

国際医療福祉大学審査学位論文（博士）

大学院医療福祉学研究科博士課程

看護師が重度認知症高齢者に提供する
口腔ケア方法選定のためのチャート作成

2021年度

保健医療学専攻・看護学分野・老年看護学領域

氏名：小園由味恵

論文題目：看護師が重度認知症高齢者に提供する口腔ケア方法選定のためのチャート作成

著者名：小園由味恵

要旨

目的：看護師が重度認知症高齢者に提供する口腔ケア方法選定のためのチャート作成である。

方法：認知症治療病棟の看護師を対象に口腔ケア介入方法を明確にした後、口腔ケア書籍に示されている介入項目を確認しクロス表を作成した。クロス表を口腔ケアと認知症の専門家に提示し、彼らの意見を加え口腔ケアチャートを作成した。次に、口腔ケアチャートを重度認知症高齢者の看護を日常業務として担う看護師により評価した。

結果：90項目の口腔ケア方法が提示されたチャートが作成された。口腔ケアチャートは、状態と介入項目の関係性や対応は適切であると評価でき、使用により口腔ケア技術の獲得や技術の普及などの効果や有用性も確認できた。

考察：口腔ケアチャートの使用により、対象者の状態に適した口腔ケア方法が一瞥して選定でき、統一した介入を行うことができる。口腔ケアへの認識が高まり、重度認知症高齢者の口腔ケア困難感の軽減につながると考える。

キーワード：重度認知症高齢者 口腔ケアチャート 認知症治療病棟

Development of a chart for determining methods of oral health care provided by nurses to elderly people with severe dementia

Yumie Kozono

Objective: To develop a chart for determining methods of oral health care provided by nurses to elderly people with severe dementia.

Methods: After investigating the method of oral healthcare interventions among nurses working on a dementia ward, the intervention items presented in oral healthcare textbooks were reviewed and a cross-table was prepared. The table was presented to experts in oral health care and dementia, and based on their opinions, an oral health care chart was developed. Subsequently, the chart was evaluated by nurses who care for elderly people with severe dementia.

Results: A chart was developed listing 90 oral healthcare procedures. The oral health care chart was evaluated to be appropriate in terms of the relationship between health conditions and intervention items as well as in terms of care responses. The effectiveness and usefulness of the chart were also confirmed in terms of acquisition of oral health care skills and dissemination of the skills through its use.

Discussion: The use of the chart will facilitate the selection of oral healthcare methods suitable for the condition of the subject and will enable the implementation of a standardized intervention. The chart will also increase the awareness of oral health care and reduce the difficulty of oral health care for elderly people with severe dementia.

Key words: elderly people with severe dementia, chart for oral health care, dementia care ward

目次

第1章 緒言	1
I. 研究の背景	1
II. 意義	4
III. 目的	4
IV. 研究の構成	4
V. 用語の定義	5
第2章 重度認知症高齢者に提供する口腔ケアチャート項目の確定（研究1） ...	7
I. 目的	7
II. 方法	7
1. インタビューによる記述的研究と内容分析	7
2. 対象	8
3. データ収集方法	8
4. データ収集期間	9
5. データ分析方法	9
III. 倫理的配慮	10
IV. 結果	11
1. 対象の状況	11
2. インタビューの内容分析	12
3. 状態別ケア介入方法	13
4. ケア介入方法の抽出	22
V. 考察1：重度認知症高齢者に実施されている口腔ケアに関わる介入5項目 の検討	23
VI. 考察2 既刊書籍情報との照合による口腔ケアに関わる介入項目の検討	28
第3章 重度認知症高齢者に提供する口腔ケアチャート作成方法（研究2）	37
I. 認知症及び摂食・嚥下を専門とする看護師との内容検討と口腔ケア チャート（案）作成	37
1. 介入状態項目の抽出	37
2. 介入方法項目の抽出	37
3. 確定した項目の記載順序	37
II. 結果	38
1. 介入状態項目の抽出	38
2. 介入方法項目の抽出	39
3. 介入状態項目の順序	45
4. チャート（案）の作成	46
III. 手順書作成	47
1. 患者の状態判断	48

2. 具体的な使用方法	48
3. 試用例－1	49
4. 試用例－2	51
IV. 考察.....	52
V. 小括.....	54
第4章 重度認知症高齢者に提供する口腔ケア介入方法選定のためのチャート	
使用の評価（研究3）	55
I. 目的.....	55
II. 方法.....	55
1. 協力施設.....	55
2. 研究協力者	55
3. 研究実施場所	56
4. データの収集方法・手順.....	56
5. データ収集期間.....	57
6. データ分析方法.....	57
III. 倫理的配慮.....	59
IV. 結果.....	60
1. 対象の状況	60
2. インタビュー内容の分析	61
V. 考察.....	78
VI. 小括.....	85
第5章 総括.....	86
I. 重度認知症高齢者の状態に提供されている口腔ケア方法の選定を助ける	
チャート作成	86
II. 重度認知症高齢者に提供する口腔ケア介入方法選定のためのチャート	
使用の評価.....	87
III. 研究の限界と今後の課題.....	87
謝辞	87
引用文献.....	88
資料1 研究協力依頼書（施設用1）	93
資料2 同意書（施設用）	95
資料3 協力者紹介用紙（施設用）	97
資料4 研究協力依頼書（研究協力者用1）	98
資料5 研究同意書（研究協力者用）」	100
資料6 研究協力取り消し書（施設用）	102
資料7 研究協力取り消し書（研究協力者用）	103
資料8 インタビューガイド1	104
資料9 研究協力依頼書（施設用2）	105

資料 10	研究協力依頼書（研究協力者用 2）	107
資料 11	インタビューガイド 2	109
資料 12	研修計画書.....	110
資料 13	重度認知症高齢者に提供する口腔ケアチャート	112

第1章 緒言

I. 研究の背景

厚生労働省は、2019年6月に認知症高齢者数の推計を公表した。それによると、2012年現在の認知症高齢者数（日常生活自立度Ⅱ以上）は462万人であるが、2025年には730万人に増加し、全高齢者の20.6%を占めると予想している¹⁾。この事についてはすでに「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」による報告書（2008年7月）で、今後の認知症対策の重要な施策として、認知症ケアの標準化・高度化の推進により適切な医療・介護サービスを提供するとともに、本人やその家族の生活を支援し認知症ケアの質の向上をはかることである²⁾、と指摘している。さらにこれらの状況を鑑み、「2015年の高齢者介護」報告³⁾により、認知症高齢者ケアの普遍化を謳い、認知症ケアの普遍化にはケアの標準化が必須であり、認知症高齢者が有する能力に応じて生活の中で主体的に能力を発揮できるような支援方法の開発や系統的なエビデンスの収集と評価の確立が早急に求められている、と記している。

認知症は、基本的には不可逆的な疾患であるため、生活の質の維持のためには健康の維持が重要となる。厚生労働統計協会がまとめた2012年の高齢者の死亡原因によれば、高齢者の死亡原因の1位は悪性新生物で、2位は心疾患、3位が肺炎であった。ただし、高齢者は年齢が増すほど肺炎を伴う死亡率が高くなっており、90代男性の1位は肺炎で、女性も2位となっていた⁴⁾。また、認知症高齢者は誤嚥性肺炎などの合併症の発症率が高まる⁵⁾ことが知られており、重症化が進むほど口腔内の状態が悪化することも指摘されている。

認知症高齢者と非認知症高齢者の口腔状態の比較研究によると、認知症高齢者は対照群よりも有意に義歯使用者が少ないにもかかわらず、義歯が原因の粘膜病変、プラーク付着、う蝕、残根歯が多いという報告⁶⁾や、う蝕の罹患率の増加は認知症高齢者群の方が有意に高い報告⁷⁾があった。また、認知機能の低下に伴うう蝕や歯周病の進行が加速されるという報告⁸⁾もある。さらに、歯の欠損が認知症のリスクファクターである⁹⁾ことが示され、MMSEの得点が低い群ほど、残存歯数が少ない傾向を認めていた¹⁰⁾。その他、認知症高齢者の自立度と発音のしやすさに関連があったという報告¹¹⁾や、認知症の有無による比較研究では、咬合支持の無いものが認知症群に有意に多く認められた報告¹²⁾も確認できた。

一方で、口腔ケアを実施することで誤嚥性肺炎の予防や減少することも報告されており、認知症高齢者における口腔ケアが生活の質（Quality of Life：以下QOL）を維持向上させることに繋がっていると言える。

全国老人保健施設において2年間にわたりYoneyamaら行った介入研究¹³⁾では、口腔ケア非介入群は肺炎発症リスクが1.7倍高いことを示していた。この研究では、介入群の高齢者に1週間に1回歯科衛生士による専門的口腔ケアを行っていた。非介入群には認知機能の自然低下が認められたのに対し、介入群では認めなかった。その他の研究でも、口腔ケアと誤嚥性肺炎の予防や減少の効果があるという報告が多かった。さらに、1ヶ月間の介入研究では介護者が毎食後に口腔清掃を行い、1週間に1~2回の歯科医師もしくは歯科衛生士が専門的で機械的な口腔清掃を行うことで、口腔ケア時の口腔内における機械的刺激が摂食・嚥下リハビリテーションとなり口腔機能向上につながるという報告¹⁴⁾もみられた。

また、口腔ケアにより QOL の向上につながったという報告もあり、1 件¹⁵⁾は歯ブラシの柄の部分を変更し自力でブラッシングすることで効果があったと報告していた。

他にも、1 ヶ月間の介入研究で、毎食後のブラッシングと介護者が行う歯肉洗浄により、口腔内に刺激が加わり、嚥下機能が改善され ADL の維持・向上につながったという報告¹⁶⁾も認められた。さらに、1 年間の介入研究では、歯科医師による 1 週間に 3 日の電動歯ブラシを使用した口腔ケアで要介護高齢者の栄養状態を維持することも報告¹⁷⁾していた。

また、認知機能との関連における 1 年間にわたる介入研究では、看護師や介護士が毎食後 5 分間のブラッシングを行い 1 週間に 1 回の義歯洗浄剤を使用した義歯洗浄を行うことで、MMSE の低下を予防したという報告¹⁸⁾もみられた。

現在、認知症高齢者への口腔ケアに関する研究を概観すると、事例研究や質的な分析にとどまり、認知症高齢者における口腔ケアの一側面を捉えたものが多く、より効果的な口腔ケア方法が明確になっているとは言いがたい。その背景として、認知症高齢者の症状は様々であることが考えられる。

そうした認知症高齢者が多い特別養護老人ホームにおいて、介護保険の要介護状態区分による口腔内状況と口腔ケアの問題点を検討した報告がある。それによると、残存歯数における齲歯数の割合は、要介護度に伴い増加傾向を示し、歯口清掃状態は要介護度に伴い不良になり、有歯顎者の歯磨き介助や義歯清掃は要介護度に伴い介助者が行う割合が多かった¹⁹⁾。そこで指摘されていたことは、施設職員を含めた口腔ケアのプログラム作成や口腔保健に関する啓蒙活動等の取り組みが重要であるということである。また、認知症高齢者の歯科保健行動と摂食行動における実態調査²⁰⁾では、認知症が重症になるに従い、歯磨き回数の減少、口腔ケア介護の必要性の増加、義歯の取り扱い・管理能力の低下、食介護の必要性の増加、きざみ食等の調理内容の変化等が見られた。これらのことより、認知症高齢者の口腔保健と摂食機能を維持し QOL の向上を図るには、認知症の重症度を考慮した口腔ケアを導入し、介護者による適切な歯科保健・介護サービスを行う必要性が述べられていた。

また、東京都健康長寿医療センター研究所が行った「地域要介護高齢者悉皆調査による認知症高齢者口腔関連状況実態調査」²¹⁾による 425 人の結果からは、認知症重症度（Clinical Dementia Rating: 以下 CDR）が重くなるほど、自立して口腔ケアを行える者の割合が少なくなり、介助を要する者の割合が有意に高くなる傾向がみられた。含嗽においても同様に、CDR の重症化に伴い介助を要する者が有意に増加していた。そのほかの症状も同様に、CDR が重症化するにつれて、「固いものが食べにくい」「お茶の汁物でむせる」といった割合が有意に高く、義歯を装着していない者の割合が高い傾向を示し、口腔乾燥が著しく口臭が強い傾向がみられた。しかし、口腔粘膜疾患の有無は、CDR との間に関連はなかった。

そこで、研究者らは、認知症高齢者の口腔ケアが関わると思われる摂食・嚥下機能低下にも着目し、認知症高齢者に日常関わっている看護師たちが実際に行っている摂食・嚥下機能低下の予防及び介入についての意見を把握する目的で、課題『認知症高齢者の「自分で食べる」ことへの支援を考えよう』という交流集会を 2012 年 9 月「第 43 回日本看護学会 老年看護」で開催した²²⁾。その結果、参加者から、認知症高齢者が自分で食べるには、まず口腔環境を整えることが重要であるという意見が聞かれた。その理由は、口腔の摂食・嚥下などの機能的状態を改善してい

くためには、摂食・嚥下リハビリテーションが必要であるが、それ以前に、口腔の粘膜や歯牙などの器質的狀態が良好でなければならないということであった。確かに、適切な口腔ケアを行うことで、口腔の器質的狀態を改善する必要があると考える。しかし、認知症高齢者の口腔狀態について、機能回復に向けた介入方法に関する研究は多いが、器質的狀態の改善に向けた介入に関する研究は少ない。

また、認知症高齢者に日常関わっている看護師及び認知症看護認定看護師たちが口腔ケアの必要性について述べていたにもかかわらず、病院看護職員 97 人を対象とした調査では、認知症高齢者 1 人ひとりに適した口腔ケア方法を決めることができると自負している看護職員は 35.1% と少なかった²³⁾。さらに、介護老人福祉施設職員 100 人の口腔ケア実態調査²⁴⁾では、職員たちが、口腔ケアを必要とする入所者は認知症高齢者が一番多く、口腔ケアは価値があるが、自らが備える知識・技術が不足していると認識している結果が示された。2006 年に加藤ら²⁵⁾は「認知症における標準的なケアモデルの構築に関する研究」において、認知症ケアの質の確保及び向上の観点からも認知症ケア支援に関するモデル構築や評価指標の必要性を示唆した。このように、認知症高齢者は重症化が進むほど口腔内の狀態が悪化し、合併症の発症率が高まり、さらに介護が必要となる現状が認識されている。その狀態を回避するためには、重度認知症高齢者の口腔ケアがより頻回に実施される必要がある。上記のことから想像するに、ケア実施者が適した介入方法を決定し、介入技術を保障できる具体的な行動指針となるべき簡便な口腔ケア実施のためのチャートが必要と考える。今後、増加が予測される重度認知症高齢者の QOL を保持するためにも、彼らの生活の場となる施設・在宅を問わず使用できる口腔ケアチャートの作成は重要な課題と考える。

口腔ケアチャートの作成にあたり、現在、認知症高齢者の口腔ケアに関するガイドラインを確認してみたところ、2006 年に英国の学会誌 *Gerodontology* に発表された “Oral health of people with dementia”²⁶⁾がある。その中にはアルツハイマー病患者に行う口腔ケアのガイドラインが知られているものの、口腔ケアの具体的な介入方法については言及していない。また我が国においては、認知症治療についての『認知症疾患治療ガイドライン』²⁷⁾を日本神経学会が公表しているが、その中に口腔ケアについての論述は見当たらない。さらに、認知症高齢者や口腔ケアに関与する日本口腔ケア学会・日本認知症ケア学会・日本老年看護学会においてはガイドラインを公表していない。財団法人 8020 推進財団による『入院患者に対するオーラルマネジメント』²⁸⁾のみを得た。それには「要介護高齢者および認知症高齢者に行う口腔ケア」の單元において、認知症高齢者の特徴的な口腔狀態の説明と口腔ケアのポイントが示されていた。

以上のことから、口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防や口腔機能向上につながることを確認できた。また、口腔ケアの実施により ADL の維持・向上につながることも確認できた。さらに、継続的な口腔ケアが要介護高齢者の栄養狀態を維持することも把握できている。認知機能との関連における比較研究では、口腔ケア実施群の MMSE の低下を予防したという報告もあった。認知症高齢者は、症状の重症化に伴い口腔内の狀態も悪化するという報告も確認された。認知症高齢者に提供されている口腔ケア介入としては、口腔狀態に合った用具の選択や環境調整、刺激による効果を報告していた。以上、認知症高齢者に口腔ケアを実施することで、ADL の維持向上につながり、認知機能の低下を予防するという報告から、重度認知症高齢者への口腔ケアが的確に実施される必要があるといえる。

これらのことから、重度認知症高齢者の口腔ケアを行う者が、重度認知症高齢者の状態に適した口腔ケア方法を選定でき、その方法を行えるような、簡便で一瞥して利用可能な実用的チャートの作成が必要といえる。

II. 意義

我が国において口腔ケアの普及が進捗しないことについて、寺岡³²⁾は、科学的な裏付けと費用対効果に疑問を持たれていることも問題の一つで、現状として我が国の口腔ケアの質にばらつきがあり、評価基準も客観化されていないと指摘している。科学的な裏付けは様々な研究結果で報告されつつあり、費用対効果は口腔ケアが誤嚥性肺炎予防となり抗生剤の使用頻度が減少したという報告²⁹⁾がなされてきた。しかし、日々の多忙なスタッフ業務の中では、口腔ケアが後回しにされる施設が多いことも現実である。その理由として報告されてきた、個々の高齢者に合った口腔ケア方法・観察方法が分からないことや口腔ケア方法が統一されていないこと⁸⁾などは、より簡便で一瞥して利用可能な実用的チャートの使用で改善される可能性があると思われる。

本研究において、重度認知症高齢者に適した口腔ケア方法を簡便に選定することができるチャートを作成することで、施設や在宅における介護者が、そのチャートを使用して、対象者の状態に適した口腔ケアの介入方法を短時間で選定でき、ケア実施者の間で同質の口腔ケア方法を行えるようになるとともに、看護職員や介護職員、さらには家族が困難と感じていた可能性のある重度認知症高齢者に提供されている従来の口腔ケアへのイメージを変え、看護や介護におけるストレスの軽減につながると期待できる。その結果、口腔ケアを適切な時に適切な方法で行う事が出来れば、誤嚥性肺炎の罹患率の低下をもたらし、医療費の減少という経済的効果を生む可能性を否めない。

III. 目的

本研究は、重度認知症高齢者に実践している看護師の口腔ケアの現状と介入方法を明らかにし、そのケア方法の適否を書籍で述べられている介入方法と照合し確認する過程を経て、認知症高齢者の口腔ケアの専門家の協力下に、重度認知症高齢者の口腔ケアの介入方法を明確にする。それらを用いて、重度認知症高齢者の状態に適した口腔ケア方法を短時間で選定し、実践につなげることができる簡便で、一瞥で利用可能な実用的チャートの作成を目的とする。

IV. 研究の構成

本研究は以下の3研究から構成されている。研究1では、認知症疾患医療センターに勤務する看護師8名から重度認知症高齢者に提供している口腔ケアの方法を聞き取り、結果を整理した上で文献の情報と照合し、内容の妥当性を検討した(第2章)。研究2では、認知症看護認定看護師及び摂食・嚥下障害看護認定看護師と研究1で抽出された口腔ケア方法の適切性や実用性を討議して口腔ケアチャート(案)を完成させたうえで、歯科衛生士に協力を依頼し、口腔ケアチャート利用のための手順書を作成した(第3章)。研究3では、実際に病院看護師に口腔ケアチャート(案)を使用していただき、その使用に対する評価を確認した(第4章)。

V. 用語の定義

本論文に用いる主用語については、多様な意味合いを持っているが、次のように限定することとする。

1. 口腔ケア

口腔ケアとは、日本で初めて山中³⁰⁾が定義付け、「口腔ケアを口腔の疾患予防、健康の保持増進、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」とされている。口腔ケアは様々な職種が行うので、山中の定義に留まらず、解釈が重ねられてきた。その結果現在では、口腔ケアには、口腔清掃や義歯清掃および口腔乾燥・口臭の予防などの口腔衛生改善のための器質的口腔ケアと、口腔内や口腔周辺部のマッサージやストレッチによる間接的摂食・嚥下訓練や咀嚼・摂食・嚥下の直接的介助などの口腔機能改善のための機能的口腔ケアが含まれる、と解釈されている。

本研究においては、口腔ケアを「口腔衛生状態を維持・改善するための器質的口腔ケア」に絞ることとする。

2. 重度認知症高齢者

認知症高齢者における認知機能障害の程度は、軽度・中等度・重度に分けて語られることが多いが、その程度の判定には様々な基準が用いられている。最も古い長谷川式簡易知能評価スケール (Hasegawa Dementia Scale : HDS)³¹⁾・改訂長谷川式簡易知能評価スケール (Hasegawa Dementia Scale-Revised : HDS-R)³²⁾・Mini-Mental State Examination (MMSE)³³⁾といった、評価者が対象者に質問をした回答結果で認知症の状態を判定する方法や、柄澤式老人知能の臨床的判断基準³⁴⁾・CDR³⁵⁾のような、日常会話や意思疎通の状況や態度を観察して日常生活能力を把握し判断する方法、日常生活で確認される症状や行動から判定する認知症高齢者の日常生活自立度判定基準³⁶⁾などがある。なお、日常生活自立度判定基準では、著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする状態を、ランク M と判定している。

本研究における重度認知症高齢者は、入院している認知症高齢者の95%がBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) 対応であることから³⁷⁾、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準でランク M と診断された者とする。

3. 口腔ケアクロス表

ケアを行う場合、ケア実施者の思考の第1段階としてはケア対象者の心身の機能を評価してケアの必要性を見出し、第2段階としてケアの必要性を吟味して介入方法を見出す。最後に第3段階として実際にケアを行う。

そこで、この思考段階に倣って、縦軸に重度認知症高齢者の口腔ならびに心身機能状態を、横軸に口腔ケアならびに認知症症状の介入方法等を記載し、重度認知症高齢者の状態に応じて行われる介入を一覧で確認できる表を作成する。この表を、本研究では口腔ケアクロス表とする。

本研究の作業過程において、認知症治療病棟で重度認知症高齢者に実際に提供しているケア項目と、書籍から抽出された口腔ケア項目、及び、両者が行っている口腔ケア項目を明確に記入し

たクロス表を口腔ケアクロス表とする。

4. チャート

チャートとは事象または介入等の流れ図である。本研究では、重度認知症高齢者の口腔ならびに心身機能状態に合わせて口腔ケアならびに認知症症状の介入方法の選定ができ、介入が行えるための選択基準となることを目的に作成した図を示す。

5. 口腔失行

Jacqueline Kindell³⁸⁾は、口腔失行を「口腔に現れる失行（症）であり、観念運動失行の一種と考えられる。すなわち口腔随意運動の障害で、口を使う意味の理解や、口腔の筋力、知覚、協調運動が保持されているにもかかわらず、口を開閉したり、舌を合目的に動かしたり、嚥下第1相を遂行したりすることが困難になる」と定義している。本研究において、口腔失行とは、開口や閉口など口唇や口腔周囲筋の動きに障害がないにもかかわらず、開口や、その状態を維持することができない状況と定義した。

第2章 重度認知症高齢者に提供する口腔ケアチャート項目の確定（研究1）

第1章において、重度認知症高齢者に提供されている口腔ケア実施のために、より簡便で一瞥で利用できる実用的なチャートの作成が必要であるという課題が提示された。そのため本章では、重度認知症高齢者の看護を日常業務として担っている看護師に実際に起きている状況を明らかにした。その後、臨床で利用されている口腔ケア関連の書籍に提示されている介入方法を確認・比較検討し、認知症治療病棟における重度認知症高齢者の状態に提供されている口腔ケアチャートに含む項目を確定した。

I. 目的

重度認知症高齢者の看護を日常業務として担っている看護師が口腔ケア介入方法を選定しやすいチャートの作成のための介入状態と介入項目を明確にした後、文献の情報と照合し、内容の妥当性を検討した。

II. 方法

1. インタビューによる記述的研究と内容分析

重度認知症高齢者の看護を日常業務として担っている看護師に、実際に起こっている状況を明らかにするために、インタビューによる記述的研究を試みた。インタビューの目的は、ある選ばれたトピックについて、表面的な意見ではなく、相手の言葉、考え、捉え方、感じ方、経験を通して、相手の内面に深く分け入り、そこから豊かな情報を引き出すことにある³⁹⁾ということから、適切な方法としてインタビュー法を用い内容を分析することで重度認知症高齢者に提供する口腔ケア方法についての事実を把握することとした。インタビュー方式としては、半構造化面接を用いることとした。半構造化面接はインタビューのはじめの段階で調べたい領域を指定し、その話題について回答する側が自由に幅広く答えることができるような質問を行い、そこから出てきた考えや反応について詳しく探りながらさまざまな方向に話を進めていくことによりその研究課題を検討するのに適したデータを集めることができる⁴⁰⁾ことからインタビュー方式として選択した。

分析方法としては、内容分析、グランデッド・セオリー・アプローチ、KJ法などがよく用いられる。本研究においては、重度認知症高齢者に提供している口腔ケアの介入方法を客観的に明らかにするという目的から、個々の関係性を丁寧に分析するのではないため、分析方法は内容分析に留めることとした。

内容分析の定義として Krippendorff⁴¹⁾は内容分析とは、データを元にそこからそれが組み込まれた文脈に対して再現可能でかつ妥当な推論を行うための一つの調査方法であると述べている。また、Berelson⁴²⁾は表明されたコミュニケーション内容を客観的、体系的、かつ数量的に記述するための調査技法である。と述べている。Stone⁴³⁾の定義は、内容分析は、テキストにおけるある特定の特徴を、体系的にかつ客観的に同定することにより、推論を行う調査技法であると述べている。上野⁴⁴⁾は、それらを集約して次のように述べている。内容分析は、調査で得られるデータ（記述的データ）をもとに記録単位で分析し、分類・命名することによって事象を客観的に明らかにすることである。内容分析の方法は、一定の手続きを得て（科学的手法を用いて）、デジタル

化されたデータをもとに、眼に見える形にして、推論できる状態にすることと述べている。これらの結果、重度認知症高齢者に提供している口腔ケアの介入方法を客観的に明らかにするという目的を達成するために内容分析を用いた。

2. 対象

1) 協力施設

対象を重度認知症高齢者の看護を日常業務として担う看護師としたことから、某地方圏の中核である政令指定都市において認知症疾患医療センターを有する施設の協力を得ることとした。研究協力機関の選定に関しては、某地方圏の中で人口が最も多い政令指定都市 A 市と、その A 市が所在する A 県が認知症疾患医療センターとして指定した 7 施設^{45,46)}の中から、摂食・嚥下障害看護認定看護師が勤務している施設⁴⁷⁾を対象とした。その理由は、摂食・嚥下障害看護認定看護師が所属していることで、摂食・嚥下障害看護認定看護師の業務として、職員への教育・相談業務により、食事摂取のために口腔を清潔に保つことの必要性を職員に伝え、口腔ケアを積極的に行っている可能性が高く、職員の口腔ケアにおける意識が高いことが予測される。また、口腔ケアの効果を比較する必要があることから、誤嚥性肺炎の罹患率が低く、院内の抗生剤の使用量が減少している現状が施設側で把握できていることを条件とした。

また、病院の研究協力可能性として、病院自体が研究倫理委員会を設置しており、研究を多方面から受け入れていることも条件とした。

2) 調査対象者

口腔ケアの実態を調査するためには、重度認知症高齢者に様々な看護を提供している認知症治療病棟に勤務する看護師が適している。認知症治療病棟に勤務し、重度認知症高齢者の看護を日常業務として担う看護師を対象とする。そこで、重度認知症高齢者は多様であることから、多くの看護師の参加を求めたいと考えるものの、一方で状態が類似してくる可能性もある。日頃の業務の中での聞き取りにおいても、3 名位から個別性が薄れることから、10 名程度で多様性が確保できると考えた。インタビューでは、看護師が行う新しい介入方法が表出されなくなる飽和状態に至ったことを確認して、さらに 2 名程度を追加し終了することとした。また、重度認知症高齢者の看護を担っている看護師数は、看護師長及び看護部長の話を総合して、重度認知症高齢者をケアしている看護師数を確認したところほぼ一致していた。研究対象となる看護師の選定は、認知症治療病棟に勤務していること、認知症看護の経験が 5 年以上であること、病棟において口腔ケアを積極的に行っており、病棟内で口腔ケアについて指導的立場にあること、看護師長及び看護部長の推薦のあった者とした。

3. データ収集方法

最初に、政令指定都市 A 市とその A 市が所在する認知症疾患医療センターとして指定した 7 施設のうち、摂食・嚥下障害看護認定看護師が所属している施設を日本看護協会のホームページで確認した。その結果、7 施設の中から 1 施設が該当した。

協力対象にリストされた病院の看護部長に電話で研究の趣旨を説明し来訪の承諾を得た。その後、研究協力機関に赴き、研究者が文書（資料 1）で研究目的・方法・倫理的配慮・研究の公表方

法等を記した文章を渡し、口頭の説明を加えながら理解を得たのち、口頭で同意を得て、同意書（資料 2）の署名を得ることとした。

調査対象となる看護師の方への説明の仕方と取扱い方法としては、研究協力機関より対象者となる看護師に研究の目的・方法を説明してもらい、承諾が得られた研究対象者の紹介を得た（資料 3）。研究対象者に対しては事前に電話連絡を行い、口頭にて研究の趣旨を説明した。了承が得られた対象者に文書（資料 4）と同意書（資料 5）を郵送し、同意書の返送がある者とインタビュー日時の詳細を調整した。その際は対象者の希望を優先した。研究対象者にはインタビュー時に再度文書（資料 4）を用い、口頭で研究目的・方法・倫理的配慮・研究の公表方法等を説明した。

調査対象者への質問項目は以下の点である。質問項目は、実際に経験したことで習得した知識を言語化できるように枠組みにとらわれないような質問項目になるように考慮した（資料 8）。

- ・重度認知症高齢者に実施している口腔ケア方法
- ・口腔ケア方法で特に効果があったと思う方法
- ・口腔ケアを行うときに気をつけている点

インタビュー回数は1回とした。その理由は、インタビュー回数を重ねることは時間的に対象者の負担になること、また、期間が開くことで記憶が曖昧になるといけないと考えた。そのため、インタビュー時に、対象者が語った内容を面接者が正確に把握できたか確認する方法として、大枠の質問を終えた段階でそれらを構成するいくつかの質問を行い、面接者の解釈が正確に行われているかの保証をインタビューの最中に行った。また、対象者が語った内容が理解し難い時は、その都度確認を行い解釈の相違を防いだ。

インタビュー内容は研究対象者の同意を得て、メモに記録すると同時に IC レコーダーに録音し、逐語録に整理した。インタビュー中は、その場で研究者が内容を正確に理解できているか、頻回に確認を行いながらインタビューを進めた。同時に、対象看護師のプロフィールについても記載した。これは、臨床経験年数や認知症看護経験年数などについてである。

インタビュー実施場所は、研究対象者の勤務する施設内で、研究対象者が指定した場所とした。インタビュー時間は 60 分間程度とし、研究対象者の負担とならないようにした。

4. データ収集期間

2013 年 1 月～5 月とした。

5. データ分析方法

分析は、以下の手順で行った。①IC レコーダーに沿って逐語録を作成する。内容に関して記録したメモと照合しながら整合性を確認する。②逐語録において、口腔ケアが必要な状態・重度認知症症状や介入に該当する部分を抽出し類似する内容をまとめコード化する。③②で作成したコードの内容が含まれている部分を抽出し、重度認知症高齢者に提供した口腔ケア介入を表現する文章が、一文に一意味を含むように切片しラベルを作成する。Berelson⁴²⁾によると、内容分析は、「①記述全体を文脈単位、②一内容を一項目として含むセンテンスを記録単位とし、③個々の記録単位を意味内容の類似性に基づき分類・命名する。」と定義している。本研究も同様に、一文に一項目の意味を含むセンテンスをラベルとして捉えることとした。④ラベルを熟読し、ラベルに

含まれる口腔ケアの対象者及び対象の状態，具体的な介入方法，介入に用いた口腔ケア用品，元データが表す施設の現状，ケア実施者の思いの 5 項目に印をつける．⑤④でつけた印を確認し個数を算出する．口腔ケアの対象者及び対象の状態，具体的な介入方法について，一覧表で示す．

Ⅲ. 倫理的配慮

本研究は，B看護大学研究・倫理委員会の審査を受け承認（審査番号 1229）を得ると同時に，研究協力機関に設置された倫理委員会の審査を受け承認を得た．

1. インフォームド・コンセントのための手続の方法

事前に研究対象者を紹介していただく研究協力機関の看護部長に対し，電話にて研究の趣旨を説明した．その後文書（資料 1）で研究目的等を説明，同意書（資料 2）の署名を得た．研究協力機関より対象者となる看護師に研究の目的・方法を説明してもらい，承諾が得られた研究対象者の紹介を得た．

了承が得られた対象者に文書（資料 4）と同意書（資料 5）を郵送し返送された同意書がある者とインタビュー日時の詳細を調整した．その際は対象者の希望を優先する．研究対象者にはインタビュー時に再度文書（資料 4）を用いて，口頭で研究目的等を説明した．サインが得られた同意書は研究者の保管庫で管理するよう説明した．

2. 研究に参加することにより期待される利益及び，起こりうる危険並びに必然的に伴う不快な状態とそれらにおける対処方法

1) 期待される利益

本研究を行うことで，研究対象者に直接的な利益につながらない可能性もあるが，看護師の重度認知症高齢者に提供されている口腔ケア方法を明らかにし，選定が容易になることで認知症高齢者看護への一助となることで利益になると考えた．

2) 起こりうる危険ならびに必然的に伴う不快な状態とそれらにおける対処方法

インタビュー時間は 60 分間程度とし，研究対象者の負担とならないようにした．質問のうち答えたくないものには答えなくてもよいことを文書に明記し，インタビュー実施前に説明も行った．また，インタビュー途中であっても本人が不快な状態となり，中止の申し出があった場合はただちにインタビューを中止することを伝えた．研究協力は自由意思であるため，協力の拒否及び，インタビュー中も含めて随時中断が可能であることを文書に明記し説明した．なお研究協力の中断は研究協力取り消し書（資料 6）の提出で可能であることを伝え，返送用の封筒を用意した．また，研究対象者がこの研究協力の拒否および中断をしても，勤務において不利益を生じることはないことを文書に明記し説明した．インタビュー実施場所は，研究対象者の勤務する施設を考えているが，対象者の希望によりその他の場所を選択する場合には，プライバシーが保て，静かに落ち着いて話ができる場所を確保した．

3. 個人情報の保護の方法

インタビューは研究対象者のみで行った．また，インタビュー内容の分析にあたり，対象者が

特定されることがないように匿名性の確保のため、コードネームを用いて分析を行った。データは研究以外に使用しないこと、インタビューの録音と逐語録は鍵のかかる場所に保管すること、研究終了後に破棄することを文章に明記し、説明した。ICレコーダーの録音記録は、インタビュー終了後速やかに電子媒体（CD-ROM等）に移し、ICレコーダーからは消去することを説明した。録音したデータは速やかにテープ起こしを行い、逐語録として記録に残し分析した。これらのデータの保存期間は研究終了までとした。

IV. 結果

1. 対象の状況

1) 対象施設

施設の概要としては、心療内科・精神科・神経科を中心とする総病床数約400床の施設で、摂食・嚥下看護認定看護師2名、歯科衛生士1名が勤務しており、認知症治療病棟が2病棟あり、病床数が約110床で看護師数が約200名である。

2) 対象者

対象者は、表1に示したとおりである。認知症治療病棟に勤務する看護師8名で、平均年齢は50.1 (SD12.71; min30~max64:以下同じ) 歳であった。そのうち男性1名、他は女性であった。看護師平均経験年数は23.0 (SD12.8; 7~42) 年であった。認知症高齢者看護平均経験年数は11.3 (SD7.3; 5~28) 年であった。8名全員、認知症治療病棟が開設時から現時点まで2年間継続して同部署で勤務していた。平均インタビュー時間は、49.4分間であり、最も時間を費やした看護師は58分間で、短かった看護師は40分間であった。インタビュー場所は、病院の研修室および、それぞれの病棟のカンファレンス室、又は家族看護室であり、プライバシーを考慮した空間で行われた。8人の逐語録から718枚のラベルを抽出した。その中から「口腔ケア」に関連する461枚のラベルを分析対象とした。ラベル数はそれぞれ、A氏85枚、B氏55枚、C氏66枚、D氏57枚、E氏53枚、F氏58枚、G氏40枚、H氏47枚であった。

表1 対象者の属性

対象者	年齢 (歳)	看護師 経験年数 (年)	認知症 高齢者 看護経験年 数(年)	インタビュー 時間 (分)	ラベル数 (枚)	分析対象 ラベル数 (枚)
A	59	38	12	50	94	85
B	39	16	6	56	120	55
C	38	11	10	48	85	66
D	53	15	8	49	76	57
E	64	30	8	50	97	53
F	56	25	13	40	97	58
G	30	7	5	44	59	40
H	62	42	28	58	90	47
平均	50.1	23.0	11.3	49.4	89.8	57.6

2. インタビューの内容分析

重度認知症高齢者の各状態コードの内容を確認し、機能レベル又は症状別に類似する内容をまとめ、グループ化し、状態コードとラベル数（枚数と総ラベル数に占める割合）を示した。その結果、寝たきり度、口腔ケア自立度、中核症状、BPSD、口腔状態、義歯使用に分類された。

1) 寝たきり度のコードとラベル数

重度認知症高齢者への口腔ケア介入として、対象の活動状態により、介入方法や介入に必要な人数・時間が異なることに注目した。「寝たきりの高齢者というのは、口腔内の乾燥がひどいですよね」などの記述から『寝たきり』のコードを、「うがいができないかたは、車椅子の方でも口角から（水）を入れて流します」などの記述から『座位可』のコードを、「洗面所に一緒に（歩いて）行ったら、磨ける。そういう方はADLもいいし、MMSEもいい」などの記述から『自立歩行可』のコードを抽出した。

寝たきり度の状態として対象者8人の『寝たきり』のラベル数は合計128枚（27.77%）を抽出した。

『座位可』について記載がある8人のラベル数は合計41枚（8.89%）であった。

『自立歩行可』について記載があるラベル数は合計65枚（14.10%）であった。

2) 口腔ケア自立度のコードとラベル数

重度認知症高齢者の口腔ケア自立度の差により、口腔ケアの介入程度が異なっていることに注目した。口腔ケア自立度の差により必要とする介入は、技術的な介入だけではなく、認知機能により口腔ケア動作にも影響があった。「自分で（口腔ケアが）出来ない方は、介助磨きをしますね」などの記述から『全介助』のコードを、「やっといってくださいと言う（だけで自分でできる）人と後から確認する人、逃げる人を捕まえてこっちに来て一と誘導して、歯磨きする（人がいる）」などの記述から『半介助』『自立』のコードを抽出した。

口腔ケア自立度として対象者8人から『全介助』の合計138枚（29.93%）のラベルを抽出した。

『半介助』の対象者8人から合計89枚（19.31%）のラベルを抽出した。

『自立』の8人のラベル数の合計は33枚（7.16%）であった。

3) 中核症状のラベル数

重度認知症高齢者の中核症状の記述では、「ぐちゅぐちゅペーってするんよって言っても、うがいをできずに（水）飲んで、飲み込む方は多いです」などから『実行機能障害・記憶障害・失認失行』のコードを、また「力が入らんように磨いてるつもりですけどね、（口が閉じていって）歯磨きの柄を（患者が）嚙んでね、なかなか難しいんです」の記述から『口腔失行』のコードを抽出した。

『実行機能障害・記憶障害・失認失行』のラベルを対象者8人から合計42枚（9.11%）抽出した。

『口腔失行』のラベル抽出は1枚（1.20%）のみであった。

4) BPSDのコードとラベル数

BPSDとしては、「こうやって嚙んで拒否する人はやむを得ないので」などの記述から『拒否』のコードを、「手が出たりとかありますから、そういう時は2人でしています」などの記述から『暴力』のコードを抽出し、「入れ歯がなかったらすごい不穩になれる方がおっつんですよ」などの記述から『不穩』のコードを抽出し、「食べてすぐ徘徊が始まる方は、手を引いて連れてくるとか」などの

記述から『徘徊』のコードを抽出した。

『拒否』の8人のラベル数の合計は68枚(14.75%)であった。

『暴力』の8人のラベル数の合計は42枚(9.11%)であった。

『不穏』の8人のラベル数の合計は13枚(2.82%)であった。

『徘徊』のラベル抽出は1枚のみであった。

5) 口腔状態のコードとラベル数

口腔状態として、介入の対象としている状態は多岐にわたっていた。個々の記述を確認し、『口腔乾燥有』『痰付着・痰貯留有』『嚥下障害有』『残存歯有』『食物残渣有』『口臭有』『出血有』『舌苔有』『唾液多量』『炎症有』の10コードを抽出した。

『口腔乾燥有』の8人のラベル数の合計は49枚(10.63%)であった。

『痰付着・痰貯留有』の8人のラベル数の合計は38枚(8.24%)であった。

『嚥下障害有』の8人のラベル数の合計は37枚(8.03%)であった。

『残存歯有』の8人のラベル数の合計は14枚(3.04%)であった。

『食物残渣有』の8人のラベル数の合計は13枚(2.82%)であった。

『口臭有』の8人のラベル数の合計は8枚(1.74%)であった。

『出血有』の8人のラベル数の合計は8枚(1.74%)であった。

『舌苔有』の8人のラベル数の合計は6枚(1.30%)であった。

『唾液多量』の8人のラベル数の合計は2枚(0.43%)であった。

『炎症有』の8人のラベル数の合計は2枚(0.43%)であった。

6) 義歯使用のラベル数

重度認知症高齢者の『義歯使用』の記述では、「毎食後にケアワーカーさんが全部入れ歯の確認をして回って、それから紛失はちょっと、減っていると思う」や「夜だけは入れ歯を預かる、日中は(入れ歯を)つけている状態、夜は預かっている状態です」などの記述から『義歯使用』のコードを抽出した。『義歯使用』の8人のラベル数の合計は65枚(14.10%)であった。

3. 状態別ケア介入方法

1) 寝たきり度におけるケア介入方法一覧(表3)

寝たきり度の『寝たきり』『座位可』『自立歩行可』のラベルを分析した結果、『寝たきり』においては50項目308個のケア介入項目を抽出し、『座位可』においては27項目70個のケア介入項目を抽出し、『自立歩行可』においては27項目82個のケア介入項目を抽出した。

『寝たきり』における50項目のケア介入の内訳として、《背中を抑えて側臥位》と《誤嚥予防》が28個(9.09%)で一番多く、次いで《洗浄・流し法》が27個(8.77%)、《吸引》が19個(6.17%)のケア介入項目を抽出した。これらから、『寝たきり』であっても、口腔ケアを確実にやっていることが確認された。『寝たきり』時の誤嚥防止のための介入として、《背中を抑えて側臥位》をとり、《洗浄・流し法》を行うことで口腔内の清潔を保ち、洗浄後は口腔内に水分が残って不顕性誤嚥が起これないように《吸引》を確実に行っていった(表3-1)。

『座位可』における27項目のケア介入の内訳として、《声かけ》が8個(11.27%)で一番多く、次いで、《洗浄・流し法》《後方から実施》《ブラッシング》などのケア介入項目を抽出した。重度

認知症高齢者で『座位可』の人はホールで食事をしており、食後に《声かけ》を行い、口腔ケアは食事を行った場所で続けて行っていた。また、『座位可』においても《洗浄・流し法》を行い、その時には頸部が後屈して誤嚥を起こすといけなないので《後方から実施》していた（表 3-2）。

『自立歩行可』における 27 項目のケア介入の内訳として、《声かけ》が 16 個（19.51%）で一番多く、次いで《誘導》《思い出させる》《自立歩行可実施》などのケア介入項目を抽出した。重度認知症高齢者で『自立歩行可』の人には、《声かけ》をして口腔ケアを行うことを伝え、洗面所に《誘導》し、《思い出させる》《歯ブラシを持たせる》など、口腔ケアを想起させる介入を行っていた（表 3-3）。

2) 口腔ケア自立度におけるケア介入方法一覧（表 4）

口腔ケア自立度の『全介助』『半介助』『自立』のラベルを分析した結果、『全介助』においては 55 項目 217 個のケア介入項目を抽出し、『半介助』においては 45 項目 149 個のケア介入項目を抽出し、『自立歩行可』においては 21 項目 45 個のケア介入項目を抽出した。

『全介助』における 53 項目のケア介入の内訳として、《ブラッシング》は 21 個（9.68%）で一番多くのケア介入項目を抽出し、次いで、《保湿》《声かけ》などのケア介入項目を抽出した。全介助の場合も《声かけ》を行い、口腔ケアの基本である《ブラッシング》と高齢者に多い口腔問題である口腔乾燥への対応としての《保湿》のケア介入項目が上位に上がっていた（表 4-1）。

『半介助』における 45 項目のケア介入の内訳として、《洗浄・流し法》は 17 個（11.41%）で一番多くのケア介入項目を抽出し、次いで《含嗽》《ブラッシング》《複数人で対応》などのケア介入項目を抽出した。『半介助』においては、認知症症状に対する介入より、口腔を清潔に保つための《洗浄・流し法》《含嗽》《ブラッシング》などのケア介入項目が上位に上がっていた（表 4-2）。

『自立』における 21 項目のケア介入の内訳として、《ブラッシング》が 8 個（17.78%）で一番多くのケア介入項目を抽出し、次いで《声かけ》6 個（13.33%）のケア介入項目を抽出した。『自立』であっても、《声かけ》をしっかりと行っていることが明らかとなった（表 4-3）。

3) 中核症状におけるケア介入方法一覧（表 5）

『実行機能障害・記憶障害・失認失行』のラベルを分析した結果、ケア介入項目の内訳は 38 項目 65 個のケア介入項目を抽出した。38 項目のケア介入の内訳として、《声かけ》が 17 個（26.15%）で一番多くのケア介入項目を抽出し、次いで《含嗽》《ブラッシング》《嚥下マッサージ》《爽快感の共有》などのケア介入項目を抽出した。『実行機能障害・記憶障害・失認失行』においても《声かけ》のケア介入項目が特に多かった。次いで、《含嗽》《ブラッシング》というように、口腔の清潔に関するケア介入を行っていた。また、口腔ケア終了時には「さっぱりしましたね」というように《爽快感の共有》を行っていた（表 5-1）。

『口腔失行』におけるラベルは、3 項目 3 個のケア介入項目を抽出した。その内訳は、《洗浄・流し法》《ブラッシング》《複数人で対応》であった（表 5-2）。

4) BPSD におけるケア介入項目方法一覧（表 6）

BPSD の『拒否』『暴力』『不穏』『徘徊』のラベルを分析した結果、『拒否』においては 37 項目 116 個のケア介入項目を抽出し、『暴力』において 21 項目 67 個のケア介入項目を抽出し、『不穏』においては 12 項目 18 個のケア介入項目を抽出し、『徘徊』においては 2 項目 2 個のケア介入項

目を抽出した。

『拒否』における 37 項目のケア介入の内訳として、《複数人で対応》が 15 個 (12.93%) で一番多くのケア介入項目を抽出し、次いで《開口保持》《声かけ》《K ポイント刺激》《ブラッシング》などのケア介入項目を抽出した。『拒否』においては《複数人で対応》し、開口拒否の状態に対して《K ポイント刺激》などを行い開口誘導し、バイトブロックなどを用いて《開口保持》を行い安全確保に努めていた。また、『拒否』においても《声かけ》をしっかりと行っていた (表 6-1)。

『暴力』における 21 項目のケア介入の内訳として、《複数人で対応》が 16 個 (23.88%) で一番多くのケア介入項目を抽出し、《ブラッシング》《立位実施》《後方から支え・頭、腰》《抑制・手》などのケア介入項目を抽出した。暴力がみられても、《後方から支え・頭、腰》や《抑制・手》など《複数人で対応》することで、危険を回避しながら《ブラッシング》を行っていた (表 6-2)。

『不穩』における 18 項目のケア介入の内訳は、《夜間義歯装着》が 5 個 (27.78%) で一番多くのケア介入項目を抽出し、次いで《ブラッシング》《声かけ》などのケア介入項目を抽出した。『不穩』は義歯を除去した時に訴えが多く、夜間、基本的には義歯を除去することが望ましいが、『不穩』状態が激しい時には《夜間義歯装着》した状態で入眠を進めていた (表 6-3)。

『徘徊』における 2 項目のケア介入の内訳は、《誘導》と《ケア中止の判断》で、それぞれ 1 個 (5.56%) のケア介入項目を抽出した。『徘徊』時には強制的に洗面所に《誘導》するのではなく重度認知症高齢者に寄り添い、一緒に歩いていたらたまたま洗面所の前を通りかかったというような《誘導》が行われていた。また、『徘徊』時は無理強いするのではなく《ケア中止の判断》も行っていた (表 6-4)。

5) 口腔状態におけるケア介入方法一覧 (表 7)

口腔状態 10 コード『口腔乾燥有』『痰付着・痰貯留有』『嚥下障害有』『食物残渣有』『残存歯有』『出血有』『口臭有』『舌苔有』『唾液多量』『炎症有』のラベルを分析した結果、『口腔乾燥有』において 17 項目 74 個のケア介入項目を抽出した。『痰付着・痰貯留有』においては 19 項目 69 個のケア介入項目を抽出した。『嚥下障害有』においては 19 項目 54 個のケア介入項目を抽出した。また、『食物残渣有』においては 10 項目 29 個のケア介入項目を抽出した。『残存歯有』においては 15 項目 27 個のケア介入項目を抽出した。『出血有』においては 7 項目 15 個のケア介入項目を抽出した。さらに、『口臭有』においては 4 項目 7 個のケア介入項目を抽出した。『舌苔有』においては 5 項目 7 個のケア介入項目を抽出した。『唾液多量』においては 3 項目 4 個のケア介入項目を抽出した。『炎症有』においては 3 項目 6 個のケア介入項目を抽出した。

『口腔乾燥有』における 17 項目のケア介入の内訳として一番多い介入は《保湿》で 22 個 (29.73%) のケア介入項目を抽出した。次いで、《唾液腺マッサージ》《軟膏使用》《加湿》などのケア介入項目を抽出した。『口腔乾燥有』時の介入の特徴は、唾液分泌を促すための《唾液腺マッサージ》などのケア介入と良好な口腔環境維持のための《加湿》《保湿》が行われていた (表 7-1)。

『痰付着・痰貯留有』における 18 項目のケア介入の内訳として一番多い介入は《保湿》で 13 個 (18.84%) であった、次いで、《吸引》《清拭》《ブラッシング》などであった。『痰付着・痰貯留有』における介入としては《清拭》や《ブラッシング》《洗浄・流し法》によって《痰除去》を行い、『口腔乾燥有』と同様《保湿》を行うことで良好な口腔環境の維持に努めていた (表 7-2)。

『嚥下障害有』における 18 項目のケア介入の内訳として一番多い介入は《アイスマッサージ》

で 22 個 (40.74%) であった。次いで、《嚙下マッサージ》《声かけ》《頸部前屈位》などのケア介入項目を抽出した。『嚙下障害有』における介入の特徴として、しっかりと《声かけ》を行い、嚙下機能を改善させる目的で《アイスマッサージ》《嚙下マッサージ》を行い、『嚙下障害有』による誤嚥予防として《頸部前屈位》の保持が行われていた (表 7-3)。

『食物残渣有』における 10 項目のケア介入の内訳として一番多いのは、《食物残渣除去》の 9 個 (31.03%) であった。次いで、《含嗽》《ブラッシング》などのケア介入項目を抽出した。『食物残渣有』のみに見られた介入項目として《お茶使用》があった。《含嗽》《ブラッシング》などのケア介入により《食物残渣除去》を行ったり、食事の終わりに《お茶 (を) 使用》して《食物残渣除去》を行ったりしていた (表 7-4)。

『残存歯有』における 15 項目のケア介入の内訳として、《洗浄・流し法》《開口保持》《K ポイント刺激》がそれぞれ 4 個 (14.81%) ずつ抽出した。他に、《ブラッシング》《吸引》などのケア介入項目を抽出した。『残存歯有』においては、《K ポイント刺激》を行い、開口を促し《開口保持》しながら残存歯に対して《洗浄・流し法》していた (表 7-5)。

『出血有』における 7 項目のケア介入の内訳は、《医師との連携》《歯科受診》がそれぞれ 4 個 (26. 7%) ずつ抽出した。他に、《ブラッシング》《洗浄・流し法》を行い、口腔内に血餅を形成させないように心掛けていた (表 7-6)。

『口臭有』における 4 項目のケア介入の内訳は、《ブラッシング》が一番多く 3 個 (42.84%) のケア介入項目を抽出した。次いで《洗浄・流し法》《清拭》《歯磨き剤使用の確認》のケア介入項目を抽出した。口臭は舌苔や歯垢の増殖が原因となることから『口臭有』時は、《ブラッシング》《洗浄・流し法》《清拭》を行い、口腔内を清潔に保つ介入が行われていた (表 7-7)。

『舌苔有』における 5 項目のケア介入の内訳は、《ブラッシング》が一番多く 3 個 (42.86%) のケア介入項目を抽出した。次いで、《保湿》《洗浄・流し法》《清拭》《声かけ》のケア介入項目を抽出した。『舌苔有』も『口臭有』と同様に、《ブラッシング》《洗浄・流し法》《清拭》を行い、口腔内を清潔に保つ介入が行われていた (表 7-8)。

『唾液多量』における 3 項目のケア介入の内訳は、《唾液腺マッサージ》《頬マッサージ》《リストアップ》であった。『唾液多量』時は、唾液腺や頬をアイスマッサージすることで、唾液腺を収縮させ、唾液量を減少させる介入を行っていた (表 7-9)。

『炎症有』における 3 項目のケア介入の内訳は、《ブラッシング》《医師との連携》《歯科受診》のケア介入項目を抽出した。『炎症有』時でも、柔らかい歯ブラシで《ブラッシング》を行い、症状が重篤な場合は《医師との連携》を行い、必要時《歯科受診》を勧めていた (表 7-10)。

6) 義歯使用におけるケア介入項目方法一覧 (表 8)

義歯使用のラベルを分析した結果、ケア介入項目の内訳は 78 個 29 項目のケア介入を抽出した。

29 項目のケア介入項目の内訳として一番多い介入は《義歯着脱介助》で 9 個 (11.54%) であった。次いで、《夜間義歯装着》《夜間義歯管理》《常時義歯管理》《義歯確認》などの介入を行っていた。他に、《義歯一覧表使用》《義歯に記名》《化学的洗浄》などのケア介入項目を抽出した。認知症治療病棟において義歯装着者で問題になるのは、義歯の紛失である。それに対して《義歯に記名》を行い、《義歯一覧表 (を) 使用》し時間を決めて《義歯確認》を行うことで、義歯の紛失を防いでいた。また、夜間は原則としてはスタッフが《夜間義歯管理》を行うが、義歯を除去す

ることで『不穩』となる重度認知症高齢者も多いため《夜間義歯装着》し、『不穩』状態の悪化防止に努めていた。

表3 寝たきり度におけるケア介入方法一覧

表3-1 寝たきり

介入方法項目	ラベル	割合
背中を抑えて側臥位	28	9.09%
誤嚥予防	28	9.09%
洗浄・流し法	27	8.77%
吸引	19	6.17%
清拭	17	5.52%
ブラッシング	16	5.19%
複数人に対応	14	4.55%
リクライニング位30度	12	3.90%
軟膏使用	11	3.57%
加湿	8	2.60%
声かけ	8	2.60%
ベッドの高さ調整・ギャッジアップ	8	2.60%
固定・頭部、肩	8	2.60%
後方から支え・頭、腰	8	2.60%
枕を入れる	8	2.60%
頸部片側回旋	8	2.60%
家族との連携	8	2.60%
含嗽	7	2.27%
口角を引く	5	1.62%
30度側臥位	5	1.62%
ポジショニング・体位固定	4	1.30%
固定・頭部	4	1.30%
抑制・手	4	1.30%
抑制	4	1.30%
90度側臥位	3	0.97%
保湿	2	0.65%
麻痺側から流す	2	0.65%
開口保持	2	0.65%
Kポイント刺激	2	0.65%
手指による清拭	2	0.65%
アISMマッサージ	2	0.65%
歯磨きセット準備	2	0.65%
ケア用品活用	2	0.65%
一呼吸置く	2	0.65%
頸部前屈位	2	0.65%
手技の統一	2	0.65%
痰除去	1	0.32%
食物残渣除去	1	0.32%
唾液腺マッサージ	1	0.32%
頬マッサージ	1	0.32%
観察室看護・個室看護	1	0.32%
処置係・担当者実施	1	0.32%
分別カゴの準備	1	0.32%
顔の下にマットを敷く	1	0.32%
オムツ使用	1	0.32%
見守り	1	0.32%
習慣に合わせる	1	0.32%
爽快感の共有	1	0.32%
ケースバイケース	1	0.32%
短時間実施	1	0.32%
合計	308	100%

表3-2 座位可

介入方法項目	ラベル	割合
声かけ	8	11.27%
洗浄・流し法	7	9.86%
後方から実施	7	9.86%
ブラッシング	6	8.45%
含嗽	4	5.63%
思い出させる	4	5.63%
処置係・担当者実施	3	4.23%
複数人に対応	3	4.23%
誘導	3	4.23%
抑制	3	4.23%
口角から水を入れる	2	2.82%
口角を引く	2	2.82%
食物残渣除去	2	2.82%
歯磨きセット準備	2	2.82%
終了者の確認・残コップ確認	2	2.82%
歯磨き粉不使用	1	1.41%
仕上げ磨き	1	1.41%
本人のところで実施	1	1.41%
環境調整	1	1.41%
周囲にケア用品の準備	1	1.41%
分別カゴの準備	1	1.41%
迎えに行く	1	1.41%
歯ブラシを持たせる	1	1.41%
イメージ化	1	1.41%
模倣させる	1	1.41%
頸部前屈位	1	1.41%
頸部片側回旋	1	1.41%
合計	70	100%

表3-3 自立歩行可

介入方法項目	ラベル	割合
声かけ	16	19.51%
誘導	11	13.41%
思い出させる	7	8.54%
立位実施	5	6.10%
歯ブラシを持たせる	5	6.10%
含嗽	4	4.88%
終了者の確認・残コップ確認	4	4.88%
複数人に対応	4	4.88%
後方から支え・頭、腰	4	4.88%
処置係・担当者実施	3	3.66%
本人のところで実施	2	2.44%
イメージ化	2	2.44%
口角を引く	1	1.22%
清拭	1	1.22%
ブラッシング	1	1.22%
食物残渣除去	1	1.22%
ホールでの歯磨き	1	1.22%
環境調整	1	1.22%
歯磨きセット準備	1	1.22%
分別カゴの準備	1	1.22%
後方から実施	1	1.22%
迎えに行く	1	1.22%
習慣に合わせる	1	1.22%
模倣させる	1	1.22%
ケア中止の判断	1	1.22%
抑制・手	1	1.22%
抑制	1	1.22%
合計	82	100%

表4 口腔ケア自立度におけるケア介入方法一覧

表4-1 全介助

介入方法項目	ラベル	割合
ブラッシング	21	9.68%
保湿	19	8.76%
声かけ	17	7.83%
吸引	16	7.37%
含嗽	13	5.99%
後方から支え・頭、腰	8	3.69%
口角を引く	7	3.23%
開口保持	5	2.30%
Kポイント刺激	5	2.30%
背中を押えて側臥位	5	2.30%
頸部前屈位	5	2.30%
加湿	4	1.84%
軟膏使用	4	1.84%
洗浄・流し法	4	1.84%
歯磨き粉不使用	4	1.84%
後方から実施	4	1.84%
誤嚥予防	4	1.84%
義歯洗浄介助	4	1.84%
食物残渣除去	3	1.38%
処置係・担当者実施	3	1.38%
オムツ使用	3	1.38%
立位実施	3	1.38%
30度側臥位	3	1.38%
90度側臥位	3	1.38%
リクライニング位30度	3	1.38%
抑制・手	3	1.38%
枕を入れる	3	1.38%
口角から水を入れる	2	0.92%
手指による清拭	2	0.92%
周囲にケア用品の準備	2	0.92%
ケア用品活用	2	0.92%
複数人に対応	2	0.92%
一呼吸置く	2	0.92%
イメージ化	2	0.92%
爽快感の共有	2	0.92%
抑制	2	0.92%
頸部片側回旋	2	0.92%
義歯着脱介助	2	0.92%
家族との連携	2	0.92%
ケア用品活用	2	0.92%
観察	1	0.46%
麻痺側から流す	1	0.46%
開口誘導・脱感作	1	0.46%
清拭	1	0.46%
頬マッサージ	1	0.46%
観察室看護・個室看護	1	0.46%
分別カゴの準備	1	0.46%
顔の下にマットを敷く	1	0.46%
終了者の確認・残コップ確認	1	0.46%
誘導	1	0.46%
習慣づける	1	0.46%
思い出させる	1	0.46%
ポジショニング・体位固定	1	0.46%
固定・頭部	1	0.46%
スタッフとの連携	1	0.46%
合計	217	100%

表4-2 半介助

介入方法項目	ラベル	割合
洗浄・流し法	17	11.41%
含嗽	16	10.74%
ブラッシング	15	10.07%
複数人に対応	9	6.04%
後方から実施	6	4.03%
吸引	5	3.36%
口角を引く	5	3.36%
食物残渣除去	5	3.36%
誘導	5	3.36%
立位実施	4	2.68%
思い出させる	4	2.68%
後方から支え・頭、腰	4	2.68%
開口保持	3	2.01%
歯磨き粉不使用	3	2.01%
歯ブラシを持たせる	3	2.01%
イメージ化	3	2.01%
頸部前屈位	3	2.01%
義歯洗浄介助	3	2.01%
口角から水を入れる	2	1.34%
Kポイント刺激	2	1.34%
清拭	2	1.34%
本人のところで実施	2	1.34%
分別カゴの準備	2	1.34%
終了者の確認・残コップ確認	2	1.34%
声かけ	2	1.34%
抑制・手	2	1.34%
抑制	2	1.34%
保湿	1	0.67%
手指による清拭	1	0.67%
仕上げ磨き	1	0.67%
ホールでの歯磨き	1	0.67%
環境調整	1	0.67%
周囲にケア用品の準備	1	0.67%
歯磨きセット準備	1	0.67%
ケア後に食事エプロン除去	1	0.67%
タイミングに合わせる	1	0.67%
段階的介入	1	0.67%
習慣づける	1	0.67%
模倣させる	1	0.67%
爽快感の共有	1	0.67%
ケア中止の判断	1	0.67%
ケースバイケース	1	0.67%
ベッドの高さ調整・ギャッジアップ	1	0.67%
義歯着脱介助	1	0.67%
スタッフとの連携	1	0.67%
合計	149	100%

表4-3 自立

介入方法項目	ラベル	割合
ブラッシング	8	17.78%
声かけ	6	13.33%
含嗽	4	8.89%
常時義歯管理	4	8.89%
終了者の確認・残コップ確認	3	6.67%
歯ブラシを持たせる	3	6.67%
分別カゴの準備	2	4.44%
習慣に合わせる	2	4.44%
洗浄・流し法	1	2.22%
吸引	1	2.22%
食物残渣除去	1	2.22%
ホールでの歯磨き	1	2.22%
処置係・担当者実施	1	2.22%
歯磨きセット準備	1	2.22%
迎えに行く	1	2.22%
誘導	1	2.22%
思い出させる	1	2.22%
ケア中止の判断	1	2.22%
ケースバイケース	1	2.22%
抑制	1	2.22%
義歯確認	1	2.22%
合計	45	100%

表5 中核症状におけるケア介入一覧

表5-1 実行機能障害・記憶障害・失認失行

介入方法項目	ラベル	割合
声かけ	17	26.15%
含嗽	3	4.62%
嚙下マッサージ	3	4.62%
爽快感の共有	3	4.62%
ブラッシング	2	3.08%
誘導	2	3.08%
思い出させる	2	3.08%
イメージ化	2	3.08%
称賛	2	3.08%
洗浄・流し法	1	1.54%
複数人で対応	1	1.54%
保湿	1	1.54%
吸引	1	1.54%
口角を引く	1	1.54%
開口保持	1	1.54%
開口誘導・脱感作	1	1.54%
Kポイント刺激	1	1.54%
お茶使用	1	1.54%
食物残渣除去	1	1.54%
唾液腺マッサージ	1	1.54%
頬マッサージ	1	1.54%
歯磨きセット準備	1	1.54%
分別カゴの準備	1	1.54%
終了者の確認・残コップ確認	1	1.54%
習慣に合わせる	1	1.54%
模倣させる	1	1.54%
タッチング	1	1.54%
習慣づける	1	1.54%
歯ブラシを持たせる	1	1.54%
ポジショニング・体位固定	1	1.54%
抑制	1	1.54%
枕を入れる	1	1.54%
頸部前屈位	1	1.54%
義歯洗浄介助	1	1.54%
常時義歯管理	1	1.54%
義歯一覧表使用	1	1.54%
夜間義歯装着	1	1.54%
家族との連携	1	1.54%
合計	65	100%

表5-2 口腔失行

介入方法項目	ラベル	割合
洗浄・流し法	1	33.33%
ブラッシング	1	33.33%
複数人で対応	1	33.33%
合計	3	100%

表6 BPSDにおける介入項目一覧

表6-1 拒否

介入方法項目	ラベル	割合
複数人で対応	15	12.93%
開口保持	11	9.48%
声かけ	9	7.76%
Kポイント刺激	7	6.03%
ブラッシング	7	6.03%
後方から支え・頭、腰	6	5.17%
ケア中止の判断	5	4.31%
含嗽	4	3.45%
段階的介入	4	3.45%
抑制・手	4	3.45%
洗浄・流し法	3	2.59%
誘導	3	2.59%
抑制	3	2.59%
吸引	2	1.72%
頬マッサージ	2	1.72%
本人のところで実施	2	1.72%
一呼吸置く	2	1.72%
習慣づける	2	1.72%
爽快感の共有	2	1.72%
ケースバイケース	2	1.72%
背中を上げて側臥位	2	1.72%
義歯洗浄介助	2	1.72%
義歯着脱介助	2	1.72%
医師との連携	2	1.72%
手指による清拭	1	0.86%
清拭	1	0.86%
ブラッシング刺使用の確認	1	0.86%
口腔内マッサージ	1	0.86%
環境調整	1	0.86%
オムツ使用	1	0.86%
立位実施	1	0.86%
タイミングに合わせる	1	0.86%
慣れさせる	1	0.86%
ガーグルペーンを持たせる	1	0.86%
90度側臥位	1	0.86%
ポジショニング・体位固定	1	0.86%
枕を入れる	1	0.86%
合計	116	100%

表6-2 暴力

介入方法項目	ラベル	割合
複数人で対応	16	23.88%
ブラッシング	6	8.96%
立位実施	5	7.46%
後方から支え・頭、腰	5	7.46%
抑制・手	5	7.46%
ガーグルペーンを持たせる	4	5.97%
吸引	3	4.48%
開口保持	3	4.48%
男性看護師が対応	3	4.48%
抑制	3	4.48%
含嗽	2	2.99%
Kポイント刺激	2	2.99%
義歯着脱介助	2	2.99%
洗浄・流し法	1	1.49%
清拭	1	1.49%
歯磨き粉不使用	1	1.49%
アイスマッサージ	1	1.49%
習慣づける	1	1.49%
爽快感の共有	1	1.49%
ケア中止の判断	1	1.49%
家族との連携	1	1.49%
合計	67	100%

表6-3 不穏

介入方法項目	ラベル	割合
夜間義歯装着	5	27.78%
ブラッシング	2	11.11%
声かけ	2	11.11%
立位実施	1	5.56%
複数人で対応	1	5.56%
ポジショニング・体位固定	1	5.56%
後方から支え・頭、腰	1	5.56%
抑制	1	5.56%
枕を入れる	1	5.56%
義歯洗浄介助	1	5.56%
常時義歯管理	1	5.56%
義歯常時装着	1	5.56%
合計	18	100.00%

表6-4 俳諧

介入方法項目	ラベル	割合
誘導	1	50.00%
ケア中止の判断	1	50.00%
合計	2	100%

表7 口腔状態におけるケア介入方法一覧

表7-1 口腔乾燥有

介入方法項目	ラベル	割合
保湿	22	29.73%
唾液腺マッサージ	12	16.22%
軟膏使用	6	8.11%
加湿	5	6.76%
アイスマッサージ	5	6.76%
頬マッサージ	4	5.41%
洗浄・流し法	3	4.05%
家族との連携	3	4.05%
吸引	2	2.70%
清拭	2	2.70%
ブラッシング	2	2.70%
処置係・担当者実施	2	2.70%
声かけ	2	2.70%
皮膚マッサージ	1	1.35%
リストアップ	1	1.35%
複数人に対応	1	1.35%
抑制・手	1	1.35%
合計	74	100%

表7-3 嚥下障害有

介入方法項目	ラベル	割合
アイスマッサージ	22	40.74%
嚥下マッサージ	3	5.56%
声かけ	3	5.56%
頸部前屈位	3	5.56%
吸引	2	3.70%
誤嚥予防	2	3.70%
含嗽	2	3.70%
頬マッサージ	2	3.70%
口腔内マッサージ	2	3.70%
処置係・担当者実施	2	3.70%
複数人に対応	2	3.70%
家族との連携	2	3.70%
口角を引く	1	1.85%
お茶使用	1	1.85%
唾液腺マッサージ	1	1.85%
皮膚マッサージ	1	1.85%
観察室看護・個室看護	1	1.85%
リストアップ	1	1.85%
抑制・手	1	1.85%
合計	54	100%

表7-5 残存歯有

介入方法項目	ラベル	割合
洗浄・流し法	4	14.81%
開口保持	4	14.81%
Kポイント刺激	4	14.81%
ブラッシング	3	11.11%
吸引	2	7.41%
含嗽	1	3.70%
口角を引く	1	3.70%
清拭	1	3.70%
ケア用品活用	1	3.70%
声かけ	1	3.70%
ベッドの高さ調整・ギャッジアップ	1	3.70%
後方から支え・頭、腰	1	3.70%
抑制	1	3.70%
医師との連携	1	3.70%
歯科受診	1	3.70%
合計	27	100%

表7-2 痰付着・痰貯留有

介入方法項目	ラベル	割合
保湿	13	18.84%
吸引	11	16.18%
清拭	11	16.18%
ブラッシング	5	7.35%
軟膏使用	4	5.88%
洗浄・流し法	4	5.88%
複数人に対応	3	4.41%
声かけ	3	4.41%
家族との連携	3	4.41%
加湿	2	2.94%
処置係・担当者実施	2	2.94%
誤嚥予防	1	1.47%
痰除去	1	1.47%
口角を引く	1	1.47%
開口保持	1	1.47%
頬マッサージ	1	1.47%
観察室看護・個室看護	1	1.47%
周囲にケア用品の準備	1	1.47%
ケア用品活用	1	1.47%
合計	69	100%

表7-4 食物残渣有

介入方法項目	ラベル	割合
食物残渣除去	9	31.03%
含嗽	5	17.24%
ブラッシング	4	13.79%
声かけ	3	10.34%
ブラッシング剤使用の確認	2	6.90%
爽快感の共有	2	6.90%
洗浄・流し法	1	3.45%
お茶使用	1	3.45%
イメージ化	1	3.45%
ケア中止の判断	1	3.45%
合計	29	100%

表7-6 出血有

介入方法項目	ラベル	割合
医師との連携	4	26.67%
歯科受診	4	26.67%
ブラッシング	3	20.00%
軟膏使用	1	6.67%
洗浄・流し法	1	6.67%
ケア中止の判断	1	6.67%
家族との連携	1	6.67%
合計	15	100%

表7-7 口臭有

介入方法項目	ラベル	割合
ブラッシング	3	42.86%
洗浄・流し法	2	28.57%
清拭	1	14.29%
ブラッシング剤使用の確認	1	14.29%
合計	7	100%

表7-8 舌苔有

介入方法項目	ラベル	割合
ブラッシング	3	42.86%
保湿	1	14.29%
洗浄・流し法	1	14.29%
清拭	1	14.29%
声かけ	1	14.29%
合計	7	100%

表7-9 唾液多量

介入方法項目	ラベル	割合
アイスマッサージ	2	50.00%
唾液腺マッサージ	1	25.00%
リストアップ	1	25.00%
合計	4	100%

表7-10 炎症有

介入方法項目	ラベル	割合
ブラッシング	2	33.33%
医師との連携	2	33.33%
歯科受診	2	33.33%
合計	6	100%

表8 義歯使用におけるケア介入項目方法一覧

介入方法項目	ラベル	割合
義歯着脱介助	9	11.54%
夜間義歯装着	8	10.26%
夜間義歯管理	6	7.69%
含嗽	5	6.41%
常時義歯管理	5	6.41%
義歯確認	5	6.41%
ブラッシング	4	5.13%
ケア中止の判断	4	5.13%
義歯一覧表使用	3	3.85%
義歯に記名	3	3.85%
分別カゴの準備	2	2.56%
声かけ	2	2.56%
タイミングに合わせる	2	2.56%
段階的介入	2	2.56%
化学的洗浄	2	2.56%
家族との連携	2	2.56%
歯科受診	2	2.56%
Kポイント刺激	1	1.28%
複数人に対応	1	1.28%
習慣に合わせる	1	1.28%
習慣づける	1	1.28%
慣れさせる	1	1.28%
爽快感の共有	1	1.28%
ケースバイケース	1	1.28%
後方から支え・頭、腰	1	1.28%
抑制・手	1	1.28%
義歯洗浄介助	1	1.28%
義歯安定剤使用	1	1.28%
スタッフとの連携	1	1.28%
合計	10	100%

4. ケア介入方法の抽出

461 枚のラベルより抽出された重度認知症高齢者の状態に応じたケア介入項目は 98 項目であった。

《観察》《加湿》《保湿》《軟膏使用》《洗浄・流し法》《口角から水を入れる》《麻痺側から流す》《吸引》《痰除去》《含嗽》《口角を引く》《開口保持》《開口誘導・脱感作》《Kポイント刺激》《清拭》《手指による清拭》《ブラッシング》《歯磨き剤使用の確認》《歯磨き粉不使用》《仕上げ磨き》《お茶使用》《食物残渣除去》《アイスマッサージ》《唾液腺マッサージ》《頬マッサージ》《嚥下マッサージ》《口腔内マッサージ》《皮膚マッサージ》《ホールでの歯磨き》《本人のところでケア実施》《環境調整》《周囲にケア用品の準備》《処置係・担当者実施》《歯磨きセット準備》《分別カゴの準備》《顔の下にマットを敷く》《オムツの使用》《ケア後に食事エプロン除去》《ケア用品活用》

《リストアップ》《終了者の確認・残コップ確認》《手技の統一》の 42 項目は、【口腔ケアに関する介入】としてまとめた。

《後方から実施》《立位実施》《観察室看護・個室実施》《見守り》《複数人で対応》《男性看護師が対応》《声かけ》《迎えに行く》《タッチング》《誘導》《タイミングに合わせる》《一呼吸置く》《段階的介入》《習慣に合わせる》《習慣づける》《慣れさせる》《イメージ化》《思い出させる》《歯ブラシを持たせる》《ガーグルベースンを持たせる》《模倣させる》《称賛》《爽快感の共有》《ケア中止の判断》《ケースバイケース》《短時間実施》の 26 項目は、【認知機能低下に関する介入】としてまとめた。

《30 度側臥位》《90 度側臥位》《背中を抑えて側臥位》《リクライニング位 30 度》《ベッドの高さ調整・ギャッジアップ》《ポジショニング・体位固定》《固定・頭部, 肩》《固定・頭部》《後方から支え・頭, 腰》《抑制・手》《抑制》《枕を入れる》《頸部前屈位》《頸部片側回旋》《誤嚥予防》の 15 項目は、【リスク管理に関する介入】としてまとめた。

《義歯洗浄介助》《常時義歯管理》《夜間義歯管理》《義歯確認》《義歯着脱介助》《義歯一覧表使用》《夜間義歯装着》《義歯常時装着》《義歯安定剤使用》《義歯に記名》《化学的洗浄》の 11 項目は、【義歯における介入】としてまとめた。

《家族との連携》《スタッフとの連携》《医師との連携》《歯科受診》の 4 項目は、【口腔ケアにおける連携】としてまとめた。

V. 考察 1 : 重度認知症高齢者に実施されている口腔ケアに関わる介入 5 項目の検討

本研究の結果、重度認知症高齢者における口腔ケア介入が必要な状態として、寝たきり度においては『寝たきり』『座位可』『自立歩行可』の 3 コード、口腔ケア自立度においては『全介助』『半介助』『自立』の 3 コード、中核症状については『実行機能障害・記憶障害・失認失行』『口腔失行』の 2 コード、BPSD においては『拒否』『暴力』『不穏』『徘徊』の 4 コード、口腔状態においては『口腔乾燥有』『痰付着・痰貯留有』『嚥下障害有』『食物残渣有』『残存歯有』『出血有』『口臭有』『舌苔有』『唾液多量』『炎症有』10 コード、それに『義歯使用』を合わせて 23 コードを抽出した。また、これら重度認知症高齢者に実施している口腔ケア介入として 98 項目を抽出し【口腔ケアに関する介入】【認知機能低下に関する介入】【リスク管理に関する介入】【義歯における介入】【口腔ケアにおける連携】の 5 項目にまとめた。これら重度認知症高齢者の状態と口腔ケア介入について考察する。

1. 【口腔ケアに関する介入】

重度認知症高齢者の口腔内の状況として『口腔乾燥有』をきたしている高齢者が多い。高齢者における口腔乾燥の自覚症状については、平成 13 年度長寿科学総合研究事業「高齢者の口腔乾燥症と唾液物性に関する研究」で実施された口腔乾燥の自覚症状に関する調査研究で、65 歳以上の高齢者のうち 56.1%が口腔乾燥を自覚しており、病院などへ入院入所していない高齢者に限っても 51.1%と高い頻度であることが示された⁴⁸⁾。本研究においても、ケア介入が必要な口腔状態の中で一番多い 74 個の介入が行われていた。その要因として、周辺症状に対して処方された向精神病薬などの影響で唾液分泌量が低下し、口腔乾燥をきたしやすく⁴⁹⁾、加齢による口腔周囲筋の筋

力低下による口呼吸の影響⁵⁰⁾や、長期臥床が続くと僧帽筋の短縮が起こり項部後屈位短縮となる⁵¹⁾ことなど様々考えられる。そのケアとして、《唾液腺マッサージ》が、日常的な介入として行われていた。また、重度認知症高齢者の口腔乾燥は特に起床時に激しいことから、水による《加湿》や保湿剤による《保湿》《軟膏使用》を実施し、口唇や口腔粘膜を湿潤させて開口を促すことで、出血や亀裂を生じることなく口腔内の剥離上皮を除去したり、《痰除去》をしたりするように心がけていた。しかし、水による加湿は保湿効果が少なく乾燥した粘膜上を流れて気道へ入りやすく⁵²⁾不顕性誤嚥を引き起こす可能性もあるので、チャート作成時には、水による《加湿》ではなくネブライザーによる《加湿》を採用することとする。また、《軟膏使用》は、口腔粘膜面への塗布には適さなく、口唇の塗布なら可能であるため⁵³⁾、《軟膏使用》はチャート作成時には選択しないこととする。

認知症高齢者に提供されている口腔ケアは、う蝕、歯周病あるいは口臭の原因となるプラークを歯や義歯から除去するとともに、舌苔や粘膜の汚れを除去して口腔全体を清潔に保ち、誤嚥性肺炎などの呼吸器疾患を予防することが基本である⁵⁴⁾。また、レビー小体型認知症は、パーキンソン症状が出現したり、脳血管性の認知症では麻痺が出現したりすることもあり⁵⁵⁾、自力での口腔ケアが困難な場合もあることから、重度認知症高齢者の口腔状態や、ADL 状態を評価し個々に応じたケア方法を選択することが必要となる。《洗浄・流し法》の実施時は、《口角から水を入れ(る)》て《麻痺側から流(す)》し、排液時は《口角を引く》。《吸引》や《含嗽》《ブラッシング》《清拭》《手指による清拭》を実施することは重度認知症高齢者に対して、誤嚥性肺炎予防の観点からも最低限必要なケア介入と考える。しかし、失認失行状態では、《歯磨き剤使用の確認》を行い、《歯磨き粉(を)不使用》とすることや《仕上げ磨き》が必要になることが考えられる。

口腔マッサージとしては、《アイスマッサージ》《唾液腺マッサージ》《頬マッサージ》《嚥下マッサージ》《口腔内マッサージ》《皮膚マッサージ》の6項目があった。《アイスマッサージ》は、『嚥下障害有』『口腔乾燥有』『唾液多量』で抽出された。『嚥下障害有』時のアイスマッサージは、前口蓋弓をアイスマッサージ棒で刺激することにより嚥下反射を起こさせる⁵⁶⁾ことを目的に行う《嚥下マッサージ》と同様である。また、『口腔乾燥有』時は口腔内をアイス棒で刺激することで唾液の分泌を促すため《唾液腺マッサージ》と同様に考えることとする。しかし、『唾液多量』の場合は、皮膚アイスマッサージで、冷カット綿を両頬部へ当て、耳下腺周囲を冷却しながらマッサージすることで唾液の分泌を抑制して流涎を減少させる⁵⁷⁾。そのためチャートにおいては《アイスマッサージ》と《頬マッサージ》、《皮膚マッサージ》は唾液多量の場合の介入方法と考え、それらをまとめて《アイスマッサージ》として、介入方法に取り入れることとする。

次に、開口のための介入としては《開口保持》《開口誘導・脱感作》《Kポイント刺激》の3項目を抽出した。これらの項目は特に、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』や『拒否』において抽出された。歯垢は24時間を過ぎると硬くなり始めるため、1日1回は丁寧に除去することが必要⁵⁸⁾であり、看護師の口腔ケアに対する思いとして《Kポイント刺激》や《脱感作》で《開口誘導》し《開口保持》を行いながら口腔ケアを実施している様子が伺える。

《お茶使用》《食物残渣除去》の2項目は、『食物残渣有』時に抽出した。高齢者は食事時に、お茶を飲用する習慣が多いことから、食事の最後に《お茶(を)使用》することで食物残渣を洗い流すこともできる。これら2項目は『食物残渣有』の介入として必要不可欠と考える。

《観察》は、重度認知症高齢者の口腔状態に適した介入項目を明確にするために用いる方法であり、すべての状態において必要な介入と考えるが、本結果では状態 23 コードのうち、『全介助』のみに抽出し、他のコードにおいては抽出されなかった。これは、実際《観察》することで、重度認知症高齢者の状態を把握していることから《観察》は必須項目であるにも関わらず当然のことであり、答える必要がないと対象者に意識され、インタビューの言葉としては抽出されなかったためではないかと考える。このことから、《観察》し状態を判断することは、チャートにおいては前提条件として捉えることとする。

口腔ケア介入の準備のための項目として《環境調整》《周囲にケア用品の準備》《歯磨きセット準備》《分別カゴの準備》の 5 項目を抽出した。また、口腔ケアの実施の有無の確認として、《リストアップ》《終了者の確認・残コップ確認》《処置係・担当者（が）実施》《ホールでの歯磨き》《本人のところでケア実施》の 5 項目を抽出した。また、《顔の下にマットを敷く》《オムツの使用》《ケア後に食事エプロン除去》《歯磨き粉不使用》の 4 項目なども《観察》同様、重度認知症高齢者の状態に対応した介入方法ではなく、口腔ケア実施のために必要な項目として捉えることができる。しかし、今回作成するチャートは、重度認知症高齢者の状態に適した介入項目を明確にする目的であるため、選択項目として確定する必要の有無について文献で確認することとする。

2. 【認知機能低下に関する介入】

認知症の脳活性化リハビリテーションの原則の中に、快刺激が笑顔を生み意欲を高めることや、会話が安心を生むことが報告⁵⁹⁾されている。本研究結果でも《爽快感の共有》や《称賛》が快刺激となり笑顔を生み、意欲を高め、《声かけ》《タッチング》によって安心感につながるようなケアを行っていた。口腔ケア介入時の《声かけ》や《タッチング》という介入が認知機能の低下の抑制につながったという報告⁶⁰⁾もある。特に《声かけ》に着目すると、《声かけ》は『寝たきり』『座位可』『自立歩行可』すべての状態において抽出された。これは、重度認知症高齢者といえども尊厳に配慮し「その人らしさ」を尊重してケア介入が行われている現状が伺える。重度認知症高齢者は自分の意思を伝えるに苦しいため、看護師が頻回に《声かけ》を行うことで精神的安寧を図っていた。重度認知症高齢者の状況を《見守り》、対象者の《タイミングに合わせる》ために《一呼吸置く》ことや、《段階的介入》を行うなどの方法は、重度認知症高齢者のペースに合わせ、薬剤の効果時間などを考え、介入しやすい時間帯に口腔ケアを実施することで、BPSD を増強させないようにする配慮と考える。特に、レビー小体型認知症や脳血管性認知症では、状態の良い時と悪い時の差が非常に大きいことがある⁶¹⁾ので、対象者の《タイミングに合わせる》介入を心がけて行っていた。また、《習慣に合わせる》《イメージ化》《思い出させる》《歯ブラシを持たせる》《ガーグルベースンを持たせる》《模倣させる》などの介入は、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』『拒否』『暴力』時だけでなく、『座位可』や『自立歩行可』『半介助』『自立』時にも多く抽出された。記憶障害や実行機能障害があってもこのような介入を行うことで、口腔ケア方法を思い出し、ケアを少しでも自分でできるように援助していた。さらに、前頭側頭型認知症の場合は繰り返し行動を取るようになるので⁶²⁾、口腔ケア方法を統一することで介入が行い易くなる⁶³⁾ため、《慣れさせる》ことや《習慣づける》ことも効果的と考える。また、拒否が強い場合でも重度認知症高齢者を《迎えに行(く)》き、徘徊の途中に洗面所の前でたまたま通りかかったような《誘

導》をして口腔ケアを促したりすることで、口腔ケアの実施につなげていた。しかし、それでも『拒否』が強く『暴力』が激しい場合は、《ケースバイケース》で《ケア中止の判断》を行うこともあったが、出来る事なら、《複数人で対応》したり《男性看護師が対応》し、口腔ケアを《後方から実施》したり《立位（で）実施》し、《短時間（でも）実施》していた。特に、重度認知症高齢者は、注意障害を有している割合が高く口腔ケアに集中できる時間は短いため、1回の口腔ケアにかかる時間はできるだけ《短時間実施》で行うのが望ましいと考える。また、場合によっては《観察室看護・個室（での）実施》をしていたが、これは花形ら⁶⁴が述べているように他者に見えないようにするという対象者の尊厳に配慮した介入であった。

以上より、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』における介入としては、対象者のこれまでの《習慣に合わせる》ように、洗面所に《誘導》し、動作を《思い出させる》ための介入として《タッチング》を行いながら《模倣させ（る）》、終了時には《称賛》や《爽快感の共有》という《声かけ》を行うという介入方法が有効と考える。また、BPSDが激しい時には《タイミングに合わせる》介入が必要であり、実施時には《短時間実施》が望ましく、開口拒否が激しい時には《開口誘導》や《開口保持》が必要となる。

今回、【認知機能低下に関する介入】として抽出した項目は今回作成するチャートに必要な項目と考える。

3. 【リスク管理に関する介入】

【リスク管理に関する介入】においては、特に《ポジショニング・体位固定》の具体的な内容が含まれ、『寝たきり』『座位可』『全介助』のコードにおいて多く抽出した。看護介入分類(Nursing Interventions Classification : NIC)においては、ポジショニングは「生理的安寧／心理的安寧を促進するために、患者または身体部分を熟考のうえ位置づけること」⁶⁵と定義されている。つまり、重度認知症高齢者の安楽をもたらすことが前提として行われる技術である。重度認知症高齢者の唾液や水分誤嚥の苦痛を考えると、口腔ケアにおいても、水分の咽頭流入を予防するために、対象者を健側側臥位とする。特に、口腔ケアを単独で実施するならクッションなど《枕を（背中に）入れる》等実施し《30度（以上の）側臥位》とし、協力を得ることができれば《背中を抑えて（側臥位）》対象者の体を固定し、《固定・頭部、肩》《固定・頭部》《後方から支え・頭、腰》など実施ながら《90度側臥位》をとる。また、頸部が過伸展した不安定な姿勢は、喉頭の運動を制限し、唾液や食物の誤嚥を引き起こす⁶⁶ため《頸部前屈位》や《頸部片側回旋》を行うことでより《誤嚥予防》につながる。また、臥床した重度認知症高齢者において《ベッドの高さ調整・ギャッジアップ》として《リクライニング位30度》をとることは、気管が上で食道が下になり、水分が重力により気道ではなく食道に入りやすい⁶⁷ため誤嚥防止につながる。特に、嚥下障害は、脳血管性認知症で麻痺がある場合や、レビー小体型認知症の場合は比較的早期から症状が出現する⁶⁸ので、適切なポジショニングを行い、《誤嚥予防》に努めなければならないと考える。

次に、《抑制》《抑制・手》であるが、これは『暴力』『拒否』など15コードにおいて抽出した。具体的な方法としては、「身体全体を押さえつけるのではなく、両手を握手するように抑え、必要な部分を最低限の範囲で抑制し、他の身体の動きはできるだけ自由にさせて口腔ケアを実施している」と述べていた。重度認知症高齢者は、暴力行為や急に顔を動かすことで、歯ブラシなどに

より口腔粘膜の損傷や歯牙欠損が起こる可能性もあるため、《抑制》はやむを得ないと考えるが、倫理的な面から考えると必要最低限の介入として留めるべきであると考えことから、チャートの選択項目として確定する必要の有無は次章の文献において確認することとする。

以上より、《誤嚥予防》としては《ポジショニング・体位固定》が特に重要であり、その具体的方法として《リクライニング位 30 度》や《90 度側臥位》に固定し《頸部前屈位》や《頸部片側回旋》を行うことが必要と考える。これらの項目は今回作成するチャートの必要項目と考える。

4. 【義歯における介入】

重度認知症高齢者の義歯における問題としては、自己管理が難しいことから義歯の紛失があげられる⁶⁹⁾。特に、重度認知症高齢者は義歯そのものを誤飲する⁷⁰⁾こともあり、部分義歯を誤飲した場合、その先端が鋭利な維持装置（クラスプ）が重度認知症高齢者の粘膜に刺さり食道内に留まり食道壁裂孔から縦隔膿瘍に発展したという報告⁷¹⁾もある。その予防として《義歯一覧表（を）使用》して、定期的に《義歯確認》を行い《常時義歯管理》を行うことと、《義歯に記名》し他者の義歯と間違えないようにする必要がある。特に、夜間は義歯落下、義歯の誤嚥防止⁷²⁾や粘膜の感染症の予防の観点からも義歯を除去することが好ましく⁷³⁾、スタッフによる《夜間義歯管理》が必要となる。その場合は《義歯に記名》があると返却時に間違えることも起こりにくい。しかし、義歯を除去することで『不穩』になる重度認知症高齢者も多く見られる。その場合は、義歯の歯垢除去を徹底して行うために除菌効果が高い《化学的洗浄》⁷⁴⁾を行い、《夜間義歯装着》し《義歯（を）常時装着》するよう勧めることもある。また、認知症が重度化すると自力での義歯洗浄や義歯着脱が不可能となる高齢者も多くなるため、《義歯洗浄介助》《義歯着脱介助》が必要となる。

次に、認知症高齢者は新しく義歯を制作することが困難であったり、新しい義歯の受け入れが困難であったりすることが多い⁷⁴⁾ので、義歯が不安定な場合は、《義歯安定剤（の）使用》が必要となる。義歯の不適合は食事量の低下に影響するだけでなく、会話に影響が出たり、口腔内の潰瘍形成や感染を起こしたりする可能性もある。また、痛みの出現により、重度認知症高齢者の「BPSD」を助長させる可能性もある。特に、口腔乾燥や顎堤の吸収により義歯の安定が悪くなる⁷²⁾ため、《義歯安定剤（を）使用》することも介入として必要と考える。

以上より、《義歯一覧表（の）使用》や《義歯に記名》し《常時義歯管理》することは重度認知症高齢者の義歯使用者には必要であり、義歯を長期間使用するためには《義歯洗浄介助》や《義歯安定剤（を）使用》し、《義歯着脱介助》並びに、夜間は義歯を取り外し《夜間義歯管理》を行うことが好ましい。また感染予防の観点から《化学的洗浄》を行い、そのため、【義歯における介入】の 11 項目はチャートに必要な項目と考える。

5. 【口腔ケアにおける連携】

重度認知症高齢者に口腔ケアを実施する場合の連携として、《家族との連携》《スタッフとの連携》《医師との連携》《歯科受診》の 4 項目を抽出した。重度認知症高齢者に口腔ケアを実施する場合、入院前の習慣を把握して介入することが効果的であるため、《家族との連携》を行うことで自宅での口腔ケアの状況や重度認知症高齢者の口腔ケアについての思いを把握することができる。

また、重度認知症高齢者の状態として、『拒否』や『暴力』が激しい場合は、《スタッフとの連携》を行い、情報の共有や協力してケアを実施する必要がある。さらに、BPSDの症状が激しい場合は、《医師との連携》により薬剤の調製を行い症状の安定を図る必要がある。口腔状態が悪化し痛みを伴うとBPSDの状態変化にもつながるため、《歯科受診》が必要となる。以上のように、【口腔ケアにおける連携】における項目は重度認知症高齢者の各状態における介入方法というより、口腔ケアを行う上での必須条件であると考えられる。

VI. 考察2 既刊書籍情報との照合による口腔ケアに関わる介入項目の検討

重度認知症高齢者に提供されている口腔ケアの介入方法について、その専門的視点からの内容の保証と、必要な基本的口腔ケア方法を精選するために、臨床で利用されている口腔ケア関連の書籍に提示されている介入方法を確認し、内容の妥当性を検討後、認知症治療病棟における重度認知症高齢者の状態に提供されている口腔ケアに関わる介入項目の検討後、ケア方法を確定した。

1. 書籍の検索方法とケア介入項目の検討方法

検討対象の書籍を得るために、データベースにWebcat plusを用いてキーワードを「認知症」と「口腔ケア」として一致検索を行った。検索において抽出された一番古い書籍が2007年発行であったことから、その認知症患者における口腔ケアの研究を反映させた内容の書籍が増えていると考え、2007年以降に発行されている書籍を選択対象とした。海外発行書籍は、Pub Medを用いた。

Webcat plusの検索結果から、認知症高齢者に提供されている口腔ケアについて言及する書籍として6冊を確認した。その中で、書籍名に「認知症」と「口腔ケア」の両方が記載されている書籍は、『実践！認知症を支える口腔のケア』（2007年発行）⁷⁶と『認知症高齢者の口腔ケアの理解のために』（2009年発行）⁷⁷および『これから始める認知症高齢者の口腔ケア』（2011年発行）⁷⁸、の3冊であった。これら3冊はすべて歯科医師が監修しており、中でも『認知症高齢者の口腔ケアの理解のために』は日本口腔ケア学会が出版していた。

「口腔ケア」のみの検索結果では、545冊の書籍を確認した。それら545冊の書籍の概要を確認し、機能的口腔ケアに対する介入方法についてのみ記載されている書籍や嚥下食についてのみ記載されている書籍・認定テキスト・報告書・特集記事を除外したところ、56冊に絞られた。その後、以降に発行された書籍に限定した結果16冊を得た。その中から2013年に口腔ケア学会が発行している書籍『口腔ケアガイド』⁷⁹を選択した。選択理由は、執筆者が30名と多く、歯科医師、看護師、歯科衛生士と多職種が関わっていること、また、2007年以降に発行された15冊の書籍の執筆者も加わられていることから、その期間の口腔ケアについて網羅されていると考えた。

海外発行書籍の選択理由は、口腔ケアの対象者を高齢者・認知症・有病者・障害者と限定して書かれていることと、対象の読者は医療従事者に限定し、現場で役立つように口腔ケアにおける具体的な指針と方向性を提供していることから『Holistic Oral Care』⁸⁰を選択した。前出の3冊にこれら2冊を加え、合計5冊を分析対象とした。

書籍を精読し、記載内容から、口腔ケアが必要な状態と介入方法を確認した。次に、各書籍から抽出した重度認知症高齢者の状態と介入方法について、看護師から抽出された状態および介入

方法と比較検討し、十分な記載理由によりチャートに活用できる重度認知症高齢者に提供する口腔ケア内容を判断した。

2. 書籍毎の重度認知症高齢者の症状と提供されている口腔ケア方法

1) 『実践！認知症を支える口腔のケア』⁷⁶⁾

本書の記載内容から類似の口腔ケア介入項目を分類し、『口臭有』において読み取れた介入方法として《歯磨き》や《家族との連携》などを含め、合計 56 項目の介入方法を確認できた。中でも、BPSD の『拒否』における介入項目も多く 14 項目を占めていた。また、『口腔乾燥有』における《薬剤確認》が確認できた。さらに、この書籍のみ BPSD の『徘徊』における介入方法の記載があり、10 項目の介入方法が確認できた。

2) 『認知症高齢者の口腔ケアの理解のために』⁷⁷⁾

本書の記載内容から類似の口腔ケア介入項目を分類し、『唾液多量』において読み取れた介入方法として《吸引》や《薬剤確認》を含め、合計 91 項目の介入方法を確認できた。中でも、『拒否』における 23 項目の介入や、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』における介入も多く、《観察室実施・個室実施》を始め 20 項目を確認できた。また、『口腔失行』における介入として《歯ブラシをもたせる》《ケア用品活用》の 2 項目を確認できた。さらに、看護師から抽出された結果以外に、この書籍から『拒否』における介入方法として《部位限定清掃》が確認できた。

3) 『これから始める認知症高齢者の口腔ケア』⁷⁸⁾

本書は、口腔ケアの流れとして、認知機能を中心とした認知症高齢者の全身像を把握することの重要性を初めに述べ、口腔内の観察から口腔ケアの準備・口腔ケアの実際の段階に分けて、Q&A の形で説明していた。口腔状態の観察では、口腔清掃の状況を評価し、口腔の外部から口腔の内部へ観察の焦点を移すと良い、と述べていた。

本書の記載内容から類似の口腔ケア介入項目を分類し、『口腔乾燥有』において読み取れた介入方法として《保湿》や《洗浄・流し法》などを含め、合計 92 項目の介入方法を確認できた。中でも、『認知症高齢者の口腔ケアの理解のために』と同様、『拒否』における介入が 23 項目を占めていた。看護師からの結果以外に、『口腔失行』における《口腔周囲筋マッサージ》が確認できた。

4) 『口腔ケアガイド』⁷⁹⁾

本書の記載内容から類似の口腔ケア介入項目を分類し、『中核症状』において読み取れた介入方法として《残渣除去》や《声かけ》などを含め、合計 82 項目の介入方法を確認できた。中でも、口腔状態の『嚥下障害有』における介入項目が多く記載され 19 項目が含まれていた。また、看護師の結果以外に、本書から『出血有』時に抗血小板薬の使用確認の必要性が述べられ、『出血有』の介入方法として《薬剤確認》が新たに確認できた。

5) 『Holistic Oral Care』⁸⁰⁾

本書の記載内容から類似の口腔ケア介入項目を分類し、寝たきり度『寝たきり』において読み取れた介入方法として《吸引》《頸部前屈位》など合計 39 項目を確認できた。中でも『口腔ケアガイド』と同様、『義歯使用』における介入が記載され、《義歯に記名》や《夜間義歯保管》の必要性を述べており、『義歯使用』において 7 項目の介入方法を確認できた。

6) 5 冊の書籍で確認できた重度認知症高齢者の状態とケア介入項目

5冊の書籍から確認できた重度認知症高齢者のケア介入が必要とされる状態は、21項目で『全介助』と『不穏』における介入は確認できなかった。看護師から抽出した重度認知症高齢者の状態に応じたケア介入98項目のうち、《お茶使用》や《立位実施》など18項目は書籍から確認されなかった。しかし、新たに《口腔周囲筋マッサージ》《横に立つ》《部位限定清掃》《薬剤確認》の4項目を確認し、中でも『口腔乾燥』における介入の《薬剤確認》は5冊全てから確認できた。その結果、書籍から確認できた重度認知症高齢者の状態に応じたケア介入項目は434項目であった。

3. 看護師と書籍の重度認知症高齢者に提供する口腔ケア介入の比較

看護師から抽出した重度認知症高齢者の状態に応じた介入項目と、書籍から確認できた状態に応じた介入項目を比較することにより、各介入項目の必要性が把握できる可能性があると考え。そこで、それらの項目について介入方法別、ならびに、状態別の介入方法を検討し、重度認知症高齢者に提供する口腔ケア介入を明確に示すことを試みる（表1）。

1) 【口腔ケアに関する介入】にまとめられた介入項目

看護師から抽出した【口腔ケアに関する介入】41項目のうち、書籍からも確認された項目は、《加湿》《保湿》《洗浄・流し法》等21項目であった。看護師から抽出された結果で、書籍との確認項目としていた口腔ケア介入の準備のための《環境調整》《周囲にケア用品の準備》《歯磨きセット準備》《分別カゴの準備》の5項目と、口腔ケアの実施の有無の確認のための《リストアップ》《終了者の確認・残コップ確認》《処置係・担当者実施》《ホールでの歯磨き》《本人のところでケア実施》の5項目、また、《顔の下にマットを敷く》《オムツの使用》《ケア後に食事エプロン除去》《歯磨き粉不使用》の4項目に関して、書籍と確認した結果、両者から抽出された項目は《環境調整》、歯ブラシに歯磨剤をつける介助の《歯磨きセット準備》、自立度別に分けた《分別カゴの準備》の3項目にすぎなかった。また、書籍から《口腔周囲筋マッサージ》が新たに確認され、【口腔ケアに関する介入】にまとめられた介入項目は42項目となった。

2) 【認知機能低下に関する介入】にまとめられた介入項目

看護師から抽出した【認知機能低下に関する介入】24項目のうち、書籍からも確認された項目は、《後方から実施》《立位実施》《声かけ》等18項目であった。書籍から《横に立つ》《部位限定清掃》の2項目が新たに確認され、【認知機能低下に関する介入】にまとめられた介入項目は26項目となった。

3) 【リスク管理に関する介入】にまとめられた介入項目

看護師から抽出した【リスク管理に関する介入】15項目のうち、書籍からも確認された項目は《30度側臥位》《リクライニング位30度》《頸部前屈位》等11項目であった。看護師から抽出された結果で書籍との確認項目としていた《抑制・手》《抑制》に関しては、やはり『拒否』や『暴力』時の介入方法として書籍からも確認された。

4) 【義歯における介入】にまとめられた介入項目

看護師から抽出した【義歯における介入】11項目のうち、書籍からも確認された項目は《義歯洗浄介助》《夜間義歯管理》《義歯着脱介助》等9項目であり、《義歯一覧表使用》と《義歯常時装着》は確認されなかった。

5) 【口腔ケアにおける連携】にまとめられた介入項目

看護師から抽出した【口腔ケアにおける連携】4項目のうち、書籍からも確認された項目は《家族との連携》《医師との連携》《歯科受診》の3項目であった。書籍から新たに《薬剤確認》が確認され、【口腔ケアにおける連携】にまとめられた介入項目は5項目となった。《薬剤確認》に関しては、書籍5冊全てから確認された。

6) 寝たきり度における看護師と書籍の比較

書籍から抽出した『寝たきり』におけるケア介入は、認知症治療病棟に勤務する看護師から抽出された内容と同様、ポジショニングについての介入が多かった。【リスク管理に関する介入】の中の《背中を抑えて側臥位》や《リクライニング位 30度》《頸部片側回旋》《頸部前屈位》など7項目が一致していた。また、【口腔ケアに関する介入】では《洗浄・流し法》《吸引》《ブラッシング》など6項目が一致していた。他に、【認知機能低下に関する介入】の《短時間実施》が一致していた。以上の結果から、『寝たきり』におけるケア介入として14項目を確定できた。ケア介入のうち看護師から5個以上抽出したにもかかわらず、書籍から確認されなかった項目は、《声かけ》《複数人で対応》など10項目であった。

次に、『座位可』におけるケア介入のうち、看護師と書籍が一致していた項目は、【口腔ケアに関する介入】では《ブラッシング》、【認知機能低下に関する介入】では《後方から実施》、【リスク管理に関する介入】では《頸部前屈位》《頸部片側回旋》の、合わせて4項目であった。これら4項目を『座位可』におけるケア介入として確定できた。ケア介入のうち看護師から5個以上抽出したにもかかわらず、書籍から確認されなかった項目は、『寝たきり』同様《声かけ》であった。

『自立歩行可』におけるケア介入のうち、看護師と書籍が一致していた項目は、【認知機能低下に関する介入】では《立位実施》《後方から実施》と《抑制》の3項目であった。これら3項目を『自立歩行可』におけるケア介入として確定できた。ケア介入のうち看護師から5個以上抽出したにもかかわらず、書籍から確認されなかった項目は、【認知機能低下に関する介入】の《声かけ》《誘導》《思い出させる》など4項目であった。

7) 口腔ケア自立度における看護師と書籍の比較

口腔ケア『全介助』『半介助』におけるケア介入のうち、看護師と書籍が一致していた項目は見出せなかった。

『自立』におけるケア介入のうち看護師と書籍が一致していた項目は、【口腔ケアに関する介入】の《ブラッシング》1項目のみであった。ケア介入のうち看護師から5個以上抽出したにもかかわらず、書籍から確認されない項目は、《声かけ》であった。

8) 中核症状における看護師と書籍の比較

『実行機能障害・記憶障害・失認失行』におけるケア介入のうち、看護師と書籍が一致していた項目は【口腔ケアに関する介入】では《開口誘導・脱感作》《開口保持》など7項目、【認知機能低下に関する介入】では《声かけ》《誘導》《称賛》など12項目、【リスク管理に関する介入】では《ポジショニング・体位固定》、【口腔ケアにおける連携】では《家族との連携》であった。これら21項目を『実行機能障害・記憶障害・失認失行』におけるケア介入として確定できた。ケア介入のうち看護師から5個以上抽出したにもかかわらず、書籍から確認されない項目は見出せなかった。

『口腔失行』におけるケア介入のうち、看護師と書籍が一致していた項目は見出せなかった。

9) BPSD における看護師と書籍の比較

『不穏』におけるケア介入は書籍から確認されなかったが、看護師から 5 個以上抽出した項目に【義歯における介入】の《夜間義歯装着》があった。

『拒否』におけるケア介入のうち、看護師と書籍が一致していた項目は【口腔ケアに関する介入】では《開口保持》《K ポイント刺激》《ブラッシング》など 7 項目、【認知機能低下に関する介入】では《声かけ》《複数人で対応》《タイミングに合わせる》など 9 項目、【リスク管理に関する介入】では《後方から支え・頭、腰》《抑制・手》《抑制》の 3 項目、【口腔ケアにおける連携】では《医師との連携》の 1 項目であった。これら 20 項目を『拒否』におけるケア介入として確定できた。

『暴力』におけるケア介入のうち、看護師と書籍が一致していた項目は【口腔ケアに関する介入】では《ブラッシング》、【認知機能低下に関する介入】では《複数人で対応》、【リスク管理に関する介入】では《後方から支え・頭、腰》《抑制・手》の 2 項目であった。これら 4 項目を『暴力』におけるケア介入として確定できた。ケア介入のうち看護師から 5 個以上抽出したにもかかわらず、書籍から確認されない項目は《立位実施》であった。

『徘徊』におけるケア介入のうち、看護師と書籍が一致していた項目は【認知機能低下に関する介入】の《誘導》1 項目のみであった。この 1 項目を『徘徊』におけるケア介入として確定できた。

10) 口腔状態における看護師と書籍の比較

『嚥下障害有』におけるケア介入のうち、看護師と書籍が一致していた項目は【口腔ケアに関する介入】では《吸引》《含嗽》《口角を引く》の 3 項目であった。【認知機能低下に関する介入】では《複数人で対応》、【リスク管理に関する介入】では《頸部前屈位》の、合わせて 5 項目であった。これら 5 項目を『嚥下障害有』におけるケア介入として確定できた。ケア介入のうち看護師から 5 個以上抽出したにもかかわらず、書籍から確認されない項目は《アイスマッサージ》であった。

『食物残渣有』におけるケア介入のうち、看護師と書籍が一致していた項目は【口腔ケアに関する介入】では《洗浄・流し法》《含嗽》《ブラッシング》《食物残渣除去》の 4 項目であった。これら 4 項目を『食物残渣有』におけるケア介入として確定できた。

『痰付着・痰貯留有』におけるケア介入のうち、看護師と書籍が一致していた項目は【口腔ケアに関する介入】では《加湿》《保湿》《痰除去》《ブラッシング》《ケア用品活用》の 5 項目であった。これら 5 項目を『痰付着・痰貯留有』におけるケア介入として確定できた。ケア介入のうち看護師から 5 個以上抽出したにもかかわらず、書籍から確認されない項目は《吸引》と《清拭》であった。

『口腔乾燥有』におけるケア介入のうち、看護師と書籍が一致していた項目は【口腔ケアに関する介入】では《加湿》《保湿》《吸引》など 7 項目であった。これら 7 項目を『口腔乾燥有』におけるケア介入として確定できた。ケア介入のうち看護師から 5 個以上抽出したにもかかわらず、書籍から確認されない項目は《軟膏使用》であり、反対に、口腔粘膜面へ塗布には適さないという記述⁸⁾を確認した。

『出血有』におけるケア介入のうち、看護師と書籍が一致していた項目は【口腔ケアに関する

介入】では《洗浄・流し法》《ブラッシング》であり，【口腔ケアにおける連携】では《医師との連携》《歯科受診》の，合わせて4項目であった．これら4項目を『出血有』におけるケア介入として確定できた．

『残存歯有』におけるケア介入のうち，看護師と書籍が一致していた項目は【口腔ケアに関する介入】では《洗浄・流し法》《吸引》《含嗽》など6項目，【口腔ケアにおける連携】では《歯科受診》であった．これら7項目を『残存歯有』におけるケア介入として確定できた．

『舌苔有』におけるケア介入のうち，看護師と書籍が一致していた項目は【口腔ケアに関する介入】の《保湿》《清拭》《ブラッシング》3項目であった．これら3項目を『舌苔有』におけるケア介入として確定できた．

『唾液多量』におけるケア介入のうち，看護師と書籍が一致していた項目は見出せなかった．

『口臭有』と『炎症有』におけるケア介入のうち，看護師と書籍が一致していた項目は【口腔ケアに関する介入】の《ブラッシング》であった．この1項目を『口臭有』と『炎症有』におけるケア介入として確定できた．

11) 義歯使用における看護師と書籍の比較

『義歯使用』におけるケア介入のうち，看護師と書籍が一致していた項目は，【認知機能低下に関する介入】では《声かけ》，【義歯における介入】では《義歯洗浄介助》《夜間義歯管理》《義歯着脱介助》など10項目，【口腔ケアにおける連携】の《歯科受診》であった．これら11項目を『義歯使用』におけるケア介入として確定できた．ケア介入のうち看護師から5個以上抽出したにもかかわらず，書籍から確認されない項目は《含嗽》であった．

12) 口腔ケアクロス表の介入項目抽出箇所（表2）

口腔ケアクロス表の介入項目抽出箇所を確認すると、両者が一致した割合が多いのは、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』の21項目21%，次いで『拒否』の20項目20%であった。

表2 口腔ケアクロス表の介入項目抽出箇所

状態		介入項目抽出箇所		看護師のみ		書籍のみ		両者が一致	
		個数	割合	個数	割合	個数	割合		
寝たきり度	寝たきり	35	34%	1	1%	14	14%		
	座位可	23	23%	4	4%	4	4%		
	自立歩行可	24	24%	2	2%	3	3%		
自立度	全介助	55	54%	0	0%	0	0%		
	半介助	45	44%	0	0%	0	0%		
	自立	22	22%	1	1%	1	1%		
中核症状	実行機能障害								
	記憶障害	17	17%	18	18%	21	21%		
	失認失行								
	口腔失行	2	2%	6	6%	0	0%		
BPSD	不穏	13	13%	1	1%	0	0%		
	拒否	16	16%	23	23%	20	20%		
	暴力	17	17%	10	10%	4	4%		
	徘徊	1	1%	10	10%	1	1%		
口腔状態	嚥下障害有	14	14%	18	18%	5	5%		
	食物残渣有	6	6%	2	2%	4	4%		
	痰付着								
	痰貯留有	14	14%	0	0%	5	5%		
	口腔乾燥有	10	10%	7	7%	7	7%		
	出血有	3	3%	5	5%	4	4%		
	残存歯有	8	8%	4	4%	7	7%		
	舌苔有	2	2%	5	5%	3	3%		
	唾液多量	3	3%	3	3%	0	0%		
	口臭有	3	3%	5	5%	1	1%		
	炎症有	2	2%	7	7%	1	1%		
義歯使用	17	17%	3	3%	12	12%			

4. 重度認知症高齢者に提供されている口腔ケア方法の検討

重度認知症高齢者の看護を日常業務として担っている看護師の介入方法と、書籍から得られた介入方法を比較した結果に基づき、重度認知症高齢者に提供されている口腔ケア方法について検討する。

寝たきり度において抽出された介入は、ポジショニングのための介入が中心となっていた。重度認知症高齢者は、加齢や脳血管障害などによる喉頭や気管の感覚低下により、誤嚥してもむせない不顕性誤嚥を起こしやすい。不顕性誤嚥は、患者自身や周囲が気づきにくい誤嚥であり、気づかないうちに誤嚥する量が増え、肺炎などを引き起こす危険性が高くなる⁸²⁾。これが、高齢になるほど肺炎による死亡率が高まる一因でもある。したがって、口腔ケア時のポジショニングは、

誤嚥性肺炎の予防のためには欠かせない。中でも、《リクライニング位 30 度》は、気道開口部と食道開口部の位置関係から《リクライニング位 30 度》以下であると、気管が食道より上位となり、唾液や汚染水が流れ込んでも重力により食道に入りやすい⁸³⁾。また、《リクライニング位 30 度》は、頭部の保持力が少なくてすむ⁸⁴⁾ため、安定した体位といえる。そのため、《リクライニング位 30 度》は誤嚥予防の観点から欠かせない介入である。また、やや前屈になるように首の後に枕を配置した《頸部前屈位》は、重力の関係で前咽頭期型誤嚥が減少する⁸³⁾。頸部をやや健側に傾ける《頸部片側回旋》は、口腔ケア時の汚染水を排出することができない場合に有効である⁸⁵⁾。寝たきり状態における介入として抽出された《リクライニング位 30 度》《頸部片側回旋》《頸部前屈位》は、チャートに必要項目として確定できると考える。

認知機能低下の状態における介入のうち開口のための介入として、《開口誘導・脱感作》《開口保持》《K ポイント刺激》などが抽出された。重度認知症高齢者が開口を拒否する理由として、不安に対する拒否だけではなく、原始反射の出現も関連しており、口腔においては吸啜反射や咬反射、口すぼめ反射が代表的である⁸⁶⁾と述べられているが、口腔ケア実施のためには、開口が必須条件であるため、そのための介入は必要不可欠である。《脱感作》やマッサージにより緊張を和らげ、《K ポイント刺激》を行うことで、原始反射を誘発し、さらに、《歯ブラシをもたせる》《ガーグルベースンをもたせる》ことで、開口を《思い出させる》介入を行い、開口を促していた。文献においても、原始反射が出現している重度認知症高齢者に対して、本人に歯ブラシを持たせて手を誘導すると原始反射が抑えられ、開口できる場合がある⁸⁷⁾ことが述べられている。これらのことから、認知機能低下の状態における介入として開口のための介入は必要項目として確定できると考える。

口腔状態のうち、『口腔乾燥有』の状態における介入として、書籍から《薬剤確認》が確認された。重度認知症高齢者の BPSD が激しくなった場合は、医師と相談し抗精神病薬の使用が必要となる。その抗精神病薬の副作用で、過鎮静状態になると、口腔ケアも困難となる。過鎮静の原因には、抗精神病薬の多剤服用や大量投与による過鎮静と薬剤そのものがもつ不適切な過鎮静がある⁸⁸⁾と報告されている。過鎮静の高齢者の口腔状態の特徴としては、咳嗽反射や嚥下反射が抑制され、唾液や痰の貯留を認めるようになり、薬剤性嚥下機能低下につながる。また、抗コリン薬の副作用による唾液分泌抑制により口腔内の自浄作用が低下する⁸⁹⁾。これらの特徴をふまえ、『口腔乾燥有』時の口腔ケア介入においては、《薬剤確認》が必要な介入項目として確定できると考える。

第3章. 重度認知症高齢者に提供する口腔ケアチャート作成方法（研究2）

I. 認知症及び摂食・嚥下を専門とする看護師との内容検討と口腔ケアチャート（案）作成

第2章で明らかにした、重度認知症高齢者に提供されている口腔ケア介入項目を用い、ケアの対象としての可否、直接的な介入方法の是非について検討し、重度認知症高齢者に用いる口腔ケア方法の選定を助けるチャート（案）を作成した。その後、認知症看護認定看護師1名、摂食・嚥下障害看護認定看護師2名と約4時間の会議を2回、その後、研究1の対象病院で勤務している摂食・嚥下障害看護認定看護師1名と2時間余り討議を行った。討議の方法としては、重度認知症高齢者の状態として適切かどうか、介入方法として実際に可能かどうかの視点で行った。その討議後に作成した口腔ケアチャートを基に、精神看護学教授1名と内容検討を行い、チャートの完成とした。

なお、本研究から、介入項目を、介入状態項目と介入方法項目に分けて記述した。

1. 介入状態項目の抽出

- 1) 口腔ケア介入が必要と看護師が認識していた重度認知症高齢者の介入状態項目と、書籍から確認した介入状態項目のうち、両者で一致していた介入状態項目は、ケア対象の状態として認めた。
- 2) 看護師または、書籍のみから確認された介入状態項目に関しては、専門家4名の意見も加え、臨床で頻回に遭遇する介入状態項目は必要性があると判断した。
- 3) 特徴的な介入方法項目が確認できない場合は除外した。

2. 介入方法項目の抽出

- 1) 研究1で確認した介入方法項目について、チャートの目的である重度認知症高齢者の状態に応じた介入方法項目を記載するため、ヘルスプロモーションのための介入方法項目を削除した。
- 2) 1)で確定した介入状態項目において、特異性が強い介入方法項目を選定し、詳細な記載の介入方法項目は、集約して別の介入方法項目に含め精選した。
- 3) 本来なら、1人でケア実施できるように介入方法項目を選定するが、緊急性がある場合やリスク管理上必要と判断できる場合の介入方法項目も選定した。

3. 確定した項目の記載順序

チャートは、簡便に重度認知症高齢者の介入状態項目と介入方法項目を選定できることが条件であるため、順序性が重要と考えた。

1) 介入状態項目の記載順序

(1) 寝たきり度、中核症状、BPSD、口腔状態、義歯使用についての記載順序は、ケア介入の順序として、全身を観察して細部に至ることを考慮し、記載順序を決定した。

(2) 寝たきり度で抽出された介入状態項目は、誤嚥予防が主な目的であるため【リスク管理に関する介入】を中心に整理した。

(3) 中核症状、BPSD、口腔状態の各介入状態項目について、記載順序として、第2章で抽出し

たケア介入項目数が多いほど、臨床でその状態に遭遇する頻度が高いと考えた。したがって、遭遇する頻度が高い介入状態項目から、記載するほうが簡便に使用できると考え記載順序を確定した。

(4) 介入状態項目中の各介入方法項目は、同じ項目は同じ列に配置し、介入方法項目の重なりが確認しやすい様にした。

2) 口腔ケア介入が必要な重度認知症高齢者の介入状態項目と介入方法項目を、チャートに明記し、チャート(案)を作成した。

3) 作成したチャート(案)を、整合性について専門家とディスカッションし、重度認知症高齢者に提供する口腔ケアチャートを完成した。

II. 結果

1. 介入状態項目の抽出

寝たきり度は、看護師から『寝たきり』『座位可』『自立歩行可』の3コードが抽出された。したがって、書籍においても、口腔ケアを受ける状態として必要な介入が確認できたため、『寝たきり』『座位可』『自立歩行可』の3コードはチャートに明記する状態として確定した。

口腔ケア自立度は、看護師から『全介助』『半介助』『自立』の3コードを抽出した。書籍において、この3項目において看護師、書籍両者より抽出された項目は、『自立』における《ブラッシング》のみであった。これは、重度認知症高齢者は口腔ケア『自立』であっても、《ブラッシング》が確実にできているかどうか確認が必要であることを意味している。しかし、《ブラッシング》は自立度に関係なく必要な項目であるため、口腔ケア自立度で抽出された『全介助』『半介助』『自立』の3コードにおいて介入方法項目としては採用しないこととした。

中核症状は、看護師から『実行機能障害・記憶障害・失認失行』『口腔失行』の2コードと、それぞれの状態における介入項目も抽出できた。書籍においても、重度認知症高齢者に口腔ケアを提供できる状態にするため、中核症状のそれぞれの状態に応じた介入を行う必要性を確認できた。そのため、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』『口腔失行』の2コードをチャートに明記する状態として確定した。

BPSDは、看護師から『拒否』『暴力』『不穏』『徘徊』の4コードと、それぞれの状態における介入項目を抽出した。そのうち、『拒否』『暴力』『徘徊』の3コードにおいては、書籍においても介入項目を確認でき、重度認知症高齢者に口腔ケアを提供できる状態として必要であることが確認できた。しかし看護師から抽出された『不穏』の原因は、義歯不使用が示され、その状態に対する介入方法が抽出された。書籍では『不穏』における介入項目は確認できなかったが、義歯不使用が原因で『不穏』となるのであれば、口腔ケア介入として、実施する必要があるため、『不穏』も含め、『拒否』『暴力』『不穏』『徘徊』の4コードをチャートに明記する状態として確定した。

口腔状態は、看護師から『口腔乾燥有』『痰付着・痰貯留有』『嚥下障害有』『食物残渣有』『残存歯有』『出血有』『口臭有』『舌苔有』『唾液多量』『炎症有』10コードと、それぞれの状態における介入項目を抽出した。今回作成するチャートは器質的口腔ケアにおける介入方法を明確にすることを目的としているが、『嚥下障害有』は口腔ケア実施時に《誤嚥予防》が重要であるため重度認知症高齢者の介入が必要な項目として取り上げることとした。また、『唾液多量』におけるケア介

入は、書籍からは確認できなかった。しかし、書籍から、抗精神病薬などの副作用による『唾液多量』の状態に応じたケア介入が、重度認知症高齢者の安全のためには大変重要であることが示されたことから、『唾液多量』も必要な項目と判断できる。また、『口臭有』と『炎症有』におけるケア介入のうち、看護師と書籍が一致していた項目は《ブラッシング》のみであった。この『口臭有』と『炎症有』の2つのコードは、その原因として、歯周病やう蝕・舌苔などがあり、それらの状態が改善されなければ、痛みが増加しBPSDの悪化につながる可能性があるため、口腔ケア介入の必要性が高い。口腔状態における『口腔乾燥有』『痰付着・痰貯留有』『嚥下障害有』『食物残渣有』『残存歯有』『出血有』『口臭有』『舌苔有』『唾液多量』『炎症有』の10コードをチャートに明記する状態として確定した。

看護師から抽出した『義歯使用』は、書籍でも多くの介入項目が確認されたため、チャートに明記する状態として確定した。

以上のプロセスを経て、19コードを口腔ケア介入が必要な重度認知症高齢者の状態として確定した。

2. 介入方法項目の抽出

1) 寝たきり度における介入方法項目

(1) 『寝たきり』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された《30度側臥位》《90度側臥位》《背中を抑えて側臥位》《リクライニング位30度》《ベッドの高さ調整・ギャッジアップ》《頸部前屈位》《頸部片側回旋》は、誤嚥性肺炎の予防のための介入方法項目として、チャートに必要な項目と判断できる。側臥位について特に片麻痺患者の場合は側臥位が好ましい⁹⁰⁾と言われているが、書籍からは、《30度側臥位》《90度側臥位》《背中を抑えて側臥位》の3項目を抽出した。《誤嚥予防》の角度として望ましいのは《90度側臥位》であるが、90度に重度認知症高齢者を固定するためにはクッション等だけでは難しく介助者が《背中を抑えて側臥位》にしなければならない。対象者の固定のための協力者が望めず、1人で口腔ケアを実施する場合でも、リスク管理のための角度調整として《30度側臥位》は必要な介入方法項目である。そのため、《側臥位》を最低限必要な介入方法項目とし、麻痺がある場合を考えチャートには《健側側臥位固定》として確定した。

《リクライニング位30度》《ベッドの高さ調整・ギャッジアップ》の2項目については、ベッドの高さを《リクライニング位30度》にギャッジアップするため、《リクライニング位30度》として確定する。以上より、『寝たきり』の状態における介入方法項目として、《健側側臥位固定》《リクライニング位30度》《頸部前屈位》《頸部片側回旋》の4項目を確定させる。

(2) 『座位可』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された《頸部前屈位》《頸部片側回旋》の2項目は《誤嚥予防》において必要な介入方法項目である。また、同様に、看護師、書籍両者より抽出された《後方から実施》は、対象者の後方に介助者が立ち、対象者の頸部が後屈したことで口腔内の洗浄水や唾液を誤嚥することが無いようにするための方法である。この介入方法項目は高齢者に多い僧帽筋の短縮による項部後屈位短縮⁵¹⁾の状態において《頸部前屈位》をとるために有効な方法である。以上より、『座位可』の状態における介入方法項目として、《頸部前屈位》《頸部片側回旋》《後方から実施》の3項目を確定した。

(3) 『自立歩行可』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目は、《立位

実施》《後方から実施》《抑制》であった。《抑制》は、『自立歩行可』で口腔ケアへの『拒否』が強い場合に《抑制》が必要となるため抽出された。看護師からは、『拒否』が強い場合でも対象者の背中を壁につけ、介助者が対象者の正面から両手を把持することで、ケア実施者が介助で口腔ケアを実施するという《立位実施》が可能になるという方法が示された。『後方から実施』は、『自立歩行可』で口腔ケアを座位で行うことを前提としている。そのため、チャートの『自立歩行可』の状態における介入方法項目として《立位実施》を確定した。

2) 中核症状における介入方法項目

(1) 『実行機能障害・記憶障害・失認失行』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目として、《ブラッシング》《含嗽》《食物残渣除去》の3項目があった。重度認知症高齢者の場合、セルフケア能力が低下し口腔環境が悪化していることが多いが、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』により、口腔内の異常に気づきにくい。そのため、重度認知症高齢者に《ブラッシング》《含嗽》《食物残渣除去》の3項目は必要な介入方法項目である。しかし、これら3項目は『実行機能障害・記憶障害・失認失行』に限定した介入方法項目ではないため、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』に提供する介入方法項目としては採用しないこととした。次に、《歯磨きセットの準備》《分別カゴの準備》に関しては、失認失行等の場合、本人と他人の器具の分別ができにくくなるため、必要な介入といえる。しかし、これらの介入方法項目も、病棟として事前に実施する項目であるため、チャートには採用しないこととした。次に、【認知機能低下に関する介入】において看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目は、重度認知症高齢者が発症前の《習慣に合わせ(る)》で、口腔ケアが実施できる場所へ《誘導》し、《歯ブラシをもたせる》ことで口腔ケア行為を《思い出させ(る)》。また、口腔ケア行為を《模倣させる》ことにより《イメージ化》させ口腔ケアの実施に至る。ケア中は、実施することができた口腔ケア行為を《称賛》し、終了後は、対象者に口腔内の《爽快感の共有》ができるような《声かけ》を行い、口腔ケアを《習慣づける》介入を行う。これら10項目は、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』における口腔ケアを実行するための、介入方法項目として必要と判断できる。しかし、《歯ブラシをもたせる》は《思い出させ(る)》のための一つの行為であるため、まとめて《思い出させる》とした。他に、《ポジショニング・体位固定》と《家族との連携》は《ブラッシング》等と同様に『実行機能障害・記憶障害・失認失行』に特異的な介入方法項目ではないため、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』において提供する介入方法項目としては採用しないこととする。以上より、チャートの『実行機能障害・記憶障害・失認失行』への必要な介入方法項目として《習慣に合わせる》《誘導》《思い出させる》《模倣させる》《イメージ化》《称賛》《爽快感の共有》《習慣づける》《声かけ》の9項目を確定した。

(2) 『実行機能障害・記憶障害・失認失行』の状態において看護師、書籍両者より抽出された《開口誘導・脱感作》《口腔周囲筋マッサージ》であるが、これらは、『口腔失行』においても文献から抽出されている。この2項目は開口目的の介入方法項目である。重度認知症でも口唇に触れると開口することがあり、開口後は《開口保持》し、視野を確保することで口腔ケアを開始できる。そのように考えると、《開口誘導・脱感作》《口腔周囲筋マッサージ》《開口保持》の3項目は主に『口腔失行』時に必要な介入方法項目であるため、チャートの『口腔失行』への介入方法項目として確定した。

3) BPSD におけるケア介入項目

(1) 『拒否』の状態において看護師，書籍両者より抽出された介入方法項目のうち，【口腔ケアに関する介入】では開口拒否における介入として，開口のための《K ポイント刺激》と《頬マッサージ》《口腔内マッサージ》と安全な口腔ケア実施のための《開口保持》であった。しかし，『拒否』における《K ポイント刺激》《頬マッサージ》《口腔内マッサージ》の3項目は《開口誘導》のための具体的介入方法項目であるため，まとめて《開口誘導》とした。次に，《清拭》《ブラッシング》《環境調整》は『拒否』に限定して考えられる介入方法項目ではないため『拒否』への介入方法項目としては採用しないこととした。【認知機能低下に関する介入】において看護師，書籍両者より抽出された介入方法項目は，《複数人で対応》《声かけ》《タイミングに合わせる》《段階的介入》《習慣づける》《慣れさせる》《爽快感の共有》《ケア中止の判断》《ケースバイケース》の9項目であった。『拒否』が強い場合でも，薬剤の効果等で状態が比較的安定している時間帯を見つけ，対象者の《タイミングに合わせ(る)》て，口腔ケアを実施する。また，口腔ケアを受け入れてもらうために簡単な言葉で《声かけ》を行い，指示に従えない場合は，安全に行うために《複数人で対応》することもある。最初からすべて磨こうとせず短時間に《段階的(に)介入》し清掃できる範囲を広げていく。理解・信頼が得られない状態で口腔ケアを実施すると『拒否』が更なる強くなるので，《ケースバイケース》で無理強いしないように《ケア中止の判断》をすることもあ。終了後には《爽快感の共有》のための《声かけ》を行い，口腔ケアに《慣れさせる》。これら9項目は『拒否』の状態における介入として必要な介入方法項目と判断できる。しかし，この中で，《ケースバイケース》は《タイミングに合わせる》や《ケア中止の判断》と同等と捉え削除した。【リスク管理に関する介入】において看護師，書籍両者より抽出された介入方法項目は，《後方から支え・頭・腰》《抑制・手》《抑制》の3項目であった。これらは『拒否』が激しい場合，安全のため《複数人で対応》し《抑制》することで口腔ケアを実施するための介入である。しかし，対象者の尊厳に配慮するならば《抑制》することなく口腔ケアを実施したい。そのため，これら4項目はレスキュー時に実施する介入方法項目とした。以上より，チャートの『拒否』への必要な介入方法項目として《開口誘導》《声かけ》《タイミングに合わせる》《段階的介入》《習慣づける》《慣れさせる》《爽快感の共有》《ケア中止の判断》の8項目を確定した。

(2) 『暴力』の状態において看護師，書籍両者より抽出された介入方法項目は，【口腔ケアに関する介入】では《ブラッシング》であるが，これも『暴力』に限定した介入方法でないため，チャートには採用しないこととした。【認知機能低下に関する介入】では《複数人で対応》であった。【リスク管理に関する介入】においては，《後方から支え・頭・腰》《抑制・手》であった。《後方から支え(・頭・腰)》て《抑制(・手)》を《複数人で対応》して実施する場合，本人の尊厳へ配慮するならば，他者から見られないように《観察室看護・個室看護》とし，《タイミングに合わせ(る)》て《短時間(で)実施》することが望ましい。以上より，チャートの『暴力』への必要な介入方法項目として《タイミングに合わせる》《観察室看護・個室看護》《短時間実施》の3項目を確定した。しかし，《複数人で対応》《後方から支え・頭・腰》《抑制・手》の3項目は『拒否』同様，対象者の尊厳に配慮しレスキュー時に実施する介入方法項目とした。

(3) 『不穏』の状態における介入方法項目は，書籍から確認されなかったが，看護師からは，義歯除去時に『不穏』状態となることが多く述べられ，その時の介入として介入方法項目を抽出し

た。そのため、口腔ケア時の『不穏』についての原因把握が必要であるが、その原因の一つが義歯不使用の状態であった。義歯不使用時の『不穏』においては、《義歯夜間装着》や《義歯常時装着》が必要な介入項目と考える。以上より、チャートの『不穏』への必要な介入方法項目として、《義歯夜間装着》や《義歯常時装着》の2項目を確定した。

(4) 『徘徊』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目は、【認知機能低下に関する介入】における《誘導》のみであった。しかし、『徘徊』における《誘導》について、書籍では、対象者が『徘徊』している時に、介助者は横に並び一緒に歩きながら、途中洗面所の前で、「ついでに洗面をしましょう」というように《タイミングに合わせ(る)》て《声かけ》を行うことで口腔ケアを実施できる可能性がある。無理な《誘導》を行うのではなく、重度認知症高齢者のペースに合わせた《誘導》を実施する。また、『徘徊』する重度認知症高齢者は口腔ケアを《短時間(しか)実施》できないため、一度に全体の口腔ケアは難しい。その対応として《部位限定清掃》法で行い、口腔全体を6部位に分け、口腔全体の清掃を2日で行う方法も効果的である⁹¹⁾と示されていた。『徘徊』において看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目の《誘導》と、書籍から確認できたうち、《タイミングに合わせる》《声かけ》《短時間実施》《部位限定清掃》の4項目はチャートに必要な介入方法項目といえる。以上より、チャートの『徘徊』への必要な介入方法項目として、《誘導》《タイミングに合わせる》《声かけ》《短時間実施》《部位限定清掃》の5項目を確定させる。

4) 口腔状態におけるケア介入項目

(1) 『口腔乾燥有』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目は、【口腔ケアに関する介入】で《加湿》《保湿》《吸引》《清拭》《ブラッシング》《アイスマッサージ》《唾液腺マッサージ》の7項目であった。『口腔乾燥有』の場合は、特に舌や口腔粘膜への《保湿》が必要である。保湿剤のスプレー噴霧やスポンジブラシなど《ケア用品(を)活用》して塗布すると効果的である。『口腔乾燥有』は唾液分泌量が低下すると症状悪化につながることから、唾液分泌を促す介入が必要となる。そのため、口腔内の《アイスマッサージ》を行い頬粘膜や舌粘膜のマッサージ効果によって口腔内の唾液腺開口部を刺激することで、粘膜上の唾液湿潤度が改善される⁹²⁾。また、《唾液腺マッサージ》により唾液腺を刺激し唾液分泌を促すことで口腔乾燥が改善される。《アイスマッサージ》は《唾液腺マッサージ》の一方法であるので、まとめて《唾液腺マッサージ》とした。《吸引》は、唾液腺マッサージ等により、唾液の分泌量が増加した場合、窒息の恐れがあることからリスク管理として必要と考えるが、『口腔乾燥有』の場合の直接的な介入方法とは言えないため削除した。『口腔乾燥有』において看護師、書籍両者より抽出された7項目のうち《吸引》と《アイスマッサージ》を除いた5項目は、チャートに必要な介入方法項目と判断する。さらに、5冊の書籍全てから《薬剤確認》が確認され、抗精神病薬などの副作用⁹³⁾で『口腔乾燥(有)』をきたすことが示されエビデンスも明確にされていたことから必要な介入方法項目といえる。以上より、チャートの『口腔乾燥有』への必要な介入項目として、《加湿》《保湿》《ブラッシング》《唾液腺マッサージ》《ケア用品活用》《薬剤確認》の6項目を確定した。

(2) 『痰付着・痰貯留有』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目は、【口腔ケアに関する介入】で《加湿》《保湿》《痰除去》《ブラッシング》《ケア用品活用》の5項目であった。『痰付着・痰貯留有』時に、乾燥した痰を無理に除去しようとするすると粘膜を傷つけ、

出血や感染を起こす⁹⁴⁾ことがあるので、ネブライザーを用いた《加湿》や、保湿剤をスポンジブラシなど《ケア用品活用》し《保湿》を行い、口腔内を湿潤させて、乾燥した痰をふやかし剥離しやすい状態にして《ブラッシング》し《痰除去》を行う。以上より、チャートの『痰付着・痰貯留有』への必要な介入方法項目として、《加湿》《保湿》《痰除去》《ブラッシング》《ケア用品活用》の5項目を確定した。

(3) 『嚥下障害有』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目は、【口腔ケアに関する介入】で《吸引》《含嗽》《口角を引く》の3項目であり、【認知機能低下に関する介入】では《複数人で対応》、【リスク管理に関する介入】では《頸部前屈位》と合わせて5項目であった。『嚥下障害有』では書籍から抽出した《誤嚥予防》のために《複数人で対応》し、《ポジショニング・体位固定》として《頸部前屈位》をとることが必要であり、《含嗽》水を《口角を引(く)》いて流したり、吸引したりすることで口腔内に残らないようにすることが大切である。『嚥下障害有』において看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目のうち、《吸引》《含嗽》《口角を引く》の3項目はチャートに必要な介入方法項目であるが、《口角を引く》は《含嗽》時の介助方法であるので、《含嗽》としてまとめた。《複数人で対応》と《頸部前屈位》は《ポジショニング》のための具体的な介入方法であるため、『嚥下障害有』の状態に対する介入としては選定しないこととした。以上より、チャートの『嚥下障害有』への必要な介入方法項目として、《吸引》《含嗽》《ポジショニング》の3項目を確定した。

(4) 『食物残渣有』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目は、【口腔ケアに関する介入】で《洗浄・流し法》《含嗽》《ブラッシング》《食物残渣除去》の4項目であった。『食物残渣有』時に《食物残渣除去》を確実にを行うための《ブラッシング》方法として、歯間ブラシやデンタルフロスなど、書籍から確認できた《ケア用品活用》が必要である。その後、《含嗽》により、食物残渣を取り除く。また、書籍からは確認されなかったが、看護師から抽出した介入方法項目に《お茶使用》がある。この介入方法項目は、食後にお茶を飲むことで、口腔内の食物残渣を洗い流す効果があるため、臨床で多用されている介入である。そのため優先できる介入方法項目として、チャートの選定項目と判断した。以上より、チャートの『食物残渣有』への必要な介入方法項目として、《洗浄・流し法》《含嗽》《ブラッシング》《食物残渣除去》《ケア用品活用》《お茶使用》の6項目を確定した。

(5) 『残存歯有』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目は、【口腔ケアに関する介入】で《洗浄・流し法》《吸引》《含嗽》《清拭》《ブラッシング》《ケア用品活用》と【口腔ケアにおける連携】の《歯科受診》の7項目であった。『残存歯有』の場合は、その歯を大切にするための介入が必要となる。そのためにタフトブラシなど細かい介入が可能な《ケア用品(を)活用》して《ブラッシング》を行い、高齢者の歯の喪失の原因となる歯周病予防のための《洗浄・流し法》を実施し、口腔内に残った水の《吸引》を確実にを行い、可能ならば《含嗽》し、《ブラッシング》が難しいようであれば、介助で《清拭》を行う。『残存歯有』において看護師、書籍両者より抽出された7項目は、重度認知症高齢者の提供するチャートに必要な介入方法項目といえる。以上より、チャートの『残存歯有』への必要な介入方法項目として、《洗浄・流し法》《吸引》《含嗽》《清拭》《ブラッシング》《ケア用品活用》《歯科受診》の7項目を確定した。

(6) 『出血有』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目は、【口腔ケア

に関する介入】で《洗浄・流し法》《ブラッシング》と【口腔ケアにおける連携】の《医師との連携》《歯科受診》の4項目であった。『出血有』時の《ブラッシング》について、歯肉出血のためにブラッシングを控えると、口腔衛生状態が低下する。それに伴い歯垢が厚くなり、歯垢中の病原菌（嫌気性の歯周病菌など）の割合も高まり、歯肉の炎症が悪化しさらに歯肉から出血しやすくなる⁹⁵⁾と示されていた。そのため、《ブラッシング》実施時は、軟毛のブラシを選択し、指で歯肉を保護しながら《ブラッシング》したり、タフトブラシなど《ケア用品（を）活用》したりして、歯頸部をなぞるようにケアするとよい。歯垢があれば《医師との連携》を行い、《歯科受診》し、除去を依頼する。また、口腔内を《洗浄・流し法》し凝血塊があれば再出血しないように気をつけて除去する⁹⁶⁾。そのため、《洗浄・流し法》《ブラッシング》《ケア用品活用》《医師との連携》《歯科受診》は、チャートに必要な介入方法項目といえる。さらに、書籍からは《薬剤確認》を確認しているが、これは重度認知症高齢者が内服している可能性が高い抗血小板薬の作用により、止血しにくい場合があるため《薬剤確認》が必要となる。以上より、チャートの『出血有』への必要な介入方法項目として、《洗浄・流し法》《ブラッシング》《ケア用品活用》《医師との連携》《歯科受診》《薬剤確認》の6項目を確定した。

(7)『舌苔有』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目は、【口腔ケアに関する介入】で《保湿》《清拭》《ブラッシング》の3項目であった。『舌苔（有）』は細菌のリザーバーともなる⁹⁷⁾ため、確実な除去が必要である。《保湿》剤などで軟らかくしスポンジブラシなど《ケア用品（を）活用》して《清拭》するとよい。舌ブラシを用いた《ブラッシング》も効果的である。以上より、チャートの『舌苔有』への必要な介入方法項目として、《保湿》《清拭》《ブラッシング》《ケア用品活用》の4項目を確定した。

(8)『口臭有』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目は、【口腔ケアに関する介入】で《ブラッシング》の1項目のみであった。『口臭有』の原因は、口腔内に原因がある場合と口腔外に原因がある場合に分かれる。口腔内に原因がある場合は、歯周病や、う蝕・舌苔などによる場合や、歯や義歯の《ブラッシング》不足により口腔の嫌気性菌が繁殖し腐敗して悪臭を生じている場合もある⁹⁸⁾。そのため、原因を把握し、《ブラッシング》を行い、口臭予防に務める。以上より、チャートの『口臭有』への必要な介入方法項目として《ブラッシング》を確定した。

(9)『炎症有』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目は、『口臭有』と同様【口腔ケアに関する介入】で《ブラッシング》の1項目のみであった。『炎症有』時は、口腔内の観察が必須である。歯周病などの歯周組織疾患の有無や、う蝕、義歯などの装着状況を観察し、重症化を回避する。歯周病・う蝕は、感染源となる⁹⁹⁾ため、《歯科受診》し、歯科医師と連携し治療を行う。《ブラッシング》は、歯面についた歯垢を除去し、歯肉縁下の細菌数を減らすことも考えられ、『炎症有』において看護師、書籍両者より抽出された《ブラッシング》と、書籍から確認できた《歯科受診》の2項目は、チャートに必要な介入方法項目である。以上より、チャートの『炎症有』への必要な介入方法項目として、《ブラッシング》《歯科受診》の2項目を確定した。

(10)『唾液多量』の状態における介入方法項目は、看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目は確認されなかった。書籍からは《吸引》《ケア用品活用》《薬剤確認》の3項目を確認してい

る。『唾液（が）多量』に流れるときは、嚥下が出来ず口腔内に貯留している可能性があるため、《吸引》を行う。また、唾液の粘度が強い場合はスポンジブラシなど《ケア用品（を）活用》して除去する。さらに、抗精神病薬などの副作用⁹⁹⁾により『唾液多量』となることもあるため、《薬剤確認》し、薬剤師との連携が必要である。また、書籍からは確認されなかったが、看護師から抽出された項目に《アイスマッサージ》があった。これは、冷カット綿を対象者の両頬部へ当て、耳下腺周囲を冷却しながらマッサージすることで唾液の分泌を抑制して流涎を減少させる効果的な方法であるため、チャートに必要な介入方法項目である。『唾液多量』において書籍から確認できた《吸引》《ケア用品活用》《薬剤確認》の3項目と《アイスマッサージ》は重度認知症高齢者の提供するチャートに必要な介入方法項目といえる。以上より、チャートの『唾液多量』への必要な介入方法項目として、《吸引》《ケア用品活用》《薬剤確認》《アイスマッサージ》の4項目を確定した。

5) 義歯使用におけるケア介入項目

『義歯使用』の状態において、看護師、書籍両者より抽出された介入方法項目は、【認知機能低下に関する介入】の《声かけ》と【義歯における介入】の《義歯洗浄介助》《夜間義歯管理》など9項目、【口腔ケアにおける連携】の《家族との連携》《歯科受診》の、合わせて12項目であった。

『義歯使用』時は、まず、《常時義歯管理》のために、装着状態の《義歯確認》が必要である。《常時義歯管理》は《義歯確認》と同様と捉え、チャートに加える項目は《義歯確認》のみとする。義歯の不適合は下顎が固定せず誤嚥を招く恐れがある¹⁰⁰⁾。そのため、《義歯安定剤（を）使用》する。また、重度認知症高齢者の義歯装着者で問題になるのは義歯の紛失である¹⁰¹⁾。それを防ぐためには、《義歯に記名》が必要である。自力でのケアができない場合は、《義歯装着介助》や《義歯洗浄介助》が必要である。また、清掃不良の義歯は細菌繁殖の温床となる。ブラシによる物理的清掃に加え、洗浄剤による《化学的清掃》を併用すると良い¹⁰²⁾。義歯の日常の使用としては、日中装着し、就寝時は外して口腔粘膜を休めると良いと言われているため、介助者は《夜間義歯管理》する。以上7項目は重度認知症高齢者の提供するチャートに必要な介入方法項目と確定した。

3. 介入状態項目の順序

1) ケア介入の順序は、全身を観察して細部に至ることから、介入状態項目の記載順序を、寝たきり度、中核症状、BPSD、口腔状態、義歯使用の順に確定した。

2) 寝たきり度における介入状態項目数は、『寝たきり』308個、『座位可』70個、『自立歩行可』82個であったが、寝たきり度は動作状態の順に、『寝たきり』『座位可』『自立歩行可』とした。

3) 中核症状における介入状態項目数は、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』65個、『口腔失行』3個であるため、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』『口腔失行』の順とした。

4) BPSDにおける介入状態項目数は、『不穏』18個、『拒否』116個、『暴力』67個、『徘徊』2個であったため、『拒否』『暴力』『不穏』『徘徊』の順とした。

5) 口腔状態における介入状態項目数は、『嚥下障害有』54個、『食物残渣有』29個、『痰付着・痰貯留有』69個、『口腔乾燥有』74個、『出血有』15個、『残存歯有』27個、『舌苔有』7個、『唾液多量』4個、『口臭有』7個、『炎症有』6個であった。そのため、『口腔乾燥有』『痰付着・痰貯留有』『嚥下障害有』『食物残渣有』『残存歯有』『出血有』『舌苔有』『口臭有』『炎症有』『唾液多

量』の順とした。

4. チャート（案）の作成

結果1～3を基に，重度認知症高齢者に提供する口腔ケアチャート（案）を作成した（図 1）。

重度認知症高齢者に提供する口腔ケアフローチャート

患者の状態を判断する

左の機能に対し推奨されているケアを記載しています。
この中から必要な項目を選択してください。

寝たきり度	寝たきり		・側側臥位固定	・リクライニング位 30°	・頸部前屈位	・頸部片側回旋
	座位	可	・後方から実施		・頸部前屈位	・頸部片側回旋
	自立歩行	可	・立位実施			

中核症状	実行機能障害・ 記憶障害・ 失認失行	有	・習慣に合わせる ・称賛	・模倣 ・爽快感の共有	・誘導 ・イメージ化	・習慣づける ・声かけ	・思い出させる
	口腔失行	有	・口腔周囲筋 マッサージ		・開口誘導/脱感作		・開口保持

B P S D	拒否	有	・タイミングに 合わせる	・段階的介入 ・爽快感の共有	・開口誘導/脱感作 ・慣れさせる	・習慣づける ・声かけ	・ケア中止の判断 ・(複数人で対応/抑制)
	暴力	有	・タイミングに 合わせる	・短時間の 実施	・観察室看護 個室看護		・(複数人で対応/抑制/ 後方から支え)
	不穏	有			・義歯夜間装着 ・義歯常時装着		
	徘徊	有	・タイミングに 合わせる	・短時間の 実施	・誘導	・部位限定清掃 ・声かけ	

口 腔 状 態	口腔乾燥	有	・唾液腺 マッサージ	・ブラッシング	・保湿 ・加湿	・ケア用品活用	・薬剤確認
	痰付着・痰貯留	有		・痰除去 ・ブラッシング	・保湿 ・加湿	・ケア用品活用	
	嚥下障害	有		・ポジショニング	・含嗽 ・吸引		
	食物残渣	有		・食物残渣除去 ・ブラッシング	・含嗽	・洗浄/流し法 ・ケア用品活用	・お茶使用
	残存歯	有		・清拭 ・ブラッシング	・含嗽 ・吸引	・洗浄/流し法 ・ケア用品活用	・歯科受診
	出血	有		・医師との連携 ・ブラッシング		・洗浄/流し法 ・ケア用品活用	・薬剤確認 ・歯科受診
	舌苔	有		・清拭 ・ブラッシング		・保湿 ・ケア用品活用	
	口臭	有		・ブラッシング			
	炎症	有		・ブラッシング			・歯科受診
	唾液	多量	・アイス マッサージ		・吸引	・ケア用品活用	・薬剤確認

義歯	義歯使用		・義歯安定剤使用 ・義歯装着介助 ・義歯洗浄介助	・化学的洗浄 ・夜間義歯管理	・義歯に記名 ・義歯管理		
----	------	--	--------------------------------	-------------------	-----------------	--	--

() レスキュー時のみの介入

図1 重度認知症高齢者に提供する口腔ケアチャート(案)

Ⅲ. 手順書作成

今回作成した重度認知症高齢者に適した口腔ケアチャートは、介入が必要な状態における介入方法の項目を示した図であるため、具体的な介入方法は示されていない。そのため、口腔ケアチャートの活用をより広幅化していくため、重度認知症高齢者に適した口腔ケア方法について、歯科衛生士に協力を依頼し、その手順を具体的に示すための手順書を作成した。ここでは、その内容と要点の一部を示す。なお、実際の活用にあたっては、写真や図などを活用して、理解しやすい内容とした。

1. 患者の状態判断

1) 寝たきり度の評価を行う。『寝たきり』における介入

(1) 《リクライニング位 30 度》患者がベッド上臥位の場合は、ベッドをリクライニング位 30 度までのセミファーラー位とする。

(2) 《健側側臥位固定》麻痺がある場合に用いる。健側を下にした側臥位とする。実施者 1 人のみの場合は、背中後ろに枕などを用いて、30 度以上の側臥位をとらせる。介助者がいる場合は、患者の背中側に立ち、頭部や肩を支えて 90 度くらいの側臥位をとらせると良い。

(3) 《頸部片側回旋》《頸部前屈位》唾液や痰、洗浄液が患者の気管に流れ込まないように、頭頸部は側方（健側）に回旋し、枕やタオルを頭部の下に敷いて、頭部を下顎より上げて頸部前屈位とする。この時、顎から胸骨上端まで 3~4 横指開ける。介助者がいる場合は、背中側から頭部を固定する。

(4) 視覚的にガーグルベースンなどが見えにくい場合、排液の時には衣服やシーツを濡らさないように注意する。

- ・
- ・

という内容で、手順書に記入した。

2. 具体的な使用方法

今回作成した重度認知症高齢者に適した口腔ケアチャートの具体的な使用方法を以下に示す。

1) 口腔ケアチャートの左側の重度認知症高齢者の状態に合わせ、「寝たきり度」「中核症状」「BPSD」「口腔状態」「義歯使用」について、アセスメントを行う。

2) まず、「寝たきり度」についてアセスメントし、右欄の『寝たきり』『座位可』『自立歩行可』の 3 項目から当てはまる項目の介入方法について検討する。次に、「中核症状」「BPSD」と状態の項目を上から下にそれぞれアセスメントしていく。当てはまる項目がない場合は、順に下の項目に進んでいく。

3) それぞれ当てはまる項目の右欄に書かれている介入方法のうち、対象の重度認知症高齢者に必要な項目を抽出し、重なっている項目については一方を削除する。

4) 最終的に、誰が、いつ、どこで、どのケア用品を用いて、どのように口腔ケアを行うか、具体的に明記し、ケア計画を立案する。

3. 試用例－1

1) 患者背景

寝たきりで、口腔失行があり、拒否が激しく口腔乾燥が著しく出血がある重度認知症高齢者を想定してチャートを使用してみる。

2) ケア実施者はチャートに従い、順に必要な介入項目を選択していく。

(1)「寝たきり度」は、寝たきりであるため、自室でケア実施者と介助者2名で口腔ケアを行う。重度認知症高齢者の体位は、リクライニング位30°以上で、介助者は、ケア実施者の反対側に回り、認知症高齢者の後ろから健側側臥位に支え、誤嚥予防のために頸部を下向きに回旋し、前傾固定を行う(表3)。

表3 寝たきりへの介入

状態	介入内容			
寝たきり	・健側側臥位固定	・リクライニング位30°	・頸部前屈位	・頸部片側回旋

(2)「中核症状」口腔失行があるため、できるだけ足を曲げたりしたリラックス姿勢を取らせ、ケア実施者は重度認知症高齢者の口腔周囲をマッサージしながら開口惹起アシストや、口腔内マッサージを行い、口腔ケアを行う準備体制を整える。重度認知症高齢者の開口困難が激しい場合は、ケア実施者は脱感作から始め、重度認知症高齢者の口腔周囲の緊張緩和に務める(表4)。

表4 口腔失行への介入

状態	介入内容		
口腔失行	・口腔周囲筋マッサージ	・開口誘導	・開口保持

(3)「BPSD」として「拒否」があるため、口腔ケアを食後に限定して行う必要はなく、対象者の生活リズムに合わせ、薬剤の効果時間なども考慮し精神状態が安定している時に行う。1日3回の口腔ケア時に毎回上下顎すべてをブラッシングするのではなく、部位を分け、柔軟性を持たせ段階的に、短時間で口腔ケアを実施する。複数人で対応しても、口腔ケアが困難な場合は、ケアを中止し、スタッフに状況を申し送る。終了時は、声かけにより爽快感を共有する。習慣づけるために、同じ場所で、同じ時間に、同じ方法で介入を行う(表5)。

表 5 拒否への介入

状態	介入内容				
拒否	・タイミングに合わせる	・段階的介入 ・慣れさせる	・開口誘導 ・爽快感の共有	・習慣づける ・(複数人に対応/把持)	・ケア中止の判断

(4) 口腔乾燥があるため、粘膜の保湿と加湿が必要である。唾液分泌を促すためには、唾液腺マッサージを行う。服用薬剤の副作用が原因で唾液分泌量が低下することで口腔乾燥をきたすこともあるため、薬剤の確認を行う。口腔内からの出血があるため、タフトブラシなどケア用品を活用して、ブラッシングまたは清拭を行う。凝血塊があれば口腔内を洗浄し、自力で汚染水の排液が困難であれば、吸引を行う。歯垢があれば、医師と連携し、歯科受診を行い、除去を依頼する。抗血小板薬の作用により、止血しにくい場合があるため薬剤確認を行う(表6)。

表 6 口腔乾燥・出血への介入

状態	介入内容				
口腔乾燥	・唾液腺 マッサージ	・ブラッシング/清拭	・保湿	・加湿 ・ケア用品活用	・薬剤確認
出血	・医師との連携 ・ブラッシング/清拭	・洗浄 ・ケア用品活用	・吸引	・薬剤確認 ・歯科受診	

(5) 「BPSD」「口腔状態」も、同様に、介入方法を選択し、最終的に、寝たきりで、口腔失行があり、拒否が激しく口腔乾燥が著しく出血がある重度認知症高齢者に提供される口腔ケア計画が立案できる(表7)。

表 7 口腔ケア計画

介入開始時	タイミングに合わせる 段階的介入
体位	リクライニング位30度以下 健側側臥位 頸部前屈位 頸部片側回旋
開口惹起 アシスト	開口誘導 開口保持 口腔周囲筋マッサージ
ケア内容	唾液腺マッサージ ブラッシング/清拭 保湿 加湿 洗浄 吸引 ケア用品活用
ケア終了時 の介入	爽快感の共有 慣れさせる 習慣づける
その他	ケア中止の判断 医師との連携 薬剤確認 歯科受診

4. 試用例－2

1) 臨床現場や教育現場での活用方法としてのシステム

チャートの介入項目は、重度認知症高齢者に対して必要な口腔ケア介入である。そのため、それぞれの項目における知識や技術を修得することで、重度認知症高齢者における口腔ケア介入が簡便に行える。今後、モバイル機器等によりチャートの項目毎に具体的方法が示されるシステムを作成することも可能であるとする。

事例1：寝たきり度で寝たきり、または、座位が可能と評価された重度認知症高齢者へのケア介入の方法

寝たきり時の頸部前屈位・頸部片側回旋（図3）また、座位可の場合の頸部前傾固定のための立ち位置として、ケア実施者が正面に立つ場合は、膝を屈め重度認知症高齢者と視線を水平に合わせる。頸部の固定が難しい場合は、背後に立ち介助者の上腕と胸部で認知症高齢者の頭部を支えてケアを行うことで誤嚥の予防につながる（図4）。

患者の状態を判断する

左の状態に対し推奨されているケアを記載しています。この中から必要な項目を選択してください。

状態	介入内容
寝たきり度	寝たきり ・健側側臥位固定 ・リクライニング位30° ・ 頸部前屈位 ・ 頸部片側回旋
	座位可 ・ 後方から実施 ・頸部前屈位 ・頸部片側回旋
	自立歩行可 ・立位実施
中核症状	実行機能障害・記憶障害・失認失行 ・習慣に合わせる ・称賛 ・模倣 ・誘導 ・爽快感の共有 ・習慣づける ・動作想起アシスト
	口腔失行 ・口腔周囲筋マッサージ ・開口誘導 ・開口保持
BPSD	拒否 ・タイミングに合わせる ・段階的介入 ・慣れさせる ・開口誘導 ・爽快感の共有 ・習慣づける ・ケア中止の判断 ・(複数人に対応/把持)
	暴力 ・タイミングに合わせる ・短時間の実施 ・観察室看護 ・個室看護 ・(複数人に対応/把持/後方から支え)
	不穏 ・夜間義歯装着 ・義歯常時装着
	徘徊 ・タイミングに合わせる ・短時間の実施 ・誘導 ・部位限定清掃
口腔状態	口腔乾燥 ・唾液腺マッサージ ・ブラッシング/清拭 ・保湿 ・加湿 ・ケア用品活用 ・薬剤確認
	痰附着 痰貯留 ・痰除去 ・ブラッシング/清拭 ・保湿 ・加湿 ・ケア用品活用
	嚥下障害 ・ポジショニング ・含嗽 ・吸引
	食物残渣 ・食物残渣除去 ・ブラッシング/清拭 ・含嗽 ・洗浄・吸引 ・ケア用品活用 ・お茶使用
	残存歯 ・含嗽 ・ブラッシング/清拭 ・洗浄・吸引 ・ケア用品活用 ・歯科受診
	出血 ・医師との連携 ・ブラッシング/清拭 ・洗浄・吸引 ・ケア用品活用 ・薬剤確認 ・歯科受診
	舌苔 ・ブラッシング/清拭 ・保湿 ・ケア用品活用
	口臭 ・ブラッシング/清拭
	炎症 ・ブラッシング/清拭 ・歯科受診
唾液多量 ・アイスマッサージ ・吸引 ・ケア用品活用 ・薬剤確認	
義歯	義歯使用 ・義歯安定剤使用 ・夜間義歯管理 ・義歯に記名 ・義歯装着介助 ・義歯洗浄介助 ・化学的洗浄 ・義歯管理 () レスキュー時のみの介入



図3 寝たきり時の頸部前屈位・頸部片側回旋

中村清子：高齢者の口腔ケア時のリスク管理。臨床老年看護，20（4）：67-69より引用
中村らの許可を得て掲載



図4 座位時の後方から実施

原久美子，村田翠，前原朝子：効果的な口腔ケア。臨床老年看護，20（4）：75-87より引用
原らの許可を得て掲載

事例2：唾液腺マッサージの実施方法

唾液腺マッサージの実施方法を把握したい場合は、チャートのケア項目の「唾液腺マッサージ」

を選択すると、図5の写真が現れるシステムを作成する。利用者は、写真を見ることができ、唾液腺マッサージの実施方法が確認できる。このように、チャートの使用者は個々のケア項目の手順と要点を確認することができる。

重度認知症高齢者に提供する口腔ケアフローチャート

患者の状態を判断する

左の状態に対し推奨されているケアを記載しています。
この中から必要な項目を選択してください。

状態	介入内容
寝たきり度	寝たきり <ul style="list-style-type: none"> ・健側側臥位固定 ・リクライニング位30° ・頸部前屈位 ・頸部片側回旋
	座位可 <ul style="list-style-type: none"> ・後方から実施 ・頸部前屈位 ・頸部片側回旋
	自立歩行可 <ul style="list-style-type: none"> ・立位実施
中核症状	実行機能障害・記憶障害・失認失行 <ul style="list-style-type: none"> ・習慣に合わせる ・模倣 ・誘導 ・習慣づける ・動作想起アシスト ・称賛 ・爽快感の共有
	口腔失行 <ul style="list-style-type: none"> ・口腔周囲筋マッサージ ・開口誘導 ・開口保持
BPSD	拒否 <ul style="list-style-type: none"> ・タイミングに合わせる ・段階的介入 ・慣れさせる ・爽快感の共有 ・ケア中止の判断 ・（複数人に対応/把持）
	暴力 <ul style="list-style-type: none"> ・タイミングに合わせる ・短時間の実施 ・観察室看護 ・個室看護 ・（複数人に対応/把持/後方から支え）
	不穏 <ul style="list-style-type: none"> ・夜間義歯装着 ・義歯常時装着
	徘徊 <ul style="list-style-type: none"> ・タイミングに合わせる ・短時間の実施 ・誘導 ・部位限定清掃
口腔状態	口腔乾燥 <ul style="list-style-type: none"> ・唾液腺マッサージ ・保湿 ・加湿 ・ブラッシング/清拭 ・ケア用品活用 ・薬剤確認
	痰附着 痰貯留 <ul style="list-style-type: none"> ・痰除去 ・保湿 ・加湿 ・ブラッシング/清拭 ・ケア用品活用
	嚥下障害 <ul style="list-style-type: none"> ・ポジショニング ・含嗽 ・吸引
	食物残渣 <ul style="list-style-type: none"> ・食物残渣除去 ・含嗽 ・洗浄 ・吸引 ・ブラッシング/清拭 ・ケア用品活用 ・お茶使用
	残存歯 <ul style="list-style-type: none"> ・含嗽 ・洗浄 ・吸引 ・ブラッシング/清拭 ・ケア用品活用 ・歯科受診
	出血 <ul style="list-style-type: none"> ・医師との連携 ・洗浄 ・吸引 ・薬剤確認 ・ブラッシング/清拭 ・ケア用品活用 ・歯科受診
	舌苔 <ul style="list-style-type: none"> ・保湿 ・ブラッシング/清拭 ・ケア用品活用
	口臭 <ul style="list-style-type: none"> ・ブラッシング/清拭
	炎症 <ul style="list-style-type: none"> ・ブラッシング/清拭 ・歯科受診
	唾液多量 <ul style="list-style-type: none"> ・アイスマッサージ ・吸引 ・薬剤確認 ・ケア用品活用
義歯	義歯使用 <ul style="list-style-type: none"> ・義歯安定剤使用 ・夜間義歯管理 ・義歯に記名 ・義歯装着介助 ・義歯洗浄介助 ・化学的洗浄 ・義歯管理

() レスキュー時のみの介入



図5-1 耳下腺マッサージ



図5-2 顎下腺マッサージ

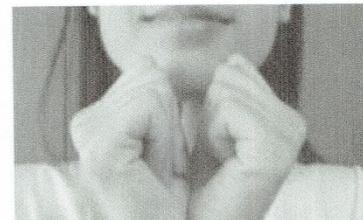


図5-3 舌下腺マッサージ

IV. 考察

本研究で作成したチャートの内容についていくつかのガイドラインと比較して検討する。まず、チャートの作成について Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2007¹⁰³⁾に従って作成されているかを確認する。次に、財団法人 8020 推進財団²⁸⁾が発表した要介護高齢者および認知症高齢者の口腔ケアのポイント、認知症疾患治療ガイドライン²⁷⁾、Gerodontology²⁶⁾が発表した認知症高齢者における口腔ケアガイドラインの3文献と比較検討し、現在使用されているガイドライン等に述べられている内容と本チャートの内容を確認する。

1. 重度認知症高齢者における口腔ケアチャートの作成手順の検討

Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2007 が示す作成手順は、15段階あり①目的・対象の明確化、②作成主体の決定、③作成計画の立案、④作成委員の選定、⑤現状の把握、⑥クリニカル・クエスチョンの作成、⑦文献検索、⑧文献選択、⑨文献の吟味とアブストラクト・フォームの作

成, ⑩アブストラクト・テーブルの作成, ⑪エビデンスのレベル分類, ⑫推奨の決定, ⑬外部評価と試行, ⑭診療ガイドラインの有効性の評価, ⑮改訂である。

本研究で作成した「重度認知症高齢者への口腔ケア実施のためのチャート」は、ケア実施者が重度認知症高齢者の状態に適した口腔ケア方法を選定でき、その方法を行えるチャートの作成を目的とし、対象を「重度認知症高齢者」とした。今回は、②③④は略すこととする。現状の把握では、認知症疾患医療センターを有する精神科病院の認知症治療病棟の看護師にインタビューを行った。その後、クリニカル・クエスチョン作成のために口腔ケアクロス表を作成し、どのような状態に対してどのような介入を行っているかを明確にした。⑦⑧⑨として、文献検討を行った。専門家の意見をふまえ、内容を検討したことから各項目の推奨グレードは、A（行うよう強く勧められる）または B（行うよう勧められている）の項目と判断した。その後、より簡便に状態に応じた介入方法が選定でき、一瞥で利用できる実用的なチャートを作成した。総合病院の呼吸器内科に入院している重度認知症高齢者で口腔ケアを要する方のケアを担当する看護師（摂食・嚥下看護認定看護師）に試用を依頼し、意見を参考に修正を行った。従って作成の過程は踏めたと判断した。

2. ガイドライン等との比較

1) 財団法人 8020 推進財団が 2008 年にまとめた「入院患者に対するオーラルマネジメント」の「要介護高齢者および認知症高齢者」の中に、口腔ケアのポイントが記載されていた。その中には、①家族やスタッフとの連携, ②患者の身体機能や身体能力を考慮する, ③口腔機能を評価する, ④患者のセルフケア能力を誘導する, ⑤口腔機能向上につながる口腔ケアを考慮する の 5 点が含まれていた。このガイドラインには口腔状態に合わせて口腔ケアの一般的な介入方法が多く記載されていた。また、全身症状や状態に合わせた口腔ケア介入方法も記載されていたが、認知症高齢者への介入としては以上の 5 点のみであった。

本研究で作成されたチャートは、家族・医師・スタッフとの『連携』があり、『観察』として、身体機能や身体能力および口腔機能を始めに判断するように記載している。また、中核症状への対応として、『誘導』が行われている。しかし、口腔機能向上につながる口腔ケアに関しては、本研究の口腔ケアを器質的口腔ケアと定義したためチャートには含まれていない。しかし、本研究で得られたチャートは、口腔ケアの一般的な介入方法のみでなく簡便に重度認知症高齢者の状態に適した介入方法が選定でき、一瞥して介入方法を確認できる。この点は、価値があると考ええる。

(2) 日本神経学会が発表した「認知症疾患ガイドライン 2010」で述べられている認知症症状への対応としては、認知症ケアの基本は「パーソンセンタードケア」であり、本人の言動を本人の立場で考えてみるのが認知症ケアの基本であり認知症高齢者ケアの 10 原則が述べられている。

10 原則とは、①なじみの人間関係（仲間）を作って、安心・安住させる, ②高齢者の心や言動を需要・理解し、信頼・依存関係をつくる, ③高齢者の心身の動きやペースやレベルに合わせ、良い交流を, ④ふさわしい状況を与え、隠れた能力（手続き記憶）の発揮を, ⑤理屈による説得よりも共感的納得をはかり自覚言動をうながす, ⑥良い刺激を絶えず与え、情意の活性化と生きがいを納得させる, ⑦孤独の放置や安易に寝たきりにしない、廃用性低下を防ぐ, ⑧高齢者は変化に弱いので急激な変化を避ける、また変化するものほど忘れやすいので、変化させずパターン

化して教える，⑨高齢者のよい点を認めよい付き合いをして，生き方の援助を，⑩高齢者は過去と未来がないので，“今”の安住を常にはかり，時間の観念がないので日課を与え順序・時間付けを納得させるとあり，認知症高齢者における対応方法が述べられている。

本研究で作成されたチャートも，家族との連携を取りながら，人間関係を形成し，中核症状に対して『習慣化する』介入や『実施できたことへの称賛』『爽快感の実感共有』を行い，良い交流を図っている。また，『以前のケア方法の想起』や『開口誘導』を行い，自覚言動を促している。

3) 認知症高齢者における口腔ケアのガイドラインとしては，Gerodontology が 2006 年に発表した“Oral health of people with dementia”の中で，アルツハイマー病患者に対して 4 項目の口腔ケアガイドラインを提示している。その内容としては，①日によって症状に変化があるため，状態のよい時にケア介入を行うこと，②集中時間が短いので，その時間以内にケアを終了すること，③笑顔でタッチングを行いながら短い言葉で繰り返し内容を伝え，ジェスチャーを用いること，④患者の症状など情報をスタッフで共有することが含まれていた。

本研究で作成されたチャートも，「BPSD」への対応は，状態に合わせた介入として『タイミングに合わせる』や『短時間実施』を行うようにしている。また，『主治医への報告/連絡/相談』『迅速な歯科受診』により，多職種との連携と情報共有が行われており，中核症状への対応として，『口腔ケア行為の模倣』を取り入れている。しかし，短い言葉で繰り返し内容を伝えるという部分は含まれていなかった。これは，重度認知症高齢者への声かけの方法としての具体例であると考えられる。今後，認知症高齢者のケア場面において，短い言語の活用と言語の反復についてはどのくらいの頻度で行われているか，またその効果について検証が必要と考える。

V. 小括

本章では，口腔ケアクロス表に基づき，重度認知症高齢者の口腔ケア方法を選定しやすいチャートを作成した。これは，重度認知症高齢者の寝たきり度を確認し，その後，中核症状・BPSD に合わせた対応を選択し，口腔状態に適したケア内容を実施するというチャートである。

チャートの作成手順とガイドライン作成の手引と比較検討した結果，ガイドライン作成を目的とした項目以外は網羅されていた。また，このチャートに関して，既存の認知症，口腔ケア等におけるガイドラインと比較検討した結果，関わり方として短い言葉で繰り返し内容を伝えるという方法以外の認知症患者に対する介入方法は含まれていた。また，口腔機能向上につながる口腔ケアに関しては，本研究のチャートを器質的口腔ケアへの介入としたことから除外した。しかし，現在まで作成されているほとんどのチャートは，口腔ケアのみの介入や，認知症高齢者に対する介入がまとめて表記されたものがなく，本研究で得られたチャートは，口腔ケアの一般的な介入方法のみでなく簡便に重度認知症高齢者の状態に適した介入方法が選定でき，一瞥して介入方法を確認できる。この点は，価値があると考えられる。

今後は，チャートを病院や施設で実際に重度認知症高齢者に対して使用し，有効性の検証を行って行くことが必要と考える。

第4章 重度認知症高齢者に提供する口腔ケア介入方法選定のためのチャート使用の評価（研究3）

重度認知症高齢者のケアで使用する口腔ケアチャートは、重度認知症高齢者の状態に適した看護方針が明確な場合、その実際の介入方法を短時間で選択でき、実践につなげることができる簡便に利用しやすいチャートでなければならない。本研究の目的は、重度認知症高齢者に日常のケアを行っている看護師が患者の状態に応じた口腔ケア方法を選択する場合に、実践に用いやすいチャートを作成することにあった。第3章で示した重度認知症高齢者に適した口腔ケア実施のためのチャートを、本章では、実際に病院等の看護師に使用していただき、その使用に対する評価を確認した。

I. 目的

第3章で示した、重度認知症高齢者に適した口腔ケア実施方法の選択決定のために作成したチャートについて、その有用性の確認に資するために、実際に使用しての評価を実践者より得た。

II. 方法

1. 協力施設

A 県内にある、重度認知症治療病棟の施設基準に適合した認知症病床数が100床以上の中規模病院を、協力施設候補とした。認知症病床数を100床以上とすることで、ユニット数が複数以上となり、協力看護師数が増えると考えた。

協力施設候補の看護部長に電話で連絡を行った後に、本研究の趣旨ならびに倫理的配慮について文書と口頭で説明し、看護部長レベルで書面による同意が得られた病院を対象とした。

2. 研究協力者

1) 研修会参加者

重度認知症高齢者に供する口腔ケアチャートを評価するためには、チャートの内容を理解した上で使用を開始して頂く必要がある。そのため、研究協力病院が決定後、当該病院よりチャートの使用を目的とした口腔ケアの研修会開催の許可を得て、研修会参加者の募集を依頼した。参加者は自由参加とした。参加者に対して、研修開始時に、書面ならびに口頭で研究の趣旨について十分に説明を行った。

2) インタビュー協力者

研修会参加者の中の、重度認知症高齢者の看護を日常業務として担う看護師に依頼した。

研修会終了後、研修会で説明を受けたチャートを実際に使用したいという方で、随時、研究者のインタビューを受けることに承諾して下さる方を対象とした。また、今回作成した口腔ケアチャートを、汎用的に使用できるように、インタビュー協力者の認知症看護経験年数は、短期から長期まで範囲を広げて選定した。

3. 研究実施場所

A 県内にある重度認知症治療病棟の施設基準に適した、認知症病床数が 100 床以上ある中規模病院で、本研究に看護部長レベルで書面による同意が得られた病院。

4. データの収集方法・手順

最初に、A 県内の中規模病院の重度認知症治療病棟の施設基準に適した病院の看護部長に電話で研究の趣旨を説明し来訪の承諾を得た。その後、研究協力機関に赴き、研究者が文書（資料 9）で研究目的・方法・倫理的配慮・研究の公表方法等を記した文章を渡し、口頭の説明を加えながら理解を得たのち、研修会の開催と研究協力の同意を口頭で得て、同意書（資料 2）に署名を得た。

データ収集方法として、Tanner¹⁰⁴⁾は、「構造化された質問だけをしても、深く聴き取ることは難しい」と述べていることから、本研究では、大勢の利用者による評価ではなく、少数の利用者による評価をインタビューで得ることで、より詳細なデータを収集するというアプローチを用いた。チャートの有効性の評価のために、実際にチャートを使用し、口腔ケア介入が業務の一部として実施し、スタッフの誰もが同じ手技で介入できることは重要なことと考えた。そこで、口腔機能の知識を含めケア技術の実践的な教育とケア実施のための一定期間が必要なことから、以下の研修会を開催した。

1) 口腔ケア研修会

実施時間は 90 分間程度を予定した。具体的内容として、導入 15 分間、展開 60 分間（口腔機能の理解、口腔状態のアセスメント方法の理解、口腔ケアチャートの使用方法の説明）、まとめ 15 分間とした（資料 12）。

2) インタビュー協力者の募集

研修会終了後、研究者より、研修会で説明を受けたチャートを実際に使用したいという看護師で、随時、研究者のインタビューを受けることに承諾して下さる看護師を、次項の方法により口頭で募集した。

3) 調査対象となる看護師の方への説明の仕方と取扱い方法

研修会終了後に研究者より口頭にて研究の趣旨を説明し直接依頼した。承諾する研究協力者はファックスにより研究者に意思を伝えた。その際に、研究に協力すること、研究者から連絡することを了解すること、連絡先等について記載していただいた。その後、研究者から研究協力者に連絡を入れ、インタビュー日時の詳細を調整した。その際は研究協力者の希望を優先した。研究協力者には、インタビュー時に文書（資料 10）及び口頭で、研究目的・方法・倫理的配慮・研究の公表方法等を説明し、同意書（資料 5）の署名を得た。

研究協力者への質問項目は以下の点である（資料 11）。

- ・チャートの内容は把握出来ましたか。また、何回くらい使用されましたか。
- ・理解しやすい項目はどれでしたか、理解し難い項目はどれでしたか。
- ・症状の中で、実際に実施された介入項目がありましたか。また、他に、どのような介入をされていますか。
- ・それぞれの症状に対して、必要だと思われる介入項目はありますか。

- ・使用して、役に立ったと思われる項目、効果があったと考えられる項目。
- ・使用が困難だと思われる項目、改善したほうが良いと思われる項目。

インタビュー回数は1回とした。その理由は、インタビュー回数を重ねることは時間的に研究協力者の負担になること、また、期間が開くことで記憶が曖昧になるといけないと考えた。そのため、インタビュー時に、研究協力者が語った内容を面接者が正確に把握できたか確認する方法として、大枠の質問を終えた段階でそれらを構成するいくつかの質問を行い、面接者の解釈が正確に行われているかの保証をインタビューの最中に行った。また、研究協力者が語った内容が理解し難い時は、その都度確認を行い解釈の相違を防いだ。

インタビュー内容は研究協力者の同意を得て、メモに記録すると同時に IC レコーダーに録音し、逐語録に整理した。インタビュー中は、その場で研究者が内容を正確に理解できていることを、頻回に確認しながらインタビューを進めた。同時に、年齢、看護師経験年数、認知症看護経験年数など対象看護師のプロフィールについても記載した。

インタビュー実施場所は、研究協力者が勤務する施設内で、個室のように秘密が守れることを条件として、研究協力者が指定した。インタビュー時間は、研究協力者の負担とならないように、30分間程度とした。

5. データ収集期間

2014年6月～9月とした。この時期は、各施設の新人たちも各部署に慣れた時期であると判断した。

6. データ分析方法

重度認知症高齢者に用いる口腔ケア方法の選択を助けるチャートを評価するために、本研究では、少数の利用者による詳細な評価をインタビューで得るというアプローチを用いた。インタビューで得られた内容をテキスト化し、その内容分析をテキストマイニングで次のように行った。テキストマイニングソフトウェアは、IBM社の『SPSS Text Analytics for Surveys』を用いた。

テキストマイニングを採用した理由の1つめは、テキストマイニングが、自然言語処理の手法を用いて、文章を単語や句に分割し、単語の出現頻度や単語間の関係を統計的に解析することにより、文章から情報を抽出するといえること¹⁰⁵⁾による。2つめは、テキストデータ中に潜んでいる当事者の生の思いや本音などの情報を取得するために有用な手法¹⁰⁶⁾であり、分析者の恣意的な解釈を回避でき、客観性が確保できるという利点がある¹⁰⁷⁾。そこで、本研究においては、重度認知症高齢者に用いる口腔ケア方法の選択を助けるチャートの内容を評価する方法として、重度認知症高齢者の看護を日常業務として担う看護師にインタビューを行い、その分析においてテキストマイニング手法を取り入れた。

1) データクリーニング

言語抽出に先立ち、研究目的に関係のない言葉の単語制御を行い、「です」「ます」や話し言葉特有の表記を書き言葉に改め箇条書きにした分ち書き処理を施した。また、例えば、一見して異なる言語の「スポンジブラシ」「舌ブラシ」などを「ケア用品」という同義語である一つの単語に統一する主要語変換を行った。

2) 状態項目に対する介入項目の適切性の評価

今回作成したチャートが示している状態には、寝たきり度として『寝たきり』『座位可』『自立歩行可』の3項目、中核症状として『実行機能障害・記憶障害・失認失行』『口腔失行』の2項目、BPSDとして『拒否』『暴力』『不穏』『徘徊』の4項目、口腔状態として『口腔乾燥有』『痰附着・痰貯留有』『嚥下障害有』『食物残渣有』『残存歯有』『出血有』『舌苔有』『口臭有』『炎症有』『唾液多量』の10項目、それらに『義歯使用』を加えて、計20項目を記載している。また、介入項目としては、『健側側臥位固定』『リクライニング位30度』を始め、全部で50項目を記載した。そこで、チャートの各項目をキーワードとして定めることにした。

次に、口腔ケアチャートの状態項目に対する介入項目の一覧表を作成し、一覧表の総セル数1000(50列20行)の状態項目に対する介入項目の適切性について評価するために、必要性があるかどうか、その状態に対して実施したかどうか、実施してみて効果を認めたか、チャートの各項目におけるキーワードが何回出現するかカウントし、その発言の出現頻度を求める単語頻度分析を実施した。

3) 介入項目別全体評価

重度認知症高齢者に適した口腔ケアチャートの全体的な評価方法として、本チャートが適切に作成されているならば、チャートに記載されている各状態に対する介入項目に意見が集中することが考えられる。また、チャートに記載されている各状態における介入項目が不十分であれば、ある状態においてチャートに記載されている介入とは異なる他の介入を実施したなどという発言がみられると考える。そのため、前出2)にも記したように、状態項目に対する介入項目の一覧表の総セル数1000のうち、それらへ必要性・実施・効果の有無について、各状態において本チャートで選択した88セルと、選択していない912セルにおける発言頻度の比較を行った。一覧表の全介入項目数における必要性・実施・効果の割合を、チャートの介入項目の発言有りを「1」発言なしを「0」として、選択の有無別に総数を求め、エクセルにて割合を確認した。その後、口腔ケアチャートで選択した介入項目について、必要性・実施・効果における相関係数を求めた。

4) 状態項目に対する介入項目の関連性の評価

コレスポンデンス分析は、対応分析とも呼ばれる統計的方法の一つで、一般的には2つの質的変数で構成されるデータに対して適応される。コレスポンデンス分析を行うと、2軸で表わされる質的変数のプロット図が作成されるので、視覚的にグルーピングを行うことができる¹⁰⁸⁾。本研究においては、口腔ケアチャートの状態項目である寝たきり度・中核症状・BPSD・口腔状態・義歯使用の各々において、介入項目が的確に対応しているかどうかを視覚的に捉えるためにコレスポンデンス分析を用いた。状態項目と介入項目が視覚的にグルーピングされていれば、それらの項目が相互に関連性があると考えられることができる。

5) 計画立案したチャートの評価

研究協力者1名につき、10枚のチャートを配布し、入院患者に対する口腔ケア計画の立案及び、ケア実施を依頼した。実施後の面接時に、使用された口腔ケアチャートを回収し、患者の介入時点の状態、計画内容を確認した。また、インタビューで得られた実施項目と、口腔ケアチャートに記載されていた計画内容との相違の有無、口腔状態の変化を確認した。

6) 口腔ケアチャートに対する有用性の評価

インタビューで得られた内容のうち、口腔ケアチャート使用に関する感想や意見が述べられている部分を抽出して逐語録を作成し、一文に一意味を含むように切片シラベルを作成した。それらのラベルの類似性に基づいてカテゴリー化した。

Ⅲ. 倫理的配慮

本研究は、C大学臨床研究倫理審査委員会の審査を受け承認（審査番号 140004）を得て行った。

1. インフォームド・コンセントのための手続の方法

はじめに、研究協力機関の看護部長に対し、電話で研究の趣旨を説明した。その後、文書（資料 9）を用いて、研究目的等を説明し、同意書（資料 2）の署名を得た。

研修会終了時、研究者より研究協力者を募り、研究協力者は後日、直接研究協力の意思をファックス（資料 3）で研究者に伝えていただいた。

研究協力者に対しては、口頭にて研究の趣旨を説明した。そして、インタビュー日時の詳細を、協力者の希望を優先して調整して決めた。研究協力者にインタビュー時に、再度文章（資料 10）を用いて、口頭で研究目的等を説明し、同意書（資料 5）への署名を得た。

2. 研究に参加することにより期待される利益及び起こりうる危険並びに必然的に伴う不快な状態とそれらに対する対処方法

1) 期待される利益

研究協力者は、口腔ケアチャートを用いることによって、重度認知症高齢者に適した口腔ケア技術の知識を得る可能性がある。また、知識を整理することができ、認知症高齢者看護の質を高めることにつながると考えられる。

2) 起こりうる危険ならびに必然的に伴う不快な状態とそれらに対する対処方法

精神的・身体的負担はさほど考えられないが、口腔ケアチャートの使用にあたっては、不慣れなことから、勤務に影響を及ぼさないように配慮して、使用時間は、自由な時間に実施していただくよう依頼した。自由裁量に任せられたことから、精神的な拘束感や負担感を抑えることができると考える。インタビュー時間は、身体的な拘束感の発生を回避するために、30分間程度とした。インタビュアーは、本人の上司でないため、話し易く精神的負担感は少ないと考える。質問のうち答えたくないものには答えなくてもよいことを文書に明記し、インタビュー実施前に説明も行った。また、インタビュー途中であっても不快な状態となった場合はただちにインタビューを中止することを伝えた。研究協力は自由意志であるため、協力の拒否及び、インタビュー中も含めて随時中断が可能であることを文書に明記し、説明した。インタビュー実施場所は、研究協力者の勤務する施設を考えているが、協力者の希望により、職場以外の場所を選択する場合には、プライバシーが保て、静かに落ち着いて話ができる場所を確保することを説明した。

なお、研究協力の中断は、研究協力取り消し書（資料 7）の提出で可能であることを伝えた。また、研究協力者がこの研究協力の拒否および中断をしても、勤務において不利益を生じることはないことを文書に明記し、説明した。

3. 個人情報の保護の方法

口腔ケアチャートには、口腔ケア対象者の年齢と性別のみしか記載しないため、口腔ケア対象者の個人情報を他者に知られることはありえない。

インタビューは、研究者と研究協力者の2名で行った。また、研究の分析にあたり、協力者が特定されることがないように匿名性の確保のため、コードネームを用いて分析を行った。データは研究以外に使用しないこと、逐語録は研究者以外の目に触れぬよう保管すること、研究終了後に破棄することを文章に明記し、説明した。ICレコーダーの録音記録は、インタビュー終了後速やかに電子媒体（CD-ROM等）に移し、ICレコーダーからは消去する。録音したデータは速やかに逐語録として記録に残し分析した。これらのデータの保存期間は、研究成果を公表した後5年間とする。

IV. 結果

1. 対象の状況

1) 協力施設

今回協力を得たA市内に設置されている施設の概要としては次のようであった。老人専門病院として開設され、療養病棟（医療保険50床・介護保険150床）、認知症治療病棟210床であった。入院患者の内訳として、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクMの患者がほぼ70%を占めていた。看護師は常勤・非常勤併せて約110名勤務しており、そのうち常勤は100名であった。認知症治療病棟に勤務する看護師は約60名であった。他の口腔ケアに関わる勤務者は、歯科医師5名、歯科衛生士4名であり、入院患者の口腔に関する治療やケアを実施していた。特に、残存歯がある患者や義歯装着患者は、2～3週間毎に定期的検診を行っていた。出血や炎症があれば、すぐに歯科受診が出来る体制であった。ケア方法や歯ブラシの個人に適した選択は歯科衛生士が決定する場合があるということであった。

なお、4月の新人職員の研修においては、歯科衛生士が看護師・介護士を対象に口腔ケア研修を行っており、年に数回は、職員対象の口腔ケア研修を実施していた。その内容としては、唾液腺マッサージや、開口方法なども含まれているということであった。

2) 研究協力者

認知症治療病棟に勤務する看護師10名から協力を得た。研究協力者の概要は表1に示したとおりであった。彼らの平均年齢は36.1（SD9.5；min26～max53：以下同じ）歳であった。そのうち男性2名、他は女性であった。看護師平均経験年数は8.6（SD5.0；0.5～17）年で、認知症高齢者看護平均経験年数は4.0（SD2.3；0.5～8）年であった。平均インタビュー時間は、24.7分間であり、最も時間を費やした看護師は26.3分間で、短かった看護師は22.20分間であった。インタビュー場所は、それぞれの病棟のカンファレンス室、又は家族看護室であり、プライバシーを考慮した空間で行われた。10人の逐語録の中から「口腔ケアチャート」に関連する総計文数は801文で、文数はそれぞれ、A氏54文、B氏83文、C氏124文、D氏50文、E氏76文、F氏102文、G氏66文、H氏114文、I氏73文、J氏59文であった。研究協力者1名あたりケア対象者は4～10名であり、男性25名・女性51名であった。ケア対象者の平均年齢は、81.9（SD3.7；78.5～86.3）歳であった。

表1 研究協力者の属性

研究協力者	年齢(歳)	看護師経験年数(年)	認知症高齢者看護経験年数(年)	インタビュー時間(分)	分析対象文数(文)	ケア対象者数(人)		ケア対象者平均年齢(歳)
						男性	女性	
A	26	0.5	0.5	22.2	54	0	7	81.4
B	26	4	1	26.3	83	4	6	78.5
C	30	8	4	25.4	124	2	8	85.2
D	30	8	6	23.0	50	2	4	84.5
E	31	2	2	25.2	76	2	2	86.3
F	35	15	4	24.5	102	4	6	78.5
G	39	17	7	26.4	66	2	6	80.1
H	41	14	3	23.3	114	3	2	75.4
I	50	8	4	26.1	73	0	6	85.0
J	53	9	8	24.4	59	6	4	84.3
平均	36.1	8.6	4.0	24.7	—	—	—	81.9
計	—	—	—	—	801	25	51	—

2. インタビュー内容の分析

1) キーワードにおける単語頻度分析

チャートの状態項目に対する介入の必要性(以下必要性)、介入の実施(同実施)、介入後の効果(同効果)について、使用者に確認した結果を表2~6に示す。

(1) チャートの寝たきり度における必要性と実施・効果についての発言頻度

寝たきり度の『寝たきり』に対する介入の《健側側臥位固定》《リクライニング位30度》《頸部片側回旋》《頸部前屈位》4項目のすべてに、必要性と実施に関する発言がみられた。必要性における発言頻度は《リクライニング位30度》が4回と《頸部前屈位》が4回であった。実施における発言頻度にはあまり差がなかったが、効果に関しては、《頸部前屈位》のみに発言がみられた。

『座位可』における介入項目のうち、《頸部前屈位》は、必要性と実施に関して発言がみられたが、効果に関する発言はなかった。《頸部片側回旋》においての発言はなかった。また、座位可の認知症高齢者に対して、今までは正面からしか口腔ケアを実施していなかったが、研修で後方から実施する方法があることを知り、実施したところ、口腔内の観察ができ、介入ができやすかったため、病棟でも他の看護師たちに進めているという意見があり、《後方から実施》の発言頻度は9回であった。

『自立歩行可』における介入項目の《立位実施》では、実施に関する発言があった(表2)。

表2 寝たきり度における必要性と実施・効果（発言頻度）

	寝たきり			座位可			自立歩行可		
	必要性	実施	効果	必要性	実施	効果	必要性	実施	効果
介入項目	健側側臥位固定	1	3						
	リクライニング位30度	4	3						
	頸部前屈位	4	3	1	4	1			
	頸部片側回旋	1	2						
	後方から実施					9			
	立位実施							4	

地色：白：フローチャートで選択したセル 灰色：フローチャートで選択されなかったセル

(2) チャートの中核症状における必要性と実施、効果に関する発言頻度

中核症状の『実行機能障害・記憶障害・失認失行』に対する介入の《模倣》《誘導》《動作想起アシスト》《称賛》4項目について、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられた。《習慣に合わせる》《習慣づける》の2項目については、必要性・実施に関する発言があり、《爽快感の共有》については、効果に関する発言がみられた。必要性の中でも発言頻度の多かった項目は、《模倣》が5回、《誘導》6回であり、実施においては、《誘導》8回、《模倣》6回、《動作想起アシスト》5回であった。

『口腔失行』における介入項目のうち、《口腔周囲筋マッサージ》は、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられた。《開口誘導》は、必要性・実施に関する発言がみられた。《開口保持》は必要性に関する発言がみられた。チャートに無い項目で《短時間実施》の実施に関する発言がみられた（表3）。

表3 中核症状における必要性と実施・効果（発言頻度）

	実行機能障害・記憶障害・失認失行			口腔失行			
	必要性	実施	効果	必要性	実施	効果	
介入項目	習慣に合わせる	1	1				
	模倣	5	6	4			
	誘導	6	8	4			
	習慣づける	2	2				
	動作想起アシスト	4	5	2			
	称賛	3	4	5			
	爽快感の共有			1			
	口腔周囲筋マッサージ				1	3	2
	開口誘導				2	2	
	開口保持				1		
	短時間実施*					2	

地色：白：フローチャートで選択したセル 灰色：フローチャートで選択されなかったセル

*：フローチャートに選択されていない項目

(3) チャートのBPSDにおける必要性と実施、効果に関する出現頻度

『拒否』に対する介入の《タイミングに合わせる》《開口誘導》《ケア中止の判断》《爽快感の共有》の4項目は、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられた。《慣れさせる》は、必要性・実施に関する発言がみられた。《段階的介入》《習慣づける》の2項目は、実施における発言がみられた。《複数人で対応/把持》は、実施・効果に関する発言がみられた。必要性における発言頻度は、《タイミングに合わせる》が12回、《ケア中止の判断》が5回であり、実施にお

いては、《タイミングに合わせる》が13回、《ケア中止の判断》10回、《複数人で対応/把持》10回であった。効果においては、《タイミングに合わせる》が6回と《爽快感の共有》が5回であった。その他、チャートに無い項目で《短時間実施》《後方から支え》の2項目は、実施に関する発言がみられた。

『暴力』に対する介入項目の《タイミングに合わせる》は、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられた。《複数人で対応/把持》は、必要性・実施に関する発言がみられた。《短時間実施》は、実施における発言頻度が12回であった。《観察室看護・個室看護》《後方から支え》の2項目については、発言がなかった。チャートに無い項目で《ポジショニング》について効果の発言がみられた。

『不穏』に対する介入の《義歯夜間装着》や《義歯常時装着》については、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられ、実施における発言頻度は《義歯夜間装着》5回、《義歯常時装着》6回であった。

『徘徊』に対する介入のうち、《タイミングに合わせる》《誘導》の2項目については、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられ、《誘導》における出現頻度もそれぞれ、必要性6回、実施5回、効果7回であった。《短時間実施》は、実施における発言がみられた。《部位限定清掃》については、発言がなかった（表4）。

表4 BPSDにおける必要性と実施・効果（発言頻度）

	拒否			暴力			不穏			徘徊		
	必要性	実施	効果									
介入項目												
タイミングに合わせる	12	13	6	7	5	2			1	5	4	5
段階的介入		2										
開口誘導	3	4	2									
習慣づける		1										
ケア中止の判断	5	10	1									
慣れさせる	1	1										
爽快感の共有	1	3	5									
複数人で対応/把持		10	1	1	2							
短時間実施		2			12						5	
観察室・個室看護												
後方から支え		1										
誘導										6	5	7
部位限定清掃												
夜間義歯装着							3	5	2			
義歯常時装着							3	6	4			
ポジショニング*						2						

地色：白：フローチャートで選択したセル 灰色：フローチャートで選択されなかったセル

*：フローチャートに選択されていない項目

（4）チャートの口腔状態における必要性と実施、効果に関する発言頻度

『口腔乾燥』に対する介入の《保湿》については、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられ、実施における発言頻度は9回であった。《唾液腺マッサージ》については、実施と効果の発言があり、《ケア用品活用》については、必要性と実施の発言があり、《ブラッシング/清拭》は実施の発言がみられた。《薬剤確認》《加湿》については、発言がなかった。

『痰付着・痰貯留』に対する介入の《保湿》《ブラッシング/清拭》《痰除去》の3項目については、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられた。《加湿》《ケア用品活用》の2項目は、

実施の発言がみられた。チャートに無い項目で《含嗽》《吸引》については、必要性・実施・効果のすべてに関する発言があり、《お茶使用》については、実施の発言がみられた。

『嚥下障害』に対する介入の《ポジショニング》については、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられた。《吸引》については、必要性と実施の発言があり、《含嗽》については、実施の発言がみられた。

『食物残渣』に対する介入の《ブラッシング/清拭》《含嗽》《お茶使用》の3項目については、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられた。なかでも、《ブラッシング/清拭》における発言頻度は、必要性7回、実施5回であり、《含嗽》においては実施6回であった。《食物残渣除去》については、必要性と実施の発言があり、《ケア用品活用》《洗浄》《吸引》の3項目については、発言がなかった（表5-1）。

『残存歯』に対する介入の《ブラッシング/清拭》《含嗽》《歯科受診》の3項目については、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられた。なかでも《ブラッシング/清拭》における発言頻度は、必要性9回、実施10回であった。《洗浄》については、必要性と実施の発言があり、《ケア用品活用》《吸引》の2項目については、発言がなかった。

『出血』に対する介入の《ブラッシング/清拭》《歯科受診》《医師との連携》の3項目については、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられた。《ケア用品活用》《薬剤確認》《吸引》《洗浄》の4項目については、発言がなかった。

『舌苔』に対する介入の《保湿》《ブラッシング/清拭》《ケア用品活用》の3項目について、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられた。なかでも、《ブラッシング/清拭》の実施における発言頻度は6回であった。チャートに無い項目で《含嗽》について、実施に関する発言がみられた（表5-2）。

『口臭』に対する介入の《ブラッシング/清拭》については、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられた。

『炎症』に対する介入の《ブラッシング/清拭》については、効果に関する発言があり、《歯科受診》については、必要性と実施の発言がみられた。

『唾液多量』に対する介入項目のうち《ケア用品活用》については、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられた。なかでも、実施における発言頻度は7回であった。《薬剤確認》《吸引》《アイスマッサージ》の3項目については、必要性と実施の発言がみられた。チャートに無い項目で《含嗽》について実施に関する発言がみられた（表5-3）。

表 5-1 口腔状態における必要性と実施・効果（発言頻度）

	口腔乾燥			痰付着・痰貯留			嚥下障害			食物残渣			
	必要性	実施	効果	必要性	実施	効果	必要性	実施	効果	必要性	実施	効果	
介入項目	唾液腺マッサージ	1	1										
	保湿	5	9	3	2	1	2						
	加湿					2							
	ブラッシング/清拭		4		1	2	2			7	5	4	
	ケア用品活用	1	1			1							
	薬剤確認												
	痰除去				2	2	1						
	ポジショニング							4	4	2			
	含嗽				2	2	1		1		4	6	3
	吸引				1	3	1	1	1				
	食物残渣除去										3	1	
	お茶使用					1					1	3	3
	洗浄												
	歯科受診												
	医師との連携												
アイスマッサージ													

地色：白：フローチャートで選択したセル 灰色：フローチャートで選択されなかったセル

表 5-2 口腔状態における必要性と実施・効果（発言頻度）

	残存菌			出血			舌苔		
	必要性	実施	効果	必要性	実施	効果	必要性	実施	効果
介入項目	唾液腺マッサージ								
	保湿						1	1	1
	加湿								
	ブラッシング/清拭	9	10	3	1	3	1	6	1
	ケア用品活用						2	3	1
	薬剤確認								
	痰除去								
	ポジショニング								
	含嗽	2	2	2				1	
	吸引								
	食物残渣除去								
	お茶使用								
	洗浄	1	1						
	歯科受診	2	1	1	1	2	1		
	医師との連携				1	2	1		
アイスマッサージ									

地色：白：フローチャートで選択したセル 灰色：フローチャートで選択されなかったセル

表 5-3 口腔状態における必要性と実施・効果（発言頻度）

	口臭			炎症			唾液多量			
	必要性	実施	効果	必要性	実施	効果	必要性	実施	効果	
介入項目	唾液腺マッサージ									
	保湿									
	加湿									
	ブラッシング/清拭	2	1	1			1			
	ケア用品活用							3	7	2
	薬剤確認							1	3	
	痰除去									
	ポジショニング									
	含嗽								1	
	吸引							1	3	
	食物残渣除去									
	お茶使用									
	洗浄									
	歯科受診				3	4				
	医師との連携									
アイスマッサージ							1	1		

地色：白：フローチャートで選択したセル 灰色：フローチャートで選択されなかったセル

(5) チャートの義歯使用における必要性と実施、効果に関する発言頻度

『義歯使用』に対する介入の《夜間義歯管理》《義歯に記名》《義歯装着介助》《義歯洗浄介助》《化学的清掃》《義歯管理》の6項目については、必要性・実施・効果のすべてに関する発言がみられた。必要性における発言頻度では、《義歯に記名》が7回、《義歯装着介助》6回であり、実施における発言頻度は、《義歯装着介助》と《義歯洗浄介助》が6回、《化学的清掃》と《義歯管理》がそれぞれ7回であった。《義歯安定剤使用》について、発言はなかった。チャートに無い項目で《歯科受診》について、必要性と実施に関する発言がみられた（表6）。

表6 義歯使用における必要性と実施・効果（発言頻度）

		義歯使用		
		必要性	実施	効果
介入項目	義歯安定剤使用			
	夜間義歯管理	3	4	1
	義歯に記名	7	4	4
	義歯装着介助	6	6	2
	義歯洗浄介助	4	6	4
	化学的清掃	3	7	4
	義歯管理	4	7	1
	歯科受診	2	2	

地色：白：フローチャートで選択したセル 灰色：フローチャートで選択されなかったセル

2) 介入項目別全体評価

重度認知症高齢者に適した口腔ケアチャートの全体的な評価として、状態に対する介入項目の一覧表を作成し、一覧表の総セル数 1000 のうち、各状態において介入が必要と本チャートで選択した白地 88 セルにおける発言頻度と選択していない黒地 912 セルにおける発言頻度の比較を行った。

(1) 必要性項目の比較

一覧表におけるチャートの白地 88 セルのうち、そのうち、必要性ありと発言がみられたセル数は 58 セルで 65.91%であった。残り、黒地 912 セルのうち、必要性ありと発言がみられたセル数は 4 セルであり 0.44%であった（表7）。

(2) 実施項目の比較

一覧表におけるチャートの白地 88 セルのうち、そのうち、実施ありと発言がみられたセル数は 69 セルで 78.41%であった。残り、黒地 912 セルのうち、実施ありと発言がみられたセル数は 8 セルであり 0.88%であった（表8）。

(3) 効果項目の比較

一覧表におけるチャートの白地 88 セルのうち、効果ありと発言がみられたセル数は 44 セルで 50.00%であった。残り、黒地 912 セルのうち、効果ありと発言がみられたセル数は 5 セルであり 0.55%であった（表9）。

(4) 必要性・実施・効果の相関

必要性と実施における相関係数は、0.79 であった。実施と効果における相関係数は、0.71 であった。必要性と効果における相関係数は 0.81 であった。

3) コレスポンド分析

状態項目ごとに、コレスポンド分析を実施した結果、以下の図1~5に示すプロット図を得た。

図1には、寝たきり度に対する介入項目の関係性を示した。『寝たきり』と《健側側臥位固定》《リクライニング位 30度》《頸部片側回旋》の3項目が相互に近い距離にプロットされ、『座位可』と《後方から実施》、『自立歩行可』と《立位実施》が近い距離にプロットされた。

図2には、中核症状に対する介入項目の関係性を示した。『実行機能障害・記憶障害・失認失行』は《模倣》《動作想起アシスト》《習慣づける》《習慣に合わせる》と、『口腔失行』は《開口誘導》《開口保持》《口腔周囲筋マッサージ》と近い距離にプロットされた。

図3には、BPSDに対する介入項目の関係性を示した。『拒否』と《ケア中止の判断》《慣れさせる》《開口誘導》《複数人で対応/把持》などが近い距離にプロットされ、『暴力』と《タイミングに合わせる》《短時間実施》、『徘徊』と《誘導》、『不穏』と《義歯常時装着》《夜間義歯装着》がそれぞれ近い距離にプロットされた。

図4には、口腔状態に対する介入項目の関係性を示した。『嚥下障害』と《ポジショニング》、『口腔乾燥』と《保湿》《唾液腺マッサージ》、『舌苔』と《ケア用品の活用》がそれぞれ近い距離にプロットされ、その他の状態と介入項目が近い距離にプロットされた。

図5には、義歯使用に対する介入項目の関係性を示した。《義歯安定剤使用》《義歯に記名》《義歯管理》《義歯装着介助》《義歯洗浄介助》がそれぞれ近い距離にプロットされた。

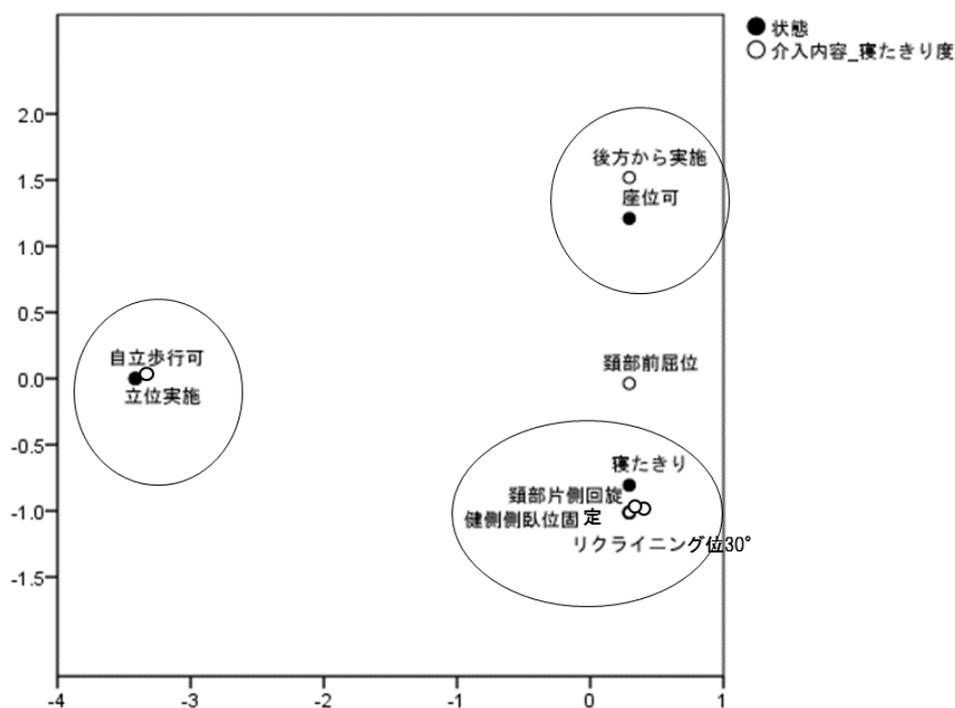


図1 寝たきり度のプロット図

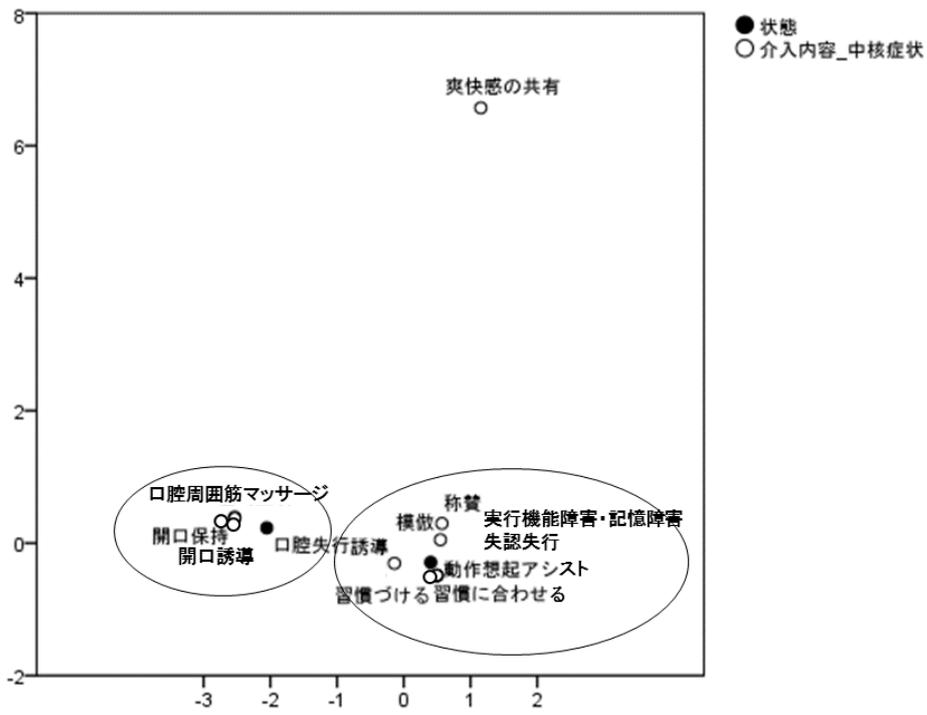


図2 中核症状のプロット図

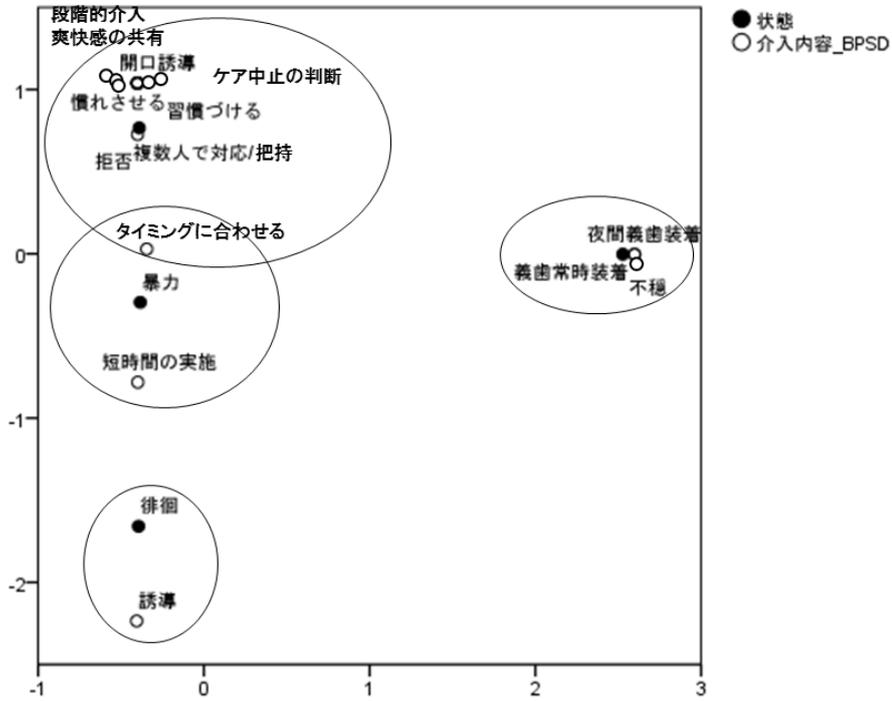


図3 BPSDのプロット図

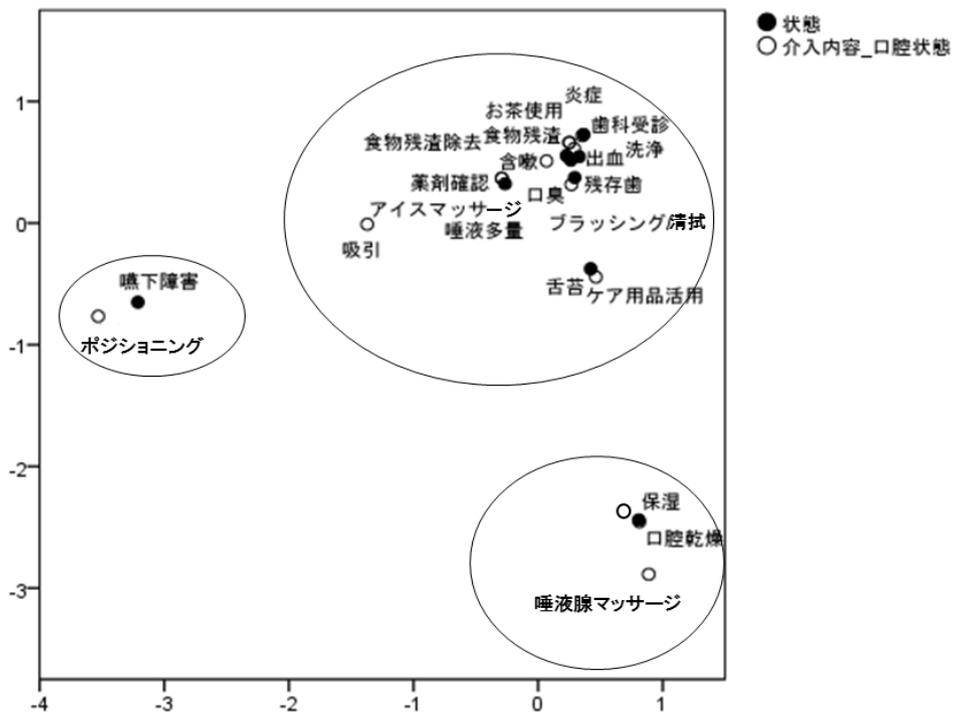


図4 口腔状態のプロット図

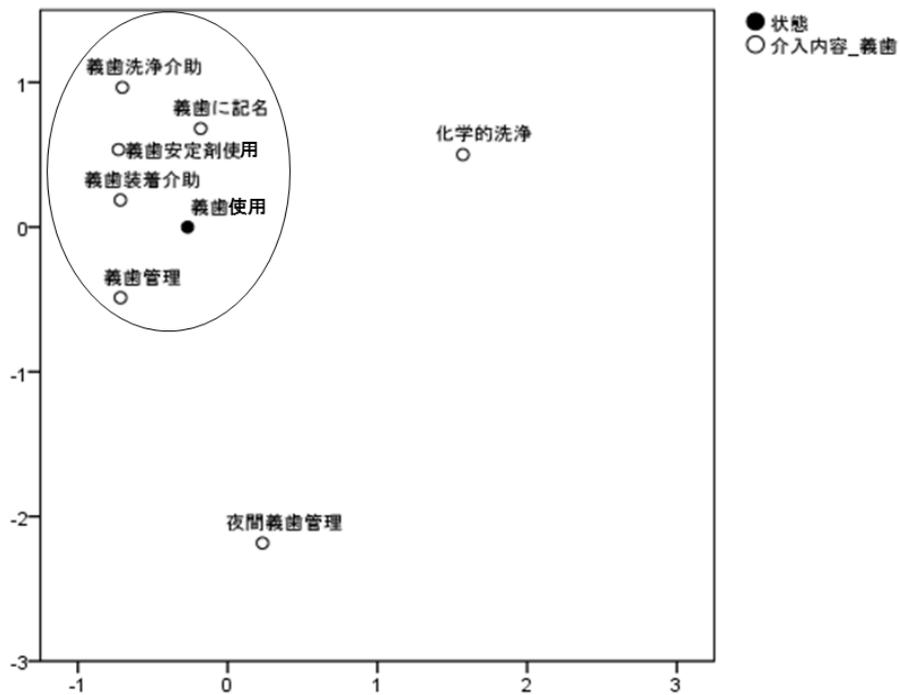


図5 義歯使用のプロット図

4) 口腔ケアチャートを用いた計画立案の状況 (表 10)

研究協力者が口腔ケアチャートの使用期間中に対象とした重度認知症高齢者数は合計 76 名で、

平均年齢 81.9 (SD3.7 ; min78.5~max86.3) 歳, 男性 25 名・女性 51 名であった。研究協力者は、口腔ケアチャートの対象者を選択するにあたり、対象者すべてを『拒否』がある重度認知症高齢者としたり、BPSD の 4 状態のいずれかを有しているものとしたりと、調査の趣旨を十分理解して実施されていた。

口腔ケアチャートの回収に際して、対象重度認知症高齢者が入院継続であったことから口腔ケアチャートを継続使用したいとの申し出があり留め置いたものが 16 名分であったことから、回収は 58 名分 (回収率 76.3%) であった。口腔ケアチャートを回収した対象者 58 名の状態は、全員が認知症高齢者の日常生活自立度ランク M であり、全員が BPSD を有しており、『拒否』は 58 名中 51 名 (87.9%), 『暴力』 21 名 (36.2%), 『不穏』 8 名 (13.8%), 『徘徊』 15 名 (25.9%) であった。対象者 58 名の状況と計画立案された介入方法は以下のとおりであった。

(1) 寝たきり度別対象者数と計画立案された介入方法

『寝たきり』 9 名 (15.5%) に計画立案された介入方法は、《リクライニング位 30 度》 6 名、《頸部前屈位》 4 名、《健側側臥位固定》 3 名、《頸部片側回旋》 2 名であった。対象者によっては、4 項目全ての介入方法が計画立案されていた。

『座位可』 14 名 (24.1%) に計画立案された介入方法は、《後方から実施》 12 名、《頸部前屈位》 7 名で、《頸部片側回旋》 は計画立案されなかった。

『自立歩行可』 24 名 (41.4%) に対する計画として《立位実施》 は 19 名に立案されていた。

(2) 中核症状別対象者数と計画立案された介入方法

『実行機能障害・記憶障害・失認失行』 32 名 (55.2%) に計画立案された介入方法は、《模倣》 11 名、《誘導》 20 名、《習慣づける》 11 名、《動作想起アシスト》 11 名、《爽快感の共有》 9 名、《称賛》 8 名、《習慣に合わせる》 6 名であった。

『口腔失行』 11 名 (19.0%) に計画立案された介入方法は、《開口誘導》 6 名、《口腔周囲筋マッサージ》 4 名、《開口保持》 3 名であった。

(3) BPSD 別対象者数と計画立案された介入方法

『拒否』 51 名に計画立案された介入方法は、《タイミングに合わせる》 38 名、《ケア中止の判断》 25 名、《習慣づける》 12 名、《爽快感の共有》 11 名、《開口誘導》 8 名、《複数人で対応/把持》 8 名、《慣れさせる》 7 名、で《段階的介入》 4 名あった。対象者によっては、《タイミングに合わせる》《開口誘導》《爽快感の共有》《複数人で対応/把持》の 4 項目が計画立案されていた。

『暴力』 21 名に計画立案された介入方法は、《タイミングに合わせる》 19 名、《短時間の実施》 15 名、《複数人で対応/把持》 5 名、《後方から支え》 2 名、《観察室看護・個室看護》 1 名であった。

『不穏』 8 名に計画立案された介入方法は、《義歯常時装着》 7 名、《夜間義歯装着》 5 名であった。

『徘徊』 15 名に計画立案された介入方法は、《誘導》 11 名、《タイミングに合わせる》 10 名、《短時間実施》 6 名で、《部位限定清掃》 は計画立案されなかった。

(4) 口腔状態別対象者数と計画立案された介入方法

『口腔乾燥』 11 名 (19.0%) に計画立案された介入方法は、《保湿》 10 名、《ブラッシング/清拭》 3 名、《唾液腺マッサージ》 1 名、《ケア用品活用》 1 名で、《加湿》と《薬剤確認》は計画立案されなかった。

『痰付着・痰貯留』7名(12.1%)に計画立案された介入方法は、《痰除去》4名、《保湿》3名、《加湿》2名、《ブラッシング/清拭》2名、《ケア用品活用》1名であった。

『嚥下障害』9名(15.5%)に計画立案された介入方法は、《ポジショニング》5名、《吸引》1名で、《含嗽》は計画立案されなかった。

『食物残渣』32名(55.2%)に計画立案された介入方法は、《含嗽》20名、《ブラッシング/清拭》19名、《食物残渣除去》13名、《お茶使用》10名、《洗浄》1名、《ケア用品活用》1名で、《吸引》は計画立案されなかった。

『残存歯』39名(67.2%)に計画立案された介入方法は、《ブラッシング/清拭》31名、《含嗽》20名、《歯科受診》8名、《洗浄》3名、《ケア用品活用》1名で、《吸引》は計画立案されなかった。

『出血』5名(8.6%)に計画立案された介入方法は、《ブラッシング/清拭》4名、《歯科受診》3名で、《医師との連携》3名で、《洗浄》《吸引》《薬剤確認》《ケア用品活用》は計画立案されなかった。

『舌苔』14名(24.1%)に計画立案された介入方法は、《ブラッシング/清拭》11名、《ケア用品活用》2名で、《保湿》は計画立案されなかった。

『口臭』6名(10.3%)に《ブラッシング/清拭》が6名全員に計画立案されていた。

『炎症』5名(8.6%)に計画立案された介入方法は、《歯科受診》4名、《ブラッシング/清拭》2名であった。

『唾液多量』9名(15.5%)に計画立案された介入方法は、《皮膚アイスマッサージ》2名、《吸引》1名、《薬剤確認》1名で、《ケア用品活用》は計画立案されなかった。

(5) 義歯における対象者数と計画立案された介入方法

『義歯使用』21名(36.2%)に計画立案された介入方法は、《義歯装着介助》15名、《義歯洗浄介助》13名、《夜間義歯管理》12名、《義歯に記名》11名、《化学的清掃》11名、《義歯確認》9名で、《義歯安定剤使用》は計画立案されなかった。

5) 計画立案された介入方法の実施状況

(1) 寝たきり度別においては、計画したすべての項目が実施されていた。

(2) 中核症状においては、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』に対する介入内容の《爽快感の共有》と『口腔失行』に対する介入内容の《開口保持》の2項目が、計画されていたが、計画立案者自身への実施への評価についてのインタビューにおいては、実施したという発言がなかった。

(3) BPSDにおいては、『暴力』に対する介入内容の《観察室・個室看護》《後方から支え》の2項目が、計画立案されていたが、実施したという発言がなかった。

(4) 口腔状態においては、『食物残渣』に対する介入内容の《ケア用品活用》《洗浄》と、『残存歯』に対する介入内容の《ケア用品活用》、『炎症』に対する介入内容の《ブラッシング/清拭》の4項目は、計画立案されていたが、実施したという発言がなかった。反対に、『嚥下障害』に対する介入内容の《含嗽》、『舌苔』に対する介入内容の《保湿》、『唾液多量』に対する介入内容の《ケア用品活用》の3項目が、計画立案されていなかったが、実施したと発言があった。

(5) 義歯においては、計画したすべての項目が実施されていた。

(6) (1) ~ (5) の結果, 口腔ケアチャートの介入状態 20 項目のうち, 寝たきり度 3 項目, 『拒否』『不穩』『徘徊』『口腔乾燥』『痰付着・痰貯留』『出血』『口臭』『義歯使用』の 11 項目において, 口腔ケアチャートの介入方法から計画されたすべての項目が実施されていた.

6) 口腔ケアチャートに対する有用性の評価

重度認知症高齢者に適した口腔ケアチャートは、使用する対象者の認知症看護の経験が少なくても、簡便で利用し易い実用的なチャートを目的に作成している。そこで、インタビューでは、口腔ケアチャートの使用感を確認し、逐語録の内容分析から表 11 に示す 8 つのカテゴリーを得た。

インタビューからは、【使用しやすい】(4名, 10件)、【不要・不足・改善項目なし】(9名, 10件)、【理解しにくい項目なし】(8名, 14件)という肯定的な意見を認めた。一方で、「使用したくない」「使用する必要はない」という否定的意見は皆無だった。

【チャートによる効果】(9名, 16件)では、介入項目に示された技術を実際に取り入れたという意見も認めた。例えば、認知症看護経験が 0.5 年の看護師からは

「後方から(口腔ケアを)実施してみて、今までは(後方からの口腔ケアを)してなくて、前からしていたけど、後方からしてみると、固定もできるし、口(の中)も見えるし、隅々まで磨ける気がします。後ろからやるのは、このみんな(スタッフ)も取り入れたほうがいいなって。」

というように、座位の患者に対して後方から口腔ケアする方法を、病棟で取り入れていた。また、認知症看護経験が 7 年の看護師からは、

「いつもは、次の人次の人って流れ作業のように(口腔ケアを)やっていたけど、(チャートに《爽快感の共有》と)書いてあったので、(自分では思いつかなかったが)そんな声(を)かけてみたら、(患者から)返事が返ってきた。『やった感』はありましたね。(チャートを使って口腔ケアを実施することが)やりがいにつながるみたい。」

という意見も聞かれた。さらに、【チャートによる効果】を実感するために【手順書による理解】(7名, 16件)が有効であり、

「言葉がわかりにくいところとか、理解し難いところは、手順を見ながらやったんで、大丈夫でした。」

という意見が聞かれた。また、【技術指導を受けたい項目あり】(5名, 5件)では、認知症看護経験が 7 年の看護師から

「アドバイスがいただけたら、もっと色々やってみたかった。」

という意見があり、ケア技術習得に対する意欲的な言葉を認めた。

一方、【対象者が不在などでできない項目あり】(5名, 10件)という意見も認めた、その内容は、

「対象者がいない」「時間がない」「どれに当てはまるかわからなかった」

というように、病棟の特徴から実施が困難であったり、知識不足から実施が困難というものにすぎなかった。また、【設備上あてはまらない項目あり】(1名, 1件)は、《観察室・個室看護》のみであり、認知症看護経験 7 年の看護師から発せられたもので、その内容は

「個室(実施)とか、いらぬ気がすると思った。個室より、個別で(本人に合わせて)しているので、部屋ですることはない。食べているところである。食堂である。お部屋に行くほどのことはない。ここでは、寝たきりでお部屋でする人はいないので、必要ないです。」

とあり、【設備上あてはまらない項目あり】の項目に関して他には全く認めなかった。

表 11 口腔ケアフローチャートに対する有用性の評価

n=10

カテゴリー(名, 件)	サブカテゴリー(名, 件)
使用しやすい(4, 10)	チェックしてみて使いやすかった(2, 2) 大丈夫です(3, 4) 当てはめてできた(2, 3) 症状がある人に使える(1, 1)
不要・不足・改善項目なし(9, 10)	必要のない項目はない(5, 5) 日頃している内容と同じ(1, 2) 改善したほうが良いという項目もない(1, 1) 足りない項目はない(2, 2)
理解しにくい項目なし(8, 14)	わかりにくい項目はなかった(6, 7) 理解しにくいこともなかった(4, 5) 気になる点もない(2, 2)
フローチャートによる効果 (技術の獲得や新たな体験)(9, 16)	項目に書いてあることをしたら出来た(5, 7) 研修をうけてできた(3, 3) スタッフといっしょにやってみたらできた(2, 3) 特に必要な項目は(回避することが多かった)BPSDIに対する介入(2, 2) 反応があり、やりがいに繋がった(1, 1)
手順書による理解(7, 16)	手順書でわかった(6, 7) 手順書はわかりやすい(3, 6) 図はわかりやすい(1, 1) 文字だけでイメージできなかった(1, 1)
技術指導を受けたい項目あり(5, 5)	後方から実施は難しかった(4, 4) アドバイスがあれば、やってみたかった(1, 1)
対象者不在などでできない項目あり(5, 10)	対象者がいない(4, 6) 対象がいたら、マッサージしてみたかった(2, 2) どれに当てはまるかわからなかった(1, 1) 時間がなくて実施できない(1, 1)
設備上あてはまらない項目あり(1, 1)	個室実施は出来ない(1/1)

V. 考察

本研究では、重度認知症高齢者のケア実施者が適した口腔ケア方法を選択し易くなるための実用的ツールとして、より簡便に利用できる実用的なチャートを作成し、その評価として、チャートを用いた口腔ケア研修会を実施後に、認知症治療病棟の看護師にチャートを使用することを依頼し、使用後に各自の意見をインタビューにより把握した。得られたチャートの評価に関する発言についてテキストマイニングを用いて分析した結果、状態に対する介入の必要性、介入の実施、介入後の効果における評価が明確になった。また、各状態に対する介入項目の発言頻度を必要性・実施・効果の相関の視点で分析した。これらの結果について考察する。

1. 各状態項目に関する発言

1) 寝たきり度

寝たきり度別のプロット図で『座位可』は《後方から実施》と近い距離にプロットされており、実際に研修で技術を習得したことから、入院患者への口腔ケアを《後方から実施》しており、病

棟での口腔ケア実施方法として定着する方向で進めているという発言が聞かれた。しかし、効果における発言がなかったことから、効果についての検証には至っていないと考える。その背景として、今まで《後方から実施》を実施していなかったため評価に至るには時間的に短かったためと考えるが、今回の研修後に介入方法を取り入れ、病棟内で広めようとしていることに関しては、『座位可』に対する《後方から実施》は介入方法として適切であり意義があると考え。また、《後方から実施》する方法は、対象者とケア実施者の接触面を多くすることで安心が得られるケースも有り¹⁰⁹⁾、最近では、他施設からの活用報告が多くなってきている。さらに、ケア実施者が対象者の後方に立ち、口腔ケアを実施する時、ケア実施者が右利きの場合は対象者の背後・右寄りに立ち、対象者の右肩越しに口腔内を覗き込むような体勢をとる。このとき、ケア実施者の左胸部と左前腕部とで対象者の頭を抱え込むようにすることで後屈を防止できる。対象者の頭頸部はケア実施者の利き手側に回旋させ、ガーグルベースンを覗きこむように《頸部前屈位》となる。そのため、《頸部片側回旋》についての発言はなかったが、《後方から実施》することで、《頸部片側回旋》の実施も含まれると考える。

2) 中核症状

中核症状の介入項目は、必要性・実施・効果のいずれかに関して発言がみられた。中でも、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』に対して、《爽快感の共有》以外の項目において必要性・実施に関する発言がみられた。《爽快感の共有》においては、効果に関する発言がみられた。また、プロット図においても、《爽快感の共有》以外の項目は近い距離にあった。このことから、中核症状における介入項目は、重度認知症高齢者に提供する口腔ケア介入項目として適切であると評価できると考える。

『口腔失行』における《短時間実施》の項目については、チャートには介入項目として抽出されていなかったが、本調査において発言がみられた。口腔失行がある場合、本人の意志とは関係なく、処置の最中に閉口してしまうこともある。そのため、開口保持を行う必要性があるが、長時間の保持は本人の負担となるので、《短時間実施》が必要と考える。

3) BPSD

BPSD の『暴力』に対する介入項目のうち、プロット図で《タイミングに合わせる》と《短時間実施》が近い距離にプロットされ、特に、《タイミングに合わせる》は必要性・実施・効果に関して全てに発言が聞かれたことから、『暴力』における《タイミングに合わせる》介入は重度認知症高齢者に有効な介入方法であり、介入項目として適切であると考える。しかし、『暴力』において、他者に見えないようにするという対象者の尊厳に配慮した介入¹¹⁰⁾としての《観察室・個室看護》と、レスキュー時の介入方法として取り入れた《後方から支え》は計画立案されていたにもかかわらず、必要性・実施・効果に関して発言がみられなかった。また、これらは、過剰な介入はBPSDの増強につながる可能性があるため実施していないと考える。研究協力病院でなされている口腔ケアは、暴力などでケア介入が難しく、ケア不足により口腔状態の悪化が見られた場合の対応方法として歯科受診が行われているため、発言が聞かれなかった可能性もあると考える。

『徘徊』に対する《部位限定清掃》については計画立案もなく、発言もみられなかった。『徘徊』者においては、何事も短時間でのケア実施が必要であるので、口腔ケア介入時も《短時間実施》が必要である。幸い、研究協力施設は歯科による介入があり、看護師が《部位限定清掃》に

関わるのが少ないと考えられる，《部位限定清掃》は、口腔ケア時間の確保が難しいため，《部位限定清掃》を行い，《短時間実施》につなげるという考え方で採用した。すなわち，《短時間実施》の具体的内容と捉えることもできる。《短時間実施》については多くの発言がみられたことから，《部位限定清掃》を他施設で実施するならチャートに必要と考える。

『拒否』を認める重度認知症高齢者に提供する口腔ケア介入項目は、プロット図の結果、近い距離にプロットされており、発言も多く聞かれたことから適切であると評価できると考える。なお、『拒否』において《後方から（体幹を）支え》は、チャートの介入項目ではないが、実施に関して発言がみられた。しかし、必要性や効果の発言はなかったうえに，《後方から（体幹を）支え》することで、過剰な介入が、拒否反応を強くさせてしまうという意見もある¹¹⁾ということから、今回は、チャートの介入項目に入れなくてもよいと判断する。

4) 口腔状態

口腔状態に対する介入項目のうち，《薬剤確認》は『口腔乾燥』『出血』の状態では、使用した看護師からの言及はなかった。しかし、『口腔乾燥』では、抗精神病薬などの副作用により『口腔乾燥』をきたすエビデンスが明確にされていることや、『出血』も、抗血小板薬や抗凝固薬の使用により『出血』が増強する可能性がある¹¹²⁾ため、《薬剤確認》は必要な介入項目であり薬剤師との連携が必要と考える。

次に，《ケア用品の活用》は、7つの状態項目に対する介入項目としてチャートに記載されていたが、使用した看護師からの発言がみられた状態項目は『口腔乾燥』『痰付着・痰貯留』『舌苔』『唾液多量』の4項目であった。《吸引》においても、5つの状態項目に対する介入項目として記載されていたが、使用した看護師からの発言がみられた状態項目は『嚥下障害』と『唾液多量』であり、これら2項目は計画立案もされていた。これらの結果は、研究協力施設が、入院患者に対し、定期的歯科受診と適切な歯科治療を行われているという特徴が表れたためと考える。

『痰付着・痰貯留』に対する介入項目としては、《保湿》《加湿》《ブラッシング/清拭》《ケア用品の選択》《痰除去》の5項目を選択している。プロット図では、《ケア用品の活用》《加湿》が近い位置であった。それらの介入項目以外に《含嗽》《吸引》《お茶使用》の3項目について発言があった。ことから、『痰付着・痰貯留』がある患者に対し、様々な介入が頻繁に行われていることが示されたと考える。

5) 義歯使用

『義歯使用』に関する発言は、《義歯安定剤使用》以外の項目において、必要性・実施・効果全てに関し発言がみられた。研究協力病院では、患者入院時に、歯科受診を義務付けており、歯科治療が適切に行われていることが影響し、《歯科受診》の発言がみられたといえる。しかし、今回作成したチャートにおいては、ヘルスプロモーションのための介入項目は除外しているため、『義歯使用』に対する《歯科受診》は項目として含まれていない。また、《義歯安定剤使用》に関しては、一般的には、《歯科受診》までは《義歯安定剤（を）使用》して様子観察する機会が多いため、チャートに残しておくこととする。

以上より、義歯使用における介入7項目は、重度認知症高齢者に供する口腔ケア介入項目として適切であると評価できると考える。

2. 重度認知症高齢者に適したチャートの状態項目と介入項目

重度認知症高齢者の状態に対する介入項目の必要性に関しては、表7～9にあるように、チャートに記載された白地のセルの65.91%を必要性有りとして評価していた。チャートに記載されていない黒地のセル評価は0.44%であった。実施に関するチャートの状態項目に対する介入項目として記載された白地のセル評価は78.41%であり、チャートに記載されていない黒地のセル評価は0.88%であった。効果に関してチャートの状態項目に対する介入項目として記載された白地のセル評価は50.00%であり、チャートに記載されていない黒地のセル評価は0.55%であった。

これらの結果は、チャートにおける介入項目に意見が集中していることが考えられ、重度認知症高齢者に提供するチャートの状態項目において採用した介入項目は適切であると考えられる。

なお、今回は、研修会から1ヶ月での評価であった。効果に関してチャートの状態項目に対する介入項目として記載された白地のセル評価が50.00%であったことは、インタビューで、「実施してみて効果を感じたかどうか」という質問方法に問題があった可能性が考えられる。実施する機会を得ることができず効果の確認ができなかった可能性や、実施したが、効果を判定するまでには至っていない可能性が考えられる。その結果、発言の減少につながったのではないかと考える。

また、相関係数の結果から、チャートの各項目間の関係性においても意味があり、介入項目が適切であったと捉えることができると考える。

重度認知症高齢者の対象者の状態はさまざまである。そのため、次の1か月後には、異なった結果が得られるのではないかと考える。また、他施設で対象が異なれば結果が異なるのは当然といえ、本研究の限界と考える。今後は、対象施設を増やし重度認知症高齢者に提供されている口腔ケア介入の現状について、さらに時間をかけて、データを収集していくことが必要であると考えられる。

3. 重度認知症高齢者に適した口腔ケアチャートの使用に関する評価

口腔ケアチャートの評価の対象者は、重度認知症高齢者の看護を日常業務としている看護師とした。彼らの認知症高齢者看護経験は0.5年～8年と差があったものの、平均は4.0 (SD2.3) 年であり、看護師経験年数としては0.5～17年で平均8.6 (SD5.0) 年で、エキスパートといわれる勤務年数の看護師が多かったことから、有用性についての効果も客観的に表現できる対象者達であると捉えられた。

口腔ケア研修会後に、チャートの使用を10名の協力者に依頼した結果、1ヶ月間で76名もの重度認知症高齢者に使用されていたことは、チャートの使用後の意見に【使用しやすい】【不要・不足改善項目なし】【理解しにくい項目なし】という肯定的な多数の意見が見られたように、本チャートの作成目的である「簡便で利用しやすい」という条件は達成できたと考える。また、使用した口腔ケアチャートの回収に際して、対象重度認知症高齢者が入院継続であったことから口腔ケアチャートを継続使用したいとの申し出があったことは、使いやすく好評であったことを裏付けていると考える。

内容に関する意見には、【手順書による理解】とあったので、チャートに示されていた介入内容の理解を手順書により容易にでき、実施してみたいという意欲につながったと考える。したがっ

て、本チャートの作成目的の一つである口腔ケア実施の意欲歓喜を達成したといえる。

また、10名の研究協力者のうち9名から、今回作成した【チャートによる(の)効果】を聞くことができた。例えば、それまで研究協力者自身が知らなかったことにより実施したことがなかった方法(後方からの実施)を【手順書により(る)理解】し行ってみた結果、良い効果が見られたので、病棟のスタッフにその技術を広めていった。この研究協力者は、認知症看護に携わり0.5年に過ぎなかったが、今回作成したチャートの使用により、介入方法の技術の必要性を認識し、ケア実施に対する意欲が喚起され、さらに、ケア技術の普及につなげる機会を得たと考える。

重度認知症高齢者の口腔ケアを行う看護師は、認知症症状が激しい時にケアを諦めたり、後回しにしたりすることが多い。しかし、今回作成したチャートを使用した認知症看護経験が長い看護師から、「流れ作業のように行っていた口腔ケア」という言葉が発せられたように、チャートの使用が自己の看護の振り返りの機会になったといえる。また、チャートに記入されている項目の《爽快感の共有》という口腔ケア終了後に患者に対して言葉かけを実施したことにより、「やりがいにつながった」という意見が聞かれたことから、チャートの使用で、対象者の個別性に適したケア方法を再確認できたと同時に、認知症看護におけるモチベーションに影響を与えることができたと考える。さらに、【口腔ケアチャートによる効果】として、「項目に書いてあることをしたら出来た」や「研修を受けてできた」という表現を得たことから、口腔ケアチャートの使用が、技術の獲得という教育的効果をもたらしたと考える。

なお、【対象者不在などでできない項目あり】については、その背景に、病棟に対象者がいないことや、ケア時間が十分に確保できないため実施が困難などの現状が説明されていた。同様に、【設備上あてはまらない項目あり】では、《観察室・個室看護》が不要という意見であった。対象施設は、院内に歯科外来が有り、口腔状態が悪化した場合や、口腔ケアが困難な場合は、歯科外来でケアを実施している背景があった。すなわち、これらの項目は、対象施設の特性を反映するものであったので、他施設の特性であれば必要な項目である可能性もある。平野¹¹³⁾は、「要介護高齢者の『口腔』を取り巻く支援のインフラを振り返ると、この20年は急速にそれらが整った時期といえる」と述べているように、今回、対象施設で《観察室・個室看護》の項目が不要という意見があったが、重度認知症高齢者への口腔ケアの現状を考えると、この介入項目は、患者の尊厳に配慮した介入として削除する必要はないと判断できる。

平野¹¹³⁾はさらに、「要介護高齢者が『認知症』を有した場合、これまで整えられた『口腔』を取り巻く支援方法が効果的に機能しない印象があり、その背景には、要高齢者の口腔への支援に認知症ケアの視点が包含されていなかったことも一因と思われる」とも述べている。この言葉に従えば、今回作成した重度認知症高齢者に適した口腔ケアチャートは、口腔への支援に認知症ケアの視点を包含し、かつ、簡便に利用できるチャートとして認知症高齢者の様々な状態に適合できる具体的なケアプラン立案に効果的であると考えられる。

4. チャート(案)の修正

1)最終的に、専門家(精神看護学教授1名、認知症看護認定看護師1名、摂食・嚥下障害看護認定看護師2名)と言葉のイメージや実践方法について、討議した結果を以下に示す。

(1)『寝たきり』の《背中を抑えて側臥位固定》は、抑制をイメージするため、《背中を支えて側

臥位固定」とする。また、「リクライニング位 30 度」は、状態により 30 度以上となることもあるため、「リクライニング位の調整」とする。

(2) 『座位可』の「後方から実施」は、原則としては高齢者の正面から実施することが望ましいが、場合によっては後方やサイドからの実施もあり得るため、「介助者の立ち位置前方・サイド・後方」とする。

(3) 『中核症状』と『拒否』に「声かけ」があるが、「声かけ」はすべての状態において必要項目である。ため、特に限定することをせず削除する。

(4) 『中核症状』の「思い出させる」「イメージ化」は、どちらも動作を想起させる介入であるため、「以前のケア方法の想起」とする。

(5) 「開口誘導/脱感作」について、「開口誘導」の具体的方法として、「脱感作」があるが、他にも「開口誘導」としての介入方法はあるため、「開口誘導」のみとする。

(6) 「抑制」は危険行為により、身体損傷のリスクが高い場合にのみ用いる方法であり、その具体的な介入としては、「把持」により「抑制」するため、「抑制」を「把持」と改める。

(7) 「誘導」「模倣」「称賛」に関しては、具体的に、「洗面所への誘導」「口腔ケア行為の模倣」「実施できたことへの称賛」とする。

(8) 「爽快感の実感」は、その感情を看護師も共有するので「爽快感の実感共有」とする。

(9) 「習慣づける」「慣れさせる」に関しては、それぞれ「習慣化する」「定期化する」に変更する。

(10) 「観察室看護 個室看護」は、他者から見えない場所での実施ということから「ブラインド場所の選定」とする。

(11) 「短時間の実施」は「短時間実施」とする。

(12) 口腔内の「清拭」は、「ブラッシング」ができない場合の介入方法として用いられることが多いため、「ブラッシング/清拭」とする。

(13) 「洗浄/流し法」は、「洗浄」と「流し法」は同じ内容であるため「洗浄」のみとする。また、「洗浄」後に自力で、汚染水を排液できない場合は、「吸引」が必要となるので、「洗浄」する場合は「吸引」も加える。

(14) 「ケア用品の活用」は、その症状に対してどのケア用品が適しているかの判断が必要なため、「ケア用品の選択」とする。

(15) 「歯科受診」は、早急な対応が必要な場合が多いため、「迅速な歯科受診」とする。

(16) 「医師との連携」は、「主治医への報告/連絡/相談」と対象を明確にする。

(17) 「義歯管理」「夜間義歯管理」は看護師が実施するものとして「看護師による常時義歯管理」「看護師による夜間義歯管理」とする。

(18) 項目確認が簡便に行えるように、項目の記入位置をずらし、同じ項目を同じ列に配置する。

(19) 状態の(有)の列を削除し、介入項目の列を広くして、文字を大きくし、読みやすくする。

2) 以上の結果を元に、チャートを修正した(図 2)。

重度認知症高齢者に提供する口腔ケアチャート

患者の状態を判断する

左の状態に対し推奨されているケアを記載しています。
この中から必要な項目を選択してください。

状態	介入内容
寝たきり度	寝たきり ・背中を支えて 側臥位固定 ・リクライニング位の調整 ・頸部前屈位 ・頸部片側回旋
	座位可 ・介助者の立ち位置（前方・サイド・後方） ・頸部前屈位 ・頸部片側回旋
	自立歩行可 ・立位実施
中核症状	実行機能障害・記憶障害・失認失行 ・習慣に合わせる ・洗面所への誘導 ・習慣化する ・以前のケア方法の想起 ・実施できたことへの称賛 ・爽快感の実感共有 ・口腔ケア行為の模倣
	口腔失行 ・口腔周囲筋 マッサージ ・短時間実施 ・開口誘導 ・開口保持
BPSD	拒否 ・タイミングに合わせる ・定期化する ・段階的介入 ・開口誘導 ・爽快感の実感共有 ・習慣化する ・ケア中止の判断 ・（複数人で対応/把持）
	暴力 ・タイミングに合わせる ・短時間実施 ・ブラインド場所の選定 ・（複数人で対応/把持）
	不穏 ・夜間義歯装着 ・義歯常時装着
	徘徊 ・タイミングに合わせる ・短時間実施 ・洗面所への誘導 ・部位限定清掃
口腔状態	口腔乾燥 ・唾液腺 マッサージ ・保湿 ・加湿 ・ブラッシング/清拭 ・ケア用品の選択 ・薬剤確認
	痰付着 痰貯留 ・痰除去 ・ブラッシング/清拭 ・ケア用品の選択 ・保湿 ・加湿
	嚥下障害 ・ポジショニング ・含嗽 ・吸引
	食物残渣 ・食物残渣除去 ・ブラッシング/清拭 ・ケア用品の選択 ・お茶使用 ・含嗽 ・洗浄 ・吸引
	残存歯 ・ブラッシング/清拭 ・ケア用品の選択 ・迅速な歯科受診 ・含嗽 ・洗浄 ・吸引
	出血 ・主治医への報告/連絡/相談 ・ブラッシング/清拭 ・ケア用品の選択 ・迅速な歯科受診 ・洗浄 ・吸引 ・薬剤確認
	舌苔 ・ブラッシング/清拭 ・ケア用品の選択 ・保湿
	口臭 ・ブラッシング/清拭
	炎症 ・ブラッシング/清拭 ・迅速な歯科受診
	唾液多量 ・皮膚アイス マッサージ ・吸引 ・ケア用品の選択 ・薬剤確認
義歯	義歯使用 ・義歯安定剤使用 ・義歯着脱介助 ・看護師による常時義歯管理 ・看護師による夜間義歯管理 ・義歯洗浄介助 ・化学的洗浄 ・義歯に記名 （ ） レスキュー時のみの介入

図 2 重度認知症高齢者に提供する口腔ケアチャート

VI. 小括

重度認知症高齢者への適切な口腔ケア介入は、生活の質向上のために必要不可欠である。重度認知症高齢者に用いる口腔ケア方法の選択を助けるために、今回作成した口腔ケアチャートの使用評価目的で、重度認知症高齢者の看護を日常業務として担う看護師 10 名に、チャートの実際の使用を依頼した。使用したチャートに対する思いや意見、課題などを十分に語っていただき深く聴き取るインタビューを行い、その内容を分析した。回収した口腔ケアチャートとインタビューの内容をもとに考察を深めた。

その結果、口腔ケアチャートに採用した介入項目は適切であり、使用しやすいとの評価が得られたとともに、チャートの使用が自己の看護を振り返る機会となり、口腔ケア技術の獲得やケア意欲の向上につながったという評価も得られ、作成目的が達成できたと考える。また、専門家により、よりイメージしやすい内容になることで、重度認知症高齢者に状態から、介入方法の選定がより容易になると考える。

今後は、チャートの多種施設での活用が望まれる。

第5章 総括

認知症疾患医療センターに勤務する看護師の重度認知症高齢者に提供されている口腔ケア介入の現状を明らかにした。その結果に書籍で述べられている口腔ケア介入方法を付加し口腔ケアクロス表を作成した。その後、専門家の意見を付加し、重度認知症高齢者に口腔ケアを提供する時にケア方法が簡便に選定でき、一瞥で利用できる実用的なチャートを作成した。このチャートを使用して、対象者の状態に適した口腔ケアの介入方法を短時間で選定でき、ケア実施者の間で同質の口腔ケア方法を行える様になるとともに、看護職員や介護職員さらには家族が困難と感じていた可能性のある重度認知症高齢者に提供されている従来の口腔ケアへのイメージを変え、看護や介護におけるストレスの軽減につながると期待できる。

本研究の結果は以下のとおりである。

I. 重度認知症高齢者の状態に提供されている口腔ケア方法の選定を助けるチャート作成

認知症疾患医療センターに勤務する看護師の重度認知症高齢者における口腔ケアの介入の現状として、重度認知症高齢者を日ごろ看護している看護師が、口腔ケア介入をどのように実施しているか、具体的な行為のレベルで明らかにした。認知症治療病棟に勤務する看護師の重度認知症高齢者に実施していた口腔ケア介入の現状として、461枚のラベルを分析した結果、【口腔ケアに関する介入】【認知機能低下に関する介入】【リスク管理に関する介入】【義歯における介入】【口腔ケアにおける連携】の5項目にまとめた。次に、臨床で利用されている口腔ケア関連の書籍5冊に提示されている介入項目を確認した。その後、看護師から抽出した重度認知症高齢者の状態に応じた介入項目と、書籍から確認できた状態に応じた介入項目を、クロス表に統合して示した。

さらに、クロス表において、重度認知症高齢者の各状態における介入方法について比較検討し、重度認知症高齢者に提供する口腔ケア介入について確定した。

口腔ケアクロス表に基づき、重度認知症高齢者の口腔ケア方法を選定しやすいチャート（案）を作成した。専門家の意見をふまえ、チャート（案）の内容の再確認と修正を加え、提示する口腔ケアチャートを決定した。

重度認知症高齢者の【口腔ケアに関する介入】として、『口腔乾燥有』『痰付着・痰貯留有』『嚥下障害有』『食物残渣有』『残存歯有』『出血有』『舌苔有』『口臭有』『炎症有』『唾液多量』が抽出され、それぞれの状態に対する介入項目を確定した。

【認知機能低下に関する介入】としては、中核症状として、『実行機能障害・記憶障害・失認失行』『口腔失行』、BPSDにおける介入状態として、『拒否』『暴力』『不穏』『徘徊』が抽出され、重度認知症高齢者が拒否することなく快適に口腔ケアが実施できるような介入項目が確定された。

【リスク管理に関する介入】としては、特に、誤嚥予防の観点として、『寝たきり』に対する《背中を支えて側臥位固定》《リクライニング位の調整》《頸部前屈位》《頸部片側回旋》があり、レスキュー時の対応として、《複数人での対応/把持》が上がった。また、【義歯における介入】として、重度認知症高齢者は義歯の紛失が多いことから、《義歯に記名》も必要とされた。

【口腔ケアにおける連携】としては、『口腔乾燥』『出血』『唾液多量』時の《薬剤確認》があり、薬剤師との連携や、『出血』『炎症』時の《迅速な歯科受診》という歯科との連携が上がり、『実行

機能障害・記憶障害・失認失行』『口腔失行』における《習慣に合わせる》では、家族との連携の必要性がチャートに含まれていた。

II. 重度認知症高齢者に提供する口腔ケア介入方法選定のためのチャート使用の評価

重度認知症高齢者に用いる口腔ケア方法の選定を助けるチャートを評価することを目的に、重度認知症高齢者の看護を日常業務として担う看護師にインタビューを行った結果、口腔ケアチャートに採用した介入項目は適切であり、使用しやすいとの評価が得られたとともに、チャートの使用が自己の看護を振り返る機会となり、口腔ケア技術の獲得やケア意欲の向上につながったという評価も得られ、作成目的が達成できたと考える。

III. 研究の限界と今後の課題

本研究で作成したチャートを使用することで、対象者の状態に適した口腔ケアの介入方法が短時間で選択でき、統一した介入が行える様になると評価された。しかしながら、評価においては対象が1施設のみであることから、その施設の特徴が評価に影響したことは、本研究の限界と考える。今後の課題として、このチャートを用いることで認知症高齢者の口腔状態が改善し、口腔衛生状態が維持できるか否かの検証は必要になってくると考える。

今回の研究で作成されたチャートを使用することで、重度認知症高齢者の口腔状態が良好になり、誤嚥性肺炎の罹患率の低下につながることで、医療費の減少という経済的効果がもたらされる可能性は否めない。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は平成26年度～28年度科学研究費補助金基盤（C）課題番号26463479及び、平成29年度～令和3年度科学研究費補助金基盤（C）課題番号17K12443の助成を受け実施された。

引用文献

- 1) 厚生労働省.「認知症施策の総合的な推進について(参考資料)令和元年」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000519620.pdf>(2021年12月21日)
- 2) 厚生労働省.「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」による報告書(2008年7月).<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/h0710-1.html>.(2021年12月21日)
- 3) 厚生労働省.「2015年の高齢者介護」(高齢者介護研究会報告書概要)報告.<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/2.html>.(2021年12月21日)
- 4) 厚生労働統計協会.死因別死亡.国民衛生の動向 2013/2014. .2013;55-67
- 5) 松本一生.訪問診療.介護の現場の『現在』と認知症への理解.歯科展望. 2006;108(1):128-129
- 6) Chalmers J M ,Carter K.D, Spenser A J .Oral diseases and conditions in community-living older adults with and without dementia.Special Care in Dentistry 2003;23:7-17
- 7) Chalmers J M, Carter K D,Spencer A J.Caries incidence and increments in community-living older adults with and without dementia.Gerodontology 2002;19:80-94
- 8) Ship J A,Puckett S A,Longitudinal study on oral health in subjects with Alzheimer's disease.Journal of American:Geriatrics Society,1994;42 (1):57- 63
- 9) Gaiz M,Mortimer J A,Fratiglioni L,Johansson,et al.Potentially modifiable risk factors for dementia in identical twins.Alzheimers Dement 2006;2(2):110 -117
- 10) 渡辺誠,伊藤進太郎,大井孝.噛み合わせと脳.野首孝嗣(編)咬合・咀嚼が創る健康長寿.大阪:大阪大学出版会,2007:120-123
- 11) 石倉健二,中村容子.認知症高齢者の口腔状態と認知症自立度の関連についての検討.介護福祉学 2008;15(1):16-21
- 12) 佐藤文彦,井上淳子,杉本志保ら.介護老人福祉施設における痴呆群.非痴呆群の口腔内所見の検討—3年間の比較—.老年歯学 2004;18(4):332-338
- 13) Yoneyama T,Yoshida M,Matsui T,et al.Oral care and pneumonia. Oral Care Working Group.Lancet 1999;7(354):515
- 14) Watando A,Ebihara S,Ebihara T,et al.Daily oral care and cough reflex sensitivity in elderly nursing home patients.Chest 2004;126(4):1066-1070
- 15) Montandon A,A Pinelli L A,Fais L M.Quality of life and oral hygiene in older people with manual functional limitations.Journal of Dental Education 2006;70:1261-1262
- 16) Yoshino A,Ebihara T,Ebihara S,et al.Daily oral care and risk factors for pneumonia among elderly nursing home patients.The Journal of the American Medical Association 2001;14:2235-2236
- 17) Sumi Y,Ozawa N,Miura H,et al.Oral care help to maintain nutritional status in frail older people.Arch Gerontol Geriatr.2010;51(2):128-128
- 18) Kikutani T,Yoneyama T,Nishiwaki K,et al.Effect of oral care on cognitive function in patients with dementia.Geriatrics & Gerontology International 2010;10(4):327-328
- 19) 田邊晶子,玄景華,安田順一ら.特別養護老人ホームにおける介護保険の要介護状態区分による口腔内状況と口腔ケアの問題点.老年歯科医学 2000;14(3):327-336

- 20) 新井康司,角保徳,植松宏ら.痴呆性高齢者の歯科保健行動と摂食行動.国立療養所中部病院歯科における実態調査;2003.
- 21) 小野由紀,平野浩彦.地域要介護高齢者悉皆調査による認知症高齢者口腔関連状況実態調査.認知症高齢者の食行動関連障害支援ガイドライン作成および検証に関する調査研究報告書.東京都健康長寿医療センター研究所 2012:120-203
- 22) 小園由味恵,迫田綾子,中村清子ら.認知症高齢者の「自分で食べる」ことへの支援を考えよう.第43回日本看護学会抄録集 老年看護.2012:89
- 23) 諏訪さゆり.認知症ケアにおける倫理.日本認知症ケア学会誌 2012;10(4):454-461
- 24) 小園由味恵,梯正之.介護老人福祉施設における口腔ケア教育に対する課題.日本口腔ケア学会雑誌 2013;6(1):43-49
- 25) 加藤伸司,内藤佳津雄,阿部哲也ら.認知症における標準的なケアモデルの構築に関する研究.厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)総合研究報告書 2006
- 26) Gerodontology.Oral health of people with dementia.15.2006.
Onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2006.00140.x/full.(2021年12月21日)
- 27) 日本神経学会監修.第3章 認知症への対応・治療の原則と選択肢.A.認知症症状への対応・治療.認知症疾患治療ガイドライン 2010:東京.医学書院,2010;74-77
- 28) 寺岡加代.入院患者に対するオーラルマネジメント.財団法人 8020 推進財団.1.2008.http://www.8020zaidan.or.jp/pdf/kenko/oral_management.pdf.(2021年12月21日)
- 29) 橋谷進,村井一見,春日佳織ら.専門的口腔ケア介入による病棟の病原微生物に対する注射薬剤使用量の減量効果.第21回日本口腔感染症学会総会・学術大会プログラム・抄録集 2012:38
- 30) 山中克己(鈴木敏夫,迫田綾子編).口腔ケアの概念の広がり.これからの口腔ケア.JJN スペシャル.東京:医学書院,2003:73
- 31) 加藤伸司(大塚俊男監修).長谷川式簡易知能評価スケール(HDS).高齢者のための知的機能検査の手引き.東京:ワールドプランニング,2011:15-19
- 32) 前掲 31) 9-13
- 33) 北村俊則(大塚俊男監修). Mini -Mental State(MMS).高齢者のための知的機能検査の手引き.東京:ワールドプランニング,2011:35-38
- 34) 柄澤昭秀(大塚俊男監修).柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」.高齢者のための知的機能検査の手引き.東京:ワールドプランニング,2011:55-58
- 35) 本間昭(大塚俊男監修).Clinical Dementia Rating(CDR).高齢者のための知的機能検査の手引き.東京:ワールドプランニング,2011:65-70
- 36) 厚生労働統計協会.高齢者福祉の主要施策.国民の福祉と介護の動向 2013/2014,2013:165
- 37) 黒澤尚,栗田主一.精神科救急医療.特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究.2007.http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001trya-att/2r9852000001ts1s.pdf(2021年12月21日)
- 38) Jacqueline Kindell(金子芳洋訳).1章認知症.認知症と食べる障害.東京都:医歯薬出版株式会社,2005:4

- 39) Tanya Serry, Prence Liamputtong (木原雅子, 木原正博訳), 現代の医学的研究方法 質的・量的方法. ミクストメソッド. EBP. 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2012:33
- 40) 前掲 39)34.
- 41) Krippendorff, K. (三上俊治, 橋元 良明, 椎野 信雄訳), 概念的基礎. メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待. 東京: 勁草書房, 2003:21
- 42) Berelson, B. (稲葉三千男訳), 内容分析の定義. 内容分析. 東京: みすず書房, 1957:3
- 43) Stone P J. The general inquirer. A computer approach to Content Analysis. MIT Press. Cambridge, 1966
- 44) 上野栄一. 内容分析とは何か—内容分析に歴史と方法について—. 福井大学医学部研究雑誌 2008;9(1):3
- 45) 広島県. 認知症疾患医療センター等運営事業について 設置機関. <http://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/ninntisyoutaisaku/1279792705784.html>. (2014年2月3日)
- 46) 広島市. 認知症疾患医療センターを指定しました. <http://www.city.hiroshima.lg.jp/www/contents/00000000000000/1317787736285/>. (2014年2月3日)
- 47) 公益社団法人日本看護協会資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者 <http://nintei.nurse.or.jp/certification/General/GCPP01LS/GCPP01LS.aspx> (2014年5月7日)
- 48) 柿木保明, 寺岡加代. 年代別にみた口腔乾燥症状の発現頻度に関する調査研究. 厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「高齢者の口腔乾燥症と唾液物性に関する研究」平成13年度報告書 2002;19-25
- 49) 高橋清美, 迫田綾子(監修). 服薬とリスク管理. 誤嚥を防ぐポジショニングと食事ケア. 東京: 三輪出版, 2013:132-139
- 50) 渡邊誠, 坪井明人, 三好慶忠他. 口腔疾患と認知症. 老年精神医学雑誌 2010;21(3):340-343
- 51) 紙屋克子. 早期からの摂食・嚥下リハビリテーションの重要性. BRAIN NURSING 2010;26(12):10-15
- 52) 前掲 3)40
- 53) 前掲 50)25
- 54) 本間敏夫, 小杉真由美. すぐわかる口腔ケア Q&A. 東京: 本の森, 2007:13-23
- 55) 数井裕光, 杉山博通, 坂東潮子 (武田雅俊監修). 症状別・疾患別の対応法. 認知症知って安心 症状別対応ガイド. 大阪: メディカルレビュー社, 2013:198-199
- 56) 岡田澄子, (才藤栄一, 向井美恵, 半田幸代他編). 間接訓練法. 摂食・嚥下リハビリテーションマニュアル. 東京: 医学書院, 1996:58-59
- 57) 田中靖代(田中靖代編). 摂食・嚥下障害の間接訓練. 看護・介護のための摂食・嚥下リハビリ. 東京: 日本看護協会出版会, 2001:89
- 58) 原久美子, 村田翠, 前原朝子. 効果的な口腔ケア. 臨床老年看護 2013;20(4):75-87
- 59) 山口晴保. 認知症の脳活性化リハビリテーション. 老年期認知症研究会誌 2011;18:133-139
- 60) 前掲 18) 327-328
- 61) 前掲 50) 92-93
- 62) 得居みのり(中島紀恵子, 太田喜久子, 奥野茂代他編). 認知症の病態・治療と看護. 認知症高齢者の

- 看護.東京:医歯薬出版株式会社,2011:28-29
- 63) 有友たかね,菊谷武.リハビリ病棟の口腔ケア.リハビリナース 2012;5(5):82-85
- 64) 前掲 29)49-64
- 65) Bulechek G M,Butcher H K(Dochterman J M 編)(中木高夫,黒田裕子訳).看護介入分類(NIC).原書第5版.東京:南江堂,2010:779
- 66) 迫田綾子(迫田綾子監修).おさえようポジショニングの基本.誤嚥を防ぐポジショニングと食事ケア.東京:三輪出版,2013:6
- 67) 藤島一郎,藤谷順子.嚥下リハビリテーションと口腔ケア.東京:メヂカルフレンド社,2006:138-139
- 68) 前掲 49)182-184
- 69) 植松宏,岩佐康行,渡邊誠他(植松宏監修).これから始める認知症高齢者の口腔ケア.京都:永末書店,2009:41
- 70) Oghalai J S.Aspiration of a Dental Appliance in a Patient With Alzheimer Disease .JAMA 2002;288:2543-2544
- 71) 小林直樹.認知症におけるリスクヘッジとしての口腔ケア.Nursing Today 2009;24(12):82-86
- 72) 前掲 69)40
- 73) Janet G,Steve B.Denture care.Oral hearth care for older people. Depengance.dysphagia.critical and palliative care.Holistic Oral Care.London:Published by Stephen Hancocks Limited,2005:38-42
- 74) 前掲 66) 4
- 75) 前掲 69) 40
- 76) 池山豊子,高場由紀美,柴田範子他 (本間昭監修)実践!認知症を支える口腔のケア.東京:財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団,2007
- 77) 花形哲夫.田村文誉.菊谷武他(夏目長門監修).認知症高齢者の口腔ケアの理解のために.東京:口腔保健協会,2011
- 78) 前掲 69)
- 79) 口腔ケア学会学術委員会(編).口腔ケアガイド.東京:文光堂,2013
- 80) Janet G,Steve.B,Denture care.Oral hearth care for older people. Depengance.dysphagia.critical and palliative care.Holistic Oral Care. London:Published by Stephen Hancocks Limited,2005:38-42.71-75.274-283
- 81) 前掲 4)25
- 82) 吉岡慶美(迫田綾子編).誤嚥.誤嚥を防ぐポジショニングと食事ケア.東京:三輪出版,2013:15
- 83) 前掲 67)138-139
- 84) 北出貴則(迫田綾子編).ベッドでの姿勢を整える.誤嚥を防ぐポジショニングと食事ケア.東京:三輪出版,2013:40
- 85) 中村清子.高齢者の口腔ケア時のリスク管理.臨床老年看護 2013;.20(4):67-69
- 86) 前掲 63)82-85
- 87) Basavaraju N G,Silverstone F A,Libow L S,et al.Promitive Reflexes and Perceptual Sensory Testes in the Elderly and their Usefulness in Dementia. Journal of Chronic Diseases 1981;34:367-377

- 88) 荒川亮介.大久保義則.第2章 臓器別副作用.1.精神症状.3.過鎮静.臨床精神医学 2007;36(増刊号):69-72
- 89) 中村清子(藤本篤土.武井典子.片倉朗他編).精神疾患.5 疾患の口腔ケア チーム医療による全身疾患対応型口腔ケアのすすめ.東京: .医歯薬出版株式会,2013:190-191
- 90) 前掲 69)31
- 91) 前掲 76)68
- 92) 前掲 79)40
- 93) 中村清子(迫田綾子編).服薬とリスク管理.誤嚥を防ぐポジショニングと食事ケア.東京:三輪出版,2013:132-139
- 94) 前掲 79)30
- 95) 前掲 79)48
- 96) 前掲 79)53
- 97) 前掲 79)31
- 98) 中島澄夫(愛知県歯科医師会編).口臭とその対策.口腔ケア.東京:朝日出版,1991:72-73
- 99) 前掲 79)55
- 100) 前掲 79)64
- 101) 前掲 69)41
- 102) 前掲 79)65
- 103) 福井次矢,吉田雅博(山口直人編).Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2007.東京:医学書院,2007:2-19
- 104) Tanner.A(萱間真美訳).質的研究を行う博士課程の学生指導.Mentoring Doctoral Students in Qualitative Research.看護研究 2013;46(4):366-373
- 105) 内田治,川嶋敦子,磯崎幸子.SPSS によるテキストマイニング入門.東京:オーム社, 2013:3
- 106) 井田歩美,猪下光.ソーシャルメディア上のビッグデータを分析して.乳児を持つ母親の関心事.看護研究 2013;46(6):543-551
- 107) 鳩間亜紀子,児玉桂子,田村静子.高齢者向け住宅改造の効果に関する介護専門職の評価指標と要介護度別特徴—テキストマイニングによる自由回答の分析.社会福祉学 2004;45(2):67-80
- 108) 前掲 104)181
- 109) 坂本まゆみ(平野浩彦編).認知症高齢者・要介護高齢者への口腔ケア.認知症高齢者への食支援と口腔ケア.東京:ワールドプランニング,2014:75
- 110) 前掲 77)49-64
- 111) 前掲 77)46
- 112) 前掲 93)132-139
- 113) 平野浩彦.認知症の人の円滑な食支援・口腔のケアを行うために.日本認知症ケア学会誌 2014;12(4):661-670

資料 1 研究協力依頼書（施設用 1）

年 月 日

病院
看護部長 様

面接調査へのご協力をお願い

寒中お見舞い申し上げます

貴社におかれましては、希望に満ちた新年をお迎えのことと存じます。

先日はご多忙の中、お電話で大変失礼いたしました。この度は格別のご高配に対し、厚くお礼を申し上げますとともに、改めまして書面でのお願いを申し上げます。

私は、安田女子大学の小園由味恵と申します。現在、「看護師が重度認知症高齢者に提供する口腔ケア方法選定のためのチャート作成」に関する研究に取り組んでおります。

今回の研究において、重度認知症高齢者に提供する口腔ケアチャートの作成を行うことにより、施設や在宅で看護職員や介護職員・家族が大変困難と考えていた重度認知症高齢者に対する従来の口腔ケアからの行動変容や看護や介護に対するストレスの軽減につながることを考えております。作成された口腔ケアチャートを基に食前の適切な口腔ケアを行うことで、患者の食欲を増し栄養状態を改善し認知機能低下を防ぐ可能性が生まれ、口腔状態が良好であることで、摂食・嚥下機能の改善につながることを期待できると考えております。また、食後の適切な口腔ケアにより、誤嚥性肺炎の罹患率の低下につながり、医療費の減少という経済的効果を生むと考えております。

今後、増加が予測される重度認知症高齢者に対して、施設・在宅を問わず使用できる口腔ケアチャートの作成は重要な課題となっていると考えこの研究に取り組むことといたしました。

研究でご協力いただくのは、重度認知症高齢者の方に直接口腔ケアを行われておられる看護師の方です。

研究では、インタビューを通して得られた情報を質的に分析いたします。研究協力者との面接時間は30分程度と考えております。インタビュー内容は、実際に行われている口腔ケアについて、重度認知症高齢者の方の状態や具体的方法などで、研究協力者の方にできるだけ自由にお話しいただきます。インタビューの場所は貴病院を予定しておりますが、ご希望によっては別の場所で行うことも考えております。内容につきましては、ICレコーダーでの録音や筆記での記録を行います。研究にご協力いただきました、病院名および研究協力者の匿名性の確保と個人情報の管理には十分注意して取り扱いいたします。

貴病院で勤務されている看護師の方の中で、研究にご協力頂ける方がおられましたら、ぜひご紹介いただけますと幸いです。ご紹介いただきました研究協力者には直接お電話でご連絡させていただき、再度研究の目的や方法、研究の同意やご辞退についても説明をさせていただきます。

詳細につきましては、研究計画書を別添いたしておりますのでご高覧下さい。

なお得られた研究の結果は、学会、学術雑誌にて公表させていただきますことにも合わせてご理解をお願い申し上げます。

本研究にご協力いただける場合は、同意書2部にご署名をいただき、一部は研究者への返送を、もう1部は、研究終了後まで保管をお願いいたします。また、研究協力者ご紹介のための用紙を同封しておりますので、ご協力いただける方のお名前とご連絡先を記入いただき、合わせて返送をお願いいたします。

大変ご迷惑をおかけいたしますが、何卒研究へのご協力をよろしくお願い申し上げます。

なお、本研究に関して、ご不明な点がございましたら、以下の研究者までご遠慮なくお問い合わせください。

安田女子大学 老年看護学領域

研究代表者 小園 由味恵

住所：〒731-0153 広島市安佐南区安東 6-13-1

電話番号：080-4600-4421

E-mail: kozono@yasuda-u.ac.jp

同 意 書

私は、「看護師が重度認知症高齢者に提供する口腔ケア方法選定のためのチャート作成」に関する研究について、別紙説明書および研究計画書に基づき説明を受け、研究の目的、内容、方法、研究への参加や協力の拒否の権利などについて理解いたしました。

私の自由意思に基づいてこの研究に参加・協力することを了承いたします。

年 月 日

施設名 _____

氏名（自署） _____

安田女子大学 老年看護学領域

研究代表者 小園 由味恵

住所：〒731-0153 広島市安佐南区安東 6-13-1

電話番号：080-4600-4421

E-mail: kozono@yasuda-u.ac.jp

（研究者保管用）

同 意 書

私は、「看護師が重度認知症高齢者に提供する口腔ケア方法選定のためのチャート作成」に関する研究について、別紙説明書および研究計画書に基づき説明を受け、研究の目的、内容、方法、研究への参加や協力の拒否の権利などについて理解いたしました。

私の自由意思に基づいてこの研究に参加・協力することを了承いたします。

年 月 日

施設名 _____

氏名（自署） _____

安田女子大学 老年看護学領域

研究代表者 小園 由味恵

住所：〒731-0153 広島市安佐南区安東 6-13-1

電話番号：080-4600-4421

E-mail: kozono@yasuda-u.ac.jp

資料3 協力者紹介用紙（施設用）

研究協力者の紹介

私は、「看護師が重度認知症高齢者に提供する口腔ケア方法選定のためのチャート作成」に関する研究への参加・協力をすることを了承いたしましたので、以下の研究協力者を紹介します。

① 氏名 _____

連絡先 _____

② 氏名 _____

連絡先 _____

③ 氏名 _____

連絡先 _____

④ 氏名 _____

連絡先 _____

⑤ 氏名 _____

連絡先 _____

⑥ 氏名 _____

連絡先 _____

貴施設名 _____

ご氏名 _____

資料4 研究協力依頼書（研究協力者用1）

研究へのご協力のお願い

貴下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は、安田女子大学老年看護学領域の小園由味恵と申します。

現在、「看護師が重度認知症高齢者に提供する口腔ケア方法選定のためのチャート作成」に関する研究に取り組んでおります。

今回の研究において、重度認知症高齢者に対する口腔ケアチャートの作成を行うことにより、施設や在宅で看護職員や介護職員・家族が大変困難と考えていた重度認知症高齢者に対する従来の口腔ケアからの行動変容や看護や介護に対するストレスの軽減につながることを考えております。作成された口腔ケアチャートを基に食前の適切な口腔ケアを行うことで、患者の食欲を増し栄養状態を改善し認知機能低下を防ぐ可能性が生まれ、口腔状態が良好であることで、摂食・嚥下機能の改善につながることを期待できると考えております。また、食後の適切な口腔ケアにより、誤嚥性肺炎の罹患率の低下につながり、医療費の減少という経済的効果を生むと考えております。

今後、増加が予測される重度認知症高齢者に対して、施設・在宅を問わず使用できる口腔ケアチャートの作成は重要な課題となっていると考えこの研究に取り組むことと致しました。

この研究にご協力いただく方には、お話の内容にもよりますが1回30分程度の面接を予定しています。インタビューの途中であっても中断、拒否の申し出があった場合にはすみやかに中止いたします。

インタビュー内容は、実際に行われている口腔ケアについて、重度認知症高齢者の方の状態や具体的方法などです。できるだけ自由にお話いただき、お答えになりたくない質問にはお答えいただかなくてもかまいません。

インタビューの場所は貴病院を予定しています。もし、貴病院以外の場所をご希望される場合はできる限り調整いたします。大切なお話の内容を失わないようにするために、会話をICレコーダーで録音し、また筆記での記録をとらせていただきたいと思いますと考えております。

録音した記録およびメモなどは鍵のかかる場所に保管し、研究者外の目に触れぬよう取り扱います。また、研究終了後には速やかに破棄し、ご協力いただいた方の個人情報の管理には十分注意いたします。

なお記録の分析にあたっては、皆さまのプライバシーの保護・匿名性の確保・秘密保持はもちろんのこと、研究以外の目的には使用しないことをお約束いたします。またご協力者様ご本人のご要望に応じ、個人の記録に関しては開示をいたしますので、お申し付けください。

この研究への協力は、研究の前でも、研究の途中であっても、お断りになることができます。お断りされても不利益が生じることはありません。

またこの研究の結果は、学会、学術雑誌にて公表させていただきますことにも合わせてご理解をお願い申し上げます。

以上のことをご理解いただき、何卒研究へのご協力をいただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

本研究にご協力いただける方は、同意書2部にご署名いただき、1部は研究者が受け取り、もう1部は、研究終了までご自身で保管をお願いいたします。

なお、本研究に関して、ご不明な点がございましたら、以下の研究者までご遠慮なくお問い合わせください。

安田女子大学 老年看護学領域

研究代表者 小園 由味恵

住所：〒731-0153 広島市安佐南区安東 6-13-1

電話番号：080-4600-4421

E-mail: kozono@yasuda-u.ac.jp

資料 5 研究同意書（研究協力者用）

（研究協力者保管用）

同 意 書

私は、「看護師が重度認知症高齢者に提供する口腔ケア方法選定のためのチャート作成」に関する研究について、安田女子大学老年看護学領域の小園由味恵から、別紙説明書に基づき説明を受け、研究目的・内容・方法、研究へ参加と拒否の権利等について理解いたしました。

したがって、私の自由意思に基づいて、この研究に参加・協力することを了承いたします。

年 月 日

（自署）

氏名 _____

安田女子大学 老年看護学領域

研究代表者 小園 由味恵

住所：〒731-0153 広島市安佐南区安東 6-13-1

電話番号：080-4600-4421

E-mail: kozono@yasuda-u.ac.jp

（研究者保管用）

同 意 書

私は、「看護師が重度認知症高齢者に提供する口腔ケア方法選定のためのチャート作成」に関する研究について、安田女子大学老年看護学領域の小園由味恵から、別紙説明書に基づき説明を受け、研究目的・内容・方法、研究へ参加と拒否の権利等について理解いたしました。

したがって、私の自由意思に基づいて、この研究に参加・協力することを了承いたします。

年 月 日

(自署)

氏名 _____

安田女子大学 老年看護学領域

研究代表者 小園 由味恵

住所：〒731-0153 広島市安佐南区安東 6-13-1

電話番号：080-4600-4421

E-mail: kozono@yasuda-u.ac.jp

資料 6 研究協力取り消し書（施設用）

研 究 協 力 取 り 消 し 書

私は、「看護師が重度認知症高齢者に提供する口腔ケア方法選定のためのチャート作成」に関する研究への参加を了承し同意書に署名しましたが、それを辞退し、ここに研究協力取り消し書を提出します。

年 月 日

施設名 _____

氏名（自署） _____

安田女子大学 老年看護学領域

研究代表者 小園 由味恵

住所：〒731-0153 広島市安佐南区安東 6-13-1

電話番号：080-4600-4421

E-mail: kozono@yasuda-u.ac.jp

資料7 研究協力取り消し書（研究協力者用）

研究協力取り消し書

私は、「看護師が重度認知症高齢者に提供する口腔ケア方法選定のためのチャート作成」に関する研究への参加を了承し同意書に署名しましたが、それを辞退し、ここに研究協力取り消し書を提出します。

年 月 日

施設名 _____

氏名（自署） _____

安田女子大学 老年看護学領域

研究代表者 小園 由味恵

住所：〒731-0153 広島市安佐南区安東 6-13-1

電話番号：080-4600-4421

E-mail: kozono@yasuda-u.ac.jp

資料8 インタビューガイド1

インタビューガイド

面接日時：

・研究協力をいただける協力者に直接連絡を取り、相手の希望を優先して、面接日時を調整、了承を得た時間帯に60分程度を目安に面接を行う。

面接場所：

・協力者の勤務する施設で行う。協力者より勤務施設以外の場所を希望された場合には、希望に添えるよう工夫する。その際には、プライバシーが保て、静かに落ち着いて話ができる場所を確保する。

面接方法：

- ・面接内容は、協力者の了解を得てICレコーダーに録音、または必要に応じてメモを取る。
- ・面接終了後はできるだけ早く、面接内容や状況について面接記録を作成する。
- ・インタビューは半構成的面接とし、下記の内容を質問する。質問順番は面接時の話の流れ、内容によって変更することもある。
- ・面接では、自由にありのままに語っていただけるようお願いする。また協力者から語られた言葉の中から、協力者にとって重要な意味を持つと思われるものに対しては質問しさらに深く語っていただく。

[面接時の質問項目；ガイド]

実際に行われている口腔ケアにおいて、重度認知症高齢者の方の状態や具体的方法

1. 重度認知症高齢者に実施している口腔ケア方法
2. 口腔ケア方法で特に効果があったと思う方法
3. 口腔ケアを行うときに気をつけている点

[協力者の基本属性・背景]

1. 協力者の性別・年齢
2. 協力者の看護師経験年数
3. 65歳以上の重度認知症高齢者への看護に関わった経験年数

資料 9 研究協力依頼書（施設用 2）

年 月 日

病院
看護部長 様

面接調査へのご協力をお願い

盛夏の候、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

先日はご多忙の中、お電話で大変失礼いたしました。この度は格別のご高配に対し、厚くお礼を申し上げますとともに、改めまして書面でのお願いを申し上げます。

私は、安田女子大学の小園由味恵と申します。現在、「看護師が重度認知症高齢者に提供する口腔ケア方法選定のためのチャート作成」に関する研究に取り組んでおります。

今回の研究において、重度認知症高齢者に提供する口腔ケアチャートの作成を行うことにより、施設や在宅で看護職員や介護職員・家族が大変困難と考えていた重度認知症高齢者に対する従来の口腔ケアからの行動変容や看護や介護に対するストレスの軽減につながることを考えております。作成された口腔ケアチャートを基に食前の適切な口腔ケアを行うことで、患者の食欲を増し栄養状態を改善し認知機能低下を防ぐ可能性が生まれ、口腔状態が良好であることで、摂食・嚥下機能の改善につながることを期待できると考えております。また、食後の適切な口腔ケアにより、誤嚥性肺炎の罹患率の低下につながり、医療費の減少という経済的効果を生むと考えております。

今後、増加が予測される重度認知症高齢者に対して、施設・在宅を問わず使用できる口腔ケアチャートの作成は重要な課題となっていると考えこの研究に取り組むことといたしました。

研究でご協力いただくのは、重度認知症高齢者の方に直接口腔ケアを行われておられる看護師の方で、実際に口腔ケアチャートを使用された方です。

研究では、インタビューを通して得られた情報を質的に分析いたします。研究協力者との面接時間は 30 分程度と考えております。インタビュー内容は、実際に行われている口腔ケア方法や、口腔ケアチャートについてなどで、研究協力者の方にできるだけ自由にお話しいただきます。インタビューの場所は貴病院を予定しておりますが、ご希望によっては別の場所で行うことも考えております。内容につきましては、IC レコーダーでの録音や筆記での記録を行います。研究にご協力いただきました、病院名および研究協力者の匿名性の確保と個人情報の管理には十分注意して取り扱いいたします。

貴病院で勤務されている看護師の方の中で、研究にご協力頂ける方がおられましたら、ぜひご

紹介いただけますと幸いです。ご紹介いただきました研究協力者には直接お電話でご連絡させていただきます。再度研究の目的や方法、研究の同意やご辞退についても説明をさせていただきます。

詳細につきましては、研究計画書を別添いたしておりますのでご高覧下さい。

なお得られた研究の結果は、学会、学術雑誌にて公表させていただきますことにも合わせてご理解をお願い申し上げます。

本研究にご協力いただける場合は、同意書2部にご署名をいただき、1部は研究者への返送を、もう1部は、研究終了後まで保管をお願いいたします。また、研究協力者ご紹介のための用紙を同封しておりますので、ご協力いただける方のお名前とご連絡先を記入いただき、合わせて返送をお願いいたします。

大変ご迷惑をおかけいたしますが、何卒研究へのご協力をよろしくお願い申し上げます。

なお、本研究に関して、ご不明な点がございましたら、以下の研究者までご遠慮なくお問い合わせください。

安田女子大学 老年看護学領域

研究代表者 小園 由味恵

住所：〒731-0153 広島市安佐南区安東 6-13-1

電話番号：080-4600-4421

E-mail: kozono@yasuda-u.ac.jp

研究へのご協力をお願い

貴下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は、安田女子大学老年看護学領域の小園由味恵と申します。

現在、「看護師が重度認知症高齢者に提供する口腔ケア方法選定のためのチャート作成」に関する研究に取り組んでおります。

今回の研究において、重度認知症高齢者に対する口腔ケアチャートの作成を行うことにより、施設や在宅で看護職員や介護職員・家族が大変困難と考えていた重度認知症高齢者に対する従来の口腔ケアからの行動変容や看護や介護に対するストレスの軽減につながることを考えております。作成された口腔ケアチャートを基に食前の適切な口腔ケアを行うことで、患者の食欲を増し栄養状態を改善し認知機能低下を防ぐ可能性が生まれ、口腔状態が良好であることで、摂食・嚥下機能の改善につながることを期待できると考えております。また、食後の適切な口腔ケアにより、誤嚥性肺炎の罹患率の低下につながり、医療費の減少という経済的効果を生むと考えております。

今後、増加が予測される重度認知症高齢者に対して、施設・在宅を問わず使用できる口腔ケアチャートの作成は重要な課題となっていると考えこの研究に取り組むことと致しました。

この研究にご協力いただく方には、お話の内容にもよりますが1回30分程度の面接を予定しております。インタビューの途中であっても中断、拒否の申し出があった場合にはすみやかに中止いたします。

インタビュー内容は、実際に行われている口腔ケアについて、重度認知症高齢者の方の状態や具体的方法などです。できるだけ自由にお話いただき、お答えになりたくない質問にはお答えいただかなくてもかまいません。

インタビューの場所は貴病院を予定しています。もし、貴病院以外の場所をご希望される場合はできる限り調整いたします。大切なお話の内容を失わないようにするために、会話をICレコーダーで録音し、また筆記での記録をとらせていただきたいと思いますと考えております。

録音した記録およびメモなどは鍵のかかる場所に保管し、研究者外の目に触れぬよう取り扱います。また、研究終了後には速やかに破棄し、ご協力いただいた方の個人情報の管理には十分注意いたします。

なお記録の分析にあたっては、皆さまのプライバシーの保護・匿名性の確保・秘密保持はもちろんのこと、研究以外の目的には使用しないことをお約束いたします。またご協力者様ご本人のご要望に応じ、個人の記録に関しては開示をいたしますので、お申し付けください。

この研究への協力は、研究の前でも、研究の途中であっても、お断りになることができます。お断りされても不利益が生じることはありません。

またこの研究の結果は、学会、学術雑誌にて公表させていただきますことにも合わせてご理解をお願い申し上げます。

以上のことをご理解いただき、何卒研究へのご協力をいただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

本研究にご協力いただける方は、同意書2部にご署名いただき、1部は研究者が受け取り、もう1部は、研究終了までご自身で保管をお願いいたします。

なお、本研究に関して、ご不明な点がございましたら、以下の研究者までご遠慮なくお問い合わせください。

安田女子大学 老年看護学領域

研究代表者 小園 由味恵

住所：〒731-0153 広島市安佐南区安東 6-13-1

電話番号：080-4600-4421

E-mail: kozono@yasuda-u.ac.jp

資料 11 インタビューガイド 2

インタビューガイド

面接日時：

・研究協力をいただける協力者に直接連絡を取り、相手の希望を優先して、面接日時を調整、了承を得た時間帯に 60 分程度を目安に面接を行う。

面接場所：

・協力者の勤務する施設で行う。協力者より勤務施設以外の場所を希望された場合には、希望に添えるよう工夫する。その際には、プライバシーが保て、静かに落ち着いて話ができる場所を確保する。

面接方法：

- ・面接内容は、協力者の了解を得て IC レコーダーに録音、または必要に応じてメモを取る。
- ・面接終了後はできるだけ早く、面接内容や状況について面接記録を作成する。
- ・インタビューは半構成的面接とし、下記の内容を質問する。質問順番は面接時の話の流れ、内容によって変更することもある。
- ・面接では、自由にありのままに語っていただけるようお願いする。また協力者から語られた言葉の中から、協力者にとって重要な意味を持つと思われるものに対しては質問しさらに深く語っていただく。

[面接時の質問項目；ガイド]

口腔ケアチャートについて、お教えてください。

1. 内容は把握出来ましたか。また、何回くらい使用されましたか。
2. 理解しやすい項目はどうか、理解し難い項目はどうか。
3. 使用して、役に立ったと思われる項目、効果があったと考えられる項目。
4. 使用が困難だと思われる項目。改善したほうが良いと思われる項目。

[協力者の基本属性・背景]

1. 協力者の性別・年齢
2. 協力者の看護師経験年数
3. 65 歳以上の重度認知症高齢者への看護に関わった経験年数

資料 12 研修計画書

口腔ケア研修会実施計画書

対象：重度認知症高齢者に口腔ケアを提供している看護職・介護職各 25 名程度

研修日：〇〇〇〇年〇月〇日

研修実施者：小園由味恵

1. 指導目的：重度認知症高齢者における口腔ケアフローチャートを使用することが出来る。

2. 指導目標

- 1) 口腔機能（唾液の役割・嚥下機能）について理解できる。
- 2) 口腔状態をアセスメントできる。
- 3) 口腔ケアフローチャートの使用方法を理解できる。
- 4) 必要なケア方法を選択できる。

3. 準備物品

- 1) 資料 60 部
- 2) 歯ブラシ（各自持参）、水のみ、排唾管、スポンジブラシ、

段階	ねらい	方法	備考
導入 15 分	・研修会の目的を理解できる ・参加方法について理解できる	①研修会の目的を伝え、調査の協力を得る。 ②資料の確認	
展開 60 分	1) 口腔機能について理解できる。	1) 口腔の機能についてスライドをもとに説明する ・唾液の役割について説明する。 ・嚥下の姿勢による飲水の困難さと誤嚥の危険性について体験してもらうための、セミファーラー位が崩れた体位での飲水、さまざまな開閉口状態の飲水を行う。	唾液と嚥下機能を中心に演習を交え説明を行う。
	2) 口腔状態をアセスメントできる。	2) 口腔状態のアセスメントの具体的方法についてスライドを基に説明する。 ・口腔乾燥 ・口腔機能低下 ・誤嚥 ・食物残渣 ・残存歯	

	<p>3) 口腔ケアフローチャートの使用方法を理解できる。</p> <p>4) 患者の状態に応じたケア方法を選択できる。</p>	<p>3) 口腔ケアフローチャートの使用方法・ケア方法の選択について説明する。</p> <p>①ケア方法について、物品を用いて説明する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯ブラシの持ち方・ブラッシング方法を説明し、一緒に行う。 ・口腔内洗浄方法を説明する。 ・唾液腺マッサージの紹介をし、一緒に行う。 ・脱感作について説明する。 ・誤嚥を予防するためのポジショニングを説明する。 <p>②口腔状態を改善するためのケア選択の基準について説明する。</p>	<p>歯ブラシ（各自） 水のみ・排唾管の固定</p>
<p>まとめ 5分</p>	<p>・今後の自分の活動が理解できる</p>	<p>①要点をまとめる。</p> <p>②口腔ケアフローチャートの試用を依頼する。</p> <p>④1 か月後にインタビューの実施を希望していることを伝える。</p>	<p>回収を確認する</p>

資料 13 重度認知症高齢者に提供する口腔ケアチャート

重度認知症高齢者に提供する口腔ケアチャート

患者の状態を判断する

左の状態に対し推奨されているケアを記載しています。
この中から必要な項目を選択してください。

状態		介入内容			
寝たきり度	寝たきり	・背中を支えて側臥位固定	・リクライニング位の調整	・頸部前屈位	・頸部片側回旋
	座位可	・介助者の立ち位置（前方・サイド・後方）		・頸部前屈位	・頸部片側回旋
	自立歩行可	・立位実施			
中核症状	実行機能障害・記憶障害・失認失行	・習慣に合わせる	・洗面所への誘導	・習慣化する	・以前のケア方法の想起
	口腔失行	・口腔周囲筋マッサージ	・短時間実施	・開口誘導	・口腔ケア行為の模倣 ・開口保持
BPSD	拒否	・タイミングに合わせる	・定期化する ・段階的介入	・開口誘導 ・爽快感の実感共有	・習慣化する ・ケア中止の判断 ・（複数人に対応/把持）
	暴力	・タイミングに合わせる	・短時間実施	・ブラインド場所の選定	・（複数人に対応/把持/後方から支え）
	不穏	・夜間義歯装着 ・義歯常時装着			
	徘徊	・タイミングに合わせる	・短時間実施	・洗面所への誘導	・部位限定清掃
口腔状態	口腔乾燥	・唾液腺マッサージ	・ブラッシング/清拭	・保湿	・加湿 ・ケア用品の選択 ・薬剤確認
	痰付着 痰貯留	・痰除去	・ブラッシング/清拭	・保湿	・加湿 ・ケア用品の選択
	嚥下障害	・ポジショニング	・含嗽	・吸引	
	食物残渣	・食物残渣除去	・含嗽	・洗浄 ・吸引	・ケア用品の選択 ・お茶使用
	残存歯	・ブラッシング/清拭	・含嗽	・洗浄 ・吸引	・ケア用品の選択 ・迅速な歯科受診
	出血	・主治医への報告/連絡/相談 ・ブラッシング/清拭	・洗浄	・吸引	・薬剤確認 ・迅速な歯科受診
	舌苔	・ブラッシング/清拭	・保湿	・ケア用品の選択	
	口臭	・ブラッシング/清拭			
	炎症	・ブラッシング/清拭 ・迅速な歯科受診			
唾液多量	・皮膚アイス マッサージ	・吸引	・ケア用品の選択	・薬剤確認	
義歯	義歯使用	・義歯安定剤使用 ・義歯着脱介助	・看護師による常時義歯管理 ・義歯洗浄介助	・看護師による夜間義歯管理 ・化学的洗浄	・義歯に記名

() レスキュー時のみの介入