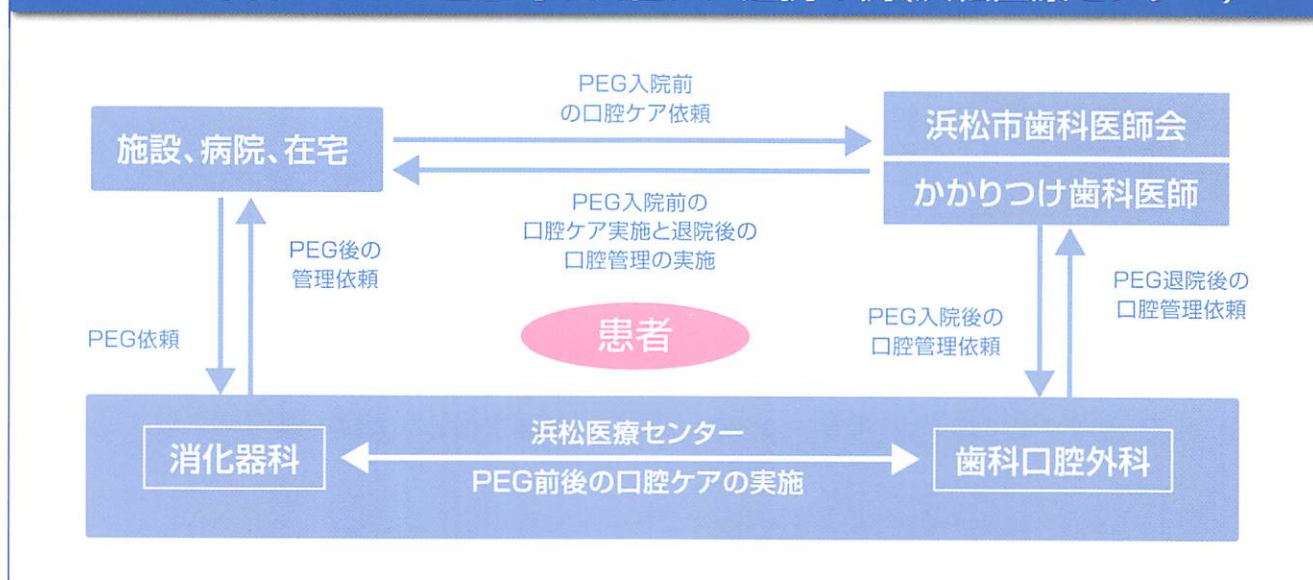
摂食嚥下障害が遷延し長期の経管栄養が必要な患者は、内視鏡的に胃瘻を造設する（PEG※）場合があります。造設時の感染予防のためには、もちろん

口腔ケアは重要とされています。また、造設後も患者の呼吸器感染予防と口腔機能回復を図るために、地域連携による口腔ケアの継続が求められます。

■病院作成の連携パンフレット



PEG患者における理想的な口腔ケア連携の例(浜松医療センター)



脳卒中患者の口腔ケア 病期ごとの口腔ケアのポイント

- 執筆・監修： 寺岡 加代 東京医科歯科大学 口腔保健学科教授
内藤 克美 浜松市・浜松医療センター 歯科口腔外科科長
配島 桂子 浜松市・浜松医療センター 歯科口腔外科医長
 - 執筆： 内藤 慶子 浜松市・浜松医療センター 歯科医師
北川有佳里 浜松市・浜松医療センター 歯科衛生士
武埴 香菜 浜松市・浜松医療センター 歯科衛生士
 - イラスト： 藤田 悌子 医療法人 社団慈恵会 神戸総合医療専門学校
-

口腔ケア用品について（参考）

保湿剤

口腔内が乾燥している場合は保湿剤を使用することが望ましい。ケアの前に使用すると頑固な汚れが軟化され、清掃も容易になる。

●バトラー うるおい透明ジェル



洗口液（殺菌剤配合）

口腔内細菌の増殖を抑制するためには殺菌剤配合の洗口液を使用する。粘膜への刺激が少ないものが望ましい。持ち運びに便利な希釈タイプのものである。

●バトラー クリーンマウスウォッシュ

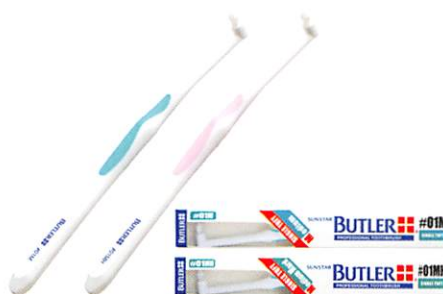
医薬部外品



シングルタフトブラシ

歯と歯の間や、歯と歯肉の境目を磨くのに適している。いつもの歯ブラシでのブラッシングに加えて、磨きにくい部位を集中的に磨くことができる。

●バトラー シングルタフト#01



歯間ブラシ

歯と歯の隙間が開いている場合には歯間ブラシが適している。SSS～Lのようにサイズがあるため隙間に合わせたものを選択する。

●ガム・歯間ブラシL字型



義歯用ブラシ

義歯の洗浄には専用のブラシを使用するのが望ましい。柔らかい毛（白）は義歯床を、硬い毛（黒）はクラスプを洗浄するのに適している。

●サンスター 義歯用ハブラシ

