

本調査で回答した施設では、口腔ケアの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。つまり、今回の対象施設のように介護の性質の大きい施設へ口腔ケアに関する働き掛けを行う場合、その対象はヘルパーなどの介護職員であるということになる。

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ることが分かった。

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。つまり経口摂取を行っていない方への口腔ケアは経口摂取を行っている方の口腔ケアよりもレベルが低いとの結果であった。これは経口摂取を行っていない方には経口摂取を行っている方より、さらに高度な口腔ケアが必要であるとの認識がまだ浸透していないことを示唆するものと思われる。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。口腔ケア確認の担当者がほとんどの施設で「介護職員」であったことから、口腔ケア担当者がケア提供時に行っているものと思われる。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る。

口腔ケアを実施する上での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。

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。今回の対象施設のように介護の性質の大きい施設へ口腔ケアに関する働き掛けを行う場合、その対象はヘルパーなどの介護職員となることが示唆された。経口摂取を行っていない方への口腔ケアは経口摂取を行っている方の口腔ケアよりもレベルが低いとの結果であった。これは経口摂取を行っていない方には経口摂取を行っている方より、さらに高度な口腔ケアが必要であるとの認識がまだ浸透していないことを示唆するものと思われる。口腔ケア確認の担当者がほとんどの施設で「介護職員」であったことから、口腔ケア担当者がケア提供時に行っているものと思われた。

入所者の歯科治療の必要性に対し現時点で

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。

通院による歯科治療に関しても多くの施設が行っていたが、その回数は訪問歯科診療より少なく、訪問歯科診療が積極的に受け入れられていることが示唆された。

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。

歯科群において歯科衛生士が主担当者である施設も認められたが、歯科衛生士が勤務しているも介護職員が主担当者である施設が多いことが分かった。経口摂取を行っている方の場合には歯科医療従事者からの情報提供がなされていると考えられた。経口摂取を行っておらず、歯科的問題が顕在化しにくい入所者は、歯科医療従事者の目に触れることが少なく、口腔ケアに関してあまり歯科医療従事者が介入することはないという可能性が示唆された。歯科医療従事者の勤務する施設の方が口腔ケアのサービスが提供されやすく、歯科医療従事者の存在により、施設内で対応できないような歯科治療の必要性が顕在化しやすいと思われた。歯科群と対照群とを各設間において比較検討したが、有意な差が認められた項目は少なかった。これは施設に勤務する歯科医療従事者のこれらの分野に関する積極的介入が十分でないためと思われる。今後、施設に勤務する歯科医療従事者の積極的介入が望まれるとともに、協力歯科医療機関の口腔ケアに関する情報提供と積極的な介入が期待され、これらを促すための法制度の整備が必要と思われる。

○（平成16年度）

（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ため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

社士」「(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、施設の設立年度の違い、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ぬ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いない施設より、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(噛む)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. ○クリニカルパスの作成と試み

(平成15年度)

今回の研究集会では、口腔ケアへの取り組みは、看護師のみが行うのではなく、医師、歯科医師はもちろんのこと、病院経営の観点に立ち、全体で取り組むべきことであることが、認識された。現状に満足するのではなく、より良い環境作りを目指して今後改善すべき点が浮き彫りとなった。

口腔ケアについては、いわゆる歯ブラシの使用や含嗽などの口腔清掃で代表される、歯や義歯の清潔保持の他に、摂食指導、嚥下機能評価や嚥下機能訓練も含むという考えもある。この定義は現時点では確立されていないようであり、現場での混乱も見られるようである。いずれにしても、入院患者の急性期から要介護となった時期に至るまで、口腔の清潔と摂食嚥下の機能回復の明確な位置づけが重要である。その一方で、今回提示されたボランティアとしての歯科衛生士の例など、病床や介護施設における歯科医師、歯科衛生士との連携が不十分であることはこれまでも本研究班で指摘し、連携の必要性を提言してことであるが、あらためてその推進の必要性の意を強くするものである。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。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。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思われる。

○ 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)

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と考察されていた。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か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

○ (平成15年度)

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」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。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、各がん検診は国民の圧倒的多数が利用している。一方、歯周疾患検診の利用者は全国で6万3,432人とどまっている。「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。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、

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

現存歯数 $T=35.7-0.23A$ (A =年齢)、および50歳以上では

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、節目健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、年齢区別の一年あたり喪失歯数区分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、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。

○（平成16年度）

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

○（平成15年）

施設の状況、入所者の状況について検討を行った。調査の回答率は42.8%と高値であった。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。このことは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た。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。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もあり、今後の啓蒙が必要と思われた。口腔ケアを実施する上での問題については要介護者に

関するものが多く、病院よりも要介護者のADLが高いことから非協力が問題となり、また医師が少なく、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る。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、そ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に口腔ケアが必要であることが示唆された。

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。これは入所者の身体的問題と口腔ケアに対する非協力などの影響が大きいと思われた。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、口腔ケアが基本介護の中で広く提供される可能性が示唆された。

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、自立を促すといった配慮はなされていなかった。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、その回数も病院より多かった。経口摂取を行っていない方への口腔ケアは経口摂取を行っている方の口腔ケアよりもレベルが低いとの結果であった。これは経口摂取を行っていない方には経口摂取を行っている方より、さらに高度な口腔ケアが必要であるとの認識がまだ浸透していないことを示唆するものと思われた。口腔ケア実施確認の担当者はほとんどの施設で「介護職員」であった。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。しかし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、介護老人福祉施設とグループホームではその割合が多かった。歯科治療の必要性が生じた場合の対応については、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、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おり、月に1～3回の訪問歯科診療を受けていた。

通院による歯科治療に関しても多くの施設が行っていたが、その回数は訪問歯科診療より少なく、訪問歯科診療が積極的に受け入れられていることが示唆された。

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。口腔ケアの方法については歯科群のほうが補助具を使用していることが多く、歯科医療従事者からの情報提供がなされているためと考えられた。しかし経口摂取を行っていない入所者に対する口腔ケア方法に関して違いはなく、経口摂取を行っていない入所者に歯科医療従事者が介入することが少ないためと思われた。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適当な回答が多かった。このことは歯科群において、歯科医療従事者からの情報が浸透していない可能性を示唆するものと思われた。

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（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。

歯科群と対照群とを各設問において比較検討したが、有意な差が認められた項目は少なかった。これは施設に勤務する歯科医療従事者のこれらの分野に関する積極的介入が十分でないためと思われる。今後、施設に勤務する歯科医療従事者の積極的介入が望まれるとともに、協力歯科医療機関の口腔ケアに関する情報提供と積極的な介入が期待され、これらを促すための法制度の整備が必要と思われた。

○（平成16年）

「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、提供可能な食事の種類が多い傾向にあった。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、そうでない施設では、介護者が困った時に食事形態の評価をする可能性があった。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た。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あった。

2. ○クリニカルパスの作成と試み

（平成15年度）

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を確認することができた。しかし、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。

○ 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)
今回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り、嚥下、呼吸などの評価項目の追加が必要であると考えられた。また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ることが必要と考えられた。

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)
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)
成人歯科健診の結果にもとづいて、予防目的で歯科を受診した回数が多い者ほど1年あたりの平均喪失歯数は少なかった。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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

①岡田真人、大川由一、山田善裕、新庄文明、山根源之、宮武光吉、石井拓男：介護保険施設における口腔ケアに関する研究—第1報 各専門職の就業状況と口腔ケアの認識について—、日本歯科医療管理学会雑誌、39(2)、61、2004。(第45回日本歯科医療管理学会総会・学術大会 新潟市)

②大川由一、岡田真人、山田善裕、渡邊 裕、蔵本千夏、新庄文明、山根源之、宮武光吉、石井拓男：介護保険施設における口腔ケアに関する研究—口腔ケアの実施状況と歯科受療状況について—、口腔衛生学会雑誌、54(4)、331、2004。(第53回日本口腔衛生学会総会 盛岡市)

③渡邊 裕、蔵本千夏、山根源之、石井拓男、岡田真人、今村嘉宣、大川由一、山田善裕、新庄文明、宮武光吉、：介護保険施設における口腔ケアに関する研究—第2報 口腔ケアの現状と歯科医療との関係—、第15回日本老年歯科医学会総会・学術大会プログラム・事前抄録集、75、2004。(第15回日本老年歯科医学会総会・学術大会 鹿児島市)

H. 知的財産の出願・登録状況

なし

I. 研究協力者

岡田真人(東京歯科大学社会歯科学研究室)

渡邊 裕(東京歯科大学市川総合病院オーラルメディシン講座)

蔵本千夏(東京歯科大学市川総合病院オーラル

メディシン講座)

大川由一 (千葉県立衛生短期大学歯科衛生学
科)

今村嘉宣 (東京歯科大学補綴科)

山田善裕 (東京都江東区保健所)

菅 貞郎 (東京歯科大学市川総合病院)

大原里子 (東京医科歯科大学総合診療部)

安達富美子 (東京歯科大学市川総合病院)

益子和江 (東京歯科大学市川総合病院)

鈴木福代 (東京歯科大学市川総合病院)

藤平弘子 (東京歯科大学市川総合病院)

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)

滝童内浩子 (横浜市衛生局医療対策部)

小山珠美 (神奈川リハビリテーション病院)

滝本和子 (七沢リハビリテーション病院脳血管
センター)

尾形由美子 (七沢リハビリテーション病院)

村松真澄 (北海道大学病院副看護師長、北海道
大学大学院歯学研究科口腔医学専攻博士課程)

首藤由紀江 (東京歯科大学市川総合病院副主任
看護師)

福田秀輝 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
助手)

佐々木勝忠 (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)

平成15年度 図表

図1-1 施設の種類

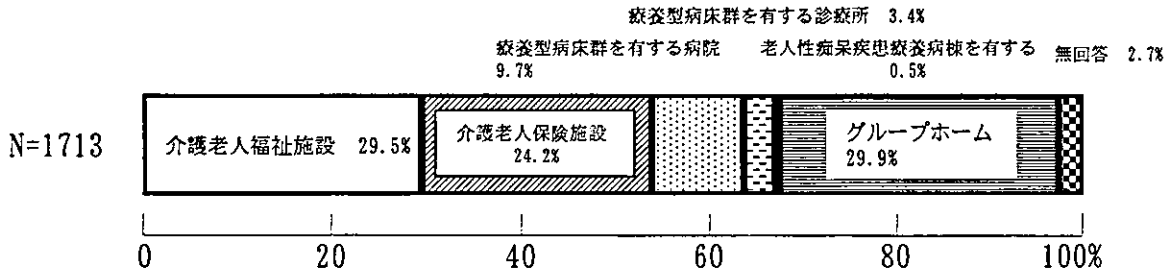


図1-2 専門職人数 (総職員数 常勤)

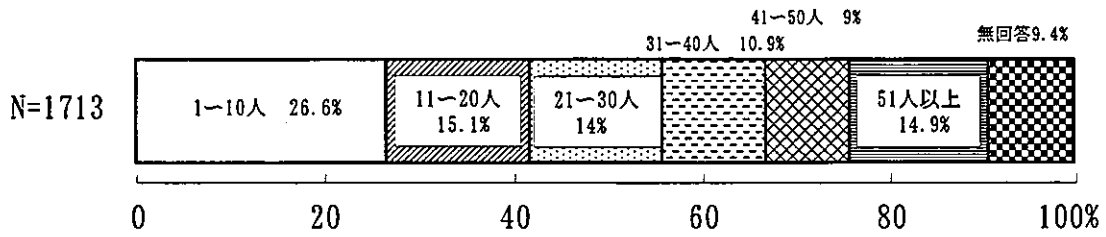


図1-3 専門職人数 (医師 常勤)

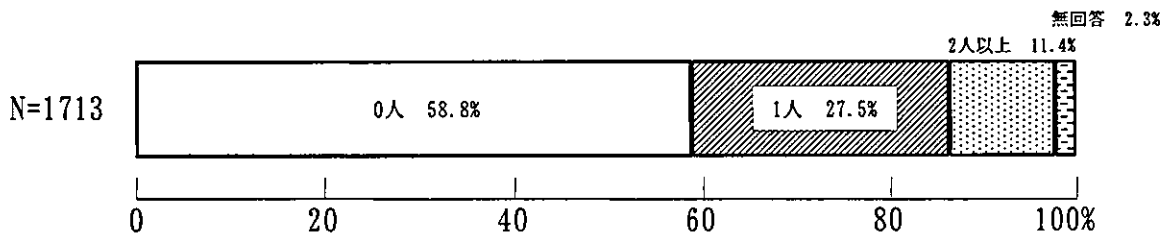


図1-4 専門職人数 (保健師・看護師 常勤)

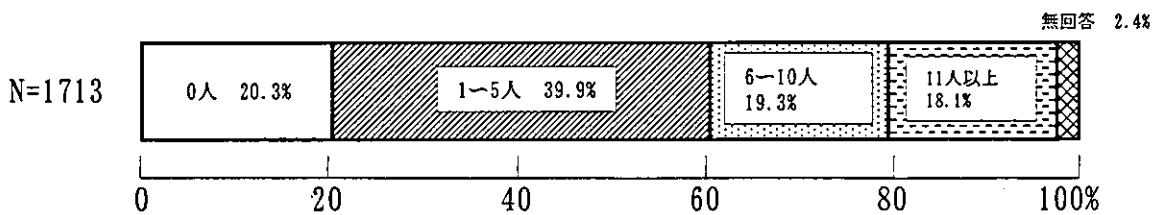


図1-5 専門職人数 (歯科医師 常勤)

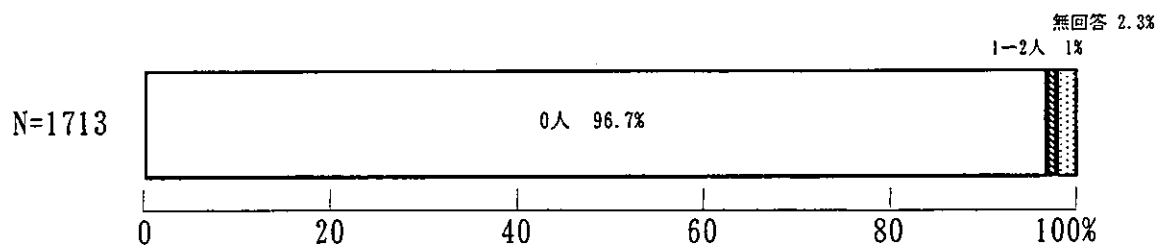


図1-6 専門職人数 歯科衛生士 (常勤)

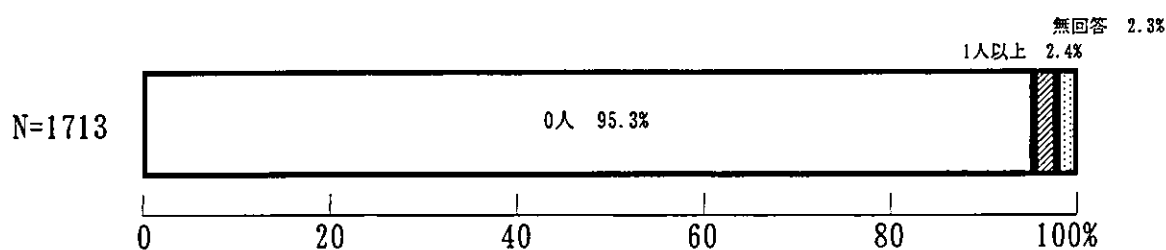


図1-7 専門職人数 (介護支援専門師 常勤)

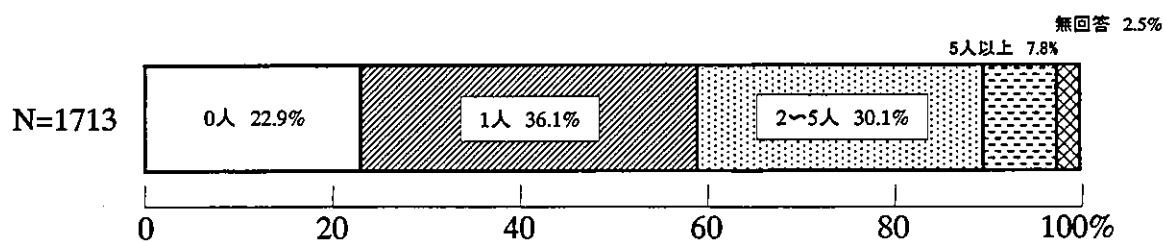


図1-8 専門職人数 (ケース・ソーシャルワーカー 常勤)

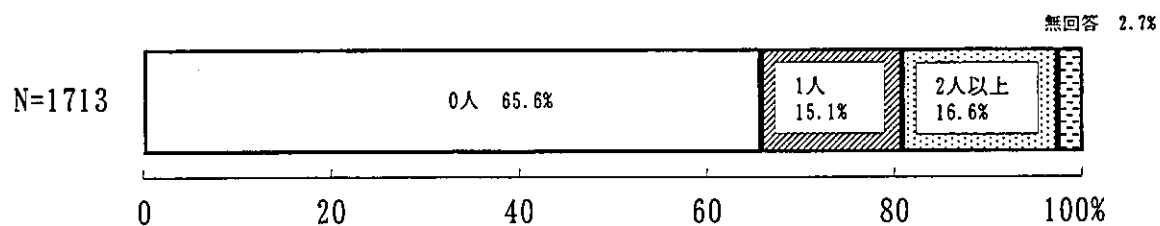


図1-9 専門職人数 (理学療法士)

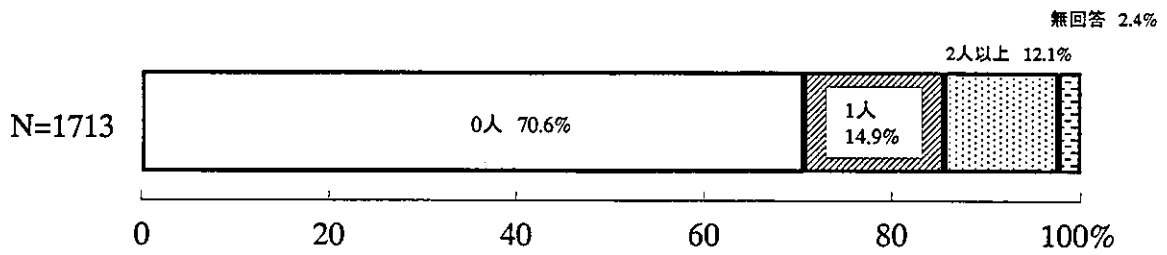


図1-10 専門職人数 (作業療法士 常勤)

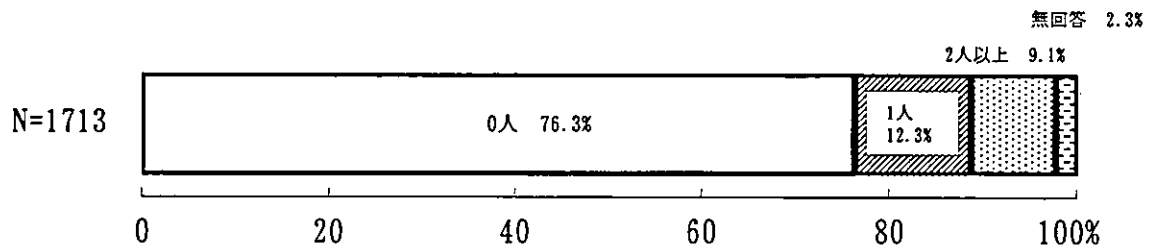


図1-11 専門職人数 (言語聴覚士 常勤)

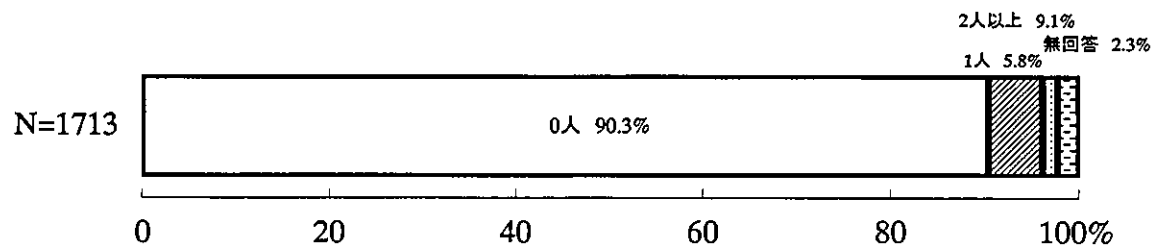


図1-12 専門職人数 (社会福祉士 常勤)

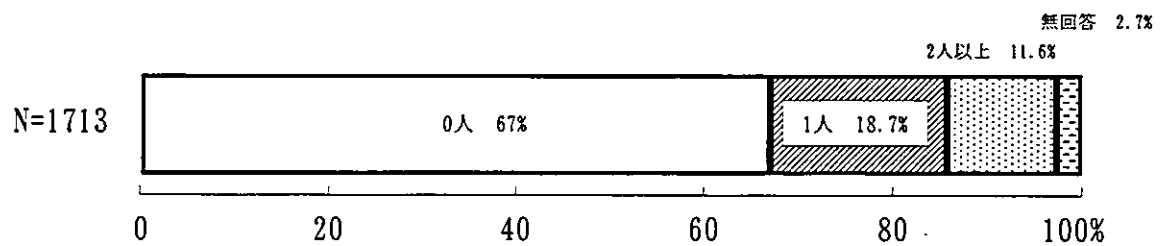


図1-13 専門職人数 (介護福祉士 常勤)

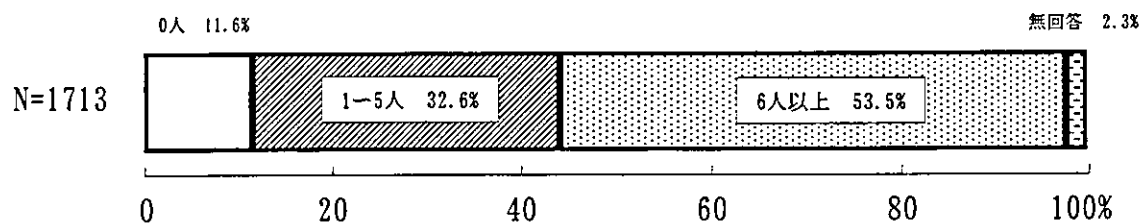


図1-14 専門職人数 (栄養士 常勤)

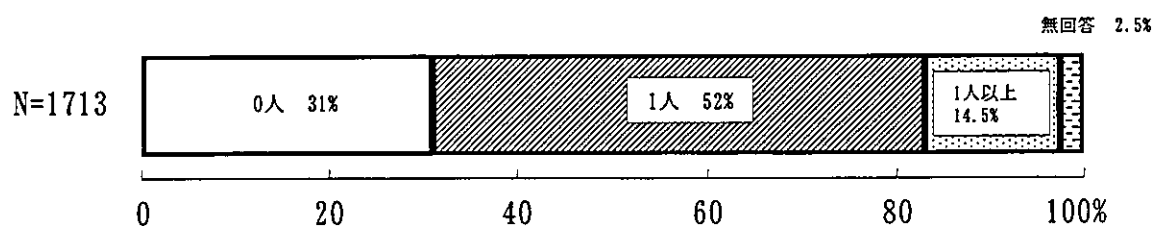


図1-15 専門職人数 (総職員数 非常勤)

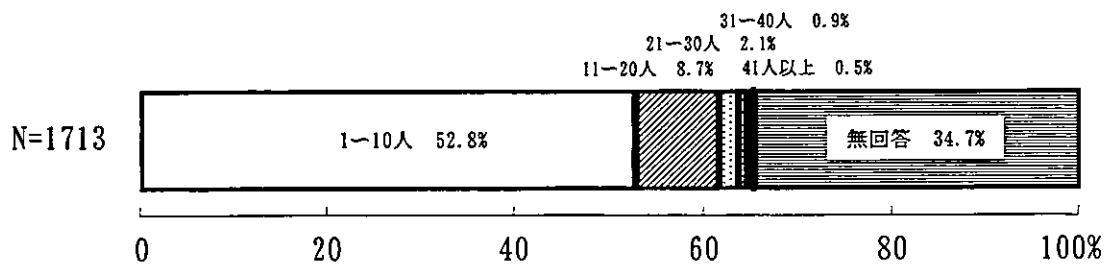


図1-16 専門職人数 (医師 非常勤)

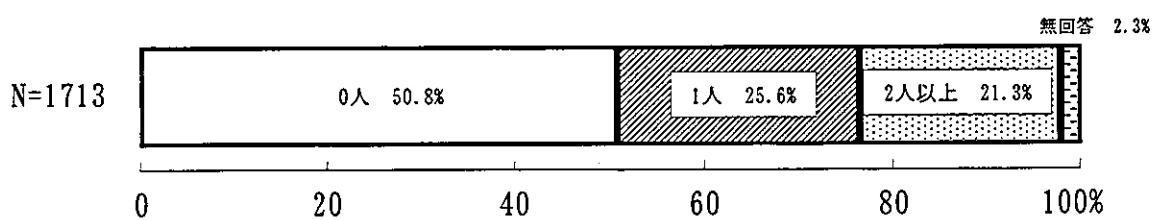


図1-17 専門職人数 (保健師・看護師 非常勤)

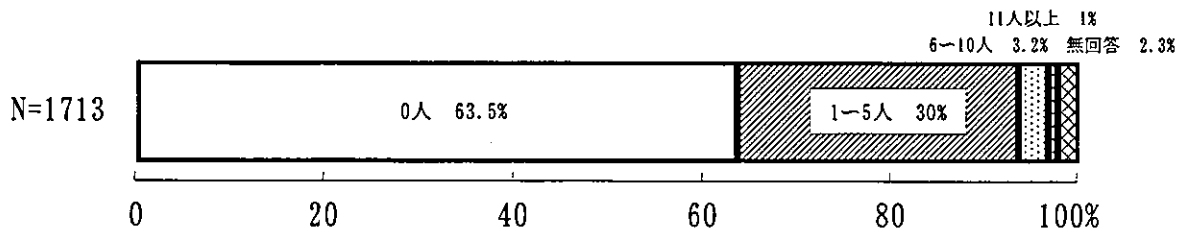


図1-18 専門職人数 (歯科医師 非常勤)

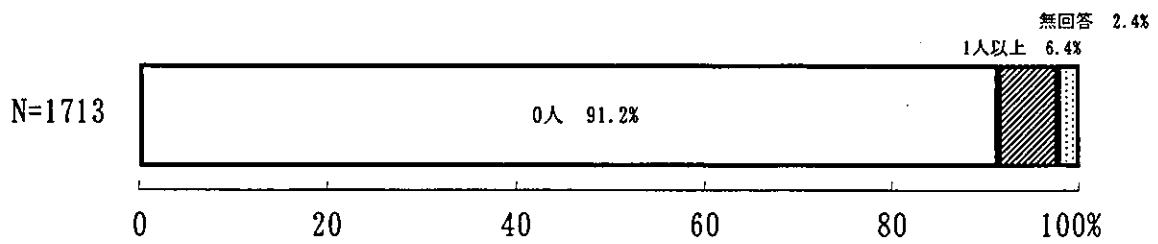


図1-19 専門職人数 (歯科衛生士 非常勤)

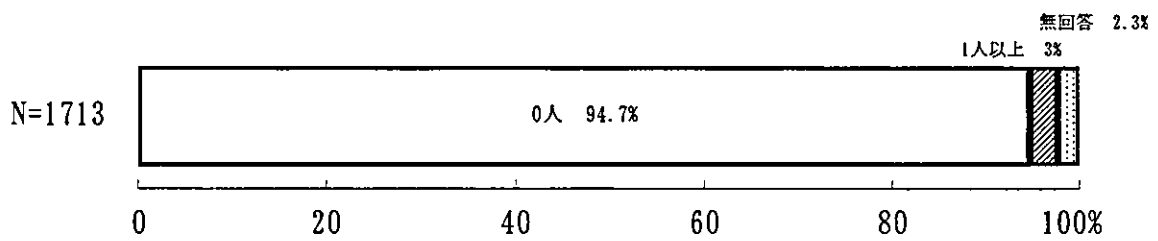


図1-20 専門職人数 (介護支援専門師 非常勤)

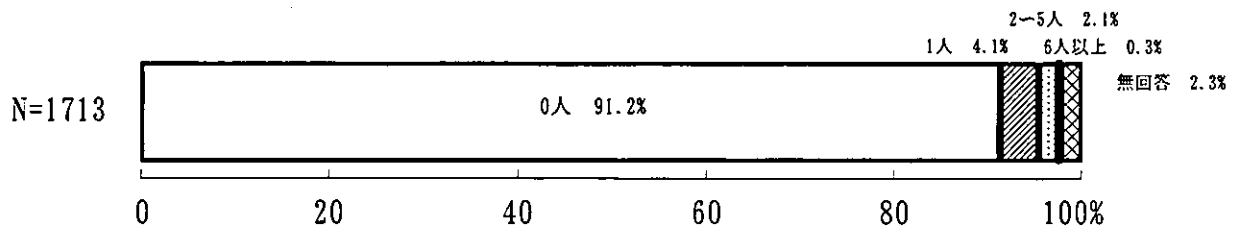


図1-2 1 専門職人数 (ケース・ソーシャルワーカー 非常勤)

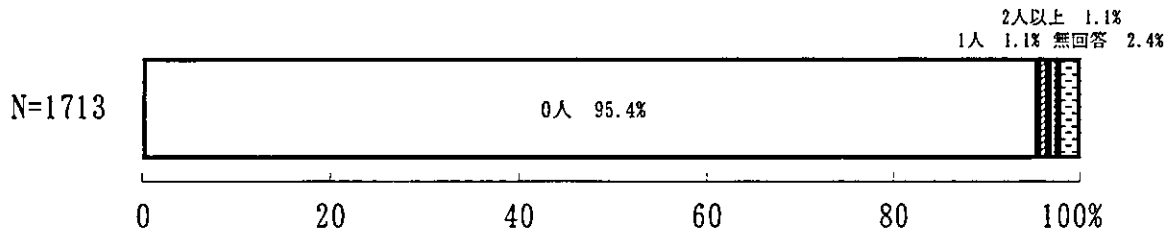


図1-2 2 専門職人数 (理学療法士 非常勤)

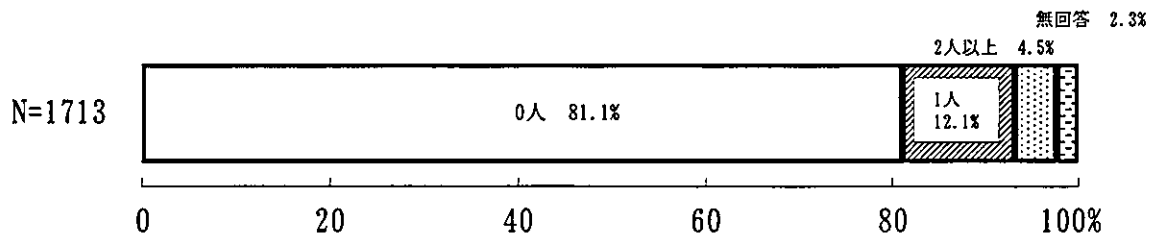


図1-2 3 専門職人数 (作業療法士 非常勤)

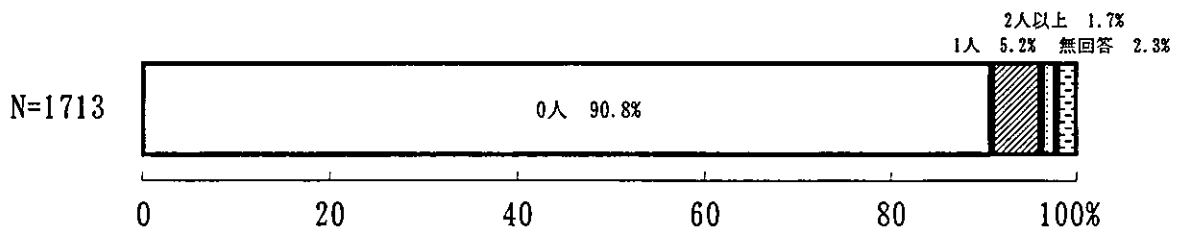


図1-2 4 専門職人数 (言語聴覚士 非常勤)

