

口腔ケア質向上に向けての OAG を活用しての病棟内での取り組み

キーワード：OAG、口腔ケア、継続看護

HCU ○戸田裕子 井上史子 金本涼子
火宮千恵 小島彰恵 八尋万智子

I. はじめに

口腔ケアは、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 の向上を目指した科学であり技術¹⁾と言われている。口腔ケアを行うことにより、誤嚥性肺炎などの二次的合併症の予防や入院期間の短縮、患者の口腔機能の残存、維持、回復に繋がると立証されている。

A 病院 B 病棟は、クリティカルケア看護を担う急性期病棟である。在室日数は 5.15 日で転入室が多い病棟であり、脳疾患患者や呼吸器疾患患者、高齢者（本研究期間中の平均年齢 71.8 歳）の入室が多い。B 病棟の口腔ケアの現状として、①口腔ケアの手技が統一されていない②口腔ケアに関する個別性のある看護展開ができていない③継続看護の視点の不足という課題が挙げられていた。口腔ケアは内容により「器質的口腔ケア」と「機能的口腔ケア」にわけることができる。器質的口腔ケアとは、歯磨きなどにより口腔内を清潔にして細菌を減らすことである。一方、機能的口腔ケアは、捕食・咀嚼・食塊形成・嚥下などの口腔機能の維持・回復を目的としている。今回、器質的口腔ケアの手技や個別性のある看護展開を実践するために、口腔アセスメントガイド（以下 OAG）と口腔清拭自立度基準（以下 BDR 指標）を用い、口腔内のアセスメントや手順、援助の統一を図り、器質的口腔ケアの個別性のある看護展開に取り組むこととした。また、他職種との連携が必要と考え、歯科医師、言語聴覚士に連携を依頼した。OAG を活用し、個別的な口腔ケアを実践した結果、OAG スコアの改善がみられたため、効果と課題を明らかにしたい。

II. 研究目的

OAG と BDR 指標を活用して口腔内の評価を行い、患者の個別性を考慮した看護展開を実践した。OAG スコアの推移を評価し、口腔機能

の維持・回復の効果を明らかにする。

III. 用語の定義

OAG…Eilers 口腔ケアアセスメントガイド、June Eilers 氏作成（表 1）

BDR 指標…口腔清拭の自立判定基準、旧厚生省作成

OAG スコア改善率…入室時 OAG スコアと退室時 OAG スコアの差

IV. 研究方法

1. 対象：意識障害、嚥下障害、寝たきり、ADL の自立していない患者で口腔ケアの看護展開を行った 64 事例。

2. 研究期間：2014 年 7 月 28 日～11 月 30 日

3. 介入方法

1) 入院時、または入室時に BDR 指標を実施する。

2) BDR 指標にて半介助・全介助に該当する患者に OAG スコアで評価し口腔ケアの看護計画を立案する。看護計画は、T&K 株式会社が推奨している OAG を使用した口腔ケアプロトコルを参考にした。

3) 介入する患者は歯科を受診し、歯科医師と連携を図る。

4) OAG スコアと患者の状況のアセスメントを行い、口腔ケア、粘膜ケアの回数を決定して記載する。

5) 実践介入を行い、月・水・金に OAG を使用して評価を行い、必要時計画の修正を行う。

6) 平日は毎朝歯科医師の往診があり、指導やアドバイスを看護計画に反映する。

4. 分析方法

OAG は声、嚥下、口唇、歯、粘膜、歯牙、歯肉、舌、唾液の 8 項目からなる。1 を正常とし、1～3 で評価を行い、最高 8 点、最低 24 点である。OAG スコアが低いほど、口腔内環境が良いとされている。

1) 患者毎の OAG スコアの推移を抽出する。

2) OAG の各項目について改善率を評価した。

3) OAG スコア点数の推移から介入日数別、科別に評価する。

V. 倫理的配慮

患者個人が特定されないよう年齢や疾患、性別に関しての事例分析は行わず、口腔ケアに関する内容のみ抽出した。

VI. 結果

入室者 254 名中、対象者 64 名であった。そのうちの、5 名は介入が必要であったが、スタッフへの周知ができておらず未介入であった。介入した 59 名のうち 6 名は在室日数が短く対象を除外し、53 名を集計対象とした。

介入者の平均年齢 80 歳、平均介入日数 6.7 日であった。入室時の OAG スコア平均 14.04 点数、退室時の OAG スコア平均 12.27 点、OAG スコア改善平均 -1.89 点であった。

介入日数別の OAG スコアの改善率が良いのは、16～20 日であった。最長介入日数である 21～25 日は、改善率が 0 点であった。(表 2)

日数別 OAG スコア平均 (表 2)

介入日数 (日)	人数 (人)	入院時 (点)	退室時 (点)	改善率 (点)
2～5	24	13.62	12.2	-1.6
6～10	19	14.89	12.4	-2.41
11～15	8	15.1	12.6	-2.5
16～20	1	12	9	-3
21～	1	15	15	0

OAG の 8 項目より最も改善率が高い項目は、唾液、歯と義歯の順であった。改善率の低い項目は、粘膜、歯肉、口唇の順であった。(表 3)

OAG 項目別改善率 (表 3)

項目	改善率 (点)
声	-0.26
嚥下	-0.32
口唇	-0.13
舌	-0.35
唾液	-0.5
粘膜	-0.11
歯肉	-0.18
歯と義歯	-0.45

科別の OAG スコアの改善率は、改善率の高い科から肝臓内科、外科の順であった。OAG

スコアの改善率の低い科は、血液内科、脳内科の順であった (表 4)

VII. 考察

対象者の 9 割に介入が実施できていた。その要因としては、スタッフへ周知を行うことで口腔ケアの必要性の理解と意識の向上に繋がり、全スタッフで取り組めたことが考えられる。介入日数別 OAG スコアの改善率では、16～20 日が最も良い結果となっているが、21～25 日は 0 点である。21～25 日の対象患者は 1 名であり、症例数の確保ができておらず介入実践の効果を評価することは難しいと考える。

OAG スコアの平均改善率は平均 -1.89 点であり、介入により口腔環境が改善している。OAG 項目別に改善率を評価すると、唾液、歯と義歯、舌は特に改善がみられている。今回の取り組みの平均介入日数は 6.7 日であり、この短期間でも口腔ケアにより改善が期待できると考えられる。唾液分泌量の低下は口腔の自浄作用の低下を招き、歯垢や舌苔などに含まれる微生物が増殖しやすい状況となる。また、晴山らは、「口腔ケアは、歯垢を除去することが目的であり、歯垢は、食物残渣とは違い口腔内に存在している細菌の塊 (バイオフィルム) であり、機械的清掃によりバイオフィルムを除去することが必要」²⁾ と述べている。ブラッシングや粘膜ケアによる歯垢や残渣の除去、保湿剤による保湿をこまめに実践することで、唾液、歯と義歯、舌の項目は短期間の介入でも改善したと考えられる。一方、改善率が低かったのは粘膜、口唇、歯肉の項目である。加齢に伴い、齦蝕や歯周疾患、歯牙の欠損、歯肉の炎症を招きやすくなる。また、抗凝固剤などの薬剤による出血傾向や抗リウマチ薬・抗がん剤などの薬剤の使用による易感染傾向、ADL の低下により口腔病変が起こりやすくなる。口腔粘膜は 7～14 日サイクルで再生しているため、粘膜障害が出現してから回復するまでには 2～3 週間を要すると言われている。そのため、平均介入日数が 6.7 日という短期間では、粘膜組織の回復には至らないため、改善率は低くなったと考えられる。粘膜障害の改善のためには、長期的な継続介入が必要であり、退室後の病棟での継続看護が重要となってくることが明らかである。

科別に着目すると、肝臓内科、外科の患者が特に改善していることがわかる。これは、患者の病態の改善に伴い薬剤使用の減少等も一因と考える。また、元々 ADL が自立しており、病状により一時的に生活援助が必要な状態にあったためと考える。一方で、介入日数が平均介

入日数より長い脳外科の場合は改善率が低い結果となっている。これは、麻痺や言語障害などの後遺症を有するため口腔機能が低下していたり、維持しにくいと考えられる。OAG スコアを元に統一したケアの提供しても、患者の有する疾患や病状の変化に口腔内環境も左右されるということがわかった。特に、意識障害や嚥下障害を有する患者は口腔内の自浄作用の低下を起こしやすいため、OAG スコアを用い継続的な介入と評価を行っていく必要がある。また、急性期は病状が変化しやすい時期であり、定期的な口腔内の観察、評価を行い、患者個々に合わせた口腔ケアを提供していくことが重要である。

今までは、看護師の経験による知識や技術に左右されており、病棟内での継続看護の視点が不足していた。患者の病態や口腔内環境から必要な口腔・粘膜ケアの回数や保湿剤の活用、歯科医師との連携などが必要な患者におこなえていなかった。OAG スコアを活用することで、患者個々の口腔内環境をスタッフ間で共有できるようになり、必要なケアの提供が行えるようになったと考える。これにより、言語療法が必要な患者の抽出も確実に行うことができるようになり、言語聴覚士との連携が図れるようになってきたと考える。今回は「器質的口腔ケア」に着目して介入実践を行い、効果が認められた。

本研究は短期間であり、対象患者も少ないため口腔ケアの効果を立証するには限界がある。本研究では OAG を活用しての病棟の口腔ケアの取り組みに着目した。現状課題であった、①口腔ケアの手技の統一②個別性のある看護展開③継続看護の視点においては、OAG を活用することは効果的であることがわかった。

VII. 結論

- 1) OAG の活用で口腔機能の改善に繋がった。
- 2) OAG の活用は①口腔ケアの手技の統一②個別性のある看護展開③継続看護の視点において効果的であった。
- 3) 患者の有する疾患や病状の変化に口腔内環境も左右されるため、定期的な口腔内観察、評価が必要である。
- 4) 継続的介入が必要であることがわかり、退室後も継続的看護が必要である。
- 5) 口腔機能の改善率は評価できたが、合併症の発症率の評価が今後必要である。

IX. おわりに

今回、口腔ケアに関して看護師として実践介入を行う必要性が見出すこととなった。今後

は「機能的口腔ケア」の視点を持ち、口腔機能の維持・回復に向けて看護展開が行えるようになることが課題である。また、口腔ケアワーキンググループや他病棟との連携図り、院内の口腔ケアの質の向上に努めたい。

引用・参考文献

- 1) 口腔ケア学会ホームページ
<http://www.oralcare-jp.org/> (2014 年 12 月閲覧)
- 2) 晴山婦美子他：看護に役立つ口腔ケアテクニック ナースがつなぐ口と体の QOL, 医歯薬出版, p.12, 2008
- 3) 澤井真理：口腔ケア, 重症集中ケア Vol. 12, No.6, P.71-78, 2014.
- 4) 剣持雄二, 坂本春生：人口呼吸中のオーラルケア～Q-care を用いた口腔ケアの実践ポイント, 重症集中ケア Vol.12, No.3, P.64-69, 2013.

Eilers 口腔ケアアセスメントガイド (表 1)

	スコア 1	スコア 2	スコア 3
声	正常	低い／かすれている	会話が困難／痛みを伴う
嚥下	正常な嚥下	嚥下時に痛みがある／嚥下が困難	嚥下が出来無い
口唇	滑らかで、ピンク色で潤いがある	乾燥している／ひび割れている	潰瘍がある／出血している
舌	ピンク色で潤いがあり、乳頭が明瞭	舌苔がある／乳頭が消失してかりがある、発赤を伴うこともある	水疱がある／ひび割れている
唾液	水っぽく、サラサラしている	粘性がある／ねばねばしている	唾液がみられない(乾燥)
粘膜	ピンク色で潤いがある	発赤がある／被膜に覆われている(白みがかっている)、潰瘍はない	潰瘍があり、出血を伴うこともある
歯肉	ピンク色でスティッピングがある(引き締まっている)	浮腫があり、発赤を伴うこともある	自然出血がある／押すと出血する
歯と義歯	清潔で残渣がない/ 残歯なし	部分的に歯垢や残渣がある(歯がある場合、歯間など)	歯肉辺縁や義歯接触部全体に歯垢や残渣がある

科別改善率 (表 4)

科	対象人数 (人)	入室時 OAG 平均 (点)	対室時 OAG 平均 (点)	改善率 (点)	日数 (日)
脳外科	14	13.87	11.81	-2.05	8.65
脳内科	16	12.5	12.43	-0.5	4.96
感染症内科	9	15.01	11.4	-3.58	7.91
外科	2	15.5	11	-4.5	6
消化器内科	4	16.8	14.3	-2.5	6.65
総合診療科	3	17.75	13.75	2	5.25
肝臓内科	1	17	9	-8	10
呼吸器内科	3	14.3	11.3	-3	9.66
血液内科	1	9	12	3	8