

図1 咬合支持の状態

在宅療養中の高齢者のうち75%が天然歯による咬合支持を失っており、そのうち3分の1が義歯によっても回復されることなく咬合支持の崩壊状態でした。

断されたものは52%、低栄養と判断されたものは13%でした。また、75%が天然歯による咬合支持を失っており、そのうち3分の1が義歯によっても回復されることなく咬合支持の崩壊状態でした(図1)。

低栄養との関連を示したものは、年齢、性別、ADL、認知機能などでした。咬合支持の有無との関連も大変強く、低栄養と関連を示す他の因子を調整してもなお、咬合支持が維持されている者に対し、咬合支持の崩壊した者の低栄養リスクは有意に高い結果となりました(義歯咬合支持群:1.7倍、咬合崩壊群3.19倍)(図2)。

3) 1年後の予後と咬合支持との関係

上記対象者のうち、同一地域に居住する在宅療養高齢者105名に対して追跡調査を行いました。1年後の予後に変化のない者(在宅にて療養中の者。以下、予後良好群とする)は65名、期間中に入院の既往がある者19名、期間中に死亡した者21名でした。

咬合支持については、天然歯咬合の者のうち「予後良好群」が76.9%、「予後不良群」が23.1%、義歯咬合の者のうち「予後良好群」が64.3%、「予後不良群」が35.7%、咬合なしの者のうち「予後良好群」が40.9%、「予後不良群」が59.1%でした。咬合支持において、予後と有意な関連が見られました($p=0.034$)(図3)。

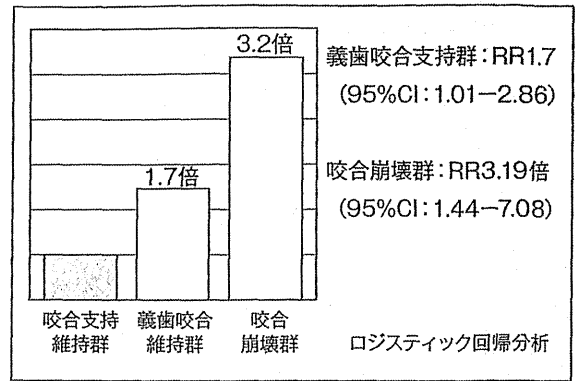


図2 低栄養リスクと咬合支持の関係

咬合支持の崩壊した者の低栄養リスクは咬合支持を維持している者に比して3.2倍を示しました。

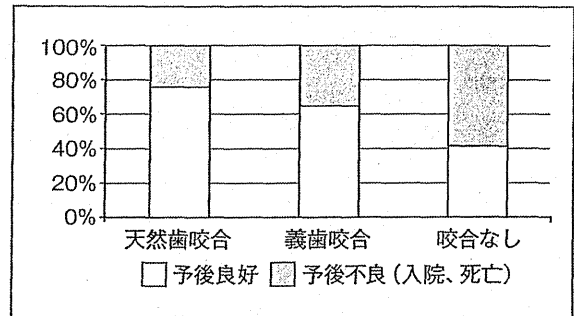


図3 咬合支持と予後との関連

4. まとめ

在宅療養高齢者にとって、咬合支持の崩壊は低栄養の重要なリスク因子になることが示されました。また、咬合支持と高齢者の予後が関連を示す可能性が示されましたが、同時に多くの高齢者が歯科の受診をしていない事態も明らかになりました。歯科受診を勧奨する具体的な方策が必要であると思われました。

参考文献

- 1) Kikutani, T., Yoshida, M. et al.: Relationship between nutrition status and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people. *Geriatr. Gerontol. Int.*, 11 (3) :315-319. doi: 10.1111/j.1447-0594.2010.00688.x. 2011 Jul

スペシャルニーズのある人々への歯科医療

菊谷 武¹⁾/田村文誉²⁾

日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック

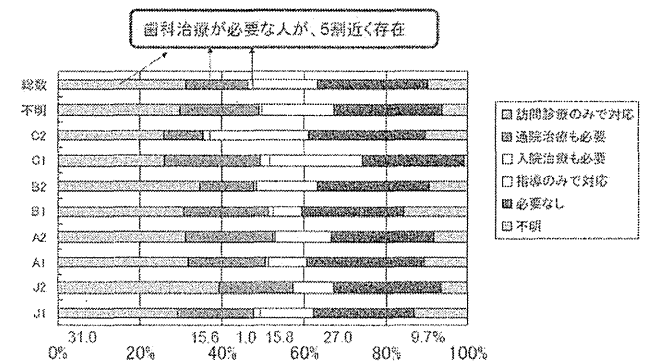
¹⁾口腔リハビリテーション多摩クリニック院長

²⁾口腔リハビリテーション科科長

歯科口腔保健法に制定された目標値

平成23年8月に制定された歯科口腔保健法では、その第9条に、「障害者、介護を必要とする高齢者等が定期的に歯科検診を受けること等」と明記された。同月の8月26日には厚生労働省の医政局内部局として歯科口腔保健推進室が設置され、平成24年7月23日には、歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の制定がなされた。そこには「定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健」として、「障害者・障害児、要介護高齢者等で、定期的に歯科検診（健康診査及び健康診断を含む。以下同じ。）又は歯科医療を受けることが困難な者に対しては、その状況に応じた支援をした上で歯科疾患の予防等による口腔の健康の保持・増進を図っていく必要がある。」と示されている。さらには、施設での年1回以上の定期的な歯科検診の実施についての具体的な数値目標が掲げられており、障害者施設では、平成23年度の66.9%から平成34年には90%にすること、一方要介護高齢者においては、平成23年度の19.2%から平成34年には50%へ引き上げることが明示された。このように

みてみると、障害者施設では比較的歯科検診についての整備がなされてきている印象があるが、それでもまだ十分とはいえない。さらに要介護高齢者施設に至っては、昨年度の段階で2割に満たない状況である。要介護高齢者では、図1に示したとおり歯科治療が必要な人が5割近く存在する



(対象者：新潟県内施設入所者4,887名)
(江面 見：新潟県要介護者歯科治療連携推進事業における調査に関する報告—特別養護老人ホームを対象とした全身・口腔内状況、歯科治療診療の必要性及び病診連携の状況に関する調査、2000.)

図1 日常生活自立度別要介護高齢者の歯科的対応の必要性(歯科健診担当医による評価)

介護予防や口腔衛生維持管理などのサービスが始まっているにもかかわらず、いまだ要介護高齢者の口腔の健康は危機的状況にある。

継続的な口腔管理は、心身への対応に特別な配慮が必要とされる障害者、要介護高齢者にとって欠かせないものであり、その支援体制の構築が急務である。

スペシャルニーズのある人

日本障害者歯科学会では、心身に障害がある状態について、「スペシャルニーズのある人」との表記を推奨している。スペシャルニーズのある人に対する歯科医療を行う際には、個々の障害に特異的な問題が付随するために、さまざまな配慮や工夫が必要となってくる。

我が国で障害者への施策の法的根拠となるのは障害者基本法である。この第2条において、「『障害者』とは、身体障害、知的障害又は精神障害があるため、継続的に日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者をいう」と定義されている。平成20年度障害者白書によれば、身体障害児者は366.3万人、知的障害児・者は54.7万人、精神障害者は302.8万人にのぼる³⁾ (図2)。

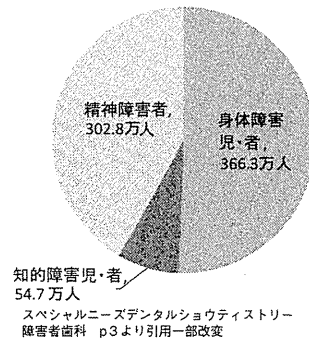
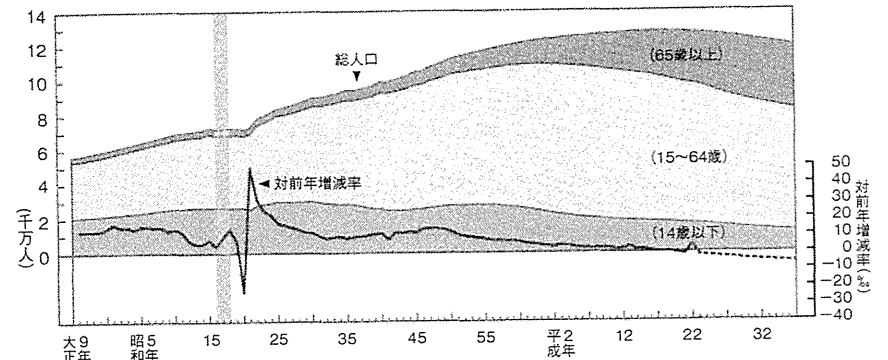


図2 我が国の障害のある人の状況 (平成20年度版障害者白書より)

スペシャルニーズの中核はこの障害者基本法に規定されている人たちであるが、実際の歯科保健や歯科医療を行う際には全ての年代にわたって対象となることから、近年増加の一途をたどる要介護高齢者への対応も含まれる。

要介護高齢者の現状についてみてみよう。2005年の我が国の人口は1億2,777万人をピークに減少しており、2046年には1億人を割ると推計されている。さらに2055年には、8,993万人への減少が見込まれている。そのような人口減少の中で高齢化率は増加しており、現在は全人口の約22%を占めるが、2035年には33.7%、2055年には40.5%となることが予測されている。また、後期高齢者の人口割合は約11%であるが、2055年には26.5%に達するとも言われている (図3)。

要介護(要支援)者として認定された高齢者は急速に増加しており、平成18年度末では65歳以上割合は425.1万人となり、高齢者人口の16%を占める。平成22年国民生活基礎調査では、要介護の原因となった疾患は脳血管疾患が21.5%と最も多く、次いで認知症15.3%、高齢による衰弱13.7%、と続いている³⁾。これら疾患の多くは言語障害や摂食・嚥下障害の原因疾患となる確率が高く、スペシャルニーズのある人では摂食・嚥下機能、言語機能をはじめとした口腔機能に障害を有する場合が多い。発達期の障害では、脳性まひや染色体異常などの疾患により、機能獲得の遅れがみられる。一方高齢になると、生理的減退からも口腔機能が低下するが、それに輪をかけて疾患の影響による機能障害が発生する。図4のように一生を通じた口腔機能の



注) 昭和16年～18年の年齢別の推計は行われていない。

図3 総人口の推移

減退や障害に配慮した歯科医療が求められ、その中ではリハビリテーションの考え方が必須となってくる⁴⁾。

スペシャルニーズのための歯科医療連携

スペシャルニーズのある人たちへの歯科医療においては、地域連携が非常に重要である。これまで、障害の程度や医学的管理、行動調整、歯科治療の困難度に応じ、地域ごとに一次から三次までの医療体制が整備されてきている (表1、図5)。ただし、未だこの体制が不十分な地域もあり、さらには一次と二次、あるいは二次と三次の中間の機能を要するケースもある⁵⁾。

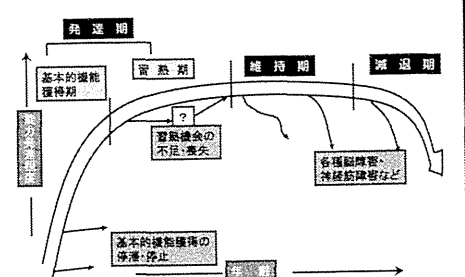


図4 エイジングの各段階と摂食・嚥下障害の発生

一方、在宅医療における歯科の位置づけはどうか。医療改革が進んだ医科では、急性期⇒回復期⇒在宅医療の流れを病院機能分担の中で推進しているが、歯科でもこのようなシームレスなシステムを構築しようとする動きがでてきている (図6、7)。

これらの連携体制の確立がなされれば、歯科口腔保健法で掲げられた目標値の達成にも繋がっていくと思われる。

日本で初！口腔リハビリテーションに特化した歯科大学附属医療施設

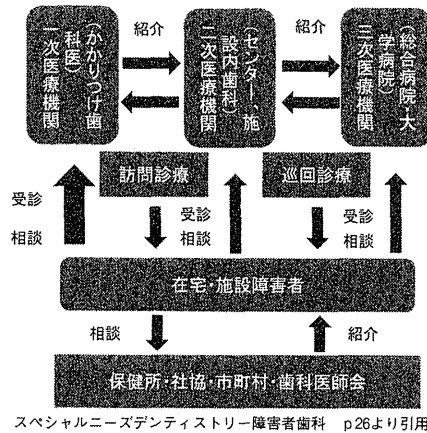
～口腔リハビリテーション多摩クリニックのチャレンジ～

平成24年10月に開院の口腔リハビリテーション多摩クリニック (図8) では、従来行われてきた医療連携

表1 障害者歯科医療体制

医療体制	医療機関	対象と内容
一次医療	個人診療所 (かかりつけ歯科医)	軽度障害が中心 医学的リスクの低い患者 歯科相談、高次医療機関への紹介 定期検診、口腔保健指導 比較的簡単な処置 在宅、施設入所者への訪問診療
二次医療	口腔保健センター 障害者歯科センター 施設内歯科	一次医療機関からの紹介患者 中等度障害が中心 歯科治療、行動調整、医学的管理が比較的困難な患者 入院には対応していない(静脈内鎮静法下、全身麻酔科治療) 離島、へき地への巡回診療
三次医療	総合病院歯科 大学附属病院	一次、二次医療機関からの紹介患者 重度障害が中心 歯科治療、行動調整、医学的管理が極めて困難な患者 全身麻酔下治療 入院を必要とする患者

スペシャルニーズデンティストリー-障害者歯科 p26より引用



スペシャルニーズデンティストリー-障害者歯科 p26より引用

図5 障害者歯科医療体制

リハビリテーション以外の診療内容は、全身麻酔下での歯科治療や要介護高齢者の歯科治療、高齢者歯科健診、口腔がん患者への歯科健診や、その他、スペシャルニーズのある患者に対する歯科治療である。また外来診療のほか、自宅や施設などへの摂食・嚥下リハビリテーションの訪問診療もおこなう(図12)。

表1に示された一般的な障害者歯科医療体制の枠組みからすると、在宅・施設への訪問診療を行うという点では一次医療のようであるが、その内容はリハビリテーションを中心としたものであり、従来の一次医療の範囲には取まらない。また、

We support the enjoyment of eating all through your life!

日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック

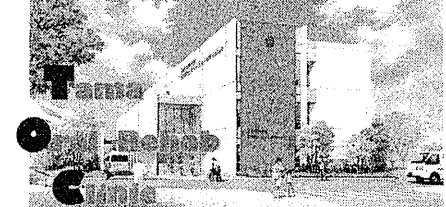


図8 平成24年10月17日開院の口腔リハビリテーション多摩クリニック

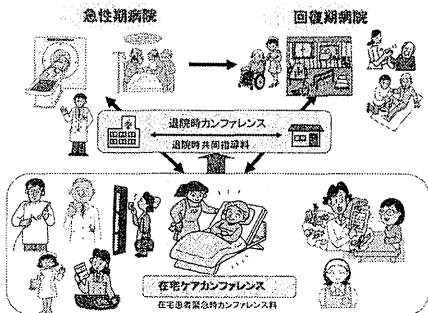


図6 歯科医療におけるシームレスシステム

図提供：大田区大森歯科医師会細野 純先生のご厚意による

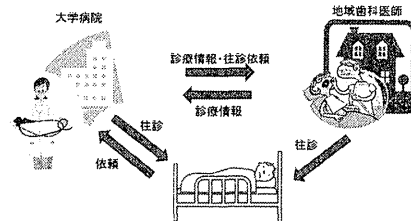


図7 在宅歯科医療における病診連携

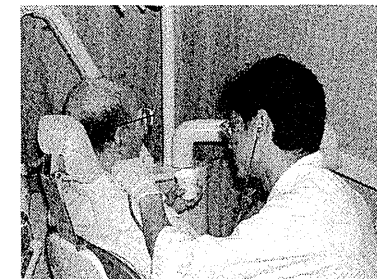


図9 高齢患者の摂食・嚥下機能評価



図10 小児患者の摂食指導



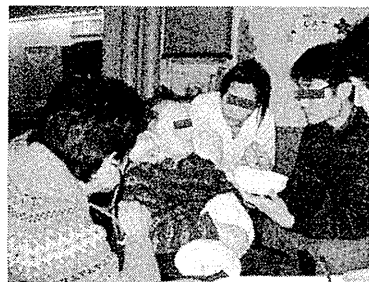
図11 言語聴覚士による言語訓練

体制をもとにしながらも、その枠にとられない連携システムの構築を目指している。

クリニックの特徴は、摂食・嚥下機能障害、言語障害を有する患者を対象とした口腔リハビリテーションに特化しているという点である。このクリニックでは、摂食・嚥下障害者に対するリハビリテーションのほかに、コミュニケーション障害患者に対するリハビリテーション、摂食・嚥下障害者への食事指導や口腔ケアもおこなう(図9~11)。



ミールラウンド
摂食機能の外部評価



頸部聴診法
(スクリーニング検査)



嚥下内視鏡検査

図12 訪問での摂食・嚥下機能評価 (ミールラウンドと嚥下内視鏡検査)

一次、二次医療機関からの紹介患者を受ける点や全身麻酔下での治療を行う点では三次医療の範疇にもなりえることから、特色ある連携体制を確立し、普及させていくことも新たなチャレンジである。

日本歯科大学附属病院に口腔介護・リハビリテーションセンターが開設されてから11年が経ち、本年4月より口腔リハビリテーションセンターと改名された。当センターでは年々訪問診療の数が増えており、現在では年間600件の訪問件数となっている。多摩クリニック開院は、需要の増加に対して体制を整えるということもひとつの理由である。訪問診療ができる地域は、診療所を中心に半径16km以内と規定があり、日本歯科大学附属病院からは、北は川口、東は市川、南は羽田、西は吉祥寺が範囲になる。さらに東小金井のクリニックからは、北は所沢、西は八王子、南は横浜青葉区、東は新宿の範囲が訪問診療範囲になり、当附属病院とあわせて東京の大部分と埼玉、千葉、神奈川の一部の地域を網羅して訪問診療ができるようになる。

また「食」の見地から、食の研究センターや食の研修センターの設立、地域の市民向けに、「食の元気塾」「離乳食教室」「介護食教室」を開催し、食の健康に関する情報発信、食支援のカンファレンスの開催も企画している (図13~17)。



図13 口腔リハビリテーション多摩クリニックのコンセプト

食とコミュニケーションのリハビリテーション

- ・ 摂食・嚥下障害者に対するリハビリテーション
- ・ コミュニケーション障害患者に対するリハビリテーション
- ・ 摂食・嚥下障害患者に対する食事・栄養指導
- ・ 摂食・嚥下障害者に対する口腔ケア
- ・ 食支援カンファレンスの開催

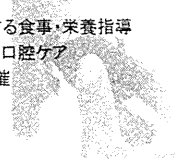


図14 食とコミュニケーションのリハビリテーション

スペシャルニーズデンティストリー

- ・ 障害児歯科診療
- ・ 寝たきり高齢者歯科診療
- ・ 口腔咽頭がん患者の口腔ケア、歯科診療
- ・ スペシャルニーズのある患者に対する歯科治療

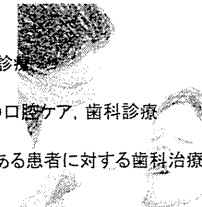


図15 スペシャルニーズデンティストリー

食の研究センター
食の研修センター

- ・ 食の研究センター
- ・ 食支援研修会の開催
多摩クリニック摂食嚥下研修会
専門職向け研修会開催
実技、実習付き研修会の開催
など



図16 食の研究・研修センター

食の健康プラザ

- ・ 市民向け「食の元気塾」開催
- ・ 離乳食教室、介護食教室の開催
- ・ 食の健康に関する情報発信



図17 食の健康プラザ

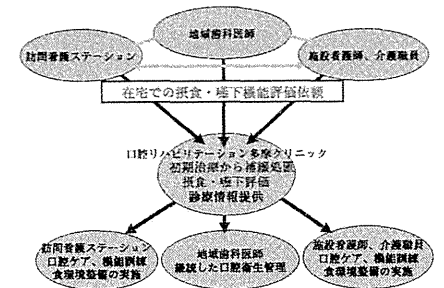


図18 在宅を支える連携

このような取り組みを通して我々は、口腔リハビリテーション多摩クリニックを通し、地域の医療、介護、福祉と連携して地域住民の口腔機能を支えることを目指したい（図18）。

謝辞：本稿を執筆するにあたり、大田区大森歯科医師会細野 純先生のご厚意に深謝いたします。

文 献

- 1) 江面 晃：新潟県要介護者歯科治療連携推進事業における調査に関する報告－特別養護老人ホームを対象とした全身・口腔内状況、歯科治療診療の必要性及び病診連携の状況に関する調査、2000。
- 2) 厚生労働省 身体障害児・者実態調査 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/index.html>
- 3) 平成22年国民生活基礎調査 要介護者等の状況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-2.htm>
- 4) 金子芳洋：摂食・嚥下リハビリテーションセミナー／講義録Ⅱ機能障害とその対応、医学情報社、東京、2002、p65。
- 5) 日本障害者歯科学会編：スペシャルニーズデンティストリー－障害者歯科2章 II 地域における障害者歯科、医歯薬出版、東京、2009、p25～28。



これからの歯科衛生士像

超高齢社会が求める歯科衛生士とは？

1. チェアサイドだけではない 歯科衛生士の役割

— 歯科医師が広げる歯科衛生士の可能性 —

きく たに たけし
菊谷 武

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック 院長
〒184-0011 東京都小金井市東町4-44-19

企画趣旨

多くの歯科衛生士はチェアサイドで歯科医師の診療を支え、ブラッシング指導やSRPなどによって口腔の専門職としての能力を発揮しています。しかし、高齢化が進む日本においては、病院や在宅・施設での口腔ケアやリハビリテーションといった分野でも歯科衛生士の能力が求められています。

そういった分野で歯科衛生士が活躍するには、協働する歯科医師の理解が不可欠です。そこで4回にわたる本連載では、介護現場や医科領域で活躍されている歯科衛生士や協働している医師、歯科医師にご登場いただき、これからの歯科衛生士像を模索していきます。〈編集部〉

はじめに

現代の日本は年間100万人が亡くなり、その多くが高齢者であるという。また、最近のデータでは8020達成者が40%に迫ったとの報告もある。まさに、“多死時代”と“多歯時代”の到来である。この時代では、疾病構造の変化だけでなく、障害を抱えながら地域で生活する患者が多くなり、われわれ歯科医療に携わる者には「患者が置かれているライフス

テージの把握と時間軸の考慮」が必要となる。さらに、歯科が持つ“診療”“リハ”“ケア”という3つの武器（鶴見大学：菅 武雄先生発案）を状況に合わせて使い分けるといった対応が求められることになった。“診療”という武器を行使する際には歯科医師が主体となるが、“リハ”“ケア”を行使する際には、そのプランを策定するための診断・評価には歯科医師が強く携わるが、プラン策定、その後のプラン実行に関しては歯科衛生士を主力にして対応する場面が多く想定される。

それらを実現するために近年、後述するようさまざまな制度が歯科医療保険、介護保険において制定され、広く活用が求められている。しかし、それらが十分に活用されているとは言い難い（図1）。その原因として、制度上の使いにくさといった問題も挙げられるが、歯科医師の無理解という問題も挙げられている。本稿では、超高齢社会で今後ますます要請が高まる歯科衛生士の役割について概説し、次号以降の本連載における歯科衛生士の活躍を紹介する記事につなげたい。

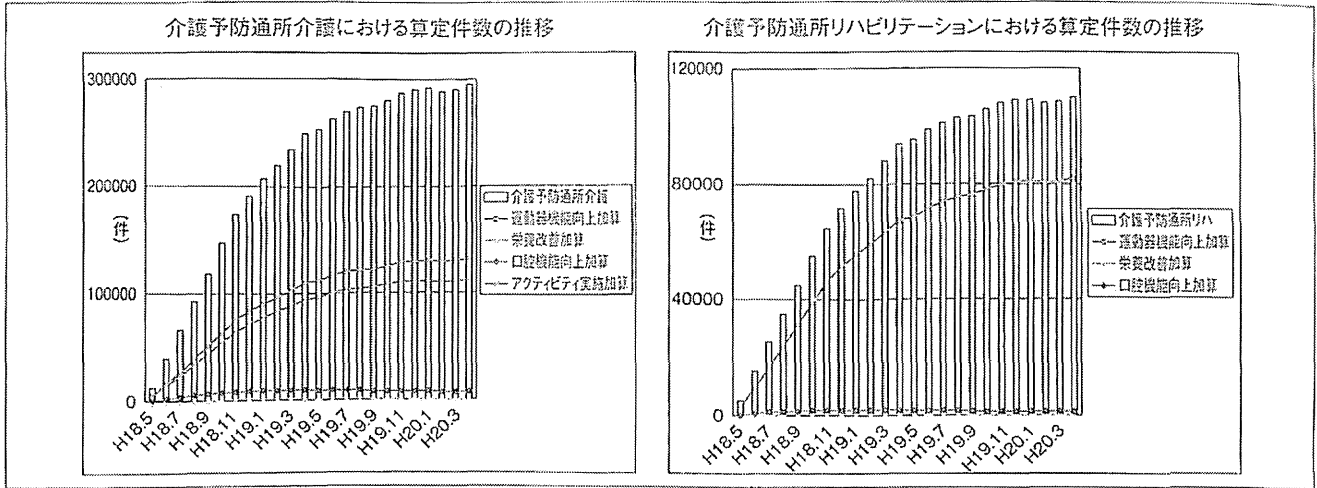


図1 口腔機能向上加算・栄養改善加算の算定実績。運動器機能向上加算，アクティビティ実施加算の算定件数は増加しているが，口腔機能向上加算および栄養改善加算の算定は低調である（介護給付費実態調査・厚生労働省統計情報部より）。

介護予防通所介護および介護予防通所リハビリテーションにおいて，複数のプログラム（運動・栄養・口腔）を組み合わせ実施した場合の評価

選択的サービス複数実施加算（Ⅰ） 480単位
 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ） 700単位

- ・利用者が介護予防通所介護または介護予防通所リハビリテーションの提供を受ける日に，必ずいずれかの選択的サービスを実施していること。
- ・いずれかの選択的サービスを1月に2回以上実施していること。
- ・選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）については選択的サービスのうち2種類，選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）については，3種類実施した場合に算定する。

図2 口腔機能向上サービス（介護保険）。看護師や言語聴覚士でも実施できるが，歯科受診機会を増やすためにも歯科衛生士の関与が重要である。

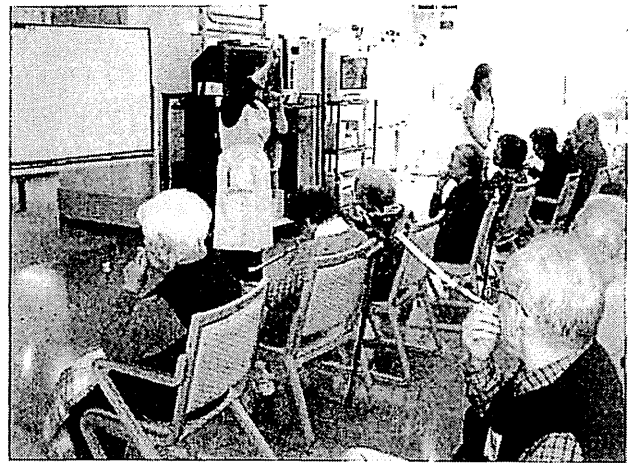


図3 通所介護施設において口腔体操を指導する歯科衛生士。

I. 介護保険における歯科衛生士の役割

1. 通所介護施設，通所リハビリ施設での介護予防の担い手として——介護予防口腔機能向上加算

歯科衛生士は通所介護施設や通所リハビリテーション施設において実施される介護予防の口腔機能向上サービス（図2）において，専門職として本サービスのケアプランの立案から実施にかけて深く関わることが求められている。

通所介護施設や通所リハビリテーション施設を利用する高齢者は，在宅療養中の高齢者でも比較的介護度の低い者が多い。しかし，在宅療養高齢者に対

する筆者らの調査においては，口腔内に多くの問題を抱えている高齢者であっても歯科を受診している者が少なく，定期的に歯科医院を受診している者は1割程度と低い¹⁾。これらの施設においては訪問歯科診療が制度上行えないことから，歯科医院への受診勧奨が重要となる。本サービスは，看護師や言語聴覚士によっても実施可能だが，歯科衛生士が本サービスに関与することは，要介護度が軽度なうちから歯科が介入できる観点からも重要であると言える。

★口腔機能向上サービスは介護保険において給付され，通所介護施設，通所リハビリテーション施設が算定する（図3）。

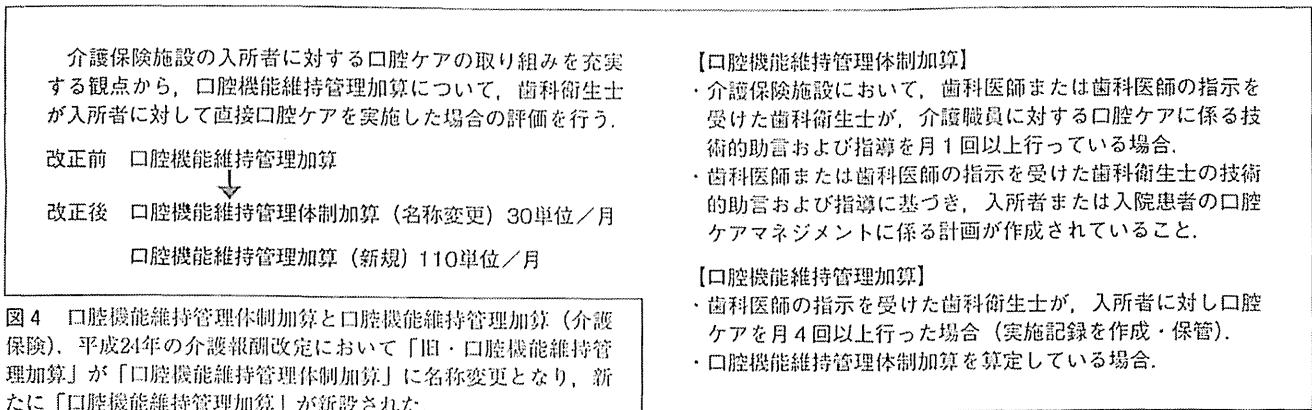


図6 口腔機能維持管理加算に基づき、施設職員を指導する歯科衛生士。

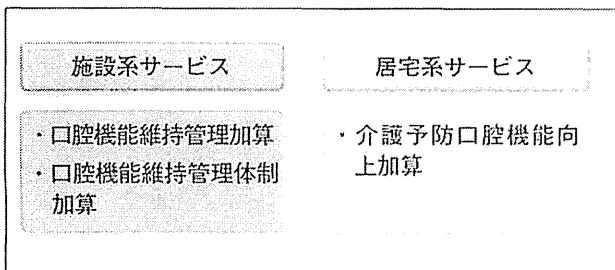


図5 介護保険における口腔ケアに関するサービス。

2. 介護保険施設における口腔ケアマネジメントの担い手として——口腔機能維持管理体制加算（図4）、口腔機能維持管理加算（図4）

介護保険施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床）において、計画的な口腔ケアを行うことができるよう、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、施設の介護職員に対して技術的助言および指導等を行う場合に算定できるとされる口腔機能維持管理というサービスが平成22年より始まっている。平成24年に行われた介護報酬改定時には、さらに利用者に対する歯科衛生士の直接的関与が評価された。

本制度は、施設における口腔ケアの推進を目的としたもので、これまでの口腔機能向上サービスは居宅系のサービスであるが、施設に入所している高齢者に対するサービスとして意義あるものであると言

える（図5）。本制度は、歯科医師または歯科衛生士の関わりが月に1回以上であることが求められており、入所者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、などに対して、技術的助言および指導を行うこととされている。

昨年の改定では、従来の口腔機能維持管理加算を施設の口腔ケアを実施する施設体制に対する加算（「口腔機能維持管理体制加算」）として置き換えられ、さらに、新設として、歯科衛生士が直接的に入所者に関わることを評価するサービス「口腔機能維持管理加算」が取り入れられた。この加算においては、歯科衛生士が直接行う口腔ケアが評価され、口

- ・歯科医師が行う場合
同一建物居住者以外 500単位
同一建物居住者 450単位
※一人の利用者につき月2回まで算定可
- ・歯科衛生士が行う場合
同一建物居住者以外 350単位
同一建物居住者 300単位
※一人の利用者につき月4回まで算定可
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護職員が行う場合
ケアマネジャーに対し、居宅介護サービス計画の策定等に必要の情報提供を行っていること。

図7 居宅療養管理指導（介護保険）。歯科医療を行った歯科医師の指示に基づいて、歯科衛生士が口腔機能の評価や訪問頻度等の具体的な計画を含めた管理指導計画を立案する。



図8 居宅療養管理指導に基づき患者宅にて口腔ケアを行う歯科衛生士。

口腔ケアを月4回以上行った場合に算定する。

全国の介護保険施設において、連携歯科医療機関を置く努力が求められている背景もあり、定期的に訪問歯科診療をする歯科医師、歯科衛生士がいなくとも何らかの関与が行われていることと思われる。しかし、本加算の実施率が50%程度である事実は、歯科がこの制度を十分に支え切れていない結果と言え、残念である。

★口腔機能維持管理加算、口腔機能維持管理体制加算は介護保険において給付され、介護保険施設が算定する（図6）

3. 在宅療養を支える担い手として——居宅療養管理指導（図7）

居宅において患者の療養上必要な口腔の問題、摂食・嚥下の問題について指導する。この居宅療養管理指導においては、利用者の口腔機能（口腔衛生、摂食・嚥下機能等）のリスクを把握したうえで解決すべき課題を明確にし、利用者ごとに口腔衛生に関する事項（口腔内の清掃、有床義歯の清掃等）、摂食・嚥下機能に関する事項（摂食・嚥下機能の維持・向上に必要な実地指導、歯科保健のための食生活指導等）といった解決すべき課題に対し、関連職

種が共同して取り組むべき事項等を記載する。また、算定には利用者の疾病の状況および療養上必要な実地指導内容や訪問頻度等の具体的な計画を含めた管理指導計画を作成のうえ、利用者の同意を得る必要があるとされている。

本指導の対象者は居宅で生活するか、または有料老人ホームやグループホームなどで生活する高齢者が対象となる。本指導に際しては、その患者に対して歯科診療を行っていることが前提となっており、歯科医療を行った歯科医師の指示に基づき患者の家族または患者本人に行うことになっている。利用者の口腔機能の状況においては、さまざまな職種との連携が必要となる場合が多く、医師や看護師、ケアマネジャー等との連携の強化が望まれている。

さらに、平成22年に在宅または社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所の整備を図ることを目的として新設された「在宅歯科支援診療所」においては、1名以上の歯科衛生士の配置が求められており、平成24年には、歯科衛生士を訪問歯科診療に同行した場合の評価も行われた。介護保険施設以外において訪問歯科診療を行おうとするとき、対象患者が要介護認定を受けている場合、口腔衛生指導を含めて療養上に必要な指導を行

摂食機能療法（1日につき）185点

摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。

図9 摂食機能療法（歯科医療保険）。「摂食機能障害」の病名のもと行う。

おうとすると介護保険を優先させなければならず、本指導を算定することになる。

本指導算定においては、同意書の取り交わしやケアマネジャーへの情報提供など、医療保険にはない手順が必要になる。しかし、歯科衛生士を活用した場合、月に4回関われるなど、算定上のメリットも大きい。介護保険の仕組みを理解して歯科医療サービスの一翼に育てることが期待される。

★歯科衛生士による居宅療養管理指導は、歯科医院が介護保険によって請求する（図8）

II. 歯科医療保険による 歯科衛生士の役割

1. 摂食機能障害患者を歯科医療から支える—摂食機能療法（図9）

歯科衛生士は、看護師、言語聴覚士と同様に、歯科医師からの指示に基づいて摂食機能療法の担い手として重要な役割を果たすことができる。食事が困難になった高齢者などに対しては、低下した機能を改善しようとする口腔機能訓練や現在の機能に合った食事の姿勢や食べ方、さらには低栄養を防止し、窒息や誤嚥のしにくい食形態や食内容の指導など、摂食機能療法において取り組まなくてはならない内容は多い。

また、食べることはきわめて生活に根ざした行為

(問) 医療保険と介護保険における「摂食機能療法」は、誰が実施する場合に算定できるのか。（厚生労働省老健局老人保健課保険局医療課 19.7.3）

(答)

①摂食機能療法は、

- ・ 医師または歯科医師が直接行う場合
- ・ 医師または歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士または作業療法士が行う場合に算定できる。

②なお、摂食機能療法に含まれる嚥下訓練については、

- ・ 医師または歯科医師
- ・ 医師または歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師または歯科衛生士に限り行うことが可能である。

図10 厚労省より出されたQ&A。歯科衛生士は看護師、言語聴覚士とともに、摂食機能療法の中で食物を用いた訓練の担い手として認められている。

【周術期における口腔機能の管理】

がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価（術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減が目的）

(新) 周術期口腔機能管理計画策定料 300点
 周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価

(新) 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）190点
 主に入院前後の口腔機能の管理を評価

(新) 周術期口腔機能管理料（Ⅱ）300点
 入院中の口腔機能の管理を評価

(新) 周術期口腔機能管理料（Ⅲ）190点
 放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価

(新) 周術期専門的口腔衛生処置 80点
 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価

図11 平成24年診療報酬改定で新設された「周術期口腔機能管理」（歯科医療保険）。歯科衛生士による専門的口腔衛生処置も評価されている。

であるために、医療としての側面に加えて、生活支援の意味合いが強くなる。そのような側面からも、女性が多くを占める歯科衛生士の活躍が期待されるところである。

★摂食機能療法は医療保険によって算定され、歯科医師の他、看護師、言語聴覚士によっても算定できる（図10）

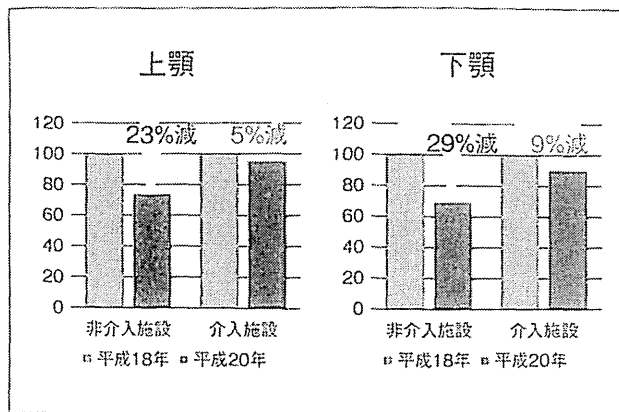


図12 義歯の使用状況 (臼歯部咬合支持を失っている者)。歯科衛生士が介入している施設のほうが義歯使用率の減少が少ない。

2. 口腔ケアで患者のQOLを支える

口腔ケアという言葉は、介護の現場ばかりでなく医療の現場においても聞かれない日はないほどになっている。昨年の歯科医療保険改定の際に導入された「周術期口腔機能管理」(図11)は、口腔ケアをはじめとした口腔全体の管理によって、これから手術を受けるまたは手術直後における患者の肺炎や創部のトラブルを防ぎ、患者のQOLに寄与することを目的としている。

★周術期口腔機能管理は医療保険によって算定され、病院への往診のほか、自院外来、在宅における訪問歯科診療によっても算定できる。

3. 歯科衛生士が歯科医療との連携を支える

咬合支持を失った者にとって義歯は、咀嚼能力を回復するために欠かせないものである。しかし、介護や医療の現場では、歯科の治療は二の次になりがちである。その原因の1つには、歯科治療の必要性

の判断が歯科医療者の元で行われていないことが挙げられる。

そこで、歯科衛生士が継続的に関与している施設(2施設)と関与していない施設(3施設)で義歯の使用状況の追跡調査を行った²⁾。臼歯部の咬合支持を失い義歯装着の必要があると考えられた患者において、上顎では非介入施設が26%の減少であったのに対して介入施設では5%にとどまり、下顎においてもそれぞれ29%と9%であった(図12)。歯科衛生士による継続的な関わりは適切なタイミングでの歯科受療につながり、患者の口腔機能の維持に結び付いたと考えている。

最後に

地域住民が住み慣れた土地で生き生きとした質の高い生活が送れるように、医療、介護、福祉の有機的な連携に基づく地域包括ケアシステムを構築する必要性が叫ばれている。今後、歯科医療を提供する者にとっては、このシステムの中でいかに有機的な活動ができるかが試される。歯科衛生士は、このシステムの中での多職種との“つなぎ役”として能力を発揮するものとする。

これまで、診療室で歯科医師とともに歯科医療を担ってきた歯科衛生士を診療室から解き放ち、地域で活躍する歯科衛生士を一人でも増やすことが、歯科医療を未来に繋げる一法であると確信する。

文献

- 1) 菊谷 武：在宅療養高齢者への食支援に関する研究。会誌『8020』, 12, 掲載予定。
- 2) 川名弘剛, 菊谷 武ら：介護老人福祉施設における継続的な口腔機能管理によるかわりが義歯の装着に与える効果。老年歯学, 25: 3-9, 2010。

I. 地域医療における摂食・嚥下リハビリテーション

2. 成人・高齢者の患者への対応

日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーションセンター
 歯科医師 田村 文誉、歯科医師 須田 牧夫

1) 高齢者：摂食・嚥下機能への加齢の影響

加齢に伴い、身体機能・認知機能はさまざまな影響を被り、それが摂食・嚥下機能の障害の要因ともなっている。認知機能についてはⅡ-1. 項を参照されたい。ここでは生理的変化、解剖学的変化の影響について解説する。

(1) 生理的変化の影響

摂食・嚥下の先行期（認知期）に必要な能力として、味覚、嗅覚やその他の感覚がある。食物が口に入る前にどのようなものであるか判断するためには嗅覚、手指の触覚、視覚が大きな役割を担っている。また、口腔内に入った食物を認知するうえで味覚の果たす役割は大きく、食べる意欲を引き出すためにも重要である。

①味覚

味覚には、「塩味」「甘味」「酸味」「苦味」の基本味と、さらに「うま味¹⁾」という味覚がある。このうま味は、舌の味蕾にある感覚細胞のグルタミン酸受容体によって感知される。これらの味覚は舌だけでなく、口蓋や咽頭部など広範囲に渡っており、それぞれの部位で閾値が異なっている²⁾。塩味の閾値は加齢とともに上昇する³⁾ため、高齢になると濃い味付けのものを好むようになるが、うま味成分を添加することで味の物足りなさを補うこともできる⁴⁾。

②嗅覚

嗅覚は記憶と結びついているといわれている。他の知覚と比べて減退するのが早く、およそ60歳から急激に低下する⁵⁾。しかし、嗅覚への加齢の影響についてはいまだ詳しいことがわかっていない。

③唾液

高齢者は口が渇きやすく、その原因として唾液の減少があげられるが、一概に「加齢の影響＝唾液分泌量の減少」とは言えない。安静時の唾液は減るものの、食事をしているときや会話をしているときなどの刺激時唾液に関しては、加齢の影響はほとんどみられない⁶⁾。口腔乾燥に対しては、むしろ水分摂取量の不足（脱水）や服薬による影響を検討することが必要である。

(2) 口腔・咽頭の解剖学的変化の影響

①歯

平成17年度歯科疾患実態調査では、80歳の平均残存歯数が約10歯と、80歳で20歯の歯を保つ者の割合（8020達成者）は21.1%（80～84歳）であり、いまだ多くの歯を失っている高齢者は多い。歯数の喪失により咀嚼能力が減退することは知られているが、残存歯の多い者ではどうであろうか。残存歯の多い者では、加齢による咀嚼の能力への影響はほとんどないが、咀嚼回数は増え、咀嚼時間は長くなる傾向にある⁵⁾。さらに臼歯部咬合を有する高齢者の場合でも、

咀嚼回数や咀嚼能力は加齢の影響を受ける⁶⁾。つまり、歯があっても加齢の影響を被るため、咬合の崩壊は咀嚼機能の減退に拍車をかけることになる。

さらに、高齢者では、それまでの器質的咀嚼障害から、神経・筋系の疾患による運動障害性咀嚼障害へと病態が変化していくことも多い。いわゆる、「歯があっても噛めない、食べられない」という状態である。摂食・嚥下障害の症状の多くはこの運動障害性咀嚼障害が原因であり、後述する舌や口唇など、口腔周囲器官の機能すべてが関与している。

②舌

舌の位置は、喉頭の位置が下がることに伴って後方位をとりやすくなる。いったん口腔底に食塊をためてからそれを舌ですくいあげて嚥下するといった嚥下様式が多くなる⁷⁾ため、高齢者では嚥下のタイミングが一步遅れる可能性がある。

舌の力を示す舌圧を調べた研究では、嚥下時舌圧は高齢者では若年者に比べて低くなり、力が減退していく⁸⁾。また、舌の筋肉にも加齢の影響がみられる。介護の重症度や低栄養が舌圧と舌筋の厚みにも影響を及ぼす⁹⁾。ことや、摂食・嚥下障害のある者では舌圧が低い¹⁰⁾ことがわかっており、舌機能を維持することは、摂食・嚥下機能のみならず栄養の維持にとっても非常に重要である。

③口唇

口唇閉鎖は、捕食から嚥下に至る一連の摂食・嚥下動作において極めて重要な機能である。口唇の機能は加齢に伴い機能変化を示す。口唇圧は要介護度との関連があり¹²⁾、また加齢に伴い口唇圧と口唇の巧緻性は低下する¹³⁾。しかし、その機能は比較的高齢の後期まで維持される。

④咽頭・喉頭

70歳から75歳になると、舌骨、喉頭の位置が下がっていく¹⁴⁾。これにより嚥下反射のための喉頭挙上が困難となり、気道の閉鎖や食道入口部の開きが悪

くなる。嚥下時の舌骨の動きは、その運動時間が長くなり¹⁵⁾、動き始めるタイミングも遅くなる¹⁶⁾。したがって、高齢者ではむせや誤嚥などを引き起こしやすくなる。

⑤食道

食道の加齢変化には、蠕動運動の低下、食道拡張、アカラシア、他臓器からの圧迫、横隔膜裂溝ヘルニア、逆流性食道炎、憩室、などがある¹⁶⁾。ただし、食道は加齢の影響のみでは摂食・嚥下障害をきたさないことが多い。

2) 評価法と対応法

(1) 在宅におけるリハビリテーションの心構え

—重要な医療面接—

摂食・嚥下障害の患者を診察する際には、まず患者、家族、そして彼らを支援している人たちの話をよく聞くことである。摂食等の現状や日常生活状態についての主な問診項目を表1に示すが、これらの項目に関して、実際の状況と患者・家族の話には乖離がある場合もある。患者や家族の話には、希望や思いが反映していることが往々にしてあるが、それらはリハビリテーションの方針を決定する鍵となる場合が多く、患者の実態と異なっているともし決しておろそかにしてはならない。

(2) どのようにリハビリテーションを

すすめるか？

リハビリテーションを行うにあたっては、はじめに評価を行い、障害の原因、部位、程度を判断し、実際の機能改善アプローチへ結びつける。摂食・嚥下障害の評価では、嚥下造影検査（VF）、嚥下内視鏡検査（VE）といった精密検査に先立ち、スクリーニング検査を行うことが重要である。

①口唇・舌のROM検査¹⁾

運動は、「範囲」「力・耐久性」「速度」「協調性・

表1 主な問診項目

日常生活状態	併存疾患
	姿勢保持能力
	生活リズム
	睡眠リズム
	ADL
	認知機能
	服用薬剤
	体調
	肺炎の既往
	排尿・排便
栄養状態(身長、体重、BMI等)	
摂食等の現状	食欲
	食物の嗜好、間食など
	栄養摂取法
	水分摂取法
	食物形態
	経管栄養の有無と種類
	食事姿勢
	食事時間(間隔)
食事にかかる時間	
介助状態	

表2 舌、口唇、頬の運動評価

舌	安静時	異常	0:異常なし
		偏位	0:なし 1:あり(左・右)
		萎縮	0:なし 1:あり(L左・R右)
	運動時	不随意運動	0:なし 1:あり
		線維索性攣縮	0:なし 1:あり(L左・R右)
		異常	0:異常なし
口唇・頬	安静時	突出	1:動かない 2:歯列内 3:口唇こえる
		左右反復	0:左右差なし 1:あり(L左・R右)
		舌尖の挙上	0:できる 1:できない
	運動時	左右の反復	()回/5秒
		異常	0:異常なし
		偏位	0:なし 1:あり(L左・R右)
舌	安静時	口角下垂	0:なし 1:あり(L左・R右)
		口唇接触不良	0:なし 1:あり(L左・R右)
		異常	0:異常なし
	運動時	口角横引き	0:できる 1:できない
		口角横引き反復	()回/5秒
		異常	0:異常なし

巧緻性」という4つの運動の要素によって遂行される。摂食・嚥下器官の運動(表2)も、これらの要素に従って評価する。指示に従えない患者の場合は、安静時の評価だけでも行うとよい。

②頸部聴診法(Cervical auscultation)²⁾(図1)

食物を嚥下する際に咽頭部で生じる嚥下音と、嚥下前後の呼吸音を、頸部より聴診する方法である。スクリーニング検査として有用であり、食事場面で応用することもある。

③食事場面の外部観察評価—運動障害性咀嚼障害をみる—³⁾

摂食・嚥下機能の評価で最も重要なのは、食事場面における外部観察評価を行うことである。表3に、外部観察を行う際、食環境でみるべき主な観察項目を記す。

表3 食環境の観察項目

<ul style="list-style-type: none"> ・食物の調理形態 ・姿勢(机、椅子) ・食具・食器 ・介助の状態 ・口腔運動機能の観察 ・摂食・嚥下障害の症状
--

食事時の外部観察評価では、外来で評価する場合もあれば、訪問診療などの場面において患者の日常生活にこちらが入り込むこともある。そのためには患者や家族との信頼関係を構築すること、他職種の仕事内容を理解すること、そして多職種とのチームアプローチを行うこと、が重要となる。

●口腔運動機能の観察—口腔周囲器官:口唇・口角・顎・頬の協調運動をみる—

咀嚼を評価する際には、食事場面における口腔閉鎖器官や顔面の動きを詳細に観察する(図2)。歯の欠損や筋肉の脆弱化、さらには認知機能の障害により咀嚼機能が減退、障害されてくると、口腔周囲器官の動きが弱くなったり、あるいは他の弱くなった部分を代償するために過度な動きとなったりし、そのために協調運動が阻害され、舌の突出など異常な動きを呈することも多い。また、認知症では前頭葉症状のため、吸啜反射などの原始反射が出現している場合もある。

一方、全身状態の悪化から食形態がペースト食などの形態調整食になっていたものの、体力の回復とともに食形態をペーストから固形に変更したいような場合もある。しかし、いきなり固形食を食べてもらうのはリスクを伴う。安全な咀嚼機能評価には、スティック状で容易には噛みきれない繊維の強い食品(さきいか、ビーフジャーキー、ドライフルーツなど)を使用し、一方の端を検査者が把持して患者の臼歯部に挿入し、咀嚼を促す。舌が食品に向かって側方に寄る動きや、頬の協調、顎の側方運動、口角の引き、などの動きが認められれば、食形態を常食に近づけることも可能である。ただし、咀嚼機能は良好でも、嚥下機能に問題がある場合もあるため、摂食・嚥下機能全体を評価することを忘れてはならない。



図2 咀嚼の評価

●摂食・嚥下障害の症状をみる

- ①むせ:むせは、食べ物や水分、唾液などが喉頭内や声門下に侵入した際に起こる症状である。むせは誤嚥の重要なサインであるが、感覚が低下しているとむせずに誤嚥していることもある。嚥下障害が重度になると、自分の唾液によるむせが頻発し、日常的にむせている所見がみられる。
- ②痰がからむ:食事中に痰がからんでいるような所見では、炎症による痰の咳が出ている場合もあるが、咽頭内の食物残留や、食物や唾液の喉頭侵入を疑う。喀痰の中に食べ物が入っている場合には、誤嚥を疑う。
- ③声がかすれる:会話時に痰や唾液がからんでがらから声やかすれた声になることがあるが、これを「湿性嗝声」という。咽頭への残留や、誤嚥によって起こる症状である。
- ④食べこぼす:食べこぼしは、口唇がうまく閉じられない場合や、自食の際の手と口の非協調運動が原因である。また一口量が多すぎることも誘因となる。
- ④早食い、丸のみ:固形食をほとんど噛まずに丸のみすることは、窒息事故の原因となる。認知機能の障害があると早食いや丸のみを制止することは難しく、食形態の変更や見守りを順守するしか方法がないこともしばしばである。

手技

- ① 強い咳嗽を数回行わせる(できない時は、吸引管を用いて貯留物を吸引する)。
- ② 荒さのない呼吸を数回出させる。
- ③ 一定の試料(1~5mlの水など)を口腔内に入れ、口腔内に保持させる。
- ④ 頸部の喉頭隆起(甲状切痕)の外側(喉頭の側面)、あるいは輪状軟骨直下(気管)に聴診器を当て、嚥下を指示する。
- ⑤ 嚥下後、呼吸を出させ、呼吸音を聴診する。

判定

- ・通常、口腔内に保持した5mlの水を、1回の嚥下動作(およそ0.5秒)で飲みきることができる。力強い嚥下音と、直後には澄んだ呼吸音が聴取される。
- ・異常がある場合「舌による送り込み障害」「喉頭収縮の減弱」「喉頭挙上障害」「食道入口部の弛緩障害」「誤嚥」「喉頭・咽頭部における液体の貯留」が疑われる。

図1 頸部聴診法

⑤口に溜め込む：主に認知機能の問題から、食べる際の注意の集中と持続の低下が起こり、重度な場合は食べ物を認知できなくなる。溜め込むことにより食事時間が長くなるが、これは疲労の原因となり、誤嚥や窒息のリスクが高まる。また、十分な食事量を確保できなくなることから、低栄養も危惧される。

以上、主たる症状を呈示したが、実際の患者の症状や病態はさまざまである。適切な評価法を選択し、実施することにより、必要なリハビリテーションの方針を立てることが可能となる。

3) 事例

成人、高齢者の摂食・嚥下障害は本人が訴える場合、家族や介護者、他の医療関係者が訴える場合などさまざまである。重度の摂食・嚥下障害の場合、本人以外からの訴えのほうが多く、本人の機能障害への意識は低い場合が多い。また、生活環境によっても摂食・嚥下障害に対する意識は異なり、施設や病院等、比較的多くの人が日々接している環境では摂食・嚥下障害の危険性について認識されていることが多い。しかし、在宅療養者のなかには介護者も高齢な場合、介護サービスを受給されていない者も多く、摂食・嚥下障害について見過ごされているこ

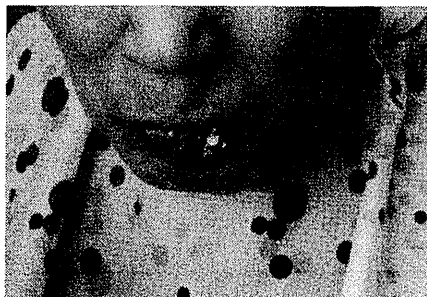


写真1 外部観察所見：左側下口唇に食渣の付着が認められる。

とが多い。そのため歯科医師による訪問診療の際には、医療関係者として栄養状態を含めた食事等の生活状況について観察、把握し、重度な摂食・嚥下機能障害を見逃さないように注意が必要である。

摂食・嚥下障害者に対する評価方法は、1) 医療情報の聴取（医療面接）、2) 食事場面、食事に関するADLなどの外部観察、3) 嚥下内視鏡（Video Endoscopy）を用いた精密検査、4) 評価結果を参考にカンファレンスを行い、ケアプランの確認を行っていく。その際、患者に関わるすべての職種との連携があることが望ましい。

紹介する症例2例も患者本人の訴えではなく、家族、施設担当者から依頼のあった症例である。上記の評価方法により検査を行った症例で、どちらも重度な摂食・嚥下障害を認めた。

症例1 脳血管障害（食事中にむせる）（写真1、2）

患者：73歳、男性

主訴：食事中にむせる

原疾患：脳血管障害（脳梗塞）

既往歴：高血圧症、認知症

経過：数年前より徐々に食事の際にむせることが多くなった。最近、食事時間も延長し、体重の減少も認められている（身長160cm、体重45.5kg、BMI

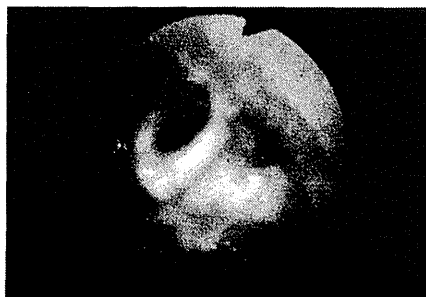


写真2 嚥下内視鏡所見：喉頭蓋谷に食品の残留が認められる。



写真3 外部観察所見：右側口角より涎を認める。



写真4 嚥下内視鏡所見：喉頭蓋谷、左右梨状窩に食品の残留、左側咽頭後壁上部に食品の付着を認める。



写真5 嚥下内視鏡所見：誤嚥した食品の嚥下が認められた。

17.8) ため受診となった。

食形態・摂食状況：常食、水分には低濃度とろみの付与がされており、自食している。

外部観察所見：食べこぼし、食事中のむせが認められた。嚥下後の口腔内には左側舌背に食品残留物を認めた。舌運動の低下により十分な咀嚼ができず、食塊形成ができない状況であった。上顎は総義歯、下顎は局部床義歯を使用。

嚥下内視鏡検査所見：舌運動は弱く、食塊形成されないまま咽頭流入し、嚥下後は咽頭に食物の残留および誤嚥が認められた。反射的なむせがなく、常に不顕性誤嚥があると思われた。咳反射を指示するも咳が弱く、誤嚥物の嚥下は困難であった。水分においても嚥下反射の低下、嚥下反射惹起遅延による誤嚥が認められた。

評価および指導：常食では、誤嚥および窒息のリスクが高いと考えられた。対応として、食形態はペースト食に変更し、水分には高濃度とろみを付与した。体重減少が認められるため、必要エネルギーの確保を重点項目とし、食後は吸引を必ず行うようにした。訓練指示が入るため間接的訓練（呼吸訓練、咳訓練）も可能と思われたが、栄養状態の改善後、再評価を行い摂食・嚥下機能、食形態、訓練方法について確認をすることとした。

症例2 認知症（食事中にむせる）（写真3～5）

患者：71歳、男性

主訴：適切な食事の形態が知りたい（施設からの要望）

原疾患：脳血管障害（脳梗塞、脳出血）

既往歴：誤嚥性肺炎、COPD（慢性閉塞性肺疾患）

経過：最近、食事の際にむせることが多くなった。水分摂取の際に必ずむせるため、少量ずつ飲水していた。食事時間も延長し、体重の減少も認められ（身長161.7cm、体重45.8kg、BMI 17.5）、さらに発熱の頻度が増加しているため受診となった。

食形態・摂食状況：ペースト食、水分とろみ付与、全介助

外部観察所見：舌運動が弱く、単純上下運動で食事摂取している。自食も可能であるが、一口量、ペーシングが保てなくなるため窒息の危険性がある状態であった。食中～後のSpO₂は88～94%であった。上下無歯顎（上下義歯なし）、舌苔あり、口腔内には食物残渣を認め、声質の変化も認められた。

嚥下内視鏡検査所見：唾液の持続的な誤嚥が認められた。普段の一口量と食事ペースで食物を摂取したところ、咽頭残留、喉頭侵入および誤嚥が認められた。誤嚥時には咳反射の遅延が認められたことから、不顕性誤嚥の可能性が高いと思われた。

評価および指導：経口摂取による誤嚥および窒息のリスクが非常に高く、SpO₂の低下も持続的な誤嚥によるものと考えられた。

対応として、ペースト状の食形態の場合、継続的に咽頭流入、喉頭侵入を起こすため、同食品の経口摂取を行うことが誤嚥のリスクを高めると思われた。食事は高カロリー食を提供することにより食事の減量で食事摂取による疲労を減らし、誤嚥の機会を減らすこととした。また、今までの一口量では残留および誤嚥のリスクが高いため、現在の量よりも2/3量減量し、スプーン1/3量とする。可能であれば、一口量とペーシングに伴う食事時間の延長のため、食事回数を5回に分けて提供する5回食の提案も行なった。水分はゼリーによる提供が安全である旨、さらに、食後に吸引を必ず行うように指導を行った。

参考文献

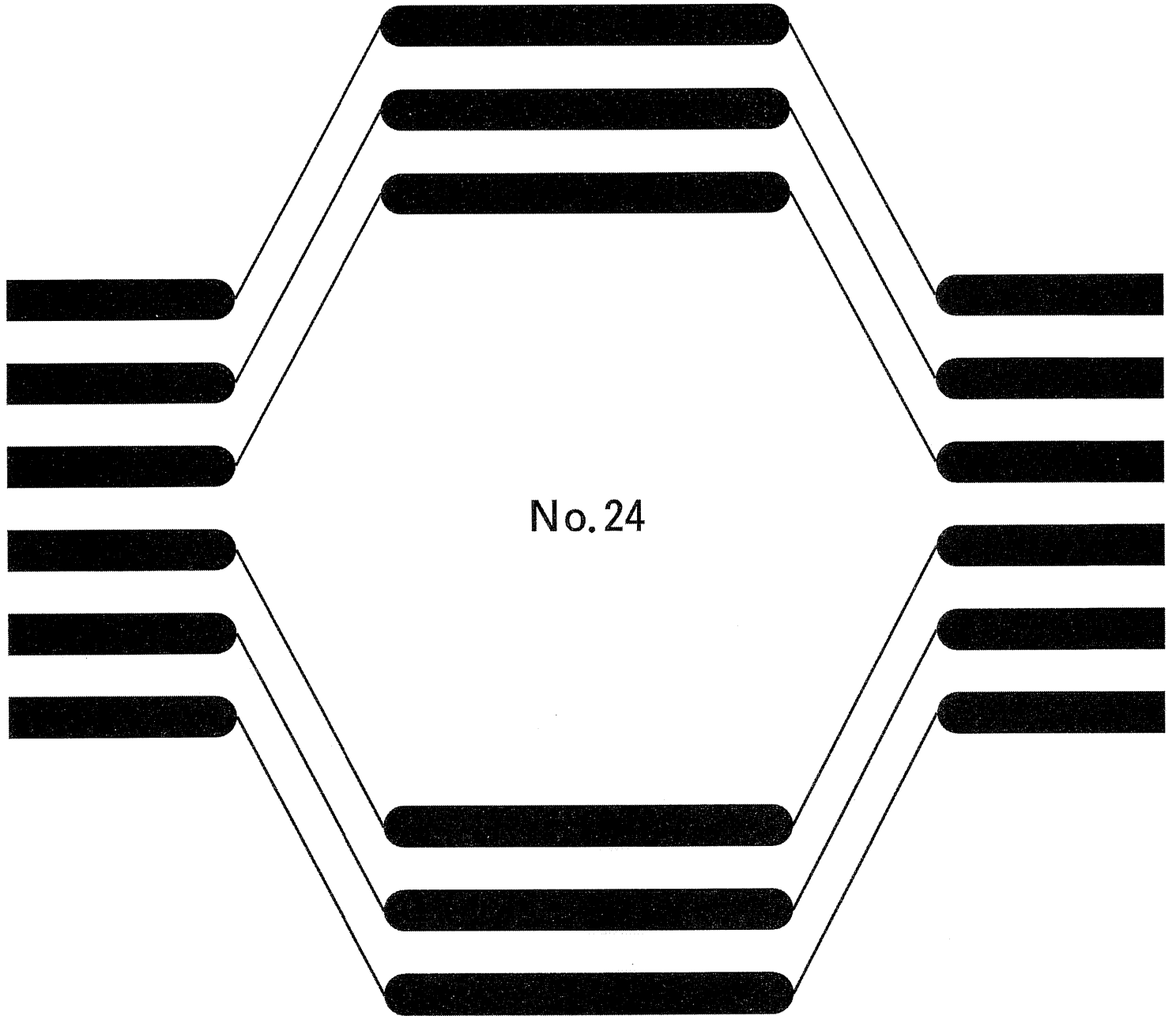
- 1) 豊島邦昭, 他: 味蕾の神経生物学的特性と味覚情報伝達機構の解明. 九州歯科学会雑誌, 58(4): 147-148, 2004.
- 2) Henkin RI: Taste localization in man. In Bosma JF (ed.): Second Symposium on Oral Sensation and Perception, Charles C Thomas, Springfield IL, 1970.
- 3) 金子芳洋: 高齢者の摂食機能にかかわる諸問題. 日本歯科医師会雑誌, 46(5): 23-34, 1993.
- 4) 伊藤輝子, 他: 減塩料理に対するうま味調味料の効果 - 高齢者パネルでの効果確認 -. 日本味と匂学会誌, 6(3): 695-698, 1999.
- 5) Feldman RS, et al.: Aging and mastication: Changes in performance and in swallowing threshold with natural dentition. J Am Geriatr Soc., 28: 97-103, 1980.
- 6) Kikutani T, et al.: Oral motor function and masticatory performance in the community-dwelling elderly. Odontology, 97: 38-42, 2009.
- 7) Dodds WJ, et al.: Tipper and dipper types of oral swallows. AJR Am J Roentgenol. 153(6): 1197-1199, 1989.
- 8) Shaker R, et al.: Effect of aging on swallow-induced lingual palatal closure pressure. Gastroenterology, 96: A. 464, 1989.
- 9) 岡山浩美, 他: 要介護高齢者の舌の厚みに関する研究. 障歯誌, 31: 723-729, 2010.

- 10) Tamura F, et al.: Tongue Thickness Relates to Nutritional Status in the Elderly. Dysphagia. 2012 Apr 27. [Epub ahead of print] DOI 10. 1007/s 00455-012-9407-z.
- 11) Yoshida M, et al.: Decrease Tongue Pressure Reflects Symptom of Dysphasia. Dysphasia, 21: 61-65, 2006.
- 12) 田村文登, 他: 要介護状態と口唇機能の関連. 日老医誌, 43: 398-402, 2006.
- 13) Tamura F, et al.: Lip-closing function of elderly people during ingestion: comparison with young adults. IJOM, 35: 33-43, 2010.
- 14) Sonies BC, et al.: Duration aspects of the oral-pharyngeal phase of swallow in normal adults. Dysphagia, 3: 1-10, 1988.
- 15) Shaw DW, et al.: Influence of normal aging on oral-pharyngeal and upper esophageal sphincter function during swallowing. Am J Physiol, 268: G389-396, 1995.
- 16) 丘村 照: 嚥下のしくみと臨床. SCOM・007. 金原出版. 東京, 1993.
- 17) 菊谷武, 西脇恵子: 『うまく食べられない』ことへの対応 運動障害性咀嚼障害, 嚥下障害に対する評価方法. 東京都歯科医師会雑誌 49(6): 339-346, 2001.
- 18) 高橋浩二: ビデオ版 頸部聴診による嚥下障害診断法 高橋浩二企画監修 医歯薬出版. 東京, 2002.
- 19) 田村文登著: 菊谷武監修: 咀嚼機能の概要とその評価法 観察のポイント. 高齢者の口腔機能評価 NAVI, 2010, pp96-104.

田村 文登 (たむら ふみよ)
 昭和40年 東京都に生まれる
 平成元年 昭和大学歯学部 卒業
 平成元年 昭和大学歯学部第三補綴学教室
 平成3年 昭和大学歯学部口腔衛生学教室
 平成13年 米国アラバマ大学歯学部 留学 (1年間)
 平成16年 日本歯科大学 講師
 平成19年 日本歯科大学 准教授
 平成24年 日本歯科大学口腔リハビリテーション科 科長

須田 牧夫 (すだ まさお)
 昭和46年 群馬県に生まれる
 平成8年 日本歯科大学歯学部 卒業
 平成9年 日本歯科大学歯学部附属病院臨床研修歯科医師 修了
 平成9年 日本歯科大学歯学部附属病院高齢者歯科診療科臨床研究 医員
 平成13年 日本歯科大学歯学部附属病院総合診療科 医員
 平成13年 日本歯科大学歯学部附属病院口腔介護・リハビリテーションセンター 主任
 平成15年 日本歯科大学歯学部附属病院総合診療科 助手
 平成19年 日本歯科大学歯学部附属病院総合診療科 講師
 平成24年 日本歯科大学歯学部附属病院口腔リハビリテーションセンター センター長

学 術 誌



(社)兵庫県歯科衛生士会

「長寿医療と口腔ケアの関わり」

－これからの口腔ケアシステム－

独立行政法人国立長寿医療研究センター 歯科口腔先進医療開発センター

歯科口腔先端診療開発部 部長 角 保徳

超高齢社会の到来に伴い、健康に対する価値観の多様化が起こるとともに、歯科医療では全身疾患を有する患者が増加し、疾患が急性疾患から慢性疾患へ変化して複雑化しています。この社会変化の中で歯科保健・医療・福祉をめぐる環境は、急速に変革しようとしています。歯科領域でも、口腔プライマリケアを必要とする患者の増加、全身管理や医療連携などによる歯科診療の高度化、さらには専門的口腔ケア、口腔機能訓練および在宅歯科医療の必要性などの構造変化が現れています。高齢社会に伴う構造変化に歯科衛生士も順応していかなければいけません。

現状です。高齢者診療報酬額は約11兆円（歯科保険医療は約2.5兆円）であり、そのうち高齢者歯科医療費はわずか約3490億円です。（図2）歯科界がより活気を呈するには、約11兆円の高齢者医療に参入することが必要と考えられます。仮に単純計算して、11兆円の8%を歯科医療費にすることができれば、8800億円の診療報酬を得ることができます。年齢別受診者数においても、歯科受診のピークが50歳代から60歳代で、最も歯科治療を必要とする高齢者の受診率は低いことが分かっています。（図3）

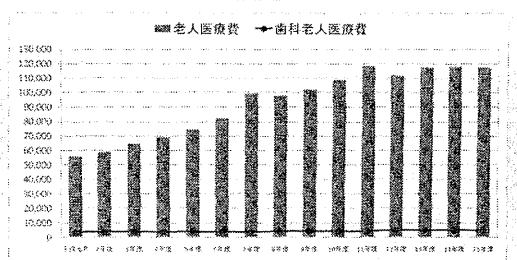
高齢社会の中の歯科医療費

2008年（平成20年）の国民医療費は34兆8084億円ですが、歯科医療費は2兆5777億で、この10年間横ばい状態が続き、総医療費に対する歯科医療費の割合は7.4%までに徐々に低下しています。（図1）

総医療費のうち高齢者医療費が増加しているのに対して高齢者歯科医療費は増加していないのが

老人医療費に占める歯科老人医療費の推移

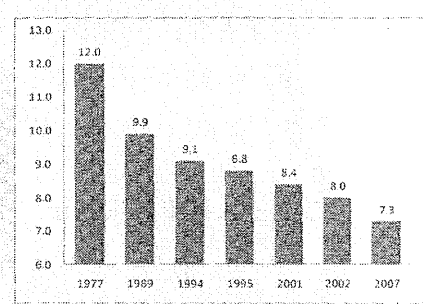
高齢者医療に歯科医療が占める割合は、わずか3.6%に過ぎない。



Yasunori Sumi, D.D.S., Ph.D.

図2 老人医療費に占める歯科老人医療費の推移

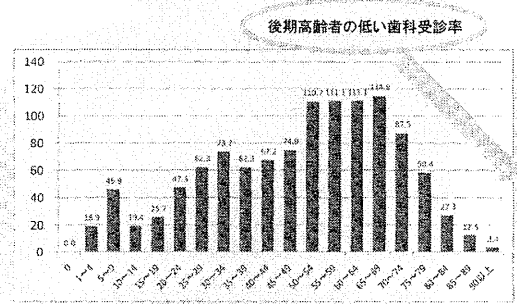
国民医療費に占める歯科医療費の割合



Yasunori Sumi, D.D.S., Ph.D.

図1 国民医療費に占める歯科医療費の割合の推移

歯科における年齢別の来院者数



出典：老人医療事業年報

Yasunori Sumi, D.D.S., Ph.D.

図3 歯科における年齢別の来院者数

ある調査によれば、1ヶ月間に医療機関を受診した高齢者の割合は、医科が85.5%、歯科が11.3%と著しい格差があります。高齢者の低い受診率の原因として、

1. 歯科医療が齲蝕や歯周病に対する医療が主体で、今後在宅を主体とする高齢者歯科医療のニーズに合致していない。
 2. 歯科医療は医療と異なり生命の危険性と距離があるので、患者の意識も社会的にも後回しにされやすい。
 3. 高齢者は歯の喪失した者が多く、高齢者歯科医療すなわち義歯治療という誤った認識があった。
 4. 歯科医師・歯科衛生士による口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーションが十分行われていない。
 5. 歯科医療は診療所中心の外来診療であり、在宅歯科医療は十分提供されていない。
 6. 医科の看護師と比べ歯科衛生士の能力が発揮されていない。(21.6万人中就業者は9.6万人)。
- 等が考えられます。今、歯科界は高齢者の健康寿命の延伸、QOLや全身状態の向上に歯科医療として何が提供できるのか問われています。

高齢社会と歯科医療のニーズ

我が国の人口に占める高齢者の割合は増加し、2015年には4人に1人が65歳以上の高齢者になると予測され、世界に類を見ない高齢社会を迎えようとしています。高齢者の増加とともに要介護認定者が増加することが見込まれ、これらの状況を踏まえた歯科医療提供体制の整備が必要です。歯科医療の内容は社会の変化とともに変わるべきものであり、それに応じてその対策も常に変化してゆかねばなりません。要介護高齢者は退行性病変に伴う生活機能障害を持つものが多く、今後私たちが経験する高齢社会は障害が普遍化する社会で

あり、それに伴い高齢者歯科医療も社会のニーズに添って変革する必要があります。高齢者医療の目的は健康寿命の延伸とQOLの維持・向上にあり、歯科医師・歯科衛生士は、高齢者歯科医療が健康寿命の延伸に大きく貢献できることを社会に提示し、その存在を明確にする必要があります。現在、社会から高齢者歯科医療に求められているものとして、筆者は、健康寿命の延伸とQOLの維持・向上に役立つ在宅歯科医療と口腔ケアと考えています。

高齢者医療への歯科の取り組み

高齢社会の進展に呼応して医科への受診の増加とそれに伴う医療費の急増がみられましたが、歯科領域においては、受診も医療費の増加もみられませんでした。これは高齢者急増問題に対する基本的姿勢が歯科医療界に欠如していたと考えられます。歯科診療報酬の伸びなやみは高齢者の受診率が低いことが大きく関与し、私たちが提供している現在の歯科医療が高齢者のニーズに合致していないと考えられます。しかし、多くの歯科医師・歯科衛生士はこの問題（ギャップ）に十分な理解を示していません。高齢社会を迎えたことによる社会構造の変化に伴い、歯科界においては今までの歯科医療からの構造的脱却と新たな高齢者歯科医療の確立が求められています。

歯科医師・歯科衛生士が高齢者医療に参加するには、高齢者医療制度の目的に沿った戦略が必要です。高齢者医療の目的は「生活を重視した医療」であり、高齢者のQOLの維持・向上に大きく貢献できるビジョンを社会に提示する必要があります。

高齢者のQOLの維持の基本は、楽しく安全で美味しい食事による栄養摂取であり、歯科疾患の予防、口腔機能の維持は不可欠です。急増する高齢者のQOL維持・向上を目指した生活支援に

は、口腔ケアの普及は大変重要です。高齢者の歯科医療への受診率を向上させるには、歯科医師・歯科衛生士が提供したい歯科医療ではなく国民の求める歯科医療に転換していく必要があります。在宅歯科医療と口腔ケアを通して歯科衛生士の活躍の場が歯科診療所から、在宅・施設・病院へと今後大きく広がっていかねばなりません。

医療としての口腔ケア

口腔ケアは口腔を介して行われる「食べる、話す、呼吸する」という、人間の基本的な生命活動を助けるという大切な役割があります。高齢者への口腔ケアが果たす役割は、青壮年への歯科医療と異なり、口腔管理を主体としたQOLの維持・向上であり、「残存機能の賦活化」を通じて口腔機能回復を求めるといったアプローチが重要です。口腔ケアにより口腔機能の向上を果たすことは、単に口腔が清潔になったというだけでなく、誤嚥性肺炎の予防や栄養状態を改善するなど全身に影響をあたえています。さらに、食べる楽しみを享受することでのQOLの向上、医療費の削減効果などが期待されています。

これまでの口腔予防対策は、口腔疾患そのものを予防する観点から、歯周病や歯牙齲蝕の予防が中心でした。しかし、高齢社会を迎えて、QOLの視点から高齢者の口腔機能の維持・向上が重要になり、単に口腔衛生や口腔機能の予防的手段ではなく、全身疾患の改善や健康増進に向けた医療の一環としなければなりません。病院、施設、看護・介護の現場では口腔ケアは大変重要視されています。しかし、口腔ケアに見合った診療報酬が設定されていないので、口腔ケアの普及に影響を及ぼしているのが現状です。高齢者の口腔ケアは予防や介護ではなく医療として評価し、診療報酬を設定することが望まれます。

高齢者歯科医療の確立に向けて：提言

高齢者歯科医療提供システム構築への戦略として、①高齢者医療への歯科の総合的な取り組みの構図を明確にすること、②国民の歯科への意識改革と社会的コンセンサス作りに役立つシステム化が必要であること、③歯科医師の大多数を占める歯科開業医と歯科衛生士の機能を最大限に引き出すシステムでなければならないこと、の3点が重要と考えています。

このような戦略をふまえて、高齢者歯科医療の確立に向けた提言として以下のことを提案します。

1. 高齢者医療は在宅医療が中心となると考えられ、在宅歯科医療の整備拡充と地域完結型歯科医療への転換
2. かかりつけ歯科医機能を利用して、在宅歯科医療から口腔ケア、口腔管理へと繋がるチームアプローチを土台とした高齢者歯科医療提供システムの構築
3. 歯科医師・歯科衛生士が口腔管理をとおして高齢者の健康寿命の延伸に大きく貢献できるビジョンを社会に提示

歯科衛生士の皆さまも、高齢社会の中で自分たちの職種をどのように位置づけ社会貢献していくか考えてみてはいかがでしょうか。

今後の超高齢社会では、口腔ケアの技術やテクニックよりも口腔ケアに関する深い知識や情報を他職種に提供することで口腔ケアをスーパーバイズする立場に立つことができ、歯科衛生士のスペシャリティーが評価され、尊重されると考えています。