

腔機能に関する質問、検査等をすべての要支援者・要介護者に追加して行うことは負担が大きく困難である。従って、新たな負担の無いすべての要支援者・要介護者に対して実施可能な対象者の抽出方法の必要性は高いと思われる。

本研究は潜在化している要支援者・要介護者の口腔機能向上の対象者を、利用者や介護関係者に新たな負担を生じない効率的に抽出する方法を明らかにすることを目的とする。

B.方法

1. 新たな負担を生じない効率的に抽出する方法として、既存の調査結果等の口腔機能関連項目の利用を検討した。すべての要支援者・要介護者に関して要介護認定調査結果は存在し、口腔機能に関連する3項目（嚥下、食事摂取、口腔清潔）が含まれている。また、すべての要支援者には基本チェックリストが存在し、口腔機能に関連する3項目（13. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか（咀嚼）、14. お茶や汁物等でむせることがありますか（嚥下）、15. 口の渇きが気になりますか（口腔乾燥））が含まれている。要介護認定調査結果と基本チェックリストの口腔関連項目の利用を検討した。

2. 平成20年7月1日から平成20年8月31日までに認定支援センターに送信された要介護認定調査結果からランダムに抽出された3,000人のデータを検討した。非該当であった33人は対象から除き2,967人のデータを対象とした。口腔機能関連項目および口腔清掃に問題を生じやすい上肢の麻痺等について検討した。氏名住所等の個人情報に含まれず匿名化されたデータであった。

3. 日本歯科衛生士会の協力により、地域包括支援センターでケアプランを作成した要支援1および要支援2の対象者の基本チェックリストの口腔関連項目の該当状況のデータを収集し、検討した。要支援1は251名(男64名、女187名)、要支援2は249名(男58名、女191名)の500名を対象とした。氏名住所等の個人情報は含まれず匿名化されたデータを収集した。

C.結果

1. 口腔関連の3項目（嚥下、食事摂取、口腔清潔）が該当する者の割合（自立以外であるもの）を検討した。認定調査票で口腔機能関連3項目の判定結果を表1と表2に示す。

1) 口腔関連の3項目該当する者の割合は要支援1が4.5%（嚥下、食事摂取、口腔清潔）、要支援2が18.9%、要介護1が21.1%、要介護2が53.6%、要介護3が88.0%、要介護4が99.2%、要介護5が100.0%であった。要介護度の重度化に伴い該当率が増加している。

2) 要支援1の口腔清潔は0.6%の該当率であった。

3) 要支援2の口腔清潔は5.1%の該当率であった。

2. 要支援1、要支援2について、口腔清掃に問題を生じやすい上肢の麻痺、肩・肘の関

節の拘縮、座位の保持について検討した。結果を表3に示す。

1) 332名の要支援1のうち口腔清潔に介助が必要とされたのはわずか2名(0.6%)、口腔清掃自立と判定されたのは330名(99.4%)であった。自立とされた者のうち、①上肢のいずれかに麻痺がある者が19名(5.7%)、②肩または肘の関節拘縮ある者が28名(8.4%)、両側の上肢に麻痺がある者は6名(1.9%)であった。①または②が該当する者は40名12.0%であった。

2) 429名の要支援2のうち口腔清潔に介助が必要とされたのは22名(5.1%)、口腔清掃自立と判定された要支援2の407名(94.9%)であった。自立とされた者のうち、①上肢のいずれかに麻痺がある者が57名(13.3%)、②肩または肘の関節拘縮がある者が87名(20.3%)であった。①または②が該当する者は115名(26.8%)であった。

3. 要支援者に対する抽出項目として基本チェックリストの口腔関連項目の利用を検討した。結果を表3に示す。

1) 251名の要支援1の該当項目数別の割合は、0項目該当が97名(38.6%)、1項目該当が74名(29.5%)、2項目該当が54名(21.5%)、3項目該当が26名(10.4%)であった。

2) 249名の要支援2の該当項目数別の割合は、0該当項が75名(30.1%)、1項目該当が84名(33.7%)、2項目該当が69名(27.7%)、3項目該当が21名(8.4%)であった。

3) 2項目以上が該当する者の割合は、要支援1が80名(31.9%)、要支援2が90名(36.1%)であった。

D. 考察

口腔機能関連の3項目(嚥下、食事摂取、口腔清潔)が該当する割合が要介護度の重度化に伴い増加している。3項目(嚥下、食事摂取、口腔清潔)が自立以外という条件で「口腔機能が低下しているおそれのある者」を抽出する方法は、新たな負担を生じない既存の資料の利用であり、明確な条件であるので効率的ですべての要支援者・要介護者に実施可能な方法と考えられる。しかし、要介護度の低い者では3項目に該当する者は少なく、以下のような理由により、要介護認定調査の口腔関連の3項目だけでは「口腔機能が低下しているおそれのある者」の抽出が不十分である可能性がある。特に、「口腔清潔」においては必要な介護がなされていないことが考えられる。

1. 口腔は顔や髪の毛のように外に見えていないため、汚れが著しく磨き直し等の介助が必要な状態であっても認識されにくい。重度の要介護者には必要な介護が実施されているが、要介護度が低い場合は必要な介助がされていないことが考えられる。

2. 歯みがき、入れ歯の取り外し、入れ歯の清掃等は細かい作業である。適量の練り歯みがき剤を歯ブラシにつける、歯みがき後に歯ブラシをコップの水でゆすぎ、水を切る等両手を細かく動かすことができない場合は口腔の清潔を保つことは困難であり、特別な工夫が必要となる。上肢の麻痺や肩や肘の関節に拘縮が存在すれば、口腔清潔の自立に困難を

生じやすい。

3. 口腔機能が低下すると口の中の汚れが増加するが、口腔内の感覚も鈍化するため、汚れに気がつかなくなる。

そこで、要支援1、要支援2について、口腔清掃に問題を生じやすい上肢の麻痺、肩・肘の関節の拘縮、座位の保持について検討した。その結果、口腔清掃が自立と判定された者の中に多くの上肢の麻痺や肩または肘の関節の拘縮がある者が多く含まれ、さらに、両側の上肢の麻痺がある者も自立とされていた。従って、口腔清潔自立とされた者の中に口腔清掃に問題がある者が含まれている可能性が大きいと考えられる。要支援者に対する要介護認定調査結果以外の効率的な抽出方法が必要であると思われる。

要支援1、要支援2を対象にした口腔機能が低下しているおそれのある者」の抽出方法として基本チェックリストの口腔関連項目を利用すると、特定高齢者の口腔機能の低下のおそれのある者の条件と同じ2項目以上該当では30%強が対象者となる。これは要介護認定調査の口腔関連項目を利用した場合よりも抽出率が大きく、新たな負担を生じない条件も明確な方法であり、要支援の対象者には有効であると考えられた。

要介護認定調査結果と基本チェックリストの口腔関連項目を利用は、新たな負担を生じない効率的な抽出方法であり、それにより、口腔機能向上の対象者が増加し、口腔機能向上の普及が促進されると考えられる。

E.結論

要支援者・要介護者の口腔機能向上の対象者を、利用者や介護関係者に新たな負担を生じない効率的に抽出する方法として、要介護認定調査結果口腔関連3項目（嚥下、食事摂取、口腔清潔）と基本チェックリストの利用が有効であることが示唆された。効率的な方法により、対象者が増加し、口腔機能向上サービスの普及が促進されると考えられた。

この研究結果は、平成21年の介護報酬改定における口腔機能向上の対象者の条件の明確化の基礎資料となった。

F.研究発表

なし

G.知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

表1 認定調査票で口腔機能関連3項目の判定結果

		要支援	要支援	要介護	要介護	要介護	要介護	要介護
		1	2	1	2	3	4	5
	計	332	429	582	459	507	360	298
嚥下	1	323	380	530	386	394	233	66
	2	9	49	52	72	111	124	142
	3	0	0	0	1	2	3	90
食事摂取	1	327	409	554	388	310	108	4
	2	3	12	23	48	127	105	10
	3	2	8	5	23	62	129	43
	4	0	0	0	0	8	18	241
口腔清潔	1	330	407	521	284	106	7	0
	2	2	21	59	168	368	228	28
	3	0	1	2	7	33	125	270
嚥下	1	97.3%	88.6%	91.1%	84.1%	77.7%	64.7%	22.1%
	2	2.7%	11.4%	8.9%	15.7%	21.9%	34.4%	47.7%
	3	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.4%	0.8%	30.2%
食事摂取	1	98.5%	95.3%	95.2%	84.5%	61.1%	30.0%	1.3%
	2	0.9%	2.8%	4.0%	10.5%	25.0%	29.2%	3.4%
	3	0.6%	1.9%	0.9%	5.0%	12.2%	35.8%	14.4%
	4	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	5.0%	80.9%
口腔清潔	1	99.4%	94.9%	89.5%	61.9%	20.9%	1.9%	0.0%
	2	0.6%	4.9%	10.1%	36.6%	72.6%	63.3%	9.4%
	3	0.0%	0.2%	0.3%	1.5%	6.5%	34.7%	90.6%

平成20年7月1日から平成20年8月31日までに認定支援センターに送信されたものからランダムに抽出されたデータより

表2 口腔機能関連該当項目数と割合

	該当項目	要支援		要介護				
		1	2	1	2	3	4	5
		332	429	582	459	507	360	298
0	該当無し	317	348	459	213	61	3	0
1	嚥下のみ	8	39	37	30	9	1	0
	食事摂取のみ	4	12	16	24	19	1	0
	口腔清潔のみ	2	20	54	130	209	93	3
2	嚥下と食事	1	8	9	17	17	2	0
	嚥下と口腔	0	2	4	15	31	11	1
	食事と口腔	0	0	1	20	105	137	63
3	嚥下と食事と口腔	0	0	2	10	56	112	231
0	該当無し	95.5%	81.1%	78.9%	46.4%	12.0%	0.8%	0.0%
1	嚥下のみ	2.4%	9.1%	6.4%	6.5%	1.8%	0.3%	0.0%
	食事摂取のみ	1.2%	2.8%	2.7%	5.2%	3.7%	0.3%	0.0%
	口腔清潔のみ	0.6%	4.7%	9.3%	28.3%	41.2%	25.8%	1.0%
2	嚥下と食事	0.3%	1.9%	1.5%	3.7%	3.4%	0.6%	0.0%
	嚥下と口腔	0.0%	0.5%	0.7%	3.3%	6.1%	3.1%	0.3%
	食事と口腔	0.0%	0.0%	0.2%	4.4%	20.7%	38.1%	21.1%
3	嚥下と食事と口腔	0.0%	0.0%	0.3%	2.2%	11.0%	31.1%	77.5%

平成20年7月1日から平成20年8月31日までに認定支援センターに送信されたものからランダムに抽出されたデータより

表 3. 要支援 1 及び要支援 2 の上肢の麻痺、肩・肘の関節の拘縮、座位の保持の状況

	要支援 1		要支援 2	
要介護度別人数	332		429	
口腔清潔	1. 自立	2 または 3	1. 自立	2 または 3
要介護度別人数	330	2	407	22
①上肢のいずれかに麻痺あり	19	1	57	3
②肩または肘の関節拘縮あり	28	1	87	3
①または②	40	1	115	4
要介護度別人数	99.4%	0.6%	94.9%	5.1%
①上肢のいずれかに麻痺あり	5.7%	0.3%	13.3%	0.7%
②肩または肘の関節拘縮あり	8.4%	0.3%	20.3%	0.7%
①または②	12.0%	0.3%	26.8%	0.9%

平成 20 年 7 月 1 日から平成 20 年 8 月 31 日までに認定支援センターに送信されたものからランダムに抽出されたデータより

表 4 要支援者の基本チェックリスト口腔関連項目該当数

口腔関連項目該当数	要支援 1				要支援 1			
	男	女	合計	%	男	女	合計	%
0	31	66	97	38.6%	18	57	75	30.1%
1	15	59	74	29.5%	21	63	84	33.7%
2	9	45	54	21.5%	14	55	69	27.7%
3	9	17	26	10.4%	5	16	21	8.4%
計	64	187	251	100.0%	58	191	249	100.0%

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

ケアプランの面接時における口臭に着目した口腔機能向上対象者の抽出について

研究分担者 木村 隆次 日本介護支援専門員協会

研究要旨

歯科専門職以外が効率的に要介護度の低い者から口腔機能向上を必要とする利用者を抽出する方法として、口臭を口腔清潔の判断基準とした方法の有効性を検討した。介護支援専門員の担当する利用者要支援 1～要介護 2 までの高齢者 254 名を対象として、調査票により口臭、口腔機能向上の必要性の判断結果、要介護認定調査の嚥下、食事摂取、口腔清潔等を調査した。口腔清潔の一部介助、全介助が必要と判定される者は 7.9%であったが、口臭のある者は 22.1%と約 2.8 倍であった。口腔機能向上サービスが必要と判定される者は 12.6%であったが、口臭のある者は 22.1%と 1.75 倍であった。口臭を指標にすること口腔機能向上サービスが必要な者を効率的に抽出可能であることが示唆された。

介護支援専門員に歯科の専門的な知識がなくとも、口腔機能向上サービスが必要かどうかの目安として口臭に着目すると、潜在化し易い口腔機能低下の対象者を抽出することが可能であり有用と考えられる。また、新たな負担が発生しないこともメリットがあるといえる。

A. 研究目的

平成 18 年度介護報酬改定において「口腔機能向上加算」が新設されたが、算定要件である「口腔機能の低下のおそれのある者」が歯科の専門職以外にはわかりにくいことが昨年度の研究により明らかとなっている。要介護認定調査において、要介護度の低い者は口腔清潔についてほとんどが自立と評価されているが、実際には汚れが著しく介助が必要な状況が多く見受けられる。口臭の主な原因は口の中の汚れであり、口腔清潔の良い指標となることから、本研究は、口臭を口腔清潔の判断基準とした場合、要介護度の低い者から口腔機能向上を必要とする利用者の抽出率を把握する。また、同時に、今後の居宅サービスにおける口腔機能向上推進のための課題を検討した。介護支援専門員に歯科の専門的な知識がなくとも、口腔機能向上サービスが必要かどうかの目安として口臭に着目すると、潜在化し易い口腔機能低下の対象者を抽出することが可能であり有用と考えられる。また、新たな負担が発生しないこともメリットがあるといえる。

B. 研究方法

(1) 対象者

日本介護支援専門員協会の会員のうち、指定居宅介護支援事業所に所属する無作為抽出された介護支援専門員 200 名の担当する利用者（介護支援専門員 1 人につき 30 名以内）をアンケート調査の対象者とした。

対象となった利用者の要介護度別人数は、要支援 1 は 52 名、要支援 2 は 89 名、要介護 1 は 50 名、要介護 2 は 63 名で、計 254 名であった。

(2) 調査方法

調査事務局は、研究分担者である日本介護支援専門員協会会長木村隆次のもと、同会事務局内に設置し、協力依頼状ならびに調査関連書類一式（添付資料）を対象に選定された介護支援専門員に郵送した。調査用紙は事務局に郵送によって返送する方法とした。

調査内容は、「性別」、「年齢」、「要介護度」、「口腔機能向上加算の必要性の有無」、「口臭」のほか、要介護認定調査の結果より口腔機能に関連が深い「えん下」、「食事摂取」、「口腔清潔」、さらに身体状態について「上肢左側の麻痺」、「上肢右側の麻痺」、「肩関節の拘縮」、「肘関節の拘縮」、「座位保持」として、調査用紙に介護支援専門員が記載した。

「口腔機能向上加算の必要性の有無」については、介護支援専門員が判断した結果を記載した。「口臭」は、聞き取り調査時に約 30cm 程度の距離で判定することとし、対象者が全くしゃべらない等の場合は家族から情報を得ることとした。判定基準は、①なし（ほとんど口臭を感じない）、②弱い（口臭を感じるが弱く会話にさしつかえない）、③強い（口臭を強く感じて、会話がしにくい。息を止めたり、顔を背けたくなる。）より選択する方法とした。

(3) 情報管理

回収された調査用紙は、日本介護支援専門員協会において 5 年間厳重に保管され、その後粉砕処分する。

(4) 調査期間

平成 20 年 10 月 15 日～平成 20 年 10 月 31 日。集計・解析は平成 20 年 11 月に行った。

C. 研究結果

(1) 全体集計 有効回答数：254

調査対象者は、男性 85 名（33.5%）女性 169 名（66.5%）であった。平均年齢 81.8 歳であった。

要介護状態は、要支援 1、52 名（20.5%）、要支援 2、89 名（35%）、要介護 1、50 名（19.7%）、要介護 2、63 名（24.8%）であった。

介護支援専門員が、口腔機能向上サービスが必要と判断したのは 32 名（12.6%）であった。

口臭が弱い（口臭を感じるが弱く会話にさしつかえない）は 50 名（19.7%）、強い（口

臭を強く感じて、会話がしにくい。息を止めたり、顔を背けたくなる。)は6名(2.4%)であった。

A. 性別

N= 254

項目	名	%
男性	85	33.5%
女性	169	66.5%
計	254	100.0%
無回答	0	

B. 年齢

平均年齢 81.8 歳

C. 要介護度

N= 254

項目	名	%
要支援1	52	20.5%
要支援2	89	35.0%
要介護1	50	19.7%
要介護2	63	24.8%
計	254	100.0%
無回答	0	

D. 口腔機能向上加算

N= 254

項目	名	%
必要ありと判断	32	12.6%
必要なしと判断	222	87.4%
計	254	100.0%
無回答	0	

E. 口臭

N= 254

項目	名	%
なし	198	78.0%
弱い	50	19.7%
強い口臭	6	2.4%
計	254	100.0%
無回答	0	

F. (4-2)嚥下

N= 254

項目	名	%
できる	243	95.7%
見守り等	11	4.3%
できない	0	0.0%
計	254	100.0%
無回答	0	

G. (4-3)食事摂取

N= 254

項目	名	%
自立	241	94.9%
見守り等	12	4.7%
一部介助	1	0.4%
全介助	0	0.0%
計	254	100.0%
無回答	0	

H. (5-1-ア)口腔清潔

N= 254

項目	名	%
自立	234	92.1%
一部介助	18	7.1%
全介助	2	0.8%
計	254	100.0%
無回答	0	

(2) 認定調査結果

嚥下の見守りが必要なものは11名(4.3%)であった。

口腔清潔については、一部介助18名(7.1%)全介助2名(0.8%)であった。食事摂取について見守りが必要なものは、12名(4.7%)、一部介助は、1名(0.4%)であった。

(3) 身体状態

身体状態の調査項目のうち、上肢左側の麻痺ありが18名(7.1%)、上肢右側の麻痺ありが25名(9.8%)、肩関節の拘縮ありが35名(13.8%)、肘関節の拘縮ありが16名(6.3%)、座位保持の項目では、手で支えればできるが56名(22%)、支えてもらえればできるが4名(1.6%)であった。

I. (1-1-2)上肢左側の麻痺

N= 254

項目	名	%
あり	18	7.1%
なし	236	92.9%
計	254	100.0%
無回答	0	

J. (1-1-3)上肢右側の麻痺

N= 254

項目	名	%
あり	25	9.8%
なし	229	90.2%
計	254	100.0%
無回答	0	

K. (1-2-2)肩関節の拘縮

N= 254

項目	名	%
あり	35	13.8%
なし	219	86.2%
計	254	100.0%
無回答	0	

L. (1-2-3)肘関節の拘縮

N= 254

項目	名	%
あり	16	6.3%
なし	238	93.7%
計	254	100.0%
無回答	0	

M. (2-3)座位保持

N= 254

項目	名	%
できる	194	76.4%
手で支えればできる	56	22.0%
支えてもらえればできる	4	1.6%
できない	0	0.0%
計	254	100.0%
無回答	0	

(4) クロス集計

要支援1、要支援2および要介護1、要介護2において、口臭と口腔清潔また、口腔機能向上サービスが必要か不要かということと、口臭の関係を把握するため、クロス集計を行った。

要支援1（52名）の口臭あり13名のうち、口腔清潔一部介助が2名であった。

要支援1の状態では口腔機能向上サービスの必要ありと判断した9名のうち、弱い口臭が4名、強い口臭が2名であった。また口腔機能向上サービスが必要なしと判断された43名のうち弱い口臭ありは7名であった。

要支援2（89名）のうち、口臭ありで一部介助は、1名であった。

要支援2（89名）の状態では口腔機能向上サービスの必要ありと判断した13名のうち、弱い口臭が8名、強い口臭が3名であった。また口腔機能向上サービスが必要なしと判断された76名のうち、弱い口臭ありは15名、強い口臭は1名であった。

要介護1（50名）のうち、口臭あり7名で一部介助、全介助は、ともに0名であった。

要介護1（50名）の状態では口腔機能向上サービスの必要ありと判断した4名のうち、弱い口臭が2名であった。また口腔機能向上サービスが必要なしと判断された46名のうち、弱い口臭ありは5名であった。

要介護2（63名）のうち、口臭あり9名で一部介助5名、全介助は、0名であった。

要介護2の63名のうち口腔機能向上サービスの必要ありと判断した6名のうち、弱い口臭が4名であった。また口腔機能向上サービスが必要なしと判断された57名のうち、弱い口臭ありは5名であった。

要支援1（サンプル数 52）

【口臭×口腔清潔】

N=52

口臭			口腔清潔		
あり	件数	13	自立	件数	11
				%	84.6%
	%	25.0%	一部介助	件数	2
				%	15.4%
	件数	39	自立	件数	39
				%	100.0%
%	75.0%	一部介助	件数	0	
			%	-	
なし	件数	39	全介助	件数	0
				%	-

要支援1【口腔機能向上加算×口臭】

N=52

口腔機能向上加算			口臭		
必要あり と判断	件数	9	なし	件数	3
				%	33.3%
	%	17.3%	弱い	件数	4
				%	44.4%
			強い口臭	件数	2
				%	22.2%
必要なし と判断	件数	43	なし	件数	36
				%	83.7%
	%	82.7%	弱い	件数	7
				%	16.3%
			強い口臭	件数	0
				%	-

要支援2 (サンプル数 89)

【口臭×口腔清潔】

N=89

口臭			口腔清潔		
あり	件数	27	自立	件数	26
				%	96.3%
	%	30.3%	一部介助	件数	1
				%	3.7%
			全介助	件数	0
				%	-
なし	件数	62	自立	件数	60
				%	96.8%
	%	69.7%	一部介助	件数	2
				%	3.2%
			全介助	件数	0
				%	-

要支援2 【口腔機能向上加算×口臭】

N=89

口腔機能向上加算			口臭		
必要ありと判断	件数	13	なし	件数	2
				%	15.4%
	%	14.6%	弱い	件数	8
				%	61.5%
			強い口臭	件数	3
				%	23.1%
必要なしと判断	件数	76	なし	件数	60
				%	78.9%
	%	85.4%	弱い	件数	15
				%	19.7%
			強い口臭	件数	1
				%	1.3%

要介護1 (サンプル数 50)

【口臭×口腔清潔】

N=50

口臭			口腔清潔		
有り	件数	7	自立	件数	7
				%	100.0%
	%	14.0%	一部介助	件数	0
				%	-
			全介助	件数	0
				%	-
無し	件数	43	自立	件数	39
				%	90.7%
	%	86.0%	一部介助	件数	3
				%	7.0%
			全介助	件数	1
				%	2.3%

要介護1【口腔機能向上加算×口臭】

N=50

口腔機能向上加算			口臭		
必要あり と判断	件数	4	なし	件数	2
				%	50.0%
	%	8.0%	弱い	件数	2
				%	50.0%
			強い口臭	件数	0
				%	-
必要なし と判断	件数	46	なし	件数	41
				%	89.1%
	%	92.0%	弱い	件数	5
				%	10.9%
			強い口臭	件数	0
				%	-

要介護2 (サンプル数 63)

【口臭×口腔清潔】

N=63

口臭			口腔清潔		
有り	件数	9	自立	件数	4
				%	44.4%
	%	14.3%	一部介助	件数	5
				%	55.6%
			全介助	件数	0
				%	-
無し	件数	54	自立	件数	48
				%	88.9%
	%	85.7%	一部介助	件数	5
				%	9.3%
			全介助	件数	1
				%	1.9%

要介護2【口腔機能向上加算×口臭】

N=63

口腔機能向上加算			口臭		
必要あり と判断	件数	6	なし	件数	2
				%	33.3%
	%	9.5%	弱い	件数	4
				%	66.7%
			強い口臭	件数	0
				%	-
必要なし と判断	件数	57	なし	件数	52
				%	91.2%
	%	90.5%	弱い	件数	5
				%	8.8%
			強い口臭	件数	0
				%	-

D. 考察

口腔の汚れは咀嚼機能低下、嚥下機能低下、唾液分泌量の低下によっても増加する。口腔清掃に問題があることが特定高齢者における口腔機能向上が必要な者の要件とされていることから明らかなように、口の汚れは口腔清潔の自立低下だけではなく、口腔機能低下の良い指標となる。口腔の汚れは口臭の主要な原因であり、口臭を指標として口腔の汚れを評価することは歯科の専門的知識が不要であって、時間をかけずに簡単にすべての対象者に実施できる効率的な方法となる可能性がある。

今回の調査において以下のことが明らかとなった

- (1) 要支援1（52名）で口腔清潔一部介助が2名、口腔機能向上サービスの必要ありが9名、口臭あり13名であり、口腔清潔自立または口腔機能向上サービスが不要とされた者のうちに、口腔清掃に問題がある者が含まれている可能性が高い。
- (2) 要支援2（89名）で口腔清潔一部介助が3名、口腔機能向上サービスの必要ありが13名、口臭あり27名であり、口腔清潔自立または口腔機能向上サービスが不要とされた者のうちに、口腔清掃に問題がある者が含まれている可能性が高い。
- (3) 要介護1（50名）で口腔清潔一部介助・全介助が4名、口腔機能向上サービスの必要ありが4名、口臭あり7名であり、口腔清潔自立または口腔機能向上サービスが不要とされた者のうちに、口腔清掃に問題がある者が含まれている可能性が高い。
- (4) 要介護2（63名）で口腔清潔一部介助・全介助が11名、口腔機能向上サービスの必要ありが6名、口臭あり9名であり、口腔機能向上サービスが不要とされた者のうちに、口腔清掃に問題がある者が含まれている可能性が高いこと。また、口臭があった9

名のうち5名は一部介助・全介助がなされていることから、口腔清潔の介助がなされていても、効果的ではなく口腔清掃に問題がある可能性が高い。

(5) 口腔清潔の一部介助、全介助が必要と判定される者は7.9%であったが、口臭のある者は22.1%と2.8倍多く抽出された。

(6) 口腔機能向上サービスが必要と判定される者は12.6%であったが、口臭のある者は22.1%と1.75倍であった。口臭を指標にすることにより口腔機能向上サービスが必要な者を効率的に抽出可能であることが示唆された。

口臭を口腔清潔の判断基準とし、要介護度の低い者から口腔機能向上を必要とする利用者の抽出把握をみた。その結果、口臭があるにもかかわらず口腔機能向上サービスが必要と判断されていないケースも多いことの現状が浮き彫りになった。

介護支援専門員に歯科の専門的な知識がなくとも、口腔機能向上サービスが必要かどうかの目安として口臭に着目すると、潜在化し易い口腔機能低下の対象者を抽出することが可能であり、特に要支援1～要介護1においては有用と考えられる。また、新たな負担が発生しないこともメリットがあるといえる。

E. 結論

介護支援専門員に歯科の専門的な知識がなくとも、口腔機能向上サービスが必要かどうかの目安として口臭に着目すると、潜在化し易い口腔機能低下の対象者を抽出することが可能であり有用と考えられる。また、新たな負担が発生しないこともメリットがあるといえる。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

口腔機能向上加算サービスに要する時間に関する調査

研究代表者 大原里子（東京医科歯科大学 講師）

研究分担者 平田創一郎（東京歯科大学 講師）

研究要旨：介護保険における「口腔機能の向上」サービスの実施にあたっては、サービス提供にかかる時間のみならず、書類の作成やサービスの準備、片付けといった時間を要することは当然である。「口腔機能向上」サービス算定の利用者1人あたりの平均所要時間を把握することにより、本サービスの評価を行い、適正な実施体制を提言するための基礎資料とすることを目的として、「口腔機能の向上」サービスを実際に担当している専門職を対象にアンケート調査を実施した。その結果、サービス提供以外にかかる時間がサービス提供時間よりも長い結果となった。今後、「口腔機能の向上」サービスのより適正な実施体制を構築するにあたり、サービス提供以外にかかる時間に対する適正な評価が必要であることが伺われた。

A. 研究目的

介護保険における「口腔機能の向上」サービスの実施の手順は、①利用開始時における把握（リスクの確認）の実施、②解決すべき課題の把握（アセスメント）の実施、③口腔機能改善管理指導計画の作成、④利用者又はその家族への説明、⑤口腔機能向上サービスの実施、⑥実施上の問題点の把握、⑦モニタリングの実施、⑧再把握の実施（利用終了時における把握の実施）、⑨口腔機能向上サービスの継続及び終了時の説明等のようになっており¹⁾、平成19年度の本研究班の調査の結果、これらの時間の内訳として、書類作成等の記録にかかる時間が集団を対象としたサービス提供時間よりも長ことが明らかとなった²⁾。

そこで本研究では、実際のサービス提供にかかる準備からサービスの実施、片付け等と書類の作成にかかる利用者1人あたりの平均所要時間の内訳を明らかにすることにより、「口腔機能の向上」サービスの評価を行い、適正な実施体制を提言するための基礎資料とすることを目的とする。

B. 研究方法

対象は日本歯科衛生士会の協力により、会所属で口腔機能向上加算サービスを実際に担当している歯科衛生士のうち調査協力を承諾した者とし、平成20年7月に調査票を配布し、E-mailまたはFAXにて回収を行った。

回答は記名自記式とし、調査項目は、1日あたりの口腔機能の向上加算サービスを実施した対象者数、集団サービス実施人数、個別サービス実施人数及びそれらの内訳（要支援、要介護）ならびに集団サービス所要時間、個別サービス所要時間、準備所要時間、片付け所要時間、その他所要時間とその時間に行っている具体的内容及び口腔機能向上の書類記入時間の書類作成にかかる時間とその内訳（事業所内、自宅等）とした。

C. 研究結果

41名の歯科衛生士から回答を得た。

1. サービス実施人数

集団サービスと個別サービスを同日に行っていた者は29名、個別サービスのみを実施した者は12名であった。

集団サービスと個別サービスを同日に実施した場合、サービス提供人数は平均6.3名であった。内訳は要支援が平均0.9名、要介護が平均5.4名であった。個別サービスのみを実施した場合、サービス提供人数は平均6.3名であった。内訳は要支援が平均0.7名、要介護が平均5.7名であった。すべての回答者の平均は1日あたり平均6.3名であった。

2. 集団サービス1人あたり所要時間

集団サービスにかかる1人あたりの所要時間は、最大で30.0分、最少で1.7分、平均で7.9分であった。

3. 個別サービス1人あたり所要時間

集団サービスと個別サービスを同日に実施した場合、個別サービスにかかる1人あたりの所要時間は、平均で21.1分であった。個別サービスのみを実施した場合、1人あたりの所要時間は平均で25.6分であった。

集団サービスをあわせて実施した場合と個別サービスのみを実施した場合に1人あたりの所要時間に差があるか否かを見るために、一元配置分散分析を行ったところ、有意差は認められなかった。すべての回答者の1人あたり所要時間は平均22.4分であった。

4. 準備1人あたり所要時間

集団サービスと個別サービスを同日に実施した場合、準備にかかる1人あたりの所要時間は、平均で3.8分であった。個別サービスのみを実施した場合、1人あたりの所要時間は平均で2.6分であった。

集団サービスをあわせて実施した場合と個別サービスのみを実施した場合に1人あたりの所要時間に差があるか否かを見るために、一元配置分散分析を行ったところ、有意差は認められなかった。すべての回答者の1人あたり所要時間は平均3.5分であった。

5. 片付け1人あたり所要時間

集団サービスと個別サービスを同日に実施した場合、片付けにかかる 1 人あたりの所要時間は、平均で 3.8 分であった。個別サービスのみを実施した場合、1 人あたりの所要時間は、平均で 2.5 分であった。

集団サービスをあわせて実施した場合と個別サービスのみを実施した場合に 1 人あたりの所要時間に差があるか否かを見るために、一元配置分散分析を行ったところ、有意差は認められなかった。すべての回答者の 1 人あたり所要時間は平均 3.6 分であった。

6. その他 1 人あたり所要時間

集団サービスと個別サービスを同日に実施した場合、その他の必要業務にかかる 1 人あたりの所要時間は、平均で 6.4 分であった。個別サービスのみを実施した場合、平均で 9.5 分であった。

集団サービスをあわせて実施した場合と個別サービスのみを実施した場合に 1 人あたりの所要時間に差があるか否かを見るために、一元配置分散分析を行ったところ、有意差は認められなかった。すべての回答者の 1 人あたり所要時間は平均 7.3 分であった。

その他の業務として挙げられたものを以下に示す。

- ・ 新しい機能訓練グッズの作成
- ・ 介護者等への指導
- ・ 介護者またはスタッフからの日常生活の様子の聞き取り
- ・ 介護職員へ口腔指導
- ・ カルテ記入
- ・ クアグッズの管理
- ・ ケアマネ、家人への手紙、報告書等作成
- ・ ケアマネへの連絡
- ・ 継続判定会議、デイ会議等、会議への参加
- ・ 見学者へのコメント・指導
- ・ 集団訓練、個別訓練の資料作成
- ・ 食後の口腔ケア
- ・ 食事・おやつの介助
- ・ 食事観察（調理形態の確認・検討を含む）
- ・ 資料収集
- ・ スタッフによる集団指導の補助
- ・ 摂食自助具の指導準備
- ・ 説明用媒体・配布用資料作成
- ・ 電話連絡
- ・ 引き継ぎ

- 引き継ぎ書の記入
- 持ち帰り資料、実施内容をまとめた紙をそろえ、かばんに入れる
- 利用者連絡ノート、個人ノートへの記載・家族への電話連絡指導
- 家族説明のための自宅訪問

7. 書類記入 1人あたり所要時間

集団サービスと個別サービスを同日に実施した場合、書類記入にかかる 1人あたりの所要時間は、平均で 15.5 分であった。個別サービスのみを実施した場合、1人あたりの所要時間は、平均で 11.7 分であった。

集団サービスをあわせて実施した場合と個別サービスのみを実施した場合に 1人あたりの所要時間に差があるか否かを見るために、一元配置分散分析を行ったところ、有意差は認められなかった。すべての回答者の平均を求めたところ、1人あたり所要時間は 14.4 分であった。

8. 1人あたり総所要時間

集団サービスと個別サービスを同日に実施した場合、1人あたりの総所要時間は、平均で 58.9 分であった。個別サービスのみを実施した場合、1人あたりの所要時間は、平均で 51.9 分であった。

集団サービスをあわせて実施した場合と個別サービスのみを実施した場合に 1人あたりの所要時間に差があるか否かを見るために、一元配置分散分析を行ったところ、有意差は認められなかった。すべての回答者の 1人あたり所要時間は平均 56.8 分であった。

D. 考察

集団サービスと個別サービスを同日に実施した場合、1人あたりの総所要時間に占めるサービス提供時間は 29.0 分で 49.2%、個別サービスのみを実施した場合の 1人あたりの総所要時間に占めるサービス提供時間は 25.6 分で 49.5%となる。すなわち、利用者 1人あたりの平均所要時間のうち、サービス提供以外にかかる時間がサービス提供時間よりも長い結果となった。

サービス提供以外の時間で最も長かったのは書類記入にかかる時間であり、次いでその他の所要時間となった。これらは、準備や片付けと異なり、利用者ごとに個別の対応が必要となるため、1人あたりの時間が長くなるものと考えられる。特に、その他に挙げられた具体的な項目のほとんどは、利用者ごとの対応が必要なものがほとんどであった。

一方、集団サービスの有無に関わらず、1人あたりの所要時間に有意な差は認められなかった。これは、集団サービスが多人数に対して実施されており、かつ個別サービスで各利用者に十分な時間を割いていることが理由と考えられる。

今後、「口腔機能の向上」サービスのより適正な実施体制を構築するにあたり、サービス提供以外にかかる時間に対する適正な評価が必要であることが伺われた。