

論 文

重度痴呆老人に対する口腔ケアの実態と要因

高木 いづみ・金丸 三和子・桶谷 玲子

県立高松病院

Actual Conditions and Factors of Oral-cavity Care on Severe Demented Inpatients

Izumi Takagi, Miwako Kanemaru and Reiko Oketani

Ishikawa Prefectural Takamatsu Hospital

キーワード

重度痴呆老人, 口腔ケア, 嚥下性肺炎

はじめに

肺炎は、日本における死亡原因の第4位であり、高齢者における肺炎は嚥下障害が深く関わっていると考えられている¹⁾。嚥下性肺炎のリスクファクターとして脳血管障害、中枢神経系の変性疾患(パーキンソン病など)痴呆、中枢神経系抑制剤の投与、口腔内不衛生、人工呼吸、免疫低下状態、うつ状態、全身状態やADLの低下、食物の通過障害、噴門部逆流などがあげられる¹⁾。むせは誤嚥のサインであるが、気道の感覚障害などにより誤嚥していてもむせない場合も多くある。これを不顕性誤嚥という。言葉通り本人が気づかない誤嚥でそのまま摂取を続け、結果的に誤嚥量が多くなって肺炎を起こしてから気づくのである。当病棟では、重度痴呆老人が大半を占めている。著しい精神症状、問題行動は改善しても歩行、入浴、摂取、排泄、移動に全面介助又は部分介助を要する。また、家事身辺整理能力の減退、関心、意欲の減退、会話への反応の低さ、記憶、記名力障害、失見当識が目立つ。その中でも寝たきり、車椅子の生活を余儀なくされている患者も多い。セルフケア能力の低下、咀嚼、嚥下機能の低下により食事のむせが目立つ患者、嚥下性肺炎をよく起こす患者も多い。そこで、嚥下性肺炎を起こすリスクの高い患者に対し、全身状態(栄養状態、痴呆の程度、肺炎の発症率)と口腔内状態(病原性細菌数、清潔状況、嚥下状況)を明らかにし、各項

目の関連性について調査をし、ケア方法について検討したのでここに報告する。

対象及び方法

1. 研究期間: 1998年4月~6月

2. 対象: 摂食、嚥下障害を持つ患者: N-ADL (N式老年者用日常動作能力評価尺度-摂取0~5点) 摂取量(やや不良~不良) むせ(ほとんどあり~あり) いずれかに当てはまる患者12名(男性7名, 女性5名), 平均年齢68.8才, 診断名: アルツハイマー型痴呆6名, 脳血管性痴呆4名, てんかん1名, ピック病1名, HDS-R (長谷川式簡易知能評価スケール) 平均 2.6 ± 4.1 , NMスケール (N式老年者用精神状態評価尺度) 平均 7.8 ± 6.5 , ADLについては寝たきり7人, 車椅子5人(表1参照)。

3. データ収集方法

独自のアセスメント表を作成(口腔ケアの看護技術²⁾を参照)し、歯の有無, N-ADL (N式老年者用日常生活動作能力評価尺度)の中の歩行、生活圏、摂取)セルフケア能力、栄養不良(アルブミン、コリンエステラーゼ、BMI、トランスフェリン)の有無、発熱回数(嚥下性肺炎と診断されて治療を受けた患者で 37°C 以上のもの)、口腔内細菌(黄色ブドウ球菌、緑膿菌、嫌気性菌)、食事摂取量、むせの有無、口腔の機能、口腔内状態についてデータ収集する。

表1 対象の背景とケア方法 (n=12)

性別	男性 7人 女性 5人
平均年齢	68.8才
疾患名	アルツハイマー型痴呆 6人 脳血管性痴呆 4人 その他 2人
HDS-R	平均値±標準偏差値 2.6±4.1
NMスケール	平均値±標準偏差値 7.8±6.5
A D L	寝たきり 7人 車椅子 5人
ケアの方法	含嗽 1人 飲用 4人 清拭 3人 ブラッシング後清拭 4人

4. 測定方法

1) 口腔内の細菌採取, 採血は早朝に行う。採取, 採血時には十分な声かけをし不安の除去に努めた。採血時は他の検査と併用するなど医師に極力考慮してもらった。

細菌採取, 採血に関しての, 患者, 家族への了解は診療の範囲内という医師の指示があった。

2) 口腔内状態のアセスメントは, 評価者間の誤差を少なくするため, 一人の患者につき, 同時に同じ看護者2名で行う。十分に声かけしながら行った。

3) その他のアセスメントは, 受け持ち看護者が行う。

5. ケアの方法

イソジンは苦味があり, 患者の受け入れが悪く, 長期間使用すると耐性菌が出来るというリスクがあるため, カテキン作用(抗菌, 殺菌作用)があるといわれている番茶の使用を試みた。

歯牙有り: ブラッシング後茶含嗽(又は清拭, 飲用)

歯牙無し: 茶清拭, 茶の含嗽, 茶飲用のいずれかの方法で行う。

方法の内分けは清拭3名, ブラッシング後清拭4名, 茶飲用4名, 含嗽1名であった(表1)。

6. 分析方法

1) アセスメント表の各項目の関連をU検定で分析する。

結 果

1. アセスメント表中の各項目の実数

セルフケア能力は一部介助: 全介助=1人:11

人, N-A D Lは 8.8 ± 4.6 点, 発熱回数は 1.2 ± 3.0 回, 口腔内病原性細菌(黄色ブドウ球菌, 嫌気性グラム陰性球菌, 緑膿菌, 肺炎桿菌, 日和見感染)は有り:無し=9人:3人, 摂取は 2.8 ± 0.4 , むせ 1.9 ± 0.5 , 口腔の機能 2.1 ± 0.6 , 口腔内状態 2.2 ± 0.8 , アルブミンは 3.5 ± 0.4 g/dl, コリンエステラーゼ 3.7 ± 0.6 IU/L, B M Iは 15.6 ± 2.6 , トランスフェリンは 220 ± 37.4 mg/dlであった(表2)。

2. 各項目間の関連について

口腔内病原性細菌に対して発熱回数, アルブミン, むせ, 口腔内状態の各項目の関連について検定した結果, 有意差はみられなかった。

発熱回数に対してむせ, ケア方法, アルブミンの各項目の関連についても有意差はみられなかった。NMスケールと病原性細菌, むせとの関連についても有意差はみられなかった。

表2 口腔内アセスメント結果 (n=12)

歯 有り	8人
無し	4人
セルフケア能力一部介助	1人
全介助	11人
N-A D L (点) 30点満点中	8.8 ± 4.6
発熱回数(回)	1.2 ± 3.0
病原性細菌 有り(1~2種類)	9人
MRSA(黄色ブドウ球菌) 1~3+	(3人)
嫌気性グラム陰性球菌 1+	(1人)
緑膿菌 少	(1人)
肺炎桿菌 少~3+	(6人)
日和見感染 1+	(1人)
病原性細菌 無し	3人
摂取(1:不良) (2:やや不良) (3:良)	2.8 ± 0.4
むせ(1:有り) (2:時々有り) (3:無)	1.9 ± 0.5
口腔の機能(1:不良) (2:やや不良) (3:良)	2.1 ± 0.6
口腔内状態(1:不良) (2:やや不良) (3:良)	2.2 ± 0.8
アルブミン(g/dl)	3.5 ± 0.4
コリンエステラーゼ(IU/L)	3.7 ± 0.6
B M I	15.6 ± 2.6
トランスフェリン(mg/dl)	220 ± 37.4

3. 口腔ケアに対する対象の反応

口腔ケアを実施すると、患者1名より口の中がさっぱりして気持ちが良いという感想が聞かれた。ケアの受け入れ状況の良い患者数は5名で、残り7名については、抵抗が強く歯ブラシを噛もうとしたり、口を閉じたり明らかに強い拒絶的態度を示した。看護者2名で行ったりもしたが、十分に口腔内の残渣物を取り除くことが困難で患者の苦痛を伴った。含嗽を試みたところ、そのまま飲んでしまうこともあった。また、水分では必ずむせる患者もいた。したがって方法を、お茶の飲用や清拭に変更した。

考 察

結果2より口腔内病原性細菌や栄養状態、嚥下状況と肺炎の発症率は関連していないことがわかった。ケア方法と肺炎の発症率とも関連はみられなかった。よって、肺炎を繰り返す患者の特徴について結論はみいだせなかった。重度痴呆老人にみられる嚥下性肺炎の原因は様々な要素が複雑に絡み合っているといえよう。角ら³⁾は自立度の低下しやすい高齢者では歯科疾患の進行は早く、口腔内は3日間寝たきりになると、グラム陰性桿菌が有意に増加するので、口腔ケアは老人性肺炎の予防には必要であると述べている。また気管内挿管患者への綿棒清拭法では、ほとんど細菌数の減少がみられず、ブラッシング洗浄法では明らかな細菌減少を認め、その効果が確認されている⁴⁾。ブラッシング法については知的レベルにより、理解が得にくく明らかに苦痛が大きいと思われる患者も多い。よって、ケア方法をガーゼの清拭や、飲用する方法にかえた方が望ましいと考える。また抵抗の強い患者には心身の負担を考えケア回数も考慮する必要があると考える。患者は合併症を併発することによりADLの低下が著しくなる。口腔ケアは必要不可欠のものであるが、実際に取り入れてみて、適した方法をとるには限界があることがわかった。しかし、食後には口腔ケアを行うことを生活のリズムとして位置付けをしていくことが大切だと考える。自立度の高い患者には出来るだけ自分で歯磨きしてもらおうよう心がけ、看護者は見守り、口腔内の清潔状況を確認し、一部介助するぐらいにとどめるべきである。自立度の低い患者は、口腔ケアを行う前に必ず声かけをする事が大切である。残存歯数、残存歯の位置、齶歯や歯周疾患の程度、不良補綴物の有無、義歯の有無により、一律の口腔ケアは困難である⁵⁾。患者

にあった適切かつ患者の残存機能の活用と、自立に向けた口腔ケアを行うことが重要である。また肺炎予防は口腔ケアだけでなく、摂食、栄養状態の管理、誤嚥を防ぐ食事や体位の工夫、ADL低下予防、呼吸器症状、脱水の早期発見、環境整備なども総合的にアセスメントし、個別的なケアを提供していく必要があると考えられる。また重度痴呆の場合、セルフケア能力、理解力、ケアに協力的かどうか、嚥下状況も重要な観察ポイントであろう。また、患者から爽快感が得られたという感想が聞かれ、口腔ケアは日常健康人が食後、歯磨きするのと同じように、取り入れられなければならないケアであると改めて認識した。現在、当病棟では、全患者対象に、口腔ケアをアセスメントし、計画、実施している。しかし、重度痴呆のため理解が得られず患者の心身の負担が大きく、十分なケアができないことも、往々にしてある。患者一人一人の個別性に応じた継続していけるケア方法を確立していくことが今後の課題である。

ま と め

今回の研究では肺炎の発症率、痴呆のレベル、栄養状態と口腔内状態との各項目の関連性について有意差はみられなかった。嚥下性肺炎の予防には、誘因を知り、よりきめ細かいケアを提供していく必要がある。口腔ケアは理解が得られないからとあきらめるのではなく、長続きできる方法を根気よく続けていくことが重要である。食後の口腔ケアにより、単調な入院生活に変化をつけ、気分転換を図ることは、患者のQOLの向上に寄与するものと思われる。

文 献

- 1) 板橋 繁, 他: 嚥下性反射から見る嚥下性肺炎の予防, 高齢者の重点ケア2, 別冊エキスパートナース, 60-63, 1998
- 2) 黒木淳子: 口腔ケアの看護技術, 看護技術, 43(7), 14-17, 1997
- 3) 角 保徳: 高齢者の誤嚥性肺炎と口腔ケア, 医学の歩み, 186(4), 263-266, 1998
- 4) 遠矢幸枝, 他: 気管内挿管された患者の口腔ケア, 看護学雑誌, 49(12), 1396-1399, 1985
- 5) 施設口腔保健研究会, 日本口腔疾患研究所: 口腔ケアQ&A, 中央法規出版(第5版), 136-139, 226-229, 1996