

委員会報告

## 臨床指針：口腔衛生ケアステップ

日本口腔衛生学会学会のあり方委員会

八重垣 健<sup>1)</sup> 秋房 住郎<sup>2)</sup> 天野 敦雄<sup>3)</sup> 薄井 由枝<sup>4)</sup> 葎原 明弘<sup>5)</sup>

口腔衛生会誌 64 : 296-298, 2014

### はじめに

2011年春に発足した日本口腔衛生学会・学会のあり方委員会は、委員会のゴールを「国民の公衆衛生への寄与」「学術・科学の充実」「会員2,500名への貢献」と定めた。さらに口腔衛生学における下記の研究・活動を支援することとし、常任理事会・総会の承諾を得た。

1. 生命科学研究
2. 疫学・社会医学研究
3. 地域歯科保健活動
4. 歯科・口腔保健施策・政策の提言

まず、目標3・4に必要な活動として「歯科衛生士と歯科医師の連携の下、日本の現状に合った予防歯科治療を考える」を常任理事会・総会に申請し、承認を得た。さらに、目標1・2の達成に向け、トレンドメーカーによるサイエンティフィック・エクステンジの定期開催、大学院・ポストドクトリアルセミナーの定期開催、地域歯科保健研究の推進（疫学研究支援委員会の設置）、口腔疾患予防対策の構築と早期検査法の確立に着手した。

本学会に限らず、他の臨床学会などが具体的な予防臨床ガイドラインを作成するためには、その基本となる臨床指針の策定が必要である。しかし、有効な直近のデータが少なく、十分なメタ分析を得るに至らなかった。そこで、北米ですでに確立され、広く認知されている歯科衛生ケアプロセスに準拠することとした<sup>\*1,2)</sup>。これによりアメリカ保健政策研究局のエビデンスレベルに記載されたエビデンスによる指針策定が可能となり、アセスメント、口腔環境評価、計画立案、実施、評価の5つのス

テップと記録からなる臨床モデルの構築を目指した。予防が健康保険に収載されてない中で、制限が大きく使用用語にも十分な配慮し、予防臨床の根拠プロトコルとなるよう十分な注意を払った。将来、各種予防臨床のプロトコルやガイドラインの策定、あるいは保険収載を目指す際には、この「臨床指針：口腔衛生ケアステップ」が根拠・エビデンスとして利用される可能性も念頭に置いた。

このケアステップは口腔疾患の予防と管理を目的とし、口腔状態のアセスメント、口腔衛生診断、計画立案、実施、結果評価の5つに記録書類作成を加え、計6項目から構成される<sup>\*1,2)</sup>（図1）。

口腔衛生診断は数々の口腔衛生に関する情報をアセスメントするものであり、臨床歯科診断とは異なる。歯科医師・歯科衛生士は、科学的根拠をもって実施方針の決定を行い、責任をもって治療・ケアについて患者説明を行わなければならない。さらにアセスメントと結果評価に基づいて、各ステップの決定・変更を行い、疾患治療・リコールと並行することで、患者中心の包括的歯科医療を目指す。

### 臨床ステップ<sup>\*1,1,2)</sup>

#### 1. ステップ1：アセスメント

アセスメントは、詳細なデータ収集とその分析を行うとともに、口腔・全身状況や他の必要事項を記録することによる。そして、口腔疾患リスクを判定する。これらデータ収集は継続的に行い、適切なリスク判定を行う。

##### 1) 既往歴：

- a. 一般情報：性別、年齢、職業、知識レベル、技能・

<sup>1)</sup> 日本歯科大学生命歯学部衛生学講座

<sup>2)</sup> 九州歯科大学口腔健康管理学講座

<sup>3)</sup> 大阪大学大学院歯学研究科口腔分子免疫制御学講座予防歯科学分野

<sup>4)</sup> 国立保健医療科学院地域医療システム研究分野

<sup>5)</sup> 新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔生命福祉学講座

<sup>\*</sup>Standards For Clinical Dental Hygiene Practice, The American Dental Hygienists' Association, March 2008: [http://www.adha.org/resources-docs/7261\\_Standards\\_Clinical\\_Practice.pdf](http://www.adha.org/resources-docs/7261_Standards_Clinical_Practice.pdf) (2013年12月10日アクセス)

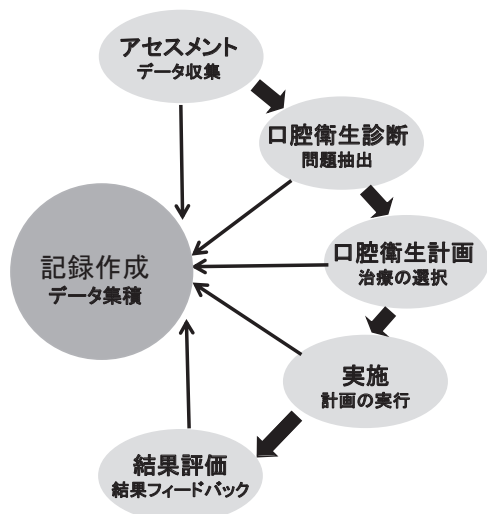


図1 口腔衛生ケアステップの概念図  
\*1 および文献1, 2から改変.

資格, 居住地域, コミュニティーなどの文化的特性, 性格的な特徴など.

b. これまでの歯科治療および口腔衛生ケアの受診状況.

c. 全身および口腔の健康状態:

1. これまでの健康状態
2. 有用と思われる個人的背景 (出身地, 社会活動など, 宗教を含むことがある)
3. 薬剤既往歴 (処方薬, 売薬, 薬草の使用など)
4. 検査値 (血液検査, 血圧など)
5. 医療機関受診歴
6. その他: 精神的な健康状態 (学習障害や各種の恐怖症など), 経済状態, 趣味, 余暇の使い方など

2) 包括的な臨床評価

a. 頭頸部および口腔の診査 (口腔がんスクリーニング, 外傷や顎関節評価など)

b. X線診査

c. 包括的な歯周組織評価の記録:

1. 歯周状態:

- プロービング深さ
- アタッチメントレベル
- 出血部位 (BOP)
- 排膿部位
- 歯肉歯槽粘膜 (炎症, 潰瘍・びらん, 付着歯肉喪失など)
- 歯肉退縮

2. 歯垢, 歯石の付着程度

3. 歯槽骨レベル/骨吸収

4. 歯の動揺度

5. 根分岐部病変の存在と進行度

d. 歯の包括的評価 (既存の疾病と口腔習慣を含む)

1. 脱灰
2. 齲蝕
3. 実質欠損
4. シーラント
5. 修復歯と修復が必要な部位
6. 形態異常 (奇形など)
7. 咬合の異常
8. 歯冠補綴, 有床義歯あるいはインプラント
9. 欠損歯

3) リスク評価:

全身と口腔の健康リスクを, 一連のアセスメントから得られる定性的・定量的な情報から評価する. 歯科医・歯科衛生士が, 疾病予防・進行阻止あるいは健康増進のため戦略を考える際, 重要な情報となる.

リスクのレベル (高, 中, 低) 評価に必要な因子の例:

- a. フッ化物応用の程度
- b. 喫煙 (受動喫煙も含む)
- c. 個人の栄養摂取状況と食習慣
- d. 全身疾患 (糖尿病, 心臓血管疾患, 自己免疫疾患など)
- e. 処方と市販薬 (フッ化物, ビタミンと他のサプリメント, 鎮痛剤など)
- f. 唾液分泌状態と口腔乾燥症
- g. 年齢と性別
- h. 遺伝的背景 (家族歴)
- i. ライフスタイル
  - 文化的慣習
  - 薬物乱用 (違法薬物, アルコール依存)
  - 食物摂取困難要因 (摂食障害とは異なり, つまようじの頻繁使用, 口唇・頬をかむなどの食事時のトラブルをいう)
  - ピアスなど体を傷つける装飾 (ボディ・モディフィケーション)
  - スポーツとレクリエーション
- j. 身体障害
- k. 心理的・社会的特性
  - 家庭内暴力
  - 身体的, 情緒的, 精神的または性的虐待
  - 行動学的特性
  - 精神科学的特性
  - 患者が必要とする特別な配慮
  - 読み書き能力あるいは教育の程度

- 経済状態
- ストレス
- 過去・現在のネグレクト

## 2. ステップ2：口腔衛生診断

口腔衛生診断では、口腔保健分析に必要なすべてのデータを分析し、現在のあるいは潜在的な口腔の健康問題を明らかにする。これには診断能力が必要となる。

- I. 臨床所見に基づいた口腔衛生診断を行うためにすべてのデータを分析し理解する。
- II. 口腔衛生ケアにより改善すべき患者の問題点を把握する。
- III. 口腔衛生診断を包括的な歯科治療計画に組み込む。

## 3. ステップ3：計画立案

患者のニーズ、期待、価値観、および最近の科学的根拠に基づいてゴールを定め、アセスメントと口腔衛生診断に基づいた口腔衛生ケアを実施する。口腔衛生ケアは、包括的な歯科治療計画とともに行われるべきであり、倫理的・法的原则の中で実行されなければならない。

- I. 実施項目（教育、治療、他施設紹介など）の優先順位を決定。
- II. 質の高い包括的ケア（最新の技術、疼痛管理、適切な担当者、受診予約、治療時間など）を容易にする設備等を準備。
- III. 他の医療・歯科医療従事者、または地域の口腔保健プログラムなどと協調する。施術者が歯科衛生士の場合は主治医との連携を密にする。
- IV. 患者に口腔衛生計画を見せ、治療の理論的根拠、リスク、利点、予想される結果、予後を説明する。また、いくつかの治療法の選択肢を患者・保護者に提示し、患者のニーズに添う。
- V. 書面によるインフォームド・コンセントあるいはインフォームド・リフューザル\*を得る。

\*インフォームド・リフューザル：これは、説明後、自らの意志で治療を受けないということを証明する文章。臨床研究の場合は、これを提出しない者は「研究への参加」を意図したとみなされる。

## 4. ステップ4：実施

最適な口腔の健康を最小化のリスクで得るために、口腔衛生ケア計画に基づき口腔衛生ケアを実施する。すなわち歯肉縁上のみならず縁下バイオフィルムの徹底的な除去を行い、フッ化物添加研磨剤を用いて歯面を研磨する。終了時には止血など確認した後フッ化物塗布を行う。また必要に応じ、歯石除去、ルートプレーニングなど計画に従い行う。

- I. 患者・保護者・介護者が口腔衛生計画を確認してか

ら実施する。

- II. 必要に応じ計画を変更する。しかし、インフォームド・コンセントを得ること。
- III. 患者（あるいは介護者を含むケースあり）の年齢、会話スタイル、知的・文化的レベルなどに応じ、適切なコミュニケーションを行う。
- IV. ケアを続けるごとに、口腔衛生計画を再確認する。

## 5. ステップ5：結果評価

結果評価は口腔衛生ケアの結果を記録し評価する作業であり、一連のケアのステップでもある。

- I. 口腔衛生ケアの評価は、測定可能な評価基準を用いて行う（プロービング深さ、プラークコントロール、出血部位、シーラントの残存など）。
- II. 患者に口腔衛生ケアの成果を報告する。施術者が歯科衛生士の場合は主治医にまず報告する。必要があれば同僚、その他医療・歯科医療従事者に報告する。
- III. 追加の診断・治療、他医紹介、健康教育の必要性の判断、そして治療結果やセルフケアに基づく継続的ケアの有無など、患者・歯科医・歯科衛生士が共同して判断する。この際、患者が中心であることに留意する（患者の判断が異なるときはインフォームド・リフューザルが必要な場合もある）。

## 6. ステップ6：記録作成

計画実施された治療の他、収集した全データを完全かつ正確に記録する。また、患者への助言・勧告、あるいはケアや治療に関連する情報もすべて含まれる。

- I. 口腔衛生ケアステップ（アセスメント、口腔衛生診断、計画立案、実施、結果評価）のすべてを記載する。
- II. すべての情報、特に患者に関連する事項（電話の内容、緊急事態、処方など）客観的に記録する。
- III. 読みやすく、他の担当者の理解が容易になるよう、簡潔で正確な情報として記録する（日付と署名は必須）。患者記録では、それぞれの記載を他の記載と区別するため、内容を示すタイトルあるいはインデックスでラベルされていることを確認。
- IV. 記録保持の倫理的、法的責任を認識する。
- V. 歯科医師法、歯科衛生士法、医療法、健康保険法などに準拠する。
- VI. 患者の個人情報を守る。

## 文 献

- 1) Wilkins EM: Clinical Practice of the Dental Hygienist, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 9th ed., 2005.
- 2) Wilkins EM: Clinical Practice of the Dental Hygienist, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 11th ed., 2012.