

連載
ことばの
口のリハビリテーション事始
第5回
状態アップに必要な義歯
歯にまつわる言語聴覚士の疑問・質問
加藤 武彦 加藤歯科医院 院長 (歯科医師)



●●●●●加藤武彦氏 プロフィール●●●●●
昭和36(1961)年、東京歯科大学卒業。昭和39(1964)年、横浜市港北区にて開業。現在に至る。開業の傍ら、口腔ケアの重要性、経口摂取移行により着実に全身回復が進む症例を多数経験。在宅で病气などにより歯科に来院できない人、病室で長期療養する人、介護施設で暮らす人の生活に思いを馳せる。昭和50(1975)年頃から単独、車のトランクに診療器具一式を入れて在宅歯科往診の活動を開始。以来、約40年間、週末はほぼ休みなしで全国を駆け回っている。高度な技術に裏打ちされた痛みやすい義歯製作には定評がある。加藤塾(全国訪問歯科研究会)主宰、全国に愛弟子多数。

言語聴覚士の視点で現場を見る

口腔の機能に障害のある患者さんに対して義歯を装着する場合には、摂食・嚥下に取り組んでいる言語聴覚士さんたちとの協働が必要になるケースが多くあります。

実は以前、島根県松江市で言語聴覚士を対象として開かれた講演会のあとに、「なんでも言い合える会」と銘打って、歯科医と言語や摂食・嚥下の問題とともに働いている言語聴覚士の皆さんと忌憚のない意見交換の会を持ちました。その時には、互いに質問、疑問が飛び交ってとても有意義な会となった記憶がありました。

そこで今回、新たに山陰言語聴覚士協会会長の竹内茂伸氏にお願いし、この摂食・嚥下や義歯の問題で日頃われわれ歯科医とともに患者さんに対

応している同協会会員の皆さんから、歯科医との連携で感じている問題点を集めていただき、それをもとに、私が歯科医の立場からお答えすることを思いつきました。歯科医と協働する機会の多い言語聴覚士の方々の視点で現場を見ることも必要だと感じています。

●言語聴覚士から歯科医へ……

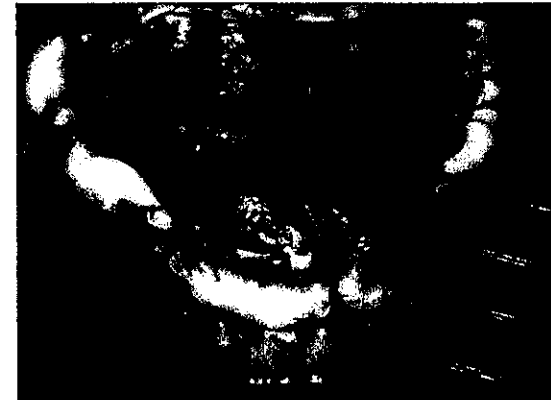
Q1 義歯は作ってもらったけれど、
食事に使用できないことが多いのはなぜ？

加藤 残念ながら、おっしゃる状況が多いことも事実です。この超高齢社会で80歳、90歳、はたまた100歳の患者さんの歯を診る機会も増えましたが、そうした方々では、顎堤^{がくたい}*1といわれる部分に骨吸収^{こつしゅう}*2という症状が起り、多くの場合、それが大変進行しています。その進行度は上顎と下顎で異なり、下顎の顎堤の頂上のアーチよりも、上顎の顎堤の頂上のアーチのほうが小さくなります。

※1 歯がなくなり、歯肉だけになった部分。歯槽境ともいう。
※2 骨の量が時間の経過とともに少なくなっていくこと。



症例1 100歳、義歯使用歴40年。往診で義歯安定剤を頼りに食事をしてきた(写真左)が、上顎の骨が減り(写真中)、義歯を入れてもすぐ落ちてしまい、苦しむ。下顎の顎堤は平らで義歯の吸着が困難(写真右)



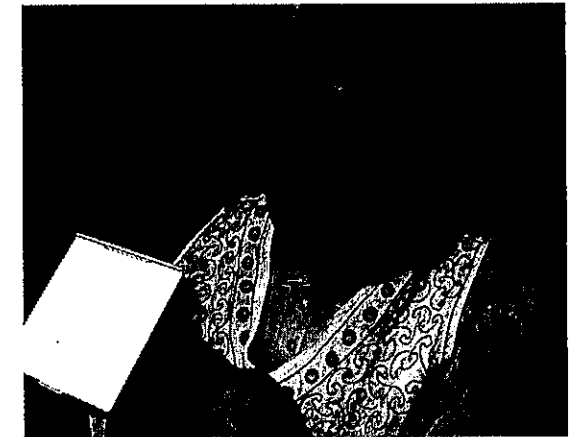
デンチャースペース義歯では失われた骨を厚い義歯床で補い、周囲から抱き込んでいく



真っ平らな顎堤でも、元あった組織を補えば吸着が得られる



天然歯が生えていた位置に人工歯を排列したデンチャースペース義歯



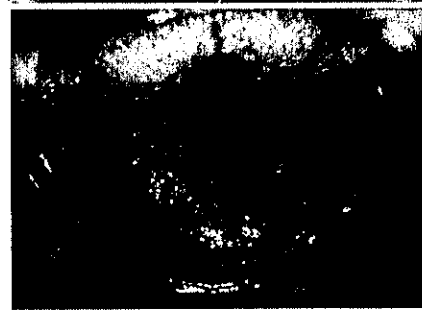
こちらの義歯のほうが喜んでいただけました。テストフードを終え、喜びの笑顔

このため、義歯を製作する際にはアーチの異なる上下の歯がうまく咬み合うようにと、人工歯を、元々天然歯の生えていた位置よりも内側に排列(配列の意)しなければ安定しないという従来の

学説が教育され、義歯も通常、その考え方に則して製作されます。症例1の方のように、骨吸収の強い方においては、歯列に囲まれた舌房^{ぜつぼう}と呼ばれる舌の収まるスペースが極端に狭くなります。そ



別の症例
(左右4枚)
上顎の歯
槽頂のアー
チ(写真上)
と、下顎の
歯槽頂のアー
チ(写真
下)。上下で
大きさに差
がある



力学的安定
を重視し、歯
槽頂上に人工
歯を排列した、
従来去て製作
された上下顎
義歯(写真上)
と、装着した
様子(写真下)
と、装着した
様子(写真下)
上顎義歯の
人工歯が元の
天然歯の位置
より内側に並
ぶので、舌房
(舌の入るスベ
ース)が狭く
なり、舌の機
能を阻害する

れで患者さんの満足度が下がり、「使えない」といわれてしまうのではないかと思います。

そうならないために私は、義歯床を高くすることで吸収され失われてしまった骨量を補い、義歯の人工歯を天然歯が元々生えていたのと寸分変わらない位置に排列する「デンチャースペース義歯」をいち早く臨床に用いて成果を上げております。

従来型の製法による義歯では、その支持と維持を上下の顎堤のみに求めることとなりますが、デンチャースペース義歯のテクニックのよいところは、歯列の内側からは舌がその舌圧で支え、外側からは口輪筋と頬筋の筋圧がそれぞれ義歯を押さえる形ができ、これらの筋圧の中立地帯に義歯を作りますので、この3方向からの力を義歯の安定の助けとすることができるところにあります。3つの圧により義歯の周辺一帯が無理なく押さえ込まれ(辺縁封鎖といいますが)、義歯がうまく口の中に収まり、頬や唇を動かし、舌を持ち上げても義歯が動かない安定した状態(吸着といいますが)が得られるのです。「顎堤条件が悪いから食べられない」

ということはないと思うのですが、デンチャースペースの考え方はまだ多くの歯科医の間で臨床に取り入れられていないのが実情です。

●言語聴覚士から歯科医へ……

Q2 1回の調整で治療が終わりになってしまう。食べられるところまで診てほしい。

加藤 本当にSTさんたちのいうとおりです。普通の歯科医は健常者を診療室で診ていますので、障害を持って介護を受けている人に「リハビリテーションの装具として義歯を入れる」という考え方は希薄です。ですからこのような時には、歯医者さんに皆さんから「食べる場所を診てほしい」と提案をしていただき、患者さんがいかに苦労して義歯を使いこなそうとしていらっしゃるかを直視してもらうことが、近道だと思います。

残念ながら、歯科医学にリハビリテーションの学問が入っていないのです。学問が「義歯をどのようにして作るか」までで終わっており、「作った義歯を使って患者さんの『生活再建』をどのように支援していくか」という、リハビリテーショ

ンの本質的な視点が欠けているのではないかと感じます。

たとえば、吸着を得られた義歯で咀嚼を行いますと、噛み合わせの位置(顎位といいますが)が徐々によい位置へと移動します。私はこの現象を「顎位のリハビリテーション」と呼んでいます。

このとき、たいていは粘膜に当たりが出ます。原因は、上下顎に装着した義歯の噛み合わせの面(咬合面といいますが)のズレなので、咬合調整で対応しながら、顎位の安定する状態を探していきます。ここで、「少し痛いから」といって、当たったところを削ってしまうと、義歯は吸着・安定しなくなります。

この現象はだいたいセット後一両日で起こりますので調整が重要です。入院中の患者さんや在宅の方では、当たりの現象が起こったときに痛ければ外す以外に方法はありませんので、「作った義歯が使い物にならない」というのもこれが原因だろうと思います。セラピストの皆さんは義歯セット後のこうした調整をぜひ歯科医にお願いしていただきたいと思います。

●言語聴覚士から歯科医へ……

Q3 認知症の患者さんです。セットした義歯の噛み合わせが悪く「右側が高い」からと、ヤスリで削ってしまいました。

加藤 セットした義歯を「右側が高いから」と、患者さんがヤスリで削ってしまった。そこで歯科医が「これでは安定が悪い」と左側を削ってバランスをとった。この事実をどう読み取るかです。

患者さんは多少認知症が始まっていて、若い時の職業は自動車修理。脳梗塞の後遺症で右側に片麻痺があり、利き手を左手に交換、歯も同様に左側のみで噛んでいたため、下顎の義歯が左側にずれ、右側の下顎顎堤の内側に当たりが出て痛みを

感じたのだらうと思います。その「痛み」を「右側が高い」と理解した患者さんは、「昔取った杵柄」と、ヤスリを取り出し削ったと思われます。

対して「これでは安定が悪い」と思った歯科医は、反対側の人工歯を削ってバランスをとったつもりですが、よい咬合関係にはならず痛みの解消に至りませんでした。

私なら、削られた咬合面を人工歯と同様の材料で再度盛り上げ、歯牙の形に形成した上で、左側で噛んだときに当たる右側の下顎の義歯の内面、舌側の当たりを削った後、左側でも右側でも噛めるように調整します。そうすれば、患者さんは、痛いところもなく、従来の噛み癖である右側でもよく噛めるようになるはずです。

認知症が多少始まっている患者さんが伝えようとしていることの意味の理解に努め、術者として十分な性能を発揮しなければなりません。左右を間違えることはなくても「痛い」原因が、「片側が高いせいだ」と感じることは往々にあることです。特に障害を持っている患者さんや認知症のある患者さんと接する場合には、ストレートに表現された言葉の一つひとつを深く吟味し、患者さん側から発信された意思をきちんと受け止め、対応する「受信機」としての機能をわれわれが身につける必要があると思います。

●言語聴覚士から歯科医へ……

Q4 入院期間の短縮化を図る意味からも、入院期間中に義歯を治してほしい(症例2)

加藤 確かに診療室での義歯の製作過程は、①印象採得、②咬合採得、③人工歯配列、④試適、⑤重合、⑥セット——と、正式には時間がかかるものです。これを技工所に依頼して製作しますと、各課程を1週間として約1か月はかかります。

私は、診療室においても、今まで使っていた義

連載 口のリハビリテーション事始

いことになるわけで、噛むことによる脳への刺激が伝達できないことは、顎が「寝たきり状態」にあるといえます。

まだ咀嚼の段階までいかない患者さんに対し、口唇を閉鎖するツールとして、また、自己唾液を嚥下するのに、上下の義歯による咬合の回復が重要であることが徐々にわかってきました。義歯がないために開口し、自己唾液が嚥下できないために口腔乾燥を起こし、ひいては口腔の廃用が始まると考えてよいと思います。今は可能な限り条件が整えば、早い時期から義歯を入れてもらっています。東名厚木病院の看護師長である小山珠美さんは、「急性期でも早い時期から口から食べることが患者さんの全身回復への第一歩」という信念のもと、積極的にこの取り組みを推進しておられます*4。

●言語聴覚士から歯科医へ……

Q6 入れた義歯を機能させる口腔ケア、口腔リハビリテーションは？

加藤 歯科には、リハビリテーションという学問がありませんので、「手順通りに義歯を作れば使ってもらえるものだ」と信じている歯科医が多くいるのが現実です。そして、入院中の患者さんや介護を受けているお年寄りは、急性期の一時期は麻痺があったり拘縮が出たりしていますが、だんだんと口腔機能が回復してきます。

しかし、義歯製作のための型取りをして義歯を完成させ、装着しても、その日から噛めるということはほとんどあり得ません。義肢装具を例にとっても、装着後には義肢装具士と理学療法士などの介助により、処方した装具が歩行に役立つところまでリハビリテーションをしてはじめて、身体

の一部として自律歩行が可能になりますが、義歯もまったく同じです。

義歯装着後、それが健常者であれば、リハビリテーションをしなくても使えますが、障害を持っている患者さんに対しては、咀嚼、会話、発音など、その義歯を自分の身体の一部として機能させるためのリハビリテーションを行わなければなりません。義歯が入るまでの間は口腔がしっかり機能していなかったため、口腔内は極端に乾燥し、ひどく汚れています。「くるリーナブラシシリーズ」等を用いて口腔ケアを十分に行います。そして、食物の通過する道である口腔、咽頭を清潔にした上で、自己唾液の分泌を促すべくリハビリテーションを行い、食物の通りがよくなる環境を整える必要があるわけです。

その後、麻痺や拘縮や過敏によって使われなくなった口腔周囲（舌、口唇、頬……）に対し、他動的なリハビリテーションを行い、「食べられる口」という環境づくりを十分に行います。口唇閉鎖ができないと、口腔内を飲み込みに必要な陰圧にすることができませんし、舌が動かないと、歯列の上に食物を乗せられません。嚥下時に必要な舌圧も出せません。

このように、義歯が十分に機能するためには、口腔周囲の組織の機能回復がぜひとも必要です。この機能回復に関しては、義歯を使うためにどの程度の回復が必要かという技術を、言語聴覚士の方々にぜひ獲得していただきたいと考えます。そのような環境がひと通り整った上で、義歯を入れて咀嚼するということが、口腔機能の回復のための自律的な口腔リハビリテーションに欠かすことのできないステップであると強く感じます。☺

*4 「実践で身につく！ 摂食・嚥下障害へのアプローチ——急性期から「食べたい」を支えるケア技術」（監修：小山珠美、芳村直美 学研メディカル秀潤社、2012.9）

口に障害をもった患者を誰が支援するのか

—栗原正紀論文「口のリハビリテーションのすすめ」に
—歯科医として答える—

横浜市港北区開業

加藤武彦

Takehiko Kato

●歯科医への厳しい問いかけ

本誌の101巻5号～102巻1号（2003年5～7月号）にかけて、栗原正紀先生（近森リハビリテーション病院院長）の「口のリハビリテーションのすすめ」という論文が連載されました。その第1回の最後に記された「歯科医の方々へ問いたいこと」という文章は、私たち歯科医療人にとって非常に厳しい問いかけであると感じました。この問いにどう答えるかは、超高齢社会を迎えた日本の歯科医療のあり方を描く作業に等しいと思います。力量不足を承知のうえで、私なりの答えを述べさせていただきます（以下、太字部分が栗原先生からの問いかけ）。

●栗原先生の質問に答える

① 高齢者が病気で救急搬送される原因として、最も多いのは肺炎です（長崎救急医療協議会調べ）。そして、その多くが誤嚥性肺炎の疑いがあります。つまり、高齢者が口から安全に食べられていない現状があります。

救急搬送というと、脳卒中や交通事故を思い浮

かべていましたが、実際は誤嚥性肺炎が最も多いという事実には、驚きました。

誤嚥性肺炎の危険は口腔ケアによって大幅に低減できることが、すでに日本老年医学会理事長・佐々木英忠先生（東北大学医学部教授）と、静岡県開業の歯科医・米山武義先生との共同研究で証明されています。誤嚥性肺炎がそれだけ多いとすれば、口腔を専門とする私たち歯科医の怠慢を指摘されたのも同然です。在宅や施設における口腔ケアをさらに普及させる手立てを、私たちはもっと真剣に考えていかななくてはならないと思います。

誤嚥性肺炎以外でも、高齢者が口から安全に食べられていない現実にはあちこちに見受けられます。先般、私が関係しているデイケア施設で、食事を喉に詰まらせて窒息寸前になった利用者がありました。救急車で病院搬送一命を取り留めましたが、施設ではそれを機に、問題のある方を訪問して調べました。すると、摂食・嚥下機能と食事形態が合っていない例や、食べ物を十分に糜粥状に咀嚼することのできる義歯が入っていない例が多く見受けられました。私たちの責任の重さを、改めて考えさせられています。

② 脳卒中などによって手足に麻痺が出ると、口腔内にも麻痺が起こることがあります。特に高齢者や重症の患者さんの大多数が、口腔機能の障害を伴っています。

わが国の脳卒中の有病率は、人口高齢化の進行に伴い増加傾向にあることはご承知のとおりです。おっしゃるように、脳卒中に罹患すると身体のみならず口腔にも麻痺が生じます。ところが、このような障害を踏まえた歯科医学の体系は、全くと言ってよいほど確立されていません。したがって、歯科医はこうした機能障害を頭に入れて治療を行う習慣を身につけていません。

そのため、それまで使われていなかった口腔に義歯の型を採るためのトレーを入れる行為さえも、耐えがたい刺激となるかもしれないことに、多くの歯科医は思いが及びません。また、拘縮側は緊張が強いため辺縁の印象が十分に採れないかもしれないことも、過敏な場所は傷がなくとも痛い訴えられるかもしれないことも知りません。

このように、私たちには機能障害を視る目と、それを踏まえた診断能力が乏しいことを、認めざるをえません。大学教育から変えなくては、これからの時代に歯科は対応できないと考えます。

③ 救急入院した多くの患者の義歯が外され使えなくなっています。対応をしてくださる歯科医がなかなかいらっしゃいません。

私も、施設や在宅の患者さんを診てきて、嚥下機能が戻ってきているにもかかわらず、救急病院で外された義歯がそのままにされているのを、どうにかならないものかと思ってきました。もっと早い時期に義歯を再装着すれば、急性期からのリ

ハビリテーションにとっても大きな役割を果たすはずだ、嚥下機能の回復にもきつとよい効果をもたらすに違いないと考えてきたのです。

対応する歯科医がいないというのは、全くご指摘のとおりです。大きな病院のなかには歯科口腔外科が存在するところもありますが、リハビリテーションの考え方を理解し、かつ義歯治療においてもエキスパートである歯科医は多くないのが現状です。歯科医をチームの一員として入れていただける病院が増えれば、歯科医療にも新しい可能性が開けるでしょうが、それには私たち歯科医も意識の転換とさらなる勉強が必要でしょう。

④ 脳卒中で倒れると咬合は変化し、さらに回復過程（リハビリテーション中）でも変わっていきます。このような急性期や回復期に義歯を作っても、1年後には合わなくなる現実はどう対処すればよいのでしょうか。

私も、3年前に脳梗塞を患い、最初の1～2週間の弛緩期に顎が健常側に動かされ、以後痙攣期に顎が麻痺側に移動するという経験をしました。先生のおっしゃることは体験からも理解できます。

急性期や回復期に義歯を作っても1年後には合わなくなるとおっしゃっていますが、私の臨床経験では、障害のために義歯が合わなくなっても、咬み合わせの微調整さえすれば新しく義歯を作る必要はありません。それまで問題なく使っていた義歯ならば、移動した咬み合わせを調整しさえすれば、再び快適に使えるようになるはずで

ただ、咬み合わせの調整は、義歯治療のなかでも最も難しい作業に属します。しっかり対応できる歯科医を育てる教育は、私たちの課題です。

⑤ お互いさまだろうとは思いますが、医科は口の中のことを全く知りません。もっと歯科・医科の連携を進めていくべきではないでしょうか。

暖かいお言葉、嬉しく思います。歯科医のなかにはどうも、医師と正面から向き合うことに気後れを感じる人が多いようです。「こんなことも知らなくて、笑われないだろうか」という気持ちがあるのでしょうか、教育課程が違うのだから知らないことがあって当然です。知らなければ聞けばよいのです。その代わり、こと口に関してはプロだという自負心をもって対応すれば、お互いにもっと協力し合えるはずだと、常々思っています。

⑥ 現状の保険医療制度では、歯科衛生士が病院の中で働くことができません。歯科医の方々の力でぜひ働けるようにしてください。このままでは多くの患者さんの口が放置されていきます。

脳卒中後のリハビリテーションのため、聖隷三方原病院に入院した際、そこに勤務する歯科衛生士の口腔ケアが保険請求できないことを知り、愕然としました。さっそく元厚生省健康政策局歯科保健課課長の石井拓男先生(現東京歯科大学教授)に、「どうしてこんな理不尽なことがまかり通っているのか」と尋ねましたが、「口腔ケアは歯科医師の指導のもとに行う」ことが歯科医師の意向に沿って定められているというお返事に、また愕然としました。

摂食・嚥下指導に口腔ケアは不可欠です。そこにベテラン歯科衛生士の活躍の場があります。私の身近にも、歯科衛生士による口腔ケアで院内の誤嚥性肺炎が激減し、周囲の評価を得て、一般病棟のみならずICUからも口腔ケアの依頼がどんど

ん来るようになった例があります。にもかかわらず、歯科衛生士が院内で看護助手と同様の立場にとどまっているのは、どう考えても不合理です。常勤歯科医を雇えば保険請求できますが、多数の病院にそれを期待するのは非現実的です。

機会あるごとに行政に訴えています。色好い回答は得られていません。私たちも続けて努力しますが、医科の先生方のほうからも声をあげていただければ心強く思います。

⑦ 歯は食べ物を単に咀嚼するためにあるのではなく、おいしいものをおいしく、そして安全に、皆と楽しく食べるためにあるのではないのでしょうか。同様に、歯も単に「痛み」をとるために治療するのではなく、義歯も単に「歯が抜けて噛みづらい」から作製するのではないと思うのですが、いかがでしょうか。

確かに、咀嚼は究極の目的ではなく、豊かな食生活こそが目的です。「生活」こそが医療の究極の目的であるにもかかわらず、従来の歯科医療はおっしゃるように「除痛」や「咀嚼」など、手段に過ぎないものを目的とできてきたきらいがあります。その結果が、他職種から見ると首をかしげるような医療行為を平然と行っているという状況を招いているのだと思います。

「歯科医は どうして、義歯を入れただけでおしまいにするのですか」と、ある介護職は私に尋ねました。ある医療職はもう少し手厳しく、「歯科医は やりにげだ!」と言いました。リハビリテーションに携わる方々は、器具を作ったならば使ってもらいながら体に合うまで責任をもって微調整をされると思います。歯科は、それをしてきませ

んでした。だから私は、訪問で義歯治療を行う若い歯科医に、「食べる場所を診なければ帰ってくるな!」と言ってきました。セットしてから使えるようになるまで、つまり生活のなかで楽しく食事ができるようになるまで診ることが、歯科の役目であると主張してきました。こうした考え方が歯科医の間で当たり前のことになるには、まだまだ私たちの努力が足りないようです。

⑧ リハビリテーションは障害の軽減・改善に努めますが、障害が残っても自立した社会生活ができるように支援するのをもた、リハビリテーションの役割です。口に障害が残った患者さんの支援を誰が行うべきでしょうか。

摂食・嚥下障害のリハビリテーションで、言語聴覚士はその重要な役割を担うことが、法的にも認められています。しかし、言語聴覚士は口腔内環境を整備あるいは変更することはできません。口腔内環境を変えることのできる医療専門職は歯科医のみです。ですから、歯科が多く職種と連携して、食べることを支援していくのが望ましいと、私は考えています。

ただし、咽頭期から先は歯科医の手を放れる領域です。準備期、口腔期、咽頭期、食道期という一連の動作は不可分のものです。歯科医だから咽頭期以降は関与しなくてよいということではありませんが、やはり歯科医が中心になってかわる範囲は咀嚼が関与する口腔期までだと思うのです。

私たちは口腔ケアと口腔リハビリテーションを行い、必要に応じて歯科治療・義歯治療を行って、多くの職種と協力しながら患者さんが楽しく安全に食生活が営めるよう支援すべきだと思います。

●まとめにかえて

超高齢社会を迎え、手足だけでなく口腔内にも障害を抱えた高齢者が急速に増えています。しかし歯科医学は、齶蝕や歯周病を治療したり、義歯を入れたり、歯を抜いたりといったことばかりを対象にしてきて、機能障害に対応できる学問体系を持ち合わせておりません。

改めて考えてみると、これまでの歯科医学は、あまりに形態の回復にとらわれすぎたと思います。その原因は、歯科医療が、診療室に通ってこられることのできる全体的には健全な人ばかりを相手にしていたからにはほかになりません。機能障害を視る目の不在、言い換えれば「障害学」の不在は、歯科医学の大きな欠陥です。

栗原先生は、「口のリハビリテーション」を、「どのような障害があっても、最後まで人としての尊厳を守り、『諦めないで口から食べる』ことを大切にしようとするすべての活動」と定義しておられました。これからの歯科医学は、おっしゃるようなリハビリテーションの考え方をしっかりと取り入れて、患者さんに残されている能力を最大限に引き出し、障害をもって最期まで口から食べられるよう援助すべく大きく転換を図らなくてはならないと考えます。それなくしてはおそらく、超高齢化に加え患者の医療を視る目のますます厳しくなるこれからの時代に、歯科はみずからの地歩を維持することはできないと考えます。

私は後進の指導に、残された歳月のすべてを費やすつもりです。先生には今後も、口の重要性についての認識が医師をはじめ多職種の間を広まるよう、一層ご尽力をいただければ幸いです。