

令和5年度老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

介護保険施設における歯科専門職による

口腔管理に関する調査研究事業

事業報告書

一般社団法人 日本老年歯科医学会

令和6年3月

目次

はじめに	1
調査研究組織	2
I 令和5年度老人保健健康増進等事業 介護保険施設における歯科専門職による 口腔管理に関する調査研究事業の概要.....	5
II 介護保険施設入所者における口腔衛生管理体制の普及に関するリーフレットと 動画教材に関する調査.....	24
III 口腔衛生管理体制についての計画における「施設職員に対する研修会」等での 使用を想定した教材等の作成とその効果の検証.....	76
IV 介護保険施設における歯科専門職と介護職員の関わりと入所者の 口腔状態の変化等についての実態調査.....	87
V 資料	150
資料1 口腔衛生管理体制についての計画における「施設職員に対する研修会」等での使 用を想定した教材等の作成とその効果の検証に関するアンケート	
資料2 口腔衛生管理体制の整備に必要な口腔ケアの基礎知識1 受講者アンケート	
資料3 口腔衛生管理体制の整備に必要な口腔ケアの基礎知識2 受講者アンケート	
資料4 オンライン Live 研修会 スライド	
資料5 口腔衛生管理の評価と実践テキスト	
資料6 入院中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態に関する基本 的考え方日本歯科医学会版	
資料7 口腔の健康状態の評価表	
資料8 口腔・栄養検査調査票	
資料9 老健事業倫理審査実施許可	

はじめに

令和3年度の介護報酬改定では施設系サービスにおいて口腔衛生管理体制の確立と状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させるため、口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、基本サービスとして口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うことが求められた。また、入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行うことが規定され、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施することが求められた。さらに口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を提供し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用することが求められた。

日本老年歯科医学会は老人保健健康増進等事業において、平成28年度から全国約30の介護保険施設入所者約1000名を縦断的に調査し、歯科衛生士による口腔衛生管理加算に関する介護サービスと、歯科医師による口腔健康管理が介護保険施設入所者の肺炎発症の低減や、体重減少者の減少、食形態の維持と関連していることを明らかにしてきた。口腔衛生管理加算を算定している施設は53.6%(令和4年度介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査)と平成30年度調査の23.9%と比べると倍増しているが、口腔衛生管理が必要な利用者にサービスが十分提供されていない実態がある。

そこで本事業では、介護保険施設における口腔衛生の管理体制強化のため、歯科専門職と介護職員の関わりの変化による入所者の口腔状態の変化等について実態調査を行い、現状の分析・課題整理を行うことを目的に介護保険施設入所者における口腔衛生管理体制の普及に関するリーフレットと動画教材に関する調査、口腔衛生管理体制についての計画における「施設職員に対する研修会」等での使用を想定した教材等の作成とその効果の検証、介護保険施設における歯科専門職と介護職員の関わりと入所者の口腔状態の変化等について実態調査を行った。

また、本事業結果とこれまでの成果をもとに、令和6年度介護報酬改定に資する資料として「口腔の健康状態の評価表」と「入院中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態に関する基本的考え方」、「口腔衛生管理の評価と実践テキストおよび動画教材を作成した。

本事業の成果が介護保険施設入所者に対する持続可能な口腔健康管理の推進に役立つことを願っている。

令和6年3月31日

令和5年度老人保健健康増進等事業特任委員会一同

介護保険施設における歯科専門職による口腔管理 に関する調査研究事業

調査研究組織

事業受託者 一般社団法人 日本老年歯科医学会 理事長 水口 俊介

事業担当者

渡邊 裕 北海道大学大学院歯学研究院 高齢者歯科学教室 准教授
秋野 憲一 札幌市保健福祉局保健所 成人保健・歯科保健担当部長
伊藤 加代子 新潟大学医歯学総合病院口腔リハビリテーション科 助教
糸田 昌隆 大阪歯科大学 医療保健学部 口腔保健学科 教授
岩崎 正則 北海道大学大学院歯学研究院 予防歯科学教室 教授
岩佐 康行 原土井病院 歯科部長 副院長
内ヶ島 伸也 北海道医療大学 看護福祉学部看護学科 准教授
小原 由紀 東京都健康長寿医療センター研究所 非常勤研究員
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
釘宮 嘉浩 国立長寿医療研究センター歯科口腔外科部 歯科口腔外科医師
久保山 裕子 日本歯科衛生士会 副会長
小玉 剛 公益財団法人8020推進財団専務理事 社会歯科学会理事長
佐藤 美寿々 北海道大学大学院歯学研究院 予防歯科学教室 助教
菅野 亜紀 東京歯科大学短期大学 歯科衛生学科 教授
竹内 研時 東北大学大学院歯学研究科 国際歯科保健学分野 准教授
田中 志子 医療法人大誠会 理事長
恒石 美登里 日本歯科総合研究機構 主任研究員
野村 圭介 日本歯科医師会 常務理事
平野 浩彦 東京都健康長寿医療センター歯科口腔外科 部長
水谷 慎介 九州大学大学院歯学研究院 高齢者歯科学・全身管理歯科学分野 准教授
本川 佳子 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
吉田 光由 藤田医科大学医学部 歯科・口腔外科学講座 教授
渡部 芳彦 東北福祉大学 健康科学部 教授

(50音順)

幹事

奥村 拓真 北海道大学大学院歯学研究院 高齢者歯科学教室 助教
三浦 和仁 北海道大学大学院歯学研究院 高齢者歯科学教室 学術研究員

経理担当者

樫本 稔 (一財) 口腔保健協会

研究協力者

石黒 幸枝 米原市地域包括医療福祉センターふくしあ・歯科衛生士
高柳 久与 太田歯科・歯科衛生士
藤原 千尋 国立病院機構福山医療センター・歯科衛生士
丸岡 三紗 まんのう町国民健康保険造田歯科診療所・歯科衛生士
森下 志穂 明海大学保健医療学部・講師
渡邊 理沙 医療法人静心会 桶狭間病院 藤田こころケアセンター・歯科衛生士
末永 智美 北海道医療大学 地域包括ケアセンター
岸 さやか 一般社団法人仙台歯科医師会在宅訪問・障害者・休日夜間歯科診療所
白部 麻樹 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
本橋 佳子 東京都健康長寿医療センター研究所 非常勤研究員
早川 美知 東京都健康長寿医療センター研究所 非常勤研究員
三上 友里江 東京都健康長寿医療センター研究所 非常勤研究員
稲本 香織 北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
木村 千鶴 北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
中川 紗百合 北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
松田 捺美 北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
大平 匡徹 北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
早瀬 正生 北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
阿部 美也子 北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
藤井 望加 北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生

研究協力（団体）

公益社団法人日本歯科医師会
公益社団法人日本歯科衛生士会

医療法人社団 東北福祉会
介護老人保健施設 せんだんの丘
社会福祉法人 仁成福祉協会
特別養護老人ホーム 関屋おもと園
特別養護老人ホーム おもと園
社会福祉法人 台東区社会福祉事業団
特別養護老人ホーム 浅草
特別養護老人ホーム 三ノ輪
特別養護老人ホーム 千束
特別養護老人ホーム 谷中
社会福祉法人 東京救護協会
特別養護老人ホーム 蔵前
社会福祉法人 西春日井福祉会
特別養護老人ホーム 五条の里
特別養護老人ホーム あいせの里
特別養護老人ホーム ペガサス春日
特別養護老人ホーム 清州の里
特別養護老人ホーム 平安の里
特別養護老人ホーム かもだの里

医療法人 敬英会
介護老人保健施設 さくらがわ
介護老人保健施設 つるまち
社会医療法人 若弘会
介護老人保健施設 竜間之郷
医療法人 悠明会
介護老人保健施設 ウエルケア悠
社会福祉法人 こうほうえん
特別養護老人ホーム 新さかい幸朋苑
特別養護老人ホーム さかい幸朋苑
介護老人保健施設 さかい幸朋苑
社会福祉法人 多々良福祉会
特別養護老人ホーム なごみの里
特別養護老人ホーム つくしの里
社会医療法人 原土井病院
みどりの介護医療院

**I 介護保険施設における歯科専門職による
口腔管理に関する調査研究事業
概要**

1. 研究の目的

介護保険施設における口腔衛生の管理体制強化のため、歯科専門職と介護職員の関わりの変化による入所者の口腔状態の変化等について実態調査を行い、現状の分析・課題整理を行うことを目的に以下の3つの調査を実施した。

Ⅱ 介護保険施設入者における口腔衛生管理体制の普及に関するリーフレットと動画教材に関する調査

Ⅲ 口腔衛生管理体制についての計画における「施設職員に対する研修会」等での使用を想定した教材等の作成とその効果の検証

Ⅳ 介護保険施設における歯科専門職と介護職員の関わりと入所者の口腔状態の変化等についての実態調査

以上の成果をもとに、口腔衛生管理体制の整備に必要な口腔ケアの基礎知識に関する研修会を実施するとともに(資料2, 3)、口腔の健康状態の評価表(資料7)と入院中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態に関する基本的考え方(資料6)、口腔衛生管理の評価と実践テキスト(資料5)を完成させた。

2. 事業の概要

Ⅱ 介護保険施設入者における口腔衛生管理体制の普及に関するリーフレットと動画教材に関する調査

令和4年度に作成した介護保険施設入者における口腔衛生管理体制の普及に関するリーフレットと動画教材について、介護保険施設に訪問している歯科医師、歯科衛生士(日本老年歯科医学会の会員約4000名)を対象に、その効果ならびに改善点をWebアンケートにて調査した。

Ⅲ 口腔衛生管理体制についての計画における「施設職員に対する研修会」等での使用を想定した教材等の作成とその効果の検証

調査Ⅱの介護保険施設入者における口腔衛生管理体制の普及に関するリーフレットと動画教材に関する Web アンケートで得られた結果に基づき、口腔衛生管理体制についての計画上必要となる「介護職員に対する研修会」において活用できる知識と実技をまとめた介護職員ならびに歯科専門職向けの教材（動画教材を含む）を作成した。完成した教材を用いて、介護職員や歯科専門職等を対象とした Web 研修会を開催し、教材の評価・改訂を行い、口腔衛生管理の評価と実践テキストを完成させた。

Ⅳ 介護保険施設における歯科専門職と介護職員の関わりと入所者の口腔状態の変化等 についての実態調査

本調査では、2017 年から全国の 37 の介護保険施設で継続的に実施している、要介護高齢者の口腔の健康管理に関する縦断調査を継続するとともに、既存のデータを用いて、介護保険施設における歯科専門職と介護職員の関わりと入所者の口腔状態の変化等について実態調査を検討することを目的に、横断および縦断データを用いて以下の2つの分析と実態調査を行った。分析では口腔衛生管理体制の内容と入所者の口腔衛生及び口腔機能の状態、食形態、栄養状態の変化、転帰等との関連について検討した。併せて、ヒアリング調査等により口腔衛生管理体制における歯科専門職と介護職員との連携の関与についての好事例を収集し、Ⅲの口腔衛生管理体制についての計画における「施設職員に対する研修会」等での使用を想定した教材等に反映させた。

- (1) 介護保険施設入所者における歯科衛生士の施設常勤配置と看取りの関係
- (2) 介護保険施設入所者における Body Mass Index (BMI) と臼歯部咬合との関係
- (3) 16 地域 24 の介護保険施設入所要介護高齢者 963 名(入力集計済 499 名)の実態調査

3 結果の概要

Ⅱ 介護保険施設入所者における口腔衛生管理体制の普及に関するリーフレットと動画教材に関する調査

(1) 教材について

調査対象者は239名で職種を回答した者(237名)のうち、歯科医師(76.4%)が最も多く、次いで歯科衛生士(20.3%)で大部分を占めた。調査対象者の勤務場所は医療機関(65.8%)が最も多く、ついで教育機関(38.4%)、介護保険施設(7.2%)であった。

リーフレットや動画の活用については「活用した」と答えた対象者は9.2%であったが、「まだ活用していないが、今後活用したい」と答えた対象者が80.3%であり、今後活用を促していく必要性が示唆された。活用された教材はリーフレットが86.4%と、動画3本の約40~60%よりも多かったことから、機器が不要な紙媒体の活用が多くなったものと思われた。活用した場面については介護保険施設におけるスタッフ教育が最も多く、作成の目的は達成されたものと考えられる。

リーフレットや動画を活用したか

	n	%
活用した	22	9.2
活用しなかった	25	10.5
まだ活用していないが、今後活用したい	192	80.3
合計	239	100.0

(2) 介護保険施設利用者に対する口腔管理について

教材についてのアンケートに回答した者の中から対象者を歯科医師および歯科衛生士に限定し、介護保険施設利用者に対する口腔管理についてのアンケート調査を行った。

所属機関における歯科訪問診療及び介護保険施設との関わりについては、介護保険施設を含む対象先に歯科訪問診療を行っている歯科医療機関が43.1%と最も多かった。歯科衛生士の歯科訪問診療に関して、訪問歯科衛生指導料(診療報酬)及び口腔衛生管理加算(介護報酬)の算定はいずれも算定していないが52.2%と最も多かった。一人の患者に対する歯科専門職の介入は月1~2回が多かった。歯科専門職の介入のうち、口腔衛生管理加算(介護報酬)及び訪問歯科衛生指導料(診療報酬)いずれも介入回数は月1~2回が多かったが、月4回以上実施している施設も見られた。月5回以上介入が必要と考えられ

るが、診療報酬・介護報酬上算定ができないことを理由に介入を控えた経験があると答えた施設は 37.8%あり、必要とされる介入が十分に行われていない可能性が考えられた。

訪問歯科衛生指導料（診療報酬）を算定する日と口腔衛生管理加算（介護報酬）を算定する日の歯科衛生士による処置の内容の違いについては、患者により異なる（38.9%）、または、いいえ（34.4%）と答えた者が多く、明確な違いはないようであった。具体的な処置内容について、機械的歯面清掃や歯石除去などは医療としての処置と答えた者が多く、保湿剤の塗布や有床義歯の清掃、患者の家族や介護者等に対する指導は医療・介護どちらにも当てはまると答えた者が多かった。介護保険施設において、運営基準に定める口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を行っているとした回答者は 71.0%と多くを占めた。

口腔のアセスメントについて、実施していると答えた者が 80.6%であり、アセスメントの実施が広く普及していることがわかった。アセスメントの実施者は歯科医師（71.5%）及び歯科衛生士（22.5%）が大部分を占めた。アセスメントを実施するタイミングとしては入所時が 55.0%と最も多く、頻度については随時行うと答えた施設が最も多かった。初回アセスメント時に多く見られる口腔内の状態として、歯科治療の必要はないとの回答はわずか 1.3%で、口腔に問題を抱えた利用者に対してアセスメントが行われていることが示唆された。施設職員から、アセスメントの結果に基づいた口腔に関する相談を受けている回答者は 89.3%であり、歯科専門職の関わりが求められていることが明らかとなった。歯科治療を必要とする利用者に対し、実際に歯科治療の介入は行われているかということに関しては、概ね半数以上の人に介入が行われていることが明らかとなった。

施設職員から、アセスメントの結果に基づいた口腔に関する相談を受けるか

	n	%
はい	67	89.3
いいえ	8	10.7
合計	75	100.0

口腔衛生管理加算（介護報酬）については、歯科衛生士の「入所者の口腔衛生等の管理に係る計画書」に関し、介護職員の実施する日常的口腔ケアの計画も立案していると回答した者は 49.5%と約半数であった。口腔衛生管理体制に関する技術的助言・指導として実施している内容としては、ブラッシングや義歯の手入れの方法、口腔ケア時の注意点が多かった。入所者の口腔衛生管理加算における 1 回あたりの処置時間は 10 分以上 20 分未満と回答した者が最も多かった。

Ⅲ 口腔衛生管理体制についての計画における「施設職員に対する研修会」等での使用を想定した教材等の作成とその効果の検証

(1) 目的

介護保険施設等での口腔衛生管理体制についての計画上必要となる「介護職員に対する研修会」において活用できる知識と実技をまとめた、介護職員ならびに歯科専門職向けの教材を作成し、完成した教材を用いた研修を行い、その評価・改定を行った。

(2) 教材の概要

教材は、基礎から実践を網羅的に解説する3章全103ページ構成とした(表1)。さらに口腔ケア時の注意点やポイントをまとめた動画を作成し、テキスト中のQRコードを読み込むことで視聴できるよう工夫した。

教材テキストの構成

章		項目	
1	口腔ケアの基礎編	1	施設入所者に対する口腔衛生管理の必要性
		2	歯科医師・歯科衛生士の役割
		3	口腔の役割と口腔諸器官
		4	要介護高齢者の口腔内の特徴
		5	口腔機能(咀嚼・嚥下のプロセス)
2	口腔衛生管理が必要な事例	1	口腔ケア自立しているが口臭あり
		2	認知症で拒否あり
		3	口腔機能低下による低栄養
3	口腔ケア実践編	1	口腔のアセスメント方法
		2	口腔ケア用品
		3	口腔ケア困難症例への対応
4	知っておきたい知識	1	介護保険上における施設系口腔関連サービスの概要
		2	多職種連携

5	事例	1	事例紹介
---	----	---	------

(3) 研修会の開催

上記テキストを使用したオンライン研修会を、2024年2月2日（金）および2月15日（木）にいずれも90分間開催し、1回目 251名、2回目 183名、合計434名の参加があった。参加者アンケート（回答率44.9%）では、「参考になった」72.3%と「まあ参考になった」の26.2%も含めると、98%以上の参加者から高い評価を得た。

研修会に対する評価（自由記載・抜粋）

- 口腔ケアの重要性について再確認できた。
- 口腔ケアについて多職種へどのような説明を行えばよいか、理解できました。また、口腔ケア困難者への対応が理解できました。
- 口腔ケアの具体的な手技が紹介されていて、参考になりました。院内スタッフのみならず、介護施設での啓蒙に役立つ内容でした。
- ケーススタディが勉強になった。
- テキストとリンクする意味合いを深く理解することができました。
- 介護保険改定にかかる内容。施設職員への具体的な伝え方が参考になった。
- 最新の研究内容なども聞いて良かった。
- 即現場にて活用できる内容だと思います。
- 歯科介入の効果のエビデンスを知ることができた為。
- 研修資料において視覚素材がありわかりやすかった。
- 事前に頂いた資料の量が多く、事前学習が不十分だった為。

(4) テキストや動画に対する意見

研修会で使用したテキストの評価については、95%以上の参加者が「研修会で活用できると思う」と肯定的に評価した。

テキストや動画に対する評価（自由記載・抜粋）

- 画像や絵が多く使用されているので、伝わりやすいと思った。
- 一般向けであるなら、もう少し簡潔に絵を多めにした方が、良いかもしれません。
- 大変、丁寧な説明になっており介護職と歯科を繋げる事に必ず寄与すると思います。
- 実例を多くする、口腔ケアの検証効果等数値の掲載、口腔ケア評価表を入れる。
- 歯科関係者以外の福祉職なども十分理解できるように、難しい表記部分はかみ砕く必要あるかと思いました。
- 介護保険施設では、介護士さんが関わるのがほとんどなので、もっと簡単な内容でも良いと思います。テキストはよくできていると思います。
- 歯科医療従事者以外の方でもイラストや写真が豊富で分かりやすく、専門用語も解説がありとても良いと思ったから。
- もう少し簡素にして頂けると多忙な職員でも閲覧しようとしてくれると思いました。

IV 介護保険施設における歯科専門職と介護職員の関わりと入所者の口腔状態の変化等についての実態調査

【調査結果について】

本調査は計 8 の介護保険施設等に入所中の要介護高齢者 499 名を対象に口腔及び栄養状態について包括的に調査を行った。

対象者の既往歴は認知症が 89.2%と非常に高い割合を占めており、その中でも重症度が中等度（42.8%）と重度（30.9%）の者を合わせて 70%を超えていた。また、脳血管障害の既往がある者が 26.4%であった。上記のことから要介護高齢者に対する歯科専門職介入のニーズが高いことが示唆された。

歯数については、対象者の現在歯数の平均は約 9 本であったが、現在歯数にインプラント、ポンティック、義歯等の補綴処置をした歯を加えた機能歯数の平均は約 17 本であり、欠損補綴はある程度なされていた。インプラントとポンティックの本数の平均は 1.0 を下回っており、義歯の本数の平均が 6.4 であったことから、補綴はほぼ義歯によって行われており、定期的な歯科医師による義歯の適合状態や咀嚼機能の診査が必要であると考えられた。しかしながら、入所後の歯科治療については定期的に受診している者が 1.0%とごくわずかで、問題があった時に受診するのみが 44.3%、約 54.1%は受診経験そのものがないと回答していた。それに対して歯科医師による歯科治療必要性の判断では、う蝕治療、歯周病治療、義歯治療等の必要性ありと判断されたものが 70.6%であった。先に述べたように対象者は認知症の進行している者が多かったことから、疼痛などの不快症状を訴えられていない可能性が考えられ、加えて介護施設職員が口腔内の問題を発見できていない可能性もある。定期的な歯科健診の実施や、介護職員でも可能なアセスメントの普及などにより、歯科治療が必要な患者の早期発見を増やしていく必要性が考えられた。

今回の調査における歯磨きの自立度に関し、自立して歯磨きができているのは 38.5%で、それ以外は一部もしくは全介助であった。加えて、オーラルディアドコキネシス（タ）の平均回数は 3.2 回/秒であり、口腔機能低下症の判定基準の 6.0 回/秒を大きく下回った。セルフケアの自立性や口腔機能が低下した要介護高齢者においては口腔衛生状態の悪化をきたす可能性が高い。そのため、口腔機能や ADL の低下を認める要介護高齢者においては、施設職員による日常的な口腔ケアに加え、感染源の除去を目的とした歯科専門職による口腔衛生管理が QOL の維持や誤嚥性肺炎の予防において重要である。対象者の中で口腔衛生管理加算を算定中である者は 99.2%であり、月 2 回以上の歯科衛生士による口腔衛生管理が普及していることが明らかになった。しかし、口腔内残渣や口臭がすこしあ

る、またはあると回答した対象者は約半数おり、保湿剤の使用については69.2%が使用していなかった。よって、施設職員による日常的な口腔ケアについてはまだ改善の余地があると考えられた。今後は施設職員に対して、口腔内の評価方法や口腔ケア時のポイント等の教育が必要と思われる。

今回の対象者は、食事を完全経口摂取で行っているものが95.1%で、摂取量についても全体で89.5%摂取できているとの結果であったが、血清アルブミン値は平均が3.5g/dLと低値となった。対象者の46.2%が嚥下調整食を提供されており、摂食嚥下障害を有する要介護高齢者に適切な食形態の食事を提供することは、誤嚥や窒息などの予防・低栄養防止につながると言われている。しかし、嚥下調整食は常食に比べ栄養価が低下するという側面もあり、今回の調査では血清アルブミン値と食形態の関連は明らかではないが、適切な食形態についての検討の必要性も考えられた。また、栄養マネジメント加算は算定が可能な対象者全員で算定されているが、経口維持管理加算Ⅰ・Ⅱに関しては算定対象であるが算定できていないと回答した者が算定中よりも多かったことから、このことが影響を与えていた可能性も考えられる。

研究①介護保険施設入所者における歯科衛生士の施設常勤配置と看取りの関係

本研究は、2年間の多施設縦断研究によって、介護保険施設に入所している要介護高齢者において、施設の歯科衛生士常勤配置と施設での看取りの関連を明らかにすることを目的とした。

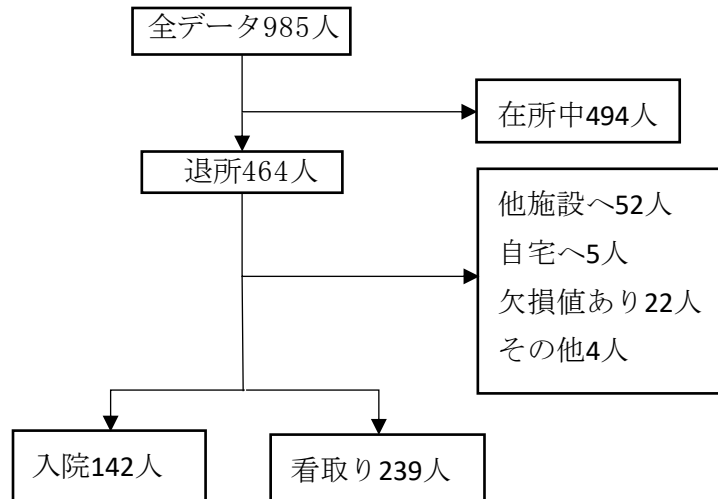
日本の介護保険施設 29 施設の入居者 958 名を対象とし、施設在所中群と退所群の群間比較を行った。さらに、施設退所群のうち、入院群と看取り群に分けて群間比較、二項ロジスティック回帰解析を行った。説明変数は、基本情報(年齢、性別、Body Mass Index[BMI])、衛生士の勤務形態、施設職員数(常勤換算)、施設入所歴、施設での看取り希望の有無、栄養摂取法、Bathel Index(BI)、Clinical Dementia Rating(CDR)、既往歴(呼吸器疾患、誤嚥性肺炎、糖尿病、腫瘍性疾患)とした。

全参加者 958 名のうち、施設在所中群は 494 名(51.6%)、退所群は 464 名(48.4%)であった。これら 2 群間で比較した結果、年齢、性別、BMI、BI、施設での看取り希望の有無、栄養摂取法、CDR、衛生士の勤務形態、誤嚥性肺炎で統計学的に有意な差を認めた。入院群 142 人(37.3%)と看取り群 239 人(62.7%)の比較では、年齢、性別、BMI、BI、施設入所歴、施設での看取り希望の有無、衛生士の勤務形態で統計学的に有意な差を認めた。

二項ロジスティック回帰分析では、衛生士の勤務形態(オッズ比[OR]: 2.376、95%信頼区間[Confidence Interval, CI]: 1.185-4.766、 $p = 0.015$)、年齢(OR: 1.051、95%CI: 1.014-1.09、 $p = 0.007$)、施設入所歴(OR: 1.016、95%CI: 1.007-1.026、 $p < 0.001$)、施設での看取り希望(OR: 6.053、95%CI: 3.344-10.958、 $p < 0.001$)、BI(OR: 0.984、95%CI: 0.97-0.999、 $p = 0.036$) が施設での看取りと統計学的有意に関連していた。

今回、施設に歯科衛生士が常勤配置されていることが施設での看取りと関連していた。これは、日常的に歯科衛生士が入所者の口腔内の観察を行い、適切な口腔ケアを提供することが誤嚥性肺炎の予防につながり、入院という状況を減少させることに繋がっているためと思われる。

図：対象者分析のフローチャート



参加者の特徴、施設退所群と在所中群の比較

	対象者全員 (n=958)	退所群 (n=464)	在所群 (n=494)	p 値
	n (%) Median [Q1, Q3]	n (%) Median [Q1, Q3]	n (%) Median [Q1, Q3]	
年齢(歳)	87.0 [82.0, 92.0]	88 [83, 94]	86 [80, 91]	<0.001
性別(女)	742 (77.5)	342 (74.3)	400 (82.6)	0.002
Body Mass Index	20.2 [18, 22.6]	19.6 [17.7, 22]	20.6 [18.4, 23.3]	<0.001
Barthel Index	30 [5, 50]	20 [0, 45]	35 [15, 55]	<0.001
入所歴総計(月)	30 [13, 45]	30 [12, 45]	30 [14, 45]	0.893
施設での看取り希望あり	296 (30.9)	159 (34.3)	137 (27.7)	0.029
栄養摂取法(経腸栄養)	46 (4.8)	30 (6.5)	16 (3.2)	0.02
Clinical Dementia Rating				<0.001
0, 0.5	93 (9.7)	33 (7.1)	60 (12.1)	
1	163 (17.0)	70 (15.1)	93 (18.8)	
2	234 (24.4)	105 (22.6)	129 (26.1)	
3	468 (48.9)	256 (55.2)	212 (42.9)	
衛生士の配置形態(常勤)	241 (25.2)	132 (28.4)	109 (22.1)	0.023
施設職員数(常勤換算)	57.0 [51.8, 72.9]	57.0 [51.8, 75.9]	57 [51.8, 72.9]	0.122
誤嚥性肺炎	93 (9.7)	63 (13.6)	30 (6.1)	<0.001
呼吸器疾患	103 (10.8)	52 (11.2)	51 (10.3)	0.659
脳血管障害	148 (15.4)	146 (31.5)	186 (37.7)	0.044
糖尿病	148 (15.4)	68 (14.7)	80 (16.2)	0.51
循環器疾患	343 (35.8)	181 (39)	162 (32.8)	0.045
腫瘍性疾患	107 (11.2)	59 (12.7)	48 (9.7)	0.141
パーキンソン病	49 (5.1)	28 (6)	21 (4.3)	0.21
神経疾患	17 (1.8)	9 (1.9)	8 (1.6)	0.704
うつ病	53 (5.5)	22 (4.7)	31 (6.3)	0.299
認知症	588 (61.4)	304 (65.5)	284 (57.5)	0.011

入院群と看取り群の比較

	入院群 (n=142)	看取り群 (n=239)	p 値
	n (%)	n (%)	
	Median [Q1, Q3]	Median [Q1, Q3]	
年齢 (歳)	87 [82, 91]	86 [80, 91]	<0.001
性別 (女)	99 (69.7)	190 (79.5)	0.031
Body Mass Index	20 [18.2, 22.8]	20.6 [18.4, 23.3]	0.004
Barthel Index	25 [5, 50]	35 [15, 55]	<0.001
入所歴総計 (月)	28.5 [12, 39]	28 [12, 43.8]	<0.001
施設での看取り希望 (あり)	20 (14.1)	126 (52.7)	<0.001
栄養摂取法 (経腸栄養)	12 (8.5)	14 (5.9)	0.332
Clinical Dementia Rating			0.206
0, 0.5	9 (6.3)	8 (3.3)	
1	25 (17.6)	29 (12.1)	
2	30 (21.1)	60 (25.1)	
3	78 (54.9)	142 (59.4)	
衛生士の配置形態 (常勤)	25 (17.6)	81 (33.9)	<0.001
施設職員数 (常勤換算)	53.7 [52.7, 75.5]	59.5 [51.8, 75.9]	0.122
誤嚥性肺炎	18 (12.7)	30 (12.6)	0.972
呼吸器疾患	18 (12.8)	30 (12.7)	0.972
脳血管障害	40 (28.2)	80 (33.5)	0.281
糖尿病	21 (14.8)	32 (13.4)	0.703
循環器疾患	46 (32.4)	97 (40.6)	0.11
腫瘍性疾患	20 (14.1)	27 (11.3)	0.424
パーキンソン病	7 (4.9)	16 (6.7)	0.484
神経疾患	4 (2.8)	4 (1.7)	0.452
うつ病	6 (4.2)	11 (4.6)	0.863
認知症	97 (68.3)	168 (70.3)	0.684

入院群と看取り群を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果

	オッズ比	95% 信頼区間		p 値
		下限	上限	
年齢	1.051	1.014	1.09	0.007
性別(女)	1.286	0.714	2.315	0.402
Body Mass Index	0.969	0.898	1.046	0.424
Barthal Index スコア	0.984	0.97	0.999	0.036
入所歴総計	1.016	1.007	1.026	<0.001
看取り希望	6.053	3.344	10.958	<0.001
経腸栄養	0.378	0.122	1.168	0.091
Clinical Dementia Rating				
0, 0.5				
1	1.334	0.348	5.107	0.674
2	1.264	0.354	4.513	0.718
3	0.771	0.211	2.825	0.695
衛生士常勤非常勤(常勤)	2.376	1.185	4.766	0.015
施設職員数(常勤換算)	1.007	0.99	1.025	0.419
誤嚥性肺炎	0.945	0.425	2.098	0.889
呼吸器疾患	0.670	0.319	1.407	0.29
糖尿病	1.266	0.633	2.535	0.505
腫瘍性疾患	0.682	0.326	1.430	0.311

研究②介護保険施設入所者における BMI と臼歯部咬合との関係

本研究は、日本の 30 の介護保険施設に入所中の要介護高齢者 986 名を対象とした横断研究である。

我々は介護保険施設に入所している要介護高齢者において、臼歯部咬合の喪失は低栄養と関連するとの仮説を立てた。そこで、臼歯部の咬合状態と BMI との関連を検討することを目的に、介護保険施設に入所中の要介護高齢者 986 名を対象に調査分析を行った。

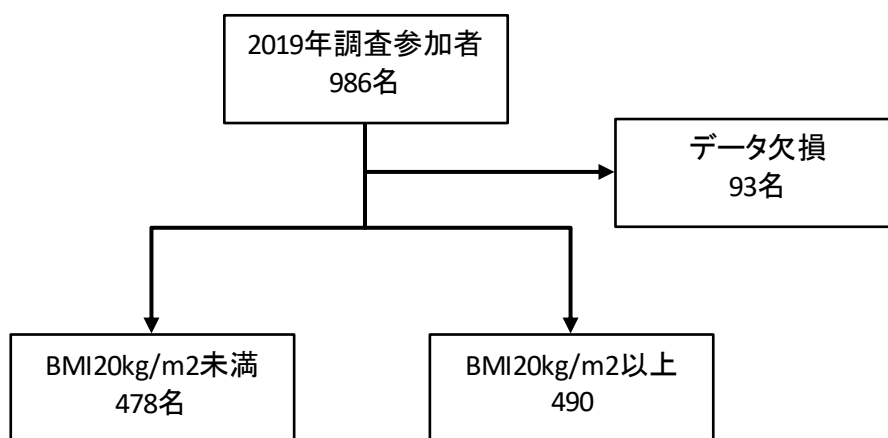
介護保険施設入所者 986 名のうち、必要なデータに欠損がなかった 968 名を Body Mass Index (BMI) 20kg/m² 未満と以上の 2 群に分類し群間比較を行い、さらに BMI20kg/m² 未満と以上を従属変数として、二項ロジスティック回帰解析を行った。説明変数は、臼歯部の咬合支持数（左右の小臼歯部と第臼歯部をそれぞれ 1 か所 [最大 4 か所] とし、現在歯なし義歯を含めた補綴歯で咬合しているものを咬合支持ありと定義）、基本情報（年齢、性別）、Bathel Index (BI)、Clinical Dementia Rating (CDR)、口腔衛生管理の実施、栄養摂取経路、摂食嚥下障害（聖隷式嚥下質問票）、栄養摂取法、既往歴（誤嚥性肺炎、脳血管疾患、糖尿病、呼吸器疾患、循環器疾患、腫瘍性疾患、パーキンソン病、神経疾患、うつ病）とした。

分析対象者 968 名のうち、BMI20kg/m² 未満群は 478 名 (49.3%)、BMI20kg/m² 以上群は 464 名 (50.6%) であった。これら 2 群間で比較した結果、BI、CDR、口腔衛生管理加算、臼歯部咬合支持数、栄養摂取経路、摂食嚥下障害、誤嚥性肺炎、循環器疾患、パーキンソン病で有意差を認めた。

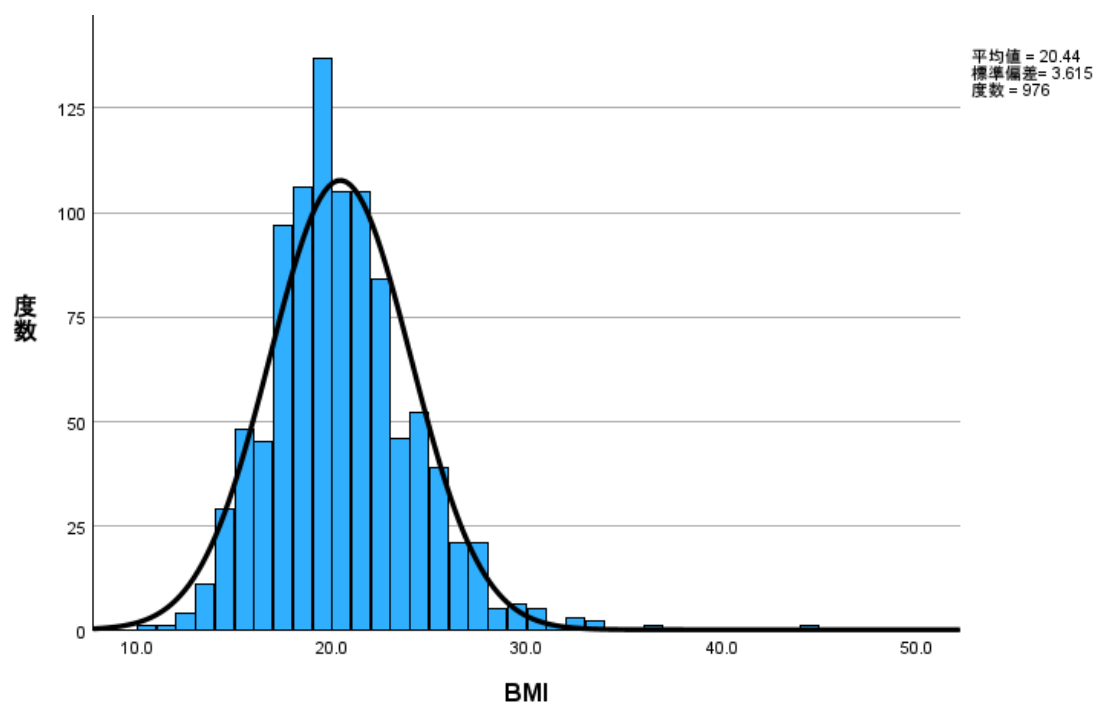
二項ロジスティック回帰分析では、臼歯部咬合支持数 (オッズ比 [OR]: 0.52~0.70、95%信頼区間 [Confidence Interval, CI]: 0.28~0.50-0.96-1.00、 $p < 0.004$)、摂食嚥下障害 (OR: 0.58、95%CI: 0.38-0.89、 $p = 0.01$)、パーキンソン病 (OR: 2.12、95%CI: 1.09-4.11、 $p = 0.03$) が BMI20kg/m² 未満の低栄養であることと有意に関連していた。

今回、臼歯部の咬合支持数の減少と BMI に関する低栄養が関連していた。臼歯部の咬合支持の喪失は、介護保険施設入所要介護高齢者の窒息事故とも関連しているとの報告がある。以上のことから、臼歯部の咬合支持の評価は口腔の健康状態の評価の重要な項目と考える。咬合支持の喪失は残存歯への過重負担や咬頭干渉など歯の喪失の原因となり、咬合支持数の減少を連鎖的に引き起こすことが知られていることから、定期的に咬合支持の評価を行い、喪失がみられた場合は速やかに歯科専門職との協議のうえ、補綴治療等で咬合支持の確立を行っていく必要がある。

対象者分析のフローチャート



対象者 Body Mass Index (BMI) の分布



参加者の特徴 : Body Mass Index (BMI) 20kg/m² 以上と 20kg/m² 未満の比較

	対象者全員 (n=958)	BMI20kg/m ² 以上 (n=453)	BMI20kg/m ² 未満(n=440)	p 値
	Mean±SD, n(%) Median[Q1, Q3]	Mean±SD, n(%) Median[Q1, Q3]	Mean±SD, n(%) Median[Q1, Q3]	
年齢(歳)	86.8±7.93	86.6±8.16	87.0±7.69	0.49
性別(女)	719(80.5)	369(81.5)	350(79.5)	0.499
Barthel Index	30[7.5, 50]	30[10, 52.5]	25[5, 45]	<0.001
Clinical Dementia Rating				<0.001
0, 0.5	94(10.5)	48(10.6)	46(10.5)	
1	124(13.9)	80(17.7)	44(10.0)	
2	239(26.8)	131(28.9)	108(24.5)	
3	436(48.8)	194(42.8)	242(55.0)	
口腔衛生管理加算				0.074
算定中	529(59.2)	263(58.1)	266(60.5)	
算定対象だが実施できていない	173(19.4)	80(17.7)	93(21.1)	
算定対象ではない	191(21.4)	110(24.3)	81(18.4)	
臼歯部咬合数				<0.001
臼歯部咬合数(0)	297(31.9)	117(24.7)	180(39.3)	
臼歯部咬合数(1)	66(7.1)	38(8.0)	28(6.1)	
臼歯部咬合数(2)	66(7.1)	39(8.2)	27(5.9)	
臼歯部咬合数(3)	64(6.9)	35(7.4)	29(6.3)	
臼歯部咬合数(4)	438(47.0)	244(51.6)	194(42.4)	
栄養摂取法(経腸栄養)				<0.001
常食	529(59.2)	330(72.8)	199(45.2)	
嚥下調整食	321(35.9)	114(25.2)	207(47.0)	
経腸栄養	43(4.8)	9(2.0)	34(7.7)	
摂食嚥下障害				<0.001
嚥下障害あり	420(47.0)	172(38.0)	248(56.4)	
嚥下障害疑い	181(20.3)	119(26.3)	62(14.1)	
嚥下障害なし	292(32.7)	162(35.8)	130(29.5)	
誤嚥性肺炎	81(9.1)	24(5.3)	57(13.0)	<0.001
脳血管障害	283(31.7)	143(31.6)	140(31.8)	0.943
糖尿病	129(14.4)	70(15.5)	59(13.4)	0.393
呼吸器疾患	100(11.2)	46(10.2)	54(12.3)	0.34
循環器疾患	320(35.8)	170(37.5)	150(34.1)	0.296
腫瘍性疾患	103(11.5)	50(11.0)	53(12.0)	0.676
パーキンソン病	47(5.3)	17(3.8)	30(6.8)	0.051
神経疾患	19(2.1)	8(1.8)	11(2.5)	0.493
うつ病	54(6.0)	24(5.3)	30(6.8)	0.4
認知症	622(66.7)	312(66.2)	310(67.2)	0.781

BMI20kg/m²以上と20kg/m²未満を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果

	オッズ比	95% 信頼区間		p 値
		下限	上限	
年齢	1.00	0.99	1.02	0.67
性別(女性)	0.80	0.55	1.17	0.25
Barthal Index スコア	1.00	0.99	1.01	0.82
Clinical Dementia Rating				
0, 0.5		Reference		
1	0.57	0.32	1.01	0.05
2	0.74	0.44	1.25	0.27
3	0.78	0.45	1.35	0.37
口腔衛生管理加算				
算定中		Reference		
算定対象だが実施できていない	1.02	0.70	1.49	0.90
算定対象ではない	0.85	0.59	1.22	0.37
臼歯部咬合数				
0		Reference		
1	0.55	0.30	1.00	0.05
2	0.52	0.28	0.96	0.04
3	0.53	0.29	0.98	0.04
4	0.70	0.50	0.98	0.04
食形態				
常食		Reference		
嚥下調整食	2.53	1.79	3.56	<0.001
経腸栄養	4.13	1.78	9.61	<0.001
嚥下障害				
嚥下障害あり		Reference		
嚥下障害疑い	1.13	0.78	1.63	0.53
嚥下障害なし	0.58	0.38	0.89	0.01
誤嚥性肺炎	1.71	0.99	2.95	0.06
脳血管障害	0.88	0.64	1.21	0.42
糖尿病	0.99	0.66	1.49	0.98
呼吸器疾患	1.03	0.66	1.63	0.89
循環器疾患	0.88	0.65	1.19	0.39
腫瘍性疾患	1.21	0.77	1.89	0.41
パーキンソン病	2.12	1.09	4.11	0.03
神経疾患	1.81	0.66	4.96	0.25
うつ病	1.15	0.63	2.10	0.65

Ⅱ 介護保険施設入所者における口腔衛生 管理体制の普及に関するリーフレットと 動画教材に関する調査

調査について

令和4（2022）年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における歯科専門職による口腔管理に関する調査研究事業」では、介護保険施設職員等に活用していただくための教材（リーフレット、動画3本）を作成した。今回、その活用状況等に関するWebアンケート調査を老年歯科医学会会員を対象に実施した。

【調査結果】

1. 調査対象者の職種、臨床経験年数、勤務場所

(1) 調査対象者の職種

調査対象者の職種について回答が得られたものの中では、歯科医師（76.4%）が最も多く、次いで歯科衛生士（20.3%）だった。

表 1 調査対象者の職種

	n	%
歯科医師	181	76.4
歯科衛生士	48	20.3
歯科技工士	0	0
管理栄養士	3	1.3
言語聴覚士	2	0.8
看護師	0	0
医師	0	0
介護支援専門員	0	0
その他	3	1.3
合計	237	100.0

(2) 調査対象者の臨床経験年数

回答が得られた調査対象者の臨床経験年数は 25.2 ± 10.9 年だった。

表 2 調査対象者の臨床経験年数

	n	%
1-10	19	8.0
11-20	75	31.6
21-30	74	31.2
31-40	50	21.1
41-50	17	7.1
51-60	2	0.8
合計	237	100.0

(3) 調査対象者の勤務場所（複数選択可）

回答が得られた調査対象者の勤務場所は、医療機関（65.8%）が最も多く、ついで教育機関（38.4%）が多かった。

表 3 調査対象者の勤務場所 (n=237)

	n	%
医療機関	156	65.8
介護保険施設	17	7.2
教育機関（大学、歯科 衛生士学校など）	91	38.4
その他	13	5.3

2. 教材についてのアンケート

(1) -1 リーフレット「介護保険施設での「食べる」「話す」「笑顔」を支える健口づくり」についてのご意見

リーフレット「介護保険施設での「食べる」「話す」「笑顔」を支える健口づくり」についてのご意見での項目では、よかったが 185 名（77.4%）で、改善点ありが 54 名（22.6%）だった。

表 4 「介護保険施設での「食べる」「話す」「笑顔」を支える健口づくり」について

	n	%
よかった	185	77.4
改善点あり	54	22.6
合計	239	100.0

(1) -2 どのような点がよかった／改善点ありと感じたか（自由記載）

よかった

① 分かりやすさ、見やすさ

- ぱっと見て、分かりやすい。
- 動画とイラストがとても分かりやすかった。
- 「お口の健康状態の悪化がもたらす負のスパイラルのイメージ図」が見やすくわかりやすい。
- 介護者、一般の人など対象者に限定がなく、わかりやすい。
- 解説が分かりやすい、リーフレットも見やすい。
- わかりやすい解説だった。リーフレットも見やすかった。
- 内容的に難しすぎず、量としても良いと思う
- イラストが多用されておりわかりやすく、かつ具体的な数字を提示しており説得力がある。
- 視覚的に食事と意欲、活動力の低下がわかりやすかった。
- 歯科と全身の関わりについて分かりやすく書いてあると思う。
- 口腔の清潔を保つだけでなく、噛み合わせが大事なこと、低栄養にも説明がされている。
- 口腔に対する意識向上を促進できるような内容である。
- 負のスパイラルの図は、ドミノの図と似ているが、食べこぼし、むせ、食事時間の延長などの横の矢印とともに記載されている部分がより状況を理解しやすくさせ良かった。

- QRコードでケアの方法などがわかるのはよいと感じた。
- 視覚から入れるので良いかと思います。
- 専門的な口腔健康管理の必要性が、グラフも交えて提示されているので、とても伝えやすかった。
- 要点が簡潔でいい意味で文字数が少ないので読む気になるなと思いました。
- 情報を多くし過ぎず概要を把握するために有用。
- QRコードから追加情報が見られていいと思いました。
- 歯科衛生士の任務が分かりやすく提示されている。
- 要介護高齢者に専門職が介入する必要性が理解しやすかった。
- お口の健康作りに関する具体的な例が書かれているので理解しやすい。
- 定期受診を受けていない方の割合が明確。歯科受診をする必要性が分かりやすい。
- 口腔管理の必要性を理解しやすい。
- 要点がわかりやすい、動画にリンクしている点がよかった。
- 必要と思われる事が、コンパクトにまとめられている。イラストを使用した負のスパイラルのイメージ図は、見やすく内容も頭に入りやすい。
- 歯科受診の重要性が分かりやすい。
- 施設職員に聞くと、必要性は感じるが、本人もしくは家族の訴えがないと、受診に繋がらないという話をよく聞くので、受診のメリットを啓蒙する必要性を日頃から感じており、その要件を満たすところがシンプルにまとめられていると思います。
- 口腔ケアが最終的に介護職員の負担軽減につながるということが記載されていたことが分かりやすい。
- QRコードがあり理解を深めやすい。
- 図や絵が多く、目をひくレイアウトだと思います。
- 口腔管理の大切さを数字で表しているところと、負のスパイラルの絵がわかりやすいと思いました。
- 分かりやすく読みたくなるよう工夫されていたと思います。
- スペースの取り方が絶妙で分かりやすいと感じました。
- 口の健康悪化のスパイラルがわかりやすかった。
- 必要なこと、口腔衛生管理だけでなく口腔機能管理も余すところなく書かれている。

② 説明のしやすさ

- 専門的な口腔健康管理の必要性が、グラフも交えて提示されているので、とても伝えやすかった。

- 大事なことがまとまっている。
- 項目ごとに説明が分かれているのが良かった。
- 簡潔で良い、介護職員に説明しやすい。
- 介護保険施設向けの啓発パンフレットとして利用しやすいと考える。
- 専門的口腔ケアの必要性がわかりやすく書かれて多職種に説明しやすい。

③ 表現

- 「口づくり」という表現は面白い。

④ その他

- 学会作成のものであること。

改善点

①図について

- 色彩がボケている上に、混在したレイアウトで読みにくい。
- 負のスパイラルと右ページの説明がリンクしていることが分かるように矢印等つながりがあると良い。
- 視覚的に訴えるイラストなどを増やすとよいと思う。
- 負のスパイラルをはじめに示した方が良いのではないのでしょうか。
- 最初の絵のスパイラルがわかりにくい。
- 1枚目「要介護高齢者には専門的な口腔管理が大切！でも実際は・・・」の部分に円グラフが3個表示してあるが、右のグラフを強調するのであれば、左2個はインパクトがある言葉だけのほうが分かり易いと思う。
- 負のスパイラルの文字が低栄養のように背景が白ければ見やすいと思いました。

②動画やQRコードについて

- プリントアウトした物でも、QRコードが読み取りにくく、読み取りに時間がかかった。
- 3種類の動画案内にそれぞれにQRコードがついておりますが、同じサイトに繋がりますので、QRコードは一つにして大きめに表示した方がスキャンしやすいと思います。
- 3ページ目のリーフレットのQRコードタイトルと動画のタイトルを同じにするとかリーフレットの項目と動画の順番を揃えてみてもいいと思います。

③記載内容について

- 「あくまでも1例です」は不要だと思います。上に“イメージ図”としている

ので。

- 認知機能に関する関りについて記載があるともっと良いかと思えます。
- 記載内容が多いために分かりづらい点もあり、もう少し整理して簡素化しても良いかと思えます。
- 「認知機能が低下してしまった人は、入れ歯を使用せずに食べられる物を召し上がっていただく場合もある。」と、どこかに記載して欲しい。
- 負のスパイラルの下方にある「肺炎リスク」は「疾患リスク」の方が良いと思えます（肺炎だけとは限らないので）。
- キキ（喜喜）ともも（百）の説明を入れたらよいと思えます。
- 「歯科と歯科衛生士が関わればいいことがあります」が前面に出ていますが、「介護職の方々とともに成果を出しましょう」もあつた方がよいと思えます。
- もう少し簡潔にまとめたほうが見やすくわかりやすいと思えます。
- パンフレットの中に「お口」と書いたり「口腔」と書いたりしているため、対象が施設職員であれば「口腔」で統一してよいのではないかと思います。
- 肺炎は誤嚥性肺炎の方が口腔環境とつながりやすいと思えました。
- 誰に、どうしてほしいのか分からない。
- 文章が細かすぎる、もう少し字数を減らして、読みやすい方がよい。
- フレイルの事は記載する必要があると思えます。
- 上顎骨、下顎骨のシェーマの説明をもう少し入れた方がよいと思えます。
- かかりつけ歯科医師をみつけるサイト、どのタイミングで歯科医師に相談するのかについても記載可能であればよいと思えます。
- 総義歯の方でも定期検診（義歯の調整や口腔機能検査）が必要であることを示してほしい。
- 施設向けなので、低栄養から褥瘡予防の視点があってもいいと思った。
- 介護施設職員向けの資料のようですが、パンフレットには「介護保険制度での歯科衛生士による口腔衛生管理」とあります。介護施設入所者は介護保険を使用した口腔衛生管理はできないので、記載を検討するべきかと思えます。
- 「口腔ケアマネジメント」は「口腔衛生管理」とする方がよいと思えます。
- 文字が多く、やや伝えたいことがわかりにくいように感じました。リーフレットの目的を明確に記載して、そのためにどのように取り組めばよいかをイラストを交えて掲載してもらえるとわかりやすくなるように感じました。
- 日常の口腔ケアと専門的口腔ケアの両方がなされて口腔の健康が維持向上できる、専門職以外の日常のケアの重要性もあるといいと思えます。口腔の状態を良い状態に保つ事が、噛む事だけではなく嚥下機能の向上につながる事も知ってもらえたらいいと思えます。

④解説について

- 健口づくりは大事だとは思いますが、私もそうしてしまうが歯科医師目線での解説であると感じた。
- 「施設入所中の要介護高齢者のお口の健康維持のために 歯科が関わると こんな効果が」で2つの例が書かれていますが、なぜそういう結果になるのかという説明（理由）の記載がないので、わかりにくい印象です。
- ウサギのカエルのイラスト、QRコードが載っている頁に文字数が多い印象なので、タイトルにある「食べる」「話す」「笑顔」について短く説明する方が分かりやすいように思います。
- 口腔管理という言葉の定義がわかりにくい。
- 表紙の「維持される」のが良い状態から下がらないという意味だと思いますが、現に悪い方も維持されてしまうといけないので、良い状態を維持するために大切であることが伝わる表現が良いかと思いました。
- 一般の人には説明が専門的でわかりづらい。

⑤読みにくさ

- よくまとまっているが、読むだけでは実感がわきにくいように感じた。
- 字が小さいため、多くて読む気になりにくい。
- 専門家がみればわかりやすいと思いますが、一般の方には情報の詰め込みすぎだと感じます。
- 文字が小さくて高齢者には読みにくい。
- 情報量が多いので、シンプルなものも欲しい。
- 字が小さい部分があるので、老眼だと見にくいかもしれないと思いました。

⑥その他

- 個人の状態をメモできる白紙の部分があると良かった。
- 内容は良いが、若干字の大きさや位置のバランスが悪く読みづらい部分もある
- かかりつけ歯科が要介護者のところまで訪問してくれるとは限らない。
- タイトルなのですが介護職員向けであれば、介護職員に興味のあるテーマで歯科とも共通の支援である「生活」「人生」を豊かにする健口づくりの方が 興味を持ってもらえるのではないかと思います。
- 話すこともとりあげているのに、歯科衛生士さんのみでSTが全くかすつてもいない。
- 月額単価たった110点で月2回以上のケアはあり得ない。安い給料でどこまで扱き使うのか、加算以外の業務も担っているので、DHの口腔衛生管理加算介入内容は緊急時の特別ケアと職員への指導のみで十分だと思います。改定を強く

望みます。

- 文字が多いので口腔機能低下の様子を写した写真などがあるといい。
- A4サイズのパンフレットにして(内容はこのままで)持ち帰り後も保存可能な冊子にすればよいと思います。
- 施設への説明に使用できるので良い。介護保険施設入所者の場合、嚥下機能が改善する症例は少なく、「改善させる」という表現が過度な期待をもたせるのではないかと感じました。

(2) -1 動画「食事と低栄養」についてのご意見

動画「食事と低栄養」についてのご意見での項目では、よかったが194名(81.2%)で、改善点ありが45名(18.8%)だった。

表 5 動画「食事と低栄養」について

	n	%
よかった	194	81.2
改善点あり	45	18.8
合計	239	100.0

(2) -2 どのような点がよかった／改善点ありと感じたか(自由記載)

よかった

①理解しやすい

- 医療職以外の高齢者や一般の人、介護職員でも理解できる内容だと思った。
- 歯の重要性、食べることの義歯の重要性が理解できると思った。
- 柔らかい食べ物がもたらす悪循環と義歯装着の必要性が生活の質、低栄養の予防に繋がることが理解できる内容である。

②分かりやすい

- アニメーションが分かりやすい。
- オーラルフレイルの基本概念が分かりやすく説明されている。
- お口の健康を保つことは全身の健康につながるということが分かりやすく説明されていてよかった。
- 噛み砕いて説明されていると思う。
- 特に「口腔機能の低下が招く悪循環」がよかった。
- 具体的事例が示され分かりやすい。
- 施設訪問でも口腔機能の改善ができると施設職員にアピールしている。
- 歯が喪失してからの今後起こり得る予測アニメが分かりやすい。

- 歯科医師として知らなければいけないことが分かった。
- 歯科受診により栄養改善できる可能性が分かりやすかった。
- 事例を出して、職員の経験と重なるように演出しているところがよいと思いました。
- 実際に施設内でよく見る光景を例に挙げているところが分かりやすいと思った。
- 食事と低栄養など、わかりやすい動画だと思う。
- 食事と低栄養の仕組みが図解されていてわかりやすいと思う。
- 短くわかりやすく、事例があるのがいいです。
- 知識だけでなく具体的な手技がわかりやすかったです。
- 低栄養について丁寧な解説があってよかったです。
- 軟らかい食事の弊害がわかりやすく説明されていた。
- 普段あまり気にされていないことが明確になりよくわかりました。高校生にも見せてみたく思います。

③図やイラストについて

- イラストで分かりやすい、絵も親しみやすい。
- 悪循環で回っている様子が分かりやすかった。
- 低栄養になるまでの流れが分かりやすかった。低栄養に至るまでのどこで食い止められるかが鍵となると思いました。

④利用のしやすさ

- 啓発動画として利用できると思う。
- コンパクトにまとまっていたことがよかった。
- 講演会の導入には役に立つと思う。
- 視聴時間が長くないので介護職員に勧めやすい。
- 待合などで流せる。
- 短い時間で要点をまとめている点が良かった。
- 長い動画ではなく、イラスト中心で他職種にも視聴しやすいかと思います。
- 動画のため若いスタッフにも理解しやすいようです。

⑤実践的である

- 食事の摂取量等、介護職員の視点が活かされていると思う。
- 初心者にもすぐに実践できそうなところが良いと思う。

⑥その他

- まず伝えることが大事だと思います。

- 歯の大切さがよくわかると思う、噛むことの大切さを知ることができた。栄養の大切さを再認識できた。
- 入れ歯が合わないとやわらかい食形態にすればよいと考えている施設職員に対して、気づきになるのではないかと考えられる点がよかったと思った。

改善点あり

①アニメーションについて

- 「かむ力が衰えてくると」の所で、アニメーションの頬が赤く腫れているため炎症症状のように見えてしまいます。
- 噛む力が衰えてくると」からのシーン、なぜ右の男性の顔が腫れているのか？急性炎症の様子を表しているように見える。
- 義歯が合わず噛めなかった事例が少し弱い。上顎か下顎にもよるし、部位にもよるけれどそのくらいならそのくらいなら低栄養となるほど噛めないことはない。
- 事例紹介は分かりやすくよかったが、入れ歯と欠けた歯のイラストはちょっと”違う”と思いました。
- 人を舐めたようなアニメによる説明では説得力なし。
- 一般的には、大変良かったと思います。具体例の箇所で、イラストだけの動画ではインパクトに欠けると感じました。実際の患者を使うのは無理かと思いますが、支台歯が折れていた写真などは使えるかと思いました。

②表現について

- 動画の中で、低栄養という言葉が突如できてきましたが、一般の方が低栄養であると気づくポイントがわかりにくいと思いました。
- かむ力の衰え、口腔機能低下のおじいちゃんがなぜ腫脹で表現されているのか？歯痛ならわかるのですが。
- こういった動画を一番見て理解して欲しい方々に最初の説明の部分で「口腔」とか「摂食嚥下」といった専門用語がかなり高いハードルになる可能性も考えられた。
- 気になったのが”往診を依頼しました”というところです。”往診”と”訪問診療”の言葉の使い方としては往診は急遽受診ができなくて、自宅での診察に余儀なくされる場合のことで、訪問診療は計画的に診療することです。この場合は”診察依頼”でいいのかなと思いました。
- 義歯を修理したからといって全員が食事量が増えるわけではないことをもっと強調すべきである。認知症が進行すると、義歯の取り扱いが自力できなくなったり、義歯を入れるのを嫌がる（使用する意味が理解できなくなる）ので、

施設職員やご家族に過度な期待を持たせてしまうことがあり得る。

- 口腔機能の低下の部分の動画が口腔機能の低下というよりも急化 Per 症状のような印象を与える。
- 最後の歯科専門職にご相談とありましたが、歯科医師や歯科衛生士とした方がよいのでは？
- 施設職員の中には外国人も増えてきました。もう少し平易な言葉の方が良いのではないのでしょうか。対象が患者でも利用できます。
- 歯科訪問診療で「往診」を依頼とありますが、訪問診療と往診は意味が異なるのできちんと区別すべきだと感じました。

③追加してほしい項目がある

- ST や栄養士との連携にも触れて欲しい。
- オーラルフレイルや口腔機能低下症の話も絡めて介護予防の話につなげてほしいのではと感じた。
- 食べない原因が、歯の破損による義歯不適合なのに、義歯の調整だけで改善しているので、歯の治療をしたことも一言加えた方が良くと思います。
- 栄養吸収と咀嚼 胃瘻の違いについての説明もあれば良いかもしれませんね。
- 地方の施設ではそもそも総義歯の方が多いです。リベースなどの必要性を入れる方が良い。
- 低栄養について、体重だけで語るのは少々問題があると思います。咬合力（咀嚼力）が確保されることで、食事のバランスも良くなり、例えば、タンパク質摂取にもプラスになる→サルコペニア対策につながるなど、ご検討いただければと思います。
- 低栄養になるメカニズムのところ、タンパク質の摂取量が減少してしまうあたりの説明があってもよかったかも。
- 頬が腫れて痛がっている場合はスタッフが見てもすぐに気付けるケース また、次のケースも痛いと訴えているため、痛みを訴えられない場合でも日常の観察が必要だと言うことを解説に加えると良いのではないのでしょうか。
- 褥瘡改善の視点があってもいいと思う。

④その他

- 動画と語りにテンポがあってもいいと思います。
- サブタイトルを付けて、少しでも内容がうかがい知ることができればと思います。
- ナレーションでは「口」と言っています。あとこれは高齢者も対象としているのでしょうか。そうであればバックグラウンドの音楽が大きすぎるように思いま

す。おそらくナレーションとバッティングしてしまうと思います。

- もう少し、時間が長くても良いと思った。
- もう少し内容が充実しているとよい。
- 一症例の中では義歯の方にフォーカスがいており、機能についてはフォーカスされていない点を改善した方がよい。
- 改善点というかこの動画の存在を知りませんでした。PR不足だと思います。
- 細かなことですが、この動画だけ音声ボリューム調整がついていないと思います。
- 字が小さい部分がある。
- 食事摂取量低下について施設では、原因となっている義歯等による痛みを訴えられない高齢者が多い点。
- 動画より文章のほうが見易い。わざわざ動画で見る必要がないと思います。ただ、動画自体はとても良いと思います。
- 入れ歯についてにしか触れていない点に違和感を感じました。
- 例の部分が半分くらいを占めていた印象で、タイトルの内容と少し離れている印象があった。
- 老化に伴うので必要ないと思う。

(3) ー1 動画「かみ合わせを維持することの重要性」についてのご意見

動画「かみ合わせを維持することの重要性」についてのご意見での項目では、よかったが192名(80.3%)で、改善点ありが47名(19.7%)だった。

表 6 動画「かみ合わせを維持することの重要性」について

	n	%
よかった	192	80.3
改善点あり	47	19.7
合計	239	100.0

(3) ー2 どのような点がよかった／改善点ありと感じたか（自由記載）

よかった

① 理解しやすい

- 動画なので若いスタッフにも理解しやすい。
- 一般のかたにもわかりやすいと思います。
- 平易で、専門家でなくてもわかりやすかったと思う。
- 本人やご家族、施設のかたにも理解しやすいと感じました。
- 義歯の扱い方がわかりやすいと思った、介護士や看護師にみてもらいたい動画

です。

- 義歯の着脱や、不適合な状態が視覚的に理解しやすい。
- 補綴の意義が素人にわかりやすく解説されています。
- 歯科医療従事者以外にも伝わる内容だった。
- 実際の歯の動揺などの画像が挿入されており、施設職員の理解が得られた。

② 分かりやすい

- 歯の移動の動画が分かりやすかったです。粘膜面の状態も写真で示しているの
で、わかりやすくて良いと思います。
- 義歯の装着がわかりやすかった。
- わかりやすいアングルだった。
- 写真や動画でわかりやすかったです。
- 義歯の着脱の動画が詳しくて分かりやすかった。
- 義歯の着脱方法や清掃方法、口腔内の観察のポイントの内容もあり分かりやす
い。
- 義歯の取り外しが丁寧に動画で説明されており、軟組織疾患が説明されている
ところが良かった。
- 放置しておくとうなるかの解説が分かり易かったです。
- 具体的に示していたのでイメージしやすく良かった。
- 口腔内の問題が分かりやすかった。
- 義歯の扱い方や、カンジダにも触れられている点がよかったです。
- 義歯の着脱や管理法はリアル動画が分かりやすいと感じました。
- 基本的な義歯の取り扱いについて紹介されている点。
- 映像が多く、視覚的にわかりやすい。どんな治療をするのか、イメージが浮か
ぶと、往診依頼をする気が起きると思います。
- 動画が项目的に開設されており、具体的でとても分かり易かった。特に、「こんな
時は相談しましょう」はカンジダ症の症例が出て良かった。
- 義歯の話では実際の映像があり、非常に分かりやすいです。
- 基本的なことが分かりやすくて良かった。
- 義歯の取り扱いからケアの方法まで説明が分かりやすい。
- 実際の臨床動画が含まれており、分かりやすい。

③ 図やイラストについて

- 抜けた歯から歯列が乱れる様子は説得力があって良いと思います。
- 歯が抜けた後、どのような位置に動くのか分かりやすい。
- 入れ歯のお手入れを、動画でわかりやすく紹介されており、わかりやすい。イ

ラストでの紹介が多く、動画で見られるのは良いと思う。

④利用のしやすさ

- 待合などで流せる。
- 小さい講演で使える。
- 上映時間が適当である。
- 短い時間で要点をまとめている点良かった。
- 義歯の取り外し装着を上手に説明している動画です。施設勉強会で活用しやすい。
- 啓発動画として利用できると思います。

⑤実践的である

- 噛み合わせと全身状態の関わりを患者さんに説明できるようになる。

⑥その他

- 免疫機能まで影響するとは知らなかった。
- 入れ歯の付け方 外し方知っているようで知らなかった。

改善点あり

①アニメーションについて

- 00:20 頃の歯の映像が義歯のようで、天然歯の話なのか義歯の話なのかが分かりにくいかもしれないと感じました。
- 幼稚なマンガのような動画で説明しようとしていること。
- 画像が貧乏くさい。
- 義歯清掃のところで、義歯ブラシを使って清掃しているところの義歯の持ち方に不安を感じました。義歯清掃時の義歯の持ち方を見直されてはどうでしょうか？義歯は包み込むようにして持つことで、義歯ブラシの刷掃による負荷に耐えられるようにすることも落下防止の一つだと考えます。
- 入れ歯の着脱が見えづらい。特に下顎義歯。斜めからの撮影でもいいと思います。
- 義歯の着脱の方法の画像のピントがあっていなかったり、手で義歯が隠れたりしているので改善したほうがよい。
- 「硬い物がかみにくくなり」の所で、アニメーションの頬が赤く腫れているため炎症症状のように見えてしまいます。

②表現について

- 口腔内の潰瘍の部分は分かりづらいので、矢印で示すと更に分かりやすくなると思います。また、噛み合わせを維持することの重要性というよりは「義歯の取り扱い方法」というタイトルの方が自然かと思います。
- 施設職員の中には外国人も増えてきたので、もう少し平易な言葉の方が良いと思います。
- 義歯の着脱や口腔清掃が中心であり、テーマである。
- かみ合わせを維持することの重要性について、あまり解説されていないと思います。
- 他の動画とオープニング画面（文字だけ違う）が同じで、その違いが分かりにくいです。
- 維持ではなくて、「かみ合わせがあることの」くらいの表記のほうがわかりやすかったかと思います。
- イラストの右頬の腫れが口腔機能低下症の症状と誤解される恐れがある。
- 噛み合わせを維持することというタイトルと着脱法をなどの内容が一致していないと感じた。
- 部分床義歯の着脱時に手指が本来あり得ない位置にあったり、現実に即していない部分があるように感じる。

③追加してほしい項目がある

- 姿勢維持等についてもお話ししていただければと思った。
- 痛みを取る処置は痛みの発生した部位の処置だけではないと思う。
- 義歯ブラシの使用方で大きいブラシは歯肉に触れるところ、小さいブラシは金具のところ、というコメントが入るとより分かりやすい。クラスプによる口内炎の場所が分かりにくい人もいるので、丸印で囲むとより分かりやすいと思います。
- サブタイトルを付けて、少しでも内容がうかがい知ることができればと思います。
- 部分入れ歯は噛んで入れる患者が多いため、変形を避けるため必ずクラスプを指で抑えて装着する、という記載も入れてほしい。また義歯不潔によるカンジダで口角が切れている患者さんも多いと思います。
- 噛み合わせの維持の重要性として、食事や低栄養だけでなく、認知機能や転倒に関係することも伝える必要があると思います。
- 義歯の着脱については、頬粘膜のない状態のマネキンを使って説明するとさらに理解しやすくなるのでは義歯の安定の悪さの一つに、口腔乾燥があるので保湿状態を観察することも重要だと思います。

- 噛み合わせが悪くなると、咀嚼力に影響が出て、嚥下が上手くいかず誤嚥する可能性も高くなると思います。
- 総義歯の着脱の際、動画では歯科用チェアに座っているが、実際の施設の場面では、車椅子かベッド上である場合が多いです。対象者の身体状況にもよるが、頭部を固定した方が着脱しやすいが、一般の方はそれを知らないと思うので、説明がある方がいいと感じた。
- 義歯下の粘膜の傷に→をつけた方が分かり易いと思います。
- 体幹や顎のバランスが崩れることによる支障もあると良い。
- やわらかい食事の何がダメなのかが動画内にない。機能についてだけでなく摂取カロリー等の栄養面についても取り上げるとよい気がします。
- 最初に入れ歯の着脱の部分で、総義歯・総入れ歯という言葉があると良かったと思います。
- 入れ歯の話以外に、ブリッジやインプラントの話も入れた方がいいと感じた
- かみ合わせを維持すると低栄養が防げることはわかるが、それ以外の情報が少ない。身体の平衡性が向上するとか、ADL や認知機能の維持改善につながるといった情報があれば入れてほしい。
- 噛み合わせがしっかりあることでの食事や嚥下への影響、噛み合わせがないことでの影響の説明がもう少しあったらどうかと感じた。
- 入れ歯のケアは「お口の中を健康に保つことの意義」に入れたほうが良いように思いました。
- 入れ歯の洗浄に関して、お湯の使用や歯磨剤の使用は禁忌だと加えてほしいです。良かれと思って使われている介護職員は多いです。
- タイトルのかみ合わせ・・・だけでなく、義歯についてもタイトルに入れたほうがよいと思います。
- 内容が義歯だけに偏っているので、タイトルを変えるか、歯周病にも触れた方がよかった。
- 義歯についての話が多いため、単独でコンテンツがあってもよいかもと思いました。

④利用しにくい

- 6分と長いのでチェアでは見せる時間がない。狭い待合室で流すことも出来ない。(TVをつけている)
- 少し長く感じますので3分くらいが理想と思います。
- 義歯についての話が多いため、単独でコンテンツがあってもよいかもと思いました。

⑤その他

- 模型で部分義歯の着脱を見せても意味がないと思います。
- 動画より文章のほうが見易い。わざわざ動画で見る必要がないと思います。
- 2分20秒ぐらいで出てくる模型と義歯ですが、上顎右側のクラスプが合っていないように見えます。
- 他の動画と重複するところはなくてもいい。
- 内容が表題と合っていないと思います。「入れ歯の使い方」がメインだと思います。
- バックグラウンドの音楽は同様の理由で、小さくするか、あるいは無くしてもよいと思います。
- 重要性という割にあっさりとした解説で入れ歯の取り扱いがメインと感じられた。
- 義歯の清掃は流水の方が良かったかも。
- 義歯の汚れやすい部位が小さくて見にくいです。
- 「噛む力が衰えてきます」の絵は上下総義歯に見える。義歯の歯が動くのはおかしいと感じる。
- 義歯の着脱の映像が術者の手で隠れてしまっていたのがもったいない。
- 上下入れ歯がある場合は、「上から入れましょう」がベターなのか、ちょっと疑問に思いました。
- 入れ歯の着脱や入れ歯のケアについての内容はとてもいいと思いますが、かみ合わせを維持することの重要性というタイトルの動画とは関係ないように思います。
- 「かみ合わせを維持することの重要性」についての内容は、食事と低栄養のところとほぼ同じなので、必要ないように思います。
- 入れ歯の着脱はそれだけで独立させてもいいように思いました。
- 急に入れ歯の使い方に移行するので、違和感がある。

(4) -1 動画「お口の中を健康に保つことの意義」についてのご意見

動画「お口の中を健康に保つことの意義」についてのご意見の項目では、よかったが194名(81.2%)で、改善点ありが45名(18.8%)だった。

表7 動画「お口の中を健康に保つことの意義」について

	n	%
よかった	194	81.2
改善点あり	45	18.8
合計	239	100.0

(4) -2 どのような点がよかった／改善点ありと感じたか(自由記載)

よかった

①分かりやすい

- 実践的な内容で良かった。
- 口腔ケアの具体的な様子がわかりやすいと思った。
- 平易で、専門家ではない一般のかたにもわかりやすいと思います。
- 実演による動画でわかりました。
- 実際の口腔ケアの実践について各項目とも大変わかりやすく解説されていた。
- 動揺歯などの磨き方や保湿ジェルの伸ばし方などわかりやすいと思いました。
- ケアの手順がわかりやすい。
- 口腔ケアの具体的な動作がわかりやすい。
- プラークは細菌の塊であることがわかりやすかった。
- マネキンを使用しているので、粘膜清掃・舌清掃がわかりやすい。
- 口腔ケアのやり方が分からない施設は多く、この動画を見せるだけで、要点が押さえられるのは良い。
- 口腔ケアの介助の仕方など、丁寧に説明されていて良くわかった。
- 人形を使って、口腔ケアの始める前から終わるまでの一連の流れがわかりやすかった。
- 実際に口腔ケアを行っている動画もあり、参考になった。
- 口腔ケアの意義が理解できると思う。
- 口腔衛生管理の実践方法が示され、わかりやすい
- 基礎的な手技がわかりやすく説明されていた。

②口腔ケアの手技について

- マネキンを用いたことで、ケアの手技がとても分かり易かったです。
- 動揺歯や部分床義歯などリアルな模型と歯ブラシ等を使ったやり方は具体的に

実践しやすいと思います。

- 保湿への意識付けが良いと感じました。
- 足底部をつけるのが大事なことなど細かいところにまで触れられているのがよかったです。
- 口腔内のことだけでなく姿勢調整や声かけ等もわかりやすかったです。

③利用しやすい

- 行動の変容を十分起こす価値ありだと思う。高校生にも視聴させたい。
- 口腔ケアの基本的手法の導入編として活用したいと感じながら拝聴しました。
- 短い時間で要点をまとめている点が良かった。
- 分かりやすくスタッフ教育に活用できる。
- 訪問診療に新しく行く衛生士に見せるのにも良い。
- 視聴時間が適切である。
- ケアの流れやポイントがまとまっており、介護職員等に勧めやすい。
- 口腔清掃法を動画で確認できるのでわかりやすい。
- 啓発動画として利用できると思います。

④その他

- 細菌があることを知ってもらえると思いました。
- 必要な部分が大きくて見やすかった。
- 健康の意義が伝わる。
- ケア時のワンポイントアドバイスがあり、よかったです。
- 歯科衛生士での指導の下できないところを補って衛生状態を保つことが必要だと感じた。
- すべてについて再認識できた。
- ケアを行う際の体勢や道具について具体的に紹介されていた点が良かった。
- 口腔ケアの具体例はよかったが、介助が必要な患者さんはあんなに大人しくないので、指ガーゼは噛まれる可能性が高いように感じた。
- 歯垢が全身疾患を引き起こすなど、改めて口腔ケアの大切さを感じる事ができた。
- 施設職員への口腔の状態をうまく説明している。
- モデル人形を使用しての解説が、実際の人物よりも見えやすく良かった。
- 実際にあり得る問題を例に挙げることで身近に感じられる内容だと思った。
- 全体的にはわかりやすく紹介され、感染防御の重要性も紹介されてよかったと思います。

改善点あり

①分かりにくい

- 介護職員に指導・助言する場合に理解できないかもしれないのでもう少し簡単な言い方を知りたい。
- どの状態ならば健康が保たれているかわかりにくい。清潔と健康はイコールなのであろうか、口腔内細菌を殺菌すればよいのかと勘繰る人が出かねないと思った。
- マネキンより人のほうが分かりやすい。
- 体位の確保時の「顎の位置、足裏にタオルを置く」の辺りを整理するともっと見やすい。
- 実際の前後の映像を入れると効果が分かりやすいと思う。

②手技について

- 歯科医療者がグローブしたまま足底のポジションを整えているのは不潔であり、そのグローブのまま口腔を触っていることに違和感を感じた。
- 映像では感染対策を厳重に行ったと思うのですが、各々の介護施設の基準でガウンを着用するにしても、ハードルが上がる印象を受けた。
- 最後のうがいの時に前傾姿勢をサポートする際に、左の手も口腔内に入れていたと思うので、頭ではなく肩などを前かがみに、二の腕などで押さえたかどうかと思いました。当施設でも介護職員で口腔ケア中のグローブで様々なところを触る職員が多いので感染対策上注意している。
- ヘッドレストを使用しても良かったのではないかと。感染防御対策はされていると思いますが、口腔内を触るグローブで、患者の足に触れたり、口腔ジェル容器に触れることが気になった。
- 口腔ケアティッシュを使用する際は、歯列に指をまたがせると、誤って噛まれる危険性もあるので、動画の中に注意点や代替の方法を入れたほうが良いように感じた。
- グローブを装着したまま足にクッションを敷いたあと、口腔内に保湿剤を塗布しているシーンがあったため、不適切だと思う。
- 口腔清掃の際に、指を歯列間に入れていたシーンがあったため、噛まれるリスクがあることも盛り込まれるとよいと思う。
- 頸部前屈にする時に後頭部と下顎を持たれて調整しておられましたが、不適切に感じました。マネキンという事情もあると思いますが、素人目にみるとわからないと思いますので真似をされると良くない動作と感じました。後頭部を前屈させ、タオルを差し込むなどに変更または注釈を加えたほうが良いかと思う。
- ケア手順として、すぐに歯ブラシを使うのではなく、スポンジブラシでおおよ

その食渣を取り除いたところで、歯ブラシを使う方が良いと思う。

- 歯ブラシ操作後に実施しているスポンジブラシを、洗わずに使いまわしているのが気にかかる。
- ガーゼで口腔内を清拭しているが、スポンジブラシを使用した後に、使用しなければいけないように感じさせる。
- ブラッシング時に片手にガーゼなどを巻きつけて、歯ブラシでプラークを破壊してガーゼで回収とかの方がより良いと思う。
- 車椅子上で嚥下障害のある方の口腔清掃を想定しているのであれば、ハブラシ、スポンジブラシの使い方だけでなく、頭部固定の必要性の説明を入れた方が安全であると思う。

③利用しにくい

- 施設職員の中には外国人も増えてきたので、もう少し平易な言葉の方が良いと思う。

④追加してほしい項目がある

- 姿勢保持からの説明。照明についての説明があってもよかったのではないかと考えた。
- 00:17 頃の動画が何かわかりにくいかもしれないので、初めに『プラークを顕微鏡で見ると～』の説明があると良いかもしれません。
- 手の甲に保湿剤をつけるという動作はよく行われてはいるので微妙ですが、追加で保湿剤が必要になった場合に手の甲に保湿剤をつけられてしまうと、感染対策上、気になるところではあるため、少し補足が必要に思う。
- 歯間ブラシを使用する動画も必要、口腔ケア前のリステリン等による含嗽（できる場合）も必要だと思う。
- 口腔ケアの方法ですが、姿勢の保持は具体的にどうすると誤嚥しづらいのか、もっと詳しい説明をした方が良いと思う。
- 口を開けない人や、出血傾向のある人では、施設職員や家族が口腔ケアをするのにいつも頭を悩ませるところですので、その辺りも詳しく動画で示すか、或いは、口腔ケアが難しい場合は施設協力医（かかりつけ医）に相談しましょう、などのコメントを入れるとより良いと思う。
- 紙コップは 2 つ用意してあったが、うがい用水（洗口液などが入ったものを含む）と、汚染した歯ブラシなどを洗う用の 2 個が必要であることを話した方が良い。
- 最後に口腔内を拭き取る時に、歯も一緒にぬぐって、汚れをこすりつけないように注意することを、一言加えても良いと思った。

- サブタイトルを付けて、少しでも内容がうかがい知ることができればと思う。
- 口腔健康管理の中での口腔ケアについては、歯科と十分に連携することを言及することが必要だと思う。
- プラークの画像の時にナレーション+絵もほしい。
- 保湿剤とくにジェルは、大量に塗ると糊と同じで剥離上皮が付きやすくなるため薄く伸ばして塗布することが重要なので加えるといいと思う。
- 口腔ケアの仕方が分かりやすいが口を開かない人用のものがあると更に良いと思った。
- 要介護者に対する声かけについて入れたほうが良いと思った。
- ケアに介入する前に、口腔周囲筋のマッサージをすることで、口腔内を見やすくしたり、介助をしやすくすることを説明した動画を入れると良いと思った。
- 基本的なケアの手順を、最初に文字で明示すると理解しやすく対応しやすいのではないかと思う。
- 口唇排除の仕方、例えば、「しっかり指で排除して歯ブラシが入るスペースを作る」等のコメントも入れてもいいと思う。
- 口腔内で保湿剤がダマになってかたまってしまっていることが多く見られるので、保湿剤の塗り方（スポンジブラシでよく伸ばしてから塗布するなど）の説明を加えたほうが良いと思う。

⑤その他

- 動画より文章のほうが見易い。わざわざ動画で見る必要がないと思います。
- 実際に介護職が実践できる内容であるかどうか精査は必要だと思う。
- こんな安っぽいイラストによるマンガ調の動画はやめて欲しい。
- 誤解を与えるので、「破壊」という文字は不要だと思う。
- 内容が表題と合っていないと思います。「口腔ケアの手技」がメインだと思う。
- バックグラウンドの音楽について改善が必要だと思う。
- 他の動画とオープニング画面（文字だけ違う）が同じで、その違いが分かりにくい。
- 口腔ケアの動画は実際の口腔内を使った方がいいと思う。
- 全部アニメにしなくても、リアルな写真があった方がインパクトあると思う。
- 一般の人向けであれば、「意義」ではなくて、もう少し柔らかい言葉のほうが良かったかと思った。

(5) -1 リーフレットや動画を活用しましたか

リーフレットや動画を活用しましたか、の項目では、活用したとの回答は22名(9.2%)、活用しなかったとの回答は25名(10.5%)だった。まだ活用していないが、今後活用したいは、192名(80.3%)だった。

表8 リーフレットや動画を活用したか

	n	%
活用した	22	9.2
活用しなかった	25	10.5
まだ活用していないが、今後活用したい	192	80.3
合計	239	100.0

(5) -2 活用したのは、どの教材ですか(複数選択可)

リーフレットや動画を活用したと回答した者で教材の内容の詳細は、リーフレット「介護保険施設での「食べる」「話す」「笑顔」を支える健口づくり」が19名(86.4%)で最も多く、次いで動画「お口の中を健康に保つことの意義」が13名(59.1%)、動画「かみ合わせを維持することの重要性」が11名(50.0%)であった。

表9 活用した教材(n=22)

	n	%
リーフレット「介護保険施設での「食べる」「話す」「笑顔」を支える健口づくり」	19	86.4
動画「食事と低栄養」	9	40.9
動画「かみ合わせを維持することの重要性」	11	50.0
動画「お口の中を健康に保つことの意義」	13	59.1

(5) -3 どのような場面で活用したか(複数回答可)

教材をどのような場面で活用したかの項目で最も回答が多かったのは、介護保険施設におけるスタッフ教育が11名(50.0%)で、次いで歯科医療機関におけるスタッフ教育が9名(40.9%)、歯科医療機関における患者への情報提供が8名(36.4%)であった。

表 10 教材をどのような場面で活用したか (n=22)

	n	%
介護保険施設に配布	4	18.2
介護保険施設におけるスタッフ教育	11	50.0
介護保険施設における口腔衛生管理体制の整備	5	22.7
介護保険施設における口腔サービスの普及	3	13.6
歯科医療機関におけるスタッフ教育	9	40.9
歯科医療機関における患者への情報提供	8	36.4
その他	5	22.7

(5) -4 教材を活用して効果はあったか

教材を活用して効果はあったかの項目では、あったが16名(72.7%)で、わからないが6名(27.3%)だった。

表 11 動画「お口の中を健康に保つことの意義」について(n=22)

	n	%
あった	16	72.7
なかった	0	0
わからない	6	27.3
合計	22	100.0

(5) -5 効果があった／なかった／わからないと感じた理由(自由記載)

効果があった

① 動画によるイメージのしやすさ

- 動画で多職種連携の中での歯科の役割のイメージがわいたなどのコメントを学生よりうけた。
- 動画で見ることによって、イメージしやすかったように思われる。
- 歯科衛生士が今なにを求められているか、導入になった。
- 衛生士学校で座学等の講義の後、学生に視聴させたところ、学生には好評で、講義内容の理解向上に役立ったと感じた。

② 施設での実行

- 渡した人からお礼を言われた。
- 職員も理解はしてくれたようだが、多忙のため実行は難しい。
- 自分の施設で活用したとの連絡があった。

③ 質問が増えた

- 施設職員の口腔に対する意識変化(質問が増えた)が見られた。
- 講演後の反応が良く、多くの質問をいただいた。

④ 理解力が増した

- スタッフの表情、実行力が増した。
- スタッフに理解できたと思う。

わからない

- 新人職員向けの研修で活用しました。その後の後追いはしていないので、意識が変わったかは把握できていない。
- 活用後、アンケート等をとったわけではないので、職員がどのように感じたかわからない。
- パンフレットに関してはその後聞いていないので不明。

(5) -6 教材を活用しなかった理由

教材を活用しなかった理由についての項目では、施設への関わりがなく、活用する場面がなかったためが11名(44.0%)で最も多く、次いでその他が10名(40.0%)、自作パンフレットなど、既に別の媒体を使用しているためが4名(16.0%)だった。

表 12 教材を活用しなかった理由

	n	%
施設への関わりがなく、活用する場面がなかったため	11	44.0
自作パンフレットなど、既に別の媒体を使用しているため	4	16.0
その他	10	40.0
合計	25	100.0

(5) -7 活用しなかった理由で「その他」の内容（自由記載）

① 活用機会がない

- 見てもらうタイミングがない。
- 使用する機会がなかった。
- 施設職員に対する勉強会などがなかったため、活用する場面がない。

② 特になし

- 初めて見たため。
- 恥ずかしいから。

③ その他

- 老人に過保護すぎであるため。
- 内容的に自分のクリニックでは使えないため。
- 一般診療医なので自分に権限がない。

3. 教材項目について

(1) 介護保険施設職員を対象とした口腔ケアに関する教材の内容として必要と思われる項目（3つまで選択）

最も多かったのは、施設入所者に対する口腔衛生管理の必要性（エビデンスの紹介）（46.9%）であり、ついで、口腔ケア困難症例への対応（口が開かない、認知症などへの対応方法の紹介）（38.1%）、口腔のアセスメント方法（口腔内観察のポイントなど）（34.1%）だった。

表 13 介護保険施設職員を対象とした口腔ケアに関する教材の内容として必要と思われる項目（n=239）

	n	%
施設入所者に対する口腔衛生管理の必要性（エビデンスの紹介）	112	46.9
歯科医師・歯科衛生士の役割	42	17.6
口腔の役割と口腔諸器官（イラストを用いて口腔解剖を概説）	20	8.4
要介護高齢者の口腔内の特徴	67	28.0
口腔機能（咀嚼・嚥下のプロセスについてイラストで概説）	22	9.2
口腔衛生管理が必要な事例の紹介①口腔ケアは自立しているが口臭あり	17	7.1
口腔衛生管理が必要な事例の紹介②認知症で拒否あり	42	17.6
口腔衛生管理が必要な事例の紹介③口腔機能低下による低栄養	26	10.9
口腔のアセスメント方法（口腔内観察のポイントなど）	82	34.3
口腔ケア用品（歯ブラシ、粘膜ブラシ、保湿剤などの紹介）	31	13.0
口腔ケアのテクニック（姿勢やケア方法などの紹介）	64	27.0
口腔ケア困難症例への対応（口が開かない、認知症などへの対応方法の紹介）	91	38.1
介護保険上における施設系口腔関連サービスの概要	23	9.6
多職種連携	34	14.2
口腔衛生管理が効果的であった事例の紹介	41	17.2
その他	3	1.3

これ以降は歯科医師、歯科衛生士のみに対するアンケート調査

4. 介護保険施設利用者等に対する口腔管理に関して

(1) 所属機関における歯科訪問診療及び介護保険施設との関わり

介護保険施設を含む対象先に歯科訪問診療を行っている歯科医療機関が 100 施設 (43.1%) と最も多く、ついでどちらにも関わりがないとした歯科医療機関が 61 施設 (26.3%) と多かった。

表 14 歯科訪問診療及び介護保険施設との関わり

	n	%
歯科医療機関で、歯科訪問診療、介護保険施設 どちらとも関わりがない	61	26.3
歯科医療機関で、歯科訪問診療を行なっている (居宅のみ)	20	8.6
歯科医療機関で、歯科訪問診療を行なっている (介護保険施設を含む)	100	43.1
介護保険施設に所属している	11	4.7
上記のいずれでもない	38	16.4
合計	232	100.0

(2) 歯科衛生士の歯科訪問診療にあたり、訪問歯科衛生指導料（診療報酬）及び口腔衛生管理加算（介護報酬）を算定しているか。

訪問歯科衛生指導料（診療報酬）と口腔衛生管理加算（介護報酬）のいずれも算定していないが 121 施設（52.2%）と最も多く、ついで訪問歯科衛生指導料（診療報酬）と口腔衛生管理加算（介護報酬）の両方とも算定しているが 56 施設（24.1%）と多かった。

表 15 訪問歯科衛生指導料（診療報酬）及び口腔衛生管理加算（介護報酬）の算定

	n	%
訪問歯科衛生指導料（診療報酬）のみ算定している	37	15.9
口腔衛生管理加算（介護報酬）のみ算定している	18	7.8
訪問歯科衛生指導料（診療報酬）と口腔衛生管理加算（介護報酬）両方とも算定している	56	24.1
いずれも算定していない	121	52.2
合計	232	100.0

(3) 一人の患者に対し、歯科専門職の介入は月に何回実施しているか。それぞれの回数介入を実施している人がどの程度の割合でいるか。(令和5年7月の実施状況)

月1回は0~20%が45施設(40.5%)と最も多く、ついで21~40%が16施設(14.4%)であった。

月2回は0~20%が53施設(47.7%)と最も多く、ついで21~40%が21施設(18.9%)であった。

月3回はいないが71施設(64.0%)と最も多く、ついで0~20%が30施設(27.0%)であった。

月4回はいないが48施設(64.0%)と最も多く、ついで0~20%が28施設(25.2%)であった。

月5回はいないが96施設(86.5%)と最も多く、ついで0~20%が12施設(10.8%)であった。

週2回はいないが97施設(87.4%)と最も多く、ついで0~20%が13施設(11.7%)であった。

週3回以上はいないが101施設(91.0%)と最も多く、ついで0~20%が9施設(9.0%)であった。

表 16 一人の患者に対する歯科専門職の介入

		いない	~20%	~40%	~60%	~80%	~100%	合計
月1回	n	15	45	16	12	13	10	111
	%	13.5	40.6	14.4	10.8	11.7	9.0	100.0
月2回	n	14	53	21	14	5	4	111
	%	12.6	47.8	18.9	12.6	4.5	3.6	100.0
月3回	n	71	30	9	1	0	0	111
	%	64.0	27.0	8.1	0.9	0	0	100.0
月4回	n	48	28	14	11	5	5	111
	%	43.3	25.2	12.6	9.9	4.5	4.5	100.0
月5回	n	96	12	2	1	0	0	111
	%	86.5	10.8	1.8	0.9	0	0	100.0
週2回	n	97	13	1	0	0	0	111
	%	87.4	11.7	0.9	0	0	0	100.0
週3回 以上	n	101	10	0	0	0	0	111
	%	91.0	9.0	0	0	0	0	100.0

- (4) 歯科専門職の介入のうち、口腔衛生管理加算（介護報酬）における介入回数は何回実施しているか。それぞれの回数介入を実施している人がどの程度の割合でいるか。（令和5年7月の実施状況。施設勤務などで、介護報酬を算定せずに月3回以上の介入を行なっている場合は、無報酬分も回数に含める。）

月1回はないが52施設（46.8%）と最も多く、ついで0～20%が32施設（28.8%）であった。

月2回はないが44施設（39.6%）と最も多く、ついで0～20%が44施設（39.6%）であった。

月3回はないが93施設（83.8%）と最も多く、ついで0～20%が14施設（12.6%）であった。

月4回はないが68施設（61.3%）と最も多く、ついで0～20%が21施設（18.9%）であった。

月5回はないが105施設（94.6%）と最も多く、ついで0～20%が4施設（6.5%）であった。

週2回はないが101施設（91.0%）と最も多く、ついで0～20%が8施設（7.2%）であった。

週3回以上はないが102施設（91.9%）と最も多く、ついで0～20%が9施設（8.1%）であった。

表 17 口腔衛生管理加算（介護報酬）における介入

		いない	～20%	～40%	～60%	～80%	～100%	合計
月1回	n	52	32	7	8	7	5	111
	%	46.9	28.8	6.3	7.2	6.3	4.5	100.0
月2回	n	44	28	18	13	4	4	111
	%	39.7	25.2	16.2	11.7	3.6	3.6	100.0
月3回	n	93	14	3	1	0	0	111
	%	83.8	12.6	2.7	0.9	0	0	100.0
月4回	n	68	21	8	9	2	3	111
	%	61.3	18.9	7.2	8.1	1.8	2.7	100.0
月5回	n	105	4	1	1	0	0	111
	%	94.6	3.6	0.9	0.9	0	0	100.0
週2回	n	101	8	2	0	0	0	111
	%	91.0	7.2	1.8	0	0	0	100.0
週3回以上	n	102	9	0	0	0	0	111
	%	91.9	8.1	0	0	0	0	100.0

- (5) 歯科専門職の介入のうち、訪問歯科衛生指導料（診療報酬）における介入回数は何回か。それぞれの回数介入を実施している人がどの程度の割合でいるか。（令和5年7月の実施状況。月5回目以降の訪問で、訪問歯科衛生指導料を算定していない場合（再診料のみ算定など）も回数に含める。）

月1回は0～20%が45施設（40.5%）と最も多く、ついでいないが29施設（26.1%）であった。

月2回はいないが42施設（37.8%）と最も多く、ついで0～20%が41施設（36.9%）であった。

月3回はいないが80施設（72.0%）と最も多く、ついで0～20%が23施設（20.7%）であった。

月4回はいないが61施設（55.0%）と最も多く、ついで0～20%が22施設（19.8%）であった。

月5回はいないが104施設（93.7%）と最も多く、ついで0～20%が7施設（6.3%）であった。

週2回はいないが101施設（91.0%）と最も多く、ついで0～20%が8施設（7.2%）であった。

週3回以上はいないが108施設（97.3%）と最も多く、ついで0～20%が3施設（2.7%）であった。

表 18 訪問歯科衛生指導料（診療報酬）における介入

		いない	～20%	～40%	～60%	～80%	～100%	合計
月1回	n	29	45	11	10	7	9	111
	%	26.1	40.6	9.9	9.0	6.3	8.1	100.0
月2回	n	42	41	13	10	3	2	111
	%	37.9	36.9	11.7	9.0	2.7	1.8	100.0
月3回	n	80	23	7	1	0	0	111
	%	72.1	20.7	6.3	0.9	0	0	100.0
月4回	n	61	22	10	6	5	7	111
	%	55.0	19.8	9.0	5.4	4.5	6.3	100.0
月5回	n	104	7	0	0	0	0	111
	%	93.7	6.3	0	0	0	0	100.0
週2回	n	101	8	2	0	0	0	111
	%	91.0	7.2	1.8	0	0	0	100.0
週3回 以上	n	108	3	0	0	0	0	111
	%	97.3	2.7	0	0	0	0	100.0

(6) 月5回以上介入している場合（診療報酬と介護報酬含め）、どのような利用者に対するどのような処置か。（自由記載）

- 口腔乾燥が強く頻回のプロフェッションケアが必要な利用者
- 認知症で拒否の強い利用者
- ターミナルケアを受けている利用者
- 食事介助や食事姿勢、特殊な栄養摂取方法を行っている利用者
- 施設職員や患者家族の要請による急患対応

(7) -1 月5回以上介入が必要と考えられるが、診療報酬・介護報酬上算定ができないことを理由に介入を控えた経験はあるか。

全体の回答が111施設。「はい」が42施設（37.8%）、「いいえ」が69施設（62.2%）であった。

表 19 5回以上介入が必要と考えられるが、診療報酬・介護報酬上算定ができないことを理由に介入を控えた経験

	n	%
はい	42	37.8
いいえ	69	62.2
合計	111	100.0

(7) -2 月5回以上介入の必要性はあるが実際の介入を控えたのは、どのような状況か。（自由記載）

- 口腔衛生管理加算（介護報酬）の算定ができないため
- 介入回数が増えると患者負担が増えてしまうため
- 患者・利用者本人の拒否や体調不良のため
- マンパワーや時間といった業務上の理由のため

5. 歯科訪問診療または施設勤務について

(1) 回答者の歯科訪問診療又は施設勤務の経験年数

回答者は131名で経験年数の平均値は17.1±9.2年であった。

表 20 調査対象者の臨床経験年数

	n	%
0-10年	38	29.0
11-20年	49	37.4
21-30年	36	27.5
31-40年	7	5.3
41-50年	1	0.8
合計	131	100.0

(2) 訪問歯科衛生指導料（診療報酬）を算定する日と口腔衛生管理加算（介護報酬）を算定する日で、歯科衛生士による処置の内容は異なるか。

回答した131名で、「患者（対象者）によって異なる」が51名（38.9%）で最も多く、ついで「いいえ」が45名（34.4%）、「すべての患者（対象者）に対し訪問歯科衛生指導料（診療報酬）のみ算定している」が16名（12.2%）であった。

表 21 訪問歯科衛生指導料（診療報酬）を算定する日と口腔衛生管理加算（介護報酬）を算定する日で、歯科衛生士による処置の内容は異なるか。

	n	%
はい	9	6.9
いいえ	45	34.4
患者（対象者）によって異なる	51	38.9
全ての患者（対象者）に対し訪問歯科衛生指導料（診療報酬）のみ算定している	16	12.2
全ての患者（対象者）に対し口腔衛生管理加算（介護報酬）のみ算定している	10	7.6
合計	131	100.0

(3) 次の処置は、医療としての処置（訪問衛生歯科指導料の算定）と介護としての処置（口腔衛生管理加算の算定）、どちらに近いと思うか。

回答した131名で、「抜歯後の確認、消毒」を「医療として実施」が100名(76.3%)と最も多く、その他に過半数をこえたものとしては「患者の口腔内の清掃」を「医療・介護どちらにも当てはまる」が75名(57.3%)、「機械的歯面清掃」を「医療として実施」が71名(54.2%)、「保湿剤塗布」が「医療・介護どちらにも当てはまる」が78名(59.5%)、「有床義歯の清掃」が「医療・介護どちらにも当てはまる」が77名(58.8%)、「有床義歯の有床義歯の鉤歯の清掃」が「医療・介護どちらにも当てはまる」が73名(55.7%)であった。

表 22 医療としての処置（訪問衛生歯科指導料の算定）と介護としての処置（口腔衛生管理加算の算定）、どちらに近いと思うか

		医療として実施	どちらか たとえば 医療として実施	医療・介護どちらにも当てはまる	どちらか たとえば 介護として実施	介護として実施	合計
患者の口腔内の清掃	n	23	8	75	14	11	131
	%	17.6	6.1	57.3	10.7	8.4	100.0
機械的歯面清掃	n	71	35	21	4	0	131
	%	54.2	26.7	16.0	3.1	0.0	100.0
歯石除去	n	100	18	12	1	0	131
	%	76.3	13.7	9.2	0.8	0.0	100.0
剥離上皮膜の除去	n	51	20	52	6	2	131
	%	38.9	15.3	39.7	4.6	1.5	100.0
痰の吸引	n	51	14	51	12	3	131
	%	38.9	10.7	38.9	9.2	2.3	100.0
保湿剤塗布	n	18	9	78	19	7	131
	%	13.7	6.9	59.5	14.5	5.3	100.0
抜歯後の確認、消毒	n	103	12	15	1	0	131
	%	78.6	9.2	11.5	0.8	0.0	100.0
有床義歯の清掃	n	22	10	77	13	9	131
	%	16.8	7.6	58.8	9.9	6.9	100.0
有床義歯の鉤歯の清掃	n	24	13	73	13	8	131
	%	18.3	9.9	55.7	9.9	6.1	100.0

口腔機能の回復又は維持に関する指導・訓練	n	43	27	50	8	3	131
	%	32.8	20.6	38.2	6.1	2.3	100.0
患者に対するブラッシング等の口腔衛生管理に関する指導	n	31	27	59	11	3	131
	%	23.7	20.6	45.0	8.4	2.3	100.0
新たに作成した義歯の使い方に関する指導	n	64	26	37	3	1	131
	%	48.9	19.8	28.2	2.3	0.8	100.0
患者に対する義歯の清掃等の義歯の手入れに関する指導	n	37	29	52	9	4	131
	%	28.2	22.1	39.7	6.9	3.1	100.0
患者に対する食事に関する指導	n	32	22	60	12	5	131
	%	24.4	16.8	45.8	9.2	3.8	100.0
患者に対する摂食・嚥下障害に対する指導	n	52	21	46	8	4	131
	%	39.7	16.0	35.1	6.1	3.1	100.0
患者の家族や介護者等に対するブラッシング等の指導	n	23	21	57	19	11	131
	%	17.6	16.0	43.5	14.5	8.4	100.0
患者の家族や介護者等に対する義歯の清掃等の義歯の手入れに関する指導	n	23	18	57	23	10	131
	%	17.6	13.7	43.5	17.6	7.6	100.0
患者の家族や介護者等に対する食事に関する指導	n	26	23	56	19	7	131
	%	19.8	17.6	42.7	14.5	5.3	100.0
患者の家族や介護者等に対する摂食嚥下障害に対する指導	n	47	22	41	15	6	131
	%	35.9	16.8	31.3	11.5	4.6	100.0

- (4) 介護保険施設において、運営基準に定める口腔衛生の管理に関して、口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導（以降、口腔衛生管理体制に関する技術的助言・指導）を行っているか。

回答した131名のうち、「はい」が93名(71.0%)、「いいえ」が38名(29.0%)であった。

表 23 口腔衛生管理体制に関する技術的助言・指導を行っているか

	n	%
はい	93	71.0
いいえ	38	29.0
合計	131	100.0

6. 口腔のアセスメントについて

(1) 施設において、口腔のアセスメントは実施しているか。

回答した者 93 名のうち、「はい」と回答した者が最も多く、75 名 (80.6%) であった。

表 24 施設において、口腔アセスメントは実施しているか

	n	%
はい	75	80.6
いいえ	13	13.9
わからない	5	5.4
合計	93	100.0

(2) いくつの施設を担当しているか。

回答した 75 名で「3ヶ所以上」が最も多く、29 名 (38.7%) であった。

表 25 いくつの施設を担当しているか

	n	%
1ヶ所	28	37.3
2ヶ所	18	24.0
3ヶ所以上	29	38.7
合計	75	100.0

(3) から (6) は回答者 1 名につき最大 3 施設まで回答

(3) アセスメントを実施しているのは入所者の何%程度か。

回答した施設は 151 施設であった。平均±標準偏差は 53.9±36.1 (%) であった。「0-20%」が最も多く、46 施設(30.5%)であった。次いで、「81-100%」が多く、45 施設(29.8%)であった。

表 26 アセスメントを実施しているのは入所者の何%程度か

	n	%
0-20%	46	30.5
21-40%	21	13.9
41-60%	19	12.6
61-80%	20	13.2
81-100%	45	29.8
合計	151	100.0

(4) 口腔のアセスメントの実施者（複数選択可）

回答した施設は 151 施設で、「歯科医師」が最も多く、108 施設(71.5%)であった。次いで「歯科衛生士」が多く、34 施設(22.5%)であった。

表 27 口腔のアセスメントの実施者 (n=151)

	n	%
歯科医師	108	71.5
歯科衛生士	34	22.5
看護職員	11	7.3
介護職員	5	3.3
その他	0	0

(5) 口腔のアセスメントを実施するタイミングはどのような時か
(複数選択可)。

回答した施設は 151 施設で、「入所時」が最も多く、83 施設(55%)であった。次いで「随時(決まったタイミングはないが、適宜行なっている)」が多く、43 施設(28.5%)であった。

表 28 口腔のアセスメントを実施するタイミング (n=151)

	n	%
入所時	83	55.0
退所時	3	2.0
随時(決まったタイミングはないが、適宜行なっている)	43	28.5
定期的(入所者一斉に決まった時期に行っている)	22	14.6
定期的(数カ月毎など、タイミングは入所者ごとに異なる)	30	19.9
その他	8	5.3

(6) 口腔のアセスメントを実施する頻度

回答した施設は 151 施設で、「随時」が最も多く、52 施設(34.4%)であった。次いで「3か月に1回」が多く、35 施設(23.2%)であった。

表 29 口腔のアセスメントを実施する頻度

	n	%
入所時のみ	21	13.9
随時	52	34.4
1か月に1回	15	9.9
3か月に1回	35	23.2
半年に1回	16	10.6
1年に1回	11	7.3
その他	1	0.7
合計	151	100.0

- (7) 初回口腔アセスメント時、利用者の口腔内にはどのような状態が多くみられるか（2名に1名程度にみられる頻度の多い状態、複数選択可）。

回答した者が75名であり、「歯周病治療が必要」と回答した者が最も多く、55名（73.3%）であった。次いで「歯科専門職による専門的な口腔ケアが必要」が多く、54名（72.0%）であった。

表 30 初回口腔アセスメント時、利用者の口腔内に多く見られる状態（n=75）

	n	%
う蝕治療が必要	46	61.3
歯周病治療が必要	55	73.3
抜歯が必要	33	44.0
義歯修理・作成が必要	50	66.7
義歯以外の補綴が必要	8	10.7
歯科専門職による専門的な口腔ケアが必要	54	72.0
摂食嚥下機能のトレーニングが必要	20	26.7
歯科治療の必要はない	1	1.3
その他	1	1.3

- (8) 施設職員から、アセスメントの結果に基づいた口腔に関する相談を受けるか。

回答した者は75名であり、「はい」と回答した者が最も多く、67名（89.3%）であった。

表 31 施設職員から、アセスメントの結果に基づいた口腔に関する相談を受けるか

	n	%
はい	67	89.3
いいえ	8	10.7
合計	75	100.0

(9) 歯科治療を必要とする利用者に対し、実際に歯科治療の介入は行われているか。

回答した者が75名であり、「8割以上の人に行われている」と回答した者が最も多く、34名(45.3%)であった。次いで「5割以上8割未満の人に行われている」が多く、23名(30.7%)であった。

表 32 歯科治療を必要とする利用者に対し、実際に歯科治療の介入は行われているか

	n	%
8割以上の人に行われている	34	45.3
5割以上8割未満の人に行われている	23	30.7
2割以上5割未満の人に行われている	9	12.0
2割未満の人にしか行われていない	9	12.0
全く行われていない	0	0
合計	75	100.0

(10) 脱落しそうな歯など早期の抜歯が必要、急性炎症があるなど、対応に苦慮するケースは初回アセスメント利用者の何%程度で経験するか。

回答した者が75名であり、「0-20%」と回答した者が最も多く、58名(77.3%)であった。次いで「21-40%」が多く、13名(17.3%)であった。平均±標準偏差は16.85±14.911であった。

表 33 対応に苦慮するケースは初回アセスメント利用者の何%程度で経験するか

	n	%
0-20%	58	77.3
21-40%	13	17.3
41-60%	2	2.7
61-80%	1	1.3
81-100%	1	1.3
合計	75	100.0

(11) 対応に苦慮したケースについての具体例（自由記載）

① 認知症に関するもの

- 重度の認知症で抜歯が必要だが行えず
- 重度の認知症で抜歯や治療が困難であった
- 認知症により主訴が変わる
- 超高齢者のキーパーソンは高齢者、そのためキーパーソンもまた認知症気味のため、説明しても理解できないどころか、短期記憶が弱く同じ説明を何度も何日にもわたってすることとなった
- 重度の認知症でアセスメント自体が困難、および口腔清掃が困難
- 認知症により他動的な口腔清掃を受け入れるのに時間がかかった
- 認知症のため歯科治療の同意が得られない（入所しているが、他の歯科医院に通院中だという思い込みがあり、訪問診療を受け入れられない）など
- 重度の認知症で義歯を作る必要があるが患者の協力が得られなかった
- 処置が必要だが、本人は認知症で自己決定できず、家族もいなかった
- 抜歯、義歯修理・新製が必要であったが、重度の認知症で治療が困難
- 重度の認知症で開口保持が困難だった
- 認知症で本人の理解ができないため、治療やケアが困難
- 重度の認知症があり家族の協力もあられなかったため歯科治療に繋げる事が出来なかった
- 家族の了解も得ており、抜歯はなんとかできたが、日々の口腔ケア、歯科介入時の口腔ケアが困難

② 本人の問題

- 抜歯が必要であったが、意思の疎通が難しかった
- 義歯の不適合で新製を勧めたが、本人が強い拒否
- 抜歯の必要性をご本人に理解していただけない
- 治療方針が決められないとき
- 本人の同意が得られない、拒否される
- 重度の動揺歯で抜歯が必要だが本人の同意が得られない症例と家族が温存を希望する2例
- 抜歯の必要性についてご家族は了解いただけたが、ご本人が認知症で理解を得られなかった
- 義歯が全く合っておらず、ご家族の了解は得られるがご本人の拒否が強い

③ 家族関連

- 家族の同意が得られない
- 家族の依頼と患者の希望に相違があり、患者の意見を優先すると家族からクレームが来ることがある

- 治療が必要な場合でも家族の同意に時間がかかった
- 抜歯が必要だったが家族の同意が得られなかった
- 重度摂食嚥下機能障害が認められたが、家族、施設、共に、精密検査などの提案が受け入れられなかった
- 患者本人が認知症であり、家族に歯科治療の必要性を説明し了解の後、う蝕除去、残根処置、増歯を行い咬合回復を行ったが、そこまで必要ないと言われた
- ご家族への連絡が遅い

④ 全身状態に関するもの

- MRONJ への対応
- 基礎疾患が不明・血液検査などの資料が揃わない
- ターミナルで開口が困難なケース
- 有病者の抜歯
- 基礎疾患、認知症
- 高次脳機能障害の患者など
- 年齢的及び疾患による抜歯困難
- 全身状態不良な状況と多数歯抜歯が必要な事例
- BP 製剤を長期間服用中で抜歯が必要になった
- 全身状態や認知機能低下のため歯牙の自然脱落を待とうにも、誤飲や誤嚥のリスクがある場合
- 歯石の付着があり動揺歯、口臭などが著しいが家族が受診を拒否された

⑤ 口腔内の状況によるもの

- 動揺歯、残痕を含む進行したう蝕、不適合補綴物、重度歯周病、義歯不適合、咬合崩壊など。施設内での診療には限りがあり、ご家族も対応不可能なケースが多くあります。ベストな治療を実施する事は難しいです
- 義歯の使用がない場合の交差咬合による粘膜損傷対応
- 咬傷
- 残根上義歯で、多数の残根が残っている

⑥ 経済的な問題

- 金銭的な面で十分な診療ができないケースや未収入金が発生するなど金銭がらみの困難例が増えている
- 経済的な面などで家族への同意をなかなか得られないケース
- 仕方ないのですが金銭的理由によって治療を拒否されるご家族

⑦ その他

- 例と同じ
- 特になし。説明を行い、理解を得られている
- 歯科医師の抜歯回避

- 早めに歯科診療が必要であったが、歯科医師のスケジュールで待つ必要があった

7. 口腔衛生管理体制に関する技術的助言・指導を行なっている施設

設における、口腔衛生管理加算（介護報酬）について

- (1) 歯科衛生士の「入所者の口腔衛生等の管理に係る計画書」について、介護職員の実施する日常的口腔ケアの計画も立案しているか。

いいえと回答したのは46名(50.5%)で、はいと回答したのは45名(49.5%)だった。

表 35 歯科衛生士の「入所者の口腔衛生等の管理に係る計画書」について、介護職員の実施する日常的口腔ケアの計画も立案しているか

	n	%
はい	45	49.5
いいえ	46	50.5
合計	91	100.0

- (2) 口腔衛生管理体制に関する技術的助言・指導を行なっている施設では、歯科衛生士が職員として配置されているか。

最も多かったのは、いいえと回答した50名で、次いで、はい（技術的助言・指導を行っているすべての施設で配置されている）と回答した24名だった。

表 34 口腔衛生管理体制に関する技術的助言・指導を行なっている施設で歯科衛生士が職員として配置されているか

	n	%
はい（技術的助言・指導を行っているすべての施設で配置されている）	24	26.4
はい（複数の施設で技術的助言・指導を行っており、配置されていない施設もある）	17	18.7
いいえ	50	54.9
合計	91	100.0

(3) -1 口腔衛生管理体制に関する技術的助言・指導として実施している内容（複数回答）

最も多かったのは、ブラッシングの方法についてと回答した 78 名で、次いで、義歯の手入れ方法についてと回答した 77 名だった。

表 36 口腔衛生管理体制に関する技術的助言・指導として実施している内容（n=91）

	n	%
口腔内の評価方法について	52	57.1
ブラッシングの方法について	78	85.7
義歯の手入れ方法について	77	84.6
口腔ケアに必要な物品に関するアドバイス	67	73.6
口腔ケア時の注意点（リスクや事故防止の観点）	72	79.1
施設全体の口腔ケア方法に対する問題点の指摘	28	30.8
入所者の食事に関するアドバイス	48	52.7
摂食嚥下障害に対する相談	54	59.3
その他	5	5.5

(3) -2 質問(3)-1 で、「施設全体の口腔ケア方法に対する問題点の指摘」を選んだ方は、どのような内容の指摘をしたか（自由記載）

①道具について

- 歯ブラシの交換について
- 口腔乾燥に対する保湿剤、口腔ケアスポンジの使用方法について
- 義歯ケースの衛生管理方法について

②職員について

- スタッフ間の口腔ケア技術の格差について
- 口腔ケアに対する認識の低さについて

(4) 入所者の口腔衛生の管理に要する時間

1人の入所者に対する口腔衛生管理加算における1回あたりの処置時間は10分以上

20分未満と回答した人が最も多く43名で、次いで10分未満と回答した人が25名であった。

表 37 入所者の口腔衛生の管理に要する時間

		10分 未満	10分以上 20分未満	20分以上 30分 未満	30分 以上	合計
① 1人の入所者に対する 口腔衛生管理加算にお ける1回あたりの処置 時間（平均）	n	25	43	21	2	91
	%	27.5	47.3	23.1	2.1	100.0
② ①に介護職員への技術 的助言と指導や相談応 対を加えた時間	n	36	33	16	6	91
	%	39.6	36.3	17.6	6.5	100.0
③ ②に実地記録の記載や 管理などを加えた時間	n	24	27	24	16	91
	%	26.4	29.7	26.4	17.5	100.0

【考察】

本研究では、老年歯科医学会会員を対象に、令和4（2022）年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における歯科専門職による口腔管理に関する調査研究事業」で作成した介護保険施設職員等に活用していただくための教材（リーフレット、動画3本）の活用状況等に関するWebアンケート調査を実施した。

【教材について】

調査対象者は239名で、職種を回答した者（237名）のうち、歯科医師（76.4%）が最も多く、次いで歯科衛生士（20.3%）で大部分を占めた。調査対象者の勤務場所は医療機関（65.8%）が最も多く、ついで教育機関（38.4%）、介護保険施設（7.2%）であった。リーフレット「介護保険施設での「食べる」「話す」「笑顔」を支える健口づくり」についてはよかったと答えた対象者が77.4%であった。具体的には、分かりやすさ・見やすさや説明の見やすさが挙げられた。改善点については記載内容や解説についての指摘が多かった。

動画「食事と低栄養」についてはよかったと答えた対象者が81.2%であった。具体的には図・イラストや内容の分かりやすさや利用のしやすさが挙げられた。改善点については動画内のアニメーション・言葉の表現や追加した方が良い項目があるといった指摘があった。

動画「かみ合わせを維持することの重要性」についてはよかったと答えた対象者が80.3%であった。具体的には、理解しやすさ・分かりやすさ、利用のしやすさが挙げられた。改善点については動画内のアニメーション・言葉の表現や追加した方が良い項目があるといった指摘があった。

動画「お口の中を健康に保つことの意義」についてはよかったと答えた対象者が81.2%であった。具体的には分かりやすさ、利用のしやすさが挙げられた。改善点については口腔ケアの手技についての内容や追加すると良い項目があるといったことが挙げられた。

リーフレットや動画の活用については「活用した」と答えた対象者は9.2%であったが、「まだ活用していないが、今後活用したい」と答えた対象者が80.3%であり、今後活用を促していく必要性が示唆された。活用された教材はリーフレットが86.4%と、動画3本の約40～60%よりも多かったことから機器が不要な紙媒体の活用が多くなったものと思われた。活用した場面については介護保険施設におけるスタッフ教育が最も多く、作成の目的は達成されたものと考えられる。

【介護保険施設利用者に対する口腔管理について】

教材についてのアンケートに回答した者の中から、対象を歯科医師および歯科衛生士に限定し、介護保険施設利用者に対する口腔管理についてアンケートを行った。

所属機関における歯科訪問診療及び介護保険施設との関わりについては、介護保険施設を含む対象先に歯科訪問診療を行っている歯科医療機関が43.1%と最も多かった。歯科衛生士の歯科訪問診療に関して、訪問歯科衛生指導料（診療報酬）及び口腔衛生管理加算（介護報酬）の算定については、いずれも算定していないが52.2%と最も多かった。一人の患者に対する歯科専門職の介入は月1～2回が多かった。歯科専門職の介入のうち、口腔衛生管理加算（介護報酬）における介入回数は月1～2回が多かったが、月4回以上行っている施設も見られた。訪問歯科衛生指導料（診療報酬）における介入回数に関しても月1～2回が多かったが、月4回以上実施している施設も見られた。口腔衛生管理加算と訪問歯科衛生指導料における介入回数の違いに関しては、やや訪問診療歯科衛生指導料における介入が多い傾向があったが、大きな差は見られなかった。月5回以上の介入に関しては、認知症で拒否の強い利用者など対応が難しいケースに対して行われているようであった。月5回以上介入が必要と考えられるが、診療報酬・介護報酬上算定ができないことを理由に介入を控えた経験があると答えた施設は37.8%あり、必要とされる介入が十分に行われていない可能性が考えられた。

訪問歯科衛生指導料（診療報酬）を算定する日と口腔衛生管理加算（介護報酬）を算定する日の歯科衛生士による処置の内容の違いについては、患者により異なる（38.9%）、または、いいえ（34.4%）と答えた者が多く、はいと答えた者は6.9%と少なかったことから、明確な違いはないようであった。具体的な処置内容については「次の処置は、医療としての処置（訪問衛生歯科指導料の算定）と介護としての処置（口腔衛生管理加算の算定）、どちらに近と思うか。」という質問に対して機械的歯面清掃や歯石除去などは医療としての処置と答えた者が多く、保湿剤の塗布や有床義歯の清掃、患者の家族や介護者等に対する指導は医療・介護どちらにも当てはまると答えた者が多かった。介護保険施設において、運営基準に定める口腔衛生の管理に関して、口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を行っていると答えた者は71.0%と多くを占めた。

口腔のアセスメントについて実施していると答えた者が80.6%であり、アセスメントの実施が広く普及していることがわかった。アセスメントを実施している入所者の割合については0-20%が30.5%、81-100%が29.8%であり、施設によって実施の割合に差があることが示唆された。アセスメントの実施者は歯科医師（71.5%）、歯科衛生士（22.5%）が大部分を占め、看護職員（7.3%）と介護職員（3.3%）は合わせて10%程度であった。アセスメントを実施するタイミングとしては、入所時が55.0%でもっとも多く、頻度は随時行くと答えた施設が最も多かった。初回アセスメント時に多く見られる口腔内の状態として、う蝕、歯周病、義歯修理・作製、歯科専門職による専門的な口腔ケア等多岐にわたる治療が必要という回答があり、それに対して歯科治療の必要はないとの回答はわずか

1.3%で、口腔に問題を抱えた利用者に対してアセスメントが行われていることが示唆された。施設職員からアセスメントの結果に基づいた口腔に関する相談を受けている回答者は89.3%で、歯科専門職の関わりが求められていることが明らかとなった。歯科治療を必要とする利用者に対し、実際に歯科治療の介入は行われているかということに関しては、8割以上の人に行われていると回答した者が45.3%、5割以上8割未満の人に行われていると回答した者が30.7%と、概ね半数以上の人に介入が行われていることが明らかとなった。

口腔衛生管理加算（介護報酬）については、歯科衛生士の「入所者の口腔衛生等の管理に係る計画書」について、介護職員の実施する日常的口腔ケアの計画も立案していると回答した者は49.5%と約半数であった。「口腔衛生管理体制に関する技術的助言・指導を行っている施設では、歯科衛生士が職員として配置されているか」という質問に対して、はい（技術的助言・指導を行っているすべての施設で配置されている）と答えた者は26.4%、はい（複数の施設で技術的助言・指導を行っており、配置されていない施設もある）と答えた者が18.7%で、両方を合わせて半数程度であった。口腔衛生管理体制に関する技術的助言・指導として実施している内容としてはブラッシングや義歯の手入れの方法、口腔ケア時の注意点が多かった。入所者の口腔衛生管理加算における1回あたりの処置時間は10分以上20分未満と回答した者が最も多かった。

**Ⅲ 口腔衛生管理体制についての計画における
「施設職員に対する研修会」等での使用を
想定した教材等の作成とその効果の検証**

「口腔衛生管理体制整備に必要な口腔ケアの基礎知識」に関する研修会

(1) 研修会の目的

介護保険施設等での口腔衛生管理体制についての計画上必要となる「介護職員に対する研修会」において活用できる知識と実技をまとめた介護職員ならびに歯科専門職向けの教材を用いた研修を行い、教材の周知を行うとともに、教材の評価・改定に役立てる。

(2) 開催日程

1 回目 2024 年 2 月 2 日（金） 19:00～20:30

2 回目 2024 年 2 月 15 日（木） 19:00～20:30

※いずれもオンラインによる開催

(3) 研修内容

1 回目

- ① 研修会のねらい・テキストの紹介（渡邊裕）
- ② 口腔衛生管理の重要性（渡邊裕）
- ③ 要介護高齢者の口腔内の特徴（渡邊理沙）
- ④ 口腔衛生管理が必要な事例（小原由紀）
- ⑤ 口腔のアセスメントの重要性（丸岡三紗）
- ⑥ 口腔アセスメントでどうやって歯科に繋ぐか（石黒幸枝）
- ⑦ 口腔ケア用品（森下志穂）
- ⑧ 口腔ケアのテクニック 1（藤原千尋）
- ⑨ 介護保険上の施設系口腔関連サービスの概要（菅野亜紀）

2 回目

- ① 研修会のねらい・テキストの紹介（渡邊裕）
- ② 口腔衛生管理の重要性（渡邊裕）
- ③ 口腔衛生管理加算の算定について・口腔の役割と口腔緒器官（小原由紀）
- ④ 口腔衛生管理が必要な事例（小原由紀）
- ⑤ 口腔ケアのテクニック 2（藤原千尋）
- ⑥ 口腔ケア困難症例への対応（小原由紀）
- ⑦ 多職種連携（石黒幸枝）
- ⑧ 事例紹介（末永智美）

(4) 参加人数

1 回目 251 名 2 回目 183 名 合計 434 名

(5) 研修会の様子

要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

○ 要介護高齢者（N=290,平均年齢86.9±6.6歳）の調査では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であったが、そのうち、過去1年以内に歯科を受診していたのは、2.4%であった。

■ 必要性あり ■ 必要性なし

※歯科治療（義歯・入れ歯・歯周疾患・口腔乾燥・義歯）の必要性の有無を歯科医師が判定
※要介護高齢者 特定地域の在宅介護、認知症グループホーム、通所ケアセンター、介護施設、老人保健施設、特別養護老人ホームの人員、利用者など
出典：令和元年日本老年歯科医学会が771名に及び介護施設と口腔健康の関わりに関する調査結果（令和元年）

講師：佐藤 博

要介護高齢者の口腔内の特徴

口腔機能（咀嚼・嚥下のプロセス）

日本老年歯科医学会 歯科衛生士関連委員会
 歯科衛生士 渡邊 理沙

講師：渡邊 理沙

Aさんの口腔内状況

- ◆ 上は総義歯、下は部分義歯を使用
- ◆ 声をかければ自分で義歯を取り外すことはできるが、面倒なのが、外すことは少ない
- ◆ 食後も義歯をつけたまま短時間でみがき終わる
- ◆ ブクブクうがい可能ですが、声かけがなければ簡単うがいのみ
→ 口臭が顕著で、義歯を外したときのうがいは食物残渣が多量
- ◆ 介護職員による声かけや介助みがきに拒否はないが、居室での口腔ケアとなるため、毎回の介助みがきは難しい状況
- ◆ 妻が元気なころは歯科受診ができていたが、その後は通院できずに今に至る

講師：丸山 由紀

6) 痂皮上の汚染物

講師：丸山 由紀

むし歯（う蝕）や歯周疾患、口腔乾燥、義歯、口腔粘膜疾患等については、歯科医師・歯科衛生士による定期的な診断・アセスメントが必須となります。

どうやって歯科に繋ぐか

現場での日々の関わりと観察

歯科に繋がるためには

講師：石黒 幸枝

5. 口腔保湿剤

- 種類と選択のポイント
✓製品のタイプ
- 使用方法

スプレータイプ ジェルタイプ

1 手の甲に保湿剤を1回至大粒量出す。
2 指またはスポンジブラシに保湿剤をなじませるように塗る。
3 乾燥している部分に塗る。

P58~61

口腔ケアの位置付け

★声かけやコミュニケーション
★愛護的な口腔ケア

対象者がどのような方でも私たちと同じ
日常生活における**日常の行為の一つ**

テキスト p91-図1

介護保険における施設系口腔関連サービス - 口腔衛生管理 -

3 事例を通して・まとめ

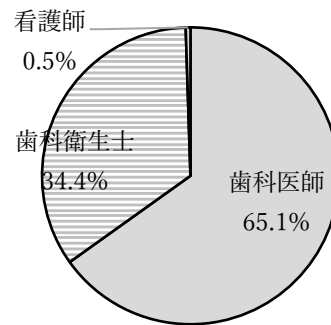
- 忙しい日常業務のなかで効果的な口腔衛生管理体制を整備するためには、各施設の実情に合った体制・アプローチ方法を検討する必要がある。
- 本事例では口腔ケア委員会を立ち上げ、日常の様子をうかがいながら歯科の専門的視点からアドバイスをすることで、効果的で継続可能な体制の構築につながった。
- 多職種で互いに相談しやすい環境を整えることは、施設全体の意識向上とともに、入所者のQOL（生活の質）の向上にも効果的であると考えられる。

(6) 参加者アンケートの結果

参加者 434 名中 195 名より回答を得た。(回答率 44.9%)

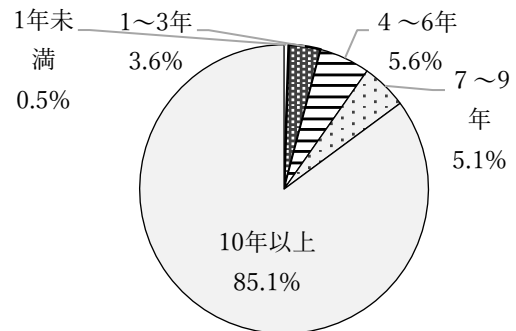
Q1 参加者の職種

参加者は、歯科医師がもっとも多く 65.1% (127 名)、次いで歯科衛生士の 34.4% (67 名) だった。



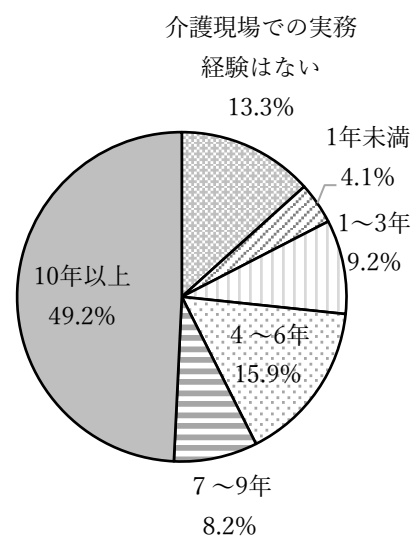
Q2 職種の実務経験年数

Q1 で回答した職種としての実務経験年数は、10 年以上が 85.1% で大多数を占めた。



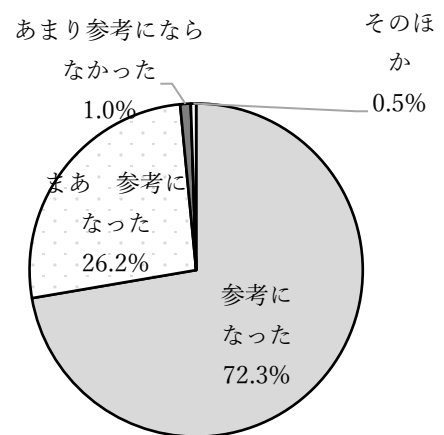
Q3 介護の現場（歯科訪問診療も含む）での実務経験年数

歯科訪問診療も含めた介護の現場での実務経験年数は、10 年以上が 49.2% (96 名) と半数近くを占めた。



Q4 研修会に対する評価

研修会の内容については、「参考になった」が72.3%と最も多く、「まあ参考になった」の26.2%も含めると98%以上の参加者から高い評価を得た。



Q5 Q4で回答した理由（自由記載・抜粋）

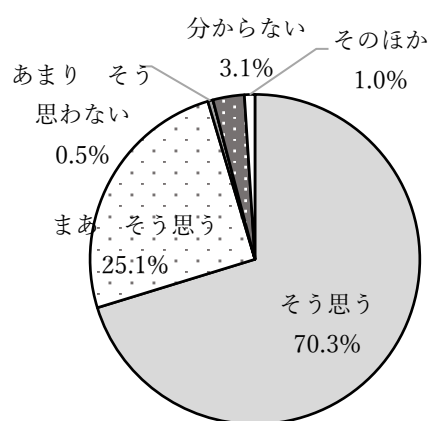
渡邊先生のお話し（歯科衛生士の介入による効果）は大変良いモチベーションになると思いました。
口腔ケアの重要性について再確認できた。
保険点数や口腔ケアについて説明が具体的だったから。
口腔ケアについて多職種へどのような説明を行えばよいか、理解できました。また、口腔ケア困難者への対応が理解できました。
口腔ケアの具体的な手技が紹介されていて、参考になりました。院内スタッフのみならず、介護施設での啓蒙に役立つ内容でした。
ケーススタディが勉強になった。
テキストとリンクする意味合いを深く理解することができました。
最新の情報を知ることができたから。
口腔衛生管理の改訂された内容について。
知っていることの確認と知らなかった情報を得ることができました。
経口摂取してない患者への対応や、片麻痺患者への口腔ケアのポイントなど解説があったため。
介護保険改定にかかる内容。施設職員への具体的な伝え方が参考になった。
介護現場以外でも参考になるお話があったため。
具体的内容を要領よく、わかりやすくご説明頂きました。
最新の研究内容なども聞いて良かった。
わかりやすかったです。
口腔ケアの意義を改めて再確認する事ができました。

拒否の強い入所者への口腔ケアの入り口になる話が聞くことができたから。
基本的な内容を改めて確認できました。スライドの見せ方やどう説明したら良いか勉強になりました。
具体的でありすぐに応用できそうです。
自分が知らなかったこと、試していなかったことがあったから。
介護者への指導方法が参考になった。
介護職員にどのように指導をしていけば良いのか参加になった。
口腔衛生管理加算については以前従事していた時の知識のままだったので、アップデートできて良かった。
口腔衛生管理加算の算定方法。
理解していない部分が多々あったので、一からの勉強ができたのと、テキストがあったので、参考になった。
即現場にて活用できる内容だと思います。
新しい情報を発信していただきありがとうございました。
解り易く詳しく教えて頂き動画が楽しみです。
事例を通じて分かりやすかったです。
テキストとセットで受講できたため。
歯科介入の効果のエビデンスを知ることができた為。
介護職員への指導方法、また現在行なっていることの確認ができました。
未完成ということでしたが、完成が楽しみです。
現場で即対応可能。
現場で役に立つ情報が多くあり、有益だったからです。研修会の内容を院内で共有したいと思います。
ケアはDr も知らないことがある、また介護保険の算定など勉強になった。
口腔衛生管理について、知識の再確認ができたため。
口腔ケアの重要性を施設と連携できるので。
対応の改善の役に立った。
具体的な口腔ケア法が詳細でわかりやすく、保険や多職種についての解説が参考になったから。
スケジュール的にタイトだったので、講演のみでは理解足りず、あとで復習して知識を補います。
事前資料に詳しい解説があったので前後に読み返す事で参考になりました。

口腔衛生管理体制についてよく理解できたから。
項目も確認程度であり、直ぐに実践できる内容が少なかった。
詳細な情報提供があり、参考になりました。
大切な事がまとめられてわかりやすかった。
経験している内容でしたがテキストということで系統立てて話されており参考になりました。
研修資料において視覚素材がありわかりやすかった。
改めて必要な知識を整理でき、今自分に何が不足しているのか確認しながら受講することが出来た。
施設に研修会をする資料を探していたから。
介護保険の改定で口腔衛生管理体制が廃止され措置期間が終了し、義務化となり益々、介護職員への口腔衛生管理等の支援が要求されると思いますので、タイトな研修内容と思います。
テキストの内容のポイントを詳しく説明していただいた。
基本的で重要な内容と介護報酬改定の基本サービスについて説明があった。
事前に頂いた資料の量が多く、事前学習が不十分だった為。

Q6 研修会で使用したテキストは介護保険施設等で活用できると思いますか

研修会で使用したテキストの評価については、「そう思う」が70.3%でもっとも多く、「まあ そう思う」の25.1%を含めると、95%以上の参加者が肯定的に評価した。



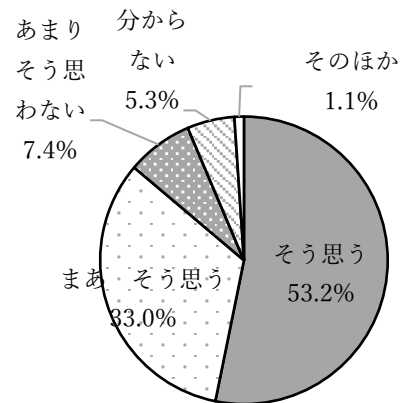
Q7 Q6 で回答した理由（自由記載・抜粋）

画像や絵が多く使用されているので、伝わりやすいと思った。

<p>一般向けであるなら、もう少し簡潔に絵を多めにした方が、良いかもしれません。</p>
<p>誰にでもわかりやすく書いてあると思う。</p>
<p>大変、丁寧な説明になっており介護職と歯科を繋げる事に必ず寄与すると思います。</p>
<p>現場での介護職の仕事内容が多忙という現状の中、口腔ケアについてまとまったものがあることは基本となるので活用されると考えます。介護職員はケア用品の管理、とくに衛生面においては衛生、不衛生の認識が大変あまいと感じております。</p>
<p>とても実用的な内容だと思いました。</p>
<p>各介護施設で今後、必ず必要になってくるので、そのベーシックなものとして。</p>
<p>実例を多くする、口腔ケアの検証効果等数値の掲載、口腔ケア評価表を入れる。</p>
<p>看護師、介護員に対する研修会するとき、参考にできるから。</p>
<p>歯科関係者以外の福祉職なども十分理解できるように、難しい表記部分はかみ砕く必要があるかと思いました。</p>
<p>私の周りには介護従事者は、口腔への関心、重要度をイマイチ分かっていらっやらない。テキストを渡すだけ、リーダー講習だけでは多くは宝の持ち腐れになりそう。</p>
<p>介護施設の職員は多忙ですのでまとまったものがあれば有効に活用できると思います。</p>
<p>ケア用品の衛生面に関してですが、介護職員と歯科医療人の衛生と不潔の認識に大きな違いがあると思われます。</p>
<p>施設の管理者ではなく、業務が増えることに反対する現場を納得させるような資料が盛り込まれているとなお使いやすいと思う。</p>
<p>介護保険施設では、介護士さんが関わるものがほとんどなので、もっと簡単な内容でも良いと思います。テキストはよくできていると思います。</p>
<p>歯科医療従事者ではなくてもわかりやすい言葉でまとめられていて、保険算定のことも解説の図がついていたりと参考にしやすいと思いました。</p>
<p>歯科医療従事者以外の方でもイラストや写真が豊富で分かりやすく、専門用語も解説がありとても良いと思ったから。</p>
<p>もう少し簡素にして頂けると多忙な職員でも閲覧しようとしてくれると思いました。</p>
<p>カンジダ症に有効な保湿剤について。粘膜清掃時の加湿と粘膜清掃後の保湿について、その必要がある患者の見極め。</p>
<p>口腔ケアの意義や実践、看取りまで、細かいところまでまとまっており有用と感じました。ただ、歯科医療従事者向けではなく施設スタッフ向けのテキストということであれば、もう少し丁寧な説明が必要な部分もあるようにも感じました。</p>

Q8 口腔アセスメントの項目は介護職員等にとって実施しやすいと思いますか

研修会で紹介した介護職等向けの口腔アセスメント項目については、53.2%が実施しやすいと回答した。



Q9 研修会の感想・口腔衛生管理体制に関する意見等（自由記載・抜粋）

定期的を開催してください。
改正に向けて、とても役に立つ研修会でした。
施設との連携では、言語聴覚士、管理栄養士が歯科に近接し大変力強いパートナーとなる職種だと思いますが、なかなか直接的な出合いや場がありません。老年歯科医学会として、その職種の方々への直接的働きかけなど何か動きはあるのでしょうか？
終末期における、とくに看取り期の歯科医師、歯科衛生士が行う口腔ケアの加算が必要と思われます。乾燥し脆弱した粘膜のケアは専門的ケアが安楽なケアに繋がると考えられます。
診療報酬（介護）の内容を今一度確認したいと思いました。
マンパワー不足である事を実感します。
改正後どうなるかチェックしたい。
介護施設勤務の歯科衛生士についても色々ご理解いただけたらと思います。
実務的な事項を分かりやすく説明があると良い。
施設では職員がやらなければならない事が多く、居宅に比べると、口腔衛生状態の改善がなかなかみられないケースが多い印象です。歯科医師、歯科衛生士の月に数回の口腔衛生管理では限界があるので、日常の口腔ケア等の指導など、介護保険施設等の職員へ実際に行った結果、口腔衛生状態が改善された症例やアプローチ、指導方法などの研修があるとよいと思います。
施設の職員の方々へお伝えする（指導する）ことに苦慮している。口腔管理への考え方や理解をもっといただくことからになっており、時間を要した結果、状況が変わらないことも多い。
今後も様々なニーズに対応した研修会をお願いいたします。

<p>終末期における看取り期に歯科医師や歯科衛生士が行う口腔ケアの加算が必要と思います。</p>
<p>介護保険施設等で、自力でうがいができてはきだせる、あるいはうがいできてはきだせるようになるまで回復する方というのは どれくらいの割合でおられるのでしょうか？ あるいは うがいもはきだすこともできない方が 口腔内の汚れの「破壊と回収」のケアの対象ということでしょうか？</p>
<p>日々忙しく接しておられる介護職・看護職の方が継続できるように連携していきたい。</p>
<p>口腔衛生管理を行う上で多職種との連携が必要となってくると思うが、日常生活の多くの介護を重視しておこなっている介護士へどう口腔衛生管理の重要性を伝えるか、実際の指導をどのように行えばよいか等に関する内容の研修会も今後行って頂けると嬉しいです。</p> <p>また、多職種へ口腔衛生管理に関する指導を行うことの算定がもっと多くあったら、歯科医療従事者にとっても、患者にとっても良いことに繋がるのではないのでしょうか。</p>
<p>口腔衛生管理体制は義務化となりますので、質問がある場合は、協力歯科医としてかわる上で歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に助言・指導する時間を訪問診療外に時間設け行うようにしている。</p>
<p>この機会に、施設において口腔ケアへの理解を進めていきたい。</p>
<p>体制加算から基本サービスになり、施設側は具体的に何をすべきなのかを知りたいです。</p>
<p>施設からも どのように実施していくか？言われているところなので参考にしたい。</p>
<p>基本サービスの様式が有ればよい。</p>
<p>大変丁寧でわかりやすく勉強になりました。ありがとうございました。</p>
<p>歯科と連携がもっとできるといいですね</p>

IV 介護保険施設における歯科専門職と 介護職員の関わりと入所者の口腔状態の 変化等についての実態調査

1. 調査について

全身と口腔の状態に関する実態調査を、愛知県及び鳥取県の介護保険施設 8 施設に入所中の要介護高齢者を対象に実施した。

2. 調査対象施設

社会福祉法人 西春日井福祉会	かもだの里
社会福祉法人 西春日井福祉会	清州の里
社会福祉法人 西春日井福祉会	あいせの里
社会福祉法人 西春日井福祉会	五条の里
社会福祉法人 西春日井福祉会	平安の里
社会福祉法人 西春日井福祉会	ペガサス春日
社会福祉法人 こうほうえん	さかい幸朋苑
社会福祉法人 こうほうえん	新さかい幸朋苑

【調査結果】

1. 基本情報

(1) 性別

対象者の男女の割合は、男性が 109 名 (21.8%)、女性は 390 名 (78.2%) だった。

表 1 男女の割合

	n	%
男性	109	21.8
女性	390	78.2
合計	499	100.0

(2) 年齢

対象者のうち、81-90 歳の者が 236 名 (47.5%) と最も多く、ついで、91-100 歳が 156 名 (31.4%)、71-80 歳が 86 名 (17.3%) だった。

表 2 10 歳刻みの年齢分布

	n	%
60 歳以下	2	0.4
61-70 歳	11	2.2
71-80 歳	86	17.3
81-90 歳	236	47.5
91-100 歳	156	31.4
101 歳以上	6	1.2
合計	497	100.0

(3) 介護度

介護度は、要介護3が207名(41.5%)と最も多く、ついで要介護4が150名(30.0%)、要介護2が139名(27.9%)だった。

表 3 介護度

	n	%
要介護1	3	0.6
要介護2	139	27.9
要介護3	207	41.5
要介護4	150	30.0
要介護5	0	0
合計	499	100.0

(4) 障害高齢者の日常生活自立度

日常生活自立度は、B2が188名(38.9%)で最も多く、次にB1が104名(21.5%)、A2が79名(16.4%)だった。

表 4 障害高齢者の日常生活自立度

	n	%
自立	3	0.6
J1	1	0.2
J2	10	2.1
A1	30	6.2
A2	79	16.4
B1	104	21.5
B2	188	38.9
C1	27	5.6
C2	41	8.5
合計	483	100.0

(5) 認知症高齢者の日常生活自立度

対象者では、Ⅲaが199名(40.0%)と最も多く、ついで、Ⅳが115名(23.1%)で、Ⅲbが78名(15.7%)だった。

表 5 認知症高齢者の日常生活自立度

	n	%
自立	6	1.2
I	17	3.4
Ⅱa	9	1.8
Ⅱb	56	11.2
Ⅲa	199	40.0
Ⅲb	78	15.7
Ⅳ	115	23.1
M	18	3.6
合計	498	100.0

(6) 歩行

歩行様式は、歩行不可の者が380名(77.0%)で、補助具ありで歩行可能なものが57名(11.5%)だった。

表 6 歩行の様式について

	n	%
補助具なしで可能	57	11.5
補助具ありで可能	57	11.5
不可	380	77.0
合計	494	100.0

(7) 入所歴

入所歴は、0-5年目が393名(85.8%)と最も多く、ついで6-10年目が51名(11.1%)、11-15年目が11名(2.4%)だった。

表 7 入所歴 5年刻み

	n	%
0-5年	393	85.8
6-10年	51	11.1
11-15年	11	2.4
16-20年	1	0.2
20年以上	2	0.5
合計	458	100.0

(8) 在宅への退所予定

在宅への退所予定は、ない者が最も多く484名(99.8%)だった。予定がある者は、1名(0.2%)だった。

表 8 在宅へ退所予定の有無

	n	%
あり	1	0.2
なし	484	99.8
合計	485	100.0

(9) 施設での看取り希望

施設での看取り希望のあるものが321名(92.2%)、ないものが27名(7.6%)だった。

表 9 施設での病院看取りの有無

	n	%
あり	321	92.2
なし	27	7.6
合計	348	100.0

(10) 入所後の入院の有無

入所後に入院の経験があるものは、150名（30.7%）、ないものは338名（69.3%）だった。

表 10 入所後の入院の有無

	n	%
あり	150	30.7
なし	338	69.3
合計	488	100.0

(11) 既往歴

既往歴は、認知症が最も多く 445 名（89.2%）だった。ついで、脳血管障害が 131 名（26.4%）、糖尿病が 75 名（15.1%）だった。

表 11 既往歴の詳細

	n	%
心筋梗塞	14	2.8
うっ血性心不全	69	13.9
末梢血管疾患	9	1.8
脳血管障害	131	26.4
片麻痺	49	9.9
認知症	445	89.2
MCI	21	4.7
軽度	96	21.6
中等度	190	42.8
重度	137	30.9
慢性肺疾患	23	4.6
膠原病	14	2.8
消化性潰瘍	31	6.2
軽度肝疾患	20	4.0
中等度-高度肝機能障害	2	0.4
糖尿病	75	15.1
三大合併症なし	60	12.1
三大合併症あり、または糖尿病性ケトアシドーシスや糖尿病性昏睡での入院歴あり	15	3.0
中等度-高度腎機能障害	4	0.8
リンパ腫	1	0.2
白血病	0	0.0
固形癌	69	13.9
過去 5 年間に明らかな転移なし	65	13.1
転移あり	4	0.8
エイズ	0	0.0
うつ	23	4.6

(12) 入所後の歯科治療

歯科治療を定期的に受けているものは5名(1.0%)、何かあったときに受診した経験がある者は220名(44.3%)、受診経験がない者は、269名(54.1%)、必要を指摘されたことがあるが希望されない、拒否がある者は3名(0.6%)であった。

表 12 歯科治療の経験

	n	%
定期的に受けている	5	1.0
何かあったときに受診した経験がある	220	44.3
受診経験なし	269	54.1
必要を指摘されたことがあるが 希望されない、拒否がある	3	0.6
合計	497	100.0

2. 加算の算定状況について

算定状況では、口腔衛生管理加算が最も算定されており、494名（99.2%）で算定されていた。次いで、栄養マネジメント加算が420名（84.3%）で算定されていた。

表 13 加算の算定状況

	算定中である		算定対象であるが実施できていない		算定対象ではない	
	n	%	n	%	n	%
口腔衛生管理加算	494	99.2	2	0.4	2	0.4
経口維持管理加算 I	83	16.7	141	28.4	273	54.9
経口維持管理加算 II	83	16.7	141	28.4	273	54.9
経口移行加算	3	0.6	0	0.0	492	99.4
栄養マネジメント加算	420	84.3	0	0.0	78	15.7
療養食加算	8	1.6	2	0.4	486	98.0
低栄養リスク改善加算	0	0.0	0	0.0	496	100.0

3. 低栄養リスク評価

(1) 身長および体重

対象者の身長は平均 148.7 ± 9.4 cm、体重は平均 44.8 ± 9.1 kg だった。

表 14 対象者の平均身長と平均体重

	平均値±標準偏差
身長 (cm)	148.7 ± 9.4
体重 (kg)	44.8 ± 9.1

(2) 過去の体重

対象者の過去の平均体重は1か月前が 44.9 ± 9.0 kg、3か月前が 45.1 ± 9.2 g、6か月前が 45.3 ± 9.0 kg であった。

表 15 対象者の過去の体重 (kg)

	平均値±標準偏差
1か月前 (n=490)	44.9 ± 9.0
3か月前 (n=472)	45.1 ± 9.2
6か月前 (n=443)	45.3 ± 9.0

(3) 血清アルブミン

対象者の血清アルブミン量は、平均 3.5 ± 0.4 g/dL であった。

表 16 血清アルブミン (g/dL) (n=448)

	平均値±標準偏差
血清アルブミン	3.5 ± 0.4

(4) 食事摂取量

対象者の食事摂取量（エネルギー摂取量）は平均 1196.0 ± 284.3 kcal/日であった。完食した場合を 100%とした場合の摂取量の平均割合は食事全体で 89.5%、主食で 91.2%、副食で 87.6%だった。

表 17 食事摂取状態

	平均値±標準偏差	
食事摂取量 (kcal/日)	1196.0±284.3	
	n	%
全体	492	89.5
主食	478	91.2
副食	478	87.6

(5) 栄養補給

栄養補給は、完全経口摂取が最も多く 468 名 (95.1%) であり、ついで、経腸栄養法が 18 名 (3.7%) であった。

表 18 栄養補給方法

	n	%
完全経口摂取	468	95.1
一部経口摂取	6	1.2
経腸栄養法	18	3.7
静脈栄養法	0	0.0
合計	492	100.0

(6) 食事の状態

加工や工夫を必要とする常食を摂取している者が最も多く 171 名 (35.6%) だった。その中で、主食は、ごはん 111 名 (64.9%)、お粥 60 名 (35.1%) だった。副食の形態では、みじん切りが 164 名 (97.6%) で最も多かった。副食で食べられる食品はハンバーグが最も多く 168 名 (100.0%) だった。

表 19 摂取食品の状態

学会分類他	嚥下食ピラミッド	スマイルケア食	n	%
嚥下訓練食 (0j)	L0 開始食・ゼリー状	0 ゼリー状	14	2.9
嚥下調整食 (1j)	L1/2 嚥下食 I・II	1 ムース状	0	0.0
嚥下調整食 (2-1)	L3 嚥下食 III	2 ペースト状	13	2.7
嚥下調整食 (2-2)	L3 嚥下食 III	2 かまなくてよい	17	3.5
嚥下調整食 (3)	L4 移行食	3 舌でつぶせる	164	34.2
嚥下調整食 (4)	L4 移行食	4 歯ぐきでつぶせる	14	2.9
柔らかい常食		5 弱い力でかめる	16	3.3
加工や工夫を必要とする常食 (弱い力でかめるものを除く)			171	35.6
主食 (n=171)				
	ごはん		111	64.9
	お粥		60	35.1
副食 (複数回答可)				
副食の形態 (n=168)				
	みじん切り		164	97.6
	一口大に刻む		148	88.1
	とろみ・あんをかける		2	1.2
	固い物は除く		2	1.2
食べられる食品 (n=168)				
	鶏のから揚げ		153	91.1
	ハンバーグ		168	100.0
	あぶら揚げ		165	98.2
	いかの刺身		14	8.3
加工や工夫を必要としない常食			71	14.8

(7) 過去3か月間の食欲不振、消化器系の問題、咀嚼・嚥下困難などによる
食事量の減少

著しい食事量の減少があったのは13名(2.6%)、中等度の食事量の減少があったのは34名(6.8%)だった。

表20 過去3か月間の食事量の減少

	n	%
著しい食事量の減少	13	2.6
中等度の食事量の減少	34	6.8
食事量の減少なし	451	90.6
合計	498	100.0

(8) 過去3か月間の精神的ストレスや急性疾患の経験

過去3か月間に精神的ストレスや急性疾患を経験したのは13名(2.6%)だった。

表21 過去3か月間の精神的ストレスや急性疾患の経験

	n	%
はい	13	2.6
いいえ	485	97.4
合計	498	100.0

4. Clinical Dementia Rating (CDR)

CDR の各項目における状況

記憶に関する項目は重度が 201 名 (40.4%) で最も多く、ついで中等度が 138 名 (27.8%) であった。

見当識に関する項目は重度が 219 名 (44.0%) で最も多く、ついで中等度 123 名 (24.7%) であった。

判断力と問題解決能力の項目は重度が 264 名 (53.0%) で最も多く、ついで中等度 105 名 (21.1%) であった。

地域社会の活動の項目は重度が 229 名 (45.9%) で最も多く、ついで中等度 199 名 (40.0%) であった。

家庭および趣味の項目は重度が 381 名 (76.5%) で最も多く、ついで中等度 54 名 (10.8%) であった。

身の回りの項目は重度が 319 名 (64.1%) で最も多く、ついで中等度 121 名 (24.3%) であった。

表 22 CDR の各項目における状況

		記憶	見当識	判断力と 問題解決 能力	地域社会 の活動	家庭 および 趣味	身の回り
なし	n	24	29	7	3	11	5
	%	4.8	5.8	1.4	0.6	2.2	1.0
疑わしい	n	65	58	50	17	24	25
	%	13.1	11.6	10.0	3.4	4.8	5.0
軽度	n	69	69	72	50	28	28
	%	13.9	13.9	14.5	10.0	5.6	5.6
中等度	n	138	123	105	199	54	121
	%	27.8	24.7	21.1	40.0	10.8	24.3
重度	n	201	219	264	229	381	319
	%	40.4	44.0	53.0	45.9	76.5	64.1
合計	n	497	498	498	498	498	498
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

5. ADL (Barthel Index)

Barthel Index の合計点数は平均 28.9±25.1 だった。

表 23 Barthel Index の詳細

		n	%
1 食事	10：自立、自助具などの装着使用可、標準的時間内に食べ終える	159	32.0
	5：部分介助 (おかずを切って細かくしてもらう等)	209	42.1
	0：全介助	129	26.0
2 車いすからベッドへの移動	15：自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む (歩行自立も含む)	87	17.5
	10：軽度の部分介助または監視を要する	154	31.0
	5：座ることは可能であるがほぼ全介助	91	18.3
	0：全介助または不可能(車椅子を使用していない場合は椅子とベッドの間の移動が安全にできるかどうかで評価)	165	33.2
3 整容	5：自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)	108	21.6
	0：部分介助または不可能	389	78.3
4 トイレ動作	10：自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む	44	8.8
	5：部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	223	44.9
	0：全介助または不可能	230	46.3
5 入浴	5：自立	8	1.6
	0：部分介助または不可能	489	98.4
6 歩行 現在の状態で 45m 移動すると想定して評価	15：45m以上の歩行、杖などの補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない	55	11.1
	10：45m以上の介助歩行可能(歩行器の使用を含む)	47	9.5
	5：歩行不能の場合、車椅子にて 45m以上の自立操作可能	105	21.1
	0：上記以外	290	58.4

7 階段昇降 現在の状態で階段を使うと 想定して評価	10：自立して（手すり、杖などの使用の有無は問 わない）1階分上り下りができる	10	2.0
	5：介助または監視を必要とする	70	14.1
	0：不能	417	83.8
8 着替え	10：自立、靴、ファスナー、装具を含む	37	7.4
	5：部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分 で行える	152	30.6
	0：上記以外	308	62.0
9 排便コントロール	10：失禁なし、浣腸、座薬の取り扱いも可能	51	10.3
	5：ときに失禁あり、浣腸、座薬の取り扱いに介 助を要する者も含む	207	41.6
	0：上記以外（しばしば失禁～常に失禁）	239	48.1
10 排尿コントロール	10：失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	40	8.0
	5：ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を 要する者も含む	198	39.8
	0：上記以外（しばしば失禁～常に失禁）	259	52.1
平均合計点±標準偏差		28.9±25.1	

6. 口腔内の状況

(1) 清掃の意志

回答した 496 名で清掃の意志は「あり」が 284 名 (57.3%) で最も多く、ついで「なし」が 181 名 (36.5%)、「拒否」が 31 名 (6.3%) であった。

表 24 清掃の意志

	n	%
あり	284	57.3
なし	181	36.5
拒否	31	6.3
合計	496	100.0

(2) 義歯の使用

回答した 497 名で義歯の使用は「持っていない」が 286 名 (57.3%) で最も多く、ついで「使用している」が 182 名 (36.6%)、「していない」が 29 名 (5.8%) であった。

表 25 義歯の使用

	n	%
使用している	182	36.6
していない	29	5.8
持っていない	286	57.3
合計	497	100.0

(2) -1 上顎の義歯の種類

回答した 194 名で上顎義歯の使用は「総義歯」が 119 名 (61.3%) で最も多く、ついで「部分義歯」が 75 名 (38.7%) であった。

表 26 上顎の義歯の種類

	n	%
総義歯	119	61.3
部分義歯	75	38.7
合計	194	100.0

(2) -2 上顎の義歯の状態（複数回答可）

回答した 194 名で上顎義歯の状態は「良好」が 145 名 (74.7%) で最も多く、ついで「ゆるい・外れやすい」が 32 名 (16.5%) で、「痛い」が 15 名 (7.7%) であった。

表 27 上顎の義歯の状態 (n=194)

	n	%
良好	145	74.7
ゆるい・外れやすい	32	16.5
痛い	15	7.7
壊れている	2	1.0

(2) -3 下顎の義歯の種類

回答した 200 名で下顎義歯の使用は「総義歯」が 120 名 (60.0%) で最も多く、ついで「部分義歯」が 80 名 (40.0%) であった。

表 28 下顎の義歯の種類

	n	%
総義歯	120	60.0
部分義歯	80	40.0
合計	200	100.0

(2) -4 下顎の義歯の状態（複数回答可）

回答した 193 名で下顎義歯の状態は「良好」が 150 名 (77.7%) で最も多く、ついで「ゆるい・外れやすい」が 35 名 (18.1%) で、「痛い」が 5 名 (2.6%) であった。

表 29 下顎の義歯の状態 (n=193)

	n	%
良好	150	77.7
ゆるい・外れやすい	35	18.1
痛い	5	2.6
壊れている	3	1.6

(3) 義歯の清掃

回答した 209 名で義歯の清掃は「良い」が 199 名 (95.0%) で最も多く、ついで「悪い」が 6 名 (3.0%)、「少し悪い」が 4 名 (2.0%) であった。

表 30 義歯の清掃状態

	n	%
良い	199	95.0
少し悪い	4	2.0
悪い	6	3.0
合計	209	100.0

(4) 言語

回答した 497 名で言語の状態は「可能」が 346 名 (69.6%) で最も多く、ついで「会話可能だが構音不良」が 84 名 (16.9%) で、「不可」が 67 名 (13.5%) であった。

表 31 言語の状態

	n	%
可能	346	69.6
会話可能だが構音不良	84	16.9
不可	67	13.5
合計	497	100.0

(5) 発声

回答した 498 名で言語の状態は「可能」が 371 名 (74.5%) で最も多く、ついで「できるが弱い」が 104 名 (20.9%) で、「不可」が 23 名 (4.6%) であった。

表 32 発声の状態

	n	%
可能	371	74.5
できるが弱い	104	20.9
不可	23	4.6
合計	498	100.0

(6) 流涎

回答した 498 名で流涎の状態は「なし」が 345 名 (69.3%) で最も多く、ついで「時々ある」が 118 名 (23.7%) で、「常時ある」が 35 名 (7.0%) あった。

表 33 流涎の状態

	n	%
なし	345	69.3
時々ある	118	23.7
常時ある	35	7.0
合計	498	100.0

(7) 口臭

回答した 498 名で口臭の状態は「なし」が 319 名 (64.1%) で最も多く、ついで「少しある」が 153 名 (30.7%) で、「かなりある」が 26 名 (5.2%) であった。

表 34 口臭の状態

	n	%
なし	319	64.1
少しある	153	30.7
かなりある	26	5.2
合計	498	100.0

(8) 開口度

回答した 499 名で開口度の状態は「3 横指」が 392 名 (78.6%) で最も多く、ついで「1~2 横指」が 97 名 (19.4%) で、「1 横指未満」が 10 名 (2.0%) であった。

表 35 開口度の状態

	n	%
3 横指	392	78.6
1~2 横指	97	19.4
1 横指未満	10	2.0
合計	499	100.0

(9) 咀嚼運動

回答した 498 名で咀嚼運動の状態は「動きがある」が 406 名 (81.5%) で最も多く、ついで「声かけにより発現」が 65 名 (13.1%) で、「ほぼ動きなし」が 27 名 (5.4%) であった。

表 36 咀嚼運動の状態

	n	%
動きがある	406	81.5
声かけにより発現	65	13.1
ほぼ動きなし	27	5.4
合計	498	100.0

(10) 舌運動

回答した 498 名で舌運動の状態は「ほぼ完全」が 342 名 (68.7%) で最も多く、ついで「動くが小範囲」が 144 名 (28.9%) で、「動かない」が 12 名 (2.4%) であった。

表 37 舌運動の状態

	n	%
ほぼ完全	342	68.7
動くが小範囲	144	28.9
動かない	12	2.4
合計	498	100.0

(11) 口腔周囲筋

回答した 495 名で口腔周囲筋の状態は「動く」が 361 名 (72.9%) で最も多く、ついで「少々困難」が 121 名 (24.4%) で、「動かない」が 13 名 (2.6%) であった。

表 38 口腔周囲筋の状態

	n	%
動く	361	72.9
少々困難	121	24.4
動かない	13	2.6
合計	495	100.0

(12) 口角の左右非対称な運動

回答した 499 名で口角の左右非対称な運動は「なし」が 420 名 (84.2%) で最も多く、
ついで「あり」が 79 名 (15.8%) であった。

表 39 口角の左右非対称な運動

	n	%
なし	420	84.2
あり	79	15.8
合計	499	100.0

(13) 嚙下 (飲み込み)

回答した 496 名で嚙下の状態は「可能」が 392 名 (79.0%) で最も多く、ついで「遅延
するが可能」が 104 名 (21.0%) であった。

表 40 嚙下の状態

	n	%
可能	392	79.0
遅延するが可能	104	21.0
合計	496	100.0

(14) むせ

回答した 498 名でむせの状態は「むせない」が 343 名 (68.9%) で最も多く、ついで
「むせる」が 155 名 (31.1%) であった。

表 41 むせの状態

	n	%
むせない	343	68.9
むせる	155	31.1
合計	498	100.0

(15) 嚙下後の声質の変化

回答した 497 名で嚙下後の声質の変化は「なし」が 431 名 (86.7%) で最も多く、ついで「あり」が 66 名 (13.3%) であった。

表 42 嚙下後の声質の変化

	n	%
なし	431	86.7
あり	66	13.3
合計	497	100.0

(16) 嚙下後の呼吸観察

回答した 496 名で嚙下後の呼吸観察では「異常なし」が 490 名 (98.8%) で最も多く、ついで「浅く速くなる」が 6 名 (1.2%) であった。

表 43 嚙下後の呼吸観察

	n	%
異常なし	490	98.8
浅く速くなる	6	1.2
合計	496	100.0

(17) ぶくぶくうがい

回答した 498 名でぶくぶくうがいでは「できる」が 275 名 (55.2%) で最も多く、ついで「できない」が 138 名 (27.7%)、「不完全だができる」が 85 名 (17.1%) であった。

表 44 ぶくぶくうがい

	n	%
できる	275	55.2
不完全だができる	85	17.1
できない	138	27.7
合計	498	100.0

(18) 口腔内残渣を出せるか

回答した 498 名で口腔内残渣を出せるかでは「概ね出せる」が 299 名 (60.0%) で最も多く、ついで「うがいができない」が 126 名 (25.3%)、「少ない～出せない」が 73 名 (14.7%) であった。

表 45 口腔内残渣の排出

	n	%
概ね出せる	299	60.0
少ない～出せない	73	14.7
うがいができない	126	25.3
合計	498	100.0

(19) 口腔内の残渣

回答した 498 名で口腔内残渣の状況では「ない」が 262 名 (52.6%) で最も多く、ついで「少量ある」が 195 名 (39.2%)、「ある」が 41 名 (8.2%) であった。

表 46 口腔内残渣の状況

	n	%
ない	262	52.6
少量ある	195	39.2
ある	41	8.2
合計	498	100.0

7. 口腔清掃の自立度

(1) 歯磨き

歯磨きの自立度は「自立」が188名(38.5%)で最も多く、ついで「全介助」が176名(36.1%)、「一部介助」が124名(25.4%)であった。歯磨きの「自立」に該当する中で、「移動して実施」が187名(99.5%)、「寝床で実施」が1名(0.5%)であった。歯磨きの「一部介助」に該当する中で、「座位を保つ」が117名(94.4%)、「座位は保てない」が7名(5.6%)であった。歯磨きの「全介助」に該当する中で、「座位、端座位をとる」が118名(67.0%)、「座位も取れない」が58名(32.9%)であった。

表 47 歯磨きの自立度

		n	%
自立	ほぼ自分で磨く	188	38.5
	移動して実施	187	99.5
	寝床で実施	1	0.5
一部介助	部分的に自分で磨く	124	25.4
	座位を保つ	117	94.4
	座位は保てない	7	5.6
全介助	自分で磨かない	176	36.1
	座位、端座位をとる	118	67.0
	座位も取れない	58	32.9
合計		488	100.0

(2) 義歯の着脱

義歯の着脱の自立度は「使っていない、持っていない」が 324 名 (65.3%) で最も多く、ついで「自分で着脱」が 125 名 (25.2%)、「自分では着脱しない」が 37 名 (7.5%)、「外せるが入れられない」が 9 名 (1.8%)、「外せないが入れられる」が 1 名 (0.2%) であった。

表 48 義歯着脱の自立度

	n	%
使っていない、持っていない	324	65.3
自分で着脱	125	25.2
外せるが入れられない	9	1.8
外せないが入れられる	1	0.2
自分では着脱しない	37	7.5
合計	496	100

(3) うがい

うがいの自立度は、「ぶくぶくうがいする」が 281 名 (56.7%)、「口に含む程度はする」が 112 名 (22.6%)、「口に含むこともできない」が 103 名 (20.8%) であった。

表 49 うがいの自立度

	n	%
ぶくぶくうがいする	281	56.7
口に含む程度はする	112	22.6
口に含むこともできない	103	20.8
合計	496	100

8. 嚥下質問紙（聖隷式）

(1) 肺炎と診断されたことはありますか？

回答した 496 名で肺炎と診断されたことはありますか？という項目は「なし」が 438 名 (88.3%) で最も多く、ついで「一度だけ」が 31 名 (6.3%)、「繰り返す」が 27 名 (5.4%) であった。

表 50 肺炎と診断されたことはありますか？

	n	%
繰り返す	27	5.4
一度だけ	31	6.3
なし	438	88.3
合計	496	100.0

(2) やせてきましたか？

回答した 498 名でやせてきましたか？という項目は「なし」が 311 名 (62.4%) で最も多く、ついで「わずかに」が 157 名 (31.5%)、「明らかに」が 30 名 (6.0%) であった。

表 51 やせてきましたか？

	n	%
明らかに	30	6.0
わずかに	157	31.5
なし	311	62.4
合計	498	100.0

(3) 物が飲み込みにくいと感じることはありますか？

回答した 497 名で物が飲み込みにくいと感じることはありますか？という項目は「なし」が 291 名 (58.6%) で最も多く、ついで「ときどき」が 152 名 (30.6%)、「しばしば」が 54 名 (10.9%) であった。

表 52 物が飲み込みにくいと感じることはありますか？

	n	%
しばしば	54	10.9
ときどき	152	30.6
なし	291	58.6
合計	497	100.0

(4) 食事にむせることはありますか？

回答した 498 名で食事にむせることはありますか？という項目は「なし」が 261 名 (52.4%) で最も多く、ついで「ときどき」が 179 名 (35.9%)、「しばしば」が 58 名 (11.6%) であった。

表 53 食事にむせることはありますか？

	n	%
しばしば	58	11.6
ときどき	179	35.9
なし	261	52.4
合計	498	100.0

(5) お茶を飲むときにむせることはありますか？

回答した 498 名でお茶を飲むときにむせることはありますか？という項目は「なし」が 260 名 (52.2%) で最も多く、ついで「ときどき」が 184 名 (36.9%)、「しばしば」が 54 名 (10.8%) であった。

表 54 お茶を飲むときにむせることはありますか？

	n	%
しばしば	54	10.8
ときどき	184	36.9
なし	260	52.2
合計	498	100.0

(6) 食事中や食後、それ以外の時にものどがゴロゴロすることがありますか？

回答した 498 名で食事中や食後、それ以外の時にものどがゴロゴロすることがありますか？という項目は「なし」が 374 名 (75.1%) で最も多く、ついで「ときどき」が 85 名 (17.1%)、「しばしば」が 39 名 (7.8%) であった。

表 55 食事中や食後、それ以外の時にものどがゴロゴロすることがありますか？

	n	%
しばしば	39	7.8
ときどき	85	17.1
なし	374	75.1
合計	498	100.0

(7) のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？

回答した 498 名でのどに食べ物が残る感じがすることがありますか？という項目は「なし」が 371 名 (74.5%) で最も多く、ついで「ときどき」が 94 名 (18.9%)、「しばしば」が 33 名 (6.6%) であった。

表 56 のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？

	n	%
しばしば	33	6.6
ときどき	94	18.9
なし	371	74.5
合計	498	100.0

(8) 食べるのが遅くなりましたか？

回答した 497 名で食べるのが遅くなりましたか？という項目は「なし」が 281 名 (56.5%) で最も多く、ついで「わずかに」が 122 名 (24.5%)、「たいへん」が 94 名 (18.9%) であった。

表 57 食べるのが遅くなりましたか？

	n	%
たいへん	94	18.9
わずかに	122	24.5
なし	281	56.5
合計	497	100.0

(9) 硬いものが食べにくくなりましたか？

回答した 497 名で硬いものが食べにくくなりましたか？という項目は「なし」が 183 名 (36.8%) で最も多く、ついで「わずかに」が 159 名 (32.0%)、「たいへん」が 155 名 (31.2%) であった。

表 58 硬いものが食べにくくなりましたか？

	n	%
たいへん	155	31.2
わずかに	159	32.0
なし	183	36.8
合計	497	100.0

(10) 口から食べ物がこぼれることがありますか？

回答した 496 名で口から食べ物がこぼれることがありますか？という項目は「なし」が 275 名 (55.4%) で最も多く、ついで「ときどき」が 136 名 (27.4%)、「しばしば」が 85 名 (17.1%) であった。

表 59 口から食べ物がこぼれることがありますか？

	n	%
しばしば	85	17.1
ときどき	136	27.4
なし	275	55.4
合計	496	100.0

(11) 口の中に食べ物が残ることがありますか？

回答した 497 名で口の中に食べ物が残ることがありますか？という項目は「なし」が 281 名 (56.5%) で最も多く、ついで「ときどき」が 157 名 (31.6%)、「しばしば」が 59 名 (11.9%) であった。

表 60 口の中に食べ物が残ることがありますか？

	n	%
しばしば	59	11.9
ときどき	157	31.6
なし	281	56.5
合計	497	100.0

(12) 食物や酸っぱいものの液が、胃からのどに戻ってくることはありませんか？

回答した 497 名で食物や酸っぱいものの液が、胃からのどに戻ってくることはありませんか？という項目は「なし」が 447 名 (89.9%) で最も多く、ついで「ときどき」が 41 名 (8.2%)、「しばしば」が 9 名 (1.8%) であった。

表 61 食物や酸っぱいものの液が、胃からのどに戻ってくることはありませんか？

	n	%
しばしば	9	1.8
ときどき	41	8.2
なし	447	89.9
合計	497	100.0

(13) 胸に食べ物が残ったり、詰まった感じがすることがありますか？

回答した 496 名で胸に食べ物が残ったり、詰まった感じがすることがあるか？という項目は「なし」が 447 名 (90.1%) で最も多く、ついで「ときどき」が 35 名 (7.1%)、「しばしば」が 14 名 (2.8%) であった。

表 62 胸に食べ物が残ったり、詰まった感じがすることがありますか？

	n	%
しばしば	14	2.8
ときどき	35	7.1
なし	447	90.1
合計	496	100.0

(14) 夜、咳で眠れなかったり、目が覚めることがありますか？

回答した 498 名で咳で眠れなかったり、目が覚めることがありますか？という項目は「なし」が 466 名(93.6%)で最も多く、ついで「ときどき」が 28 名(5.6%)、「しばしば」が 4 名(0.8%)であった。

表 63 夜、咳で眠れなかったり、目が覚めることがありますか？

	n	%
しばしば	4	0.8
ときどき	28	5.6
なし	466	93.6
合計	498	100.0

(15) 声がかすれてきましたか？

回答した 498 名で声がかすれてきましたか？という項目は「なし」が 435 名(87.3%)で最も多く、ついで「わずかに」が 58 名(11.6%)、「たいへん」が 5 名(1.0%)であった。

表 64 声がかすれてきましたか？

	n	%
たいへん	5	1.0
わずかに	58	11.6
なし	435	87.3
合計	498	100.0

9. 食欲について

(1) 食欲はありますか？

回答した 498 名で食欲はありますか？という項目は「普通」が 180 名(36.1%)で最も多く、ついで「ある」が 120 名(24.1%)、「とてもある」が 75 名(15.1%)であった。

表 65 食欲はありますか？

	n	%
ほとんどない	9	1.8
あまりない	50	10.0
普通	180	36.1
ある	120	24.1
とてもある	75	15.1
不明	64	12.9
合計	498	100.0

(2) 食事の時、どれくらい食べると満腹感を感じていますか？

回答した 498 名で食事の時、どれくらい食べると満腹感を感じていますか？という項目は「ほとんど食べて満腹」が 247 名(49.6%)で最も多く、ついで「不明」が 110 名(22.1%)、「半分ほどで満腹」が 87 名(17.5%)であった。

表 66 食事の時、どれくらい食べると満腹感を感じていますか？

	n	%
数口で満腹	7	1.4
3分の1くらいで満腹	15	3.0
半分ほどで満腹	87	17.5
ほとんど食べて満腹	247	49.6
全部食べても満腹感がない	32	6.4
不明	110	22.1
合計	498	100.0

(3) 食べ物の味をどのように感じていますか？

回答した 498 名で食べ物の味をどのように感じていますか？という項目は「普通」が 214 名 (43.0%) で最も多く、ついで「不明」が 116 名 (23.3%)、「おいしい」が 114 名 (22.9%) であった。

表 67 食べ物の味をどのように感じていますか？

	n	%
とてもまずい	0	0.0
まずい	14	2.8
普通	214	43.0
おいしい	114	22.9
とてもおいしい	40	8.0
不明	116	23.3
合計	498	100.0

(4) 普段、1日に食事を何回食べますか？

回答した 498 名で普段、1日に食事を何回食べますか？という項目は「4回以上（間食含む）」が 259 名 (52.0%) で最も多く、ついで「3回」が 223 名 (44.8%)、「不明」が 8 名 (1.6%) であった。

表 68 普段、1日に食事を何回食べますか？

	n	%
1回未満	1	0.2
1回	1	0.2
2回	6	1.2
3回	223	44.8
4回以上（間食含む）	259	52.0
不明	8	1.6
合計	498	100.0

(5) 食欲指標の合計

食欲指標の合計の平均は 12.6 ± 3.3 であった。

表 69 食欲指標合計点数の平均

	n	平均値±標準偏差
食欲合計	498	12.6 ± 3.3

10. 歯科受診について

(1) 最近1年間に歯科治療を行いましたか？

回答した499名のうち、「はい」と回答したのは148名(29.7%)、「気にならない」が351名(70.3%)であった。

表 70 最近1年間の歯科治療

	n	%
はい	148	29.7
いいえ	351	70.3
合計	499	100.0

(1) -1 最近1年間に行った歯科治療の内容（複数回答可）

最近1年間に歯科治療を行った148名の内訳は、「義歯（入れ歯治療）」が103名(70.0%)で最も多く、ついで「歯周病治療」が41名(27.7%)、「むし歯治療」が37名(25.0%)であった。

表 71 最近1年間に行った歯科治療の内訳 (n=148)

	n	%
むし歯治療	37	25.0
歯周病治療	41	27.7
義歯（入れ歯治療）	103	70.0
そのほか	25	16.9

11. 健康関連 QOL

(1) 楽しそうである（楽しそうな表情をみせる）

回答した 498 名では「週に数回」が 164 名 (32.9%) で最も多く、ついで「ほぼ毎日」が 152 名 (30.5%)、「4 週に 1 回未満」が 90 名 (18.0%) であった。

表 72 楽しそうである

	n	%
4 週に 1 回未満	90	18.1
週に 1 回～4 週に 1 回	92	18.5
週に数回	164	32.9
ほぼ毎日	152	30.5
合計	498	100.0

(2) 食事を楽しんでいる

回答した 498 名では「ほぼ毎日」が 194 名 (39.0%) で最も多く、ついで「週に数回」が 125 名 (25.1%)、「4 週に 1 回未満」が 100 名 (20.1%) であった。

表 73 食事を楽しんでいる

	n	%
4 週に 1 回未満	100	20.1
週に 1 回～4 週に 1 回	79	15.9
週に数回	125	25.1
ほぼ毎日	194	39.0
合計	498	100.0

(3) 訪問者に対して嬉しそうにする（訪問者とは、たとえば、身内や知り合いなど日常的に出会う人をさす）

回答した 498 名では「4 週に 1 回未満」が 141 名 (28.3%) で最も多く、ついで「週に 1 回～4 週に 1 回」が 121 名 (24.3%)、「週に数回」が 119 名 (23.9%) であった。

表 74 訪問者に対して嬉しそうにする

	n	%
4 週に 1 回未満	141	28.3
週に 1 回～4 週に 1 回	121	24.3
週に数回	119	23.9
ほぼ毎日	117	23.5
合計	498	100.0

(4) 周りの人が活動するのを見て楽しんでいる（活動とは、レクリエーション、運動などをさす）

回答した 498 名では「4 週に 1 回未満」が 217 名 (43.6%) で最も多く、ついで「週に 1 回～4 週に 1 回」が 99 名 (19.9%)、「週に数回」が 98 名 (19.7%) であった。

表 75 周りの人が活動するのを見て楽しんでいる

	n	%
4 週に 1 回未満	217	43.6
週に 1 回～4 週に 1 回	99	19.9
週に数回	98	19.7
ほぼ毎日	84	16.9
合計	498	100.0

(5) 自分から人に話しかける（人に積極的に話しかける）

回答した 498 名では「ほぼ毎日」が 193 名 (38.8%) で最も多く、ついで「4 週に 1 回未満」が 170 名 (34.1%)、「週に数回」が 86 名 (17.2%) であった。

表 76 自分から人に話しかける（人に積極的に話しかける）

	n	%
4 週に 1 回未満	170	34.1
週に 1 回～4 週に 1 回	49	9.8
週に数回	86	17.2
ほぼ毎日	193	38.8
合計	498	100.0

(6) 仕事やレク活動について話をする（仕事とは昔の仕事も含める。レク活動とは自分の熱中していること、もしくは周りの人が活動していることなどでもよい）

回答した 498 名では「4 週に 1 回未満」が 293 名 (58.8%) で最も多く、ついで「ほぼ毎日」が 72 名 (14.5%)、「週に数回」が 70 名 (14.1%) であった。

表 77 仕事やレク活動について話をする

	n	%
4 週に 1 回未満	293	58.8
週に 1 回～4 週に 1 回	63	12.7
週に数回	70	14.1
ほぼ毎日	72	14.5
合計	498	100.0

(7) 怒りっぽい

回答した498名では「4週に1回未満」が280名(56.2%)で最も多く、ついで「週に数回」が97名(19.5%)、「週に1回～4週に1回」が65名(13.1%)であった。

表 78 怒りっぽい

	n	%
4週に1回未満	280	56.2
週に1回～4週に1回	65	13.1
週に数回	97	19.5
ほぼ毎日	56	11.2
合計	498	100.0

(8) ものを乱暴に扱う

回答した498名では「4週に1回未満」が432名(86.7%)で最も多く、ついで「週に1回～4週に1回」が29名(5.8%)、「週に数回」が21名(4.2%)であった。

表 79 ものを乱暴に扱う

	n	%
4週に1回未満	432	86.7
週に1回～4週に1回	29	5.8
週に数回	21	4.2
ほぼ毎日	16	3.2
合計	498	100.0

(9) 大声で叫んだりする

回答した498名では「4週に1回未満」が360名(72.3%)で最も多く、ついで「週に数回」が51名(10.2%)、「ほぼ毎日」が48名(9.6%)であった。

表 80 大声で叫んだりする

	n	%
4週に1回未満	360	72.3
週に1回～4週に1回	39	7.8
週に数回	51	10.2
ほぼ毎日	48	9.6
合計	498	100.0

12. 口腔乾燥・違和感について

(1) 口の渇きが気になりますか？

調査ができた 492 名のうち、口の渇きが「気になる」と回答したのは 135 名 (27.4%)、「気にならない」が 210 名 (42.7%)、聞き取り不可が 147 名 (29.9%) であった。

表 81 口腔乾燥の有無

	n	%
気になる	135	27.4
気にならない	210	42.7
聞き取り不可	147	29.9
合計	492	100.0

(2) 口腔保湿剤を使用していますか？

調査ができた 491 名のうち、口腔保湿剤を「使用していない」と回答したのは 340 名 (69.2%)、「使用している」が 21 名 (4.2%)、不明が 130 名 (26.6%) であった。

表 82 口腔保湿剤の使用

	n	%
使用していない	340	69.2
使用している	21	4.2
不明	130	26.6
合計	491	100.0

(2) -1 使用している場合の保湿剤の種類の詳細

保湿剤を使用している 21 名の内訳は、「ジェル」が 5 名 (23.8%) で最も多く、ついで「スプレー」が 6 名 (28.6%)、「洗口液」が 0 名 (0.0%) であった。

表 83 保湿剤の内訳 (n=21)

	n	%
ジェル	5	23.8
スプレー	6	28.6
洗口液	0	0.0
回答なし	10	47.6

(3) 味を良く感じますか？

調査ができた 492 名のうち、味をよく「感じる」と回答したものは 316 名 (64.2%)、「感じない」が 19 名 (3.9%)、聞き取り不可が 157 名 (31.9%) であった。

表 84 味覚の状態

	n	%
感じる	316	64.2
感じない	19	3.9
聞き取り不可	157	31.9
合計	492	100

(3) -1 味覚不良の場合の詳細

「感じない」と回答した 19 名のうち、詳細を回答しなかった 4 名を除いた 15 名の味覚不良の内訳は「詳細不明」が 13 名 (86.7%) で最も多く、ついで「甘味」、「塩味」、「酸味」、「苦味」が 2 名 (13.3%) であった。

表 85 味覚不良の場合の内訳 (n=15)

	n	%
甘味	2	13.3
塩味	2	13.3
酸味	2	13.3
苦味	2	13.3
うま味	1	6.6
詳細不明	13	86.7

(4) 舌の痛みはありますか？

調査ができた 492 名の内訳は、舌の痛みが「ない」と回答したのが 308 名 (62.6%)、「あり」が 21 名 (4.3%)、聞き取り不可が 163 名 (33.1%) であった。

表 13 舌の痛み

	n	%
ない	308	62.6
あり	21	4.3
聞き取り不可	163	33.1
合計	492	100.0

(5) 口の中がネバネバしますか？

調査ができた 491 名の内訳は、口の中がネバネバ「しない」と回答したのが 248 名 (50.5%)、「する」が 79 名 (16.1%)、聞き取り不可が 164 名 (33.4%)であった。

表 87 口の中の湿潤度

	n	%
しない	248	50.5
ネバネバする	79	16.1
聞き取り不可	164	33.4
合計	491	100.0

13. 口腔実測調査

(1) オーラルディアドコキネシス（タ）

オーラルディアドコキネシスが実施できた 280 名の平均回数は 3.2 ± 1.3 回であった。

表 88 オーラルディアドコキネシス（タ）の回数

	n	平均値±標準偏差
オーラルディアドコキネシス 「タ」回/秒	280	3.2 ± 1.3

(2) 反復唾液嚥下テスト

反復唾液嚥下テストが実施できた 257 名のうち、218 名は 1 回以上嚥下が可能であり、1 回目の秒数の平均は 6.5 ± 6.4 秒、257 名での 30 秒間での平均嚥下回数は 2.0 ± 1.3 回であった。

表 89 反復唾液嚥下テストの結果

	n	平均値±標準偏差
RSST1 回目（秒）	218	6.5 ± 6.4
RSST30 秒での回数	257	2.0 ± 1.3

(3) 改訂水飲みテスト（水 3cc）

調査ができた 489 名のうち、改定水飲みテストを実施できなかったのは 113 名（23.1%）であった。実施できた者で最も多かったのは嚥下あり、呼吸良好、むせないが 171 名（35.0%）で、ついで、嚥下あり、呼吸良好、むせない状態に加え、追加嚥下が 30 秒以内に 2 回可能が 170 名（34.7%）であった。

表 90 改訂水飲みテストの結果

	n	%
テスト施行不可	113	23.1
嚥下なし、むせる and 呼吸切迫	1	0.2
嚥下あり、呼吸切迫（不顕性誤嚥疑い）	0	0
嚥下あり、むせる and/or 湿性嘔声	34	7.0
嚥下あり、呼吸良好、むせない	171	35.0
上記に加え、追加嚥下運動が 30 秒以内に 2 回可能	170	34.7
合計	489	100.0

(4) 口腔湿潤度（ムーカス）

口腔湿潤度の調査ができた215名のうち、3回とも施行できたのは214名であった。3回測定時の中央値の平均は 26.9 ± 3.6 であった。

表 91 口腔湿潤度（ムーカス）の結果

	n	平均値±標準偏差
1回目	215	26.6 ± 3.6
2回目	215	26.9 ± 3.7
3回目	214	26.7 ± 4.1
3回測定時の 中央値	214	26.9 ± 3.6

(5) インプラントの治療の有無

調査ができた490名のうち、インプラント治療の経験のない者が489名(99.8%)と多く、治療経験のある者は1名(0.2%)であった。

表 92 インプラント治療の有無

	n	%
ある	1	0.2
ない	489	99.8
合計	490	100.0

(6) 歯数の状態

調査ができた 491 名の歯数の状態は、現在歯数は平均 10.6 ± 9.6 本、義歯数平均は 6.4 ± 10.4 本、現在歯・インプラント・ポンティック・義歯の歯数を合計した本数である機能歯数は 17.5 ± 10.5 本であった。

表 93 歯数の状態

	n	平均値±標準偏差
現在歯数	491	10.6 ± 9.6
インプラント数	491	0.0 ± 0.1
義歯	489	6.4 ± 10.4
ポンティック数	491	0.4 ± 0.9
機能歯数	491	17.5 ± 10.5
う蝕歯数	491	0.5 ± 1.3
残根歯数	490	1.7 ± 2.8

(6) -1 咬合状態

調査ができた 479 名での咬合状態では、前歯部以外では「咬合なし」が最も多く右側大臼歯部では 253 名 (52.8%)、右側小臼歯部では 210 名 (43.8%)、左側小臼歯部では 212 名 (44.3%)、左側大臼歯部では 249 名 (52.0%) であった。「現在歯と現在歯どうし」の咬合支持が最も多く残っているのは前歯部であり、198 名 (41.3%) であった。

表 94 部位ごとの咬合状態

	右側 大臼歯部		右側 小臼歯部		前歯部		左側 小臼歯部		左側 大臼歯部	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
現在歯と 現在歯どうし	95	19.8	147	30.7	198	41.3	142	29.6	103	21.5
現在歯と義歯	40	8.4	50	10.4	51	10.6	47	9.8	35	7.3
義歯と義歯どうし	91	19.0	72	15.0	65	13.6	78	16.3	92	19.2
咬合なし	253	52.8	210	43.8	165	34.4	212	44.3	249	52.0
合計	479	100.0	479	100.0	479	100.0	479	100.0	479	100.0

(7) 舌苔付着状況

調査ができた 497 名の舌苔付着程度の結果は、Tongue coating index (TCI) の結果は $26.3 \pm 25.5\%$ 、TCI スコア合計の平均は 4.7 ± 4.6 点であった。

表 95 舌苔付着の結果

	n	平均値±標準偏差
TCI index (%)	497	26.3 ± 25.5
TCI スコア合計	497	4.7 ± 4.6

(7) -1 舌苔部位別状況

部位ごとの舌苔付着状況は、「舌乳頭が認識不可能な厚い舌苔」の割合が最も多かったのは舌根中央部に相当する「②」で、228 名 (24.3%) であった。

表 96 部位ごとの舌苔付着状況

		舌苔は認められない	舌乳頭が認識可能な薄い舌苔	舌乳頭が認識不可能な厚い舌苔	合計
①	n	227	209	67	503
	%	45.1	41.6	13.3	100.0
②	n	131	236	228	485
	%	27.0	48.7	24.3	100.0
③	n	226	197	62	485
	%	46.6	40.6	12.8	100.0
④	n	298	157	30	485
	%	61.4	32.4	6.2	100.0
⑤	n	176	221	88	485
	%	36.3	45.6	18.1	100.0
⑥	n	302	152	31	485
	%	62.3	31.3	6.4	100.0
⑦	n	380	96	9	485
	%	78.4	19.8	1.9	100.0
⑧	n	328	137	20	485
	%	67.6	28.2	4.1	100.0
⑨	n	377	97	11	485
	%	77.7	20.0	2.3	100.0

(8) 歯科治療受診必要性

調査ができた 490 名の歯科治療受診必要性の内訳は、なしが 144 名 (29.4%)、ありが 346 名 (70.6%) であった。

表 97 歯科治療受診必要性の有無

	n	%
なし	144	29.4
あり	346	70.6
合計	490	100

(8) -1 受診必要ありの詳細 (重複回答)

受診必要ありとされた 346 名の内訳では、「う蝕」が最も多く 162 名 (46.8%)、ついで「歯周炎」が 142 名 (41.0%) であった。

表 98 受診必要ありの場合の詳細 (n=346)

	n	%
う蝕	162	46.8
歯周炎	142	41.0
義歯	133	38.4
その他	52	15.0

(9) ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL 日本語版 (OHAT-J)

(9) -1 OHAT-J の項目ごとのスコア分布

調査ができた 497 名 (内容により未回答の項目あり) のスコアの分布について、「健全」が最も多かったのは「残存歯」以外の項目で、「口唇」392 名 (79.8%)、「舌」255 名 (52.0%)、「歯肉・粘膜」291 名 (59.3%)、「唾液」404 名 (82.3%)、「義歯」176 名 (61.1%)、「口腔清掃」191 名 (39.0%)、「歯痛」450 名 (94.3%) であった。

表 99 項目ごとのスコアの分布

		健全	やや不良	病的	合計
口唇	n	392	97	2	491
	%	79.8	19.8	0.4	100
舌	n	255	229	6	490
	%	52.0	46.7	1.2	100
歯肉・粘膜	n	291	166	34	491
	%	59.3	33.8	6.9	100
唾液	n	404	78	9	491
	%	82.3	15.9	1.8	100
残存歯	n	152	156	117	425
	%	35.8	36.7	27.5	100
義歯	n	176	32	80	288
	%	61.1	11.1	27.8	100
口腔清掃	n	191	184	115	490
	%	39.0	37.6	23.5	100
歯痛	n	450	26	1	477
	%	94.3	5.5	0.2	100

(9) -2 残存歯および義歯の有無

残存歯・義歯の有無の内訳は、残存歯は調査ができた471名中「無」が103名(21.9%)、「有」が368名(78.1%)、義歯は調査ができた484名中「無」が315名(65.1%)、「有」が169名(34.9%)であった。

表 100 残存歯・義歯の有無

	残存歯		義歯	
	n	%	n	%
無	103	21.9	315	65.1
有	368	78.1	169	34.9
合計	471	100	484	100

(9) -3 OHAT-Jスコアの合計点

調査ができた497名のOHATスコアの合計点の平均は、3.4 ± 2.3点であった。

表 101 OHATスコアの合計点

	n	平均値±標準偏差
OHATスコア合計	497	3.4 ± 2.3

【考察】

本調査は計 8 の介護保険施設等に入所中の要介護高齢者 499 名を対象に口腔及び栄養状態について包括的に調査を行った。

対象者の既往歴は認知症が 89.2%と非常に高い割合を占めており、その中でも重症度が中等度（42.8%）と重度（30.9%）の者を合わせて 70%を超えていた。また、脳血管障害の既往がある者が 26.4%であった。上記のことから要介護高齢者に対する歯科専門職介入のニーズが高いことが示唆された。

歯数については、対象者の現在歯数の平均は約 9 本であったが、現在歯数にインプラント、ポンティック、義歯等の補綴処置をした歯を加えた機能歯数の平均は約 17 本であり、欠損補綴はある程度なされていた。インプラントとポンティックの本数の平均は 1.0 を下回っており、義歯の本数の平均が 6.4 であったことから、補綴はほぼ義歯によって行われており、定期的な歯科医師による義歯の適合状態や咀嚼機能の診査が必要であると考えられた。しかしながら、入所後の歯科治療については定期的に受診している者が 1.0%とごくわずかで、問題があった時に受診するのみが 44.3%、約 54.1%は受診経験そのものがないと回答していた。それに対して歯科医師による歯科治療必要性の判断では、う蝕治療、歯周病治療、義歯治療等の必要性ありと判断されたものが 70.6%であった。先に述べたように対象者は認知症の進行している者が多かったことから、疼痛などの不快症状を訴えられていない可能性が考えられ、加えて介護施設職員が口腔内の問題を発見できていない可能性もある。定期的な歯科健診の実施や、介護職員でも可能なアセスメントの普及などにより、歯科治療が必要な患者の早期発見を増やしていく必要性が考えられた。

今回の調査における歯磨きの自立度に関し、自立して歯磨きができているのは 38.5%で、それ以外は一部もしくは全介助であった。加えて、オーラルディアドコキネシス（タ）の平均回数は 3.2 回/秒であり、口腔機能低下症の判定基準の 6.0 回/秒を大きく下回った。セルフケアの自立性や口腔機能が低下した要介護高齢者においては口腔衛生状態の悪化をきたす可能性が高い。そのため、口腔機能や ADL の低下を認める要介護高齢者においては、施設職員による日常的な口腔ケアに加え、感染源の除去を目的とした歯科専門職による口腔衛生管理が QOL の維持や誤嚥性肺炎の予防において重要である。対象者の中で口腔衛生管理加算を算定中である者は 99.2%であり、月 2 回以上の歯科衛生士による口腔衛生管理が普及していることが明らかになった。しかし、口腔内残渣や口臭がすこしある、またはあると回答した対象者は約半数お

り、保湿剤の使用については69.2%が使用していなかった。よって、施設職員による日常的な口腔ケアについてはまだ改善の余地があると考えられた。今後は施設職員に対して、口腔内の評価方法や口腔ケア時のポイント等の教育が必要と思われる。

今回の対象者は、食事を完全経口摂取で行っているものが95.1%で、摂取量についても全体で89.5%摂取できているとの結果であったが、血清アルブミン値は平均が3.5g/dLと低値となった。対象者の46.2%が嚥下調整食を提供されており、摂食嚥下障害を有する要介護高齢者に適切な食形態の食事を提供することは、誤嚥や窒息などの予防・低栄養防止につながると言われている。しかし、嚥下調整食は常食に比べ栄養価が低下するという側面もあり、今回の調査では血清アルブミン値と食形態の関連は明らかではないが、適切な食形態についての検討の必要性も考えられた。また、栄養マネジメント加算は算定が可能な対象者全員で算定されているが、経口維持管理加算Ⅰ・Ⅱに関しては算定対象であるが算定できていないと回答した者が算定中よりも多かったことから、このことが影響を与えていた可能性も考えられる。

研究①介護保険施設入所者における歯科衛生士の施設常勤配置と看取りの関係

本研究は、2年間の多施設縦断研究によって、介護保険施設に入所している要介護高齢者において、施設の歯科衛生士常勤配置と施設での看取りの関連を明らかにすることを目的とした。

日本の介護保険施設 29 施設の入居者 958 名を対象とし、施設在所群と退所群の群間比較を行った。さらに、施設退所群のうち、入院群と看取り群に分けて群間比較、二項ロジスティック回帰解析を行った。説明変数は、基本情報(年齢、性別、Body Mass Index (BMI))、衛生士の勤務形態、施設職員数(常勤換算)、施設入所歴、施設での看取り希望の有無、栄養摂取法、Bathel Index (BI)、Clinical Dementia Rating (CDR)、既往歴(呼吸器疾患、誤嚥性肺炎、糖尿病、腫瘍性疾患)とした。

全参加者 958 名のうち、施設在所群は 494 名(51.6%)、退所群は 464 名(48.4%)であった。これら 2 群間で比較した結果、年齢、性別、BMI、BI、施設での看取り希望の有無、栄養摂取法、CDR、衛生士の勤務形態、誤嚥性肺炎で有意差を認めた。入院群 142 名(37.3%)と看取り群(62.7%)の比較では、年齢、性別、BMI、BI、施設入所歴、施設での看取り希望の有無、衛生士の勤務形態で有意差を認めた。

二項ロジスティック回帰分析では、衛生士の勤務形態(OR: 2.376、95%CI: 1.185 から 4.766、 $p = 0.015$)、年齢(OR: 1.051、95%CI: 1.014 から 1.09、 $p = 0.007$)、施設入所歴(OR: 1.016、95%CI: 1.007 から 1.026、 $p < .001$)、施設での看取り希望(OR: 6.053、95%CI: 3.344 から 10.958、 $p < .001$)、BI(OR: 0.984、95%CI: 0.97 から 0.999、 $p = 0.036$) が施設での看取りに有意に関連していた。

今回、施設に歯科衛生士が常勤配置されていることが施設での看取りと関連していた。これは、日常的に歯科衛生士が入所者の口腔内の観察を行い、適切な口腔ケアを提供することが誤嚥性肺炎の予防につながり、入院という状況を減少させることに繋がっているためと思われる。

Figure1. 対象者分析のフローチャート

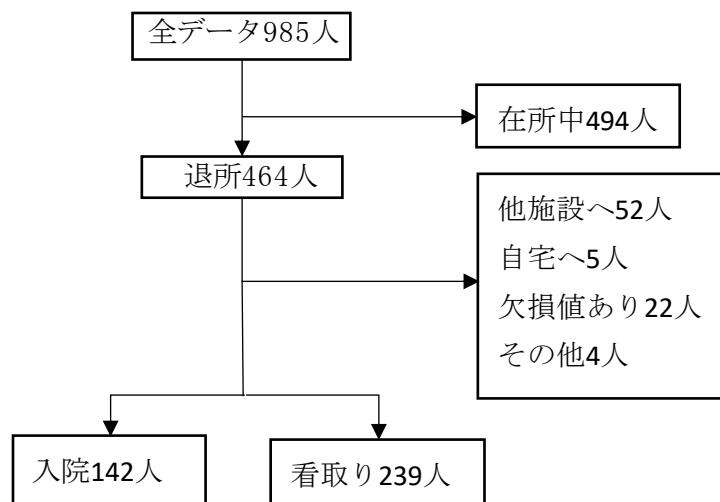


Table1. 参加者の特徴、施設退所群と在所中群の比較

	対象者全員 (n=958)	退所群 (n=464)	在所群 (n=494)	p 値
	Mean±SD n(%) Median[Q1, Q3]	Mean±SD n(%) Median[Q1, Q3]	Mean±SD n(%) Median[Q1, Q3]	
年齢(歳)	87.0[82.0, 92.0]	88[83, 94]	86[80, 91]	<.001
性別(女)	742(77.5)	342(74.3%)	400(82.6%)	0.002
BMI	20.2[18, 22.6]	19.6[17.7, 22]	20.6[18.4, 23.3]	<.001
Barthel Index	30[5, 50]	20[0, 45]	35[15, 55]	<.001
入所歴総計(月)	30[13, 45]	30[12, 45]	30[14, 45]	0.893
施設での看取り希望(あり)	296(30.9)	159(34.3%)	137(27.7%)	0.029
栄養摂取法(経腸栄養)	46(4.8)	30(6.5%)	16(3.2%)	0.02
CDR4 群				<.001
0, 0.5	93(9.7)	33(7.1%)	60(12.1%)	
1	163(17.0)	70(15.1%)	93(18.8%)	
2	234(24.4)	105(22.6%)	129(26.1%)	
3	468(48.9)	256(55.2%)	212(42.9%)	
衛生士の配置形態(常勤)	241(25.2)	132(28.4%)	109(22.1%)	0.023
施設職員数(常勤換算)	57.0[51.8, 72.9]	57.0[51.8, 75.9]	57[51.8, 72.9]	0.122
誤嚥性肺炎	93(9.7)	63(13.6%)	30(6.1%)	<.001
呼吸器疾患	103(10.8)	52(11.2%)	51(10.3%)	0.659
脳血管障害	148(15.4)	146(31.5%)	186(37.7%)	0.044
糖尿病	148(15.4)	68(14.7%)	80(16.2%)	0.51
循環器疾患	343(35.8)	181(39%)	162(32.8%)	0.045
腫瘍性疾患	107(11.2)	59(12.7%)	48(9.7%)	0.141
パーキンソン病	49(5.1)	28(6%)	21(4.3%)	0.21
神経疾患	17(1.8)	9(1.9%)	8(1.6%)	0.704
うつ病	53(5.5)	22(4.7%)	31(6.3%)	0.299
認知症	588(61.4)	304(65.5%)	284(57.5%)	0.011

Table2. 入院群と看取り群の比較

	入院群 (n=142)	看取り群 (n=239)	p 値
	Mean±SD, n (%)	Mean±SD, n (%)	
	Median [Q1, Q3]	Median [Q1, Q3]	
年齢 (歳)	87 [82, 91]	86 [80, 91]	<. 001
性別 (女)	99 (69. 7%)	190 (79. 5%)	0. 031
BMI	20 [18. 2, 22. 8]	20. 6 [18. 4, 23. 3]	0. 004
Barthel Index	25 [5, 50]	35 [15, 55]	<. 001
入所歴総計 (月)	28. 5 [12, 39]	28 [12, 43. 8]	<. 001
施設での看取り希望 (あり)	20 (14. 1%)	126 (52. 7%)	<. 001
栄養摂取法 (経腸栄養)	12 (8. 5%)	14 (5. 9%)	0. 332
CDR			0. 206
0, 0. 5	9 (6. 3%)	8 (3. 3%)	
1	25 (17. 6%)	29 (12. 1%)	
2	30 (21. 1%)	60 (25. 1%)	
3	78 (54. 9%)	142 (59. 4%)	
衛生士の配置形態 (常勤)	25 (17. 6%)	81 (33. 9%)	<. 001
施設職員数 (常勤換算)	53. 7 [52. 7, 75. 5]	59. 5 [51. 8, 75. 9]	0. 122
誤嚥性肺炎	18 (12. 7%)	30 (12. 6%)	0. 972
呼吸器疾患	18 (12. 8%)	30 (12. 7%)	0. 972
脳血管障害	40 (28. 2%)	80 (33. 5%)	0. 281
糖尿病	21 (14. 8%)	32 (13. 4%)	0. 703
循環器疾患	46 (32. 4%)	97 (40. 6%)	0. 11
腫瘍性疾患	20 (14. 1%)	27 (11. 3%)	0. 424
パーキンソン病	7 (4. 9%)	16 (6. 7%)	0. 484
神経疾患	4 (2. 8%)	4 (1. 7%)	0. 452
うつ病	6 (4. 2%)	11 (4. 6%)	0. 863
認知症	97 (68. 3%)	168 (70. 3%)	0. 684

Table3. 入院群と看取り群を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果

	OR	95% 信頼区間		有意確率
		下限	上限	
年齢	1.051	1.014	1.09	0.007
性別(女)	1.286	0.714	2.315	0.402
BMI	0.969	0.898	1.046	0.424
Barthal Index スコア	0.984	0.97	0.999	0.036
入所歴総計	1.016	1.007	1.026	<.001
看取り希望	6.053	3.344	10.958	<.001
経腸栄養	0.378	0.122	1.168	0.091
CDR				
0, 0.5				
1	1.334	0.348	5.107	0.674
2	1.264	0.354	4.513	0.718
3	0.771	0.211	2.825	0.695
衛生士常勤非常勤(常勤)	2.376	1.185	4.766	0.015
施設職員数(常勤換算)	1.007	0.99	1.025	0.419
誤嚥性肺炎	0.945	0.425	2.098	0.889
呼吸器疾患	0.670	0.319	1.407	0.290
糖尿病	1.266	0.633	2.535	0.505
腫瘍性疾患	0.682	0.326	1.430	0.311

研究②介護保険施設入所者における BMI と臼歯部咬合との関係

本研究は、日本の 30 の介護保険施設に入所中の要介護高齢者 986 名を対象とした横断研究である。

我々は介護保険施設に入所している要介護高齢者において、臼歯部咬合の喪失は低栄養と関連するとの仮説を立てた。そこで、臼歯部の咬合状態と BMI との関連を検討することを目的に、介護保険施設に入所中の要介護高齢者 986 名を対象に調査分析を行った。

介護保険施設入所者 986 名のうち、必要なデータに欠損がなかった 968 名を BMI20kg/m²未満と以上の 2 群に分類し群間比較を行い、さらに BMI20kg/m²未満と以上を従属変数として、二項ロジスティック回帰解析を行った。説明変数は、臼歯部の咬合支持数（左右の小臼歯部と第臼歯部をそれぞれ 1 か所（最大 4 か所）とし、現在歯ないし義歯を含めた補綴歯で咬合しているものを咬合支持ありとした）、基本情報（年齢、性別）、Bathel Index (BI)、Clinical Dementia Rating (CDR)、口腔衛生管理の実施、栄養摂取経路、摂食嚥下障害（聖隷式嚥下質問票）、栄養摂取法、既往歴（誤嚥性肺炎、脳血管疾患、糖尿病、呼吸器疾患、循環器疾患、腫瘍性疾患、パーキンソン病、神経疾患、うつ病）とした。

分析対象者 968 名のうち、BMI20kg/m²未満群は 478 名 (49.3%)、BMI20kg/m²以上群は 464 名 (50.6%)であった。これら 2 群間で比較した結果、BI、CDR、口腔衛生管理加算、臼歯部咬合支持数、栄養摂取経路、摂食嚥下障害、誤嚥性肺炎、循環器疾患、パーキンソン病で有意差を認めた。

二項ロジスティック回帰分析では、臼歯部咬合支持数 (OR: 0.52~0.70、95%CI: 0.28~0.50-0.96-1.00、 $p < 0.004$)、摂食嚥下障害 (OR:0.58、95%CI: 0.38-0.89、 $p = 0.01$)、パーキンソン病 (OR:2.12、95%CI: 1.09-4.11、 $p = 0.03$) が BMI20kg/m²未満の低栄養であることと有意に関連していた。

今回、臼歯部の咬合支持数の減少と BMI に関する低栄養が関連していた。臼歯部の咬合支持の喪失は、介護保険施設入所要介護高齢者の窒息事故とも関連しているとの報告がある。以上のことから、臼歯部の咬合支持の評価は口腔の健康状態の評価の重要な項目と考える。咬合支持の喪失は残存歯への過重負担や咬頭干渉など歯の喪失の原因となり、咬合支持数の減少を連鎖的に引き起こすことが知られていることから、定期的に咬合支持の評価を行い、喪失がみられた場合は速やかに歯科専門職との協議のうえ、補綴治療等で咬合支持の確立を行っていく必要がある。

Figure1. 対象者分析のフローチャート

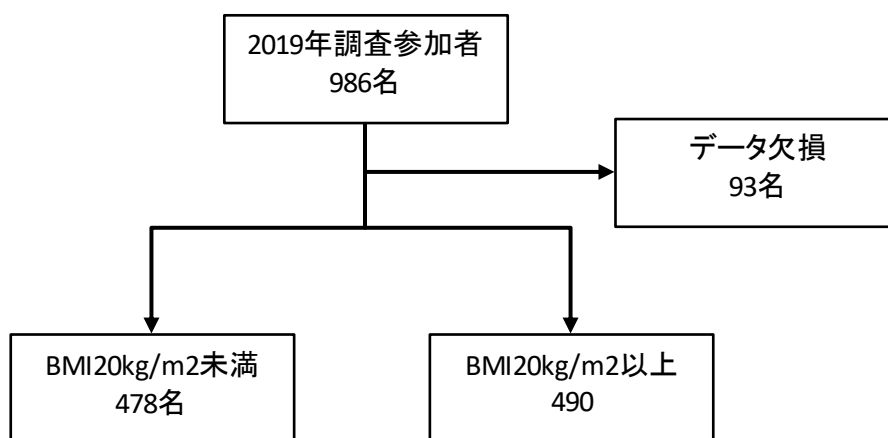


Figure2. 対象者 BMI の分布

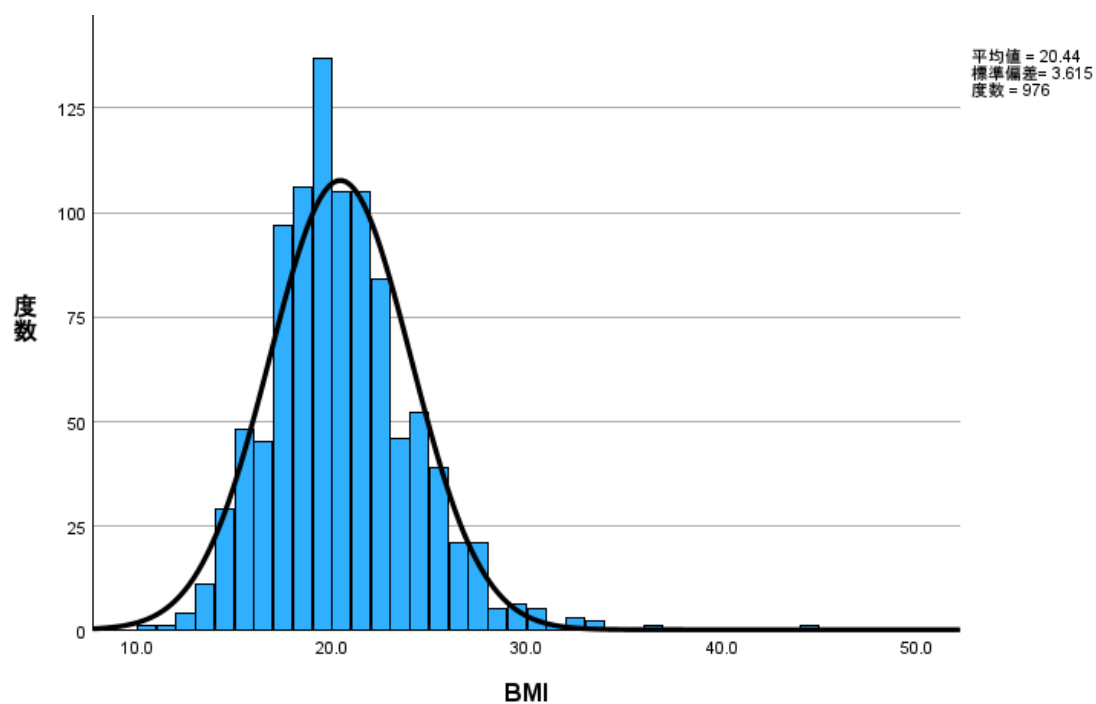


Table1. 参加者の特徴 : BMI20kg/m² 以上と 20kg/m² 未満の比較

	対象者全員 (n=958)	BMI20kg/m ² 以上 (n=453)	BMI20kg/m ² 未満 (n=440)	p 値
	Mean±SD, n(%) Median[Q1, Q3]	Mean±SD, n(%) Median[Q1, Q3]	Mean±SD, n(%) Median[Q1, Q3]	
年齢(歳)	86.8±7.93	86.6±8.16	87.0±7.69	0.49
性別(女)	719(80.5)	369(81.5)	350(79.5)	0.499
Barthel Index	30[7.5, 50]	30[10, 52.5]	25[5, 45]	<.001
CDR4 群				<.001
0, 0.5	94(10.5)	48(10.6)	46(10.5)	
1	124(13.9)	80(17.7)	44(10.0)	
2	239(26.8)	131(28.9)	108(24.5)	
3	436(48.8)	194(42.8)	242(55.0)	
口腔衛生管理加算				0.074
算定中	529(59.2)	263(58.1)	266(60.5)	
算定対象だが実施できていない	173(19.4)	80(17.7)	93(21.1)	
算定対象ではない	191(21.4)	110(24.3)	81(18.4)	
臼歯部咬合数				<.001
臼歯部咬合数(0)	297(31.9)	117(24.7)	180(39.3)	
臼歯部咬合数(1)	66(7.1)	38(8.0)	28(6.1)	
臼歯部咬合数(2)	66(7.1)	39(8.2)	27(5.9)	
臼歯部咬合数(3)	64(6.9)	35(7.4)	29(6.3)	
臼歯部咬合数(4)	438(47.0)	244(51.6)	194(42.4)	
栄養摂取法(経腸栄養)				<.001
常食	529(59.2)	330(72.8)	199(45.2)	
嚥下調整食	321(35.9)	114(25.2)	207(47.0)	
経腸栄養	43(4.8)	9(2.0)	34(7.7)	
摂食嚥下障害				<.001
嚥下障害あり	420(47.0)	172(38.0)	248(56.4)	
嚥下障害疑い	181(20.3)	119(26.3)	62(14.1)	
嚥下障害なし	292(32.7)	162(35.8)	130(29.5)	
誤嚥性肺炎	81(9.1)	24(5.3)	57(13.0)	<.001
脳血管障害	283(31.7)	143(31.6)	140(31.8)	0.943
糖尿病	129(14.4)	70(15.5)	59(13.4)	0.393
呼吸器疾患	100(11.2)	46(10.2)	54(12.3)	0.34
循環器疾患	320(35.8)	170(37.5)	150(34.1)	0.296
腫瘍性疾患	103(11.5)	50(11.0)	53(12.0)	0.676
パーキンソン病	47(5.3)	17(3.8)	30(6.8)	0.051
神経疾患	19(2.1)	8(1.8)	11(2.5)	0.493
うつ病	54(6.0)	24(5.3)	30(6.8)	0.4
認知症	622(66.7)	312(66.2)	310(67.2)	0.781

Table2. BMI20kg/m² 以上と 20kg/m² 未満を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果

	OR	95% 信頼区間		有意確率
		下限	上限	
年齢	1.00	0.99	1.02	0.67
性別(女性)	0.80	0.55	1.17	0.25
Barthal Index スコア	1.00	0.99	1.01	0.82
CDR4 群				
0, 0.5		Reference		
1	0.57	0.32	1.01	0.05
2	0.74	0.44	1.25	0.27
3	0.78	0.45	1.35	0.37
口腔衛生管理加算				
算定中		Reference		
算定対象だが実施できていない	1.02	0.70	1.49	0.90
算定対象ではない	0.85	0.59	1.22	0.37
臼歯部咬合数				
0		Reference		
1	0.55	0.30	1.00	0.05
2	0.52	0.28	0.96	0.04
3	0.53	0.29	0.98	0.04
4	0.70	0.50	0.98	0.04
食形態				
常食		Reference		
嚥下調整食	2.53	1.79	3.56	<.001
経腸栄養	4.13	1.78	9.61	<.001
嚥下障害				
嚥下障害あり		Reference		
嚥下障害疑い	1.13	0.78	1.63	0.53
嚥下障害なし	0.58	0.38	0.89	0.01
誤嚥性肺炎	1.71	0.99	2.95	0.06
脳血管障害	0.88	0.64	1.21	0.42
糖尿病	0.99	0.66	1.49	0.98
呼吸器疾患	1.03	0.66	1.63	0.89
循環器疾患	0.88	0.65	1.19	0.39

腫瘍性疾患	1.21	0.77	1.89	0.41
パーキンソン病	2.12	1.09	4.11	0.03
神経疾患	1.81	0.66	4.96	0.25
うつ病	1.15	0.63	2.10	0.65

V 資料編

資料1 口腔衛生管理体制についての計画における「施設職員に対する
研修会」等での使用を想定した教材等の作成とその効果の検証
に関するアンケート

資料2 口腔衛生管理体制の整備に必要な口腔ケアの基礎知識1 受講
者アンケート

資料3 口腔衛生管理体制の整備に必要な口腔ケアの基礎知識2 受講
者アンケート

資料4 オンライン Live 研修会 スライド

資料5 口腔衛生管理の評価と実践テキスト

資料6 口腔の健康状態の評価表

資料7 口腔・栄養検査調査票

資料8 老健事業倫理審査実施許可通知書

令和5年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
介護保険施設における歯科専門職による口腔管理に関する調査研究事業
事業報告書

発行 令和6年3月31日
一般社団法人 日本老年歯科医学会
理事長 水口 俊介

〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込TSビル
一般社団法人 口腔保健協会 内
TEL : 03-3947-8891 FAX : 03-3947-8341
