

コンセンサスカンファレンス3 「小児の口腔ケア」

オーガサイザー

国際医療福祉大学病院 歯科口腔外科 岩渕 博史

国立成育医療研究センター 杉澤 由香里

シンポジスト

国立成育医療センター病院 小児外科系専門診療部小児歯科・矯正歯科 五十川 伸崇

昭和大学歯学部 小児成育歯科学講座 杉山 智美

国立成育医療研究センター 釧持 瞳

国立成育医療研究センター 小宮山 明子

1. 緒言

近年、口腔ケアの重要性は歯科医科問わず認識され、様々な分野で行われ成果を上げていく。しかしながら超高齢者社会の本邦における口腔ケアは ADL 低下高齢者や神経難病患者を中心に行われてきた経緯がある。近年では保険導入されたこともあり、がん治療中患者への口腔ケアの重要性や効果も広く知られるようになった。しかし、小児患児における口腔ケアは、一部の移植治療や抗がん薬による治療が行われている場合を除き、ほとんど議論されていないのが現状である。しかし、小児は口腔疾患に罹患しやすく、年齢によっては十分なセルフケアができず、介助が必要なことがある。そのため、小児の口腔ケアでは、成人（高齢者）とは異なり成長発育や精神心理的に未発達であることを考量して行う必要があり、高齢者における方法をそのまま応用したのでは成功しない。そこで、本学術大会において「小児患児における口腔ケア」をテーマとしたコンセンサスカンファレンスを開催した。今回は既に議論されることの多い重症心身障がい児を除く病児を対象とした。

2. 小児の口腔ケアに関するアンケート結果

アンケートは全国の小児病棟を有する特定機能病院および小児専門病院 104 施設 312 部署に送付、113 人から回収を得た。回答者は看護師が多く、次いで医師で歯科関係者は僅かであった（図 1）。回答者の所属病棟は NICU が多く、次いで一般小児病棟、PICU や新生児室も含まれていた（図 2）。口腔ケアは必要かとの問いには、必要との回答率が最も低かった新生児においても 71.6%が必要と答えた。幼児、学童、がん薬物療法施行中患児では 98%を超え、ほぼ全ての回答者が口腔ケアは必要だと答え、その重要性が小児においても広く浸透しているのと思われた（図 3）。しかし、実際に口腔ケアを行っているかとの問いでは、行っているは 77.1%に留まり、行っていないは 22.9%も存在していた（図 4）。また、病棟別の口腔ケア施行率は一般病棟が最も高く、94.4%、NICU 71.9%、PICU 50.0%、新生児室 33.3%の順であった（図 5）。口腔ケアを行っていない理由としては、必要がないが圧倒的に多く 56.0%、それ以外では、時間がない、協力が得られない、物品がないなどであり、これらは小児に限ったことではなく、高齢者や要介護者における口腔ケアでも同様

の傾向がみられることより、口腔ケアを行っていく上での大きな問題であると考えられた。また、小児における口腔ケアの中心は歯磨きであると思われるため、年齢が低く、歯の放出がない新生児などに対してはその施行率、重要性などが低くなっているものと思われた（図6）。

口腔ケアの目的は、保清、誤嚥性肺炎や VAP の予防、粘膜炎予防、摂食嚥下障害の改善など高齢者や成人のがん治療中患者に対する口腔ケアの目的と大きな違いはなかった。しかし、う蝕予防が 46.3%あり、小児に対する口腔ケアの特徴であると思われた（図7）。口腔ケアの頻度は毎食後および朝夕で 52.3%以上を占めているが、逆に 1日1回や時々、その他が 50%弱もあり、質の面では検討課題が残る結果であると思われた（図8）。

口腔ケアで行っていることは、口腔ケア時の使用器具（図10）では小児の特徴は見られなかった（図9）。しかし、僅かではあるが電動歯ブラシの使用が見られた。交換期乳歯のある患児では、歯磨き時に乳歯が脱落、そのまま誤飲・誤嚥させてしまう心配があるので、使用は控えた方がよい。

口腔ケアがやり難い理由としては、非協力や開口障害（開口してくれない）、唾液過多など小児ではよく遭遇する理由が多かったが、通常小児では少ないと思われる口腔乾燥も 22.7%の回答者が口腔ケアをやり難くしている理由にあげていた。また、口腔疾患が口腔ケアの妨げになると考える回答者は少なかった（図11）。

口腔ケアに対する不安や不満では、目標設定が不明確、口腔ケアの知識がないなど口腔ケアの対象者には関係なく、口腔ケア施行者には同様の不安や不満あることが伺え、口腔ケアの共通の課題として取り組んでいく必要があると思われた（図12）。

口腔に見られるトラブルとしては、口腔の清掃不良、摂食嚥下障害、口内炎、う蝕が多く、成人では多くみられる歯肉の腫脹や出血、歯周病による歯の動揺は少なかった（図13）。

これらアンケート結果から、小児と高齢者との口腔の状態が異なることから口腔ケアの目的や口腔で生じるトラブルには違いが見られ、成人とは異なるコンセプトで口腔ケアを行う必要があると思われた。しかし、口腔ケアを困難にしている理由やケアの施行者が抱えている不安や不満には差がなく、これらの問題では高齢者などにおける口腔ケアを参考に取り組んでいるのがいいのではないかと思われた。

3. 小児の口腔ケア概論

1) 小児においても高齢者同様口腔ケアは重要である。

口腔の二大疾病である歯周病と齶蝕は一度罹患すると再発・治療の負の連鎖に入りやすく、全身の健康に影響を及ぼす。

例えば歯周病は脳梗塞、腎臓病、糖尿病、虚血性心疾患といった疾患との関連が報告されている。また、齶蝕も菌血症、心疾患、肺炎といった疾患との関連が報告されている。

歯周病と齶蝕ともに高齢者にも小児にも生じるものである。また、これらの全身疾患も高齢者に特有なものではなく、小児でも生じるものである。

それ故、口腔の疾病予防、健康保持・増進、リハビリテーションにより QOL の向上を

めざした口腔より全身を考える口腔ケアが高齢者のみならず、小児においても重要であることは明らかである。

- ・小児の口腔ケアでは歯周疾患よりも齲蝕に対する予防が重要である。

小児は高齢者とくらべ代謝が活発であり、それは歯肉など口腔粘膜において顕著である。そのため健常な小児においては歯面清掃を怠った場合においても歯槽骨の退縮、縁下歯石を生じるといった重症の歯周病に罹患することは少なく、歯肉炎の歯肉腫脹が顕著になる程度で済むことが多く、歯周病の重症化リスクは低いと言える（図 14）。

ただし、基礎疾患を有する場合はその限りではない。例えば歯周病との関連が多数報告されている糖尿病を考えると、高齢者に多い 2 型糖尿病同様、小児に多い 1 型糖尿病においても歯周病の発症率は高いことが報告されている。また、先天性ネフローゼや臓器移植後など免疫抑制剤を服用する、クローン病などの炎症性腸疾患や慢性肉芽腫症など自己免疫疾患に罹患している、など基礎疾患によっては小児であっても歯周病罹患リスクは高い（図 15）。

そのため、こういった基礎疾患を有する児に対しては適切な歯みがきや含嗽剤、等の歯周病に対応する口腔ケアを検討し実施することが重要となる。しかし、基礎疾患が無ければ小児の歯周炎の重症化リスクは高齢者と比べ低いと言える。

小児と高齢者では歯の大きさ、石灰化度などが異なっている。乳歯は永久歯と比較しエナメル質・象牙質は薄く石灰化度も低い、また幼弱永久歯と成熟した永久歯のエナメル質を比較すると厚さは同じだが石灰化度は低く、象牙質を比較すると幼弱永久歯のそれは薄く石灰化度は低い（図 16）。そのため、口腔衛生環境や飲食習慣が同様であったとしても小児の齲蝕罹患リスク・重症化リスクは高齢者と比較して高い。そのため、小児の口腔ケアにおいては歯周病よりも齲蝕への対応が重要となる。

齲蝕予防として歯磨きやフッ素入り歯磨剤の使用は大切であるが、見落とされがちなのが入院中に何を口にしていないかとその影響である。例えばシロップ薬中の糖の濃度は 40-60% と非常に高い。また、経口補水液やイオン飲料の pH はエナメル質の臨界脱灰 pH を下回っている。唾液量が減少するなど口腔内の自浄性を低下させる薬剤を服用していることもある。特に、これらの影響は齲蝕罹患児において顕著に生じる（図 17）。入院時に齲蝕の有無を知ること、薬・飲食物としてどのようなものを経口摂取しているか知ること、そして対応することも重要な口腔ケアである。

また、経口摂取をしていない小児でも、歯の表面に細菌が生着しプラークを形成することで口腔内細菌量は増加し全身の健康への影響が生じるので、口腔ケアは必要である。これは経口摂取ができなくなった高齢者と同様である。

多くの新生児のように歯が無くとも口腔内外に床や胃管、エアウェイ、酸素マスクなどが装着されている場合には、これらにより唾液の正常な流れが阻害される、乾燥が生じるなど自浄作用の低下リスクが生じる。また、口腔内の器具そのものにプラークが生じる、といったリスクがある。そのため、歯がなくとも前庭部の口腔内清拭、保湿ジェルの活用

など、状況に応じた口腔ケアが必要となる。

2) 成長・発達による口腔内変化への配慮

小児は成長発達の途上であり、歯の萌出や交換、顎の成長などにより口腔内状況は日々変化する。そのため、それまで口腔内に認めなかった事象が新たに生じていたとしても、必ずしも異常なことではないことも多い。これらにより、口腔粘膜からの出血や腫脹、口内炎、歯の動揺、流涎の増加などが一過性に生じることも多々ある。

そのため小児の口腔ケアでは、ケアを行う際の口腔内観察において普段と違う異常な所見を見つけるだけでなく、その所見が児の年齢・成長発達段階で自然に生じるものか、動揺歯など患児の治癒や治療に支障が生じるものか否かの鑑別も大切になる。

このように、高齢者と小児で注意すべきポイントに違いはあるが、小児においても口腔ケアは必要であり、実施していただきたい。

4. 低出生体重児の口腔ケア — その後の口腔ケアにつなげるために —

低出生体重児が入院する NICU は、歯の萌出前であるため、歯科の介入するケースは少ないと考えがちである。しかし、実際は先天歯や口唇口蓋裂のように新生児期より歯科医師が介入を行う疾患もあり、歯科医師が NICU へ往診に行くことも多い。

では、先天歯や口唇口蓋裂など歯科に関連する疾患がない場合は、口腔ケアは不要なのだろうか。口腔ケアとは、口の中の清潔を保つことだけではなく、摂食機能などの発達、ひいては全身の健康や生活の質（QOL）の向上を目的に行われる。歯の萌出前の時期であっても、将来のために口腔ケアの導入などを行うことは必要である。

しかし、実際の清掃はなかなかうまくいかないことも多々ある。清掃が困難となる原因はさまざまであるが、一つに「過敏」があり、経管栄養であった児などではとくに強い傾向がある。過敏は通常の成長発育のお子さんにもみられる現象ではあるが、歯磨きをただ嫌がるという場合と異なり、清掃に工夫が必要となる。今まで経口摂取の経験の少ない児にとって、口腔清掃は未知のことであり、過敏があるのも当然である（図 18）。

早期から口腔清掃の介入を行うと言っても、過敏に対応していくためには、すぐに口腔清掃を始めるのではなく、長期戦で対応する必要がある。まずは、スキンシップから始め、徐々に口腔周囲を触るなどのステップを踏むことで徐々に口腔ケアの受け入れが可能となる。まずは口腔周囲を触ることに慣れ、拒否を示すことがなくなってきたのち、口腔清掃をガーゼなどで行うと拒否が少なく、ケアを行う保護者の負担も少なくなることが多い（図 19）。

過敏への対応を行う際は、まずどの部位に過敏（拒否）が存在しているかを確認することも必要である。口腔周囲を触ることも難しい場合は口腔周囲にこだわらず、正中に遠いところから始め、徐々に正中へ移行することを意識して行っていくとよい。

低出生体重児は小児科でのフォローアップを継続していくことが多いが、歯科でもフォローアップを行うことが大切である。全身状態や成長発育に問題がないように見えても、低出生体重児の中には歯列の発育や歯の形態に異常がみられることもあり、口腔内をしつ

かりと観察し、定期管理を行っていく必要のある子どもが少なからずみられる。

低出生体重児は未熟児顔貌ともいわれる、特徴的な顔貌をしていることが多いが、歯列や歯にも影響がある。乳歯の萌出は平均的には6～8か月頃から開始することが一般的だが、低体重出生児では修正月齢でも遅れる傾向があることは既知の通りである。しかし、その後の長期的な経過についてはあまり意識してケアをしていくことは少ない。

低出生体重児の口腔内の特徴を検討した結果を示す。左は健常児、右は低出生体重児のイメージ模型であるが、歯列弓形態として健常児は半円形、低出生体重児はU～V字型の傾向があり、第二乳臼歯は少し頬舌的に狭い傾向がある（図20）。

また、歯列だけではなく歯の特徴としてエナメル質形成不全もよくみられる。保護者からは、「歯が茶色い」ため「むし歯」と思われることも多く、う蝕処置を希望して受診するケースも多い。形成不全の部位は丁寧にケアを行う必要があるため、早期よりう蝕のリスクを問診や検査で判定し、定期診査の間隔やホームケアの方法を検討することが必要である（図21）。

低出生体重児の口腔内も体の発育と同様に、ゆっくりと成長する。歯の萌出遅延や形態異常が生じることはあるが、その都度保護者と児に説明を行い、保護者には過剰な心配をする必要はないことを伝えるとともに、患児の特性に配慮した適切なタイミングでの定期診査を継続していく必要がある。

低出生体重児は出生後も多職種が関わりを持つことが多い。口腔ケアや口腔内の特徴については、歯科医師や歯科衛生士だけではなく、様々な職種の方への認知がさらに広がり、連携を取ることが子ども達にとって有益であると考えられる。

5. 薬物療法中の小児の口腔ケア

がん化学療法は、様々な副作用が起こり得る治療であり、口腔粘膜障害は痛みを伴ったり食事が摂れなくなったり患者にとってはとても辛い症状のひとつである。

抗がん剤投与により口腔粘膜が破綻し炎症を生じる口内炎は一時的口内炎といわれ、治療後2～10日頃に出現しやすい。また、抗がん剤投与により免疫機能が低下し局所感染が生じたり、唾液の分泌量が減少し自浄作用が低下するために生じる口内炎は二次的口内炎といわれ、治療後7～14日頃に発症しやすい。口腔粘膜障害は、一度発生すると治癒するまでに時間がかかり、一般的には約2～3週間で回復する。

抗がん剤の種類や量、複数の抗がん剤を組み合わせた治療である場合、また放射線治療と抗がん剤投与を併用した治療を受けた場合などには、口腔粘膜障害の発生リスクが高まる傾向にある。齶蝕や口腔粘膜障害がすでにある場合、口腔粘膜障害の既往がある場合、口腔ケアの習慣がない場合などにも注意が必要である。口腔ケアの習慣がない幼児期後期の血液疾患患者が抗がん剤治療を受けた時にはひどい口腔粘膜障害が生じ、疼痛により食事摂取や睡眠などにも影響してしまう事例であった。このような場合には、歯科の診察や日々の口腔内の観察すら拒否し、治癒までにかかなり難渋することになってしまう。家族の協力を得ながら、患者の成長発達に応じて、患者と家族が主体的にケアを実践できるよう

に支援する必要がある。

口腔粘膜障害は、疼痛、食欲不振、活気不良、意欲低下、口腔ケアへの拒否、感染兆候などへ繋がるため、口腔粘膜障害を起こしやすいリスクをアセスメントするとともに、清潔の保持や保湿により口腔内のバリア機能を維持するような予防的ケアが重要となる。また、口腔粘膜障害が発生した場合にはさらなる悪化を防ぎケアが継続できるよう、疼痛緩和に努めることも重要となる。

口腔ケア方法としては、毎食後に歯磨きと含嗽を行い、舌や歯肉、頬粘膜はスポンジブラシで粘膜清拭を行う。経口摂取をしない場合でも、3回/日、歯ブラシを用いてブラッシングし、粘膜をマッサージするように清拭することで口腔内の清潔を保つことができ、唾液の分泌も促すことができる。含嗽は、起床時や眠前、嘔吐後にも実施することが望ましく、抗炎症作用があるアズレンや保湿成分入りマウスウォッシュを使用したり、スプレー型保湿剤や口腔保湿ジェルなどを用いて口腔内の保湿に努める。口唇や口角も乾燥するため、適宜ワセリンを塗布し保湿・保護に努める（図 22）。

口腔ケアが継続できるよう、嘔気や疼痛などの症状マネジメントも重要となる。口腔粘膜の状態とともに疼痛の程度をアセスメントし、アセトアミノフェンやオピオイドなどの薬剤投与や局所麻酔薬を混和した水での含嗽など、疼痛緩和に努めたいうえで、口腔ケアを継続できるよう支援していく。口腔粘膜障害に対しては口腔アセスメントガイドを、疼痛に対しては NRS や FLACC 行動スケールを用いて客観的評価を行いアセスメントしている。

抗がん剤治療開始前から歯科医師や歯科衛生士による口腔内環境の評価や治療、ブラッシング指導、定期的な PMTC を受けることはとても重要である。治療開始後も出血傾向や易感染状態のない時期に受診できるよう日時調整し、口腔内の状態や口腔ケア実施状況を歯科と共有することで、効果的な口腔ケア方法を継続できるようになる。

また、主治医、薬剤師、栄養士、保育士、緩和ケアチームなどが協働し、薬剤指導、食事内容の工夫、適切な疼痛管理によって日常生活が送られるようチームで患者家族をサポートしていくことが重要である。国立成育医療研究センター 小児がんセンターには、こどもサポートチームという多職種チームがあり、患者の状態を共有したり話し合う機会を定期的に設けている。日々のちょっとした困りごとにも気軽に相談し合い、多職種で患者と家族に関わることにより、様々な視点で専門的な支援を継続することができる（図 23）。

6. 一般小児病棟における小児の口腔ケア

一般小児病棟は、年齢だけでなく疾患もさまざまな子どもたちが入院している。入院する小児の口腔ケアの目的は、感染予防と虫歯予防のほかに、家庭での生活習慣を継続し、成長発達を支援することであり、個々の子どもの発達や口腔内の状態に合わせた口腔ケアを行う必要がある。

入院中の子どもの口腔ケアを観察してみると、自分でフロスまで使用して完璧な歯磨きができる子どもや看護師に後磨きを依頼できる子どもがいる一方で、歯磨きを介助しようとしても頑なに口を開けない、何度も促さないと歯磨きしない、歯みがきに集中せず歯ブ

ラシを咥えたまま動きまわるなど、口腔ケアが習慣化していない子どもも多い。子どもへのかかわり方と後磨きの手技が上手な保護者もいるが、毛先がボロボロの歯ブラシや子どもの成長発達に合わない歯ブラシ、何度依頼しても歯磨き物品を持参しない、歯磨きの時間に自分は介助しないなど、保護者の歯磨きに対する認識がわかる場面もある。そのため看護師は、家庭で実施している口腔ケアについて入院時に確認することとしている。子どもの口腔内を観察し、虫歯や口腔内の異常の有無を確認する。その際、子どもが素直に口の中を見せてくれるかが重要なポイントとなる。自宅で使用している歯ブラシは、その子どもにとって適切なものであるか、清潔か、使えるものか確認することも必要である。入院中も自宅での口腔ケアを継続できるよう、看護師の前で子どもと保護者に歯磨きを実践してもらい、その方法が安全かどうかを確認している。この場面は、保護者がどのように声をかけ、子どもがどのような反応をしているか、子どもと保護者の様子を観察することで、親子の関係性をみることもできる。

入院中の口腔ケアで看護師が気をつけていることは、日常生活の継続、習慣化のための介入、事故予防の3点である。できる限り自宅での歯磨き方法や時間を変えずにケアを実施するが、子どもと看護師の信頼関係ができていない場合や嫌がる子どもには無理強いをせず、少しずつかかわりを増やしていく。好きなおもちゃやキャラクターを使って歯磨きをしたり、できていることを大げさに褒めてみたり、子どもが楽しいと思えるようにかかわることを心がけている。同室児や同年代の子どもたちと一緒に歯磨きをすると、子ども同士で歯磨きを見て真似をしたり、競い合ったりして、嫌がっていた子どもも歯磨きするようになる場合もある。

そして入院中は、事故予防が重要である。歯ブラシによる事故は、東京消防庁のデータで、年間40件ほどの救急要請があり、1～2歳に多いと言われている。国立成育医療研究センターには重症事例も搬送される。幼児が歯ブラシを咥えて転倒し、刺さった歯ブラシを母親が引き抜こうとして先端が折れて咽頭に残り、手術で摘出した事例がある。刺さったときは軽症でも感染により口腔内や咽頭が腫脹し、上気道狭閉塞となった事例や、血栓ができて脳梗塞となった事例もある。歯ブラシによる外傷は命にかかわる非常に危険な事故となり得る。看護師はこのような事故を絶対に起こさないように、歯みがき中は必ず子どものそばで見守り、座って磨くよう何度も説明し、後磨きは寝かせて、突然の動きにも注意することが重要である。入院中だけでなく、家庭で事故予防を継続してもらうために、保護者に事故事例や予防策を伝えることが大切である。

虫歯は痛みを伴うとてもつらい病気で、治療も苦痛も長期間となる場合がある。保護者が子どもの虫歯の有無を把握し、対応や予防ができていないか、子どもにとって歯が重要な器官であることを認識しているかを確認することも必要である。虫歯を病気ととらえると、虫歯の放置は「不適切な養育」である。適切なケアをしなければ、子どもから成長発達や食べる楽しさを奪うことになる。家庭で口腔ケアができていない場合は、何が問題なのかを確認する。子どもに発達障害がある、発達障害と診断されていなくても落ち着きがな

い、こだわりが強いなど、育てにくい子どもがいる。保護者も子育ての知識や興味がなく、周囲に相談できる人がいない、貧困などの理由で子どもとかわる時間が少ない場合があり、このような家庭は見守りや育児支援が必要なことがある。小児にかかわるうえで重要なことは虐待の予防である。虐待は軽いものからだんだんエスカレートしていくため、不適切な養育に気づいた段階で介入し、さまざまな専門職と連携の輪をつないでいくことが大切である。その輪をつなぐために、子どもや保護者の「何かおかしい」に気づくこと、歯科医師・看護師・歯科衛生士の気づきが、子どもを守る“はじめの一步”となる。

病棟では、基礎疾患がある子どもや医療的ケア児には歯科医師や歯科衛生士の介入があるが、短期入院の比較的元気な子どもには歯科の介入がない。入院中の患者に主訴とは違う病気が見つかったとき、すぐに専門科につないで検査や治療が始まるが、虫歯を発見しても、歯磨きができていないと気づいても、歯科につないでいないのが現状である。病棟看護師に小児の口腔ケアについての教育体制がないために知識や技術が不足し、看護師の自己流でケアしていることも問題である。私たち医療者自身が、虫歯に対する意識を変えなければいけないと感じている。現在は診療報酬などたくさんの制限があるが、入院中の子どもの虫歯を発見したときに病棟と歯科が連携し、歯科医師の診察や治療を受け、薬剤師や栄養士の指導のように歯科衛生士の指導を行うことができれば、子どもにとっての利益であり、成長発達していく子どもの将来を見据えた支援となる。連携により個々の子どもに合わせた口腔ケアも検討しやすくなり、病棟看護師の口腔ケアについての知識や技術も向上する。そして歯科医師や歯科衛生士も、子ども虐待予防チームの一員として活動することが可能であり、ぜひそうなって欲しいと考えている（図24）。

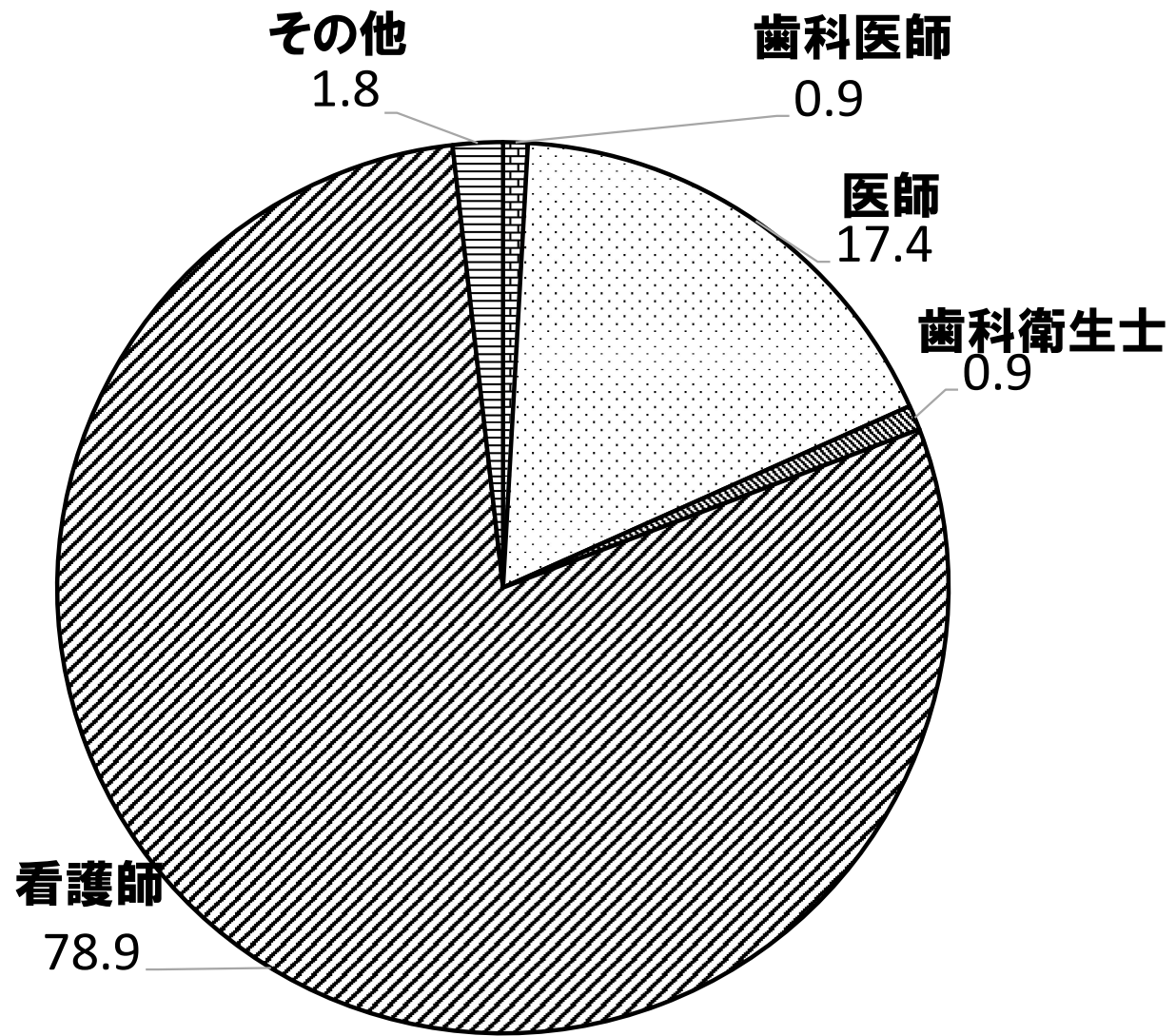


図1 回答者の職種

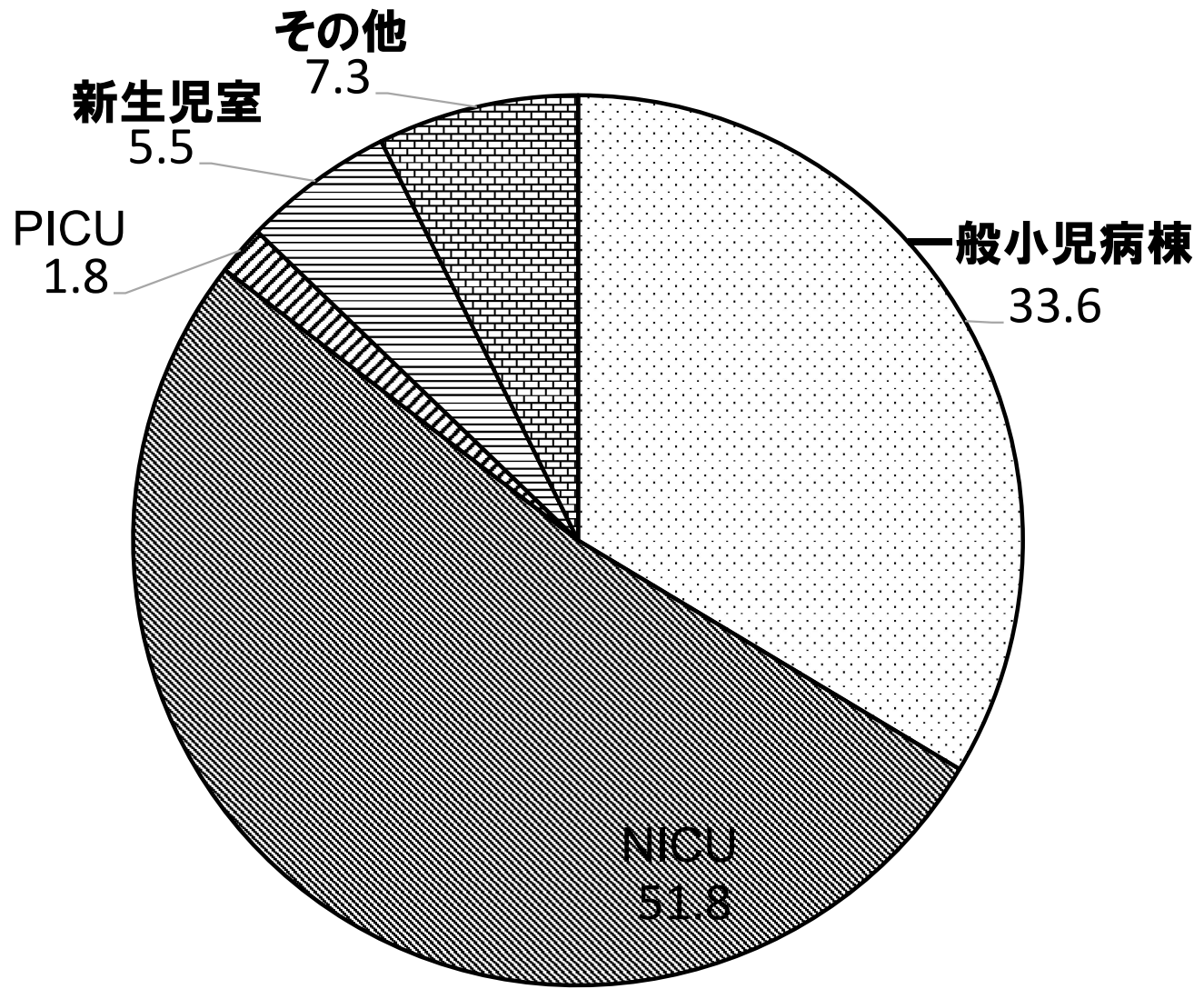


図2 回答者の勤務病棟

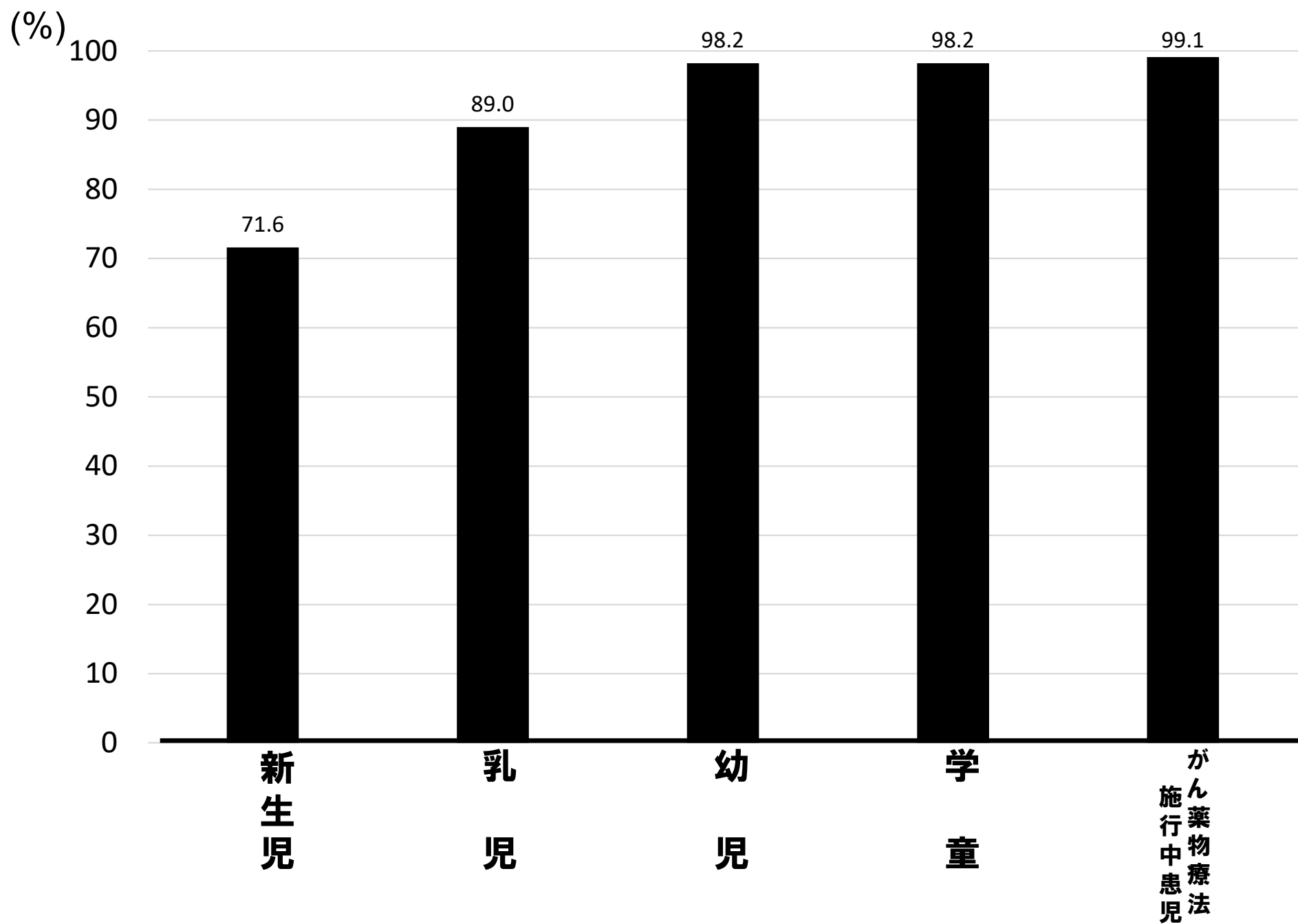


図3 口腔ケアは必要か

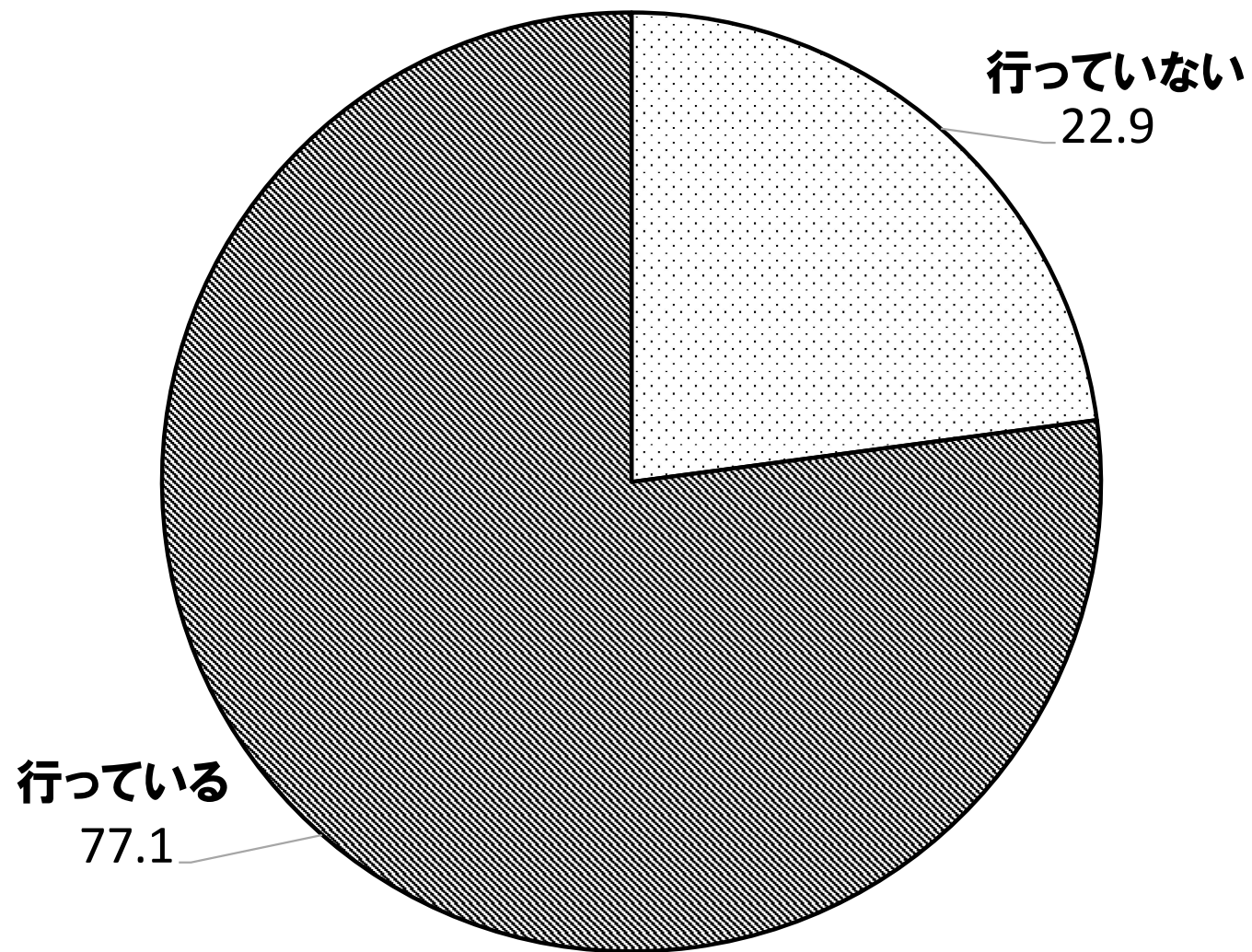


図4 口腔ケアを行っているか

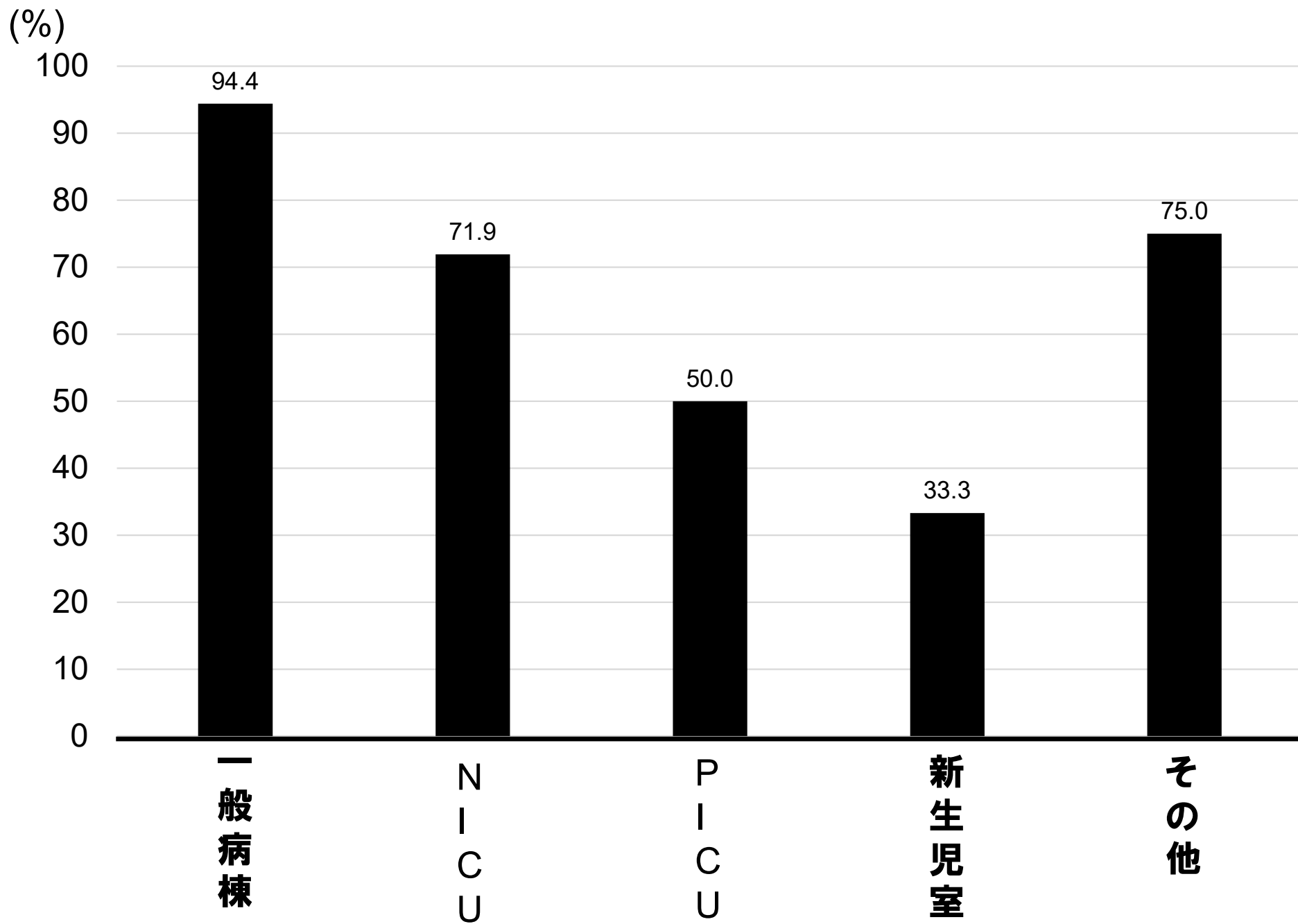


図5 口腔ケアを行っているか(病棟別)

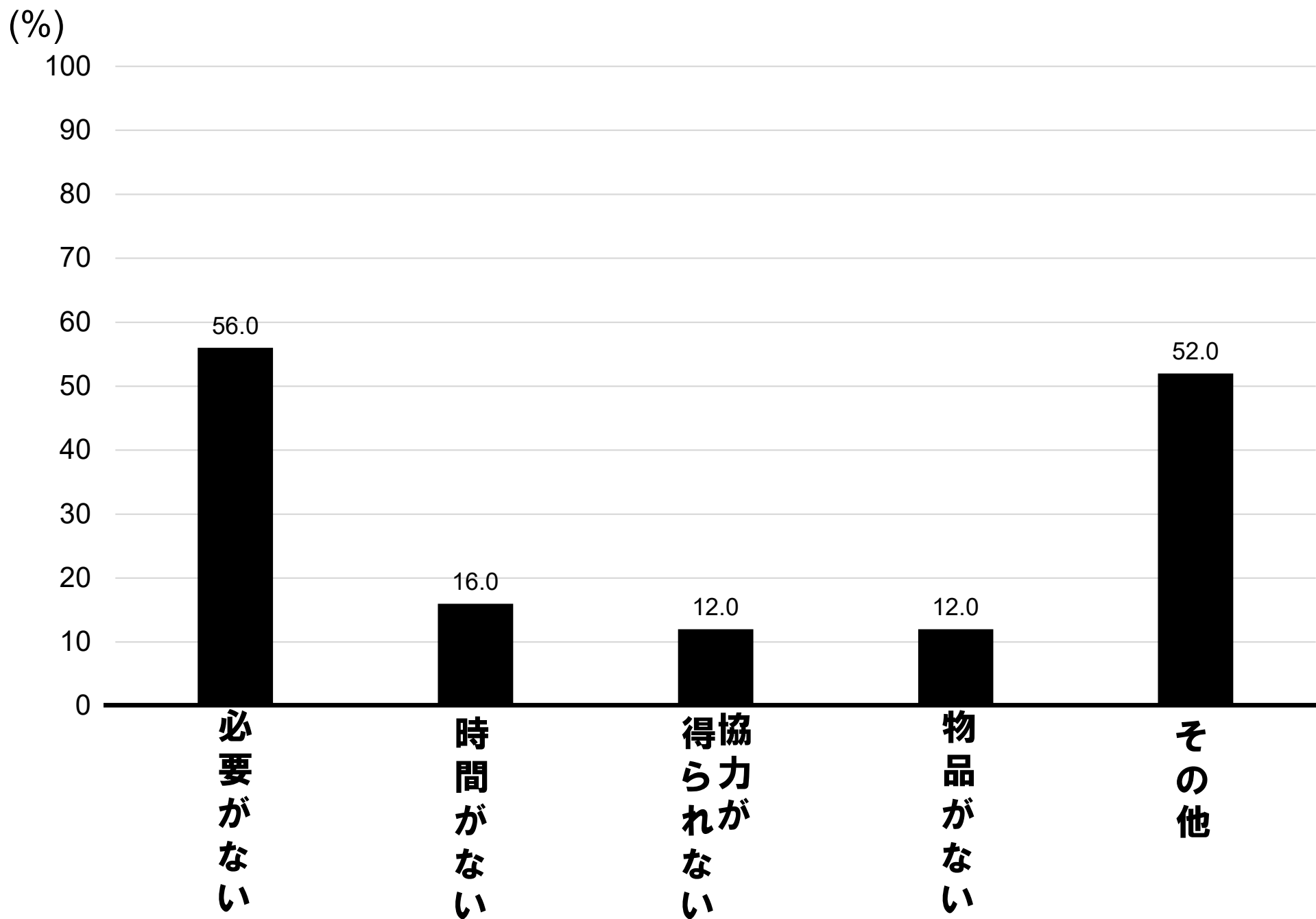


図6 口腔ケアを行っていない理由

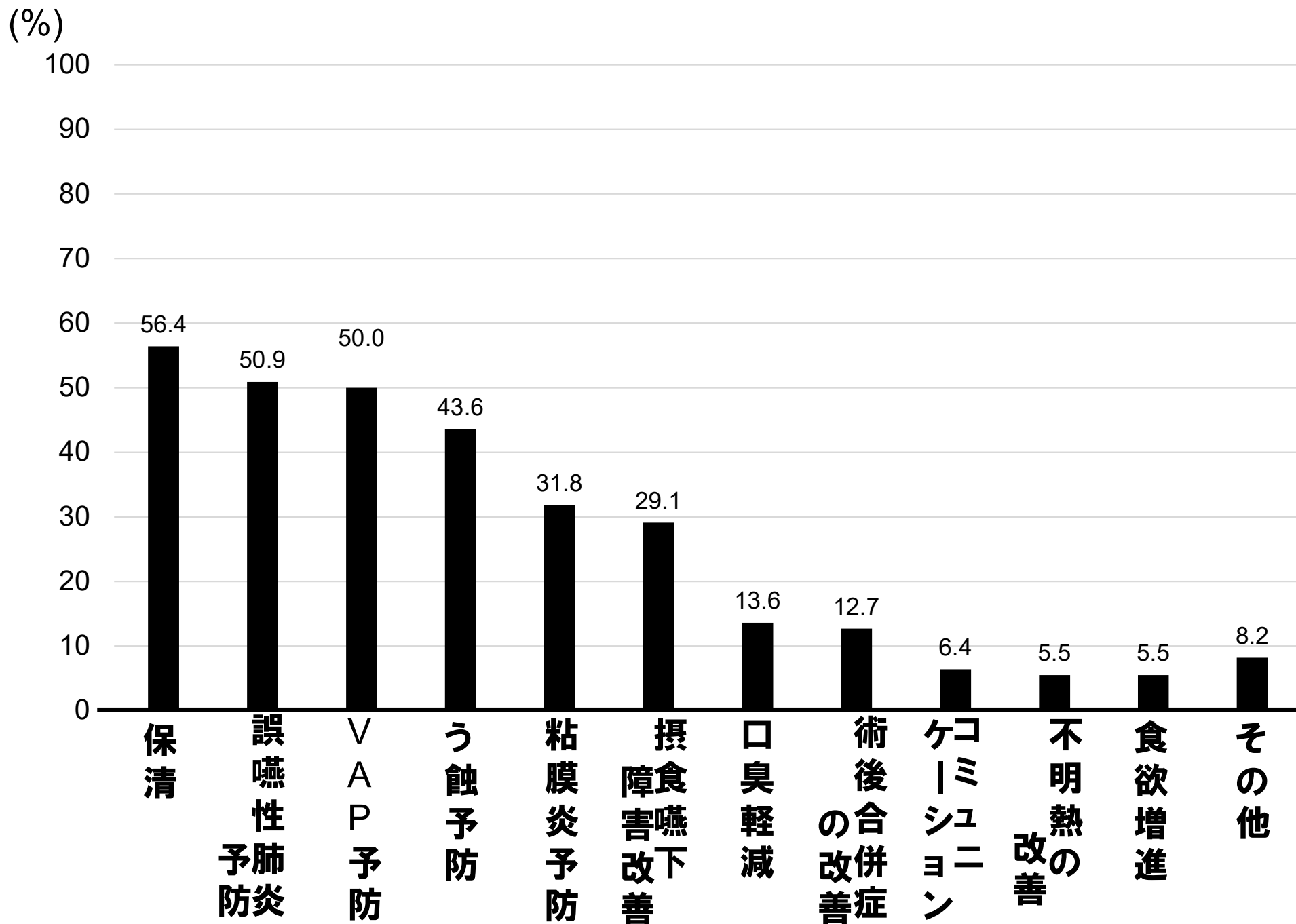


図7 口腔ケアの目的

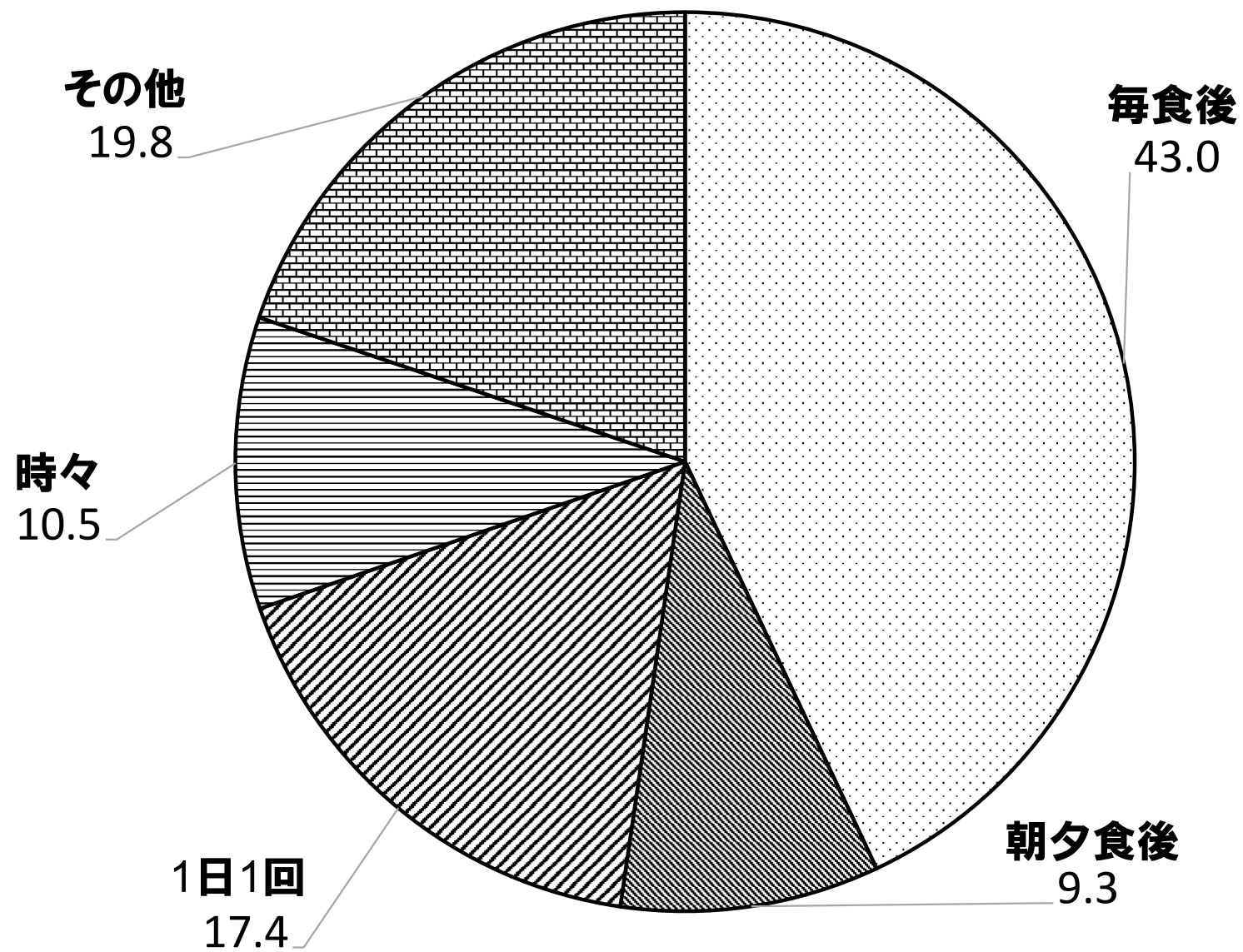


図8 口腔ケアの頻度

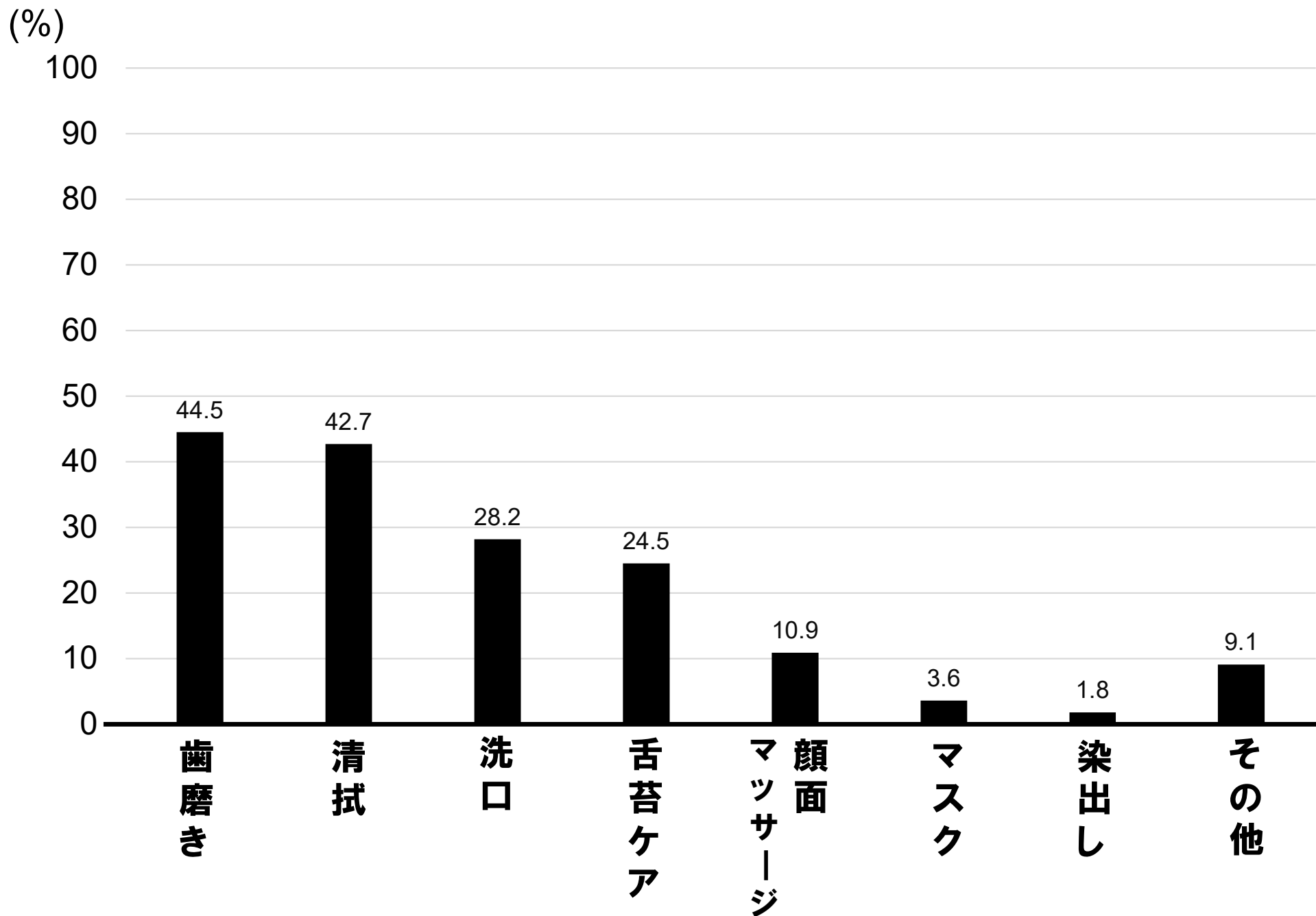


図9 口腔ケアで行っていること

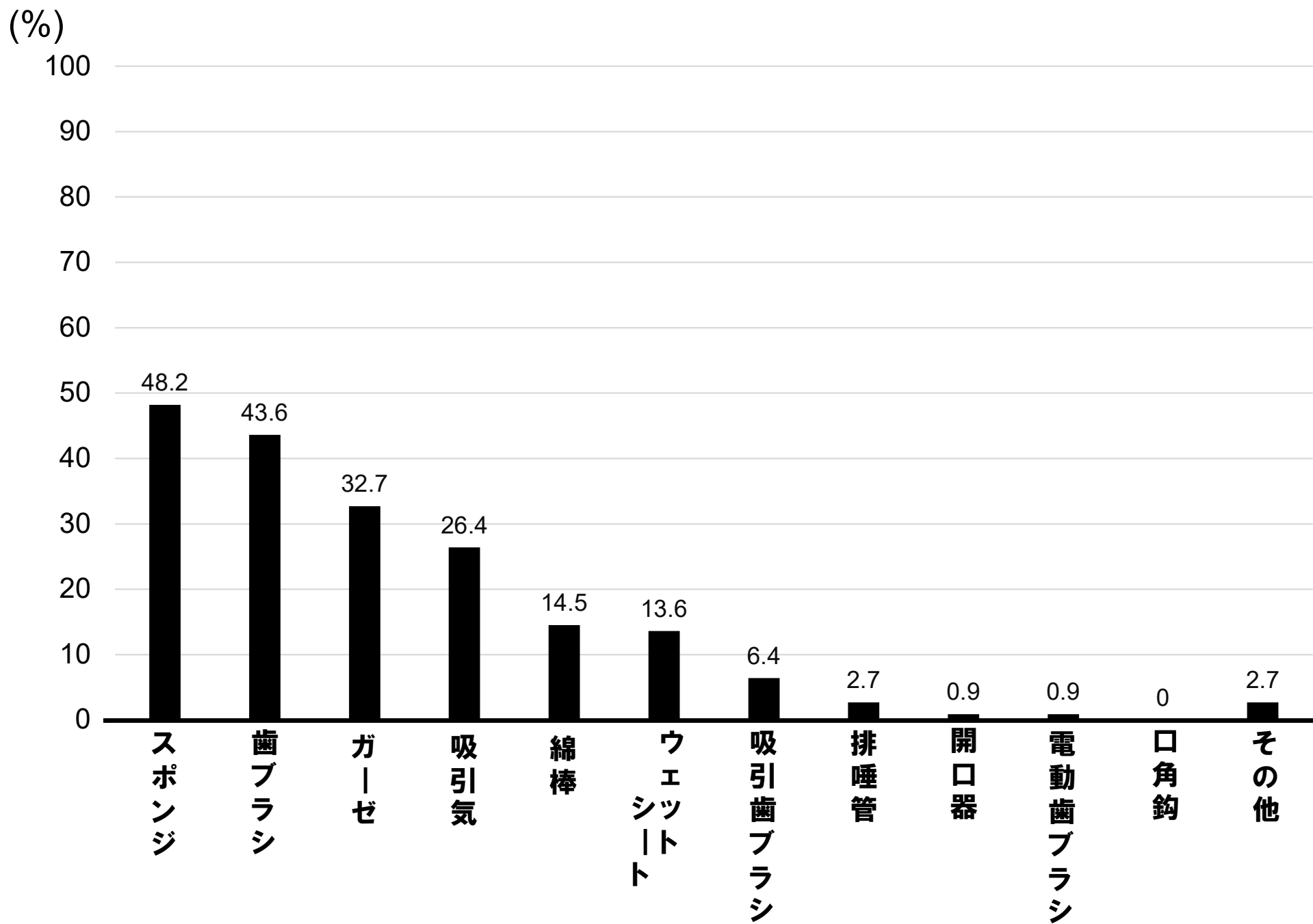


図10 口腔ケア時の使用器具

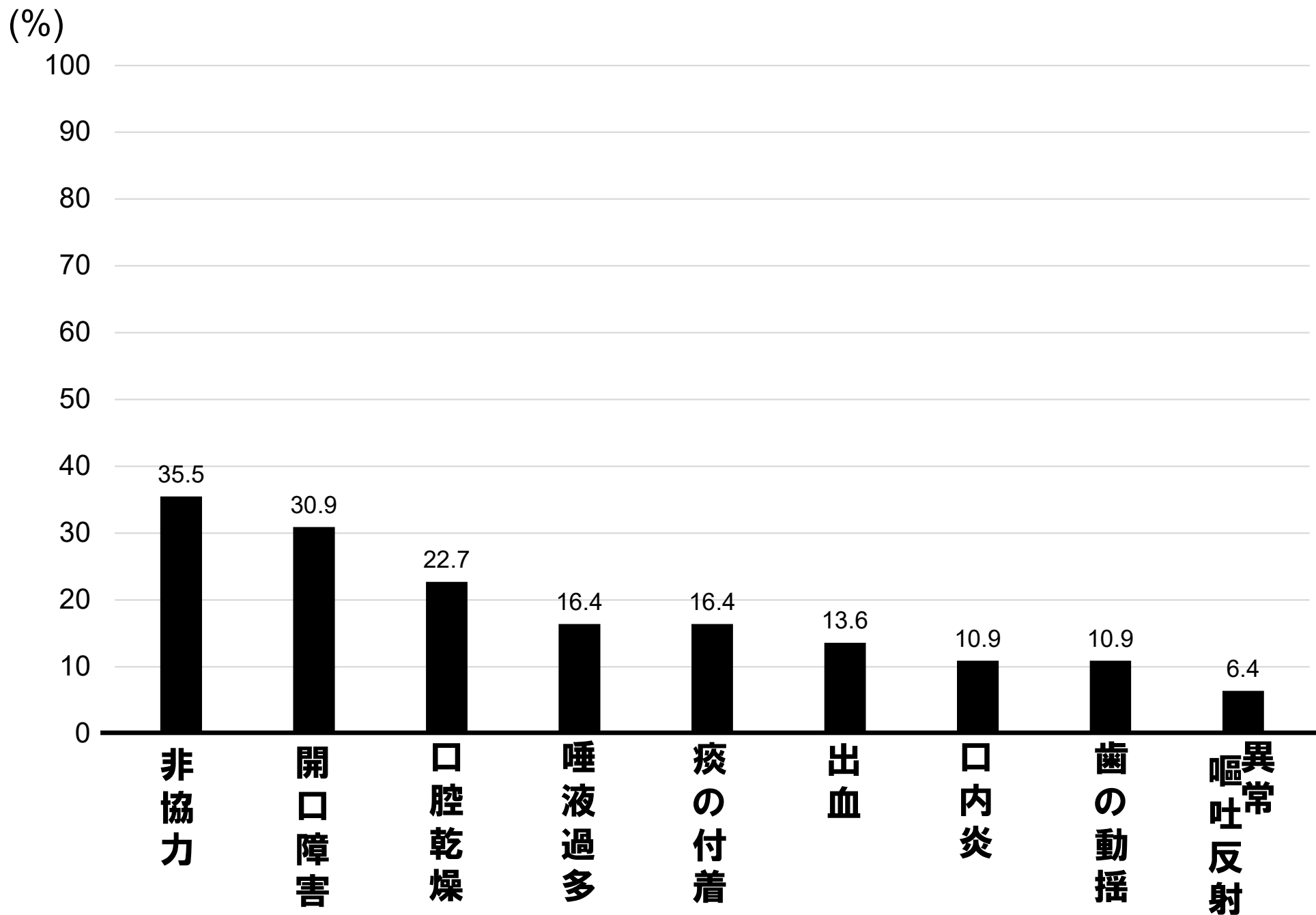


図11 口腔ケアがやり難い理由

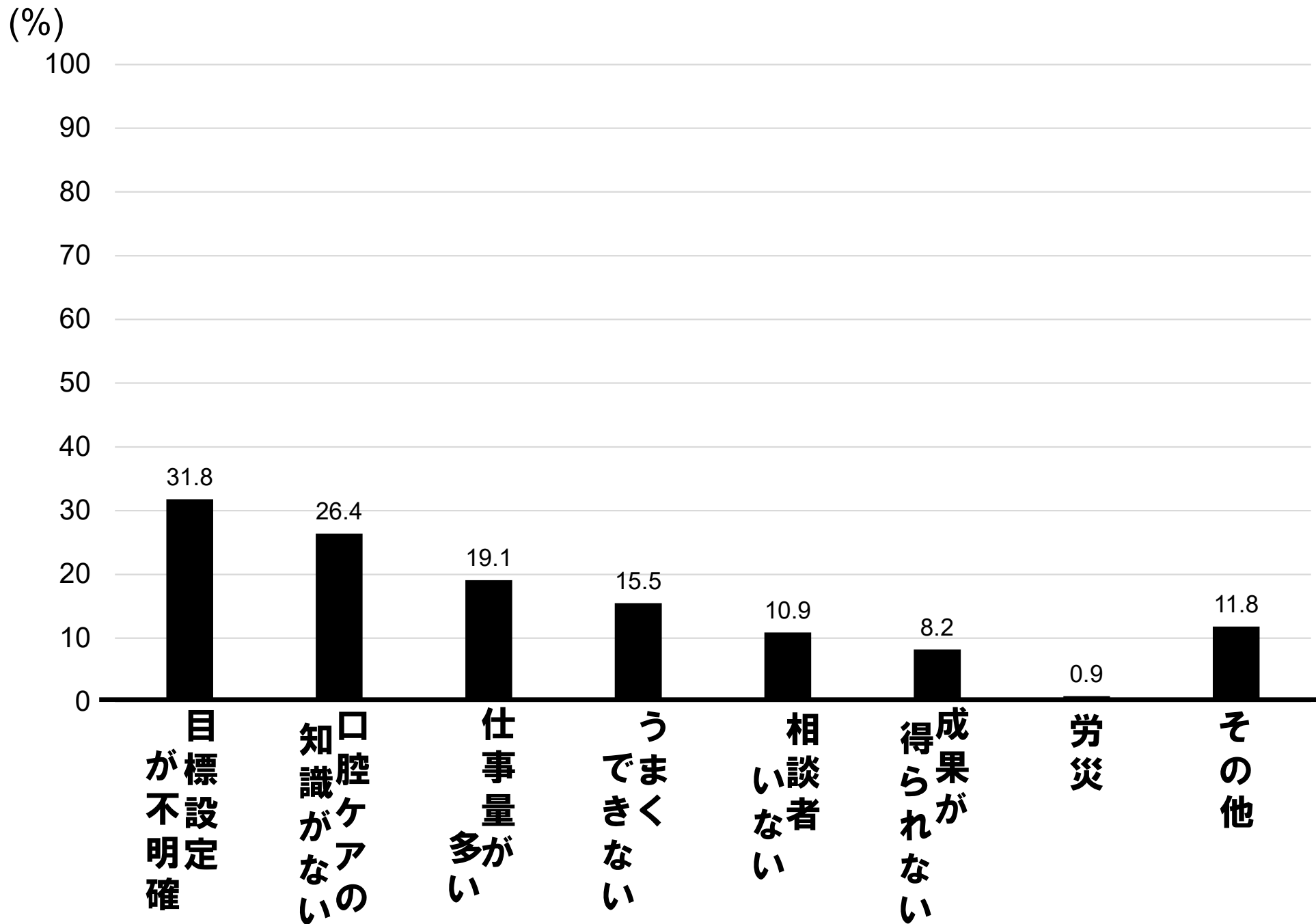


図12 口腔ケアに対する不安や不満

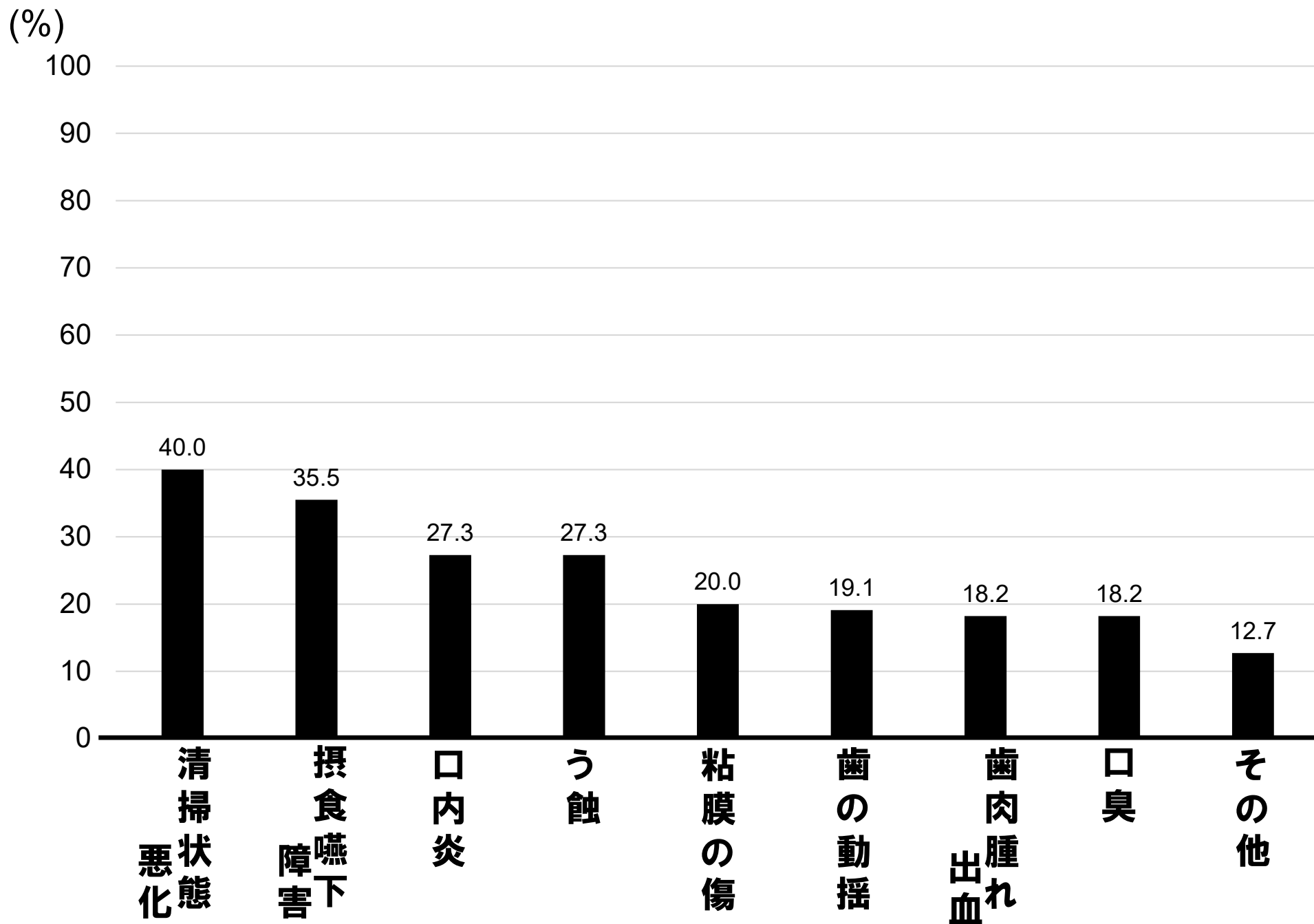


図13 口腔に見られるトラブル



图14



图15



図16

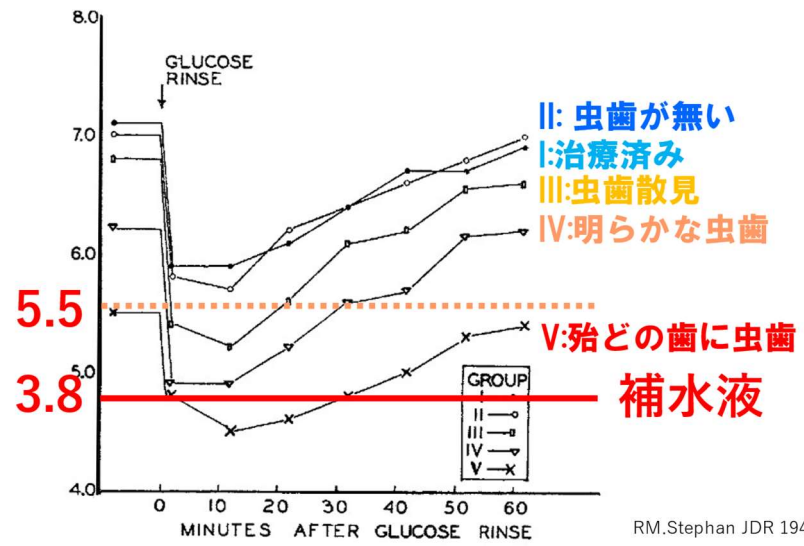
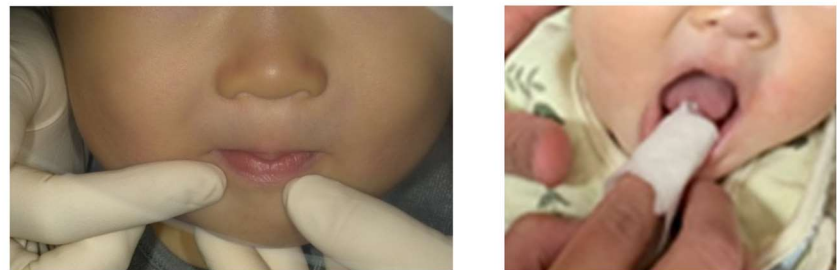


図17



歯みがきをしようと思ったら・・・。

図18 過敏で清掃困難となる症例



口腔周囲を触ることになれば、
口腔内を清潔な手で口唇や口腔内を触っていく



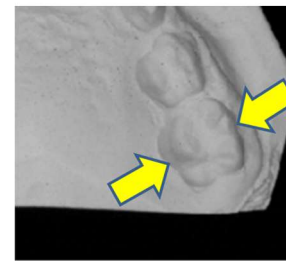
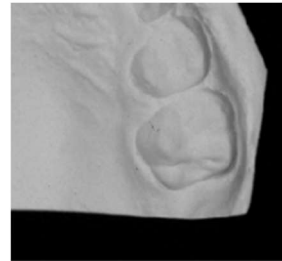
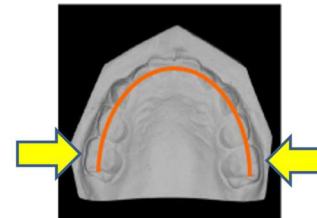
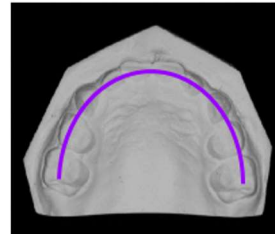
図19 口腔ケアの導入方法



エナメル質形成不全

齲蝕

図20 低出生体重児の歯列イメージ



健常児

超低出生体重児



図21 低出生体重児の歯の特徴

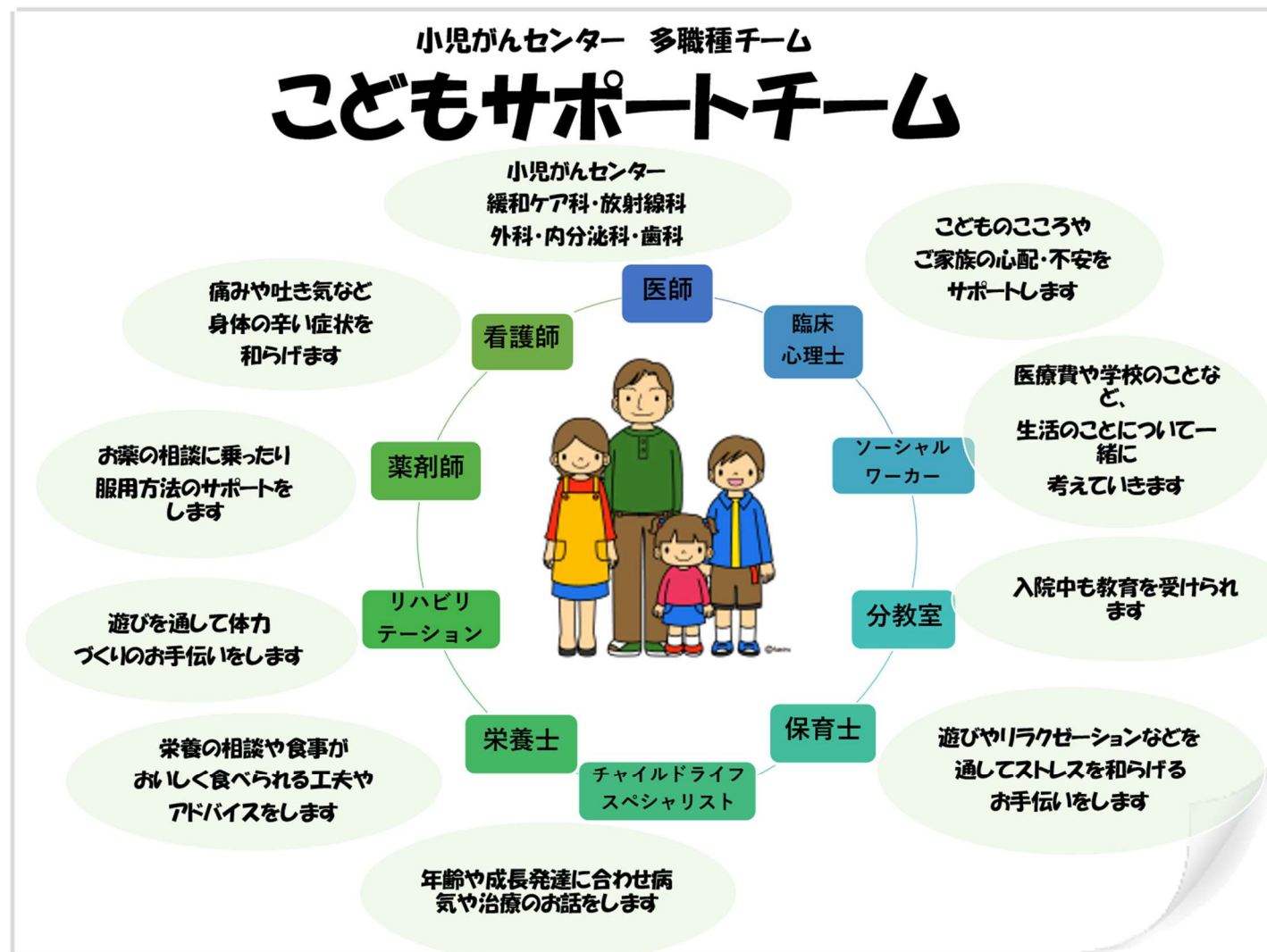
	通常ケア	乳児	口腔粘膜障害悪化時	方法・留意点
ブラッシング	<ul style="list-style-type: none"> ・歯ブラシ ・3回/日 毎食後 ・年少児は仕上げ磨き 		<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケア前に鎮痛剤 ・磨ける部分のみ ・無理しない 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事を食べなくても3回/日 ・磨き残さないよう全体的にブラッシング ・血小板低値でも出血に注意し実施
粘膜清拭	<ul style="list-style-type: none"> ・スポンジブラシ ・3回/日 ブラッシング後 	<ul style="list-style-type: none"> ・スポンジブラシ ・3回/日 	<ul style="list-style-type: none"> ・可能であればスポンジブラシ清拭継続 	<ul style="list-style-type: none"> ・アズレン含嗽薬や保湿成分入りマウスウォッシュに浸す ・舌・舌の裏・口唇裏・上口蓋 ・マッサージするように
含嗽	<ul style="list-style-type: none"> ・アズレン含嗽薬や保湿成分入りマウスウォッシュ ・口腔ケア後、起床時、眠前 ・嘔吐後 		<ul style="list-style-type: none"> ・可能であれば含嗽 ・シリンジに含嗽薬を吸い上げて口腔内洗浄 	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔乾燥が強い場合や起床時には含嗽してからブラッシング ・口腔内洗浄時は顔を横に向けたり吸引しながら誤嚥に注意
保湿	<ul style="list-style-type: none"> ・含嗽後に保湿ジェル口内全体に塗布 ・口唇はワセリン 	<ul style="list-style-type: none"> ・スプレー ・少量のジェルを口内に塗布 ・おしゃぶりにジェル付ける ・夜間の授乳後にスプレー 	<ul style="list-style-type: none"> ・保湿回数を増やす ・起床時や眠前・中途覚醒時にスプレー ・ジェルやスプレーで口内の汚れを浮かせてから口腔ケア ・口唇はジェルの上にワセリン 	<ul style="list-style-type: none"> ・化学療法開始前から保湿を意識 ・口腔粘膜障害発生時は保湿を強化 スプレー→ジェルへ変更 ジェル塗布回数を増やす

こサポとは

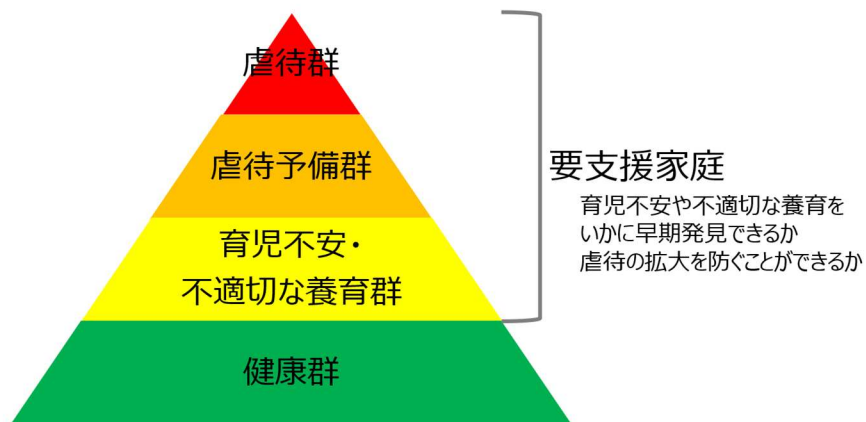
2014年9月発足

毎週月曜日 pickup
変化のあった症例
新入院、終末期
12症例程度

毎週火曜日
Webカンファレンス
12:15-13:00
30-40人のスタッフで
情報共有

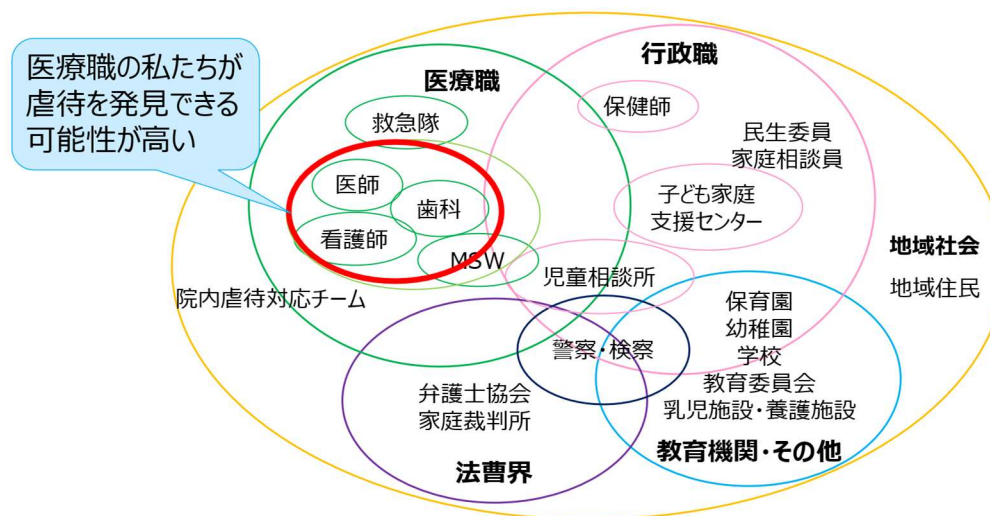


子ども虐待の早期発見



「虫歯の放置 = 不適切な養育」気づくことが重要

多職種連携による子ども虐待対応



市川光太郎 救急現場での多職種連携による虐待対応より引用・改変