

日本赤十字九州国際看護大学学術情報リポジトリ

タイトル	終末期認知症高齢者への「緩和口腔ケア」導入の取り組み
著者	渡部貴美江, 中村早苗, 原等子, 佐伯あゆみ, 寺門とも子
掲載誌	日本赤十字看護学会誌, 6(1) : pp 110-118.
発行年	2006.03
版	publisher
URL	http://id.nii.ac.jp/1127/00000337/

<利用について>

- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの著作権は、執筆者、出版社(学協会)などが有します。
- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用などの範囲内で行ってください。
- ・著作権に規定されている私的使用や引用などの範囲を超える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。
- ・ただし、著作権者から著作権等管理事業者(学術著作権協会、日本著作出版権管理システムなど)に権利委託されているコンテンツの利用手続については各著作権等管理事業者に確認してください。

実践報告

終末期認知症高齢者への「緩和口腔ケア」導入の取り組み

渡部 貴美江¹, 中村 早苗¹, 原 等子², 佐伯 あゆみ²,
寺門 とも子³

The Effect on the Palliative Oral Care for the Terminal Patients of Dementia

WATANABE Kimie, NAKAMURA Sanae, HARA Naoko,
SAEKI Ayumi, TERAOKA Tomoko

キーワード：終末期、認知症、緩和ケア、口腔ケア、スタッフ教育

Key Words：Terminal Care, Dementia, Palliative Care, Oral Care, Staff Education

要旨

終末期認知症高齢者の口腔内の現状には、口腔乾燥や歯周病などさまざまな苦痛要因が存在する。今回われわれは、認知障害のために意思表示のできない患者に対し、緩和ケアの視点を取り入れた「緩和口腔ケア」を提案し、病棟スタッフへの段階的教育を行い、ケア現場での導入を試みた。その過程を振り返ることで「緩和口腔ケア」の定着のために必要な点として、1. 歯科専門家、看護、介護スタッフなどとのチームアプローチ。2. スタッフ間の目的の共有化と個別指導。3. 患者および病棟スタッフの負担を考慮した用具や手法の検討の必要がわかった。また、「緩和口腔ケア」導入直後と6ヶ月後の病棟スタッフへの意識調査により、口腔ケアを口腔清掃・感染予防だけではなく、コミュニケーションやリハビリテーションの機会として捉え、また個々の患者の状態を観察して苦痛を緩和しようとする意見がみられた。今後も、継続して「緩和口腔ケア」に取り組む必要性が認識された。また、終末期認知症高齢者に対するケアとして口腔機能向上や症状緩和に関する検討をさらに行っていく必要がある。

¹今津赤十字病院 ²日本赤十字九州国際看護大学

³唐津赤十字病院

受付日：2005年10月4日

採用日：2006年1月23日

I. はじめに

認知症高齢者の晩年は寝たきりとなり、誤嚥性肺炎で亡くなることが多い (Volicer, 1998 / 2000, p.15)。これは口腔内細菌の不顕性誤嚥によるもの (米山ら, 2001) だとされている。また、その他にも歯周病や口腔乾燥、舌の亀裂や舌苔など口腔に関するトラブルがよく見られる。認知症高齢者の終末期についての時期の捉え方には議論がある (村井, 1997, pp.1499-1503) が、終末期認知症高齢者は認知障害で自立性を失い寝たきりとなる者が多く、意思表示が困難な状態にあり、様々な苦痛を抱えていることが推測される。その中でケアは、看護・介護スタッフに委ねられており、ニーズを十分にアセスメントし苦痛に対処するためには、緩和ケアの視点をいれて行く必要がある (Schreiner, 2004)。

われわれの介護療養病棟では寝たきりの認知症高齢者が2 / 3を占めており、日常の生活援助を中心としたケアを行なっている。口腔ケアは、看護・介護業務の清潔援助の一部として取り組んできたが、口腔内のさまざまな苦痛症状緩和、あるいは肺炎などの歯周病関連疾患予防に重点をおいた口腔ケアには至らない状況であった。さらに、口腔ケア中の誤嚥の危険性や処置への抵抗などもあり、看護・介護業務としての口腔ケアに困難を感じていた。そこでわれわれは、歯科専門家と共に「緩和口腔ケア」に取り組むこととした。先行研究では、終末期認知症高齢者の口腔内の現状を報告 (中村, 2005) した。そのなかで、終末期認知症高齢者の口腔のニーズとして口腔乾燥が特に高いことがわかった。今回は、その結果を踏まえ歯科専門家と連携して、「緩和口腔ケアカンファレンス」を実施し、ケアプランの段階的導入、病棟スタッフへの段階的な「緩和口腔ケア」スキルの教育を実施し、「緩和口腔ケア」の定着を図った。その経過を振り返り、「緩和口腔ケア」が日常ケアに定着する要因や、病棟スタッフの意識調査から「緩和口腔ケア」導入の効果について検討したので報告する。

II. 用語の定義

終末期認知症高齢者：FAST (Functional Assessment Staging) (石井, 1991) で7ステージ以上の段階にある認知症高齢者

「緩和口腔ケア」：口腔内のさまざまな苦痛を伴う症状 (口腔乾燥、舌の亀裂、舌苔、口臭など) の緩和、あるいは肺炎などの原因となる歯周病関連疾患予防に重点をおいた口腔ケア (原, 2004)

III. 研究方法

A. 「緩和口腔ケア」の段階的導入 (図1)

導入前：口腔ケアは2時、10時、14時、21時の一日4回で、3交代の各勤務帯の中でケアが行き届くように実施していた。方法は、コップェルにお茶綿花を巻きつけた用具を使用して口腔清拭を行う方法を用いていた。スタッフの意識調査による患者一人のケアにかかる時間は、3分以内3名、3～5分程度11名、5分以上3名という状況であった。

第1段階 (教育的アプローチ) 2003年6月：「緩和口腔ケア」の学習会を実施した。病棟スタッフが参加しやすいように勤務終了後の時間帯に2回にわけて行った。内容は①研究者による「緩和口腔ケア」導入の経緯と目的、②歯科医師による高齢者の口腔症状の特徴と観察点、口腔ケア用品の紹介と使用方法の説明、③口腔ケア用品を使用した口腔ケアの相互演習を行った。また研修会に参加出来なかった病棟スタッフに対して、研修会で使用した資料ファイルを配布し研究者が説明を行い、スタッフ全員で「緩和口腔ケア」の目的の共有を行った。

第2段階 (事例介入) 2003年6月から12月：ケアで困難を感じている特徴的な5事例を選定し、1事例2～3週ずつ介入しながら、半年間かけて5事例の緩和口腔ケアプランを個別に作成し、段階的に個別ケアプランを導入した。月1回程度の「緩和口腔ケアカンファレンス」を実施した。カンファレンス参加者は研究者と歯科医師、歯科看護士で行った。

第3段階 (個別指導) 2003年7月から12月：研究者による病棟スタッフへの口腔ケアの個別指導を行った (ケア用品の使い方の技術指導、患者観

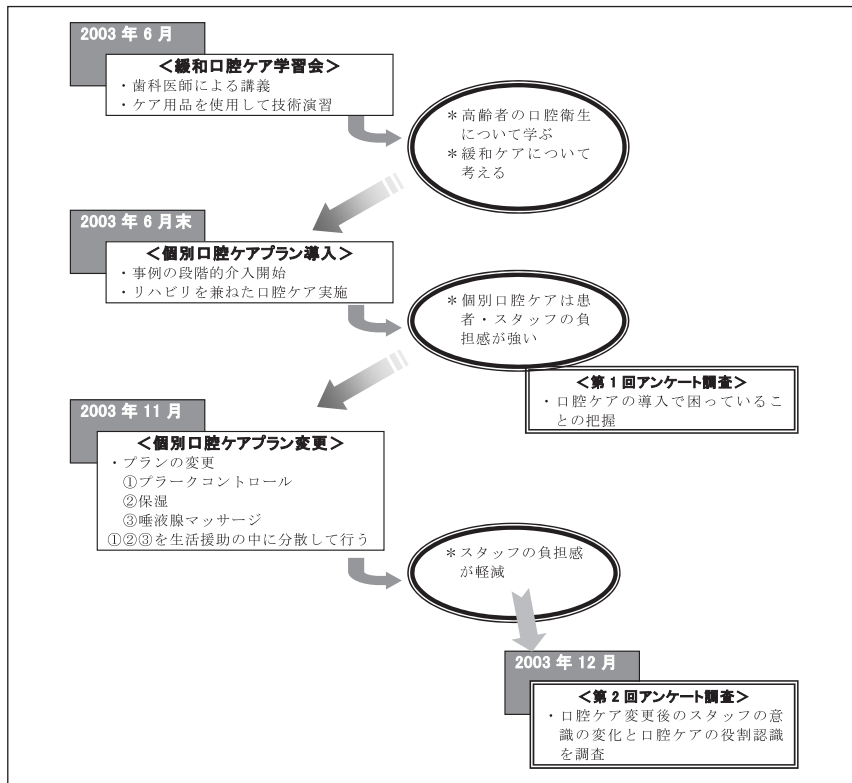


図1. 緩和口腔ケアの段階的導入の経過

察の視点)。

第4段階(全面的導入)2003年11月以降:病棟全体の口腔ケアを見直し、事例のケアプランを参考に変更した。

B. 「緩和口腔ケア」導入による病棟スタッフへの意識調査の実施

1. 調査対象 A病院介護療養病棟に勤務する看護師・看護補助者の17名

2. 調査実施時期

第1回目:2003年6月(「緩和口腔ケア」導入直後の時期:以下、直後調査)

第2回目:2003年12月(「緩和口腔ケア」導入6ヶ月後の時期:以下、6ヵ月後調査)

3. 調査内容 ①職種および年齢、②口腔ケアにかかる時間(直後調査のみ実施)、③声かけ・タッチングの実施状況、④口腔ケアの評価部位、⑤口腔ケアへ期待すること(6ヵ月後調査のみ実施)、⑥変更した口腔ケアに対する意見の自由記述とし、無記名の質問紙調査を実施した。

4. データ収集方法および分析方法 アンケートは回収箱で回収し、単純集計・自由記載の内容を研究者間で検討し項目を分類した。

C. 倫理的配慮

事例対象者に対しては、本人からの承諾が困難であったために、家族に研究の趣旨を説明し書面で了解を得た。調査対象の病棟スタッフには、研究の目的や内容、方法について口頭と文章で説明し、口頭で承諾を得た。また、得られたデータは匿名とし、本研究以外には使用しないことや研究参加は任意であることも説明し協力を得た。

IV. 研究結果

A. 教育的アプローチの実施

「緩和口腔ケア」研修会への参加は、17名のスタッフ中12名(70%)であった。この研修会では「緩和口腔ケア」の知識の修得と共に、ケア用品を参加者同士が実際に相互演習をした事で、提供

するケアを擬似体験する事が出来、「緩和口腔ケア」の理解に結び付いた。また参加しなかったスタッフに対しても、研修会で使用した口腔ケアに関してのファイルを配布し、さらに研究者が説明を加えたことにより、個別ケアプラン導入の意識統一が図られた。

B. 事例介入および「緩和口腔ケアカンファレンス」の実施

個別口腔ケアプランの導入・浸透にあたっては、研究者がデモンストレーションで病棟スタッフにケア方法を示し、さらに病棟スタッフの経験年数を考慮して看護師と看護助手のペアによりケアプランを実施した。実施方法で病棟スタッフがわからない点は、研究者が個人指導で補足確認した。病棟スタッフから生じた歯科領域に関連する疑問点は、研究者が毎月のカンファレンスに提出し、歯科医師や歯科看護師からアドバイスをもらい、病棟スタッフにその回答を伝えることで疑問と不安を解消して行った。

「緩和口腔ケア」カンファレンスによる検討を行いながら、事例ケアプランの段階的導入で、はじめに3事例のケアプランを立案した。3事例とも口腔リハビリを兼ねた一日1回の口腔ケアへ変更した。事例の反応としては以前のケアよりも、声が聞かれるようになり、表情が出るようになるなど豊かな反応が見られるようになった。しかし一人に15～20分程度の時間がかかるケアとなり、日常の業務に支障が出る状況となった。そこで、ケアを①プラークコントロール、②口腔保湿、③唾液腺のマッサージ、④頸部・肩関節のリラクゼーションの4つに分けて、日常生活援助の中に分割して取り入れる方法をとることとした。具体的には①プラークコントロールとして日勤帯で一日1回のブラッシング、口腔内清掃、口腔内マッサージを行った。その他に朝の洗面時に②口腔保湿および③唾液腺マッサージを取り入れ、入浴後には③唾液腺マッサージおよび④頸部・肩関節のリラクゼーションを実施した。さらにROM（関節可動域）維持のため理学療法の前後にケアスタッフによる②口腔保湿および④頸部・肩関節のリラクゼーションを行った。また、②口腔保湿に関しては、訪室時に気になったときにスプレーができるよう、口腔乾燥をしやすい場合にはベッドサイ

ドに保湿剤のスプレーを常備し4時間毎にスプレーをするようにプランニングした。

その他、口腔内への歯ブラシによる柔らかなマッサージや唾液腺マッサージにより、事例に笑顔がみられるようになったり、舌の動きが改善したり、声が出るようになったりした。さらに口腔ケアを嫌がり開口困難であった患者が、保湿剤の口腔内塗布時に更にほしいと催促をうながすような表情が出る様子もみられるようになった。

また当初、患者家族の中に、粘膜ブラシ（くるリーナ® ブラシ）を見て、「たわしのような歯ブラシで大丈夫だろうか」と不安がられることもあったが、病棟スタッフが研修会での体験を話すことや、患者の状況変化を見て、「気持ちよさそうにしているし、自分にもできそうなので、やり方を教えてほしい」と言われ、口腔ケアに参加されるようになった家族もいた。

C. スタッフの意識調査について

1. 調査対象者の概要

質問紙調査の対象者の内訳は、看護師10名、看護助手7名で、平均年齢（範囲）は看護師43.5歳（25～55歳）、看護助手は38.3歳（20～53歳）であった。経験年数でみると、看護師は5年未満1名、5～10年3名、10年以上が8名、看護助手は2年未満3名、2～5年3名、5年以上が1名であった。アンケート回収率100%、有効回答率100%であった。

2. 声かけ・タッチングの実施状況（図2）

直後調査では、声かけやタッチングをいつも実施している看護師は3名（30%）、看護助手は2名（29%）で、6ヵ月後調査では、看護師5名（50%）、看護助手4名（56%）に増えていた。

3. 口腔ケアの観察評価部位（図3）

直後調査では観察項目として、看護師は「喀痰」6名（60%）、「口腔乾燥」2名（20%）、「口臭」1名（10%）、「残菌」1名（10%）であり、助手は「口腔乾燥」2名（29%）、「口臭」2名（29%）、「痰」1名（14%）、「粘膜」1名（14%）、残菌1名（14%）であった。

6ヵ月後調査では観察項目として優先すべき3項目を複数回答により得られた結果、看護師は「口腔乾燥」7件（23%）、「口臭」6件（20%）、「粘膜」5件（17%）、「喀痰」3件（10%）、看護助手は「喀痰」6件（29%）、「粘膜」5件（24%）、「口臭」5件

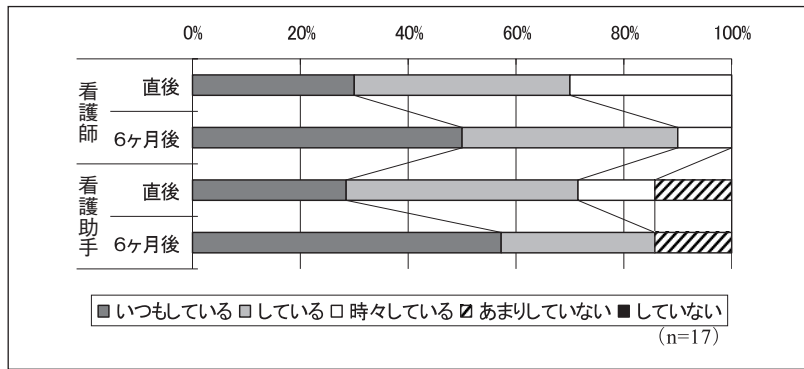


図2. 声かけ・タッチングの頻度の変化

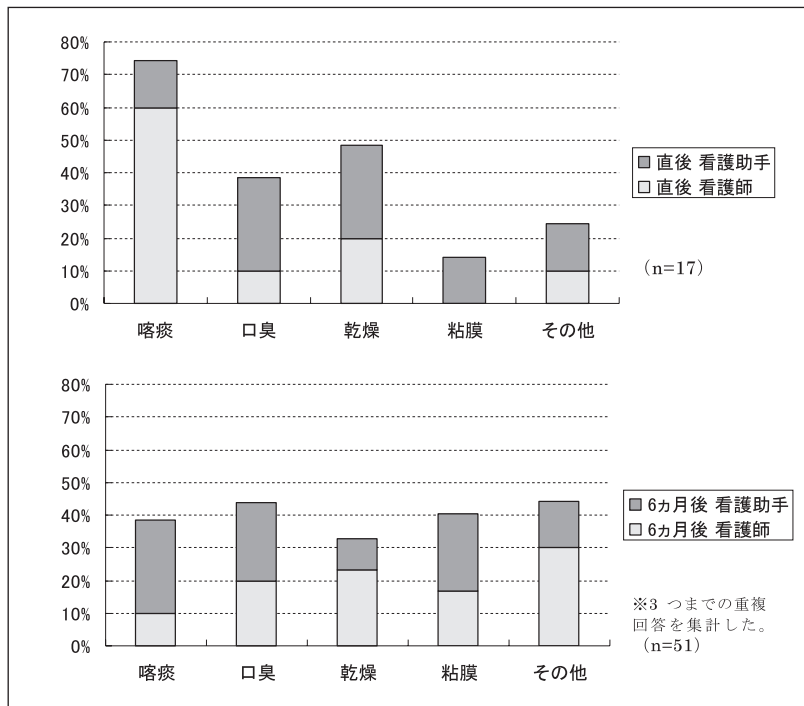


図3. 口腔ケアの観察評価部位

(24%)、「口腔乾燥」2件(10%)であった。

4. 口腔ケアに期待すること(図4)

6ヶ月後調査で口腔ケアに期待することとして自覚していた項目は、看護師は「感染防止」4名(40%)、「口腔清掃」3名(30%)、「コミュニケーション」2名(20%)、「リハビリ」1名(10%)で、看護助手は、「感染防止」3名(42%)、「口腔清掃」2名(29%)、「リハビリ」2名(29%)であった。

5. 変更した口腔ケアに対する意見(表1)

変更された口腔ケアで気づいたことについての

自由記述内容を内容別に分類した。その結果、A「回数」、B「観察」、C「手順・物品」、D「患者の反応・効果」、E「副次的効果」の5つのカテゴリーに分類された。直後調査で多くあったものは、C「手順・物品」に関するものが7件(47%)、A「回数」に関するものが4件(27%)であり、具体的には「一日1回ではケア不足」「ケアに時間がかかり負担」「従来の方法ではいけないのか」などの否定的な意見があった。6ヶ月後調査では、D「患者の反応・効果」に関するものが8件(44

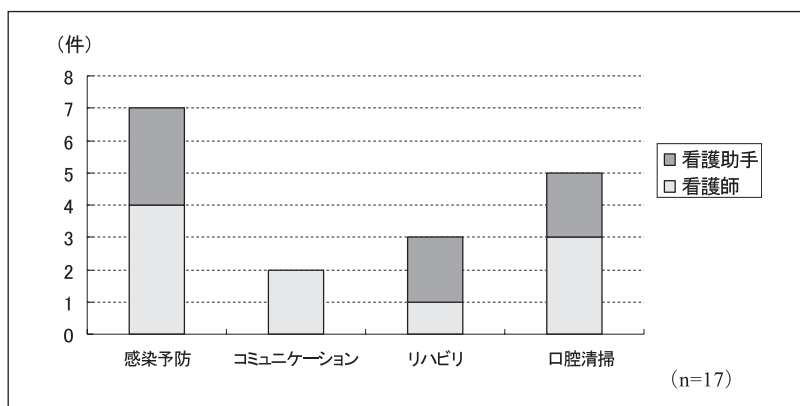


図4. 口腔ケアに期待すること (6ヵ月後調査)

表1. 変更された口腔ケアについて気づいたこと

カテゴリー	直後調査	6ヵ月後調査
A 回数	<ul style="list-style-type: none"> 患者の状態ではケア回数は違えてよい (Ns) エビデンスでは1日1回でよいと思うが、回数減るのが不安 (Ns) 1日1回は汚れがひどくケア不足と思う (CW) 1回に減ったが思ったよりきれいである (CW) 	<ul style="list-style-type: none"> 回数よりもケアの仕方が大切 (Ns)
B 観察の視点	<ul style="list-style-type: none"> 以前は使命感でしていたが、現在は口腔内を観察している (CW) 	<ul style="list-style-type: none"> 口腔内の観察を行なうようになった (Ns: 2件) 食事をしていなくても汚れていることがわかった (CW) 口のすみずみまで観察することができる (CW) 声かけ・タッチングなど常に行なうようになった (CW) 歯の間に残渣物がない様子を気をつけて行なうようになった (CW) さまざまなケア方法を知り口腔ケアの奥深さを感じる (CW) 患者に合ったさまざまなケア用品とケア方法があることを知った (CW)
C 手順・物品	<ul style="list-style-type: none"> マウスケアと口腔吸引をわけ、時間処置として行なうのがよい (Ns) 口腔状態にあわせたケアをする必要がある (Ns: 3件) 専門的なケアをするには、看護師・看護助手では限界があり、歯科専門家と共に取り組みたい (Ns) ケアに時間がかかり負担である (Ns) 従来の方法ではいけないのか (Ns) 	<ul style="list-style-type: none"> 感染予防のみならず、リハビリやコミュニケーションとなる (Ns: 2件) 爽快感やリラクゼーションとして患者に受け入れられた (Ns) 気持ちよいケアは患者に受け入れられる (Ns) 口腔ケアによりさまざまな効果が期待できることを再認識した (Ns) 感染防止にとどまらず、人と人とのあたたかなコミュニケーションの機会となった (Ns) 苦痛緩和のケアになるようにとの思いでケアするようになった (Ns) 口腔状況をよくするのは勿論、リハビリになる (CW) 自分自身の歯磨きや口腔状態を考えるようになった (CW)
D 患者の反応・効果	<ul style="list-style-type: none"> 以前より痰の貯留・発熱が増えた (Ns) 分泌物が多くなったように感じる (CW) 舌苔がとれない時があった (CW) 	<ul style="list-style-type: none"> 感染予防のみならず、リハビリやコミュニケーションとなる (Ns: 2件) 爽快感やリラクゼーションとして患者に受け入れられた (Ns) 気持ちよいケアは患者に受け入れられる (Ns) 口腔ケアによりさまざまな効果が期待できることを再認識した (Ns) 感染防止にとどまらず、人と人とのあたたかなコミュニケーションの機会となった (Ns) 苦痛緩和のケアになるようにとの思いでケアするようになった (Ns) 口腔状況をよくするのは勿論、リハビリになる (CW) 自分自身の歯磨きや口腔状態を考えるようになった (CW)
E 副次的効果		<ul style="list-style-type: none"> 自分自身の歯磨きや口腔状態を考えるようになった (CW)

Ns: 看護師, CW: 看護助手

%)と多く、「口腔ケアの奥深さを感じる」や「感染防止にとどまらず、人と人とのあたたかなコミュニケーションの機会になった」などの肯定的な意見があり、否定的な意見はゼロであった。

「緩和口腔ケア」導入直後は、一人のケアに15分から20分と時間を要した為、ほとんどのスタッフが負担感を研究者に訴えた。その後、ケアプランの一部修正を経て、6ヶ月後調査では負担感あ

りと答えた病棟スタッフが4名(23.5%)に減少した。また、従来一日4回の口腔ケアが、1回のプラークコントロールに回数減る事への不安が当初あったが、6ヶ月後調査では、「回数よりもケアのやり方が大切」「口腔の観察を行うようになった」「気持ちのよいケアは患者に受け入れられる」「コミュニケーションの機会になった」等の、ケアの変更を肯定する意見が見られた。

V. 考察

口腔ケアについて、V. ヘンダーソンは看護の質を現すものと述べており (Henderson, 1973, p.51)、ケアの現場では昔から日常業務の中に位置付けられて取り組まれてきた。しかし、口腔ケアの成果は日々の実施の蓄積により変化がでる地道なものであり、多くの業務の中で他のケアが優先され、口腔ケアは二の次になりやすい現状がある。特に、認知症高齢者の口腔ケアは、対象者の協力が得にくいいため困難であり、高い技術と忍耐強さが求められる。

A. 「緩和口腔ケア」導入時の教育的アプローチの効果について

「緩和口腔ケア」導入の第1段階には知識の習得とケア技術の向上を目的として、歯科専門家による研修会を開催した。口腔ケアが看護・介護ケアの中で重要視されているが、これまでの基礎教育あるいは卒業後のOJT (On the job training) などで専門的に教育される機会は少なかった。そこで、高齢者の口腔内の特徴についてあらためて学習した結果、これまでのケアでは、口腔内の十分な観察ができていなかったことを病棟スタッフが実感できた。また近年、口腔ケア用品にはさまざまな製品や薬剤があり、口腔内の状況にあわせて選択することがケアを効果的にすることを学んだ。さらに、適切な用具や手法はケアの受け手と提供者のどちらにも優しいケアとなることを相互演習から体験することができた。これは、口腔ケアのテクニックを学ぶと共に、患者の疑似体験をすることで気持ちのよいケアを実体験し、導入される「緩和口腔ケア」をスタッフに意識づけることに繋がった。

B. 「緩和口腔ケアプラン」実施による効果について

導入前のケアは一日に4回実施していたが、ただ業務として漫然と行っていたケアにすぎなかった。しかし、個別口腔ケアプランの導入により、対象者ひとりひとりのケアの目標、観察の視点が具体的に明記されたことが、スタッフへのケアプランの浸透と継続に繋がった。しかし最初に導入されたケアプランは、今までの方法とはかなり異

なっていたことや、タッチングやマッサージなどが加わり、一人15分から20分の時間のかかるケアであった。このため導入直後のスタッフの反応は、「時間がかかる」や「今までの方法ではいけないのか」など抵抗感や負担感が強かった。そこで日常業務の中で、他のケアと組み合わせ分散した方法にプランを変更したことにより、負担感が軽減し継続された。新たなケア技術を導入するには、病棟スタッフの協力が不可欠である。どんなに効果が高くても効率が悪ければ定着もしにくい。岩佐も、「日常的口腔ケアでは、職員に基本的な手技に習熟してもらい、そのなかで対応してもらうのがよい。また、介護者がそれを負担に感じることなく継続できるような方法であることが望ましい。」(岩佐, 2002, p.387)と述べ、ケアの標準化の重要性や歯科専門職と看護・介護職との連携の必要性を強調している。現場の病棟の特性やスタッフの力量に合わせて、ケアプランを柔軟に変更しつつ、ケアプランにより事例の目標を共有して、病棟スタッフが効果を実感できるケアを行う必要がある。

そのためには、今回、「緩和口腔ケア」導入において、「緩和口腔ケアカンファレンス」を毎月開催した。このような多職種によるケアカンファレンスを定期的に継続していきながらケアの検証をしていくことにより、病棟スタッフのケアに確信ができ、定着につながると考える。

さらに、新たに導入された口腔ケア方法の定着を図ることができた背景には、「緩和口腔ケア」の基本にコミュニケーションとタッチングがあることによる効果が大きいと考える。これらを意識してケアに取り入れたことにより対象者の変化が引き出され、ケアの中で病棟スタッフが変化を実感し、提供するケアに自信や満足感を抱くことが出来たのではないかと推測する。これは2回の意識調査の比較で、6ヶ月後にコミュニケーションのチェックが増えていたことや、自由記載の項目の中に「人と人とのあたたかなコミュニケーションの機会となった」と取上げて述べていたことからいえる。このことから、口腔ケアに力を入れることは、終末期の意思表示が難しい患者をケアするスタッフにとって、ケアのモチベーションを高める大きな要因になりうるのではないかと考える。

B. 患者の変化について

「緩和口腔ケア」導入による患者の反応として、口腔乾燥の改善や、舌の動きの改善、発声がみられるようになったこと、保湿剤の塗布に対してまだ欲しいと要求する表情の出現などがみられた。また、口腔粘膜の水分量検査で潤湿度に改善がみられ、総菌数は減少し、肺炎起因菌となるブドウ球菌数や黒色色素酸性菌数も減少傾向がみられたことはすでに報告した(原, 2004)。このような変化は、終末期における「緩和口腔ケア」が、味覚の改善をはじめとする口腔機能の向上に対する効果を示す可能性を示唆していると考ええる。今回、われわれが介入した終末期認知症高齢者は、摂食障害のために経管栄養を利用する機会が増えてきている。食事を食べていないとしても、最期まで口の機能を維持することはQOLを考える上でも重要なことである。終末期においても口腔機能向上を考慮し、最期まで食べられる口を維持していくことが「緩和口腔ケア」として今後の課題のひとつであると考ええる。また、笑顔や口の動きが見られるようになったことは、感情の表出を示していると考えられる。声かけやタッチング、家族の参画など、コミュニケーションの機会が増えたことは、「緩和口腔ケア」の大きな成果である。村井は、認知症の終末期には終末期医療が必要であり、QOL (Quality of Life: 生命の質) を損なわぬようにして人間らしく人生を全うさせることが中心的課題であると述べ、また、家族とともにケアを行う必要性を強調している(村井, 1997)。終末期の認知症高齢者のQOLを考えると、家族のケア参画は大きな意義があると考ええる。

C. 病棟スタッフの意識の変化

「緩和口腔ケア」導入直後調査と6ヶ月後調査の意識の変化を比較すると、口腔ケアの評価観察部位について直後は、「喀痰」や「口腔乾燥」などに重点がおかれ、口腔内状況の全体的な観察項目が少なかった。しかし6ヶ月後では、「残歯」や「粘膜」などの口腔内の観察項目も挙げられており、また観察項目にバラツキが少なくなっていた。これは、変更された口腔ケアについての気づきの自由記載にも、「口腔内の観察をするようになった」と観察の認識の深まりや、「口のすみずみまで観察できる」とする行動レベルの表現が出

ていることから、病棟スタッフの観察スキルのレベルアップを証明するものと考ええる。口腔ケア変更についての自由記載のアンケートで、直後は、従来の方法と大きく変更されたケアに対して「回数」「手順・物品」について多くの意見があり、「回数が減るのが不安」や「従来の方法ではいけないのか」などとする戸惑いの意見があった。しかし、6ヶ月後では、「気持ちいいケアは患者に受け入れられる」「苦痛緩和のケアになるようにとの思いでケアするようになった」と表現され、われわれが導入した口腔ケアによる症状緩和の視点が捉えられており、さらには「口腔ケアの奥深さを感じる」とするケア実践者の喜び・成長を期待するような表現もみられた。迫田は、「口腔ケアは人間的交流を通して行われる看護実践である」(迫田, 2003, p.12)と述べている。ケアを受ける人も提供する人も相互に成長できるケアとすることでスタッフの意識も大きく変わると考える。

D. 今後の課題

今後の課題として、以下の点が考えられた。まず、病棟スタッフが口腔ケアに期待する効果としてあげていたものは「感染予防」が多かった。特に終末期認知症者の多くは肺炎罹患のリスクを抱えている。「緩和口腔ケア」を導入してから、発熱者が少なくなった、肺炎者が少ないなどの感想を述べる病棟スタッフも増えている。今後、具体的なデータとして変化を分析していくことが課題である。第二に、歯科専門家との連携に関しても、往診歯科医師との連携が今後の課題である。第三に、口腔ケアは全身ケアにも大きく関わることから、医師や言語聴覚士、栄養士、その他の患者に関わる専門職との連携も課題である。さらに第四として、緩和ケアについても認知症高齢者は一般的にはまだ含まれておらず、また口腔機能向上についても終末期にある認知症高齢者に対しての一般的な必要性の認識は低い状況である。さらに事例を蓄積していくことで、「緩和口腔ケア」の機能維持、向上の効果を示していきたい。米山は、「人は生まれて口で生き、口で人生を閉じる」(米山, 2002, p.12)と述べている。今後さらに口腔ケアを充実させ、終末期認知症高齢者のQOLを高めしていきたい。

VI. 結語

今回、終末期認知症高齢者への「緩和口腔ケア」を段階的に導入した。その過程を振り返り、日常ケアとして定着できた要因と、病棟スタッフの意識調査により、「緩和口腔ケア」導入の効果を検討した結果、以下のことがわかった。

「緩和口腔ケア」の日常ケアへの定着の要因として、

1. 口腔ケアは単に日常生活援助として漫然と行うのではなく、患者個々の口腔内の状況を把握し、個別ケアを行うことが重要である。そのためには歯科医師などの歯科専門家や看護師、看護助手のチームアプローチが必要不可欠であり、情報や目標を共有するためにも緩和口腔ケアカンファレンスは有効であった。

2. 集団学習会による動機付けとOJTにおける個別指導は、当初、抵抗感のあったスタッフにもケアを定着させることが出来た。その背景には、事例のさまざまな反応がみられたことがあげられる。

3. ケアプランの立案については、ケア対象者と提供者のどちらにも負担がかからず、効果が高い方法を検討し導入していくことが必要である。

「緩和口腔ケア」導入による病棟スタッフの意識調査から、

1. 「緩和口腔ケア」として、第一にケアに声かけやタッチングを意識的に取り入れたことで、口腔ケアをコミュニケーションの機会として認識したスタッフが増えた。第二に家族が口腔ケアに参加することで、家族間のコミュニケーションの機会になった。

2. 「緩和口腔ケア」による患者の反応として、さまざまな変化があったことを確認することで、スタッフのケアに対する満足感や自信につなげることができ、相乗効果を示すことが示唆された。

今回の報告は単一病棟での取り組みであり、われわれの病棟での実践例に過ぎない。今後も継続して終末期認知症高齢者に対する緩和ケアや口腔ケアに関する検討を行い、事例を蓄積したい。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力頂きました大林歯科小児歯科医院の大林京子先生、沼田陽子先生、壽福ムツ子看護師に、この場をかりて深謝申しあ

げます。なお本研究は平成15年度笹川医学医療研究助成（研究代表：原等子）を受け実施した。

文献

原等子, 中村早苗, 渡部貴美江他: 終末期痴呆性高齢者に対する「緩和口腔ケア」の効果 - 6ヶ月間の2事例のかかわりから. 第5回日本痴呆ケア学会大会抄録集, 186, 2004.

原等子, Schreine, A.S., 寺門とも子他: 終末期痴呆性高齢者に対する「緩和口腔ケア」の適用による効果. 日本赤十字九州国際看護大学紀要, (3), 101-114.

Henderson, V. (1970) / 湯楨ます, 児玉香津子 訳 (1973): 改訂版 看護の基本となるもの, 日本看護協会出版会.

石井徹郎: Functional Assessment Staging (FAST). 大塚俊夫, 本間昭監修, 高齢者のための知的機能検査の手引 (初版), 59-64, ワールドプランニング, 1991.

岩佐康之: 要介護者に対する口腔ケアにおける連携の必要性. 老年歯学, 16 (3), 383-387, 2002.

村井淳志: 痴呆性老人の終末期医療, Geriatric Medicine, 35 (11), 1499-1503, 1997.

中村早苗, 原等子, 渡部貴美江他: 療養病棟における痴呆性高齢者の口腔内の現状とケアの課題. 第35回日本看護学会論文集 - 老年看護 -, 91-93, 2005.

迫田綾子: 口腔ケアと看護, JJNスペシャル, (73), 12-16, 2003.

Schreiner, A.S., 守本とも子, 原等子他: 痴呆性高齢者の施設における緩和ケアモデルへの提言, 看護実践の科学, 29 (10), 59-66, 2004.

Volicer, L., Hurley, A. (1998) / 村井淳志 監訳 (2000): 重度痴呆性老人のケア, 医学書院.

米山武義: POHC - Professional Oral Health Care -, 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, 12-13, 医歯薬出版.

米山武義, 吉田光由, 佐々木秀忠他: 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, 日本歯科医学学会誌, (20), 58-60, 2001.