

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業

介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する
調査研究 事業報告書

令和 2 年 3 月

一般社団法人 日本老年歯科医学会

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業

介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する
調査研究 事業報告書

令和 2 年 3 月

一般社団法人 日本老年歯科医学会

目次

I	はじめに	1
II	調査研究組織	2
III	研究の概要	5
1.	事業目的	6
2.	事業実施概要	6
IV	介護保険施設入所者のコホート調査	23
V	介護保険施設における協力歯科医療機関のあり方に関する調査	61
VI	資料	189

I はじめに

平成 27 年度の介護報酬改定では「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、基本的な考え方とその対応が提示され、中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化として「口腔・栄養管理に係る取り組みの充実」が求められている。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、入所者個別のサービスである口腔衛生管理加算を算定している施設はいまだ限られている。施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下等により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種による支援の充実を図ることが求められているなか、平成 30 年度介護報酬改定において、口腔衛生管理体制加算の対象サービスの拡大や口腔衛生管理加算の実施回数等の見直しが行われ、平成 30 年度に本学会が実施した本事業においてその効果が検証された。一方で、口腔の健康管理等にかかるサービスの効果はそれら内容と協力歯科医療機関の関わり方が大きく影響していることも明らかになった。

そこで本事業では、平成 30 年度事業において、介護保険施設と協力歯科医療機関との連携の効果として共に肺炎予防、食形態の維持改善、摂食嚥下機能の改善といった効果をあげていた 315 か所の介護保険施設とその協力歯科医療機関に対して、具体的な連携の内容と利用者への効果について質問紙調査およびヒアリング調査を実施することとした。

現在の介護保険施設入所者の多くは要介護度や認知症の重度化が進んでおり、摂食嚥下機能や口腔衛生状態も悪化し、う蝕や歯周病に罹患した歯も多く残していることから、口腔および食事、栄養状態別の介護サービスと協力歯科医療機関のあり方を明らかにして、口腔の健康管理等にかかるサービスの効果をより高める必要がある。これらを提示できれば、介護現場において安定した持続可能な口腔健康管理の支援の推進が可能であり、令和 3 年度以降の口腔の健康管理等に関する介護報酬改定に資する情報も得ることができるものと考えている。

令和 2 年 3 月 31 日

令和元年度老人保健健康増進等事業特任委員会一同

Ⅱ 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 佐藤裕二

事業担当者

秋野 憲一	札幌市保健福祉局保健所 成人保健・歯科保健担当部長
足立 融	鳥取県歯科医師会 理事
石黒 幸枝	米原市地域包括医療福祉センター「ふくしあ」 歯科衛生士
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
岩崎 正則	東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長
梅本 丈二	福岡大学病院摂食嚥下センター 准教授
太田 博見	医療法人仁慈会太田歯科医院 理事長
大野 友久	浜松市リハビリテーション病院 歯科部長
尾崎 由衛	歯科医院丸尾崎 副院長
小原 由紀	東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長
貴島 真佐子	わかくさ竜間リハビリテーション病院 歯科医師
小玉 剛	日本歯科医師会 常務理事
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歯科衛生専攻 准教授
佐々木 力丸	日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科 助教
柁安 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
中島 純子	東京歯科大学老年歯科補綴学講座 講師
西 恭宏	鹿児島大学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 教授
山崎 裕	北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 教授
吉田 光由	広島大学大学院医系科学研究科 准教授
渡邊 裕	北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 准教授
渡部 芳彦	東北福祉大学総合マネジメント学部 教授

(50音順)

経理担当者

榎本 稔 (一財) 口腔保健協会

研究協力者

佐藤 保	佐藤たもつ歯科医院	
細野 純	細野歯科クリニック	
新谷 浩和	新谷歯科医院	
澁谷 英介	渋谷歯科医院	
白部 麻樹	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
本川 佳子	東京都健康長寿医療センター研究所	研究員
本橋 佳子	東京都健康長寿医療センター研究所	非常勤研究員
松川 千夏	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
山本かおり	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
阿部 貴恵	北海道大学歯学部高齢者歯科学講座	助教
五十嵐憲太郎	日本大学大学院松戸歯学研究科	有床義歯補綴学
星野 大地	昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座地域連携歯科学部門	
目黒 郁美	日本大学大学院松戸歯学研究科	有床義歯補綴学
赤坂 幾子	佐藤たもつ歯科医院	歯科衛生士
秋山利津子	介護老人保健施設 せんだんの丘	歯科衛生士
濱 芳央子	原土井病院	歯科衛生士

研究協力（団体）

（50音順）

医療法人社団 永光会

医療法人 敬英会

医療法人社団 東北福祉会

医療法人 平成会

社会医療法人 若弘会

社会福祉法人 明日佳

社会福祉法人 悦生会

社会福祉法人 近江薫風会

社会福祉法人 奥湯村福祉会

社会福祉法人 健寿会

社会福祉法人 こうほうえん

社会福祉法人 潤耀会

社会福祉法人 仁成福祉協会

社会福祉法人 聖和会

社会福祉法人 台東区社会福祉事業団

社会福祉法人 多々良福祉会

社会福祉法人 西春日井福祉会

社会福祉法人 山梨檜の会

社会福祉法人 六心会

社会福祉法人 池上長寿園

秋田県横手市 特別養護ホーム白寿園

秋田県横手市 介護老人保健施設老健おおもり

Ⅲ 研究の概要

1. 事業目的

本事業は、介護保険施設等における口腔の健康管理に関するサービスの実施状況等について、実態の把握・分析を行うとともに、その結果等も踏まえ、介護保険施設等における口腔の健康管理等における課題の抽出・分析を行うことを目的として、以下の事業を実施した。

- 1) 介護保険施設入所者のコホート調査
- 2) 介護保険施設等における協力歯科医療機関のあり方に関する調査

2. 事業実施概要

本事業では、介護保険施設入所者を対象に行われてコホート調査からの口腔および食事、栄養状態別の口腔の健康管理等の介護サービスのあり方を明らかにするとともに、介護保険施設と協力歯科医療機関の連携の効果、協力歯科医療機関のあり方を検証した。

- 1) 介護保険施設入所者を対象としたコホート調査

【対象および方法】

調査に協力の得られた 17 都道府県の介護保険施設 37 施設に入所し、本人もしくは代諾者から同意の得られた 1060 名分のデータを対象とした。

調査は、事前調査として介護施設職員に対して質問票を郵送し、各々の入所者に関する基本情報（介護度、障害者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、ADL、Barthel Index、既往歴、歯科受診の状況等）、加算の算定状況（口腔衛生管理加算、経口維持加算（Ⅰ、Ⅱ）、経口移行加算、栄養マネジメント加算、療養食加算、低リスク改善加算）、低栄養リスク評価、臨床的認知症尺度（CDR）、口腔内の状況、口腔清掃の自立度（BDR）等の情報を収集した。また、調査員（歯科医師）が各施設を訪問し入所者に対する対面調査により、歯や咬合の状態、口腔内衛生状態、歯科治療の必要性の有無、口腔機能検査（オーラルディアドコキネシス、反復唾液嚥下テスト、改訂水飲みテスト、口腔湿潤度）、口腔アセスメント（OHAT-J）を評価した。

対面調査で得られた横断データの結果から、口腔衛生管理加算の算定の有無を従属変数として、各評価項目の群間の差異に対して統計学的に検討を行った。また、本研究および、平成 30 年度老人保健増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康に関する実施状況の把握及び協力歯科医療機関等の役割に関する調査研究」の両調査に参加をした施設入所者を対象として、縦断的な解析を行い、口腔機能管理加算の算定を従属変数として、加算の有無に関連する要因の探索を行った。

【結果および考察】

分析対象者は、男性 217 名、女性 832 名、不明 11 名の計 1060 名、平均年齢は 86.7±7.9 歳であった。介護度は要介護 4 が最も多く 33.3%、次いで要介護 5 が 32.5%であった。障害高齢者の日常生活自立度分布では、「屋内での生活は何らかの介護を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つことができる」B ランクに該当する者が最も多く 58.4%を占めた。認知症高齢者の日常生活自立度では「日中を中心として、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見受けられ、介護を必要とする」Ⅲa が最も多く 36.3%、Barthel Index の平均は 30.5±26.8 点であった。また、基礎疾患として認知症（66.8%）、循環器疾患（40.6%）、脳血管障害（35.9%）が多く認められた。誤嚥性肺炎の既往がある入所者が 10.5%をしめており、平成 30 年度老人保健増進等事業における 829 名を対象とした調査結果（10.0%）とほぼ同等であることが明らかになった。

歯科の受療状況は、定期的な受診を行っているものは 11.4%に過ぎず、何かあった時のみに受診したことがある者が 58.1%と最も多く、入所後 1 度も歯科受診の経験がない者も約 3 割を占めていることが分かった。

表 IV-13 歯科治療の経験

	n	%
定期的に受けている	110	11.4
何かあったときに受診した経験がある	561	58.1
受診経験なし	280	29.0
必要を指摘されたことがあるが希望されない、拒否がある	14	1.5

一方で、対面調査による歯科医師の判定では、歯科治療の必要性があると判断されていたのは全体の半数を超えていた。しかし、実際に過去 1 年間に歯科治療を受けていた者は 36.5%に過ぎず、歯科治療ニーズが充足されていない可能性が示唆された。

表IV-44 歯科治療の必要性の有無

	n	%
なし	494	49.7
あり	500	50.3
合計	994	100

表IV-14 過去 1 年の歯科治療の有無

	n	%
はい	346	35.5
いいえ	629	64.5
合計	975	100

① 質問票による事前調査

各種加算の状況は、最も多く算定されているのは栄養マネジメント加算であり、(92.5%)、口腔衛生管理加算は55.3% (582名) で算定がされていた。口腔衛生管理加算の算定状況は、調査総数、調査施設数が異なるものの(昨年度35施設 829名対象、本研究37施設、1060名) 昨年度の調査結果33.4% (276名) から大きく増加、「算定対象ではあるものの算定されていない者」の割合は、昨年度28.9%から本研究18.6%と大きく減少しており、本研究対象では口腔衛生管理加算の算定状況は向上していることが明らかになった。

表Ⅳ-15 各加算の算定状況について

	算定中である		算定対象ではあるが実施できない		算定対象ではない	
	n	%	n	%	n	%
口腔衛生管理加算	582	55.3	196	18.6	274	26.0
経口維持管理加算Ⅰ	160	15.9	49	4.9	800	79.3
経口維持管理加算Ⅱ	154	15.3	48	4.8	807	80.0
経口移行加算	4	0.4	4	0.4	999	99.3
栄養マネジメント加算	980	92.5	8	0.8	40	3.9
療養食加算	98	9.7	1	0.1	916	90.2
低栄養リスク改善加算	1	0.1	11	1.1	1001	98.8

【参考】平成30年度の調査時の各加算の算定状況

	算定中である		算定対象ではあるが実施できない		算定対象ではない	
	n	%	n	%	n	%
口腔衛生管理加算	276	33.4	239	28.9	312	37.7
経口維持管理加算Ⅰ	161	19.4	170	20.5	497	60.0
経口維持管理加算Ⅱ	156	18.8	150	18.1	522	63.0
経口移行加算	2	0.2	78	9.4	748	90.3
栄養マネジメント加算	551	66.7	49	5.9	226	27.4
療養食加算	71	8.6	101	12.2	656	79.2
低栄養リスク改善加算	8	1.0	79	9.6	739	89.5

栄養状態は、低栄養リスクでは、中リスクの者が最も多く53.6%、高リスクは9.1%を占めていた。昨年度の調査は低リスク者の割合は本調査と不変、中リスク48.1%、高リスク14.2%であったことから、本調査の中リスクの者はリスクが増加したのではなく、高リスクの者が中リスクになり、リスクが下がった入所者が多いとも解釈できる。また、BMIは昨年度とほぼ同様の分布であった。栄養補給方法は、経口摂取が70.9%、何らかの問題

があるが経口摂取が主体なものが23.8%であったが、昨年度と比較すると、経口摂取の割合が増加、何らかの問題を有しながら経口摂取を行う者の割合が減少した。一方で、低栄養の原因と考えられる口腔および摂食嚥下機能の問題を持つ入所者は74.7%（昨年度33.7%）で、昨年度と比較して多く認められた。

表Ⅳ-19 BMI の分布

	本調査		平成30年度調査 (参考)
	n	%	%
18.5～29.9	649	69.9	66.8
18.5未満	279	30.1	33.2
合計	928	100	100

表Ⅵ-23 栄養補給方法

	本調査		平成30年度調査 (参考)
	n	%	%
経口摂取	669	70.9	65.5
経口主体だが、何らかの問題あり	223	23.6	28.8
経腸栄養法	52	5.5	5.4
静脈栄養法	0	0	0.3
合計	944	100	100

対象者の口腔清掃の意思がある者は48.2%（昨年度調査53.5%）、ない者が47.3%（41.0%）、口腔清掃に自立度で歯磨きが自立しており「ほぼ自分で磨く者」は32.5%（36.5%）、一部介助が必要で「部分的にしか自分で磨けない者」が24.0%（21.4%）であった（括弧内は昨年度調査結果）。

横断調査結果と平成30年度老健事業結果を比較することにより、本調査の対象者は口腔清掃に介助が必要な者の割合が多く、低栄養の原因と考えられる口腔および摂食嚥下機能の問題を持つ入所者が昨年より多く含まれた調査であったにも関わらず、低栄養リスクが高リスクな者が減少し、経口摂取の状況が好転していたことが明らかになった。両調査で患者背景には大きな相違はなく、口腔衛生管理加算を行っている入所者の割合が昨年度と比して22%増加し、歯科専門職の介入の増加したことが、低栄養リスクの低下や経口摂取状況の改善に寄与した可能性が示唆された。

② 対面調査

対象者の口腔衛生状態は、視診による歯垢・デンチャープラーク、舌苔ともに中等度付着者および高度付着者を総計すると、それぞれ 51.4%、52.6%と比較的高率に認められたが、昨年度調査よりは改善がみられる（昨年度 57.6%、54.5%）。一方で、歯科医師により歯科治療の必要性があると判断された者は、半数に及び 50.3%（500 名）（昨年度 54.1%）であった。治療対象として歯周治療（48.8%、昨年度 39.3%）、う蝕（47.8%、昨年度 59%）、義歯（25.8%、昨年度 30.7%）であった。本年度調査は口腔衛生管理（体制）加算の見直しから 1 年以上が経過した時点で行われているが、入所者の口腔衛生状態は軽度改善を認めている。また、う蝕や義歯に対する治療の必要性がそれぞれ 10%、5%の減少を示したことから、歯科の専門職が施設入所者の口腔内を評価する機会が増加したことにより、必要な歯科治療が施される契機にもなったと推測される。しかし、歯周疾患の治療の必要性が増加していることから、継続的な歯科の専門職による介入の必要性が一層求められ、それによる歯科治療により口腔衛生状態、口腔機能の改善が見込める入所者も多いと思われる。

本年度と平成 30 年度老人保健増進等事業の両方の調査に参加した入所者のデータを用いた縦断的調査結果から、口腔衛生管理加算の算定の有無により各評価項目にどのような差異が生じたかを検討した。その結果、口腔衛生管理加算に関するサービスを受けている者は、受けていない者と比較して、有意に誤嚥性肺炎の既往や低栄養状態のリスクがない者の割合が高く、かつ食欲が高かった。さらに、口腔内の状態も、舌苔の付着状況をしめす TCI のスコアが有意に低く、誤嚥のスクリーニングテストである改訂水飲みテストの結果も良好であった。また、BMI の変化の抑制に口腔衛生管理加算に関するサービスの有無が寄与している可能性が示唆された。

表Ⅳ-54 口腔衛生管理加算の有無に関連する因子の検討

	オッズ比	95%信頼区間		p 値
年齢	1.027	0.994	1.062	0.111
性別（女性:0, 男性:1）	0.988	0.500	1.954	0.972
BMI	1.074	1.006	1.148	0.034
循環器疾患（あり:0, なし:1）	1.363	0.823	2.259	0.229
介護度	0.742	0.599	0.919	0.006
TCI score	0.870	0.790	0.958	0.004
歯科治療受診必要性（なし:0, あり:1）	0.223	0.133	0.374	<0.001

従属変数：口腔衛生管理加算（0：なし，1：あり）

表Ⅳ-56 BMI の変化と口腔衛生管理加算算定の有無

	非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率	相関		
	B	標準誤差				ゼロ次	偏	部分
年齢	-0.016	0.017	-0.059	-0.911	0.363	-0.048	-0.052	-0.051
性別	-0.25	0.341	-0.047	-0.734	0.464	-0.045	-0.042	-0.041
BI	0.004	0.006	0.049	0.621	0.535	0.045	0.035	0.035
CDR	0.029	0.178	0.012	0.161	0.872	-0.017	0.009	0.009
口腔衛生管理加算(なし：0, あり：1)	0.818	0.314	0.149	2.606	0.01	0.144	0.147	0.146
現在歯数	0.004	0.014	0.018	0.31	0.757	0.026	0.018	0.017
誤嚥性肺炎(なし：0, あり：1)	0.199	0.496	0.024	0.402	0.688	0.025	0.023	0.023
脳血管障害(なし：0, あり：1)	-0.209	0.267	-0.048	-0.784	0.433	-0.036	-0.045	-0.044
糖尿病(なし：0, あり：1)	-0.307	0.331	-0.053	-0.928	0.354	-0.042	-0.053	-0.052
呼吸器疾患(なし：0, あり：1)	0.04	0.34	0.007	0.118	0.906	0.004	0.007	0.007
循環器疾患(なし：0, あり：1)	-0.04	0.264	-0.009	-0.15	0.881	-0.036	-0.009	-0.008
うつ病(なし：0, あり：1)	-0.213	0.481	-0.026	-0.443	0.658	-0.023	-0.025	-0.025

従属変数：BMI（2019年-2018年）

介護保険施設等に定期的に歯科の専門職が訪問し、施設入所者の口腔内を評価する機会が増加したことにより、必要な歯科的治疗を受療する契機となり、入所者の口腔衛生状態および口腔機能の改善のみならず、誤嚥性肺炎の発症の抑制、栄養状態の維持・改善といった全身的な機能に良好な影響をも及ぼしたと推測される。今後、平成 30 年度の口腔衛生管理（体制）加算に関するサービスの見直しによる効果が継続する可能性も高いと思われるが、一方で効果が鈍化する可能性もあり、中長期的には新たな方策の構築も必要と思われる。

③ 転帰調査

転帰調査の結果では、退所理由の約半数が死亡退所であった。入院退所の理由については、肺炎が4割近くを占めていた。

表IV-58 退所理由

	n	%
自宅へ（親族の家も含めて）	6	3.6
他施設等へ	33	20.4
入院	40	24.0
死亡退所	87	52.1
合計	166	100

表IV-61 入院理由

	n	%
肺炎	15	37.5
脳卒中	3	7.5
心臓疾患	1	2.5
異物誤飲・誤嚥	2	5.0
尿路感染症	2	5.0
原因を特定でない発熱	2	5.0
脱水・低栄養	7	17.5
看取り期の対応	1	2.5
その他疾患治療	6	15.0
不明	1	2.5
合計	40	100

2) 介護保険施設等における協力歯科医療機関のあり方に関する調査

【対象および方法】

平成 30 年度老人保健健康増進等事業で実施した全国郵送調査から抽出した介護保険施設ならびに協力歯科医療機関各 315 件に、自記式質問調査票を郵送した。調査期間は令和元年 11 月から令和 2 年 3 月とした。

調査項目は、連携開始のきっかけ、連携当時および現在の連携の状況（加算の算定状況、満足度、連携方法、歯科介入対象者の決定方法、訪問の頻度、情報共有の方法）、口腔状態や栄養状態の改善について有効だと思うサービス内容、実際に施設で実施している内容と専門職の関与、歯科専門職の関与の程度等とした。

調査票の返送があった介護保険施設 126 件、協力歯科医療機関 141 件のうち、ヒアリング調査に協力可能と回答した施設のなかから、介護保険施設 5 件、協力歯科医療機関 4 件を無作為に抽出し、面接調査を実施した。また、特に介護保険施設と円滑な連携を図っている歯科医療機関 3 件における先駆的な取り組みについても面接調査を行った。

【結果および考察】

① 郵送調査

回答が得られたのは、介護保険施設で 126 件（回収率：40.0%）、協力歯科医療機関で 141 件であった（回収率：44.7%）。なお、今回返送があったもののうち、介護保険施設と協力歯科医療機関が対応できていたのは、39 ペアのみであったため、回答のあったすべての介護保険施設および協力歯科医療機関のデータを分析対象とした。

契約してからの年数は、介護保険施設、協力歯科医療機関のいずれも、1～5 年が最も多かった。連携を開始するきっかけは、介護保険施設側から協力歯科医療機関への声かけが多かった。実際に働きかけたのは施設長が 68 件と最も多く、次いで生活相談員の 10 件だった。対応したのは、ともに歯科医師が主であった。介護保険施設側が連携を働きかけた理由としては、「必要性を感じたから」が 75.2%で最も多く、現場での歯科医療の必要性が連携の原動力となっていることが多いことがわかった。

表 V-2 連携開始のきっかけ

	介護保険施設		協力歯科医療機関	
	n	%	n	%
歯科医療機関から	12	10.0	22	15.6
介護保険施設から	108	90.0	102	72.3
不明・未回答	6	6	17	12.1
合計	126	100	141	100

連携当時の歯科の介入対象者の決め方は、介護保険施設側からの回答では、「施設側が決める」が42.4%（53件）、「入所者全員を対象としている」が44.0%（55件）だった。現在は、約半数が施設側で対象者を決めていた。訪問の頻度は、連携当時も現在も、月4回以上が約半数であった。

表V-6 歯科の介入対象者の決定方法（連携開始時）

	介護保険施設		協力歯科医療機関	
	n	%	n	%
施設側が対象者を決める	53	42.4	95	65.1
入所者全員を対象としている	55	44.0	34	23.3
その他	17	13.6	17	11.6
合計	125	100	146	100

連携時開始時の工夫としては、環境整備のほか、情報共有、家族への説明等が挙げられていた。また、人的資源や場所の確保、時間の調整などに苦労したとの回答があった。

満足度の調査では、介護保険施設から歯科医療機関に対しては、「満足」が59.2%で、「やや満足」の21.6%と合計すると8割以上が満足していた。一方、協力歯科医療機関から介護保険施設に対しては、「満足」が37.5%で、「やや満足」の33.1%と合計すると7割以上が満足していた。介護保険施設が満足である理由としては、口腔衛生状態の改善といった利用者直接的な効果、対応力が、不満の内容として、訪問回数や時間不足が挙げられた。協力歯科医療機関の満足である理由としては、施設側職員の関心度が、不満の内容としては、介護職員との連携や口腔ケアに対する意識に関する問題が挙げられていた。

表V-11 相互の満足度

	介護保険施設		協力歯科医療機関	
	n	%	n	%
満足	74	59.2	51	37.5
やや満足	27	21.6	45	33.1
普通	14	11.2	27	19.9
やや不満	9	7.2	13	9.6
不満	1	0.8	0	0.0
合計	125	100	136	100

介護保険施設と協力歯科医療機関との連絡方法は、電話が8割以上と最も多く、次いでFAXが4割以上であった。協力歯科医療機関および家族との情報共有の方法については、紙媒体によるものが、最も多く、ファイル等による情報共有やカンファレンスへの参加等、様々な取り組みがなされていることもわかった。本報告書でも取り組み事例を紹介し

ているが、今後、情報交換のフォーム等を含むツールの作成、事例の紹介を広く行うことは、連携を開始する際の参考となると思われる。

現在の加算の算定状況については、介護保険施設側からの回答では、口腔衛生管理体制加算を算定している施設が 70.6% (89 件) と最も多く、次いで、口腔衛生管理加算が 45.1% (59 件) だった。一方、協力歯科医療機関側からの回答では、口腔衛生管理体制加算が 48.9% (69 件) で最も多く、次いで、「分からない」が 32.6% (46 件) だった。

表 V-21-1 各種加算の算定状況 (複数回答)

	介護保険施設 (n=126)		協力歯科医療機関 (n=141)	
	n	%	n	%
口腔衛生管理体制加算	89	70.6	69	48.9
口腔衛生管理加算	59	46.8	41	29.1
経口維持加算	46	36.5	30	21.3
経口移行加算	13	10.3	12	8.5
わからない	6	4.8	46	32.6

各加算の算定状況と施設での集団指導・研修会の実施状況の関連を検討したところ、口腔衛生管理体制加算を算定している介護保険施設ほど協力歯科医療機関が集団指導・研修会を実施している割合が有意に高かった。

表 V-21-2 加算の有無と協力歯科医療機関の介護保険施設への指導方法

		集団指導・研修会の実施				p 値
		あり (n=49)		なし (n=53)		
		n	%	n	%	
口腔衛生管理体制加算	あり	47	95.9	42	79.2	0.016
口腔衛生管理加算	あり	16	32.7	20	37.7	0.680
経口維持加算	あり	19	38.8	27	50.9	0.238
経口移行加算	あり	4	8.2	9	17.0	0.240

口腔衛生状態の改善については、有効だと思うものは、介護施設・協力歯科医療機関ともに「介護職員の問題意識」、「歯科医師の助言・指導」、「歯科衛生士の助言・指導」の順であった。実施状況と乖離が見られたのは、「介護職員の問題意識」、「適切な評価方法」であり、介護職員の意識向上に関する取り組みも必要であると思われる。

表 V-22 口腔衛生状態の改善（複数回答）

	介護保険施設 (n=126)				協力歯科医療機関 (n=141)					
	有効だと思 う		実施 している		有効だと思 う		実施 している		実施か 不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の問題意識	113	89.7	100	79.4	125	88.7	84	59.6	10	7.1
適切な評価方法	81	64.3	51	40.5	85	60.3	50	35.5	17	12.1
施設内での研修会の開催	91	72.2	65	51.6	101	71.6	78	55.3	7	5.0
医師の助言・指導	43	34.1	26	20.6	57	40.4	17	12.1	24	17.0
歯科医師の助言・指導	105	83.3	96	76.2	124	87.9	122	86.5	3	2.1
看護師の助言・指導	67	53.2	65	51.6	78	55.3	40	28.4	17	12.1
歯科衛生士の助言・指導	103	81.7	89	70.6	121	85.8	114	80.9	5	3.5
栄養士の助言・指導	39	31.0	31	24.6	44	31.2	13	9.2	23	16.3

さらに、協力歯科医療機関は、摂食嚥下機能や食形態の維持改善、栄養状態の維持改善に栄養士の助言や指導が必要であるが、実施はされていないと捉えていた。一方、介護保険施設では、栄養士の助言や指導を実施しているという回答が多かった。協力歯科医療機関と介護保険施設での捉え方が乖離しており、栄養士の業務についての情報共有ができていないことが分かった。今後、歯科医療従事者と栄養士との連携を推進することが必要である。

表 V-25 摂食嚥下機能の改善（複数回答）

	介護保険施設 (n=126)				協力歯科医療機関 (n=141)					
	有効だと思 う		実施 している		有効だと思 う		実施 している		実施か 不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の問題意識	96	76.2	79	62.7	97	68.8	55	39.0	20	14.2
適切な評価方法	87	69.0	94	74.6	83	58.9	39	27.7	19	13.5
施設内での研修会の開催	82	65.1	56	44.4	89	63.1	50	35.5	17	12.1
医師の助言・指導	74	58.7	42	33.3	89	63.1	29	20.6	30	21.3
歯科医師の助言・指導	81	64.3	56	44.4	120	85.1	92	65.2	6	4.3
看護師の助言・指導	82	65.1	78	61.9	92	65.2	42	29.8	25	17.7
歯科衛生士の助言・指導	76	60.3	52	41.3	95	67.4	76	53.9	5	3.5
栄養士の助言・指導	97	77.0	76	60.3	83	58.9	39	27.7	24	17.0

表 2V-6 食形態の維持改善 (複数回答)

	介護保険施設 (n=126)				協力歯科医療機関 (n=141)					
	有効だと思 う		実施 している		有効だと思 う		実施 している		実施か 不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の問題意識	97	77.0	79	62.7	92	65.2	58	41.1	13	9.2
適切な評価方法	84	66.7	64	50.8	69	48.9	29	20.6	24	17.0
施設内での研修会の開催	53	42.1	56	44.4	66	46.8	36	25.5	23	16.3
医師の助言・指導	53	42.1	42	33.3	75	53.2	24	17.0	34	24.1
歯科医師の助言・指導	68	54.0	56	44.4	107	75.9	73	51.8	9	6.4
看護師の助言・指導	81	64.3	78	61.9	73	51.8	39	27.7	24	17.0
歯科衛生士の助言・指導	61	48.4	52	41.3	84	59.6	52	36.9	10	7.1
栄養士の助言・指導	103	81.7	76	60.3	118	83.7	69	48.9	17	12.1

表 V-27 栄養状態の維持改善 (複数回答)

	介護保険施設 (n=126)				協力歯科医療機関 (n=141)					
	有効だと思 う		実施 している		有効だと思 う		実施 している		実施か 不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の問題意識	82	65.1	70	55.6	86	61.0	53	37.6	16	11.3
適切な評価方法	75	59.5	58	46.0	70	49.6	31	22.0	22	15.6
施設内での研修会の開催	50	39.7	38	30.2	63	44.7	31	22.0	21	14.9
医師の助言・指導	77	61.1	70	55.6	104	73.8	39	27.7	30	21.3
歯科医師の助言・指導	47	37.3	23	18.3	81	57.4	56	39.7	8	5.7
看護師の助言・指導	86	68.3	83	65.9	81	57.4	47	33.3	18	12.8
歯科衛生士の助言・指導	40	31.7	25	19.8	64	45.4	41	29.1	10	7.1
栄養士の助言・指導	111	88.1	98	77.8	113	80.1	67	47.5	17	12.1

協力歯科医療機関の歯科医師および歯科衛生士の取り組みに対して、介護保険施設が肯定的に感じているのは、肺炎予防、摂食嚥下機能の改善であった。

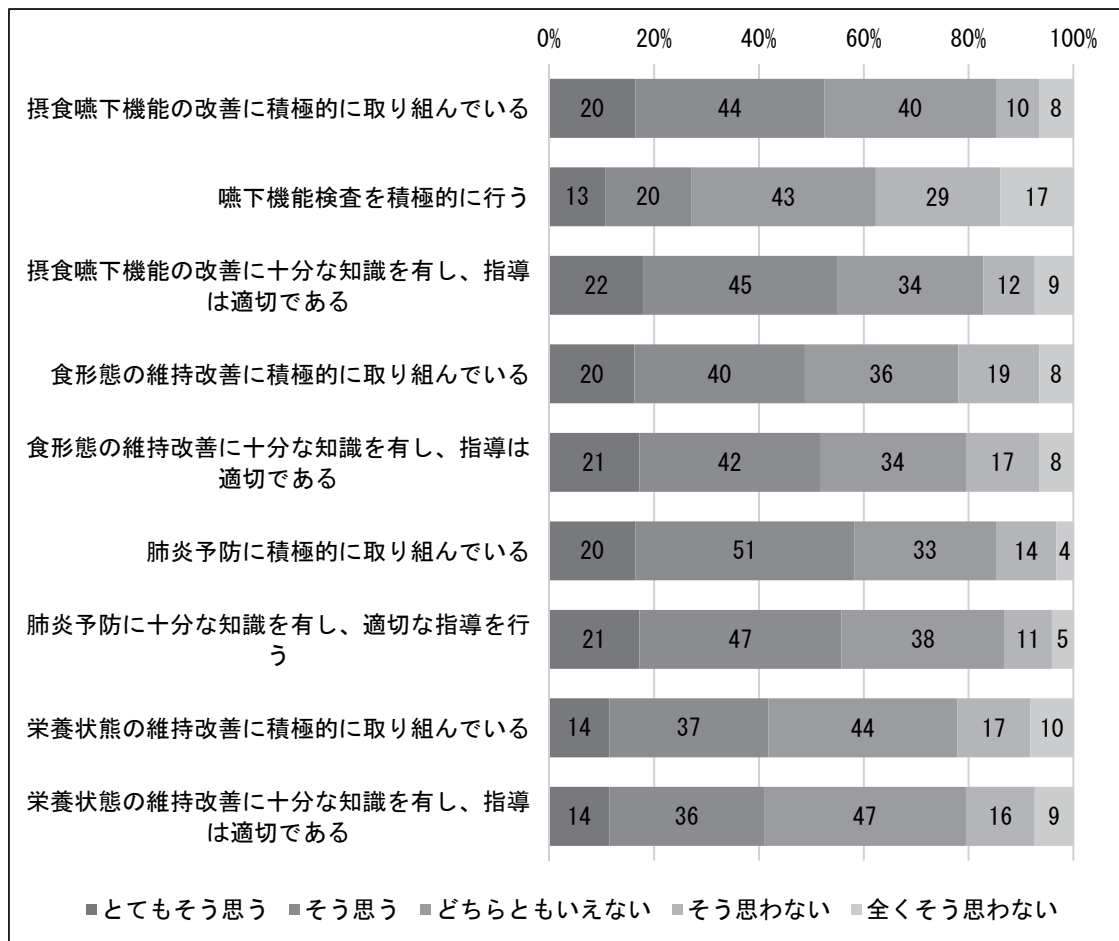


図 V-1-1 協力歯科医療機関の歯科医師の取り組みに対する評価
(介護保険施設からの回答)

各職種の役割について、介護保険施設は協力歯科医療機関の歯科医師および歯科衛生士を、協力歯科医療機関は介護保険施設の看護師を相談しやすい職種であると認識しておりこれらの職種が連携のポイントとなる可能性があることがうかがえる。

一方、医師に相談しやすいと回答した協力歯科医療機関は少なく、今後、医科歯科連携推進にも取り組む必要があるといえる。

口腔衛生管理体制加算の有無と協力歯科医療機関での助言・指導の実施状況について解析したところ、算定している介護保険施設では算定していない介護保険施設と比較して、有意に摂食嚥下機能の改善、食形態の維持改善、栄養状態の維持改善、肺炎予防、窒息事故の減少に関する歯科衛生士の助言・指導が実施されていた。

表 V-2 口腔衛生管理体制加算の算定による歯科衛生士の助言・指導の実施の有無

		算定なし (n=37)		算定あり (n=89)		p 値
		n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	実施あり	9	24.3	43	48.3	0.009
食形態の維持改善	実施あり	5	13.5	33	37.1	0.010
栄養状態の維持改善	実施あり	3	8.1	22	24.7	0.046
肺炎予防	実施あり	4	10.8	43	48.3	<0.001
窒息事故の減少	実施あり	3	8.1	27	30.3	0.015
会話の増加	実施あり	3	8.1	17	19.1	0.175

また、経口維持加算を算定している介護保険施設のほうが、歯科衛生士が摂食嚥下機能の改善、食形態の維持改善、栄養状態の維持改善、肺炎予防、窒息事故の減少に関する助言・指導の実施を行っている割合が有意に高く、歯科衛生士の果たす役割が大きいことが明らかになった。その一方で、助言や指導を行っているにも関わらず、算定をしていないケースも存在しており、今後、算定していない理由を把握し、アプローチする必要がある。

表 V-6 経口維持加算の算定による歯科衛生士の助言・指導の実施の有無

		算定なし (n=80)		算定あり (n=46)		p 値
		n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	実施あり	21	26.3	31	67.4	<0.001
食形態の維持改善	実施あり	15	18.8	23	50.0	0.001
栄養状態の維持改善	実施あり	11	13.8	14	30.4	0.036
肺炎予防	実施あり	21	26.3	26	56.5	0.002
窒息事故の減少	実施あり	13	16.3	17	37.0	0.016
会話の増加	実施あり	13	16.3	7	15.2	100

② ヒアリング調査

ヒアリング調査および先駆的な取り組み事例の調査により、協力歯科医療機関は、介護保険施設等の職員の口腔に対する意識を高めるよう取り組んでいることが伺えた。具体的な口腔内の観察のポイントや日常的な口腔ケアの手技や道具の選択といった指導・助言を行うことは、施設職員の知識・技術の向上につながり、それが施設入所者の肺炎予防や食支援につながる可能性がある。施設入所者の日常生活をよく知る介護職員に、より口腔の問題に早期に気づいてもらえるような働きかけが必要となると考えられた。ヒアリング調

査においても、口腔のアセスメント表の作成に対する協力歯科医療機関の助言や、研修会の開催、施設内の口腔ケア委員会への歯科医師・歯科衛生士の参加なども取り組みの工夫として挙げられていた。介護保険施設と協力歯科医療機関が共通の認識をもつことに繋がり、より良い連携につながることを期待できる。

特に、先駆的な取り組みを行っている歯科医院等では、食事観察（ミールラウンド）への積極的な参加により、入所者の全身状態や食事の姿勢や食形態等を踏まえた具体的な提案を行っており、口腔衛生管理に加えて、摂食機能に応じた食の支援についても、協力歯科医療機関は積極的に関わっていくことが望まれる。

また、口腔衛生管理加算や経口維持加算の算定にあたっては、ご本人・ご家族の理解がきわめて重要となることから、その意義や必要性について周知に努めることも求められている。

3. 考察

本事業では、介護保険施設等における口腔の健康管理等における課題の抽出・整理を行うことを目的として、介護保険施設の入所者を対象としたコホート調査と、介護保険施設と協力歯科医療機関を対象とした郵送調査を行った。

コホート調査では、前年度の調査と比較して口腔衛生管理加算の算定率が、33.4%から55.3%に上昇しており、また算定対象であるが算定できていないとの回答が、前年度の28.9%から18.6%に減少しており、口腔衛生管理加算の算定状況は向上していることが明らかとなった。これは、平成30年度の介護報酬改定により行われた口腔衛生管理加算の要件の緩和による効果と考えられる。

しかし、定期的に歯科受療のある者は約1割に過ぎず、対面調査の結果では、半数近くが歯科治療の必要性があると判定されていたことから、歯科的介入のニーズが充足されているとはいえない状況にあることが明らかとなった。対象者の10.5%に誤嚥性肺炎の既往があり、口腔および摂食嚥下機能の低下により低栄養をきたしていると考えられる者の割合は74.7%であった。また、転帰調査の結果によると、入院による退所となった理由の4割近くが肺炎を占めていたことから、口腔健康管理のさらなる充実が求められると考えられた。別に行った重度要介護高齢者を対象とした1年間の縦断研究において、改訂水飲みテストや咬筋緊張度といった簡易な摂食嚥下機能評価の結果は、1年間の死亡発生とも有意な関連を認めており、こういった日常観察評価によって、口腔機能の低下を早期に発見し対処することの重要性が示唆された。歯科介入のニーズのある要介護高齢者に効果的・効率的なサービス提供を行うためには、要介護高齢者の日常生活を熟知する介護職員等が行える簡易な口腔機能評価を提示する必要がある。

口腔衛生管理加算に関するサービスの効果を検証するため、横断データおよび1年間の縦断データを用いて分析を行った。横断データによる分析では、口腔衛生管理加算に関するサービスを受けている者は、受けていない者と比較して、有意に改訂水飲みテストの成績が良好で、誤嚥性肺炎の既往や低栄養リスクを有しない者の割合が高く、かつ舌苔付着スコアが低く、食欲のスコアが有意に高かった。また、縦断データを用いた多変量解析の結果でも、年齢、性別、介護度等の要因を調整しても、TCIのスコアや歯科治療のニーズに加えて、BMIの維持・改善や肺炎既往に有意な関連を認めていた。すなわち、口腔衛生管理加算に関するサービスを実施し、歯科医師・歯科衛生士が定期的に介護保険施設を訪問することは、単に要介護高齢者の口腔衛生状態の改善のみならず、嚥下機能の維持改善、誤嚥性肺炎や低栄養のリスクを低減する効果が期待できると考えられる。今後、平成30年度の口腔衛生管理（体制）加算に関するサービスの見直しによる効果が継続する可能性もあるが、一方で効果が鈍化する可能性もあり、中長期的には新たな方策の構築も必要と思われる。

介護保険施設と協力歯科医療機関を対象とした郵送調査では、介護保険施設と協力歯科医療機関ともに回答が得られたのは315組中39組と少なく、連携をより円滑にしておくための工夫や具体的に効果が上がっている連携内容について十分な検討ができなかった。そのためヒアリング調査を行い、先駆的な事例も含めた定性的データの収集を行った。

連携に対する満足度については介護保険施設、協力歯科医療機関とも7割以上が肯定的な評価をしていた。歯科の介入対象者の決定については、半数以上は施設側が決定しており、歯科の介入の要否を介護保険施設と協力歯科医療機関の双方が共通の認識を持っているかどうかが重要となると考えられた。ヒアリング調査の結果では、新規入所者は必ず協力歯科医療機関がアセスメントを行っている施設や、入所者全員に実施する口腔スクリーニング評価票を協力歯科医療機関と共同で作成している施設もあり、ニーズの把握のためには、こういったツールや仕組みづくりが重要であると考えられた。介護保険施設の職員で組織されている口腔ケア委員会に、協力歯科医療機関の歯科医師・歯科衛生士が積極的に参加することで円滑な連携が取れている事例もあり、相互の情報共有の場を設定することも円滑な連携には重要であると考えられた。

加算の算定状況については、介護保険施設からの回答では、約7割が口腔衛生管理体制加算を、約4割が口腔衛生管理加算を算定していた。協力歯科医療機関からの回答では、算定しているか分からないという回答が3割を占めており、その認識には差異があった。特に、口腔衛生管理体制加算を算定している介護保険施設では、算定していない施設と比較して、歯科衛生士が肺炎予防や摂食嚥下機能の改善のための助言・指導を積極的に実施していることが明らかとなっており、介護保険施設における口腔の健康管理において歯科衛生士の果たす役割は大きいと考えられる。

協力歯科医療機関の具体的な指導方法については、9割以上が個別指導をその場で実施していた。集団指導は2割程度、研修会の実施については介護保険施設のからの回答では36.7%、協力歯科医療機関からの回答では52.6%であり、口腔衛生管理体制加算を算定しているところほど、協力歯科医療機関が集団指導・研修会を実施している割合が有意に高い結果を示していた。郵送調査の結果では、肺炎予防や摂食嚥下機能等の改善には、介護職員の問題意識が重要となるとの回答が多くを占めており、入所者の日常生活の支援において中心的な役割を担う介護職員への意識啓発が重要となろう。その意味からも、研修会等の開催は、介護職員全体の口腔に対する意識を高めるために有効であると考えられる。先駆的な事例では、介護職員の多忙であることや、メンバーが揃わないことを考慮して、口腔ケアマニュアルの作成や15分程度のミニレクチャーを開催している協力歯科医療機関もあった。介護保険施設側の実情を考慮した取り組みの工夫が重要であろう。

本事業により、介護保険施設等の入所者の口腔健康管理において、歯科専門職の介入のニーズは高く、その介入の効果は、口腔衛生状態の維持のみならず、肺炎予防や栄養状態の改善にまで波及する可能性が示唆された。

Ⅳ 介護保険施設入所者を

対象としたコホート調査

1. 調査の目的

介護保険施設における口腔の健康状態、栄養状態ならびに口腔の健康管理等に関するサービスの実施状況の実態と明らかにすることを目的として調査を実施した。

2. 調査対象

調査に協力の得られた 17 都道府県の介護保険福祉施設 37 施設に入所し、本人もしくは代諾者から同意の得られた 1060 名分のデータを対象とした。

3. 調査期間 令和元年 10 月～令和 2 年 2 月

4. 倫理的配慮

本研究事業の実施に際しては、令和元年 10 月 10 日、一般社団法人日本老年歯科医学会の倫理審査委員会の承認を得て実施した。(承認番号：老年歯科倫理 2019-3 番)

調査対象者に対しては、調査開始前に本研究に関する説明を書面および口頭にて行い、同意得た上で実施した。

5. 調査項目

1) 事前調査：施設職員に以下の情報について、記入を依頼した。

- ① 基本情報・・・介護度、障害者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、基本的日常生活動作 (ADL)：Barthel Index、歩行、入所歴、在宅への退所予定の有無、施設での看取りの希望の有無、入所後の入院の有無、既往歴、歯科受診の状況
- ② 加算の算定状況・・・口腔衛生管理加算、経口維持管理加算ⅠおよびⅡ、経口移行加算、栄養マネジメント加算、療養食加算、低栄養リスク改善加算
- ③ 高齢者の摂食力評価表
- ④ 低栄養リスク評価・・・身長、体重、体格指数 (BMI)、体重減少率、血清アルブミン値、食事摂取量、栄養補給法および食形態、褥瘡の有無、栄養面や食生活上の問題、食欲の指標 (CNAQ)
- ⑤ 臨床的認知症尺度・・・CDR (Clinical Dementia Rating)
- ⑥ 口腔内の状況・・・清掃の意思の有無、義歯の使用状況、言語、発音、発声、流涎、口臭、開口度、咀嚼運動、舌運動、口腔周囲筋、口角の動き、嚥下 (むせ、嚥下後の声質、呼吸)、ガーグリング、食物残渣の状況等
- ⑦ 口腔清掃の自立度・・・BDR 指標
- ⑧ 聖隷式嚥下質問紙

2) 対面調査

事前に十分なキャリブレーションを行った歯科医師が口腔内の評価を行った。

- ① 質問項目・・・口腔乾燥、口腔保湿剤の使用、味覚、舌の痛み、口腔内の粘つき
- ② 歯数・咬合の状況・・・現在歯数、補綴歯数（インプラント、ポンティック、義歯）、機能歯数（現在歯数と補綴歯数の和）、う蝕歯数、残根歯数、咬合の状態
- ③ 口腔内状況・・・粘膜異常の有無、口腔衛生状態（歯垢・デンチャープラークの付着、舌苔の付着状況、舌苔スコア）、歯科治療の必要性の有無
- ④ 口腔機能評価・・・オーラルディアドコディアドコキネシス（タ音）、反復唾液嚥下テスト、改訂水飲みテスト、口腔湿潤度
- ⑤ 口腔アセスメント・・・OHAT-J（Oral Health Assessment Tool 日本語版）

3) 転帰調査

前年の調査以降に退所となった施設入所者の退所理由等について調査した。

6. 分析手法

各項目の単純集計ならびに口腔衛生管理加算算定の有無による比較、1年前実施した調査との比較（縦断的データによる比較）

7. 結果

【事前調査】

1) 基本情報

分析対象者は、男性 217 名、女性 832 名、不明 11 名の計 1060 名であり、平均年齢は、86.7±7.9 歳であった。10 歳ごとの年齢の分布では、81～90 歳の群が最も多く、493 名で 46.5%を占めていた。入所歴は、0-5 年の者が、89.2%であった。

表 1 性別

	n	%
男	217	20.5
女	832	78.5
不明	11	1.0
合計	1060	100

表 2 10 歳刻みの年齢分布

	n	%
60 歳以下	2	0.2
61-70 歳	34	3.2
71-80 歳	167	15.8
81-90 歳	493	46.5
91-100 歳	309	29.2
101 歳以上	20	1.9
不明	35	3.3
合計	1060	100

表 3 5 歳刻みの入所歴

	n	%
0-5 年	823	89.2
6-10 年	85	9.2
11-15 年	8	0.9
16 年以上	7	0.8
合計	923	100

(1) 介護度

要介護 4 が 33.3%、要介護 5 が 32.5%であり、要介護度 4 以上が、全体の 6 割以上を占めていた。

表 4 要介護認定の分布

	n	%
要介護 1	35	3.3
要介護 2	72	6.9
要介護 3	251	24.0
要介護 4	349	33.3
要介護 5	340	32.5
合計	1047	100

(2) 日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度の分布では、B1 が 19.8%、B2 が 38.6%であり、B ランク（屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ）が最も多かった。認知症高齢者の日常生活自立度では、Ⅲa（日中を中心として、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さが見受けられ、介護を必要とする）が、38.6%を占めた。

基本的 ADL を評価する Barthel Index の平均は、 30.5 ± 26.8 点であった。

表 5 障害高齢者の日常生活自立度

	n	%
自立	8	0.8
J1	4	0.4
J2	15	1.4
A1	66	6.3
A2	157	15.1
B1	206	19.8
B2	403	38.6
C1	77	7.4
C2	107	10.3
合計	1043	100

表 6 認知症高齢者の日常生活自立度

	n	%
自立	14	1.3
I	51	4.9
Ⅱa	54	5.2
Ⅱb	164	15.8
Ⅲa	378	36.3
Ⅲb	134	12.9
Ⅳ	212	20.4
M	34	3.3
合計	1041	100

表 7 Barthel Index

合計スコアの平均値		30.5 ± 26.8 点	
		n	%
1. 食事	0: 全介助	268	25.4
	5: 部分介助（おかずを切って細かくしてもらう等）	421	39.9
	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	367	34.8
2. 車椅子からベッドへの移動	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）	341	32.2
	5: 座ることは可能であるがほぼ全介助	230	21.7
	10: 軽度の部分介助または監視を要する	303	28.6
	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）	184	17.4
3. 整容	0: 部分介助または不可能	763	72.5
	5: 自立	290	27.5
4. トイレ動作	0: 全介助または不可能	440	41.6
	5: 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	492	46.5
	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	126	11.9
5. 入浴	0: 部分介助または不可能	1004	95.1
	5: 自立	52	4.9
6. 歩行	0: 上記以外	602	56.8
	5: 歩行不能の場合、車椅子にて 45m以上の自立操作可能	212	20.0
	10: 45m以上の介助歩行可能（歩行器の使用を含む）	129	12.2
	15: 45m以上の歩行、杖などの補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わない	116	11.0
7. 階段昇降	0: 不能	873	82.4
	5: 介助または監視を要する	149	14.1
	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	37	3.5
8. 着替え	0: 上記以外	630	59.7
	5: 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	312	29.5
	10: 自立、靴、ファスナー、装具の着脱も含む	114	10.8
9. 排泄コントロール	0: 上記以外（しばしば失禁～常に失禁）	477	45.0
	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	481	45.4
	10: 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	101	9.5
10. 排尿コントロール	0: 上記以外（しばしば失禁～常に失禁）	534	50.5
	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	412	38.9
	10: 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	112	10.6

(3) 歩行の可否

歩行不可の者が、766 名（73.7%）を占め、補助具有で可能な者は 165 名（15.9%）であった。

表 8 歩行の可否

	n	%
補助具なしで可能	108	10.4
補助具ありで可能	165	15.9
不可	766	73.7
合計	1039	100

(4) 在宅への退所予定

在宅への退所を予定している者は 4.9%と少なく、80%以上が、なしであった。一方、施設での看取りを希望している者は、30.7%であり、半数近くが、不明であった。

表 9 在宅への退所予定の有無

	n	%
あり	51	4.9
なし	933	88.8
不明	67	6.4
合計	1051	100

表 10 施設での看取り希望の有無

	n	%
あり	318	30.7
なし	267	25.8
不明	451	43.5
合計	1036	100

(5) 入所後の入院

28.2%（287 名）が、入所後に病院に入院をしており、その理由は、大腿部骨折、肺炎、尿路感染等であった。

表 11 入所後の入院の有無

	n	%
なし	731	71.8
あり	287	28.2
合計	1018	100

(6) 既往歴

既往歴は、認知症が 66.8% (670 名) で最も多く、その中でもアルツハイマー型認知症が約 3 割を占めていた。次いで、循環器疾患が 40.6% (385 名)、脳血管疾患が 35.9% (341 名) であった。

表 12 既往歴

	n	%
誤嚥性肺炎	111	10.5
脳血管障害	341	35.9
糖尿病	159	17.2
呼吸器疾患	116	12.7
COPD	10	1.1
喘息	25	2.8
その他	66	7.3
循環器疾患	385	40.6
腫瘍性疾患	124	13.6
脳	7	0.8
消化器	44	4.2
呼吸器	5	0.6
その他	64	7.1
パーキンソン病	58	6.4
神経疾患 (パーキンソン病以外)	22	2.4
うつ病	57	6.3
認知症	670	66.8
アルツハイマー型	284	29.8
レビー小体型	29	3.2
脳血管性	37	4.1
前頭側頭型	9	1.0
不明	229	24.7
その他	522	52.8

(7) 歯科の受療状況について

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者が 58.1%で最も多く、歯科受診の経験がない者が約 3 割であった。定期的に歯科受診している者は、1 割程度であった。

表 13 歯科治療の経験

	n	%
定期的に受けている	110	11.4
何かあったときに受診した経験がある	561	58.1
受診経験なし	280	29.0
必要を指摘されたことがあるが希望されない、拒否がある	14	1.5

過去 1 年間の歯科の受診状況については、35.5%（346 名）であり、その際の治療内容は、むし歯の治療が 18 名で最も多く、次いで、歯周治療（13 名）、義歯治療（11 名）であった。

表 14 過去 1 年の歯科治療の有無

	n	%
はい	346	35.5
いいえ	629	64.5
合計	975	100

2) 加算の算定状況について

最も多く算定されているのは、栄養マネジメント加算であり、92.5%（980名）で算定されていた。口腔衛生管理加算の算定は、55.3%（582名）であり、約半数であったが、算定対象であるものの算定されていない割合が、18.6%と最も多かった。

表 15 各加算の算定状況について

	算定中である		算定対象ではあるが実施できない		算定対象ではない	
	n	%	n	%	n	%
口腔衛生管理加算	582	55.3	196	18.6	274	26.0
経口維持管理加算Ⅰ	160	15.9	49	4.9	800	79.3
経口維持管理加算Ⅱ	154	15.3	48	4.8	807	80.0
経口移行加算	4	0.4	4	0.4	999	99.3
栄養マネジメント加算	980	92.5	8	0.8	40	3.9
療養食加算	98	9.7	1	0.1	916	90.2
低栄養リスク改善加算	1	0.1	11	1.1	1001	98.8

3) 高齢者の摂食力評価

「ゼリー等の容器やパッケージを開けたり、紙パックにストローを挿入することができる」が毎食できないと回答する割合が、62.4%（641名）と最も多かった。

表 16-1 高齢者の摂食力評価の項目ごとの分布

	毎食できない(0点)		時々できない(1点)		毎食できる(2点)	
	n	%	n	%	n	%
自ら食べ始めることができる	275	26.8	176	17.1	577	56.1
食事道具を適切に用いることができる	270	26.3	186	18.1	570	55.6
食べ物を適量すくうことができる	277	27.0	197	19.2	552	53.8
ゼリー等の容器やパッケージを開けたり、紙パックにストローを挿入することができる	641	62.4	175	17.0	211	20.5
食物をこぼすことなく食べることができる	354	34.6	265	25.9	403	39.4
配食された全ての食物を自分の食べる対象物として認知できる	273	26.6	154	15.0	598	58.3
食べることに對して注意を維持することができる	267	26.0	227	22.1	532	51.9
食事中に眠ることなく食べ続けることができる	179	17.4	218	21.2	629	61.3
むせることなく嚥下することができる(食後に変声もない)	159	15.5	334	32.5	535	52.0
1日に必要な食事量を摂取することができる	64	6.2	197	19.2	765	74.6

高齢者の摂食力評価表の平均値は、 12.5 ± 6.5 点で、重度困難が 33.1%（340 名）で最も多く、次いで、軽度困難の 29.5%（303 名）名だった。

表 16-2 高齢者の摂食力

	n	%
問題なし（20 点）	164	16.0
軽度困難（16-19 点）	303	29.5
中度困難（10-15 点）	221	21.5
重度困難（0-9 点）	340	33.1
合計	1028	100

4) 栄養状態の評価

(1) 低栄養リスク評価の割合

中リスクの者が、53.6%と最も多く、次いで低リスク 37.4%であった。高リスクの者は、9.1%とおおよそ 1 割を占めていた。

表 17 現在の低栄養リスク状態

	n	%
低リスク	346	37.4
中リスク	496	53.6
高リスク	84	9.1
合計	926	100

(2) 体格指数

身長、体重、体格指数（BMI）を男女別に示す。BMI の平均値は、男性で 20.3 ± 3.1 、女性で 20.5 ± 3.7 であった。BMI が、18.5 未満の者が、30.1%（279 名）であった。

表 18 身長・体重・BMI の平均値

	男性		女性	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
身長 (cm)	158.6	7.6	145.7	6.9
体重 (kg)	51.1	8.7	43.3	7.8
BMI	20.3	3.1	20.5	3.7

表 19 BMI

	n	%
18.5～29.9	649	69.9
18.5 未満	279	30.1
合計	928	100

(3) 体重減少率

体重減量率が3%未満の変化なしの者が最も多く、83.3%（787名）であった。体重減少があった者の中では、3か月に3～7%の減少を示す者が6.8%と最も多かった。

表 20 体重減少率

	n	%
変化なし（減少3%未満）	787	83.8
1か月に3～5%未満	42	4.5
3か月に3～7.5%未満	64	6.8
6か月に3～10%未満	20	2.1
1か月に5%以上	9	1.0
3か月に7.5%以上	8	0.9
6か月に10%以上	9	1.0
合計	939	100

(4) 血清アルブミン値

血清アルブミン値のデータが得られたのは707名であり、その平均値は、 3.4 ± 0.43 であった。3.0～3.5g/dLの者が47.5%（323名）であった。

表 21 血清アルブミン値

	n	%
3.6g/dL以上	287	42.2
3.0～3.5g/dL以上	323	47.5
3.0g/dL未満	70	10.3
合計	680	100

(5) 栄養摂取量と補給方法

1日の平均食事摂取量は、 1274.4 ± 254.8 kcalであり、89.8%（868名）が、75%以上食事摂取をしていた。栄養摂取方法は、70.9%が経口摂取であり、23.6%は経口摂取主体であるものの、何らかの問題があるとされていた。

表 22 栄養摂取量

	平均値	標準偏差
食事摂取量（kcal/日）	1274.4	254.8
	n	%
良好	868	89.9
不良（75%以下）	97	10.1
合計	965	100

表 23 栄養補給方法

	n	%
経口摂取	669	70.9
経口主体だが、何らかの問題あり	223	23.6
経腸栄養法	52	5.5
合計	944	100

(6) 食事の状態

加工や工夫を必要とする常食を摂取している者が 37.2% (393 名) と最も多かった。主食については、ごはん 16.3% (172 名)、お粥 17.6% (186 名) でほぼ同率であった。

表 24 食事の状態

学会分類他	嚥下食ピラミッド	スマイルケア食	n	%
嚥下訓練食 (0 j)	L0 開始食、ゼリー状	0 ゼリー状	23	2.2
嚥下調整食 (1 j)	L1/2 嚥下食Ⅰ・Ⅱ	1 ムース食	48	4.5
嚥下調整食 (2-1)	L3 嚥下食Ⅲ	2 ペースト状	80	7.6
嚥下調整食 (2-2)	L3 嚥下食Ⅲ	2 かまなくてよい	27	2.6
嚥下調整食 (3)	L4 移行食	3 舌でつぶせる	99	9.4
嚥下調整食 (4)	L4 移行食	4 歯ぐきでつぶせる	114	10.8
柔軟らかい常食		5 弱い力でかめる	58	5.5
加工や工夫を必要とする常食 (弱い力でかめるものを除く)			393	37.2
加工や工夫を必要としない常食			92	8.7
主食	ごはん		172	16.3
	お粥		186	17.6
副食 (複数回答)	みじん切り		173	16.4
	一口大に刻む		154	14.6
	とろみ・あんをかける		221	20.9
	固いものは除く		81	7.7
	鶏のから揚げ		5	0.5
	ハンバーグ		193	18.3
	あぶら揚げ		191	18.1
	いかの刺身		191	18.1

(7) 褥瘡

褥瘡がある者は 20 名で全体の 1.9%であった。

表 25 褥瘡の有無

	n	%
無し	1018	98.1
褥瘡あり	20	1.9
合計	1038	100

(8) 低栄養状態のおそれとなる原因

低栄養のおそれがあるとされたのは、52.4%（547 名）であり、その原因（複数回答）としては、認知症によるものが 80.3%（334 名）で最も多かった。次いで、口腔および摂食嚥下機能の問題が 74.7%（248 名）であった。

表 26 低栄養のおそれとなる原因

	n	%
なし	496	47.6
あり	547	52.4
疾患（脳梗塞、消化器・呼吸器・腎臓疾患）	92	40.2
身体状況（発熱、風邪など）	34	17.6
閉じこもり	17	8.7
認知症	334	80.3
軽度	23	11.9
中等度	82	42.3
重度	89	45.9
手術・退院直後の低栄養状態	29	14.7
口腔および摂食嚥下機能の問題	248	74.7
うつ	13	6.9
その他	30	15.3

(9) 食欲

食欲の指標である CNAQ のスコアの平均値は、 29.0 ± 4.3 点であった。計測可能だった 430 名中、最も多かったのは、29 点以上で 58.4%を占めていた。頻繁な再評価を必要とする 17-28 点の者が 58.4%を占めていた。

表 27 CNAQ スコアの分布

	n	%
8-16 点	4	0.9
17-28 点	175	40.7
29 点以上	251	58.4
合計	430	100
欠損	630	

※ CNAQ スコアは点数が高いほど食欲が維持されている

5) 臨床的認知症尺度 (CDR)

CDR の評価項目全てに回答があったのは 957 名であり、その判定の内訳では、重度が 483 名で約半数を占めていた。次いで中等度が 25.6% (245 名) であり、中等度以上が 75% 以上を占めていた。

表 28 CDR 判定

	n	%
なし	25	2.6
疑わしい	72	7.5
軽度	132	13.8
中等度	245	25.6
重度	483	50.5
合計	957	100

7) 口腔内の状況

(1) 口腔清掃および義歯の状況

口腔清掃の意志がある者は、48.2%（505 名）であった。

義歯の使用については、使用している者が 47.1%であり、そのうち、上下顎ともに、総義歯の者が 60%を超えていた。適合等の状態については、上下顎とも良好が 75%を超えていたが、「ゆるい」者が 15%程度であった。義歯の清掃状態については、良好な者が、65.2%（381 名）であった。

表 29 口腔清掃の意思と義歯の使用状況

		n	%
口腔清掃の意思	あり	505	48.2
	なし	496	47.3
	拒否	47	4.5
義歯の使用	使用している	494	47.1
	していない	299	28.5
	持っていない	252	24.0
	拒否	4	0.4
上顎義歯	総義歯	335	68.5
	部分義歯	154	31.5
上顎義歯状態	良好	321	78.7
	ゆるい	63	15.4
	痛い	20	4.9
	破折	4	1.0
上顎義歯	総義歯	294	64.1
	部分義歯	165	35.9
下顎義歯状態	良好	296	77.9
	ゆるい	64	16.8
	痛い	19	5.0
	破折	1	0.3
義歯の清掃状態	良い	381	65.2
	少し悪い	167	28.6
	悪い	36	6.2

(2) 口腔機能等の状況

施設職員の観察による口腔機能等の状況については、構音不良が 17.3%（182 名）、流涎が「時々ある」と「いつもある」を合計すると 25.5%（267 名）であった。口臭が「少しある」者が 34.1%（359 名）であり、「かなりある」6.7%（70 名）と合計すると、4 割を超えていた。

開口度は、7 割近くが 3 横指開口できているが、2 横指以下の者が、3 割であった。

咀嚼や口腔周囲筋、口角の動きといった口腔の運動機能については、6 割以上が良好であった一方、むせがあるのは、42.4%（444 名）であった。

ガーグリング（ぶくぶくうがい）は、できる者が 54.1%（571 名）であり、食物残渣の排出は、58.3%（612 名）が可能であった一方、食物残渣は「少量ある」の 39.5%（413 名）と「ある」の 10.4%（109 名）で、約半数に食物残渣の残存があった。

表 30 口腔機能等の状況

		n	%
言語	可能	716	68.0
	会話可能だが構音不良	182	17.3
	不可	155	14.7
発声	可能	760	72.0
	できるが弱い	239	22.7
	不可	56	5.3
流涎	なし	784	74.6
	時々ある	216	20.6
	常時ある	51	4.9
口臭	なし	623	59.2
	少しある	359	34.1
	かなりある	70	6.7
開口度	3 横指	730	69.3
	1～2 横指	275	26.1
	1 横指以下	48	4.6
咀嚼運動	動きがある	839	80.0
	声かけにより発現	142	13.5
	ほぼ動きなし	68	6.5
舌運動	ほぼ完全	699	66.6
	動くが小範囲	318	30.3
	動かない	32	3.1
口腔周囲筋	動く	780	74.4
	少々困難	241	23.0
	動かない	28	2.7
口角の左右非対称な運動	あり	125	12.0

嚥下（飲み込み）	可能	817	78.7
	遅延するが可能	221	21.3
むせ	あり	444	42.4
嚥下後の声質の変化	あり	174	16.7
嚥下後の呼吸観察	異常なし	998	95.5
	浅く速くなる	47	4.5
ぶくぶくうがい	できる	571	54.2
	不完全だができる	198	18.8
	できない	284	27.0
口腔内残渣の排出	概ね出せる	612	58.3
	少ない～出せない	181	17.3
	うがいができない	256	24.4
口腔内の残渣	ない	524	50.1
	少量ある	413	39.5
	ある	109	10.4

(3) BDR 指標

- ① 歯磨き (Brushing) については、「全介助」が 43.5% (378 名) と最も多かった。「自立」32.5% (282 名) のほとんどが、移動して歯磨きを行っていた。
- ② 義歯着脱 (Denture Wearing) については、自分で着脱可能な「自立」が 58.5% (342 名) で半数を超え、「全介助」は、33.8% (198 名) であった。着脱のどちらかが可能な「一部介助」については、「外せるが入れられない」が 6.8% (40 名) で、「入れられるが外せない」の 0.9% (5 名) より多く、装着のほうが困難であった。
- ③ うがい (Rinsing) については、ぶくぶくうがい可能な「自立」が、58.7% (616 名) で半数を超えていた。

表 31 BDR 指標による口腔清掃の自立度の状況

	自立			一部介助			全部介助		
		n	%		n	%		n	%
歯磨き (B) (n=868)	ほぼ自分で磨く	282	32.5	部分的に自分で磨く	208	24.0	自分で磨かない	378	43.5
	移動して	275	31.7	座位を保つ	199	22.9	座位、端座位をとる	265	30.5
	寝床で	7	0.8	座位を保てない	9	1.0	座位も取れない	113	13.0
義歯着脱 (D) (n=585)	自分で着脱する	342	58.5	着脱の一方ができる	45	7.7	自分では着脱しない	198	33.8
				外せる	40	6.8			
				入れられる	5	0.9			
うがい (R) (n=1050)	ぶくぶくうがいをする	616	58.7	口に含む程度はする	196	18.7	口に含むこともできない	238	22.7

8) 嚥下機能

聖隷式嚥下質問紙による嚥下機能評価の結果を示す。質問項目に1つでもAがあれば嚥下障害あり、Bだけにいくつかあれば「嚥下障害の疑い」と判断される。嚥下障害ありが、全体の49.0%を占め、疑いは27.6%だった。

Aの頻度が最も多かった質問項目は、「硬いものが食べにくくなりましたか？」の32.2%（307名）で、次いで、「食べるのが遅くなりましたか？」の21.6%（209名）であった。

表 31 聖隷式嚥下質問による判定結果

	n	%
嚥下障害あり (Aが1つでも該当)	476	49.0
嚥下障害の疑い (Bが2つ以上該当)	268	27.6
該当なし	227	23.4
合計	947	100

表 32 聖隷式嚥下質問紙による嚥下機能の回答結果

			n	%
1 肺炎と診断されたことがありますか？	A	繰り返す	61	6.4
	B	一度だけ	100	10.5
	C	なし	789	83.1
2 やせてきましたか？	A	明らかに	97	10.1
	B	わずかに	253	26.3
	C	なし	611	63.6
3 物が飲みにくいと感じることがありますか？	A	しばしば	75	7.8
	B	ときどき	233	24.3
	C	なし	651	67.9
4 食事にむせることがありますか？	A	しばしば	98	10.1
	B	ときどき	378	39.0
	C	なし	494	50.9
5 お茶を飲む時にむせることがありますか？	A	しばしば	99	10.2
	B	ときどき	382	39.3
	C	なし	490	50.5
6 食事中や食後、それ以外の時に、のどがゴロゴロ（痰が絡んだ感じ）することがありますか？	A	しばしば	75	7.7
	B	ときどき	162	16.7
	C	なし	731	75.5
7 のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？	A	しばしば	53	5.5
	B	ときどき	151	15.8
	C	なし	751	78.6

8 食べるのが遅くなりましたか？	A	たいへん	209	21.6
	B	わずかに	246	25.5
	C	なし	511	52.9
9 硬いものが食べにくくなりましたか？	A	たいへん	307	32.2
	B	わずかに	292	30.6
	C	なし	355	37.2
10 口から食べ物がこぼれることがありますか？	A	しばしば	144	14.9
	B	ときどき	250	25.9
	C	なし	571	59.2
11 口の中に食べ物が残ることがありますか？	A	しばしば	116	12.0
	B	ときどき	303	31.4
	C	なし	546	56.6
12 食べ物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくることはありますか？	A	しばしば	18	1.9
	B	ときどき	72	7.6
	C	なし	858	90.5
13 胸に食べ物が残ったり、つまった感じがすることがありますか？	A	しばしば	16	1.7
	B	ときどき	98	10.3
	C	なし	833	88.0
14 夜、咳で寝られなかったり目覚めることがありますか？	A	しばしば	29	3.0
	B	ときどき	80	8.3
	C	なし	850	88.6
15 声がかすれてきましたか？（ガラガラ声、かすれ声など）	A	たいへん	27	2.8
	B	わずかに	102	10.6
	C	なし	831	86.6

【対面調査】

1) 質問項目

(1) 口腔乾燥感

調査可能であった 994 名のうち、口腔乾燥感の自覚がある者は、25.2%（250 名）であった。聞き取りが不可の者が、28.9%（287 名）であった。

表 33 口腔乾燥感

	n	%
気になる	250	25.2
気にならない	457	46.0
聞き取り不可	287	28.9
合計	994	100

調査可能であった 985 名のうち、口腔保湿剤を使用している者は 9.4%（93 名）であり、具体的に使用しているのは、ジェルが 72.0%（67 名）で最も多く、次いで、スプレーの 7.5%（7 名）であった。

表 34 口腔保湿剤の使用状況

	n	%
使用していない	671	68.1
使用している	93	9.4
不明	221	22.4
合計	985	100

表 35 保湿剤の種類（n=93）

	n	%
ジェル	67	72.0
スプレー	7	7.5
洗口液	3	3.2

(2) 味覚

味を感じると回答したのが 69.4%（690 名）で、聴き取り不可が 28.4%（282 名）であった。味覚不良と回答した 22 名のうち、詳細不明が 11 名で半数を占め、塩味を感じないと感じた者が 3 名であった。

表 36 味覚

	n	%
感じる	690	69.4
感じない	22	2.2
聞き取り不可	282	28.4
合計	994	100

表 37 味覚不良の詳細（n=22）

	n	%
甘味	2	9.1
塩味	3	13.6
酸味	1	4.5
苦味	1	4.5
うまみ	2	9.1
詳細不明	11	50.0

(3) 口腔の不快症状

舌の痛みや口のネバつきといった口腔の不快症状については、聞き取り不可の者が、それぞれ 27.6% (274 名)、28.6% (284 名) と 3 割近くを占めていた。舌の痛みを訴える者が 4.6% (46 名)、口のネバつきを訴える者が 12.2% (121 名) であった。

表 38 口腔の不快症状の有訴率

	あり		なし		聞き取り不可	
	n	%	n	%	n	%
舌の痛み	46	4.6	673	67.8	274	27.6
口のネバつき	121	12.2	587	59.2	284	28.6

2) 歯数・咬合の状況

歯数のそれぞれの平均値は、現在歯数 8.6 ± 9.0 歯、インプラント数 0.0 ± 0.3 歯、義歯数 9.8 ± 11.9 歯、ポンティック数 0.4 ± 1.0 歯、機能歯数 18.5 ± 10.7 歯、う蝕歯数 0.5 ± 1.3 歯、残根歯数 1.6 ± 2.8 歯であった。

インプラント治療の有無については、あると回答したのは 0.7% (7 名) であった。

上下顎の咬合の状態については、両側大臼歯、両側小臼歯、前歯部すべてにおいて、咬合なしが最も多く、特に大臼歯部については、両側において 45%以上が咬合なしであった。

表 39 歯数の状況 (単位：歯)

	平均値	標準偏差
現在歯	8.6	9.0
インプラント	0.0	0.3
義歯数	9.8	11.9
ポンティック	0.4	1.0
機能歯	18.5	10.7
う蝕歯	0.5	1.3
残根歯	1.6	2.8

表 40 インプラント治療の有無

	n	%
ある	7	0.7
ない	920	94.7
不明	44	4.5
合計	971	100

表 41 上下顎の咬合の状態

	右側大臼 歯部		右側小臼 歯部		前歯部		左側小臼 歯部		左側大臼 歯部	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
現在歯と現在歯どうし	136	13.7	238	24.0	339	34.2	235	23.7	131	13.3
現在歯と義歯	94	9.5	122	12.3	133	13.4	105	10.6	97	9.8
義歯と義歯どうし	300	30.3	261	26.3	225	22.7	277	28.0	303	30.8
咬合なし	460	46.5	370	37.3	293	29.6	373	37.7	454	46.1
合計	990	100	991	100	990	100	990	100	985	100

3) 口腔内状況

(1) 粘膜異常

粘膜異常の所見が認められたのは、5.4%（54名）であった。粘膜異常の内訳としては、咬傷が13名、その他が41名であった。

表 42 粘膜異常の有無

	n	%
なし	942	94.6
あり	54	5.4
合計	996	100

(2) 口腔衛生状態

視診による口腔衛生状態の評価を行ったところ、歯垢・デンチャープラーク、舌苔ともに付着なしが、それぞれ、48.6%（481名）、47.4%（466名）と最も多かった。

TCI（Tongue Coat Index）による舌苔の付着状況について評価を行ったところ、調査可能だった対象者 967 名の平均値は、 22.5 ± 22.5 であった。

表 43 口腔衛生状態（視診）

	歯垢 デンチャープラーク		舌苔	
	n	%	n	%
なし	481	48.6	466	47.4
中等度	410	41.4	457	46.4
高度	99	10.0	61	6.2
合計	990	100	984	100

(3) 歯科治療の必要性

歯科医師により歯科治療の必要性がありと判断されたのは、500 名（50.3%）で、その内訳は、歯周治療が 48.8%（244 名）、う蝕が 47.8%（239 名）、義歯が 25.8%（12 名）であった。その他としては、クリーニング、抜歯が多く挙げられていた。

表 44 歯科治療の必要性の有無

	n	%
なし	494	49.7
あり	500	50.3
合計	994	100

表 45 必要と思われる歯科治療の詳細（n=500）

	n	%
う蝕	239	47.8
歯周炎	244	48.8
義歯	129	25.8
その他	118	23.6

4) 口腔機能評価

(1) オーラルディアドコキネシス（タ音）

舌前方の運動巧緻性を評価するオーラルディアドコキネシスが実施できたのは、全体の 57.7%（612 名）であった。実施できた対象者の平均値は、 3.3 ± 1.5 回であった。口腔機能低下症の基準値である 6.0 回/回以上だったのは、全体の 1.9%（20 名）であった。

表 46 オーラルディアドコキネシス

	n	%
基準値以下	592	55.8
基準値以上	20	1.9
実施不可	448	42.3
合計	1060	100

(2) 反復唾液嚥下テスト

反復唾液嚥下テストが実施できたのは 542 名のおよそ半数で、412 名が実施不可、27 名が拒否であった。カットオフ値である 3 回以上だった者は、41.3%（224 名）であった。

表 47 反復唾液嚥下テスト

	n	平均値	標準偏差
1 回目嚥下秒数（秒）	522	5.6	5.3
30 秒間の回数（回）	542	2.3	1.4

表 48 カットオフの分布

	n	%
3 回未満	318	58.7
3 回以上	224	41.3
合計	542	100

(3) 改訂水飲みテスト

対面調査を実施した対象者 973 名のうち、287 名（29.5%）が水飲みテストの実施が不可であった。実施できた者のうち、34.9%（340 名）が、スコア 5 の最良値であった。スコア 4 以上が、62.8%（611 名）で、約 6 割以上を占めていた。

表 49 改訂水飲みテストの結果

	n	%
0 テスト実施不可	287	29.5
1 嚥下なし、むせる and 呼吸切迫	4	0.4
2 嚥下あり、呼吸切迫（不顕性誤嚥の疑い）	4	0.4
3 嚥下あり、むせる and/or 湿性嘔声	67	6.9
4 嚥下あり、呼吸良好、むせない	271	27.9
5 4 に加え、追加嚥下運動が 30 秒以内に 2 回可能	340	34.9
合計	973	100

(4) 口腔湿潤度

口腔水分計を用いた口腔湿潤度の評価では、舌背および頬粘膜を各 3 回計測し、中央値を代表値とした。その結果、舌背の平均値は 25.2 ± 5.2 、頬粘膜は 27.0 ± 6.2 であった。特に、舌背が基準値以下の者が、6 割近くを占めていた。

表 50 各部位の口腔湿潤度

	n	平均値	標準偏差	基準値以下（27 未満）	
				n	%
口腔湿潤度（舌背）	806	25.2	5.2	481	59.7
口腔湿潤度（頬粘膜）	964	27.0	6.2	435	45.1

5) 口腔アセスメント

OHAT-J (Oral Health Assessment Tool 日本語版) の平均得点は、 2.9 ± 2.2 点であった。

項目ごとの点数の分布では、病的 (2 点) の割合が多かったのは、残存歯 28.9% (235 名)、やや健全の割合が多かったのは、舌 46.7% (464 名)、残存歯 31.3% (254 名)、口腔衛生 34.0% (339 名) であった。

表 51 OHAT-J の項目ごとのスコア分布

	健全 (0 点)		やや健全 (1 点)		病的 (2 点)		合計
	n	%	n	%	n	%	
口唇	805	80.6	188	18.8	6	0.6	999
舌	520	52.3	464	46.7	10	1.0	994
歯肉・粘膜	720	72.1	227	22.7	51	5.1	998
唾液	832	83.3	160	16.0	7	0.7	999
残存歯	323	39.8	254	31.3	235	28.9	812
義歯	454	76.6	50	8.4	89	15.0	593
口腔衛生	478	47.9	339	34.0	181	18.1	998
歯痛	931	94.4	40	4.1	15	1.5	986

【加算算定の有無による口腔・栄養の状況】

1) 横断データを用いた検討

口腔衛生管理加算の算定の有無を従属変数として、各評価項目の群間の差異を Mann-Whitney U-test, χ^2 test を用いて検定した。

その結果、口腔衛生管理加算を算定している者は、算定していない者と比較して、有意に誤嚥性肺炎の既往や低栄養状態のリスクがない割合が高く、かつ食欲のスコアが高かった。

また、口腔内状態については、舌苔の付着状況を示す TCI のスコアが有意に低く、改訂水飲みテストの結果も良好である割合が有意に高かった。

すなわち、歯科専門職による定期的な口腔健康状態の管理や介護施設職員への適切な指導・助言は、誤嚥性肺炎のリスクとなる口腔衛生状態不良や嚥下機能のみならず、食生活に関連する食への意欲や低栄養の状態と関連性を示すことが示唆された。

表 52 加算の有無による比較

項目	全体 (N=1052) Mean $\pm$ SD/ n (%)	口腔衛生管理加算		p-value
		算定中 (N=582) Mean $\pm$ SD/ n (%)	算定なし (N=470) Mean $\pm$ SD/ n (%)	
性別 (女性/%)	824(79.2)	459(79.4)	365(78.8)	0.82
年齢 (歳)	86.7 $\pm$ 7.9	86.3 $\pm$ 8.1	87.2 $\pm$ 7.7	0.08
Barthel Index: BI	30.5 $\pm$ 26.8	31.4 $\pm$ 26.8	29.3 $\pm$ 26.9	0.17
臨床認知症尺度: CDR(人数/%)				
0 なし	25(2.6)	14(2.6)	11(2.7)	
0.5 疑わしい	72(7.5)	50(9.1)	22(5.4)	
1 軽度	131(13.7)	81(14.8)	50(12.3)	0.11
2 中程度	245(25.7)	142(25.9)	103(25.3)	
3 重度	482(50.5)	261(47.6)	221(54.3)	
誤嚥性肺炎の既往 (なし/%)	818(88.4)	535(91.9)	283(82.5)	<0.01
低栄養のリスク(人数/%)				
低リスク	339(36.9)	167(34.2)	172(40.1)	
中リスク	495(53.9)	272(55.6)	223(52.0)	0.13
高リスク	84(9.2)	50(10.2)	34(7.9)	
栄養面化や食生活上の問題からの低栄養状態のおそれ (なし/%)	489(47.2)	334(58.2)	155(33.6)	<0.01
BMIリスク (18.5 $\sim$ 29.9/%)	645(70.0)	371(68.7)	274(71.9)	0.30
血清アルブミン値リスク(人数/%)				
3.6g/dL以上	283(42.1)	177(43.8)	106(39.4)	
3.0 $\sim$ 3.5g/dL以上	320(47.5)	183(45.3)	137(50.9)	0.36
3.0g/dL未満	70(10.4)	44(10.9)	26(9.7)	
シニア向け食欲調査: CNAQ (点)	28.9 $\pm$ 4.3	29.5 $\pm$ 3.6	27.7 $\pm$ 5.3	<0.01
オーラルディアドコキネシス: ODK (回/秒)	3.3 $\pm$ 1.5	3.4 $\pm$ 1.3	3.3 $\pm$ 1.6	0.72
反復唾液嚥下テスト: RSST (回/30秒)	2.3 $\pm$ 1.4	2.4 $\pm$ 1.5	2.3 $\pm$ 1.4	0.69
改訂水飲みテスト: MWST (良好/%)	605(62.6)	366(65.8)	239(58.3)	0.02
食物残渣(人数/%)				
ない	520(50.1)	289(50.0)	231(50.2)	
少々ある	409(39.4)	232(40.1)	177(38.5)	0.71
ある	109(10.5)	57(9.9)	52(11.3)	
Tongue Coating Index: TCI (%)	22.6 $\pm$ 22.6	20.8 $\pm$ 22.3	25.1 $\pm$ 22.7	<0.01
OHAT (点)	2.9 $\pm$ 2.2	2.9 $\pm$ 2.1	2.9 $\pm$ 2.3	0.77
口腔粘膜湿度	25.2 $\pm$ 5.2	25.1 $\pm$ 5.1	25.4 $\pm$ 5.3	0.75

Mann-Whitney U-test, χ^2 test

2) 1年間の縦断データを用いた分析

平成30年度および令和元年度の口腔実測調査に協力が得られた176名（男性31名、女性143名）分のデータを分析対象として、口腔衛生管理加算の算定の有無を従属変数として、加算の有無に関連する要因の探索を行った。

(1) 単変量解析の結果

口腔衛生管理加算の有無を基準とした各調査項目の単変量解析結果を表1に示す。口腔に関する項目で算定の有無により有意差を認めた項目は歯科受診必要性、TCI scoreであり、口腔衛生管理加算を算定している施設のほうが歯科受診必要性は低く、口腔衛生状態が良好であった。

表53 口腔衛生管理加算の有無別での各調査項目の単変量解析

		算定なし		算定あり		p 値	
		Mean/N	SD/%	Mean/N	SD/%		
年齢		87.5	7.7	87.2	8.4	0.777	a
性別	男性	31	17.8%	36	20.3%	0.548	b
	女性	143	82.2%	141	79.7%		
BMI		21.2	4.2	19.7	3.7	0.001	a
血清アルブミン値		3.4	0.4	3.4	0.4	0.521	a
誤嚥性肺炎	なし	163	94.2%	164	92.7%	0.555	b
	あり	10	5.8%	13	7.3%		
脳血管障害	なし	114	65.9%	101	57.1%	0.090	b
	あり	59	34.1%	76	42.9%		
糖尿病	なし	145	83.8%	150	84.7%	0.811	b
	あり	28	16.2%	27	15.3%		
呼吸器疾患	なし	144	83.2%	152	85.9%	0.494	b
	あり	29	16.8%	25	14.1%		
循環器疾患	なし	123	71.1%	100	56.5%	0.005	b
	あり	50	28.9%	77	43.5%		
パーキンソン病	なし	166	96.0%	167	94.4%	0.485	b
	あり	7	4.0%	10	5.6%		
神経疾患（パーキンソン病以外）	なし	170	98.3%	174	98.3%	0.977	b
	あり	3	1.7%	3	1.7%		
うつ病	なし	162	93.6%	160	90.4%	0.263	b
	あり	11	6.4%	17	9.6%		
要介護度	1	12	6.9%	8	4.5%	<0.001	b
	2	19	11.0%	15	8.5%		
	3	48	27.7%	29	16.4%		
	4	59	34.1%	44	24.9%		
	5	35	20.2%	81	45.8%		

歯科治療受診必要性	なし	65	37.8%	115	66.9%	<0.001	b
	あり	107	62.2%	57	33.1%		
現在歯数		8.6	8.9	7.5	8.6	0.256	a
機能歯数		20.3	10	18.2	10.8	0.107	a
TCI score		25.8	20.9	15.9	21.5	<0.001	a
OHAT 得点		2.8	2.3	2.5	2.1	0.381	a
口腔湿潤度舌背中央値		25.6	4.9	25.3	4.6	0.676	a
口腔湿潤度頬粘膜中央値		26.9	2.8	26.4	4.4	0.968	a

a: Mann-Whitney U test, b: χ^2 test

(2) 多変量解析の結果

従属変数を口腔衛生管理加算算定の有無とし、単変量解析で有意差が出た項目を独立変数として投入した二項ロジスティック回帰分析による多変量解析の結果を表2に示す。口腔衛生管理加算の算定に関連する因子は BMI (OR:0.931, 95%CI:0.871-0.994, p=0.034)、介護度 (OR:1.348, 95%CI:1.088-1.671, p=0.006)、TCI score (OR:1.149, 95% CI:1.044-1.265, p=0.004)、歯科治療受診必要性 (あり) (OR:4.488, 95%CI:2.676-7.527, p<0.001) であった。

表 54 口腔衛生管理加算の有無に関連する因子の検討

	オッズ比	95%信頼区間		p 値
年齢	1.027	0.994	1.062	0.111
性別 (女性:0, 男性:1)	0.988	0.500	1.954	0.972
BMI	1.074	1.006	1.148	0.034
循環器疾患 (あり:0, なし:1)	1.363	0.823	2.259	0.229
介護度	0.742	0.599	0.919	0.006
TCI score	0.870	0.790	0.958	0.004
歯科治療受診必要性 (なし:0, あり:1)	0.223	0.133	0.374	<0.001

従属変数：口腔衛生管理加算 (0：なし, 1：あり)

(3) 口腔衛生管理加算と肺炎既往との関連性

口腔衛生管理加算の効果に関して、2019 年度調査にて肺炎の既往があった者となかった者を従属変数 (肺炎の既往なし：0、肺炎の既往あり：1) としたところ、口腔衛生管理加算の算定 (口腔衛生管理加算が必要と思われるが加算を算定していない群：0、加算を算定している・加算の算定の必要がない群：1) は肺炎の既往に関連がみられた。(OR:0.395, 95% CI: 0.190-0.820, p=0.013)

表 55 肺炎の既往と口腔衛生管理加算との関係

	オッズ比	95%信頼区間		p 値
		上限	下限	
年齢	1.049	1.001	1.099	0.045
性別(女性:0, 男性:1)	3.106	1.331	7.250	0.009
BI	0.977	0.960	0.994	0.008
CDR	0.893	0.562	1.420	0.633
口腔衛生管理加算(なし:0, あり:1)	0.395	0.190	0.820	0.013
現在歯数	1.024	0.987	1.061	0.205
脳血管疾患 (なし:0, あり:1)	0.870	0.790	0.958	0.690
糖尿病 (なし:0, あり:1)	2.615	0.857	7.981	0.091
循環器疾患 (なし:0, あり:1)	0.818	0.417	1.605	0.560
うつ病 (なし:0, あり:1)	0.223	0.133	0.374	0.920

従属変数：肺炎の既往なし：0、肺炎の既往あり：1

(4) BMI の 1 年間の変化と口腔衛生加算算定の有無との関連

2019 年の BMI と 2018 年の BMI の差を従属変数にして、口腔衛生管理加算算定の有無との関連を重回帰分析にて検討した。口腔衛生管理加算の算定（口腔衛生管理加算が必要と思われるが加算を算定していない群：0、加算を算定している・加算の算定の必要がない群：1）は BMI の維持と関連している可能性が示唆された。(B:0.818, 95% CI: 0.200-1.436, p=0.010)

表 56 BMI の変化と口腔衛生管理加算算定の有無

	非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率	相関		
	B	標準誤差				ゼロ次	偏	部分
年齢	-0.016	0.017	-0.059	-0.911	0.363	-0.048	-0.052	-0.051
性別	-0.25	0.341	-0.047	-0.734	0.464	-0.045	-0.042	-0.041
BI	0.004	0.006	0.049	0.621	0.535	0.045	0.035	0.035
CDR	0.029	0.178	0.012	0.161	0.872	-0.017	0.009	0.009
口腔衛生管理加算(なし：0, あり：1)	0.818	0.314	0.149	2.606	0.01	0.144	0.147	0.146
現在歯数	0.004	0.014	0.018	0.31	0.757	0.026	0.018	0.017
誤嚥性肺炎(なし：0, あり：1)	0.199	0.496	0.024	0.402	0.688	0.025	0.023	0.023
脳血管障害(なし：0, あり：1)	-0.209	0.267	-0.048	-0.784	0.433	-0.036	-0.045	-0.044
糖尿病(なし：0, あり：1)	-0.307	0.331	-0.053	-0.928	0.354	-0.042	-0.053	-0.052
呼吸器疾患(なし：0, あり：1)	0.04	0.34	0.007	0.118	0.906	0.004	0.007	0.007
循環器疾患(なし：0, あり：1)	-0.04	0.264	-0.009	-0.15	0.881	-0.036	-0.009	-0.008
うつ病(なし：0, あり：1)	-0.213	0.481	-0.026	-0.443	0.658	-0.023	-0.025	-0.025

従属変数：BMI (2019年-2018年)

【転帰調査】

1) 基本情報

全体の平均年齢は、89.7±7.1歳で、男性と比較して女性で有意に年齢が高かった。

表 57 年齢

全体 (n=164)		男性 (n=40)		女性 (n=122)		p 値
平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
89.7	7.1	85.1	6.8	91.2	6.6	p<0.001

2) 退所理由

退所理由として最も多かったのは、死亡退所の 52.1% (87 名) で、次いで、入院の 24.0% (40 名) だった。

表 58 退所理由

	n	%
自宅へ（親族の家も含めて）	6	3.6
他施設等へ	33	20.4
入院	40	24.0
死亡退所	87	52.1
合計	166	100

3) 移動先施設

施設等に移動した 34 名の内訳を表 3 に示す。介護老人福祉施設への移動が 41.2% (14 名) で最も多く、次いで、有料老人ホームの 35.3% (12 名) であった。

表 59 移動先施設等の詳細

	n	%
有料老人ホーム	12	35.3
サービス付き高齢者向け住宅	2	5.9
グループホーム	5	14.7
介護老人保健施設	1	2.9
介護老人福祉施設	14	41.2
合計	34	100

4) 入院理由

急性期の治療のための入院が、67.5%（27）であった。また詳細な理由については、肺炎が、37.5%（15 名）を占めていた。

表 60 入院理由①

	n	%
急性期治療	27	67.5
長期療養	10	25.0
不明	1	2.5
その他	2	5.0
合計	40	100

表 61 入院理由②

	n	%
肺炎	15	37.5
脳卒中	3	7.5
心臓疾患	1	2.5
異物誤飲・誤嚥	2	5.0
尿路感染症	2	5.0
原因を特定でない発熱	2	5.0
脱水・低栄養	7	17.5
看取り期の対応	1	2.5
その他疾患治療	6	15.0
不明	1	2.5
合計	40	100

5) 死亡理由

死亡退所の理由として最も多かったのが老衰の 64.4%（56 名）であった。

表 62 死亡理由

	n	%
老衰	56	64.4
心不全	20	23.0
がん	7	8.0
脳卒中	2	2.3
腎不全	1	1.1
不明	1	1.1
合計	87	100

考察

本調査結果を平成 30 年度老人保健増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康に関する実施状況の把握及び協力歯科医療機関等の役割に関する調査研究」で行った同様の調査結果と比較すると、口腔衛生管理加算を算定している者の割合は昨年度 33.4%から 55.3%へ大きく増加、「算定対象ではあるものの算定されていない者」の割合は、昨年度 28.9%から本研究 18.6%と減少している。このことから、昨年度の口腔衛生管理（体制）加算の算定要件の見直しにより、算定対象者が適切に加算され、歯科専門職による介護保険施設入所者に対する口腔の管理の機会を増すことができたといえる。

入所者 1 人に対して口腔衛生管理加算の算定に必要な歯科専門職の訪問頻度が緩和されたことにより、歯科専門職も限られた施設訪問時間内に多くの入所者の口腔内を管理することが可能となった。調査結果でも、歯科専門職による口腔衛生管理の機会の増加とともに、歯垢やデンチャープラーク、舌苔の付着に代表される口腔衛生状態は軽度改善を認め、効果も伴っていると考えられる。さらに、歯科治療の必要性を有する入所者の割合、う蝕、義歯に関して治療が必要な者の割合が軽度減少していることから、歯科専門職が多くの対象の口腔内を診査することにより、歯科治療を施す機会にもなったことが明らかになった。しかし、施設入所者は依然として口腔の清掃に関して介助が必要な者が非常に多い。多忙な施設職員の職務において、1 人の入所者につき歯磨き、義歯の着脱、義歯の清掃は 1 日最低でも 3 回が必要となり、限られた時間内で多数の入所者に対するケアを行うにあたり、その要領や要点をつかむことは必要不可欠である。そのためには、歯科専門職の助言や適切な対応を増す方策は今後も重要であると思われる。

横断調査によって、口腔衛生管理加算を算定している者は、算定していない者と比較して、有意に誤嚥性肺炎の既往や低栄養状態のリスクがない割合が高く、かつ食欲が高かった。さらに、口腔内の状態も、舌苔の付着状況をしめす TCI のスコアが有意に低く、誤嚥のスクリーニングテストである改訂水飲みテストの結果も良好であることが明らかになった。全身的なフレイルに先立ちオーラルフレイル、すなわち口腔機能の低下が生じ、口腔機能の低下の予防の重要性は日本老年歯科医学会による研究で明らかになっている。本調査対象は、既にフレイルやサルコペニアの状態である者が多いが、このような対象群であっても口腔衛生管理を通じ口腔機能を維持・向上することが可能であり、それが食欲の維持、低栄養状態のリスクの低下に寄与していることを示唆することができ、改めて口腔衛生、口腔機能の管理の重要性が確認されたといえる。

総括として、介護保険施設等に定期的に歯科の専門職が訪問し、施設入所者の口腔内を評価する機会が増加したことにより、必要な歯科治療を受療する契機となり、入所者の口腔衛生状態および口腔機能の改善のみならず、誤嚥性肺炎の発症の抑制、栄養状態の維持・改善といった全身的な機能に良好な影響をも及ぼしたと推測された。

介護老人福祉施設の重度認知症高齢者における
簡易な摂食嚥下機能評価と死亡との関連：
1 年間の前向きコホート研究

1. 緒言

終末期ケアにおいてアドバンスケアプランニング(ACP)の概念が注目されている。ケアプランの立案の際には生命予後を考慮する必要があるが、非がん疾患の進行は多様であり、予後の予測は困難である。認知症における摂食嚥下機能障害は、QOL や生命予後に影響を与えることから、終末期ケアにおいて重要な評価項目である。しかし、介護現場で日々変化する摂食嚥下機能を専門職が頻繁に評価することは困難である。そのため、介護現場でも実施可能な予知性のある摂食嚥下機能評価を明らかにし、その結果を基に、予後を見据えたケアを実践する必要があると考えた。そこで我々は、簡易で予知性のある摂食嚥下機能評価を検討する目的で、介護老人福祉施設入所高齢者で経口摂取が可能な者を対象に、簡易な摂食嚥下機能評価と死亡との関係を検討した。

2. 方法

2.2 対象者

愛知県の5つの介護老人福祉施設に入所する本研究参加への同意の得られた325名の要介護高齢者を対象に、2016年6～12月にベースライン調査を行った。ベースライン調査で非経口摂取であった7名、ベースライン調査後に生存退所し、1年後に施設に居住していない6名を除外した312名(男性64名、女性248名、平均年齢 85.2 ± 7.6 歳)を解析の対象者とした。ベースライン調査の1年後に、死亡に関する情報を収集した。本研究は日本の国立長寿医療研究センター、倫理利益相反委員会の審査承認(No. 605)を得て実施した。

2.3 調査項目

年齢、性別、身長、体重及び既往歴(呼吸器疾患、誤嚥性肺炎、脳血管障害、循環器障害、腫瘍性疾患、鬱病、糖尿病)、生活機能(BI)、認知症重症度(CDR)、栄養状態(MNA[®]-SF)、食形態、SMIを調査した。

2.3.1 簡易な摂食嚥下機能評価

指示に従命可能で各項目の評価基準を満たす場合を良好とし、指示に従命困難な場合や各評価基準を満たさない場合を不良と評価した。

I. 咬筋の緊張度の触診 (PMMT)

Ohara らの方法を参考に、咬筋の緊張を強く触知できた場合を良好とした。

II. 構音の評価

/pa/, /ta/, /ka/ のいずれかの音を明瞭に発音できた場合を良好と評価した。

III. 舌運動、リンスング機能、ガーグリング機能

Sato らの方法を参考に評価した。

IV. 改訂水飲み試験 (MWST)

Sakai らの方法を参考に、MWST のスコアが 4 以上を良好、試験が完遂できなかった対象者、MWST のスコア 3 以下及び頸部聴診法で咽頭嚥下音に湿性音、泡沫音が生じた場合を不良とした。

2.4 統計解析

調査項目の比較を χ^2 検定、Mann-Whitney U-test で分析した。各摂食嚥下機能評価の結果を Kaplan-Meier 法で 2 群間の累積生存率を求め、Log rank test で解析をした。また、簡易な摂食嚥下機能評価と死亡との関連を検討するために Cox 比例ハザードモデルによる検討を行った。全ての統計解析は SPSS 23 を用いた。P<0.05 を統計的有意水準とした。

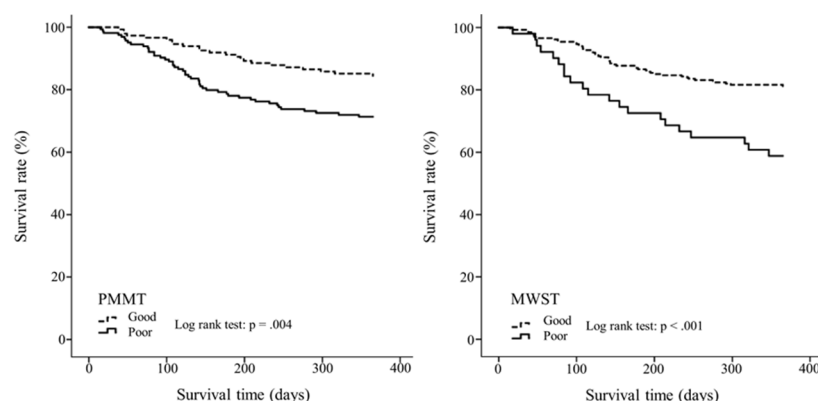
3. 結果

1 年間の follow-up 後、生存群は 77.6% (242 名)、死亡群は 22.4% (70 名) であった。死亡群における観察期間は平均 145.7±86.1 日間であった。

対象者特性の比較では、死亡群の年齢(平均 86 歳)、脳血管疾患の既往(あり;45%)、BI(平均スコア 23.9)、MNA®-SF(平均スコア 7.8)、SMI(平均スコア 4.5)、CDR(≥スコア 2:87%)は生存群との間に有意差を認めた。食形態では、生存群において普通食、死亡群では極刻み食の該当者が有意に多い結果であった。また、すべての摂食嚥下機能評価は死亡群で有意に不良であった。

Cox 比例ハザードモデルでは、年齢、性別、既往歴、BI、CDR、MNA®-SF、SMI を調整し、すべての摂食嚥下機能評価を独立変数として投入した結果、年齢(HR:1.04, 95%CI: 1.01-1.08)、男性(3.01, 1.53-5.93)、脳血管疾患の既往(1.73, 1.05-2.86)、PMMT(1.91, 1.05-3.46)、MWST(1.81, 1.01-3.24)が死亡発生と有意に関連していた。

Cox 比例ハザードモデルの結果で有意差が認められた PMMT と MWST に関して、Kaplan-Meier 法による生存曲線の結果を示す(図)。Log rank test の結果、不良群と良好群との間で生存期間に有意差が認められた。



図：簡易な摂食嚥下機能評価における Kaplan-Meier 法による生存曲線

4. 考察

本研究は簡易な摂食嚥下機能評価に着目して、介護老人福祉施設の重度認知症高齢者における摂食嚥下機能評価と1年間の死亡発生との関連を検討した。その結果、PMMT、MWSTが独立して死亡発生と関連していたことを初めて明らかにした。

PMMTは咀嚼能力を表す最大咬合力や咬筋厚、ADLや栄養状態との関連が報告されている。しかし、PMMTと死亡発生との関連を示す報告はない。PMMTの評価に影響する要因として、認知症の重度化による口腔顔面失行、咬合支持の喪失、食形態の低下が考えられる。本研究では重度認知症高齢者が多く、死亡群において極刻み食の摂取者が有意に多かった。摂食嚥下機能の低下は、食形態に影響すると考えられる。食形態の低下は咬筋の不活動に繋がるため、咬筋量が減少すると考えられる。食形態が低下することで十分な栄養摂取ができず、栄養状態が不良になることも推測される。すなわち、PMMTの低下は死亡発生に関連することが示唆される。

これまで死亡発生との関連が報告されている指標として下腿周囲長(CC)やBMIがあるが、CCは検査時に下腿の浮腫の影響を受けやすく、BMIは測定機器に移動するリスクを伴う。一方で、PMMTはベッドサイドで簡便に筋肉の活動についても把握できるため、結果を食事の形態や介助方法などケア内容に反映できると考えられる。

MWSTは少量の飲水で嚥下機能障害を高い感度、特異度を検出できるため、施設入所者の嚥下機能障害のスクリーニング評価として有用である。重度認知症高齢者における嚥下機能障害は、脱水や栄養状態の低下、免疫機能の低下に繋がるだけでなく、窒息や誤嚥、感染症や電解質の異常など生命予後に影響を与える重篤な状態を引き起こすとされており、本研究結果はこれら報告を裏付けるものと考えられる。

重度認知症高齢者の死亡前120日間では、半数に摂食嚥下障害の発症を認める報告がある。これら随伴症状を考慮し、快適な口腔内環境を作り、苦痛を与えないように本人の望む

食事を支援することが質の良い終末期に繋がると考えられている。PMMT、MWST は介護者が日常的に評価でき、変化をリアルタイムに把握することで、ケアプランの見直しに繋げることができる。したがって、本人の望む終末期ケアと実際のケアが乖離している期間を少なくすることができるかもしれない。

重度認知症高齢者の終末期ケアでは、今までの本人の人生の価値観に沿ったケアについて、家族を含めたチームで議論することが重要である。ケア方針の決定に際して、具体的な予後の予測に基づくことでより良い終末期ケアにつながると考える。PMMT、MWST の結果はACPのきっかけや、専門的な評価に繋ぐことの根拠になると考えられる。これらの評価は介護職や家族でも行える日常の観察評価であり、ケアプランを見直すべき根拠あるきっかけを提供するかもしれない。

5. 結論

介護老人福祉施設の重度認知症高齢者を対象とした簡易な摂食嚥下機能評価のうちPMMT、MWSTの低下は1年間の死亡発生と関連していた。これらの評価は死亡発生を予測できる日常の観察評価として有用であり、ACPを実施すべき根拠あるきっかけを介護現場に提供できる可能性が示唆された。

V 介護保険施設における協力歯科医療機関の あり方に関する調査

1. 調査の目的

介護保険施設における協力歯科医療機関の果たす役割と期待される効果を明確にすることを目的として、郵送調査ならびに面接調査を実施した。

2. 調査対象

平成 30 年度老人保健健康増進等事業で実施した全国郵送調査から抽出した介護保険施設ならびに協力歯科医療機関各 315 件に、自記式質問調査票を郵送した。

調査票の返送があった介護保険施設 126 件、協力歯科医療機関 141 件のうち、ヒアリング調査に協力可能と回答した施設のなかから、介護保険施設 5 件、協力歯科医療機関 4 件を無作為に抽出し、面接調査を実施した。

また、特に介護保険施設と円滑な連携を図っている歯科医療機関 3 件における先駆的な取り組みについても面接調査を行った。

3. 調査期間

令和元年 11 月～令和 2 年 3 月

4. 調査項目

1. 郵送調査

- 1) 連携開始のきっかけ
- 2) 連携当時の状況について
- 3) 現在の連携の状況（加算の算定状況、満足度、連携方法、歯科介入対象者の決定方法、訪問の頻度、情報共有の方法）
- 4) 口腔状態や栄養状態の改善について有効だと思うサービス内容、実際に施設で実施している内容と専門職の関与、歯科専門職の関与の程度等）

2. 面接調査

- 1) 連携のきっかけ
- 2) 歯科医療機関と介護保険施設との連携状況
- 3) 口腔衛生管理体制加算および口腔衛生管理加算の算定状況とその理由
- 4) 情報共有および連携等の具体的な取り組み
- 5) 連携における課題等

5. 結果

1) 郵送調査

回答が得られたのは、介護保険施設で 126 件（回収率：40.0%）、協力歯科医療機関で 141 件だった（回収率：44.7%）。なお、今回返送があったもののうち、介護保険施設と協力歯科医療機関が対応できていたのは、39 ペアのみであったため、回答のあったすべての介護保険施設および協力歯科医療機関のデータを分析対象とした。

(1) 契約してからの年数

契約してからの年数は、介護保険施設では、1～5 年が 26.2%（33 件）と最も多く、ついで 6～10 年の 24.6%（31 件）であった。一方、協力歯科医療機関では、1～5 年が 23.4%（33 件）と最も多く、ついで 6～10 年の 22.0%（31 件）だった。

表 1 契約してからの年数 (年)

	介護保険施設		協力歯科医療機関	
	n	%	n	%
1 年未満	3	2.4	0	0.0
1-5 年	33	26.2	33	23.4
6-10 年	31	24.6	31	22.0
11-15 年	15	11.9	15	10.6
15 年以上	22	17.5	22	15.6
未回答	22	17.5	40	28.4
合計	104	100	141	100

(2) 連携開始のきっかけ

連携を開始するきっかけは、双方の回答共に介護保険施設側から多かった。

表 2 連携開始のきっかけ

	介護保険施設		協力歯科医療機関	
	n	%	n	%
歯科医療機関から	12	10.0	22	15.6
介護保険施設から	108	90.0	102	72.3
不明・未回答	6	6	17	12.1
合計	126	100	141	100

歯科医療機関から最初の働きかけを行ったのは、介護保険施設側からの回答では、歯科医師が 9 件、歯科医師会と回答したのは 2 件、協力歯科医療機関側からの回答では、歯科医師と回答したのが 19 件だった。対応したのは誰かについては、介護保険施設側からの回答では、施設長が 16 件、生活相談員および看護師が各 4 件だった。協力歯科医療機関側からの回答では、施設長が 16 件、生活相談員が 4 件だった。

表 3 歯科医療機関からの働きかけ（複数回答）

		介護保険施設 (n=12)	協力歯科医療 機関 (n=22)
最初の働きかけ	歯科医師	9	19
	歯科医師会	2	2
	その他	1	2
対応したのは	施設長	16	16
	生活相談員	4	4
	看護師	4	6
	施設に勤務する歯科衛生士	2	0
	介護職員	2	3
	その他	2	1

一方、介護保険施設からの働きかけを行ったのは、介護保険施設、歯科医療機関共に、施設長が 68 件と最も多く、次いで生活相談員の 10 件だった。対応したのは、ともに歯科医師が主だった。

表 4 介護保険施設から働きかけ（複数回答）

		介護保険施設 (n=108)	協力歯科医療機 関 (n=102)
最初の働きかけ	施設長	68	73
	生活相談員	11	7
	看護師	10	13
	施設に勤務する歯科衛生士	6	3
	介護職員	2	10
	その他	26	11
対応したのは	歯科医師	88	96
	歯科衛生士	10	7
	歯科医師会	9	2
	その他	7	3

介護保険施設側が連携を働きかけた理由としては、「必要性を感じたから」が、75.2%で最も多く、次いで、「法人全体として導入することになったから」の18.8%だった。

表5 介護保険施設から連携を働きかけた理由

	n	%
必要性を感じたから	88	75.2
法人全体として導入することになったから	22	18.8
その他	7	6.0
合計	117	100

(3) 連携当時の状況について

連携当時の歯科の介入対象者の決め方は、介護保険施設側からの回答では、「施設側が決める」が42.4%（53件）、「入所者全員を対象としている」が44.0%（55件）だった。その他としては、「家族様、本人様からの要望があった時」、等があった。一方、協力歯科医療機関側からの回答では、「施設側が決める」が65.1%（95件）、「入所者全員を対象としている」が23.3%（34件）だった。その他としては、「年2回健診し、その都度介入者を選定」等があった。

表6 歯科の介入対象者の決定方法（連携開始時）

	介護保険施設		協力歯科医療機関	
	n	%	n	%
施設側が対象者を決める	53	42.4	95	65.1
入所者全員を対象としている	55	44.0	34	23.3
その他	17	13.6	17	11.6
合計	125	100	146	100

訪問の頻度は、介護保険施設側からの回答では、訪問の頻度は、平均月 3.7±2.6 回で、月 4 回以上の訪問回数が 49.6% (58 件) と約半数であった。

協力歯科医療機関側からの回答では、平均月 3.4±2.5 回で、月 4 回以上の訪問回数が 57.6% (76 件) と約半数であった。

訪問時に対応していた職種としては、介護保険施設側からの回答では、看護師と介護職が平均 1.8 名と多かった。その他に記述があった職種は、管理栄養士、介護支援専門員、機能訓練指導員等であった。一方、協力歯科医療機関からの回答では、介護職が平均 3.5±6.4 名で最も多かった。その他に記述があった職種は、栄養士・管理栄養士 (14 件) であった。

表 7 訪問の頻度 (連携開始時)

	介護保険施設		協力歯科医療機関	
	n	%	n	%
月 1 回未満	2	1.7	1	0.8
月 1 回	29	24.8	28	21.2
月 2 回	22	18.8	18	13.6
月 3 回	6	5.1	9	6.8
月 4 回以上	58	49.6	76	57.6
合計	117	100	132	100

表 8 歯科訪問時に対応する職種 (連携開始時) 単位：人

	介護保険施設		協力歯科医療機関	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差
看護師	1.8	2.8	1.5	1.2
介護職	1.8	2.4	3.5	6.4
施設に勤務する歯科衛生士	1.0	0.9	0.5	0.7
生活相談員	1.0	0.4	1.2	1.1

連携時開始時に工夫したこととしては、診療のための場所の工夫といった環境整備のほか、情報共有に関すること、家族への説明等が挙げられていた。

表 9 歯科との連携開始の際に工夫したこと（自由記述・抜粋）

【介護保険施設側】
・医師からの助言書や指示書の作成、検討
・診療を開始する方の情報のやりとり
・診療する場所の工夫（水道の近く、移動しやすいところなど）
・施設内の会議に参加してもらい、意見交換の場を作った。
・都合のつく時間帯の往診（歯科診療に問題ない時間に来てもらえるようにした）
・TEL、FAX 等で事前に依頼する、情報を伝える。
・口腔ケアアセスメント票作成
・施設用の歯科カルテ作成
・ご利用者、及びそのご家族に対して、口腔ケアの重要性を文書、さらに口頭にて説明、同意を得た。
・家族様への統一した説明内容
・現状の説明、理解していただくこと。
・施設全体で口腔ケアの意識を高めるため、勉強会等を実施した。
・施設側の意見をまとめてしっかり伝える。（進め方の希望、診療代（個人分）の支払方法等）
・歯科医と職員がなるべく関係性をつくり何でも話しやすくできるようにする。
・事前に往診を受ける入居者をリストアップし、往診内容、状態についてメールで情報を送る。
・事前に目的や訪問時間、書式など関係する事項を一緒に検討して進めた。
・情報提供（持病、薬科情報、性格など）
【協力歯科医療機関側】
・嚥下機能に力を入れたいので、管理栄養士の参加を求めた。
・歯科が介入することを全職員に周知してもらい、気になる点等を気軽に質問してもらえるような雰囲気を作った。
・施設側の窓口を明確にすること。
・主任クラスのメンバーと月 1 回カンファレンスを開く約束をしている。
・キーパーソンの確認等ができる訪問診療申込書を作成した。
・家族の理解、治療の承認を必ずもらう。
・口腔ケアの重要性や嚥下障害に対するリハビリの重要性をスライドを使用し、プレゼンしたこともあります。
・口腔ケアを広げるため口腔ケア委員会をつくることに工夫した。
・口腔内に関心をもってもらえるよう良い点、悪い点を 1 人ずつ直接指導を行ったり、メモとしてイラストや文章で磨き方などを残すようにしました。
・施設の開設と同時期でしたので、職員との顔合わせも含めて、口腔ケアの勉強会、研修会を数回開催した。
・施設側の歯科衛生士とメールにて密に情報交換を行う。
・申し送りノート導入

歯科が訪問することによって苦勞したこととしては、人的資源や場所の確保、時間の調整などが多く挙げられた。

表 10 歯科が訪問することによって苦勞したこと（自由記述・抜粋）

【介護保険施設側】
・施設側には、器具、器材が全てそろっているわけではない。
・大きいエンジンの音があるため診察ができる部屋がなく入所者が落ち着かなくなる。
・急に診て欲しい時に来てもらえないこと。
・歯科関係者（職員）が特養、ショートの違いを知らないこと。
・どの利用者も万遍なく診察を受けられるよう調整すること。
・歯科医師同士、歯科衛生士同士の意見の相違などの仲介には苦勞しました。
・対応する看護職員又は歯科衛生士を配置すること（人手）。
・他のフロアの利用者様の誘導が必要。認知症等により動かれる方や治療に抵抗される方も多く、職員の付き添いが必要。
・ユニットの維持費（修繕、買い替え）。
・看護師の勤務調整、介護職員への指導
・治療の場所の確保
・歯科往診時に介護職員が対応しなければならず、現場が手薄になる。
・歯科治療時間に合わせ、おやつ、入浴時間の変更が必要となる
【協力歯科医療機関側】
・月 4 回のケアが大変だった（当時）
・治療の依頼がなければ、管理体制+衛生管理の口腔ケアはしているのに、歯科医院側にメリットが一切なかったこと。
・認知症の進行された方の意思疎通が困難で対応に苦慮した。
・こちらの知識、経験不足による対応不可のケースの出現
・施設の職員の理解度も低く、ケアの向上はなかなかできなかった。
・ユニットを設置が出来ないので治療しづらい。
・医療的な判断と、入居者本人、家族の希望との相違を理解してもらうのが難しい。
・診療する際の光源が少なく、口腔内以外は暗い環境で治療に苦勞した。
・家族への説明
・介護職の口腔ケアに対する知識が乏しく、状態の説明、口腔ケア指導が難しかった。
・患者との意思疎通が困難なこと。
・看護師は理解していても、現場のヘルパーに周知されていないことが多い。
・口腔ケアの大切さを伝えること。
・口腔ケアや摂食嚥下障害への対応等に対して、経験不足、知識不足を補う自助努力が必要だった。
・施設の特定スタッフが介助につかないと診療にならないこと。
・時間的に都合が合わないことがある。
・常勤（介護職）はいるが交代制で連絡がとりにくい。
・情報伝達（家族との連絡など）の方法
・対象者の口腔情報が職員間で共有されていないことが多く、説明を何度も行かざるを得なかった。

(4) 現在の協力歯科医療機関とのかかわりについて

現在の介護保険施設から歯科医療機関に対しては、「満足」が 59.2%で、「やや満足」の 21.6%と合計すると 8 割以上が満足していた。一方、協力歯科医療機関から介護保険施設に対しては、「満足」が 37.5%で、「やや満足」の 33.1%と合計すると 7 割以上が満足していた。

表 11 相互の満足度

	介護保険施設		協力歯科医療機関	
	n	%	n	%
満足	74	59.2	51	37.5
やや満足	27	21.6	45	33.1
普通	14	11.2	27	19.9
やや不満	9	7.2	13	9.6
不満	1	0.8	0	0.0
合計	125	100	136	100

介護保険施設が満足である理由としては、口腔衛生状態の改善といった利用者直接的な効果、対応力やコミュニケーションによるものが挙げられた。不満の内容として、訪問回数や時間の不足によるものが挙げられた。協力歯科医療機関の満足である理由としては、施設側職員の関心度が、不満の内容として、介護職員との連携や口腔ケアに対する意識に関する問題が挙げられていた。

表 12 満足・不満足の原因（自由記述・抜粋）

肯定的
【介護保険施設】
・ 家族への説明や職員への口腔ケアの指導などをわかりやすく説明してくれる。
・ やさしい、質問しやすい。職員への勉強会にも協力的である。
・ 治療が適切。・ 認知症の方への理解が得られる。
・ 急な診察依頼にも対応をしていただける。
・ ミールラウンドを行い、各職種間の意見交換ができ、歯科医師のアドバイスを受けやすい。
・ こちらが出来ない歯の問題についてカバーしていただいているため。
・ こちらの問い合わせにも応じてくれて、相互のやりとりが円滑に行われている。
・ 利用者の口腔内の清潔が保持されている。
・ 口腔内の清潔が向上し、病気へのリスクが軽減できている。
・ 個人毎の状態を詳しく説明してもらいケアの方向を指導してもらっている
・ 施設内で開いている口腔ケア委員会にも参加、細かい情報が共有できる。
【協力歯科医療機関】
・ 可能な限りこちらの都合を優先してくれている。
・ ナースには申し送りした内容が伝わっている。
・ コミュニケーションがある程度とれている。

・しっかりと口腔に関心をもって対応いただいているため
・一部のスタッフのみにしか伝わっていない。
・介護スタッフが歯科に関して興味を持ってくれたから。
・介護スタッフも積極的に食支援に参加している。
・患者の状態を報告してくれるので、処置が適切に迅速にできる。
・口腔ケアの意義を認めてもらっている。
・口腔ケアの大切さを理解してもらえている。
否定的
【介護保険施設】
・往診はお昼休みの時間を利用して来園をお願いしているので、時間が足りない。
・歯科医師にも介護保険の内容を学んでほしい。
・訪問回数が少ないため、義歯の新製や急な痛みに対応してもらえない。
・入所者全員を見て欲しい。月2回の訪問を希望するが「難しい」とのこと。
【協力歯科医療機関】
・まだまだ連絡がうまくいっていない。
・以前の相談員が異動になり、現在の職員が無関心で協力的でない
・もう少し、歯科の知識を身につけて欲しい（職員に対して）。
・介護職員によって歯科に対しての認識度に格差がある。
・管理栄養士との連携がまだ構築されていない。
・口腔ケアを希望する入所者だけの介入で、また連携も不十分で、施設側の対応に限界を感じる。人員不足も感じる。

施設のリハビリ職員、栄養士と協力歯科医療機関の連携状態について、担当者と直接連携していると回答していたのは、管理栄養士では、ともに3割程度であった。リハビリ職員では、協力歯科医療機関側の回答で5割を超えていた。一方、「連携していない」が、介護保険施設側の回答ではリハビリ職員が、協力歯科医療機関側の回答では、栄養士が5割を超えていた。

表 13 施設職員との協力歯科医療機関との連携状況

	介護保険施設				協力歯科医療機関			
	リハビリ 職員		栄養士		リハビリ 職員		栄養士	
	n	%	n	n	%	n	%	n
代表者を通じて連携している	22	17.7	31	25.0	18	13.2	22	15.7
担当者と直接連携している	43	34.7	45	36.3	73	53.7	51	36.4
連携していない	59	47.6	48	38.7	45	33.1	67	47.9
合計	124	100	124	100	136	100	140	100

現在の歯科の介入対象者の決定方法としては、介護保険施設、協力歯科医療機関ともに半数が施設側で対象者を決めていた。その他としては、ご本人やご家族の希望が挙げられていた。

表 14 歯科の介入対象者の決定方法（現在）

	介護保険施設		協力歯科医療機関	
	n	%	n	%
施設側が対象者を決める	62	47.3	101	68.2
入所者全員を対象としている	50	38.2	23	15.5
その他	19	14.5	24	16.2
合計	131	100	148	100

現在の協力歯科医療機関の訪問頻度は、ともに、月4回以上が5割を超えていた。

表 15 協力歯科医療機関の現在の訪問頻度

	介護保険施設		協力歯科医療機関	
	n	%	n	%
月1回未満	2	1.7	2	1.5
月1回	26	21.8	28	21.1
月2回	24	20.2	18	13.5
月3回	6	5	9	6.8
月4回以上	61	51.3	76	57.1
合計	119	100	133	100

介護保険施設と協力歯科医療機関との連絡方法は、電話が8割以上と最も多く、次いでFAXが4割以上であった。

表 16 連絡方法（複数回答）

	介護保険施設 (n=122)		協力歯科医療機関 (n=137)	
	n	%	n	%
メール	20	16.4	19	13.9
電話	101	82.8	118	86.1
FAX	48	39.3	68	49.6
訪問	32	26.2	30	21.9
その他	4	3.3	2	1.5

協力歯科医療機関および家族との情報共有の方法については、紙媒体によるものが、最も多かった。その他の方法としては、協力歯科医療機関の場合は口頭や電話、家族の場合は、介護支援専門員や生活相談員からの電話や口頭による説明が挙げられた。

表 17 情報共有の方法（複数回答）

	介護保険施設 (n=122)				協力歯科医療機関 (n=136)			
	協力歯科医療機関		家族		介護保険施設		家族	
	n	%	n	%	n	%	n	%
電子媒体	19	15.6	7	5.6	9	6.7	2	1.5
紙媒体	108	88.5	77	62.1	129	95.6	100	73.5
その他	16	13.1	61	49.2	7	5.2	48	35.3

歯科診療に関する記録は、介護保険施設側からの回答では、施設にカルテを保管していると回答していたのが 54.1%（66 件）で約半数を占めたが、協力歯科医療機関側からの回答では、歯科カルテが 92.6%であった。その他としては、ケース記録への記載、連絡帳の活用などが挙げられていた。

表 18 歯科診療に関する記録の扱い（複数回答）

	介護保険施設 (n=122)		協力歯科医療機関 (n=136)	
	n	%	n	%
歯科カルテ	51	41.8	126	92.6
施設に置いてあるカルテ	66	54.1	40	29.4
その他	35	28.7	31	22.8

情報共有に関して工夫していることについて自由記述による記載を求めたところ、口腔ケア委員会への歯科医師、歯科衛生士の参加、ファイルによる情報の共有、画像の共有などが挙げられていた。

表 19-1 情報共有における工夫【介護保険施設】（自由記述 抜粋）

・カルテにも行ったことを記載する。
・申し送りにも伝達する。
・口腔内の状態画像をFAXで送る。
・担当職員を配置するし、窓口を一本化している。
・関連する職種が歯科診療に携われるようにしている。
・家族には、直接口腔内を見てもらい誤解のないよう状況説明を行い、歯科の治療が必要なこと、治療の方法や放置した場合の弊害等について詳しく説明を行っている。
・ファイル2冊用意し、医務室、事務室に常備している。
・ファイルを準備し、その日に行った治療やコメントを書いていってもらっている。何かあった時、それを見ると分かりやすい。
・共通認識しやすい言語で職員へ展開する。
・月に1回、歯科衛生士、看護師、介護士でケアの方法を話し合い、技術的助言及び指導内容を全職員に周知している。
・月に1回の委員会に歯科医師、歯科衛生士さんにも参加頂いています。いつでも相談できる体制がある。
・現場スタッフから歯科医師や歯科衛生士に積極的に声掛けし、ケア内容等を記録に残している。
・口腔ケア、マネジメント計画書の作成後、話しをする機会をつくっている。（月1回）
・口腔ケア委員会（歯科医師、施設雇用の歯科衛生士、看護師、管理栄養士、介護職員、理学療法士）1回／月（2h）において、利用者の口腔アセスメント、摂食嚥下機能、食形態、職員研修などについて話し合い、内容を全職員へ報告している。
・口腔ケア指導に関しては、共通の様式を用意し、担当の介護職員が記入し、ユニット内で共有するようにしている。
・指導内容をわかりやすく介護職員に伝達していく。
・施設全体には共有ファイルを通して、ユニットリーダー会議でも重要事項を伝えている。
・治療の結果や方針について、多職種が連携できる体制を整えている。看護師中心であるが、口腔ケア委員会として情報共有、伝達などを密に行っている。
・情報を伝える際、歯科衛生士に介入してもらい、歯科医が欲しい情報を伝えられるようにしている
・窓口の一本化（担当者間でのやりとりをする。）
・必要に応じてメールにて写真データを情報提供し、円滑に診察が行えるように工夫している。
・訪問回数が多いため、入所者の状態変化など細かな情報や、入退院も都度伝えるようにしている。緊急な場合は、電話で連絡を入れている。
・現場介護スタッフに担当者を設けている。（120名の利用者に対し4名の担当）

表 19-2 情報共有における工夫【協力歯科医療機関】（自由記述 抜粋）

・ 具体的指示はユニットリーダー（介護職）に直接行う。
・ 入所時に口腔内写真データ作成。
・ 1 日の最終の連絡は看護師に伝えるようにしている。
・ コピーして 1 部ずつこちらとお互い保管している。
・ なるべく誰が見ても理解されやすい言葉や表現を使用し、担当者にも直接説明をする。
・ ミールラウンドや口腔ケア会議をしている。
・ 患者のサマリー、既往歴、投薬等の情報は患者の診療前にもらっている。
・ 月 1 回の訪問時のカンファレンスに職員に参加してもらっている。
・ 個人別に共有カルテがあり、どの職種も見ることができる。
・ 口腔ケア後、口腔ケア記録用紙に口腔内の状態、構音機能の状態、治療内容、治療予定、口腔ケア指導等を記入し、施設にもコピーを渡し、看護師、介護士、家族に共有してもらう。
・ 口腔内写真をプリントしてもらい治療計画を立てる。
・ 施設から家族への連絡を密にとってもらっている。
・ 書面での説明に加えて、必ず口頭でも説明する。（入所者、家族、施設スタッフなどに対して）
・ 連絡ノートを入所者の部屋に置いてある。
・ 施設の歯科衛生士より書面で情報を通知してもらっている。
・ 信頼を得る事
・ 最初に口腔内写真をとっておく→なにかあれば写真、ビデオなどで記録しておく。

協力歯科医療機関から施設への指導方法では、個別指導が双方とも 9 割以上と最も多く、次いで、研修会を開催だった。その他として、月 1 回の歯科衛生士からの書面による助言、口腔ケア委員会への参加等が挙げられていた。

表 20 協力歯科医療機関からの指導の方法（複数回答）

	介護保険施設 (n=120)		協力歯科医療機関 (n=137)	
	n	%	n	%
その場で個別指導	108	90.0	126	92.0
集団指導	21	17.5	28	20.4
研修会を開催	44	36.7	72	52.6
その他	10	8.3	10	7.3

現在の加算の算定状況については、介護保険施設側からの回答では、口腔衛生管理体制加算を算定している施設が 70.6% (89 件) と最も多く、次いで、口腔衛生管理加算が 45.1% (59 件) だった。一方、協力歯科医療機関側からの回答では、口腔衛生管理体制加算が 48.9% (69 件) で最も多く、次いで、「分からない」が、32.6% (46 件) だった。

表 21-1 各種加算の算定状況 (複数回答)

	介護保険施設 (n=126)		協力歯科医療機関 (n=141)	
	n	%	n	%
口腔衛生管理体制加算	89	70.6	69	48.9
口腔衛生管理加算	59	46.8	41	29.1
経口維持加算	46	36.5	30	21.3
経口移行加算	13	10.3	12	8.5
わからない	6	4.8	46	32.6

各加算の算定状況と施設での集団指導・研修会の実施状況の関連を検討したところ、口腔衛生管理体制加算を算定している介護保険施設ほど協力歯科医療機関が集団指導・研修会を実施している割合が有意に高かった。

表 21-2 加算の有無と協力歯科医療機関の介護保険施設への指導方法

		集団指導・研修会の実施				p 値
		あり (n=49)		なし (n=53)		
		n	%	n	%	
口腔衛生管理体制加算	あり	47	95.9	42	79.2	0.016
口腔衛生管理加算	あり	16	32.7	20	37.7	0.680
経口維持加算	あり	19	38.8	27	50.9	0.238
経口移行加算	あり	4	8.2	9	17.0	0.240

(5) 口腔関連サービスについて

口腔状態や栄養状態等の改善に有効だと思うもの、実際に施設で実施しているものについて回答を求めた。

口腔衛生状態の改善については、有効だと思うものは、介護保険施設・協力歯科医療機関ともに「介護職員の問題意識」、「歯科医師の助言・指導」、「歯科衛生士の助言・指導」の順であった。施設は51.6%（65件）だった。しかし、実施状況と乖離が見られたのは、「介護職員の問題意識」、「適切な評価方法」だった。また、歯科医療機関側からの回答で、「看護師の助言・指導」が「有効」と回答していたが、「実施している」という回答は、28.4%にとどまっていた。

表 22 口腔衛生状態の改善（複数回答）

	介護保険施設 (n=126)				協力歯科医療機関 (n=141)					
	有効だと思う		実施している		有効だと思う		実施している		実施か不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の問題意識	113	89.7	100	79.4	125	88.7	84	59.6	10	7.1
適切な評価方法	81	64.3	51	40.5	85	60.3	50	35.5	17	12.1
施設内での研修会の開催	91	72.2	65	51.6	101	71.6	78	55.3	7	5.0
医師の助言・指導	43	34.1	26	20.6	57	40.4	17	12.1	24	17.0
歯科医師の助言・指導	105	83.3	96	76.2	124	87.9	122	86.5	3	2.1
看護師の助言・指導	67	53.2	65	51.6	78	55.3	40	28.4	17	12.1
歯科衛生士の助言・指導	103	81.7	89	70.6	121	85.8	114	80.9	5	3.5
栄養士の助言・指導	39	31.0	31	24.6	44	31.2	13	9.2	23	16.3

むし歯の減少については、有効だと思うもの、実施しているもの、ともに歯科医師および歯科衛生士の助言指導が、最も多かった。しかし、実施状況と乖離が見られたのは、「介護職員の問題意識」、「適切な評価方法」であった。

表 23 むし歯の減少 (複数回答)

	介護保険施設 (n=126)				協力歯科医療機関 (n=141)					
	有効だと思う		実施している		有効だと思う		実施している		実施か不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の問題意識	83	65.9	49	38.9	107	75.9	67	47.5	17	12.1
適切な評価方法	52	41.3	30	23.8	50	35.5	28	19.9	20	14.2
施設内での研修会の開催	42	33.3	23	18.3	74	52.5	53	37.6	13	9.2
医師の助言・指導	20	15.9	11	8.7	26	18.4	8	5.7	27	19.1
歯科医師の助言・指導	99	78.6	79	62.7	125	88.7	115	81.6	6	4.3
看護師の助言・指導	39	31.0	32	25.4	35	24.8	18	12.8	24	17.0
歯科衛生士の助言・指導	95	75.4	76	60.3	118	83.7	110	78.0	5	3.5
栄養士の助言・指導	20	15.9	13	10.3	25	17.7	8	5.7	24	17.0

義歯使用率の増加については、有効だと思うものは、歯科医師および歯科衛生士の助言指導が、最も多かった。しかし、実施については、歯科医師の実施について、協力歯科医療機関は 82.3%と回答していたが、介護保険施設の回答は 56.3%にとどまっていた。また、協力歯科医療機関からの回答の中で「介護職の問題意識」や「適切な評価方法」は、「有効」と「実施」との間に乖離がみられた。

表 24 義歯使用率の増加 (複数回答)

	介護保険施設 (n=126)				協力歯科医療機関 (n=141)					
	有効だと思う		実施している		有効だと思う		実施している		実施か不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の問題意識	69	54.8	49	38.9	100	70.9	54	38.3	17	12.1
適切な評価方法	20	15.9	24	19.0	57	40.4	27	19.1	21	14.9
施設内での研修会の開催	36	28.6	23	18.3	69	48.9	48	34.0	13	9.2
医師の助言・指導	16	12.7	13	10.3	32	22.7	8	5.7	29	20.6
歯科医師の助言・指導	97	77.0	71	56.3	124	87.9	116	82.3	4	2.8
看護師の助言・指導	38	30.2	32	25.4	45	31.9	25	17.7	22	15.6
歯科衛生士の助言・指導	85	67.5	64	50.8	100	70.9	94	66.7	6	4.3
栄養士の助言・指導	24	19.0	16	12.7	40	28.4	13	9.2	24	17.0

摂食嚥下機能の改善については、有効だと思うもので割合が高かったのは、介護保険施設側は栄養士の助言・指導の 77.0%（97 件）だったが、協力歯科医療機関側は、「歯科医師の助言・指導」の 85.1%（120 件）であり、認識に違いがみられた。適切な評価方法について介護保険施設側は、74.6%（94 件）が実施していると回答しているが、協力歯科医療機関は 27.7%（39 件）が実施していると回答しており、こちらも認識に違いがみられた。

表 25 摂食嚥下機能の改善 （複数回答）

	介護保険施設 (n=126)				協力歯科医療機関 (n=141)					
	有効だと思う		実施している		有効だと思う		実施している		実施か不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の問題意識	96	76.2	79	62.7	97	68.8	55	39.0	20	14.2
適切な評価方法	87	69.0	94	74.6	83	58.9	39	27.7	19	13.5
施設内での研修会の開催	82	65.1	56	44.4	89	63.1	50	35.5	17	12.1
医師の助言・指導	74	58.7	42	33.3	89	63.1	29	20.6	30	21.3
歯科医師の助言・指導	81	64.3	56	44.4	120	85.1	92	65.2	6	4.3
看護師の助言・指導	82	65.1	78	61.9	92	65.2	42	29.8	25	17.7
歯科衛生士の助言・指導	76	60.3	52	41.3	95	67.4	76	53.9	5	3.5
栄養士の助言・指導	97	77.0	76	60.3	83	58.9	39	27.7	24	17.0

食形態の維持改善については、有効だと思うものは、栄養士の助言・指導が多く、介護職員の問題意識の現状については、介護保険施設と協力歯科医療機関で認識に違いがみられた。

表 26 食形態の維持改善 （複数回答）

	介護保険施設 (n=126)				協力歯科医療機関 (n=141)					
	有効だと思う		実施している		有効だと思う		実施している		実施か不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の問題意識	97	77.0	79	62.7	92	65.2	58	41.1	13	9.2
適切な評価方法	84	66.7	64	50.8	69	48.9	29	20.6	24	17.0
施設内での研修会の開催	53	42.1	56	44.4	66	46.8	36	25.5	23	16.3
医師の助言・指導	53	42.1	42	33.3	75	53.2	24	17.0	34	24.1
歯科医師の助言・指導	68	54.0	56	44.4	107	75.9	73	51.8	9	6.4
看護師の助言・指導	81	64.3	78	61.9	73	51.8	39	27.7	24	17.0
歯科衛生士の助言・指導	61	48.4	52	41.3	84	59.6	52	36.9	10	7.1
栄養士の助言・指導	103	81.7	76	60.3	118	83.7	69	48.9	17	12.1

栄養状態の維持改善については、「栄養士の助言・指導」について、介護保険施設・協力歯科医療機関ともに8割以上が「有効」としていたが、歯科医療機関からの回答では、「栄養士の助言・指導」の実施については47.5%にとどまっていた。

一方、歯科医師の助言・指導については、協力歯科医療機関の57.4%が「有効」で、39.7%が実施していると回答していたが、介護保険施設側では、37.3%が「有効」で、実際に実施されていると回答したのは、全体の18.3%にとどまっていた。

また、協力歯科医療機関の4割以上が、「適切な評価方法」および「施設内での研修会の開催」が「有効」と回答していたが、実施しているのは約2割にとどまっていた。

また、協力歯科医療機関のうちの約2割が、栄養状態の維持改善への「医師の助言・指導」の有無については、不明と回答していた。

表 27 栄養状態の維持改善 （複数回答）

	介護保険施設 (n=126)				協力歯科医療機関 (n=141)					
	有効だと思 う		実施 している		有効だと思 う		実施 している		実施か 不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の問題意識	82	65.1	70	55.6	86	61.0	53	37.6	16	11.3
適切な評価方法	75	59.5	58	46.0	70	49.6	31	22.0	22	15.6
施設内での研修会の開催	50	39.7	38	30.2	63	44.7	31	22.0	21	14.9
医師の助言・指導	77	61.1	70	55.6	104	73.8	39	27.7	30	21.3
歯科医師の助言・指導	47	37.3	23	18.3	81	57.4	56	39.7	8	5.7
看護師の助言・指導	86	68.3	83	65.9	81	57.4	47	33.3	18	12.8
歯科衛生士の助言・指導	40	31.7	25	19.8	64	45.4	41	29.1	10	7.1
栄養士の助言・指導	111	88.1	98	77.8	113	80.1	67	47.5	17	12.1

肺炎予防については、有効だと思うもので、最も多かったのは、介護保険施設側は、看護師の助言・指導、協力歯科医療機関側は、「歯科医師の助言・指導」であった。「看護師の助言・指導」の実施については、介護保険施設側からの回答では、77.8%だったが、協力歯科医療機関側からの回答では、40.4%で認識に違いがみられた。

表 28 肺炎予防 (複数回答)

	介護保険施設 (n=126)				協力歯科医療機関 (n=141)					
	有効だと思う		実施している		有効だと思う		実施している		実施か不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の問題意識	101	80.2	83	65.9	111	78.7	73	51.8	14	9.9
適切な評価方法	58	46.0	41	32.5	61	43.3	30	21.3	18	12.8
施設内での研修会の開催	83	65.9	53	42.1	90	63.8	59	41.8	14	9.9
医師の助言・指導	87	69.0	36	28.6	107	75.9	48	34.0	25	17.7
歯科医師の助言・指導	76	60.3	44	34.9	122	86.5	101	71.6	5	3.5
看護師の助言・指導	103	81.7	98	77.8	96	68.1	57	40.4	16	11.3
歯科衛生士の助言・指導	70	55.6	47	37.3	102	72.3	90	63.8	7	5.0
栄養士の助言・指導	52	41.3	42	33.3	46	32.6	27	19.1	19	13.5

窒息事故の減少については、有効だと思うもので、最も多かったのは介護職員の問題意識だった。「看護師の助言・指導」の実施については、介護保険施設側の回答では 68.3%だったが、協力歯科医療機関側の回答では 29.8%にとどまっており、認識の差が大きいことが明らかとなった。

表 29 窒息事故の減少 (複数回答)

	介護保険施設 (n=126)				協力歯科医療機関 (n=141)					
	有効だと思う		実施している		有効だと思う		実施している		実施か不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の問題意識	104	82.5	88	69.8	110	78.0	64	45.4	17	12.1
適切な評価方法	62	49.2	40	31.7	51	36.2	18	12.8	22	15.6
施設内での研修会の開催	72	57.1	46	36.5	82	58.2	36	25.5	19	13.5
医師の助言・指導	63	50.0	38	30.2	92	65.2	34	24.1	29	20.6
歯科医師の助言・指導	49	38.9	27	21.4	93	66.0	62	44.0	10	7.1
看護師の助言・指導	94	74.6	86	68.3	78	55.3	42	29.8	19	13.5
歯科衛生士の助言・指導	45	35.7	30	23.8	67	47.5	43	30.5	11	7.8
栄養士の助言・指導	56	44.4	39	31.0	68	48.2	30	21.3	22	15.6

会話の増加については、有効だと思うもので、最も多かったのは介護職員の問題意識、次いで、看護師の助言・指導であった。

表 30 会話の増加 (複数回答)

	介護保険施設 (n=126)				協力歯科医療機関 (n=141)					
	有効だと思 う		実施 している		有効だと思 う		実施 している		実施か 不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の問題意識	112	88.9	86	68.3	114	80.9	60	42.6	28	19.9
適切な評価方法	43	34.1	26	20.6	37	26.2	15	10.6	27	19.1
施設内での研修会の開催	44	34.9	22	17.5	72	51.1	24	17.0	25	17.7
医師の助言・指導	20	15.9	11	8.7	45	31.9	18	12.8	34	24.1
歯科医師の助言・指導	37	29.4	16	12.7	65	46.1	43	30.5	16	11.3
看護師の助言・指導	62	49.2	46	36.5	73	51.8	32	22.7	27	19.1
歯科衛生士の助言・指導	41	32.5	20	15.9	56	39.7	39	27.7	16	11.3
栄養士の助言・指導	28	22.2	19	15.1	22	15.6	9	6.4	27	19.1

施設内看取りの増加については、有効だと思うもの、実施しているもので、最も多かったのは看護師の助言・指導であった。歯科医師の助言・指導の実施や歯科衛生士の助言・指導の実施については、介護保険施設—協力歯科医療機関の間に認識の違いは認められなかった。

表 31 施設内看取りの増加 (複数回答)

	介護保険施設 (n=126)				協力歯科医療機関 (n=141)					
	有効だと思 う		実施 している		有効だと思 う		実施 している		実施か 不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
介護職員の問題意識	81	64.3	65	51.6	90	63.8	38	27.0	33	23.4
適切な評価方法	48	38.1	38	30.2	28	19.9	13	9.2	28	19.9
施設内での研修会の開催	77	61.1	52	41.3	61	43.3	19	13.5	27	19.1
医師の助言・指導	95	75.4	69	54.8	101	71.6	37	26.2	36	25.5
歯科医師の助言・指導	30	23.8	14	11.1	34	24.1	19	13.5	20	14.2
看護師の助言・指導	96	76.2	74	58.7	90	63.8	30	21.3	32	22.7
歯科衛生士の助言・指導	27	21.4	17	13.5	27	19.1	11	7.8	20	14.2
栄養士の助言・指導	43	34.1	33	26.2	20	14.2	8	5.7	29	20.6

協力歯科医療機関の歯科医師および歯科衛生士の取り組みに対する評価について、「とてもそう思う」、「そう思う」、「どちらともいえない」、「そう思わない」、「全くそう思わない」の5段階で評価を求めた。

介護保険施設側からの歯科医師に対する評価として肯定的であったのは、「肺炎予防に積極的に取り組んでいる」(58.2%)、「肺炎予防に十分な知識を有し、適切な指導を行う」(55.7%)、「摂食嚥下機能の改善に十分な知識を有し、指導は適切である」(54.9%)、「摂食嚥下機能の改善に積極的に取り組んでいる」(52.5%)であった。しかし、「嚥下機能検査を積極的に行う」については、肯定的な回答は27.1%であった。

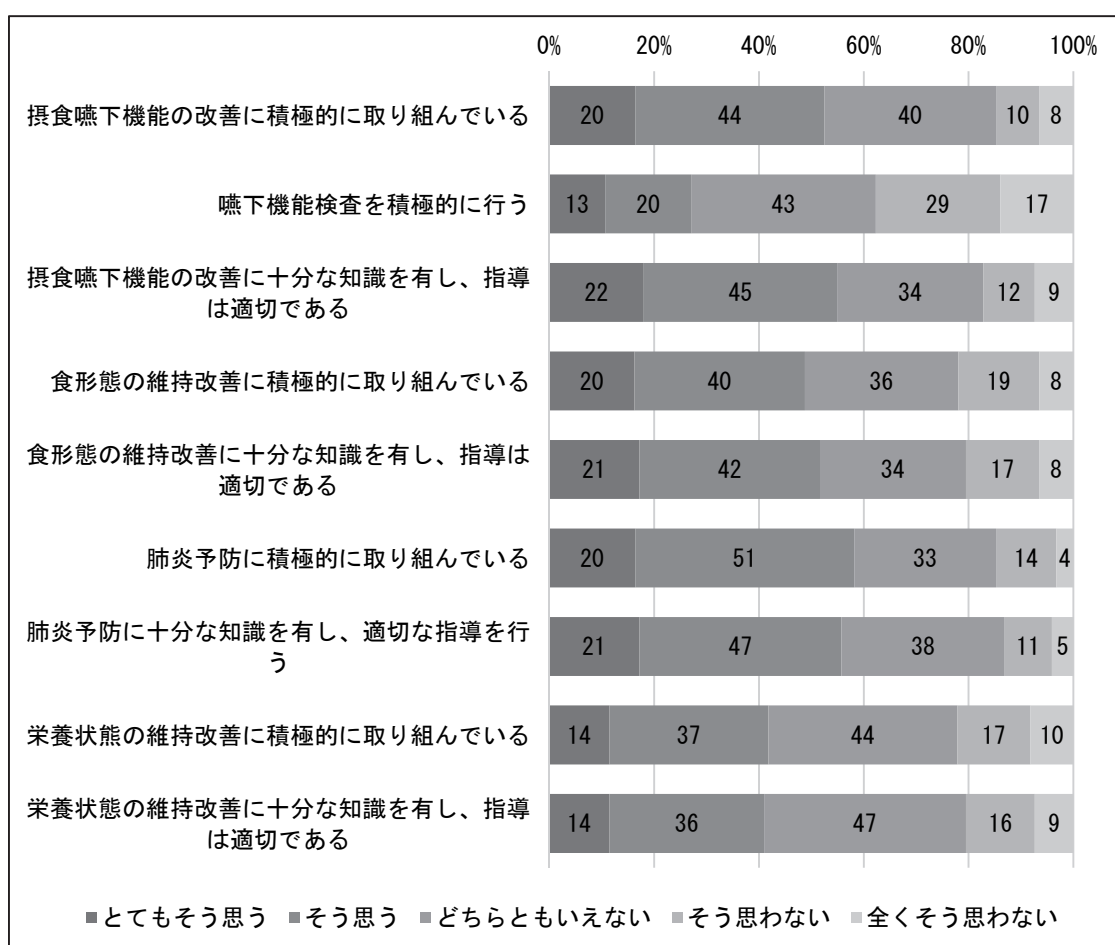


図 1-1 協力歯科医療機関の歯科医師の取り組みに対する評価
(介護保険施設からの回答)

協力歯科医療機関である歯科医師としての自己評価で肯定的であったのは、「肺炎予防に積極的に取り組んでいる」(77.4%)、「肺炎予防に十分な知識を有し、適切な指導を行う」(73.3%)であった。「嚥下機能検査を積極的に行う」は、34.3%であった。

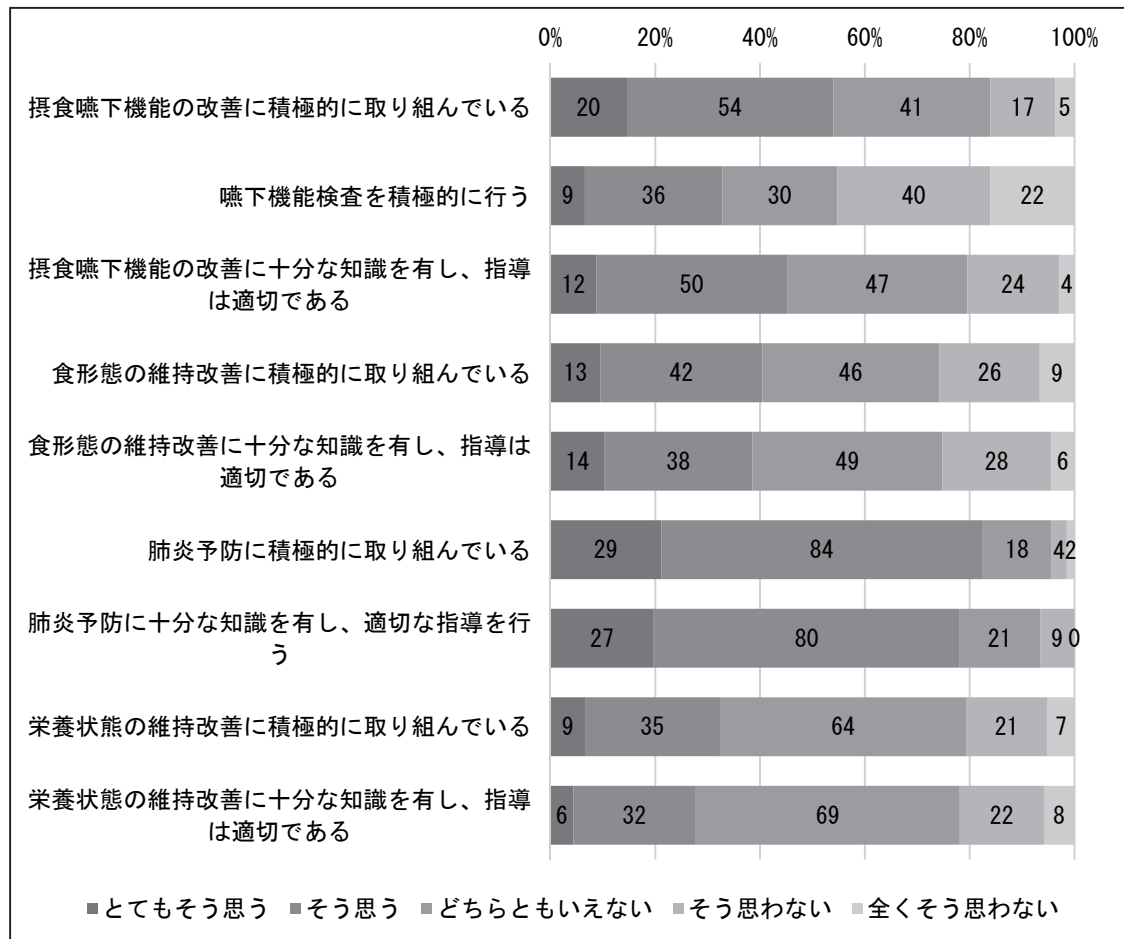


図 1-2 協力歯科医療機関の歯科医師の取り組みに対する評価
(歯科医療機関の自己評価)

介護保険施設側からの歯科衛生士の取り組みに対する肯定的な評価であったのは、「肺炎予防に積極的に取り組んでいる」(58.8%)、「肺炎予防に十分な知識を有し、適切な指導を行う」(58.7%)、「摂食嚥下機能の改善に十分な知識を有し、指導は適切である」(53.1%)、「摂食嚥下機能の改善に積極的に取り組んでいる」(52.2%)であった。

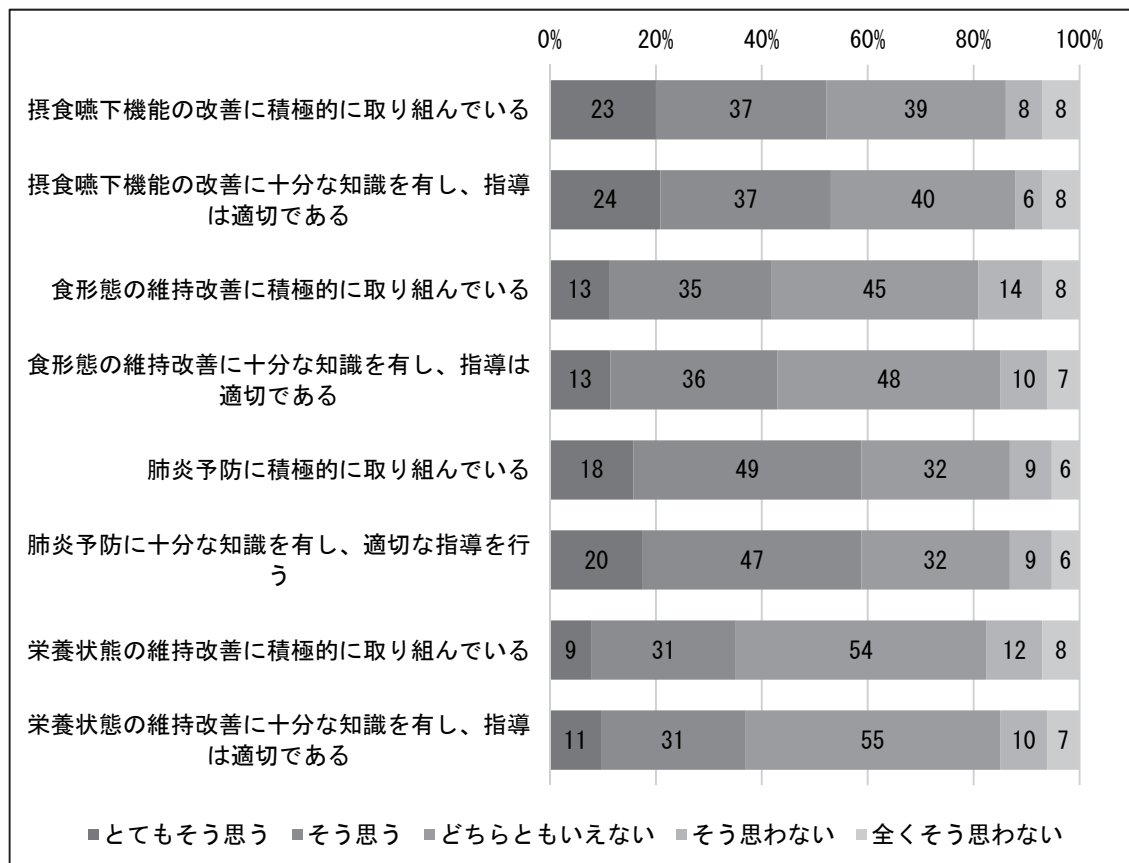


図 2-1 協力歯科医療機関の歯科衛生士の取り組みに対する評価
(介護保険施設からの評価)

協力歯科医院である自院に勤務する歯科衛生士の取り組みに対しての評価で肯定的であったのは、「肺炎予防に積極的に取り組んでいる」(68.5%)、「肺炎予防に十分な知識を有し、適切な指導を行う」(62.2%)、「摂食嚥下機能の改善に十分な知識を有し、指導は適切である」(40.9%)であった。以上のことから、介護保険施設と協力歯科医療機関では、歯科衛生士の取り組みについては、大きな認識の違いは認められなかった。

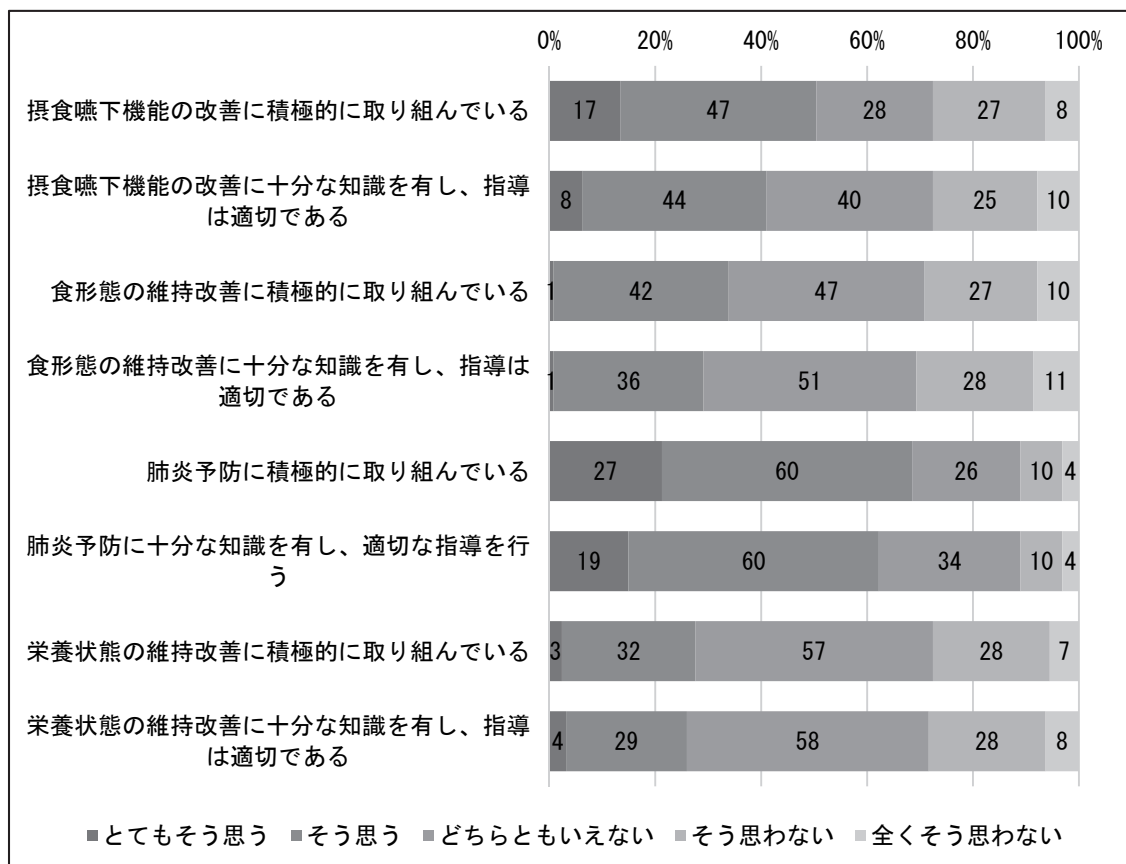


図 2-2 協力歯科医療機関である自院の歯科衛生士の取り組みに対する評価

(6) 施設における各職種の役割

【摂食嚥下機能の改善に対して】

介護保険施設からの回答では、看護師がどの項目においても高い割合であった。そのほかの職種としては、介護職員（12 件）が挙げられていた。

協力歯科医療機関の歯科医師および歯科衛生士は、介護保険施設側からは、「相談しやすい」職種であると評価をされていた。

表 32-1 摂食嚥下機能の改善に対する各職種の役割（介護保険施設）（複数回答 n=126）

	積極的に 関与		中心的な 役割		相談 しやすい		効果を 上げている	
	n	%	n	%	n	%	n	%
医師	23	18.3	83	65.9	58	46.0	11	8.7
歯科医師 （協力歯科医療機関）	37	29.4	21	16.7	62	49.2	25	19.8
歯科医師 （協力歯科医療機関以外）	5	4.0	4	3.2	8	6.3	3	2.4
歯科衛生士 （協力歯科医療機関）	32	25.4	14	11.1	54	42.9	22	17.5
歯科衛生士 （協力歯科医療機関以外）	12	9.5	8	6.3	13	10.3	11	8.7
看護師	72	57.1	52	41.3	67	53.2	37	29.4
栄養士・管理栄養士	60	47.6	45	35.7	56	44.4	37	29.4
言語聴覚士	17	13.5	18	14.3	14	11.1	32	25.4
理学療法士・作業療法士	18	14.3	9	7.1	26	20.6	10	7.9
その他	27	21.4	22	17.5	15	11.9	16	12.7

協力歯科医療機関からの回答では、看護師がどの項目においても高い割合で、次いで高いのは栄養士・管理栄養士だった。そのほかの職種としては、歯科専門職（歯科医師・歯科衛生士）が挙げられていた。

表 32-2 摂食嚥下機能の改善に対する各職種の役割（協力歯科医療機関）
（複数回答 n=141）

	積極的に 関与		中心的な 役割		相談 しやすい		効果を 上げている	
	n	%	n	%	n	%	n	%
医師	17	12.1	22	15.6	23	16.3	9	6.4
看護師	40	28.4	33	23.4	47	33.3	22	15.6
栄養士・管理栄養士	30	21.3	13	9.2	20	14.2	16	11.3
言語聴覚士	19	13.5	23	16.3	19	13.5	17	12.1
理学療法士・作業療法士	10	7.1	5	3.5	10	7.1	6	4.3
その他	9	6.4	8	5.7	7	5.0	6	4.3

【食形態の改善に対して】

介護保険施設からの回答では、食形態の改善に対しては、栄養士・管理栄養士が中心的な役割を担い、効果を上げているとする回答が多かった。そのほかの職種では、介護職（20 件）が自由回答で挙げられていた。

協力歯科医療機関の歯科医師および歯科衛生士は、相談しやすい職種だと回答する割合が多かった。

表 33-1 食形態の改善に対する各職種の役割（介護保険施設）（複数回答 n=126）

	積極的に 関与		中心的な 役割		相談 しやすい		効果を 上げている	
	n	%	n	%	n	%	n	%
医師	18	14.3	14	11.1	54	42.9	12	9.5
歯科医師 （協力歯科医療機関）	19	15.1	15	11.9	53	42.1	19	15.1
歯科医師 （協力歯科医療機関以外）	4	3.2	1	0.8	10	7.9	3	2.4
歯科衛生士 （協力歯科医療機関）	17	13.5	6	4.8	43	34.1	15	11.9
歯科衛生士 （協力歯科医療機関以外）	9	7.1	5	4.0	14	11.1	10	7.9
看護師	73	57.9	52	41.3	63	50.0	39	31.0
栄養士・管理栄養士	78	61.9	69	54.8	61	48.4	49	38.9
言語聴覚士	16	12.7	17	13.5	15	11.9	11	8.7
理学療法士・作業療法士	10	7.9	4	3.2	20	15.9	9	7.1
その他	33	26.2	25	19.8	18	14.3	17	13.5

協力歯科医療機関からの回答では、食形態の改善に対しては、栄養士・管理栄養士が中心的な役割を担い、効果を上げているとする回答が多かった。一方、相談しやすい職種としては、看護師が 28.4%（40 件）で最も多かった。その他としては、歯科医師（5 件）、介護職（3 件）の自由記述があった。

表 33-2 食形態の改善に対する各職種の役割（協力歯科医療機関）
（複数回答 n=141）

	積極的に 関与		中心的な 役割		相談 しやすい		効果を 上げている	
	n	%	n	%	n	%	n	%
医師	9	6.4	9	6.4	15	10.6	6	4.3
看護師	37	26.2	22	15.6	40	28.4	16	11.3
栄養士・管理栄養士	47	33.3	41	29.1	28	19.9	27	19.1
言語聴覚士	14	9.9	10	7.1	8	5.7	7	5.0
理学療法士・作業療法士	3	2.1	4	2.8	3	2.1	2	1.4
その他	7	5.0	7	5.0	7	5.0	7	5.0

【肺炎予防の取り組みについて】

介護保険施設からの回答では、肺炎予防の取り組みについては、栄養士・管理栄養士が中心的な役割を担い、効果を上げているとする回答が多かった。そのほかの職種では、介護職（16 件）が自由回答で挙げられていた。

協力歯科医療機関の歯科医師および歯科衛生士は、相談しやすい職種だと回答する割合が多かった。

表 34-1 肺炎予防の取り組みに対する各職種の役割（介護保険施設）（複数回答 n=126）

	積極的に 関与		中心的な 役割		相談 しやすい		効果を 上げている	
	n	%	n	%	n	%	n	%
医師	38	30.2	36	28.6	53	42.1	20	15.9
歯科医師 （協力歯科医療機関）	29	23.0	13	10.3	43	34.1	19	15.1
歯科医師 （協力歯科医療機関以外）	4	3.2	2	1.6	8	6.3	3	2.4
歯科衛生士 （協力歯科医療機関）	26	20.6	8	6.3	36	28.6	16	12.7
歯科衛生士 （協力歯科医療機関以外）	12	9.5	9	7.1	14	11.1	10	7.9
看護師	79	62.7	85	67.5	61	48.4	49	38.9
栄養士・管理栄養士	38	30.2	26	20.6	39	31.0	19	15.1
言語聴覚士	10	7.9	6	4.8	14	11.1	5	4.0
理学療法士・作業療法士	8	6.3	7	5.6	17	13.5	6	4.8
その他	29	23.0	20	15.9	19	15.1	18	14.3

協力歯科医療機関からの回答では、肺炎予防の取り組みについては、どの項目についても看護師と回答する割合が高かった。

その他の自由記載では、歯科専門職（歯科医師・歯科衛生士）、介護職員が挙げられていた。

表 34-2 肺炎予防の取り組みに対する各職種の役割（歯科医療機関）
（複数回答 n=141）

	積極的に 関与		中心的な 役割		相談 しやすい		効果を 上げている	
	n	%	n	%	n	%	n	%
医師	32	22.7	25	17.7	16	11.3	14	9.9
看護師	53	37.6	50	35.5	49	34.8	34	24.1
栄養士・管理栄養士	13	9.2	6	4.3	12	8.5	7	5.0
言語聴覚士	10	7.1	5	3.5	8	5.7	6	4.3
理学療法士・作業療法士	5	3.5	0	0.0	2	1.4	1	0.7
その他	12	8.5	8	5.7	9	6.4	9	6.4

【栄養状態の維持改善に対する取り組みについて】

介護保険施設からの回答では、栄養状態の維持改善に対する取り組みについては、栄養士・管理栄養士、看護師が中心的な役割を担い、効果を上げているとする回答が多かった。そのほかの職種では、介護職（19 件）が自由回答で挙げられていた。

協力歯科医療機関の歯科医師および歯科衛生士は、相談しやすい職種だと回答する割合が多かった。

表 35-1 栄養状態の維持改善に対する取り組みに対する各職種の役割（介護保険施設）
（複数回答 n=126）

	積極的に 関与		中心的な 役割		相談 しやすい		効果を 上げている	
	n	%	n	%	n	%	n	%
医師	38	30.2	27	21.4	55	43.7	25	19.8
歯科医師 （協力歯科医療機関）	16	12.7	8	6.3	40	31.7	8	6.3
歯科医師 （協力歯科医療機関以外）	2	1.6	2	1.6	7	5.6	1	0.8
歯科衛生士 （協力歯科医療機関）	13	10.3	7	5.6	31	24.6	6	4.8
歯科衛生士 （協力歯科医療機関以外）	7	5.6	2	1.6	9	7.1	4	3.2
看護師	76	60.3	62	49.2	63	50.0	46	36.5
栄養士・管理栄養士	81	64.3	78	61.9	58	46.0	53	42.1
言語聴覚士	10	7.9	7	5.6	13	10.3	8	6.3
理学療法士・作業療法士	6	4.8	9	7.1	19	15.1	5	4.0
その他	27	21.4	17	13.5	20	15.9	17	13.5

協力歯科医療機関からの回答では、栄養士・管理栄養士が、積極的に関与し中心的な役割を担っているとの回答が最も多かった。

表 35-2 栄養状態の維持改善に対する取り組みに対する各職種の役割
(協力歯科医療機関) (複数回答 n=141)

	積極的に 関与		中心的な 役割		相談 しやすい		効果を 上げている	
	n	%	n	%	n	%	n	%
医師	25	17.7	16	11.3	14	9.9	8	5.7
看護師	47	33.3	34	24.1	34	24.1	23	16.3
栄養士・管理栄養士	58	41.1	53	37.6	36	25.5	36	25.5
言語聴覚士	5	3.5	5	3.5	6	4.3	3	2.1
理学療法士・作業療法士	2	1.4	3	2.1	3	2.1	2	1.4
その他	8	5.7	7	5.0	6	4.3	6	4.3

2) 加算の算定の有無での協力歯科医療機関での助言・指導の実施状況

(1) 口腔衛生管理体制加算算定の有無と歯科衛生士の助言・指導の実施状況

口腔衛生管理体制加算における協力歯科医療機関における歯科医師および歯科衛生士の役割に注目し、口腔衛生管理・経口支援に関連する各種加算等の算定の有無別に、口腔状態・栄養状態等の改善のために実際に歯科医師および歯科衛生士が助言・指導を実施している内容を集計、解析した。

口腔衛生管理体制加算を算定している介護保険施設では、算定していない介護保険施設と比較して、有意に摂食嚥下機能の改善、食形態の維持改善、栄養状態の維持改善、肺炎予防、窒息事故の減少に関する歯科衛生士の助言・指導が実施されていた。

口腔衛生管理体制加算を算定していない施設では、歯科医師の助言・指導が歯科衛生士よりやや高い比率で確認できた。

表 1 口腔衛生管理体制加算の算定による歯科医師の助言・指導の実施の有無

		算定なし (n=37)		算定あり (n=89)		p 値
		n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	実施あり	15	40.5	41	46.1	0.547
食形態の維持改善	実施あり	10	27.0	32	36.0	0.528
栄養状態の維持改善	実施あり	4	10.8	19	21.3	0.301
肺炎予防	実施あり	8	21.6	36	40.4	0.092
窒息事故の減少	実施あり	5	13.5	22	24.7	0.321
会話の増加	実施あり	4	10.8	12	13.5	100

表 2 口腔衛生管理体制加算の算定による歯科衛生士の助言・指導の実施の有無

		算定なし (n=37)		算定あり (n=89)		p 値
		n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	実施あり	9	24.3	43	48.3	0.009
食形態の維持改善	実施あり	5	13.5	33	37.1	0.010
栄養状態の維持改善	実施あり	3	8.1	22	24.7	0.046
肺炎予防	実施あり	4	10.8	43	48.3	<0.001
窒息事故の減少	実施あり	3	8.1	27	30.3	0.015
会話の増加	実施あり	3	8.1	17	19.1	0.175

(2) 口腔衛生管理加算算定の有無と歯科医師・歯科衛生士の助言・指導の実施状況

口腔衛生管理加算の算定の有無による歯科医師および歯科衛生士の助言・指導の実施に差異は認められなかった。

表 3 口腔衛生管理加算の算定による歯科医師の助言・指導の実施の有無

		算定なし (n=67)		算定あり (n=59)		p 値
		n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	実施あり	31	46.3	25	42.4	0.461
食形態の維持改善	実施あり	24	35.8	18	30.5	0.447
栄養状態の維持改善	実施あり	15	22.4	8	13.6	0.248
肺炎予防	実施あり	26	38.8	18	30.5	0.343
窒息事故の減少	実施あり	15	22.4	12	20.3	0.825
会話の増加	実施あり	8	11.9	8	13.6	0.789

表 4 口腔衛生管理加算の算定による歯科衛生士の助言・指導の実施の有無

		算定なし (n=67)		算定あり (n=59)		p 値
		n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	実施あり	28	41.8	24	40.7	0.710
食形態の維持改善	実施あり	20	29.9	18	30.5	1.000
栄養状態の維持改善	実施あり	14	20.9	11	18.6	0.824
肺炎予防	実施あり	34	50.7	23	39.0	0.850
窒息事故の減少	実施あり	13	19.4	17	28.8	0.283
会話の増加	実施あり	11	16.4	9	15.3	100

(3) 経口維持加算算定の有無と歯科医師・歯科衛生士の助言・指導の実施状況

経口維持加算の算定の有無と歯科医師の助言・指導の実施状況を比較したところ、口腔維持加算を算定している介護保険施設では、食形態の維持改善について歯科医師が助言・指導している割合が有意に高かった。

一方、歯科衛生士については、経口維持加算を算定している介護保険施設のほうが、摂食嚥下機能の改善、食形態の維持改善、栄養状態の維持改善、肺炎予防、窒息事故の減少に関する助言・指導の実施を行っている割合が有意に高かった。経口維持加算を算定していない施設では、歯科医師の助言・指導が歯科衛生士よりやや高い比率で確認できた。

表 5 経口維持加算の算定による歯科医師の助言・指導の実施の有無

		算定なし (n=80)		算定あり (n=46)		p 値
		n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	実施あり	30	37.5	26	56.5	0.185
食形態の維持改善	実施あり	20	25.0	22	47.8	0.019
栄養状態の維持改善	実施あり	12	15.0	11	23.9	0.240
肺炎予防	実施あり	26	32.5	18	39.1	0.694
窒息事故の減少	実施あり	15	18.8	12	26.1	0.494
会話の増加	実施あり	10	12.5	6	13.0	100

表 6 経口維持加算の算定による歯科衛生士の助言・指導の実施の有無

		算定なし (n=80)		算定あり (n=46)		p 値
		n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	実施あり	21	26.3	31	67.4	<0.001
食形態の維持改善	実施あり	15	18.8	23	50.0	0.001
栄養状態の維持改善	実施あり	11	13.8	14	30.4	0.036
肺炎予防	実施あり	21	26.3	26	56.5	0.002
窒息事故の減少	実施あり	13	16.3	17	37.0	0.016
会話の増加	実施あり	13	16.3	7	15.2	100

(4) 経口移行加算算定の有無と歯科医師・歯科衛生士の助言・指導の実施状況

経口移行加算の算定の有無と歯科医師の助言・指導の実施状況に有意差のある内容はみられなかったが、歯科衛生士の助言・指導の実施の有無については肺炎予防について、算定のある介護保険施設のほうが有意に助言・指導の実施率が多かった。

表 7 経口移行加算の算定による歯科医師の助言・指導の実施の有無

		算定なし (n=113)		算定あり (n=13)		p 値
		n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	実施あり	49	43.4	7	53.8	0.771
食形態の維持改善	実施あり	36	31.9	6	46.2	0.367
栄養状態の維持改善	実施あり	18	15.9	5	38.5	0.060
肺炎予防	実施あり	37	32.7	7	53.8	0.130
窒息事故の減少	実施あり	23	20.4	4	30.8	0.264
会話の増加	実施あり	13	11.5	3	23.1	0.114

表 8 経口移行加算の算定による歯科衛生士の助言・指導の実施の有無

		算定なし (n=113)		算定あり (n=13)		p 値
		n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	実施あり	45	39.8	7	53.8	0.559
食形態の維持改善	実施あり	32	28.3	6	46.2	0.222
栄養状態の維持改善	実施あり	20	17.7	5	38.5	0.129
肺炎予防	実施あり	39	34.5	8	61.5	0.049
窒息事故の減少	実施あり	25	22.1	5	38.5	0.137
会話の増加	実施あり	17	15.0	3	23.1	0.196

2. 加算の算定の有無での協力歯科医療機関での各職種の関与状況

各種加算の算定の有無と協力歯科医療機関の歯科医師および歯科衛生士が、「摂食嚥下機能の改善」、「食形態の維持改善」、「肺炎予防」、「栄養状態の維持改善」に対して積極的な関与をしていると介護保険施設が評価しているか否かについて、検証を行った。

(1) 口腔衛生管理体制加算

口腔衛生管理体制加算の算定の有無で比較したところ、歯科医師については、どの項目でも有意な差はみられなかった。一方、歯科衛生士については、摂食嚥下機能の改善、食形態の維持改善、肺炎予防について、算定している群で、協力歯科医療機関の歯科衛生士が積極的に関与している割合が有意に多かった。

表 1 口腔衛生管理体制加算の算定による歯科医師の積極的な関与の状況

	算定なし (n=37)		算定あり (n=89)		p 値
	n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	8	21.6	29	32.6	0.412
食形態の維持改善	2	5.4	17	19.1	0.069
肺炎予防	6	16.2	23	25.8	0.373
栄養状態の維持改善	2	5.4	14	15.7	0.148

表 2 口腔衛生管理体制加算の算定による歯科衛生士の積極的な関与の状況

	算定なし (n=37)		算定あり (n=89)		p 値
	n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	4	10.8	28	31.5	0.033
食形態の維持改善	0	0.0	17	19.1	0.006
肺炎予防	3	8.1	23	25.8	0.041
栄養状態の維持改善	1	2.7	12	13.5	0.094

(2) 口腔衛生管理加算

口腔衛生管理加算の算定の有無別では、歯科医師・歯科衛生士ともに関与状況について有意な項目は認められなかった。

表 3 口腔衛生管理加算の算定による歯科医師の積極的な関与の状況

	算定なし (n=67)		算定あり (n=59)		p 値
	n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	25	37.3	12	20.3	0.954
食形態の維持改善	12	17.9	7	11.9	0.486
肺炎予防	20	29.9	9	15.3	0.759
栄養状態の維持改善	9	13.4	7	11.9	0.155

表 4 口腔衛生管理加算の算定による歯科衛生士の積極的な関与の状況

	算定なし (n=67)		算定あり (n=59)		p 値
	n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	22	32.8	10	16.9	0.905
食形態の維持改善	11	16.4	6	10.2	0.617
肺炎予防	17	25.4	9	15.3	0.453
栄養状態の維持改善	8	11.9	5	8.5	0.336

(3) 経口維持加算

経口維持加算加算の算定の有無と歯科医師の関与状況については、有意差のある内容はみられなかった。一方、歯科衛生士の関与状況については、食形態の維持改善について、算定のある協力歯科医療機関のほうが積極的に関与している割合が有意に多かった。

表 5 経口維持加算の算定による歯科医師の積極的な関与の状況

	算定なし (n=80)		算定あり (n=46)		p 値
	n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	22	27.5	15	32.6	0.882
食形態の維持改善	9	11.3	10	21.7	0.201
肺炎予防	17	21.3	12	26.1	0.704
栄養状態の維持改善	7	8.8	9	19.6	0.155

表 6 経口維持加算の算定による歯科衛生士の積極的な関与の状況

	算定なし (n=80)		算定あり (n=46)		p 値
	n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	17	21.3	15	32.6	0.461
食形態の維持改善	6	7.5	11	23.9	0.021
肺炎予防	13	16.3	13	28.3	0.163
栄養状態の維持改善	6	7.5	7	15.2	0.284

(4) 経口移行加算

経口移行加算の算定の有無と歯科医師・歯科衛生士が積極的な関与状況については、いずれにおいても有意差のある項目は認められなかった。

表 7 経口移行加算の算定による歯科医師の積極的な関与の状況

	算定なし (n=113)		算定あり (n=13)		p 値
	n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	32	28.3	5	38.5	0.500
食形態の維持改善	15	13.3	4	30.8	0.179
肺炎予防	25	22.1	4	30.8	0.443
栄養状態の維持改善	13	11.5	3	23.1	0.256

表 8 経口移行加算の算定による歯科衛生士の積極的な関与の状況

	算定なし (n=113)		算定あり (n=13)		p 値
	n	%	n	%	
摂食嚥下機能の改善	30	26.5	2	15.4	0.181
食形態の維持改善	15	13.3	2	15.4	0.654
肺炎予防	24	21.2	2	15.4	0.379
栄養状態の維持改善	11	9.7	2	15.4	0.445

考察

今回、介護保険施設における協力歯科医療機関の果たす役割と期待される効果を明確にすることを目的として、郵送調査を実施した。介護保険施設と協力歯科医療機関が対応できた回答は少なかったため、ペアでの解析を行うことができなかった。今後、ペアとなっていた39例についての解析を行いたいと考えている。

連携開始のきっかけは、介護保険施設からの申し出が多く、歯科医師に直接相談しているケースが多かった。今回、歯科医師が元々知人であったのか、あるいは近くに位置していた歯科医院であったのか、などの内訳調査を行っていないが、現場での歯科医療の必要性が連携の原動力となっていることが多いことがわかった。連携開始の際には、情報交換の方法や体制構築、環境などを整備していたが、人的資源や場所の確保、時間調整などが苦労した点をとって挙げられていた。情報共有に関して、ファイル等による情報共有やカンファレンスへの参加等、様々な取り組みがなされていることもわかった。本報告書でも取り組み事例を紹介しているが、今後、情報交換のフォーム等を含むツールの作成、事例の紹介を広く行うことは、連携を開始する際の参考となると思われる。

摂食嚥下機能の改善や食形態の維持改善、栄養状態の維持改善については、介護職員の問題意識や適切な評価方法が有効だと思われる、また実施もされていたが、う蝕の減少や義歯使用率増加に対しては、実施には至っていない現状も明らかになった。介護職員の意識向上に関する取り組みも必要であると思われる。一方、協力歯科医療機関は、摂食嚥下機能や食形態の維持改善、栄養状態の維持改善に栄養士の助言や指導が必要であるが、実施はされていないと捉えていた。介護保険施設では、実施しているという回答が多く乖離しており、栄養士の業務についての情報共有ができていないことが分かった。今後、歯科医療従事者と栄養士との連携を推進することが必要である。

各職種の役割について、介護保険施設は協力歯科医療機関の歯科医師および歯科衛生士を、協力歯科医療機関は介護保険施設の看護師を相談しやすい職種であると認識しておりこれらの職種が連携のポイントとなる可能性があることがうかがえる。一方、医師に相談しやすいと回答した協力歯科医療機関は少なく、今後、医科歯科連携推進にも取り組む必要がある。

口腔衛生管理体制加算を算定している介護保険施設では算定していない施設と比較して、歯科衛生士の助言・指導が有意に多く行われていた。特に、摂食嚥下機能の改善、食形態の維持改善、肺炎予防への積極的関与がなされており、歯科衛生士の果たす役割が大きいことが明らかになった。その一方で、助言や指導を行っているにも関わらず、算定をしていないケースも存在しており、今後、算定していない理由を把握し、アプローチする必要がある。

4) ヒアリング調査の内容

(1) 介護保険施設等

① グループホーム Y (大阪府某市)

施設概要：2 ユニット（18 名）、看取り実施、全員経口摂取

1. 連携のきっかけ

開設時に紹介された近隣の T 歯科医院に協力歯科医療機関を依頼した。15 年以上協力歯科医療機関の変更なし。

2. 歯科介入対象者の選定について

長期間歯科を受診しておらず、かかりつけ歯科医院がない入所者が多いことから、新規入所の際には必ず歯科医師の口腔評価を受けてもらうようにしている。歯科医師による評価後、歯科の介入内容ならびに介入頻度を歯科医師と相談して決めている。

3. 現状での介入状況

- ・ 歯科医師 1 名、歯科衛生士 1 名による月 4 回の訪問歯科診療のほか、通院可能な入所者については、介護職員が同行して歯科診療所で歯科治療を受けている。
- ・ 現在の入所者はかかりつけ歯科医院がなかったため、歯科治療はすべて協力歯科医療機関で受けている。
- ・ 認知症の進行により義歯が装着できない入所者が多い。
- ・ 歯科医師、歯科衛生士による口腔衛生管理を行っている。特に、開口困難、拒否により口腔ケア実施困難となっている入所者に対して、歯科専門職による口腔衛生管理を実施してもらっている。

4. 口腔衛生管理体制加算の算定について

平成 30 年度の改正によって加算が算定可能となったのは知っているが、現在は算定をしておらず、今後も算定の予定はない。単位数に比して、書類作成等の業務が煩雑であり、対応するスタッフ数も十分でないことが一番の理由。また、近隣のグループホーム連絡協議会会員事業所 29 施設中で算定しているというところはなく、先駆事例もない。

5. 協力歯科医療機関との連携構築における工夫

- 1) 嚥下障害を有する入所者のうち、実施可能な場合は、主治医が嚥下内視鏡による嚥下精密検査を実施している。主治医、施設、協力歯科医療機関の 3 者で情報共有を行い、食事形態等について決定している。また、抜歯が必要となった入所者については、服薬に関する情報共有を行うなど連携している。主治医、協力歯科医療機関

の歯科医師がともに、医療のみならず、福祉の視点をもって治療、ケア内容を検討してくれることが、円滑な連携において重要であると感じている。それぞれの専門性を生かしつつ、相談しやすい関係づくりが構築されていると思う。

- 2) 診療内容や口腔衛生管理の内容については、歯科専用の実施記録用紙を入所者別に作成し、歯科医師、歯科衛生士が記入し、施設で保管するとともに、職員間での情報共有を行っている。書面による情報共有は、家族への説明にも役立っている。
- 3) 開始当初は、介護職向けの口腔ケアの研修会なども開催していた。現在では介護職員も入所者の口腔を観察するようになってきているため、研修を行ってはいない。
- 4) 認知症高齢者であるため、食事を認知できない、食べ物をため込んで飲み込まないなどの問題が多いが、その都度、適切な助言を協力歯科医療機関から受けているため、食事のケアはうまくいっている。結果として、体重増加や嚙食量増加といった成果を得ている。
- 5) 誤嚥性肺炎の予防や、終末期の痰の吸引、保湿に関する具体的な助言を得られることが、施設としてのケア提供の質向上につながっている。

② 特別養護老人ホーム（静岡県某市）

施設概要：定員 50 人

1. 連携のきっかけ

平成 23 年に前任の生活相談員を経由して施設側から依頼をした。施設側が口腔に関する加算を取るようになったことが要因であった。それまでは、歯科訪問診療は受け入れておらず、認知機能障害がなく、歯科用ユニットでリクライニングできる比較的介護度が軽い入所者に対して、外来受診での対応をしていたが、訪問での対応してくれる歯科医療機関との連携が必要となったことも連携する要因となった。

2. 歯科介入対象者の選定について

担当介護職員が歯科の介入の必要性を判断しているが、統一的なアセスメント票などはない。そのため、介護職員の観察力に大きく左右されると思われる。現場の感覚としては、介護福祉士の資格を有する者は、養成教育で口腔ケアについて学んでいることが多く、そういった背景も歯科介入の可否判断につながっているのではないかと。

3. 現状での介入状況

月 1～2 回程度の頻度で歯科医師と歯科衛生士が訪問しているが、曜日や時間帯などは不定である。訪問時は、おもに義歯の新作製・歯周治療がメインに行われている。嚥下機能の評価は、嘱託医、看護師、介護職員で行っており、ミールラウンドへの参加、食形態の改善への助言、嚥下機能訓練等への歯科職の介入はない。

4. 加算の算定について

現在は、口腔衛生管理体制加算のみ算定している。口腔衛生管理加算の算定をしていないのは、介護支援専門員への負担が大きくなることがハードルとなっている。実際に、当施設の定員は 50 名であるが、これが 80 名規模であれば、スタッフ配置にゆとりが生まれると思う。平均介護度は 3.6 で、嚥下調整食の提供状況としては、ミキサー食 1 割、ソフト食 2 割程度であり、経口維持加算はとっていない。その背景には、改訂水飲みテストの実施が、介護職では難しいことが挙げられる。

口腔衛生ケア・マネジメントについては、現状では介護職員等への個別の指導がメインとなっている。年 1 度、法人全体と地域住民向けに、協力歯科医療機関の歯科医師による口腔に関する講演を行ってもらっている。

5. 協力歯科医療機関との連携構築における工夫

施設内で、食事・排泄・入浴の 3 つの特別チームを編成しており、食事・歯科に関することは食事のチームが担当をしている。独自に作成した質問シートを活用し、口腔衛生管理上

の質問事項について、協力歯科医療機関にFAXを送付し回答を得ている。質問内容には、きめ細かく、具体的に助言をもらえている。

協力歯科医療機関の訪問時に、看護師が帯同できないこともあるため、看護師と歯科医療機関との連絡ノートを作成している。日記形式で、診療内容や今後の予定、日常における注意点を記載し、相互の情報共有を行っている。

6. その他

歯科職との連携により、誤嚥性肺炎による入院が顕著に減少している印象がある。洗口剤の吐き出しが困難となった入所者は、緑茶による洗口といった代替案の提案や、スポンジブラシや歯ブラシといった用具の適切な使用方法についての助言が得られている。

③ 特別養護老人ホーム（新潟県某市）

施設概要：定員 80 人

1. 連携のきっかけ

平成 27 年の施設開設時から協力歯科医療機関になってもらっているが、当時の状況や経緯は不明。

2. 歯科介入対象者の選定について

施設の入所者全員に歯科の介入を行っている。かかりつけ歯科医がある入所者はほとんどいないため、新規入所時に必ず歯科検診を実施するとともに、6 か月に 1 度歯科医師による定期健診を行っている。

3. 現状での介入状況

歯科医師は月 1 回、歯科衛生士は週 1 回の訪問がある。疼痛等の急患対応は、歯科衛生士が窓口となり、歯科治療が行われる。

4. 加算の算定について

- 1) 現在は、口腔衛生管理体制加算と、すべて入所者に対して口腔衛生管理加算を算定している。施設口腔ケア・マネジメント計画書といった必要な書類・記録は、すべて歯科衛生士が作成してくれているため、施設側の負担は重くない。
- 2) ご家族への説明は、協力歯科医療機関で作成された書類に基づいて、すべて施設側から行っているが、拒否されることはほとんどない。
- 3) 加算の算定について、特段問題は感じてはいないが、システムが分かりにくいと感じることはある。

5. 協力歯科医療機関との連携について

- 1) 義歯の不具合や歯の動揺などに、適切に対応してもらっているため、大変助かっている。
- 2) 個々の入所者の口腔内状態や磨き残しに関する情報は、歯科衛生士の訪問時に立ち会った職員が聴き取り、介護記録に記載し、職員間の情報共有を図っている。
- 3) 現在は、口腔ケアに関して、決まったマニュアルや定期的に行われている研修会等はないが、入所者は介護度 4、5 となる人が多いため、廃用や認知症により、うがいができない利用者への口腔ケアの工夫など、口腔ケアの具体的な方法について知りたい要望もあり、マニュアルなどがあれば良いと思っている。
- 4) 食形態の改善や嚥下等については、歯科の介入はほとんどないが、施設の看護師・管理栄養士・介護職で対応しており、特段の困りごとはない。

④特別養護老人ホーム（大阪府某市）

施設概要：定員 184 人+ショートステイ 16 人

1. 連携のきっかけ

現在の協力歯科医療機関との連携は、平成 15 年からで経緯の詳細は不明。連携以前は、通院可能な入所者は歯科診療所で治療を受けていた。

2. 現状での介入状況

週 1 回、歯科医師 1 名、歯科衛生士 1～2 名の体制で訪問診療を行っている。義歯の調整や歯石除去を行っているが、特に口腔衛生管理のニーズが高い。1 回の訪問で 15～20 名ほど対応しており、1 か月の延べ受診者数は、60～80 名程度である。

家族からの歯科診療に関する疑問等は、主に看護師が受けて、歯科医院に連絡することが多いが、家族によっては、歯科の訪問時間に合わせて来所し、歯科医師・歯科衛生士と直接コミュニケーションを取るケースもある。訪問診療という、器材も状況も制限がある中で、寝たきりの入所者の居室での歯科診療など、臨機応変に対応してくれている。

3. 歯科介入対象者の選定について

入所者全体の平均介護度は 4 で、入所者の 7～8 割程度が認知症の為、歯科の介入によって、入所者の口腔衛生状態が良好になるなど効果を感じている。出来れば全入所者にお願いしたいと考えているが、現在の訪問の頻度では厳しいと考えている。

歯科介入対象者の選定は、介護職員が日常の食事の観察等で義歯に不適合等気づき、看護師に相談し、歯科治療についてご家族に説明する手順となっている。

4. 加算の算定について

現在、口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算、経口維持加算は算定していない。特に、口腔衛生管理体制加算と口腔衛生管理加算については、算定要件を踏まえて加算の可否を管理することや書類準備の煩雑さ、不備があった場合の対応等、加算に伴う介護支援専門員の業務負担過重が想定されることが算定していない要因である。しかし、算定による直接的な収益がなくとも、歯科の介入によって肺炎による入院数や歯科疾患の減少など間接的なベネフィットが十分得られていると感じている。日常的な口腔ケアは介護職員が行っているが、それでは不十分なところは、歯科衛生士の訪問によって補完されている。

5. 食形態の改善や栄養状態の改善に対する歯科の関わり

現在は、嘱託医の指示のもと、主に管理栄養士と看護師、介護支援専門員が関与している。日常生活を熟知している介護職員が入所者の嚥下の問題など、食に関する問題に気づき、看護師がコーディネートをして必要な職種につなげるようなシステムになっている。

⑤ 介護老人保健施設（島根県某市）

施設概要：定員 45 人

1. 連携のきっかけ

口腔衛生に関する加算を算定することになり、同じ地域にあり、以前から歯科訪問診療を依頼していた歯科医療機関に、協力歯科医療機関を依頼することとなった。

2. 現状での介入状況

現在の介入頻度は、歯科医師は月 1～2 回、歯科衛生士は月 2 回程度である。

3. 歯科介入対象者の選定について

施設側で歯科介入対象者を決めている。加算の算定開始に当たり、日本老年歯科医学会が作成した「介護保険施設等入所者の口腔衛生管理マニュアル」を参考にした。各書式例を参考に、施設の実情に合わせて改変するとともに、協力歯科医療機関から助言を得て書式を作成した。（資料参照）

4. 加算の算定について

現在、口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算を算定している。加算に関連した書類のとりまとめは施設側の介護職員 1 名が一括して行っている。協力歯科医療機関の歯科医師、歯科衛生士の助言内容をもとに書式を作成している。

5. 協力歯科医療機関との連携について

協力歯科医療機関の治療に際しては、注意事項等をその場で歯科医師から聴き取り、介護記録に記載、申し送り時に周知するなど、介護職間での情報共有を行っている。口腔ケアに関する研修会は、口腔ケアの手技に関する内容を、協力歯科医療機関の歯科医師が実施している。

現状では、協力歯科医療機関が食形態の改善や栄養状態の改善に積極的に関わっているという印象はないが、義歯の調整や歯科衛生士の関与により、入所者の口腔内の状態が改善していることを実感している。

口腔ケアスクリーニング表（職員用）

利用者名		リスク評価	
担当者名		実施日	

【口腔機能評価】

食事中や食後のむせ	1.無し	2.あまりない	3.あり
食事中や食後の痰の絡み	1.無し	2.あまりない	3.あり

【口腔内状況】

自歯の有無	1.あり	2.一部あり	3.無し
口腔衛生状態	1.良好	2.不良	
舌苔の有無	1.無し	2.あり	3.多量あり
口臭	1.無し	2.少しあり	3.強い
義歯の状況	(上顎) 1.総義歯	2.部分義歯	3.義歯無し
	(下顎) 1.総義歯	2.部分義歯	3.義歯無し

【口腔ケアリスク】

日常の口腔ケア	1.自立	2.一部介助	3.全介助
口腔ケアの拒否	1.無い	2.時々ある	3.いつもある
座位保持	1.可能	2.困難	3.不可能
開口保持	1.可能	2.困難	3.不可能
ブクブクうがい	1.可能	2.困難	3.不可能（むせ 飲む 口から出る）
経管栄養	1.無い	2.ある→胃瘻	
その他特記事項	・感染症→ 無し あり ・意思の疎通→ 出来る やや難あり 困難		

【使用器具】

1.一般用歯ブラシ 2.吸引付歯ブラシ 3.モアブラシ 4.吸引付クルリーナブラシ 5.スポンジブラシ 6.吸引付スポンジブラシ 7.舌苔ブラシ 8.義歯用ブラシ 9.歯磨き粉 10.歯間ブラシ

※口腔ケアの実施目標

- ・入所者全員に適切な口腔ケアを提供する。
- ・口腔内を清潔にして誤嚥性肺炎の予防に努める。
- ・職員が正しい口腔ケアを理解し、実践する事。

【歯科衛生士からの意見】

口腔ケア管理加算 計画表（家族様用）

利用者名		リスク評価	
担当者名		実施日	

【口腔機能評価】

食事中や食後のむせ	1.無し	2.あまりない	3.あり
食事中や食後の痰の絡み	1.無し	2.あまりない	3.あり

【口腔内状況】

自歯の有無	1.あり	2.一部あり	3.無し
口腔衛生状態	1.良好	2.不良	
舌苔の有無	1.無し	2.あり	3.多量あり
口臭	1.無し	2.少しあり	3.強い
義歯の状況	(上顎) 1.総義歯	2.部分義歯	3.義歯無し
	(下顎) 1.総義歯	2.部分義歯	3.義歯無し

【口腔ケアリスク】

日常の口腔ケア	1.自立	2.一部介助	3.全介助
口腔ケアの拒否	1.無い	2.時々ある	3.いつもある
座位保持	1.可能	2.困難	3.不可能
開口保持	1.可能	2.困難	3.不可能
ブクブクうがい	1.可能	2.困難	3.不可能（むせ 飲む 口から出る）
経管栄養	1.無い	2.ある→胃瘻	
その他特記事項	・感染症→ 無し あり ・意思の疎通→ 出来る やや難あり 困難		

【使用器具】

--

※口腔ケアの実施目標

- ・入所者全員に適切な口腔ケアを提供する。
- ・口腔内を清潔にして誤嚥性肺炎の予防に努める。
- ・職員が正しい口腔ケアを理解し、実践する事。

【口腔ケア実施内容】

--

日付・サイン	家族様へ報告した日

【口腔衛生管理に関する実施記録】

利用者名		担当者名		リスク評価	
義歯の有無	上 ☐ あり ☐ 無し 下 ☐ あり ☐ 無し	同一个月内の訪問歯科衛生指導（医療保険） の実施の有無		☐ あり（ ）回 ☐ 無し	

注：医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士による口の中の清掃又は義歯の清掃に関する実施指導）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月においては介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできません。

1. 口腔に関する問題点及び歯科衛生士からの指導内容の要点

(記入日：令和 年 月 日 記入者：)

① 口腔に関する問題点 (該当する項目にチェック)	☐ 歯みがき ☐ 嚙みにくさ ☐ むせ ☐ 口腔内の乾燥 ☐ 口臭 ☐ 飲み込み ☐ 舌苔の有無 ☐ 義歯（痛み 動揺 清掃状態 管理状態） ☐ その他
② 歯科衛生士からの指示内容の要点	

2. 歯科衛生士が実施した口腔ケアの内容及び介護職員への具体的な技術的助言及び指導内容

加算往診日	月 日 記入者：	月 日 記入者：
口腔ケアの内容	☐ □の中の状態の説明 ☐ 歯磨きの実施指導 ☐ 義歯の清掃・指導 ☐ その他	☐ □の中の状態の説明 ☐ 歯磨きの実施指導 ☐ 義歯の清掃・指導 ☐ その他
介護職員への具体的な 技術的助言及び指導の内容	☐ 歯磨きの実施指導 ☐ 義歯清掃の方法 ☐ その他	☐ 歯磨きの実施指導 ☐ 義歯清掃の方法 ☐ その他

3. その他の事項

	【日付・サイン】
--	----------

2) 協力歯科医療機関

① A 歯科医院（大阪府某市）

訪問診療：木曜および土曜日午後に実施、在宅歯科支援診療所 1

1. 連携のきっかけ

地域のつながりにより施設開設時に依頼を受けて訪問することとなった。当時、地域の歯科医師会の地域保健担当であったこと、介護支援専門員の協議会やサービス担当者会議等に参加していたこともあり、地域とつながりがあったことが訪問診療を行うきっかけになった感じている。

2. 現状での介入状況

- ・歯科医師 1 名、歯科衛生士 1 名の体制で訪問歯科診療を行っている。介護老人保健施設、グループホーム、居宅、病院に訪問している。
- ・平成元年の歯科医院開設以来、介護保険制度が導入されてからも、歯科訪問診療に取り組んできた。歯科医師によっては、歯科訪問診療が採算ベースかどうかを気にする声もあるが、診療室における保険診療の延長線上にあり、特別なことをしている気持ちはない。しかし、真面目に取り組んでいる歯科医療機関とそうでないところとは差別化されるべきではないかと考えることもある。

3. 介護保険施設との連携構築における工夫

- ・診療録とは別に、治療内容、ケア内容について個別に記載した記録を作成し、施設に保管してもらっている。
- ・義歯装着、調整後については、食事内容の変化等がないかを、確認するようにしている。
- ・各種算定にあたっては、家族の経済的負担も考慮し、施設職員と情報共有をしている。
- ・訪問している施設によって、歯科に対する意識の差を感じる。これは管理側の意識を反映しているように思う。加算については、書類整備の煩雑さがネックになっていると感じる。
- ・痰の吸引や口腔ケアの工夫により、経口摂取が可能となったケースもあり、歯科がかかわることは重要ではあるが、何より対象者やキーパーソンとの信頼関係の構築、生活背景や価値観も考慮した関わりという、歯科医療者の資質やモチベーションが大きく影響すると考えている。

② B 歯科医院（福島県某市）

1. 連携のきっかけ

地元のスタディグループ（食介護研究会）に同じく参加していた看護師が、現在の介護保険施設の開設から勤務することになり、依頼を受けた。

自院は、平成 6 年から市のモデル事業として居宅への往診や、グループホーム、障害者施設への訪問診療を行っていた。ケアマネジャーより依頼を受けて口腔に関する講義などを行っているなど、在宅医療に取り組んできた。

2. 現在の訪問診療の状況について

- ・訪問診療は、午前と午後の診療の合間と木曜午後に実施している。歯科医師 1 名に歯科衛生士 1 名が同行訪問している。外来診療もあり訪問に行くことができる時間に制約が多いため、義歯治療、う蝕治療（修復・歯内治療）といった治療をメインに行っており、食事観察などは行っていない。
- ・観血処置や嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査といった嚥下精密検査については、地域の総合病院の歯科口腔外科に依頼するようにしている。

3. 現在の介護保険施設との連携状況について

- ・口腔健康管理について、施設側で中心的な役割を担っているのは看護師である。新規入所者への口腔アセスメントに加えて、月 1 回、看護師、介護職員が全入所者の口腔内観察を行っている。
- ・総合病院退院後の施設入所のパターンでは、入院中より病院の歯科衛生士による口腔衛生管理の介入がなされており、施設入所後は、施設の看護師と病院歯科衛生士間で、情報共有がなされているため、その後の訪問歯科診療がスムーズに進んでいる。
- ・口腔衛生管理加算ならびに口腔衛生管理体制加算の算定にあたっては、毎月 1 回（30 分から 1 時間程度）、施設職員への口腔ケア研修会を開催している。テーマを決めて講話を行う以外に、特に気になる入所者についてはケースカンファレンス形式で進めることもある。内容については、施設の看護師から提案されることも多い。

4. 連携における工夫と課題

- ・看護職・介護職用の口腔アセスメント表の作成を支援した。
- ・継続的な歯科介入の課題としては、施設職員の熱意に左右される点と家族の理解が挙げられる。歯科介入に伴う経済的負担への家族の意向が大きく、「口の掃除だけなら、辞めて欲しい」との訴えがあることや、一時的な治療費の負担ではなく、口腔の健康状態の維持のために継続的な負担がかかることへの懸念が見受けられる。歯科医療機関として、いつでも家族の疑問に答えることを周知するとともに、訪問診療時に家族に同伴してもらうようにするなど、家族の理解が得られるように工夫をしている。

④ C 歯科医院（東京都某区）

1. 連携のきっかけ

今後の社会的ニーズやかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）の届け出にあたり、歯科訪問診療に取り組むようになった。当初は、居宅のみであった。当該施設の協力歯科医療機関は元々別の歯科医療機関が担っていたが、訪問を中止することとなったために、地域の縁で当院に依頼が来るようになった。

2. 現在の訪問診療の状況について

- ・現在は、毎週金曜日の午後に訪問を行っている。歯科医師（固定）1名と歯科衛生士1名（3名でローテーション）、コーディネーター1名で担当している。歯科衛生士は、卒後3年目、10年目、20年以上と臨床経験はバラバラであるが、訪問に興味関心があり希望する者が担当している。
- ・治療と口腔衛生管理の比率は、1：9程度で、圧倒的に口腔衛生管理のニーズが高い。歯科治療については、コーディネーターが診療のアシスタントを行うため、歯科衛生士は口腔衛生管理に専念できる体制となっている。

3. 現在の介護保険施設との連携状況について

- ・現在、口腔衛生管理体制加算等の加算は算定してない。介護保険施設にメリットがあるのであればと思うが、導入の検討もしていない。
- ・現在のところ、介護職員の口腔に対する関心が高く、情報共有もスムーズに行えている。口腔ケアに関する情報は文書で施設側にファイリングして提供するようにしている。
- ・嚥下評価については、地域のつながりで嚥下内視鏡を依頼できる歯科医師のルートがあるので、必要に応じて連携することは可能な状況にある。

4. 連携における課題

- ・嚥下内視鏡による評価は専門の歯科医師に依頼するとしても、食形態改善への助言や機能訓練等については、自院で今後になっていく必要があると考えている。まだ、歯科訪問診療の体制づくりを行っているところであり、ご家族向けの啓発ツールの作成、歯科医師・歯科衛生士の研修参加といったスキルアップに取り組みたいと考えている。
- ・現在、口腔ケア等に関する助言は、その場で施設職員に個別指導を行っている状況であるが、今後は施設職員向けの研修会の開催などを予定している。

⑤ D 歯科医院（神奈川県某市）

1. 連携のきっかけ

以前の協力歯科医療機関の院長が高齢のため交代を希望し、新たな協力歯科医療機関を探すこととなり、施設長より地域の介護支援専門員を介して当院に依頼があった。地域の勉強会等に参加している訪問看護師、介護施設役員、介護支援専門員等の横のつながりで、協力歯科医療機関の選定に困っている施設の情報が入り、依頼となるケースが多く見受けられる。当院では、事務長が地域との連携をコーディネートする役割を担っており、介護保険施設等訪問先との連絡調整を行っている。

2. 現在の訪問診療の状況について

- ・現在は、週 2 日訪問を行っている。歯科医師専任 1 名。歯科衛生士はフロアごとに 2 名程度の配置となっており、担当が決まっている。
- ・特別養護老人ホームの定員は 112 名で、対象者は施設側が決めているが、原則入所者全員に歯科の介入を行っている。予定している診療のほか、急性疼痛や破折といった緊急対応が 1 日 1 名程度いる。
- ・家族向けに、歯科診療に関する医院独自の案内文書を作成し、診療開始前には必ず家族に直接対面で説明を行い、理解が得られた場合のみ診療を開始するようにしている。

3. 現在の介護保険施設との連携状況について

- ・施設への訪問を開始するにあたって、施設に歯科のスタッフを一時常駐させ、1 家族につき 30 分間説明を行う時間を設けるなど、理解が得られるよう工夫した。
- ・施設側が算定している加算は、口腔衛生管理体制加算、経口維持加算、経口移行加算であるが、施設の管理栄養士の意識が高いのが特徴的である。
- ・当院が訪問するようになってから、施設に口腔ケア委員会が発足した。口腔ケア委員会は月 1 回の頻度で 1 時間から 1 時間半程度行っている。当院の歯科医師・歯科衛生士も毎回参加している。内容は、ケースカンファレンスや口腔ケアに関する手技に関するものなど多岐にわたるが、具体的な内容は施設側が決めている。

4. 連携における課題

- ・歯科訪問診療を開始したことによって、介護職員が歯科に関して興味を持ってくれるようになり、意識が高まったと感じており、特段の課題はない。
- ・重要なのは、チームとしての連携がお互い構築できるかどうかが重要と考える。施設側のニーズやご家族の意向を十分に把握しておくことが大切である。また、連携協働する仲間として、歯科のスタッフも、患者ご本人、職員の名前をしっかりと覚え、挨拶を行うといった最低限のマナーを持つことも大切であると考え取り組んでいる。

5) 取り組み事例

(1) 佐藤たもつ歯科医院の取り組み（岩手県盛岡市）

1. 協力歯科医療機関となったきっかけ

- ・以前から通院していた患者が施設に入所することになったことがきっかけだった。
- ・自院に勤務する歯科衛生士からも、入所者のみならず入所者の日々の生活を支援する介護職員への教育も必要であるとの意見があった。

2. 連携開始時の状況と工夫

- ・当初は施設長と介護職員の間で温度差がみられた。特に医療系資格をバックグラウンドに持つ施設長の場合は、入所者にとってプラスの変化があったことで、意識が変わることが多い。一方、福祉をバックグラウンドとする場合は、歯科の必要性や介入による効果を実感しにくい面があると考えられる。口腔ケアについては、業務が増える、口の中に触れることへの抵抗があるのではないかと。特に口腔内自体が良く見えていないということもあると思われる。
- ・歯科医師、歯科衛生士が、利用者の実際の口腔衛生管理の状況を介護職員と一緒に観察し、日常的な口腔ケアで見べきポイントを伝えるなどの工夫をした。できていることを評価する、批判をしないなど、介護職員の口腔ケアへのモチベーションアップにつながる対応を心掛けた。
- ・家族からの要望や意見に関しては、口腔内の状況やニーズを书面化するとともに、歯科診療への立ち合いを勧めるなど、情報提供に努めている。特に、費用負担に関する説明については、場合によって歯科医師から行うようにするなど、家族の不安軽減と円滑な導入に向けて工夫をしている。

3. 口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算の算定について

- ・介護保険施設側にとって口腔衛生関連の加算算定へのハードルを下げるために、歯科衛生士から具体的な助言をするようにしている。施設の口腔ケア・マネジメント計画書についても、「これなら算定できる」と思ってもらえるよう、できる限り平易でシンプルな内容にするなどの工夫を行っている。歯科医療従事者側から、介護職員ならびに家族に、必要性やどんな効果が期待できるかを、十分に伝えることが必要である。

4. 連携による効果と課題

- ・歯科衛生士の行う口腔衛生管理に加え、介護職員の日常的な口腔ケアの実施により、入所者により良い変化がもたらされたことが成果となって、系列の他の施設にも波及していった。
- ・時には、歯科医師に聞きづらいことも歯科衛生士には伝えられることなどもあり、介護職員の意識変化につながった。現在では、認知症高齢者や多臓器不全のある入所者に関する

情報、日常生活の状況の変化など、歯科診療や口腔衛生管理に有用な情報が、介護職員から提供されるなど、歯科医療機関、介護保険施設双方にとってプラスの効果がみられている。

- ・介護職員で対応できないところを歯科衛生士が担い、介護職員が日常的に継続性のある口腔ケアを行うといった連携が必要である。こういった口腔ケアチームの設立は必要ではある。しかしながら、中心的役割を担っていた介護職員の異動といったチームメンバーの流動や施設長の変更などが、連携の継続を維持していく上での課題であると思われる。

5. 介護保険施設との連携構築における工夫

- ・書式は、「介護保険施設等入所者の口腔衛生管理マニュアル」の様式を使用しているが、個人の内容の連絡用として、「口腔ケアの注意事項」という書式を作成して、イラスト付きで説明をしている。（資料参照）
- ・施設職員向けの研修会は、開始当時から2年間は、毎月1回開催していた。職員が多忙であることや、メンバーがそろわないことから、長時間ではなく、15分程度のミニレクチャーという形で実施している。
- ・ミニレクチャーの内容をファイルに綴り、口腔ケアマニュアルを作成しているほか、岩手県社会福祉協議会初任者研修等を活用している。

6. そのほか

主に担当している歯科衛生士は、日本歯科衛生士会の認定歯科衛生士を取得し、全国の歯科衛生士との情報共有など、歯科衛生士同士の横の連携・情報共有を緊密に行っている。施設側の職員と協力歯科医療機関とのコーディネートや、入所者の情報収集なども介護職員と連携を取って行っており、歯科衛生士の果たす役割は大きいと考えられる。

7. 書式例

1) 口腔衛生管理に関する実施記録の記載例

口腔衛生管理に関する実施記録

ふりがな		■男 □女	□明□大■昭	20年	8月	6日生まれ	74歳
氏名	S (仮名)	要介護度・病名等	要介護2 脳出血				
かかりつけ歯科医	□あり■なし	入れ歯の使用	■あり □なし	同一月内の訪問歯科衛生指導(医療保険)の実施の有無(注)		□あり()回 ■なし	

注：医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできません。

1 口腔に関する問題点及び歯科医師からの指示内容の要点

(記入日：○年4月10日、記入者：○山 △子)

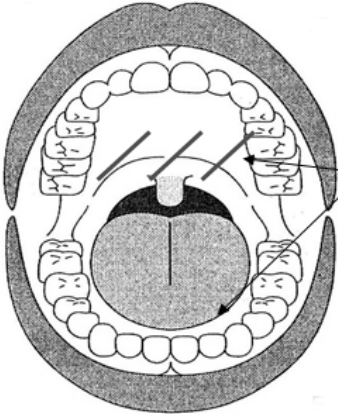
①口腔に関する問題点 (該当する項目をチェック)	☒ 歯みがき ☐ かみにくさ ☒ むせ ☒ 口のかわき ☐ 口臭 ☐ 飲み込み ☐ 会話 ☐ 食べこぼし ☒ 義歯(痛み・動揺・ <u>清掃状態</u> ・管理状態) ☐ その他()
②歯科医師からの指示内容の要点	残存歯に磨き残しがあり、介助みがきが必要 むせ・口の渇きあり、口腔体操の実施

2 歯科衛生士が実施した口腔ケアの内容及び介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容の要点

	4月 10日 (記入者：○山)	4月 27日 (記入者：○山)
口腔ケアの内容	☒ 口の中の状態の説明 ☒ 歯みがき実地指導 ☒ 義歯清掃・指導 ☐ その他 ☐ 口腔体操	☐ 口の中の状態の説明 ☒ 歯みがき実地指導 ☒ 義歯清掃・指導 ☒ その他 ☐ 口腔体操実施
介護職員への具体的な 技術的助言及び指導の内容	☒ 歯みがきの方法 ☒ 義歯清掃の方法 ☐ その他 ☐ 口腔体操	☒ 歯みがきの方法 ☒ 義歯清掃の方法 ☐ その他 食前に口腔体操を実施しましょう

3 その他の事項

2) 個人の内容を個別に介護職員に伝える際に使用している書式

口腔ケアの注意事項			
氏 名	(ふりがな) K さま	男 女	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
 舌先から少しずつ奥のほうを清掃 口蓋も実施 粘性の唾液付着見られる。 全体の粘性唾液除去すると嘔吐も少なくなる ※ 吸引クルリーナの吸引口をよく見て使用する。			

③ 施設口腔ケア・マネジメント計画書①（口腔衛生管理体制加算）

施設口腔ケア・マネジメント計画書①

策定日 令和 ●年 1 月 6 日

作成者 介護支援専門員 S M 指導 歯科医師 佐藤保 歯科衛生士 OK

当施設における入所者の口腔ケアを推進するための課題	1. 入所者全員の口腔状況を把握し、個々に合ったケアの取り組み 2. 職員の口腔ケア技術の習得と向上 3. 専門的口腔ケア（口腔衛生管理）の必要性の把握と連携方法の確立 4. 誤嚥性肺炎リスクの軽減	
当施設における口腔ケアの実施目標	・施設入所者全員に対して安全かつ適切な口腔ケアが実施できる。 ・職員の正しい知識・技術の習得 ・口腔ケア用具の十分な確保 ・口腔ケアチームの設立と活動	
口腔ケアを推進するための具体的方策	・歯科医師および歯科衛生士の指導を受けて、入所者全員の口腔状態の把握と適切なケアを実施する。 ・ケアカンファレンスで話し合い、プランへの移行。 ・毎月1回歯科衛生士による口腔ケア勉強会の実施 ・口腔ケアマニュアルの作成 ・口腔ケアチームの設立を行い、歯科衛生士と連携を図り、ケアの実施状況と確認と、適切な指導を受ける。また、ケア用具等の整備・点検 ・口腔ケアチームの外部研修への参加・内部勉強会の実施 ・家族との連携を図り、治療の必要な利用者の訪問診療の推進	留意事項 口腔ケアノートやケアプランノートでの注意事項を確認
歯科医療機関との連携状況	佐藤たもつ歯科	
	提携歯科医療機関 緊急連絡先	担当者 歯科衛生士 〇〇-××-1111
指示内容の要点	・食前に口腔体操（DVD活用）、姿勢直しを実施しましょう。 ・口腔内を清潔にすることで、感染症予防につながります。 ・自立の方々へも食後の歯磨きを声掛けましょう。 ・歯ブラシの保管状態を確認しましょう。（汚れの確認）	
その他		

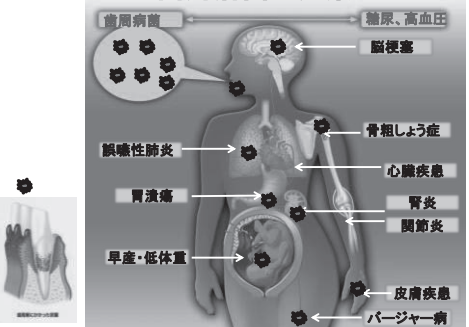
より実践的な口腔ケア
一食べる楽しみを維持するためにー



口がもたらす全身の病気

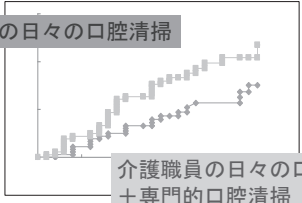


口がもたらす全身の病気
歯周病菌の感染



口がもたらす全身の病気
肺 炎

介護職員の日々の口腔清掃



介護職員の日々の口腔清掃
+ 専門的口腔清掃

東北大学老年・呼吸器病態学 佐々木英忠教授

- ・ 口腔清掃をきれいに行うと肺炎は半分に減る
- ・ 血糖のコントロールがうまくいく
- ・ インフルエンザの発症が1/10におさえられる

誤嚥性肺炎
汚れたお口の細菌が肺に侵入

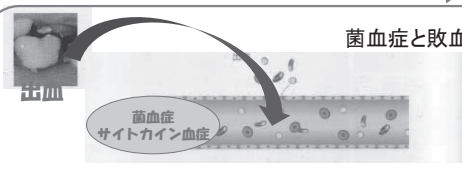
日本人の死因の第3位
高齢者の肺炎の70%以上が誤嚥
高齢者の肺炎の致死率は成人の3倍



就寝前: 口腔内の細菌を減らしておく
起床時: 夜間に増えた細菌をきれいに

口がもたらす全身の病気
心内膜炎

実は怖い...



菌血症と敗血症

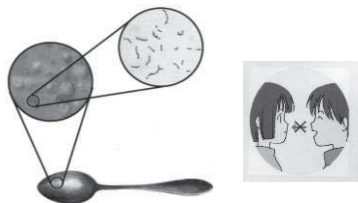
菌血症
サイトカイン血症

通常の歯磨きにおいても一過性の菌血症が起こる!

新たな病変の形成・全身疾患に悪影響

敗血症(感染して血流に広がる): 経静脈カテーテル、人工心臓弁、尿路カテーテル等
さらに体内に定着すると 髄膜炎、心内膜炎、骨髄炎、膿瘍形成...

むし歯・歯周病は感染症



ペットボトルの回し飲み、食具の共有
感染経路は日常にあふれている

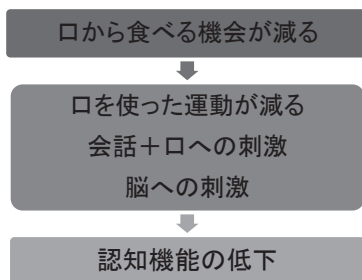
口がもたらす全身の病気 転倒・寝たきり



咬合支持を得られると転倒が減る！

介護のための口腔ケア 菊谷 武著・講談社

口がもたらす全身の病気 認知症



口腔ケアは認知機能に影響を与える。
肺炎・寝たきり・認知症のコースに陥らない

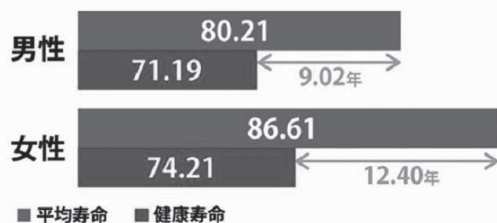
食べることによる事故 窒息



自分で作った食事をどのようにたべているか、考えたことがありますか？

介護のための口腔ケア 菊谷 武著・講談社

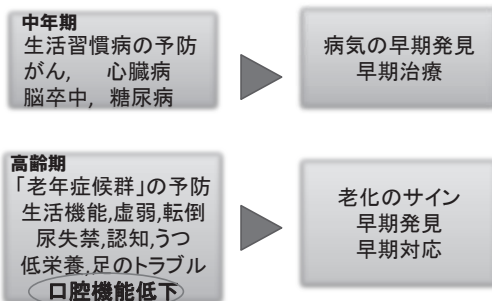
平均寿命と健康寿命



出典:厚生労働省「健康日本21(第二次) 各目標項目の進捗状況について」を参考に作成

口の機能を維持することが健康寿命を延ばすコツ！

ささいなトラブルを見逃さない



「寿命」が延びるだけでは意味がない
 歯科診療報酬「**口腔機能低下症**」^{NEW}

口腔衛生状態不良
 嚥下機能低下
 舌、口唇運動機能低下
 口腔乾燥
 咀嚼機能低下
 咬合力低下
 低舌圧

歯医者さんから、健康長寿の発信

日常生活の中からみる口腔機能低下
 体重・歩行・握力

水がもれる
食べこぼし
 噛めない
踊る入れ歯
 ため込む
食事に時間がかかる
薬がのみにくい
 むせこむ
痰がからむ
 喋りにくい
 多量の食残渣

噛む力と全身と身体の関係
 栄養状態が悪くなる
 体力低下
 口腔機能低下
 褥瘡

固いものが
食べられない
 むせが強くなる
 嚥下力の低下
 食べられない

口からたべることの重要性

脳が活性化する
噛む・飲み込む
 五感が刺激される
視覚・みる
聴覚・おと
嗅覚・におい
触覚・さわる
味覚・味わう
 内臓が目覚める
胃液
肝臓、膵臓
消化吸収の準備
 唾液がでる
噛んで味わう

介護のための口腔ケア 菊谷 武著・講談社

安全な食支援

環境
 視野
 視覚
 食具

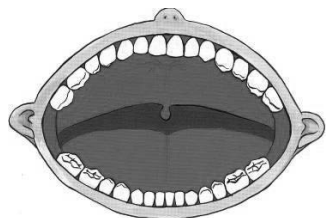
あきらめないで・・・

ゆるい入れ歯
 強度の粘膜炎、出血、口臭などの口腔ケア
 口腔ケア用品の準備・理解

かかりつけ歯科医からのアドバイスを
 受けることで...

岩手県歯科医師会 訪問歯科診療ハンドブック引用

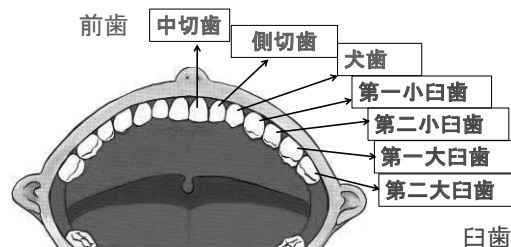
良く噛めることについて・・・



昔と比べて日本人は噛まなくなっている

岩手県歯科医師会 岩手県歯科衛生士会 お口の健康パンフレット 改定引用

自分の歯は何本ありますか？



岩手県歯科医師会 岩手県歯科衛生士会 お口の健康パンフレット 改定引用

噛める歯が何本ありますか？

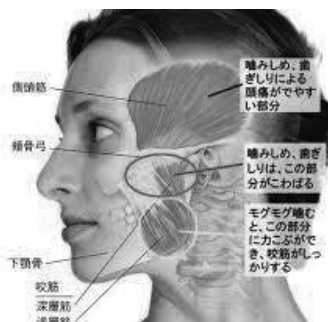


咀嚼の回復
義歯を維持できる口腔機能

オレオを食べてみましょう

- ・クッキーを舌にのせたら
- ・両手を頬にあてましょう
- ・噛む筋肉をさわってみましょう
- ・舌の動きはどうですか？
- ・右側で咬んでみましょう。
- ・左側で咬んでみましょう。

噛む筋肉を確かめましょう



写真：タリニカヒヤサザジ（監修の日本校）より

口の動きはもちつきと同じ



噛む力と舌の筋力そして・・・

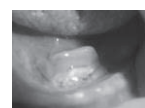


粒が残るのはなぜ？

口の渇きがあると・・・



齲蝕進行



義歯不適・口内炎

乾きの自覚がない
服薬、疾患の理解
十分な保湿が必要



味覚異常



会話

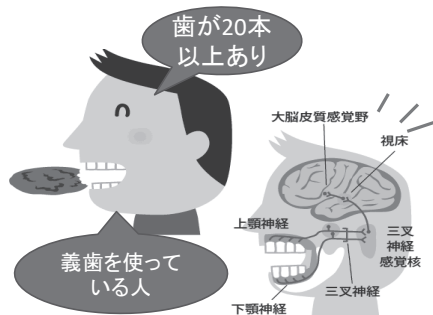


嚥下



口臭

噛めば噛むほど、脳は活性化されます

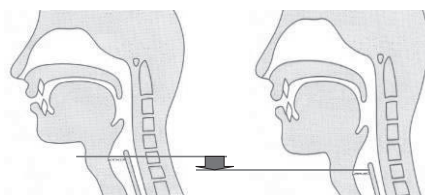


よく噛む人ほど認知症にかかりにくい

食事前に準備体操で「ムセ」の治ったTさん

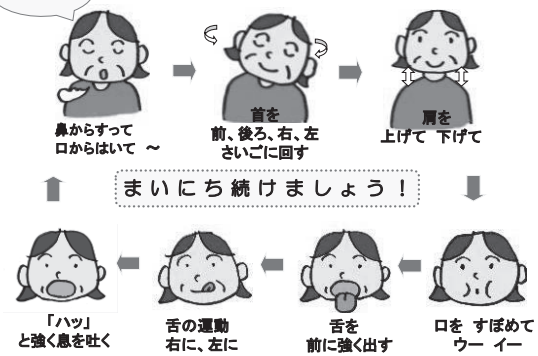


高齢者は摂食・嚥下障害が起こりやすいか



男 10mm 下がる
女 4mm
首の周囲の筋肉を鍛えなければならない

食事の前の準備体操



佐々木基忠監修 咽頭性肺炎を予防しましょう 改定引用

舌を鍛える方法 その1

【早口ことばの練習】

- ・ 生麦生米生卵
- ・ 赤パジャマ黄パジャマ茶パジャマ
- ・ 青巻紙、赤巻紙、黄巻紙
- ・ 隣の客はよく柿食う客だ
- ・ この釘はひきぬぎにくい釘だ

舌を鍛える方法 その2

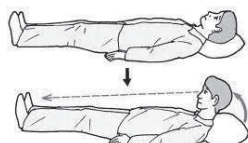
【ガムを噛む方法】

【するめを噛む方法】

- ・ するめをくわえます
- ・ 舌を使って奥歯へ移動1回噛む
- ・ 反対の奥歯へ移動 1回噛む
- ・ 繰り返し、飲み込みやすくなったなら終了

介護のための口腔ケア 菊谷 武著 :講談社

飲み込みの訓練 咽頭の筋力を鍛えよう



1. あおむけになる
2. 肩を床につけたまま足の先がみえるまで頭を上げる
3. つかれないようにできるくらい持続。
4. 休憩を入れながら5～10回繰り返す
5. 1日3回

介護のための口腔ケア 菊谷 武著 :講談社

簡単にできる訓練メニュー —レクリエーション感覚で実施—

□腔機能訓練

笛、ラッパ、ハーモニカ
シャボン玉、紙風船
巻き取り ストロー



歌をうたう
「いつでも」「だれでも」「危険なく」

何のためにやるの？

他動運動 自分でできない人のための体操

口のまわりの筋肉に刺激を与える



舌の力をつける
※顔が上をむかないように



唇をつまむ
のばす
縮める



頬をふくらませる

口腔ケアの介助を行う時と同じく、声をかけ、肩や腕にそっと触れながら徐所々に口元に近づく。本人がリラックスしてできる雰囲気大切にす。

介護のための口腔ケア 菊谷 武著 :講談社

実 習

1. うがいの方法；やさしい介助
2. スポンジブラシの感覚；感覚と痛点的理解

相互実習

3. 舌清掃の相互実習
4. 歯ブラシの相互実習
5. 口腔用ウェットシートの体験

口腔観察・痛みのない視野確保

「大きく開口」

咽頭
舌が見える
口蓋は死角
ライト必須！

「半開きに開口」

口角
痛い
注意

口腔前庭
奥歯が見える

第二関節まで指をいれる
頬を開く感覚

うがいができる方

鏡を見て

しあげに
ガラガラ
※できる方
嚥下障害のある場合は ×

適切なうがいは 口腔ケアの時間短縮につながります。
口腔機能を高めます。

うがい・やさしい介助の方法

隣の方と…

- 自分で一口飲んでみます
普通に一口
背中を丸めて
- 相手に飲ませてあげます
高いところから
低いところから

やさしいうがいの介助

「お水ですよ」一声かけて

おっと
水が入ってきた！
こわいなあ～

水がなかなか
こないなあ～

立って介助(高い位置)・・・顔が上にむく 頭部進展 誤嚥
座って介助(低い位置)・・・顔が下にむく 残留水分誤嚥

スポンジブラシを使ってみる

自分の口で

感覚と痛点的理解

水でしぼる

- ①口腔前庭の深さ確認
- ②前歯付近の感覚
大歯付近の感覚
小帯を横切る
- ⑤嘔吐の場所
- ⑥口蓋清掃 三叉神経

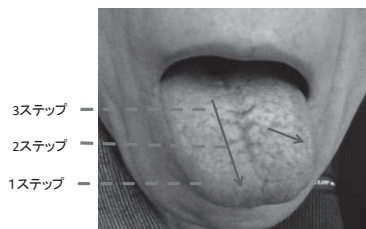
三叉神経の開口部

大・小口蓋孔
眼窩下孔
切歯孔
オトガイ孔

口腔ケア中に噛まれるんです。

開口困難の原因をアセスメントし、看護師に適切に伝える

歯ブラシで舌磨きをしてみましょう



保湿剤塗布20秒程度おく
10ストローク程度
2回/Dayまで



グローブをはめて スポンジブラシで保湿剤をぬってみましょう



小豆大
手の甲にとる

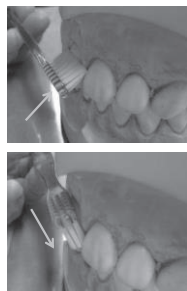
うすくのぼす

舌・頬・全体に
塗布

可能であれば
舌自動運動で塗布

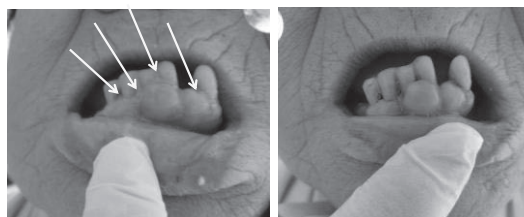
磨いてみましょう出血させない加圧

プラーク
が貯留 易出血



感染予防

口腔ケア由来の肺炎が増えている



バイオフィルムを壊す。
その後の回収が必須
自立している人ほど、歯が汚れている。

口腔清拭用シート 汚染唾液の回収

頬をふいて見ましょう
舌にさわってみましょう
(緊張・弛緩) 筋力

使った後は、お口がからからに



まとめ



口腔機能に障害をきたす病態

中枢神経障害	末梢神経障害	神経筋 接合部疾患	心因性障害
- 脳血管疾患 - 変性疾患 (ALS、パーキンソン病) - 炎症性疾患 - 中枢神経系腫瘍 - 中毒性疾患 - 脊髄病	- 多発性脳神経腫瘍 - 外傷性脳神経損傷	- 重症筋無力症 - 筋ジストロフィー - 多発性筋炎 - 代謝性筋疾患 - アミロイドーシス	転換型ヒステリー

唾液分泌に影響を及ぼす薬剤

用途	薬剤名
降圧剤	ラウアルフィア製材、冠血管治療薬（アダラートなど）
向精神薬	フェノチアジン系（コントミン、ヒルナミンなど） 抗うつ薬（トフラニール、アナフラニールなど）
抗てんかん薬	アセチルフェネトライド製剤（克蘭ボール） カルバマゼピン（テグトレール）
抗パーキンソン薬	トリヘキシフェニジル塩酸塩（アーテン）、 レボドパ・カルヒドバ水和物（ネオドバストン）、 アマンタジン塩酸塩（シンメトレルなど）
抗ヒスタミン薬	ジフェンヒドラミン（レスタミンなど）
鎮咳去痰薬	エフェドリン塩酸塩（エフェドリンなど）
消化器潰瘍治療薬	アトロピン硫酸塩（アトロピン）、 ブチルスコラミン臭化物（スコボラミンなど）、 抗コリン剤（ブスコパン、メサフィリン、コランチルなど）

全国歯科衛生士教育協議会監修、最新歯科衛生士教本高齢者歯科 第2版 108頁より

口がもたらす全身の病気
心内膜炎

実は怖い...

菌血症と敗血症

出血

菌血症
サイトカイン血症

通常の歯磨きにおいても一過性の菌血症が起こる！

新たな病変の形成・全身疾患に悪影響

敗血症（感染して血流に広がる）：経静脈カテーテル、人工心臓弁、尿路カテーテル等
さらに体内に定着すると 髄膜炎、心内膜炎、骨髄炎、膿瘍形成・・・

清掃用具の管理

- 歯ブラシは良くあらう
食残渣、歯磨剤、保湿剤の残り
- 植毛部を上に
- しっかり乾燥（キャップはしない）



感染しない
させない
グローブの着用



残った歯磨剤



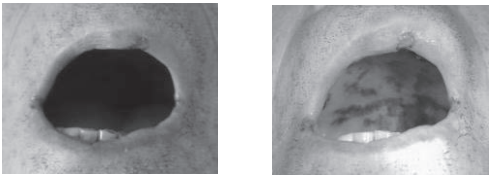
歯ブラシの管理

正しいアセスメント
口は洞窟

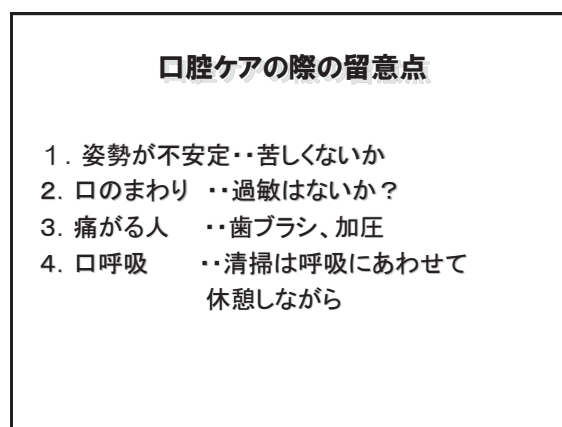
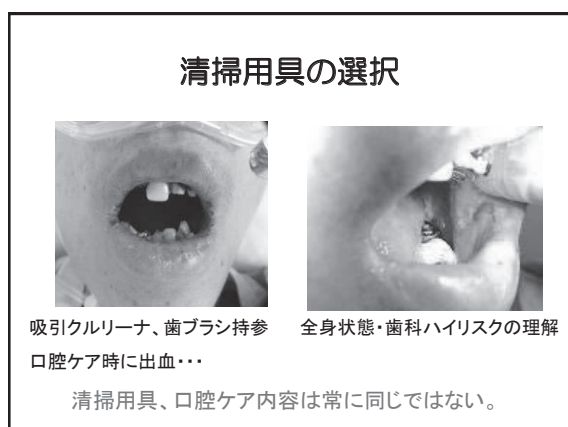
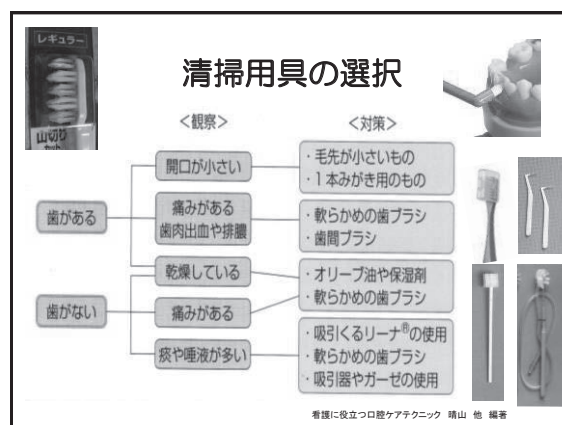
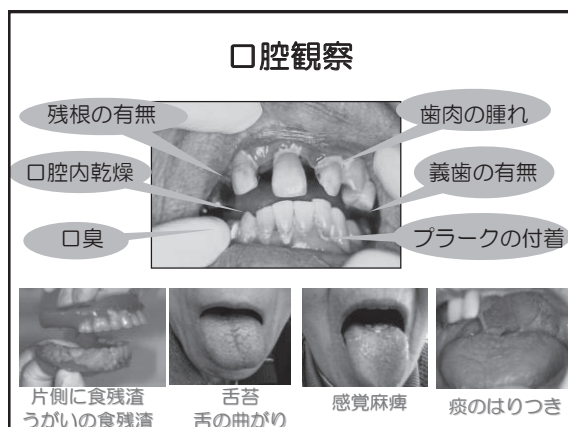


- ①ライトで明るく
ベッドのライトは頭の上。口蓋が暗い
- ②清掃習慣のない方には細心の注意を！

口腔観察

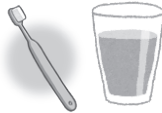


暗いままでは評価ができない
口蓋部分はライトで明るくして観察、評価



口腔ケアの手順

1. 声掛け
2. 姿勢の保持
3. うがい(うがいの可能な方)
4. 口腔観察
5. 保湿
6. 歯面清掃、歯間ブラシなど、粘膜清掃
7. うがい、観察



口腔清掃の自立度判定基準 (BDR)

表 1-3 口腔清掃の自立度判定基準 (BDR 指標)

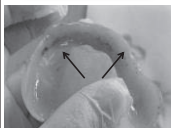
項目	B brushing (歯みがき)	D denture wearing (義歯着脱)	R mouth rinsing (含嗽)
自立	a. はば自分でみがく a1. 移動して実施する a2. 寝床で実施する	a. 自分で着脱する	a. プクプクうがいをする
一部介助	b. 部分的には自分でみがく b1. 座位を保つ b2. 座位は保てない	b. 着・脱のどちらかができる	b. 水を口に含む程度はする
全介助	c. 自分でみがかない	c. 自分では全く着脱しない	c. 水を口に含むこともできない

寝たきり者の口腔衛生指導マニュアル, 1993, より改定

セルフケアができる人は、口の問題が見えにくい

見落としてはいけない汚れ 実はあやしいセルフケア

義歯の内面



歯ブラシでは到達しない
義歯内面の汚れ
義歯ブラシ、義歯洗浄剤

口蓋のよごれ



補綴歯のプラーク肥厚。
口蓋側は磨きにくい。
目視、介助

歯肉出血



歯周病による歯肉からの出血、口臭
適切な歯ブラシの選択
歯科治療

いろいろな情報を入手できる

うがい

うがい可



舌下注意
水分が蒸る!



うがい不可



吸引ブラシを使う



スポンジでとる
ガーゼ等でぬぐう



口角を引く

口腔機能低下: 口腔底に水分が残留 水分・唾液の誤嚥

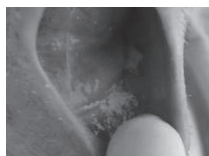
介護のための口腔ケア 菊谷 武著: 講談社

含嗽

- 可能かどうかの見極め

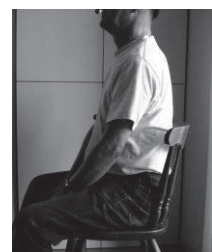
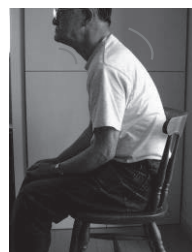


含嗽の力が弱い
頬小帯まで汚れを落とせない場合が多い



「ぺっ」と吐き出すには舌の力、口腔周囲の力が必要

気がつかない姿勢の悪さ



さあ姿勢を直しましょう

肺の動きを良くしましょう

姿勢の改善



食事の前の口腔ケアと姿勢の補正
摂食・嚥下の大切なポイント

安全な姿勢の保持

- 背部の圧を抜く
- 呼吸が楽な姿勢
- 頸部はやや前屈
- 側臥位、麻痺側を上にする



- 股関節、膝は90度
- 足の裏もしっかりつける



頸部前屈とリライニング位



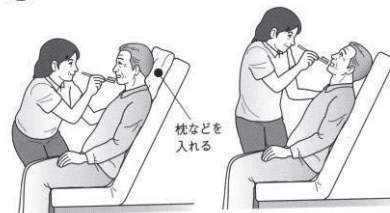
- 口唇閉鎖が可能 ⇒ 口腔乾燥の軽減
- 頸部前屈は、気管側が狭く、食道が広く ⇒ 誤嚥防止



義歯の装着時の口腔機能の観察
ディスキネジアでも、義歯装着で安定する場合もある。

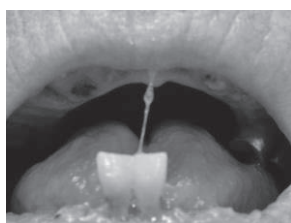
口腔ケアの姿勢

- 目線を合わせ、あごを引いてもらう
- ✗ 上から介助してはいけない



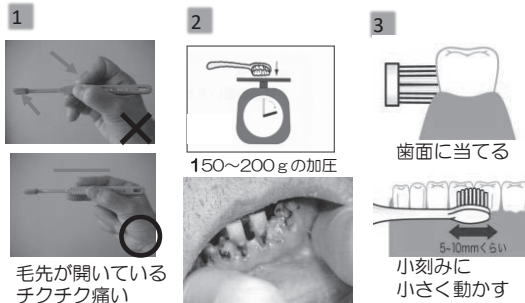
介護のための口腔ケア 菊谷 武著・講談社

何分磨くの？ バイオフィルムの除去



浮き上がった汚れの回収
口腔内の細菌数を減らす
口腔ケア性の肺炎予防

歯ブラシの持ち方・加圧



毛先が開いている
チクチク痛い
清掃性の低下

以外に気が付かない歯ブラシの水分

スポンジブラシも同様に

プラークが浮き上がる
歯ブラシで吸い取る

歯を磨く

歯ブラシを
洗う

吸い取った汚れを洗う

水分を
ふきとる

きれいな水
で洗う

誤嚥のある方は
歯ブラシの水分も危険
紙タオルで水分をとり口腔内へ

歯磨剤について

使用は、うがいができる方に限る

フッ素配合の齲蝕予防効果
歯周病菌の殺菌・消炎効果
プラーク除去、再付着予防効果

嚥下不良
口腔乾燥重度
粘膜異常

歯磨剤
NG

舌清掃

舌乳頭は過度なケアにより容易に障害される

1

2

3ステップ
2ステップ
1ステップ

保湿剤塗布20秒程度おく
10ストローク程度 2回/Dayまで

ブラッシングのしすぎ
舌乳頭の先端が傷つき充血している

舌乳頭先端の書化部分を舌苔と誤解しない

義歯の装着

上顎 下顎

1

2

3

•入れ歯を斜めにながら口
に入れて水平にします。

•まっすぐ口の中に挿入しよ
うとすると、口角部を傷つけ
ることがあるので注意。

•入れ歯を手で確実に顎堤
につけるようにして安定

•上下を噛み合せてもらう

部分義歯

- 必ず両手で操作します。
- 歯に金具がはまるまで手で入れます。

はすし方 (下顎の場合)

入れ方 (下顎の場合)

両手でクラスプ (バネ)
の下側から、少しずつ同じ
力で同じ方向へ引き上げて
はすします。

両手でクラスプの上の部
分をもちます。左右の指に
同じ力を入れ、バネの部分
を歯にはめていきます。

クラスプの上の部分を押
し下げて、きちんと歯には
まったことを確認します。

快適！「入れ歯生活」入門 編集 洋香・白田チヨ子編著

義歯清掃

視力低下・白内障

バイオフィルムの感触

部分義歯

ぐるっと磨く

ばねがかかる歯の虫歯

少し硬め
細かい部分の清掃に
適しています。

少しやわらかめ
義歯全体を磨くのに
適しています。

義歯安定剤の使い方

シリコン系(強力)は長期使用で粘膜発赤

- ・ 歯科受診までのつなぎ
- ・ 食事後ははずして洗う



安定剤は高額。

塗布、はがす、再度塗布...

手間とお金を考えたら、**歯科治療**が経済的。

パウダーと保湿剤の組み合わせが使用しやすい

口腔乾燥の原因

薬の副作用	
口腔からの唾液蒸発	口呼吸、開口、口輪筋の筋力低下、義歯装着
全身の脱水	下痢、嘔吐、腹水、胸水、欠食 ドライサイドの輸液管理
がん治療	化学療法、放射線治療による粘膜 炎、唾液腺の障害
精神的ストレス	疼痛、倦怠感、ストレス

口腔乾燥症の臨床診断基準

0度(正常)	1～3度の所見がない
1度(軽度)	唾液の粘性が亢進している
2度(中程度)	唾液中の細かい泡が見られる
3度(重度)	舌の上にほとんど唾液がない 乾燥している

ジェルタイプ 保湿剤の塗布



- ・ 舌自動運動で塗布
- ・ 使用感の確認(味、感覚...)
- ・ 運動刺激、唾液促進
※重ねて塗布しない



小豆大
手の甲にとる



舌・頬
全体に塗布



口腔乾燥に対して どのように保湿を行う？

- ・ 大きな苦痛になる口腔乾燥、原因療法と並行した対症療法として保湿剤を使用。

⇒唾液分泌の低下、水分蒸発、心因性

- ・ 口腔の状況に合わせた選択、正しい使用が必要
長期間にわたる使用は避けたい。

⇒誤嚥のリスク(流動性)、被膜化(嫌気性細菌の繁殖)

- ・ 一日3～5回を目安に塗布。

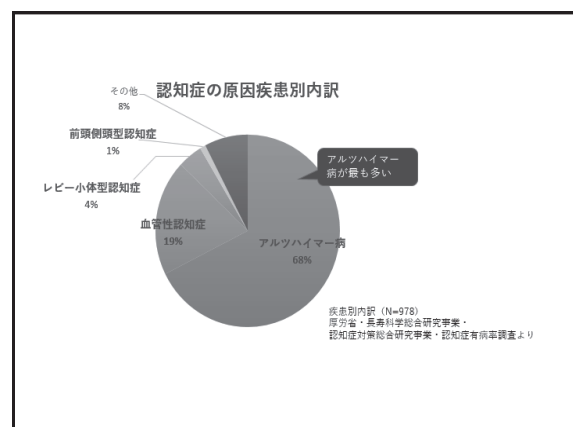
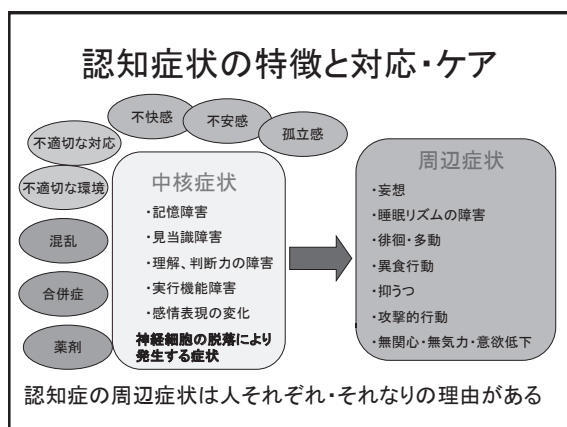
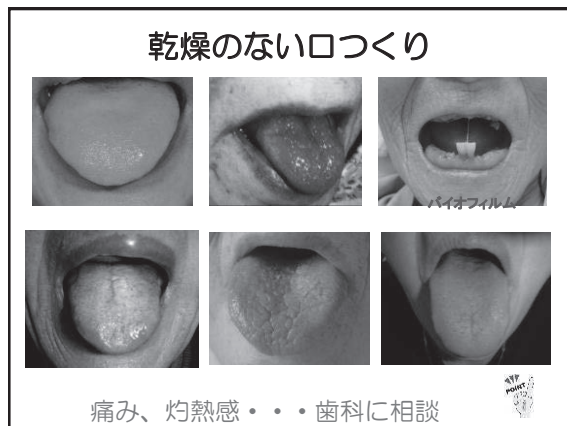
⇒白濁～被膜化 重ねて塗布しない

口腔乾燥の対応について

重曹水
グリセリン含有の含嗽水
人工唾液
市販の保湿剤
(洗口液、保湿ジェル)
氷片
オリーブオイル、白ゴマ油
※アルコールフリーのもの

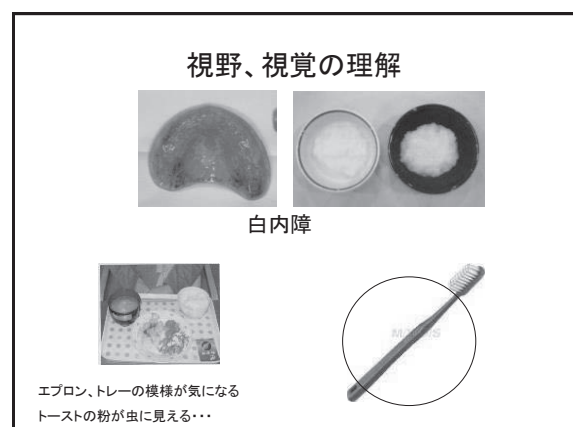


経口抗がん剤
疼痛コントロール 口腔粘膜吸収剤注意



**『認知症』
口腔ケアの前に・・・
握手ができますか？**

- 視野の狭さを理解
前方から視野に入るように挨拶をする
- 目を見つめて話す
- 中心から遠いところから触れてみる
指先～手甲～徐々に身体の中心部分に
- 過敏な状態のときは、あせらず無理せずに。
- 清掃用具は「面」を使い、「点」は避ける
- 表情がかわった部分で動きを止める。



日常から緊張をときほぐす工夫を！



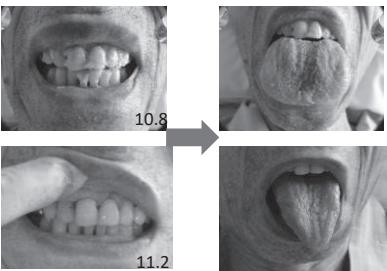
脱感作
慣れてくるとふれても平気

肩の緊張、下ろし方がわからない さわるとおこる
おはよう、肩とんとん

- ・ 認知症動画
- ・ 開口困難

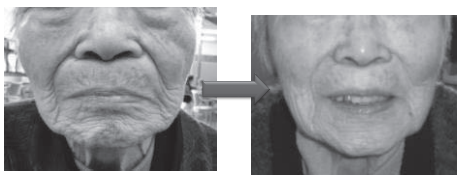
口腔機能維持向上

歯科対応;特になし
口腔清掃;歯ブラシ、保湿洗口液、歯間ブラシ



10.8
11.2

認知症 笑顔をとりにどすために



口を開かず、食事時間は1時間30分になる

食事と口腔ケア
食べるための共通点



うがいの時の前傾
食事の時の前傾姿勢

食具を持つ
歯ブラシを持つ巧緻性

毎日の歯磨き・
食べるためのトレーニングにつながります

参考文献

- 介護のための口腔ケア 菊谷 武著 :講談社
- 基礎から学ぶ口腔ケア 菊谷 武著 :学研
- チェアサイドオーラルフレイルの診かた 菊谷武著 :医歯薬出版
- 看護に役立つ口腔ケアテクニック 晴山 婦美子 他編著 :医歯薬出版
- 臨床の口腔生理学に基づく摂食嚥下障害のケアとケア 館村 卓著 :医歯薬出版
- 歯科医師、歯科衛生士のための舌診入門 柿木 保明著 (株)ヒョーロン
- 歯科衛生士教本高齢者歯科第2版 全国歯科衛生士教育協議会:医歯薬出版
- ユマニチュード入門 本田美和子/著 イヴ・ジネスト/著 ロゼット・マレスコッティ/著



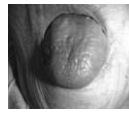
気持ちいいにゃん

ご清聴ありがとうございました。



本日の内容が、皆様のお役に立てば何より嬉しいです。
本日はありがとうございました。

食支援 入れ歯を入れられる・口づくり



発熱1週間点滴



死ぬ前に漬物
食べたい！歯
を作ってくれ！



南部せんべいバリバリ！ 口の感覚をとりもどす
洗顔時の唾液腺マッサージも有効

お口健やか健康寿命

口をきれいに、肺炎予防。
よく噛んで認知症予防



寝たきり
でなく

美味しく食べて、元気に過ごす

アルツハイマー型認知症

中核症状：記憶力、判断力の低下 言葉、行動の異常

周辺症状：物をとられた妄想、混乱状態、徘徊攻撃

甘みを好む・食欲の低下(まれに増進)

食事をはじめない

他のことに気をとられる

食器の使い方がわからない

他人の食事を食べる、異食

咽頭に送り込まない



レビー小体型認知症

認知症が変動しやすい、鮮明で具体的な幻視

パーキンソン症状 夜間せん妄

異常行動が多く、向精神薬の処方が多い

食べこぼし 姿勢の傾き 誤嚥

食欲の変動 嚥下動作の変動

意識レベルの低下、食欲低下



前頭側頭型認知症

人格障害・情緒障害が顕著

(記憶障害、見当識障害はほとんどみられない)

粗暴、一方的に話す、感情鈍磨、異常行動人格変化

ひねくれた態度など対人的態度の得意さが目立つ

大食、偏食、食事へのこだわり

食事中の立ち歩き、場所のこだわり

咽頭に送り込まない



脳血管性認知症

脳血管障害のために、何らかの麻痺を伴う
嚥下動作の障害
誤嚥、肺炎のリスクが高い場合もある

姿勢の保持
食事の口への取り込み、
食塊の口腔内の保持
食塊形成が困難



注意が散漫になる原因

視覚、聴覚、口腔に
問題がないか？

食形態が
適しているか？

食べる

部屋の音？
テレビの音？
食器の音？

食具が
適しているか？

お箸を持つ、お茶をのむ……

スイッチを入れる動作を探す！！

食事行動

食べ始めない



途中で食べなくなる



食べ方が乱れる

食事がわからない
食器の使い方がわからない

食べたくない
満腹、集中できない

ペースが速い
一口量が多い

食事内容の工夫

- 増粘剤の使用
- 食物の大きさを小さくする。
- たれ、あんかけ等水分を多くする。
- パサつきをなくす、のどごしの良い食形態

食事支援

1. 日常から緊張をときほぐす工夫を！
2. 視野、視覚の理解
3. 食べる環境、姿勢、を整える
4. 食事内容の工夫
5. 食事の前に準備体操
6. 声かけ
7. 食事の介助
8. 安全なペーシング 一口量
9. 口腔清掃

安全なペーシング

可能であれば自分でスプーンを持たせる
介助者が手を添える
食べる順番食物を少量ずつ 数皿に分けておく
声かけによりゆっくりたべるように促す

- 一口分を摂るのをやさしく阻止
- 周りの騒音を減らす



Q: 食物を口腔内にいつまでもため込んで
なかなか飲み込めない
(ほおばり現象は長い間の習慣のある方が多い)

- 咬む必要のないもの
水分、ゼリー ペースト食
- 良く咬まないと飲み込めないもの
繊維質の野菜、魚、鶏肉等

A: ペースは？ 顔、口が動いているか
口の中でどのような状態で残っているのか
食べる順番の工夫
口の機能にあったものを提供する

Q: 治療に関する

- 義歯があわず歯肉痛のある方が多くみられる
- 義歯があわず、すれて痛む。日中はずし、食事の時だけ入れるかたが多い
- 歯の根が残っているが、歯がとがり砕け食事のときは歯茎にささり、痛みがある。
- 食事形態をやわらかくしているが、それでいいのか？



A: 歯科治療

- 吸啜反射、咬反射、口すぼめ反射がみられる場合
義歯の装着は困難
- 義歯は装着したほうが食事が早くなる場合、逆もある
- 痛む場合ははずして安静に。
- 残存歯で傷をつける場合、治療が必要。

※ 口腔ケアで慣れておくと、治療時の混乱が少ない

嚥下運動を一日に何回するでしょうか

だいたい

一日に600回ほど

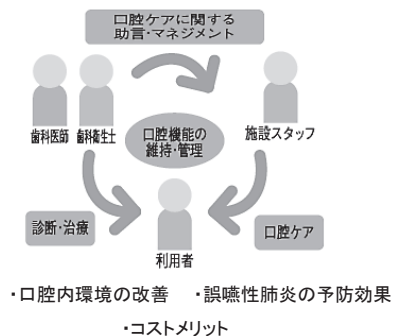
唾液は一日にどれほど出るでしょうか？

**一日に500ml～600ml
(大きい缶ビール1本以上)**

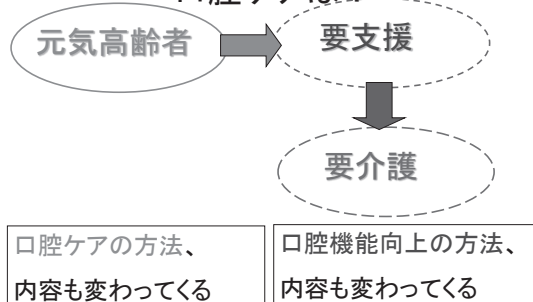
口腔機能維持管理加算 口腔ケア研修

佐藤たもつ歯科医院
歯科衛生士 赤坂 幾子

口腔機能維持管理加算のメリット



口腔ケアは？



訓練ではなく口腔管理

口腔ケアの刺激 : 喀痰を促進
歯ブラシの動き : スプーンの回旋
うがいの姿勢 : 嚥下がスムーズ

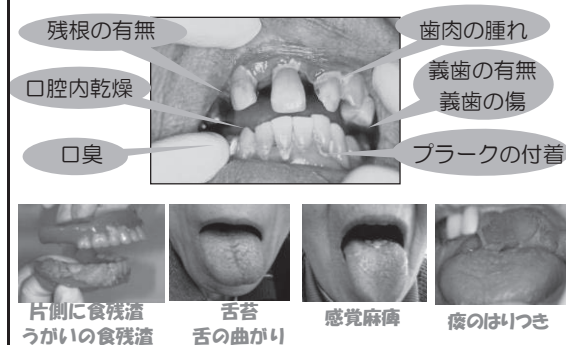
日々の口腔ケアが活動性を向上させることにつながる

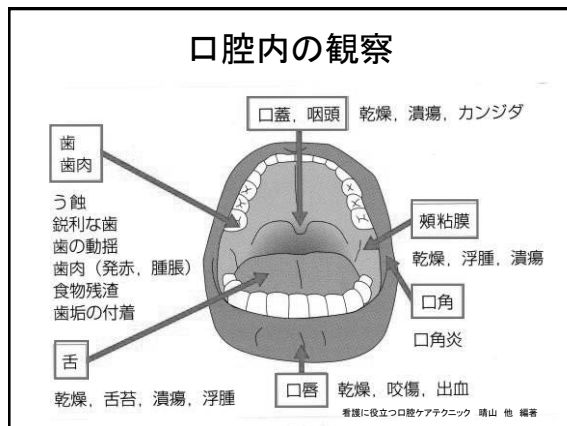
胃、腸の運動を促す
吸引が容易に、確実に行える
看護師、介護士、家族が楽に口腔ケアが継続できる

口腔観察 日常生活の中から



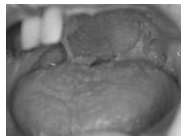
口腔観察





口腔内の特徴

1. 口呼吸
2. 口唇閉鎖不全
3. 口が動かない
4. 顎関節脱臼
5. 頸部拘縮
6. 舌運動
7. 誤嚥発生
8. 経口摂取不全



- 自浄作用の低下
- 口腔機能の低下
- 口腔乾燥症

廃用を防ぐ

口腔ケアのコツ

1. 苦痛を与えない
2. 口の動きを引き出す
3. 唾液を出す
4. 呼吸に合わせたタイミング

介護者の注意事項



感染しない、させない



歯ブラシの管理

介護のための口腔ケア 菊谷 武著 : 講談社

口腔ケアの手順

- ① 器具の準備
- ② 説明と同意
- ③ 安全な姿勢の保持
- ④ 口腔内の評価、観察
- ⑤ リラクゼーション
- ⑥ 洗口（可能な方のみ）
- ⑦ 口腔清掃
（唇、歯面、歯間部、舌、粘膜）
- ⑧ 口腔の観察、確認

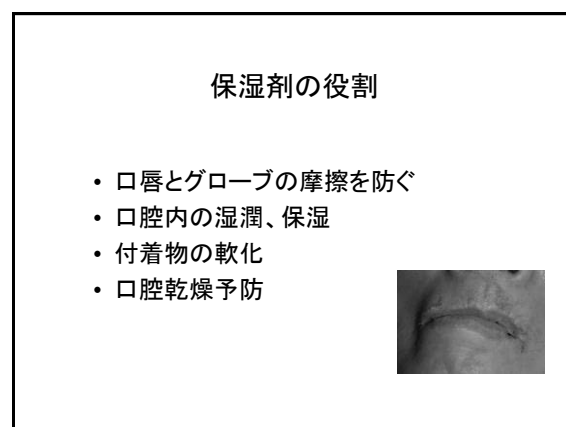
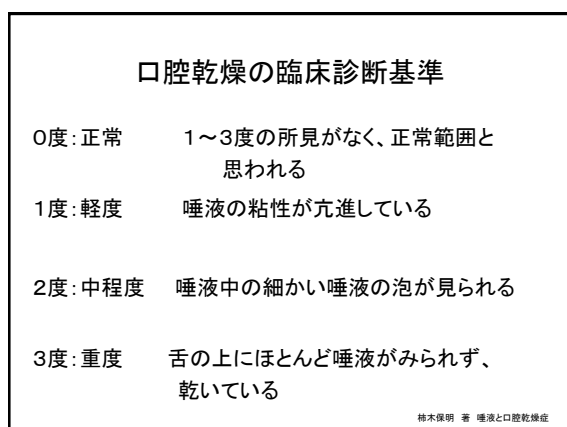
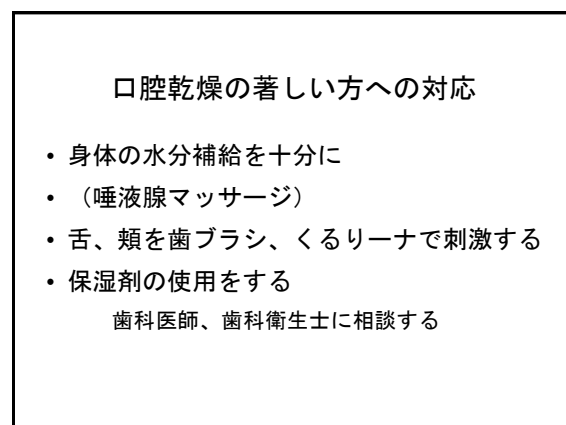
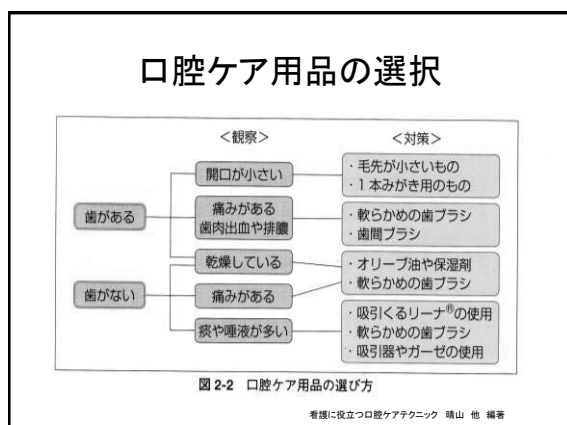
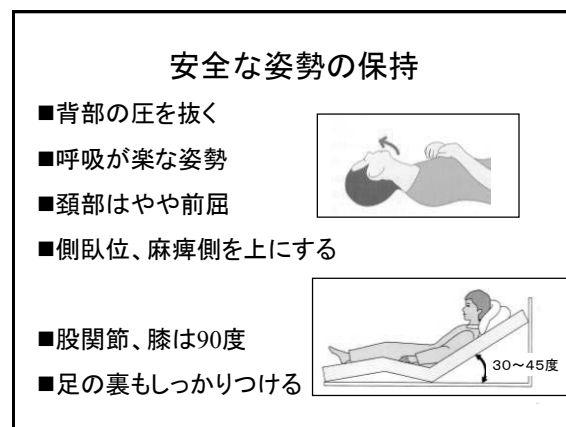
口唇の保湿

汚れた唾液の吸引

器具の管理

歯ブラシ、義歯ブラシ、スポンジブラシ
吸引チューブ 等
吐き出し容器 コップ
ゴム手袋
ペーパータオル
洗口剤等 保湿剤 お茶



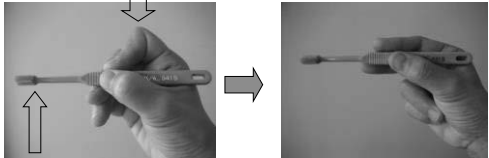
心地よい歯磨きのために

心地よいことが大切

チカラが入りすぎ

歯に当てた時に
毛先がひらかない

歯ブラシは3本の指で持てる。



開口障害について

- ① 脳梗塞などの後遺症
中枢神経障害
- ② 寝たきり状態の継続
廃用症候群
- ③ 本人の口腔ケアに対する拒否

過敏・・・脱感作
緊張・・・リラクゼーション
開口制限・・・開口訓練

心地よい口腔ケアの提供

基礎から学ぶ口腔ケア 菊谷 武著 学研 ・ 看護に役立つ口腔ケアテクニック 晴山 他 編著

出血傾向の場合

- ・ 出血させない慎重な対応が必要
- ・ 出血しやすい部位を指で保護してブラッシング
- ・ どこから出血するのか
- ・ 止血の確認

舌苔清掃について

ひりひり痛む

保湿剤を使用

強くこすらない

味がわからない

舌の機能低下している人に付着
乾燥が原因の場合もあり
舌ブラシ、軟毛ブラシでやさしく除去

無理は禁物

口腔ケアの大切さ ＝口腔内への刺激

自分で動く：動かす
動かなければ：動かしてあげる

動きを引き出す、導く



参考文献

- ・ おとなのための歯と健康づくり 安井 利一監修
- ・ 看護に役立つ口腔ケアテクニック 晴山・塚本・坂本編著
- ・ 嚥下障害ポケットマニュアル 聖隷三方原病院嚥下チーム
- ・ 基礎から学ぶ口腔ケア 菊谷武監修
- ・ 高齢者の口腔ケアを考える 柴田浩美著
- ・ 介護のための口腔ケア 菊谷 武著：講談社

安全な姿勢

テーブルの高さ調節



スプーンの大きさ
食器の色



食べることの維持



正しい食事の姿勢は
立ち上がる姿勢をつくる

介護のための口腔ケア 菊谷 武著 : 講談社

食べるための共通点



うがいの時の前傾姿勢の繰り返し
＝ 食べる姿勢

(2) 渋谷歯科医院取り組み（東京都板橋区）

1. 連携のきっかけ

施設に常勤の歯科衛生士が勤務しているが、歯科診療室の設置はないため、開設当時から歯科訪問診療で関与してきた。

2. 現在、連携状況について

- ・義歯の作製・調整といった歯科医師としてすべきことにしっかり取り組むように心がけている。
- ・現在は、口腔衛生管理体制加算と経口維持加算の算定の支援を行っている。施設で月1回開催されている口腔ケア委員会や月平均10回のミールラウンドとその後のカンファレンスに参加している。栄養摂取だけでなく、安全に食事を召し上がって頂くためには、姿勢などの観察も必要だと考えている。
- ・主に施設の栄養士がリーダー的な立場を担っているが、食事介助といった日常生活に関わっている介護職員も含め施設職員の関心は高いと感じる。
- ・年1回、生活相談員や事務職も含めた全職員を対象に、経口維持加算算定に関する研修を行っている。（資料参照）
- ・各種加算の算定にあたっては、ご家族への説明が非常に重要であり、目的や予測も含めた説明が必要である。
- ・介護職員が気づいた口腔内の異常をすぐに歯科衛生士または歯科医師が確認するようにしている。

3. 連携の事例

① 事例 1

基本情報		88 歳	女性	介護度：4
既往歴		認知症 その原因となる脳血管障害、脳梗塞の既往あり		
介入当時の栄養状態		BMI	アルブミン	MNA—SF
		不明	不明	不明
介入当時の食形態		嚥下調整食（ミキサー）		
加 算 の 算 定 状 況	口腔衛生管理加算	算定対象だが実施できてない		
	経口維持管理加算Ⅰ	算定対象だが実施できてない		
	経口維持管理加算Ⅱ	算定対象だが実施できてない		
	経口移行加算	算定対象でない		
	栄養マネジメント加算	算定対象だが実施できてない		
	療養食加算	算定対象でない		
	低栄養リスク改善加算	算定対象でない		
口腔健康管理および栄養管理上の問題点		当時は加算を算定する体制はなかった。 ムース食が基本的な食形態の中に入っていなかった。		
協力歯科医療機関としての関わりについて		上下新義歯の作製 義歯セットに伴う口腔周囲のリハ		
施設との連携で工夫したこと		ムース食の提案 義歯を使用しているところの食事観察を行った。		
得られた成果と課題		・ ミキサー食を漫然と続けざるを得ない入所者に対して食形態を上げることが可能なこと、今回は新義歯が使えるようになるという大きな変化があったためそれに伴って食形態が上がったという実感が得られたのだと思います。 ・ この成功体験が後に口腔内が咀嚼できる環境ならば、食形態は上げてもいいんだというコンセンサスが形成されていくきっかけになった症例として重要でした。		

事例②

基本情報		96 歳（介入開始時 92 歳）	女性	介護度：4
既往歴		認知症、その原因となる脳血管障害、脳梗塞の既往あり リウマチとそれに伴う関節拘縮、変形		
介入当時の栄養状態		BMI	アルブミン	MNA—SF
		18 以下	不明	不明
介入当時の食形態		嚥下調整食（ミキサーからムースへ）		
加算 の 算 定 状 況	口腔衛生管理加算	算定対象だが実施できてない		
	経口維持管理加算Ⅰ	算定対象だが実施できてない		
	経口維持管理加算Ⅱ	算定対象だが実施できてない		
	経口移行加算	算定対象でない		
	栄養マネジメント加算	算定対象だが実施できてない		
	療養食加算	算定対象でない		
	低栄養リスク改善加算	算定対象でない		
口腔健康管理および栄養管理上の問題点		・ 当時は諸加算を算定する体制はなかった。 ・ 食形態を変更する際は家族立ち会いのもと評価をしていた。		
協力歯科医療機関としての関わりについて		・ 前に入所していた介護老人保健施設から診察している患者さんが特別養護老人ホームに施設を移動しても継続して義歯修理、調整を行ってきた。 ・ 家族同席のもと食事場面の観察を行った。（ミールラウンド定着前） ・ 義歯調整時には口腔周囲筋群のリハビリを行った。		
施設との連携で工夫したこと		急性期病院に入院するエピソード後、食形態がミキサーまで落ちて再入所となるが、介助時の食べこぼしが多くなり喫食量の低下、低体重という負のスパイラルに陥っていたのを、家族からの要望で立ち会いのもと、修理した義歯を上顎だけでも使用すればムース食の方が摂取量は増えることを証明した。		
得られた成果と課題		最期まで関わることで、ご家族からも経口摂取の維持を感謝されたのと施設側も看取りを始めようとする中での初期のケースだったため、終末期における経口維持、それを安全に支える有効な一手段としてのミールラウンドによる評価の重要性を理解できたケースでした。		

事例③

基本情報		87 歳 男性 介護度：4		
既往歴		認知症、その原因となる脳血管障害、脳梗塞の既往あり 再発を繰り返す誤嚥性肺炎		
介入当時の栄養状態		BMI	アルブミン	MNA—SF
		不明	不明	不明
介入当時の食形態		・常食からお粥、きざみへ変更するも自己判断で常食の副食摂取を繰り返す。 ・急性期病院入院時はミキサーへ。 ・VE で精査後、お粥きざみからムースへ。		
加 算 の 算 定 状 況	口腔衛生管理加算	算定中		
	経口維持管理加算Ⅰ	算定中		
	経口維持管理加算Ⅱ	算定中		
	経口移行加算	算定対象でない		
	栄養マネジメント加算	算定対象だが実施できてない		
	療養食加算	算定対象でない		
	低栄養リスク改善加算	算定対象でない		
口腔健康管理および栄養管理上の問題点		・脳梗塞による嚥下障害の状態が重篤で、食形態の変更環境調整のみでは対応が困難であった。		
協力歯科医療機関としての関わりについて		介入当時、全入所者の新規入所時のルーティンの口腔診査から経口維持加算による嚥下障害の方のフォロー体制は確立されてきたが、入所前からシビアなケースが予測されたため嚥下内視鏡検査により精査する方針を最初から家族にも説明をしていた。		
施設との連携で工夫したこと		常食を食べたいという希望が本人、家族ともに強かったが、施設入所前より誤嚥性肺炎の疑いでの入院が頻回で施設内では入所後は安全な食形態で推移するよう家族に納得させる根拠を示してほしいという要望があった。		
得られた成果と課題		・早期のアセスメント、ハイリスク群のピックアップ、高次診査項目の実施、という支援がシームレスに行えたケースでした。 ・一番のリスクだったのは常食でもお粥でも米粒の咽頭残留の遅発性気道侵入なのが VE で一目瞭然だったので、すぐにムース食に変更して食事時のリスクは減りましたが、下気道からの喀痰の排出がうまく行かず、感染の原因は残るままでした。		

4. 書式例

令和 ○年 × 月 □ 日

口腔衛生管理にかかわる助言内容【記載例】

歯科医師：澁谷英介

歯科衛生士：

- ☐ 口腔内状態の評価方法
- ☐ 適切な口腔ケアの手技
- ☐ 口腔ケアに必要な物品整備の留意点
- ☐ 口腔ケアに伴うリスク管理
- ☐ 施設における日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項

口腔内の変化（歯が抜けた、折れた。）にすぐ気がつけるように、
口腔内の状況をわかりやすく提示しておける方法としてこのようなチャートを試作してみました。
義歯の概形に関しては逐次私達がチェックして記入していくようにします。

施設口腔ケア・マネジメント計画書①【記載例】

策定日 年 月 日

作成者 指導 歯科医師：澁谷英介 歯科衛生士

当施設における入所者の口腔ケアを推進するための課題	入所者の口腔状況、ケアの必要性を評価する。 口腔ケアを行う時間の確保 施設職員の口腔ケアに対する知識、技術の習得及び向上	
当施設における口腔ケアの実施目標	入所者全員に適切な口腔ケアを提供する。 職員全員が正しい口腔ケアを理解する 口腔ケア勉強会を半年に1回開催する。	
口腔ケアを推進するための具体的方策	歯科医師による入所者全員の口腔内審査をもとに治療介入と歯科衛生士による口腔ケアプランを作成する。 口腔ケア委員会のメンバーは各フロアの口腔ケア用具の点検、整備を行う。	留意事項 欠席したフロアには伝達を徹底する。
歯科医療機関との連携状況	週3回のミールラウンドと歯科診療、並びに歯科衛生士による口腔衛生管理を行う。	
	提携歯科医療機関：渋谷歯科医院 担当者：澁谷英介 緊急連絡先 03-〇〇〇〇-××××	
指示内容の要点	新規入所者にはいち早く口腔内診査を行います。	
その他		

施設口腔ケア・マネジメント計画書②【記載例】

1. 当施設における入所者の口腔ケアを推進するための課題

ケアプラン策定の統一化ができていない。

2. 当施設における口腔ケアの実施目標

利用者の残存能力に応じた口腔ケアプランを作成し、実施する。

3. 口腔ケアを推進するための具体的方策

口腔ケアに関するアセスメントの実施と施設歯科衛生士との連携。

4. 留意事項

口腔ケアに関するリスクが高い利用者に対しては歯科医師による嚥下評価を参考にする。

5. 歯科医療機関との連携状況

口腔内、義歯の問題に気が付いたらすぐに施設歯科衛生士に報告し、診療日に優先的に診療を行う。

6. その他必要と思われる事項

歯科医師の指示内容の要点

年末年始、体調を崩す方が増えています。

口腔内の乾燥が上気道感染の直接のリスクになりますので、保湿剤、マスクを有効に利用しましょう。

年 月 日

経口維持加算のための嚥下評価
とミールラウンドについて

口腔ケア委員会
渋谷歯科医院 瀧谷英介

摂食・嚥下障害の何が問題か？

窒息
低栄養 (PEM)
誤嚥性肺炎

改訂水飲みテストの判定基準

評点	評価内容
1a	嚥下なし、むせなし、湿性嚔声 or 呼吸変化あり
1b	嚥下なし、むせあり
2	嚥下あり、むせなし、呼吸変化あり
3a	嚥下あり、むせなし、湿性嚔声あり
3b	嚥下あり、むせあり、湿性嚔声あり
4	嚥下あり、むせなし、呼吸変化・湿性嚔声なし
5	4に加え、追加嚥下運動が30秒間以内で2回可能
判定不能	口から出す、無反応

改訂水飲みテスト

- 改訂水飲みテストは嚥下機能の簡易検査（スクリーニングテスト）のひとつであり、主に摂食障害や嚥下障害が疑われる方に実施されています。正式名称は「Modified Water Swallowing Test」といい、「MWST」と略されることが多いです。
- 通常の水飲みテストに比べて飲む水の量が少ないため、検査時に誤嚥のリスクを極力避けることができるのが特徴です。簡単に実施できることから多くの臨床現場で用いられています。

歯科治療の需要の将来予想(イメージ)

従来の需要
う蝕
修復治療
抜歯
クラウン
被せ
ブリッジ
部分床義歯
総義歯

健康者型
歯の形量の回復
口腔機能の回復

現在と今後の需要
う蝕
修復治療
抜歯
減少

高齢者型
口腔機能の回復
歯の形量の回復

治療の難度・リスクの増加
高齢者の歯科治療の内容も変化

自立度の低下
全身的な疾患（合併症・薬物相互作用）
加齢による口腔内の変化
歯の喪失のリスク増加

在宅・入院患者
外来患者

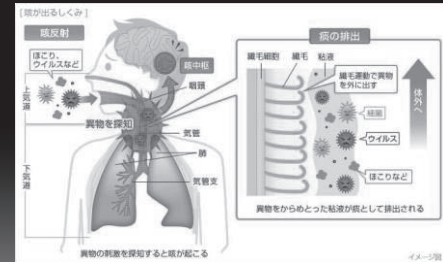
「摂食機能障害とは食べることを優先すると窒息を起こしかねない状態。」

摂食機能に問題があるような方は
口やのどの動きが悪いわけですから、
同様に呼吸にも障害が起こりやすいと言え
ます。

誤嚥と窒息を混同している人が多い

ムセ≠誤嚥ではない

- むせている状態とは？
- 咳反射による気道異物の喀出



誤嚥性肺炎になってしまうと？

- 肺炎の治療をすることが最重要で、その原因を探すことは二次。
- しかし、再発防止のために禁飲食、禁飲水、胃ろうなどの過酷な対策がとられがち。
- 根本的に防ぐためには口腔ケアを始めとして食形態の調整、食事姿勢の検討、補助栄養の併用などの総合的な対応を進めていく。

肺炎の種類

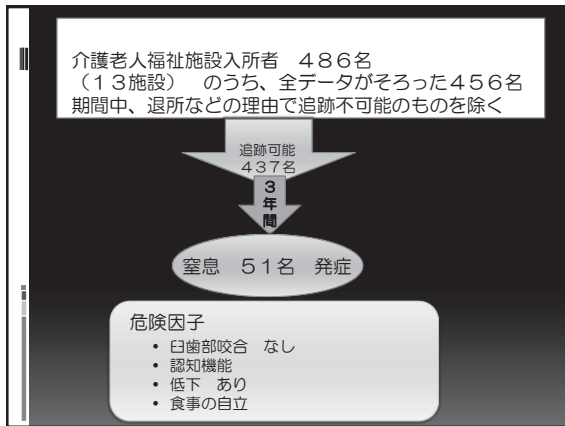
- 肺炎は、日本での疾患別死亡率の第3位を占めている。また、肺炎による死亡者のなかで65歳以上が占める割合は95%と極めて高く、高齢者での死亡原因では肺炎は第1位となる。
- 高齢者肺炎のほとんどは誤嚥性肺炎であり、医療介護関連肺炎（NHCAP）である。

誤嚥性肺炎の予防

- この場合の誤嚥とは、食事時の食物の明らかな誤嚥を意味するのではなく、不顕性の誤嚥（silent aspiration）である。
- 嚥下反射・咳反射の低下した老人は、睡眠中に不顕性の誤嚥をたびたび起こし、この際、唾液とともに口腔内の細菌も同時に誤嚥するため、誤嚥性肺炎を起こしやすいといわれている。
- そして、口腔内の細菌を少しでも減少させるためには、口腔ケアが有効である。

誤嚥することが問題ではない

- ・ その結果肺炎を発症するかしないかが問題
- そうならないように何をしておくべきか？

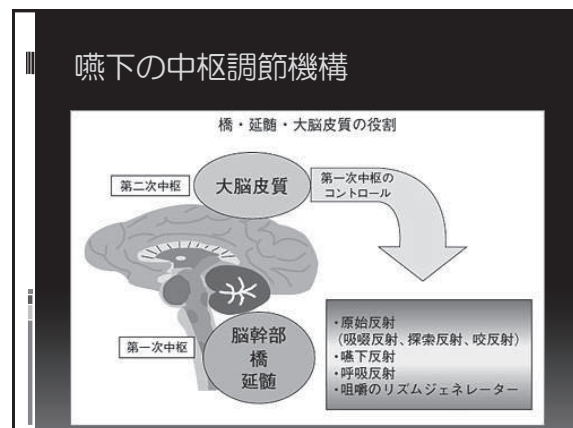


顔下腺疾患の原因となる器質的疾患（備考[2]を参照）			
分類・病徴		口腔、顔面/顔部	
先天異常	下顎、口腔、食道など		唇裂口蓋裂、先天性食道閉鎖など
頸部疾患	頸椎の变形による過運動障害		強直性脊椎炎増殖性、変形性頸椎症
	頸椎手術合併症		頸椎前方固定術後
脳部	先天奇形		脳基底部陥入症、ChiariⅡ形
	腫瘍による障害	神経浸潤：脳茎癌（Ⅳ、Ⅴ-XⅢ）	混合性視神経腫瘍、嗅頭癌、脳茎癌（浸潤）
		神経浸潤：下顎癌、縦膈、縦膈（反回神経結）	神経、食道癌、甲状腺癌
		腫瘍による圧排や侵蝕	口腔癌、咽頭癌、食道癌
		疼痛	口腔癌、咽頭癌
放射線治療による障害	神経根炎、切歯・骨・軟の欠損・歯槽/牙槽による運動制限	脳腫瘍、脳茎癌腫瘍、脳神経瘤など	

ほとんど全ての疾患は
嚥下障害の原因となります。

極端な話をすれば、

- 風邪をひいて喉が腫れているので、飲み込む時に痛いから、なんとなく食べなかったら体重が落ちてしまった。
- 口内炎がひどくて…
- このような例も嚥下障害から起こる事態
といっていいいでしょう。



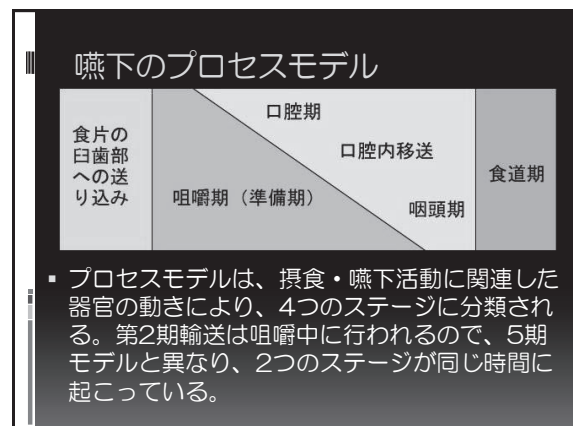
嚥下ってなに？

嚥下のしくみ

摂食・嚥下のメカニズム

一連の動きを見る

エルメッド エーザイ株式会社



北海道における摂食嚥下障害を有する患者推計数	
1 病院入院患者における摂食嚥下障害患者の推計	調査数 30,056施設（対象施設300病院、特等、臨牀及び産科専科を除く） 平成17年9月の入院患者における患者の記録状況を対象 調査総推定数12,410人/505施設×580施設＝推計14,253人・・・①
2 介護保険施設入所者における摂食嚥下障害患者の推計	(1) 介護老人福祉施設 調査数 265施設（対象270施設） (2) 介護老人保健施設 調査数 148施設（対象148施設） 平成17年9月の入所者における記録状況を対象 調査総推定数5,424人/401施設×415施設＝推計6,696人・・・②
3 在宅介護高齢者における摂食嚥下障害患者の推計	介護支援専門員 調査調査数 1,032名 北海道における在宅介護介護者に限るケアマネ数 3,389人（有資格者18,161人の18%と推計） 在宅における摂食嚥下障害を有する在宅介護介護者の状況 1) ケアマネ数による推計 調査総推定数4,388人/1,032人×3,269人＝推計13,900人・・・③ 2) ケース数による推計 調査総推定数4,388人/33,801ケース×105,176ケース＝推計13,653人
北海道における高齢者の摂食嚥下障害患者の推計数 北海道における摂食嚥下障害患者の推計数 ①+②+③ 病院推計14,253人+介護保険施設推計6,696人+在宅推計13,900人＝35,000人	

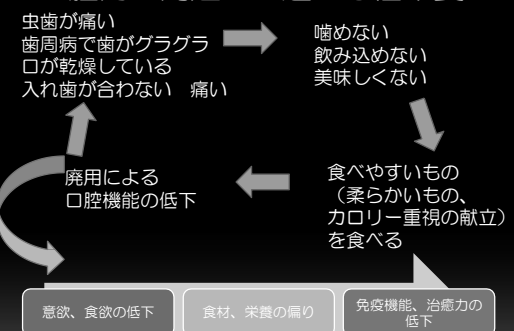
要介護認定者に占める割合は18.1%
全国推計だと782410人となる。

誤嚥性肺炎を防ぐポイント

- 口腔ケアを徹底し、口腔内細菌の量を減らす
- 摂食・嚥下能力を向上させて誤嚥する量を減らす



口腔内の問題から起こる低栄養



高齢者の低栄養蛋白質の欠乏とエネルギーの欠乏が複合して起こる Protein Energy Malnutrition (PEM) が大部分

- 自立している高齢者の PEM の割合は低く、要介護状態になると PEM は増加する
- 高齢者の低栄養の原因として、社会的要因、精神・心理的要因、疾病要因、薬剤の影響、加齢の影響が挙げられるが高齢者にとって歯の問題は、咀嚼機能の低下を含め、栄養障害を引き起こす重要な因子である。

高齢社会における歯科治療の目的

- 食べる機能を回復し栄養状態の改善に寄与すること
- 口のリハビリテーションを多職種と連携実施することで義歯を使い続けられる口を創る役割を担う

歯や義歯による咬合状態の違いが 介入効果に与える影響

菊谷武（日本歯科大学付属病院口腔介護・リハビリテーションセンター），et al
介護老人福祉施設における利用者の口腔機能が栄養改善に与える影響，
日本老年医学会雑誌，第41，第4号，396-401頁，2004年

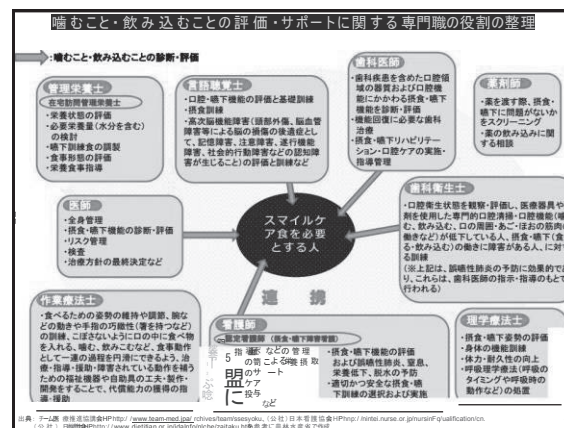
- ・食事の介助法や食事の環境整備を主体にした栄養改善の取り組みに際し、歯や義歯による咬合状態が介入効果に与える影響を検討
- ・研究開始時(入居前)に比較して6ヵ月後(介入後)に血清アルブミンの変化は、有意に上昇し、無歯群でも義歯を使用している者の集団において著しかった
- ・介入前 3.64±0.35g/dl、介入後 3.92±0.40g/dl (p<0.05)
- ・食支援を中心とした介入を行った際に、義歯を使用していたものの方が、栄養改善に与える効果が現れやすかった。このことは要介護高齢者の義歯の装着の重要性を示唆する

高齢者の低アルブミン血症の主因は 蛋白食品摂取量の低下であると考えられる

- ・高齢者では若年者に比し消化吸収能に差はなく、歯数 20 未未満への減少に伴い総エネルギー及び三大栄養素の摂取低下を認め、総養歯となるに促して特に肉類及び魚介類の摂取低下を認めた。
- ・すなわち、高齢者の低アルブミン血症の主因は蛋白食品摂取量の低下であると考えられた。
- ・栄養摂取量は、鉄をのぞいて、義歯装着者と天然歯列者ともに充足していた。
- ・義歯装着者のなかでは、咬合力が小さい群「咬合力小群」が大きい群「咬合力大群」に比べて栄養摂取量が少なくなる傾向がみられた。
- ・義歯に対して満足していない群は、満足している群に比べ、栄養摂取量が少ない傾向がみとめられた。

栄養素摂取量との関係

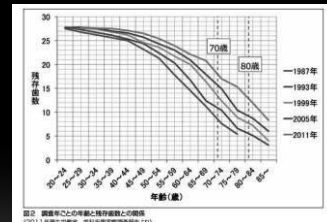
- 噛めない群で炭水化物エネルギー比が有意に高かった、総義歯使用者で蛋白質・脂質摂取量が有意に低下していた、現在歯数が少ない者では、蛋白質・ミネラル類・ビタミン類・食物繊維の摂取量減少と炭水化物増加 といった報告があり栄養素のバランスの崩れにつながっている。



高齢者の口腔機能が、栄養摂取に与える影響

- 1. 加齢とともに歯数は減少し、個人差も大きくなる。また、咬合力、味覚などの口腔機能が低下する。
- 2. 歯の数は、寿命に關係する様々な因子の影響を調整した上で、長寿と關係がある。その歯と生存期間を結び絡路として、
- 口腔機能低下による栄養摂取の変化が考えられる。
- 3. 歯を失うと野菜類の摂取量が減少し、抗酸化ビタミンや食物繊維などが不足し易い。また、タンパク質の摂取も減少する。
- 4. 要介護高齢者では、咀嚼や嚥下機能は低栄養と関連がある。
- 5. 我々の研究より、歯数より咬合力の方が栄養摂取（ビタミン、食物繊維、タンパク質）や運動機能に関連することが示された。

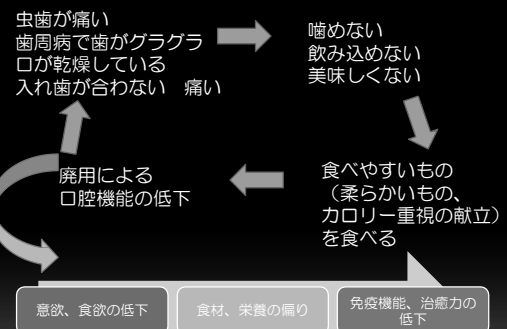
- 70歳の平均残存歯数は、
- 1987年では、約9本であったが、わずか24年後の2011年には、
- 約18本と倍増している
- 80歳で20本自分の歯が残っている人は43%いたが、その一方で全く歯がない人（無歯顎者）も16%いたあ



高齢社会における歯科治療の目的

- 食べる機能を回復し栄養状態の改善に寄与すること
- 口のリハビリテーションを多職種と連携実施することで義歯を使い続けられる口を創る役割を担う

口腔内の問題から起こる低栄養



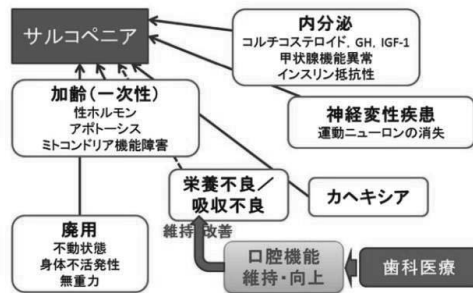
口腔機能の衰退に伴って起こること

1. 加齢とともに歯数は減少し、咬合力、味覚などの口腔機能が低下する。
2. 歯の数は、寿命に関係する様々な因子の影響を調整した上でも、長寿と関係がある。その理由として、口腔機能低下による栄養摂取の変化が考えられる。
3. 歯を失うと野菜類の摂取量が減少し、抗酸化ビタミンや食物繊維などが不足し易い。また、タンパク質の摂取も減少する。
4. 要介護高齢者では、咀嚼や嚥下機能は低栄養と関連がある。
5. 歯数より咬合力の方が栄養摂取（ビタミン、食物繊維、タンパク質）や運動機能に関連する。

高齢者の低栄養蛋白質の欠乏とエネルギーの欠乏が複合して起こる Protein Energy Malnutrition (PEM) が大部分

- 自立している高齢者の PEM の割合は低く、要介護状態になると PEM は増加する
- 高齢者の低栄養の原因として、社会的要因、精神・心理的要因、疾病要因、薬剤の影響、加齢の影響が挙げられるが高齢者にとって歯の問題は、咀嚼機能の低下を含め、栄養障害を引き起こす重要な因子である。

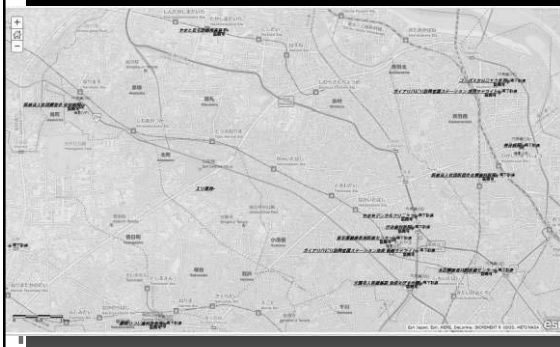
ここのところを頑張ります。



摂食・嚥下障害患者に対するアプローチ

- 脳卒中患者の急性期モデルを基に構築されている。
- 若年者の場合などは、回復する確率が高い。
- 認知症高齢者では食べられない理由が多岐にわたることも多く対処法が一つではない。

摂食嚥下関連資源マップ



認知症高齢者の摂食・嚥下障害

- 運動機能というよりは、認知機能の衰えによる、食行動の問題点。
- ポリファーマシーによる問題。
- 徐々に機能は失われていくためにリハビリはあまり効果がない。
- 肺炎などを併発すると、ADLの極端な増悪があり、生活環境の変更を余儀なくされる。

認知症原因疾患別の障害部位と食事に関する問題

AD: 記憶障害 実行機能障害 失認
見当識障害 失行 口腔顔面失行
FTD: 失語 時刻表的行動 脱抑制 常同行動
保続
DLB: 視空間認知障害 幻視 錐体外路症状
VaD: 失語 空間認知障害 運動麻痺

高齢者施設における食事の問題

- 肺炎など、急変時に急性期病院に搬送、入院された後、入院時の禁飲食がそのまま退院、再入所後もついて回る。
- 介護力、本人の食べる能力などの総合的な評価をするのは誰かが決められていない。

食べる能力と合っていない食形態

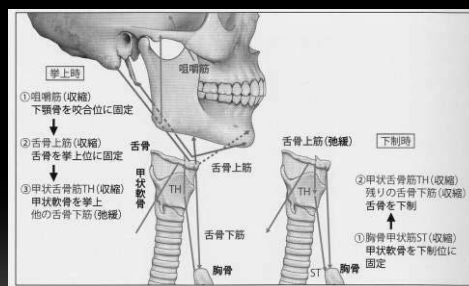
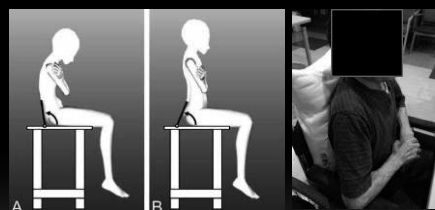


食具の調整

- 食べこぼしが多く
嚥食量が増えない
- 左手に効き手変更



姿勢の調整



食事の物性の調整

- 水分にとろみをつけるのならば、その適正な濃度を評価する。
- 食形態が下がっているものは、嚥下評価を基に能力に応じた安全な形態に変更する。

嚥下聴診の所見から食形態を 変更できたケース

80代男性：常食、水分摂取はとろみなして最近ムせることが多い

一回目の嚥下 二回目の嚥下 ムセ始め

とろみありの水分を提供して再度
評価

咬合音

嚙下音

呼吸音と咬合音

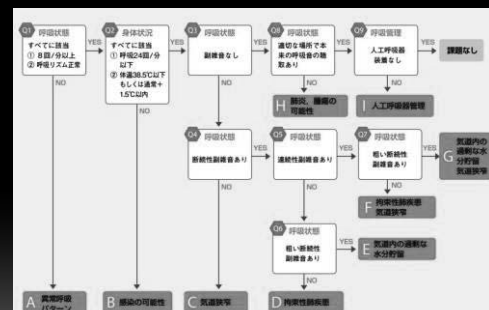
まとめ 認知症高齢者に対する食支援とは

- 緩やかに失われていく能力を適切に評価し、安全な食事が行われるように注意する。
- 嚥下評価だけではなく、その先の環境の調整までを多職種と共有して行う。

異常音の種類

異常呼吸音		音の聞こえ方(例)
断続性副雑音	細かい (乾き音)	チリチリ、バリバリ (硬いゴム風船をふくらませたような音)
	粗い (水泡音)	ポコポコ(鍋にお湯が沸騰しているような音)
連続性副雑音	低調性 (いびき音)	ウーウー(低いいびきのような音)
	高調性 (笛音)	ヒューヒュー(口笛のような音)
胸膜摩擦音		ギュッギュッ(こすれ合うような音)

呼吸音の鑑別フローチャート



摂食・嚥下障害患者に対するアプローチ

- 脳卒中患者の急性期モデルを基に構築されている。
- 若年者の場合などは、回復する確率が高い。
- 認知症高齢者では食べられない理由が多岐にわたることも多く対処法が一つではない。

認知症高齢者の摂食・嚥下障害

- 運動機能というよりは、認知機能の衰えによる、食行動の問題点。
- ポリファーマシーによる問題。
- 徐々に機能は失われていくためにリハビリはあまり効果がない。
- 肺炎などを併発すると、ADLの極端な増悪があり、生活環境の変更を余儀なくされる。

高齢者施設における食事の問題

- 肺炎など、急変時に急性期病院に搬送、入院された後、入院時の禁飲食がそのまま退院、再入所後もついて回る。
- 介護力、本人の食べる能力などの総合的な評価をするのは誰かが決められていない。

ミールラウンドから始まる食支援

確認できること

- 食具
- 食器
- 量
- 姿勢
- 食形態

多面的アプローチ

- 食形態
- ポジショニング
- 食事介助技法
- ポリファーマシー



口腔ケア
リハビリテーション
栄養管理

食事の物性の調整

- 水分にとろみをつけるのならば、その適正な濃度を評価する。
- 食形態が下がっているものは、嚥下評価を基に能力に応じた安全な形態に変更する。

まとめ 認知症高齢者に対する食支援とは

- 緩やかに失われていく能力を適切に評価し、安全な食事が行われるように注意する。
- 嚥下評価だけではなく、その先の環境の調整までを多職種と共有して行う。

ミールラウンドの目的

- 食べる環境の調整
- 食べる姿勢の調整
- 食べるものの調整



経口維持加算の協力

- 施設側が経口維持加算として
Ⅰ 400単位/月、Ⅱ 100単位/月
算定する都合のため、食事観察と嚥下評価
を月30人行っています。
今では50人にしりと。



食行動の乱れ⇒何が問題となるか？

- 介護力
- 栄養状態
- 原因であり結果？



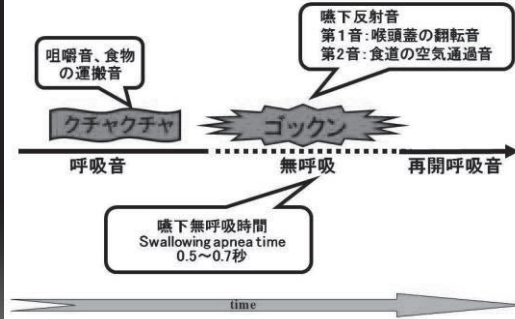
ミールラウンド風景



嚥下聴診



健常者の頸部聴診音

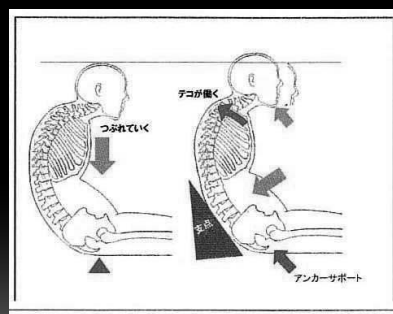
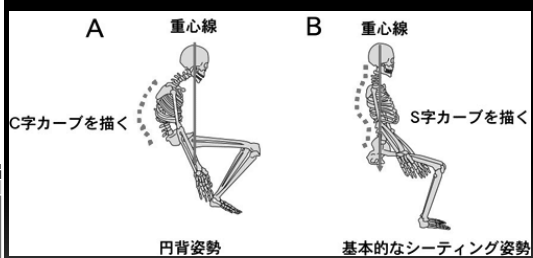
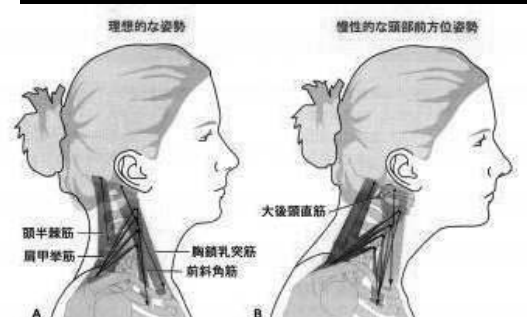


食事時の姿勢と動作

食事時の姿勢は、その人その人で違います。高齢者の場合、麻痺や拘縮などがあれば、座位や動作がかわってきます。

- ・ 通常、健常者は摂食時には
- 90度座位・頸部前屈位の姿勢をとっています。
- この姿勢は誤嚥しにくい体位です。

食事時の姿勢



刻み食



ミキサー食



ムース食



ソフト食



食べるものの調整

- 飲み込む機能が衰えているからご飯はお粥でおかずは細かく刻んであげましょう??
- 細かく刻まなくてはいけない理由は??
- 歯がないからです。
- 義歯を使っていない人が刻んだものを口に入れられてもまともな咀嚼で飲み込む態勢
- (タイミング) を作ることはできません
- ただし、歯を失っている人は飲み込む機能が衰えていることも事実です。

(3) 地域での協力歯科医療機関としての取り組み

新谷歯科医院での取り組み（東京都大田区）

1. 取り組みの概要

東京都大田区では、特別養護老人ホーム介護職員の口腔ケアや摂食嚥下の機能評価などに関する日常的な対応力の向上を図っている。地域の協力歯科医療機関では食事観察（ミールラウンド）を実施し、介護職員への技術的助言・指導を行っている。

今回、そのうちの一つの歯科医療機関より、経口維持支援に関する5つの事例と使用している書式の提供を受けたので報告する。

2. 介護保険施設における食事観察の実際

多職種での事前カンファレンスを行い、対象者ごとに疾病・服薬・歯科疾患と歯科診療の必要性、生活機能状況、食事環境・食事介助方法、栄養状態、現在の食形態などを課題を検索・確認した後、実際に食事状況を観察・評価し、日常的な口腔ケアの実施方法、食事の姿勢等の食環境、介助方法、適切な食事形態等について介護職員に実地指導を行う。

この食事観察には、歯科医師・歯科衛生士、施設の看護師、管理栄養士、生活相談員、介護職員等の多職種が参加し、食事観察評価表を用いて評価を行い（資料）、事後カンファレンスが行われ、経口維持計画書を作成する。

食事観察（ミールラウンド）には、地域の協力歯科医療機関の歯科医師による摂食嚥下機能評価とともに、地域での施設介入可能な歯科医師の拡充を目的とし、歯科医師・歯科衛生士の実地参加・研修・多職種による勉強会（大きな森勉強会）等を行っている。

食事観察の実際の様子



事例①

基本情報		84 歳（介入当時：80 歳）、女性、介護度：5（介入当時：4）
既往歴		心不全、陳旧性心筋梗塞、廃用症候群、誤嚥性肺炎
加算の算定状況	口腔衛生管理加算	算定対象でない
	経口維持加算Ⅰ	算定中
	経口維持加算Ⅱ	算定中
	経口移行加算	算定対象でない
	栄養マネジメント加算	算定中
	療養食加算	算定対象でない
	低栄養リスク改善加算	算定対象でない
口腔健康管理および栄養管理上の問題点		【施設からの依頼事項】口を開いてくれない、手で払いのける、スポンジブラシを噛み切る、ケア時に指を咬むなど口腔ケアの拒否が強い。安全に食事をしていただきたい。評価・指導依頼。 国際生活機能分類（ICF） 【健康状態】心不全、陳旧性心筋梗塞、廃用症候群、脂質異常症、誤嚥性肺炎の既往あり 【生活機能】 ・心身機能・構造：機能障害：認知症、口腔ケア・入浴時に強い拒否、 ・活動：活動制限：特養入所：ベッド上、車椅子での生活 ・参加：参加制約：車椅子：全介助によるフロー移動 【環境因子】 病院より特養入居：慣れていない 娘：2 人：長女：頻繁に来所：強い要求多くあり：心身：不安定。妹：障害者 【個人因子】 病院入院中、口腔ケア等を無理やり実施された経緯で、強い拒否が出現、不穏な状態 【栄養評価】 体重 45.2 kg、BMI：23.1 Alb：3.8g/dl 【食形態】 主：軟飯 副：刻み 水分：トロミ 【初回食事観察評価での解決すべき課題】 ☑認知機能：強い拒否、注意力障害：ため込み

	☑食環境：姿勢：車椅子：体幹：右傾斜 ☑口腔環境・口腔衛生：不良・やや乾燥あり、口臭あり、強い拒否、咬みつく ☑咀嚼・口腔機能：口腔機能低下による食塊形成・移送不良 ☑食形態の不適合：あり ☑嚥下機能：流涎あり、嚥下反射の遅延、喉頭挙上：弱い ☑食形態の判定：不適合
協力歯科医療機関としての関わりについて	【食事支援の観点・課題への解決すべき目標】 施設職員へ口腔ケアの方法を指導：拒否への対応：脱感作・愛護的対応を指導：開口保持ができ、適切な口腔ケアの実践で口腔衛生状況の改善、口腔感覚の賦活化、口腔機能の改善を目指す。食形態の変更により、食塊形成・移送改善させ誤嚥させないように、安全に食べる。注意力障害によるため込みへの対応。食環境調整・介助法の適正化で安全に食事をしてもらう。 【食事支援対応方法・指導内容】 ■認知機能：拒否に対しての脱感作、愛護的対応、マニピュレートケアの導入 ■食環境：テレビ、雑音、食事中の人の動きの可及的除去、車椅子での姿勢調整：クッション等 ■口腔環境・口腔衛生：拒否に対しての脱感作、できるだけ苦痛を与えない口腔ケアの実施。高齢者は開口保持時間が短縮：カウント法で協力を得る、口腔乾燥：ジェルの使用。口腔ケア方法を歯科医師・歯科衛生士が実践し、介護職員が見学研修、直後に実践して習得してもらう（tell-show-do法）：フロア職員もローテーションし複数回で習得を図る。嚥下障害あり。口腔ケア時の刺激唾液・水分による誤嚥リスクも十分に指導。 【評価・指導後の食形態の変更】 主：ソフト食 副：ソフト食 水分：トロミ付け ■咀嚼・口腔機能：ソフト食に変更後、食塊形成・移送に負荷の軽減のため、クラッシュしない塊上で摂取してもらう介助、ため込みに対して、空スプーンで食塊移送・嚥下を促す ■嚥下機能：口腔・咽頭部の残留除去のため、トロミ水分で交互嚥下を繰り返す、呼吸・表情の確認

	【指導直後の成果と課題】 ■口腔ケアの方法：咬みつかれなくなってきた ■食事環境：席次変更、テレビから離れた席に変更 ■食事の介助方法：改善・良好 ■食形態：トロミ：改善 【指導後の ICF 評価】 【健康状態】 維持・変化なし。不顕性誤嚥・誤嚥性肺炎はない、嘔吐による誤嚥性肺炎は1度あり 【生活機能】 ・心身機能・構造：機能障害：口腔ケア時の強い拒否はない。食事時の開口保持は良好となる ・活動：活動制限：特養：ベッド上、車椅子での生活：体幹保持改善 ・参加：参加制約：車椅子全介助によるフローア移動 【環境因子】 今の施設では、拒否がなくなり、穏やかな生活となっているため、施設職員との信頼関係は徐々に良好となり、長女の強い要求も減少してきた。状況悪化時の病院入院の機会の際に、全く食事を摂取しなかったこともあったので、施設での食事ケアにとっても信頼を寄せている。 【個人因子】 施設での生活に慣れ、食事状況も改善、表情も柔和になってきた。 【指導後の変化】 体重 47 kg、BMI：24.0 Alb：3.6g/dl 【経過観察・モニタリング①】 順調に生活維持。
施設との連携で工夫したこと	・口腔環境・口腔衛生：拒否に対しての脱感作、できるだけ苦痛を与えない口腔ケアの実施指導。愛護的対応、マニキュアの導入。 ・高齢者は開口保持時間が短縮する傾向にある：カウント法で協力を得る。口腔乾燥：ジェルの使用。 ・口腔ケア方法は Tell-show-do 法にて習得。フローア職員も複数でローテーションして複数回で習得を図る。動画撮影で施設に解説コメント入りメディア配布。

	・認知症の人の食事環境について、注意力障害の理解：食事中の人の動き、テレビ、雑音の可及的除去を指導実施。 ・咀嚼・口腔機能：食塊形成・移送に負荷をかけないように、ソフト食はクラッシュしない塊状で摂取してもらう、ため込みに対して、空スプーンで食塊移送・嚥下を促す。 ・嚥下機能：口腔・咽頭部の残留除去のため、トロミ水分で交互嚥下を繰り返す介助実践。適切に摂食嚥下でき安全でかつ円滑な食事摂取を介護職員に体験していただき効果を高める。呼吸・表情の確認を実践している介護職員に対して、歯科医師が解説・評価しながら、良好な状況であること示し、家族：（実際に見学してもらうことで）長女の不安等を解消に努めた。
得られた成果と課題	・食前・食後の適切な口腔ケアによる効果は、食事に強い影響を及ぼし、その効果はとて大きいと施設職員が理解した。 ・拒否の出現の原因、介護されている入所者の方の気持ちを自分に置き換える、気持ちに配慮した対応方法を心がける。 ・本人の施設生活が穏やかになるにつれ、家族：長女の施設への信頼が高まり、心身面でも落ち着いてきた。

事例②

基本情報		88 歳（介入当時：84 歳）、男性、介護度：5（入所時：4）
既往歴		水頭症、認知症、誤嚥性肺炎（5～6 回）、左鼠径ヘルニア
加算の算定状況	口腔衛生管理加算	算定対象でない
	経口維持加算Ⅰ	算定中
	経口維持加算Ⅱ	算定中
	経口移行加算	算定対象でない
	栄養マネジメント加算	算定中
	療養食加算	算定対象でない
	低栄養リスク改善加算	算定対象でない
口腔健康管理および栄養管理上の問題点		【施設からの依頼事項】 見守りで自力摂取。自身で汁物をお椀で頸部後傾してすすって飲み、むせることが多い。誤嚥のリスクが高いように思われるので評価してほしい。 国際生活機能分類（ICF） 【健康状態】 正常圧水頭症（腹膜シャントあり）、認知症、左鼠径ヘルニア、肺疾患 【生活機能】 ・心身機能・構造：機能障害：フレイル状態、口腔機能、嚥下機能低下、誤嚥性肺炎（繰り返す） ・活動：活動制限：スタンダード車椅子とベッド上での生活 ・参加：参加制約：肺炎を繰り返し、たびたび入院する 【環境因子】 特養入所、職員に声掛け・見守りのなか穏やかに生活している。胃瘻はしない意思確認あり：家族 【個人因子】 食べることが好きで、食事を楽しみにしている 【栄養評価】 体重 44.5 kg、BMI：19.8 Alb：3.7g/dl 【食形態】 主：常食 副：常食 水分：そのまま 【初回：食事観察評価での解決すべき課題】 ☑歯科医療の必要性：上顎義歯不適合：新製の必要性あり

	☑認知機能：情報処理能力低下、実行機能障害、注意力障害、弄びあり。嗽で水を飲んでしまい誤嚥することあり。 ☑食環境：自力摂取で水分・汁物でむせる、姿勢：前傾、途中から疲労で椅子からずり落ちてくる ☑咀嚼・口腔機能：口腔機能低下、食塊・水分の保持不良 ☑嚥下機能：食事時間の延長、集中力・途中で疲労、自身での喀痰はできる ☑食形態：不適合 【食事支援の観点・課題への解決すべき目標】 上顎義歯の作製：上顎義歯新製により固有口腔の容積の適切化。食塊形成・移送しやすくする。自力摂取の継続、誤嚥のリスク回避、経口摂取の継続（経管栄養の選択はしない意思決定あり）
協力歯科医療機関としての関わりについて	【食事支援対応方法・指導内容】 上顎義歯の作製：上顎義歯装着により固有口腔の容積の適切化：実施。食塊形成・移送しやすくする：改善・良好。 ☐認知機能：テレビ、雑音、食事の人の動き等の可及的除去、見守り・声掛けの実施と継続 ☐食環境：姿勢：体幹の前屈防止：リクライニング車椅子・クッションとオーバーテーブル使用、両手をオーバーテーブルに載せ体幹支える。スプーンと器を自分で持ち摂食する姿勢保持を継続支援していく。水分等の摂取時に頸部が後傾しないように、介助者が頭を手で支える介助を行う。 ☐口腔環境・口腔衛生：口腔ケア後の嗽は行わない。水分コントロールは清拭で対応 ☐咀嚼・口腔機能：すすって食べる・飲む、全粥を軟飯に変更。食塊形成・移送はやや低下するが食事ペースの減速で誤嚥リスクの軽減を図る。 ☐食形態 【指導後の食形態】 主：常食 副：常食 水分：そのまま 変更なし ☐嚥下機能：自力で飲むと頸部が後傾するので、水分・汁物は、スプーン：全介助で交互嚥下でのコントロール 【指導後の栄養評価】 体重 52.3 kg、BMI：23.2 Alb：3.6g/dl 【指導後のICF評価】 【健康状態】変化なし・維持している

	【生活機能】 ・心身機能・構造：機能障害：フレイル状態、口腔機能、嚥下機能低下、誤嚥性肺炎の繰り返しは減少した。 ・活動：活動制限：スタンダード車椅子とベッド上での生活 ・参加：参加制約：肺炎を繰り返していたが、入院することは減少 【環境因子】 特養入所、職員に声掛け・見守りのなか穏やかに生活している。胃瘻はしない意思確認あり。介助方法の安定により、食事状況は改善・安定している。 【個人因子】食えることが好きで、食事を楽しみにしている：維持・笑顔あり。 【施設からの依頼事項と経過考察】 【経過観察・モニタリング①】 ☑食環境：自力摂取時、水分・汁物を口腔内で保持せず、そのまま飲み込もうとする。全介助で、一口量・ペースをコントロールすること指導：表情・嚥下の確認。フローア変更：チルト型車椅子に変更：疲労感なく食事に集中できるようになった。チルト型車椅子変更後、食事摂取は良好となる。自身で食べる意欲があるので、一部自身で皿とスプーンを持って食べることにするが、口腔期での食塊の保持・移送での混乱・失認があるため、介助でコントロールする。 ☑咀嚼・口腔機能：口腔機能のさらなる低下：咀嚼機能低下により食塊形成・移送能力低下、食形態変更で対応 ☑食形態 主：ソフト 副：ソフト 水分：強めのトロミ（増強）、高カロリー栄養補助食の活用追加 ☑嚥下機能：不顕性誤嚥のリスクあり、熱発に注意。食前の口腔ケアで咽頭部の貯留等の除去、口唇・舌等の口腔機能・口腔感覚の賦活化、嚥下の準備運動を行い食事開始するルーティンワークを実践する。必要時は食前からSP02の測定。食事はむせの状況を観察し無理な摂食は行わない。表情・頸部観察で嚥下を確認する評価方法を指導。むせ・誤嚥時の対処方法を指導：タップしない、表情と呼吸の観察、声出し（あ～と言ってもら）、自身での痰の喀出を促
--	---

	し、呼吸確認後、トロミ水分を摂取し咽頭部等の貯留物をクリアーする指導を実施。 【経過観察・モニタリング②】 【生活機能】 ・心身機能・構造：機能障害：機能低下は亢進している □認知機能 □食環境：食前の口腔ケアで咽頭部の貯留等の除去、口唇・舌等の口腔機能・口腔感覚の賦活化、嚥下の準備運動を行い食事開始するルーティンワークの継続。食事はむせの状況を観察し無理な摂食は行わない。 【指導後の食形態】体重 45.6 kg、BMI：20.3 Alb：3.4g/dl
施設との連携で工夫したこと	・アセスメント・機能評価の方法の研修で、問題があれば、即座に連携する。
得られた成果と課題	・継続的モニタリングの実施で、機能低下への対応、緊急時の対応方法の習得により適正時期での評価依頼が得られるようになった。 ・半面：施設職員の入れ替わりによる、介助技術ある職員の移動：継続の分断、介助方法の再指導の手間がかかること。

症例③

基本情報		89 歳（介入当時：84 歳）、女性、介護度:5
既往歴		脳梗塞後遺症、高血圧、左大腿骨頸部骨折、アルツハイマー型認知症
介入当時の食形態		嚥下調整食 3：全粥、刻み、トロミあり
加算の算定状況	口腔衛生管理加算	算定対象でない
	経口維持加算Ⅰ	算定中
	経口維持加算Ⅱ	算定中
	経口移行加算	算定対象でない
	栄養マネジメント加算	算定中
	療養食加算	算定対象でない
	低栄養リスク改善加算	算定対象でない
口腔健康管理および栄養管理上の問題点		【施設からの依頼事項】傾眠強く、覚醒状況にむらがあるため、食事摂取量にもむらがある。食事時間が 1 時間くらいかかり疲労感がみられ、ため込み、一口あたりの嚥下回数も多い。評価・指導してほしい。 国際生活機能分類（ICF） 【健康状態】脳梗塞後遺症、高血圧、左大腿骨頸部骨折後、アルツハイマー型認知症 【生活機能】 ・心身機能・構造：機能障害：フレイル状態、易労性、意欲低下、食欲低下、口腔機能・嚥下機能低下 ・活動：活動制限：不活発、発語少ない、手引き歩行 ・参加：参加制約：居室に閉じこもりがち、フロアーでも「ぼー」としている。傾眠 【環境因子】 特養施設に新入所で慣れていない。以前の施設でも傾眠、覚醒状況にむらがあった。自力摂取しなくなった。 【個人因子】 無表情、うつ状態、傾眠 【栄養評価】 体重 37.1 kg、BMI：18.4 Alb：3.4g/dl 【食形態】 主：全粥 副：刻み 水分：トロミあり 【初回：食事観察評価での解決すべき課題】

	☒認知機能：見当識障害、実行機能障害、意欲低下 ☒食環境：姿勢調整：必要、食事全介助、食事時間が長い ☒咀嚼・口腔機能：上下部分義歯不適合、口腔機能低下症：特に咀嚼力、頬・舌の巧緻性低下：食塊形成・移送低下、開口量：小さい、ペース遅い ☒嚥下機能：喉頭挙上：弱い ☒食形態 【食事支援の観点・課題への解決すべき目標】 上下部分床義歯の再適合により、口腔機能とくに咀嚼機能の改善。咀嚼による脳血流量の改善：傾眠への対応。覚醒状況の改善により、食事時の傾眠への対応、誤嚥のリスク軽減、食事摂取の増加により、栄養状態の改善を目指す。
協力歯科医療機関としての関わりについて	【食事支援対応方法・指導内容】 □認知機能：咀嚼機能の改善により、脳血流量改善することで覚醒状況の改善。 □咀嚼・口腔機能：義歯再適合により、口腔の違和感の除去、咀嚼機能の改善、口腔器官の巧緻性の改善、舌機能の改善。歯口での自浄作用の改善。 □嚥下機能：口腔相の改善により食塊形成・移送の改善、ため込み、嚥下機能への負荷の軽減。 □食環境：傾眠時への対応：声掛け、冷温刺激（サマル・サーティカル・スティレーション）、手首・足首への刺激等で覚醒を促す。介助時の嚥下と呼吸の協調の確認、表情の確認。開口量が少ないので、スプーンでの介助時、山盛りにせず、スライス状にして対応する、開かないからと言って、スプーンで無理やり挿入して摂取させないように注意する。脱水に注意：お茶は嫌い：イオン水（甘い＋電解質補正）で対応 【指導後の食形態】 主：ソフト 副：ソフト 水分少し強め：トロミ（増強） 【指導直後の成果と課題】 □認知機能：改善傾向 □口腔環境・口腔衛生：改善 □咀嚼・口腔機能：改善 □嚥下機能：むせずに飲み込める □食形態：適切 【指導後の ICF 評価】 【健康状態】 脳梗塞後遺症、高血圧、左大腿骨頸部骨折後、アルツハイマー型認知症：変化なし

	【生活機能】 ・心身機能・構造：易労性、意欲低下、食欲低下、口腔機能、嚥下機能：とても改善してきているとのこと。栄養状態の改善により、下肢の浮腫は改善 ・活動：活動制限：施設での生活にも慣れてきて、活発ではないが平穏に暮らしている。発語も増えてきた、手引き歩行 ・参加：参加制約：フロアで過ごすことが増えてきた 【環境因子】特養入所、施設に慣れてきて、職員に声掛け・見守りのなか穏やかに生活している。傾眠、覚醒状況もメリハリがついてきた。 【個人因子】 表情が変わってきた 【経過観察・モニタリング①】 順調に生活している。 【指導後の変化】 体重 37・9 kg、BMI：18.8 Alb：3.4g/dl
施設との連携で工夫したこと	傾眠時への対応：声掛け、冷温刺激（サマル・サーティカル・スチミレーション）、手首・足首への刺激等で覚醒を促す対応方法の指導。介助時の嚥下と呼吸の協調の確認、表情の確認。開口量が少ないので、スプーンでの介助時、山盛りにせず、スライス状にして対応する、拒否の出現に繋がるので口が開かないからといって、スプーンを無理やり挿入して、摂取させないように注意する。
得られた成果と課題	上下部分床義歯の再適合により、咀嚼機能の改善。咀嚼による脳血流の改善：傾眠への対応。覚醒状況の改善 ・食事介助方法の平準化が課題。（誰が介助しても適切で均一なサービス提供）

症例④

基本情報		97 歳（介入当時：93 歳）、女性、介護度:5
既往歴		脳梗塞、アルツハイマー型認知症、C 型肝炎、高血圧、胆石、
介入当時の食形態		嚥下調整食 2-2：ミキサー粥、ソフト食、トロミあり
加 算 の 算 定 状 況	口腔衛生管理加算	算定対象でない
	経口維持加算Ⅰ	算定中
	経口維持加算Ⅱ	算定中
	経口移行加算	算定対象でない
	栄養マネジメント加算	算定中
	療養食加算	算定対象でない
	低栄養リスク改善加算	算定対象でない
口腔健康管理および栄養管理上の問題点		【施設からの依頼事項】食事量が少ない。長時間：座位が保てない。食事時間がかかる。家族（息子）より形のあるものを食べさせてあげたいとの希望。おやつはどんなものが提供可能か教えてほしい。 国際生活機能分類（ICF） 【健康状態】 脳梗塞、アルツハイマー型認知症、高血圧、胆石、C 型肝炎、嚥下障害 【生活機能】 ・心身機能・構造：機能障害：フレイル状態、口腔機能、嚥下機能低下 ・活動：活動制限：スタンダード車椅子での生活 ・参加：参加制約：施設内で車椅子での移動・フロア内の移動でイベント参加 【環境因子】 特養入所、職員に声掛け・見守りのなか穏やかに生活している 【個人因子】AD のため不活発、食事摂取は意欲がある 【栄養評価】体重 39.8 kg、BMI：17.7 Alb：3.9g/dl 【食形態】主：ミキサー 副：ソフト 水分：トロミ強い 【初回：食事観察評価での解決すべき課題】 ☒認知機能：情報処理能力の低下、失行、実行機能障害：全介助、摂食時にスプーンを噛んでしまう。 ☒食環境：姿勢：スタンダード車椅子：頸部：後屈

	☑口腔環境・口腔衛生：不良、食物残渣多い、スポンジブラシを噛む ☑咀嚼・口腔機能：義歯の適応はなく、自身の歯はあるが、口腔機能低下。失認・失行のため咀嚼する形状の物を摂取しても咀嚼は行われない。 ☑嚥下機能：ため込み、むせ、咳き込みあり、時間がかかる、状況（機会）誤嚥あり ☑食形態：形のある食品への変更・おやつ提供の希望がある 【食事支援の観点・課題への解決すべき目標】 誤嚥に留意、安全に食事摂取していただく
協力歯科医療機関としての関わりについて	【食事支援対応方法・指導内容】 □認知機能：食事介助方法の指導 □食環境：スタンダード車椅子をリクライニング・ヘッドレスト使用へ変更し姿勢調整 □口腔環境・口腔衛生：口腔ケア時の姿勢調整：刺激唾液の誤嚥防止。バイトブロックを使用すると余計に噛んでしまい、強い拒否につながることもあるので使用しない。口腔へのアプローチ方法：両手の指の使い方、口角から臼歯部頬側へアプローチする。前歯部は感覚が鋭敏なので終盤慣れてきてから行う。口腔ケア方法を歯科医師・歯科衛生士が、実践し、介護職員が見学研修、直後に実践して習得 □咀嚼・口腔機能：オーラルフレイル状態：経過観察継続 □食事介助方法：全介助：スプーンでの一口量の確認、スプーンでの介助の方法指導：噛んでしまうことに対して、開口のタイミング、摂取時のスプーン挿入位置、引き抜くタイミングと引き抜き方：スプーンのホルルの形状に合わせて引き抜く。口唇閉鎖の間接訓練にもなる。摂取ペースの調整：表情・嚥下の確認：本人と介助者のタイミングを協調させる。交互嚥下の導入。全量摂取を目指さず、疲労、嚥下の状況が停滞したら中止する。 □嚥下機能：介助者は、表情・頸部観察で嚥下を確認する評価方法を指導。誤嚥時の対処方法を指導：タップしない。表情と呼吸の観察、声出し（あ～と言ってもら）、自身での痰の喀出を促し、呼吸確認後、トロミ水分を摂取し咽頭部等の貯留物をクリアーする指導実施。 □食形態：変更しないことを決定

	【指導後の食形態】 主：ミキサー 副：ソフト 水分：トロミ強い：変更しない 【指導直後の成果と課題】 口食事介助方法：介助者によって、タイミング合わせ、スプーンでの摂取方法が異なり、うまくいかないことがある。ソフト食をクラッシュすることがあり、口腔内での食塊形成・移送に負荷がかかることがある。開口量の減少が出現、スライス状に変更。スプーンを無理やり挿入して摂取させないように注意する。 【指導後の ICF 評価】 【健康状態】 脳梗塞、アルツハイマー型認知症、高血圧、胆石、C 型肝炎、嚥下障害：変化なし 【生活機能】 ・心身機能・構造：機能障害：フレイル状態、口腔機能、嚥下機能低下 ・活動：活動制限：スタンダード車椅子での生活 ・参加：参加制約：変化なし 【環境因子】特養入所、職員に声掛け・見守りのなか穏やかに生活している 【個人因子】AD のため不活発、食事摂取は意欲がある 【経過観察・モニタリング①】経過観察中：現状維持・安定
施設との連携で工夫したこと	介助者によって、タイミング合わせ、スプーンでの摂取方法が異なり、うまくいかないことがある。ソフト食をクラッシュして、口腔内での食塊形成・移送に負荷がかかることがある。開口量の減少が出現、スライス状に変更。失行・失認・実行機能障害に対する食事介助方法を歯科医師が実践し見せて、その後、施設の介護職員の実践時に声掛け指導（tell-show-do 法）した。
得られた成果と課題	・食事介助方法の平準化が課題。（誰が介助しても適切で均一なサービス提供）

症例⑤

基本情報		91 歳（介入当時：89 歳）、女性、介護度：4（入所時 3）
既往歴		腰椎圧迫骨折、廃用症候群、食思不振、過活動膀胱、高カルシウム血症、脱水、誤嚥性肺炎
介入当時の食形態		常食摂取
加算の算定状況	口腔衛生管理加算	算定対象でない
	経口維持加算Ⅰ	過去に算定していたが、今は算定していない
	経口維持加算Ⅱ	過去に算定していたが、今は算定していない
	経口移行加算	算定対象でない
	栄養マネジメント加算	算定中
	療養食加算	算定対象でない
	低栄養リスク改善加算	算定対象でない
口腔健康管理および栄養管理上の問題点		【施設からの依頼事項】食事量が少ない。長時間：座位が保てない。食事時間がかかる。しっかりと食べてほしいので評価・指導をお願いします。 国際生活機能分類（ICF） 【健康状態】腰椎圧迫骨折、廃用症候群、過活動膀胱 【生活機能】 ・心身機能・構造：機能障害：食欲不振、低栄養 ・活動：活動制限：スタンダード車椅子、腰痛のため長く起きていられない ・参加：参加制約：居室で寝ていることが多く、不活発 【環境因子】特養入所、職員に声掛け・見守りのなか穏やかに生活している 【個人因子】温厚な性格。腰痛のため痛みを訴え、居室で寝ていることが多い 【栄養評価】 体重 30 kg、BMI：14.3 Alb：4.2g/dl 【食形態】 主：常食 副：常食 水分：そのまま 【初回：食事観察評価での解決すべき課題】 ☑認知機能：見当識障害 ☑食環境：食事時間が長い ☑口腔環境・口腔衛生：不良・やや乾燥あり ☑咀嚼・口腔機能：口腔機能低下による食塊形成・移送不良：食形態の不適合

	☑嚥下機能：良好：たまに水分でむせることあり。 【食事支援の観点・課題への解決すべき目標】 ・食形態の変更により、食塊形成・移送を改善させ、食事時間を短縮する。食事の座位保持の疲労を軽減する。 ・高カロリー補助食品の摂取で栄養状態の改善、体幹保持のための筋力改善。 ・食事摂取量の改善により、栄養状態の改善、筋力改善を目標とする。座位保持、歩行・運動器の改善していく。状態変化後、食形態をもとに戻し（常食・刻み：一口大）食事を楽しんでもらう。 ・自室に閉じこもらず、他の人との交流、会話を楽しむ、意欲ある生活を送る。
協力歯科医療機関としての関わりについて	【食事支援対応方法・指導内容】 【指導後の食形態】 主：ソフト 副：ソフト 水分：トロミ付け・栄養補助食の活用：ブリックゼリー×3 に変更 □食形態の変更により、食塊形成・移送改善させ、声掛け、励ましにより、食事時間を短縮した。食事の座位保持：クッションにより腰痛・疲労を軽減された。提供されたソフト食・高カロリー補助食品を全量摂取できるようになった。栄養状態の改善、体幹保持のための筋力改善：経過観察・モニタリング。 【指導直後の成果と課題】 □認知機能：声掛けにより改善 □食環境：改善 □口腔環境・口腔衛生：口腔感覚の改善 □咀嚼・口腔機能：食形態変更により食塊形成・移送改善 □嚥下機能：良好 【指導後の ICF 評価】 【健康状態】 腰椎圧迫骨折、廃用症候群、過活動膀胱は変化なし、誤嚥性肺炎はない、高カルシウム血症は改善 【生活機能】 ・心身機能・構造：機能障害：食欲あり、低栄養改善 ・活動：活動制限：ベッドから自分で起き上がる、歩行改善、座位保持時間の延長

	・参加：参加制約：居室から出てフロアで他の入所者を談話する 【環境因子】 常食を自力摂取するので、見守りが楽になった 【個人因子】腰の痛みを訴えることが減った、笑顔が増えて会話も増えた 【指導後の変化】体重 33.9 kg、BMI 16.1 Alb 3.9g/dl 【経過観察・施設からの依頼事項と経過考察①】 徐々に体重増加。食べる意欲も出てきている。むせることもなくなってきたので、トロミを減量したい 【経過観察・モニタリング①】 ◇食環境：スタンダード車椅子＋クッションにより姿勢調整：改善・維持している ◇口腔環境・口腔衛生：食前・食後の口腔ケアは良好 ◇咀嚼・口腔機能：やや改善 ◇食形態：主食：軟飯、副食を1～2皿：刻み（一口大）に変更し、口腔機能向上していく、トロミ剤の減量
施設との連携で工夫したこと	1) 食形態について ・自身の歯はそろっているので常食の提供をしている。マッチングしていない食形態での提供を指摘。 ・原因は口腔機能の低下によるものであることを説明。その結果、食事量を減少させている、食事時間の延長であることを指摘。 ・食形態を一時的にダウンさせ、食塊形成・移送の負担軽減することで、嚥食量の確保、食事時間の短縮になることを説明し理解してもらう。 2) 食事時間の延長に対する対応： 食事量が減少することで、栄養状態が悪化することに対して、介護職員は、何とか全量摂取してもらうことを実践している。その結果、入所者は、長時間、座位での食事となり、腰痛を訴える。食事時間が苦痛になっていることを説明。座位が維持できる20～25分で終了させることを約束することで、本人の負担・苦痛を軽減すること優先。また、食事時間を延長しないことを取り決め、介護職員が無理して、全量摂取を目指さなくなることで、時間的・精神的な負担軽減につながる。

	座位保持時間の短縮を図ることで、栄養状態の改善を行う。 3) 歯がそろっているのにソフト食でいいのか？ 低栄養状態では筋力低下により口腔機能や座位保持、起き上がり、握力低下等様々な生活機能が低下してしまう。まず第一に高カロリー補助食品（タンパク質強化：管理栄養士）、食事の容量：ボリュームの軽減し、少ない量で栄養状態を改善させる。その後、再評価・モニタリングを繰り返し、栄養状態の改善状況を観察し、座位保持時間の延長、口腔機能・運動器の向上してきたときに、食形態の変更（もとに戻す）を行う。
得られた成果と課題	・食環境：姿勢、介助法、食形態の変更により栄養状況が改善し、座位保持が楽になった。腰痛が緩和された。 ・食形態の適切化で、食事時間が苦痛でなくなった。 ・口腔の状況の把握：自身の歯があるという器質的評価のみで、食塊形成・移送、舌の機能等の口腔機能の低下に対する評価ができておらず、食形態のミスマッチがあった。食事量が減少してきていることに対して、介護職員は、長時間かけて食事摂取量を求め、結果的に食事が苦痛になり、負のスパイラルに陥るところであった。 ・適時、施設入所者の食形態の評価が必要である。

食事観察評価表（歯科） 施設名

実施日 平成 28 年 ● 月 12 日 （ 1 回目）

氏名	性別： □男 ■女	生年月日：（大正・昭和） 10 年 月 歳	障害高齢者自立度： J1・2/A1・2/B1・2/C1・2 認知症自立度： I / II a・b / III a・b / IV・M	入所日： 28 年 4 月 21 日 介護度： 4 フロアー： 3
----	-----------	--------------------------	--	--------------------------------------

【摂食嚥下機能評価】

施設の食事評価依頼事項	■食環境・状況 ■摂食・咀嚼機能 □嚥下機能 □食内容・食形態 □介助方法 □歯科診療 ■口腔ケア □その他
口腔環境	口腔乾燥（ある・なし） 義歯（なし・あり）：（上：なし・部分・全部 ・ 下：なし・部分・全部） 咬合支持：（あり・なし）→あり：（片側・両側） 衛生状態：（良好・不良・著しく不良） 歯石沈着：（なし・多少・多い） 歯肉・粘膜の状態：（発赤・腫脹・出血・疼痛・潰瘍・粘膜疾患）
食事環境	環境：テーブルの高さ：（適当・高い・低い） 距離：（適当・遠い） 食具：（スプーン・箸・フォーク・その他） 大きさ：（適当・大きい・小さい） 柄の工夫：（必要ない・要工夫） 食器：（適当・要工夫） 配膳の位置：（適当・遠い・左右の位置に工夫：半側無視あり・その他） 【特記事項】
1. 認知期 （先行期）	覚醒状況：（良好・やや良・声かけが必要・傾眠） 食べ始め（できる・声かけが必要・食具を持たせる支援・口に入れる支援・その他：） 【特記事項】
2ーⅠ. 準備期 〔捕食〕	手・口の協調：（良好・やや良・不良） 開口：（良好・やや良・不良） 一口量：（良好・やや良・不良） 口唇閉鎖：（良好・やや良・不良） ペース：（適当・速い・遅い・その他） 口唇・顎・舌の協調：（良好・やや良・不良） 【特記事項】
2ーⅡ. 準備期 〔咀嚼・食塊形成〕	口唇閉鎖：（良好・やや良・不良） 食べこぼし：（なし・右・左・全体・その他） 咀嚼機能：（良好・やや良・不良） 咀嚼運動範囲：（適当・大・小） 舌の機能：（良好・やや良・不良） 食塊形成：（良好・やや良・不良） 食塊移送：（良好・やや良・不良） ため込み：（なし・ある）→（注意力が途切れる・嚥下困難・その他） 【特記事項】
3. 口腔期	口唇閉鎖：（良好・やや良・不良） 顎位の固定：（良好・やや良・不良） 舌の挙上：（良好・やや良・不良） 【特記事項】
4. 咽頭期	嚥下反射：（良好・やや遅延・不良） 喉頭挙上：（良好・やや良・不良） 嚥下と呼吸の協調：（良好・やや良・不良） むせ：（なし・時々・頻繁） いつむせるか：（食べ始め・途中・後半） むせの誘因：（水分・固形物・） 【特記事項】
栄養モニタリング	提供栄養量： kcal 栄養摂取量： % 食事量：（適切・少ない・多い・その他） 食事のむら：（なし・時々・ある） 食事時間：約 分 / 1 食（途中での疲労 分くらいで）
食事前後のチェック	随意的な咳：（できる・できない） 痰がらみ：（ない・ある・不明） 声の変化・喘息：（ない・ある・不明） 食後の姿勢：（しばらく座位 位（ 分くらい）・直に寝る・いつも寝たまま・その他） SP02（食前： %、食中： %、食後： %） 【摂食嚥下機能検査の実施】□MWST □頭部聴診 □RSST □VE □VF □舌圧測定 □認知機能に課題があり（検査不可のため食事観察にて確認） □その他 【特記事項】
その他、特記事項	声かけをして、頬側のブラッシング歯肉に歯ブラシをあてない。

【検査・観察後、課題の所在】

	課題・依頼事項に対する機能評価	今後の経口維持のための食事支援対応方法・指導・変更内容等
□認知機能	■現状維持 □対応が必要	覚醒支援、食事開始支援、配食方法支援（一皿での配食）
□食環境	■現状維持 □変更が必要	座位・姿勢調整、テーブル位置・高さ、食器変更・配置変更、食具の変更、座席の調整、食道の音・光・動き
□口腔環境・口腔衛生	■現状維持 □対応が必要	義歯の装着、口腔の疼痛、粘膜疾患、口腔乾燥、口腔衛生
□咀嚼・口腔機能	■現状維持 □対応が必要	義歯作製、義歯の調整・適合化、咀嚼食品の直接訓練、口唇閉鎖、頬の訓練、舌訓練、発語訓練
□嚥下機能	■現状維持 □対応が必要	貯留物の嚥下、吸引、交互嚥下、嚥下時の代償法（空スプーン・姿勢調整・旋回・うなずき）、嚥下・発生
□食形態	■現状維持 □変更が必要	主食： 副食： 水分： 栄養補助食品の必要性（なし・ある）
【その他気づいた点・アドバイス等】		

評価者：

経口維持計画書

模擬事例①

(検査実施日：平成 20 年 11 月 26 日)

氏名 性別：男・女	障害高齢者自立度： J1・2/A1・2/B1・2/C1・2 認知症高齢者自立度： I/II a・b/III a・b/IV・M	生年月日：(大正・昭和) 7 年 1 月 × 日： 【年齢】 8 5 歳	入所日：平成 20 年 4 月 1 日 介護度： 4 フロア：
【療養状況：主な疾病等】 【基礎疾患】 認知症、水頭症（7～8 年前腹膜シャント） 誤嚥性肺炎、左鼠径ヘルニア 【麻痺・拘縮等】（ある・ない） ■認知症（AD、VD、LBD、FTLD、その他）	【服薬情報】 アモバン、アローゼン、マグラックス 粉剤：お茶ゼリー混せて服薬	【栄養状態】 体重：49.2kg（最近 6 ヶ月） の体重の増減：なし【あり】 減 ・ 増 3.0kg BMI： 21.9 Alb 値：(3.5) g/dl 【誤嚥性肺炎の既往】(なし・ある・不明) 9/19：右肺炎、10/2：再度発熱	【現在の食事形態】 主食：常食・軟飯・全粥・ソフト粥・ミキサー 副食：常食・刻み・極キザミ・ソフト・ミキサー 水分：そのまま・とろみ・ゼリー状
【食事座位の状況】 □椅子に自立座位 ■車いす（スタンダード・リクライニング） ■座位保持が困難	【食事介助の状況】 自力摂取・こぼさず自食・声掛け、促しが必要・【一部介助】：半分程度で止まる（はじめ・途中・後半） 【全介助】・意欲が感じられない	【食事姿勢の状況】 頸部：(適切・前屈・後屈・傾斜：右・左) 体幹：(適切・前傾・後傾)：右・左 足底の接地：(適切・なし)	【経口摂取状況・義歯の使用】 自分の歯で・義歯を使用していない 義歯あり（上：なし・部分・全部） （下：なし・部分・全部）

1、経口摂取維持のための支援の観点：食事の観察（＊ 当欄の項目に関しては、食事観察及び会議等を月 1 回実施の上、記入する）

食事観察を通して気づいた点（食事観察日：28 年 10 月 25 日）

食事観察参加者：□医師 □歯科医師 ■看護師 □管理栄養士/栄養士 □歯科衛生士 ■介護職員 □介護支援専門員 □ST・PT・OT

①食事を楽しみにしていない（食欲低下）	□はい ■いいえ	⑫固いものなどは、出してしまう	□はい □いいえ
②食事をしながら、寝てしまう（傾眠・覚醒が悪い）	■はい □いいえ	⑬口から食べ物や唾液がこぼれてしまう	□はい ■いいえ
③食べ始められない、中断する、集中できない	■はい □いいえ	⑭口腔内に食物残渣が目立つ	□はい ■いいえ
④食事またはその介助を拒否する	□はい ■いいえ	⑮食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	□はい ■いいえ
⑤食事に時間がかかり、疲労する（ずり落ちるなど）	■はい □いいえ	⑯一口あたり何度も嚥下を繰り返す	□はい ■いいえ
⑥次から次へと食べ物を口に運ぶ	□はい ■いいえ	⑰食事中や食後に濁った声になる	■はい □いいえ
⑦食べものをうまく拘えない	■はい □いいえ	⑱頻回にむせたり、せき込んだりする	■はい □いいえ
⑧口腔内が乾燥している	□はい ■いいえ	⑲食事後半は疲労し、よくむせる、呼吸音が濁る	■はい □いいえ
⑨口腔内の衛生状態が悪い	■はい □いいえ	⑳直近 1 ヶ月以内に、食事中・食後に嘔吐があった	□はい ■いいえ
⑩上下の奥歯や義歯が咬み合わない（咬合支持）	□はい ■いいえ	㉑食事の摂取量に問題がある（拒食・偏食など）	□はい ■いいえ
⑪歯や義歯、噛む力に問題がある	□はい ■いいえ	㉒食事にむらがある【食べない時】 朝・昼・夜・間食	□はい ■いいえ

【施設コメント】 ■看護師 ■管理栄養士/栄養士 □歯科衛生士 ■介護職員 ■介護支援専門員 □ST・PT・OT □本人・家族 □その他

10/2～再度発熱で、入院して、昨日（10/25）退院してきたので、評価してほしい。入院中はゼリー食。肺炎の完治は困難と言われている。
① 食事前半から疲労感がみられ、以前より、むせが増加している。 ②テレビを消しても、食事中、集中できない（追視がある）。 ③ トロミが緩いと思われる。 ④ 肺炎を起こしている。

多職種会議における議論の概要：会議実施日：28 年 10 月 26 日

会議参加者：□医師 ■歯科医師 ■看護師 ■管理栄養士/栄養士 ■歯科衛生士 ■介護職員 □介護支援専門員 □ST・PT・OT

検査結果・観察後の課題の所在	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能 □食環境 □食形態 □その他	【協力歯科医療機関名】
摂食嚥下機能検査の実施	□MWST □頸部聴診 □VE □VF □検査不可 □その他	
経口摂取維持のための支援観点	食形態・とろみ・栄養補助食の活用 □現状維持 □変更（内容） 食事環境 □現状維持 □変更：内容： 食事の介助方法 □現状維持 □変更（内容：） □口腔ケアの方法 □現状維持 □変更（内容：） 歯科医療の必要性 □なし □あり（内容：）	
食形態の種類・とろみの程度	* 日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2 O 1 3、嚥下調整食分類等を参照	

2、経口摂取維持のための計画 ＊ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更のある場合記載してください。

初回作成日（作成者）	年 月 日（作成者：） 作成（変更）日（作成者） 年 月 日（）
施設入所者または家族の意向	意向) <u>経管栄養は望まない</u> 同意者のサイン 説明と同意を得た日 年 月 日
解決すべき課題や目標、目標期間	
経口摂取維持のための対応・指導	

【考察】

ヒアリング調査および先駆的な取り組み事例の調査により、協力歯科医療機関は、介護保険施設等の職員の口腔に対する意識を高めるよう取り組んでいることが伺えた。具体的な口腔内の観察のポイントや日常的な口腔ケアの手技や道具の選択といった指導・助言を行うことは、施設職員の知識・技術の向上につながり、それが施設入所者の肺炎予防や食支援につながる可能性がある。施設入所者の日常生活をよく知る介護職員に、より口腔の問題に早期に気づいてもらえるような働きかけが必要となると考えられた。ヒアリング調査においても、口腔のアセスメント表の作成に対する協力歯科医療機関の助言や、研修会の開催、施設内の口腔ケア委員会への歯科医師・歯科衛生士の参加なども取り組みの工夫として挙げられていた。介護保険施設と協力歯科医療機関が共通の認識をもつことに繋がり、より良い連携につながることを期待できる。特に、先駆的な取り組みを行っている歯科医院等では、食事観察（ミールラウンド）への積極的な参加により、入所者の全身状態や食事の姿勢や食形態等を踏まえた具体的な提案を行っており、口腔衛生管理に加えて、摂食機能に応じた食の支援についても、協力歯科医療機関は積極的に関わっていくことが望まれる。

また、口腔衛生管理加算や経口維持加算の算定にあたっては、ご本人・ご家族の理解がきわめて重要となることから、その意義や必要性について周知に努めることも求められている。

VI 資料

3. 高齢者の摂食力評価表

評価項目	毎食 できない	時々 できない	毎食 できる
1 自ら食べ始めることができる	0	1	2
2 食事道具を適切に用いることができる	0	1	2
3 食物を適量すくうことができる	0	1	2
4 ゼリー等の容器やパッケージを開けたり、紙パックにストローを 挿入することができる	0	1	2
5 食物をこぼすことなく食べることができる	0	1	2
6 配食された全ての食物を自分の食べる対象物として認知できる	0	1	2
7 食べることにに対して注意を維持することができる	0	1	2
8 食事中に眠ることなく食べ続けることができる	0	1	2
9 むせることなく嚥下することができる（食後に変声もない）	0	1	2
10 1日に必要な食事量を摂取することができる	0	1	2

4. 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・体重	() cm、() Kg (年 月 日測定)			
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 (検査値がわかる場合に記入)	() (g/dL) (測定日 年 月 日)	0. 3.6 g/dL以上	1. 3.0~3.5 g/dL以上	2. 3.0g/dL未満
食事摂取量	kcal/日	0 良好	1 不良 (75%以下)	
栄養補給法 食事の状態	この欄☞に☑ ☐ 経口摂取 ☒ 経口主体だが、 何らかの問題あり ☐ 経腸栄養法 ☐ 静脈栄養法			
	☐ 学会分類 他 ☐ 嚥下食ピラミッド ☐ スマイルケア食 ☐ 嚥下訓練食(0j) L0 開始食, ゼリー状 0 ゼリー状 ☐ 嚥下調整食(1j) L1/2 嚥下食Ⅰ・Ⅱ 1 ムース状 ☐ 嚥下調整食(2-1) L3 嚥下食Ⅲ 2 ペースト状 ☐ 嚥下調整食(2-2) L3 嚥下食Ⅲ 2 かまなくてよい ☐ 嚥下調整食(3) L4 移行食 3 舌でつぶせる ☐ 嚥下調整食(4) L4 移行食 4 歯ぐきでつぶせる ☐ 軟らかい常食 5 弱い力でかめる ☐ 加工や工夫を必要とする常食 (5を除く) ☐ 主 食 ☐ ごはん ☐ お粥 ☐ 副 食 ☐ みじん切り ☐ 一口大に刻む ☐ ☐ トロみ・あんをかける ☐ 固いものは除く (複数回答可) ☐ 鶏のから揚げ ☐ ハンバーグ ☐ あぶら揚げ ☐ いかの刺身 ☞ 食べられるものに☑ ☐ 加工や工夫を必要としない常食			
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	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 MCI ② 軽度 ③ 中等度 ④ 重度) 7 その他 (		

5. 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、半分以上は自分で行える 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＝（ ）		

6. CDR

認知機能について

CDR 利用者の状態で概ね、該当する項目に直接シートへ○を付けて下さい。

「記憶」、「見当識」等の各項目に1ずつ○をつけてください。

得点	なし 0	疑わしい 0.5	軽度 1	中等度 2	重度 3
記憶	記憶障害なし、あるいは軽度の断続的な物忘れ。	軽度の物忘れが常に存在。出来事を部分的に思出す。“良性”健忘。	中等度の記憶障害。障害は最近の出来事についてより著しい。障害は日々の活動を妨る。	重度の記憶障害。十分に学習したことのみ保持。新しいことは急速に記憶から消失。	重度の記憶障害。断片的なことのみ記憶に残存。
見当識	十分に見当識がある。	時間的前後関係に軽度の困難があることを除き、十分に見当識がある。	時間的前後関係に中等度の困難がある。検査の場所についての見当識は正常。他の場所についての地理的見当識障害があるかもしれない。	時間的前後関係に重度の困難がある。たいていの場合、時間的見当識は障害され、地理的見当識もしばしば障害される。	自分についての見当識のみが保たれている。
判断力と問題解決能力	日常の問題を解決し、仕事上および金銭上の問題を十分処理できる。過去の実績と比較して、遜色のないすぐれた判断力。	問題解決、類似点および相違点に軽度の障害がある。	問題解決、類似点および相違点に中等度の困難がある。たいていの場合、社会的判断力は保持されている。	問題解決、類似点および相違点に重度の障害。たいていの場合、社会的判断力は障害されている。	判断 あるいは、問題解決ができない。
地域社会の活動	仕事、買い物、ボランティア、社会集団において、通常のレベルでは自立して機能する。	左記の活動に軽度の障害がある。	左記の活動のいくつかに、まだたずさわっているかもしれないが、自立して機能できない。通り一遍の検査だと正常そうに見える。	家庭外において、自立して機能するようには見えない。	
				家庭外の会合に連れて行ってもらえるくらい健康そうに見える。	家庭外の会合に連れて行ってもらえるくらいには、具合が悪すぎるように見える。
家庭および趣味	家庭生活、趣味および知的興味の十分な保持。	家庭生活、趣味および知的興味は軽度に障害される。	家庭における機能は軽度だが、明確に障害されている。より困難な家事はやめている。より複雑な趣味や興味の喪失。	単純な家事のみの維持。非常に限られた興味が不十分に保持されている。	家庭において、重要な機能が果たせない。
身の回りの世話	自分の面倒は自分で十分みることができる。		促すことが必要。	着衣、衛生、身の回りの品の保管などに手伝いが必要。	身の回りの世話において、多くの助けが必要。頻繁に失禁がある。



CDR(0 0.5 1 2 3)

調査員が記入します

7. 口腔内の状況

1. 清掃の意志	0・あり 1・なし 2・拒否
2. 義歯の使用	0・使用している 1・していない 2・持っていない 3・拒否 上顎(□総義歯 □部分義歯) 0良好 1ゆるい 2痛い 3破折 下顎(□総義歯 □部分義歯) 0良好 1ゆるい 2痛い 3破折
3. 義歯の清掃	0・良い 1・少し悪い 2・悪い
4. 言語	0・可能 1・会話可能だが構音不良 2・不可
5. 発声	0・可能 1・できるが弱い 2・不可
6. 流涎	0・なし 1・時々ある 2・常時ある
7. 口臭	0・なし 1・少しある 2・かなりある
8. 開口度	0・3横指 1・1~2横指 2・1横指以下
9. 咀嚼運動	0・動きがある 1・声かけにより発現 2・ほぼ動きなし
10. 舌運動	0・ほぼ完全 1・動くが小範囲 2・動かない
11. 口腔周囲筋	0・動く 1・少々困難 2・動かない
12. 口角の左右非対象な運動	0・なし 1・あり
13. 嚥下(飲み込み)	0・可能 1・遅延するが可能
14. むせ	0・むせない 1・むせる
15. 嚥下後の声質の変化	0・なし 1・あり
16. 嚥下後の呼吸観察	0・異常なし 1・浅く速くなる
17. ぶくぶくうがい	0・できる 1・不完全だができる 2・できない
18. 口腔内残渣を出せるか	0・概ね出せる 1・少ない～出せない 2・うがいができない
19. 口腔内の残渣	0・ない 1・少量ある 2・ある

8. 口腔清掃の自立度判定

項目	自立	一部介助	全部介助
1. 歯磨き	☐ ほぼ自分で磨く ☐ 移動して実施する ☐ 寝床で実施する	☐ 部分的に自分で磨く ☐ 座位を保つ ☐ 座位は保てない	☐ 自分で磨かない ☐ 座位、端座位をとる ☐ 座位もとれない
2. 義歯の着脱	☐ 自分で着脱する	☐ 外せるが、入れられない ☐ 外せないが、入れられる	☐ 自分では着脱しない
3. うがい	☐ ぶくぶくうがいをする	☐ 口に含む程度はする	☐ 口に含むこともできない

9. 嚥下質問紙（聖隷式）

あなた（入所者さま）の嚥下（飲み込み、食べ物を口から食べて胃に運ぶこと）の状態について、いくつかの質問を致します。ここ2，3年のことについてお答えください。いずれも大切な症状ですので、よく読んでA,B,Cのいずれかに丸をつけて下さい。

1. 肺炎と診断されたことはありますか？	A..繰り返す	B. 一度だけ	C. なし
2. やせてきましたか？	A..明らかに	B. わずかに	C. なし
3. 物が飲み込みにくいと感じることはありますか？	A.しばしば	B. ときどき	C. なし
4. 食事中にむせることはありますか？	A.しばしば	B. ときどき	C. なし
5. お茶を飲むときにむせることはありますか？	A.しばしば	B. ときどき	C. なし
6. 食事中や食後、それ以外のときにも のどがゴロゴロ（たんがからんだ感じ）することがありますか？	A.しばしば	B. ときどき	C. なし
7. のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？	A.しばしば	B. ときどき	C. なし
8. 食べるのが遅くなりましたか？	A.たいへん	B. わずかに	C. なし
9. 硬いものが食べにくくなりましたか？	A.たいへん	B. わずかに	C. なし
10. 口から食べ物がこぼれることがありますか？	A.しばしば	B. ときどき	C. なし
11. 口の中に食べ物が残ることがありますか？	A.しばしば	B. ときどき	C. なし
12. 食物や酸っぱいもの液が 胃からのどに 戻ってくることがありますか？	A.しばしば	B. ときどき	C. なし
13. 胸に食べ物が残ったり、つまった感じが することがありますか？	A.しばしば	B. ときどき	C. なし
14. 夜、咳で眠れなかったり 目覚めることが ありますか？	A.しばしば	B. ときどき	C. なし
15. 声がかすれてきましたか？ （がらがら声、かすれ声など）	A.たいへん	B. わずかに	C. なし

10. 食欲について

A 食欲はありますか？

1. ほとんどない
2. あまりない
3. 普通
4. ある
5. とてもある
6. 不明

E 50歳のころに比べて、食べ物の味はどのように感じていますか？

1. とてもまずい
2. まずい
3. 変わらない
4. おいしい
5. とてもおいしい
6. 不明

B 食事の時、どれくらい食べると満腹感を感じていますか？

1. 数口で満腹
2. 3分の1くらいで満腹
3. 半分ほどで満腹
4. ほとんど食べて満腹
5. 全部食べても満腹感がない
6. 不明

F 普段、1日に食事を何回食べますか？

1. 1回未満
2. 1回
3. 2回
4. 3回
5. 4回以上（間食を含む）
6. 不明

C お腹がすいたと感じていますか？

1. まったく感じない
2. ごくたまに感じる
3. 時々感じる
4. よく感じる
5. いつも感じる
6. 不明

G 食事をして気分が悪くなったり、吐き気を催す事がありますか？

1. ほぼ毎回感じる
2. よく感じる
3. 時々感じる
4. ほとんど感じない
5. まったく感じない
6. 不明

D 食べ物の味をどのように感じていますか？

1. とてもまずい
2. まずい
3. 普通
4. おいしい
5. とてもおいしい
6. 不明

H 普段、どのような気分で過ごしていますか？

1. とても沈んでいる
2. 沈んでいる
3. 沈んでもなく、元気でもない
4. 元気
5. とても元気
6. 不明

11. 歯科受診について

前回の調査以降に歯科治療を行いましたか？

1. はい

2. いいえ

具体的な治療内容についてお答えください

- | | | |
|-----------------|----------|--------------|
| 1. むし歯治療 | 2. 歯周病治療 | 3. 義歯（入れ歯治療） |
| 4. その他
（具体的に | | ） |

施設の方にご記入いただく項目は、ここまでです。
ご協力頂きまして、ありがとうございました。

口腔調査票 1



このページから後ろは
調査員が記入します

11. 口腔乾燥・違和感について

A. 口の渇きが気になりますか？

1. 気になる
2. 気にならない
3. 聞き取り不可

B. 口腔保湿剤を使用していますか？

1. 使用していない
2. 使用している
(①ジェル・②スプレー・③洗口液)
3. 不明

-
2の場合

C. 味を良く感じますか？

1. 感じる
2. 感じない
(①甘味・②塩味・③酸味・④苦味・⑤うま味
⑥詳細不明)
3. 聞き取り不可

2の場合

D. 舌の痛みはありますか？

1. ない
2. あり
3. 聞き取り不可

E. 口の中がネバネバしますか？

1. しない
2. ネバネバする
3. 聞き取り不可

① オーラルディアドコ キネシス

タ 回/秒

② 反復唾液嚥下テスト

☐ 不可 ☐ 拒否

1回目 秒 30秒での回数 回

③ 改訂水飲テスト (水3cc)

0 テスト施行不可

- 1 嚥下なし, むせる and 呼吸切迫
- 2 嚥下あり, 呼吸切迫(不顕性誤嚥疑い)
- 3 嚥下あり, むせる and/or 湿性嘔声
- 4 嚥下あり, 呼吸良好, むせない
- 5 4に加え, 追加嚥下運動が30秒以内に2回可能

④ 口腔湿潤度 (ムーカス)

舌背

1回目 2回目 3回目

頬粘膜

1回目 2回目 3回目

口腔調査票 2

⑤インプラントの治療の有無 1. ある(部位) 2. ない 3. 不明

⑥ 歯数の状態 ※咬合状態は、中段四角内に記入。

歯式		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
咬合	右	①		②		③				④		⑤						左
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

う蝕歯数 (C) 本, 残根歯数 (C4) 本,

(参) 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

⑦ 粘膜異常
(歯周疾患以外で出血の恐れがあるもの)

1. なし
2. あり ①咬傷 ②火傷 ③その他()

⑧ 歯垢・デンチャープラーク

1. なし 2. 中等度 3. 高度

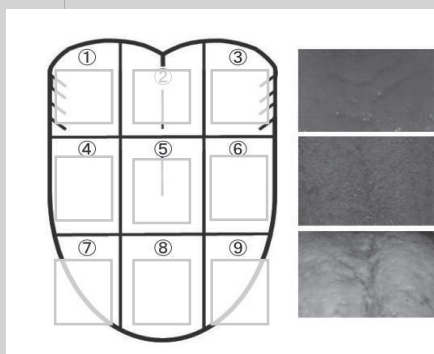
⑨ 舌苔

1. なし 2. 中等度 3. 高度

⑩ 舌苔付着状況

舌苔インデックス

9個の四角の中にスコアを記入



Score 0

舌苔は認められない

Score 1

舌乳頭が認識可能な薄い舌苔

Score 2

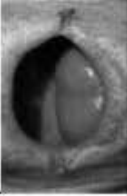
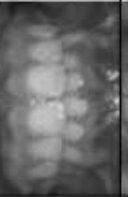
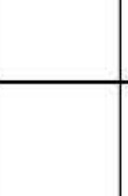
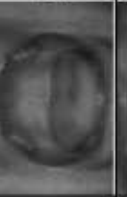
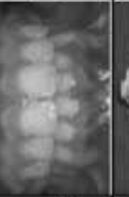
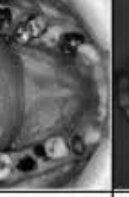
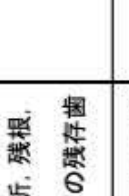
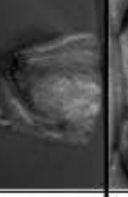
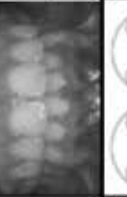
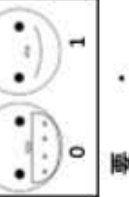
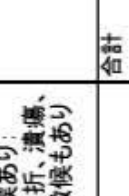
舌乳頭が認識不可能な厚い舌苔

⑪ 歯科治療受診必要性

1. なし
2. あり ①う蝕 ②歯周炎 ③義歯 ④その他()

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, 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				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, 唾液はぼぼなし, 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, 身体的な兆候なし		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, 言動的な徴候もあり	
歯科受診 (要・不要)	再評価予定日: / /						合計

available for download: [http://dentistry.fujita-hu.jp/revised/Jan 15, 2016](http://dentistry.fujita-hu.jp/revised/Jan%2015,%202016)

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

転帰調査

施設名：

氏名：

年齡

歳（1男 2女）

[illegible]

介護保険施設等 調査票

令和元年度 厚生労働省

老人保健健康増進等事業

介護保険施設等と協力歯科医療機関との協力体制に関する調査 ご協力のお願い

一般社団法人 日本老年歯科医学会

この度、標記の調査研究事業にご協力いただきたく、昨年度の郵送調査にご協力を頂いた施設様を対象にアンケートをお送りさせていただきました。

本調査の目的は、介護保険施設と協力歯科医療機関の連携により、入所者の口腔の健康管理に関して効果がみられている施設様に対して詳細な調査を行い、その要因を明らかにすることです。現在、介護保険施設の入所者は一般に介護度が重度化しており、口腔環境も悪化していることから、介護保険施設と協力歯科医療機関が適切に連携し、口腔の健康管理を実施していかなければならない状況にあります。そこで、効果的な口腔の健康管理の要因を明確にできれば、介護保険施設と協力歯科医療機関のこれら業務に対する正当な評価を行うための根拠を得ることができます。さらに、全国の介護保険施設と協力歯科医療機関に対して、入所者の口腔の健康管理のあり方を提示し、介護保険施設入所者の口腔の状態を改善することができると考えます。

つきましては、ご多忙のところ大変ご面倒とは存じますが本アンケート調査（および、可能であれば追加のヒアリング調査）に、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

本調査への参加同意は、調査票の提出をもってご承諾いただいたものと判断させていただきます。ご回答いただいた内容の管理は厳重に行い、関連する研究報告以外には使用いたしません。また、研究報告等でも貴施設名や施設が特定されるような情報は使用致しません。調査票にご記入いただいた協力歯科医療機関に対してもアンケート調査を行いますが、ご記入いただいた本調査の内容は一切お伝えしません。

ご多忙の中、大変恐縮ではございますが、郵送させていただきました調査票は 12月20日(金)までに返信用封筒でお送りください。今後の施策につながる重要な調査ですので、皆様のご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

【お問い合わせ】東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム

担当：小原 由紀（おはら ゆき） 電話：03-3964-3241（内線 4211）

1. 貴施設と協力歯科医療機関の連携開始のきっかけについて

① 現在の協力歯科医療機関と契約したのは、いつですか？		西暦 ・ 平成 ・ 令和 () 年 () 月から
② 連携のために働きかけたのはどちらからですか？		1. 歯科医療機関から ⇒質問③へ 2. 貴施設（介護保険施設）から ⇒質問④へ
③ 歯科医療機関からの働きかけ	誰が働きかけを行いましたか？	1. 歯科医師 2. 歯科衛生士 3. 歯科医師会 4. その他()
	貴施設（介護保険施設）では誰が対応しましたか？	1. 施設長 2. 生活相談員 3. 看護師 4. 施設勤務の歯科衛生士 5. 介護職員 6. その他()
④ 貴施設（介護保険施設）からの働きかけ	理由をお聞かせください	1. 必要性を感じたから 2. 法人全体として導入することになったから 3. その他()
	誰が働きかけを行いましたか？	1. 施設長 2. 生活相談員 3. 看護師 4. 施設勤務の歯科衛生士 5. 介護職員 6. その他()
	歯科医療機関では誰が対応しましたか？	1. 歯科医師 2. 歯科衛生士 3. 歯科医師会 4. その他()

2. 【連携開始当時】の状況について

① 歯科の介入対象者はどのように決めていましたか？	1. 施設側が対象者を決める 2. 入所者全員を対象としている 3. その他()
② 訪問の頻度	月()回程度
③ 歯科の訪問時に対応する貴施設の職員数と職種を教えてください。	1. 看護師 () 名 2. 介護職 () 名 3. 施設で雇用している歯科衛生士 () 名 4. 生活相談員 () 名 5. その他(職種名: () () 名

⑪	情報共有に関して工夫していることがあれば教えてください。（自由記載）	
⑫	協力歯科院の貴施設への指導方法で当てはまるものすべてに○をお付けください。	1. その場で個別指導 2. 集団指導 3.研修会を開催 4. その他（ ）
⑬	現在算定している加算について、当てはまるものすべてに○をお付けください。	1. 口腔衛生管理体制加算 2. 口腔衛生管理加算 3. 経口維持加算 4. 経口移行加算 5. わからない

⑫ 協力歯科院の貴施設への指導方法で当てはまるものすべてに○をお付けください。	1. その場で個別指導	2. 集団指導	3. 研修会を開催	4. その他（ ）
---	-------------	---------	-----------	-----------

⑬ 現在算定している加算について、当てはまるものすべてに○をお付けください。	1. 口腔衛生管理体制加算 3. 経口維持加算 わからない	2. 口腔衛生管理加算 4. 経口移行加算	5.
---	--	-------------------------------------	-----------

4. 口腔関連サービスについて

	介護職員の問題意識	適切な評価方法	施設内での研修会の開催	医師の助言・指導	歯科医師の助言・指導	看護師の助言・指導	歯科衛生士の助言・指導	栄養士の助言・指導
1. 口腔衛生状態の改善								
2. むし歯の減少								
3. 義歯の使用率の増加								
4. 摂食嚥下機能の改善								
5. 食形態の維持改善								
6. 栄養状態の維持改善								
7. 肺炎予防								
8. 窒息事故の減少								
9. 会話の増加								
10. 施設内看取りの増加								

② 次の1～10の口腔状態や栄養状態等の改善のために、実際に貴施設で行っていることに○をつけてください。(○はいくつでも)

	介護職員の 問題意識	適切な 評価方法	施設内 での研 修会の 開催	医師の 助言・指 導	歯科医 師の助 言・指導	看護師 助言・指 導	歯科衛 生士の 助言・指 導	栄養士 の助 言・指 導
1. 口腔衛生状態の改善								
2. むし歯の減少								
3. 義歯の使用率の増加								
4. 摂食嚥下機能の改善								
5. 食形態の維持改善								
6. 栄養状態の維持改善								
7. 肺炎予防								
8. 窒息事故の減少								
9. 会話の増加								
10. 施設内看取りの増加								

③ 協力歯科医療機関について、もっとも近いと思われるものにひとつだけに○をつけて下さい。

	とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない
協力歯科医療機関の歯科医師は					
1 <u>摂食嚥下機能の改善</u> に積極的に取り組んでいる					
2 <u>嚥下機能検査</u> を積極的に行う					
3 <u>摂食嚥下機能の改善</u> に十分な知識を有し、指導は適切である					
4 <u>食形態の維持改善</u> に積極的に取り組んでいる					
5 <u>食形態の維持改善</u> に十分な知識を有し、指導は適切である					
6 <u>肺炎予防</u> に積極的に取り組んでいる					
7 <u>肺炎予防</u> に十分な知識を有し、適切な指導を行う					
8 <u>栄養状態の維持改善</u> に積極的に取り組んでいる					
9 <u>栄養状態の維持改善</u> に十分な知識を有し、指導は適切である					

	とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない
協力歯科医療機関の歯科衛生士は					
1 摂食嚥下機能の改善に積極的に取り組んでいる					
2 摂食嚥下機能の改善に十分な知識を有し、適切な指導を行う					
3 <u>食形態の維持改善</u> に積極的に取り組んでいる					
4 <u>食形態の維持改善</u> に十分な知識を有し、適切な指導を行う					
5 <u>肺炎予防</u> に積極的に取り組んでいる					
6 <u>肺炎予防</u> に十分な知識を有し、適切な指導を行う					
7 <u>栄養状態の維持改善</u> に積極的に取り組んでいる					
8 <u>栄養状態の維持改善</u> に十分な知識を有し、指導は適切である					

④ 貴施設での各職種の役割について、当てはまるものに○をつけてください（複数回答可能）

	医師	歯科医師（協力医療機関）	歯科医師（協力医療機関ではない）	歯科衛生士（協力医療機関）	歯科衛生士（協力医療機関ではない）	看護師	栄養士・管理栄養士	言語聴覚士	理学療法士・作業療法士	その他
--	----	--------------	------------------	---------------	-------------------	-----	-----------	-------	-------------	-----

【摂食嚥下機能の改善に対して】

1 積極的に関与										
2 中心的な役割										
3 相談しやすい										
4 効果を上げている										

1 から 4 の質問に対して「その他」に○を付けた場合：

摂食嚥下機能の改善に関与する具体的な職名を教えてください（

）

	医師	歯科医師 (協力医療機関)	歯科医師 (協力医療機関ではない)	歯科衛生士 (協力医療機関)	歯科衛生士 (協力医療機関ではない)	看護師	栄養士・管理栄養士	言語聴覚士	理学療法士・作業療法士	その他
--	----	------------------	----------------------	-------------------	-----------------------	-----	-----------	-------	-------------	-----

【食形態の維持改善に対して】

5 積極的に関与										
6 中心的な役割										
7 相談しやすい										
8 効果を上げている										

5 から 8 の質問に対して「その他」に○を付けた場合：

食形態の維持改善に関与する具体的な職名を教えてください（

）

【肺炎予防の取り組みについて】

9 積極的に関与										
10 中心的な役割										
11 相談しやすい										
12 効果を上げている										

9 から 12 の質問に対して「その他」に○を付けた場合：

肺炎予防の取り組みに関与する具体的な職名を教えてください（

）

【栄養状態の維持改善に対する取り組みについて】

13 積極的に関与										
14 中心的な役割										
15 相談しやすい										
16 効果を上げている										

13 から 16 の質問に対して「その他」に○を付けた場合：

栄養状態の維持改善に関与する具体的な職名を教えてください（

）

➡ 次のページに続きます

介護保険施設と歯科医療機関との良好な連携のあり方を検討するにあたり、貴施設での取り組みを参考にさせて頂きたく思っております。当方から貴施設に伺い行うヒアリング調査にご協力をお願いしたく存じます。ヒアリング調査にご協力いただける場合は、下記にご連絡先をご記入頂けますと幸いです。（ヒアリング調査の所要時間：約 1 時間、日程等は別途ご連絡申し上げます）

事業所名			
ご住所	(〒 —)		
	TEL — — FAX — —		
ご担当者様	フリガナ		
	e-mail:		
ヒアリング調査に際して、何かご要望がありましたら、ご記入ください。			

これですべての質問が終わりました。
 長時間のご協力誠にありがとうございました。
 記入もれがないか、いま一度おたしかめください。

協力歯科医療機関 調査票

令和元年度 厚生労働省

老人保健健康増進等事業

協力歯科医療機関と介護保険施設
等との協力体制に関する調査
ご協力のお願い

一般社団法人 日本老年歯科医学会

この度、標記の調査研究事業にご協力いただきたく、昨年度の郵送調査にご協力を頂いた歯科医療機関様を対象にアンケートをお送りさせていただきました。

本調査の目的は、協力歯科医療機関と介護保険施設の連携により、入所者の口腔の健康管理に関して効果がみられている歯科医療機関様に対して詳細な調査を行い、その要因を明らかにすることです。現在、介護保険施設の入所者は一般に介護度が重度化しており、口腔環境も悪化していることから、介護保険施設と協力歯科医療機関が適切に連携し口腔の健康管理を実施していかなければならない状況にあります。そこで、効果的な口腔の健康管理の要因を明確にできれば、協力歯科医療機関と介護保険施設のこれら業務に対する正当な評価を行うための根拠を得ることができます。さらに、全国の協力歯科医療機関と介護保険施設に対して、入所者の口腔の健康管理のあり方を提示し、介護保険施設入所者の口腔の状態を改善することができると考えます。

つきましては、ご多忙のところ大変ご面倒とは存じますが本アンケート調査（および、可能であれば追加のヒアリング調査）に、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

本調査への参加同意は、調査票の提出をもってご承諾いただいたものと判断させていただきます。ご回答いただいた内容の管理は厳重に行い、関連する研究報告以外には使用いたしません。また、研究報告等でも貴院名が特定されるような情報は使用致しません。調査票にご記入いただいた介護保険施設に対してもアンケート調査を行いますが、ご記入いただいた本調査の内容は一切お伝えしません。

ご多忙の中、大変恐縮ではございますが、郵送させていただきました調査票は **12月21日(金)**までに返信用封筒でお送りください。今後の施策につながる重要な調査ですので、皆様のご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

【お問い合わせ】東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム

担当：小原 由紀（おはら ゆき） 電話：03-3964-3241（内線 4211）

1. 貴院と介護保険施設の連携開始のきっかけについて

① 介護保険施設と契約したのは、いつですか？		西暦 ・ 平成 ・ 令和 () 年 () 月から	
② 連携のために働きかけたのはどちらからですか？	1. 貴院（協力歯科医療機関）から ⇒質問③へ 2. 介護保険施設から ⇒質問④へ		
③ 歯科医療機関からの働きかけ	誰が働きかけを行いましたか？	1. 歯科医師 2. 歯科衛生士 3. 歯科医師会 4. その他()	
	介護保険施設では誰が対応しましたか？	1. 施設長 2. 生活相談員 3. 看護師 4. 施設勤務の歯科衛生士 5. 介護職員 6. その他()	
④ 介護保険施設からの働きかけ	誰が働きかけを行いましたか？	1. 施設長 2. 生活相談員 3. 看護師 4. 施設勤務の歯科衛生士 5. 介護職員 6. その他()	
	歯科医療機関では誰が対応しましたか？	1. 歯科医師 2. 歯科衛生士 3. 歯科医師会 4. その他()	

⑨ 入所者および家族への連絡	1. 電子媒体 2. 紙媒体 3. その他 ()
⑩ 歯科診療に関する記録で当てはまるものすべてに○をお付けください	1. 歯科カルテ 2. 施設においてあるカルテ 3. その他 ()
⑪ 情報共有に関して工夫していることがあれば教えてください。(自由記載)	
⑫ 貴院の施設への指導方法で当てはまるものすべてに○をお付けください。	1. その場で個別指導 2. 集団指導 3. 研修会を開催 4. その他 ()
⑬ 施設が現在算定している加算について、当てはまるものすべてに○をお付けください。	1. 口腔衛生管理体制加算 2. 口腔衛生管理加算 3. 経口維持加算 4. 経口移行加算 5. わからない

4. 口腔関連サービスについて

① 次の1～10の口腔状態や栄養状態等の改善に有効だと思うものすべてに○をつけてください。

	介護職員の問題意識	適切な評価方法	施設内の研修会の開催	医師の助言・指導	歯科医師の助言・指導	看護師の助言・指導	歯科衛生士の助言・指導	栄養士の助言・指導
1. 口腔衛生状態の改善								
2. むし歯の減少								
3. 義歯の使用率の増加								
4. 摂食嚥下機能の改善								
5. 食形態の維持改善								
6. 栄養状態の維持改善								
7. 肺炎予防								
8. 窒息事故の減少								
9. 会話の増加								
10. 施設内看取りの増加								

② 次の１～１０の口腔状態や栄養状態等の改善のために、実際に介護保険施設で行っていることに○をつけてください。不明な場合は、△をつけてください。（○はいくつでも）

	介護職員の問題意識	適切な評価方法	施設内での研修会の開催	医師の助言・指導	歯科医師の助言・指導	看護師の助言・指導	歯科衛生士の助言・指導	栄養士の助言・指導
１．口腔衛生状態の改善								
２．むし歯の減少								
３．義歯の使用率の増加								
４．摂食嚥下機能の改善								
５．食形態の維持改善								
６．栄養状態の維持改善								
７．肺炎予防								
８．窒息事故の減少								
９．会話の増加								
１０．施設内看取りの増加								

☞ 次のページに質問は続きます

③ 貴院の歯科医師・歯科衛生士の施設訪問について、もっとも近いと思われるものにひとつだけに○をつけて下さい。

	とてもそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない
貴院の歯科医師は、施設訪問時に					
1 <u>摂食嚥下機能の改善</u> に積極的に取り組んでいる					
2 <u>嚥下機能検査</u> を積極的に行う					
3 <u>摂食嚥下機能の改善</u> に十分な知識を有し、指導は適切である					
4 <u>食形態の維持改善</u> に積極的に取り組んでいる					
5 <u>食形態の維持改善</u> に十分な知識を有し、指導は適切である					
6 <u>肺炎予防</u> に積極的に取り組んでいる					
7 <u>肺炎予防</u> に十分な知識を有し、適切な指導を行う					
8 <u>栄養状態の維持改善</u> に積極的に取り組んでいる					
9 <u>栄養状態の維持改善</u> に十分な知識を有し、指導は適切である					
貴院の歯科衛生士は、施設訪問時に					
1 <u>摂食嚥下機能の改善</u> に積極的に取り組んでいる					
2 <u>摂食嚥下機能の改善</u> に十分な知識を有し、適切な指導を行う					
3 <u>食形態の維持改善</u> に積極的に取り組んでいる					
4 <u>食形態の維持改善</u> に十分な知識を有し、適切な指導を行う					
5 <u>肺炎予防</u> に積極的に取り組んでいる					
6 <u>肺炎予防</u> に十分な知識を有し、適切な指導を行う					
7 <u>栄養状態の維持改善</u> に積極的に取り組んでいる					
8 <u>栄養状態の維持改善</u> に十分な知識を有し、指導は適切である					

④ 貴施設での各職種の役割について、当てはまるものに○をつけてください（複数回答可能）

	医師	看護師	栄養士・管理栄養士	言語聴覚士	理学療法士・作業療法士	その他
--	----	-----	-----------	-------	-------------	-----

【摂食嚥下機能の改善に対して】

1 積極的に関与						
2 中心的な役割						
3 相談しやすい						
4 効果を上げている						

1 から 4 の質問に対して「その他」に○を付けた場合：  摂食嚥下機能の改善に関与する具体的な職名を教えてください（ ）

【食形態の維持改善に対して】

5 積極的に関与						
6 中心的な役割						
7 相談しやすい						
8 効果を上げている						

5 から 8 の質問に対して「その他」に○を付けた場合：  食形態の維持改善に関与する具体的な職名を教えてください（ ）

【肺炎予防の取り組みについて】

9 積極的に関与						
10 中心的な役割						
11 相談しやすい						
12 効果を上げている						

9 から 12 の質問に対して「その他」に○を付けた場合：  肺炎予防の取り組みに関与する具体的な職名を教えてください（ ）

☞ 次のページに質問は続きます

	医師	看護師	栄養士・管理栄養士	言語聴覚士	理学療法士・作業療法士	その他
--	----	-----	-----------	-------	-------------	-----

【栄養状態の維持改善に対する取り組みについて】

13 積極的に関与						
14 中心的な役割						
15 相談しやすい						
16 効果を上げている						

13 から 16 の質問に対して「その他」に○を付けた場合：

栄養状態の維持改善に関与する具体的な職名を教えてください（ ）

歯科医療機関と介護保険施設との良好な連携のあり方を検討するにあたり、貴院での取り組みを参考にさせて頂きたく思っております。当方から貴院に伺い行うヒアリング調査にご協力をお願いしたく存じます。ヒアリング調査にご協力いただける場合は、下記にご連絡先をご記入頂けますと幸いです。（ヒアリング調査の所要時間：約 1 時間、日程等は別途ご連絡申し上げます）

事業所名			
ご住所	〒 —) TEL — — FAX — —		
ご担当者様	フリガナ		
	e-mail:		
ヒアリング調査に際して、何かご要望がありましたら、ご記入ください。			

これですべての質問が終わりました。
 長時間のご協力誠にありがとうございました。
 記入もれがないか、いま一度おたしかめください。

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業
介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究 事業報告書

発行 令和 2 年 3 月 31 日
一般社団法人 日本老年歯科医学会
理事長 佐藤 裕二

〒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
