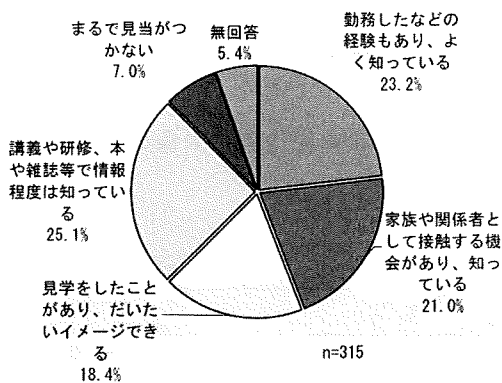


ション) サービス内容の知識

介護保険における通所介護や通所リハビリテーションのサービス内容について、図表 2.1.4 に示したように、「勤務したなどの経験もあり、よく知っている」と回答したのは 23.2%であった。

「家族や関係者として接触する機会があり、知っている」21.0%、「見学をしたことがあり、だいたいイメージできる」18.4%と、約 40%は実際のサービス内容に触れた経験がある。「講義や研修、本や雑誌等で情報程度は知っている」のは 25.1%、7.0%は「まったく見当がつかない」としており、約 3分の1の回答者は、介護保険における通所介護や通所リハビリテーションで行われるサービス内容を実際に触れたことはなかった。

図表 2.1.4 介護保険の通所介護（通所リハビリテーション）サービス内容をどの程度知っているか



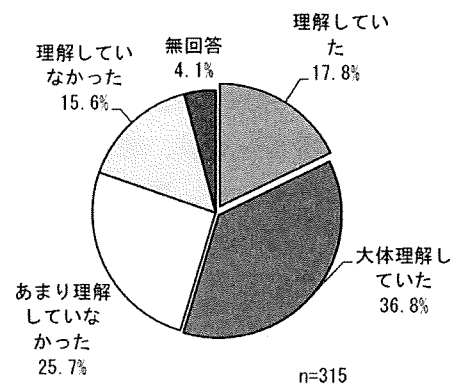
2. 研修の受講による口腔機能向上サービスについての理解の変化

2.1 研修前の口腔機能向上サービスについての理解

研修を受ける前から、口腔機能向上加算サービスの内容・流れについて「理解していた」のは 17.8%、「大体理解していた」が 36.8%で、全体の約 55%は理解していたことになる（図表 2.2.1）。

介護保険における通所介護や通所リハビリテーションのサービス内容について、勤務経験あるいは家族や関係者としての経験から知っているのは 44.2%であり（図表 2.1.4）、理解していたというレベルが、実際の体験を通じてだけでなく、講義や研修あるいは本や雑誌等を通じた情報としての理解という可能性もある。

図表 2.2.1 研修を受ける前の口腔機能向上サービスについての理解



2.2 研修後の口腔機能向上サービスについての理解

a “理解が深まった”

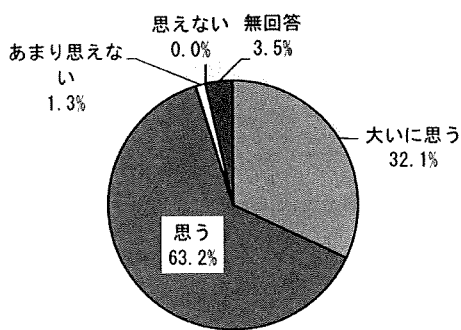
図表 2.2.2-1 に示したように、95.3%は DVD を見た後に口腔機能向上加算サービスに対する理解が深まったと「大いに思う」、「思う」と回答した。

DVD を見る以前からの理解度別では、前から理解していたというグループでは、理解が深まったと「大いに思う」が 55.4%と、「思う」42.9%を上回っていた。

これに対して、「思う」という回答では、あまり理解していなかった（75.3%）、理解していなかった（69.4%）、大体理解していた（66.4%）の順となっていた。DVD 視聴の前にある程度の理解があるグループの方が、より理解度が深まったと感じていた。

図表 2.2.2-1 DVD を見て、口腔機能向上加算

サービスに対する理解が深まった



n=315

図表 2.2.2-2 DVD を見る前の理解度別の口腔機能向上加算サービスに対する理解

口腔機能向上加算サービスについて		a 理解が深まった (%)				
		大いに思う	思う	あまり思えない	思えない	無回答
DVD を見る前から	理解していた	55.4	42.9	0.0	0.0	1.8
	大体理解していた	31.0	66.4	0.9	0.0	1.7
	あまり理解していなかった	23.5	75.3	1.2	0.0	0.0
	理解していなかった	24.5	69.4	4.1	0.0	2.0
	無回答	23.1	23.1	0.0	0.0	53.8
	全体	32.1	63.2	1.3	0.0	3.5

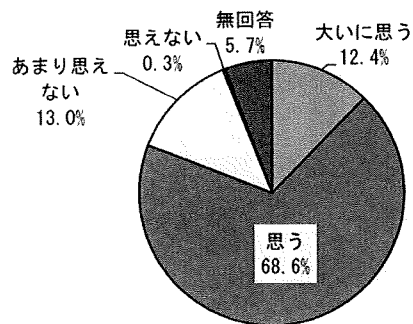
b “これまでの疑問がはれた”

DVD を見て、これまでの口腔機能向上加算サービスに対する疑問が晴れたと「思う」という回答は全体の 68.6%で、「大いに思う」が 12.4%、「あまり思えない」が 13.0%とほぼ同率になった (図表 2.2.2-3)。

DVD を見る以前からの理解度別にみると、前から理解していたというグループでは疑問が晴れたと「大いに思う」が 32.1%あったものの、「思う」の 50.0%より低かった (図表 2.2.2-4)。

全体の 81%は疑問が解消したとしているが、「あまり思えない」という回答が、あまり理解していなかったグループで 19.8%あり、事前の理解度にかかわらず 10~20%のグループが、DVD 視聴ではこれまでの疑問が解消してとは感じていなかった。

図表 2.2.2-3 DVD を見て、口腔機能向上加算サービスに対するこれまでの疑問が晴れた



n=315

図表 2.2.2-4 DVD を見る前の理解度別の口腔機能向上加算サービスに対するこれまでの疑問の解消

口腔機能向上加算サービスについて		b これまでの疑問が晴れた (%)				
		大いに思う	思う	あまり思えない	思えない	無回答
DVD を見る前から	理解していた	32.1	50.0	10.7	1.8	5.4
	大体理解していた	8.6	76.7	10.3	0.0	4.3
	あまり理解していなかった	6.2	70.4	19.8	0.0	3.7
	理解していなかった	8.2	75.5	14.3	0.0	2.0
	無回答	15.4	38.5	0.0	0.0	46.2
	全体	12.4	68.6	13.0	0.3	5.7

c “やってみたくなくなった”

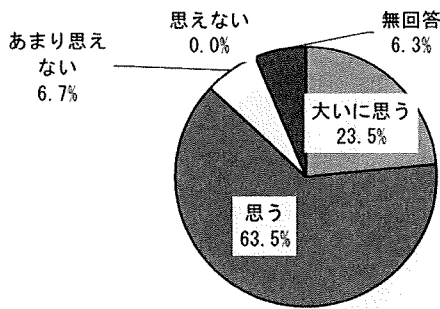
DVD を見て、全体の 87.0%は口腔機能向上加算サービスをやってみたくなくなったと回答している (図表 2.2.2-5)。

DVD を見る以前からの理解度別にみると、前から理解していたというグループでは、無回答の 8.9%を除いた 91%が、やってみたくないと「大いに思う」(37.5%)、「思う」(53.6%)と高い意欲を示していた (図表 2.2.2-6)。

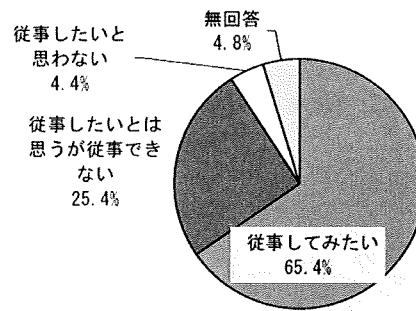
事前にはサービスについて理解していなかったグループでは、DVD 視聴後にやってみたくとは「あまり思えない」という回答は 10.2%と低かった。

事前にあまり理解していなかったグループでもやってみたくと思っており、DVD 視聴によって口腔機能向上加算サービスの実際を知ることが、理解を深め、疑問を解消して参加する意欲につながっているとみられる。

図表 2.2.2-5 DVD を見て、口腔機能向上加算サービスをやってみたくなくなった



n=315



n=315

図表 2.2.2-6 DVDを見る前の理解度別の口腔機能向上加算サービスに対する意欲

図表 2.2.3-2 DVDを見る前の理解度別の口腔機能向上加算サービスに対する従事意欲

口腔機能向上加算サービスについて		やってみたくなった				
		大いに思う	思う	あまり思えない	思えない	無回答
DVDを見る前から	理解していた	37.5	53.6	0.0	0.0	8.9
	大体理解していた	23.3	64.7	8.6	0.0	3.4
	あまり理解していなかった	19.8	67.9	7.4	0.0	4.9
	理解していなかった	12.2	75.5	10.2	0.0	2.0
	無回答	30.8	23.1	0.0	0.0	46.2
全体	23.5	63.5	6.7	0.0	23.5	

口腔機能向上加算サービスについて		口腔機能向上サービスに従事したい				無回答
		従事してみたい	従事したいとは思えない	従事したいと思わない	(従事している)	
DVDを見る前から	理解していた	78.6	12.5	0.0	3.6	5.4
	大体理解していた	67.2	24.1	4.3	0.9	3.4
	あまり理解していなかった	56.8	34.6	6.2	0.0	2.5
	理解していなかった	59.2	34.7	2.0	0.0	4.1
	無回答	69.2	0.0	0.0	0.0	30.8
全体	65.4	25.4	3.5	1.0	4.8	

2.3 口腔機能向上サービスへの従事

口腔機能向上加算サービスをやってみたくなくなったという回答は全体の 87.0%であったが (図表 2.2.2-5)、従事したいと思うかという質問では、25.4%が「従事したいとは思えない」と回答している (図表 2.2.3-1)

「従事したい」という回答は、DVD 視聴前の理解度別にみると、「理解していた」グループと「大体理解していた」グループ間で 11.4 ポイント、「大体理解していた」グループと「あまり理解していなかった」グループ間で 10.4%の差があった。(図表 2.2.3-2)

事前の口腔機能向上サービスへの理解度と従事可能性は連動する傾向が見られた。

図表 2.2.3-1 口腔機能向上サービスに従事したい

図表 2.2.3-3 に示したように、「従事したいとは思えない」、「従事したいと思わない」という理由は、現在の就業状況に関するもの、就業しようと思う介護関連の就業環境に関するもの、個人の経験や知識に関するものに大別された。

現在の就業状況では、診療業務に従事していることから、現在の勤務を優先あるいは時間がとれないこと、介護業務あるいは行政職に従事していることから口腔機能向上サービスとの兼務が難しいことがあげられていた。

また、介護関連の就業環境では、雇用機会が少ないこと、非常勤であることが理由にあがっていた。

さらに、回答者自身の知識や経験の不足も理由となっていた。

図表 2.2.3-3 従事したいとは思えない、従事したいと思わない理由

・ 診療業務に従事 (現在の勤務を優先、常勤なので時間がとれない)
・ 介護業務に従事 (介護職、介護支援専門員に専従、兼務の禁止)
・ 行政職等に従事
・ 職場環境が整っていない (施設での雇用がない、募集がない、非常勤では困るので)
・ 経験不足のため
・ 知識がない

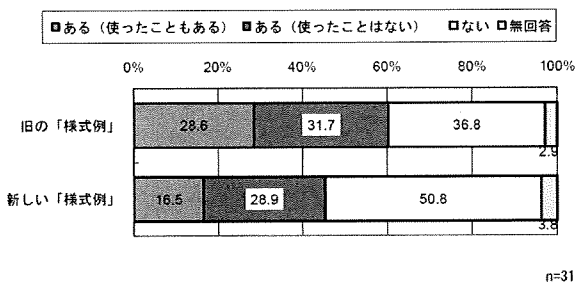
2.4 口腔機能向上加算の新旧様式例の認知度

平成 21 年度に口腔機能向上加算の様式が簡素化されたが、全体の 28.6%は旧の様式例を「みたことも使ったことがある」と回答したが、新しい様式例では 16.5%であった。「使ったことはないがみたことがある」という回答は、旧様式例で 31.7%、新様式例で 28.9%とあまり違いはなかった。

事前の理解度別にみると、新様式について「みたことも使ったことがある」という回答は旧様式に比べて“理解していた”グループで 25.0%、“大体理解していた”グループで 17.3%低くなっていた。

口腔機能向上サービスに関心の高いグループでも、今回の改定について十分把握できていない様子が見ええる。

図表 2.2.4-1 口腔機能向上加算の旧様式例を見たことがある



図表 2.2.4-2 DVD を見る前の理解度別の口腔機能向上加算の新旧様式例の認知度

口腔機能向上加算サービスについて	旧様式		新様式	
	ある (使ったこともある)	ある (使ったことはない)	ある (使ったこともある)	ある (使ったことはない)
DVD を見る前から				
理解していた	66.1	25.0	41.1	32.1
大体理解していた	37.1	42.2	19.8	39.7
あまり理解していなかった	8.6	34.6	7.4	23.5
理解していなかった	2.0	10.2	0.0	6.1
無回答	15.4	30.8	0.0	38.5
全体	28.6	31.7	16.5	28.9

2.5 新しい様式例に基づいてサービスを実施する場合の難易度

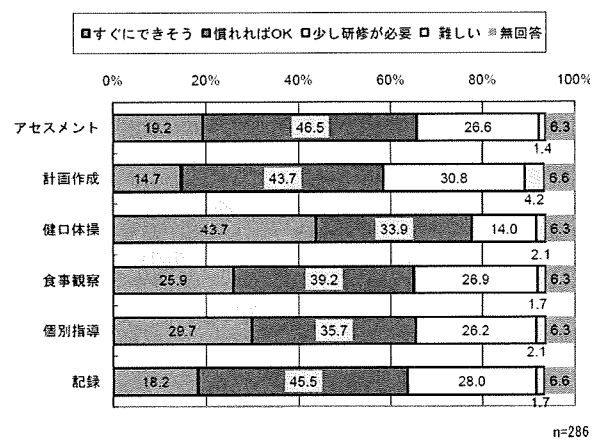
口腔機能向上加算サービスに“従事してみたい”、“従事したいとは思いますが従事できない”という回答者 286 名を対象に、口腔機能向上加算の新しい様式の項目ごとに難易度を尋ねた。「すぐにできそう」という回答は、健口

体操が 43.7%と最も高く、最も低かった計画作成 (14.7%) とは約 3 倍の開きがあった。(図表 2.2.5-1)

計画作成以外の各項目では、概ね 65%が「すぐにできそう」「慣れれば OK」と回答している。計画作成でも「少し研修が必要」という回答が他の項目より数ポイント高い 30.8%で、難しいという回答は 4.2%であった。

新しい様式の各項目とも、様式に慣れるか、適切な研修機会があれば、回答者にとっては特段の困難は感じないことが伺える。

図表 2.2.5-1 口腔機能向上加算の新様式例の難易度



具体的に様式例の使用が「難しい、苦手」と感じる点としては、様式に関すること、計画や記録を文書として作成すること、評価に関することに大別された (図表 2.2.5-2)。

記入された内容からは、項目欄が多い、時間がかかるという様式に苦手意識を感じる背景には、歯科診療では経験したことのない種類の書類に、計画や記録を文章として表現することが難しいこと、口腔機能向上加算で求められている評価の仕方に不安があるという、異なる要因が関わっていることが読み取れる。

図表 2.2.5-2 口腔機能向上加算の新様式例で難しいと感じる点

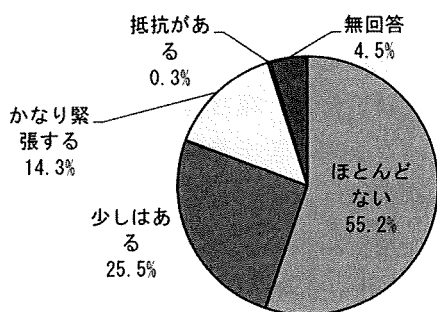
【様式に関すること】
・ 項目欄が多い ・ 時間がかかる
【計画や記録を文書として作成すること】
・ 文章での表現が大変そう、計画内容を文章表現して記録にする事が難しい ・ 計画作成、記録の内容は最初から作成する場合、どこまで細かいところまでふみこんで書いてよいかわかりにくい。 ・ 口腔機能向上の指導管理計画の対象者様のご希望・目標にて本当に本人が希望するものを抽出すること ・ 今まで書類の作成をしたことがないから ・ 歯科診療の中では目にしない書類、使用していないので難しい苦手と感じる ・ 記入の仕方を勉強する機会が少ない、またあってもフォローアップが少ないのではないかな？
【評価に関すること】
・ 食べこぼしが口腔機能の低下によるものか手や脳の機能低下でおきているかの判断 ・ ST, DH, Hs 間で判定に個人差が出ては意味がないが、研修で感覚がつかめるか心配。 ・ 咀嚼機能訓練、誤嚥の可能性がありちゃんと研修受けないと不安 ・ 評価・RSSIで指をのいたり聴診器をのいたりするとやりづらいようだ(利用者の質問・指示の仕方)

2.6 介護現場で「他職種」と仕事することへの抵抗感

介護現場での「他職種」を理解して、一体感をもって仕事することについての抵抗感は、「抵抗感がある」という回答は 0.3%とわずかであったが、約 40%は「少しはある」(25.5%)あるいは「かなり緊張する」(14.3%)と、何らかの抵抗感を持っていた(図表 2.2.6-1)。

事前の理解度別にみると、“理解していた”グループでは「ほとんどない」が 68.6%、「かなり緊張する」が 2.0%であったが、そのほかのグループでは 15~20%が「かなり緊張する」と回答していた。(図表 2.2.6-2)。

図表 2.2.6-1 介護現場で「他職種」を理解して、一体感をもって仕事することへの抵抗感



n=286

図表 2.2.6-2 DVD を見る前の理解度別の介護現場で「他職種」と仕事することへの抵抗感

口腔機能向上加算サービスについて	介護現場で「他職種」と仕事することへの抵抗感				
	ほとんどない	少しはある	かなり緊張する	抵抗感がある	無回答
DVD を見る前	68.6	25.5	2.0	0.0	3.9
理解していた	57.5	22.6	15.1	0.0	4.7
大体理解していた	40.5	35.1	17.6	1.4	5.4
あまり理解していなかった	56.5	19.6	19.6	0.0	4.3
理解していなかった	66.7	11.1	22.2	0.0	0.0
全体	55.2	25.5	14.3	0.3	4.5

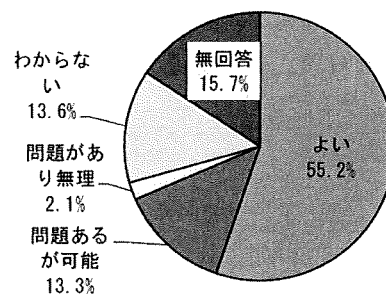
2.7 介護現場での歯科衛生士の「グループ就業」について

a. 就業形態

DVD の中では、介護現場での歯科衛生士の「グループ就業」という形態を紹介している。これは、1か所の介護施設(事業所)では口腔機能向上加算の件数が少ないものの、一定割合で口腔機能向上サービスが必要とみられる利用者が居ることから、非常勤の歯科衛生士をグループ化して複数の介護施設(事業所)を担当するという仕組みである。

このような就業形態について、「よい」とする回答は 55.2%であった。全体の 15.4%は「問題あるが可能」(13.3%)あるいは「問題があり無理」(2.1%)としていた(図表 2.2.7-1)。

図表 2.2.7-1 介護現場での歯科衛生士の「グループ就業」という形態



n=286

このような就労形態の問題としてあげられた点は、グループ就労という形態に関するもの、グループの質に関するもの、他職種との連携に関するものに大別された(図表 2.2.7-2)。

まず、歯科衛生士のグループ就労という形が社会的に認められるのか、受け入れてくれ

る施設はあるのか、というこのような就労形態そのものに対する疑問があった。関連して、賃金の差や非常勤であることも問題点とされていた。

また、グループとしての質をどのように保つかが問題としてあげられた。歯科衛生士間のレベルの統一、知識や情報の共有を図ることの必要性和、グループのリーダーの負担が大きいことが懸念されている。

さらに、他の介護職種と緊密な連携が図れるかという点もあげられていた。

“常勤雇用が必要。生活全体を見るから問題点も見える他職種の苦労も理解したうえで同じ土俵でディスカッションできる。1日数時間ではその方の本当の生活問題点はみえてこないで「目標」設定が生活に即さない。”という意見がこれらの問題点を包括していた。

図表 2.2.7-2 介護現場での歯科衛生士の「グループ就業」という形態の問題点

グループ就業という形態	
・ 歯科衛生士のグループという形が社会的に認められるか。フリーランスとして仕事をしていくことを認められるのか。	
・ 受け入れられる介護施設があるかどうか？	
・ 非常勤であること 小規模施設では関わっていくのが難しいのでは	
・ 賃金の差	
・ 常勤で働けない	
グループとしての質	
・ 歯科衛生士の質の均一性	
・ D/Hレベルの統一	
・ グループ内の知識・技術の共有	
・ 情報の共有化をどのようにしっかりとるか	
・ 日程などの調整と個々のレベルの差など	
・ リーダーとなる歯科衛生士はすでにオーバーワークでグループ化の負担が大きいと思う。	
・ 衛生士同士の指導内容の統一が必要	
・ 個々のスキルの問題。スキルアップの為に時間をとられる。	
他職種との連携	
・ 他職種からの理解は？	
・ 他職種の方とカンファレンス等行う時間的な余裕がない	
包括	
・ 常勤雇用が必要。生活全体を見るから問題点も見える他職種の苦労も理解したうえで同じ土俵でディスカッションできる。1日数時間ではその方の本当の生活問題点はみえてこないで「目標」設定が生活に即さない。	

b. グループの形成

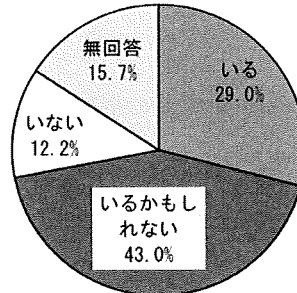
“一緒にできそうな仲間がいますか？”という質問では、「いる」が29.0%、「いない」が12.2%となった(図表2.2.7-3)。43.0%は「いるかもしれない」として、グループを形成できる可能性は否定していなかった。

グループ就業の形態に対する回答別にグループ形成の可能性をみると、就業形態を“よい”とした回答者の38.6%は、一緒にできそうな仲間が「いる」、45.6%は「いるかもしれ

ない」と答えている(図表2.2.7-4)。

回答者全体の約2割はこのような就労形態をよいと考え、実際にグループを組める可能性があることになる。

図表 2.2.7-3 一緒にできそうな仲間がいる



n=286

図表 2.2.7-4 「グループ就業」の形態に対する回答別のグループ形成の可能性

介護現場での歯科衛生士の「グループ就業」	一緒にできそうな仲間がいますか			
	いる	いるかもしれない	いない	無回答
よい	38.6	45.6	10.1	5.7
問題があるが可能	23.7	63.2	7.9	5.3
問題があり無理	50.0	33.3	0.0	16.7
わからない	17.9	43.6	38.5	0.0
無回答	6.7	17.8	2.2	73.3
全体	29.0	43.0	12.2	15.7

(4)

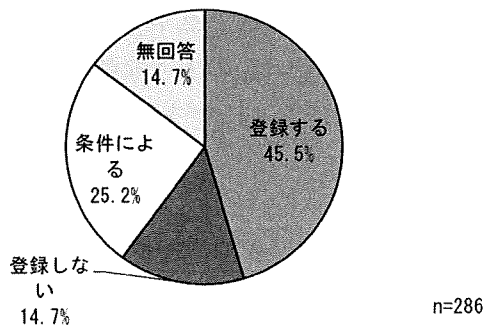
c. グループ就業への登録希望

“もしグループ就業の希望者登録制があった場合、あなたは登録しますか？”という質問では、「登録する」が45.5%、「登録しない」が14.7%となった(図表2.2.7-5)。25.2%は「条件による」としていた。

グループ就業の形態に対する回答別に登録希望をみると、就業形態を“よい”または“問題があるが可能”としたグループでは半数以上が「登録する」と回答したが、“問題があり無理”というグループでは50.0%が「条件による」と回答した(図表2.2.7-4)。

回答者全体の約3分の1はこのような就労形態をよいと考え、グループ就業の希望者登録制があった場合には、実際に登録する意思を持っていることになる。

図表 2.2.7-5 グループ就業の希望者登録制があった場合の登録希望



図表 2.2.7-6 「グループ就業」の形態に対する回答別の登録希望

介護現場での歯科衛生士の「グループ就業」	この形態は	グループ就業の希望者登録制があった場合 (%)			
		登録する	登録しない	条件による	無回答
よい	問題あるが可能	56.3	12.0	26.6	5.1
	問題があり無理	33.3	16.7	50.0	0.0
	わからない	20.5	38.5	35.9	5.1
	無回答	22.2	2.2	6.7	66.7
	全体	45.5	14.7	25.2	14.3

「条件による」という回答者があげた具体的な内容は、勤務日数や就業時間、場所、報酬、社会保険などの雇用条件に関するものが多かった。また、事前研修も条件にあがっていた（図表 2.2.7-7）。

これらの条件は“現職に支障をきたさない、きちんとした報酬がある”、“施設の職員やグループの DH と研修を重ねた後ならできる”という二つの意見に集約されている。

図表 2.2.7-7 “条件による”の具体的な内容

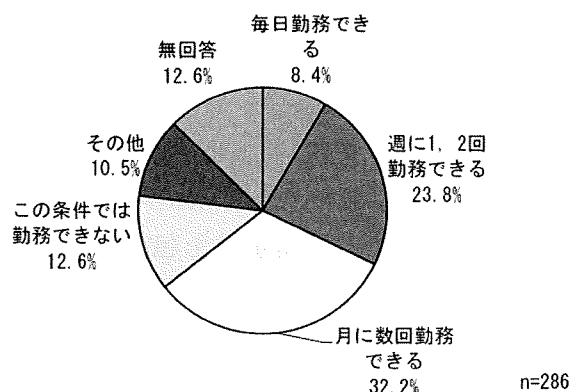
・ 雇用条件、就業時間
・ 頼れるスタッフ、研修、説明、日時、場所
・ 勤務日数、時間
・ 収入・保険保障など
・ 常勤であること
・ 現職に支障をきたさない、きちんとした報酬がある
・ 事前研修をしてからにしたい
・ 施設の職員やグループの DH と研修を重ねた後ならできる

2.8 日中短時間の非常勤雇用での勤務

“多くの事業所では口腔機能向上サービスを実施する場合の雇用形態は、お昼をはさんで 10 時頃～15 時頃の非常勤雇用が多くなっています。このような条件であれば、”という質問に、32.2%は「月に数回勤務できる」、23.8%は「週に 1、2 回勤務できる」と回答した（図表 2.2.8-1）。

“この条件では勤務できない”という回答者があげた希望条件は、常勤希望が最も多く、次いで多かったのは、現在の勤務との調整が難しいというものであった（図表 2.2.8-2）。介護の現場にいる回答者からは、“口腔ケアの仕事はボランティア感覚でしかない”のでこの仕事で生活することは難しいという意見が寄せられた。

図表 2.2.8-1 10 時頃～15 時頃の非常勤雇用での勤務



図表 2.2.8-2 “この条件では勤務できない”という回答者の希望条件

常勤希望、非常勤では就業できない、フルタイム希望
常勤で働いていると他の施設での勤務は無理
時間と報酬関係のバランスがある。仕事として成立していかないとボランティアでは？将来的に、今現在、経験値がない場合のボランティアは OK
生活することが条件の給料が必要なので非常勤であれば仕事をしなくてもできない。アルバイトとして働くことを許されるなら考えてもいいが・・・条件をあわせるのも難しいと思う
元々は診療所で働くよりこのような方々の力になれる歯科衛生士として働きたいと思現場を離れ介護に移りましたが、現場を持たされてもケアマネとして働くことが強要されるのが現実です。口腔ケアの仕事はボランティア感覚でしかないのでこれで食べていく仕事としては今はないように思っています。

2.9 自由記載から

自由記載欄には多数の意見が記載された。口腔機能向上サービスに意義を感じる、歯科衛生士の職域が広がるという意見も散見されたが、介護分野での就業に関するものが目立った。その主なものを図表 2.9 にまとめた。

就業を希望しているが求職がない、あるいは求人情報が得られないこと、パート勤務については、働く側の生活を支えることの難しさ、介護の現場では利用者の状況が把握しづらいこと、人材を育成しにくいことなどがあげられていた。それには事業所の協力、歯科医師との連携が重要であるという指摘もあつ

た。

また、歯科衛生士会未加入者への情報伝達、研修体制が不十分という意見もあった。

図表 2.9 介護分野での就業に関する自由記載抜粋

・ 介護施設における経験もあり歯科衛生士としてそのような場で働きたいと思ひ、現在就職活動中だが、ハローワークでも求人がない。
・ 働きたい衛生士と働き手を探している施設の出会ひの場があればと思う
・ 介護現場での必要性はわかりますし、参加したいとは思いますが、職業として生活を支えることができれば難しい。
・ パートの勤務だと利用者の ADL 性格等把握できづらい できれば衛生士を常勤で雇えるような介護保険の運用はできないものか
・ 口腔機能向上、介護保険に乘じ歯科医師との連携が大切では。認定審査会に出向しているが、口腔の問題は殆んどできていない。
・ 生計を立てられる内容も検討していかなければならないと思う。パート勤務では興味のある若い人材は育たない。衛生士は一生続けられる仕事になりえないのではと 13 年経っても心配です。Ns のように DH も努力が必要。
・ 事業所の協力がなくうまくいかない。事業所へのアプローチを働きかけて欲しい。
・ 研修の体制ができていないため、仕事を始めたが、入っていくのが難しいように感じます。
・ 歯科衛生士の中には、ST 会や看護士会と違い、歯科衛生士会に入っていない人がとても多いです。その人たちが働いていない場合や、診療所みの勤務の場合、研修会がある事もわからず、診療所で空きが出るのを待つだけの人もいます。そのような DH にも、情報が伝わる様になればいいなと思ひます。

D. 考察

1. 口腔機能向上サービスに関心のある歯科衛生士

今回の調査は、口腔機能向上サービスに関する研修会において、サービスの実際と歯科衛生士のグループ就業に関する DVD の視聴後に行ったアンケート調査である。そのため、調査対象は口腔機能向上サービスに関心のある歯科衛生士と言える。

アンケート調査に回答した 315 名の歯科衛生士は、経験年数が 10 年以上のベテランが 8 割近くを占め (図表 2.1.1)、歯科診療を中心とした領域で経験を積み、現在は歯科診療所が 33.0%、地域保健が 21.6%、介護事業所が 19.6%、ケアマネージャーや地域包括支援センターなどの介護分野、重症心身障害者福祉センターなどの障害者歯科関係、保健所や口腔保健センター等の機関、歯科衛生士養成施設などの分野が 36.2%と、幅広い分野に従事していた (図表 2.1.2-1、2.1.2-2)。

具体的な業務としては、回答者の 74.0%は

訪問診療や障害者診療、介護施設や在宅等の口腔ケア、口腔機能向上サービスなどの対象者への直接的なサービスの提供のほかに、施設職員への研修、市民や高齢者を対象とした教育講演など、高齢者や障害者対象の事業に携わった経験があった (図表 2.1.3-1)。

このような業務の広がりに対応するように、歯科衛生士免許以外に介護支援専門員資格やヘルパー資格の取得者はそれぞれ 30%を超えていた。また、15.2%は認定歯科衛生士を取得していた (図表 2.1.3-2)。

また、介護保険における通所介護や通所リハビリテーションのサービス内容について、44.2%は勤務または家族や関係者として、実際のサービスに触れた経験があった。18.4%は見学したことがあり、全体の約 60%は少なくとも実際にサービスを提供する現場に行ったことがある (図表 2.1.4)。

これらの結果から、介護予防の口腔機能向上サービスに関する研修会に参加し、アンケートに回答するような意欲が高い歯科衛生士としては、歯科診療で一定の経験を積み、介護福祉関係や認定歯科衛生士の資格の取得にも積極的であり、実際の口腔機能向上サービスに勤務や個人的な経験、あるいは見学を通じて触れた経験がある、といった共通性が浮かびあがってくる。

2. 研修の受講と口腔機能向上算サービスについての理解

研修を受ける前から、介護予防における口腔機能向上加算サービスの内容・流れについて、全体の約 55%は理解していたとしていた。(図表 2.2.1)。しかし、勤務経験があるのは全体の 23.2%に過ぎず (図表 2.1.4)、約 30%が理解していたレベルは、家族や関係者としての利用者側の経験や、見学による実際のサービスを見聞した経験、講義や研修あるいは本や雑誌等を通じた情報としてということになる。

このことは、口腔機能向上加算の新旧様式例

の認知度とも関連する。実際に様式を使ったことがあるのは旧様式で 28.6%、新様式では 16.5%に過ぎず、約 30%はいずれも様式例をみたことはあるが、使ったことはなかった(図表 2.2.4-1)

このような研修を受講した歯科衛生士は口腔機能向上サービスについて、研修用 DVD の視聴の前後で 95.3%は“理解が深まり”、68.6%が“これまでの疑問がはれ”、87.0%は“やってみたくなくなった”と回答していた(図表 2.2.2.-1、2.2.2-3、2.2.2-5)。

事前の理解度が「大体理解していた」「あまり理解していなかった」、「理解していなかった」各グループの 65~75%が、“理解が深まった”と評価し、“やってみたくなくなった”と回答していたことから(図表 2.2.2-2、2.2.2-4、2.2.2-6)、DVD 視聴による研修は、歯科衛生士の口腔機能向上サービスに対する理解度の向上と参加意欲の向上に有効であると考えられる。

一方、DVD 視聴後に全体の 87.0%は口腔機能向上加算サービスを“やってみたくなくなった”と回答していたものの、“従事したい”と思う回答者は 65.4%に低下した(図表 2.2.3-1)。

“従事したいとは思いますが従事できない”理由としては、現在の勤務では時間がとれない、兼務の禁止などの現職としての就業状況、介護分野での雇用機会が少ない、非常勤であることなどの介護関連の就業環境、個人の経験や知識に関するものに大別された。これは、植田ら調査結果³⁾とほぼ同様であった。

今回の DVD 研修のような研修の機会を継続して提供することは、個人の経験や知識に関する不安感への対応策の一つとなるが、就業環境についてはさらに検討する必要がある。

3. 歯科衛生士の口腔機能向上サービスへ従事をためらう要因

1) 歯科衛生士にとって口腔機能向上加算で苦手を感じる項目

口腔機能向上加算サービスに従事する意欲

のあった 286 名は、口腔機能向上加算の新しい様式の項目について、計画作成で“少し研修が必要” 30.8%であったものの、計画作成以外の各項目では概ね 65%が、“すぐに”あるいは“慣れれば”できると回答していた(図表 2.2.5-1)。

全般的には新しい様式の各項目とも、様式に慣れるか、適切な研修を受ければ、歯科衛生士にとっては特に難しいと感じるものではないとみられる。しかし、“すぐにできそう”、という回答は歯科診療業務に近い健口体操では 43.7%あったが、計画作成では 14.7%と低かった。このことは自由記載で様式が「難しい、苦手」と感じる点、①歯科診療では経験したことのない種類の書類に、②計画や記録を文章として表現することが難しいこと、③口腔機能向上加算で求められている評価の仕方に不安がある、という要因を複合的に反映したものとみられる。

歯科衛生士が介護予防の実務に携わるためには、上記の 3 点への対応を図る必要がある。②の計画や記録を文章として表現することは、歯科診療業務上では歯科衛生士は訓練されておらず、介護関係の業務に従事するためには、早急にブラッシュアップする必要があると思われる。

また、①と③に関しては、歯科衛生士に対する介護分野の教育・研修プログラムを充実させていくことで対応できると思われる。

2) 介護現場で「他職種」と仕事することへの抵抗感

介護現場での「他職種」を理解して、一体感をもって仕事をすることに、全体 55.5%「ほとんどない」と回答していたが、事前に“あまり理解していなかった”グループの 35.1%は「少し抵抗感がある」、「理解していなかった」グループでは「少し抵抗感がある」と「かなり緊張する」がそれぞれ 19.6%あった(図表 2.2.6-1、2.2.6-2)。

研修や見学を通じて介護の現場の実際を知

る機会を設けることが、他職種と共同して仕事をすることへの抵抗感を減じることにつながると見られる。

3) 介護現場での歯科衛生士の「グループ就業」

1 か所の介護施設（事業所）では口腔機能向上加算の件数が少ないものの、一定割合で口腔機能向上サービスが必要とみられる利用者が居ることから、植田らは非常勤の歯科衛生士をグループ化して複数の介護施設（事業所）を担当するという「グループ就業」の仕組みを提示した³⁾。

この仕組みについてDVD中で紹介されたが、このような就業形態について55.2%は「よい」、29.0%が一緒にできそうな仲間が「いる」、43.0%は「いるかもしれない」と回答していた（図表2.2.7-1、2.2.7-3）。また、グループ就業の希望者登録制があった場合、45.5%が「登録する」と回答した（図表2.2.7-5）。

多くの事業所での口腔機能向上サービスは、10時頃～15時頃の非常勤雇用によって実施されており、このような条件での勤務に、32.2%は「月に数回」、23.8%は「週に1、2回」勤務できると回答した（図表2.2.8-1）。

このように、「グループ就業」の実現可能性は示唆されたものの、回答者が記載した意見は、次のような問題点に集約された（図表2.2.7-2、2.2.7-7、2.2.8-2）。

- ① このような就労形態が社会的に認められるのか、受け入れてくれる施設はあるのか、といった就労形態そのものに対する疑問、
- ② 賃金の差や非常勤であること、
- ③ 歯科衛生士間のレベルの統一や知識や情報の共有を図ることの必要性、グループリーダーの負担といったグループとしての質をどのように保つかの問題、
- ④ 利用者の生活全体にかかわる問題に介護職種と緊密な連携が図れるかという問題

また、全般的な内容に係わる自由記載でも、非常勤という勤務形態では生計が立てられない、常勤を希望という意見が多かった。

①と②は、医療と介護の制度や社会情勢に係わる分野での総合的な政策的な取り組みを伴う問題と言える。

③と④に関しては、歯科衛生士の教育・研修のプログラムを戦略的に組み立てることで、対応が可能な領域と言える。

文献

1. 厚生労働省：介護給付費実態調査月報 平成18年5月診査分～平成21年11月診査分。
 2. 植田耕一郎：平成19年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 介護予防給付の栄養改善、口腔機能の向上の実施に関する研究 調査報告書. 2008
- 植田耕一郎：平成20年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 「口腔機能向上及び栄養改善サービスに従事する人材確保の効果的推進に関する調査研究 調査報告書. 2009

E. 結論

研修会を通して歯科衛生士の口腔機能向上加算サービスに対する意識と就業意欲が向上させることができた。

口腔機能向上加算サービスへの歯科衛生士の配置に関しては、就労可能とする施策としての取り組みや口腔機能向上に関する歯科衛生士の教育・研修のプログラムを戦略的に組み立てが必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

口腔機能向上サービスの推進に関する〈歯科衛生士〉アンケート

【注：口腔機能向上加算様式例と共にDVD視聴】

今後の歯科衛生士人材支援に役立てますので、以下の質問にお答えいただき、ご意見をお聞かせください
なお、選択枝のあるものは当てはまるものを塗りつぶし(■)してください

歯科衛生士としての就労経験年数	<input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1～3年 <input type="checkbox"/> 4～9年 <input type="checkbox"/> 10年以上
経験分野は チェック <input checked="" type="checkbox"/> 、 現在の従事分野は 塗りつぶし ■	<input type="checkbox"/> 1 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 2 病院 <input type="checkbox"/> 3 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 4 地域保健(乳幼児健診など) <input type="checkbox"/> 5 介護関係事業所 <input type="checkbox"/> 6 その他()
高齢者や障害者対象の事業に携わった経験の有無について	<input type="checkbox"/> 1 有(具体的に:) <input type="checkbox"/> 2 無
歯科衛生士免許以外の資格等(主に福祉介護系)があれば、すべて塗りつぶし	<input type="checkbox"/> 1 介護支援専門員資格 <input type="checkbox"/> 2 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 3 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 4 ヘルパー(級) <input type="checkbox"/> 5 栄養士・管理栄養士 <input type="checkbox"/> 6 認定歯科衛生士(具体名:) <input type="checkbox"/> 7 その他()
介護保険の通所介護(通所リハビリテーション)サービス内容はどの程度知っていますか？ (1つだけ選択)	<input type="checkbox"/> 1 勤務したなどの経験もあり よく知っている <input type="checkbox"/> 2 家族や関係者として接触する機会があり 知っている <input type="checkbox"/> 3 見学をしたことがあり だいたいイメージできる <input type="checkbox"/> 4 講義や研修、本や雑誌等で 情報程度は知っている <input type="checkbox"/> 5 まるで見当がつかない

* 以下について、DVDを見た感想をふまえてお聞かせください

(1)DVD を見る前から口腔機能向上加算サービスの内容・流れについては概ね理解されていませんか？

1 理解していた 2 大体理解していた 3 あまり理解していなかった 4 理解していなかった

(2)DVD を見て、口腔機能向上加算サービスに対する関心や考えについて

- a 理解が深まったと (1 大いに思う 2 思う 3 あまり思えない 4 思えない)
- b これまでの疑問がはれたと (1 大いに思う 2 思う 3 あまり思えない 4 思えない)
- c やってみたいとなったと (1 大いに思う 2 思う 3 あまり思えない 4 思えない)

(3)口腔機能向上サービスに従事したいと思いませんか？

1 従事してみたい 2 従事したいとは思いますが従事できない 3 従事したいと思わない



(4) (3)で「2」又は「3」と回答した方はその理由をお教え下さい

理由:

(5)今まで、口腔機能向上加算サービスの旧の「様式例」を見たことはありましたか？

1 ある(使ったこともある) 2 ある(使ったことはない) 3 ない

今回の改訂後の新しい「様式例」は見たことはありますか？

1 ある(使ったこともある) 2 ある(使ったことはない) 3 ない

* 裏面 にもお答えください

((3)で「3従事したいと思わない」の方は以上で終了です。ありがとうございました。)

(6)DVD の例のように、口腔機能向上サービスを改訂後の新しい「様式例」に基づいて実施する場合、以下の項目はあなたにとって、どのくらい容易または困難ですか？

- a アセスメント (1 すぐにできそう 2 慣れればOK 3 少し研修が必要 4 難しい)
- b 計画作成 (1 すぐにできそう 2 慣れればOK 3 少し研修が必要 4 難しい)
- c 健口体操 (1 すぐにできそう 2 慣れればOK 3 少し研修が必要 4 難しい)
- e 食事観察 (1 すぐにできそう 2 慣れればOK 3 少し研修が必要 4 難しい)
- f 個別指導 (1 すぐにできそう 2 慣れればOK 3 少し研修が必要 4 難しい)
- g 記録 (1 すぐにできそう 2 慣れればOK 3 少し研修が必要 4 難しい)
- h 様式例の使用が「難しい、苦手」と感じる点を具体的に:

(7)介護現場での「他職種」を理解して、一体感をもって仕事をするることについての抵抗感は？

- 1 ほとんどない 2 少しはある 3 かなり緊張する 4 抵抗がある

(8)DVDでご紹介した介護現場での歯科衛生士の「グループ就業」について伺います

- a.この形態は (1 よい 2 問題あるが可能 3 問題があり無理 4 わからない)

→(問題点は: _____)

- b.一緒にできそうな仲間がいますか？ (1 いる 2 いるかもしれない 3 いない)

c.もしグループ就業の希望者登録制があった場合、あなたは登録しますか？

- 1 登録する 2 登録しない 3 条件による(具体的に_____)

(9)多くの事業所では口腔機能向上サービスを実施する場合の雇用形態は、お昼をはさんで 10 時頃～15 時頃の非常勤雇用が多くなっています。このような条件であなたは、

- 1 毎日勤務できる 2 週に 1, 2 回 勤務できる 3 月に数回勤務できる
- 4 この条件では勤務できない(希望条件: _____)
- 5 その他(_____)

(10)その他、お気づきの点があればお書きください

< ご協力ありがとうございました >

平成 21 年度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

「サービス事業希望者に対する e-Learning による就職支援プログラムの構築」

研究分担者 西原達次 九州歯科大学 教授

研究要旨

口腔ケアにあたっては、歯科衛生士を一つの軸とし、介護・看護スタッフとの協働が必須である。口腔ケアの理論から技術に関する教育や、実際に教育を受けている者が情報交換を行う手段として、積極的に ICT を活用することが望まれる。システムの稼働させるにあたり、ユースケースの特定を行うとともに、具備すべき機能やその優先順位について検討を行った。

協力研究者

中原孝洋（九州歯科大学 助教）

A. 研究目的

高齢者をはじめとした口腔ケアの理論や技術について、従来の看護教育・衛生士教育では十分とはいえない。そもそも看護教育課程においては、歯科・口腔医学に関するカリキュラムが十分とは言えず、また歯科衛生士教育においては、歯科臨床を前提とした理論・技術の教育を中心とするためである。口腔ケアの対象者は、高齢者や心身障害者等であり、通常の反射が低下している者が多い。そうした中、口腔ケアをやみくもに行うことは、時に対象者の生命を脅かす危険性がある。

口腔ケアの実践者として、新卒、既に医科歯科で活躍する歯科衛生士、看護師の他、これらの潜在者が想定される。こうした実践予定者共通の最大の心理的不安は、技術面に関するものであり、一定レベルの技術教育を行う体制を作ることは必須である。

教育の重要性の一方、口腔ケアに関わる者の就労機会の提供も重要である。従来、歯科分野の求人は、卒業時の求人、公的あ

るいは民間の就職情報や、口コミによってきた。職域が狭い中、求人・求職に苦労しているという実情もある。口腔ケアを中心とした求人・求職については、さらに情報が不足するともいえる。

口腔ケアについては、フルタイムの他、細かいパートタイムの求人も行われることが予想される。求職者にとっては、ライフスタイルに合わせ、こうした細かい求人情報を組み合わせ働くことも可能であろう。

また、実践者（予定者）のコミュニティの場を作ることも重要である。口腔ケアの現場は施設等分散しており、情報の収集・交換が困難である。前述のように、技術的な理由も含め、心理的不安解消も必要であろう。時には心理的フォローを行うことも必要である。

これらの解決のため、e-Learning や、電子掲示板、SNS (Social Networking Service) などを組み合わせ、適切に情報共有が図れるようにすることが適当であると考える。

B. 研究方法

ICT (Information Communication Technology:従来の IT) による解決を図るため、既存技術及びそれらの組み合わせによる解決を検討する。

また、開発に当たっては、設計者（本研究分担研究者・研究協力者）と、開発側で意見の齟齬が出ないこと、また後発の事業等への汎用性を担保するため、UML (Unified Modeling Language)にておこなうこととする。

（倫理面への配慮）

2年目以降は、実ユーザを登録するため、氏名等の個人情報に要する。その場合は、個人情報保護法等及び関連条例を遵守するとともに、本研究内において厳重に管理するものとする。

C. 研究結果

ICTによる解決として、A. 研究目的で挙げた通り、e-Learning 及び SNS によることとして検討を始めた。

想定されるユースケースは、目的の通り、

- ア) 実践者（予定者）に対する教育
- イ) 事業所と実践者（予定者）との就職マッチングの提供
- ウ) 実践者（予定者）のコミュニティスペースの提供

の3つである。今回、これら機能の優先順位について、ア)ウ)イ)とした。これは、実践者（予定者）の技術的水準の担保がまず第一であり、技術面での不安解消がなされない限り、安心してケアの現場に向かうことができないためである。同様に、コミュニティの場で、技術の研鑽と心理的フォローを行うことが重要と考えているところである。

したがって、LMS としては、単に教材が掲載出来ることだけではなく、ステップごとにテストを実施し、テストに合格しなければ先の受講ができない（履修進捗管理）

機能が必須である。教材としては、ページめくり型のものだけではなく、動画やセミナー形式のものなども掲載する必要がある。

このア)を e-Learning 機能で、イ)ウ)を SNS 機能で提供するのが一般的である。

e-Learning としては、履修管理システム (LMS: Learning Management System)の各種パッケージソフトが市場にあり、各々がシェアを持っている。また、SNS については、ASP (Application Service Provider)型や、SaaS (Software as a Service)型によるものが大半であるが、一部には商用またはフリーのパッケージソフトもある。さらに、商用 ASP として、LMS+SNS の機能を持ったものもある。

目的達成のため、これらのサービス・パッケージの採用について検討した。

- (1) LMS と SNS の各ソフトを導入(購入)し、本研究でサーバを運用する。
- (2) LMS 及び SNS の ASP (SaaS) を各々契約する。
- (3) LMS 及び SNS の両機能を具備する ASP (SaaS) を契約する。
- (4) 目的を達成するためのシステムを新規開発し、本研究でサーバを運用する。

これらのうち、(4)は費用が膨大となり、事業を目的とした趣旨に反する（システム開発そのものが本研究の目的ではない）。

(1)(2)は、ユーザ、ID 管理をそれぞれで行う必要がある上、利用者（実践者・予定者及び事業所）にとっても、両システムを行ったり来たりするのは利便性に乏しい。見落としの発生も懸念される上、LMS, SNS 両方に似たような機能も多く（例：電子掲示板）、利用者の混乱も予想される。

(1)については、ID 連携により、LMS, SNS 間をほぼシームレスに運用できる可能性がある。また、高機能の LMS を採用することで、SCORM (Sharable Content Object

Model)への対応、履修進捗管理を十分なレベルで搭載することができるメリットがある。しかし、前段で述べたようなシステム二重化による弊害は大きい。

(3)について2システムの調査をしたが、LMSとしての機能にやや制限がかかり、完全なSCORM対応が困難であるものの、履修進捗管理については十分であった。

これらの検討を踏まえ、教育側を担当する複数の評価者によって、(3)による構築を行うことが適当という結論を得た。

D. 考察

現在まで、システム導入は、ハードを調達し、ソフトウェアを購入または開発し、カスタマイズ等により、まとめていくら、というものが大半であった。1995年頃よりネットワークの発達と共に、ASP型による提供が、そして2008年以降、SaaS（あるいはPaaS:Platform as a Service）によるシステム導入が急激に進展してきた。

ASP, SaaSへの向き、不向きはあるが、提供予定サービスがある程度ICT側に妥協できるものであれば、費用便益性や可用性の観点から十分利用可能である。

今回、ユースケース分析の他、システム開発から、SaaSまで教育やコミュニケーションを目的とした導入方法について検討を行ったが、事業のモデル化に多くの時間を費やした。また、市場のシステムと、現在まで教育ニーズ、本事業の性格及び特性について、十分なモデリングを重ねることで、「事業の特殊性より、普遍性、共通性に目を向けた開発」を行うことにより、想定される開発規模を圧縮することが可能であった。

E. 結論

今年度の調査・研究の結果を踏まえ、システムの設計を引き続き進めると共に、次

年度においてサービスインを行うことができるものである。

G. 研究発表

2. 学会発表

1) 中原孝洋、西原達次. e-Learningを用いた国家試験・CBT向けシステムの構築. 九州歯科学会、2009年5月、北九州市.

2) 中原孝洋、西原達次、寺下正道、福田仁一. 統合認証によるオンデマンド実習ライブラリシステムの構築. 第28回日本歯科医学教育学会学術大会、2009年11月、広島.

H. 知的財産権の出願・登録状況なし

「認知症高齢者における口腔機能向上のあり方の検討」

研究分担者 平野浩彦 東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長

研究要旨

本調査研究は、認知症高齢者への効率的な口腔機能向上サービス提供モデルを作成することを最終目的としている。今年度は本モデル作成のための基礎的なデータ蓄積を目的に、東京都A区特別養護老人ホーム入所者 336 名を対象に認知症高齢者の歯科保健行動実態調査を行い以下の結果を得た。①入所者の約 8 割に認知症（CDR による）を認めた。②口腔機能（咀嚼機能、嚥下機能）の低下は、認知症の重症度に優位な関連性を認め、その関連性は脳血管疾患、パーキンソン病の有無との関連性の傾向とは異なった。③口腔に関連した生活機能（口腔清掃自立、義歯使用、食事自立）の低下は、認知症の重症度に優位な関連性を認め、その関連性は脳血管疾患、パーキンソン病の傾向とは異なった。④食形態の変化、食事時間の延長は、認知症の重症度に優位な関連性を認め、その関連性は脳血管疾患、パーキンソン病の傾向とは異なった。以上の結果から、脳血管障害などとは異なる視点からの、認知症高齢者への口腔機能向上サービス提供の必要性が示唆された。

A. 研究目的

本調査研究は、認知症高齢者への効率的な口腔機能向上サービス提供モデルを作成することを最終目的としている。今年度は本モデル作成のための基礎的なデータ蓄積を目的に認知症高齢者の歯科保健行動実態調査を行った。

B. 研究方法

(対象)

東京都A区特別養護老人ホーム入所者 336 名
(男性：75 名、女性 261 名) 平均年齢 85.1 ±8.6 歳

(調査項目)

1) 既往歴：脳血管疾患（有・無）、パーキンソン病（有・無）

2) 認知症：重症度（無・軽度・中等度・重度）

⇒認知症重症度は、臨床的認知症尺度（CDR：Clinical Dementia Rating）にて判定した。
なお、本調査ではCDR判定“疑い”は“無”に分類した。

3) 要介護度：要介護1・2・3・4・5

4) 口腔関連

①口腔状態 食物残渣（有・無）、舌苔（有・無）、咬合維持（有・無）

②口腔機能 咀嚼機能（良・不良）*、嚥下機能（有・無）**

*食事時の観察での咀嚼運動の安定性

**液状物摂取時の“むせ”の発生頻度

③口腔関連生活機能

口腔清掃自立（している・していない）

義歯使用（できる・できない）、

食事自立（している・していない）

④食事環境 食形態（常食・常食以外）

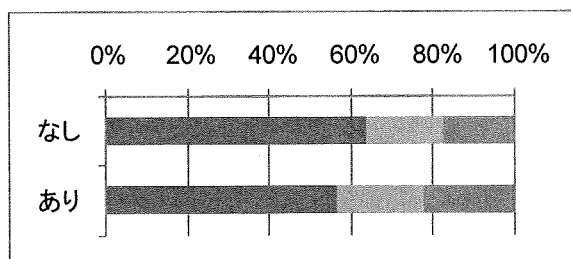
など

C. 研究結果

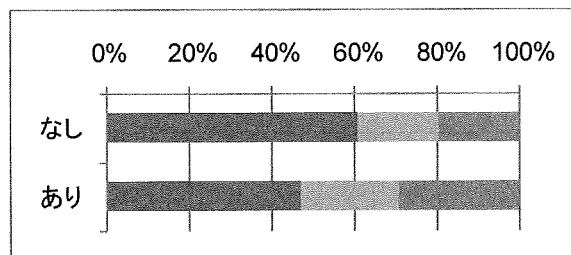
（代表的な結果のみ本項に提示しその他の結果は別添資料参照 χ^2 乗検定にて解析を行った）

食事自立

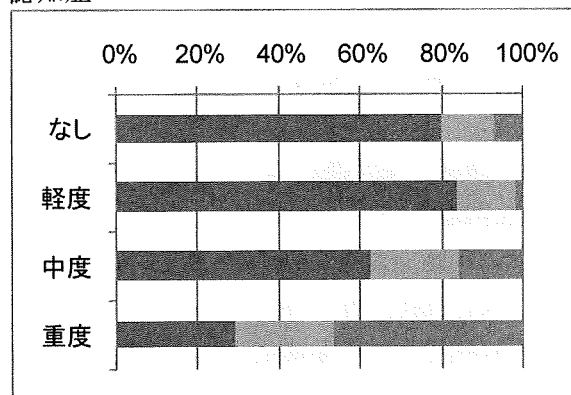
脳血管障害



パーキンソン



認知症

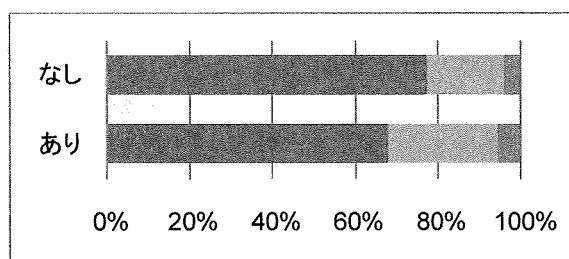


■ 自立 ■ 一部介助 ■ 全介助

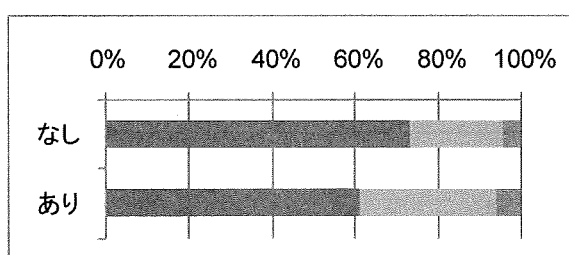
脳血管障害、パーキンソン病があると、食事自立の程度は低下傾向にある。認知症が重度化するにつれ、食事の自立度は有意に低下した。

嚥下機能

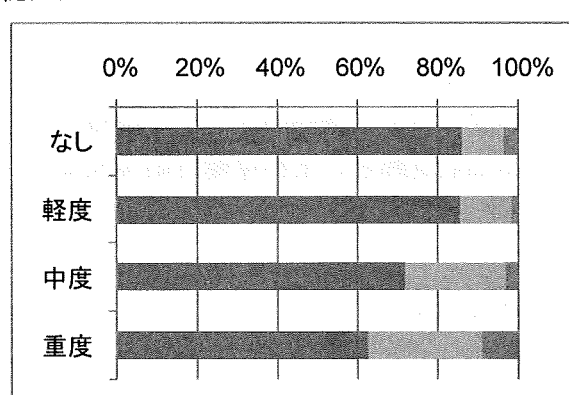
脳血管障害



パーキンソン



認知症



■ なし ■ 時々 ■ 常時

脳血管障害、パーキンソン病があると、嚥下機能は低下傾向にある。認知症が重度化するにつれ、嚥下機能は有意に低下した。

D. 考察

脳血管障害、パーキンソン病など、口腔機能および食行動に大きく影響を及ぼす可能性が高い既往歴の有無と、認知症の重症度での、各調査項目の推移を比較した結果、認知症重症度が高まるにつれて、多くの調査項目においてその推移傾向に違いを認めた。特に、食事自立は認知症が重度化するにつれ、顕著に自立度が低下した。認知症の場合、中等度では約60%が自立であるが、重度になると自立の割合が約25%に低下する。口腔機能（嚥下機能、咀嚼機能など）は認知症が重度になるまである程度維持されているにもかかわらず、食事の自立度が顕著に低下することから、摂食嚥下機能5期モデルでの先行期などを重視した対応の必要性が推察された。

E. 結論

食事の自立などの支援、嚥下機能低下を視野に入れた、認知症重症度を機軸とした認知症高齢者への口腔機能向上サービスモデルの必要性が示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

移動能力

脳血管疾患

	移動能力					合計	P値
	独歩	杖歩行	車椅子	寝たきり	不明		
なし	20(12.0)	13(7.8)	95(56.9)	14(8.4)	25(15.0)	167(100)	0.004
あり	16(9.5)	5(3.0)	103(60.9)	32(18.9)	13(7.7)	169(100)	
合計	36(10.7)	18(5.4)	198(58.9)	46(13.7)	38(11.3)	336(100)	

移動能力に関しては、脳血管疾患ありでは「寝たきり」が 32 名 (18.9%) であったのに対し、脳血管疾患なしでは 14 名 (8.4%) と、脳血管疾患ありでは移動能力が有意に低下していた。

パーキンソン

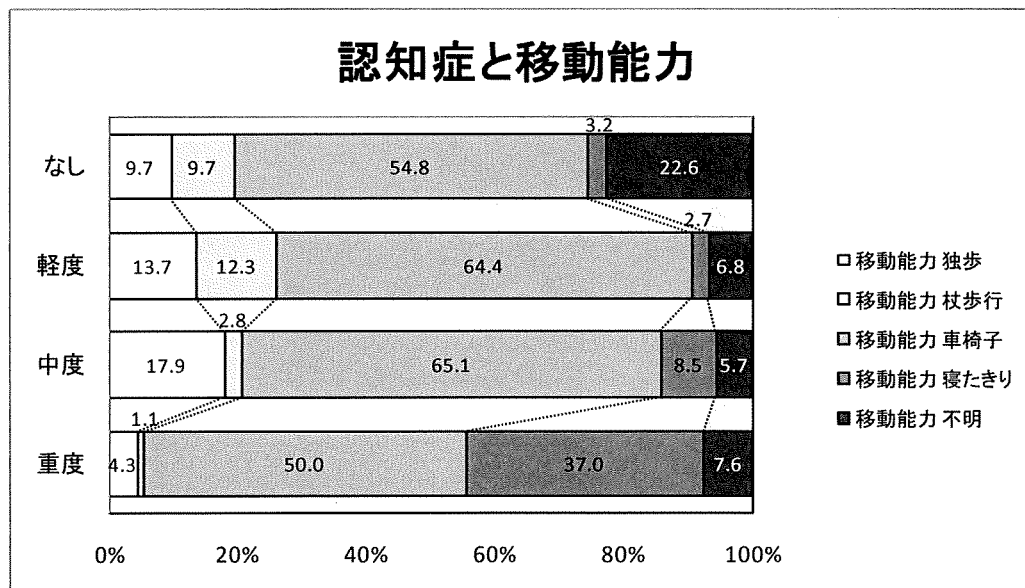
	移動能力					合計	P値
	独歩	杖歩行	車椅子	寝たきり	不明		
なし	36(11.3)	18(5.7)	185(58.2)	43(13.5)	36(11.3)	318(100)	0.441
あり	0(0.0)	0(0.0)	13(72.2)	3(16.7)	2(11.1)	18(100)	
合計	36(10.7)	18(5.4)	198(58.9)	46(13.7)	38(11.3)	336(100)	

移動能力については、パーキンソンなしで「寝たきり」が 43 名 (13.5%) であったのに対して、パーキンソンありでは 3 名 (16.7%) であったが、有意な差は認められなかった。

認知症

	移動能力					合計	P値
	独歩	杖歩行	車椅子	寝たきり	不明		
なし	3(9.7)	3(9.7)	17(54.8)	1(3.2)	7(22.6)	31(100)	0.000
軽度	10(13.7)	9(12.3)	47(64.4)	2(2.7)	5(6.8)	73(100)	
中度	19(17.9)	3(2.8)	69(65.1)	9(8.5)	6(5.7)	106(100)	
重度	4(4.3)	1(1.1)	46(50.0)	34(37.0)	7(7.6)	92(100)	
合計	36(11.9)	16(5.3)	179(59.3)	46(15.2)	25(8.3)	302	

移動能力については、認知症なしでは「寝たきり」が 1 名 (3.2%) であったのに対して、重度では「寝たきり」が 34 名 (37.0%) と、認知症重度では移動能力が有意に低下していた。



感覚障害

脳血管疾患

	感覚障害						合計	P値
	なし	視覚	聴覚	触覚	平衡	不明		
なし	125(74.9)	4(2.4)	4(2.4)	1(0.6)	1(0.6)	32(19.2)	167(100)	0.516
あり	115(68.0)	7(4.1)	5(3.0)	1(0.6)	5(3.0)	36(21.3)	169(100)	
合計	240(71.4)	11(3.3)	9(2.7)	2(0.6)	6(1.8)	68(20.2)	336(100)	

感覚障害のない者が、脳血管障害ありで115名(68.0%)、脳血管障害なしで125名(74.9%)と共に最も多く、有意な差は認められなかった。

パーキンソン

	感覚障害						合計	P値
	なし	視覚	聴覚	触覚	平衡	不明		
なし	229(72.0)	11(3.5)	8(2.5)	2(0.6)	5(1.6)	63(19.8)	318(100)	0.600
あり	11(61.1)	0(0.0)	1(5.6)	0(0.0)	1(5.6)	5(27.8)	18(100)	
合計	240(71.4)	11(3.3)	9(2.7)	2(0.6)	6(1.8)	68(20.2)	336(100)	

感覚障害については、「なし」がパーキンソンなしで229名(72.0%)、パーキンソンありで11名(61.1%)と共に最も多く、有意な差は認められなかった。

認知症

	感覚障害						合計	P値
	なし	視覚	聴覚	触覚	平衡	不明		
なし	24(77.5)	1(3.2)	1(3.2)	0(0.0)	1(3.2)	4(12.8)	31(100)	0.168
軽度	52(71.2)	6(8.2)	1(1.4)	1(1.4)	3(4.1)	10(13.7)	73(100)	
中度	79(74.5)	2(1.9)	4(3.8)	0(0.0)	2(1.9)	19(17.9)	106(100)	
重度	67(72.8)	2(2.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	23(25.0)	92(100)	
合計	222(73.5)	11(3.6)	6(2.0)	1(0.3)	6(2.0)	56(18.5)	302(100)	

感覚障害「なし」が、認知症なしでは24名(77.5%)、軽度では52名(71.2%)、中度では79名(74.5%)、重度では67名(72.8%)であり、有意な差は認められなかった。

