



厚生労働省委託補助事業

病院歯科における口腔ケア 実施に関する実態調査

8020推進財団
日本病院歯科口腔外科協議会

はじめに

この度、日本病院歯科口腔外科協議会では(財)8020推進財団の委託を受け、「病院歯科における口腔ケア実施に関する実態調査」を行いました。この事業は平成12年4月から平成15年3月まで3年間にわたって行われた厚生労働科学研究「病院歯科の地域歯科医療支援等の機能面からみた現状分析と歯科医療提供体制の推進に関する総合的研究」(H12-医療-007)の追加研究として、また、平成17年に予定されている健康日本21の見直しに資する厚生労働省委託補助事業の一環として実施されたものです。

「口腔ケア」に関する病院の全国レベルでの実態調査は少なく、歯科の診療科を持つ病院に対する報告はありません。したがって今回の調査はまず口腔ケアの定義、その共通概念を一定にすることから始めましたが、歯科担当者と看護管理者に対するアンケート用紙が異なっていたこともあって、歯科と看護師がかならずしも共通概念ではないことをお断りしておきます。今回の調査が、単に慢性期疾患患者や急性期疾患および周術期の患者などに対する口腔ケアの有用性にとどまらず、未実施であるそれぞれの施設が、今後、口腔ケアに取り組んでいただくための動機付けとなれば幸いです。

なによりもこの調査が契機となって「口腔ケア」が良質安全な医療提供の観点から評価を受け、医療保険の中で算定されるよう望んでいます。その結果、マンパワーの不足している多くの病院歯科にとって、採算性の改善につながり、口腔ケアが必要な通常の医療行為として、病棟から地域全体にまで広がることを期待しています。

最後になりましたが、この事業にご協力いただいた関係団体の皆様、年度末のお忙しい時期に快くご回答いただきました皆様に対しまして厚くお礼を申し上げます。

平成16年

主任研究者	山田 祐敬（岡崎市民病院 歯科口腔外科統括部長）
分担研究者	田中 義弘（神戸市立中央市民病院 歯科口腔外科部長） 足立 了平（神戸市立西市民病院 歯科口腔外科部長） 北村 龍二（関西労災病院 歯科口腔外科部長） 大西 徹郎（市立池田病院 歯科口腔外科部長） 迫田 綾子（日本赤十字広島看護大学講師）

目 次

はじめに

I. 総括研究報告

病院歯科における口腔ケア実施に関する実態調査	山田 祐敬	1
------------------------	-------	---

II. 分担研究報告

1. 口腔ケアの認識と実施に関する報告	足立 了平	13
2. 口腔ケアの実施内容に関する報告	北村 龍二	25
3. 口腔ケアの評価法に関する報告	足立 了平	32
4. 看護職における口腔ケアの現状	迫田 綾子	38
5. 口腔ケアと採算性について	大西 徹郎	53
6. 今後の展開	田中 義弘	62

III. 基礎資料

1. 歯科医師に対するアンケート一次集計結果	69
2. 看護管理者に対するアンケート一次集計結果	95
3. 口腔ケアアセスメント票	107

IV. オープンカンファレンス「口腔ケア」抄録

1. 周術期における口腔ケアの有用性についての検討	大西 徹郎	146
2. 入院患者の口腔ケアー有効性と方法ー	北村 龍二	150
3. 急性期病院における歯科衛生士の担う口腔ケア	上原 弘美	153
4. 口腔ケアの基礎知識と現状	迫田 綾子	155

I. 總 括 研 究 報 告

厚生労働省委託補助事業

8020推進財団事業

「病院歯科における口腔ケア実施に関する実態調査」報告書

主任研究者

岡崎市民病院歯科口腔外科統括部長 山田 祐敬

研究要旨

口腔ケアは口腔機能の保全、維持増進の要となることに加え、疾患の予防、疾患の増悪予防、疾患の改善や合併症の予防等にも有用とされ、高齢者や要介護者の ADL、QOL 向上にも寄与することから、今日では日常生活はもとよりあらゆる医療の現場において口腔ケアが取り入れられつつある。口腔ケアの実施内容は、対象となる患者の年齢や病態、病期さらには関わる職種や母体病院の認識などにより、その内容やレベルも多種多様であろうと推測される。とりわけ質の高い口腔ケアの提供には歯科医師や歯科衛生士によるバイオフィルムの除去、プラーカフリーの確保などプロフェッショナル・オーラル・ヘルス・ケア（以下 POHC）の関与が重要ともいわれ^{1,2,3)}、口腔ケアに関する対応の現状、すなわち口腔ケアの定義、認識度、実施内容、チーム対応など、病院歯科における実態の把握と検証が求められるところとなつた。

本研究は平成15年度の厚生労働科学研究補助事業において病院歯科における口腔ケア実態調査を行い、平成17年に予定されている「健康日本21」の見直し作業に向けた取り組みの1つとして取り上げられたものである。したがって調査対象は全国の歯科を有する病院である。POHC が可能となる病院歯科における口腔ケア提供状況、医療の質的向上への寄与、病院運営への経済的寄与の有無等から口腔ケアの意義や今後の展開として何をどうすべきか検討した。質の高い医療や看護の提供には口腔ケアが重要であること、チーム編成が望まれること、学術研修の開催が望まれること、積極的に行動すること等が掲げられたが、圧倒的なマンパワー不足、経済的裏づけがないこと、相互理解と協力に多くのハードルがあることなどが掲げられ、それぞれ個々の犠牲と努力によって施行されている実情が判明した。

各職種間で価値観を共有するためには、意志疎通が図れる共通言語が要求されること、このためには口腔ケアガイドライン、口腔アセスメント・シート、口腔ケア計画表、口腔ケア評価表等の作成（目的別に統一）や各種クリニカルパスへの導入が急がれた。口腔ケア要員の確保（特に POHC 要員）、口腔ケアチーム編成、口腔ケアカンファレンス、口腔ケア推進委員会などが望まれた。

社会保険診療にあっては、現状の厳しい経済社会情勢を反映するなか、医療の安全、質の確保を基本とした医療の合理化が図られたが、併せて新たな施設基準等の機能評価枠の拡大がなされている。すなわち、入院医療における良質医療提供の評価として、褥瘡患者管理加算、肺血栓栓塞症予防管理料の導入や、特定入院料としてハイケアユニット入院医療管理料、亜急性期入院医療管理料（病棟に在宅復帰支援の担当者を配置）などの導入である。

現在口腔ケアは保険制度上の評価がなされていないが、より良い医療の提供、看護の質の向上、患者 ADL、QOL の向上を目指して、周術期、ICU にとどまらず各病棟の特質に合わせた口腔ケアの取り組みが口腔ケアチーム等により行われつつある。近い将来口腔ケアが、入院医療における良質医療の提供や安全管理面から必須アイテムとして評価を受け、保険に導入されることを期待したい。

□ 分担研究者

田中 義弘

神戸市立中央市民病院 歯科口腔外科部長

足立 了平

神戸市立西市民病院 歯科口腔外科部長

北村 龍二

関西労災病院 歯科口腔外科部長

大西 徹郎
市立池田病院 歯科口腔外科部長
迫田 紗子
日本赤十字広島看護大学 助教授
□ 協力研究者
黒柳 範雄
岡崎市民病院 歯科口腔外科部長
水野 和子
琵琶湖中央病院 歯科医長
大西 淑美
関西労災病院 歯科衛生士
山田みつ美
市立池田病院 歯科衛生士
上原 弘美
神戸市立西市民病院 歯科衛生士
永瀬 幸子
神戸市立西市民病院 看護師
大石 貴子
神戸市立中央市民病院 歯科衛生士

A. 研究目的

多様なライフスタイル、ライフステージにおいて様々な局面で口腔ケアの重要性が EBM に基づいて提唱されるようになってきた。口腔ケアは口腔の形態、機能（呼吸、表情、会話、味覚、摂食、嚥下など）や、他の関連機能の保全、改善、病態の重症化予防、歯性病巣感染（中心感染）予防、口腔誘発合併症の発症防止や増悪防止等、その目的は多岐に亘るものである。したがって口腔ケアの実施にあたっては、単に口腔の保清から、歯科医師、歯科衛生士以外の職種（医師、看護師、言語聴覚士、栄養士、介護士等）の参加協力や、複数職種からなるチーム対応を要する場合まで存在する。これらは生活状況、年令、加齢、病態、病期によりその対応は異なるが、口腔ケアに対する共通理念と普遍性が要求される。

日本歯科医師会においては、8020運動を推進するなかで、かつての「歯の長持ち」からADL、QOL の向上を目的とした「口腔機能の維持増進」に変わってきている。「口腔機能の維持増進」には、8020運動実績調査の結果に基づいて、「口腔ケアの重要性さらには口腔ケアによる肺炎予防効果及び医療費への影響」についても言及し、平成16年度事業計画の重要課題の

ひとつとして「介護保険制度における歯科のあり方の検討及び口腔ケアの推進等制度の見直し」への対応を図るとしている。

本研究の目的は、全国の病院歯科における
A. 母体病院と歯科診療特性 B. 口腔ケアの認識度、実施状況、実施が困難な理由、評価法
C. 口腔ケア対象患者数、実施に要する時間
D. 口腔ケアの採算性 E. 口腔ケアと地域連携 F. 口腔ケア施行による患者評価、一般評価 G. 口腔ケアの看護職における現状等アンケート調査を行い実態の把握・検証を行い、その結果を踏まえ口腔ケアの一般化を図ることにある。

B. 研究方法

1. 病院歯科施設の抽出

病院要覧 [2003-2004年版、医療施設政策研究会編、医学書院] にある全病院の中から 1) 歯科、2) 矯正歯科、3) 小児歯科、4) 歯科口腔外科など歯科に関連する標榜科名を掲げている施設を抽出し調査対象としたが、医学部・医科大学および歯学部・歯科大学附属病院と精神病院の歯科施設は除外した。さらに2000年4月から2003年3月にかけて実施した厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「病院歯科の地域歯科医療支援等の機能面から見た現状と歯科医療提供体制の推進に関する総合的研究」[H12-医療-007]⁴⁾において得られたアンケート調査時の資料から、廃科や休科となった施設は除外した。

2. アンケート調査表の作成

各母体病院の特性により認識や実施状況が異なることから、アンケートの調査内容に隔たりが生じないよう、前出メンバーからなる作業委員会で協議、立案し作成した。

設問内容は、A 病院の全体像、B 口腔ケアの全体像、C 入院患者の口腔ケア、D 口腔ケアの採算性、E 地域との連携、F 口腔ケアの評価に関する39問と、G 口腔ケアの看護職における現状を看護管理者に問う18問である（基礎資料として掲載）。

3. アンケート調査票の発送と回収

アンケート調査票の発送を3月中旬に行い回収を4月中旬とした。回収されたアンケー

ト調査票は専門業者に委託することとした。

4. データベースへの入力と集計

回収されたアンケート調査表は専門業者により入力され集計と分析が行われた。また一次集計結果から複数項目で関連が示唆される項目を抽出し、ロジスティック回帰分析も行った。

5. 倫理面への配慮

本研究における回答は自由意志による無記名記載であること、病院情報であり研究目的以外に使用しないこと、また、情報の公開（学会発表、雑誌掲載など）に際しては慎重に対処することとした。

C. 研究結果ならびに小括

1. 対象施設

病院要覧（99-00年版）および実情調査に基づいて行われた厚生労働科学研究H12-医療-0074）では、大学病院、精神病院を除いた一般病院歯科数は全国病院数9,413の14.5%にあたる1,369であった。その後の病院統廃合や新設等の影響を受けてか、今回の病院要覧（03-04年版）を基に実勢調整した調査対象一般病院歯科数は1,234であった。調査結果の分析では常勤歯科医師のいない施設も10%存在した。

2. 回収率

発送施設総数1,234のうち項目A～Fへの回答は667件、回収率は54.1%であった。また、項目Gに関する看護管理者からの回答は527名、42.7%であった。

3. アンケート調査項目の一次集計

一次集計結果は一覧として基礎資料に掲載する。また、各設問に関する詳細はそれぞれの分担研究者の報告を参照されたい。

4. 小括

1) 母体病院と歯科診療特性

- ① 200床未満、200床～400床未満、400以上では3者ともほぼ同数であった。（A-1）
- ② 急性期型が約半数の46%、次いで中間型（ケアミックス）が30%、療養型が15%であった。歯科診療科を有する病院は、急性期、亜急性期型に多いようであるが、今後は療養型に広がる可能性もある

り、非常勤の増加傾向も考えられる。（A-2）

③ 口腔ケアを行っている診療科では内科が最多であり、次いで外科、脳神経外科、整形外科、神経内科、循環器科、消化器科、リハビリテーション科の順であった。ICU、呼吸器内科、内分泌内科、泌尿器、耳鼻咽喉科などの施行が低く今後の課題である。（A-3）

④ 病院歯科における標榜は「歯科」および「歯科口腔外科」がほぼ同数で大半を占めていた。（A-4）

⑤ 診療体系は、「口腔外科中心」が20%、「一般歯科中心」が46%とほぼ半数を占め、「中間型」が33%であった。今後、母体病院の機能特化に連動して病院歯科の診療体系にも変動が予想される。（A-5）

⑥ 常勤歯科医師数は1人体制が43%と最も多く、次いで2人体制が29%であり、1～2人体制で72%を占めている。また、非常勤体制が10%と予想に反して多かった。（A-6）

⑦ 歯科衛生士数は2人が29%、1人23%、3人18%であったが、0人も15%に存在した。ようやく3年教育への移行が進められているが、雇用の拡大も重要課題である。（A-6）

⑧ 歯科・口腔外科の外来看護師の有無については平成12年度の厚生労働科学研究時の19.7%から、14%と大幅減となっていた。自治体病院では、外来に看護師の配属が多いこと⁴⁾から、国公立・自治体病院の統廃合の影響とも考えられる。（A-6）

2) 口腔ケアの認識度

「口腔ケア」と呼称している施設が48%と予想に反し低いものであった。「統一されていない」も40%見られた。老年、介護、看護関連雑誌等では口腔ケアが一般的に用いられており、後述するが口腔ケアは平成12年に商標登録も行われている。その他少數ではあるが、「オーラルケア」、「オーラルヘルスケア」や「マウスケア」などが散見された（B-1）。このような認識度を反映してか、口腔ケアに対するイメージを百分比

でみると、「全身疾患を視野にいれた口腔衛生管理」25%で以下、歯科疾患予防のための「ブラッシング」17%、「患者の QOL の向上」16%、「口腔機能のリハビリ」13%と続く。われわれの期待する「在院日数の減少」は、わずかの3%にとどまった(B-2)。現状では、看護師の推進する口腔ケアチームや高齢者・要介護者などに対して確立されつつある口腔ケアに大きくリードされそうである。

急性期・亜急性期病院における「口腔ケア」の位置づけが重要と思われ、これには、まず足元からの意識改革と周囲への啓蒙が必須となろう。

3) 口腔ケアの実施について

- ① 回答のあった90%以上の施設で何らかの口腔ケアが入院患者に対し行われており、その対象は、寝たきり患者75.9%、意識障害のある患者66.9%、経口摂取の出来ない患者50.7%、人工呼吸器装着患者42.3%などが大半を占め、周術期の患者の口腔ケア28.3%であった。(B-3)
- ② 口腔ケア実施内容は、歯・歯周組織の刷掃、清掃、洗浄が93.5%と多く、発語・構音訓練(25.7%)、食事動作の指導(19.2%)等リハビリ関連は少なかつた。(B-4)
- ③ 一日の口腔ケア実施人数は、外来、訪室ともに5人未満が最も多く、外来での予約対応30%、曜日、時間帯を決めた訪室対応55%強である。一人あたりの所要時間は、15分未満と15分～30分未満がほぼ同数で、大半を占めた。また、一人あたりの実施回数は外来、訪室ともに5回未満が最も多い。(C-1～9)
- ④ 転院時の口腔ケア情報に関しては、提供ありの施設38.1%、提供なしの施設56.8%であった。在宅療養時に家族への口腔ケア指導は、施行30.6%、訪問歯科診療への指導24.2%、指導なしが半数の50.1%であった。(E-2)

寝たきりや意識障害のある患者では嚥下性肺炎を起こしやすく、適切な口腔ケアを行うことで予防し得ることが周知の事実であり、口腔ケ

アの主要な対象患者となっていた。また、易感染性、出血傾向患者や化学療法、放射線治療による口内炎等の患者では、自己管理による口腔ケアが困難となり、2次感染対策、歯肉出血や口内炎の重症化対策として、質の高い口腔ケアが要求されているものと推測された。一方、合併症の予防や、抗菌剤使用量の減少、ひいては在床・在院日数に繋がるとされる周術期の口腔ケアはおよそ30%の施行であり、今後の啓蒙課題の1つと思われた。さらに、摂食・嚥下機能訓練まで取り組んでいる施設は30%以下であった。QOLに直結する摂食・嚥下機能の回復に口腔環境の改善は必要不可欠であり、病院歯科においても積極的な取り組みが望まれる。また、最近ではNST立ち上げの機運にあり、これらチーム医療にも積極参加して行くべきであろう。

「計画的な実施と再評価」は、口腔ケア・プランの改善と向上、更には他職種との連携や指導にも重要な事項であり、クリニカルパスへの取り込みや入院カルテへの情報記載の徹底など、口腔ケアの標準化に向け早急に検討されるべき重要な課題である。

訪室による口腔ケアを効率的に行うには、曜日や時間帯を決めて実施することが効率的と思われる。また、訪室での対象患者は全介護者や重症患者となるため、実質口腔ケア時間は15分未満が望まれ、口腔ケア提供側も前後の作業時間を含め30分以内が適当な時間と考えられた。実施人数は1日5人程度、患者一人当たりの施行回数は5回程度が一般的と思われた。

病棟における口腔ケアの立案、実施、評価等に対し、歯科医師、歯科衛生士が縦断的に関与することが重要であり、またこれに伴う口腔ケア情報を共有しながら、良好な口腔内状況を維持するための注意点、口腔ケア方法等を担当看護師に指導もしくは申し送ることで、病棟看護師による質の高い口腔ケアが維持され得るものと考えられる。

口腔ケアに関する院内連携、地域連携が十分に行われているとはいはず、病態や全身ADL、口腔ADL(仮称)に配慮した口腔ケア情報が求められており、双方に理解し易い共通言語、共通認識に基づく書式やシステム化が望まれる。口腔機能の保全、維持増進の観点から、個々の歯・顎・口腔情報が一貫して踏襲され、それぞ

れの全身的な病態、病期に応じて予防、保険医療、老人保険医療、介護保険等に活かされることが望まれる。

4) 口腔ケアと採算性

- ① 本調査にて回答の得られた施設は急性期病院46%、療養型病院15%、その中間型（ケアミックス）30%の比率であった。口腔ケアの必要性から不採算であっても実施している施設が20%に見られたが、大半は採算性に重大な関心を示していた。この傾向は急性期病院に強く見られ、療養型病院や障害児専門施設では不採算であっても実施という傾向にあった。（A-2、大西論文 図2）
- ② 「早く保険点数などで採算がとれるようにしてほしい」と答えた371施設では、口腔ケア実施の障害となっている要因として、約半数がマンパワー不足をあげており、次いで不採算、病院の無関心をあげる施設が続いた。（大西論文 図4）
- ③ 口腔ケアの算定に関しては、多くの施設（74%）が「歯科レセプト上にて算定すべき」としており、「医科レセプト上で算定すべき」とする施設（12%）を大きく上回っている。「介護保険内で算定」や「患者から費用を徴収すべきではない」という施設も少数に見られた。急性期と療養型の比較で差異は見られず、いずれも「歯科レセプト上」の算定希望が多かった。これを診療内容の違いで見てみると、診療内容が口腔外科中心の施設において医科のレセプト上での算定希望が多く、逆に一般歯科中心の施設では歯科レセプト上での反映を期待していることがわかった。（大西論文 図5、図7）
- ④ 実際の保険算定に関しては、約2/3の施設（420施設）が歯周疾患治療の一つとして歯科診療報酬上で保険算定されていた。また多くの施設で、現行の歯科診療報酬の算定外となるものは病院負担として行われていた。さらに全く保険算定していない施設も24%（161施設）にみられた。療養型では「算定していない」の比率は低く、何らかの形で口腔ケアを収益

として評価していることがわかった。反対に急性期や中間型の病院においては算定していない群が1/3以上みられた。また診療内容が口腔外科中心の施設においては「算定していない」と答えたものが多くみられ、一般歯科中心の施設を大きく上回った。口腔ケアの評価、位置づけを考えるとき、病態、病期、診療体系等の特質に配慮を要するものと考えられる。（大西論文 図8、図9）

- ⑤ 口腔ケア1回あたりに希望する保険点数は、100～200点を希望する施設が最も多く、次いで200～300点が続いた。急性期病院では200点以上の点数を希望する施設が多く半数を超えており、逆に療養型病院は200点以下の点数が望ましいとする施設が60%を超えている（大西論文 図11、図12）。前述の口腔ケアの回数（5回未満）、実施所要時間（15分以内、15から30分）、1日あたりの実施人数（5人未満）の条件で口腔ケア点数の希望をまとめると、1回あたり100～200点の保険点数の算定を期待する意見が多かった。（大西論文 図13）
- ⑥ 口腔ケアに使用する器具の費用に関しては、「病院負担で患者から費用徴収していない」施設が約40%を占め、「一部徴収」、「全額徴収」を上回った。また障害児専門施設などではこの傾向はさらに強く、患者から費用を徴収しているところは20%以下で病院、施設の特色が色濃く反映された結果となった。また「器具を滅菌後再利用している」も15%にみられ、全額徴収と併せて考えると器具の費用負担は口腔ケア実施にあたり大きな問題であることが判明した。（大西論文 図15）

今回の採算性についての調査では歯科医療従事者（歯科医師、歯科衛生士）が中心となって行う専門的口腔ケアの採算性に注目して行われた。口腔ケアは現行の保険制度の中では保険点数として反映されておらず、医療保険においては試行錯誤、もしくは点数を算定せずに実施しているのが現状である。ほとんどの施設で保険

制度確立の不備を指摘し、新しい形での保険制度への組込みを希望していることが明らかになった。次に口腔ケアの診療報酬を算定する保険の種類としては、ほとんどの病院、施設において歯科レセプト上の診療報酬の反映を期待している、このことを裏返せば「医科」の医業収益と比較される、病院歯科がおかれている医業収益面での厳しい環境が見え隠れし、現場が抱いている口腔ケアという新しい収益源への期待感が示唆される。具体的な算定方法としてはすでに実施している大半の施設では歯周疾患の治療の保険点数を代用しているものが多かったが、結果に示したように急性期病院においては口腔ケアの点数を算定していない施設も25%程度とかなり多く、このことは急性期病院が「早く保険点数などで採算がとれるようにしてほしい」と述べていることと相関するものと思われた。

口腔ケア1回あたりの医療報酬としては、実施回数や所要時間との関連もあるが、1回あたり200点前後が適切と考えられた。

口腔ケアの病院経営上の効果として「肺炎の防止などによる不要な薬剤使用の減少」が多く、次いで「患者サービスの一環として結果的に患者獲得の方策になること」が多かったが、「口腔ケアと患者在院日数」との関連づけは予想より少ないものであった。平成14年から導入された「急性期入院加算」算定の可否は病院収益に大きく関わるが、この算定に当たって平均在院日数を17日以下にする必要があり、このことが算定への大きな期待となっている。分担研究者の大西らは全身麻酔下の施術患者に対して、術前術後の口腔ケア（周術期口腔ケア）を実施することにより、術後の在院日数が短縮されることを報告している⁵⁾。また口腔ケアの実施により術後の肺炎や熱発などの問題を回避し、クリティカルパスを滞りなく遂行することで、より病院経営的に有用となることも提言している。今後口腔ケアを展望する上で重要な要素となろう。

5) 看護職における口腔ケアの現状

1. 口腔ケアを日常的に実施している施設は92%であったが、十分なケアを実施しているとはいえない状況であった。(看護

- 1)
2. 口腔ケアを複数の職種で実施している施設は78%で、職種は歯科衛生士、歯科医師、介護職、言語聴覚士等であった。
(看護2、3)
3. 多く施設で口腔ケアを必要とする患者があり、重篤な全身疾患があった。(看護4、5)
4. 看護職に対する口腔ケア教育は、研修会の開催を半数の施設が実施し、口腔ケアチームの編成、マニュアル作成、情報の共有等が行われつつあった。(看護7)
5. 不足する知識は、摂食・嚥下リハビリ、口腔アセスメント、薬剤の口腔への影響等で、技術は摂食・嚥下リハビリ、介護者への指導等であった。(看護9、10)
6. 口腔ケアの課題は、行動を進めるための実現要因が多く出され、業務量やマンパワー、施設内外の教育に関しての認識や関心が高かった。(自由記載より)

分担研究者迫田報告を以下に要約する。

病棟での口腔ケアの実施は、看護師が圧倒的多数であったが、他に歯科医師、歯科衛生士、介護職、言語聴覚士等多職種が関わっていた。このことは、口腔ケアを提供する専門職の広がりを示唆している。口腔ケアを必要とする患者は多く、疾患や障害も多種であった。援助の必要な人は、脳血管障害、ADLの低下、ICUといった急性期から慢性期まで幅広く存在した。口腔ケアを実施する際は、疾患に関する基本的な知識やコミュニケーション、安全や安楽、基本的な救急処置に関する知識や技術の能力が求められている。また基本的なガイドラインの策定も必要と考える。

看護師に不足する知識は、口腔アセスメントと摂食・嚥下リハビリで、薬剤の影響や解剖・生理と続き、看護職における今後の教育の方向性を示した。根拠を持った適切な口腔ケアをするためには、口腔アセスメントは不可欠であり、その必要性を看護管理者は認識していることを結果は示していた。看護師が持っている口腔ケア技術は、口腔清拭が一番多かった。しかし口腔問題の多様化に伴い、口腔清拭だけでは

口腔の清潔を保つのは困難である。特に摂食・嚥下障害のある患者は、回復期リハビリテーションの推進と相まってニーズも高い。マニュアルの有無では、「ない」「わからない」施設が半数であった。チームを立ち上げ、マニュアルを作る過程で看護師はケアを進化させ口腔ケアの質を上げると認識している。

看護管理者は、口腔ケアを強化していく要因として診療報酬や同僚間の励まし等をあげていた。また他職種との患者情報の共有もケアを継続していくためには必要不可欠である。これから口腔ケアは、個人レベル、病院レベル、そして政策としても強化していくことが求められていた。

オーラルヘルスプロモーションの概念より、全人的な健康や QOL と口腔は深い関わりを持っている。看護専門職は、ニーズを解決すると共に、総合的な評価をも求められている。今後は結果をさらに分析し、介入のための優先順位を考え目標値を決めることが重要である。その上でヘルスプロモーション計画を策定していくことが、人々の口腔の健康を通じての QOL の向上や自立支援に結びつくものである。

D. 総 括

はじめに

人口構成や疾病構造の変化により、国民医療の提供体制も大きく様変わりしつつある。これに伴って病院の機能も救急対応型、急性期対応型、亜急性期対応型、慢性疾患対応型、長期療養型、リハビリテーションなどの細分化が進み、また、緩和ケア病棟やホスピス病棟なども加わって多岐に亘るものとなった。また、緊迫した社会経済の余波を受け、各自治体も経常収支比率の硬直化が深刻な局面を迎えており、なかでも医療、介護、福祉の占める割合が高く、財政面での重荷となっている。各地では病院の特化、縮小、廃科、廃院、移譲等が行われており、全国の病院数や病院歯科数も年毎に増減を繰り返している。病院歯科は収益性から余波をまともに受けことになり、診療内容も状況の変化に応じて軌道修正を迫られる施設が見られるようになった。

このような危機感も踏まえ、病院歯科機能としての連携、高次医療、救急、教育・研修など

の実態調査が企画された。すなわち、平成12年より3年間に亘り「病院歯科の地域歯科医療支援等の機能面からみた現状分析と歯科医療提供体制に関する総合的研究」(H12-医療-007)⁴⁾ をテーマとして、病院歯科機能を中心とした調査に基づく現状分析が詳細に行われ、将来の病院歯科のあり方等が考察された。しかし、口腔ケアへの取り組みに関しては、病院歯科機能評価の調査対象項目に掲げられておらず残念の極みである。口腔ケアに関する記載は唯一報告書のなかで山田⁴⁾が、スタッフ構成の考察で歯科衛生士の勤務実態に触れ、地方条例で歯科衛生士の雇用ができない実情も踏まえ、「院内患者への口腔ケアの実践や、患者家族への教育の観点から職域の拡大を図ることや医学教育、看護学教育から歯学教育が削除される傾向にあり、「口腔機能と口腔ケア」の教育復活を訴えている。

高齢化や高度医療の導入に伴う医療費の高騰に対しては、安全・良質医療の提供を基盤として、医療の標準化、合理化が進められており、なかでも出来高払いの弊害が指摘され、包括化に向け漸次 ICD、DRG、PPS、DPC の導入へとシフトしてきている。また、保険医療のなかに予防医療、施設基準、専門性、クリニカルパス、連携医療など多方面に亘る機能評価の導入が図られるとともに、基準や条件を満たさない場合は減算、通減制や算定制限の導入など診療報酬体系の在り方も様変わりしつつある。

口腔ケアの有用性、重要性が立証され、今や保健、医療、福祉への導入が求められるようになってきた。導入に当たっては、ガイドラインの作成、評価法の確立、知識・技術の習得のための講習会・研修会の定期開催、口腔ケアチームの編成等が望まれ、本研究がその一助となることを祈念したい。

また、口腔ケアの熟成には予算化を含め、経済的なバックアップが重要課題であり、さらに、マンパワーの充足、チームの編成や講習会・研修会の定期開催が重要である。また、保健、医療、福祉の縦割り区分のなかでの口腔ケアの位置づけ、評価、継続性の整備もまた重要な課題である。

1. 口腔ケアの歴史

口腔ケアの実践は、現在で言う知識、技術は別として、看護の一環として古くから行わ

れてきている。道重⁶⁾によれば、口腔ケアは「単に口腔を清潔にするのみならず、口腔衛生を維持し、食べる、話す、呼吸を整えるために働きかける技術である」とし、歴史的に、1970年代は臨床における口腔衛生の現状を反省し、ケアの必要性が再認識された時代、1980年代は意識障害者や気管内挿管患者の口腔細菌の気道への流入が原因と思われる肺感染症が問題視され、後半は、微生物学的視点から清潔を求める働きがさらに高まり、感染予防の観点から盛んに研究が行われた時期、そして、1990年代は人間が快適な生活を送るために働きかけることを基本姿勢として展開された（竹内ら^{93'}）としている。

歯科における口腔ケアに関する認識と積極的な取り組みは、1994（平成6）年摂食機能療法の歯科保険への導入および2000（平成12）年介護保険制度の導入に伴う「居宅療養管理指導」への歯科医師、歯科衛生士の参入が大きな契機となったものといえる。介護保険制度の導入に当たり、数十項目にわたる歯科関連項目が要望されたが、導入時には大きく削減され17項目に絞り込まれた。口腔ケアの有用性、重要性の認知に伴い、2005（平成17）年の介護保険の改正に当たっては口腔ケアが重要視される模様であり、適切な見直しが行われることを期待したい。歯科における口腔ケアの歴史は「口腔ケアの有用性」の項に記載する。

2. 口腔の特徴と働き

口腔の働きを一般的に表現すれば「味わうこと、食べること、語らうこと、笑うこと」であり、個性、表現、コミュニケーションひいてはQOLに大きく係っている。専門的に表現すれば、呼吸（口腔気道）、異物認識、唾液分泌、味覚、咀嚼、消化、嚥下、鼻咽腔閉鎖・軟口蓋閉鎖（VPC）、構音、表情等で、これらは脳神経である三叉神経、顔面神経、舌咽神経、迷走神経、副神経、舌下神経（舌運動）により支配されており、いずれも口腔の機能に欠かせない神経である。このほか口腔常在菌（好気性菌、通性嫌気性菌、嫌気性菌）の存在、摂食による唾液分泌（味、匂い、見た目、調理音なども関連）と自浄作用を理解することと、歯垢、歯石、歯肉炎、歯

周疾患、口内炎、褥瘡、咬傷などが身近に存在することを理解しておく必要がある。

3. 口腔の老化、疾患、機能障害

口腔ケアの実施に当たり、基礎疾患ADL、QOLを念頭に口腔の変化や、病態の存在や程度を把握する必要がある。それらは、口腔乾燥症—唾液分泌障害（ストレス、薬剤、栄養、代謝、発熱、唾液腺機能など）、味覚障害（Zn値低下、粘膜炎、薬剤、神経性など）、歯性感染症（歯肉炎、歯周炎、顆炎、蜂窩織炎、菌血症、敗血症、膿瘍や歯性病巣感染・歯性中心感染など）、粘膜疾患（血腫、出血、口内炎、ヘルペス、潰瘍、カンジダ、白板症、紅斑症、扁平苔癬などや悪性腫瘍）、歯の喪失（義歯、ブリッジ、咬傷、褥瘡、金属アレルギーなど）、顆関節疾患（開口障害、関節の痛み、関節脱臼など）、その他（舌痛症、口臭、嚥下障害、誤嚥、構音障害、OSA（HS）などである。

4. 口腔ケアの定義

口腔の健康状態を維持増進するための手法（知識と技術）といえるが、取り扱うジャンルによりニュアンスに異なりがある。看護の立場からは、前出の「単に口腔の保清、口腔衛生、口腔の清潔、歯磨き、うがいなどの口腔を清潔にするためのケアではなく、その目的や内容から『口腔衛生を維持し、食べる、話す、呼吸を整えるために働きかける技術である』」⁴⁾とする意見や、分担研究者迫田のいう「口腔ケアとは口腔の疾病予防・健康の保持増進・リハビリによりQOLの向上を目指した科学であり技術である。また、口腔に問題のある人々に対して、人間的交流を通して行われる実践であり、日常生活行動援助である。」さらに、「老化や障害により新たに生じた問題（顆関節症、開口障害、腫瘍、薬剤の副作用、味覚障害など）を、適切な口腔ケアによりクリアーよりQOLを変えられる。」⁵⁾といった全人的な看護哲学を基本に置いたものが多い。

一方、歯科からの定義に関する提案は、リハビリテーション病棟や訪問診療からの提案が多く、植田耕一郎^{6,7)}は、「口腔ケアとは、要介護者に対して、摂食、会話、呼吸機能の維持増進を目的として、口腔疾患予防および

誤嚥性肺炎予防と口腔リハビリテーションを施すことにより、生き甲斐のある長寿を支援するケアである。」とし、鈴木俊夫は「口腔ケア」を商標登録（02'（H14）・5・17付け 商標登録番号4568672号）⁸⁾し、「口腔の疾病予防、健康保持・増進により QOL の向上を目指した科学であり、技術である」とした。また、金子芳洋⁹⁾は、「口腔ケアは、予防から歯口清掃、治療、医学的リハビリテーションまでも含む包括的なものでなければならない。また、全人的な視点が必要である。」としている。

加えて、鈴木俊夫はホームページに「口腔は食べ物を取り込み、呼吸、発声など生命を維持し、生活していく上で欠かせない機能が備わっています。口腔ケアは、口腔内の状態をアセスメントし、口臭をはじめ口腔乾燥、歯周疾患を予防しながら、食べることや話すことを円滑にして QOL の向上を目的にしたものです。」と解説している。

その他「専門的口腔ケアは、歯科治療、歯科保健指導、専門的口腔清掃、摂食機能訓練により低栄養、転倒・骨折、気道感染、閉じこもりに対する介護予防効果のあるものとし、歯科医師・歯科衛生士による専門的口腔ケアを充実させ、高齢者の健康と生活機能の向上を図る必要がある」³⁾とする意見や「口腔清掃、歯石の除去、義歯の調整・修理・手入れ、簡単な治療などにより口腔の疾病予防・機能回復、健康の増進、QOL の向上といった」簡単な治療も含めたものに広がってきている。

今回の調査結果においては、病院の病床数はほぼ均等に分散していたが、急性期型46%、中間型（ケアミックス）30%と両者で約8割を占めていたことが原因か、「口腔ケア」の呼称は48%と予想をはるかに下回っていた。口腔ケアが看護の中で独自に、また、歯科においては療養型病院や施設・在宅訪問診療で主に熟成されてきた経緯があり、急性期型や中間型では口腔ケアの定義の確認までには至っていないようである。また、これら急性期型や中間型病院では、ことに口腔外科を中心もしくは中間型診療体系の施設において、自科入院の周術期口腔管理や心臓血管外科手

術前管理なども無償での施行が多くみられ、認識の違いの大きさが感じられた。

5. 口腔ケアの有用性

口腔ケアが口から食べる喜び、味わう喜び、意思表示ができる喜びなど、患者の ADL や QOL の向上に繋がることは既成の事実となった。今日のように口腔ケアが日の目を見るに至った要因には、高齢化、老齢化の進むなか1992年以降、佐々木ら^{10, 11, 12)}が高齢者や要介護者の肺炎発症に注目し、長期療養型施設などで「誤嚥性肺炎の予防と口腔ケア」について研究結果に基づき、口腔ケアの有用性を発信し続けたことが挙げられよう。その後、これを契機に数多の研究報告がなされたが、なかでも1999年米山らによる「高齢者において計画された口腔ケアを行うことにより、誤嚥性肺炎を40%予防できる」との報告が *lancet* (354 : 515, 1999)¹⁵⁾に掲載され、その信憑性が一気に高まった。その後、口腔ケアと口内炎、褥瘍性潰瘍、歯肉炎、歯周病あるいは口腔カンジダ症治療との間には重なり合う部分があり、厳密な区別ができないものであるが、これらのケア・キュアが口腔乾燥、唾液分泌、舌痛、舌機能、糖尿病、妊娠・未熟児等広く関連し、改善を期待できるとする文献も多くみられる^{16, 17, 18)}。また、義歯とカンジダとの関連も指摘されており、義歯に関するケアも重要である。角¹⁹⁾は「口腔環境が高齢者の全身の健康と密接に関連している」とし、口腔ケアのシステム化と支援機器の開発に取り組み、啓蒙活動に余念がない。

病院における慢性疾患患者、亜急性期以後の患者、リハビリテーション病院、緩和ケア病棟などで院内に歯科がなく、簡単な歯科治療や専門的な口腔ケアが受けられない病院が86%近くも存在する。仮に歯科が併設されていても余力がなく、手が回らないのも事実であろう。いみじくも某大学リハビリテーション科教授が「日本の病院は無歯科医村だ！」と嘆かれていたと聞くが、まさに言ひ得て妙といった実情である。

一方、急性期における口腔ケアの有用性も多方面で立証されつつある。角町²⁰⁾は、「障害が固定してからの対応より、障害発生の急性期からのかかわりが重要」とし、1997（平

成7) 年「脳卒中等口腔ケア支援システム」を発足させ、初療より歯科医師、歯科衛生士が治療チームに参画し実績を挙げている。健常状態では口腔は自己管理が当然であるが、自己管理が不可能になった時点すなわち病態発症直後からの取り組みが、口腔機能の維持や早期の回復に繋がるということであろう。

また、周術期における口腔ケアの励行は合併症を予防し、病態からの回復を早めるとして導入されつつあるが、調査結果では30%に施行であった。施設によっては、全身麻酔の対象となる患者はすべて口腔診察を受け、口腔ケアの施行と、必要に応じて挿管時の歯・口腔粘膜保護床を作成、術後に再診察するという。取っ掛かりとして対象症例の絞込みも大切といえる。今後、周術期に限らず、化学療法、放射線治療も含め、あらゆる急性期医療や高度先進医療にリンクする形で導入されるよう努力してゆきたい。このような状況下 VAP (ventilator associated pneumonia) の予防への「口腔ケア」の取り組みが注目されている。米山²¹⁾は「VAP を予防するためには、患者の全身状態、口腔内の環境を把握し、感染経路と感染が起こる原因を理解した上で、根拠に基づいた口腔ケアを行うことが重要」とし、併せて多職種でのチームアプローチを強調し小林¹⁶⁾は「摂食・嚥下障害患者と口腔乾燥、口腔乾燥と誤嚥、脱水、低栄養、開口、口呼吸の関連について述べ、口腔ケアの重要性と病院歯科での取り組みについて解説している。

病院歯科として ICU への取り組みは静岡県の藤枝市立総合病院や榛原総合病院でアクティブに行われている^{2,22)}。前者では「歯科衛生士のための ICU ガイド」²³⁾を用いて質の向上を図り、後者では、病棟常勤歯科衛生士をおいて看護師とのチームアプローチを図り実績を挙げている²²⁾。このほか、同県内の病院では様々な疾患に対する口腔ケアへの取り組みが行われており、参考とされたい²²⁾。

6. 外来における他科患者の口腔ケア

様々な病態により、あるいは様々な治療等により、口腔乾燥、口呼吸、鼻閉、口臭、粘液・血液乾燥被膜、歯垢、歯石などがあり、口腔の機能を著しく損なった患者も多い。ま

た、運動や、理解・協調の困難を伴うことが多い。これらの患者に対して、鼻腔の吸引開放、口腔乾燥汚物の除去、喀痰の吸引、歯石・歯垢の除去、口腔の保清、保湿、本人もしくは家族への指導などが行われる。当然歯周病の診断がついたとしても歯周基本検査はもとより歯周精密検査はできないし、また危険度が高くて行われるべきでない症例が多い。したがってこれらの一連の処置行為は再診料のみの算定となる。傾向として口腔外科中心、もしくは中間型の施設で算定していないとの回答が多ことは前述した。同様に、周術期、化学療法、放射線療法、急性期患者等においても同様の理由で、基本検査ができないことが多く結果としてサービス行為となっている。このことに対する是正ないしは、「周術期における口腔ケア」、「ICU における口腔ケア」、「急性期治療患者における口腔ケア」などの別途評価を求める声が多かった。

7. 口腔ケアとマンパワー

1) 歯科医師数

平成12年の厚生労働科学研究H12-医療-0074) では、常勤歯科医師数の全国平均は0.9名(同研究では非常勤歯科医師施設は除外)、調査対象施設の常勤歯科医師数1名:40.8%、2名:25.5%、3名:16.0%で、一般に400床以上の病院で、常勤歯科医師数3名以上が病院歯科機能を発揮しやすく、また口腔外科診療や救急対応等が行われる傾向にある。また、4名以上の勤務では県立、市立、公立にその傾向がみられる。今回の調査では1名:43%、2名:29%、3名:13%で、非常勤の施設が10%であった。病院歯科では、1名が40%以上、1ないし2名での勤務体制が約70%である。

2) 歯科衛生士数

歯科衛生士に関しては平成12年の調査結果同様、2名:29%、1名:23%、3名:18%であるが、0名も15%あった。これは自治体病院にあっては条例で歯科衛生士の雇用を認めないところがあることによるものと思われる。

3) 歯科・口腔外科外来看護師数

常勤看護師数は平成12年度調査で1名:19.7%であり、雇用の多くは自治体病院に

多い傾向にあったが、今回の調査では1名：12%、0名：86%で大幅な減少が見られた。これは国公立病院の統廃合による影響も否定できない。

口腔ケア施行の障害要因として、マンパワー不足：47%、不採算：23%、病院スタッフの関心がない：17%である。このあたりに問題点と解決策が集約されそうである。

E. 総括のまとめ

口腔の変調は、不快、不安、疼痛を招来する。また、ストレスや全身他部位の失調が舌痛症、口臭症、顎関節症など口腔愁訴として現れることもある。口腔の疼痛、不快症状、ストレス等からの開放は、味わえること、食べられることに繋がり、「口腔摂取はバイタルパワー」²⁴⁾といわれるよう、意欲の向上、早期離床に繋がるものとなる。したがって、口腔の自己管理が不可となった時点から、「病態に応じた口腔ケア」が立案され取り組まれれば、余病・継発症の防止、原疾患の悪化防止、原疾患の改善に貢献、機能の回復、ADL・QOLの向上を経て早期の社会復帰にむけた安全・良質医療の提供へと繋がるものである。具体的には、入院時クリニカルパスで確認、病態に応じた評価、口腔ケアプラン作成、一般目標・到達目標・行動目標の設定、口腔ケアチーム対応・システム医療の導入、再評価、連携医療への取次ぎといった流れを作ることである。

最後に口腔ケアに関する所感を述べると、一言で言えば「口腔に関する無知」、「医療との関連における無知」がもっとも大きな壁となっているように思われる。国民一人ひとりが、健康に対する知識と技術・口腔に関する知識と技術が教育され、自己管理が徹底されれば、質の高い口腔ケアが容易に導入できる事であろう。筆者の患者には唇顎口蓋裂の患者が多く、大半が何らかの矯正歯科治療を受けている。口腔の自己管理を条件として矯正歯科治療を受けているのだが、小学校ですら昼食後の歯磨きや口腔保健教育が行われていない学校が存在する。また、小学校でしっかりと歯磨き指導を受けていても、中学に進学すると歯磨きが出来る環境を探すのに苦労するほどとなる。高校にいたって

は言わずもがなである。集団の中にあって、一人別行動をとると（食後の歯磨き、ゴムバンドの取替えなど）いじめの対象となるようだ。学年が高くなるにつれて口腔環境の悪化が進展するのは見るに忍びないものである。

振り返れば、核家族化、共働き、老父母による甘やかし、放任、レトルト食品、歯磨き習慣なしなど社会的な要因も大きい、しかし、せめて義務教育の間にでも、口腔の発生、口腔の機能、口腔の疾患、口腔の老化、ストレスや生活習慣病との関連を教育し、口腔ケアの知識、技術を責任もって身につけさせるべきである。出来れば成人までは国が責任を持って健康管理すべきであろう。医学、看護学の教育から歯学教育がなくなる一方で、現場においては口腔ケアのニーズが高まっており、それぞれの現場で手探り状態が続いている。医療、歯科医療の共通言語となりえる「口腔ケア」に学問体系や講座の立ち上げが望まれる。

換言すれば、質の高い自己管理に必要な口腔ケアの教育・指導・管理のあり方の再考、さらに、医療人としての必要な口腔ケアの専門知識・技術の習得に向けた医学・歯学・薬学・看護学等関連職種の教育・研修体系の確立が必須である。

F. 結論

1. 全国病院数のおよそ14%当たる病院歯科（歯科診療科を有する病院）1,234施設に「口腔ケア」に関するアンケート調査を行い667施設54.1%および527名の看護管理者42.7%の回収率が得られた。
2. 「口腔ケア」の呼称は48%と低く、病院機能もしくは病院歯科機能の位置づけを図るには、歯科医師、歯科衛生士の意識改革と同時に、積極的な院内での働きかけが重要である。
3. 「口腔ケア」施行の障害因子として、マンパワー不足が主な要因として挙げられ、次いで不採算が挙げられている。保健、医療、福祉の質の向上および医療費の削減に繋がる可能性が高く、国の施策として検討されるべきであろう。
4. 全国に歯科のない病院が85%以上あり、簡単な歯科治療を含めた「口腔ケア」が提供できる体制作りが望まれる（病院機能の向上、

病院収支への貢献)。

5. 導入には院内の関心を高めるために「口腔ケア」の有用性をアピールし、関連他職種を巻き込み、NSTと同様「口腔ケアチーム」の立ち上げや講習会・研修会の定期開催が重要と考えられる。
6. 「口腔ケア」ガイドライン、「口腔アセスメント(評価法)」、「口腔ケア・プロトコール」の作成、統合とクリニカルパスへの参入が望まれる。

文 献

- 1) 米山武義, 植松宏, 足立三枝子編: プロフェッショナルオーラルヘルスケア, 医歯薬出版, 東京, 2002.
- 2) 宮城島俊雄, 塚本敦美: プロフェッショナル・オーラル・ヘルス・ケア. ICUで行うPOHC, デンタルハイジーン別冊, 2002・6.
- 3) 南二郎: 高齢者リハビリテーション研究会中間報告について—専門的口腔ケアが高齢者の健康や生活機能に与える効果—, 日歯医師会誌, 57 (2) : 33-37. 2004
- 4) 厚生労働科顕研究「病院歯科の地域歯科医療支援等の機能面からみた現状分析と歯科医療提供体制の推進に関する総合的研究」(H12-医療-007)
- 5) 口腔ケアオープンカンファレンス, 神戸西市民病院, 2004・3・5
- 6) 道重文子: 「口腔ケア」に関する研究の動向と今後の課題, 看護技術, 48 (4) : 418, 2002.
- 7) 追田綾子: 口腔ケアにおける包括的アセスメントの方法, 看護技術, 48 (4) : 17-26, 2004.
- 8) 植田耕一郎: 厚生科学研究「口腔保健と全身管理に関するシンポ」日歯広報, 1247 Nov. 25th 2001.
- 9) 植田耕一郎: 摂食・嚥下リハビリテーション過去10年の反省と今後の展望 日歯医師会誌 56 (11) : 1020-1028, 2004.
- 10) 商標登録「口腔ケア」: 商標登録番号4568672
- 号 2002.5.17登録
- 11) 金子芳洋: 口腔のケアに取り込む視点—食べる機能を回復する口腔ケア, 歯界展望別冊 8 -16, 2003.
- 12) 佐々木英忠. 他: 誤嚥性肺炎の予防と治療総合ケア2 (9) : 48-51. 1992.
- 13) 佐々木英忠: 老年者の肺炎に関する研究. 厚生省厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究, 平成6年報告書, 4 : 137-139, 1995
- 14) 佐々木英忠: 口腔・咽頭の機能低下と誤嚥性肺炎, 厚生省厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究, 平成6年報告書, 4, 140-146, 1995
- 15) Yoneyama T. et. al : Oral and pneumonia. Lancet, 354 : 515, 1999.
- 16) 小林直樹: 摂食・嚥下障害患者における口腔乾燥と口腔ケア —病院歯科での取り組み— 歯科展望 別刷 100 No2 : 392- 2002 . 8.
- 17) 「高齢者に対する口腔ケア」 第20回日本歯科医学会総会 (横浜), 2004.
- 18) 「2004年歯の健康シンポジウム—歯周病と糖尿病の意外な関係—」(広島), 2004.
- 19) 角保徳: 口腔ケアのシステム化と支援機器の開発, 歯科医師会誌, 56 (7) : 2003.
- 20) 角町正勝: 歯科に障害学を—形態回復と機能回復の調和を求めて— 歯科展望 別冊, 医歯薬出版, 2003.
- 21) 米山多美子: 人工呼吸管理中の口腔内の環境とアセスメント 看護技術 49 (6) : 2003.
- 22) 内藤克美, 望月亮監修: 看護臨床に役立つ口腔ケア, ナース専科増刊, ディジットブレーン KK, 2003.
- 23) 宮城島俊雄, 塚本敦美: 歯科衛生士のためのICUガイド, デンタルハイジーン : 23 (5, 6) : 2003.
- 24) 「口腔ケア」・経口摂取はバイタルパワー: 褥瘡の発生が少ない 褥瘡の予防・治療ガイドライン : 98' 小学館 厚労省老人保健

II. 分 担 研 究 報 告

1. 口腔ケアの認識と実施に関する報告

神戸市立西市民病院歯科口腔外科 足立 了平

研究要旨

口腔ケアの認識度について歯科併設病院を対象に歯科医師、看護師にアンケート調査を行った。口腔ケアは約半数の施設で使用されるネーミングであった。そのイメージとしては QOL の向上や全身疾患との関連を視野に入れた口腔清掃として捉えられている場合と、単なる歯科疾患予防のためのブラッシング指導という二つに分かれた。より専門的な口腔ケアを行う歯科関係者が担う口腔ケアと、看護師に代表される看護、介護職関係者が行う日常のケアや介護の一環としての口腔ケアは分けて考える必要がある。対象患者としては寝たきり者、意識障害の患者、脳血管障害患者が主であった。実施項目は歯および口腔粘膜の清掃と義歯の管理指導、口腔乾燥への対処が主であった。歯科医師では歯石の除去を実施しているのが特徴であったが、嚥下障害へのアプローチとしての口腔ケアの実施は少なかった。以上のことから、口腔ケアは「寝たきりなどの要介護者や易感染患者に対して QOL 向上をめざして行う歯牙および口腔粘膜や義歯などの清掃」と考えられているようである。

このような口腔ケアを実施している施設は歯科を診療科にもつ病院の約半数にとどまった。口腔外科を中心の施設は、歯科中心の施設と比べて歯科医師や歯科衛生士が多いためか口腔ケアがより実施されていた。

今後、高齢者が増加し、多くの全身疾患をもった方々の口腔ケアを行う機会が増えることから口腔ケアの概念を整理し、どのような戦略で認知、普及させるべきか十分に検討することが必要であろう。

A 研究目的

近年、口腔ケアへの関心が高まり、平成12年介護保険への導入によって在宅診療はじめ慢性期疾患に対する口腔ケアが歯科開業医を中心に始められ、多くの成果が得られた。そして最近になって周術期をはじめとする急性期疾患にも口腔ケアを実施することで、発熱回数の低減化が見られ、在院日数の減少につながることから急性期病院でも関心をもたれるようになってきた。

ところで、「口腔ケア」はその昔、看護の中に口腔清拭があり、歯科衛生士もまた歯周病の予防目的で、口腔ケアとしての歯の刷掃やブラッシング指導を行ってきた。しかしいまや広く一般にも使用される言葉であり、一般病院では広義の口腔ケアとして 摂食、嚥下の訓練や姿勢の指導など口腔内にとどまらないものまで含めて幅広い概念としてとらえられるようになってきた。とはいっても、この名称は施設や個人によっても異なり、混乱を生じている。そこで、施設によって口腔ケアがどのような概念として捉えられているのか、つぎにその定義を広義の口腔ケアと一定にして、どの程度の割合の病院で実施され、またその内容はどうなのか、現時

点における認識度とその実施割合について調べることが目的である。

B 方法および結果

1. 対象施設

病院要覧〔2003-2004年版、医療施設政策研究会編、医学書院〕にある全病院の中から 1) 歯科、2) 矯正歯科、3) 小児歯科、4) 歯科口腔外科の標榜科名を掲げている施設を抽出し、医学部および歯学部付属病院と精神病院の歯科施設は除外した。さらに、2000年4月から2003年3月にかけて実施した厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業、「病院歯科の地域歯科医療支援等の機能面からみた現状と歯科医療提供体制の推進に関する総合的研究」〔H12-医療-007〕において得られたアンケート調査時の返送結果から、廃科や休科の施設を除外した。

そして 対象施設1,234施設が抽出され、アンケート調査用紙が郵送された。その結果、667施設から回答があり、回収率は54%であった。

2. アンケート調査表

設問は A から F まであり A (病院の全体

像)、B(口腔ケアの全体像)、C(入院患者の口腔ケア)、D(口腔ケアの採算性)、E(地域との連携)、F(口腔ケアの評価)まで39問である。また、看護管理者に対するアンケートは17項目である。(Ⅲ 基礎資料参照)

口腔ケアの認識度に関する設問(1~5)と実施に関しては(6~10)の項目を回収したアンケートをもとにして検討した。

- 1) 口腔ケアの名称
- 2) 口腔ケアのイメージ
- 3) 口腔ケアの対象患者
- 4) 口腔ケアの実施項目
- 5) 看護師の持つ口腔ケアの概念
- 6) 広義の口腔ケアを実施しているか。
- 7) 対象としている患者の診療科は。
- 8) 口腔ケアは計画的かどうか。
- 9) カルテに記載して患者情報を共有しているか。
- 10) 口腔ケア関連の活動は。

1) 口腔ケアの名称

この問い合わせには約半数(48%)の施設が口腔ケアと回答した。しかし、残りの41%は統一されていないとの回答であり、オーラルケア、オーラルヘルスケア、マウスケア、口腔清掃、口腔介護などはあわせて10%以下と非常に少なかった。(図1)

2) 口腔ケアのイメージ

「口腔ケア」と聞かれた時のイメージについて複数回答で求めた。

歯科医師にとって口腔ケアという言葉の持つ印象について、最も多い回答は、全身疾患(誤嚥性肺炎の防止など)を視野に入れた口腔衛生管理で91%であった。ついで歯科疾患予防のためのブラッシング指導(62%)、患者のQOLの向上(59%)、口腔機能のリハビリ(47%)であった。逆に少なかったのは、在院日数の減少(9%)、口内炎予防のための口腔衛生管理(12%)、歯性病巣感染の予防(31%)、摂食機能の向上による早期離床の促進(34%)であった。

歯科疾患の予防(治療)としてのブラッシングは狭義の口腔ケアと考えられ、全身疾患を視野に入れた口腔衛生管理は肺炎や敗血症の予防を含んでおり、広義の口腔ケ

アと考えられる。(図2)

3) 口腔ケアの対象者

対象とする患者を複数回答で求めた。実際にどのような患者に対して口腔ケアが行われているのかを聞いた。

その結果、寝たきりの患者(76%)、意識障害のある患者(67%)が多く、次いで易感染性や出血傾向のある患者(51%)、IVH、経管栄養など経口摂取のできない患者(51%)、上肢麻痺のある患者(50%)、人工呼吸器を装着している患者(42%)がほぼ同じ程度であった。少なかったのは、化学療法、放射線治療などによる口内炎の患者(33%)、セルフケアができない小児患者や障害児(26%)、手術前後(周術期)の患者(28%)であった。(図3)

4) 口腔ケアとして実施されている項目

① 「口腔ケア」として実施する項目を複数回答で求めた。(図4)

実施されている口腔ケアの内容は、歯牙・歯周組織の刷掃、清掃、洗浄(94%)、舌・口腔粘膜の清拭、保清(88%)、歯垢・歯石の除去(78%)、義歯の着脱と手入れ(77%)、口腔乾燥への対処(62%)の順で実施されていた。摂食・嚥下機能訓練としては、口唇や舌の運動と開閉口運動(37%)、うがいの訓練(36%)、顔面表情筋のリハビリ運動(30%)、発語・構音訓練(26%)といずれも30%程度の実施率であり、食事動作の指導(19%)は比較的少ない実施率であった。

② 貴病院では何らかの形で「口腔ケア」(以下広義の口腔ケアを意味する;口腔清掃にとどまらず義歯の調整・手入れ、摂食・嚥下訓練などによりQOLの向上を目指した技術)に取り組んでいますか(図5)

結果は56%の施設で行われているが、検討中および以前は行っていたという施設をいれると81%になる。ほとんどの施設がいわゆる広義の口腔ケアの必要性を認めていることになる。

5) 看護師の持つ口腔ケアの概念

① 口腔ケアを必要とする患者を問うこと

で、看護師のもつ口腔ケアのイメージが推察できる。(表1)

病棟での意識障害の有無にかかわらず、長期に臥床していて 口腔をセルフケアできない人が中心となっている。中には上肢（利き腕）が不自由のためにできない人、挿管している人や経管栄養の人、重症の口内炎、嚥下障害の人など様々である。

② 看護師は口腔ケアの知識がある（図6）

口腔ケアの知識がある（20%）、ほぼ持っている（42%）と口腔ケアの知識のある看護師は62%と高い数値である。

③ 不足する知識は？（図7）

知識が不足していると考えられているものには、摂食嚥下リハビリ（52%）、口腔のアセスメント（49%）、薬剤の口腔への影響（47%）、口腔が全身に与える影響（45%）などがあげられ、老化と口腔疾患（40%）、口腔の解剖生理機能（39%）、含嗽薬の選び方（35%）、口腔の清掃保持の必要性（23%）、誤嚥性肺炎について（23%）、コミュニケーション技術（17%）などは不足していないと考えている。口腔ケアの目的である清掃の必要性や誤嚥性肺炎の予防については知識を持っていると考えられた。

④ 看護師が持っている口腔ケアの技術は？（図8）

狭義の口腔ケアとして、口腔清拭（86%）、ブラッシング（57%）、義歯の管理（52%）、口腔乾燥時のケア（51%）、用具の選択や工夫（47%）が比較的多く、口腔洗浄法（39%）、含嗽法（37%）、介護者への指導（30%）が少ない結果であった。

広義の口腔ケアとしては、嚥下しやすい姿勢を整える（66%）、嚥下障害時の食事介助（54%）が多く、摂食嚥下リハビリ（26%）が少なかった。

つぎに口腔ケアの実施に関する質問である。

6) 貴病院では広義の口腔ケアに取り組んでいますか？

① 口腔ケアを実施している施設は56%で

あり、次に検討中が22%、実施していない施設が18%であった。（図9）

② これらの施設を病床規模別にみると200床未満（54%）、200床～400床（53%）、400床以上（55%）で半数以上で実施されており、病床規模によって差はなかった。（図10）

③ 口腔ケアを実施している施設を機能別に分けると、その他の障害児専門施設等が76%で一番多く、次いで療養型が69%、中間型が54%、急性型が53%であった。（図11）

7) 次に診療科ごとの実施率を見ると、内科（25%）、脳神経外科（24%）、神経内科（18%）、外科（17%）、ICU（16%）の順であった。（図12）

8) 計画的に「口腔ケア」を実施していますか？

① 計画的に実施している（10%）、対象患者によって（25%）、決まっていない（60%）であった。（図13）

② これらについて職員数との関連をみると、歯科医師数が多いほど計画的に実施されており、歯科衛生士数に関しても同様であった。（図14）

9) 口腔ケアに関する患者情報はカルテに記載されていますか？

カルテに記載して患者情報を共有している（39%）、記載していない（53%）であった。（図15）

10) 口腔ケア関連の活動について（複数回答）

① 入院患者に実施している（40%）が一番多く、ついで外来患者（24%）、在宅・施設訪問診療をしている（11%）であった。（図16）

② これらを病院歯科の機能別にみると、口腔外科中心の施設は入院患者への口腔ケアの割合が多く、バスや集団指導も他の施設群よりも多い。一方、在宅・施設訪問や外来患者への実施が少ない。（図17）

C 考 察

日本人の死因のベスト4は、数年前から悪性新生物、虚血性心疾患、脳血管障害、肺炎の順

であることはよく知られている。さらに高齢者に限れば肺炎が第一位であり、その老人性肺炎の多くが誤嚥性肺炎であるとされている。そして、誤嚥性肺炎患者の痰から分離される菌の多くが口腔内細菌であることから、発症の誘因として唾液の誤嚥による口腔内細菌の肺内定着 (micro aspiration) が考えられている。事実、肺炎の既往を持つ高齢者には夜間の不顕性誤嚥が多く、咽頭反射と咳とう反射の減弱によるものと考えられている。この反射低下の原因の多くが脳血管障害に起因することは論を待たないが、ADL の低下や痴呆の関与も示唆されている。したがって老人性肺炎の予防を考えると、嚥下訓練や ADL 向上のためのリハビリテーションとともに口腔ケアは大きな位置を占める。

米山らは、2年間にわたる要介護施設において歯科医療従事者による専門的口腔ケアが高齢者の肺炎を約半分に減少させたと報告している¹⁾。この報告により、要介護高齢者に対して専門的口腔ケアを継続的に実施すると発熱や肺炎が減少し、口腔ケアによって誤嚥性肺炎を予防できる可能性が示唆された。以来、口腔ケアは歯科だけでなく医科にとっても避けて通れない問題となり、多くの施設で口腔ケアがルーチンに実施されるようになってきたようである。しかし、この報告の本質は、口腔ケアの質、すなわち専門的口腔ケアが肺炎の発症を減少させたというものであり、従来行われていた介護者による通常の口腔のケアではないことはあまり認識されていないのではないだろうか。つまり、口腔ケアによって肺炎を予防するためには、専門的口腔ケアでもって、可能な限り口腔および咽頭の細菌数を減少させることが必要である。これは開腹、開胸手術における術後肺炎や縫合不全などの合併症を予防する際と同様なことであり、口腔ケアの大きな目的である。そのためには専門的口腔ケアによる徹底したプラークの除去と日常のホームケア、セルフケアによる口腔ケアとの効果的な組み合わせが重要となる。

病棟や高齢者施設で古典的に行われてきた患者の口に対するケアは「マウスケア」として医科では定着していたが、多くは医学的な根拠に乏しいお口をきれいにして身だしなみを整える程度の域を出ないものであった。しかし、医療現場や看護の現場では口腔ケアへの関心は近年

非常に高まっており、現実的にプラークフリーの口腔内環境を長期間持続させるためには、日常の介護者（または本人）によるケアの質が重要であることは明白である。したがってマンパワーを考慮した今後の口腔ケアの全国的な普及、展開を考えるとき、ネーミングを含めた口腔ケアの定義や概念をいま少し整理するとともに、肺炎予防のためには医科・歯科連携がぜひ必要であり、歯科衛生士と看護師の関係についても言えることである。特に病院での口腔ケアの充実、拡大が重要であることはいうまでもないが、残念なことに歯科医師の口腔ケアに対する認識は在宅医療の経験のない人では決して高くない。しかも病院の口腔外科を専攻する歯科医師ほどその傾向は顕著であるといえる。従来の歯周病やう蝕の予防や治療の目的で行われる旧来の口腔ケアについては、外来患者については多かれ少なかれほとんどの病院で歯科衛生士がいるところでは実践されていると思われる。問題は歯牙、歯肉から少し離れて口腔粘膜を単独に観察するという姿勢や義歯の清掃は口腔真菌症の予防につながるというセンスが重要なのであって、口腔ケアを全身疾患、特に高齢者の肺炎予防という観点にたって広義の意義づけをして戦略的に実施している施設は多くない。今回のアンケートでは、いわゆる広義の口腔ケア実施の程度について調査した。

1) 名 称

今回の調査では、約半数（48%）の施設が口腔ケアと回答した。オーラルケア、オーラルヘルスケア、マウスケア、口腔清掃、口腔介護などの回答があったがあわせても10%以下と非常に少なかった。これは歯科医療関係者への質問であったことと、「口腔ケア」という言葉が多くの文献で見られるようになり病棟でも広く「口腔ケア」が使われるようになったためと考えられる。

2) 口腔ケアのイメージ

最も多い回答は、全身疾患（誤嚥性肺炎など）を視野にいれた口腔衛生管理であった（91%）。ついで歯科疾患予防のためのブランシング指導（62%）、患者の QOL の向上（59%）、口腔機能のリハビリ（47%）であった。旧来の「口腔衛生指導」の持つう蝕、歯周病の予防、治療といった局所的なイメージに加

えて、「口腔ケア」にはもっと全身的な面への影響という付加価値が期待されているための結果であろう。誤嚥性肺炎の原因菌が口腔内細菌であることが取り上げられ、口腔ケアによって予防が可能であると示唆された¹⁾ことが大きな影響を与えていたと思われる。

3) 口腔ケアの対象者

歯科医師、看護師ともに長期臥床・寝たきりの患者、意識障害のある患者が上位を占めた。自分で口腔ケアが出来ないため当然全介助または一部介助による介助ケアが必要となる。誤嚥性肺炎のリスクファクターで最も高いのは、経管栄養でも嚥下障害でもなく、口腔ケアが自立していない群であったとの報告がある²⁾。

しかし、口腔ケアを必要とする疾患は、肺炎や敗血症など感染症の高リスク群であり脳血管障害や肺炎既往患者、悪性血液疾患患者、免疫抑制剤や抗がん剤の投与患者、糖尿病など多岐にわたる。そしてそれぞれに専門的な口腔ケアが有効であるとするならば、それを行った上で自立している患者はセルフケア、自立していない患者は介助によるケアを継続する必要がある。

4) 口腔ケアの実施内容

今回のアンケートの項目は大きく分けて狭義の口腔ケアと摂食、嚥下に関する訓練に分けられている。歯牙・歯周組織の刷掃、清掃、洗浄、舌・口腔粘膜の清拭、保清、歯垢・歯石の除去、義歯の着脱と手入れなどは狭義の口腔ケアである。摂食・嚥下機能訓練としては、口唇や舌の運動と開閉口運動、うがいの訓練、顔面表情筋のリハビリ運動、発語・構音訓練、食事動作の指導である。しかし、口腔ケアはむしろ摂食・嚥下訓練のうちの間接訓練に分類されている。口腔ケアが結果的に訓練的な意味を持つという考えである。口腔ケアは摂食嚥下障害のリハビリーションや摂食介助などをも包括するという考え方もあるが、むしろ口腔ケア本来の定義には嚥下訓練の一部が含まれると考えるのが妥当ではないか。

口腔乾燥への対処は今後の課題である。口腔ケアにより乾燥が改善される症例は少なくないが、系統立てた乾燥対策の方法が確立さ

れることが望まれる。

以上のことから現在行われている口腔ケアを分類すると、

- ① ブラッシングや義歯の管理が自立できない方に対して「QOL の向上または維持を目的として行う介助による口腔ケア」
- ② 自立しているが口腔ケアの知識がない方におこなう「QOL の向上または維持を目的に行う口腔清掃指導（セルフケアのための指導）」
- ③ 歯科医師または歯科衛生士がおこなう「徹底したプラークフリーの状態を作り出す専門的口腔ケア」
- ④ 口腔乾燥や摂食障害患者に対して「改善を目的とした訓練的ケア」

の4つが考えられる。

山中らは「口腔ケアとは、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 の向上をめざした科学であり、技術である」と定義しており³⁾、今回のアンケート結果に沿った内容であると考えられた。

1. 口腔ケアの実施率

広義の口腔ケア実施率は56%であった。しかし、これを計画的に行っている施設は、わずか10%にすぎない。

また、歯科のスタッフの充実度と口腔ケアの戦略との間には関係があり、歯科医師、歯科衛生士数が多いほど計画的に口腔ケアが実施されていた。

2. 情報の共有

口腔ケアを入院患者に行った場合、その詳細を入院カルテに記載することがコーワーカーにとって情報を共有することになるが、39%の実施率であり、歯科以外の入院カルテに歯科関係者が記入することへの抵抗が感じられる。歯科外来カルテには記載されていても院内での戦略的な口腔ケアの普及にはつながらない。

D 結 論

1. 約半数の施設が口腔ケアという名称を使用していた。
2. 口腔ケアのイメージとして、全身疾患（誤嚥性肺炎など）を視野にいれた口腔衛生管理が最も多い回答であった。

3. 口腔ケアの対象者は歯科医師、看護師とともに長期臥床・寝たきり患者、意識障害患者が上位を占めた。
4. 看護師は口腔ケアの知識は持っているが、その技術を指導する指導者が不足していた。
5. 口腔ケアを実施している施設は56%であり、次に検討中が22%、実施していない施設が18%であり、歯科という診療科を持たない病院が85%であることを考えると全病院、全病棟にまで拡大するということは、かなり高遠な目標のようである。
6. 診療科ごとの実施率は内科（25%）、脳神経外科（24%）、神経内科（18%）、外科（17%）、ICU（16%）の順であり、まだまだ慢性期疾患に対する口腔ケアにとどまっているようである。
7. 口腔ケアを計画的に実施している施設は10%であった。
8. 口腔外科中心の施設は入院患者への口腔ケ

アの割合が多く、バスや集団指導も他の施設群よりも多いが在宅・施設訪問や外来患者への実施は少ない。

9. 歯科医師、歯科衛生士数が多いほど計画的に口腔ケアが実施されていた。
10. 口腔ケアに関する情報の院内共有は39%と低かった。

参考文献

1. Yoneyama, T. : Oral Care and Pneumonia. Lancet, 354 : 515, 1999
2. 米山武義：要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究. 日歯医学誌 : 20, 58-68, 2001
3. Langmore SE, et al : Predictors of Aspiration Pneumonia How Important Is ? Dysphasia. 13 : 69-81. 1998
4. 鈴木俊夫監修：口腔ケア実践マニュアル. 日総研出版. 1994

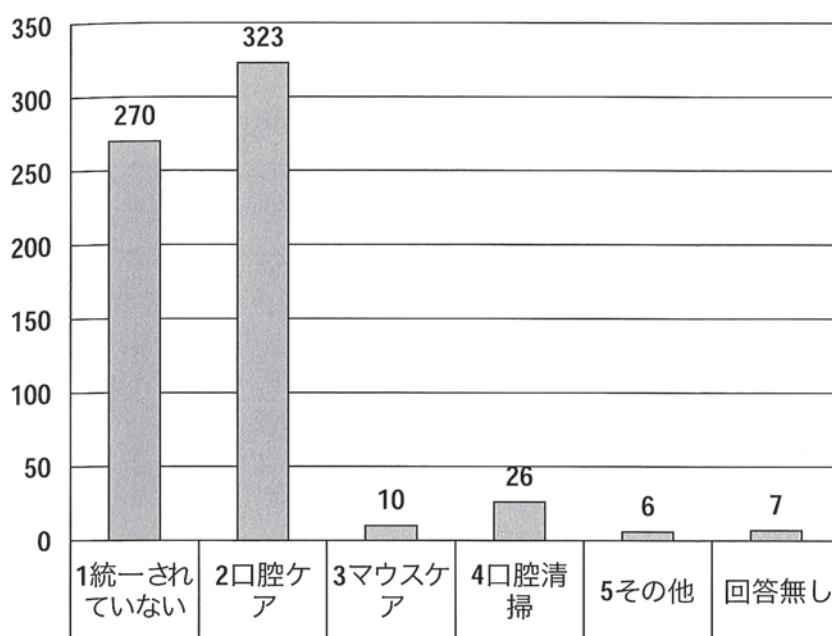


図1 口腔ケアの名称について

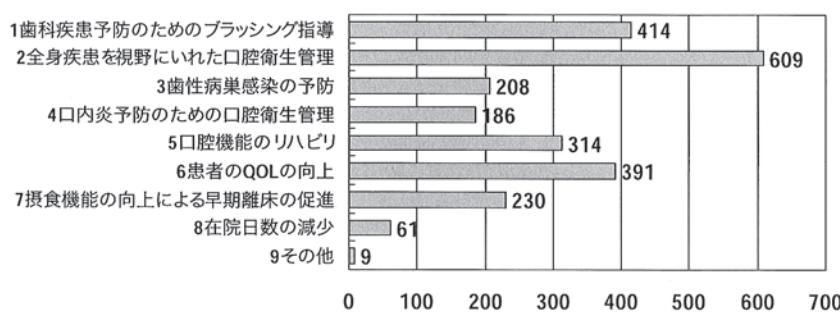


図2 口腔ケアのイメージ

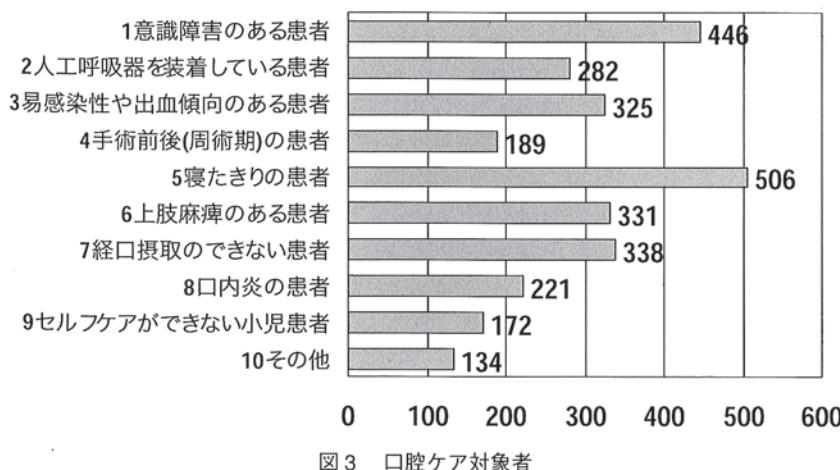


図3 口腔ケア対象者

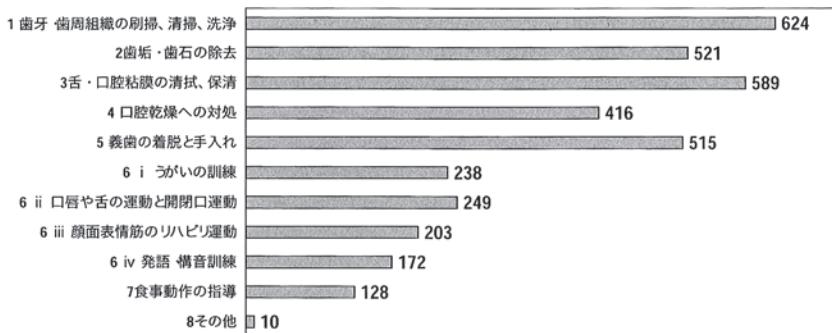


図4 口腔ケアとして実施されている項目

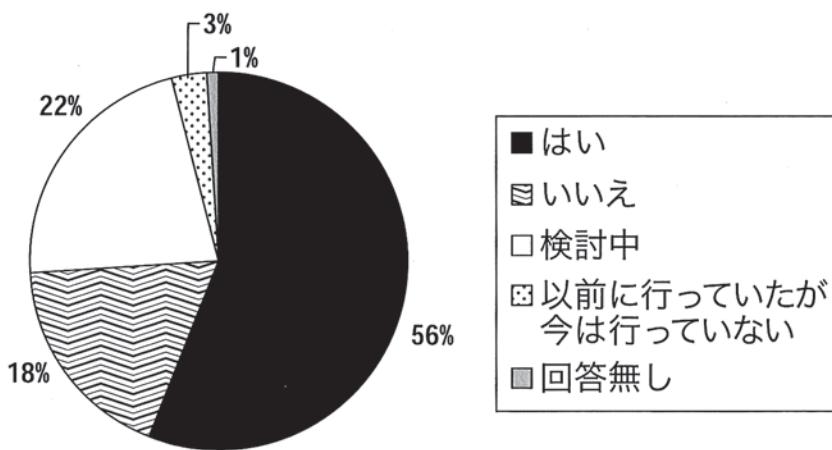


図5 広義の口腔ケアに取り組んでいる施設の割合

表1 口腔ケアを必要とする患者（看護師への質問）

長期臥床・寝たきり	96	重症患者	17
脳血管障害	84	脳神経障害	16
意識障害	80	癌末期（ターミナル）患者	15
自分で口腔ケアが出来ない患者	42	嚥下障害	14
高齢者	42	肺炎・呼吸器疾患	14
痴呆	41	ADLが低下している人	14
術前・術後患者	39	四肢の機能障害	12
麻痺・片麻痺	31	口腔内疾患	11
挿管・人工呼吸器装着	28	重症心身障害	10
ベッド上安静を要する患者	20	経口摂取できない人	10
放射線・化学療法	19	脳外科患者	10
経管栄養	18	神経疾患	10
要介護患者	28		

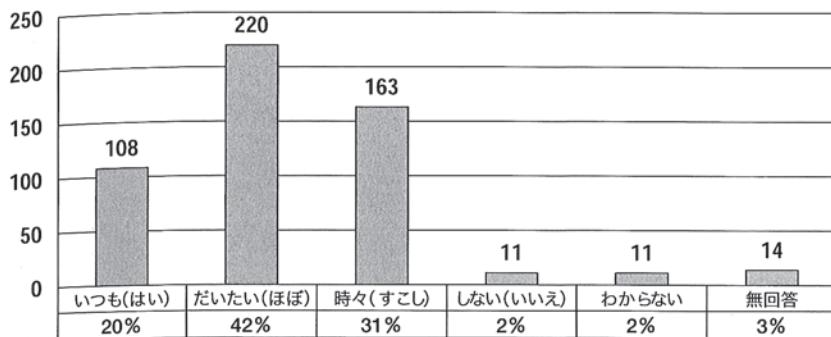


図6 看護師は口腔ケアの知識がある

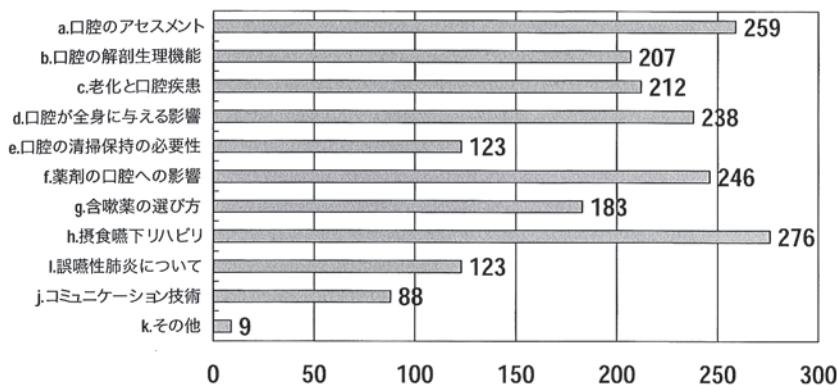


図7 看護師に不足している口腔ケアの知識

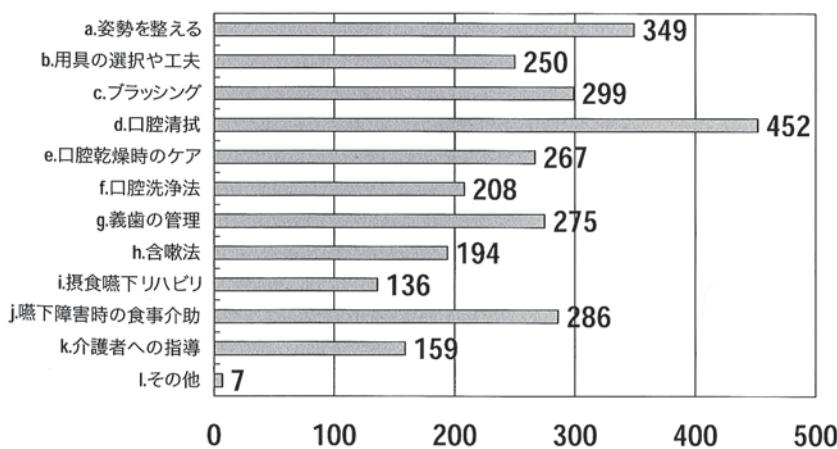


図8 看護師が持っている口腔ケアの技術

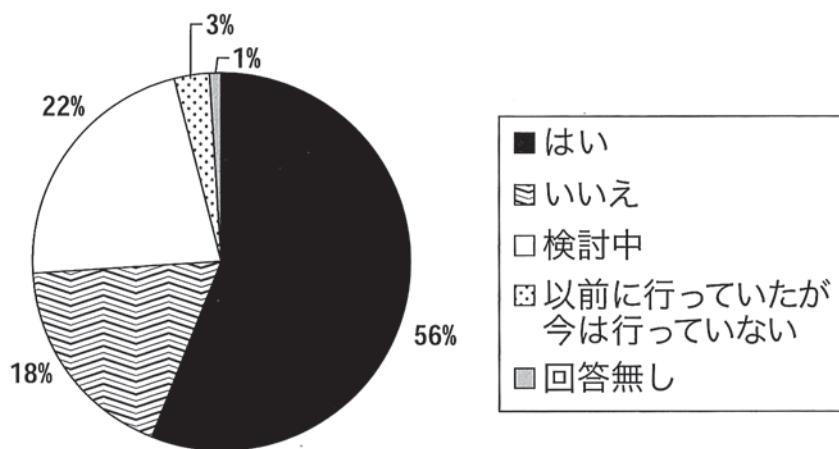


図9 口腔ケア（広義）に取り組んでいる施設の割合

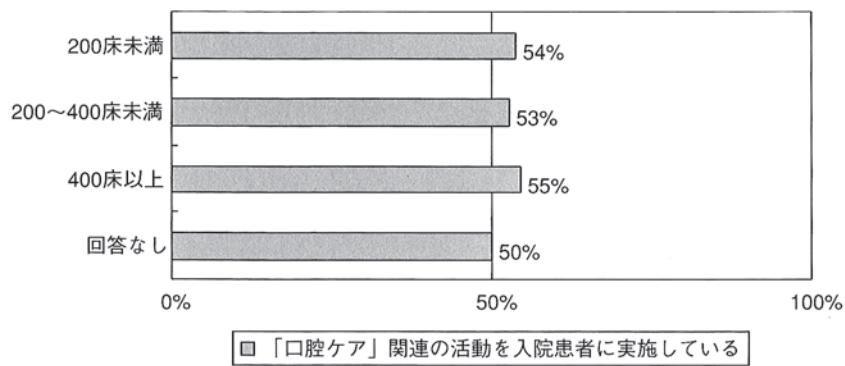


図10 口腔ケアを実施している施設の病床規模

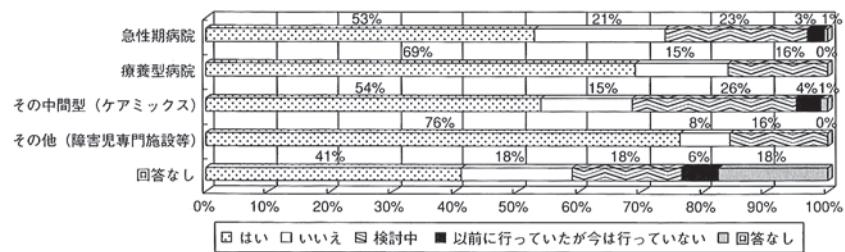


図11 口腔ケア実施施設の機能別分類

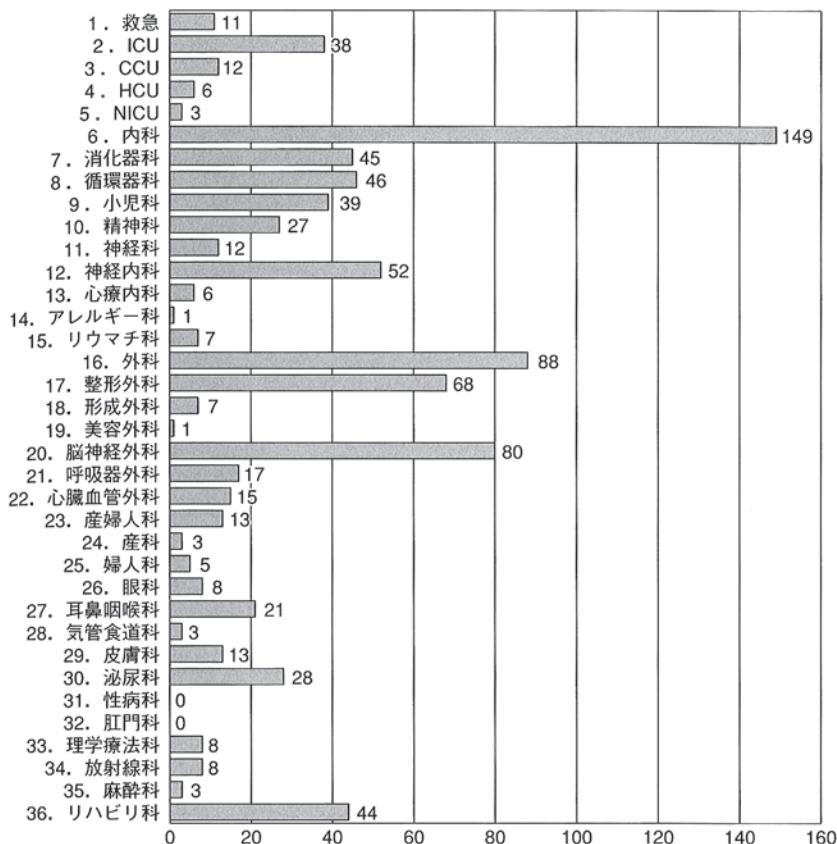


図12 診療科ごとの口腔ケア実施率

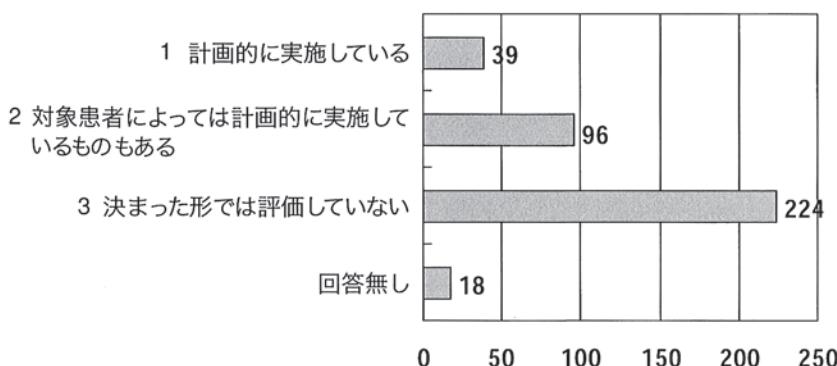


図13 口腔エアを計画的に実施している施設の割合

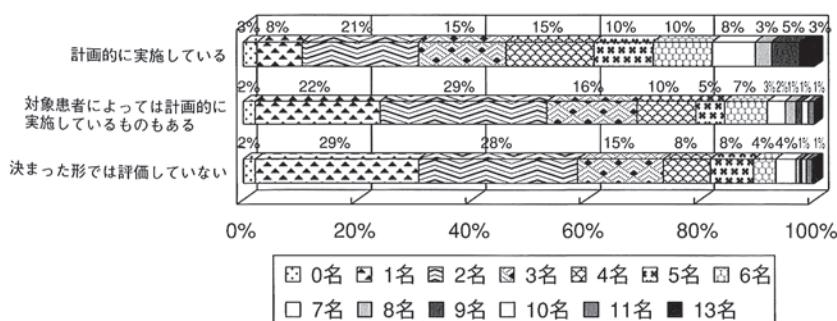


図14 計画的口腔ケアの実施率（病院歯科の規模（スタッフ数）別）

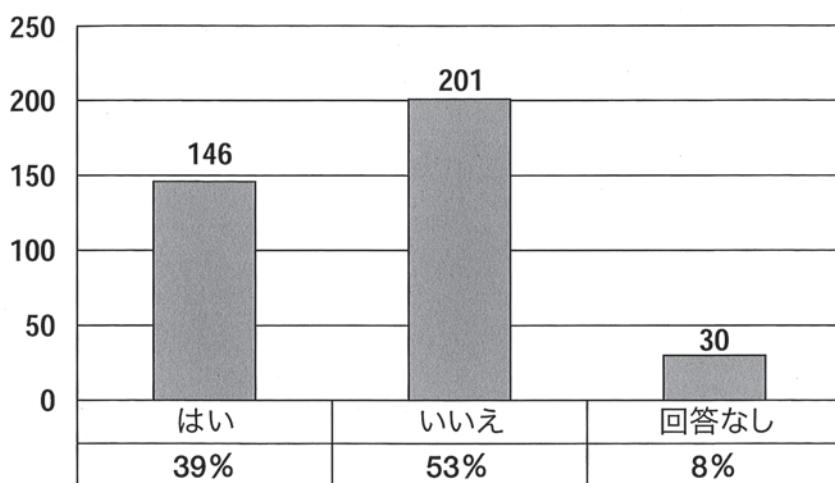


図15 口腔ケアに関する患者情報がカルテに記載されている割合

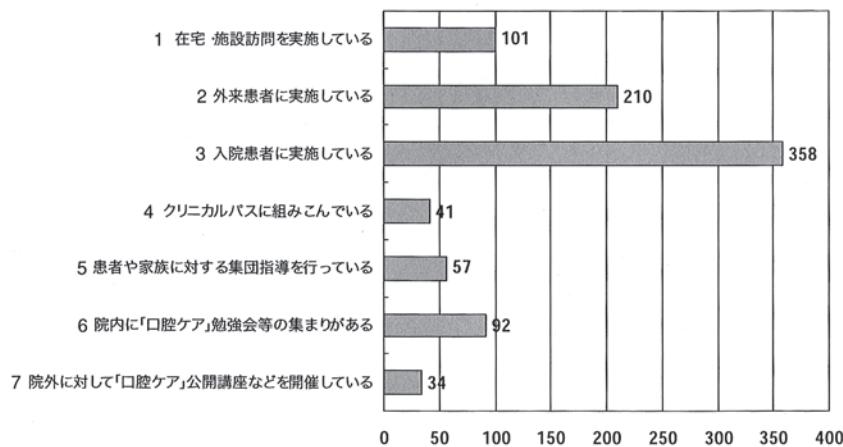


図16 口腔ケア関連の活動

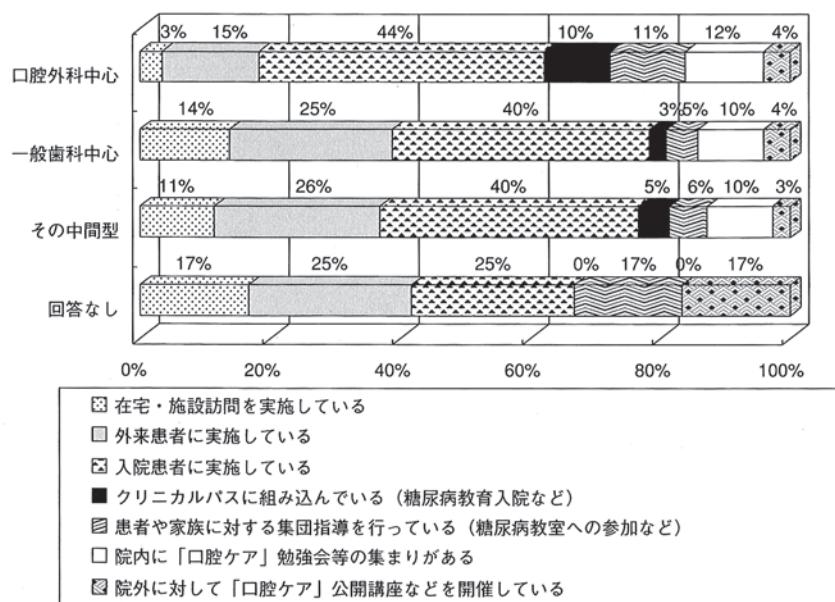


図17 口腔ケア関連の活動（病院歯科の機能別）

口腔ケアの実施内容に関する報告

分担研究者 関西労災病院 歯科口腔外科 北村 龍二

研究要旨

全国の病院歯科を対象に、入院患者における口腔ケアの実施内容として、口腔ケアの対象患者、実施項目および実施枠の有無、実施人数、実施時間、実施回数等を調査した。予約枠の有無および実施人数・時間・回数においては外来での口腔ケアおよび、歯科スタッフが患者の病室に訪室し行なう口腔ケアについてそれぞれアンケート調査を行ない667施設から回答が得られた。

1. 口腔ケアの対象者は要介護者が大半を占めた。周術期患者の口腔ケアは約3割であった。
2. 実施項目は歯・歯周組織の刷掃・清掃、歯石・歯垢の除去、義歯の手入れなど狭義の口腔ケアは多くの施設で行われていたが、摂食嚥下機能訓練や食事動作の指導にまで取り組んでいる施設は少なかつた。
3. 回答のあった667施設中患者の病室へ訪室して口腔ケアを行っている施設は全体の56.4%（376施設）であった。

外来での口腔ケア実施枠を決めている施設は約3割であったが、訪室の場合は一週あたりの実施枠を決めている施設が半数を超えていた。一日の実施人数は外来、訪室ともに5人未満が最も多かった。一人あたりの実施時間は、外来では15分未満37.8%、15~30分44.0%だが、訪室では15分未満48.1%、15~30分47.1%と15分未満の割合が増加していた。

A 研究目的

病院歯科における役割は、入院患者のう蝕や歯周病などの応急処置だけでなく、口腔疾患の予防は基より誤嚥性肺炎などの呼吸器感染の予防や、会話や摂食・嚥下の機能訓練にまで関わることでのQOL（Quality of life）向上にまでおよぶと思われる。特別養護老人ホームにおいて、一週間に一度の歯科衛生士による専門的口腔ケアを行うことで発熱、及び咽頭細菌数が減少したと報告されて以来、各診療科そして老人保健施設など、多方面から「口腔ケア」は重要視されるようになってきている。しかし、重要性や必要性は強く感じているものの、全国の病院歯科において入院患者に対する口腔ケアが行なわれているか否かは定かではないのが現状である。口腔ケア実施の有無についておよび実施されている口腔ケア内容においてアンケート調査を行なうことで病院歯科における今後の課題を明らかにし、検討することを目的とした。

B 調査方法および結果

1. 口腔ケアとは、「口腔清掃、歯石の除去、義歯の調整・修理・手入れ、簡単な治療などにより口腔の疾患予防・機能回復、健康の保持増進、さらにQOLの向上を目指した技術で

ある。狭義には、口腔衛生改善のためのケア、口腔清掃を指す。広義には、歯石の除去、義歯の手入れ、簡単な歯科治療、摂食・咀嚼・嚥下訓練まで含められる。」と定義し、全国の病院歯科1,234施設を対象に口腔ケアに関するアンケート調査を行ない、667施設から回答が得られた。このうち「広義」の口腔ケアを行っている施設は56.5%（377施設）であった。

口腔ケアを行っていない施設の理由としては、歯科の人数不足、口腔ケアは不採算、病院側に関心がない等が多かった。口腔ケアを行っている対象診療科は、内科、外科、脳神経外科、整形外科などが多くなっていた。

2. 口腔ケアの対象患者（複数回答）

口腔ケアの対象患者は、寝たきり患者75.9%（506施設）、意識障害のある患者66.9%（446施設）、経口摂取の出来ない患者50.7%（338施設）、上肢麻痺のある患者49.6%（331施設）、易感染性・出血傾向のある患者48.7%（325施設）、人工呼吸器装着患者42.3%（282施設）などが多くの施設で対象患者となっており、その他口内炎の患者33.1%（221施設）、周術期の患者28.3%（189施設）という順であった。（図1）

3. 口腔ケア実施項目（複数回答）

口腔ケア実施項目は、歯・歯周組織の刷掃、清掃、洗浄が93.5%（624施設）とほとんどの施設で実施されていた。その他舌・口腔粘膜の清拭、保清が88.3%（589施設）、歯垢・歯石の除去78.1%（521施設）、義歯の着脱と手入れ77.2%（515施設）、口腔乾燥への対応62.3%（416施設）などが多くの施設で行われていた。しかし、摂食・嚥下機能訓練においては、直接口腔ケアと関わりがある口唇や舌の運動と開閉口運動が37.3%（249施設）、含嗽訓練が35.6%（238施設）、顔面表情筋の運動が30.4%（203施設）に対し、発語・構音訓練および食事動作の指導にまで取り組んでいる施設は3割に満たなかった。（図2）

4. 「口腔ケア」関連活動（広義の口腔ケアを行っている377施設）（複数回答）

患者のQOL向上を目指した広義の口腔ケアを行っている施設での「口腔ケア」関連活動を見ると、入院患者や外来通院患者に対しては多くの施設で実施していたが、院内での勉強会（13.8%、92/377）、院外に対しての公開講座（5.1%、34/377）などを実施している施設は少なかった。また「口腔アセスメント」や「口腔ケア・プロトコール」などを用いて計画的に口腔ケアを実施しているかについては、決まった形では評価していない59.4%（224施設）、計画的に実施している10.3%（39施設）、対象患者によっては計画的に実施している25.5%（96施設）、無回答4.7%（18施設）、で計画的に口腔ケアを実施している施設は1/3程度であった。

5. 入院患者の口腔ケア

入院患者に対する口腔ケアを実施している施設に対し、予約の有無、一日の実施人数、一人あたりの実施時間、一人あたりの実施回数を外来と訪室とを調査し対比させた。外来での口腔ケア実施施設667施設、訪室での口腔ケア実施施設376施設（無回答含む）から回答を得た。

1) 口腔ケア実施枠（図3）

予約枠においては、一日の診療時間内における午前と午後枠を1単位として調査した。外来においては予約枠を取って口腔ケアを行っている施設は28.5%（190施設）

で、59.8%（399施設）の施設では特に専用の予約枠を決めていなかった。訪室の場合は実施回数を決めている施設は55.3%（208施設）で、訪室回数が決まっていない施設が41.5%（156施設）と、一週あたりの訪室回数を決めて口腔ケアを行っている施設が半数を超していた。

一日の実施人数においては、外来では5人未満が67.6%（451施設）と多くを占めるが、16人以上/日と回答した施設も2.6%（17施設）あった。訪室においても5人未満が78.7%（296施設）で、5～10人が10.4%（39施設）であったが、16人以上も4%（15施設）あった（図4）。

一人あたりの平均口腔ケア実施時間は外来では15分未満が37.8%（252施設）で、15～30分が44.0%（294施設）、30分以上は2.6%（17施設）であった。訪室の場合は15分未満が48.1%（181施設）、15～30分が47.1%（177施設）で、実施時間15分未満の割合が増えている。（図5）

患者一人あたりの実施回数は5回未満が55.9%（373施設）、5～10回が17.2%（115施設）、11～15回2.2%（15施設）、16回以上が6.1%（41施設）であった。

訪室による口腔ケアを行なっている376施設中入院カルテに患者の口腔ケア情報を記載している施設は施設は38.7%（146施設）であった。

6. 地域との連携

患者の退院時に歯科が「口腔ケア」の指導に関与している施設は14.8%（99施設）で、退院時に指導を行っていないと回答した施設が78.4%（523施設）と大半を占めていた。

転院（施設入居を含む）に際して看護情報とともに「口腔ケア」情報も提供している施設は8.1%（54施設）、歯科宛に情報提供している施設は30.0%（200施設）で、56.8%（379施設）の施設では転院先に文書による情報提供は行われていなかった。在宅療養となった場合、家族に「口腔ケア」の指導を行っている施設は30.6%（204施設）、かかりつけ歯科医院あるいは地域の歯科医師会を通じて訪問歯科診療が受けられるように指導している施設はそれぞれ15.1%（101施設）、9.1%（61施設）で

特に何の指導もしていない施設が50.1%（334施設）であった。

C 考 察

1. 口腔ケアの対象患者

口腔ケアは、寝たきり患者、意識障害のある患者、経口摂取のできない患者、上肢麻痺のある患者、易感染性や出血傾向のある患者、人工呼吸器を装着している患者など、いわゆる要介護者が多くの施設で対象患者となっていた。寝たきり患者や意識障害のある患者は誤嚥性肺炎を起こしやすく、適切な口腔ケアを行うことで誤嚥性肺炎が予防されることを周知であることから、多くの施設で口腔ケアの対象患者となっていると考えられる。易感染性や出血傾向のある患者、化学療法や放射線治療などによる口内炎の患者などは、口腔環境にトラブルが出現すると患者自身による十分な口腔ケアが難しくなる。そのため感染、歯肉出血や口内炎の重症化などを招くこととなり、口腔ケアの対象となっているものと推測される。

周術期の口腔ケアを実施している施設は28.9%（189施設）と3割程度にとどまっている。口腔や上部消化管は基より全身麻酔下での手術において術前から口腔ケアを行うことで術後の口腔細菌由来の感染症を予防することができ、在院日数の短縮にもつながると言われている。在院日数の減少が必要とされる急性期病院では、今後実施に向けて検討されるべき項目と考えられる。

2. 口腔ケア実施項目

口腔ケアの実施項目は、歯・歯周組織の刷掃、清掃、洗浄は、ほとんどの施設で実施されており、歯石・歯垢の除去、舌苔の除去・口腔粘膜の清拭、保清、さらに義歯の手入れや口腔乾燥への対応なども2/3以上の施設で行われていた。これらの項目は「口腔ケア」を行うにあたり、いわば基本的ともいえるケア項目であることから、大半の施設で実施されていることが判った。

口唇や舌の運動と開閉口運動37.3%（249施設）、含嗽訓練35.6%（238施設）、顔面表情筋の運動30.4%（203施設）、発語・構音訓練25.7%（172施設）および食事動作の指導19.2%

（128施設）等摂食・嚥下機能訓練にまで取り組んでいる施設は1/3程度以下であった。これは、多施設において歯科医師、歯科衛生士とともにマンパワー不足が考えられるとともに、これらの機能訓練はリハビリテーション科で実施されていることも考えられる。摂食・嚥下機能の回復には、口腔環境の改善は必要不可欠な要因である。歯科は今後、リハビリテーション科等とともに口腔機能および摂食・嚥下機能の回復訓練に関して積極的に関わって行く必要があると思われる。

3. 口腔ケア関連活動

患者のQOL向上を目指した広義の口腔ケアを行っている施設での「口腔ケア」関連活動を見ると、入院患者や外来通院患者に対しては多くの施設で活動が実施されていたが、院内他部門や院外に対してまで勉強会、公開講座などを開催している施設は少なかった。これは、院内的には①他部門スタッフが口腔ケアに対して関心が低い②歯科での口腔ケアへの関心の低さ③歯科のスタッフ数不足などが考えられる。院外活動は、地域の歯科医師会が口腔ケアの広報活動を行っているであろうから、公立病院を除けば規模の小さな施設はもちろん地域の中核病院であっても院外への啓蒙活動はことさら行っていないものと思われる。

口腔ケア・プロトコールなどを使用し、実施した口腔ケアの再評価まで行っている施設は、計画的に実施10.3%（39施設）、対象患者によって計画的に実施25.5%（96施設）を含めても1/3程度の施設であった。「計画的な実施と再評価」は、口腔ケア・プランの改善と向上、更には他職種との連携や指導にも大きく役立つため必要な項目であり、入院カルテへの情報記載とともに病院歯科にとって今後大きな課題ではないかと思われる。

4. 予約の有無、一日の実施人数、一人あたりの実施時間、一人あたりの実施回数

1) 一週あたりの実施回数：外来での口腔ケア実施枠はとくに実施回数を決めずに行っている施設が59.8%で実施回数を決めている施設は約3割であったが、訪室での口腔ケアでは一週あたりの実施回数を決めている施設の方が55.3%と半数を超えていた。

これは訪室による口腔ケアを必要とする要介護者は病棟での処置や検査など時間的制限があるため、曜日や時間帯を決めて訪室することで、病棟、患者、患者家族側も準備ができ効率的にケアが行えるためと思われる。訪室回数は1～3回/週が最も多かった。

2) 一日あたりの実施人数：外来、訪室ともに5人未満が最も多く（それぞれ67.6%、78.7%）なっていた。これは歯科スタッフのマンパワー不足のため、外来診察が終了もしくは一段落した時点で訪室する施設が少なくないと考えられる。一人あたりの口腔ケアに対して、平均15～30分を要することと、準備と後片付け、および口腔ケア記録の記載、更には訪室での口腔ケアは病棟間の移動に要する時間などを考えると実施人数を増やすのはなかなか難しい問題と考えられる。ただし看護師や家族の協力が得られることで、口腔ケアに要する時間が若干でも短縮できれば、結果一日あたりの実施人数の増加につながると考えられる。

3) 一人あたりの実施時間：口腔ケアに要する時間は、外来では15分未満が37.8%（252/667）で、15～30分が44.0%（294/667）、訪室では15分未満が48.1%（181/376）と増加し、15～30分が47.1%（177/376）であった。外来では一般外来通院患者とほぼ同程度の時間を使って口腔ケアが行われているもの思われる。訪室での平均時間は15～30分より15分未満の方がやや上回っている。これは訪室での対象患者が寝たきり患者、意識障害のある患者、経口摂取のできない患者、易感染性や出血傾向のある患者、人工呼吸器を装着している患者などのため、患者自身の疲労を考えると口腔ケアに耐えうる時間は必然的に15分未満となると思われる。また姿勢のとりづらいベッドサイドにおいて口腔ケアを提供する側の疲労も30分以内が適当な時間かと考えられる。ただアンケートによる調査は行なっていないが、外来、訪室ともに口腔ケアの準備に要する時間がこの平均時間に加えられているかどうかは不明である。

4) 一人あたりの実施回数：外来では5回未

満55.9%、10回以下17.2%、11回以上は8.3%であった。訪室では5回未満45.2%、10回以下13.8%、11回以上9.2%、決まっていない27.2%となっていた。外来受診ができる患者においては周術期や抗癌剤副作用による口内炎発症などが多いと考えられるが、歯科衛生士による口腔ケアを行なうことと口腔内環境が改善されるため比較的短期間に自己での口腔ケアができるようになり、そのため一人あたりの実施回数は比較的少ないものと考えられる。急性期病院においては、退院や転院による在院日数も一要因として考えられる。訪室での口腔ケアは、やはり5回未満が最も多く10回以下で約62%となっている。これは、歯科衛生士による口腔ケアが数回行なわれることで基本的に口腔内環境は改善する。改善した口腔内状況を維持するための口腔ケア方法について、病棟の看護師に指導や申し送りをすることで、以後は病棟看護師が主体となって口腔ケアを行うようになっているものと思われる。また急性期病院では在院日数が短期間であることから、訪室回数が比較的少なくなっているものと思われる。

一人あたりの実施回数が決まっていない施設は27.2%（102/376）であった。これは寝たきり患者や意識障害のある患者、気管内挿管している患者などは病状、口腔環境が変化しやすいため、その状態に応じて口腔ケアの計画を変更する場合が少くないためと考える。

口腔ケアの実施に伴い入院カルテに口腔ケアの患者情報を記載している施設は38.7%（146施設）であった。入院カルテは記載するだけではなく口腔ケアに必要な患者の最新の情報が得られ、他職種との連携が図れるなどのメリットがある。

5. 地域との連携

転院（施設入居を含む）に際して56.8%（379施設）の施設では転院先に文書による情報提供は行われていなかった。また在宅療養となった場合にも、特に何らの指導もしていない施設が50.1%（334施設）あった。転院、在宅でも継続的に口腔ケアが受けられるためには文書による情報提供や地域の歯科医師会

との連携が必要であり、今後の課題であろう。

D 結 論

全国の病院歯科で入院患者に対してどの様な口腔ケアが行われているかアンケート調査を行ない667施設から回答が得られた。

1. 口腔ケアの対象患者

口腔ケアの対象患者は、寝たきり患者、意識障害のある患者、上肢麻痺のある患者、人工呼吸器装着患者など多くの施設で対象患者となっていた。寝たきり患者や意識障害のある患者に口腔ケアを行うことで誤嚥性肺炎が予防されることは広く知られており、そのため多くの施設で口腔ケアの対象患者となっているものと考えられた。周術期の患者を対象にしている施設は28.3%であった。

2. 口腔ケア実施項目

歯・歯周組織の刷掃、清掃、洗浄は93.5%とほとんどの施設で実施されていた。その他「口腔ケア」を行う上で、いわば基本的項目ともいえる歯石・歯垢の除去、舌・口腔粘膜の清拭・保清、義歯の手入れや口腔乾燥への対応なども2/3以上の施設で行われていた。摂食・嚥下機能訓練や発語・構音訓練および食事動作の指導は3割に満たなかった。

3. 回答のあった667施設中患者の病室へ訪室して口腔ケアを行っている施設は全体の56.4%（376/667）であった。

1) 外来での口腔ケア予約枠を決めている施設は約3割であったが、訪室の場合は一週あたりの実施枠を決めている施設の方が55.3%と半数を超えていた。訪室回数は1～3回/週が最も多かった。

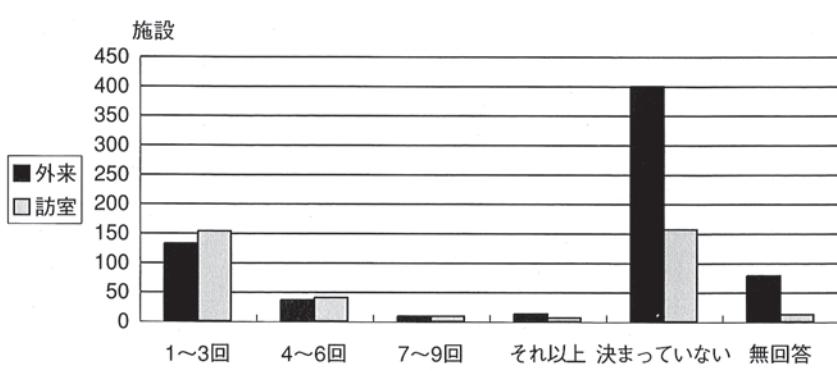
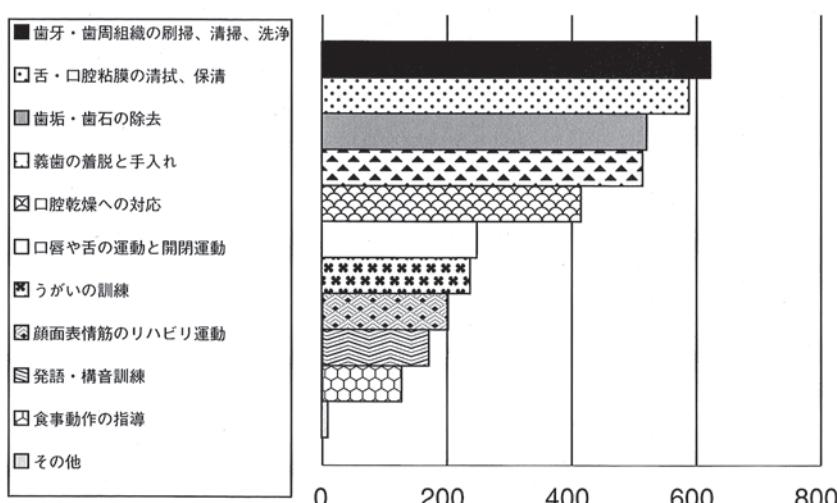
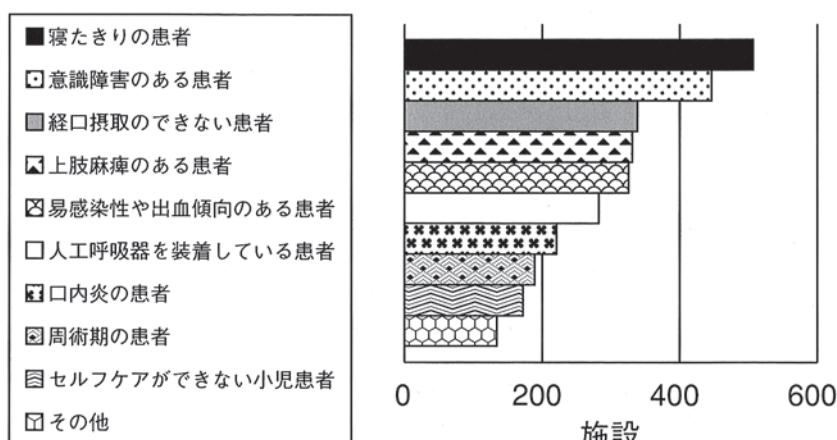
2) 一日の実施人数は外来、訪室ともに5人未満が最も多かった。

3) 口腔ケアに要する平均時間は、外来では15分未満が37.8%で、15～30分が44.0%、訪室では15分未満が48.1%、15～30分が47.1%と15分未満の割合が増加していた。訪室の場合患者自身の疲労、姿勢のとりづらいベッドサイドでの口腔ケアする側の疲労を考えれば、15分以内の施設が半数近くを占めることも妥当かと考えられた。

4) 一人あたりの実施回数は外来、訪室ともに5回未満が最も多かったが、訪室口腔ケアでは回数が決まっていない施設も約3割あった。

4. 地域との連携

転院時に「口腔ケア」情報を提供している施設（歯科宛を含む）は38.1%で、56.8%の施設では文書による情報提供は行なっていなかった。在宅療養となった場合も、特に何らの指導もしていない施設が50.1%であった。転院、在宅でも継続的に口腔ケアが受けられるためには文書による情報提供や地域の歯科医師会との連携が必要であり、今後の課題であろう。



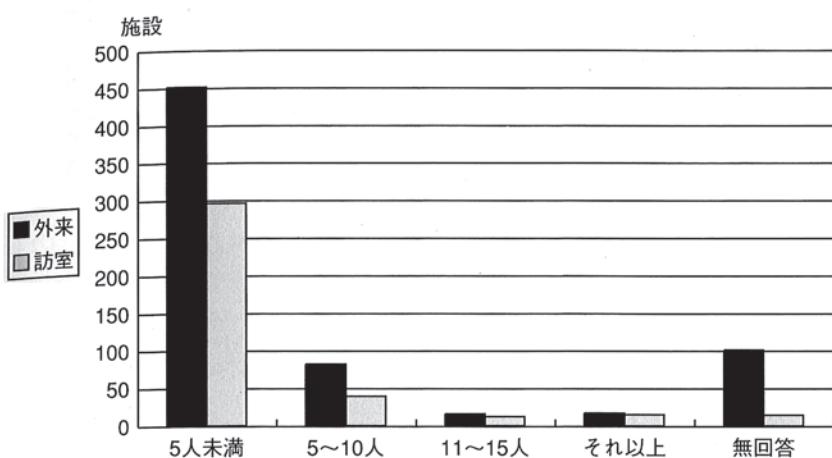


図4 一日あたりの口腔ケア人数

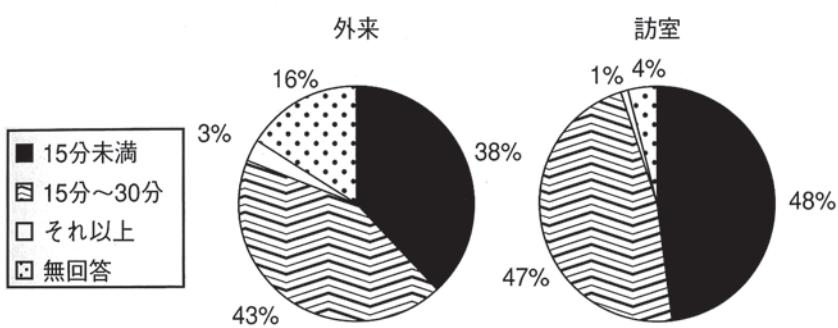


図5 口腔ケア実施時間

口腔ケアの評価法に関する報告

分担研究者 神戸市立西市民病院歯科口腔外科 足立 了平

研究要旨

口腔ケアをおこなうには、評価（アセスメント）－計画（プロトコール）－実施－再評価（アセスメント）という一連の流れにしたがって進めることが望ましい。しかし、口腔ケア自体がいまだ確立された概念を持たないため、計画表や評価票を活用して決まった形で評価している施設は多くないのが現状である。口腔ケアを計画的に実施している施設はわずか10%であり、対象患者によっては計画的に実施している施設とあわせても35%に過ぎない。

口腔ケアのマニュアルやアセスメント票、評価票などは、考え方の普遍化および技術の向上にとって重要なことはいまさら論じるまでもない。また、これらは歯科医療関係者だけでなく看護、介護関係者にも使いやすいものにし、口腔ケアが「いつでも」、「どこでも」、「同じレベルで」受けられ、それが一人の患者の記録として 患者とともにめぐる環境を確立しなければならない。そのために全国的に統一されたマニュアルや評価項目の設定が望まれるところである。しかし、前の報告にもあるように口腔ケアそのものの定義を含めて 各施設での取り組みに差があるので 今回はあえて統一的なスタンダードは作らずに、各施設から届けていただいたサンプルを、公開させていただいた。これらの評価プラン、評価票を参考にして 各施設の実情にあったものにしていただければと考える。

A 目的

歯科（歯科口腔外科）を設置している病院に対して、口腔ケアを行う際の評価法について調査した。多くの施設で口腔ケアが実施されているが、その評価法については一定した見解はいまだないと考えられる。今後の口腔ケアの全国的な普及に向け、また医科における口腔ケアの定着に向けて普遍性のある評価表を作成することが必要である。このための基礎資料として今回、病院歯科における口腔ケアの計画と評価、および口腔ケア導入後の病院、歯科の変化などについてアンケート調査をおこなった。

B 方法および結果

病院歯科（歯科口腔外科）へのアンケート調査の結果、回答を得た667施設、および同じ施設の看護師に対するアンケート調査から回収した572施設において以下の項目についてアンケート回答をもとに検討した。

1. 口腔ケアに関する評価票の有無について

「口腔アセスメント（評価票）」、「口腔ケア・プロトコール」などを用いて再評価まで、計画的に口腔ケアを実施しているかという問い合わせについて

口腔ケアをおこなうには、評価（アセスメント）－計画（プロトコール）－実施－再評

価（アセスメント）という一連の流れにしたがって進めることが望ましい。しかし、口腔ケア自体がいまだ確立された概念を持たないため 計画表や評価票の作成は困難であろう。したがって決まった形では評価していない施設が60%である。口腔ケアを計画的に実施している施設はわずか10%であり、対象患者によっては計画的に実施している施設（25%）とあわせても35%に過ぎない。（図1）

2. これら「口腔ケア」の患者情報は入院カルテに記載されていますかという問い合わせに対して 50%以上の施設で記載がなされていない状況であり、39%の記載されているを上回っている。（図2）

この質問の意味するところは 別の評価票に記載するけれども、カルテとは別扱いして別途保管しているかどうかである。

一般的に患者の情報は医師だけでなく看護師をはじめとするすべてのコワーカーが共有するのが原則である。したがってすべての患者情報は一冊のカルテに収載され、一元的に管理されなければならない。しかし、現場では各職種の視点が異なるということもあり、また、職種間の壁もあり、歯科衛生士（あるいは看護師、ST、PTなど）が評価した評価票が歯科医師を含むその他のコワーカーの評

価基準とすりあわせが十分とはいえないために、カルテに収載することを遠慮しているのであろうか。

3. マニュアルがあるかどうか（図3）

看護師として口腔ケアのマニュアルを持っている施設は27%。ほぼ使用しているとあわせても36%である。マニュアルを持たない施設が46%と過半数近くを占めている。この設問については 今までの看護業務としての口腔清拭であるならば 特別にマニュアルは必要ないが、広義の口腔ケアと位置づけているのであれば、マニュアルがあつて当然である。

4. 口腔ケアの効果（図4）

入院患者に対する口腔ケアによって何らかの効果がありましたかという問い合わせ

口腔内の炎症所見が改善された（72%）、口臭が減った（66%）の2項目以外は大きな効果は出でていない。わずかに表情が明るくなるなど活気がでた（36%）が続いている程度である。

この設問は、評価票の項目とほぼ一致する。

5. 口腔ケアの経済的有用性について（図5）

病院全体として「口腔ケア」を行うことの経営上の有用性について

口腔ケアを行うことによって誤嚥性肺炎の防止などで薬物の使用量を減らすことができ（51%）、患者サービスの一環として患者獲得の一助となる（45%）との考えが多く認められる。しかし、口腔ケアによって在院日数が減少する可能性については考えられていないようである。また、あまり有用でないと思うという意見も存在している（6%）。

6. 歯科に対する評価の変化（図6）

「口腔ケア」を始められて歯科に対する評価は変わってきましたか。

ほとんどの施設（86%）で歯科の評価が変わってきたと認識している。

ではどのように変わったのか。

歯科がどのように変わってきたか

- ① 他職種と接することが多くなり、開放的になってきた（42%）
- ② 歯科外来中心から他科の病棟の入院患者にシフトしてきた（15%）

③ 歯科衛生士が独自に動くようになってきた（31%）

④ 霧囲気が明るくなってきた（7%）

⑤ 変わらない（7%）

元来病院のなかでは異端であった歯科が口腔ケアに取り組むことによって、院内に認知され開放的になるという効果を生んでいる。また、歯科衛生士が本来の口腔衛生業務に目覚め、積極的に行動するようになったことは喜ばしい。

7. この事業を始められて歯科医自身、歯科衛生士自身が変わりましたか

78%の施設で歯科衛生士のみならず歯科医師自身も変化したと報告された。

C 考 察

歯科（歯科口腔外科）を設置している病院に対して、口腔ケアを行う際の評価法についてアンケート調査した。多くの施設で口腔ケアが実施されているが、その評価法については一定した見解はいまだない。今後の口腔ケアの全国的な普及に向け、また医科における口腔ケアの定着に向けて普遍性のある評価法を作成することが必要である。このための基礎資料として今回、病院歯科における口腔ケアの計画と評価、および口腔ケア導入後の病院、歯科の変化などについて調査を基に検討した。

口腔ケアの効果としては、患者の口臭や炎症の軽減が確認されているが、「さわやか効果」や退屈な入院生活に対するメリハリもあって 表情が明るくなるなどの精神的な部分への効果も期待できることがわかった。さらに、医療経済的な効果も認められるとの意見もあり、高齢者の肺炎予防において口腔ケアは約3億ドルの経済効果を持つというアメリカ老年医学会での最近の報告もある¹⁾。また高齢者だけでなく、開腹、開胸手術の周術期における徹底した口腔ケアが術後の肺炎や合併症を減らし、結果的に在院日数を短縮するという効果も報告されている。

また、治療者側の反応として 口腔ケアの実施に伴い歯科（口腔外科）の院内での評価、や歯科医や歯科衛生士自身の評価も変化しているという。経営面から考えると病院における歯科（口腔外科）の評価は決して高くないと思われ

る。しかし、口腔ケアのもつ効果が今後病院だけでなく介護の場でも認識されることによって歯科の評価も向上することが期待される。

口腔ケアをおこなうには、前評価（アセスメント）－計画（プロトコール）－実施－再評価という計画的な流れ（マニュアル）にしたがって進められなければならない。しかし、口腔ケア自体がいまだ確立された概念を持たないため、計画表や評価票を活用して決まった形で評価している施設はほとんどないのが現実である。口腔ケアを計画的に実施している施設はわずか10%であり、対象患者によっては計画的に実施している施設とあわせても35%に過ぎない。

口腔ケアの評価基準は施設によって異なり、また患者個人によっても異なると思われる。したがって評価票を使用した計画的な口腔ケアを導入している施設が非常に少なかったことは納得できるものである。また、看護師においてマニュアルを持たないと回答した施設が約半数に上るという事実もまた、口腔ケアの概念が存在しないことによるものであることからうなづけるものである。

口腔ケアの考え方や技術を全国的に普遍化

し、「いつでも」、「どこでも」、「同じレベルで」口腔ケアが受けられる環境を確立するために、マニュアルやアセスメント票などは非常に重要な意味を持つ。そしてこれらは歯科医療関係者だけでなく看護、介護関係者にも使いやすいものにしなければならない。全国的に統一されたマニュアルや評価項目の設定が望まれるところである。

D 結 論

1. 口腔ケアを計画的に実施している施設はわずか10%であり、対象患者によっては計画的に実施している施設（25%）とあわせても35%に過ぎなかつた。
2. 口腔ケアを実施することによって患者の口臭や炎症が減少した。
3. 口腔ケアを行うことで病院全体として経営上の有用性が期待できる。
4. 歯科医、歯科衛生士自身の変化も期待できる。

参考文献

1. 日本歯科新聞平成16年6月8日：日本歯科新聞社

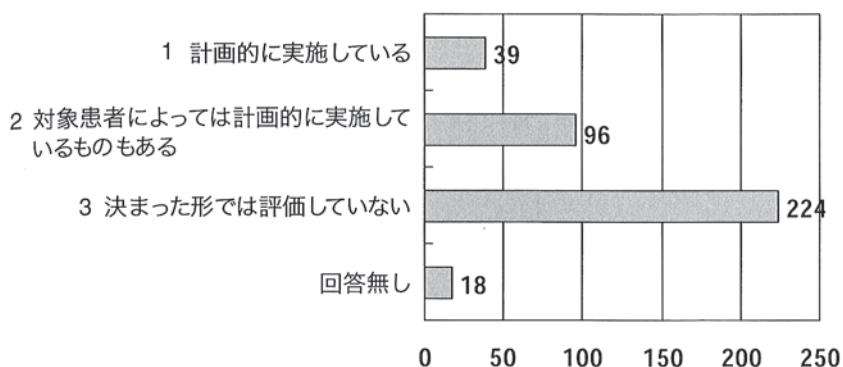


図1 計画的に口腔ケアを実施しているか

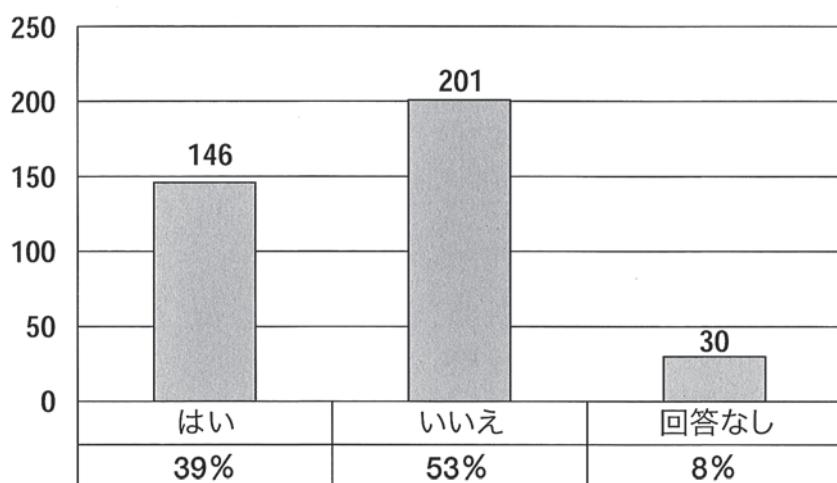


図2 口腔ケアの情報は入院カルテに記載されているか

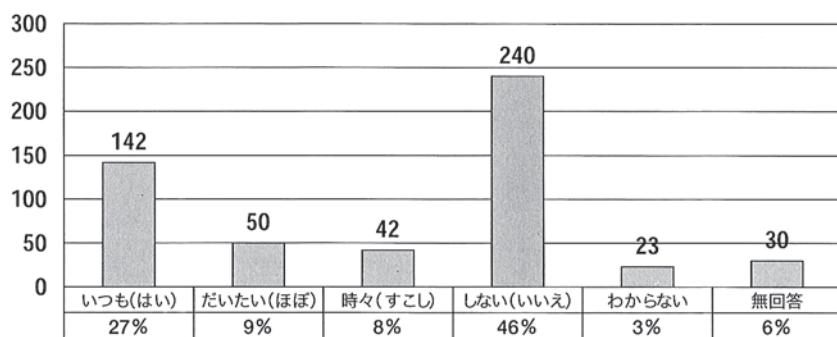


図3 口腔ケアのマニュアルがあるか

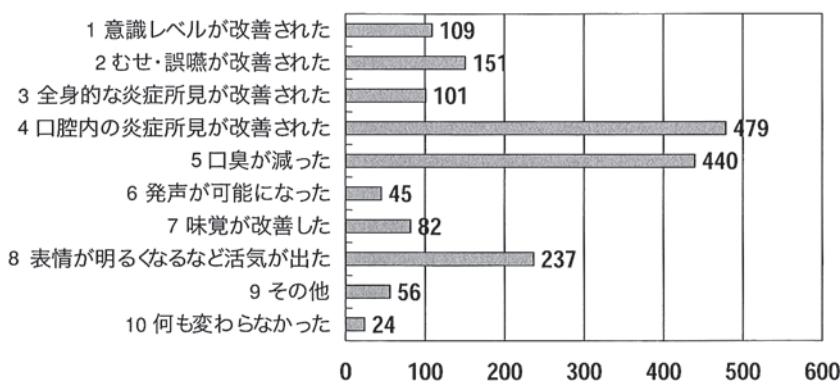


図4 口腔ケアの効果

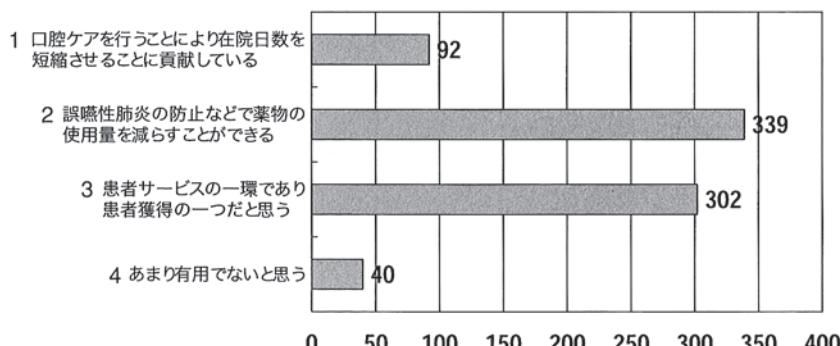


図5 口腔ケアによる経営上の有用性

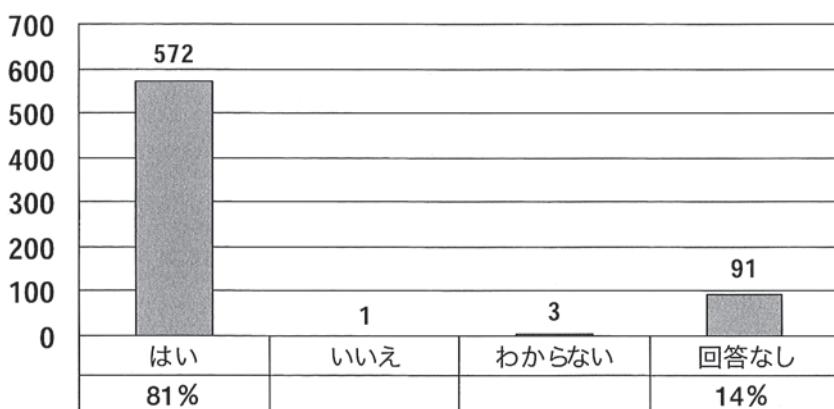


図6 歯科への評価が変わったか

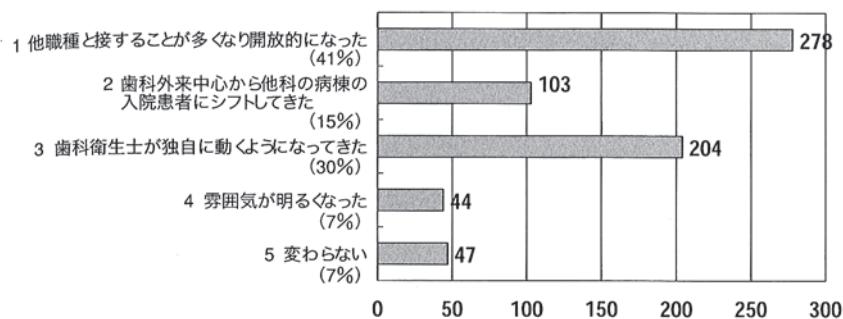


図7 どう変わったか

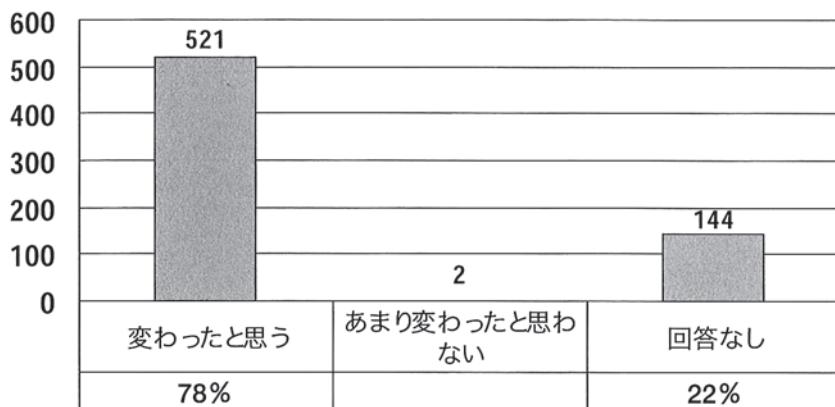


図8 歯科医自身、歯科衛生士自身の変化

看護職における口腔ケアの現状

分担研究者 日本赤十字広島看護大学 追田 綾子

研究要旨

本研究は、看護職における口腔ケアの現状と課題を明らかにすることを目的とした。研究方法は、プロシード・プリシードモデルの枠組みを用いて調査項目を作成し統計的検討、及び自由記載は質的に分析した。調査対象は、病院歯科を有する看護管理者で、527名（回収率43%）の回答を得た。結果は、口腔ケアを日常的に実施している施設は92%であったが、口腔ケアを必要とする患者が多く、重篤な全身疾患有していた。口腔ケアを複数の職種で実施している施設は78%で、歯科衛生士、歯科医師、介護職、言語聴覚士等であり、ケアを担う職種が広がっていた。

看護職に対する口腔ケア教育は、研修会を約半数の施設が実施し、口腔ケアチームの編成、マニュアル作成、情報の共有等が行われつつあった。看護職に不足する知識は、摂食・嚥下リハビリ、口腔アセスメント、薬剤の口腔への影響等で、技術では摂食・嚥下リハビリ、介護者への指導等であり、基本的な教育プログラムが必要とされていた。今後の口腔ケアについて看護管理者は、業務量やマンパワー、施設内外の教育や新たなケア関連技術等に関する重要な課題としてあげ、組織的な取り組みが口腔ケアを推進する戦略として優先されることが示唆された。

A 研究目的

良質の口腔ケアは、人々が自立した生活を送るための戦略として有用であり、口腔を通じて全人的な健康の回復とQOLの向上に寄与する。しかし人々は、口腔のことで看護を求めるることはわずかであるが、入院して看護を受ける中で口腔の問題が明らかになることは多い。最近は、口腔ケアに関する看護研究が増加しており¹⁾、看護業務の中に確実に位置づけられている觀がある。口腔ケアを有効に実践することは、入院中の健康回復だけでなく退院後の食事や会話といった生活への影響が大きく、看護師はセルフケアが十分に行えるように適切な患者教育や支援が必要である。

入院患者の口腔ケアは、看護師だけでなくチームでのアプローチが必要である。特に歯科専門職と看護師が連携していくことは、歯や口腔について専門的教育を受ける機会が少ない看護職にとっては有用である。そこで本研究は、病院歯科を有する施設の看護職による口腔ケアの現状と課題を明らかにし、人々のヘルスプロモーション活動支援の方策を検討することを目的とした。

B 研究方法

1. 調査方法

歯科医師への調査と同時に病院歯科を有す

る1,234施設の看護管理者に対し、無記名自記式質問紙を郵送し回収した。

2. 調査内容

調査内容は、当該施設における看護師による口腔ケアの現状として、①看護師による口腔ケアの実施状況、②口腔ケアの必要な患者状況、③他職種との連携、④口腔ケアをするための能力や環境等の要因に関する18項目とした。回答は、①いつも（はい）、②だいたい（ほぼ）、③時々（少し）、④しない（いいえ）から選択する方法とした。さらに、看護管理者の認識している口腔ケアの課題や希望について、自由記載を依頼した。

3. 概念枠組み

口腔ケアを看護職のケア行動として位置づけ、ヘルスプロモーションの具体的手法であるプロシード・プリシードを用いた（以下P・Pモデルと略す）。P・Pモデルは、1990年代に入って健康教育の展開にWHOが提唱したヘルスプロモーションを取り入れ、Green&Kreuterらが提唱し^{2,3)}、健康日本21の基本枠組みや歯科保健、地域看護等に適用されている。効果的な口腔ケアには包括的なアセスメントが重要であり、看護の質的向上を図るためにの戦略として可能と考えた。

P・Pモデルの実施手順（図1）は、第1段階の社会アセスメントから第4段階の教育・

組織アセスメントまでを同時に進め、QOL、健康問題、健康問題に影響を及ぼす生活習慣や環境因子、さらにそれに影響を及ぼす前提、強化、実現要因を抽出、取り組むべき課題や対策を明確にする。本研究での調査内容は、第3段階の行動と第4段階の教育・組織アセスメント部分とし、口腔ケアの課題や希望は第1～5段階に分類した。

4. 分析方法

アンケート結果は記述統計とし、自由記載は内容分析により重要カテゴリーを抽出し統計的検討を行った。

5. 倫理的配慮

看護職に対する質問用紙へ研究目的と、回答は任意でありプライバシーは厳守、調査結果は研究目的以外に使用しないことを文章にて伝えた。返送は無記名とし内容の秘守に努めた。

C 研究結果

1. 回答者について

調査用紙は1,234施設に配布し、回収は527名で回収率は43%であった。病床数別では、400床以上165施設（31%）、200～400床は171施設（32%）、200床以下は177施設（34%）、不明14施設（3%）であった。自由記載は、185名の記載があった。なお回答した看護管理者は施設の看護代表者と位置づけ、回答は施設数として表示した。

2. 口腔ケアの現状

1) 看護職の口腔ケアの実施状況

図2は、「看護師が日常的に口腔ケアをしているか」の問い合わせの結果である。「はい」と明確に回答したのは、256施設（48%）であった。「大体」は151施設（28%）、「時々」87施設（16%）で、合わせると92%の施設で日常的に口腔ケアを実施していた。全く口腔ケアをしないのは、19施設（4%）であり、わからないのは5施設（1%）であった。

病床別の口腔ケア実施状況（図3）は、200床未満、200～400床、400床以上の3段階に分類した。結果は、「いつも」口腔ケアをしているのは病床数別では200床以下が51%で一番多く、次いで400床以上が48%、

200～400床で47%であったが差はわずかであった。「大体」は400床以上が30%、「時々」は18%で多かった。「しない」のは、200床未満が6%で多い他の病床数間に比べて多かった。

看護師が口腔ケアを複数の職種で実施しているのは、406施設（78%）で、看護師のみで実施しているのは、92施設（17%）であった（図4）。内訳は「いつも」は198施設（38%）、「大体」は98施設（19%）、「時々」110施設（21%）であった。「わからない」のは、11施設（2%）であった。

口腔ケアを共に実施する職種は、歯科衛生士が70%で一番多く、次いで歯科医師58%、介護職55%であった（図5）。その他は言語聴覚士、看護助手、保育士、作業療法士が続いた。

施設で口腔ケアを必要とする患者が多いことの問い合わせでは、「はい」は332施設（62%）と過半数以上であった。「大体」は96施設（18%）、「少し」66施設（13%）であった。492施設の看護管理者が、必要とする患者がいると認識していた。「いいえ」の回答は9施設で、「わからない」は8施設であった。

口腔ケアを必要とする患者は、883件記入されており、類似するものをまとめたものが、表1である。多いものから順に寝たきり・ADL低下が186件、脳血管障害/外傷（麻痺・片麻痺含む）144件、意識障害80件、周術期・ICU（挿管・人工呼吸器装着含む）は73件で、口腔疾患/外傷や義歯は9番目で26件であった（表1）。

入院患者に対して、「すぐに往診をもらえる歯科医師がいる」のは、373施設（70%）であった。「大体」は66施設（12%）、「少し」30施設（6%）であった。469施設の看護管理者は、歯科医師がすぐ往診してもらえる存在であると認識していた。しないのは9施設で、わからないのは8施設であった。

2) 口腔ケア教育の現状

過去3年間に病院内で口腔ケアの研修を実施したことがあるのは、「はい」は217施設（41%）、「大体」は15施設（3%）、「少

し」は60施設（11%）で、合わせて292施設であった（図6）。一方研修会を実施したことのない施設は、199施設（38%）、わからないのは9施設（2%）であり無回答は27施設であった。

看護職に口腔ケアの知識があると看護管理者が認識しているのは、「はい」は108施設（20%）「大体」は96施設（18%）で合わせて328施設であった。「少し」は168施設（31%）、「いいえ」は11施設（2%）、「わからない」11施設（2%）、無回答14施設（3%）であった。病床数別の研修の有無は、実施が400床以上は40%、200～400床は43%、200床未満42%とほぼ同率であった。未実施は、400床以上が36%、200～400床は36%、200床未満41%で差はみられなかった。

看護師の不足する知識は、①摂食・嚥下リハビリテーション（53%）、②口腔アセスメント（52%）、③薬剤の口腔への影響（49%）、④口腔が全身に与える影響（47%）、⑤老化と口腔疾患（42%）、⑥口腔の解剖生理（207%）、⑦含嗽薬の選び方（36%）、⑧口腔清潔保持の必要性（25%）、⑨誤嚥性肺炎について（24%）、⑩コミュニケーション技術（17%）の順であった（図7）。

口腔ケア技術は、看護師が有する順から①口腔清拭（86%）、②姿勢を整える（66%）、③ブラッシング（56%）、④嚥下障害時の食事介助（54%）、⑤義歯の管理（52%）、⑥口腔乾燥時のケア（51%）、⑦用具の選択や工夫（47%）、⑧口腔洗浄法（39%）、⑨含嗽法（36%）、⑩介護者への指導（30%）、⑪摂食・嚥下リハビリ（26%）であった。

患者や家族に対して口腔ケア教育をしている（退院後含む）と認識している看護管理者は、「いつも」は61施設（12%）、「大体」は63施設（12%）、「少し」は186施設（32%）で合計310施設（56%）であった。一方「しない」のは171施設（32%）であった。

3) 口腔ケア実践のための資源

口腔ケアを実践するためのチームがある（摂食・嚥下含む）のは、「はい」が143施設（27%）、「大体」は22施設（4%）、「少し」56施設（11%）で合計221施設（42%）

であった。チームがないのは258施設（49%）、わからないのは15施設であった（図9）。病床数別では、口腔ケアチームを有するのは、「少し」も含めると400床以上では76施設42%で、200～400床は76施設（44%）、200床未満74施設（42%）とほぼ同率であった。口腔ケアチームがないのは、400床以上が88施設（50%）、200～400床は77施設（45%）、200床未満90施設（61%）であった。

院内に口腔ケアマニュアルがあるのは、「はい」が142施設（27%）、「大体」は50施設（9%）、「少し」42施設（8%）で合計234施設（42%）であった（図10）。マニュアルがないのは242施設（46%）、わからないのは21施設（6%）であった。

必要な口腔ケア用具の入手が「いつも」容易であるのは、203施設（39%）、「大体」は162施設（31%）、「少し」74施設（14%）で合計439施設（84%）であった。入手が困難なのは53施設（10%）、わからないのは12施設（2%）、無回答23施設（4%）であった。

看護師に口腔ケアの情報が入りやすいと認識している看護管理者は、「いつも」150施設（29%）、「大体」は121施設（23%）、「少し」150施設（28%）で合計421施設（80%）であった。

情報が入らないのは69施設（13%）、わからないのは11施設（2%）、無回答26施設（5%）であった。

4) 口腔ケアの効果

口腔ケアの効果が現れていると認識しているのは、「はい」119施設（23%）、「大体」は98施設（19%）、「少し」169施設（31%）で合計386施設（73%）であった。「いいえ」は47施設（9%）、わからないのは72施設（14%）、無回答22施設（4%）であった。

口腔ケアは看護の質を上げると考えているのは、495施設（95%）であり、「いいえ」の回答は4施設、無回答28施設（5%）であった。

3. 口腔ケアの課題及び希望

口腔ケアの課題及び希望について看護管理

者の認識する口腔ケアの課題及び希望は、内容分析し重要項目をプロシード・プリシードの枠組みに分類した。抽出したカテゴリーは、可能なものは口腔ケアを進める上でプラスに働くかマイナスに働くかを考慮して再分類した（表2）。

1) 口腔に関する QOL

看護管理者は QOL について 6 項目（1.6 %）があがっていた。「口腔ケアをすることで、少しでも生き生きした生活を保障したい」「生きる意欲につながる」「患者の健康回復の過程から職員は元気をもらう」等があった。

2) 健康

口腔に関する健康問題は、17 項目（4.4 %）があげられていた。う蝕や歯周病といった口腔疾患よりは全身状態との関連するものが多かった。健康問題は、嚥下障害、経管栄養、IVH、誤嚥性肺炎、口腔乾燥に加え、開口をしない患者、義歯の不適合の患者、摂食嚥下リハビリテーションを必要とする患者の増加があがっていた。

3) 口腔ケア行動

ここでは口腔ケアを看護師の口腔ケア行動として位置づけ、合計36項目（6.2%）を抽出した。看護師のプラスの行動は、「重症患者に対しては看護師が口腔ケアを実施している」「重心施設のため、口腔ケア、摂食障害のある人の介助技術は大変重要なため特に力をいれて実施している」「チームで医療、口腔ケア、摂食嚥下リハビリも積極的に行われている」「介護病棟では、熱心に口腔ケアを行っている」等があった。マイナス要因は、「一般病棟ではまだまだである」「口腔ケアマニュアルを使用しているが、継続していくのが大変」「摂食訓練は主に ST が行っており看護の中では消極的になっている」「毎日業務に追われ、実行されていない」「食後 3 回ケアを実施したいができない」「一日に数回もできないのが現状」「毎食後には、実施できない。朝、夕のみ実施」「口腔ケアの援助が必要というケースに対し、十分なケアがなされていない」「自己管理できる患者様の口腔ケアの見直しをする」等といった口腔ケア行動の現状が出

されていた。

4) 環境

院内環境は、マンパワーと業務量に関して32項目（8.5%）を抽出した。マンパワーに関しては、「重症集中ケア認定看護師よりの啓発活動も活発」「症例に応じて DH が外来または往診で口腔衛生指導を行っている」等がプラス要因であった。マイナス要因は、「要介護者数に対して、歯科医師一人で手が回らない」「指導や相談できる医師がない」「衛生士の協力が得えられにくい」「病棟への歯科衛生士の配置希望」「歯科衛生士がラウンドしてケアの必要な人へのケア、アドバイスが欲しい」「専門的な治療補助および病院全体を専門的に把握して口腔ケアを推進する衛生士が是非、必要である」「看護師の夜勤帯のマンパワーが確保ができる環境」「病棟格差がある」「看護師の人数が少なすぎる」等であった。業務量に関しては、「もっと積極的に口腔内ケアに取り組みたいが、日々の業務に追わされており十分な時間がとれない」「他の業務に追わられて口腔ケアまでなかなか時間がとれない」といった多忙さが出され、環境の中でのマイナス要因が84件と高率であった。

5) 口腔ケアの前提要因

前提要因は、口腔ケアを実践していくための先立つ要因である。手段的な要因として知識は19項目（5.1%）、技術は17項目（4.6%）で合計36項目（9.7%）を抽出した。また情緒的要因として関心・認識等について34項目（9.1%）等を抽出した。

知識に関する課題は、「口腔のアセスメントが不足であり重視されていない」「基本的な解剖生理学の知識とケアのための情報収集」「看護師口腔ケアの必要性や知識・技術は習得しているが、根拠や個別性による対応はまだまだ不十分」「口腔ケアに対して EBM にもとづいたケアの方法を知りたい」「一人一人の習熟、患者にあわせた方法の選択と実施」「看護師、介護職員全員の口腔ケアに対する知識を持つこと」等であった。

技術に関しては、「看護婦の口腔ケア技術の格差について課題」「積み重ねて教育する中で技術を高めていくこと」「日頃口腔ケア

を実施しているが、患者様個々の症状に適しているのか疑問」「口腔ケアの技術向上、標準化」「マニュアルを参考にして、自分自身（各個人）のやり方で施行している」「個人のナースのレベルに任せられている」「昔ながらのケアをやっているに過ぎない」等であった。

情緒的な要因である関心や認識に関しては、「全病棟スタッフが、口腔ケアに関する関心が、今以上に高まること」「今年度は、目標を持ち、現在の知識、技術をチームで高め、全身管理にもつながる口腔ケアであることを再認識していきたい」「看護職にとって口腔ケアは非常に重要であると考えている」「口腔ケアの充実について必要性は十分に感じている。具体的取り組みを企画推進したいと考えている」「口腔内の状態を見れば、どのような看護、介護がなされているかバロメーターになる部分だと思う」「看護研究を行ったことや口腔ケア用の専用ブラシが容易に入手できるようになって意識が高まってきている」「口腔のアセスメント、老化と口腔疾患などを学習し、知識を深め、全体のモチベーションを高めていきたい」「栄養管理と口腔ケアの充実をはかる必要がある」「嚥下障害に関するケア、口腔ケアに対する知識技術の必要性は高いを感じている」といったプラス要因の反面「口腔ケアは重要という思いはあるが、ケアの優先順位としては低くなってしまっている感がある」といった現状も出されていた。

6) 実現要因

実現要因は、口腔ケア行動を実現させるために必要な要因である。結果は、病院の資源56項目（17.8%）、看護・介護方法35項目（9.4%）、新たな技術30項目（8.5%）、用具の入手3項目（0.8%）、情報31項目（9.4%）、制度や予算2項目（0.8%）で、合計174項目（46.5%）であった。口腔ケア行動にプラスに働く要因が、マイナス要因よりいずれの項目も多かった。

病院の資源に関するものは、「嚥下リハビリ講習会を（専門分野より講師を依頼した）院内看護師50名、コ・メディカル20名

位にてインストラクター的養成を実施している」「4年間現任教育の摂取コースで口腔ケアを含め学んでいる」「STと緩和ケア検討チームのメンバーの看護師が中心になっている」「1年前より療養型病棟の職員を中心として摂食嚥下委員会を立ち上げた」等、院内での実践や研究チーム作りが積極的に組織化されていた。チームの立ち上げは、「3月末から口腔委員会を開催する」「病棟では摂食障害グループをほかのグループとともに活動している「今回歯科医師に歯科衛生士さんの協力を得て口腔ケアに参加してもらい指導を行ってもらうことにした」「看護師の人数が減少し介護職にも口腔ケアをしてもらうよう指導しているところ」「歯科衛生士・病棟看護師・訓練課との連携強化」等があった。

院内の組織的取り組みに関しては、「病院全体に浸透できればよい」「院内に口腔ケア、摂食嚥下リハビリチームを作ること」「歯科衛生士との連携のシステム化」「歯科とのかかわりは行われているが、もっと密に連絡を取り合い情報の共有を図る必要がある」「病院内での医科・歯科・看護とのコミュニケーション不足のため連携必要」「個々の対象者に合わせたケアの判断を歯科専門職から受けたいと希望する」「歯科衛生士による定期的な検診」「言語聴覚士を交えて週一回カンファレンスを行い連携をとっているので、早期問題解決につながっている」「口腔ケア・嚥下についての病院全体での取り組みが必要であると思われる」「歯科衛生士が往診でケアするだけでなく、看護師の中にも口腔ケアを得意とする人をつくる」等があった。

看護の進め方としては、「口腔ケアのマニュアルの整備と浸透を図る必要がある」「手順のようなマニュアルではなく、エビデンスに基づいた詳細なマニュアル作り」「院内教育やマニュアルの作成」「退院時患者、家族指導のマニュアル」といったマニュアル作成や見直し、実践方法についての取り組みの記載が多くみられた。

新たな技術のニーズは、「簡単で完全な口腔ケアの方法」「食・嚥下障害を持つ患者の

アセスメント技術不足」「含嗽ができない患者へのケア」「口腔内乾燥が著しい患者」「口腔内のアセスメント・計画立案、実施、評価」「口腔ケアの物品の選択、口腔ケアの方法、適切な時期」「モニングケア、イブニングケアを患者のニーズにあった方法での実践」「病棟や看護師の技術レベルにもよるが、同じレベルを持ちつづけるのは大変にむずかしい課題」「誰が行っても同じレベルまでの清掃ができるか判断できる基準」「現在ある物活用しての上手な口腔ケアについて」と多岐に渡った。

用具の入手は、「ケア用品などもすぐに購入できるような病院としての理解が欲しい」「インターネットなどで探し、物品購入をしている」等の記載があった。

口腔ケアの研修会に関しては、「二年前より口腔ケアに関する研修も企画し、病院職員全員が研修に参加している」「院内では勉強会を数回実施している」「歯科で病棟職員へ口腔ケアの指導をした結果、病棟で積極的に口腔ケアをするようになった」「摂食嚥下委員会が中心となり、各病棟を回ってミニ勉強会等を今後行う予定」といった進行中の施設があった。反面、「院内で口腔ケア研修会を実施して欲しい」「実技等を踏まえた研修などを繰り返し行うことが必要である」「知識、技術が看護師に統一していないため、継続した研修が必要である」といった院内・院外での学習の機会への希望が多く出されていた。

情報では、「個人が学び、知り得た知識を伝達しあう方法を行っている」という現状がある反面、「周囲の情報から閉ざされた所がある」「口腔ケアに対する認識の差が看護師間、病棟間、施設間で差となるため、ある程度の方針が必要だと思う」「定期的な研究、現在のケアの実際についての情報も入手できる方法、機会があるといいと思う」「口腔ケアに対する最新情報を容易に入手したい」「歯科と看護の情報共有ができていない。歯科と看護のカンファレンスが必要」「勉強会、経験交流会などあれば教えて欲しい」等があげられていた。

7) 強化要因

強化要因は、ある行動が起こった後に、それが継続し、かつ繰り返され実践されるためのものである。具体的にはケアの効果、励まし、報酬等である。看護管理者は、他職種の協力を13項目(3.8%)、診療報酬について6項目(1.6%)をあげた。

「口腔ケア・嚥下指導の診療報酬への反映」「診療報酬に評価点が用意していただけたらと思う」「医療点数に組み込んでほしい」「口腔ケアを毎日実践しているが、ガーゼや歯ブラシなど道具もたくさん使い時間も費やしているが点数として評価されないのが残念」等があった。

8) ヘルスプロモーション/健康教育

看護管理者は、口腔の健康を推進するために入院患者と共に地域や一般の人たちへの教育的な支援についても課題としていた。「老化とともに口腔内がどう変化し、どのような対処が必要なのか、正しい関わり方を広く一般市民の方へアピールしていく必要がある」「口腔ケアや知識の一般学習が日常的に行われ、地域医療活動に普及するように活動を組織化していかなければならないと思う」「口から食べる」ということの大切さを感じているが、経管栄養の患者へのアプローチなど不足しているように思われる」「ICUから退院、社会復帰へとPt様の経過に伴った継続ケアの必要性がある」「老人への嚥下指導による肺炎予防やその人らしく生きられることへの教育等課題は非常に多い」等であった。

D 考 察

1. 看護師の口腔ケア実施の現状

口腔ケアは広義と狭義がある。筆者は口腔ケアも他の看護ケアと同様に、アセスメント、ケア計画、実践、評価を繰り返す看護過程として捉えている。実践としてブラッシングや口腔清拭、洗浄、義歯の管理などが含まれる。本調査では、看護職が日常的に口腔ケアをしているのは、「いつも」「大体」「時々」の回答を含めると、対象施設527施設の内の92%が実施していた。口腔ケアをしない施設は、4%である。病床数別での実施状況は、差がみられず全国の病院においては口腔ケア

は実施されている結果となった。

口腔ケアの進め方は、アセスメントから評価までのプロセスがある⁴⁾。患者のニーズの多様化で、隠れたニーズをも引き出しセルフケアができるようケアプランを作成し、実践する。看護管理者は何を口腔ケアと認識して回答したかは、不明確である。しかし調査で看護師が可能な技術として挙げられていたものは、口腔清拭やブラッシングであるため、口腔清潔を意識しての回答であったと考える。看護管理者が認識している口腔ケアの課題は、「毎日業務に追われ、実行されていない」「食後3回ケアを実施したいができない」といったマイナス要因が多く出されていた。従って、量的・質的双方の結果を統合すると、多くの看護師は口腔ケアは実施しているものの、決して十分なケアを提供しているとはいえない現状が伺えた。また同施設内でも病棟により口腔ケアの実施状況は異なっており格差を改め、ケアの質を高めつつ全体に普及させることが求められていた。

病棟で口腔ケアを実施しているのは、看護師が圧倒的多数であったが、他に歯科医師、歯科衛生士、介護職、言語聴覚士等多職種が関わっていた。このことは、口腔ケアを提供する専門職が広がっていることを示しているといえる。また、すぐに往診可能な歯科医師がいることを看護管理者は認識しており、診療のシステム化ができていることを表している。但し往診しないのは29施設あり、今後の課題である。また歯科医師の常勤者は町村率や公立では1名の施設が半数を占め、口腔外科専門医で3人配置は15.7%であり⁵⁾、歯科衛生士の配置も多くはない。そのことは、入院患者の治療は可能としても、ケアニーズの共有化、継続したケアや連携が困難な環境ともいえる。看護管理者からは歯科衛生士の配置の声も寄せられていた。反面歯科衛生士のケア開始で、口腔ケアを任せっぱなしになり、看護の目が口腔にいかないとの反省もあった。

口腔ケアを必要とする患者は多く存在し、疾患や障害も多種であった。援助の必要な人は、脳血管障害、ADLの低下、ICUといった急性期から慢性期まで幅広かった。従来歯科が対象としていた患者で必要として出された

のは、口腔内疾患・口腔領域外傷、義歯装着患者等であったがいずれも下位であったこのことは、施設の枠や特徴を越え健康問題のある全ての人々が口腔ケアの対象者であることを示しているといえる。重症の全身疾患有する対象者が多いことから、口腔ケアを実施する際は、疾患に関する基本的な知識やコミュニケーション、安全や安楽、基本的な救急処置に関する知識や技術の能力が求められている。また基本的なガイドラインの策定も必要と考える。

平成11年歯科疾患実態調査によると、歯科受診率は70歳以降減少傾向であり、また歯科保健行動では65歳以上では歯みがきを1日に1回のみ起床時にするものが一番多い⁶⁾。このことは老化や障害によりさらに口腔の保健行動にも困難な問題が生じることが予測される。健康関連行動は、予防的行動、危険感知行動、イルネス行動、セルフケア行動がある⁷⁾。予防的及び危険感知行動は、う蝕や嚥下障害等の口腔問題、誤嚥性肺炎等の予防や早期発見、または危険を感知することである。イルネス行動は、自らが適切な治療を求めて行う行動である。セルフケア行動は、要介護者自身がその状態の改善に向けて行う行動である。加えて予防行動も危険感知行動も必要とされる。重篤な疾患やセルフケアの低下は、口腔にも重篤な問題を発症させやすい。専門職は全身状態と口腔全体、生活習慣も併せた包括的なアセスメントの後、新たな口腔ケア戦略が必要である。そしてケアの目標を患者と共に考え、実現可能なケアを進めるオーラルヘルスプロモーション活動が求められている⁸⁾。

2. 口腔ケアに関する教育の現状

過去3年以内に院内で口腔ケアの研修を実施して施設は、「はい」「いいえ」が二分されていた。病床数別でもこの傾向は同様であり、施設の規模に関わらず半数の施設で口腔ケアを学ぶ機会があった。要介護者の口腔ケアニーズは年々増加しており、看護管理者は課題としても研修会の機会を求めていた。全ての看護職が研修を受ける機会と、香春⁹⁾が示しているような根拠のある新たな知識と技術が、看護の質を高めていくであろう。

看護師に不足する知識は、口腔アセスメントと摂食・嚥下リハビリが半数以上であり、薬剤の影響や解剖・生理と続いた。この結果は筆者らが訪問看護師に実施した調査¹⁰⁾と同様の結果であり、看護職における今後の教育の方向性を示した。根拠を持った適切な口腔ケアをするためには、口腔アセスメントは不可欠であり、その必要性を看護管理者は認識していることを結果は示していた。看護職を含めた多職種を対象とした教育プログラムが口腔ケアを進める上では重要であろう。

看護師が持っている口腔ケア技術は、口腔清拭が一番多く、これも訪問看護師の調査と同様の結果であった。それは、従来看護基礎教育に身体清潔援助として口腔清拭法が入っていたことによるとも考えられ、教育の影響が大きいことを示唆している。しかし口腔問題の多様化に伴い、口腔清拭だけでは口腔の清潔は保つのは困難である。特に摂食・嚥下障害のある患者は、回復期リハビリテーションの推進と相まってニーズも高い。含嗽法については、痴呆や麻痺等による含嗽困難者の増加と、含嗽用薬剤の選択等の技術的側面が含まれると考える。看護師は、看護基礎教育や現任教育で口腔ケアを学ぶ機会はわずかである。今後看護教育に積極的に取り入れることが、医療や看護の質に関わる重要な課題と考える。加えて介護者への教育については、療養の場が病院から在宅へとシフトしている現状から、より強化し退院指導や介護者へのわかりやすい言葉や方法を用いた教育プログラムの策定と適時の実施が必要である。

調査結果から口腔ケアを進めていく方策として有効と思われたのは、実践や研修をするチームが積極的に組織化されていたことである。チームがあるのは、「はい」「大体」「少し」も合わせると42%であった。筆者らが主催する口腔ケア実践セミナーでは、研修終了後に積極的にチーム作りが進み、生き生きとした活動が開始されている。近藤ら¹¹⁾や桐山ら¹²⁾が進めた口腔ケアチームは、ICUでのマニュアル作りからチームでの日常的な実践により、発熱患者の減少という効果を生んでいる。これは弘田ら¹³⁾の示した施設におけるプロフェッショナル・オーラル・ヘルスケアと

同様に、急性期病棟でもチームで研鑽を重ねることで効果が現れることが可能なことを示している。看護職による口腔ケア研究は、患者のニーズを受け止めチームの中で解決していくプロセスをとることで、より向上させる方策であり、患者のQOLにも貢献できるものであろう。

マニュアルの有無では、「ない」「わからない」施設が半数であった。自由記載では看護管理者はマニュアル作成を課題としていた。口腔ケアを実施している施設が90%以上であった結果の意味を推測すると、看護師はマニュアル等を用いることなく、個人の裁量で実施しており、標準的ケアが実践されていない現状も伺える。マニュアルがあるから口腔ケアが確実にできるとはいえない。しかしチームを立ち上げ、マニュアルを作る過程で看護師は学習を深め、口腔ケアを継続する中で患者や同僚との関係を築き、相互成長し、ケアを深化させていくのである¹⁴⁾。口腔ケアが看護の質を上げると認識している看護管理者は、93%に及んだことは、今後さらなるケア発展を期待できるといえよう。

3. 看護における口腔ケアの課題

看護管理者の自由記載の部分である「看護における口腔ケアの課題や希望」を、P・Pモデルの枠組みにより分類した。各段階の分析で一番多くのカテゴリーを抽出したのは、実現要因であった。実現要因は、行動の実践を促進する条件で、そのために必要な技術的、人的、経済的条件がある。入院中の口腔ケアは、看護の質的評価にも取り入れられており、看護管理者の視点は、業務やマンパワーにあることが明らかであった。病院内において看護の質を左右するのは、看護管理者のパワーによるところが大きい。課題分析では、口腔ケアを実践し、さらに充実させようとしているものをプラス要因とした。結果は、56件も出されたことから、管理者の意欲が伺われる結果であった。チーム作りや新たな関連技術、研修会、マニュアル作成もプラス要因がマイナスを上回っていた。平成11年3月身体拘束の禁止規定の厚生省令が出されたが、それを実践するには看護管理者の決断が大きな意味を持つとされた¹⁵⁾。根拠のある口腔ケ

ア実践は、抑制廃止をトップが決断すると同様に、病院の資源活用やシステムに働きかけることが重要であり、早道と考える。

しかしながら、看護業務の中に口腔ケアを定着させるためには、マンパワーや業務量の見直し、制度や経済的な問題も含んでいると看護管理者は認識していた。我々は今の入院患者に対してどの様なケアを提供するか。それは、一時も待てない日々のケアをするために専門職は存在する。すぐに可能なケアからはじめることが、患者のニーズと考える。

知識や技術、関心や認識については、18.8%の回答があった。従来、口腔ケアに関する看護研究は、この部分に焦点が当たってきた。八木田¹⁶⁾は、看護婦が口腔ケアを実践するための要因として、技術、知識の順に関わりが強く現場での積み重ねが重要であるとし、稻葉ら¹⁷⁾は、集中治療中ケアの口腔ケアにおける意識と行動について認定看護師とスタッフを比較していた。それぞれ知識と技術、認識について口腔ケアを推進する重要な要因とした。本調査では、口腔ケアの課題や希望として病院システムや資源が優先順位としては高位であった。従って個人的な知識と技術、認識を高める方策を病院全体で取り組むことがより効果的であるといえよう。

在宅療養の介護者のケア行動を促進する実現要因は、入院中の看護職の支援であり、介護者は入院中のケア状況を鮮明に覚えていた¹⁸⁾。定期的な看護婦の朝夕のケアはプラスに作用していた。一般的に口腔問題の発生は入院中であることが多く、日常の効果的なケアや退院指導は、専門職の重要な業務であった。入院中のマイナス作用は、ケアを受けないことであり、在宅におけるケアを消極的にさせていた。また、口腔ケアはより情緒的で親密な関係である。一定距離以上相手の体に近づき、スキンシップやケアをすることができる関係でもある。口腔ケアができる人間関係は、良好なコミュニケーションから開始される。行動の前提要因として、看護師は患者に対して良好な人間関係を確立して「ケアのきっかけ」を作り、知識や技術を提供し、退院後もケアを継続していくための教育的役割を持っている。

看護管理者は、口腔ケアを強化していく要因として診療報酬や同僚間の励まし等をあげていた。また他職種との患者情報の共有もケアを継続していくためには必要不可欠である。これから口腔ケアは、個人レベル、病院レベル、そして政策としても強化していくことが求められていた。

ヘルスプロモーションの目標は、すべての人々があらゆる生活の場面で公平に健康作りに参加できる社会をつくることである。オーラルヘルスプロモーションも同様の概念であり、全人的な健康やQOLと口腔は深い関わりを持っている。我々専門職は、ニーズを解決すると共に、総合的な評価をも求められている^{19, 20)}。今後は結果をさらに分析し、介入のための優先順位を考え目標値を決めることが重要である。その上でヘルスプロモーション計画を策定していくことが、人々の口腔の健康を通じてのQOLの向上や自立支援に結びつくと考える。

アンケート調査項目には、QOLに関する項目は作成しなかったが、自由記載では「高齢者を少しでも生き生きした生活を保障したい」「食べることは生きる意欲につながり、健康回復の過程から職員は元気をもらいます」「食べる意欲のある人は、生命力があります」といった、直接ケアをした者にしか語れない患者のQOLが記載されていた。全般的なケアは、同時に自らをケアすることでもある。調査からは口腔ケアを通じて、患者と看護師が相互成長をしていることを感じさせられた。

E 研究の限界と課題

本調査は、病院歯科のある施設の看護管理者を対象としたものであるため、全ての施設の現状であるとはいえない。今後全ての施設や在宅ケアの現状も含めて明らかにしていく必要がある。また口腔ケアを現実的に実践し継続していくためには、院内の専門職である歯科医師や歯科衛生士、介護職等の現状や課題も併せて把握する必要がある。

F 結 語

病院歯科のある施設の看護管理者527名を対象として、アンケート調査および看護の課題につい

て内容分析を行った。結果は以下の通りである。

1. 口腔ケアを日常的に実施している施設は92%であったが、十分なケアを実施しているとはいえない状況であった。
2. 口腔ケアを複数の職種で実施している施設は78%で、職種は歯科衛生士、歯科医師、介護職、言語聴覚士等であった。
3. 多く施設で口腔ケアを必要とする患者があり、重篤な全身疾患があった。
4. 看護職に対する口腔ケア教育は、研修会の開催を半数の施設が実施し、口腔ケアチームの編成、マニュアル作成、情報の共有等が行われつつあった。
5. 不足する知識は、摂食・嚥下リハビリ、口腔アセスメント、薬剤の口腔への影響等で、技術は摂食・嚥下リハビリ、介護者への指導等であった。
6. 口腔ケアの課題は、行動を進めるための実現要因が多く出され、業務量やマンパワー、施設内外の教育に関しての認識や関心が高かった。

おわりに

今回の調査に当たり、ご多用な中ご協力下さった方々に深く感謝申し上げます。この結果を基に人々の健康やQOLの向上を目指し、口腔ケアの更なる発展に努力を重ねていく所存です。

参考文献

- 1) 迫田綾子：リハビリテーション看護における口腔ケア実践の研究の動向. リハビリテーション看護研究3. 医歯薬出版株式会社. p51-56. 2002
- 2) Green. L.W.&kreuter. M. W. Health promotion planning An Educational and Ecological Approach Mayfield Mountain View. 1999
- 3) Green. L. W. &kreuter/神馬征峰, 岩永俊博他訳. ヘルスロモーション（第1版）, 東京, 医学書院. 1997
- 4) 迫田綾子：JNNスペシャル73 これからの口腔ケア. 医学書院. p54-67. 2003
- 5) 山田祐敬：自体体病院歯科における歯科医療支援等の機能面からみた現状分析と歯科医療提供体制に関する研究. 厚生労働科学研究分担研究报告書. p28-41. 2003
- 6) 歯科保健医療研究会監修：2003年版歯科関係統計資料. 口腔保健協会. p28. 2003
- 7) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気. メディカルフレンド社. p85. 155. 223. 1996
- 8) J. グルフィス, S. ポイル：特別なニーズを持つ人々の口腔ケアガイド. 株式会社エイコー. p89-95. 1997
- 9) 香春知永. 呼吸器感染を防ぐ技術, 川島みどり・菱沼典子編. 別冊 Nursing Today No.9. 看護技術の科学と検証. 日本看護協会出版会. 57-66. 1996
- 10) 迫田綾子. 安楽和子他：訪問看護師に必要とされる口腔ケアとその要因に関する検討. 日本赤十字広島看護大学紀要第3巻 p27-34. 2003
- 11) 桐山徹, 石田綾子他. 集中治療室における人工呼吸器装着者に対してのマウスケアマニュアルの作成. エマージェンシーナーシング. 15 (8). p65-74. 2002
- 12) 近藤真紀他. 検査結果からみたICUにおける肺炎発症状況. エマージェンシーナーシング. 13 (11). p5-7. 2000
- 13) 弘田克彦, 米山武義：プロフェッショナル・オーラル・ヘルスケアを受けた高齢者の咽頭細菌の変動, 日本老年医学会雑誌, 34 (2) p.125-129. 1997
- 14) ミルトン・メイヤロフ/田村真他訳：ケアの本質. ゆるみ出版. p18-27. 2003
- 15) 嶋森好子：抑制廃止 トップの決断が持つ大きな意味：かんご. 日本看護協会出版会. p27-30. 1999. 11
- 16) 八木田紀子：看護婦が口腔ケアを実践するための要因分析. 神奈川県看護教育大学校看護教育研究集録25号 p38-44. 2000
- 17) 稲葉桜. 重症集中ケア領域の口腔ケアにおける意識と行動の関係. 日本看護学会論文集第33回成人看護I. p140-142. 2003
- 18) 迫田綾子, 小西美智子(2002). 在宅療養を支える介護者の口腔ケアとその要因に関する研究. 日本地域看護学会誌, 4 (1), p48-54.
- 19) Penelope Hawe · Deirdre Degeling/鳩野洋子他訳：ヘルスプロモーションの評価. 医学書院. p3-9. 2003
- 20) Anne Wojner/井部俊子日本語監修：アウトカム・マネジメント. 日本看護協会出版会. p2-12. 2003

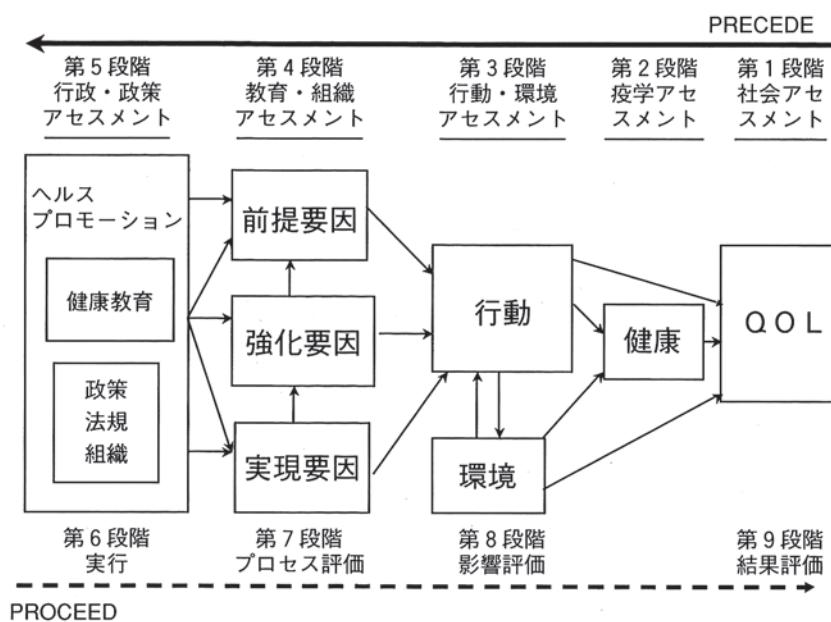


図1 プリシード・プロシードモデル

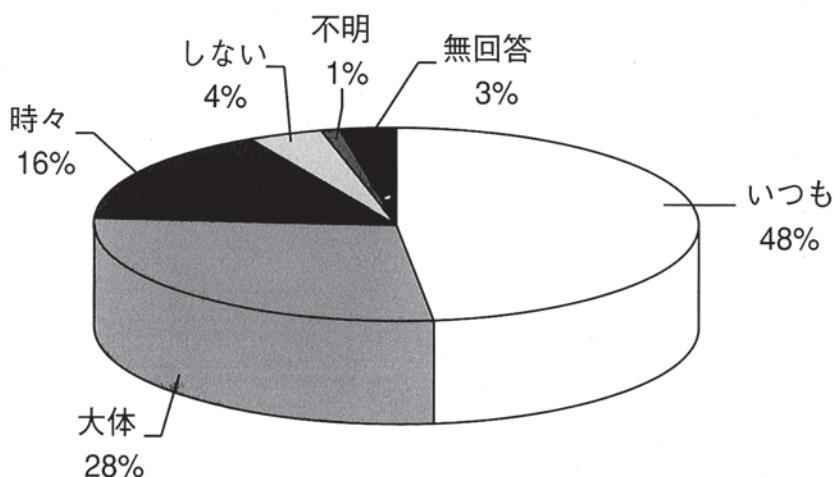


図2 看護師は日常的に口腔ケアをしている

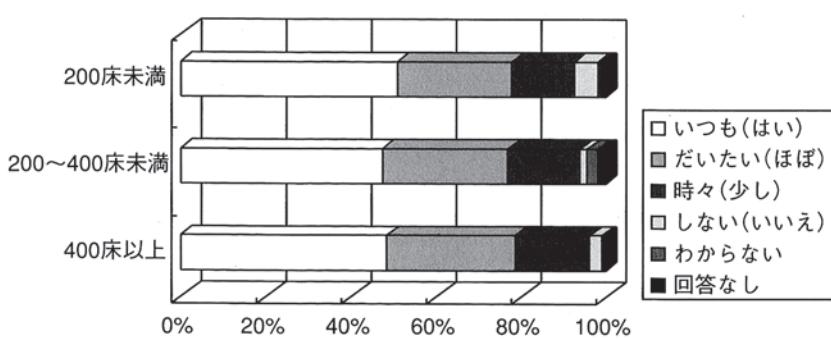


図3 看護師は日常的に口腔ケアをしている

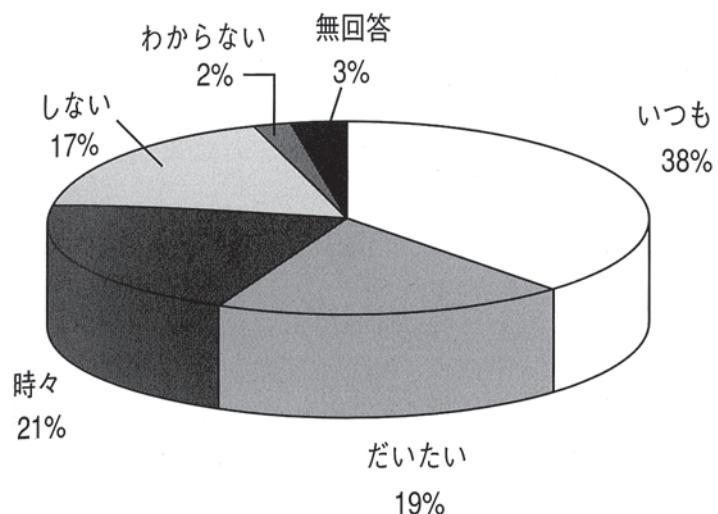


図4 複数の職種で口腔ケアをする

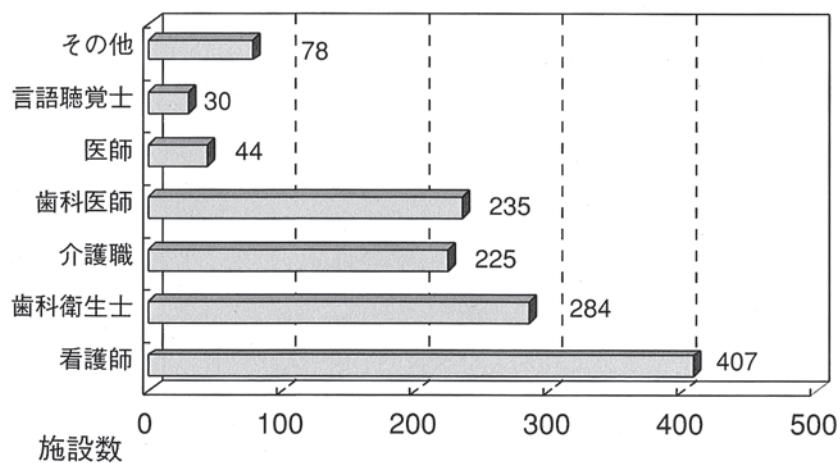


図5 口腔ケアを共にする職種

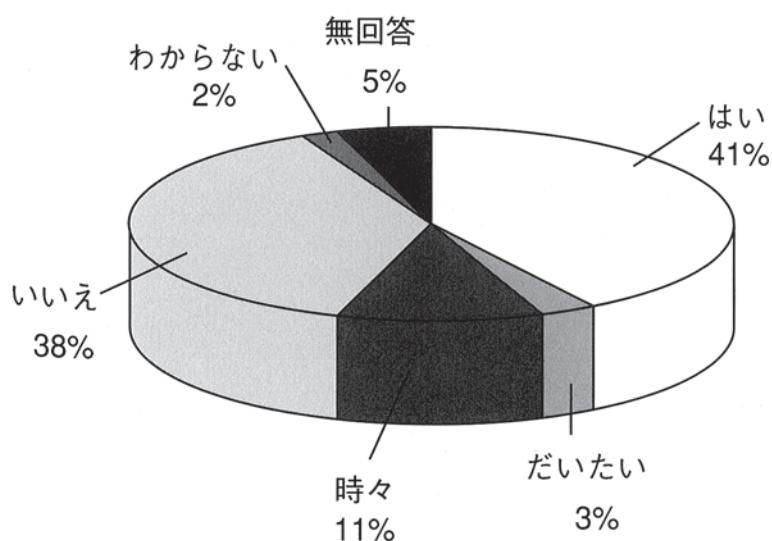


図6 院内で口腔ケアの研修会を実施したことがある

表1 口腔ケアを必要とする患者の内訳

NO.	項目	件数
1	寝たきり・ADL 低下	186
2	脳血管障害/外傷等	144
3	意識障害	80
4	周術期・ICU	73
5	痴呆/神経疾患	56
6	高齢者	42
7	経管栄養/絶食中	38
8	先天性疾患/障害	30
9	口腔内疾患/外傷/義歯等	26
10	重症/急性疾患	21
11	ベッド上安静患者	20
	総件数	883

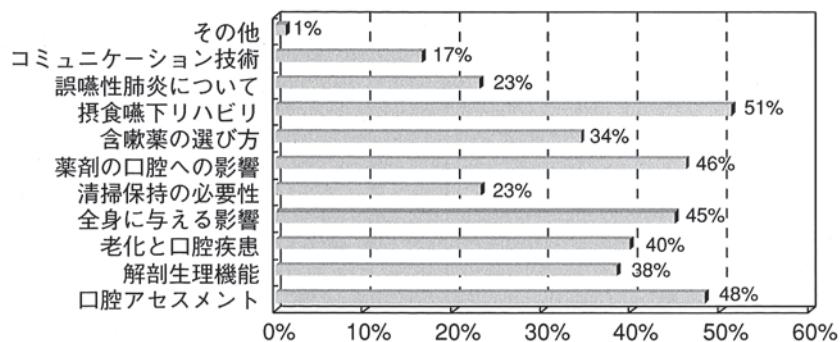


図7 看護師に不足する知識

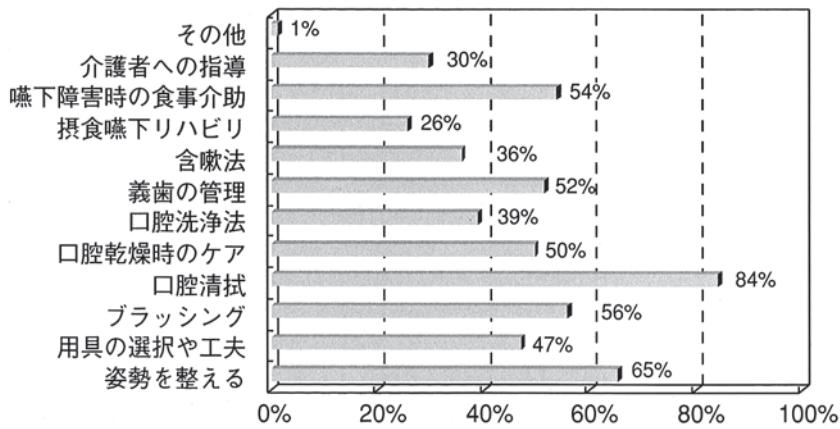


図8 看護師が持っている口腔ケアの技術

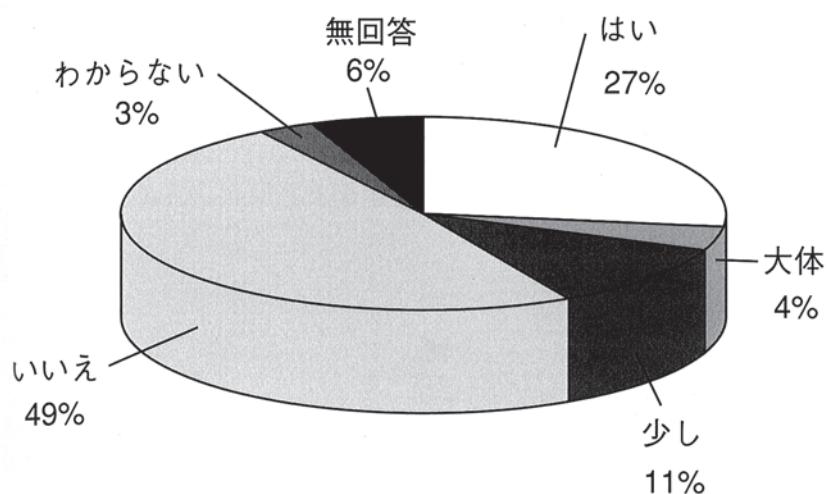


図9 口腔ケアのチームがある

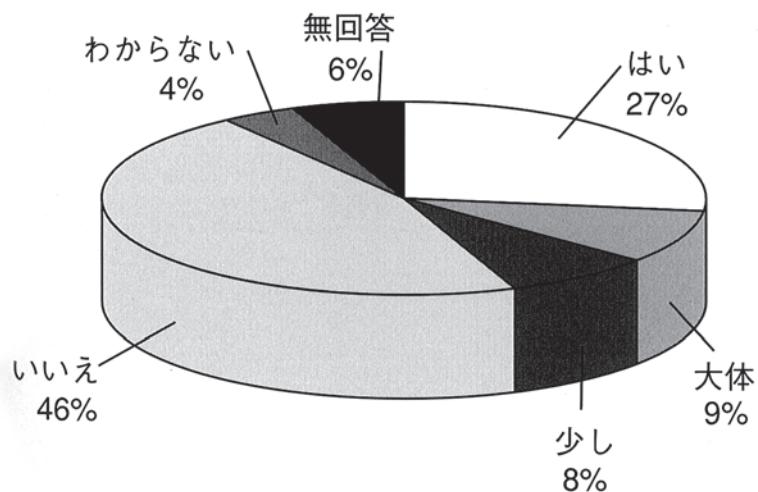


図10 口腔ケアマニュアルがある

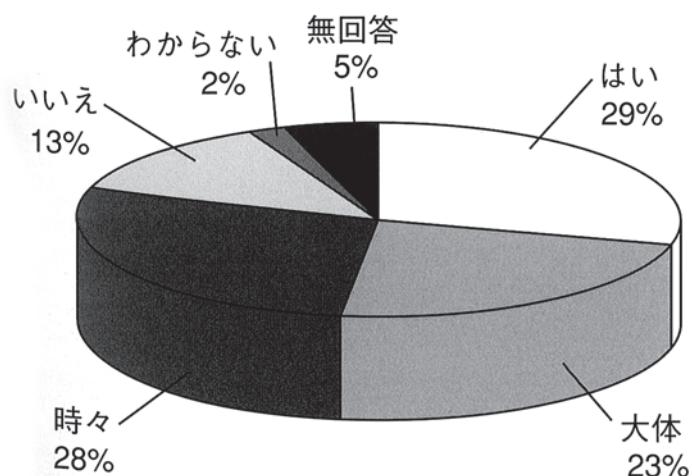


図11 口腔ケアの情報が入りやすい

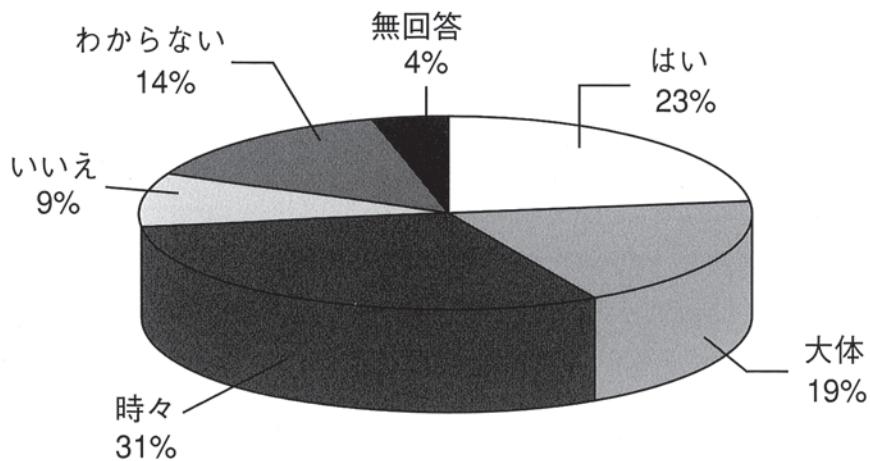


図12 口腔ケアの効果が現れている

表2 口腔ケアの課題や希望（プロシード・プリシードモデルの枠組みによる）

	細項目	+	-	±	細項目 件数	細項目 割合(%)	大項目 件数	大項目 割合(%)
1. QOL、満足度		6	0	0	6	1.6	6	1.6
2. 健康	1) 口腔疾患	1	0	0	1	0.3	17	4.4
	2) 摂食・嚥下機能	0	4	0	4	1.1		
	3) 口腔清潔状態	2	0	2	4	1		
	4) 全身状態	1	0	5	6	1.5		
	5) 誤嚥性肺炎	0	0	2	2	0.5		
3. 口腔ケア行動		15	18	3	36		36	9.6
4. 環境	1) 医療環境等	4	27	1	32	8.6	32	8.6
5. 前提要因	1) 知識	13	6	0	19	5.1	71	18.9
	2) 技術	13	4	0	17	4.6		
	3) 関心認識等	34	1	0	35	9.1		
6. 実現要因	1) 病院、施設資源	56	11	0	67	17.8	174	46.5
	2) 看護・介護	27	7	1	35	9.4		
	3) 新たな関連技術	30	2	0	32	8.5		
	4) 用具の手入	3	0	0	3	0.8		
	5) 研修会等	31	4	0	35	9.4		
	6) 制度	1	0	1	2	0.6		
7. 強化要因	1) 効果	0	1	0	1	0.3	21	5.6
	2) 支援・他職種の協力	13	1	0	14	3.8		
	3) 経済的効果	0	0	6	6	1.6		
8. ヘルスプロモーション/健康教育		0	0	6	6	1.6	6	1.6
9. 評価		0	0	8	8	2.1	8	2.1
10. その他		0	0	4	4	1.1	4	1.1
総 計		250	86	39	375		375	100

口腔ケアと採算性について

分担研究者 市立池田病院 歯科口腔外科 大西 徹郎

研究要旨

今回の研究では病院歯科における口腔ケアの採算性に関する意識や現状の調査を行ったが、その結果、大半の施設では「口腔ケアの実施には採算性に問題があり、早急に保険点数などで収支がとれるようにしてほしい」という希望が強かった。また口腔ケアの報酬に関しては「歯科レセプト上で算定すべき」と答えたところが74%で「医科レセプト上で算定」12%を大きく上回った。「1回あたりの保険点数は100～200点」を希望しているところが多く、明確な口腔ケアの点数がない現状では多くの施設で歯周治療の点数を代用して算定していることがわかった。また急性期、療養型病院における口腔ケアの採算性に関する考え方の相違も明らかになった。今回の調査結果をふまえ今後の保険点数化への期待を含めて「口腔ケアの採算性」に関して展望した。

A 研究目的

入院患者に対する口腔ケアの有用性は広く認知されその実施に向けて様々な取り組みが始まられている。しかしこれらの口腔ケアが一つの「事業」と考えるならば医療における市場原理の原則を抜きにして語ることはできないと思われる。すなわち「医療（ケア）の質の確保および向上」、「効率化」という対立する二つの項目を同時にクリアし、さらに「患者の満足度」を得ることが要求される、という考えである。しかし現在まで口腔ケアの効果、有効性に関しては数多くの報告や論文が発表されているが、「口腔ケアの採算性」に焦点を絞って考察したもののはほとんどみられない。

また口腔ケアに関する明確な歯科診療報酬項目がない現状では、歯科を診療科として有する総合病院においてもその採算性の悪さが口腔ケアの実施、導入における障害となる場合が多いとされる。

このような現状の中で今回のアンケートは全国のいわゆる病院歯科に対して病院収支における口腔ケアの採算性や経営上の有用性に対する認識を調査する目的で実施した。

B 研究方法

病院歯科のうち今回のアンケート調査の返答を得た施設は667施設であった。これらの病院、施設を(a)病院の形態（急性期、療養型などによる分類）や(b)診療内容の相違（一般歯科中心、口腔外科中心など）ごとに分類した上で下記の項目に関する調査を行った。

- (1) 口腔ケアにおける採算性の重要度に対する認識
- (2) 医科、歯科、介護保険など、口腔ケアの診療報酬を算定する保険の種類
- (3) 現在行っている具体的な口腔ケアの算定方法
- (4) 希望する口腔ケア1回あたりの医療報酬について
- (5) 口腔ケアに使用した器具の費用に関して
以上の項目を回収したアンケート回答をもとにして検討した。

C 結 果

(1) 口腔ケアの採算性の重要度

本調査にて返答のあった対象施設は急性期病院46%、療養型病院15%、その中間型（ケミックス）30%という比率であった。

そのなかで口腔ケアの採算性は重要ではない、不採算であっても実施しているという施設は全体の20%にすぎず大半の施設では採算性に大きな関心を持っている（図1）。この傾向は急性期病院に強いが、一方療養型病院や障害児専門施設においては30%以上の病院が不採算であっても実施していることがわかった（図2）。逆に一般歯科、口腔外科中心などの当該科の診療形態に関する差違はあまりみられなかった（図3）。

前述のように何らかの形で口腔ケアを行っていると答えた施設は377施設あり、行っていないまたは検討中と答えた施設（283施設）を大きく上回っていた。しかしその一方で図4

に示すように「早く保険点数などで採算がとれるようにしてほしい」と答えた371施設では口腔ケアの実施の障害となっている要因として約半数がマンパワー不足をあげており、不採算、病院の無関心をあげていた施設がそれに続いた。この結果はA-6項目に示すように口腔ケアを主に担当する常勤の歯科医師、歯科衛生士数がそれぞれ1名、2名の施設が最も多い現状を反映しているものと思われた。

(2) 診療報酬を算定すべき保険の種類

口腔ケアを算定する保険の種類としては多くの施設(74%)で「歯科レセプト上にて算定すべき」と考えており、「医科レセプト上で算定すべき」とする施設(12%)を大きく上回っている(図5)。「介護保険内で算定」や「患者から費用を徴収すべきではない」という施設もわずかであるが見られた。急性期、療養型の比較ではあまり違いは見られず(図6)、いずれも「歯科レセプト上」の希望が多かったが、興味あることに診療内容が口腔外科中心の施設において医科のレセプト上で算定としているところが他の群に比べて多く、逆に一般歯科中心としている施設は歯科レセプト上での反映を期待していることがわかった(図7)。

(3) 算定方法

実際の保険算定方法に関する調査では約2/3の施設(420施設)で現在の歯科診療報酬上で口腔ケアを歯周疾患の治療の一つとして保険算定し、その多くの施設では現在の医療保険で規定された範囲を超過したものは病院負担としていることがわかった(図8)。さらに全く保険算定していないところも24%(161施設)とかなり多くみられた。療養型では「算定していない」の比率は低く、何らかの形で口腔ケアを収益として評価していることがわかった。反対に急性期や中間型の病院においては算定していない群が1/3以上みられた(図9)。また診療内容が口腔外科中心の施設においては「算定していない」と答えたものが多くみられ、一般歯科中心の施設を大きく上回った(図10)。

(4) 口腔ケア1回あたりの診療報酬

口腔ケア1回あたりに希望する保険点数としては図11に示すように100~200点を希望す

るところが最も多く、その次に200~300点が続いた。

急性期病院は他の病院形態の施設と比較すると200点以上の点数を希望するところが多く半数を超えた。逆に療養型病院は200点以下の点数が望ましいとするところが60%を超えていた(図12)。療養型は急性期型に比して実施回数が多いため、希望点数が低くなったものと思われた。当該科の診療内容の相違は希望する点数とはあまり関係がなかった。

保険点数においては実際に実施している口腔ケアの回数、頻度、時間などと関連させる必要があるため他項目(北村項目)とともに検討した。

前掲の様に入院患者の口腔ケア回数などの調査では外来診療室で実施する場合と訪室して実施する場合と2通りに分けて集計したが、両者とも表1に示すように全く同様な回答内容であった。

上記のもっとも回答数の多かった口腔ケアの回数(5回未満)、実施所要時間(15分以内、15から30分)、1日あたりの実施人数(5人未満)だけに注目して口腔ケア点数の希望をまとめたのが図13、14である。その結果、いずれのグループも1回あたり100~200点の保険点数の算定を期待していることがわかった。

(5) 口腔ケアに使用する器具の費用に関して

口腔ケアを実施する際には歯ブラシや舌ブラシなどをはじめ、種々の器具、薬剤を利用することが多いがその器具の費用負担に関しては意見が分かれるところである。上記のような比較的安価なものから給吸ブラシのような高価なものまでその種類は多岐にわたるため、器具の費用に対する実態およびその意識調査を行った。

その結果、図15に示すように病院の種類による差違はあまりなく使用する器具「病院負担で患者から費用徴収していない」施設が約40%を占め、「一部徴収」、「全額徴収」を上回った。また障害児専門施設などではこの傾向はさらに強く、患者から費用を徴収しているところは20%以下で病院、施設の特色が色濃く反映された結果となった。また「器具を滅菌後再利用している」も15%みられ、全額

徴収と併せて考えると器具の費用負担は口腔ケア実施施設においては大きな問題であることが浮き彫りとなった。

D 考 察

本編の冒頭で述べたようにすべての医療（看護）行為は

「医療（ケア）の質の向上」

「効率化（採算性）」

「患者の満足度」

という、相反する3つの観点から考える必要がある。今回の研究班の調査結果によると上記の3項目のうち、口腔ケアの実施に伴う「医療、看護の質の向上」、「患者の満足度」の2点に関しては他の分担研究者が示したように、看護職を含めた我が国の医療界全体のコンセンサスがほぼ得られているものと思われるため、本論では「採算性、効率化」に関して検討を加えたい。また今回の採算性に調査では歯科医療従事者（歯科医師、歯科衛生士）を中心となって行う専門的口腔ケアの採算性に注目しておこない、看護職が行う「看護業務としての口腔ケア」については調査対象に含まれていない。

後掲の看護職に対する意識調査においては「口腔ケアは看護の質を向上させるか」という設問に対してほとんどすべての施設が「はい」と答えている。

今まで入院患者の口腔ケアに対してはいろいろな方面からその有用性、必要性が報告されてきているが、残念ながら現在の段階では歯科、医科、看護のいずれの分野においても「口腔ケア」に関して見解の一致や明確な定義がなされていない。そのため現行の保険制度の中では保険点数として反映されておらず、医療保険においては試行錯誤、もしくは点数を算定せずに実施しているのが現状である。

またF-2項目では病院経営上の有用性についての評価として、「肺炎の防止などによる薬物使用量の抑制」、「患者獲得の一つの方策」、「在院日数の短縮による病院経営への寄与」の順にあげられていた。

表2に口腔ケアの採算性についてまとめた。

今回の調査で口腔ケアにおける採算性の重要度に関してはほとんどの施設で現行の保険制度での口腔ケアの実施について、保険制度確立の

不備を指摘し、新しい形での保険制度への組込みを希望していることが明らかになった。これは急性期、療養型などに関わらずすべての病院、施設に共通する傾向であり、採算性の重要性を現場が強く望んでいる結果となった。

次に口腔ケアの診療報酬を算定する保険の種類としては、ほとんどの病院、施設において歯科レセプト上での診療報酬の反映を期待している。このことを裏返せば「医科」の医業収益と比較される、病院歯科がおかれている医業収益面での厳しい環境が見え隠れし、現場が抱いている「口腔ケア」という新しい収益源への期待感が示唆される。ただし今回の調査で明らかになった大半の病院が希望する「歯科レセプト」での算定、という事項は現在の我が国の保険制度の状況下において受け入れられるかどうかは不透明なところであり、検討の余地が残されていると思われる。

具体的な算定方法としてはすでに実施している大半の施設では歯周疾患の治療の保険点数を代用しているものが多かったが、結果に示したように急性期病院においては口腔ケアの点数を算定していない施設も25%程度とかなり多く、このことは急性期病院が「早く保険点数などで採算がとれるようにしてほしい」と述べていることと相關するものと思われた。

希望する口腔ケア1回あたりの医療報酬としては実施する回数や所要時間との関連がみられた。

口腔ケアを実施している施設の中でのもっとも回答数の多かった口腔ケアの回数（5回未満）、実施所要時間（15分以内、15から30分）、1日あたりの実施人数（5人未満）だけに注目して口腔ケア点数の希望をまとめたのが図13、14である。その結果、いずれのグループも1回あたり100～200点の保険点数の算定を期待していることがわかった。

実際の病院運営には多様な要素がそれぞれ複雑に関連しており、簡単に評価できるものではない。しかしこれを一元的に考えた場合、病院、施設経営の観点からの口腔ケアの採算性は、総合的な収支としてプラスになるシミュ

レーションが可能となればよい。すなわち表2に示すようにマイナス面としてあげられる歯科衛生士などの人件費の増大や器具やインフラの整備を、保険点数での収益や薬剤の削減、入院診療単価の増加などによる収益増にてカバーできればよいといえる。

今回の調査でわかったように口腔ケアの病院経営上の効果として第一に「肺炎の防止などによる不要な薬剤使用の減少」をあげており、その次に「患者サービスの一環として結果的に患者獲得の方策になること」をあげている施設が多く、口腔ケアと患者在院日数を関連づけて考えている施設は意外と少ないことがわかった。一方、平成14年から算定可能となった「急性期入院加算」により条件を満たした病院は収益的にかなりの恩恵を受けることが知られている。この加算を算定するには平均在院日数の17日以下への削減が必須の条件になっており、このことが算定への大きなハードルとなっている。筆者らは全身麻酔下手術を行う患者に対して術前術後の口腔ケアを実施することにより一部の疾患の術後の在院日数が短縮されることを報告した。また口腔ケアの実施により術後の肺炎や熱発などの問題を回避し、クリティカルパスを滞りなく遂行することで、より病院経営的に有用となることも予想された。これらのこととも口腔ケアの将来的な展望を示すひとつの根拠となる可能性が示唆された。

E 結 論

今回の研究により現在口腔ケアの必要性に対する認識度は非常に高いが、それに相当する保

険点数などの採算性への配慮はほとんどなされておらず、大半の病院、施設において医業収益上の採算が大きな関心事であることがわかった。今後、「口腔ケアの採算」を期待する方法としては

- (1) 口腔ケアの行為自体に対する歯科保険診療として新しい保険点数による評価
- (2) 医科入院収益の中での包括的な点数算定
入院患者の口腔ケアを医科の入院医療費削減の観点から医科の点数のなかで包括的に算定する。
- (3) 療養型施設においては介護保険内への導入要介護状態の進展を防止し、介護保険費用の削減を図ることを目的として、介護保険の見直しが行なわれており、要介護1及び要支援の人には介護予防サービスが義務づけられ、口腔ケアがこれに含まれる見込みといわれている。
- (4) 患者サービス向上に伴う患者獲得や在院日数の短縮に伴う診療単価の増加という間接的な病院経営への貢献
などがあげられる。

これらの算定により口腔ケアの採算性を要望するためには今後さらなる具体的な数値による口腔ケアの収益面での効果などの実績を蓄積していく必要性があると思われる。多くの口腔ケアを実施している施設の希望である採算のとれる保険制度などがうまく導入され、「医療、ケアの質の向上」と「患者の満足度、QOLの増加」のすべてを同時に満たすシステムの構築に期待したい。

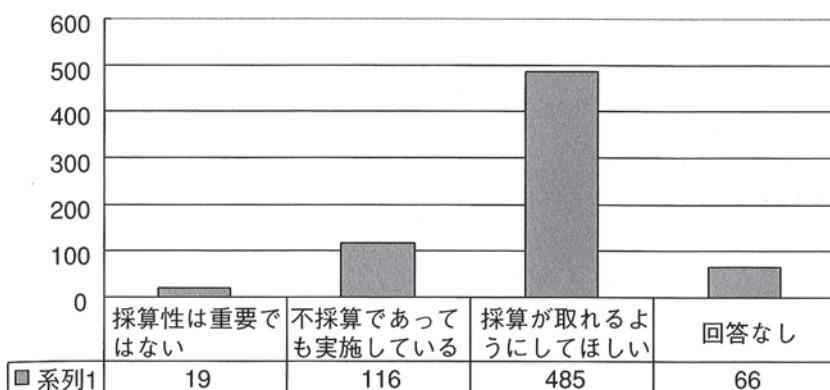


図1 採算の重要性

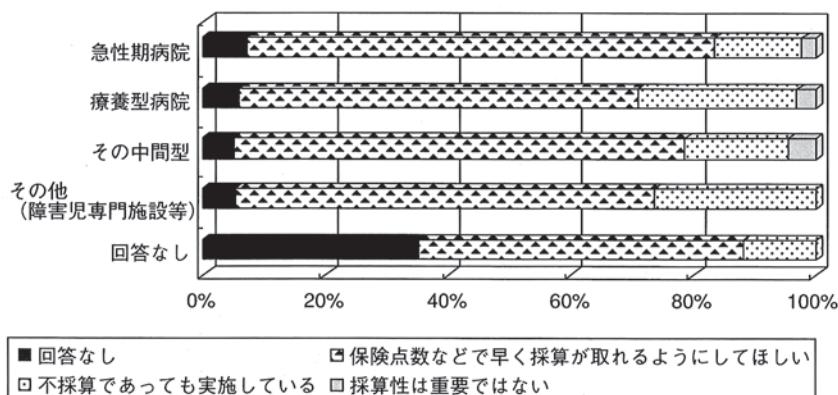


図2 採算の重要性（病院の機能別）

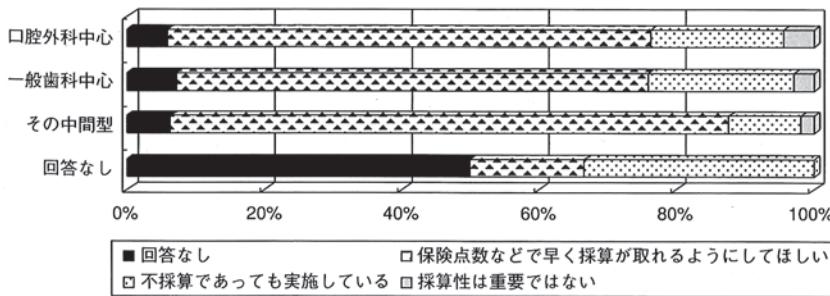


図3 採算の重要性（歯科の診療内容別）

採算性が口腔ケアの実施の障害になっている?
371施設中

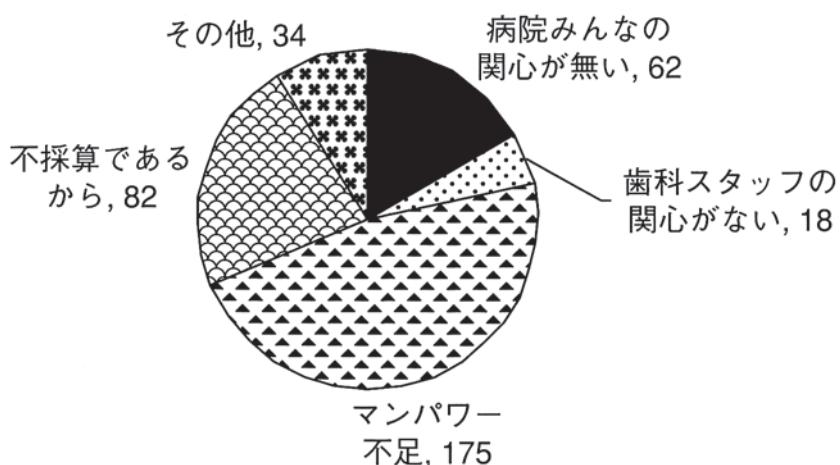


図4 口腔ケアの実施の障害となっている要因

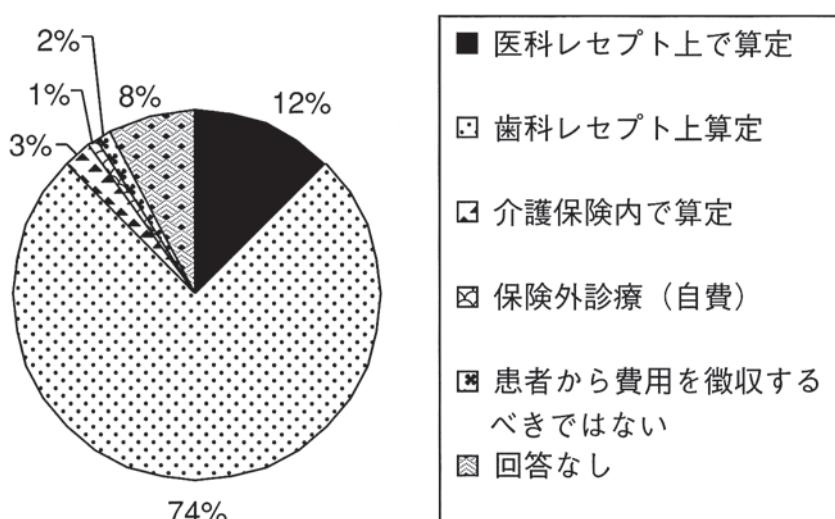


図5 算定を希望する保険の種類

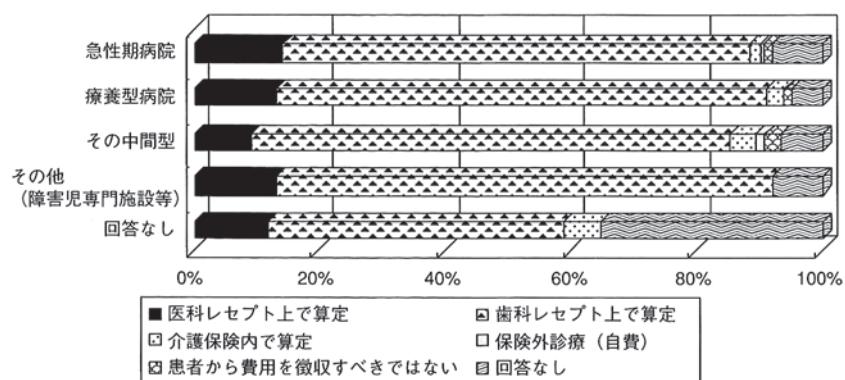


図6 算定を希望する保険（病院機能別）

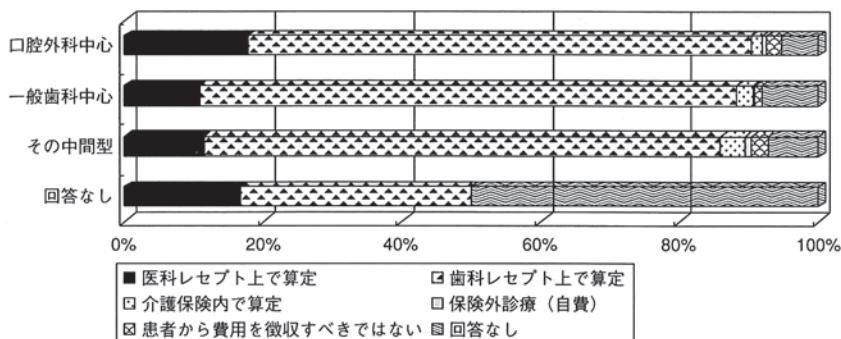


図7 算定を希望する保険（診療内容別）

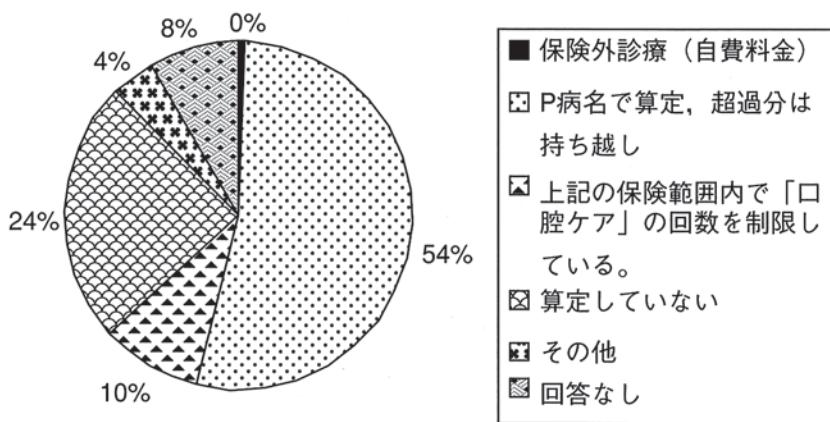


図8 口腔ケアの保険算定方法

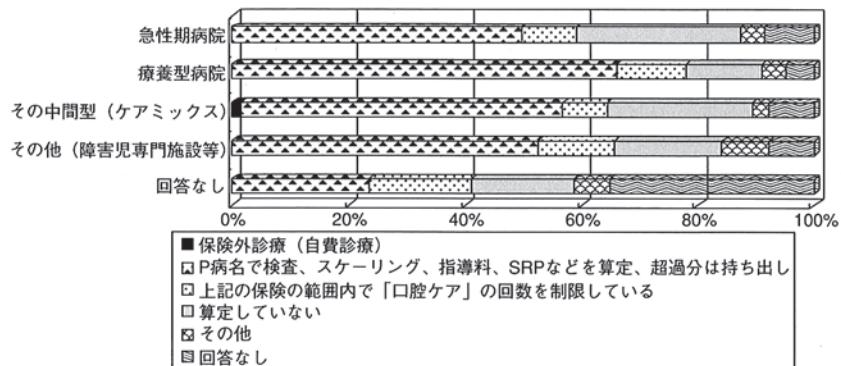


図9 保険算定方法（病院機能別）

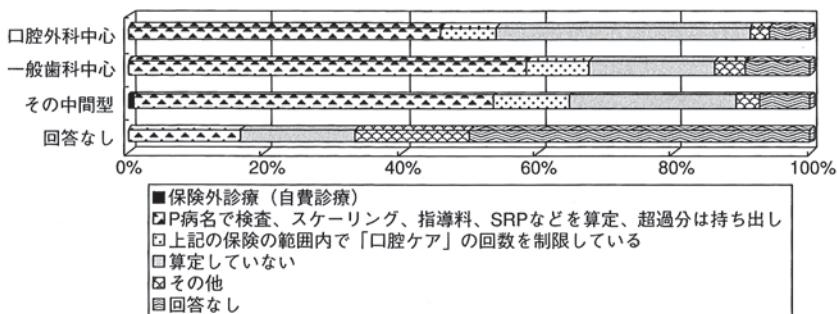


図10 保険算定方法（診療内容別）

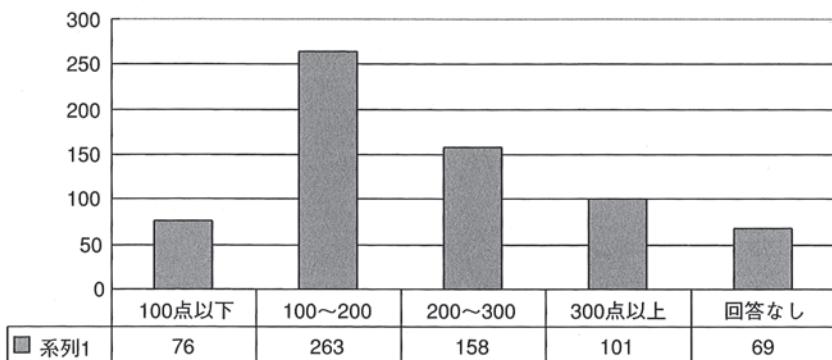


図11 口腔ケア 1回あたり希望する保険点数

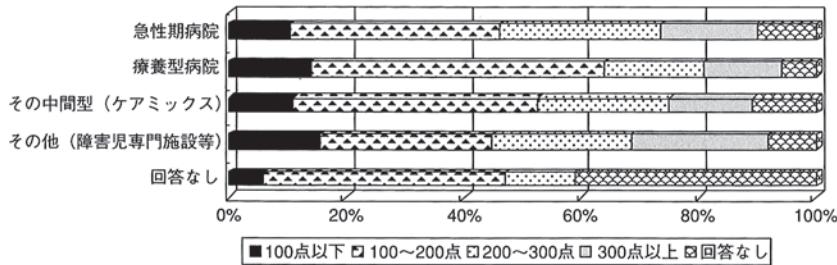


図12 希望する保険点数（病院機能別）

表1 口腔ケアの現状（外来、訪室）

調査項目	実施頻度	実施人数(1日)	実施時間(分)	実施回数(1人)
最も多い回答	週1～3回、または不定期	5人未満	~15 15~30	5回未満

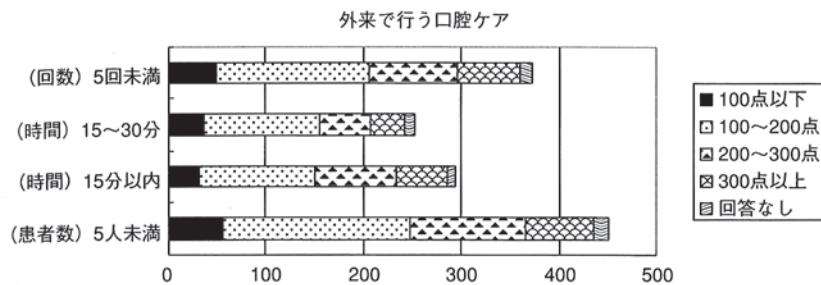


図13 希望する点数 (外来)

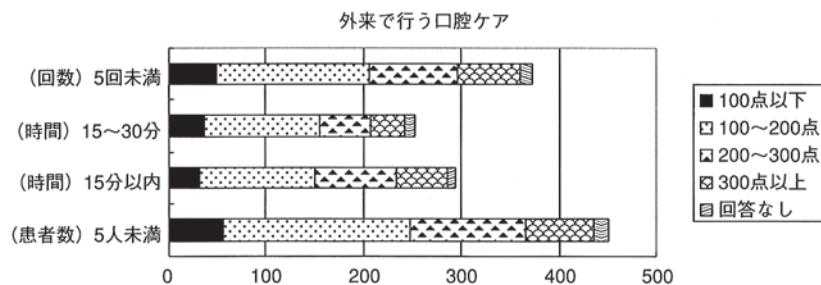


図14 希望する点数 (訪室)

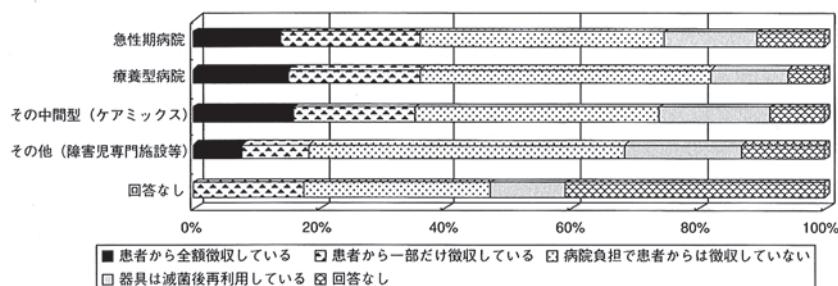


図15 使用器具の費用 (病院機能別)

表2 口腔ケアの採算性

口腔ケアの採算性に関する要素	
収益 (経営上のメリット)	費用 (経営上のマイナス面)
医業収益	人件費の増大
肺炎防止などによる薬剤購入費の減少	使用する器具、消耗品の費用
在院日数の短縮による診療単価の向上	時間的な制約→歯科診療収益の減少
患者サービス (QOL) 向上に伴い受診	設備、環境の整備
患者数の増加	
クリティカルパスの有効な活用が可能	看護業務の繁忙化
要介護状態の進展を防止し、介護保険費用の削減	

今後の展開について

分担研究者 神戸市立中央市民病院歯科口腔外科 田中 義弘

研究要旨

全国の歯科のある病院における口腔ケアに関する現状と課題について検討した。その結果、内科、脳外科においては約4分の一の診療科で口腔ケアがなされていたが、急性期疾患を抱える部署や診療科では全体にまだ実施されているところは少なかった。展開の阻害要因はマンパワー不足と診療報酬が算定されていないことであり、前者は各職種間のさらなる連携強化と動機付けのための勉強会やカンファレンス、さらには、全国規模の学会の発足とガイドラインの策定が早急に必要である。後者については関係各位のご努力を期待したい。これら2つの方略によって現在歯科のない大多数の病院においても近隣の歯科診療所からの急性期疾患患者に対する口腔ケアの進展が見込まれ、医療費全体の低減につながる可能性が示唆された。

A 研究目的

口腔ケアの展開ないしは普及を考えるに当たってまず現在口腔ケアの抱える課題を整理して、その上で展開のため条件を考慮する必要がある。まず、入院患者に対して看護師サイドは日常業務として長く口腔清拭を実施してきた。一方、歯科外来患者に対して歯科衛生士は歯周病対策としてのブラッシング指導が実施されてきた。その後、寝たきり者、要介護患者に対して歯科医師や歯科衛生士が在宅訪問して口腔ケアに携わるようになって、共通認識としての全身状態を視野に入れた「口腔ケア」の概念が打ち出された。今はまだこの発展段階であり、その質的な拡大、すなわち急性期の患者や周術期の患者へ、さらに全入院患者へと対象患者が量的にも拡大しつつある。今後さらに病院から地域へと水平的な拡がりを、また歯科が栄養管理チームの一員として「食」にまでこだわるための条件について検討した。

B 方法および結果

まず、アンケート項目の中から口腔ケアの現状と問題点および今後の展開について検討するために、課題や展開に関連するものを抽出した。つぎに自由記載からこれら各項目をまとめ、その主な意見について取り上げた。

1. 歯科が「口腔ケア」を実施している診療科
現在の歯科のある病院において口腔ケアの行われている診療科は内科、外科、脳神経外科が多い（図1）が、実際上、どの診療科で実施されているかを知るために診療科の母数

で割ると、内科は149/615 (24%)、脳神経外科は80/335 (24%)、神経内科は52/297 (18%)、外科は88/514 (17%)、ICUは38/238 (16%) の順であった。その結果、回答の得られた病院の全診療科を母数とすると約10%の診療科で実施されているだけであった。

2. 口腔ケア実施の阻害要因は図2のようにマンパワー不足、不採算、病院みんなの関心が低い、が多かった。まずこの3項目について検討した。

1) マンパワー不足

一般病院のマンパワーは平均で歯科医師1~2人、歯科衛生士2~3人である。したがって現状から言うと、外来患者の歯科治療や歯科入院患者の手術や処置で手いっぱい状態である。182施設からの自由記載の中で、このマンパワー不足をあげている意見が40件であった。看護管理者からも時間とマンパワーがあればという12件の意見があった。

歯科として他科の入院患者の口腔ケアまで実施していないし、求められてもいない(19)、そして依頼のあるときのみ、相談に乗ったり、病室に出向く(19)という現実的な対応をとらざるを得ない施設が多い。

マンパワー不足を解決できないのであれば、その業務を効率化するための工夫が必要で、その第一は、各職種間の連携である。看護管理者への質問（質問6）ではその70%が歯科医師や歯科衛生士と連携が取

れているという。しかし、自由記載では職種間の連携が必要（4）、歯科との連携を進めたい（6）、歯科医師、DH の積極的な参加を望む（11）、DH の協力が不十分（4）という歯科側の協力を求める意見が多い。歯科側の意見として、口腔ケアの主体は看護師、介護士であるべきだという意見（12）と、逆に口腔ケア専任の DH が必要（4）、あるいは専任の DH を病棟に常駐させる必要がある（すでに配置を含む）（5）。DH は専門的ケア、PMTC を行っている（3）などと施設によっては、NS と歯科との連携の仕方に問題を残しているということが明らかになった。

他の意見として、DH が訪室するのを快く思わない、逆に NS は DH にまかせっきり、国立の施設には DH の定員がないなど様々な意見があった。

これらの解決策として歯科と看護の情報の共有のために口腔ケアチームが必要（10）。また、NS の中に口腔ケアのチームリーダーが必要（4）、入院中は NS が中心で退院後は本人・家族が中心、どちらも指導は DH が中心という現実的な意見があった。歯科の訪室によって病棟のスキルアップになり、DH の訪室が少なくなったというポジティブな意見もあった。

他職種との関係では 摂食、嚥下は ST が行っているので NS は消極的。NS の啓蒙が大切（4）と職種間の連携に関する意見が多かった。

2) 経済的な裏づけ（この項については大西の報告を参照）

不採算であるために口腔ケアが普及しにくいことも事実である。

病院全体として「口腔ケア」を行うことの経営上の有用性について（図3）を見ると

- ① 口腔ケアを行うことにより在院日数を短縮させることに貢献している
- ② 誤嚥性肺炎の防止などで薬物の使用量を減らすことができる
- ③ 患者サービスの一環であり患者獲得ひとつと思う
- ④ あまり有用ではないと思う

介護保険による療養型の病院の意見が多いせいか あるいは実際に経験していないこともあり、②や③の回答が多く①の回答が思ったほど多くはなかった。

自由記載では採算性に問題があるという意見（17）が多く、保険による診療報酬の裏づけがぜひ必要である（15）。この場合、多くは院内他科から歯科への紹介となるため、歯科の紹介率が低下する（6）という意見があった。そのためには歯科ではなく、医科のレセプト算定でもよいとする意見（2）もあり、極めて難しい判断が求められた。また歯科が絡むと負担増となるので、口腔ケアが定着しないのではないかという現実的な厳しい意見もあった。

3) 口腔ケアへの関心を高めるには

口腔ケアへの理解度を高めるために歯科が中心となって医科へも啓蒙しよう（7）、全国的にセミナーを開いて関心を高めてほしい、一番効果的のはどこから始めたらよいか教えてほしい、口腔ケアの定義がはっきりしない（4）、そのために従来から言われていた狭義の口腔ケアとの区別が付かず新たな情報として認識されにくいのではないかという意見があった。

つぎに看護管理者の自由記載からの意見をまとめると口腔ケアの講習会が必要で、近くで実施されれば参加したい（15）、NSへのモチベーションが必要という意見のほかに当施設ではすでに口腔ケアはシステム化されていて（7）、講習会の講師依頼がある、そして DH ともども病棟のラウンドを行っている（4）、NS の教育にも力をいれ、院内で勉強会を行っている（5）、共通の認識を持つため、勉強会を行っている（5）、研究会を発足させる予定（4）、摂食嚥下や VF にも積極的に参加している（2）、摂食嚥下障害委員会ができた（2）、NST（栄養支援管理チーム）ができるのでその中に口腔ケアを加える（2）、プロジェクトを立ち上げ中、講習会を行ったなど、すでに口腔ケアに対して積極的に取り組んでいる施設の意見が多数あった。

3. 3項目以外の他の意見としては

開口障害、常に開口、口腔乾燥、体位変換

困難、痴呆、放射線抗癌剤治療中の患者などに対する口腔ケアの具体的なスキルを指導してほしい（11）、つきの段階としての疾患別、病態別、テーマ別の個別化したケアが必要（7）、口腔ケアの技術に差があるので、平準化が必要（3）、小道具や口腔ケアグッズの入手方法が知りたいという具体的な要望から口腔ケアチームが必要（10）、最新の情報がほしい（7）、家族への教育が大切（2）、何でも繰り返し教育が必要。アセスメントが不足（5）、NSによるアセスメントが課題、カンファレンスが必要、トレーニング食の提供が不足（2）、さらに、セルフケアの向上、家族への指導、地域への連携が必要、MRSAへの対応が不十分など多くの意見が寄せられた。

また、少し見方を変えた異なる意見として「口腔ケア科」をリハビリの中につくるべき（2）、歯科のない病院にこられる嘱託医は口腔ケアに対する理解がなく、単なるかかりつけ医として指導料を目的にきているだけであり、診療についてもリスクが高い（5）、寝たきり者に対する口腔ケアは義務的なものにとどまっている、口腔ケアの有効性ばかりが先走りし過ぎないか、今はいいが、8020は困る、寝たきりになると歯がない方がケアしやすい、DHによる外来での指導に疑問がある、口腔保清と摂食嚥下は別と考えるという意見もあった。

しかし、無関心であったことに反省、口を見れば介護、看護がわかる、口の健康は食べることだから生きる意欲につながる、口腔ケアは心地よいケアでありリフレッシュされ、心のケアなのである、といった口腔ケア肯定派の貴重な意見もあった。

4. 口腔ケアの展開

これから展開についてこの事業を発展させたいと思われる方策について尋ねると全病棟に広げたい（34%）、看護師さんの更なる協力を得てEBMの出せる臨床研究につなげたい（26%）、入院患者を訪室したい（23%）、在院日数の短縮につなげたい（14%）、救急やICUのような急性期の病棟に広げたい（6%）という結果であった（図4）。

教育用のマニュアル作りを、また今あるマニュアルの充実を望む（13）を含めて多く

作業が残っているように思われる。一方すでに移植医療、化学療法、IE予防で行っているという施設もあった。

5. 地域への拡大

退院時に歯科が口腔ケアの指導に関与しているか。という問い合わせに対して15%の施設がはいと答えただけであり、まだまだ将来の問題である。つぎに退院後に転院先に看護情報とともに口腔ケア情報も提供している施設は9%、転院先に歯科がある場合には情報提供しているというところは32%であった（図5）。在宅療養となった場合、何らかの形で訪問歯科診療、訪問口腔ケアを受けられるように指導しているという施設は25%であった（図6）。

入院、在宅にかかわらず、患者さんの口腔ケアについては引き継いでいくことが望ましいが、そのためには地域との連携のために共通のプロトコールが必要である。また、退院後、訪問NSとDHが同行して訪問口腔ケアを引き継いでいるという施設もあった。こうして地域にも口腔ケアを広げる努力が期待される。

結論的には、口腔ケアの優先順位はいまだ低く、介護病棟では確立されてきてはいるが、一般病棟、急性期病院全体では安全対策や感染症対策と同様に全病院的な取り組みが必要である。

そのためには小さな具体的なことから、医療保険での算定といった大きな政策的なことまで、まだまだ取り組む課題が多い。

D 考 察

1. 歯科と病棟とのよりよい連携

歯科関係者の圧倒的なマンパワー不足から考えると1～2週に一度のDHによるPOMCとNSによる日常の口腔ケアチェックがいい組み合わせとなると思われる。

ただ、看護師と歯科衛生士が一緒に仕事をした経験がない施設が多いと思われるが、病棟で一緒に仕事を続けてゆく間にお互いの強いところと弱いところが次第に相互理解するようになり、しかるべき形で相互に補完しあうようになる。

私たちの病院では悪性血液疾患の骨髄移植時の口腔ケアに携わるようになってから10年

以上になるが、その後、脳神経外科病棟に口腔ケアが広がり、現在糖尿病の教育入院についても検討中であるが、両者の関係に問題はない。最初からスムースにいくわけではなく、時間が必要であり、カンファレンスや検討会、チーム編成などによって相互理解が進むのである。そしてお互いに患者を前にして具体的なことで討議を続けることがいい刺激となり、お互いに成長する。NSが口腔ケアのポイントをつかむとDHの訪室回数が減少したという事例も報告された。

2. ICU、救急などのほかに周術期での口腔ケアにより早期からかかわること

最近の口腔ケアに関する単行本や雑誌の特集号では各疾患別で病態別の口腔ケアの要点を集めたものが多い^(1~7)。このことは口腔ケアがより専門的に分化しつつあることを示している。特により早期からリハビリすることが結果的にいい結果につながるということがこの傾向に拍車をかけている。ICUや救急など今まで歯科衛生士が訪室することが少なかった部署への立ち入りが増えるにつれ、バイタルサインをはじめ血液データなども読めることが必要となってきた。また、周術期における口腔ケアへの対応となると感染に対してより慎重な対応が要求されよう。

3. 診療報酬の算定

医療保険の後押しがあればさらに口腔ケアの重要性が評価され、口腔ケアが直接早期離床につながるに違いない。そのような動機付けがぜひ必要で、たとえば褥そう対策と同様な方式で、すなわち、褥そうチームの存在と予防的ケアを計画することで褥そう予防加算料の廻減を免れる方式は口腔ケアにも適応されることが期待される。

これらのことが一般的となれば歯科のない大多数の病院でも歯科を設置して歯科衛生士を常勤させるか、近隣の歯科医院と契約してPOMCのためにDHに来訪を依頼する事が増えることになるに違いない。いずれにしても現在急性期加算の平均在院日数は17日となっているが、近い将来には14日まで短縮されようとしているのでそのためには口腔ケアも大いに貢献できるのではないかと考えられる。

ただ、現在、医療保険は医科と歯科に分か

れており、算定は医科では口腔ケアの形で看護料に加算または新設、歯科では介護保険と区別するために急性期口腔ケアとして出来高払い方式で算定できるようにならぬだろうか。今後早急に検討すべき問題である。

4. NST（栄養サポートチーム）への歯科の参加

単に口腔ケアにとどまらず、「食」すなわち栄養状態の管理は全ての治療の基本であり、食事による全身の栄養状態の改善による免疫力抵抗力の増強はとくに高齢者の場合、院内感染対策を含めた安全な医療提供の基盤整備につながる。

そのため、食のための道具としての歯牙は、歯牙の喪失によって食事が摂りにくくなり、十分に咀嚼できない状態となれば、歯科医師による義歯作成などの歯科補綴処置を待たねばならない。とくに多数歯欠損と義歯の未装着の方は慢性的な低栄養状態につながりやすい。その上で、歯科衛生士による専門的口腔ケアや看護師などによる日常的な口腔ケアによって現在の残された機能の維持が可能なのである。

その結果、入院患者の歯科治療は従来のように痛いところをとりあえず治すという目的から一歩進めてより完全な咀嚼器官に近づけるという、より積極的な目標に切り替える必要がある。

厚生労働省と歯科医師会によって始められた8020運動の成果は最近兵庫県歯科医師会から発表された“7020運動達成者と未達成者における医科診療費の違い”として両者の間に約20%の医科診療費に差があったという報告⁽⁸⁾がなされた。このように私たちは口から食べて生きているのであり、口の機能をもっと全身状態と詳しく関連づける根拠を見出す方向で、研究されねばならない。また、全身の栄養状態の把握においても栄養士によるカロリーや栄養素の机上の計算値に歯牙の状態や咀嚼力の係数を掛けることによって、実際の摂食された量との差を埋めることになると思われる。

5. 歯科のない病院に対する方策

歯科を併設していない病院については平成14年度厚生労働科学研究・長寿科学総合研究

事業「要介護老人の摂食障害発生要因に関する研究」の研究報告書（2003年3月）⁽⁹⁾から以下の結論を抽出して検討した。

- 1) 歯科の有無と咀嚼機能や舌の機能の評価は相関していたが、脳卒中急性期患者に対する義歯の使用開始時期や義歯に対する評価には有意な差はなかった。
- 2) 近隣の歯科医院との協力体制の有無による咀嚼機能、舌機能、義歯使用開始時期、義歯の評価はいずれも相関していた。

以上のように歯科からの情報提供の多い施設ほど咀嚼、舌、義歯についての評価を行っている施設が多かった。

- 3) 看護職員に対して歯科衛生教育を行っていない施設は70%あり、教育を行っている施設では有意に咀嚼、舌、義歯に関する評価を行っていた。

そして「看護師は患者さんの口腔をどうやってきれいにしょうかといっぱい考えていることを、歯科の人々にもっと知ってほしい」という意見が述べられていた。このことは歯科界の要介護者への対応の不十分さと情報発信のまづさを裏づけるものであり、歯科界全体が要介護者への対応を再考する必要性を示唆されたものである。

E 結 論

- 1) 口腔ケアが実施されている診療科は、内科、脳神経外科では全体の4分の1で実施されていたが、ICU、外科など急性期を担当する診療科では十数%にとどまっており、今後周術期の口腔ケアに拡大させる必要がある。
- 2) 口腔ケアが広がらない要因のひとつはマンパワーの不足であるが、歯科と病棟、NS、DH、ST等の各職種間の連携を勉強会、カン

ファレンス、チーム編成などを通じて強化していく努力が望まれる。

- 3) 急性期疾患に対する口腔ケアは慢性期のそれとは異なって疾患そのものの治癒を促進する。したがって医科か歯科、あるいは両者の医療保険で診療報酬が算定されなければ、口腔ケアは広がらないと思われ、早急な検討を進めるべきである。
- 4) 口腔ケアの関心を高め、情報の交換のために各職種、各部署からの参加できる横断的な全国規模の学会が必要である。

参考文献

- 1) 鈴木俊夫、迫田綾子編：これから口腔ケア；JNNスペシャル Vol.73、2003年6月
- 2) 丸川征四郎：ICUにおけるオーラルケア；メディカ出版、2000年5月
- 3) 植田耕一郎：脳卒中患者の口腔ケア；医歯薬出版、2001年3月
- 4) 道重文子：肺炎を予防するための口腔ケア；呼吸器ケア Vol.2 (2)
- 5) 松下文彦他：ICU入所患者の口腔ケア；ナース専科 Vol.22 (12)、2002年11月
- 6) 瀧本庄一郎他：3次救急入院患者の口腔清掃とその効果；障害者歯科 Vol.23 (2)、2002年
- 7) 野原幹司他：食道がんの「患者さんを治す」口腔ケア①②；デンタルハイジーン Vol.23 (6) (7)、2003年6月、7月
- 8) 社団法人兵庫県歯科医師会：「8020運動」実績調査の概要；平成16年4月
- 9) 石井拓男他：平成14年度厚生労働科学研究・長寿科学総合研究事業「要介護老人の摂食障害発生要因に関する研究」研究報告書；2003年3月

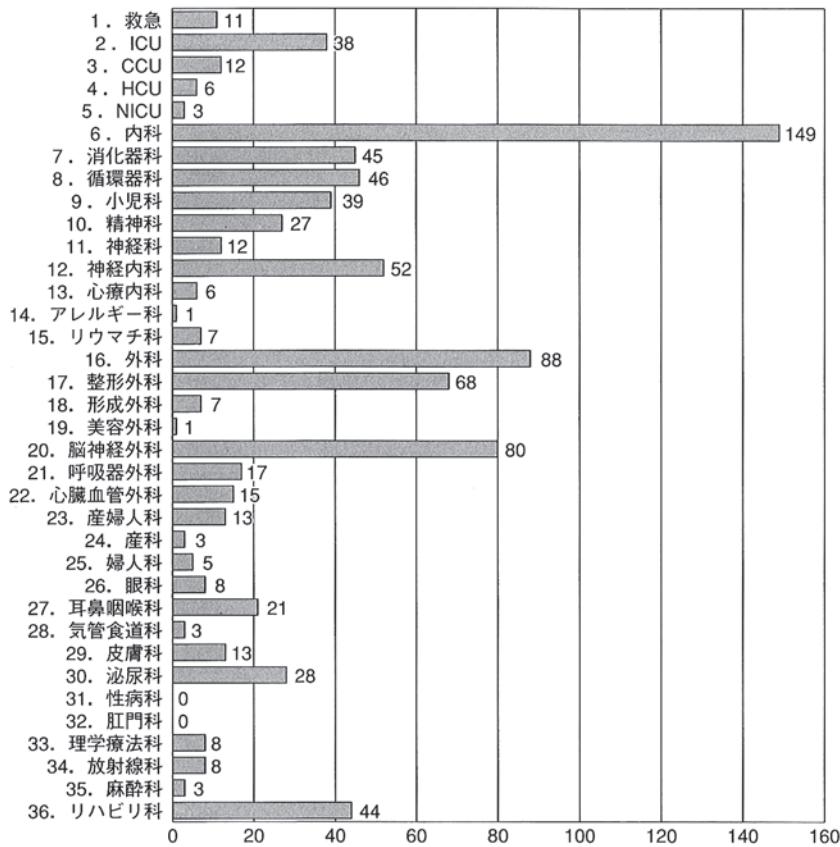


図1 歯科が口腔ケアを行っている診療科

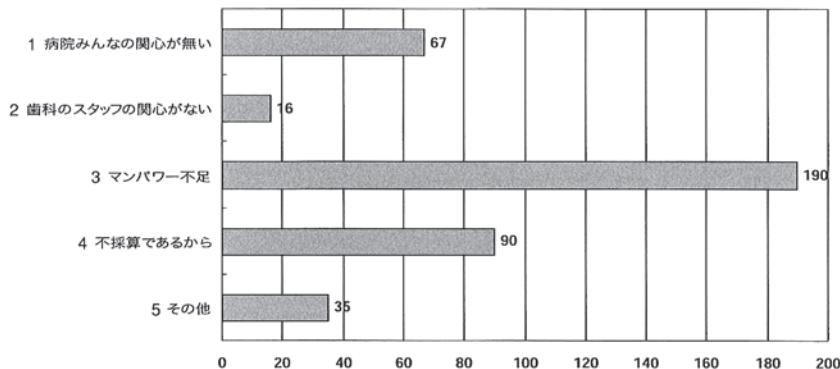


図2 口腔ケア実施の阻害要因

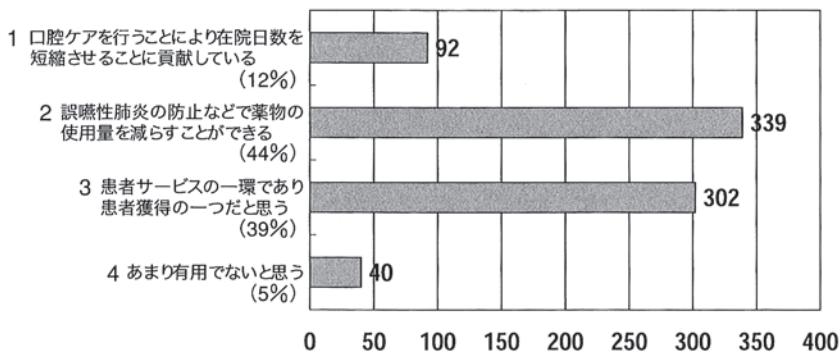


図3 口腔ケアを行うことの経営上の有用性

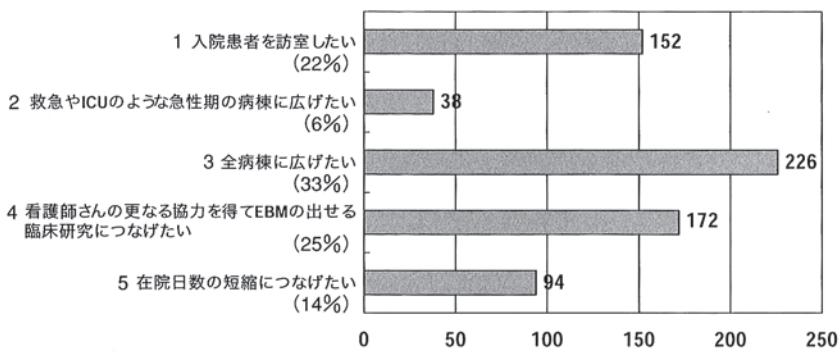


図4 この事業を発展させたいと思われる方策

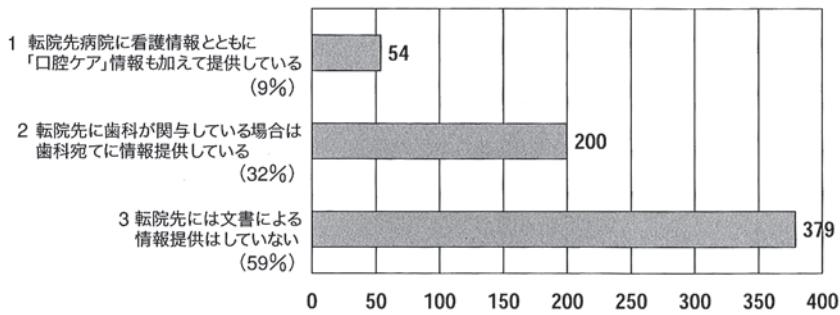


図5 退院時における口腔ケアの情報

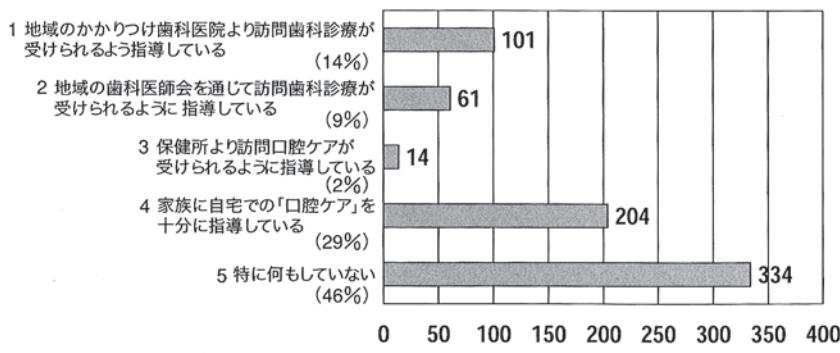


図6

III. 基 硍 資 料

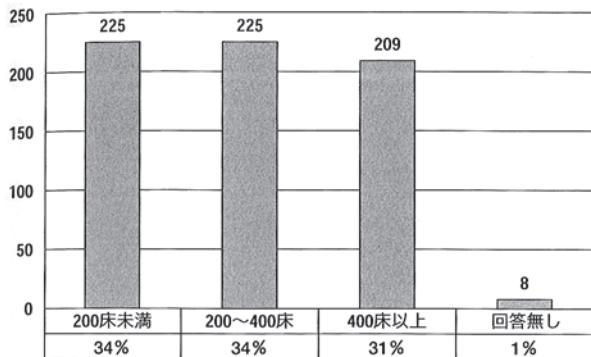
アンケート調査に対する一次集計結果

(アンケート回答数 667件)

A. 病院の全体像について

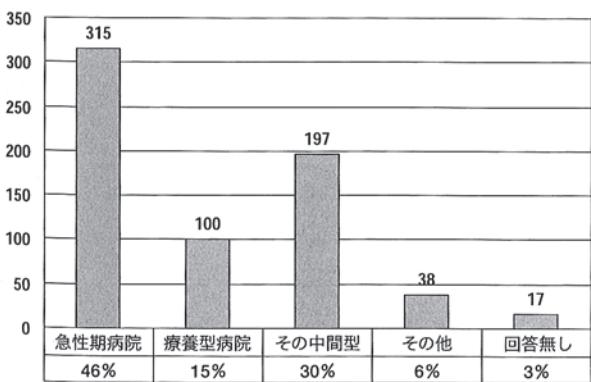
A-1 貴病院の病床数は何床ですか？

- ① 200床未満
- ② 200～400床未満
- ③ 400床以上



A-2 急性期病院ですか療養型病院ですか

- ① 急性期病院
- ② 療養型病院
- ③ その中間型（ケアミックス）
- ④ その他（障害児専門施設等）

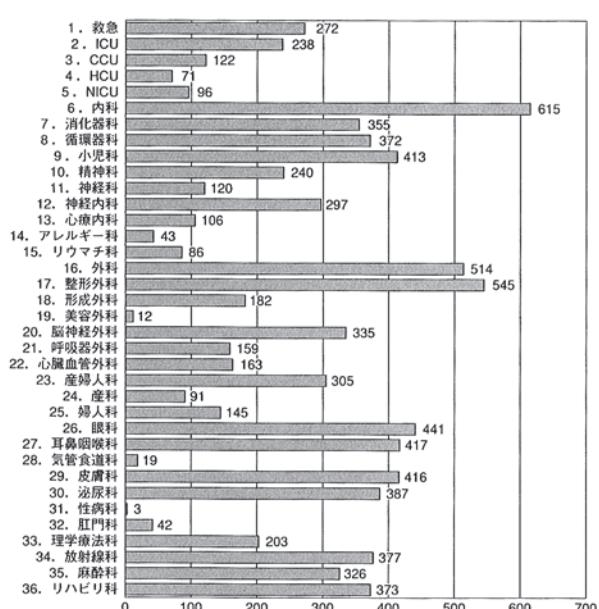


A-3 貴病院にある診療科を選んでマルをつけてください。その中で歯科が「口腔ケア」を行っている診療科には二重丸をつけてください（複数回答）

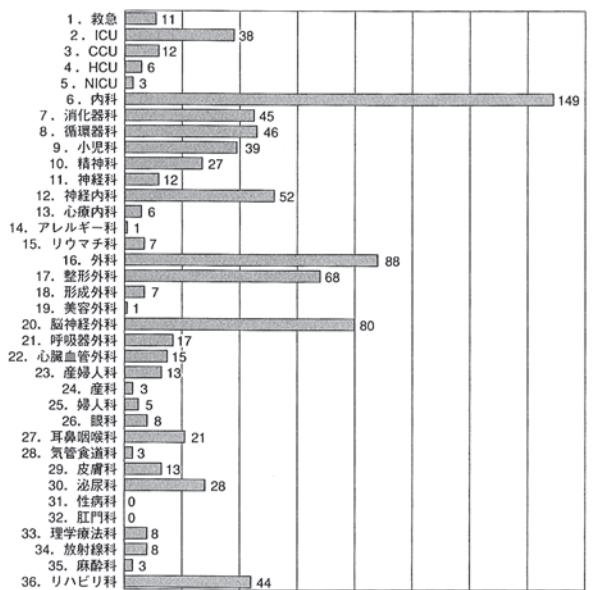
1. 救急 2. ICU 3. CCU 4. HCU
5. NICU 6. 内科 7. 消化器科
8. 循環器科 9. 小児科 10. 精神科
11. 神経科 12. 神経内科 13. 心療内科
14. アレルギー科 15. リウマチ科
16. 外科 17. 整形外科 18. 形成外科
19. 美容外科 20. 脳神経外科
21. 呼吸器外科 22. 心臓血管外科
23. 産婦人科 24. 産科
25. 婦人科 26. 眼科
27. 耳鼻咽喉科 28. 気管食道科
29. 皮膚科 30. 泌尿科
31. 性病科 32. 肛門科
33. 理学療法科 34. 放射線科
35. 麻酔科 36. リハビリ科

- 21. 呼吸器外科 22. 心臓血管外科
- 23. 産婦人科 24. 産科 25. 婦人科
- 26. 眼科 27. 耳鼻咽喉科
- 28. 気管食道科 29. 皮膚科 30. 泌尿科
- 31. 性病科 32. 肛門科 33. 理学療法科
- 34. 放射線科 35. 麻酔科
- 36. リハビリ科

全診療科



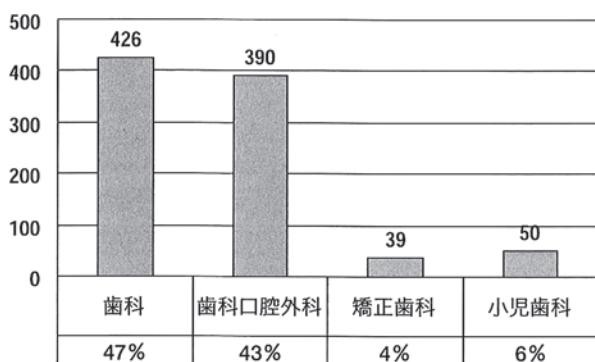
歯科が「口腔ケア」を行っている診療科



A-4 貴科の標榜科名を選んでください

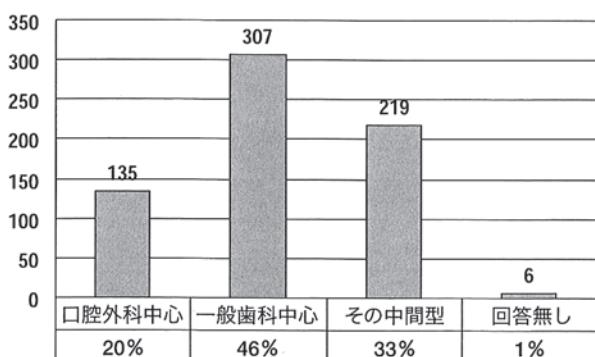
(複数回答)

- ① 歯科
- ② 歯科口腔外科
- ③ 矯正歯科
- ④ 小児歯科

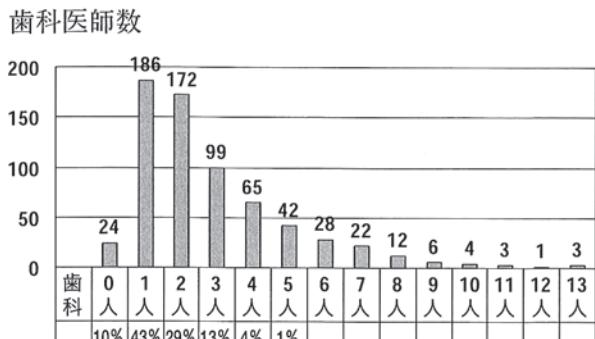


A-5 貴科の診療内容は次のどれに当たりますか

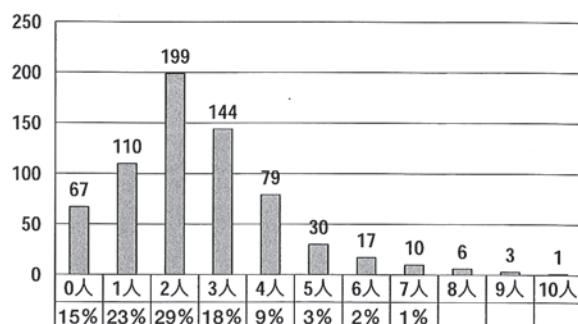
- ① 口腔外科中心
- ② 一般歯科中心
- ③ その中間型



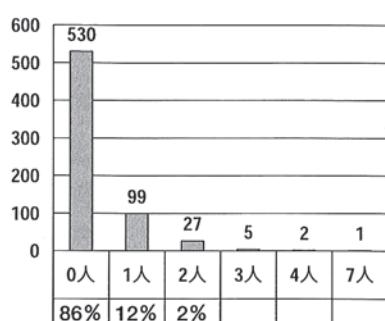
A-6 歯科のスタッフ数についてお尋ねします



歯科衛生士



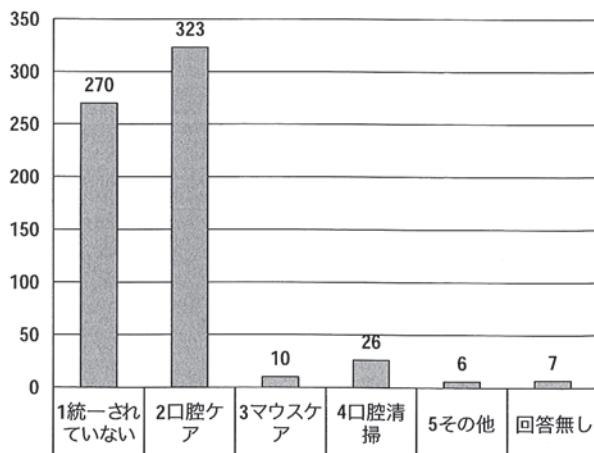
看護師



B. 「口腔ケア」の全体像について

B-1 貴病院での「口腔ケア」の名称についてお伺いします

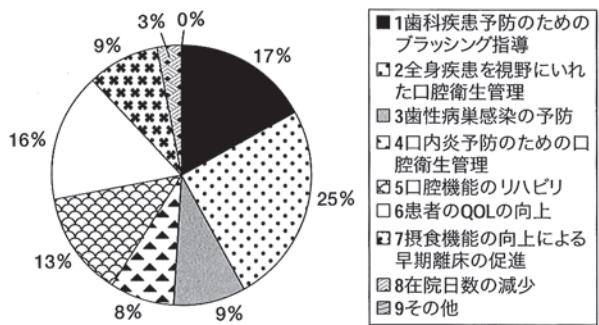
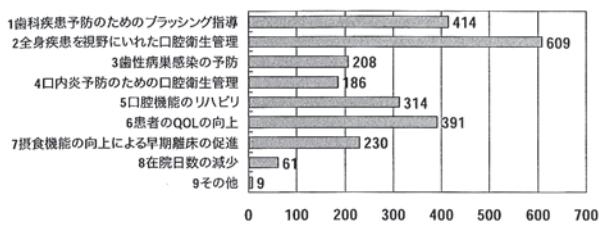
- ① 統一されていない
- ② 口腔ケア
- ③ マウスケア
- ④ 口腔清掃
- ⑤ その他



B-2 「口腔ケア」と聞かれた時のイメージについてお聞きします（複数回答）

- ① 歯科疾患予防のためのブラッシング指導

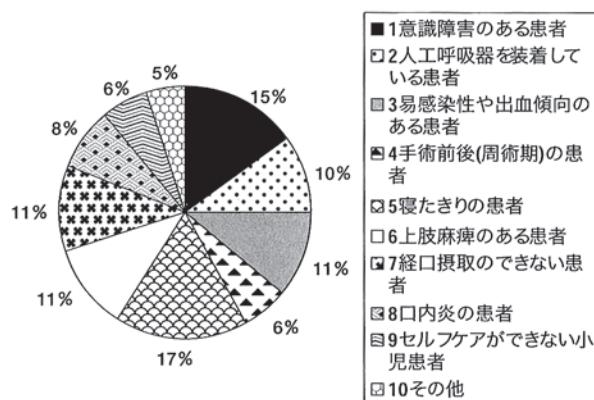
- ② 全身疾患を視野にいれた口腔衛生管理
(誤嚥性肺炎など)
- ③ 歯性病巣感染の予防
- ④ 口内炎予防のための口腔衛生管理
- ⑤ 口腔機能のリハビリ
- ⑥ 患者の QOL の向上
- ⑦ 摂食機能の向上による早期離床の促進
- ⑧ 在院日数の減少
- ⑨ その他



B-3 対象とする患者はどんな方ですか？

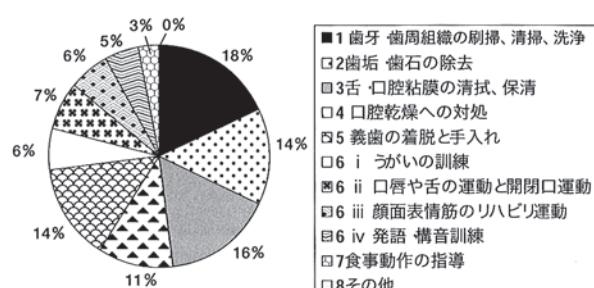
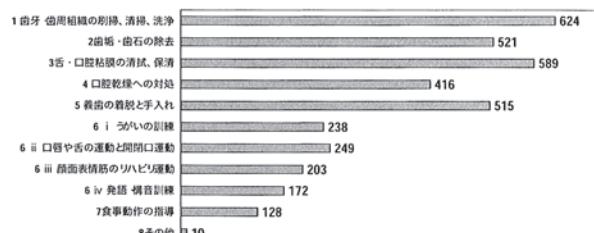
(複数回答)

- ① 意識障害のある患者
- ② 人工呼吸器を装着している患者
- ③ 易感染性や出血傾向のある患者
- ④ 手術前後（周術期）の患者
- ⑤ 寝たきりの患者
- ⑥ 上肢麻痺のある患者
- ⑦ 経口摂取のできない患者（IVH、経管栄養など）
- ⑧ 口内炎の患者（化学療法、放射線治療など）
- ⑨ セルフケアができない小児患者（障害児など）
- ⑩ その他



B-4 「口腔ケア」として実施する項目を選んでください（複数回答）

- ① 齒牙・歯周組織の刷掃、清掃、洗浄
- ② 齒垢・歯石の除去
- ③ 舌・口腔粘膜の清拭、保清
- ④ 口腔乾燥への対処
- ⑤ 義歯の着脱と手入れ
- ⑥ 摂食・嚥下機能訓練
 - i うがいの訓練
 - ii 口唇や舌の運動と閉閉口運動
 - iii 顔面表情筋のリハビリ運動
 - iv 発語・構音訓練
- ⑦ 食事動作の指導
- ⑧ その他

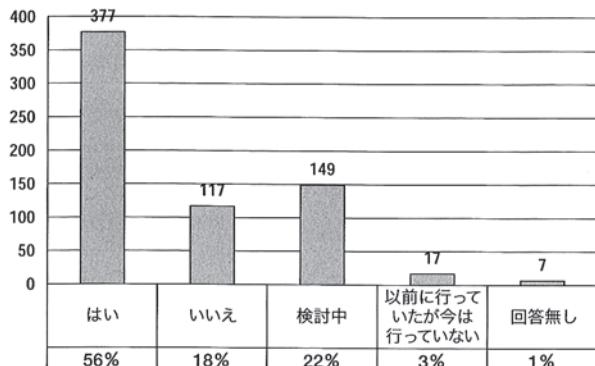


B-5 貴病院では何らかの形で「口腔ケア」（以下広義の口腔ケアを意味する；口腔清掃にとどまらず義歯の調整・手入れ、摂食・嚥下訓練などにより QOL の向上を目指した技術）に取り組んでいますか

- ① はい
- ② いいえ

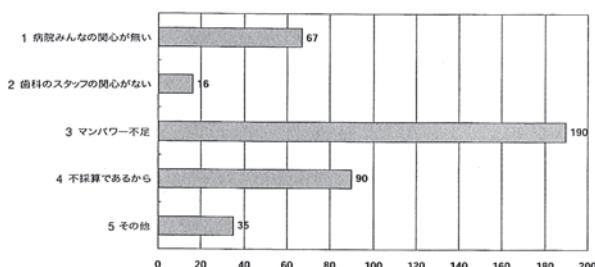
③ 検討中

④ 以前に行っていたが今は行っていない



B-6 前問B-5で②、③、④と答えられた方に伺います。その障害となっている要因は（複数回答）

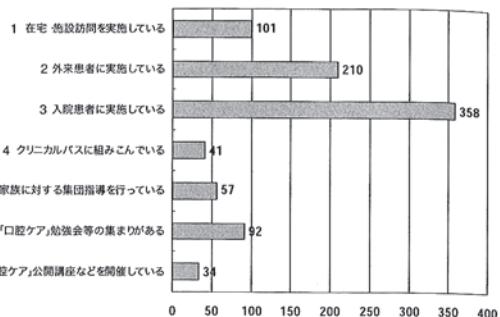
- ① 病院みんなの関心が無い
- ② 歯科のスタッフの関心がない
- ③ マンパワー不足
- ④ 不採算であるから
- ⑤ その他



以下の質問には 前問 B-5 で①の方のみ お答えください

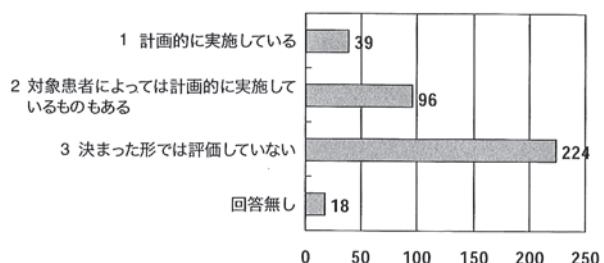
B-7 貴病院で実施している「口腔ケア」関連の活動について（複数回答）

- ① 在宅・施設訪問を実施している
- ② 外来患者に実施している
- ③ 入院患者に実施している
- ④ クリニカルパスに組みこんでいる（糖尿病教育入院など）
- ⑤ 患者や家族に対する集団指導を行っている（糖尿病教室への参加など）
- ⑥ 院内に「口腔ケア」勉強会等の集まりがある
- ⑦ 院外に対して「口腔ケア」公開講座などを開催している



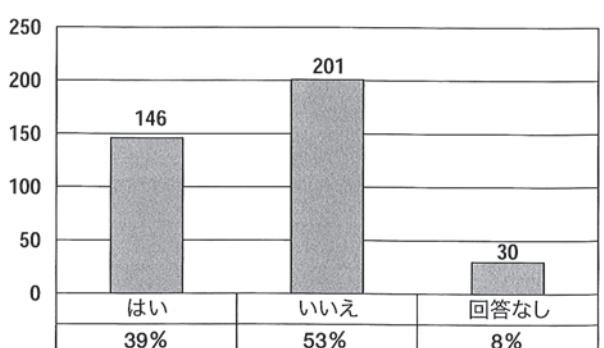
B-8 「口腔アセスメント（評価票）」、「口腔ケア・プロトコール」などを用いて再評価まで、計画的に「口腔ケア」を実施していますか？

- ① 計画的に実施している
- ② 対象患者によっては計画的に実施しているものもある
- ③ 決まった形では評価していない



B-9 これら「口腔ケア」の患者情報は入院カルテに記載されていますか

- ① はい
- ② いいえ



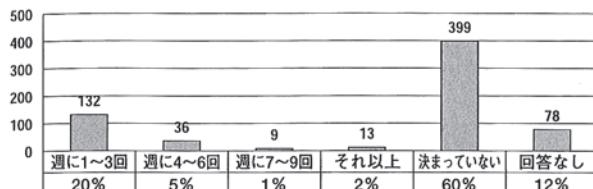
C. 入院患者の「口腔ケア」について

以下の問いは実施場所が外来の場合です

C-1 歯科医師と歯科衛生士の診療体制の中に『口腔ケア』を行う枠がありますか？（A M、PMをそれぞれ一回と考えて 両者の合計でお答えください）

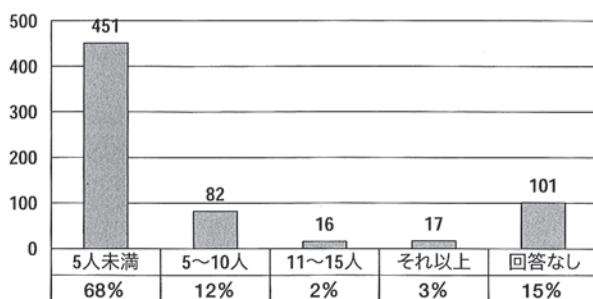
- ① 週に1～3回
- ② 週に4～6回

- ③ 週に7～9回
- ④ それ以上
- ⑤ 決まっていない



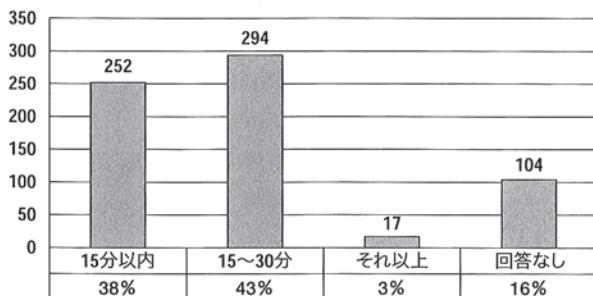
C-2 一日当たりの「口腔ケア」の実施人数は

- ① 5人未満
- ② 5～10人
- ③ 11～15人
- ④ それ以上



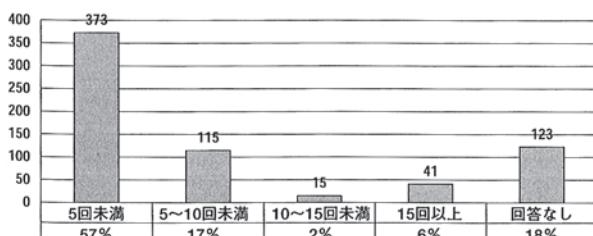
C-3 患者一人当たりの平均の実施時間

- ① 15分以内
- ② 15～30分
- ③ それ以上



C-4 患者一人当たりの「口腔ケア」平均実施回数

- ① 5回未満
- ② 5～10回未満
- ③ 10～15回未満
- ④ 15回以上

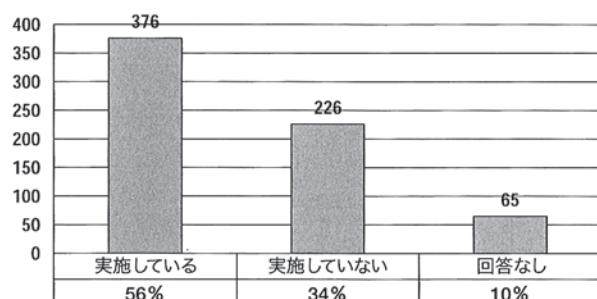


以下の問いは病棟への訪室の場合は

C-5 病室（ICU、救急も含む）への訪室による

「口腔ケア」について

- ① 実施している
- ② 実施していない

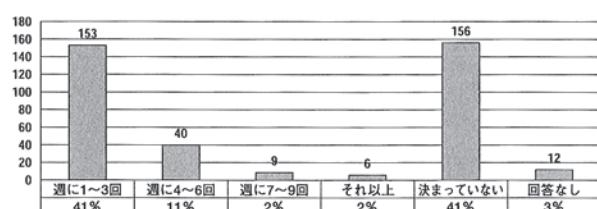


前問で②とお答えの方は Dまでジャンプしてください

C-6 訪室による「口腔ケア」の実施回数

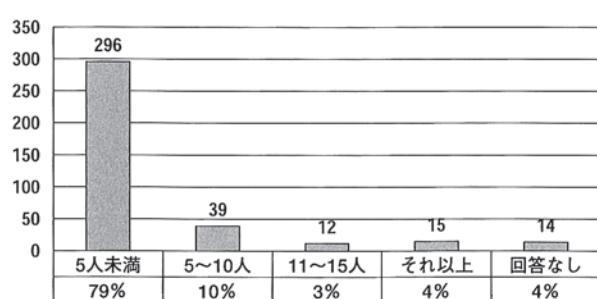
(AM、PMそれぞれを1回として合計でお答えください)

- ① 週に1～3回
- ② 週に4～6回
- ③ 週に7～9回
- ④ それ以上
- ⑤ 決まっていない



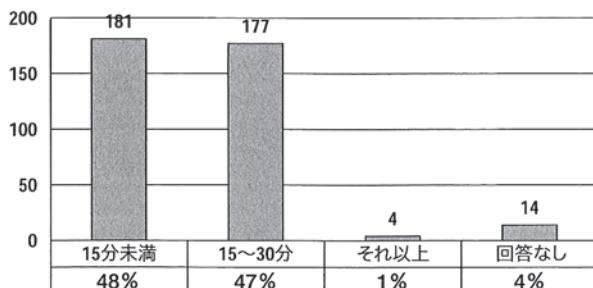
C-7 一日当たりの平均の訪室人数

- ① 5人未満
- ② 5～10人
- ③ 11～15人
- ④ それ以上



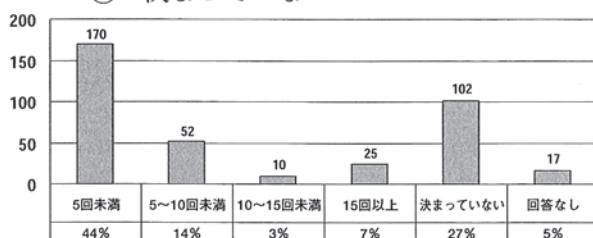
C-8 患者一人当たりの平均実施時間

- ① 15分未満
- ② 15~30分
- ③ それ以上



C-9 訪室による患者一人当たりの平均実施回数

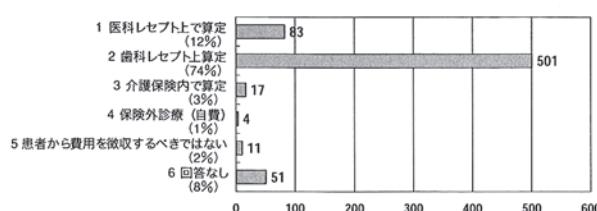
- ① 5回未満
- ② 5~10回未満
- ③ 10~15回未満
- ④ 15回以上
- ⑤ 決まっていない



D. 口腔ケアの採算性について

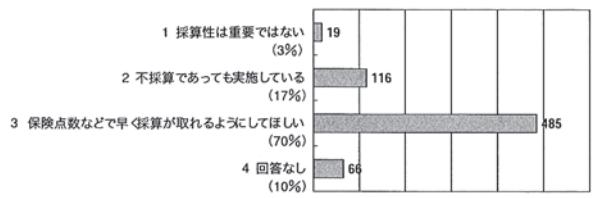
D-1 口腔ケアはどういう形で医業報酬として反映されるべきだと思いますか

- ① 医科レセプト上で算定
- ② 歯科レセプト上で算定
- ③ 介護保険内で算定
- ④ 保険外診療（自費）
- ⑤ 患者から費用を徴収すべきではない



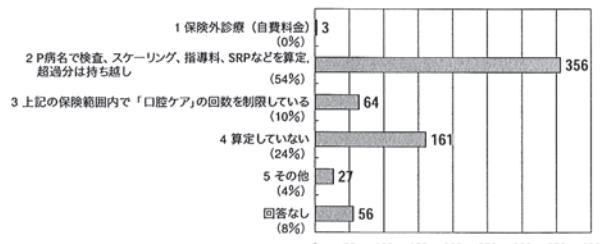
D-2 口腔ケアを実施するにあたり採算性は重要だと考えていますか

- ① 採算性は重要ではない
- ② 不採算であっても実施している
- ③ 保険点数などで早く採算が取れるようにしてほしい



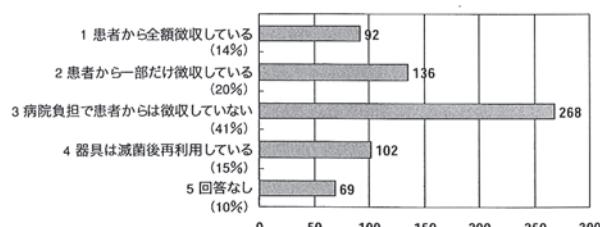
D-3 「口腔ケア」の保険の算定はどうしていますか

- ① 保険外診療（自費料金）
- ② P病名で検査、スケーリング、指導料、SRPなどを算定、超過分は持ち出し
- ③ 上記の保険の範囲内で「口腔ケア」の回数を制限している
- ④ 算定していない
- ⑤ その他



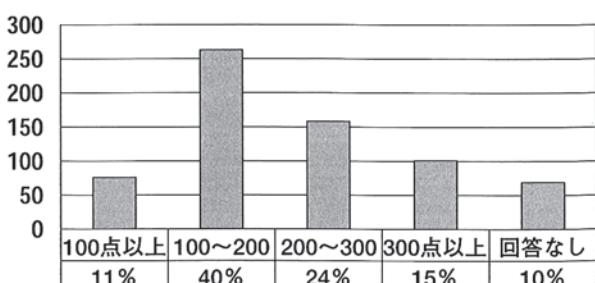
D-4 口腔ケアに使用する器具類の費用について

- ① 患者から全額徴収している
- ② 患者から一部だけ徴収している
- ③ 病院負担で患者からは徴収していない
- ④ 器具は滅菌後再利用している



D-5 医療保険で口腔ケアを行うためには1回あたりどれくらいの報酬が適当だと思いますか

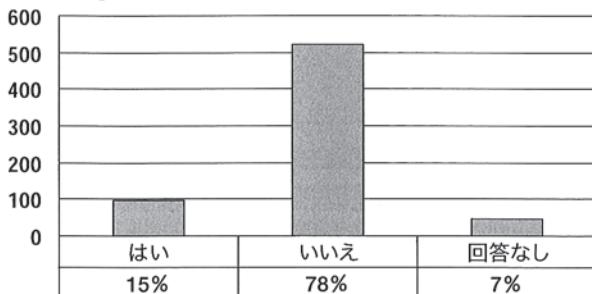
- ① 100点以下
- ② 100~200点
- ③ 200~300点
- ④ 300点以上



E. 地域との連携などについて

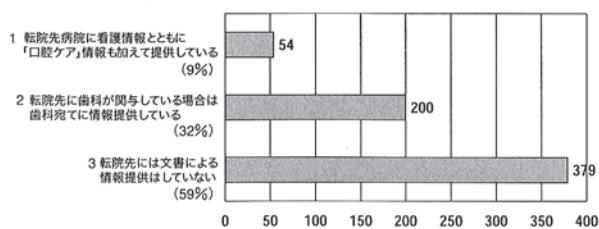
E-1 退院時に歯科が「口腔ケア」の指導に関与していますか

- ① はい
- ② いいえ



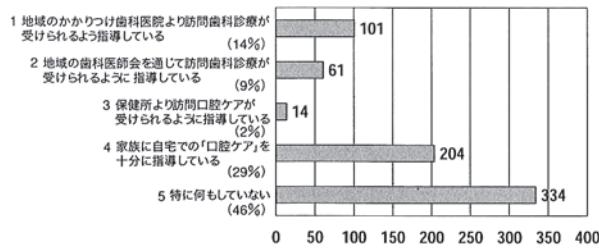
E-2 退院後に他の病院や施設に転院する場合
(複数回答)

- ① 転院先病院に看護情報とともに「口腔ケア」情報も加えて提供している
- ② 転院先に歯科が関与している場合は歯科宛に情報提供している
- ③ 転院先には文書による情報提供はしていない



E-3 在宅療養となった場合 (複数回答)

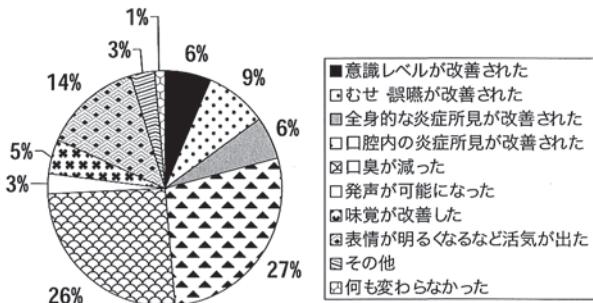
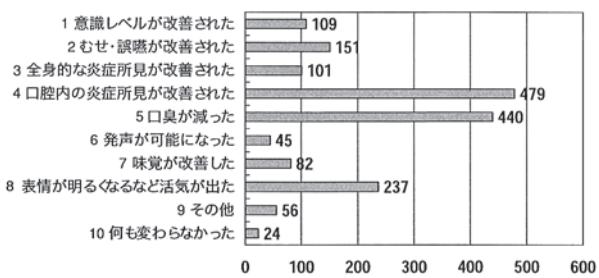
- ① 地域のかかりつけ歯科医院より訪問歯科診療が受けられるよう指導している
- ② 地域の歯科医師会を通じて訪問歯科診療が受けられるよう指導している
- ③ 保健所より訪問口腔ケアが受けられるよう指導している
- ④ 家族に自宅での「口腔ケア」を十分に指導している
- ⑤ 特になにもしていない



F. 「口腔ケア」の評価について

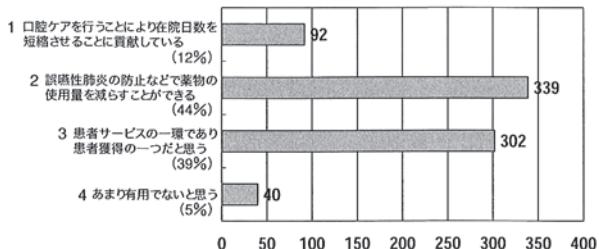
F-1 入院期間中の「口腔ケア」によって何らかの効果がありましたか (複数回答)

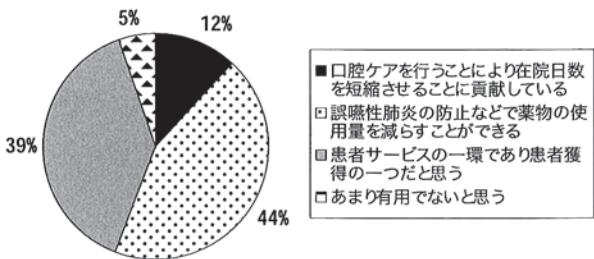
- ① 意識レベルが改善された
- ② むせ・誤嚥が改善された
- ③ 全身的な炎症所見が改善された
- ④ 口腔内の炎症所見が改善された
- ⑤ 口臭が減った
- ⑥ 発声が可能になった
- ⑦ 味覚が改善した
- ⑧ 表情が明るくなるなど活気が出た
- ⑨ その他
- ⑩ 何も変わらなかった



F-2 病院全体として「口腔ケア」を行うことの経営上の有用性について

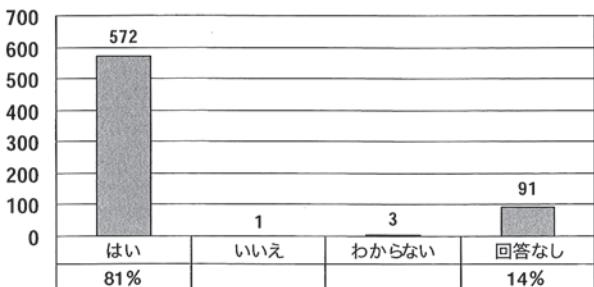
- ① 口腔ケアを行うことにより在院日数を短縮させることに貢献している
- ② 誤嚥性肺炎の防止などで薬物の使用量を減らすことができる
- ③ 患者サービスの一環であり患者獲得のひとつと思う
- ④ あまり有用ではないと思う





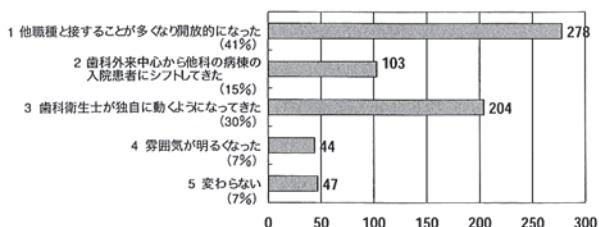
F-3 「口腔ケア」を始められて 歯科に対する評価は変わってきましたか

- ① はい
- ② いいえ
- ③ わからない



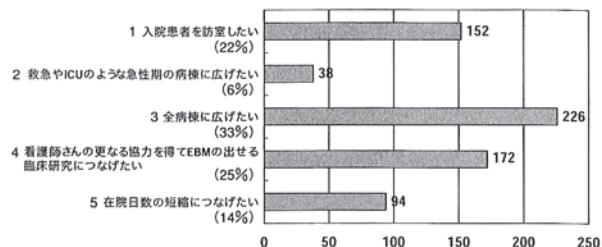
F-4 歯科がどのように変わってきたか お答えください（複数回答）

- ① 他職種と接することが多くなり、開放的になってきた
- ② 歯科外来中心から他科の病棟の入院患者にシフトしてきた
- ③ 歯科衛生士が独自に動くようになってきた
- ④ 霧囲気が明るくなってきた



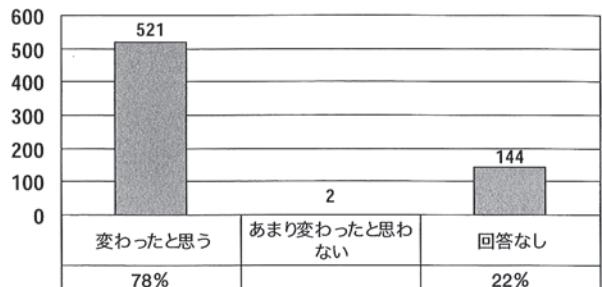
F-5 さらにこの事業を発展させたいと思われる方策についてお答えください

- ① 入院患者を訪室したい
- ② 救急や ICU のような急性期の病棟に広げたい
- ③ 全病棟に広げたい
- ④ 看護師さんの更なる協力を得て EBM の出せる臨床研究につなげたい
- ⑤ 在院日数の短縮につなげたい



F-6 この事業を始められて歯科医自身、歯科衛生士自身が変わりましたか

- ① 変わったと思う
- ② あまり変わったとは思わない



F-7 病院の入院患者の「口腔ケア」についてご自由にご意見をお書きください

00005 広義での口腔ケアは、他院でも同様な状況に陥っていると思われるが、われわれが行う必要を痛感しているにもかかわらず、慢性的なマンパワー不足、経営上の不採算、医科との連携・医科スタッフを含めた勉強会・時間の不足といった問題が山積している。最初の二つの事項は、大きな障壁である。

00008 病院歯科とは言っても、大きく分けて急性期の病院での患者層や、それに伴う口腔ケアの目的効果と違うと思う。今まで行われているアンケート調査とそれほど内容の差ではなく、あたらしい知見の出るような内容ではないのではないか。協力する以上もっと内容を考えたアンケートにしてもらいたいものだ。

00013 口腔ケアは DH 主体で行っており、Dr. も関与するためにはどうしたらよいかと考慮中。誤嚥などの防止となるような EBM が知りたい。

00017 歯科スタッフが病棟において、入院患者様に口腔ケアを行うようになり三年経ちますが、一番変わったと思うのが、他職種の方たちの意識を感じます。専門家によるケアを見ることにより、口腔への関心の高まり、また自分たちのケアとの違いを実感してくださり、質問を受け

ることが多くなりました。さらに病棟スタッフ対象の講習会の依頼も多くあります。まだまだ足りないところは多いですが、昨年より入院時評価に歯科スタッフも参加し、入院時カンファレンスでは口腔ケアのプラン作りに参加しております。少しづつ活動範囲を増したく思いますが、口腔ケアに力を入れると外来診療時間が減り、採算が合わなくなってしまいます。現在は病院の理解のおかげで週一回午後の時間を集中的に当てていますが、早く保険等で予算がついてきてくれるとよいなと願っております。

00020 口腔ケアは積極的には行っていません。歯科医1名のため、手が回らない状態です。また、心疾患者の術前術後、化学療法、放射線治療中の口腔ケア管理が主です。当院全体として、口腔ケアの意識は低く、また急性期病院のため、一部の患者さんを除けば、入院期間も短く、重要性をまだ認識していない面も多いと思います。小生としては口腔ケアを充実させる方向で検討中です。

00030 口腔ケアを診療体制の中に組み込めていないのが現状です。病院側の理解が得られるように、積極的に取り組んでいくべき問題だとは常々考えております。

00033 入院患者様の口腔ケアにかかる時間費用等を報酬としてみとめられる様なシステムを希望します。

00041 当センターは障害児入所施設であるため科によって分かれてはおらず、主に小児科医が管理をし整形外科医が関わっている。日常口腔清掃については病棟の担当看護師が食後実施しており、歯科が関わることは少ない状況にある。歯科は歯科医一名が常勤であるが衛生士は治療介助のみの時間だけの非常勤であるため外来での歯科治療が中心で病棟担当医、看護師より口腔ケアの相談、依頼があれば緊急時を除いて外来予約となるシステムである。併設されている養護学校の歯科検診を行いそれによって歯石除去等を含め、外来治療計画を進めている。歯科医、衛生士による指導、実施は重要でありかつ必要性を痛感しているが、現状では日常的に病棟での口腔ケアに関わることは困難である。機会あるごとに病棟担当者の口腔ケアに対する意識を高めるための働きかけは必要であると考える。入所児に対する摂食についてはセンターと

しては口腔ケアとしてはとらえておらず、問題のある子に対しては担当スタッフで評価を行い摂食訓練の方針を実施している。

00073 当院は精神科240床 内科療養型50床 主に歯科治療を希望する人の治療を中心に行っているが、経済的制約が強く、本人が特に希望しないのに口腔ケアを導入し治療費をいただくわけにもいかず、看護サイドでのケアのみの現状です。

00076 病棟での口腔ケアを行なうにあたり、医師、看護師との連携等多くの問題が持ち上がっています。そういう中で確実に口腔ケアを行なった患者さんが「表情が明るくなった」「言葉が出る」「痰がなくなる」等回復の兆しを目の当たりにいたしますと口腔ケアは早ければ早いほど効果が大きいのではないかと実感しています。急性期医療では欠くことのできない分野と痛感しております。しかし病院側に口腔ケアの重要性を理解してもらうには、まだまだ力不足と勉強不足であると思われます。また東北地方は脳梗塞などの疾患で倒れる方が多く、在宅・老人ホームなどの寝たきりの方が多い中、口腔ケアがまったく行なわれていないのが現状です。看護師、ケアマネージャー、ホームヘルパー、家族の方々が理解を深められるようセミナーの開催等を希望します。

00078 今回のアンケートの「口腔ケア」の意味が、健常者へのTBIは含まず、自身で口腔清掃ができる方へする口腔ケアであるならば、当院では歯科外来へ受診した方以外は、診察できていないのが現状です。他科も含めた病棟へ回診していない理由としましては、①患者またはその家族から強い要望がない。(あれば検討します) ②不採算である。③時間が外来患者だけで手一杯である。などが挙げられます。

00083 看護師さんに対する口腔ケアへの必要性重要性を認識させる手段が少ない。他の管理、介護と比較して、一番最後になり忘れられがちである。患者に対して認識させる事も重要であるがその手段、場所、時間等を確保できない。やはり指導性につながってしまうのでは。常にボランティアというわけにはいかないのでは。

00090 不定期ですが、患者さんと病棟の要望により、かなり以前から行っていたので、大きな変化はありません。ただ、小児科医師、看護師の

関心が高まり、日常業務の中に取り入れられ、困った事など相談を受けたり、入院患者さんの口腔内がすっきりしてきました。

00092 精神科病院ゆえ本人に動機付けるのが難しい

00095 歯科単独では、積極的に入院患者さんの口腔ケアに入っていきづらい雰囲気がある。看護基準などのなかに、口腔ケアが必要条件として組み込まれていけば、もっとやりやすい環境になると思う。

00096 以前より看護レベルでの口腔ケア（マウスケア）は行なわれていたが、対象者はターミナルケアに近い状態の患者ばかりであり、消毒綿球で口腔清拭程度行なうだけであった。しかし我々歯科関係者が本来の口腔ケア（オーラルケア）を指導、また共同作業するようになってからは看護師の意識に変化が見られるようになり現在は不定期ではあるが勉強会も開催し看護補助も交えて口腔ケアを実践している。口腔ケアの実践を考える上で最も重要なことは決して歯科単独で行なうものではなく他職種（特に看護師）との共通認識を持った上で行なうことではないかと思われる。

00097 当院はケアミックス型病院ではあるが、実際は療養型が主となっている。口腔ケアに関しては何度となく、その重要性・必要性を啓蒙したが、慢性的マンパワー不足・採算性の悪さのため、十分に施行されていないのが現実である。さらに有病者に対する広義の口腔ケアは、採算を度外視しなければ不可能と思われる。

00109 当病院の歯科口腔外科では、歯科受診希望されている入院患者様については歯科治療を行っています。当科としましては「口腔ケア」に積極的に取り組みたいと考えていますが、外来、病棟ともにマンパワー不足などの問題があり、現在実施にいたっておりません。今後環境作りから地道に取り組んでいきたいと考えております。

00123 今年から1つの病棟に絞って1年間で口腔ケアについて看護師と一緒に勉強会をしていくことにした。

00131 積極的に「口腔ケア」に取り組んでいないので評価まではできませんでした。（Fの設問には答えられていません）

00149 医療事故防止などの意識が高まってきてお

り、以前であれば一部署における情報で留まっていたと思われる口腔内の事故（補綴物の脱落や誤嚥、歯の鋭縁などによる口腔内の潰瘍形成など）が病院全体の情報として共有されるに従い、看護師が注意を払うようになり、歯科への検診の要望や処置の要請も多くなってきたため、これで衛生士などの人員があれば、病棟全体に口腔ケアを施行できるのではないかと思われる。

00152 将来的に病棟に歯科衛生士が配置されていく方向になってもらいたい。そのための指導要綱を病院歯科協議会を中心につくってはいかがでしょうか。その上で採算の合う点数のはりつけが必要と思います。

00163 当院の歯科は、約20年前より地域歯科医師会の協力により嘱託の協力医により運営されています。また入院患者は障害児のみですので口腔ケアについてはもともとこの言葉が認識されていなかった時代に歯科治療の一環として行われておりまして、特に口腔ケアを意識してではなく行われてきた過程があります。

00169 当院での「口腔ケア」は他科（心外科、呼外科、脳外科）からの術前口腔管理依頼があったときの対応にとどまっている。入院患者における口腔ケアの重要性は認識しているが、まずマンパワー不足と院内の関心が低いことにより、活動していない。この事業は歯科口腔外科の仕事ではなく、独立した「口腔ケア科」として行うべきものと考えている。

00181 病院は経営が第一番目で（公立病院ですら）、採算の悪いのは切り捨てられる。特に地方の財政力のない自治体はそうである。したがって病院で歯科をやっていくときの最も必要なことは、病院の管理者（経営者）が、採算の悪い歯科に対してどれだけ理解があるかだと思う。病院の管理者、経営者は歯科医でなく、主に事務部門である。

00189 口腔ケアの保険算定については、100点未満が妥当であると思うが、問題は回数の制限を設けるか否かだと思います。月1回のみであれば、1,000点程度でも妥当であるし、複数回算定可能であれば、100点未満でもよろしいかと思います。コスト的には問題ないと思います。口腔衛生指導料では指導時間、摂食指導では指導内容を算定基準にしていますが、口腔ケアでは、

基準の設置は困難かと思います。

00196 ①口腔ケアは殆どの文明生活を送っている人々に必要である。②その中で、文明生活の中で、疾患をもった人たちの一部が入院してきている。③入院してきた患者の中で、生活由来の疾患を持った患者がいる。④この生活由来の疾病を持つ患者には、口腔ケアをはじめ食に関する指導、摂食嚥下機能に関する治療、指導が不可欠なことが多い。⑤しかしこれを歯科医が実施しようとすると、医師免許法に関わってくる。たとえば、糖尿病を歯科医がどう治すのか。治す場合の検査等現在の二元論的医療では認めていないのでは？歯科医が糖尿病を改善させたとして、その報酬は認められていないのでは？⑥歯周病学が示すようにもはや歯科＝口腔分野も耳鼻科や眼科のように同一医師免許法のもとに全身疾患に関わっていけるようにすべきである。医師免許と保険請求の方法を同一にしていかなければ、口腔ケアの全身的な目的は達成できないだろう。

00197 このような意識調査が行われることで、さらに「口腔ケア」の重要性が認識されて非常によいことだと思います。Dr と DH だけでその重要性を病院内に伝えていくことが厳しく、Nsの中には歯式もまだ理解していないものもいるので、まず、勉強会を行い、ケアプランを立てるところまで、やっていきたいと思います。このアンケートの調査を是非後日ご報告くださいますよう宜しくお願ひ申しあげます。

00206 口腔ケアに関して、口腔外科のスタッフ（衛生士さん含め）理解しているか、他科の医師、NSに関しては理解していない方あるいはあまり積極的でない方がみうけられる。今後、口腔外科が主体となって、口腔ケア及び、嚥下訓練の重要性を理解していただく様に、努力していきたい。

00217 現状では、保険点数の算定がないため、採算を考えると、一般外来診療を削って口腔ケアの時間を作ることはなかなか厳しいです。ただ、病棟には口腔ケアも必要としている患者が多いので、できる限りのことはやろうと思っております。現在、病院として摂食・嚥下障害に積極的に取り組む方針なので、歯科医師として、役に立つことは多いと思います。歯科医師の地位向上のためにも、更なる関与が必要と

考えています。（ただ現実的には厳しい…）

00225 当院では重障患者病棟があり定期的口腔ケアを実施しておりますが、口腔ケアは毎食後毎日のケアが重要であり一人あたり年3～4回の定期的ケアのみで、実際明らかな効果は認めにくく、それによる呼吸器感染症も減少しているとはいえないと思います。

00226 「口腔ケア」という単語のみが先行しておりその意義方法等が伴っていないと感じる。特に口腔外科の疾患を対象に取り扱っている当科においては現在のマンパワーでは「口腔ケア」に重点を置くのは困難でありまた他職員の啓蒙活動への時間を作ることも難しいのが現状である。

00229 B-5 で②としましたのでそれ以下の設問に関して答えを控えさせていただきました。私どもの施設では今は何もしていませんが、D、Eには私の私見ということで答えさせていただきました。

00230 当院においては、口腔ケアは看護業務であり、歯科医療業務とは考えにくい。口腔ケアする上で、どうしても歯科的問題（粘膜ビランや残根）があれば治療となるので、口腔外科でも関わる。

00236 今現在の診療体制では、外来患者の合間に往診がメインとなり（入院患者）システムに組み込むにはマンパワーが不足している。歯科治療を行いつつのケアにおいては外来患者のケアで手いっぱいとも言える。診療時間を減らし病棟と時間を合わせにはまだ無理が多い。各病棟（急性期、慢性期）への DH の配置を視野に入れつつ歯科の人員の増員を考えていきたい。（病棟での日常のケアにおいて重症と思われる Kr が歯科に紹介となり歯科医師、歯科衛生士のケアが介入する体制でのケアでは限界があると思われる（今現在はその形））

00239 入院の患者に対する薬剤師、栄養士の指導も認められているのであるから、歯科医が常勤する病院では歯科医の指導による歯科衛生士の指導あるいは口腔ケアが認められてきてよいと思います。

00243 口腔清掃、義歯の手入れなどは、患者の家族は病院側（看護師や歯科医師）の仕事と思い込んでおり、なかなか協力してもらえないことが多い。一人一人に付きっきりになってケアで

きる時間があまり無い。

00252 アンケートの対象が歯科入院患者であるのか、全体的なものかがよくわかりませんでした。病棟への訪問での口腔ケアは重要であると思うがそれを実施していくには人員と時間が必要になってくるので現状では難しいと思う。

00254 要請されればやります、という程度にとどまっており組織的、系統的には行っていませんので回答しにくかったです。

00256 多くの看護師やその師長が口腔ケアの必要性がわかっておらず、口腔ケアをする時間が看護の邪魔になると思っている。また、歯科が患者の食状態を決定することがおかしいとNsが思っており、最近 VF を行えるようにしたが、なかなか入院患者に対応できない。もっと口腔ケアの必要性、摂食嚥下について NS や関係者にわかってもらう必要があると実感している。

00263 がん専門病院にて、抗癌剤の口内炎は必須です。病院、各病棟で口腔ケアについては熱心に行われています。口腔外科は急性期の口内炎患者に対する依頼は時折ありますが、マニュアル化されており口腔外科医の往診等はほとんど不要なのが現状です。

00265 入院患者に対する口腔ケアが重要である事は言うまでもありませんが、病院スタッフ、患者の意識の問題、時間的な制限、不採算等、やはり難しい問題が多いと思います。

00272 「口腔 care」の定義がいまだにはっきりしていないため、解答に苦慮し、不適切な解答となってしまって申し分けありません。私見ですが、私達の病院では、口腔 care = 口腔の保清 それとは別に摂食・嚥下リハビリ等と明確に二つに分けてあります。口腔 care によって、効果として二次的に患者様の摂食・嚥下等の UP することはあるかもしれません、あくまで口腔 care の目的は口腔の保清と考えております。たとえば、呼吸器をつけた ICU の何人かの患者様の口腔 care の目的はあくまでも保清であり、それ以上のリハビリはかえって危険な場合があります。その場合患者様の状態が UP されたときに、はじめて摂食・嚥下リハをはじめるという形で主治医 NS 等に相談しております。そのようにしないと混乱を招くと考えております。たとえば、口腔 care に頸のマッサージを加えたいときその旨を医者 or 看護師に話し、IVH の

位置等確認しながら行うようにしております。広義の口腔 care (頸のマッサージ等を含む) を使用すると、何を行っているのか看護師に明確に伝わらない場合があると考えております。

00303 当院では、各科・各病棟ごとの病棟看護師が日常業務の一環として口腔ケアを行っております。病棟にてケアができないものに関しては、当科に依頼され受診するシステムになっておりますので、このアンケートでは回答できかねる項目が数点存在いたします。

00305 患者10人いれば10通りの口腔ケアがあり、システム化は難しい場合が多い。特に入院患者は病態、ADL、意識レベル等様々であるから。しかし口腔ケアにより患者に及ぼす影響は計り知れないものがあり、重要であるにもかかわらず、それに対する評価が余りにも低い。というかない。口腔ケアは非常に意味のあることであるのに採算が合わないことによりどうしても積極的になれない気がする。口腔ケアのレベルにもよるが、必要なことであり重要であるのだから今後の歯科の発展のためにも保険もふくめた評価を強く期待している。心あるドクターやナースがボランティアで実施していくには限界があり不自然である。もっともっと評価されるべき行為だと常々思いながら今日もがんばっています。

00306 病院歯科にとって口腔ケアはその存在意味を前面に押し出す有効な手段だと考える。現在の歯科点数では病院内各科と収入で非常に劣り、科としての存続を危ぶまれている。病院内に歯科があり、入院患者の QOL の向上感染対策に貢献することは社会全体の医療費の削減にもつながり広く世の中に知らしめる必要があると考える。現状では看護師は口腔ケアを歯科医、DH が行うものと考えておらず、また、開業歯科医は口腔ケアの意味を理解せず、いたずらに在宅治療・病院訪問診療を金儲けの一つの手段としか考えておらず必要のない高額な治療を行ってゆくことが多いと医科から批判が出ている。口腔ケアの持つ有用性を広く社会全体に広めたい。

00309 歯科として口腔ケアをやっている程の数はやっていない。看護科で口腔清拭という形で清拭のみ行っている故に回答できず。わかる範囲でのみ答えます。

00320 週一回各病棟を回り、入院患者の口腔内をチェックしています。その際問題のある患者は、各科の Dr の指示で外来にきて診療させてもらっています。また外科患者などで、抗がん剤を使用する前に、歯科衛生士により口腔ケアの指導を行っています。

00354 病棟から依頼のあった場合のみ、衛生師が病棟で口腔ケアを行なっております。当科から積極的にでかけてはおりませんので、症例は非常にすくないです。この為、口腔ケアに対する評価などは、出ておりません。

00355 病院歯科は単に入院中 Pt の暫間的処置だけにはとどまらず、全身疾患と歯科疾患とのかかわりが多く言われている中、もっと医科に対しての働きかけが必要となってきたていると思う。当科では本年 6 月より看護師（認定看護師）とチームを形成し、DAP ラウンドとして人工呼吸器装着者の誤嚥性肺炎予防として院内ラウンドを行なっている。

00360 当科では、外来患者の一般歯科診療の時間内に入院患者の診療も行なっていますが、入院患者の場合、処置や義歯制作等、依頼のあった診療が終了するとほとんどのかたが、転院あるいは退院するまで、定期的な口腔ケアに組み込んでいますが、時間的制約（同じ患者様を週に何度も歯科に呼ぶと他の方を治療する時間がなくなる）のため、週一回、月二回、月一回などと決めざるを得ない状況です。できればベッドサイドではなく外来にストレッチャーもしくは車椅子等できてもらって行いたいのでそのかかる手間と時間は一般的の診療よりもはるかに多くを必要とします。歯科としては、やりたいけどやれないというストレスを感じています。トゥースエッテやオーラルウェット等、個人でもってもらうものは別として明らかに不採算という点で病院長には「口腔ケアに今以上力を入れてどうやって採算をとっていくのか」と増員に理解を得ることが出来ませんでした。5 年ほど前から内科担当医により「口腔内清掃お願ひします」という依頼が増え始め明らかに現場の認識も高くなってきているところ、正しいやり方でシステム化出来るよう望んでいます。

00365 歯科で口腔ケアを行うだけでなく日常的に看護師、介護ヘルパーの協力がなければ患者の口腔内環境を変えることはできない。しかし現

状は口腔ケアに無関心な看護師、ヘルパーが多く協力が得られないことが多い。もっと看護学校等でも口腔ケアの重要性を教えるべきだと思う。

00369 指導が必要と思われるが、外来患者の治療が主となるため、時間、人手不足に陥っていて出来ない。

00370 マンパワーの不足に悩みます。

00373 限られた時間と人員の中で、いかに効率的にケアを実施するべきか。寝たきり意識障害の患者さんの口腔乾燥、誤嚥への対処。

00376 なかなか全てに（医師、看護師、PT、ST、患者、家族から）理解されず効果も見えにくい（特に寝たきり、痴呆 PT などにおいて）分野である。この地味な分野に健康保険適用などはあり得ないので？と思われる。特に何でも削除してしまいたい健保では。医科大学病院、病院内歯科勤務を通して一番忙しく、しかも日の目を見ない科であることに愕然とする日々です。

00379 記入者が転属された平成 7 年には当センターでは口腔ケアが日常的に行われ、以降必要と思われる外来患者の殆どに PTC～PMTC は実施されております。当センターの場合本人管理はごく少数で介護者への指導も日常業務の範疇になっております。よってとりたてて口腔ケアなどといわず、当然の成り行きで実施・指導・口腔機能訓練等が日常診療の中に入っています。当病室から移送できない Pt を除き入院・入所者も外来通院していただいて外来患者としての対応となります。少ないスタッフで多くの時間を割いているため、今以上に拡大していくにはマンパワーが必要です。

00380 とにかくきちんと保険点数で評価してほしい。今は口腔清掃はまったく評価されない。

00384 我々の病院は精神科の入院が主体のため、口腔ケアが直接的に入院期間の短縮につながるという EBM は成立しません。しかしながら入院患者の殆どが何らかの精神的・身体的な理由によってセルフケアの能力が阻害された有病者・障害者であり、疾病そのものあるいは治療の結果として歯科的にハイリスクな状態におかれたり、我々のケアを必要としています。こうした事実は、一部を除いてはまだ十分に認識されているとは言いがたく、主治医に対す

るアセスメントの必要性の訴えや、現実的な口腔ケアの担い手である看護職への指導を通して患者のもつ special need に応じていくことが私たちのような病院における歯科の役割であると考えています。経営的な面については、現状では看護業務の一環として無報酬で行われている。口腔ケアに我々が介入することによって、歯科レセプトによる請求が可能になることを訴え、急性期のみならず、包括病棟における収入増への手段としてもアピールしていくことで、病院における歯科の存在価値を高めることができるのでないかと考えております。

00389 本院では循環器センター、消化器センターなどと連携して口腔ケアを行い、特に消化器センターとは全入院患者の術前・術後の口腔管理をうけもっている。時として歯科は病院の中で孤立した存在であったが、現在では病院の一部門として他部門の理解が得られている。

00390 3・D・S の応用：脳梗塞の口腔内状態で、多数歯残根する症例に苦慮している。全身状態がコントロール可能なら Ext が Best でしょうが、Pt リスク説明する Ext に同意せず。しかたなく残根上トレーを用いて 3DS として応用。常在菌のコントロールを行っています。(3DS とクロールヘキシジンジェルを用いた。) 在宅で Ext は危険を伴うため、在宅往診の先生も触れたがらず、しかたなく残根上の義歯を用いているのが現状です。人院下残根抜歯：在宅管理指導：病院口外としては、そのような在宅往診医、院内の神経内科、呼吸器内科と連携し、できるだけ入院下に感染源のコントロール（具体的には Ext）することが必要であると考えます。S 先生の述べている戦略的抜歯。今後そのような連携の中で、在宅ケアマネージャーや在宅保健婦に対し、Pt の突然の発熱時には、呼吸器感染なのかをチェックすることが大事であり、訪問時に問診だけでなく口の中をのぞき状態を確認させる指導が必要と思います。

00401 長期療養の患者さんが増加する現状の中で、以前から言われている様にオーラルヘルスケア (O.H.C) は、人として最も根本的な行為である“食べる”事に深く関わることであると思います。口から食べる事に少しでも近づく状態になれば栄養状態の改善以上に、ADL の向上覚醒状態の賛同にも影響が大きいと思います。

しかし、今置かれている現場の対応は様々であるので、歯科関係者はその範囲内で OHC を行わなくてはならない。そこで歯科ではある一定の効果を上げていく事で O.H.C. 口腔への関心、認識を高めていかなければならぬと考えます。ただし、日本は口腔への関心は決して高くないので容易な事ではないと思われます。

00407 歯科の世界では、「口腔ケア」の問題が非常に注目を集めているが、現実は老人病院など慢性期の病院やホームなどが行っているに過ぎず、急性期の病院ではまだまだ歯科のことは後回しになっている。原因としては歯科医師の力不足によるところかもしれないが、多くの病院で歯科医師数および歯科衛生士数は少なく通常の診療の他に病棟の口腔ケアまで手が回らないことが現状である。また看護部でも「ケア」は私たちの仕事という意識があり、よほどのことが無い限り「口腔ケア」を専門家へという発想は少ないようである。仮に行ったとしても不採算となりそれがまた病院内の評価を下げることにもなりかねない。医科で褥瘡対策が効果をあげたように口腔ケアをより実践していくには歯科医師あるいは歯科衛生士が勤務する病院で、口腔ケアを行った場合は、医科レセプト上で加算されるなど医科を巻き込んだ形でないとひろまらないと考える。そうすることにより、医科のレセプト上は増点されなくても病院歯科の生き残りを図れるような気がするが、いかがなものであるか、ご検討いただければと思います。

00413 口腔外科中心で急性期の治療が主体となっていて外科来院患者数は多く、衛生士一人といふマンパワーのようでは、衛生士の病棟往診による口腔ケアは困難である。看護師への口腔指導により効果をあげている。

00423 治癒の見込みのない神経難病、重心患者が対象の主体をなすため、限られたマンパワーと時間とどのように振り分ければよいのかを検討してゆきたい。患者の一生涯において歯で悩むことの内容に息長いケアを心がけるつもり。

00424 歯科衛生士が病棟へ行って口腔ケアをしているが歯科衛生士に看護師がまかせっきりになってしまう傾向がある。一緒にやるというより、看護師が覚えてじぶんでやろうとしない。

00440 病院に脳外科があり、嚥下訓練等積極的に施行したいが (Dr 1 人) 時間に限りがあるので

現在は厳しいと思われる。又、看護師の人数不足もあり、なかなか理想とする口腔ケアが出来ていない（口腔内はイソジンを使用し、ガーゼ等で拭う程度）今後、病院全体で口腔ケアに取り組みたい。同施設内に、老健施設があるが、この施設は、歯科が出来たあとに建てられたのでかなり早期から口腔ケアに取り組み、介護士さんも協力的に日々行なっている。（口腔ケアの方法、留意点等勉強会開き、又義歯の扱い方や義歯用ハブラシを導入したり、ハブラシもケアしやすい、入所者さんが痛がらない先の細いハブラシを使用する様に指導した。）

00442 当院においての当科の役割は、頭頸部悪性腫瘍、顎顔面外傷の治療であり、口腔ケアは求められておりません。腫瘍手術後の嚥下リハビリとして当科では行っております。またレスピレーター装着患者などについては各看護師が行っており、助言を求められれば答えている程度です。

00445 個人的な意見ではあるが、当院は急性期病院なため患者平均在院日数約17日で、急性期のときのケアはしづらいものがあり、本格的なケアは療養型病院で行う必要があるかと存じます。前回の病院歯科のアンケートもそうですが、研究者か、口外専門病院の先生方が多く、口腔外科手術後のケアを行っている病院が多いものかと存じます。やはり歯科医のケアより病棟看護師によるケアが重要ではないのでしょうか。保険点数の算定がないからやらないではそのレベルからあがらない気もします。保険のシステムで17日で急性期と慢性期病院を分けて点数が違うそのシステム事態にケアをやりにくくしているところがあるのではないかでしょうか。

00457 病棟の口腔ケアは毎日行われるべきもので看護師、介護士が中心となると思います。我々はより専門的なケアができるように（指導できるように）研鑽することが必要です。

00458 入院患者さんの口腔ケアは誤嚥性肺炎やMRSAの予防になり、他科病棟の口腔ケアにおける歯科衛生士への期待は大きいと感じます。採算性の改善や口腔ケアを行う診療体制（時間、スタッフ数）の整備を整えないと定着し難しいと感じます。

00477 現在、病棟において「口腔ケア」について検討中の段階です。老健があるので、そちらへ

は定期的に出むき（1回/1W午前中）個々の利用者様をチェックしてまわっていますが、やはり外来治療もあり、時間のやりくりが非常に難しいのと（昼休み、治療後など）それをどう採算性につなげるのかが悩みでもあります。人手不足もありますが、長続きさせるのも（自分自身も）スタッフの意識をキープしつづけるのも難しいです。病棟歯科衛生士を1人、お願いしようと病院側にお話しておりますが、なかなか今の時代、難しいのかなとも思います。でもきっとなんとかして将来的には…とがんばっています。

00484 歯科口腔外科では摂食嚥下チームの活動を開始し、積極的な歯科外の活動のおかげで、口腔ケアの必要性について病院スタッフの理解が得られてきている。歯科衛生士を含め活動の場が広がり、一般のDHとは異なる仕事のやりがいを見出せてきた。ただ、スタッフ間の調整など外来・手術室などの診療の時間の間で行なう必要あり、しっかりとした採算性が無いと限界がある。今後DHの活動の場としてもまずは病院歯科、病院歯科口腔外科がEBMを出せるような協力体制が必要であり、プロトコールなどの作成が必要と考えます。

00496 口腔ケアの定義が「あいまい」で解答に窮する。明確に定義づけするか、内容を細分化する等して、設問を設定願いたい。

00503 常勤歯科医一人の状態で外来、手術、病棟と多忙を極めています。口腔ケアはやりたいと思っても手が出せない状況です。病棟によつては看護師が口腔ケアを実施しているところもあり、意見を求められることはありますが、それ以上には当科では全く関与しておりません。そういう状況としてはどう答えて良いのか迷う設問が多かったです。Fの設問などは口腔ケアをやっていないため答えようがなく未記入にしたいのですが、エラーになるためにやむなく答えたというところです。非常に不備の多いアンケートだと思います。

00508 歯科で病棟職員へ口腔ケアの指導をした結果、病棟で積極的に口腔ケアをするようになったため、当院では、歯科からの訪室の口腔ケアが少ない。しかし、医科でも歯科でも口腔ケアの点数が少ないために、特に歯科の訪室では全く点数がないため、非常に時間的持ち出しと

なっていて、もっと積極的に歯科として訪室したいところであるが困っている。なんとか早く保険点数がみとめられるように願っている。

00525 現在は在宅訪問歯科診療と、同じ病棟である脳外科の患者さんおよび外来での対象者を行っているが、本来であれば他科の入院患者さんへも行われるべきであると考えている。看護師との勉強会などを通じて広げていく予定である。

00528 口腔ケアを全く行っていないので、Fの質問は該当する答えがなかったので、入力したくなかったがエラーになるので、適当に入力しました。

00537 看護師の関心をさらに高め、病棟全体で口腔ケアに取り組めるように委員会を設置し、退院後もケアも出来るように、また病院で訪問看護を行っているので、歯科衛生士も同行して、口腔ケア、口腔衛生指導などができるようにと考えています。

00542 病棟専任の歯科衛生生がいます。さらに手を広げたいと思っています。

00553 まず歯科スタッフ自身が口腔ケアの重要性を理解し、医科に働きかけていかなければ、口腔ケアは広がっていかないとつくづく知らされます。

00554 時間的、人的パワーの不足により看護師さん任せになっている部分も多い。嚥下障害等では院内に対策グループもできているが、口腔ケアについては当院はこれから始まるところです。

00556 当院では口腔ケアをはじめて1年と少々たつが、いまだにナースの中には衛生士が病室に入ることに反発を感じる方も多く、患者さんの病状の変化等の伝達がなかつたり、私たちが出向く直前に患者さんの口腔清掃をおこなっていたりすることも多々ある。看護師が行う口腔ケアは一般的看護の一つであり、看護料金に含まれるが、歯科衛生士が行うことにより別に歯科の点数がかかることになり患者さんの負担になるためなかなか口腔ケアを歯科衛生士に任せられないという事情もあり、院内の歯科衛生士による口腔ケアが定着してゆかない。看護師が行っている口腔ケアを見ると唇側は磨いているがその他の部位は磨けていないのがわかるので、歯科衛生士による口腔ケアもしくは看護師

に対しての口腔ケアの教育は必要である。医科入院中の患者さんの口腔ケアの場合、歯科で初診料を算定することになるたびに、歯科の紹介率が減る結果となることが、最大のマイナス効果である。そのため、かならずしも口腔ケアを実施しにくい。歯科レセプト上での算定は希望したいが、紹介率が下がることになるのであれば、医科レセプト上での算定を希望する所以である。

00563 当院では、嚥下障害患者等に対してのVF検査等、当科が嚥下障害患者に深く関与しています。その一環として口腔ケアを実施しています。ただマンパワーの面で積極的な口腔ケアは困難と感じています。

00567 歯科医師は多忙で口腔ケアまで手が回らない。常勤医3名で年間入院患者750～800例はハードです。Dr. がopeに入っているとき、リハビリ病床や往診依頼のPtの口腔ケアをDHに任せている。十分な口腔ケアまで手を広げるには現状の2～3倍のマンパワーが不可欠です。

00569 常勤歯科医1人に対し、日に40人以上外来がいるため、本来行うべき訪室による口腔ケアはできていない。将来人が増えれば口腔ケアができるのではないかと思っている。

00581 現在口腔ケアについては、病棟主体で歯科としては依頼があった場合のみです。もう少し積極的に行いたいとは思っておりますが、なかなか日常の治療に時間を割かれて、行えないのも確かです。病棟では、師長はじめとして、一生懸命です。

00593 今回のアンケートは設問が具体的でなく、答えられないものが多かった。あえて答を選んだが、実際には選択できないものもありました。・対象を入院患者全体としてみるのか・実施者が看護職員、STなどの場合はどうするのかまた、看護職員対象の設問も対象は入院患者全体としているのか、歯科関連の入院とみるのかなど。もう少し設問を検討したほうがよいのではと思いました。(病院歯科のある病院でもいろいろ形態があると思われますので)

00606 医師あるいは、看護師から依頼があった場合のみ行っている。リハビリテーション科の中に口腔ケアの専門を作るのが良い。口腔外科医が臨床を行いながら病棟の口腔ケアを行うのは無理。

00609 入院患者は看護師の協力は不可欠であり、また歯科医師だけでなく医師の口腔ケアの重要性の理解が必要と考える。

00618 当院ではマンパワー不足もあり、入院患者の口腔ケアは病棟 Dr、Nurse 主体で行っているのが現状です。口腔ケアによる効果はよく認識しています。しかし本格的に行うとすれば300名の入院患者（口腔ケア必要な Pt は約半数?）に対し、専任の担当者が必要となります。外来、歯科治療、口腔外科治療（当科の Pt）のみで他には手が回りません。当院は、採算性を強く要求されます。今後、行政的、厚生労働省的に採算に合った口腔ケアの治療方向へ進んでいくことを願います

00624 口腔環境が全身に及ぼす影響は、かなり認識されてきたと思うが、口腔ケアは、毎日の積み重ねが必要で、歯科関係者のみで多くの入院患者をフォローするのは、困難である。そのため、病棟スタッフの教育、指導の重要性を痛感している。また、保険等での算定基準を明確化することで、より活動の範囲も広がり、認識も向上すると思われる。

00630 入院患者における口腔ケアの基本はやはり看護業務に含まれるのではないかでしょうか。口腔のみを特殊器官と見るのは誤りです。歯科医師、歯科衛生士は看護師への指導やより専門的ケアに専従する事が大事ではないでしょうか。

00632 1. 保険点数の裏付けが必要 2. DH の数が必要口腔ケアを有効に機能させるためには上記 1. 2. が不可欠と考えます。口腔ケアに対する知識、意識、技術を Ns の皆さんにも高めてもらい、どの患者さんにも一定の水準を満した口腔ケアが行われることが大切だと考えます。

00635 当病院は、療養型のリハビリテーション病院で、診療科に関係なく入院される全ての患者に歯科受診を本人あるいは家族の方に同意を得たうえで行っています。ですから、基本的に入院患者全ての口腔内の状態は、歯科が把握しているわけです。口腔ケアプランは患者個人ごとに歯科である程度立てて病棟に情報提供し、一部介助、全介助の患者を対象に病棟スタッフの協力を得、1日3回の口腔ケア（口腔清掃）を行っています。歯科ではプロフェッショナルケアが必要な患者を対象に PMTC、TBI、評価等

を歯科衛生士が定期的に行ってています。E の項目について 退院後の口腔ケアの情報提供については場合によってです。転院先に歯科があるか、訪問歯科を受け入れている病院であれば、アプローチしやすいですが、そうでない場合は、情報提供しても実際私どもが望む口腔ケアが行われていないのが現状です。転院先からまた再入院になる患者を見ると口腔内の状態は悪化しているのが常ですので。F の項目について

明らかに口腔内の症状は改善します。摂食嚥下機能については言語聴覚士や作業療法士の訓練も施行していますので、口腔ケアだけでの改善とは評価しがたいですが誤嚥性肺炎の防止や MRSA の消失等はよく経験します。当病院は療養型なので在院日数の短縮などにはこだわっていません。あくまでも患者サービスの一環で患者の口腔の健康維持や改善を目的とし、また、歯科衛生士の自立や他職種とのコミュニケーションを図るものとしています。ただし、採算が取れればそれに越した事はなく今後に期待したいです。また、病院歯科がもっと増えて全国的なネットワークが結べると情報交換が密になり、患者の口腔環境の維持に努められるのではないでしょうか。

00647 6 年前より始めた病棟常駐衛生士による当院の口腔ケアは650人を超えてなお広がりつつあります。設問にもありましたか、ケアの形態は各病院の事情や入院患者の違いにより差があつても良いと思いますが、手間と時間がかかるプロフェッショナルケアに対して、なんとかコスト請求できるような保険上のシステムを作ってもらいたいものです。現在、衛生士実地指導についても P か L の病名がないと算定ができず、口腔ケアのメインである乾燥や萎縮、カンジダなどに対する治療は無視されているも同然です。また、医科入院の患者に対して歯科によるプロフェッショナルケア、管理は有用と思いますが、“歯科” という別コストがかかるため、他の科（例えば脳外科入院で褥瘡のための皮膚科受信する場合など）と異なり、必ず説明や同意が必要となってきます。治療的（例えばカンジダやビランに対する投薬）なもの意外は医科請求で “プロフェッショナルケア（歯科衛生士による）” のようなものができると良いと思います。

00648 当院では殆どの寝たきり患者本人の意志ではなく入院し、現代医療によって人工的に生かされてるような方であり、家族からの要望はまったく無く、口腔ケアは時代の流れに従って行わないといけないという観念から行われているのが実情です。病棟の看護師は人員不足で多忙であり、管理職からはずされて仕方なく口腔ケアを行っており、患者の予後や QOL の向上につながる喜びといったものは感じられません。家族から感謝されることも少ないと私は思います。歯科衛生士が介入することについても、やってくれるなら任せるというスタンスです。口腔ケアに限らず様々な看護業務が人員不足による負担過剰で、形ばかりの業務で質を伴わないものになっていると考えられます。したがって口腔ケアが理想的に実施されるか否かは各施設の人員配置の余裕の程度に依存すると思います。

00655 一般的に、一度入院すると全身状態の治療が優先され、口腔に注意が払われない場合が多く見られます。その結果悪化してしまった口腔内環境を整備しなおすのでは、医療費の増加や入院患者の QOL 低下、摂食条件の制限など、問題点が多くあります。それを防ぐために、入院後早期に口腔ケアや歯科治療を行い、口腔内環境を維持する口腔衛生管理システムを各病院内に持つべきだと思います。そのためには病院内に歯科がなくてはなりません。歯科の採算性が重要となってくるのですが、その意味からも口腔ケア保険点数の整備は重要であると思います。

00659 マンパワーの育成・学習・実践はどのようにしているのでしょうか

00672 口腔ケアに対する Nrs の意識がまだまだ低いため、向上できるよう勉強会等を開く必要があると感じています。入院された方全員が必ず歯科受診をし口腔診査、評価を受けられるような体制にできるとよい。

00674 当院は急性期病院で、歯科口腔外科も口腔外科治療を中心であり、いわゆる有病者の歯科治療と昔からの歯科患者（当科は開設50年以上）も少なからず来院します。初診患者数は年間3,200名ほどで、3名の常勤歯科医と2名の臨床研修医で診察しています。入院患者は平均8名ほどです。残念ながら入院患者の口腔ケアに

対する意識は決して高くなく、病棟の看護師が個々の病棟で工夫している程度で、特に問題がありそうな患者様のみ主治医から対診していただいている。正直現在のスタッフ数では毎日外来と入院患者の処置で手いっぱいです。（もちろん病院内の唯一の歯科医として口腔ケアに関与しなければならにという意志はあるのですが…）また現実問題として口腔ケアは院内のサービス部門として行うのか、又は診療報酬として請求するのか迷うところです。ボランティアでは経営上のメリットが何ら無いため、現状のマンパワーで行うしかなく事実上困難ですし、診療報酬上の算定をすれば初診数がさらに増加し、病院歯科の生命線である紹介率の低下を招いてしまうと思います。我々急性期病院の歯科医も口腔ケアの重要性をもっと認識すべきとは思いますが、残念な当院の現状報告です。

00690 本アンケートにより、「口腔ケア」について考える機会ができました。

00705 看護サイドからも口腔ケアが必要な点から点数に反映してほしいと思います。我々も口腔ケアのかかわりのみでは不十分で、大きくりハビリとしての枠の中へも入り、摂食嚥下障害についても関わる必要があると感じています。当院では、口腔外科が中心となり摂食嚥下障害にも取り組み始めており、口腔ケアの重要性が現場で重要視されるようになってきました。

00707 歯科衛生士一人ではどうにもならない。歯科衛生士増員の運動中。

00718 まず、口腔ケアは、人間の尊厳のためにも、必要不可欠で重要だと、私も考えているので、以下の文章を読んで誤解されないようにお願いします。J Am Geriatr Soc. 2002 Mar ; 50 (3) : 430-3. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. Yoneyama T, Yoshida M, Ohrai T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, Ihara S, この論文を読んでも、肺炎発生者数は、口腔ケア群21名 (11%)、対照群34名 (19%) にしかすぎません。その差は、J Am Geriatr Soc. 2003 Jul ; 51 (7) : 1018-1022. Interventions to Prevent Aspiration Pneumonia in Older Adults : A Systematic Review. Md MB, Marissa Becker M, Angela Eady M, Cindy Walker-Dilks M. での再計算によると有意差がないほどの小さな差にしかすぎません。すなわ

ち、これらの論文をもって、口腔ケアの必要性のエビデンスとはいえず、現在、何らエビデンスが無いに等しいと考えております。ぜひ、質の高い、先生方にも介入のランダム化比較試験を行って、診療報酬にも結びつける活動をお願いしたく思っております。

00720 口腔ケアは、毎日でも行う必要があるので、衛生士のみならず看護師（介護士）の協力をもっと得ていきたい。

00740 病院にとって口腔ケアは非常に大切だと思います。ただ、医科のスタッフも歯科のスタッフもまだまだ認識が低いと思います。時間的負担が多すぎて、実行するのはなかなか難しいと思います。ぜひ、経営的にも認められる業務の一つになるようにお願いいたします。また、一番の問題は医療関係者全てに十分な口腔ケアの教育がなされていないように思います。病院歯科が今後とも病院内で活動しやすいように、よろしくお願いいいたします。

00743 病棟口腔ケアに関する歯科医師、歯科衛生士を交えた勉強会は一部病棟で最近看護師の意識の高まり（誤嚥性肺炎予防）により昨年より始められました。より重症度の高い入所者のいる別の病棟では以前より看護師、介護職員の方たちがご自身で勉強されているようでかなり良好な口腔ケアが行われています。日常の口腔ケアの主体は、介護職員、看護師になると思います。歯科医師、歯科衛生士の仕事としては、定期的な評価、助言、歯石の除去になると思います。特定の患者さんであっても歯科医師、歯科衛生士が毎日口腔ケアを行うことは、マンパワー、経営上の理由から困難です。

00744 現状では、内科、脳外科等より、摂食嚥下訓練の依頼があれば行っているが、訓練は食事時に使う必要があり、スタッフの昼食時間などが取れなくなることが多い。マンパワーの不足を痛感している。昼食時など家族の見舞いがある時には、同時に指導することが可能であり、訓練後すぐに横にできないが、家族にみてももらうことも可能であるが、夕食時には病棟の看護師も宿直で人員が減っているなど、訓練後の患者さんをみてもらうことができないので不安である。

00747 当病院としては歯科が主導となり「口腔ケア」を実施しなくてはならないと思っておりま

す。限られた時間、人員、予算？のなかでできること、ある意味「必ず効果が得られる」事から開始し、当該患者殿、歯科スタッフ、看護師、その他の関係者の目に見えることから認識していただき「必要とされる。」そしてそこから採算性を clear する方法を見出せないものかと頭を悩ませております。

00749 当院では全病棟（療養型病棟含む）に口腔ケア依頼書を常置しており、Ns サイドのみの口腔ケアでは困難なケースなど専門的意見・指導を要する場合に当科へ依頼が来るシステムにしている。なお初回のみ診断のため歯科医師も同行するが2回目からは DH が単独に行う。なお、摂食・嚥下リハビリにも当科が中心になって取り組んでおり口腔ケアも一部その一環として実施するときもある。

00761 当院では歯科衛生士が2名しかおりませんので、診療の合間に病棟に往診を行い、口腔ケアを施行しているという状況です。今のところ、神経内科や脳神経外科からの脳卒中後の口腔ケアを中心に行ってますが、近いうちに、血液内科での骨髄移植前後の口腔ケア、顎顔面領域に放射線治療を施行される患者さんに対する口腔ケアも行って行きたいと思います。

00766 健康保険上、不採算にならない程度のルール作りが早急に必要だと考えます。実際、口腔ケアを行うことの意義は非常に重要だと考えております。

00786 口腔ケアの重要性は十分理解しているが、とにかくマンパワーがありません。それにつきます。骨髄移植前の白血病や悪性リンパ腫の患者、心臓移植の患者、HIV 感染の患者、他の病態で口腔ケアが必要な患者に外来で対応するのが限界。

00808 歯科と医科の間では口腔ケアに対する考え方にはかなりの温度差があるように感じます。また、医科の先生方の中にはあまり口腔内の疾患についてお詳しくない方もおられるため相互の情報や意見交換が密に行われることが大切であると考えます。

00811 痴呆の患者様に口腔ケアの必要性を理解していただくのに非常に苦労します。無理に口腔ケアをしても虐待のようですし、何もせず不潔なまま放置するのも一種の虐待になりますので、他施設でどうされているのか知りたいで

す。

00820 院長からの支持もあり ST、PT、Ns を交えた口腔ケアプロジェクトを立ち上げ中で、今は何もしておりません。F項には答えられませんが答えないと送信できないようなので適当に選択しています。

00830 外科、産婦人科などは術前患者の口腔ケアを全館希望しているが、当科の現状でケースを選ばしてもらっている。可能であればしたいが、スタッフが整っておらず、できていないのが現状である。当院は紹介率30パーセント以上で、紹介加算を取っているが、院内紹介は認められず、全例行なれば、紹介率が下がるのが問題である。内科入院のガン又は脳梗塞の患者さんなどのケアはかなり熟練していないと難しく結核病棟 Ns の協力が不可欠である。

00831 当院では、内科より依頼があった場合にのみ、病棟へ行って歯科衛生士が行っております。症例数も少なく数ヶ月に1例あるかないかだと思います。ただ、2年以内に回復期リハビリ病棟を作る予定です。基本的に人員不足で、他部門へアピールすることも出来ず、今後検討が必要と考えています。

00842 初診料・再診料のみ算定しています。不採算部門です。

00848 常々思っておりますが、入院患者の口腔ケアに関わらず歯科のない病院に往診でいった場合、外来に降りることのできる患者はともかく、降りることのできない患者の場合、かかる手間や時間、器具などの購入は往診と変わらないにもかかわらず、まったく考慮されないことに大きな矛盾を感じます。往診のみで収益をあげるものがいることを考えると、同様の点数が得られるならば採算重視の私どものような民間病院での口腔ケア用の人員配置が可能になるのではないかと愚考いたします。また同時に病棟の患者の治療や口腔ケアを歯科レセプトで請求する際、院内紹介は紹介患者にカウントすることをしないと紹介率が維持できない可能性があると思いますが。現状で有用であることは明らかですが採算という大きな問題を解決しなければならないと思います。その点についてもご指導いただきたく思います。

00858 当院は糖尿病治療認証施設となっているため、口腔ケアは主として糖尿病で入院した患者

さんの希望により（クリティカルパス）口外科外来で行っています。入院患者の口腔ケアは、現在のところ（日常的には）看護師により行われており難しいほうの場合（口内炎が治らない、歯牙でかみ傷を作つて出血する、歯肉から出血して止まらないなど）、主治医から診察依頼があり、外来で又は病室で診察を行つた上で適切な処置を行い日常の管理は看護師により行われています。当科は、診療時間は、自科の患者の診療で手一杯で、月に2回スタッフを患者教育のビデオ勉強会に出すのがやっとという現状です。当科のスタッフの人数が増えない限り積極的に訪室してケアを促すことは不可能と考えています。保険点数の十分な裏付けがあれば増員可能かもしれません、公立病院の歯科の存在理由に「口腔ケア」が入るのでしょうか？

（ちなみに私は毎日12時間以上職場にいてもまだ雑用ができず、自宅に持ち帰つてこれを書いています。）

00859 当科は口腔ケアを充実することは大変重要なと考えています。しかしながら当科の外来、入院患者数は非常に多く、またコストの不足・マンパワー不足により、当科入院以外の患者さんのケアは行なえないので現状です。

00866 1) 地域連携 口腔ケアが院内でのみ行われているあるいは施設、居宅などで個別に行われているのが現状。これを地域連携として再構築すべき。共通のバス、同一の書式による計画表などを用いてどこにいても質の高い口腔ケアが受けられるシステムを作る必要がある。（口腔ケアのチェーン）2) 経済性 口腔ケアの概念には今や歯ブラシ指導やうがい、歯周病予防のためのブラッシング等とは目的を異にする。もっと大きな視野が求められている。いわば生命維持に欠かせないケアと考えて良い。この概念を反映するような新しい保険の枠組みを設定することが必要で、医科歯科を越えた点数の仕組みを考えなければならないと考える。

00877 まだ口腔ケアを始めたばかりで歯科医師、衛生士、病棟看護師と検討しながら行っているが、患者一名当たりにとられる時間が長く、その時間に対し適当な診療報酬が得られないこと。口腔ケアで使用する特別な歯ブラシ、口腔ケア用品が、一般ルートでは販売されておらず、歯科材料店に依頼しないと購入できない。

統一されたケア方法が確立されていないので、病棟看護師に依頼する際困っており検討中。口腔ケア患者の退院後障害があると一般開業医ではバリアフリーなど障害者を受け入れる体制が整っているのかどうかわからぬので依頼できず困っている。

00878 H15年3月まで常勤歯科医師がおらず、H15年4月より歯科常勤かさらに現在常勤の衛生士がいない状態のため、病院としての口腔ケアの取り組み方、方針が明確になっていない。今後院内での勉強会、委員会での検討事項の一つとして、病院独自のプラン作成の予定である。理想を言えば、すべての入院患者に口腔ケア、口腔衛生指導を行うべきであるが、患者個人又は患者家族の要望があったときのみケアを含む歯科処置を行っている。口腔ケアに対してはマンパワーの不足もあるが、コスト的、時間的な問題が大きいように感じる。

00881 現時点では、口腔外科入院の患者を主体にケアを行っています。在院日数の短縮に貢献しうることを明確な文献的根拠を持って院内全体にアピールするよう現在準備中です。

00892 「口腔ケア」を行うことによって肺炎をはじめとする合併症の予防だけではなく、口腔機能の改善によるQOLの向上なども、その成果として評価できると思われる。また医療の結果評価の指標とされている死亡率、合併症率、平均在院日数（疾患別）、院内感染率などの改善に「口腔ケア」が一翼を担うことが出来るのではないかとも考えている。さらに患者サービスの視点から「口腔ケア」は「心地よいケア」であり入院生活におけるわずかな時間のアクセントまたはリフレッシュ時間と位置付けることもできる。すなわち、より豊かな「こころのケア」ともなり得ると考える。また急性期病院におけるリハビリテーションは早期にはじめることより、その後の慢性期リハビリの成果にかなりの影響を与えることは良く知られている。そこで病院内において広義の意味での「口腔ケア」の理解を深めていき、「リハビリテーション的な要素の口腔ケア」というものの位置付けを明確に確立したいと考えている。

00898 我々の病院歯科では幸いにも外来患者様の数が多く、日々の診療は主に外来での治療となっています。社会のニーズは口腔ケアに大き

くシフトしつつあると思われますが、当科では入院の患者様に対しては、ほとんど口腔ケアを行っていないのが現状です。複数の歯科医師、歯科衛生士が勤務するにも関わらず、外来（一部入院）の治療だけで手いっぱいだからです。当然、社会のニーズには応えないとなないと考えますが、現在でも不採算が指摘される病院歯科にとって、現在では明らかに不採算の口腔ケアに対し、対応する時間、人材、経費はないと言つてよいでしょう。マンパワーだけではダメです。保険であれ、自費であれ、それに見合った予算、お金が絶対に必要だと考えます。

00901 病院歯科が閉鎖されつつある近年、歯科が存在することにより可能な専門的な口腔ケアの有用性をもっと広めるべきであると思う。

00903 口腔ケアは極めて今後医科と歯科との連携をとるのに有用で、EBMの確定する研究と保険点数上の評価により採算がとれる方法を教えてほしい。

00905 1日3回（毎食後）と就寝前に行うのが当たり前であり、歯科医師や歯科衛生士が行った時だけ保険算定し看護師が行った時は算定しないのはおかしい。口腔疾患で入院した患者のケアは入院基本料に含まれており、また基準看護の施設認定を受けている場合は入浴介助や清拭をするのとマウスケアは同列であり特別な算定はありえない。逆に歯周病治療との鑑別をよりはっきりさせるべきであると思う。

00906 まだ“口腔ケア”に取り組み始めたばかりであるため評価はできていないが、今後さらに進めていく予定である。A. 現在当科で組み込んでいる“口腔ケア”（広義） 1. 全麻（経口挿管）（外科）患者のop前、口腔ケア 2. 母親学級に講師として参加 3. 高齢者が多い（有病者）外来で外来患者に対する口腔ケア（歯周病治療の中で） B. 今後発展させていきたい対象 1. 入院患者（脳梗塞後） 2. 糖尿病患者 C. 3人の歯科衛生士が外来のみではなく病棟に出向いて口腔ケアをするため積極的に口腔ケアを行っている病院歯科と脳外科に見学に行く予定となっている。病院の中での歯科のあり方を考えている中、病院の特色を考え“口腔ケア”を立ち上げた直後です。

00907 現在は、脳神経外科の患者など寝たきり、意識障害・肢体不自由のある方の口腔ケアを中

心に、病棟からの依頼により行っているのが現状であるが、病院全体の口腔ケアに対する意識も徐々に高まってきており、もう少しニーズが高まれば、系統的に口腔ケアを行つもりである。そのためには、歯科衛生士など人的配置も必要になるところから、口腔ケアに対する医業収入が得られるようにする必要があるのではないかと考えます。

00908 口腔ケアに実際に向きあっていくには、本人の入院中は担当看護師、退院後は、家族と考えています。その看護師や家族・本人に指導をするのが歯科医師と歯科衛生士であるべきだと考えています。

00911 当病院は精神疾患病棟、痴呆老人病棟を中心なので本人の指導はほとんどできません。家族とも面会する機会が少なく、病棟では喜んでもらっていますが、診療報酬としては返ってこないのが現状です。病院歯科での点数体系を考えていただきたいと思います。

00919 計画的に院内の入院患者のすべてに「口腔ケア」を実施していきたいと、常々考えておりますが、多忙な日常業務に忙殺され、なかなか進んでいないのが実態です。心臓外科手術前後や糖尿病パスの方々では必ず当科を受診して頂くことになっているのみで、スタッフの数も少なすぎるのが現状です。実施されている病院のプロトコールや実例などを教えて頂き、病院と交渉したいと常々思っております。各施設の実情の情報を公開して頂ければ幸いです。

00927 問題点 1. コスト 2. マンパワー 3. 衛生士教育（全身疾患が分からずに卒業している） 対策 1. コスト化 2. 歯科と口腔外科に分け、歯科を口腔ケアかまたは予防歯科とす。またはリハビリ科に包含す。

00937 当院は非常に田舎の病院で、患者さんだけでなく、働く職員も高齢者が多く、その人達の意識を変えること自体が難しい状態です。私だけでなく、他科のドクターの要望も強いのですが、なかなかすまないのが現状です。

00939 内視鏡下胃瘻造設前口腔ケアを実施中であり、近日中に療養型病棟ならびに一般病棟に口腔ケアを拡大し歯科訪問診療につなげたいと考えています。

00941 病床数が580床の病院で、歯科医師1名という状態では、口腔外科や有病者歯科の紹介患者

の診療および外来の一般患者の診療で手がいっぱいです。口腔ケアについては意義は認めますが、実施は不可能です。コストうんぬんよりマンパワーの充実が先決だと思います。

00953 介護の現場では口腔ケアはどうしても後回しにされがちな所があると思います。それは現場に直接歯科関係者（歯科医師、歯科衛生士）が関わっていないことと、不採算である。また長期間しないと結果が現れないということからこのような現状にあると思います。そのためにも褥瘡対策加算〇〇点のように誤嚥性肺炎対策加算〇〇点というのをつくり、算定条件として歯科医師もしくは歯科衛生士が常駐（常勤）するようにするとか、摂食嚥下、摂食機能療法（リハビリテーション）同様、言語聴覚療法も歯科医師でも可能にするようにするとかが必要である。歯科の立場は非常に弱い位置にあるとは思いますが、現在の限られた職場から脱するためには強くアピールすることが必要である。

00957 医科の先生が口腔ケアについての認識が高まれば歯科としても行きやすくなると思う。（看護師さんも）

00961 決められた保険点数があれば、家族に対して具体的なコスト提示ができると思う。

00978 歯科と医科との連携がスムーズに行っていないと考えられます。医科のドクターの歯科に対する認識が殆ど無いような質問を受けることがあります。これも教育制度が医科的処置のみ目が行き、医療全般となっていないことが原因だと考えられます。また、歯科関係者ももっと働きかけが必要だと考えられます。そのためにも「口腔ケア」に関しての点数を計上し、採算面でも十分であるとの認識を持っていただかないと関心は抱いていただけないと考えます。（ほやきですけど、歯科では必ず患者と1対1で話をし、処置を行うのであるから現在の点数では低いような気がします。すべてにおいて…）

00979 内科や外科、整形外科からの紹介を中心に行っているため、全体的に網羅されているわけではないので、これらすべてを包括できるシステムを作ることが現在大切だと思います。

00981 「歯科」の枠にこだわっていては病院内の活動に広がっていきにくい。退院時にアドバイスを求められないのもまだ口腔ケアの必要性・

有用性が十分に認知されていない。そこまでの仕事として定着し得ていないことに気づかされ、反省している次第です。他職種との連携は不可欠だが、多忙な介護の現場においては歯科的なことで不具合が生じた患者様に対し治療をする、可及的に短期で済ませてほしいという思いが主流のようです。歯科から見ても十分な採算が見込まれれば歯科にたいしての見方、取り組みが変わるかもしれない。ルーチンの習慣的なマウスケアではなくて、DH の専門性を生かし、それを評価する体制作りは現場に根付かせるためにも必要と考えます。

00982 歯科・歯科口腔外科患者の外来入院加療だけでマンパワー的にも時間的にも不十分であり、医科入院患者の口腔ケアを行なうまでの余裕が無いのが現状です。

00987 入院患者の口腔ケアの有用性については、看護師等に徐々に理解が広まっている。しかし看護の日常業務のなかに口腔ケアを取り込むとなると、仕事量の増加やコストが算定できない等の点で抵抗があり、容易には導入できないのが現状である。やむを得ず対象を重症の患者に限定し、歯科のスタッフで対応している。できれば、歯科医師の指示で看護師による口腔ケアを行った場合、入院加算などで保険算定できるように評価してほしい。

00993 マンパワー不足で思うように出来ない悩みがあります。国立病院（4月から独立行政法人になりますが）には、歯科衛生士の定員がありませんので…

00996 1. 歯科のマンパワーが絶対的に不足している。救急から入院および外来を1名の歯科医師でこなしている。2. 看護師の口腔ケアの認識度が病棟部署により異なり、全体として看護師長の見識が異なっている。必要不必要な度合いを各部署が各々判断している点がいけない。3. 地域歯科医師会に属する歯科医が病院にそれぞれ独自に患者に訪問を申し出ているケースがあり、かかりつけ歯科医により差がみられる。しかしこの場合には口腔ケアというよりも指導料等算定のための訪問行為であると思われるところが多々みられる。真の意味で口腔ケアを望む歯科医が増えることが望まれる。4. 急性期をすぎると療養型病院への転院を催促されている。このような忙しい病院においては短期離床

をさらに促すことは新たな問題が生じることになるのではないか。5. 基本的には同じかもしれないが、上記4のこともあり急性期と療養型での口腔ケアについての違いを明確にする必要がある

01007 急性期病院入院中から口腔ケアが定着していけば慢性期病院、介護施設、在宅へと口腔ケアの広がりが出やすい。看護職の口腔ケアの認識が高まって広がりを見せつつあるが、まだまだのところも多く、歯科からの積極的な関わりも必要。口腔ケアグッズの入手に関する問題も広がりに影響する。D-5 は1回あたりの点数であるが、1回あたりは点数が高くなくても回数がもっと多く取れるようにしてほしい。

01014 口腔ケアの重要性について、我々歯科関係者の中でもまだ認識が一定でないことがあるよう思われる。また他職種（看護師、介護士等）家族などとの認識にもギャップがあり、それを啓蒙していくことが重要と思われる。その意味で、今回のような活動は大変重要なと思われる無駄にならないよう展開して下さい。

01021 厚労省がん研究班（大田班）の研究の一環として血液内科及び呼吸器内科と連携して口腔ケアを開始した。両科とはこの研究以前から病棟との関連が深く、定期的に看護向け講習会等を行なっていたが、紹介された患者様のみに口腔ケアを実行していた。この度は基本的に全入院がん患者に行なうこととしたが、口腔ケアによって獲得された患者様の QOL の向上から、他疾患（気管支、肺疾患等）に対しての依頼が増えてきている。その他では、循内や心臓外科、神経内科、脳神経外科との関係も深いが基本的には同科よりの紹介患者に限られている。又、外科看護研究でも口腔ケアを取り上げたいという意見も聞いているが、研究方法がわからず手付かずの状態である。臨床的に全病棟に手を開げる事が QOL 向上には絶対的に望ましいが、実際にはマンパワーが不足している。当科日常の口腔外科診療のあい間でしか時間がとれず、がん研究の対象患者様のみでもオーバーワークを感じている。又、看護師の意識のみならず、テクニックの向上が不可欠であるが、現在全国的に確立された研究方法やケアテクニックがあるのならば教えてほしい。

01024 当院の歯科診療は非常勤医により週2回午

後のみ行っている。したがって、旧来の歯科処置のみしかできず、口腔ケアまではほとんどの場合行っていない。

01031 一般歯科を main に行っているので入院患者と同様に歯科治療を行っております。しかし入院患者には全身へのことを考慮し、出来る限りのことをしており。しかし歯科医師、衛生士といろいろ考慮しているが、なかなか看護師に口腔ケアの大切さを伝えることが難しく、困感している状態です。

01035 ・口腔ケアの採算について 医療保険において「口腔ケア」が評価されるようになれば口腔清掃を中心とした指導にとどまらず、口腔機能の維持回復を行うための「機能的ケア」がより充実されるのではないかと思う。

01036 現在、入院患者の口腔ケアとしては、腎移植（免疫抑制剤使用中）患者、血液疾患や、抗癌剤投与患者、心臓弁膜症の患者に対する口腔衛生管理を中心として行っている。病院全体としての口腔ケアの取組みについては ICU を除いてはほとんどなされていない。人的な問題（マンパワーの不足）により病院全体としての取組みは不十分だが、今後、問題を解決し、口腔ケアへの十分な取組みができればと考えている。

01041 ICU、CCU また内科、整形、神内、脳外などの科で、身体的不自由な入院患者で、口腔ケアを必要とする患者が多数いるのが現状だが、衛生士の数が少なく、専門的な口腔ケアが十分にできていないのが現状です。病棟の看護師による指導は行っています。

01042 現実的には外来患者中心の一人医者の下ではあれもこれもというのは非常に時間も人手も不足している状態である。診療報酬等一定規模以上の Hp においてルーティン化するには制度的な整備が必要ではないかと思われる。たとえば、褥瘡加算の様な物でも必要ではないかと思われる。

01077 病室まで往診して口腔ケアを行うには、マンパワー、時間が足りません。現在の体制では不採算ですし、衛生士、歯科医師が看護師に研修指導するしかないと思います。

01081 義歯を使用していない無歯顎患者の口腔ケアと清掃困難な全身状態で多数歯を有する患者の口腔ケアでは内容が大きく違うため、口腔ケアを看護の一部として無償で行うのは無理で

しょう。これまでの経験から、看護師に歯科衛生士と同様の口腔ケアの内容でしかも無償で行うことを要求することなどとてもできません。医科でも歯科でも診療報酬を受けられるようにしなければ口腔ケアの普及とレベルアップは望めないような気がします。

01090 「口腔ケア」は、単なる口腔清掃という意味を越えて、かなり広範な意味を含むようになりました。また、口腔ケアに関わる職種も多様です。このことは口腔ケアの広がりを示していると思いますが、一方で、現場での混乱を招いてもいると思います。したがって、口腔ケアでコスト算定を考えていく場合、誰が、どのようなケアを行った場合に算定可能なのか、また、その根拠をはっきりとする必要があると思います。個人的な考えはここでは割愛いたしますが、先生方のご活躍をお祈りいたします。

01110 患者、病棟、NS の考え方方がさまざまあり、強く必要とされるときのみ行っている。

01120 医療に関するスタッフ全員の協力なしでは、かなり困難なことだと思います。少しずつでもいいから継続することが大切であると思います。

01125 当園は重症心身障害児・者の入所施設なので入退院がほとんどありません。質問の内容と答えがいまひとつみ合わない所があると思います。口腔ケアに関しても、歯科の開設以来18年間おこなってきたことですので、口腔ケアを始めたからどうだ…という事はありません。変わった事は2年前歯科の診療日が大幅に増えたことにより、歯周治療や口腔ケアに十分な時間がとれるようになった事と、ほぼ同時期からユニットケアが導入された事で、個々の入園者に対する職員の意識が高まり、口腔ケアも熱心に行なってもらっています。18年前は歯科衛生士1人に全員の口腔ケアをしてほしいと要望していた看護・介護職員が現在は、口腔ケアは介護の中の大切なケアだとがんばっているようです。定期的な、歯科の専門的口腔ケアと生活棟のスタッフによる毎日の口腔ケアが、うまくまわっているように思います。ちなみに、当園の歯科は『病院歯科』ではなく、診療所扱いです。アンケートの対象にはならないのではとも思いますが…。

01139 歯科としては、外来診療に追われ、入院患

者への積極的アプローチを行う時間がまったく持てない。また、病院職員（ドクター、看護師、ヘルパー）も日々の業務に終われ、口腔ケアが十分におこなえていないし、また個々の口腔ケアの認知度もまちまちで、なおかつ患者さんの口の中を観察すること自体十分に行えていないのが現状です。数度院内勉強会等を行ったが、残念ながら生かされていない。患者さんはもとより、それを実行する職員自体のデンタルIQが低いことも影響しているのではないかと思われます。

01146 毎日の口腔ケアは歯科医や歯科衛生士だけでは不十分なので、どうしても看護師や介護士に頼らざるを得ない環境にあるため、看護師・介護士への指導が家族（患者の）を含めて非常に重要になってくると思います。

01152 口腔ケアを評価するまた口腔ケアを介護・看護として普及させるためには保険請求を可能にすることであると思います。

01163 口腔ケアの意義、有効性が先走りして、確固たる保険請求の枠組みがなく、思い切り取り組めないのが現状。

01166 口腔ケアは看護の一環と考えているので看護師に教育・指導して、行ってもらっている。しかし、口腔の特殊性、特に義歯の取り扱い等については歯科のスタッフの方がふさわしいと思われる。歯科点数で評価される様になれば、病室への訪問による口腔ケアもやり易くなると思う。

01195 以前より口腔ケアについては看護師さんより依頼があれば一緒に行なっている。場合により外来にきてもらい、歯科衛生士と行なっているが、こちらから積極的行なうような時間は無い。余裕があれば取り組んでいきたいと思っている。

01200 マンパワー不足で他科から依頼がある時におこなっている。

01201 当病院においては、入院400床に対して、常勤歯科医師1名、常勤歯科衛生士2名のため、歯科が口腔ケアを実施するのではなく、口腔ケア、摂食支援の実施は、病棟全スタッフ（看護師、看護助手）が行います。歯科医師、歯科衛生士は、歯科保健医療の専門職として、口腔保健や歯科医療の理論・知識に基づき、病棟スタッフや、入院患者に対して口腔保健指

導、専門的口腔清掃指導（手技）、口腔機能の維持・回復のための指導（訓練）、歯科口腔領域の介護援助を行います。よって、口腔ケアアセスメントにて、歯牙の異常（欠損など）、歯肉の異常（発赤、腫張が著しい場合）などは、歯科治療の必要があると判断し（本人ならびに家族の希望があれば）、口腔ケアではなく、歯科治療として外来で行っています。病棟での口腔ケアの実施は病棟スタッフに対する教育指導として行っています。当病院における口腔ケアの定義は、「口腔とその周囲、関連する器官の健康を保ち、食支援のための包括的なケアであり、口腔の持つあらゆる働き（摂食、咀嚼、嚥下、発音、審美性、顔貌の回復、唾液分泌機能など）を健全に維持、回復又は介護することである。当病院での取り組みはH9年～院内に口腔ケア委員会設立（歯科、看護部）H14年～摂食検討委員会に改称（歯科、看護部、医局、リハビリーション部、栄養科）口腔ケアについての課題：取り組んだ問題点①誰が実施するか②いつ実施するか③対象は（拒否する患者はどうするか）④知識、技術の習得は（職員の研修システムをどうするか）⑤内容は（技術的にどこまでできるか、時間的にはどこまでできるか）：今後の課題①EBMにもとづいた口腔ケアおよび摂食支援の実施が必要となる。（口腔ケアおよび摂食支援の手技、効果の確立）②病棟スタッフの口腔ケアおよび摂食支援への関心と知識、技術の向上が求められる。③口腔ケアおよび摂食支援の必要性が社会的に認知される。（歯の健康→口腔の健康、義歯の必要性）

01209 当院では訪問歯科を施行しており、医科の訪問看護とタイアップしています。カルテを共有しているため、患者の状態を把握しやすく、開業医が施行するよりもスムーズに動いていると思います。一部を除き一般開業医が訪問するのはリスクが高く、病院の歯科口腔外科が施行すべきと当地では考えています。院内では実際にはヘルパーが病室で（療養型）口腔内清掃を施行しており、このヘルパーの口腔ケアに対する知識の向上とスキルの向上を指導していく方向で院内は動いています。今後は介護保険における口腔ケアの必要性をclose upするように準備しています。

01211 外来患者が多く、入院患者の口腔ケアまで

手が届いていないのが現状です。勉強会等で興味を持つ医療スタッフが増えるのはとても嬉しいことで、口腔ケアへのとりくみは当院ではまだスタート地点です。これから色々とシステムを広げていきたいと考えています。

01220 3月31日をもって、当院歯科は閉鎖致します。ここ10年程、全く単独で診療していますので、特に口腔ケアという事で、計画を立てる事はできませんでした。只、ここ数年、他科の先生から口腔内が原因ではないかという肺疾患患者の口腔診査依頼が増えています。治療や清掃etc その都度対応しています。清掃の場合は再診料のみか歯周疾患に応じた処置料を取っています。寝たきり、呼吸器の患者が多い当院などは病棟に出かけて清掃する事は今の段階では全くのボランティアです。口腔ケアを一つの項目として保険診療に組みこめば、もっと可能性が広がるのではないかと思います。

01224 入院患者さんの口腔ケアは是非必要と考えるが、毎日ある外来と当科病棟加療を、それぞれスタッフ2人で対応するのにあわただしく、口腔ケアのために時間をとる余裕（時間、人

数）がないのが現状である。

01231 口腔ケアの重要性を医科に明確な形で認知させることがまず大切だと思っています。

00300 口腔ケアを進めるにあたり病院内の歯科衛生士（DH）の地位の確立が必要だと考えます。当院では DH は看護部門に所属していますが、全体的にはまちまちではないでしょうか。口腔ケアのイニシアチブをとる、またさらに積極的に関与するには病院内での立場が統一されるべきではないでしょうか。

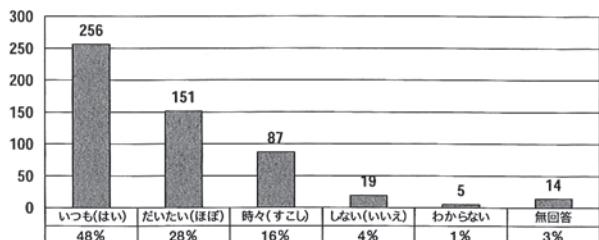
○○○○ 歯科で病棟職員へ口腔ケアの指導をした結果、病棟で積極的に、日々口腔ケアをするようになった為、当院では歯科からの訪室の口腔ケアが少ない。しかし、医科でも歯科でも口腔ケアの点数がないために、特に歯科の訪室では全く点数がないため、非常に時間的持ち出しとなっていて、もっと積極的に歯科として訪室したいところであるが困っている。何とか早く、保険点数が認められるように願っている。

○○○○ 口腔ケアについての必要性は、医師にもコンセンサスがあるが、いまひとつのびていない。

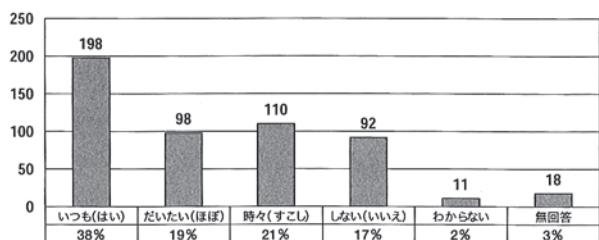
看護管理者の方へのアンケート調査表の一次集計結果

(アンケート回答数 527件)

1 看護師は日常的に口腔ケアをしている。

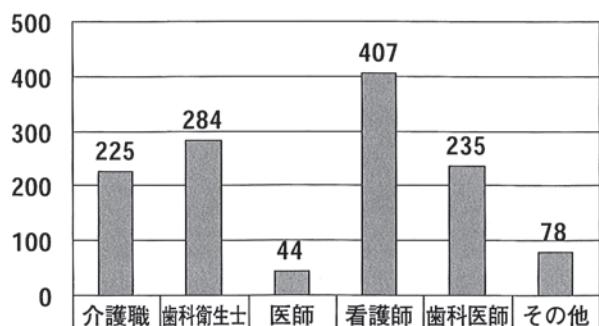


2 看護師を含む複数の職種で口腔ケアをしている。

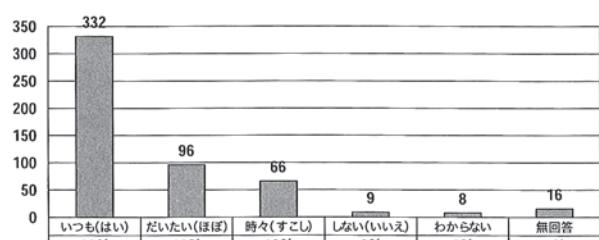


3 その職種は何ですか。 該当するところに○印を付けて下さい。

- a. 介護職 b. 歯科衛生士 c. 歯科医師
- d. リハビリ専門職 d. 看護助手
- f. その他 ()



4 口腔に問題がある（含；口腔ケアを必要とする）患者が多い。

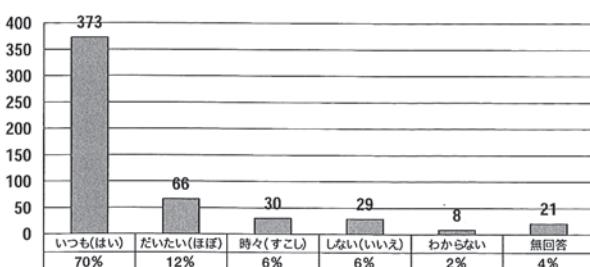


5 それはどんな患者ですか

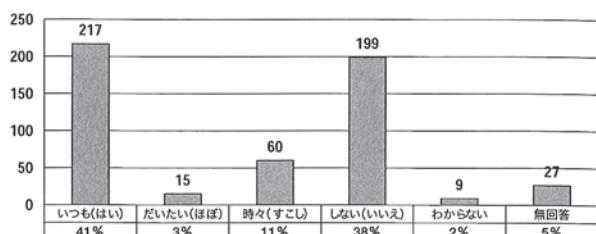
長期臥床・寝たきり	96
脳血管障害	84
意識障害	80
自分で口腔ケアが出来ない患者	42
高齢者	42
痴呆	41
術前・術後患者	39
麻痺・片麻痺	31
要介護患者	28
挿管・人工呼吸器装着	28
ベッド上安静を要する患者	20
放射線・化学療法	19
経管栄養	18
重症患者	17
脳神経障害	16
癌末期（ターミナル）患者	15
嚥下障害	14
肺炎・呼吸器疾患	14
A D L が低下している人	14
四肢の機能障害	12
口腔内疾患	11
重障心身障害	10
経口摂取できない人	10
脳外科患者	10
神経疾患	10
障害者	9
精神疾患	8
口腔・咽喉頭領域の術後	8
入院患者	6
身体障害者	6
胃瘻・経腸栄養	6
長期療養患者	6
パーキンソン症	5
義歯	5
脳性麻痺	4
食事介助が必要な患者	4
急性疾患	4
歩行・運動障害	4
絶食を要する患者	4
I C U 患者	4

糖尿病患者	3
脊椎損傷・脊椎疾患	3
循環器系疾患	3
嚥下障害	3
内科疾患	3
頭部外傷	3
全科・全員	3
小児・幼児	3
精神発達遅滞	2
心身障害者	2
誤嚥性肺炎	2
下顎骨骨折	2
唾液減少・口腔内乾燥	2
腎不全・透析患者	2
救急患者	2
感染症	2
(その他)	
ケースバイケース、MR等、NST患者	
PEGのPt、RA	
うがいの出来ない患者様、てんかん	
廃用症候群、ランクB、ランクCの患者	
リハビリ患者、開口障害のある方	
外傷、外来通院、活動意欲の低下の方	
形成外科疾患、血液疾患、後遺症	
交通事故等の後遺症、高血圧性脳症	
指導の必要な方、施設患者様	
歯科医師、歯列矯正患者	
習慣性頸関節脱臼の患者	
食後食物が口腔内に残っている患者	
生活保護の患者さん、全身衰弱	
全身的疾患を持つ患者、代謝性脳症、腸閉塞	
統合失調症、難病（那須ハコラ病）	
不穏のPt、慢性疾患患者、盲人、有病者	
利尿剤使用中の患者	

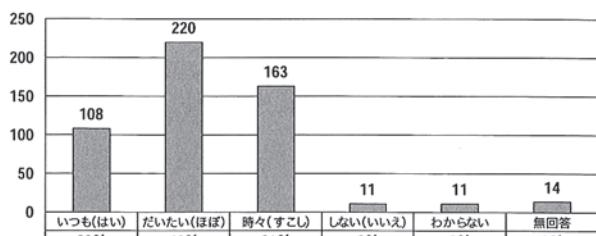
6 院内の歯科医師や歯科衛生士と連携がとれて いる。



7 院内で口腔ケアの研修会を実施したことがあ る。（過去3年以内）

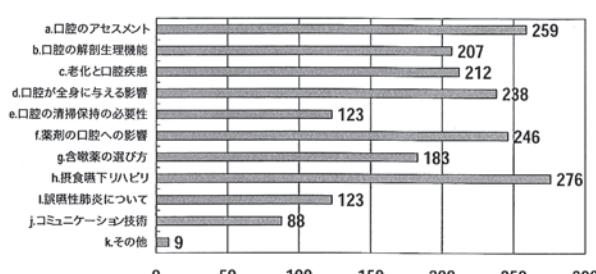


8 看護師は口腔ケアの知識がある

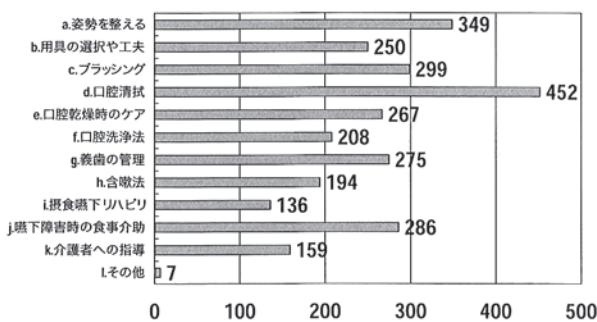


9 看護師に不足すると思われる主な知識は何で すか（複数可）。○印を付けて下さい。

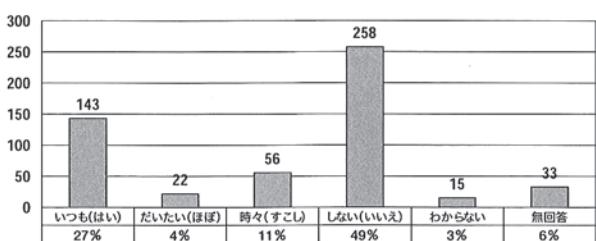
- a. 口腔のアセスメント
- b. 口腔の解剖生理機能
- c. 老化と口腔疾患
- d. 口腔が全身に与える影響
- e. 口腔の清掃保持の必要性
- f. 薬剤の口腔への影響
- g. 含嗽薬の選び方
- h. 摂食嚥下リハビリについて
- i. 誤嚥性肺炎について
- j. コミュニケーション技術
- k. その他 ()



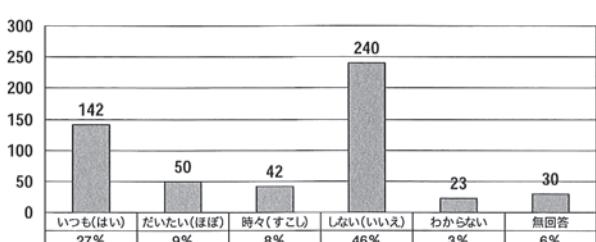
10 看護師が持っている口腔ケアの技術を挙げてください。



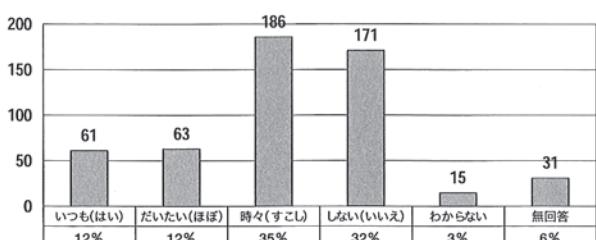
11 施設内に口腔ケアの実践や研究するチームがある。



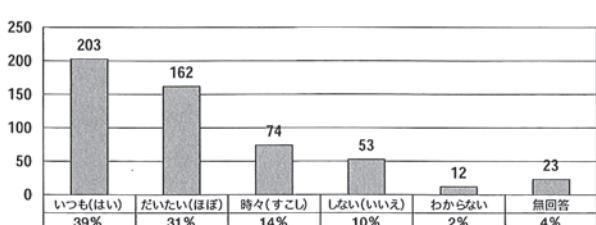
12 病棟に口腔ケアのマニュアルやプロトコールがある。



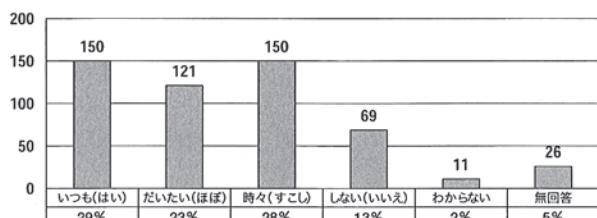
13 患者や家族に対して口腔ケアの教育・指導をしている。



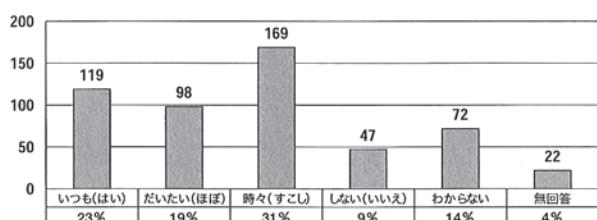
14 患者は、口腔ケアに必要な用具の入手が容易である。



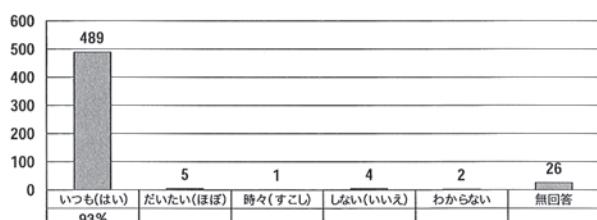
15 口腔ケアに関する情報が入りやすい。



16 口腔ケアの効果が施設内で現れている。



17 口腔ケアは看護の質を上げると思いますか。



18 口腔ケアの課題や希望。

00005 「口腔内の健康」は「食べる」ことと深く関係するので、「生きる意欲」につながり、健康回復の過程から職員は元気をもらいます。「食べる意欲のある人」は「生命力」があります。「口から食べる」「肺炎予防」は、高齢者の廃用がすすむのでとても大きな課題です。新人が入る4月にまた一から教育し繰り返します。しかし積み重ねて教育する中で技術を高めていくことで高齢者を少しでも生き生きした生活を保障したいです。

00013 職種間の連携を密にしていきたい。「してあげる」だけでなく、患者さん自身が自分自身で行えるよう工夫していきたい。

00017 当院では、歯科による病棟への口腔管理が実施され、カンファレンス等にも参加している。二年前より口腔ケアに関する研修も企画し、病院職員全員が研修に参加している。課題：看護師による口腔内アセスメントがしっかりとできること。現在行われているが、不十分。自己管理できる患者様の口腔ケアの見直し。全

- 病棟スタッフが、口腔ケアに関する関心が、今以上に高まること。
- 00030 日頃口腔ケアを実施しているが、患者様個々の症状に適しているのか疑問です。口腔ケアのプロである歯科医師、歯科衛生士の処置担当またアドバイスがあればと思います。今後院内研修会を積極的に行い、口腔ケアに関わっていくことを希望します。
- 00033 当院では口腔ケアに際してもう少し個別の口腔アセスメントを重視しケアの見合った用具選抜や技術など勉強したい。
- 00034 経口からの食事摂取を重視するため、摂食機能訓練を歯科やリハビリ科との連携で実施していくたいと考えています。口腔ケアに対する看護職員の意識向上を図り、患者さんの口腔がいつも清潔に保っている状態にしたいと思います。
- 00039 現在の課題と希望 高齢者が急増、口腔からの感染と口腔内ケアに関して日常看護の中で大きな問題となり3年前より統一したケアを行うため看護実践研究を重ねた。
結果 1. ごま油とお茶による清拭 病院統一方法として実施、口腔内清浄に役立っている。しかし、患者の好みもあるので、患者に合わせて実施中。2. 清拭用ガーゼ いろいろ使用後、現在デスポガーゼで検討中。3. 感染症特にMRSA患者対応 いろいろ研究するも、効果が薄く悩んでいる。*研究を進める中で、口腔内pH、唾液の分泌量測定など客観的データを学ぶことができた。食酢を使用する方法も検討中であるが、材料費、特に口腔清拭用機材は、高価であり、どのような患者さんに使用するか難しい問題がある。全看護職が統一したケアを実施するための研修会に歯科衛生士が積極的に参加、臨床でも指導にあたることを希望する。
- 00042 口腔ケアについて疾患・テーマ別に実践する機会を設けたい・口腔ケアの研修会を定期的に設けたい
- 00048 口腔ケアの研修会実施・摂食えん下訓練のマニュアル作り
- 00049 多数歯が残っていて、開口障害のある患者の口腔ケアの技術の向上
- 00060 開口制限のある患者様（拒否する患者様も含む）に対しての口腔ケアの工夫について検討していきたい。
- 00063 摂食訓練は主にSTが行っており、看護の中では消極的になっているので、初期よりアプローチを行えるようにしたい
- 00073 開口障害のある患者の口腔ケア方法。口腔内が乾燥しているときのケア方法が知りたい（乾燥がひどい患者にはデパスを使用している）
- 00077 老化とともに口腔内がどう変化し、どのような対処が必要なのか正しい関わり方を広く一般市民の方へアピールしていく必要がある。実際職場では自分が基準となってしまいがちな部分があり、人によって口腔ケアの取り組みに温度差を感じる。
- 00078 乾燥させず口腔粘膜の損傷防止の方法が知りたい。
- 00083 高齢者の増加が急激となっており全面介助を必要とする人が増えてきている。これからは正しい知識のもと、私達が持っている技術をさらに高度なものとし、看護介護に取り組んでいくことが求められることから、不足な知識の学習会に参加、患者のQOLの向上を図りたい。
- 00095 院内で口腔ケアをする複数のスタッフは常に整っているが職種間でそれぞれのスケジュールがあり、研修会等の時間が確保出来ない。今後、院内で口腔ケア研修会を実施して欲しい。
- 00097 口腔ケア（狭義の）が実施され口臭や舌苔は改善されている。今後は口腔乾燥への対処や嚥下困難症例への取り組みを定期的に行えるようなシステム作りが必要と考えている。
- 00100 マニュアルが必要
- 00107 口腔ケアの必要性、知識、技術の不足が課題と思われる。希望：院内での口腔ケアに関する研修会の実施を強く希望する。
- 00118 看護人のマンパワーが不足しており、他の業務が忙しく、口腔ケアまでは手が回らないのが現状。うがいと義歯の洗浄のみ実施。医師は口腔ケアにほとんど関心無し。時間とマンパワーがあれば指導してくれる歯科医師、衛生士がいるので可能とは思う。
- 00131 口腔のアセスメントが不足であり重視されていない 口腔ケアの技術・知識が専門化されていない
- 00134 チーム医療が必要。
- 00149 歯科スタッフが看護師1人で、しかも短期で交代してしまうため、ほとんど歯科医師一人

で治療をこなすだけで精一杯のため、要口腔ケア患者数に対して、歯科医師一人では手が回らず、専門的な治療補助および病院全体を専門的に把握して口腔ケアを推進（及び看護師に対する指導）をしてくれる衛生士が是非、必要である。

00152 病棟では摂食障害グループがほかのグループとともに活動している。今年度は、目標を持ち、現在の知識、技術をチームで高め、患者様の全身管理にもつながる口腔ケアであることを再認識していきたい。

00162 当院では高齢で寝たきりの患者が約半数近く入院しており、嚥下障害時の食事介助が困難なときが多く、絶食、IVH、経管栄養に切り替えざるを得ない状況です。摂食嚥下リハビリテーション研修を希望します。

00209 歯科医師、看護師、歯科衛生士、ST の職種での連携が不十分であり、チーム医療が十分になされているとは言いがたい。今後積極的に取り組む必要を感じています。看護師は口腔ケアの必要性や知識・技術は習得していますが、根拠や個別化した対応はまだ不十分と考えられます。これらをマスターするためには実技等を踏まえた研修などを繰り返し行うことが必要であり、歯科関係や、ST などとの共有場面を持つことを考えています。

00217 老人施設より誤嚥性肺炎で入院される患者さんが多いため、今後は院内はもとより、院外へ向けても当院で実施しているワーキンググループ活動を拡大してゆけたらと考えています。当院においても、各フロアによって嚥下リハビリに対応する温度差が大きい。しかしこれは、疾患によって異なるものであり、やむをえないと思われます。希望としては全員が嚥下リハビリに関わることが望ましいと思う。

00223 もっと積極的に口腔内ケアに取り組みたいが、日々の業務に追われており十分な時間がとれない。もっと勉強会に行ったりして意義や方法について学びを深め業務に生かせればと思っています。

00229 口腔ケアのマニュアルが確立されていないために方法が統一できていない。現在マニュアル作成中であり、それを作成し統一できたケアを提供していきたい又、口腔ケアについての情報を定期的に得る方法を教えていただきたい。

00236 口腔ケアチームを作る必要がある。

00238 重症患者に対しては看護師が口腔ケアを実施しているが、食事が摂取できるようになった方で、口腔ケアの援助が必要というケースに対しては十分なケアがなされていません。可能であれば、歯科衛生士さんが病棟に入って頂けるとありがたいです。

00239 歯科衛生士さんがラウンドしてくれてケアの必要な人へのケア、アドバイスが欲しい。最新情報、トピックス、新しいケア等の指導、援助ケアについて知る方法がないですか。

00255 口腔ケアは看護の基本であり、必要性は理解しているが、現場ではなかなかスムーズに行かない。今回 NST チームを発足するので口腔ケアの基本、嚥下リハビリなど勉強したい。

00272 食後 3 回ケアを実施したいができない

00273 経管栄養となっている患者様の管理・高齢者の義歯の必要性・義歯のフィット感について知りたい。

00274 <課題> 経口摂取に移行する時期をつかめず経管栄養となる傾向。<希望> 口腔ケアを徹底し、早めの離床に努め、食べる喜びとともにその人らしさを導き出す。摂食、嚥下障害委員会を発足させたばかりで歯科医を委員長に今後当院のマニュアル作成し、一人でも多くの方の「食」に援助したい。

00284 摂食口腔ケアに関する委員会があるが、病棟全スタッフへの浸透が不十分です。委員を中心に活発化していく必要性を強く感じています。

00305 看護婦の口腔ケア技術の格差について・摂食嚥下リハビリに関する近隣での研修会希望。

00307 歯科スタッフと病棟スタッフ（看護師）の連携が大切。

00317 現在当病院では口腔ケアの実施については看護師と協力して検討中である。院内では勉強会を数回実施しており、入院患者さんと接する看護師さんの知識の向上をまずは望んでおります。口腔ケアを実際に行えるようになればと思いますが、まだもう少し時間がかかりそうですね。（マンパワー不足など）前向きに取り組んでいく予定です。

00318 一人一人の習熟。患者にあわせた方法の選択と実施

00320 看護師の人数がすくなすぎる

00321 当院の現状では NST で口腔ケアを行っている。経管栄養の手段を用いることなく食事摂取が可能になり QOL を向上することが出来た事例もあることより、口腔ケアは看護の質を上げるという認識はある。来年度より口腔ケア研究会（仮称）を予定しているが、どれだけ活発に又、資料を有効的にそろえられるかが課題である。

00323 口腔ケアの必要性は理解しているが、時間が取れないのが現状です。

00337 化学療法後の口内炎の対応は食事摂取量に大きく影響することからも、素早い対応や予防が求められる。

00343 時間がない。

00361 歯科衛生士の介助の拡大

00362 効果的な口腔ケア、摂食えん下、リハビリに関する研修を希望します。看護研究にて種々発表されていますが、日常生活援助に実践可能な範囲の学習が良いと思います。支援を在宅患者に対するケアにても良いかもしれません。

00365 介助するものの技術が人によってばらばらなので、差を無くすようにできたらいいと思う。

00370 外来での指導等がどの程度活用されているか疑問があります

00384 このようなアンケート調査を各病棟ナースに行い、ニーズに沿って歯科医師や歯科衛生士が中心となって研修会を行うことができればよいと思います。

00385 このアンケートを行うにあたり余りにも口腔ケアについて無関心であったか考えさせられました。

00389 現在のスタッフではこれ以上行うのは不可能。人的余裕がほしい。

00405 マンパワーが不足しているので意欲あっても実質的なことには結びついていません。

00409 歯肉出血しやすい患者のこびりついた出血をどうやってとり、どうやって出血を防ぐか、口臭の強い患者のケアの方法について知りたいです。

00423 口腔ケアの技術の平準化

00424 他の業務に追われて口腔ケアまでなかなか時間がとれない。簡単で完全な口腔ケアの方法を知りたい。口腔ケアをすることにより肺炎が少なくなるなど多数の EBM がほしい。

00425 重心施設のため、口腔ケア、摂食障害のある人の介助技術は大変重要なため特に力をいれて実施しています。

00440 課題 1. 患者の口腔内の状態に応じた適切なケアが確実に実施できるようになること。そのためには基本的な解剖生理学の知識とケアの情報収集 2. 嘔下困難があり食事摂取困難の患者の指導方法

00444 口腔ケアに対して EBM にもとづいたケアの方法を知りたい

00445 口腔ケアについては興味があるが、情報収集が難しい。研修会を院内でも開催したいと思っている。

00452 日常的に開口状態が続いている患者のケアについて

00453 病棟、老健の看護師との連絡を常にとれる様にする事。歯科衛生士が往診でケアするだけでなく、看護師の中にも口腔ケアを得意とする人をつくる。勉強会等をやればいいと思う。

00459 医療保険の点数に組み込んでほしい

00468 当院では、今年の看護研究で「臥床患者への有効な口腔ケア～ブラッシングと洗浄を試みて」のテーマで院内発表をした病棟がありました。看護職にとって口腔ケアは非常に重要であると考えております。老人の場合は特に口腔のアセスメントと栄養状態、QOL、義歯の洗浄など全身状態、精神状態あるいは生きる意欲、QOL まで影響を及ぼすことがあります。口腔ケアの方法、根拠性などナースは学ぶことにも限界がありますので歯科医師や歯科衛生士の方々の協同したチーム作りを推進できればよいかと考えております。

00474 口腔ケアの充実について必要性は十分に感じています。具体的取り組みを企画推進したいと考えています。

00481 当院はリハビリテーション専門病院であり、セルフケア向上にむけた看護に取り組んでいます。口腔ケアの全身に及ぼす影響の大きさについても日々実感するところです。看護の質の向上は、口腔ケアの充実を意味するといっても過言ではないと思います。重症集中ケア認定看護師よりの啓発活動も活発です。今後とも力を入れていきたいと思っています。

00484 現在看護師が患者の生活行動全般に関わる時間が少なく、促しまでは実施するが、よほど

強い希望必要性が無ければ、その分は患者任せになっていることが多い。日常生活に非常に密接なことなので、習慣として患者自身も実施できる指導・教育を今後は考えていきたい。

00487 技術の統一化が難しい、開口困難な患者の口腔ケアが難しい。

00496 口腔内の状態を見れば、どのような看護、介護がなされているかパロメーターになる部分だと思います。要介護者多数に比べ、介護者の人数が少ないと、口腔衛生にかける時間がけずられてしまっているかと思われます。口腔衛生に対する認識に欠ける所を指導する必要があります。

00506 歯科衛生士等による専門的指導があるとよい。最新ケアの情報がとぼしい

00508 摂食・嚥下障害を持つ患者のアセスメント技術不足と段階別トレーニング食の提供不足を改善しなければならない。含嗽ができない患者に緑茶ゼリー摂取で含嗽効果を得られるには、歯科で病棟職員へ口腔ケアの指導をした結果、病棟で積極的に口腔ケアをするようになったため、当院では歯科からの訪室の口腔ケアが少ない。しかし、医科でも歯科でも口腔ケアの点数がないために、非常に時間的持ち出しとなっていて、もっと積極的に歯科として訪室したいところであるが困っている。なんとか早く保険点数がみとめられるように願っている。

00511 口腔ケアについての知識が乏しいため、現在行っているケアを見直したい（看護師のみでなく、チームで口腔ケアについて関わっていく必要があるが・・・）

00515 入院時に口腔内検診が行えるとその後のケアに生かしやすい。複数の職種が関わりスタッフの質、技量の差がある。繰り返し教育の必要性を感じている。また個々の対象者に合わせたケアの判断を歯科専門職から受けたいと希望する。

00534 歯科衛生士による定期的な検診

00537 1. 口腔ケアチームの設置（知識の向上、スタッフ教育） 2. 手順のようなマニュアルではなく、エビデンスに基づいた詳細なマニュアル作り 3. 地域の方々への啓蒙活動を希望。

00542 課題：喀痰が多く口腔内に貯留していることが多い患者の効果的な口腔ケア・口腔内乾燥

が著しい患者の効果的な口腔ケア・気管内挿管患者の効果的な口腔ケア

00556 歯科衛生士の協力を得て、看護師の口腔ケアのレベルをあげていくこと

00576 十分なケアが実施されること、二次感染予防に努めていきたい

00577 病院内での医科・歯科・看護とのコミュニケーション不足のため連携必要。

00579 エビデンスに基づいた効果的な口腔ケアが誰にでも出来ることが望ましい。それには口腔ケアの実践研修のチーム作りが必要

00581 現在の課題として、日々看護業務の中で口腔ケアは、実地されているが、摂食・嚥下機能の評価につながる研修に参加させて在宅医療での指導が行えるようにしたいと考える。

00584 各職場に専任が配置でき、対策チームとして組織活動が出来るようにしたい。診療報酬に評価点が用意していただけたらと思う。

00585 口腔ケアに対する認識の差が NS 間、病棟間、施設間で異なるため、ある程度の方針が必要だと思う（褥瘡対策のように）

00587 周囲の情報から閉ざされた所があるので、もっと前向きに口腔ケアについて知識を学んで行きたいと思っております。

00589 8020は自分でブラッシング出来ることは良いが、寝たきりになり介護が必要になるとかえって、歯がない方がありがたい！口腔ケアを毎日実践しているが、ガーゼや歯ブラシなど道具もたくさん使い時間も費やしているが点数として評価されないのが残念です。

00599 口腔乾燥の対応が不明。

00606 口腔ケアにとり組んでいるところです。

00614 言語療法士を交えて週一回カンファレンスを行い連携をとっているので、早期問題解決につながっている。

00619 口腔ケア・嚥下についての病院全体での取り組みが必要であると思われる。定期的な研究、現在のケアの実際についての情報も入手できる方法、機会があるといいと思う。なかなか個々の対象者の特異性もみられるが、ある程度のマニュアルつくりの必要性を感じる。STを中心としたチームワーク（歯科医、歯科衛生士を含む）つくりが現在行っている以上に必要であると考える。嚥下の低下した患者の口腔内の汚染はひどく二次感染の危険性が大きいという

ことを念頭におくことが看護職全体にできるといいと考える。

00624 褥瘡予防チームと同様、誤嚥性肺炎など予防を強化する必要があるため、口腔ケアチームがあると良い。リハビリ士や歯科衛生士が、病棟に介入することを希望します。

00630 口腔ケアの技術向上が望み。

00632 口腔ケアチームの活動。コストに結びつかない。

00634 時間を確保し、口腔内のアセスメント・計画立案、実施、評価、修正をし、個人に合った口腔ケアの充実を図っていきたい。

00642 口腔ケアは重要という思いはあるがケアの優先順位としては低くなってしまっている感がある。口腔ケアについて看護研究を行ったことや口腔ケア用の専用ブラシが容易に入手できるようになって意識が高まってきたないと感じています。

00644 口腔ケアに関する専門職（歯科衛生士）の協力が必要。外来だけでなく入院患者へのケア参加指導など

00648 人手不足

00656 歯科（特に歯科衛生士）との情報交換をもっとしたい。

00659 高齢者の入院が増加し、誤嚥性肺炎を発生することが多くなっているので、誤嚥性肺炎の予防的な看護のかかわりが課題

00660 口腔ケア処置や指導、知識の一般学習が日常的に無操作に行われ、地域医療活動に普及するように活動を組織化していかなければならぬと思う

00665 もっと勉強して、意識を高める

00686 超高齢者（平均82.5才）が多く、痴呆などにより現在の状態では完全とはいえない。

00688 現在は、歯科外来の業務を日常的にこなすのみで手一杯の状況です。入院患者が歯科的訴えを持ち、自動的に来られる場合、受診の際、口腔状態を見ると、口腔ケアの必要性を非常に感じます。看護師による口腔ケアも必要ですし、できれば、歯科衛生士による口腔ケアを充実できれば、本当にすばらしいと思いますが、現状では、スタッフの人数等とても困難な状況ですので、非常に残念です。

00689 口腔のアセスメント、老化と口腔疾患などを学習し、知識を深め、全体のモチベーション

を高めていきたい。

00691 口腔ケアに対する最新情報を容易に入手したい。指導や相談できる医師がいる（人数が少なく、ケアまでに手が回っていない）

00693 口腔ケアの物品の選択、口腔ケアの方法、適切な時期

00701 H15年度院内で、摂食嚥下リハビリ講習会を専門分野より講師を依頼して実施した。院内看護師50名、コメディカル20名位にてインストラクター養成を実施しています。今後チームを編成し、早期にマニュアル作成したいと考えています。H16年度は、本格的に取り組みたいと考えております。

00704 病棟ナースが歯科衛生士などの口腔専門家より研修を受け、統一したケアができるようにしていきたい。院内に口腔外科もあり、歯科衛生士さんもみえるので、チームワークを組んで、ケアの質向上に努め、患者様に口腔ケア不足から起こる合併症を予防したい。定期的に一人の患者様の口腔内チェックをして看護師に指導をし、助言してほしい。

00708 嚥下困難な人で、上下の歯がしっかりと残っていると歯磨きが困難（噛み付いたり開口してくれない、口をすぐことができないなどの問題あり）。普通の寝たきりの人よりも、汚れが強く口臭も強い。歯が無い方が、口腔ケアがやりよく清潔保持しやすいと感じている。

00710 モーニングケア、イブニングケアを患者のニーズにあった方法で、実践することが課題だと感じている。看護師の夜勤帯のフレキシブルなマンパワーの確保ができる環境を行政面から考えてほしい。

00712 口腔ケアの必要性のある患者家族指導とケア技術の上達の実施が課題である。

00716 4年間現任教育「摂取コース」で口腔ケアを含め学んでいるが今年度は、医師が開発した口腔ケア機器での実践トレーニングを企画している。実践力が確実に定着させることが課題である。

00718 糖尿病患者への口腔ケア

00721 病院は、無歯科医村状態という表現があるが、脳血管障害など、寝たきりの人の口腔内は、かなり悲惨なものであると思う。しかし口腔外科の治療のみで手いっぱいのわれわれ歯科医は、とても入院患者の口腔ケアまで手が回ら

ない。看護師を中心として、口腔ケアチームの育成が望ましいが、われわれ歯科医の勉強不足もあって、実現できない。教育用のマニュアルでもあれば、口腔ケアの育成もしやすいと思うので、作成していただければ幸いである。

00725 院内に口腔ケア、摂食嚥下リハビリチームを作ること

00738 日常の入院患者の口腔ケアは Ns が必要な方のみ行なっている。症例に応じて DH が外来または往診にて口腔衛生指導を行なっています。

00740 痴呆の患者への対応が難しい

00743 口腔清拭時のケアでうがい用の健常者に使用するのと同じものを使うことが難しく、飲み込んでしまうことが多いために体位を変えたりして考えてみると、なかなかうまくいかない。口腔洗浄で変形の強い人への拭き方法があれば知りたい。と同時に如何に個人個人にあった体位で短い時間にすっきりとした気持ちが持つてもらえる口腔洗浄を行っていきたい。

00755 看護師に対して誤嚥性肺炎予防の口腔ケアが必要であるというモチベーションを図ることも大切なことではないかと思っている。

00761 短時間で効果的にケアを行うこと・口腔内の湿潤状態を保持すること・口腔機能訓練により、機能改善を図るとともに脳の活性化の手助けとなるようにすること

00785 歯科衛生士さんたちとの連携

00786 口腔ケアに関する研修

00809 口臭の強い方に口腔ケアを行っているが、抵抗があり十分行えていない。どのようにすればいいのか？ 課題です。

00811 「口から食べる」ということの大切さを感じているが、経管栄養の患者へのアプローチなど不足しているように思われる。歯科とのかかわりは行われているがもっと密に連絡を取り合い情報の共有を図る必要がある。また、口腔ケアについての研修会など積極的に進め、知識・技術の向上が必要であると考える。

00817 経管栄養の方が増加する一方で、口腔ケアの果たす役割がますます必要となります。今後も新しい知識や技術を習得する必要があると考えます。

00823 現在口腔ケアの方法は、看護師が自己流で実施しており、統一された手順がありません。

ケアの困難な症例は歯科衛生士に依頼しています。そのために EBM に基づいたケアを日常的にすべての必要な患者様に提供できていない問題があります。しかし NST チームにより統一された口腔ケアを実施していく取り組みが始まられようとしています。一年後にはどの病棟においても看護師による根拠に基づいた口腔ケアが提供されることを期待しております。

00830 各病棟での看護師の口腔ケアの指導や実施の一貫性が望まれる。

00831 どうということをすればいいのか、わからない時がある。研修会などに参加するべきかと思う。

00840 口腔ケアをもっと充実させたいがマンパワー不足で不可能な状況である。何とか工夫したいとは思っている。口腔ケアに関する院内研修会も開催していきたい。

00846 院内教育マニュアルの作成

00858 口腔乾燥の伴う口腔内の炎症が激しく出血を伴ったり、痰等の付着でケア時傷つけていることが多々あり、その際のケアに苦労している。残滓に伴う口腔内及び唇等の損傷が発生する対処法に苦慮している。

00861 看護師個々が持っている知識・技術に差があるため、その格差の是正・退院時患者、家族指導のマニュアルが必要。

00867 歯科衛生士との連携のシステム化、口腔ケア・嚥下指導の診療報酬への反映と広報、口腔ケア効果の認識と情報活動、老人への嚥下指導による肺炎予防やその人らしく生きられることへの教育等課題は非常に多い

00869 嚥下障害に関するケア、口腔ケアに対する知識技術の必要性は高いと存じていますが、現状のケアの評価が出来ておらず、関わる看護職によってその重要性の認識、技術の差がある現状です。当院の ST (言語療法士) とも連携を取り今後検討していきたいと考えます。

00873 口腔ケアの情報がほしい・研修会等積極的に参加したい・現在マニュアル化していないので、理論、技術も組み込んだマニュアル化の実現・個人が学び、知り得た知識を伝達しあう方法を行っているが、院内での研修会等、画一的な方法に変えていくべきではないか

00877 昔ながらのケアをやっているに過ぎない栄養管理と口腔ケアの充実をはかる必要がある。

衛生士の協力がえられにくい（現在口腔ケアチーム発足準備中）病院全体に浸透できればよい。ケア用品などもすぐに購入できるような病院としての理解が必要。

00878 様々な合併症を引き起こさない上でも口腔ケアの重要性を理解し実施をしているが、方法がナース個人のレベルに任せられている。今後はエビデンスに基づいた口腔ケア基準を作成すること、口腔ケアの効果を評価することによって質の向上を図る必要があると考えている。

00889 口腔ケアを歯科衛生士と共同で行うことの意義が大きいと思っている。院内でその仕組み作りをしたいと考えているが、衛生士も患者ラウンドを行い患者のクオリティーをあげるようにしていただければよいと考えている。

00892 口腔ケアを必要とされる患者さんは増加傾向にあり、しかし十分なケアが出来ていないように感じられる。医療チームの中にどんどん歯科衛生士も参加し、口腔内の専門知識を生かしてケアを行うこと、また家族・スタッフへの指導を実施することは、患者満足度サービスにつながり、質の向上を図れると思われる。医療現場で働く専門職としてどのように携わるべきか常に考え、意識を持つことを心がけながらより良いケアが行えるように努めていきたい。また、在宅療養や老人保健施設などの入所の方も増えてくると、口腔ケアは欠かせないと想われる所以地域医療との連携を図っていくことも今後は大切になってくると感じます。

00895 放射線治療時口内炎の予防的ケアは？

00901 口腔ケアの必要性は、認識しているが、なかなか一日に数回もできないのが現状なので、今回歯科 Dr. に歯科衛生士さんの協力を得て口腔ケアに参加してもらい指導を行ってもらうことにした。

00905 肺炎、嚥下障害患者の間接訓練にもなるのでしっかりと口腔ケアについて技術をつけていきたいと思います。

00907 未だ看護師の口腔ケアに対する認識がうすく、歯科衛生士、歯科医師と連携をとりながら実施するための方法を考える必要がある。まずは、口腔ケアの必要性について、看護師にその認識を持ってもらえるようにしたい。

00908 当院の多くの看護師は、口腔ケアが必要と認識しているようです。しかし口腔ケアが日常

業務の中で必要に応じた動きでできているとは思いません。また、病棟や看護師の技術レベルにもありますが、なかなか同じレベルを持ちつづけるのは大変にむずかしい課題ではないかと思います

00910 患者に対しなぜ口腔ケアが必要とされるかをアセスメントすることがなかなかできず、ケアを怠りがちである。口腔ケアは人体にどのように影響を及ぼすのかを理解し、よりよい口腔ケア管理につとめたい。

00923 個人的にケア内容に差がある

00927 ST と緩和ケア検討チームのメンバーの看護師が中心になって今年度 2 回の口腔ケアの基本研修（実習を含む）と外来講師（歯科医）による講演会を 1 回開催し、実践に役立てているところです。研究にも取り組んでいます。（数年前には歯科衛生士による病室訪問（口腔ケア指導）が行われていましたが、現在は外来が忙しくて中止されています）今後の希望としては、ST、Ns、歯科衛生士等の連携を強め、チーム医療を押し進められたらと思います。

00928 口腔ケアの評価：目標を何にしたらよいか。例：①細菌数が減る ②正常な粘膜になる VAP 予防のため米国ではメピテンの効果があげられているが日本では使用できない。ST、NS、Dr による口腔ケアのチームは作れないか。

00945 寝たきりの患者さんは口を大きく開けているため、口腔内の乾燥がひどくなります。どうすれば閉じてもらえて、口腔内の湿度を保てるか方法があれば知りたいです。

00953 歯科の積極的な協力が得られる恵まれた条件にあるが、職員の口腔問題に関する意識が毎日の仕事に追われているためか今一歩というところである。3月末から口腔委員会を開催するが、口腔問題といつても口腔ケア、嚥下機能、言語訓練などと問題が多岐にわたるためどの部署がリーダーシップをとるのか、運営をどうするのかが難しい。勉強会、経験交流会などあれば教えて欲しい。

00957 知識、技術が看護師に統一していないため、継続した研修が必要である。口腔ケアの用具は、保険で通らないですか？

00964 口腔内の清潔を保つことにより、身体機能のレベルアップに繋がる。その道程に関わることは看護の質の向上となる。口腔ケア用具の自

己負担が軽減できれば、より良好な口腔ケアの取り組みができると思う。他の処置等におわれ、口腔ケアが後回しになりがち（必要性は十分理解できているが）。実践的口腔ケアの研修会の必要性。

00973 日常の看護業務が多忙のため、口腔ケアの時間が取れない

00979 今後の課題①口腔ケアに対するマニュアル化 ②嚥下リハビリの実施あるいはチームつくり

00981 看護師の人数が減少し、介護職にも口腔ケアをしてもらうよう指導しているところであるが、なかなかうまく指導できているのかわからない状態です。質を落とさず、また質の向上を図るにはどのようにすればよいのか試行錯誤の毎日です。

00987 1日の業務量（仕事量）とケア時間

01001 口腔ケアの回数、アセスメントが十分でない

01007 口腔ケアに対する職員の意識の向上と徹底

01012 看護技術（口腔ケアを含む）のすべて、カシや経験ではなく、科学的根拠を語れ実践できる人材の育成をしていきたい。

01033 看護師、介護職員全員の口腔ケアに対する知識を持つこと

01035 歯科衛生士・病棟看護師・訓練科との連携強化

01036 1. 歯科領域とのカンファレンスを持つなど、チーム作りをする必要がある 2. ICU から退院、社会復帰へと Pt 様の経過に伴った継続ケアの必要性がある

01052 現在口腔ケアは行っておりますが、マニュアルを参考にして、自分自身（各個人）のやり方で施行している。少し勉強をし、また歯科の指導のもとに患者個人に合った方法でケアが実施できるようにしたいと考えています。

01077 「口腔ケア」についての研修会が Ns 対策としてプログラムされたらよいのではないでしょうか。

01081 摂食支援チームがスタートしたばかりであるが、まだ院内全体への情報の伝達が出来ていない、感染症や患者安全管理のように、全患者、全職員が対象となるので、早急な活動を期待します。

01089 当院においてはチームで医療、口腔ケア、

摂食嚥下リハビリも積極的に行われていると思います。

01103 口腔ケアを行う際の口腔のアセスメントやマニュアルつくり。術者側の技術の向上。誰が行っても同じレベルまでの清掃ができているか判断できる基準がほしい。介護病棟では、熱心に口腔ケアを行っているが、一般病棟ではまだまだ・・・

01109 要介護者が多いので口腔ケアの必要物等を個別に収納する場所やワゴンを考慮中。

01115 高齢者や寝たきり患者が増える中、口腔ケアの大切さは十分理解しているつもりであるが、患者一人一人に時間がとれず十分なケアが出来ていないので現状である。

01122 全面介助の方は、1日 3～5 回口腔ケアを行っているが、口腔ケアをする時間帯が、AM 5：00 ころから開始しないと深夜業務が終了しない実体であるために、健康な人々だったら、5：00 ころはまだ睡眠時間だと思うと、申し訳ない気持ちで、朝早くから夜遅くまで行っているので、時間帯をどうするのかが課題である。また、現在歯科衛生士の方々と上手に連携が取れていて、電話で情報流すときちんとケアについてアドバイスが受けられるし、往診していただけるので、早くからよいケアが患者様にできていると思っています。この歯科との連携を今後とも続けていけるように努力していきたいと思います。

01123 病棟への歯科衛生士の配置

01128 当療養所には歯科所属の看護師がいません。また看護部においても特別に担当師長というものがいるわけではないようです。各病棟で口腔ケアに対する対応も異なるようです。重心病棟においては、看護師によるブラッシングが行なわれています。老人病棟では H15 年度までの長寿医療共同研究の対象病棟ということで担当の看護師を置き、口腔ケア（主として歯磨き）を行なってきました。その際「寝たきり」の患者の口腔ケアを歯科医が週 2 回訪室し、行なうことになっています。研究の方は、3 月で終了でありますですが、4 月以降家族の希望と保険内で点数が取れるようであれば続けていきたいと考えています。他の病棟（精神科）では特に看護師による口腔ケアは行なわれてはおらず、声かけ程度ではないかと思います。もちろん歯科治療

に来科されておられる方は、個々人にはブラッシング指導等は行なっています。（なかなか理解してもらえないのが現状ですが）ということで、この用紙を渡す看護師がないので、無回答で送ります。

01135 急性期の状態により、口腔ケアを確実に行うことでの合併症予防と「口から食べること」への取り組みの第一歩となるため大切なことだと考える。

01152 口腔ケアの用具に関し、患者の自己負担が生じる。購入を勧めにくい。食事介助後に口腔ケアを行っているが、毎食後には、実施できない。朝、夕のみ実施。人手不足を実感している。口腔ケアのマニュアルの整備と浸透を図る必要がある。病棟格差がある。

01156 歯科と看護の情報共有ができていない。歯科と看護のカンファレンスが必要

01157 マニュアルの充実。歯科医師・歯科衛生士との連携

01163 開口をしない患者の口腔ケアが困難であるため検討が必要。・義歯の不適合の患者が多く、また、自己管理が困難である。

01170 摂食嚥下リハビリテーションを必要とする患者様は多いのですが、開始の時期が遅れています。定期的な勉強会の開催やマニュアルが必要だと考えます。

01180 患者さんの生きていく質を高めることが出来る

01182 看護師でも介護職でも同じレベルの口腔ケアが行われるようにマニュアルを使用していますが、継続していくのが大変だと思いますが、頑張っていきたいと思います。

01185 精神科での活動意欲の低下の方への口腔ケアの必要性をわかりやすく説明を続け、本人達が続けておこなっていけないものだろう

か。・・・根気かな。外部講師を招いて口腔ケアについての研修会を開いたが毎日業務に追われ、実行されていないようだ。現在ある物を活用しての上手な口腔ケアについて知りたい。インターネットなどで探し、物品購入をしている。

01201 口腔清掃の専門職の養成

01211 口腔ケアの必要性を全看護職員が理解して行動しているかについては50%しかない。各病棟に2~3名のリーダーシップをとるスタッフが増えることで口腔内清掃に対する認識が向上すると思われる。今年度（平成15年）は「口腔ケア」の見直しについて看護研究が行われた。今後、継続的に研究を行っていく予定です。（今後取り組み実行していかなければならない点）

1. 入院患者に1日1回口腔ケアを毎日行う
2. ブラッシングの技術を向上させる（歯科口腔外科の先生方のアドバイスをいただく）
3. 在宅患者（訪問看護登録数48名）の口腔内チェック、ケア、家族指導を行っていく

01229 1年前より療養型病棟の職員を中心として（ST参加あり）摂食嚥下委員会を立ち上げた。中央での勉強会は3回行った。摂食嚥下委員会が中心となり、各病棟を回ってミニ勉強会等を今後行う予定であります。それにより口腔ケア、摂食・嚥下についての認識が高まることを期待しています。

○○○○ 摂食・嚥下障害を持つ患者のアセスメント技術不足と段階別トレーニング食の提供不足を改善しなければならない。含嗽ができない患者に緑茶ゼリー摂取で含嗽効果を得られるには、どの位の濃度で量が必要なのか検討を開始した所。結果を看護職に戻して利用できればと考えている。（在宅での口腔ケア指導に簡便な方法として使えないかと思っているから。）

口腔アセスメント・シート

カナ _____ ID _____ 評価日 _____
 氏名 _____ 歳 依頼科 _____ 病棟 _____

入院目的 手術 化学療法 放射線療法 薬物療法 疼痛緩和 教育 その他

疾患名 _____

JCS _____ 全身状態 _____ 感染症 MRSA
 呼吸機能 _____ 麻痺 四肢 対 右 左 正常

可能体位 仰臥位 頭部横向き 側臥位 30度 60度 座位 移動

栄養 絶食 末梢より持続点滴 中心静脈栄養 経管栄養 経口

検査 WBC _____ /μl CRP _____ /μl PLT _____ /μl

- MRSA
- HBV
- HCV
- Wa-R
- その他
- 無

口唇 乾燥 潰瘍 びらん ひび割れ 出血 発赤 肿脹 汚染 正常

歯牙 残根 破折 動搖 龈蝕 疼痛 汚染 正常

歯肉 乾燥 潰瘍 びらん 出血 排膿 発赤 肿脹 汚染 正常

舌 乾燥 光沢 潰瘍 びらん 出血 発赤 肿脹 汚染 正常

頬粘膜 乾燥 潰瘍 びらん 咬傷 出血 発赤 肿脹 汚染 正常

硬口蓋 乾燥 潰瘍 びらん 出血 発赤 肿脹 汚染 正常

軟口蓋 乾燥 潰瘍 びらん 出血 発赤 肿脹 汚染 正常

口腔前庭 乾燥 潰瘍 びらん 汚染 正常

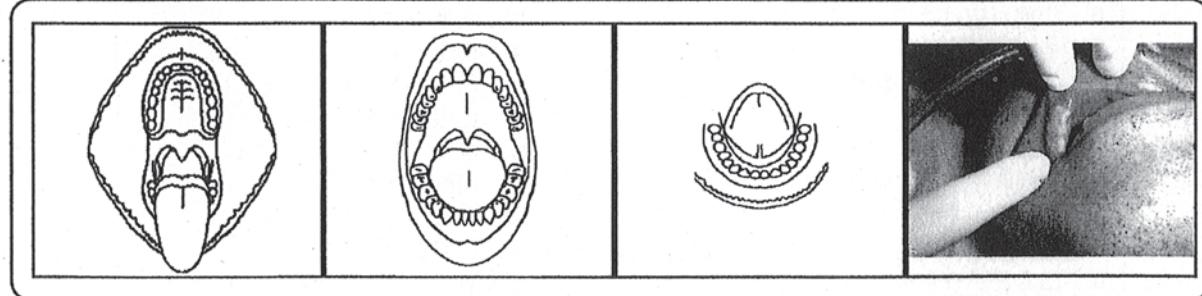
義歯 要・無 流涎 有 透明 汚染 無

有・不適合 唾液 分泌低下 汚染 貯溜 正常

不明

有・適合 口臭 有 無

不要・無



開閉口 くいしばり 強制開口 要保持 1QFB 2QFB 3QFB 正常

嚥下 不可 困難 見守り 正常

B _____ D _____ R _____ 巧緻性 _____ 自発性 _____ 習慣性 _____

介護者 _____ 理解・協力 _____

無 知人 家族 不可 困難 可 優

備考 _____

プロトコール			
1	2	3	4

再評価予定 _____

口腔ケアアセスメント表 平成 年 月 日 記入者

氏名 :		(男、女)		
		生年月日 (明治、大正、昭和)	年 月 日	
口腔内の状態と機能				
1) 歯式 ○: 处置歯 ×: 墓失歯 C: カリエス C4: 残根 Br: ブリッジ PD: 部分床義歯 FD: 全部床義歯		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
2) 咬合の安定: 良い(問題なし)、やや不安定、不安定		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
3) 義歯の状態 義歯の有無: 上顎(有・無)、下顎(有・無) 義歯の適合度: 上顎(良・やや良・不良) 下顎(良・やや良・不良)		4) 開口度 0: 問題なし(2横指以上) 1: 1~2横指 2: 1横指		
5) 歯周組織の状態 歯肉炎、歯周炎		(該当部を○で囲む)		
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
生活行動と服薬の現状				
1) 精神生活: 理解 (普通・少し劣る・あまりできない・できない) : 意志伝達 (普通・少し劣る・あまりできない・できない) : 生活意欲 (普通・少し劣る・あまりない・ない) : 痴呆程度 (軽度・中等度・重度)				
2) 服薬内容				
A: 歯と口腔の状態 1 □特になし 2 □痛み(噛んだ時、水、お湯)がある 3 □義歯が合わない 4 □歯肉が腫れている 5 □歯がグラグラ動いている 6 □歯が抜けたままのところがある その他()		E: 食事の状態 1 □自分で食べる 2 □一部介助 3 □全介助 4 □経管栄養 5 □絶食		
B: 舌や口腔粘膜の状態 1 □特になし 2 □痛みがある 3 □腫れや潰瘍、外傷がある 4 □唾液がネバネバする 5 □乾燥している(口腔粘膜に乾燥症状を認める) 6 □舌苔がうすくついている 7 □舌苔が多い、黄色や褐色の舌苔がある 8 □食物残渣がある 9 □顆粒剤の残渣がある C: 歯磨きやうがいの状態 1 □準備も後片付けも自分でできる 2 □準備など除けば、自分でできる 3 □一部介助が必要 4 □全介助が必要 その他()		F: 食事の体位 1 □座って 2 □ベッド上で少し起こして 3 □寝たまま G: 噫下 1 □飲み込める 2 □むせることがある 3 □できない H: 発音 1 □発音できる 2 □発音しにくい 3 □発音できない・しない I: 流涎 1 □無 2 □時々 3 □常時 J: 口臭 1 □無 2 □時々 3 □常時 K: 拒否 1 □無 2 □時々 3 □常時		
D: 義歯使用状況 1 □義歯の着脱ができない 2 □寝るとき以外、常時使用している 3 □食事の時だけ、使用している 4 □義歯はあるが全く使用していない その他(不使用の理由:)				

(パールランド病院)

口腔ケアアセスメント票

平成 年 月 日 記入者：

氏名

(男・女)

病棟

(明治・大正・昭和)

年 月 日生

感染症 (無・有)

)

全身疾患と生活状況

- 1) 呼吸疾患 ・ 脳血管疾患 ・ 循環器(心・血圧)疾患 ・ 腎疾患 ・ 糖尿病 ・ 痴呆
精神障害 ・ 骨関節疾患 パーキンソン病 ・ ALS ・ その他 麻痺(右片・左片・なし)
- 2) ADL (J-1 ・ J-2 ・ A-1 ・ A-2 ・ B-1 ・ B-2 ・ C-1 ・ C-2)
痴呆度 (0 ・ I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)
- 3) 食事 ・ 自立度(自食・困難だが自分で・一部介助・全介助) ・ 主食(米飯・粥食・流動食)
・栄養補給法(経口・経腸・経鼻・末梢静脈) ・ 副食(普通・きざみ・ミキサー)
- 4) 義歯 ・ 上顎(有・無)、下顎(有・無)
・食事時の使用(常時・時々・無)・不使用の理由(痛い・合わない・食べにくくなる・嫌がる・はじめからない)
・昼間の食事以外での使用(常時・時々・無) ・管理(自分で・預ける)

5) 口腔ケア

- ・歯磨き(自分で・一部介助・全介助・歯がないので磨かない・嫌がって不可) ・粘膜清掃(清拭介助・嫌がって不可)
- ・うがい コップの水を自分で口に含むことが(できる・できない)
強くうがいすることが(できる・水を口に含む程度・飲み込んでしまう・むせる)
- ・口腔ケアの場所(洗面所・食堂・ベッド)
- ・義歯の着脱(自分で・一部介助・全介助・嫌がって不可)
- ・義歯の清掃(自分で・一部介助・全介助・嫌がって不可)

口腔内の状況

歯式

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

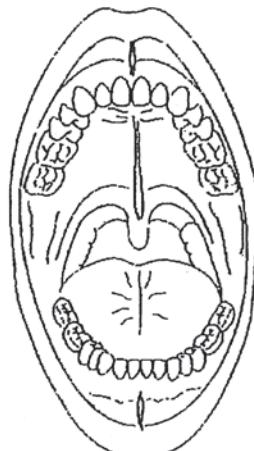
清掃状態(良・普通・悪)

- | | |
|--------------|------------|
| 歯石(−・+・++) | 舌苔(−・+・++) |
| ブラーク(−・+・++) | 口臭(−・+・++) |
| 食渣(−・+・++) | 乾燥(−・+・++) |

その他

義歯適合度

- | |
|--------------|
| 上顎(良・やや良・不良) |
| 下顎(良・やや良・不良) |

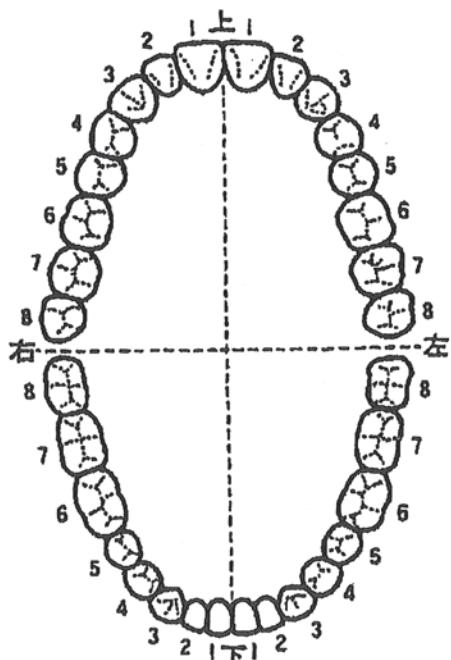


《評価》

1. 問題なし
2. 要治療(1. う蝕 2. 歯周病 3. 義歯)
3. 要プロフェショナルケア
4. 要スタッフによるケア
5. 要指導

名前 様
 生年月日 年 月 日
 性別 男・女

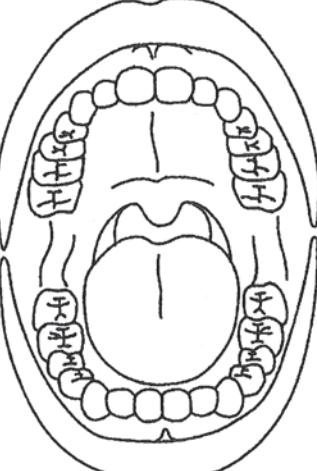
診査日 年 月 日		担当歯科医師名	DH
全身所見	血圧 / mmHg 脈拍 回(整・不整) 体温		
主訴現症			
口腔その他 の状況	口腔清掃状況 良・普通・不良 歯石沈着状況 粘膜の疾病 無・有 顔面の異常 無・有 その他		
口腔及び 義歯清掃	a. 清掃 自分で 一部介助 全介助 b. 回数 3回/日 2回/日 1回/日 c. 方法 歯ブラシで ガーゼで その他		
食生活状況	a. 方法 自分で 一部介助 全介助 b. 内容 普通食 軟食 流動食		
判定結果	1. 要訪問診療 2. 要口腔衛生指導 希望する (本人・家族) 希望しない (本人・家族) 3. 処置不要 (不能)		
方針	治療及び口腔衛生指導		
備考	本人及び介護者のヘルスケアに対する希望及び反応		



欠損補綴・喪失歯 X 未処理歯 C 1~4

口腔ケア アセスメント

H 年 月 日

氏名 : _____ 男性・女性 _____ 歳 カルテ番号 _____							
疾患名および合併症 :							
① 要介護度 ② 栄養 ③ 嘔吐 ④ 薬剤アレルギー ⑤ 高血圧 ⑥ 糖尿病 ⑦ 感染症 ⑧ 出血傾向 ⑨ 易感染性状態	1 2 3 4 5 痴呆 無・有 経口 ()、経管 () 無・有 () 無・有 () 無・有 そのコントロール 良・否 無・有 そのコントロール 良・否 Wah 陽・陰 Hbs 抗原 陽・陰 HCV 抗体 陽・陰 無・有 () 無・有 ()	特別な薬剤の投与 :					
備考							
開口量	横指 開口への協力 : 可・不可		 <p style="text-align: center;">歯科処置 要・不要</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8						
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8						
唾液の分泌	正常・乾燥・粘稠・流涎						
嚥下障害	無・有						
口臭	無・有						
歯	歯数 ()、齲歎、動搖、破折、残根 不良補綴物、食物残渣、歯垢、歯石						
有床義歯(入れ歯)	無・有 使用(常に使用・食事の時だけ) 保管() 義歯の適合 良・否						
	発赤	腫脹		潰瘍	出血	その他	
舌 歯肉 粘膜 (頬・口蓋・口底 ・口腔前庭)							
口唇							
アセスメント	セルフケア能力						
ケアの方法	歯ブラシ・スポンジブラシ・綿棒・舌ブラシ・() デンタルリンス・() イソジンガーガル・ハチアズレ・コンクール(F)・()						
実施時間							

1-7病棟 口腔ケア アセスメント表

ID 氏名 様 生年月日 M.T.S 才 担当Ns 号室

病名		実施日 年 月 日 : ~ :																																																
病状		担当DH DH																																																
注意すべき事項 麻痺 (無・有:)		主訴: 口腔内の痛み (無・有) 開口障害 (無・有) 味覚の異常 (無・有) 口唇口角の異常 (無・有:) 粘膜の異常 (無・有:)																																																
薬 モルヒネ ステロイド																																																		
食事 経口 () 経管		義歯の清掃 (良・悪) 食物残渣 (無・有) 口内炎 (無・有) ブラーク (無・有) 口腔乾燥 (無・有) 歯石 (無・有) 口臭 (無・有) 舌苔 (無・有) 分泌物 (無・有)																																																
咀嚼・嚥下の状態 問題なし こぼれる むせる 飲み込めない 咬めない		口腔ケアの方法 (体位:) <ul style="list-style-type: none"> ・マッサージ ・義歯清掃 ・含嗽: 温水・冷水・お茶・イソシン・アズノール・重曹・アクア酸化水 ・清拭: スワブ・綿球 ・刷掃: () <ul style="list-style-type: none"> ・舌苔: 10倍希釀オキシドール ・口腔乾燥: オーラルウェット・ウエットケア ・シリング洗浄 ・ポケット洗浄: アクア酸化水 ・その他の薬剤 																																																
口腔ケアの自立度 自立 部分介助 () 全面介助 ()		歯式 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																			
義歯 有 () · 無		口腔ケア中の様子と評価																																																
口腔ケアの目標																																																		
歯科受診 不要・要→依頼		Nsへ																																																

(1号用紙)

(総合病院国保旭中央病院)

表3 口腔ケアアセスメントシート(1)

患者氏名	義歯(有・無)
月 日	/
意識 (Japan Coma Scale)	
呼吸状態 (マスク・経口・経鼻挿管)	
口臭 (下記参照)	
開口の程度 (○横指)	
唾液の分泌 (下記参照)	
義歯の装着状態	
残存歯数・動搖の程度	
歯列・噛み合せの状態 舌や口唇への影響	
外傷の有無	
疼痛や不快感の有無	
舌の状態	
浮腫の有無・程度	
出血の有無・程度	
その他 (潰瘍など)	
診療科名	
ケアプラン	

<口臭>

1 : 特になし
2 : 開口すると臭う
3 : 開口しないでも臭う

<唾液の分泌の程度>

1 : ほとんどなく、口腔内は乾燥している
2 : 粘性な唾液分泌が見られ、口腔内はやや乾燥している
3 : 正常で、口腔内は適度に湿潤している
4 : 分泌亢進ぎみで流涎がみられる

口腔アセスメント I

観察開始日 年 月 日

氏名 _____

年齢 _____ 才

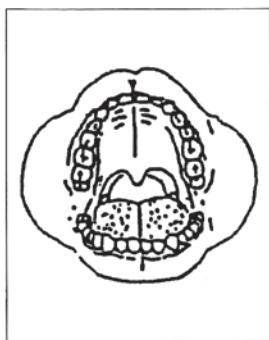
病名 _____

意識レベル _____

1. 全身的因子

- 糖尿病
- 化学療法
- リニアック
- ステロイド

2. 口腔内の状態

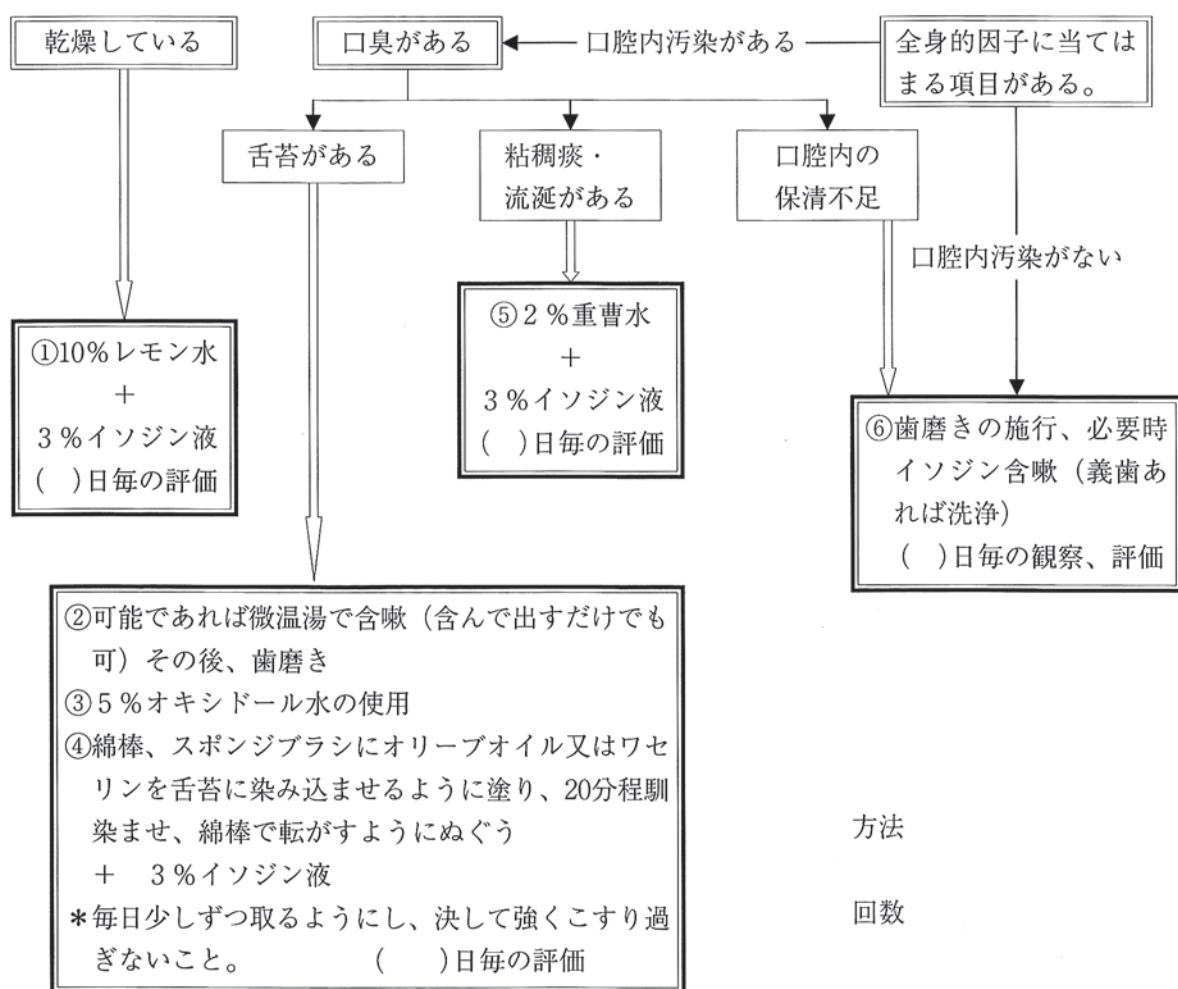


舌苔：青 出血：赤

口臭：痰：
流涎：乾燥：
検査データ TP ALB
WBC PLT
義歯：有（全部・部分）・無
(管理状態：良・不良)
清掃状態：良・不良

アセスメント

3. 薬液選択フローシート



口腔アセスメント II

観察日	/ /	/ /	/ /
意識レベル（麻痺の有無）			
口腔内の状態 口臭 舌苔 流涎 痰 乾燥			
	口臭：有・無	口臭：有・無	口臭：有・無
	流涎：有・無	流涎：有・無	流涎：有・無
	乾燥：有・無	乾燥：有・無	乾燥：有・無
	舌苔：青	痰：有・無	痰：有・無
	出血：赤	性状（　　）	性状（　　）
ケアの自立度			
検査データ ①TP ②ALB ③WBC ④PLT			
経過 アセスメント			
Care 方法			
時間・回数・物品			
サイン			

*評価日をきちんとワークシートに記入すること（基本的に計画の評価日に行う）

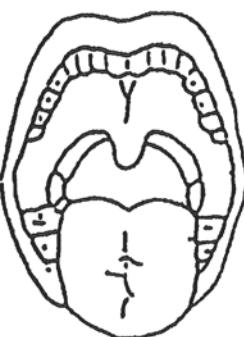
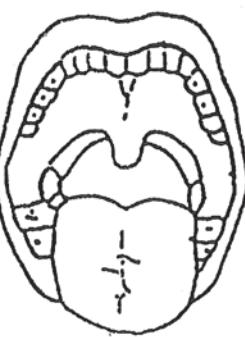
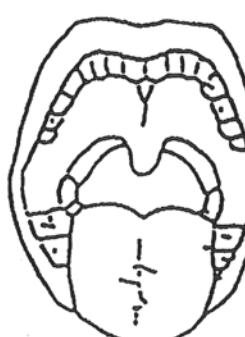
*全身的因子にチェックがある時は、2週間毎に口腔アセスメントシートに評価すること

口腔アセスメント II

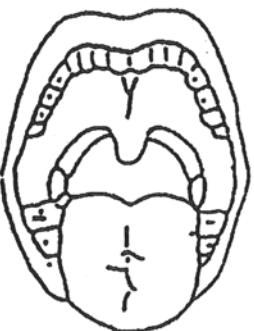
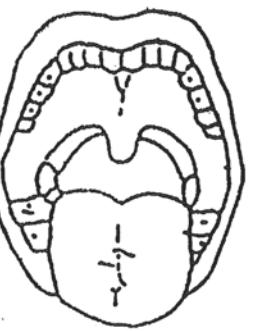
観察日			
歯肉・粘膜の状態 (以下で図示) ・発赤は赤で斜線 ・潰瘍は黒丸 ・出血部位は赤丸			
口臭			
舌苔			
口腔内の乾燥			
検査データ			
ケアの内容 (使用薬剤、物品ケアの時間・回数、変更理由など)			
アセスメント			
サイン			

	口 臭	舌 苔	口腔内の乾燥
0	なし	なし	口腔内が適度に湿潤している
1	口腔から15cmの位置で臭いを感じる程度	舌の1/4にあるもの	粘ちような唾液が見られ、口腔内がやや乾燥している
2	口腔から30cmの位置で臭いを感じる程度	舌の1/2にあるもの	唾液の分泌がほとんどなく、口腔内が乾燥している
3	口腔から30cmの位置で顔をそむける程度	舌全体にあるもの	過剰な乾燥がみられる

口腔ケアの評価のポイント

月 日	朝 /	昼 /	夜 /	
照射量				
ケアの内容 ケアでの使用器具				
口腔の状態 ・発赤は赤字で/// ・乾燥は黒字で/// ・びらんは赤字でぬりつぶす ・白苔は黒字でぬりつぶす				
ケアの時間				
・口腔内の状態 0 乾燥 1 半分以下 2 半 分 3 全 体				
総合評価 0 : 異常なし I : 発赤 II : 白苔 III : びらん IV : 易出血		看護評価 	看護評価 	看護評価
サ イ ン				

口腔ケアの評価のポイント

月 日	朝／	昼／	夜／
照射量			
ケアの内容 ケアの時間			
口腔の状態 ・発赤は赤字で/// ・舌苔は黒字で/// ・びらんは赤字でぬりつぶす ・白苔は黒字でぬりつぶす			
主訴 炎症 0 なし 1 白歯部 2 半数歯 3 全部			
プラーク（汚れ） 0 なし 1 触ると分かる 2 肉眼で分かる 3 多量			
出血 0 なし 1 触れると出血 2 自然出血			
コメント			
総合評価 0：異常なし I：発赤 II：白苔 III：びらん IV：易出血		看護評価 <hr/>	看護評価 <hr/>
サイン			

口腔内チェック患者様情報用紙

氏名	生年月日	年 月 日	入院 年 月 日
入院疾患名			
既往症			
障害の状況			
食事摂取状況(自立・部分介助・全介助) 部分の場合介助法()			
口腔ケア状況(自立・部分介助・全介助) 部分の場合介助法()			
口腔ケア方法と回数(使用薬剤・物品等)			
初回訪床時の口腔内状況			
開口障害の有無(有・無) 開口障害有りならその程度()			
食物残渣の有無(有・無) 有りならその状況()			
舌苔の有無(有・無)	口臭の有無(有・無)程度()		
口腔粘膜の色			
歯肉の色			
歯牙の色と光沢			
口腔内の異常			
痛み(有・無)痛みの部位()	発赤の有無(有・無)発赤の部位()		
出血の有無(有・無)出血部位()	腫脹の有無(有・無)腫脹の部位()		
びらんの有無(有・無)びらんの部位()			

病棟口腔ケア実施記録

患者様氏名 _____ 様

病棟

口腔内状况

10. The following table summarizes the results of the study.

口腔ケアプラン

口腔の問題点	ケア目標	口腔ケア項目	頻度	担当者職種

(三豊総合病院)

誤嚥性肺炎口腔機能評価表

番号

名前

病棟 階

科

主治医

義歯の有無：上顎（有・無） 下顎（有・無）

残存歯の有無：（有・無） 上顎（　　歯） 下顎（　　歯）

	初診時	2週間後	4週間後	8週間後	最終
歯磨き	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
義歯の着脱	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
うがい	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
巧緻度	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
自発性	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
習慣性	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
義歯の清掃度	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
義歯の食事の使用	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
乾燥状態	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
舌苔	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
流延	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
口臭	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
開口度	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
咀嚼運動	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
舌運動	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
口腔内周囲筋	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1
言語明瞭度	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1	3・2・1

口腔內所見

齒式

義歯の状態

義歯の有無：上顎（有・無）、下顎（有・無）

義歯の清掃度：(良・やや良・不良)

食事時の使用：(當時・ときどき・まれ・無)

義歯の種類：(総義歯・部分床義歯)

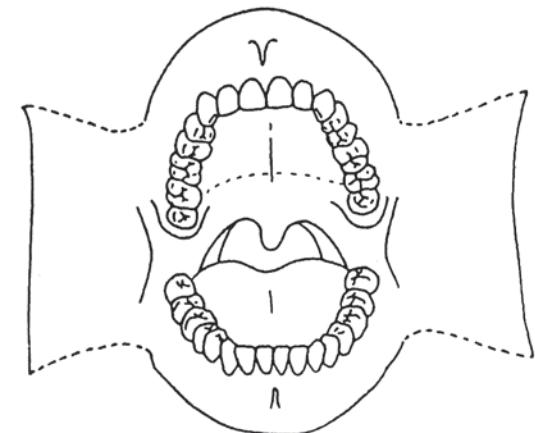
不使用の理由：

口腔粘膜の異常：(有・無) 部位 (

口腔内の乾燥状態

口腔粘膜、舌背：(無・ときどき・當時)

口唇：(無・ときどき・當時)



口腔清掃の自立度評価（BDR 指数）

口腔清掃の自立度評価（BDI 指数）			
B 歯磨き	a 自分で磨ける	b 一部介助が必要である	c 自分で全く磨けない
D 義歯着脱	a 自分で着脱できる	b はすすか入れるかどちらかはできる	c 自分では全く着脱はできない
R うがい	a ブクブクうがいでいる	b 口に含む程度である	c 全くできない

自立している人の歯ブラシ状況

巧緻度	a 指示どおり歯ブラシが自分で磨ける b 歯ブラシが届かない部位があり、動きが十分ではない	c 歯ブラシの動きをとることはできない
自発性	a 自分から進んで磨く b 言われれば磨く	c 自発性はない
習慣性	a 毎日磨く a 1 每食後 a 2 1日1回程度 b ときどき磨く	c ほとんど磨けていない

口腔機能評価

食物残渣	a 残渣がない b 麻痺側のみに残渣がある c 口腔内全体に残渣がある	
舌苔	a なし b うすく付いている c べつとりと舌表面を覆う	

流延	a なし	b ときどき出る	c 常時でている
口臭	a なし	b 口元に顔を寄せると感じる	c 口元に顔を寄せなくとも感じる
開口度	a 問題なし	b 3横指以下	c 1横指
咀嚼運動	a 問題なし	b 声かけなどにより発現する	c 咀嚼運動がみられない
舌運動	a 問題なく動く	b 不十分であるが動きがみられる	c ほとんど動かない
口腔周囲筋	a 問題なく口をすぼめたり指を吸う行為ができる	b 口をすぼめたり指を吸う行為を行なうが十分ではない	c 口をすぼめたり指を吸う行為ができない
言語明瞭度	a 問題なし会話が言葉として十分聞き取れる	b 会話は出きるが構音が不明瞭	c 会話できない

口腔ケア評価表

平成 年 月 日

氏名
診療科

年齢
主治医

性別 男 女
カルテNo.

1.患者の全身状態の把握 虮科主治医

基礎疾患：

その他注意すべき疾患：

感染症：なし L HIB HC MRSA

意識レベル：JCS I II III 気管切開：なし あり

運動障害：なし あり（右片麻痺 左片麻痺 その他 ）

歯科への来院方法：車椅子 ストレッチャー 往診

言語障害：なし あり（構音障害 運動性失語症 感覚性失語症）聴覚障害：なし あり

嚥下障害：なし あり（口腔期 咽頭期 食道期）

誤嚥性肺炎の既往：なし あり（時期 ）

現在の食事形態：絶食 経管栄養 経口摂取 食事内容： 摂取量：全体の /

食事時の体位：90度座位 60度仰臥位 45度仰臥位 30度仰臥位 0度仰臥位

2.口腔内の状態

口腔清掃状態：良好 不良 非常に悪い

カリエス：なし あり 重度歯周炎：なし あり

歯石の沈着：なし あり（部位 ）

舌苔：なし あり（色 ）（量 多い 少ない）

口唇の力：強い 弱い 舌圧：強い 弱い

開口度：1横指以下 1-2横指 3横指

洗口：可能 不可能 自分で歯ブラシをもてるか：もてる もてない

義歎の使用：なし あり（ありの場合清掃状態は よい わるい）

食査のたまりやすいところ（ ）

3.アセスメント（問題点のピックアップ）

4.口腔ケアプラン 担当衛生士

スケーリング：必要 不要

ブラッシング指導

使用器具

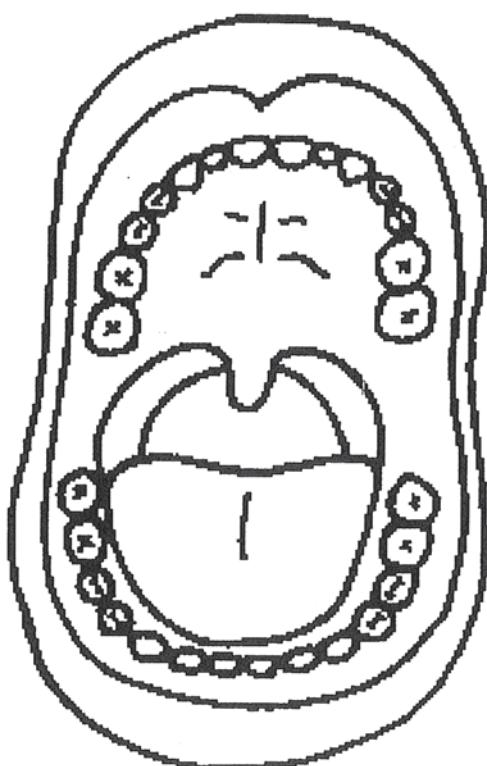
給水歯ブラシ：不使用 使用（場所：外来 病棟）

病棟ナース・家族への指示事項

次回アセスメント 月 日

介護される方・担当看護婦さんへ

お口の中は、掃除しないでおくとバイ菌が繁殖します。繁殖したバイ菌は、虫歯や歯槽膿漏だけでなく、口臭の原因になったり、肺の中に入ると非常にたちの悪い肺炎をおこすことがあります。下の図を参考に磨いてください。



再診用診査用紙

記録日：H . . .

担当：

主治医：

氏名： 生年月日：M・T・S 年 月 日 年齢： 性別：(男・女)
外来カルテ No： あおぞらカルテ No： 病室：

〈摂食等の現状〉

- ・栄養摂取方法：（ 経口・経鼻・経管・IVH・胃瘻・間歇的頸管・その他 ）
 - ・1日の摂食内容

	朝食	昼食	夕食	間食
内容				
量	/	/	/	/

- ・食物形態：（流動・ドロドロ・ベタベタ・軟食・刻み食・少し柔らかめ・普通）
 - ・食事時間：約（　　）分／1食
 - ・食事のスピード：（良好・非常に速い・非常に遅い）
 - ・介助レベル：（全面介助・一部介助・困難だが自立・自立）
 - ・介助状態：姿勢介助（無・稀・時々・常時）
 介助内容（　　）
 水分摂取時 固形物摂取時（無・稀・時々・常時）
 - ・水分摂取の方法：道具（経管・吸い飲み・スポット・スプーン・ストロー・コップ）
 飲み方（1口に飲める・連續して飲める）
 - ・食事中の疲労：（無・稀・時々・常時） 時間：食事開始後（　　）分後
 - ・吸引の必要性：（無・有） 時期：（食前・食事中・食後）
 - ・摂食姿勢

全身：（仰臥位·橫臥位·介助座位·自立座位）

テーブルの高さ：（適・高すぎ・低すぎ）

椅子の位置：（適・遠い・近い）

体幹：前屈の程度（適前屈・過前屈・垂直・やや傾斜・強後傾・側方傾斜）

頸部：前屈の程度（適前屈・過前屈・垂直・やや傾斜・強後傾・側方傾斜）

股関節の角度： (0~45° 45~90° 90~135° 135~180°)

膝関節の角度： (0~45° 45~90° 90~135° 135~180°)

- ・過敏：無・有（部位：）
 - ・鼻呼吸：可・不可
 - ・息止め：可・不可
 - ・反射：嘔吐反射（-・±・+） 嘉下反射（-・±・+） 開口反射（-・±・+）

〈口腔諸器管の動き〉

- ・口唇閉鎖：安静時（――・－・±・+・++） 捕食時（――・－・±・+・++）
処理時（――・－・±・+・++） 嘔下時（――・－・±・+・++）
水分摂取時（――・－・±・+・++）
 - ・口角：動き（可・不可）（殆ど動かない・水平／左右対称的な動き・左右非対称／複雑）
 - ・舌運動：動き（可・不可）（前後・上下・側方）
突出：安静時（――・－・±・+・++） 捕食時（――・－・±・+・++）
処理時（――・－・±・+・++） 嘔下時（――・－・±・+・++）
水分摂取時（――・－・±・+・++）

- ・顎運動：動き（単純上下・左右移行運動・側方臼磨） スプーン咬み（無・稀・時々・常時）
 - 顎のコントロール：固形物摂取時（良・やや良・不良）
 - 水分摂取時（良・やや良・不良）
- ・嚥下：ぜい鳴（無・稀・時々・常時） 喉の緊張（無・稀・時々・常時）
 - むせ（無・稀・時々・常時） 発生の時期（ ）
 - 発生させる食物（ ）
 - こぼれ（無・稀・時々・常時） 発生の時期（ ）
 - 発生させる食物（ ）
 - 痰（無・稀・時々・常時） 発生の時期（ ）
 - 発生させる食物（ ）
- 嚥下回数（普通・少ない・無） 速度（普通・遅い） 1回処理量（普通・少ない）
- ・口腔内での食物の処理法
 - 口腔内貯留：（無・稀・時々・常時） 丸飲み込み：（無・稀・時々・常時）
 - 喉の膨らみ：（無・稀・時々・常時） 送り込み：（良・やや良・不良）
 - 食塊形成：（良・やや良・不良） 成人嚥下：（可・時々可・不可）
 - 押しつぶし：（可・時々可・不可） 前歯咬断：（可・時々可・不可）
 - 咀嚼：（可・時々可・不可） 咀嚼リズム：（良・やや良・不良）
- ・食物の残留：部位 右 ○ ○ 左

○	○	○
---	---	---
- ・他の特徴的な動き

〈摂食機能診断〉

1. 問題点

3. 訓練指導内容

2. 前回からの経過

口腔ケアカルテ

口腔ケアアセスメントシート 月 日

1) 対象患者の状態の□をチェックしてください。

- 低栄養 化学療法→口中・口後 意識障害 挿管及び気切
日常生活自立度B 1~2・ベッド上安静 ターミナル
その他 ()

2) ①歯： 有・無 ②虫歯：有・無

- ③義歯：有 → 使用：している・していない
無

- ④義歯の不適合：有・無

★②④有の場合は主治医に報告をする。

3) 患者のADLの状態：該当する事があれば□をチェックしてください。

- ①□咀嚼障害有り ②□嚥下障害有り ③□開口障害有り
 ④□うがいが自立していない ⑤□歯磨きが自立していない
 ⑥□義歯着脱が自立していない ⑦□義歯清掃が自立していない

4) アセスメントは患者の口腔内の状況を観察して、数字を記入してください。

	観察項目	月/日 点数	月/日							
			1	2	3	4	5	6	7	8
I	①. 口腔乾燥	0.ない 1.ある 2.少しひどい 3.ひどい								
	②. 口臭	0.ない 1.ある 2.少しひどい 3.ひどい								
	③. 舌の汚れ・舌苔	0.ない 1.ある 2.少しひどい 3.ひどい								
	④. 口腔内清掃不十分 (食物残渣有り)	0.ない 1.ある 2.少しひどい 3.ひどい								
	アセスメント	合 計 点								

★1. 点数3が1でもあれば歯科衛生士に相談する。

2. ①～④が1週間経っても改善されなければ歯科衛生士に相談する。

II	⑤. 歯肉の炎症	0.ない 1.ある 2.少しひどい 3.ひどい								
	⑥. 口内炎	0.ない 1.ある 2.少しひどい 3.ひどい								
	⑦. 疼痛	0.ない 1.ある 2.少しひどい 3.ひどい								
	⑧. 出血	0.ない 1.ある 2.少しひどい 3.ひどい								
	アセスメント	合 計 点								

★⑤～⑧があれば主治医に報告をする。

★実施基準：1. 1), 3) の患者は予防も含めて全て看護計画を立案し、実施する。

特に3) の④⑤⑥⑦で自己実施可能な患者には指導をしっかり行う。

2. アセスメントは1週間毎に行う。(ただし、必要時は毎日行う。)

3. 歯科衛生士に相談する時は各病棟のNSTメンバーを通じて行う。

★記載基準：1. アセスメントはフローシートにそれぞれの合計点を下記のように記載する。

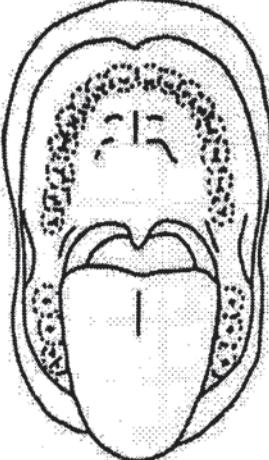
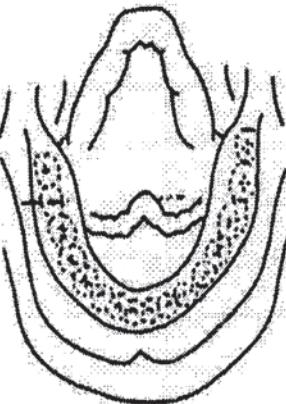
例：I - 8, II - 2

2. 口腔ケアアセスメントシートはピンクシートに貼付する。

H.15.8.18 業務改善看護ケア検討班

口腔ケア記録表

(太線枠内ののみ記入)

特記事項		食事摂取																																			
粘膜の異常	(あり・なし)	経口 (内容 : (摂取量: 主食一 割, 副食一 割)																																			
舌の異常	(あり・なし)	経管 (内容 : 中心静脈栄養)																																			
開口障害	(あり・なし)	清掃状況 (良・不良)																																			
咀嚼障害	(あり・なし)	歯磨き 1, 毎日 (1回・2回・3回) 2. 時々 3, しない																																			
嚥下障害	(あり・なし)	義歯清掃 1, 每日 (1回・2回・3回) 2. 時々 3, しない																																			
口腔乾燥	(あり・なし)	うがい 1, 每日 (1回・2回・3回) 2. 時々 3, しない																																			
流 唾	(あり・なし)																																				
口 臭	(- + ++)																																				
舌 苔	(- + ++)																																				
清掃状況 (BDR指標)	B 歯磨き (brushing)	a ほぼ自分で磨く 1,移動して実施 2,ベット上で実施	b 部分的に自分で磨く 1,座位を保つ 2,座位は保てない	c 自分で磨けない 1,座位, 半座位をとる																																	
	D 義歯着脱 (denture wearing)	a 自分で着脱する	b 外すか入れるか どちらかはする	c 自分ではまったく 着脱しない																																	
	R うがい (mouth rinsing)	a ブクブクうがいをする	b 水をくちに含む 程度はする	c 口に水を含むこと もできない																																	
歯の状態																																					
<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>				8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																						
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																						
・う歯	未処置歯 C	・総義歯 F.D	・歯石 △																																		
処置歯 ○	部分義歯 P.D	・歯肉炎 ○ (赤で)																																			
喪失歯 ×		・歯周炎 ○ (青で)																																			
粘膜の状況																																					
			<ul style="list-style-type: none"> ・潰瘍 赤で範囲を記入 ・びらん 青で範囲を記入 ・舌苔 黒で範囲を記入 																																		
																																					

告知の有無（あり・なし）

作成年月日 年 月 日

口腔ケア問診票

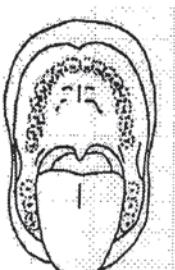
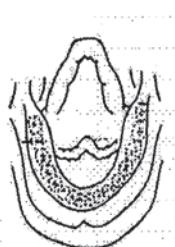
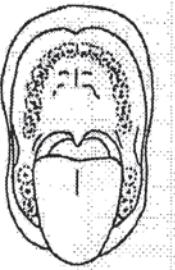
作成者

病棟

氏名	生年月日	年 月 日 (歳) 男・女
疾患名		主訴
口腔清掃は？ 口内 (自立 半介助 全介助) 義歯 (自立 半介助 全介助)		感染症 B型肝炎 (+ - 未) C型肝炎 (+ - 未) 梅毒 (+ - 未) MRSA (+ - 未) HIV (+ - 未) その他 ()
義歯はいつ使用しているか 常時 食事のみ 食事ははずす 不使用		採血結果 WBC 年 月 日 好中球 _____ RBC _____ Hb _____ PLT _____ GOT _____ GPT _____ BUN _____ CRTN _____ 出血時間 _____ PT-INR _____ その他 _____
自分の意志を正確に表現できるか できる 少しできる 表現するが不正確 分かっているようだができない 全くできない		
障害について該当するもの 上肢 右 左 視覚 右 左 少し見える 全く見えない 聴覚 右 左 少し聞こえる 全く聞こえない 言語障害 やや不明瞭 全く不明瞭		治療内容 主な使用薬剤 (抗癌剤など)
主治医のコメント		現在の口腔内ケアの方法 (使用含嗽剤など)

患者氏名 _____

評価の記録

月日	状況	内容	記入者
	  潰瘍 赤で範囲記入 びらん 青で範囲記入 舌苔 黒で範囲記入 口腔清掃 歯磨き (良・まあまあ・不良) 義歯清掃 (良・まあまあ・不良) うがい (良・まあまあ・不良) 経口摂取良 (主食： 割，副食： 割)		
	  潰瘍 赤で範囲記入 びらん 青で範囲記入 舌苔 黒で範囲記入 口腔清掃 歯磨き (良・まあまあ・不良) 義歯清掃 (良・まあまあ・不良) うがい (良・まあまあ・不良) 経口摂取良 (主食： 割，副食： 割)		

口腔ケア アセスメント依頼票

記入日 19 年 月 日

記入者氏名

患者氏名		病棟
生年月日 年齢	明治 大正 昭和	年 月 日 才
性別	男 女	
感染症	H B V H C V ワ氏 MRSA 緑膿菌	
担当看護婦		
口腔ケアで困っていること		
上記の理由と考えられること		
何をどこまで改善したいか		
認知状態		
認知状態	昏睡状態 昏睡状態ではない	
意志伝達は可能か	可能	不可能
意志伝達の方法	会話	筆談 表現は難 不可
指示、指導の理解	できる	できない
聴覚	十分	やや不足 不十分
視覚	十分	やや不足 不十分
痴呆度（長谷川式）	1 2 3	
拒否の程度	強い拒否 やや拒否 拒否はない	
姿勢		
口腔ケア時の姿勢	ベット上（ギヤッジアップ 可 不可） 椅子	
口腔ケア時の頭位	正常位とれる とれない（傾き：右 左 前）	
上肢のコントロール	自由 不自由（右 左 両側）	
歯ブラシの把持	持てる	持てない 拒否
現状の口腔ケア		
口腔清掃の自立	自立	半介助 全介助
義歯清掃の自立	自立	半介助 全介助
口腔清掃の具体的方法	歯ブラシ 電動歯ブラシ ガーゼ うがい 飲み込み	
	その他（ ）	
義歯清掃の具体的方法	義歯ブラシ 歯ブラシ 義歯洗浄剤 水洗いのみ	
	その他（ ）	
栄養		
栄養方法	経口 経管	
食事	介護食 A 介護食 B 介護食 C きざみ食 5分菜 普通食	
その他気のついたこと		

(渓仁会西円山病院) その 1

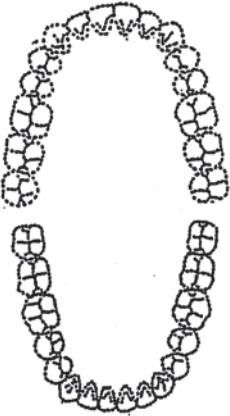
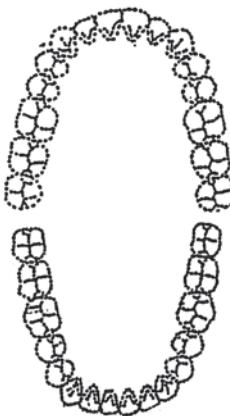
口腔ケア アセスメント表 No1

患者氏名

病棟

担当衛生士

担当看護婦

口腔内の状態	義歯の状態
	
アセスメント	アセスメント
清掃状態 良い まあまあ 悪い	清掃状態 良い まあまあ 悪い
歯肉の状態 良い 赤く腫れている キズがある 出血	その他
口臭 有 無	
唾液の量 多い 普通 少ない	
その他	

アセスメント実施日

口腔ケア アセスメント表 No2

患者氏名					
生年月日 年齢	年 月 日				
性別	男 女				
認知状態	昏睡状態 昏睡状態ではない				
意思伝達は可能か	可能 不可能				
意思伝達の方法	会話	筆談	表現は難 不可		
指示、指導の理解	出来る	出来ない			
聴覚	十分	やや不足	不十分		
視覚	十分	やや不足	不十分		
痴呆度	1	2	3		
拒否の程度	強い拒否	やや拒否	拒否はない		
口腔ケア時の姿勢	ベッド上 (ギャッジアップ可 不可) 椅子				
上肢のコントロール	自由 不自由 (右 左 両側)				
頭位	正常位をとれる とれない (傾き:右 左 両側)				
口腔清掃の自立	自立	半介助	全介助		
義歯清掃の自立	自立	半介助	全介助		
歯ブラシの把持	持てる	持てない	拒否		
口腔清掃の具体的方法					
義歯清掃の具体的方法					
栄養方法	経口	経管	点滴		
食事の具体的な内容	常菜 刻み 五分菜 超刻み ミキサー食 半流動食 流動食				

嚥下障害評価

歯科 嘔下外来 NO. ()

歯科 嘔下外来 初診日 年 月 日

I.D. No. _____

外来. 入院(病棟) ()

患者名:

主治医: _____

生年月日 M.T.S.H. 年 月 日 内科担当医: _____

年齢: 歳 性別: 男 女 精神科担当医: _____

耳鼻科担当医: _____

歯科担当医: _____

PT : _____

Nrs. : _____

OT. : _____

DH. : _____

: _____

: _____

: _____

: _____

(感染症 MRSA HCV HB LU 他)

禁忌(ヨード剤アレルギー、その他)

(財団法人 浅香山病院) その1

I D NO. _____

患者名 _____

既往歴

嚥下障害の主原因

嚥下障害発症日 年 月 日

誤嚥性肺炎歴 (気管切開歴 有 無 気切中) 体温のスパイク 有 無

脳神経損傷

精神疾患

薬剤の影響

耳鼻科所見

他の医学的問題

他の既往歴 頭頸部腫瘍手術 頭頸部放射線治療 頸部外傷
 筋原性疾患 パーキンソン病 低酸素症

意志の疎通 正常 障害 理解

協力性 良 不良

ADL

流涎 有 無

むせ 有 無

口腔の食塊認知障害 有 無

現在の食餌と制限

経口以外の栄養補給法 IVH 胃瘻 N-Gチューブ(号)

患者の嗜好食物

患者/スタッフからの訴え

I D
患者名

嚥下外来 No. ()

嚥下障害口腔機能評価表

評価日 年 月 日

- 1) 嚥下形式 体性嚥下 内藏性嚥下
2) 有床義歯 有 無 有るが使用不能
- 3) 歯列 有 無
- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 上 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 下 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
- 4) 咬合高径 正常 低下 過高
5) 安静時舌位置 正常 後退 (口 I型 口 II型) 判定不能
6) 舌の運動 良 不良 ()
7) 口唇の運動 良 不良 ()
8) ストロー使用 可 不可
9) 呼気保持 良 不良
10) 音声言語 良 不良 ()
11) 嘎声 有 無
12) 開鼻声 有 無 ()
13) 軟口蓋の挙上 良 不良 (口右 口左 口両側) 困難
14) 咽頭反射 (gag) 良 弱 殆ど無 ()
15) 咳嗽反射 有 弱 殆ど無
16) 隨意的咳 良 弱 殆ど無
17) 喉頭挙上 (距離) 良 不十分
(機会) 良 遅れる
18) 唾液分泌 正常 乾燥 過剰 流涎
19) 粘膜疾患 無 有 ()
20) 口腔衛生 良 不良
21) 味覚 良 不良
22) 障害になる歯牙 無 有 ()

嚥下機能検査

患者名 _____

1 飲水テスト

検査日	/	/	/	/	/				
座位	<input type="checkbox"/>								
30度 仰臥位 頭部前屈	<input type="checkbox"/>								
30ml飲水テスト	<input type="checkbox"/>								
ノーズフィットカップ	<input type="checkbox"/>								
精密飲水テスト	<input type="checkbox"/> ml _____ ml _____ ml								
全量1回嚥下	<input type="checkbox"/>								
分割嚥下(分割回数)	<input type="checkbox"/> ()								
完了時間 (5秒以内)	<input type="checkbox"/>								
(5秒以上)	<input type="checkbox"/>								
むせ	<input type="checkbox"/> 有 ml _____ ml								
他のエピソード									
喉頭挙上	挙上距離	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不
	タイミング	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 遅	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 遅	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 遅	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 遅

2 発話メカニズム検査 (/) (/) (/)

3 ビデオ嚥下造影検査 (VF) (/) (/)

4 内視鏡検査 (/) (/) (/)

V F 検査所見

検査日 平成 年 月 日
患者名 年齢 歳
I D

« 検査施行時の体位 »

« 所見 »

嚥下造影（VF）検査用紙

検査日 平成 年 月 日

氏名 _____ 年齢 歳

検査食品

水 : 50%(3倍希釈)以下の濃度のバリウム液 50%バリウム液
 ロミをつけた液体 : 150%(胃透視用濃度、原液)のバリウム液 150%バリウム液
 ゼリー食 : バリウム入りゼリー 一匙 ゼリー
 クッキー : バリウムー液を染み込ませたクッキー クッキー

	1	2	3	4	5	6	7	8
側面像(そく)正面像(せい)								
体幹角度								
検査材(バリウム液は ml)	ml							
喉頭侵入 有(+) 無(-)								
誤嚥 有(+) 無(-)								
むせ 有(+) 無(-)								
喉頭蓋谷への残留の有無								
梨状窩 への残留の有無								
その他								

I D _____

患者名 _____

嚥下機能訓練と療法 開始日 _____

- 1 口腔衛生指導と一般的オーラルケア
- 2 口腔内マッサージ
- 3 口腔内アイスマッサージ（咽頭反射機能強化）
- 4 空嚥下訓練
- 5 嚥下体操
- 6 顔面頸部マッサージ
- 7 嚥下反射促通手技
- 8 顔面頸部アイスマッサージ
- 9 頸部低周波療法
- 10 呼吸訓練
 - 1) 咳
 - 2) 口すばめ呼吸 プローイング（鼻咽腔閉鎖機能強化）
 - 3) 息ごらえ嚥下
- 11 ストロー訓練
- 12 発声訓練
- 13 補綴治療によるオーラルリハビリテーション

段階的摂食訓練 開始日 _____

- 1 嚥下食の決定
- 2 体位の決定
- 3 口への取り込み介助
- 4 口唇機能の介助
- 5 空嚥下指導（交互嚥下指導）
- 6 うなづき嚥下介助（喉頭蓋谷の残留物対策）
- 7 横向き 嚥下介助（梨状陥凹の残留物対策）
- 8 補助経管栄養

申し送り表

患者氏名

(嚥下評価書台帳用)

摂食・嚥下療法指示書

I D

患者氏名

年 月 日 主治医

印 初 診 年 月 日より(6カ月以内・以降)

嚥下機能訓練		摂食訓練	
00	<input type="checkbox"/> 口腔衛生指導と一般的オーラルケア	21	<input type="checkbox"/> 体位の保持
1	<input type="checkbox"/> 口腔内マッサージ	22	<input type="checkbox"/> 口への取り込み介助 指導
2	<input type="checkbox"/> 口腔内アイスマッサージ(咽頭反射機能強化)	23	<input type="checkbox"/> 口唇機能の介助 指導
3	<input type="checkbox"/> 空嚥下訓練	24	<input type="checkbox"/> 空嚥下(交互嚥下)指導
4	<input type="checkbox"/> 嚥下体操	25	<input type="checkbox"/> うなずき嚥下介助 指導 (喉頭蓋谷の残留物対策)
5	<input type="checkbox"/> 顔面頸部マッサージ	26	<input type="checkbox"/> 横向き 嚥下介助 指導 (梨状陥凹の残留物対策)
6	<input type="checkbox"/> 顔面頸部アイスマッサージ		
7	<input type="checkbox"/> 嚥下反射促通手技(喉頭拳上の補助)		
8	<input type="checkbox"/> 呼吸訓練 咳		
9	<input type="checkbox"/> 口すばめ呼吸 ブローイング(鼻咽腔閉鎖機能強化)		
10	<input type="checkbox"/> 息こらえ嚥下(声門閉鎖強化)		
11	<input type="checkbox"/> ストロー訓練		
12	<input type="checkbox"/> 発声訓練		
13	<input type="checkbox"/> 頸部低周波療法		

実施表

年 月

30分以上の訓練(並びに40分以上の訓練)実施日

回	実施日	開始時間～終了時間	30～40分	40分以上	訓練内容(番号)	エピソード	サイン
1	/	: ~ :					
2	/	: ~ :					
3	/	: ~ :					
4	/	: ~ :					

年 月 上記以外の訓練実施日

日	開始時間～終了時間	訓練内容(番号)	エピソード	サイン
1	: ~ :			
2	: ~ :			
3	: ~ :			
4	: ~ :			
5	: ~ :			
6	: ~ :			
7	: ~ :			
8	: ~ :			
9	: ~ :			
10	: ~ :			
11	: ~ :			
12	: ~ :			
13	: ~ :			
14	: ~ :			
15	: ~ :			
16	: ~ :			
17	: ~ :			
18	: ~ :			
19	: ~ :			
20	: ~ :			
21	: ~ :			
22	: ~ :			
23	: ~ :			
24	: ~ :			
25	: ~ :			
26	: ~ :			
27	: ~ :			
28	: ~ :			
29	: ~ :			
30	: ~ :			
31	: ~ :			

H14.3. 3×25×40 N

IV. オープンカンファレンス 「口腔ケア」抄録

オープンカンファレンス「口腔ケア」の記録

第1回オープンカンファレンス

日 時；平成16年3月5日（金）18時～20時

場 所；神戸市立西市民病院 北館3階

講演1.

「周術期の口腔ケアの有用性」

講 師；市立池田病院歯科口腔外科部長 大 西 徹 郎 先生

講演2.

「入院患者の口腔ケアーその有効性と方法ー」

講 師；関西労災病院口腔外科部長 北 村 龍 二 先生

参加人数；150名

第2回オープンカンファレンス

日 時；平成16年5月14日（金）18時～20時

場 所；神戸市立中央市民病院 501会議室

講演1.

「全国の病院歯科における口腔ケアに関する実態調査報告」

講 師；市立岡崎市民病院歯科口腔外科統括部長 山 田 祐 敬 先生

講演2.

「急性期病院における歯科衛生士の担う口腔ケア」

講 師；神戸市立西市民病院歯科衛生士 上 原 弘 美 先生

講演3.

「口腔ケアの基礎知識と現況」

講 師；日本赤十字広島看護大学講師 迫 田 綾 子 先生

参加人数；90名

周術期における口腔ケアの有用性についての検討

市立池田病院 歯科口腔外科 大西 徹郎

はじめに

急性期病院における平均在院日数の削減は非常に重要な課題であり、その経営状態に直結する問題となっている。特に全身麻酔下手術を受けた患者の術後在院日数の増減に関しては大きな関心が持たれている。今回いわゆる周術期において口腔ケアがどのような効果を有するか、またこのことが病院の経営においてどういう意味を持つかを検討するために臨床的な調査を行った。

方 法

平成14年1月より市立池田病院（以下当院）外科、泌尿器科、産婦人科全身麻酔下手術患者全員を対象として術前、術後の口腔ケアを歯科衛生士、看護師を中心にして実施した。口腔内の状態や歯科的なADLの状態（歯ブラシ、うがい、義歯の着脱の可否）をスコア化し症例ごとに比較した。当院のような総合病院においては患者情報の共有は大きな意味を持つため、これらの口腔ケアの情報はチャートに記録するのみならず、院内オーダーリングシステムに入力し手術に関連するすべての職員が患者の口腔内の状態を把握できるようにした。

結 果

- (1) 口腔ケア開始前（対照群）と比較して開始後は胃癌、大腸癌、前立腺癌などの術後在院日数が有意に減少した。
- (2) 術後の熱発状況において口腔ケア実施群は対照群と比較して術後3日目以降の熱発をおこす患者数が有意に減少していた。
- (3) 全般的に歯科的ADLが悪化すると口腔内の状態も不良となる傾向を示した。
- (4) 口腔内の状態が不良であると術後の在院日数が延長する相関関係がみられた。
- (5) 周術期の口腔ケアを導入してから当院の平均在院日数は約2日減少した。

まとめ

今回の当院における調査の結果、周術期に口腔ケアを行うことにより、病院経営において口腔ケアがストラテジーとしての意味を持つ可能性が示唆された。

周術期における口腔ケアの有用性

市立池田病院 歯科口腔外科
大西徹郎

誤嚥性肺炎の主な原因菌

グラム陰性桿菌

黒色色素産生性嫌気性桿菌
Porphyromonas gingivalis
Prevotella intermedia
非黒色色素産生性 *Prevotella*
Fusobacterium nucleatum
Klebsiella
Pseudomonas aeruginosa(緑膿菌)
Escherichia coli(大腸菌)

グラム陽性球菌

Peptostreptococcus
Peptococcus
口腔レンサ球菌
Streptococcus pneumoniae
Staphylococcus aureus
Haemophilus influenzae

病院の経営状態の改善

- ・ 医業収益の増加
 - 病床利用率の向上
 - 平均在院日数の減少
 - 診療単価の増加
- ・ 経費削減
 - 不要な薬剤、備品の使用の抑制
- ・ 種々の加算の算定
 - 急性期医療加算
 - 紹介率の向上、在院日数の削減が必須

歯科としてのStrategy(ストラテジー)

- ・ ベッドが不足している病院の経営改善に対して歯科として何か貢献できないか?
- ・ 口腔外科として医科と同じような手術をしている、そのノウハウを生かせないか?
- ・ トータルオーダーリングシステムにおいて情報の有効な活用方法はないか?

阪大歯学部顎口腔機能治療部+医学部第二外科
食道癌手術に対する論文

各部位の主な細菌叢

部位	主な菌種	細菌数
皮膚	黄色ブドウ球菌、コリネバクテリウム	$10^3 \sim 10^4/cm^2$
鼻、鼻咽腔	表皮ブドウ球菌、コリネバクテリウム、モラグセラ	$10^5/ml$
上気道	口腔レンサ球菌、ナイセリア	$10^7/ml$
小腸上部	レンサ球菌、乳酸桿菌	$0 \sim 10^4/cm^2$
小腸下部	バクテロイデス、腸球菌、大腸菌	$10^3 \sim 10^6/cm^2$
大腸	バクテロイデス、ユウバクテリウム	$10^{11}/g$
口腔	口腔レンサ球菌、ペプトコックス、ポルフィロモナス	$10^8/ml$ (唾液) $10^{11}/g$ (歯垢)

看護師の口腔ケアに対する「本音」??

扱う疾患や患者さんも多種多様
看護師さんたちは多忙

「看護業務は忙しい、大事であることは認め
るが口腔ケアを推進する暇はない。」

看護師が自分の職務の範囲内で何をしなくては
ならないのか、どこまですればよいのか

口腔ケアに関する臨床研究を行った

【目的】

病棟における口腔ケアの有用性を知りたい

↓

平成14年1月より外科・泌尿器科の全身麻醉下手術の術前術後患者を対象に口腔ケアプログラムを開始し、歯科衛生士と看護師による口腔ケアの実施により手術後の熱発に変化がみられるのか、また術後不顎性感染の減少より在院日数に変化が現れるのかを検証した。

Ikeda municipal hospital

【対象患者】

①發熱

対象群：平成13年4月～平成14年1月の
外科・泌尿器科における全身麻酔での
手術患者25名

手術患者60名
実施群：平成14年5月～10月の外科・泌尿器科における全腹腔鏡での手術患者60名

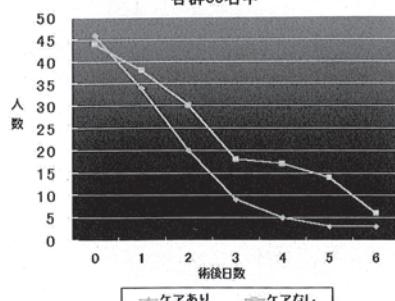
◎在院日数

対象群：平成13年10月～平成14年1月

対象群：平成13年10月～平成14年1月
実施群：平成14年1月～平成14年7月

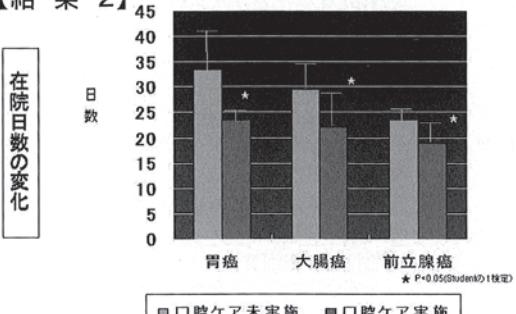
【結果 1】

各群60名由



Honda municipal hospital

【結果 2】



产地

Página 1 de 1 | Página anterior | Página siguiente | Índice | Imprimir | Cerrar

【口腔ケア実施の流れ】

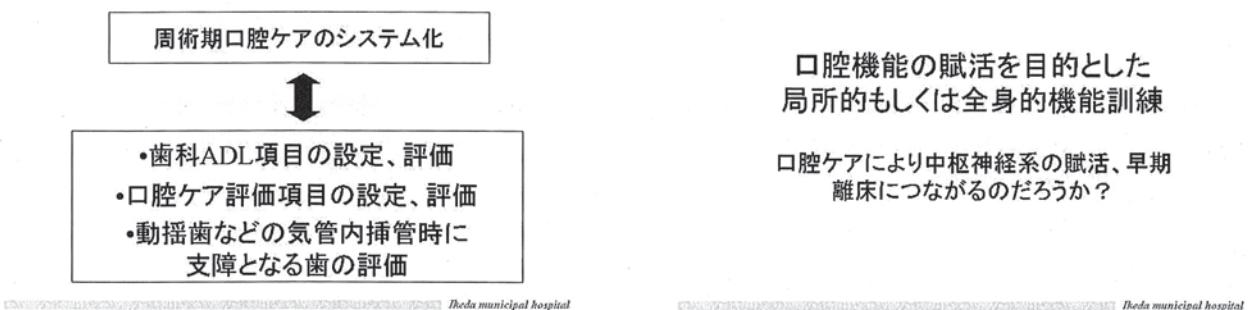
挿管時に挿管チューブとともに口腔内細菌が気管へ押し込まれる可能性がある

術後、経口摂取していない患者は、食物による摩擦の消失と唾液分泌の減少のため自浄作用が低下し、細菌が繁殖しやすい

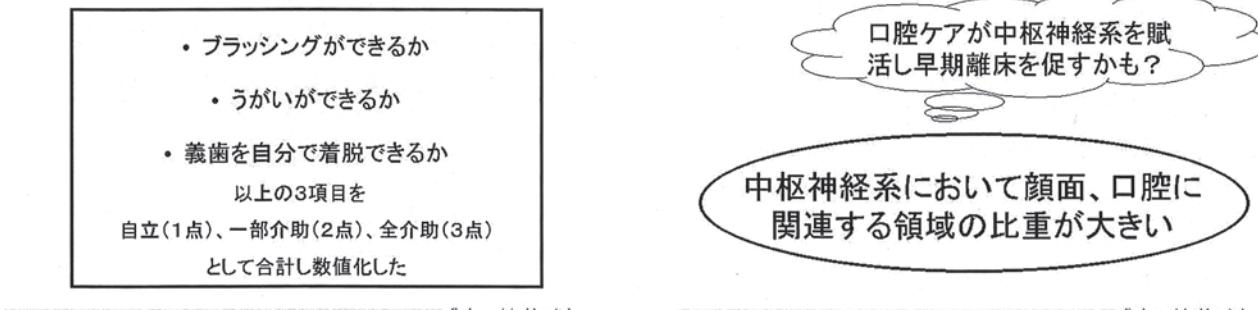
術前より口腔内定着菌の減少した状態を維持

術前口腔ケア

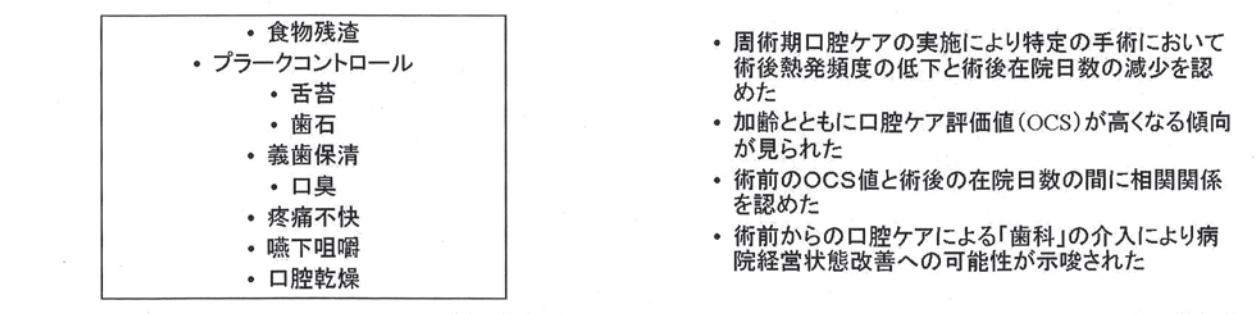
関連医療職への情報の供与と対応



歯科的介助度(ADL)



口腔ケア評価項目



入院患者の口腔ケアー有効性と方法ー

関西労災病院歯科口腔外科 北村 龍二

関西労災病院では抗癌剤治療中の患者や歯性病巣感染予防のための口腔ケア、周術期の口腔ケアに加え、全介助が必要な病棟の要介護者の訪室口腔ケアをも手がけている。

- I. 訪室口腔ケアの対象患者：①寝たきり患者②意識障害のある患者③人工呼吸器装着患者など
- II. 病棟口腔ケアの目的：①う蝕・歯周病の予防②誤嚥性肺炎の予防③口臭の予防④正常な味覚を保ち、食欲増進を促す。
- III. 訪室口腔ケアの手順

1) 口腔ケア依頼

院内紹介時に口腔ケア依頼書（病名・病状・栄養摂取内容・全身注意事項・口腔内問題点等を記入）を添付する。

2) 往診（訪室）

歯科医師と歯科衛生士による病室往診。口腔ケアの目的・必要性を介護者にも説明の上、必要物品があれば購入してもらう。

3) 口腔ケア・口腔ケア指導

口腔状態、全身状態に合わせて看護師、介護者に口腔ケア法を指導する。保護床作成・義歯調整・拔歯・暫間固定等を口腔内状態に合わせて行う。病棟看護師にイラスト、写真

を使用した口腔ケア連絡票を用いて日常の口腔ケアを実施してもらう。往診は1～2回/週程度。

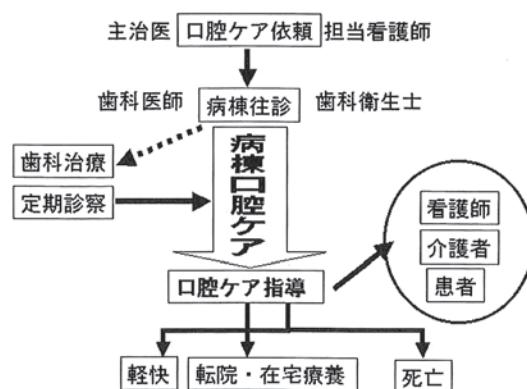
4) 転院

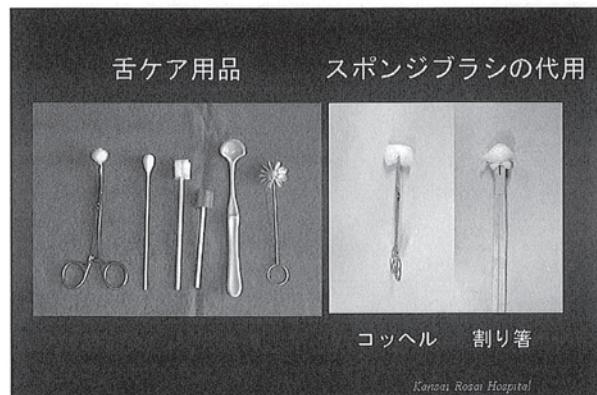
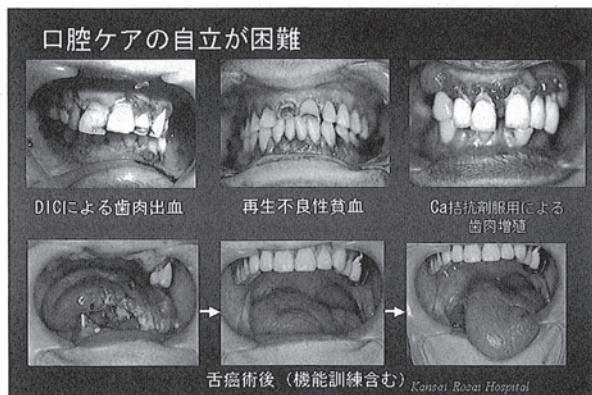
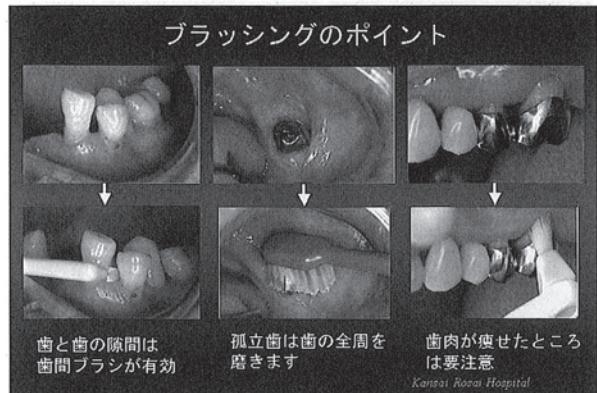
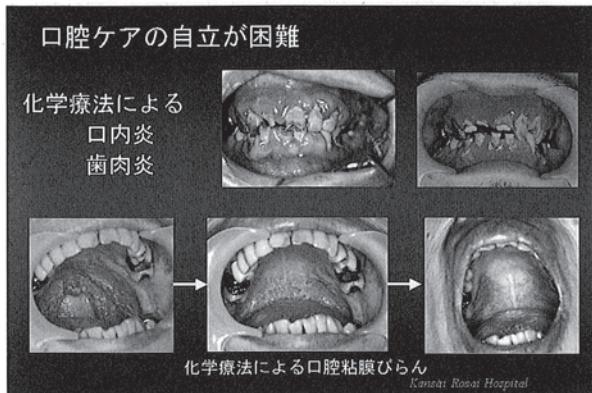
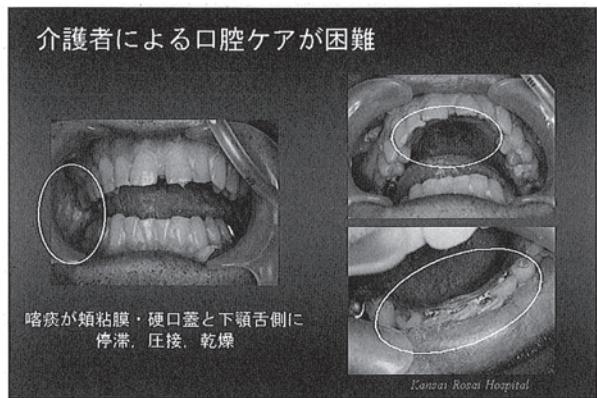
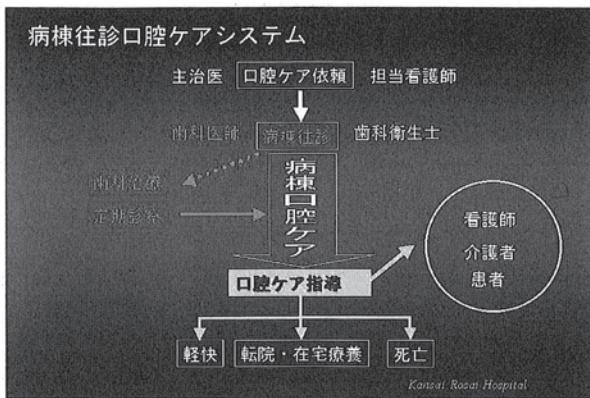
退院時サマリーに当科での口腔ケア内容資料を添付する。

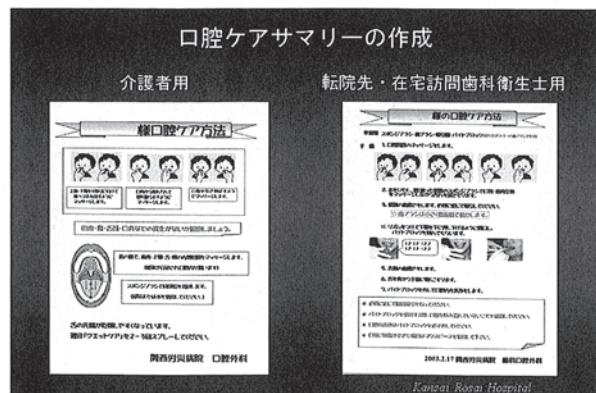
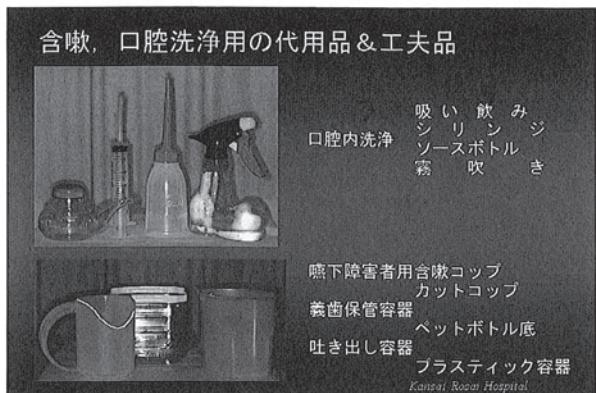
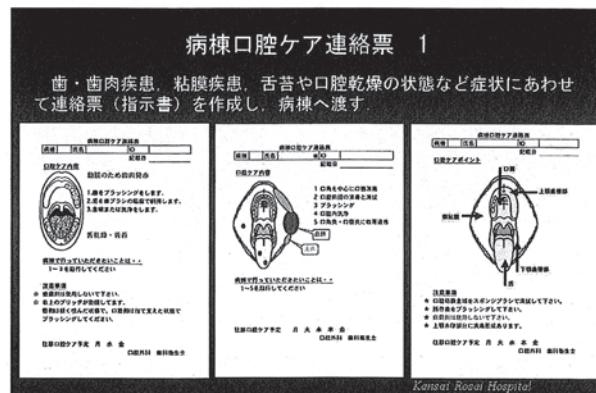
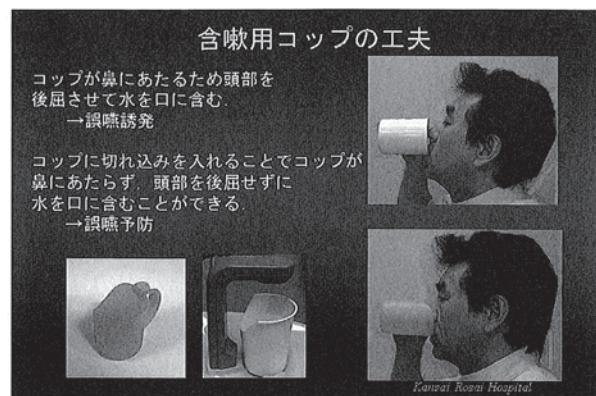
5) 在宅退院・自立ケア

介護者への指導内容資料を配布。退院後に定期的口腔ケアを希望される場合は、各住所地の保健センターや往診していただける歯科医院に口腔ケア内容資料を添えて依頼する。

病棟往診口腔ケアシステム（関西労災病院）

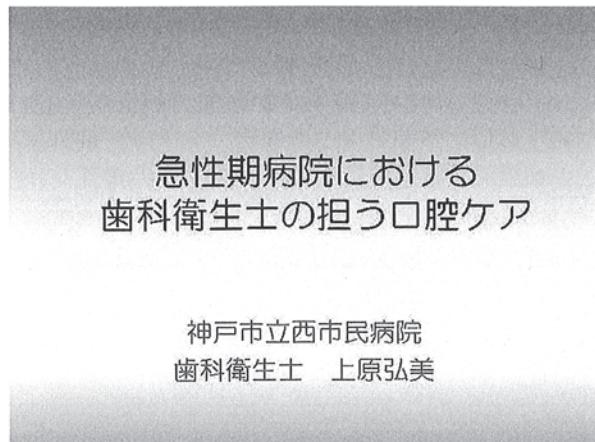






急性期病院における歯科衛生士の担う口腔ケア

神戸市立西市民病院 歯科衛生士 上原 弘美



肺炎や熱発を防止する口腔ケア

- 誤嚥性肺炎を繰り返す患者への口腔ケア
- 経管栄養中の患者の口腔ケア

要介護高齢者に対し継続した専門的口腔ケアを2年間実施
『結果』発熱・肺炎の発症・肺炎による死亡者率が有意に減少
米山武義ら 2001年

急性期病院での口腔ケアとは

看護の質向上させるもの

- 要介護者への口腔清拭
- 脳血管障害患者への肺炎予防のための口腔ケア

↓

歯科衛生士のおこなう口腔ケアとは？

摂食嚥下障害患者などへのリハビリとしての口腔ケア

- 脳血管障害患者への口腔ケア
- 摂食嚥下訓練としての口腔ケア

リスクの高い患者に対して未然に発病を予防する口腔ケア

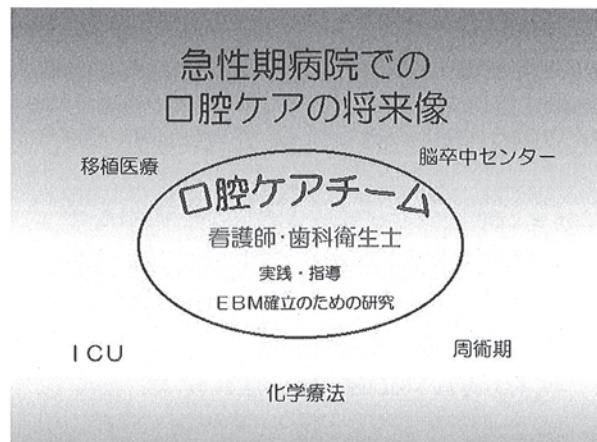
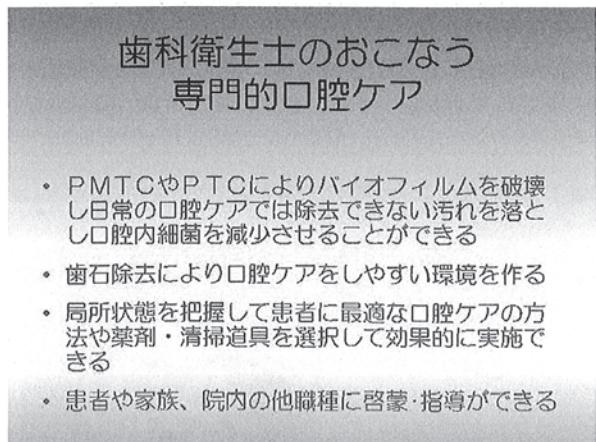
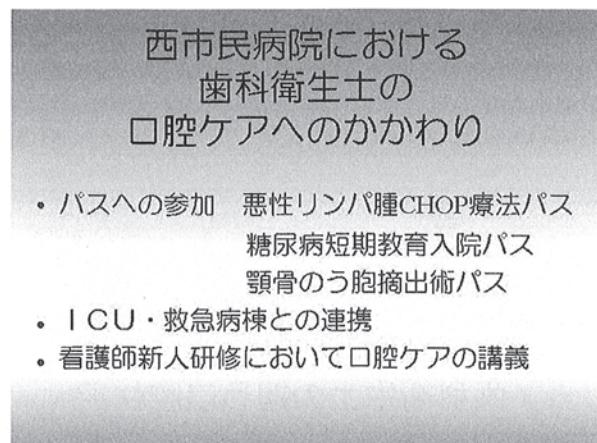
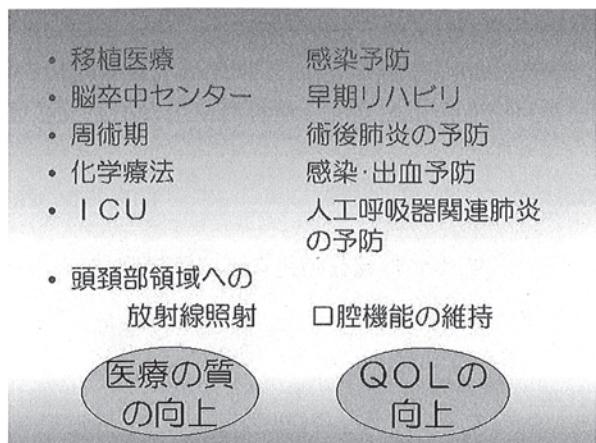
肺炎や熱発を防止する口腔ケア

- 全身麻酔下手術を受ける患者の術前術後口腔ケア
- 人工呼吸器装着中患者の肺炎を予防する口腔ケア

外科・泌尿器科の全身麻酔下手術の術前術後に歯科衛生士・看護師による口腔ケアを実施
『結果』術後熱発の頻度の低下・術後入院日数の減少
池田市立池田病院歯科口腔外科 2002年

リスクの高い患者に対して未然に発病を予防する口腔ケア

- 化学療法や頭頸部領域への放射線療法また免疫抑制剤の使用などにより感染や出血のリスクの高い患者への口腔ケア



口腔ケアの基礎知識と現状

日本赤十字広島看護大学 迫田 綾子

良質の口腔ケアは、人々が自立した生活を送るための戦略として有用であり、口腔を通じて全人的な健康の回復と QOL の向上に寄与する。それらを前提として、カンファレンスでは口腔ケアを実践する上で必要な基礎知識、後半はこの度実施した「看護職に対する口腔ケアの現状調査結果」について概説した。

1. 口腔ケアの目標

健康の維持や回復、QOL の向上を目的として実践ケアである。健康とは、「完全な肉体的、精神的、靈的 (Spiritual) 及び社会的福祉 (well being) の動的状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」WHO 健康定義改正案 1999。健康の確保において生きている意味・生きがいなどの追求が重要との立場から、spiritual は人間の尊厳や QOL を考えるために本質的なものとして、新たに加わった。また介護保険の理念では、自立支援として要介護者に対する行動や決定の自立支援を打ち出している。口腔ケアについても、口腔に限定せず対象を人間

全体、生活者として認識した上で進めることが重要である。

2. 要介護者の現状

5. 看護職の口腔ケアの現状調査報告（2004.3 全国調査結果）

対象者は、病院歯科を有する施設の看護管理者527名（回収率 43%）である。口腔ケアを日常的に実施している施設は92%で高率であった。口腔ケアを必要とする患者は多く、重篤な全身疾患を有していた。口腔ケアを複数の職種で実施している施設は78%で、口腔ケアを担う職種が広がっていた。口腔ケアの研修会は、約半数の施設が実施し、口腔ケアチームの編成、マニュアル作成、情報の共有等が行われつつあった。看護職に不足する知識と技術が明らかになり、基本的な教育プログラムが必要とされていた。今後の口腔ケアを導入するためには、組織的な取り組みが戦略として有用であることが示唆された。

口腔ケアの基礎知識と現状

2004.5.15



日本赤十字広島看護大学

迫田 綾子

事例紹介

65歳男性 クモ膜下出血にて植物状態
C型肝炎 若い時から歯周病が進行

「どうせ死ぬのなら、家で死なせてやりたいと思って連れて帰ったんです。死ぬ前に好きだったお餅を食べさせてやりたい思うてね」

- ・口腔ケア
- ・義歯装着
- ・座位→立位→発語
- ・日常生活に復帰
- ・現在農業でトマト栽培

きっかけ→治療やケアの始まり

意欲や可能性(を引き出す)

健康やQOLの向上



百歳の「食卓」



食事は本当に粗食。しかも、必ず一人であります。家族が何種類ものおかずを用意していても、ご飯が一杯にらっしゃうなど野の物を中心としたおかずが1、2品だけ。自分の調合に合わせてよどい、食器も洗います。牛乳をたくさん飲んでいます。(NHK「か~づ」)

健康とは 完全な肉体的、精神的、靈的(Spiritual)及び社会的福祉(well being)の動的状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」WHO健康定義改正案 1999
健康の確保において生きている意味・生きがいなどの追求が重要な立場から、spiritualは人間の尊厳やQOLを考えるために本質的なものとして、新たに加わった。



高齢者ゴールドプラン21の基本方向から

①できるだけ多くの高齢者が健康で生きがいをもち社会参加できるよう、活力のある高齢者像を構築する
行動の自立 ⇔ 生涯自分の口から食べる

②要援護の高齢者が自立した生活を尊厳をもっておくことができるよう、また介護家族への支援を図る

決定の自立 ⇔ それまでの食生活習慣を大事にする
食べたい思いを引き出す、受け止める



ケアシステム

患者の役割

全介助を受ける

・何らかのセルフケアを実行する

・SC要件を満たす
・引き続き学習し、
セルフケア能力を
身に付ける

完全代償

部分代償

セルフケア
支持/教育

看護の役割

・セルフケアが不能な場合の代償
・支持し、保護する
・患者に代わって判断する
・現在持っている技術を育てる

・患者に代わってSC手段を
いくつか実行する
・限界があるものがあれば代償する
・必要時、患者を支援する

・決定するのを手助けする
・患者が学習するのを助ける
・定期的に情報を新しいものに
する

オレムのセルフケアモデル p32 医学書院 1993より引用

在宅療養者は、現在の口腔状態に満足していると思いますか？

はい 2%

どちらかといえば満足 20%



—広島県全訪問看護ステーションに対する調査より
2002.3実施

結果評価

口腔内が清潔になったとき、「自分でやってみますか？」

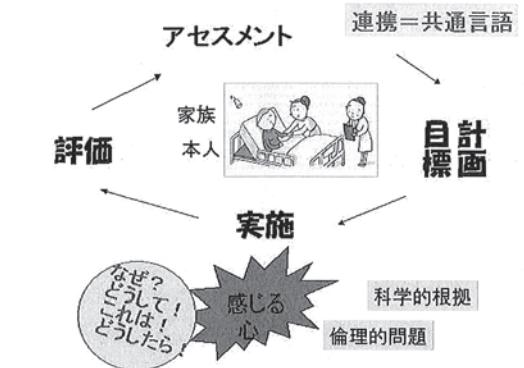
コックンとうなづき、セルフケア開始



意識障害のはずでは・・

内容	主な項目	3点	2点	1点	評価	計点
1 会話	口腔・栄養方法	満足(約6割)	やや満足(約1割)	不満(約3割)	1 1	1 1
2 咳嗽	咳嗽の頻度	正常	やや頻度	頻度	1 1	1 1
3 声	声の変化	正常	やや変化	変化	1 1	1 1
4 呼吸	呼吸のしづらさ	正常	ややしづら	しづら	1 1	1 1
5 吐き	嘔吐の頻度	正常	やや頻度	頻度	1 1	1 2
6 嘔吐	嘔吐の原因	正常	やや頻度	頻度	1 1.5	1.5
7 口腔・咽喉	歯周病・歯科疾患	正常	やや不良	不良	1 1.5	1.5
8 食事	食事・栄養・嚥下	正常	やや不良	不良	1 1.5	1.5
9 咳嗽	痰の量()	100ml以上()	10~20ml()	0~10ml()	1 1	1 1
10 吐き	嘔吐量()	なし()	少々あり()	多い()	0 0	0 0
11 咳嗽	嘔吐量・口臭	なし	時々あり	頻度		
12 咳嗽	嘔吐量・口臭()	なし	時々あり	頻度	1 1	1 1
13 咳嗽	なし	なし	時々あり	頻度	1 2	1 2
14 治療状態	介付医療状態	満足	1/2以下	1/2以上	1 3	1 3
15 ケア回数	日々不足	毎日(頻度)	()	無し	1 1	1 2
16 ケア回数	看護師	自立	一部介助	全介助	1 1	1 1
17 ケア回数	看護師	自立	水を含める	含めない	0 0	0 0
18 治療行動	口腔清拭()	毎日(頻度)	()	無し	2 3	2 3
20 ケア内容	スキンシップ(接觸・イング)使用				合計	17 24

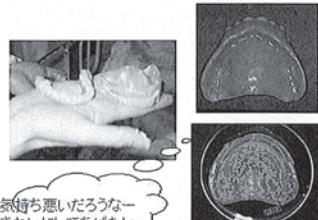
口腔ケア/リハビリ看護の過程



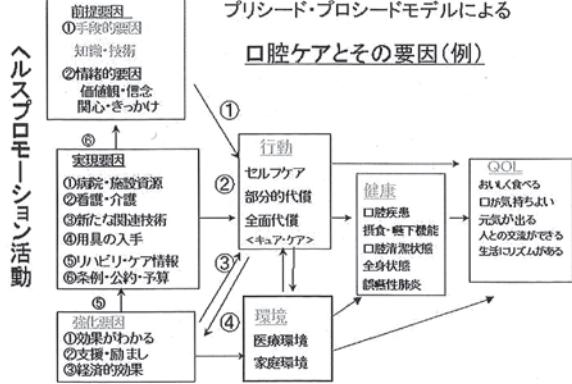
根拠のあるケアは正確なアセスメントから

誤嚥性肺炎のリスクの予測

意識低下
神経性疾患
嚥下困難
機械的障害
挿管中
歯周病
年齢



心が動くことからケアが始まる



看護師による口腔リハビリテーション

要介護者
脳血管障害後遺症
意思疎通可能
左側麻痺
言語障害
嚥下障害 胃瘻



口腔ケア開始
ブラッシング
口腔清拭
嚥下リハビリ



ケア実施者
妻 訪問看護師

看護師の悩み
できることはやっている。
これ以上何をやれば…

口腔内清潔維持/微細な操作

思いを引き出すケア

ニーズを知ること



食べることは、五感で

視覚	見る
聴覚	聞く
味覚	味わう
触覚	触れる
嗅覚	におい

ケア技術の深化

	技術の変化の相	現象と意味
技術の基礎	I 触れる 親しむ(慣れる)	・対象に合わせてもらっている ・環境を認識していない
	II 流れをつかむ いろいろやってみる	・集団の中にいることの認識 ・ケア行為の意識化
	III 感じる 心が動く	・手ごたえや気持ち良さを知る ・自分の身体の発見
技術の探求	IV 考える テクニックの発見 試す(経験)	・主体的意志的コミュニケーション ・「行為=感觉の誕生を知る」 (技術的行為の経験)
	V 理解する 問う ひたる	・技術とは何かの追求 (相互性の経験)
技術の創造	VI 創造する (アートの発見) 修練する (身体・感覺の情清) 至福の経験	・自己と技術の一体化 ・自己発見、自己創造 ・たゆまぬ努力 ・無意識の領域 ・感覺、精神の鍛錬 ・自己を超えるものとの出会い

藤岡完治他:臨床実習指導ワークブック、医学書院より一部改変

義歯を外すきっかけ

- 病院や施設に入った時
- 食事をしなくなったとき
- いつの間にか行方不明
- 介護を始めたときは、もうなかった
- わからない 口の中を見たことがない



誰が義歯を外したか?
本人の意思は?
口から食べなくなったらいいらない?
いつ再装着するか

義歯をはめたい
歯のない顔を見られたくない
手術・分娩・意識がないとき・死後

義歯は文化／人間の尊厳を守る／人権に関わるもの

ケア技術の効果

物理学的刺激
化学的刺激
情報提供

人間関係

心地よさ

QOL=QOC

菱沼典子:研究による実証が、説明できる看護を築く、看護科学会誌Vol.23 No.1 p.67-73より改変

看護(ケア)計画の優先順位

自立支援 支えあう関係

- ① 対象者の希望
- ② 生命に直接影響を及ぼすか
- ③ 本人の主観的苦痛の度合い
- ④ ケア上の対応が難しいもの
- ⑤ 健康回復への影響が大きいもの

計画のポイント

- ① 理解が可能であること
- ② 行動が明確であること
- ③ 達成、実現が現実的であること
- ④ 観察や測定が可能であること

ケア (care)とは、

- ・世話をし、尊敬をし、理解し、支えること
- ・患者個人をかけがえのない人間として捉え、あたたかな関係作りから開始される
- ・患者自身が持っている力を引き出し、同時にケアをする者の人間的成长をうながす

口腔ケアとは、

- ・口腔の疾病予防・健康の保持増進・リハビリによりQOLの向上を目指した科学であり技術である
- ・口腔問題のある人々に対して、人間的交流を通して行なわれる実践であり、日常生活行動援助