

200400299B

厚生労働科学研究費補助金

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

平成15年度～平成16年度 総合研究報告書

主任研究者 石井 拓男

(東京歯科大学社会歯科学研究室)

平成17年(2005)3月

目 次

I 総合研究報告

高齢者の口腔保健の維持増進に関する研究 1

平成15年度 図表 33

平成16年度 図表 107

石井拓男

厚生労働科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）

総合研究報告書

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：平成15年度：①口腔の機能を維持・回復させ生活の質をより向上させていくためには、急性期から在宅へと口腔機能回復に対する働き掛けが、有機的に連携していかなければならない。そこで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入所者の口腔ケアに関する調査を行った。調査方法は無作為抽出した4000施設に対し、質問紙を用い口腔ケアに関する調査を行った。回答率はグループホームが最も高値であった。歯科を有する施設は少なく、施設種別の入所者（入居者）数は指定介護療養型医療施設の療養型病床群を有する診療所とグループホームが少なく、入所者（入居者）の介護度はグループホームで有意に低いという結果であった。口腔ケアの効果として「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。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。基本的な介護計画に口腔ケアが含まれている施設の約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。回答施設の約4分の1の施設で口腔ケアのマニュアルがあると回答した。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。口腔ケアはほとんどの施設で食後実施され、その回数は病院より多かった。経口摂取を行っていない入所者には経口摂取を行っている入所者より、さらに高度な口腔ケアが必要であるとの認識が浸透していないと思われた。入れ歯の清掃、保管の方法についての情報は浸透していることが分かった。ほとんどの施設（87.6%）は協力歯科医療機関を持ち、歯科医療職を有す施設を含めると97.0%の施設が何らかのかたちで歯科医療と関係があることが分かった。一方、42.3%の機関は口腔ケアに関しての協力歯科医療機関からの情報提供がないと回答しており、口腔ケアの情報の流れがかならずしも円滑でないことが分かった。歯科医師、歯科衛生士による専門的な口腔ケアの実施に関しては68.0%の施設が「実施していない」と回答した。定期的な歯科健診は20.1%の施設で行われていた。歯科治療の必要性が生じた場合の対応については、地域的な対応がみられないことから、介護施設入所者に対する歯科治療が円滑に提供されるための連携を構築するには協力歯科医療機関を積極的に活用すべきと考えられた。治療形態に関しては約半数以上の施設が訪問歯科診療を経験していた。通院による歯科治療の回数は訪問歯科診療より少なかった。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。口腔ケアの主担当者は歯科衛生士が勤務していても介護職員が主担当者である施設が多かった。口腔ケアに関する情報提供や専門的な口腔ケア実施、定期的な歯科健の実施、施設内での歯科治療、職員に対する定期的に歯科保健に関する教育の実施については、すべて常勤・非常勤を問わず歯科医師、歯科衛生士が勤務する施設のほうが多くなされていた。②研究集会において入院患者の急性期から介護施設に至るまでの一連の流れの中で、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。今回、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たものを作成し、検討した。嚥下機能評価については歯科医師もしくは医師が行うべきであるという意見が出された。アセスメントシートは簡便なタイプのものを使用し、普及させる必要があると考えられた。クリニカルパスを使用するためには、病態によるバリエーションを設けるか、対象疾患の細かい選定が必要であると意見の一致をみた。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。

③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・分析が可能で 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。

平成 16 年度：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

っていると回答した施設では「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多くなるほど少なかった。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 鶴見大学歯学部教授

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

本研究班は平成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）を対象にアンケート調査を行った。さらに脳血管障害患者の摂食障害発生に関して入院中と退院後の実態を調査し、入院中の口腔ケア実施との関連を調査した。

これにより急性期から看護師主導の口腔ケアが積極的に行われているものの、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た。

また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。

そこで平成14年度は脳血管障害発症直後の患者に対する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13年度のアンケート調査に回答した病院に対し再度アンケート調査を行った。これにより入院期間の短い病院ほど、義歯を早期から使用させている傾向があり、口腔機能の評価を行い、

義歯を積極的に使用させている施設では早期に経口摂取が開始される傾向があった。また歯科と歯科衛生に関する情報が多い病院および、口腔ケアを積極的に行い、それに関心のある施設ほど、口腔機能の評価を行っていたという調査結果を得た。

つまり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ことになる。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。

次にこれら急性期を脱した者の生活の場は回復期、慢性期を経過し、在宅へと移行していく。その中で口腔の機能を維持・回復させ生活の質をより向上させていくためには、急性期、回復期、慢性期、在宅へと口腔ケアならびに、口腔機能回復に対する働き掛けが、有機的に連携していかなければリハビリテーションを十分に得ることは出来ない。つまり患者がそれぞれの時期を過ごす病院ならびに施設、在宅のいずれか一つでも口腔ケアや口腔機能回復に対する対応や認識が大きく異なったり、低かったりした場合、リハビリテーションは遅延するばかりか頓挫、逆行する可能性を秘めている。

そこで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調査を行った。

2. クリニカルパスの作成と試み

脳血管障害急性期患者のクリニカルパスに口腔機能の評価（咀嚼機能、嚥下機能、義歯の評価方法など）を折り込み、経口摂取開始時期や食形態の決定方法に関する判断基準を作成することを、今回の研究集会の目的にしたいと考える。歯科医療の関与がこれらの患者の口腔機能の回復、維持に直接貢献することは言うまでもない。しかし、クリニカルパスにより入院中の口腔ケアや口腔機能の維持、管理に直接携わる看護師の技術、意識の向上につながることも効果的であると思われる。この結果、脳卒中急性期患者の早期の口腔機能の回復、QOLの向上、退院や社会復帰が可能になると思われる。

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。

3. 成人歯科保健事業の実績からみた歯の喪失防止効果

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。成人歯科健診が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。全国の国民健康保険診療施設における成人歯科健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。

B. 研究方法

1. 介護施設への調査

○（平成15年度）

無作為抽出した4000施設に対し、質問紙を用い口腔ケアに関するアンケート調査を行った。

（1）アンケート調査項目

- ① 施設の状況
- ② 入所者の状況
- ③ 口腔ケアに対する意識
- ④ 口腔ケアに関する知識
- ⑤ 口腔ケアの現状
- ⑥ 歯科医療との関係
- ⑦ 施設の状況
- ⑧ 入所者の状況
- ⑨ 口腔ケアに対する意識
- ⑩ 口腔ケアに関する知識
- ⑪ 口腔ケアの現状
- ⑫ 歯科医療との関係

（2）アンケート実施方法

①調査対象

対象標本は福祉情報ネットワーク「遊楽」：<http://www.u-raku.co.jp/index.htm>の検索により「介護老人福祉施設」、「介護老人保健施設」、「介護療養型医療施設」、「グループホーム」の4つのキーワードにて抽出された15722施設、母集団構成は以下の通り

- ・ 介護老人福祉施設：5068施設
- ・ 介護老人保健施設：3008施設、
- ・ 介護療養型医療施設4034施設
- ・ グループホーム：3612施設

②調査票発送数

キーワードごとに母集団から1000施設を無作為系統抽出し、合計4000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：4000 施設

調査票発送 2003 年 11 月 15 日

回収締め切り 2003 年 12 月 10 日

○（平成 16 年度）

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

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. ○ クリニカルパスの作成と試み (平成15年度)

平成15年10月27日、本研究班員による前年度までの研究内容についての発表の後、病院勤務で脳血管障害患者の口腔ケアを実践している看護師（小山珠美：神奈川リハビリテーション病院、滝本和子、尾形由美子：七沢リハビリテーション病院、安達富美子、益子和江、鈴木福代：東京歯科大学市川総合病院）によるクリニカルパスの事例呈示が行われ、看護教育に携わっている教員（鎌倉やよい：愛知県立看護大学、大岡良枝：千葉県立衛生短期大学）、脳神経外科医師（菅 貞郎：東京歯科大学市川総合病院）、歯科衛生士の教育に携わり、かつ病棟での口腔ケアを行っている歯科衛生士（藤平弘子：東京歯科大学市川総合病院）らによる質疑応答と総合討論の形式により、問題点の抽出と、口腔ケアの標準化について論議を行った。

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。

○ 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16年度）

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. 嚙食、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（嚥

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。

3. 成人歯科保健事業の実績からみた歯の喪失防止効果

○ (平成15年度)

全国の国保直診歯科診療所 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。

○ (平成16年度)

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15年度)

今回の調査は介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホームを対象とし、各々1000施設を無作為系統抽出した。42.8%の回答率であった。グループホームの回答率が最も高く、ついで介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の順であった。

常勤、非常勤を問わず歯科医師ないしは歯科衛生士の勤務している施設は 161 施設であった。このうち歯科衛生士のみ勤務する施設は

38施設であった。歯科医師、歯科衛生士のどちらも勤務していない施設は90.6%、言語聴覚士が勤務していない施設が87.9%と高かった。指定介護療養型医療施設の療養型病床群を有する診療所とグループホームの入所者数は他施設とくらべて有意に少ないという結果であった。

回答施設の入所者（入居者）を介護度別に分析すると施設種別では有意にグループホーム入所者の介護度は他の施設と比較して低かった。

多くの施設（86.9%）で口臭が問題となっていることが示唆された。しかし、口腔ケアの効果として口臭予防と回答した施設は少なく、「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。日常的口腔ケアに関する知識については、歯石除去や入れ歯の調整を日常的「口腔ケア」と回答した施設もあり、また糸ようじ、歯間ブラシ、粘膜ブラシ、舌ブラシなどの補助具による清掃が約3割の施設で日常的な「口腔ケア」と認識されていないことが示唆され、今後の啓蒙が必要と思われた。

口腔ケアの効果に関して「栄養状態の改善」「言語の明瞭化」など口腔機能改善に対する効果や「口臭予防」「コミュニケーションの改善」「閉じこもり予防」などといった精神機能改善に対する効果に関しては回答率が低く、これらの効果について現在は認知されていないことが示唆された。「口腔ケア」を実施する上での問題については「要介護者の非協力」「方法に関する知識不足」「時間不足」「要介護者の身体的問題」等の要介護者に関する問題点が多く、病院よりも要介護者のADLが高いことと、病院よりも医師が少なく、緊急時の対応が困難なことから、身体的問題が危惧されるようになったと思われた。

基本的な介護計画に口腔ケアが含まれている施設の約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。医師や看護師などの医療スタッフの多い指定介護療養型医療施設の療養型病床群を有する病院で「ほぼ実施できている」と回答した施設の割合が他の施設と比較すると多かった。口腔ケアのマニュアルに関して、回答施設の約4分の1の施設でマニュアルがあると回答した。本調査で回答した施設では、口腔ケアの主担当者はヘルパーなどの介護職員であることがわかった。口腔ケアはほとんどの施設で食後実施され、その回数は1日3回以上と回答した施設が全体の60.8%あり、病院よりも口腔ケアが提供されていた。経口摂取を行っている方で自分の歯がある方の口腔ケアの方法は「歯ブラシを使用」が多く、経口摂取を行っている方で自分の歯がない方の口腔ケアの方法は「洗浄（うがい）のみ」、「ガーゼ等による清拭」との回答が多く認められた。

経口摂取を行っていない方で自分の歯がある方の口腔ケアの方法は「ガーゼ等による清拭」、「歯ブラシを使用」という回答が多く、経口摂取を行っていない方で自分の歯がない方の口腔ケアの方法は「ガーゼ等による清拭」との回答が多かった。口腔ケア実施の確認について「毎日行っている」と回答した施設は61.4%であった。入れ歯の清掃、保管の方法については「ブラシを利用して清掃」「義歯洗浄剤「水中で保管している」という回答が多く入れ歯の清掃、保管についての情報は浸透していると思われた。

ほとんどの回答施設（87.6%）は協力歯科医療機関があり、歯科医療職を有す施設を含めると97%の施設が何らかのかたちで歯科医療と関係があることが分かった。一方、42.3%の機関は口腔ケアに関しての協力歯科医療機関からの情報提供がなく、口腔ケアの情報の

流れがかならずしも円滑でないことが分かった。歯科医師、歯科衛生士による専門的な口腔ケアの実施に関しては68.0%の施設が「実施していない」と回答した。専門的な口腔ケアを実施している施設では年間平均21.5回専門的な口腔ケアが実施されていた。定期的な歯科健診は20.1%の施設で行われていた。入所者に歯科治療の必要性が生じた場合どのように対処しているのかについては、ほとんどの施設が家族と協力歯科医療機関に連絡と回答し、市町村や歯科医師会への連絡はほとんどなされていないことが分かった。治療形態に関しては約半数以上の施設が訪問歯科診療を経験しており、月に1～3回の訪問歯科診療を受けていると思われた。協力歯科医療機関との連携は治療に関して主に行われていることが示唆された。協力歯科医療機関の中に専門的な口腔ケアを積極的に提供している機関があることが分かった。介護老人福祉施設とグループホームでは「実施している」と回答した施設の割合が多く、これらの施設の協力歯科医療機関の対応が注目された。

歯科医療従事者の存在がアンケート結果にどのように影響しているか検討するため、常勤・非常勤を問わず歯科医師、歯科衛生士が勤務する161施設（以下歯科群）とそれ以外の1552施設のアンケート結果を集計し統計学的検討を行った。

口腔ケアの主担当者は歯科群、対照群ともほとんどの施設が「介護職員」と回答していた。口腔ケアの方法については経口摂取を行っている方で自分の歯がある方と自分の歯がない方に関して、歯科群のほうが補助具を使用していることが有意に多いという結果が得られた。経口摂取を行っていない方への口腔ケア方法については自分の歯のあり、なしに関わらず両群間で有意な差は認められなかった。入れ歯の清掃の方法については両群間に有意

な差は認められなかったが、入れ歯の保管方法については対照群のほうが「水中に保管する」との回答が多く、適当であった。口腔ケアに関する情報提供や専門的な口腔ケア実施、定期的な歯科健の実施、施設内での歯科治療については、すべて歯科群のほうが多くなされていた。通院での歯科治療に関しては対照群のほうが多かった。しかしその回数については両群間に大きな違いはみられなかった。職員に対する定期的に歯科保健に関する教育の実施に関しては歯科群のほうが実施しているとの結果であった。

（平成15年度 図1-1～1-67、表1-1～5-43）

○（平成16年度）

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、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計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計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。

1 0）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、どのよう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。

1 5) 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。

1 6) 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

1 7) 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。

20) 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」に関してどの様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」に関してどの様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。

21) 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

22)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。

23)「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。

24)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。

25)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。

26)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。

27)「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。

(平成16年度 図3-1～3-32、表2-1～4-512)

2. ○クリニカルパスの作成と試み

(平成15年度)

研究集会において、第1段階(入院1週間以内)の早い時期から歯科医師、歯科衛生士の介入、診査が必要である、との意見が出された。歯科が併設されていても、外来中心で病棟に訪室する機会のない病院もあるとの指摘があった。口腔内機能評価は看護師が中心として行っているのが現状であることが判明した。医師はあまり口腔内の状態に興味がなく、歯科の係わりも得られにくい病院が多いという実態であった。

1日3回の口腔ケアは肺炎予防として基本的な事項であり、当然行っているとの回答であった。組織として取り組み、クリニカルパスや病院経営に取り組む姿勢が大事であり、マンパワーは必要だが、新しく雇うだけでなく、OT、PTの活躍や医師の指示の工夫など、見直すべき点がたくさんあるとの指摘もあった。

嚥下機能検査は初診時に医師、歯科医師立ち会いのもと、協議を行った上で施行するべきである、との意見があった。改訂水のみテストの際には、呼吸音の聴取、頸部聴診などを併用しないと、危険ではないかという意見もあった。

急性期の病棟では早期リハビリテーションの一環として口腔ケアを積極的に行っているが、

慢性期の病棟や、他の病院に移る際の、関係がうまくとれていないのではないかと、との意見が出された。

クリニカルパスの運用は急性期、亜急性期、慢性期という分類では汎用が多すぎ、失敗しやすいのではないかと、との発言があり、口腔ケアと摂食嚥下機能のパスをわけてはどうかとの意見があった。適応基準作成の必要性が示唆された。

アセスメントシートには義歯の機能評価と嚥下機能に関する項目を盛り込んでほしいとの意見が出された。しかし、看護師が口腔内診査をする項目には、限界があり、簡便な評価方法のマニュアル作成が急務であると考えられた。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。

○ クリニカルパスにおける口腔ケアの有用性について (平成16年度)

①今回のクリニ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

○（平成15年度）

（1）成人歯科健診の実施状況

成人歯科健診の実施状況に関する回答は、全国の国保直診歯科診療所 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。観察期間は 1 年から 14 年で、5~9 年が 44%を占めていた。

（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 年と、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。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。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、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、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。

（平成15年度 図 2-1~2-4、表 6-1~6-3）

○（平成16年度）

（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。

(平成16年度 図 4-1~4-7、表5)

D. 考察

1. 介護施設への調査

○ (平成15年度)

前回の病院調査での回答率 30.0%と比較し高い値となった。これは調査方法の見直し、改善によるところも大きいと考えられるが、病院といった治療を主体とした施設よりも、今回の対象施設は介護に重点がおかれているためと思われた。つまり、日常業務の中での口腔ケアへの関与、関心が大きいためと考えられた。また、施設規模や口腔ケアへの関与、関心の割合が影響しているものと思われる。歯科医療従事者の勤務の有無が本調査の結果にどのように影響しているか検索する必要があると思われた。施設では言語、摂食・嚥下機能を含めた口腔機能に関わる職種の関与が少ないことが示唆された。施設種別の入所者(入居者)総数ならびに入所者の介護度の違いは施設種別の本調査結果に影響する因子であることが予想された。

介護の現場においても口腔ケアが単に「口腔疾患の予防(う蝕、歯周病など)」「口臭予防」といった、直接的効果を期待しているのではなく、肺炎の予防やQOLの改善を期待していることを示唆するものと思われる。口腔ケアという用語はすでに一般的になっており、そ

の必要性は十分認知されていることが分かった。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おり、口腔ケアの重要性が認識されているとともに、施設入所者のほとんどのに口腔ケアが必要であるということを示唆するものと思われた。

基本的な介護計画に口腔ケアが含まれている施設の約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。医師や看護師などの医療スタッフの多い指定介護療養型医療施設の療養型病床群を有する病院で「ほぼ実施できている」と回答した施設の割合が他の施設と比較すると多かった。口腔ケアを実施する上で問題から要介護者に関する問題が主に影響していることが予想されることから、指定介護療養型医療施設の療養型病床群を有する病院では、要介護者の身体的問題について問題にはなることが少なく、それ以外の施設では対応に不安があり、実施の割合が減少しているものと思われた。また、その他の施設は入所者のADLが高いため、口腔ケアに対する非協力などの影響も示唆された。口腔ケアのマニュアルに関して、回答施設の約4分の1の施設でマニュアルがあると回答した。指定介護療養型医療施設の療養型病床群を有する病院で口腔ケアのマニュアルがあると回答した施設の割合が多く、グループホームではその割合は低かったことから施設規模の影響が示唆され、より効率的な業務遂行のためマニュアルが存在している可能性が示唆された。またマニュアル化により、口腔ケアの実施環境も整い、口腔ケアが基本介護の中で広く提供される可能性が示唆され、口腔ケアマニュアルの作成が重要であることが証明された。

口腔ケアは口腔ケア自立の入所者にも提供されていることが多く、口腔ケアに関して自立を促すといった配慮はなされていなかった。