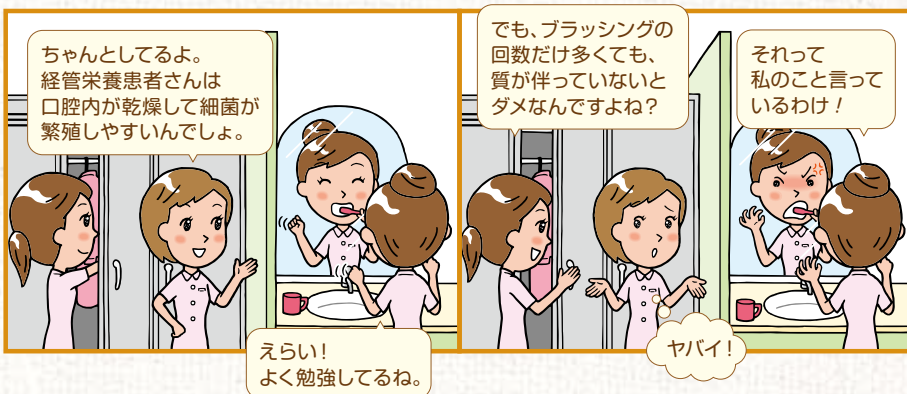


Nursing Information of Care & Evidence

特集 看護師による日常的な口腔のケア

口腔のケアの重要性については理解しているものの、具体的にどうすれば良いのか、行っってはいけないことは何かなど、臨床で悩むことはありませんか？
 院内に歯科のない病院も多い中、気軽に相談できる相手もなく、
 経験を頼りに口腔のケアを行いながら、内心、不安に感じている方も多いのではないのでしょうか？
 そこで、この号では日常の口腔のケアを行う際に戸惑いがちなポイントや注意点などをご紹介します。
 今回お話を伺った三鬼先生は、誰でも無理なく実践できる口腔のケアを重視されていますので、
 きっと参考になる点も多いと思いますよ。

あなごのいっしょ...



この人に聞いてみました！



三鬼達人先生

藤田保健衛生大学病院
 A-7N 病棟 (脳神経外科病棟) 看護長 /
 摂食・嚥下障害看護認定看護師



口腔のケアで戸惑いがちなポイント・注意点

Q1: 口腔内のアセスメント方法は?

A1: 要介護高齢者の経口移行などが目的であれば、口腔内評価用スケール「OHAT」を用いたアセスメントがお勧めです。

適切に口腔のケアを実施する上で欠かせないのが、日常的な口腔内の観察とアセスメントです。個々のスタッフが主観に頼ってアセスメントしていたのでは、正しい評価はできません。そのため、**スタッフ間の共通の尺度となる評価スケール**が必要になってきます。

現在、看護領域で最もスタンダードな口腔内評価スケールとして用いられているのは、Eilers先生らによるOAG(Oral Assessment Guide)です。OAGはがん化学療法患者さんの口腔内評価用紙として開発されたもので、口腔粘膜障害などの評価には大変優れたツールだといえます。ただし、経口移行に向けて要介護高齢者の咀嚼機能をアセスメントしたい場合などには、内容的にそぐわない部分も一部に見受けられます。

そうした場合にお勧めしたいのが、故Chalmers先生らが作成した**OHAT(Oral Health Assessment Tool)**です(図1)。OHATは在宅や施設入所中の高齢者の口腔内を評価するために開発されたもので、簡便でありながら、**う蝕歯の有無や義歯の適合状況など、咀嚼機能に関する評価項目がしっかりと網羅**されています。当大学歯科がこのOHATを和訳して看護部と歯科とで信頼性・妥当性の検討を行ったところ、申し分のない結果になりました。また、口腔内の乾燥や痛みに関する他の評価スケールによる評価結果とも相関性を認めました。

図1 OHAT日本語版

(訳: 藤田保健衛生大学医学部歯科 松尾浩一郎)

OHATの日本語版については、back translationを行い、Chalmers先生の共同研究者から使用許可を得た上で、当大学の歯科教室ホームページに掲載しています。興味のある方は是非ご覧ください。なお、同ページには、OHAT導入に際しての勉強会資料も用意してあります。練習問題も含めて30分程度の簡単なものですが、各スタッフによるアセスメント結果の一致率を勉強会実施の有無で比較したところ、勉強会を実施した場合の一致率の方が著しく高まっています。OHATを導入される際には、併せて勉強会を実施することを推奨します。

ダウンロードはこちらから
藤田保健衛生大学医学部
歯科教室ホームページ
<http://dentistryfujita-hu.jp/research/project.html>



Q2: ブラッシング後は洗口? 拭き取り?

A2: 細菌数の減少効果に関してはどちらも大差ありません。

当院の基本的な口腔のケア手順を図2に示します。この中で、施設によって特に手順が分かれそうなのが、ブラッシング後の汚染物の除去方法です。ブラッシングをすると、歯肉ポケット内や舌の糸状乳頭の中などに隠れていた細菌が掃き出されるため、**口腔内表面の細菌数はブラッシング前よりもむしろ増加する傾向にあります**。それを誤嚥すれば肺炎に繋がるので、しっかりと取り除かなくてはなりません。臨床で一般的に行われている口腔内汚染物の除去方法は、カテーテルチップで注水洗浄しながら吸引する方法(洗口)か、口腔用ウェットティッシュなどで拭き取る方法(拭き取り)かのどちらかです。では、どちらの方がより効果的なのでしょう?

実際に検討してみたところ、実は**両者とも細菌数の減少に関しては大差ない**ことが分かりました。ただし、口腔内の爽快感としては洗口の方が勝っているため、当院では洗口を第一選択とし、洗口が難しい場合に拭き取るようにしています(図3)。なお、**口腔のケア後の保湿**は洗口・拭き取りを問わず重要ですが、特に拭き取りの場合には、唾液や粘液も一緒に拭き取られて乾燥しやすいため、しっかりと保湿剤を塗布するように心がけましょう。

ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL 日本語版(OHAT-J) (Chalmers JM et al., 2005を日本語訳)

ID:	氏名:	評価日: / /			
項目	0=健全	1=やや不良	2=病的	スコア	
口唇	正常、湿潤、ピンク	乾燥、ひび割れ、 口角の発赤	腫脹や腫痛、 赤色斑、白色斑、潰瘍性出血、 口角からの出血、潰瘍		
舌	正常、湿潤、ピンク	不整、亀裂、発赤、 舌苔付着	赤色斑、白色斑、潰瘍、腫脹		
歯肉・粘膜	正常、湿潤、ピンク	乾燥、光沢、粗造、発赤 部分的な(1-6歯分)腫脹 義歯下の一部潰瘍	腫脹、出血(7歯分以上) 歯の動揺、潰瘍 白色斑、発赤、圧痛		
唾液	湿潤 漿液性	乾燥、べたつく粘膜、 少量の唾液 口渇感若干あり	赤く干らびた状態 唾液はほぼなし、粘性の高い唾液 口渇感あり		
残存歯 □有 □無	歯、歯根の う蝕または破折なし	3本以下の う蝕、歯の破折、残根、 咬耗	4本以上のう蝕、歯の破折、残根、 非常に強い咬耗 義歯使用無して3本以下の残存歯		
義歯 □有 □無	正常 義歯、人工歯の破折なし 普通に装着できる状態	一部位の義歯、人工歯の破折 毎日1-2時間の装着のみ 可能	二部位以上の義歯、人工歯の破折 義歯粉失、義歯不適のため未装着 義歯接着剤が必要		
口腔清掃	口腔清掃状態良好 食渣、歯石、プラークなし	1-2部位に 食渣、歯石、プラークあり 若干口臭あり	多くの部位に 食渣、歯石、プラークあり 強い口臭あり		
歯痛	疼痛を示す言動的、 身体的な兆候なし	疼痛を示す言動的な兆候あり: 顔を引きつらせる、口唇を噛む 食事しない、攻撃的になる	疼痛を示す身体的な兆候あり: 頬、歯肉の腫脹、歯の破折、潰瘍、 歯肉下膿瘍。言動的な兆候もあり		
歯科受診 (要 不要)		再評価予定日 / /		合計	

日本語訳: 藤田保健衛生大学医学部歯科 松尾浩一郎、with permission by The Iowa Geriatric Education Center
available for download: <http://dentistryfujita-hu.jp/> revised Jan 15, 2016

- ① 口腔内の観察
- ② 口唇の保護(乾燥によるひび割れなどを予防するため)
 - 保湿剤使用
- ③ 口腔内の加湿(剥離上皮など汚染物軟化)
 - スポンジブラシを水で浸して、水分をしっかりと絞ってから行う
 - 適宜、保湿剤使用
- ④ 歯面、歯肉等の清掃(ブラッシング)
 - 汚染物の除去
 - 剥離上皮などの汚染物除去
 - ※大きな汚染物等がある場合は、スポンジブラシが吸引で除去する
- ⑤ 洗口 or 拭き取り、頬のマッサージ
- ⑥ 口唇・口腔内の保湿
 - 指、スポンジブラシに保湿剤を適量(1cm程度)取り、口腔内に塗り広げる

↑ 図2 基本的な口腔のケアの手順



- 口腔内へは口角から挿入する
- 口腔奥から手前に向かって一方向に拭き取る
- 粘膜は、指腹を当て拭き取る
- 口腔前庭の拭き取り終止は口唇小帯
- 歯の間には、ウェットティッシュで“こより”を作り、小刻みに振動させながら拭き取る
- 歯は1本1本拭き取る

↑ 図3 ブラッシング後の汚染物の拭き取り方
(図2⑤「拭き取り」の場合の手順)

Q3: 経管栄養や禁食中の患者さんに対する口腔のケアは?

A3: 「1日2回の徹底したブラッシング」+
「2～6時間毎の粘膜ケア」をお勧めします。

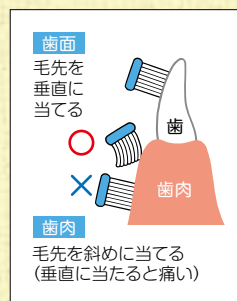
口腔内の細菌は、食後数時間で最も増殖します。また、就寝中は唾液による自浄作用が低下するため、起床時も口腔内の細菌が最も増殖するタイミングといえます。従って、一般的には**毎食後と就寝前の口腔のケア**が特に重要となります。

では、経管栄養や禁食中などで経口摂取していない患者さんの場合はどうでしょうか?当院の患者さんを経口摂取と非経口

摂取に分けて調べたところ、口腔のケア前の細菌数は非経口摂取群の方が高くなっていました。その理由として、食事を摂らないことにより唾液の分泌量が低下し、細菌が増殖しやすい環境にあることが考えられます。このことから、**食事を摂っていない患者さんであっても、口腔のケアをしっかりと行う必要がある**ということが分かります。

そうすると、経口摂取していない患者さんにも経口摂取の患者さんと同様の口腔のケアが必要か、ということになりますが、現実にはマンパワーなどの関係で、そこまでの時間を割けないという施設も少なくありません。他施設での検討になりますが、非経口摂取の患者さんを対象に、1日当りの口腔のケア回数と細菌数との関係を調べたところ、ケアの回数を増やしても細菌数の減少には繋がらないことが報告されています。このことから、**非経口摂取の患者さんについては、徹底したブラッシングを1日2回行った上で、乾燥度に応じた粘膜ケアを2～6時間毎に実施**すれば問題ないと考えます。体位変換や吸引などで数時間おきに患者さんのところへ行く機会はあると思いますから、その際に口腔内を拭いて、保湿剤を塗布すれば良いのです。その代わりに、1日2回のブラッシングについては、時間をかけて徹底的に行ってください(図4)。また、汚染具合がひどい場合は、1日3回に増やすなどの対応も検討してください。

- ブラシは鉛筆持ち
- 歯面には、垂直に当てる
- 歯肉には、やや斜めにして当てる
- 当てる力は150～200g(桃の皮が破れない程度)
- セルフケアが可能な場合、利き手側から磨いてもらう(磨き残しを少なくするため)



↑ 図4 ブラッシングのポイント

ここがポイント!

誰でもできるケアを!

看護師の行う日常的な口腔のケアで最も重要なことは、**ケアの標準化**です。言い換えれば、歯科衛生士や摂食・嚥下障害看護認定看護師など、専門知識を持ったスタッフが行う“特別なケア”にしてしまわないということです。患者さんの口腔内の状態を誰もが定量的に評価できること、評価結果に応じた介入内容が予め決まっていること、そして、適切なタイミングで歯科に治療的介入を依頼できることが大切だと思います。

無理なく続けられることがポイント!



【摂食・嚥下障害看護認定看護師】



“**摂食・嚥下障害看護認定看護師の介入が不要になる日が来ることを願っています。**”

三鬼達人先生

藤田保健衛生大学病院 A-7N 病棟 (脳神経外科病棟) 看護長 / 摂食・嚥下障害看護認定看護師

資格を取得したきっかけ

かつて私は老人保健施設に勤務しており、口腔機能に悩みを抱えながら経口摂取している大勢の患者さんたちと接していました。しかし、当時の私は、そうした患者さんの力になることができず、自分の無力さに対して自己嫌悪に陥ることもしばしばでした。私が大学病院でスキルを磨こうと当院に転職した背景には、その時の苦い経験があり、それが摂食・嚥下障害看護の認定資格取得に向けた原動力にもなりました。

資格を取得するまでには様々なことを学びましたが、特に大きかったのは自分の知識や技術を磨くだけでは不十分だということでした。仮に認定看護師の介入によって困難な症例を改善できたとしても、その状態を維持するには周囲の協力が不可欠です。こうした点を踏まえ、私は認定看護師の立場から**人材育成と院内システムの整備**に重点を置いた取り組みを進めてきました。

ルーチン業務としての口腔のケア

認定看護師として活動を開始した当初、大いに頭を悩ませたのが、口腔のケアに対するスタッフのモチベーション維持でした。例えば、勉強会を実施した直後などは、皆一様に意識が高まるのですが、時間の経過に伴って少しずつ個人差が生じてきます。そこで、まずは**口腔のケアをおむつ交換や清拭などと同様のルーチン業務として、定着させる**必要があると考えました。とはいえ、口腔のケアには「専門性を要する特別なケア」といったイメージがあり、それを払拭しながらルーチン業務として定着させるには約2年の歳月を要しました。

院外勉強会などで口腔のケアについて話をする際に、他施設の方から「スタッフがなかなか興味を示してくれない」と相談を受けることがあります。しかし、口腔のケアを定着させる上で近道というものはなく、ひたすら腰を据えて取り組むしかありません。私は、認定資格の有無に関わらず、全ての看護師が当たり前のように口腔のケアを実践できるような形を目指しており、摂食・嚥下障害看護認定看護師の介入が不要になる日が来ることを心から

願っています。

後進の育成

当院では、私の他に摂食・嚥下障害看護の認定資格を取得した後輩たちが7名おり、現在も5名が在籍しています。今年もまた一人、教育課程を受講する予定になっています。このように、当院は認定資格の取得に対して大変理解があるのですが、そうした恵まれた環境にただ甘んじているだけでは、周囲の信頼もなかなか得られません。やはり、認定資格の取得を希望するのであれば、それに見合うだけの知識や実績が求められて然るべきです。そのため、私は将来のキーマンとして見込んだ人材に対しては臨床実務のみならず、研究や論文執筆なども含めて徹底的に指導した上で教育課程に送り出すようにしています。

最近では後輩の認定看護師たちが育ってきて、私に対して色々と意見を言うようになってきました。私自身は、このような状況を歓迎しています。**彼らが成長すれば、周囲のスタッフたちも自然とその周りに集まるようになり、それがやがて病院全体に広がっていく**からです。この10年間、我々は摂食嚥下機能に問題を持つ患者さんの多い病棟を中心に活動してきましたが、ようやくその活動を病院全体に展開する準備が整ったのではないかと思います。

「食べる」ということ

嚥下訓練なども含めた広義の口腔のケアは、ヒトの最も基本的な行動の一つである「食べる」行為と直結しています。そして、**「食べる」という行為には、生命維持に必要な栄養を摂取するという側面と、生きる楽しみとしての側面があります**。単に誤嚥性肺炎を防ぐことが目的であれば、禁食の状態で口腔内を清浄に保つだけで事足りるかもしれませんが、患者さんの中には、日々の食事を唯一の楽しみにしている方が大勢おられます。その楽しみを奪わないために、今後も患者さんの「食べたい」という願いを叶える活動を続けていきたいと思っています。

①クスの話

林 宏行先生
日本大学薬学部
薬物治療学研究室 教授



薬剤性の口渇

傷病者などでは栄養障害が問題になることがあります。原因は様々ですが、原因の一つに「口渇」によって口の中が粘って飲み込みづらくなったり、味覚異常のために食事摂取が不良になって栄養障害を起こしている場合もあります。

① 口渇が起きる原因

口渇を起こす疾病では**シェーグレン症候群**が有名です。中年期の女性に多いこの疾患は、自己免疫疾患の一種で、腺分泌が抑制されるため、眼の乾き(ドライアイ)とともに口渇を生じます。唾液の量は成人で約1.5リットルになるとされ、唾液の分泌が約半分になると口腔乾燥を自覚するようになるそうです。このほか口渇を生じる疾患には、**糖尿病**、**中枢性尿崩症**や**腎性尿崩症**などがあります。この場合の口渇は、尿量が増えて、体内の水分が不足し口渇を生じるという機序によります。同じ理由で、尿量を増やす**利尿薬**が効き過ぎたり、**経腸栄養剤**で管理を行っていて**水分の補充が適切に行われなかったりする場合**も口渇が生じると考えられます。また疾患によっては、口がきちんと閉じられずに口の中が乾燥してしまう場合もあります。

② 薬剤性の口渇

風邪をひくとよく処方される薬に「PL 顆粒」があります。この薬は抗ヒスタミン作用によって鼻水を止める作用があります。しかし同時に唾液の分泌も抑えるため、この薬を飲んで口渇が起こった、という方も多いと思います。**抗ヒスタミン作用**を持つ薬は、自律神経の一つであるアセチルコリンの働きを抑える作用を持つものが多く、この作用によって口渇が生じているのです。一方、怒っ

たり、緊張したりすると口渇を感じたことがあると思います。これは交感神経を刺激するアドレナリンの分泌が増えているのが原因です。このように薬にはアセチルコリンを抑制したり、アドレナリンを刺激したりして口渇を生じる場合があります。それらの薬を**下表**にまとめました。これらの服用患者では口渇を生じていないかチェックする必要があります。

③ 口渇の対策

通常、口渇がひどくない場合は**甘みや酸味の刺激を加えたり、よく噛んで食べる**ことで唾液腺が刺激されます。また、シェーグレン症候群に用いられる唾液分泌促進薬には、セビメリン(エボザック®、サリグレン®)、ピロカルピン(サラジェン®)などがあり、いずれも1日3回服薬してもらいます。その他、サリベート®という口腔内に噴霧するタイプの薬もあります。重症筋無力症患者の唾液分泌を促す薬では、アセチルコリンの分解を抑制するネオスチグミン(ワゴスチグミン®)、ジスチグミン(ウブレチド®)などがあります。また、最近では市販品でも、**口腔を潤す保湿ジェル剤**が発売されています。こまめに水を飲んだりして口腔を潤したりしながら、これらの保湿ジェルを上手に使って、**口渇による栄養摂取量低下をケア**することも重要になります。



抗コリン作用で口渇を生じる薬		代表的な薬剤(例)
①三環系抗うつ剤	アミトリプチリン	トリプタノール®
②抗精神病薬	クロルプロマジン	コントミン®
③抗アレルギー剤	ジフェンヒドラミン	レスタミン
④オピオイド系鎮痛剤	モルヒネ	MS コンチン®
⑤過活動膀胱治療薬	オキシブチニン	ポラキス®
	プロピベリン	バップフォー®

↑表 口渇を生じさせやすい薬剤

抗コリン作用以外で口渇を生じる薬		代表的な薬剤(例)
①利尿剤	フロセミド	ラシックス®
	トリクロロメチアジド	フルイトラン®
② SGLT2阻害糖尿病治療薬	イブラグリフロジン	スーグラ®
	ダパグリフロジン	フォシーガ®
③α2受容体刺激剤(交感神経刺激)	クロニジン	カタプレス®

読んでみれば、実はとってもカンタンな生理学!



カンタン生理学



植田 耕一郎先生

日本大学歯学部
摂食機能療法学講座 教授 /
日本大学歯学部付属歯科病院 副院長

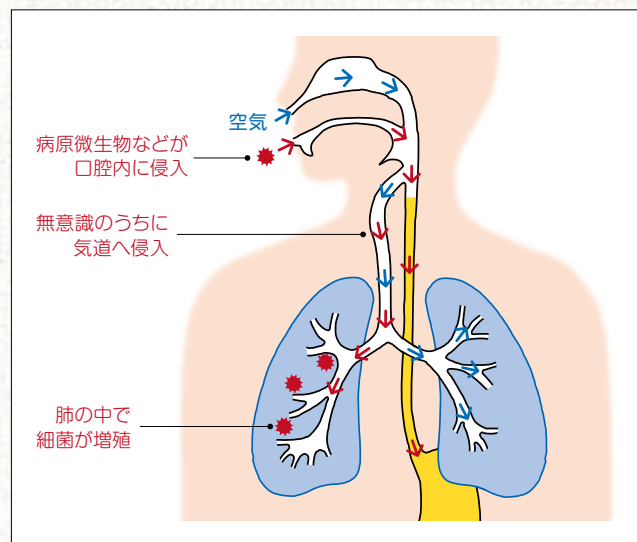
5 不顕性誤嚥と口腔のケア

誤嚥には、ある程度まとまった量を誤嚥するはっきりとした顕性誤嚥と、無意識のうちに少量を誤嚥する不顕性誤嚥とがあります。前者は「むせ」などの症状から比較的発見しやすいですが、後者は気づかぬうちに繰り返し発生していることも多く、誤嚥性肺炎の大きな要因となっています。ここでは、不顕性誤嚥と口腔のケアとの関わりについて紹介します。

1 不顕性誤嚥とは?

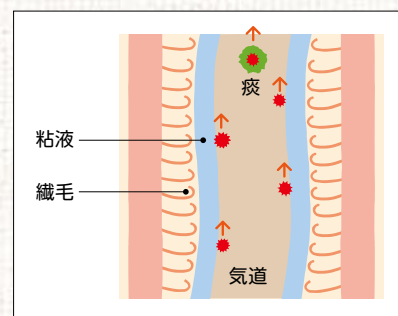
一般に「誤嚥」というと、「食事中のむせ」を連想しがちですが、そうした目に見える徴候がなく、無意識のうちに唾液や異物が気管に入ってしまうタイプの誤嚥もあります。こうした誤嚥を不顕性誤嚥と呼びます(図1)。

健康な人であっても、睡眠時に唾液の不顕性誤嚥が起きていますが、誤嚥の量が少なく、ほとんどは痰として^{かくしつ}咯出されるため、特に問題になることはありません(図2)。しかし、**疾患や加齢などに伴って咀嚼嚥下や咯出に必要な運動や感覚、知覚が低下した人**では誤嚥の量や回数が多くなり、誤嚥性肺炎のリスクが生じてきます。



↑ 図1 不顕性誤嚥のイメージ図

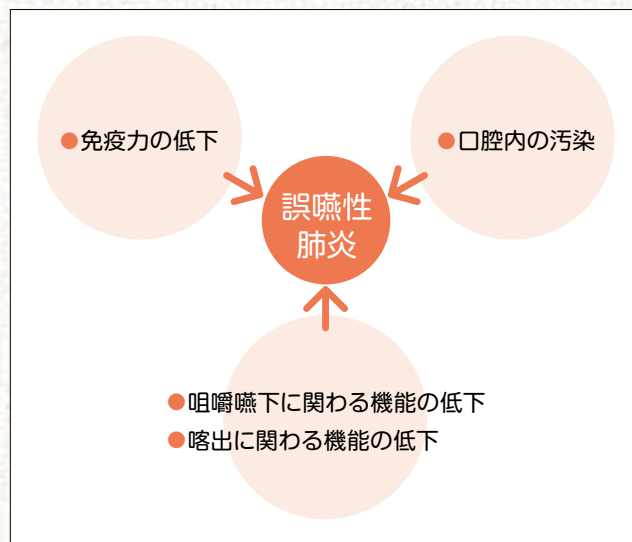
実際、誤嚥性肺炎を来した患者さんの肺組織を調べたデータによれば、本来ならば口腔内に常在しているはずの細菌が多く検出されたと報告されています。



↑ 図2 気道粘膜の繊毛運動による異物の咯出

2 誤嚥性肺炎

誤嚥をしたからといって、それが直ちに誤嚥性肺炎に繋がるわけではありません。**咀嚼嚥下や咯出に関わる機能の低下に加えて、免疫力の低下、口腔内の汚染など、複数の要因が重なり合うことによって肺炎リスクが高まる**とされています(図3)。このため、脳卒中やパーキンソン病などの疾患を有し、栄養状態および体力の低下が見られる方などは、特に注意が必要です。



↑ 図3 誤嚥性肺炎の複合的な要因

③ 唾液の役割

唾液にはアミラーゼによる糖質分解や口腔粘膜の保護だけでなく、咀嚼・嚥下を助ける作用や抗菌作用、口腔内の洗浄作用など、誤嚥性肺炎の予防と関わりの深い役割もあります(図4)。

不顕性誤嚥を来しやすい患者さんでは、その大切な唾液の分泌量が減少傾向にあるため、空気中の病原微生物などが口腔内へ侵入した際に自浄作用が働かず、舌や口蓋などに停滞してしまいがちです。そうした状態を放置しておけば口腔内で病原微生物が増殖してしまいますから、口腔のケアによってしっかりと取り除く必要があります。

同様のことは経管栄養の患者さんにも当てはまり、口から食べない状態が続くと唾液の分泌量が減り、口腔内は汚染されやすくなります。従って、**経口摂取・非経口摂取に関わらず、口腔のケアは必要**だということになります。

④ 歯科との役割分担

近年、看護師の皆さんの間でも口腔のケアに対する関心が非常に高まっているように見受けられます。しかし、その一方で、看護師としての様々な日常業務がある中、口腔のケアにどこまで踏み込んで取り組めば良いのか、悩んでおられる方も少なくないようです。

例えば、歯科衛生士の行う口腔のケアは、歯間ブラシを用いて歯と歯の間の汚れを取り除いたり、歯の裏側のプラークまで全て除去したりと、一本一本の歯に対してかなり入念に行われます。それと同じケアを日々の看護業務に組み込むのは、なかなか難

しいと感じている看護師の方も多いのではないのでしょうか。

私は、歯科衛生士による口腔のケアはあくまでも歯科としての専門性に基づいたアプローチの一つであり、看護師の皆さんにも、看護師ならではの専門的な口腔のケアがあると考えます。例えば、**口腔内の食物残渣の増加や唾液量の減少といった誤嚥の危険シグナル**は、毎日患者さんの口腔内を身近で観察している看護師の皆さんこそが最も早期に発見できるのではないのでしょうか。

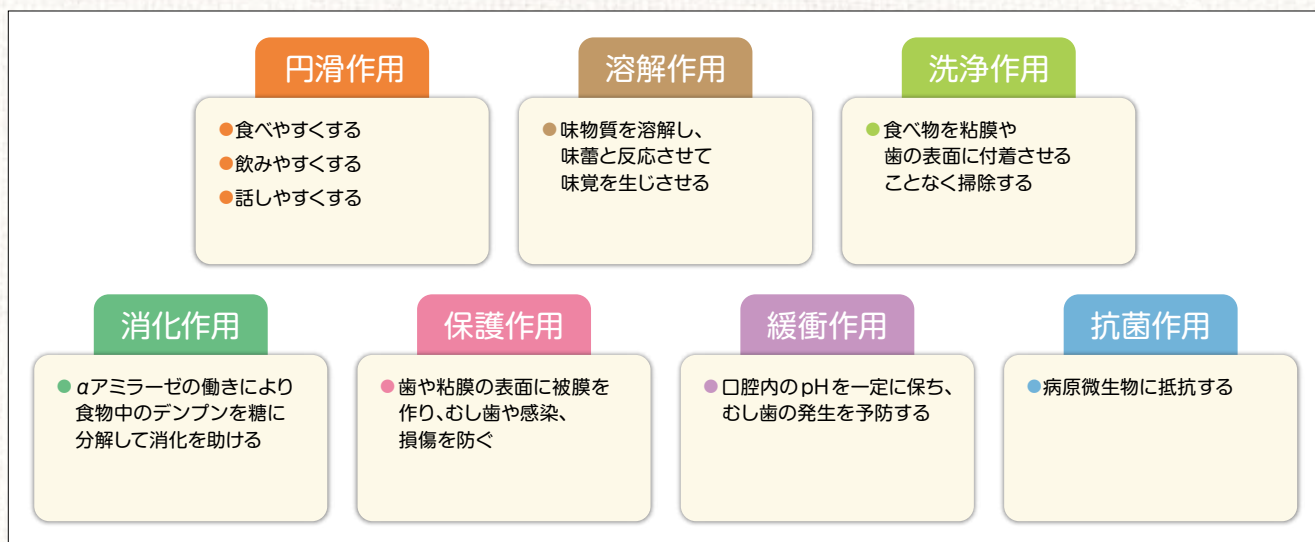
⑤ 日常の口腔のケアで求められること

以上のような点を踏まえた上で、看護師の皆さんに対して特にお願したいことは、**口腔清掃を行う際に、舌と口蓋を併せてブラッシング**していただきたいということです。

前述の通り、誤嚥性肺炎のリスクが高い患者さんでは、唾液の分泌量が減少傾向にあるため、口腔内へ侵入した病原微生物などが舌や口蓋に停滞しがちです。ですから、口腔清掃の際には舌や口蓋も忘れずにブラッシングし、肺炎リスクの低減に繋がってもらえればと思います。

なお、ブラッシング後の汚染物や唾液については、誤嚥しないように確実に吸引するか、指に巻いたガーゼや口腔用ウェットティッシュなどでしっかりと拭き取ってください。ただし、口腔内を拭いたまま放置しておく乾燥の原因になるため、保湿剤を塗布するなどして湿潤状態の維持に努めましょう。

口腔内のブラッシングは衛生状態の維持・改善だけでなく、**歯肉や口腔粘膜のマッサージ効果**もあり、機械的刺激による**口腔機能の回復や刺激性唾液の分泌促進**といった効果も期待できます。



↑ 図4 唾液の持つ様々な作用

お仕事スケッチ④ 医療法人 明和病院

アセスメントツールを活用した、病棟看護師と 歯科口腔外科との連携による口腔のケア



土井美由紀先生 (左)


医療法人 明和病院 看護部/
摂食・嚥下障害看護認定看護師

谷脇菊栄先生 (右)

医療法人 明和病院 歯科口腔外科
歯科衛生士

病棟看護師と歯科口腔外科との連携

土井●当院の口腔ケアチームは2013年4月から活動しています。構成メンバーは、チーム責任者である歯科口腔外科医を中心に、歯科衛生士2名と摂食嚥下の認定看護師1名、各病棟および訪問看護ステーションのリンクナース11名、そしてリンクナース会の委員長を務めている看護師長を合わせた16名です。

対象症例は口腔のケアに介助を要する患者さんで、現在は一部の病棟ですが、で示す表を活用し、毎日のスコア化を試みしています。評価は3項目3段階(最も口腔状態の悪い方でスコアは9点)です。リンクナースからの情報提供により5点以上の患者さんに関しては、私が病棟を巡回して直接ケアに当たったり、担当看護師への指導を行いながら経過を観察していきます。スコアが思うように改善しない場合や、より専門的な口腔のケア・治療的介入が必要だと判断される場合には、歯科口腔外科による介入を主治医に提言します。

谷脇●その他にも、外来で全身麻酔手術が決まった患者さんにはその時点で、担当医から歯科口腔外科宛に介入依頼が入る仕組みになっています。気管挿管や抜管の際の動揺歯の脱離や、挿管時の口腔内細菌の気管内侵入による術後肺炎などの合併症は、患者さんの予後にも大きく影響するため、とくに**術前の口腔のケア**は必須です。歯科口腔外科の方でも電子カルテで手術の予定などを確認して、高リスクの患者さんを漏れなく抽出できるように心がけています。

院内教育活動

土井●口腔のケアマニュアルや勉強会などを通じて基本的な知識の共有化を図る

一方、手技については私やリンクナースが各病棟単位で指導に当たっています。**口腔内を一緒に観察しながらケアすると病棟看護師のスキルも目に見えて上達するため、実地での教育には特に力を注いでいます。**

谷脇●そうした活動を通じて、最近は口腔のケアに対する意識も大きく変化しているように思います。歯科衛生士が病棟で口腔のケアを行っている、「一緒に見学させてください」と駆け寄って来る看護師が増えました。

多職種連携


土井●NSTが介入対象とする患者さんのうち、経口摂取困難な方については口腔内の状態を確認させてもらうようにしています。口から食べられない背景に、**義歯の不適合や口腔内の痛み、口腔機能の低下、舌苔による味覚低下、電解質異常による味覚障害**などを疑うこともあります。必要に応じて主治医への報告、患者さんへの口腔のケア指導、口腔機能訓練も実施しています。

谷脇●NSTのラウンドには歯科医師も参加しています。術後の経口摂取が始まり、歯科の介入が一旦終了した後も、状態によって再度絶食となり、長期化が予測される患者さんをピックアップして再介入しています。

土井●その他、言語聴覚士から摂食嚥下リハビリテーション実施前に口腔のケアを依頼されることもあります。言語聴覚士の介入する患者さんの中には、絶食や口腔機能の低下という背景から口腔乾燥や汚染を招きやすい状態にある方も多く、言語聴覚士と協働して介入することで、より安全な摂食嚥下リハビリテーションの施行をサポートしています。

今後の目標

土井●現在、口腔内のスコア化を毎日実施しているのは一部の病棟ですが、その活動状況はリンクナースを通じて広く院内に認知されつつあります。今後は、電子カルテ上に「口腔の観察とケア実施表」の書式を収載してさらなる積極的な活用を促したいと思います。また、化学療法を施行中の患者さんでは口内炎などの副作用が散見されるため、専用のアセスメントツールの作成なども検討中です。さらに、器質的口腔のケアの標準化に次ぐステップとして、病棟看護師が機能的口腔のケアにも意識を向けられるような取り組みが必要と考えています。

 図：口腔の観察とケア実施表