

包括的口腔ケアの実践

第6回

病院における 包括的口腔ケアマニュアル - 1 -

奥山秀樹

国診協歯科保健部会長／長野県・佐久市立国保浅間総合病院歯科口腔外科医長

はじめに

病院に入院している患者には、さまざまな原因により口腔の合併症（咀嚼障害・嚥下障害・口内炎・口腔乾燥など）を有しているため、口腔機能が低下していることが多く見られる。

口腔機能が低下すると誤嚥性肺炎・低栄養になり、さまざまな全身の合併症が出現する。したがって、口腔機能の向上・維持が入院患者にとって非常に有用であると言われている。

口腔機能向上・維持には包括的口腔ケアが必要である。包括的口腔ケアは主に口腔清掃と摂食・嚥下リハビリテーションが含まれている。この包括的口腔ケアは院内の多職種が関わる必要がある。また、退院後も他の医療機関等と連携した地域包括的口腔ケア（口腔ケアにおける地域連携パス）が必要になってくる。

今回は、この「病院における包括的口腔ケア」について総論的なことを解説し、次回は具体的な方法について解説する。

なお、国診協HP (<http://www.kokushinkyo.or.jp/>)には、「主要調査研究事業」→「平成20年度」→「病院における包括的口腔ケアマニュアル」が掲載されて

いるので参照されたい。平成22年7月のホームページ改訂に伴い、会員以外でも閲覧できるようになった。

病院における包括的口腔ケアの必要性

入院患者で自ら口腔ケアができなくなってしまった場合、う蝕や歯周病が発生する。また、口腔内細菌が増殖し誤嚥性肺炎や敗血症などの合併症が発生する。さらに、こうした患者の場合、摂食・嚥下障害も出現することも多く、食べる楽しみの喪失や低栄養といった問題が発生する。こうしたことは入院日数の増加や薬剤費などの医療費の高騰につながり、病院にとっては大きなデメリットになる。

したがって、病院においても確実に包括的口腔ケアを実施することにより、口腔機能の向上・維持を図り口腔内および全身的合併症を予防することが必要になっている（図1）。

病院に歯科または歯科口腔外科がある場合、院内の包括的口腔ケアの中心となるべきである。病院歯科・口腔外科の役割として、口腔外科疾患の診療だけでなく口腔機能を回復するという切り口から、歯科治療から口腔機能リハビリテーションまで行うことが求められている。一方、病院歯科がない場合、国保歯科保健

図1 包括的口腔ケアの必要性

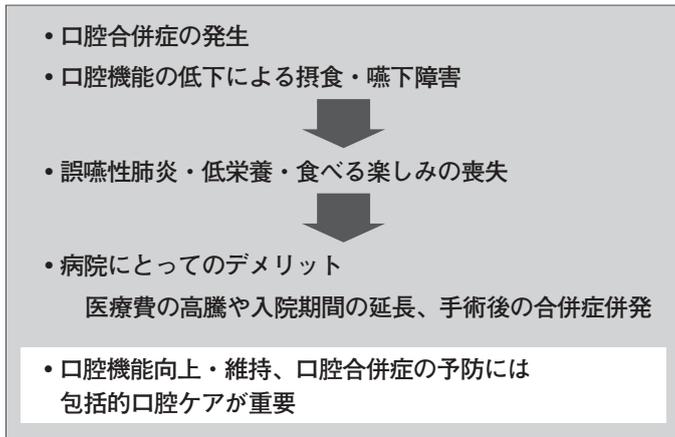
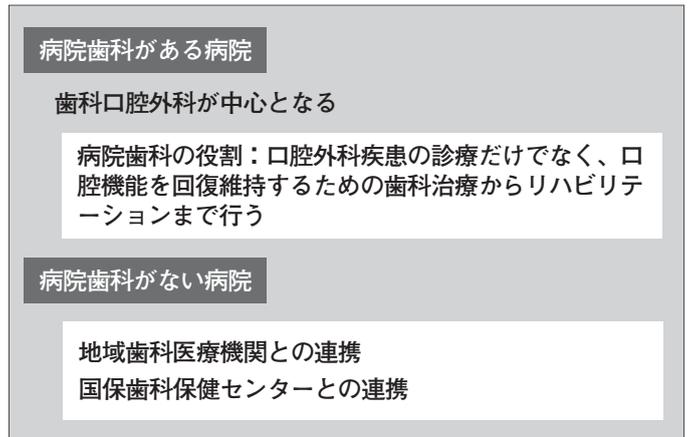


図2 病院歯科の役割



センターがあればそこと協力し、なければ地域の歯科医療機関と連携することにより包括的口腔ケアを実践することが重要である(図2)。

スクリーニングとアセスメント

病院に入院する患者の口腔をスクリーニングし、口腔ケアが必要かを判断する。例として図3のようなチェック表がある。1つ以上にチェックが入れば口腔ケアが必要になってくる。

包括的口腔ケアを実施するにあたり、アセスメントとして全身の状況、基礎疾患、感染症、食事摂取状況、口腔状況を評価する。

口腔状況の評価として口唇閉鎖、開口状態、咀嚼状態、歯・歯肉および口腔粘膜の状態、義歯の状態、口腔清掃状態、口腔乾燥状態、舌の機能、鼻咽腔閉鎖、嚥下機能(改訂水飲みテスト)、RSST、発音機能などの項目を評価する。図4に佐久市立国保浅間総合病院のアセスメント内容を例示する。

包括的口腔ケアが必要な場面

在宅や施設と異なり、病院ではさまざまな疾患の急性期から亜急性期・慢性期の入院患者に対する包括的口腔ケアが、さまざまな場面で必要になってくる。

具体的には、脳血管障害、摂食・嚥下障害、誤嚥性肺炎、認知症患者、がん化学療法、頭頸部放射線治療、

図3 口腔ケアスクリーニング

- 口腔内が汚れている
- 口臭が強い
- 自分で歯磨きができない
- 咀嚼がうまくできない
- 嚥下がうまくできない
- がん化学療法を行っている
- 放射線治療を行っている
- 大きな手術を予定している
- 造血幹細胞移植を予定している
- PEGを予定している

に1つ以上チェックが入れば対象者

造血幹細胞移植、ICU、周術期、意識障害、NST、PEG造設、ビスフォスフォネート投与などのケースである。

1. 摂食・嚥下機能障害

まずは摂食・嚥下機能障害患者であるが、院内でもっとも包括的口腔ケアが必要と言ってもよいだろう。

摂食・嚥下機能障害の原因として脳血管障害、パーキンソン病などの神経内科疾患、加齢等があり誤嚥性肺炎を合併することが多くある。経口摂取していても、またしていなくとも口腔内汚染が強いことが多いようである(写真1)。したがって、口腔内・咽頭部の細菌を口腔ケアにより減少させることが重要である。また、口腔清掃の物理的的刺激により嚥下中枢を賦活し、嚥下機能の回復に効果があると言われている。口腔ケア実

図4 佐久市立国保浅間総合病院口腔ケアアセスメント票

記入用口腔ケアアセスメントシート

日付		患者ID	
病種		患者氏名	様
医師		カナ氏名	様
受持看護師	奥山 実樹	性別	
		生年月日	

全身状態 歯の状態 食事の状況 口腔内状況

主疾患

感染症 MRSA HB HC プ氏 HIV なし

日常生活自立度 B1 B2 C1 C2

全身状態

低栄養 挿管中 肺炎の既往

化学療法中 気管切開中 ターミナル

化学療法後 人工呼吸器 その他...

意識障害 鎮静中

麻痺 右 左 なし

その他

記入用口腔ケアプランシート

診察日時

診査歯科医

口腔内診査 口腔ケアプラン 口腔機能リハビリプラン 歯科治療プラン

歯式	C																			
	M																			
歯式		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
歯式	M																			
	C																			

舌苔 0 1 2 3

口腔乾燥 0 1 2 3

歯の汚れ 0 1 2 3

出血 0 1 2 3

粘膜の汚れ 0 1 2 3

粘膜疾患 有 無

口臭 0 1 2 3

リスト表示 アセスメント印刷用 ケアプラン一覧表 口腔ケア業務記録

写真1 汚染が著しい口腔内



施時は吸引装置を併用し、口腔ケア時の誤嚥を防止する。摂食・嚥下リハビリテーションも並行して実施することが大切である。

2. 誤嚥性肺炎

摂食嚥下機能障害などが原因で誤嚥性肺炎になってしまった患者は、肺炎の治療とともに再発しないように包括的口腔ケアを実施することが重要になってくる。

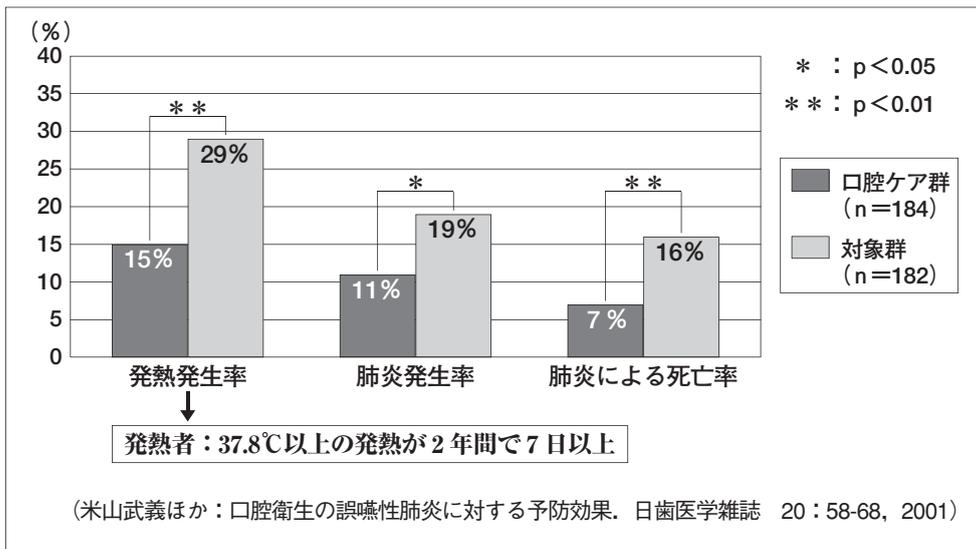
誤嚥性肺炎患者では一定の絶食期間があるが、そのときから治療の一環としての口腔ケアを行う。とくに、口腔内外のアイスマッサージや口腔周囲筋のマッサージなどの摂食・嚥下機能リハビリテーションも大切である。また呼吸訓練も重要になる。

図5は、誤嚥性肺炎に対する口腔ケアの予防効果についてのエビデンスである。米山武義先生らが研究した成果で、高齢者施設で2年間、それまでの口腔ケアを実施した入所者と、強化した口腔ケアを実施した入所者それぞれ約180名を対象にフォローしたところ、発熱発生率でも肺炎発生率でも、また肺炎による死亡率においても、いずれも強化した口腔ケアを実施した群のほうが有意に低かったという結果であった。まさしく、口腔ケアが誤嚥性肺炎の予防に効果があるということが証明された。

3. 認知症患者

ほとんどの病院では、高齢の入院患者で認知症を合併している割合が高くなっていると思われるが、認知

図5 口腔ケアの誤嚥性肺炎に対する予防効果



症の進行状態によってはセルフケアが困難になってくるケースがあり、こうした場合も包括的口腔ケアが必要になってくる。

認知症患者の口腔ケア上の問題点として口腔ケアに対する拒否がある。その対策としていきなり口腔内のケアを行うのではなく、口腔周囲筋のマッサージから開始し、唇側・頬側からの口腔ケアから慣れてもらう。しかし口腔内のケアも必要であるので、K-pointへの刺激による開口や開口保持器具の使用も一つの方法である。また、食事に関しては先行期の障害が認められることがあるので、食事場面の観察と食形態の工夫などが必要である。

4. がん化学療法

がん化学療法を行う患者では、多くのケースで口内炎が発症する。抗がん剤の直接的な粘膜に対する作用と骨髄抑制による易感染性のために口内炎が生じやすくなる。そこで、口内炎が発生しないように口腔内を清潔にする必要がある。そのため、化学療法開始前にPMTC（専門的機械的歯面清掃）により口腔内の細菌を可能な限り少なくするとともに、患者にセルフケアの方法（口腔清掃と含嗽）や食事について指導することが必要である。

また、易感染性のため口腔内の感染源を取り除くことが重要で、そのために口腔疾患のチェックをし、必

要に応じ歯科治療を行なう。口内炎が発生した場合は含嗽や軟膏塗布・アイスボールの使用などの指導を行う。強い痛みに対しては鎮痛剤の処方を、場合によっては医療用麻薬を使用する。

5. 頭頸部がん放射線治療

頭頸部のがん等に対し放射治療を行う際、口腔粘膜や唾液腺がその照射野に入る場合、その副作用として口内炎や唾液腺傷害による口腔乾燥を起こすことが多く認められている。このような場合、放射線治療前に口腔内をチェックし、PMTCにより口腔内をできるだけプラークフリーにし、セルフケアについても指導する。化学療法や放射線療法における口内炎・口腔疼痛・口腔乾燥対策をとっておく必要があるが、具体的な対策については次号において解説する。

6. 造血幹細胞移植

白血病・悪性リンパ腫などの造血器腫瘍や再生不良性貧血など血液疾患において造血幹細胞移植を行うことがある。術前に化学療法・放射線照射を行うため、口内炎や口腔病巣感染が生じやすくなる。移植前に口腔内をチェックし病巣感染原があれば除去し、PMTCやセルフケアの指導を行う。移植後も易感染状態・易出血状態になるので、きめ細かなブラッシングが必要で、口腔内をよく観察しどのような変化が生じたか

表 VAP (人工呼吸器関連肺炎)

- 挿管患者の8～28%にVAPが発症、またVAPの致死率は24～50%
- 閉口困難なため、口腔乾燥が助長され、口腔内の自浄作用が低下し、歯垢や舌苔などに含まれる微生物が増殖しやすい
- 技術的困難さ、ケア実施のリスク、時間・マンパワーの不足
- 術前からケアを
- 術前のPMTC 患者指導

写真2 人工呼吸器装着患者の口腔ケア



図6 口腔ケアによる在院日数の変化

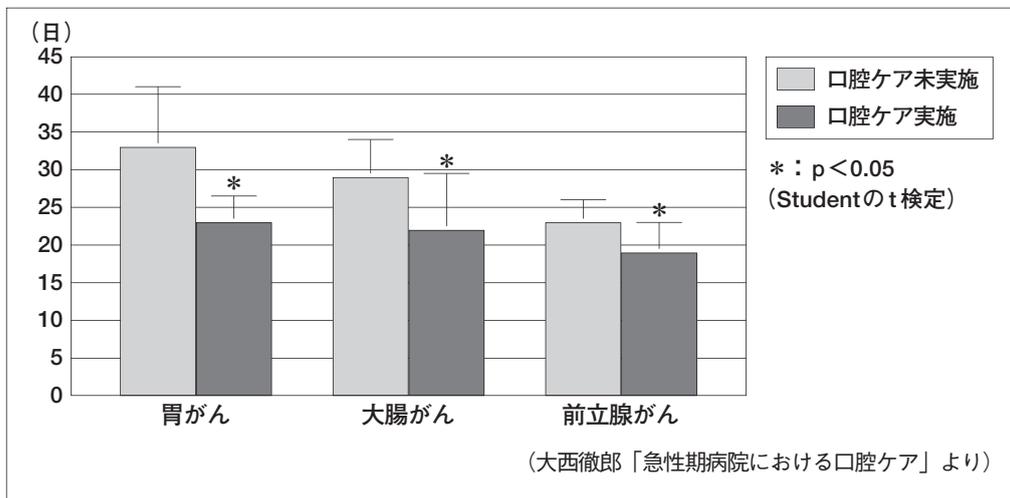
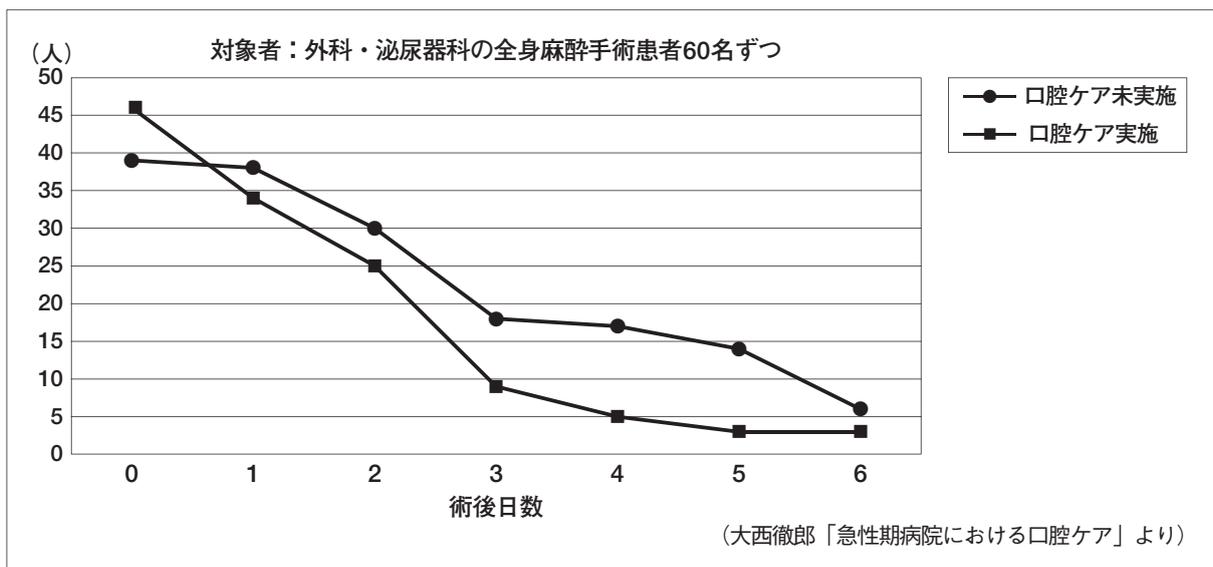


図7 口腔ケアによる発熱の変化



を確認する必要がある。また、必要に応じ看護師や歯科衛生士による粘膜を傷つけないような口腔ケアを実施する。

7. 人工呼吸器装着患者

病院ではICUなどで人工呼吸器が装着されている患者がいるが、表に示すVAP（人工呼吸器関連肺炎）が生じやすいため、こうした患者にも包括的口腔ケアが必要になる（写真2）。

口腔ケアを実施するにあたり、挿管チューブがずれたり外さないように注意しなければならない。また、他のチューブ類やモニター類も外さないように注意する。開口状態にあるため口腔乾燥対策を必要に応じ講じる必要がある。

看護師による日常の口腔ケアに加え、可能であれば歯科衛生士による専門的口腔ケアを実施するとよいであろう。なお、口腔内だけでなくカフ上部の分泌物を側孔付きチューブであればそこから吸引することにより、VAPの防止に役立つと言われている。

8. 周術期

外科系の周術期においても包括的口腔ケアが必要になる。術前に歯科衛生士によるPMTcを実施し可及的にプラークフリーにすることが重要である。同時に、本人による口腔ケアを指導し術前術後のセルフケアをしてもらう。こうした包括的口腔ケアによって、術後合併症の減少や在院日数の減少といった効果が認められたという報告がある（図6・7）。

9. 意識障害

病院にはさまざまな原因で意識障害の患者が入院している。そうした患者は、自身では口腔ケアを実施することができないため、包括的口腔ケアが必要になってくる。経口摂取ができない場合は口腔内が不潔になり口腔乾燥も助長される。開口保持の工夫（開口保持するための器具を使用）をし、病棟スタッフによる口腔ケアを実施し、必要に応じ歯科衛生士によるチェックを実施する。

写真3 NSTラウンドの様子



10. NST（写真3）

現在、多くの病院でNST（栄養サポートチーム）が活動していると思われる。NSTは低栄養の患者の栄養管理を行うが、低栄養の原因の一つに摂食・嚥下障害によって経口摂取ができないということがあげられる。摂食・嚥下障害の改善のためには包括的口腔ケアが必要不可欠である。

したがってNSTの活動においても包括的口腔ケアが必要になってくる。そして包括的口腔ケアによって経口摂取が確立されることがNSTの最大の目標であろう。

11. PEG造設

摂食・嚥下障害などのためPEGを増設することがある。もともと誤嚥しやすい患者に仰臥位で内視鏡を使用しながら行う手技のため、また咽頭部に麻酔をするため、さらに誤嚥しやすくなる。また、Pull/Push法では胃瘻チューブが口腔咽頭部を通過するため、口腔内細菌がチューブに付着し瘻孔感染を起こすリスクがある。したがって、PEG増設前に口腔ケアを実施することにより、口腔内細菌を可及的に少なくし誤嚥性肺炎や瘻孔感染を予防することが重要になってくる。また、PEG増設後も口腔内は不潔になりやすく口腔乾燥も起こしやすいので、不顕性誤嚥予防のため包括的口腔ケアを実施することが重要になってくる（図8）。

図8 PEG造設術前の口腔ケア実施状況と術後瘻孔部感染率

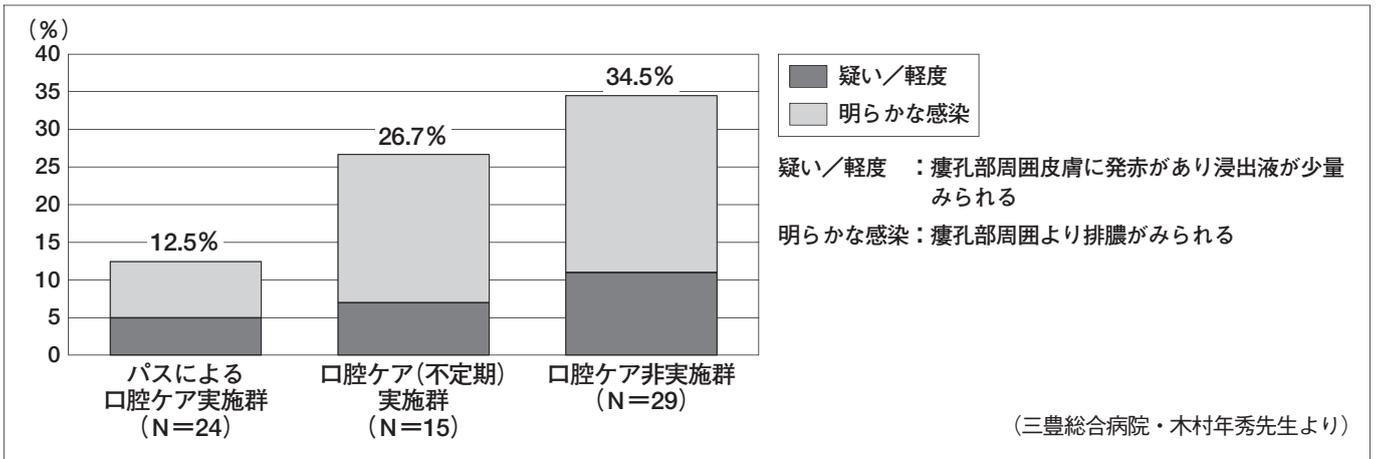


写真4 経口ビスフォスフォネート製剤服用中の抜歯後下顎骨壊死



が重要になっている(写真4)。

そのために、ビスフォスフォネート製剤使用前に口腔内をチェックし抜歯が必要な歯は抜歯し、また抜歯にならないようう蝕・歯周病治療を行っておくことが重要である。そして、PMTTC・口腔清掃指導により口腔清掃を確実にを行い、抜歯に至らないようにしなければならない。

■ 包括的口腔ケアの効果

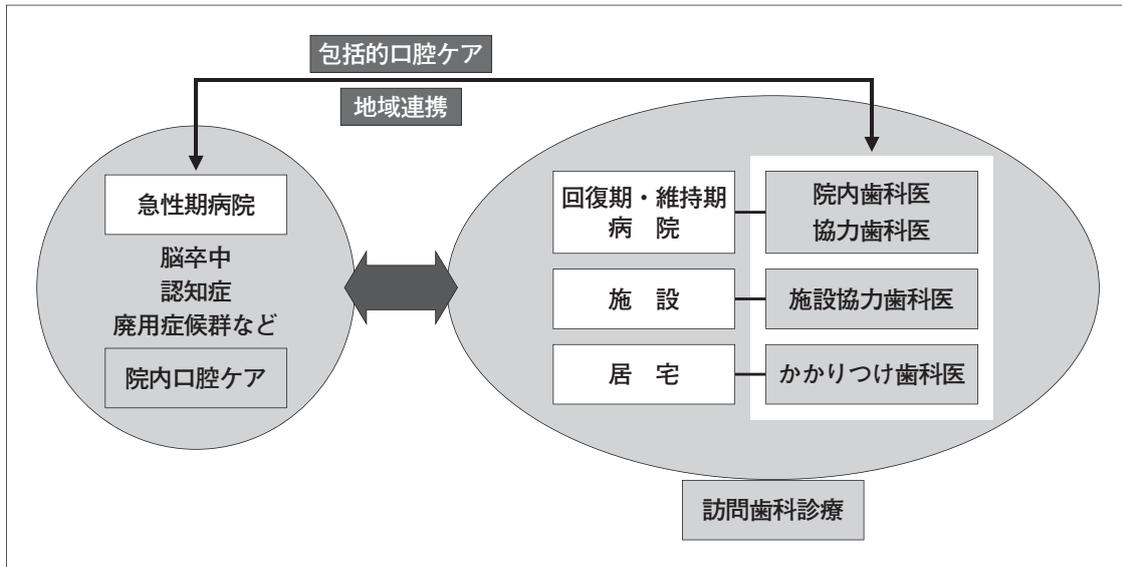
これまで述べてきたような病院における包括的口腔ケアは、病院にとって以下のような効果が期待される。

- ア. 誤嚥性肺炎・口内炎・口腔乾燥などの合併症の減少
- イ. 低栄養・脱水の減少
- ウ. 在院日数の減少
- エ. 摂食機能訓練による診療報酬増加
- オ. 医薬品使用量の減少などによる経費節減
- カ. チーム医療による病院の活性化

12. ビスフォスフォネート製剤

入院・外来患者を問わず、骨粗鬆症やがんの骨転移に対しビスフォスフォネート製剤を使用している患者がいる。最近、ビスフォスフォネート製剤使用患者に抜歯等の観血的処置後に発症した顎骨壊死の報告が多数されている。一度発症すると治療方法がないため予防

図9 包括的口腔ケアの地域連携



キ、入院患者のQOLの向上
などが考えられる。

■ 地域連携の必要性

最後に、包括的口腔ケアの地域連携について述べる。病院内の包括的口腔ケアを実施していても、患者が退院した後まで継続しなければ意味がない。そこで、退院先の施設や在宅やあるいは回復期・維持期病院で継続的な口腔ケアを実施できるようなシステムづくりが必要である。たとえば、地域連携パスのなかに口腔ケアの項目を入れることや、退院時カンファレンスで口腔ケアの引継ぎを行うなどがある。また、独自に口腔ケアの地域連携パスを作成することもよいだろう。施設では施設職員や関連している歯科医療機関と連携する。在宅では訪問歯科診療等を実施する歯科医師や歯科衛生士と連携することが大切である。いずれにして

も、ケアマネジャーがキーパーソンになるだろう。

こうした包括的口腔ケアの地域連携は実践している地域はまだ少ないので、各地の国保病院を中心に広がっていくことが期待されている（図9）。

■ おわりに

今回は病院における包括的口腔ケアの総論的なことについて解説した。読者の皆さんの病院においても包括的口腔ケアが必要な場面が多いということを理解していただいたと思う。

次回は、具体的な包括的口腔ケアについて解説するので、今回と合わせ皆さんの病院の入院患者の合併症などの発生を減らすなどために、そして病院の効率的な運営のためにも、ぜひ包括的口腔ケアを実施していただきたいと考える。