

200718062A

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

「口腔ケア・マネジメントの確立」

平成19年度 総括研究報告書

主任研究者 赤川 安正

平成20(2008)年4月

目 次

I. 総括研究報告

口腔ケア・マネジメントの確立に向けて----- 3

広島大学大学院医歯薬学総合研究科 赤川 安正

(資料) 添付図表

II. 分担研究報告

1. 介護保険制度に口腔健康管理をより定着していくために—広島
県呉市における取り組みをもとに— ----- 16

広島市総合リハビリテーションセンター 吉田 光由

(資料) 添付図表

2. 簡易・迅速に評価可能な口腔内細菌数測定装置の開発
----- 26

日本歯科大学附属病院口腔介護リハビリテーションセンター

菊谷 武

パナソニック四国エレクトロニクス(株)

ヘルスケア開発センター

濱田 了, 高木 愛理, 稲口 哲也

3. 介護老人福祉施設入居者の歯周疾患罹患状況-----32

日本歯科大学附属病院口腔介護リハビリテーションセンター

菊谷 武

日本歯科大学生命歯学部

関野 諭

(資料) 添付図表

4. 介護老人福祉施設における栄養支援－摂食支援カンファレンスの実施を通じて－ 67

菊谷 武，高橋 賢晃，福井 智子，片桐 陽香，

戸原 雄，田村 文誉

日本歯科大学附属病院口腔介護リハビリテーションセンター

青木 徳久，小山 理

東京都台東区歯科医師会

桐ヶ久保 光弘，腰原 偉旦

東京都台東区浅草歯科医師会

(資料) 添付図表

Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷 77

総括研究報告書

口腔ケア・マネジメントの確立に向けて

主任研究者 赤川 安正

広島大学大学院医歯薬学総合研究科

顎口腔頸部医科学講座先端歯科補綴学研究室

教授

研究要旨

本研究は、口腔衛生管理が十分に行えない要介護高齢者に対し、限られた人的資源や社会資源において、う蝕や歯周疾患の予防を達成し、さらには気道感染の予防に資する質の高い多職種協同型の口腔ケアを提供できる体制づくりを目指す。このため、口腔衛生状態や口腔機能の的確なアセスメントやリスク評価に基づくケア計画の立案、実施、再評価というPDCAサイクルに則った「口腔ケア・マネジメント」が必要となる。そこで今年度は、この口腔ケア・マネジメントを行うために用いるスクリーニングならびにアセスメント用紙を完成させ、その妥当性を検討した。

分担研究者

菊谷 武

日本歯科大学附属病院口腔介護リハビリテーションセンター

准教授，センター長

吉田 光由

広島市総合リハビリテーションセンター

医療科部長

A. 研究目的

2005年7月26日に厚生労働省医政局より「医師法第17

条，歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」という通知が発せられた。ここでは，医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものとして，体温測定，血圧測定，動脈血酸素飽和度測定，簡単な応急処置ならびに医薬品の使用の介助といった5項目の他に，重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において，歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて，歯，口腔粘膜，舌に付着している汚れを取り除き，清潔にすることも原則として規制の対象とする必要がないものであるとされた。このことは，高齢者介護や障害者介護の現場に定着してきた口腔ケアを考える上では，きわめて妥当な通知といえるものの，一方で，歯科医療等が必要となる場合についても，よりわかりやすい形で社会に提示することが求められていることにもなる。

高齢者の病態および疾患の特徴としては，個人差が大きい，症状が非定型的であるといったものがあり，歯科疾患についても同様のことが言える。とりわけ，要介護高齢者では自ら症状を訴えたり歯科医院を受診したりすることが困難となることも多いため，介護者の協力がなければ歯科疾患が潜在化する恐れがある。さらに，これまでの後期高齢者で現在歯数が多い者は，必ずしも口腔保健に関心があったから現在歯を維持してきたとは限らず，何らかの環境因子や宿主因子が関与した可能性も大きいと考えられる。しかしながら，これから後期高齢者となる者の中には，現在歯の多さが個人の良質な口腔保健行動に起因する者も少なくないことが考えられる。これらが後期高齢者となっていく今後，要介護状態となり口腔衛生を自ら保てなくなった時に，歯周疾患の急性炎症やう蝕などが今以上に多発する可能性は十分に想定される。従って，このような現在歯数が多く口腔管理の必要性がこれ

まで以上に高まると考えられる要介護高齢者に対し，限られた人的資源，社会資源の中において，これらが有する現在歯の喪失にかかわる口腔疾患の予防を達成し，さらには，気道感染の予防に資する口腔ケアを提供するためには，口腔衛生状態や口腔機能の的確なアセスメントに基づいたリスク評価とケア計画の立案ができること，すなわち，日常の衛生管理として介助者が行う口腔ケアと歯科医療者による専門的な口腔ケアの提供体制をどのように組み合わせるかを個々の対象者ごとに立案するための「口腔ケア・マネジメント」の確立が求められている。

このような口腔ケア・マネジメントを確立していく上で歯科医療者として行えなければならない課題としては，口腔疾患の評価・診断と誤嚥性肺炎のリスクを見出すための口腔のアセスメントが挙げられる。口腔疾患の評価・診断はわれわれの専門であり，これをいかにその他の職種とリスクを共有させていけるかが今後の課題である一方，肺炎リスクのある高齢者の口腔関連領域の問題については，口腔内細菌が誤嚥性肺炎の原因であると言われてはいるものの，例えば現在歯数が多いものでリスクが高いのかといった具体的なリスクを評価するための項目についてはほとんど検討されておらず，肺炎リスクを疑うべき口腔の問題を明確にしておくことは，歯科医療者が要介護高齢者をアセスメントする上で必須の課題であると思われる。

そこで本研究では，作成したスクリーニングシートを用いて肺炎リスクの高い要介護高齢者を選択し，それらの口腔関連領域の問題について検討を行うことで，口腔ケア・マネジメントとして評価しておかなければならないアセスメント項目について考察を行うこととした。

B. 対象者および方法

対象者は、全国 19 ヲ所の介護施設入所者のうち、従前に歯科医師もしくは歯科衛生士による専門的口腔ケアを受けたことのない 172 名（男性 46 名・女性 126 名，平均年齢 84.0 歳）とした。なお，口腔ケアの提供は本人もしくは家族等からの希望があり，今回の調査に同意された者のみとした。

これらの対象者に対して，肺炎リスクならびに口腔内状態を簡易に評価するためのスクリーニングを歯科衛生士が表 1 に示すシートを用いて行い，誤嚥性肺炎の既往に「繰り返す発熱ある」「肺炎あり」と回答した者もしくは，食事中や食後のむせ「あり」，食事中や食後の痰のからみ「あり」，頸部聴診にて「呼吸切迫，むせあり」のいずれかがあった者を肺炎リスク群とした。ついで，歯科医師・歯科衛生士による口腔関連領域のアセスメントを過去の報告等より肺炎予防に絞って表 2 のシートを用いて行い，肺炎リスク群とそれ以外の者との間で調査したアセスメント項目への回答結果を t 検定もしくはカイ 2 乗検定を用いて比較し，さらにロジスティック回帰分析を用いて有意な関係のある項目を抽出した。なお，施設ごとに調査者が異なることから，これら歯科衛生士間の評価の信頼性，妥当性を確認するために，スクリーニングシートでの視診による重度歯周病の有無とアセスメントシートでの歯周ポケットの診査において，重度歯周病の定義である 5 mm 以上のポケットの存在する者が一致した割合についてカイ 2 乗検定を用いて検討した。

C. 結果

対象者の年齢分布は平成 17 年介護サービス施設・事業所調査結果にみる施設入所高齢者の年齢分布とほぼ同様であった。対象者の平均要介護度は 3.34 であり，介護福祉施設入所者の平均要介護度 3.74 に近かった。一方，これら対象者の平均現在歯数は 11.5 歯であり，平成 17 年歯科疾患実態調査の結果

(80～84歳の平均現在歯数 8.9 歯，85歳以上 6.0 歯)に比べて多かった。

歯科衛生士による視診により重度歯周病があると判定された者は 75 名であり，うち 63 名が 5 mm 以上の歯周ポケットを実際に有しており，その感度は 76.8%，特異度は 74.5%であった。

スクリーニングシートより肺炎リスク群と選択された者は，56 名（男性 18 名，女性 38 名，平均年齢 84.0 歳），選択されなかった者（対照群）は 116 名（男性 28 名，女性 88 名，平均年齢 84.1 歳）となり，両群間の性別，平均年齢に有意な差はなかった。

要介護度との関係では，肺炎リスク群において介護度が重度化しており，要支援 1 から要介護度 3 までの者と要介護度 4，5 の 2 群に分けて比較すると，肺炎リスク群に有意に要介護度 4，5 の重度の者が多かった ($p<0.05$) (表 3)。また，気管チューブが留置されている者や経管栄養となっている者で肺炎リスク群が有意に多かった ($p<0.05$) (表 3)。さらに，口腔清掃の自発性のない者，口腔ケア時の困難因子となる座位保持や頸部可動の困難や不可能な者で肺炎リスク群が有意に多く ($p<0.05$) (表 3)，開口保持や口腔内の水分保持，含嗽が可能な者や咀嚼ができる者で肺炎リスク群が有意に少なかった ($p<0.05$) (表 3)。一方，肺炎リスク群と対照群との間で現在歯数に差はなく，また，5 mm 以上の歯周ポケットの存在する者で肺炎リスク群がむしろ少ないという結果であった(表 3)。

これら単変量解析で有意であった項目のうち，要介護度と有意な関係のあった経管栄養，気管チューブの留置は多重共線性を生じる可能性があることから除外し，その他有意であった項目をロジスティック回帰分析にかけて変数減少法による選択を行ったところ，要介護度，開口保持，咀嚼運動が肺

炎リスク群の判定に有意となる診査項目であることが示された ($p < 0.05$) (表 4)。

D. 考察

本研究の結果，肺炎リスクの高い要介護高齢者の特徴として，要介護度が高く日和見感染を起こしやすい状態にあることに合わせて，開口保持や咀嚼運動ができないといった口腔機能の低下があげられることが示された。

大類らが示しているように，誤嚥性肺炎の発生メカニズムは，脳血管障害や進行性の神経・筋疾患がある者で嚥下反射や咳反射が低下して不顕性誤嚥が生じることの背景に ADL の低下に伴う身体抵抗性の低下が示されており，本研究の要介護度が高い者で肺炎リスクが高かったことは，まさしくこのことを示唆している。また，要介護度の高い者で経管栄養となっている者や気管チューブの留置されている者が有意に多く，これらは誤嚥性肺炎のリスクとなることが示されていることから，このような要因がさらに肺炎リスクを高めているものと思われた。

一方で，肺炎リスクが現在歯数や歯周病といった形態的な問題から口腔衛生状態を悪化させる因子よりも，開口保持や咀嚼運動といった機能的な問題から口腔衛生状態を悪化させる因子と有意に関係していた。現在歯数と誤嚥性肺炎の発症との間に有意な関係が認められなかったことは，Yoneyama らによっても報告されており，歯周病菌の存在そのものよりも誤嚥の危険性を高める口腔の機能を評価しておくことが，口腔ケア・マネジメントを確立する上で必要となることが示された。とりわけ，咀嚼運動による食塊形成能に応じた食事形態の提供が，安全な摂食には不可欠であり，不適切な食形態が誤嚥や誤飲の原因となっていることから，咀嚼運動を適切に判断できる能力が歯科医療者には求められることにな

る。

本研究の対象者は、施設等の入所者の中から新規に口腔ケアを行う者といった選択を行ったため、恣意的であり施設入所高齢者全体を反映しているとは言いがたいものの、年齢や性別、要介護度はおおむね全国平均と変わらず、一方、口腔内の現在歯数は、本人、家族はもちろん施設職員等からの口腔ケアの依頼があった方が対象となっているため、口腔ケアの困難となりやすい現在歯数の多い者が選択されており、全国平均に比べて多い傾向となったものの、口腔に問題を抱える施設入所要介護高齢者全体の傾向をおおむね表しているものとみなしてよいと思われる。また、多数の歯科衛生士が評価に参加しており、主観的な評価項目も多かったため、評価の妥当性についても検討をしておく必要がある。口腔状態についての客観的な評価方法はこれまでのところ確立されておらず、唯一歯周ポケット測定が数量的な評価として存在するのみであるため、本研究では、主観的な重度歯周病の有無と5mm以上のポケットの存在する者との一致度で評価の妥当性をみることにした。その結果、感度、特異度とも75%程度あることから、歯科衛生士による主観的評価そのものには大きな相違はなかったものと考えられる。

このような条件のもと今回、肺炎のリスクに口腔機能を捉える必要性が示されたことは、歯科医療者によるアセスメントがあってこそリスクの重症度の判断ができ、有効なケアプランの作成につなげることができると思われ、歯科医療者との連携による効果的で効率的なケア提供体制の確立が今後の課題であると思われる。

E. 健康危険情報

なし

F . 研究発表

1 . 論文発表

2 . 学会発表

G . 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1：作成したスクリーニングシート

実施年月日: 年 月 日

I.D.

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	明・大・昭 年 月 日
			要介護認定等 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

基礎疾患(カルテ表記載内容)	
服薬	
認知機能、身体機能	MMS (HDS-R) BI
栄養状態	BMI 身長 体重
身体状況、口腔、食事・栄養補給に関する利用者及び家族の意向	

口腔機能評価

1	誤嚥性肺炎の既往	1.ない	2.繰り返す発熱あり	3.あり
2	食事中や食後のむせ	1.ない	2.あまりない	3.ある
3	食事中や食後のタン(痰)のからみ	1.ない	2.時々ある	3.いつもからむ
4	口腔乾燥	1.ない	2.わずか	3.著明
5	頸部聴診(3ccの水嚥下後、聴診)	1.清聴	2.残留音・複数回嚥下あり	3.むせ・呼吸切迫あり
6	食事摂取方法	1.経口(食形態 主 副) 2.経管(胃瘻, 経鼻,)		

口腔内状態

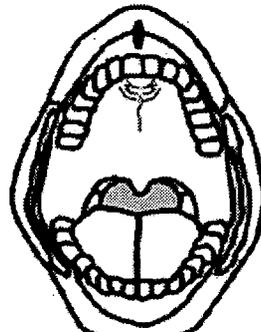
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 (欠損歯に×のみ)	
口腔衛生状態	プラークの付着状況 1.ない 2.少量 3.著しい 食渣の残留 1.ない 2.少量 3.著しい
義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯
臼歯部での咬合	義歯なしの状態 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 片側 <input type="checkbox"/> 両側 義歯あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 片側 <input type="checkbox"/> 両側 義歯作成の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
重度歯周病	1.なし 2.あり(部位) 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
う蝕の存在	1.なし 2.あり(部位) 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
口腔ケアの拒否	1.なし 2.身体ケアに対する拒否もあり 3.口腔ケアのみ拒否
口腔内特記 (歯石付着) (歯肉炎症)	
	

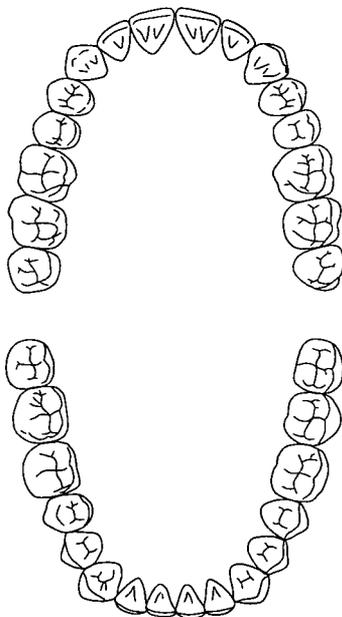
表2：作成したアセスメントシート

I.D. _____

【Ⅰ】基礎情報

利用者名	(ふりがな)	男 女	要介護度
生年月日	明・大・昭 年 月 日		備考
実施日	年 月 日	記入者	
家族構成と キーパーソン	本人 ー	主たる介護者	
身体状況、口腔、食事・栄養補給に関する利用者及び家族の意向			
主観的な健康感・意欲（心身の訴えを含む）	1 よい	2 まあよい	3 かつう
		4 あまりよ くない	5 よくない
			自由記述

【Ⅱ】口腔内所見



自由記載
 (補綴物の適合状態、急性炎症の有無、逆流を疑う所見など)

実施日 年 月 日 記入者

動揺度																
歯垢の量																
A.L.																
EPP																
右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
EPP																
A.L.																
歯垢の量																
動揺度																

【Ⅲ】口腔ケアリスク評価

年 月 日 記入者

1	口腔ケアの拒否	1. ない 2. 時々ある 3. いつもある
	拒否の理由, 症状	<input type="checkbox"/> 意識障害者 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 過敏様症状 <input type="checkbox"/> くいしばり <input type="checkbox"/> 明確な意志による拒絶 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他 ()
2	他のケアに対する拒否	1. ない 2. 時々ある 3. いつもある 拒否のあるケアの内容 ()
3	口腔ケアの自発性	1. ない 2. 時々ある 3. いつもある
4	義歯の着脱	1. できる 2. できない (しない) 3. 使用していない
5	経管栄養	1. ない 2. ある (胃瘻, 経鼻, その他)
6	気管チューブ	1. ない 2. ある
7	座位保持	1. 可能 2. 困難 3. 不可能
8	頸部可動性	1. 十分 2. 不十分 (前屈, 左・右回旋) 3. 不可 (前屈, 左・右回旋)
9	開口保持	1. 可能 2. 困難 3. 不可能
10	口腔内での水分保持	1. 可能 2. 困難 3. 不可能 (むせ, 飲んでしまう)
11	含嗽	1. 可能 2. 困難 3. 不可能 (むせ, 飲んでしまう)
12	咀嚼運動	1. 下顎の回転のあるもぐもぐ様の運動可能 (咀嚼運動できる) 2. 下顎および舌の上下運動可能 3. 下顎の上下運動のみ 4. ほとんど下顎の動きなく嚥下
13	その他, 特記事項	

表 3 : 診査したアセスメント項目ごとの肺炎リスク群の割合

		肺炎リスク群	対照群
要介護度	要支援, 要介護度 1, 2, 3	39名 (33.6%)	77名 (66.4%)
	要介護度 4, 5	47名 (85.5%)	8名 (14.5%)
気管チューブ	留置なし	53名 (32.3%)	111名 (67.7%)
	留置あり	2名 (100%)	0名 (0%)
経管栄養	なし	37名 (25.7%)	107名 (74.3%)
	あり(経鼻, 胃瘻)	18名 (85.7%)	3名 (14.3%)
口腔ケアの自発性	なし, 時々ある	40名 (52.6%)	36名 (47.4%)
	いつもある	14名 (16.9%)	69名 (83.1%)
座位保持	可能	28名 (23.3%)	92名 (76.7%)
	困難, 不可能	28名 (58.3%)	20名 (41.7%)
頸部可動性	十分	25名 (20.7%)	96名 (79.3%)
	不十分, 不可	28名 (65.1%)	15名 (34.9%)
開口保持	可能	31名 (22.6%)	106名 (77.4%)
	困難, 不可能	25名 (80.7%)	6名 (19.3%)
口腔内での 水分保持	可能	20名 (19.2%)	84名 (80.8%)
	困難, 不可能	33名 (66.0%)	17名 (34.0%)
含嗽	可能	19名 (19.6%)	78名 (80.4%)
	困難, 不可能	35名 (60.3%)	23名 (39.7%)
咀嚼運動	できる	21名 (18.1%)	95名 (81.9%)
	上下運動のみ, できない	25名 (61.0%)	16名 (39.0%)
残存歯数		10.7 +/- 9.4 歯	11.9 +/- 8.6 歯
5 mm 以上の ポケット	1 歯以上あり	68名 (71.6%)	27名 (28.4%)
	なし	14名 (40.0%)	21名 (60.0%)

表 4 . 変数減少法ロジスティック回帰分析の結果

	推定係 数	標準誤 差	Wald統計 量	自由 度	有意確 率
開口保持	1.575	.705	4.991	1	.025
咀嚼運動	1.483	.546	7.377	1	.007
要介護 2	1.236	.557	4.927	1	.026
定数	-6.575	1.191	30.494	1	.000

分担研究報告書 1

介護保険制度に口腔健康管理をより定着していくために

—広島県呉市における取り組みをもとに—

広島市総合リハビリテーションセンター

吉田 光由

研究要旨

口腔は食事や会話、表情などを通じて要介護高齢者の QOL の向上に大きく寄与しており、介護保険における口腔の機能維持・向上は大きな課題と言えるものの、介護保険制度そのものの定着ほど、口腔ケアが定着してきたとは言い難い。今回我々は、介護保険開始当初より、口腔に関する独自の調査用紙を用いて介護認定審査会での利用を行っていた広島県呉市での取り組みを調査し、介護保険での口腔ケア提供体制のあり方について検討した。その結果、訪問調査で歯科治療の必要性・口腔ケアの必要性を把握できた者は要介護高齢者の 1 割にも達していないことが明らかとなった。このことは、聞き取りを中心とした一次調査のみでの口腔の評価は困難であり、詳細なケアプランを立案する通所施設や介護施設での歯科関係者の参加が制度的に行われることが、口腔ケア・マネジメントを確立する上で重要であると考えられた。

A. 研究目的

平成 12 年に始まった介護保険制度も 8 年を迎え、要介護高齢者の QOL 向上に欠かせない制度として定着してきている。さらに、平成 17 年からは、介護予防、介護の重症化予防のために、要支援者に向けた新・予防給付が創設され、高齢者の健康長寿の延伸に向けた取り組みも始まった。ここでは、口腔機能向上がひとつの柱として取り入れられた一方、要介護者に対する口腔の健康管理は、歯科医師居宅療養管理指導と歯科衛生士居宅療養管理指導のみであり、

これらは施設入所高齢者には適用されず、さらに、居宅においても医療行為が過去 3 カ月の間にあった場合にのみ算定できるといった制限があることから、十分に活用されているとは言い難い。また、現状ではこれら要介護高齢者の口腔の健康管理を担うはずの歯科診療も、平成 17 年度医療施設（静態・動態）調査によると歯科訪問診療を実施している歯科医院は全体の 18%にすぎず、要介護高齢者、とりわけ誤嚥性肺炎のリスクの高い重度の要介護高齢者に、口腔ケアが十分に提供されていないことが容易に想定できる。

今回我々が目標としている口腔ケア・マネジメントの確立のためには、口腔ケアが必要と判断された要介護高齢者に必要な口腔ケアが提供できる体制を整える必要がある。広島県呉市では、介護保険開始当初より、訪問調査時に歯科に関する調査項目（図 1）を設定し、歯科医師会の協力のもと調査方法の研修を訪問調査員に対して毎年行い、独自に調査を行っている。ここで得られた内容は、介護認定審査会において審議され、①歯科治療の必要性もしくは②口腔ケアの必要性として特記事項に記載できるようになっている。そこで今回、広島県呉市でのこのような取り組み内容を検証し、さらにその後の歯科医療との連携や広島県内の他郡市での取り組みについても調査することで、介護保険における口腔ケアの定着に向けた制度のあり方について考察した。

B. 対象者および方法

広島県呉市にある居宅介護支援事業所 72 カ所、地域包括支援センター 8 カ所に対して、平成 19 年 12 月末現在での利用者数を明らかにするとともに、被介護保険証に①歯科治療の必要性、②口腔ケアの必要性が特記事項に記載されていた者の割合ならびにその後実際に歯科医院を紹介した者の割合について調査した。さらに、広島県呉市歯科医師会所属の歯科医院 100 カ所に対して、居宅介護支援事業所等から紹介を受けた要介護者数について FAX によるアンケート調査を行った。また、広島県内の各市歯科医師会（福山、

尾道、三原、竹原豊田、東広島、広島、佐伯、大竹、安芸高田、三次)にこのような取り組み例があるのかについて電話や FAX にて問い合わせを行った。

C. 結果

居宅介護支援事業所 48 カ所、地域包括支援センター7カ所から回答があった。平成 19 年 12 月末現在でのこれらの施設の利用者は表 1 の通りであり、要支援者の 71.5%、要介護者の 34.5%が利用していた。これらのうち、被介護保険証に①歯科治療の必要性が記載されていた者は利用者全体の6%に過ぎず、さらにこれら必要性が記載されていた者で、実際に歯科医院に紹介された者は要支援者では 5.6%、要介護者では 28.3%であった(表 2)。さらに、②口腔ケアの必要性が記載されていた者は利用者全体の2%であり、このうち歯科医院に紹介された者は要支援者では0%、要介護者でも 24.7%であった(表 3)。

紹介先となる呉市歯科医師会員へのアンケートに回答した歯科医院は 50 カ所(50.0%)であった。このうち、介護保険施設の協力医となっているものは7歯科医院、過去 1 年間に居宅介護支援事業所から紹介を受けたのは 10 歯科医院に過ぎなかった。一方で訪問歯科診療を行っているとは回答した歯科医院は半数を超えていた。なお、これら訪問歯科診療を行っているとは回答した歯科医院のうち、居宅療養管理指導を算定していたのは6歯科医院のみであった。

広島県内の他市での介護認定審査会への取り組み内容を確認したところ、10 市すべての歯科医師会で介護認定審査会に歯科医師の出席があったものの、独自の調査用紙等を利用しているところはなかった。被介護保険証の特記事項に歯科に関する事項が掲載されていたのは3市であり、三原市ではまれに歯科治療が、東広島市では 50 件に 1 件程度で義歯不調があるとのことであった。また、尾道市では、要介護度 4 以上で嚥下に見守り以上が記載された場合に歯科受診を勧めるようなシステムが構築されていた。なお、すべての歯科医

師会で訪問歯科診療事業の取り組みは行われていた。

D. 考察

以上、介護保険開始当初より、口腔に関する独自の調査用紙を用いて介護認定審査会での利用を行っていた広島県呉市での取り組みを調査した結果、訪問調査で歯科治療の必要性・口腔ケアの必要性を把握できた者は要介護高齢者の1割にも達していないことが明らかとなった。

今回調査した広島県内の他市にはこのような取り組みはなく、また、他府県における取り組み例の報告もないことから、把握できた歯科治療、口腔ケアの必要性の割合が妥当なのかどうかを判断する材料には乏しいものの、例えば、今回改正された介護保険の特定高齢者事業では、自立高齢者の5%を口腔機能向上の特定高齢者として抽出することを目標としていることからみると、行政的には今回の調査結果はほぼ妥当とも言える。一方、これまでの在宅や施設入所高齢者に対する口腔内診査結果からみると、施設入所高齢者の約半数程度が義歯不調や未処置歯といった何らかの歯科処置が必要であったという報告からみると、5%という数字は極めて少ないと考えられる。とりわけ、平成17年歯科疾患実態調査結果³⁾によると、80歳で20本以上自分の歯を保有する割合が6年前の前回調査に比べ8.1ポイント伸びて、同調査開始以来、初めて20%を超えており、さらに、歯周病の指標である4mm以上のポケットを持つ者の割合も増加している。今日口腔ケアは一般化し、多くの介護現場で実施されていると言うものの、多数歯を残存している高齢者への口腔ケアの提供は非常に困難であり、専門性が要求される。口腔衛生管理が十分に提供できない要介護高齢者に対し、限られた人的資源、社会資源の中において、これらが有する残存歯の喪失にかかわる歯周疾患の予防を達成し、さらには、気道感染の予防に資する口腔ケアを提供できるようにするためには、口腔衛生状態や口腔機能の的確なアセスメントに基づいた、リスク評価ならびにケア計画の立案ができることが今後きわ