

表5-19

N. S.

	どのような状態の方に口ケアを実施するか				
	自分で意識できる方	手伝いが必要だが自分でできる方	自分で全く意識できていない方	無回答	合計
歯科医師会理事者のいる施設	70	143	143	0	356
それ以外の施設	674	1306	1264	0	3244
合計	744	1449	1407	0	3600

	どのような状態の方に口ケアを実施するか				
	自分で意識できる方	手伝いが必要だが自分でできる方	自分で全く意識できていない方	無回答	合計
歯科医師会理事者のいる施設	45.8%	82.3%	82.3%	0.0%	100.0%
それ以外の施設	47.6%	82.3%	88.2%	0.0%	100.0%
合計	744	1449	1407	0	3600

表5-20

P < 0.05

	口ケアを介助する担当者				合計
	介護職員	看護士・管理士	歯科衛生士	その他	
歯科医師会理事者のいる施設	142	61	20	7	248
それ以外の施設	1364	549	73	44	2029
合計	1506	610	111	51	2277

	口ケアを介助する担当者				合計
	介護職員	看護士・管理士	歯科衛生士	その他	
歯科医師会理事者のいる施設	82.8%	39.9%	24.8%	4.8%	100.0%
それ以外の施設	86.4%	38.7%	5.2%	2.1%	100.0%
合計	1506	610	111	51	2277

表5-21

N. S.

	実施回数												合計
	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回	11回以上	無回答	
歯科医師会理事者のいる施設	25	24	75	10	3	1	0	0	0	0	0	5	153
それ以外の施設	201	320	741	103	17	4	0	0	0	0	0	29	1415
合計	226	354	816	113	20	5	0	0	0	0	0	34	1568

	実施回数												合計
	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回	11回以上	無回答	
歯科医師会理事者のいる施設	16.3%	22.2%	49.0%	6.5%	2.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%	100.0%
それ以外の施設	16.3%	22.2%	49.0%	6.5%	2.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%	100.0%
合計	226	354	816	113	20	5	0	0	0	0	0	34	1568

表5-22

N. S.

	実施時間帯						合計
	起床時	朝食後	昼食後	夕食後	夜(就寝前)	その他	
歯科医師会理事者のいる施設	23	109	106	114	22	19	153
それ以外の施設	227	921	823	1065	284	83	1415
合計	250	1030	929	1179	306	102	1568

	実施時間帯						合計
	起床時	朝食後	昼食後	夕食後	夜(就寝前)	その他	
歯科医師会理事者のいる施設	15.0%	69.3%	69.3%	74.8%	14.4%	12.4%	100.0%
それ以外の施設	23.1%	65.8%	65.4%	76.7%	18.7%	5.9%	100.0%
合計	250	1030	929	1179	306	102	1568

表5-23

P < 0.05

	入居者の朝食状態			
	すべて嚼口食のみの入居者で	嚼口食と家庭口食の両方が選択	無回答	合計
歯科医師会理事者のいる施設	23	119	2	153
それ以外の施設	596	808	21	1415
合計	619	927	23	1568

	入居者の朝食状態			
	すべて嚼口食のみの入居者で	嚼口食と家庭口食の両方が選択	無回答	合計
歯科医師会理事者のいる施設	21.6%	77.1%	1.3%	100.0%
それ以外の施設	41.4%	57.1%	1.3%	100.0%
合計	619	927	23	1568

表5-24

P < 0.05

	歯のある方に対する口ケア(鏡口挿入)						
	特に付いていない	鏡(50%)のみ	ガーゼ等による拭き取り	家庭用ブラシや歯ブラシを使用	歯ブラシを使用	歯ブラシと補助器具	
歯科医師会理事者のいる施設	0	29	32	26	121	80	277
それ以外の施設	7	253	342	187	1294	287	2269
合計	7	281	374	213	1417	367	2546

	歯のある方に対する口ケア(鏡口挿入)						
	特に付いていない	鏡(50%)のみ	ガーゼ等による拭き取り	家庭用ブラシや歯ブラシを使用	歯ブラシを使用	歯ブラシと補助器具	
歯科医師会理事者のいる施設	0.0%	18.2%	20.9%	23.2%	85.6%	32.7%	100.0%
それ以外の施設	0.8%	17.8%	17.1%	13.2%	80.9%	20.3%	100.0%
合計	7	281	374	213	1417	367	2546

表5-25

P < 0.05

	歯のない方に対する口腔ケア(歯口採取)						合計
	特に付いていない	洗浄(うがい)のみ	ガーゼ等による拭き	歯ブラシや舌ブラシを使用	歯ブラシを使用	歯ブラシと補助器具を使用	
歯科医療従事者のいる施設	8	824	848	237	282	121	2971
それ以外の施設	1	78	108	51	25	12	285
合計	9	1002	957	438	417	133	2956
	歯のない方に対する口腔ケア(歯口採取)						合計
	特に付いていない	洗浄(うがい)のみ	ガーゼ等による拭き	歯ブラシや舌ブラシを使用	歯ブラシを使用	歯ブラシと補助器具を使用	
歯科医療従事者のいる施設	0.7%	81.0%	70.0%	33.3%	22.8%	7.8%	100.0%
それ以外の施設	0.5%	59.8%	32.4%	23.7%	24.2%	7.7%	100.0%
合計	9	1002	957	438	417	133	2956

表5-26

N. S.

	歯のある方に対する口腔ケア(歯口採取)						合計
	特に付いていない	洗浄(うがい)のみ	ガーゼ等による拭き	歯ブラシや舌ブラシを使用	歯ブラシを使用	歯ブラシと補助器具を使用	
歯科医療従事者のいる施設	0	7	36	37	59	27	187
それ以外の施設	3	37	423	165	420	130	1218
合計	3	64	480	202	481	157	1397
	歯のある方に対する口腔ケア(歯口採取)						合計
	特に付いていない	洗浄(うがい)のみ	ガーゼ等による拭き	歯ブラシや舌ブラシを使用	歯ブラシを使用	歯ブラシと補助器具を使用	
歯科医療従事者のいる施設	0.0%	4.8%	37.8%	24.2%	37.8%	17.8%	100.0%
それ以外の施設	0.2%	4.0%	29.0%	11.7%	30.8%	9.2%	100.0%
合計	3	64	480	202	481	157	1397

表5-27

N. S.

	歯のない方に対する口腔ケア(歯口採取)						合計
	特に付いていない	洗浄(うがい)のみ	ガーゼ等による拭き	歯ブラシや舌ブラシを使用	歯ブラシを使用	歯ブラシと補助器具を使用	
歯科医療従事者のいる施設	1	16	103	39	10	7	174
それ以外の施設	6	110	678	219	76	43	1138
合計	7	126	781	258	86	50	1312
	歯のない方に対する口腔ケア(歯口採取)						合計
	特に付いていない	洗浄(うがい)のみ	ガーゼ等による拭き	歯ブラシや舌ブラシを使用	歯ブラシを使用	歯ブラシと補助器具を使用	
歯科医療従事者のいる施設	0.7%	9.2%	67.3%	23.5%	6.5%	4.8%	100.0%
それ以外の施設	0.4%	7.8%	47.9%	13.5%	5.4%	3.9%	100.0%
合計	7	126	781	258	86	50	1312

表5-28

N. S.

	口腔を看護して口腔ケア実施を希望しているか					合計
	毎日行っている	隔日行っている	隔1週間程度行っている	実施していない	無回答	
歯科医療従事者のいる施設	88	21	16	24	4	153
それ以外の施設	874	153	73	238	37	1415
合計	962	174	87	264	61	1568
	口腔を看護して口腔ケア実施を希望しているか					合計
	毎日行っている	隔日行っている	隔1週間程度行っている	実施していない	無回答	
歯科医療従事者のいる施設	57.8%	18.7%	9.2%	17.0%	2.8%	100.0%
それ以外の施設	61.8%	10.8%	5.2%	18.2%	4.0%	100.0%
合計	962	174	87	264	61	1568

表5-29

P < 0.05

	口腔ケアの状態を把握する担当者						合計
	介護職員	看護師・管理師	歯科衛生士	歯科医師	していない	その他	
歯科医療従事者のいる施設	98	59	36	19	8	8	238
それ以外の施設	1081	340	90	37	97	31	1886
合計	1179	399	96	76	105	39	2064
	口腔ケアの状態を把握する担当者						合計
	介護職員	看護師・管理師	歯科衛生士	歯科医師	していない	その他	
歯科医療従事者のいる施設	64.1%	38.8%	23.3%	12.4%	8.2%	8.2%	100.0%
それ以外の施設	76.4%	38.2%	4.2%	4.0%	9.8%	8.2%	100.0%
合計	1179	399	96	76	105	39	2064

表5-30

N. S.

	歯磨きの実施方法				合計
	特に付いていない	流水で歯磨	ブラシを利用して歯磨	歯磨剤を利用	
歯科医療従事者のいる施設	0	37	125	125	317
それ以外の施設	1	477	1237	1151	2868
合計	619	626	23	1380	3186
	歯磨きの実施方法				合計
	特に付いていない	流水で歯磨	ブラシを利用して歯磨	歯磨剤を利用	
歯科医療従事者のいる施設	0.0%	37.3%	68.2%	81.7%	100.0%
それ以外の施設	0.1%	33.7%	67.4%	81.3%	100.0%
合計	619	626	23	1380	3186

表5-31

P < 0.05

	患者の希望				合計
	何に付いていない	取り外してそのまま使用している	水中で使用している	無回答	
歯科医療従事者のいる施設	1	8	196	7	133
それ以外の施設	43	41	1290	38	1413
合計	44	49	1486	45	1568

	患者の希望				合計
	何に付いていない	取り外してそのまま使用している	水中で使用している	無回答	
歯科医療従事者のいる施設	0.7%	5.8%	84.8%	4.8%	100.0%
それ以外の施設	3.2%	2.8%	91.2%	2.8%	100.0%
合計	61%	52%	23%	156%	156%

表5-32

P < 0.05

	協力歯科医療機関があるか				合計
	はい	いいえ	無回答	合計	
歯科医療従事者のいる施設	132	3	6	141	
それ以外の施設	1348	172	32	1552	
合計	1500	175	38	1713	

	協力歯科医療機関があるか				合計
	はい	いいえ	無回答	合計	
歯科医療従事者のいる施設	84.4%	7.8%	3.7%	100.0%	
それ以外の施設	88.8%	11.1%	2.1%	100.0%	
合計	1500	175	38	1713	

表5-33

P < 0.05

	付随協力歯科施設から情報提供があったか				合計
	はい	いいえ	無回答	合計	
歯科医療従事者のいる施設	132	3	6	141	
それ以外の施設	1348	172	32	1552	
合計	1500	175	38	1713	

	付随協力歯科施設から情報提供があったか				合計
	はい	いいえ	無回答	合計	
歯科医療従事者のいる施設	99.1%	27.0%	3.9%	100.0%	
それ以外の施設	53.6%	44.0%	2.4%	100.0%	
合計	1500	175	38	1713	

表5-34

P < 0.05

	専門的な口ケアを実施しているか				合計
	実施している	実施していない	無回答	合計	
歯科医療従事者のいる施設	85	88	7	181	
それ以外の施設	281	1105	54	1352	
合計	498	1194	63	1713	

	専門的な口ケアを実施しているか				合計
	実施している	実施していない	無回答	合計	
歯科医療従事者のいる施設	59.0%	36.8%	4.3%	100.0%	
それ以外の施設	23.2%	71.2%	3.6%	100.0%	
合計	498	1194	63	1713	

表5-35

P < 0.05

	専門的知識の習得回数														無回答	合計			
	1回	2回	3回	4回	5回	6-10回	11-15回	16-20回	21-30回	31-40回	41-50回	51-60回	61-70回	71-80回			81-90回	91-100回以上	
資料提供者のいない地域	17	3	2	1	1	1	12	0	3	0	17	3	0	2	0	2	1	28	95
それ以外の地域	106	34	10	9	2	7	29	2	16	8	37	0	1	0	6	6	6	94	291
合計	123	37	12	10	3	8	41	2	21	8	74	3	0	3	0	7	126	486	
	専門的知識の習得割合														無回答	合計			
資料提供者のいない地域	17.9%	3.2%	2.1%	1.1%	1.1%	1.1%	12.9%	0.0%	3.2%	0.0%	17.9%	3.2%	0.0%	2.1%			0.0%	2.1%	1.1%
それ以外の地域	27.1%	8.7%	2.9%	2.3%	0.3%	1.6%	7.4%	0.5%	4.1%	2.0%	14.6%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	1.3%	1.3%	23.1%	100.0%
合計	123	37	12	10	3	8	41	2	21	8	74	3	0	3	0	7	126	486	

表5-36

P < 0.05

	資料提供の実施			合計
	実施している	実施していない	無回答	
資料提供者のいない地域	82	82	7	161
それ以外の地域	283	1219	50	1552
合計	345	1311	57	1713
	資料提供の実施割合			合計
資料提供者のいない地域	38.3%	57.1%	4.3%	
それ以外の地域	18.2%	78.3%	3.2%	100.0%
合計	345	1311	57	1713

表5-37

P < 0.05

	資料提供の実施回数														無回答	合計			
	1回	2回	3回	4回	5回	6-10回	11-15回	16-20回	21-30回	31-40回	41-50回	51-60回	61-70回	71-80回			81-90回	91-100回以上	
資料提供者のいない地域	25	9	2	0	0	1	7	0	2	0	4	0	0	0	0	0	0	12	62
それ以外の地域	117	44	4	3	1	4	26	0	8	1	19	1	0	1	0	1	0	55	283
合計	142	53	6	3	1	5	33	0	8	1	23	1	0	1	0	1	0	67	486
	資料提供の実施割合														無回答	合計			
資料提供者のいない地域	40.3%	14.3%	3.2%	0.0%	0.0%	1.6%	11.2%	0.0%	3.2%	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%			0.0%	0.0%	0.0%
それ以外の地域	41.3%	15.3%	1.4%	1.1%	0.4%	1.4%	8.2%	0.0%	2.1%	0.4%	6.7%	0.4%	0.0%	0.4%	0.0%	0.4%	0.2%	19.4%	100.0%
合計	142	53	6	3	1	5	33	0	8	1	23	1	0	1	0	1	0	67	486

表5-38

N. S.

	資料提供が必要になった場合					合計
	家族に連絡	地域の形勢科に連絡	地域の資料室に連絡	地方資料館等に連絡	その他	
資料提供者のいない地域	108	1	6	131	24	270
それ以外の地域	1132	12	88	1202	143	2358
合計	1240	13	94	1333	167	2828
	資料提供が必要になった場合					合計
資料提供者のいない地域	67.1%	0.8%	3.7%	81.4%	14.9%	
それ以外の地域	72.9%	0.8%	4.4%	77.4%	9.2%	100.0%
合計	1240	13	94	1333	167	2828

表5-39

P < 0.05

	実施後に資料提供をおこなったか(一年以内)			合計
	ある	ない	無回答	
資料提供者のいない地域	128	17	8	161
それ以外の地域	1028	473	49	1552
合計	1154	492	55	1713
	実施後に資料提供をおこなったか(一年以内)			合計
資料提供者のいない地域	83.7%	10.6%	3.7%	
それ以外の地域	64.2%	30.8%	3.2%	100.0%
合計	1154	492	55	1713

表5-40

P < 0.05

	資料提供を行った回数														無回答	合計			
	1回	2回	3回	4回	5回	6-10回	11-15回	16-20回	21-30回	31-40回	41-50回	51-60回	61-70回	71-80回			81-90回	91-100回以上	
資料提供者のいない地域	1	4	1	1	1	9	10	5	11	1	23	8	0	0	0	3	7	51	138
それ以外の地域	35	42	51	27	51	109	48	36	60	22	170	18	5	6	2	18	16	291	1028
合計	36	46	52	28	52	118	58	41	71	24	193	26	5	6	2	23	23	342	1166
	資料提供を行った割合														無回答	合計			
資料提供者のいない地域	0.7%	2.8%	0.7%	0.7%	0.7%	6.3%	7.2%	3.8%	8.0%	0.7%	16.7%	3.8%	0.0%	0.0%			0.0%	3.6%	5.1%
それ以外の地域	3.4%	4.1%	5.0%	2.8%	5.0%	10.4%	4.7%	3.3%	5.8%	2.2%	18.3%	1.8%	0.3%	0.4%	0.2%	1.8%	1.6%	28.3%	100.0%
合計	36	46	52	28	52	118	58	41	71	24	193	26	5	6	2	23	23	342	1166

表5-41 P < 0.05

	風致から逃匿させた回数			合計
	ある	ない	無回答	
資料提供事業者のいふ施設	92	61	8	161
それ以外の施設	1064	423	43	1530
合計	1156	484	51	1713
	風致から逃匿させた割合			合計
	ある	ない	無回答	
資料提供事業者のいふ施設	57.1%	37.9%	5.0%	100.0%
それ以外の施設	69.6%	27.4%	2.8%	100.0%
合計	1178	496	31	1713

表5-42 P < 0.05

	遊戯回数																無回答	合計	
	1回	2回	3回	4回	5回	6-10回	11-15回	16-20回	21-30回	31-40回	41-50回	51-60回	61-70回	71-80回	81-90回	91-100回			101回以上
資料提供事業者のいふ施設	6	7	7	4	2	10	3	3	4	2	1	1	1	1	0	0	1	27	82
それ以外の施設	63	67	71	42	62	149	47	47	43	14	20	8	1	2	3	5	6	404	1064
合計	69	74	78	46	64	159	52	50	47	16	31	9	2	3	3	5	7	441	1178
	遊戯割合																無回答	合計	
	1回	2回	3回	4回	5回	6-10回	11-15回	16-20回	21-30回	31-40回	41-50回	51-60回	61-70回	71-80回	81-90回	91-100回			101回以上
資料提供事業者のいふ施設	6.3%	7.6%	7.6%	4.3%	2.2%	10.9%	5.4%	3.3%	4.3%	2.2%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	0.0%	0.0%	1.1%	40.2%	100.0%
それ以外の施設	5.8%	6.0%	6.3%	3.9%	5.7%	13.7%	4.3%	4.3%	4.0%	1.2%	2.8%	0.7%	0.1%	0.2%	0.3%	0.3%	0.6%	37.3%	100.0%
合計	69	74	78	46	64	159	52	50	47	16	31	9	2	3	3	5	7	441	1178

表5-43 P < 0.05

	資料提供に関する教育の実施			合計
	実施している	実施していない	無回答	
資料提供事業者のいふ施設	56	96	9	161
それ以外の施設	247	1294	39	1552
合計	303	1362	48	1713
	資料提供に関する教育の実施			合計
	実施している	実施していない	無回答	
資料提供事業者のいふ施設	34.8%	58.8%	5.8%	100.0%
それ以外の施設	15.8%	81.8%	2.3%	100.0%
合計	303	1362	48	1713

厚生労働科学研究補助金(長寿科学総合研究事業)
分担研究報告書

口腔ケアを標準化したクリニカルパス作成について
分担研究者 宮武光吉 (鶴見大学教授)

研究要旨:平成 14 年度我々が行った「急性期患者の口腔ケアにおける病院の意識」に関する研究集会において歯科領域と看護領域で各々の行っている口腔ケアについて、これまで情報の交換が無く、実態を認識していなかったことが明らかとなり、相互の取り組みのレベルを確認することができた。しかし、入院患者の急性期から介護施設に至るまでの一連の流れの中で、口腔ケアと摂食指導を確実に根付かせるために、歯科の係わりをクリニカルパスに入れ、評価を行う時期と評価の判断基準を作る必要があるとの意見の一致をみた。今回、脳血管障害患者用クリニカルパスに口腔ケアを取り入れたものを作成し、検討した。嚥下機能評価については歯科医師もしくは医師が行うべきであるという意見が出された。アセスメントシートは簡便なタイプのものを使用し、普及させる必要があると考えられた。クリニカルパスを使用するためには、病態によるバリエーションを設けるか、対象疾患の細かい選定が必要であると意見の一致をみた。

A.研究目的

我々は平成 12 年度から 14 年度まで厚生科学研究補助金長寿科学総合研究事業「要介護高齢者の摂食障害発生要因に関する研究」を行った。

平成 12 年度は、要介護高齢者で歯科治療を望む人は、要介護となった原因疾患の発生後の 1 年以内に歯科疾患の主訴が発生する割合が最も多いことが、報告された。口腔清掃が困難となることが摂食障害発生に大きく影響していると推測されたため平成 13 年度は「急性期入院患者に対する口腔ケアに関する実態調査」を行った。65 歳以上の脳血管障害発症後の要介護入院患者に対する口腔ケアはほとんどの施設で入院直後から開始され、ほぼ毎日実施されていた。口腔ケアの実施回数は多く、その方法は単純な含

嗽だけではなく清拭や歯ブラシ等の方法を積極的に併用していた。義歯は早い時期に使用を開始し、毎食後に取り外している施設も多く義歯使用と義歯を清潔にする重要性が理解されていた。口腔ケアは看護師が行うことが多く、実施上の問題点は時間と方法との回答が多かった。さらに平成 14 年度は脳血管障害発症直後の患者に対する口腔機能の評価がどのように行われているかを把握する目的で「脳卒中急性期患者の口腔機能評価に関する調査」を行った。脳卒中急性期患者の口腔機能の回復、維持にもっとも関与しているのは看護師であった。入院期間が短い施設ほど、義歯を早期から使用させている傾向があり、口腔機能の評価を行い、義歯を積極的に使用させている施設では早期に経口摂取

が開始される傾向があった。歯科および歯科衛生に関する情報が多い病院や、口腔ケアを積極的に行い、それに関心のある施設ほど、口腔機能の評価を十分行っていた。しかし経口摂取開始時期や食形態の決定方法についての明確な基準は確率されていなかった。

以上のことから脳血管障害急性期患者のクリニカルパスに口腔機能の評価（咀嚼機能、嚥下機能、義歯の評価方法など）を折り込み、経口摂取開始時期や食形態の決定方法に関する判断基準を作成することを、今回の研究集会の目的にしたいと考える。歯科医療の関与がこれらの患者の口腔機能の回復、維持に直接貢献することは言うまでもない。しかし、クリニカルパスにより入院中の口腔ケアや口腔機能の維持、管理に直接携わる看護師の技術、意識の向上につながることも効果的であると思われる。この結果、脳卒中急性期患者の早期の口腔機能の回復、QOLの向上、退院や社会復帰が可能になるとと思われる。

B. 研究方法

平成15年10月27日、本研究班員による前年度までの研究内容についての発表の後、病院勤務で脳血管障害患者の口腔ケアを実践している看護師（小山珠美：神奈川県リハビリテーション病院、滝本和子、尾形由美子：七沢リハビリテーション病院、安達富美子、益子和江、鈴木福代：東京歯科大学市川総合病院）によるクリニカルパスの事例呈示が行われ、看護教育に携わっている教員（鎌倉やよい：愛知県立看護大学、大岡良枝：千葉県立衛生短期大学）、脳神経外科医師（菅 貞郎：東京歯科大学市川総合病院）、歯科衛生士の教育に携わり、かつ病棟での口腔ケアを行っている歯科

衛生士（藤平弘子：東京歯科大学市川総合病院）らによる質疑応答と総合討論の形式により、問題点の抽出と、口腔ケアの標準化について論議を行った。

C. 結果

① 歯科の介入

第1段階（入院1週間以内）の早い時期から歯科医師、歯科衛生士の介入、診査が必要である、との意見が出された。歯科が併設されていても、外来中心で病棟に訪室する機会のない病院もあるとの指摘があった。歯科衛生士は勤務している場合とボランティアで訪れる場合とあり、医療としての普及がされていない点が浮き彫りとなった。二次的に歯科に依頼するのではなく、入院診療計画書のなかに組み込み、クリニカルパスと共に入院時に手渡してはどうかとの意見があった。

② 口腔内機能評価

口腔内機能評価は誰が行っているか、との質問に対し、看護師が中心として行っているのが現状であることが判明した。医師はあまり口腔内の状態に興味がなく、歯科の係わりも得られにくい病院が多いという実態であった。

③ 個々のケアプラン

患者の年齢やその他様々な要因をふまえた個々のケアプランの作成が必要との意見が出された。

④ ケアの回数、人員の問題

1日3回の口腔ケアは、時間的に難しくはないか、との質問が歯科医師から出たが、肺炎予防として基本的な事項であり、当然行っているとの回答であった。1日2回は10分から15かけて徹底的に行いあとの1回は補助的に行っている。毎回完璧に行うのは難しいが、肺炎の予防は早期退院につながることを、改めて強調された。脳神経外科医師より、朝夕食時は病棟内に3

人くらいしか看護師が勤務していないため、摂食指導や口腔ケアに人員が割けないとの現状が報告されたが、人員は必要であり、看護助手の増員で食事の補助を行っている病院の事例が紹介された。組織として取り組み、クリニカルパスや病院経営に取り組む姿勢が大事であり、マンパワーは必要だが、新しく雇うだけではなく、OT、PTの活躍や医師の指示の工夫など、見直すべき点がたくさんあるとの指摘もあった。

⑤ 嚥下機能検査

嚥下機能検査は初診時に医師、歯科医師立ち会いのもと、協議を行った上で施行すべきである、との意見があった。改訂水のみテストの際には、呼吸音の聴取、頸部聴診などを併用しないと、危険ではないかという意見もあった。

脳神経外科医師は他職種のコーディネートのみでなく、口腔ケアや嚥下に対し積極的に係わっていくべきだ、との意見が出された。

⑥ 急性期から慢性期への関係

急性期の病棟では早期リハビリテーションの一環として口腔ケアを積極的に行っているが、慢性期の病棟や、他の病院に移る際の、関係がうまくとれていないのではないかと、との意見が出された。

⑦ クリニカルパスの運用

急性期、亜急性期、慢性期という分類では汎用が多すぎ、失敗しやすいのではないかと、との発言があり、口腔ケアと摂食嚥下機能のパスをわけてはどうかとの意見があった。適応基準の作成が必要であると考えた。

⑧ アセスメントシート

アセスメントシートには義歯の機能評価と嚥下機能に関する項目を盛り込んでほしいとの意見が出された。しかし、

看護師が口腔内診査をする項目には、限界があり、簡便な評価方法のマニュアル作成が急務であると考えられた。

E. 考察

今回の研究集会では、口腔ケアへの取り組みは、看護師のみが行うのではなく、医師、歯科医師はもちろんのこと、病院経営の観点に立ち、全体で取り組むべきことであることが、認識された。現状に満足するのではなく、より良い環境作りを目指して今後改善すべき点が浮き彫りとなった。

口腔ケアについては、いわゆる歯ブラシの使用や含嗽などの口腔清掃で代表される、歯や義歯の清潔保持の他に、摂食指導、嚥下機能評価や嚥下機能訓練も含むという考えもある。この定義は現時点では確立されていないようであり、現場での混乱も見られるようである。

いずれにしても、入院患者の急性期から要介護となった時期に至るまで、口腔の清潔と摂食嚥下の機能回復の明確な位置づけが重要である。

その一方で、今回提示されたボランティアとしての歯科衛生士の例など、病床や介護施設における歯科医師、歯科衛生士との連携が不十分であることはこれまでも本研究班で指摘し、連携の必要性を提言してことであるが、あらためてその推進の必要性の意を強くするものである。

E. 結論

病院全体として、口腔ケアに取り組む姿勢が必要である。と同時に、医師、歯科医師、看護師らが個々に問題提起をし、診査の段階からのチームアプローチが必須である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産の出願・登録状況

なし

研究集会次第

期日：平成15年10月27日（月）

時間：午前10：00～午後6：00

場所：東京歯科大学水道橋校舎2F第1.

10：00～ 開始
挨拶

主任研究者 石井拓男

10：40～ 事例呈示

座長 岡田真人

資料番号

- ① 脳損傷患者の経口摂取へのアプローチ
`-口腔ケアのクリティカルパスに関連して- 小山珠美 1
- ② 口腔ケアの効果
`-経口摂取にむけて- 尾形由美子 2
- ③ 口腔ケアを組み入れたクリティカルパスの作成
`-脳血管障害（ラクナ梗塞）のクリティカルパス- 鈴木福代 3

11：40～ 質疑

(昼 食)

13：00～ 総合討論

座長 山根源之

14：30～ コーヒーブレイク

15：00～ まとめ

番号	氏名	所属・役職
1	石井 拓男	東京歯科大学 社会歯科学研究室 教授
2	山根 源之	東京歯科大学市川総合病院 副院長 オーラルメディシン講座 教授
3	今村 嘉宣	今村歯科医院 東京歯科大学補綴科 非常勤講師
4	岡田 真人	東京歯科大学 社会歯科学研究室 助教授
5	菅 貞郎	東京歯科大学市川総合病院 脳神経外科 助教授
6	蔵本 千夏	東京歯科大学市川総合病院 オーラルメディシン講座 助手
7	渡邊 裕	東京歯科大学市川総合病院 オーラルメディシン講座 助手
8	大原里子	東京医科歯科大学 総合診療部
9	南 二郎	厚生労働省医政局歯科保健課 歯科保健医療調整官
10	安達 富美子	東京歯科大学市川総合病院 看護部 部長
11	益子 和江	東京歯科大学市川総合病院 看護部 看護師長
12	鈴木 福代	東京歯科大学市川総合病院 看護部 看護主任
13	鎌倉 やよい	愛知県立看護大学 教授
14	大岡 良枝	千葉県立衛生短期大学 教授
15	滝重内 浩子	横浜市衛生局 医療対策部 看護業務担当部長
16	小山 珠美	神奈川リハビリテーション病院 看護師長
17	滝本 和子	七沢リハビリテーション病院 脳血管センター 看護部 部長
18	尾形由美子	七沢リハビリテーション病院 脳血管センター 看護部 副部長
19	藤平弘子	東京歯科大学市川総合病院 歯科・口腔外科 主任歯科衛生士
20	鈴木トキ子 オブザーバー	医歯薬出版株式会社 第二出版部歯科書籍
21	須藤成彰 オブザーバー	医歯薬出版株式会社 第二出版部歯科書籍
22	白田千代 オブザーバー	東京都中野区北部保健福祉センター 歯科衛生士
23	金久弥生 オブザーバー	医療法人ピーアイエー ナカムラ病院 歯科衛生士

口腔ケアを組入れたクリティカルパスの作成

～ラクナ梗塞クリティカルパスを活用して～

東京歯科大学市川総合病院
安達富美子 益子和江
鈴木福代

医師・歯科・口腔外科医師・歯科衛生士・看護師チームで専門的口腔ケアを組み込んだラクナ梗塞患者のクリティカルパス（以後ラクナ梗塞パスと略す）を作成。パスに沿って、口腔ケアを実施した。

クリティカルパスの狙いは大きく分けると①経済的効率②医療の質の保障という点にある。今回、ラクナ梗塞パスを活用し、入院した時点から疾病の治療開始と同時に、歯科・口腔外科での治療を脳外科の診療の一部として、チームで協働した治療・ケアを全身状態の改善と合わせて行う事ができた。事例が少ない事から、「合併症予防・疾病の早期回復につながる事ができた。」といえるところには達していないが、実際にラクナ梗塞パスを使用した事例を通し、考察を加え、関わりの経過を報告する。

1. ラクナ梗塞パスの展開

1) 患者様用クリティカルパス・・・資料①

緊急入院のため、患者様用パスは入院後に主治医が病状説明を終了した後、担当の看護師が患者様または家族の方に渡す。その時、口腔ケアについて歯科・口腔外科医師、歯科衛生士から専門的な口腔ケアの提供があることを入院時オリエンテーションに加える事とした。

2) 医療者用ラクナ梗塞クリティカルパス・・・資料②

全身管理と口腔内評価が縦軸に並び、全身状態の変化に合わせたケアの状況がわかる。口腔内アセスメントの6項目（口臭・汚染・出血・潰瘍・歯の動揺・舌苔）は1日3回、評価結果を記録し、口腔内の状況の変化をわかりやすくした。

3) ラクナ梗塞パスの運用方法・・・資料③

（口腔ケアを組み込んだパスでの、歯科・口腔外科とのチームプレー）
パス使用における各チームの役割分担を明確にすることでスムーズな運用を図る

4) 専門的口腔ケア、スタート時に使用する必要資料

- ・ 口腔ケアアセスメントシート（迫田式アセスメントシートを一部改変）・・・資料④
- ・ 口腔ケアプラン・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・資料⑤
- ・ 経口摂取および食形態基準チャート（改訂版水飲みテスト判定基準）・・・資料⑥
- ・ 「口腔ケアを開始するにあたって」・・・・・・・・・・・・・・・・資料⑥
- ・ 様 現在のお口の状態・・・・・・・・・・・・・・・・資料⑦

2. 事例展開の実際

口腔ケアの実際・・・・・・・・①使用パス（資料：事例①）②口腔ケアの展開場面（資料：写真）

3. まとめ

1) パスの効果

- ①チームで関わることで、高いレベルのケアを実践できた。
- ②専門職者が関わる事で患者はセルフケア能力を高める事ができた。
- ③正しい口腔ケア方法を取得してもらう機会となった
- ④看護師の口腔ケア技術向上の機会となる
- ⑤退院後の口腔ケアについて指導することで疾病の予防教育を実践することできる

2) パス使用後の問題点

- ① 今後の課題として、口腔内評価基準を明確にする必要があるのではないか。
- ② 食事、排泄回数項目不足があった。

おわりに

クリティカルパスの狙いとあわせて、患者にとって苦痛が少なく、看護者の負担が少なく口腔内清潔が保たれ、重症感染症を防ぐ事ができ、経済性にも優れている口腔ケアを、今後もすすめたい。

ラクナ梗塞で治療を受ける患者様へ 主治医()

月日(日附)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8~14日
経過(病日)		必要に応じて点滴が続きです						
注射	点滴があります							
内服	必要に応じて飲み薬があります 必要に応じて酸素吸入があります							
検査	頭脳CT 心電図 血圧検査 レントゲン			(目的未定ですが、予約が入るとMRIがあります)			頭脳CT	
食事	指示により絶食になる事もあります 飲み込みが問題なければ食べられます 治療食になる事もあります							
排泄	症状にあった排泄方法を看護師が指導します							
行動	病状に合わせて指示があります							
清潔	シャワーの許可が出ない時は看護師が身体を拭きます			シャワーで使えます				
口腔ケア	病状に合わせて口腔ケア方法を指導します 口腔ケア方法 口腔ケア回数(朝・昼・夕・その他) 歯磨き用具 (歯ブラシ、歯間ブラシ、綿棒、ガーゼ、スポンジブラシ、歯歯肉歯ブラシ、歯歯肉洗浄剤)	歯科・口腔外科医師の診察があります 説明があります						歯科・口腔外科医師の診察があります 歯科衛生士が口腔ケアについてアドバイスします
説明/指導	主治医より病気の説明があります 看護師が今までの生活をお話しし、これからの入院生活について説明します 入院治療計画をお話しします 口腔ケアの計画について説明があります	理学療法士によるリハビリ計画されます 歯科・口腔外科医師・歯科衛生士が口腔ケアの方法について説明します 熱がある、咳が出ない、吐き気がする、頭痛がある、便が出ない等の症状がある場合はお薬がありますので申し出て下さい		治療食の方は栄養士からの食事指導があります 薬を飲まれている方は、薬前師からの説明があります				退院に向けて準備をしていきます。 わからない事は相談して下さい。 紹介医から持ち寄られたレントゲン写真などがありますしたら、退院の際にお渡しいたします 歯科衛生士が退院後の口腔ケアについて説明・指導します

・状況により予定が変更になる場合もあります。ご不明な点がありましたらお尋ね下さい。

日付	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
経過	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	
目標	1. 悪病の再発をおこさな 6. 転倒または通院に対しての心構えができる 2. ADLに依じたリハビリができる 3. 転倒・転落をおこさない 4. 筋力低下や疼痛の軽減をおこさない								
食事	朝食・昼食・夕食のみ・塩分制限 (Na ⁺) エネルギー制限食 (kcal) ベトナム・トイレット・車椅子・(室内・院内・院内)フリー 限速カー・ヘルパー・ベトナム・ポーター・介助下・トイレ可 清潔・シャワー浴								
治療	口薬CT								
検査・処置	口薬科・口腔外科診察 口薬科・口腔外科医師診察 口薬科衛生士口腔ケアについての通院指導								
説明 指導	口薬科より現状説明 口薬科より通院について説明 月 日 時～ 口薬科来院日 口薬科説明・エンボス製し								
全身 管理	(V/S 1検)	(V/S 1検)	(V/S 1検)	(V/S 1検)	(V/S 1検)	(V/S 1検)	(V/S 1検)	(V/S 1検)	(V/S 1検)
BP									
T									
P									
JCS									
MIMT									
瞳孔(右/左)									
対光(右/左)									
嚙み(右/左)									
嚙み(有・無)									
口臭(有・無)									
浮腫(有・無)									
出血(有・無)									
歯の動揺(有・無)									
舌苔(有・無)									
口薬ケア サイン	() エース								
バイアス									

ラクナ梗塞パス

口腔ケアを組み込んだパスでの、歯科・口腔外科とのチームプレー

パス作成使用目的

急性期から口腔ケア・摂食・嚥下障害への取り組みをすることにより、早期回復・誤嚥性肺炎を予防する。(平成15年度厚生労働化学研究「高齢者の口腔保健の維持増進に関する研究」よりスタート)

方法

ラクナ梗塞クリティカルパスに歯科・口腔外科の診察並びに専門的口腔ケアを組み込み、歯科・口腔外科・歯科衛生士・看護師が協力体制をとりケアの実施・評価をし、その効果を見る

<基本的な診察形態>

- 1回目：入院翌日
- 2回目：初診後1週間（初診の担当医にするため再診曜日を同じにする）
- 3回目：退院前日

1. 脳外科医師

- ・パスに表記のとおり、入院時に患者に歯科口腔外科の診察について、受診の必要性を説明する
- ・入院時の指示として歯科・口腔外科受診の診療依頼書を記入する

2. 歯科口腔外科医師

- ・診療依頼書で依頼を受けた医師は入院翌日の10時30分頃病棟に診察に行く
- ・患者の診察は歯科衛生士・病棟看護師と一緒にを行い口腔内評価をする
- ・口腔ケアについて担当看護師に口腔ケア方法とそのポイントを伝える
- ・患者に専門的口腔ケアについて説明をする
- ・必要物品を処方し、会計は入院費用支払い時とする
- ・歯科的治療の必要性に応じて患者・または家族にその旨伝える。治療については患者・家族の希望に添う
 - * 入院翌日・1週間後に口腔内の診察をする
 - * 退院後の口腔ケアについて指導する

3. 歯科衛生士

- ・歯科口腔外科医師と一緒に専門的口腔ケアを提供する
- ・入院後の口腔ケア方法についてアセスメント表を用いて口腔内評価する
- ・入院後の口腔ケアについてパンフレットを患者に渡し、説明・指導する
- ・退院後の口腔ケアについて説明・指導する（退院前日）

4. 担当看護師

- ・入院翌日に歯科口腔外科に診察の依頼・診察手続をする
- ・歯科・口腔外科医師と共に口腔内の評価をする⇒口腔ケアコースの決定パスに記載。その後はこのコースに沿って口腔ケアを実施する
- ・簡易水飲みテストを行い判定する⇒パスに記入

口腔ケアアセスメントシート

診察日 年 月 日

ID番号 _____

氏名 _____ ()歳 男・女

住所 _____ 電話 _____

主病名 _____ 発症()年()歳・療養歴()年

既往歴 _____

一般状態 良好・普通・不良 肺炎既往歴 有・無 ()年()ヶ月前

介護度 要支援・1・2・3・4・5 発熱(無・時々()/M・W)

主なサービス _____

主な介護者 _____ 年齢()歳 男・女 家族()人

介護年数()年 健康状態 良好・普通・不良()

特記事項 _____ 口腔状態 良好・普通・不良()

口腔アセスメント

内容	主な観察	3点	2点	1点	評価	評価	評価
1 食事	内容、栄養方法	普通・軟食・流動・ミキサー	経管・胃瘻・腸瘻	IVH 絶食			
2 咀嚼	かむ機能	正常	やや困難	困難			
3 発声	発声、言葉の明瞭さ	正常	やや困難	会話困難			
4 嚥下	飲みこみ、むせ等	正常	やや困難	困難			
5 舌	舌苔、腫脹、動き	良好	やや不良	不良			
6 唾液	湿潤、乾燥、口腔内観察	普通	少ない	欠如			
7 口唇・粘膜	色調、乾燥、腫脹等	良好	やや不良	不良			
8 歯肉	色調、乾燥、腫脹、出血等	良好	やや不良	不良			
9 歯数	残存歯数()	20本以上()	10~20本	10本以下 0本=0点			
10 う蝕	う蝕本数()	なし	C ₂ 以下	C ₂ 以上			
11 疼痛	歯、歯肉、舌、口蓋、他	なし	時々あり	強度			
12 他の症状	味覚、閉閉口、他()	なし	時々あり	強度			
13 口臭		なし	時々あり	強度			
14 口腔の清掃状態	食物残渣、歯垢	清潔	1/2以下	1/2以上			
15 口腔ケア回数	セルフケア	毎日(朝昼夕)	() /W・M	なし			
16 口腔ケア自立度	歯磨き	自立	一部介助	全介助			
17	含嗽	ブクブク可	水を含める	含めない			
18	歯歯着脱	自立	一部介助	全介助			
19 代償行動	介助者()	毎日(朝昼夕)	() /W・M	なし			
20 代償者のケア内容	歯磨き、含嗽、歯歯洗浄 その他()			合計点			

(口腔ケアプラン)

口腔観察・含嗽・歯磨き・口腔清拭・口腔洗浄・歯歯のケア・口臭のケア・乾燥のケア・疼痛のケア
他の症状緩和・摂食嚥下リハ・食生活支援

口腔ケアプラン（基本的にすべて3回 / day 施行）

コース	プラン
A：歯牙がある場合	歯ブラシと30倍希釈イソジンを用いたケアを行い、水洗
B：無歯牙の場合	ペアン・棉球と30倍希釈イソジンを用いたケアを行い、水洗
C：部分床義歯の場合	A プラス義歯の着脱、水洗
D：総義歯の場合	B プラス義歯の着脱、水洗
E：自立	セルフケアののち上記A～Dを補助的に行う

経口摂取および食形態決定基準チャート

水3mlを口腔内に入れ嚥下させた時の所見									
嚥下反射	呼吸	むせ嘔声	追加嚥下	水飲みテスト判定	経口摂取の可否	歯齦	口腔内残留	評価	食形態
無	切迫	有		1	現状困難 歯科依頼				
		無		2					
		有		3					
有	良	無	1回以下	4	可	有	有	咽頭への送り込みに問題	ミキサー食
			2回以上	5		無	無	すべて良好	普通食
								食塊形成と送り込みに問題	ミキサー食
								咀嚼に問題	キザミ食ト口ミ付

☆☆☆改訂水飲みテストの判定基準☆☆☆	
1	嚥下なし、むせる and/or呼吸切迫
2	嚥下あり、呼吸切迫 [不顕性誤嚥(silent aspiration)の疑い]
3	嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or湿性嘔声
4	嚥下あり、呼吸良好、むせない
5	4点に加え、反復唾液嚥下が30秒以内に2回可能

この基準はあくまで目安ですので、問題が生じる可能性のあるケースは歯科口腔外科にご依頼ください。

口腔ケアを開始するにあたって

口の中には、300種類を超える細菌が住み着いています。口の中の細菌は、むし歯を作ったり、歯を支える組織を壊して歯周病を起こしたりしています。また、それらの細菌は、口の中の病気の原因となるだけではありません。おそろしいことに、肺炎などの呼吸器の病気を起こしたり、心臓病などの循環器疾患や皮膚病の原因となったり、糖尿病などにもかかわってきます。

高齢者の死因で最も多いのが肺炎であり、その原因菌が口の中に潜伏しています。

人は、嚥下反射が起き、寝ている時でもごくんと唾液などを飲み込んでいます。口の中の細菌は、胃の中に入っていった場合、胃液などによって殺されます。知らず知らずのうちに鼻、のど、口の細菌が気管へ流れ込んでも、元気な人は咳などによって排除できます。気道の粘膜には細かい毛が生えていて、唾液や細菌が気管支や肺に流れ込まないようにたえず動いています。しかし、高齢化や脳血管障害などに伴い、嚥下反射は低下し、簡単に咳反射が起こりません。また、知らないうちに細菌が気管支や肺に入り込んでしまうため、誤嚥性肺炎が起きやすくなります。

脳血管障害などの疾患や介護が必要になった場合は、口の中の肺炎原因菌を少なくしておくことが大切です。そのために、歯科医療担当者から指導を受けることが肝要です。口の中をきれいにすることは、誤嚥性肺炎予防の決め手となるものです。

東京歯科大学 市川総合病院

歯科・口腔外科