

個別ファイルを用いた口腔ケアの取り組み

八百山香苗¹⁾ 田中 千弘¹⁾ 小島 育子¹⁾ 平井日登美¹⁾ 岩佐 和典²⁾

要 旨：当施設では、1日2回口腔ケアを実施しているが、開口を拒否する利用者に対しては無理強いしていなかった。その為、口腔内の汚れが完全に除去されず、口腔内が不衛生な状態の利用者がいた。また職員の口腔ケアの方法も統一されておらず、一定のマニュアルも存在しなかった。そこで今回私達は、開口を拒否する利用者に対し、歯科衛生士が口腔内診査とカラーテスターを用いたプラークの染出しテストを行った。その後、個々に合った口腔ケアファイルを作成し、毎日継続して口腔ケアを行った。個別ファイルを作成したことで、職員の口腔ケア方法が統一して運用され、開口を拒否していた利用者が開口してくれるようになった。職員の口腔ケアが手技的にも改善された結果、口腔内の清潔が保てるようになり、利用者のQOLの向上につながった。

(新医福誌, 2005; 2:31-34)

【Key words】口腔ケア, プラーク, 個別ファイル

はじめに

平成12年に介護保険制度が導入され、ケアの質の向上が求められるようになった。高齢者の口腔ケアもそのひとつである。口腔ケアは、「口腔の疾患予防、口腔機能の維持回復を通じて、健康の保持増進をはかることにより、QOLの向上を目指す行為」である。口腔ケアの実践にあたっては、科学的根拠にもとづいた口腔ケアプラン立案、実践とその評価が求められている¹⁾。

しかし、当施設の現状では、開口障害があったり、痴呆や意識障害の為、意思疎通が出来ない人、嘔吐反射が強い人等、さまざまな問題があり、口腔ケアがスムーズに行われていなかった。この為、歯石や歯垢があり、口腔内が不衛生な状態の利用者がいた。また、痴呆などにより、口の中に異常があっても介護者へうまく伝えられない、痛み等の表出ができないこともある。一方、利用者の中には口の中は他人に見せたくない、触られたくないというケースもある。

そこで今回私達は、痴呆や意識障害があり、意思疎通が出来ず、開口を拒否する利用者に対し、開口を拒否する原因を探るとともに、歯科衛生士、言語聴覚士、看護師、介護福祉士が連携して、個別ファイルを作成し、歯に焦点をしばって、口腔ケアに取り組んだ。

対 象

対象は、開口を拒否する利用者10名である。その要介護度は平均5、痴呆老人の日常生活自立度判定基準 平均IV、障害老人の日常生活寝たきり度 平均C2であった。10名を2群に分け、経管栄養者4名をA群、経口栄養者6名をB群とした。口腔ケアの対象となる10名の残存歯は、延べ127歯であった。

方 法

- ① 開口を拒否する利用者に対して、歯科衛生士が口腔内診査とカラーテスターを用いたプラークの染出しテストを行った。歯のプラーク付着状態はオレリー法²⁾で評価した。歯頸部を近心、遠心、頬側、唇側の4面に分け、プラークの付着している部位を検査用紙に記入した。
- ② 個々に炎症部位や歯の汚れ具合、磨き残し部位、ブラッシングポイント等を示した個別ファイルを作成し、職員間に統一したケアを行った。同時に個々のケアについて、歯科衛生士からブラッシング方法、ケア用具の見直しや保管方法のアドバイスを受けた。歯ブラシについては、細菌が繁殖しやすい、動

¹⁾ 社会福祉法人 白寿院 新田塚ハウス (福井市新田塚1丁目42番1号)

²⁾ 福井総合病院 麻酔科 (福井市新田塚1丁目42番1号)

(受付日 2005年3月31日)

物の歯ブラシからナイロンの歯ブラシに変更し、保管方法について、衛生上歯ブラシのヘッドを上に向け保管するよう指示された(図1)。

- ③ 緑茶に含まれるカテキンにはMRSAにも除菌効果があると言われていた³⁻⁵⁾。また、緑茶は高齢者にとって馴染みが深く、好まれる事も含嗽水として用いる理由の一つである。
- ④ 口腔ケアは、経管栄養者A群に対しては、1日2回流動食注入後、経口栄養者B群に対しては、朝夕食後の2回から毎食後3回とし、個人ファイルを見ながら、言語聴覚士、看護師、介護福祉士が行った。
- ⑤ 1, 2, 4ヶ月後に歯科衛生士がブラーク染出しの再評価を行った。
- ⑥ 1ヵ月後の再評価時、歯科衛生士より歯間部の磨き残しが多いと指摘され、普通の歯ブラシに加え、山切りの歯ブラシも併用した。普通の歯ブラシで歯の表面を磨き、山切りの歯ブラシで歯間部を磨くようにした。

事例紹介

事例1：経管栄養者A氏、81歳、女性、脳梗塞、左不全麻痺、嚥下障害により鼻腔経管栄養者となる。要介護度5、痴呆老人の日常生活自立度判定基準IV、障害老人の日常生活寝たきり度C2である。

ファイル作成前は、歯ブラシや吸引器の吸引カテーテルを見るだけで、開口を拒んだ。

歯科衛生士の口腔診査では、動揺のある歯が1本と齶蝕がすすんだ歯が2本あり、その部位は強く磨かないよう指示があった。個別ファイルに、部位とその指示内容を記入し職員に伝達した。口腔ケアを行う前に、声掛けとともに歯ブラシを見せ、本人の同意を得てから、個別ファイルに添って口腔ケアを行った。その結果、利用者の協力が得られて開口が可能となり、歯の舌側や舌上、口蓋を指で拭き取るケアが出来るようになった。

事例2：経口栄養者M氏、79歳、女性、脳梗塞、老人性痴呆。要介護度5、痴呆老人の日常生活自立度判定基準IV、障害老人の日常生活寝たきり度C2である。

ファイル作成前は、歯ブラシやスプーン等を認知出来ず、口に入れると、噛みつき、抵抗した。口腔ケアが不快な行為でない事を知ってもらう為に、緑茶を含ませた歯ブラシを唇に軽く触れる事から始め、徐々に歯ブラシを口腔内に入れていった。拒否する時は無理強いせず、声を掛けながら根気よく練習した。食後だけに限らず、M氏の機嫌が良い時などにケアを行い、口腔ケアは不快なものではないと意識づけた。ファイルに添ってケアを行うことで、噛む行為は減少し、ブラッシング出来るようになった。

結果

事例1の結果：A氏は、個別ファイルに記載されている歯の動揺、齶蝕がある部位を強く磨かないようにケアを行った。その結果、徐々に口腔ケアに慣れていき、以前

個人ファイル(N氏)

目標→自力で残渣物が除去出来るように介助者が口腔ケアを指導する。

【ポイント】

- ①前歯に炎症がある為、強く磨かない事。
- ②歯間部に残渣物が多く残っている為、細かく1本ずつ磨く事。

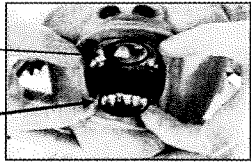


図1：個人ファイル

歯科衛生士の指導の下、介護福祉士が作成した個人ファイルの一部で、口腔ケア時の注意点やチェックポイントを示してある。

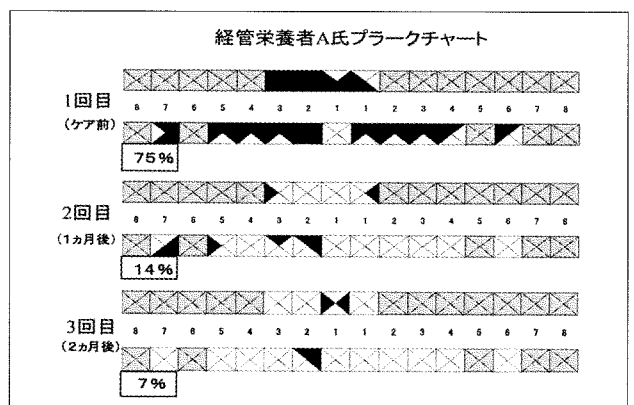


図2：A氏ブラークチャート

A氏の染出しテストによる経過を示した図で、グレーは欠損歯、白はブラークの付着がない歯、黒はブラークが付着した歯を示す。

より長く開口が可能となり、口腔ケアが出来るようになった。プラーク染出しテストでは、ケア以前は75%の磨き残しがあったが、1ヶ月後には14%、2ヶ月後には7%と著明に改善した(図2)。

事例2の結果：M氏は、以前は歯ブラシを噛むような抵抗がみられたが、個別ファイルを用い、職員全員がケアの方法を統一し、拒否する時は無理に口腔ケアせず、機嫌や体調が良い時にケアに慣れていってもらった。その結果、以前より開口してくれるようになり、歯間部や歯の舌側、歯まで磨くことが出来るようになった。プラーク染出しテストでは、ケア以前は99%の磨き残しがあったが、1ヵ月後には23%、2ヵ月後には10%にプラークが減少し著明に改善した(図3)。

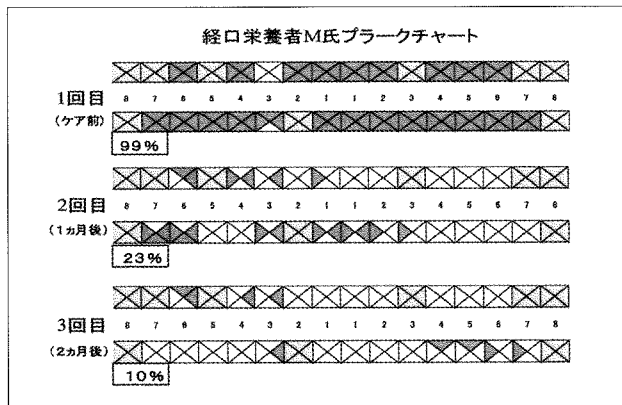


図3：M氏プラークチャート

M氏の染出しテストによる経過を示した図で、グレーは欠損、白はプラークの付着がない歯、黒はプラークが付着した歯を示す。

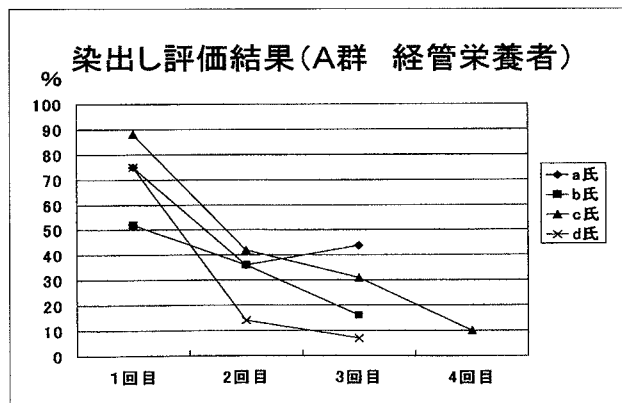


表1：経管栄養者評価結果

経管栄養者4名の染出しテストによる結果で、1回目はケア前である。3回目のテストで20%以下となった者は評価終了とした。4回目の評価時、b氏は入院中であった。

今回対象とした、残り8名(経管栄養者2名、経口栄養者5名)の入所者に関しても、それぞれに炎症部位や磨き残しの多い部位、ブラッシングポイントを個別ファイルに示したことで、統一したケアが行え、全員のプラークが減少した。染出しテストの結果、プラークが20%以下の対象者に関しては、評価終了とした(表1, 表2)。

考 察

これまで口腔ケアに応じなかった利用者に対して、今回歯科衛生士と連携し、口腔ケアファイルを作成、炎症部位や磨き残しがある部位、ブラッシングポイント等の指示内容を押えて改善に取り組んだ。また、1ヵ月毎の評価時に歯科衛生士より、口腔ケア用具の見直しや歯間部をよく磨く等の助言を受けた。用具の見直しに関して柿木⁶⁾によれば、歯間部を磨くには歯間ブラシが適していると言われているが、開口を拒否する利用者にとっては、痛みが伴う為不向きであった。今回は山切りカットの歯ブラシで対応したことで、開口を促し、プラークを除去することができ、口腔ケアを継続出来たポイントと考えられる。また、個々に合ったケアが提供出来た為、口臭減少、口腔衛生の改善につながり、口腔ケア拒否者が減少した。

佐藤⁷⁾によれば、自分の口腔ケアに無関心な介護者は、他者に対するケアにも無関心である。この為、個別ファイル作成と同時に、歯科衛生士による口腔ケアの実技を含めた勉強会を開き、介護者である職員の口腔ケアの認識を高め介護者教育を行った。今回、経管栄養者に対し

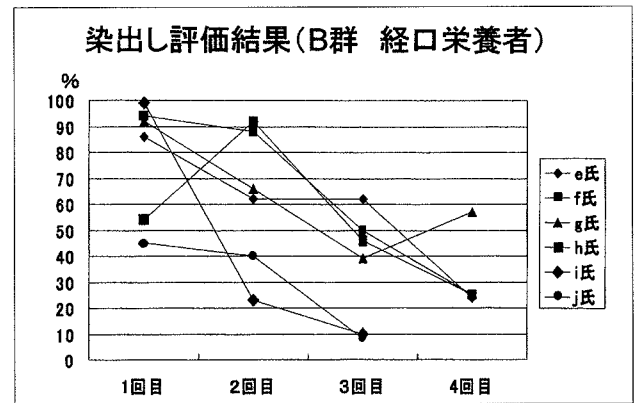


表2：経口栄養者評価結果

経口栄養者6名の染出しテストによる結果で、1回目はケア前である。3回目のテストで20%以下となった者は評価終了とした。

ては、言語聴覚士が看護師と協力し、開口拒否者の口腔ケアをスポンジブラシなど用いて行った。

口腔ケアに限ったことでは無いが、ケアは各職種によるチームアプローチが基本である。資格によりそれぞれの専門分野がある為、全て自分たちで解決していこうと思うのでは無く、まずは他職種と相談し、各職種間のネットワークを構築しケアに取り組んで行くことが大切である⁹⁾。それにより、多職種にまたがるケアチームを形成でき、個別ファイルを有効に活用出来た。

今回私達は歯の評価に焦点をしばり、口腔ケアに取り組んだが、今後は口腔内全般の衛生に力を入れる予定である。舌に関しては、「舌は全身の鏡」と言われるほど、全身状態の変化が舌の変化として現れる為、舌の観察を通じて体内の状態を知ることが出来る⁹⁾。また口臭に関しても、舌苔、歯周病、齦腫、歯垢、口腔軟組織からの排膿、唾液分泌異常などで、いずれも口腔内細菌が口臭の主たる原因であると言われている¹⁰⁾。当施設で行われている口腔ケアと口腔内全般の衛生との関係性を評価する為、口臭や口腔細菌数などの検査を行って、利用者により良い口腔ケアを提供していきたい。

近年、口腔衛生は、誤嚥性肺炎の予防において、重要な役割を果たしていると考えられるようになった。高齢者のQOLの低下を引き起こす最大の要因である誤嚥性肺炎は、食物や口腔細菌を含む口腔、咽頭の分泌物を誤嚥することにより引き起こされる。肺炎は高齢者の死亡原因の高い割合を占めており¹¹⁾、医療や介護の現場で大きな問題として取り上げられている為、今後一層口腔ケア

に努め、口腔衛生を改善することにより肺炎予防の一助となるよう努力していきたい。

文 献

- 1) 上野秀香：口腔ケアの評価法。高齢者のためのトータル口腔ケア。第1版。医歯薬出版株式会社。東京。2003。34-38。
- 2) 柿木保明：臨床オーラルケア。第1版。日総研出版。名古屋。2000。127-129。
- 3) 島村忠勝：お茶の効用について（基礎編）。口腔ケアQ&A口から始まるクオリティ・オブ・ライフ。第4版。中央法規出版株式会社。東京。1998。226-227。
- 4) 村上秀一：お茶の効用について（臨床編）。口腔ケアQ&A口から始まるクオリティ・オブ・ライフ。第4版。中央法規出版株式会社。東京。1998。228-229。
- 5) 比企雅衣子：お茶と口腔ケア。高齢者のためのトータル口腔ケア。第1版。医歯薬出版株式会社。東京。2003。172-176。
- 6) 柿木保明：臨床オーラルケア。第1版。日総研出版。名古屋。2000。78-86。
- 7) 佐藤雅志：口腔衛生。日本医師会雑誌。1997。第118巻第9号。220-225。
- 8) 鈴木俊夫：口腔ケアのポイント。高齢者ケア。2004。第8巻第3号。77-81。
- 9) 柿木保明：臨床オーラルケア。第1版。日総研出版。名古屋。2000。132-141。
- 10) 柿木保明：臨床オーラルケア。第1版。日総研出版。名古屋。2000。28-53。
- 11) 米山武義：口腔ケアと誤嚥性肺炎。日本医師会雑誌。2004。第131巻。第11号。KM-73-KM76。