

研究ノート

A県下における口腔ケアの現状



大辻 裕子

滋賀県立大学 人間看護学部

背景 近年、口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防に効果があると報告されている。しかし、看護領域における口腔ケア研究は、各種ケア法による口腔内細菌の減少率の比較、効率的な口腔ケア用品の開発など数少ない。また、口腔ケアの方法も標準的なものではなく、それぞれ病院が独自の方法で実施しているのが現状である。

目的 科学的根拠に基づいた口腔ケア法の確立を目指して、A県下の口腔ケアの実態を調査した。

方法 A県下で口腔ケアを全介助で実施している48病院を選び、そこに勤務する看護師から聞き取り調査を行った。看護師が行っている口腔ケアの手技ならびに方法を見学し、半構成的質問調査を実施した。調査項目は、口腔ケアの手技とその根拠、含嗽液の種類、使用物品、1日のケア回数、1回のケア所要時間、マニュアルの有無、評価表の有無など15項目とした。

結果 口腔ケア法は、ブラッシングと清拭がそれぞれ50.0%であり、手技は病院毎に様々で統一されたものはなかった。口腔ケア法の根拠については、根拠不明が33.3%を占めた。口腔ケア時に使用する含嗽液は、水、緑茶、モンダミン®、マウスウォッシュ®、重曹など11種類であり、口腔ケア回数は3回/日が68.8%と最も多く、1回の口腔ケア所要時間は4～5分が41.7%で最も多かった。口腔ケアのマニュアルがあると回答した病院は68.8%であったが、実際には、看護師個人の考えや技量により口腔ケアが実施されていた。口腔ケア評価表やアセスメント表を使用している病院は12.5%あり、72.9%の病院が何らかの方法で評価を行っていた。口腔ケアの課題として、統一したケア方法がなく技術に個人差があると54.2%が回答した。

結論 口腔ケアにおける問題点は、標準的方法がないこと、またそれを実施する看護師の技術力に差があることであり、今後、科学的根拠に基づいたアセスメント法の導入およびケアマニュアル作成の必要性が示唆された。

キーワード 口腔ケア、看護技術、感染予防

I. 緒言

脳血管疾患の増加に伴い¹⁾、口腔ケアを必要とする患者が、病院、施設、在宅において増加している。このような背景を基に、口腔ケア学会が設立され²⁾、摂食・嚥下リハビリテーションの見直し³⁾、栄養サポートチーム(Nutrition Support Team: 以下NST)⁴⁾の設置などが行われている。

口腔ケアには、口腔衛生を目的とした狭義の口腔ケアと、咀嚼・嚥下・発音・呼吸などの口腔機能の回復をも

含めた広義の口腔ケアがある⁵⁾⁻⁷⁾。また、衛生管理を主眼とした器質的口腔ケアと、機能面に重点をおく機能的口腔ケアという分類に分けられることもある⁶⁾⁻⁸⁾。

口腔ケアを怠ると、呼吸器感染症の発症につながる。とくに脳血管障害の後遺症を抱えた患者は、意識障害、摂食障害、嚥下障害などを伴うため、呼吸器感染症の発症リスクが高まる。これらの患者に対しては、呼吸器感染症の予防のみならず、口腔内の機能向上を含めた広義の口腔ケアが求められる。

口腔ケアに関わる職種は、医師・歯科医師・保健師・看護師・歯科衛生士・理学療法士・言語聴覚士・介護福祉士など多岐にわたる⁹⁾。しかし各職種は、予防・治療・看護・介護など異なる視点から介入を行うため、各職種間における技術と認識には差が認められる。

先行研究では、日常的な口腔ケアに加えて歯科医師や

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先: 大辻 裕子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町2500

e-mail: otsuji.h@nurse.usp.ac.jp

歯科衛生士が介入した専門的口腔ケアの実施による誤嚥性肺炎の予防効果¹⁰⁻¹²⁾や、口腔内の環境改善を目的とした報告がなされている¹³⁻¹⁶⁾。看護における口腔ケアに関する研究は、口腔内細菌の減少を目的としたケア方法の比較¹⁷⁾¹⁸⁾、効率的な口腔ケア用品の検討¹⁹⁾、効果的な口腔ケア方法²⁰⁾の検討などである。しかし、いずれも口腔ケア法に定まったものがなく、各病院、各職種が独自の方法で実施しているのが現状である²¹⁾²²⁾。

米国疾病管理予防センター(Centers for Disease Control and Prevention:以下CDC)のガイドライン²³⁾においても、口腔ケアを行う者に対して、手袋・マスク・エプロンなどの着用など標準予防策が示されているものの、口腔ケアの手順や方法については触れられていない。加えて、口腔ケアの技術に関する著書²⁵⁻²⁸⁾は数多くあるにも関わらず、標準的なケア方式は確立されていない²⁹⁾³⁰⁾。

さらに、脳血管障害患者は、意識レベルの評価尺度³¹⁻³³⁾が様々であること、機能障害の程度に個人差があること、開口が困難な患者もいることから統一されたケア方式がなく、医療現場における口腔ケアは日常行われるべき看護技術でありながら、個人の技術力に頼っているのが現状である。

このような現状を踏まえて、口腔内環境の改善が期待できる、科学的根拠に基づいた口腔ケア方式の確立が必要と考えた。そこで今回は、科学的根拠に基づいた狭義の口腔ケア方法確立に向けての前段階調査として、医療現場で実践されている口腔ケアの現状を明らかにすることを目的として、A県下の病院における全介助で口腔ケアが必要な患者への施術方法の調査ならびに施術者に対する半構成的質問調査を行った。

II. 研究方法

1. 用語の操作的定義

口腔ケア：口腔環境を改善するための口腔内の清潔を目的とした狭義の口腔ケアを指し、看護師の全介助による日常的な口腔ケアを指す。

含嗽液：口腔ケアにて、清拭や洗浄に用いる液体の総称。

2. 対象

平成21年A県病院名簿に記載されている60病院のうち、口腔ケアを行っている48病院である。

3. 調査期間・調査方法

調査期間は平成21年5月～平成22年8月に実施した。調査方法は、上記60病院に対し、電話にて口腔ケアが必要な患者の有無を確認し、口腔ケアを実施している48病

院を選定した。次に、これらの病院に対して、本研究の目的と主旨を説明し協力を依頼した。各病院にて口腔ケアを実施しており、技術的にも長けている主任クラスならびに中堅の看護師に半構成的質問調査を実施した。また、日常的に行っている口腔ケアの手技、方法を見学した。

調査の内容としては、先行研究を参考に次の15項目とした。1) 病院の病床数、病棟の病床数、病棟の医療・療養・介護療養区分、2) 病院機能評価機構の認定の有無、3) 全介助で口腔ケアが必要な患者の疾患別分類、4) 1病棟における全介助で常時口腔ケアが必要な患者数、5) 現在行っている口腔ケア方法の手技方法と根拠、6) 口腔ケアのマニュアルの有無、7) 使用薬剤の有無、8) 使用物品、9) 1日の口腔ケア回数、10) 1回の口腔ケア所要時間、11) 口腔ケア施術実施時の看護師の人数、12) 口腔ケアの評価表の有無、評価の方法、13) 口腔ケアにおける他職種との連携、14) 口腔機能の向上への取り組み、15) 口腔ケアにおける課題である。

4. 倫理的配慮

調査対象者に対して、調査の意義・目的・方法について説明した。また、調査への参加は自由であること、同意しない場合であっても不利益は受けないこと、同意した場合でも撤回可能なこと、匿名によって個人名が特定されることなどが無いこと、研究結果は研究以外の目的に用いられないことが無いことを、口頭と文書にて説明した。調査への協力にあたっては、同意書への署名により確認した。また、口腔ケアを観察する患者ならびに家族に対しては、文書を用意し口頭で説明した。

なお、本研究は2009年度5月に行われた滋賀県立大学倫理審査委員会の承認を得た。

III. 結果

1. 対象の属性

48病院の病床数を図1に示した。「100床以下」6病院(12.5%)、「100～199床」23病院(47.9%)、「200～399床」8病院(16.7%)、「400～499床」4病院(8.3%)、「500床以上」7病院(14.6%)であり、「100～199床」の病院が最も多く、次いで「200～399床」、「500床」以上の順になっていた。

2. 患者の疾患構成

各病院における口腔ケアを必要とする患者の基礎疾患を図2に示した。「脳血管疾患」44病院(91.7%)、「呼吸器疾患」17病院(35.4%)、「循環器系疾患」9病院(18.8%)、「神経系疾患」7病院(14.6%)、「悪性新生物」6病院(12.5%)、「内分泌系疾患」2病院(4.2%)、「消化

器系疾患」2病院(4.2%)、「重症心身障害」2病院(4.2%)であり、脳血管障害患者が最も多った。

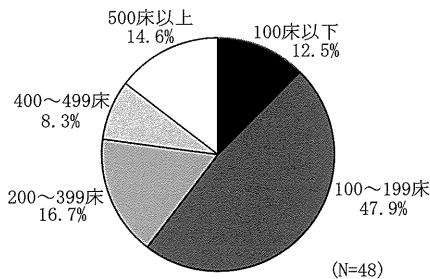


図1 対象病院の病床数の比率

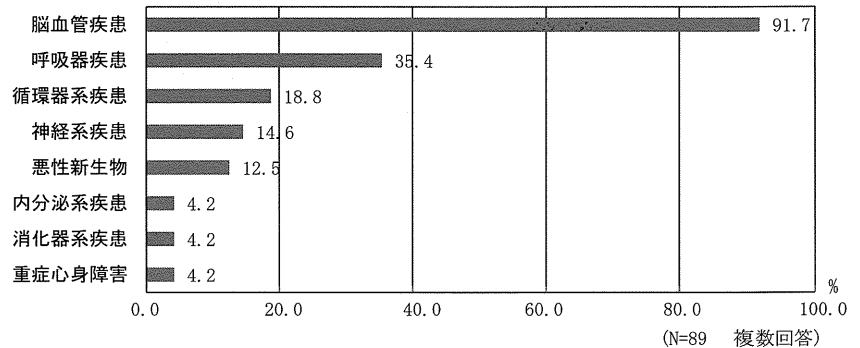


図2 口腔ケアが必要な患者の疾患別分類

3. 口腔ケアの清掃方法

口腔ケアの清掃方法を図3に示した。「ブラッシングと清拭」24病院(50.0%)、「清拭のみ」21病院(43.8%)、「ブラッシングと洗浄」3病院(6.2%)であり、半数の病院がブラッシングと清拭を組み合わせ実施していた。

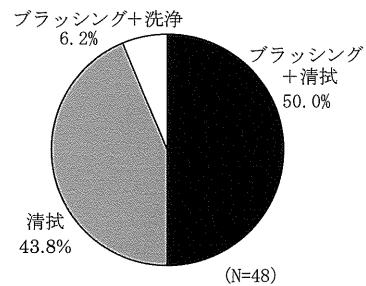


図3 口腔ケアの方法

4. 口腔ケアに用いる物品

口腔ケアに使用する清掃物品を表1に示した。また、各病院における清掃物品の使用割合を図4に示した。

口腔ケア時に使用する清掃物品は、「歯ブラシ」45病院(93.8%)、「スポンジブラシ」35病院(72.9%)、「ガーゼ」30病院(62.5%)、「舌ブラシ」27病院(56.3%)、「特殊ブラシ」14病院(29.2%)、「吸引機能付ブラシ」13病院(27.1%)、「綿棒」11病院(22.9%)であった。清掃方

法はブラッシングと清拭を合わせて実施することが多いことから、歯ブラシ、スポンジブラシ、ガーゼが使用しやすい物品と考えられた。しかしながら、ブラッシングや清拭および洗浄時においては、これらの物品の使用方法について統一された磨き方や清拭の方法がなく、その具体的な方法は個々の看護師の技術と感覚に委ねられていた。

表1 口腔ケア時に使用するケア物品

清掃物品	内 容
吸引機能付 ブ ラ シ	吸引チューブ付歯ブラシ, 吸引チューブ付スポンジブラシなど吸引機能を備えたブラシである。
特殊ブラシ	モアブラシ® (株式会社オーラルケア) くるリーナブラシ® (株式会社オーラルケア) ICUブラシ® (株式会社オーラルケア) タンポボの種® (STBヒグチ) 経管栄養や胃瘻などで経口摂取をしていない方を対象として、口腔粘膜のケア用として開発されたブラシ, 歯の裏側が磨けるよう開発されたブラシ, 電動歯ブラシなどを含む。

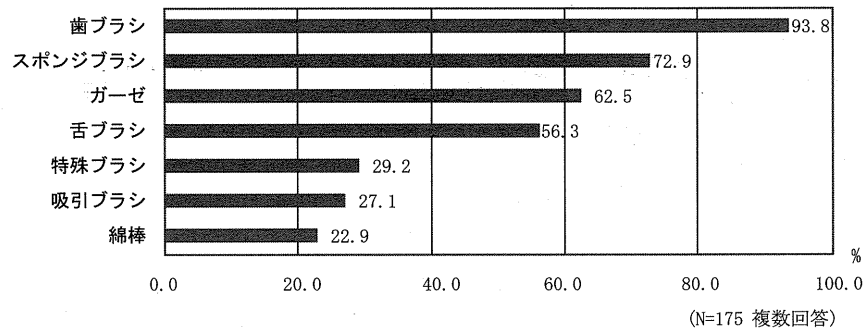


図4 口腔ケアに使用する物品

5. 口腔ケアに用いる含嗽液

口腔ケアに用いられる含嗽液の種類とその使用頻度を図5に示した。「緑茶」、「番茶」などは19病院(32.7%)、「水」15病院(25.9%)、「モンダミン®」や「マウスウォッシュ®」などの洗口剤は13病院(22.4%)、「重曹」などその他薬剤は7病院(12.1%)、「イソジンガーグル®」などの含嗽剤は4病院(6.9%)であった。含嗽液には、主に、水・緑茶・番茶などの日常生活飲料が多く用いられ、次いで、モンダミン®、マウスウォッシュ®などの洗口剤が使用されていた。

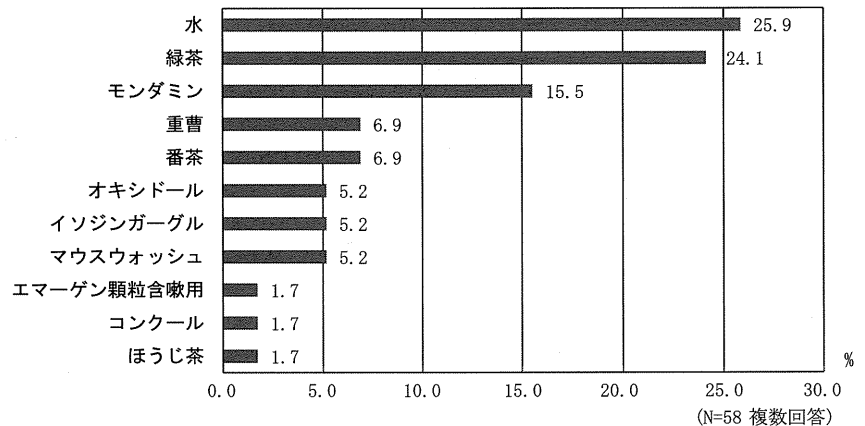


図5 含嗽液の種類

6. 唾液分泌を促すケア

「唾液腺マッサージや人工唾液の使用などのケアを実施している病院」は5病院(10.4%)、「行っていない病院」は43病院(89.6%)であった(図6)。複数回答によるその内訳は、「唾液腺マッサージを実施」4病院(8.3%)、「唾液分泌促進剤を使用している」5病院(10.4%)であったが、この2法を共に実施している病院があるため、実際に唾液分泌のケアを実施している病院はわずか1割であった。

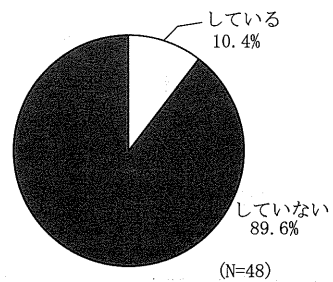


図6 唾液のケア

7. 保湿ケア

「保湿ケアを実践している病院」は41病院(85.4%)、「していない病院」は7病院(14.6%)であった。各病院にて口腔保湿対策として用いられていた品目ならびにその成分を表2に示し、使用頻度を図7に示した。

各病院における口腔内の保湿ケアには、「保湿剤」28病院(50.0%)、「アズノール」12病院(21.4%)、「グリセリン」5病院(8.9%)、「水や緑茶などを噴霧」4病院(7.1%)、「市販のものを噴霧」3病院(5.4%)、「ワセリン」1病院(1.8%)であった。この他に、保湿のために「マスクを使用する病院」

が2病院(3.6%)、「蜂蜜を塗布する病院」が1病院(1.8%)であった。以上、保湿ケアには、医療薬剤よりも口腔ケア開発商品による保湿剤が多く導入されていた。

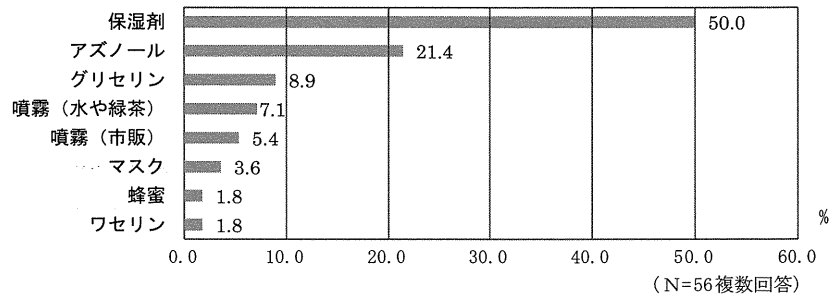


図7 口腔内の保湿対策(実施施設は41施設)

表2 口腔内の保湿対策

品目	成分・用途
保湿剤	<p>ウェットキーピング® (オーラルケア社) 成分：水，グリセリン，ベタイン，キシリトール，ヒドロキシエチルセルロース，ラクトフェリン，メリアアザジラクタ葉エキス，エタノール，BG，リン酸2Na，リン酸Na，メチルパラベンなどを配合，それを塗布すること。</p> <p>バイオティーンオーラルバランスジェル® (ティーアンドケー株式会社) 成分：加水分解水添デンプン，ポリメタクリル酸グリセリル，ラクトペルオキシダーゼ，グルコースオキシダーゼ，リゾチーム，ラクトフェリン，キシリトールなどを配合，それを塗布すること。</p> <p>マウスピュア® (川本産業) 成分：グリチルリチン酸ニカリウム，濃グリセリン，ヒアルロン酸Na，香料(梅エッセンス)，エタノール，プロピレングリコール，バニリン，キシリトール，カルボキシビニルポリマー，安息香酸Na，パラベン，トリエタノールアミン，精製水などを配合しており，それを塗布すること。</p>
アズノール	0.003%アズノール軟膏を塗布すること。
グリセリン	外用皮膚軟化剤のグリセリンを塗布すること。
噴霧 (水や緑茶)	スプレー式の容器に水や緑茶を入れ噴霧すること。
噴霧 (市販)	<p>アクアマウススプレー® (有限会社ハセガワ) 成分：ソルビトール，乳タンパクエキス，ラクトフェリン，塩化カリウム，塩化ナトリウム，塩化マグネシウム，キシリトール，マルチトール，サッカリンNa，ヒドロキシエチルセルロース，安息香酸Na，メチルパラベンNa，プロピルパラベンNa，リン酸2k，クエン酸，塩化カルシウムなどを配合，それを塗布すること。</p> <p>ウェットケアプラス® (キッセイ薬品工業株式会社) 成分：環状オリゴ糖，キシリトール，マルチトール，グリセリン，香料，酸味料，リンゴ酸，リンゴ酸ナトリウム，ヒアルロン酸，カテキン，安息香酸，ビタミンCなどを配合しており，それを塗布すること。</p>

8. 1日の口腔ケア回数

患者1人に対する1日の口腔ケア回数を図8に示した。「4回」3病院(6.2%)、「3回」33病院(68.8%)、「2回」5病院(10.4%)、「1回」7病院(14.6%)であり、食事回数に合わせて1日3回8時間間隔で実施している病院が大半であった。

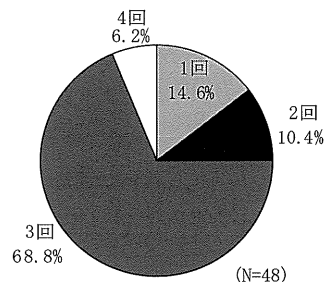


図8 1日の口腔ケア回数

9. 1回の口腔ケア所要時間

1回の口腔ケア所要時間を図9に示した。「10分以上」1病院(2.1%)、「5～10分」2病院(4.2%)、「4～5分」20病院(41.6%)、「3～4分」14病院(29.1%)、「1～3分」9病院(18.8%)、「1分以内」2病院(4.2%)であった。以上、口腔ケアの所要時間は、3分以上5分以内が70.7%を占めた。

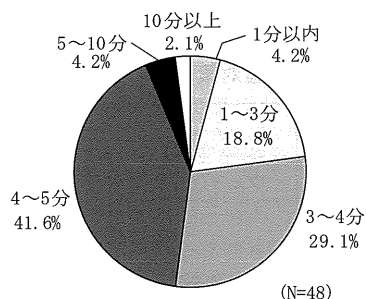


図9 1回の口腔ケアに要する時間

10. 口腔内の評価と口腔ケア後の評価

口腔ケア評価表やアセスメント表の有無を図10に示した。「評価表やアセスメント表がある」のは6病院(12.5%)、「無い」のは42病院(87.5%)であった。

評価表やアセスメント表がない病院が大多数を占めていた。「口腔ケア施術後の評価をどのようにしているのか」の質問に対しては、「評価表はないが病院なりに評価している」29病院(60.4%)、「評価していない」19病院(39.6%)であった。このうち、評価していると回答した病院の評価方法を図11に示した。図11より、「看護師ではなく歯科部門が評価」13病院(44.8%)、「経過記録やフローシートで経過を評価」9病院(31.0%)、「口腔内トラブルがある時のみ看護計画に立案し評価」6病院(20.7%)、「看護師個人の主観で評価」5病院(17.2%)、「申し送りで伝える」5病院(17.2%)、「看護計画に立案し評価」4病院(13.8%)、「摂食・嚥下認定看護師により評価」2病院(6.9%)、「独自の評価表を使用」1病院(3.4%)、「カンファレンスにて評価」1病院(3.4%)などであった。一方、「口腔ケアの評価を行っていない」と回答した19病院(39.6%)の内訳は、「口腔ケアは業務の一つであるため評価する必要がない」11病院(57.9%)、

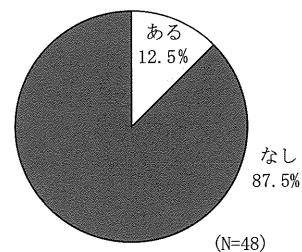


図10 口腔ケア評価表

「経過記録やフローシートにチェックを入れるが評価の意識はない」8病院(42.1%)などであった。

以上より、「評価表やアセスメント表を使用している病院」は6病院(12.5%)であったが、「評価表はないが病院なりに評価している病院」が29病院(60.4%)あり、合計35病院(72.9%)が何らかの評価を行っていた。しかしながら、看護師により患者の口腔内の状態をアセスメントし、「状態に合わせたケア方法の検討やケアの質を評価している病院」は13病院(27.1%)に留まった。

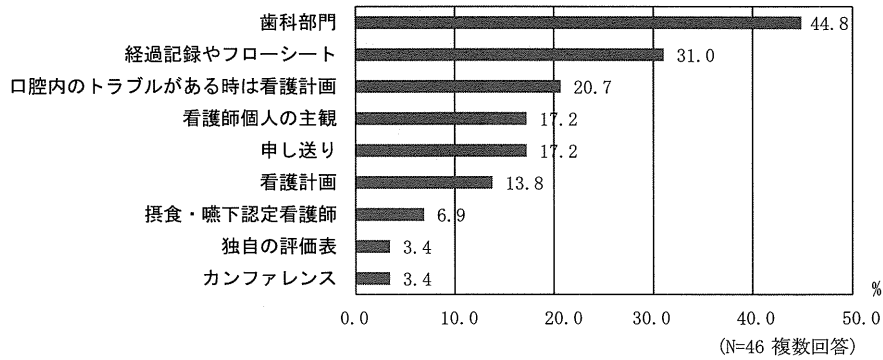


図11 実際の評価方法(評価している29施設)

11. 口腔ケアマニュアル

口腔ケアのマニュアルの有無を図12に示した。「マニュアルがある病院」は33病院(68.8%)、「無い病院」は12病院(25.0%)、「作成中」3病院(6.2%)であった。しかし、マニュアルは整備されているが活用されていない病院もあり、実際のケアは個々の看護師の技術に委ねられていることが多かった。

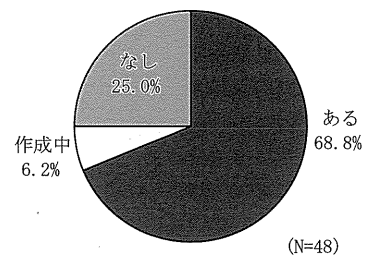


図12 口腔ケアマニュアルの有無

12. 口腔ケア方法の根拠

複数回答による、口腔ケアの方法の根拠を図13に示した。「文献を参考にしている」15病院(31.3%)、「歯科部門と連携している」11病院(22.9%)、「研修会で教わった方法」8病院(16.7%)、「院内看護研究結果による方法」7病院(14.6%)、「以前から施術している方法」16病院(33.3%)であった。

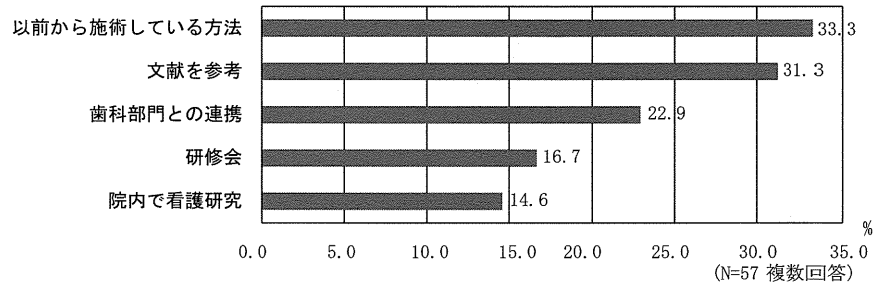


図13 口腔ケア方法の根拠

13. 口腔ケアにおける課題

口腔ケアにおける課題は、問題点と口腔ケアが実施しにくい状況の2点に大きく分けられた。このうちの口腔ケアにおける問題点を図14に示した。「統一したケア方法がなく、技術に差がある」26病院(54.2%)、「口腔内・ケア方法の評価ができていない」10病院(20.8%)、「ケア物品のコストがかかる」9病院(18.8%)、「必要な回数のケアができていない」5病院(10.4%)、「ケアにかかる時間がない」5病院(10.4%)、「人員不足でケアが充分にできない」5病院(8.3%)、「患者の状態に合わせたケアができていない」5病院(8.3%)、「介護の視点からのケアになっている」4病院(6.3%)、「家族の協力が得られない」4病院(4.2%)、「マニュアルがない」2病院(2.1%)、「マニュアル通りではない」2病院(2.1%)であった。

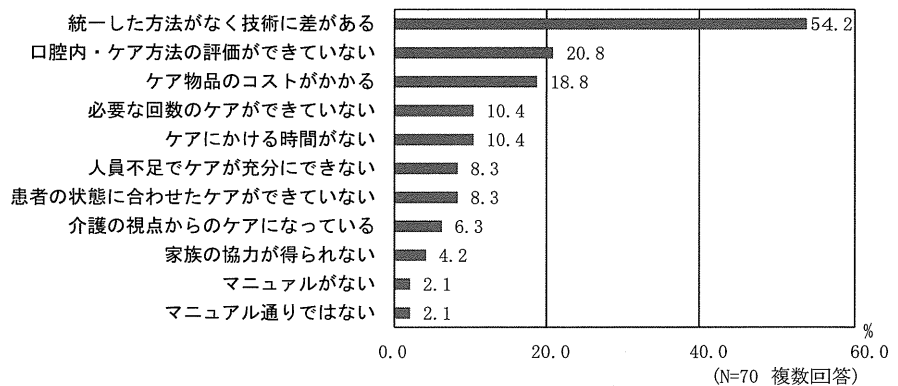


図14 口腔ケアにおける問題点

間がない」5病院(10.4%)、「人員不足でケアが充分にできない」4病院(8.3%)、「患者の状態に合わせたケアができていない」4病院(8.3%)、「介護の視点からのケアになっている」3病院(6.3%)、「家族の協力が得られない」2病院(4.2%)、「マニュアルがない」1病院(2.1%)、「マニュアル通りではない」1病院(2.1%)などであった。口腔ケアにおける問題点としては、半数以上が、「統一した方法がなく、看護師間の技術に差がある」と回答していた。

また、口腔ケアを実施しにくい状況を図15に示した。「開口ができない」14病院(29.2%)、「出血しやすい」4病院(8.3%)、「嘔まれそうになる」4病院(8.3%)、「乾燥して痰がとりづらい」3病院(6.3%)、「歯がぐらついている」2病院(4.2%)、「舌苔がとれない」1病院(2.1%)などであった。

14. 口腔機能向上への取り組み

口腔機能の向上を目指した取り組みを図16に示した。「取り組んでいる」14病院(29.2%)、「時々取り組んでいる」7病院(14.6%)、「取り組んでいない」27病院(56.2%)であり、約半数の病院が口腔ケアは口腔内の清掃として捉えており、口腔機能を高めるケアとして認識していないことが示された。

15. 他職種との連携

他職種との連携については図17に示した。「歯科部門」17病院(35.4%)、「言語聴覚士(Speech Therapist：以下ST)」11病院(22.9%)、「NST」10病院(20.8%)、「その他」3病院(6.3%)、「連携なし」16病院(33.3%)であった。その他は、「耳鼻科部門」、「皮膚科部門」、「理学療法士(Physical Therapist：以下PT)」などであり、約7割以上の病院で、他職種との連携を図りながら口腔ケアが実施されていた。

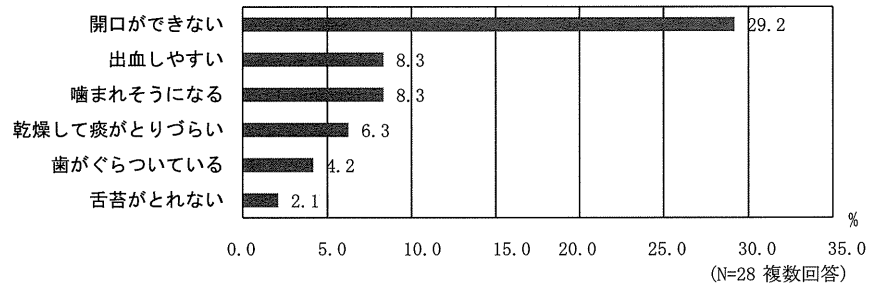


図15 口腔ケアが実施しにくい状況

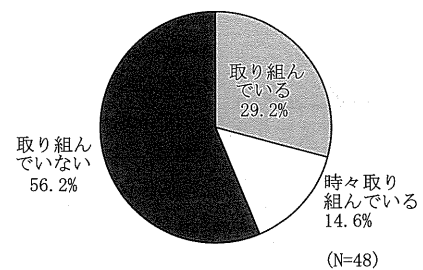


図16 口腔機能向上への取り組み

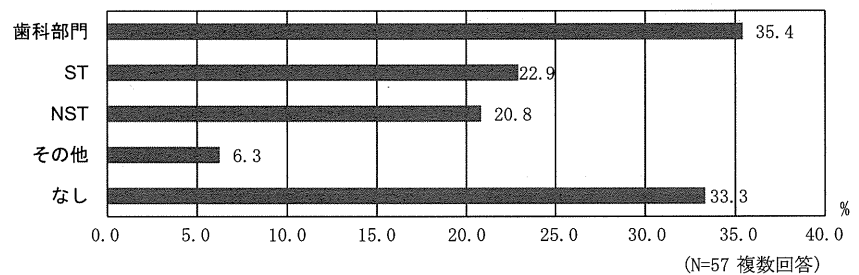


図17 口腔ケアにおけるチーム医療

IV. 考 察

「口腔ケア」の歴史は米国の看護現場から始まったとされている。1960年にVirginia Hendersonは、著書「看護の基本となるもの」³⁴⁾の中で、看護師による口腔ケアの重要性を述べている。1980年代にはわが国にも紹介され、現在は、口腔ケアは、医師・歯科医師・看護師・介護士など多職種が関わるケアへと発展している^{2) 4) 9)}。

脳血管障害の後遺症のある患者の口腔は、唾液の分泌量が減少することにより自浄作用が低下し、口腔内の乾燥・舌苔・口臭・歯肉出血などが起こりやすい。また、口腔内細菌が繁殖し、それに伴って呼吸器感染を併発しやすい³⁵⁾。

Penfieldの脳皮質における運動野の配置図³⁶⁾に示されるごとく、口腔と咀嚼に関する領域は非常に大きいことから、意識障害のある患者への口腔ケアは脳を刺激し、意識回復を促すと報告されている^{37) 38)}。

1. 口腔ケアが必要な患者の基礎疾患

口腔ケアが必要な患者は、脳血管疾患が大半を占めた。それら患者の多くは、摂食・嚥下障害を有する臥床状態にあり、経管栄養や胃瘻を通して栄養補給がなされていた。自ら含嗽や歯磨きができないこのような状態では、誤嚥や不顕性肺炎を予防する見地から、口腔ケアが必要不可欠な看護技術であると報告されている^{35) 39) 40)}。

2. 口腔ケアの実態と看護の役割

口腔ケアは、含嗽・粘膜ケア・歯磨き・唾液ケア・保湿ケア・口腔機能訓練の6つに分類される⁴¹⁾。しかし、含嗽ができない患者では、口腔内に水を注入後に、吸引器具を用いて洗浄した水を吸い取るので、誤嚥の危険が伴い熟練した技術が必要となる。

清拭と洗浄に対する見解は様々であるが^{41) 44)}、主に臨床現場で実施されている方法は1) 歯のブラッシングと口腔粘膜の清拭、2) 歯を含めた口腔内の清拭のみ、3) 歯のブラッシングと口腔内洗浄の3種類である。今回の検討では、口腔ケアの方法は、「歯のブラッシングと粘膜の清拭」が約半数を占め、次いで「清拭のみ」であり、「ブラッシングと洗浄」はわずか6.2%に留まっていた。

ブラッシングは、歯を磨いて歯垢を除去する。清拭は、口腔粘膜の汚れを拭き取る。洗浄は、含嗽液で汚れを洗い流しながら吸引する方法である。これらのうち、洗浄は誤嚥のリスクを伴うために高度な実施技術を要求される。その一方、清拭は、口腔内粘膜の汚れを取り除くことに主眼がおかれており、看護師1人で実施できることから多くの病院で行われている。清拭は、口腔内粘膜の刺激が脳の刺激につながることや、口腔機能の廃用予

防、また唾液腺を刺激し唾液の分泌を促す⁴²⁾などの利点もある。口腔ケアが必要な患者は、咀嚼・嚥下・発声・呼吸などの口腔機能も低下し、唾液の自浄作用が損なわれているので、通常の口腔ケアでは不十分である。そのため、看護師が行う口腔ケアでは、口腔内の清掃、唾液の分泌促進、口腔機能の維持・回復を目指した口腔ケアが望まれる。口腔ケアは口腔機能の訓練も兼ねている^{37) 40)}ことを認識しながら、患者の状況に合わせたケアを行う必要がある。

今回の調査においても、看護師が実施しやすい口腔ケアの方法は、先行研究に示された方法^{45) 46)}と同じく、誤嚥の危険性の少ない口腔内清拭であった。また、口腔ケアに使用する清掃物品としては、歯ブラシ・スポンジブラシ・ガーゼが主に用いられていた。しかし、歯垢の除去には歯ブラシによるブラッシングが欠かせない⁴⁷⁾ことや、スポンジブラシの清掃効果が高い⁴⁸⁾ことから、歯のケアと粘膜のケアを併せて行える歯ブラシとスポンジブラシの併用が望まれる。

また今回、看護師は自らが行っているケア方法に疑問を抱きながら実施しているという結果を得た。先行研究⁴⁹⁾では、口腔ケアは5分以上の時間が必要とされているが、実際は多忙さのため5分が限界であることが報告されている。そこで、ケアの手順の改善ならびに清掃物品の選択、さらにその他工夫が必要と考えられる。

今回の結果では、11種類もの含嗽液が用いられていた。含嗽液に関する先行研究^{50) 56)}は、清掃効果・殺菌効果・口臭予防効果・唾液分泌促進効果などを期待したものであったが、今回の結果でもその使用根拠は明確ではなかった。

米国においては、VAP（人工呼吸器関連肺炎）予防のために、感染の原因となる細菌に対して非アルコール性の口腔リンスを用いることが推奨されている^{57) 59)}。しかし、わが国では様々な含嗽液が用いられており、今回の調査でも同様であった。今後、感染の予防のEBM（Evidence-based medicine）に基づいた含嗽液を選択する必要があると考えられる。

全介助で口腔ケアが必要な患者は、口腔内の自浄作用が低下しており、また口が閉じられずに口腔内汚染や乾燥が著しいことから、口腔粘膜の保護が必要となる。この口腔内の保湿のために、半数以上の病院で保湿剤が用いられており、その品目としては、医療薬剤よりも口腔ケア開発商品が数多く導入されていた。

米国では、口腔粘膜の保護のためには唾液成分を含んだ水溶性の保湿剤を用いることが推奨されている^{57) 59)}。わが国においても、非アルコール性の口腔リンスと保湿剤の併用による口腔内環境を改善する取り組みがなされている¹⁹⁾が、今後、保湿対策の標準化に向けてさらに検討する必要があると考えられる。

1日の口腔ケア回数は、先行研究⁴⁵⁾⁴⁹⁾⁶⁰⁾と同様に1日3回が約7割を占めていた。また、口腔ケアに要する時間は、3分以上5分以内が約7割を占めていた。この1日3回という数字は、口腔ケアが食事や経管栄養の時間と合わせて実施されていることによる。しかし、米国では食事回数によらず、個々の患者の口腔アセスメントに基づいて実施されている⁶¹⁾。

今回の調査では、経過記録やフローシートを用いてケアの評価を行っていた病院があったが、歯科医師や歯科衛生士が評価している病院も約4割あった。一方で、評価を行っていない病院も約4割存在した。この評価をしない主な理由は、多数の看護師が口腔ケアは業務の一つだが、評価に値しない看護技術と考えているためであった。実際口腔ケアは根拠のないまま実施されていることが多かった。さらに、成書に記載されている口腔アセスメント指標は、現場では使用しにくいこともその要因として考えられた。歯科医師が考案したアセスメント指標は項目数が多く、多忙な看護の現場では使用しづらい。病院独自で考案されたアセスメント指標⁶²⁾⁶³⁾も存在するが、妥当性の評価がなされていない。米国においては、1980年代後半より看護の現場において標準化されたアセスメント指標⁶⁴⁾が用いられており、わが国においても標準化されたアセスメント指標の導入が必要と考えられる。

今回の調査から、含嗽液や口腔内粘膜の保護のためのケア開発商品が広く利用されていることが明らかになったが、水や茶のような生活飲料も使用されていた。毎日数回、必要に応じて行われる口腔ケアには、安価で手に入りやすいものを使用することが望ましいが、その科学的根拠が必要となる。今後、すべての含嗽液や粘膜保湿剤を科学的に検証を行う必要があると考えられる。

3. 口腔ケア方法の検証

先行研究⁶⁴⁾⁶⁵⁾においても口腔ケアは病院独自の方法で実施されており、今回の結果と併せて、ケア法が確立していないと考えられた。また、そのケア法の根拠も、文献や看護研究、研修会あるいは歯科部門との協議など、各病院が独自に設定したものであり一律ではなかった。さらに、個々の患者の口腔内環境が異なるため、マニュアル通りにはケアが行われていなかった。

先行研究⁶⁰⁾にて、看護師は口腔ケアの方法に疑問を抱いていることが報告されているが、今回の調査でも、病院で実施している口腔ケア法には根拠がなく、以前から施術している方法と回答した病院が33.3%存在した。また、口腔ケアにおける問題として、調査した病院の半数以上で統一された方法がなく、看護師の技量にも差があることが指摘されていた。

4. 口腔ケアにおけるチーム医療

誤嚥性肺炎の予防には、日常の口腔ケアに加えて専門職による口腔ケアの有用性¹⁰⁻¹³⁾が指摘されており、今回も約7割の病院で看護師が他職種と連携を図りながら口腔ケアを実施していた。

近年の、口腔機能の向上への取り組みは、摂食・嚥下リハビリテーション分野にて盛んに行われており⁶⁷⁾⁶⁸⁾、また、歯科医師や歯科衛生士・看護師・栄養士・ST・OTなどとの連携⁴⁹⁾により口腔ケアが実践されている。今回の調査でも、約3割の病院が口腔内の清掃のみならず、口腔機能の向上に取り組んでいた。特に、摂食・嚥下障害を伴い全介助で口腔ケアを行っている患者は、脳血管障害の患者が多数を占めることから、他職種と協働しながら、より良い口腔ケアを実践することが必要であると考えられる。

今後は、米国のプロトコールに準じた口腔アセスメント表を用いて、科学的根拠に基づいた手順の策定および含嗽液の選定、物品の選択などを検討する予定である。

V. 結 語

科学的根拠に基づいた狭義の口腔ケア方法の確立に向けて、A県下の病院で実践されている口腔ケアの現状を明らかにすることを目的として調査を実施した。

1. 口腔ケアの方法や回数、実施時間などは病院により様々であり、標準的なものではなかった。
2. 口腔ケア評価表を使用している病院は1割のみであったが、約7割の病院が何らかの方法で評価を行っていた。
3. 約7割の病院が他職種と連携し口腔ケアを実践していた。
4. 半数以上の病院で口腔機能の向上に向けた取り組みはなされていなかった。
5. 口腔ケアにおける問題点は、統一された方法がなく看護師の技術力に差があることであり、今後科学的根拠に基づいたケアマニュアル作成の必要性が示された。

謝 辞

本研究を遂行するにあたり、ご協力をいただきましたA県48病院の病院長様および看護部長様、ならびに病棟の看護師の皆様、被験者になっていただいた患者様に感謝を申し上げますと共に、本研究の指導者である藤田きみゑ教授、奥津文子教授、横井和美准教授に深謝致します。なお、本研究は平成21年度滋賀県立大学学部長裁量経費の助成を受けて実施致しました。

文 献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生指標, 56(9), 51-54, 厚生統計協会, 2009.
- 2) 阪口英夫：口腔ケアの歴史, 日本口腔ケア学会誌, 2(1), 5-14, 2008.
- 3) 鎌倉やよい：摂食・嚥下が困難な人へ看護はどう貢献できるか, EB NURSING, 6(3), 8-10, 2006.
- 4) 佐藤エキ子：NSTは効果があるか-チームによる栄養療法の手法と効果のエビデンス, EB NURSING, 6(1), 8-10, 2006.
- 5) 菊谷武：口腔ケアの基礎知識, 菊谷武監修, 口をまもる生命をまもる基礎から学ぶ口腔ケア, 2-14, 学習研究社, 2007.
- 6) 米山武義：口腔ケアはなぜ必要か, 日本歯科医師会監修, EBMに基づいた口腔ケアのために-必読文献集, 26-32, 医歯薬出版株式会社, 2002.
- 7) 米山武義：口腔ケアの定義, 下山和弘他編集, 日本老年歯科医学会監修口腔ケアガイドブック, 2-4, 口腔保健協会, 2008.
- 8) 米山武義：高齢者の誤嚥性肺炎予防と口腔ケア, 誤嚥性肺炎を予防する口腔ケア(下巻), 5-52, 株式会社オーラルケア, 2008.
- 9) 村松真澄他：チームで進める口腔ケアの実際, 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 17(2), 139-142, 2007.
- 10) Yoneyama T et al: Oral care and pneumonia, *Lacet*, 1354, 515, 1999.
- 11) 米山武義他：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, 日本歯科医学会誌, 20, 58-68, 2001.
- 12) 米山武義：誤嚥性肺炎予防における口腔ケアの効果, 日本老年医学会雑誌, 38(4), 476-477, 2001.
- 13) 弘田克彦他：プロフェッショナル・オーラル・ヘルス・ケアを受けた高齢者の咽頭細菌数の変動, 日本老年医学会雑誌, 34(2), 125-129, 1997.
- 14) 菊谷武他：高齢入院患者における舌背上のカンジタについて-摂取食形態, 唾液分泌量との関係-, 老年歯科医学, 13(1), 23-28, 1998.
- 15) 田村文誉他：摂食・嚥下障害者における栄養摂取方法と口腔内環境との関連, 老年歯科医学, 15(1), 14-23, 2000.
- 16) 足立三枝子他：専門的口腔清掃は特別養護老人ホーム要介護者の発熱を減らした, 老年歯科医学, 15(1), 25-30, 2000.
- 17) 平松喜美子他：非経口摂取者における口腔ケアと細菌数の推移, 米子医学雑誌, 55(5), 234-241, 2004.
- 18) 吉田里枝他：オリーブオイルを用いた口腔ケア後の口腔内乾燥の改善細菌数の減少, 鶴岡荘内病院誌, 14, 47-50, 2002.
- 19) 井淵吉美他：マウスウォッシュとオーラルバランスを導入した口腔環境改善への取り組み, 旭赤医誌, 6, 25-27, 2007.
- 20) 小泉敦子他：意識障害のある患者の口腔ケア-ブラッシング法の効果の検討, 東邦大学看護研究会誌, 1(1), 18-23, 2003.
- 21) 吉田恵子他：意識障害患者の感染予防に有効な口腔ケアの検討-口腔ケアの文献, 日本看護学会論文集：総合看護, 31, 32-34, 2000.
- 22) 塚本容子他：肺炎防止のための口腔ケアの研究の動向-2000年から2005年の日本と海外の研究論文の比較から, 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 12, 37-44, 2005.
- 23) 佐藤田鶴子監修：最新 歯科医療における院内感染対策-CDCガイドライン, 43-48, 末永書店, 2004.
- 24) Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007, 満田年宏訳・著, 隔離予防策のためのCDCガイドライン-医療環境における感染性病原体の伝播予防(1), 49-62, ヴァンメディカル, 2007.
- 25) 池西静江：やってみよう基礎看護技術, 2(1), 103-107, メディカ出版, 2007.
- 26) 三上れつ他：演習・実習に役立つ基礎看護技術-根拠に基づいた実践を目指して, 3(1), 40-43, ヌーヴェルヒロカワ, 2008.
- 27) 古屋敦子：確実に身につけたい基本看護技術50-清潔・衣生活援助-口腔ケア, 臨床看護, 33(4), 532-535, 2007.
- 28) 竹尾恵子監修：Best臨地実習のための看護技術指導ガイドライン, 148-158, 学研, 2005.
- 29) 迫田綾子：ケアの視点からの口腔ケア論, 日本口腔ケア学会誌, 3(1), 5-14, 2009.
- 30) 村松真澄：基礎から学ぶ-さまざまな患者への口腔ケア, *Nursing Today*, 24(1), 18, 2009.
- 31) 馬場元毅：絵でみる脳と神経-しくみと障害のメカニズム(3), 70-76, 医学書院, 2009.
- 32) 東北療護センター遷延性意識障害度スコア表：<http://www.kohnan-sendai.or.jp/>
- 33) 千葉療護センター重症頭部外傷後遺症患者レベル判定表：<http://chiba-ryougo.jp/>
- 34) Virginia Henderson: *Basic Principles of Nursing Care*, ICN, USA, 1960, 湯楨ます・小玉香津子訳, 看護の基本となるもの(新装版, 3), 57-58, 日本看護協会出版会, 2009.
- 35) 木田正芳他：脳血管障害後遺症に伴う嚥下障害について, 老年歯科医学, 9(2), 66-72, 1996.
- 36) Penfield, W. et al: *The cerebral cortex of man*. Macmillan, 248, 1950.
- 37) 紙屋克子：私の看護ノート, 医学書院, 1993.
- 38) 黒岩恭子：食べられる口をつくる実践口腔ケア, 1993.

- 嚥性肺炎を予防する口腔ケア(下巻) 摂食機能向上により患者のQOLを高める, 149-193, 株式会社オーラルケア, 2008.
- 39) 小長谷貴子, 柿木保明: 口腔ケアが必要な理由, 鈴木俊夫他編, JNNスペシャルNO. 73これからの口腔ケア, 18-23, 医学書院, 2003.
- 40) 北川善政他: 口腔ケアの基礎知識, *Nursing Today*, 24(1), 19-23, 2009.
- 41) 村松真澄: 口腔ケアの実践の基本技術, *Nursing Today*, 24(1), 24-29, 2009.
- 42) 松尾なみえ: 脳神経外科病棟における口腔ケア-意識障害をもつ患者の口腔ケア, *看護*, 27(3), 432-436, 2001.
- 43) 岸本裕充: ナースのための口腔ケア実践テクニック, 1(3), 30-36, 昭林社, 2007.
- 44) 倉科憲治他: 口腔粘膜の清掃法, 口腔ケア学会編集, 口腔ケア基礎知識-口腔ケア4級・5級認定資格基準準拠, 37-39, 末長書店, 2008.
- 45) 道中俊成他: 脳神経外科疾患患者に携わる看護師が実践する口腔ケアの知識と課題に関する研究, *看護学統合研究*, 8(1), 28-41, 2006.
- 46) 迫田綾子: わが国の看護職における口腔ケアの現状と課題・1-口腔ケア行動の現状と教育・組織アセスメント, *看護管理*, 16(6), 473-476, 2006.
- 47) 熊坂士他: 口腔清掃用具の種類によるブラック除去効果の比較, *日本口腔ケア学会雑誌*, 3(1), 27-30, 2009.
- 48) 鈴木章他: 要介護老人の口腔ケアに用いる補助器具の清掃効果-綿棒と柄付きスポンジの比較, *老年歯科医学*, 8(2), 128-136, 1994.
- 49) 有田美恵他: 入院患者の口腔ケアに対する看護師への意識調査, *広島大学歯学雑誌*, 41(1), 71-75, 2009.
- 50) 白井やよい他: 洗口剤のCandida albicansに対する殺菌効果, *老年歯科医学*, 19(4), 284-288, 2005.
- 51) 榊靖枝他: 意識障害患者への梅酢含嗽水による唾液分泌の促進効果, *日本看護学会論文集(看護総合)*, 34, 12-13, 2003.
- 52) 室井志保他: レモンティーングリセリンを用いた口腔内乾燥予防への効果-イソジンガーグル液との比較, *全国自治体病院協議会雑誌*, 421, 91-92, 2003.
- 53) 有木園子他: 意識障害患者の唾液分泌促進を試みて-だし昆布水の有効性, *日本看護学会論文集(成人看護II)*, 35, 36-38, 2005.
- 54) 野村知世他: ヒアルロン酸含有の洗口液と二重水による口腔ケアを試みて, *トヨタ医報*, 17, 69-74, 2007.
- 55) 福山恭子他: 緑茶含嗽による静菌作用の持続効果の検討, *日本看護学会論文集(総合看護)*, 38, 29-31, 2007.
- 56) 三島真里子他: 水道水と濃度の異なるレモン水を使用した口腔ケアによる唾液分泌量の変化-効果的な口腔ケアの検討, *看護・保健科学研究誌*, 9(1), 200-204, 2009.
- 57) Schleder B et al: You can make a difference in 5 minutes, *Evidence- Based Nursing*, 7, 102-103, 2004.
- 58) スーディK: ここまでは見極め, これだけは実践したい口腔ケアのポイント③感染予防と口腔ケア, *Nursing Today*, 24(1), 37-39, 2009.
- 59) Schleder B et al: The Effect of a Comprehensive Oral Care Protocol on Patients Risk for Ventilator-Associated Pneumonia, *J Advocate Health Care*, 4(1), 27-30, 2002.
- 60) 熊坂士他: アンケート調査による東京女子医科大学病院病棟看護師の口腔ケアの現状, *東京女子医科大学雑誌*, 77(7), 337-345, 2007.
- 61) Eilers J et al: Development, Testing, and Application of the Oral Assessment Guide, *Oncology Nursing Forum*, 15(3), 325-330, 1988.
- 62) 島美貴子他: 口腔ケアチームの活動を通し口腔内清潔の維持増進を図る-チームメンバーの知識・技術の変化と口腔ケアアセスメントシートの活用, *日本看護学会論文集(看護総合)*, 37, 74-76, 2006.
- 63) 西村江美他: 脳血管障害患者の転棟から退院(転院)までの口腔ケアプロトコルの作成, *日本看護学会論文集(看護総合)*, 37, 155-157, 2006.
- 64) 田中奈苗他: 口腔ケアにおける統一したアプローチの方法, *日本リハビリテーション看護学会学術大会集録*, 17, 51-53, 2005.
- 65) 山本亜希子他: 遷延性意識障害患者に対する口腔ケアの改善への取り組み, *日本看護学会論文集(看護総合)*, 37, 164-166, 2006.
- 66) 山中亮佑他: 八戸赤十字病院における入院患者に対する専門的口腔ケアについて, *八戸赤十字病院紀要*, 8(1), 11-15, 2008.
- 67) 鎌倉やよい: ヒストリカルレビュー-看護領域, *日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌*, 9(1), 27-35, 2005.
- 68) 浅田美江: 摂食・嚥下障害患者に対する看護の役割, *臨床看護*, 35(4), 435-441, 2009.
- 69) 迫田綾子: 摂食・嚥下障害患者への口腔ケア, *臨床看護*, 35(4), 518-527, 2009.

(Summary)

Survey of Oral Care in A Prefecture

Hiroko Otsuji

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Key Words Oral Care, Nursing Technique, Infection control