

2

4つの象限で求められる口腔ケアとは

どのような環境で生活し、経口摂取しているかどうか、発熱があるかどうかで、口腔機能訓練と口腔清掃のどちらに重点を置くか、さらに治療的か維持的かのどちらが優先されるかは異なる。すなわち、清掃と訓練を交叉する2軸とし、クライアントの状況によって、それぞれ治療的から維持的な段階があることを踏まえて、4つの象限を考える¹⁾。有病高齢者でのライフサイクル（第1章・図1-3）の中の各生活環境と医科的介入の内容はほぼ対応する。図2-2での各象限にある人々の代表例を挙げる。

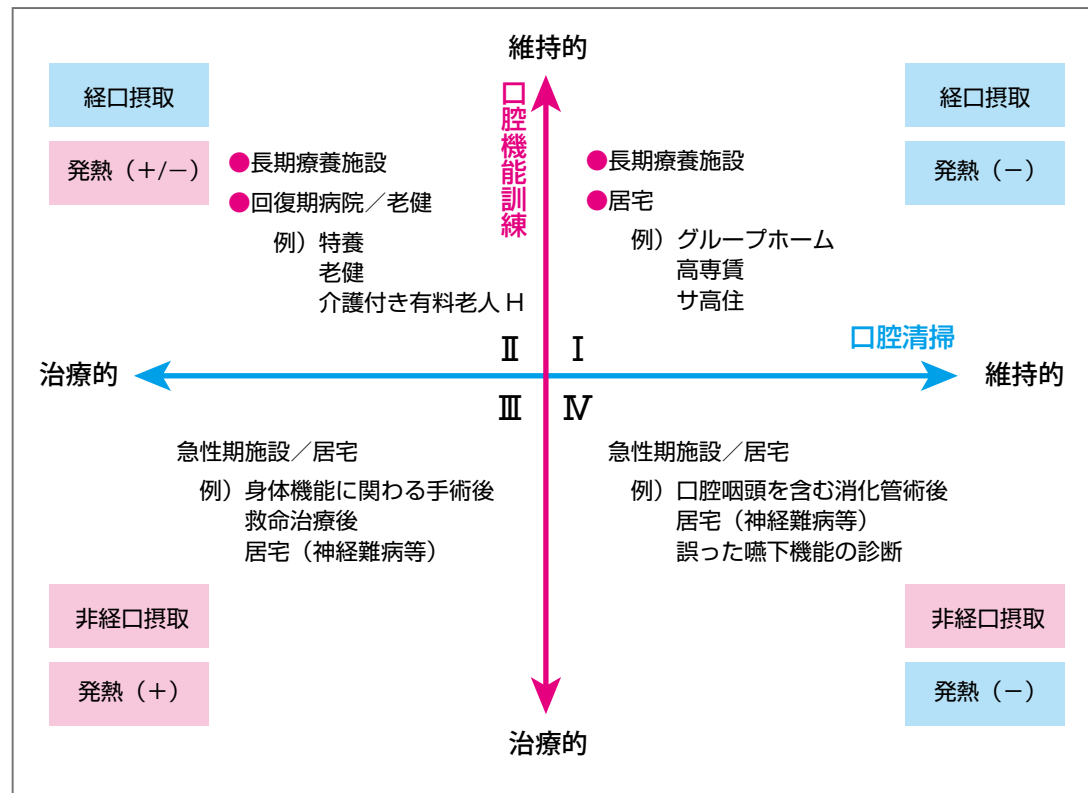


図2-2 各象限での代表的な生活環境

第Ⅰ象限

通常の生活を送る人々であり、他の象限に生活する人での口腔ケアのゴールとなる。口腔清掃の不良が原因の発熱がなく、経口摂取している場合である。

第Ⅱ象限

経口摂取しているが、ときどき不定期に発熱する場合である。長期療養施設でみられることがある。急性期との関連では、発熱頻度が低下し、経口摂取を開始した際に口腔衛生状態が改善されず、摂食嚥下障害への対応の3つのキーフレーズ（表2-1）が守られなかった場合にみられる。治療的口腔清掃が必要であるが、上記したような発熱を頻繁に繰り返すと予備能が低下して真の肺炎が生じることがある。その場合には、急性期医療機関に後送されて第Ⅲ象限となる。

表2-1 摂食嚥下障害への対応のための3つのキーフレーズ

- ①呼吸路の安全性の確保
- ②口腔咽頭機能の賦活
- ③口腔咽頭機能のレベルに応じた食事調理

第Ⅲ象限

経口摂取しておらず、歯垢が原因の発熱を繰り返す場合である。急性期医療機関の患者、消化管手術後、救命処置後の患者、あるいは居宅で医学的管理下にある神経疾患の患者等で、個々の患者の特性に応じて適切にケアされていない場合である。介入の内容は他の象限と比較して最重症といえる。多くはベッド上安静であり、非経口摂取状態で呼吸器が接続されている場合もある。治療的口腔清掃と治療的口腔機能訓練が求められる。

第Ⅳ象限

発熱の既往や現症がないにもかかわらず経口摂取していない場合である。多くは、上部消化管や口腔咽頭部の手術後、急性膵炎のように消化管活動自体が制限されることが原疾患治療のうえで必要な場合である。しかしながら、急性期医療後に嚥下機能の評価が適切に行われなかったり、廃用化を不可逆的な機能障害と誤った判断で「経口摂取すると誤嚥するリスクが高い」とされて経口摂取が控えられている場合もある。いずれにしても、口腔機能の廃用化は生じるために、介入の中心は治療的口腔機能訓練である。誤嚥防止姿勢（p.45「第3章Ⅰ-2」体幹保持機能」参照）を採らずに機能訓練を開始した後に発熱を繰り返す場合には、第Ⅲ象限に移行して、生活環境に戻れない悪循環（図2-3）が形成されることもある。

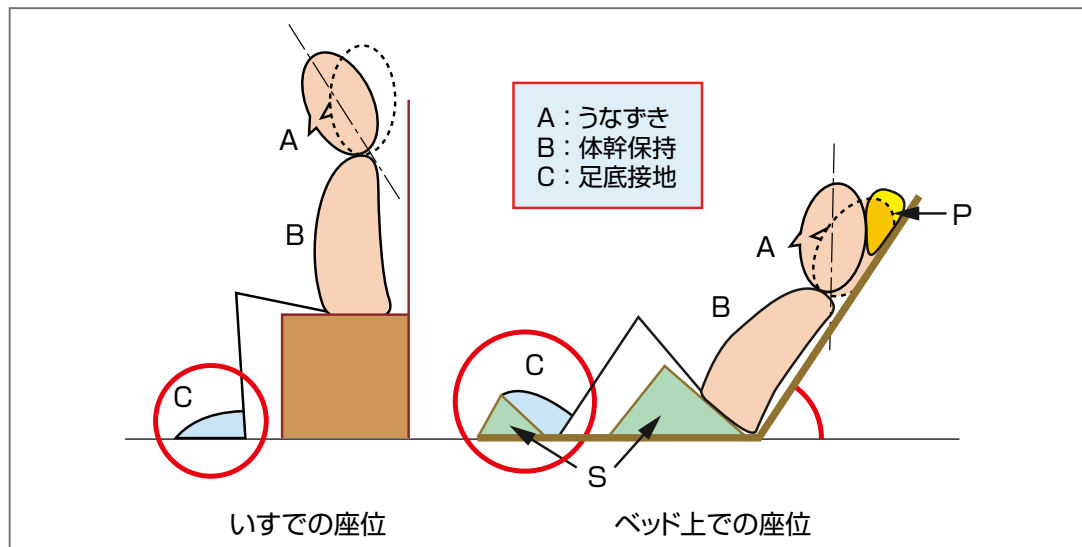


図 3-4 ベッド上の安全な 3 点セット

ベッドを挙上するだけでは、体重によって上半身は脚側に流れていくことで腹圧が上昇して胃食道逆流による誤嚥が生じる。かならず足底で体幹を保持する (S) ことと大腿～膝の裏を支持する (S) ことが必要である。さらに、足底に圧刺激が加わることで覚醒レベルは上昇する。この状態でうなずき頭位をとるために、後頭部外後頭隆起の上に支持 (P) を入れる。

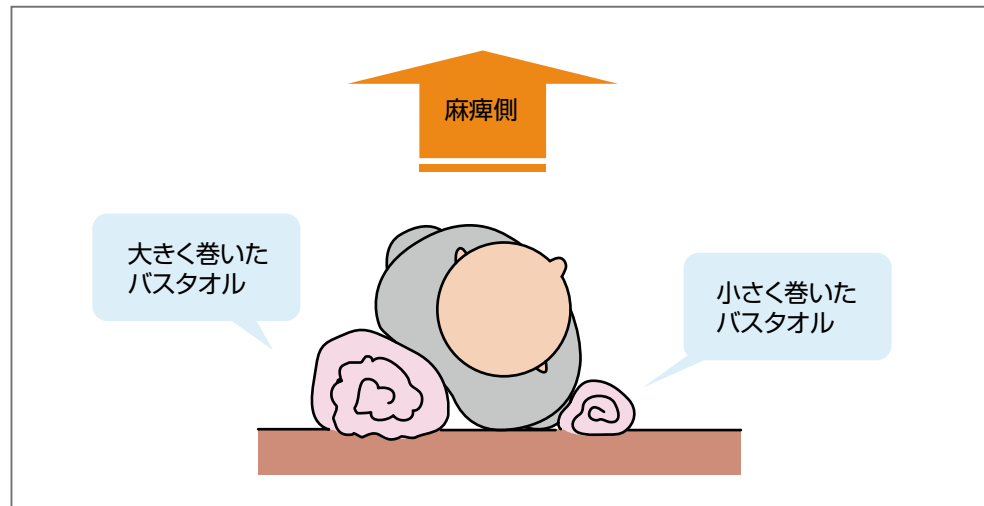


図 3-5 麻痺のある場合の支持

非麻痺側が下になるように、バスタオルを丸めた大きなロールを背中に入れ、滑りどめのために小さなロールを下に入れる。先に下側の滑りどめから入れる。

介助を受けて食事やケアを受けている場合にも注意が要る。本人は安全な嚥下姿勢であっても介助する側の姿勢によって誤嚥リスクが高まることもある。介助者が立ったままで介助を行うと、本人は見上げることになるため頸部が伸展して喉頭運動が抑制されることがある。また右利きのスタッフが、利用者の左側から介助すると、利用者は頭部を左に回旋するため

に嚥下経路が捻じれ、誤嚥リスクは高まる。また、口腔へ取り込むタイミング、一口量、挿入する部位は、介助者に依存するため、誤嚥リスクは高くなる (図 3-6)。

座位では腹部臓器は、重力によって腹腔下部に位置し、仰臥位では重力による影響が消失して、腹部内臓が広がる結果、横隔膜が押し上げられることで胸郭容積は減少する (図 3-7)。その結果、嚥下時の呼吸停止時間は短くなる。嚥下中に呼吸が再開して誤嚥した場合に喀出するための呼気量も減少し、口腔ケア中に生じた唾液 (刺激性唾液) を不顕性誤嚥することもある。したがって、仰臥位のままでのケアは危険である。

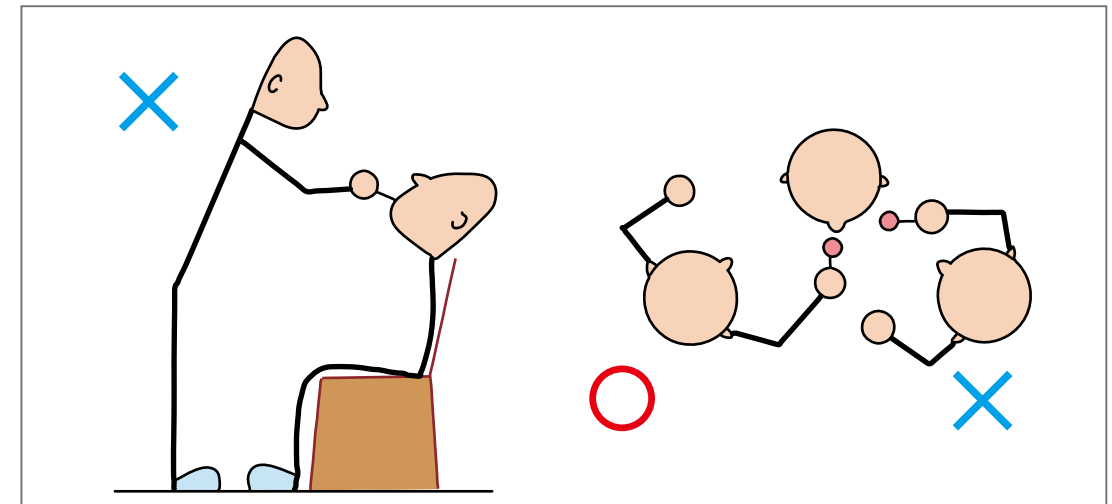


図 3-6 介護者の位置により誤嚥が生じる

利用者が適切な座位をとっていても、介護/介助する側が立位であると、見上げることによって頸部が伸展されて誤嚥する。右ききの介護/介助者が利用者の左側から介助すると、頭部が回旋するために誤嚥しやすくなる。

3

フローチャートに従った、評価の流れと対応の実際

1) 経口摂取している場合 (図 4-6)

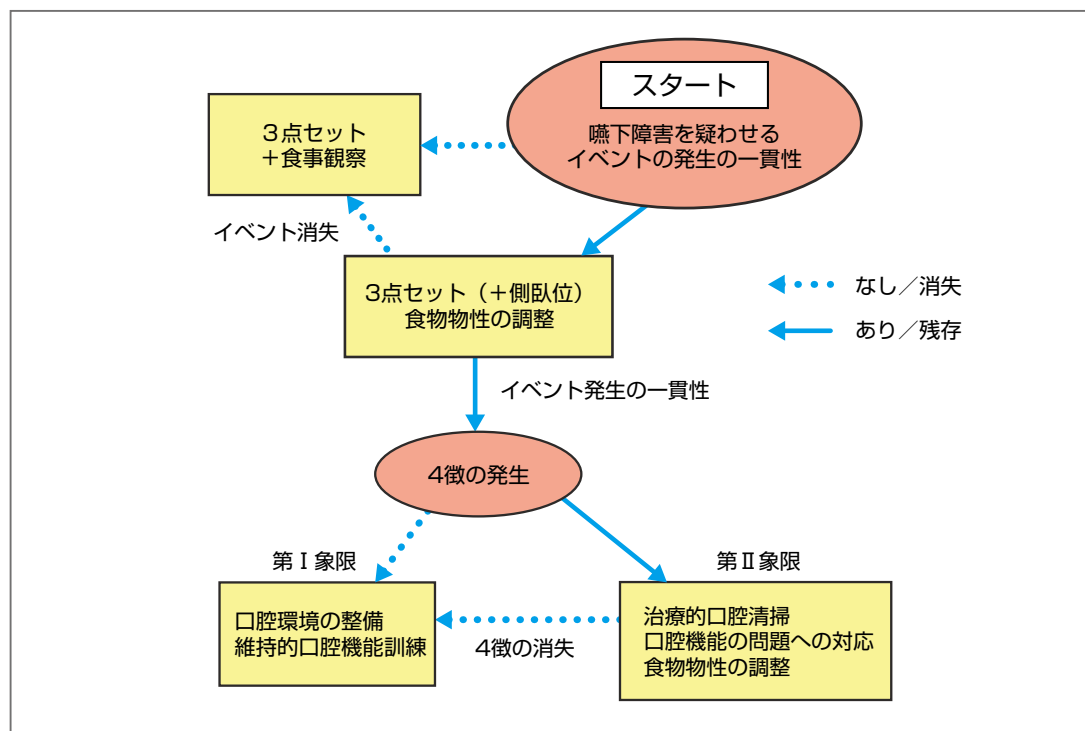


図 4-6 経口摂取している場合のフローチャート

第 I 象限および第 II 象限の場合が相当する。経口摂取している場合には廃用化の問題は軽微であると考えられるが、直近 1 か月程度以上の非経口摂取であった期間がある場合、廃用化の影響はあると考える。

直近の非経口摂取のために口腔機能が廃用化しているにもかかわらず、経口摂取が開始された際に口腔機能訓練を行わず、廃用化した口腔機能のレベルでは摂食困難な食事（通常は常食）が提供されたことで、摂取量が低下した場合、著しく負荷の小さい丸呑みで処理でき

るような軟食に物性が低下すると、廃用化はより重度化する。

(1) 誤嚥リスクを疑わせるイベントのチェック

表 4-1 に示すチェックリストの項目は、経口摂取している場合の誤嚥リスクを疑わせる臨床徴候である。食事時にこれらの徴候が観察された場合、徴候の出現が一過性かどうかを確認するために時を違えて再評価する。もしも一過性であれば食事時の観察を続ける。この場合でも、安全な摂食嚥下のために守るべき呼吸路の安全性を確保するための 3 点セット (p.45 「第 3 章 I - 2) 体幹保持機能」参照) を満たして行うことが望ましい。

一貫性がなく、一過性のタイプは第 I 象限に属する人にみられることが多い。この場合の目標は、現在の第 I 象限から他の象限に移行させないことである。常食でない場合には、口腔機能を向上させて常食に近づけることである。口腔機能レベルと現在摂取している食事の適合性の評価が必要である (p.53 「第 3 章 I - 4) 栄養摂取法、表 3-1」参照)。不適合である場合には、食事内容を現在の口腔機能のレベルに適合させ、上の段階へ向かうための口腔機能訓練を行う。

一方、徴候の出現に一貫性がある場合、嚥下過程のどの段階にチェックが多いかによって、チェックリストの右コラムの関連因子について第 3 章の項目を参考に評価し、関連因子の調整を行う。徴候がみられる場合、非経口摂取にする機関もあるが、長期の非経口摂取は消化管の廃用化を経て低栄養をきたす (第 1 章参照)。

(2) 安全に嚥下するための 3 点セットを採る

関連因子の調整のうち、経口摂取を継続するために必要なことは、安全な嚥下姿勢の要件である 3 点セットを採ることである。運動機能に問題があったとしても、姿勢調整のための介入を行うことでイベントの発生状況に変化が生じる場合がある。3 点セットは、口腔清掃の際にも汚れた刺激性唾液を誤嚥させないようにするために守るべき姿勢である。