

在宅療養中のがん患者さんを支える 口腔ケア実践マニュアル

はじめに	1
1 在宅療養中のがん患者さんの口腔内の特徴	2
2 口腔ケアを行う意義・目的	3
3 在宅療養中の患者さんの口腔に起こるトラブル.....	5
・口腔乾燥	5
・口腔感染症	9
・歯や歯周組織、義歯などの問題	13
・口内炎、口腔粘膜炎	16
・口腔内の出血	18
・口臭	20
・舌苔	21
・味覚異常	23
・骨修飾薬に関連する顎骨壊死	25
4 在宅療養中の口腔ケアの実際.....	26
実際の口腔ケア（事例集）	33
まとめ	44
参考文献	45
謝辞	46



在宅医療施設の連絡先

医療機関（診療所、病院、薬局等）

医院名（病院名）	医師名	住所	電話番号

訪問介護ステーション

施設名	担当看護師	住所	電話番号

訪問診療可能な歯科診療所

歯科診療所名	歯科医師名	住所	電話番号

※当該地域にて往診の歯科治療が必要になった場合は、上記の施設が対応先になっております。
ご連絡ください。

はじめに

在宅で療養されているがん患者さんは全国に多数おられます。そして療養生活を支える医療サポートも年々充実しています。しかし、このような患者さんに対する歯科の介入、口腔管理に関してはどうでしょうか。在宅療養患者は歯科受診の機会を得難く、介入する訪問医師または訪問看護師も口腔に対する認識がまだ低いのが現状です。

私たち歯科医療従事者は「食べること」を支える仕事をしています。患者さんの口腔の不快症状を取り除き、「口からおいしく食べること」そして「良好なコミュニケーションをとれること」を支えることで、患者さんの療養生活の質をできるだけ高く維持し、最後までその人らしい人生を送るためのお手伝いをしたいと思っています。

私たちは「在宅ネットワーク」の中に、歯科医師、歯科衛生士が加わる必要があると考えています。そのためには、まずは在宅に関わる医療従事者に、口腔ケアの必要性を正確に理解していただくことと、口腔ケア依頼のための窓口を明らかにしておくことが必要であると考えます。在宅における口腔管理、口腔ケアの普及の一助として、本マニュアルは、がん患者の在宅療養における口腔内トラブルに伴う苦痛緩和のためのケアのエッセンスをまとめました。

このマニュアルが、在宅医療のコーディネータである訪問看護師さんと、歯科医療従事者（特に歯科衛生士）との連携の橋渡しとなり、患者さんの口腔を守る手助けとなれば幸甚です。

※ 本マニュアルで記します「口腔ケア」とは、患者さんご本人が行う歯みがきなどのセルフケア、ご家族や介護者が行うセルフケアの支援、看護職などが行う口腔清拭、歯科医師・歯科衛生士が行う専門的口腔清掃、歯科治療、口腔管理を指すものです。

1 在宅療養中のがん患者さんの口腔内の特徴

在宅で療養されているがん患者さんには、病状の変化に伴ってさまざまな口腔の問題が現れ、その頻度も高いです。

- 全身状態の悪化に、口腔のセルフケアが困難な状況が加わり、さまざまな口腔トラブルが生じやすく、重症化しやすい。
- 医療者も患者も、口腔トラブル以外の全身的な問題（身体的な苦痛症状や心のつらさなど）に注意やケアが集まりやすく、口腔トラブルへの対応が後手に回りやすい。
- 全身状態が良好な患者は自らの意思で歯科受診できるが、往診が必要な在宅療養患者は歯科受診の機会を得難い。

このような背景を持つ口腔のトラブルは、口腔内だけの問題にとどまらず、がん患者さんの生活の質を明らかに悪くしています。

口腔ケアは、患者さんの口腔の不快症状を取り除き、「食べる」ことや「話す」ことを支え、患者さんの QOL をできるだけ維持していくために非常に重要です。

2 口腔ケアを行う意義・目的

(1) 症状緩和

口腔ケアを行うことで、口内の乾燥や粘膜のただれ、感染などによる口腔内の不快感や疼痛を和らげることができます。

口腔内の痛みや不快感などの症状を緩和することで経口摂取を支援し、会話を助け、患者さんの生活を快適にするための一助となります。口腔ケアを行うことは、口内の疼痛や出血の緩和や感染予防に有効です。

口 腔 ケ ア

- 口腔ケアは口内の疼痛や出血の緩和、感染予防に有効
- がん患者の口腔の健康状態は口腔合併症の発症率、重症度に関連
- 効果的な口腔衛生状態の維持は、がん治療のあらゆる段階で重要
- 特に感染播種の源となるのは慢性歯周疾患
⇒ブラッシングが大事！

(2) 経口摂取支援

がん患者さんの終末期の経過をみると、全般的にがん患者さんのADLは末期まで比較的しっかりと保たれており、最後の1～2ヵ月で急速に低下するという特徴があります。

食事は亡くなる5～10日前あたりから急速に困難になることが多いようです。多くの患者さんは最後のぎりぎりまで経口摂取動作ができており、最後まで「口から食べる」ことを支援するためにも、しっかりと口腔管理を継続して行うことが求められます。

(3) 感染制御

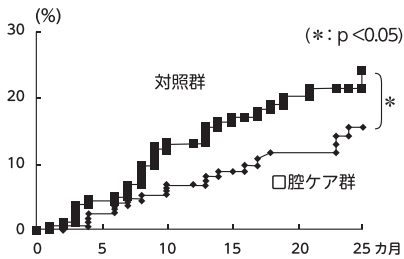
口腔内は非常に常在細菌が多く、種類も豊富な部位です。症状がなくても感染の源となるような慢性感染病巣（いわゆる齲蝕や歯周病など）が高い頻度で存在し、局所感染、全身感染の原因となる可能性があります。

特に誤嚥性肺炎は口腔内常在菌がその起因菌の大半を占め、口腔内の衛生管理をすることでその発生率を抑えることができます。

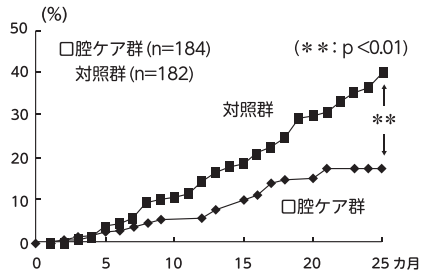
感染の全身への波及を抑制するためにも、口腔ケアをしっかりと行って、衛生的な状態を維持することが重要です。

口腔ケアを行うことで、肺炎の発症率、発熱日数を減少させた

肺炎の発症率



発熱日数



肺炎の発症率

口腔ケアにより

19% → 11%に減少

対照群

19%

口腔
ケア群

11%

Yoneyama T, Yoshida M, Matsui T, Sasaki H.: Oral care and pneumonia. Lancet 1999, 354 : 515.14. Smithard DG, O, Neill PA, England RE, et al :The Natural history of dysphagia following a stroke

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：米山武義、吉田光由他 日歯医学会誌 2001

3 在宅療養中の患者さんの口腔に起こるトラブル

がん終末期や在宅療養中の患者さんは、体の痛み、呼吸困難、悪心・嘔吐、倦怠感など多くの身体的な苦痛症状を抱えていることが多く、口腔ケアにかけられる時間や体位に制限があります。また、口腔ケアそのものの行為によって、患者さんの疲労感を強めたり、身体に苦痛が起きてしまうようなことは避けなければいけません。そのため、全身状態と口腔内をアセスメントしながら、口腔ケアによる苦痛は最小限にとどめるよう常に注意し、その上で、できるだけ有効なケアができることを目標に、現実的な対応を考慮し、患者さんや家族に関わっていくことが大切になります。

在宅療養中のがん患者さんによくみられる 口腔のトラブル	
口腔乾燥	口腔内の出血
口腔の感染症（歯肉炎、カンジダ、ヘルペス）	口臭
歯科的なトラブル（義歯不適合、歯の動揺など）	舌苔
口内炎、口腔粘膜炎	味覚障害
	顎骨の壊死

患者さんの限られた時間の中、この時期の口腔管理は、口の中を100%の完璧な状態にすることが目的ではありません。患者さんや家族の話をよく聴き、「何を求めておられるか」をしっかりと把握した上で、できる事とできない事を理解し、その中で最善を尽くすケアを考える必要があるでしょう。

(1) 口腔乾燥

がん治療中はさまざまな理由により、唾液の分泌が障害されます。そのため進行がん患者の多くは口腔乾燥を自覚し、それを苦痛に感じています。終末期においてもそれは同様で、この時期の「口が痛い」「食べられない」といった問題のほとんどには、何らかの形で口腔乾燥が関与していると思われます。

特に終末期にはさまざまな口腔乾燥の原因が複合的に関連し、またその時期に用いられる薬剤の多くが口腔乾燥を引き起こす副作用

を持ちながら中止が難しいこともあり、口腔乾燥は非常に強いものになります。

在宅療養中のがん患者さん 口腔乾燥の原因

唾液分泌そのものの低下

禁食や摂食障害により、唾液分泌を促す刺激が低下

加齢変化に伴う唾液分泌の減少

頭頸部放射線治療、化学療法による唾液腺障害

各種薬剤の副作用

モルヒネやオキシコドン、フェンタニルなどの医療用麻薬や抗精神薬や抗不安薬、睡眠導入剤など

脱水気味の維持管理（少なめの輸液など）

努力呼吸に伴う口呼吸、開口状態の増加

マスク・カヌラによる酸素投与

室内、季節など環境そのものの空気の乾燥

※ 在宅療養中の口腔内には、乾燥を引き起こすさまざまな要因が関与します。

口腔乾燥への対応：

口腔乾燥に対して処方できる薬剤もありますが、在宅療養中のがん患者さんには、口腔乾燥に効果があっても、保険適応の問題や内服薬が増えてしまうという問題から、積極的な使用が難しいことが多いです。

そのため、口腔乾燥への対応は、対症療法が主体となります。予後が1～2ヵ月程度と予測されるがん患者さんの口渇（口腔乾燥）は、輸液治療によって緩和される見込みは少なく、保湿を中心とした口腔ケアが最も有効とされています。

対症療法の主体となる保湿剤は、効果や好みに個人差がありますので、まずはいろいろと試してみてもらい、使用感のよい、最も口腔の症状が緩和する保湿剤を選んでいただくのが良いでしょう。

口腔乾燥に対して保険適応のある薬剤

商品名	一般名・成分	剤形	保険適応症例	使用方法
サリグレン (30mg)	塩酸セビメリン 水和物	Cp	シェーグレン症候 群	1日3回 1回1錠
エボザックカプ セル (30mg)				
アテネントール 錠 (12.5mg)	アネトールリチ オン	錠剤	胆道系疾患、シェー グレン症候群	1日3回 1回2錠
サラジェン錠 (5mg)	塩酸ピロカルピ ン	錠剤	頭頸部放射線治療 に伴う口腔乾燥症、 シェーグレン症候 群	1日3回 1回1錠
ツムラ 白虎加人参湯 エキス	セッコウ・チモ・ コウベイ・カン ゾウ・ニンジン	顆粒	のどの乾き、ほて り	1日3回 1回3g
ツムラ 麦門冬湯 エキス	バクモントウ・ ニンジン・タイ ソウ・カンゾウ・ コウベイ・ハン ゲ	顆粒	たんの切れにくい 咳、気管支炎、気 管支ぜんそく	1日3回 1回3g
サリベート	リン酸一水素カ リウム・無機塩 類配合剤噴霧剤	噴霧剤	シェーグレン症候 群、唾液腺障害	1日数回 噴霧

口腔乾燥への対応は、対症療法が主体

蒸散予防

マスクなどで口腔からの水分の蒸発を抑える

保湿

保湿効果のあるもので口内を湿潤させる

水、レモン水、2%重曹水 氷片を口に含む

各種保湿剤（保湿ジェル、保湿スプレー）

グリセリン含有の含嗽液、人工唾液、白ごま油

※ 市販の含嗽剤は要注意（アルコール成分は乾燥を助長させる）

口腔乾燥によく使用される市販品

商品名	一般名・成分	剤形	小売価格	使用方法
オーラルバランス	ラクトフェリン リゾチーム	ジェル 液状	1995 円 1575 円	適量を口 内に塗布
リフレケアH	ヒノキチオール	ジェル	2100 円	
うるおーら	ラクトフェリン	ジェル 液状	1580 円 1980 円	
バトラー口腔ケア シリーズ	Tornare	ジェルス プレー	1785 円 1575 円	
ビバ・ジェルエッ ト	水・グリセリン	ジェル	1890 円	
マウスピュア	水・グリセリン	ジェル 液状	1400 円	
白ごま油	—	食用油	—	
コンクールマウス リンス、ジェル	ホエイ蛋白、 EGF	液状 ジェル	1155 円 1575 円	

国立がん研究センターなどでは、処方できる保湿含嗽剤として、アズレンスルホン酸ナトリウム（ハチアズレ）に保湿効果の高いグリセリンを混和させた含嗽剤をよく使用します。含嗽が難しい患者さんには、この含嗽薬を浸したスポンジブラシなどで口唇や口腔内を湿潤させます。

また、強い口腔乾燥には、白ごま油をごく少量口腔内に塗布すると乾燥感が和らぐため、よく使用しています。

患者さん、ご家族への説明、指導のポイント



口腔の乾燥は、それ自体が苦痛だけでなく、他の口内のさまざまなトラブルへの悪影響因子にもなります。口腔ケアでは保湿が最も重要です。まず第一に保湿をお願いします。

国立がん研究センター、県立静岡がんセンターでよく用いられている、保湿含嗽剤のパフレット

<p>含嗽用 ハチアズレ</p> <p>5包</p> <p>グリセリン 60mL</p> <p>500mL ペットボトル</p>	<p>～うがい薬の作り方～</p> <ol style="list-style-type: none">① 空の 500mL ペットボトルを用意します。② ペットボトルの 1/4 ～ 1/3 位まで水道水を入れます。③ ペットボトルの中にハチアズレ 5 包・グリセリン 60mL を入れ、よく混ぜます。④ およそ 500mL となるように③に水道水を加えて再度混ぜます。 <p><うがい薬はこれででき上がりです！></p> <p>バイ菌の繁殖を避けるために、冷蔵庫に保管してください。</p> <p>作ったうがい薬は 7 日以内に使用し、残ったものは捨ててください。</p>
<p>～うがい薬の使い方～</p> <p>1 日 4 回、毎食後・寝る前を目安に行いますが、症状により回数を増やしてもかまいません。</p> <p>1 回 10mL を口の中に取り、グチュグチュウがいを 2 分間。</p>	
<p>注意) この図では標準的なうがい薬の量を記載しています。 使う量には個人差がありますので、医師、歯科医師と相談してください。</p>	

(2) 口腔感染症

がん治療そのものによる免疫抑制だけでなく、全身状態の低下や口腔内の清掃状態の悪化、唾液分泌の低下による口腔乾燥などが関連し、口腔内の感染リスクが上がります。口腔内に常在する一般細菌による歯周炎の急性化や粘膜の傷(義歯による褥瘡や粘膜炎など)の二次感染だけでなく、カンジダやヘルペスウイルスといった特異的な感染症も起きやすくなります。

1) 一般細菌による口腔感染症

歯周炎の急性発作、智歯周囲炎、粘膜創傷への二次感染など、い

いずれも口腔衛生状態不良に起因する感染が大多数を占めます。積極的、抜本的な歯科治療が現実的でないことが多く、保存的な消炎処置が中心となります。

口腔感染症に対する主な対応	
口腔ケアによる口腔衛生状態の改善	
適切な抗菌薬の使用	
口腔内常在菌をカバーする抗菌薬の全身投与	
歯周感染の場合、歯周ポケットへの歯科用抗菌薬軟膏の使用	
その他、適切な症状緩和処置	
不適合義歯の調整	
動揺歯の応急的な固定など	

2) 真菌感染症

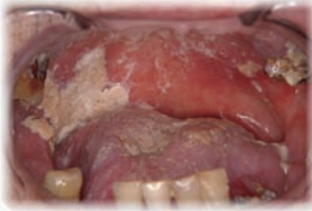
がん終末期患者はカンジダなどの真菌の口腔内感染のリスクが高い（発症頻度 30～50%）と言われています。カンジダは日和見感染症であり、全身状態の悪化とともに口腔内に症状が現れることを臨床でよく経験します。

典型的な口腔カンジダ症は、白色の偽膜を粘膜に生じる偽膜性カンジダと呼ばれるもので、診断は比較的容易なのですが、偽膜を伴わず、粘膜の発赤や乳頭の萎縮のみで、しばしば診断に苦慮するカンジダ感染（紅斑性カンジダ症）や、粘膜の肥厚や過角化を伴うもの（肥厚性カンジダ症）、潰瘍を形成するものなどの非典型的なカンジダ症も考慮に入れておく必要があります。

カンジダ感染の症状	
全身状態	compromised host（高齢、易感染状態）
口腔内の状態	乾燥、清掃状態の不良、典型例では白色の偽膜 粘膜の発赤、荒れ 舌乳頭の萎縮（舌粘膜の平滑化）、両側の口角炎（難治性）
疼痛の性質	ヒリヒリ、ピリピリとした痛み、灼熱感 じっとしていても痛い（自発痛）、1日中持続する痛み 食事で痛みが増悪する（特に熱いもの、刺激物） 1ヵ所ではなく、口内全体が痛い
味覚の異常	食事と関係なく口内に苦み、渋みを感じる 醗酵したような甘い匂い

口腔カンジダ症の臨床像

偽膜性カンジダ症



最も典型的な病態です。白いカッテージチーズ様の病変が現れ、ピリピリ、チクチクする痛みがあります。白苔は拭い取ることができますが、痛みがあり出血します。全身状態の低下との関連があります。

紅斑性（萎縮性）カンジダ症



舌や口蓋粘膜が発赤し、舌乳頭が萎縮し平滑化しています。舌に深い裂溝ができていたこともあります。疼痛はあることもないこともあります。しばしば診断に苦慮することがあります。

肥厚性カンジダ症



非常にまれなカンジダです。紅斑を伴う、やや硬い白色の肥厚性病変で、難治性で癌との鑑別が困難なことがあります。確定診断には組織の生検を要します。全身的な抗真菌薬の投与が必要です。

両側性難治性の口角炎



両側性で難治性の口角炎は背景にカンジダ感染が関与している可能性があります。このような場合、漫然とステロイド軟膏を口角炎に塗布し続けていると、治癒しないばかりか悪化してしまいます。

口腔の表在性カンジダ症の治療によく用いられる抗真菌薬

<p>アンホテリシン B (ファンギゾン)</p>	<p>最も強い 抗真菌薬 耐性菌はほとんどなし ほぼすべての真菌をカバー アスペルギルスにも有効 腸管からはほとんど吸収 されない</p>	<p>原液を 10 ～ 20 倍希 釈し、1 日 4 回含嗽</p>	
<p>ミコナゾール (フロリード)</p>	<p>副作用少ない 腸管吸収よく、全身移行 よい グラム陽性球菌にも有効 アスペルギルスに無効 ノンアルピカンスにも 50% が耐性</p>	<p>1 日 4 回、 大豆大を口 腔内全体に 塗付。塗付 後 1 時間は 飲食を控え る</p>	
<p>イトコナゾール (イトリゾール)</p>	<p>血中半減期が長いため 1 日 1 回投与が可能 アスペルギルスにも有効</p>	<p>1 日 1 回 空腹時 20mL を口 腔内に長く 含んだ上で 内服</p>	

口腔カンジダ感染の治療には一般的に抗真菌剤が非常に良く効くのですが、口腔内の誘発因子を改善しないと何度も再発します。口腔ケアによる口内清掃、保湿と義歯の管理が重要になります。

抗真菌薬使用時の注意点：薬物の相互作用

ミコナゾールやイトコナゾールは、薬物の肝臓での代謝を阻害するため、肝代謝の薬物の作用を増強させる相互作用があります。

併用に注意が必要な薬物として

- ワーファリン、オキシコンチン
- トリアゾラム (ハルシオン)
- シンバスタチン (リボバス)
- ピモジド (オーラップ)
- アゼルジピン (カルブロック)

3) ウイルス感染症

ヘルペスウイルスをはじめとしたウイルス感染症も、終末期の口腔内に多く生じる感染症です。典型例ははじめに小さな水ぶくれが沢山でき、次第に水ぶくれは破れて小さい潰瘍になります。とにかく針を刺すような激的な痛みを伴います。

ヘルペスウイルスによる口腔感染症

通常免疫抑制が最も顕著な時期に発生し、抑制が強いほど重症化
数個の小水疱⇒浅い潰瘍を形成

持続性の刺すような強い痛みがあり「痛くて、食べられない」

単独局所療法（軟膏など）は、一般に免疫低下患者には無効

臨床的ヘルペスが疑われる場合は、抗ウイルス薬を診断的投与

抗ウイルス薬が奏功すれば、疼痛は2～3日で軽減する



ヘルペスウイルスに用いる薬剤

アラセナ A 軟膏（ビタラビン）	患部に適量を1日数回塗布する
ゾビラックス（アシクロビル）	1回200mgを1日5回経口服用
バルトレックス（バラシクロビル）	アシクロビルのプロドラッグ 1回500mgを1日2回経口服用



患者さん、ご家族への説明、指導のポイント

口内の痛みが急に悪化した場合は、何らかの感染が関与している可能性があります。感染所見がないか注意しましょう。

（3）歯や歯周組織、義歯などの問題

義歯の不具合や、歯科疾患の悪化によるトラブルは、歯科治療をすることで、かえって患者さんの苦痛や負担が増えてしまうことのないよう心がけます。時には積極的、抜本的な歯科治療ではなく、対症療法的な処置が望まれます。

患者さんや家族、また医療従事者であってすら、「歯科は診療所に受診しないと、治療してもらえない」「往診でできる歯科治療はほとんどない」「合わなくなった義歯は、もう使えない。作り直さないとダメ」と思っておられる方がいらっしゃいます。

もちろん往診での歯科治療には限界があるのも事実ですが、応急的な歯科治療によって、患者さんに負担をかけることも少なく短時間で口腔の症状を緩和することができる事例がたくさんあります。

在宅での歯科治療

患者さんやご家族に情報を提示しましょう

「歯科が往診してくれる」「負担の少ない応急処置で口腔内の状況が改善する可能性がある」ということを、患者さん、ご家族に知っていただきましょう。

積極的に歯科に相談してみましょう

「こんなことで歯科に相談しても良いのでしょうか」と思わず、まずは地域の往診のできる歯科と連携をとってみましょう。

1) 義歯の不具合

るいそう
羸瘦により歯槽歯肉が痩せたり、唾液分泌が減少することにより、義歯の使用が困難になることがよくみられます。歯科によるちょっとした調整や指導で、義歯の使用感の改善が可能なこともあります。義歯は食事だけでなく、会話や見た目などの社会性のためにも重要です。患者さんや家族からの希望があれば義歯が装着・使用できるよう対応すべきだと考えます。

義歯による褥瘡



多くは義歯の縁に沿って潰瘍形成を認めます。義歯を入れると痛い・噛むと痛い（義歯を外すと楽になる）という訴えがあると、義歯の問題があるとわかりやすいですが、悪化すると義歯を外しても痛いので注意が必要です。血球減少期や粘膜が脆弱な時期には義歯を装着させないことも必要です。



破折した義歯をそのまま使用している方もおられるので、装着の具合を直接確認する必要があります。

義歯の適合不良

義歯の維持・安定には唾液の介在が欠かせません。「急に入れ歯が合わなくなった」と訴える患者さんの中には、口腔乾燥により義歯の違和感・疼痛が起きていることが少なからずあり、そのような患者さんには保湿を行うことで義歯の調整を行わなくても使用可能となることもよく経験します。粘膜の乾燥が認められる患者さんには、義歯の粘膜面に保湿剤をしっかりと塗布して使ってみていただくよう指導してみましよう。適合改善のためにティッシュコンディショナーなど、粘膜調整材を用いることも良い方法です。

2) 歯の不具合

在宅療養時に起きる歯の不具合の多くは、症状がないため放置されていた歯の慢性感染病巣が、全身状態の悪化や口腔環境の悪化により急性化したものです。

う窩の仮封や鋭縁部の研磨、動揺歯の応急的な固定処置、マウスピースの作成など、全身状態をみながら、実行可能で現実的な歯科治療方針を臨機応変に考えます。状況によっては抜歯が必要な場合もあります。できればこのような歯科的な問題が起きないように、予防的な対応を心がけることが大事です。

歯・歯肉の不具合

放置された歯周病や歯がトラブルを起こした場合は、抜本的な治療を第一とはせず、いかに負担なく患者さんの苦痛を緩和するかに焦点を絞った歯科治療計画が必要です。



右上犬歯（矢印）は、歯周病による動揺があり、噛むたびに揺れて痛みがあり、食事の妨げとなっていました。抜歯することで噛むときの痛みがなくなり、食事が楽になりました。



むし歯そのものの痛みではなく、むし歯で欠けた歯の鋭縁部が粘膜に当たって痛むこともよくあります。歯の鋭縁部を少し削って丸めるだけで、粘膜への刺激がなくなりました。

(4) 口内炎、口腔粘膜炎

がん患者さんの口腔粘膜のトラブルには、がん治療（放射線や抗がん剤の影響）による副作用としての粘膜炎と、全身状態の低下や免疫能の低下などによる粘膜炎（カンジダ性口内炎・ヘルペス性口内炎など、感染が関与するものがほとんど）があり、終末期にみられる粘膜炎は、大半が後者によるものです。

粘膜炎の対応

1) 感染制御

感染により粘膜炎ができることも、粘膜炎に二次感染を起こすこともあり、いずれも感染がからむと痛みは強くなり、安静にしても痛む（自発痛）ようになります。また治癒も遅らせて苦痛を長引かせることになります。局所に感染が起きていないか常に気を配り、また口腔ケアを行うことで感染予防に努めます。

2) 疼痛緩和

しっかりと痛みを和らげることは何より重要です。粘膜炎の痛みは侵害受容性の痛みであり、鎮痛剤が効きます。NSAIDs やアセトアミノフェン、オピオイドなどをしっかりと使用し、痛みの閾値を上げます。

また局所の疼痛緩和処置として、キシロカインなどの局所麻酔薬で食事時や会話時の痛みを和らげる方法も効果的です。

3) 保湿

乾燥は粘膜炎の疼痛悪化、治癒阻害を来します。口腔内の保湿だけでも、粘膜炎の症状は軽減します。しっかりと保湿を行うことが重要です。

※ アフタ性の口内炎には、ステロイド軟膏（ケナログ、デキササルチン）やパッチ（アフタシール、アフタタッチなど）の塗布が効果的なことがあります。ただし使用の際には口内の感染の有無などに注意をする必要があります。




□内炎、□腔粘膜炎があるときによく用いられる薬剤

生理食塩水	NaCl 9g を水 1000mL に溶かす	□内炎で疼痛が強い場合も、粘膜の刺激が少なく含嗽できる
ハチアズレ	1回 2g (袋) を水、微温湯 100mL に溶かす (2% 重曹水)	一般的な軽度の□内炎、粘膜炎に使う。粘膜保護、創部治癒促進作用があるが、消毒作用はない
食塩水・キシロカイン	NaCl 9g 1000mL + 4% キシロカイン 5～15mL	□内炎の疼痛、咽頭炎による嚥下痛に使う 食事の□内痛は毎食前（直前）に含嗽する（グリセリンの味が嫌いな患者に使用する） 1回 20mL を□腔内に含み、ゆっくり□腔内でぐちゅぐちゅ含嗽2分間
ハチアズレ・グリセリン	ハチアズレ 5包と、グリセリン 60mL を水 500mL に溶かす	□腔乾燥があり、かつ□内炎、咽頭炎発症時に使用する グリセリンの味が少し甘い。疼痛があるときは、キシロカイン入りの含嗽に変更、併用する
ハチアズレ・グリセリン・キシロカイン	上の含嗽水に対してキシロカインを添加	□内炎の疼痛、咽頭炎による嚥下痛に使う 食事の□内痛は毎食前（直前）に含嗽する 1回 20mL を□腔内に含みゆっくり□腔内でぐちゅぐちゅ含嗽2分間
アイスボール	氷皿に水を入れ冷凍庫で氷玉つくる	□腔内で1回に3～5個をゆっくり溶かしクーリングする 注意：ハチアズレを氷らすと苦いので、ハチアズレは入れない
アルロイド G	アルロイド G 10～20mL/回	咽頭炎による嚥下痛がある場合 粘膜保護作用、止血作用を持つ 食前使用で咽頭痛緩和できる場合もある
アズノール・キシロカイン軟膏	キシロカインゼリー 1本 30mL とアズノール軟膏 150g を混合する	□唇など□腔粘膜炎に直接塗布する 持続時間は10分から15分と短い □内炎が限局し局所的に使いたい場合に有効

※ 含嗽薬の温度は人肌が一番刺激が少ないですが、人によっては冷蔵庫などで冷やしたものが「冷たくてさっぱりする、痛みが引く」と症状緩和に効果的なこともあります。

(5) 口腔内の出血

口腔内の出血は直接生命に関わることは少ないですが、QOLの観点からは対応が必要です。口腔、咽頭に腫瘍がある患者さんは出血のリスクが高い上、止血が困難なことが多いです。このような場合の出血は、歯科口腔外科など専門科との相談も検討する必要があります。

	
<p>口腔内出血は、溢出性にじわじわと出血し続けることも、口腔乾燥とからんで凝固した出血塊が口内全体に固着していることもあります</p>	
	<p>清掃不良による歯肉感染により、出血が持続することもあります。歯肉溝の清掃に留意することで、徐々に出血が緩和します。</p>
<p>口腔内出血の原因</p>	<p>清掃不良による感染部から 粘膜炎などの潰瘍部から</p>
<p>止血困難となる理由</p>	<p>血小板の異常が大半 DIC など凝固線溶系の異常 肝がん、肝機能障害による血液凝固因子の産生障害</p>

口腔内の止血方法

基本は圧迫出血

- 出血点を把握し、ガーゼで圧迫する
- 可能であれば止血効果のある薬剤を併用
 - サージセル（酸化セルロース）
 - ボスミンガーゼ
- （少量でも十分効果あり。血圧の上昇に注意）
- トロンビン末を生食に混和し出血点に

血球の減少などに注意

- NSAIDs は血小板の機能を抑制する作用あり
- ⇒必要であればアセトアミノフェン等への変更を検討してもら

乾燥した出血塊（痂皮）の除去

目的：

- 口腔内の不快感の緩和
- 感染リスクの軽減

注意点：

- 再出血させないように、愛護的に除去
- 潰瘍部などはスポンジブラシなどでこすらない！

ポイント：

- 保湿剤などで時間をかけて痂皮をふやかし、生理食塩水を浸した綿などで圧をかけずに優しく拭う
- 10～20倍希釈のオキシドール水などは痂皮の除去に有効

患者さん、ご家族への説明、指導のポイント



口腔内は唾液があるため、少量の出血でも大量の出血にみえてしまうことがあります。まずはうがいをしてもらい、それで出血が落ち着くようであれば心配いりません。それでも止まらないときは、出血している場所（出血点）を見つけ、そこをガーゼで圧迫し止血します。

(6) 口臭

がん在宅療養中には、生理的な口臭の悪化のみならず、全身状態に起因する、がん患者特有の病的な口臭も起こります。口臭は、不快感が強く患者さん自身の精神的なストレスとなり、会話が減り、良好なコミュニケーションを妨げます。また時には家族から「部屋に臭いがこもる。どうにかならないのか」というような訴えが出ることもあります。患者さんが最期の時までご家族と過ごしやすい環境を保つためにも、口臭の対応は大切です。

在宅療養中のがん患者の口臭	
生理的口臭の増悪	口腔乾燥、清掃不良（特に舌苔） 開口状態での努力性呼吸や、下顎呼吸
全身状態からくる口臭	肝臓疾患のアミン臭 腎臓疾患のアンモニア臭 糖尿病のアセトン臭 など
組織の壊死臭、感染臭	肺炎の感染臭 口腔がんの終末期 多臓器がんの口腔内転移
その他	胃の排出障害に起因した胃内容物の停滞 など

口臭への対応	
口腔ケア	<ul style="list-style-type: none">● 口臭は、口腔内の汚れ（痰、痂皮）の物理的除去で緩和● 特に舌苔は口臭の主要な発生源となるので、しっかり清掃（舌苔の項目参照）
補助的に口臭予防剤を使用する	<ul style="list-style-type: none">● 強い口臭の原因物質の1つである揮発性硫化物（VSC）をキレート化する特殊な口臭予防剤（ハイザック®など）を使用する（1日数回、口腔ケアを行ったあとにスプレーする）

抗菌薬の使用

- 病的な口臭（主に腐敗臭）には、嫌気性菌の感染が関与していることがある。口腔内の壊死組織などによる腐敗臭に嫌気性菌をターゲットとした抗菌薬を使用することで改善が得られることもある（保険適用外）

処方例：ダラシン 600mg div. x2/日
クリンダマイシン 600mgx3/日
フラジール 500mgx3/日



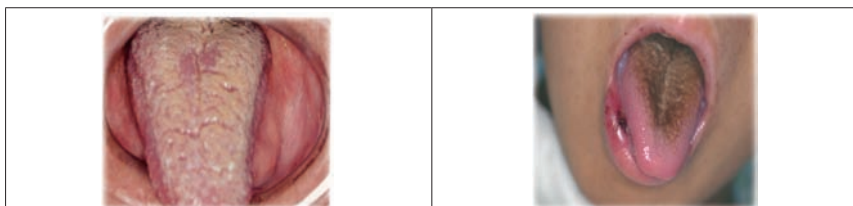
患者さん、ご家族への説明、指導のポイント

生理的口臭の発生源の60%は舌苔だと言われています。
舌苔の清掃を忘れずに。

口腔乾燥は口臭を増悪させます。保湿は十分に行いましょう。

(7) 舌苔

舌苔とは、上皮組織や白血球および大量の細菌が苔状に堆積したものです。細菌を播種する源となり、口臭の原因ともなります。



舌苔が増悪する要因

口腔乾燥（唾液分泌量の低下）、経口摂取の低下
舌運動の障害、長期間の抗生物質投与

舌苔のケア

- 歯ブラシ（やわらかめ）、舌ブラシ、スポンジブラシなどを用いて、舌後方から前方に向けて粘膜表面を清拭し、物理的に除去していく
- 1回ですべてを除去しようとはせずに、日数をかけて少しずつ行う
- 10～20倍に希釈したオキソドール溶液、白ゴマ油や保湿剤などを使用することで、堆積した舌苔を軟化させ除去を容易にする
- 嘔吐反射を惹起したり、舌粘膜を傷つけないよう留意する

コラム

お口の「カピカピ」や「舌苔」についての対応

コツは「ふやかしてから取る」

《保湿剤でふやかす》

口腔内の場合はジェルスプレーや保湿剤を塗布して2～3分放置（その間に歯牙の清掃を実施）、「カピカピ」が多層になっている場合は、粘膜に負荷がかからないように浸軟した層のみを除去します。「カピカピ」の層が比較的薄く、全体を浸軟することができた場合は、一塊での除去が可能です。

《薬剤で溶解する》

有機物溶解作用のある薬剤で「カピカピ」などをふやかし融解します。

1) オキシドール

刺激のない濃度に希釈して使用します（2～10倍希釈）。2～3分の浸漬で痂皮は除去しやすくなります。濃度が高いと軟化する時間も早いです。

2) 重曹水

2～3%の重曹水で舌苔を浸漬、融解します。含嗽薬のハチアズレにも重曹が含まれているため、ハチアズレを用いてもよいでしょう。

分厚い舌苔でも、ケアが上手な人は5分程度で7～8割は除去できます。しかし無理をすることで患者さんに苦痛を与えたくありませんので、通常は1回では除去せず、数日に分けて除去します。

《とれやすい舌苔、とれにくい舌苔》

乾燥気味でスポンジ状に層になって堆積している舌苔は、有機物溶解作用のある薬剤を使用しながらケアすると、塊でぼろぼろ除去できるので比較的短期間で良好な状態に改善します。対して、一見湿潤していて藻のように柔毛な舌苔は、少しずつ繊維がほどけるように除去されるので、改善に時間を要するかもしれません。

いずれも「舌の清掃」をセルフケアをはじめとしたルーチンのケアに取り入れていただき、日常的に舌苔除去に努めることが大切です。

《口蓋の汚れも見落とさないで！》

案外と見過ごされやすいのですが、舌苔のある患者さんは口蓋にも汚れが附着していることが多いです。口蓋が汚ければ舌をきれいにしても効果は半減です。

- 口蓋前方から中央にかけて
- 上顎前歯がある人は前歯の裏側

このような部位にある汚れも、見落とさないように注意しましょう。

(8) 味覚異常

味覚の異常は食思不振に直結し、栄養状態の悪化を招きます。

進行がん患者さんの多くが味覚や嗅覚といった化学受容器の異常を自覚しており、最近では低栄養状態が重度の味覚異常に関連しているという報告もあります。

味覚異常の種類

味覚は「甘み、酸味、塩味、苦み、旨味」の5つの基本味から構成されます。味覚異常は5味すべてが障害されることは少なく、いろいろなパターンがあります。

- ① 特定の味覚だけが減弱する
「塩味がわからないので、醤油をたくさんかけすぎる」など
- ② 特定の味覚だけが増強する
「何を食べても甘ったるく感じる」など
- ③ 味覚すべてがわからなくなる
「食事をしても、口の中に砂を入れられているよう」など
- ④ その他 異味を感じる
苦みや渋み、金属味を感じる など

がん治療に伴う味覚異常の原因

- ① 運搬障害
 - 唾液分泌減少による味覚物質の運搬能低下
- ② 化学受容器（味蕾）障害
- ③ 神経伝達障害
がん治療による化学受容細胞（味蕾など）や神経細胞の損傷
腫瘍浸潤、手術による味覚関連神経の損傷
- ④ その他
 - 口腔内細菌や全身の栄養不良による味覚感受性の低下
 - 亜鉛不足：抗がん剤の亜鉛キレート作用や代謝の変化
複合要因が考えられており、完全には解明されていない

味覚異常は食事の量に直結します。対症療法が主体ですが、食事の形態や味付けなど、少しの工夫が食べる手助けになることがあります。「おいしく食べられない」と悩む患者さんが一口でも多く、少しでもおいしく食べられるための努力が必要です。

味覚異常の対処方法

- 1) 口腔内環境の整備（味を感じやすい口腔内にする）
唾液量、口内の衛生状態、口腔内細菌（特にカンジダ）、
口腔内の粘膜疾患、歯科疾患 など
- 2) おいしく食べられる環境の整備
家族や親しい人と一緒に食べる
病室やベッド上ではなく、食堂で食べる など
- 3) 味覚異常の病態にあわせて摂取可能な食品を考える
フレーバーの効いた調味料、ソースの添加、スパイスの利用
だしを効かせる（「うま味」の適切な使用）
味噌は比較的味を感じやすい
マヨネーズは塩分も少なく味の調整に便利
食べやすい食形態（刻む、ミキサーなど）
温度を人肌にする（人肌は味覚を感じやすい温度）
特に金属味を感じる場合は、冷たい食事を避ける
食品の選択
カフェイン、チョコレート、赤身の肉（牛肉）は避ける
鶏肉、魚、卵、乳製品は比較的食べやすい
塩、醤油の味付けより味噌の味は苦みを感じにくい

※ 味覚障害のがん患者さんには、血中の微量元素である亜鉛の欠乏が認められることが多い。しかし亜鉛の補充が味覚異常の改善に効果がある、という明確なエビデンスはまだない。
しかし経験的に亜鉛の補充療法を行うこともある（保険適応外）
プロマック顆粒 15% 0.5g 包（亜鉛含有量 16.95mg/包）を1日2回経口投与する。2～4週間の継続投与が必要。

(9) 骨修飾薬に関連する顎骨壊死

がんの骨転移のある患者さんに対して、骨折予防などで使用されるビスフォスフォネート製剤や抗ランクル抗体といった骨修飾薬の長期使用により、顎骨壊死という重篤な副作用が報告されています。

薬剤の累積使用量に比例して顎骨壊死のリスクは上がります。単回～少数回投与（高カルシウム血症への投与など）の場合はあまり心配ありませんが、継続使用が6ヵ月を超えたあたりから発症頻度は上がってゆき、最終的には1～2%程度と報告されています。発症すると患者さんの生活の質を著しく下げ、治療抵抗性で対応に難渋することが多いため、骨壊死のリスク因子をできるだけ減らしておくなど、予防的な対応がとても重要です。

口腔内の衛生状態が悪いこと、不適合義歯の使用、骨修飾薬使用中の抜歯処置が発症の強いリスク因子です。

骨修飾薬に関連する顎骨壊死 早期発見のために

局所の二次感染によって初めて症状が生じることが多い
遷延する口腔内の疼痛や違和感、膿瘍、瘻孔形成や排膿
骨露出前にみられる初期症状として
下口唇を含む おとがい部の知覚異常（Vincent 症状）が多い

顎骨壊死の基本治療

- 1) 口腔ケア（洗浄・消毒など）
 - 2) 抗菌薬投与
- BP 製剤の中止により、骨壊死の改善がみられたというエビデンスはない（原則として中止は不要）

患者さん、ご家族への説明、指導のポイント



骨修飾薬の既往がある患者さんで、原因がわからず遷延する口内の痛みがある場合、顎骨壊死の前駆症状の可能性がありま
す。歯科医師に相談しましょう。

4 在宅療養中の口腔ケアの実際

在宅での口腔ケアは、歯科医療従事者による専門的な口腔ケアのほか、患者自身が行う口腔セルフケア、訪問スタッフによる口腔ケア、家族による口腔ケアがあります。いずれも口腔ケアが苦痛なく行えるように配慮することが重要です。

患者さんによる口腔ケア（セルフケア）

口腔ケアは患者さん自身によるセルフケアが基本です。

患者さん自身が歯みがきやうがいなどができるうちは、無理のない範囲で継続してもらいます。

ポイント：

- 歯みがきは毎食後に行うほうが良いとされていますが、難しいときには1日1回でも実施してもらいましょう。体調面で歯みがきが困難なときは、うがいだけでも行ってください。
- 効率よく口腔ケアを行うためには、その人に適した口腔ケア用品の選択を行うことも必要です。残っている歯数、義歯、口腔乾燥状態、体調（悪心や歯ブラシの把持力）、患者さんの支援者の有無を考慮して口腔ケア用品を選択すると、短時間でも成果が上がります。

セルフケアの基本は歯ブラシです

歯ブラシ選びのコツ

- ヘッドはなるべく小さめ（開口が難しい人にはワンタフトブラシを考慮）
- 毛先はナイロン毛（豚毛など動物毛は避けていただく）
- 毛の硬さは「ふつう～やわらかめ」（ブラッシング時に痛みのないもの）
- 柄はストレートで持ちやすいものを



家族による口腔ケア・セルフケア介助

- セルフケア介助

患者さん本人が行う口腔セルフケアは不十分なことがあります。患者さんができる範囲で口腔セルフケアを「継続」してもらえよう、家族のサポートが大事になります。

口腔ケアの声かけ

- 歯みがきやうがいをするように、患者さんに声をかける

口腔ケア環境整備（場のセッティング）

- ケアを行いやすいように、ケアの道具を準備したり、うがい薬を用意する
- 洗面台など、ケアを行う場所への移動を介助する など

- 口腔ケア介助

患者さん自身での口腔セルフケアは、体調の悪化や症状の進行により、少しずつできなくなることをご家族に理解してもらいましょう。

ご家族の負担にならない、できる範囲での口腔ケアを行っていただくだけで、口腔内の状況は改善します。歯みがきなどのケアが困難なときは、保湿を行ってもらうだけでも効果があります。

また、口腔内の状態に気を配り、観察してもらうだけで、口腔の変化、トラブルにいち早く気がついて、対応が後手にならないようにすることができます。



患者さん、ご家族への説明、指導のポイント

- 家族による口腔ケアは介護の負担にならないように
- 家族による口腔ケアは、現実的な方法と、無理のない回数が大事です。

訪問看護師、介護士による口腔ケア

在宅でのがん患者さんへの口腔ケアの中心になります。

在宅訪問時は、口腔の状況も「全身状態の一部」との認識を持って、口腔観察を実施し、アセスメントを行ってください。

適切な口腔ケアを行い、必要に応じて歯科に相談を行ってください。

口腔観察のポイント

① 口腔の状況を確認する前に：

ケアの前に患者さんの状態や反応を知ることが重要です。声かけをした際に、表情はどうか、口を動かせるか、声が出せるか、声の質はどうか、舌を前に出せるかどうか（あっかんべー）など。

② 口唇：

口唇が乾燥していれば、口腔内全体が乾いている可能性があります。口唇が切れていないか（開口時に痛めてしまうことがあります）左右の口角が赤くただれていないか（口腔カンジダの可能性あり）

③ 歯と歯肉：

歯垢（プラーク）は歯と歯肉の間（歯肉溝）周辺に付着しやすいです。歯肉の発赤、腫脹、歯のグラつきは？
齲蝕で歯が欠けて、歯の一部が尖っていませんか？

④ 口腔粘膜：

口腔粘膜に痂皮の付着や白苔はありませんか？
口腔乾燥は？粘膜に発赤やびらん、潰瘍は？

⑤ 義歯：

義歯の汚れは食べかすではなくほとんどが細菌です。
汚れた義歯はカンジダの温床になります。

⑥ 口臭：

口臭は清掃状態の指標にもなります。

口腔内をどうアセスメントし、それをどう対応につなげるかは、最も重要なところではありますが、同時に最も難しいところでもあります。看護師さんからのお話で多いのは「経過をみて良いのか、歯科医師・歯科衛生士に相談した方が良いのか、その判断がわからない」ということでした。

次頁の「口腔内アセスメント表」は、「歯科に相談すべきかどうか」を評価するためのものです。

口腔内アセスメント表

歯 肉	<input type="checkbox"/> 痛みなし	スコア 1
	<input type="checkbox"/> 違和感がある / 噛むと少し痛む <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする	スコア 2
	<input type="checkbox"/> 歯肉が腫れている / 赤くなっている <input type="checkbox"/> 歯ブラシをすると血がにじむ	
	<input type="checkbox"/> 痛くて噛めない <input type="checkbox"/> じっとしていても痛い <input type="checkbox"/> 口の中に膿の味がする	スコア 3
	<input type="checkbox"/> あごが痺れる あごが腫れている	
歯 牙	<input type="checkbox"/> 痛みなし <input type="checkbox"/> 時々しみる感じがある	スコア 1
	<input type="checkbox"/> 時々痛むがことがあるが噛める <input type="checkbox"/> 噛むと痛いところがある	スコア 2
	<input type="checkbox"/> 痛くて噛めない <input type="checkbox"/> 何もしなくても いつも痛い	スコア 3
義 歯	<input type="checkbox"/> 義歯は持っていない / 使っていない	スコア 1
	<input type="checkbox"/> 良好に使えている / 噛めている <input type="checkbox"/> 少しゆるいが使えている	スコア 2
	<input type="checkbox"/> 義歯が合わなくて噛めない <input type="checkbox"/> 義歯が痛い	スコア 3
粘 膜	<input type="checkbox"/> 痛みなし <input type="checkbox"/> しみる感じがある	スコア 1
	<input type="checkbox"/> 食事のときやケア時に触れると痛む場所がある	スコア 2
	<input type="checkbox"/> 痛くて食事ができない <input type="checkbox"/> 自然出血する	スコア 3
乾 燥	<input type="checkbox"/> 乾燥なし <input type="checkbox"/> 口腔内が少しネバネバする	スコア 1
	<input type="checkbox"/> 乾燥の自覚あり	スコア 2
	<input type="checkbox"/> 食事や会話が不自由なほどの乾燥あり	スコア 3
衛 生 状 態	<input type="checkbox"/> 口内に目立った汚れなし <input type="checkbox"/> 口臭なし	スコア 1
	<input type="checkbox"/> 口内の一部に汚れが残っている <input type="checkbox"/> 舌苔がある	スコア 2
	<input type="checkbox"/> 口臭が気になる	
	<input type="checkbox"/> 口内に大量の汚れがある	スコア 3
	<input type="checkbox"/> 強い口臭がある (近づいただけでわかるほど)	

「口腔内アセスメント表」の使い方

すべてのスコアが1

口腔内の管理は良好です。このまま現行のケアを継続してください。

1項目でもスコア2がある

緊急性は低いですが、口腔内のリスクが上がっています。口腔内に問題が起きかけていること、歯科往診が可能であることを患者さんやご家族にお伝えし、ご希望があれば歯科往診を依頼しましょう。

1項目でもスコア3がある

早急に歯科の往診を依頼してください。

コラム

歯科往診の費用は、 だいたいどのくらいでしょうか？

歯科の往診には、医療保険と介護保険が適用されますので、それぞれに定められた分の自己負担金がかかります。保健診療での歯科の往診は月に4回までとなっています。

また、訪問するためにかかった交通費を請求することが認められていますので、歯科医院によっては交通費が発生する場合があります。申し込む際に確認してください。

往診料の医療保険の自己負担金は、1割負担で850円、そのほかに行った歯科治療にかかる自己負担金は通常の歯科診療の際とほぼ同じ程度です(目安としては1割負担の方で、むし歯の治療(小さいもの):~1000円程度、入れ歯の調整:~1000円程度ですが、処置内容により大きく変わります)。

介護保険を利用された場合は、医療保険の自己負担金とは別に、介護保険の1割負担として月に350~2400円がかかります。

※ すべての医療機関(医療、歯科)での医療保険の月給合計が高額医療費の自己負担限度額を超えた場合は、後日自治体より還付されます。

在宅のご家族へのワンポイントアドバイス

「口腔ケアグッズ」

《舌ブラシ》



舌表面の汚れを掻き取ります。デリケートな舌粘膜を傷つけることなく清掃できます。とはいえ、力を入れ過ぎたり、回数が多すぎると舌を痛めますので、優しく清掃しましょう。

汚れの除去しやすさでは、ワイヤーにプラスチック毛が植立されているものの方がいいでしょう。



《歯間ブラシ》

歯ブラシだけでは除ききれない歯と歯の間のプラークの清掃に使用します。小さいサイズ（SSS）から試すようにしましょう。

歯間の大きさに合わせたサイズを選ばないと清掃効率が落ちるため、初めて使用する場合には、歯科医と相談してみましょう。



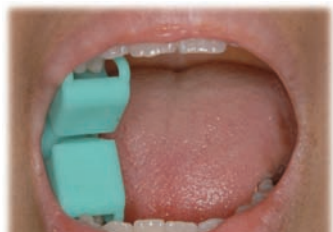
《タフトブラシ》

植毛部の非常に小さな歯ブラシです。口が大きく開けにくい人、粘膜炎などで、普通の歯ブラシだと粘膜に触れて痛い人などに非常に有効です。通常の歯ブラシでは歯が立たない歯牙に強固に固着した痂皮や出血塊を除去したいときも有効です。



《粘膜清掃用ブラシ》

スポンジブラシは粘膜の清掃に便利ですが、その都度交換しては、金銭的にも大変ですし、使い回すと衛生的な問題もあります。長く使用できる粘膜清掃用のブラシも便利です。



《開口器、バイトブロック》

長く口を開けている事は患者さんにとって辛いことでもあります。開口器やバイトブロックを使うことで、患者さんが楽にケアを受けることができることもあります。

使い捨ての手軽で安価なバイトブロックもあります。

在宅のご家族へのワンポイントアドバイス：「清掃のコツ」

《歯間ブラシ》



必ず鏡をみながら使しましょう。鉛筆を持つように持つと、操作しやすいです。

歯間部にゆっくり歯間ブラシを挿入して、前後に数回動かします。慣れるまでは鏡をみながら、どの角度でどの場所に挿入するのかわ確認しながら使用します。力任せに使うと歯肉を傷つけてしまいます。練習が大事です。

奥歯への挿入は口を大きく開けてしまうと、頬と歯の隙間が狭くなってしまいますので、口をやや閉じ気味にして挿入します。

《タフトブラシ》



細かい所や、奥まで届かせやすいブラシですが、細い柄に極小のヘッドのもので的確に磨くためには練習が必要です。

歯と歯の間、歯肉溝、歯列不整部位、知歯の周囲など、プラークが残りやすい部位に毛先を当てて、ゆっくりと振動させます。

やはり手鏡でブラシの毛先が適切な部位に届いているかを確認しながら磨くことがコツになります。

こんな歯ブラシもあります！（静岡がんセンターで開発された歯ブラシ）



歯ブラシが痛いのは、毛先が触れるからではなく、毛が植えてある台座が粘膜にぶつかって痛いことが多いです。静岡がんでは、粘膜炎などで口内に痛みがある患者さんのために、台座部分が非常に薄い歯ブラシを開発しました。

実際の口腔ケア（事例集）

※ いずれも歯科医師の診断の後に口腔ケアを行った事例です。

口腔乾燥

60代 女性 子宮頸がん

訴え：口が乾いている 汚れがこびりついて取れない



初診時口腔内所見：

強い口腔乾燥あり、口蓋や舌背部には、乾燥して強固にこびりついた汚れがありました。粘膜全体に、白苔の付着がありました。介護者サイドの口腔ケアで、保湿剤を頻繁に塗布されていましたが乾燥が強く、症状の改善はみられなかったとのことでした。

準備した口腔ケアの道具

- 保湿剤
- ワンタフトブラシなど

介護者の口腔ケア

- 保湿の励行：軟膏タイプの保湿剤は乾燥が強いと粘膜上に堆積する恐れがあったため、白ごま油の塗布を中心に保湿を行ってもらいました。



歯科衛生士の口腔ケア

- 保湿して乾燥した粘稠な汚れをふやかしながら、少しづつ除去しました。
- スポンジブラシでは固着した汚れは除去できないため、ワンタフトブラシなども使用しました。

2～3回の歯科衛生士の介入により、粘膜にこびりついた汚れは完全に除去できました。口内の違和感も改善し、経口摂取も若干改善がみられました。粘膜を乾燥させないように、白ごま油での保湿は継続いただくようお願いしました。

※ 保湿剤を塗布するときの注意点：

乾燥が強い患者さん、口腔内の自浄作用が低下している患者さんは、ただ保湿剤を塗布するだけでは、粘膜上に残留した保湿剤が層になり、嫌気性菌や真菌の繁殖を増加させてしまうリスクにつながります。保湿剤を塗布するときは、前回塗布した保湿剤が粘膜に残っていないか確認し、残っているときは残留物を拭ってから新しい保湿剤を塗布するようにしましょう。

舌苔と口臭に対する口腔ケア

60代 男性 食道がん術後

全身状態は低下し、誤嚥による肺炎を繰り返している 絶飲食中
訴え：口内が気持ち悪い（不快感）、喋りにくい 口臭が気になる



初診時の口腔内所見：

重度の口腔乾燥により、肥厚した舌苔が付着しています。

準備した口腔ケアの道具

- ブラシ、舌ブラシ
- 重曹または過酸化水素水
(有機物を融解し舌苔を除去)
- 保湿剤
白ゴマ油、アズノール軟膏



介入2週間後、舌苔の量は減少し、口腔内は湿潤しています。

歯科衛生士の口腔ケア

- 十分に保湿して舌苔を浸軟させます。
- 強固に付着した舌苔は、2% 重曹水、または3% 過酸化水素水などで融解させると除去しやすくなります。

介護者の口腔ケア

- 保湿を中心とした3回/日のケアを実施します。強い乾燥には無味無臭の白ゴマ油を粘膜全体にごく少量塗布すると、良い効果が得られることがあります。
- 舌ブラシを用いると、舌苔の清掃は容易になります。



介入4週間後には舌苔はほぼ消失、湿潤状態が維持できています。

口臭も改善され、味覚の回復も得られました。

一度できれいな口腔にしようとする患者、術者ともケアが負担になります。

一回のケアの時間は短めに、こまめに複数回かけて少しずつ清掃していくことでお互いに苦痛のないケアを実施することができます。

強い口腔乾燥

70代 男性 前立腺がん

訴え：口が乾いて夜中に何度も目が覚める

口腔内所見：

清掃状態はさほど悪くないが、常に開口状態で、口腔内は強い乾燥あり。

対応：

上体を起こすのも大変なため、頻回のうがいは困難な状態でした。
各種保湿剤を用いた、介護者サイドによる保湿を中心に対応しました。

保湿を続けたところ、若干の症状の改善はありましたが、まだまだ十分とは言えない状態でした。強い乾燥の一因に、常に開口状態で口腔の水分は蒸散しやすいことが考えられ、対応が必要と思われました。

開口状態持続による口腔乾燥への対応

- マスクをすることで口腔からの水分蒸散防止をはかります。
(マスクは大きめでゴムはゆったりと耳にかける)
- 枕の位置に問題があることもあります。頸部が後屈していると開口しやすくなります。

医師や訪問看護師に相談して、よいポジショニングを検討します。

- まれではありますが、顎関節が脱臼して閉口できないこともあります。あまりに長時間大きく口を開けているときは顎関節の状態にも留意します。



介護者サイドの頻回の保湿に加え、マスク装着による水分の蒸散防止をはかることによって、口腔内の乾燥感は緩和し、夜間の覚醒の回数も減らすことができました。

部屋の湿度も関わっていることがあります。加湿器を使用したり、枕元やベッドの手すりにぬれタオルをかけたり、加湿を工夫をしてみましょう。状況に応じてネブライザーの使用も検討してみましょう。

意識がある程度保たれているときは、小さい氷のかけらを口腔に含むと乾燥感が落ち着くことがあります。また氷が溶けることで保湿され口腔ケアも容易になり、口腔粘膜や舌、咽頭についた痂皮も短時間でとることができます。氷は本人が好む味（お茶やジュース、カキ氷など）に味付けしてもよいでしょう。カテキン茶であれば口臭予防効果もあります。

カンジダの口腔ケア（典型例）

70代 女性 大腸がん 術後・化学療法後

訴え：口内が急にぴりぴりと痛くなった 口腔内全体に白い汚れがある



初診時口腔内所見：

粘膜全体に、白苔の付着がありました。白苔は生食綿球などで拭くと除去できるのですが、除去した部分はびらんとなって出血し、痛みがありました。

準備した口腔ケアの道具

- 抗真菌薬
- 保湿剤

歯科衛生士の口腔ケア

- 保湿指導、義歯管理指導
- 抗真菌薬（フロリドゲル）塗布

ご自身での口腔ケア

- 保湿の励行
- 義歯の清掃管理



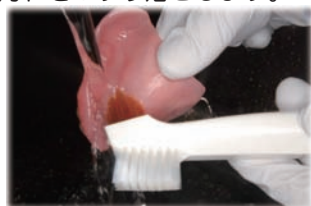
翌日には白苔が著明に減少し、3日後には白苔は完全消失、口腔内の痛みや苦味などの症状も消退しました。

口腔の清掃不良、乾燥によりカンジダは再発しやすいことを指導し、セルフケアは継続いただくようお願いしました。

義歯はカンジダの温床！ 管理・取り扱い方法が重要です！

- 基本的に義歯は覚醒時に装着し、就寝時は外します。
- 義歯は義歯用のブラシで磨き、義歯洗浄剤に入れて（通常は就寝時に）浸け置き洗いをします。朝装着するときも、もう一度義歯ブラシで磨いてから装着しましょう。
- 習慣などで就寝時も義歯を装着する患者さんの場合には、昼間の食間など6時間程度を目安として「義歯を外す時間」を作ることを検討しましょう。

義歯は流水下に義歯用ブラシを用いて、汚れをこすり落とします。



義歯は、水を入れた義歯保存ケースで保管します。義歯洗浄剤も使用します。



粘膜炎がある患者さんの口腔ケア（カンジダ感染）

70代 男性 肝臓がん 術後・化学療法後

訴え：口角炎がずっと治らない

口内がガサガサして不快、食事がしみて痛い・食べにくい



初診時の口腔内所見：

重度の口腔乾燥があり、粘膜は全体的に発赤しています。舌の裂溝は深く、両側の口角はびらんを形成しています。

準備した口腔ケアの道具

- 抗真菌薬
- 保湿剤

病態からは、口腔カンジダ感染が強く疑われました。

- 口角炎に対しステロイド軟膏が処方されていました。担当主治医と相談しステロイド薬剤を中止しました。
- 保湿を中心としたケアを行いました。ハチアズレ+グリセリンの含嗽剤で、頻回に含嗽を行ってもらいました。
- 不衛生な義歯はカンジダのリスクです。義歯の清掃管理の指導も行いました。
- 抗真菌薬（フロリードゲル）の使用を開始しました。



介入後、4日程度で長く続いていた口角炎は消失、痛みなどの症状もなくなりました。

カンジダは再燃しやすい病態です。再燃予防のために、口内清掃、保湿、義歯の管理は継続してもらうよう指導しました。

※（典型例ではない）カンジダを疑うポイント

- 口腔粘膜の乾燥、衛生状態の不良がある
- 口内が常にぴりぴりと痛む 食事がしみる
- 味覚がおかしくなった、食事が苦く感じられるようになった
- 両側性で、なかなか治らない口角炎がある

出血のある患者さんの口腔ケア

60代 女性 急性骨髄性白血病 化学療法後

訴え：口内の出血が止まらない



初診時の口腔内所見：

口腔清掃は全くされておらず、大量の汚れや壊死組織が堆積しています。歯肉は腫脹・増殖し、粘膜は発赤し、溢出性の出血があります。

準備した口腔ケアの道具

- ワンタフトブラシ
- 生食綿球（小さめのもの）
- 保湿剤



歯科衛生士のケア：

- 痛みのある粘膜に触れないよう、歯牙をワンタフトで歯を清掃、汚染物質をできる範囲で除去しました。
- 粘膜は痛みや出血を起こさないよう、生食を浸した小さい綿球で、圧をかけないようにゆっくりと汚れを拭きました。



セルフケアが困難であったため、歯科衛生士による愛護的な清拭・ケアを毎日実施しました。

写真は介入4日目の状態です。衛生状態の改善に伴い、局所の炎症所見は徐々に改善、歯肉の腫脹も軽減し、出血も大幅に改善しました。

再燃を防ぐために、ご家族による毎食後のうがいと、1日1回の歯ブラシを継続していただくよう指導しました。

※ ポイント：

- 感染による易出血性は、清掃状態の改善により緩和します。
- 口腔ケアは痛みや出血を引き起こさないよう、愛護的に行います。粘膜炎のある部位は、こすったりせず、無圧で拭う程度にとどめます。歯ブラシも疼痛部位に触れないようワンタフトブラシなど小さいものを。
- 疼痛が強いつきは、レスキューなどで疼痛の閾値を上げてからケアしてください。キシロカインなどを粘膜に使用するのも効果的です。
- ケアは患者さんの体調や状態をみながら、1回で終わらせようとせず少しづつ行っていきましょう。

歯肉の腫脹・疼痛・出血が気になる患者さんの口腔ケア

50代 男性 大腸がん 抗がん剤治療後

訴え：歯肉が腫れて痛い 食事が噛めない 歯肉から出血する



初診時の口腔内所見：

歯頸部歯肉は腫脹し、歯肉溝から出血・排膿がありました（矢印）。歯の動揺も認めました。歯周病患者特有の排膿臭がみられました。

準備した口腔ケアの道具

- 歯ブラシ、歯間ブラシ
- スケーラー

歯科衛生士の口腔ケア：

- プラーク、歯石の除去
歯ブラシ、歯間ブラシでプラークの除去を行い、歯石も除去しました。
- セルフケア指導
適切な清掃方法を指導しました。

歯科医師の口腔処置

- 歯が動揺していると痛くて噛みにくいとのことでした。歯と歯を樹脂で接着、応急的に固定しました。
- 歯肉溝内に抗菌薬軟膏を使用しました。



数日後のチェックの際には歯肉炎は消退し、出血もほとんどみられなくなっていました。今後もセルフケアを継続いただくよう指導しました。

※ 放置されていた歯の慢性感染病巣が、全身状態の悪化や口腔環境の悪化により急性化したものです。歯科治療は在宅でも可能なものがあります。全身状態をみながら、歯科治療方針を臨機応変に考えます。

歯肉の腫脹・疼痛・出血が気になる患者さんの口腔ケア

50代 男性 膵臓がん 抗がん剤治療後

訴え：歯肉が腫れぼったく、噛むと少し痛いので食事がしにくい
歯ブラシをすると歯肉から出血する 口臭が気になる



初診時の口腔内所見：
歯間部に大量のプラークが付着し、
歯肉は腫脹し、易出血性でした。
歯周病患者特有の排膿臭がみられました。

準備した口腔ケアの道具

- 歯ブラシ
- 歯間ブラシ



歯科衛生士の口腔ケア：

- 徹底的なプラークの除去
歯ブラシと歯間ブラシでプラークの除去を行いました。
- セルフケア指導
歯肉出血は歯周病由来であり一時的なものであること、口腔清掃の徹底によりブラッシング時の出血は消失することをお伝えし、適切な清掃方法を指導しました。

歯科衛生士の口腔ケア

- 倦怠感や嘔気、その他身体的な問題によって、セルフケアは難しくなります。

数日後に口腔内の状態、セルフケアの状況をチェックします。

ご自身での口腔ケア

- 適切な道具、方法による毎食後のブラッシングの励行

※ セルフケア励行により、数日後のチェックの際には歯肉炎は消退し、出血もほとんどみられなくなっていました。今後も清掃を継続いただくこと、口内にまた症状が出た場合は、ご連絡いただければすぐ対応することをお伝えしました。

義歯の不具合

60代 男性 肺がん

訴え：入れ歯が合わない 歯肉が痩せたので義歯が合わない
噛むと痛い すぐ外れる

口腔内所見：口内は総入れ歯。粘膜に義歯による褥瘡はなかったが、義歯はすぐ脱落し、痛みがある。乾燥が強い。

義歯は唾液があることにより粘膜と吸着するため、口腔乾燥が強いと吸着が低下し、また義歯による痛みが起りやすくなります。

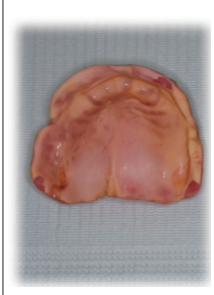
義歯の粘膜面に保湿剤をたっぷり塗布した状態で装着してもらうと、吸着が向上し、咀嚼時の痛みが緩和することがよくあります。

対応：義歯裏面に保湿剤を塗布して装着したところ「痛くない、しばらくこの状態で使ってみたい」とのことでした。

その後：義歯をもう少し安定させたい。新しく作り直したいが、作成するには2週間から4週間程度かかり、その後も調整が必要と説明されたが、そんなに時間はかけられない、と訴えられました。

対応：義歯は調整により不安定部分をある程度解消できる旨お伝えし、歯科医師に義歯の調整を依頼するようにお願いしました。

ベットサイドで30分程度の歯科応急処置（義歯裏面への軟性裏層材の貼付）により、咀嚼が安定し経口摂取が楽になったと喜ばれました。



適合の悪い義歯

義歯裏面への軟性裏層材を貼付し、適合を改善

在宅療養中の義歯について 「義歯の使用を諦めてはいませんか？」

患者さんが義歯を外したままで、使うことを諦めていませんか？

義歯は使用しないで外していると、どんどん合わなくなります。

「合わないから外してしまう」のではなく、「なぜ合わないのか」を探りましょう。義歯が装着できれば、患者さんの会話や食事が改善するかもしれません。歯科医師、歯科衛生士に積極的に相談してみてください。

口腔内は、良好に機能することによって初めてよい状態を保つことができます。しっかりと咬合、咀嚼することで、自浄作用が働き、唾液の分泌は促進され、正常な嚥下反射が惹起されます。

いくらがんばって口腔清掃を行い、保湿しても、機能していない口腔内は細菌が増殖しやすく、乾燥しやすく、誤嚥のリスクも高くなってしまいます。

ご本人・ご家族に義歯に関しても情報を提示しましょう！

- 義歯は発語と咀嚼だけでなく、表情形成、審美性などの社会性改善のためにも重要です。
- 口腔機能の改善は、誤嚥のリスク軽減にもつながります。
- 義歯は在宅でも修理・調整することが可能です（知らない方も結構いらっしゃいます）。
- 新しく義歯を作成しなくても、粘膜調整剤の使用などで、負担少なく義歯の不具合は改善することができるかもしれません。

なるべく義歯安定剤の使用は控えて！！

義歯安定剤の難点は、義歯を外したあとのお手入れです。粘膜のヒダにこびりつき、除去にひどく時間がかかります。安定剤をつけっぱなしで就寝されたり、数日放置してしまうと、非常に汚染された状態になってしまいます。

義歯の適合不良には、できれば義歯安定剤は一時的なものとして、歯科医師による軟性裏層材の貼付などの調整を考えてください。またどうしても継続して義歯安定剤を使用する場合には、粉末タイプの義歯安定剤を選んでいただくと、使用後の清掃が楽になります。

口内の痛み

60代 女性 乳がん 骨転移

訴え：右下臼歯部が痛む 数年前に抜歯したところ右おとがい部の痺れがある



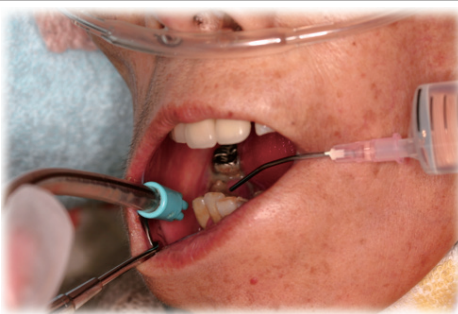
初診時の口腔内所見：
右下顎臼歯部は腐骨が露出し、
排膿が著明で強い口臭がありました。
ビスフォスフォネート製剤の
既往がありました。

準備した口腔ケアの道具

- 洗浄針
- 吸引セット



含嗽だけでは、貯留した膿汁
の除去が困難な場合があります。
在宅吸引が可能であれば、
洗浄針を用いた自己洗浄を行
うのも一つの方法です、
また洗浄に加えて、抗菌薬の
長期投与も歯科医師に検討し
てもらふ必要があります。



口腔内清掃（洗浄針による洗
浄）と、抗菌薬の投与により、
排膿は減少し、臭いも和らぎ、
痛みも緩和してきました。

顎骨壊死は治癒に難渋する病
態ではありますが、口腔内の
管理によって、症状の緩和、
病態進行の予防が可能であると
考えます。

まとめ

口腔ケアによって、在宅療養中のがん患者さんに起こるすべてのお口の訴え、つらさが解決できる訳では、もちろんありません。しかしそこであきらめず「少しでも経口摂取できないか」「ちょっとでも喋りやすくする方法は」など、患者さんに「何かできることはないか」を常に考えていく気持ちは大事だと思います。口腔ケアを行うことで、満点ではないかもしれませんが、口腔症状の緩和を得ることが多々あります。

適切な口腔ケアによる口腔の衛生管理は、すべてのがん患者さんにとって大切です。口腔ケアを通して、少しでもがん患者さんの口腔の不快症状を取り除き、口腔を良好な状態に維持するよう努めること、「食べる」ことや「話す」ことを支えることは、在宅療養の質を高め、生きる力を支えることにつながります。

口腔ケアを日常的なケアとして積極的に導入することで、患者さんのQOLの維持・向上が期待できます。そのためにはがん終末期のチームにも歯科衛生士が参画し、看護師の口腔ケアに歯科医師・歯科衛生士のケアも並行して行うことが、ケアの質向上につながると考えます。

私たち歯科医療従事者が、がん治療のチームの一員となり、がん患者さんの口腔を支えることで、がん治療開始からがん終末期まで「口から自然な形でおいしく食べる」ことを支援し、より良いがん治療を実現させることは、歯科にとっての新たな社会的使命と考えています。エビデンスと情熱のバランスをしっかりと取り、がん患者さんの口腔を、最後まで支えていければと考えます。

参考文献

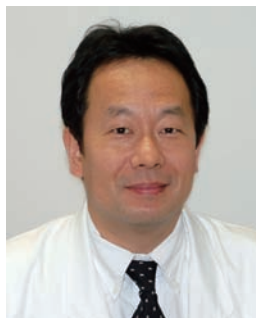
- ・ 全国共通がん医科歯科連携講習会テキスト 第一版:平成24年度厚生労働省・国立がん研究センター委託事業:国立がん研究センターがん対策情報センター編:2013年
- ・ MASCC: Multinational Association of Supportive Care in Cancer のガイドライン
- ・ American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws: J Oral Maxillofac Surg.65:369-376,2007
- ・ Sonis ST et al: Oral complications of cancer therapies. Pretreatment oral assessment. NCI Monogr, (9): 29-32, 1990
- ・ トワイクロス先生のかん患者の症状マネジメント:医学書院 (武田文和監訳)
- ・ 症状で選ぶ! 抗がん剤・放射線治療と食事のくふう:山口 建(静岡県立静岡がんセンター総長) 監修:静岡県立静岡がんセンター・日本大学短期大学部 食物栄養学科 編
- ・ 口腔の緩和医療・緩和ケア〜がん患者・非がん疾患患者と向き合う診断・治療・ケアの実際:杉原一正・岩渕博史 監修、大田洋二郎・阪口英夫・平野浩彦 編集

参考になるウェブサイト

- ・ がん情報サービス (がん対策情報センター)
<http://ganjoho.jp>
- ・ National Cancer Institute Home Page
<http://www.cancer.gov/>
- ・ サバイバーシップ 〜がんと向き合って〜
<http://survivorship.jp/>

謝 辞

厚生労働省がん研究開発費的場班の班員でありました、静岡県立静岡がんセンターの大田洋二郎先生は、去る2013年6月29日にご出張先のドイツで急逝されました。



大田洋二郎先生は、がん治療における歯科支持療法をライフワークとされていました。

歯科医療従事者ががん治療チームの一員となることで、がん患者さんが「しっかりと口から食べることを支え、がんの治療開始前から終末期まで、患者さんの療養中の生活の質をできるだけ高く維持するお手伝いをする、そのようながん医療が当たり前になるような社会基盤を作りたいと、日々がん医科歯科連携の推進のために全国を飛び回り、その夢を一步一步確実なものにしてこられました。

本マニュアルは故・大田洋二郎先生の「口腔を通して、がん患者さんの生活を支えたい」という思いを引き継ぎ、歯科医療の介入がまだ少ないと思われる、在宅療養中のがん患者さんをサポートするためのツールとして作成いたしました。

がん医科歯科連携の先駆者として多大な功績をされました大田洋二郎先生に、この場をお借りして改めて感謝と哀悼の意を表したいと思います。

的場 元弘
上野 尚雄

MEMO

在宅療養中のがん患者さんを支える 口腔ケア実践マニュアル

2014年3月20日 第1版 発行

<編集>

的場 元弘 独立行政法人国立がん研究センター 緩和医療科 科長

<執筆>

上野 尚雄 国立がん研究センター 歯科 医長

中村 奈都美 国立がん研究センター 歯科 歯科衛生士

佐藤 美由紀 東北労災病院 歯科 歯科衛生士

<外部評価委員>

深井 穂博 日本歯科医師会 理事

五島 朋幸 地域ケアを実践する ふれあい歯科ごとう 代表

藤本 篤士 医療法人溪仁会 札幌西円山病院歯科 歯科診療部長

江戸 美奈子 北海道がんセンター 歯科口腔外科 歯科衛生士

鈴木 美帆 静岡がんセンター 歯科口腔外科 歯科衛生士

倉持 雅代 浅草医師会訪問看護ステーション 緩和ケア認定看護師

<発行>

がん研究開発費

「がん患者の緩和療法の開発と多施設共同研究システムの構築に関する研究」
(23-A-29) 主任研究者 的場 元弘

<制作>

中條 弘子 株式会社オフィス・ナカジョウ

奥田 晋司 合同会社リエゾン