

## 2. 関係者の連携を進めるための環境整備について

### 1) 「顔の見える」連携体制の構築

- ・ 関係者の円滑かつ緊密な連携を進めるためには「顔の見える」連携体制を構築することが基本である。
- ・ このためには、ケアカンファレンスで関係者が一同に会することが最も効果的であるが、介護保険施行当初に比べて、ケアカンファレンスの頻度および内容が低下しているとの指摘があり、また、現状では歯科医師、歯科衛生士がカンファレンスに参加するケースはごく少数である。
- ・ ケアマネージャーはケアカンファレンスの本来の趣旨・重要性を再認識し、少なくとも新規要介護認定者のケアプラン策定時や、大幅なケアプランの変更が必要となるような状況変化があった場合には、関係者全員が揃ってケアカンファレンスに臨めるよう、開催時間を工夫するなどの努力をすることが求められる。
- ・ 特に、医師、歯科医師等の参加を求める場合には、診療の休み時間や診療終了時間にあわせて、医師・歯科医師等が勤務する診療所内でケアカンファレンスを開催することも一方策である。
- ・ 歯科医師・歯科衛生士の側からも、要介護者が担当患者となった場合にケアカンファレンスの開催等について担当ケアマネージャーに問い合わせるなど、積極的に働きかけることが必要である。
- ・ また、関係者の口腔ケアに関する理解を深め、幅広い関係者の連携を円滑に進めていくためには、研修会等の際に、職種横断的なグループディスカッションやワークショップを取り入れることが非常に効果的である。

### 2) 口腔ケアに関するケアマネージャーの役割

- ・ 要介護者の口腔ケアについても、他のサービスと同様、ケアマネージャーが関係者を繋ぐ役割を果たしていくべきである。
- ・ しかしながら、ケアマネージャーの口腔ケアに関する認識や取り組みには大きなばらつきがあるのが現状である。
- ・ このため、行政および各介護保険事業者等はケアマネージャーの口腔ケアに関する知識・技術の向上が図られるよう、既存の研修会等の機会を有効に活用しながら、口腔ケアの必要性に関する意識づけや具体的な知識・技術に関する研修教育の充実を図っていく必要がある。
- ・ この際には、特に行政の保健部門や歯科医師会、歯科衛生士会との連携を図ることが効果的である。
- ・ また、個々の要介護者の口腔状況に関する理解を深め、サービスや関係者間の調整を適切に行うためには、ケアマネージャーが、少なくとも歯科健診（アセスメント）時や歯科診療の初診時などに立ち会うようにすることが必要である。

### 3) 口腔ケアに関する相談体制

- ・ 要介護者の口腔ケアに関して、介護保険関係者等が疑問を生じた場合、気軽に専門家に相談できる体制を構築することが重要である。
- ・ ケアマネージャーが要介護者の件で、歯科医師、歯科衛生士に連絡を取ろうと思った時に、診療等に配慮して躊躇してしまう場合も多いため、歯科医師等の連絡先（電

話番号、ファックス番号等)と併せて、電話連絡可能な時間帯などを明記した資料を作成し、配布するなどの方策も有効と考えられる。

- ・ さらに、健康(環境)福祉事務所および市町村の歯科保健担当部門の連絡先、郡市歯科医師会の地域保健・介護保険担当者の連絡先が利用しやすい形で提供されるとより効果的である。
- ・ また、実際には歯科治療や専門的指導にまで結びつくかどうか判断に迷う事例や些細な疑問などであるために、歯科医師に照会することがためられ、適切な対応がなされない事例がある。
- ・ このため、例えば在宅の歯科衛生士が協力して介護保険関係者などからのこのような相談を受け付け、状況を判断した上で必要ならば歯科医師等に繋いでいくようなシステムを構築することも必要である。

#### 4) 口腔ケアに関する情報共有

- ・ 本県では在宅要介護者に対する訪問歯科健診事業(在宅要介護者歯科保健推進事業)を全県で展開して10年以上が経過しているが、こうした情報さえも、ケアマネージャーなどの介護保険関係者および医師、看護師等には十分周知されていないのが現状である。
- ・ 行政および歯科医師会は、広報、パンフレット、研修会、ホームページ等の様々な媒体、機会を通じて、こうした口腔ケアに関する情報を関係者および地域住民に対して周知する努力を継続していく必要がある。
- ・ 実際にケアマネージャーなどが要介護者・介護家族に口腔ケアや歯科治療を勧める際には、介護家族などからその具体的内容や費用負担等についての問い合わせを受けることが少なくない。
- ・ こうした点からも、本研究事業で策定している「要介護者口腔ケア・歯科治療クリニックパス」のような、費用、回数も含めて全体像を理解できる資料を作成、普及していくことは重要である。
- ・ また、歯科医師・歯科衛生士以外の関係者が限られた時間の中で口腔内の問題を把握し、口腔ケアや歯科治療の必要性を要介護者・介護家族に提示していくためには、簡便かつ理解しやすい形での口腔内状況のチェックリストがあれば有効である。
- ・ これまで歯科医師、歯科衛生士は治療上の指示や指導を行う際に、それを要介護者本人、介護家族に直接伝えるのみで、他の関係者と共有することは少なかった。
- ・ 歯科医師、歯科衛生士は歯科診療や専門的口腔ケアを行う毎に、少なくとも処置・指導の内容や留意事項の概要を電話・ファックス等によりケアマネージャーに伝えるとともに、重要な事項については文書の形で報告し、ケアマネージャーが後々、関係者間での共有や確認がしやすいようにしておくことが求められる。
- ・ このことは、ケアマネージャーに口腔ケアに関する関係者の調整役としての機能を発揮してもらい、関係者の連携のもとに継続的に口腔ケアを進めていくために重要である。

### 3. 関係者の口腔ケア研修のあり方について

- ・ 介護保険関係者などの口腔ケアに対する関心は近年急速に高まりつつあるものの、全体としてはその知識・技術は十分とは言えず、口腔ケアに関する研修を受ける機会も限られている。
- ・ なおかつ、本来の業務を行いながら、更に口腔ケアについても積極的に取り組んでいくとなるとかなり高い意識付けが必要であり、単に講義を受ける形式の研修では実際の取り組みに繋がらないことが予想される。また、ある程度関心のある者では、具体的な口腔ケアの方法や状態別の留意点などに関する実務的な研修の希望が強くなっている。
- ・ 現在、行政や歯科医師会等を中心に口腔ケアに関する研修会が開催されているが、これを一層推進するとともに、開催にあたっては相互実習などの実習を取り入れたり、前述したような職種横断的なグループディスカッションを行うなど、より効果的な研修となるよう工夫することが必要である。
- ・ さらに、口腔ケアは実際に取り組むと当日ないしは比較的短期間で効果が目に見える形で現れるため、施設単位での現場実習やモデル事業といった形で実施することが確実かつ効率的に口腔ケアを広めていくことに繋がると考えられる。
- ・ こうした観点からも、要介護者歯科保健推進事業の一環として行われているデイサービス利用者に対する訪問歯科健診指導事業を施設側も、歯科医師側も有効に活用していくことが必要である。
- ・ なお、施設において現場実習等の形式で口腔ケアを実施する際には、施設長に対して口腔ケアの必要性・効果を十分説明し、理解を得ることが重要である。
- ・ また、歯科医師、歯科衛生士が個別に要介護者に対して口腔ケアを実施する際にも、施設介護職員やヘルパーなど関係者に単に指示を与えるだけでなく、その必要性の説明も含めて、きちんとスキルアップできるよう指導を心がけることが求められる。
- ・ 脳卒中などの急性期病棟に入院中の患者に対し、他の療養上の指導と併せて口腔ケアの指導が実施され、退院時にきちんと口腔ケアのフォローが繋がるよう、病院の看護師等に対して、口腔ケアの実施・指導方法や退院後の受け入れ態勢に関する研修を行うことも有効だと考えられる。
- ・ 歯科医師、歯科衛生士についても、摂食嚥下障害に対する対処法や口腔ケアを進めるうえでの関係者との連携の在り方などを中心に研修を更に進めていく必要がある。

### 4. 要介護者・介護家族への普及啓発について

- ・ 要介護者および介護家族にとっては、日々の生活や介護に追われて、口の中のことまで頭が回らないという人がほとんどである。
- ・ しかし、そういった関心の低い人でも、一度、歯科医師、歯科衛生士から口腔ケアや治療を受けると、意識が大きく変化するケースが多い。
- ・ このため、関心がないからといって簡単にあきらめず、口腔ケアの必要性を理解してもらうよう努力することが必要である。ただし、要介護者や家族の状況によっては、あまり無理強いせず、信頼関係の構築を優先して、タイミングをみて働きかけるなどの工夫が必要な場合もある。
- ・ 要介護者・介護家族へ口腔ケアの必要性を説明する際には、機序や数値データで客観的に説明することももちろん重要であるが、具体的な改善事例や生の声という形で伝えることも効果的であると考えられる。
- ・ 口腔ケアの受け入れおよび日常的な口腔ケアの実施は実質的に介護家族が握っている

ともいえるため、介護家族の集いなどの場を通じて、自分自身の口腔保健管理も交えて、口腔ケアの重要性を直接訴えていくことが必要である。

- ・ また、介護予防事業の転倒予防教室や高齢者学級などの介護者、要介護者予備軍の人などが集まる機会を利用するなどして、自分自身の問題として口腔保健・口腔ケアの必要性を理解してもらえよう広く啓発していくことも重要である。

## おわりに

- ・ 今回、「関係者の連携を進めるための環境整備」、「関係者の研修のあり方」、「要介護者・介護家族への普及啓発」の3点について、中間的な取りまとめを行ったが、この内容に基づき、それぞれの関係者ができるところから可及的速やかに取り組みを進めることを期待する。
- ・ 本連絡協議会は研究事業の最終年度において、今回原案を提示された「要介護者口腔ケア・歯科治療クリニカルパス」の検討・普及などを踏まえながら、さらに要介護者の口腔ケアを進めるための方策について協議・検討を深めていく予定である。

## (参考) 第2回連絡協議会までに出された主な意見の整理

### テーマ1 保健・医療・福祉関係者の真の連携を進めるための対応策について

#### ◎連携を進めるために関係者に求められること

##### ・ ケアマネージャー等介護保険サービス従事者

- ・ 口腔ケアに関しても、やはりケアマネが関係者を繋ぐ役割を果たしていく必要がある。そのためのケアマネの力量を上げるための研修なども充実していかなければいけない。一方で、ケアマネの業務がどんどん多岐に広がっており、手一杯という実態もあり、これを整理していくことも必要。
- ・ 歯科医師や歯科衛生士が健診や指導を行う際に、できるだけケアマネ、ヘルパーなどに立ち会ってもらうことが一番効果的。

##### ・ 歯科医師（歯科医師会）、歯科衛生士

- ・ 即治療とまではいなくても、なんらかの口腔の問題や疑問を生じたときに、気軽に在宅歯科衛生士などに相談できるシステムがあればよい。
- ・ 歯科医師の意識もそれほど高くないのではないか。問題があっても歯科医師に繋げても「じゃあ何日後ですね」と言われるとそれなら止めようということになってしまう。
- ・ 歯科医師や歯科衛生士も要介護者のところへ行って、歯科治療・指導だけやって終わりになりがち。もっと積極的に他の職種への情報提供や働きかけをしていく必要がある。

##### ・ 医師、看護師、病院等

- ・ 現在の過密したクリニカルパスの中に口腔ケアを入れる余地があるのか疑問。また、退院させた患者を引き受ける医療機関や訪問看護師が、これを引き続き実施できるのかが問題になると思う。
- ・ 訪問看護師が口の中をみたいと思っても、他の全身的なことで時間的に手一杯というのが現状。簡単なチェックリストがあれば、これを元に家族に提示したり、他の関係者に繋げていける。
- ・ 往診している医師もどうしても、血圧などの全身状態や病気は診るが、口の中まで気が回っていない。ケアカンファレンスなどで、医師に対して「口腔ケア、口腔ケア」と声かけして欲しい。

##### ・ 行政（県（健康福祉環境事務所）、市町村）

- ・ 行政側でも歯科に対する意識が他の分野に比べて追いついていないということがあると思う。関係者の連携という点からすると、行政側の働きかけが重要だと思うので、行政側も意識を変えていかなければいけない。
- ・ グループインタビューで主治医の先生やケアマネの方などから率直なご意見をいただき、保健事業の担当者として口腔ケアの必要性を再認識できた。村のケアマネとも連携の必要性を話して、実際に口腔ケアに結びついた例もでた。
- ・ 行政でも、どうしても縦割りで横の繋がりがなかった。先日の研修会のグループ

ワークで施設関係の方と話をし、施設関係者の苦勞や課題に気づいた。こうした機会をこちらから声かけして作っていかなければならないと思った。

#### ・ その他

- ・ 経管栄養だった人が、口から食べ始めたのはいいけれど、誰に指導を受ければいいのかははっきり判らないことがあった。こうした事例にもきちんと対応できる体制ができるとよい。

### ◎「顔の見える」連携体制の構築に向けて

- ・ 歯科保健に限らず、関係者のスムーズな連携を進めるためには「顔が見える」ということが基本だということによく経験していることであり、重要だと思う。
- ・ ケアカンファレンスは時間的な都合もあり、月2回だったものが月1回となったり、減少している事実はある。
- ・ ケアカンファレンスはだいたい3時半すぎなど夕方開催しており、歯科医師が参加してもらえるなら、参加できるよう時間を遅らせることも必要なかなと思った。やはり、顔が見えるようになると、ケアマネなども連携が取りやすくなると思う。
- ・ ケアカンファレンスに歯科医師・歯科衛生士に入ってもらい、きちんとケアプランに位置づけていくことが重要だと思う。実際にカンファレンスに入ってもらいと、個別事例の対応以外にも得るものが多い。
- ・ 要介護者歯科保健推進事業の申込書様式が変更され、担当ケアマネージャーの欄などができたが、様式変更の効果もあってか、申込者数が増えている。こうした取組を継続して勧めていくことが大切だと思う。

### ◎その他

- ・ 在宅要介護者歯科保健推進事業のことや、歯科治療の内容、費用などについて判らないことがあったときに、聞ける場所が明確になっていれば良い。
- ・ ケアマネのアセスメント項目のなかにも、食事や入れ歯などに関する項目があるが、本人・家族が歯科に関する問題意識を持っていないと、とおり一遍聞き取るだけになってしまっている。歯科健診とまで行かなくても、要介護者に対し、定期的に「お口の状態はどうですか？」と聞いて、口腔内を確認することをルーチン化できればと思う。
- ・ 現在のシステムでは、その役割の中心をケアマネに担ってもらうことが妥当であるが、ケアマネで判断が難しいケースに対し、老人保健の訪問口腔衛生指導を活用したり、在宅歯科衛生士などが相談に応じて、必要性を判断して、訪問歯科健診や治療に結びつけていくなどのサポートが必要。
- ・ 要介護者に歯科治療や口腔ケアを勧めるときに、介護家族から「費用や回数はどれぐらいなのか」、「時間帯は」、「希望する歯科医が来てくれるのか」などを聞かれることがあるよく判らない。こうしたことが判れば勧めやすい。

## テーマ2 要介護者・介護家族を含めた関係者の普及啓発・研修の進め方について

### ◎関係者の意識向上を図るために必要なもの

- ・ 介入研究に協力するにあたり、当初は大変不安だったが、やってみると職員の意識が大変かわった。口腔ケアはよくなるのがすぐに目に見えるので、実施してみれば職員の意識も大変盛り上がる。
- ・ 今回の調査の報告を聞いても、その成果だとか必要性が現場にシンプルな形で伝わってこないもどかしさを感じている。知り合いの歯科衛生士から聞いた話だが、1週間、2週間と口腔ケアに入ることによって、表情が変わったとか、声がずっと出たとか聞けば、データなどなくても、必要性は理解でき、頑張らなくちゃという気になる。
- ・ 口腔ケアを実施することにより、全体的な医療費や、実際の介護負担などがどうなるかといった、具体的な費用対効果を介護家族や関係機関に示していく必要があるのではないか。
- ・ 口腔ケアの効果は色々具体的に挙げられているが、どちらかというとな要介護者本人あるいは外部の専門家などからの視点が中心のように感じる。毎日要介護者と接しながら介護をする側にとって本当にどうなのか、要介護者本人の思いと介護家族の実態の差といったものをどうするのか、基本的なところを考えていかなければならないと思う。

### ◎介護保険従事者等への研修について

- ・ 年3回ケアマネの研修会があるが、そこでのテーマはどうしても目に見えるサービスをどうするかということが中心になってしまい、歯科のことが表だって話題になることはなかった。普段、ケアマネなどから相談を受ける際にも、歯科のことが表面にでることがなかったので、これからは、こちらから本当に口の中の問題を見ているのか、話題に出していく必要があるのではと思った。
- ・ 歯科以外の関係者が他の業務も行うなかで、口の中に関しても気を配るとなると、個人個人の意識を高める他ないと思う。そうした時に、施設の代表者が代表で研修を受けて、それを復命で聞くというのではインパクトが弱いので、出来れば施設単位等で研修を実施して欲しい。

### ◎要介護者本人・介護家族等への普及啓発について

- ・ 入院中の場合は、相談員やドクターの勧めなどもあって、口腔ケアを併せて受けられる方が多いが、在宅等に移られると、ご本人達があまり認識をもたれていないようなのでなかなか難しいようだ。
- ・ 事例として、デイサービスで口腔ケアを提示してもなかなか受け入れてもらえなかった要介護者・介護家族の方がいたが、歯科医師・歯科衛生士に一度だけでもいいからと入ってもらったら、口腔ケアに対する意識が変わり、口腔ケアを受け入れてもらえた。こちらサイドで必要だと思っても、受入側で止まってしまうこともあるので、やはり、要介護者・家族の方に口腔ケアの重要性を認識してもらおうよう働きかけることが重要。
- ・ やはり、本人・介護家族も実際に体験すると意識が変わる。月に1回でもいいから、実際に口腔ケアを受けてもらって、口の中がきれいになることを実感してもらおうことが必要。

- ・ 口腔ケアの受け入れ、実施は実質的に家族が握っているともいえるので、「介護家族の集い」などの場で、自分自身の口腔保健管理も交えて、口腔ケアの重要性を直接訴えていくことが必要。
- ・ 毎日の基本的な口腔ケアは家族が実施することになり、また、自分の口腔ケアが出来ないことには要介護者の口腔ケアも出来ないので、現在実施している転倒予防教室、高齢者教室などの介護者、要介護者予備軍の人達が集まる機会などを活用し、自分の問題として取り組む気になるような判りやすい研修を実施してもらいたい。
- ・ 病院として転倒予防教室を開催しているが参加者の関心は非常に高い。介護状態になってからはどうしても他のことで頭が一杯になってしまうので、介護予防という観点から口腔ケアを普及していくことが効果的。



## 平成 15 年度要介護者口腔ケア関係者研修会 受講者アンケートの結果

1. 集計対象 午後まで受講した 81 名中 アンケートに回答した 71 名（回収率 88%）  
（午前のみを含む総参加者数は 110 名）

## 2. 受講者の内訳

## ①受講者所属別内訳

市町村行政	6	8.5%
在宅介護支援センター	3	4.2%
特別養護老人ホーム	14	19.7%
老人保健施設	2	2.8%
デイサービス	9	12.7%
訪問介護事業者	2	2.8%
訪問看護ステーション	2	2.8%
病院	11	15.5%
診療所	12	16.9%
その他（在宅等）	10	14.1%
計	71	

## ②受講者職種別内訳

介護支援専門員	4	5.6%
生活相談員	2	2.8%
施設介護職	20	28.2%
訪問介護員	2	2.8%
医師	1	1.4%
看護師	14	19.7%
保健師	3	4.2%
歯科医師	4	5.6%
歯科衛生士	18	25.4%
言語聴覚士	1	1.4%
介護福祉士	2	2.8%
計	71	

## 3. 平成 14 年度開催の研修会の受講状況

平成 14 年要介護者口腔ケア関係者研修会（12.6）120	7	9.9%
地域歯科保健研修会（1.30）170 名	6	8.5%
両方参加	8	11.3%
どちらも参加していない	48	67.6%
不明	2	2.8%

## 4. 研修受講後の口腔ケア、リハビリへの取り組みについて

必要性を感じ、実際に取り組んでいこうと思った	38	53.5%
必要性はわかるが、実際にどう取り組んだらよいかわから	14	19.7%
必要性はわかるが、他との関係でどうしても後回しになっ	15	21.1%
歯科医師、歯科衛生士が中心に行えばよい問題だと思う	2	2.8%
あまり必要性を感じない	0	0.0%
その他	2	2.8%

## 5. 本日の研修会は有益だったか

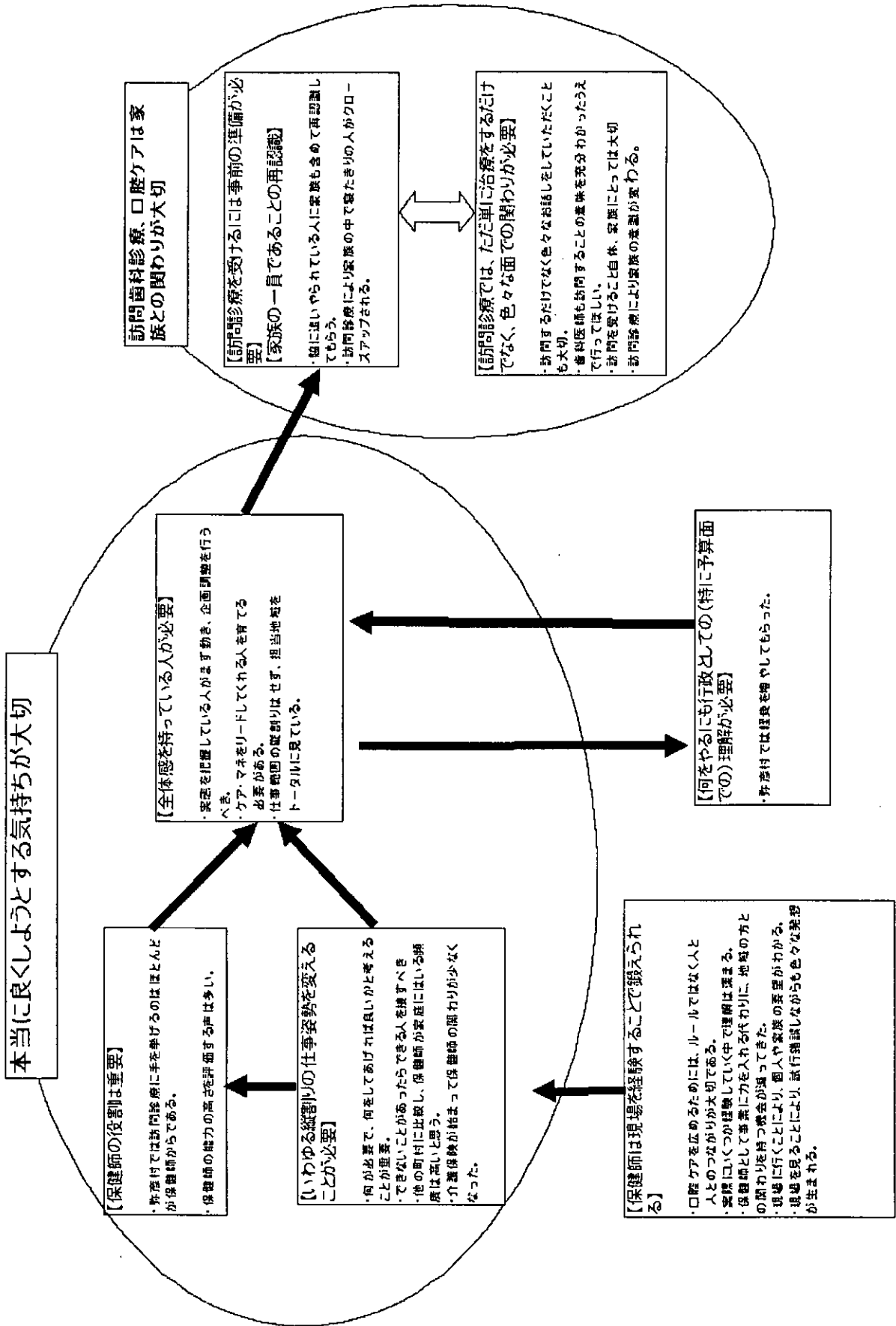
とても有益だった	38	53.5%
有益だった	28	39.4%
少しは有益だった	3	4.2%
全く役立たなかった	0	0.0%
不明	2	2.8%

## 6. その他（自由記載欄で「多職種とのワークショップが有益だった」と記入した者）

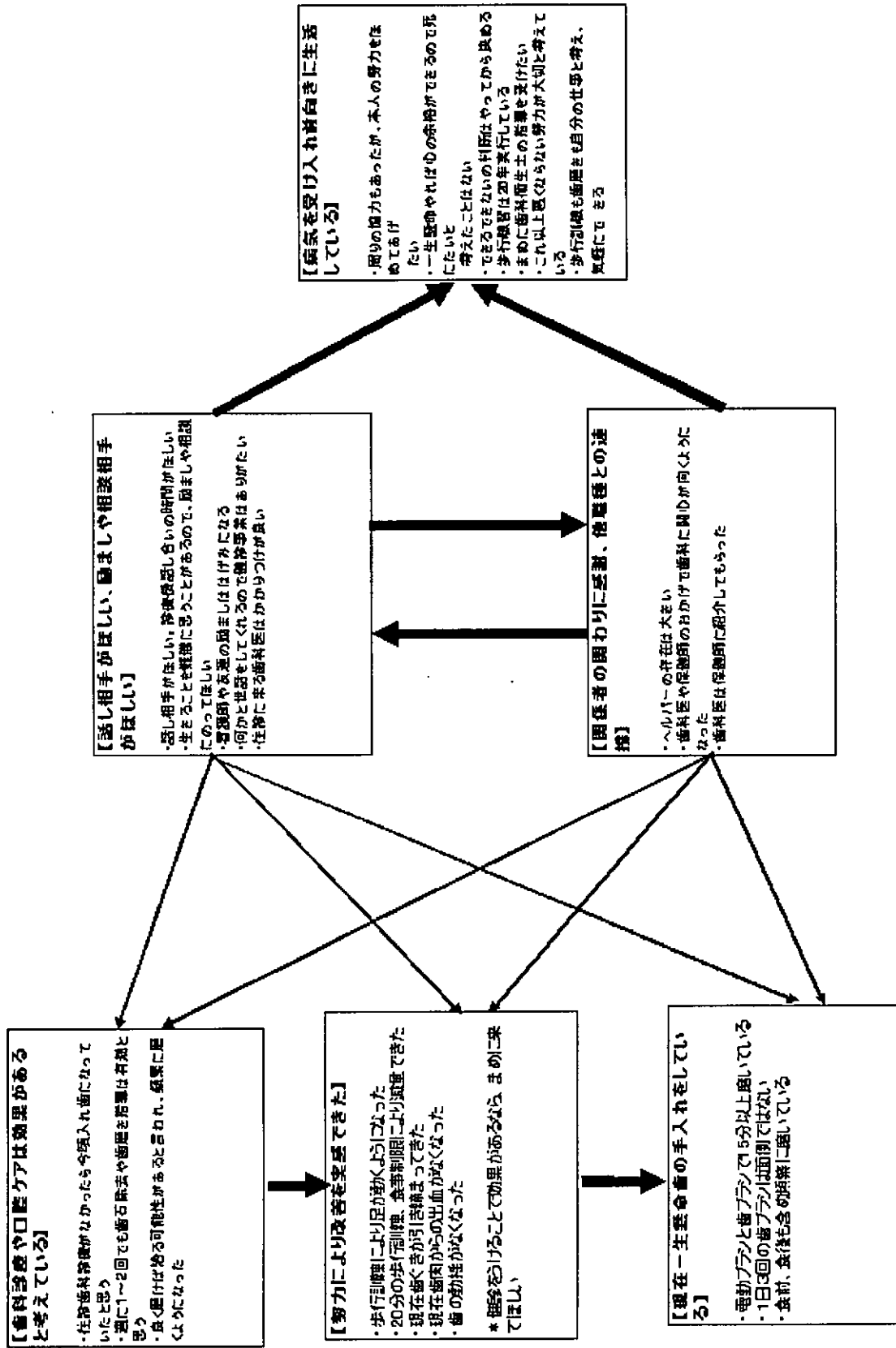
自由記載欄になんらかの記入のあった者	52	73.2%
ワークショップが有益（全体）	25	35.2%
ワークショップが有益（歯科医師・歯科衛生士以	17	※
ワークショップが有益（歯科医師・歯科衛生士）	8	※

※は、各該当職種総数に対する割合

### 資料3 歯科医師、保健師へのインタビュー結果



# 資料4 要介護者へのインタビュー結果



厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
分担研究報告書

病態別要介護者保健医療ケアに係る工程表（クリニカルパス）の開発と評価

分担研究者 野村 修一 （新潟大学大学院医歯学総合研究科 教授）

研究協力者 豊里 晃 （新潟大学大学院医歯学総合研究科）

安藤 栄吾 （新潟大学大学院医歯学総合研究科）

田巻 元子 （新潟大学大学院医歯学総合研究科）

伊藤加代子 （財団法人 長寿科学振興財団）

**研究要旨：**

本研究は、要介護者に関わる多職種間の連携体制を確立し、要介護者の病態に応じた標準工程表（摂食障害要介護者用クリニカルパス）を作成することを目的としている。

昨年度に行った要介護者の口腔状態と歯科治療および専門的口腔ケアの必要性に関する実態調査の結果、何らかの歯科治療または専門的な口腔ケアが必要である者は89.4%にものぼる一方、実際に歯科受診を希望し受診した者はわずか26.9%で、歯科治療の必要性と実際の受診状況には大きな隔たりがあることが明らかになった。

本年度は、その理由と問題点を把握し改善するために、専門的口腔ケア、義歯治療および口腔機能リハビリテーションの介入による効果を測定した。さらに、標準工程表を試作した。

その結果、歯科衛生士による専門的口腔ケアの実施によって、歯肉の炎症が軽減するとともに口腔内細菌数の減少傾向等も確認された。またケアの頻度は月に4回以上が望ましいということが示された。義歯治療では、治療直後にQOL、ADL、咀嚼能力、栄養摂取量等の向上がみられた。しかし、治療2ヵ月後には低下しており、継続的な義歯の管理の必要性が示された。また口腔機能リハビリテーションプログラムを作成し試行したところ口腔機能の維持・向上の可能性が示唆された。これらの結果等を踏まえて、歯科治療を受けるまでの基本クリニカルパス、歯科治療のクリニカルパス、摂食リハビリテーションのクリニカルパスを作成した。来年度、モデル地区において運用し、その結果を踏まえ改良を加える予定である。

**研究目的**

近年、「口腔ケア」の普及とともに、要介護者の口腔の健康についての関心も高まってきた。しかしその一方で、適切な歯科医療保健サービスを受けていない要介護者が多いという報告もある。よって、口腔内の実態と歯科治療や専門的口腔ケアの必要性を把握するために、昨年度、368名の要介護者に対して実態調査を行った。その結果、何らかの歯科治療または専門的な口腔ケアが必要である者は89.4%にものぼる一方、実際に歯科受診を希望し受診した者はわずか26.9%で、歯科治療の必要性と実際の受診状況には

大きな隔たりがあることが明らかになった。

この隔たりの理由と問題点を把握し改善するために、まず、口腔ケア、義歯治療および口腔機能リハビリテーションの有効性を明らかにすることが必要であると考えられる。また、昨年度に実施した関係者アンケートでは、歯科受診に至るまでの流れや、連携をとるべき職種がわかりづらいという声があげられた。よって、治療を受診するまでの流れと治療の実際を、要介護者本人および要介護者を取り巻くさまざまな関係者にわかりやすく示した工程表（クリニカルパス）を試作した。以下、1. 口腔ケア介入による効

果 2. 義歯治療による効果 3. 口腔機能リハビリテーションによる効果 4. クリニカルパスの作成 の4項目に分けてそれぞれ記述する。

## 研究1. 口腔ケア介入による効果

### A. 研究目的

近年、「口腔ケア」への関心は高まり、在宅および施設においても実施されるようになってきた。それに伴い、口腔ケアの有用性に関する調査が報告されてきている。

これら文献の多くは、口腔ケア介入による効果に関するものであり、介入前後における口腔内状態等を比較することによって口腔ケアの重要性を評価している。しかし、実施されている口腔ケアの術式および最適頻度についての統一的理解はいまだ示されておらず、各研究者によって異なっているのが現状である。

本研究では、歯科衛生士による専門的口腔ケアの効果的かつ理想的な実施頻度を明確にすることを目的とした。

### B. 研究方法

#### 対象者

新潟県内に設定したモデル地区在住で、要介護認定を受けており、厚生労働省の障害老人の日常生活自立度判定基準でランク A2 からランク C に該当し、歯科医師による事前診査で歯科専門職による専門的口腔ケアが必要であると診断された者のうち、本研究について同意の得られた 38 名(在宅生活者 6 名、特別養護老人ホーム入所者 32 名：男性 11 名、女性 27 名)を対象とした。対象者については以下に述べる方法で 3 群にわけた。

#### 群の設定

群の設定は次のように行った。

コントロール群：専門的口腔ケアを行わない群（13名）

月1・2回群：専門的口腔ケアの介入を月に1回ないしは2回行う群（15名）

月4回群：専門的口腔ケアの介入を月に4

回（1週間に1回）行う群（10名）

#### 調査項目

以下の項目について調査を行った（調査票は文末に添付）。

##### 1. 全身状況

年齢、性別、要介護度、生活状況、障害老人の日常生活自立度、痴呆老人の日常生活自立度

##### 2. 口腔状況

###### 1) 歯肉炎指数（Gingival Index：GI）

辺縁部歯肉を頬側、舌側、近心、遠心の4つに区分し、以下に示す判断基準に従ってスコアリングを行った。

0：正常

1：肉眼的に軽度の炎症を認め、プロービング時にも出血を認めない。

2：肉眼的に中等度の炎症を認め、プロービング時の出血を認める。

3：肉眼的に強度の炎症を認め、自然出血している

対象者ごとのスコアはGI＝被検歯面のスコア合計／被検歯面数で算出した。

###### 2) 歯肉出血指数（Gingival Bleeding Index：GBI）

頬側近心、遠心、中央部および舌側中央部の4点で、プローブを歯周ポケットに挿入し、10～30秒後の出血の有無を確認した。GBI(%)＝出血歯面数／被検歯面数×100で算出した。

###### 3) 舌苔付着度

開口状態で舌を前方に突出させ、舌分界溝より前方の舌苔付着について、小島の分類<sup>1)</sup>に従って舌苔付着度を分類した。評価に当たっては、調査期間中に絶対付着度が低いグレードになった者を改善、同じグレードであった者を変化なし、高いグレードになった者を悪化とした。

###### 4) 咽頭粘膜上の肺炎起因菌

咽頭部細菌の検出には咽頭分泌液を用いた。各被験者の咽頭粘膜面を検体保存輸送用培地（シードスワブ3号栄研、栄研）付属の滅菌綿棒で右から左へ異なる箇所を4回拭い検体を採取し、それを検体保存輸送用培地に移した。その後、37℃、48時間

嫌気培養を行い、微生物の同定を行った。

また、過去の報告から *Staphylococcus* spp.、*Enterobacter* spp.、*Klebsiella* spp.、*Enterococcus* spp.、*Pseudomonas* spp.、*Haemophilus* spp.、*Escherichia coli*、*Proteus* spp. を肺炎起因菌と判定した<sup>2,3)</sup>。

### 3. 聞き取り調査

聞き取り調査は対象者本人および介護者に行った。項目については別添の調査票に示す通りである。

調査は複数の歯科医師が担当したが、調査項目および調査指標についての見解を統一するために調査マニュアルを作成し、調査者間のキャリブレーションを行った。

### 専門的口腔ケアの実施

歯科医師の指導の下、歯科衛生士による専門的口腔ケア（歯石除去、ブラッシング、舌清掃、義歯清掃、口腔衛生指導、口腔周囲筋の運動）を3ヶ月間行った。

専門的口腔ケアは複数の歯科衛生士が担当したが、専門的口腔ケアの術式の統一を図るためにマニュアルを作成し、3回の研修会を実施した。

#### （倫理面への配慮）

本研究は、新潟大学歯学部倫理審査委員会の承認を得て行った。また、対象者および介護者には研究内容について十分説明を行い、同意の得られた者のみを対象とした。

## C. 研究結果

調査結果の統計表を文末に添付する。

### 1. 介入前における対象者の群間比較

対象者の平均年齢は、 $80.0 \pm 9.4$  歳であった。また要介護度は介護度4が最も多く35.9%であった。平均残存歯数は、 $14.3 \pm 8.8$  本であった。

ベースライン時において、各群間で年齢、性別、要介護度、生活状況、障害老人の日常生活自立度、痴呆老人の日常生活自立度、残存歯数、義歯使用状況、および今回の評価項目であるGI、GBI、舌苔付着度、肺炎起因菌

の菌種数、聞き取り調査の各項目について検定を行ったところ、全ての項目において統計学的有意差は認められなかった。

## 2. 専門的口腔ケアの効果

### 1) GI

介入後のGIの変化量を比較したところ、介入頻度の増加に伴い、GIがより改善する傾向が認められた。また、多重比較検定を行った結果、コントロール群と月4回群の間で統計学的に有意であった（図1）。

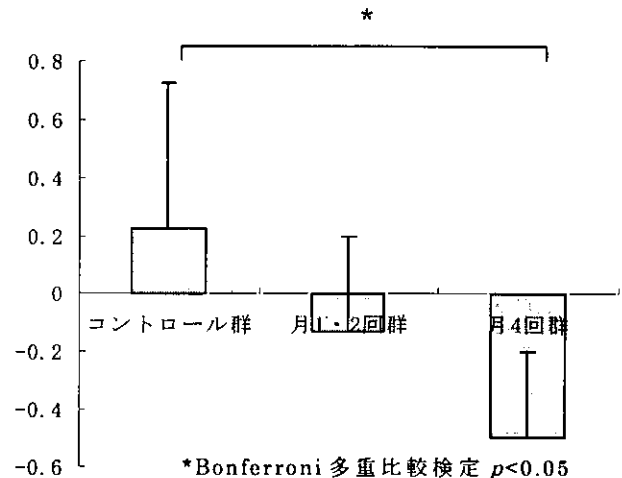


図1 GI の変化量：介入前をベースラインとしている

### 2) GBI

介入後のGBIの変化量を比較したところ、介入頻度の増加に伴い、GBIがより改善する傾向が認められた。また、多重比較検定によりコントロール群と月4回群の間で統計学的に有意であった（図2）。

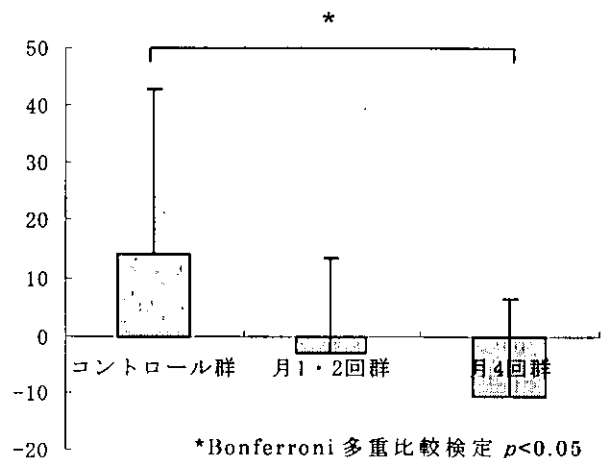


図2 GBI の変化量：介入前をベースラインと

している

### 3) 舌苔付着度

舌苔付着度は、介入頻度の増加に伴って改善した人の割合が高い傾向が見られたが、有意差は認められなかった（図3）。

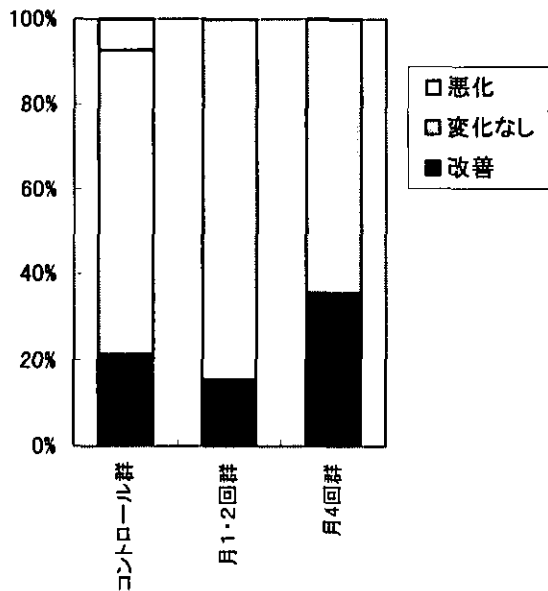


図3 舌苔付着度の変化

### 4) 咽頭粘膜上の肺炎起因菌

介入後における肺炎起因菌の菌種数の変化を比較したものを図4に示す。肺炎起因菌の菌種数は介入頻度の増加とともに減少傾向を示したが統計学的な有意差は認められなかった。

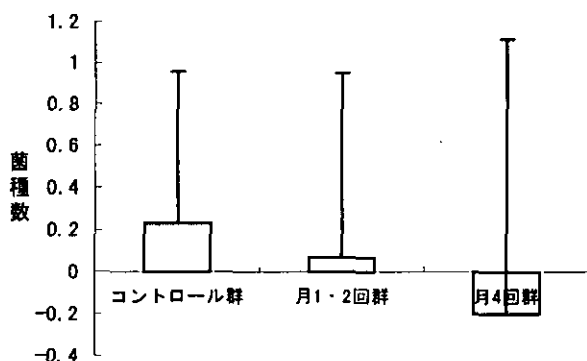


図4 肺炎起因菌の菌種数の変化：介入前をベースラインとしている

### 5) 聞き取り調査

歯磨回数は、月4回群で介入前1.9回から介入後2.2回へと増加する傾向が見られたが、統計学的な有意差は認められなかった。

また、介入群の対象者では、「口の手入れをするようになった」「口への関心が高くなった」「口の手入れがうまくなった」「これからは専門的口腔ケアを受けたい」と回答する人の割合が高い傾向があり、特に「口の手入れをするようになった」「口への関心が高くなった」「これからは専門的口腔ケアを受けたい」との回答は統計学的にも有意であった。また介護者においても同様で、「口の手入れをするようになった」「口への関心が高くなった」「口の手入れがうまくなった」「これからは専門的口腔ケアを受けたい」と回答する人の割合が高い傾向があり、統計学的にも有意であった（表1）。また、「対象者の口をきれいにするのは大変だと思うか」という項目に対して、コントロール群では介入後に「はい」と回答する傾向があるのに対し、介入群では「いいえ」と回答する傾向が見られた。

表1 聞き取り調査にて統計学的有意差を認めた項目と検定結果

	項目	検定結果
対象者	人と会うことが楽しいですか	P<0.05
	お口のお手入れをするようになりましたか	P<0.05
	お口の中のことに対する関心が高くなりましたか	P<0.05
	できればこれからは専門的口腔ケアを受けたいですか	P<0.05
介護者	対象者のお口の中のことに関心がありますか	P<0.05
	お口のお手入れをするようになりましたか	P<0.01
	お口の中のことに対する関心が高くなりましたか	P<0.01
	お口のお手入れをする方法は変わりましたか	P<0.01
	お口のお手入れは上手になりましたか	P<0.01
	できればこれからは専門的口腔ケアを受けたいですか	P<0.05

### D. 考察

今回、対象者を3群にわけ、専門的口腔ケアの介入頻度を月0回、月1・2回、月4回に設定し、介入前後における口腔状態を比較検討した。その結果、介入群においては、歯肉の炎症、咽頭粘膜の肺炎起因菌の菌種数、舌苔付着度のいずれについても改善が認められた。その改善の度合いは月1・2回群に比して月4回群において顕著であり、とくに歯肉の炎症については統計学的に有意であった。逆に、専門的口腔ケアを行わず、要介護者本人あるいは介護者のセルフケアのみ行ったコントロール群では改善が認められなればかりか、悪化してしまう危険性さえ示された。

本結果から、要介護者には歯石除去や口腔

清掃指導などを含めた専門的口腔ケアが必要であるということと、その頻度は月1・2回よりも月4回のほうが望ましいという2点が示唆された。しかし残念ながら、歯肉の炎症に関する評価項目を除いては、統計学的な有意差を持って、最適介入頻度を結論付けることはできなかった。本研究は介入期間も短く、また対象者数も少ない。今後、長期間にわたる大規模な介入研究を行う必要があるだろう。

さらに本調査では、専門的口腔ケアの実施は、口腔内環境を改善すると同時に歯科保健行動にも影響を与えることが示された。つまり、聞き取り調査の結果、介入群において要介護者本人および介護者の口腔内への意識の高まりが認められた。歯科医師あるいは歯科衛生士が指導を含めた専門的口腔ケアを定期的に行うことで、口腔に対する意識が向上し、それがセルフケアの質の向上につながったと考えられる。専門的口腔ケアと日常のセルフケアはどちらも必要不可欠なものである。つまり、日常のセルフケアを行うことによってこそ専門的口腔ケアの効果が顕著に現れるものである。月4回以上の専門的口腔ケアを長期間実施することによって、口腔に対する意識は、さらに向上すると期待される。

本調査で有効性が明らかになった週1回の口腔ケアは、現介護保険制度の中でも実施が可能であり、今後口腔ケアを実施する上での一つの基準となりうると思われる。

## E. 結論

今回、専門的口腔ケアの介入頻度を群によって変化させ、介入前後における口腔状態を比較検討した。その結果、介入群においては、介入頻度が増えるにつれてより改善が認められる傾向が示された。また、専門的口腔ケアを行うことで、要介護者本人はもちろん、介護者の口腔ケアに対する意識の向上もみられた。本研究により、歯科衛生士による専門的口腔ケアの効果的な実施頻度は、月4回以上つまり1週間1回以上行うことが望ましいということが示唆された。

## 謝辞

本研究の実施にあたり、多大なご協力を頂いた関係市町村の皆様、関係施設の職員の皆様および歯科衛生士としてご協力いただいた以下の方々に感謝申し上げます。

(順不同、敬称略)

阿部澄子、伊藤礼子、浮嶋勝子、木村薫、斉藤キミ子、杉原千代子、諏訪景子、高木英美子、高橋純子、戸石栄実子、富樫文子、宮浦和子、諸橋きよみ、渡辺喜美子

## 研究2. 義歯治療による効果

### A. 研究目的

高齢者にとって最大の生き甲斐の1つは「おいしく食べること」である。歯列に欠損を有する高齢者は咀嚼機能に障害を持ち、「おいしく食べること」が出来ないばかりか、審美性ならびに構音機能も損ない、他者とのコミュニケーションにも障害が生じるものと考えられ、QOL (Quality of Life) の低下につながる。

これまで、「寝たきりの高齢者に義歯治療を施したら、起き上がるようになった」など、義歯治療により高齢者のADL (Ability of Daily Life) が向上したという個々の事例は報告されてきたが、複数の対象者に対して、食品の粉碎能力や栄養摂取についても同時に評価した報告は少ない。

よって、欠損歯列を有する高齢者に義歯治療を施すことでQOLが向上し、様々な事象(食べることや人とコミュニケーションをとることなど)に対して意欲が高まるという仮説のもとに、実際に義歯治療を行い、治療前後での効果を比較することを目的として本研究を立案した。

### B. 研究方法

#### 対象者

新潟県内に設定したモデル地区在住で、要介護が2あるいは3であると認定された要介護者のうち、アイヒナーの分類B3~C3に属しており、歯科医師による事前診査で義歯治療が必要であると診断された28名



を対象とした。

## 実施方法

時系列にそった実施の流れを図 5 に示す。まず、義歯治療前に口腔状態、全身状態等についての調査を行った。評価項目に関しては、以下の項で述べる。治療前の調査後、新潟県新発田市歯科医師会、新潟県北蒲原郡・豊栄市歯科医師会会員の歯科医師に依頼して、義歯治療を行った。義歯治療が終了した直後に再度、治療前と同様の調査を実施した。さらに、治療終了から 2 ヶ月後にも同様の調査を行い、治療前、治療直後、治療 2 ヶ月後の計 3 回の調査結果を比較した。

調査は複数の歯科医師が担当した。調査項目および調査指標についての見解を統一するために調査マニュアルを作成し、調査者間のキャリブレーションを行った。

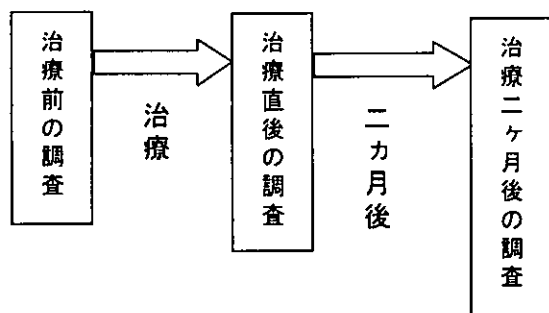


図 5 義歯治療による効果評価の流れ

## 評価項目

以下の項目について調査を行った。

### 1) ガムによる食物の粉碎能力評価

ガムは咀嚼により、その重量が減少する。今回、被験食品として、歯につきにくく、義歯使用者でも咀嚼可能なフリーズオンミント味（ロッテ社）を使用し、咀嚼前後における重量を比較した。咀嚼する歯の部位や咀嚼の強さといった条件は規定せず、対象個人の口腔内で自由に 1 分間噛んでもらった後、包装紙の上にガムを出してもらった。ティッシュペーパーなどで唾液などの水分を軽くふき取り、薬包紙に載せて電子上皿天秤で測定した。

### 2) 栄養摂取量評価

治療前、治療直後および治療 2 ヶ月後のそれぞれにおいて、連続する 3 日間、3 食（朝・昼・夕）について調査を行った。

まず、使用されている食材を判定するために、介護者に依頼して、ポラロイドカメラにて食前の食膳を撮影した。撮影の際、スケールも同時に撮影し、撮影距離によるサイズの誤差調整に用いた。食材判定の補助として、献立の記録もあわせて行った。その資料を基に、栄養士に依頼して、使用されている食材の種類を推定した。また、実際の食事摂取量は、食前と食後の食膳を比較することより推定した。エネルギー量、たんぱく質、脂質、炭水化物摂取量の算出にあたっては、五訂日本食品標準成分表を参考にした。

### 3) 口腔カンジダ菌測定

Dentocult CA (Oral Care 社) を用いて、口腔カンジダ菌の測定を行った。

### 4) 調査当日の健康状態の調査

調査当日の健康状態ならびに全身疾患を VAS 法にて調査した。

### 5) QOL の評価

患者の幸福感を測定する改訂 PCG モラール・スケール日本語版<sup>4)</sup>を用いて、義歯治療前後の QOL を比較した。

### 6) ADL の評価

高齢者の ADL の評価指標として広く用いられている、FIM (機能的自立度評価法: Functional Independence Measure) の全 18 項目のうち、食事、排尿コントロール、移乗、移動、表出、社会的交流、起き上がり動作の 7 項目について評価した。

### 7) アンケートによる義歯満足度の評価

治療前後の義歯に対する満足度を別添のアンケート用紙を用いて評価した。

### (倫理面への配慮)

本研究は、新潟大学歯学部倫理審査委員会の承認を得て行った。また、対象者および介護者には研究内容について十分説明を行い、同意の得られた者のみを対象とした。

## C. 研究結果

調査結果の統計表を文末に添付する。

対象者の平均年齢は、85.1 ± 6.7 歳であった。対象者 28 名のうち 7 名は、体調不良等により、治療前、治療直後、治療 2 カ月後の計 3 回の調査を十分に行うことができなかったため、以下に述べる調査結果の分析は、21 名について行った。また調査項目によっては、対象者からの回答が得られなかったものもあり、21 名すべての結果分析が不能なものもあった。それぞれの項目における対象者数については統計表に示す。

行った義歯治療の内訳は、新製 13 名、修理 6 名、調整 2 名であった。

### 1) ガムによる食物の粉碎能力評価

咀嚼によるガムの重量変化を図 6 に示す。治療後、咀嚼によるガム重量変化の増加が認められた。治療 2 カ月後には、治療直後に比べると粉碎能力が低下しているものの、治療前に比しては向上していた。

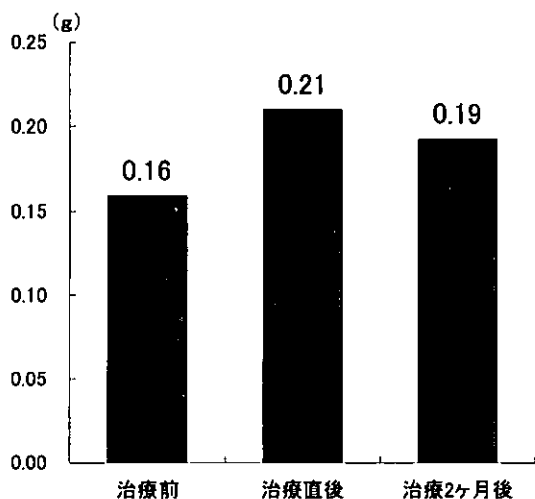


図 6 咀嚼によるガムの重量変化

### 2) 栄養摂取量評価

1 日のエネルギー摂取量は、治療前 1325.7 kcal、治療直後 1373.6 kcal で、治療直後は増加していた。しかし、治療 2 カ月後には、1327.2 kcal と、治療前と同程度の値にまで減少していた (図 7)。同様のことが、脂質の摂取量においても認められた (図 8)。治療 2 カ月後のたんぱく質 (図 9)、炭水化物 (図 10) の摂取量は治療前ほどは減少しなかったものの、治療直後と比較すると減少し

ていた。

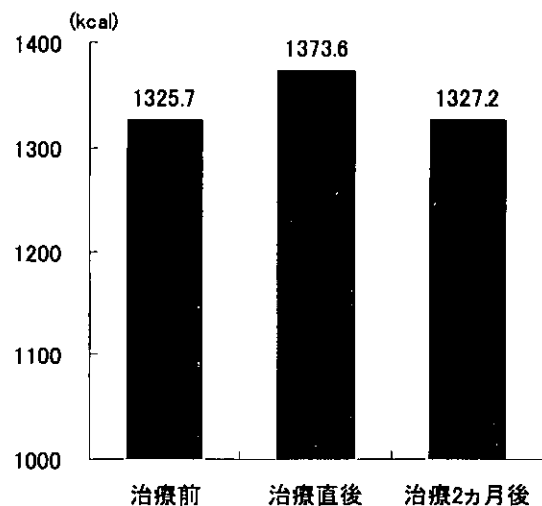


図 7 エネルギー摂取量

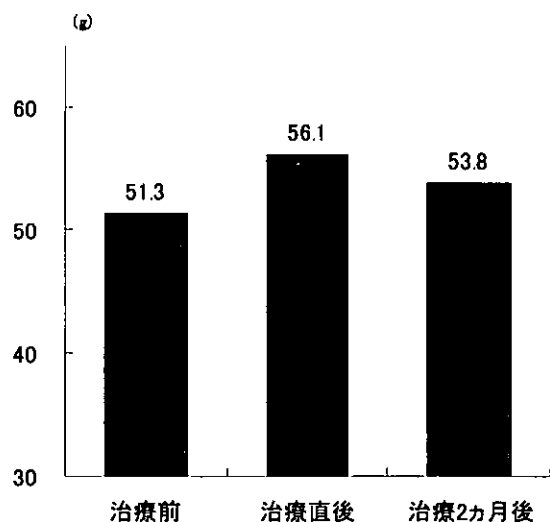


図 8 たんぱく質摂取量

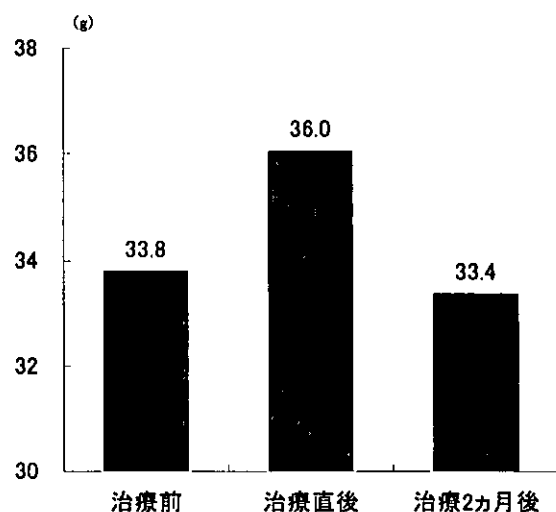


図 9 脂質摂取量

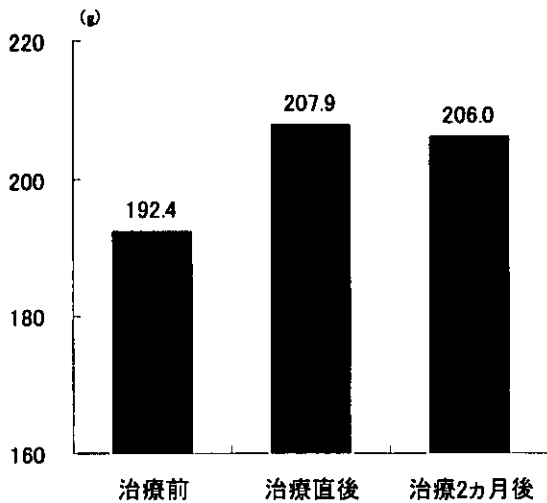


図 10 炭水化物摂取量

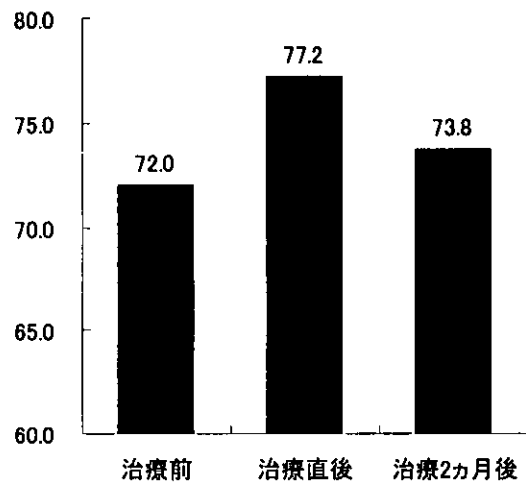


図 12 調査当日の健康状態

### 3) 口腔カンジダ菌測定

口腔カンジダ菌の測定を行った結果を図 11 に示す。治療直後は治療前と比較すると顕著に減少していた。しかし、治療 2 カ月後には再び治療前と同程度に増加していた。

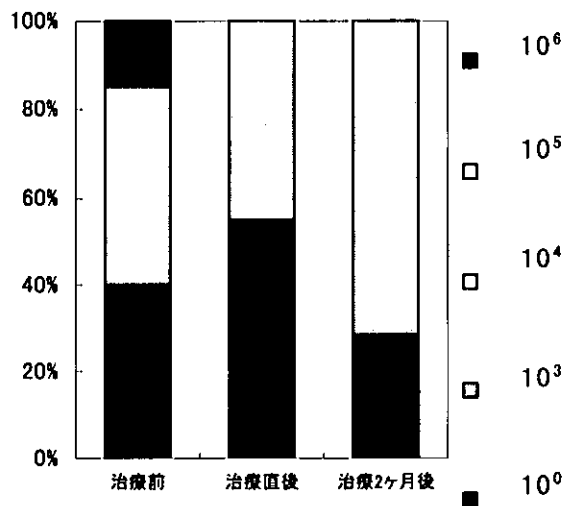


図 11 口腔カンジダ菌

### 4) 調査当日の健康状態の調査

治療直後には、健康状態が良いと感じている人が多く、VAS 法では 72.0 から 77.2 に増加していた (図 12)。しかし、ガム重量変化や栄養摂取量変化と同様に、治療 2 カ月後では 73.7 と、治療直後に比べて減少がみられた。

### 5) QOL の評価

QOL について改訂 PCG モラール・スケールを用いて調査した結果を図 13 に示す。カテゴリー I (心理的動揺)、カテゴリー II (老いに対する態度)、カテゴリー III (孤独感、不満足感) のいずれにおいても、治療前に比べて治療直後、治療 2 カ月後では数値が増加しており、幸福感が増したことが示された。

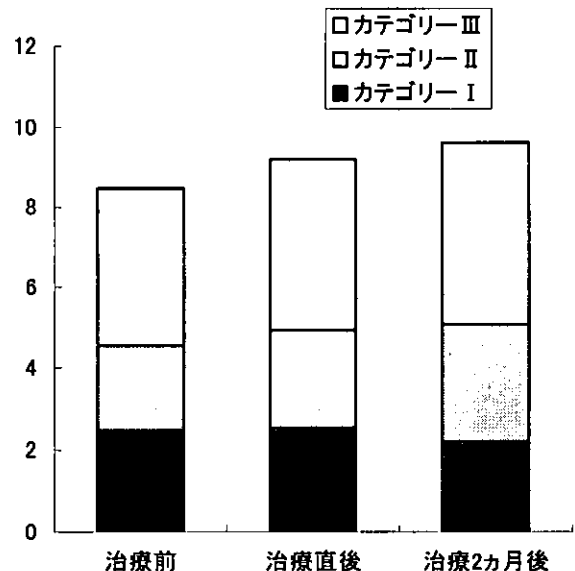


図 13 PCG モラール・スケール

### 6) ADL の評価

FIM を用いて、義歯治療前後の患者の ADL の変化を評価した結果を図 14 に示す。合計点数は治療前の 35.05 に比べて、治療直後および治療 2 カ月後では、それぞれ 35.82、35.86 とわずかながら増加していた。各項

目についてみると、8項目中5項目(食事、排尿コントロール、移乗、起き上がり動作)について改善が認められた。

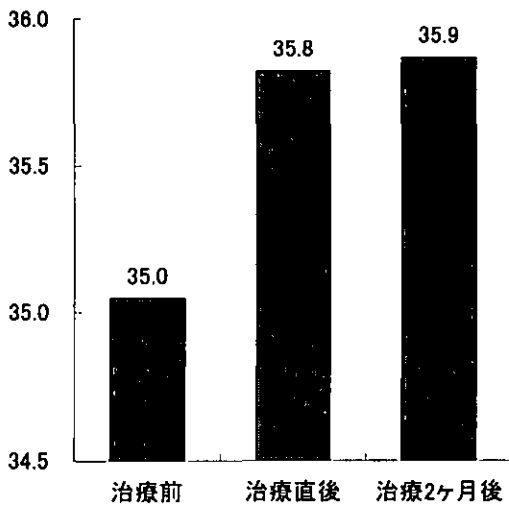


図 14 FIM

#### 7) アンケートによる義歯満足度の評価

1日の歯磨回数を図15に示す。治療前は1日に1度も歯を磨いていない人が25.0%だったのに対して、治療直後は10.0%、治療2ヵ月後は0%と減少していた。

「義歯を入れた状態でよく噛めますか?」という質問に対して、「はい」と答えた人は治療直後で顕著に増加していた。治療2ヵ月後には若干減少したものの、治療前と比較すると増加していた(図16)。

「義歯を入れて良かったですか?」という質問に対して、「はい」と答えた人は85%であった(図17)。治療2ヵ月後には75%と減少が認められた。

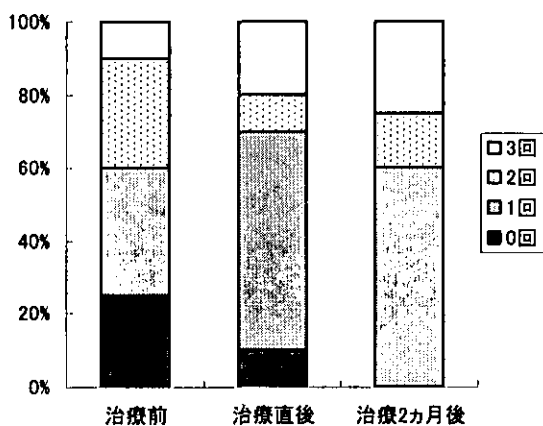


図 15 1日の歯磨回数

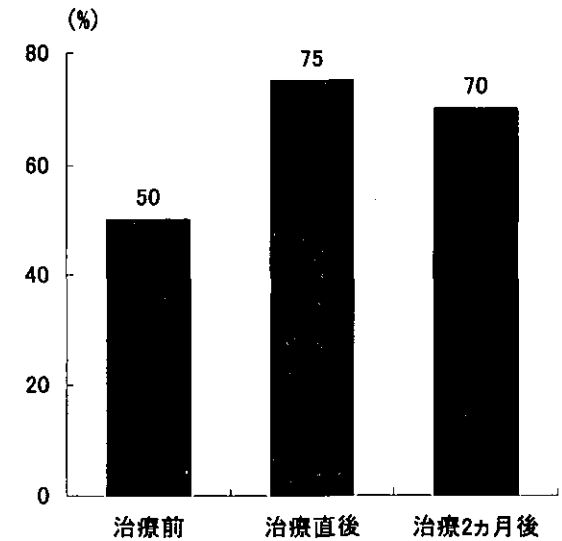


図 16 義歯を入れた状態でよく噛めると回答した割合

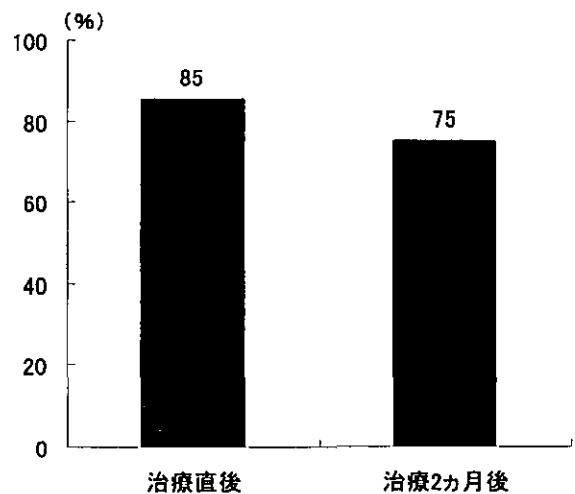


図 17 義歯を入れて良かったと回答した割合

#### D. 考察

本研究の結果、義歯治療を行うことによって、食物の粉碎能力、栄養摂取量、健康状態の自覚、幸福感、ADL、口腔内のカンジダ菌数の全項目が改善したことが示された。全項目を通して、治療直後に改善は示すが、それが治療2ヵ月後には減少する傾向がみられることも明らかになった。治療直後に顕著な改善がみられた理由としては2点が考えられる。すなわち、治療そのものによる効果と、義歯の使用法や食事の摂取等について受けた指導の効果である。しかし、これらは長期的にわたって継続するものではなく、経時的に減少してしまうと考えられることから、この低下を防ぐには、義歯の継続的な調整および