

表1 ケースメソッド演習で抽出されたカテゴリー、サブカテゴリーと項目数の割合

構造化図名	カテゴリー(9)	サブカテゴリー(17)	サブカテゴリーに含まれる項目数(割合)
学びの内容	①視野の広がり	「視点と思考の広がり」 「思考の整理と深まり」 「多様な視点」	31(20.4%)
	②コミュニケーションの鍛錬	「話し合いの重要性」 「コミュニケーションの重要性」	22(14.5%)
	③相互理解の視点	「他職域・職種の理解」 「チームワークの重要性」 「リーダーやマネジャーの役割理解」	15(9.9%)
	④問題解決力の向上	「問題の本質的理解」 「問題解決方法や戦略の深まり」	13(8.6)
	⑤利用者本位の意味	「患者・利用者本位の意味」	4(2.6)
実践化への後押し	①実践への後押し	「実践への動機づけ」 「理論と実践のむすびづけ」	20(13.1)
	②内省の促進	「自己の気づき」 「自己のスタイルを自覚」	20(13.1%)
	③協働の難しさ	「協働の複雑さ」	15(9.9%)
	⑤体験からの学び	「ファシリテーター体験からの学び」	12(7.9%)

以下、『カテゴリー』『サブカテゴリー』『項目』の順で述べる。

- ①『視野の広がり』は、「視点と思考の広がり」、「思考の整理と深まり」、「多様な視点」の3つのサブカテゴリーから成り立っている。152項目中31項目と最も多く、全体の20.4%を占めていた。“弱みやピンチも見方を変えれば強みになることがわかった”、“自分にはない視点と解決策が広がった”、“自分の見方が変わった、広がった”など広がりや深まりを表す項目が出された。
- ②『コミュニケーションの鍛錬』は、「話し合いの重要性」と「コミュニケーションの重要性」のサブカテゴリーから成り立ち、22項目14.5%を占めていた。“いろいろな人の意見を聞くことで自分の意見に磨きがかかった”、“根拠をもって意見や解釈を述べると説得力が増すと思った”などの項目が出された。
- ③『相互理解の視点』は、「他職域・職種の理解」、「チームワークの重要性」、「リーダーやマネジャーの役割理解」の3つのサブカテゴリーから成り立っており、15項目9.9%を占めていた。“他分野の専門家と議論する楽しさ(学び)が少しずつわかった”、と、相互理解が深まるにつれて、もたらされた楽しさを体感していることを表す項目が出された。
- ④『問題解決力の向上』は、「問題の本質的理解」と「問題解決方法や戦略の深まり」の2つのサブカテゴリーから成り立っており、13項目8.6%を占めていた。“問題の優先順位が鍵となることがわかった”などの項目が出された。
- ⑤『利用者本位の意味』は、「患者・利用者本位の意味」1つのサブカテゴリーからのみ成立しており、4項目2.6%であった。“その人らしさをどう実現するのか考えさせられた”などの項目が出された。

これら①～⑤のカテゴリーは、【学びの内容】としてまとめた。

- ⑥ 『実践への後押し』は、「実践への動機づけ」と「理論と実践のむすびつけ」の2つのサブカテゴリから成り立ち、20項目13.1%であった。“暗黙知を形式知にする過程を体験できた”、“分析の枠組みを用いると、意見を合理的にまとめることができる”、“問題を整理する場合は、視覚化することの重要性が理解できたので練習を重ねたい”という意見が出された。
- ⑦ 『内省の促進』は、「自己の気づき」と「自己のスタイルを自覚」の2つのサブカテゴリから成り立ち、20項目13.1%であった。“自分が何に対して迷ってしまうのかが明確になってきた”、“自分を発見できた”、“自分の問題の捉え方のくせがよく分かった”などの項目が出された。
- ⑧ 『協働の難しさ』は、「協働の複雑さ」1つのサブカテゴリからのみ成立しており、全体の9.9%であった。“相手を尊重しながら方向修正していくことの難しさを感じた”、“領域が異なる方の発言は馴染めずにつらい時間だった”など協働の難しさや協働作業にともなう疲労感を表した項目が目立った。
- ⑨ 『体験からの学び』は、「ファシリテーター体験からの学び」の1つのサブカテゴリから成り立ち、全体の7.9%であった。“全体を見やすく、分かりやすくまとめるのが大変であった”、“答えにたどり着くまでのプロセスが大切だと理解した”など、ファシリテーターの重要性を認識しつつも、そのスキルを習得する困難さを実感する意見が出された。
- これら⑥～⑨のカテゴリは、【実践化への後押し】としてまとめた。

#### D. 考察および E. 結論

以上のことから、本研究の対象者は『視野や思考の広がり』を獲得し、『コミュニケーションを鍛錬』しつつ、『多職種やチームケアの理解』や『問題解決力』を高めていた。これらは、ケースメソッド教育が目指しているものであり、4回の演習を通して習得されたものと思われる。また、自分の考え方や判断基準の傾向を理解するなど『内省を促進』しつつも、暗黙知を形式知にしたり、分析の枠組みを使って意見を合理的にまとめるなど、『実践の後押し』となる方法を意図的に学ぶことの重要性が示唆された。

一方で、連携・協働の難しさも実感していた。同じ教育目標に向かって、友好的な態度で議論を導くファシリテーターが存在していても、相手を尊重しながら方向修正することの難しさや困難さを実感していた。これらは、ケースメソッドを数多く繰り返すことで、軽減するのかは今後の研究成果を待つところであるが、少なくとも、ファシリテーターや参加者は、このような困難さが伴っていることを理解しながら、討論に参加すべきであろう。

本研究結果を踏まえ、政策への反映を2点述べる。

1点目は、「連携力は教育なしには身につかない」ことを認識し、多職種連携教育の教育プログラム・方法を開発する必要がある。すでにイギリス専門職連携推進センターでは、このような認識に立って、国家レベルで連携教育を進めている。わが国においても、保健医療福祉系大学の学部の42%、学科では47%が連携教育に取り組んでいる、あるいは取り組もうとしている。近い将来、何らかの連携教育を受けた卒業生が半数になることが予想される。「高度専門職職業人」の養成を目指している保健医療福祉系大学院は、連携教育を受けた人々のリカレント教育の担い手になることが期待されている。連携教育の方法はいくつかあるが、2年間という短い時間で、効率よく「良質な体験」を重ねるには、ケースメソッドのように、一定の評価が得られている教育プログラム・方法は有益である。

2点目は、チームを束ねるジェネラルマネジャーの育成が急務である。医療や福祉サービスは、専門医、専門看護師、認定看護師、特定看護師、認定社会福祉士、認定ケアマネジャーなど専門分化している。専門職だけ集めても強いチームにはならず、これらを束ねるジェネラルマネジャー

が必要である（篠田、2011）。医療・福祉サービスで求められるジェネラルマネジャーとは、「人と人、チームとチームのつながりに働きかけ、人々を束ねて方向づけ、組織の縦横の関係に目配りしながら、リーダーシップを発揮する人である」。これは、ケースメソッド教育が目指すリーダーシップ『メンバーの主体性を尊重し、その能力の発揮を真に願って、自発的な行動を全力で支援して促しつつ、それらを束ねて全体の動きを方向づけていくこと』と重なる。このようなリーダーシップは、もともと備わっている資質ではなく、学習を通して意図的に身に着けるものである。

結論として、以下のことが明らかになった。2008～2010年の3年間にケースメソッド演習を受講した院生86名を対象に、学びの内容を明らかにした。その結果、17のサブカテゴリー、9つのカテゴリーに分類され、さらに、2つの構造化名に整理した。構造化名【学びの内容】では、『視野の広がり』、『コミュニケーションの鍛錬』、『相互理解の視点』、『問題解決力の向上』など、ケースメソッド教育が目的としているカテゴリーが抽出された。もう一つの構造化名【実践化への後押し】では、『実践への後押し』、『内省の促進』、『協働の難しさ』、『ファシリテーター体験からの学び』など、実践化につながるカテゴリーが抽出された。

#### 【文献】

- ・ 21世紀医学・医療懇談会(1997)：21世紀に向けた介護関係人材育成のあり方について。医療懇談会第2次報告。
- ・ 小河祥子他(2012)：「専門職連携教育プログラムの導入・実施状況と問題・課題点」, 『第5回日本保健医療福祉連携教育学会学術集会報告集』 pp.45.
- ・ 高木晴夫(監修),竹内伸一(著)(2010)：『ケースメソッド教授法入門』慶應義塾大学大学院出版会, pp.13-44.
- ・ 竹内伸一(2009)：「ケースメソッドとは何かーケース教材は実践さながら討論を通じて実践力を伸ばす」『検証 ビジネススクール』慶應義塾大学出版会, pp.110-114.
- ・ 篠田道子(2011)：『多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル』医学書院, pp.2-5.

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 【論文】

1. 宇佐美千鶴、篠田道子（2013）：ケースメソッド教育を用いた多職種連携教育の学習評価の検討ー演習直後の調査と修了生の追跡調査からー, 日本福祉大学社会福祉論集 第128号, 掲載予定（印刷中）.

##### 【学会発表】

1. 宇佐美千鶴、篠田道子：ケースメソッド教育を用いた多職種連携教育の学習評価の検討, 第5回日本保健医療福祉連携教育学会学術集会, 神戸学院大学ポートアイランドキャンパス, 神戸, 2012.10.7.

#### H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）  
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」  
平成 24 年度分担研究報告書

要介護高齢者の誤嚥を防ぐ食事支援

研究協力者 鍋島史一（福岡県メディカルセンター 保健・医療・福祉研究機構）

**【研究要旨】**

本研究の目的は、要介護高齢者の誤嚥を防ぐ食事支援を推進するにあたり、要介護高齢者の食べる機能についての実態を明らかにし、課題を考察することである。

まず、摂食・嚥下評価およびリハビリテーションの概要および口腔ケアの重要性について示す。次に、平成 15、16 年度に著者らが島根県で調査した、要介護高齢者の食べる機能についての実態分析を通じて、現状を明らかにし、食べる機能の評価の重要性および専門医との連携の必要性を考察する。

要介護度と食べる機能についての分析結果から、介護度が重篤になるほど食べる機能が低下し、誤嚥のリスクが高くなることが示唆された。要介護高齢者の誤嚥を防ぐ食事支援のあり方として、歯科の介入を強化し、定期的に口腔内の状態、食べる機能の状態を評価すること、必要に応じた専門医との関係が重要である。

## A. はじめに

本研究の目的は、要介護高齢者の誤嚥を防ぐ食事支援を推進するにあたり、要介護高齢者の食べる機能についての実態を明らかにし、課題を考察することである。

## B. 方法

まず、摂食・嚥下評価およびリハビリテーションの概要および口腔ケアの重要性について示す。次に、平成 15、16 年度に著者らが島根県で調査した、要介護高齢者の食べる機能についての実態分析を通じて現状を明らかにし、食べる機能の評価の重要性および専門医との連携の必要性を考察する。

## C. 結果、D. 考察、E. 結論

### 1. 食べる機能の障害（摂食・嚥下障害）とは

#### 1) 摂食・嚥下とは

ヒトはなぜ食べるのだろうか？ 生きるための栄養摂取・水分の補給のみでなく、おいしさを味わい、心くつろぐ楽しい時間を過ごすために人は食べると言われている。つまり、食べることは QOL (Quality of Life) のひとつと言える。食べることを『摂食』、噛むことを『咀嚼』、飲み込むことを『嚥下』と言う (図 1)。摂食・嚥下の流れを図 2 に示す。

図 1 摂食・嚥下の定義

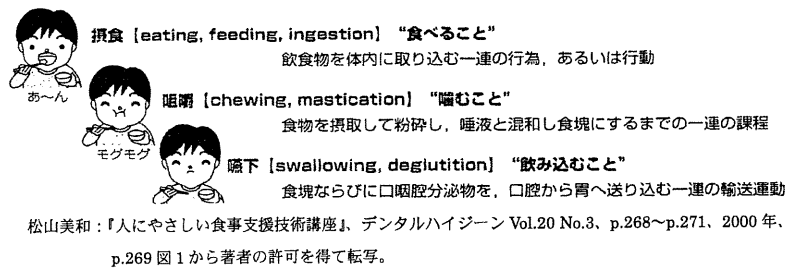
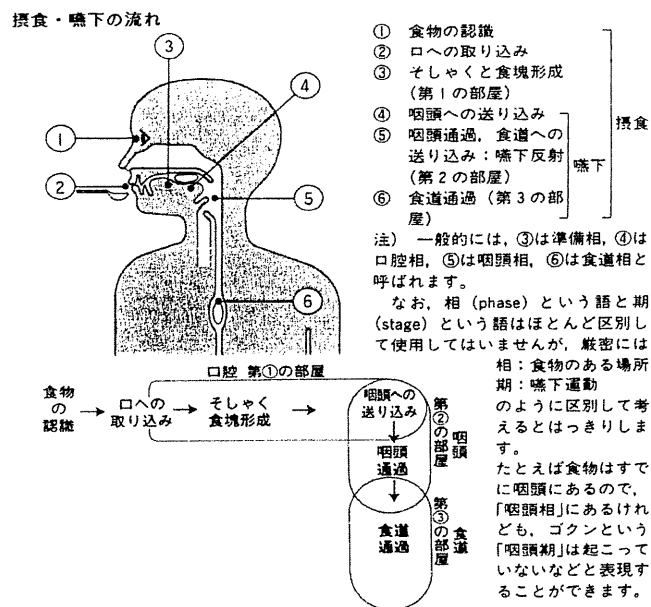


図 2 摂食・嚥下の流れ



藤島一郎、他：『口から食べる 嚥下障害 Q&A』、中央法規、1998年、p.20 より著者の許可を得て転写。

## 2) 摂食・嚥下障害とは

食べる機能全般が障害されることを『摂食・嚥下障害』と言う。摂食・嚥下障害はなぜ起こるのだろうか？摂食・嚥下障害には、図3に示すように器質的、機能的、心理的原因があり、具体的には表1のような原因疾患が考えられる。

図3 摂食・嚥下障害の原因



- A. 器質的原因**…… 解剖学的異常（舌切除，喉頭摘出など）によるもの。  
静的障害，構造的障害。
- B. 機能的**原因…… 生理的異常（舌・喉頭の知覚運動機能低下など）によるもの。  
動的障害，神経学的障害。
- (a) 捕食障害：食べ物を口に入れる障害  
(b) 咀嚼障害：食べ物を噛み砕く障害  
(c) 嚥下障害：食べ物を飲み込む障害
- C. 心理的原因**

松山美和：『人にやさしい食事支援技術講座』、デンタルハイジーン Vol.20 No.3、p.268～p.271、2000年、p.270

図2から著者の許可を得て転写。

表1 摂食・嚥下の原因

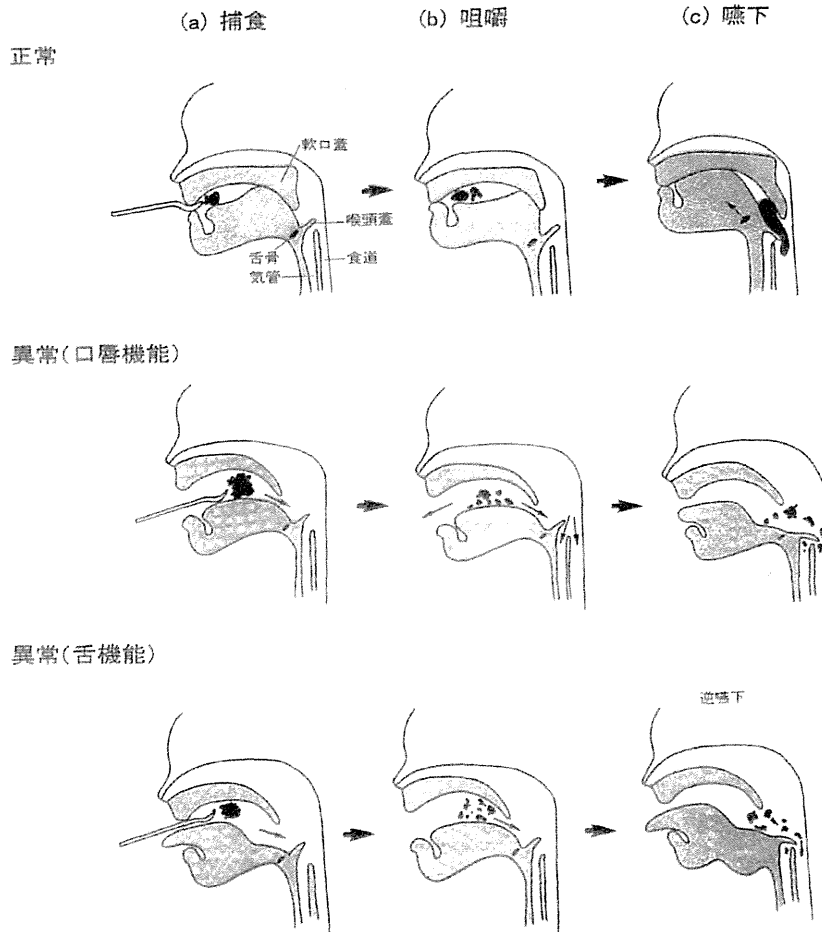
A. 器質的原因	
口腔・咽頭	食道
<ul style="list-style-type: none"> <li>舌炎，アフタ，歯槽膿漏</li> <li>扁桃炎，扁桃周囲膿瘍</li> <li>咽頭炎，喉頭炎，咽後膿瘍</li> <li>口腔・咽頭腫瘍（良性，悪性）</li> <li>口腔咽頭部の異物，術後</li> <li>外からの圧迫（甲状腺腫，腫瘍など）</li> <li>その他</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食道炎，潰瘍</li> <li>ウェップ(web, 膜)，憩室(Zenker)</li> <li>狭窄，異物</li> <li>腫瘍（良性，悪性）</li> <li>食道裂孔ヘルニア</li> <li>外からの圧迫（頸椎症，腫瘍など）</li> <li>その他</li> </ul>
B. 機能的	
口腔・咽頭	食道
<ul style="list-style-type: none"> <li>脳血管障害，脳腫瘍，頭部外傷</li> <li>脳膿瘍，脳炎，多発性硬化症</li> <li>パーキンソン病，筋萎縮性側索硬化症</li> <li>末梢神経炎，ギランバレー症候群など</li> <li>重症筋無力症，筋ジストロフィー</li> <li>筋炎（各種），代謝性疾患</li> <li>その他</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳幹部病変</li> <li>アカラジア</li> <li>筋炎</li> <li>強皮症，SLE</li> <li>その他</li> </ul>
C. 心理的原因	
<ul style="list-style-type: none"> <li>神経性食欲不振症</li> <li>痴呆</li> <li>心身症</li> <li>うつ病，うつ状態</li> <li>その他</li> </ul>	

藤島一郎 他：『口から食べる 嚥下障害Q&A』中央法規、1998年、

p.17表2より著者の許可を得て転写。

誤嚥とは、口から咽頭・食道を通して胃に運ばれるべき食物が誤って気管に入ってしまうことを意味する。例えば、図4に示すように、口唇の機能や舌の機能が著しく低下すると食塊形成が不十分となり誤嚥しやすくなる。

図4 誤嚥のメカニズム



金子芳洋 (編):『食べる機能の障害 その考え方とリハビリテーション』, 医歯薬出版株式会社, 1987年、

p.70~71 図3-38・39・40 から著者の許可を得て転写。

### 3) 誤嚥を疑うポイント

誤嚥を疑うポイントとしては、表2に示すように、1. むせる、2. 咳が出る、3. 痰の量の変化、4. 咽頭違和感、食物残留感、5. 声の変化、6. 食欲の低下、7. 食事内容の変化、8. 食事時間、食べ方の変化、9. 食事時の疲労、10. 体重の変化などがある。

表2 摂食・嚥下を疑うポイント

項目	質問内容および注意点、障害の原因など
1. むせ	むせは誤嚥の重要なサインであり、むせの頻度、どういうときにむせるかを聞く。 例：「水分だけがむせる」「水やお茶はむせるけれど牛乳はむせない」 →口腔内の食塊保持不良、嚥下反射のタイミングのずれ、喉頭閉鎖不良 ：「食べはじめにむせる」 →嚥下反射のタイミングのずれ（軽症仮性球麻痺に多い） ：「途中からむせる」 →嚥下筋の易疲労性、筋力低下 ：「続けて飲み込もうとするとむせる」 →咽頭への食物残留、嚥下反射が弱いなど
2. 咳	気管支炎と考えていた患者が嚥下障害であったという経験がある。 例：「食事をしている途中から咳が出はじめ、食後1、2時間に咳が集中している」 →誤嚥による ：「食後、横になるとすぐ咳が出る」「ギャッジアップしないで平らに寝ると咳が出る」 →胃-食道逆流による誤嚥
3. 痰の量と性状	誤嚥があると痰の量が増加する。痰の中に食物が混ざっていないか、痰の性状をよく観察する。食物の混在していない漿液性の喀痰のみ増加する場合もあるので注意する。 例：「食事を開始してから痰が多い」→誤嚥あり
4. 咽頭違和感、食物残留感	種々の咽頭期障害、腫瘍、異物など、このときいちばん見逃してはならないのは悪性腫瘍である。脳卒中の嚥下障害患者をみても咽頭、喉頭、食道の悪性腫瘍を合併して嚥下障害を来すことがあり、常に疑ってかかることが大切である。 例：「食後、何となくのどの辺りが変だ、のどに食べ物が残った感じがする」 →咽頭食物残留あり
5. 声	食事中、食後にガラガラ声になるなどの声の変化はないか。 痰がからんだような声にならないか。→咽頭への食物残留
6. 食欲低下	むせるために食欲がないかどうか。摂食で疲労するために食欲低下がないか。
7. 食事内容の変化	食べ物の好みが変わっていないか。 例：「汁物をとらなくなった」 →軽度の嚥下障害、口腔内の食塊保持不良、喉頭閉鎖不全、嚥下反射のタイミングのずれなど ：「バサバサしたものは飲み込めない」 →唾液の分泌不良、口腔期の障害など ：「ご飯が食べられなくてお粥になった」「軟らかいものばかり食べるようになった」 →そしゃく能力の低下、舌の機能低下など
8. 食事時間、食べ方の変化	以前に比べて格段に食べるのが遅くなっていないか。 食べ方などに変化はないか。 例：「のどへ送り込もうとするけれど上を向かないと飲み込めない」 →咽頭への送り込みの障害 ：「食べ物が口からこぼれる」 →口唇の開鎖不全（顔面神経麻痺）、舌根への送り込み障害 ：「食べ物が口の中に残る」→口腔内の知覚障害、舌の運動障害など
9. 食事時の疲労	食事をすると疲れるという訴えはないか。 誤嚥があってもむせがなく「食べると疲れる」という訴えのみのことがある。
10. 痩せ、体重の変化	家族などに痩せてきていないかどうかを聞くだけでなく、体重を計測する。原因不明の体重減少時に嚥下障害が隠れていることがある。

藤島一郎、他：『口から食べる 嚥下障害Q&A』、中央法規、1998年、p.68表5より著者の許可を得て転写。



#### 4) 摂食・嚥下の検査方法

摂食・嚥下障害の疑いがある場合、前記3) 嚥下障害を疑うポイントに従って問診を実施し、摂食・嚥下領域の専門医につなぐ必要がある。

摂食・嚥下の専門領域においては、『水飲みテスト』、『反復唾液飲みテスト』などのスクリーニングが実施され、必要に応じて『理学的検査』、『高次脳機能検査』、『嚥下造影(VF)』、『ビデオ内視鏡検査(VE)』などで、詳細な病態が診断される。

## 5) 摂食・嚥下のリハビリテーション

前記4)の診査・診断に基づき、病態に応じた摂食・嚥下のリハビリテーションが実施される。摂食・嚥下のリハビリテーションには、表3、図5に示すように基礎訓練と実食訓練がある。

表3 摂食・嚥下障害のリハビリテーション

過程	ポイント	基礎訓練	摂食訓練
食物の認識障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>覚醒している</li> <li>食物に反応する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔ケア</li> <li>のどのアイスマッサージ</li> <li>触覚、味覚刺激</li> <li>散歩、声かけ、座位訓練</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>行わない</li> </ul>
口への取り込み障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>口唇や前歯で食物を取り込み、口腔内に保持する</li> <li>口唇、下顎の力がポイント</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口唇や頬の運動</li> <li>バ行、マ行の構音訓練</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>下顎の挙上と口唇の閉鎖を介助</li> <li>30°仰臥位頸部前屈</li> </ul>
咀嚼と食塊形成障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>食物を咀嚼し、食塊を形成する</li> <li>舌、下顎、頬の力と巧緻性がポイント</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>舌、下顎、頬の運動</li> <li>タ行、ラ行の構音訓練</li> <li>スルメをかむ練習</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>30°仰臥位頸部前屈</li> <li>嚥下食</li> <li>健側に食物を入れる</li> <li>麻痺側の内頬に食物がたまるときは頬を押す、プロテクターを内頬に入れる</li> </ul>
咽頭への送り込み障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>舌背を口蓋に押しつけ食塊を咽頭へ送り込む</li> <li>舌の動きがポイント</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>舌、下顎の運動</li> <li>カ行、ラ行の構音訓練</li> <li>舌背を口蓋へ押しつける</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>30°仰臥位頸部前屈</li> <li>食物を直接奥舌へ入れる</li> <li>下顎の固定と口唇閉鎖を介助</li> </ul>
咽頭通過、食道への送り込み障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>食塊が咽頭を通り、食道へ送り込まれる</li> <li>諸器官の随意性やタイミングのずれ、食道入口部の開きがポイント</li> <li>咽頭残留、誤嚥の有無をみる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>のどのアイスマッサージ</li> <li>空嚥下</li> <li>呼吸訓練、排痰訓練</li> <li>頸部のリラクゼーション</li> <li>ブローイング、押し運動</li> <li>嚥下反射促進手技</li> <li>メンデルゾーン手技</li> <li>バルーン拡張法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>30°仰臥位頸部前屈</li> <li>複数回嚥下、交互嚥下</li> <li>横向き嚥下とうなづき嚥下</li> <li>息こらえ嚥下</li> <li>嚥下反射促進手技</li> <li>頸部突出法</li> </ul>
食道通過障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>食塊が食道から胃に入る</li> <li>食道蠕動、下部食道括約筋の働きがポイント</li> <li>貯留や逆流の有無をみる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>空嚥下</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>体位を起こす</li> <li>複数回嚥下、交互嚥下</li> <li>食後座位を保つ</li> </ul>

金子芳洋、千野直一（監修）『摂食・嚥下リハビリテーション』、医歯薬出版株式会社、1998年  
p.193表5-6より著者の許可を得て転写。

図5 摂食・嚥下リハビリテーションの状況



## 6) 口腔ケア

要介護高齢者の口腔内は、不潔な状態である方々が多く見られる（後述図 12）。

口腔ケアは、虫歯、歯周病などの歯科疾患や口臭の予防のみならず、味覚の鈍麻を防ぐ、唾液の分泌を促し自浄・殺菌・消化・咀嚼の補助作用を円滑に機能させるなど、摂食・嚥下機能の維持・回復には欠かせない。

また、摂食・嚥下機能が低下すると誤嚥性肺炎を起こしやすくなると言われている。食べる機能が低下している要介護高齢者の方々では、リハビリと共に口腔ケアも重要になる。図 6 に示すように、口腔ケアは熱発、肺炎を予防する一つの技術と考えられている。

図 6 口腔ケアと熱発、肺炎との関係

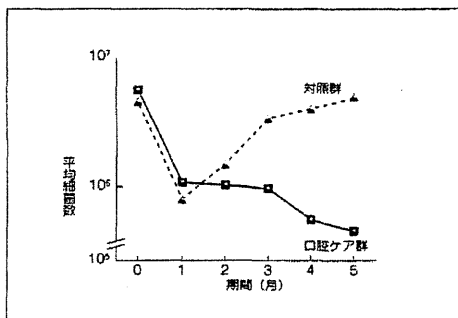


図 18 口腔ケア群と対照群の総細菌数の変化  
血液寒天平板培地を用い嫌気培養により出現したコロニー数より計算。サンプル採取に用いた綿棒あたりの菌数。  
口腔ケア群では、総細菌数は調査期間中減少し続け、5カ月目には開始前の約 1/10 となった。

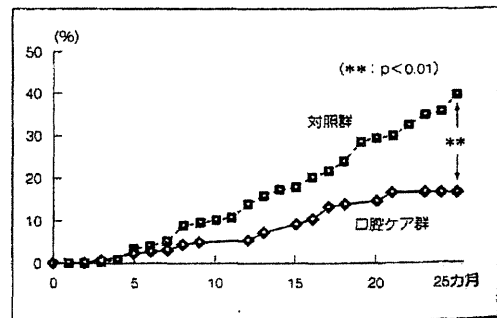


図 19 期間中の発熱発生率  
期間が長くなるにつれ、口腔ケア群と対照群の発生率の差が大きくなっていった ( $p < 0.01$ )。

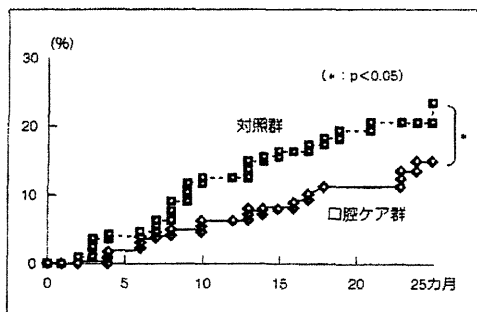


図 20 期間中の肺炎発症率  
期間が長くなるにつれ、口腔ケア群と対照群の発症率の差が大きくなっていった ( $p < 0.05$ )。

表 3 有歯顎者における口腔（歯周）ケア群と対照群の比較

	有歯顎者	
	口腔ケア群	対照群
発熱発生者数 (%)	13 (11)	26 (26)
肺炎発症者数 (%)	10 (9)	21 (21)
肺炎による死亡者数 (%)	7 (6)	20 (20)

口腔（歯周）ケア群のほうが、対照群に比較し、発熱発生者、肺炎発症者ならびに死亡者が有意に少なかった。

図7、8に示すように、要介護高齢者の食後の口の中や入れ歯には、食物残渣が溜まっていることが多く見受けられる。また、要介護高齢者は平均で約4種類の薬を飲まれており（図9）、服薬後、歯と歯の間、歯肉や頬粘膜に薬が滞留していることも多くある（図10）。さらに、図11に示すように、糖尿病などで免疫力が低下している要介護高齢者では、入れ歯や口腔内が不潔な状態である場合、口腔内カンジダ症を発症することもある。摂食・嚥下機能の維持・回復、誤嚥性肺炎の予防のためには、毎食後、口腔内や入れ歯の清掃が必要である。

図7 要介護高齢者の食後の入れ歯の状態と清掃

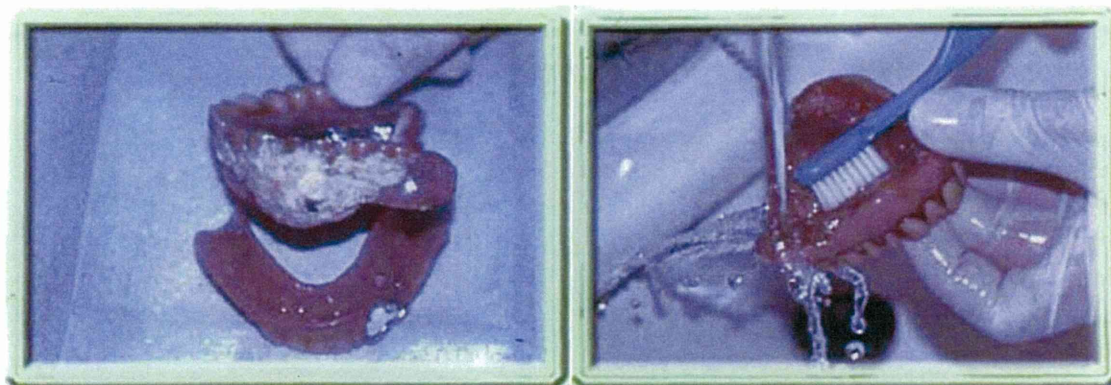


図8 要介護高齢者の食後の口腔内の状態



図9 要介護高齢者の平均服薬数

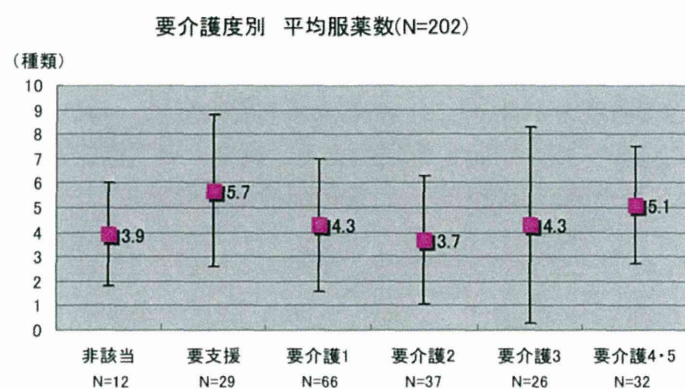


図10 要介護高齢者の服薬後の口腔内の状態

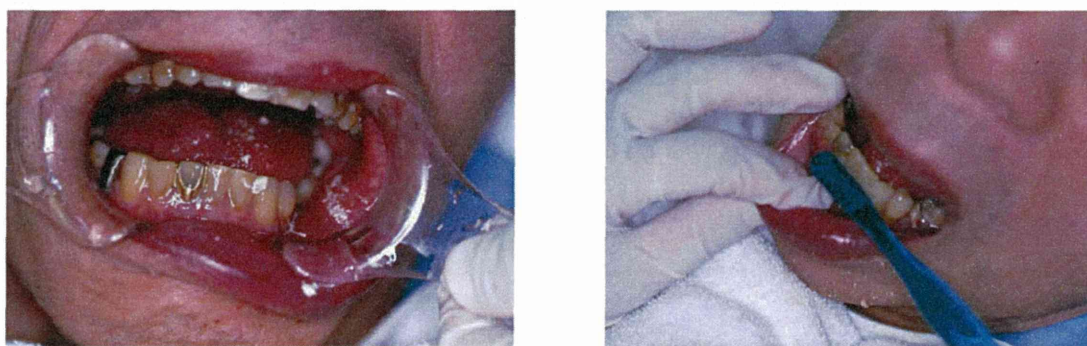
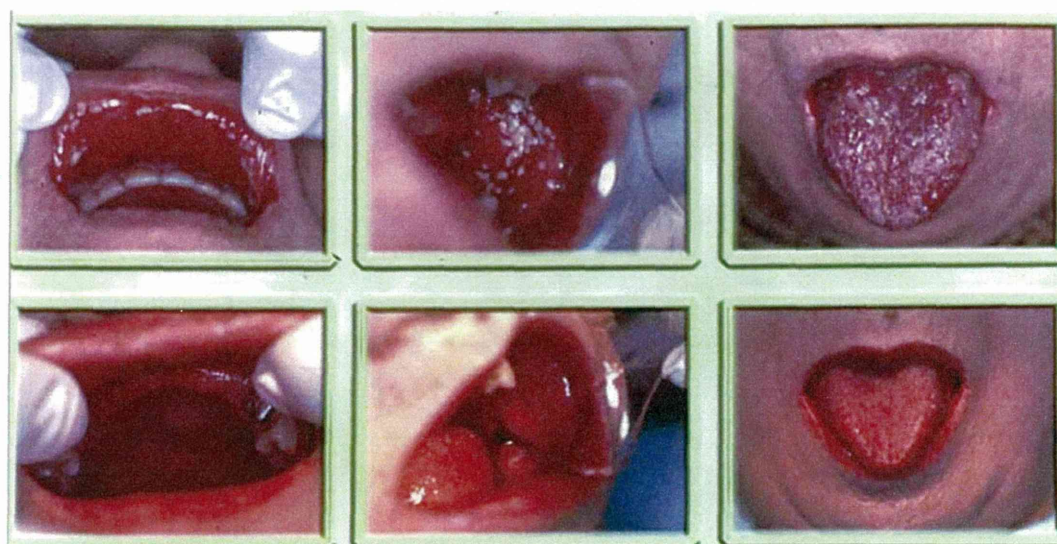


図11 口腔内カンジダ症 (上段：治療前、下段：治療後)



## 2. 要介護高齢者の食べる機能の評価と専門医の連携

### 1) 要介護高齢者の食べる機能の評価

平成 15、16 年度に島根県で著者らが調査した『食べる機能』の評価の一部を紹介する(図 12)。

#### (1) 食事形態(図 2-1-1)

食事形態は、要介護度が重くなるほど「常食」の摂取が減り、かわりに「刻み食」や「ミキサー食」が増える傾向が認められた。

#### (2) 食事介護(図 2-2-1)

食事介護は、要介護度が重くなるほど食事介助の「自立」が減少し、「見守り」、「一部介助」、「全介助」の割合が増える傾向が認められた。

#### (3) 食の認識(図 2-3-1)

要介護度が重くなるほど食の認識が悪化する傾向が認められた。

#### (4) 捕食(図 2-4-1)

要介護度が重くなるほど捕食機能の悪化が認められた。

#### (5) 咀嚼(図 2-5-1)

要介護度が重くなるほど咀嚼機能の悪化が認められた。

#### (6) 嚥下(図 2-6-1)

要介護度が重くなるほど嚥下機能の悪化が認められた。

#### (7) 舌圧(図 2-7-1a)

要介護度が重くなるほど舌圧の低下が認められた。

#### (8) 咬合力(図 2-8-1a)

要介護度が重くなるほど咬合力の低下が認められた。

#### (9) 水飲みテスト(図 2-9-1a)

要介護度が重くなるほど飲水が遅くなることが認められた。

#### (10) 顎・口腔麻痺(図 2-10-1)

要介護度が重くなるほど顎・口腔麻痺が「なし」の割合が減り、「ややあり」、「大いにあり」の割合が多くなることが認められた。

#### (11) 口腔清掃(図 2-11-1)

口腔清掃が「大いに不良」であったのは、非該当が 0.0%、要支援が 2.5%、要介護 1 が 18.2%、要介護 2 が 13.5%、要介護 3 が 20.0%、要介護 4、5 が 9.1%であった。口腔清掃と要介護度の間には統計学的に有意な相関は認められなかった。

図12 要介護高齢者の食べる機能の評価

図2-1-1 一次判定別 食事の形態  
(1回目N=171)\*\*

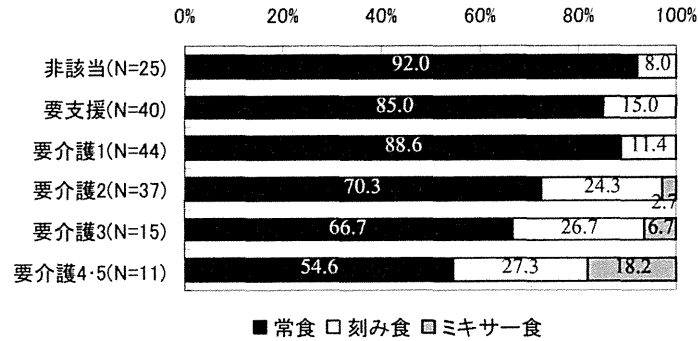


図2-2-1 一次判定別 食事の介助  
(1回目N=173)\*\*

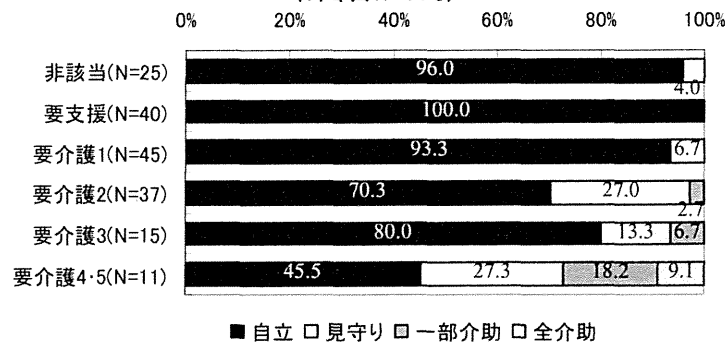


図2-3-1 一次判定別 食の認識  
(1回目N=173)\*\*

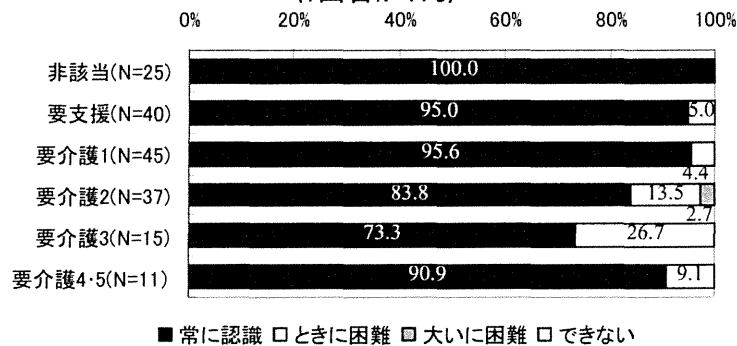


図2-4-1 一次判定別 捕食 (1回目N=173)\*\*

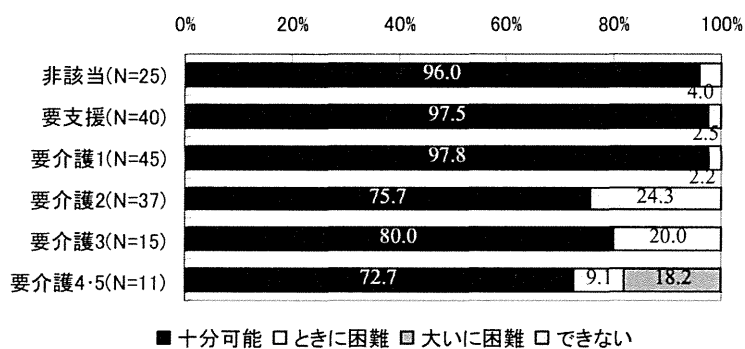


図2-5-1 一次判定別 咀嚼 (1回目N=173)\*\*

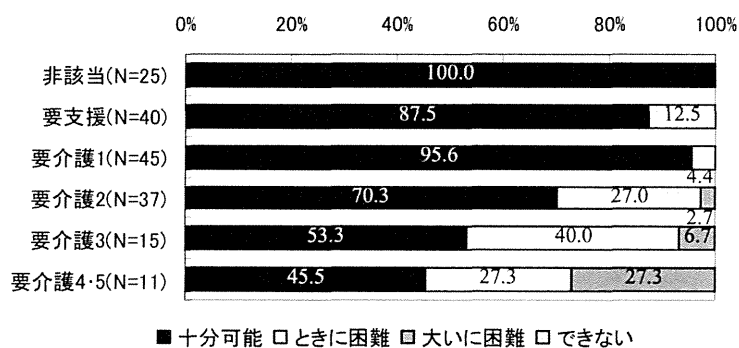
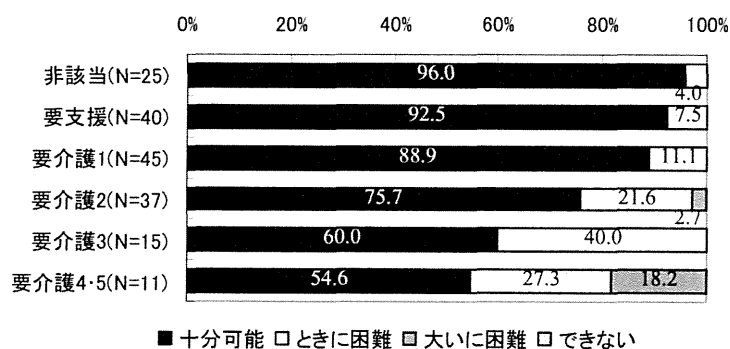


図2-6-1 一次判定別 嚥下 (1回目N=173)\*\*





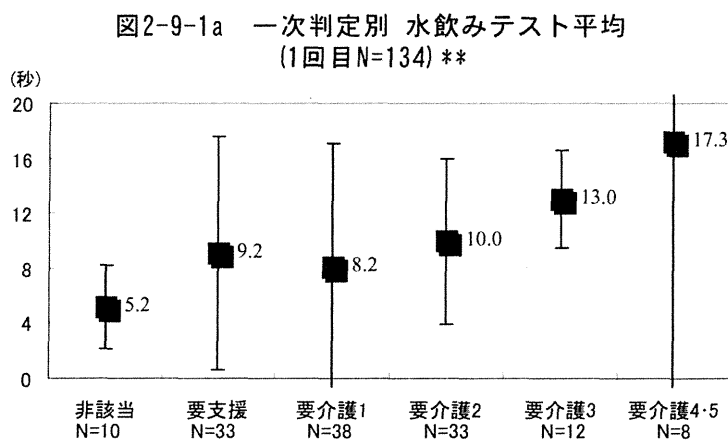
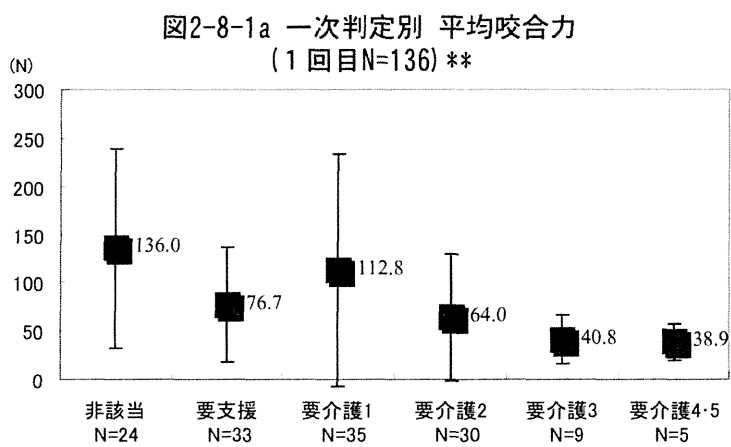
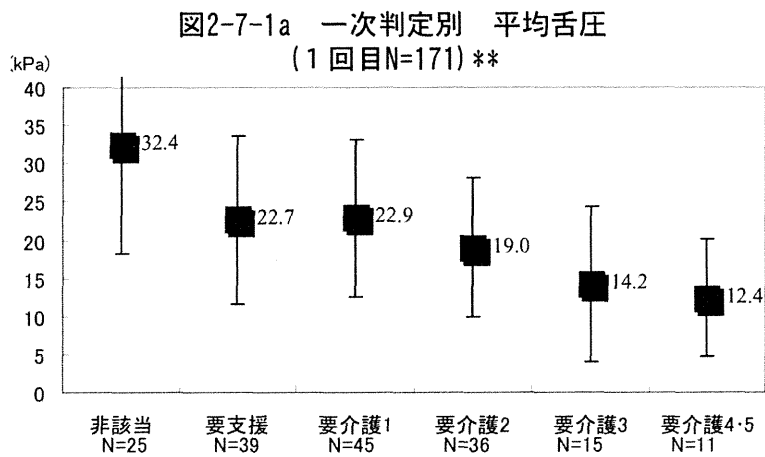


図2-10-1 一次判定別 顎・口腔麻痺  
(1回目N=171)\*\*

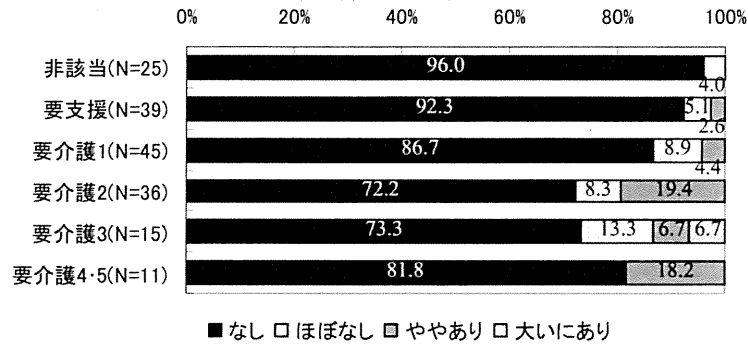
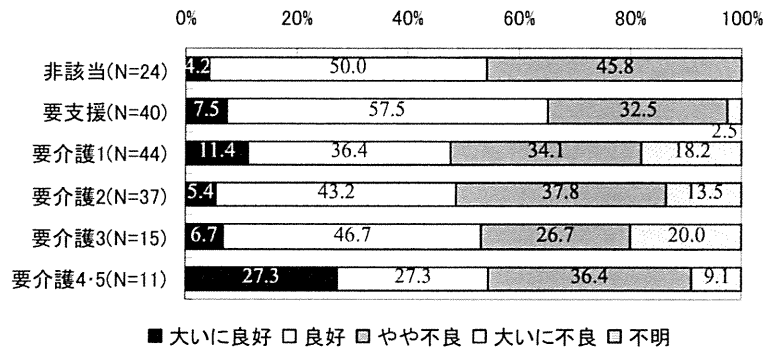


図2-11-1 一次判定別 口腔清掃 (1回目N=171)



島根県健康福祉部高齢者福祉課：

『平成15年度介護費用適正化特別対策事業 維持改善サービス調査研究事業報告』、2004年

『平成16年度老人保健健康増進等事業 軽度要介護者等への効果的なリハビリプログラムの構築と評価事業』、2005年 より引用。

## 2) 食べる機能を支える口腔内の評価

図 13 に、要介護高齢者の歯、入れ歯、治療の必要性を示す。

### (1) 残存歯(図 3-1-1)

要介護度が重くなるほど残存歯数が減少する傾向がみられたが、統計学的に有意な相関は認められなかった。

### (2) 義歯の適合(図 3-5-1)

義歯の適合が「良好」であったのは、非該当が 75.0%、要支援が 68.8%、要介護 1 が 52.9%、要介護 2 が 64.3%、要介護 3 が 44.4%、要介護 4、5 が 75.0%で、半数以上の対象者が適合状態の良い義歯を利用していた。

### (3) 治療の必要性(図 3-6-1)

各介護度で治療の必要性が「直ちに必要」であった対象者は 20%前後で、「定期的に必要」な対象者も加算すると 50%前後であった。

以上から、食べる機能を支える口腔状態の結果を鑑み、歯科が介入した方がよい対象者が多数存在するため、いずれかの段階で歯科との連携の仕組みを構築する必要があると思われる。

図13 要介護高齢者の口腔の状態の評価

図3-1-1 一次判定別 残存歯数 (1回目N=154)

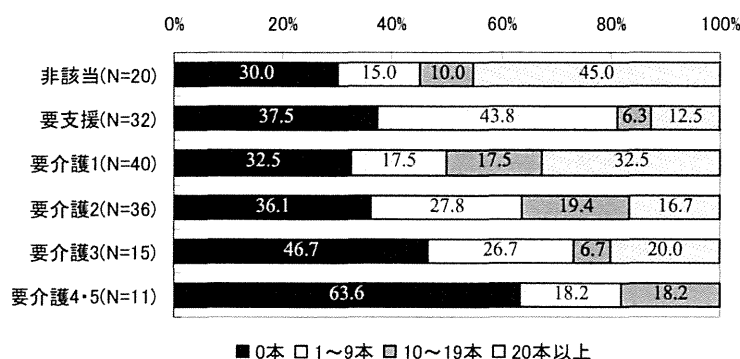


図3-5-1 一次判定別 義歯の適合 (1回目N=127)

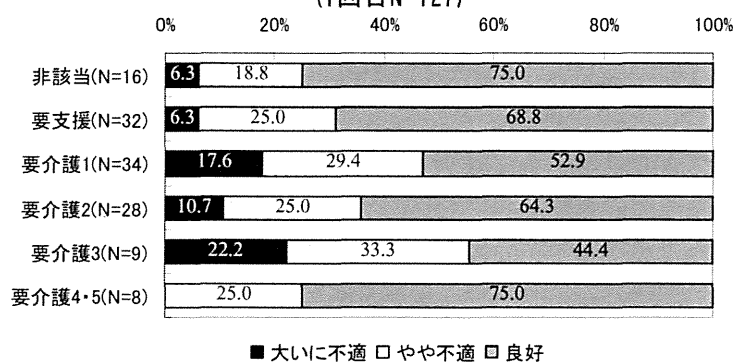
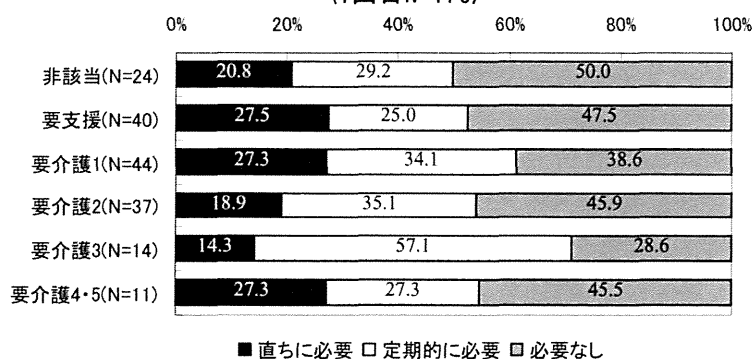


図3-6-1 一次判定別 治療の必要性 (1回目N=170)



島根県健康福祉部高齢者福祉課：

『平成15年度介護費用適正化特別対策事業 維持改善サービス調査研究事業報告』、2004年

『平成16年度老人保健健康増進等事業 軽度要介護者等への効果的なりハビリプログラムの構築と評価事業』、2005年 より引用。