

9. 統一化された口腔ケアを提供するために

～口腔内アセスメント評価を用いて～

成田 祐子, 田村 昌代, 石野 亜希子, 杉浦 啓子, 浜西 千晴,
太田 英梨, 井土垣 麻由佳

加古川中央市民病院 口腔管理室

【要旨】

口腔管理室には歯科衛生士が8名在籍しており、うち6名が入院患者の口腔ケア、周術期等口腔機能管理、ICUにおける挿管管理患者の口腔ケアを担当している。令和4年10月より個人担当制からペア担当制への体制変更に伴い、医科より依頼のあった口腔ケア対象患者に対して個人差のない統一化された口腔ケアを提供するために、今回口腔内アセスメント評価方法の統一を図った。既存のOAGアセスメントガイドを参考に独自の病棟口腔ケアアセスメント点数表を作成、同月より運用を開始した。1年間を通してアセスメント表の改良を繰り返し、口腔内評価方法の統一と口腔ケア介入間隔の指標の決定を行った。結果、アセスメント表導入後のアンケートでは、客観的な口腔内評価がしやすくなったなどの回答が得られた。アセスメント表を活用する事で、業務の負担分散、患者口腔内の継続したモニタリング、統一化された口腔ケアの提供に繋がる事が示唆された。

【はじめに】

現在口腔管理室では、歯科衛生士8名が在籍しており、うち6名が医科より依頼のあった入院患者を対象とした病棟口腔ケアや、周術期等口腔機能管理（心臓血管外科、循環器内科、消化器外科等の手術前後や癌の手術・化学療法・放射線療法前後の患者を対象）、ICUにおける挿管管理患者への口腔ケア（VAP（人工呼吸器関連肺炎）予防）を担当し、術後の肺炎や術部感染、合併症の予防、QOLの向上などを目的に日々取り組んでいる。

令和4年9月、口腔ケアを担当する歯科衛生士6名を対象に口腔ケアに関するアンケートを実施した。その結果、「口腔ケアの手技や全身状態への対応などで不安に思う」、「口腔内観察の基準や介入間隔に悩む」などという回答が多く得られた。この時点での口腔ケア業務は1人の患者に対し1人の歯科衛生士が担当する

「個人担当制」で実施しており、口腔ケアについて他の歯科衛生士に相談するきっかけが少ないことも不安の要因の1つとなっていた。口腔管理室内で検討を行い、これらの問題点に対し、①経験の浅い歯科衛生士に教育を継続する、②歯科衛生士間で密に相談できる環境を作る、③口腔内観察に見落としがちな方法を構築する、④個人差のない口腔ケア介入方法を決定する事を目的に、令和4年10月より、個人担当制からペア担当制へ口腔ケア体制を変更することとなった。

アンケート結果とペアでの体制変更に伴い、口腔内観察を行う歯科衛生士ごとに口腔内評価の基準、口腔ケアの介入間隔が異なるという問題点が浮き彫りになった。本稿ではこれらの問題点への取り組み、そこから見えてきた今後の課題について報告する。

【目的】

医科より依頼のあった病棟口腔ケア患者を対象に、歯科衛生士による個人差のない統一化された口腔ケアを提供するために、口腔内アセスメント評価方法の統一を図る取り組みを行う。

【方法】

歯科衛生士が行う口腔ケアの質を向上させ、統一化された口腔ケアを提供するためには、実際に口腔ケアの担い手となる歯科衛生士が正確な知識や技術を習得できる指導体制を整えることが大切である。そして個々の患者の口腔内状態に適した口腔ケアが実践できるようになるには、口腔内評価体制を確立することが必要と考えられる¹⁾。

認識を共有するためにはアセスメント表などの活用が必須だが²⁾、当院口腔管理室で行う口腔ケアでは、患者の口腔内状態を評価するための標準的なアセスメント表はなく、各歯科衛生士が独自の方法で評価を実施しているのが現状である。そこで、どの歯科衛生士でも経験年数や技術量を問わず客観的に口腔内評価が

出来る指標や記録が可能となる口腔内アセスメント表が必要であると判断し、その作成を実施した。

作成にあたり、口腔ケアを担当する歯科衛生士6名を対象に口腔ケアに関するアンケートをアセスメント表作成前の令和4年9月と運用後の令和5年12月にそれぞれ実施した。アンケート対象者には、結果を本研究以外に利用しないこと、院外への公表について説明、同意を得た。

1. アセスメント点数表 (Ver. 1) の作成と導入

既存の OAG 口腔アセスメントガイド (Eilers Oral Assessment Guide)^{3) 4)} を参考に、当院の歯科衛生士が使用しやすいよう修正、改良を加えた独自の病棟口腔ケアアセスメント点数表 Ver. 1 (表 1) を作成、令和4年10月より運用を開始した。

表 1: アセスメント点数表 Ver. 1

病棟口腔ケア アセスメント点数表 ID: _____ 患者名 _____ 日付: _____ () 評価 _____ 回目 ケア介入 _____ 回目

項目	スコア0	スコア1	スコア2	備考 (注重点が赤字は記入)
①口唇	濡らでピンク色/ 潤いがある	乾燥している/ ひび割れている/ 口角の発赤	潰瘍がある/ 出血している	
②舌	ピンク色で潤いがある/ 乳頭が明瞭/ 舌苔なし	舌苔少量(舌乳頭認識可)/ 乳頭が消失しテカリがある/ /発赤を伴う	舌苔多量(舌乳頭認識不可)/ アフタ・カンジダ/ 潰瘍・出血あり	
③嚥下 食	水っぽくサラサラしている	粘性がある/ ネバネバしている	唾液がみられない/ または涎貯留が多い/ 痰による湿性痰声	
④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(白苔)/	潰瘍・出血あり/ 歯皮が付着	
⑤歯肉	ピンク色でステッピング がある	発赤・腫脹/ 被膜に覆われている(白苔)	自然出血がある/ 押すと出血/ フィステル・排膿がある	
⑥歯と歯槽	清潔で残渣なし	部分的に歯垢や残渣がある	歯肉辺縁や歯槽接触部に 歯垢や残渣が多量に付着	
⑦開口制限	開口拒否なし/ 開口に協力的	声掛けにより開口可能	開口拒否あり/ 開口不可(開口器使用)	
⑧歯の動揺	動揺なし	動揺度 1	動揺度 2 以上	
⑨口臭	口臭を認めない	近付くと口臭あり	部屋に入ったら口臭を認める	
合計				総合計 /18点

病棟口腔ケアアセスメント点数表は、医科より依頼のあった病棟口腔ケア対象患者に用いる。既存の OAG アセスメントガイドの評価項目は、「声、嚥下、口唇、舌、唾液、粘膜、歯肉、歯と義歯」の8項目で3段階のスコアの合計点で評価する。しかし、当院の病棟口腔ケア対象患者の多くが経口摂取不可であること、寝たきり、せん妄症状等で意思疎通が困難であることから、評価項目である「声」、「嚥下」は評価が困難であり、患者の全身状態によっては評価が不可能な場合が生じるため評価項目から除外した。その代わりに、「開口制限」、「歯の動揺」、「口臭」の3項目を追加した。

「開口制限」の項目に関しては、食いしばりが強い患者、開口拒否をする患者がおり、そうした患者に対して看護師サイドでは口腔ケアが困難であるため必然的に歯科衛生士による口腔ケアの介入の必要性が高まるため、評価項目に追加した。「歯の動揺」に関しては、

別項目に「歯と義歯」という歯や義歯の汚染度を見る項目があるが、汚染度は下がっても、歯の動揺度は抜歯しない限り改善されることは無いため、別の評価項目として設けた。「口臭」に関しては、近付いて口臭を認めるか、部屋に入れば口臭を認めるかでスコアを分類したが、部屋の状況や、歯科衛生士による主観的な評価になることが多かった。

2. アセスメント点数表 (Ver. 2) の作成と導入

令和5年7月には Ver. 1 の課題点を踏まえ改良を加えた、病棟口腔ケアアセスメント点数表 Ver. 2 (表 2) を作成した。

歯科衛生士による主観的な評価になってしまう「口臭」の項目を削除し、「ADL」、「粘膜の汚染」の項目を追加した。

「ADL」に関してはセルフケア (歯磨きや含嗽) が可能か不可能か、あるいは不十分かなどを評価する。

「粘膜の汚染」に関しては、別項目に「粘膜」という病態的な評価 (潰瘍や出血、病的疾患の有無) をする項目があるが、汚染度の評価 (痂皮や剥離上皮の付着) に重点を置くために、別の評価項目として設ける事とした。

表 2: アセスメント点数表 Ver. 2

評価者: _____ 病棟口腔ケア アセスメント点数表 ID: _____ 患者名 _____ 日付: _____ () 評価 _____ 回目 ケア介入 _____ 回目

項目	スコア0	スコア1	スコア2	備考 (注重点が赤字は記入)
①口唇	乾燥のみ/ ひび割れている	口角の発赤/ 乾燥して剥離上皮付着	潰瘍がある。出血している/ アフタ・歯 (出血あり)・カンジダ	
②舌	乳頭が明瞭/ 舌苔なし	舌苔少量(舌乳頭認識可)/ 潰瘍・アフタ・歯あり (出血なし/上皮剥離あり)	舌苔多量(舌乳頭認識不可)/ 潰瘍・アフタ・歯 (出血あり) カンジダあり	
③嚥下 食	水っぽくサラサラしている	粘性がある。不十分な潤い 乾燥感と嚥下力が少ない 細菌性肺炎のリスクが高い	唾液がみられない/ 痰による湿性痰声 細菌性肺炎発症	
④粘膜	ピンク色で潤いがある または潰瘍なし	発赤・潰瘍/出血あり/1~2分所 びらん	潰瘍・出血ともに3分所以上(広範囲) アフタ・歯 (出血あり)・カンジダ	
⑤歯肉 自然発赤の有無	発赤・腫脹/発赤なし	発赤・腫脹/びらん/ ブラッシング時(歯磨時)出血	自然出血がある/ 歯肉潰瘍/フィステル・排膿がある	
⑥歯と歯槽	清潔で残渣なしまたは 部分的に残渣を除去しやすい汚れ	歯肉全体に除去しやすい汚れ 部分的に強固に付着する汚れ (1/3 以下、程度)	歯垢や残渣が多量に付着し、 除去に時間、労力を要する/ 歯肉にべったり汚れが付着	歯肉不使用患者なら歯垢、歯肉付着 量なら汚染度の高い方を評価する
⑦口腔汚染 (舌以外)	除去しやすく1か所以内の汚染 (口蓋・頬粘膜・口唇・歯肉) スポンジブラシのみで除去可能	除去しやすいが広範囲に汚染 剥離上皮や歯皮が一部に少量付着 ウェア残ガゼが5枚で足りる程	強固かつ広範囲に汚染 剥離上皮や歯皮が多量に付着 ウェア残ガゼが10枚以上必要	
⑧ADL	自立(セルフケア可能)	部分助 (セルフケアを行うために介助が必要、セルフケアだけでは不十分)	全介助	
⑨開口制限	開口拒否なし/開口に協力的 声掛けにより開口可能	開口拒否あり/ 開口不可(開口器使用)		
⑩歯の動揺	動揺なし~動揺度 1	動揺度 2~3 (歯動揺リスク高)/ 今にも抜け落ちそう		
合計				総合計 /18点

1) 評価項目

「口唇、舌、唾液・痰、粘膜、歯肉、歯と義歯、粘膜の汚染、ADL、開口制限、歯の動揺」の10項目とする。

2) 評価基準

- 軽度：0点
- 中等度：1点
- 重度：2点 (開口制限と歯の動揺を除いた8項目)

合計スコア：最大 18 点

合計スコアが高いほど積極的な口腔ケアが必要と判断する。

3. アセスメント評価基準の統一

病棟口腔ケア時には作成したアセスメント点数表を用いて口腔内評価を行ったほか、対象患者の口腔内写真を記録し、歯科衛生士間での勉強会で写真及び情報を共有。全員でアセスメントを実施し、それぞれが評価したアセスメントスコアを比較、評価基準について議論、すり合わせを行った。

4. 介入間隔の決定

令和5年4月から10月末までにアセスメント評価を実施した112症例、計565回のデータの傾向を基に介入間隔を3つの群に分類し、アセスメント点数表で評価したスコアの合計点が6点以下を「補助的介入群」、7～9点を「適時介入群」、8点以上を「積極的介入群」とし、介入間隔の目安を設定した。

介入間隔の目安は、低スコアの補助的介入群で「週に1～2回介入」、看護師が行う口腔ケアや患者自身が行うセルフケアの補助的に歯科衛生士が口腔ケア介入するという意味合いを含め、補助的介入群とした。反対に高スコアの積極的介入群では「連日介入」とし、口腔内環境が悪化している間は、積極的に歯科衛生士による口腔ケア介入を実施する。中間のスコアである適時介入群は「隔日介入」と目安を設定した。ただしスコアの合計点はあくまでも介入間隔の目安とし、「積極的介入群」と「適時介入群」のいずれの群にも当てはまる8点、9点のスコアでは、患者の口腔内や全身状態に応じて介入間隔を考慮できるように点数に幅を持たせて設定している。

5. 実際の運用

医科より口腔管理室に口腔ケア依頼が入り、病棟での初回口腔ケア介入時には、歯科衛生士2名による口腔内観察を必ず行う。口腔ケア開始前には、見落としの無いように評価項目に沿って口腔内観察をし、合わせてアセスメントを実施する。口腔ケア後には、電子カルテ上のカルテ記載に口腔ケア記録を行い、アセスメント項目別の各スコア、合計点、介入群を記載し運用を行う。毎回口腔ケアを行う度にアセスメントを行い、スコアが下がっていけば介入間隔を減らす、スコアが上がれば介入間隔を増やし、合わせて担当看護師へ頻回な口腔ケアや保湿剤の塗布を依頼する。

【結果】

今回の取り組みの結果、歯科衛生士共通のアセスメントツールが完成し、客観的な口腔内評価が可能となった。これにより、口腔内状況に応じた口腔ケア介入間隔の指標が決定できた。

令和5年12月、アセスメント点数表導入後に口腔ケアを担当する歯科衛生士6名を対象に再度実施したアンケートでは、「客観的に口腔内評価が出来るようになり、迷うことが減った」、「アセスメント項目に沿って口腔内観察をするため観察漏れが少なくなった」などの回答が多く得られ、口腔ケアに対する不安の軽減に繋がったと考えられた。また、アセスメント表に関して、「今後も定期的に全員で評価基準のすり合わせを行いたい」、「アセスメント結果に応じた口腔ケア方法や対応を検討したい」などという回答も得られた。

【考察】

アセスメント評価方法を統一し、介入間隔を3つの群に分類した結果、アセスメントを活用すれば口腔内の重症度をグループ化して、どの介入群に何人程度の患者が該当するのか当てはめて見る事が可能になった。グループ化した患者をそれぞれのペアに割り当てて見てみると、担当患者の口腔内状況が一目で分かるようになる。そのため、スコアが高い積極的介入群の患者が多いペアがあれば、偏らないよう他のペアが新規の病棟口腔ケア依頼患者を受け持つなど、業務の負担を分散、軽減させることも可能となったと考えられる。また、継続して定期的にアセスメント評価を行う事により、患者の口腔内状態の改善度をモニタリングすることも可能であった。

今後もアセスメント表を使用した口腔ケア体制を継続し、他職種との情報共有や、口腔内所見の客観的評価に基づいた口腔ケア指導、新人教育などに繋げていきたい。今回作成したアセスメント点数表は、当院の歯科衛生士目線で評価しやすいものを目的として作成したため、今後は歯科職種以外の医療従事者が使用しても信頼性と妥当性が得られる簡易型のアセスメント点数表を作成し、院内の医療従事者が行う口腔ケアに役立てられればと考える。

【結論】

アセスメント評価方法を統一し、客観的な口腔内評価で介入間隔を決定出来たため、歯科衛生士による個人差のない統一化された口腔ケアの提供に繋がった。またアセスメント表を活用する事で、統一化された口腔ケアの提供のみならず、口腔ケア業務の負担分散、

患者口腔内の継続したモニタリングへと活用可能な事が示唆された。今後もチーム医療の一員である歯科衛生士としての知識と技術を発揮し、より良い病棟口腔ケア体制を構築していきたい。

【文献】

- 1) 高橋信江, 佐木川れい子, 八木成可, 他 : 口腔ケアの質に影響する要因について - 看護婦の口腔ケアに関する知識の実態調査から -, 日看会論集, 看総合, 31, 169-71, 2000

- 2) 水谷文香, 山本圭一, 石井幸枝, 他, 当院における口腔ケアアセスメント表の作成と改良, 環境感染誌, 28(4):223-228, 2013

- 3) 村松真澄, 口腔アセスメントガイドの活用と実践2, Eilers 口腔アセスメントガイドと口腔ケアプロトコール, 看技, 58(1):12-6, 2012

- 4) Eilers J, Berger AM, Petersen MC, Development, Testing, and application of the oral assessment guide, Oncol Nurs Forum, 15(3):325-30, 1988