

	度数
看護師	169
医師	71
介護福祉士	64
生活相談員	41
栄養士	40
作業療法士	18
言語聴覚士	16
理学療法士	16
ホームヘルパー	13
いない	45
その他	14

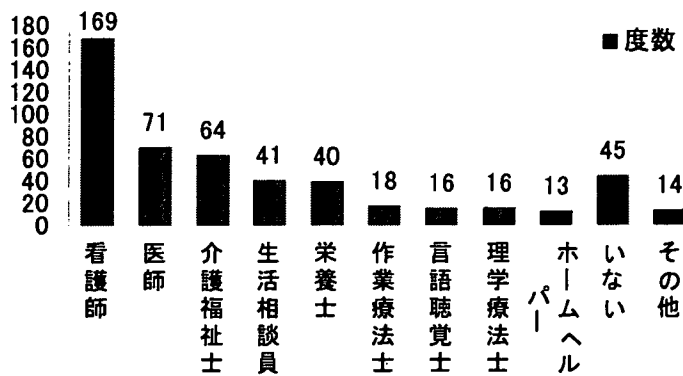


図46 口腔ケアについて相談できる人

表47-(1) 口腔機能向上について

		すでに取り 入れている	これから取 り入れる	取り入れる 予定なし	合計
入所	度数	32	39	29	100
	形体の%	32.0%	39.0%	29.0%	100.0%
通所	度数	29	15	31	75
	形体の%	38.7%	20.0%	41.3%	100.0%
訪問	度数	2	2	11	15
	形体の%	13.3%	13.3%	73.3%	100.0%
グループ ホーム	度数	3	6	8	17
	形体の%	17.6%	35.3%	47.1%	100.0%
ケアハウス	度数	4		9	13
	形体の%	30.8%		69.2%	100.0%
軽費老人 ホーム	度数			1	1
	形体の%			100.0%	100.0%
養護老人 ホーム	度数	1	4	4	9
	形体の%	11.1%	44.4%	44.4%	100.0%
合計	度数	71	67	93	232
	形体の%	30.6%	28.9%	40.1%	100.0%

表47-(2)

	すでに取り 入れている	これから取 り入れる	取り入れる 予定なし
入所	32.0%	39.0%	29.0%
通所	38.7%	20.0%	41.3%
訪問	13.3%	13.3%	73.3%
グループホーム	17.6%	35.3%	47.1%
ケアハウス	30.8%		69.2%
軽費老人ホーム			100.0%
養護老人ホーム	11.1%	44.4%	44.4%

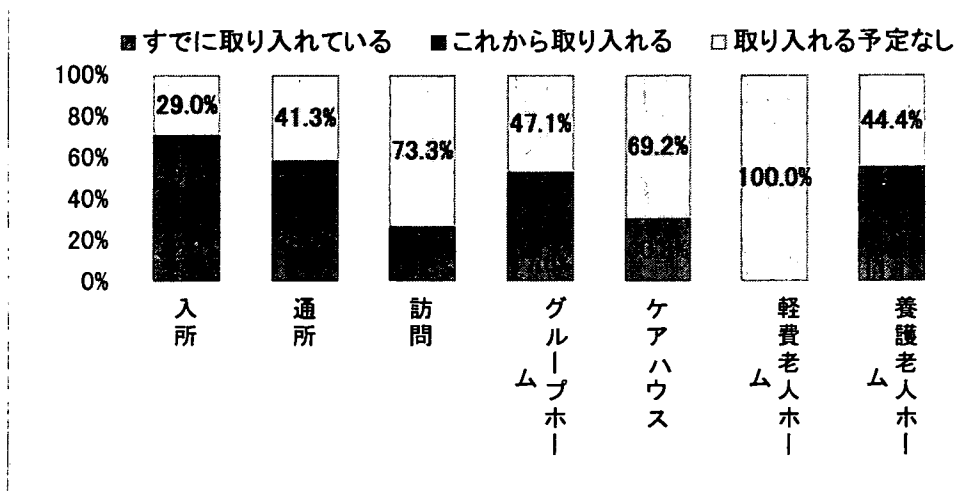


図47 口腔機能向上について

表 48 歯科専門家との連携に期待すること、困っていること

回答者所有資格	記述内容
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケアを依頼しても、できる衛生士さんがいないと言われた。毎日介護福祉士が口腔ケアをしているが、時々専門の方に診て頂いて、通常の業務ではできないところのケアをしてもらいたいと思う（治療はして頂いている） ・口腔ケア委員会はあるが、メンバー少なく、全スタッフへの意識改革が難しい。 ・デイサービス利用者の方を直接みてアドバイスなどしてほしい。 ・歯科受診されたら良いと思っても、なかなか受診されない（受信できない）方が多く、口腔ケアの方法・口腔アセスメントも個別にみてもらえる機会があれば良いと思う。 ・口腔ケア後、受診の必要性がある人は歯科衛生士より歯科医に報告し、治療ができるようにしてほしい。施設に専属の歯科医を設置し、定期的に相談やケアをしてほしい。
看護師 ケアマネージャー	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的に往診があつているので、ケア困難者の指導を受けたり研修会を開いてもらったりと、勉強になっている。 ・現在は歯（義歯も含む）の治療のみですませているため、今後は嚥下・摂取に関すること、ブラッシング（清潔保持）等についての指導を希望する。
ホームヘルパー	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の方も年々歳をとるにつれ、嚥下機能の低下がみられるようになってきた。口腔に関する指導を定期的にして頂き、また密に連携をとることができればと思っている。
介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対する口腔ケアのやり方を指導してほしい。 ・現在の制度の中で、介護保険と医療保険を同時に使用できない事がある。ただ、利用者の中には歯科受診できない環境にある方もいらっしゃるの、デイサービス利用中でどうにかならないだろうか…!?
社会福祉士	<ul style="list-style-type: none"> ・現在定期的に往診して下さっているが、受診者は、本人の希望もあるが、職員サイドで決めていることが多い。せっかく来て下さっているの、月一ほど、検診（全利用者）をして下されれば良いのではと思っている。
言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> ・義歯の適合。 ・ブラッシング指導による口腔ケアの質の向上。 ・残存歯、歯肉の状態の異常のチェックと早期治療。
介護福祉士 ケアマネージャー 歯科衛生士	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔内の不具合が土・日曜日に判明したときの受診不可の時に困る

表 49 口腔ケアで困っていること

分類	記述内容（所有資格）
認知症患者のケア	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の方で開口されず口腔ケアが不十分な事がある（看護師） ・認知症の方で、口腔ケアを拒否される。開口してもらえない、歯ブラシをかむ（看護師） ・認知症の入施者の歯科受診や口腔ケア拒否でさせてくれない方への対応（看護師・ケアマネージャー） ・自歯がほとんどあって認知症で指示が理解できない人に対するケアに困っている。週に1回程度歯科衛生士にてケアをしてもらっているが、他の日は職員が行っているが、不十分である（看護師・ケアマネージャー） ・認知症対策（ホームヘルパー） ・認知症の高齢者のケアで、義歯、残存歯のブラッシング等はあるが、舌の清潔を保つことができずにいる。理解力が低下し、介護者が話す内容を全く理解されないため、どうすれば口腔内のケアができるか試行錯誤中（介護福祉士） ・認知症で意思が通じず、義歯外しを拒否される方がいる（介護福祉士・ケアマネージャー・歯科衛生士） ・認知症で意思が通じず、歯磨きが十分にできない。口を開けておくことが困難（介護福祉士・ケアマネージャー・歯科衛生士）
開口不良の人のケア	<ul style="list-style-type: none"> ・口が全く開かない人の口腔ケア。開く範囲内はブラシで行っている（看護師） ・口臭があるが口を開けられず残歯の歯磨きが十分できない（看護師） ・義歯装着時の開口不良（介護福祉士） ・開口不良により口腔ケアができない（介護福祉士） ・義歯装着時の開口不良。開口不良により口腔ケアができない（介護福祉士）
ケアを拒否する人、うまくできない人への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケアを拒否される方への対応に困っている（看護師） ・拒否する人への口腔ケアの勧め方（看護師） ・口腔ケアができない人はどのようにすればいいか。たとえば口をあけない人、物をかむ人 など（看護師） ・口腔ケアの際、ブラシをかんだり、口腔内がよく見えず、ケアがうまくできていない方への対応について（介護福祉士） ・自分の意思を伝えられる利用者の方で、口腔ケアを行うことに拒否し、開口されず、口腔内の状態を見ることができない利用者の方への口腔ケアに困っている（介護福祉士・ケアマネージャー）
口臭のケア	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケアを行っているが、口臭対策に困っている（看護師） ・口臭がどうしてもとれない方の効果的な口腔ケアは…!?（介護福祉士・ホームヘルパー・ケアマネージャー）
舌苔のケア	<ul style="list-style-type: none"> ・舌苔のケアが不十分（看護師） ・舌の汚れを取る効果的な方法はあるか（介護福祉士・ホームヘルパー・ケアマネージャー）

含嗽不可能な人のケア	<ul style="list-style-type: none"> ・含嗽不可能な入所者に対しての対応に困っている（看護師） ・嚥下機能障害の人でうがいができない人の口腔ケアが難しい（看護師） ・含嗽ができない方の介助（看護師・ケアマネージャー）
分類	記述内容（所有資格）
具体的なケア方法がわからない	<ul style="list-style-type: none"> ・経管栄養者が多くなり、口腔内の清潔保持をどう取り組めばよいのか困っている（看護師） ・施設系の勤務が初めてなので、口腔ケアプラン・口腔ケアの全般的に戸惑っている。これから学ぶことが多い（看護師） ・ケアハウスでは自立されており、個々で口腔の清潔保持を行っていただいている。施設として今後どのような形で口腔機能向上に向けて取り組みを実施していくのか課題である（看護師・社会福祉主事） ・個人個人にあった口腔ケア方法があると思うが、どのように行った方がよいのか明確ではないまま口腔ケアを行っている。方法が今のままでよいのか不安な面もある。どうしていったほうがよいでしょうか…？（介護福祉士） ・口腔ケアが必要な方には行っているが、どこまでどうするのが本当かが具体化せず、あいまいな点が多いし、見返りも少ない。又、書類作成や評価がシビアで時間がかかり過ぎて他のサービスに影響をきたすため行っていない（社会福祉主事） ・口腔ケアの研修にもでていない。前の看護師さんの申し送りのもと引き継いでいるが、前の方もよくわからない様子で、聞いてもこれを見てからなどと、よくわからない。わからないまま形だけ行っているのが現状（月刊誌を参考にして行っている）（無回答）
義歯のケア	<ul style="list-style-type: none"> ・義歯が合っておらず、口腔内に食物残渣物のある人が多く、歯科受診を勧めたいがどこまでかかわってよいかわからない（看護師） ・在宅で過ごされている間、義歯洗浄を行わない家庭があり、義歯の汚れも取れないし、清潔を保てない方がおられる（ホームヘルパー） ・義歯の取り外しが3か所（前歯1、下2）あり、歯磨きすると金具が時々あまくなり、よくはずれて困る。飲み込まれないか心配である（ホームヘルパー） ・義歯を洗うとき、痛がってはずしてもらえない（介護福祉士） ・入れ歯洗いはハミガキ粉を使用した方がよいか、水洗いがよいか（介護福祉士）

<p>本人・家族の理解や協力が得られない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・食後の歯磨きをするように促すが、毎回必ず実施される方とされない方がはっきりしてきた。されない方に声かけするが、なかなか昼食後の歯磨きの必要性を理解されない ※夜、寝る時にポリデントにつけるから昼は歯磨きしない。 ※1日1回だけでよい。 ※昔からの習慣だから。(看護師) ・歯科受診の必要性がある場合でも、本人の理解力の不足や家族の協力が得られない時がある(看護師) ・家族・介護者に口腔ケアについて説明しても理解していただけない(看護師) ・義歯だから洗わなくてよい、歯がないから洗わなくてよいと思われており、声かけ誘導を掛けてもがんとして行動されない。これまでの経験で物を言われる。若い頃からの慣も大切と実感。食育教育と一緒に今後は口腔・歯の大切さも幼少時から習慣化が必要。8020の徹底教育。(看護師・ケアマネージャー) ・痛み等がないと本人・家族の受診の自覚不足。(看護師・ケアマネージャー) ・義歯調整や口腔疾患の治療等、家族にお知らせし、歯科受診をお願いしてもなかなか協力してもらえない事が多い。(介護福祉士)
<p>分類</p>	<p>記述内容(所有資格)</p>
<p>評価の問題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科治療はできてもその後の口腔観察ができない。口腔ケア専任スタッフがいない(看護師) ・口腔マッサージや嚥下体操を取り入れてはいるが、定期的な評価ができない(介護福祉士) ・通常の口腔ケア(歯磨き、義歯清掃、口腔体操)は行っているが、評価や記録等の面で、歯科衛生士等の専門性が必要と思われるため実施できていない(介護福祉士・ホームヘルパー・ケアマネージャー)
<p>施設外でのケア不足</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の利用者が多く、又、独居老人が多いため、家庭での口腔ケアが十分にできていない(看護師) ・施設外(自宅)での口腔ケアが全く行われていない(看護師) ・居家で洗う習慣のない方は、清潔になり過ぎて違和感があらわれる(副介護長)
<p>研修会について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・勉強会ができていない(看護師) ・嚥下のメカニズムを介護スタッフに映像や模型を通じて伝えられたらと思う(看護師・ケアマネージャー) ・寝たきりの方に関しては(訪問介護)、割りばしにガーゼを巻いて口腔ケア(残存歯)をしているが、なかなかプラークの取り方など難しく、講習などがあれば受けたいと思う(ホームヘルパー) ・口腔機能向上についての研修会等が少なく感じる(介護福祉士)

保険請求について	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔機能向上加算が、どのようにしたら、点数がとれるのかわからない。(看護師) ・デイサービスでは、食後、家族様・本人の希望者を対象に口腔ケアを施行しているが、義歯の洗浄を行い、歯磨き・舌磨きを行っているが、ほとんど完璧に行えていると自負しているが、介護保険の中での口腔ケアの加算を取り入れる方向を検討したこともあったが、歯科医師や地域の他の先生との連携を考えると不安がある。他の施設も、取り入れたいがどうしていいのかわからないのが現状と思う。又、調査後の結果を配布して頂けると思う。楽しみに待っています(看護師・ケアマネージャー)
ケアプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン・評価の仕方 etc (看護師) ・昼食後の健口体操と食後の口腔内清潔を保持するケアをするだけで精一杯で、個別計画立案まで至らない状態である(介護福祉士)
ケアの効果	<ul style="list-style-type: none"> ・昼食前に嚥下訓練を全員で行うが、効果がまちまちになっている(看護師) ・介護老人ホームであり自立した方も多く、支援員としてのかかわりの中での声かけ等は行っているが、知的障害の方も多く、口腔ケアの状態が良好とまではいかない。利用者向けの口腔ケアの指導に Dr より来て頂いたが、どこまで効果があったか把握しづらい(無回答)
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・デイクアで昼食後の歯磨きを実施して口臭が減ったことと、自分から歯科受診をされるようになったことが口腔ケアを実施してよかった点である(看護師) ・一人一人に対して、十分な時間がかけられずに困っている(看護師) ・物品器具が少ない(看護師・ケアマネージャー) ・洗面所が一か所で、混雑している(ホームヘルパー) ・歯周病(ホームヘルパー)
分類	記述内容(所有資格)
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・現在、居宅療養管理指導でケアマネを通じて歯科医師、衛生士等と意見交換ができないが、管理指導ではなく、気軽に質問ができるようなアドバイザーが近くでは無いので職員が技術向上できないと思われる(介護福祉士) ・通所では口腔内チェックはできても、希望されても治療ができない。利用者の方々の希望によっては受診をすすめるだけではなく、治療まで利用時にできればいいのに…と思う(介護福祉士・ケアマネージャー) ・効果的な嚥下体操はあるか?(介護福祉士・ホームヘルパー・ケアマネージャー) ・口腔ケア後、嘔吐をよくされる方がいる。どうしたらよいか…(介護福祉士・ホームヘルパー・ケアマネージャー)

高齢者施設における看護・介護職員による口腔ケアの現状と課題
 - 2 県の施設スタッフへの調査から -

研究協力者 原 等子 新潟県立看護大学老年看護学領域

主任研究者 柿木 保明 九州歯科大学摂食機能リハビリテーション学分野

研究要旨

介護保険の改正により介護予防の中に口腔機能向上が位置づけられ、摂食・嚥下訓練とともに、口腔ケアの必要性に注目が集まっている。「食べる」ことは人間にとって、最大の楽しみであると言っても過言ではない。高齢者にとって介護予防だけではなく、高齢者施設における要介護者のケアの質向上も重要な課題である。

そこで、今回、高齢者施設における口腔ケアの課題を明らかとし、今後の口腔ケアの質向上のための基礎資料とすることを目的に、介護老人保健施設と介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の看護、介護職員に、現状の口腔ケアと今後の課題について調査を実施した。

2 県の介護老人保健施設および介護老人福祉施設の看護、介護職員各 1 名に無記名質問紙調査を実施した。150 施設(回収率 30.1%)から回答を得た。口腔ケアの研修への参加経験者は 7 割程度であった。そのうち実技を含む研修を受けたものは半数程度であった。高齢者施設においても多職種によるケアチームが 6 割で設置されていた。口腔ケアチームも 2 割程度で設置されていた。ケアスキルに関する自己評価では、全体的にやや低めの傾向を示した。口腔アセスメントおよびケアプランの立案では有意に看護職が高い傾向を示した。研修回数や実技を含む研修参加経験によって特にアセスメントやケアプランにおいて自己評価が高くなる傾向を示した。観察項目として食物残渣は比較的ほとんど(96%)が毎回みていると答えていた。口腔乾燥は看護職が、義歯の装着状態では介護職がより観察している傾向を示した。歯科衛生士の常駐があるのは 3.8%であり、歯科の往診で定期にも依頼時にも来ない(受診が必須)ものが 19.1%であった。歯科専門家以外で口腔ケアについて相談できるものは、多くが看護職を挙げていた。

多くの看護師や介護士が、口腔ケアの知識や技術に不十分さを感じている。研修はケアスキルの向上に効果的であり、アセスメントに役立っている。また、実技研修を受けることで、ケアプランの立案に反映される。さらに複数回研修を受けたものの自己評価は高くなる傾向にある。しかし、職種によってその効果が異なることから、今後、対象者の背景による研修方法や内容の検討が必要だと思われる。看護職は、介護職などから相談を受ける立場でもあり、看護職の高い口腔アセスメントおよびケアスキルの向上が早急に求められている。

A. 研究の目的

介護予防による口腔機能向上サービスの導入は、人間の最大の楽しみである「食べる」を意

識する上で、摂食・嚥下訓練とともに、口腔ケアの重要性が認識されたといえる。しかし、高齢者ケアの現場では、時間やスキルなどの問題

から十分なケアが提供されているとはいえない。そこで、高齢者施設の口腔ケアに期待する効果やスキルに関する認識などに関する質問紙調査を実施した。

B. 研究対象および方法

- 1) 調査時期：2007年1月
- 2) 調査対象：九州および北陸に位置する2県の介護老人保健施設および介護老人福祉施設の全439施設
- 3) 調査方法：質問紙調査を郵送法で実施した。それぞれの施設で看護職と介護職各1名に回答を依頼し、150施設から回答を得た。看護職の回答は132施設135件(回収率30.1%)、介護職の回答は149施設158件(回収率33.9%)であった。
- 4) 分析方法：調査結果を集計し、統計的処理はSPSS14.0Jを用い、看護職と介護職間の比較をノンパラメトリック Kruskal Wallis 検定により分析した。
- 5) 倫理的配慮：回答は個人や施設の匿名性を守り管理し、分析を行った。

C. 研究結果

1) 口腔ケアに関する研修参加経験の有無

口腔ケアに関する研修に参加経験のあるものは、約7割であった(図1)。そのうち、実技を含む研修を受けたことのあるものは、約半数であった(図2)。看護職と介護職で研修参加経験の有無、参加回数、実技研修経験の有無には有意差がみられなかった。

2) ケアチームの設置状況(図3)

多職種によるケアチームが設置されている施設は、全体の63.9%であった。そのチーム名称は、リハビリチームと栄養改善チームが多く、次いで口腔ケアチームが設置されていた。口腔ケアチームの設置は、介護老人保健施設22.6%、介護老人福祉施設17.6%で行われていた。その他の記述には、栄養(摂食・嚥下・栄養

改善)に関する複合的なチームをつくっているという回答が多く、その内容に口腔ケアに関することも含むとしている施設が複数みられた。

表1 対象施設

		介護老人 保健施設	介護老人 福祉施設	合計	回収率 (%)
施設	発送	169	270	439	34.2
	回収	54	96	150	
回答 (件)	発送	507	810	1317	25.4
	回収	125	210	335	

表2 回答者の属性

職種	管理職	中間 管理職	非 管理職	無回 答	総計
看護職	3	54	49	29	135
介護職	1	54	54	49	158
総計 (%)	4 (1.4)	108 (36.7)	103 (35.2)	78 (26.6)	293

表3 調査内容

- ① 口腔ケアに関する研修経験
- ② 口腔ケアの呼称およびケアチーム体制
- ③ 口腔ケアに関する知識・技術の認識に関すること
- ④ 使用物品・保管管理方法に関すること
- ⑤ ケア連携体制に関すること

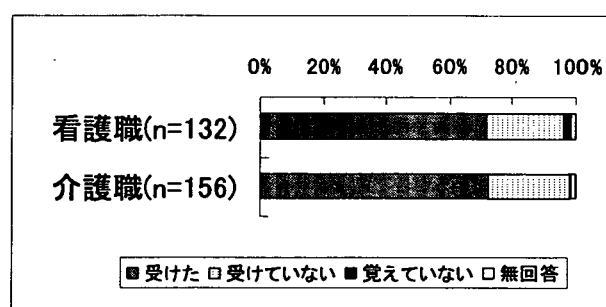


図1 口腔ケアに関する研修参加経験

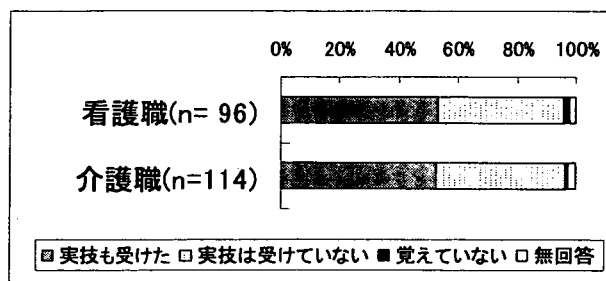


図2 口腔ケア研修で実技指導を受けたか

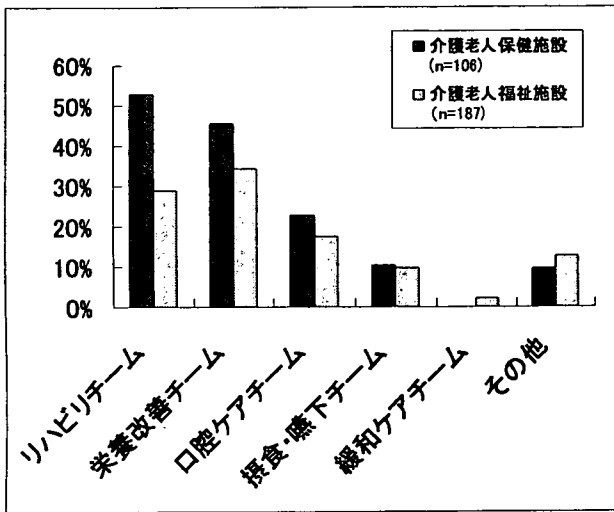


図3 ケアチームの設置

3) ケアスキルなどに対する自己評価

口腔ケアに関するスキルの「はい」「大体」「少し」「いいえ」の4段階で自己評価をたずねた。「自信を持って口腔ケアができる」 2.56 ± 0.9 、「口腔のアセスメントができる」 2.04 ± 0.89 、「個人に合わせて口腔ケア物品が選択できる」 2.4 ± 0.9 、「口腔ケアプランを立案できる」 1.93 ± 1.02 、「口腔ケアの実施後の評価をしている」 1.75 ± 1.05 、「要介護者の口腔ケアの方法について説明できる」 2.48 ± 0.94 であった。これらの項目について、職種による比較(図4)を行ったところ、口腔アセスメントスキルおよびケアプランの立案に有意差がみられた。また、研修の経験による比較(表

4) では、看護職において研修を受けたものが口腔アセスメントスキルと要介護者の口腔ケア方法の説明の項目で有意差が認められた。さらに、研修参加回数では、看護職、介護職ともに回数を増すごとにケアの自信を高めている傾向にあり、看護職においてはアセスメント、ケア物品の選択、ケアプランの立案、評価とほとんどすべての項目で有意差を示した。さらに、実技が含まれた研修を受けたものは、看護職において、ケアプランの立案、要介護者の口腔ケア方法の説明の項目で有意差を認めた。

4) 口腔ケア時の観察項目

「食物残渣」については、看護職・介護職ともに一番観察している項目として96.4%が「毎回みている」と回答した。次に「毎回」観察している項目は、看護職が「口腔内の乾燥」、介護職が「義歯の装着状態」であった。どちらの項目も看護職と介護職に有意差が見られた。

また、口唇および口腔内の乾燥、口臭、舌の状態、義歯の装着状態、開口状態は、5~6割が「毎回みている」と答えた。しかし、義歯の状態、残存歯の状態は3割程度と少なかった。

そのほか、痰の状態、舌の機能、出血やRSSTなど、詳しく見ているという回答があった反面、「良くわからない」という看護職の回答が2件あった。

5) 歯科専門家との連携状況

歯科衛生士の常駐施設は3.8%で、内訳は介護

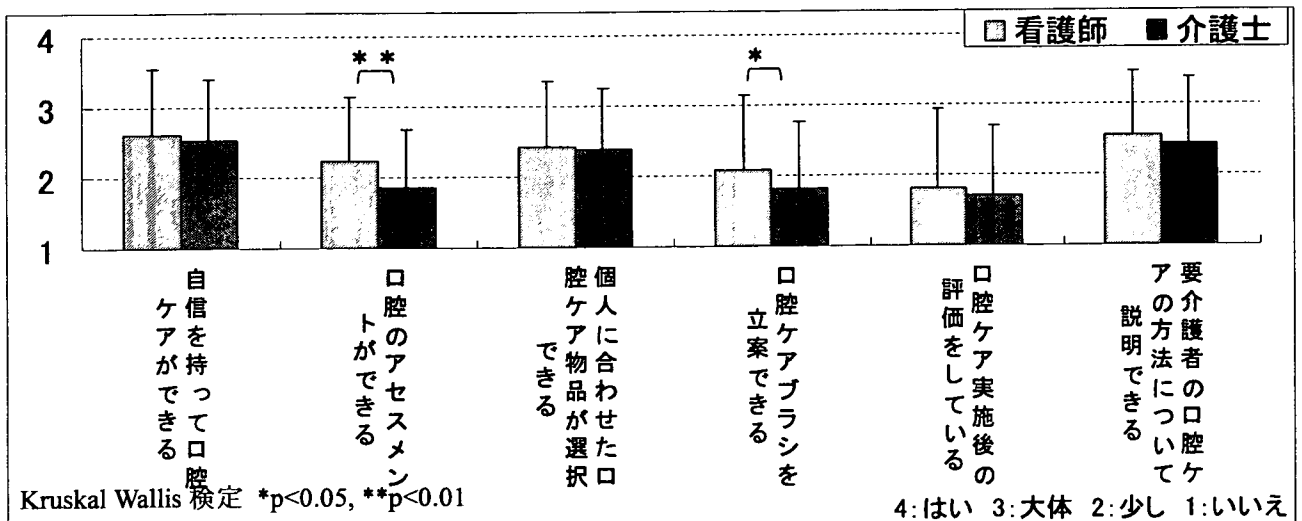
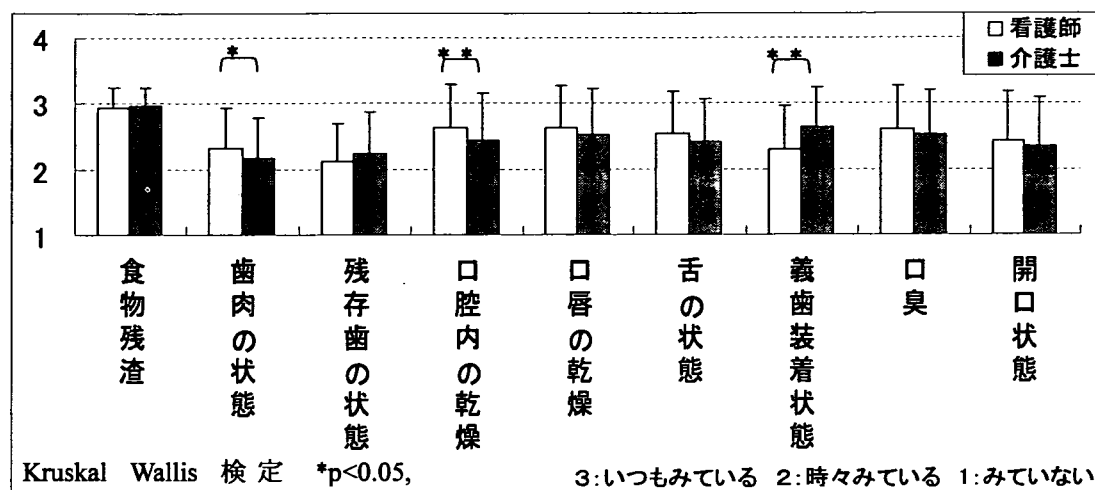


図4 職種による口腔ケアスキルの自己評価

老人保健施設 7.5%、介護老人福祉施設 1.6%であった。歯科医師の常駐施設はなかった。

の施設で始まっており、独立あるいはそれらに付随するかたちで、口腔ケアについても多職種専門



家チームによる検討が行われている施設が2割程度あることがわかり、現場ではさまざまな対策が講じられつつあることがわかった。

図5 口腔ケア時の観察項目

歯科の往診頻度は、「定期」39.9%、「依頼時」39%。定期の頻度は、「週1回」と「月1~3回」が多かった。定期にも依頼時にも来ないという回答は19.1%で、介護老人保健施設21.7%、介護老人福祉施設17.6%であった。これらの回答は、歯科受診をするという回答が何件かあった。また、介護老人保健施設では、併設の病院に常設などで歯科医師や衛生士がおり、受診するという回答があった。歯科専門家に相談できる体制は、「ある」73.9%、「ない」22.7%であった。

歯科専門家以外で、日常業務の中で、口腔ケアについて相談できる職種がいるか尋ねたところ、66.9%が看護職を挙げていた。看護職に相談するのは、介護職75.9%、看護職56.3%であった。次いで医師、介護職、栄養士の順であった。相談できる職種はないという回答は11.3%であった。

言語、作業、理学療法士の中では、作業療法士が一番多く9.6%、言語聴覚士は8.5%で、理学療法士は2.7%であった。これらの職種は介護老人保健施設で多かった。

D. 考察

高齢者ケア施設における口腔ケアへの関心は、回答者の研修参加経験者が多いことからもうかがえる。さらに、褥瘡ケアやNSTの導入などにより、栄養や摂食嚥下に関するチームケアが多く

口腔ケアスキルなどに関する自己評価では、全体的にスキルが十分にあるとは言えず、多くが全体、少しなどの曖昧な評価をしており、自信を持ってケアできるほど、アセスメントやケアプランを立案できていない現状が示唆された。しかし、看護職では、研修参加によってアセスメントができるようになり、研修の回数を増すごとにほとんどの項目の理解度は高くなる蛍光が見られた。また、実技のある研修に関しては、ケアプランを立案することに役立っていることがわかった。

これに対して、研修経験の有無による比較では、看護職においてケアスキルに関する自己評価に影響が見られるが、介護職においては有意な差を認めなかった。研修経験によってできるという認識が高くなるばかりではないことが示唆され、今後の研修計画を考える上でも考慮しなければならない点である。

また、研修も必ずしもすべての項目に効果があるわけではないのかもしれない。研修の目的や内容にもよるが、現場での質の高い口腔ケアの浸透のためには、研修においてケアスキルの向上により寄与するような内容を考えていく必要がある。

観察項目では、食物残渣についてはほとんどの人がみていると答えていたが、そのほかの項目に関してはかなりばらつきがみられた。特に、看護職と介護職で口腔乾燥は看護職が多く、義歯の装

着状態では介護職が多く観ている傾向があった。これは、看護職と介護職が日頃みている利用者の状態にもよると思われる。介護職が食事の援助を行うことが多い施設の特性も関係していると思われる。これらの観察項目に関しては、研修の有無などによる比較をしたがほとんど違いが見られなかった。ケアを行う際に見るべき観察事項として、これらの項目が認識されていないのかも知れず、周知していく方法を考えていく必要がある。

E. 結論

1. 高齢者施設における多職種専門家チームの増加に伴い、歯科専門家も口腔から栄養や摂食・嚥下に関するケアの検討に関与することが期待されている。今後、これらの職種と連携をとる上で、看護師および介護士の知識・技術の充実と、連携方法について検討していく必要がある。
2. 多くの看護師や介護士が、口腔ケアの知識や技術に不十分さを感じている。研修はケアスキルの向上に効果的であり、アセスメントに役立っている。また、実技研修を受けることで、ケアプランの立案に反映される。さらに複数回研修を受けたものの自己評価は高くなる傾向にある。しかし、職種によってその効果が異なることから、今後、対象者の背景による研修方法や内容の検討が必要だと思われる。
3. 看護職は、歯科専門家による往診・常駐体制強化への期待も高いが、介護職などから相談を受ける立場でもある。看護職の高い口腔アセスメントおよびケアスキルは必要不可欠で、直接ケアを行うことは少なくとも、高齢者ケアにおいて看護師の知識や技術レベルの向上が早急に求められている。

「口を見ればケアの質がわかる」といわれることから、高齢者施設の口腔ケアのさらなる充実を期待したい。

表4 口腔ケアスキルに関する自己評価の研修受講状況との比較

	看護職			介護職		
		mean	±SD (N)	mean	±SD (N)	
口腔ケアに関する研修の参加経験						
自信を持って口腔ケアができる	あり	2.59	±0.95 (96)	2.48	±0.85 (99)	
	なし	2.64	±0.95 (28)	2.63	±1.00 (40)	
口腔のアセスメントができる	あり	2.35	±0.91 (94)	1.90	±0.84 (90)	} †
	なし	1.82	±0.77 (28)	1.78	±0.85 (37)	
個人に合わせた口腔ケア物品が選択できる	あり	2.49	±0.94 (98)	2.30	±0.88 (102)	
	なし	2.21	±0.86 (29)	2.63	±0.87 (40)	
口腔ケアブラシを立案できる	あり	2.18	±1.08 (93)	1.84	±0.96 (90)	
	なし	1.74	±0.90 (27)	1.81	±1.04 (42)	
口腔ケア実施後の評価をしている	あり	1.88	±1.15 (95)	1.65	±0.97 (101)	
	なし	1.57	±1.00 (28)	1.86	±1.08 (43)	
要介護者の口腔ケアの方法について説明できる	あり	2.66	±0.89 (96)	2.44	±0.95 (100)	} †
	なし	2.23	±0.92 (31)	2.35	±1.02 (43)	
口腔ケアに関する研修の参加回数						
自信を持って口腔ケアができる	1回	2.50	±0.94 (30)	2.43	±0.93 (44)	} †
	2回	2.42	±0.83 (38)	2.24	±0.79 (29)	
	3回	2.67	±1.18 (15)	2.67	±0.78 (12)	
	4回以上	3.23	±0.83 (13)	3.08	±0.49 (13)	
口腔のアセスメントができる	1回	2.19	±0.95 (31)	1.85	±0.83 (40)	} †
	2回	2.16	±0.80 (37)	1.74	±0.76 (27)	
	3回	2.67	±0.98 (15)	2.08	±1.00 (12)	
	4回以上	3.00	±0.77 (11)	2.27	±0.79 (11)	
個人に合わせた口腔ケア物品が選択できる	1回	2.17	±0.95 (30)	2.20	±0.97 (45)	} †
	2回	2.38	±0.90 (40)	2.35	±0.84 (31)	
	3回	3.00	±0.93 (15)	2.15	±0.80 (13)	
	4回以上	3.00	±0.71 (13)	2.67	±0.65 (12)	
口腔ケアブラシを立案できる	1回	2.00	±0.95 (30)	1.79	±0.98 (39)	} †
	2回	1.95	±0.97 (39)	1.78	±0.89 (27)	
	3回	2.64	±1.34 (14)	2.00	±1.08 (13)	
	4回以上	3.00	±1.05 (10)	2.00	±1.00 (11)	
口腔ケア実施後の評価をしている	1回	1.52	±1.00 (31)	1.59	±0.91 (46)	} †
	2回	1.82	±1.14 (38)	1.63	±0.96 (30)	
	3回	2.44	±1.21 (16)	1.62	±1.12 (13)	
	4回以上	2.40	±1.17 (10)	2.09	±1.14 (11)	
要介護者の口腔ケアの方法について説明できる	1回	2.52	±0.91 (29)	2.43	±0.95 (44)	} †
	2回	2.66	±0.85 (38)	2.31	±0.93 (29)	
	3回	2.56	±1.03 (16)	2.62	±0.87 (13)	
	4回以上	3.08	±0.76 (13)	2.62	±1.12 (13)	
研修参加者のうち口腔ケア実技を含めた研修の参加経験						
自信を持って口腔ケアができる	あり	2.76	±0.94 (50)	2.54	±0.91 (56)	
	なし	2.43	±0.94 (42)	2.38	±0.78 (39)	
口腔のアセスメントができる	あり	2.51	±0.92 (51)	2.04	±0.88 (50)	
	なし	2.17	±0.89 (41)	1.76	±0.76 (37)	
個人に合わせた口腔ケア物品が選択できる	あり	2.77	±0.85 (52)	2.37	±0.81 (54)	
	なし	2.19	±0.97 (42)	2.16	±0.94 (44)	
口腔ケアブラシを立案できる	あり	2.43	±1.12 (49)	1.86	±1.02 (51)	} †
	なし	1.95	±1.00 (41)	1.89	±0.89 (36)	
口腔ケア実施後の評価をしている	あり	2.12	±1.15 (50)	1.85	±1.06 (53)	
	なし	1.61	±1.07 (41)	1.48	±0.85 (44)	
要介護者の口腔ケアの方法について説明できる	あり	2.74	±0.92 (50)	2.62	±1.01 (55)	} †
	なし	2.57	±0.83 (42)	2.27	±0.84 (41)	

Kruskal Wallis 検定 † p<0.05, ‡ p<0.01

高齢者における口腔機能と臨床診断基準の関連性に関する研究

主任研究者 柿木 保明 九州歯科大学摂食機能リハビリテーション学分野
 研究協力者 尾崎 由衛 九州歯科大学摂食機能リハビリテーション学分野
 小笠原 正 松本歯科大学障害者歯科学講座

研究要旨

高齢者における介護予防では、口腔乾燥が誤嚥性肺炎のリスクとして認識されてきたが、临床上では口腔乾燥状態は嚥下困難感や咀嚼困難感とも大きく関連していることから、今回は、口腔機能のうち咀嚼困難感と嚥下困難感を中心に唾液湿潤度との関連性について明らかにする目的で、調査研究を行った。

調査対象は、17年12月から20年2月までに病院歯科および歯科診療所を受診した患者および老人保健施設等に入所中の65歳以上の高齢者395名を含む621名とした。対象者に対しては、口腔乾燥の自覚症状についての問診のほか、食べ物の咬みにくさ（咀嚼状態）、乾燥した食品の噛みにくさ（乾いた食物の咀嚼困難感）および食品の飲み込みにくさ（嚥下困難感）の3項目について調査した。いずれも調査の目的や概要について説明を行い、同意を得られた者を対象とした。

口腔乾燥の程度については、長寿科学総合研究事業「高齢者の口腔乾燥症と唾液物性に関する研究」で作成した口腔乾燥の臨床診断基準により正常から舌上粘膜乾燥までの4段階に分類した。また、湿潤度検査紙を用いて、舌先端から10mmの舌背部の湿潤度を10秒法で測定した。

その結果、臨床診断基準が高い群では、口腔機能と関連する咬みにくさや乾いた食品の咀嚼困難感、嚥下困難感を自覚する者の割合が有意に増加することが認められた。とくに、3度を示す群では口腔機能低下と関連する症状が多いと思われた。

今回用いた臨床診断基準は高齢者における口腔機能低下群を評価するのに有用な評価方法と思われた。臨床診断基準3度では、他の群よりも口腔機能低下を示す者が多いことから、臨床診断基準が2度以下になるようなトレーニングが機能向上プログラムで必要と思われた。

A. 研究の目的

高齢者における口腔乾燥は、口腔疾患の発症だけでなく、口腔機能とも大きく関連していることが示唆されている¹⁾。とくに、服用薬剤の問題や飲水行動の問題から、口腔乾燥感を自覚する者が多く、口腔乾燥のある者では有意にBMIが低下していることが認められた。

そこで、口腔乾燥状態と嚥下機能との関連性について明らかにする目的で、咀嚼や嚥下機能

と関連する嚥下困難の自覚症状、咀嚼困難感と口腔乾燥の関連性について、調査研究を実施した。

B. 対象と方法

調査対象は、平成17年12月から平成20年2月の約2年間に、病院歯科および歯科診療所を受診した患者および老人保健施設等に入所中の65歳以上の高齢者621名とした（表1）。対象者に

対しては、口腔乾燥の自覚症状（口腔乾燥感）についての問診のほか、乾燥した食品の噛みにくさ（咀嚼困難感）および食品の飲み込みにくさ（嚥下困難感）について調査した（表2）。

咀嚼困難感、嚥下困難感、乾いた食品咀嚼困難感についての問診項目は、それぞれ、0:なし、1:時々・少し、2:あるの3段階とした（表3）。

口腔乾燥の程度については、平成15年度長寿科学総合研究事業「高齢者の口腔乾燥症と唾液物性に関する研究」（主任研究者：柿木保明）で作成した口腔乾燥の臨床診断基準により正常から舌上粘膜乾燥までの4段階に分類した（表4）。また、唾液湿潤度検査紙を用いて、舌先端から10mmの舌背部湿潤度を10秒法で測定した（図1、図2）。

唾液湿潤度紙の評価は、キソウエット（KISOサイエンス株式会社）を用いて評価を行った。舌粘膜の表面に接触させて垂直に10秒間保持し、10秒間で吸湿した唾液の幅（mm）を読み取り、記録した。

対象者に対しては、研究趣旨について説明を行い、外科的侵襲など生体への害が無い事を説明して、同意を得て、調査を実施した。

統計処理は、データをパソコンに入力後、SPSSおよびエクセル統計2002を用いて行った。統計学的検定は、一元配置分散分析法およびノンパラメトリック法を用いて行い、危険率0.05をもって、有意とした。

表1：対象者

年代	合計	男性	女性
16-29	26	4	22
30-39	23	7	16
40-49	41	15	26
50-59	62	25	37
60-69	80	30	50
70-79	160	56	104
80-89	176	35	141
90-100	53	9	44

表2：検討項目

年齢・性別
口腔乾燥感（自覚症状：3段階）
咀嚼困難感（5段階）
乾いた食品の咀嚼困難感（3段階）
嚥下困難感（3段階）
湿潤度検査紙による評価（舌上10秒法）
同上（舌下10秒法）

表3：口腔機能の自覚症状

咀嚼困難感（咬みにくさ）

- 0：咬める
- 1：やや咬みにくい
- 2：咬みにくい
- 3：咬めない
- 4：食べない

乾いた食品の咀嚼困難感

- 0：ない
- 1：少し、時々ある
- 2：ある

嚥下困難感

- 0：ない
- 1：少し、時々ある
- 2：ある

表4：臨床診断基準（臨床分類）

- 0度(正常)：口腔乾燥や唾液の粘性亢進はない
- 1度(軽度)：唾液が粘性亢進、やや唾液が少ない。唾液が糸を引く
- 2度(中程度)：唾液が極めて少ない。細かい泡がみられる
- 3度(重度)：唾液が舌粘膜上にみられない

※唾液の泡は、粘性亢進や口腔乾燥の傾向がある。

細かい泡＝おおよそ1ミリ以下の泡、白くみえる泡
粘性亢進は、糸引き状態で判定する。1～2ミリ以上の泡の場合は1度と判定する。

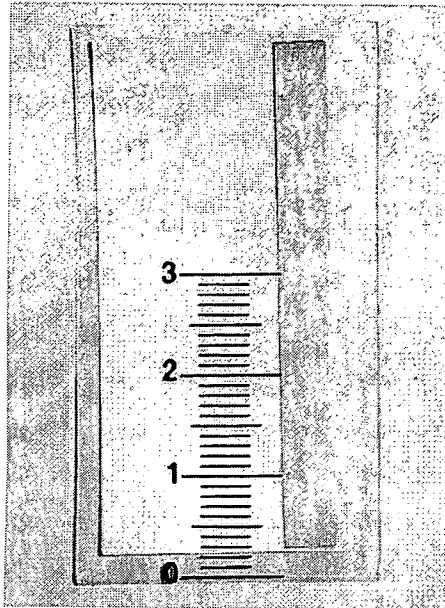


図1:唾液湿潤度検査紙

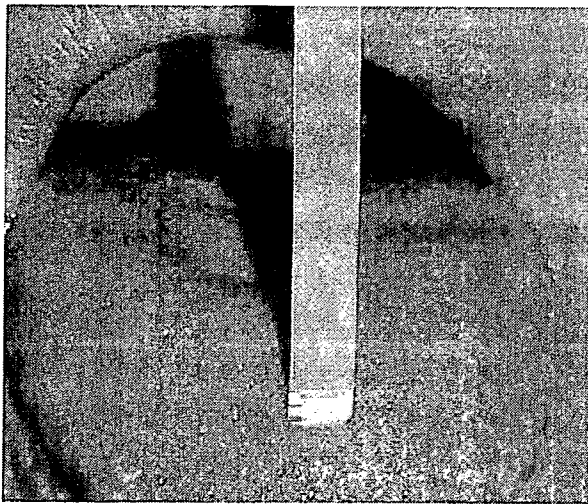


図2:唾液湿潤度検査紙の測定
(舌粘膜上の測定 舌上10秒法)

C. 結果

1) 臨床診断基準

(1) 舌上湿潤度との関連性

舌上湿潤度が高くなるにしたがって、臨床診断基準が低くなり、有意 ($p < 0.01$) に口腔乾燥度が低下することが認められた。また、1mm 未満の群では、他の群に比較して有意 ($p < 0.01$) に臨床診断基準の分類が高いことが認められ、口腔乾燥

度が高いことが示された(図3)。

(2) 舌下湿潤度との関連性

舌下湿潤度が高くなるにしたがって、口腔乾燥度が低くなることが示された。とくに、5mm 未満群では、5mm 以上群に比較して有意 ($p < 0.01$) に臨床診断基準の高い群が多いことが認められた。さらに舌下湿潤度が 15mm を超えると、臨床診断基準も低くなることが認められた (図4)。

(3) 咬みにくさとの関連性

咬みにくさとの臨床診断基準との関連性では、臨床診断基準2度以下群に比較して、3度を示す群では、有意 ($p < 0.01$) に咬みにくさを自覚する者が多いことが認められた (図5)。

(4) 歯の状態との関連性

歯の状態は、自分の歯、部分義歯、総義歯の有無で分類した。その結果、部分床義歯群の者で臨床診断基準の高い傾向がみられたが、統計学的には有意差がみられなかった。一方、臨床診断別にみると、3度群では、部分義歯や総義歯群が多いことが認められ、1度および2度群では、3度群に比較して義歯の使用者が少ない傾向がみられた(図6、図7)。

(5) 乾いた食品の咀嚼困難感との関連性

乾いた食品の咀嚼困難感についてみたところ、臨床診断基準が高くなるにつれて、有意 ($p < 0.05$) に、咀嚼困難感を自覚するものが増加することが認められ、臨床診断基準3度群の55.7%が咀嚼困難感を自覚していた (図8)。

(6) 嚥下困難感との関連性

嚥下困難感についてみると、臨床診断基準が高くなるにつれて、嚥下困難感を自覚する者が有意 ($p < 0.01$) に高くなり、臨床診断基準3度群では、45.7%が嚥下困難感を自覚していた(図9)。

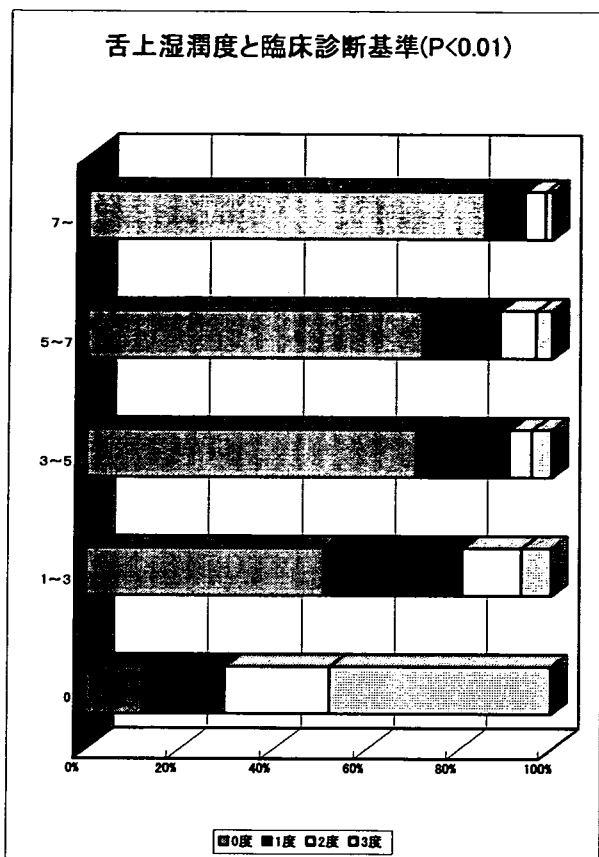


図3：舌上湿潤度と臨床診断基準

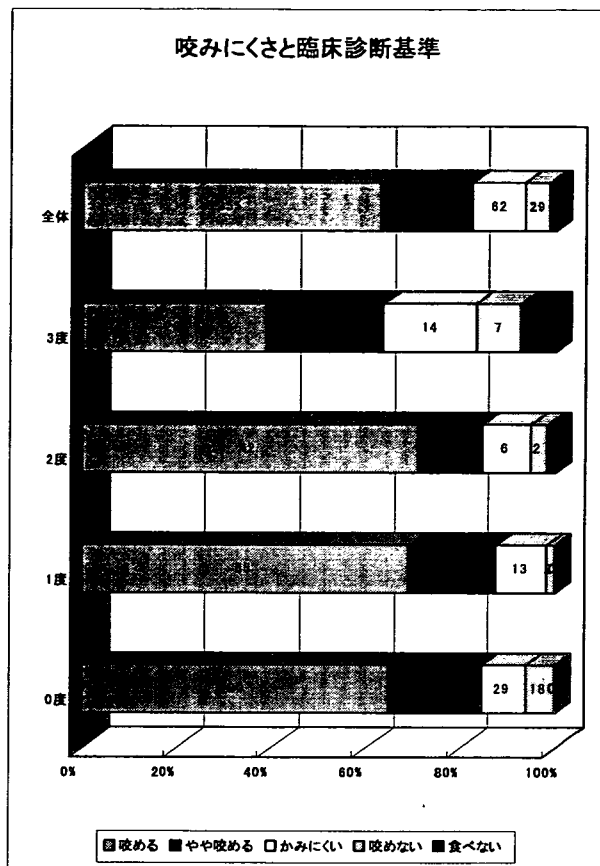


図5：咬みにくさと臨床診断基準

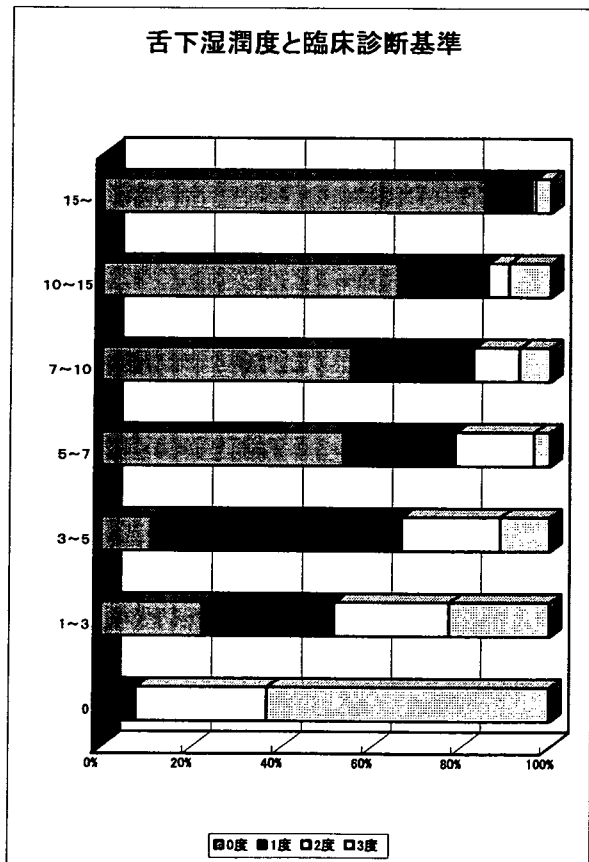


図4：舌下湿潤度と臨床診断基準

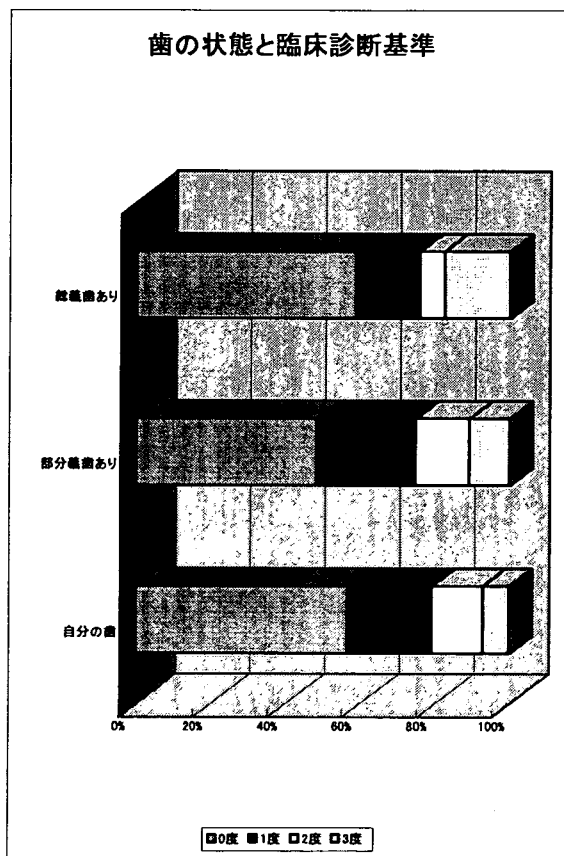


図6：歯の状態と臨床診断基準

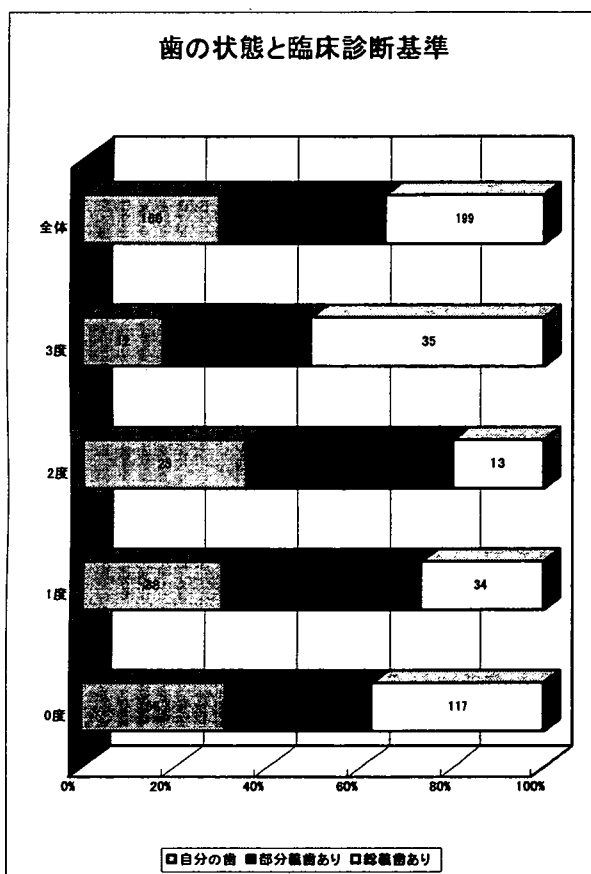


図 7 : 歯の状態と臨床診断基準

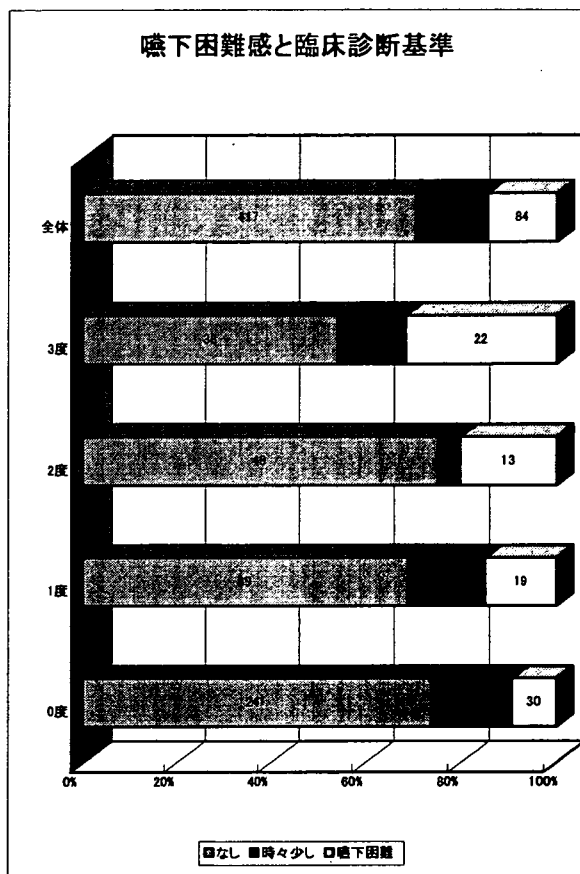


図 9 : 嚥下困難感と臨床診断基準

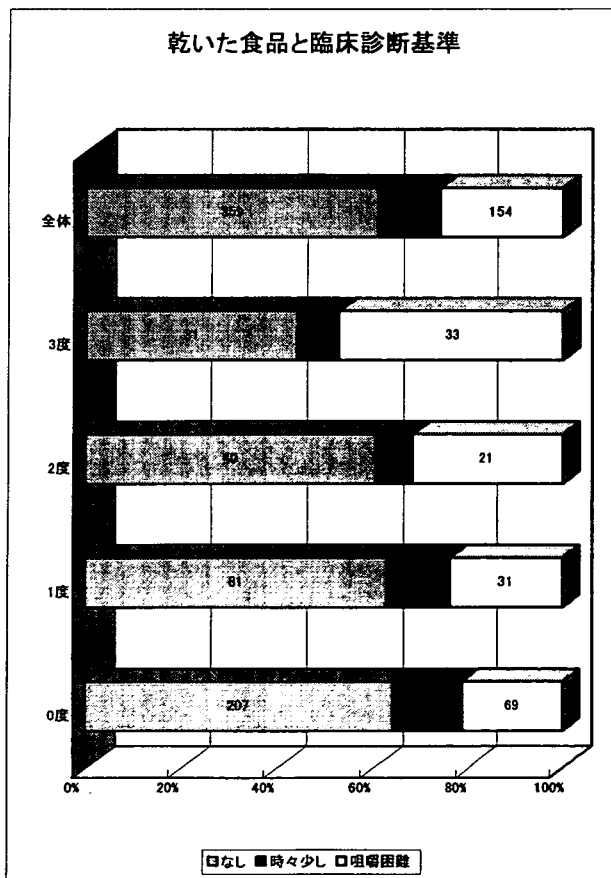


図 8 : 乾いた食品と臨床診断基準

2) 高齢者における臨床診断基準

65 歳以上の高齢者における臨床診断基準との関連性について検討した。その結果、

(1) 舌上湿潤度との関連性 (高齢者)

高齢者における舌上湿潤度は、高くなるにしたがって、臨床診断基準が低くなり、有意 ($p < 0.01$) に口腔乾燥度が低下して正常を示す 0 度群が多くなることが示された。舌上湿潤度が 7 mm 以上群では、90% が 0 度の正常群で、口腔乾燥を示す 3 度のものはみられなかった。一方、舌上の湿潤度が 1mm 未満の群では、他の群に比較して有意 ($p < 0.01$) に臨床診断基準の度数が高いことが認められ、1mm 未満群の%が臨床診断基準 3 度の口腔乾燥を示していた(図 10)。

(2) 舌下湿潤度との関連性 (高齢者)

舌上湿潤度と同様に、舌下湿潤度が高くなるにしたがって口腔乾燥度が有意 ($p < 0.01$) に低くなる

ことが示された。とくに、5mm 未満群では、臨床診断基準0度を示すものがみられず、有意に口腔乾燥度が高いことが示された。また、15mm 以上群では、ほとんどが正常を示す0度のものであり、舌下湿潤度と臨床診断基準との間には高い関連性があることが示された (図 11)。

(3)咬みにくさとの関連性 (高齢者)

咬みにくさとの臨床診断基準との関連性では、臨床診断基準が高くなるにしたがって、有意 ($p<0.01$) に咬みにくさを自覚する者が多くなることが認められた。また、臨床診断基準が3度の群では、全体の67.2%が咬みにくさを自覚していた (図 12)。

(4)歯の状態との関連性 (高齢者)

歯の状態は、自分の歯、部分義歯、総義歯の有無で分類した。その結果、2度群が最も自分の歯の割合が多く、総義歯の割合が少なかった。一方、臨床診断3度ではおよそ58.9%が総義歯であり、部分床義歯を含めると、93.0%が義歯使用者であった。一方、臨床診断基準0度のものでは、総義歯の割合は53.3%で、3度群に比較してやや少ないものの統計学的な有意差はみられなかった (図 13)。

(5)乾いた食品の咀嚼困難感との関連性

乾いた食品の咀嚼困難感についてみたところ、臨床診断基準が高くなるにつれて、有意 ($p<0.05$) に、咀嚼困難感を自覚するものが増加することが認められた。しかしながら、0度から2度までは、津桶医学的な有意差はみられなかった。臨床診断基準3度群は、他の群に比較して乾いた食品の咀嚼困難感を自覚する者が60.7%で、有意 ($p<0.05$) に多いことが示された (図 14)。

(6)嚥下困難感との関連性

嚥下困難感についてみると、臨床診断基準が高くなるにつれて、嚥下困難感を自覚する者が有意 ($p<0.02$) に高くなることが認められた。臨床診断基準0度群では常に嚥下困難を自覚する者は11.9%のみであったが、3度群では35.7%で有意 ($p<0.001$) に多いことが認められた (図 15)。

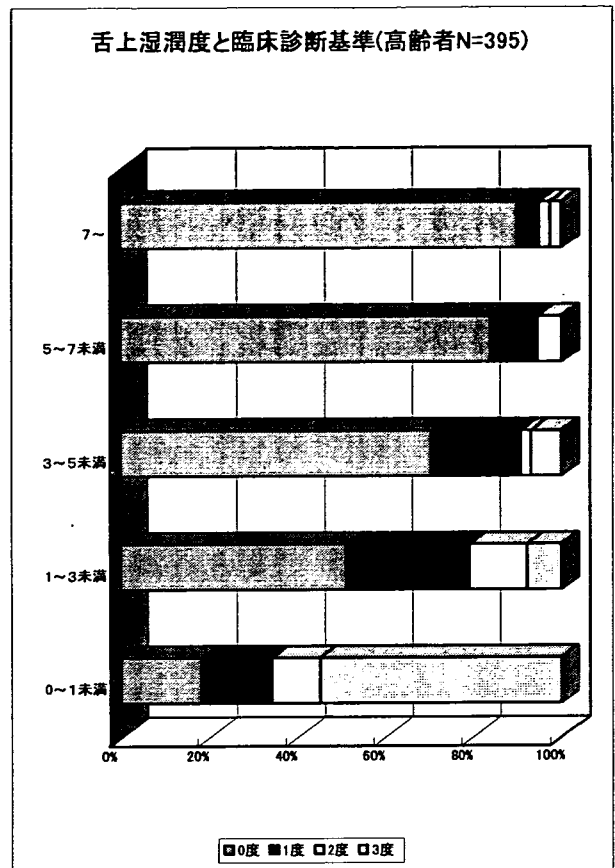


図 10：舌上湿潤度と臨床診断基準(高齢者)

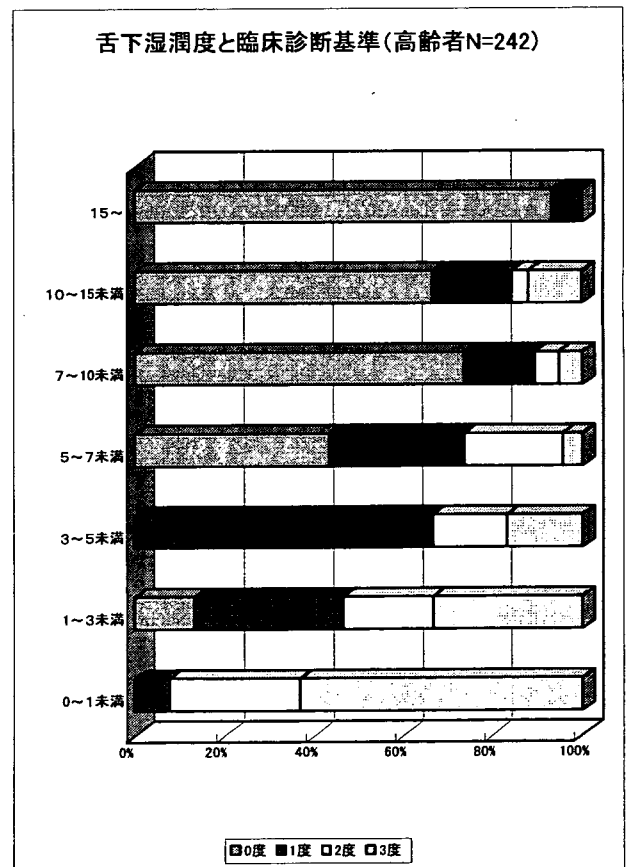


図 11：舌下湿潤度と臨床診断基準(高齢者)

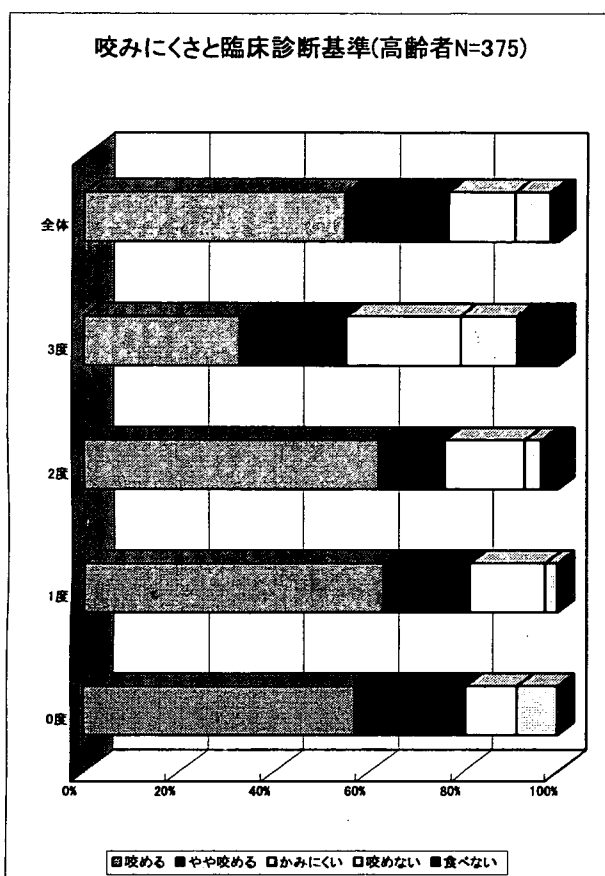


図 12：咬みにくさと臨床診断基準(高齢者)

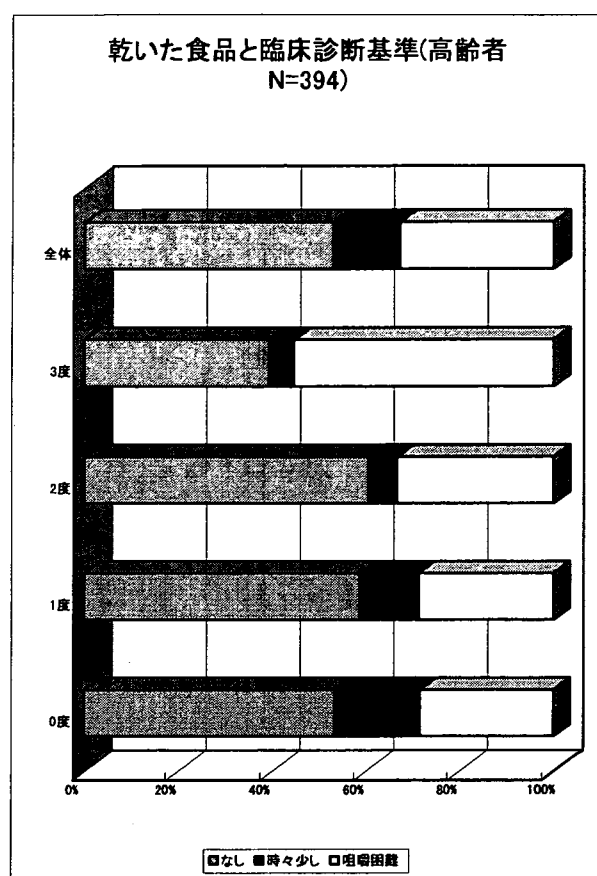


図 14：乾いた食品と臨床診断基準(高齢者)

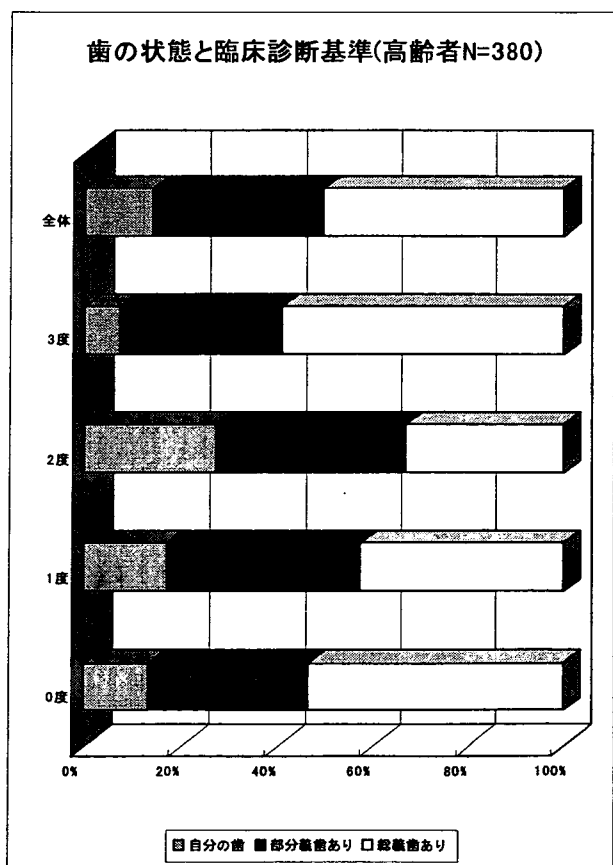


図 13：歯の状態と臨床診断基準(高齢者)

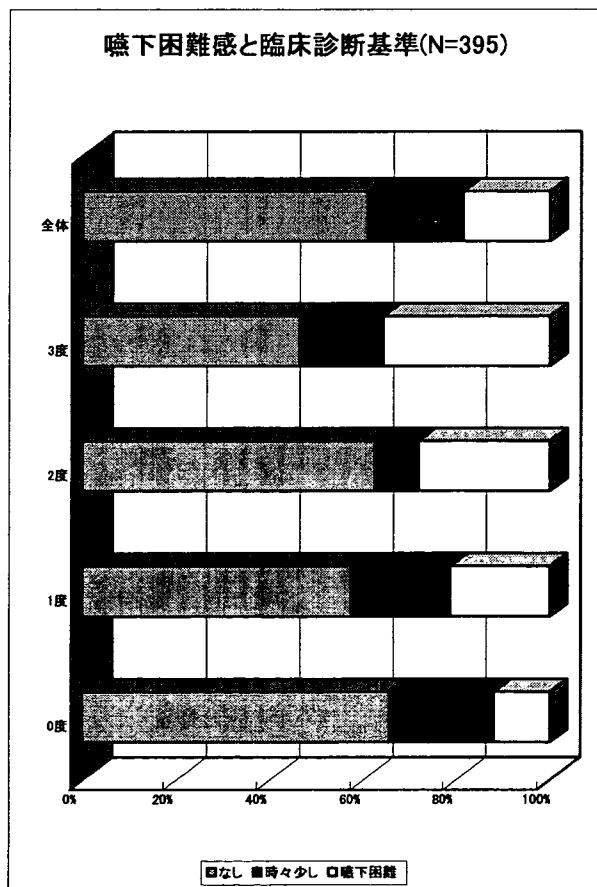


図 15：嚥下困難感と臨床診断基準(高齢者)

D. 考察

本調査研究では、口腔機能と臨床診断基準との関連性について検討した。その結果、臨床診断基準が高い群では、口腔機能と関連する①咬みにくさや②乾いた食品の咀嚼困難感、③嚥下困難感を自覚する者の割合が有意に増加することが認められた。とくに、3度を示す群では口腔機能低下と関連する症状が多いと思われた。とくに、高齢者群で検討すると、その傾向が顕著にみられる傾向が示された。

唾液の評価方法は、一般にガム法やサクソン法などの刺激唾液分泌量の計測が用いられるが、高齢者ではガムやガーゼを咬めない者や義歯の不適合や認知症の影響などのために、十分に検査できない場合も多い。一方、安静時唾液の評価も寝たきり高齢者では吐き出す出すことが困難な場合も多いため不可能で、唾液の評価には、寝たきり高齢者などの知識や全身状態に関連しないスクリーニング検査が重要と成る、今回は、長寿科学総合研究事業で改札して作成した臨床診断基準を用いて評価したところ、高齢者における口腔機能低下の検出に有用であることが示された。

臨床診断基準3度群では、口腔機能低下を示す者が多いことから、臨床診断基準が2度以下になるようなトレーニングが機能向上プログラムで必要と思われた。

E. 結論

今回、65歳以上の高齢者395名を含む621名を対象に、口腔機能と臨床診断基準との関連性について検討を行った。その結果、臨床診断基準は高齢者における口腔機能低下群を検出するのに有用な評価基準と思われた。臨床診断基準3度では、他の群よりも口腔機能低下を示す者が多いことから、臨床診断基準が2度以下になるようなトレーニングが機能向上プログラムで必要と思われた。

なお、本調査に用いたデータの一部については、下記の先生方のご協力によるデータが一部含まれており、ご協力に感謝申し上げます。

岸本悦央（岡山大学大学院歯学総合研究科）

板東達夫（高松市歯科医師会・板東歯科医院）

小林直樹（万成病院歯科）

内山 茂（内山歯科医院）

渡辺 茂（明海大学歯学部小児歯科）

迫田綾子（広島赤十字看護大学）

大鶴 洋（国立病院機構東京医療センター歯科
口腔外科）

井上裕之（国立病院機構九里浜アルコール症セン
ター歯科）

小関健由（東北大学大学院予防歯科学分野）

有田正博（九州歯科大学第一補綴学講座）

金杉尚道（社会福祉法人新緑風会）

山本幸恵（元福岡リハビリテーション病院）

F：参考文献

- 1) 柿木保明：口腔乾燥症の診断・治療・ケア。歯界展望 100-2：366-376, 2002.
- 2) 柿木保明：高齢者の口腔乾燥症。Dental Diamond. 27(3):42-47, 2002.
- 3) 柿木保明：口腔乾燥症の診断・評価と臨床対応－唾液分泌低下症候群として考える－。歯界展望 95-2：321-332, 2000.