

平成 29 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

終末期を含む中重度の要介護高齢者における

歯科医療及び口腔衛生管理ニーズの実態

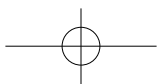
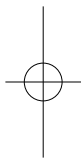
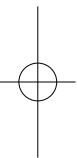
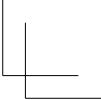
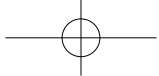
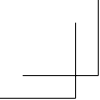
及び

歯科医師、歯科衛生士の関与のあり方に関する調査研究

事業報告書

一般社団法人 日本老年歯科医学会

平成 30 年 3 月



はじめに

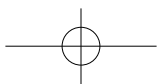
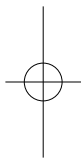
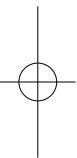
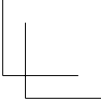
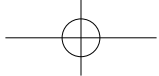
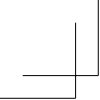
口腔衛生管理体制加算が平成 21 年度介護報酬改定で新設され 8 年が経過し、歯科専門職と連携した口腔衛生管理体制は整いつつある。しかし、施設入所者の介護度の重度化、重度認知症者の増加、摂食嚥下機能障害や低栄養とそれに伴う誤嚥性肺炎リスク者の増加は著しく、さらに現在歯数の増加、インプラントを含む補綴の複雑化、加齢や合併疾患の口腔内への悪影響など口腔管理を困難にさせる状況も進展し、より専門的な口腔衛生管理が必要となってきた。歯科専門職の関わりにより、重度の肺炎が予防され、入院まで至らず、住み慣れた施設において平穏死を迎えることができれば、医療経済的な効果だけでなく、施設入所者にとっても大変意義のあることと考える。しかしながら、限られた医療介護資源と財源の中で十分な効果を得るためには、協力歯科医療機関の役割や関与及び歯科衛生士の効果的な活用方法の実態を把握し、歯科医師及び歯科衛生士の関与がもたらす要介護高齢者への効果を検証し、介護保険サービスにおける適切な口腔衛生管理体制を明らかにする必要がある。

地域包括ケアシステムの構築を目指すなか、中重度の要介護高齢者が在宅療養を継続できなくなる一番の原因は、誤嚥性肺炎による入院である。これが要介護度の悪化を招き、在宅療養をより困難にしていく悪循環をもたらしている。口腔衛生管理が誤嚥性肺炎予防に効果的であることは周知の事実であるが、これら中重度の要介護高齢者の介護度の重症化予防、穏やかな終末期を迎えることにいかに役立っているかについては十分な根拠がないのが実情である。そこで、本事業では、①中重度の要介護高齢者に対する適切な歯科医療及び口腔衛生管理の充実を図るため、終末期に至るまでの口腔状態の変化等を含め実態を把握する。②がん終末期および緩和ケアチーム介入患者の口腔衛生管理に関する調査を行い、要介護高齢者との相違等を明らかにする中で、がん以外の終末期口腔衛生管理体制についての知見を得る。③医療機関・介護保険施設における協力歯科医療機関の歯科医師や介護保険施設の歯科衛生士の効果的な介入事例の収集・分析を行い、歯科医師や歯科衛生士の関与のあり方を提案するための調査を実施することとした。

平成 30 年 3 月 31 日

終末期を含む中重度の要介護高齢者における歯科医療及び口腔衛生管理ニーズの実態及び歯科医師、歯科衛生士の関与のあり方に関する調査研究

研究班一同



終末期を含む中重度の要介護高齢者における歯科医療及び口腔衛生管理ニーズの実態
及び歯科医師、歯科衛生士の関与のあり方に関する調査研究

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 櫻井 薫
事業担当者		
吉田 光由	広島大学大学院医歯薬保健学研究科	准教授
秋野 憲一	札幌市保健福祉局保健所 母子保健・歯科保健担当部長	
足立 融	鳥取県歯科医師会	理事
石黒 幸枝	日本歯科衛生士会	理事
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
井上 誠	新潟大学大学院医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野	教授
猪原 健	猪原歯科・リハビリテーション科	副院長
岩佐 康行	原土井病院	歯科部長
梅本 丈二	福岡大学医学部医学科歯科口腔外科学講座	講師
太田 博見	医療法人仁慈会太田歯科医院	理事長
大野 友久	国立長寿医療研究センター	室長
嶋田 勇司	聖隷三方原病院	歯科部長
貴島 真佐子	わかくさ竜間リハビリテーション病院歯科	歯科医師
阪口 英夫	陵北病院	歯科診療部長
坂本 まゆみ	高知学園短期大学医療衛生学科	講師
島田 千穂	東京都健康長寿医療センター研究所	研究副部長
高橋 賢晃	日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科	講師
高野 直久	日本歯科医師会	常務理事
梅安 秀樹	医療法人社団秀和会つがやす歯科医院	理事長
恒石 美登里	日本歯科総合研究機構	主任研究員
戸原 雄	日本歯科大学新潟生命歯学部 訪問歯科口腔ケア科	講師
西 恭宏	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科顎顔面機能再建学講座	准教授
花形 哲夫	花形歯科医院	院長
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
古屋 純一	東京医科歯科大学大学院地域・福祉口腔機能管理学分野	教授
松山 美和	徳島大学歯学部口腔保健支援学講座	教授
三宅 智	東京医科歯科大学大学院臨床腫瘍学分野	教授
森田 達也	聖隷三方原病院	副院長 緩和支援治療科 部長
山崎 裕	北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室	教授
吉川 峰加	広島大学大学院医歯薬保健学研究科	准教授
渡部 芳彦	東北福祉大学総合マネジメント学部	准教授

渡邊 裕 東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長 (50音順)

経理担当者 片桐 淳 (一財) 口腔保健協会

研究協力者

猪原 光 猪原歯科・リハビリテーション科 訪問診療部長
坂口 豊 坂口歯科医院 院長
森崎 重規 医療法人 鶴岡クリニック歯科・口腔外科 院長
本川 佳子 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
枝広あや子 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
白部 麻樹 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
村上 正治 東京都健康長寿医療センター研究所 非常勤研究員
高橋 知佳 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

研究協力 (団体)

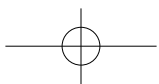
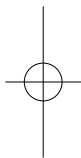
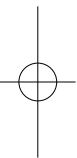
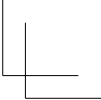
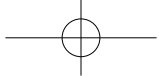
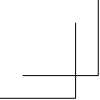
公益社団法人日本歯科医師会	社会福祉法人慧誠会
公益社団法人日本歯科衛生士会	社会福祉法人手稲ロータス会
一般社団法人鳥取県歯科医師会	社会福祉法人大友恵愛会
公益社団法人愛知県歯科衛生士会	社会福祉法人初穂会
一般社団法人秋田県歯科衛生士会	社会福祉法人東京援護協会
一般社団法人鳥取県歯科衛生士会	社会福祉法人山梨檜の会
公益財団法人慈愛会	社会福祉法人奥湯村福祉会
	社会福祉法人清長会
横手市立大森病院	社会福祉法人博医会
台東区立特別養護老人ホーム三ノ輪	社会福祉法人更生慈仁会
台東区立特別養護老人ホーム谷中	社会福祉法人仁成福祉協会
原土井病院	社会福祉法人西春日井福祉会
	社会福祉法人近江薫風会
社会医療法人小寺会	社会福祉法人六心会
医療法人社団東北福祉会	社会福祉法人慈照会
医療法人社団 健心会	社会医療法人 若弘会
医療法人慈生会	社会福祉法人こうほうえん
	社会福祉法人伯耆の国
	社会福祉法人池田博愛会
	社会福祉法人多々良福祉会
	社会福祉法人聖和会
	社会福祉法人旭生会

目 次

はじめに.....	i
調査研究組織.....	iii
 第Ⅰ部 調査研究の概要.....	1
1. 調査研究の目的.....	3
2. 調査対象・調査方法.....	4
3. 表章上の留意点.....	6
 第Ⅱ部 実態調査.....	7
第1章 調査対象施設の概況（施設入所者調査より）.....	9
1. 入所者の属性.....	9
2. 医師と看護職の勤務体制について.....	14
3. 施設の看取りの状況.....	17
4. 歯科の関わりについて.....	19
5. 退所者の看取りの状況.....	21
第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）.....	26
1. 基本属性.....	26
2. 入所歴.....	28
3. 既往歴.....	30
4. 歯科との関わりについて.....	31
5. Barthel Index.....	33
6. 低栄養リスク評価.....	37
7. 食事の状況.....	41
8. 最近3か月間の状況について.....	43
9. 口腔内の状況.....	44
10. 口腔機能の状況.....	51
11. インプラントの状況.....	53
12. 歯科治療の必要性.....	54
13. 口腔内の状況に関する主観的訴え（NRS）.....	55
14. OHAT-J.....	59
15. 各種加算の算定状況別にみた特養入所者の口腔に関する状況.....	64
16. 協力歯科医の関わり別の特養入所者の口腔に関する状況.....	73
17. 特養における開口度による口腔状況.....	88
第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）.....	92
1. 基本属性.....	92
2. 歯科との関わりについて.....	95

3.	食事の状態.....	97
4.	PPI（Palliative Prognostic Index）関連項目	98
5.	口腔内の状況.....	101
6.	口腔機能の状態.....	106
7.	インプラントの状況.....	109
8.	歯科治療の必要性.....	110
9.	口腔内の状況に関する主観的訴え（NRS）	111
10.	OHAT-J.....	114
第Ⅲ部	事例調査.....	115
第4章	質問紙調査.....	117
1.	調査概要.....	117
2.	調査結果.....	118
第5章	聞き取り調査.....	125
1.	調査の趣旨	125
2.	調査施設.....	125
3.	調査方法.....	126
4.	具体的な事例	132
第Ⅳ部	考察とまとめ.....	159
1.	実態調査より	161
2.	事例調査より	166
参考資料		169
1.	施設概況票.....	171
2.	施設入所者健診票	176
3.	がん患者健診票.....	184
4.	医療機関・介護保険施設における協力歯科医療機関の歯科医師や介護保険施設の歯科衛生士の効果的な介入に関する質問紙調査票	190

第 I 部 調査研究の概要



1. 調査研究の目的

地域包括ケアシステムの構築を目指すなか、中重度の要介護高齢者が在宅療養を継続できなくなる一番の原因は、誤嚥性肺炎による入院である。これが要介護度の悪化を招き、在宅療養をより困難にしていく悪循環をもたらしている。口腔衛生管理が誤嚥性肺炎予防に効果的であることは周知の事実であるが、これら中重度の要介護高齢者の介護度の重症化予防、穏やかな終末期を迎えることにはいかに役立っているかについては十分な根拠がないのが実情である。そこで、本事業では、次の2つの調査を実施する。

①終末期を含めた中重度の要介護高齢者に対する適切な歯科医療及び口腔衛生管理の充実を図るため、終末期に至るまでの口腔状態の変化等を含め実態を把握する

全国の日本老年歯科医学会の認定医が関与している医療機関・介護保険施設など中重度高齢者の多い25施設の入所者約1200名の口腔と全身状態に関する実態調査を行う（口腔ケア実施状況、歯科専門職の関与状況、口腔内状況、義歯の状態、摂食嚥下機能、介護度、ADL、合併疾患、服薬状況、摂食量、食形態、BMI、MNA®-SF等）。とりわけ、残根や重度歯周病による要抜去歯と、そのケア困難感との関係を明らかにするとともに、これら要抜去歯のある者の歯科治療を阻害する要因について明らかにする。

②医療機関・介護保険施設における協力歯科医療機関の歯科医師や介護保険施設の歯科衛生士の効果的な介入事例の収集・分析を行い、歯科医師や歯科衛生士の関与のあり方を提案する

日本老年歯科医学会の認定医、日本歯科衛生士会の認定歯科衛生士（老年歯科）に対して、医療機関・介護保険施設における歯科医師や歯科衛生士の効果的な介入に関する調査を実施する（質問紙による調査と効果的な介入事例の提出を求める）。特に医療機関・介護保険施設、さらには在宅において看取りに関わった事例や、地域の医療、介護資源との効果的な連携事例について好事例を収集し、先駆的な取り組みや体制が確立している地域について聞き取り調査を実施する。

以上の結果をもとに、中重度の要介護高齢者が施設や在宅で療養を続けていくために求められる口腔内環境、口腔衛生管理提供体制を提案する。

第Ⅰ部 調査研究の概要

2. 調査対象・調査方法

(1) 実態調査

1) 入所施設調査

①調査対象

日本老年歯科医学会の会員に本事業への協力を依頼し、会員が関与している介護保険施設、特定施設に対し、会員を通じて本調査への協力を依頼した。その中から本調査への協力を承諾した 40 施設を調査対象施設とした。

施設種別内訳は、介護老人福祉施設が 31 施設（77.5%）、介護老人保健施設 8 施設（20.0%）、グループホーム 1 施設（2.5%）であった。

施設の所在地は北海道 3 施設、宮城 1 施設、新潟 5 施設、千葉 1 施設、東京 3 施設、山梨 4 施設、愛知 5 施設、滋賀 2 施設、大阪 1 施設、鳥取 4 施設、広島 1 施設、徳島 2 施設、福岡 2 施設、大分 3 施設、熊本 1 施設、鹿児島 2 施設であった。

②調査方法

本調査への協力を承諾した 40 施設の入所者全員とその家族に対して、本研究の背景、目的、方法、予想される利益と不利益、研究期間、研究への参加とその撤回、収集する情報とその管理（個人情報の取り扱い）、結果の開示、費用負担、研究担当者の連絡先などを説明文書と口頭で説明し、本研究への参加の同意を文書にて取得した。

各施設の長に、施設における退所者および看取りの状況、歯科医療機関との関係等についての施設調査と、本研究事業参加同意者に関する状態調査および個別の歯科健診の許可を求め、承認を得て施設調査および歯科健診を実施した。

③調査項目

施設調査：施設入所者の状況、退所者の内訳、医師と看護職の勤務体制、施設の看取りの受け入れ状況、施設看取りを担う主要なメンバーの看取りに対する取り組み方・姿勢、本人や家族に看取りケアに関する説明や、意思確認、看取りに関する研修、看取りの振り返り、歯科との関係、協力歯科医が実施している項目、退所者個別の状況

歯科健診票：介護度、日常生活自立度、入所歴、既往歴、歯科との関わり、ADL、低栄養リスク評価、食事の状況、最近 3 カ月間の状況、歯式、口腔内状況、Oral Health Assessment Tool 日本版（OHAT-J）

2) 緩和ケア病棟調査

①調査対象

日本老年歯科医学会の会員で緩和ケア対象患者に関わっている者に協力を依頼した。その中から 5 名、5 施設の協力を得て、調査を実施した。東京都 1 施設、静岡県 2 施設、広島県 1 施設、福岡県 1 施設であった。緩和ケア病棟が 3 施設、ホスピスが 2 施設であった。

②調査方法

本調査への協力を承諾した 5 施設の入所者に対して、本研究の背景、目的、方法、予想される利益と不利益、研究期間、研究への参加とその撤回、収集する情報とその管理（個人情報の取り扱い）、結果の開示、費用負担、研究担当者の連絡先などを説明文書と口頭で説明し、本研究への参加の同意を文書にて取得し、③の項目について調査を実施した。

③調査項目

歯科健診票：全身状態、食事の状態、歯科との関わり、Palliative Prognostic Index (PPI) 緩和予後指標、Palliative Performance Scale (PPS) 緩和パフォーマンススケール、予後、歯式、口腔内状況、Oral Health Assessment Tool 日本版 (OHAT-J)

(2) 事例調査

1) 調査対象

医療機関・介護保険施設における協力歯科医療機関の歯科医師や介護保険施設の歯科衛生士の効果的な介入事例調査

- ・ 質問紙調査：本事業における実態調査を担当した、日本老年歯科医学会特任委員 35 名（歯科医師 33 名、歯科衛生士 2 名）
- ・ 聞き取り調査：
公益社団法人地域医療振興協会 地域包括ケアセンターいぶき
社会福祉法人さざなみ会特別養護老人ホームさざなみ苑

2) 調査方法

医療機関・介護保険施設における協力歯科医療機関の歯科医師や介護保険施設の歯科衛生士の効果的な介入事例調査として、本事業を実施した日本老年歯科医学会特任委員 35 名（歯科医師 33 名、歯科衛生士 2 名）の中から、実際に介護保険施設で活動をしている歯科医師 18 名に対して質問紙調査を実施、さらに、施設との関わり方に特徴を持つ特

第Ⅰ部 調査研究の概要

任委員に対して聞き取り調査を行った。

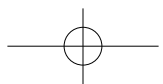
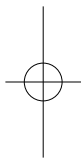
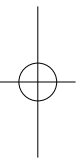
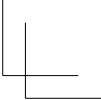
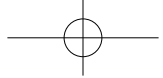
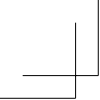
3) 調査項目

- ・ 質問紙調査：以下の項目について質問紙によるアンケートを実施
要介護４・５の高齢者の抜歯に関する考え
認知症で拒否がある高齢者に対する口腔ケアに関する考え
要介護４・５の高齢者に対する義歯治療に関する考え
終末期を迎える要介護高齢者の口腔内の状態に関する考え
終末期にある高齢者（事例）の治療方針の決定に関する考え
- ・ 聞き取り調査：効果的な取組を実施していると考えられる介護保険施設、医療機関を
対象に分担研究者による聞き取りを実施
平成２９年１１月～２月、対象調査施設の職員から資料収集及び聞き取りを行った。
協力歯科医療機関が担っている役割
口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算への対応
摂食嚥下障害を有する入所者への対応（経口維持加算、経口移行加算への対応）
看取り期における歯科医師、歯科衛生士の対応
- ・ 介護保険施設における歯科衛生士の役割 等

3. 表章上の留意点

本報告書中に示す表章、集計数値については、合計数値と内訳数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある点に留意されたい。

第Ⅱ部 実態調査



第1章 調査対象施設の概況（施設入所者調査より）

1. 入所者の属性

(1) 定員と入所者数

今回の調査対象施設の定員は平均 69.1 人、調査時点での入所者数は 65.6 人であった。

図表 1-1 居室タイプ別定員・入所者数

施設種類	施設数	平均定員数	調査時の 平均入所者数
全体	40	69.1 人	65.6 人
特養	31	72.2 人	69.2 人
老健	8	76.5 人	68.1 人
グループホーム	1	9.0 人	9.0 人

(2) 要介護度別の入所者数

入所者の要介護度別の人数割合は下記の通りであり、中重度中心であった。

図表 1-2 要介護度別入所者数

施設種類	全体		特養		老健		グループホーム	
施設数	40		31		8		1	
要介護 1	94 人	3.5%	38 人	1.8%	52 人	9.5%	4 人	44.4%
要介護 2	210 人	7.8%	106 人	4.9%	102 人	18.7%	2 人	22.2%
要介護 3	624 人	23.1%	489 人	22.8%	134 人	24.6%	1 人	11.1%
要介護 4	852 人	31.6%	709 人	33.0%	141 人	25.9%	2 人	22.2%
要介護 5	920 人	34.1%	804 人	37.5%	116 人	21.3%	0 人	0.0%
合計	2700 人	100.0%	2146 人	100.0%	545 人	100.0%	9 人	100.0%
平均要介護度	3.8		4.0		3.3		2.1	

第Ⅱ部 実態調査
第1章 調査対象施設の概況（施設入所者調査より）

（3）医療処置を要する入所者数

医療処置を要する入所者は入所者全体のうちの6.7%、胃ろうが最も多かった。施設種別でみると、老健では、医療処置を有する入所者の割合が1割を超えており、胃ろうも7.0%であった。

図表 1-3 医療処置を要する入所者数

施設種類	全体		特養		老健		グループホーム	
施設数	31		23		8		1	
胃ろう	108 人	5.2%	73 人	4.6%	35 人	7.0%	0 人	0.0%
経鼻経管栄養	34 人	1.6%	29 人	1.8%	5 人	1.0%	0 人	0.0%
痰の吸引	82 人	3.9%	44 人	2.8%	38 人	7.6%	0 人	0.0%
酸素療法	10 人	0.5%	6 人	0.4%	4 人	0.8%	0 人	0.0%
重複を除き医療処置を要する入所者の実人数	140 人	6.7%	73 人	4.6%	67 人	13.4%	0 人	0.0%
合計	2083 人	100.0%	1575 人	100.0%	499 人	100.0%	9 人	100.0%

（4）退所者の状況

調査対象施設において、平成29年4月から9月の半年間の退所者数は合計で739人であった。そのうち、施設内で死亡し退所した人が149人（20.2%）、入院し退所となった人が262人（35.5%）、死亡・入院以外の理由で退所した人は312人（42.2%）であった。

特養と老健それぞれについてみると、特養では施設内で死亡した人の割合が4割を超えており、死亡と入院以外の理由による退所は6.7%であったが、老健については施設内での死亡が6.6%、死亡と入院以外の理由による退所が64.4%であった。

図表 1-4 退所者の状況(全施設)

① 平成29年4月～平成29年9月までの 全退所者数 （①＝②＋③＋④）	739人 100.0%
→ ② ①のうち、 施設内で死亡した人数	149人 20.2%
→ ②－1 ②のうち、施設で 看取りケアを実施した人数	127人 17.2%
→ ②－2 ②のうち、死亡直前まで 減量せずに経管栄養を受けていた人数	1人 0.1%
→ ②－3 ②のうち、以前から 経管栄養 を受けていたが、看取り期に 減量や中止した人数	13人 1.8%
（②－1と2，3は、重複あり）	
→ ③ ①のうち、 入院後に退所手続きとなった人数	262人 35.5%
→ ③－1 ③のうち、 入院後3日以内に死亡した人数	12人 1.6%
→ ③－2 ③のうち、施設で看取る準備をしていたが、入院後死亡した人数	14人 1.9%
（③－1と2は、重複あり）	
→ ④ ①のうち、 死亡と入院以外の理由による退所者数	312人 42.2%

※各項目下段の構成比は、①を100%としたときの数値

第Ⅱ部 実態調査

第1章 調査対象施設の概況（施設入所者調査より）

図表 1-5 退所者の状況(特養)

① 平成29年4月～平成29年9月までの 全退所者数 （①＝②＋③＋④）	283人 100.0%
→ ② ①のうち、 施設内で死亡した人数	119人 42.0%
→ ②－1 ②のうち、施設で 看取りケアを実施した人数	100人 35.3%
→ ②－2 ②のうち、死亡直前まで 減量せずに経管栄養を受けていた人数	1人 0.1%
→ ②－3 ②のうち、以前から 経管栄養を受けていたが、看取り期に減量や中止した人数	13人 4.6%
（②－1と2，3は、重複あり）	
→ ③ ①のうち、 入院後に退所手続きとなった人数	129人 45.6%
→ ③－1 ③のうち、 入院後3日以内に死亡した人数	10人 3.5%
→ ③－2 ③のうち、施設で看取る準備をしていたが、入院後死亡した人数	14人 4.9%
（③－1と2は、重複あり）	
→ ④ ①のうち、 死亡と入院以外の理由による退所者数	19人 6.7%

※各項目下段の構成比は、①を100%としたときの数値

図表 1-6 退所者の状況(老健)

① 平成29年4月～平成29年9月までの 全退所者数 （①＝②＋③＋④）	455人 100.0%
② ①のうち、 施設内で死亡した人数	30人 6.6%
②－1 ②のうち、施設で 看取りケアを実施した人数	27人 5.9%
②－2 ②のうち、死亡直前まで 減量せずに経管栄養を受けていた人数	0人 0.0%
②－3 ②のうち、以前から 経管栄養 を受けていたが、看取り期に 減量や中止した人数	0人 0.0%
（②－1と2，3は、重複あり）	
③ ①のうち、 入院後に退所手続きとなった人数	132人 29.0%
③－1 ③のうち、 入院後3日以内に死亡した人数	2人 0.4%
③－2 ③のうち、施設で看取る準備をしていたが、入院後死亡した人数	14人 2.0%
（③－1と2は、重複あり）	
④ ①のうち、 死亡と入院以外 の理由による退所者数	293人 64.4%

※各項目下段の構成比は、①を100%としたときの数値

第Ⅱ部 実態調査

第1章 調査対象施設の概況（施設入所者調査より）

2. 医師と看護職の勤務体制について

（1）配置医師の勤務体制

1）配置医師の勤務形態

配置医師の 27.5%は常勤であった。非常勤医師の主な勤務先は、病院と診療所が概ね半々であった。

図表 1-7 配置医師の勤務体制

医師の勤務体制	n	%
常勤	12	30.0
非常勤	28	70.0
無回答	0	0.0
全体	40	100.0

非常勤の場合の所属先	n	%
協力病院	8	28.6
協力病院以外の病院	4	14.3
診療所（同一施設以外）	15	53.6
診療所（同一施設内）	0	0.0
無回答	1	3.6
非該当	12	
全体	28	100.0

2）対応可能な時間帯

対応可能な時間帯については、平日も夜間休日も対応可能が最も多かった。

図表 1-8 対応可能な時間帯

	n	%
施設内診察時のみ	4	10.0
平日・日中は対応可（電話を含む）	11	27.5
平日・日中は夜間休日も対応可（電話を含む）	25	62.5
無回答	0	0.0
全体	40	100.0

第1章 調査対象施設の概況（施設入所者調査より）

3) 看取りケアに関わる医師の人数

看取りケアに関わる医師の人数は、大半が1人で、平均1.49人あった。

図表 1-9 看取りケアに関わる医師の人数

	n	%
0人	3	7.5
1人	26	65.0
2人	4	10.0
3人以上	4	10.0
無回答	3	7.5
全体	40	100.0
平均	1.49人	

(2) 看護職の状況

1) 一般的な平日の日勤帯看護職の人数

一般的な平日の日勤帯看護職の人数は、3～4人が中心であり、平均3.67人であった。

図表 1-10 一般的な平日の日勤帯看護職の人数

	n	%
2人以下	10	25.0
3～4人	19	47.5
5人以上	11	27.5
無回答	0	0.0
全体	40	100.0
平均	3.67人	

2) 看護職が施設内にいる時間帯

看護職が施設内にいる時間帯は8時台から18時台が中心であった。

図表 1-11 看護職が施設内にいる時間帯

開始時間帯	n	%	終了時間帯	n	%
7時台	13	32.5	17時台	9	22.5
8時台	17	42.5	18時台	15	37.5
9時台	3	7.5	19時台	8	20.0
24時間対応	7	17.5	24時間対応	7	17.5
無回答	0	0.0	無回答	1	2.5
全体	40	100.0	全体	40	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第1章 調査対象施設の概況（施設入所者調査より）

3) 夜間の看護体制

夜間の看護体制については、「夜勤は介護職のみで、看護はオンコール体制」が 72.5%であった。

図表 1-12 夜間の看護体制

	n	%
夜勤または当直の看護職員がいる	7	17.5
夜勤は介護職のみで、看護はオンコール体制	29	72.5
夜間の看護体制はない	3	7.5
無回答	1	2.5
全体	40	100.0

3. 施設の看取りの状況

（1）看取りの方針

施設の看取りの方針は、「希望があれば受け入れる」が87.5%であった。

図表 1-13 施設の看取りの方針

	n	%
希望があれば受け入れる	35	87.5
原則的に病院に入院する	5	12.5
無回答	0	0.0
全体	40	100.0

（2）各職種の看取りに対する取り組み方・姿勢

各職種の看取りに対する取り組み方・姿勢については、積極的な人が多く、いずれの職種でも3分の2以上が積極的であった。

図表 1-14 各職種の看取りに対する取り組み方・姿勢

	施設長		配置医師		看護職リーダー		介護職リーダー	
	n	%	n	%	n	%	n	%
かなり積極的	20	50.0	15	37.5	22	55.0	21	52.5
やや積極的	10	25.0	12	30.0	13	32.5	11	27.5
やや消極的	6	15.0	9	22.5	2	5.0	5	12.5
かなり消極的	2	5.0	2	5.0	2	5.0	2	5.0
無回答	2	5.0	2	5.0	1	2.5	1	2.5
全体	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0

（3）看取りケアに関する説明や意思確認

1）看取りケアの説明・意思確認のタイミング

看取りケアの説明・意思確認のタイミングについては、「入所時点」と「終末期と判断した時」が7割を超えていた。

図表 1-15 見取りケアの説明・意思確認のタイミング(複数回答)

	n	%
回答施設	40	100.0
入所時点	29	72.5
ケアプラン作成（変更）時	12	30.0
状態が悪化した時	28	70.0
終末期と判断した時	31	77.5
その他	2	5.0
無回答	3	7.5

第Ⅱ部 実態調査

第1章 調査対象施設の概況（施設入所者調査より）

2) 看取りケアの説明・意思確認を中心的に行う担当者

看取りケアの説明・意思確認を中心的に行う担当者については、「看護職」が最も多く75%であった。

図表 1-16 看取りケアの説明・意思確認を中心的に行う担当者（複数回答）

	n	%
回答施設	40	100.0
施設長	7	17.5
医師	23	57.5
看護職	30	75.0
相談員	20	50.0
ケアマネジャー	20	50.0
介護職	8	20.0
その他	3	7.5
無回答	3	7.5

（4）看取りに関する研修の実施

看取りに関する研修の実施については、大半の施設が実施していたが、していない施設も15.0%あった。

図表 1-17 看取りに関する研修の実施（複数回答）

	n	%
回答施設	40	100.0
施設内研修を実施	25	62.5
外部研修に参加	21	52.5
いずれもない	6	15.0
無回答	1	2.5

（5）看取りの振り返りの実施

施設内で看取りを実施した際の振り返りについては、大半の施設が「毎回行う」であった。

図表 1-18 看取りの振り返りの実施

	n	%
全く行っていない	6	15.0
ケースを取り上げて行う	4	10.0
毎回行う	27	67.5
無回答	3	7.5
全体	40	100.0

4. 歯科の関わりについて

(1) 各種加算の算定状況

今回の協力施設における各種加算の算定状況は、下記の通りであり、最も多いのは「栄養マネジメント加算」で87.5%であった。歯科関連の加算としては、「口腔衛生管理体制加算」を算定している施設が、85.0%、入所者のうち1人でも「口腔衛生管理加算」を算定している施設は57.5%であった。

図表 1-19 各種加算の算定状況

	口腔衛生管理体制加算		口腔衛生管理加算 (1名でも)		看取り介護加算 (1名でも)	
	n	%	n	%	n	%
算定あり	34	85.0	23	57.5	16	40.0
算定なし	6	15.0	17	42.5	24	60.0
無回答	0	0.0	0	0.0	0	0.0
全体	40	100.0	40	100.0	40	100.0

	経口維持管理加算 (Ⅰ)		経口維持管理加算 (Ⅱ)		経口移行加算	
	n	%	n	%	n	%
算定中である	20	50.0	15	37.5	6	15.0
算定対象と思われる	2	5.0	3	7.5	8	20.0
算定対象ではない	16	40.0	20	50.0	23	57.5
無回答	2	5.0	2	5.0	3	7.5
全体	40	100.0	40	100.0	40	100.0

	栄養マネジメント加算		療養食加算	
	n	%	n	%
算定中である	35	87.5	27	67.5
算定対象と思われる	1	2.5	0	0.0
算定対象ではない	4	10.0	12	30.0
無回答	0	0.0	1	2.5
全体	40	100.0	40	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第1章 調査対象施設の概況（施設入所者調査より）

（2）協力歯科医のかかわり

各施設の協力歯科医が実施している項目としては、「歯科訪問診療」が最も多く 95.0%、
ついで「口腔衛生管理体制加算への助言」が 47.5%であった。口腔衛生管理体制加算算
定中の 34 施設中「口腔衛生管理体制加算への助言」が実施されていると回答した施設は
55.9%であった。

図表 1-20 協力歯科医が実施している項目（複数回答）

	n	%
回答施設	40	100.0
歯科訪問診療	38	95.0
歯科健診	18	45.0
入所者の食事等のカンファレンスへの参加	6	15.0
摂食嚥下に対する支援	15	37.5
口腔衛生管理体制加算への助言	19	47.5
その他	5	12.5
何ものなし	0	0.0
無回答	0	0.0

5. 退所者の看取りの状況

(1) 退所者の属性

平成29年4月から9月の半年間での個別退所者の属性を見ると、女性が66.6%で、死亡時の平均年齢は89.13歳、退所理由としては「入院後の長期入院」が最も多かった。

施設種別でみると、特養は施設内での死亡が4割を超えていた。

図表 1-21 退所者の性別

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
男	196	33.4	74	28.1	121	37.6
女	390	66.6	189	71.9	201	62.4
無回答	0	0.0	0	0.0	0	0.0
全体	586	100.0	263	100.0	322	100.0

図表 1-22 退所者の死亡時の年齢

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
80歳未満	23	3.9	19	7.2	4	1.2
80歳代	82	14.0	65	24.7	17	5.3
90歳代	107	18.3	97	36.9	10	3.1
それ以上	13	2.2	13	4.9	0	0.0
無回答	361	61.6	69	26.2	291	90.4
全体	586	100.0	263	100.0	322	100.0
平均	89.13		89.59		86.26	

図表 1-23 退所者の退所理由

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
施設内死亡	144	24.6	114	43.3	30	9.3
入院後退所手続	251	42.8	133	50.6	117	36.3
a入院3日以内死亡	19	3.2	15	2.6	4	0.7
b長期入院	197	33.6	117	20.0	79	13.5
その他	191	32.6	16	6.1	175	54.3
無回答	0	0.0	0	0.0	0	0.0
全体	586	100.0	263	100.0	322	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第1章 調査対象施設の概況（施設入所者調査より）

（2）看取り期／入院直前の状況

1）栄養摂取方法

①看取り期に入る前の栄養摂取の方法

看取り期に入る前の栄養摂取の方法については、「経口摂取」が最も多く 35.5%であった。施設種別にみると、特養では、経口摂取が6割を超えていた。

なお、老健では、看取り期に入る前に退所する人が多いため、無回答が多かった。

図表 1-24 看取り期に入る前の栄養摂取の方法(複数回答)

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
回答施設	586	100.0	263	100.0	322	100.0
経口摂取	208	35.5	176	66.9	32	9.9
胃ろう	13	2.2	12	4.6	1	0.3
経鼻経管栄養	9	1.5	9	3.4	0	0.0
中心静脈栄養	2	0.3	2	0.8	0	0.0
末梢点滴	31	5.3	21	8.0	10	3.1
無回答	339	57.8	56	21.3	282	87.6

②退所（死亡）直前の栄養摂取の方法

退所（死亡）直前の栄養摂取の方法については、「経口摂取」が最も多く 36.2%であった。施設種別にみると、特養では、経口摂取が6割を超えていた。

図表 1-25 退所(死亡)直前の栄養摂取の方法(複数回答)

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
回答施設	586	100.0	263	100.0	322	100.0
経口摂取（取れない場合も含む）	212	36.2	182	69.2	30	9.3
経管栄養（減量）	13	2.2	13	4.9	0	0.0
経管栄養（減量せず）	9	1.5	7	2.7	2	0.6
末梢点滴	57	9.7	34	12.9	23	7.1
無回答	306	52.2	37	14.1	268	83.2

2) 看取り期／入院直前に実施した医療処置

看取り期／入院直前に実施した医療処置については、「痰の吸引」と「点滴」が2割であった。特養についてみると、「痰の吸引」は35.4%、「点滴」は24.7%となっていた。

図表 1-26 看取り期／入院直前に実施した医療処置(複数回答)

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
痰の吸引	107	18.3	93	35.4	14	4.3
酸素療法	66	11.3	44	16.7	22	6.8
褥瘡のケア	10	1.7	7	2.7	3	0.9
点滴	103	17.6	65	24.7	38	11.8
該当なし	110	18.8	102	38.8	8	2.5
無回答	296	50.5	26	9.9	269	83.5
全体	586	100.0	263	100.0	322	100.0

3) 看取り期／入院直前のケア

看取り期／入院直前のケアとして最も多く行われていたのは「口腔ケア」であり、46.6%であった。特養についてみると、8割が実施されていた。

図表 1-27 看取り期／入院直前のケア(複数回答)

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
食事介助	227	38.7	196	74.5	31	9.6
入浴介助	241	41.1	191	72.6	50	15.5
口腔ケア	273	46.6	222	84.4	51	15.8
トイレ介助	81	13.8	68	25.9	13	4.0
オムツ交換	247	42.2	208	79.1	39	12.1
マッサージ	36	6.1	32	12.2	4	1.2
無回答	290	49.5	20	7.6	269	83.5
全体	586	100.0	263	100.0	322	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第1章 調査対象施設の概況（施設入所者調査より）

4) 看取り期／入院直前に出現した症状

看取り期／入院直前に出現した症状で最も多かったのは「発熱」で 29.2%であった。
特養では、5 割弱に見られたほか、口腔内乾燥が 3 割となっていた。

図表 1-28 看取り期／入院直前に出現した症状(複数回答)

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
むくみ	76	13.0	71	27.0	5	1.6
痰の増加	88	15.0	75	28.5	13	4.0
発熱	171	29.2	129	49.0	42	13.0
褥瘡	8	1.4	7	2.7	1	0.3
口腔内乾燥	90	15.4	80	30.4	10	3.1
呼吸苦	103	17.6	76	28.9	27	8.4
上記いずれも無	51	8.7	48	18.3	3	0.9
無回答	300	51.2	30	11.4	269	83.5
全体	586	100.0	263	100.0	322	100.0

5) 看取りケア方針を説明・確認した職員

看取りケア方針を説明・確認した職員については、主に「看護職」であり、26.1%であった。特養については、「看護職」が 56.7%、相談員が 43.4%となっていた。

図表 1-29 取りケア方針を説明・確認した職員(複数回答)

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
施設長	52	8.9	28	10.6	24	7.5
医師	106	18.1	94	35.7	12	3.7
看護職	153	26.1	149	56.7	4	1.2
相談員	119	20.3	114	43.3	5	1.6
ケアマネジャー	61	10.4	56	21.3	5	1.6
介護職	42	7.2	39	14.8	3	0.9
説明していない	70	11.9	19	7.2	51	15.8
無回答	305	52.0	62	23.6	242	75.2
全体	586	100.0	263	100.0	322	100.0

6) 看取りケア方針を説明・確認した時期

看取りケア方針を説明・確認した時期は、「状態が悪化した時」が最も多く 27.1%であった。

図表 1-30 看取りケア方針を説明・確認した時期(複数回答)

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
回答施設	586	100.0	263	100.0	322	100.0
入所時点	136	23.2	135	51.3	1	0.3
ケアプラン作成（変更）時	47	8.0	40	15.2	7	2.2
状態が悪化した時	159	27.1	136	51.7	23	7.1
終末期と判断した時	125	21.3	112	42.6	13	4.0
説明していない	70	11.9	19	7.2	51	15.8
無回答	293	50.0	50	19.0	242	75.2

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

グループホームは1施設のみであったことから、以降は特養と老健のみ集計し比較を行った。

1. 基本属性

1) 性・年齢

今回調査をした施設入所者は、76.8%が女性で、平均年齢は86.51歳であった。
施設種別にみると、特養のほうが若干平均年齢が高かった。

図表 2-1 施設入所者の性別

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
男	375	21.3	295	20.2	74	26.8
女	1353	76.8	1130	77.5	202	73.2
無回答	34	1.9	34	2.3	0	0.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

図表 2-2 施設入所者の年齢

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
80歳未満	295	16.7	233	16.0	61	22.1
80歳代	759	43.1	626	42.9	118	42.8
90歳代	619	35.1	519	35.6	90	32.6
それ以上	54	3.1	46	3.2	7	2.5
無回答	35	2.0	35	2.4	0	0.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0
平均	86.51歳		86.74歳		85.23歳	

2) 要介護度

要介護度は、「要介護度5」が最も多く33.7%で、平均要介護度は3.89であった。施設種別で見ると、特養では平均要介護度が4.00と重度の人の割合が高かった。

図表 2-3 施設入所者の要介護度

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
要介護1	62	3.5	25	1.7	34	12.3
要介護2	99	5.6	64	4.4	33	12.0
要介護3	391	22.2	326	22.3	61	22.1
要介護4	573	32.5	471	32.3	89	32.2
要介護5	593	33.7	530	36.3	58	21.0
無回答	44	2.5	43	2.9	1	0.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0
平均要介護度	3.89		4.00		3.38	

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3) 障害老人日常生活自立度

障害老人日常生活自立度については、「B2」が最も多く 35.3%であった。

図表 2-4 施設入所者の障害老人日常生活自立度

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
自立	7	0.4	7	0.5	0	0.0
J1	8	0.5	8	0.5	0	0.0
J2	27	1.5	26	1.8	1	0.4
A1	103	5.8	80	5.5	19	6.9
A2	255	14.5	198	13.6	55	19.9
B1	302	17.1	247	16.9	53	19.2
B2	622	35.3	529	36.3	82	29.7
C1	128	7.3	103	7.1	20	7.2
C2	255	14.5	206	14.1	46	16.7
無回答	55	3.1	55	3.8	0	0.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

4) 認知症高齢者日常生活自立度

認知症高齢者日常生活自立度については、「Ⅲa」が最も多く、36.0%であった。

図表 2-5 施設入所者の認知症高齢者日常生活自立度

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
自立	20	1.1	13	0.9	7	2.5
I	66	3.7	49	3.4	16	5.8
Ⅱa	72	4.1	55	3.8	15	5.4
Ⅱb	287	16.3	222	15.2	62	22.5
Ⅲa	635	36.0	495	33.9	127	46.0
Ⅲb	219	12.4	196	13.4	19	6.9
Ⅳ	367	20.8	338	23.2	25	9.1
M	48	2.7	44	3.0	4	1.4
無回答	48	2.7	47	3.2	1	0.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

2. 入所歴

1) 入所期間

入所期間は、平均 40.23 か月であった。割合で見ると 1 年以上 2 年未満の者が最も多く 20.3%であるが、5 年以上の者も 19.6%いた。

施設種別に見ると、特養では 5 年以上の者が 22.8%と最も多く、老健よりも入所期間が長くなっていた。

食形態別入所期間をみると、非経口は 51.15 か月、嚥下調整食の場合は 42.25 か月、常食で 34.19 か月であり、非経口、嚥下調整食、常食の順に短くなる傾向は特養でも老健でも同じであった。

図表 2-6 施設入所者の入所期間

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
1年(12ヶ月)未満	306	17.4	209	14.3	90	32.6
2年(24ヶ月)未満	358	20.3	299	20.5	50	18.1
3年(36ヶ月)未満	227	12.9	201	13.8	22	8.0
4年(48ヶ月)未満	166	9.4	150	10.3	14	5.1
5年(60ヶ月)未満	131	7.4	122	8.4	8	2.9
5年(60ヶ月)以上	346	19.6	333	22.8	10	3.6
無回答	228	12.9	145	9.9	82	29.7
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

図表 2-7 食形態別の平均の入所期間

	全体		特養		老健	
	n	平均	n	平均	n	平均
全体	1534	40.23	1314	43.45	194	20.13
非経口	104	51.15	86	56.51	16	27.91
嚥下調整食	912	42.25	811	44.79	87	20.13
常食	503	34.19	402	37.91	91	18.76

2) 在宅への退所予定

在宅への退所予定については、「なし」が 89.3%であった。施設種別に見ると、特養では退所予定はまったくなく、老健で 2 割が退所予定ありであった。

図表 2-8 施設入所者の在宅への退所予定

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
あり	56	3.2	0	0.0	56	20.3
なし	1573	89.3	1343	92.0	204	73.9
不明	62	3.5	46	3.2	15	5.4
無回答	71	4.0	70	4.8	1	0.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3）施設での看取り希望

施設での看取り希望がある人は、32.0%であった。

図表 2-9 施設での看取り希望

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
あり	563	32.0	529	36.3	31	11.2
なし	558	31.7	470	32.2	71	25.7
不明	537	30.5	374	25.6	158	57.2
無回答	104	5.9	86	5.9	16	5.8

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3. 既往歴

既往歴についてみると、既往歴のない人は0.6%にとどまっていた。最も多い既往歴は「認知症」で59.8%であった。

図表 2-10 施設入所者の既往歴(複数回答)

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
回答施設	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0
誤嚥性肺炎	158	9.0	122	8.4	35	12.7
脳血管障害	634	36.0	507	34.7	121	43.8
呼吸器疾患	158	9.0	129	8.8	25	9.1
COPD	18	1.0	14	1.0	2	0.7
喘息	59	3.3	49	3.4	9	3.3
その他	86	4.9	70	4.8	15	5.4
循環器疾患	625	35.5	524	35.9	92	33.3
腫瘍性疾患	223	12.7	172	11.8	49	17.8
脳	20	1.1	16	1.1	4	1.4
消化器	91	5.2	68	4.7	22	8.0
呼吸器	22	1.2	16	1.1	6	2.2
その他	106	6.0	83	5.7	22	8.0
パーキンソン病	93	5.3	83	5.7	10	3.6
神経疾患（パーキンソン病等）	26	1.5	20	1.4	6	2.2
うつ等	99	5.6	77	5.3	19	6.9
糖尿病	296	16.8	245	16.8	46	16.7
認知症	1053	59.8	889	60.9	144	52.2
その他	1018	57.8	781	53.5	215	77.9
なし	11	0.6	11	0.8	0	0.0
無回答	36	2.0	36	2.5	0	0.0

4. 歯科との関わりについて

(1) 歯科訪問診療など歯科治療の経験

歯科訪問診療など歯科治療の経験については、「何かあった時に受診した経験がある」が最も多く、43.4%であり、何らかの歯科の関わりがある人は約半数であった。

図表 2-11 歯科訪問診療など歯科治療の経験

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
定期的に受けている	233	13.2	184	12.6	33	12.0
何かあった時に受診した経験がある	765	43.4	626	42.9	134	48.6
受診なし	667	37.9	571	39.1	90	32.6
希望されていない、拒否がある	30	1.7	13	0.9	17	6.2
無回答	67	3.8	65	4.5	2	0.7
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

(2) 毎日の歯磨きの状況

1) 自力清掃

自力清掃については、「できない」人が 57.4%であった。施設種別に見ると、老健のほうができる人が多かった。

図表 2-5 自力清掃

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
できる	700	39.7	530	36.3	161	58.3
できない	1012	57.4	879	60.2	115	41.7
無回答	50	2.8	50	3.4	0	0.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

2) 清掃の意思

清掃の意思については、「あり」の人が 44.3%であった。

図表 2-6 清掃の意思

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
あり	780	44.3	588	40.3	183	66.3
なし	828	47.0	726	49.8	85	30.8
拒否	94	5.3	87	6.0	7	2.5
無回答	60	3.4	58	4.0	1	0.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3) 一日の歯磨き回数

一日の歯磨き回数については、多くが3回以上で、平均2.62回であった。

図表 2-7 一日の歯磨き回数

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
0回	21	1.2	19	1.3	2	0.7
1～2回	432	24.5	342	23.4	88	31.9
3回以上	1256	71.3	1046	71.7	185	67.0
無回答	53	3.0	52	3.6	1	0.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0
平均	2.62回		2.62回		2.59回	

4) 使用している道具

使用している道具については、「歯ブラシ」が最も多く81.4%であった。その他では口腔ケア用ガーゼ、舌ブラシなどの回答が多く、道具ではないが義歯洗浄剤、含嗽剤などの回答もあった。

図表 2-8 使用している道具(複数回答)

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
回答施設	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0
歯ブラシ	1435	81.4	1191	81.6	220	79.7
歯間ブラシ	136	7.7	74	5.1	62	22.5
スポンジブラシ	245	13.9	183	12.5	54	19.6
義歯ブラシ	464	26.3	348	23.9	107	38.8
その他	402	22.8	293	20.1	105	38.0
無回答	51	2.9	50	3.4	1	0.4

5. Barthel Index

(1) 各項目の状況

施設入所者の Barthel Index の合計点は調査対象者全体でみると平均 28.26 点、特養で 27.02 点、老健で 33.99 点であった。

図表 2-9 Barthel Index(施設種別)

	全体		特養		老健	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均
1.食事	1720	5.39	1418	5.28	275	5.93
2.車椅子からベッドへの移動	1723	5.81	1420	5.54	276	7.08
3.整容	1722	1.27	1420	1.20	275	1.60
4.トイレ動作	1722	3.24	1419	3.08	276	3.91
5.入浴	1721	0.15	1420	0.14	274	0.18
6.歩行	1723	3.26	1420	3.01	276	4.40
7.階段昇降	1721	0.78	1418	0.68	276	1.21
8.着替え	1722	2.47	1419	2.34	276	2.95
9.排便コントロール	1723	3.07	1420	3.00	276	3.51
10.排尿コントロール	1722	2.83	1420	2.77	275	3.24
Barthel Index 合計点	1723	28.26	1420	27.02	276	33.99

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

（2）各状況別の Barthel Index

1）食形態別の Barthel Index

食形態別に Barthel Index をみると、食形態が良くなると各項目の点数は高くなっている。この傾向は、施設種別に見ても同様であった。

図表 2-10 Barthel Index(食形態別)

全体	全体		非経口		嚥下調整食		常食	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	件数	平均
1.食事	1720	5.39	117	0.13	1003	4.57	587	7.87
2.車椅子からベッドへの移動	1723	5.81	119	0.67	1004	4.53	587	9.10
3.整容	1722	1.27	119	0.04	1003	0.83	587	2.28
4.トイレ動作	1722	3.24	119	0.17	1003	2.54	587	5.09
5.入浴	1721	0.15	119	0.00	1004	0.07	585	0.32
6.歩行	1723	3.26	119	0.38	1004	2.09	587	5.91
7.階段昇降	1721	0.78	119	0.08	1003	0.43	586	1.54
8.着替え	1722	2.47	119	0.29	1004	1.67	586	4.32
9.排便コントロール	1723	3.07	119	0.63	1004	2.41	587	4.71
10.排尿コントロール	1722	2.83	119	0.55	1003	2.17	587	4.45
Barthel Index 合計点	1723	28.26	119	2.94	1004	21.30	587	45.57

特養	全体		非経口		嚥下調整食		常食	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	件数	平均
1.食事	1418	5.28	89	0.17	868	4.60	448	7.67
2.車椅子からベッドへの移動	1420	5.54	91	0.77	868	4.37	448	8.83
3.整容	1420	1.20	91	0.05	868	0.79	448	2.23
4.トイレ動作	1419	3.08	91	0.16	867	2.47	448	4.89
5.入浴	1420	0.14	91	0.00	868	0.07	448	0.30
6.歩行	1420	3.01	91	0.33	868	1.94	448	5.68
7.階段昇降	1418	0.68	91	0.11	867	0.36	447	1.44
8.着替え	1419	2.34	91	0.33	868	1.57	447	4.30
9.排便コントロール	1420	3.00	91	0.71	868	2.37	448	4.68
10.排尿コントロール	1420	2.77	91	0.60	868	2.13	448	4.49
Barthel Index 合計点	1420	27.02	91	3.24	868	20.67	448	44.49

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

老健	全体		非経口		嚥下調整食		常食	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	件数	平均
1.食事	275	5.93	26	0.00	120	4.46	129	8.49
2.車椅子からベッドへの移動	276	7.08	26	0.38	121	5.66	129	9.77
3.整容	275	1.60	26	0.00	120	1.13	129	2.36
4.トイレ動作	276	3.91	26	0.19	121	2.93	129	5.58
5.入浴	274	0.18	26	0.00	121	0.12	127	0.28
6.歩行	276	4.40	26	0.58	121	3.14	129	6.36
7.階段昇降	276	1.21	26	0.00	121	0.99	129	1.67
8.着替え	276	2.95	26	0.19	121	2.23	129	4.19
9.排便コントロール	276	3.51	26	0.38	121	2.85	129	4.77
10.排尿コントロール	275	3.24	26	0.38	120	2.67	129	4.34
Barthel Index 合計点	276	33.99	26	2.12	121	26.12	129	47.79

2) 歯科治療の必要性の有無別の Barthel Index

歯科治療の必要性の有無別に Barthel Index をみると、治療の必要性がある人のほうが点数は高くなっている。この傾向は、特養では逆であり、治療の必要性のない人のほうが点数が高くなっていた。

図表 2-11 Barthel Index(歯科治療の必要性の有無別)

全体	全体		治療必要なし		治療必要あり	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均
1.食事	1720	5.39	661	5.61	996	5.26
2.車椅子からベッドへの移動	1723	5.81	662	5.79	997	5.85
3.整容	1722	1.27	662	1.41	996	1.21
4.トイレ動作	1722	3.24	662	3.37	996	3.19
5.入浴	1721	0.15	660	0.19	997	0.13
6.歩行	1723	3.26	662	3.23	997	3.30
7.階段昇降	1721	0.78	662	0.84	996	0.75
8.着替え	1722	2.47	662	2.54	996	2.51
9.排便コントロール	1723	3.07	662	3.18	997	3.06
10.排尿コントロール	1722	2.83	662	2.92	996	2.80
Barthel Index 合計点	1723	28.26	662	29.07	997	28.06

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

特養	全体		治療必要なし		治療必要あり	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均
1.食事	1418	5.28	521	5.39	834	5.23
2.車椅子からベッドへの移動	1420	5.54	521	5.32	835	5.68
3.整容	1420	1.20	521	1.27	835	1.20
4.トイレ動作	1419	3.08	521	3.10	834	3.11
5.入浴	1420	0.14	521	0.15	835	0.13
6.歩行	1420	3.01	521	2.74	835	3.17
7.階段昇降	1418	0.68	521	0.65	834	0.70
8.着替え	1419	2.34	521	2.30	834	2.46
9.排便コントロール	1420	3.00	521	2.93	835	3.11
10.排尿コントロール	1420	2.77	521	2.66	835	2.87
Barthel Index 合計点	1420	27.02	521	26.52	835	27.65

老健	全体		治療必要なし		治療必要あり	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均
1.食事	275	5.93	133	6.39	142	5.49
2.車椅子からベッドへの移動	276	7.08	134	7.39	142	6.80
3.整容	275	1.60	134	1.90	141	1.31
4.トイレ動作	276	3.91	134	4.25	142	3.59
5.入浴	274	0.18	132	0.30	142	0.07
6.歩行	276	4.40	134	4.93	142	3.91
7.階段昇降	276	1.21	134	1.42	142	1.02
8.着替え	276	2.95	134	3.28	142	2.64
9.排便コントロール	276	3.51	134	4.14	142	2.92
10.排尿コントロール	275	3.24	134	3.96	141	2.55
Barthel Index 合計点	276	33.99	134	37.91	142	30.28

6. 低栄養リスク評価

(1) 現在の状況

低栄養リスク評価については、中リスクの人が46.9%であった。

図表 2-12 低栄養リスク評価

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
低リスク	566	32.1	484	33.2	71	25.7
中リスク	826	46.9	683	46.8	135	48.9
高リスク	288	16.3	217	14.9	64	23.2
無回答	82	4.7	75	5.1	6	2.2
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

(2) BMI

BMIは平均20.12で、低栄養リスクのある18.5未満の人は32.5%であった。

図表 2-20 BMI

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
18.5～29.9	1099	62.4	907	62.2	171	62.0
18.5未満	573	32.5	478	32.8	90	32.6
無回答	90	5.1	74	5.1	15	5.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0
平均	20.12		20.15		19.94	

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

（3）体重増減率

体重が減少している人は、32.7%で、減少率は3%未満が最も多いが、それ以上の減少幅である人も10%を超えていた。

施設種別にみると、老健では体重減少者よりも体重増加者のほうが多かった。

図表 2-21 体重増減率

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
増	649	36.8	508	34.8	131	47.5
減	577	32.7	463	31.7	98	35.5
減少3%未満	352	20.0	271	18.6	69	25.0
1か月に3～5%未満	41	2.3	28	1.9	12	4.3
3か月に3～7.5%未満	85	4.8	78	5.3	5	1.8
6か月に3～10%未満	40	2.3	37	2.5	3	1.1
1か月に5%以上	25	1.4	19	1.3	6	2.2
3か月に7.5%以上	22	1.2	19	1.3	2	0.7
6か月に10%以上	7	0.4	7	0.5	0	0.0
無回答	536	30.4	488	33.4	47	17.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

（4）血清アルブミン値

血清アルブミン値については、平均3.44g/dlであった。

施設種別でみると、老健で3.0g/dl未満の人が14.9%と特養よりも多かった。

図表 2-13 血清アルブミン値

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
3.6g/dl以上	587	33.3	475	32.6	96	34.8
3.0～3.5g/dl以上	507	28.8	376	25.8	126	45.7
3.0g/dl未満	135	7.7	88	6.0	41	14.9
無回答	533	30.2	520	35.6	13	4.7
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0
平均	3.44		3.46		3.36	

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

（5）食事摂取量

食事摂取量の平均カロリーは、1254.27kcal/日で、不良の人は10.8%あった。

図表 2-14 食事摂取量

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
良好	1459	82.8	1193	81.8	240	87.0
不良（75%以下）	191	10.8	157	10.8	33	12.0
無回答	112	6.4	109	7.5	3	1.1
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0
平均摂取カロリー/日	1254.27		1257.66		1247.77	

（6）栄養補給法

栄養補給法は、「経口摂取」が82.3%、経口主体だが何らかの問題がある者は8.2%であった。

図表 2-15 栄養補給法

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
経口摂取	1450	82.3	1211	83.0	215	77.9
経口主体だが何らかの問題あり	145	8.2	112	7.7	32	11.6
経腸栄養法	105	6.0	76	5.2	27	9.8
静脈栄養法	12	0.7	11	0.8	1	0.4
無回答	50	2.8	49	3.4	1	0.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

（7）褥瘡

褥瘡のない人は、94.3%であった。

図表 2-16 褥瘡

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
なし	1662	94.3	1364	93.5	271	98.2
あり	45	2.6	44	3.0	1	0.4
無回答	55	3.1	51	3.5	4	1.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

（８）低栄養状態のおそれ

栄養面や食生活上の問題から低栄養状態のおそれのある人は 49.4%で、その最大の要因は「口腔および摂食嚥下機能の問題」で 58.9%であった。また「認知症」が原因であった人も 55.8%で、その程度は「重度」の人が最も多かった

施設種別でみると、老健の場合は、低栄養状態のおそれがある人が7割を超えており、認知症がその理由と考えられる人の割合が高くなっていた。

図表 2-17 低栄養状態のおそれ

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
なし	847	48.1	760	52.1	80	29.0
あり	871	49.4	655	44.9	196	71.0
無回答	44	2.5	44	3.0	0	0.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

図表 2-18 低栄養状態のおそれの理由（複数回答）

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
回答施設	871	100.0	655	100.0	196	100.0
身体状況（発熱、風邪など）	68	7.8	50	7.6	18	9.2
閉じこもり	14	1.6	12	1.8	2	1.0
認知症	486	55.8	344	52.5	129	65.8
軽度	75	8.6	32	4.9	41	20.9
中等度	178	20.4	130	19.8	42	21.4
重度	204	23.4	157	24.0	42	21.4
手術・退院直後の低栄養状態	23	2.6	15	2.3	7	3.6
口腔および摂食・嚥下機能の問題	512	58.8	426	65.0	81	41.3
うつ	14	1.6	9	1.4	2	1.0
その他	89	10.2	68	10.4	19	9.7
疾患（脳梗塞、消化器・呼吸器・腎臓疾患）	193	22.2	119	18.2	68	34.7
無回答	3	0.3	3	0.5	0	0.0

7. 食事の状態

(1) 食形態

食形態については、常食が33.4%であった。

図表 2-19 食形態

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
非経口	119	6.8	91	6.2	26	9.4
嚥下訓練食品0	23	1.3	19	1.3	4	1.4
嚥下調整食1	117	6.6	113	7.7	4	1.4
嚥下調整食2	143	8.1	112	7.7	25	9.1
嚥下調整食3	214	12.1	195	13.4	18	6.5
嚥下調整食4	508	28.8	430	29.5	70	25.4
常食	588	33.4	449	30.8	129	46.7
無回答	50	2.8	50	3.4	0	0.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

(2) 摂食嚥下状況のレベル

摂食嚥下状況のレベルについては、「3食の嚥下食経口摂取が主体で、不足分の代替栄養を行っている」が26.2%であった。

図表 2-20 摂食嚥下状況のレベル

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
嚥下訓練を行っていない	141	8.0	115	7.9	24	8.7
食物を用いない嚥下訓練を行っている	10	0.6	9	0.6	1	0.4
ごく少量の食物を用いた嚥下訓練を行っている	6	0.3	3	0.2	3	1.1
1食分未満の（楽しみレベルの）嚥下食を経口摂取しているが、代替栄養が主体	12	0.7	10	0.7	2	0.7
1～2食の嚥下食を経口摂取しているが、代替栄養も行っている	13	0.7	12	0.8	1	0.4
3食の嚥下食経口摂取が主体で、不足分の代替栄養を行っている	191	10.8	182	12.5	9	3.3
3食の嚥下食を経口摂取している。代替栄養は行っていない	461	26.2	382	26.2	73	26.4
特別食べにくい物を除いて、3食を経口摂取している	271	15.4	216	14.8	49	17.8
食物の制限はなく、3食を経口摂取している	279	15.8	247	16.9	29	10.5
摂食嚥下障害に関する問題なし（正常）	329	18.7	235	16.1	84	30.4
無回答	49	2.8	48	3.3	1	0.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

（3）食事摂取量

最近3か月の食事摂取量については、「変化なし」が86.1%であった。

図表 2-30 食事摂取量

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
減少	152	8.6	135	9.3	17	6.2
変化なし	1517	86.1	1246	85.4	245	88.8
増加	47	2.7	33	2.3	13	4.7
無回答	46	2.6	45	3.1	1	0.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

8. 最近3か月間の状態について

(1) 入院の有無

最近3か月に入院したことがある人は、6.9%であった。

図表 2-31 入院の有無

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
なし	1592	90.4	1314	90.1	254	92.0
あり	121	6.9	97	6.6	21	7.6
無回答	49	2.8	48	3.3	1	0.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

(2) 転倒の有無

最近3か月に転倒したことがある人は、10.0%であり、平均回数は1.94回であった。

図表 2-21 転倒の有無と回数

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
なし	1541	87.5	1291	88.5	228	82.6
あり	176	10.0	125	8.6	46	16.7
無回答	45	2.6	43	2.9	2	0.7
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0
平均転倒回数	1.94		1.87		2.11	

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

9. 口腔内の状況

（1）歯式

1) 現在歯数

現在歯数は、7～19本の人が26.4%と最も多いが、平均7.36本であった。

特養の場合、歯のない人が老健よりも多かった。

図表 2-22 現在歯数

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
0本	641	36.4	546	37.4	86	31.2
1～6本	365	20.7	298	20.4	64	23.2
7～19本	465	26.4	378	25.9	79	28.6
20本以上	235	13.3	181	12.4	47	17.0
無回答	56	3.2	56	3.8	0	0.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0
平均	7.36本		7.06本		8.51本	

2) 歯の状況

今回の調査対象者の歯の状況は、下記の通りであった。

施設種別にみると、機能歯数の本数は老健よりも特養で少なく、重度歯周病の本数は多くなっていた。

図表 2-23 歯の状況

施設種類	全体		特養		老健	
インプラント	1701	0.02本	1399	0.02本	275	0.03本
義歯	1705	11.06本	1402	10.98本	276	11.18本
ポンティック	1700	0.44本	1397	0.42本	276	0.54本
機能歯数	1704	18.54本	1401	18.08本	276	20.21本
カリエス	1701	0.60本	1398	0.59本	276	0.64本
残根	1704	1.61本	1402	1.66本	275	1.49本
重度歯周病	1699	0.12本	1396	0.13本	276	0.06本

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3) 咬合状態

咬合状態は、「残存歯・義歯を含めて咬合が維持されている」が最も多く、40.1%であった。ただし、「残存歯・義歯を含めて咬合がない」人も27.3%いた。

施設種別にみると、特養で咬合がない人の割合が高かった。

図表 2-24 咬合状態

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
A：残存歯で咬合が維持されている	125	7.1	93	6.4	27	9.8
A'：残存歯・義歯を含めて咬合が維持されている	707	40.1	568	38.9	124	44.9
B：残存歯・義歯を含めて咬合が一部喪失している	362	20.5	298	20.4	59	21.4
C：残存歯・義歯を含めて咬合がない	481	27.3	414	28.4	65	23.6
無回答	87	4.9	86	5.9	1	0.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

(2) 口腔内状況

1) 咬傷・残存歯による潰瘍

咬傷・残存歯による潰瘍がある人は2.8%であった。

図表 2-25 咬傷・残存歯による潰瘍

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
あり	49	2.8	45	3.1	3	1.1
なし	1659	94.2	1360	93.2	273	98.9
無回答	54	3.1	54	3.7	0	0.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

2) カンジダ性口内炎

カンジダ性口内炎がある人は2.8%であった。

図表 2-26 カンジダ性口内炎

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
あり	50	2.8	43	2.9	5	1.8
なし	1652	93.8	1356	92.9	271	98.2
無回答	60	3.4	60	4.1	0	0.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3) その他の口内炎

その他の口内炎がある人は2.0%であった。

図表 2-27 その他の口内炎

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
あり	35	2.0	28	1.9	6	2.2
なし	1666	94.6	1372	94.0	268	97.1
無回答	61	3.5	59	4.0	2	0.7
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

4) 顎骨骨髓炎（顎骨壊死）

顎骨骨髓炎（顎骨壊死）のある人は0.2%であった。

図表 2-28 顎骨骨髓炎（顎骨壊死）

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
あり	4	0.2	4	0.3	0	0.0
なし	1702	96.6	1400	96.0	275	99.6
無回答	56	3.2	55	3.8	1	0.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

5) 習慣性関節脱臼

習慣性関節脱臼のある人は0.2%であった。

図表 2-40 習慣性関節脱臼

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
あり	4	0.2	3	0.2	1	0.4
なし	1700	96.5	1398	95.8	275	99.6
無回答	58	3.3	58	4.0	0	0.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

6) 歯の舌側への著しい転位

歯の舌側への著しい転位のある人は2.2%であった。

図表 2-41 歯の舌側への著しい転位数

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
あり	38	2.2	31	2.1	6	2.2
なし	1657	94.0	1364	93.5	267	96.7
無回答	67	3.8	64	4.4	3	1.1
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

7) 痰の吸引

痰の吸引をしている人は 6.1%であった。

図表 2-29 痰の吸引

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
なし	1589	90.2	1303	89.3	262	94.9
時々	91	5.2	82	5.6	7	2.5
頻回	15	0.9	9	0.6	5	1.8
無回答	67	3.8	65	4.5	2	0.7
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

（3）義歯の状態等

1）義歯の使用状況

義歯の使用については、使っている人が 46.8%であった。必要性はあるものの持っていないもしくは使っていない人も 36.6%いた。

図表 2-30 義歯使用

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
必要ない	231	13.1	187	12.8	37	13.4
持っていない	550	31.2	462	31.7	84	30.4
持っているが使っていない	96	5.4	82	5.6	14	5.1
使っている	825	46.8	668	45.8	141	51.1
無回答	60	3.4	60	4.1	0	0.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

2）義歯の状態

義歯の状態は、上顎が総義歯（FD）の人は 65.4%で、下顎が FD の人は 50.6%、義歯を使用している場合の状態については、上顎が良好である割合は 62.0%、下顎では 48.9%であった。

図表 2-31 義歯の使用状況

上顎	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
PD	202	21.9	153	20.4	43	27.7
FD	602	65.4	499	66.5	93	60.0
無回答	117	12.7	98	13.1	19	12.3
非該当	841		709		121	
全体	921	100.0	750	100.0	155	100.0

下顎	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
PD	261	28.3	201	26.8	53	34.2
FD	466	50.6	389	51.9	68	43.9
無回答	194	21.1	160	21.3	34	21.9
非該当	841		709		121	
全体	921	100.0	750	100.0	155	100.0

PD：部分床義歯，FD：総義歯

図表 2-43 で「必要ない／持っていない／無回答」が非該当である

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

図表 2-32 義歯の状態

上顎	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
良好	571	62.0	460	61.3	99	63.9
ゆるい	127	13.8	105	14.0	18	11.6
痛い	5	0.5	4	0.5	1	0.6
破損	14	1.5	11	1.5	3	1.9
無回答	204	22.1	170	22.7	34	21.9
非該当	841		709		121	
全体	921	100.0	750	100.0	155	100.0
下顎	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
良好	450	48.9	351	46.8	87	56.1
ゆるい	167	18.1	148	19.7	16	10.3
痛い	16	1.7	15	2.0	1	0.6
破損	13	1.4	11	1.5	1	0.6
無回答	275	29.9	225	30.0	50	32.3
非該当	841		709		121	
全体	921	100.0	750	100.0	155	100.0

図表 3-41 で「必要ない／持っていない／無回答」が非該当である

3) 着脱

義歯がある人のうち、着脱ができる人は 56.9%であった。

図表 2-33 着脱

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
できる	524	56.9	411	54.8	105	67.7
少し困難	90	9.8	66	8.8	19	12.3
困難	223	24.2	200	26.7	20	12.9
無回答	84	9.1	73	9.7	11	7.1
非該当	841		709		121	
全体	921	100.0	750	100.0	155	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

4) 清掃

義歯の清掃状況については、「良い」人は51.7%であった。

図表 2-34 清掃

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
良い	476	51.7	389	51.9	79	51.0
少し悪い	258	28.0	200	26.7	51	32.9
悪い	102	11.1	87	11.6	14	9.0
無回答	85	9.2	74	9.9	11	7.1
非該当	841		709		121	
全体	921	100.0	750	100.0	155	100.0

5) 義歯性潰瘍

義歯性潰瘍のある人は5.4%であった。

図表 2-35 義歯性潰瘍

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
あり	50	5.4	43	5.7	6	3.9
なし	750	81.4	598	79.7	137	88.4
無回答	121	13.1	109	14.5	12	7.7
非該当	841		709		121	
全体	921	100.0	750	100.0	155	100.0

10. 口腔機能の状態

(1) 開口度

開口度については「3 横指」が 68.0%であった。

図表 2-36 開口度

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
3横指	1199	68.0	960	65.8	220	79.7
1～2横指	347	19.7	292	20.0	48	17.4
1横指以下	115	6.5	106	7.3	8	2.9
無回答	101	5.7	101	6.9	0	0.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

(2) 咀嚼様運動の程度

咀嚼様運動については動きがある人が 69.1%であった。

図表 2-50 咀嚼様運動

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
動きがある	1217	69.1	964	66.1	232	84.1
声かけにより発現	243	13.8	219	15.0	19	6.9
ほぼ動きなし	198	11.2	176	12.1	21	7.6
無回答	104	5.9	100	6.9	4	1.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

(3) 舌運動の程度

舌運動については「ほぼ完全」が 63.7%であった。

図表 2-51 舌運動

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
ほぼ完全	1123	63.7	889	60.9	213	77.2
動くが小範囲	414	23.5	356	24.4	52	18.8
動かない	121	6.9	112	7.7	9	3.3
無回答	104	5.9	102	7.0	2	0.7
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

（4）口腔周囲筋の程度

口腔周囲筋は「動く」人が68.0%であった。

図表 2-37 口腔周囲筋

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
動く	1198	68.0	955	65.5	221	80.1
少々困難	346	19.6	298	20.4	43	15.6
動かない	116	6.6	106	7.3	10	3.6
無回答	102	5.8	100	6.9	2	0.7
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

（5）言語の状況

会話が可能である人は62.3%であった。

図表 2-38 言語の状況

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
可能	1098	62.3	862	59.1	214	77.5
会話可能構音不明瞭	249	14.1	222	15.2	25	9.1
不可	314	17.8	275	18.8	36	13.0
無回答	101	5.7	100	6.9	1	0.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

（6）発声の状況

発声については可能である人が64.7%であった。

図表 2-39 発声の状況

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
可能	1140	64.7	907	62.2	211	76.4
出来るが弱い	264	15.0	227	15.6	33	12.0
不可	258	14.6	226	15.5	31	11.2
無回答	100	5.7	99	6.8	1	0.4
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

11. インプラントの状況

インプラントを使用している人は8名 0.4%であった、インプラントに関して「邪魔になっている」状態の者はなく、全員「役立っている」状態であった。

図表 2-40 インプラントの有無／有用度

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
なし	1652	93.8	1353	92.7	272	98.6
固定式	4	0.2	2	0.1	2	0.7
義歯支台	4	0.2	2	0.1	2	0.7
スリープ	0	0.0	0	0.0	0	0.0
他	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無回答	102	5.8	102	7.0	0	0.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
役立っている	8	100.0	4	100.0	4	100.0
邪魔になっている	0	0.0	0	0.0	0	0.0
どちらでもない	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無回答	0	0.0	0	0.0	0	0.0
非該当	1754		1455		272	
全体	8	100.0	4	100.0	4	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

1 2. 歯科治療の必要性

歯科治療については必要である人が 56.6%であった。また、緊急で治療の必要な人は全体のうちの 7.5%であった。

図表 2-41 歯科治療の必要性

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
不要	663	37.6	522	35.8	134	48.6
必要	997	56.6	835	57.2	142	51.4
治療の緊急性あり	132	7.5	107	7.3	23	8.3
治療の緊急性なし	847	48.1	718	49.2	111	40.2
無回答	102	5.8	102	7.0	0	0.0
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0

1 3. 口腔内の状況に関する主観的訴え（NRS）

（1）個別の項目の状況

1）口腔の不快感

口腔の不快感（数値が10に近づくほど強い）は、不快感を感じない0が最も多く53.9%で、平均0.683であった。

図表 2-42 口腔の不快感についての主観的訴え

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
0	949	53.9	769	52.7	159	57.6
1	17	1.0	12	0.8	5	1.8
2	21	1.2	13	0.9	8	2.9
3	31	1.8	24	1.6	7	2.5
4	9	0.5	9	0.6	0	0.0
5	44	2.5	37	2.5	6	2.2
6	10	0.6	9	0.6	1	0.4
7	7	0.4	4	0.3	3	1.1
8	11	0.6	6	0.4	5	1.8
9	4	0.2	3	0.2	0	0.0
10	12	0.7	12	0.8	0	0.0
無回答	647	36.7	561	38.5	82	29.7
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0
平均	0.683		0.677		0.716	

2）口腔の疼痛

口腔の疼痛については、0が最も多く56.3%で、平均0.522であった。

図表 2-43 口腔の疼痛についての主観的訴え

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
0	992	56.3	793	54.4	178	64.5
1	15	0.9	11	0.8	3	1.1
2	18	1.0	14	1.0	4	1.4
3	20	1.1	17	1.2	3	1.1
4	10	0.6	9	0.6	1	0.4
5	37	2.1	32	2.2	5	1.8
6	3	0.2	3	0.2	0	0.0
7	8	0.5	5	0.3	3	1.1
8	6	0.3	4	0.3	1	0.4
9	2	0.1	2	0.1	0	0.0
10	11	0.6	11	0.8	0	0.0
無回答	640	36.3	558	38.2	78	28.3
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0
平均	0.522		0.554		0.394	

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3) 口腔乾燥

口腔乾燥については、0 が最も多く 52.6%で、平均 0.98 であった。

図表 2-44 口腔乾燥についての主観的訴え

	全体		特養		老健	
	n	%	n	%	n	%
0	926	52.6	754	51.7	151	54.7
1	16	0.9	12	0.8	3	1.1
2	30	1.7	27	1.9	3	1.1
3	37	2.1	29	2.0	8	2.9
4	15	0.9	11	0.8	4	1.4
5	70	4.0	58	4.0	12	4.3
6	16	0.9	14	1.0	2	0.7
7	10	0.6	7	0.5	3	1.1
8	24	1.4	18	1.2	6	2.2
9	3	0.2	0	0.0	2	0.7
10	16	0.9	16	1.1	0	0.0
無回答	599	34.0	513	35.2	82	29.7
全体	1762	100.0	1459	100.0	276	100.0
平均	0.982		0.977		1.072	

(2) 状態別の状況

1) 食形態別にみた主観的訴え

口腔内の状況の主観的な訴えを食形態別にみると、常食のほうがいずれの項目も点数が低くなっていた。

図表 2-60 口腔内の状況に関する主観的訴え（食形態別）

全体	全体		非経口		嚥下調整食		常食	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	件数	平均
口腔の不快感	1115	0.683	18	1.111	599	0.735	490	0.614
口腔の疼痛	1122	0.522	17	1.059	607	0.618	490	0.394
口腔乾燥	1163	0.982	27	2.667	633	1.032	494	0.840
特養	全体		非経口		嚥下調整食		常食	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	件数	平均
口腔の不快感	898	0.677	14	1.429	507	0.712	369	0.615
口腔の疼痛	901	0.554	13	1.385	512	0.633	368	0.427
口腔乾燥	946	0.977	23	3.130	542	1.017	372	0.804
老健	全体		非経口		嚥下調整食		常食	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	件数	平均
口腔の不快感	194	0.716	3	0.000	80	0.813	111	0.667
口腔の疼痛	198	0.394	3	0.000	83	0.602	112	0.250
口腔乾燥	194	1.072	3	0.000	79	1.165	112	1.036

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

2) 歯科治療の必要性の有無別にみた主観的訴え

口腔内の状況の主観的な訴えを歯科治療の必要性の有無別にみると、老健での口腔乾燥を除いて、治療の必要性があるほうが点数が高くなっていた。

図表 2-61 口腔内の状況に関する主観的訴え（歯科治療の必要性の有無別）

全体	全体		治療の必要性なし		治療の必要性あり	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均
口腔の不快感	1115	0.683	452	0.356	660	0.909
口腔の疼痛	1122	0.522	457	0.236	662	0.722
口腔乾燥	1163	0.982	466	0.884	695	1.050
特養	全体		治療の必要性なし		治療の必要性あり	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均
口腔の不快感	898	0.677	348	0.276	547	0.936
口腔の疼痛	901	0.554	350	0.223	548	0.768
口腔乾燥	946	0.977	362	0.848	582	1.060
老健	全体		治療の必要性なし		治療の必要性あり	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均
口腔の不快感	194	0.716	97	0.670	97	0.763
口腔の疼痛	198	0.394	100	0.300	98	0.490
口腔乾燥	194	1.072	97	1.082	97	1.062

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

14. OHAT-J

(1) 各項目の状況

OHAT-J の合計点は 3.28 であり、多くの項目において、老健よりも特養のほうがたかかった。

図表 2-45 OHAT-J(施設種別)

	全体		特養		老健	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均
口唇	1636	0.24	1376	0.24	233	0.19
舌	1636	0.48	1376	0.48	233	0.47
歯肉・粘膜	1634	0.40	1374	0.39	233	0.39
唾液	1635	0.31	1375	0.32	233	0.25
残存歯	1126	1.05	942	1.08	165	0.92
義歯	972	0.35	826	0.36	130	0.27
口腔清掃	1635	0.79	1375	0.78	233	0.80
歯痛	1628	0.13	1372	0.14	229	0.07
合計	1681	3.28	1378	3.31	276	3.09

(2) 状態別の合計スコア

1) 要介護度別スコア

要介護度別にみると要介護度が高くなるにつれ、高くなっていた。

図表 2-46 OHAT-J(合計スコア・要介護度別)

		全体		特養		老健	
		件数	平均	件数	平均	件数	平均
全体		1681	3.28	1378	3.31	276	3.09
要介護度	要介護 1	62	2.85	25	3.44	34	2.47
	要介護 2	95	2.92	60	3.18	33	2.55
	要介護 3	380	3.11	315	3.04	61	3.36
	要介護 4	556	3.13	454	3.13	89	3.01
	要介護 5	578	3.64	515	3.64	58	3.64
要介護度 (再掲)	要介護 1～3	537	3.05	400	3.09	128	2.91
	要介護 4	556	3.13	454	3.13	89	3.01
	要介護 5	578	3.64	515	3.64	58	3.64

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

2) 歯科受診状況別スコア

歯科受診状況別にみる歯科を定期的に受けている人のほうが点数は高かった。

図表 2-47 OHAT-J(合計スコア・歯科受診状況別)

		全体		特養		老健	
		件数	平均	件数	平均	件数	平均
全体		1681	3.28	1378	3.31	276	3.09
歯科 受診 状況	定期的に受けている	231	4.12	182	4.27	33	3.15
	何かあった時に受診した経験がある	737	3.23	598	3.32	134	2.86
	受診なし	652	3.04	556	3.01	90	3.26
	希望されていない、拒否がある	30	3.17	13	2.77	17	3.47

3) 口腔内清掃状況別スコア

口腔内清掃状況別にみると、自力清掃ができない、清掃の意思がない人のほうが点数は高かった。

図表 2-48 OHAT-J(合計スコア・口腔内清掃状況別)

		全体		特養		老健	
		件数	平均	件数	平均	件数	平均
全体		1681	3.28	1378	3.31	276	3.09
自力 清掃	できる	675	3.09	505	3.15	161	2.91
	できない	992	3.42	859	3.41	115	3.34
清掃 の 意思	あり	766	3.02	574	3.07	183	2.87
	なし	800	3.39	698	3.38	85	3.32
	拒否	91	4.60	84	4.49	7	6.00

4) 体重減少率別スコア

体重減少のリスク別にみると、リスクにより一定の傾向は見られなかった。

図表 2-49 OHAT-J(合計スコア・体重減少リスク別)

		全体		特養		老健	
		件数	平均	件数	平均	件数	平均
全体		1681	3.28	1378	3.31	276	3.09
体重 減少 率	低リスク	1390	3.29	1134	3.32	234	3.09
	中リスク	188	3.12	163	3.23	22	2.55
	高リスク	55	3.33	44	3.11	10	4.10

5) 食形態別スコア

食形態別にみると、非経口の場合のスコアが最も高かった。

図表 2-50 OHAT-J(合計スコア・口腔内清掃状況別)

		全体		特養		老健	
		件数	平均	件数	平均	件数	平均
全体		1681	3.28	1378	3.31	276	3.09
食形態	非経口	115	4.49	87	4.54	26	4.31
	嚥下訓練食品0	20	3.35	16	3.38	4	3.25
	嚥下調整食1	114	3.37	110	3.41	4	2.25
	嚥下調整食2	141	3.78	110	3.89	25	3.00
	嚥下調整食3	208	3.25	189	3.25	18	3.33
	嚥下調整食4	497	3.14	419	3.19	70	2.70
	常食	575	3.05	436	3.07	129	3.05
食形態 (再掲)	非経口	115	4.49	87	4.54	26	4.31
	嚥下調整食	980	3.29	844	3.33	121	2.86
	常食	575	3.05	436	3.07	129	3.05

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

6) 摂食嚥下状況のレベル別スコア

摂食嚥下状況のレベル別にみると、レベル1～3（「嚥下訓練を行っていない」「食物を用いない嚥下訓練を行っている」「ごく少量の食物を用いた嚥下訓練を行っている」）の群が最も点数が高かった。

図表 2-51 OHAT-J(合計スコア・摂食嚥下状況のレベル別)

		全体		特養		老健		
		件数	平均	件数	平均	件数	平均	
全体		1681	3.28	1378	3.31	276	3.09	
摂食嚥下状況のレベル	嚥下訓練を行っていない	138	4.12	112	4.06	24	4.38	
	食物を用いない嚥下訓練を行っている	10	5.40	9	5.56	1	4.00	
	ごく少量の食物を用いた嚥下訓練を行っている	5	4.20	2	7.50	3	2.00	
	1食分未満の嚥下食を経口摂取しているが、代替栄養が主体	9	3.11	7	2.86	2	4.00	
	1～2食の嚥下食を経口摂取しているが、代替栄養も行っている	13	5.08	12	5.17	1	4.00	
	3食の嚥下食を経口摂取が主体で、不足分の代替栄養を行っている	185	3.25	176	3.21	9	4.11	
	3食の嚥下食を経口摂取している。代替栄養を行っていない	453	3.26	374	3.33	73	2.74	
	特別食べにくい物を除いて、3食を経口摂取している	265	3.17	210	3.30	49	2.65	
	食物の制限はなく、3食を経口摂取している	272	3.19	240	3.19	29	2.86	
	摂食嚥下障害に関する問題なし（正常）	319	2.98	225	2.93	84	3.23	
摂食嚥下状況のレベル（再掲）		レベル1～3	153	4.21	123	4.23	28	4.11
		レベル4～6	207	3.36	195	3.32	12	4.08
		レベル7～10	1309	3.16	1049	3.20	235	2.91

7) 入院状況別スコア

最近3か月の入院の状況別にみると、入院ありのほうの点数が高かった。

図表 2-52 OHAT-J(合計スコア・入院状況別)

		全体		特養		老健	
		件数	平均	件数	平均	件数	平均
全体		1681	3.28	1378	3.31	276	3.09
【最近3か月】	なし	1560	3.26	1282	3.30	254	3.02
入院の有無	あり	111	3.59	87	3.44	21	4.10

8) 口腔機能別スコア

口腔機能別にみると、各機能別でも、良好であるほうがスコアが低かった。

図表 2-70 OHAT-J(合計スコア・口腔内清掃状況別)

		全体		特養		老健	
		件数	平均	件数	平均	件数	平均
全体		1681	3.28	1378	3.31	276	3.09
開口 度	3 横指	1193	2.99	954	3.01	220	2.85
	1～2 横指	345	4.08	290	4.05	48	4.27
	1 横指以下	114	3.79	105	3.88	8	2.38
咀嚼 様運 動	動きがある	1210	3.02	957	3.03	232	2.94
	声かけにより発現	243	3.85	219	3.81	19	4.00
	ほぼ動きなし	196	4.12	174	4.16	21	3.86
舌運 動	ほぼ完全	1117	2.95	883	2.97	213	2.81
	動くが小範囲	412	3.87	354	3.81	52	4.23
	動かない	121	4.17	112	4.26	9	3.11
口腔 周囲 筋	動く	1192	3.03	949	3.05	221	2.88
	少々困難	344	3.83	296	3.79	43	4.09
	動かない	115	4.17	105	4.25	10	3.40
言語	可能	1091	3.02	855	3.03	214	2.96
	会話可能構音不明瞭	249	3.83	222	3.89	25	3.36
	不可	312	3.70	273	3.68	36	3.64
発声	可能	1133	3.07	900	3.09	211	2.97
	出来るが弱い	264	3.85	227	3.93	33	3.30
	不可	256	3.57	224	3.54	31	3.65

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

15. 各種加算の算定状況別にみた特養入所者の口腔に関する状況

（1）口腔衛生管理体制加算の算定有無別の状況

1) 食形態の状況

口腔衛生管理体制加算を算定している施設の方が、常食を摂取している者が多かった。

図表 2-71 特養入所者の食形態（口腔衛生管理体制加算算定の有無別）

		全体		算定あり		算定なし		p 値
		n	%	n	%	n	%	
食形態	非経口	93	6.5	87	6.7	6	4.3	<0.001
	嚥下訓練食 0	19	1.3	19	1.5	0	0.0	
	嚥下調整食 1	113	7.9	108	8.4	5	3.6	
	嚥下調整食 2	116	8.1	109	8.5	7	5.0	
	嚥下調整食 3	196	13.7	159	12.3	37	26.6	
	嚥下調整食 4	437	30.6	378	29.3	59	42.4	
	常食	454	31.8	429	33.3	25	18.0	
食形態再掲	非経口	93	6.5	87	6.7	6	4.3	<0.001
	嚥下訓練食 0	19	1.3	19	1.5	0	0.0	
	嚥下調整食	862	60.4	754	58.5	108	77.7	
	常食	454	31.8	429	33.3	25	18.0	

2) 歯数および歯の状況

口腔衛生管理体制加算算定の有無と現在歯数、歯の状況などには有意な関連は認められなかった。

図表 2-53 特養入所者の歯数・歯の状況（口腔衛生管理体制加算算定の有無別）

	全体		算定あり		算定なし		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
現在歯数	1422	7.14	1281	7.31	141	5.61	0.064
機能歯数	1422	18.55	1281	18.48	141	19.23	0.249
カリエス	1420	0.59	1279	0.61	141	0.47	0.554
残根	1421	1.64	1280	1.64	141	1.65	0.263
重度歯周病	1419	0.14	1278	0.15	141	0.06	0.605

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3) 義歯使用状況

口腔衛生管理体制加算算定の有無と義歯使用状況には、有意な関連性は認められなかった。

図表 2-54 特養入所者の義歯使用状況（口腔衛生管理体制加算算定の有無別）

		全体		算定あり		算定なし		p 値
		n	%	N	%	n	%	
義 歯 使 用	必要ない	193	13.6	179	14.0	14	9.9	0.055
	持っていない	465	32.8	427	33.4	38	27.0	
	持っているが使っていない	82	5.8	69	5.4	13	9.2	
	使っている	678	47.8	602	47.1	76	53.9	
義歯必 要者のみ での使用	持っていない	465	38.0	427	38.9	29.9	27.0	0.061
	持っているが使っていない	82	6.7	69	6.3	10.2	9.2	
	使っている	678	55.3	602	54.8	59.8	53.9	

4) 歯科治療の状況

口腔衛生管理体制加算を算定していない施設の方が、歯科治療が必要な者が有意に多かった。

図表 2-55 特養入所者の歯科治療の状況（口腔衛生管理体制加算算定の有無別）

		全体		算定あり		算定なし		p 値
		n	%	n	%	n	%	
歯科治療	不要	526	38.2	486	39.4	40	28.4	0.011
	必要	850	61.8	749	60.6	101	71.6	
治療の緊 急性	あり	108	12.9	92	12.4	16	15.8	0.342
	なし	732	87.1	647	87.6	85	84.2	

5) 口腔内状況に対する主観的訴え

口腔内状況に関する主観的訴えと、口腔衛生管理体制加算算定の有無には、有意な関連は認められなかった。

図表 2-56 特養入所者の口腔内状況に対する主観的訴え（口腔衛生管理体制加算算定の有無別）

	全体		算定あり		算定なし		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
口腔の不快感	915	0.68	824	0.69	91	0.59	0.549
口腔の疼痛	918	0.55	825	0.56	93	0.49	0.338
口腔乾燥	963	0.97	857	1.00	106	1.00	0.453

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

6) OHAT の状況

口腔衛生管理体制加算を算定している施設の方が、OHAT の合計点が有意に高かった。
項目別では、算定していない施設の方が、口唇、舌、歯肉・粘膜が健全な者が有意に多かった。

図表 2-57 特養入所者の OHAT-J（口腔衛生管理体制加算算定の有無別）

		全体		算定あり		算定なし		p 値
		件数	平均	件数	平均	件数	平均	
合計点		1397	3.32	1256	3.36	141	2.91	0.036
		全体		算定あり		算定なし		p 値
		n	%	n	%	n	%	
口唇	健全	1051	75.3	927	73.9	124	87.9	0.001
	やや不良	339	24.3	322	25.7	17	12.1	
	病的	5	0.4	5	0.4	0	0	
舌	健全	738	52.9	653	52.1	85	60.3	0.038
	やや不良	644	46.2	591	47.1	53	37.6	
	病的	13	0.9	10	0.8	3	2.1	
歯肉・粘膜	健全	895	64.2	790	63.1	105	74.5	0.025
	やや不良	444	31.9	413	33.0	31	22.0	
	病的	54	3.9	49	3.9	5	3.5	
唾液	健全	968	69.4	862	68.8	106	75.2	0.229
	やや不良	402	28.8	370	29.5	32	22.7	
	病的	24	1.7	21	1.7	3	2.1	
残存歯	健全	262	27.4	237	27.3	25	28.4	0.838
	やや不良	365	38.1	334	38.4	31	35.2	
	病的	330	34.5	298	34.3	32	36.4	
義歯	健全	655	78.3	595	80.0	60	65.2	0.004
	やや不良	59	7.1	47	6.3	12	13.0	
	病的	122	14.6	102	13.7	20	21.7	
口腔清掃	健全	566	40.6	498	39.7	68	48.2	0.107
	やや不良	563	40.4	510	40.7	53	37.9	
	病的	265	19.0	245	19.6	20	14.2	
歯痛	健全	1228	88.3	1099	87.9	129	91.5	0.240
	やや不良	132	9.5	124	9.9	8	5.7	
	病的	31	2.2	27	2.2	4	2.8	

(2) 口腔衛生管理加算の算定有無別の状況

1) 食形態の状況

口腔衛生管理加算を算定している施設の方が、非経口者が有意に多かった。

図表 2-58 特養入所者の食形態（口腔衛生管理加算算定の有無別）

		全体		算定あり		算定なし		p 値
		n	%	n	%	n	%	
食形態	非経口	93	6.5	63	7.6	30	5.0	<0.001
	嚥下訓練食 0	19	6.5	63	7.6	30	5.0	
	嚥下調整食 1	113	7.9	93	11.2	20	3.3	
	嚥下調整食 2	116	8.1	61	7.4	55	9.2	
	嚥下調整食 3	196	13.7	115	13.9	81	13.5	
	嚥下調整食 4	437	30.6	227	27.4	210	34.9	
	常食	454	31.8	253	30.6	201	33.4	
食形態 再掲	非経口	93	6.5	63	7.6	30	5.0	0.044
	嚥下訓練食 0	19	1.3	15	1.8	4	0.7	
	嚥下調整食	862	60.4	496	60.0	366	60.9	
	常食	454	31.8	253	30.6	201	33.4	

2) 歯数および歯の状況

口腔衛生管理加算を算定している施設の方が、現在歯数、機能歯数、カリエス、残根が有意に多かった。

図表 2-59 特養入所者の歯数・歯の状況（口腔衛生管理加算算定の有無別）

	全体		算定あり		算定なし		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
現在歯数	1422	7.14	824	7.51	598	6.63	0.027
機能歯数	1422	18.55	824	18.08	598	19.20	0.039
カリエス	1420	0.59	824	0.66	596	0.50	0.048
残根	1421	1.64	824	1.68	597	1.59	0.007
重度歯周病	1419	0.14	824	0.15	595	0.12	0.188

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3) 義歯使用状況

口腔衛生管理加算を算定している施設の方が、義歯が必要でない者が有意に多かったが、同時に、義歯が必要であるにも関わらず持っていない者も有意に多かった。

図表 2-60 特養入所者の義歯使用状況（口腔衛生管理加算算定の有無別）

		全体		算定あり		算定なし		p 値
		n	%	n	%	n	%	
義歯使用	必要ない	193	13.6	123	14.9	70	11.8	<0.001
	持っていない	465	32.8	298	36.2	167	28.1	
	持っているが使っていない	82	5.8	32	3.9	50	8.4	
	使っている	678	47.8	370	45.0	308	51.8	
義歯必要者のみでの使用	持っていない	465	38.0	298	42.6	167	31.8	<0.001
	持っているが使っていない	82	6.7	32	4.6	50	9.5	
	使っている	678	55.3	370	52.9	308	56.7	

4) 歯科治療の状況

口腔衛生管理加算を算定している施設の方が、歯科治療が必要な者が有意に多かった。

図表 2-80 特養入所者の歯科治療の状況（口腔衛生管理加算算定の有無別）

		全体		算定あり		算定なし		p 値
		n	%	n	%	n	%	
歯科治療	不要	526	38.2	280	34.0	246	44.6	<0.001
	必要	850	61.8	544	66.0	306	55.4	
治療の緊急性	あり	108	12.9	59	11.0	49	16.2	0.041
	なし	732	87.1	478	89.0	254	83.8	

5) 口腔内状況に対する主観的訴え

口腔衛生管理加算算定の有無と口腔内状況に対する主観的訴えには有意な関連は認められなかった。

図表 2-81 特養入所者の口腔内状況に対する主観的訴え（口腔衛生管理加算算定の有無別）

	全体		算定あり		算定なし		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
口腔の不快感	915	0.68	520	0.72	395	0.63	0.243
口腔の疼痛	918	0.55	522	0.56	396	0.54	0.520
口腔乾燥	963	0.97	545	0.99	418	0.94	0.683

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

6) OHAT の状況

口腔衛生管理加算算定の有無で OHAT の合計点に有意な関連性は認められなかった。
項目別では、舌、唾液、義歯が健全な者は、算定がある施設に有意に多く認められたが、
残存歯や歯痛の状況が健全である者は、算定がない施設に多かった。

図表 2-61 特養入所者の OHAT-J（口腔衛生管理加算算定の有無別）

		全体		算定あり		算定なし		p 値
		件数	平均	件数	平均	件数	平均	
合計点		1397	3.32	824	3.28	573	3.38	0.268
		全体		算定あり		算定なし		p 値
		n	%	n	%	n	%	
口唇	健全	1051	75.3	631	76.6	420	73.6	0.240
	やや不良	339	24.3	189	22.9	150	26.3	
	病的	5	0.4	4	0.5	1	0.2	
舌	健全	738	52.9	460	55.8	278	48.7	0.006
	やや不良	644	46.2	360	43.7	284	49.7	
	病的	13	0.9	4	0.5	9	1.6	
歯肉・ 粘膜	健全	895	64.2	517	62.7	378	66.4	0.232
	やや不良	444	31.9	277	33.6	167	29.3	
	病的	54	3.9	30	3.6	24	4.2	
唾液	健全	968	69.4	588	71.4	380	66.5	0.012
	やや不良	402	28.8	227	27.6	175	30.6	
	病的	24	1.7	8	1.0	16	2.8	
残存歯	健全	262	27.4	140	24.1	122	32.4	0.011
	やや不良	365	38.1	224	38.6	141	37.4	
	病的	330	34.5	216	37.2	114	30.2	
義歯	健全	655	78.3	365	83.0	290	73.2	0.001
	やや不良	59	7.1	29	6.6	30	7.6	
	病的	122	14.6	46	10.5	76	19.2	
口腔清 掃	健全	566	40.6	339	41.2	227	39.8	0.643
	やや不良	563	40.4	324	39.4	239	41.9	
	病的	265	19.0	160	19.4	105	18.4	
歯痛	健全	1228	88.3	706	85.7	522	92.1	<0.001
	やや不良	132	9.5	100	12.1	32	5.6	
	病的	31	2.2	18	2.2	13	2.3	

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

（3）特養における経口維持加算Ⅱの算定有無別の状況

1）食形態の状況

経口維持加算Ⅱを算定している施設の方が、嚥下調整食摂取者が有意に多かった。

図表 2-62 特養入所者の食形態（経口維持加算Ⅱ算定の有無別）

		全体		算定あり		算定なし		p 値
		n	%	n	%	n	%	
食形態	非経口	91	6.5	28	5.1	63	7.4	<0.001
	嚥下訓練食 0	19	1.4	17	3.1	2	0.2	
	嚥下調整食 1	113	8.1	44	8.1	69	8.1	
	嚥下調整食 2	115	8.2	28	5.1	87	10.2	
	嚥下調整食 3	195	13.9	103	18.9	92	10.8	
	嚥下調整食 4	435	31.1	202	37.1	233	27.3	
	常食	432	30.9	123	22.6	309	36.1	
食形態	非経口	91	6.5	28	5.1	63	7.4	<0.001
	嚥下訓練食 0	19	1.4	17	3.1	2	0.2	
	嚥下調整食	858	61.3	377	69.2	481	56.3	
	常食	432	30.9	123	22.6	309	36.1	

2）歯数および歯の状況

経口維持加算Ⅱを算定している施設の方が、現在歯数および残根が有意に多かった。
一方、算定がない施設では、機能歯数および重度歯周病の歯が有意に多かった。

図表 2-63 特養入所者の歯数・歯の状況（経口維持加算Ⅱ算定の有無別）

	全体		算定あり		算定なし		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
現在歯数	1394	7.17	544	8.06	850	6.61	0.001
機能歯数	1394	18.62	544	17.94	850	19.05	0.018
カリエス	1392	0.59	542	0.51	850	0.64	0.893
残根	1393	1.63	543	1.79	850	1.53	0.004
重度歯周病	1391	0.14	541	0.11	850	0.16	0.998

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3) 義歯使用状況

経口維持加算Ⅱを算定している施設の方が、義歯が必要でない者が有意に多かった。一方、義歯が必要であるにも関わらず、義歯を持っていない者も、算定している施設の方が有意に多かった。

図表 2-64 特養入所者の義歯使用状況（経口維持加算Ⅱ算定の有無別）

		全体		算定あり		算定なし		p 値
		n	%	n	%	n	%	
義 歯 使 用	必要ない	187	13.5	78	14.5	109	12.8	0.018
	持っていない	455	32.7	198	36.9	257	30.1	
	持っているが使っていない	81	5.8	26	4.8	55	6.4	
	使っている	667	48.0	235	43.8	432	50.6	
義歯必 要者のみ での使用	持っていない	455	37.8	198	43.1	257	34.5	0.010
	持っているが使っていない	81	6.7	26	5.7	55	7.4	
	使っている	667	55.4	235	51.2	432	58.1	

4) 歯科治療の状況

経口維持加算Ⅱを算定している施設の方が、歯科治療が不要な者が多い傾向にあったが、有意差は認められなかった。

図表 2-65 特養入所者の歯科治療の状況（経口維持加算Ⅱ算定の有無別）

		全体		算定あり		算定なし		p 値
		n	%	n	%	n	%	
歯科治療	不要	514	38.1	206	41.4	308	36.2	0.063
	必要	834	61.9	291	58.6	543	63.8	
治療の緊 急性	あり	107	13.0	28	9.9	79	14.8	0.063
	なし	718	87.0	256	90.1	462	85.4	

5) 口腔内状況に対する主観的訴え

経口維持加算Ⅱを算定している施設の方が、口腔乾燥感を有する者が有意に少なかった。

図表 2-66 特養入所者の口腔内状況に対する主観的訴え（経口維持加算Ⅱ算定の有無別）

	全体		算定あり		算定なし		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
口腔の不快感	903	0.68	565	0.76	338	0.56	0.142
口腔の疼痛	906	0.56	340	0.46	566	0.61	0.099
口腔乾燥	944	0.99	349	0.68	595	1.17	<0.001

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

6) OHAT の状況

経口維持加算Ⅱを算定している施設の方が、OHAT の合計点数は有意に低かった。

項目別では、口唇、舌、唾液の状況が健全である者が、算定している施設に多く認められたが、歯痛の状況が健全である者は、算定していない施設に多く認められた。

図表 2-67 特養入所者の OHAT-J（経口維持加算Ⅱ算定の有無別）

		全体		算定あり		算定なし		p 値
		件数	平均	件数	平均	件数	平均	
合計点		1369	3.33	518	3.06	851	3.49	0.008
		全体		算定あり		算定なし		p 値
		n	%	N	%	N	%	
口唇	健全	1027	75.1	426	82.6	601	70.6	<0.001
	やや不良	335	24.5	89	17.2	246	28.9	
	病的	5	0.4	1	0.2	4	0.5	
舌	健全	726	53.1	293	56.8	433	50.9	0.017
	やや不良	629	46.0	222	43.0	407	47.8	
	病的	12	0.9	1	0.2	11	1.3	
歯 肉 ・ 粘膜	健全	877	64.2	343	66.5	534	62.9	0.091
	やや不良	435	31.9	160	31.0	275	32.1	
	病的	53	3.9	13	2.5	40	4.7	
唾液	健全	944	69.1	396	76.7	548	64.5	<0.001
	やや不良	399	29.2	118	22.9	281	33.1	
	病的	23	1.7	2	0.4	21	2.5	
残存歯	健全	257	27.5	112	29.0	145	26.4	0.503
	やや不良	354	37.8	138	35.8	216	39.3	
	病的	325	34.7	136	35.2	189	34.4	
義歯	健全	646	78.4	264	82.2	382	75.9	0.093
	やや不良	57	6.9	17	5.3	40	8.0	
	病的	121	14.7	40	12.5	81	16.1	
口腔清 掃	健全	555	40.6	226	43.8	329	38.7	0.159
	やや不良	548	40.1	199	38.6	349	41.1	
	病的	263	19.3	91	17.6	172	20.2	
歯痛	健全	1202	88.2	447	87.0	755	88.9	0.014
	やや不良	131	9.6	61	11.9	70	8.2	
	病的	30	2.2	6	1.2	24	2.8	

16. 協力歯科医の関わり別の特養入所者の口腔に関する状況

(1) 協力歯科医による歯科訪問診療の有無別の状況

1) 食形態の状況

協力医が歯科訪問診療を実施している施設の方が、非経口および常食摂取者が有意に多かった。また、実施していない施設の方が、嚥下調整食を摂取している者が有意に多かった。

図表 2-68 特養入所者の食形態（歯科訪問診療の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	N	%	
食形態	非経口	93	6.5	87	6.6	6	5.4	<0.001
	嚥下訓練食 0	19	1.3	19	1.4	0	0.0	
	嚥下調整食 1	113	7.9	109	8.3	4	3.6	
	嚥下調整食 2	116	8.1	109	8.3	7	6.3	
	嚥下調整食 3	196	13.7	160	12.1	36	32.4	
	嚥下調整食 4	437	30.6	389	29.5	48	43.2	
	常食	454	31.8	444	33.7	10	9.0	
食形態	非経口	93	6.5	87	6.6	6	5.4	<0.001
	嚥下訓練食 0	19	1.3	19	1.4	0	0.0	
	嚥下調整食	862	60.4	767	58.2	95	85.6	
	常食	454	31.8	444	33.7	10	9.0	

2) 歯数および歯の状況

協力医が歯科訪問診療を実施している施設と実施していない施設では有意な差は認められなかった。

図表 2-90 特養入所者の歯数・歯の状況（歯科訪問診療の有無別）

	全体		実施		未実施		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
現在歯数	1422	7.14	1310	7.27	112	5.56	0.061
機能歯数	1422	18.55	1310	18.53	112	18.82	0.860
カリエス	1420	0.59	1308	0.61	112	0.40	0.780
残根	1421	1.64	1309	1.66	112	1.47	0.430
重度歯周病	1419	0.14	1307	0.14	112	0.04	0.276

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3) 義歯使用状況

協力医が歯科訪問診療を実施している施設の方が、義歯が必要であるにもかかわらず持っていない者が有意に多かった。

図表 2-91 特養入所者の義歯使用状況（歯科訪問診療の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
義歯使用	必要ない	193	13.6	179	13.7	14	12.5	0.094
	持っていない	465	32.8	437	33.5	28	25.0	
	持っているが使っていない	82	5.8	71	5.4	11	9.8	
	使っている	678	47.8	619	47.4	59	52.7	
義歯必要者のみでの使用	持っていない	465	38.0	437	38.8	28	28.6	0.045
	持っているが使っていない	82	6.7	71	6.3	11	11.2	
	使っている	678	55.3	619	54.9	59	60.2	

4) 歯科治療の状況

協力医が歯科訪問診療を実施している施設の方が、歯科治療が必要な者が多い傾向にあったが、有意差は認められなかった。一方、治療の緊急性が高い者については、歯科訪問診療を実施していない施設の方が、有意に多かった。

図表 2-69 特養入所者の歯科治療の状況（歯科訪問診療の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		N	%	n	%	N	%	
歯科治療	不要	526	38.2	477	37.7	49	44.1	0.187
	必要	850	61.8	788	62.3	62	55.9	
治療の緊急性	あり	108	12.9	91	11.7	17	27.9	0.001
	なし	732	87.1	688	88.3	44	72.1	

5) 口腔内状況に対する主観的訴え

協力医の歯科訪問診療実施の有無と、口腔内状況に対する主観的訴えには有意な関連性は認められなかった。

図表 2-70 特養入所者の口腔内状況に対する主観的訴え（歯科訪問診療の有無別）

	全体		実施		未実施		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
口腔の不快感	915	0.68	843	0.70	72	0.43	0.238
口腔の疼痛	918	0.55	845	0.57	73	0.38	0.092
口腔乾燥	963	0.97	875	1.00	88	0.64	0.328

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

6) OHAT の状況

協力医が歯科訪問診療を実施している施設の方が、OHAT 合計点数が有意に高かった。項目別では、口唇、舌、歯肉・粘膜の状況が健全である者は、実施していない施設に有意に多く認められたが、義歯の状態は、実施している施設の方が健全である者が有意に多かった。

図表 2-71 特養入所者の OHAT-J（歯科訪問診療の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		件数	平均	件数	平均	件数	平均	
合計点		1397	3.32	1292	3.36	105	2.86	0.042
		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	N	%	
口唇	健全	1051	75.3	957	74.1	94	90.4	0.001
	やや不良	339	24.3	329	25.5	10	9.6	
	病的	5	0.4	5	0.4	0	0.0	
舌	健全	738	52.9	669	51.8	69	66.3	0.006
	やや不良	644	46.2	611	47.3	33	31.7	
	病的	13	0.9	11	0.9	2	1.9	
歯肉・ 粘膜	健全	895	64.2	812	63.0	83	79.8	0.002
	やや不良	444	31.9	426	33.0	18	18.3	
	病的	54	3.9	51	4.0	3	2.9	
唾液	健全	968	69.4	888	68.8	80	76.9	0.199
	やや不良	402	28.8	380	29.5	80	76.9	
	病的	24	1.7	22	1.7	2	1.9	
残存歯	健全	262	27.4	241	27.0	21	32.3	0.420
	やや不良	365	38.1	345	38.7	20	30.8	
	病的	330	34.5	306	34.3	24	36.9	
義歯	健全	655	78.3	611	80.6	44	56.4	< 0.001
	やや不良	59	7.1	45	5.9	14	17.9	
	病的	122	14.6	102	13.5	20	25.6	
口腔清 掃	健全	566	40.6	514	39.8	52	50.0	0.115
	やや不良	563	40.4	526	40.8	37	35.6	
	病的	265	19.0	250	19.4	15	14.4	
歯痛	健全	1228	88.3	1134	88.1	94	90.4	0.221
	やや不良	132	9.5	126	9.8	6	5.8	
	病的	31	2.2	27	2.1	4	3.8	

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

（2）協力歯科医による歯科健診実施の有無別の状況

1）食形態の状況

協力医の歯科健診実施の有無と食形態の状況には、有意な関連性は認められなかった。

図表 2-72 特養入所者の食形態（歯科健診実施の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
食形態	非経口	93	6.5	46	5.4	47	8.3	0.197
	嚥下訓練食 0	19	1.3	8	0.9	11	1.9	
	嚥下調整食 1	113	7.9	71	8.3	42	7.4	
	嚥下調整食 2	116	8.1	68	7.9	48	8.4	
	嚥下調整食 3	196	13.7	123	14.3	73	12.8	
	嚥下調整食 4	437	30.6	262	30.5	175	30.8	
	常食	454	31.8	281	32.7	173	30.4	
食形態	非経口	93	6.5	46	5.4	47	8.3	0.052
	嚥下訓練食 0	19	1.3	8	0.9	11	1.9	
	嚥下調整食	862	60.4	524	61.0	338	59.4	
	常食	454	31.8	281	32.7	173	30.4	

2）歯数および歯の状況

協力医の歯科健診実施の有無と、歯数および歯の状況には、有意な関連性は認められなかった

図表 2-73 特養入所者の歯数・歯の状況（歯科健診実施の有無別）

	全体		実施		未実施		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
現在歯数	1422	7.14	854	7.42	568	6.71	0.120
機能歯数	1422	18.55	854	18.72	568	18.3	0.807
カリエス	1420	0.59	854	0.65	566	0.51	0.088
残根	1421	1.64	853	1.67	568	1.60	0.078
重度歯周病	1419	0.14	854	0.17	565	0.09	0.487

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3) 義歯使用状況

協力医が歯科健診を実施している施設の方が、義歯が必要ない者および使用している者が有意に多かった。

図表 2-74 特養入所者の義歯使用状況（歯科健診実施の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
義 歯 使 用	必要ない	193	13.6	131	15.4	62	11.0	0.009
	持っていない	465	32.8	269	31.5	196	34.7	
	持っているが使っていない	82	5.8	39	4.6	43	7.6	
	使っている	678	47.8	414	48.5	264	46.7	
義歯必 要者のみ での使用	持っていない	465	38.0	269	37.3	196	39.0	0.053
	持っているが使っていない	82	6.7	39	5.4	43	8.5	
	使っている	678	55.3	414	57.3	264	52.5	

4) 歯科治療の状況

協力医による歯科健診実施の有無と歯科治療の必要性および緊急性の有無と、歯数および歯の状況には、有意な関連性は認められなかった

図表 2-75 特養入所者の歯科治療の必要性の状況（歯科健診実施の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
歯科治療	不要	526	38.2	305	37.7	221	39.0	0.652
	必要	850	61.8	504	62.3	346	61.0	
治療の緊 急性	あり	108	12.9	68	13.7	40	11.7	0.463
	なし	732	87.1	430	86.3	302	88.3	

5) 口腔内状況に対する主観的訴え

協力医が歯科健診を実施している施設の方が、口腔乾燥を有する者が有意に多かった。

図表 2-76 特養入所者の口腔内状況に対する主観的訴え（歯科健診実施の有無別）

	全体		実施		未実施		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
口腔の不快感	915	0.68	543	0.71	372	0.64	0.212
口腔の疼痛	918	0.55	544	0.51	374	0.62	0.989
口腔乾燥	963	0.97	564	1.10	399	0.78	0.002

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

6) OHAT の状況

協力医が歯科健診を実施している施設の方が、OHAT の合計点数が有意に高かった。
項目別では、舌、口腔清掃、歯痛の状況が健全である者は、実施していない施設の方が有意に多かった。

図表 2-100 特養入所者の OHAT-J（歯科健診実施の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		件数	平均	件数	平均	件数	平均	
合計点		1397	3.32	829	3.45	568	3.13	0.018
		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
口唇	健全	1051	75.3	630	76.2	421	74.1	0.396
	やや不良	339	24.3	193	23.3	146	25.7	
	病的	5	0.4	4	0.5	1	0.2	
舌	健全	738	52.9	404	48.9	334	58.8	0.001
	やや不良	644	46.2	416	50.3	228	40.1	
	病的	13	0.9	7	0.8	6	1.1	
歯肉・ 粘膜	健全	895	64.2	520	63.0	375	66.1	0.225
	やや不良	444	31.9	277	33.5	167	29.5	
	病的	54	3.9	29	3.5	25	4.4	
唾液	健全	968	69.4	573	69.4	395	69.5	0.008
	やや不良	402	28.8	246	29.8	156	27.5	
	病的	24	1.7	7	0.8	17	3.0	
残存歯	健全	262	27.4	151	25.8	111	29.9	0.291
	やや不良	365	38.1	233	39.8	132	35.6	
	病的	330	34.5	202	34.5	128	34.5	
義歯	健全	655	78.3	384	80.3	271	75.7	0.103
	やや不良	59	7.1	35	7.3	24	6.7	
	病的	122	14.6	59	12.3	63	17.6	
口腔清 掃	健全	566	40.6	290	35.1	276	48.6	<0.001
	やや不良	563	40.4	369	44.7	194	34.2	
	病的	265	19.0	167	20.2	98	17.3	
歯痛	健全	1228	88.3	711	86.1	517	91.5	0.008
	やや不良	132	9.5	93	11.3	39	6.9	
	病的	31	2.2	22	2.7	9	1.6	

（3）協力歯科医の入所者の食事等カンファレンスへの参加の有無別の状況

1）食形態の状況

協力医が食事等カンファレンスを実施している施設の方が、嚥下調整食摂取者が有意に多く、実施していない施設の方が、非経口および常食摂取者が有意に多かった。

図表 2-101 特養入所者の食形態（協力歯科医の食事カンファレンスへの参加の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
食形態	非経口	93	6.5	14	5.3	79	6.8	<0.001
	嚥下訓練食 0	19	1.3	4	1.5	15	1.3	
	嚥下調整食 1	113	7.9	16	6.1	97	8.3	
	嚥下調整食 2	116	8.1	30	11.4	86	7.4	
	嚥下調整食 3	196	13.7	35	13.3	161	13.8	
	嚥下調整食 4	437	30.6	110	41.7	327	28.1	
	常食	454	31.8	55	20.8	399	34.3	
食形態	非経口	93	6.5	14	5.3	79	6.8	<0.001
	嚥下訓練食 0	19	1.3	4	1.5	15	1.3	
	嚥下調整食	862	60.4	191	72.3	671	57.6	
	常食	454	31.8	55	20.8	399	34.3	

2）歯数および歯の状況

協力医が食事等カンファレンスを実施していない施設と実施している施設の間に有意差は認められなかった。

図表 2-77 特養入所者の歯数・歯の状況（協力歯科医の食事カンファレンスへの参加の有無別）

	全体		実施		未実施		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
現在歯数	1422	7.14	264	7.91	1158	6.96	0.071
機能歯数	1422	18.55	264	17.97	1158	18.68	0.092
カリエス	1420	0.59	262	0.54	1158	0.61	0.517
残根	1421	1.64	263	1.58	1158	1.66	0.851
重度歯周病	1419	0.14	261	0.10	1158	0.14	0.935

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3) 義歯使用状況

協力医の食事等カンファレンス実施の有無と義歯使用状況には、有意な関連性は認められなかった。

図表 2-78 特養入所者の義歯使用状況（協力歯科医の食事カンファレンスへの参加の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		N	%	n	%	n	%	
義 歯 使 用	必要ない	193	13.6	35	13.6	158	13.6	0.558
	持っていない	465	32.8	88	34.1	377	32.5	
	持っているが使っていない	82	5.8	19	7.4	63	5.4	
	使っている	678	47.8	116	45.0	562	48.4	
義歯必 要者のみ での使用	持っていない	465	38.0	88	39.5	377	37.6	0.356
	持っているが使っていない	82	39.5	19	8.5	63	6.3	
	使っている	678	37.6	116	52.0	562	56.1	

4) 歯科治療の状況

協力医の食事等カンファレンス実施と歯科治療の必要性、緊急性の状況には、有意な関連性は認められなかった。

図表 2-79 特養入所者の歯科治療の状況（協力歯科医の食事カンファレンスへの参加の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
歯科治療	不要	526	38.2	91	41.9	435	37.5	0.224
	必要	850	61.8	126	58.1	724	62.5	
治療の緊 急性	あり	108	12.9	20	16.5	88	12.2	0.189
	なし	732	87.1	101	83.5	631	87.8	

5) 口腔内状況に対する主観的訴え

協力医が食事等カンファレンスを実施している施設の方が、口腔の疼痛を有する者が有意に少なかった。

図表 2-80 特養入所者の口腔内状況に対する主観的訴え
（協力歯科医の食事カンファレンスへの参加の有無別）

	全体		実施		未実施		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
口腔の不快感	915	0.68	160	0.80	755	0.65	0.115
口腔の疼痛	918	0.55	161	0.76	757	0.51	0.014
口腔乾燥	963	0.97	179	1.14	784	0.93	0.362

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

6) OHAT-J の状況

協力医が食事等カンファレンスを実施している施設の方が、OHAT の合計点数が有意に高かった。項目別では、口唇、義歯、口腔清掃、歯痛の状況が健全である者は、実施していない施設に有意に多く認められた。

図表 2-81 特養入所者の OHAT-J（協力歯科医の食事カンファレンスへの参加の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		件数	平均	件数	平均	件数	平均	
合計点		1397	3.32	238	3.72	1159	3.24	0.034
		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
口唇	健全	1051	75.3	156	66.1	895	77.2	<0.001
	やや不良	339	24.3	77	32.6	262	22.6	
	病的	5	0.4	3	1.3	2	0.2	
舌	健全	738	52.9	116	49.2	622	53.7	0.265
	やや不良	644	46.2	119	5.4	525	45.3	
	病的	13	0.9	1	0.4	12	1.0	
歯肉・ 粘膜	健全	895	64.2	160	67.8	735	63.5	0.162
	やや不良	444	31.9	64	27.1	380	32.8	
	病的	54	3.9	12	5.1	42	3.6	
唾液	健全	968	69.4	169	71.6	799	69.0	0.218
	やや不良	402	28.8	66	28.0	336	29.0	
	病的	24	1.7	1	0.4	23	2.0	
残存歯	健全	262	27.4	59	33.9	203	25.9	0.101
	やや不良	365	38.1	61	35.1	304	38.8	
	病的	330	34.5	54	31.0	276	35.2	
義歯	健全	655	78.3	127	75.1	528	79.2	0.042
	やや不良	59	7.1	8	4.7	51	7.6	
	病的	122	14.6	34	20.1	88	13.2	
口腔清 掃	健全	566	40.6	78	33.1	488	42.1	0.015
	やや不良	563	40.4	101	42.8	462	39.9	
	病的	265	19.0	57	24.2	208	18.0	
歯痛	健全	1228	88.3	181	77.4	1047	90.5	<0.001
	やや不良	132	9.5	41	17.5	91	7.9	
	病的	31	2.2	12	5.1	19	1.6	

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

（4）協力歯科医による摂食嚥下に対する支援の有無別の状況

1）食形態の状況

協力医が摂食嚥下に対する支援を実施している施設の方が、非経口および常食摂取者が有意に少なく、嚥下調整食摂取者が有意に多かった。

図表 2-82 特養入所者の食形態（協力歯科医による摂食嚥下に対する支援の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
食形態	非経口	93	6.5	29	4.7	64	7.9	<0.001
	嚥下訓練食 0	19	1.3	4	0.6	15	1.9	
	嚥下調整食 1	113	7.9	36	5.8	77	9.6	
	嚥下調整食 2	116	8.1	68	10.9	48	6.0	
	嚥下調整食 3	196	13.7	81	13.0	115	14.3	
	嚥下調整食 4	437	90.6	232	37.3	205	25.4	
	常食	454	31.8	172	27.7	282	35.0	
食形態	非経口	93	6.5	29	4.7	64	7.9	<0.001
	嚥下訓練食 0	19	1.3	4	0.6	15	1.9	
	嚥下調整食	862	60.4	417	67.0	445	55.2	
	常食	454	31.8	172	27.7	282	35.0	

2）歯数および歯の状況

協力医の摂食嚥下に対する支援の有無と歯数および歯の状況との間には有意な関連性は認められなかった

図表 2-83 特養入所者の歯数・歯の状況（協力歯科医による摂食嚥下に対する支援の有無別）

	全体		実施		未実施		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
現在歯数	1422	7.14	623	7.07	799	7.19	0.810
機能歯数	1422	18.55	623	18.74	799	18.41	0.773
カリエス	1420	0.59	621	0.54	799	0.64	0.135
残根	1421	1.64	622	4.56	799	1.71	0.933
重度歯周病	1419	0.14	620	0.18	799	0.11	0.811

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3) 義歯使用状況

協力医が摂食嚥下に対する支援を実施している施設の方が、義歯が必要ない者が有意に多かった。一方、義歯が必要であるにも関わらず、持っていない者は、実施していない施設に有意に多く認められた。

図表 2-84 特養入所者の義歯使用状況（協力歯科医による摂食嚥下に対する支援の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
義 歯 使 用	必要ない	193	13.6	96	15.6	97	12.1	0.036
	持っていない	465	32.8	179	29.0	286	35.7	
	持っているが使っていない	82	5.8	36	5.8	46	5.7	
	使っている	678	47.8	306	49.6	372	46.4	
義歯必 要者のみ での使用	持っていない	465	38.0	179	34.4	286	40.6	0.080
	持っているが使っていない	82	6.7	36	6.9	46	6.5	
	使っている	678	55.3	306	58.7	372	52.8	

4) 歯科治療の状況

協力医が摂食嚥下に対する支援を実施している施設の方が、歯科治療が必要な者が有意に少なかった。

図表 2-85 特養入所者の歯科治療の状況（協力歯科医による摂食嚥下に対する支援の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
歯科治療	不要	526	38.2	269	46.7	257	32.1	<0.001
	必要	850	61.8	307	53.3	543	67.9	
治療の緊 急性	あり	108	12.9	45	14.9	63	11.7	0.198
	なし	732	87.1	257	85.1	475	88.3	

5) 口腔内状況に対する主観的訴え

協力医が摂食嚥下に対する支援を実施している施設の方が、口腔内状況に対する主観的な訴えが有意に多かった。

図表 2-86 特養入所者の口腔内状況に対する主観的訴え
（協力歯科医による摂食嚥下に対する支援の有無別）

	全体		実施		未実施		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
口腔の不快感	915	0.68	400	0.89	515	0.52	0.020
口腔の疼痛	918	0.55	402	0.70	516	0.44	0.017
口腔乾燥	963	0.97	427	1.20	536	0.79	0.005

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

6) OHAT-J の状況

協力医の摂食嚥下に対する支援の有無と OHAT の合計点数には、有意な関連は認められなかった。項目別では、口唇、唾液、口腔清掃、歯痛が健全である者は、支援を実施していない施設に有意に多く認められた。

図表 2-87 特養入所者の OHAT-J（協力歯科医による摂食嚥下に対する支援の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		件数	平均	件数	平均	件数	平均	
合計点		1397	3.32	598	3.43	799	3.23	0.233
		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
口唇	健全	1051	75.3	433	72.7	618	77.3	0.007
	やや不良	339	24.3	158	26.5	181	22.7	
	病的	5	0.4	5	0.8	0	0.0	
舌	健全	738	52.9	304	51.0	434	54.3	0.371
	やや不良	644	46.2	285	47.8	359	44.9	
	病的	13	0.9	7	1.2	6	0.8	
歯肉・ 粘膜	健全	895	64.2	402	67.6	493	61.8	0.084
	やや不良	444	31.9	172	28.9	272	34.1	
	病的	54	3.9	21	3.5	33	4.1	
唾液	健全	968	69.4	382	64.1	586	73.4	<0.001
	やや不良	402	28.8	207	34.7	195	24.4	
	病的	24	1.7	7	1.2	17	2.1	
残存歯	健全	262	27.4	118	28.6	144	26.5	0.182
	やや不良	365	38.1	166	40.2	199	36.6	
	病的	330	34.5	129	31.2	201	36.9	
義歯	健全	655	78.3	311	78.9	344	77.8	0.928
	やや不良	59	7.1	27	6.9	32	7.2	
	病的	122	14.6	56	14.2	66	14.9	
口腔清 掃	健全	566	40.6	222	37.3	344	43.1	0.013
	やや不良	563	40.4	267	44.9	296	37.0	
	病的	265	19.0	106	17.8	159	19.9	
歯痛	健全	1228	88.3	507	85.5	721	90.4	0.001
	やや不良	132	9.5	63	10.6	69	8.6	
	病的	31	2.2	23	3.9	8	1.0	

（5）協力歯科医による口腔衛生管理体制加算への助言の有無別の状況

1）食形態の状況

協力医が口腔衛生管理体制加算への助言を実施している施設の方が、非経口および嚥下調整食摂取者が有意に多かった。一方、常食摂取者は、実施していない施設に多く認められた。

図表 2-88 特養入所者の食形態（協力歯科医の口腔衛生管理体制加算への助言の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
食 形 態	非経口	93	6.5	59	8.2	34	4.8	<0.001
	嚥下訓練食 0	19	1.3	18	2.5	1	0.1	
	嚥下調整食 1	113	7.9	73	10.1	40	5.7	
	嚥下調整食 2	116	8.1	78	10.8	38	5.4	
	嚥下調整食 3	196	13.7	135	18.7	61	8.6	
	嚥下調整食 4	437	30.6	161	22.3	276	39.1	
	常食	454	31.8	198	27.4	256	36.3	
食 形 態	非経口	93	6.5	59	8.2	34	4.8	<0.001
	嚥下訓練食 0	19	1.3	18	2.5	1	0.1	
	嚥下調整食	862	60.4	447	61.9	415	58.8	
	常食	454	31.8	198	27.4	256	36.3	

2）歯数および歯の状況

協力医が口腔衛生管理体制加算への助言を実施していない施設と実施している施設の間に有意差は認められなかった。

図表 2-89 特養入所者の歯数・歯の状況
（協力歯科医による口腔衛生管理体制加算への助言の有無別）

	全体		実施		未実施		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
現在歯数	1422	7.14	717	6.92	705	7.36	0.398
機能歯数	1422	18.55	717	17.92	705	19.19	0.074
カリエス	1420	0.59	717	0.64	703	0.54	0.588
残根	1421	1.64	716	1.60	705	1.68	0.788
重度歯周病	1419	0.14	717	0.15	702	0.12	0.768

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

3) 義歯使用状況

協力医の口腔衛生管理体制加算への助言の有無と義歯使用状況には、有意な関連性は認められなかった。

**図表 2-90 特養入所者の義歯使用状況
（協力歯科医による口腔衛生管理体制加算への助言の有無別）**

		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
義 歯 使 用	必要ない	193	13.6	97	13.5	96	13.7	0.140
	持っていない	465	32.8	253	35.3	212	30.2	
	持っているが使っていない	82	5.8	35	4.9	47	6.7	
	使っている	678	47.8	332	46.3	346	49.4	
義歯必 要者のみ での使用	持っていない	465	38.0	253	40.8	212	35.0	0.065
	持っているが使っていない	82	6.7	35	5.6	47	7.8	
	使っている	678	55.3	332	53.5	346	57.2	

4) 歯科治療の状況

協力医の口腔衛生管理体制加算への助言の有無と歯科治療の状況には、有意な関連性は認められなかった。

図表 2-91 特養入所者の食形態（協力歯科医による口腔衛生管理体制加算への助言の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
歯科治療	不要	526	38.2	252	37.3	275	39.1	0.506
	必要	850	61.8	422	62.7	428	60.9	
治療の緊 急性	あり	108	12.9	63	15.1	45	10.6	0.051
	なし	732	87.1	353	84.9	379	89.4	

5) 口腔内状況に対する主観的訴え

協力医の口腔衛生管理体制加算への助言の有無と口腔内状況に対する主観的訴えには、有意な関連性は認められなかった。

図表 2-92 特養入所者の食形態（協力歯科医による口腔衛生管理体制加算への助言の有無別）

	全体		実施		未実施		p 値
	件数	平均	件数	平均	件数	平均	
口腔の不快感	915	0.68	409	0.67	506	0.69	0.517
口腔の疼痛	918	0.55	411	0.58	507	0.53	0.285
口腔乾燥	963	0.97	442	0.98	521	0.97	0.971

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

6) OHAT-J の状況

協力医の口腔衛生管理体制加算への助言の有無と OHAT の合計点数には、有意な関連性は認められなかった。項目別では、唾液と歯痛の状況が健全である者は、助言を実施していない施設に多く認められた。

図表 2-93 特養入所者の OHAT-J（協力歯科医による口腔衛生管理体制加算への助言の有無別）

		全体		実施		未実施		p 値
		件数	平均	件数	平均	件数	平均	
合計点		1397	3.32	691	3.38	706	3.25	0.423
		全体		実施		未実施		p 値
		n	%	n	%	n	%	
口唇	健全	1051	75.3	504	73.1	547	77.5	0.142
	やや不良	339	24.3	183	26.6	156	22.1	
	病的	5	0.4	2	0.3	3	0.4	
舌	健全	738	52.9	361	52.4	377	53.4	0.895
	やや不良	644	46.2	321	46.6	323	45.8	
	病的	13	0.9	7	1.0	6	0.8	
歯肉・ 粘膜	健全	895	64.2	449	65.2	446	63.4	0.779
	やや不良	444	31.9	214	31.1	230	32.7	
	病的	54	3.9	26	3.8	28	4.0	
唾液	健全	968	69.4	471	68.4	497	70.5	0.006
	やや不良	402	28.8	213	30.9	189	26.8	
	病的	24	1.7	5	0.7	19	2.7	
残存歯	健全	262	27.4	122	26.0	140	28.7	0.622
	やや不良	365	38.1	182	38.7	183	37.6	
	病的	330	34.5	166	35.3	164	33.7	
義歯	健全	655	78.3	304	77.6	351	79.1	0.664
	やや不良	59	7.1	31	7.9	28	6.3	
	病的	122	14.6	57	14.5	65	14.6	
口腔清 掃	健全	566	40.6	276	40.1	290	41.1	0.531
	やや不良	563	40.4	273	39.7	290	41.1	
	病的	265	19.0	139	20.2	126	17.8	
歯痛	健全	1228	88.3	588	85.3	640	91.2	0.001
	やや不良	132	9.5	85	12.3	47	6.7	
	病的	31	2.2	16	2.3	15	2.1	

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

17. 特養における開口度による口腔状況

（1）開口度（開口拒否）に関連する因子の検討

開口度が1横指以下である者（開口拒否のある者）のうち、95.3%が認知症高齢者日常生活自立度がⅢ以上であった。また、1横指以下である者に、義歯を持っていない者が有意に多く認められた。カリエスの本数、OHATの合計点数も有意に高かった

図表 2-94 開口拒否に関連する要因の検討

		全体		1横指～		1横指以下		p値
		n	%	n	%	n	%	
認知症高齢者日常生活自立度	自立	13	1.0	13	1.0	0	0.0	<0.001
	I	47	3.4	47	3.7	0	0.0	
	Ⅱa	54	4.0	53	4.2	1	0.9	
	Ⅱb	218	16.0	214	17.0	4	3.7	
	Ⅲa	495	36.2	468	37.2	27	25.2	
	Ⅲb	194	14.2	172	13.7	22	20.6	
	Ⅳ	301	22.0	252	20.0	49	45.8	
	M	44	3.2	40	3.2	4	3.7	
認知症高齢者日常生活自立度	Ⅱ以下	332	24.3	327	26.0	5	4.7	<0.001
	Ⅲ以上	1034	75.7	932	74.0	102	95.3	
咬傷・残存歯による潰瘍	あり	45	3.3	33	2.6	12	11.3	<0.001
	なし	1331	96.7	1237	97.4	94	88.7	
カンジタ性口内炎	あり	44	3.2	39	3.1	5	4.8	0.376
	なし	1326	96.8	1227	96.9	99	95.2	
その他の口内炎	あり	29	2.1	26	2.1	3	2.8	0.486
	なし	1342	97.9	1239	97.9	103	97.2	
痰の吸引	なし	1273	93.2	1184	93.9	89	84.8	0.002
	時々	83	6.1	69	5.5	14	13.3	
	頻回	10	0.7	8	0.6	2	1.9	
義歯の使用	必要ない	188	13.7	168	13.3	20	18.7	<0.001
	持っていない	448	32.7	384	30.4	64	59.8	
	持っているが 使っていない	75	5.5	66	5.2	9	8.4	
	使っている	659	48.1	645	51.1	14	13.1	

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

		全体		1 横指～		1 横指以下		p 値
		n	%	n	%	n	%	
義歯必要者で義歯の使用	持っていない	448	37.9	384	35.1	64	73.6	<0.001
	持っているが使っていない	75	6.3	66	6.0	9	10.3	
	使っている	659	55.8	645	58.9	14	16.1	
歯科治療の必要性	不要	525	38.2	485	38.3	40	37.4	0.918
	必要	848	61.8	781	61.7	67	62.6	
治療の緊急性	あり	108	12.9	102	13.2	6	9.0	0.446
	なし	730	87.1	669	86.8	61	91.0	
		全体		1 横指～		1 横指以下		p 値
		件数	平均	件数	平均	件数	平均	
現在歯		1375	7.13	1268	7.17	107	6.65	0.662
カリエス		1370	0.61	1263	0.60	107	0.71	0.026
残根		1375	1.61	1268	1.55	107	2.35	0.052
重度歯周病		1368	0.14	1261	0.15	107	0.05	0.140
OHAT 合計点		1368	3.31	1261	3.26	106	3.90	0.028

開口度が 1 横指以下である者（開口拒否のある者）であることに関連する因子を検討する目的で、開口度が 1 横指以下とそれ以外の者との 2 群に分けてロジスティック回帰分析を行った。

結果、認知症高齢者日常生活自立度（自立、Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M）、咬傷・残存歯による潰瘍、残根が、開口拒否に関連する有意な説明変数となった。

図表 2-95 開口拒否に関連する要因の検討(ロジスティック回帰分析①)

	オッズ比	95%信頼区間	P 値
年齢	1.013	0.985-1.042	0.378
性別	1.708	0.908-3.211	0.097
認知症高齢者日常生活自立度	1.733	1.457-2.060	<0.001
咬傷・残存歯による潰瘍	4.323	2.061-9.067	<0.001
カリエス	1.016	0.897-1.151	0.800
残根	1.063	1.005-1.125	0.032
重度歯周病	0.584	0.276-1.234	0.159

従属変数：開口度（0：1 横指～、1：1 横指以下）

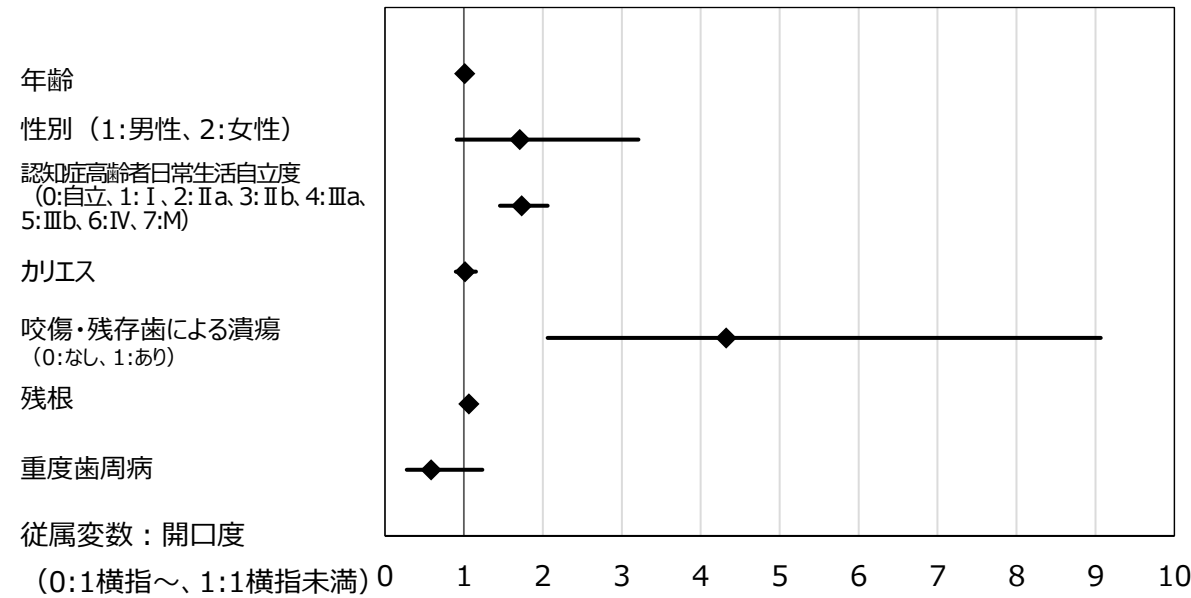
性別（1：男性、2：女性）認知症高齢者自立度（自立、Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M）

咬傷・残存歯による潰瘍（0：なし、1：あり）

第Ⅱ部 実態調査

第2章 施設入所者の口腔内の状況（施設入所者調査より）

図表 2-96 開口拒否に関連する要因の検討(フォレストプロット図①)



OHAT の合計点数と開口度が 1 横指以下である者（開口拒否のある者）であることの関連を検討する目的でロジスティック回帰分析を行ったところ、認知症高齢者日常生活自立度を 2 段階（0：Ⅱ以下、1：Ⅲ以上）でカテゴライズすると、有意な説明変数となったのは、認知症高齢者日常生活自立度および OHAT 合計点数であった。

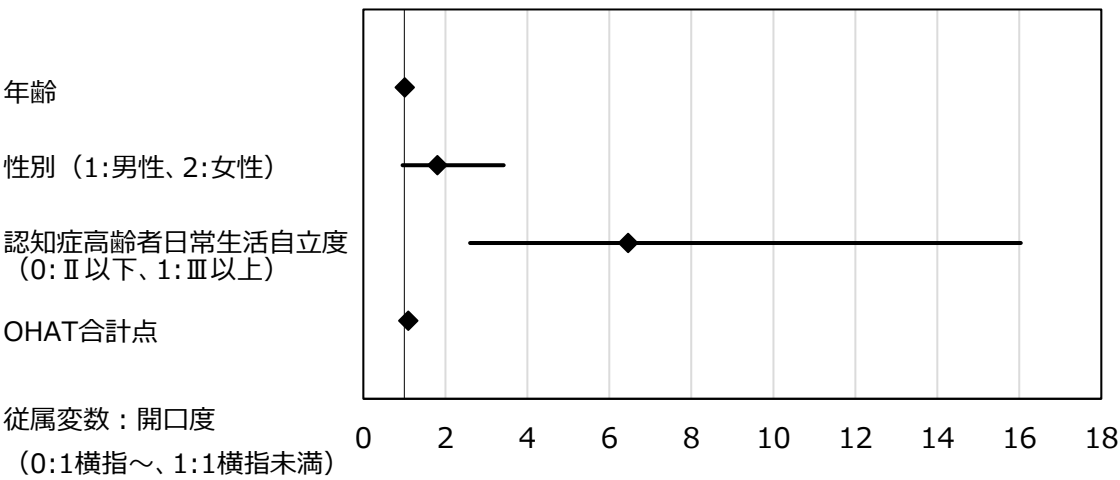
図表 2-97 開口拒否に関連する要因の検討(ロジスティック回帰分析②)

	オッズ比	95%信頼区間	P 値
年齢	1.009	0.981-1.037	0.540
性別	1.809	0.956-3.424	0.069
認知症高齢者日常生活自立度	6.462	2.604-16.036	<0.001
OHAT 合計点	1.098	1.012-1.191	0.024

従属変数：開口度（0：1 横指～、1：1 横指以下）

性別（1：男性、2：女性）、認知症高齢者自立度（0：Ⅱ以下、1：Ⅲ以上）

図表 2-98 開口拒否に関連する要因の検討(フォレストプロット図②)



開口度が1横指以下である者（開口拒否のある者）であることに関連する因子の検討により、開口拒否がある人は、認知症が重度で、咬傷や残根による潰瘍や残根が多いものが多い。またOHATの点数が悪い者が多いということが明らかになった。以上の結果から、重度認知症である者は、口腔の問題が開口拒否に繋がっている可能性が高く、速やかに専門職につなぐ必要があることが示唆された。

第Ⅱ部 実態調査

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

1. 基本属性

（1）性・年齢

今回調査をしたがん患者は、58.1%が女性で、平均年齢は73.05歳であった。

図表 3-1 がん患者の性別

	n	%
男	36	41.9
女	50	58.1
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

図表 3-2 がん患者の年齢

	n	%
70歳未満	31	36.0
70～79歳	30	34.9
80～89歳	17	19.8
90歳以上	7	8.1
無回答	1	1.2
全体	86	100.0
平均	73.05	

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

(2) 疾患部位

疾患部位は、「肺」が最も多く 17.4%、続いて「大腸／直腸」が 16.3%であった。また、うち 74.4%に転移があった。転移部位としては「肝」が最も多く、「肺」、「骨」が続いていた。

図表 3-3 疾患部位

	n	%
肺	15	17.4
食道	0	0.0
胃	3	3.5
大腸/直腸	14	16.3
肝臓	1	1.2
脾臓	11	12.8
胆管・胆嚢	4	4.7
口腔	5	5.8
頭頸部	1	1.2
前立腺	2	2.3
膀胱・尿管	4	4.7
腎臓	3	3.5
乳腺	8	9.3
子宮	4	4.7
卵巣	1	1.2
原発不明	0	0.0
その他	11	12.8
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

図表 3-4 転移の状況

	n	%
なし	22	25.6
あり	64	74.4
肺	21	24.4
肝	23	26.7
脳	11	12.8
骨	18	20.9
その他	33	38.4
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

（3）化学療法

化学療法については、84.9%が受けていた。

図表 3-5 化学療法

	n	%
なし	13	15.1
あり	73	84.9
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

（4）BSC（Best Supportive Care）方針の明記

BSC（Best Supportive Care）方針の明記については、「実施していない」が75.6%であった。

図表 3-6 BSC(Best Supportive Care)方針の明記

	n	%
実施中（あるいは今後2週間以内に実施）	21	24.4
実施していない	65	75.6
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

2. 歯科との関わりについて

（1）歯科治療の経験

歯科治療の経験については、「何かあった時に受診した経験がある」が最も多く、76.7%であった。

図表 3-7 歯科訪問診療など歯科治療の経験

	n	%
定期的に受けている	16	18.6
何かあった時に受診した経験がある	66	76.7
受診なし	4	4.7
希望されていない、拒否がある	0	0.0
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

（2）毎日の歯磨きの状況

1) 自力清掃

自力清掃については、「できない」人が31.4%であった。

図表 3-8 自力清掃

	n	%
できる	59	68.6
できない	27	31.4
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

2) 清掃の意思

清掃の意思については、「あり」の人が84.9%であった。

図表 3-9 清掃の意思

	n	%
あり	73	84.9
なし	11	12.8
拒否	2	2.3
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

3) 一日の歯磨き回数

一日の歯磨き回数については、半数以上が3回以上で、平均2.35回であった。

図表 3-10 一日の歯磨き回数

	n	%
0回	3	3.5
1～2回	36	41.9
3回以上	47	54.7
無回答	0	0.0
全体	86	100.0
平均	2.35	

4) 使用している道具

使用している道具については、「歯ブラシ」が最も多く86.0%であった。

図表 3-11 使用している道具(複数回答)

	n	%
回答施設	86	100.0
歯ブラシ	74	86.0
歯間ブラシ	14	16.3
スポンジブラシ	22	25.6
義歯ブラシ	3	3.5
その他	17	19.8
無回答	1	1.2

(3) 周術期口腔機能管理加算の算定状況

これまでに周術期口腔機能管理加算を算定されたのは、16.3%であり、算定していたのは他院である患者が多かった。

図表 3-12 周術期口腔機能管理加算の算定状況

	n	%
なし	70	81.4
あり	10	11.6
以前算定していた	4	4.7
無回答	2	2.3
全体	86	100.0

	n	%
自院	6	42.9
他院	7	50.0
無回答	1	7.1
非該当	72	
全体	14	100.0

3. 食事の状態

（1）食形態

食形態については、常食が 30.2%であった。

図表 3-13 食形態

	n	%
非経口	13	15.1
嚥下訓練食品 0	4	4.7
嚥下調整食 1	2	2.3
嚥下調整食 2	10	11.6
嚥下調整食 3	6	7.0
嚥下調整食 4	25	29.1
常食	26	30.2
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

（2）摂食嚥下状況のレベル

摂食嚥下状況のレベルについては、嚥下訓練を行っている人はごくわずかであった。

図表 3-14 摂食嚥下状況のレベル

	n	%
嚥下訓練を行っていない	18	20.9
食物を用いない嚥下訓練を行っている	0	0.0
ごく少量の食物を用いた嚥下訓練を行っている	0	0.0
1食分未満の（楽しみレベルの）嚥下食を経口摂取しているが、代替栄養が主体	9	10.5
1～2食の嚥下食を経摂取しているが、代替栄養も行っている	1	1.2
3食の嚥下食経口摂取が主体で、不足分の代替栄養を行っている	7	8.1
3食の嚥下食を経口摂取している。代替栄養は行っていない	13	15.1
特別食べにくい物を除いて、3食を経口摂取している	12	14.0
食物の制限はなく、3食を経口摂取している	8	9.3
摂食嚥下障害に関する問題なし（正常）	18	20.9
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

4. PPI（Palliative Prognostic Index）関連項目

（1）PPS（Palliative Performance Scale）

PPS については、大半が 50 以下であった。

図表 3-15 PPS

	n	%
10	3	3.5
20	13	15.1
30	13	15.1
40	29	33.7
50	17	19.8
60	7	8.1
70	1	1.2
80	2	2.3
90	1	1.2
100	0	0.0
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

【参考】PPS の求め方

%	起居	活動と症状	ADL	経口摂取	意識レベル	
100	100%起居している	正常の活動が可能 症状なし	自立	正常	清明	
90		正常の活動が可能 いくつかの症状がある				
80		いくつかの症状はあるが、努力 すれば正常の活動が可能				
70	ほとんど起居している	何らかの症状があり通常の仕事 や業務が困難	時に介助	正常 または 減少	清明 または 混乱	
60		明らかな症状があり趣味や家事 を行うことが困難				
50	ほとんど座位か横たわっている	著明な症状がありどんな仕事も することが困難	しばしば介助		減少	清明 または 混乱 または傾眠
40	ほとんど臥床		ほとんど介助			
30	常に臥床		全介助	数口以下		
20				口腔ケアのみ	傾眠 または 昏睡	
10						

項目は、左側（起居）から右側に、優先度が高い順に並べられている。左から順番にみて、患者に最もあてはまるレベルを決定する（総合的に判断するが左側を重視する）。

例）起居 50、活動と症状 60、ADL50、経口摂取 100、意識レベル 100 ⇒PPS50

例）起居 30、活動と症状 40、ADL40、経口摂取 100、意識レベル 100 ⇒PPS30

例）起居 30、活動と症状 60、ADL60、経口摂取 100、意識レベル 100 ⇒PPS50

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

（2）経口摂取量

経口摂取量については、減少している人が71.0%であった。

図表 3-16 経口摂取量

	n	%
正常	25	29.1
減少	36	41.9
数口以下	25	29.1
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

（3）浮腫

浮腫がある人は、43.0%であった。

図表 3-17 浮腫

	n	%
なし	49	57.0
あり	37	43.0
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

（4）安静時呼吸困難

安静時呼吸困難がある人は、81.4%であった。

図表 3-18 安静時呼吸困難

	n	%
なし	70	81.4
あり	16	18.6
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

（５）コミュニケーションの状態

コミュニケーションの状態については、「自発的に意味明瞭な複雑なコミュニケーションが可能」65.1%であった。

図表 3-19 コミュニケーションの状態

	n	%
自発的に意味明瞭な複雑なコミュニケーションが可能	56	65.1
単純な内容なら、自発的に意味明瞭なコミュニケーションが可能	17	19.8
自発的に表現できるがつじつまが合わない。or 患者自らが話すことはなく促しで意味ある言語表現ができる or 促しても意味のある言語表現ができない	13	15.1
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

（６）PPI

PPI については、「6.0 点以下」が 67.4%あった。

図表 3-20 PPI

	n	%
6.0点以下	58	67.4
6.0点越	28	32.6
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

【参考】PPI の求め方

項目	評価	スコア
PPS	10-20	4.0
	30-50	2.5
	≥60	0
経口摂取	数口以下	2.5
	減少	1.0
	正常	0
浮腫	あり	1.0
安静時呼吸困難	あり	3.5
コミュニケーション	3	4.0

5. 口腔内の状況

(1) 歯式

1) 現在歯数

現在歯数は、平均 17.42 本であった。

図表 3-21 現在歯数

	n	%
0 本	10	11.6
1 ～ 6 本	7	8.1
7 ～ 19 本	23	26.7
20 本以上	46	53.5
無回答	0	0.0
全体	86	100.0
平均	17.42	

2) 歯の状況

今回の調査対象者の歯の状況は、下記の通りであった。

図表 3-22 歯の状況

イン プラント	義歯	ポンティック	機能歯数	カリエス	残根	重度 歯周病
0.05 本	5.83 本	0.69 本	23.39 本	0.28 本	0.44 本	0.14 本

3) 咬合状態

咬合状態は、「残存歯で咬合が維持されている」が最も多く、33.7%であった。

図表 3-23 咬合状態

	n	%
A：残存歯で咬合が維持されている	29	33.7
A'：残存歯・義歯を含めて咬合が維持されている	23	26.7
B：残存歯・義歯を含めて咬合が一部喪失している	27	31.4
C：残存歯・義歯を含めて咬合がない	7	8.1
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

（2）口腔内状況

1）咬傷・残存歯による潰瘍

咬傷・残存歯による潰瘍がある人は5.8%であった。

図表 3-24 咬傷・残存歯による潰瘍

	n	%
あり	5	5.8
なし	81	94.2
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

2）カンジダ性口内炎

カンジダ性口内炎がある人は14.0%であった。

図表 3-25 カンジダ性口内炎

	n	%
あり	12	14.0
なし	74	86.0
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

3）その他の口内炎

その他の口内炎がある人は10.5%であった。

図表 3-26 その他の口内炎

	n	%
あり	9	10.5
なし	77	89.5
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

4）顎骨骨髓炎（顎骨壊死）

顎骨骨髓炎（顎骨壊死）のある人は3.5%であった。

図表 3-27 顎骨骨髓炎(顎骨壊死)

	n	%
あり	3	3.5
なし	83	96.5
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

5) 習慣性関節脱臼

習慣性関節脱臼のある人はいなかった。

図表 3-28 習慣性関節脱臼

	n	%
あり	0	0.0
なし	85	98.8
無回答	1	1.2
全体	86	100.0

6) 歯の舌側への著しい転位

歯の舌側への著しい転位のある人は1.2%であった。

図表 3-29 歯の舌側への著しい転位数

	n	%
あり	1	1.2
なし	85	98.8
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

7) 痰の吸引

痰の吸引をしている人は18.6%であった。

図表 3-30 痰の吸引

	n	%
なし	70	81.4
時々	14	16.3
頻回	2	2.3
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

（3）義歯の状態等

1）義歯の使用状況

義歯の使用については、使っている人が 22.1%であった。必要性はあるものの持っていないもしくは使っていない人も 41.9%いた。

図表 3-31 義歯使用

	n	%
必要ない	31	36.0
持っていない	16	18.6
持っているが使っていない	20	23.3
使っている	19	22.1
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

2）義歯の状態

義歯の状態は、上顎で FD の人は 30.8%、下顎が FD の人は 15.4%で、義歯を使用している場合の状態については、上顎が良好である割合は 30.8%、下顎では 33.3%であった。

図表 3-32 義歯の使用状況

上顎	n	%	下顎	n	%
PD	10	25.6	PD	13	33.3
FD	12	30.8	FD	6	15.4
無回答	17	43.6	無回答	20	51.3
非該当	47		非該当	47	
全体	39	100.0	全体	39	100.0

PD：部分床義歯，FD：総義歯

図表 3-31 で「必要ない／持っていない／無回答」が非該当である

図表 3-33 義歯の状態

上顎	n	%	下顎	n	%
良好	12	30.8	良好	13	33.3
ゆるい	7	17.9	ゆるい	5	12.8
痛い	0	0.0	痛い	0	0.0
破損	2	5.1	破損	0	0.0
無回答	18	46.2	無回答	21	53.8
非該当	47		非該当	47	
全体	39	100.0	全体	39	100.0

図表 3-31 で「必要ない／持っていない／無回答」が非該当である

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

3) 着脱

義歯がある人のうち、着脱ができる人は53.8%であった。

図表 3-34 着脱

	n	%
できる	21	53.8
少し困難	0	0.0
困難	2	5.1
無回答	16	41.0
非該当	47	
全体	39	100.0

4) 清掃

義歯の清掃状況については、「良い」人は38.5%であった。

図表 3-35 清掃

	n	%
良い	15	38.5
少し悪い	8	20.5
悪い	0	0.0
無回答	16	41.0
非該当	47	
全体	39	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

6. 口腔機能の状態

（1）各項目の状況

1) 開口度

開口度については「3 横指」75.6%であった。

図表 3-36 開口度

	n	%
3横指	65	75.6
1～2横指	18	20.9
1横指以下	3	3.5
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

2) 咀嚼様運動の程度

咀嚼様運動については動きがある人が80.2%であった。

図表 3-37 咀嚼様運動

	n	%
動きがある	69	80.2
声かけにより発現	11	12.8
ほぼ動きなし	6	7.0
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

3) 舌運動の程度

舌運動については「ほぼ完全」が69.8%であった。

図表 3-38 舌運動

	n	%
ほぼ完全	60	69.8
動くが小範囲	23	26.7
動かない	3	3.5
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

4) 口腔周囲筋の程度

口腔周囲筋は「動く」人が70.9%であった。

図表 3-39 口腔周囲筋

	n	%
動く	61	70.9
少々困難	22	25.6
動かない	3	3.5
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

5) 言語の状況

会話が可能である人は75.6%であった。

図表 3-40 言語の状況

	n	%
可能	65	75.6
会話可能構音不明瞭	15	17.4
不可	6	7.0
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

6) 発声の状況

発声については可能である人が75.6%であった。

図表 3-41 発声の状況

	n	%
可能	65	75.6
出来るが弱い	16	18.6
不可	5	5.8
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

（2）歯科の関わりの有無別口腔機能の状況

周術期口腔機能管理加算の算定状況別に、口腔機能の状況をみると、算定ありのほうがスコアが高い項目が多かったが、いずれも有意ではなかった。

図表 3-42 周術期口腔機能管理加算算定の有無別口腔機能の状況

	件数			平均			p 値
	全体	算定あり	算定なし	全体	算定あり	算定なし	
開口度	86	70	14	1.72	1.74	1.57	0.126
咀嚼様運動	86	70	14	1.73	1.73	1.71	0.911
舌運動	86	70	14	1.66	1.64	1.71	0.765
口腔周囲筋	86	70	14	1.67	1.69	1.57	0.305
言語	85	70	14	1.69	1.69	1.64	0.446
発声	86	70	14	1.70	1.71	1.57	0.152

※上記 p 値は Mann-Whitney 検定

（3）PPI スコア別口腔機能の状況

PPI スコア別に口腔機能の状況をみると、いずれの項目スコアが高いほうが有意に点数が低かった。

図表 3-43 PPI スコア別口腔機能の状況(PPI スコア 6.0 点以下/超え別)

	件数			平均			p 値
	全体	6.0 点 以下	6.0 点 超え	全体	6.0 点 以下	6.0 点 超え	
開口度	86	58	28	1.72	1.88	1.39	0.00
咀嚼様運動	86	58	28	1.73	1.93	1.32	0.00
舌運動	86	58	28	1.66	1.88	1.21	0.00
口腔周囲筋	86	58	28	1.67	1.90	1.21	0.00
言語	85	58	28	1.69	1.91	1.21	0.00
発声	86	58	28	1.70	1.90	1.29	0.00

※上記 p 値は Mann-Whitney 検定

7. インプラントの状況

インプラントを使用している人は2.3%であり、すべてのケースで、役立っていた。

図表 3-44 インプラントの有無／有用度

	n	%
なし	84	97.7
固定式	2	2.3
義歯支台	0	0.0
スリーブ	0	0.0
他	0	0.0
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

	n	%
役立っている	2	100.0
邪魔になっている	0	0.0
どちらでもない	0	0.0
無回答	0	0.0
非該当	84	
全体	2	100.0

第Ⅱ部 実態調査

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

8. 歯科治療の必要性

歯科治療については必要である人が 55.8%であった。そのうち、緊急で治療の必要な人は 9.3%であった。

図表 3-45 歯科治療の必要性

	n	%
不要	38	44.2
必要	48	55.8
治療の緊急性あり	8	9.3
治療の緊急性なし	46	53.5
無回答	0	0.0
全体	86	100.0

9. 口腔内の状況に関する主観的訴え（NRS）

（1）各項目の状況

1）口腔の不快感

口腔の不快感は（10に近づくほど強い）、0が最も多く32.6%%で、平均3.308あった。

図表 3-46 口腔の不快感

	n	%
0	28	32.6
1	1	1.2
2	8	9.3
3	6	7.0
4	4	4.7
5	12	14.0
6	6	7.0
7	2	2.3
8	6	7.0
9	1	1.2
10	4	4.7
無回答	8	9.3
全体	86	100.0
平均	3.308	

2）口腔の疼痛

口腔の疼痛については、0が最も多く67.4%で、平均1.359あった。

図表 3-47 口腔の疼痛

	n	%
0	58	67.4
1	3	3.5
2	0	0.0
3	5	5.8
4	3	3.5
5	2	2.3
6	0	0.0
7	0	0.0
8	1	1.2
9	2	2.3
10	4	4.7
無回答	8	9.3
全体	86	100.0
平均	1.359	

第Ⅱ部 実態調査

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

3) 口腔乾燥

口腔乾燥については、0 が最も多く 18.6%で、平均 4.557 あった。

図表 3-48 口腔乾燥

	n	%
0	16	18.6
1	2	2.3
2	5	5.8
3	10	11.6
4	3	3.5
5	10	11.6
6	6	7.0
7	6	7.0
8	10	11.6
9	5	5.8
10	5	5.8
無回答	8	9.3
全体	86	100.0
平均	4.577	

(2) 歯科の関わりの有無別別口腔内の状況に関する主観的訴え

周術期口腔機能管理加算の算定状況別に口腔内の状況に関する主観的訴えをみると、いずれの項目についても、有意ではないものの、算定ありのほうがスコアが高かった。

図表 3-49 周術期口腔機能管理加算算定の有無別別口腔内の症状に関する主観的訴え

	件数			平均			p 値
	全体	算定あり	算定なし	全体	算定あり	算定なし	
口腔の不快感	78	62	14	3.31	3.34	3.50	0.858
口腔の疼痛	78	62	14	1.36	1.26	2.00	0.368
口腔乾燥	78	62	14	4.58	4.66	4.29	0.690

※上記 p 値は Mann-Whitney 検定

（3）PPI スコア別口腔内の状況に関する主観的訴え

PPI スコア別に口腔内の状況に関する主観的訴えをみると、「口腔の疼痛」についてはスコアが高くなると有意に高い傾向にあった。

図表 3-50 PPI スコア別口腔内の症状に関する主観的訴え(PPI スコア 6.0 点以下/超え別)

	件数			平均			p 値
	全体	6.0 点 以下	6.0 点 超え	全体	6.0 点 以下	6.0 点 超え	
口腔の不快感	78	56	22	3.31	2.96	4.18	0.069
口腔の疼痛	78	56	22	1.36	0.95	2.41	0.012
口腔乾燥	78	56	22	4.58	4.14	5.68	0.004

※上記 p 値は Mann-Whitney 検定

第Ⅱ部 実態調査

第3章 がん患者の口腔内の状況（緩和ケア病棟調査より）

10. OHAT-J

OHAT-J の合計スコアの平均をみると、全体では 4.71 であり、歯科の介入の有無別にみると、唾液を除いては周術期口腔管理体制加算の算定施設のほうが、OHAT-J のスコアが有意ではないものの、若干高くなっていた。

PPI スコア別にみると、大半の項目について、6.0 超えのほうが有意に高くなっていた。

図表 3-51 OHAT-J(合計スコア・周術期口腔機能管理加算算定の有無別)

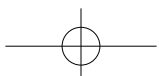
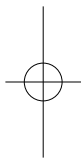
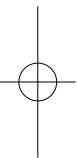
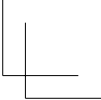
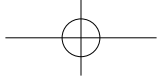
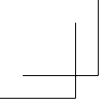
	件数			平均			p 値
	全体	算定あり	算定なし	全体	算定あり	算定なし	
口唇	86	70	14	0.50	0.49	0.64	0.552
舌	86	70	14	0.64	0.63	0.71	0.709
歯肉・粘膜	86	70	14	0.49	0.43	0.86	0.036
唾液	86	70	14	0.85	0.84	0.93	0.731
残存歯	78	62	13	0.51	0.52	0.38	0.597
義歯	49	44	6	1.04	1.05	1.00	0.920
口腔清掃	85	70	14	1.00	1.01	0.93	0.687
歯痛	86	70	14	0.23	0.20	0.43	0.516
合計	86	70	14	4.71	4.69	5.14	0.841

図表 3-52 OHAT-J(合計スコア・PPI スコア 6.0 点以下/超え別)

	件数			平均			p 値
	全体	6.0 点以下	6.0 点超え	全体	6.0 点以下	6.0 点超え	
口唇	86	58	28	0.50	0.45	0.61	0.055
舌	86	58	28	0.64	0.59	0.75	0.061
歯肉・粘膜	86	58	28	0.49	0.34	0.79	0.000
唾液	86	58	28	0.85	0.67	1.21	0.000
残存歯	78	53	25	0.51	0.46	0.60	0.327
義歯	49	31	18	1.04	1.10	0.95	0.543
口腔清掃	85	57	28	1.00	0.91	1.21	0.127
歯痛	86	58	28	0.23	0.14	0.43	0.022
合計	86	58	28	4.71	4.03	6.11	0.000

※上記 p 値は Mann-Whitney 検定

第Ⅲ部 事例調査



第4章 質問紙調査

1. 調査概要

(1) 目的

穏やかな終末期を迎えるのに、口腔を衛生的に機能的に保つことは、高齢者が食べる楽しみを維持し、不快を感じることなく、最後まで安らかに過ごしてもらうために重要と考える。一方急速に寿命が延伸している日本においては、国民の歯科疾患の治療や予防、口腔衛生の維持に対する意識が向上し、地域の歯科医療の充実も伴って、8020 達成者（80 歳になっても自身の歯を 20 本以上有している者）が 50%を超えた（平成 27 年度歯科疾患実態調査）。それに伴い、要介護高齢者特に終末期にある重度要介護高齢者や重度認知症高齢者の口腔内も現在歯の増加など大きな変化がみられているという報告がなされるようになった。しかし、終末期にある重度要介護高齢者や重度認知症高齢者は口腔のセルフケアが困難であり、歯科専門職の治療を受けることも困難である。そのため終末期にどのような口腔内を保つことが求められるのかを明らかにし、それを歯科医療関係者だけでなく、要介護高齢者本人、家族、介護職等と共有することが、医療・介護の質を高めていくために重要と考えられる。

そこで、今回中重度の要介護高齢者の口腔状態の変化等実態調査を担当した、日本老年歯科医学会の特任委員に終末期の口腔内のあり方に対するアンケート調査を行い、実際に中重度の要介護高齢者の口腔状態の変化等実態を踏まえて、介護保険の口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算に積極的に関わっている歯科医師の考え方を明確にして、今後の口腔管理のための目標設定の一助とすることとした。

(2) 方法

今回の中重度の要介護高齢者の口腔状態の変化等実態調査を担当した、日本老年歯科医学会特任委員 18 名に対してメールにて質問票を送付し、メールにて回答してもらった。

第Ⅲ部 事例調査

第4章 質問紙調査

2. 調査結果

すべての委員から回答を得た。以下質問内容とその回答者数ならびに自由回答を記す。

①要介護4・5の高齢者の口腔内に残根があった場合、抜歯を勧めますか？（複数回答あり）

- 1) 基本的には抜歯しない 1名
- 2) 痛みがある場合、抜歯を勧める 5名
- 3) 腫れがある場合、抜歯を勧める 4名
- 4) 基本的には抜歯を勧める 4名
- 5) その他 7名

<その他の内容>

- ・ 腫脹を繰り返したり、衛生状態が悪くプラークがたまっており、介護者に指導をしても改善しない場合は抜歯を勧める。
- ・ 全身的及び口腔の症状を考慮して検討する。
- ・ 炎症、痛みの程度による。以前よりは残根を保存しての補綴が多い。リスクが高い方が平均的に増えた。
- ・ 歯科とのアクセス状態、介護力、要介護になった背景疾患なども参考にする。
- ・ 患者および残根の状況により抜歯も行うが保存的治療も行う。
- ・ 保存する場合は根面被覆、少なくとも高濃度フッ素やサホライドの塗布を行うべき→歯肉縁下までう蝕が進行して、縁下にプラークが溜まることのないようなことを考える。
- ・ 症状とその原因によって抜歯を勧めるか検討する。

②要介護4・5の高齢者の口腔内に重度歯周病菌があった場合、抜歯を勧めますか？（複数回答あり）

- 1) 基本的には抜歯しない 0
- 2) 痛みがある場合、抜歯を勧める 3名
- 3) 腫れがある場合、抜歯を勧める 3名
- 4) 基本的には抜歯を勧める 7名
- 5) その他 7名

＜その他の内容＞

- ・ 腫脹を繰り返す場合や、動揺歯があるために咀嚼あるいは食事介助の妨げになっているような場合は、全身状態を確認したうえで抜歯を勧める。
- ・ 全身的及び口腔の症状を考慮して検討する。
- ・ 自然脱落、誤飲防止に繋がりそうであればリスク管理しながら抜歯。
- ・ 歯科とのアクセス状態、介護力、要介護になった背景疾患なども参考にする。
- ・ 感染源となっている場合は抜歯する。
- ・ 訪問診療を含めて定期的な受診（管理）が困難な場合は、抜歯を勧めることがある。
- ・ 自然脱落するような著しい動揺がある時、自覚症状が強い場合に抜歯を進める。
- ・ 口腔ケア中に誤嚥や誤飲の恐れがある場合、抜歯を勧める。

第Ⅲ部 事例調査

第4章 質問紙調査

③先生が要介護高齢者に対して、抜歯を勧める基準があれば教えてください。(自由記載)

- ・ 基本的にはすべて抜歯をすすめるが、意識レベルが2桁程度の者はそのまま経過観察する。
- ・ 経口摂取状況やQOLが向上するなら勧めると思われる。
- ・ 誤嚥の危険がある場合、削合では十分な効果が得られない場合、急性炎症などで痛みがある場合、認知症などで、根管治療や充填処置が行えない場合などが自分の中での基準である。
- ・ 残存歯があることでQOLを著しく低下させているのであれば、抜歯を検討する。
- ・ 逆に抜歯を行えない場合を定め、それ以外のケースには抜歯を勧めることにしている医師からの情報提供により、明らかに抜歯が患者にとって不利益な場合。認知症が重度で抜歯を行うことが危険な場合などが、抜歯適応外と考える。
- ・ 抜歯により疼痛や日常生活における困難な状況が緩和されると判断される時。比較的簡単に抜歯が可能であると考えられる時に行う。
- ・ 基本的にはなるべく抜歯はしたくないが、腫脹を繰り返す場合、動揺が大きくて自然脱落の危険性がある場合、患者が気になって舌で常に触っているような場合、歯根破折を認める場合、咬傷がある場合などは、全身状態を確認したうえで抜歯を勧める。
- ・ 抜歯が必要な歯が問題になり、要介護高齢者のQOLを下げってしまう場合は抜歯を勧める。
- ・ リスクを総合的に判断して、重さの優先順位で決める。
- ・ 歯科とのアクセス状態、介護力、要介護になった背景疾患、服薬状態等により判断する。
- ・ 患者の体調、残根を残しての炎症等のリスクを考慮する。
- ・ 全身状態が落ち着いていること、咬傷の原因である場合、動揺が強く、自然脱落しそうな場合、感染が認められる残根は抜歯する。
- ・ 今後、口腔清掃が困難となり、口腔内環境が悪化すると考えられる場合は抜歯する。
- ・ その残存歯が本人にとって有害であり、抜歯以外に解決法が無い場合に勧める。
- ・ 口腔内の状態（炎症所見、口腔清掃の状態、経口摂取への影響）、問を含めて定期的な歯科受診（管理）ができるか、者の状態（余命を含めて）により考慮する。
- ・ 自覚症状が強い、自然脱落の恐れや、歯の鋭縁による軟組織の損傷があり、易抜歯の場合に行う。
- ・ 重度歯周病で垂直的動揺が顕著で、口腔ケア中に誤嚥や誤飲の恐れがある場合。痛みや腫れの原因が重度歯周病である場合。全身状態が安定している場合。

④認知症で拒否がある高齢者で、ほぼすべての歯が残存しているような場合

- 1) 抑制してでも、歯科による専門的な口腔ケアを行うことを勧める 0名
- 2) 出来る範囲内で歯科による専門的な口腔ケアを行うことを勧める 15名
- 3) 無理して専門的な口腔ケアは行わず、介護者への指導のみとする 1名
- 4) 積極的には介護者への指導も行わない 0名
- 5) その他 1名

＜その他の内容＞

- ・ 最初は3) 介護者への指導中心で、徐々に2) に移行するようにアプローチする
- ・ 歯科とのアクセス状態、介護力、認知症原因疾患なども参考にする

第Ⅲ部 事例調査

第4章 質問紙調査

⑤歯もなく義歯もなくある程度形態のある食事をしている要介護4・5の高齢者に対して

- 1) 義歯治療をすすめる 14名
- 2) 義歯治療をすすめない 3名

<勧めるための条件>

- ・ 認知機能がよく、治療希望があり、今後、嚥下の低下が見込まれる方については、少しでも咀嚼を回復しておく最後のチャンスと考えて行うこともある。
- ・ 義歯がないことで、食品窒息のリスクが生じる、または食形態に制限が生じるのであれば、義歯装着を提案する。
- ・ 年単位の長期間、義歯を使用していない、吸啜反射様の反射が認められる、認知症が重度で道具を使いこなせない、などの場合は勧めない。その場合は、窒息予防のために食形態を考える
- ・ まず、義歯を使わなくなった理由を伺い確認する。使ったことがない場合や、合わなくなってそのまま放置していたり、破折してそのままになっている場合は、治療を勧めます。義歯を作ったが、慣れなくて使えなかった場合は、義歯の説明はするが、強くはお勧めない場合もある。
- ・ 歯科治療経験や義歯の使用経験がない場合は必ず勧めます。全身的な疾患があり食生活の向上のため必要と考えた場合は勧める。
- ・ 治療歴、咬合不全に陥ったヒストリーとして現状、今後の基礎疾患の進行スピード等で判断する。
- ・ 本人またはご家族の意思、併存疾患を参考に決める。
- ・ 介護者も含めて義歯管理が可能であること
- ・ 開口保持などの義歯作成に必要な指示にしたがえそうな場合
- ・ 審美を目的とした義歯を必要とする場合
- ・ 義歯の使用歴がある・治療時の開口等の協力が得られる・義歯の管理が可能である。等の条件が満たされれば勧めてもよいかと思います。
- ・ 義歯を装着した方が、経口摂取にとってより良いと考えられる場合
- ・ ご本人の意欲や協力度など。顎堤の状態など
- ・ ご本人が義歯の製作を希望しており、製作することで患者さんのQOL、ADLが向上する場合。指示理解が可能な場合。本人さんが不要であれば製作はすすめない。呼吸状態などのバイタルサインに変化があれば無理には装着はすすめない。

⑥終末期を迎える要介護高齢者には、どのような口腔内がいいと思われますか？

具体的に：

- ・ 終末期になってから対応するのではなく、その前の介入が大事。
- ・ 歯および口腔の粘膜面を清潔に保つようにする。残根は鋭利な部分がないように削合をおこなう。週1回の歯科衛生士による専門的口腔衛生管理を実施する。経口摂取していなければ義歯はなしとする。
- ・ 脱落の危険性のある歯を抜歯しておく、着脱困難な義歯の使用を中止するなど、患者本人や介護者にとって清掃しやすい口腔内環境にしておく。
- ・ いわゆる牙になった歯や、残根を放置して真っ赤に腫れた歯肉になって困ってしまい、しかし訴えることができないのは、高齢者ご自身。訴えがないからといってそのまま放置するのは、問題だと思う。予見できるのは歯科従事者のみであり、責任がある。
- ・ 粘膜を傷害するような歯や補綴物を抜去・撤去・研磨などで取り除く。誤飲・誤嚥・窒息を予防する目的で、動揺歯の抜歯や義歯の不使用を検討する。
- ・ 「管理しやすい」という範囲が不明ですが、もし、現段階で腫脹を繰り返すような歯や、咬傷をつくりそうな歯があれば、抜歯を勧めます。
- ・ 本人及び家族・介護者が管理可能な口腔内。ありのままではなく有害事象を減らすために必要な医療的処置をおこなう。口腔内病変がない状態が最もよいが疾患があればそれらに対応する。具体的には口腔保健指導、保湿、齶蝕処置、動揺歯の固定、抜歯、鋭縁削合等
- ・ 人生のエンドが決まっている方に対しては、ギアチェンジ(維持ケア)に変えていくアプローチのタイミングを医師と相談しながら総合的に判断
- ・ 今後腫れや動揺の増悪がありそうな歯は早めに抜歯を行う
- ・ 残存歯、補綴物が残ったとしても介護者でも清掃可能な口腔内状態
- ・ 自然脱落の危険性がある歯の抜歯、粘膜損傷の原因となりうる鋭縁の削合などをあらかじめ実施したほうがよいかと思います。
- ・ 上下無歯顎・義歯なし、が管理する側としては楽である。実際にはありのままに任せながら、歯の鋭縁削合や動揺歯の暫間固定など、比較的低侵襲で行える処置を行っている。苦痛を緩和するために必要と考えられれば、稀に抜歯も行うことがある。
- ・ 粘膜ケアが行えるようにする
- ・ 残根の鋭縁部などの削合、研磨。本人、介助者が清潔にしやすいプラークや食渣が停滞しにくい口腔環境。

第Ⅲ部 事例調査

第4章 質問紙調査

⑦次の症例の治療の方針を検討する上で、重要と思うものはどれですか？ 重要と思われるものから順に3つお答えください。

【事例】89歳女性。在宅療養中の要介護度4である。

息子夫婦と同居している。重度の認知症があり、以前使用していた義歯は1年間ほど使用していない。

食事はペースト食の経口摂取が可能であるが、ムセることが増え、食事を拒否することも多い。この3カ月で3kg痩せ、現在の体重は42kg（身長150cm，BMI：18.7）である。

下顎両側犬歯が残存しているが残根状態で、上口唇および舌に常に咬傷や口内炎をおこしている。周囲歯肉の状態も悪く、口腔内の清拭やブラッシングに強い拒否を示している。

これまではあなたの診療所（室）に通院していたが、主たる介護者である息子の妻によると、介護タクシーを利用していた月に1回の内科通院も難しくなったという。歯科への通院も困難と判断し、訪問対応することとした。内科主治医、訪問看護師、地域中核病院の口腔外科医とは連携をとっている。

図表 4-1 終末期にある高齢者(事例)の治療方針の決定に関する考え

選択肢		1 番	2 番	3 番
1	同居家族の意見	3 名	6 名	5 名
2	内科主治医の意見	1 名	2 名	4 名
3	自身の経験と技量	0 名	0 名	1 名
4	予後予測（余命など）	1 名	2 名	1 名
5	担当訪問看護師の意見	0 名	0 名	0 名
6	ケアマネジャーの意見	0 名	1 名	0 名
7	担当歯科衛生士（歯科医師）の意見	0 名	0 名	0 名
8	歯科治療環境の清潔度や緊急時対応	0 名	1 名	0 名
9	認知症発症前の患者本人の考えや希望	6 名	0 名	0 名
10	抜歯のリスクと非抜歯のリスクの評価	4 名	3 名	1 名
11	その他	0 名	0 名	3 名

第5章 聞き取り調査

1. 調査の趣旨

介護保険施設における口腔衛生管理体制の在り方については、各種の調査研究から歯科医師や歯科衛生士の関与によって、入所者の誤嚥性肺炎の発症抑制や栄養状態の改善等に関する報告は多数あるものの、介護保険施設における施設基準や人員基準に、口腔衛生管理体制に関する基準は協力歯科医療機関に関する規定以外は盛り込まれておらず、介護保険施設によってその対応状況は様々である。

介護保険施設における口腔衛生管理に関する介護報酬については、平成21年度改定において、月1回以上の介護保険施設職員に対する歯科医師や歯科衛生士の助言指導に対して評価を行う「口腔衛生管理体制加算（前：口腔機能維持管理体制加算）」が導入され、さらに平成24年度改定において、月4回以上の歯科衛生士による入所者に対する口腔ケアを評価する「口腔衛生管理加算（前：口腔機能維持管理加算）」が導入されている。

また、平成27年度改定において、経口維持加算の見直しが行われ、摂食嚥下障害を有する入所者へのミールラウンド、カンファレンスにおける助言指導を行う職種として、歯科医師、歯科衛生士が明記され、一般的な歯科医療に留まらない役割が歯科関係者に期待されるようになった。

さらに、終末期においても医療介護の多職種による連携、支援の重要性が指摘されており、終末期においてどのような口腔の問題や課題が生じるか、また、歯科医師、歯科衛生士が歯科医療や口腔管理の観点から関わっていくことが望ましいと思われるが、その対応は決して十分とはいえない。

このように、介護保険施設における口腔衛生管理のあり方については、現場のニーズが変化してきており、特に、協力歯科医療機関が果たす役割や歯科医師、歯科衛生士の活用といった観点から、再検討すべき時期に来ている。

本事例調査においては、このような観点から、効果的な取組事例を収集し、現場において介護保険施設や医療機関の口腔衛生管理の取り組みを検討する際の参考資料とすること、さらには、将来的な制度改正や報酬改定の検討を行う際の基礎資料とすることを目的とした。

2. 調査施設

北海道帯広市 医療法人社団 秀和会 つがやす歯科医院
東京都千代田区 日本歯科大学歯学部附属病院口腔リハビリテーション科
東京都八王子市 医療法人永寿会 陵北病院

第Ⅲ部 事例調査

第5章 聞き取り調査

熊本県熊本市	介護老人保健施設清雅苑
奈良県御所市	介護老人保健施設 鴻池荘
宮城県仙台市	医療法人東北福祉会介護老人保健施設せんだんの丘
滋賀県米原市	公益社団法人地域医療振興協会 ケアセンターいぶき介護老人保健施設
滋賀県彦根市	社会福祉法人さざなみ会 特別養護老人ホームさざなみ苑

3. 調査方法

平成 29 年 11 月～2 月、対象調査施設の協力歯科医療機関、施設職員から資料収集及び聞き取りを行った。

(1) 主な調査項目と背景

1) 協力歯科医療機関が担っている役割

介護保険施設は、人員、設備及び運営に関する基準において、協力歯科医療機関を定めることが努力義務として規定されている。この協力歯科医療機関に関する規定は、介護保険制度創設当初の平成 12 年から盛り込まれており、入所者の歯科医療の確保の観点から位置付けられていた。しかし、協力歯科医療機関の役割としては、歯科医療の提供のみであり、入所者に対する口腔衛生管理の必要性については考慮されていなかった。

協力歯科医療機関の届出率については、特養、老健、療養型病床群とも約 8～9 割となっている。

協力歯科医療機関の役割は、もちろん第一義的には入所者に対する歯科医療の確保であるが、現在の介護現場の声は、訪問歯科診療の実施、誤嚥性肺炎予防の観点からの入所者に対する口腔衛生管理、ミールラウンドやカンファレンスにおける施設職員への助言といった歯科診療の提供のみにとどまらない役割が期待されるようになってきている。

このように協力歯科医療機関の役割は、介護保険施設において極めて重要なものとなっていると考えられるが、国の通知等においては協力歯科医療機関の要件等に関する規定はなく、協力歯科医療機関の介護保険施設への関与についても、大きくばらついているのが実態である。

2) 口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算への対応

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士からの助言に基づき施設の口腔衛生管理の取り組む場合を評価する口腔衛生管理体制加算は、平成 21 年の導入以来、徐々に増加し続けており、平成 28 年 4 月の算定状況によると、施設サービス受給者の 54.6%に算定されている。

介護保険施設職員の口腔衛生に対する理解が進み、半数以上の介護保険施設で算定されるようになったという評価ができるかもしれないが、逆に見れば半数弱の介護保険施設

設入所者は、歯科専門職の関与がない可能性を示している。

要介護高齢者の半数以上には、治療を要する歯科疾患や要処置の補綴物が認められ、咀嚼、発音、審美面等、生活の質を大きく下げている可能性がある。誤嚥性肺炎予防のための口腔衛生管理はもちろんであるが、このような放置されている歯科医療ニーズへの適切な対応を含めて、歯科専門職による介護保険施設への関与のあり方が課題となっている。

3) 摂食嚥下障害を有する入所者への対応（経口維持加算、経口移行加算への対応）

介護保険施設において、適切な栄養摂取は極めて重要な課題であり、摂食嚥下障害を有する入所者への対応は、食事形態や食事の介助等、調理業務や介護業務にも大きく関わる優先度の高いニーズである。

一方で、摂食嚥下障害への対応については、歯科医師、歯科衛生士を含む多職種連携によるアプローチが期待されており、特に歯科医師に対しては、嚥下障害の程度の判断や食形態決定への助言、さらに、口腔機能の維持向上や摂食嚥下障害に対するリハビリへの助言等が期待されている。歯科衛生士に対しても、嚥下障害のある入所者に対する口腔ケアや口腔機能向上に向けた指導が期待されている。

平成27年度の改定において、経口維持加算の見直しが行われ、ミールラウンド、カンファレンスへの歯科医師や歯科衛生士の参加が位置付けられたが、歯科医師の参加率、歯科衛生士の参加状況は依然として低い状況であり、今後一層の歯科医師、歯科衛生士の参加が期待される。

しかし、こういったミールラウンドやカンファレンスへの参加は、移動時間を含めて拘束時間が長くなってしまうことが課題であることや、摂食嚥下障害に対する助言指導に関しては、歯科医師に高い専門知識が求められることが普及の課題となっている。

4) 看取り期における歯科医師、歯科衛生士の対応

看取りに対し、医療介護関係者がどのように関わっていくかについては、極めて重要なテーマであり、国では在宅や介護保険施設で看取りに対する評価として、診療報酬や介護報酬においてターミナルケア加算等が算定できる。人生の最終段階に提供される緩和ケアにおいても、食べる楽しみや口腔衛生の保持に対する取り組みの重要性は決して低くはないと考えられるが、歯科医師や歯科衛生士が関わっている事例はまだ非常に少ないのが現状である。

今後、地域包括ケアの理念の定着と死亡者数の増加に伴い、歯科医療関係者も今後看取りに関わっていく可能性は高いと考えられることから、看取り期における歯科医師、歯科衛生士による効果的な関与のあり方が課題となっている。

5) 介護保険施設における歯科衛生士の役割

平成 21 年度の口腔衛生管理体制加算の導入、平成 24 年の口腔衛生管理加算の導入など、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による口腔衛生管理の取り組みに対する報酬が設けられ、介護保険施設における歯科衛生士の配置は増加傾向にある。平成 27 年の厚生労働省が実施した調査によれば、特養 4.6%、老健 10.8%となっており、もちろん、口腔衛生管理に関わる業務のみに従事しているかどうかはわからないが、今後もこの傾向は続くものとする。

ただし、歯科衛生士が、個々の入所者の口腔管理を行う場合等、歯科診療の補助に相当する行為を実施する場合は、歯科医師の指示が必須であることから、協力歯科医療機関や主治の歯科医師からの指示を受ける等、密接な歯科医師との連携体制が必要不可欠である。

介護保険施設入所者に対する適切な口腔衛生管理は、歯科医師による口腔内状況の把握及び判断が重要であり、様々な状況やリスクに対する適切な判断に基づき、歯科医療及び口腔衛生管理が提供されることが必要であることは言うまでもない。

一方、介護保険施設に歯科専門職の配置基準はないことから、介護職員のための口腔衛生管理の場合、口腔内のトラブルは疼痛等の主訴が明確になるまで、放置される可能性は少なくなく、歯科疾患の重症化を招き QOL を大きく損なうリスクも高い。歯科医師と密接に連携している施設配置の歯科衛生士がこれらの口腔内の潜在ニーズを早期に発見し、円滑に歯科医療の提供に繋げるなど、介護と歯科医療をつなぐ役割を担うことができれば、効果的かつ望ましい介護保険施設の口腔衛生管理体制を構築できる可能性もある。

介護保険施設における歯科衛生士の配置は、今後も増加していく可能性も十分にあり、歯科医師との連携体制や担う役割について検討が必要となっている。

(2) 事例から把握された効果的と考えられる取り組み

1) 入所者全員に対する口腔内診査又は口腔内アセスメントの実施

要介護高齢者に対する口腔内の調査報告において、専門的な口腔ケアを含む歯科医療の必要性は 5～8 割程度といった報告が多い。う蝕や歯周病といった代表的な歯科疾患については早期発見、早期治療が重要であることは言うまでもなく、疼痛といった主訴が発現してから対応しては、多くのケースにおいて重症化してから対応となり、その治療も困難である。

また、義歯についても、咀嚼機能の回復はもちろん、審美面や会話といった生活の質や社会性にも影響を与えることから、早期対応が重要であることは同様である。

今回調査した事例においても、入所者全員に対して、定期的又は入所時に歯科健診や口腔内アセスメントが実施されており、歯科医師、歯科衛生士が関与することにより、

このような介護職や看護師では見落とす可能性が高い歯科疾患や義歯の問題に早期対応がなされていた。

現状、このような入所者に対する口腔内診査や口腔内アセスメントに対する施設基準や介護報酬等は特に設けられていないが、入所者個々の口腔衛生管理を実施していくためには、個々の口腔内の状態確認、リスク診断なしには、適切な口腔衛生管理を行うことはできない。今後は、介護保険施設における口腔衛生管理体制の一環として、定期的あるいは入所時の口腔内アセスメントが標準化されるよう制度面あるいは報酬面での対応が期待される。

2) 看取り期の口腔管理における歯科医師、歯科衛生士の積極的な関与

看取り期においては、歯牙のう蝕や破折、残存歯による裂傷や潰瘍、それに伴う感染症、脱水状態による口腔乾燥、免疫状態の低下による口腔内の日和見感染、口腔内の不正出血や粘膜の抵抗性の低下等、様々な口腔内症状が出現する。そして、緩和ケアが目指す、疼痛等の不快症状がなく穏やかに残された時間を過ごすうえで大きな障害となりうる症状である。

医療法人陵北病院では、歯科医師と歯科衛生士が介護療養病床と介護保険施設での看取り期の緩和ケアチームの一員として、歯科医師による診断、指示のもと、歯科衛生士による専門的口腔ケアが提供されていた。看取り期の状態像は多様であるため、歯科医師、歯科衛生士がどの程度関与することが望ましいか基準を作成することは非常に難しいと考えられるが、看取り期における口腔の疼痛等の不快症状をしっかりと除去することは、極めて重要な取組みと考えられる。

しかし、現状は、看取り期における口腔管理のあり方についての教育や実践例が乏しいことから、今後、このような事例のさらなる収集やマニュアル等による歯科医師、歯科衛生士の人材育成が急がれる。また、現場の取組みが一定程度普及してきた段階に至れば、こういった看取り期における歯科医師、歯科衛生士の関与について制度的な位置づけや報酬による評価等の検討も必要である。

3) 有病者、認知症、摂食嚥下リハ等、専門的な歯科医療に対応するための協力歯科医療機関の専門性の充実及び診診連携体制の構築

歯科医療機関の役割として、歯科医療の提供が第一であることは言うまでもないが、提供すべき歯科医療の内容については特段の規定は存在しない。

一方で、歯科治療時に注意が必要な全身疾患を有する入所者は一般的であり、このような全身疾患や医科における投薬内容等に留意しつつ、歯科治療を行うことが必要である。また、前述のとおり摂食嚥下障害に対する助言指導等が歯科医師には求められているほか、認知症高齢者の増加に伴い、認知症の特性等をふまえた歯科治療も必要となっている。

第Ⅲ部 事例調査

第5章 聞き取り調査

今回の事例においては、歯科医療機関が専門性の高い歯科医師を確保し対応している事例や歯科医師会として対応できる体制を構築するなど、要介護高齢者の様々な状況に応じた適切な歯科医療が提供されていた。

歯科医療機関における対応力の向上等、歯科医師、歯科衛生士に対する人材育成が不可欠であることは言うまでもないが、協力歯科医療機関の役割の標準化やガイドラインの作成等についても今後、検討されることが望ましい。加えて、これらの協力歯科医療機関が必要な役割を担うための制度上の措置も不可欠である。

しかし、全ての歯科医療機関が専門性の高い歯科医師を確保し対応することは困難であることから、今後は、主に口腔外科関連の患者対応と同様、歯科医療機関同士の連携体制の構築が重要である。

有病者、認知症、摂食嚥下リハへの対応等、より高度な対応が必要な場合は、専門性の高い歯科医師が所属している歯科診療所との「診療連携」の構築を今後、一層目指すべきであり、拠点となる歯科医療機関を中心としたネットワークあるいは群市区歯科医師会単位での地域歯科医療体制の構築が必要と考えられる。

4) 介護保険施設の歯科衛生士と協力歯科医療機関等との密接な連携体制の確立

前述のとおり、介護保険施設における歯科衛生士の増加を踏まえて、これらの歯科衛生士を今後、要介護高齢者に対する適切な歯科医療、口腔衛生管理の提供のためにどのように活用するかは重要な検討課題である。

今回の事例調査においても、歯科衛生士の関与によって、入所者の口腔内の潜在ニーズが適切に把握され、訪問歯科診療の実施数等が大きく増加する等、円滑な歯科医療の提供につながる可能性が高いことが示されている。

介護職員等では把握が困難な主訴がまだ表れていない口腔内の問題把握、さらには本人や家族への早期の歯科医療の必要性の説明等において、歯科衛生士による説明が歯科医療機関の受診率向上に効果があることも示唆されている。

一方で、歯科疾患やその予後予測も含めた歯科医師による適切な診断、指示がなければ、歯科衛生士は、歯科衛生士法に規定される歯科診療の補助行為に相当する口腔衛生管理はできず、また歯科医療の円滑な提供を行うためにも、歯科医師からの指示や報告等を含めた歯科医療機関との密接な連携体制の確立が必須である。

今回の事例では、協力歯科医療機関に在籍する歯科衛生士を在籍したまま介護保険施設の非常勤職員として雇用する事例、地元歯科医師会と医科歯科介護の連携体制に関する覚書を締結する事例、協力歯科医療機関からの指示を指示箋として文書発行する事例等の連携体制が整備されており、適切な協力歯科医療機関による歯科医療と効果的な介護保険施設の口腔衛生管理が一体的に提供されていた。

歯科医療機関と密接な連携体制の下にある施設配置の歯科衛生士であれば、歯科医療と介護施設を円滑につなぐ調整機能の役割も担える可能性も期待できる一方、歯科医師

からの指示及び報告等の連携体制が不十分であれば入所者の口腔衛生管理上望ましくないことから、介護保険施設の歯科衛生士と歯科医療機関等との密接な連携体制についての厳格かつ適正なルールについて検討することが必要と考えられる。

5) 歯科医師、歯科衛生士が参加した施設職員とのカンファレンス、症例検討の実施

今回調査した事例においては、経口維持加算の算定に必要なカンファレンスに歯科医師、歯科衛生士が参加していたのはもちろんだが、歯科検診結果等の入所者の口腔内状況の情報共有を目的に、口腔衛生管理を目的としたカンファレンスが実施されていた。

多職種連携を推進する上で、カンファレンスが果たす役割は重要であるが、多職種カンファレンスの実施が算定要件となっている経口維持加算は、あくまでも比較的重度の摂食嚥下障害を有する高齢者に対象が限定されるため、口腔衛生管理が必要な入所者全ではカバーできない欠点がある。

入所時や定期的な口腔内アセスメントを機会として、今後の個々の口腔衛生管理の対応方針について、カンファレンス等において介護職員と歯科医師、歯科衛生士が意見交換を行うことは非常に効果的と考えられる。

今後は、経口維持加算におけるカンファレンスへの介護報酬上の評価と同様に、口腔衛生管理にかかるカンファレンスへの評価といったことも検討されることが望ましい。

6) 介護施設職員に対する口腔衛生管理に対する指導、研修の実施

口腔衛生管理に歯科医師、歯科衛生士等の歯科専門職が従事した方が効果的であることは当然であるが、全ての入所者に対する毎日の口腔衛生管理を、協力歯科医療機関が担うことは不可能であり、介護保険施設が歯科衛生士を配置したとしても1～2人の歯科衛生士が全ての入所者の口腔衛生管理を担うことは困難であり非効率でもある。

今回調査した事例においても、協力歯科医療機関の歯科医師や介護保険施設の歯科衛生士による介護職員に対する研修体制が整えられていた。

歯科専門職はアセスメントとケアプラン作成時に専門的な観点から必要な対応方針を決定し、直接の口腔衛生管理はハイリスク者に限定する等、介護職員と役割分担をしながら施設入所者全員の口腔衛生管理を効率的に実施していくことが必要である。

このような役割分担を進めていくためには、介護職員が行う日常の口腔ケアのレベルを向上させることが重要となることから、介護職員に対する研修の実施は、効果的な口腔衛生管理体制を構築していくうえで不可欠であり、制度上あるいは報酬上の位置づけを明確化していくことが必要である。

4. 具体的な事例

(1) 介護保険施設における歯科医療及び口腔衛生管理等の協力歯科医療機関の支援プログラムを包括化し、効果的な口腔衛生管理体制を構築している事例 ～医療法人社団秀和会「つがやす歯科医院」～

1) 事例調査の背景

平成21年度の介護報酬改定において導入された「口腔衛生管理体制加算（旧：口腔機能維持管理加算）」は、介護保険施設において、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ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき30単位を入所者全員から算定できることとなっている。

導入の背景としては、要介護高齢者の誤嚥性肺炎の予防を図る上で、歯科医師や歯科衛生士の関与による口腔ケア効果のエビデンスが提示され、それまでは、歯科医療のみであった歯科専門職の役割に、施設の口腔衛生管理も追加しよう、というものであった。

しかし、多くの介護保険施設にとって歯科医師、歯科衛生士の配置はもちろん、連携すらも敷居が高く、まずは月1回の職員への助言指導でいいので歯科医師又は歯科衛生士との連携を始めてもらうことを目的としていて、当時の介護保険施設の状況としては現実的な実態に即した算定要件であったと考えられる。

平成27年末現在、口腔衛生管理体制加算の算定率は5割を超え、比較的、介護保険施設側の取組も進んだと評価することができる。

一方で、この月1回の助言指導という算定要件はクリアしているものの取組の充実度にはバラつきがあると考えられ、望ましい口腔衛生管理体制の構築に至っていない介護保険施設もあるのではないかと指摘もある。

介護保険施設における望ましい口腔ケアマネジメントを実現するために、協力歯科医療機関が果たすべき役割について検討整理することが喫緊の課題と言える。

北海道帯広市つがやす歯科医院は、協力歯科医療機関の役割として入所者の口腔衛生管理から訪問歯科診療、そして介護職員の育成までをパッケージ化し、介護保険施設と個別契約を結んでいる。今後、協力歯科医療機関の役割について、介護保険制度や介護報酬において明確化を図っていくことが期待されるが、その検討を行っていく上で非常に参考になる事例と考えられる。

2) 介護保険施設支援プログラムの概要

北海道帯広市にある医療法人社団秀和会「つがやす歯科医院」では、介護保険施設等における歯科医療や口腔衛生管理に関する支援プログラムを定めており、「利用者様向け口腔ケアサービス」として、介護保険施設の管理者や介護支援専門員に提案を行っていることが大きな特徴である。

支援プログラムは、①施設訪問による歯科定期検診、②専門性の高い訪問歯科診療、

③食前体操レクリエーション、④介護スタッフ対象の食・口腔・栄養管理研修、⑤口腔ケア委員会、⑥口腔衛生管理体制加算の算定要件である月1回以上の助言指導といった口腔衛生管理に関する包括的な支援内容となっている。

これらの支援内容と利用者及び介護保険施設側のメリットについてわかりやすくまとめたパンフレット作成し、介護保険施設の管理者や介護支援専門員に対し、望ましい施設における歯科医療及び口腔衛生管理体制の構築に踏み出すよう働きかけている。

介護保険施設側も歯や口の健康が生活の質に密接に関わっていることや誤嚥性肺炎の予防の重要性は認識していることから、協力歯科医療機関側から専門的かつ具体的な支援内容が提示されるにより、介護保険施設側も一定の対価を歯科医療機関側に支払う必要性を理解できる。

介護保険施設側が負担する費用についても、口腔衛生管理体制加算（月30単位）の算定により、例えば定数100人の施設であれば年間36万円になることから、これを原資とすれば、入所者全員に対する歯科検診や職員研修、さらに口腔ケア委員会の開催等を協力歯科医療機関からの歯科医師や歯科衛生士の派遣を受けて実施することができる。

3) 協力歯科医院側の支援内容と施設側の費用負担を定めた協力歯科医院業務契約書

つがやす歯科医院では、この協力歯科医療機関側の支援内容と介護保険施設側が負担する費用については、文書により明確化しており「協力歯科医院業務契約書」を締結している。

契約書に記載する支援内容については、介護保険施設側と相談しながら決定するとともに、協力歯科医院としての支援内容とそれに伴う介護保険施設側が歯科医院側に支払う業務手



図1 介護保険施設、介護支援専門員向けパンフレット

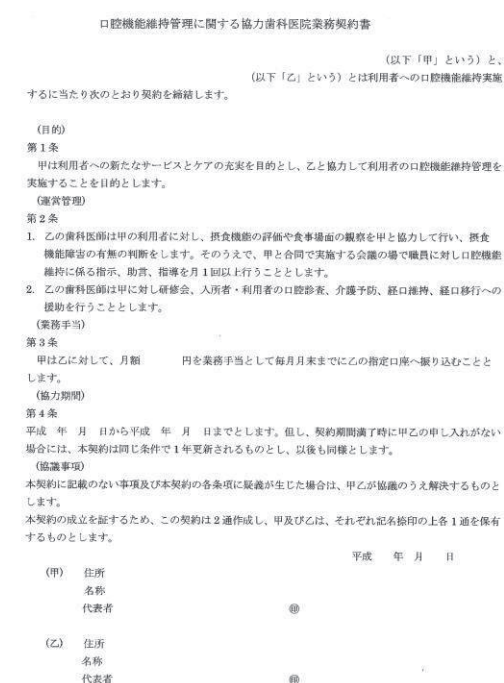


図2 協力歯科医院業務契約書

第Ⅲ部 事例調査

第5章 聞き取り調査

当の金額が明記されている。

現在、つがやす歯科医院では帯広市内 29 か所の介護保険施設と協力歯科医院としての業務契約を結んでいる。

4) 支援内容の決定までの流れ

介護保険施設に対する支援内容は、施設規模や入所者の口腔内状況に応じて、施設側の職員と協議して決定されるスキームとなっている。

最初に、入所者の口腔内状況を正確に把握し、歯科医療や口腔衛生管理のリスク判定を行うために、つがやす歯科医院の歯科医師・歯科衛生士が施設を訪問し、原則入所者全員を対象に歯科検診を実施する。

この入所者の検診結果に基づき、施設側の担当者と協議を行い、施設における口腔衛生管理の取組と協力歯科医療機関側の支援内容を詰めていく。

さらに、つがやす歯科医院側の歯科医師・歯科衛生士と介護保険施設側の看護師、介護支援専門員、管理栄養士等をメンバーとした「口腔ケア委員会」を原則設置することとしている。

この口腔ケア委員会は、原則、月に 1 回開催することにより、歯科診療の状況や口腔ケアの取組状況等を評価管理が定期的に実施され、介護保険施設における口腔衛生管理体制が高度な水準で維持することができている。

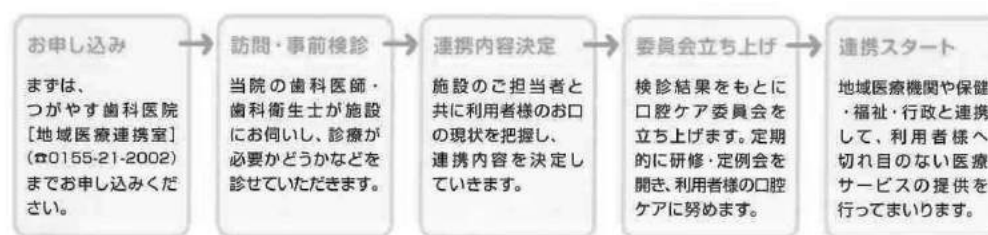


図3 支援決定までの流れ

5) 各支援プログラムの概要

「施設訪問による歯科定期検診」

原則、入所者全員の口腔内状況について、歯科医師による検診を年に 1 回実施することとなっている。望ましい口腔衛生管理体制を構築するためには、個別のリスクの評価が重要であり、リスク判定に基づく歯科治療及び口腔管理が提供されるべきであることから、歯科医師による定期的な検診が重要であることは言うまでもない。

検診内容は、一般的なう蝕や歯周病の検査から、義歯の状態確認、さらには水飲み嚥下テストや栄養状態の確認といった摂食嚥下の評価も含まれている。検診結果については、施設の職員はもちろん、家族あての文書もつがやす歯科医院で作成、お知らせし、入所者に疼痛等の主訴がない場合でも、早期の歯科治療の必要性やメリットがわかりやすく提示されることにより、治療の了解が得られるよう工夫されている。

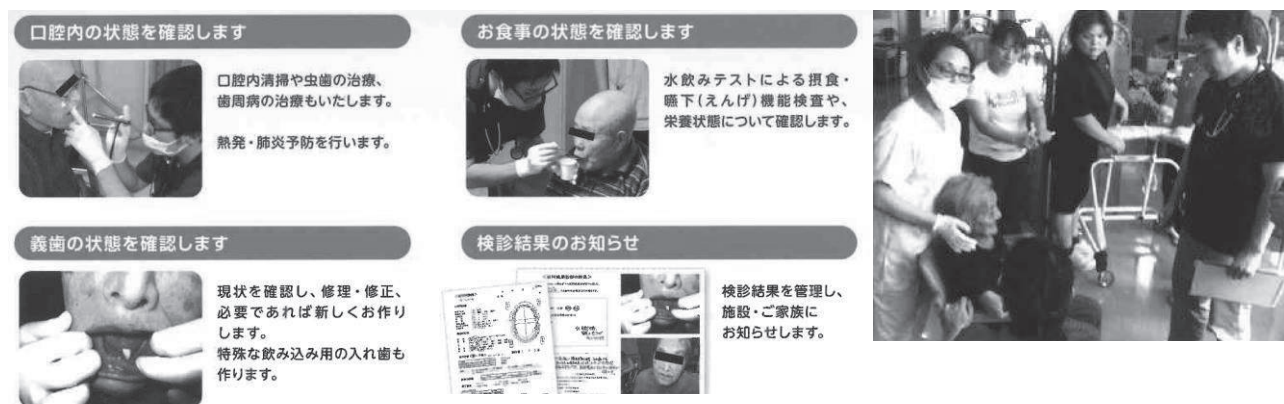


図4 施設歯科検診の実施内容

「訪問歯科診療」

通院困難な入所者を対象に訪問歯科診療を実施している。歯科定期検診の結果に基づき、要歯科治療と判定された入所者に対して、全身疾患や投薬状況を踏まえた要介護高齢者の歯科治療に精通した歯科医師が治療にあたっている。

治療内容についても、通常の義歯修理等の一般歯科診療に加えて、摂食嚥下リハビリテーションに精通した歯科医師も訪問スタッフとして従事しており、介護現場でニーズの高い嚥下評価や摂食・嚥下機能訓練にも対応できる体制となっている。

なお、入所者が自分の主治の歯科医による診療を希望した場合は、従来からのかかりつけ歯科医による治療を優先している。



図5 内視鏡検査による嚥下機能評価

「食前体操レクリエーション」

高齢者が自ら取り組める口腔機能向上に資する食前体操レクリエーションについて、つがやす歯科医院の歯科衛生士を月1・2回、施設に派遣し、高齢者に直接指導を行っている。介護スタッフも歯科衛生士による指導の様子を見学し、歯科衛生士の派遣日以外にも、入所者が食前体操レクリエーションに取り組めるように指導を行っている。



図6 歯科衛生士による体操指導

第Ⅲ部 事例調査

第5章 聞き取り調査

「介護スタッフ対象の食・口腔・栄養管理研修」

施設の介護スタッフ向けに、口腔衛生管理や摂食嚥下に関する講演や口腔ケアの実習等を年1回以上、実施している。対象や実施内容については、施設側スタッフの状況に応じてカスタマイズされている。



図7 介護スタッフ向け研修

「口腔ケア委員会」

つがやす歯科医院の歯科衛生士と施設の管理栄養士、看護師、介護支援専門員による口腔ケア委員会を月1回実施している。入所者に対する適切な口腔ケアマネジメントを行っていくためには、定期的に状態の評価を行い、ケアプランの修正が必要である。口腔衛生管理体制加算の算定要件である月1回の助言指導についても、施設の口腔ケアマネジメントや個々の入所者の状況について定期的な評価を行う趣旨から、設けられている。



図8 口腔ケア委員会

口腔ケア委員会は、施設の口腔ケアマネジメントを適切に行っていく上で最も核となる機能を担っており、また施設のスタッフの口腔衛生管理や歯科医療の重要性に対する学びの場にもなっている。

口腔ケア委員会の議論は、歯科医師による検診結果や歯科衛生士による口腔衛生管理の状況に基づき行われているため、歯科医院スタッフと施設スタッフの役割分担や多職種連携についても、実践的かつ効果的に進めることができている。

6) 協力歯科医療機関所属の歯科衛生士を介護保険施設の非常勤雇用歯科衛生士として配置

つがやす歯科医院の施設への支援内容として、非常に有効なシステムと考えられるものとして歯科衛生士派遣の仕組みがある。つがやす歯科医院の歯科衛生士を単に派遣するのではなく、介護保険施設側がつがやす歯科医院の歯科衛生士を非常勤雇用するのである。例えば、本籍はつがやす歯科医院の所属歯科衛生士として週4日勤務、週1日は介護保険施設の非常勤歯科衛生士として勤務するのである。

現行の介護報酬では、歯科医師の常勤雇用は想定されていないし、将来的にも歯科医師の配置は現実的ではない。一方で、歯科衛生士については、利用者の口腔衛生管理の重要性の認識や常勤雇用できるほどの報酬にはならないが口腔衛生関係の介護報酬が算定できることから、介護保険施設側においても一定のメリットがあると認識している介護関係者も多い。

第Ⅲ部 事例調査

第5章 聞き取り調査

また、利用者の口腔内状況の把握の頻度や歯科医師と介護スタッフの連携をスムーズに行う上では、歯科衛生士が非常勤雇用でも施設側スタッフとして配置されていることは、適切な歯科医療と提供する上で歯科医院側のメリットにもなる。

もちろん、歯科医院の外来診療を行う歯科衛生士を十分に確保できることが前提条件にはなるが、協力歯科医療機関所属の歯科衛生士を介護保険施設の非常勤雇用歯科衛生士として配置することも将来の介護保険施設の口腔衛生管理モデルとして注目される。

つがやす歯科医院が構築しているシステムは、介護保険施設における望ましい口腔衛生管理体制を構築するために、協力歯科医療機関の役割を明確化し、包括的な支援内容を業務契約書とすることにより、費用面においても歯科医療機関側のボランティアにならない仕組みとなっている。

もちろん、介護保険施設のスタッフや入所者が望んでいる専門的かつ高度な歯科医療や質の高いきめ細かな口腔衛生管理体制を提供する歯科医院側の尽力があるからこそ、施設側も一定の費用負担の価値を認め、契約を取り交わす決断ができていていると思われる。

今度、制度面や報酬面からも、協力歯科医療機関の機能強化が望まれるが、協力歯科医療機関が介護保険施設における口腔衛生管理において果たすべき役割の検討を行っていく上でつがやす歯科医院の取組は大いに参考になると考えられる。

(2) 介護保険施設に対する高次歯科医療機関による効果的な支援事例 ～日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科～

1) 施設入居者の口腔内状況

施設に入居する要介護高齢者の多くが、高齢による ADL の低下に伴い口腔ケアの自立度が低下する。また、認知機能の低下に伴う口腔ケアに対する拒否がある場合、施設職員のみでは、適正な口腔衛生管理を継続することが困難な場合も多い。さらに、要介護高齢者の口腔内は加齢変化や薬剤の副作用による唾液分泌の低下に伴う口腔乾燥と口腔機能の低下による自浄作用の低下のため、歯根部や歯冠補綴物の歯頸部にう蝕が多発する傾向にある。このような状況において、適切な口腔衛生管理の継続が困難になると、要介護高齢者の口腔内状況は、一変し歯冠部の崩壊、補綴物の脱離のため、残根状態の歯が多く認められる(図 8)。

多数の残根が存在する口腔内は、プラークが停滞しやすく、その清掃性も低下する。また、意思疎通が困難である場合や非協力である場合は、口腔ケアを困難にするため、口腔内環境はより劣悪なものとなり、誤嚥性肺炎のリスクも高くなる。よって、施設に入居する要介護高齢者の口腔衛生管理においては、口腔ケアのリスク評価を行い、さらにその評価に基づいた口腔ケアプランの構築と多職種協働の口腔ケアを提案し、質の高いケアを提供することが重要である¹⁾と考える。



図9 要介護高齢者の口腔内状況

2) 口腔ケア・マネジメントと効果について

施設入居する要介護高齢者に対して適正な口腔衛生管理を限られた人的資源のなかで継続していくためには、多職種協働で口腔ケアを行っていく必要がある。

「口腔ケア・マネジメント」とは、平成 19 年度厚生労働科学研究²⁾にて報告された手法であり、質の高い口腔ケアを行うためには、口腔衛生状態や口腔機能の的確なアセスメントやリスク評価に基づくケア計画の立案、実施、再評価という PDCA サイクル(Plan、Do、Check、Action) にそった多職種協働型の口腔ケア・マネジメントを確立し、効果的かつ効率的な口腔ケアプランを提供することである。つまり、口腔ケアリスクのスクリ

ーニングとアセスメントを行い、口腔ケアの実施に際して、本人による自立した口腔ケアを継続していくか、施設職員の関与あるいは、歯科専門職の関与が必要かどうかを判断することである。また、その進め方として提案したケアプランを一定期間実施した後にモニタリングを行い、モニタリングの結果、問題がなければプランは継続して実施するが、良好な評価が得られない場合や問題点が見つかった場合はケアプランの再検討や見直しを行い、新たなケアプランを作成して実施する(図 10)。

菊谷ら³⁾は、上記の口腔ケア・マネジメントの効果を検証するため、東京都内に立地する介護老人福祉施設に入居する要介護高齢者を対象として、口腔ケア・マネジメントに基づく口腔ケアの介入と歯科衛生士による直接介入を行い、対象者の3年間における誤嚥性肺炎発症の有無を調査した。結果、口腔ケア・マネジメントによる介護老人福祉施設における関わりは、誤嚥性肺炎の発症予防に効果があることが示され、歯科衛生士による直接的な口腔ケア介入は、より高い予防効果があることを報告している。

さらに、筆者らは、義歯の使用状況について報告している⁴⁾。介入施設において義歯を使用していた43名のうち、上顎義歯使用者は3年後に24名から19名に、下顎義歯使用者は19名から12名に減少を示した（上顎：21%減、下顎：37%減）。一方、非介入施設において義歯を使用していた35名のうち、上顎義歯使用者は3年後に24名から9名に、下顎義歯使用者は22名から7名となった（上顎：62%減、下顎：68%減）。歯科医師および歯科衛生士によって定期的な口腔機能管理を継続している施設では、非介入施設よりも義歯使用が有意に維持されていることを示しており、口腔ケア・マネジメントによる関わりによって介護保険施設入居者の義歯使用率が維持できることを報告している。

よって、歯科専門職は、個々の入居者に対し口腔衛生状態、歯周疾患の重症度のみならず、口腔咽頭機能についての評価を行い、適切な口腔ケアプランの作成を通じて、多職種協働の口腔ケアの実施を支援する必要がある。

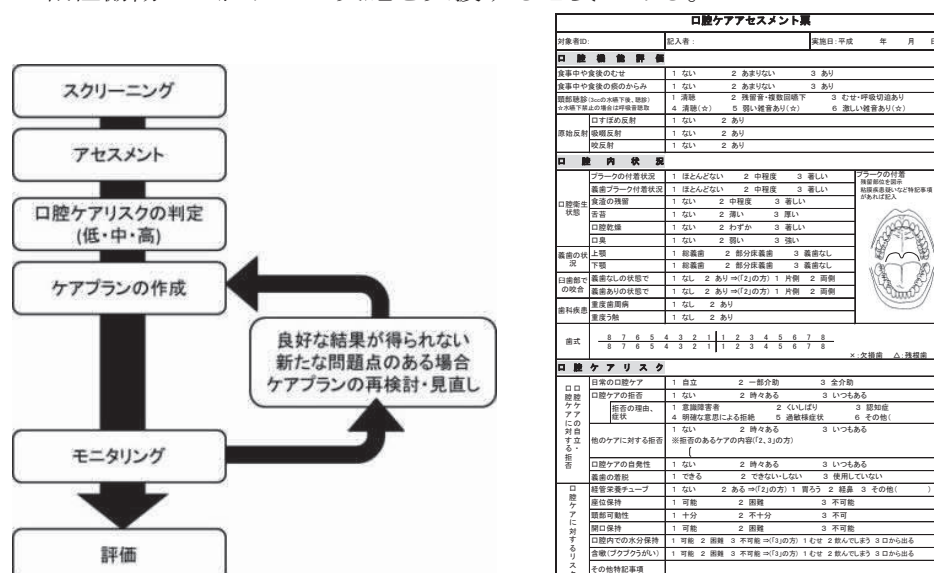


図10 口腔ケア・マネジメントの進め方と口腔ケアアセスメント票の例

第Ⅲ部 事例調査

第5章 聞き取り調査

①要介護高齢者における摂食嚥下障害

要介護高齢者は合併する基礎疾患あるいは加齢変化のために摂食嚥下障害に陥るリスクが高いことが知られている⁵⁻⁷⁾。葛谷ら⁸⁾の報告によると経口摂取者 1654 名のうち摂食嚥下障害者は 587 名（在宅:33.7%、特養:38.6%）に及ぶとされている。摂食嚥下障害者は、重篤化した場合、免疫機能の低下に伴う低栄養、脱水、窒息および誤嚥性肺炎を引き起こす⁵⁻⁷⁾。よって、臨床医は摂食嚥下障害を早期に判定し、その後の合併症に対してのリスクを予測し、予防と代償法を重視したケアプランの計画と実施を行うべきである。

②施設における多職種協働による摂食支援の実際 「摂食支援システムの例」

我々がこれまで介護保険施設で行ってきたカンファレンスとミールラウンドを含めた摂食支援システムについて紹介する⁹⁾(表 1)。

歯科医師、歯科衛生士および看護師、管理栄養士、相談員、ケアスタッフを含めた施設職員とともにカンファレンスを月に一回定期的に開催し、入居者の摂食状況、栄養状態について検討する(図 11)。

カンファレンス時には、施設職員からの食事時の問題点や食事摂取状況、体重変化のデータより摂食嚥下障害の疑いありと考えられた入居者に対して、ミールラウンドを行い(図 12)、実際の食事場面の観察評価および頸部聴診法による摂食嚥下機能の評価を行う。評価後は、食形態の変更や栄養摂取量の変更、食介助方法の適正化や摂食姿勢の提案等の食事環境指導を行う。評価後は、施設職員とのカンファレンスを行い、指導内容の確認、今後のケアプランについての検討を行う。

表1 施設における摂食支援システム

- | |
|------------------|
| 1. カンファレンスの実施 |
| 摂取状況、栄養状態の確認 |
| 摂食嚥下機能の変化についての検討 |
| 食事の問題点についての報告 |
| 2. ミールラウンド |
| 多職種による食事場面の観察 |
| 頸部聴診等のスクリーニング検査 |
| 3. 評価後のカンファレンス |
| 評価および指導の確認 |
| ケアプランの検討 |



図11 多職種とのカンファレンス



図12 ミールラウンド

「摂食支援の症例」

施設職員から上がった食事時の問題点に対して、多職種協働で対応した例を示す。対象は88歳の女性、重度認知症を合併している。問題点として、食事時の溜め込み、むせ込みと最近の食事摂取量の低下および体重減少について担当職員よりカンファレンスに上がる。

歯科医師のミールラウンドにより、食事の後半にかけて集中力の低下が見られ始め、食事ペースの低下と口腔内の食物の溜め込みが認められた。また、嚥下反射のタイミングが悪くなり、むせや嚥下までの時間がかかり、結果として食事時間の延長が認められた。よって、口腔内の溜め込みについては、疲労に伴う口腔機能の低下、特に食事後半にかけての舌機能の低下による送り込み障害によるものが考えられた。

評価後のケアプランとして、食事のボリュームを下げたハーフ食への食内容変更と、舌の送り込みの低下に対してリクライニング車いすによる姿勢調整を提案した。ハーフ食は、疲労による食事摂取時間の延長、食事の後半にかけての摂食嚥下機能の低下による誤嚥のリスクが考えられる場合、通常の食事を半分量にし、その分高カロリーの補助食品を加えて、必要な栄養量を維持した状態で全体の食事のボリューム下げた食事を提供する方法である。

一ヶ月後のカンファレンスにおける経過報告では、食事摂取量が安定し、全量摂取が可能となる日が増えてきた。現在の摂食状況として溜め込み、むせは軽減し、摂取量の改善、体重の増加も徐々に認められている。

第Ⅲ部 事例調査

第5章 聞き取り調査

「施設に入居する要介護高齢者に対する栄養支援の効果」¹⁰⁾

介護老人福祉施設に入居している要介護高齢者に対して、摂食嚥下機能評価と栄養支援を行い、その効果について検討した。某介護老人福祉施設に入所する要介護高齢者 100 名のうち、施設から日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科に摂食嚥下機能評価依頼があった入所者 31 名(男性 3 名、女性 28 名、平均年齢 88.8 ± 6.7 歳)を対象とした。

対象者に対して摂食嚥下機能評価として、食事時の外部観察評価と嚥下内視鏡検査を行った。外部観察評価は、対象者の昼食時の様子を観察し、摂食時の口腔機能として、口唇機能、舌機能、顎運動及び、摂食嚥下障害の症状として、食べこぼし、溜め込み、嚥下後の口腔内残留、むせ・咳き込み、呼吸症状(喘鳴・息苦しさ)の有無を観察した。その他の項目として、食事時の姿勢、食具の持ち方、手と口の協調運動、食事介助方法の評価を行い、その結果に基づき食形態、食内容、摂食方法を提案した。

食形態の変更を指示した者が 22 名であり評価前と有意な差が認められた。食事時の姿勢の調整の指示を行った者は 8 名(25.8%)であり、いずれもリクライニングの傾斜角度の変更であった。食事介助方法の変更を指導した者は 17 名(54.8%)、水分のトロミ付与を指導した者は 11 名(35.5%)であった。体重増加を認めた者は 24 名(77.4%)であり、31 名の介入前後での BMI は 19.6 ± 3.2 から 20.0 ± 3.2 となり、有意に増加した(図 13)。

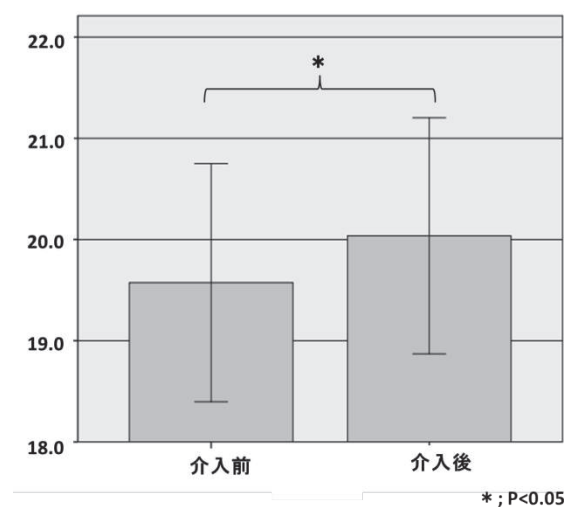


図13 介入前後の BMI の変化

このように多職種協働によるミールラウンドやカンファレンスを定期的に開催することは、入居者に関わる職員が摂食嚥下機能の問題点やその対応法についての情報を共有できるため、提案したケアプランの継続が可能となり、施設全体で入居者の経口維持の支援につながる。歯科は口腔機能の専門家として、ミールラウンド、カンファレンスに参加し、口腔の器質的な問題点だけでなく、口腔、咽頭の機能評価を行い、誤嚥が疑われる所見があれば、精密検査を行い、機能に適した食形態の提案や食事姿勢や介助方法等の環境指導に関わっていく必要がある。

参考文献

- 1) 高橋賢晃、菊谷武、田村文誉、福井智子、片桐陽香、他．口腔ケアに対する歯科医療職関与の必要度に関する研究—介護老人福祉施設における検討—．障歯誌．2008；29：78-83.
- 2) 菊谷武．口腔ケア・マネジメントの確立(主任研究者；赤川安正)．平成19年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)報告書．
- 3) 菊谷武、福井智子、高橋賢晃、吉田光由、田村文誉．介護施設における歯科衛生士介入の効果．口腔リハビリ誌．2011；24：65-70.
- 4) 川名弘剛、菊谷武、高橋賢晃、平林正裕、田代晴基、福井智子、田村文誉．介護老人福祉施設における継続的な口腔機能管理によるかかわりが義歯の装着に与える効果．老年歯学．2010；25：3-10.
- 5) Ekberg O, Feinberg MJ : Altered swallowing function in elderly patients without dysphagia: radiologic findings in 56 cases. Am J Roentogenol. 1991；156:1181-1184.
- 6) Sheth N, Diner W : Swallowing problems in the elderly. Dysphagia. 1988；3：209-215.
- 7) Tibbling L, Gustafsson B : Dysphagia and its consequences in the elderly. Dysphagia. 1991；6:200-202.
- 8) 葛谷雅文、榎 裕美、井澤幸子、広瀬貴久、長谷川 潤：要介護高齢者の経口摂取困難の実態ならびに要因に関する研究．静脈経腸栄養．2011；26：63-68.
- 9) 菊谷武、高橋賢晃、福井智子、片桐陽香、戸原雄、他．介護老人福祉施設における栄養支援—摂食支援カンファレンスの実施を通じて—．老年歯学．2008；22：371-376.
- 10) 佐々木力丸、田村文誉、高橋賢晃、元開早絵、鈴木亮、菊谷 武．介護老人福祉施設に入居する要介護高齢者に対する栄養支援の効果について．老年歯学．2015；29：362-367.

(3) 看取り期における口腔管理に歯科医師、歯科衛生士が積極的に取り組んでいる事例 ～医療法人永寿会 陵北病院（東京都八王子市）～

1) 事例調査の背景

本邦における年間死亡者数は、今後大幅に増加することが見込まれており、2040年には年間140万人の方が亡くなる見込みとなっている。終末期医療の在り方についても活発な検討が行われており、本人の希望やQOLをより重視する議論が行われている。全身状態が悪化しても、全ての栄養摂取とまではいかずとも、少しでも口から食べたいという本人家族の願いは大きく、また、生活の質を重視する観点からは、食べる機能の維持、口腔内の疼痛や乾燥等の不快症状の除去といった口腔管理は非常に重要と考えられる。

しかし、看取り期に歯科医師、歯科衛生士がどのように関与することが望ましいのか、そのあり方についてはこれまで十分な議論がなされてきたとはいえ、また実践例も多いとはいえない。歯科医学のカリキュラム上も看取り期における口腔管理について取り扱う機会はほとんどないため、多くの現場の歯科医師、歯科衛生士もどのように関わるべきか試行錯誤で取り組んでいるのが実態である。

とはいえ、今後の死亡者数の増加、そして、地域包括ケアの取組の進展により、介護施設や在宅での看取りも今後増加していくと考えられることから、地域の歯科医師、歯科衛生士も多職種連携の一員として看取り期の口腔管理に関わるケースも増えてくると考えられる。

このため、看取り期における口腔内変化としてどのような問題が発生するのか、そして、発生した問題に歯科医師、歯科衛生士はどのように対応することが望まれているのかについて、看取り期の口腔管理に積極的に取り組んでいる医療法人永寿会陵北病院を対象に事例調査を行った。

2) 陵北病院の概要

東京都八王子市にある医療法人永寿会陵北病院は、地域包括ケア病棟42床、介護療養病床369床を有しており、近年の介護療養病床に入院する患者層の変化に伴い、長期療養の場だけではなく、死亡退院の数も増加傾向にあり、多くの看取りに対応している医療機関である。陵北病院には歯科外来が設置されており、歯科医師常勤3名、非常勤1名、歯科衛生士常勤5名、非常勤1名の体制にて、入院患者はもとより、隣接老人保健施設に入所している利用者に対して口腔管理を実施している。

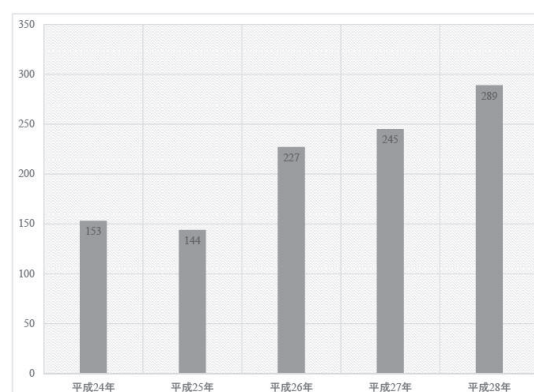


図14 陵北病院における死亡退院数

3) 看取り期における口腔の変化

陵北病院の看取り期における口腔管理の実例から、看取り期における口腔の変化として、次のような段階を経ることが経験上、確認されていた。(表2)

要介護状態の進展に伴い、唾液分泌の低下と相まって口腔の自浄作用が低下し、口腔内状況も悪化するが^{1,2)}、看取り期に近づくにつれて、その傾向は顕著になるとのことであり、特に、経口摂取ができなくなる頃から急速に悪化する傾向にある。

- | |
|--|
| <p>1, 意識障害
脳血管障害・認知症・神経難病の進展により生じる意識障害
→う蝕や残存歯による裂傷や褥瘡、それに伴う感染
原始反射の出現等による義歯使用障害</p> <p>2, 栄養障害
経口摂取不可能や消化吸収作用の減弱、経管栄養でも十分な栄養補給ができない
→脱水による口腔乾燥、健常では罹患しない粘膜疾患</p> <p>3, 循環不全、易出血性の亢進
DICなどの凝固因子欠乏、血管抵抗性の低下など簡単に出血してしまう状態
→口腔内からの不正出血や粘膜の抵抗性低下</p> |
|--|

表2 看取り期において身体状況から生じる口腔への影響

①意識障害の進展

看取り期に近づいてくると、意識障害が進行し、完全なる昏睡状態でなく意識が混濁した状態でも、口腔衛生状況が悪くなるほか、口腔には様々なトラブルが発生する。う蝕に罹患した歯は、破折等により鋭縁部が露出するため、裂傷や潰瘍の形成など、大きな疼痛を生じる原因となる。また、裂傷はう蝕によるものだけではなく、咬合が崩壊している場合は、健全歯によっても生じる場合がある。口腔粘膜周囲における潰瘍や炎症は、意識障害患者で頻繁に見られ、治療には歯の削合やマウスピースを用いるが、口腔内の状況を事前に把握し、口腔保湿剤を併用して、予防を行うなどの手立てが必要である。

また、意識障害患者に多く見られるオーラルディスキネジア（口腔不随意運動）も口腔内に傷を作る原因になるほか、摂食嚥下機能に影響を与え経口摂取が困難になることもある。オーラルディスキネジアが発生すると、口腔内の潰瘍形成や受傷が増加するため、このような患者では、粘膜面の湿潤・滑沢性を保つための特別な口腔ケアが必要となる。これらは通常の口腔衛生を保つための口腔ケアだけでは不十分で、定期的な歯科医師の診察や歯科衛生士による専門的口腔ケアが必須とされる。

また、認知症についても、比較的な軽度な認知症であれば義歯を使用して食事することも可能なこともあるが、そのような人でも、やがて認知症の進行による意識障害によ

第Ⅲ部 事例調査

第5章 聞き取り調査

って義歯が使用できなくなってしまう。義歯の使用が困難となった場合は、適切な食形態への変更や食支援方法の検討を行う必要がある。

②栄養障害の進行

義歯の使用が困難になり、経口での栄養摂取も難しくなってくると、栄養状態の悪化を迎えることとなる。この段階で、経管栄養を検討することも多いが、即座に経管栄養に移行できなかった場合に見られるのが、栄養障害である。単純に脱水傾向になるだけでも、口腔乾燥が進行する。経口摂取がある程度できていても、口腔乾燥が顕著になっている場合もある。口腔粘膜上皮の剥離が目立つようになり、粘膜面の乾燥感も顕著になる他、口臭も強くなり、近づくだけでその臭いが分かるようになる。この口腔乾燥は補液を増やすことだけでは容易に改善しないことが知られている³⁾。(図15)このような口腔乾燥を改善することができるのは、歯科衛生士による定期的な専門的口腔ケアのみである。

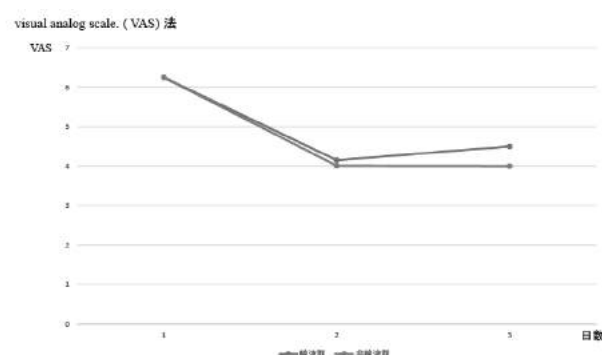


図15 輸液を行った場合と行わなかった場合の口渴症状の比較

森田達也他;死亡直前と看取りのエビデンス, P50, 医学書院, 2016

栄養状態の不良は、そのまま全身状態の悪化へと繋がる。口腔内も例外ではなく、看取り期に移行した患者の口腔内には、通常の免疫状態では発生しない日和見感染による粘膜疾患が発生することがある。口腔カンジダ症は、頻繁に見られる口腔粘膜疾患の一つである。口腔カンジダ症はそれ自体では、痛みなどの自覚症状は少ないが、真菌が粘膜下に入り込むことによって、血行性に移行し肺炎や内臓真菌症などの原因にもなると報告されている^{4,5)}。頻度は少ないが、類天疱瘡なども栄養状態が悪化した患者の粘膜面に見られることがある疾患で、多発する水泡が破れたあとの潰瘍形成にて出血しやすくなるほか、潰瘍形成にて口腔内が汚染される傾向がある。どちらの場合も治療が行われるが、再発しやすいので、重症化を防ぐためにも歯科衛生士による専門的口腔ケアが必須となる。

また、多発性の単純疱疹も見られる。衰弱した患者の単純疱疹は治癒が困難なばかりでなく、出血の原因になることもあり、看取りの段階では歯科衛生士の専門的口腔ケアを頻回におこなって、口腔環境を少しでも良い状態にするように心がける必要がある。

③循環不全、易出血性の亢進

全身状態の重症化がさらに進み、看取りの段階に近づくと、口腔内からの出血が増加する。これは、体内の微量元素の欠乏による口内炎の多発や、DIC（播種性血管内凝固症

候群)のような状態からの易出血性の亢進などが原因と考えられる。出血部位は多岐にわたり、健康粘膜面や歯肉であっても出血することがある。完全な止血は困難であることが多いが、汚れているからといって、形成された血餅を不用意に除去してしまうと再出血を起こす。除去してよい血餅なのか、除去してはいけない血餅なのかは、慎重に判断する必要がある。

4) 看取り期における口腔管理の目標

看取り期にある患者の口腔管理の目標は、できるだけ口腔の状態を現状維持し、悪化を予防することである。目標とすべき状態は、様々なケースに応じて判断する必要があるが、陵北病院が目指す状態とは、「肉眼的にみて汚れがなく、歯や口腔に特段の痛みがなく、ある程度の形態の食事が摂れる状態」である⁹⁾。う蝕に対する治療や欠損部への義歯等の補綴処置など、歯科治療を健常者と同じように実施できればいいが、看取り期にある患者ではその実現は困難である。可能な治療はできるだけ行うべきだが、無理をして治療を行うことが、必ずしも患者にとって利益にならない場合も多いことを歯科医療提供側は考慮する必要がある。口腔管理は、患者本人や家族に無理のない範囲で、口腔を出来る限り健康な状態に維持管理することが求められる。目標とする状態は個々の患者によって違いがあり、慢性期医療においては、それらを総合的に判断するのは、歯科医師、歯科衛生士だけでなく、患者に関わる全ての職種が関わるカンファレンスなどによって決める必要がある。

5) 陵北病院における看取り期への歯科医師、歯科衛生士の関わり

①チーム医療の一員としての歯科医師、歯科衛生士

陵北病院では、適切な口腔衛生管理を行うため、全ての患者に対して入院時歯科検診を実施している。これは医師の診療と併行しておこなわれ、その結果を基に、食事形態の選択や摂食嚥下障害への対応方法などが医師と歯科医師の相談の上決定される。その結果は医師の説明の後に歯科医師からも口腔内の状況と合わせ患者や家族に説明が行われ(図16)、希望する場合には歯科診療および継続的口腔管理を実施する体制となっている。陵北病院におけるこの流れは、入院相談の時点から、歯科医療に関して医療相談員より説明があることから始まり、医師・看護師からも病状に合わせた口腔ケアの必要性や摂食嚥下障害への説明がなされることにより、患者本人や家族に違和感なく受け入れられていると推測される。このようなチー



図16 陵北病院における入院時ムンテラ風景

第Ⅲ部 事例調査

第5章 聞き取り調査

ム医療の体制が確立されることにより、効果の高い口腔ケアの提供や、摂食嚥下障害への対応が可能となる。特に看取り期においては、経管栄養患者であっても少量の経口摂取を実践することが患者家族の望みである場合が多く、その希望を考慮して経口摂取の実施は出来る限り行っている。

このように看取り期においては、医師、歯科医師の連携はもとより、看護師、介護職、薬剤師、リハビリスタッフ、医療相談員、管理栄養士、事務職など多岐にわたる多職種連携が極めて重要である。

②看取り期における歯科衛生士による専門的口腔ケア実施

看取り期においては、日和見感染や口腔乾燥への対応としての歯科衛生士による専門的口腔ケアは極めて重要である。

しかし、看取り期の患者に対する口腔ケアは極めて高い専門性が求められる。口腔の状況把握や疾病の有無、使用される口腔ケア用品などの選定、さらには患者本人や家族の意向、全身状態との関連、投薬状況等を踏まえて、歯科医師と綿密な相談、指示の上に行われることが必須である。

歯科衛生士が行う専門的口腔ケアを、どのような状態の患者に、どのような頻度（間隔）で行うことが適切であるのかを示唆した研究や報告は未だ決定的なものは存在しないことから、陵北病院では、患者の状態や看護・介護状況、提供側である歯科衛生士の稼働状況などを勘案して、専門的口腔ケアの実施頻度を決めている。概ね1週間に1回の専門的口腔ケアの実施を基準に、患者の状況を勘案して、歯科医師と歯科衛生士、他の医療スタッフと相談して必要があれば回数を増やしている。

参考文献

- 1) Kikutani T, Tamura F, Tashiro H, Yoshida M, Konishi K, Hamada R.:Relationship between oral bacteria count and pneumonia onset in elderly nursing home residents. Geriatr Gerontol Int. ,15 (4) : 417-21,2015.
- 2) 森戸 光彦:超高齢社会における歯科医療の役割—口腔機能管理の重要性—、日老医誌 51 27-30. 2014.
- 3) 森田 達也他 ; 死亡直前と看取りのエビデンス、p.50、医学書院、2016.
- 4) 中川 洋一、上川 善昭、岩渕 博史、阪口 英夫:口腔カンジダ症の診断と治療 口腔内病変は歯科で診る、日本歯科評論 72 巻 6 号 : 127-136、2012.
- 5) 上川 善昭:口腔ケアに必要な口腔カンジダ症の基礎知識:日本口腔ケア学会誌、4 (1) : 17-23、2010.
- 6) 阪口 英夫、菊谷 武編:地域歯科医院による有病者の病態別・口腔管理の実際、20-35、ヒョーロンパブリッシャーズ、2011.

(4) 協力歯科医療機関や歯科医師会等の歯科医師の指示・連携のもと、介護保険施設の歯科衛生士が介護現場と歯科医療をつなぐコーディネート機能を担っている事例

1) 事例調査の背景

厚生労働省が定める介護保険施設の人員基準には、歯科医師又は歯科衛生士の規定はなく、そもそも介護保険施設に歯科専門職を配置すること自体が想定されていないのが現状である。

平成12年の介護保険制度創設時には、まだ要介護高齢者の口腔ケアや口腔衛生管理の重要性と必要性が、介護現場においてあまり認識されていなかったことから制度設計に盛り込まれなかったのが実情であろう。

しかし、今日、要介護高齢者に対する口腔衛生管理の重要性は歯科専門職種のみならず看護師等の医療職や介護支援専門員等の介護職種も認められるようになり、口腔衛生管理の専門職である歯科医師、歯科衛生士をどのように介護現場において活用するかが非常に重要な課題といえる。

介護保険施設における人員基準として、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士といった主な医療職種の人員基準が規定されている一方で、歯科医師、歯科衛生士の人員基準が全くない現状について、将来的な制度のあり方を検討する必要があるだろう。

介護保険施設における歯科医師の配置はほとんど進んでいないが、歯科衛生士については配置が散見されるようになってきている。協力歯科医療機関や歯科医師会等の歯科医師との密接な連携、指示のもと、介護現場と歯科医療をつなぐコーディネート機能を歯科衛生士が担うことにより、要介護高齢者の潜在している歯科医療ニーズを早期に発見し、適切に歯科医療に繋げているいくつかの事例について報告する。

2) 医療法人社団寿量会 介護老人保健施設「清雅苑」の取組み

熊本県熊本市にある医療法人社団寿量会介護老人保健施設清雅苑は、熊本機能病院を中核とする関連介護施設である。熊本機能病院は、病床数410床の大型病院であり、地域リハビリテーションにおける拠点医療機関にもなっている。

熊本機能病院及び関連介護施設における入院患者及び施設入所者に対し、適切な歯科医療を円滑に提供することを目的として、平成26年、熊本県歯科医師会、熊本市歯科医師会、そして熊本機



図17 熊本医科歯科病診連携事業覚書調印式

第Ⅲ部 事例調査

第5章 聞き取り調査

能病院の3者が「熊本医科歯科病診連携事業覚書」を締結している。

介護老人保健施設清雅苑における歯科医療の提供体制は下記図のとおりであり、介護老人保健施設清雅苑の入所者において歯科治療が必要な場合は、熊本県歯科医師会の病診連携窓口にて訪問歯科診療を依頼、依頼内容は熊本県歯科医師会から熊本市歯科医師会の登録歯科医師に連絡され、訪問歯科診療が提供される。

また、退所し在宅に復帰した場合においても、郡市歯科医師会の在宅歯科診療相談窓口経由で登録歯科医師が対応する仕組みになっている。

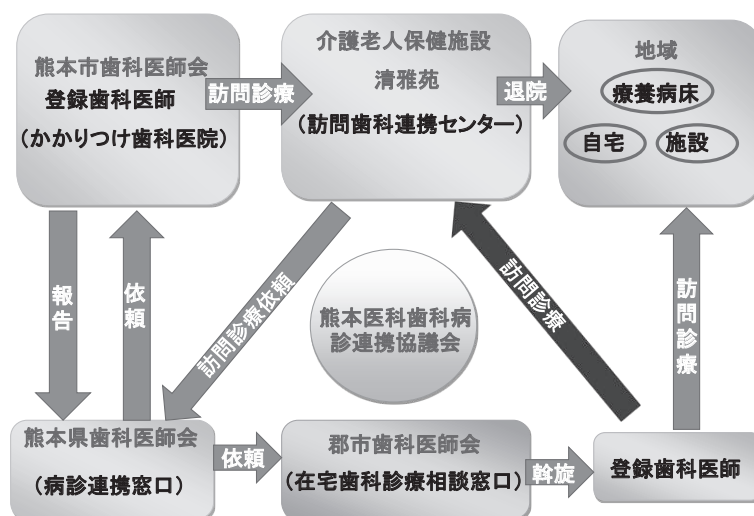


図18 清雅苑における歯科医療提供体制

また、熊本機能病院においては、県及び市歯科医師会や歯科医療機関との円滑な連携体制の構築を図るため、医科歯科連携を担う専門部署として訪問歯科連携センターを設置している。訪問歯科連携センターにおいては、常勤歯科衛生士1名を配置しており、この常勤歯科衛生士1名が介護老人保健施設清雅苑も兼務しており、施設の口腔衛生管理や歯科医療機関との調整について対応している。

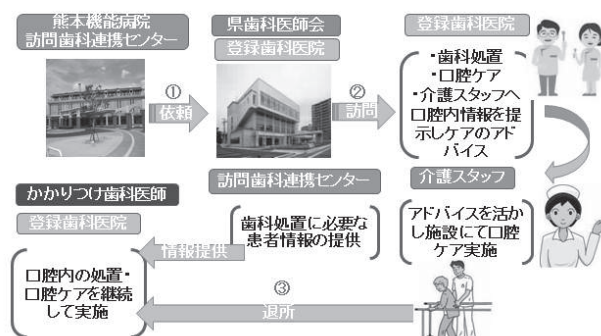


図19 訪問歯科連携センター

入所者に対する口腔アセスメントについては、看護師、介護職が1次スクリーニングを行い、口腔衛生管理に問題があると考えられる入所についてのみ、歯科衛生士が口腔アセスメントを実施し、適切な口腔ケアプランとなるよう助言を行っている。また、訪問診療を実施した歯科医師からは、歯科診療の実施内容と結果について、歯科衛生士に伝達、歯科衛生士は留意点等について情報を記録に整理した上で、介護職等に歯科医師等のアドバイスを伝え、日常の口腔ケアの改善に役立っている。

このような歯科医療機関、施設の歯科衛生士及び介護職がそれぞれ役割分担し、適切な歯科医療及び口腔衛生管理を入所者に提供している事例となっている。

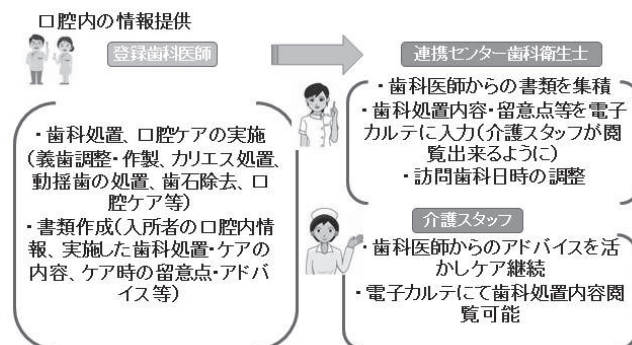


図20 訪問歯科連携センターの歯科衛生士の役割

下図は、介護老人保健施設清雅苑において、歯科医師、歯科衛生士の助言に基づいた口腔ケアプランを提供した際の口腔内状況の変化を OAG（Oral Assessment Guide）に基づき平成 26 年 4 月～平成 28 年 10 月までに訪問歯科診療受診された入所者 126 名について評価したものである。

歯科専門職が介在した適切な口腔衛生管理の実施によって OAG の合計点数が平均約 5.62 点、改善する成果が確認できている。

歯科治療が受けたくても訪問歯科のシステムを知らずに「通院困難」が理由で放置されていた入所者の潜在治療ニーズが、歯科衛生士によって見つけ出され、適切に歯科治療に繋がれたことに加え、1 日のスケジュールの中に歯科衛生士又は介護スタッフによる適切な口腔ケアが位置付けられたことが OAG の改善に繋がったのではないかとと思われる。

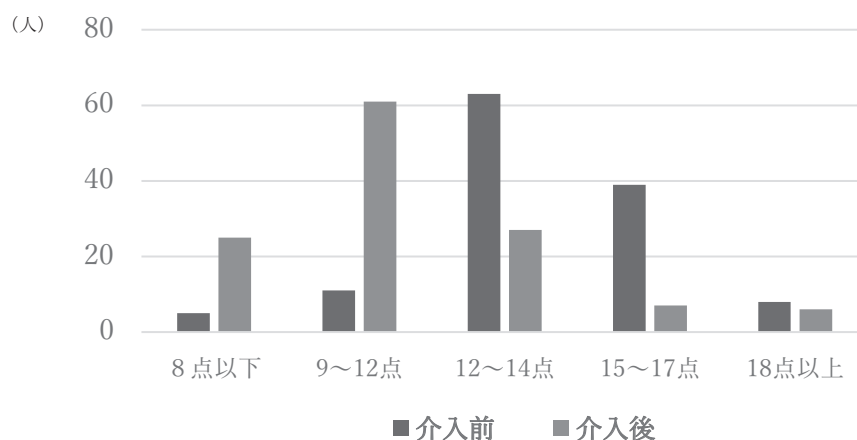


図21 介護老人保健施設清雅苑における歯科介入前後の OAG 結果(n=126)

介護老人保健施設清雅苑においては、地元歯科医師会との密接な連携体制のもと、介護保険施設配置の歯科衛生士が入所者の口腔衛生管理や歯科医療機関のコーディネートを行うことにより、入所者に対する適切な歯科医療を提供する体制を整え、入所者の口腔内状況の改善に大きく寄与している事例となっている。

第Ⅲ部 事例調査

第5章 聞き取り調査

3) 医療法人鴻池会 介護老人保健施設「鴻池荘」の取組み

奈良県御所市の介護老人保健施設鴻池荘は、入所定員162名、通所定員100名、在宅復帰型強化施設である。リハビリテーションの人員配置が手厚く、理学療法士6名、作業療法士5名、言語聴覚士1名が配置されている他、歯科衛生士2名が2015年から配置されている。

協力歯科医療機関との連携体制及び歯科医師からの指示については、訪問歯科診療等の来所時に、他の入所者の口腔内状況について適宜報告を行っており、今後の対応方針について歯科医師から歯科衛生士に指示が出されている。歯科医師からの指示内容については、指示箋により文書管理している。

医師指示箋		
利用者氏名：	指示日：	医師名：
蜻蛉・施設入所・短期入所・通所リハ（介護・予防）		
心身機能・起居動作・日常生活動作（ADL）・手段的日常生活動作（IADL）・社会活動・環境調整 その他（ ）を目的に		
短期集中個別リハビリ・認知症短期集中リハビリ（Ⅰ・Ⅱ）・生活行為向上リハビリ リハビリテーションマネジメント（Ⅰ・Ⅱ）・運動器機能向上・口腔機能向上 短期集中リハビリ・認知症短期集中リハビリ・個別リハビリ を実施する		
経口移行・経口維持（Ⅰ・Ⅱ）を目的に管理する		
口腔衛生管理 目的：肺炎予防・口腔疾患予防（歯周病・むし歯）・機能維持・その他（ ） 実施内容：口腔状態説明・歯みがきの実地指導・義歯清掃・指導・舌・粘膜清掃 食事姿勢や食環境の指導・その他（ ）		
指示中止日	中止項目	

図22 医師、歯科医師からの指示書

鴻池荘では、新規入所者及びリピーターの再入所時に口腔内アセスメントを実施している。チェック項目は、義歯の適合や補綴物の脱離がないか、う歯、治療途中の歯牙はないか、歯周病・動揺歯はないか、粘膜・舌に傷はないか、その他、清掃度合や使用物品の確認といった必要最低限の内容を確認している。

また、3か月ごとにある定期カンファレンスに合わせて、口腔内の評価も3か月ごとに行っており、早期の歯科治療及び専門的口腔ケアに繋ぐ仕組みとなっている。

2017年の入所者82名のうち、専門的口腔ケアが必要とされたものは約7割の58名、約4割の34名に歯科受診が必要とのアセスメント結果であり、多くの口腔内の潜在ニーズがを見つけ出されている。肺炎既往のある入所者や片麻痺等のため誤嚥のリスクがある入所者等、ハイリスク者に対しては、協力歯科医療機関の歯科医師が出す指示箋の指示内容に基づき、口腔衛生管理加算対象者として歯科衛生士による専門的口腔ケアを実施する体制となっている。

鴻池荘においても、歯科衛生士が協力歯科医療機関と介護現場をつなぐコーディネー

ト機能を担っており、歯科治療が必要な場合、円滑に協力歯科医療機関による訪問歯科診療等に繋げている。

図23は、歯科衛生士配置前の2009年と歯科衛生士配置後の最近のデータ、2016年の歯科医師訪問回数、歯科治療実人数、歯科治療延人数の比較である。

歯科衛生士配置後の2016年の訪問歯科診療の提供状況は、2009年の歯科衛生士配置前に比べて2～3倍と大きく伸びていることがわかる。

施設に歯科衛生士が配置される以前は、疼痛等の主訴があり治療を本人が介護スタッフに希望した場合のみの対応であったため、歯科治療に繋がる入所者は少ない状態であったが、口腔内の潜在歯科治療ニーズが歯科専門職のアセスメントによって見つけ出され、早期かつ円滑に歯科医療に結びついていることが示唆される。

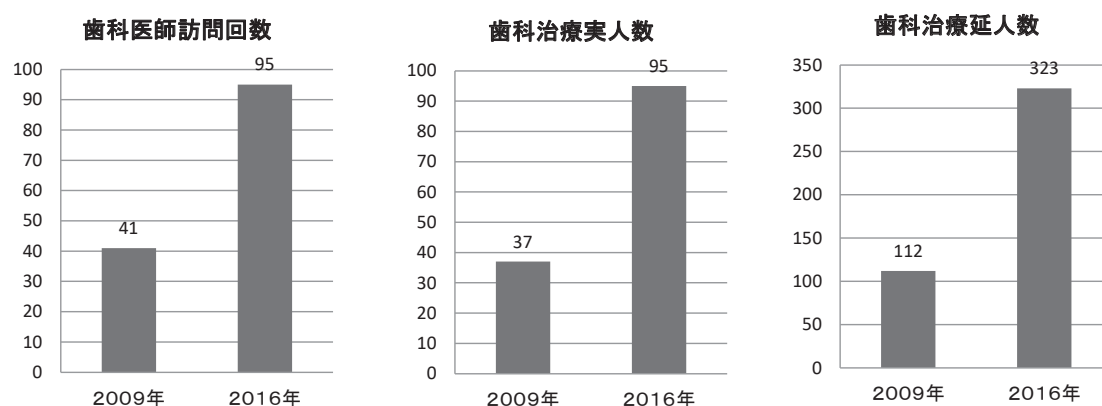


図23 2009年(歯科衛生士配置前)と2016年(歯科衛生士配置後)の歯科治療状況比較

鴻池荘では、介護職員に対する日常の口腔ケアの指導体制の充実に取り組んでおり、歯科衛生士が介護職に入所者毎の口腔ケアの方法について指導を行い、専門的口腔ケアと日常の口腔ケアを組み合わせた提供体制を構築している。また、看護師及びリハ職に対しても年に2～3回、口腔衛生管理に関する研修を施設内で実施している。

また、毎朝のスタッフミーティングにおいても、歯科衛生士から口腔内の問題がある入所者の状況について報告を行っており、看護職やリハ職の口腔衛生管理に対する意識の向上に寄与している。

4) 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」の取組み

宮城県仙台市にある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は、入所定員100名の介護老人保健施設であり、歯科衛生士2名が配置されている。

せんだんの丘は、歯科衛生士が常勤配置であることを活用し、入所時に必ず、全ての要介護高齢者に対して歯科衛生士による口腔アセスメントを実施する体制を整えている。

歯科衛生士による口腔アセスメントは、食事支援アセスメントの一環として実施され

第5章 聞き取り調査

①歯科衛生士による初回食事支援アセスメント
入所時に口腔アセスメントの一環として実施
再アセスメントの必要あり／なし ➡ 経過観察

③医師又は歯科医師の指示

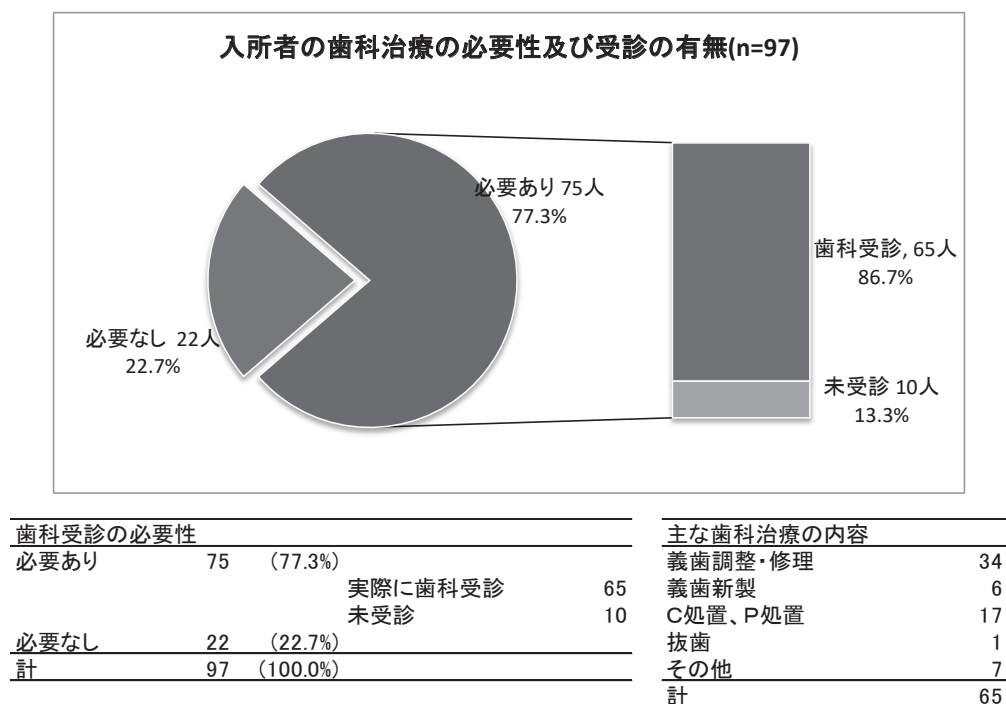
⑤利用者または家族の同意

[illegible]

この食事支援アセスメントにおける口腔の評価項目は、「咀嚼に課題がある」、「嚥下に課題がある」、「口腔の清潔保持に関する課題がある」といった簡易なチェック項目を歯科衛生士が担当しており、再アセスメントにおいて、医師又は歯科医師の判断、指示を受け、具体的な支援内容を決定することとなっている。歯科衛生士による個別の口腔衛生管理が必用な対象者については、週2回の協力歯科医療機関による訪問歯科診療時に適宜、歯科医師に入所者の状態について相談、指示を受けている。

入所時の口腔アセスメントにおいて、約9割の高齢者に口腔の清潔保持に課題があった他、約半数に義歯や残存歯の問題が大半を占める咀嚼に課題があるとのアセスメント結果となっていた。

2018/04/03 9:38:31



図表25 歯科治療の必要性和実際の受診有無

過去の要介護高齢者を対象とした実態調査においても、多くの高齢者に歯科治療や専門的口腔ケアの必要性は認められても、実際の歯科受診に繋がっている割合は低いといった報告が見られる。一方で、せんだんの丘では、歯科受診が必要と判断された入所者の大半を歯科医療機関への受診に繋げている。

歯科受診については、多くの高齢者や家族にとって優先順位が低いため、自発痛等の主訴が出るまで受診行動に結びつかない可能性がある。しかし、せんだんの丘では歯科衛生士が、歯科治療による咀嚼改善の効果や放置した場合の悪化予測等について、丁寧に時間をかけた説明を行っており、さらに必要があれば複数回にわたり説明することにより、治療が必要な入所者の大半を歯科治療に繋げている。

こういった歯科治療の必要性に関する説明は、歯科疾患と歯科治療に熟知した歯科専門職から本人や家族に対して時間をかけて実施することが必要であり、歯科の知識が乏しい介護職や看護職が担うことは比較的困難と考えられる。

歯科受診の必要性を実際の歯科治療に結びつける上で、歯科専門職による丁寧かつ適切な説明が極めて効果的であり重要であることが示唆される事例である。

5) 公益社団法人地域医療振興協会 ケアセンターいぶき介護老人保健施設の取り組み

滋賀県米原市にある公益社団法人地域医療振興協会 地域包括ケアセンターいぶき 2階の介護老人保健施設は入所定員 30 名、ショートステイ 30 名になる。理念は「地域支援とリハビリ」であり、長期入所は 4 ヶ月を限度とし、8 割が在宅復帰を可能としている。ショートステイの割合を多くし、レスパイト機能をもち在宅を支えている。ショートステイは 1 日平均 10 名の入退所と人の入れ替わりが多い。そのため、ショートステイ担当のケアマネジャーが常駐し、歯科衛生士業務と兼任している。

ここには平成 24 年に栄養と口腔チームからスタートし、その後食支援チームに発展、現在は食支援委員会として活動するチームがある。委員会構成メンバーは介護士・看護師・理学療法士・作業療法士・管理栄養士・歯科衛生士と多職種から成り、食事場を観察し嚥下評価を行い、適切な食形態や食事環境を、施設内や在宅で提供することを目的としている。歯科衛生士は口腔健康管理を役割とし、入所者の口腔アセスメントを実施し管理している。

歯科衛生士が口腔アセスメントを行い受診が必要と判断し、介護士・看護師と相談の結果、家族の了解を得られた場合歯科受診となる。最長 4 ヶ月という入所期間のため、退所後の在宅まで治療が継続することもある。歯科医師は治療が終わると、本日の治療内容・次回までの注意点・次回予約日を記載した用紙を職員に渡し、必要な説明をする。協力歯科医療機関においては、治療で来所の際に、口腔衛生管理体制加算および口腔衛生管理加算についての助言や指導を行い、歯科衛生士と情報の共有を継続している。

経口維持管理Ⅱを平成 27 年から算定するようになり、職員全員が嚥下評価を理解できるように口腔ケアや増粘剤の利用などの研修会を開催したことで、口腔への関心が高まった。介護士・看護師から歯科受診の相談を受けることもあり、歯科受診は特別なものではなくなったといえる。平成 27 年度の経口維持加算算定者 28 名中 18 名に、平成 29 年度は 19 名中 7 名に口腔衛生管理加算を算定していることから、両方に関わる歯科衛生士のニーズは高い。

また、地域歯科医師会との連携も行い良好な関係を築いている。湖北歯科医師会が 6 月のイベント時に老健利用者の歯科健診を実施し、地域包括ケアセンターいぶきと歯科医師会が協力して「在宅歯科医療について」の IPE 研修会を開催するなど、顔の見える関係づくりに努めている。公設民営の施設であることから、行政・地域との関係も重要であり、デイケアでは総合事業対象者の口腔機能向上加算も担当している。介護施設において、包括的に関与できる歯科衛生士の一例となっている。

入所判定会		入所
対象者抽出	※管理栄養士が必ず参加しているので加算が必要なケースはピックアップする。	※入所後の経過で経口維持管理を要すると判断された場合は担当スタッフで評価を行う。
↓		
評価日の決定	現場スタッフを中心に評価日と時間を決める。	
↓		
食事状況の観察	全職種が評価実施前に食事状況について観察を行う。（場合によっては、入所後すぐに評価を行う場合もある。） 老健担当は経口維持計画に状況を記載する。	
↓		
評価実施	実施にあたるスタッフで評価の準備を行う。 （評価表はナースステーションの棚から準備する。水飲みテストには20mlのシリンジを使用する。パルスオキシメーターや聴診器などを準備する。） 管理栄養士を中心に医師への報告内容を作成する 実施にあたったスタッフで暫定のケア方法について検討する	
↓		
経口維持計画書の完成	看護師・介護士・管理栄養士・リハビリ・歯科衛生士は経口維持計画書の職種別コメントを記載する	
↓		
家人に説明	管理栄養士または現場スタッフより家人に説明し、サインをいただく	
		
算定の開始		

表3 経口維持支援のスキーム

6) 社会福祉法人さざなみ会 特別養護老人ホームさざなみ苑の取組み

滋賀県彦根市にある特別養護老人ホームでは、平成18年から口腔機能向上加算を算定するにあたり歯科衛生士の非常勤雇用が始まった。入所は従来型50名、ユニット型40名の定員である。通所における口腔健康管理がひととおりに行き渡った頃に、口腔衛生管理加算が導入され、入所者への介入が進んだ。同時に協力歯科医療機関との連携を積極的にとり、毎月1回月末の木曜日にラウンドを開始した。歯科衛生士が事前にピックアップした入所者の情報を前日にFAXで送り、その情報を元に歯科医師とラウンドする。そこで治療が必要と判断された方についてSW（ソーシャルワーカー）に伝え、通院に同行できる看護師と予約の相談を行う。

さざなみ苑では、基本的に看護師同行のもと通院で受診している。かかりつけ歯科医がある場合も可能であれば通院し、状況によっては往診も可能としている。どのケースも、歯科衛生士と歯科医療機関の間で歯科受診依頼書を利用し、安全かつスムーズな受診を心がけている。

非常勤歯科衛生士が交代していくごとに、書類や体制が整備され、口腔衛生面の意識は定着していった。今後は機能面の支援を充実させるため摂食嚥下の研修会を行い、経口維持加算の算定に取り組んでいく。また、同じ法人の30人定員の特別養護老人ホーム姉川の里でも、同様に口腔衛生管理につとめ、開所時から協力歯科医療機関との連携をすすめている。

第5章 聞き取り調査

歯科受診依頼書

患者様 氏名 _____ 種 _____

居住区 _____

受診科 _____

主治 _____

予約日: 年 月 日 () AM・PM 時 分
 Y・S 日 月 日生まれ () 才

食形態 _____ 食事の自立 _____

飼育の有無 _____ 養介護 _____



() 家族の希望

以上、御病状のほどよろしくお願ひします。

受診科 _____



() 医員内容

() 指導等

() 今後の予定

本日付責人: _____ 養介護員: _____

施設長: _____ 施設医: _____

図26 歯科受診依頼書

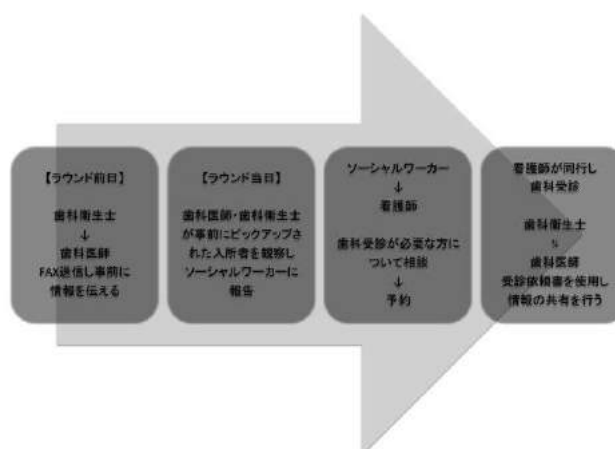
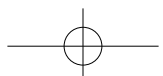
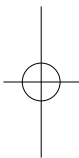
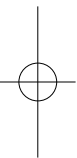
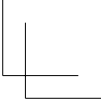
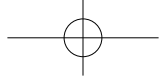
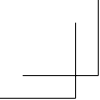


図27 経口維持支援における歯科医師、歯科衛生士の役割

第Ⅳ部 考察とまとめ



1. 実態調査より

(1) 施設入所者調査

終末期を含めた中重度の要介護高齢者に対する適切な歯科医療及び口腔衛生管理の充実を図るための今後の課題を明らかにする目的から、特別養護老人ホーム（特養）31 か所を中心に、老人保健施設（老健）8 か所、グループホーム 1 か所を含めて実態調査を行った。

その結果、特養の方が、要介護度がやや高く、歯磨き等で自立できている者も少ないといった違いが認められた。さらに入所期間が長く、死亡や入院以外で退所する者が少なく、施設内で看取りとなっている者が多かった。

本調査対象の特養の特徴を、全国調査（平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 28 年度調査）（4）介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業報告書）データと比較することによって考察する。

施設内死亡による退所者は、全国調査で 41.4%、本調査では 42.0%（図表 1-5）であり、本調査対象施設は、看取りの実施という点では平均的な施設であることがうかがえる。平均要介護度は、全国平均が 3.9 であるのに対し、本調査では 4.0（図表 2-3）とほぼ同程度の要介護状態であった。一方、医療処置の必要な一施設当たりの人数は（図表 1-3）、胃ろうの全国平均が 4.0 人であるのに対し、本調査では 3.2 人、吸引の全国平均が 3.4 人に対し本調査では 1.9 人と、全国平均より少ない傾向にあった。全国調査が本調査より 1 年前に実施された影響も考えられる。

加算算定の状況を（図表 1-19）全国調査と比較すると、全国調査では口腔衛生管理体制加算算定施設は 42.3%、口腔衛生管理加算が 11.7%、経口維持加算（Ⅰ）が 18.9%、経口維持加算（Ⅱ）が 10.4%と、いずれも本調査対象施設の方が高い算定状況であった。全国の算定状況は特養に限定しているため、単純に比較することはできないが、本調査の対象施設は口腔ケアに対する取り組み意欲の高い施設であることがうかがえる。

一方老健では、医療処置を要する入所者が多かったり、認知症が理由で低栄養状態のおそれがある人が 7 割を超えていたりするなど、施設のもつ特徴に応じた違いがあることが示された。

特養と老健で口腔内状態や歯科との関りについては大きな違いはなく、歯科治療については必要である人が 56.6%であった。また、緊急で治療の必要な人は 7.5%であった。実際、咬傷・残存歯による潰瘍、口内炎、義歯性潰瘍といった疼痛を伴うような症状のある者はわずかであり、残根も平均して 1.61 本、重度歯周病菌 0.12 本と全体で見るとわずかであり、緊急を要する場合は、歯科訪問診療等により対応されているのではないかと思われた。実際、特養での分析を見ると、口腔衛生管理体制加算が算定されている特養の方が、歯科治療が必要な者が有意に少なく、治療の緊急性が高い者については、歯科訪問診療を実施していない施設の方が有意に多かったことから、緊急を要するような場合には、歯科との連携構築はおおむね出来ているものと考えられた。したがって、緊

第Ⅳ部 考察とまとめ

急で治療の必要な人 7.5%とは、何らかの理由で治療が困難なものも含まれているのではないかと考えられる。

義歯に関してみても、義歯を使用している者が 46.8%であった一方、必要性はあるものの持っていないもしくは使っていない人が 36.6%存在した。もちろん、協力医が歯科訪問診療を実施している施設の方で、義歯が必要であるにも関わらず持っていない者が有意に多かったことからみて、歯の欠損からみると治療の必要性はあるが、全身状態等から治療が実施できない者も多かったのではないかとと思われる。実際、非経口の者で義歯を持っていない者が多く、食事摂取をしているかどうか義歯治療を行うかどうかの判断の一つになっているのではないかと考えられた。さらに、義歯治療では治療への協力、指示理解が重要となってくるため、その一因として治療困難となるような開口拒否について検討した。

開口度が 1 横指以下である者（開口拒否のある者）のうち、95.3%が認知症高齢者日常生活自立度がⅢ以上であり、義歯を持っていない者が有意に多く認められたことから、認知機能の低下に伴う治療への協力度の問題も義歯治療を行うかどうかに影響を及ぼしていたものと考えられた。さらに、開口拒否のある者で、咬傷・残存歯による潰瘍、残根が有意に多かったことから、緊急で治療の必要なが治療につながっていない理由として、認知機能の低下が挙げられるのではないかと考えられた。

口腔内の状況に関する主観的訴え（NRS）は、口腔の不快感、口腔の疼痛、口腔乾燥のいずれにおいても半数以上の者に訴えはなく、歯科治療の必要性のあった者で若干訴えが高かったが、入所者の主訴に基づく介入ではやはり十分ではないことが示された。そこで、口腔内のアセスメントツールとしての有用性を明らかにするために用いた OHAT-J（Oral Health Assessment Tool 日本語版）をみると、要介護度につれて点数が上がっていたり、口腔内清掃状況別にみて、自力清掃ができない、清掃の意思がない人のほうが点数は高かったりとリスク評価として妥当な結果が得られていた。また、口腔機能別にみても、開口度、咀嚼様運動、舌運動、口腔周囲筋、言語、音声といった評価した各口腔機能が良好な者の方がスコアが低く、摂食嚥下状況のレベルが低いものや非経口の者で点数が高くなっていることから要介護高齢者の口腔アセスメントツールとして有用なのではないかと思われ、本人による訴えの少ない要介護高齢者の口腔健康管理を考えるうえで、このようなアセスメントツールを用いた治療・介護計画を構築していくことが今後の課題ではないかと考えられた。

（２）緩和ケア病棟調査より

緩和ケア病棟でのがん患者の終末期と歯科との関わりを検討したのは、終末期医療として定着してきている緩和ケアでの取り組みを今後の要介護高齢者での終末期の対応で参考とできる内容を検討するためであった。

今回の調査では、進行がん患者、終末期がん患者に係る 5 施設において調査を実施し

第Ⅳ部 考察とまとめ

た。調査対象となった人数は 86 名であり、男性は 36 名 (41.9%) で女性は 50 名 (58.1%) と女性が多い比率となっていた。平均年齢は 73.0 ± 10.9 歳であり、施設入所者調査の対象者よりは若い患者層となった。

疾患部位については肺がんが最も多く 15 名 (17.4%)、次いで大腸/直腸がん 14 名 (16.3%) という結果であった。がん転移の状況としては、転移ありが 64 名 (74.4%) となり、対象者が進行がん、終末期がん患者であることを示す結果となった。一方で、化学療法を受けているものは 73 名 (84.9%) と非常に多く、まだ抗がん治療を受けている、いわゆる進行がん患者が多いことを示す結果となった。また、Best Supportive Care 方針が明記されていない者の数が 65 名 (75.6%) と多く、化学療法の項目における結果と同様に、抗がん治療を受けている進行がん患者が多いためと思われた。さらに、終末期がん患者の予後予測ツールである Palliative Prognostic Index : PPI についても 6 より大きい者は 28 名 (32.6%) であった。PPI は 6 より大きいと生命予後が 3 週間以内と予想される状況である。従って、生命予後 3 週以内と見込まれる患者が 3 割を占めていたことになる。反対に、それ以上の生命予後が見込める患者が 7 割を占めていたことになり、本調査においてはやはり終末期より少し前の患者が多く含まれていることがわかった。したがって、今回の調査は終末期がん患者を想定していたが、まだ抗がん治療を受けている、終末期よりも少し前の患者層が多い結果となった。

歯科との関わりに関する項目では、歯科治療を定期的に受けている者は 16 名 (18.6%) と少なく、周術期口腔機能管理加算の算定状況についても、算定なしが 70 名 (81.4%) であった。がん患者の口腔管理は治療開始前から終末期までの広い期間に渡って必要であると考えられるが、現状ではがん患者の周術期口腔機能管理が十分に普及していない結果となった。がん患者は自力清掃者の率が高く、また歯科の定期的受診の割合が低いことや周術期口腔機能管理加算が算定されている割合が低いことから、口腔管理は患者任せになっている状況が予想される。反対に、施設入所者は介助による口腔清掃をされている者が含まれていることが予想されるため、十分な管理をされている者の率が高くなっているのではないかと考えられる。歯科治療が必要であると判断された者の数は 48 名 (55.8%) であり半数以上に認められた。終末期の少し前段階のがん患者においても歯科介入が必要であることが示唆された。

PPI をカットオフ値 6 として群分けし、2 群間で検討を加えた。つまり生命予後が 3 週間以内と予想される群 (6 より大きい群) と、それ以上の群 (6 以下の群) に分けて検討を実施した。口腔機能に関しては、いずれの項目においても 6 より大きい群が有意に低下していた。生命予後が短い方が口腔機能も低下していることが明らかとなった。口腔内の状況に関する主観的訴えについては、口腔の疼痛と口腔乾燥において 6 より大きい群が有意に高い結果となった。死期が迫るにつれて口腔内の主観的な症状が不良となることがわかった。また口腔の不快感については 6 より大きい群の方が悪化している傾向があったが、有意差は認められなかった。特に口腔乾燥については、6 以下の群は 4.14 で

第Ⅳ部 考察とまとめ

6 より大きい群は 5.68 という結果であり、終末期に至るがん患者においては、口腔乾燥（口渇感）の症状が強いことが示唆された。OHAT-J については歯肉・粘膜、唾液、歯痛、合計において PPI が 6 より大きい群において有意に悪化している結果となった。OHAT-J は客観評価であり、前述の口腔内の主観的な訴えとは多少の乖離があり、唾液の項目で有意に悪化していた。口腔乾燥については、客観症状（口腔乾燥）よりも主観的訴え（口渇）の方が悪化しやすい可能性がある。いずれにせよ、OHAT-J の合計スコアでも PPI が 6 より大きい群で悪化していたので、終末期がん患者は口腔内状況が悪化することは明らかなのではないと思われる。

（３） まとめ

本調査より、終末期に近づいた際の口腔内の状態はがん患者であろうが要介護高齢者であろうが、さほど大きく変わるものではなく、適切に歯科が介入し、口腔管理を担う必要があるものと考えられた。しかしながら、施設には協力歯科医の設置はもちろん、口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算といった介護保険による歯科との連携、がん緩和病棟では、周術期口腔機能管理といった医療保険での歯科との連携のための方法も構築されているにもかかわらず、歯科による定期的な口腔健康管理が実施されている者はともにわずかであった。この理由の一つとして、治療の必要性がありながら、実際には治療に至っていないケースがともに半数程度あった。今後、抜歯や義歯治療に関する基準の策定を検討していく必要があると考える。とりわけ、特別養護老人ホームでみると、経口維持加算Ⅱを算定している施設の方が、義歯が必要でない者が有意に多かった。一方、義歯が必要であるにも関わらず、義歯を持っていない者も有意に多く、食形態の調整が現状の口腔内に応じただけで、義歯治療による改善の可能性にまで追求していない可能性も考えられた。

緩和病棟の入院患者では、周術期口腔機能管理加算の算定状況別に口腔内の状況に関する主観的訴えをみると、いずれの項目についても、有意ではないものの、算定ありの方がスコアが高く、6 割以上の者にコミュニケーション能力に問題がない緩和病棟の患者では、治療希望の有無も歯科による定期的な口腔健康管理の少なさにつながっている可能性もあり、口腔健康管理の重要性についてもっと啓蒙していく必要があるものと思われた。一方で、施設入所高齢者では、口腔衛生管理加算算定の有無と口腔内状況に対する主観的訴えには有意な関連は認められず、協力医の歯科訪問診療実施の有無と、口腔内状況に対する主観的訴えには有意な関連性は認められなかった。さらに、開口拒否がある者は、認知症が重度で、咬傷や残根による潰瘍や残根が多いものも多く、OHAT の点数が悪い者が多いということが明らかになったことから、認知機能の低下を予測した対応ができるような対策も必要ではないかと思われた。

したがって、認知機能に応じた義歯を含めた口腔内環境のあり方に関する共通の基準を作り、それに従った口腔衛生管理提供体制を構築していくことが、中重度の要介護高

第Ⅳ部 考察とまとめ

齡者が施設や在宅で療養を続けていくための今後の課題ではないかと考えられた。

第Ⅳ部 考察とまとめ

2. 事例調査より

(1) 質問紙調査より

今回の調査は、日本老年歯科医学会に所属し、認定医、専門医を取得するなど、比較的要介護高齢者の診療に長けた歯科医師を対象にした意識調査であったにもかかわらず、終末期に向けた対応にはさまざまな考え方があることが確認できた。

➤ 研究方法について

今回は当初、日本老年歯科医学会の認定歯科医、認定歯科衛生士を対象に調査を行うことを予定した。しかし、日本老年歯科医学会の認定歯科医、認定歯科衛生士は、歯科補綴、摂食嚥下、口腔外科等その専門は様々であり、開業歯科、訪問歯科、大学、病院と勤務する場所も様々であり、診療の対象患者も健康高齢者、要介護高齢者、脳卒中後等急性期患者等様々であることから、中重度の要介護高齢者像を統一して実施する必要があると考えた。そこで、今回中重度の要介護高齢者の口腔状態の変化等実態調査を実際に担当した、日本老年歯科医学会の特任委員に終末期の口腔内のあり方に対するアンケート調査を行い、実際の中重度の要介護高齢者の口腔状態の変化等実態を踏まえて、介護保険の口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算に積極的に関わっている歯科医師の考え方を明確にする目的で行った。結果、統一した見解がほとんどないことが分かった。

➤ 抜歯の適応について

特に残根、重度歯周炎罹患歯といった、通常患者であれば抜歯適応の歯の抜歯に関しても、抜歯の基準に関しては様々で、ケースバイケースであるとの記載はみられるものの、痛み等症状があれば、家族、医科主治医と協議し、全身状態が安定していれば基本的には抜歯を行う傾向という意見が多くみられた。

➤ 口腔衛生管理について

認知症で拒否がある高齢者で、ほぼすべての歯が残存しているような要介護高齢者の口腔衛生管理については、8割以上が出来る範囲内で歯科による専門的な口腔ケアを行うことを勧めると回答した。この結果は、認知症で拒否がある高齢者に対する口腔ケアは、介護者への指導だけでは困難な場合が多く、専門職が積極的に介入すべきであることを示唆しているものと思われる。

➤ 義歯の適応について

歯もなく義歯もなくある程度形態のある食事をしている要介護4・5の高齢者に対する義歯治療の適応に関しては、8割以上が義歯の治療を勧めると回答していた。終末期にある要介護高齢者であっても、積極的に義歯を適応し経口摂取、食事の形態の維持向上

をはかって QOL の向上に貢献しようとする意図が伺えた。しかし義歯による QOL の向上への効果については、今後検証していく必要がある。一方で、だんだん使用が困難となってくることも事実であり、義歯をはずす基準についても提示していく必要があると考える。

➤ 終末期を迎える要介護高齢者に適した口腔内の状況について

終末期を迎える要介護高齢者には、どのような口腔内がよいと思われますか？という問いに対しては、8 割以上が管理しやすい口腔内にしていくと回答していた。具体的には、症状がある場合やその可能性が高い場合は積極的に対応していくといった回答が多かった。また、長期的な口腔内の管理を念頭に、主治医の意見や家族を含めた介護者の状況を踏まえ柔軟に対応していく方向性が伺われた。

➤ 事例に対する対応について

要介護度 4 の重度認知症患者（低栄養状態、経口摂取をしているが摂食嚥下障害が疑われ、口腔内の状態が悪く、咬傷があり口腔ケアへの拒否がある）への対応については、優先順位は様々であるが「認知症発症前の患者本人の考えや希望」「抜歯のリスクと非抜歯のリスクの評価」「同居家族の意見」「内科主治医の意見」といった回答が多くみられた。優先順位が最も高い回答として「認知症発症前の患者本人の考えや希望」が多かったことはかかりつけの患者が多いという歯科の特徴と考える。ついで「同居家族の意見」であったことは認知症患者の歯科治療方針の決定においては、家族がキーパーソンであり、医療的に効果的な介入を行うためには、家族の理解を得ることが重要であると考えられる。つまり、かかりつけ歯科医として、早期から家族、主治医等を含め終末期を迎えた場合の歯科治療の方針についてその効果とリスクとともに情報を共有し、考えておく必要があると思われた。

（2）聞き取り調査より

介護保険施設における口腔衛生管理体制の在り方については、各種の調査研究から歯科医師や歯科衛生士の関与によって、入所者の誤嚥性肺炎の発症抑制や栄養状態の改善等に関する報告は多数あるものの、介護保険施設における施設基準や人員基準に、口腔衛生管理体制に関する基準は協力歯科医療機関に関する規定以外は盛り込まれておらず、介護保険施設によってその対応状況は様々である。

終末期においても医療介護の多職種による連携、支援の重要性が指摘されており、終末期においてどのような口腔の問題や課題が生じるか、また、歯科医師、歯科衛生士が歯科医療や口腔管理の観点から関わっていくことが望ましいと思われるが、その対応は決して十分とはいえない。

本事例調査では、効果的な取組事例を収集し、現場において介護保険施設や医療機関

第Ⅳ部 考察とまとめ

の口腔衛生管理の取り組みを検討する際の参考資料とすること、さらには、将来的な制度改正や報酬改定の検討を行う際の基礎資料とすることを目的とした。

全国 8 つの対象調査施設の協力歯科医療機関、施設職員から資料収集及び聞き取りを行った。聞き取りの項目は以下の 5 つとした。

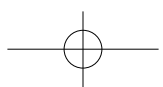
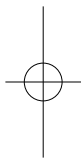
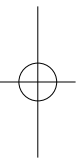
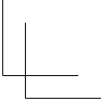
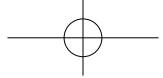
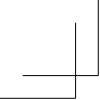
- (1) 協力歯科医療機関が担っている役割
- (2) 口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算への対応
- (3) 摂食嚥下障害を有する入所者への対応（経口維持加算、経口移行加算への対応）
- (4) 看取り期における歯科医師、歯科衛生士の対応
- (5) 介護保険施設における歯科衛生士の役割

事例から把握された効果的と考えられる取り組みとしては、

- ・ 入所者全員に対して、定期的又は入所時に歯科健診や口腔内アセスメントが実施され、介護職や看護師では見落とす可能性が高い歯科疾患や義歯の問題に早期対応がなされていた事例。
- ・ 歯科医師と歯科衛生士が介護療養病床と介護保険施設での看取り期の緩和ケアチームの一員として、専門的口腔ケアが提供されていた事例。
- ・ 協力歯科医療機関が専門性の高い歯科医師を確保し対応している事例や歯科医師会として対応できる「診診連携」体制を構築するなど、要介護高齢者の様々な状況に応じた適切な歯科医療が提供されていた事例
- ・ 協力歯科医療機関に在籍する歯科衛生士が介護保険施設の非常勤職員として雇用されている事例、地元歯科医師会と医科歯科介護の連携体制に関する覚書を締結している事例、協力歯科医療機関からの指示を指示箋として文書発行する事例等の連携体制が整備されており、適切な協力歯科医療機関による歯科医療と効果的な介護保険施設の口腔衛生管理が一体的に提供している事例
- ・ 経口維持加算の算定に必要なカンファレンスに歯科医師、歯科衛生士が参加するだけでなく、歯科検診結果等の入所者の口腔内状況の情報共有を目的に、口腔衛生管理を目的としたカンファレンスが実施されている事例
- ・ 協力歯科医療機関の歯科医師や介護保険施設の歯科衛生士による介護職員に対する研修体制が整えられている事例

いずれも取り組みも、医療介護報酬上の評価はないが、介護保険施設の介護職員、協力歯科医療機関の歯科医師、歯科衛生士が密に連携することで、診療対象者や経口維持加算対象者だけでなく、入所者全体の口腔の健康維持に繋がっていた。今後、介護保険施設では、残存歯を多く有した、重度認知症の重度要介護高齢者が急増することが予想されており、効果的な口腔衛生管理体制を構築していくうえで、これら取り組みは必要であり、制度上あるいは報酬上の位置づけを明確化していくことが必要と考える。

参考資料



1. 施設概況票

施設調査票

中重度の要介護高齢者における歯科医療及び口腔衛生管理ニーズの実態及び
歯科医師、歯科衛生士の関与のあり方に関する調査へのご協力のお願い

【調査の背景】

中重度の要介護高齢者が在宅や介護施設で療養を継続できなくなる一番の原因は、誤嚥性肺炎による入院であると言われています。これが要介護度の悪化を招き、在宅療養をより困難にしていく悪循環をもたらしています。口腔衛生管理が誤嚥性肺炎予防に効果的であることは周知の事実であるものの、これら中重度の要介護高齢者の介護度の重症化予防、穏やかな人生を過ごせることにいかに役立っているかについては十分な根拠がないのが実情であり、この点を明らかにしておくことが求められています。そこで本研究では以下の目的で調査を実施することといたしました。

【調査の目的】

本調査では、介護保険施設における退所者および看取りの状況、歯科医療機関との関係について調査、分析し、終末期における適切な口腔衛生管理体制の有り方を明らかにすることを目的としています。

【倫理的配慮】

本調査は一般社団法人日本老年歯科医学会の倫理委員会の承認を得て実施しています。得られた調査結果の入力データは、主にパスワード管理のハードディスクを用いて解析を行います。調査票と入力データは原則として事業担当者と学会役員のみが閲覧できるものとします。調査終了後は、調査票と入力データを保存した記録媒体を鍵付きの保管庫にて管理いたします。解析結果の公表は、施設および個人の特定ができない形で行います。

なお、調査にご協力いただけない場合でも、いかなる不利益も被ることはございません。

【調査結果の公表】

得られた結果につきましては、平成 30 年 6 月頃に一般社団法人日本老年歯科医学会ホームページ (<http://www.gerodontology.jp/>) にて公開いたします。

【研究担当者連絡先】

主担当者氏名：吉田 光由

所属：広島大学大学院医歯薬保健学研究科 先端歯科補綴学研究室

職名：准教授

所在地：広島県広島市南区霞 1-2-3

電話：082-257-5677 FAX：082-257-5679

副担当者氏名：渡邊 裕

所属：地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター

職名：専門副部長

所在地：東京都板橋区栄町 35-2

電話：03-3964-1141 内線 4211 FAX：03-3964-2316

参考資料

1. 施設入所者の状況を伺います。

1) 居室、定員、入所数について

居室タイプ		定員数	調査時の入所者数
従来型	個室	人	人
	多床室	人	人
ユニット型		人	人

2) 要介護度別入所者数

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
人	人	人	人	人

3) 医療処置を要する入所者数

胃ろう	経鼻経管栄養	たんの吸引	酸素療法	重複を除き医療処置を要する入所者の実人数
人	人	人	人	人

2. 平成29年4月～9月（6か月間）の退所者の内訳について伺います。（①＝②＋③＋④）

① 平成29年4月～平成29年9月までの全退所者数	①	人
→ ② ①のうち、施設内で死亡した人数	②	人
→ ②-1 ②のうち、施設で看取りケア ^{a)} を実施した人数		人
a) 「看取りケア」とは、ケア対象者が看取り段階にあることをケアチーム内で共有し、共通の目標をもって提供されていたケアです。医療処置の有無や加算算定は問いません。		
→ ②-2 ②のうち、死亡直前まで減量せずに経管栄養を受けていた人数		人
→ ②-3 ②のうち、以前から経管栄養を受けていたが、看取り期に減量や中止した人数		人
(②-1と2, 3は、重複あり)		
→ ③ ①のうち、入院後に退所手続きとなった人数	③	人
→ ③-1 ③のうち、入院後3日以内に死亡した人数		人
→ ③-2 ③のうち、施設で看取る準備をしていたが、入院後死亡した人数		人
(③-1と2は、重複あり)		
→ ④ ①のうち、死亡と入院以外の理由による退所者数	④	人

3. 医師と看護職の勤務体制について伺います。

1) 配置医師（複数の場合は、主に健康管理を担う1名）の状況

① 勤務体制	1 常勤 2 非常勤
2 非常勤の場合 主所属先	1 協力病院 2 協力病院以外の病院 3 診療所（同一施設以外） 4 診療所（同一施設内）
② 対応可能な時間帯（主な対応を一つ選択してください）	1 施設内診察時のみ 2 平日・日中は対応可（電話を含む） 3 平日・日中は夜間休日にも対応可（電話を含む）
③ 看取りケアに関わる医師の人数	人

2) 看護職の状況

① 一般的な平日の日勤帯看護職の人数	人	② 看護職が施設内にいる時間帯	: ~ :
③ 夜間の看護体制	1 夜勤または当直の看護職員がいる 2 夜勤は介護職のみで、看護はオンコール体制 3 夜間の看護体制はない		

4. 施設の看取りの受け入れ状況を伺います

施設の看取り方針	1 希望があれば受け入れる 2 原則的に病院に入院する
----------	-----------------------------

5. 施設看取りを担う主要なメンバーの看取りに対する取り組み方・姿勢を伺います。

①施設長	1 かなり積極的 2 やや積極的 3 やや消極的 4 かなり消極的
②配置医師	1 かなり積極的 2 やや積極的 3 やや消極的 4 かなり消極的
③看護職リーダー	1 かなり積極的 2 やや積極的 3 やや消極的 4 かなり消極的
④介護職リーダー	1 かなり積極的 2 やや積極的 3 やや消極的 4 かなり消極的

6. 本人や家族に看取りケアに関する説明や、意思確認について伺います。

①看取りケアの説明・意思確認のタイミング（該当全てに○）	1 入所時点 2 ケアプラン作成（変更）時 3 状態が悪化した時 4 終末期と判断した時 5 その他（ ）
②看取りケアの説明・意思確認を中心的に行う担当者（該当全てに○）	1 施設長 2 医師 3 看護職 4 相談員 5 ケアマネジャー 6 介護職 7 その他（ ）

参考資料

7. 看取りに関する研修を実施していますか（該当するものすべてに○）

1 施設内研修を実施 2 外部研修に参加 3 いずれもない

8. 看取りの振り返りを実施していますか

1 全く行っていない 2 ケースを取り上げて行う 3 毎回行う

9. 歯科との関係

1) 口腔衛生管理加算: 0 算定中である 1 算定対象と思われる 2 算定対象ではない

2) 経口維持管理加算 (1): 0 算定中である 1 算定対象と思われる 2 算定対象ではない

3) 経口維持管理加算(Ⅱ): 0 算定中である 1 算定対象と思われる 2 算定対象ではない

4) 経口移行加算： 0 算定中である 1 算定対象と思われる 2 算定対象ではない

5) 栄養マネジメント加算: 0 算定中である 1 算定対象と思われる 2 算定対象ではない

6) 療養食加算: 0 算定中である 1 算定対象と思われる 2 算定対象ではない

協力歯科医が実施している項目に当てはまるものすべてに○をしてください

ア、歯科訪問診療

イ. 歯科健診

ウ、入所者の食事等のカンファレンスへの参加

エ. 摂食・嚥下に対する支援

才、口腔衛生管理体制加算への助言

力、その他 ()

キ、何もし

ケース単位の質問項目

質問項目 2 で回答した平成 29 年 4 月から 9 月まで 6 か月間に退所した全数について、個別の状況について教えてください。退所者 1 名につき 1 行です。
退所前の状態について、選択肢から番号を選び、欄にご記入ください。施設内で死亡、または入院直後に死亡した方については看取り期については、長期入院後に退所した方については入院直前の状況についてお書きください。なお、この調査において看取り期とは、死亡前 1 か月程度のことを想定しています。

ID	性別	死亡時年齢	退所理由	看取り期に入る		退所（死亡）直前の栄養摂取の方法	看取り期／入院直前に実施した医療処置	看取り期／入院直前のケア	看取り期／入院直前に出現した症状	看取りケア方針を説明・確認した職員	看取りケア方針を説明・確認した時期
				看取り期前の栄養摂取の方法	2 の場合						
番号を欄にご記入ください	1 男 2 女		1 施設内死亡 2 入院後退所手続 3 その他	1 経口摂取 2 胃ろう 3 経鼻経管栄養 4 中心静脈栄養 5 末梢点滴	a 入院 3 日以上死亡 b 長期入院	1 経口摂取（取れない場合も含む） 2 経管栄養（減量） 3 経管栄養（減量せず） 4 末梢点滴	1 痰の吸引 2 酸素療法 3 褥瘡のケア 4 点滴 5 該当なし	1 食事介助 2 入浴介助 3 口腔ケア 4 トイレ介助 5 オムツ交換 6 マッサージ	1 むくみ 2 痰の増加 3 発熱 4 褥瘡 5 口腔内乾燥 6 呼吸苦 7 上記いずれも無	1 施設長 2 医師 3 看護職 4 相談員 5 介護員 6 介護職 7 説明していない	1 入所時点 2 ケアプラン作成（変更）時 3 状態が悪化した時 4 終末期と判断した時 5 説明していない
記入例 1	90	2	a	1		3	1, 3	3, 5	1, 2	1, 2	1, 3
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

参考資料

2. 施設入所者健診票

歯科口腔健診票

歯科健診票

ID : _____

施設名: _____

記入日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 : _____ (_____ 歳)

性別: 男・女

施設記入欄

介護度	0-要介護1	1-要介護2	2-要介護3	3-要介護4	4-要介護5			
障害老人日常生活自立度	0- 自立 5- B1	1- J1 6- B2	2- J2 7- C1	3- A1 8- C2	4- A2			
認知症高齢者日常生活自立度	0-自立	1-I	2-IIa	3-II b	4-Ⅲa	5-Ⅲ b	6-Ⅳ	7-M

入所歴

入所期間: () 年 () か月、 ショートステイ、 デイサービス・デイケア

在宅への退所予定: あり、 なし、 不明

施設での看取り希望: あり、 なし、 不明

既往歴（※複数回答可）

0. なし 1. 誤嚥性肺炎 2. 脳血管障害
3. 呼吸器疾患（☐ COPD ☐ 喘息 ☐ その他） 4. 循環器疾患
5. 腫瘍性疾患（☐ 脳 ☐ 消化器 ☐ 呼吸器 ☐ その他）
6. パーキンソン病 7. 神経疾患（パーキンソン病以外） 8. うつ等 9. 糖尿病
10. 認知症（病名が分かれば下にご記入ください）
11. その他

齒科口腔健診票

歯科との関わりについて

1. 歯科訪問診療など歯科治療の経験
 1. 定期的に受けている
 2. 何かあった時に受診した経験がある
 3. 受診なし
 4. 希望されていない、拒否がある
2. 毎日の歯磨きの状況について
 1. 自力清掃 〇できる ・ 1できない
 2. 清掃の意志 〇あり ・ 1なし ・ 2拒否
 3. 一日の歯磨き回数 ()回、 なし
 4. 使用している道具にすべて〇をつけて下さい
ア. 歯ブラシ イ. 歯間ブラシ ウ. スポンジブラシ エ. 義歯ブラシ
オ. その他()

参考資料

歯科口腔健診票

.Barthel Index (10, 5, 0などの数字を記入欄にお書きください)

合計点数計算は行わなくて結構です。

項 目	配 点	記入欄
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 5：部分介助（おかずを切って細かくしてもらう等） 0：全介助	
2 車椅子から 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） 10：軽度の部分介助または監視を要する 5：座ることは可能であるがほぼ全介助 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）	
3 整容	5：自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り） 0：部分介助または不可能	
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 5：部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0：全介助または不可能	
5 入浴	5：自立 0：部分介助または不可能	
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、杖など補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わない 10：45m以上の介助歩行可能（歩行器の使用を含む） 5：歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の自立操作可能 0：上記以外	
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 5：介助または監視を要する 0：不能	
8 着替え	10：自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5：部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分でできる 0：上記以外	
9 排便 コントロール	10：失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 5：ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 0：上記以外（しばしば失禁～常に失禁）	
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 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 0：上記以外（しばしば失禁～常に失禁）	
集計は行わなくて結構です 合計＝（ ）		

3

歯科口腔健診票

低栄養リスク評価

	現在の状況	☐ 低リスク	☐ 中リスク	☐ 高リスク
身長 (cm) (測定日)	(cm) (年 月 日) (kg)			
体重 (kg) (測定日)	(年 月 日)			
BMI		0 (18.5~29.9)	1 (18.5 未満)	
体重減少率 (%)	() か月に () % (増・減)	0 変化なし (減少3%未満)	1. 1 か月に3~5%未満 2. 3 か月に3~7.5%未満 3. 6 か月に3~10%未満	4. 1 か月に5%以上 5. 3 か月に7.5%以上 6. 6 か月に10%以上
血清アルブミン値 (g/dl) (検査値がわかる場合に記入) (測定日)	(g/dl) (年 月 日)	0 3.6 g/dl 以上	1 3.0~3.5 g/dl 以上	2 3.0 g/dl 未満
食事摂取量	kcal/日	0 良好	1 不良 (75%以下) 内容: ()	
栄養補給法		0 経口摂取	1 経口主体だが何らかの 問題あり	2 経腸栄養法 3 静脈栄養法
褥 瘡		0 無し		1 褥瘡あり
栄養面や食生活上の 問題からの低栄養状態 のおそれ	0 なし 1 あり 「あり」の場合の理由 (複数回答可) 0 疾患 (脳梗塞、消化器・呼吸器・腎臓疾患) 4 手術・退院直後の低栄養状態 1 身体状況 (発熱、風邪など) 5 口腔および摂食・嚥下機能の問題 2 閉じこもり 6 うつ 3 認知症 (① 軽度 ② 中等度、③ 重度) 7 その他 ()			

参考資料

歯科口腔健診票

食事の状態

食形態 0. 非経口 1. 嚥下訓練食品0 2. 嚥下調整食1 3. 嚥下調整食2
4. 嚥下調整食3 5. 嚥下調整食4 6. 常食

摂食嚥下状況のレベル

- 1：嚥下訓練を行っていない
- 2：食物を用いない嚥下訓練を行っている
- 3：ごく少量の食物を用いた嚥下訓練を行っている
- 4：1 食分未満の（楽しみレベルの）嚥下食を経口摂取しているが、代替栄養が主体
- 5：1～2 食の嚥下食を経摂取しているが、代替栄養も行っている
- 6：3 食の嚥下食経口摂取が主体で、不足分の代替栄養を行っている
- 7：3 食の嚥下食を経口摂取している。代替栄養は行っていない
- 8：特別食べにくい物を除いて、3 食を経口摂取している
- 9：食物の制限はなく、3 食を経口摂取している
- 10：摂食嚥下障害に関する問題なし（正常）

最近 3 か月間の状態について

食事摂取量 0 減少 1 変化なし 2 増加

入院の有無 0 なし 1 あり（理由：_____）

転倒の有無 0 なし 1 あり（回数：_____）

歯科口腔健診票

歯式

歯式	右	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左
咬合		①			②		③				④			⑤				
歯式		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

現在歯数 (ノ) 本, インプラント数 (イ) 本, 義歯 (D) 本

ポンティック数 (O) 本, 機能歯数 本

カリエス (C) 本, 残根 (C4) 本, 重度歯周病 (P3) 歯 本

*機能歯数：残根や重度歯周病歯を除き、義歯やポンティックも含めた咬合に寄与している歯の数

*①～⑤：咬合関係：現在歯（インプラント・ポンティックを含む）と可撤式義歯の咬合状態

1：現在歯と現在歯どうし

2：現在歯と義歯

3：義歯と義歯どうし

4：咬合なし

※同じ範囲内で、複数の判定が混在する場合は、数字の小さい方を優先する。

口腔内状況

咬傷・残存歯による潰瘍 あり（部位： ） ・ なし

カンジダ性口内炎 あり ・ なし

その他の口内炎 あり（具体的に： ） ・ なし

顎骨骨髓炎 あり ・ なし

習慣性関節脱臼 あり ・ なし

歯の舌側への著しい転位 あり ・ なし

痰の吸引 なし ・ 時々 ・ 頻回

義歯の状態等

使用 O 必要ない ・ 1 持っていない ・ 2 持っているが使っていない ・ 3 使っている

上 O PD ・ 1 FD O 良好 ・ 1 ゆるい ・ 2 痛い ・ 3 破損

下 O PD ・ 1 FD O 良好 ・ 1 ゆるい ・ 2 痛い ・ 3 破損

着脱 O できる ・ 1 少し困難 ・ 2 困難

清掃 O 良い ・ 1 少し悪い ・ 2 悪い

義歯性潰瘍 O あり ・ 1 なし

参考資料

歯科口腔健診票

口腔機能評価

入力番号	2	1	0
開口度	3横指	1～2横指	1横指以下
咀嚼運動	動きがある	声かけにより発現	ほぼ動きなし
舌運動	ほぼ完全	動くが小範囲	動かない
口腔周囲筋	動く	少々困難	動かない
言語	可能	会話可能構音不明瞭	不可
発声	可能	出来るが弱い	不可

インプラントの有無

0 なし 1 固定式 2 義歯支台 3 スリープ 4 他()

インプラントは役立っているか：

0 役立っている 1 邪魔になっている(内容：) 2 どちらでもない

歯科治療

歯科治療 0 不要 ・ 1 必要 (内容：)

治療の緊急性 0 あり ・ 1 なし

NRS (患者さんからの訴え)

口腔の不快感 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 不明

口腔の疼痛 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 不明

口腔乾燥 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 不明

*これ以上ない、というひどい状態を 10 としたら、今の自分はどのくらいの数値か？を評価する

OHAT-J

合計スコア _____点

歯科口腔健診票

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

(Chalmers JM et al., 2005 を日本語訳)

ID:	氏名:		評価日: / /				スコア
項目	0=健全	1=やや不良	2=病的				
口唇				乾燥, ひび割れ, 口角の発赤		腫脹や腫瘍, 赤色斑, 白色斑, 潰瘍性出血, 口角からの出血, 潰瘍	
舌				不整, 亀裂, 発赤, 舌苔付着		赤色斑, 白色斑, 潰瘍, 腫脹	
歯肉・粘膜				乾燥, 光沢, 粗造, 発赤, 部分的な(1-6歯分)腫脹, 歯肉下の一部潰瘍		腫脹, 出血(7歯分以上), 歯の動揺, 潰瘍, 白色斑, 発赤, 圧痛	
唾液				乾燥, べたつく粘膜, 少量の唾液, 口渇感若干あり		赤く干からびた状態, 唾液はほぼなし, 粘性の高い唾液, 口渇感あり	
残存歯 ☐ 有 ☐ 無				3本以下のう蝕, 歯の破折, 残根, 咬耗		4本以上のう蝕, 歯の破折, 残根, 非常に強い咬耗, 義歯使用無しで3本以下の残存歯	
義歯 ☐ 有 ☐ 無				一部位の義歯, 人工歯の破折, 毎日1-2時間の装着のみ可能		二部位以上の義歯, 人工歯の破折, 義歯紛失, 義歯不適のため未装着, 義歯接着剤が必要	
口腔清掃				1-2部位に食渣, 歯石, プラークあり, 若干口臭あり		多くの部位に食渣, 歯石, プラークあり, 強い口臭あり	
歯痛				疼痛を示す言動的な兆候あり; 顔を引きたげる, 口唇を噛む, 食事をしない, 攻撃的になる		疼痛を示す身体的な兆候あり; 頬, 歯肉の腫脹, 歯の破折, 潰瘍, 歯肉下膿瘍. 言動的な兆候もあり	
歯科受診 (要・不要)	要	不要	再評価予定日 / /				合計

日本語訳: 藤田保健衛生大学医学部歯科 松尾浩一郎, with permission by The Iowa Geriatric Education Center

available for download: <http://dentistry.fujita-hu.jp/> revised Jan 15, 2016

参考資料

参考資料

3. がん患者健診票

歯科口腔健診票

歯科健診票

ID : _____

施設名: _____

記入日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 : _____ (_____ 歳)

性別: 男・女

全身状態

A. 疾患部位

- 1: 肺 2: 食道 3: 胃 4: 大腸/直腸 5: 肝臓 6: 脾臓
7: 胆管・胆嚢 8: 口腔 9: 頭頸部 10: 前立腺 11: 膀胱・尿管
12: 腎臓 13: 乳腺 14: 子宮 15: 卵巣 16: 原発不明
17: その他 (_____)

B. 転移

なし・あり (1: 肺 2: 肝 3: 脳 4: 骨 5: その他 (_____)

C. 化学療法

実施中 (あるいは今後2週間以内に実施)・実施していない

D. BSC (Best Supportive Care) 方針の明記

なし・あり

E. 使用薬剤

歯科との関わりについて

A. 歯科治療の経験の有無 (訪問歯科診療も含む)

1. 定期的に受けている
2. 何かあった時に受診した経験がある
3. 受診なし
4. 希望されていない、拒否がある

B. 毎日の歯磨きの状況について

1. 自力清掃 0: できる ・ 1: できない
2. 清掃の意志 0: あり ・ 1: なし ・ 2: 拒否
3. 一日の歯磨き回数 (_____) 回、 なし
4. 使用している道具にすべて○をつけて下さい
ア: 歯ブラシ イ: 歯間ブラシ ウ: スポンジブラシ エ: 義歯ブラシ
オ: その他 (_____)

C. 周術期口腔機能管理

これまでの管理歴 1: なし 2: あり 3: 以前算定していた (最終算定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
算定施設 1: 自院 2: 他院 (施設名: _____)

歯科口腔健診票

食事の状態

A. 食形態

0：非経口 1：嚥下訓練食品0 2：嚥下調整食1 3：嚥下調整食2
4：嚥下調整食3 5：嚥下調整食4 6：常食

B. 摂食嚥下状況のレベル

1：嚥下訓練を行っていない
2：食物を用いない嚥下訓練を行っている
3：ごく少量の食物を用いた嚥下訓練を行っている
4：1 食分未満の（楽しみレベルの）嚥下食を経口摂取しているが、代替栄養が主体
5：1～2 食の嚥下食を経口摂取しているが、代替栄養も行っている
6：3 食の嚥下食経口摂取が主体で、不足分の代替栄養を行っている
7：3 食の嚥下食を経口摂取している。代替栄養は行っていない
8：特別食べにくい物を除いて、3 食を経口摂取している
9：食物の制限はなく、3 食を経口摂取している
10：摂食嚥下障害に関する問題なし（正常）

PPI（Palliative Prognostic Index）関連項目

A. PPS

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

B. 経口摂取量

1：正常 2：減少 3：数口以下 （高カロリー輸液、経管栄養は 1 を選択）

C. 浮腫

1：なし 2：あり

D. 安静時呼吸困難

1：なし 2：あり

E. コミュニケーションの状態

1：自発的に意味明瞭な複雑なコミュニケーションが可能
2：単純な内容なら、自発的に意味明瞭なコミュニケーションが可能
3：自発的に表現できるがつつまがあわない。
or 患者みずからが話すことはなく促して意味ある言語表現ができる。
or 促しても意味のある言語表現ができない。

参考資料

歯科口腔健診票

PPS 参照用

%	起居	活動と症状	ADL	経口摂取	意識レベル	
100	100%起居している	正常の活動が可能 症状なし	自立	正常	清明	
90		正常の活動が可能 いくつかの症状がある				
80		いくつかの症状はあるが、努力 すれば正常の活動が可能				
70	ほとんど起居している	何らかの症状があり通常の仕事 や業務が困難	時に介助	正常 または 減少	清明 または 混乱	
60		明らかな症状があり趣味や家事 を行うことが困難				
50	ほとんど座位が横たわっている	著明な症状がありどんな仕事も することが困難	しばしば介助			清明 または 混乱 または傾眠
40	ほとんど臥床		ほとんど介助			
30	常に臥床			全介助	減少	
20					数口以下	
10					口腔ケアのみ	
					傾眠 または 昏睡	

PPS の求め方

項目は、左側（起居）から右側に、優先度が高い順に並べられている。左から順番にみて、患者に最もあてはまるレベルを決定する（総合的に判断するが左側を重視する）。

例）起居 50、活動と症状 60、ADL50、経口摂取 100、意識レベル 100 ⇒PPS50

例）起居 30、活動と症状 40、ADL40、経口摂取 100、意識レベル 100 ⇒PPS30

例）起居 30、活動と症状 60、ADL60、経口摂取 100、意識レベル 100 ⇒PPS50

F. PPI

項目	評価	スコア
PPS	10-20	4.0
	30-50	2.5
	≥60	0
経口摂取	数口以下	2.5
	減少	1.0
	正常	0
浮腫	あり	1.0
安静時呼吸困難	あり	3.5
コミュニケーション	3	4.0

合計点 _____

G. Sterben

年 月 日（調査から 日後）

A. 鹵式

歯式	右	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左
咬合		①				②		③					④		⑤			
歯式		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

カリエス (C)

--	--

 本、 残根 (C4)

--	--

 本、 重度歯周病菌 (P3)

--	--

 本

4:咬合なし

※同じ範囲内で、複数の判定が混在する場合は、数字の小さい方を優先する。

咬傷・残存歯による潰瘍	あり	(部位；	)	・ なし
カンジダ性口内炎	あり	・ なし		
その他の口内炎	あり	(具体的に；	)	・ なし
顎骨骨髓炎(顎骨壊死)	あり	・ なし		
習慣性関節脱臼	あり	・ なし		
歯の舌側への著しい転位	あり	・ なし		
痰の吸引	なし	・ 時々	・ 頻回	

使用 0 必要ない ・ 1 持っていない ・ 2 持っているが使っていない ・ 3 使っている
上 0 PD ・ 1 FD 0 良好 ・ 1 ゆるい ・ 2 痛い ・ 3 破損
下 0 PD ・ 1 FD 0 良好 ・ 1 ゆるい ・ 2 痛い ・ 3 破損
着脱 0 できる ・ 1 少し困難 ・ 2 困難
清掃 0 良い ・ 1 少し悪い ・ 2 悪い

参考資料

歯科口腔健診票

D. 口腔機能評価

入力番号	2	1	0
開口度	3横指	1～2横指	1横指以下
咀嚼運動	動きがある	声かけにより発現	ほぼ動きなし
舌運動	ほぼ完全	動くが小範囲	動かない
口腔周囲筋	動く	少々困難	動かない
言語	可能	会話可能構音不明瞭	不可
発声	可能	出来るが弱い	不可

E. インプラントの有無

0 なし 1 固定式 2 義歯支台 3 スリーブ 4 他 ()

インプラントは役立っているか：

0 役立っている 1 邪魔になっている (内容：) 2 どちらでもない

F. 歯科治療

歯科治療 0 不要 ・ 1 必要 (内容：)

治療の緊急性 0 あり ・ 1 なし

G. NRS (患者さんからの訴え)

口腔の不快感 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

口腔の疼痛 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

口腔乾燥 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*これ以上ない、というひどい状態を 10 としたら、今の自分はどのくらいの数値か？を評価する

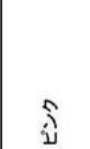
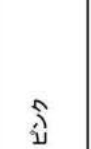
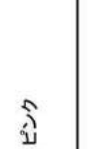
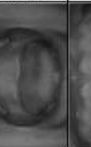
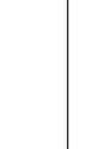
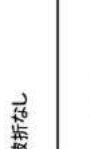
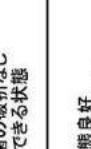
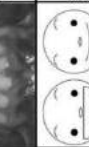
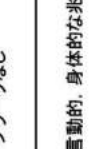
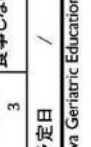
H. OHAT-J

合計スコア _____ 点 (各項目のスコアも次の評価用紙内に記録する)

歯科口腔健診票

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

(Chalmers JM et al., 2005 を日本語訳)

ID:	氏名:	評価日: / /				スコア
項目	0=健全	1=やや不良	2=病的			
口唇	 正常、湿潤、ピンク	 乾燥、ひび割れ、口角の発赤	 腫脹や腫瘍、赤色斑、白色斑、潰瘍性出血、口角からの出血、潰瘍			
舌	 正常、湿潤、ピンク	 不整、亀裂、発赤、舌苔付着	 赤色斑、白色斑、潰瘍、腫脹			
歯肉・粘膜	 正常、湿潤、ピンク	 乾燥、光沢、粗造、発赤、部分的な(1-6歯分)腫脹、義歯下の一部潰瘍	 腫脹、出血(7歯分以上)、歯の動揺、潰瘍、白色斑、発赤、圧痛			
唾液	 湿潤、粘性	 乾燥、べたつく粘膜、少量の唾液、口渇感若干あり	 赤く干からびた状態、唾液はほぼなし、粘性の高い唾液、口渇感あり			
残存歯 ☐ 有 ☐ 無	 歯・歯根のう蝕または破折なし	 3本以下のう蝕、歯の破折、残根、咬耗	 4本以上のう蝕、歯の破折、残根、非常に強い咬耗、義歯使用無しで3本以下の残存歯			
義歯 ☐ 有 ☐ 無	 正常、義歯、人工歯の破折不し、普通に装着できる状態	 一部位の義歯、人工歯の破折、毎日1-2時間の装着のみ可能	 二部位以上の義歯、人工歯の破折、義歯紛失、義歯不適のため未装着、義歯接着剤が必要			
口腔清掃	 口腔清掃状態良好、食渣、歯石、プラークなし	 1-2部位に食渣、歯石、プラークあり、若干口臭あり	 多くの部位に食渣、歯石、プラークあり、強い口臭あり			
歯痛	 疼痛を示す言動的、身体的な兆候なし	 疼痛を示す言動的な兆候あり、顔を引くつらせる、口唇を噛む、食事しない、攻撃的になる	 疼痛を示す身体的な兆候あり、歯肉の腫脹、歯の破折、潰瘍、歯肉下腫瘍、言動的な兆候もあり			
歯科受診 (要・不要)	再評価予定日	/	/	合計		

日本語訳: 藤田保健衛生大学医学部歯科 松尾浩一 氏, with permission by The Iowa Geriatric Education Center
available for download: http://dentistry.uiowa-hu.jp/revised/Jon_15_2016

参考資料

4. 医療機関・介護保険施設における協力歯科医療機関の歯科医師や介護保険施設の歯科衛生士の効果的な介入に関する質問紙調査票

回答者氏名：

1. 要介護4・5の高齢者の口腔内に残根があった場合、抜歯を勧めますか？

- 1) 基本的には抜歯しない
- 2) 痛みがある場合、抜歯を勧める
- 3) 腫れがある場合、抜歯を勧める
- 4) 基本的には抜歯を勧める
- 5) その他 ()

2. 要介護4・5の高齢者の口腔内に重度歯周病菌があった場合、抜歯を勧めますか？

- 1) 基本的には抜歯しない
- 2) 痛みがある場合、抜歯を勧める
- 3) 腫れがある場合、抜歯を勧める
- 4) 基本的には抜歯を勧める
- 5) その他 ()

3. 先生が要介護高齢者に対して、抜歯を勧める基準があれば教えてください。

()

4. 認知症で拒否がある高齢者で、ほぼすべての歯が残存しているような場合

- 1) 抑制してでも、歯科による専門的な口腔ケアを行うことを勧める
- 2) 出来る範囲内で歯科による専門的な口腔ケアを行うことを勧める
- 3) 無理して専門的な口腔ケアは行わず、介護者への指導のみとする
- 4) 積極的には介護者への指導も行わない
- 5) その他 ()

5. 歯もなく義歯もなくある程度形態のある食事をしている要介護4・5の高齢者に対して

- 1) 義歯治療をすすめる
(勧めるための条件があればおしえてください)
- 2) 義歯治療をすすめない

6. 終末期を迎える要介護高齢者には、どのような口腔内がいいと思われますか？

- 1) ありのままに任せる
- 2) 管理しやすい口腔内にしていく

（具体的に：

- 3) 上下無歯顎 義歯あり ・ 義歯なし

7. 次の症例の治療の方針を検討する上で、重要と思うものはどれですか？ 重要と思われるものから順に3つお答えください。

回答：重要と思われる順に①（ ）、 ②（ ）、 ③（ ）

【事例】89歳女性。在宅療養中の要介護度4である。

息子夫婦と同居している。重度の認知症があり、以前使用していた義歯は1年間ほど使用していない。

食事はペースト食の経口摂取が可能であるが、ムセることが増え、食事を拒否することも多い。この3カ月で3kg痩せ、現在の体重は42kg（身長150cm，BMI：18.7）である。

下顎両側大歯が残存しているが残根状態で、上口唇および舌に常に咬傷や口内炎をおこしている。周囲歯肉の状態も悪く、口腔内の清拭やブラッシングに強い拒否を示している。

これまではあなたの診療所（室）に通院していたが、主たる介護者である息子の妻によると、介護タクシーを利用していた月に1回の内科通院も難しくなったという。歯科への通院も困難と判断し、訪問対応することとした。内科主治医、訪問看護師、地域中核病院の口腔外科医とは連携をとっている。

1. 同居家族の意見
2. 内科主治医の意見
3. 自身の経験と技量
4. 予後予測（余命など）
5. 担当訪問看護師の意見
6. ケアマネジャーの意見
7. 担当歯科衛生士（歯科医師）の意見
8. 歯科治療環境の清潔度や緊急時対応
9. 認知症発症前の患者本人の考えや希望
10. 抜歯のリスクと非抜歯のリスクの評価
11. その他（

）

平成 29 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

**終末期を含む中重度の要介護高齢者における歯科医療及び口腔衛生管理ニーズの実態
及び歯科医師、歯科衛生士の関与のあり方に関する調査研究事業報告書**

発行 平成 30 年（2018 年）3 月 30 日
一般社団法人 日本老年歯科医学会
理事長 櫻井 薫

〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込 TS ビル
一般財団法人 口腔保健協会 内
Tel: 03-3947-8891 Fax: 03-3947-8341