

資料3

演題

口腔ケアを組入れたクリティカルパスの作成

～脳血管障害（ラクナ梗塞）のクリティカルパス作成を検討して～

東京歯科大学市川総合病院

安達富美子 益子和江

鈴木福代 佐藤まゆみ 座間友紀子

はじめに

脳血管障害で入院する患者は、急性期に意識障害を伴うことも多く、障害部位にかかわらず嚥下障害を伴っている事を考えたケアが必要であり、急性期から口腔ケア・摂食・嚥下障害への取り組みが必要とされる。

口腔へのケアは全身へのケアと同等に脳活動を活性化する。したがって急性期で意識障害があっても、脳活動を活性化し、意識が回復してきた時にスムーズに摂食訓練を開始できるように整える事が課題となる。

また口腔内には多くの細菌が常在しており、口腔内が汚れていると唾液を誤嚥したときに細菌も誤嚥して、誤嚥性肺炎の原因になるといわれている。急性期から積極的な口腔ケアを行う事が合併症を予防するという意味重要となる。

歯科大学という当院の特色から脳血管障害で入院した患者に歯科・口腔外科の専門的口腔ケアの介入が早期からできるという利点がある。

私たちは、一般的な口腔ケアは日常的なケアとして行っているが、標準化されていないのが現状である。そこで当院では医師・歯科口腔外科医師・歯科衛生士・看護師チームで専門的口腔ケア並びに一般的口腔ケアを組み込んだ脳血管障害のクリティカルパス作成を試みた。

口腔ケア標準化のためには①口腔ケアアセスメントシート（迫田式口腔アセスメントシートを改変）②経口摂取および食形態決定基準チャート（改訂水飲みテスト判定基準）③口腔ケアプランを作成し、歯科・口腔外科医師・歯科衛生士・看護師がそれぞれ担当する分野を確認し、責任を持って実践できるようにした。

クリティカルパスの中に口腔ケアを組入れる事により、摂食・嚥下の機能評価を含む診察や嚥下性肺炎の予防のため専門的な口腔ケアが開始されることになる。

患者は入院した時点から疾病の治療開始と同時に、医療チームで協働した治療・ケアを全身状態の改善と合わせて行うことが出来、合併症予防・疾病の早期回復に繋がる事ができると考える。

口腔ケアプラン（基本的にすべて3回 / day 施行）

コース	プラン
A：歯牙がある場合	歯ブラシと30倍希釈イソジンを用いたケアを行い、水洗
B：無歯牙の場合	ペアン・棉球と30倍希釈イソジンを用いたケアを行い、水洗
C：部分床義歯の場合	A プラス義歯の着脱、水洗
D：総義歯の場合	B プラス義歯の着脱、水洗
E：自立	セルフケアののち上記A～Dを補助的に行う

厚生科学研究補助金(長寿科学総合研究事業)
分担研究報告書

脳血管障害患者用クリニカルパスにおける口腔ケアの有用性について
分担研究者 山根源之(東京歯科大学教授)

研究要旨:口腔ケアを標準化し、口腔の状態を客観的に評価する目的で脳血管障害患者用クリニカルパスに口腔ケアを取り入れ作成した。その結果病棟内での口腔ケアの定着につながった。しかし、義歯の適合と深い関連のある早期の義歯使用については体位保持が困難な場合には行えないことが指摘された。

A.目的

平成14年度我々が行った「急性期患者の口腔ケアにおける病院の意識」に関する研究集会において歯科領域と看護領域で各々の行っている口腔ケアについて、これまで情報の交換が無く、実態を認識していなかったことが明らかとなり、相互の取り組みのレベルの違いを確認することができた。しかし、口腔ケアと摂食指導を確実に根付かせるために、歯科の係わりをクリニカルパスに入れ、評価を行う時期と評価の判断基準を作る必要があるとの意見の一致をみた。

また、平成15年度に我々が行った「口腔ケアを標準化したクリニカルパスの作成 -特に脳血管障害急性期患者に対して-」に関する研究集会においては、病院全体として口腔ケアに取り組む姿勢が必要であると同時に、医師、歯科医師、看護師らが個々に問題提起をし、診査の段階からのチームアプローチが必須であると結論づけた。そこで今回、口腔ケアの標準化をはかる目的で、脳血管障害患者用クリニカルパ

スに口腔ケアの項目を加えたものを作成し、実際に使用する機会を得た。

B.方法

対象は、平成15年12月から平成16年2月までの期間に、東京歯科大学市川総合病院脳神経外科を受診し、ラクナ梗塞と診断されて入院となった患者とした。脳神経外科医師より依頼を受け、入院初日もしくは二日目に歯科医師および歯科衛生士による口腔内診査および評価、ならびに嚥下機能評価を行った。口腔内診査および評価は迫田式アセスメントシートを用い、行った。内容は、1食事、2咀嚼、3発声、4嚥下、5舌、6唾液、7口唇/粘膜、8歯肉、9歯数、10齧食、11疼痛、12他の症状、13口臭、14口腔清掃状態、15口腔ケア回数、16-18口腔ケア自立度、19代償行動、20代償者のケア内容の20項目であった。嚥下機能評価には、「改訂水飲みテスト」を施行した。5点満点で3点以下を嚥下困難と判定し、歯科・口腔外科にて精査を行い、必要ならば嚥下造影検査(VF)を行うこととした。事前に用意した5種類の口腔

ケアプランの中から、症例に適した口腔ケア方法を病棟看護師へ指導し、1日3回施行するよう指示した。症例に応じ、歯科衛生士による専門的口腔ケアを適時取り入れ、週に1度歯科医師が口腔内診査および評価、ならびに嚥下機能評価を行った。看護師は、1日1回6項目の口腔内診査を行いパスに記録した。

退院時に歯科衛生士より患者および家族に対して、退院時指導を行い、指導計画書(齧蝕の有無、歯肉の状態、口腔清掃状態、義歯清掃状態)を配布した。

C. 結果

2名の患者に対し、脳血管障害患者用クリニカルパスに口腔ケアの項目を加えたものを使用した。2名とも総義歯であった。

アセスメントにより、看護師、歯科医師が患者の状態を客観的に判断でき、かつ記録が残ることから、スタッフ間の申し送りがスムーズであった。義歯の手入れに関しては、診査後に洗浄方法を指導した結果、本人、家族、看護師により良好に行うことができた。しかし、義歯を口腔内で使用することは、脳血管障害発生直後の体位保持が困難な状況では誤嚥を招くおそれがあり、厳重な監視下のもと、短時間でなければ不可能であった。嚥下の評価により、食事の経口摂取が開始された。

E. 考察

以上の結果から脳血管障害患者用クリ

ニカルパスに口腔ケアの項目を加えたものを使用することは、体系付けされた口腔ケア方法の指導を行う上で有用であると考えられた。著しい口腔ケアの効果や、嚥下訓練への取り組みは得られなかったものの、標準的なケアを行う上では、十分に効果的であった。しかし、病態が多岐にわたる脳血管障害患者のパスを作成運用していくためには、脳神経外科医師、神経内科医師、病棟看護師等との、十分時間をかけた準備や口腔ケアに関する知識と啓蒙が必要であり、全国的な普及を考える点での大きな課題となるであろう。平成12年度の報告で我々は、脳血管障害患者の義歯不適合を予防する観点から、早期の義歯使用開始が重要であることを述べたが、現実的には、体位保持が困難な状態では、義歯を口腔内に装着することすら困難であることが、今回の研究で判明した。つまり、脳血管障害が発症したならば、義歯の調整は不可欠であると考えなければならない。

パスを使用することにより、看護師が口腔内の所見を記載する必要が生じ、今までよりも関心をもって口腔ケアに取り組む姿勢がみられたことは評価に値することである。看護師による日常的口腔ケアと歯科医師、歯科衛生士による専門的口腔ケアの連携もスムーズで、非常に良好であった。ケアプランの提示により、簡潔に日常的なケアを行う事ができたためと考える。日々多忙な看護師がすべての患者に対して、細かな口腔清掃が容易ではないため、専門的な口腔ケアのバックアップがあることは、安心をもたらし、口

腔ケアの受け入れにも繋がると思われる。また、アセスメントシートや退院時指導の項目に、義歯の機能評価の項目を追加し、評価指導していく必要を感じた。そのためにも簡便な義歯評価方法の指標作成が急務であると考えた。看護師の積極的な口腔ケアがなければ、十分な口腔衛生管理は期待できない。そのため看護師に対する歯科医師および歯科衛生士による口腔衛生指導がより重要となる。今回の結果から有効的な看護師の指導方法についても検討していきたい。

E. 結論

脳血管障害患者用クリニカルパスに口腔ケアを取り入れ作成した。その結果病棟内での口腔ケアの定着につながった。しかし、義歯の適合と深い関連のある早期の義歯使用については体位保持が困難な場合には行えないことが指摘された。義歯の機能評価を簡便に行い、指導していく必要が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産の出願・登録状況

なし

口腔ケアアセスメントシート

実施日 16年2月2日

ID番号 ●●●●●●

氏名 ●●●●●● 性別 男

住所 ●●●●●●●●●● 電話 ●●●●●●

主病名 脳梗塞 発症()年()歳・療養歴()年

居住歴 HT、心臓発症

一般状態 良好・普通・不良 前住歴 有()無() ()年()ヶ月前

介護度 要支援-1・2・3・4・5 常時(無・時々()/M・W)

主なサービス

主な介護者 年齢()歳 性別() 家族()人

介護年数()年 健康状態 良好・普通・不良

特記事項 口腔状態 良好・普通・不良

口腔アセスメント

	内容	主な観察	3点	2点	1点	評価	評価	評価
1	食事	内容、栄養方法	普通・軟食・減糖・減脂	経管・胃瘻・腸瘻	NH(絶食)	1	2	2
2	咀嚼	かみ機能	正常	やや困難	困難	1	1	1
3	発声	発声、言葉の明瞭さ	正常	やや困難	会話困難	1	2	2
4	嚥下	飲みこみ、むせ等	正常	やや困難	困難	1	2	2
5	舌	舌苔、腫脹、動き	良好	やや不良	不良	2	2	2
6	唾液	潤滑、乾燥、口腔内観察	普通	少ない	欠如	2	3	3
7	口唇・粘膜	色調、乾燥、腫脹等	良好	やや不良	不良	3	3	3
8	歯肉	色調、乾燥、腫脹、出血等	良好	やや不良	不良	3	3	3
9	歯数	残存歯数()	20本以上()	10~20本	10本以下 0本<0本	1	1	1
10	う蝕	う蝕本数()	なし	C ₂ 以下	C ₂ 以上			
11	疼痛	歯、歯肉、舌、口腔、他	なし	時々あり	強度	3	3	3
12	他の症状	味覚、開閉口、他()	なし	時々あり	強度	3	3	3
13	口具		なし	時々あり	強度	3	3	3
14	口腔の清掃状態	食物残渣、歯垢	清潔	1/2以下	1/2以上	2	3	3
15	口腔ケア回数	セルフケア	毎日(朝・夕)	() /W・M	なし	1	1	1
16	口腔ケア自立度	歯磨き	自立	一部介助	全介助	1	1	1
17		含嗽	ブクブク可	水を含める	含めない	1	1	1
18		歯磨剤	自立	一部介助	全介助	1	1	1
19	代償行動	介助者(N.S.)	毎日(朝・夕)	() /W・M	なし	3	3	3
20	代償者のケア内容	歯磨き、含嗽、歯磨剤 その他()				合計点		

(口腔ケアプラン)

口腔観察・含嗽・歯磨き・口腔清拭・口腔洗浄・歯肉のケア・口臭のケア・乾燥のケア・疼痛のケア
他の症状緩和・食事下りハ・食生活支援

日付	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
経過	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日
目録	1. 症状の再発をおこな 5. 転院または退院に對しての心構えができる 2. ADLに依りたリハビリができる 3. 転院・転院をおこなない 4. 自力使下や排泄物の処理をおこなない							
食事	流食・軟水のみ・塩分制限(No g) エネルギー制限()kcal・制限なし 主食()食 ベット上・トイレのみ・車椅子・(室内・院内・院内)フリー 歩道カート・トイレ・ベットの補助・介助下・トイレ可							
活動	歩行 杖							
排泄	尿式・シャワー浴							
治療	口腔CT							
検査・処置	口腔科・口腔外科診察							
説明	<input type="checkbox"/> 医師より退院について説明 月 日 時~ <input type="checkbox"/> 次回来院日 <input type="checkbox"/> 退院説明・エンボス渡し							
全身管理	<input type="checkbox"/> 口腔科・口腔外科診察 <input type="checkbox"/> 口腔科・口腔外科医師診察 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士口腔ケアについての退院指導							
退下検査	<input type="checkbox"/> 口腔科・口腔外科診察 <input type="checkbox"/> 口腔科・口腔外科医師診察 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士口腔ケアについての退院指導							
口腔内評価	<input type="checkbox"/> 口腔科・口腔外科診察 <input type="checkbox"/> 口腔科・口腔外科医師診察 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士口腔ケアについての退院指導							
口腔ケアサイン	<input type="checkbox"/> 口腔科・口腔外科診察 <input type="checkbox"/> 口腔科・口腔外科医師診察 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士口腔ケアについての退院指導							
サイン	<input type="checkbox"/> 口腔科・口腔外科診察 <input type="checkbox"/> 口腔科・口腔外科医師診察 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士口腔ケアについての退院指導							
サイン	<input type="checkbox"/> 口腔科・口腔外科診察 <input type="checkbox"/> 口腔科・口腔外科医師診察 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士口腔ケアについての退院指導							

口腔ケアアセスメントシート

診察日 H16年2月16日

ID番号

氏名 ()歳 男・女

住所 市区

主病名 うつ病 発症()年()歳・療養歴()年

既往歴 高血圧、パーキンソン

一般状態 良好・普通・不良 既往既往歴 有・無 ()年()ヶ月

介護度 要支援・1・2・3・4・5 発熱 (無・時々()) / M・W

主なサービス

主な介護者 年齢()歳 男・女 家族()人

介護年数 ()年 健康状態 良好・普通・不良 ()

特記事項 口腔状態 良好・普通・不良 ()

口腔アセスメント

2/16 2/23

内容	主な観察	3点	2点	1点	評価	評価	評価
1 食事	内容、栄養方法	普通・飲食・流動・嚥下	経管・胃瘻・経嚥	IVH 絶食	3	3	
2 咀嚼	かむ機能	正常	やや困難	困難	3	3	
3 発声	発声、言葉の明確さ	正常	やや困難	会話困難	3	3	
4 嚥下	飲みこみ、むせ等	正常	やや困難	困難	3	3	
5 舌	舌舌、腫脹、動き	良好	やや不良	不良	2	2	
6 唾液	量潤、乾燥、口腔内観察	普通	少ない	欠如	3	3	
7 口腔粘膜	色調、乾燥、腫脹等	良好	やや不良	不良	3	3	
8 歯肉	色調、乾燥、腫脹、出血等	良好	やや不良	不良	2	3	
9 歯数	残存歯数()	20本以上()	10~20本	10本以下 0本=0点	1	1	
10 う蝕	う蝕本数()	なし	C ₂ 以下	C ₂ 以上	3	3	
11 疼痛	歯、歯肉、舌、口腔、他	なし	時々あり	強度	3	3	
12 他の症状	味覚、開閉口、他()	なし	時々あり	強度	3	3	
13 口臭		なし	時々あり	強度	2	3	
14 口腔の清掃状態	食物残渣、歯垢	清潔	1/2以下	1/2以上	2	3	
15 口腔ケア回数	セルフケア	毎日(朝昼夕)	() /W・M	なし	3	3	
16 口腔ケア自立度	歯磨き	自立	一部介助	全介助	3	3	
17	含嗽	ブクブク可	水を含める	含めない	3	3	
18	歯磨き剤	自立	一部介助	全介助	3	3	
19 代償行動	介助者()	毎日(朝昼夕)	() /W・M	なし			
20 代償者のケア内容	歯磨き、含嗽、歯磨き剤 その他()				合計点		

(口腔ケアプラン)

口腔観察・含嗽・歯磨き・口腔清掃・口腔洗浄・歯磨きのケア・口臭のケア・乾燥のケア・疼痛のケア
他の症状緩和・摂食嚥下リハ・食生活支援

ラクナ梗塞クリティカルパス

日付	2月25日(金)	2月26日(土)	2月27日(日)	2月28日(月)	2月29日(火)	3月1日(水)
経過	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
目録	1. 麻痺、感覚障害、構音障害の増悪を起さない 2. 高血圧、糖尿、高脂血症が悪化しない 3. 肺炎、心不全などの心臓合併症を起さない 4. 不安の発出がでず、治療に臨める					
食事	茶飯食・飲水のみ・塩分制限(Na 1g) (食) 改訂水炊きテスト(1点) 主食() エネルギー制限食() kcal 制限なし 主食() ベイト上 麦片粥、白米、バナナ、りんご、りんごジュース(経腸用) () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 ()					
活動	歩行 () 歩行 () 歩行 () 歩行 () 歩行 () 歩行 ()					
検査	経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 ()					
治療	経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 ()					
検査結果	経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 ()					
説明指導	経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 ()					
全身管理	経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 ()					
経下呼吸	経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 ()					
口腔内評価 (1日1回)	経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 ()					
口腔ケア	経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 ()					
サイン	経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 () 経腸用カテーテル挿入 ()					

患者ID: [REDACTED] 様

主治医: [REDACTED]

指示医署名: [REDACTED]

(指示受け署名: [REDACTED])

既往歴: [REDACTED]

高血圧 (無(有)) アレルギ- (無(有))
 糖尿病 (無(有)) 喘息 (無(有))
 心疾患 (無(有)) 手術歴 (無(有))
 (アレルギー) (アレルギー) (アレルギー)
 入院歴: [REDACTED]

不要薬: () 注/分より開始

*SpO₂ 95%以上確保・それ未満なら5D₂コ-ル

<継続指示>
 ① 経腸用カテーテル挿入 200以上もしくは拡張期血圧110以上
 ② アダラート(5mg・10mg) 皮下
 ③ ヘルベツサ-150mg+生食50cc ml/h
 () 以上 ずつUP
 () 以下 ずつdown
 HR () 以下

* 発熱時 38.5℃以上
 ポルタレン坐薬(25mg・50mg)

【不眠時】: レンドルミン1錠内服
 ① 経腸用カテーテル挿入 10mg 経注
 ② セレネ-ス1A+生食100ml 点滴

【腹痛時】
 ① ロキソニン1錠
 ② ポルタレン (25mg・50mg) (内服・坐薬)

【便秘時】
 ① セレネ-ス1A 272X
 ② ポルタレン (50mg) 272X
 ③ ヘルベツサ- 272X
 ④ エルベツサ- 272X
 ⑤ エルベツサ- 272X

① 持参薬継続 ② 中止
 ③ 持参薬継続 ④ 中止

東京医科大学市川総合病院

様

日付	2月19日(木)	2月20日(金)	2月21日(土)	2月22日(日)	2月23日(月)	2月24日(火)	2月25日(水)	2月26日(木)	
経過	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	
病歴	1. 冠動脈の再発をおこな 5. 転院または退院に對しての心構えができる 2. ADLに即じたリハビリができる 3. 転倒・転落をおこなない 4. 筋力低下や疼痛の増進をおこなない								
検査	茶飲食・飲水のみ・遠分制限(Na 60) 主食()食 エネルギー制限食() kcal・制限なし ベント上・トイレのみ・車椅子・(室内・院内・院内)フリー 尿量力ターナル導入・ベント上・ポータブルトイレ・介動下・トイレ可 清式・シャワー浴								
検査・処置	<input type="checkbox"/> 頭CT 発MR工(理) <input type="checkbox"/> 歯科・口唇外科診療 <input type="checkbox"/> 歯科・口唇外科医師診察 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士口腔ケアについての退院指導								
説明	<input type="checkbox"/> 医師より病状説明 <input type="checkbox"/> 医師より退院について説明 月 日 時~ <input type="checkbox"/> 次回来院日 <input type="checkbox"/> 退院説明・エンパス渡し								
全身管理	(V/S 18)	(V/S 18)	(V/S 18)	(V/S 18)	(V/S 18)	(V/S 18)	(V/S 18)	(V/S 18)	
BP	139/83	140/82	140/82	140/82	140/82	140/82	140/82	140/82	
T	36.4	36.2	36.2	36.2	36.2	36.2	36.2	36.2	
P	57	57	57	57	57	57	57	57	
JCS	7/17	7/17	7/17	7/17	7/17	7/17	7/17	7/17	
MMT	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	
瞳孔(右/左)	2.0/2.0	2.0/2.0	2.0/2.0	2.0/2.0	2.0/2.0	2.0/2.0	2.0/2.0	2.0/2.0	
対光(右/左)	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	
瞳孔(右/左)	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	
下眼瞼(有・無)	有	有	有	有	有	有	有	有	
口鼻(有・無)	有	有	有	有	有	有	有	有	
舌根(有・無)	有	有	有	有	有	有	有	有	
出血(有・無)	有	有	有	有	有	有	有	有	
歯の動揺(有・無)	有	有	有	有	有	有	有	有	
舌音(有・無)	有	有	有	有	有	有	有	有	
口腔ケア	(1) 口腔ケア	(1) 口腔ケア	(1) 口腔ケア	(1) 口腔ケア	(1) 口腔ケア	(1) 口腔ケア	(1) 口腔ケア	(1) 口腔ケア	
入院ケア	金澤 高野 名	金澤 高野 名	金澤 高野 名	金澤 高野 名	金澤 高野 名	金澤 高野 名	金澤 高野 名	金澤 高野 名	
入院ケア	現在 11月 19日 272x ① 30x71x 272x ② 12x74x 272x ③ 40x74x 272x ④ 21x110x 272x	① 30x71x 272x ② 12x74x 272x ③ 40x74x 272x ④ 21x110x 272x	① 30x71x 272x ② 12x74x 272x ③ 40x74x 272x ④ 21x110x 272x	① 30x71x 272x ② 12x74x 272x ③ 40x74x 272x ④ 21x110x 272x	① 30x71x 272x ② 12x74x 272x ③ 40x74x 272x ④ 21x110x 272x	① 30x71x 272x ② 12x74x 272x ③ 40x74x 272x ④ 21x110x 272x	① 30x71x 272x ② 12x74x 272x ③ 40x74x 272x ④ 21x110x 272x	① 30x71x 272x ② 12x74x 272x ③ 40x74x 272x ④ 21x110x 272x	① 30x71x 272x ② 12x74x 272x ③ 40x74x 272x ④ 21x110x 272x

東京歯科大学市川総合病院

厚生労働科学研究補助金(長寿科学総合研究事業)

分担研究報告書

高齢者の口腔保健の維持増進に関する研究
—成人歯科保健事業の実績からみた歯の喪失防止効果—

分担研究者	新庄文明	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 教授
協力研究者	佐々木勝忠	岩手県衣川村国保歯科診療所
	南 温	岐阜県郡上市国保和良歯科診療所
	甲斐義久	熊本県柏歯科診療所
	平山敏彦	島根県海士町国保歯科診療所
	奥山秀樹	長野県佐久市立国保浅間総合病院
	佐々木秀之	岩手県田野畑村国保診療所
	木村菜穂子	広島県芸北町国保歯科診療所
	木村年秀	香川県三豊総合病院
	澤田弘一	岡山県上斎原村国保歯科診療所
	森 秀樹	愛媛県新宮村国保診療所
	三上隆浩	島根県頓原町国保頓原病院歯科

研究要旨:全国の国保直診歯科診療所 213 施設を対象として成人歯科健診の実施状況に関する調査を行い、回答が得られた 107 施設の 36%に事業実施の実績があった。これらの事業の実績をもとにした資料の提供・分析が可能な 11 施設における 1,360 名の受診者について年間平均喪失歯数を算定した。年間喪失歯数は 40 歳、50 歳代より 60 歳代、70 歳代が多く、これらの年代を含めた健診の重要性を示唆する結果が得られた。年間平均喪失歯数は現存歯数 10~23 本の区分に多く、観察期間が長くなるほど少なくなる傾向が認められた。本調査の結果、成人歯科健診を含む事業を継続的に活用することにより 35%が 80 歳において 28 本以上の現存歯数を保有し、50%が 24 本以上、60%が「80 歳における現存歯数 20 本」を達成できる可能性が示唆された。

A. 研究目的

老人保健法にもとづく保健事業は昭和 57 年度にはじまり、数次の変遷を経て、2005 年度から始まる第 5 次老人保健事業においては、今後の保健事業のあり方の大きな転換も予測されている。介護保険法にもとづく要介護者に対する公的サービスの開始とともに、これまで医療、保健事業として実施されてきたサービスの一部が介

護サービスとして実施されるようになったこと、ならびに経済的な停滞などを背景として再検討が計画される中で、比較的に実績の浅い保健事業については一部見直しも検討されつつある。成人歯科健診については、老人保健法にもとづく 40 歳ならびに 50 歳の住民を対象とする歯周疾患予防健診が実施されているが、必ずしもすべての市町村において実施されている状況まで普及ははかられていない

のが現状で、他の健康診査とくらべると受診者数も少ないのが実情である。しかし、実施されているところでは歯の喪失効果や歯周疾患の減少などの効果がすでに示されており、各地における先進的な取り組みの成果を世に明らかにすることが極めて重要である。

全国の国保直営歯科診療所のある市町村においては、国保歯科保健センターを併設している市町村をはじめとして、老人保健事業の開始の当初から一般健康診等の受診者を対象に成人歯科検診を実施している市町村も多く、その効果について評価を行うとともに、これらの経験に学びつつ事業の普及をはかることが重要である。

このたび、全国国民健康保険診療施設協議会（国診協）の協力を得て、全国の国民健康保険診療施設における成人歯科検診の実施状況を把握するとともに、その成果に関する調査を実施した。本調査は、これまで一部の地域で先進的に進められてきた成人歯科健診などの歯科保健対策の成果を分析し、今後の歯科保健事業のあり方の検討に資することを目的として行ったものあり、調査の実施には全国国保診療施設協議会の全面的な協力のもと、長崎大学大学院において分析した。

B. 研究方法

全国の国保直営歯科診療所 213 施設に対して、全国国保診療施設協議会より成人歯科検診の実施状況ならびに調査への協力の条件に関する問合せを行い、協力可能との回答の得られ

た機関については、長崎大学より成人歯科検診受診者に関する記録調査票を送付した。

返信のあった記録表をもとに、初回受診時に有歯顎であった者のうち、2つの年度にわたる同一人であるとの照合が可能な受診者を分析の対象とし、2回の健診の間を観察期間として、一年あたり平均の喪失歯数を求めた。年間平均喪失歯数は、初回受診時の年齢、現存歯数ならびに観察期間別に比較し、成人歯科検診受診を含む歯科保健事業の実施の効果について考察した。

C. 結果

1) 成人歯科健診の実施状況

成人歯科検診の実施状況に関する回答は、全国の国保直営歯科診療所 213 施設のうち 107 施設から回答が得られた。回収率は 50%であった。107 施設のうち、成人歯科健診の実施実績があるという回答があったのは 36%にあたる 39 施設であった。

これらの成人歯科健診の実施実績がある施設のうち、2年以上にわたる診査結果の資料が保管され、かつ資料提供が可能な 11 施設から返信された記録調査票で、2年度にわたる同一人に関する結果の照合が可能であったのは 1,360 名であり、を分析の対象とした。施設別の対象者の一覧を表 1 に示す。

観察期間は 1 年から 14 年で、5~9 年が 44%を占めていた（表 2）。

2) 年間平均喪失歯数

観察期間中における一人あたり年

間平均喪失歯数は、20歳代は0.10本、30歳代は0.14本、40歳代は0.19本、50歳代は0.32本、60歳代は0.37本、70歳代は0.44本と、50歳代、60歳代、70歳代における喪失が顕著であり、80歳以上では0.40であった(図1)。

一年あたり喪失歯数区分別の分布は、60歳代までは年齢とともに歯を喪失した者の割合が多くなる傾向がみられた。20歳代では74%が期間中の喪失歯数がゼロであり、以下同様に、30歳代では62%、40歳代は48%、50歳代は43%、60歳代において喪失歯数ゼロの割合が最低で35%、そして70歳以上で42%が喪失歯数がゼロであった(図2)。

観察期間中における一人あたり年間平均喪失歯数を、初期の現存歯数区分別にみると、図3に示すとおり、現存歯数10~23本の区分において年間平均喪失歯数が多い傾向がみられた。

また同様に、観察期間別に年間平均喪失歯数を比較すると、図4に示すとおり、観察期間が長くなるほど一年あたりの平均喪失歯数が少なくなる傾向が認められた。

これらの、一年あたりの平均喪失歯数と関連する要因について、重回帰分析をおこなったところ、一年あたりの平均喪失歯数の最も大きな影響を与えるのは年齢であるが、ついで観察年であり、初期歯数はむしろ年齢との関連が大きいことがわかった(表3)。

D. 考察

急速な高齢化の進行は介護を要する人々の増加をもたらしているが、それが産業構造の変化にともなう家族介護力の減退とともにやってきたことから、わが国における高齢社会の到来はさまざまな問題をはらむこととなった。それに応えるために社会サービスの整備が急がれ、そのような時代の要請に応えるものとして新しい介護保険制度が平成12年度から開始された。

一方、高齢者の日常生活上の障害が、疾病の後遺障害として生じることが多いことを考えると、介護サービスと並行して介護を要するような状態をできるだけ予防することが重要である。そのためには、疾病の発生や進行を予防する保健サービスが、より一層に充実されなければならない。そのような、介護予防に向けた国民の健康づくりを強化するための指針を示す「21世紀における国民健康づくり運動—健康日本21」が提示され、その取り組みを支援する健康増進法も制定されたが、その中で、国民の保健医療上重要な課題の一つに「歯科保健」が掲げられている。これは咀嚼機能をつかさどる口腔の健康を維持することが、健全な食生活を通じ慢性の生活習慣病の予防を進める上において不可欠であり、ひいては介護予防につながるとの認識にもとづくものであり、これまで「8020運動」として提唱されてきた口腔保健に対する取り組みの意義を明らかにし、国民の口腔保健にたいする一層の関心を高めることが期

待されている。

高齢者の生活ならびに健康状態は、それまでに利用した保健事業の総決算としてあらわれるといえる。介護保険サービスと並行して、介護予防を促進させるための機能訓練や訪問指導が老人保健事業として実施されているが、さらに健康教育、健康診査などの成人の早期からの保健事業の推進は、要介護にむすびつく生活習慣病の予防を目標として実施されており、歯科保健の分野についても、生活習慣病予防と介護予防の重要な対策の一環として進めるために、これまでに実施されてきた、優れた取り組みの成果を評価することが重要である。

平成13年度の「地域保健・老人保健事業報告（老人保健編）」によると、老人保健法にもとづく基本健康診査の受診者は1,182万4,748人と、人口の1割近くに相当する国民が利用しており、胃がん検診は430万2,562人、大腸がん検診が575万5,703人、子宮がん（頸部）検診382万5,670人、乳がん327万9,212人と、国民の圧倒的多数が利用している。また、その他の健康診査も、子宮がん（体部）検診33万2,495人、肺がん（胸部エックス線検査）74万1,221人、同（喀痰細胞診）44万5,774人という受診者数に比して、歯周疾患検診の利用者は全国で6万3,432人ととどまっている。一方、「今後の老人保健事業のあり方に関する調査」（平成10年度老人保健調査事業：主任研究者多田羅浩三）によると、全国2447市町村のう

ち単独事業として歯周疾患検診などの成人歯科健診を実施している市町村は590か所（24.1%）にのぼる。今回の調査結果にみると、古くは14年以上にわたって、全国の国保直診歯科診療所の36%がこれらの事業を実施している状況が明らかとなったが、年齢を限らずに集団検診として実施する成人歯科健診などの歯科保健対策を推進する上で、これらの機関が大きな役割をになっていることが示唆された。

成人歯科検診受診者の一人あたり年間平均喪失歯数は、年齢とともに大きくなり70歳代においてピークに達している。また、一人あたり年間平均喪失歯数は現存歯数10～23本の区分において得に年間平均喪失歯数が多い傾向がみられた。

今回の対象者の年齢と現存歯数との関連をみると全年齢では、

$$\text{現存歯数 } T = 41.2 - 0.36A$$

（A＝年齢）の線形関係があり、60歳未満においては

$$\text{現存歯数 } T = 35.7 - 0.23A$$

（A＝年齢）、および50歳以上では

$$\text{現存歯数 } T = 46.7 - 0.44A$$

（A＝年齢）の関係となる。

これをもとにすると、現存歯数10～23本の区分はほぼ55～80歳の年齢区分に相当する。

老人保健法にもとづく歯科健康診査として現在は、40歳と50歳が節目健診としての歯周疾患予防検診の対象となっているが、最も歯の喪失リスクの高い、50歳代後半から70歳代の世

代における歯の喪失を防ぎ、介護予防に結び付けるには、対象年齢をさらに引き上げて実施することが期待される。

また、本調査における観察期間は1年から14年であったが、観察期間が長くなるほど一年あたりの平均喪失歯数が少なくなることも明らかとされた。これは、口腔領域の健康診査において、必ずしも10年という期間ではなく、さらに綿密な頻度で実施することが歯の喪失防止効果につながることを示し、事業実施にあたっては、節目検診の対象以外の年齢においても、健康診査あるいは健康相談として、診査や保健指導を継続的に勧めることが望ましいということを示している。

なお、一年あたり喪失歯数区分別の分布では、60歳代における喪失歯数ゼロの割合の最低値が35%であり、他の年齢においても観察期間に喪失歯数をゼロに保っている対象者が相当数あることも明らかとなった。つまり、年齢区分別の一年あたり喪失歯数区分別の分布から推測すると、成人歯科健診の受診者のうち、35%については、あらゆる年齢区分を通じて喪失歯数をゼロとすること、とりもなおさず80歳において28本以上の現存歯数を有することが可能となることが示唆される。同様にして、50%には24本以上となると期待され、「80歳における現存歯数を20本」を達成できる者割合は成人歯科健診を実施することによって60%に達することが可能性として期待される。同様にみると、

80%については10歯以上を保持するようにする可能性も期待される。

E. 結論

全国の国保直診歯科診療所213施設のうち、資料が得られた107施設における成人歯科健康診査の状況について分析した結果、以下の点が明らかとなった。

1. 国保直診歯科診療所の36%がこれらの事業を実施していた。
2. 年間平均喪失歯数は55～80歳の年齢区分が最も多く、歯科健康診査の対象を喪失リスクの高い50歳代後半から70歳代の世代に引き上げることが期待される。
3. 観察期間が長くなるほど平均喪失歯数も少なくなることから、節目検診の対象以外の年齢においても、健康診査や健康相談として、診査や保健指導を継続的に勧めることが望ましい。
4. 成人歯科健診を継続的に実施することにより、80歳における35%については喪失歯数をゼロに、50%には24本以上にし、「80歳における現存歯数を20本」を達成できる者の割合を60%にする可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産の出願・登録状況

なし

図1 年齢区分別の年間平均喪失歯数

