

200400277A

平成16年度 厚生労働科学研究・長寿科学総合研究事業

高齢者の口腔保健の維持増進に関する研究

研究報告書

平成17年(2005)年3月

主任研究者 石井 拓男
(東京歯科大学社会歯科学研究室)

目 次

I 総括研究報告

- 高齢者の口腔保健の維持増進に関する研究 1
石井拓男

II 分担研究報告

1. 本年度回答した施設の分析 21
山根源之
2. 平成16年度アンケート回答結果分析 1 37
山根源之
3. 平成16年度アンケート回答結果分析 2 61
山根源之
4. 平成15～16年度アンケート回答結果分析 149
山根源之
5. 脳血管障害患者用クリティカルパスにおける口腔ケアの有用性について 2 219
宮武光吉
6. 成人歯科保健事業の実施実績をもとにした歯の喪失防止効果 229
— 介入頻度別にみた効果に関する分析 —
新庄文明

厚生労働科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）

統括研究報告書

高齢者の口腔保健の維持増進に関する研究

主任研究者 石井拓男（東京歯科大学社会歯科学研究室教授）

研究要旨：①高齢者の口腔保健の維持増進を推進する場合、最も問題となるのが、脳血管障害などを発症後、急性期から回復期、慢性期へ移行していく中での有機的な連携による口腔ケアならびに、口腔機能回復に対する働き掛けである。そこで平成15年度我々は介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設を対象に口腔ケアに対する調査を行った。本年度は口腔機能の評価がどのように行われているかを把握する目的で平成15年度のアンケート調査に回答した病院・施設に対し再度アンケート調査を行った。平成16年度の調査では834施設（回答率：48.6%）から回答が得られた。施設利用者の経口摂取の可否についての診査は「看護師」や「介護福祉士」が行い、経口摂取の可否の決定は「医師」が行っていた。残存歯や義歯など口腔内の状況が経口摂取を行う上で重要であるという認識がなされている施設も多いことが示唆された。食事形態の決定者は「看護師」、「医師」が多いことが認められた。食事形態の評価と回復が積極的に行われていない可能性が示唆され、施設における口腔機能回復に対する働き掛けが十分でないことが予想された。咀嚼（噛む）機能の評価について義歯以外の問題では歯科医への評価の依頼はあまり積極的には行われていなかった。嚥下機能障害に関する情報とこれに対応できる人材が十分でないことが示唆された。機能を維持・回復させていくための施設において口腔機能回復に対する働き掛けが十分でないことが示唆された。「平均入所（入居）期間」が短い施設ほど医療に重点が置かれ、医師や看護師が口腔機能の評価を行い、食事形態の決定に関与することが多く、介護に重点が置かれた「平均入所（入居）期間」が長い施設では、口腔機能の評価は行われず、介護福祉士が食事形態の決定に関与することが多かった。提供可能な食事の種類が多い施設ほど、「平均入所（入居）期間」が短く、嚥下機能の評価を行っていた。口腔機能の評価を行っている施設では食事形態が適当であるかの評価を「定期的に行っている」施設が多く、「口腔内の観察」を「看護師」や「言語聴覚士」が行っていることが多かった。「舌や嚥下の機能評価」を行っている施設では「看護師」、「医師」、「言語聴覚士」が「口腔内の観察」を行っている施設が多かった。「嚥下機能に関する治療（訓練）」を行っている施設は「平均入所（入居）期間」が短い施設が多かった。嚥下機能の治療を行う上での問題点に関しては口腔機能の評価を行っている施設では、実際に嚥下機能の治療を行っているため、「利用者の心身的問題」、「時間」、「設備」が問題になることが多いのに対し、口腔機能の評価を行っていない施設は、嚥下機能の治療を実際に行っていないため、「治療を行えるスタッフの不足」、「スタッフの理解の不足」、「嚥下機能障害に関する情報の不足」が問題になっていた。口腔機能の評価を行っている施設では「スタッフ間の連携強化」や「利用者やその家族への情報提供」を今後の意向として挙げ、行っていない施設は「特に何も行わない」と回答した。平均入所（入居）期間が長い施設では歯科保健教育が実施されている施設は少なかった。歯科医療機関からの口腔ケアに関する情報提供がある施設は入所時に経口摂取の可否の診査を行っ

ていた。療養型病床を有する病院や口腔ケアマニュアルのある施設、歯科保健教育を実施している施設では経口摂取に対する診査・診断に関する情報が多いことが示唆された。介護老人保健施設、療養型病床群を有する病院では提供可能な食事の種類が多く、グループホームは少ないという結果であった。口腔ケアマニュアルがある施設の方が提供可能な食事の種類が多かった。歯科に関する情報がある施設では全身および口腔の状態が適正な食事形態に影響することが理解されていた。歯科医療従事者がいる施設、定期的歯科検診を実施している施設のほとんどが「口腔内の観察」を行っていた。口腔内の観察はグループホームでは「口腔機能の変化が認められた時」行われていたが、他の施設では定期的に行われていた。歯科と関係がある施設ほど嚥下機能に対する治療に積極的で、嚥下機能に関する治療（訓練）は歯科医療と関係のある施設では「歯科医師」が行っていることが多かった。②平成15年度我々は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ティカルパスに口腔ケアを取り入れた。これにより病棟内での口腔ケアの定着につながった。平成16年度は引き続き、このクリティカルパスを実際に使用した病棟の看護師と、大学病院歯科診療センターに勤務する看護師に作成したクリティカルパスについて感想を求め、問題点と今後の方向性について検討をおこなった。これにより、作成したクリティカルパスの口腔ケアアセスメントシートはラクナ梗塞のみならず、急性期から慢性期の高次機能障害のある患者にも有用である可能性が示唆された。しかし嚥下、呼吸などの評価項目の追加が必要であるとの意見が出された。看護師が口腔のアセスメントからケアまですべて行うのではなく、チームの一員として歯科医師・歯科衛生士が積極的に急性期医療に参加できる体制（政策的に）が確立され、チーム医療を行っていくことが必要と考えられた。そこで専門的口腔ケアと日常の口腔ケアの目標と計画を設定し、多職種がこれにしたがってそれぞれの専門性を生かして役割を果たせば、合併症は予防され、原疾患の治療の効果も上り、食べる機能が維持、賦活され要介護高齢者が生じる割合は抑えられると思われ、介護予防につながると考えられた。今後はクリティカルパス、アセスメントシートというツールを利用して歯科医療がチーム医療の一員として活躍する場を増やしていく必要があると思われる。③全国の国保直診歯科診療所および歯科保健センター12施設において実施されてきた成人歯科健診の成果をもとに、歯の喪失防止の効果、ならびに喪失に影響する要因について評価を行った。健診受診者の1年あたり平均喪失歯数は、いずれの年齢階級においても、結果に基づく個別歯科保健指導ならびに専門的口腔清掃などの予防目的で歯科を受診した回数が増えるほど少なかった。また健診の初回受診時の歯垢付着状況、歯周疾患の程度にも1年あたり平均喪失歯数は影響をうけるが、健診初回受診時の状況区分別にみると、いずれの区分においても、予防処置を目的とした歯科受診回数区分が大きくなるにつれて1年あたりの平均喪失歯数は少なかった。以上の結果は、地域の集団を対象とする成人歯科健診を実施し、その結果に応じて個別歯科保健指導ならびに専門的口腔清掃を実施することによる歯の喪失防止効果が期待できることが示唆された

分担研究者

宮武光吉 鶴見大学教授

新庄文明 長崎大学大学院教授

山根源之 東京歯科大学教授

A. 研究目的

1. 介護施設への調査

本研究班が平成13年度に「急性期患者の口腔ケアへの対応に関する調査」を全国の入

院施設を持つ全病院（精神科、産婦人科、小児科専門病院を除く）を対象に実施したアンケート調査から、急性期を脱し経口摂取が始まると、義歯の不適合など歯科治療の必要性が顕在化し歯科を受診するケースが多く、早期の歯科受診の必要性が示唆され、摂食に対する援助及び QOL を高める口腔ケアを効率よく進めるには、入院患者の口腔機能の的確な評価をできるかぎり早期に行う必要があることが示唆された。

また、平成 14 年度に実施した脳血管障害発症直後の患者に対する口腔機能の評価の実態調査から、口腔ケアや口腔機能に対するケアやケアが早期に適切に行われることにより、患者は早期にリハビリテーション可能となり、自立やより質の高い生活を早期に獲得できるという傾向が得られた。これは医療経済的立場からだけでなく、国家資源の維持増進の立場からも注目すべきことと思われる。

そこで平成 15 年度は急性期を脱した患者が生活を営む、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、グループホームを対象に、口腔ケアに対する意識、口腔ケアに関する知識、口腔ケアの現状、歯科医療との関係を把握する目的で、質問紙を用い口腔ケアに関する調査を行った。

口腔ケアの効果についての設問については「呼吸器感染症予防（誤嚥性肺炎等）」、「摂食・嚥下障害の改善」といった効果を期待する回答が 90%を超えた。またほとんどの施設において基本的な介護計画に口腔ケアは入っていたものの、その約 4 分の 1 の施設で十分な口腔ケアが提供できていなかった。口腔ケアの主担当者はヘルパーなどの介護職員であった。ほとんどの施設は協力歯科医療機関を持っているにもかかわらず、口腔ケアに関して施設が半数近く認められた。68.0%の施設が歯科医師、歯科衛生士による専門的な口腔

ケアを実施していなかった。職員に対する歯科保健に関する教育に関してはほとんどの施設が行っておらず、協力歯科医療機関からの情報提供も少ないことから、今後、歯科医療側から介護施設に対し、積極的に口腔ケアを含めた歯科保健に関する情報提供を行っていくべきと考えられた。

そこで平成 16 年度は急性期を脱した患者が生活を営む、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、グループホームにおいて口腔機能の評価がどのように行われているかを把握する目的で平成 15 年度のアンケート調査に回答した病院・施設に対し再度アンケート調査を行った。

2. クリティカルパスにおける口腔ケアの有用性について

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、また相互の取り組みのレベル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ティカルパスに入れ、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。そこで実際に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ティカルパスに口腔ケアの項目を加えたものを作成し使用した。その結果脳血管障害患者用クリティ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ことが示唆された。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し、運用していくためには、脳神経外科医師、神経内科医師、病棟看護師などとの、十分時間をかけた準備、口腔ケアに関する知識とこ

れに関する情報の共有が必要と考えられた。また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性が生じたことで、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。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得ることができた。これはケアプランの提示により、安心して日常的なケアを行う事ができたためと考えられた。一方、アセスメントシートや退院時指導の項目に、義歯の機能評価を追加し、指導していく必要性も感じられた。そのためにも簡便な義歯評価方法の作成が急務であると考えられた。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可能性が示唆された。そこで平成16年度は引き続き、このクリティカルパスを使用した病棟の看護師と、歯学部附属病院に勤務する歯科医療に通じた看護師に今回作成したクリティカルパスについて感想をいただき、問題点と今後の方向性について検討をおこなうこととした。

3. 成人歯科保健事業の実績からみた歯の喪失防止効果

新しい健康づくり運動としての「健康日本21」の取り組みは、介護を必要とする障害の原因となる疾病を防ぐため、つまり「単に長生きをすることではなく健康な寿命を伸ばすこと」を目標として、生涯にわたる生活習慣の変革を国民に呼びかけたものである。その中には、代表的な3つの生活習慣病「がん」「循環器疾患」「糖尿病」とその危険因子「たばこ」と「アルコール」、および健康的習慣としての「運動」「栄養」「休養」、ならびに「歯の健康」の9つの課題があげられている。この健康日本21における歯の健康分野の目標

としては、「80歳における20歯以上の自分の歯を有する者の割合を20%以上に、60歳における24歯以上の自分の歯を有する者の割合を50%以上に、それぞれ増加させる」などの、目標が設定され、歯の喪失を防止することにより高齢者の健康寿命を延ばすことにつながる事が明確に位置づけられている。

しかしながら、歯周疾患予防検診は、基本健康診査をはじめとする他の健康診査事業と対象年齢を異にすることもあり、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ある。そのため、他の健康診査とくらべると受診者数も少なく、その事業効果は十分に明らかにされていないのが実情である。平成15年度の本研究では、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。その結果、全国の国保直診歯科診療所213施設のうち回答が得られた107施設のうち（回収率50%）、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施設であり、そのうち11市町村において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の分析から、複数年度にわたる受診者の期間内一人あたり年間平均喪失歯数が健診受診年齢40,50歳代よりも60,70歳代において大きくなることから、現在の歯周疾患検診の対象年齢の引き上げが重要であること、また一方で、成人の早期からの健診受診を継続することにより80歳において40%が28歯以上、50%が24歯以上、60%が目標とされる20歯以上となる可能性などが示唆された。

本年度は、上記の調査結果をもとに、さらに対象地区拡大し、健診の受診回数やその結果にもとづく指導有無などの介入頻度別の歯

牙喪失防止効果について分析し、歯の喪失防止の効果に影響する要因について検討した。

B. 研究方法

1. 介護施設への調査

平成 15 年度調査は U-RAKU の <http://www.u-raku.co.jp/index.htm> の検索により、下記の施設から対象標本を選び母集団とした。

母集団構成

①介護老人福祉施設	5068 標本
②介護老人保健施設	3008 標本
③介護療養型医療施設	4034 標本
④グループホーム	3612 標本

平成 15 年度の調査は上記の①～④の各層から 1000 標本を越えるよう無作為系統抽出し、4193 標本を抽出し、1713 標本(有効回収率 40.9%) 回答を得た。

平成 16 年度の調査はその 1713 施設に対して実施した。

(1) アンケート調査項目

- ① 入所者(入居者)の平均年齢
- ② 入所者(入居者)の平均入所(入居)期間
- ③ 経口摂取および食事形態に関する評価と実際
 - (ア) 入所(入居)時の経口摂取の可否についての診査
 - (イ) 経口摂取の可否の診査者
 - (ウ) 経口摂取の可否の決定に際して参考としている事項
 - (エ) 経口摂取の可否の決定者
 - (オ) 入所(入居)時の食事形態の決定者
 - (カ) 食事形態の決定に際して参考としている事項
 - (キ) 提供可能な食事形態(疾患治療食は除く)の種類
 - (ク) 食事形態の変更を行う時期

(ケ) 食事形態が適当であるかの評価を行う時期

④ 口腔機能の評価と治療の実際

- a) 口腔内の観察の実施状況
- b) 咀嚼(噛む)機能に関する評価、治療の実際
- c) 舌の評価
- d) 残存歯の評価
- e) 義歯の評価

⑤ 嚥下機能に関する評価と治療

- a) 嚥下機能評価の有無
- b) 嚥下機能の評価者
- c) 嚥下機能検査
- d) 嚥下機能評価を行う上での問題点
- e) 嚥下機能に対する治療の有無
- f) 嚥下機能の治療者
- g) 嚥下機能の治療を行う上での問題点

⑥ 口腔機能の評価に関する今後の意向
以上 6 項目 34 設問である。

(2) アンケート実施方法

1) 調査対象

対象標本 1713 施設の施設種別の母集団構成(平成 15 年度設問回答に基づく)は以下の通りである。

①介護老人福祉施設	505 標本
②介護老人保健施設	414 標本
③介護療養型医療施設	235 標本
④グループホーム	513 標本
⑤無回答	46 標本

2) 調査票発送数

平成 15 年度調査に回答した 1713 施設に対し、各施設の事業主および施設長あてに調査票を郵送し、郵送にて回収した。

3) 調査方法

調査票発送数：1713 施設

調査票発送 2004 年 11 月 19 日

回収締め切り 2004 年 12 月 7 日

とした。

分析にあたって、①本年度回答した施設においては回答施設の所在地と平成15年度の設問のなかの施設の種類と専門職員数とその構成、入所者（入居者）数および口腔機能の評価に関連のある設問項目を抽出し、平成15年度・16年度別に集計を行い、統計学的に検討をおこなった。②平成16年度調査のアンケートの項目について集計し検討を行い、③設問間の相関はすべての設問と平均入所（入居）期間、経口摂取可否の診査、口腔内の観察、咀嚼機能の評価、舌の機能評価、残存歯の評価、義歯の評価、嚥下機能に関する評価の8項目について行い、統計学的検討は χ^2 検定で行った。

④平成16年度のアンケート設問項目と平成15年度の設問項目との相関について、平成15年度の設問は、施設の種類、口腔ケアマニュアルの有無、目視による口腔ケアの確認の有無、歯科医療従事者の有無、歯科医療機関からの口腔ケアに関する情報提供の有無、専門的口腔ケア実施の有無、定期的歯科検診実施の有無、歯科保健教育実施の有無の8項目として、統計学的検討は χ^2 検定で行った。

2. クリティカルパスにおける口腔ケアの有用性について

東京歯科大学市川総合病院と北海道大学病院の副看護師長に対し、口腔ケアを標準化した脳血管障害患者用クリティカルパスと実際の症例の経過を提示し、感想を自由記載してもらった。

ラクナ梗塞と診断されて入院となった患者に適用するもの。

脳神経外科医からの依頼により、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う。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。

嚥下機能評価には、「改訂水飲みテスト」を使用した。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)を行った。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施行し、週に1度歯科医師が口腔内診査および評価と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（齧食の有無、歯肉の状態、口腔清掃状態、義歯清掃状態）を配布した。

3. 成人歯科保健事業の実績からみた歯の喪失防止効果

昨年の研究対象とした全国の国保直診歯科診療所ならびに歯科保健センターを設立している市町村214施設に対して、成人歯科検診の実施状況にならびに健診記録からの転記をもとにした調査協力への可否について問い合わせをおこなった上で、協力可能な施設に調査票を送付した。回答のえられた108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40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ヵ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12施設において、原票から調査表への転記を求めた。

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。健診受診者の年間平均喪失歯数は、初回受診時の年齢、口腔清掃状況、歯周疾患の状況ならびに健診結果にもとづく個別歯科保健指導や専門的口腔清掃などの予防目的の受診回数別に比較し、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。

回収されたデータは2627件であり、年齢不明を除く2625名の地域別の内訳は表1に示すとおりであった。これらの回答のうち、指導回数別の効果については、5年以上の観察期間のある者に対象者を限って分析し、各分析項目について不明値のある者は集計から除外した。

なお、調査票への原票からの転記にあたっては、すべて各事業実施機関における倫理的な判断を経た上で事業担当者の手によって行い、個人名を省いた調査表をもとに入力作業を行った。調査票の送付ならびに回収は全国国保診療施設協議会の全面的な協力のもとに実施し、入力、集計作業ならびに結果の分析は長崎大学大学院において行った。

C. 結果

1. 介護施設への調査

平成16年度調査の回答率は48.6%であった。介護老人福祉施設は49.9%、介護老人保健施設は50.7%、介護療養型医療施設は42.6%、グループホームは49.3%あった。

(1) 平成16年度の回答施設所在地および平成16年度施設の種類の種類、専門職員数と構成、入所者(入居者)数および口腔機能の評価関連項目

1) 施設種別回答施設数は、①介護老人福祉

施設:252施設、②介護老人保健施設:210施設、③指定介護療養型医療施設:療養型病床群を有する病院:75施設、④指定介護療養型医療施設:療養型病床群を有する診療所:23施設、⑤指定介護療養型医療施設:老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院:2施設、⑥グループホーム:253施設、⑦無回答 回答施設:19施設であった。

2) 回答施設全体に対する施設種の割合は、①介護老人福祉施設(30.2%)、②介護老人保健施設(25.2%)、③指定介護療養型医療施設:療養型病床群を有する病院(9.0%)、④指定介護療養型医療施設:療養型病床群を有する診療所(2.8%)、⑤指定介護療養型医療施設:老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院(0.2%)、⑥グループホーム(30.3%)、⑦無回答(2.3%)であった。

3) 回答施設専門職員数は、平成16年度の回答施設全体の常勤総職員数の平均±標準偏差は30.8±37.7人であった。

平成16年度の回答施設全体の非常勤総職員数の平均±標準偏差は5.1±8.5人であった。

4) 平成16年度医師、保健師・看護師、歯科医師、歯科衛生士、理学療法士、言語聴覚士、栄養士の7職種の集計。

①常勤医師

平成16年度回答した施設において常勤医師のいる施設は合計320施設(38.4%)であった。回答施設全体の常勤医師数の平均±標準偏差は0.9±2.4人であった。

②常勤保健師・看護師

常勤保健師・看護師のいる施設は合計656施設(78.7%)であった。回答施設全体の常勤保健師・看護師数の平均±標準偏差は7.4±15.9人であった。

③常勤歯科医師

常勤歯科医師のいる施設は合計6施設(0.7%)であった。回答施設全体の常勤歯科

医師数の平均±標準偏差は 0.0±0.2 人であった。

④常勤歯科衛生士

常勤歯科衛生士のいる施設は合計 24 施設 (2.9%) であった。回答施設全体の常勤歯科衛生士数の平均±標準偏差は 0.0±0.3 人であった。

⑤常勤理学療法士

常勤理学療法士のいる施設は合計 234 施設 (28.1%) であった。回答施設全体の常勤理学療法士の平均±標準偏差は 0.6±1.4 人であった。

⑥常勤言語聴覚士

常勤言語聴覚士のいる施設は合 64 施設 (7.7%) であった。回答施設全体の常勤言語聴覚士の平均±標準偏差は 0.1±0.5 人であった。

⑦常勤栄養士

常勤栄養士のいる施設は合 557 施設 (66.8%) であった。回答施設全体の常勤栄養士の平均±標準偏差は 0.9±0.9 人であった。

⑧非常勤歯科医師

非常勤歯科医師のいる施設は合計 60 施設 (7.2%) であった。回答施設全体の非常勤歯科医師数の平均±標準偏差は 0.1±0.4 人であった。

⑨非常勤歯科衛生士

非常勤歯科衛生士のいる施設は合計 28 施設 (3.4%) であった。回答施設全体の非常勤歯科衛生士数の平均±標準偏差は 0.1±0.3 人であった。

5) 歯科医療従事者の有無

平成 16 年度は、常勤または非常勤の歯科医療従事者 1 人以上いる施設は 89 施設 (10.7%) (内訳：常勤のみ 1 人以上いる施設 18 施設、非常勤のみ 1 人以上いる施設 65 施設、常勤・非常勤の両方 1 人以上いる施設 6

施設)、常勤・非常勤ともいない施設 745 施設 (89.3%) であった。

平成 15 年度では、常勤または非常勤の歯科医療従事者 1 人以上いる施設は 161 施設 (9.4%)、常勤・非常勤ともいない施設 1552 施設 (90.4%) であった。

6) 入所者(入居者)数

平成 16 年度の回答施設全体の入所者(入居者)数の平均±標準偏差は 58.0±96.5 人、平成 15 年度の回答施設全体の入所者(入居者)数の平均±標準偏差は 54.6±73.8 人であった。

7) 口腔ケアマニュアルの有無

平成 16 年度回答した施設のうち平成 15 年度の調査で口腔ケアマニュアルがあるのは 215 施設 (28.0%) であった。

平成 15 年度口腔ケアマニュアルがあると回答した施設は 410 施設 (26.1%) であった。

8) 目視による口腔ケアの確認

平成 16 年度回答した施設のうち平成 15 年度の調査で目視による口腔ケアの確認を「毎日行っている」と回答した施設は 465 施設 (60.5%)、「週 1 回程度行っている」と回答した施設は 84 施設 (10.9%) であった。平成 15 年度では「毎日行っている」と回答した施設は 962 施設 (61.4%)、「週 1 回程度行っている」と回答した施設は 174 施設 (11.1%) であった。

9) 協力歯科医療機関からの情報提供の有無
平成 16 年度回答した施設のうち平成 15 年度の調査で協力歯科医療機関からの情報提供があると回答した施設は 416 施設 (57.3%) であった。平成 15 年度では 828 施設 (55.2%) であった。

10) 専門的口腔ケアの実施の有無

平成 16 年度回答した施設のうち平成 15 年度の調査で専門的口腔ケアを実施していると回答した施設は 239 施設 (28.7%) であった。

平成 15 年度では専門的口腔ケアを実施していると回答した施設は 486 施設 (28.4%) であった。

1 1) 歯科定期健診の実施の有無

平成 16 年度回答した施設のうち平成 15 年度の調査で歯科定期健診を実施していると回答した施設は 177 施設 (21.2%)、実施していないと回答した施設は 633 施設 (75.9%)、無回答 24 施設 (2.9%) であった。平成 15 年度では 345 施設 (20.1%) であった。

1 2) 歯科保健教育の実施の有無

平成 16 年度回答した施設のうち平成 15 年度の調査で歯科保健教育を実施していると回答した施設は 146 施設 (17.5%) であった。平成 15 年度は 303 施設 (17.7%) であった。

以上の項目で平成 15 年度、16 年度の回答施設間で歯科保健教育の実施に関して有意な差は認められなかった。

(2) 平成 16 年度調査のアンケートの項目について

1 3) 経口摂取および食事形態に関する評価と実際

①経口摂取の可否についての診査を行っている施設は 607 施設 (72.8%) であった。

②入所 (入居) 時に、利用者の経口摂取の可否について診査を行っているとして回答した施設に対し、主な診査者は、「看護師」233 施設 (38.4%)、「多職種が診査」192 施設 (31.6%)、「医師」189 施設 (31.1%) の順であった。

③経口摂取の可否の決定に際して参考としている事項は、「入所前の摂食の状態」515 施設 (38.4%)、「むせの有無、状態」488 施設 (80.4%)、「実際の食事の観察」450 施設 (74.1%) であった。

④経口摂取の可否の決定者は、「医師」が 332 施設 (54.7%)、「看護師」234 施設 (38.6%)、「介護福祉士」109 施設 (18.0%) であった。

⑤入所 (入居) 時の食事形態の決定者は、「看護師」が 292 施設 (35.0%)、ついで「医師」216 施設 (25.9%)、「多職種による協議」205 施設 (24.6%) であった。

⑥利用者の食事形態の決定の際に参考としている事項は、「実際の食事の観察」が 691 施設 (82.9%)、

「入所前の食事形態」665 施設 (79.7%)、「利用者の意見や希望」535 施設 (64.1%) であった。

⑦提供可能な食事形態は、「4 種類」と回答した施設が 195 施設 (23.4%) であった。

⑧食事形態の変更を行う時期は、「誤嚥が疑われた時」が 531 施設 (63.7%)、「利用者・家族の希望があった時」462 施設 (55.4%) であった。

⑨食事形態が適当であるかの評価を行う時期は、「全身状態の変化が認められた時」と回答した施設が 591 施設 (70.9%)、「口腔機能の変化が認められた時」488 施設 (58.5%) であった。

1 4) 口腔機能の評価と治療の実際

①口腔内の観察を行っている施設は 773 施設 (92.7%) であって、口腔内の観察を「定期的に行っている」施設が 433 施設 (56.0%)、「口腔機能の変化が認められた時」385 施設 (49.8%) であった。433 施設の口腔内の観察の間隔は「毎食時行っている」194 施設 (44.8%)、「毎日行っている」169 施設 (39.6%) であり、口腔内の主な観察者は「介護福祉士」477 施設 (61.7%)、「看護師」398 施設 (51.5%) であった。

②咀嚼 (噛む) 機能の評価を行っている施設は 422 施設 (54.6%) であって、どの様な場合に歯科医師など専門家に依頼するかは「義歯に明らかな不適合を認めた時」336 施設 (79.6%)、「咀嚼を障害する病変を認めた時」255 施設 (60.4%)、「利用者や家族からの訴

えがあった時」172施設(40.8%)であった。

③舌の機能の評価を行っている施設は189施設(22.7%)で、舌の機能の評価については「舌の汚染の評価」143施設(75.7%)、「運動機能の評価」127施設(67.2%)であった。

④残存歯の評価を行っている施設は395施設(47.4%)であり、残存歯の評価は「痛みの評価」278施設(70.4%)、「数の評価」244施設(61.8%)、「周囲歯肉の評価」226施設(57.2%)であった。

⑤義歯の評価を行っている施設は572施設(68.6%)であって、義歯の評価は、「咀嚼時の安定性」526施設(92.0%)、「疼痛の有無」441施設(77.1%)、「汚染の状態」389施設(68.0%)であった。

15) 嚥下機能に関する評価と治療

①嚥下機能評価の有無

入所(入居)者の嚥下機能の評価を行っている施設は373施設(44.7%)であった。

②嚥下機能の評価者

嚥下機能の評価者は「看護師」が166施設(44.5%)、「医師」133施設(35.7%)、「言語聴覚士」98施設(26.3%)の順であった。

③嚥下機能検査

評価(検査)は「問診および視診・触診」312施設(83.6%)、「水のみ検査」228施設(61.1%)、「反復唾液嚥下検査」130施設(34.9%)であった。

④嚥下機能評価を行う上での問題点

「対応できるスタッフの不足」348施設(41.7%)、「嚥下機能障害に関する情報の不足」253施設(30.3%)であった。

⑤嚥下機能に対する治療は284施設(34.1%)が行っていた。

⑥嚥下機能の治療者

主な嚥下機能の治療者は、「看護師」119施設(41.9%)、「言語聴覚士」92施設(32.4%)であった。

⑦嚥下機能の治療を行う上での問題点

「治療を行えるスタッフの不足」が543施設(65.1%)、「スタッフの理解不足」346施設(41.5%)、「嚥下機能障害に関する情報の不足」1277施設(33.2%)であった。

16) 口腔機能の評価に関する今後の意向

「施設内での研修の充実」が506施設(60.7%)、「スタッフ間の連携強化」450施設(54.0%)、「他医療機関との連携強化」383施設(45.9%)であった。

(3) 平成16年度調査のアンケート項目と8設問との相関

17) 入所者(入居者)の平均年齢

「入所者(入居者)の平均年齢」と8設問との相関関係は、「平均入所(入居)期間」と「舌の機能評価」に関して統計学的に有意な差が認められた。

18) 「入所者(入居者)の平均入所(入居)期間」との相関関係は、「経口摂取可否の診査」、「舌の機能評価」、「嚥下機能に関する評価」に関して有意な差が認められた。

19) 経口摂取および食事形態に関する評価と実際

①「入所(入居)時の経口摂取の可否についての診査」を行っている施設と行っていない施設との相関関係は、すべての設問で有意な差が認められた。

②「経口摂取の可否の診査者」に関しての相関関係は、「平均入所(入居)期間」、「舌の機能評価」、「嚥下機能に関する評価」に関して有意な差が認められた。

③「経口摂取の可否の決定者」との相関関係は、「平均入所(入居)期間」、「咀嚼機能の評価」、「舌の機能評価」、「嚥下機能に関する評価」に関して有意な差が認められた。

④「入所(入居)時の食事形態の決定者」との相関関係は、「平均入所(入居)期間」、「経

口摂取可否の診査」、「舌の機能評価」、「義歯の評価」、「嚥下機能に関する評価」に関して有意な差が認められた。

2 0) 口腔機能の評価と治療の実際

①「口腔内の観察」に関して 8 設問との相関関係を検討したところ、「経口摂取可否の診査」、「舌の機能評価」、「残っている歯の評価」、「義歯の評価」、「嚥下機能に関する評価」に関して有意な差が認められた。

「口腔内の観察を主に行っている職種」との相関関係は、「平均入所（入居）期間」、「経口摂取可否の診査」、「舌の機能評価」、「嚥下機能に関する評価」有意差が認められた。

②評価を行っている施設と行っていない施設での相関関係は、「経口摂取可否の診査」、「舌の機能評価」、「残っている歯の評価」、「義歯の評価」、「嚥下機能に関する評価」で有意差が認められた。

③舌の評価

「舌の機能評価」との相関関係は、すべての設問に関して統計学的に有意な差が認められた。

「舌の機能評価」に関してどのような評価を行っているかとの設問に関する相関関係では有意な差は認められなかった。

④残存歯の評価

「残存歯の評価」との相関関係は、「平均入所（入居）期間」以外の 6 設問に関して統計学的に有意な差が認められた。

⑤義歯の評価

「義歯の評価」に関しての相関関係は、「平均入所（入居）期間」以外の 6 設問に有意な差が認められた。「義歯の評価」に関してどのような評価を行っているかとの設問に関しては「嚥下機能に関する評価」に関して有意な差が認められた。

2 1) 嚥下機能に関する評価と治療

①嚥下機能評価の有無は有意な差が認められた。

②嚥下機能の評価者

「嚥下機能の評価者」との相関関係は、「残存歯の評価」と「義歯の評価」に有意な差が認められた。

③嚥下機能に対する治療の有無

「嚥下機能に関する治療（訓練）」に関しては、すべての設問に有意差が認められた。

④嚥下機能の治療者

「嚥下機能の治療者」との相関関係は「舌の機能評価」「残存歯の評価」と「義歯の評価」「嚥下機能に関する評価」に有意な差が認められた。

⑤「嚥下機能の治療を行う上での問題」に関しての相関関係は「咀嚼機能の評価」、「舌の機能評価」、「残存歯の評価」、「義歯の評価」「嚥下機能に関する評価」に関して統計学的に有意な差が認められた。

(4) 平成 16 年度のアンケート設問項目と平成 15 年度の設問 8 項目との相関

2 2) 入所者（入居者）の平均年齢

「入所者（入居者）の平均年齢」と 8 設問との相関関係は、「施設の種類」に関して有意な差が認められた。

2 3) 「入所者（入居者）の平均入所（入居）期間」との相関関係は、「施設の種類」と「歯科保健教育実施の有無」に関して有意な差が認められた。

2 4) 経口摂取および食事形態に関する評価と実際

①「経口摂取の可否の診査者」との相関関係は、「施設の種類」と「口腔ケアマニュアルの有無」に有意な差が認められた。

②「経口摂取の可否の決定者」との相関関係は、「施設の種類」、「口腔ケアマニュアルの有無」、「歯科医療従事者の有無」、「歯科医療機関からの口腔ケアに関する情報提供の有無」に関して有意な差が認められた。

③「入所（入居）時の食事形態の決定者」との相関関係は、「施設の種類」に関して有意差が認められた。

2 5) 口腔機能の評価と治療の実際

①口腔内の観察の実施状況は「歯科医療従事者の有無」に有意な差が認められた。

②咀嚼（噛む）機能に関する評価、治療の実際

a)「咀嚼（噛む）機能に関する評価」を行っている施設と行っていない施設の相関関係は、「歯科医療従事者の有無」に有意な差が認められた。

b)咀嚼（噛む）機能に関してどのような場合、歯科医師などの専門家に依頼するかの設問との相関関係では有意な差は認められなかった。

③舌の評価は、「施設の種類」に有意な差が認められた。

④残存歯の評価は「口腔ケアマニュアルの有無」に有意差が認められた。

⑤義歯の評価

「義歯の評価」との相関関係は、「施設の種類」、「目視による口腔ケアの確認の有無」、「歯科医療機関からの口腔ケアに関する情報提供の有無」、「専門的口腔ケア実施の有無」、「定期的歯科検診実施の有無」、「歯科保健教育実施の有無」に有意な差が認められた。

2 6) 嚥下機能に関する評価と治療

①嚥下機能評価の有無

「嚥下機能に関する評価」との相関関係は、「施設の種類」、「口腔ケアマニュアルの有無」、「歯科医療機関からの口腔ケアに関する情報提供の有無」、「専門的口腔ケア実施の有無」、「定期的歯科検診実施の有無」、「歯科保健教育実施の有無」に有意な差が認められた。

②「嚥下機能の評価者」に関して相関関係をみると「施設の種類」、「目視による口腔ケアの確認の有無」、「歯科医療機関からの口腔ケアに関する情報提供の有無」、「専門的口腔ケア実施の

有無」、「定期的歯科検診実施の有無」、「歯科保健教育実施の有無」に有意差が認められた。

③嚥下機能検査

「施設において行うことが可能な検査」との相関関係を検討したところ「施設の種類」に関して統計学的に有意な差が認められた。

④「嚥下機能評価を行う上での問題点」に関して相関関係を検討したところ「施設の種類」と「口腔ケアマニュアルの有無」に有意な差が認められた。

⑤「嚥下機能に関する治療（訓練）」に関しての相関関係は、「口腔ケアマニュアルの有無」、「歯科医療従事者の有無」、「歯科医療機関からの口腔ケアに関する情報提供の有無」、「専門的口腔ケア実施の有無」、「歯科保健教育実施の有無」に有意差が認められた。

⑥「嚥下機能の治療者」との相関関係は、「施設の種類」、「歯科医療機関からの口腔ケアに関する情報提供の有無」、「専門的口腔ケア実施の有無」、「定期的歯科検診実施の有無」、「歯科保健教育実施の有無」に有意な差が認められた。

⑦「嚥下機能の治療を行う上での問題」との相関関係は、「施設の種類」と有意な差が認められた。

2 7)「口腔機能の評価に関する今後の意向」に関して 8 設問との相関関係を検討したところ、「施設の種類」と「歯科保健教育実施の有無」に有意な差が認められた。

2. クリティカルパスにおける口腔ケアの有用性について

①今回のクリティカルパスの導入に際し、ラクナ梗塞を発症した患者は意識清明で麻痺はなく、嚥下障害も伴なうことは稀なため、口腔ケアは自立しており、常食の経口摂取が可能である場合が多かった。しかし、我々看護師では判定できない舌苔の付着や磨き残し、また、発症

に伴い自己保清が億劫になり口腔ケアを行わない患者が認められた。それらの患者にとっては、クリティカルパスでの口腔の評価、ケア、摂食嚥下障害の有無の評価を行うことは有効であったと思われた。

②高齢者は、複数の疾患を合併していることが多く、ADLの低下などで簡単に歯科治療を受けることができない状況になることもある。特に要介護高齢者ではその状況は進んでいる。つまり急性期から専門的口腔ケアを提供する必要があると考える。看護師が口腔のアセスメントからケアまですべて行うのではなく、チームの一員として歯科医師・歯科衛生士が積極的に急性期医療に参加できる体制（政策的に）が確立され、チーム医療を行っていくことが必要と考える。回復期、維持期、終末期においても歯科医療との連携は、口腔の機能を通して患者の生活の質の向上に大きく貢献するものと思われる。そのためには看護・介護職が口腔のアセスメントを簡単に行うことができるツールの開発が必要である。

3. 成人歯科保健事業の実績からみた歯の喪失防止効果

(1) 1年あたり平均喪失歯数

初年度と最終年度における歯数と観察期間が明確な2312名について、40歳未満では0.13本であったが、40歳台では0.27本、50歳台では0.46本と、概ね、年齢区分が高くなるにつれ、大きな値であった。

(2) 予防処置を目的とした歯科受診の回数別にみた1年あたり平均喪失歯数は1年あたり平均喪失歯数は、0～1回では0.49本、2～4回では0.33本、5回以上では0.26本であった。

(3) 健診初回受診時における歯垢付着の程度別にみた1年あたり平均喪失歯数は、DI最大値1では0.32本、DI最大値2では0.46本、DI最大値3では0.59本であった。

(4) 健診初回受診時における歯周疾患の程度別にみた1年あたり平均喪失歯数は、CPI最大値1では0.16本、CPI最大値2では0.29本、CPI最大値4では0.40本であった。

D. 考察

1. 介護施設への調査

(1) 平成16年度の回答施設所在地および平成15・16年度施設の種類、専門職員数と構成、入所者（入居者）数および口腔機能の評価関連項目

今回の調査は平成15年度調査に回答を寄せた施設に対する調査であるため、偏りが生じるか否かを明らかにすることは、分析と考察に影響を与えるものと考えられた。

回答施設について平成15年度は都道府県別対象施設数と回答施設数の間に有意な差が認められ、都道府県別に口腔ケアに対する関心の違いがあることが示唆されたが、歯科医療従事者の有無に関して平成15年度、16年度の回答施設間で歯科医療従事者の有無に関して有意な差は認められなかったので歯科医療従事者の有無が今回の回答率に反映していないことを意味するものと思われた。

(2) 平成16年度調査のアンケートの各項目について

1) 経口摂取および食事形態に関する評価と実際

①入所（入居）時の経口摂取の可否については入所（入居）者の介護度との関係が示唆された。②経口摂取の可否の診査者は「看護師」「介護福祉士」「医師」「ケアマネージャー」「栄養士」の職種が経口摂取の可否に深く関与していることが示唆された。③残存歯や義歯など口腔内の状況が経口摂取を行う上で重要であるという認識がなされている施設も多いことが示唆された。④経口摂取の可否の決

定者で「介護福祉士」は本来嚥下機能の治療にあたっている「言語聴覚士」よりも多く回答された。これは回答施設全体の「言語聴覚士」より「介護福祉士」の常勤数が多いためと考えられた。

⑤入所（入居）時の食事形態の決定者

「看護師」、「医師」、「多職種による協議」の順であり、「看護師」、「医師」のほか「介護福祉士」「（管理）栄養士」が協議し食事形態を決定しているものと思われた。

⑥食事形態の決定に際して参考としている事項については、基本的にこれまでの食形態に準じた食事がまず提供されている可能性が示唆された。⑦提供可能な食事形態の種類は、摂食・嚥下機能に即した食事の提供がなされているか疑問があった。⑧「利用者・家族の希望があった時」以外は退行性の食事形態の変更が多いと予想され、利用者ないし家族が希望しない限り、食形態は後退することが予想された。⑨入所（入居）者に対する食形態の評価が受動的にしか行われておらず、口腔機能回復に対する働き掛けが十分でないことが予想された。⑩定期的に食事形態の評価を行っている施設の評価の間隔については「定期的に行っている」と回答した 234 施設のうち約 4 割が「毎食時」評価を行っているとは回答しているので食事の介助者が評価を行っているものと思われた。

4) 口腔機能の評価と治療の実際

①口腔内の観察の実施状況は定期的に行っていると回答した施設は、毎日、毎食時の口腔ケア時に観察が行われていることが示唆され、それ以外では、口腔内に問題が認められた時に口腔内の観察が行われていると推測された。口腔内の観察は主に介護福祉士や看護師が行っていた。②咀嚼（噛む）機能に関する評価、治療の実際は義歯についての問題が歯科医療機関受診のきっかけになることが多く、問題

が生じなければ歯科医療機関に受診することが少ない可能性も示唆された。③舌の機能評価は汚染の評価が最も多く、「感覚」「味覚」「温度感覚」といった評価はあまり行われておらず、客観的評価が主であった。④残存歯の評価方法は「痛み」「数」「周囲歯肉」「噛み合わせ」といった回答があり、評価は総合的に行われていることが示唆された。⑤義歯の評価方法は「咀嚼時の安定性」「疼痛の有無」「汚染の状態」「会話時の安定性」との回答があり、義歯に関しては総合的に評価が行われていることが示唆された。

5) 嚥下機能に関する評価と治療

①嚥下機能の評価は看護師が主に行い、「問診および視診・触診」といった評価が主であった。「反復唾液嚥下検査」が約 15%の施設でしか行われていないことは、嚥下機能評価に関する情報が十分でないためか、もしくは今回の回答施設では嚥下機能に問題が生じている入所（入居）者が少ないためと思われた。②嚥下機能の評価を行う上での問題点は嚥下機能評価の知識をもったスタッフが少ないため評価が十分行えていないことが示唆された。③嚥下機能に対する治療はスタッフの人的不足により行えていない可能性が高いことが示唆された。治療を行っているとは回答した施設において主に治療を行っているのは「看護師」でついで「言語聴覚士」であった。「歯科医師」と回答した施設も 12.3%あったが、「言語聴覚士」と「歯科医師」が嚥下障害の治療にあたっていることが示唆された。④嚥下機能の治療を行う上での問題点は「治療を行えるスタッフの不足」が最も多く、嚥下障害に関する情報の不足と人的不足が示唆された。

6) 口腔機能の評価に関する今後の意向

医療介護のなかで口腔ケアに関しては誤嚥性肺炎の予防に関する効果などによりその重要性は認識されているが、口腔機能に関しては

十分重要性が認識されているか疑われるところである。本来急性期を脱し、機能を維持・回復させ生活の質をより向上させていくための施設において、これらの評価が受動的にしか行われておらず、口腔機能回復に対する働き掛けが十分でないことが予想された。

(3) 平成16年度調査のアンケート項目と8設問との相関

1) 入所者(入居者)の平均年齢

「平均入所(入居)期間」が1年未満の施設は1年以上の施設より、入所(入居)者の平均年齢が有意に低いことは、在宅への働き掛けを積極的に行っている施設や終末期介護を行っている施設の違いによるものとも思われた。

「舌の機能評価」を行っている施設は入所(入居)者の平均年齢が低いという結果は、施設の設定年度の違い、歯科協力医との関係や誤嚥性肺炎の予防に関する知識の違いによるものと推察できる。

2) 入所者(入居者)の平均入所(入居)期間が短い施設ほど口腔機能の評価を行っていたことは、行っている施設ほど、在宅への働き掛けを積極的に行っているものとも思われた。

3) 経口摂取および食事形態に関する評価と実際

①入所(入居)時の経口摂取という機能評価を行っている施設ほど在宅への働き掛けに積極的であると考えられた。②医師の数が多ければ「経口摂取の可否」について医師が診査する機会が多くなると思われ、介護よりも医療に重点が置かれている施設である可能性が高く、これにより「平均入所(入居)期間」が短いものとも思われた。

③介護度の高い入所者が多い施設ほど「意識の状態」や口腔の機能を参考にして「経口摂取の可否」を決定し、介護度の低い入所者の多い施設においては、「入所前の摂食の状態」

そのまま継続することが多いと思われた。④経口摂取の可否の決定者は医療に重点がおかれ、医師の数が多施設ほど医師が診査する機会が多くなるためと思われた。⑤「平均入所(入居)期間」が短い施設ほど医療に重点が置かれ、医師や看護師が食事形態の決定に関与することが多く、介護に重点が置かれた「平均入所(入居)期間」が長い施設では介護士が食事形態の決定に関与することが多いと思われた。⑥口腔機能の評価を行っていない施設では「入所前の食事形態」や「利用者の意見や希望」を参考にしていることが考えられた。⑦提供可能な食事の種類が多い施設ほど、「平均入所(入居)期間」が短く、嚥下機能の評価を行っていると考えられた。⑧口腔機能評価の実施の有無にかかわらず、食事形態の変更を行うのは「誤嚥が疑われた場合」が多く、「利用者・家族の希望」がなければ、食事の形態が改善する可能性が少ないと思われた。⑨口腔機能の評価を行っている施設では食事形態が適当であるかの評価を定期的に行っている施設が多く、口腔機能の評価を行っていない施設では、介護者が困った時に食事形態の評価をする可能性が示唆された。舌や嚥下の機能に関する評価を行っていないと回答した施設では毎食時の摂食状況から食事形態が適当であるか判断しているものとも思われ、介護者の食事介助時の判断を評価として回答したものとも思われた。機能評価を行っている施設は摂食量などカルテ上の経過から判断しているものとも思われた。

4) 口腔機能の評価と治療の実際

①口腔内の観察や口腔機能の評価を行っている施設は定期的に診査や評価を行っているが、口腔内の観察を行っていない施設では「利用者・家族の訴え」がなければ口腔機能の評価は行われない可能性が示唆された。②「平均入所(入居)期間」が短い施設では口腔機能の診査

や評価が行われている可能性が示唆された。③口腔機能の診査や評価を行っている施設は「残存歯の評価」を行っている施設が多かった。④「嚥下機能に関する評価」を行っている施設は行ってない施設より、義歯に着目している可能性が示唆された。

5) 嚥下機能に関する評価と治療

①「平均入所（入居）期間」が短い施設では口腔機能の診査や評価が行われている可能性が示唆された。②「残存歯の評価」と「義歯の評価」を「言語聴覚士」が行う施設においては嚥下機能の評価を行っていないという可能性が示唆された。③今回回答した施設間に設備や嚥下機能に関する知識に差がないことが示唆された。④施設内で咀嚼や嚥下機能の評価を行っている施設では、「設備の不足」を問題とし、機能評価を行っていない施設ではその評価を他施設、機関にゆだねる傾向が認められた。⑤嚥下機能障害に特化した舌や嚥下機能の評価を行うのは嚥下機能の専門である歯科医師や言語聴覚士であるのに対し、残存歯や義歯といった嚥下よりも咀嚼機能に関する評価を行っている施設は看護師が嚥下障害の治療を主に行っていることが示唆された。⑥咀嚼、舌、義歯、嚥下機能の評価を行っている施設では、利用者の心身的問題、「時間」、「設備」が問題になることが多いのに対し、評価を行っていない施設は、嚥下機能の治療を実際に行っていないため、「治療を行えるスタッフの不足」、「スタッフの理解の不足」、「嚥下機能障害に関する情報の不足」が問題になっていると思われた。

6) 口腔機能の評価に関する今後の意向

口腔機能の診査や評価を行っている施設は嚥下障害に対して積極的に取り組む姿勢が認められるのに対し、口腔機能の診査や評価を行っていない施設は嚥下障害に対して消極的であると思われた。

(4) 平成16年度のアンケート設問項目と平成15年度の設問8項目との相関

1) 平均入所（入居）期間が長い施設では歯科保健教育が実施されている施設は少なかったが、これは長期療養型の施設では歯科保健に関して積極的でないか、もしくは入所（入居）者個人レベルで歯科医院等に通院するため必要ない可能性が考えられた。

2) 経口摂取および食事形態に関する評価と実際

①歯科医療機関からの口腔ケアに関する情報提供がある施設、専門的口腔ケアを実施している施設は入所時に経口摂取の可否の診査を行っていることが考えられた。

②口腔ケアマニュアルのある施設、歯科医療従事者のいる施設、歯科医療機関からの口腔ケアに関する情報提供のある施設は、医療的側面が大きい施設である可能性があり、歯科との関係が大きい施設ほど、経口摂取の可否の決定に関する重要性が認識され、医師が責任を持ってその決定を行っている可能性も示唆された。

③食事形態の変更を行う時期は歯科に関する情報がある施設では全身および口腔の状態が適正な食事形態に影響することが理解されている可能性が示唆された。

3) 口腔機能の評価と治療の実際

①口腔内の観察の実施状況

歯科医療従事者がいる施設、定期的歯科検診を実施など歯科医療者が介入することにより、口腔内の観察が行われることになるものと思われた。歯科医療機関からの口腔ケアに関する情報提供がある施設、定期的歯科検診を実施している施設では医師に口腔内に注目する動機付けを行なう可能性が示唆された。

②歯科医療従事者のいる施設や歯科医療機関からの口腔ケアに関する情報提供がある施設、定期的歯科検診や歯科保健教育を実施してい

る施設では、「咀嚼（嚙む）機能に関する評価」を行っている施設の割合が多かった。③歯科医療従事者のいる施設や歯科医療機関からの口腔ケアに関する情報提供がある施設、歯科保健教育を実施している施設では、「舌の機能評価」を行っている割合が高かったが、4分の1の施設に過ぎず、歯科からの情報に舌の機能評価の情報が少ないことが示唆された。④義歯の評価グループホームにおいて「義歯の評価」を行っていることが有意に高かったことは、グループホーム入居者は義歯を使用し、それを活用している者が多いためと思われる。「義歯の評価」の内容については歯科との関係により「汚染の状態」、「審美性」、「会話時の安定性」、「咀嚼時の安定性」、「疼痛の有無」など様々な回答があり、その施設の入所（入居）者の状態が大きく影響している可能性が示唆された。

4) 嚥下機能に関する評価と治療

①介護老人福祉施設、介護老人保健施設、療養型病床群を有する病院では実際に嚥下機能評価を必要としているため「対応できるスタッフの不足」といった現実的な問題が挙げられているのに対し、療養型病床群を有する診療所とグループホームではそれほど嚥下機能評価を必要としないため「嚥下機能障害に関する情報の不足」といった問題が挙げられたものとする。同様に「口腔ケアマニュアル」のある施設は嚥下を含めた口腔の機能に興味がある施設であることが予想され、よって「対応できるスタッフの不足」といった現実的な問題が挙げられているものと思われる。②歯科と関係がある施設ほど、嚥下機能に対する治療に積極的であることが示唆された。③実際に嚥下機能の治療を必要としている施設では「治療を行えるスタッフの不足」、「時間の不足」、「スタッフの理解不足」といった現実的な問題が挙げられているものと思われる。

5) 口腔機能の評価に関する今後の意向

歯科保健教育を実施している施設の方が、実施していない施設より、「施設内での研修の充実」、「スタッフ間の連携強化」、「他医療機関との連携強化」、「利用者やその家族への情報提供」との回答が多く認められ、歯科との関係のある施設ほど施設内で口腔機能の評価に関する問題を解決しようとする意向が感じられた。

2. クリティカルパスにおける口腔ケアの有用性について

2名の看護師の今回作成したクリティカルパスに対する感想をまとめるとクリティカルパスの主な目的は、①経済的効率、②医療の質の保証であり、口腔ケアをクリティカルパスに組み込み、早期に口腔機能を評価し、適切な口腔ケアを提供することで、誤嚥性肺炎などの感染症を予防し、口腔機能をより正常化し安全に摂食することで患者のQOLを高めることができるとしている。実際に適用したところ看護師では判定困難な舌苔の付着や磨き残し、また、発症に伴い自己保清が億劫になり口腔ケアを行わない患者に対し有効であったとのことであった。使用開始後1年が経過し、現在では口腔ケアのアセスメントシートはラクナ梗塞のみならず、慢性期の高次機能障害のある患者にも使用され、歯科衛生士、看護師による口腔ケアは勿論、歯科医による定期的な診察、口腔洗浄を取り入れ、嚥下造影などによる嚥下機能評価も早期に行っている。その結果、絶食状態からブレンダー食摂取可能になった事例も経験し、現在では挿管中など急性期患者にも適用しているとのことであった。

クリティカルパス、アセスメントシートの導入により、看護師も口腔ケア・口腔評価に対し認識が高まり、口腔ケアへの看護師の関心も向上した。さらによりよい看護を提供するため口腔機能評価・ケアチームの結成も考慮されるよ

うになった。クリティカルパスは、医療チームで検討すること、その中には、医師や看護師だけでなく、その疾患の治療にかかわる必要のある専門職が入っていることが重要である。これまでの脳神経外科の分野のクリティカルパスでは、多職種がかかわっていたが歯科医療関係者の関与はなかった。今回のクリティカルパスを通して歯科医師や歯科衛生士が加わり、勉強会、資料の準備、患者説明用の文書の準備、クリティカルパスの検討を重ねることでそれぞれの専門性を確認し、役割を發揮できるチーム医療を確立することが重要であること、歯科医療従事者が看護師に情報交換・情報提供をすることの必要性を認識したと考察していた。口腔ケアについて急性期から専門的口腔ケアを提供する必要があり、看護師が口腔のアセスメントからケアまですべて行うのではなく、チームの一員として歯科医師・歯科衛生士が積極的に急性期医療に参加できる体制が確立され、チーム医療を行っていくことが必要と考える考察されていた。そこで専門的口腔ケアと日常の口腔ケアの目標と計画を設定し、多職種がこれにしたがってそれぞれの専門性を生かして役割を果たせば、合併症は予防され、原疾患の治療の効果も上り、食べる機能が維持、賦活され要介護高齢者は生じることなく、介護予防につながると考えると結んでいる。

また最後に看護・介護職が口腔のアセスメントを簡単に行うことができるツールの開発とそれによる口腔ケアに関する目標設定と計画提示、口腔ケアの内容の提示を行うことができれば、さらに歯科医療が回復期、維持期、終末期においてもチーム医療の一員として活躍できる場が増えると思われると指摘していた。

3. 成人歯科保健事業の実績からみた歯の喪失防止効果

本調査の結果は、地域の集団を対象とする成

人歯科健診を実施し、その結果に応じて個別歯科保健指導ならびに専門的口腔清掃を実施することによる歯の喪失防止効果が期待できることが示唆された。

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。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。

「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。

老人保健法にもとづく歯科健康診査として平成16年度より、従来の40歳と50歳における節目健診としての歯周疾患予防検診の対象が、最も歯の喪失リスクの高い60歳および70歳まで、対象年齢を引き上げて実施されることとされた。今回の調査の対象とした全国の国保直診歯科診療所や歯科保健センター等を設置する市町村では、その多く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しており、これらの事業がその成果をもとに普及することが期待される。

E. 結論

1. 介護施設への調査

「平均入所(入居)期間」が短い施設は医療に重点が置かれ、「経口摂取可否の診査」を行い、「医師」「看護師」が「入所(入居)時の食事形態」を決定しており、提供可能な食事