

令和4年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健増進等事業

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

一般社団法人 日本老年歯科医学会
令和5年3月

目 次

はじめに	1
調査研究組織	2
I 令和4年度老人保健増進等事業 介護保険施設における歯科専門職による 口腔管理に関する調査研究事業の概要	5
II 要介護高齢者の口腔の健康管理に関する縦断調査	26
III 口腔衛生管理のニーズ把握と目標設定、指導方法に関する調査	87
IV 新型コロナウイルス感染症による口腔衛生関連サービスの提供への影響 に関する調査	165
V 資料	272
資料1 実測調査票（口腔・栄養検査調査票）	
資料2 口腔衛生管理のニーズ把握と目標設定、指導方法に関する調査票	
資料3 新型コロナウイルス感染症による口腔衛生関連サービスの提供 への影響に関する調査票	
資料4 介護保険施設での「食べる」「話す」「笑顔」を支える健口づくり	

はじめに

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

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

そこで本事業では、肺炎発症や低栄養予防につながる具体的な歯科専門職による口腔管理方法を明確化するため、歯科専門職による口腔管理の内容・方法、施設職員による口腔清掃の実施状況、要介護度・肺炎発症、食形態等の変化に関する実態調査を行った。併せて、口腔衛生管理体制の確保について、個々の対象者のニーズ把握と目標設定、施設職員への具体的な指導方法等に関する取組事例の収集を行った。これらを元に口腔衛生管理普及のためのリーフレットと動画教材を作成した。

また、新型コロナウイルス感染症による口腔関連サービスの提供への影響を調査するため、入所者への口腔衛生等の管理（口腔・義歯清掃、指導等）、歯科受診等に関する新型コロナウイルス感染症の拡大がもたらした具体的な変化について調査した。さらに新型コロナウイルス感染症拡大下における、オンラインを活用した協力歯科医療機関との連携に関する実態把握を行った。

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

令和 5 年 3 月 31 日

令和 4 年度老人保健健康増進等事業特任委員会一同

介護保険施設における歯科専門職による口腔管理

に関する調査研究事業

調査研究組織

事業受託者 一般社団法人 日本老年歯科医学会 理事長 水口 俊介

事業担当者

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

(50音順)

幹事

奥村 拓真	社会医療法人北斗 北斗クリニック 歯科
三浦 和仁	東京都健康長寿医療センター研究所 非常勤研究員

経理担当者

榎本 稔 (一財) 口腔保健協会

研究協力者

中島 純子	東京歯科大学 オーラルメディシン・病院歯科学講座	准教授
西 恭宏	鹿児島大学歯医学総合研究科 顎顔面機能再建学講座	准教授
古屋 純一	昭和大学歯学部高齢者歯科学講座	准教授
若杉 葉子	医療法人社団悠翔会訪問歯科診療部	
吉見 佳那子	東京医科歯科大学 摂食嚥下リハビリテーション分野	特任助教
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	
阪口英夫	医療法人永寿会 陵北病院・副院長	
須田牧夫	横浜南仲通歯科・医長	
高柳久与	太田歯科・歯科衛生士	
藤原千尋	国立病院機構福山医療センター・歯科衛生士	
丸岡三紗	まんのう町国民健康保険造田歯科診療所・歯科衛生士	
森下志穂	明海大学保健医療学部・講師	
渡邊理沙	医療法人静心会 桶狭間病院 藤田こころケアセンター・歯科衛生士	
白部 麻樹	東京都健康長寿医療センター研究所	研究員
本橋 佳子	東京都健康長寿医療センター研究所	非常勤研究員
早川 美知	東京都健康長寿医療センター研究所	非常勤研究員
三上友里江	東京都健康長寿医療センター研究所	非常勤研究員
新井 絵理	北海道大学大学院歯学研究院 高齢者歯科学教室	医員
馬場 陽久	北海道大学歯学部高齢者歯科学講座	大学院生
平良 賢周	北海道大学歯学部高齢者歯科学講座	大学院生
武田 雅彩	北海道大学歯学部高齢者歯科学講座	大学院生
稲本 香織	北海道大学歯学部高齢者歯科学講座	大学院生
中川紗百合	北海道大学歯学部高齢者歯科学講座	大学院生
木村 千鶴	北海道大学歯学部高齢者歯科学講座	大学院生
松田 捺美	北海道大学歯学部高齢者歯科学講座	大学院生
大平 国徹	北海道大学歯学部高齢者歯科学講座	大学院生
尾崎 由衛	歯科医院 丸尾崎	

研究協力（団体）

公益社団法人日本歯科医師会

公益社団法人日本歯科衛生士会

医療法人社団 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

社会福祉法人 六心会

社会福祉法人 池田博愛会

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 こうほうえん

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 東京救護協会

社会福祉法人 西春日井福祉会

社会福祉法人 山梨檜の会

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

1. 研究の目的

介護保険施設利用者等への歯科専門職による口腔管理の充実を図るため、歯科専門職ならびに施設職員による口腔関連サービスの実態及び効果を把握・分析した上で、効果的な介入内容・方法について検討を行うことを目的に以下の3つの調査を実施した。

Ⅱ 要介護高齢者の口腔の健康管理に関する縦断調査

Ⅲ 口腔衛生管理のニーズ把握と目標設定、指導方法に関する調査

Ⅳ 新型コロナウイルス感染症による口腔衛生関連サービスの提供への影響に関する調査

以上の成果をもとに、介護保険施設利用者の口腔管理の普及啓発を図る目的で、介護施設において円滑な口腔衛生管理に係るサービス提供のための教材等(リーフレット、動画視覚素材)の作成を行った。

資料4 介護保険施設での「食べる」「話す」「笑顔」を支える健口づくり

2. 事業の概要

Ⅱ 要介護高齢者の口腔の健康管理に関する縦断調査

本調査では、2017年から全国の37の介護保険施設で継続的に実施している、要介護高齢者の口腔の健康管理に関する縦断調査のデータを用いて、介護保険施設入所者の摂食嚥下機能特に食形態に関連する観察項目(介護者が日常的に観察できる簡易な摂食嚥下機能評価項目)を検討することを目的に、横断および縦断データを用いて以下の3つの分析を行った。

- ① 介護保険施設入所者の食形態に関連する要因の検討(2018年データ:介護保険施設37施設の入居者889名)
- ② 要介護高齢者において常食から嚥下調整食への変更を検討する観察項目の検討:1年間の多施設縦断研究(2019-2019年縦断データ:介護保険施設25施設の入居者431名)
- ③ 要介護高齢者の食事介助や口腔ケアの場面等で評価可能な口腔に関する観察項目と死亡との関連:1年間の多施設前向きコホート研究(2019-2020年縦断データ:介護保険施設32施設の入居者986名)

さらに肺炎発症や低栄養予防につながる具体的な歯科専門職による口腔管理方法を明確化するために、介護保険施設職員と協力施設に訪問している歯科医師、歯科衛生士29名に対して、口腔衛生管理体制の確保について、個々の対象者のニーズ把握と目標設定、施設職員への具体的な指導方法等と、先駆的な取組事例に関するWeb及びヒアリング調査を行った。

Ⅲ 口腔衛生管理のニーズ把握と目標設定、指導方法に関する調査

肺炎発症や低栄養予防につながる具体的な歯科専門職による口腔管理方法を明確化するために、老年歯科医学会会員 4,185 名に対して、口腔衛生管理体制の確保について、個々の対象者のニーズ把握と目標設定、施設職員への具体的な指導方法等と、先駆的な取組事例に関する Web 調査を行った。

Ⅳ 新型コロナウイルス感染症による口腔衛生関連サービスの提供への影響に関する調査

全国の介護保険施設を対象に、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による口腔関連サービスの提供状況の変化や、ICT の口腔関連サービスへの活用状況、新型コロナウイルス感染症拡大下におけるオンラインを活用した協力歯科医療機関との連携に関する実態、具体的な取組例および課題を調査する目的で、全国の介護保険施設等のリストから無作為に 1,018 件（介護老人福祉施設 640 件、介護老人保健施設 321 件、介護医療院 57 件）、特定施設 1,027 件（サービス付き高齢者住宅 227 件、有料老人ホーム 413 件、グループホーム 387 件）を都道府県別に層別抽出し郵送調査を行った。

Ⅱ 要介護高齢者の口腔の健康管理に関する縦断調査 概要

① 介護保険施設入所者の食形態に関連する要因の検討

介護保険施設に入所している要介護高齢者において、常食摂取が困難になって嚥下調整食への移行を検討すべき状態を評価する観察項目を発見することを目的に、介護保険施設入所者の食形態と介護者が日常的に観察できる簡易な摂食嚥下機能評価を調査し、常食から嚥下調整食への移行に関連する因子を検討した。

日本の介護保険施設 37 施設の入居者 889 名を対象とした。調査項目は、基本情報(年齢、性別、Body Mass Index(BMI))、食形態(嚥下調整食分類)、Barthel Index (BI)、Clinical Dementia Rating (CDR)、簡易評価による口腔内の状況調査(言語、流涎、口臭、咀嚼運動、舌運動、口腔周囲筋、嚥下、口角の左右非対称な運動、ぶくぶくうがい、むせ、嚥下後の声質の変化、嚥下後の呼吸観察、口腔内残渣)、現在歯数、機能歯数、オーラルディアドコキネシス、反復唾液嚥下テスト、改訂水飲みテストとした。食形態に関連する因子を検討するため、経口摂取をしており、かつ栄養摂取状況が良好な要介護高齢者 770 名を分析対象とした。対象者を嚥下調整食摂取群と、常食摂取群の 2 群に分類し、この 2 群を従属変数とし、口腔機能の客観評価と、簡易評価別にマルチレベル分析を行った。

客観的評価の中で、BMI(OR: 1.135、95%CI:1.042 から 1.235、 $p = 0.004$)、BI(1.038、1.020 から 1.057、 $p < 0.001$)、現在歯数(1.044、-0.007 から 1.057、 $p = 0.015$)、機能歯数(1.075、-0.011 から 1.235、 $p < 0.001$)、および反復唾液嚥下テスト(1.285、1.028 から 1.605、 $p = 0.028$)は、嚥下調整食と常食の識別に有意に関連していた。簡易評価においては、むせ(1.773、0.700 から 4.488、 $p = 0.030$)とぶくぶくうがい(1.281、0.489 から 3.359、 $p = 0.029$)が食形態と有意に関連していた。

今回、介護職が日常的に観察できるむせ、ぶくぶくうがいの可否などの簡便な評価が食形態と関連していた。これら評価を介護職が定期的に行うことで、食形態と摂食嚥下機能の乖離を早期にスクリーニングし、適切な食形態を提供することができれば、摂食嚥下機能障害のある要介護高齢者の低栄養、肺炎、窒息や誤嚥などの事故を予防することができると思われる。

【公開済み成果】

Takeda M, Okada K, Kondo M, Taira K, Watanabe Y, Ito K, Nakajima J, Ozaki Y, Sasaki R, Nishi Y, Furuya J, Akino K, Ohta H, Ohno T, Kodama T, Sakaguchi H, Hanagata T, Sato Y, Yoshida M, Yamazaki Y. Factors Associated with Food Form in Long-Term Care Insurance Facilities. Dysphagia. 2022 Dec;37(6):1757-1768. doi: 10.1007/s00455-022-10440-6.

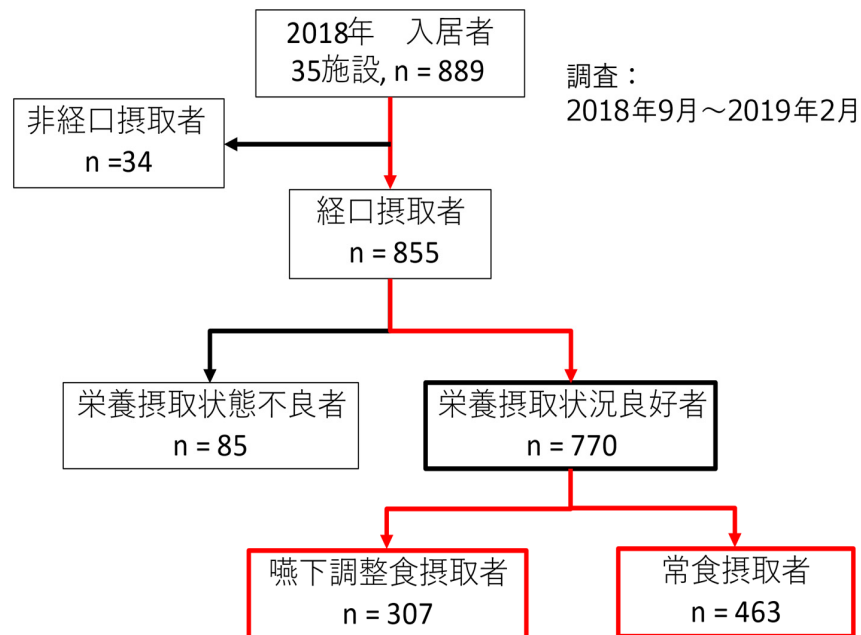


Table 1. 食形態と口腔機能の客観評価に関するマルチレベル分析

	OR crude	95%CI crude			OR adjusted	95%CI adjusted			P 値
年齢	0.962	0.931	–	0.995	0.978	0.941	–	1.016	0.978
性別（男性:女性）	0.816	0.462	–	1.442	0.995	0.504	–	1.961	0.988
Body mass index	1.170	1.071	–	1.278	1.135	1.042	–	1.235	0.004
Barthel Index	1.038	1.025	–	1.051	1.038	1.020	–	1.057	< 0.001
Clinical dementia rating									
0, 0.5	Reference				Reference				
1	0.891	0.325	–	2.443	1.705	0.407	–	7.143	0.465
2	0.558	0.252	–	1.236	1.400	0.588	–	3.337	0.447
3	0.280	0.123	–	0.633	1.393	0.406	–	4.773	0.598
現在歯数	1.043	1.015	–	1.071	1.044	–0.007	–	1.057	0.015
機能歯数	1.076	1.048	–	1.105	1.075	–0.011	–	1.235	< 0.001
ODK (/ta/)	1.223	0.994	–	1.505					
RSST	1.248	1.088	–	1.432	1.148	0.920		1.433	0.223
MWST	1.456	1.226	–	1.730	1.285	1.028	–	1.605	0.028

Table 2. 食形態と口腔内の簡易評価に関するマルチレベル分析

	OR crude	95%CI crude			OR adjusted	95%CI adjusted			P値
年齢	0.962	0.931	—	0.995	0.990	0.951	—	1.031	0.619
性別（男性:女性）	0.816	0.462	—	1.442	1.989	0.964	—	4.100	0.063
Body mass index	1.170	1.071	—	1.278	1.124	1.036	—	1.221	0.005
Barthel Index	1.038	1.025	—	1.051	1.032	1.013	—	1.052	< 0.001
Clinical dementia rating									
0, 0.5	Reference				Reference				
1	0.891	0.325	—	2.443	0.897	0.319	—	2.526	0.838
2	0.558	0.252	—	1.236	1.374	0.435	—	4.340	0.588
3	0.280	0.123	—	0.633	0.925	0.207	—	4.119	0.918
現在歯数	1.043	1.015	—	1.071	1.040	1.005	—	1.077	0.025
機能歯数	1.076	1.048	—	1.105	1.091	1.058	—	1.126	< 0.001
言語（1: 良好, 2: 不良）	1.872	1.080	—	3.245	1.079	0.368	—	3.168	0.890
流涎（1: なし, 2: あり）	3.759	2.457	—	5.750	1.551	0.654	—	3.677	0.319
口臭（1: なし, 2: あり）	1.613	1.026	—	2.534	1.164	0.614	—	2.207	0.642
咀嚼運動 （1: 良好, 2: 不良）	4.916	1.555	—	15.54	1.021	0.325	—	3.209	0.972
舌運動 （1: 良好, 2: 不良）	2.378	1.576	—	3.589	0.509	0.203	—	1.277	0.150
口腔周囲筋 （1: 良好, 2: 不良）	3.630	1.609	—	8.188	0.978	0.295	—	3.240	0.971
口角の左右非対称な運動 （1: 良好, 2: 不良）	2.142	0.973	—	4.725			—		
嚥下（1: 可能, 2: 不可）	4.679	2.292	—	9.552	2.418	1.089	—	5.369	0.227
むせ（1: なし, 2: あり）	4.166	2.321	—	7.480	1.773	0.700	—	4.488	0.030
嚥下後の声質の変化 （1: 異常なし, 2: 異常）	7.600	3.573	—	16.164	6.228	2.195	—	17.67	0.364
嚥下後の呼吸観察 （1: 良好, 2: 不良）	8.667	2.326	—	31.80	1.198	0.252	—	5.707	0.826
ぶくぶくうがい （1: 可能, 2: 不可能）	2.959	1.747	—	5.014	1.281	0.489	—	3.359	0.029
口腔内残渣 （1: なし, 2: あり）	1.490	0.734	—	3.026	0.842	0.288	—	2.461	0.754

② 要介護高齢者において常食から嚥下調整食への変更を検討する観察項目の検討:1 年間の多施設縦断研究

本研究は、1 年間の多施設縦断研究によって、介護保険施設に入所している要介護高齢者において常食から嚥下調整食への変更を検討すべき状態を評価する観察項目を明らかにすることを目的とした。

2018 年度、2019 年度の 2 回の調査に参加した日本の 25 の介護保険施設入所要介護高齢者のうち、栄養摂取状況が良好な群の中で、ベースライン調査時に常食を摂取していた群(2018 ND 群)と嚥下調整食を摂取していた群(2018 DD 群)の群間比較を行った。さらに常食を摂取していた者のうち、2019 年も常食を維持していた群(2019 ND 群)と嚥下調整食に変更した群(2019 DD 群)に分けて解析を行った。説明変数は、年齢、性別、Body Mass Index(BMI)、Barthel Index(BI)、Clinical Dementia Rating(CDR)、観察による 13 の口腔内の簡易評価、客観評価では現在歯数、機能歯数、オーラルディアドコキネシス、反復唾液嚥下テスト、改訂水飲みテストとし、二項ロジスティック回帰分析を行った。

全参加者 431 名のうち栄養摂取状況が良好な群は 400 名であった。2018 ND 群は 251 名(62.75%)、2018 DD 群は 149 名(37.25%)であった。これら 2 群間で比較した結果、2018 ND 群は、2018 DD 群と比べて、性別以外のすべての項目において有意差を認めた。2019 ND 群と 2019 DD 群の比較では、BMI、BI、CDR に有意差を認めた。簡易評価では言語、流涎、舌運動、口腔周囲筋、ぶくぶくうがい、客観評価では機能歯数、オーラルディアドコキネシス、反復唾液嚥下テスト、改訂水飲みテストに有意差が認められた。

マルチレベル分析では、簡易評価では舌運動(OR:2.14、95%CI:1.02 から 4.49)、口腔周囲筋(OR:1.73、95%CI:0.66 から 4.49)、ぶくぶくうがい(OR:1.86、95%CI:0.69 から 5.04)が、客観評価では機能歯数(OR:1.03、95%CI:0.97 から 1.09)の結果が常食から嚥下調整食への変更に有意に関連していた。

介護職が日常的に観察できる舌運動、口腔周囲筋、ぶくぶくうがいなどの簡易評価が常食から嚥下調整食への変更と関連していた。これらの評価を介護職が定期的に行うことで、食形態と摂食嚥下機能の乖離を早期にスクリーニングし、適切な食形態を提供できる可能性が示唆された。

【公開済み成果】

Takeda M, Watanabe Y,* , Matsushita T, Taira K , Miura K, Ohara Y, Iwasaki M, Ito K, Nakajima J, Iwasa Y, Itoda M, Nishi Y, Furuya J, Watanabe Y, Umemoto G, Kishima M, Hirano H, Sato Y, Yoshida M, Yamazaki Y. Observational Variables for Considering a Switch from a Normal to a Dysphagia Diet among Older Adults Requiring Long-Term Care: A One-Year Multicenter Longitudinal Study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19(11), 6586; <https://doi.org/10.3390/ijerph19116586>.

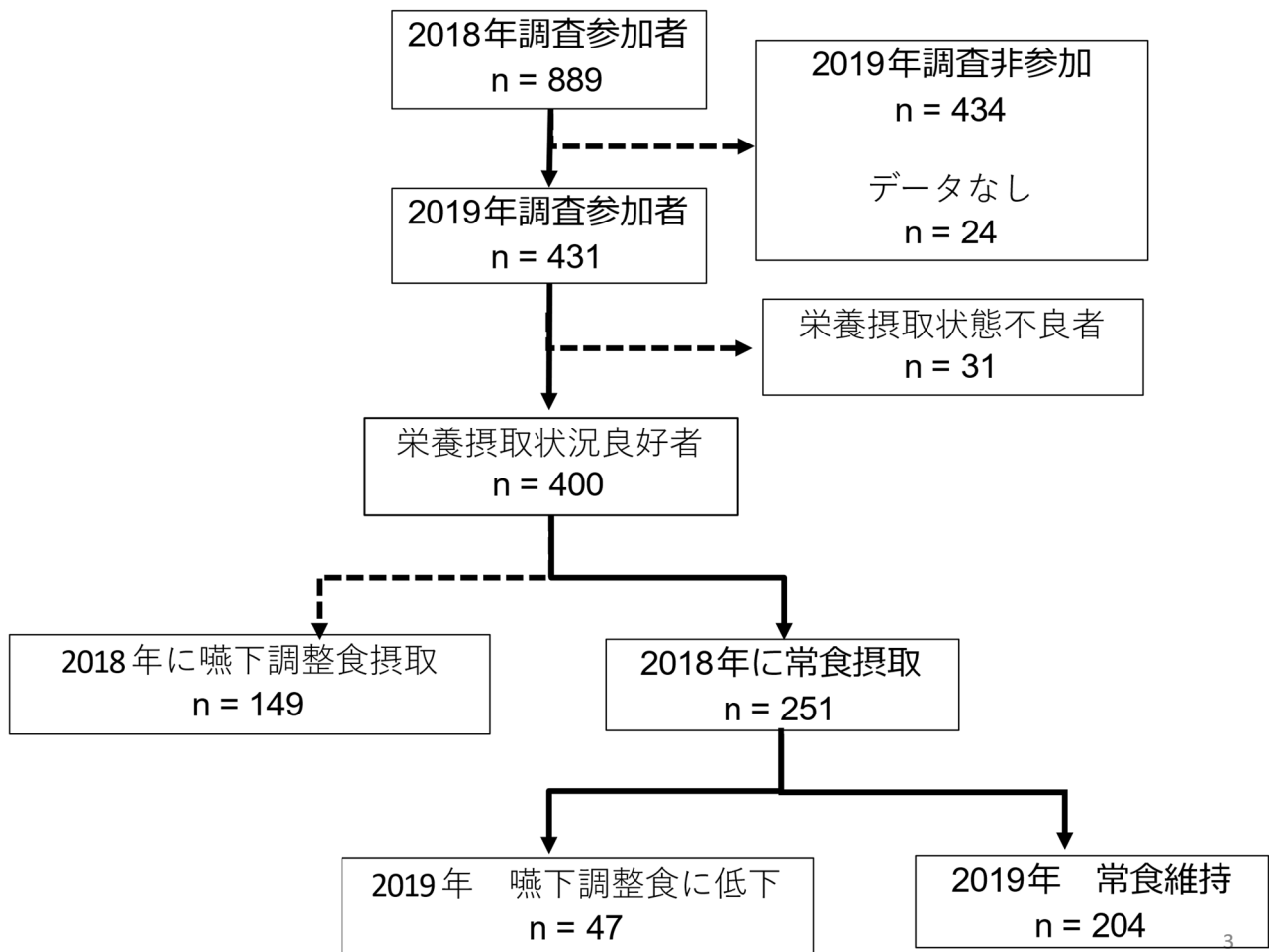


Table 3. 1年後の食形態と口腔内の簡易評価に関するマルチレベル分析

	Model1					Model2					Model3				
簡易評価	OR		95%CI			OR		95%CI			OR		95%CI		
言語 (1: 良好, 2: 不良)	2.12	**	1.52	–	2.95	2.12	**	1.52	–	3.12	1.57		0.83	–	2.95
流涎 (1: なし, 2: あり)	1.88		0.84	–	4.20	2.01		0.94	–	4.64	1.91		0.83	–	4.39
口臭 (1: なし, 2: あり)	1.50		0.80	–	2.83	1.25		0.66	–	2.34	1.08		0.57	–	2.04
咀嚼運動 (1: 良好, 2: 不良)	1.91		0.86	–	4.26	2.10		0.95	–	4.61	1.45		0.41	–	5.18
舌運動 (1: 良好, 2: 不良)	3.69	**	1.84	–	7.38	3.12	**	1.50	–	6.50	2.14	*	1.02	–	4.49
口腔周囲筋 (1: 良好, 2: 不良)	3.54	**	1.45	–	8.65	2.57	*	1.10	–	6.04	1.73	*	0.66	–	4.49
口角の左右非対称な運動 (1: 良好, 2: 不良)	1.05		0.41	–	2.67	0.96		0.30	–	3.11	0.85		0.23	–	3.12
嚥下 (1: 可能, 2: 不可)	2.84	*	1.06	–	7.60	2.54		0.86	–	7.54	1.67		0.51	–	5.52
むせ(1: なし, 2: あり)	1.73		0.70	–	4.28	1.97		0.79	–	4.94	1.45		0.59	–	3.57
嚥下後の声質の変化 (1: 異常なし, 2: 異常)	2.58	*	1.24	–	5.36	2.84	*	1.38	–	5.87	2.21		0.68	–	7.15
嚥下後の呼吸観察 (1: 良好, 2: 不良)	4.49		0.63	–	32.2	4.89		0.67	–	35.5	3.77		0.42	–	34.2
ぶくぶくうがい (1: 可能, 2: 不可能)	2.80	*	1.30	–	6.15	2.64	*	1.08	–	6.49	1.86	*	0.69	–	5.04
口腔内残渣 (1: なし, 2: あり)	1.34		0.65	–	2.75	1.21		0.58	–	2.50	0.76		0.35	–	1.66
客観評価	OR		95%CI			OR		95%CI			OR		95%CI		
現在歯数	1.02		0.98	–	1.06	1.03		0.98	–	1.08	1.04		0.98	–	1.10
機能歯数	1.05	*	1.01	–	1.09	1.05	*	1.00	–	1.09	1.03	*	0.97	–	1.09
ODK(ta) 男性	1.25		0.31	–	5.13	1.83		0.44	–	7.60	1.05		1.01	–	1.10
ODK(ta) 女性	2.10		0.87	–	5.03	2.02		0.66	–	6.22	1.03		1.00	–	1.06
RSST	2.47		1.34	–	4.55	2.62		1.22	–	5.62	2.86		1.27	–	6.41
MWST	1.35		0.52	–	3.50	1.38		0.51	–	3.71	1.02		1.00	–	1.04

Model1:それぞれの項目を一つずつ分析

Model2:Model1 の分析に BMI、BI、CDR を調整変数に加え分析

Model3:Model2 の分析に年齢を調整変数に加え分析

③ 要介護高齢者の食事介助や口腔ケアの場面等で評価可能な口腔に関する観察項目と死亡との関連:1 年間の多施設前向きコホート研究

本研究は、1 年間の多施設前向きコホート研究によって、介護保険施設に入所している要介護高齢者において、要介護高齢者の身近にいる介護者が日常の食事介助や口腔ケアの場面等で観察し評価可能な観察項目に着目し、それらが転帰に関係するかを明らかにすることを目的とした。

2019 年度の調査に参加した日本の 32 の介護保険施設入所要介護高齢者のうち、ベースライン時より 1 年間に死亡、もしくは入院した群(死亡 or 入院群)と、それ以外の生存している群(その他群)の群間比較を行った。説明変数は、年齢、性別、Body Mass Index(BMI)、Barthel Index(BI)、Clinical Dementia Rating(CDR)、観察による 13 の口腔内状況の簡易評価とし、2 群間のマルチレベル分析を行った。

全参加者 986 名のうち、死亡群は 141 人(14.3%)、入院群は 75 人(7.6%)、その他群は 770 人(78.1%)であった。死亡群の内訳は、老衰 107 人、心不全 8 人、肺炎 4 人、がん 3 人、脳卒中 1 人、呼吸不全 1 人、腎不全 2 人、その他 15 人である。入院群の内訳は、肺炎 23 人、心臓の疾患 9 人、原因が特定できない発熱 5 人、誤嚥誤飲 3 人、脱水・低栄養 7 人、腹部の疾患 3 人、脳卒中 2 人、骨折 2 人、看取り期の対応が必要が 2 名、その他・不明 21 人であった。死亡群、入院群をまとめて 1 つの群とし、その他群との 2 群間で比較した結果、死亡 or 入院群は、その他群と比べて、口角の左右非対称な運動以外のすべての項目において有意差を認めた。

マルチレベル分析では、簡易評価において、言語(OR:1.50、95%CI:1.01 から 2.22)、流涎(OR:1.54、95%CI:1.03 から 2.30)、口臭(OR:1.49、95%CI:1.09 から 2.04)、口腔周囲筋(OR:1.73、95%CI:1.09 から 2.75)、むせ(OR:1.60、95%CI:1.07 から 2.38)、嚥下後の呼吸観察(OR:2.19、95%CI:1.21 から 3.98)、ぶくぶくうがい(OR:2.02、95%CI:1.36 から 3.00)、口腔内残渣(OR:1.66、95%CI:1.13 から 2.43)が転帰に有意に関連していた。

介護職が日常的に観察できるこれらの簡易評価を介護職が定期的に行うことで、摂食嚥下障害のある要介護高齢者の死亡や肺炎、心疾患、誤嚥、脱水・低栄養などを予知する可能性が示唆された。

【公開済み成果】 なし、論文投稿中

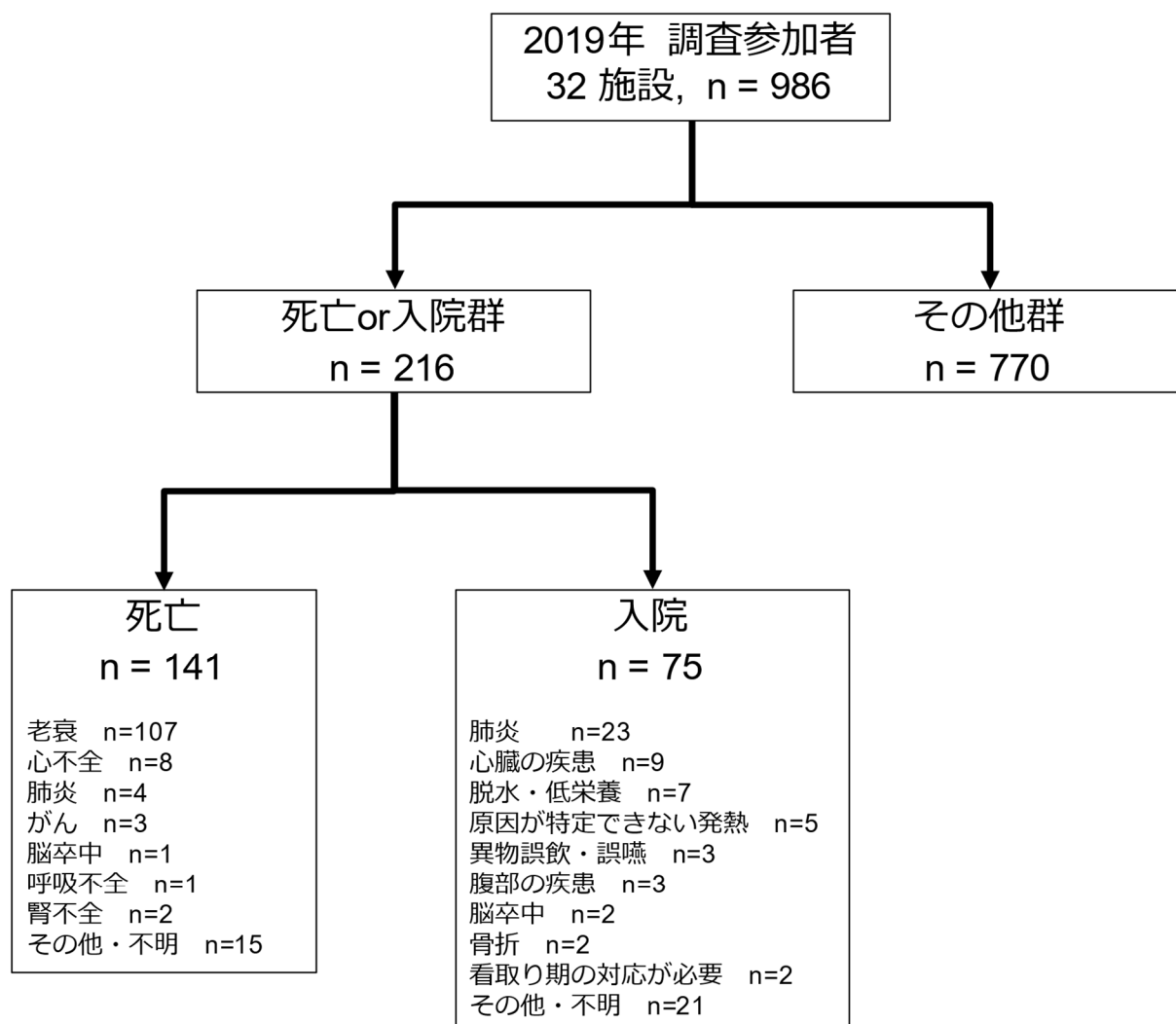


Table 4. 1年後の転帰と口腔内の簡易評価に関するマルチレベル分析

簡易評価	Model1					Model2				
	OR		95%CI			OR		95%CI		
言語 (1: 良好, 2: 不良)	2.12	**	1.66	—	2.69	1.50	*	1.01	—	2.22
流涎 (1: なし, 2: あり)	2.09	**	1.46	—	2.99	1.54	*	1.03	—	2.30
口臭 (1: なし, 2: あり)	1.60	*	1.19	—	2.15	1.49	*	1.09	—	2.04
咀嚼運動 (1: 良好, 2: 不良)	2.09	**	1.43	—	3.05	1.35		0.85	—	2.13
舌運動 (1: 良好, 2: 不良)	2.19	**	1.63	—	2.94	1.51		0.96	—	2.38
口腔周囲筋 (1: 良好, 2: 不良)	2.29	**	1.68	—	3.13	1.73	**	1.09	—	2.75
口角の左右非対称な運動 (1: 良好, 2: 不良)	1.25		0.74	—	2.11	1.03		0.61	—	1.75
嚥下 (1: 可能, 2: 不可)	2.09	*	1.29	—	3.38	1.42		0.81	—	2.49
むせ (1: なし, 2: あり)	2.20	**	1.51	—	3.21	1.60	*	1.07	—	2.38
嚥下後の声質の変化 (1: 異常なし, 2: 異常)	2.06	*	1.33	—	3.17	1.43		0.93	—	2.22
嚥下後の呼吸観察 (1: 良好, 2: 不良)	3.40	**	1.88	—	6.17	2.19	*	1.21	—	3.98
ぶくぶくうがい (1: 可能, 2: 不可能)	2.54	**	1.99	—	3.23	2.02	**	1.36	—	3.00
口腔内残渣 (1: なし, 2: あり)	1.97	**	1.46	—	2.66	1.66	*	1.13	—	2.43

Model1:それぞれの項目を一つずつ分析

Model2: Model1 の分析に年齢、性別、BMI、BI、CDRを調整変数に加え分析

Ⅲ 口腔衛生管理のニーズ把握と目標設定、指導方法

に関する調査 概要

1. 研究目的

介護保険施設における口腔衛生管理が徐々に浸透しており、今後口腔管理の重要性和ニーズが高まることが予想される。そこで介護保険施設における個々の対象者のニーズ把握と目標設定、施設職員への具体的な指導方法等に関する取組事例の収集を行うことを目的とした。

2. 事業実施の概要

2022 年 12 月 9 日～2023 年 1 月 16 日までの期間に日本老年歯科医学会の全会員 4,189 名に対してアンケートを実施し、160 名から回答を得た(回答率 3.8%)。解析にあたっては、単純集計および KHcoder を用いて抽出語数、頻出語、クラスター分析、共起分析を実施した。

結果および考察

1-1 看護師・介護スタッフに求める基準

表に示す通り口腔衛生状態や口腔ケアへの協力性を指標とする回答が多く認められ、下記の3項目に大別された。

- ・口腔内の状態の悪化

(口臭、出血、乾燥、歯の動揺、義歯の問題など)

- ・口腔ケア実施時の問題(口腔ケア拒否、うがいができない、施設職員ではケアが難しい、など)
- ・全身的問題(食事摂取量の減少や食事時間の延長、誤嚥性肺炎、認知症など)

口腔衛生状態	72 件
口腔ケアへの協力性	55 件
スタッフ能力	33 件
食事摂取状況	24 件

1-2 歯科専門職が、歯科衛生士による口腔衛生管理が必要と判断する利用者の状態

口腔衛生状態を歯科衛生士の介入基準とするものが多く(87 件)、ついでセルフケア不良(30 件)、スタッフ能力(25 件)が続いており、下記のような状態が判断基準となることが読み取れた。

一方、入所時点で全員を対象にすべきという考え方も存在していた。

- ・口腔内の状態(歯の動揺や出血、義歯、舌苔、食渣の状態など)
- ・口腔ケアに関する問題(口腔ケア拒否、施設職員・自身では口腔ケアが不十分など)
- ・全身的問題(誤嚥性肺炎や機能低下および認知症など)
- ・入所時点で全員を対象にすべき

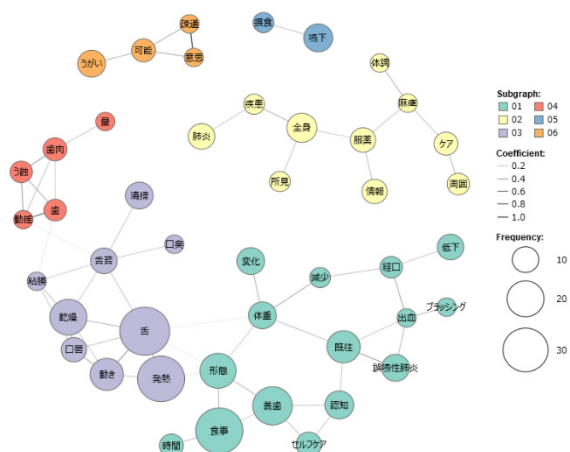
2-1. 介護保険施設の看護師や介護スタッフに把握してほしい口腔衛生管理ニーズ

口腔衛生状態に関するニーズが最も多かった(132 件)。一方、食事摂取状況(30 件)や身体機能(27 件)といったニーズは比較的少なかった。また、口臭が最も把握しやすいと考えられていることが読み取れ、下記のようなアセスメントを定期的実施することが望まれていると言える。

- ・口腔内の状態(口臭、歯の動揺、義歯、乾燥、舌苔、OHAT など)
- ・口腔ケアの状況(セルフケアの状況、開口拒否、うがいの可否など)
- ・全身的問題(誤嚥性肺炎や機能低下、認知症など)
- ・食事の状態(食事にかかる時間や摂取量など)

2-2. 歯科専門職が、口腔衛生管理ニーズを把握する時に得る情報や所見

最も多かったのは、口腔衛生状態(91 件)で、疾患服薬(89 件)や身体機能(93 件)、食事摂取状況(64 件)といった回答も多く見られた。また、舌の状態が最も重視されており、これは食事の形態や発熱と関連していると考えられた。歯科専門職は、下記のような情報や所見から口腔衛生管理ニーズを把握している可能性が高いといえる。



- ・口腔内の状態
(舌の動きや乾燥および舌苔、義歯、歯、歯肉など)
- ・食事の状態(食事の形態、時間など)
- ・全身的問題(誤嚥性肺炎、全身疾患、服薬、体調、麻痺、認知症、うがいの可否など)

3-1. 介護保険施設の看護師や介護スタッフに対する口腔衛生管理の目標

口腔ケアに関する目標設定が最も多く(157 件)、口腔衛生管理の回数や方法を具体的に指定したものが多かった。さらに毎食後のケアや義歯清掃、管理が重要視されていた。また、対象者によって個別の目標を設定する能力も期待されており、下記のように分類可能であった。

- ・口腔ケア(毎食後のケア、義歯清掃と管理、口腔清掃用品の管理など)
- ・口腔機能改善(体操、指導など)
- ・対象者の観察(うがい、舌の状態、食事の状態など)
- ・対象者ごとの目標設定をする

3-2. 歯科専門職が設定する施設入所者の口腔衛生管理の目標

食事関連のものが最も多く(108 件)、次いで口腔ケアの実施内容(102 件)で、一日の実施回数を目標とさせる回答が最も多かった。また、歯科専門職は、義歯を用いて食事を安全に摂取できるようにすることを最大の目標として考えていることや、下記のような目標設定が読み取れた。

- ・安全な食事摂取(義歯の使用を含む)
- ・摂食嚥下機能の改善(誤嚥性肺炎の予防、経口摂取、食形態の改善など)
- ・毎食後の口腔ケア(セルフケアの確立、職員による適切な支援などを含む)

4-1. 看護師・介護スタッフに提案する義歯使用に関する支援方法

義歯の保管方法(141 件)が最も多く、次いで着脱方法(35 件)、使用状況の評価(31 件)となっていた。また、要介護状態や認知機能低下した状態への対応についても回答されていた。テキスト分析の結果も総合すると、下記の 3 項目の支援が提案されていた。

- ・義歯の清掃方法(食後は外して洗う、洗浄剤を使用するなど)
- ・義歯の管理方法(紛失しないようにするなど)
- ・義歯の使用方法(着脱方法の指導、破損の有無の確認など)

4-2. 歯科専門職が行う義歯使用に関する支援方法

最も多かったのは着脱方法指導(91 件)であった。次いで保管方法指導(67 件)、義歯の適合確認指導(45 件)であり、下記 3 項目に大別される。また、指導は、施設職員を対象とした実習や研修といった指導と、患者本人に対する個別の指導が含まれるといえる。

- ・義歯の清掃方法指導
- ・義歯の着脱方法や管理、使用方法指導(食事時の使用確認を含む)
- ・歯科治療の提供(義歯治療および残存歯を守るための歯科治療など)

5-1. 看護師や介護スタッフが観察、判断できる義歯使用の適否や歯科専門職に相談する基準

使用状況を基準とするものが最も多く(96 件)、次いで義歯の適合(76 件)、食事摂取状況(61 件)であった。いずれの回答も実際に患者に義歯を使ってもらい、観察して得られた所見が元となっていた。回答結果は、下記 4 項目に大別することができた。

- ・義歯使用時の義歯の観察(開口時に外れる、安定しないなど)
- ・義歯の観察(クラスプの破損など)
- ・対象者の行動(食事中に外す、装着を嫌がる、痛みを訴えるなど)
- ・食事の変化(量、時間など)

5-2. 歯科専門職が義歯の使用の適否を判断する基準

食事摂取状況が最も多い基準となっていた(84 件)。老人保健施設においては患者の予後につながる食事摂取状況が重要であると考えられていることが読み取れた。その他、認知機能の低下により義歯を誤飲するリスクがある場合など下記のような基準に分けられた。

- ・食事摂取の状況(義歯装着によって食事が困難になっていないかなど)
- ・義歯誤飲のリスクの有無
- ・口腔内の状態(残存歯による咬傷予防、動揺歯の固定目的の有無など)
- ・本人の希望

6-1. 看護師・介護スタッフが行う食形態の維持・改善の取り組み

食品提供への取り組みに関する意見が最も多かった(92 件)。ついでリハビリに関する取り組みについてのアイデアが多く見られた(45 件)。食品提供は日常から行いやすく、介入の糸口になっていると思われる。本設問の回答は下記 3 項目に大別された。

- ・摂食嚥下の評価
- ・摂食嚥下、咀嚼訓練(舌の運動、会話、口腔の体操、少し硬い食品を取り入れるなど)
- ・食事(適切な食形態での食事提供、食事観察、声掛けなど)

6-2. 歯科専門職が行う食形態の維持・改善の取り組み

リハビリに関する取り組みが最も多かった(92 件)。次いで口腔機能評価(78 件)、摂食嚥下機能評価(48 件)と続いている。また、これらの実施には、多職種連携が必要で、定期的な対応が大切であるといえる。

- ・評価および訓練(舌や口唇、嚥下機能など)
- ・食事観察
- ・歯科治療の提供(義歯調整など)

7-1. 看護師・介護スタッフが常食から嚥下調整食への移行を検討する基準

最も回答が多かったのは食事摂取状況(144 件)であり、実際に食事観察を行って判断できることが基準に設定しやすいようであった。次いで口腔機能(68 件)となっており、看護師・介護スタッフに対して口腔機能を基準とすることも期待しており、下記に大別できた。

- ・食事観察から得られる情報(食塊形成、食渣、溜め込み、食事時間延長、食事量減少など)
- ・摂食嚥下機能の評価
- ・全身状態(体重減少、発熱や誤嚥性肺炎の増加など)

7-2. 歯科専門職が常食から嚥下調整食への移行を検討する基準

本設問では口腔機能を基準として取り入れていることが最も多く(114 件)、ついで食事摂取状況(98 件)、嚥下機能(30 件)であった。特に口腔機能においては舌圧低下や咀嚼機能低下といった機能評価が目立った。基準としては、4 項目に分類可能であった。

- ・口腔の問題(食塊形成、義歯使用、食渣の残留、咬合力低下、舌圧低下など)
- ・食事時間の延長
- ・嚥下機能の評価(咽頭残留の有無や呼吸音の聴診、内視鏡検査など)
- ・全身状態(発熱や誤嚥性肺炎の増加など)

8. 口腔衛生管理の事例

事例としては、口腔衛生管理、義歯に関係する事例や、食事に関係する事例、認知症の患者に関係する事例、口腔内の状況、口腔・摂食嚥下機能の評価に関係する事例、連携に関係する事例などが寄せられており、多職種密な連携をとることや、対象者の状態を定期的に評価し適切な介入を行うことが有効であることがうかがえた。

Ⅳ 新型コロナウイルス感染症による口腔衛生関連サービスの提供へ

の影響に関する調査 概要

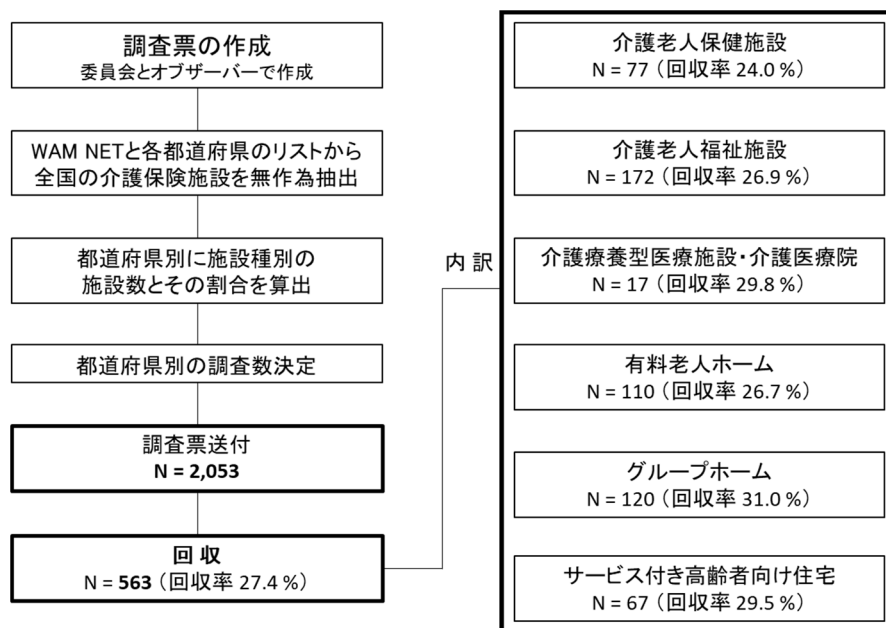
1. 研究の目的

医療分野における情報通信機器を活用した診療（オンライン診療など）の拡充が進む中、歯科領域においても活用範囲が拡大している。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）拡大は、オンライン診療などの規制緩和の契機の一つとなった、現状では、歯科領域では口腔衛生指導の際に加算が算定できるのみであるが、専門家らの研究班により情報通信機器を活用した診療実施体制の整備が加速している。このように医科歯科ともに医療分野でデジタル導入が進む中、介護分野においてもデジタル技術が普及するものと考えられる。よって、オンライン診療などの基礎的情報を取得し、体制整備における課題等を抽出するために介護保険施設等での実態に関して調査した。

2. 事業実施の概要

本調査の【対象および方法】は下記に記す通りである。調査項目は、まず施設の基本情報を聴取し、COVID-19 拡大下における口腔関連サービスの提供状況の変化については、施設入所者に新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の口腔サービスの提供体制、口腔サービス提供時間と頻度、サービスの提供が中止・縮小されていたことがある場合、その後の再開状況について、コロナ禍の協力歯科医療機関等との情報共有・連携方法の変化について、口腔清掃や義歯洗浄の方法、口腔清掃の際の感染対策手段、感染対策手段の決め方、感染対策による口腔清掃の負担、入所者の口腔内の変化および施設の活動の変化の 10 項目とした。ICT の活用については、ICT の活用状況、ICT を活用した歯科医療機関との連携および ICT を活用した連携を導入しなかった理由の 3 項目とした。

調査票集計の結果、施設種別では、介護老人保健施設 77 施設（回収率 24.0 %）、介護老人福祉施設 172 施設、（26.9 %）、介護医療院 17 施設（29.8 %）、有料老人ホーム 110 施設（26.7 %）、グループホーム 120 施設（31.0 %）、サービス付き高齢者住宅 67 施設（29.5 %）より回答を得た。



また、歯科衛生士を配置している割合は、介護老人保健施設と介護老人福祉施設でそれぞれ 22.2 %と 17.2 %で、その他の有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅では 1.4 %であった。常勤または非常勤の歯科衛生士を配置する施設が少なく、そもそも口腔関連サービスを提供していないと回答した施設が多かった。さらに協力歯科機関の有無は、介護老人保健施設が 98.7 %でほぼ全数有りと回答し、その他の施設で 88.5 %が有りと回答した。以下に各設問ごとの結果の要点をまとめた。(1) 施設入所者に新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の口腔サービスの提供体制については、中止と答えた施設が多数を占めた。施設種別の検討では、介護老人保健施設、介護老人福祉施設が他の施設と比較し「縮小」と回答した割合が多く、新型コロナウイルス感染症陽性者が現れても、フロアや動線の限定をするなどの工夫をすることで口腔サービスの提供を継続する傾向がみられた。また歯科衛生士が配置されている施設も、配置されていない施設と比較して「縮小(フロアや動線の限定)」と回答した割合が多かった。(2) 口腔サービス提供時間と頻度については、施設種、協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無、併設施設別に関わらず、提供時間は「15 分」が最も多く比較的長い時間提供されていた。提供頻度は、有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅では、定期的なサービス提供は無く「応急処置のみ」と回答した割合が他の施設種別と比較し多かった。(3) サービスの提供が中止・縮小されていたことがある場合、その後の再開状況については、施設区分に関わらずおよそ 7 から 8 割は再開していた。一方で、「再開と中止を繰り返している」「再開したが縮小した」「中止したまま」と回答した施設が 2 割以上あった。(4) コロナ禍の協力歯科医療機関等との情報共有・連携方法の変化については、施設種別、協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無、併設施設別に関わらず、通信機器やタブレット、アプリの導入などは無く「変化なし」と回答した割合がおよそ 9 割を占めた。(5) 口腔清掃や義歯洗浄の方法について、飛沫に注意するよう感

染対策を講じたなど「方法を変更した」割合は、歯科衛生士が配置されている施設、および併設病院に歯科の標榜がある施設に有意に多かった。(6) 口腔清掃の際の感染対策手段については、施設種別で「フェイスガード・ゴーグルの使用」の割合が有意な相違しており、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設と介護医療院では半数以上が使用していたが、有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅では3割程度であった。歯科衛生士の配置がある施設では、ない施設と比較して、「フェイスガード・ゴーグルの使用」と、「袖付きガウンの使用」の割合が有意に多かった。(7) 感染対策手段の決め方については、施設種別、併設施設と関連が見られ、介護老人保健施設と介護療養型医療施設・介護医療院、および併設病院に歯科の標榜がある場合には「学会・関係団体等のガイドラインや指針」をもとに決定したと回答した割合が多かった。(8) 感染対策による口腔清掃の負担については、施設種別、協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無、併設施設別で関連はみられなかった。(9) 入所者の口腔内の変化については、介護老人保健施設、介護老人福祉施設では「変化あり」と回答した施設が2割近く、他の施設種別よりも有意に多かった。(10) 施設の活動の変化については、介護療養型医療施設と介護医療院、サービス付き高齢者向け住宅では「変化なし」と回答した割合が有意に多かった。また歯科衛生士が配置されている施設では、されていない施設と比較し「変化あり」と回答した割合が有意に多かった。

また ICT に関する調査の結果、施設種別の ICT の活用状況は、介護老人保健施設と介護老人福祉施設がともに 64 %「活用している」と回答した。一方、その他の有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅は 35-37 %が「活用している」と回答し、明らかな相違があった。歯科医療機関との ICT を用いた連携については、「連携する機会がない」とした施設がすべての施設種別において 90 %を超えていた。連携する機会がなかった理由としては、「連携そのものを検討しなかった」が共通しており、いずれの施設でも 6-7 割をしめた。連携を検討したものの連携にいたらなかった場合の理由として、「連携可能な歯科医療機関がない」としたのは、介護老人保健施設が 7.7 %であったのに比べて、その他の有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅は 15-17%であり、相違が生じた。連携にいたらなかった理由は他に、設備や人材などのハード面を理由にあげた施設も多かったことから、歯科医療機関との ICT を用いた連携には、ICT 機器等の導入支援、対応できる人材育成のためのセミナー、手引書等の活用などの普及支援が必要であると考えられる。また、「ICT の連携効果が分からない」と回答した施設も一定数あり、特にグループホームは 23.5 %と高値を示した。この点は、「連携そのものを検討しなかった」と回答した施設が多かったことに反映されていると思われる。歯科医療機関と介護施設の間における ICT 連携の効果に関するエビデンスとなる学術論文は非常に限定的である。

ICT活用の現状と課題

ICTを活用していると回答した施設は275施設(49.5 %)
医療介護連携では、ある程度データ連携が進んでいる。

施設種別での検討では、

介護老人保健施設等が64 %程度、その他の施設が35 %程度
「ICTを活用している」と回答し、施設種別で相違が生じた($p < 0.01$)。

ICTの連携効果は、まだ不明である

効果のエビデンス構築が求められる。

協力歯科医療機関と歯科衛生士の配置が、エビデンス構築に
大きな役割を果たす可能性が示される結果となった。

ICT の連携効果について、介護分野でのさらなるエビデンス構築が求められる。ICT を活用した
歯科医療機関との連携については、「連携する機会がない」とした施設が 90 %以上であった。た
だし、連携していた 15 施設は全て協力歯科医療機関が有る施設であったことから、少なくとも協
力歯科医療機関が無い施設では ICT 連携の可能性を見いだしにくいことが指摘できる。また、歯
科衛生士の配置が有り「ICT を活用している」施設は 70.6 %で、歯科衛生士の配置が無く「ICT を
活用している」施設は 47.2 %であり、統計学的な有意差をもって相違があった($p < 0.001$)。

Ⅱ 要介護高齢者の口腔の健康管理 に関する縦断調査

1. 調査について

全身と口腔の状態に関する実態調査を、東京都と愛知県の介護老人福祉施設 10 施設に入所中の要介護高齢者を対象に縦断調査を実施した。

2. 調査対象施設

社会福祉法人 西春日井福祉会	五条の里
	平安の里
	あいせの里
	清州の里
	ペガサス春日
社会福祉法人 台東区社会福祉事業団	特別養護老人ホーム浅草
	特別養護老人ホーム三ノ輪
	台東区立特別養護老人ホーム千束
	特別養護老人ホーム谷中
社会福祉法人 東京救護協会	特別養護老人ホーム 蔵前

【調査結果】

1. 基本情報

(1) 性別

対象者の男女の割合は、男性が 107 名（18.8%）、女性は 463 名（81.2%）だった。

表 1 男女の割合

	n	%
男性	107	18.8
女性	463	81.2
合計	570	100.0

(2) 年齢

対象者のうち、81-90 歳の者が 274 名（48.3%）と最も多く、ついで、91-100 歳が 154 名（27.2%）、71-80 歳が 106 名（18.7%）だった。

表 2 10 歳刻みの年齢分布

	n	%
60 歳以下	3	0.5
61-70 歳	11	1.9
71-80 歳	106	18.7
81-90 歳	274	48.3
91-100 歳	154	27.2
101 歳以上	19	3.4
合計	567	100.0

(3) 介護度

介護度は、要介護 5 が 207 名 (37.2%) と最も多く、ついで要介護 4 が 178 名 (32.0%)、要介護 3 が 155 名 (27.9%) だった。

表 3 介護度

	n	%
要介護 1	2	0.4
要介護 2	14	2.5
要介護 3	155	27.9
要介護 4	178	32.0
要介護 5	207	37.2
合計	570	100.0

(4) 障害高齢者の日常生活自立度

日常生活自立度は、B2 が 188 名 (33.2%) で最も多く、次に A2 が 124 名 (21.9%)、B1 が 104 名 (18.4%) だった。

表 4 障害高齢者の日常生活自立度

	n	%
自立	3	0.5
J1	7	1.2
J2	14	2.5
A1	38	6.7
A2	124	21.9
B1	104	18.4
B2	188	33.2
C1	40	7.1
C2	48	8.5
合計	566	100.0

(5) 認知症高齢者の日常生活自立度

対象者では、Ⅲa が 247 名 (43.6%) と最も多く、ついで、Ⅳが 105 名 (18.6%) で、Ⅲb が 89 名 (15.7%) だった。

表 5 認知症高齢者の日常生活自立度

	n	%
自立	7	1.2
I	21	3.7
Ⅱ a	24	4.2
Ⅱ b	44	7.8
Ⅲ a	247	43.6
Ⅲ b	89	15.7
Ⅳ	105	18.6
M	29	5.1
合計	566	100.0

(6) 歩行

歩行様式は、歩行不可の者が 378 名 (69.6%) で、補助具ありで歩行可能なものが 105 名 (19.3%) だった。

表 6 歩行の様式について

	n	%
補助具なしで可能	60	11.1
補助具ありで可能	105	19.3
不可	378	69.6
合計	543	100.0

(7) 入所歴

入所歴は、0-5 年目が 398 名 (81.6%) と最も多く、ついで 6-10 年目が 75 名 (15.4%)、11-15 年目が 9 名 (0.2%) だった。

表 7 入所歴 5 年刻み

	n	%
0-5 年	398	81.6
6-10 年	75	15.4
11-15 年	9	1.8
16-20 年	5	1.0
20 年以上	1	0.2
合計	488	100.0

(8) 在宅への退所予定

在宅への退所予定は、ない者が最も多く 428 名 (89.0%) だった。予定がある者は、2 名 (0.4%) だった。

表 8 在宅へ退所予定の有無

	n	%
あり	2	0.4
なし	428	89.0
不明	51	10.6
合計	481	100.0

(9) 施設での看取り希望

施設での看取り希望のあるものが 241 名 (52.9%)、ないものが 104 名 (22.8%) だった。

表 9 施設での病院看取りの有無

	n	%
あり	241	52.9
なし	104	22.8
不明	111	24.3
合計	456	100.0

(10) 入所後の入院の有無

入所後に入院の経験があるものは、146 名（31.7%）、ないものは 314 名（68.3%）だった。

表 10 入所後の入院の有無

	n	%
あり	146	31.7
なし	314	68.3
合計	460	100.0

(11) 既往歴

既往歴は、認知症が最も多く 534 名（93.7%）だった。ついで、脳血管障害が 160 名（28.1%）、うっ血性心不全が 85 名（14.9%）だった。

表 11 既往歴の詳細

	n	%
心筋梗塞	22	3.9
うっ血性心不全	85	14.9
末梢血管疾患	19	3.3
脳血管障害	160	28.1
片麻痺	99	17.4
認知症	534	93.7
MCI	4	0.7
軽度	88	15.4
中等度	287	50.4
重度	117	20.5
慢性肺疾患	11	1.9
膠原病	8	1.4
消化性潰瘍	38	6.7
軽度肝疾患	11	1.9
中等度-高度肝機能障害	1	0.2
糖尿病	54	9.5
三大合併症なし	43	7.5
三大合併症あり、または糖尿病性ケトアシドーシスや糖尿病性昏睡での入院歴あり	1	0.2
中等度-高度腎機能障害	3	0.5
リンパ腫	1	0.2
白血病	0	0.0
固形癌	63	11.1
過去 5 年間に明らかな転移なし	46	8.1
転移あり	6	1.1
エイズ	0	0.0
うつ	26	4.6

(12) 入所後の歯科治療

歯科治療を定期的に受けているものは33名(7.5%)、何かあったときに受診した経験がある者は169名(38.5%)だった。受診経験がない者は、237名(54.0%)だった。

表 12 歯科治療の経験

	n	%
定期的に受けている	33	7.5
何かあったときに受診した経験がある	169	38.5
受診経験なし	237	54.0
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	0	0.0
合計	439	100.0

2. 加算の算定状況について

算定状況では、栄養マネジメント加算が最も算定されており、232 名（40.7%）で算定されていた。次いで、口腔衛生管理加算が 172 名（30.2%）で算定されていた。

表 13 加算の算定状況

	算定中である		算定対象であるが実施できていない		算定対象ではない	
	n	%	n	%	n	%
口腔衛生管理加算	172	30.2	155	27.2	242	42.5
経口維持管理加算Ⅰ	63	11.1	88	15.4	403	70.7
経口維持管理加算Ⅱ	63	11.1	88	15.4	403	70.7
経口移行加算	1	0.2	0	0.0	567	99.5
栄養マネジメント加算	232	40.7	1	0.2	335	58.8
療養食加算	4	0.7	2	0.4	562	98.6
低栄養リスク改善加算	0	0.0	2	0.4	558	97.9

3. 低栄養リスク評価

(1) 身長および体重

対象者の身長は平均 147.9 ± 8.6 cm、体重は平均 44.5 ± 8.3 kg だった。

表 14 対象者の平均身長と平均体重

	平均値±標準偏差
身長 (cm)	147.9 ± 8.6
体重 (kg)	44.5 ± 8.3

(2) 過去の体重

対象者の過去の平均体重は 1 か月前が 44.6 ± 8.2 kg、3 か月前が 44.5 ± 8.3 kg、6 か月前が 44.8 ± 8.1 kg であった。

表 15 対象者の過去の体重 (kg)

	平均値±標準偏差
1 か月前 (n=550)	44.6 ± 8.2
3 か月前 (n=524)	44.5 ± 8.3
6 か月前 (n=487)	44.8 ± 8.1

(3) 血清アルブミン

対象者の血清アルブミン量は、平均 3.5 ± 0.4 g/dL であった。

表 16 血清アルブミン (g/dL) (n=346)

	平均値±標準偏差
血清アルブミン	3.5 ± 0.4

(4) 食事摂取量

対象者の食事摂取量は平均 1199.6±306.7kcal/日で、摂取量の平均割合は食事全体で 90.2%、主食で 91.6%、副食で 88.9%だった。

表 17 食事摂取状態

	平均値±標準偏差	
食事摂取量 (kcal/日)	1199.6±306.7	
	n	%
全体	544	90.2
主食	519	91.6
副食	520	88.9

(5) 栄養補給

栄養補給は、完全経口摂取が最も多く 527 名 (95.5%) であり、ついで、経腸栄養法が 23 名 (4.2%) であった。

表 18 栄養補給方法

	n	%
完全経口摂取	527	95.5
一部経口摂取	2	0.4
経腸栄養法	23	4.2
静脈栄養法	0	0.0
合計	552	100.0

(6) 食事の状態

加工や工夫を必要とする常食を摂取している者が最も多く 145 名 (26.7%) だった。その中で、主食は、ごはん 86 名 (61.0%)、お粥 55 名 (39.0%) だった。副食の形態では、一口大に刻むが 105 名 (73.9%) で最も多かった。副食で食べられる食品はハンバーグが最も多く 120 名 (85.7%) だった。

表 19 摂取食品の状態

学会分類他	嚥下食ピラミッド	スマイルケア食	n	%
嚥下訓練食 (0 j)	L0 開始食・ゼリー状	0 ゼリー状	25	0.2
嚥下調整食 (1 j)	L1/2 嚥下食Ⅰ・Ⅱ	1 ムース状	13	2.6
嚥下調整食 (2-1)	L3 嚥下食Ⅲ	2 ペースト状	57	4.8
嚥下調整食 (2-2)	L3 嚥下食Ⅲ	2 かまなくてよい	29	9.4
嚥下調整食 (3)	L4 移行食	3 舌でつぶせる	78	28.5
嚥下調整食 (4)	L4 移行食	4 歯ぐきでつぶせる	94	9.2
柔らかい常食		5 弱い力でかめる	41	0.2
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)			145	26.7
主食 (n=141)				
	ごはん		86	61.0
	お粥		55	39.0
副食 (複数回答可)				
副食の形態 (n=142)	みじん切り		35	24.6
	一口大に刻む		105	73.9
	とろみ・あんをかける		24	16.9
	固い物は除く		27	19.0
食べられる食品 (n=140)	鶏のから揚げ		103	73.6
	ハンバーグ		120	85.7
	あぶら揚げ		101	72.1
	いかの刺身		37	26.4
加工や工夫を必要としない常食			101	18.6

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

著しい食事量の減少があったのは 15 名 (2.8%)、中等度の食事量の減少があったのは 51 名 (9.4%) だった。

表 20 過去 3 か月間の食事量の減少

	n	%
著しい食事量の減少	15	2.8
中等度の食事量の減少	51	9.4
食事量の減少なし	476	87.8
合計	542	100.0

(8) 過去 3 か月間の精神的ストレスや急性疾患の経験

過去 3 か月間に精神的ストレスや急性疾患を経験したのは 40 名 (7.8%) だった。

表 21 過去 3 か月間の精神的ストレスや急性疾患の経験

	n	%
はい	40	7.8
いいえ	476	92.2
合計	516	100.0

4. CDR

(1) CDR の各項目における状況

記憶に関する項目は重度が 238 名 (42.2%) で最も多く、ついで中等度が 188 名 (33.3%) であった。

見当識に関する項目は重度が 287 名 (50.9%) で最も多く、ついで中等度 134 名 (23.8%) であった。

判断力と問題解決能力の項目は重度が 336 名 (59.6%) で最も多く、ついで中等度 122 名 (21.6%) であった。

地域社会の活動の項目は重度が 329 名 (58.3%) で最も多く、ついで中等度 162 名 (28.7%) であった。

家庭および趣味の項目は重度が 411 名 (73.0%) で最も多く、ついで中等度 95 名 (16.9%) であった。

身の回りの項目は重度が 387 名 (68.7%) で最も多く、ついで中等度 101 名 (17.9%) であった。

表 22 CDR の各項目における状況

		記憶	見当識	判断力と 問題解決 能力	地域社会 の活動	家庭 および 趣味	身の回り
なし	n	19	20	8	5	8	8
	%	3.4	3.5	1.4	0.9	1.4	1.4
疑わしい	n	45	45	24	15	15	19
	%	8.0	8.0	4.3	2.7	2.7	3.4
軽度	n	74	78	74	53	34	48
	%	13.1	13.8	13.1	9.4	6.0	8.5
中等度	n	188	134	122	162	95	101
	%	33.3	23.8	21.6	28.7	16.9	17.9
重度	n	238	287	336	329	411	387
	%	42.2	50.9	59.6	58.3	73.0	68.7
合計	n	564	564	564	564	563	563
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

5. ADL (Barthel Index)

Barthel Index の合計点数は平均 29.3 ± 26.5 だった。

表 23 Barthel Index の詳細

		n	%
1 食事	10 : 自立、自助具などの装着使用可、標準的時間内に食べ終える	160	28.5
	5 : 部分介助 (おかずを切って細かくしてもらう等)	242	43.1
	0 : 全介助	159	28.3
2 車いすから別途への移動	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)	107	19.0
	10 : 軽度の部分介助または監視を要する	146	25.9
	5 : 座ることは可能であるがほぼ全介助	130	23.0
	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)	181	32.1
3 整容	5 : 自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)	144	25.5
	0 : 部分介助または不可能	420	74.5
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	63	11.2
	5 : 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	233	41.5
	0 : 全介助または不可能	265	47.2
5 入浴	5 : 自立	22	3.0
	0 : 部分介助または不可能	543	96.9
6 歩行 現在の状態で 45m 移動すると想定して評価	15 : 45m 以上の歩行、杖などの補装具 (車椅子、歩行器は除く) の使用の有無は問わない	64	11.4
	10 : 45m 以上の介助歩行可能 (歩行器の使用を含む)	69	12.3
	5 : 歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の自立操作可能	118	21.0
	0 : 上記以外	311	55.3

7 階段昇降	10：自立して（手すり、杖などの使用の有無は問わない）1階分上り下りができる	10	1.8
現在の状態で階段を使うと想定して評価	5：介助または監視を必要とする	102	18.1
	0：不能	452	80.1
8 着替え	10：自立、靴、ファスナー、装具を含む	61	10.8
	5：部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	162	28.8
	0：上記以外	340	60.4
9 排便コントロール	10：失禁なし、浣腸、座薬の取り扱いも可能	41	7.3
	5：ときに失禁あり、浣腸、座薬の取り扱いに介助を要する者も含む	217	38.4
	0：上記以外（しばしば失禁～常に失禁）	307	54.3
10 排尿コントロール	10：失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	40	7.1
	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	193	34.2
	0：上記以外（しばしば失禁～常に失禁）	332	58.8
平均合計点±標準偏差		29.3±26.5	

6. 口腔内の状況

(1) 清掃の意志

回答した 562 名で清掃の意志は「あり」が 271 名 (48.2%) で最も多く、ついで「なし」が 258 名 (45.9%)、「拒否」が 33 名 (5.9%) であった。

表 24 清掃の意志

	n	%
あり	271	48.2
なし	258	45.9
拒否	33	5.9
合計	562	100.0

(2) 義歯の使用

回答した 536 名で義歯の使用は「持っていない」が 301 名 (56.2%) で最も多く、ついで「使用している」が 205 名 (38.2%)、「していない」が 30 名 (5.6%) であった。

表 25 義歯の使用

	n	%
使用している	205	38.2
していない	30	5.6
持っていない	301	56.2
合計	536	100.0

(2) -1 上顎の義歯の種類

回答した 215 名で上顎義歯の使用は「総義歯」が 146 名 (67.9%) で最も多く、ついで「部分義歯」が 69 名 (32.1%) であった。

表 26 上顎の義歯の種類

	n	%
総義歯	146	67.9
部分義歯	69	32.1
合計	215	100.0

(2) ー2 上顎の義歯の状態（複数回答可）

回答した 209 名で上顎義歯の状態は「良好」が 158 名 (75.6%) で最も多く、ついで「ゆるい・外れやすい」が 44 名 (21.1%) で、「痛い」が 6 名 (2.9%) であった。

表 27 上顎の義歯の状態 (n=209)

	n	%
良好	158	75.6
ゆるい・外れやすい	44	21.1
痛い	6	2.9
壊れている	3	1.4

(2) ー3 下顎の義歯の種類

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

表 28 下顎の義歯の種類

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

(2) ー4 下顎の義歯の状態（複数回答可）

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

表 29 下顎の義歯の状態 (n=193)

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

(3) 義歯の清掃

回答した 234 名で義歯の清掃は「良い」が 195 名 (83.3%) で最も多く、ついで「少し悪い」が 23 名 (9.8%)、「悪い」が 16 名 (6.8%) であった。

表 30 義歯の清掃状態

	n	%
良い	195	83.3
少し悪い	23	9.8
悪い	16	6.8
合計	234	100.0

(4) 言語

回答した 565 名で言語の状態は「可能」が 324 名 (57.3%) で最も多く、ついで「会話可能だが構音不良」が 159 名 (28.1%) で、「不可」が 82 名 (14.5%) であった。

表 31 言語の状態

	n	%
可能	324	57.3
会話可能だが構音不良	159	28.1
不可	82	14.5
合計	565	100.0

(5) 発声

回答した 563 名で言語の状態は「可能」が 371 名 (65.9%) で最も多く、ついで「できるが弱い」が 152 名 (27.0%) で、「不可」が 40 名 (7.1%) であった。

表 32 発声の状態

	n	%
可能	371	65.9
できるが弱い	152	27.0
不可	40	7.1
合計	563	100.0

(6) 流涎

回答した 563 名で流涎の状態は「なし」が 386 名 (68.6%) で最も多く、ついで「時々ある」が 148 名 (26.3%) で、「常時ある」が 29 名 (5.2%) あった。

表 33 流涎の状態

	n	%
なし	386	68.6
時々ある	148	26.3
常時ある	29	5.2
合計	563	100.0

(7) 口臭

回答した 564 名で口臭の状態は「なし」が 358 名 (63.5%) で最も多く、ついで「少しある」が 189 名 (33.5%) で、「かなりある」が 17 名 (3.0%) であった。

表 34 口臭の状態

	n	%
なし	358	63.5
少しある	189	33.5
かなりある	17	3.0
合計	564	100.0

(8) 開口度

回答した 560 名で開口度の状態は「3 横指」が 372 名 (66.4%) で最も多く、ついで「1～2 横指」が 167 名 (29.8%) で、「1 横指未満」が 21 名 (3.8%) であった。

表 35 開口度の状態

	n	%
3 横指	372	66.4
1～2 横指	167	29.8
1 横指未満	21	3.8
合計	560	100.0

(9) 咀嚼運動

回答した 560 名で咀嚼運動の状態は「動きがある」が 426 名 (76.1%) で最も多く、ついで「声かけにより発現」が 93 名 (16.6%) で、「ほぼ動きなし」が 41 名 (7.3%) であった。

表 36 咀嚼運動の状態

	n	%
動きがある	426	76.1
声かけにより発現	93	16.6
ほぼ動きなし	41	7.3
合計	560	100.0

(10) 舌運動

回答した 560 名で舌運動の状態は「ほぼ完全」が 322 名 (57.5%) で最も多く、ついで「動くが小範囲」が 230 名 (41.1%) で、「動かない」が 8 名 (1.4%) であった。

表 37 舌運動の状態

	n	%
ほぼ完全	322	57.5
動くが小範囲	230	41.1
動かない	8	1.4
合計	560	100.0

(11) 口腔周囲筋

回答した 562 名で口腔周囲筋の状態は「動く」が 384 名 (68.3%) で最も多く、ついで「少々困難」が 163 名 (29.0%) で、「動かない」が 15 名 (2.7%) であった。

表 38 口腔周囲筋の状態

	n	%
動く	384	68.3
少々困難	163	29.0
動かない	15	2.7
合計	562	100.0

(12) 口角の左右非対称な運動

回答した 562 名で口角の左右非対称な運動は「なし」が 472 名 (84.0%) で最も多く、
ついで「あり」が 90 名 (16.0%) であった。

表 39 口角の左右非対称な運動

	n	%
なし	472	84.0
あり	90	16.0
合計	562	100.0

(13) 嚥下（飲み込み）

回答した 554 名で嚥下の状態は「可能」が 386 名 (69.7%) で最も多く、ついで「遅延
するが可能」が 168 名 (30.3%) であった。

表 40 嚥下の状態

	n	%
可能	386	69.7
遅延するが可能	168	30.3
合計	554	100.0

(14) むせ

回答した 558 名でむせの状態は「むせない」が 305 名 (54.7%) で最も多く、ついで
「むせる」が 253 名 (45.3%) であった。

表 41 むせの状態

	n	%
むせない	305	54.7
むせる	253	45.3
合計	558	100.0

(15) 嚥下後の声質の変化

回答した 558 名で嚥下後の声質の変化は「なし」が 449 名 (80.5%) で最も多く、ついで「あり」が 109 名 (19.5%) であった。

表 42 嚥下後の声質の変化

	n	%
なし	449	80.5
あり	109	19.5
合計	558	100.0

(16) 嚥下後の呼吸観察

回答した 556 名で嚥下後の呼吸観察では「異常なし」が 530 名 (95.3%) で最も多く、ついで「浅く速くなる」が 26 名 (4.7%) であった。

表 43 嚥下後の呼吸観察

	n	%
異常なし	530	95.3
浅く速くなる	26	4.7
合計	556	100.0

(17) ぶくぶくうがい

回答した 562 名でぶくぶくうがいでは「できる」が 271 名 (48.2%) で最も多く、ついで「できない」が 170 名 (30.2%)、「不完全だができる」が 121 名 (21.5%) であった。

表 44 ぶくぶくうがい

	n	%
できる	271	48.2
不完全だができる	121	21.5
できない	170	30.2
合計	562	100.0

(18) 口腔内残渣を出せるか

回答した 563 名で口腔内残渣を出せるかでは「概ね出せる」が 284 名 (50.4%) で最も多く、ついで「うがいができない」が 148 名 (26.3%)、「少ない～出せない」が 131 名 (23.3%) であった。

表 45 口腔内残渣の排出

	n	%
概ね出せる	284	50.4
少ない～出せない	131	23.3
うがいができない	148	26.3
合計	563	100.0

(19) 口腔内の残渣

回答した 564 名で口腔内残渣の状況では「少量ある」が 245 名 (43.4%) で最も多く、ついで「ない」が 239 名 (42.4%)、「ある」が 80 名 (14.2%) であった。

表 46 口腔内残渣の状況

	n	%
ない	239	42.4
少量ある	245	43.4
ある	80	14.2
合計	564	100.0

7. 口腔清掃の自立度

(1) 歯磨き

歯磨きの自立度は「全介助」が226名(40.2%)で最も多く、ついで「自立」が183名(32.6%)、「一部介助」が153名(27.2%)であった。歯磨きの「自立」に該当する中で、「移動して実施」が174名(98.3%)、「寝床で実施」が3名(1.7%)であった。歯磨きの「一部介助」に該当する中で、「座位を保つ」が147名(97.4%)、「座位は保てない」が4名(2.6%)であった。歯磨きの「全介助」に該当する中で、「座位、端座位をとる」が157名(72.0%)、「座位も取れない」が61名(28.0%)であった。

表 47 歯磨きの自立度

			n	%
自立	ほぼ自分で磨く		183	32.6
		移動して実施	174	98.3
		寝床で実施	3	1.7
一部介助	部分的に自分で磨く		153	27.2
		座位を保つ	147	97.4
		座位は保てない	4	2.6
全介助	自分で磨かない		226	40.2
		座位、端座位をとる	157	72.0
		座位も取れない	61	28.0
合計			562	100.0

(2) 義歯の着脱

義歯の着脱の自立度は「自立」が 132 名 (60.8%) で最も多く、ついで「全介助」が 63 名 (29.0%)、「一部介助」が 22 名 (10.2%) であった。義歯の着脱の「一部介助」に該当する中で、「外せるが入れられない」が 18 名 (8.3%)、「外せないが入れられる」が 4 名 (1.8%) であった。

表 48 義歯着脱の自立度

		n	%
自立	自分で着脱	132	60.8
一部介助	外せるが入れられない	18	8.3
	外せないが入れられる	4	1.8
全介助	自分では着脱しない	63	29.0
合計		217	100.0

(3) うがい

うがいの自立度は、「自立」が 281 名 (49.7%)、「一部介助」が 161 名 (28.5%)、「全介助」が 123 名 (21.8%) であった。

表 49 うがいの自立度

		n	%
自立	ぶくぶくうがいする	281	49.7
一部介助	口に含む程度はする	161	28.5
全介助	口に含むこともできない	123	21.8
合計		565	100.0

8. 嚥下質問紙（聖隷式）

(1) 肺炎と診断されたことはありますか？

回答した 469 名で肺炎と診断されたことはありますか？という項目は「なし」が 393 名 (83.8%) で最も多く、ついで「一度だけ」が 54 名 (11.5%)、「繰り返す」が 22 名 (4.7%) であった。

表 50 肺炎と診断されたことはありますか？

	n	%
繰り返す	22	4.7
一度だけ	54	11.5
なし	393	83.8
合計	469	100.0

(2) やせてきましたか？

回答した 562 名でやせてきましたか？という項目は「なし」が 374 名 (66.5%) で最も多く、ついで「わずかに」が 123 名 (21.9%)、「明らかに」が 65 名 (11.6%) であった。

表 51 やせてきましたか？

	n	%
明らかに	65	11.6
わずかに	123	21.9
なし	374	66.5
合計	562	100.0

(3) 物が飲み込みにくいと感じることはありますか？

回答した 557 名で物が飲み込みにくいと感じることはありますか？という項目は「なし」が 314 名 (56.4%) で最も多く、ついで「ときどき」が 177 名 (31.8%)、「しばしば」が 66 名 (11.8%) であった。

表 52 物が飲み込みにくいと感じることはありますか？

	n	%
しばしば	66	11.8
ときどき	177	31.8
なし	314	56.4
合計	557	100.0

(4) 食事にむせることはありますか？

回答した 558 名で食事にむせることはありますか？という項目は「なし」が 266 名 (47.7%) で最も多く、ついで「ときどき」が 224 名 (40.1%)、「しばしば」が 68 名 (12.2%) であった。

表 53 食事にむせることはありますか？

	n	%
しばしば	68	12.2
ときどき	224	40.1
なし	266	47.7
合計	558	100.0

(5) お茶を飲むときにむせることはありますか？

回答した 557 名でお茶を飲むときにむせることはありますか？という項目は「なし」が 249 名 (44.7%) で最も多く、ついで「ときどき」が 238 名 (42.7%)、「しばしば」が 70 名 (12.6%) であった。

表 54 お茶を飲むときにむせることはありますか？

	n	%
しばしば	70	12.6
ときどき	238	42.7
なし	249	44.7
合計	557	100.0

(6) 食事中や食後、それ以外の時にものどがゴロゴロすることがありますか？

回答した 558 名で食事中や食後、それ以外の時にものどがゴロゴロすることがありますか？という項目は「なし」が 405 名 (72.6%) で最も多く、ついで「ときどき」が 112 名 (20.1%)、「しばしば」が 41 名 (7.3%) であった。

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

	n	%
しばしば	41	7.3
ときどき	112	20.1
なし	405	72.6
合計	558	100.0

(7) のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？

回答した 558 名でのどに食べ物が残る感じがすることがありますか？という項目は「なし」が 399 名 (71.5%) で最も多く、ついで「ときどき」が 124 名 (22.2%)、「しばしば」が 35 名 (6.3%) であった。

表 56 のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？

	n	%
しばしば	35	6.3
ときどき	124	22.2
なし	399	71.5
合計	558	100.0

(8) 食べるのが遅くなりましたか？

回答した 558 名で食べるのが遅くなりましたか？という項目は「なし」が 288 名 (51.6%) で最も多く、ついで「わずかに」が 174 名 (31.2%)、「たいへん」が 96 名 (17.2%) であった。

表 57 食べるのが遅くなりましたか？

	n	%
たいへん	96	17.2
わずかに	174	31.2
なし	288	51.6
合計	558	100.0

(9) 硬いものが食べにくくなりましたか？

回答した 557 名で硬いものが食べにくくなりましたか？という項目は「たいへん」と「なし」が 189 名 (33.9%) で最も多く、ついで「わずかに」が 179 名 (32.1%) であった。

表 58 硬いものが食べにくくなりましたか？

	n	%
たいへん	189	33.9
わずかに	179	32.1
なし	189	33.9
合計	557	100.0

(10) 口から食べ物がこぼれることがありますか？

回答した 557 名で口から食べ物がこぼれることがありますか？という項目は「なし」が 313 名 (56.2%) で最も多く、ついで「ときどき」が 162 名 (29.1%)、「しばしば」が 82 名 (14.7%) であった。

表 59 口から食べ物がこぼれることがありますか？

	n	%
しばしば	82	14.7
ときどき	162	29.1
なし	313	56.2
合計	557	100.0

(11) 口の中に食べ物が残ることがありますか？

回答した 558 名で口から食べ物がこぼれることがありますか？という項目は「なし」が 307 名 (55.0%) で最も多く、ついで「ときどき」が 178 名 (31.9%)、「しばしば」が 73 名 (13.1%) であった。

表 60 口から食べ物がこぼれることがありますか？

	n	%
しばしば	73	13.1
ときどき	178	31.9
なし	307	55.0
合計	558	100.0

(12) 食物や酸っぱいものの液が、胃からのどに戻ってくることがありますか？

回答した 560 名で食物や酸っぱいものの液が、胃からのどに戻ってくることがありますか？という項目は「なし」が 512 名 (91.4%) で最も多く、ついで「ときどき」が 36 名 (6.4%)、「しばしば」が 12 名 (2.1%) であった。

表 61 食物や酸っぱいものの液が、胃からのどに戻ってくることがありますか？

	n	%
しばしば	12	2.1
ときどき	36	6.4
なし	512	91.4
合計	560	100.0

(13) 胸に食べ物が残ったり、詰まった感じがすることがありますか？

回答した 559 名で胸に食べ物が残ったり、詰まった感じがすることがあるか？という項目は「なし」が 486 名 (86.9%) で最も多く、ついで「ときどき」が 62 名 (11.1%)、「しばしば」が 11 名 (2.0%) であった。

表 62 胸に食べ物が残ったり、詰まった感じがすることがありますか？

	n	%
しばしば	11	2.0
ときどき	62	11.1
なし	486	86.9
合計	559	100.0

(14) 夜、咳で眠れなかったり、目が覚めることがありますか？

回答した 502 名で咳で眠れなかったり、目が覚めることがありますか？という項目は「なし」が 458 名 (91.2%) で最も多く、ついで「ときどき」が 37 名 (7.4%)、「しばしば」が 7 名 (1.4%) であった。

表 63 夜、咳で眠れなかったり、目が覚めることがありますか？

	n	%
しばしば	7	1.4
ときどき	37	7.4
なし	458	91.2
合計	502	100.0

(15) 声がかすれてきましたか？

回答した 502 名で声がかすれてきましたか？という項目は「なし」が 407 名 (81.1%) で最も多く、ついで「わずかに」が 83 名 (16.5%)、「たいへん」が 12 名 (2.4%) であった。

表 64 声がかすれてきましたか？

	n	%
たいへん	12	2.4
わずかに	83	16.5
なし	407	81.1
合計	502	100.0

9. 食欲について

(1) 食欲はありますか？

回答した 559 名で食欲はありますか？という項目は「普通」が 195 名 (34.9%) で最も多く、ついで「ある」が 169 名 (30.2%)、「とてもある」が 86 名 (15.4%) であった。

表 65 食欲はありますか？

	n	%
ほとんどない	8	1.4
あまりない	61	10.9
普通	195	34.9
ある	169	30.2
とてもある	86	15.4
不明	40	7.2
合計	559	100.0

(2) 食事の時、どれくらい食べると満腹感を感じていますか？

回答した 558 名で食事の時、どれくらい食べると満腹感を感じていますか？という項目は「ほとんど食べて満腹」が 308 名 (55.2%) で最も多く、ついで「不明」が 114 名 (20.4%)、「半分ほどで満腹」が 77 名 (13.8%) であった。

表 66 食事の時、どれくらい食べると満腹感を感じていますか？

	n	%
数口で満腹	6	1.1
3 分の 1 くらいで満腹	16	2.9
半分ほどで満腹	77	13.8
ほとんど食べて満腹	308	55.2
全部食べても満腹感がない	37	6.6
不明	114	20.4
合計	558	100.0

(3) 食べ物の味をどのように感じていますか？

回答した 558 名で食べ物の味をどのように感じていますか？という項目は「普通」が 212 名 (38.0%) で最も多く、ついで「おいしい」が 173 名 (31.0%)、「不明」が 132 名 (23.7%) であった。

表 67 食べ物の味をどのように感じていますか？

	n	%
とてもまずい	0	0.0
まずい	4	0.7
普通	212	38.0
おいしい	173	31.0
とてもおいしい	37	6.6
不明	132	23.7
合計	558	100.0

(4) 普段、1日に食事を何回食べますか？

回答した 557 名で普段、1日に食事を何回食べますか？という項目は「4 回以上（間食含む）」が 293 名 (52.6%) で最も多く、ついで「3 回」が 251 名 (45.1%)、「不明」が 8 名 (1.4%) であった。

表 68 普段、1日に食事を何回食べますか？

	n	%
1 回未満	1	0.2
1 回	1	0.2
2 回	3	0.5
3 回	251	45.1
4 回以上（間食含む）	293	52.6
不明	8	1.4
合計	557	100.0

(5) 食欲指標の合計

食欲指標の合計は平均 12.6 ± 2.7 であった。

表 69 食欲指標合計点数

	n	平均値±標準偏差
食欲合計	557	12.6 ± 2.7

10. 歯科受診について

(1) 最近 1 年間に歯科治療を行いましたか？

回答した 479 名のうち、「はい」と回答したのは 146 名 (30.5%)、「気にならない」が 333 名 (69.5%) であった。

表 70 最近 1 年間の歯科治療

	n	%
はい	146	30.5
いいえ	333	69.5
合計	479	100.0

(1) -1 最近 1 年間に行った歯科治療の内容（複数回答可）

最近 1 年間に歯科治療を行った 146 名の内訳は、「義歯（入れ歯治療）」が 94 名 (64.4%) で最も多く、ついで「そのほか」が 30 名 (20.5%)、「歯周病治療」が 26 名 (17.8%) であった。

表 71 最近 1 年間に行った歯科治療の内訳 (n=146)

	n	%
むし歯治療	20	13.7
歯周病治療	26	17.8
義歯（入れ歯治療）	94	64.4
そのほか	30	20.5

11. 健康関連 QOL

(1) 楽しそうである（楽しそうな表情をみせる）

回答した 561 名では「週に数回」が 180 名 (32.1%) で最も多く、ついで「ほぼ毎日」が 169 名 (30.1%)、「4 週に 1 回未満」が 108 名 (19.3%) であった。

表 72 楽しそうである

	n	%
4 週に 1 回未満	108	19.3
週に 1 回～4 週に 1 回	104	18.5
週に数回	180	32.1
ほぼ毎日	169	30.1
合計	561	100.0

(2) 食事を楽しんでいる

回答した 562 名では「ほぼ毎日」が 194 名 (34.5%) で最も多く、ついで「週に数回」が 145 名 (25.8%)、「4 週に 1 回未満」が 121 名 (21.5%) であった。

表 73 食事を楽しんでいる

	n	%
4 週に 1 回未満	121	21.5
週に 1 回～4 週に 1 回	102	18.1
週に数回	145	25.8
ほぼ毎日	194	34.5
合計	562	100.0

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

回答した 561 名では「週に数回」が 161 名 (28.7%) で最も多く、ついで「ほぼ毎日」が 148 名 (26.4%)、「4 週に 1 回未満」が 147 名 (26.2%) であった。

表 74 訪問者に対して嬉しそうにする

	n	%
4 週に 1 回未満	147	26.2
週に 1 回～4 週に 1 回	105	18.7
週に数回	161	28.7
ほぼ毎日	148	26.4
合計	561	100.0

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

回答した 562 名では「4 週に 1 回未満」が 238 名 (42.3%) で最も多く、ついで「週に数回」が 130 名 (23.1%)、「週に 1 回～4 週に 1 回」が 116 名 (20.6%) であった。

表 75 周りの人が活動するのを見て楽しんでいる

	n	%
4 週に 1 回未満	238	42.3
週に 1 回～4 週に 1 回	116	20.6
週に数回	130	23.1
ほぼ毎日	78	13.9
合計	562	100.0

(5) 自分から人に話しかける（人に積極的に話しかける）

回答した 563 名では「ほぼ毎日」が 202 名 (35.9%) で最も多く、ついで「4 週に 1 回未満」が 190 名 (33.7%)、「週に数回」が 93 名 (16.5%) であった。

表 76 自分から人に話しかける（人に積極的に話しかける）

	n	%
4 週に 1 回未満	190	33.7
週に 1 回～4 週に 1 回	78	13.9
週に数回	93	16.5
ほぼ毎日	202	35.9
合計	563	100.0

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

回答した 561 名では「4 週に 1 回未満」が 340 名 (60.6%) で最も多く、ついで「週に 1 回～4 週に 1 回」が 83 名 (14.8%)、「週に数回」が 71 名 (12.7%) であった。

表 77 仕事やレク活動について話をする

	n	%
4 週に 1 回未満	340	60.6
週に 1 回～4 週に 1 回	83	14.8
週に数回	71	12.7
ほぼ毎日	67	11.9
合計	561	100.0

(7) 怒りっぽい

回答した 563 名では「4 週に 1 回未満」が 309 名 (54.9%) で最も多く、ついで「週に数回」が 113 名 (20.1%)、「週に 1 回～4 週に 1 回」が 87 名 (15.5%) であった。

表 78 怒りっぽい

	n	%
4 週に 1 回未満	309	54.9
週に 1 回～4 週に 1 回	87	15.5
週に数回	113	20.1
ほぼ毎日	54	9.6
合計	563	100.0

(8) ものを乱暴に扱う

回答した 563 名では「4 週に 1 回未満」が 500 名 (88.8%) で最も多く、ついで「週に 1 回～4 週に 1 回」が 35 名 (6.2%)、「週に数回」が 21 名 (3.7%) であった。

表 79 ものを乱暴に扱う

	n	%
4 週に 1 回未満	500	88.8
週に 1 回～4 週に 1 回	35	6.2
週に数回	21	3.7
ほぼ毎日	7	1.2
合計	563	100.0

(9) 大声で叫んだりする

回答した 563 名では「4 週に 1 回未満」が 419 名 (74.6%) で最も多く、ついで「週に数回」が 64 名 (11.4%)、「週に 1 回～4 週に 1 回」が 48 名 (8.5%) であった。

表 80 大声で叫んだりする

	n	%
4 週に 1 回未満	419	74.6
週に 1 回～4 週に 1 回	48	8.5
週に数回	64	11.4
ほぼ毎日	31	5.5
合計	562	100.0

【考察】

超高齢社会を迎えた日本において、摂食嚥下障害を有する高齢者は増加すると予想されており、地域の健康な高齢者の25.1%、介護施設の居住者の53.8%に嚥下障害があるとの報告がある。また、摂食嚥下障害の患者に適切な食品を提供することで、誤嚥、窒息、低栄養を防ぎ、生活の質(QOL)を維持できるとの報告もある。しかし、介護施設入居者の摂食嚥下機能が低下していても介護者がそれに気付かずに、適切な食形態への変更が遅れてしまうと、誤嚥や窒息、低栄養のリスクに繋がる可能性がある。摂食嚥下障害の専門家が行う嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査は、摂食嚥下機能の評価や食形態の決定に重要だが、すべての医療機関、介護施設、在宅等の患者に対して頻繁に実施するのは困難である。

我々は、2018年に日本の要介護高齢者の常食摂取者と嚥下調整食摂取者を比較検討し、専門家でない介護者が日常的に観察できる簡易な観察項目によって食形態をスクリーニングできるという仮説を立て、横断調査を行った。2018年度の調査に参加した日本の介護保険施設37施設の入居者889名を対象とし、食形態に関連する因子を検討するため、対象者を嚥下調整食摂取群と、常食摂取群の2群に分類し、この2群を従属変数とし、口腔機能の客観評価と、簡易な観察項目別にマルチレベル分析を行った。客観評価では現在歯数(OR:0.993、95%CI:-0.007から-0.001)、機能歯数(OR:0.989、95%CI:-0.011から-0.005)、MWST(OR:0.960、95%CI:-0.041から -0.007)が、簡易な観察項目ではむせ(OR:1.056、95%CI:0.054から0.198)とリンシング(OR:1.010、95%CI:0.010から0.174)が食形態と有意に関連していた(介護保険施設の食品形態に関連する要因: Takeda M. et.al. Dysphagia. 2022 Dec;37(6):1757-1768)。

次に我々は、簡易な観察項目によって常食から嚥下調整食への変更を予知できるという仮説をたて、嚥下調整食への変更を予知する所見を明らかにすることを目的に、日本の介護保険施設入居者を対象とした1年間の前向き多施設縦断研究を行った。2018年度、2019年度の2回の調査に参加した日本の25の介護保険施設入所要介護高齢者のうち、栄養摂取状況が良好な群の中で、ベースライン調査時に常食を摂取していた者のうち、2019年も常食を維持していた群(2019 常食群)と嚥下調整食に変更した群(2019 嚥下調整食群)に分けて、横断研究と同様に解析を行った。すると、簡易評価では舌運動(OR:1.06、95%CI:0.06から0.31)、口腔周囲筋(OR:1.05、95%CI:0.05から0.36)、リンシング(OR:1.01、95%CI:0.01から0.25)が、客観評価では機能歯数(OR:1.00、95%CI:0.00から0.01)が常食から嚥下調整食への変更に有意に関連していた(要介護高齢者において常食から嚥下調整食への変更を検討する観察項目の検討: 1年間の多施設縦断研究: Takeda M. et.al. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19(11), 6586)。

さらに我々はこれら簡易な観察項目に着目し、それらが転帰に関係するかを明らかにすることを目的に、2019年度の調査に参加した日本の32の介護保険施設入所要介護高齢者のうち、ベースライン時より1年間に死亡、もしくは入院した群(死亡 or 入院群)と、それ以外の生存している群(その他群)の群間でマルチレベル分析を行った。結果、言語(OR:1.50、95%CI:1.01から2.22)、流涎(OR:1.54、95%CI:1.03 から 2.30)、口臭(OR:1.49、95%CI:1.09 から 2.04)、口腔周囲筋

(OR:1.73、95%CI:1.09 から 2.75)、むせ(OR:1.60、95%CI:1.07 から 2.38)、嚥下後の呼吸観察(OR:2.19、95%CI:1.21 から 3.98)、ぶくぶくうがい(OR:2.02、95%CI:1.36 から 3.00)、口腔内残渣(OR:1.66、95%CI:1.13 から 2.43)が転帰に有意に関連していた(要介護高齢者の食事介助や口腔ケアの場面等で評価可能な口腔に関する観察項目と死亡との関連:1 年間の多施設前向きコホート研究:論文投稿中)。

図表 転帰、食形態に関する簡易な観察項目まとめ

簡易評価	転機	常食一嚥下調整食	
		縦断	横断
言語 (1: 良好, 2: 不良)	●		
流涎 (1: なし, 2: あり)	●		
口臭 (1: なし, 2: あり)	●		
咀嚼運動 (1: 良好, 2: 不良)			
舌運動 (1: 良好, 2: 不良)		●	
口腔周囲筋(1: 良好, 2: 不良)	●	●	
口角の左右非対称な運動 (1: 良好, 2: 不良)			
嚥下 (1: 可能, 2: 不可)			
むせ(1: なし, 2: あり)	●		●
嚥下後の声質の変化 (1: 異常なし, 2: 異常)			
嚥下後の呼吸観察 (1: 良好, 2: 不良)	●		
ぶくぶくうがい (1: 可能, 2: 不可能)	●	●	●
口腔内残渣 (1: なし, 2: あり)	●		

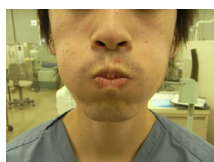
2018 年から 2020 年までの結果をまとめると、転帰および食形態と関連したのは、口腔周囲筋の動き、むせの有無、ぶくぶくうがいの可否であった。

2021 年度と 2022 年度に行った介護保険施設 10 施設の入所要介護高齢者 570 名を対象とした調査では、口腔周囲筋の状態は「動く」が 68.3%で最も多く、ついで「少々困難」が 29.0%で、「動かない」が 2.7%であった。むせの状態は「むせない」が 54.7%で最も多く、ついで「むせる」が 45.3%であった。ぶくぶくうがいでは「できる」が 48.2%で最も多く、ついで「できない」が 30.2%、「不完全だができる」が 21.5%であった。

我々は現在、これら簡易な観察項目の結果と転帰や食形態との関連に関する知見を、介護施設職員と共有し、介護職が日常的に観察できるこれらの簡易評価を介護職が定期的に行い、適宜、食形態や誤嚥、脱水・低栄養などについて、カンファレンスを行いその効果を検討している。

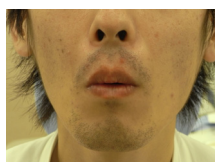
◆ 口腔周囲筋の動き

1-可能



しっかり締められる
息も抜けない

2-不全



やろうとしてくれるが
顔面の運動障害や
脱力気味で息が抜けてしまう

3-不可

協力してくれる
ができない

4-不明

拒否、応答なし
指示入らない

◆ ぶくぶくうがいの可否

リンスング(ぶくぶくうがい、空うがいで可)

口唇閉鎖、口腔と咽頭の遮断などそれぞれの器官の運動が正常であることが、ぶくぶくうがいができる条件となる。

1) できる	頬を何度も膨らまし、同時に早く動かすことができる。
2) 不十分	頬の膨らましが小さい。舌の動きが遅い。1,2 回しか頬を膨らますことができない。
3) できない	唇を閉じることができない。頬を膨らますことができない。舌を動かすことができない。
4) 不明	指示が入らない、測定不能

- ・ 歯科衛生士等が、対象者に対し、頬の連続膨らましを指示し、その状態を評価する。
- ・ 日常の口腔清掃後のうがいなどの状況を参考に評価することが望ましい。

【歯科専門職による口腔管理方法、個々の対象者のニーズ把握と目標設定、施設職員への具体的な指導方法等に関する先駆的な取組事例の収集】

研究目的

我々は歯科専門職による口腔管理方法、個々の対象者のニーズ把握と目標設定、施設職員への具体的な指導方法等に関する先駆的な取組事例の収集を行うため、これまで実態調査に協力した、全国 29 の介護保険施設に訪問している歯科医師、歯科衛生士にヒアリング調査を実施した。

研究方法

2022 年 12 月 19 日～2023 年 1 月 31 日までの期間に全国 29 の介護保険施設に訪問している歯科医師、歯科衛生士 29 名に対してアンケートを依頼した。アンケート票は Google Forms で作成し（資料 2 口腔衛生管理のニーズ把握と目標設定、指導方法に関する調査票）、オンラインで回答してもらい、その後ヒアリングを行った。29 名から回答を得ており、回答率は 100%であった。

1-1. 介護保険施設の看護師や介護スタッフに対して、利用者がどのような状態になったら（看護師や介護スタッフが観察、判断できる）、歯科衛生士による口腔衛生管理が必要と判断してほしいとお考えですか

- 口腔の問題（口腔内の汚染が重度、口腔内に痰の塊が貼りついて除去が困難、口臭がひどい、舌苔が著明、口腔内に出血がみられる（自然出血、口腔ケア時、出血性素因がある）、口腔乾燥著明、口腔疾患がある（う蝕、歯周病、動揺歯、折れそうな歯、歯肉、粘膜、舌、口唇の発赤、腫脹、口内炎、口角炎や潰瘍等）
- 口腔ケアに対し拒否がある、指示が理解できない
- 口腔ケアが困難（開口困難、痛みを訴える、洗口ができない（十分に行えない、飲んでしまう、むせる、水を吐き出しても口に水分が残る）、きれいにならない
- 食事の問題（噛みにくい、飲み込みにくい、食欲の低下、食事の量が減った、食事時間が長くなった、体重の増減がある、むせ、食後の多量食物残渣、摂食行動の変化＜食物の溜め込み、食具を噛んでしまう＞食事が介助、経管栄養）
- 本人の状態（セルフケアができない、セルフケアでは不十分、認知症やADLの低下）
- 義歯の問題（義歯がゆるい、かけている、ヒビが入っている、装着時に痛みを訴えるなど）

その他コメント: 入所時等の口腔のアセスメントの段階で専門職が関与し、歯科衛生士による口腔衛生管理が必要か判断することが望ましい。要介護 1 以上で、施設の利用をしている者は全員、必要な健康管理の一環として入所時より必要と判断してほしい

1-2. あなたは介護保険施設の利用者がどのような状態になったら、歯科衛生士による口腔衛生管理が必要と判断しますか。

- 介護スタッフの判断(スタッフによる日常のケアでは足りない、できない(スタッフ不足でできていない)、時間がかかる、歯磨きをしていても磨けているか不安など)
- 嚥下の問題(嚥下調整食 3 以下、とろみ使用、誤嚥のリスクに配慮が必要、経管栄養、痰が多い)
- 摂食の問題(食事介助が必要、摂食行動の変化(溜め込み、食具を噛んでしまう、食事量低下)、口腔内に食物が停滞し、飲み込まない、口腔機能が低下している、流涎がある)
- 全身の問題(糖尿病、BP 製剤使用、パーキンソン、認知症、出血傾向、ジスキネジア、全身状態の低下や変化、麻痺あり、看取り・終末期、誤嚥性肺炎の既往がある)
- 口腔の問題(口腔の痛み。歯周炎(歯肉の出血、発赤、腫脹、動揺あり)、残根、う蝕がある。口腔内出血、血餅、ブラッシング時の出血、インプラントがある、口腔乾燥、口臭が強い、剥離上皮膜、痰の付着、食物残渣が多い、歯がある、潰瘍がある)
- 本人の状態(うがい及安全にできない、セルフケアができない(指導すればできそうな場合、麻痺があってもできない)、開口困難、開口不十分)
- 口腔ケアや開口に拒否、抵抗が強い、過緊張。
- 義歯の問題(義歯が使えない時、義歯があていない、義歯性潰瘍がある)

その他コメント: 基本的に全員に必要、要介護1以上、必要な健康管理の一環として入居時より全員に行う、本人の希望、新規入所時の歯科検診で指示がある方

歯磨きの声掛けによる習慣化への協力やセルフケア困難な方への仕上げ磨きや口腔ケアなど口腔衛生管理の自立が困難になった場合には看護師・介護スタッフのサポートが必要。

認知症で口腔ケアに抵抗がある、口腔ケアに十分な時間を使えず簡易的な歯磨きになってしまっているため、問題がなくとも定期的な口腔内の衛生保持をしてほしい。

利用者の口腔衛生状態の把握から歯科衛生士は関与することで各職種の負担軽減につながる。すべての利用者に関わると良い。

2-1. 介護保険施設の看護師や介護スタッフに対して、どのような口腔衛生管理ニーズ(看護師や介護スタッフが把握できる)を把握してほしいとお考えですか

- 口腔の問題(口腔乾燥、歯の動揺・破損・汚れ、残根、歯肉出血、口臭、痛み、咀嚼機能低下(噛めない、噛みにくい)、流涎、口内炎、口唇・口角の荒れ(炎症)、食後の食物残渣、舌の汚れ、腫瘍、潰瘍)
- 本人の状態(セルフケアの動作・能力、義歯の管理状況、口腔ケア用品の管理、表情の変化(無表情)、毎日の歯ブラシ、うがい、開口、口腔清掃状態、痰の状態)
- 義歯の状況(義歯の適合状態、破損、汚れ)
- 摂食嚥下の問題(ムセの有無、食べづらそうなものはないか(残食確認)、飲み込みにくくしていないか、食事量)
- 全身の問題(出血傾向、
- 介護スタッフによる口腔ケアの困難さ、口腔内観察ポイント)

歯科専門職でなければ「きれい」と「そうじゃない」に分けてもよいかと思います。

どのような利用者でも入所時には口腔内トラブルがあると思って頂き、入所時検診をしてもらうことで、利用者ごとのニーズに合った助言を衛生士または歯科医師が行える考える。

義歯を含めた口腔内を把握して、少しでも不具合を感じる時(具体的なことがわからなくても)

自立していると思っていても、歯科疾患を予防できるほど口腔衛生管理はできていない、口に歯ブラシをくわえているだけを歯磨きできているとせずに、本当に歯磨きできているか把握してほしい。

2-2. あなたは介護保険施設利用者の口腔衛生管理ニーズを把握する時に、どのような情報や所見を把握しますか

- 口腔の情報(口腔衛生状態、歯肉、舌苔、舌表面の状態、残存歯数、義歯の有無や状態、口腔内の痛みや炎症、口腔乾燥、口腔内の食物残渣)
- 義歯の情報(有無、状態、汚れ、使用歴)
- 認知機能(認知症の種類、認知機能検査の結果、誤嚥リスクや関わり方)
- 全身疾患(口腔に影響する疾患(糖尿病)、摂食嚥下機能に影響する疾患(パーキンソン病、脳卒中、肺炎(誤嚥性肺炎)既往、認知症)
- 服薬情報(BP 製剤、降圧剤(口腔内変化や予後予測のため)、認知症薬、抗精神薬、鎮痛薬、副作用)
- 本人の状態(要介護度(原因)、ADL、麻痺の有無、覚醒状態、うがいの状況、セルフケア状況(動作、能力、姿勢、疲労感、息切れ、洗口の様子、むせ)、義歯の管理、これまでの口腔ケアの習慣、舌の動き、頬膨らまし、嚙声、とろみの有無、体重、BMI、摂食嚥下機能、抜歯の可否、食事の様子、会話や発声の状態、顔や表情、反復唾液嚥下テスト、オーラルドコキネシス、咬筋の触診、流涎、口腔周囲・舌の動き、吸引の有無、姿勢、歩行状態、意思疎通、呼吸状態(酸素投与の有無)など、体調)
- 食事の情報(食形態、食事の様子、栄養摂取経路)
- 生活の背景(環境・家族・趣味・買い物等)
- 整容(口腔衛生)は単独では不安があると思われる。
- かかりつけ歯科医の有無や受診状況

3-1. 介護保険施設の看護師や介護スタッフに対して、どのような口腔衛生管理の目標(看護師や介護スタッフの目標)を設定することが多い(設定してほしいとお考え)ですか

- ・ 口腔清掃が困難な場合は歯科衛生士に報告・相談する
- ・ 口腔や摂食嚥下機能に問題があれば歯科医師、歯科衛生士に報告・相談する
- ・ 口腔ケア用品の管理(消毒含む)
- ・ 口腔ケア時の口腔内の観察
- ・ 自立度、口腔清掃のレベルに合った個別支援策を計画(口腔ケアの回数など)、口腔内に問題のある利用者には、個別の口腔ケア計画を立てる。個別対応がしやすいよう、誰が見てもわかる口腔ケアの要点を提示する。セルフケア困難な箇所の仕上げ磨きなど)
- ・ 利用者の状態に合った口腔ケアを職員が統一して実施できるようにする
- ・ 概ね問題の無い利用者に対して、継続しやすい口腔ケア計画を設定する(施設職員の状況に配慮し簡易を意識)
- ・ 口腔清掃に関する知識・技術の習得と必要性の理解

- ・ 1日3回の口腔ケアの実施、1日1回以上の口腔ケアの介助、1日2回以上口腔ケアを実施、毎食後口腔ケアを実施(できない時は含嗽、清拭の施行)。個々に合った口腔ケアを実施し清潔な状態が保てる回数を設定
- ・ 就寝前には、口腔内がキレイと思える状態にする
- ・ 義歯の破損の確認、義歯の管理、食事後の義歯清掃は義歯ブラシを使用
- ・ 食事時の義歯使用の確認
- ・ 食事の状態、食形態等の確認
- ・ 入所時や定期的に歯科検診を実施

ガーゼ清拭では不十分だという認識を持つ。入所時にスクリーニングを実施する(歯周病の進行は本人も気づかない場合が多く、初期に介入しておけばよかったケースも多いので、入所時や定期的に歯科検診を行う)。ケアの回数や物品をそろえることで、目標達成と考えない、保湿剤に頼り過ぎている(機械的清掃をしてほしい)

3-2. あなたは施設入所者の口腔衛生管理の目標として、どのような目標を設定することが多いですか(設定すると良いと思いますか)

- 口腔に関して
 - ・ 歯の欠損部分があっても痛みなく、歯や歯肉に不具合を感じていないように過ごせること
 - ・ 痛みや不快なく過ごす
 - ・ 口腔乾燥の緩和
 - ・ コミュニケーションの維持向上
 - ・ 口腔ケアが行いやすい口腔内環境にする
 - ・ 歯や義歯の課題があれば訪問歯科受診へつなげる。
 - ・ 抜歯適応歯をそのままにしない
 - ・ 定期検診をすすめる
 - ・ 欠損は補綴し、準備期の問題がないように支援する
 - ・ 義歯使用の継続、管理、義歯の不適合、破損などの状態を把握する
 - ・ 口腔内の観察の習慣化
 - ・ 歯科疾患の早期発見、発症重症化予防
 - ・ うがいの維持改善
- 食事栄養に関して
 - ・ 栄養状態を維持する
 - ・ 食形態の維持、向上
 - ・ 安全に食事が行えるよう支援する
 - ・ 義歯があれば(適合を確認し)使用して食事ができる
 - ・ 経口摂取を支援する

- ・ 機能にあった食事ができるよう支援する。
- ・ できるだけ常食に近い食事が食べられるように支援する
- ・ 食事の時の姿勢を改善する
- ・ 歯科専門職による食事環境、食形態等の確認
- ・ 食事を美味しく食べてもらう
- ・ 食事をよく噛んで食べられる口腔環境づくり
- ・ 適切な食事形態(食べるのに苦労しない)の選択
- 全身に関して
 - ・ 誤嚥性肺炎の予防
 - ・ (誤嚥性)肺炎を起こさない口腔環境づくり
- セルフケアに関して
 - ・ セルフケア能力の維持向上
 - ・ セルフケアが継続しやすい方法の確立
- 口腔清掃に関して
 - ・ 口腔衛生状態の維持改善
 - ・ 上下総義歯でも口腔内の清掃をする。
 - ・ 1日3回の食後の口腔清掃の習慣化を図る。
 - ・ ムセなく口腔ケアができる姿勢の確保
 - ・ 口腔ケア用品を清潔に管理できる
 - ・ 無歯顎でも口腔ケアをする
 - ・ 口臭がない
 - ・ 視診にてプラークの付着がほとんどない
 - ・ セルフケア可能な方には食後の歯磨きの声かけや口腔ケアのセッティング、介助磨き
 - ・ セルフケアが不可能な方の場合は1日最低一回の徹底した口腔ケア介助
 - ・ 口腔ケア用品の衛生管理と交換の目安を確立する
 - ・ 口腔清掃の方法や内容等の見直し
 - ・ 口腔ケアの介助が必要な利用者の把握
 - ・ 清掃不良箇所の清掃ができる
- 摂食嚥下機能に関して
 - ・ 口腔機能の低下が見られる利用者には口腔体操を実施する
 - ・ 口腔機能向上
 - ・ 利用者とスタッフに咀嚼や嚥下を意識してもらう
 - ・ 摂食嚥下の様子を観察し、状況を把握する
- その他
 - ・ 施設職員に対する口腔衛生管理に関する研修会の開催

4-1. 看護師・介護スタッフに対してどのような義歯使用に関する支援方法を提案しますか。

- 義歯の清掃方法の指導
 - ・ ブラシの清掃と合わせて洗浄剤を使用
 - ・ 義歯洗浄剤の使用方法、洗浄剤に浸ける時は義歯がかぶるくらい水を入れる、ブラシで義歯の汚れを落としてから浸漬する、義歯ブラシは清潔な物を使用する、義歯自己管理の場合も時々衛生状態等確認
 - ・ 義歯の清潔保持重要性を説明する
 - ・ 安定剤使用時の清掃法、注意点について指導
 - ・ 部分義歯の場合、義歯と残存歯は分けてみがく
 - ・ 歯科衛生士が定期的に義歯を含めた口腔衛生管理状況を確認することに協力してもらう。
- 義歯の使用に関する支援
 - ・ 食事の際にしっかり装着されているかの確認、落ちてこないか、痛みの有無、適合状態の確認方法、外している様子がないか確認、外す様子がある時は痛みがあるのかなど理由が分かればその場で確認
 - ・ 外したがない場合は洗浄の時間帯や泡洗浄剤の使用などを検討
 - ・ 義歯の着脱の方法の指導、介助で着脱の際は両手を使用する、装着の際はしっかり圧接する
 - ・ 口腔乾燥が強いときは、口腔内を湿らせてから装着
 - ・ 吸着弱いときは、装着後に水分を飲んでもらってから食事を開始
 - ・ 自身で着脱が行える利用者の支援
 - ・ できるだけ義歯は装着してもらうよう、義歯の効果について説明する
 - ・ 義歯の使用、調整の必要性の説明(体重の増減との関係等)
 - ・ 義歯安定剤の使用方法
 - ・ 義歯が食べる為だけの物ではないことを説明する
- 義歯の管理に関する支援
 - ・ 義歯の不具合、破損等がないかを観察する方法を説明
 - ・ 義歯を外した時の置き場所(容器)を準備する
 - ・ 義歯の状態に不安があれば、歯科医師・歯科衛生士に連絡し、歯科受診するようにする。
- その他
 - ・ 利用者の ADL・IADL・認知機能等を踏まえての対応する

4-2. 歯科医師・歯科衛生士が行う義歯使用に関する支援方法にはどのようなものがありますか、具体的に教えてください

- 義歯の管理
 - ・ 義歯の着脱方法を指導する(入所者、介護職員、家族等)
 - ・ 義歯の構造(部分義歯、総義歯の違いやレスト等)の説明
 - ・ 義歯の清掃方法(義歯用ブラシ、義歯洗浄剤の効果等)の説明
 - ・ 義歯の着脱の練習、義歯を使用する意味を伝達
 - ・ 義歯の管理方法について(取り扱い、破損に対する注意事項)
 - ・ 着脱方法により痛みが生じている場合など日常の使用方法に関する説明
 - ・ 認知機能の低下により管理能力が低下してきた際の管理方法の助言
 - ・ 義歯安定剤の使用方法や清掃方法の指導
 - ・ 認知機能や義歯の状態、開口量などにより着脱方法、方向が異なることを説明する
 - ・ 義歯の紛失、破損のリスクとそれによる影響について説明する
 - ・ 義歯を外すタイミングを指導する。
 - ・ 義歯洗浄剤使用の目的、意義、使用した方が良い状態について説明する
 - ・ 義歯は個々人で着脱方向が異なることを説明する
 - ・ 利用者別に義歯の装着方法と介助範囲を設定し指導する
 - ・ 利用者に対して義歯の着脱練習、咀嚼訓練、食べ方の指導、食事観察、痛み等不具合あるときはスタッフに伝えるよう説明する。
 - ・ 義歯にネームを入れ、個々のブラシで洗浄する
 - ・ 義歯の着脱や汚れやすいところを伝え清掃方法を説明する
 - ・ 歯科受診が出来ない場合は義歯安定剤の使用法について説明する
- 義歯に関する治療
 - ・ 利用者、介護スタッフに義歯があれば、咀嚼ができるとは限らない事を知っていただく
 - ・ 新しい義歯にしたから何でも食べられるようになるとは限らず、慣れた義歯を修理した方がいい場合もあることの理解を得る
 - ・ 部分義歯はクラスプの緩みなどがあるため、定期的に歯科で調整することを支援する
 - ・ 咬耗や顎堤の吸収などで義歯の安定が損なわれることがあり、歯科受診必要性を説明する
 - ・ 認知機能や身体状況によっては、義歯を無理に使用するのではなく、義歯の使用を終了し、それに合わせた食事形態を提供することも選択肢としてあること、逆に義歯を使用せずに食事摂取が安全に行える場合でも、残存歯によって潰瘍など生じる危険性もあることから、義歯を継続して使用することが必要になる場合もある。ケースバイケースであることを理解していただく。
 - ・ 認知症が進むと義歯を使用できなくなる方が出てくる。どんな方でも義歯を作製したらすぐ食べられるようになるわけではないことを理解してもらう

- ・ 施設入所時、在宅訪問依頼初回、義歯について介護者・家族に説明をし、どんなことがあったら歯科へ連絡してもらうか決めておく。特に異常がないと思っても、定期的に歯科医師・歯科衛生士の口腔衛生管理・口腔機能管理を受けることを説明する
- ・ 義歯の適合状態や破損の所見や診査方法、歯科受診が必要な状態について説明する。
- ・ 義歯は修理ができること、また、破損した義歯の修理の必要性を説明する
- ・ 食べづらくなったり、違和感があるときの相談、義歯の管理方法の指導
- ・ 義歯の破損や不適合とはどういう状態か説明する
- ・ 診察時に義歯の状態を把握し説明。

5-1. 看護師や介護スタッフが観察、判断できる義歯使用の適否の基準や歯科専門職に相談する基準についてどのような基準が考えられる(良い)か教えてください

- ・ 義歯を外したがない、全く外さない
- ・ 義歯をすぐに外してしまう、義歯を外すことが増えた
- ・ 食事が噛みにくそう、義歯で噛むとカタカタしている、片側でしか噛んでいない、食事時に頻繁に外れる、すぐに落ちてくる、義歯が適合していない、口を開けると義歯が外れてしまう、口の中で義歯が遊んでいる
- ・ 義歯を入れて食べるとむせる
- ・ 義歯で噛むと痛みがある、装着時に痛みがある、痛みがあり装着したがない、義歯を装着すると出血する
- ・ 開口せずなかなか義歯を装着できない(外せない)
- ・ 義歯の装着を拒否する、義歯を受け入れない
- ・ 義歯を装着しての食事を嫌がる、義歯があるのに外している(食事に使用しない)
- ・ 義歯を入れると食事の時に開口しない(開口量が小さい)
- ・ 義歯内面に食物残渣が多い
- ・ 義歯、クラスプの破損、鉤歯の欠損、破折、クラスプの不適合や危険な状態になっている(鉤歯がない)
- ・ 義歯の装着の仕方がわからない
- ・ 義歯の痛み、不調を訴える場合は歯科専門職に相談する。
- ・ 摂食量が低下してきた
- ・ 食事に時間がかかったり、硬いものを避けたりするようになった
- ・ 吸引が頻回となった。義歯で食具を噛んでしまい食事が進まない
- ・ 装着してもすぐに外れる、義歯が会話中に外れる
- ・ 義歯のため食事が進まない
- ・ 舌で義歯を遊んでしまう

- ・ 義歯の誤飲の恐れはないか
- ・ 複数の義歯を所有している場合の上下の組合わせの確認

5-2. 歯科医師・歯科衛生士による義歯の使用の適否を判断する基準について教えてください

- ・ 義歯が食事を困難にしている(咀嚼できない、飲み込めない、残渣が多い、こぼれる等)
- ・ 義歯を装着しないと残存歯で咬傷が生じてしまう。
- ・ 注意して見守らないと義歯を誤嚥誤飲してしまう
- ・ 義歯の着脱が困難、スタッフによる義歯装着が困難
- ・ 食事が取れない状況で吸引が頻回
- ・ 義歯の装着が困難(すぐに外してしまう、装着自体が困難)
- ・ 義歯がなくても食べることが可能な食形態の場合(咽頭期の問題でミキサー食であり、義歯の装着を嫌がるなど)
- ・ 義歯の修理や調整ができるかどうか(認知症等で指示従命が困難、全身状況が悪くて義歯を装着することができない、口腔環境が著しく悪い(乾燥がひどい、粘膜疾患がある、長期経口摂取していない、呼吸状態が悪いなど)
- ・ 義歯使用で食事しやすいかどうか
- ・ 義歯が口腔内で異物になっていないかどうか
- ・ 義歯を入れて咀嚼すると痛い、義歯により傷ができる
- ・ 義歯が直ぐ外れてしまう、開口により義歯が外れる、臥床時に義歯がはずれてしまわないか
- ・ 残存歯の状況(鉤歯として支えにならないなど)
- ・ 義歯を外すことが増えた
- ・ 食事摂取量が低下してきた
- ・ 義歯を装着しないと上口唇の巻き込みがみられる場合
- ・ 義歯の着脱に危険が伴う
- ・ 顎骨壊死が生じていて痛みが強い
- ・ 義歯を口腔内に留めておく事が出来ず安定剤を使用しても困難な場合
- ・ 本人の拒否が強い
- ・ 窒息・誤飲等のリスクを考慮して対応する。
- ・ 義歯の必要性が高くて、認知度により使用できないことも多いので個人差がある
- ・ 義歯の不適合(クラスプのかかる歯が無くゆるい、口腔内で義歯を遊んでしまう、動揺歯がある)
- ・ 吸啜反応がある
- ・ 開口の可否、開口出来ないと義歯を使用する事で開口の幅が狭く食べ物が入らない。
- ・ 義歯を使用しないとむせ込みがあったり、飲み込みが悪い場合

6-1. 看護師・介護スタッフが行う食形態の維持・改善の取り組みについて教えてください(どのような取り組みが考えられるか)

- ・ 義歯を使って食事してもらう
- ・ よく噛むよう声がけ、可能なら義歯を使用する
- ・ 咀嚼回数を増やす、少し硬いものを噛んでもらう
- ・ 定期的な食事観察
- ・ 生活の中での口腔機能向上(口腔ケア時など、口腔内、頬、顎のマッサージ)
- ・ 毎日の口腔体操の実施、口腔機能を向上させるリハを行う、歌ったり喋れる状況を作る
- ・ 食事中的声かけと見守り
- ・ 餡かけの食事はよく混ぜる、食事をスライスにする、食事を一口大に切る、安易に刻まない
- ・ 汁気のある物は汁を捨てる等の誤嚥のリスクに応じた提供、調理の工夫(切り方や盛り付け)を厨房に提案する、誤嚥しにくい形態に変える、提供方法、介助方法を検討する
- ・ 水分のトロミがダメになっていないかよく確認する
- ・ 食事環境を整える(リラックスできる、集中できる環境など)
- ・ 残っている機能を維持できる食具の工夫、利用者にあった食具にする
- ・ 好きなもの、食がすすむものをリサーチする
- ・ 義歯をできるだけ使用する
- ・ 食事提供量を調整し、疲労が少なくする。など。
- ・ 歯や義歯を長く使えるよう口腔衛生管理を徹底する
- ・ 口腔環境(衛生状態、咬合状態)を改善維持していくことの大切さを理解してもらう
- ・ 咀嚼を評価する、ゆっくり咀嚼する、なるべく左右で噛む、適切な一口量を検索する
- ・ 誤嚥を防ぐ適正な食事での姿勢保持
- ・ 利用者の好みを検索する、利用者の好き嫌いの把握、食事に対する希望の把握
- ・ 必要栄養量の維持は不可欠
- ・ ST、栄養士と連携する
- ・ 義歯をきちんと装着してもらう
- ・ 定期的に確認し食形態についての検討を行う
- ・ 口腔の問題で食事が困難になった時は、栄養士に相談し、その方に合った食事形態で提供する。

6-2. 歯科医師・歯科衛生士が行う食形態の維持・改善の取り組みについて教えてください(どのような取り組みが考えられるか)

- ・ 食塊形成が困難になってきた時に口唇、舌の運動評価と訓練を行う
- ・ 歯科治療が必要な場合は手配する
- ・ 定期口腔機能の評価、口腔トレーニングの提案、実施。可能であれば、スタッフも実施できる内容を提案する。機能低下を改善するよりも、予防が重要。口腔機能維持、回復のため口腔体操の評価、実施、職員への伝達、その後のモニタリング
- ・ 歯科治療を行うことで食形態が上がる可能性がある場合は家族と相談し、迅速に治療を行う。治療することで維持・改善に繋がる場合は、必要な道筋を通して治療を行う。
- ・ 歯科治療内容をスタッフに伝え、変化を観察してもらう。食事しやすくなっているかどうか、咀嚼できるかどうかなど
- ・ 痛みなど食事に影響が出ないように口腔健康管理を行う
- ・ 食事観察で咀嚼状況など観察、義歯使用や麻痺の状態により食べ方の指導
- ・ ミールラウンドへ参加し、多職種と情報共有、検討を行う。看護師、ST、PT その他スタッフへ適切な食形態や姿勢をアドバイスする。
- ・ 残存歯(義歯を含む)の咬合が十分に機能するか、咀嚼運動がしっかり行えていることを確認し、治療可能であれば改善する。
- ・ 嚙食状況を観察し、食事提供量や提供方法、介助の方法などを指導する。
- ・ 口腔衛生状態が保たれているかをチェックする
- ・ 定期的に口腔機能評価を行う、摂食・嚥下のスクリーニングテスト(RSST、オーラルドコキネシス、嚥下音の聴診、口腔の乾燥状態、咀嚼ガムテストなど)
- ・ 多職種と連携する(OHAT等アセスメントと口腔ケア計画の共有)
- ・ 食事の観察評価(食事時の環境、食形態の判断、食事時の姿勢、食具が患者さんの食事の仕方にあったものをつかっているか、口腔機能の状態、食事スピードなど)
- ・ 残存歯、義歯に異常がないか、口腔周囲の運動機能評価を行う
- ・ 口腔機能評価、麻痺の状態に合わせた食事摂取方法の指導、咀嚼訓練、口唇や舌の訓練、義歯の定期観察、痛みが生じにくい口腔環境をつくる
- ・ 口腔体操、口腔内や舌のマッサージ、頬と顎のマッサージで唾液の分泌を促す
- ・ ゼリー、とろみの摂取など食介助時に訓練を行う
- ・ 食前のパタカラ体操、姿勢調整など、リラクゼーションも取り入れた訓練
- ・ 口腔環境(衛生状態、咬合状態)を改善維持していくことで口腔機能を十分に発揮させる

7-1. 看護師・介護スタッフが常食から嚥下調整食への移行を検討する基準について、どのような基準がある(良い)か教えてください。

- 口腔に関する基準
 - ・ 歯の破折や義歯紛失のため咀嚼できない
 - ・ 義歯の使用が困難
 - ・ 口腔内に痰、食物が貯留している
- 食事観察による基準
 - ・ 食事時間の延長
 - ・ 口や舌の動きが緩慢
 - ・ 咀嚼したまま飲み込まない、咀嚼するが飲み込めずに吐き出す
 - ・ 咀嚼できない、嚙まずに丸呑み、誤嚥、窒息した
 - ・ 食後口腔内に食物残渣が多くある
 - ・ 頻回なムセ込み
 - ・ 嘔声がある、食後の痰がらみがある
 - ・ 食事による疲労感が強い
 - ・ 食後に吸引の必要が出てきた
 - ・ 食事中に SPO2 が低下する。
 - ・ 食事中に傾眠する
 - ・ 食事に集中できない
 - ・ 食思の低下
 - ・ 流涎が多い
 - ・ 掻き込んで食べてしまい修正がきかない
 - ・ 食事時の様子の変化からスタッフの意見をいただく
- 全身的基準
 - ・ 全身状態の低下
 - ・ 認知機能の低下
 - ・ 発熱、体重減少の有無
 - ・ 食事摂取量、嚙食量が低下してきた
 - ・ 発熱が度々見られ誤嚥が疑われる
 - ・ 肺炎を繰り返す

7-2. 歯科医師・歯科衛生士が常食から嚥下調整食への移行を検討する基準について、どのような基準がある(良い)か教えてください。

- 口腔に関する基準
 - ・ 咀嚼できない口腔内の状況
 - ・ 上下の歯で噛み合っていない、残存歯数や状態
 - ・ 義歯の使用困難
 - ・ 痛みがある、歯科治療中など
- 食事観察による基準
 - ・ 食事時間
 - ・ 咀嚼能力の低下、食塊形成困難、咀嚼しない
 - ・ 食べ物を口腔内に入れているときの口腔の状態
 - ・ 食塊の送り込みが困難
 - ・ 食後の口腔内の食物の残留量と状態
 - ・ 口腔内に1分以上ためこんでいる
 - ・ 食事時の嚥下困難(なかなか飲み込まない)、むせがひどい
 - ・ 流涎が多い
 - ・ 薬が飲み込みにくい
 - ・ 食事時の利用者の動き
 - ・ 食後の嚕声や呼吸音変化が顕著になってきた。
 - ・ 嚥下聴音検査を実施し、残留の程度、嚥下後誤嚥の有無をみる
 - ・ 嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査で誤嚥や咽頭残留が認められるようになった。
 - ・ 姿勢保持が難しい、頭部後屈しやすい
- 全身的基準
 - ・ 認知症や全身疾患の進行
 - ・ 全身の機能低下(老衰など)
 - ・ 傾眠傾向
 - ・ 食事に集中できない、食思の低下
 - ・ 食事摂取量の減少
- その他の基準
 - ・ 実際に介助を行う現場の介護職員からの意見を参考にする

8.事例

◆ 口腔衛生管理に関する事例

含漱剤が奏功した事例

- ・ 口腔ケアでクロルヘキシジン含有のうがい薬を含ませて清拭していたところ、全体的に口臭が気にならなくなった
- ・ 介護スタッフより口臭について相談があり、クロルヘキシジン含有のうがい薬を用いたところ、いくらか改善した。
- ・ 誤嚥性肺炎で急性期病院に入院し、肺炎治療は終了したが経口摂取ができなくなった。しかたなく経鼻経管栄養になったが、口腔衛生管理をおこなったところ、嚥下反射や発声が出現し、嚥下造影検査などの精査をおこなったところ、経口摂取可能と判断され経口摂取を開始し、そのまま経口摂取になった。口腔が汚れたまま、経口摂取しようとしても、上手く口が動かずたべられなかった。
- ・ 吸引できる歯ブラシを用いるようになったところ（使用するのは歯科衛生士）口腔内で固く貼り付いている汚れを除去しやすくなった

◆ 摂食機能療法に関する事例

- ・ 流涎や食事時のムセ込みが見られたが、1日2回の口腔体操を毎日実施。さらに歯科治療（むし歯、義歯）を行い、流涎、ムセ込みが減少。食事形態を刻み食から常食までUPできた。（改善まで3カ月）
- ・ 流涎、ムセ込みが頻回、残存歯が少ないのに義歯を使用していない利用者に対し、食前口腔体操を毎日実施、歯科受療にて義歯の作製、義歯完成後は装着等の訓練を行うことにより、ムセ込み、流涎の軽減および食事形態をソフト食から軟菜まで上げることが出来た。

◆ 多職種との連携に関する事例

- ・ 40代で脳出血のため要介護状態となっており、歯科を受診したことがなかった65歳の患者さんが、歯が折れてきたということでケアマネージャーに相談した。患者本人は歯の破折に対し、重要視していなかったが、ケアマネージャーは早期に受診したほうが良いと訪問歯科を紹介し、利用することとなった。口腔内に痛みはないようだったが、長期に渡る高血圧の薬による歯肉腫脹、残存歯はほぼ残根状態であった。治療したい意思があったため、抜歯可能な歯を13本抜歯し、支台歯を治療し、上下義歯を装着した。比較的年齢が若いということもあり、1ヶ月程度で義歯になれることができ、柔らかいパンや刺し身を好んでいた食事から、宅配の弁当を食べられるところまで食事形態が回復した。家族が他にいない方で、自身で訪問歯科を検索できなかったようだったので、ケアマネージャーが訪問歯科の間を取りもち、まだ義歯に適應できるうちに治療できたことが重要だった。
- ・ 遷延性意識障害の患者の口腔ケアを看護師、病院歯科、家族の連携で12年以上の管理して

いる。(今は、新型コロナウイルスの感染管理で中断しているが)

- ・ 元々食事は嚥下調整食だった方が「科学的介護」の取り組みで看護師・介護で連携を取り、①水分量のアップ②トイレでの排泄③運動量アップ④歯科衛生士の指導による口腔清掃・口腔マッサージ等の口腔機能の向上などで活動量を上げていった結果、普通食を自力摂取できるようになった利用者さんがおられた。
- ・ 糖尿病の管理ができていない患者が抜歯することになった。リスクについては全く無知な患者は早く抜いてほしいと迫ったが、不安に思った歯科医師は糖尿病のかかりつけ医に診療情報提供書(糖尿病患者用)を送った。返信に書いてあった数値が HbA1c が 10 を超えていた。糖尿病主治医から正常値にしない限り抜歯が不可能な事を説明し、糖尿病の治療をはじめた。
- ・ 残存歯に対する歯肉に深い潰瘍を作っている。開口困難で食いしばり強く、初診時は力づくで何とか観察できる程度しか診ることができなかった。マウスピースを作製するにも印象採得が無理なのではと可能な限り削合し帰院した。帰ってから上席歯科医師よりパテ印象材で暫間的ではあるがマウスピース様のものを作製してはとアドバイスもらい作製し装着。潰瘍は改善してきた。後に印象採得にも成功しマウスピースを作製することができ、咬傷の改善に繋がった。一人の歯科医師、歯科衛生士では解決策が思いつかなくても他者に相談してみることによっていろいろな経験やアイデアを共有し患者に提供できた事例。
- ・ 総義歯を誤飲しかけていることを多職種で、協力して取り除くことができた。

◆ 介護職員によるアセスメントに関する事例

- ・ 歯科の専門職は無理だと思っていることでも、日々生活を共にしている介護職員の観察力、その方の QOL 向上に対する強い思いがポイントだった事例。

統合失調症で長期間入院していた 70 代女性。特養に入居。上下数本しか歯がないが入院中は義歯を作ってもすぐ紛失してしまうとのことだった。入居後担当になった介護職員より、管理を厳重に行うのでダメ元で義歯を新製してほしいと相談をうける。歯科衛生士もうまく義歯を使いこなせるだろうか、またすぐ紛失するのではないかと考えていたが、義歯ができあがると笑顔で喜び、普通食を食べられるようになり、外食や家族の差し入れのレパトリーも増え QOL が著しく向上した。

- ・ 腰椎骨折で入院、その後食意不良となり、その後も食事がすすまず老健へ看取り介護目的で入所された。寝たきりで腰の痛みも強く食事はすすまず。嚥下調整食 3 となっていた。漬物が食べたいと本人。上顎は総義歯あるが合わずに未使用。下顎は両側 4 番までしか残存歯はない。意欲の低下もあり、修理することは可能と歯科医師より説明あるも入れ歯はしないと拒否見られ歯科治療をすすめることができずにいた。しかし、本人の状況を把握している担当の介護福祉士の根気強い関わりにより、本人は歯科治療に同意。今まで使用していた義歯を修理し、少しずつ慣れてもらった。その後、嚥下調整食 4 の形のあるものへアップし徐々に食事摂取量が増え、体力向上により離床時間延長。看取りと言われていた時期を脱する事ができた。

介護福祉士の義歯への理解・前向きな食事支援への理解があり、歯科に繋ぐことができたため、

本人の気持ちにのせて良いタイミングで介入することができた。

◆ 義歯に関する事例

- ・ 看取り期になり安楽な清潔保持を目標としていたが、わずかながら水分の経口摂取は続いていた。そのうち危機を乗り越え食べられそうな状態になられて医師の許可も下りたため、STによる嚥下評価を行い摂食が可能となった。看取り期の時点で義歯は外していたので、改めて上下義歯を修理し、装着したことで常食まではいかないものの軟飯・軟菜までは食べられるようになった

- ・ 無歯顎、義歯作製により食事量が増加した例もあるが、逆に義歯使用により食事介助も口を開けづらくなりスプーンが入れられないと介助者より訴えがある例もある。

どんなに義歯調整で合わせても、義歯を排除されている場合も多々ある。有用な具体例ではないが続けて義歯を使ってもらうには、若く、早期に義歯を使っていた方の方が受け入れが良く、亡くなる直前までも使用している事が多いと思う。”

- ・ 歯科通院が困難で歯科医が1日で修理してくださり難無く食事ができた。

- ・ 義歯の確認と状況が重要だった事例。

上下義歯使用の食事介助必要な利用者様ですが、以前は義歯が合っていましたが時折上の義歯が落ちてくる事があり、上のみにポリグリップ使用し食事好調に摂取出来ていましたが、上の義歯が落ちてくる頻度が増え食事の量が少ない日が増えた為、ご家族様と相談し歯科先生に往診に来て頂き口腔内の確認を実施し口腔内に異常なく歯茎が痩せてきており義歯が落ちてきていたのが原因だった。上下の義歯の調整して頂きポリグリップを使用しなくても良くなり食事時には咀嚼が良くなった。”

◆ その他の事例

- ・ 施設へ入所していたが、食べなくなったので胃瘻を造設し、療養型病院へ入院となった。精査の結果、嚥下は正常に機能することが解ったが、認知症による拒否があることが、食べない理由の第1だった。本人が食べたいときだけ、食べる量を提供し、必要栄養量は胃瘻からの注入でまかなった。その状態で1年以上経過している。食思がないことの原因を探る必要がある。

- ・ 良い事例ではないが、一般歯科開業医からの依頼。歯の痛みを訴え受診。歯肉腫脹動揺 3、本人が血圧が高いと言ったので当院では抜歯できない。血圧 200 超え。歯科に依頼を出す以前に内科に出すべき。痛い中予約を取り受診しても結局内科に回されるので1番はじめに依頼する科を考えてほしい。

Ⅲ 口腔衛生管理のニーズ把握と目標設定、 指導方法に関する調査

日本老年歯科医学会 令和 4 年度老人保健健康増進等事業

「介護保険施設における歯科専門職による口腔管理に関する調査研究事業」アンケート

研究目的

令和 4 年度には前年の口腔衛生管理に関する介護報酬改定を受け、介護保険施設における口腔衛生管理が徐々に浸透してきたことが報告されている。また、これまでの老年歯科医学会で行われた老人保健健康増進等事業で口腔衛生管理介入の知見も集積されてきており、今後さらに口腔管理の重要性とニーズが高まってくることが予想される。そこで本研究事業では介護保険施設における個々の対象者のニーズ把握と目標設定、施設職員への具体的な指導方法等に関する取組事例の収集を行うことを目的とした。

研究方法

2022 年 12 月 9 日～2023 年 1 月 16 日までの期間に老年歯科医学会の全会員 4,189 名に対してメール、SNS を用いてアンケートを依頼した。アンケート票は Google Forms で作成し、オンラインで回答する形式とした。160 名から回答を得ており、回答率は 3.8%であった。解析に当たっては、単純集計およびテキスト分析を行った。テキスト分析については、KHcoder を用いて、抽出語数、頻出語、クラスター分析、共起分析を実施した。

1ー1. 看護師・介護スタッフに求める基準を教えてください

1)集計

本質問では口腔衛生状態(72 件)と口腔ケアへの協力性(55 件)が多く基準とされていた。次いで、スタッフ能力(33 件)や食事摂取状況(24 件)を基準にしていた施設が多く見られた。評価時に口腔衛生状態が悪いだけでなく、継続的な観察で変化が見られた事項を抽出しているものもあり、各施設での工夫が見られた。また口腔ケアへの協力性やスタッフ能力といった利用者主体の評価のみならず口腔ケアを行う介護者の負担や意見に配慮されているものも多く見られた。

①口腔衛生状態(プラーク付着、口臭、乾燥、安定剤、義歯、インプラント等) 72 件

- ・ インプラント
- ・ 残存歯が多数(10 本以上)あり
- ・ 口臭が強い、口腔乾燥が強い、
- ・ 定期的に口腔清掃を行っていても多量の上皮プラークや舌苔を認めるとき
- ・ ケアを行ったにもかかわらず口腔に食物残渣が残るようになった時
- ・ 歯数が多い 義歯を自身で取り外せない

- ・ 残存歯、義歯のトラブルを生じている。”
- ・ 口腔の汚染が著しい(プラーク、剥離上皮、痰)
- ・ 肉眼による観察でプラーク付着が増加した場合。口臭が強くなった場合。
- ・ 口腔ケア時に出血する。グラグラした歯がある。歯が粘膜を咬んでしまっている。口が乾燥している。

②スタッフ能力(口腔ケア技術・判断能力・ケア環境整備等) 33 件

- ・ 口腔内のアセスメントが行えない
- ・ 口腔内の観察が適切に行えない
- ・ 少しでも異常があると思ったとき
- ・ 口腔ケアで困ったと感じたとき
- ・ 適切な清掃用具を選択していない
- ・ 磨いてもきれいに磨けていないと思ったとき、食物残渣が取りきれない時
- ・ 汚染が重度で看護業務、介護業務に支障をきたす程度(10 分以上等)
- ・ ケアは行っているが綺麗にならない
- ・ (主観的でも構わないので)「いつもと何か違う」と感じるような事があれば必要と判断して欲しい
- ・ 看護師や介護スタッフによる口腔ケアが難しい、うまくいっていないと思った時

③食事摂取状況(摂取量減少、経管栄養等) 24 件

- ・ 食事でむせる
- ・ 食べることお飲み込むことに心配がある。
- ・ 急激に食べられなくなってきた
- ・ 食事の量が減った、口をあけてくれない、歯ぎしりが強い
- ・ とりみ使用
- ・ 口から食事ができなくなった時(この時は必ず声をかけて欲しい)
- ・ 非経口状態
- ・ 経口摂取ではない状態
- ・ 食事時間の延長、食事中後のムセ、嘔声
- ・ 経口摂取が困難になってきた状況。特に口腔乾燥状態を改善できない場合。

④疾患服薬(既往歴、ARONJ リスク、出血傾向、認知機能等) 13 件

- ・ BP 製剤投薬、歯科的リスクのある全身疾患がある
- ・ 誤嚥性肺炎の既往がある等
- ・ 肺炎をしばしば繰り返す
- ・ 重度認知症、出血傾向、ターミナル

- ・ 認知症になったら
- ・ 誤嚥性肺炎の診断がされたことがある
- ・ 認知症が進んだ
- ・ 認知症の進行が著しい

⑤身体機能(うがい、低 ADL、要介護状態等) 14 件

- ・ うがいが出来ない
- ・ 要介護度 1 度以上
- ・ うがいができなくなった。ブクブクしないで、すぐ水を出す。水を飲む等。
- ・ うがいができない
- ・ 残存歯が多数あり、要介護度が高い利用者
- ・ 含嗽できない
- ・ うがい困難(5秒)
- ・ ぶくぶくうがいが出来ない
- ・ ADL が低下してきた”

⑥口腔衛生の既存基準(OHAT、OAG など) 12 件

- ・ 老健の R4 システムで整容～口腔ケアが 1 か 2 の場合
- ・ OHAT で2(病的)があれば、または1(やや不良)が複数個あれば
- ・ OHAT の評価で1もしくは2の評価
- ・ BDR 指標のうち、R がb以下になったとき
- ・ BDR が全介助の場合”
- ・ 歯科専門外の看護師や介護スタッフには(OAG のような)簡便な口腔アセスメントを広く知ってもらい、口腔衛生管理が必要な医学的基準を作って要請いただくのがよいと思います。”
- ・ 基本は OHAT での基準設定を行う。
- ・ OHAT 評価で問題ありの場合、
- ・ 舌苔が舌の面積の 30%以上付着している

⑦口腔ケアへの協力性(開口拒否、開口保持困難等) 55 件

- ・ 口腔ケアについて非協力的な時
- ・ 口腔ケア時にお口を開いてくれなかったり、拒否される
- ・ 口腔ケア時に指示が通らない。
- ・ 看護師や介護スタッフによる口腔ケアに拒否のある状態
- ・ 拒否などで口腔ケア介入ができていない、ケアは行っているが綺麗にならない
- ・ 開口保持ができない
- ・ 拒否がある場合や、噛まれる。開けてもらえないなど スムーズに口腔ケアできない場合

- ・ 口腔ケアに対する拒否がある(開口しないだけでなく、手でよける、咬むなど)
- ・ 手が出る、噛む
- ・ 指示理解力の低下

⑧セルフケア(声掛けの必要性等) 23 件

- ・ 自発的に歯磨きを実施しようとしていない。
- ・ 自身で口腔衛生管理ができない。
- ・ 口腔ケア介助が必要になったとき
- ・ 自己ブラッシング出来なくなった、やり方がわからなくなった
- ・ 自分では、ほとんどみがけない。
- ・ 義歯使用があり、義歯のケアが自立していない場合。”
- ・ 自分自身で歯磨きができない。
- ・ 口腔ケアの自立ができなくなった時
- ・ 自分で口腔ケアができなくなった”
- ・ 自力で磨けない状態
- ・ 声をかけても自身でケアを行えなくなりケアに時間がかかるようになった

⑨入居者全員(を対象にすべき) 21 件

- ・ どのような状態でも、歯科衛生士による口腔衛生管理が必要であるため、基準はない
- ・ すべての症例
- ・ 入所した時点で、全例、口腔内の確認が必要。
- ・ 基本的には一度全員スクリーニングさせてほしい。
- ・ 入居者全員
- ・ どんな状況であっても介入は必要である。
- ・ 全症例 スクリーニングが望ましい
- ・ 利用者は基本的に全員歯科受診は必要である。
- ・ 状態によらず入居者すべて対象とする。
- ・ 施設に入所した時点

⑩その他 4 件

- ・ 歯科衛生士の常駐を義務付けて頂かないと、判断ができないと考えます。
- ・ 歯科の介入の必要性について理解してもらいたい
- ・ 必要なし
- ・ 家族、ご本人の希望がある時 インプラントや複雑なブリッジがあり専門的口腔清掃が必要と施設職員(看護師、ケアワーカー)が必要と感じ家族と本人の同意があるとき

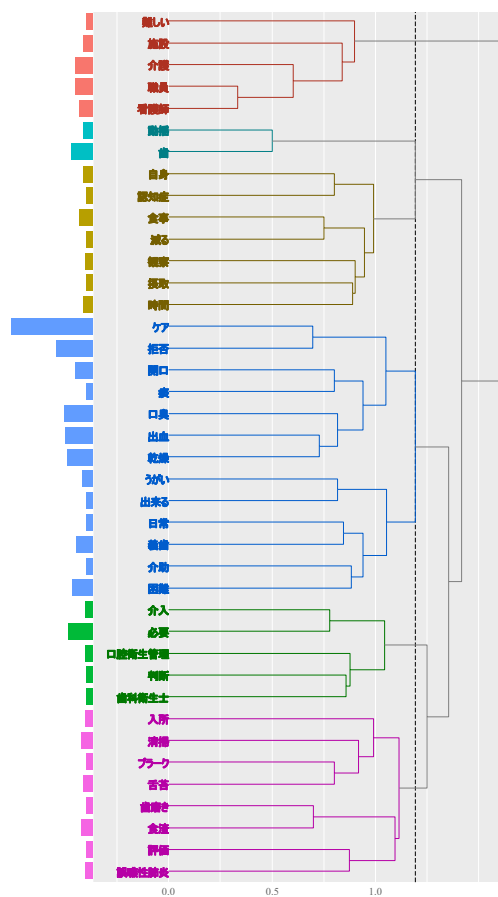
2) テキスト分析

(1) 総抽出語 2877 語

(2) 頻出語

抽出語	出現回数
ケア	65
拒否	29
口臭	23
出血	22
乾燥	20
必要	19
歯	17
困難	16
介護	14
開口	14
職員	14
義歯	13
看護師	11
食事	11
食渣	9
清掃	9
うがい	8
施設	7
時間	7
自身	7

(3) クラスタ分析



- ・ 剥離上皮膜の残存
- ・ BRONJ 発症
- ・ う蝕の増加、義歯の装着を嫌がるようになった時
- ・ 連結冠、ブリッジなど清掃しづらい歯がある
- ・ 根面う蝕などの進行、脱離の可能性のある補綴物や歯がある
- ・ 口腔乾燥、咬合の維持喪失、非経口状態
- ・ 乾燥痰や痂皮が除去困難である

②スタッフ能力(口腔ケア技術・判断能力・ケア環境整備等) 25 件

- ・ セルフケア、アシストケアで口腔衛生状態が保てなくなった時
- ・ 介護職や看護職の方々が出来ず手を焼いている
- ・ 施設職員が十分な口腔衛生管理が困難になったとき
- ・ セルフケア、施設ケアでの保清が困難となれば
- ・ 施設スタッフのみで管理が十分にはできないと判断したケース
- ・ 施設職員が難しいと感じたら。
- ・ 認知症が重度で介護職員では口腔衛生管理ができない
- ・ 口腔内全体や歯間部に食物残渣が残り、管理できない場合。
- ・ 日常的ケアのみでは歯周病の改善が見られない
- ・ 看・介護職による口腔状態の把握が困難で、何かしらの口腔疾患が存在する場合
- ・ 看護師や介護スタッフによる口腔ケアでも口腔衛生状態の改善が乏しい場合
- ・ 拒否などで口腔ケア介入ができていない、ケアは行っているが綺麗にならない

③食事摂取状況(摂取量減少、経管栄養等) 13 件

- ・ 食形態の低下と嚥出力低下
- ・ 誤嚥性肺炎予防の観点から、口腔に食渣が残ってくるようになったり、食べる時間が遅くなったりしてきたら
- ・ 食事摂取量が低下してきた場合
- ・ 体重減少が認められる場合”
- ・ 歯茎に赤みがある 歯肉の腫れ 動揺歯牙があり硬いものを好んで食べない
- ・ 非経口摂取

④疾患服薬(既往歴、ARONJ リスク、出血傾向等) 24 件

- ・ 認知機能が低下してセルフケアが不十分となったとき
- ・ BRONJ 発症
- ・ 認知症が重度で介護職員では口腔衛生管理ができない
- ・ 誤嚥性肺炎の既往がある。

- ・ 全身状態(活動状態・免疫低下等)の影響により、口腔健康管理の低下が感染源等になる場合
- ・ 誤嚥性肺炎を繰り返す
- ・ 全身状態が悪化傾向にある方
- ・ 片麻痺になった時点で衛生士に見せてほしい
- ・ 認知症の進行でセルフケアができなくなった際

⑤身体機能(うがい、低 ADL、要介護状態等) 21 件

- ・ 食形態の低下と嚥出力低下
- ・ 残存歯、粘膜に問題がある。嚥下機能の低下している。
- ・ 咀嚼困難
- ・ ADL 低下、具体的には障害高齢者の日常生活自立度における B2 および C
- ・ 常にむせる
- ・ 利用者自身で洗面台の前に立てない。
- ・ 嗽ができない(誤嚥する)
- ・ 活舌が悪い、口腔機能が低下している・低下の恐れのある方
- ・ ぶくぶくうがいができない
- ・ 舌等の機能低下がみられる。

⑥口腔衛生の既存基準(OHAT、OAG など) 7 件

- ・ OHAT5点以上
- ・ BDR が全介助の場合
- ・ P3 以上の歯周病で、歯肉が退縮し、歯間部が磨き残しになりやすい利用者(歯根面のプラークが除去できず、根面カリエスを進行させてしまう)
- ・ OHAT3点以上など基準を定めています。
- ・ BDR 指標で一項目でも全介助の判定”
- ・ PCR が50%以上
- ・ 舌苔の付着度が30%以上。OHAT の評価に、2 が 1 つ以上ある

⑦治療協力性(開口拒否、開口保持困難等) 25 件

- ・ 利用者との意思疎通が図れなくなった場合
- ・ 認知症で拒否のためにケアに時間を要する場合
- ・ 開口や保持が困難等
- ・ 利用者が介助を嫌がるようになった。
- ・ 口腔ケアの拒否 多数歯に及ぶ齲蝕の発生
- ・ 義歯の着脱を拒否する

- ・ う蝕の増加、義歯の装着を嫌がるようになった時
- ・ 口腔ケアに拒否反応がある
- ・ 拒否などで口腔ケア介入ができていない、ケアは行っているが綺麗にならない

⑧セルフケア(声掛けの必要性等) 30 件

- ・ セルフケア、アシストケアで口腔衛生状態が保てなくなった時
- ・ 歯ブラシをうまく扱えない。
- ・ 要介護者が、自身で十分な口腔清掃ができてなくなったら。
- ・ 自分または介護者の口腔ケアが不十分な時
- ・ セルフケアが出来ない状態。
- ・ 認知機能が低下してセルフケアが不十分となったとき
- ・ 可摘性義歯を自身で外せなくなったら、またはセルフケアができなくなったら。
- ・ 自主的に歯磨きしない
- ・ 利用者が自分で口腔の清潔を保てなくなったとき
- ・ 歯磨きの習慣を忘れる。食渣が多く残る

⑨入居者全員(を対象にすべき) 30 件

- ・ どのような状態でも、歯科衛生士による口腔衛生管理が必要と思う
- ・ 歯科疾患予防、継続した管理を含めて入所者全員に必要と判断しています。
- ・ 状態関係なく管理介入は全員と決めている
- ・ すべての症例
- ・ 介護保険施設に入所した時点
- ・ すでに介護認定されている状態で、口腔衛生管理が必要と判断します。
- ・ 必要な介入の頻度には個人差があると思われるが、歯科衛生士による口腔衛生管理が必要のない入所者はほとんどいないと考えます。
- ・ 入所した時点で、全例、口腔内の確認が必要。
- ・ どんな状態でも定期的に歯科介入することが望ましいと思います。その上で歯科専門職種が介入頻度を決めたらよいのではないのでしょうか。
- ・ 利用者どのような状態になったかではなく、全ての人がと思います。その中で頻度も変わるかと思います。食べることは、管理栄養士だけでなく歯科衛生士の介護保険施設の勤務が必要です。

⑩その他 11 件

- ・ 家族が口腔内に関心をもっていない。
- ・ 基本的には予防として対応してほしいので、口腔機能の低下、口腔への関心の低下がある患者

- ・ 訪問する主治医が口腔衛生管理が必要と判断した時。
- ・ 家族、ご本人の希望がある時 施設職員（看護師、ケアワーカー）が必要と感じ家族と本人の同意があるとき

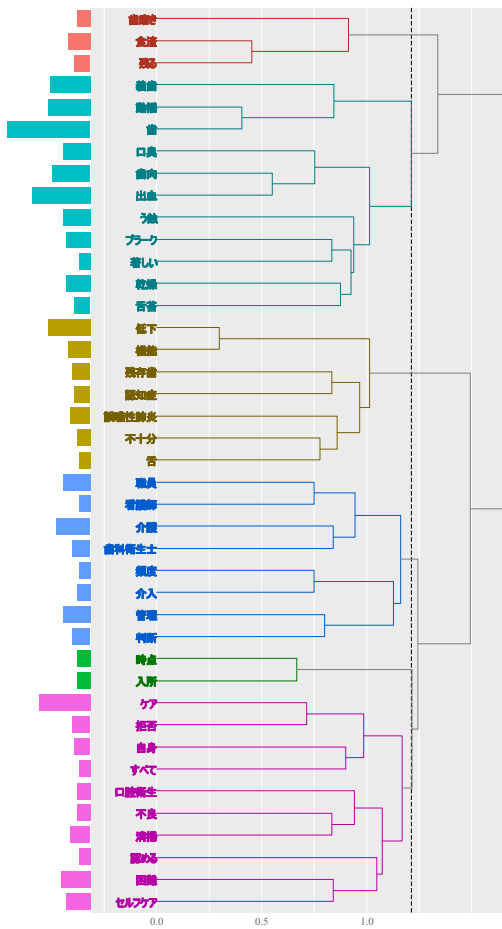
2) テキスト分析

(1) 総抽出語 2733 語

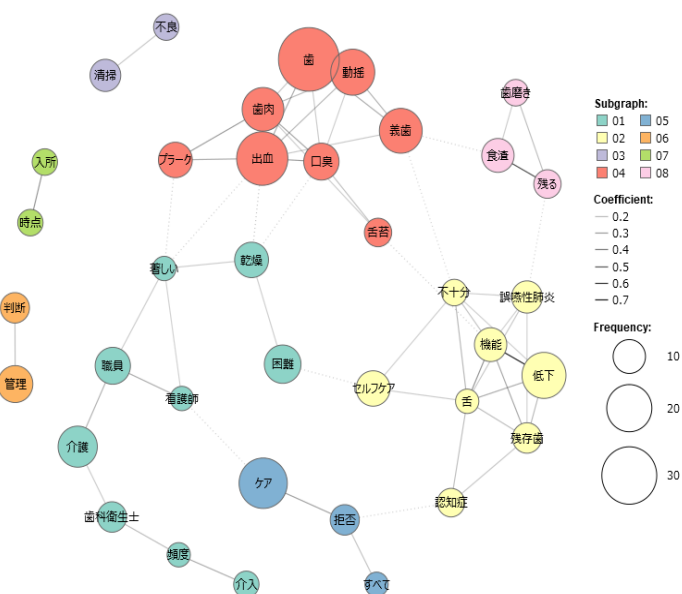
(2) 頻出語

抽出語	出現回数
歯	37
出血	26
ケア	23
低下	19
動揺	19
義歯	18
歯肉	17
介護	15
困難	13
う蝕	12
管理	12
口臭	12
職員	12
セルフケア	11
プラーク	11
乾燥	11
機能	10
食渣	10
誤嚥性肺炎	9
清掃	9

(3) クラスター分析



(4) 共起分析



結果:「菌の動揺、出血、義歯、舌苔」、「食渣、残る」、「誤嚥性肺炎、機能低下、認知症」、「セルフケア、不十分さ」、「ケア、拒否」、「入所時点、すべて」、「職員によるケア、難しい」などの語の関連が読み取れた。

考察: 歯科衛生士による口腔衛生管理が必要だと思う対象者の状態としては、菌の動揺、出血、義歯、舌苔の状態といった口腔内の状態や、食渣の状況、ケアの拒否、口腔衛生不良、セルフケアの不十分さといった口腔ケアに関する問題、誤嚥性肺炎や機能低下、認知症という対象者の状態、施設職員によるケア困難な場合が考えられる。一方、入所時点で全員を対象にすべきという考え方もあるといえる。

- ・口腔内の状態(菌の動揺や出血、義歯、舌苔、食渣の状態など)
- ・口腔ケアに関する問題(口腔ケア拒否、施設職員・自身では口腔ケアが不十分など)
- ・全身的問題(誤嚥性肺炎や機能低下および認知症など)
- ・入所時点で全員を対象にすべき

2-1. 介護保険施設の看護師や介護スタッフに対して、どのような口腔衛生管理ニーズ(看護師や介護スタッフが把握できる)を把握してほしいとお考えですか

1)集計

本設問での看護師や介護スタッフに対して求めるニーズは口腔衛生管理介入のきっかけとなりえるものであり、口腔衛生状態に関するニーズが最も多かった(132 件)。一方で入所者の機能低下に該当する食事摂取状況(30 件)や身体機能(27 件)といったニーズは比較的少なかった。

①口腔衛生状態(プラーク付着、口臭、乾燥、安定剤、義歯、インプラント等) 132 件

- ・ 口腔汚染の悪化や口腔ケア時間の延長
- ・ ハブラシの簡単な選び方、保湿ジェルの必要性、粘膜清掃・舌清掃の有無
- ・ 自己管理の方の義歯衛生状態、口腔内の痛み、セルフケア動作の状況・変化(低下)、口臭が強い、清掃時の歯肉出血、食後の残渣
- ・ 口臭が強い、流涎が多い
- ・ 口腔内の汚れのつきかたが変わった
- ・ ADL と口腔ケア自立度の違い
- ・ 吸引(口腔内・咽頭ともに)の頻度が高い。口腔内に出血がある。口腔乾燥が著しい。
- ・ 口唇の乾燥、ひび割れ、発赤
- ・ 義歯の清掃不良
- ・ 食事を食べる時の義歯の状態

②スタッフ能力(口腔ケア技術・判断能力・ケア環境整備等) 14 件

- ・ 口腔ケア物品の管理ができていない
- ・ 個々の患者に対してケアの方法が違うので対応がわからなければ聞いてほしい

- ・ 歯ブラシが適切に交換されているか、コップに水あかや、くろズミなど、口腔ケア用品の衛生管理が行き届いているか。
- ・ 食後の口腔ケアで食渣が残っていない口腔内状態。
- ・ 認知症等で拒否も有るかと思いますが、常に不潔かを見て欲しい。
- ・ 磨き残しがある
- ・ 清掃状態が良いか悪いかくらいは把握してほしい

③食事摂取状況(摂取量減少、経管栄養等) 30 件

- ・ 食べこぼし、むせ、食物残渣など
- ・ 食事時の様子(摂取可能食品、摂取時間、咀嚼時の様子、嚥下時の様子)
- ・ 食事のスピード遅延, 食事量低下
- ・ 好物を食べようとしない
- ・ 口臭がある 経口摂取ができない
- ・ 嚥下できず食渣がかなりある状態、いつまでも呑み込めない状態
- ・ 食品形態の変化
- ・ 食事を食べる時の義歯の状態
- ・ 食事時の咀嚼や食塊形成に関する問題の有無
- ・ 味覚障害

④疾患服薬(既往歴、ARONJ リスク、出血傾向等) 9 件

- ・ 繰り返し肺炎を起こす
- ・ 誤嚥性肺炎の既往の有無
- ・ 発熱頻度の増加
- ・ 認知症が進んだ。
- ・ 体調の変化

⑤身体機能(うがい、発音、低 ADL 等) 27 件

- ・ 食べこぼし 不明瞭な発音 食事時のむせ
- ・ 日頃の要介護者・介護者が ADL の変化等に気付いた時
- ・ 含嗽できない
- ・ ブクブクうがいが上手にできない
- ・ うがいができない・しない
- ・ 発語の明瞭さ 食べこぼし
- ・ 湿生嚙声がある
- ・ 口臭が強い、ぶくぶくうがいができない
- ・ 流涎 食渣がのこる

- ・ 声がか細い

⑥口腔衛生の既存基準(OHAT、OAG など) 9 件

- ・ OHAT の 2 と 3
- ・ OHAT などなんらかの口腔アセスメントを月 1 回など定期的実施する
- ・ OHAT の内容
- ・ OHAT などのスクリーニングツールの利用をお願いしたい
- ・ 口腔スクリーニングツールの項目事項くらいは把握してほしい。
- ・ OHAT を基準に口腔の違和感を見逃さない
- ・ OHAT の評価項目に準ずる
- ・ BDR 指標のうち、R がb以下になったとき
- ・ “口臭がある
- ・ 口唇の乾燥、ひび割れ、発赤
- ・ 義歯の清掃不良
- ・ アセスメントでの ohatj の活用”

⑦治療協力性(開口拒否、開口保持困難等) 14 件

- ・ 口の中が痛いと訴えがある、歯磨きを嫌がる
- ・ 口腔乾燥、セルフケアや介護ケア時に嫌がる・痛がる様子があるか、
- ・ 常時、開口している(口唇閉鎖機能の低下、不活発、シャキアードできない等)”
- ・ ブラッシングの拒否
- ・ 口腔ケア介助拒否
- ・ 虫歯が、ある。磨かせてくれない。乾燥が、強い。

⑧セルフケア(声掛けの必要性等) 23 件

- ・ セルフケアの程度を把握しとくべき
- ・ 自己にて歯磨きをしているか、どのように歯磨きをしているか(時間や清掃効果)
- ・ 患者さん自身で十分な口腔清掃ができない
- ・ セルフケアが困難
- ・ 口腔清掃の自発性有無、含嗽可能か
- ・ 口臭が強い 磨き残しがないかどうか
- ・ 歯磨きの自立度
- ・ 口腔衛生管理が自分でできるか
- ・ 口腔ケア習慣があるか？

⑨入居者全員(を対象にすべき) 2 件

- ・ 定期的な入所者の口腔内診査、新規入所時のアセスメント

⑩その他 2 件

- ・ ADL と口腔ケア自立度の違い

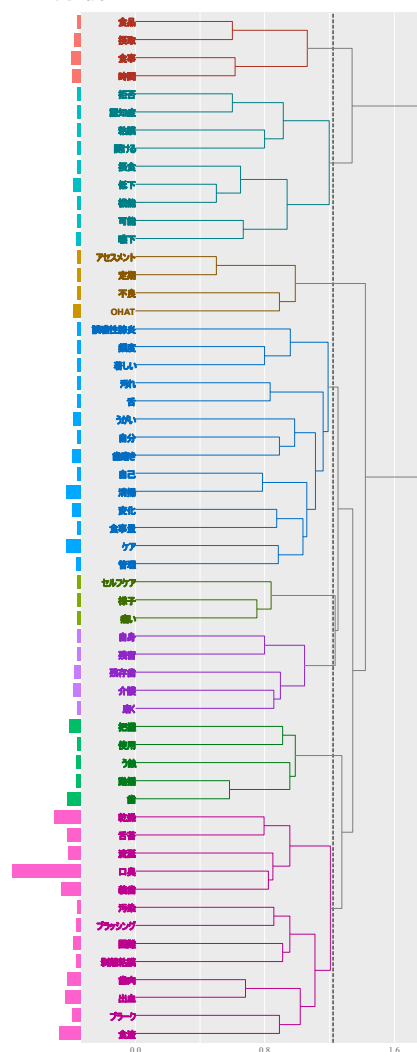
2) テキスト分析

(1) 総抽出語 2025 語

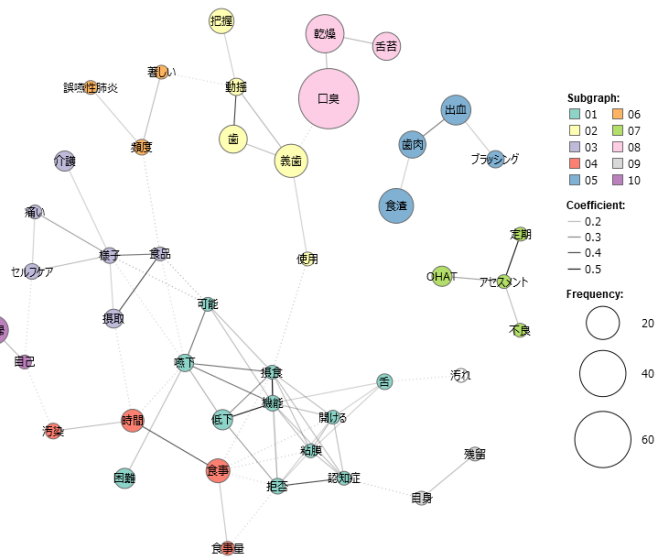
(2) 頻出語

抽出語	出現回数
口臭	69
乾燥	27
食渣	22
義歯	20
出血	16
ケア	15
清掃	15
歯	14
舌苔	14
歯肉	13
流涎	12
把握	11
食事	10
歯磨き	9
時間	9
プラーク	8
変化	8
OHAT	7
うがい	7
介護	7

(3) クラスター分析



(4) 共起分析



結果:「口臭、乾燥、舌苔、歯の動揺、義歯」、「誤嚥性肺炎、頻度、うがいの可否、認知症」、「セルフケアの様子」、「食事、時間、量」、「OHAT、アセスメント」などの語の関連が読み取れた。

考察:介護保険施設の看護師や介護職員に把握してほしい口腔衛生管理ニーズとしては、口臭、乾燥、舌苔、歯の動揺、義歯といった口腔内の状態や、セルフケアの状況、誤嚥性肺炎や機能低下、認知症といった対象者の状態、食事摂取状況が考えられる。中でも、口臭は最も把握しやすいと考えられている可能性が高い。また、これらのアセスメントを定期的に行うことが望まれていると言える。

- ・口腔内の状態(口臭、歯の動揺、義歯、乾燥、舌苔、OHAT など)
- ・口腔ケアの状況(セルフケアの状況、開口拒否、うがいの可否など)
- ・全身的問題(誤嚥性肺炎や機能低下、認知症など)
- ・食事の状態(食事にかかる時間や摂取量など) などの定期的なアセスメント

2-2. あなたは介護保険施設利用者の口腔衛生管理ニーズを把握する時に、どのような情報や所見を把握しますか

1) 集計

本設問でも把握すべき情報や所見として口腔衛生状態(91 件)は多かったものの、疾患服薬(89 件)や身体機能(93 件)、食事摂取状況(64 件)といった介護保健施設で歯科専門職に関与が求められるであろう項目の回答数もかなり多く見られた。

①口腔衛生状態(プラーク付着、口臭、乾燥、安定剤、義歯、インプラント等) 91 件

- ・ 義歯使用の有無と食形態
- ・ 食後の口腔内の食物残渣、意思疎通が図れるか ・残存歯数 ・指示がどの程度通るか
- ・ 痰が多い、粘稠痰、泡沫唾液の貯留、粘稠物の付着、剥離上皮の付着

- ・ 過去歯科通院状況、歯式、頬舌運動、セルフケア動作、義歯の着脱、粘膜炎、口腔乾燥、疼痛
- ・ プラークコントロールと歯肉の状態＋う蝕の有無
- ・ 知覚過敏の有無 開口度
- ・ 舌苔付着度
- ・ 唾液の質、量
- ・ 義歯安定剤の使用の有無
- ・ 舌のボリューム 舌の乾燥感 舌苔の付着部位 口蓋の高さ

②スタッフ能力(口腔ケア技術・判断能力・ケア環境整備等) 11 件

- ・ 本人、周囲の人がケアをできるか
- ・ 要介護者からの訴えへの対応は不可欠であるが、介護者の気づきを重視します。その為の情報提供を行っています
- ・ スタッフの介入内容
- ・ 口腔ケア用品の衛生状態(歯ブラシの交換ができているか等)
- ・ 職員による口腔清掃の頻度、タイミング
- ・ 職員の業務状況(忙しさ)
- ・ 日常的なブラッシング介入状況
- ・ スタッフの介助による口腔ケアを行っている様子を観察

③食事摂取状況(摂取量減少、経管栄養等) 64 件

- ・ 義歯使用の有無と食形態
- ・ 非経口摂取者
- ・ 食事摂取量の低下者
- ・ 摂食嚥下機能, 食形態
- ・ 食事時間の遅延
- ・ 摂食内容
- ・ 経口摂取の有無
- ・ 食事中のムセ、食事以外のムセ
- ・ 食事時間や本人の感覚
- ・ 自力摂取、姿勢の崩れ、ペースと時間

④疾患服薬(既往歴、ARONJ リスク、出血傾向等) 89 件

- ・ 肺炎や発熱状態
- ・ 全身状態、認知機能、セルフケア
- ・ 誤嚥性肺炎の既往

- ・ 看取り期
- ・ 認知症の度合い
- ・ 全身疾患、麻痺、肺炎既往、認知面、服薬情報
- ・ 発熱の有無、現病歴、併存疾患、薬剤
- ・ 脳血管障害の有無、認知機能の程度、肺炎の既往歴
- ・ 体調変化
- ・ 血液検査所見

⑤身体機能(うがい、低 ADL 等) 93 件

- ・ 患者自身の能力(認知機能の低下、四肢機能そのものの低下)
- ・ 舌・口唇・頬などの動き
- ・ 上肢機能
- ・ 含嗽の可否 構音、発語の状態
- ・ 一般的なものの他に手指の巧緻性
- ・ うがいの有無、
- ・ 喀出力の低下
- ・ 呼吸
- ・ 発声持続時間。
- ・ 日中の過ごし方(姿勢や活動量など) 握力
- ・ ADL、IADL

⑥口腔衛生の既存基準(OHAT、OAG など) 6 件

- ・ OHAT
- ・ 口腔スクリーニングツール、歯科衛生士(または他職種における)口腔情報
- ・ OHAT の各項目を
- ・ BDR 指標
- ・ 食事形態、BDR 指標、口腔衛生状態、発熱の有無、
- ・ OHAT

⑦治療協力性(開口拒否、開口保持困難等) 9 件

- ・ 介護スタッフに開口して口腔内を見せてくれない
- ・ 意思疎通が図れるか ・残存歯数 ・指示がどの程度通るか
- ・ 誤嚥性肺炎の既往、意思疎通の有無、義歯安定剤の使用の有無
- ・ 食事形態、義歯の使用の有無、意思の疎通が可能か
- ・ ブラッシングの拒否、肺炎発症の有無、認知症の程度、残存歯の状態
- ・ 食事時の様子、体重減少、口腔ケアへの協力性

- ・ 意思疎通が可能かどうか 普段むせがあるかどうか
- ・ 発熱の有無、認知症の程度(口腔ケア介入の拒否の有無)
- ・ 意思疎通が可能かどうか、ムセがあるかどうか、口臭の有無

⑧セルフケア(声掛けの必要性等) 21 件

- ・ セルフケアがどの程度できているか
- ・ ブラークコントロールと歯肉の状態とう蝕の有無
- ・ 自身で義歯着脱ができるか?
- ・ 介助磨きの有無
- ・ 口腔ケアは自分でしているか介助磨きか
- ・ 口腔清掃の自立度
- ・ 日常の口腔ケア方法の状況

⑨入居者全員(を対象にすべき) 3 件

- ・ 程度の差はあるが、介護保険を利用している時点で口腔衛生管理のニーズがある
- ・ 全ての入所者に必要です

⑩その他 7 件

- ・ 表情
- ・ 利用者個人からの情報

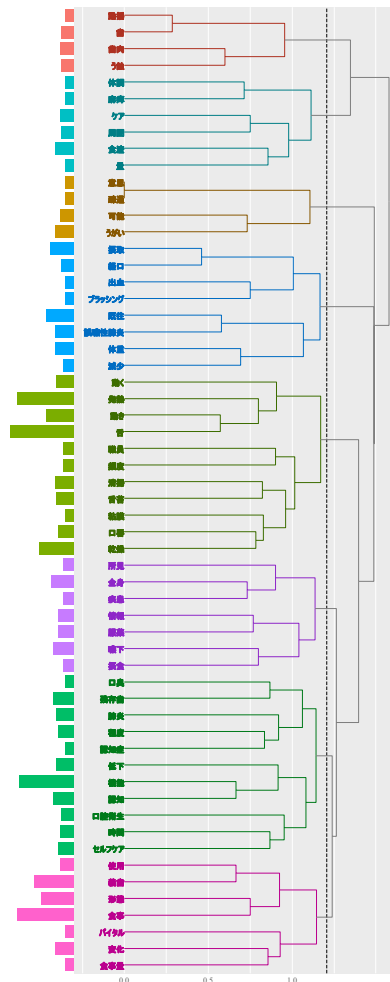
2) テキスト分析

(1) 総抽出語 2186 語

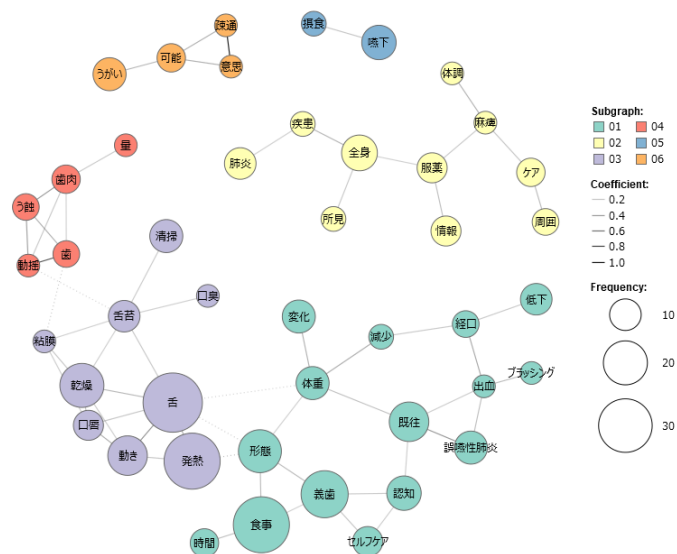
(2) 頻出語

抽出語	出現回数
舌	37
食事	33
発熱	33
機能	32
義歯	23
乾燥	20
既往	16
動き	16
摂取	14
全身	13
残存歯	12
認知	12
嚥下	12
うがい	11
誤嚥性肺炎	11
食渣	11
清掃	11
体重	11
変化	11
舌苔	10

(3) クラスター分析



(4) 共起分析



結果:「舌の動き、乾燥、舌苔、発熱」、「食事と義歯使用状況、体重変化、誤嚥性肺炎」、「歯の動揺、う蝕、歯肉」、「うがいの可否、意思疎通」、「服薬状況、全身疾患、麻痺、体調」などの関連が読み取れた。

考察:口腔衛生管理ニーズ把握時に自分が収集する情報としては、動きや乾燥、舌苔を含む舌の状態が最も重視されており、これは食事の形態や発熱と関連している。同時に食事の形態は義歯の使用状況、体重変化、誤嚥性肺炎の既往とも関連している。また、服薬状況、全身疾患、麻痺、体調という対象者の状態や、う蝕や歯周疾患といった歯科的疾患の状態も把握されている。

- ・口腔内の状態(舌の動きや乾燥および舌苔、義歯、歯、歯肉など)
- ・食事の状態(食事の形態、時間など)
- ・全身的問題(誤嚥性肺炎、全身疾患、服薬、体調、麻痺、認知症、うがいの可否など)

3-1. 介護保険施設の看護師や介護スタッフに対して、どのような口腔衛生管理の目標(看護師や介護スタッフの目標)を設定することが多い(設定してほしいとお考え)ですか

1)集計

本設問では口腔ケアの具体的な内容に関する目標設定が最も多く(157 件)、その内容は施設スタッフに明確に伝わるように口腔衛生管理の回数や方法を指定したものが多かった。またスタッフの口腔衛生管理の介護負担に対して配慮する回答も多く見られた。その他は口腔アセスメントやリハビリに関わるものがあつたがいずれも少数であつた。

①口腔ケア(頻度、物品整備、義歯管理等) 157 件

- ・ 口腔内の確認(項目チェック)をし、ケアを行う
- ・ 口腔関連のマイナートラブルが生じないこと
- ・ 出血や口臭の改善
- ・ 食事介助と同じスタンスで、食事後は口腔ケアを実施する
- ・ 口腔環境が不良で誤嚥リスクが高い場合は短時間でできるケアで可能な限り頻回の介入
- ・ 洗口液の使用による含嗽・拭き取り、義歯の管理
- ・ ケアの回数
- ・ セルフケアしている人でも1日に1回は必ず口腔内を観察する
- ・ 定期的な口腔アセスメントの実施と記録
- ・ 剥離上被膜の発生の有無の確認

②口腔アセスメント(OHATなどの既存基準等) 4 件

- ・ OHAT 点数改善
- ・ OHAT でできるだけ低い点数を目標にしてもらう。
- ・ 利用者に対して、医療者(看護師、介護スタッフ、歯科衛生士など)による口腔ケア介入の要

否についてアセスメントする

- ・ 1日1回の管理と、定期的なアセスメント

③リハビリ(口腔体操等) 5件

- ・ 口腔機能体操(筋、舌、唾液腺マッサージ)
- ・ 会話をする
- ・ 短い時間で良いので1日1回は口腔周囲の筋のストレッチを行う”
- ・ 認知機能改善の取り組みを行う。
- ・ 口腔体操の実施。
- ・ コミュニケーションの機会を増やす。

④その他 13件

- ・ 入居者ごとに個別の目標設定をしてもらいたい。
- ・ 個々の状況に応じて歯科医師または歯科衛生士が設定。
- ・ 入所者の方の、苦痛・不快を取り除くことを目標としています。具体的な方法については、各施設のスタッフ能力とマンパワーを見ながら指導しています。
- ・ おいしく安全にごはんが食べれる
- ・ 十分な栄養摂取が可能な状況を維持する

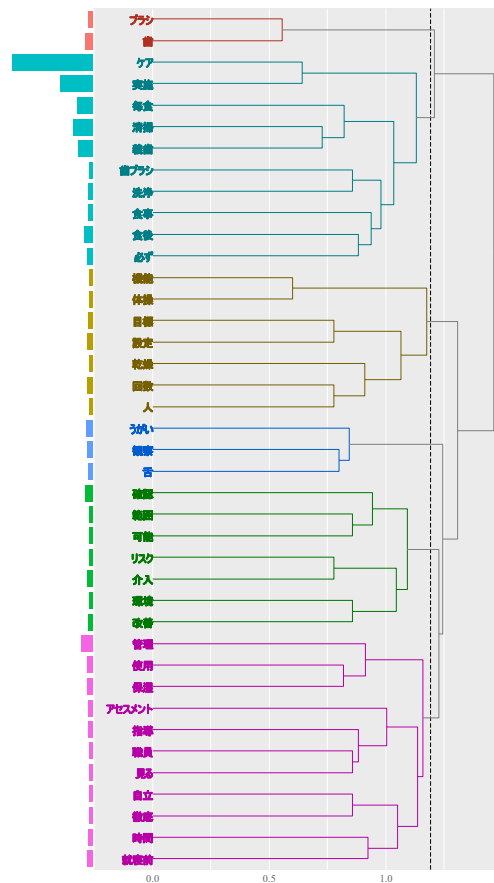
2) テキスト分析

(1)総抽出語 2625 語

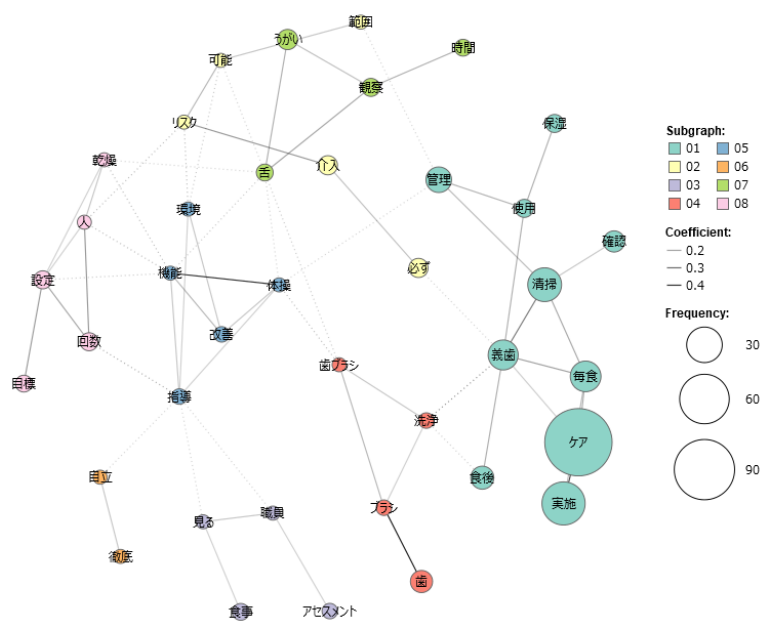
(2) 頻出語

(3) クラスター分析

抽出語	出現回数
ケア	113
実施	45
清掃	27
毎食	22
義歯	21
管理	15
食後	12
歯	11
確認	10
うがい	9
介入	8
就寝前	8
必ず	8
回数	7
観察	7
使用	7
設定	7
保湿	7
時間	6
食事	6



(4) 共起分析



結果:「毎食、ケア、実施、義歯清掃、義歯管理」、「体操、機能、改善」、「目標、設定、人」、「食事、見る」、「舌、うがい、観察」、「歯ブラシ、ブラシ、洗浄」などの関連が読み取れた。

考察:介護保険施設の看護師や介護職員に対して設定する口腔衛生管理の目標としては、毎食後のケアや義歯清掃および管理が最も多く挙げられていた。また、歯ブラシなどの口腔清掃用品の管理、機能改善のための体操、食事やうがいの観察の他、対象者によって目標を設定することにも期待されていた。

- ・口腔ケア(毎食後のケア、義歯清掃と管理、口腔清掃用品の管理など)
- ・口腔機能改善(体操、指導など)
- ・対象者の観察(うがい、舌の状態、食事の状態など)
- ・対象者ごとの目標設定をする

3-2. あなたは施設入所者の口腔衛生管理の目標として、どのような目標を設定することが多いですか(設定すると良いと思いますか)

1)集計

本設問での口腔衛生管理の目標として最も多かったのは食事関連のものであった(108件)。ついで多かったのは口腔ケアの実施内容で(102件)、歯科専門職単一でのアセスメントや介入方法の設定ではなく、施設スタッフとともに実際に達成すべきと考える内容が設定されていた。口腔ケアの実施内容の中では一日の実施回数を目標とさせる回答が最も多かった。口腔アセスメントを利用したものはなく、リハビリに関連するものは少数であった(12件)。

①口腔ケアの実施内容(頻度、物品整備、義歯管理等) 102件

- ・ 歯牙だけに注目せず、義歯や口腔粘膜の衛生管理をしっかり行って欲しい
- ・ 後方歯の口腔ケアを重要視する
- ・ 口腔ケア用品を整える(歯ブラシのみではなく、個別の口腔内に合わせた、歯間ブラシ、ワンタフトブラシ、義歯ブラシ)
- ・ 口腔ケア回数の設定
- ・ 利用者の状態に応じた口腔アセスメントと口腔ケアプラン作成
- ・ 毎食後口を開けてもらって見ながら口腔ケアをする”
- ・ 利用者に対して、医療者(看護師、介護スタッフ、歯科衛生士など)による口腔ケア介入の要否についてアセスメントする
- ・ 義歯の管理(洗浄剤の使用など)

②口腔アセスメント(OHATなどの既存基準等) 0件

なし

③リハビリ(口腔体操、咀嚼訓練等) 12 件

- ・ 義歯の装着。食前の口腔周囲筋の運動。
- ・ 使えるだけの筋力があるなら義歯を使用する
- ・ 歌が歌えるくらいの呼吸ができる
- ・ 会話が通じる程度の明瞭な発語
- ・ おいしく食事を「食べる口」が維持できる 楽しく「しゃべる口」が維持できる
- ・ 舌や口の動きの機能維持・改善。
- ・ 食前の口腔体操

④食事関連 108 件

- ・ 肺炎、発熱ならないで(元気でいるため)に安全に食事をとる
- ・ 食事摂取形態・量の向上
- ・ 低栄養予防
- ・ 必要栄養量を確保する。
- ・ 介助、自力関わらず、口腔内・義歯ともを清潔に保ち、美味しく食べられる。
- ・ 義歯を確実に利用して食事をとる
- ・ 食べたいものを、安全に食べられるようにしてあげる。
- ・ 咀嚼可能な口腔内の確立
- ・ 痛みなく食事が取れる。
- ・ 完食を目指す

⑤その他 12 件

- ・ 定期的な歯科専門職による個別対応
- ・ 個々の状況に応じて歯科医師または歯科衛生士が設定。
- ・ 不快のない状態
- ・ 安全に食事を取り、毎日美味しく食べ、自分らしく生きる。
- ・ 現状の継続および、機能向上が図れる部分の改善
- ・ 歯科と施設が協力し、個人それぞれに対して最善のゴールを設定し実現すること。

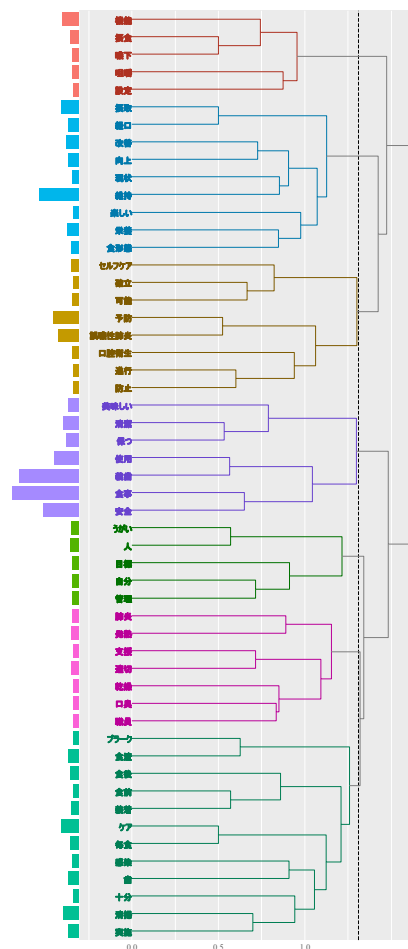
2) テキスト分析

(1) 総抽出語 2188 語

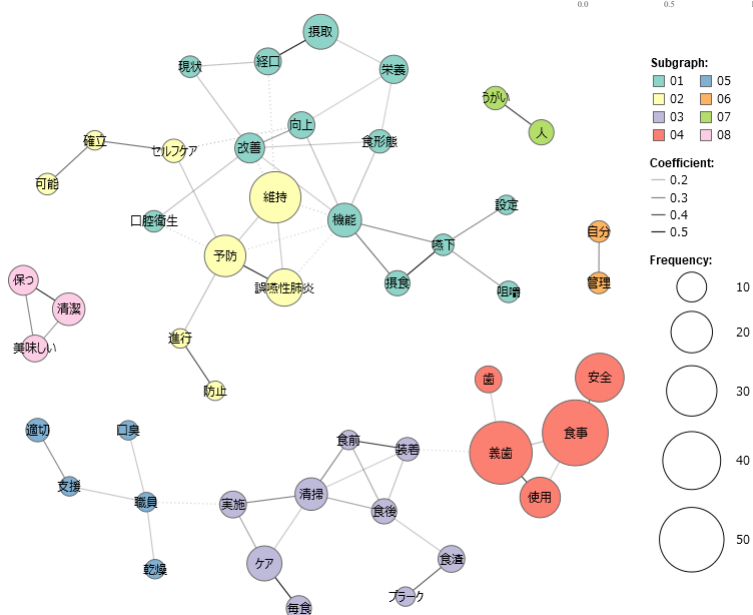
(2) 頻出語

抽出語	出現回数
食事	52
義歯	47
維持	31
安全	28
予防	20
使用	19
誤嚥性肺炎	16
ケア	14
摂取	14
機能	13
清潔	12
清掃	12
改善	10
保つ	10
栄養	9
経口	8
向上	8
歯	8

(3) クラスター分析



(4) 共起分析



結果:「義歯、食事、安全」、「毎食、ケア、清掃」、「誤嚥性肺炎、予防」、「摂食嚥下、機能、食形態、改善」、「セルフケア、確立」などの語の関連が読み取れた。

考察:施設の対象者に対する口腔衛生管理の目標としては、義歯を用いて食事を安全に摂取できるようにすることが最大の目標であり、その他、毎食後口腔ケアを行うこと、誤嚥性肺炎を予防すること、食形態や摂食機能を維持向上すること、セルフケアを確立することなどが設定されていると言える。

- ・安全な食事摂取(義歯の使用を含む)
- ・摂食嚥下機能の改善(誤嚥性肺炎の予防、経口摂取、食形態の改善など)
- ・毎食後の口腔ケア(セルフケアの確立、職員による適切な支援などを含む)

4-1. 看護師・介護スタッフに対してどのような義歯使用に関する支援方法を提案しますか。

1)集計

本設問での支援方法は義歯の保管方法(141件)が最も多く、次いで着脱方法(35件)、使用状況の評価(31件)となっていた。基本的な義歯の使用方法についての支援だけではなく、要介護状態や認知機能低下した状態への対応についても回答されていた。

①着脱方法 35 件

- ・ 義歯の着脱可能か確認
- ・ 基本的には日中は使用し、夜間は外すこと
- ・ 必要に応じて義歯預かり(紛失、誤嚥、誤飲の予防)
- ・ 義歯使用での咀嚼機能の向上と有効性・摂食嚥下機能の改善・向上
- ・ 不使用に関してデメリット
- ・ 義歯の正しい着脱
- ・ 上から入れた方が良いか、下からか入れ方を個人別にレクチャーする
- ・ 自分で義歯を外せない人は、スタッフ側で食事時のみ義歯使用を管理する”
- ・ 義歯使用のタイミング(食事以外は外すなど)

②保管方法 141 件

- ・ 義歯洗浄剤の使用が毎日できる支援
- ・ 義歯洗浄に努める
- ・ 食後は必ず、義歯を外し、義歯と、要介護者自身の口腔内をきれいにする。
- ・ 基本的には日中は使用し、夜間は外すこと。食後は必ず清掃を行うこと。
- ・ 自立の方も1日に1回は、介護職員が義歯の洗浄をする
- ・ 義歯の洗浄剤の使用、義歯ブラシの使用
- ・ 機械的清掃と化学的清掃を併用する

- ・ 義歯の構造・清掃・義歯着脱方法の説明や実習（模型）
- ・ 義歯の管理（紛失対策など）

③使用状況の評価 31 件

- ・ 口腔内を装着しているか、落下などはないか
- ・ 基本的には日中は使用し、夜間は外すこと
- ・ 摂食時の義歯の使用状況をできるだけ正確に把握し歯科専門職と連携する
- ・ 義歯の衛生管理と状態確認
- ・ 紛失リスクがあり食後預かりとなっている利用者が食事時に義歯を装着しているか確認
- ・ 毎食前の義歯装着確認
- ・ 誤飲・窒息のリスクを考えて管理下に基づいて管理を行う
- ・ 要介助になっても、義歯使用の必要性和安全な取扱いについて。
- ・ 認知症の方の義歯管理方法

④義歯の適合確認 24 件

- ・ 落下などはないか
- ・ 義歯安定性
- ・ 洗浄時に破損等ないか確認
- ・ 割れや欠けの確認
- ・ 適合状態の是正、リベース。
- ・ 義歯の洗浄と破折等の異常がないかの確認
- ・ 義歯卒業時期の目安の共有
- ・ 安定は良いか確認する
- ・ 食事の邪魔になっていないか見ておく”
- ・ 義歯の不適合、破損部の把握法

⑤口腔内の確認 13 件

- ・ 食べたらず口から外して、ケアをする。その際、食物残渣の確認をさせる。
- ・ 食後は義歯を外して、口腔内と義歯の清掃を行う
- ・ 義歯脱着時口腔粘膜に Dull がないか。”
- ・ 残存歯のチェック
- ・ 義歯の清掃はもちろん、口腔内も磨く
- ・ クラスプがどの歯にかかっているか 知っておく
- ・ 毎食後の口腔清掃と義歯の清掃、またその際に義歯や口腔内の状況を確認する。

⑥その他 18 件

- ・ 義歯の清掃を前提として、義歯に名前を入れることを歯科に依頼する。
- ・ 個別の管理と清掃管理
- ・ わからなかったり困ればとにかく歯科に繋ぐように
- ・ 施設入居者の全身状態、精神状態に合った義歯使用の仕方について提案していく

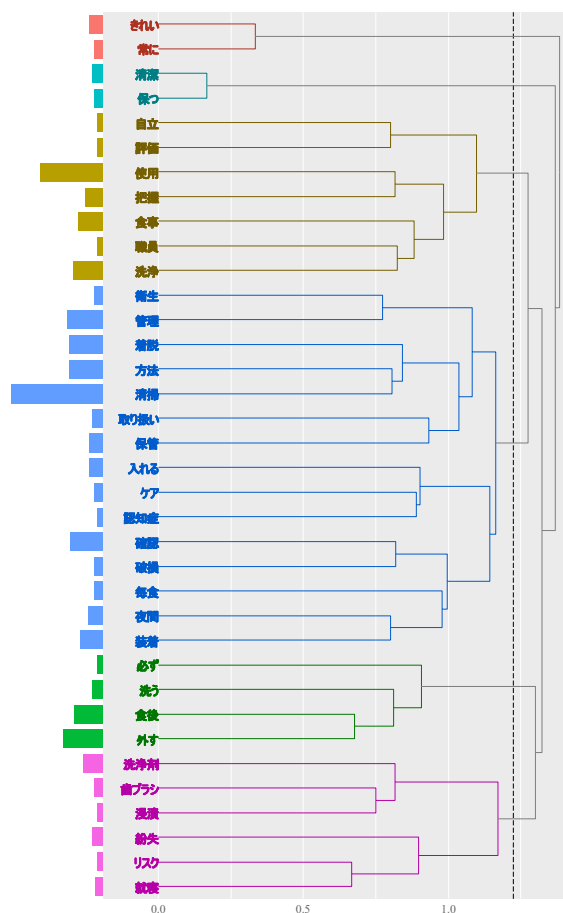
2) テキスト分析

(1) 総抽出語 2254 語

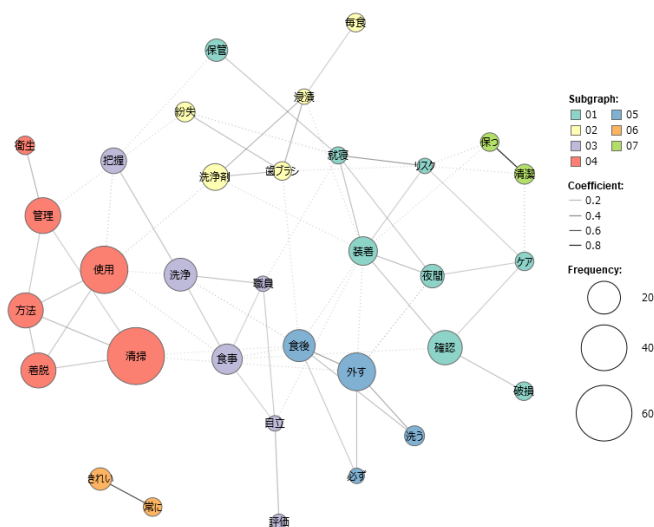
(2) 頻出語

(3) クラスター分析

抽出語	出現回数
清掃	66
使用	43
外す	27
管理	24
着脱	23
方法	23
確認	22
洗浄	20
食事	17
食後	16
装着	15
洗浄剤	13
把握	12
夜間	10
きれい	9
入れる	9
保管	9
取り扱い	7
清潔	7
紛失	7



(4) 共起分析



結果:「清掃、使用、着脱、管理」、「食後、外す」、「破損、確認、夜間、装着、就寝、洗浄剤、浸漬、紛失」、「きれいに、常に」などの語の関連が読み取れた。

考察:看護師・介護職員に対する、義歯使用に関する支援方法としては、義歯の清掃や着脱方法の指導、食後は外すことや夜間に洗浄剤に浸漬すること、紛失しないように管理すること、破損していないか確認することなどがあると考えられる。

- ・義歯の清掃方法(食後は外して洗う、洗浄剤を使用するなど)
- ・義歯の管理方法(紛失しないようにするなど)
- ・義歯の使用方法(着脱方法の指導、破損の有無の確認など)

4-2. 歯科医師・歯科衛生士が行う義歯使用に関する支援方法にはどのようなものがありますか、具体的に教えてください

1) 集計

本設問では義歯支援方法として最も多かったのは着脱方法指導(91 件)であった。次いで保管方法指導(67 件)、義歯の適合確認指導(45 件)であった。日常行われる具体的な義歯の使用方法・管理方法の指導以外にも、研修会・勉強会の開催を企画するといった支援もみられた。

①着脱方法指導 91 件

- ・ 義歯の着脱の説明
- ・ 入所者ごとに義歯の着脱及び清掃の実習を行う。
- ・ 義歯の脱着が困難な方は、歯科衛生士が指導する。
- ・ 義歯装着法(義歯装着時に拒否のある方)
- ・ 基本的な義歯の着脱を指導。資料を提供

- ・ 新規作成時は、個別に説明
- ・ 利用者の ADL 次第では義歯着脱練習。
- ・ 義歯の着脱の実習、口角の保護の指導
- ・ 義歯の着脱・清掃の実践を行う
- ・ 個別に義歯着脱のポイント指導と食後 義歯を外した際の食渣の残存状態や噛んでる際の浮きがないかの観察。”

②保管方法指導 67 件

- ・ 義歯の機械的清掃方法ならびに義歯洗浄剤使用方法の確認と指導
- ・ 定期的な調整と洗浄を行うこと。洗浄方法の統一に向けた指導や物品の整理
- ・ 義歯清掃法(歯磨剤を使わない事)
- ・ 適切な義歯安定剤の種類や使用方法を指導する
- ・ 義歯の清掃法、支台歯の清掃法について練習する。
- ・ 入居者自身に義歯の取り扱いの仕方や管理の仕方を説明し、看護師、介護士にも同じ説明を行い困難な場合に介助を行っていただく。
- ・ 義歯の清掃方法に関するレクチャー
- ・ 片麻痺等であれば、セルフケアできる物品の提供または、セルフケアが限界で介助に移行するか線引きのアドバイス
- ・ ADL に応じた義歯管理、清掃介入の指導
- ・ 義歯の取り外し方法及び、清掃方法の個別対応と対策を話し合う

③使用状況評価指導 17 件

- ・ 食事中の観察、清掃状況や使用状況からの指導・説明
- ・ 食事摂取状況との義歯使用状況の整合性確認
- ・ 職員に義歯の着脱方法を指導・義歯の必要性を都度指導・義歯を一時中止した人の再開のタイミングを見極める
- ・ 義歯に慣れていない利用者に対して装着時間を設定して慣れてもらう
- ・ 義歯の状態確認、使用状況の把握
- ・ 義歯の使用時間
- ・ 使用中の義歯がどの程度機能しているのかを把握し、それぞれを改善するとどうなるかを説明する
- ・ (本人・スタッフからの訴えが無くても)定期的な食事時の義歯使用状況および義歯本体の評価、義歯の持つ機能や効果を理解してもらうための説明会、義歯の清掃・管理方法を理解してもらうための説明会
- ・ 義歯の装着時間に対する指導。

④義歯の適合確認指導 45 件

- ・ 義歯の安定性・疼痛の有無
- ・ 歯科の介入が必要な義歯の状態を説明する
- ・ 義歯使用が可か不可かの判断
- ・ 入所者ごとに義歯の着脱の実習を行う、歯科医師の診察が必要な義歯の状態を説明する
- ・ 入所者さんと介助者に個々の義歯の状態を把握してもらう、不具合あれば連絡し歯科医師が診察できる体制づくり。
- ・ 破損や不適合のポイントについて説明する
- ・ 義歯の動揺のチェック方法に関するレクチャー
- ・ 睡眠時など食事以外での装着の適否について診断する
- ・ 使用中の義歯がどの程度機能しているのかを把握し、それぞれを改善するとどうなるかを説明する
- ・ 義歯の取り扱い。義歯使用時の疼痛の有無。傷が無いかの確認。義歯破損の有無。

⑤口腔内確認方法指導 16 件

- ・ 欠損状態
- ・ 義歯着脱時の義歯および残存歯の異常（維持力の低下や維持歯の動揺。
- ・ 義歯を外した際の粘膜面の状況の確認。
- ・ 義歯だけでなく残存歯についても清掃の習慣をつける
- ・ 義歯の状態の確認と粘膜、残存歯、舌の確認

⑥食事関連指導 16 件

- ・ 食事中の観察、清掃状況や使用状況からの指導・説明
- ・ 食事摂取状況との義歯使用状況の整合性確認
- ・ 義歯使用時の食事摂取方法について指導
- ・ 咀嚼だけではなく、嚥下の補助にもなっていることなどを説明
- ・ 義歯の状態に合わせた摂食指導
- ・ 義歯使用での咀嚼機能の向上と有効性・摂食嚥下機能の改善・向上
- ・ 義歯を使用して、食事が、とれているか
- ・ 義歯を使用している食事場면을観察する

⑦その他 12 件

なし

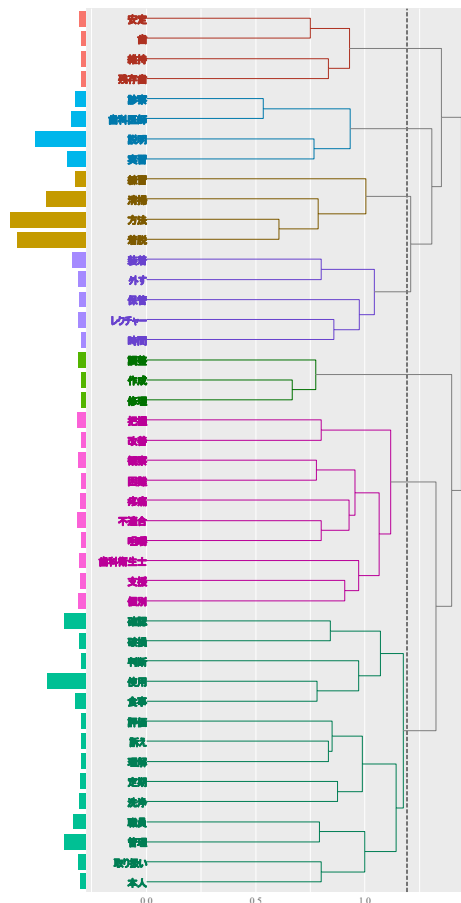
2)テキスト分析

(1)総抽出語 2422 語

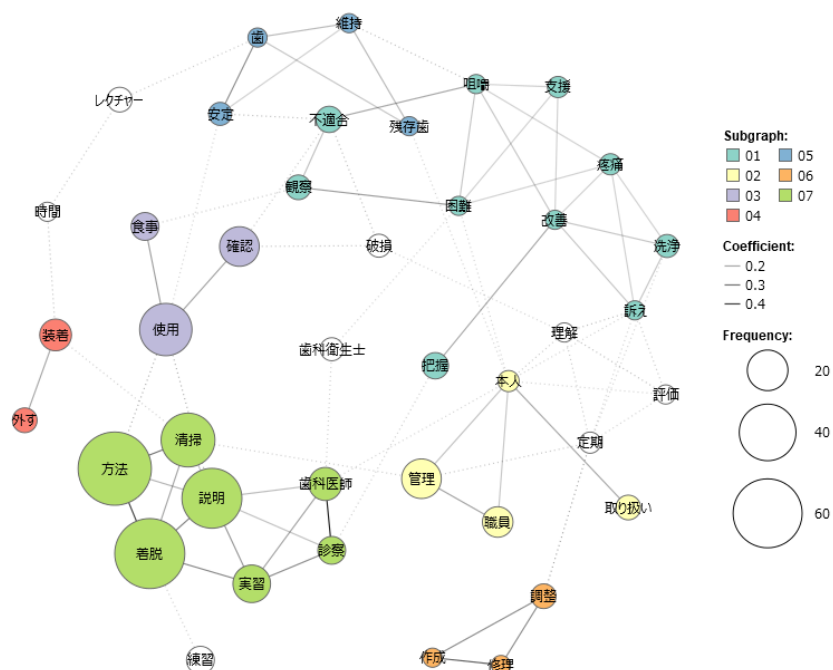
(2)頻出語

抽出語	出現回数
方法	68
着脱	62
説明	45
指導	43
清掃	36
使用	34
確認	19
管理	19
実習	17
歯科医師	13
装着	12
職員	11
食事	9
診察	9
練習	9
機能	8
把握	8
不適合	8
レクチャー	7
個別	7

(3)クラスター分析



(4)共起分析



結果:「清掃、着脱、方法、説明、実習」、「不適合、疼痛、咀嚼、改善、残存歯、維持」、「食事、使用、確認」「調整、修理、作成」などの語の関連が読み取れた。

考察: 歯科医師・歯科衛生士が行う義歯使用に関する支援方法としては、義歯の清掃や着脱方法の指導や実習、義歯の調整や修理、新製などの義歯治療や残存歯を守るための歯科治療、食事時の義歯使用に関する確認などがあると考えられる。また、実習や研修といった職員への指導と、患者本人に対する個別の指導が存在するといえる。

- ・義歯の清掃方法指導
- ・義歯の着脱方法や管理、使用方法指導(食事時の使用確認を含む)
- ・歯科治療の提供(義歯治療および残存歯を守るための歯科治療など)

5-1. 看護師や介護スタッフが観察、判断できる義歯使用の適否の基準や歯科専門職に相談する基準についてどのような基準が考えられる(良い)か教えてください

1)集計

本設問では義歯使用の適否の基準として、使用状況を基準とするものが最も多く(96 件)、次いで義歯の適合(76 件)、食事摂取状況(61 件)であった。いずれの回答も実際に患者に義歯を使ってもらい、観察して得られた所見がもととなっている。

①使用状況(不使用、すぐはずす、着脱、認知面等) 96 件

- ・ 外している、義歯はあるが未使用、うがいが出来ない、
- ・ 義歯をすぐ外してしまう
- ・ はめにくい
- ・ 食事中に義歯を外す
- ・ 義歯の装着を嫌がりはめられない
- ・ 義歯の使用状況
- ・ 義歯を異物として外してしまう状態。認知症の症状が進み
- ・ 義歯があるのに使用をしようとなしない
- ・ 義歯の着脱・取り扱いが本人ではできない
- ・ 義歯の装着拒否、義歯を外す・隠す・捨てようとする

②義歯の適合(落ちてくる、動く、浮き上がる、破損等) 76 件

- ・ 入れ歯が外れやすい
- ・ 吸着が得られない
- ・ 大量の義歯安定剤の使用が必要
- ・ 義歯の容易な脱落
- ・ 義歯が合わない(はずす、はずれる、かめない、こわれている)

- ・ 咬合時に落下する、ズれる
- ・ 義歯を入れると口があかない
- ・ 義歯が外れてくる
- ・ 義歯をすぐ外してしまう”
- ・ 口を開けると義歯が外れる、義歯がズれる。
- ・ クラスプが鉤歯にきちんと嵌っていない(含 歯冠破折)、義歯が動く、外れる

③食事摂取状況(咀嚼、食事時間の延長等) 61 件

- ・ 義歯が外れやすく、適切に食事ができていない
- ・ 会話時や食事時に脱落してしまう。
- ・ 食事量の変化・食べ方の変化
- ・ 摂食時の義歯の使用状況
- ・ 食事に時間がかかる
- ・ 食事中に外す
- ・ 喫食量の減少、食べにくそう
- ・ 義歯を入れて食べると時間がかかる、外れる、痛がるなど
- ・ 義歯を使用しておらず、食事が安定に摂取できない。
- ・ 食事中でも義歯を外してしまう

④口腔周囲の動作(開閉口運動、会話、原始反射等) 38 件

- ・ うがいが出来ない、
- ・ 話しているときに義歯が動いてしまう
- ・ 義歯を入れると口を開けてくれない
- ・ 口を開けると義歯が外れてしまう。会話時や食事時に脱落してしまう。
- ・ 会話時に外れる、浮き上がる場合。
- ・ 原始反射の出現”
- ・ 話し方がおかしい
- ・ 開口時に義歯が容易に外れる場合”
- ・ 義歯使用が痛そうである。義歯をすぐ外してしまう。口を開けると義歯が外れてしまう。
- ・ 義歯が会話の状態でもはずれてしまう、義歯を口腔内で舌を使って遊んでしまう

⑤口腔内の状態(粘膜、残存歯等) 10 件

- ・ 口の中に血がにじんでいる。
- ・ 口腔ケア時に、粘膜観察で傷や口内炎がないかみるようにしてもらう。ペンライトを使う。”
- ・ 残存歯の動揺や汚れ
- ・ 口腔ケア時に、義歯の適合面となる顎堤の炎症、潰瘍を認める。”

- ・ 義歯の適合と褥瘡
- ・ 頬粘膜を噛んでしまい血豆が頻回に出来ている”
- ・ 口の中に傷がある。
- ・ 残っている歯が少なくなってきた

⑥その他 17 件

- ・ 義歯をお持ちの場合、使用の有無にかかわらず、一度は歯科に診てもら
- ・ 基本的には全例チェックが必要と思うが、会話時に外れる、浮き上がる場合。
- ・ 入所した時
- ・ 些細な変化
- ・ 看護・介護者には、出来るだけ食事時も含めて日常生活を観察する中で、義歯についての課題に気を付けていただく。
- ・ 義歯に関する異常を少しでも感じたら

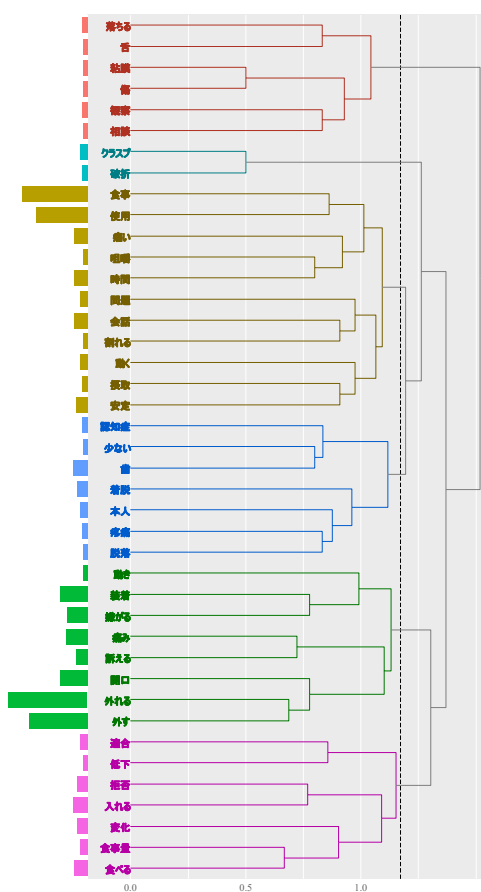
2)テキスト分析

(1)総抽出語 2291 語

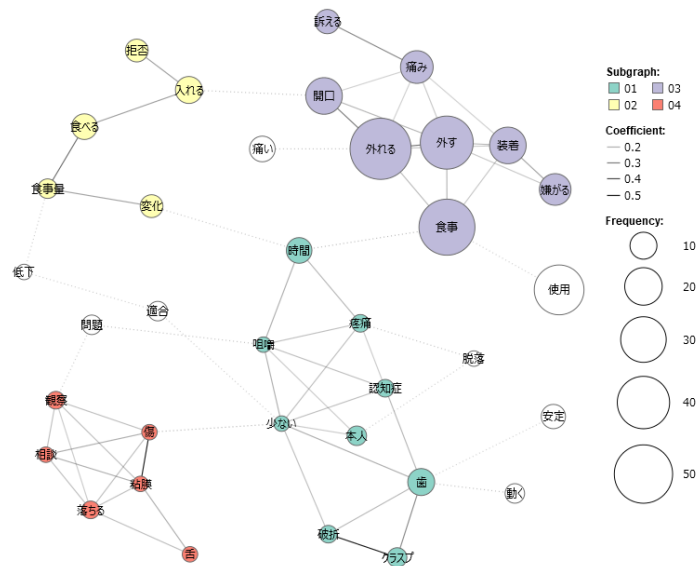
(2)頻出語

抽出語	出現回数
食事	52
維持	31
安全	28
予防	20
使用	19
誤嚥性肺炎	16
ケア	14
摂取	14
機能	13
清潔	12
清掃	12
改善	10
保つ	10
栄養	9
経口	8
向上	8
歯	8
実施	8
食渣	8
美味しい	8

(3)クラスター分析



(4) 共起分析



結果:「開口、外れる、食事、外す」、「入れる、拒否、食事量、変化」、「本人、疼痛、認知症、歯が少い」、「適合、クラスプ、破折、動く」、「痛み、訴え」などの語の関連が読み取れた。

考察:看護師や介護職員が観察、判断できる義歯使用の適否の基準や歯科専門職に相談する基準としては、義歯を食事中に外したり、装着を嫌がるという対象者の行動、義歯が開口時に外れたり、動いたりするといった義歯使用時に観察される問題、義歯の破損、食事量の変化などがあると考えられる。

- ・義歯使用時の義歯の観察(開口時に外れる、安定しないなど)
- ・義歯の観察(クラスプの破損など)
- ・対象者の行動(食事中に外す、装着を嫌がる、痛みを訴えるなど)
- ・食事の変化(量、時間など)

5-2. 歯科医師・歯科衛生士による義歯の使用の適否を判断する基準について教えてください

1) 集計

本設問では食事摂取状況が義歯の使用の適否を判断する最も多い基準となっていた(84 件)。老人保健施設においては患者の予後につながる食事摂取状況が重要であり、その結果、歯科が影響を最も考慮すべき点だったからと思われる。次いで基準となっているものは使用状況(60 件)や口腔内の状態(48 件)であった。

①使用状況(不使用、すぐはずす、着脱、認知面等) 60

- ・ 認知機能が低下して、義歯装着に拒否が出た場合

- ・ 着脱の拒否
- ・ 義歯を異物として判断された場合
- ・ 認知機能により義歯が必要かどうか
- ・ 調整等を行っても使用が困難
- ・ 認知症の進行状況
- ・ 義歯を異物として外してしまう状態
- ・ 認知症の症状が進み、少数歯の義歯で誤飲の恐れがある場合。
- ・ これまでの使用歴の確認。義歯を認識し自己での着脱が可能か。
- ・ 二次固定効果の有無

②義歯の適合(落ちてくる、動く、浮き上がる、会話の阻害、破損等) 26 件

- ・ 義歯が合わない(外す、はずれる、かめない、こわれている)
- ・ 義歯を飲み込んでしまうリスクの有無、認知機能
- ・ 咬傷がある。義歯が安定しない
- ・ 義歯の鉤歯が脱落している、動揺が強い
- ・ 義歯安定剤の使用量
- ・ 義歯の安定性、Dulの有無、
- ・ 義歯の適合と咬合や残存歯の状態により、修理や調整をして使用可能かどうかを判断する。合っても口腔機能次第では邪魔になることもあり、その時は使用を諦める
- ・ 残存歯による咬傷、咬合力の極端な低下、認知機能の低下などにより誤飲をする可能性のある形態の義歯

③食事摂取状況(咀嚼、食事時間の延長等) 84 件

- ・ 食事で義歯が使えない(外す)、食事に時間がかかる
- ・ 外部評価にて合目的な咀嚼運動がみられない場合
- ・ 単純に咀嚼ができず、丸飲みになっていたり、食事時間が延長している場合。
- ・ 義歯の有無による食事摂取の状況(咀嚼、押しつぶし、送り込み、食事時間)の比較
- ・ 食事に悪影響が出ている
- ・ 義歯があると食事が口の中に入れられない、義歯を入れないと食形態を下げなければいけない
- ・ 義歯未装着の方が嚥下状態が良い
- ・ 義歯が食事を困難にしている。
- ・ 食事量の低下に関連している時
- ・ 義歯を装着した場合としない場合の食事の時間やむせの頻度など。

④口腔周囲の動作(開閉口運動、原始反射等) 17 件

- ・ コミュニケーションがとれるか
- ・ 外部評価にて合目的な咀嚼運動がみられない場合。
- ・ 開口不全。吸啜反射が出現し開口も不十分な時。
- ・ 会話、食事、表情、口腔粘膜、口腔周囲筋など口腔機能全体への装着効果
- ・ 義歯を装着しないと、口唇がしっかり閉じない
- ・ 舌の動きが保たれている
- ・ ブクブクうがいができない。
- ・ 義歯が食事や会話を困難にしている、義歯を装着しないと咬傷ができてしまう
- ・ 口腔内の不随意運動が著明、意思疎通困難な上に、うがいした水を吐き出すことができない、
- ・ 認知症が進行し義歯を認識しなくなった。原始反射の出現

⑤口腔内の状態(粘膜、残存歯等) 48 件

- ・ 咬傷が治らない
- ・ 義歯による潰瘍がある
- ・ 義歯の脱着により、口唇や粘膜に傷をつける
- ・ 義歯を装着しないと残存歯で咬傷が生じてしまう。
- ・ 粘膜損傷
- ・ クラスプが口唇を傷つける
- ・ 義歯の鉤歯が脱落している、動揺が強い
- ・ 義歯安定剤の使用量
- ・ 義歯をしないと残存しが口蓋に突き刺さる 上顎義歯を使用しないと舌が口蓋に接触せず送り込みができない

⑥その他 7 件

- ・ 本人の意思

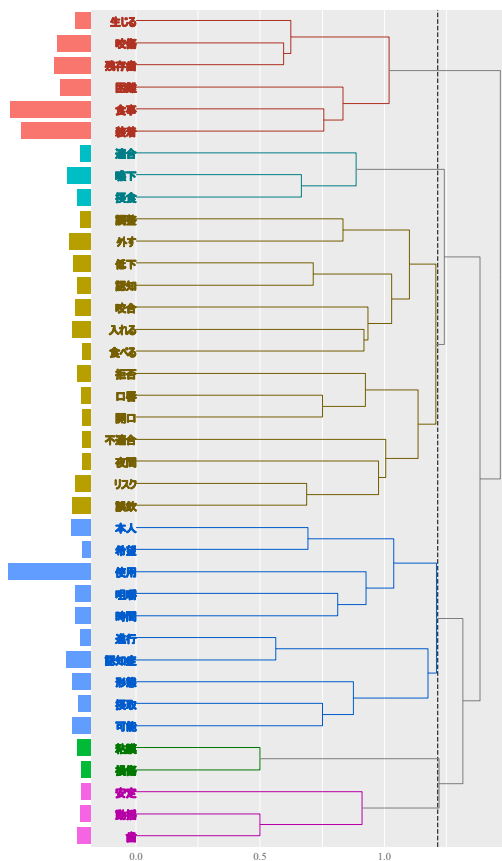
2) テキスト分析

(1) 総抽出語 2828 語

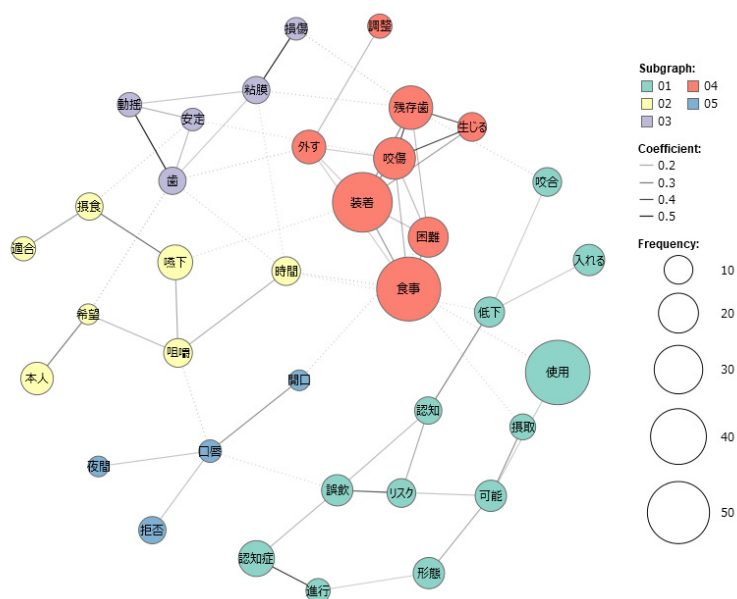
(2) 頻出語

抽出語	出現回数
使用	54
食事	53
装着	46
残存菌	24
咬傷	22
困難	20
認知症	16
嚙下	15
外す	14
本人	13
可能	12
誤飲	12
入れる	12
低下	11
リスク	10
時間	10
生じる	10
咀嚼	10
咬合	10
拒否	9

(3) クラスター分析



(4) 共起分析



結果:「食事、困難、装着、咬傷、残存歯」、「認知症、進行、誤飲、リスク」、「本人、希望」、「咀嚼、嚥下、時間」、「歯、安定、動揺、粘膜、損傷」などの語の関連が読み取れた。

考察: 歯科医師・歯科衛生士による義歯の使用の適否を判断する基準としては、義歯を装着することで食事が困難になったり、時間がかかってしまったりする状態、認知機能の低下により義歯を誤飲するリスクがある場合、残存歯による咬傷の予防や動揺歯の安定を図る必要性の有無などがあると考えられる。

- ・食事摂取の状況(義歯装着によって食事が困難になっていないかなど)
- ・義歯誤飲のリスクの有無
- ・口腔内の状態(残存歯による咬傷予防、動揺歯の固定目的の有無など)
- ・本人の希望

6-1. 看護師・介護スタッフが行う食形態の維持・改善の取り組みについて教えてください(どのような取り組みが考えられるか)

1)集計

本設問では食品提供への取り組みに関する意見が最も多かった(92 件)。ついでリハビリに関する取り組みについてのアイデアが多く見られた(45 件)。老人保健施設において食事は一つの重要な事項であり、食品提供は日常から行いやすい取り組みの一つで、介入の糸口になっていると思われる。

①摂食嚥下機能評価(嚥下スクリーニングテスト、VE、服薬調整等) 18 件

- ・ 歯科専門職による摂食機能評価の実施後の適切な管理
- ・ 摂食嚥下や口腔機能の変化を観察し他職種との連携し取り組み内容検討する
- ・ 嚥下機能の確認、食のニーズ確認、口腔ケア
- ・ おやつなどで、少し硬いものを食べてもらう
- ・ 摂食嚥下リハビリテーションについて学ぶ
- ・ 口腔体操、早食いや食事時の姿勢など声かけで改善できる環境調整
- ・ 本人の機能低下部分の状態に応じた摂食嚥下訓練
- ・ 認知機能改善の取り組みを行う。
- ・ 口腔体操の実施。
- ・ コミュニケーションの機会を増やす。

②口腔機能評価(口腔機能低下症等) 20 件

- ・ 口腔機能の向上(舌の運動など)
- ・ 食形態を落とさないように口腔内を管理する
- ・ 口腔内環境の維持、継続した義歯の使用、良く咬んで食べる様声かけ、義歯の異常の発見
- ・ おやつや食事でお試し食を提供

- ・ 食前の口腔体操への参加促し
- ・ 義歯の正しい装着
- ・ 口の動きを観察してもらう
- ・ 口腔内をよく観察していただく ・普段のうがいを適切に支援していく
- ・ 必要であれば必ず義歯を装着する

③リハビリ(口腔体操、開口練習、会話、歌、ストレッチ等) 45 件

- ・ 口腔体操、全身ストレッチ
- ・ 認知機能の程度にもよるが、ガムを使用した咀嚼機能訓練
- ・ ビーフジャーキーやさきいかによる咀嚼訓練を行う
- ・ 1日の食事のかみごたえのある物を食べてもらう
- ・ 離床励行 会話をする リハビリテーションの介助 口腔ケア
- ・ 嚥下に関わる筋の機能を維持するような簡単な機能訓練(体操や ROM など)
- ・ レクレーションに口の体操を取り入れる”
- ・ コミュニケーションの機会を増やす。
- ・ 残存歯、義歯等のトラブルを早めに察知する。”
- ・ 口腔機能維持のための簡単な訓練(パタカラ体操など)

④食品提供(咀嚼物、介助、温度、量、嗜好物等) 92 件

- ・ 小鉢に様々な硬さの食物を入れて提供する
- ・ どのような食べ物を食べたいのか、希望を把握する。
- ・ 段階的な食形態アップ、一品だけアップしてみるなど。
- ・ 本人の好きな物、食べたい物を、間食で見守り食べてもらう。
- ・ 卵ボーロ、かつぱえびせん、ハッピーターンの順に間食を提供していく”
- ・ 食材の大きさ、食事の温度、かたさ、食材の切り方
- ・ 口腔内に残りにくい食事
- ・ かつぱえびせん あかちゃんせんべいで咀嚼訓練 ぼうつき飴で唾液嚥下訓練
- ・ 食事時の観察、食形態の違いによる食行動の変化の確認
- ・ 咬断音のする、ぱりぱりと音がしてすぐとけるかつぱえびせんのようなものを取り入れ。アルコール愛好歴者には、するめをしゃぶらせるなど。

⑤施設活動(ミールラウンド、NST、カンファ等) 12 件

- ・ 摂食嚥下や口腔機能の変化を観察し他職種との連携し取り組み内容検討する
- ・ 看護師・介護者のミールラウンドの必要性・情報の共有の基、医師・歯科医師の連携のもと摂食嚥下・咀嚼機能について診査診断を行い、食形態を指示する。
- ・ ミールラウンド、NST 活動への積極的な参加。

- ・ 多職種でのカンファレンス、食事観察、検討。普段の食事で部分的に変更し経過観察等。
- ・ 適宜食形態が適切かどうか専門の歯科医師に相談できる環境にする
- ・ 現場で要介護者の現状の食形態が適切か話し合う場を設けてもらう
- ・ 急性期など病院で食形態評価をしてから期間がたっていたら再評価の依頼を検討してもらう。

⑥その他 9 件

- ・ 食事の時間をしっかりとる
- ・ スタッフの増員

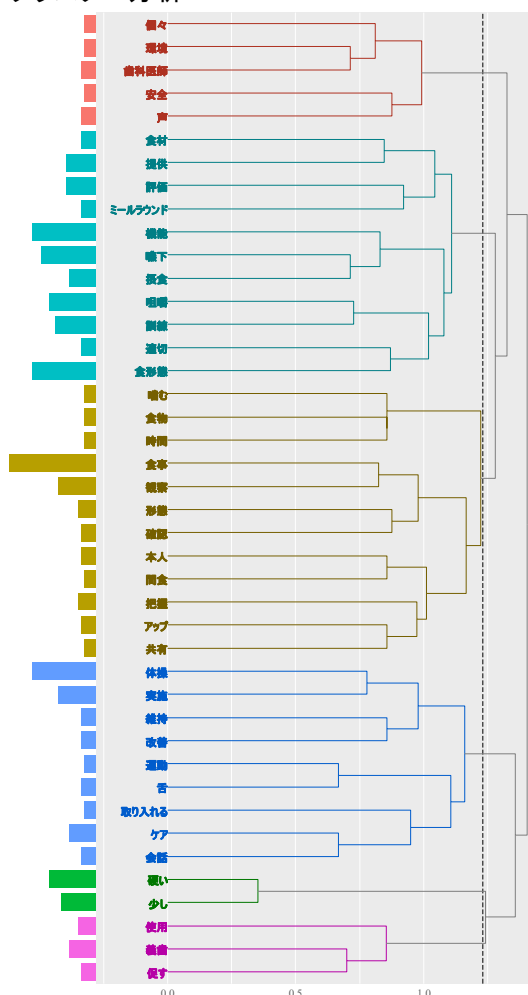
2)テキスト分析

(1)総抽出語 2101 語

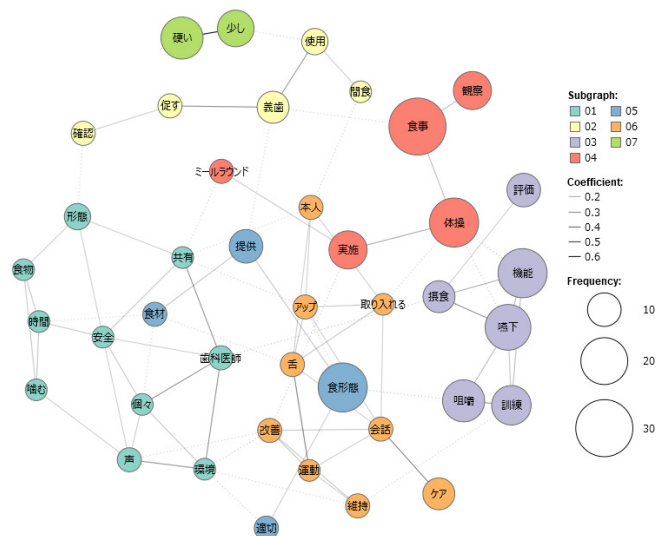
(2)頻出語

抽出語	出現回数
食事	30
機能	22
食形態	22
体操	22
嚥下	19
硬い	16
咀嚼	16
訓練	14
観察	13
実施	13
少し	12
提供	10
評価	10
ケア	9
義歯	9
摂食	9
形態	6
使用	6
把握	6
ミールラウンド	5

(3)クラスター分析



(4) 共起分析



結果:「食事、観察、体操、実施」、「適切、食形態、提供」、「摂食、嚥下、機能、評価、訓練」、「会話、アップ、取り入れる、運動」、「少し、硬い」、「義歯、使用、促す」、「個々、安全、時間、形態」などの語の関連が読み取れた。

考察:看護師・介護職員が行う食形態の維持・改善の取り組みとしては、食事の観察、摂食嚥下機能の評価や訓練、舌の運動や体操の実施、少し硬い食品を取り入れること、適切な食形態での食事を提供すること、対象者に声掛けをして安全な摂取に努めることなどが考えられる。

- ・摂食嚥下の評価
- ・摂食嚥下、咀嚼訓練(舌の運動、会話、口腔の体操、少し硬い食品を取り入れるなど)
- ・食事(適切な食形態での食事提供、食事観察、声掛けなど)

6-2. 歯科医師・歯科衛生士が行う食形態の維持・改善の取り組みについて教えてください(どのような取り組みが考えられるか)

1) 集計

本設問ではリハビリに関する取り組みが最も多かった(92 件)。次いで口腔機能評価(78 件)、摂食嚥下機能評価(48 件)と続いている。歯科単独でも口腔機能や嚥下機能の評価・訓練まで実施可能だが、その評価をもとに適切に情報共有することで多職種連携でリハビリにつなげている例も多く見られた。

①摂食嚥下機能評価(嚥下スクリーニングテスト、VE、服薬調整等) 48 件

- ・ 食べる姿勢を整える。口腔機能、摂食嚥下機能に応じた食形態を決定する。食事介助を指導する

- ・ ミールラウンドにて評価を行い、器質的、機能的に食形態を選定。まずは栄養状態を維持、改善しつつ、摂食機能療法を行う。加えて、施設で実施可能な直接訓練、間接訓練を指導する。
- ・ 耐久性の確認
- ・ スクリーニング検査
- ・ 舌接触補助床の検討、舌の機能訓練、口唇の機能訓練、咀嚼訓練
- ・ 口腔環境の改善・維持
- ・ 義歯調整、PAP 作製
- ・ 投薬内容の確認・問い合わせ、
- ・ 咳嗽力の訓練
- ・ 日頃より毎日病棟の食事場面診察を行い薬剤影響や全身状態変化時の食形態や義歯調整等の介入を行う

②口腔機能評価(口腔機能低下症等) 78 件

- ・ 入所時からの口腔内を含めての観察を行う
- ・ 指示が入らない場合は積極的に補綴物の形態を工夫する
- ・ 摂食嚥下や口腔機能の変化を観察し他職種との連携し取り組み内容検討する
- ・ 口腔機能の運動評価、咀嚼評価等
- ・ 口腔内の痛みの原因の確認。義歯の不具合の確認。
- ・ 咀嚼能力検査のデータを用いた食形態への提案
- ・ 食事時間が長くなった時に口腔内の状況を確認し、必要に応じて治療や訓練を行う。
- ・ タッピングか、咀嚼なのか、判断する。チョッピングで、奥歯にのせていないなどの観察を行う。
- ・ 食塊形成が困難になる前から取り組みとして機能維持訓練をやっていくべきだと思う。
- ・ 口腔機能低下症の評価を行い、低下のリスクがある点のトレーニング法を提案

③リハビリ(口腔体操、開口練習、会話、歌、ストレッチ等) 92 件

- ・ 咀嚼・舌訓練
- ・ 口唇閉鎖の改善のためのリハや口唇介
- ・ 舌接触補助床の検討
- ・ 咳嗽力の訓練
- ・ 嚥下体操、舌運動、口腔周囲マッサージなどの訓練
- ・ シャキア運動、うなづき嚥下等
- ・ ブローイング
- ・ 歌レク
- ・ 頸部のリラクゼーション”
- ・ 食前体操、あいうべ体操、早口言葉を行う。

④食品提供(咀嚼物、介助、温度、量、嗜好物等) 38 件

- ・ 口腔機能、摂食嚥下機能に応じた食形態を決定する
- ・ 咀嚼・舌訓練、義歯作製検討、定期的な食事観察と評価
- ・ 食形態の変更
- ・ 咀嚼能力検査のデータを用いた食形態への提案
- ・ 義歯を使って、噛んでいるか
- ・ 適切なトロミの付与
- ・ 食のニーズ確認
- ・ 日々の観察から食べにくいものを聞き取り、提供方法を提案する。
- ・ 現状の食事形態からワンランクアップが可能か検証する
- ・ 食事形態含めた相談 ターミナルなどのときの食事指導

⑤施設活動(ミールラウンド、NST、カンファ等) 27 件

- ・ ミールラウンドにて評価を行い、器質的、機能的に食形態を選定。
- ・ 咽頭マイクを使用し、多職種で嚥下の状態を確認しながら、姿勢(リクライニングやティルドを倒す角度)を確認する
- ・ リハ等の多職種連携の活用。
- ・ ミールラウンドで口腔周囲の観察すること
- ・ 医科等の関連職種との連携
- ・ 食事時間が延長してきた場合に、ミールラウンド実施する
- ・ 管理栄養士の介入
- ・ ミールラウンドなどによる、実際の食事場面の観察、嚥下内視鏡による評価。検査内容を施設スタッフと共有することによるディスカッションと、それによって決まった内容を実施。
- ・ 他職種と連携を取り、食形態について共同評価を行う
- ・ 介護スタッフへ日常の簡単なトレーニング(ワンポイント)方法の指導

⑥その他 5 件

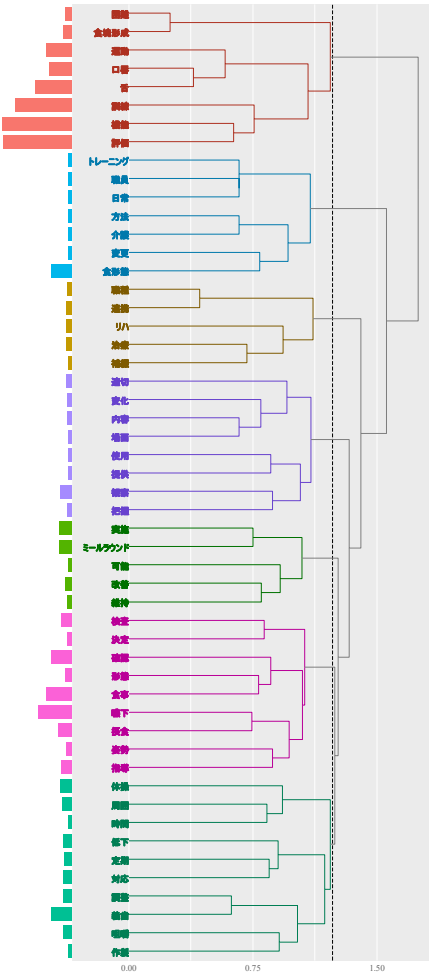
2)テキスト分析

(1)総抽出語 2329 語

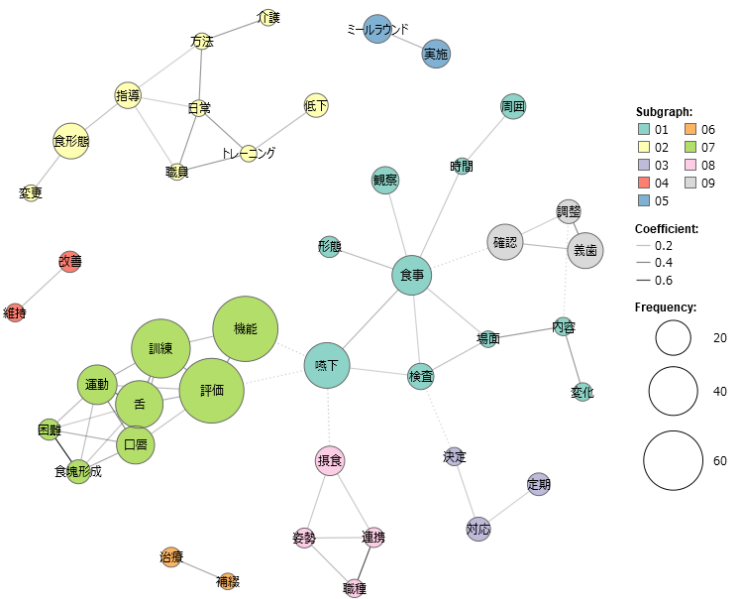
(2)頻出語

抽出語	出現回数
機能	73
評価	72
訓練	59
舌	38
嚥下	35
運動	26
食事	26
口唇	24
確認	21
義歯	21
食形態	21
摂食	14
ミールラウンド	13
実施	13
観察	12
体操	12
検査	11
指導	11
周囲	10
食塊形成	9

(3)クラスター分析



(4)共起分析



結果:「舌、口唇、運動、機能、訓練、評価」、「食事観察、嚥下、検査」、「職種、連携、姿勢」、「食形態、指導、トレーニング、変更」、「義歯、調整」、「ミールラウンド、実施」「補綴、治療」などの語の関連が読み取れた。

考察: 歯科医師・歯科衛生士が行う食形態の維持・改善の取り組みとしては、舌や口唇の機能の評価および訓練、嚥下検査、食事観察を行うことで適切な食形態への変更を指導したり、義歯の調整などの治療を行うことなどが考えられる。また、これらの実施には、多職種連携が必要で、定期的な対応が大切であるといえる。

- ・評価および訓練(舌や口唇、嚥下機能など)
- ・食事観察
- ・歯科治療の提供(義歯調整など)

これらを多職種が連携し、定期的に実施する

7-1. 看護師・介護スタッフが常食から嚥下調整食への移行を検討する基準について、どのような基準がある(良い)か教えてください。

1)集計

本設問において最も回答が多かったのは食事摂取状況(144 件)であり、実際に食事観察を行って判断できることが基準に設定しやすいようであった。次いで口腔機能(68 件)となっており、看護師・介護スタッフに対して口腔機能を基準とすることも期待しているようであった。

①口腔機能(流涎、食塊形成不良、咀嚼機能、義歯使用状況、口腔内残留等) 68 件

- ・ ためこみ、むせ、食事時間の延長
- ・ 流涎
- ・ 丸呑み
- ・ 口の中で食べ物がバラける、義歯が使用できない、硬いものを吐き出す
- ・ 食事に時間がかかって疲労する
- ・ 食べたがらない
- ・ 食べこぼし

②嚥下機能(頸部調整、RSST、VE、湿性嚙声等) 27 件

- ・ 定期的に嚥下検査(RSST テスト等)をする。
- ・ VE を含めた摂食嚥下評価
- ・ 食事時のむせ、食後の湿性嚙声
- ・ 嚥下後の呼吸の音
- ・ トロミ剤使用
- ・ 食事の後半に声が変わりやすい。

- ・ 痰が増えた、
- ・ 食事時間の延長
- ・ 口腔機能評価と食事観察
- ・ 日常の食事風景の観察から、スクリーニングを実施し、陽性であれば精密検査（内視鏡検査）を実施できる環境を作ることからだと思います。

③食事摂取状況（ためこみ、むせ、摂取量、介助時間等） 144 件

- ・ 飲み込まない、時間がかかる、
- ・ ためこみ、むせ、食事時間の延長
- ・ むせこみが多くなった
- ・ 流涎
- ・ 食べた物が口にいっぱい残る
- ・ 丸呑み
- ・ 食事摂取量の低下、
- ・ 食事の認識が怪しくなってきた
- ・ 咀嚼困難
- ・ 窒息しかけた（した）
- ・ 食事時間の遷延で被介助者が疲れてしまう。

④疾患服薬（認知機能、服薬状況等） 24 件

- ・ 食事の認識が怪しくなってきた
- ・ 熱発が頻発する
- ・ 誤嚥性肺炎を起こす可能性が高い症例
- ・ 意識レベルや ADL が低下した。”
- ・ 既往歴
- ・ 認知機能が低下し、口に入れる食物にあった食べ方ができにくくなってきた”
- ・ 誤嚥性肺炎の既往がある

⑤施設活動（ミールラウンド、NST、カンファ等） 5 件

- ・ 様々な症状や病態から他職種と検討する
- ・ 看護師・介護者のミールラウンドを行う中で、摂食嚥下・咀嚼時の問題点についての気づきの内容を指導しておいて、診査診断して食形態を決める。
- ・ 食事中のむせ、覚醒状況、ためこみ、等（多職種評価検討が必要）
- ・ 食事時間が長くなってきた、なかなか飲み込まない、薬の飲み込みが難しい、食事中のむせが多い、水分でむせる
- ・ ミールラウンドで口腔周囲の観察すること

⑥その他 1 件

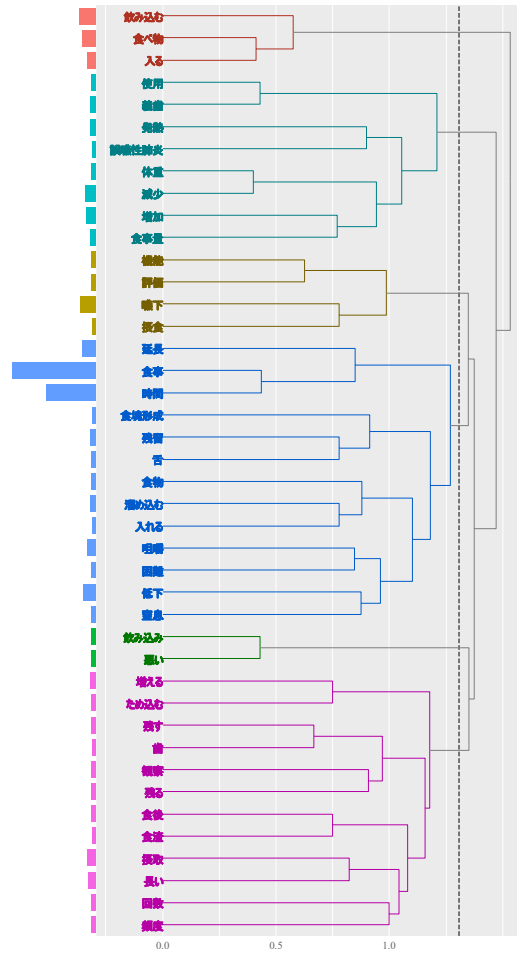
2)テキスト分析

(1)総抽出語 2366 語

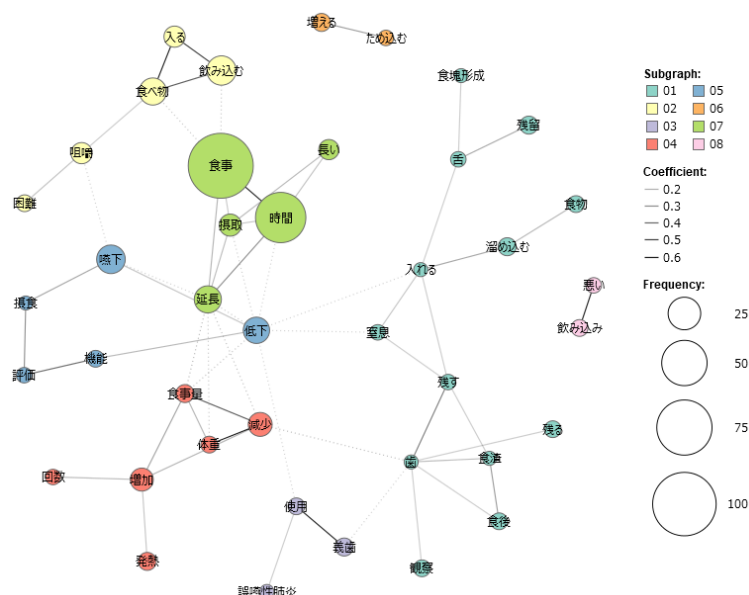
(2)頻出語

抽出語	出現回数
食事	105
時間	62
飲み込む	20
嚥下	19
延長	17
食べ物	17
低下	16
減少	13
増加	12
摂取	11
入る	10
咀嚼	10
長い	9
義歯	7
残留	7
食事量	7
増える	7
発熱	7
溜め込む	7
観察	6

(3)クラスター分析



(4) 共起分析



結果:「食事、時間、延長」、「体重、食事量、減少、発熱、増加」、「飲み込む、咀嚼、困難」、「溜め込む、増える」「食塊形成、残留、食渣、残る、舌」、「嚥下、機能、評価」などの語の関連が読み取れた。

考察:看護師・介護職員が常食から嚥下調整食への移行を検討する基準としては、食塊形成困難、食渣の残留、口腔内の溜め込みなど食事時に観察される摂食嚥下障害を疑わせる状態、食事量の減少、食事時間の延長、体重減少、摂食嚥下機能評価の実施や発熱や誤嚥性肺炎の増加などが考えられる。

- ・食事観察から得られる情報(食塊形成困難、食渣の残留、口腔内の溜め込み、食事時間の延長、食事量の減少など)
- ・摂食嚥下機能の評価
- ・全身状態(体重減少、発熱や誤嚥性肺炎の増加など)

7-2. 歯科医師・歯科衛生士が常食から嚥下調整食への移行を検討する基準について、どのような基準がある(良い)か教えてください。

1) 集計

本設問では口腔機能を基準として取り入れていることが最も多く(114 件)、ついで食事摂取状況(98 件)、嚥下機能(30 件)であった。特に口腔機能においては舌圧低下や咀嚼機能低下といった機能評価が目立ったが、食事摂取状況が多かったことは看護師・介護スタッフへの基準と大きく変わりなかった。

①口腔機能(流涎、食塊形成不良、咀嚼機能、義歯使用状況、口腔内残留等) 114 件

- ・ 食物の溜めこみがあり嚥下に時間がかかる
- ・ 義歯の使用困難
- ・ 舌圧の低下
- ・ 咀嚼能力の低下
- ・ うがいが難しくなってきた
- ・ 咀嚼時口腔周囲の動き
- ・ 咀嚼運動が緩慢になってきた
- ・ 咬合力
- ・ 口唇より漏れ出てる”
- ・ 残存歯歯数

②嚥下機能(頸部調整、RSST、VE、湿性嚙声等) 30 件

- ・ 頸部聴診による呼吸音の確認により、清明な呼吸音を確認できなくなった場合
- ・ VE を含めた摂食嚥下評価
- ・ 嚥下後誤嚥、咽頭残留が聴診の所見として現れたら。
- ・ 咀嚼なのか、タッピングでかちかちしているだけなのか、評価する。フードテスト
- ・ 嚥下造影による評価
- ・ 食事場面の観察
- ・ 嚥下スクリーニング検査、
- ・ 食後の鼻水の有無や声のかすれ
- ・ むせ
- ・ RSST2回以下

③食事摂取状況(ためこみ、むせ、摂取量、介助時間等) 98 件

- ・ ためこみ
- ・ 食べる時に義歯は外してしまう
- ・ 食事時の耐久性、疲労感
- ・ 努力嚥下の有無
- ・ 摂食量の低下
- ・ むせの頻度
- ・ 覚醒状況
- ・ 咀嚼せずに丸のみしている
- ・ 口唇より漏れ出てる
- ・ 一口量が制限できない。”
- ・ かきこみ
- ・ 食事に要する時間

④疾患服薬(認知機能、服薬状況等) 26 件

- ・ 意識レベルの低下
- ・ 基礎疾患
- ・ 肺炎の頻度
- ・ 食事時の覚醒
- ・ 認知機能の状態。
- ・ 血液検査結果
- ・ 誤嚥性肺炎を繰り返す

⑤施設活動(ミールラウンド、NST、カンファ等) 6 件

- ・ 様々な症状や病態から他職種と検討する
- ・ 看護師・介護者のミールラウンドを行う中で、摂食嚥下・咀嚼時の問題点(食べこぼし・口腔内残留・食塊形成・ムセ等)についての気づきの内容を指導しておいて、診査診断して食形態を決める。
- ・ 多職種評価
- ・ ミールラウンドで口腔周囲の観察すること
- ・ ミールラウンドにて 嚥下と咀嚼状態を確認して 見極める

⑥その他 1 件

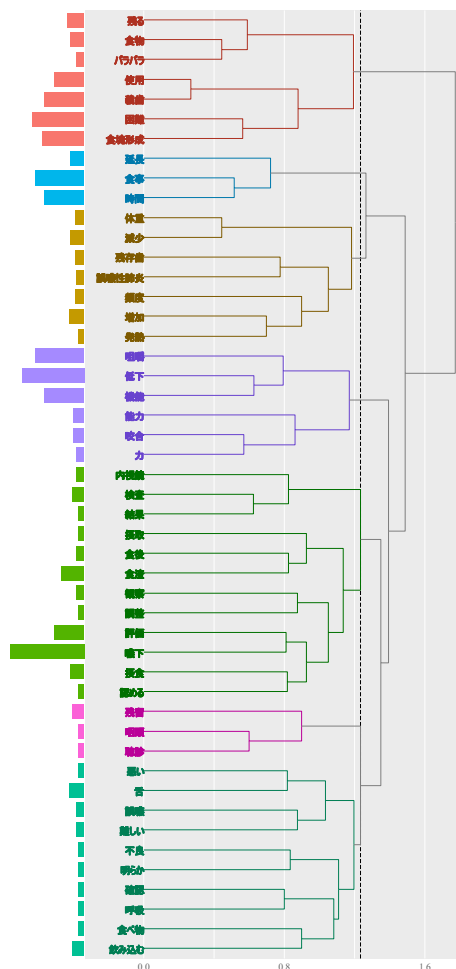
2) テキスト分析

(1) 総抽出語 2302 語

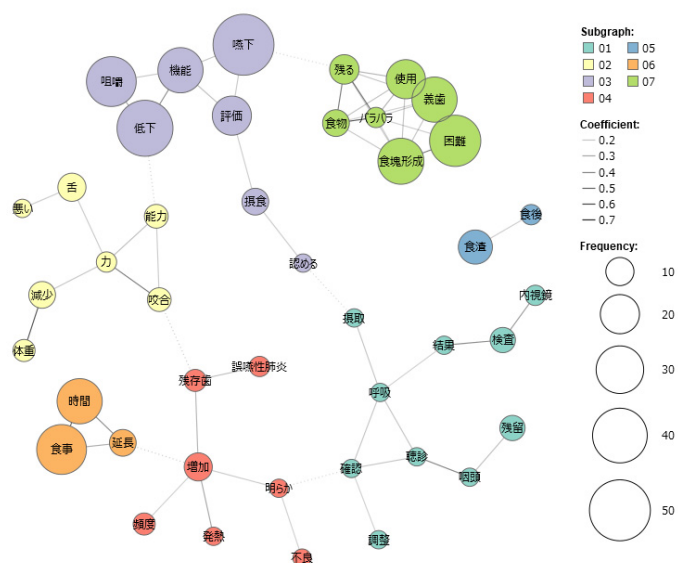
(2) 頻出語

(3) クラスター分析

抽出語	出現回数
嚥下	50
低下	42
困難	35
食事	33
咀嚼	33
食塊形成	28
機能	27
義歯	27
時間	27
使用	20
評価	20
食渣	15
残る	11
舌	10
増加	10
延長	9
減少	9
食物	9
摂食	9
飲み込む	8



(4) 共起分析



結果:「嚥下、機能、評価、咀嚼、低下」、「義歯、使用、食塊形成、困難」、「食事、時間、延長」、「発熱、増加、誤嚥性肺炎」、「聴診、呼吸、内視鏡、検査、咽頭、残留」、「体重、減少、咬合、舌」などの語の関連が読み取れた。

考察: 歯科医師・歯科衛生士が常食から嚥下調整食への移行を検討する基準としては、食塊形成困難、義歯が使用できているか、咬合力低下などの咀嚼に関する評価、食事時間延長、発熱や誤嚥性肺炎の増加、咽頭残留の有無や呼吸音の聴診、内視鏡検査といった嚥下に関する評価などが考えられる。

- ・口腔の問題(食塊形成、義歯使用、食渣の残留、咬合力低下、舌圧低下など)
- ・食事時間の延長
- ・嚥下機能の評価(咽頭残留の有無や呼吸音の聴診、内視鏡検査など)
- ・全身状態(発熱や誤嚥性肺炎の増加など)

8. 事例

● 多職種連携に関係する事例

■ OTと歯科の連携が重要であった事例

入所中の老健にて部分床義歯着脱困難感を訴えた患者がおり、着脱を容易にするための装置を義歯に装着することや、クラスプ調整といった歯科のみの対応だけでなく、OTによるリハ介入で着脱動作が容易になり、口腔衛生管理や環境整備が改善した。

■ 歯科だけの取り組みではなく、動画による情報共有を行い適切な他職種の介入を促して利用者の利益につながった事例

経口摂取時間の延長により歯科医師に相談、食事風景の動画を記録して、ポジショニング(足底接地を含む)の確認し、問題があれば適時修正を指示した。

■ 普段からの多職種連携で、他職種から口腔に対する相談、報告などを受ける機会が増え、見逃されずに歯科治療を行う事ができ、義歯作製、経口摂取が叶えられた事例

微熱が続いていた患者さんの口腔ケア方法について看護師から相談を受けた。その患者さんは、口腔内にカンジダ様の症状もあり、口腔乾燥も強い状態だった。痛みの訴えもあり、食事摂取量が減っていた。相談を受けた歯科衛生士は、まずは、口腔内の清潔と保湿を1日3～4回方法も説明した。その後、看護師による熱心な口腔ケアによって微熱もなくなり、口腔内もきれいになり、食事量も増えていった。

■ ミールラウンド(経口維持加算 2)により多職種で連携している事例

訪問時にミールラウンドに参加し、多職種で入所者の食事の状態を評価している。そのため、多職種で食事に関する情報を共有できる。食事の姿勢調整や、食形態の変更について、その場で評価できる点で、とても効果的であるといえる。

■ 多職種と相互に連絡できる関係作りを構築することが重要であった事例

所詮、歯科が介入するのは多くて週に1回程度であるので、多職種の視点、相互に連絡できる関係作りを構築することが重要である。

例えば、レビー小体型認知症の方の場合、

ST 今日は、調子が良かったので〇〇を食べてます。詰め物が取れてます。

Dr 次回訪問時にむし歯治療、食形態の確認などが容易にできる”

■ 多職種連携により経口摂取が可能になった事例

脳梗塞により寝たきりになり、胃瘻を増設された。退院後、数日で誤嚥性肺炎になり再度入院となった。退院に際して、在宅で嚥下訓練を含めて口腔管理をして欲しいとの依頼がケアマネジャーからあった。廃用萎縮で口腔周囲の筋が動かず、言語不明瞭で舌もほぼ動かなかった。毎日通うことになった通所のスタッフに、ブラッシング方法や機能訓練を指導し、しっかり話しかけて、会話を促すよう依頼した。少しずつ会話ができるようになり、経口摂取もほぼ常食を食べられるようになった。専門職だけの関わりではなく、接する機会が多い職種に協力を仰ぐのが有効であると痛切に感じた。

■ 歯科からの情報提供により、主治医、家族、職員の理解と協力が得られ、経口摂取開始する事ができた事例

2年ほど前に脳挫傷、経鼻経管栄養のまま、老健に入所。家族から経口摂取の希望あり。嚥下内視鏡検査で咽頭期は問題なく、口腔期のみ問題あり。主治医、家族、職員へ報告し、直接訓練(0j)前の嚥下体操を毎日確実に実施。覚醒、表情が劇的に改善。離床時間も増え意欲的になった。上顎は無歯顎であったが、未使用義歯を修理し使用可能となった。コード3まで摂食可能となり、3食のうちほぼ1食は経口摂取可能となった。しかし、コロナ禍となり、家族の面会がなくなり認知症が急速に進行。表情も乏しく、日常的に拒否が強くなり、経口摂取も拒否、更衣さえ難しい状態となり、その後、入院に伴い老健退所。死去された。歯科からの情報提供により、主治医、家族、職員の理解と協力が得られ、経口摂取開始する事ができた。施設職員による、毎日の確実な嚥下体操と直接訓練が劇的な効果をもたらしたと思われる。

■ ミールラウンドを継続していくことが施設利用者の食事支援に重要であると感じた事例

現在、経口維持(移行)加算対象者のミールラウンドを月に1回実施し、その場でも多職種と話しながら気付いた点を共有して食事会議に繋げている。(会議にも参加させていただいている。)特に施設STと気兼ねなく話せるのが施設利用者の食事支援に有効と感じており、口腔内の情報

提供と食事支援は切り離せないものと痛感している。具体的には、義歯の不調があるため、一旦食事形態を落として義歯の使用を一時中止していただいたりしたケース（早急に対応できたので双方にとって有益）や、逆に新製した義歯に慣れるまで普段の口腔ケア状況を把握し、ケアスタッフに助言しながら経過観察し、徐々に食事形態を上げていくことが出来たケースがある。

■ 多職種で分析、検討を行った結果自宅を終の棲家にしたいという患者本人の希望が叶えられた事例

脳梗塞により在宅療養となり軽度の右側麻痺。口唇の閉鎖が甘く口腔ケアと訓練で訪問。3年後自宅で転倒。圧迫骨折により入院。自宅に戻るも認知症も発現。飲み込みにも問題。体重の著しい減少がでてきた。ケアマネ、訪問看護師、ヘルパー、歯科部門、内科医と協議。義歯も拒否があり、非協力的なため修理不可。まず、「食べる」こと「生きていくこと」に各職が重きを置き、「体重の増加」と「アルブミン値」のアップ、「誤嚥を防ぐ体位」「食介時の方法」を情報共有。患者の居室壁に注意事項を図説で掲示。食形態はユニバーサルフード1、2からユニバーサルフード4へ変更。義歯はなし。義歯がないため残存歯で咬傷が出てくる場合は切削して咬頭を丸めることをおこなった。また歯周病により、動揺がひどく痛みが出てきたものは患者、家族の同意を得て抜歯となった。現在要介護5ではあり、ベットから起きられないがアルブミン値は3.7を保ち、会話は可能。以前より認知機能もクリア。他職種で分析、検討を行った結果低空飛行ではあるが「自宅を終の棲家としたい」という患者本人の希望は現在も継続されている。現在口腔ケア・口腔機能体操に本人は協力的。

■ 多職種と協力しながら嚥下歯科治療を提供した事例

70 歳代男性、甲状腺乳頭がん：尺骨転移性骨腫瘍（全身転移）、両転移性肺癌、左脳出血、誤嚥性肺炎で在宅看取りの患者さんで、主治医より経口摂取の可否について介入依頼あり。VE評価では咽頭内の麻痺確認。一側嚥下の姿勢で直接訓練を行なう。ゼリーや娘さんが入れてくれた焙煎珈琲（とろみ付き）、好物のアイスクリームや嚥下用寿司、あいーとも活用しエビチリなどもVE評価を併用して経口摂取や NG チューブ交換を行った。患者さんやご家族、訪問看護師、主治医、ケアマネジャー関係者すべてに「安心、安全、納得の嚥下歯科医療の提供」を行い、在宅看取りを行った患者さんであった。関係者皆さんより、丁寧なお言葉を頂戴した。

■ 多職種との連携と、長期の口腔管理が重要であった事例

統合失調症の患者さんが、食事が食べられなくなり、栄養状態が悪く入院寸前の状態であった。ケアマネジャーより口腔衛生管理の依頼がある。口腔内は重度の乾燥状態、重度歯周病、重度の口臭、と劣悪な状態であった。口腔内の状態が改善するとともに、食事摂取が可能となっていく、その後栄養士と連携をとり栄養状態改善、リハビリにも興味がわきADLの改善が見られた。地域の歯科とも連携し、恐怖心のあった歯科受診が可能となり、義歯を使用し食事摂取ができるまでになった。ケアマネジャーが口腔ケアの重要性について理解し、歯科へつなげていただき、そ

こから多職種へつなげたことで良い結果が得られたと思う。また、結果を焦らず長い目で介入を行ったことで、患者さんや介護者も焦らずに頑張っていただけだと思う。

■ 歯科、施設スタッフ、総合病院口腔外科との連携に関する事例

ある施設の新規入居者で義歯が使用できず食事が上手くとれていないため、診て欲しいとの依頼があった。前医で上下義歯を新製し、調整を繰り返すも下顎義歯が痛くて使用できておらず、食形態を落として提供しているとの経緯を施設スタッフから聴取した。患者の口腔内を観察すると、残存歯が認められない右下臼歯部にサイナストラクト様の腫脹と圧痛が認められた。ポータブルレントゲンで該当部を撮影したところ、残根等は認められなかった。抗生剤を服用して経過観察したところ、一度は消炎傾向だったが、数週間で元通りになった。患者の服用薬にビスホスホネート製剤が含まれていた。患者及び家族に確認すると直近では抜歯をしていないとの事。ただ、レントゲン像で歯槽骨周囲にやや透過像があると考えられたため、下顎骨骨髓炎等の可能性を考慮し、患者家族と相談の上で施設近くの総合病院口腔外科での精査を依頼した。総合病院口腔外科より BRONJ の診断があり、現下顎義歯に関しては腫脹部を削除して使用再開し、口腔外科と当院で該当部の洗浄を行っていく事となった。瘻孔が消失しない場合、口腔外科にて加療予定であり、消失後は義歯新製する事となった。現在も瘻孔内洗浄を進行中だが、患者は義歯が使用できるようになり、家族・施設スタッフも義歯が使用できなかった原因が分かり、一定の満足をいただいている様子である。

■ 多職種連携、共有を行った事例

開口されず、食事介助が困難となり、病院では施設での看取りをすすめられたが、家族は納得されておらず、咽頭機能は保たれていると判断し、5CC のシリンジを使用して補助栄養ジュースを根気に介護職員が介助し再び経口摂取が可能となった。ある程度経口摂取が可能となったところで、歯科訪問を依頼し義歯の調整をしてもらった。歯科衛生士が誤嚥性肺炎の予防のために口腔ケアの指導をした。食事観察サポート「いーとみる」を使用し、多職種、家族と状態を共有した。経口摂取の様子の動画を撮影し、メールで送り、遠隔で歯科医師の指導を受け、現在の支援が間違っていないか確認ができた。

■ 全く嚥下ができなくなった脳出血患者に対し、PT と連携して頸部の筋のストレッチを行い顎関節可動域が広がることで嚥下出来るようになった事例

脳出血後遺症で要介護 5、気管切開、胃瘻造設している。意思の疎通困難な患者に経口摂取させて欲しいとの希望が家族よりあり訪問診療を行った。頸部後屈で、寝たきりになって重力にあらがえず下顎が後方に押し込められて舌根沈下して舌が全く動かないため嚥下出来なかった。PT に頸部のストレッチを依頼し、デイケアでのリハ、訪問リハを活用し頸部の筋のストレッチを行ってもらった。6 か月くらいしたら、味覚刺激に反応して嚥下出来るようになり、少量のジュース、お酒などを経口摂取した。重篤な誤嚥性肺炎になることはなく、最後はがんで亡くなった。

寝たきりで意思の疎通ができない患者の顎関節は忘れられる関節だと思う。口を開けたり閉じたりだけでも介護職にしてもらえたら結果は変わるのにと感じる。

● 口腔衛生管理に関係する事例

■ 口腔衛生管理方法の統一に工夫をした事例職員

介護の現場においては多くの職員が勤務しており、口腔衛生管理方法の統一は難しく周知の方法には工夫を要する。①カルテ入力にて現場への支持 ②各リーダーへの報告 ③連絡ノートへの書き込み ④居室洗面所などへの張り紙 などにて対応。歯科治療後の対応依頼などに関しても同様である。

■ 口腔衛生管理を通して食形態をアップした事例

易怒性強く、他者攻撃性の高い女性。入所時は無歯顎で義歯未装着、口腔周囲の粘膜も萎縮し2横指程度の開口が限界だったが、口腔衛生管理を通して、義歯を作製し食形態をアップさせることができた。

■ 定期的な口腔管理により患者のQOLが向上した事例

術後、施設に入所したため歯科医院への通院が困難になった患者さん。病院内の歯科から施設へ紹介状が書かれ、施設へ出入りしている歯科医院へ紹介状がわたり、歯科診療の定期受診が可能となった。定期的な歯周管理、口腔内セルフケア支援がされるようになり、患者のQOLが向上した。そのほか、残根の抜歯をしたり、齲窩を充填したりすることで、施設職員が口腔ケアをしやすい口腔内環境を整えることができた。

■ 口腔衛生管理が生活への意欲向上につながった事例

ご高齢の患者さん、入院時は物静かで意思表示の少ない状態であった。経口摂取はしておらず、口腔内は著しく乾燥していた。口腔衛生管理のはじめとして口腔内の保湿を行ったところ、保湿直後に突然お話されるようになった。口腔乾燥が著しいために話さないのではなく話せない状態にあったようであった。保湿の必要性を病棟に伝え、その後は意思表示もスムーズになり、嚥下訓練や口腔衛生管理・機能管理を行い、経口摂取も開始され、口腔内の湿潤も保たれ、退院時はよくお話しされる状態となって退院された。口腔衛生管理が、生活への意欲向上につながる場合もあると思われた。

■ COPD患者の喫食量低下が適切な口腔管理で改善した事例

入院中の患者は、呼吸苦と口腔内疼痛のため食事量が低下していた。体力低下やステロイドの

使用により口腔カンジダ症を発症しており、適切な口腔管理が必要であった。口腔管理では、歯科衛生士から看護師への「口腔ケア方法」や「フロリドゲルの服薬指導」を行い、改善のきっかけを作った。呼吸器内科と病棟看護師、歯科の連携が患者回復に重要であった。

■ 定期的な口腔管理が重要であった事例

施設には週1回 歯科が口腔健康管理に行っている。口腔衛生管理をしながら前回と変化がないかを診る。1か月に1度は食事観察も行っている。ケアマネ、栄養士、介護職と情報交換もしながら、問題を早期に発見できるように努めている。常に連携をとることが大切だと感じている。

■ 施設入所前の定期的な歯科受診が、施設入所後の訪問歯科の介入にも影響した事例
施設入所前は定期的に歯科を受診し、継続的な義歯の管理とメンテナンスを行っていた。入所に伴い、自力で通院できなかったためご自身が申し出て訪問歯科の介入に至った。結果としてその方は口腔衛生管理への意識が高く、義歯の不調以外は月に一度の訪問歯科の介入となった。基本的に成人であれば歯周病の継続的な管理を歯科医院にて行うのが適切である。
入所とともに全ての方に訪問歯科が介入し今必要なことは何か、今後施設側に求めるものは何か、歯科の介入がどのくらいの間隔で必要なのかを歯科医師が評価することが大切なのではないかと思う。

■ 誤嚥性肺炎を起こさない口腔内にすることが重要であった

経管栄養で誤嚥性肺炎を繰り返していた。残存歯は動揺あり、歯肉炎症・排膿、口腔乾燥あり、残存歯や粘膜に分泌物の固着見られた。職員での口腔ケアでの衛生保持困難なため、訪問歯科を依頼。ご家族は誤嚥性肺炎にならないようにしたいとの意向。多数歯抜歯となったが、口腔環境改善し日常の口腔ケア実施が容易となり、最後まで数年は誤嚥性肺炎を一度も起こす事なく経過した。口腔環境を整えたことで、肺炎の苦痛なく最後まで過ごすことができた。また、自宅での訪問歯科と同じ歯科医師だったため、家族の安心感にもつながったようである。

■ 口輪筋の萎縮で総義歯の着脱が困難になった患者に、デイケアで毎日ストレッチをしてもらい痛み無く使えるようになった事例

日中は家族が出かけて自宅で一人で過ごしていた。会話することもほとんど無く口腔周囲の筋は萎縮し、義歯の着脱時に口角が切れて非常に痛かったようで、抵抗して義歯をはずさなくなった。口臭もひどく歯科に相談されたので、口腔周囲のストレッチの方法をデイケアスタッフに説明して参加時に行ってもらおうよう依頼した。最初数回は医療保険で関わっていたが、義歯の調整や、週に1回の専門的関わりでは改善は見込めないと判断し、途中からは口腔機能向上加算につないでデイケアのみの関わりとなった。数か月後には、表情も良くなり義歯の着脱も問題なくできるようになった。衛生状態も改善された。口腔機能向上加算に結び付けてよかったと思った。口腔機能向上加算の算定件数は非常に少ないようだが、歯科が医療保険で衛生状態改善、嚥下機能改

善に関わることを行ったら、通所の口腔機能向上加算の請求は査定されるというくりがあるから尻込みしていると思う。歯科が行うのはプロフェッショナルケアであり、健常者なら自分でしていたセルフケアができなくなった要介護者に対して介護職が行うものとは全く異なる。こんなルールを作った方は、プロフェッショナルケアとセルフケアを同じ歯磨きととらえているからなのだと思う。

■ 薬剤性顎骨壊死発症の利用者に対し定期的に洗浄を行なった事例

薬剤性顎骨壊死発症の利用者に対し定期的に洗浄を行なったことで、悪化なく生活することが出来るようになり、骨露出も認めなくなった。

● 施設や介護職員、ご家族との関わりに関係する事例

■ 施設入所者の口腔衛生管理は介護職員との関わりが重要である事例

特養ホーム入所時健診から担当した。70代男性で上下ブリッジを含め7～7まで残っていたが歯冠補綴物が多く、口腔清掃は困難な感じであった。当初歯磨きは自立と考えられており、介護職員からは「自分でやってるから大丈夫だろう」と見られていた様子。

ところが実際には食渣とプラークと歯石が多量に付着して歯肉炎も明らかであった。そのため介護職の人に実際を見てもらい、歯ブラシによる擦掃を実演して見せて、なるべく介助磨きをしてもらうように指導した。月に一度のペースで訪問しスクーリングと介助磨きを行なっていき、6ヶ月の間に清掃状態は改善し歯肉炎もなくなってきた。ただし一度体調不良の時期があって本人は自分で磨くことはしなくなり、ブクブクうがいもして(させて)いない様子。

今後は介護職員の関わり次第で状態を維持できるか悪化するかわからず、介護業界も人の入れ替わりは激しいと思われるので、その施設単独の問題ではなく介護業界全体で口腔衛生管理について共通の認識を持ちQOLの維持向上を図るべきではないかと考える。

■ 入所が訪問歯科を受診するきっかけとなったことで最終的にADLが向上した事例

入所されたことにより、そこに定期的に来ている訪問歯科を受診するきっかけとなった。義歯を作り、発音がハッキリしてきたことによって、声が出てきて、多く会話するようになり、お元気になられ、笑顔も多くなり、食形態もあがり、リハビリも頑張るようになりADLがあがってきた。

■ 施設側や利用者との信頼関係を築くことが重要であった事例

こちらの都合(理屈?)だけを押し付けないことは重要である。口腔ケアの強化や歯科治療が必要であると歯科側が判断した場合においても、施設側や利用者の言い分をよくお聞きした上で、

ケア内容(治療内容)をよく相談していかなければならない。信頼関係を築けることでその後に繋がられることを実感した。

- 看取り期の利用者に対してスタッフ教育と専門的ケアを行ない安楽に最期を向かえていただいた事例

主訴がなくても、口腔状態改善、歯科治療の必要性がある場合には、諦めずに関わりをもっていき、歯科治療に了承、治療を受けて頂けたことで、生涯経口摂取を叶える事ができた。(好きなものを諦めず食べられるようになった)

- 入所時、CM や相談員からご家族に口腔管理の準備の説明を行なっている事例
利用者一人一人に適した口腔衛生管理を行うための清掃用品準備をするに当たり、CM や相談員から入所時にご家族へ必要性の説明を行い、ご理解頂く事でスムーズに環境を整えることが可能となる。

- 歯科の必要性を直接ご家族に報告している事例
歯科介入内容については(訪問診療・口腔健康管理等)直接ご家族への報告や事前相談を行うことにより歯科の必要性をご理解いただけるとともにトラブル回避につながる。しかし、様々な考え方もあることからコミュニケーション能力を必要とする。

- 口腔ケアを実際に行う事業所・担当者と担当者会で直接ケア方法を指導できた事例
寝たきりの脳梗塞後遺症患者で誤嚥性肺炎を繰り返していたため CM より口腔ケア介入依頼あり。担当者会へ出席し専門的口腔ケアのみならず、家人およびデイサービススタッフへ口腔ケア方法を指導できたことにより、繰り返していた肺炎の発症が抑えられ、安定した在宅生活を送れるようになった。その後も継続して担当者会にて指導を行い、著変ない状態を維持できている。

- 施設長が変わったことで口腔内のトラブルが増えた事例
施設長からの依頼で口腔内に関して定期的な検診や勉強会をおこなっていたが、施設長が代わり、口腔内に関するイベントがなくなった。それにともない義歯や口腔清掃などのトラブルが増えた。

- 家族・介護スタッフと主治医との連携が重要となった事例
ADL は自立していた超高齢者が、自宅にて転倒・骨折し、入院を機に認知症も進み、歩行も困難となった。今まで使用していた部分義歯の鉤歯が動揺し、本人および家族でも外せなくなり疼痛もあり本院来院。抜歯・義歯修理を行った。その後は、ほぼ以前と同じように義歯を使用できるようになったが、ますます認知症進行していくと意思疎通もさらに困難となり、今後同じような事を繰り返さないよう本人以外にも家族もしくは介護施設の職員・スタッフにも口腔内の状態、義歯の取り扱い、訪問を含む定期的な歯科介入を行い、現状説明を行っていく必要があると思われる。

■ ターミナル時に水分摂取を可能にさせた事例

ペースト食をむせるようになり、禁食。微熱も続いて体力も落ち、ターミナルケアに移行された方。熱もおさまったが、水分摂取も禁止であった。口腔ケアをしていた職員がみんな口をそろえて「口腔ケアスポンジの水をチューチュー吸うが少量の水を上手に飲み込むので、水分を欲していると感じる。今なら何か飲ませてあげられるのではないか」と考えたが、医師からは「なにも感情がない」と了承は得られなかった。介護職員が、ご家族に口腔ケア時の状況を見ていただき、ご本人の声にならない訴えを知って医師に自らお願いに行かれた。何も浸していないスポンジと、ダカラを浸し絞ったスポンジの 2 種類で口を開ける開け方の違いを知った医師が「ダカラの時は明らかに違う」と理解してくださり、ぎりぎりまでお楽しみの飲み物を召し上がっていただけた。介護職員がご本人の口の力舌の力を、口腔ケア時に指先でしっかり感じ取っていたことが良かったと思う。

● 義歯に関する事例

■ 脳梗塞後の体重減少による義歯使用困難事例

脳梗塞以前は、義歯で食事できていたが、脳梗塞に加えて、体重減少により義歯が使用できなくなり、流動食となっていた事例。義歯をサイズダウンさせることで、その日から食事ができる様になり、麻痺は残るが表情は明らかに元気になってきた。10kgを超える様な体重減少による義歯の不適合については、早く歯科にコンサルをいれて欲しい。

■ 義歯の管理と栄養指導の両方が重要であった事例

体重が急に減少してきた患者さんで、義歯が合わないと言ってきた。義歯のリラインを行い調整したところ、食事の改善が可能であったが、食事時間が長くなってしまったため、すぐおなかがいっぱいになってしまうという訴えがあった。少量で高カロリーの補助食をすすめたところ、食事時間が短くなり、体重減少がストップした。義歯の定期的な管理と栄養指導の両方があったことで良い結果が得られたと思う。

■ 一度使えなくなった義歯を使用することでむせずに食事できるようになった事例

認知症の進行と、右上のブリッジの傾斜により義歯装着が困難になった方が、数年後、舌の厚みが薄くなりペースト食へ移行し、食事や唾液をむせることが多くなった。口腔ケア時に施設歯科衛生士が入れた指を、ちゅうちゅう吸って唾液をしっかりと嚥下できることに気づき、舌接触補助装置の適応ではないかと考えた。歯科受診により義歯の作成の必要をご家族に説明するために、担当 NS の了解を得て、ご家族に説明し、上顎義歯のクラスプを除去、市販のクッション材で内面の隙間を埋めて食事を召し上がっていただいたところ、久しぶりに自身でスプーンを持ち、大きな口を開けていい嚥下音と共にリズムよく召し上がられた。介護職員から拍手が起き、歯科受診の運

びとなり、摂食嚥下専門医の往診に繋げることができた。

■ 硬いものを食べたいという希望を叶えられた一方で義歯に不調が出てしまった事例

94 歳女性。上、総義歯、下パーシャルデンチャー新しくしたが硬いものが噛めない。

咀嚼力ガムテスト判定は薄い緑であった。デイサービス週 3 回利用時の一回、スルメが大好きなので板状スルメ(柔らかめ)2cm1 枚唾液でふやかしながら咀嚼訓練。1 ヶ月後のガム咀嚼判定は良好で赤であった。本人の思う固いものが噛めるようになったと喜ばれる。

しかし、数ヶ月後 硬いものが食べられるようになった分、義歯も当たって痛い部分も出た為、歯科受診し調整を繰り返す。硬い物を食べられる欲求は満たされたものの、あまり堅すぎると残存歯や義歯が歯肉にあたる確率も出てくる症例。その後、スルメはリスクがあるのでガム咀嚼訓練を行う。

■ 上下新義歯を作製し食べられるものが増え喜ばれた事例

パーキンソン病(進行維持)、上下総義歯。男性。義歯装着時は噛み合わせが良かったが数年後前歯開口(噛み合わない)本人気付かず、こんなもんでしょう…という感覚だったが、麺類噛みにくくない？と聞いたら噛めないとおっしゃるので上下新義歯にする。前歯もしっかりあたる義歯作成してもらい、何でも噛めるようになって喜ばれた症例。

■ 搬送による集中治療と残根上即時義歯の事例

以前に訪問診療で診ていた高齢の患者さん。不適合な補綴物(上下前歯のブリッジと臼歯部義歯)が食事と口腔ケアを困難にしていた。そこで、一度診療室へ搬送して前歯補綴物を全て除去し、残根上の即時総義歯を作製し、まずは咀嚼機能を落とさないように維持しながら順次抜歯や根面被覆等の残根処置を行った。最終的にはその後の訪問診療で新義歯も作製した。それにより在宅での介護者の口腔ケアが容易となり、口腔衛生状態が改善すると共に長く食形態も維持することが出来た。

■ 義歯を作製したが使ってもらえなかった事例。

特養ホーム入所時健診から関わった 80 代後半の女性。上顎 2 歯のみ残存した部分床、下顎は総義歯を持っていた。上下とも適合は悪くなかったが人工歯の咬耗が全体的に著名であった。認知症の進行もあり、義歯は拒否する事が多いとのことであった。上顎の部分床義歯を何度か往診して作製し調整し、入ってしまえば適合も咬合も良く、痛いところはないと言うが、現場では毎回拒否が強く入れられないという理由で、上下とも義歯は入れてもらえないままになった。本人は義歯なしで嚥下調整食を食べている様子である。折角作った義歯使ってもらえないのは残念であるが、本人の意向や機能を見無視するわけにもいかず、断念した。途中、介護職が「義歯を入れられない、もう要らない。」と決めてしまったことも一因と思われる。

■ 義歯を作成したことで常食摂取ができるようになった事例

義歯を未使用のまま入所。入所時は、食形態を嚥下調整食にして対応していた。口腔内を見ると、残存歯が傾斜し義歯装着できない状態であった。本人は義歯を欲しいと希望あり、協力歯科医に相談し、一部抜歯し新義歯作成したところ、常食を摂取できるようになった。自立である利用者だが、片麻痺で一人暮らしだったため、歯科受診は難しかったと思われる。

■ 臼歯の咬合がなく、舌を咬んでいた方が、部分義歯を製作したことで、咬合が獲得でき食事摂取が良好になった事例

重度の認知症で義歯が使用できるかわからなかったが、舌尖を慢性的に噛んでいたため歯科往診にて臼歯の部分義歯を製作した。比較的拒否なく口に入れていられた。姿勢もよくなり、全介助であるが食形態の引き上げができた。

義歯が使用できるかはわからなかったが、施設で歯科訪問で義歯を作ることができるということで家族の理解が得られた。すべて、施設内への訪問で行えたことである。

■ 義歯の不調をスタッフにうまく伝えられなかった事例

食事に時間はかかっている入院時に義歯を自宅に忘れてきたと訴える患者さん。実際に家族に持参してもらったと、義歯の鉤歯がなくなっており、不適合となっていた。義歯増歯修理し、義歯が使用可能な状態に修理すると、何事もなかったかのように常食を普通の速度で食べられていた。入院理由が口腔内のことではないので、なかなか口の中のことまで言い出せなかった様子であった。

■ 病院勤務の歯科衛生士と協力歯科医師が連携した事例

義歯の不適合により、食事量が減っており、褥瘡が治らない患者さんの依頼があった。義歯を調整し、かみ合わせも調整したところ、食事量も増え、褥瘡も治ってきた。

● 食事に関する事例

■ 急性期、回復期病院でも経口摂取は不可とされた胃瘻の方が、3 食経口摂取できるようになった事例

歯科往診で歯科医師のアドバイスをもらいながら、直接訓練(Oj のゼリー摂取)、間接訓練(吹き戻し)、義歯の調整を行い、服薬(ドネペジル)の見直しを行い、自己摂取もできるようになった。

■ 本人の食べたい意欲と、服薬の見直し、段階的な経口摂取により常食摂取が可能となった事例

ミキサー食、看取り予定のショートステイ利用で入所された 101 歳の女性。上下総義歯であり、発

語なく意思疎通困難であった。ミキサー食やトロミ水分を口にするとうみ込まず、ペップと吐き出す為、毎日点滴が必要であった。しかし、口腔ケア用のウェットティッシュで口腔ケアをしたところ、歯槽頂でウェットティッシュを引っ張る力と指を噛む力が非常に強く、嚥下にも問題ない為、本人が以前好んで食べていた、しるこサンドというお菓子を渡したところ、咀嚼して飲み込むことができた。その隙にとろみ水(イオン飲料)を流すと、それも一緒に飲み込むことがわかった。咀嚼しないと飲み込まないが、徐々に食べられる物が増え、最後は常食を摂取できるようになった。その後、輸液が取れ1年近く常食を摂取していたが、嚥下する力が芳しくなく安全のためにソフト食にした。ソフト食のみだと飲み込まないので、かっぱえびせんを噛みながらソフト食を提供すると完食した。103歳で亡くなられた。

■ 口腔内環境と食形態が不一致である事例

ミールラウンドを行っている中で、時々見られるのが 口腔内環境(残菌の咬合状態)と食形態の不一致である。介助側は奥歯もあると思い込んでいたが、実際は交叉咬合であり後方歯の接触はなかったという事例であり、ほとんど咀嚼無しで飲み込んでいたり、あるいは嚥下に時間を要し口腔内残渣が多量に見られたりといった誤嚥に対してリスクな場面がある。こういった時、義歯作製、装着が困難な場合には食形態の変更を考える。

■ 食形態の評価・決定のおかげで早期に回復ができた事例

熱発により誤嚥性肺炎疑いで某病院に入院したが、肺炎の所見はなく膀胱炎だったのにもかかわらず、絶禁飲食で施設再入所してしまい、何を食べさせればわからなくなっていたところを食形態の評価、決定を行い早期に回復ができた。

■ 経口摂取が困難となり、経管栄養や中心静脈栄養も不可とされた方が経口摂取ができるようになった事例

糖尿病があり、糖尿病食であったが、好きなホットコーヒーに砂糖を入れ甘くしトロミコーヒーを提供したり、好きな甘い物も提供したことで食欲が出てきた。水分が摂れるようになり、補助栄養ゼリーや、経口栄養剤(エンシュア H)をプリン状にして提供し食事でも摂取できるようになった。残菌が多数あり、歯周病も進行していたため、訪問歯科を1週間に1回介入していただき、口腔内環境を整えた。

■ 患者の口腔と機能を考慮して食形態を調整することが重要であった事例

大腿骨骨折にて入院中の患者。よく経験することだが、急な入院で義歯を持参せず、元々常食を摂取しているとのことで無歯顎なのに常食が提供されていた。摂取量を経過表で確認すると1~2割程度。週末にご家族に義歯を持参いただくよう連絡し、義歯が届くまでは口腔嚥下機能を確認した上で粥刻み食の提供に変更を指示し摂取量の向上が図れた。入院理由が肺炎などでないと、口腔に看護職の目が向かないケースがかなり多い。そのため、対象者の口腔(器質的な面)と、機

能を考慮して食形態を調整することが必要である。例えば、摂取量が少ない時に口腔の状況を確認してもらうなどである。状況に応じて食形態を調整することで摂取量の増加や、栄養状態の悪化を食い止めることの効果があった。

■ 食形態が向上し、ADL も向上した事例

本人は刻み食が嫌である。施設は窒息が怖いので、刻みたい。刻むことで食欲が薄れる。週に 2 回日中の昼のご飯のみ、介護スタッフが見ていることを条件にして、刻まず軟らかく煮た一口大の食形態を提供することとした。3 か月後、週に 3 回になっていき、半年後、昼間はひと口大の軟らか食が OK となっていった。最終的には義歯作成も行い、歩けるようになり、温厚になった。

■ 家族の強い希望で義歯作製し、常食を食べられるようになった事例

自歯、残根(多数)で、上下義歯未使用で入所。入所時は、嚥下調整食摂取。本人は義歯希望しなかったが、家族の強い希望で協力歯科医師に相談し、上下義歯作成、現在は、主食白飯、副食は軟菜一口大を召し上がっているが、おやつも食べられる物が増えた。利き手の片麻痺だが、在宅では歯科受診までは難しいと思われた。コロナで入院、退院後はしばらくソフト食を召し上がっていたが、訓練し数か月後は、元の食形態になっている。

■ 経管栄養になった後の嚥下機能評価により間食摂取が可能になった事例

特別養護老人ホーム入居中の 80 代女性。脳梗塞後遺症。誤嚥性肺炎、食思不振あり PEG 造設となり施設入居。口腔健康管理を依頼され訪問診療にて対応始めた。継続する中で、意思疎通がある程度可能になり、「何か食べたい」と意思表示されるようになったため、嚥下評価、直接訓練開始について主治医にコンサルトし、摂食リハを始めた。現在は体調を見ながらではあるが、お楽しみ程度の間食摂取(ゼリーなど)は可能になった。家族は胃ろうになってしまったら、全く口から食べてはいけないものだと思いつていることが多い。経管栄養になってしまった後の、経口摂取の可能性を評価する立場が訪問歯科であることを実感した。

■ コミュニケーション困難な方と歯科との関わりで経口摂取できるようになった事例

食事が食べれない、との事で胃瘻の患者さん。失語がありコミュニケーションが取りにくい。人との関わりが苦手であり、精神疾患があり認知度高い方であった。口腔ケア時にうがいが出来たことと、口腔機能アセスメントの結果から、経口摂取可能と判断した。食前に舌を刺激し、体操を開始したところ、現在は 3 食を一人テーブルで、ゆっくり経口摂取している。食べないイコール食べられないでは無い。施設で落ち着いて、義歯を作成し、食事が食べやすくなった事例である。

■ 口腔相の問題を指摘し(され)、義歯作製し常食を摂取できるようになった事例

ミールラウンドを通して、飲み物と主食の形態乖離が認められることが多々あった。過去に肺炎を

おこしているなどの理由から一度食形態が常食から刻みやペースト食になった場合元に戻らない傾向にある。それにも拘わらず、水分はとろみなしの状態。このような場合に口腔相に問題がある可能性もあることを指摘し(され)歯科受診を通して義歯を作製したところ、常食を問題なく摂取できるように変化した事例がある。

● 在宅に関係する事例

■ 訪問口腔ケアと義歯の作成が奏功した事例

ケアマネからの依頼で在宅訪問、ほとんど飲食が出来なくなり、体重減少も著しく、歯科医と歯科衛生士で毎週の訪問し口腔ケアをしていくうちに口腔内がよくなり、趣味の俳句もするようになり、義歯作成は最初は本人希望していなかったが、最終的には義歯を作成し、食事も取れるようになった。

■ 在宅で定期的な口腔ケアにより著明な改善が認められた事例

パーキンソン病の患者で在宅。自身でブラッシングは可能だが極めて不十分。強い口臭があり、主治医から指摘され歯科への訪問依頼があった。歯牙の動揺や義歯不適合がある。口腔内には食渣残留が多く歯牙の汚染が強い。歯科衛生士の定期的な訪問を開始し、口腔内の衛生状態の改善を第一位に考えた。衛生士の訪問により口腔内の衛生状態の改善、口臭の減少を目的としたが、口臭に関して著明な改善を認めた。また、自身でのブラッシング状況も改善した。これらは主治医からも評価された。主治医の口腔内への関心が良い結果をもたらした。

■ 在宅から施設入居となり体重増加がみられた事例

在宅で一人暮らしの患者さん、他職種が関わり歯科が毎週訪問していた。昼食の配食も半分程度、ほとんどベッドで過ごし、訪問すると転倒していたこともあった。義歯も作成したが、管理状態も本人だけで今ひとつの状態。ケアマネ、主治医等と連絡しその後、施設入居となり3ヶ月後、施設訪問し4kg増加、舌苔の状態も改善された。(在宅とはいえども限界がある)

● 入院中に関係する事例

■ 入院中に歯科治療を行い無事介護保険施設に退院した事例

肺炎で施設から救急搬送されてきた患者さんの残存歯を抜歯し、義歯の修理・裏装はもちろん、必要に応じて義歯新製をして、経口摂取の回復をはかって、施設にまた退院することができた事例は多い

■ 経口摂取不良で内科入院患者が顎関節脱臼していた事例

歯科衛生士が病棟訪室時に見かけた患者はベット上で開口しており、その顔貌から顎関節脱臼を疑った。病棟看護師に報告し、主科より歯科に他科依頼が出され歯科医師の診察により正式に顎関節脱臼と診断され手従的整復された。その後、患者はめきめきと回復され「顎が外れて食べられなかった。しゃべられないから誰にも理解して貰えず辛かった」と話された。摂食不良者もしくは、入院患者の歯科（歯科医師、もしくは歯科衛生士）のスクリーニングの必要性を感じた。

■ 集中治療室における口腔管理を行った事例

残存歯の動揺を確認し、脱離の可能性を疑い、病院に観察依頼をしてきた。8 本ブリッジが今にも脱離しそうで誤飲・誤嚥を未然に防ぐことができた。

■ 入院時歯科検診が有効だった事例

認知機能が低下し、歯が取れたことがわからない患者さん。入れ歯と差し歯を間違えて、入れ歯がなくなった、飲み込んだかもと大騒ぎになった。レントゲンをとる、部屋をひっくり返してさがすなど。歯科検診を入院時にしているの、何がなくなって、どう変化したか、有事にもわかる。結局何もなくなっていなかった。

■ 入院管理を内科と共同で行ったことで良い結果が得られた事例

被殻出血で自宅療養中の患者。転倒による上腕骨骨折もあり、徐々に食事量が減っていったため当院受診した。低栄養で脱水状態であったため入院させた。口腔乾燥と動揺歯と多数のう蝕を認めた。経口栄養剤を投与、看護師による毎食後の口腔ケア、歯科衛生士による週 5 回の専門的口腔ケアを指示し、抜歯と保存的歯科治療を行った。全身状態改善後に退院し、外来で義歯を作製したところ、軟飯・軟菜を必要量摂取できるようになった。上腕骨骨折と反側空間無視のため、食事量が減少したことによる脱水による口腔乾燥が口腔機能低下に繋がった。入院管理を内科と共同で行ったことで良い結果が得られた。

■ 口腔ケアとゼリー摂取が、normal flora の獲得に有用であった事例

寝たきりで無菌顎、胃ろうの患者。経口摂取は行っていなかった。誤嚥性肺炎で入院していた際、口腔内から ESBL・多剤耐性緑膿菌を検出しており、そのまま自宅退院となった。在宅での口腔ケアを継続し、またゼリー摂取を毎日行ったところ、半年後に再度、尿路感染で入院した際に、口腔内からは常在細菌のみの検出となり、入院時の感染管理が非常に楽になったと、病棟担当医から非常に喜ばれた。

● 認知症の患者に関係する事例

- 施設の部屋で介護職がすると口を開けてくれないが、歯科の診療室に来てチェアに座ると口を開けてくれた認知症患者の事例

元気なときには定期的に歯科受診をしていた。認知症のため歯科受診をしなくなり施設に入所することになった。居室で使用とするとかなり抵抗するが、歯科のスタッフが歯科の診療室に誘導して行くとスムーズにできた。認知症になっても歯科の診療室は口を診てもらふところという意識が残っており、そのことに気づいたことが大きな収穫。

- 認知症の利用者に対しての早期介入が重要と改めて感じた事例

病院から老健へ入所。入所後、栄養士から義歯がすぐに落ちてくるようだ、食事摂取量が少ないと情報あった。歯科衛生士が確認すると鉤歯が動揺しており、入院中に義歯を外していたことで片側のクラスプがはまらないまま口腔内へ装着されていた。本人はちゃんと入っていると回答。抜歯と義歯修理を行い、ソフト食からやわらか食へと形態を徐々に上げ、摂取量も改善傾向となった。認知症の方へは早期の介入の必要性を感じた。

- 認知症の患者さんに義歯を作成し、食形態を維持できた事例

施設入所の認知症の方であり、義歯が不安定であったが、複製義歯を作製し、使用してもらい3回の訪問診療新義歯を作製した。咬合高径を回復したことで現状の食形態維持ができた。認知症の方でも義歯を使用し、しっかりとした顎位が安定させて嚥下しやすい状況にする必要がある。

- 認知症の患者さんでも歯科治療を諦めずに行い経口摂取のバリエーションが広がった事例

認知症の患者さんでもコミュニケーションを取りながら歯科治療を諦めなかったため、義歯が完成し、経口摂取のバリエーションが広がった。その際、主治医に情報提供書を通じて連絡をすることが重要である。内容は、嚥下等に影響する薬剤であったり、口腔機能評価の内容である。

- 認知症患者の状態に合わせた口腔管理、食支援が重要であった事例

他の施設より認知症進行により食事摂取ができないとのことで、老健に入所された。家族より前施設で歯科治療が必要だが、拒否があり、口腔ケアですらできないため、このままいくと胃ろうになると言われたと報告を受けた。歯科衛生士の介入により、重度認知症があり、口を開けない、手が出るなどの行為がみられたものの、口腔ケアは可能であった。衛生状態が改善することにより、歯科治療は出来ずとも、口腔機能に合わせた食事形態での食事摂取は可能であった。介助方法についても多職種で検討を行い、大きな問題はなく経口摂取を継続できている。認知症の状態を把握し、認知症患者への対応方法を知ることが高齢者の口腔管理には重要であると思われる。

■ 鬱と認知症の患者さんの事例

鬱の状態により口腔衛生管理が出来ず、食事摂取量が減少し、体重減少してしまった患者さん。声かけしても返答しないことが多かった。

まず、歯肉炎を改善するため、口腔衛生管理を十分行った。最初は痛がっていたが徐々に痛みも出血も減少した。声かけに笑顔見られるようになった。すると食事量は増え始めた。コロナ感染により病棟閉鎖し、一時期介入できなくなり、歯垢付着増えたが、再開して改善できた。

表情の変化と口腔衛生状況に改善あった。体重も少し増えてきた。

● 主治医、看護師との連携に関係する事例

■ 歯科医師が投薬の副作用に気づき対応した事例

施設から、「義歯が合わない。すぐ外れて食事ができないので新しい義歯を作ってほしい」と連絡を受けて訪問診療に行った。歩行困難で車椅子使用、四肢の筋力低下も著しく、義歯は上下総義歯だった。咬合は安定しており、義歯新製よりリベースが妥当と診断し、治療開始した。3回目の訪問時に入所者の意識がもうろうとして、「一昨日から急に何もたべられなくなった」と言われ、投薬状況を確認したところ、一昨日より睡眠薬の処方が増やされており、主治医は就寝前に投薬する用に処方したが、施設看護師の勤務時間の都合で夕食前に投薬されており、半眠り状態で食事をさせられていたため、ほとんど食事をとれていないことがわかった。

義歯の治療は、義歯を使用する本人の訴えを元に行うため、患者の状態を把握しやすく、医師とも、良い連携体制があったため、ADLが極端に落ちる前に対応できた。

■ 主治医からの迅速な依頼により対応した事例

入所者に対して全例口腔に関するスクリーニングを歯科が行っている。老健では口腔衛生管理体制の構築が必須になっているため、協力歯科医療機関の契約を結んで、関わっている老健やグループホームでは、入所時に歯科のスクリーニングを必須にしている。協力歯科医療機関の責務では無いかと考える。

■ 看護師からの依頼がきっかけとなった事例

脳梗塞による失語で入院。経管栄養のみであった。担当看護師が開口障害に気付き、なんとかならないか（口が開いたら喋るかも）と相談を受けた。主治医に相談し歯科に紹介し、開口訓練を継続したところ、発語が見られるようになった。言語野の障害があるため内容は不明だが、明らかに

活気が出た。同看護師からこれなら食べるかもしれないと再相談を受けたため、摂食訓練も開始。半年以上かかったが、嚥下食を経口から摂れるようになった。看護師の患者観察が鋭く、口腔機能の回復につながった。

■ 主治医と歯科との連携が重要であった事例

施設入所者の口腔内疼痛を主治医が診察され、口腔がんを疑ったため腫瘍マーカーの実施が行われていた。その検査結果の解釈ならびに診察の依頼があった。口腔内をみると、義歯は使用しておらず、交差咬合により右上顎動揺度3の挺出大臼歯により右下顎歯肉に咬傷と思われる潰瘍を形成していた。腫瘍マーカー、ならびに血液検査データからは明らかに異常値はなかった。動揺歯を抜歯し、潰瘍の治癒を待って上下義歯を作成したところ、常食が摂取できるようになり、ADLが向上した。日ごろの医師、歯科医師間の情報交換が重要とであると感じられた。主治医が口腔の問題を疑い、早期に歯科に繋がったことでよい結果が得られた。

■ 主治医と歯科との連携がうまくいった事例

介護施設入所者で時々高熱を出す患者さんが、ある日突然顔まで腫れてしまい、主治医から診察依頼を受けた。上顎の前歯の根尖性歯周炎が原因であった。その後、治療をし完治すると今まで時々出ていた原因不明の高熱がなくなった。

■ 看護師と歯科との連携が重要であった事例

義歯を使用をしていた患者が口腔内の清掃は行なっていたが、義歯の清掃は時々しか行なっていなかった。担当看護師により義歯の清掃状態が不良であることが判明した。すぐに看護師からも指導が行われたが、改めて義歯も清掃を行う必要があることを患者に説明した。看護師が義歯の状態を把握し、早期に歯科へ繋がったことで有害事象を防げたと考えた。

■ 味覚障害で喫食量低下につき内科医師から歯科に依頼があった症例

口腔内診察で汚染顕著、喫食量低下により体力消耗しセルフケアも困難。内科入院下で栄養補給と共に、歯科衛生士の積極的口腔管理で清潔保持により味覚は改善した。NSTも全面サポートした。内科と歯科およびNSTの連携が、患者回復に重要であった。”

■ 主治医と歯科との連携が重要であった事例

病院に入院中の患者さんで、とても怒りっぽく、何に対しても暴言暴力があった。もともとの性格だと思っていたが、実は、残存歯による咬傷で大きな潰瘍ができていた。鎮静下で原因となる歯の抜歯を行い、傷が治ると機嫌もよくなり、穏やかになった。傷の痛みからイライラしていたと思われる。

■ 口腔内の状況から処方されている薬剤の剤形変更を依頼した事例

居宅患者。80代女性、夫がキーパーソン。脳梗塞後遺症、パーキンソン病(ヤール4)。歯牙の着

色除去の依頼があり、対応したところ、全体に清掃状態不良で食差も多かった。さらに口蓋に円形の残渣物を認め、除去すると出血を伴うびらん形成あり。内服薬にミノドロン酸があり、薬剤の嚥下不良、口腔内残留による粘膜炎症を強く疑った。歯牙の黒色着色もマドパーとマグミットの口腔内残留に伴う着色であると思われる。嚥下障害について状況を処方医に照会し、薬剤の剤形変更の配慮を依頼した。口腔内の状態から、嚥下障害、ひいては薬剤による有害事象、服薬アドヒアランス低下を見つけ、処方医に情報提供する立場に訪問歯科があることを実感した。

■ 呼吸器内科医からの歯科への紹介が有用であった事例

呼吸器内科医から、しっかり食事は食べられているのに誤嚥性肺炎が頻発する、とのことで歯科へ依頼があった。食事場面を観察しても、申し送りの通り、大きな問題はなかった。しかし、装用していた総義歯がカビだらけであり、夜間も装着していたため、就寝時の不顕性誤嚥が原因ではないかと推測し、義歯使用の中断を指示した。義歯使用を中止したところ、誤嚥性肺炎はピタリをおさまった。義歯の作製中は、食事のレベルをいったん下げていたが、新義歯が出来上がり、日中のみに装着したところ、常食摂取が再度が可能となり、誤嚥性肺炎も、引き続き防ぐことができた。

■ 口腔管理以外の知識や、普段からの主治医との関係がとても大事だった事例

ALS の患者さんで、首を前後に大きく振って代償運動で移送されている方に PAP を作成した。PAP のみならず、ALS の方が多く集まる施設、最新情報、普段の暮らしから、今やっておいた方がよいこと等、主治医の方針に差しさわりのない範囲でお伝えし、主治医からも食べること、栄養法、その後のこと、メンタル部分など、補佐的な仕事をしてくれたと大変ありがたがられた。

■ 食事量が低下した際、内科医が口腔の問題を疑い早期に対処できた事例

食事量が低下した事で、家族が内科に連れて行った。内科的には問題なく、歯科受診を勧められて訪問歯科診療の依頼あり。残存歯は全て著しく動揺していた。吸啜により、上唇粘膜が前歯部 Br ポンティック部に食い込んでおり、潰瘍形成。食事量低下の原因は動揺歯と潰瘍と思われた。病院歯科で全麻、全顎抜歯手術。無歯顎となった。認知症のため、義歯の使用は困難と判断。無歯顎で摂取可能な食形態を評価。手術後は、食欲回復し、体重増加となった。内科医が口腔の問題を疑い歯科受診を勧めた事で、訪問歯科受診に繋がったこと、病院歯科との連携も功を奏した。食事量低下の原因を早期に特定、対処により低栄養が改善された。

● 口腔内の状況、口腔・摂食嚥下機能の評価に関係する事例

■ 口腔内の評価が大切である実感した事例

認知症の患者さんが、食事時に手を口の中に頻繁に入れるようになった。介護職員から口の中の精査を勧められ確認すると、歯が割れて歯肉に腫れがみられた。抜歯をおこなったところ、口の中に手を入れる動作はなくなり、食事も普通に摂取できるようになった

- 歯や義歯だけでなく、舌・粘膜・口蓋なども観察が必要と実感した事例
全身的には変化ないが、急に食事量が減った認知症の患者の口腔内を確認すると、軟口蓋や奥舌の辺縁に潰瘍ができていた。ライトを照らして口腔内全体を観察することが重要である。

- 口腔健康管理を踏まえて摂食嚥下機能の診査、訓練を行った事例
口腔健康管理を踏まえて、衛生管理下で基礎疾患に応じた摂食嚥下・咀嚼機能の診査、機能評価を行い、病院との連携の下で VF の実施、及び研修を受けた歯科医師において VE を行い確定診断を行い関節・直接訓練処置を行う。進行性疾患においては、要介護者・介護者に「食いたい」「食べさせたい」などの「食」への希望の気持ちを踏まえて、維持の必要性を理解していただく。

- なかなか開口しない入所者に歯肉唇移行部の裂創があった事例
受傷時間や損傷の状況等から、開口しにくい入居者に介助で食事提供をしていた際に、無理に挿入した食具で裂創を生じたと考えられた。開口しにくいなりに適切な形態の食具が選択され、患者が開口しないために経口摂取できないときの方針も、家族が納得の上で、決定されていれば良かったと考えられる症例であった。

- 新規入所者の口腔内評価を訪問時に行っている事例
新規入所者に対しては、施設勤務の歯科衛生士とともに、訪問時に口腔内の診査をしている。入所時から口腔衛生管理、食形態、義歯の管理等に関する問題点を把握できる点が重要である。入所早期から適切な介入が行えるという点でもっとも効果的である。

- 自立している患者さんでも定期的な口腔内チェックが重要であった事例
ADL の自立している方で、口腔管理は自身で行っていたが、口腔内を診るとブリッジが脱離して義歯についていた。他にも動揺歯があり早急に歯科受診が必要な状況だった。本人は食べにくさはあったが痛みはなく食事はとれていたのも誰も気付かなかった。口腔ケアが自立しているひとでも定期的に口腔内をチェックすることが重要である。

- 嚥下障害の診断だったが精査を行うことで違う原因が判明し、最期まで経口摂取を継続できた事例

90 歳代女性。施設より食事時の嘔吐（野菜のみ）繰り返すため、クリニックにて VE/VF を行うも異常ない。しかし、消化管撮影したところ、噴門部の通過障害を発見し、主治医に報告した。主治医より嘔吐は嚥下障害と判断していたが、所見を診て判断を変えた。今後の嚥下リハビリテーションの対応をお願いしたい。と返事をいただいた。精査をしっかりと行うことが、重要であることがわかった。その後、亡くなる当日の朝まで経口摂取継続し、101 歳で老衰でご逝去された。

■ 迅速な診査、処置を行えた事例

ポジショニングに問題がない場合で、摂取時間の延長がある場合は口腔診査を行い歯科的問題を探し、問題あれば治療を行う。迅速な抜歯が行えた患者の全身状態および環境。家族が最期まで経口摂取をしてほしいと願われ、看取りが解除となった。

■ 訪問時の VE を実施している事例

施設からの依頼で、食形態の変更が必要であったり、むせや発熱を繰り返したりしている入所者に対しては VE を実施している。そのため、施設スタッフだけでは判断的でない、専門的な評価ができる。加えて、VE に施設スタッフも参加することで、問題点を情報共有して解決策を検討できる。

● 歯科衛生士に関する事例

■ 歯科衛生士が常勤で老健に勤務している事例

私が行っている老健では、歯科衛生士 2 名が勤務しており、専門的な口腔衛生管理が必要な入所者について専門的な口腔ケアを実施しており、日常的に入所者の口腔に関する問題も把握できる状況にある。歯科衛生士を施設のスタッフに入れることが重要であり、日常的に専門職が関与できることがもっとも効果的である。

■ デイサービスで歯科衛生士によるケアが行われている事例

デイサービスでの毎食食後の歯科衛生士、スタッフの介入で口腔習慣が維持でき、認知症（意思疎通困難、会話なし）、要介護 5（歩行困難で車いす）状態でも毎回、総義歯洗浄とうがいを実施できているケース。

● その他

■ 器質的口腔障害事象の改善を、マウスピース用装置での咬合の確保で口腔機能改善に結びつけた事例

■ 新柄コロナ感染症による定期訪問中断による顎骨炎対応が遅れた事例
介護施設入所者。新型コロナ蔓延期に訪問中断があり、その間に歯周炎から中等度顎骨炎に炎症波及させてしまった。コロナピークが落ち着いた段階で訪問できたが、ポータブルレントゲンで顎骨破壊を確認。すぐに搬送し、手術となった。退院後、義歯の新製を行い、現在では常食摂取まで回復している。

■ 肺炎または肺炎疑い患者への取り組み
口腔ケアシステム(水を使わない口腔ケアシステム)を導入。障害病棟入院患者 15 名を対象に、1 年間肺炎による発熱日数と薬剤の使用量を調査した。前年との比較によりだした結果では、発熱日数 188 日 39, 7%減少し、薬剤使用量の金額は、1, 390, 671 円 81%減少した。

■ 口腔癌の前癌病変に気づいた事例
口腔癌の前癌病変に気づき、外部受診(口腔外科)での手術を勧めた事がある。今では問題なく元気に生活されている。

■ 歯科が歯以外も診ることができると認識された事例
認知症で、せんべいの乾燥材も食べてしまい、口腔内がただれた時点で発見された。口腔内粘膜が咽頭のどこまでただれているのか、診査のために医科から歯科が呼ばれ、VE 施行。咽頭には及んでいないため、キシロカイン入りの含嗽剤を用いて、対処法を歯科から伝えた。対処法のみならず、食べ方や、食事形態を変更するなども歯科から提案することで、食事に歯科が大いにかかわっていると喜ばれた。

■ 歯科治療の必要性を伝え続けたことで歯科医院に定期受診するようになった事例
失語や、コミュニケーションに問題のある患者さんでも歯科治療の必要性を諦めず伝え、口腔機能向上、口腔清掃能力向上、口腔に対する意識向上、歯科医院に定期的に来院できる状態にまでもっていくことができた。

■ 体重減少した際に早期の歯科受診により良い結果をもたらした事例
体重減少した際に早めに歯科受診されたことにより、正しく合った義歯を装着された。このことにより、しっかり食べることができるようになり、杖を使用し、歩行できるようになった。

■ デイサービス時の口腔機能向上サービスが訪問歯科につながった事例
動揺歯 3 本(M3)、痛み(+)状態であっても歯科受診拒否、食事は軟飯、嚥下食で済ませていた

男性。自然脱落后，食欲が戻り，6Kg 減少した体重が 10Kg 戻る。歯の痛みの経験から訪問歯科を受け入れ，定期的に訪問歯科受診に至る。毎回のデイサービスでの口腔機能向上サービスにて口腔ケアと口腔管理，歯科勧奨が実り，訪問歯科につなげたケースであった。

IV 新型コロナウイルス感染症による 口腔衛生関連サービスの提供への 影響に関する調査

1. 事業目的

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)拡大により、電話や情報通信機器を活用した診療(オンライン診療など)の規制緩和など新しい診療の形態が模索されている。歯科においても2020年4月24日に厚生労働省より電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取り扱いが示された。しかし、介護保険施設利用者等への歯科専門職による口腔関連サービスの提供状況の変化や情報通信機器等を用いたサービス提供に関しては、いまだルール整備等が十分になされていない。

そこで今回、介護保険施設等における口腔関連サービスの提供体制および情報通信機器等を用いたサービス提供状況を把握し、アフターコロナでの介護保険施設利用者等に対するオンライン上のサービス提供の在り方やルール整備の参考資料とすることを目的に、現時点での介護保険施設等での実態に関する郵送調査を実施した。

【対象および方法】

介護保険施設等における口腔関連サービスの提供体制および情報通信機器等を用いたサービス提供状況に関する郵送質問紙調査

全国の介護保険施設のリストから無作為に施設を抽出し、抽出された介護保険施設に調査票を郵送した。

各郵送質問調査は、独立行政法人福祉医療機構が運営を行っている、WAM NET (Welfare And Medical Service NETwork System)と、各都道府県が公開している介護保険施設、居住系サービスのリストから、施設種別に都道府県別の施設数の割合を算出した。郵送質問紙送付にあたり、算出した都道府県別、施設種別の割合を用いて、都道府県ごとの調査数を決定した(図表 1, 2)。

1. 都道府県別、施設種別調査票送付数と回収数について

(1) 都道府県別送付数、回収数(介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設)

図表 1

都道府県	介護老人保健施設				介護医療院				介護老人福祉施設			
	送付数	割合	回収数	回収率	送付数	割合	回収数	回収率	送付数	割合	回収数	回収率
北海道	12	3.7	1	1.3	2	3.5	0	0.0	31	4.8	5	2.9
青森県	4	1.2	0	0.0	1	1.8	0	0.0	8	1.3	4	2.3
岩手県	4	1.2	1	1.3	1	1.8	0	0.0	8	1.3	3	1.7
宮城県	6	1.9	1	1.3	1	1.8	1	5.9	11	1.7	3	1.7
秋田県	4	1.2	1	1.3	1	1.8	0	0.0	8	1.3	2	1.2
山形県	3	0.9	0	0.0	1	1.8	1	5.9	6	0.9	1	0.6
福島県	6	1.9	3	3.9	1	1.8	0	0.0	13	2.0	4	2.3
茨城県	10	3.1	1	1.3	1	1.8	0	0.0	17	2.7	8	4.7
栃木県	4	1.2	1	1.3	1	1.8	1	5.9	15	2.3	3	1.7
群馬県	6	1.9	1	1.3	1	1.8	0	0.0	12	1.9	2	1.2
埼玉県	10	3.1	3	3.9	1	1.8	0	0.0	28	4.4	3	1.7
千葉県	11	3.4	1	1.3	1	1.8	0	0.0	31	4.8	12	7.0
東京都	13	4.0	3	3.9	1	1.8	1	5.9	37	5.8	5	2.9
神奈川県	12	3.7	6	7.8	1	1.8	0	0.0	27	4.2	8	4.7
新潟県	7	2.2	2	2.6	1	1.8	1	5.9	13	2.0	3	1.7
富山県	4	1.2	0	0.0	2	3.5	0	0.0	9	1.4	5	2.9
石川県	3	0.9	1	1.3	1	1.8	0	0.0	6	0.9	1	0.6
福井県	2	0.6	0	0.0	1	1.8	1	5.9	4	0.6	1	0.6
山梨県	2	0.6	0	0.0	1	1.8	1	5.9	6	0.9	3	1.7
長野県	6	1.9	5	6.5	1	1.8	1	5.9	15	2.3	8	4.7
岐阜県	9	2.8	2	2.6	1	1.8	0	0.0	19	3.0	6	3.5
静岡県	6	1.9	1	1.3	2	3.5	1	5.9	19	3.0	9	5.2
愛知県	12	3.7	3	3.9	1	1.8	1	5.9	27	4.2	8	4.7
三重県	5	1.6	2	2.6	1	1.8	0	0.0	11	1.7	2	1.2
滋賀県	2	0.6	1	1.3	1	1.8	0	0.0	8	1.3	3	1.7
京都府	4	1.2	2	2.6	1	1.8	0	0.0	10	1.6	4	2.3
大阪府	40	12.5	9	11.7	1	1.8	0	0.0	39	6.1	9	5.2
兵庫県	10	3.1	1	1.3	2	3.5	0	0.0	28	4.4	9	5.2

奈良県	4	1.2	2	2.6	1	1.8	0	0.0	7	1.1	2	1.2
和歌山県	3	0.9	0	0.0	1	1.8	0	0.0	7	1.1	0	0.0
鳥取県	3	0.9	1	1.3	1	1.8	0	0.0	3	0.5	1	0.6
島根県	2	0.6	0	0.0	1	1.8	0	0.0	7	1.1	4	2.3
岡山県	5	1.6	3	3.9	1	1.8	1	5.9	15	2.3	4	2.3
広島県	22	6.9	4	5.2	2	3.5	1	5.9	27	4.2	6	3.5
山口県	4	1.2	0	0.0	2	3.5	0	0.0	10	1.6	1	0.6
徳島県	3	0.9	0	0.0	1	1.8	0	0.0	5	0.8	0	0.0
香川県	3	0.9	0	0.0	1	1.8	0	0.0	6	0.9	0	0.0
愛媛県	4	1.2	2	2.6	1	1.8	0	0.0	7	1.1	4	2.3
高知県	2	0.6	0	0.0	2	3.5	1	5.9	4	0.6	0	0.0
福岡県	11	3.4	0	0.0	2	3.5	1	5.9	27	4.2	5	2.9
佐賀県	3	0.9	1	1.3	1	1.8	0	0.0	4	0.6	0	0.0
長崎県	4	1.2	0	0.0	1	1.8	1	5.9	7	1.1	3	1.7
熊本県	6	1.9	1	1.3	2	3.5	0	0.0	9	1.4	0	0.0
大分県	4	1.2	1	1.3	1	1.8	0	0.0	5	0.8	1	0.6
宮崎県	3	0.9	1	1.3	1	1.8	0	0.0	6	0.9	1	0.6
鹿児島県	15	4.7	6	7.8	2	3.5	1	5.9	13	2.0	3	1.7
沖縄県	3	0.9	1	1.3	1	1.8	0	0.0	5	0.8	0	0.0
無回答			2	2.6			1	5.9			3	1.7
全体	321	100.0	77	100.0	57	100.0	17	100.0	640	100.0	172	100.0

図表1に都道府県別、介護保険施設種別（介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設）の発送数、発送割合、回収数、回収率を示した。介護保険施設種別の回収数（回収率）はそれぞれ介護老人保健施設 77 施設（24.0%）、介護医療院 17 施設（29.8%）、介護老人福祉施設 172 施設（26.9%）であった。

(2) 都道府県別送付数、回収数（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、グループホーム）

図表 2

都道府県	有料老人ホーム				サービス付き高齢者住宅				グループホーム			
	送付数	割合	回収数	回収率	送付数	回収率	回収数	回収率	送付数	割合	回収数	回収率
北海道	34	8.3	6	5.5	6	2.6	3	4.5	10	2.6	2	1.7
青森県	9	2.2	2	1.8	3	1.3	0	0.0	5	1.3	0	0.0
岩手県	4	1.0	2	1.8	3	1.3	1	1.5	7	1.8	4	3.3
宮城県	11	2.7	4	3.6	4	1.8	1	1.5	9	2.3	3	2.5
秋田県	2	0.5	0	0.0	2	0.9	0	0.0	6	1.6	3	2.5
山形県	5	1.2	3	2.7	2	0.9	1	1.5	4	1.0	2	1.7
福島県	2	0.5	0	0.0	4	1.8	2	3.0	8	2.1	1	0.8
茨城県	5	1.2	1	0.9	6	2.6	1	1.5	9	2.3	3	2.5
栃木県	5	1.2	1	0.9	5	2.2	3	4.5	5	1.3	2	1.7
群馬県	9	2.2	1	0.9	3	1.3	2	3.0	8	2.1	2	1.7
埼玉県	17	4.1	5	4.5	8	3.5	1	1.5	14	3.6	5	4.2
千葉県	17	4.1	3	2.7	11	4.8	6	9.0	16	4.1	5	4.2
東京都	30	7.3	7	6.4	12	5.3	1	1.5	21	5.4	9	7.5
神奈川県	33	8.0	8	7.3	11	4.8	2	3.0	24	6.2	6	5.0
新潟県	4	1.0	2	1.8	4	1.8	1	1.5	8	2.1	3	2.5
富山県	5	1.2	1	0.9	3	1.3	1	1.5	6	1.6	5	4.2
石川県	4	1.0	0	0.0	1	0.4	0	0.0	6	1.6	3	2.5
福井県	1	0.2	0	0.0	2	0.9	0	0.0	3	0.8	0	0.0
山梨県	1	0.2	0	0.0	2	0.9	2	3.0	2	0.5	0	0.0
長野県	8	1.9	1	0.9	4	1.8	1	1.5	8	2.1	2	1.7
岐阜県	8	1.9	1	0.9	3	1.3	2	3.0	9	2.3	0	0.0
静岡県	9	2.2	0	0.0	5	2.2	2	3.0	13	3.4	3	2.5
愛知県	12	2.9	7	6.4	10	4.4	4	6.0	11	2.8	6	5.0
三重県	6	1.5	1	0.9	7	3.1	0	0.0	7	1.8	1	0.8
滋賀県	1	0.2	0	0.0	3	1.3	1	1.5	5	1.3	2	1.7
京都府	2	0.5	0	0.0	5	2.2	1	1.5	7	1.8	1	0.8
大阪府	12	2.9	8	7.3	19	8.4	3	4.5	10	2.6	3	2.5
兵庫県	14	3.4	2	1.8	13	5.7	6	9.0	7	1.8	4	3.3
奈良県	4	1.0	0	0.0	2	0.9	1	1.5	5	1.3	0	0.0
和歌山県	5	1.2	2	1.8	4	1.8	3	4.5	8	2.1	1	0.8

鳥取県	3	0.7	2	1.8	2	0.9	0	0.0	3	0.8	0	0.0
島根県	3	0.7	1	0.9	2	0.9	0	0.0	5	1.3	1	0.8
岡山県	7	1.7	1	0.9	4	1.8	0	0.0	10	2.6	4	3.3
広島県	1	0.2	0	0.0	13	5.7	5	7.5	12	3.1	5	4.2
山口県	9	2.2	2	1.8	5	2.2	0	0.0	6	1.6	1	0.8
徳島県	2	0.5	2	1.8	2	0.9	1	1.5	4	1.0	1	0.8
香川県	4	1.0	1	0.9	2	0.9	1	1.5	3	0.8	0	0.0
愛媛県	6	1.5	2	1.8	5	2.2	1	1.5	10	2.6	4	3.3
高知県	3	0.7	1	0.9	1	0.4	0	0.0	5	1.3	0	0.0
福岡県	15	3.6	3	2.7	7	3.1	2	3.0	21	5.4	5	4.2
佐賀県	9	2.2	3	2.7	1	0.4	1	1.5	6	1.6	1	0.8
長崎県	5	1.2	3	2.7	4	1.8	0	0.0	11	2.8	4	3.3
熊本県	13	3.2	5	4.5	4	1.8	1	1.5	13	3.4	4	3.3
大分県	12	2.9	6	5.5	2	0.9	1	1.5	5	1.3	3	2.5
宮崎県	14	3.4	3	2.7	1	0.4	0	0.0	5	1.3	1	0.8
鹿児島県	13	3.2	4	3.6	3	1.3	1	1.5	4	1.0	3	2.5
沖縄県	15	3.6	2	1.8	2	0.9	0	0.0	3	0.8	1	0.8
無回答			1	0.9			1	1.5			1	0.8
全体	412	100.0	110	100.0	227	100.0	67	100.0	387	100.0	120	100.0

図表2に都道府県別、介護保険施設種別（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、グループホーム）の発送数、発送割合、回収数、回収率を示した。介護保険施設種別の回収数（回収率）はそれぞれ有料老人ホーム 110 施設（26.7%）、サービス付き高齢者住宅 67 施設（29.5%）、グループホーム 120 施設（31.0%）であった。

2. 施設の基本情報について

(1) 該当する施設種別とその算定区分について

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 76 施設で、超強化型が最も多く、28 施設(36.8%)であった。ついで加算型が 19 施設(25.0%)、基本型が 18 施設(23.7%)であった。

表 1 算定区分（介護老人保健施設）

	n	%
超強化型	28	36.8
在宅強化型	9	11.8
加算型	19	25.0
基本型	18	23.7
療養型	0	0.0
その他型	2	2.6
合計	76	100.0

(イ) 介護老人福祉施設

回答した施設は 175 施設で、介護老人福祉施設が最も多く、99 施設(56.6%)であった。ついでユニット型介護老人福祉施設が 58 施設(33.1%)、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護が 16 施設(9.1%)であった。

表 2 算定区分（介護老人福祉施設）

	n	%
介護老人福祉施設	99	56.6
ユニット型介護老人福祉施設	58	33.1
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	16	9.1
ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	2	1.1
その他	0	0.0
合計	175	100.0

(ウ)介護療養型医療施設

回答した施設は2施設で、療養型介護療養施設サービス費、認知症疾患型介護療養施設サービス費が1施設(50.0%)であった。

表 3 算定区分（介護療養型医療施設）

	n	%
療養型介護療養施設サービス費	1	50.0
療養型経過型介護療養施設サービス費	0	0.0
ユニット型療養型介護療養施設サービス費	0	0.0
ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費	0	0.0
診療型介護療養施設サービス費	0	0.0
ユニット型診療型介護療養施設サービス費	0	0.0
認知症疾患型介護療養施設サービス費	1	50.0
ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費	0	0.0
合計	2	100.0

(エ) 介護医療院

回答した施設は 15 施設で、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)が最も多く、8 施設(53.3%)であった。ついでⅠ型介護医療院サービス費(Ⅱ)が 3 施設(20.0%)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ)が 2 施設(13.3%)であった。

表 4 算定区分 (介護医療院)

	n	%
Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)	8	53.3
Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)	3	20.0
Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅲ)	0	0.0
Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)	2	13.3
Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ)	2	13.3
Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ)	0	0.0
Ⅰ型特別介護医療院サービス費	0	0.0
Ⅱ型特別介護医療院サービス費	0	0.0
ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)	0	0.0
ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)	0	0.0
ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費	0	0.0
ユニット型Ⅰ型特別介護医療院サービス費	0	0.0
ユニット型Ⅱ型特別介護医療院サービス費	0	0.0
合計	15	100.0

(オ) その他

回答した施設は 300 施設で、グループホームが最も多く、120 施設(40.0%)であった。ついでサービス付き高齢者向け住宅が 68 施設(22.7%)、介護付き有料老人ホームが 63 施設(21.0%)であった。

表 5 算定区分 (その他)

	n	%
介護付き有料老人ホーム	63	21.0
在宅型有料老人ホーム	49	16.3
グループホーム	120	40.0
サービス付き高齢者向け住宅	68	22.7
上記以外	0	0.0
合計	300	100.0

(2) 協力歯科機関はあるか

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 77 施設で、はいが 76 施設(98.7%)、いいえが 1 施設(1.3%)であった。

表 6 協力歯科機関があるか (介護老人保健施設)

	n	%
はい	76	98.7
いいえ	1	1.3
合計	77	100.0

(イ) 介護老人福祉施設

回答した施設は 170 施設で、はいが 165 施設(97.1%)、いいえが 5 施設(2.9%)であった。

表 7 協力歯科機関があるか (介護老人福祉施設)

	n	%
はい	165	97.1
いいえ	5	2.9
合計	170	100.0

(ウ) 介護療養型医療施設

回答した施設は 2 施設で、はいが 2 施設(100%)であった。いいえの回答はなかった。

表 8 協力歯科機関があるか (介護療養型医療施設)

	n	%
はい	2	100.0
いいえ	0	0.0
合計	2	100.0

(エ) 介護医療院

回答した施設は 17 施設で、はいが 16 施設(94.1%)、いいえが 1 施設(5.9%)であった。

表 9 協力歯科機関があるか（介護医療院）

	n	%
はい	16	94.1
いいえ	1	5.9
合計	17	100.0

(オ) その他

回答した施設は 295 施設で、はいが 261 施設(88.5%)、いいえが 34 施設(11.5%)であった。

表 10 協力歯科機関があるか（その他）

	n	%
はい	261	88.5
いいえ	34	11.5
合計	295	100.0

(3) 歯科衛生士を配置しているか

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 77 施設で、はいが 17 施設 (22.1%) であった。いいえが 60 施設 (77.9%) であった。

表 11 歯科衛生士の配置 (介護老人保健施設)

	n	%
はい	17	22.1
いいえ	60	77.9
合計	77	100.0

(イ) 介護老人福祉施設

回答した施設は 169 施設で、はいが 29 施設 (17.2%) であった。いいえが 140 施設 (82.4%) であった。

表 12 歯科衛生士の配置 (介護老人福祉施設)

	n	%
はい	29	17.2
いいえ	140	82.8
合計	169	100.0

(ウ) 介護療養型医療施設

回答した施設は 2 施設で、いいえが 2 施設 (100.0%) であった。

表 13 歯科衛生士の配置 (介護療養型医療施設)

	n	%
はい	0	0.0
いいえ	2	100.0
合計	2	100.0

(エ) 介護医療院

回答した施設は 17 施設で、はいが 3 施設(17.6%)であった。いいえが 14 施設(82.4%)であった。

表 14 歯科衛生士の配置（介護医療院）

	n	%
はい	3	17.6
いいえ	14	82.4
合計	17	100.0

(オ) その他

回答した施設は 296 施設で、はいが 4 施設(1.4%)であった。いいえが 292 施設(98.6%)であった。

表 15 歯科衛生士の配置（その他）

	n	%
はい	4	1.4
いいえ	292	98.6
合計	296	100.0

(3)－1 歯科衛生士を配置している場合、どのような就業形態か

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 18 施設で、常勤が平均 1.0 ± 0.0 人、非常勤が平均 1.0 ± 0.0 人であった。

表 16 就業形態（介護老人保健施設）

	n	平均値±標準偏差
常勤	9	1.0 ± 0.0
非常勤	9	1.0 ± 0.0

(イ) 介護老人福祉施設

回答した施設は 27 施設で常勤が平均 1.1 ± 0.3 人、非常勤が平均 1.1 ± 0.3 人であった。

表 17 就業形態（介護老人福祉施設）

	n	平均値±標準偏差
常勤	15	1.1 ± 0.3
非常勤	12	1.1 ± 0.3

(ウ) 介護療養型医療施設

歯科衛生士を配置していると回答した施設はなかった。

表 18 就業形態（介護療養型医療施設）

	n	平均値±標準偏差
常勤	0	
非常勤	0	

(エ) 介護医療院

回答した施設は 3 施設で、常勤が平均 1.5 ± 0.7 人、非常勤が平均 1.0 ± 0.0 人であった。

表 19 就業形態（介護医療院）

	n	平均値±標準偏差
常勤	2	1.5 ± 0.7
非常勤	1	1.0 ± 0.0

(オ) その他

回答した施設は 5 施設で、常勤が平均 1.0 ± 0.0 人、非常勤が平均 1.0 ± 0.0 人であった。

表 20 就業形態（その他）

	n	平均値±標準偏差
常勤	4	1.0 ± 0.0
非常勤	1	1.0 ± 0.0

(4) 併設している施設について(複数回答)

(ア) 介護老人保健施設

併設している施設の種類の種類はデイケアが最も多く、30 施設(43.5%)であった。ついで病院(歯科標榜なし)が 24 施設(34.8%)、ショートステイが 17 施設(24.6%)であった。

表 21 併設している施設 (介護老人保健施設、n=69)

	n	%
病院(歯科標榜あり)	12	17.4
病院(歯科標榜なし)	24	34.8
診療所(医科)	10	14.5
診療所(歯科)	3	4.3
介護老人保健施設	5	7.2
特別養護老人ホーム	6	8.7
有料老人ホーム	4	5.8
デイケア	30	43.5
デイサービス	8	11.6
ショートステイ	17	24.6
その他	12	17.3

(イ) 介護老人福祉施設

併設している施設の種類はショートステイが最も多く、109 施設(63.7%)であった。ついで
デイサービス 82 施設(47.9%)、その他 31 施設(18.1%)であった。

表 22 併設している施設（介護老人福祉施設、n=171）

	n	%
病院(歯科標榜あり)	2	1.1
病院(歯科標榜なし)	25	14.6
診療所(医科)	24	14.0
診療所(歯科)	2	1.1
介護老人保健施設	7	4.0
特別養護老人ホーム	28	16.3
有料老人ホーム	3	1.7
デイケア	5	2.9
デイサービス	82	47.9
ショートステイ	109	63.7
その他	31	18.1

(ウ) 介護療養型医療施設

併設している施設の種類は病院(歯科標榜なし)、診療所(医科)、診療所(歯科)、特別養
護老人ホーム、デイサービスが 1 施設(50.0%)であった。

表 23 併設している施設（介護療養型医療施設、n=2）

	n	%
病院(歯科標榜あり)	0	0.0
病院(歯科標榜なし)	1	50.0
診療所(医科)	1	50.0
診療所(歯科)	1	50.0
介護老人保健施設	0	0.0
特別養護老人ホーム	1	50.0
有料老人ホーム	0	0.0
デイケア	0	0.0
デイサービス	1	50.0
ショートステイ	0	0.0
その他	0	0.0

(エ) 介護医療院

併設している施設の種類は病院(歯科標榜なし)が最も多く、10 施設(58.8%)であった。ついで病院(歯科標榜あり)が 4 施設(23.5%)、デイケアが 4 施設(23.5%)であった。

表 24 併設している施設 (介護医療院、n=17)

	n	%
病院(歯科標榜あり)	4	23.5
病院(歯科標榜なし)	10	58.8
診療所(医科)	3	17.6
診療所(歯科)	0	0.0
介護老人保健施設	1	5.9
特別養護老人ホーム	1	5.9
有料老人ホーム	0	0.0
デイケア	4	23.5
デイサービス	2	11.8
ショートステイ	1	5.9
その他	3	17.6

(オ) その他

併設している施設の種類はデイサービスが最も多く、82 施設(46.1%)であった。ついで病院(歯科標榜なし)(27.5%)、その他 45 施設(25.3%)であった。

表 25 併設している施設 (その他、n=178)

	n	%
病院(歯科標榜あり)	4	2.2
病院(歯科標榜なし)	49	27.5
診療所(医科)	13	7.3
診療所(歯科)	8	4.5
介護老人保健施設	9	5.1
特別養護老人ホーム	5	2.8
有料老人ホーム	24	13.5
デイケア	15	8.4
デイサービス	82	46.1
ショートステイ	13	7.3
その他	45	25.3

(5) 算定を行っている各種加算サービスについて(複数回答)

(ア) 介護老人保健施設

算定を行っている各種加算サービスは療養食加算(6 単位/回)が最も多く、60 施設(87.0%)であった。ついで経口維持加算Ⅰ(400 単位/月)が 49 施設(71.0%)、栄養マネジメント強化加算(11 単位/日)が 36 施設(52.2%)であった。

表 26 算定を行っている各種加算サービス
(介護老人保健施設、n=69)

	n	%
療養食加算(6 単位/回)	60	87.0
栄養マネジメント強化加算 (11 単位/日)	36	52.2
低栄養リスク改善加算 (300 単位/月)	10	14.5
経口移行加算(28 単位/日)	14	20.3
経口維持加算Ⅰ(400 単位/月)	49	71.0
経口維持加算Ⅱ(100 単位/月)	33	47.8
口腔衛生管理加算(Ⅰ) (90 単位/月)	14	20.3
口腔衛生管理加算(Ⅱ) (110 単位/月)	20	29.0
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (20 単位/回)	4	5.8
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (5 単位/回)	5	7.2

(イ) 介護老人福祉施設

算定を行っている各種加算サービスは療養食加算(6 単位／回)が最も多く、87 施設(69.6%)であった。ついで栄養マネジメント強化加算(11 単位／日)が 61 施設(48.8%)、経口維持加算 I (400 単位／月)が 41 施設(32.8%)であった。

表 27 算定を行っている各種加算サービス
(介護老人福祉施設、n=125)

	n	%
療養食加算(6 単位／回)	87	69.6
栄養マネジメント強化加算 (11 単位／日)	61	48.8
低栄養リスク改善加算 (300 単位／月)	3	2.4
経口移行加算(28 単位／日)	8	6.4
経口維持加算 I (400 単位／月)	41	32.8
経口維持加算 II (100 単位／月)	32	25.6
口腔衛生管理加算(I) (90 単位／月)	31	24.8
口腔衛生管理加算(II) (110 単位／月)	31	24.8
口腔・栄養スクリーニング加算(I) (20 単位／回)	4	3.2
口腔・栄養スクリーニング加算(II) (5 単位／回)	2	1.6

(ウ)介護療養型医療施設

算定を行っている各種加算サービスは、栄養マネジメント強化加算(11 単位/日)、経口維持加算Ⅱ(100 単位/月)が1 施設(100.0%)であった。

表 28 算定を行っている各種加算サービス
(介護療養型医療施設、n=1)

	n	%
療養食加算(6 単位/回)	0	0.0
栄養マネジメント強化加算 (11 単位/日)	1	100.0
低栄養リスク改善加算 (300 単位/月)	0	0.0
経口移行加算(28 単位/日)	0	0.0
経口維持加算Ⅰ(400 単位/月)	0	0.0
経口維持加算Ⅱ(100 単位/月)	1	100.0
口腔衛生管理加算(Ⅰ) (90 単位/月)	0	0.0
口腔衛生管理加算(Ⅱ) (110 単位/月)	0	0.0
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (20 単位/回)	0	0.0
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (5 単位/回)	0	0.0

(エ) 介護医療院

算定を行っている各種加算サービスは療養食加算、栄養マネジメント強化加算(11 単位／日)が最も多く、11 施設(84.6%)であった。ついで経口維持加算Ⅰ(400 単位／月)、口腔衛生管理加算(Ⅱ)(110 単位／月)が 6 施設(46.2%)であった。

表 29 算定を行っている各種加算サービス
(介護医療院、n=13)

	n	%
療養食加算(6 単位／回)	11	84.6
栄養マネジメント強化加算 (11 単位／日)	11	84.6
低栄養リスク改善加算 (300 単位／月)	2	15.4
経口移行加算(28 単位／日)	3	23.1
経口維持加算Ⅰ(400 単位／月)	6	46.2
経口維持加算Ⅱ(100 単位／月)	4	30.8
口腔衛生管理加算(Ⅰ) (90 単位／月)	1	7.7
口腔衛生管理加算(Ⅱ) (110 単位／月)	6	46.2
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (20 単位／回)	1	7.7
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (5 単位／回)	0	0.0

(オ) その他

算定を行っている各種加算サービスは口腔衛生管理加算(Ⅰ)(90 単位/月)が最も多く、24 施設(52.2%)であった。ついで口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(20 単位/回)が 21 施設(45.7%)、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(5 単位/回)が 5 施設(10.9%)であった。

表 30 算定を行っている各種加算サービス
(その他、n=46)

	n	%
療養食加算(6 単位/回)	0	0.0
栄養マネジメント強化加算 (11 単位/日)	1	2.2
低栄養リスク改善加算 (300 単位/月)	0	0.0
経口移行加算(28 単位/日)	0	0.0
経口維持加算Ⅰ(400 単位/月)	0	0.0
経口維持加算Ⅱ(100 単位/月)	0	0.0
口腔衛生管理加算(Ⅰ) (90 単位/月)	24	52.2
口腔衛生管理加算(Ⅱ) (110 単位/月)	3	6.5
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (20 単位/回)	21	45.7
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (5 単位/回)	5	10.9

2. 口腔サービスの提供体制について

- (1) 施設入所者に新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の口腔サービス(歯科医師による歯科治療や歯科衛生士による口腔衛生管理等)の提供体制について(直近の対応)

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 77 施設で、中止が最も多く、34 施設(44.2%)であった。ついで、縮小(フロアや動線を限定したうえで継続)が 17 施設(22.1%)、陽性者は出ていないが 12 施設(15.6%)の回答であった。

表 31 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
口腔サービスの提供体制 (介護老人保健施設)

	n	%
そもそも歯科専門職による口腔サービスは提供していない	10	13.0
中止	34	44.2
縮小(応急処置まで)	2	2.6
縮小(フロアや動線を限定したうえで継続)	17	22.1
継続(感染者が出る前と同じ内容、方法)	2	2.6
陽性者は出ていない	12	15.6
合計	77	100.0

(イ) 介護老人福祉施設

回答した施設は 166 施設で、中止が最も多く、76 施設(45.8%)であった。ついで、そもそも歯科専門職による口腔サービスは提供していない 30 施設(18.1%)、縮小(フロアや動線を限定したうえで継続)27 施設(16.3%)の回答であった。

**表 32 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
口腔サービスの提供体制（介護老人福祉施設）**

	n	%
そもそも歯科専門職による口腔サービスは提供していない	30	18.1
中止	76	45.8
縮小(応急処置まで)	2	1.2
縮小(フロアや動線を限定したうえで継続)	27	16.3
継続(感染者が出る前と同じ内容、方法)	11	6.6
陽性者はいない	20	12.0
合計	166	100.0

(ウ) 介護療養型医療施設

回答した施設は 2 施設で、中止、継続(感染者が出る前と同じ内容、方法)が 1 施設(50.0%)の回答であった。

**表 33 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
口腔サービスの提供体制（介護療養型医療施設）**

	n	%
そもそも歯科専門職による口腔サービスは提供していない	0	0.0
中止	1	50.0
縮小(応急処置まで)	0	0.0
縮小(フロアや動線を限定したうえで継続)	0	0.0
継続(感染者が出る前と同じ内容、方法)	1	50.0
陽性者はいない	0	0.0
合計	2	100.0

(エ) 介護医療院

回答した施設は 17 施設で、中止が最も多く、8 施設(47.0%)であった。ついで、そもそも歯科専門職による口腔サービスは提供していない 4 施設(23.5%)、縮小(応急処置まで)、陽性者は出ていないが 2 施設(11.8%)の回答であった。

表 34 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
口腔サービスの提供体制（介護医療院）

	n	%
そもそも歯科専門職による口腔サービスは提供していない	4	23.5
中止	8	47.0
縮小(応急処置まで)	2	11.8
縮小(フロアや動線を限定したうえで継続)	1	5.9
継続(感染者が出る前と同じ内容、方法)	0	0.0
陽性者は出ていない	2	11.8
合計	17	100.0

(オ) その他

回答した施設は 279 施設で、そもそも歯科専門職による口腔サービスは提供していないが最も多く、122 施設(43.7%)であった。ついで、中止 82 施設(29.4%)、陽性者は出ていないが 45 施設(16.1%)の回答であった。

表 35 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
口腔サービスの提供体制（その他）

	n	%
そもそも歯科専門職による口腔サービスは提供していない	122	43.7
中止	82	29.4
縮小(応急処置まで)	6	2.2
縮小(フロアや動線を限定したうえで継続)	11	3.9
継続(感染者が出る前と同じ内容、方法)	13	4.7
陽性者は出ていない	45	16.1
合計	279	100.0

(1)ー1 施設入所者に新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際に口腔サービスを
提供した頻度について

(ア) 介護老人保健施設

施設入所者に新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の口腔サービスの提供頻度について、週平均 1.6±1.2 回が最も多く、ついで月平均 1.9±0.5 回、応急処置のみであった。

表 36 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
口腔サービスの提供頻度（介護老人保健施設）

	n	平均値±標準偏差
週	12	1.6±1.2
月	10	1.9±0.5
年	0	
応急処置のみ	3	

(イ) 介護老人福祉施設

施設入所者に新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の口腔サービスの提供頻度について、週平均 1.4±0.7 回が最も多く、ついで月平均 1.9±1.0 回であった。

表 37 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
口腔サービスの提供頻度（介護老人福祉施設）

	n	平均値±標準偏差
週	30	1.4±0.7
月	21	1.9±1.0
年	0	0
応急処置のみ	0	0

(ウ) 介護療養型医療施設

施設入所者に新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の口腔サービスの提供頻度について、週平均 1.0 ± 0.0 回が最も多かった。

表 38 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
口腔サービスの提供頻度（介護療養型医療施設）

	n	平均値±標準偏差
週	1	1.0 ± 0.0
月	0	
年	0	
応急処置のみ	0	

(エ) 介護医療院

施設入所者に新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の口腔サービスの提供頻度について、月平均 2.0 ± 1.4 回が最も多く、ついで週平均 1.0 ± 0.0 回、応急処置のみであった。

表 39 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
口腔サービスの提供頻度（介護医療院）

	n	平均値±標準偏差
週	1	1.0 ± 0.0
月	2	2.0 ± 1.4
年	0	
応急処置のみ	1	

(オ) その他

施設入所者に新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の口腔サービスの提供頻度について、月平均 1.7 ± 0.8 回が最も多く、ついで週平均 1.3 ± 0.9 回、応急処置のみであった。

表 40 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
口腔サービスの提供頻度（その他）

	n	平均値±標準偏差
週	25	1.3 ± 0.9
月	27	1.7 ± 0.8
年	0	
応急処置のみ	8	

(1) ー2 施設入所者に新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の1人あたり(1回)のサービス提供時間について

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 26 施設で、15 分程度が最も多く、13 施設(50.0%)であった。ついで、5 分程度が(42.3%)、30 分程度が 2 施設(7.7%)の回答であった。

表 41 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
1人あたり(1回)のサービス提供時間 (介護老人保健施設)

	n	%
1時間程度	0	0.0
30分程度	2	7.7
15分程度	13	50.0
5分程度	11	42.3
合計	26	100.0

(イ) 介護老人福祉施設

回答した施設は 50 施設で、15 分程度が最も多く、29 施設(58.0%)であった。ついで、5 分程度が 11 施設(22.0%)、30 分程度が 9 施設(18.0%)の回答であった。

表 42 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
1人あたり(1回)のサービス提供時間 (介護老人福祉施設)

	n	%
1時間程度	1	2.0
30分程度	9	18.0
15分程度	29	58.0
5分程度	11	22.0
合計	50	100.0

(ウ) 介護療養型医療施設

回答した施設は 1 施設で、5 分程度が 1 施設(100.0%)であった。

表 43 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
1人あたり(1回)のサービス提供時間 (介護療養型医療施設)

	n	%
1時間程度	0	0.0
30分程度	0	0.0
15分程度	0	0.0
5分程度	1	100.0
合計	1	100.0

(エ) 介護医療院

回答した施設は 4 施設で、15 分程度が最も多く、3 施設(75.0%)であった。ついで、30 分程度が 1 施設(25.0%)であった。

表 44 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
1人あたり(1回)のサービス提供時間 (介護医療院)

	n	%
1時間程度	0	0.0
30分程度	1	25.0
15分程度	3	75.0
5分程度	0	0.0
合計	4	100.0

(オ) その他

回答した施設は 64 施設で、15 分程度が最も多く、35 施設(54.7%)であった。ついで、30 分程度が 14 施設(21.9%)、5 分程度が 14 施設(21.9%)の回答であった。

表 45 新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の
1人あたり(1回)のサービス提供時間 (その他)

	n	%
1時間程度	1	1.6
30分程度	14	21.9
15分程度	35	54.7
5分程度	14	21.9
合計	64	100.0

(1)－3 サービスの提供が中止・縮小されていたことがある場合、その後の再開状況について

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 52 施設で、再開して元の体制にもどったが最も多く、42 施設(80.8%)であった。ついで、再開と中止を繰り返しているが 6 施設(11.5%)、再開したが体制は縮小した(回数や頻度が減った)が 2 施設(3.8%)の回答であった。

表 46 サービスの提供が中止・縮小後の再開状況 (介護老人保健施設)

	n	%
再開して元の体制にもどった	42	80.8
再開と中止を繰り返している	6	11.5
再開したが体制は縮小した(回数や頻度が減った)	2	3.8
中止したままである	1	1.9
その他	1	1.9
合計	52	100.0

(イ) 介護老人福祉施設

回答した施設は 108 施設で、再開して元の体制にもどったが最も多く、76 施設(70.4%)であった。ついで、再開と中止を繰り返しているが 21 施設(19.4%)、再開したが体制は縮小した(回数や頻度が減った)が 5 施設(4.6%)の回答であった。

表 47 サービスの提供が中止・縮小後の再開状況（介護老人福祉施設）

	n	%
再開して元の体制にもどった	76	70.4
再開と中止を繰り返している	21	19.4
再開したが体制は縮小した(回数や頻度が減った)	5	4.6
中止したままである	4	3.7
その他	2	1.9
合計	108	100.0

(ウ) 介護療養型医療施設

回答した施設は 2 施設で、再開して元の体制にもどったが 2 施設(100.0%)であった。

表 48 サービスの提供が中止・縮小後の再開状況（介護療養型医療施設）

	n	%
再開して元の体制にもどった	2	100.0
再開と中止を繰り返している	0	0.0
再開したが体制は縮小した(回数や頻度が減った)	0	0.0
中止したままである	0	0.0
その他	0	0.0
合計	2	0.0

(エ) 介護医療院

回答した施設は 10 施設で、再開して元の体制にもどったが最も多く、7 施設(70.0%)であった。ついで、再開と中止を繰り返しているが 2 施設(20.0%)、中止したままであるが 1 施設(10.0%)の回答であった。

表 49 サービスの提供が中止・縮小後の再開状況（介護医療院）

	n	%
再開して元の体制にもどった	7	70.0
再開と中止を繰り返している	2	20.0
再開したが体制は縮小した(回数や頻度が減った)	0	0.0
中止したままである	1	10.0
その他	0	0.0
合計	10	100.0

(オ) その他

回答した施設は 109 施設で、再開して元の体制にもどったが最も多く、90 施設(82.6%)であった。ついで、再開と中止を繰り返しているが 10 施設(9.2%)、その他が 4 施設(3.7%)の回答であった。

表 50 サービスの提供が中止・縮小後の再開状況（その他）

	n	%
再開して元の体制にもどった	90	82.6
再開と中止を繰り返している	10	9.2
再開したが体制は縮小した(回数や頻度が減った)	2	1.8
中止したままである	3	2.8
その他	4	3.7
合計	109	100.0

(1)－4 コロナ禍において、協力歯科医療機関等との情報共有・連絡方法の変化について

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 61 施設で、協力歯科医療機関等との情報共有・連絡方法の変化の有無は、変化なしが 57 施設(93.4%)であった。変化ありが 4 施設(6.6%)であった。

表 51 協力歯科医療機関等との情報共有・連絡方法の変化（介護老人保健施設）

	n	%
変化なし	57	93.4
変化あり	4	6.6
合計	61	100.0

(イ) 介護老人福祉施設

回答した施設は 124 施設で、協力歯科医療機関等との情報共有・連絡方法の変化の有無は、変化なしが 115 施設(92.7%)であった。変化ありは 9 施設(7.3%)であった。

表 52 協力歯科医療機関等との情報共有・連絡方法の変化（介護老人福祉施設）

	n	%
変化なし	115	92.7
変化あり	9	7.3
合計	124	100.0

(ウ) 介護療養型医療施設

回答した施設は 2 施設で、協力歯科医療機関等との情報共有・連絡方法の変化の有無は、変化なしが 2 施設(100.0%)であった。

表 53 協力歯科医療機関等との情報共有・連絡方法の変化（介護療養型医療施設）

	n	%
変化なし	2	100.0
変化あり	0	0.0
合計	2	100.0

(エ) 介護医療院

回答した施設は 11 施設で協力歯科医療機関等との情報共有・連絡方法の変化の有無は、変化なしが 10 施設(90.9%)であった。変化ありは 1 施設(0.9%)であった。

表 54 協力歯科医療機関等との情報共有・連絡方法の変化（介護医療院）

	n	%
変化なし	10	90.9
変化あり	1	0.9
合計	11	100.0

(オ) その他

回答した施設は 146 施設で、協力歯科医療機関等との情報共有・連絡方法の変化の有無は、変化なしが 135 施設(92.5%)であった。変化ありが 11 施設(7.5%)であった。

表 55 協力歯科医療機関等との情報共有・連絡方法の変化（その他）

	n	%
変化なし	135	92.5
変化あり	11	7.5
合計	146	100.0

(1)－4－① 「変化あり」を選択した場合、どんな方法か(自由記載)

(ア) 介護老人保健施設

- 歯科医師や周囲で感染者や濃厚接触者があれば、情報共有しサービスの延期など行っている
- 歯科診療に行く時の病院と施設との連携情報共有を事務同士でできるよう、改めて確認した
- 事前に感染状況等の情報を共有している

(イ) 介護老人福祉施設

① 限定的な対応をした

- コロナ感染者数の増加にともない、口腔ケアの中止、治療の必要な利用者様のみの受け入れるといった対応にした
- コロナ陽性者が出たフロアは、協力歯科医院に連絡して中止した
- 感染中は書面上のみのやりとりの時もあった

② 通信機器、アプリの導入

- 画像や動画を用いて情報共有し、ZOOMを利用したオンラインで指導や会議を行った
- タブレットを使用し、食事の動画や口腔状態を写真にて共有した
- mail、ZOOMの導入をした

③ その他

- 歯科として感染対策を文書にして作成し共有した
- 入居者さんの体力やADLによって誘導していたのをユニットでの誘導に変えた
- 来訪日1週間前の健康チェックを依頼した

(ウ) 介護療養型医療施設

回答した施設はなかった

(エ) 介護医療院

- 処置前のバイタルサインチェックをおこなった

(オ) その他

- 施設でのコロナ感染状況を伝え、診察がある度共有した
- 入居者に症状の変化などを明細に記入し、見せた
- 無料の歯科検診を中止した
- それまでは複数の歯科医師が集まりミールラウンドを行っていたが、コロナによりメインの歯科医師のみ来訪し、直接現場に入らず、動画の状況を見てアドバイスを
得た

(1)－4－② 「変化あり」を選択した場合、連携で工夫した点(自由記載)

(ア)介護老人保健施設

- 全員介入できるように密に連絡をとった

(イ)介護老人福祉施設

- 事前に情報をドクターに送付した
- 治療に使用する場所を、個室等ではなく開放されたホールに変更した
- コロナ感染者のいないフロアの利用者様の治療を行ってもらった

(ウ)介護療養型医療施設

回答した施設はなかった

(エ)介護医療院

回答した施設はなかった

(オ)その他

- 細かい事まで詳細に報告した
- 介護現場に入らなくても動画等により、ミールラウンドも継続することができる事や
歯科医師・介護職ともに感染リスクの軽減にも繋がった。精神的にも安定できた
- 継続して実施できていないので、今まで以上に利用者様の身体状態(口腔内)共有
をした

(2) 介護職員等による入所者への日常的な口腔清掃

(2)－1 2021 年度と比べて、2022 年度では口腔清掃や義歯洗浄の方法は変わったか

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 77 施設で、2021 年度に比べて、2022 年度では口腔清掃や義歯洗浄の方法が変化したかについて、変更したが 19 施設(24.7%)であった。変更していないは 58 施設(75.3%)であった。

表 56 口腔清掃や義歯洗浄の方法の変化（介護老人保健施設）

	n	%
変更した	19	24.7
変更していない	58	75.3
合計	77	100.0

(イ) 介護老人保健施設

回答した施設は 167 施設で、2021 年度に比べて、2022 年度では口腔清掃や義歯洗浄の方法が変化したかについて、変更したが 27 施設(16.2%)であった。変更していないは 140 施設(83.8%)であった。

表 57 口腔清掃や義歯洗浄の方法の変化（介護老人福祉施設）

	n	%
変更した	27	16.2
変更していない	140	83.8
合計	167	100.0

(ウ) 介護療養型医療施設

回答した施設は 2 施設で、2021 年度に比べて、2022 年度では口腔清掃や義歯洗浄の方法が変化したかについて、変更したが 1 施設(50.0%)であった。変更していないは 1 施設(50.0%)であった。

表 58 口腔清掃や義歯洗浄の方法の変化（介護療養型医療施設）

	n	%
変更した	1	50.0
変更していない	1	50.0
合計	2	100.0

(エ) 介護医療院

回答した施設は 16 施設で、2021 年度に比べて、2022 年度では口腔清掃や義歯洗浄の方法が変化したかについて、変更したが 4 施設(25.0%)であった。変更していないは 12 施設(75.0%)であった。

表 59 口腔清掃や義歯洗浄の方法の変化（介護医療院）

	n	%
変更した	4	25.0
変更していない	12	75.0
合計	16	100.0

(オ) その他

回答した施設は 286 施設で、2021 年度に比べて、2022 年度では口腔清掃や義歯洗浄の方法が変化したかについて、変更したが 32 施設(11.2%)であった。変更していないは 254 施設(88.8%)であった。

表 60 口腔清掃や義歯洗浄の方法の変化（その他）

	n	%
変更した	32	11.2
変更していない	254	88.8
合計	286	100.0

(2)－1－① 変更した場合、その具体的な内容(複数回答)

(ア) 介護老人保健施設

変更したと回答した施設における具体的な変化の内容は、飛沫に注意するよう、感染対策を講じたが最も多く、16 施設(88.9%)であった。ついで、口腔衛生管理の頻度を増やしたが 2 施設(11.1%)、実施する介護職員を限定した、その他が 1 施設(5.6%)であった。

表 61 具体的な変化の内容 (介護老人保健施設、n=18)

	n	%
実施しなくなった	0	0.0
実施する介護職員を限定した	1	5.6
回数を減らした	0	0.0
かける時間を減らした	0	0.0
口腔衛生管理の頻度を増やした	2	11.1
飛沫に注意するよう、感染対策を講じた	16	88.9
その他	1	5.6

(イ) 介護老人福祉施設

変更したと回答した施設における具体的な変化の内容は、飛沫に注意するよう、感染対策を講じたが最も多く、20 施設(76.9%)であった。ついで、口腔衛生管理の頻度を増やしたが 8 施設(30.7%)、その他が 4 施設(15.3%)であった。

表 62 具体的な変化の内容 (介護老人福祉施設、n=26)

	n	%
実施しなくなった	0	0.0
実施する介護職員を限定した	0	0.0
回数を減らした	0	0.0
かける時間を減らした	0	0.0
口腔衛生管理の頻度を増やした	8	30.7
飛沫に注意するよう、感染対策を講じた	20	76.9
その他	4	15.3

(ウ)介護療養型医療

変更したと回答した施設における具体的な変化の内容は、飛沫に注意するよう、感染対策を講じた、実施する介護職員を限定したが 1 施設(100.0%)であった。

表 63 具体的な変化の内容（介護療養型医療施設、n=1）

	n	%
実施しなくなった	0	0.0
実施する介護職員を限定した	1	100.0
回数を減らした	0	0.0
かける時間を減らした	0	0.0
口腔衛生管理の頻度を増やした	0	0.0
飛沫に注意するよう、感染対策を講じた	1	100.0
その他	0	0

(エ)介護医療院

変更したと回答した施設における具体的な変化の内容は、飛沫に注意するよう、感染対策を講じたが最も多く、4 施設(100.0%)であった。ついで、実施する介護職員を限定したが 1 施設(25.0%)であった。

表 64 具体的な変化の内容（介護医療院、n=4）

	n	%
実施しなくなった	0	0.0
実施する介護職員を限定した	1	25.0
回数を減らした	0	0.0
かける時間を減らした	0	0.0
口腔衛生管理の頻度を増やした	0	0.0
飛沫に注意するよう、感染対策を講じた	4	100.0
その他	0	0.0

(オ) その他

変更したと回答した施設における具体的な変化の内容は、飛沫に注意するよう、感染対策を講じたが最も多く、25 施設(78.1%)であった。ついで、口腔衛生管理の頻度を増やしたが 6 施設(18.8%)であった。

表 65 具体的な変化の内容（その他、n=32）

	n	%
実施しなくなった	1	3.1
実施する介護職員を限定した	1	3.1
回数を減らした	2	6.3
かける時間を減らした	2	6.3
口腔衛生管理の頻度を増やした	6	18.8
飛沫に注意するよう、感染対策を講じた	25	78.1
その他	2	6.3

(2)ー2 口腔清掃を実施する時に使用している、具体的な感染対策手段(複数回答)

(ア) 介護老人保健施設

口腔清掃を実施する時に使用している具体的な感染対策手段は、手袋が最も多く、77 施設(100.0%)であった。ついで、マスクが 75 施設(97.4%)、フェイスガード・ゴーグルが 55 施設(71.4%)であった。

表 66 具体的な感染対策手段 (介護老人保健施設、n=77)

	n	%
マスク	75	97.4
手袋	77	100.0
フェイスガード・ゴーグル	55	71.4
袖付きガウン	13	16.9
エプロン(袖なし)	22	28.6
キャップ	3	3.9
靴カバー	0	0.0
その他	5	6.5

(イ) 介護老人福祉施設

口腔清掃を実施する時に使用している具体的な感染対策手段は、マスクが最も多く、168 施設(98.8%)であった。ついで、手袋が 166 施設(97.6%)、フェイスガード・ゴーグルが 87 施設(51.1%)であった。

表 67 具体的な感染対策手段 (介護老人福祉施設、n=170)

	n	%
マスク	168	98.8
手袋	166	97.6
フェイスガード・ゴーグル	87	51.1
袖付きガウン	13	7.6
エプロン(袖なし)	28	16.4
キャップ	6	3.5
靴カバー	1	0.5
その他	2	1.1

(ウ) 介護療養型医療施設

口腔清掃を実施する時に使用している具体的な感染対策手段は、マスク、手袋、フェイスガード・ゴーグルが最も多く 2 施設(100.0%)であった。ついで、袖付きガウン、エプロン(袖なし)それぞれが 1 施設(50.0%)であった。

表 68 具体的な感染対策手段（介護療養型医療施設、n=2）

	n	%
マスク	2	100.0
手袋	2	100.0
フェイスガード・ゴーグル	2	100.0
袖付きガウン	1	50.0
エプロン(袖なし)	1	50.0
キャップ	0	0.0
靴カバー	0	0.0
その他	0	0.0

(エ) 介護医療院

口腔清掃を実施する時に使用している具体的な感染対策手段は、マスク、手袋が最も多く、17 施設(100.0%)であった。ついで、エプロン(袖なし)が 13 施設(76.5%)、フェイスガード・ゴーグルが 11 施設(64.7%)であった。

表 69 具体的な感染対策手段（介護医療院、n=17）

	n	%
マスク	17	100.0
手袋	17	100.0
フェイスガード・ゴーグル	11	64.7
袖付きガウン	2	11.8
エプロン(袖なし)	13	76.5
キャップ	1	5.9
靴カバー	0	0.0
その他	0	0.0

(オ) その他

口腔清掃を実施する時に使用している具体的な感染対策手段は、手袋が最も多く、269 施設(97.1%)であった。ついで、マスクが 258 施設(93.1%)、フェイスガード・ゴーグルが 78 施設(28.2%)であった。

表 70 具体的な感染対策手段（その他、n=277）

	n	%
マスク	258	93.1
手袋	269	97.1
フェイスガード・ゴーグル	78	28.2
袖付きガウン	15	5.4
エプロン(袖なし)	42	15.2
キャップ	8	2.9
靴カバー	3	1.1
その他	5	1.8

(2)－3 (2)－2 の感染対策手段をどのように決めたか

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 76 施設で、施設内で独自に決定したが最も多く、42 施設(55.3%)であった。ついで、学会や関係団体等のガイドラインや指針が 12 施設(15.8%)、都道府県・市町村からの指導が 11 施設(14.5%)であった。

表 71 感染対策手段の決定方法（介護老人保健施設）

	n	%
都道府県・市町村からの指導	11	14.5
施設内で独自に決定した	42	55.3
スタッフ各個人の判断	2	2.6
医療機関からの指導	6	7.9
学会や関係団体等のガイドラインや指針	12	15.8
その他	3	3.9
合計	76	100.0

(イ) 介護老人保健施設

感染対策手段をどのように決定したかについては、施設内で独自に決定したが最も多く、108 施設(67.1%)であった。ついで、都道府県・市町村からの指導が 21 施設(13.0%)、医療機関からの指導が 13 施設(8.1%)であった。

表 72 感染対策手段の決定方法（介護老人福祉施設、n=161）

	n	%
都道府県・市町村からの指導	21	13.0
施設内で独自に決定した	108	67.1
スタッフ各個人の判断	1	0.6
医療機関からの指導	13	8.1
学会や関係団体等のガイドラインや指針	12	7.5
その他	6	3.7
合計	161	100.0

(ウ) 介護療養型医療施設

回答した施設は 2 施設で、都道府県・市町村からの指導が 2 施設(100.0%)であった。

表 73 感染対策手段の決定方法（介護療養型医療施設）

	n	%
都道府県・市町村からの指導	2	100.0
施設内で独自に決定した	0	0.0
スタッフ各個人の判断	0	0.0
医療機関からの指導	0	0.0
学会や関係団体等のガイドラインや指針	0	0.0
その他	0	0.0
合計	2	100.0

(エ) 介護医療院

回答した施設は 17 施設で、施設内で独自に決定したが最も多く、8 施設(47.1%)であった。ついで、都道府県・市町村からの指導、医療機関からの指導、学会や関係団体等のガイドラインや指針がそれぞれ 3 施設(17.6%)であった。

表 74 感染対策手段の決定方法（介護医療院）

	n	%
都道府県・市町村からの指導	3	17.6
施設内で独自に決定した	8	47.1
スタッフ各個人の判断	0	0.0
医療機関からの指導	3	17.6
学会や関係団体等のガイドラインや指針	3	17.6
その他	0	0.0
合計	17	100.0

(オ) その他

回答した施設は 283 施設で、施設内で独自に決定したが最も多く、170 施設(60.1%)であった。ついで、都道府県・市町村からの指導が 40 施設(14.1%)、医療機関からの指導が 29 施設(10.2%)であった。

表 75 感染対策手段の決定方法（その他）

	n	%
都道府県・市町村からの指導	40	14.1
施設内で独自に決定した	170	60.1
スタッフ各個人の判断	16	5.7
医療機関からの指導	29	10.2
学会や関係団体等のガイドラインや指針	9	3.2
その他	19	6.7
合計	283	100.0

(2)－4 感染対策を行うことで、口腔清掃の負担は増えたか

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 77 施設で、変わらないが最も多く、50 施設(64.9%)であった。ついで、増えたが 27 施設(35.1%)、減ったが 0 施設(0.0%)であった。

表 76 口腔清掃の負担が増えたか（介護老人保健施設）

	n	%
増えた	27	35.1
減った	0	0.0
変わらない	50	64.9
合計	77	100.0

(イ) 介護老人保健施設

回答した施設は 166 施設で、変わらないが最も多く 115 施設(69.3%)であった。ついで、増えたが 51 施設(30.7%)、減ったが 0 施設(0.0%)であった。

表 77 口腔清掃の負担が増えたか（介護老人福祉施設）

	n	%
増えた	51	30.7
減った	0	0.0
変わらない	115	69.3
合計	166	100.0

(ウ) 介護療養型医療施設

回答した施設は 2 施設で、増えたが 2 施設(100.0%)であった。

表 78 口腔清掃の負担が増えたか（介護療養型医療施設）

	n	%
増えた	2	100.0
減った	0	0.0
変わらない	0	0.0
合計	2	100.0

(エ) 介護医療院

回答した施設は 17 施設で、変わらないが最も多く、14 施設(82.4%)であった。ついで、増えたが 3 施設(17.6%)、減ったが 0 施設(0.0%)であった。

表 79 口腔清掃の負担が増えたか（介護医療院）

	n	%
増えた	3	17.6
減った	0	0.0
変わらない	14	82.4
合計	17	100.0

(オ) その他

回答した施設は 276 施設で、変わらないが最も多く、212 施設(76.8%)であった。ついで、増えたが 62 施設(22.5%)、減ったが 2 施設(0.7%)であった。

表 80 口腔清掃の負担が増えたか（その他）

	n	%
増えた	62	22.5
減った	2	0.7
変わらない	212	76.8
合計	276	100.0

(3) 入所者の体調(食事状況)や口腔内の状態、施設の活動の変化について (2022 年度の状況を、2021 年度と比較して回答)

(3)－1－① 入所者の口腔内の状態や機能の変化はありましたか

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 77 施設で、2021 年度と比較して 2022 年度の入所者の口腔内の状態や機能が変化したかについて、変化があったが 14 施設(18.2%)であり、変化はないが 63 施設(81.8%)であった。

表 81 口腔内の状態や機能の変化（介護老人保健施設）

	n	%
変化があった	14	18.2
変化はない	63	81.8
合計	77	100.0

(イ) 介護老人福祉施設

回答した施設は 168 施設で、2021 年度と比較して 2022 年度の入所者の口腔内の状態や機能が変化したかについて、変化があったが 35 施設(20.8%)であり、変化はないが 133 施設(79.2%)であった。

表 82 口腔内の状態や機能の変化（介護老人福祉施設）

	n	%
変化があった	35	20.8
変化はない	133	79.2
合計	168	100.0

(ウ) 介護療養型医療施設

回答した施設は 2 施設で、2021 年度と比較して 2022 年度の入所者の口腔内の状態や機能が変化したかについて、変化はないが 2 施設(100.0%)であった。

表 83 口腔内の状態や機能の変化（介護療養型医療施設）

	n	%
変化があった	0	0.0
変化はない	2	100.0
合計	2	100.0

(エ) 介護医療院

回答した施設は 17 施設で、2021 年度と比較して 2022 年度の入所者の口腔内の状態や機能が変化したかについて、変化があったが 1 施設(5.9%)であり、変化はないが 16 施設(94.1%)であった。

表 84 口腔内の状態や機能の変化（介護医療院）

	n	%
変化があった	1	5.9
変化はない	16	94.1
合計	17	100.0

(オ) その他

回答した施設は 288 施設で、2021 年度と比較して 2022 年度の入所者の口腔内の状態や機能が変化したかについて、変化があったが 33 施設(11.5%)であり、変化はないが 255 施設(88.5%)であった。

表 85 口腔内の状態や機能の変化（その他）

	n	%
変化があった	33	11.5
変化はない	255	88.5
合計	288	100.0

(3)－1－② 口腔内の状態や機能に変化があった場合、具体的な変化の内容
(複数回答)

(ア) 介護老人保健施設

変化があった場合の具体的な変化の内容は摂食嚥下機能が低下し、むせ等が増えたが最も多く、8 施設(61.5%)であった。ついで、食形態や食事量が低下したが 6 施設(46.2%)、口腔の衛生状況が悪化した、その他が 5 施設(38.5%)の回答であった。

表 86 具体的な変化の内容 (介護老人保健施設、n=13)

	n	%
口腔の衛生状況が悪化した	5	38.5
食形態や食事量が低下した	6	46.2
摂食嚥下機能が低下し、むせ等が増えた	8	61.5
歯科受診を要するような口腔の状態が悪化した入所者が 増えた	0	0.0
その他	5	38.5

(イ) 介護老人福祉施設

変化があった場合の具体的な変化の内容は、食形態や食事量が低下した、その他が最も多く、13 施設(37.1%)であった。ついで、摂食嚥下機能が低下し、むせ等が増えたが 11 施設(31.4%)、口腔の衛生状況が悪化した 10 施設(28.5%)の回答であった。

表 87 具体的な変化の内容 (介護老人福祉施設、n=35)

	n	%
口腔の衛生状況が悪化した	10	28.5
食形態や食事量が低下した	13	37.1
摂食嚥下機能が低下し、むせ等が増えた	11	31.4
歯科受診を要するような口腔の状態が悪化した入所者が 増えた	4	11.4
その他	13	37.1

(ウ) 介護療養型医療施設

変化があったと回答した施設はなかった。

表 88 具体的な変化の内容（介護療養型医療施設、n=0）

	n	%
口腔の衛生状況が悪化した	0	0.0
食形態や食事量が低下した	0	0.0
摂食嚥下機能が低下し、むせ等が増えた	0	0.0
歯科受診を要するような口腔の状態が悪化した入所者が 増えた	0	0.0
その他	0	0.0

(エ) 介護医療院

変化があった場合の具体的な変化の内容は、食形態や食事量が低下したが最も多く、1施設(100.0%)であった。

表 89 具体的な変化の内容（介護医療院、n=1）

	n	%
口腔の衛生状況が悪化した	0	0.0
食形態や食事量が低下した	1	100.0
摂食嚥下機能が低下し、むせ等が増えた	0	0.0
歯科受診を要するような口腔の状態が悪化した入所者が 増えた	0	0.0
その他	0	0.0

(オ) その他

変化があった場合の具体的な変化の内容は、摂食嚥下機能が低下し、むせ等が増えたが最も多く、18 施設(54.5%)であった。ついで、食形態や食事量が低下したが 15 施設(45.5%)、口腔の衛生状況が悪化した 9 施設(27.3%)の回答であった。

表 90 具体的な変化の内容（その他、n=33）

	n	%
口腔の衛生状況が悪化した	9	27.3
食形態や食事量が低下した	15	45.5
摂食嚥下機能が低下し、むせ等が増えた	18	54.5
歯科受診を要するような口腔の状態が悪化した入所者が 増えた	6	18.2
その他	3	9.1

(3)－2－① 施設の活動の変化

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 76 施設で、2021 年度と比較して 2022 年度の施設の活動が変化したかについて、変化があったが 50 施設(65.8%)であり、変化はないが 26 施設(34.2%)であった。

表 91 施設の活動の変化（介護老人保健施設）

	n	%
変化があった	50	65.8
変化はない	26	34.2
合計	76	100.0

(イ) 介護老人福祉施設

回答した施設は 168 施設で、2021 年度と比較して 2022 年度の施設の活動が変化したかについて、変化があったが 98 施設(58.3%)であり、変化はないが 70 施設(41.7%)であった。

表 92 施設の活動の変化（介護老人福祉施設）

	n	%
変化があった	98	58.3
変化はない	70	41.7
合計	168	100.0

(ウ) 介護療養型医療施設

回答した施設は 2 施設で、2021 年度と比較して 2022 年度の施設の活動が変化したかについて、変化があったが 1 施設(50.0%)であり、変化はないが 1 施設(50.0%)であった。

表 93 施設の活動の変化（介護療養型医療施設）

	n	%
変化があった	1	50.0
変化はない	1	50.0
合計	2	100.0

(エ) 介護医療院

回答した施設は 17 施設で、2021 年度と比較して 2022 年度の施設の活動が変化したかについて、変化があったが 7 施設(41.2%)であり、変化はないが 10 施設(58.8%)であった。

表 94 施設の活動の変化（介護医療院）

	n	%
変化があった	7	41.2
変化はない	10	58.8
合計	17	100.0

(オ) その他

回答した施設は 285 施設で、2021 年度と比較して 2022 年度の施設が変化したかについて、変化があったが 127 施設(44.6%)であり、変化はないが 158 施設(55.4%)であった。

表 95 施設の活動の変化（その他）

	n	%
変化があった	127	44.6
変化はない	158	55.4
合計	285	100.0

(3)－2－② 施設の活動に変化があった場合、具体的な変化の内容(複数回答)

(ア) 介護老人保健施設

変化があった場合の具体的な変化の内容は、家族とのオンラインでの面会が導入されたが最も多く、33 施設(66.0%)であった。ついで、家族との対面での面会が再開されたが 22 施設(44.0%)、医療機関含む外部からの訪問の制限が 19 施設(38.0%)の回答であった。

表 96 具体的な変化の内容 (介護老人保健施設、n=50)

	n	%
家族とのオンラインでの面会が導入された	33	66.0
家族との対面での面会が再開された	22	44.0
施設内でのレクリエーションなどの活動が再開した	15	30.0
医療機関含む外部からの訪問の制限	19	38.0
その他	3	6.0

(イ) 介護老人福祉施設

変化があった場合の具体的な変化の内容は、家族とのオンラインでの面会が導入されたが最も多く、55 施設(56.1%)であった。ついで、家族との対面での面会が再開されたが 49 施設(50.0%)、医療機関含む外部からの訪問の制限が 35 施設(35.7%)の回答であった。

表 97 具体的な変化の内容 (介護老人福祉施設、n=98)

	n	%
家族とのオンラインでの面会が導入された	55	56.1
家族との対面での面会が再開された	49	50.0
施設内でのレクリエーションなどの活動が再開した	31	31.6
医療機関含む外部からの訪問の制限	35	35.7
その他	9	9.1

(ウ) 介護療養型医療施設

変化があった場合の具体的な変化の内容は、家族とのオンラインでの面会が導入された、医療機関含む外部からの訪問の制限が 1 施設(100.0%)の回答であった。

表 98 具体的な変化の内容（介護療養型医療施設、n=1）

	n	%
家族とのオンラインでの面会が導入された	1	100.0
家族との対面での面会が再開された	0	0.0
施設内でのレクリエーションなどの活動が再開した	0	0.0
医療機関含む外部からの訪問の制限	1	100.0
その他	0	0.0

(エ) 介護医療院

変化があった場合の具体的な変化の内容は、家族とのオンラインでの面会が導入されたが最も多く、6 施設(85.7%)であった。ついで、施設内でのレクリエーションなどの活動が再開した、医療機関含む外部からの訪問の制限が 2 施設(28.6%)であった。

表 99 具体的な変化の内容（介護医療院、n=7）

	n	%
家族とのオンラインでの面会が導入された	6	85.7
家族との対面での面会が再開された	1	14.3
施設内でのレクリエーションなどの活動が再開した	2	28.6
医療機関含む外部からの訪問の制限	2	28.6
その他	0	0.0

(オ) その他

変化があった場合の具体的な変化の内容は、家族との対面での面会が再開されたが最も多く、85 施設(66.9%)であった。ついで、施設内でのレクリエーションなどの活動が再開したが 50 施設(39.4%)、家族とのオンラインでの面会が導入されたが 47 施設(37.0%)の回答であった。

表 100 具体的な変化の内容 (その他、n=127)

	n	%
家族とのオンラインでの面会が導入された	47	37.0
家族との対面での面会が再開された	85	66.9
施設内でのレクリエーションなどの活動が再開した	50	39.4
医療機関含む外部からの訪問の制限	31	24.4
その他	11	8.7

3. ICT の活用状況について

(1) ICT の活用状況について

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 77 施設で、ICT の活用状況について、活用していると回答した施設は 50 施設(64.9%)、活用していないと回答した施設は 27 施設(35.1%)であった。

表 101 ICT の活用状況（介護老人保健施設）

	n	%
活用している	50	64.9
活用していない	27	35.1
合計	77	100.0

(イ) 介護老人保健施設

回答した施設は 168 施設で、ICT の活用状況について、活用していると回答した施設は 108 施設(64.3%)、活用していないと回答した施設は 60 施設(35.7%)であった。

表 102 ICT の活用状況（介護老人福祉施設）

	n	%
活用している	108	64.3
活用していない	60	35.7
合計	168	100.0

(ウ) 介護療養型医療施設

回答した施設は 2 施設で、ICT の活用状況について、活用していると回答した施設は 0 施設(0.0%)、活用していないと回答した施設は 2 施設(100.0%)であった。

表 103 ICT の活用状況（介護療養型医療施設）

	n	%
活用している	0	0.0
活用していない	2	100.0
合計	2	100.0

(エ) 介護医療院

回答した施設は 17 施設で、ICT の活用状況について、活用していると回答した施設は 11 施設(64.7%)、活用していないと回答した施設は 6 施設(35.3%)であった。

表 104 ICT の活用状況（介護医療院）

	n	%
活用している	11	64.7
活用していない	6	35.3
合計	17	100.0

(オ) その他

回答した施設は 291 施設で、ICT の活用状況について、活用していると回答した施設は 106 施設(36.4%)、活用していないと回答した施設は 185 施設(63.6%)であった。

表 105 ICT の活用状況（その他）

	n	%
活用している	106	36.4
活用していない	185	63.6
合計	291	100.0

(1) ー1 活用場面(複数回答)

(ア) 介護老人保健施設

ICT を活用している場面について、入所者と家族との面会が最も多く、46 施設(93.9%)であった。ついで、介護職員と歯科専門職との連携とその他が 3 施設(6.1%)、ICT を活用した歯科診療が 1 施設(2.0%)の回答であった。

表 106 ICT の活用場面（介護老人保健施設、n=49）

	n	%
入所者と家族との面会	46	93.9
オンライン診療(医科)	0	0.0
ICT を活用した歯科診療	1	2.0
介護職員と歯科専門職との連携	3	6.1
その他	3	6.1

(イ) 介護老人保健施設

ICT を活用していると回答した施設は 108 施設で、活用している場面について、入所者と家族との面会が最も多く 101 施設(93.5%)であった。ついで、介護職員と歯科専門職との連携が 11 施設(10.1%)、その他が 10 施設(9.2%)の回答であった。

表 107 ICT の活用場面（介護老人福祉施設、n=108）

	n	%
入所者と家族との面会	101	93.5
オンライン診療(医科)	5	4.6
ICT を活用した歯科診療	1	0.9
介護職員と歯科専門職との連携	11	10.1
その他	10	9.2

(ウ) 介護療養型医療施設

ICT を活用している場面について、回答した施設はなかった。

表 108 ICT の活用場面（介護療養型医療施設、n=0）

	n	%
入所者と家族との面会	0	0.0
オンライン診療(医科)	0	0.0
ICT を活用した歯科診療	0	0.0
介護職員と歯科専門職との連携	0	0.0
その他	0	0.0

(エ) 介護医療院

ICT を活用していると回答した施設は 11 施設で、活用している場面について、入所者と家族との面会が最も多く 10 施設(58.8%)であった。ついで、介護職員と歯科専門職との連携、その他が 1 施設(9.1%)であった。

表 109 ICT の活用場面（介護医療院、n=11）

	n	%
入所者と家族との面会	10	58.8
オンライン診療(医科)	0	0.0
ICT を活用した歯科診療	0	0.0
介護職員と歯科専門職との連携	1	9.1
その他	1	9.1

(オ) その他

ICT を活用している場面について、入所者と家族との面会が最も多く、83 施設(78.0%)であった。ついで、その他が 25 施設(23.6%)、オンライン診療(医科)が 9 施設(8.5%)の回答であった。

表 110 ICT の活用場面（その他、n=106）

	n	%
入所者と家族との面会	83	78.0
オンライン診療(医科)	9	8.5
ICT を活用した歯科診療	0	0.0
介護職員と歯科専門職との連携	7	6.6
その他	25	23.6

(2) ICTを活用した歯科医療機関との連携について

(2)－1 ICTを活用した歯科医療機関との連携状況について

(ア) 介護老人保健施設

回答した施設は 68 施設で、ICT を活用した歯科医療機関との連携について、連携する機会はなかったが最も多く、62 施設(91.2%)、ついで、連携を検討したが、導入には至らなかったが 3 施設(4.4%)、連携したが 3 施設(4.4%)の回答であった。

表 111 ICT を活用した歯科医療機関との連携状況（介護老人保健施設）

	n	%
連携する機会はなかった	62	91.2
連携を検討したが、導入には至らなかった	3	4.4
連携した	3	4.4
合計	68	100.0

(イ) 介護老人保健施設

回答した施設は 153 施設で、ICT を活用した歯科医療機関との連携について、連携する機会はなかったが最も多く、142 施設(92.8%)、ついで、連携したが 7 施設(4.6%)、連携を検討したが、導入には至らなかったが 4 施設(2.6%)の回答であった。

表 112 ICT を活用した歯科医療機関との連携（介護老人福祉施設）

	n	%
連携する機会はなかった	142	92.8
連携を検討したが、導入には至らなかった	4	2.6
連携した	7	4.6
合計	153	100.0

(ウ) 介護療養型医療施設

回答した施設は 1 施設で、ICT を活用した歯科医療機関との連携について、連携する機会はなかったが 1 施設(100.0%)であった。

表 113 ICT を活用した歯科医療機関との連携（介護療養型医療施設）

	n	%
連携する機会はなかった	1	100.0
連携を検討したが、導入には至らなかった	0	0.0
連携した	0	0.0
合計	1	100.0

(エ) 介護医療院

回答した施設は 16 施設で、ICT を活用した歯科医療機関との連携について、連携する機会はなかったが最も多く、15 施設(93.8%)、ついで、連携したが 1 施設(6.2%)の回答であった。

表 114 ICT を活用した歯科医療機関との連携（介護医療院）

	n	%
連携する機会はなかった	15	93.8
連携を検討したが、導入には至らなかった	0	0.0
連携した	1	6.2
合計	16	100.0

(オ) その他

回答した施設は 247 施設で、ICT を活用した歯科医療機関との連携について、連携する機会はなかったが最も多く、234 施設(94.7%)、ついで、連携を検討したが、導入には至らなかったが 9 施設(36.0%)、連携したが 4 施設(1.6%)の回答であった。

表 115 ICT を活用した歯科医療機関との連携（その他）

	n	%
連携する機会はなかった	234	94.7
連携を検討したが、導入には至らなかった	9	36.0
連携した	4	1.6
合計	247	100.0

(2)ー2 ICTを活用した連携を導入しなかった理由(複数回答)

(ア) 介護老人保健施設

ICTを活用した連携を導入しなかった理由について、連携を検討しなかったためが最も多く、43施設(66.2%)であった。ついで、機器などの設備投資ができなかったためが12施設(18.5%)、ICTを用いた連携の効果がわからないためが8施設(12.3%)の回答であった。

表 116 ICTを活用した連携を導入しなかった理由（介護老人保健施設、n=65）

	n	%
連携を検討しなかったため	43	66.2
連携可能な歯科医療機関がなかったため	5	7.7
機器などの設備投資ができなかったため	12	18.5
情報機器に精通した職員の確保ができなかったため	2	3.1
準備等を行う職員の負担が大きいため	6	9.2
ICTを用いた連携の効果がわからないため	8	12.3
その他	6	9.2

(イ) 介護老人福祉施設

ICTを活用した連携を導入しなかった理由について、連携を検討しなかったためが最も多く、100施設(68.0%)であった。ついで、機器などの設備投資ができなかったためが28施設(19.0%)、ICTを用いた連携の効果がわからないためが25施設(17.0%)の回答であった。

表 117 ICTを活用した連携を導入しなかった理由（介護老人福祉施設、n=147）

	n	%
連携を検討しなかったため	100	68.0
連携可能な歯科医療機関がなかったため	23	15.6
機器などの設備投資ができなかったため	28	19.0
情報機器に精通した職員の確保ができなかったため	16	10.8
準備等を行う職員の負担が大きいため	21	14.2
ICTを用いた連携の効果がわからないため	25	17.0
その他	12	8.1

(ウ) 介護療養型医療施設

ICT を活用した連携を導入しなかった理由について、準備等を行う職員の負担が大きいためが最も多く、1 施設(100.0%)の回答であった。

表 118 ICT を活用した連携を導入しなかった理由（介護療養型医療施設、n=1）

	n	%
連携を検討しなかったため	0	0.0
連携可能な歯科医療機関がなかったため	0	0.0
機器などの設備投資ができなかったため	0	0.0
情報機器に精通した職員の確保ができなかったため	0	0.0
準備等を行う職員の負担が大きいため	1	100.0
ICT を用いた連携の効果がわからないため	0	0
その他	0	0

(エ) 介護医療院

ICT を活用した連携を導入しなかった理由について、連携を検討しなかったためが最も多く、10 施設(66.7%)であった。ついで、準備等を行う職員の負担が大きいため 3 施設(20.0%)、連携可能な歯科医療機関がなかったため、機器などの設備投資ができなかったため、その他が 1 施設(6.7%)の回答であった。

表 119 ICT を活用した連携を導入しなかった理由（介護医療院、n=15）

	n	%
連携を検討しなかったため	10	66.7
連携可能な歯科医療機関がなかったため	1	6.7
機器などの設備投資ができなかったため	1	6.7
情報機器に精通した職員の確保ができなかったため	0	0.0
準備等を行う職員の負担が大きいため	3	20.0
ICT を用いた連携の効果がわからないため	0	0.0
その他	1	6.7

(オ) その他

ICT を活用した連携を導入しなかった理由について、連携を検討しなかったためが最も多く、167 施設(67.0%)であった。ついで、連携可能な歯科医療機関がなかったためが 43 施設(17.3%)、準備等を行う職員の負担が大きいためが 37 施設(14.9%)の回答であった。

表 120 ICT を活用した連携を導入しなかった理由（その他、n=249）

	n	%
連携を検討しなかったため	167	67.0
連携可能な歯科医療機関がなかったため	43	17.3
機器などの設備投資ができなかったため	31	12.4
情報機器に精通した職員の確保ができなかったため	26	10.4
準備等を行う職員の負担が大きいため	37	14.9
ICT を用いた連携の効果がわからないため	35	14.1
その他	19	7.6

(2)－3 歯科医療機関との連携において、ICT を活用するために必要と思われる事項について(複数回答)

(ア) 介護老人保健施設

歯科医療機関との連携において、ICT を活用するために必要と思われる事項について、パソコンやタブレットなどの設備整備が最も多く、37 施設(60.7%)であった。ついで、ICT を活用した連携についての研修が 32 施設(52.5%)、連携可能な歯科医療機関の存在、運用する職員の確保が 29 施設(47.5%)の回答であった。

表 121 ICT を活用するために必要と思われる事項（介護老人保健施設、n=61）

	n	%
インターネット環境の整備	28	45.9
パソコンやタブレットなどの設備整備	37	60.7
連携可能な歯科医療機関の存在	29	47.5
運用する職員の確保	29	47.5
情報機器に精通した職員の確保	20	32.8
ICT を活用した連携についての研修	32	52.5
その他	2	3.3

(イ) 介護老人保健施設

歯科医療機関との連携において、ICT を活用するために必要と思われる事項について、パソコンやタブレットなどの設備整備が最も多く、76 施設(55.4%)であった。ついで、連携可能な歯科医療機関の存在が 71 施設(51.8%)、ICT を活用した連携についての研修が 62 施設(45.2%)の回答であった。

表 122 ICT を活用するために必要と思われる事項（介護老人福祉施設、n=137）

	n	%
インターネット環境の整備	55	40.1
パソコンやタブレットなどの設備整備	76	55.4
連携可能な歯科医療機関の存在	71	51.8
運用する職員の確保	56	40.8
情報機器に精通した職員の確保	51	37.2
ICT を活用した連携についての研修	62	45.2
その他	8	5.8

(ウ) 介護療養型医療施設

歯科医療機関との連携において、ICT を活用するために必要と思われる事項について、パソコンやタブレットなどの設備整備、運用する職員の確保が1施設(100.0%)の回答であった。

表 123 ICT を活用するために必要と思われる事項（介護療養型医療施設、n=1）

	n	%
インターネット環境の整備	0	0.0
パソコンやタブレットなどの設備整備	1	100.0
連携可能な歯科医療機関の存在	0	0.0
運用する職員の確保	1	100.0
情報機器に精通した職員の確保	0	0.0
ICT を活用した連携についての研修	0	0.0
その他	0	0.0

(エ) 介護医療院

歯科医療機関との連携において、ICT を活用するために必要と思われる事項について、パソコンやタブレットなどの設備整備が最も多く10施設(76.9%)であった。ついで、運用する職員の確保が7施設(53.8%)、インターネット環境の整備、連携可能な歯科医療機関の存在、情報機器に精通した職員の確保が6施設(46.2%)の回答であった。

表 124 ICT を活用するために必要と思われる事項（介護医療院、n=13）

	n	%
インターネット環境の整備	6	46.2
パソコンやタブレットなどの設備整備	10	76.9
連携可能な歯科医療機関の存在	6	46.2
運用する職員の確保	7	53.8
情報機器に精通した職員の確保	6	46.2
ICT を活用した連携についての研修	5	38.5
その他	0	0.0

(オ) その他

歯科医療機関との連携において、ICT を活用するために必要と思われる事項について、ICT を活用した連携についての研修が最も多く、120 施設(53.3%)であった。ついで、連携可能な歯科医療機関の存在が 118 施設(52.4%)、パソコンやタブレットなどの設備整備が 115 施設(51.1%)の回答であった。

表 125 ICT を活用するために必要と思われる事項（その他、n=225）

	n	%
インターネット環境の整備	65	13.9
パソコンやタブレットなどの設備整備	115	51.1
連携可能な歯科医療機関の存在	118	52.4
運用する職員の確保	108	48
情報機器に精通した職員の確保	103	45.8
ICT を活用した連携についての研修	120	53.3
その他	9	4

(2)－4 ICT を活用した歯科医療機関との連携を行うことで得られるメリットについてどのように考えるか、またその連携に関する要望(自由記載)

(ア) 介護老人保健施設

- 通院せずに専門職に助言をもらうことができる
- ICTを活用した連携を図ることにより安定した口腔衛生サービスの提供が出来ると思う
- 歯科医又は、衛生士との情報や助言などが図りやすくなる
- 多職種が参加するような会議(ミールラウンド)もタブレットを活用し、ZOOM にて実施が可能である
- 記録、保存等の時間短縮ができる

(イ) 介護老人福祉施設

① 感染対策に有効

- ICTによって感染リスクはある程度防ぐことは出来ると思う。認知症の方が全てICTを活用することに有効とは思えないが、人材不足の深刻さを考慮すると、様々なものへの活用は推進しなければならないと思う。ICTを活用した歯科医療機関の成功例を積極的にアピールする必要があるかと思う
- 感染予防につながる。必要な時、リアルタイムで相談できればよりよい

② オンライン診察による、遠隔診断や助言、多職種連携が可能

- 歯科医療に関する助言、摂食嚥下の評価(ミールラウンド)、口腔衛生管理の算定、他職種によるカンファレンスに有効だった
- コロナ禍において多職種が参加するような会議(ミールラウンド)もタブレットを活用し、ZOOMにて実施可能になった
- オンラインによる遠隔診断が可能になった。コロナ感染対応で、外部の出入りを制限する際、訪問歯科が中止になった。その期間中に、義歯の破損で対応が遅れることがあった。直接診て頂けないと難しい対応でも緊急性の有無の判断をして頂けるだけでも心の負担が変わるのでICTでの連携をとりたい。また、嚥下機能の評価やミールラウンドに活用しやすく、より迅速に対応できる

③ 業務効率の向上

- 時間軽減
- 歯科医療機関に定期的往診をしてもらっているが、急遽診てもらいたい場合には対面診療でなければならないケースも考えられる。一方で、内容によってICTを活用することで医療機関に行かずとも診てもらえるのであれば、移動短縮による入所者の負担軽減、速やかな対応あるいは職員の業務効率化が期待できる

④ ICTの活用に批判的な意見

- 協力歯科医がいるので、電話でのやりとりで対応できており、ICT活用のメリットが思いつきません。義歯の調整など実際に対応していただきたい症例が多いです

⑤ その他

- 電話とFAXよりも、メールやアプリ等を使いたいが、ITに詳しい人材が少なすぎる。苦手意識を持っている職員が多い
- ICT活用も大事ですが、協力して下さる歯科医師、歯科衛生士がまだまだ少ないと思う

(ウ) 介護療養型医療施設

回答なし

(エ) 介護医療院

- 寝たきりの多い高齢者施設では少しでも感染のリスクを減らすために有効と考えるが、それぞれの医療施設、介護施設の温度差があり足並みがそろっていない
- 高齢者にとって口腔ケアは極めて重要と考えるため励行、努力目標又は、実施項目として国が整備して欲しい

(オ) その他

① 専門医との連携がとりやすい

- 入所者の口腔内状況を診ていただく事で緊急性を要するかどうかは早くわかると思う
- 専門医との連携体制がとれ、早期に報告や指示を受ける事が出来る

② ケアの質等の向上

- 歯科で指導されたケア方法や、状態説明を共有でき、施設でのケアの質の向上につながるのではと考える
- ご入居様様の口腔ケア方法等をスタッフに指導していただく事で、口腔内衛生保持が出来ると同等にスタッフの意識付けも出来ると思う

口腔サービスの提供体制と ICT の活用

施設種別等での検討

口腔サービスの提供体制と ICT の活用の各設問に対して、得られた 568 の回答から以下の「施設種別」、「協力歯科医療機関」、「歯科衛生士の配置」を軸にクロス集計を行った。

1) 施設種別:

介護老人保健施設(76)、介護老人福祉施設(175)

介護療養型医療施設および介護医療院(17)

その他: 有料老人ホーム(112)、グループホーム(120)、サービス付き高齢者向け住宅(68)

2) 協力歯科医療機関の有無: 有り(520)・無し(41)

3) 歯科衛生士の配置の有無: 有り(53)・無し(508)

4) 併設施設 5) 算定している加算サービス別

調査票の各設問は以下の通りである。

口腔サービスの提供体制について、

- (1) 施設入所者に新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の口腔サービスの提供体制
- (2) 口腔サービス提供時間と頻度
- (3) サービスの提供が中止・縮小されていたことがある場合、その後の再開状況について
- (4) コロナ禍の協力歯科医療機関等との情報共有・連携方法の変化について
- (5) 口腔清掃や義歯洗浄の方法
- (6) 口腔清掃の際の感染対策手段
- (7) 感染対策手段の決め方
- (8) 感染対策による口腔清掃の負担
- (9) 入所者の口腔内の変化
- (10) 施設の活動の変化

ICT の活用について、

- (1) ICT の活用状況
- (2) ICT を活用した歯科医療機関との連携
- (3) ICT を活用した連携を導入しなかった理由

重要と思われる項目は新たに集計表を作成し、カイ 2 乗検定または Fisher の正確確率検定を用いて解析した。

なお、「算定している加算サービス別」については、算定可能な施設ごとに集計し直す必要があったためクロス集計はできなかった。よって、算定可能な施設を分母として単純集計と同様に算定ありとなしの数と割合を表で示した。

	算定あり(%)	算定なし(%)	合計 (算定可能な施設)
療養食加算 栄養マネジメント強化加算 低栄養リスク改善加算	182 (30.8)	81 (69.2)	263
経口移行加算 経口維持加算Ⅰ 経口維持加算Ⅱ	100 (38.0)	163 (62.0)	263
口腔衛生管理加算Ⅰ 口腔衛生管理加算Ⅱ	88 (33.5)	175 (66.5)	263
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	24 (7.8)	285 (92.2)	309

「施設種別」と加算サービスの算定に整合性がないものは除外した。(例:併設施設で算定していると思われるもの、介護老人保健施設だが口腔・栄養スクリーニング加算を算定していると回答したもの等)

1.口腔サービスの提供体制について

(1) 施設入所者に新型コロナウイルス感染症陽性者が出た際の口腔サービスの提供体制について

(1)-1 施設種別

施設種別と口腔サービス提供体制には関連がみられなかった。

介護老人保健、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設と介護医療院では、いずれも「中止」が最も多かった。

その他の施設では、「提供していない」が最も多く、次に「中止」が多かった。

	その他											
	介護老人保健施設 (77)			介護老人福祉施設 (166)			介護療養型医療施設 介護医療院 (17)			有料老人ホーム (介護つき・住宅型) (105)		
	件数	%	件数	件数	%	件数	件数	%	件数	%	件数	%
提供していない	10	13.0	30	18.1	23.5	4	48	45.7	38	33.9	36	59.0
中止	34	44.2	76	45.8	41.2	7	33	31.4	36	32.1	12	19.7
縮小	2	2.6	2	1.2	11.8	2	2	1.9	2	1.8	1	1.6
(応急処置まで)												
縮小	17	22.1	27	16.3	5.9	1	5	4.8	4	3.6	2	3.2
(フロアや動線の限定)												
継続	2	2.6	11	6.6	5.9	1	5	4.8	8	7.1	2	3.3
陽性者なし	12	15.6	20	12.0	11.8	2	3	2.9	24	21.4	7	11.5

(1)-2 協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無

協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無と口腔サービス提供体制には関連がみられなかった。

協力歯科医療機関がない施設では、7割の施設で口腔サービスの提供がされていないかった。

いずれの場合も「中止」が多かった。

	協力歯科医療機関		協力歯科医療機関		歯科衛生士の配置		歯科衛生士の配置	
	あり(504)		なし(37)		あり(37)		なし(162)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
提供していない	138	27.4	27	73.0	4	7.8	162	33.1
中止	196	38.9	5	13.5	21	41.2	179	36.5
縮小	11	2.2	1	2.7	2	3.9	10	2.0
(応急処置真まで)								
縮小	54	10.7	2	5.4	14	27.5	42	8.6
(フロアや動線の限定)								
継続	26	5.2	1	2.7	1	2.0	26	5.3
陽性者なし	79	15.7	1	2.7	9	17.6	71	14.5

(1)-3 併設施設別

併設施設と口腔サービス提供体制には関連がみられなかった。

歯科標榜がある病院を併設している施設、歯科診療所を併設している施設でも「中止」が最も多く、それぞれ 40 %、66.7 %であった。

	病院		病院		診療所		診療所		診療所		その他併設(300)	
	歯科標榜あり(20)	%	歯科標榜なし(103)	%	医科(47)	%	歯科(9)	%	医科・歯科(4)	%	件数	%
提供していない	1	5.0	36	35.0	14	29.8	1	11.1	0	0.0	90	30.0
中止	8	40.0	35	34.0	16	34.0	6	66.7	1	25.0	117	39.0
縮小	1	5.0	5	4.9	0	0.0	0	0	1	25.0	6	2.0
(応急処置真まで)												
縮小	3	15.0	9	8.7	7	14.9	2	22.2	1	25.0	0	0.0
(フロアや動線の限定)												
継続	0	0.0	3	2.9	4	8.5	0	0.0	1	25.0	38	12.7
陽性者なし	7	135.0	15	14.6	6	12.8		0.0	0	0.0	36	12.0

(2) 口腔サービス提供時間と頻度

(2)-1 施設種別

施設種別と口腔サービス提供時間および頻度に関連はみられなかった。

一人あたりのサービス提供は、いずれの施設も「15 分」が最も多かった。

提供頻度	その他																	
	介護老人保健施設 (23, 26)			介護老人福祉施設 (50, 51)			介護療養型医療施設 介護医療院 (4, 5)			有料老人ホーム (介護つき・住宅型) (17, 18)			グループホーム (33, 35)			サービス付き高齢 者向け住宅 (10, 11)		
	件数	%		件数	%		件数	%		件数	%		件数	%		件数	%	
週ごと	12	52.2		30	60.0		2	50.0		9	52.9		12	36.4		4	40.0	
月ごと	9	39.1		20	40.0		2	50.0		6	35.3		18	54.5		4	40.0	
応急処置のみ	2	8.7		0	0.0		0	0.0		2	11.8		3	9.1		2	20.0	
一人あたりの提供時間																		
1 時間	0	0.0		1	0.7		0	0.0		0	0.0		1	2.9		0	0.0	
30 分	2	7.7		9	17.6		1	20.0		4	22.2		6	17.1		4	36.4	
15 分	13	50.0		29	56.9		3	60.0		19	54.3		19	54.3		4	36.4	
5 分	11	42.3		11	21.6		1	20.0		9	25.7		9	25.7		3	27.3	

(2)-2 協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無

協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無と口腔サービス提供時間および頻度に関連はみられなかった。
一人あたりのサービス提供は、いずれの施設も「15 分」が最も多かった。

提供頻度	協力歯科医療機関				協力歯科医療機関				歯科衛生士の配置			
	あり(134)				なし(4)				あり(19, 21)			
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
週ごと	68	50.7	2	50.7	12	63.2	58	48.7				
月ごと	58	43.3	1	42.8	7	36.8	52	42.8				
応急処置のみ	8	6.0	1	6.5	0	0.0	9	6.5				
一人あたりの提供時間												
1 時間	2	1.4	0	0.0	0	0.0	2	1.6				
30 分	26	18.2	1	25.0	2	9.6	25	19.8				
15 分	78	54.5	2	50.0	13	61.9	67	53.2				
5 分	37	25.9	1	25.0	6	28.6	32	25.4				

(2)-3 併設施設別

併設施設と口腔サービス提供時間および頻度に関連はみられなかった。

一人あたりのサービス提供は、**医科・歯科両方の診療所を併設している施設を除き、いずれの施設も「15分」が最も多かった。**

提供頻度	病院 歯科標榜あり(9)		病院 歯科標榜なし(25)		診療所 医科(16)		診療所 歯科(2)		診療所 医科・歯科(3)		その他併設(77,82)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
週ごと	3	33.3	12	48.0	11	68.8	1	50.0	2	66.7	36	46.8
月ごと	5	55.6	10	40.0	4	25.0	1	50.0	0	0.0	37	48.1
応急処置のみ	1	11.1	3	12.0	1	6.3	0	0.0	1	33.3	7	6.5
一人あたりの提供時間												
1 時間	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	66.7	2	2.4
30 分	3	33.3	1	25.0	4	23.5	1	50.0	0	0.0	13	15.9
15 分	5	55.6	2	50.0	8	47.1	1	50.0	1	33.3	46	56.1
5 分	1	11.1	1	25.0	5	29.5	0	0.0	0	0.0	21	25.6

(3) サービスの提供が中止・縮小されていたことがある場合、その後の再開状況について

(3)-1 施設種別

施設種別と口腔サービス再開状況に関連はみられなかった。

施設種別に関わらず、7割から8割以上でサービスが再開されている。

	その他															
	介護老人保健施設 (52)				介護老人福祉施設 (109)				介護療養型医療施設 介護医療院 (10)		有料老人ホーム (介護つき・住宅型) (42)		グループホーム (52)		サービス付き高齢 者向け住宅 (14)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
再開してもとに戻った	42	80.8	76	69.7	7	70.0	36	85.7	41	78.8	12	85.7				
再開と中止を 繰り返している	6	11.5	21	19.3	2	20.0	5	11.9	5	9.6	0	0.0				
再開したが縮小した	0	0.0	12	0.9	0	0.0	0	0.0	2	3.8	0	0.0				
中止したまま	2	3.8	5	4.6	1	10.0	0	0.0	1	1.9	2	14.3				
その他	1	1.9	2	1.8	0	0.0	1	2.4	3	5.8	0	0.0				

(3)-2 協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無

協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無と口腔サービス再開状況に関連はみられなかった。

6 割以上でサービスが再開されている。

	協力歯科医療機関		協力歯科医療機関		歯科衛生士の配置		歯科衛生士の配置	
	あり(274)		なし(8)		あり(37)		なし(244)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
再開してもとに戻った	212	77.4	5	62.5	29	78.4	188	77.0
再開と中止を 繰り返ししている	36	13.1	3	37.5	6	16.2	32	13.1
再開したが縮小した	10	3.7	0	0.0	1	0.0	9	0.4
中止したまま	9	3.3	0	0.0	0	2.7	9	3.3
その他	7	2.6	0	0.0	1	0.0	6	3.7

(3)-3 併設施設別

併設施設と口腔サービス再開状況に関連はみられなかった。
7割以上でサービスが再開されている。

	病院		病院		診療所		診療所		診療所		その他併設(163)	
	歯科標榜あり(15)		歯科標榜なし(52)		医科(23)		歯科(8)		医科・歯科(4)			
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
再開してもとに戻った	11	73.3	37	71.2	16	69.6	6	75.0	3	75.0	126	76.6
再開と中止を 繰り返している	3	20.0	6	11.5	5	21.7	2	25.0	1	25.0	24	14.0
再開したが縮小した	0	0.0	4	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	3.7
中止したまま	1	6.7	2	3.8	1	4.3	0	0.0	0	0.0	5	3.2
その他	0	0.0	3	5.8	1	4.3	0	0.0	0	0.0	4	2.7

(4) コロナ禍の協力歯科医療機関等との情報共有・連携方法の変化について

(4)-1 施設種別

施設種別と情報共有・連携方法の変化に関連はみられなかった。

	その他											
	介護老人保健施設 (61)		介護老人福祉施設 (124)		介護療養型医療施設 介護医療院 (11)		有料老人ホーム (介護つき・住宅型) (54)		グループホーム (69)		サービス付き高齢 者向け住宅 (22)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
変化あり	4	6.6	9	7.3	1	9.1	2	3.7	8	11.6	1	4.5
変化なし	57	93.4	115	92.7	10	90.9	52	96.3	61	88.4	21	95.5

(4)-2 協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無

協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無と情報共有・連携方法の変化に関連はみられなかった。

	協力歯科医療機関 あり(333)		協力歯科医療機関 なし(11)		歯科衛生士の配置 あり(47)		歯科衛生士の配置 なし(297)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
	25	7.5	0	0.0	2	4.3	22	7.4
変化あり	308	92.5	11	100.0	45	95.7	275	92.6
変化なし								

(4)-3 併設施設別

併設施設と情報共有・連携方法の変化に関連はみられなかった

	病院		病院		診療所		診療所		診療所		その他併設(191)	
	歯科標榜あり(18)		歯科標榜なし(57)		医科(32)		歯科(7)		医科・歯科(4)			
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
変化あり	4	22.2	4	7.0	3	9.4	0	0.0	1	25.0	13	6.8
変化なし	14	77.8	53	93.0	29	90.6	7	100.0	3	75.0	178	93.2

(5) 口腔清掃や義歯洗浄の方法について

(5)-1 施設種別

施設種別と口腔清掃や義歯洗浄の方法に関連はみられなかった。

	その他											
	介護老人保健施設 (77)		介護老人福祉施設 (167)		介護療養型医療施設 介護医療院 (16)		有料老人ホーム (介護つき・住宅型) (107)		グループホーム (117)		サービス付き高齢 者向け住宅 (61)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
変更した	19	24.7	27	16.2	3	18.8	13	12.1	15	12.8	4	6.6
変更していない	58	75.3	140	83.8	13	81.3	94	87.9	102	87.2	57	93.4

(5)-2 協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無

歯科衛生士の配置がある施設では、配置がない施設よりも口腔清掃や義歯洗浄の方法を変更していた($p = 0.009$)。

	協力歯科医療機関		協力歯科医療機関		歯科衛生士の配置		歯科衛生士の配置	
	あり(509)		なし(39)		あり(51)		なし(497)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
変更した	76	14.9	6	15.4	14	27.5	68	13.7
変更していない	433	85.1	33	84.6	37	72.5	429	86.3

(5)-3 併設施設別

併設病院に歯科の標榜がある場合は、歯科の標榜がない施設よりも口腔清掃や義歯洗浄の方法を変更していた($p = 0.033$)。

	病院		病院		診療所		診療所		診療所	
	歯科標榜あり(21)		歯科標榜なし(102)		内科(47)		歯科(10)		内科・歯科(4)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
変更した	8	38.1	15	14.7	7	14.9	2	20.0	1	25.0
変更していない	13	61.9	87	85.3	40	85.1	8	80.0	3	75.0
									254	84.7

(6) 口腔清掃の際の感染対策手段

(6)-1 施設種別

フェイスガード・ゴーグルは施設種別に使用する割合が異なっていた($p < 0.001$)。介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院では半数以上で使用しているが、その他の施設では3割程度にとどまっていた。

袖付きガウン、エプロンも施設種別に使用する割合が異なっていた。介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院で使用する割合が高い傾向が見られた。

	その他											
	介護老人保健施設 (77)			介護老人福祉施設 (169)			介護療養型医療施設 介護医療院 (17)			有料老人ホーム (介護つき・住宅型) (106)		
	件数	%	件数	件数	%	件数	件数	%	件数	%	件数	%
マスク	76	98.7	168	168	99.4	17	100.0	93.5	105	92.9	53	94.6
手袋	77	100	168	168	99.4	17	100.0	99.1	110	97.3	55	98.2
フェイスガード ゴーグル	55	71.4	87	87	51.5	11	64.7	34.0	28	24.8	14	25.0
袖付きガウン	12	15.6	12	12	7.1	1	5.9	7.5	6	5.3	0	0.0
エプロン(袖なし)	21	27.3	29	29	17.2	14	82.4	19.6	15	13.3	3	5.4
キャップ	0	0.0	3	3	1.8	0	0.0	0.9	1	0.9	0	0.0
靴カバー	0	0.0	1	1	0.6	0	0.0	0.0	2	1.8	0	0.0

(6)-2 協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無

協力歯科医療機関の有無により、感染対策に差は見られなかった。

歯科衛生士の配置がある施設では、フェイスガード・ゴーグルの使用、袖付きガウンの使用割合が有意に多かった($p < 0.001$, $p = 0.014$)。

	協力歯科医療機関		協力歯科医療機関		歯科衛生士の配置		歯科衛生士の配置	
	あり(503)		なし(38)		あり(51)		なし(490)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
マスク	483	96.0	38	100.0	51	100.0	470	95.9
手袋	497	98.8	38	100.0	51	100.0	484	98.8
フェイスガード	219	43.5	13	34.2	35	68.6	196	40.0
ゴーグル								
袖付きガウン	36	7.1	3	7.9	8	15.7	31	6.3
エプロン(袖なし)	101	20.0	3	7.9	13	25.5	91	18.5
キャップ	5	1.0	0	0.0	0	0.0	5	1.0
靴カバー	2	0.4	1	2.6	0	0.0	3	0.6

(6)-3 併施設設別

併施設設と感染対策の手段に関連はみられなかった。

	病院		病院		診療所		診療所		診療所		その他併設(297)	
	歯科標榜あり(22)		歯科標榜なし(100)		医科(47)		歯科(9)		医科・歯科(3)			
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
マスク	22	100.0	95	95.0	46	97.9	9	100.0	3	100.0	287	96.6
手袋	22	100.0	100	100.0	47	100.0	9	100.0	3	100.0	294	99.0
フェイスガード	12	54.5	43	43.0	23	48.9	6	66.7	2	66.7	139	46.8
ゴーグル												
袖付きガウン	3	13.6	7	6.9	2	4.3	0	0.0	0	0.0	18	6.0
エプロン(袖なし)	6	27.3	23	22.8	8	17.0	1	11.1	1	33.3	25	23.8
キャップ	0	0.0	1	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.7
靴カバー	0	0.0	1	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3

(7) 感染対策手段の決め方

(7)-1 施設種別

施設種別と感染対策手段の決め方に関連がみられた($p = 0.008$)。

	その他																
	介護老人保健施設 (69)			介護老人福祉施設 (160)			介護療養型医療施設 介護医療院 (16)			有料老人ホーム (介護つき・住宅型) (102)			グループホーム (107)			サービス付き高齢 者向け住宅 (51)	
	件数	%		件数	%		件数	%		件数	%		件数	%		件数	%
都道府県・市町村の指 導	6	8.7		21	13.1		2	12.5		14	13.7		13	12.1		8	15.7
施設内で独自に決定	41	59.4		107	66.9		8	50.0		66	64.7		61	57.0		37	72.5
スタッフ各個人の判断	2	2.9		1	0.6		0	0.0		6	5.9		8	7.5		0	0.0
医療機関からの指導	5	7.2		13	8.1		3	18.8		5	4.9		14	13.1		3	5.9
学会・関係団体等の ガイドラインや指針	12	17.4		12	7.5		3	18.8		3	2.9		5	4.7		1	2.0
その他	3	4.3		6	3.8		0	0.0		8	7.8		6	5.6		2	3.9

(7)-2 協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無

協力歯科医療機関の有無と歯科衛生士の配置の有無は、感染対策手段の決め方と関連がみられなかった。

	協力歯科医療機関			協力歯科医療機関			歯科衛生士の配置			歯科衛生士の配置		
	あり(472)			なし(36)			あり(47)			なし(461)		
	件数	%		件数	%		件数	%		件数	%	
都道府県・市町村の指導	58	12.3		6	16.7		3	6.4		60	13.0	
施設内で独自に決定	302	64.0		22	61.1		31	66.0		293	63.6	
スタッフ各個人の判断	12	2.5		4	11.1		0	0.0		17	3.7	
医療機関からの指導	42	8.9		1	2.8		3	6.4		40	8.7	
学会・関係団体等のガイドラインや指針	34	7.2		2	5.6		7	14.9		29	6.3	
その他	24	5.1		1	2.8		3	6.4		22	4.8	

(7)-3 併設施設別

病院は、歯科標榜の有無と感染対策手段の決め方に関連を認めた($p = 0.034$)。歯科標榜がある病院では、ガイドラインや指針をもとに決定している傾向が高かった。

その他併設施設の有無にも関連がみられた($p = 0.011$)。その他併設施設がある場合は、施設内で独自に決定している傾向が高かった。

	病院		病院		診療所		診療所		診療所		その他併設(281)	
	歯科標榜あり(17)		歯科標榜なし(89)		医科(44)		歯科(6)		医科・歯科(2)			
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
都道府県・市町村の指導	1	5.9	11	12.4	6	13.6	1	16.7	1	50.0	33	11.7
施設内で独自に決定	7	41.2	53	58.4	26	59.1	4	66.7	1	50.0	197	70.1
スタッフ各個人の判断	0	0	4	3.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	2.1
医療機関からの指導	4	23.5	13	14.6	6	13.6	1	16.7	0	0.0	21	7.5
学会・関係団体等のガイドラインや指針	4	23.5	6	6.7	4	9.1	0	0.0	0	0.0	16	5.7
その他	1	5.9	4	4.5	2	4.5	0	0.0	2	0.0	8	2.8

(8) 感染対策による口腔清掃の負担

(8)-1 施設種別

施設種別と口腔清掃の負担に関連はみられなかった。

	その他															
	介護老人保健施設 (77)				介護老人福祉施設 (167)				介護療養型医療施設 介護医療院 (17)		有料老人ホーム (介護つき・住宅型) (106)		グループホーム (113)		サービス付き高齢 者向け住宅 (56)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
増えた	27	35.1	52	36.3	3	17.6	25	23.6	26	23.0	11	19.6				
減った	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.9	1	1.8				
変わらない	50	64.9	115	68.9	14	82.4	81	76.4	86	76.1	44	78.6				

(8)-2 協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無

協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無と口腔清掃の負担に関連はみられなかった。

	協力歯科医療機関 あり(502)		協力歯科医療機関 なし(37)		歯科衛生士の配置 あり(50)		歯科衛生士の配置 なし(489)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
増えた	136	37.1	7	18.9	17	34.0	126	25.8
減った	1	0.2	1	2.7	0	0.0	2	0.4
変わらない	365	72.7	29	78.4	33	66.0	361	73.1

(8)-3 併設施設別

併設施設と口腔清掃の負担に関連はみられなかった。

	病院		病院		診療所		診療所		診療所		その他併設(296)	
	歯科標榜あり(22)		歯科標榜なし(101)		医科(47)		歯科(10)		医科・歯科(3)			
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
増えた	10	45.5	25	24.8	12	34.0	4	40.0	1	33.3	83	28.0
減った	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	1	0.3
変わらない	12	54.5	76	75.2	35	66.0	5	50.0	2	66.7	211	71.3

(9) 入所者の口腔内の変化

(9)-1 施設種別

入所者の口腔内の変化と施設種別に関連を認めた($p = 0.044$)。介護老人保健施設、介護老人福祉施設では、「変化あり」と回答した施設が2割近く、他の施設種別よりも多い傾向であった。

	その他											
	介護老人保健施設 (77)		介護老人福祉施設 (168)		介護療養型医療施設 介護医療院 (17)		有料老人ホーム (介護つき・住宅型) (108)		グループホーム (116)		サービス付き高齢 者向け住宅 (63)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
変化あり	14	18.2	35	20.8	1	5.9	10	9.3	18	15.5	5	7.9
変化なし	63	81.8	133	79.2	16	94.1	98	90.7	98	84.5	58	92.1

(9)-2 協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無

協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無と口腔内の変化の有無に関連はみられなかった。

	協力歯科医療機関			協力歯科医療機関			歯科衛生士の配置			歯科衛生士の配置		
	あり(513)			なし(39)			あり(50)			なし(502)		
	件数	%		件数	%		件数	%		件数	%	
変化あり	77	15.0		6	15.4		12	24.0		71	14.1	
変化なし	436	85.0		33	84.6		38	76.0		431	85.9	

(9)-3 併設施設別

併設施設と口腔内の変化の有無に関連はみられなかった。

	病院			病院			診療所			診療所			診療所			その他併設(301)		
	歯科標榜あり(21)			歯科標榜なし(104)			医科(47)			歯科(9)			医科・歯科(4)					
	件数	%		件数	%		件数	%		件数	%		件数	%		件数	%	
変化あり	4	19.0		11	10.6		8	17.0		4	44.4		1	25.0		56	18.6	
変化なし	17	81.0		93	89.4		39	83.0		5	55.6		3	75.0		245	81.4	

(10) 施設の活動の変化

(10)-1 施設種別

施設種別と施設の活動の変化の有無に関連がみられた($p = 0.001$)。介護療養型医療施設と介護医療院、サービス付き高齢者向け住宅では「変化なし」の施設が多い傾向がみられた。

	その他											
	介護老人保健施設 (76)		介護老人福祉施設 (168)		介護療養型医療施設 介護医療院 (17)		有料老人ホーム (介護つき・住宅型) (106)		グループホーム (115)		サービス付き高齢 者向け住宅 (63)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
変化あり	50	65.8	98	58.3	6	35.3	44	41.5	61	53.0	22	34.9
変化なし	26	34.2	70	41.7	11	64.7	62	58.5	54	47.0	41	65.1

(10)-2 協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無

歯科衛生士の配置の有無と施設の活動の変化の有無に関連がみられた($p = 0.001$)。歯科衛生士の配置がある施設の方が「変化あり」が多い傾向にあった。

	協力歯科医療機関 あり(509)		協力歯科医療機関 なし(39)		歯科衛生士の配置 あり(50)		歯科衛生士の配置 なし(498)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
変化あり	268	52.7	14	35.9	36	72.0	245	49.2
変化なし	241	47.3	25	64.1	14	28.0	253	50.8

(10)-3 併設施施設別

併設施施設と施設の活動の变化の有無に関連はみられなかった。

	病院		病院		診療所		診療所		診療所		その他併設(298)	
	歯科標榜あり(21)		歯科標榜なし(102)		医科(47)		歯科(9)		医科・歯科(4)			
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
変化あり	12	57.1	45	44.1	28	59.6	7	77.8	2	50.0	167	56.0
変化なし	9	42.9	57	55.9	19	40.4	2	22.2	2	50.0	131	44.0

(1)-2 協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無

協力歯科医療機関の有無とICTの活用状況には関連がみられなかった($p = 0.135$)。

歯科衛生士の配置の有無とICTの活用状況には関連がみられた($p < 0.001$)。歯科衛生士が配置されている施設では、配置されていない施設よりもICTを活用している傾向がみられた。

	協力歯科医療機関		協力歯科医療機関		歯科衛生士の配置		歯科衛生士の配置	
	あり(515)		なし(40)		あり(51)		なし(504)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
活用している	258	50.1	17	42.5	36	70.6	238	47.2
活用していない	257	49.9	23	57.5	15	29.4	266	52.8

(1)-3 併設施設別

併設施設ICTの活用状況には関連がみられなかった。

	病院		病院		診療所		診療所		診療所		その他併設(298)	
	歯科標榜あり(22)		歯科標榜なし(102)		医科(47)		歯科(9)		医科・歯科(4)			
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
活用している	13	59.1	52	51.0	26	55.3	3	33.3	2	50.0	171	56.1
活用していない	9	40.9	50	49.0	21	44.7	6	66.7	2	50.0	134	43.9

(2) ICT を活用した歯科医療機関との連携

(2)-1 施設種別

施設種別と ICT を活用した歯科医療機関との連携については関連がみられなかった。

	その他																							
	介護老人保健施設 (68)				介護老人福祉施設 (153)				介護療養型医療施設 介護医療院 (15)				有料老人ホーム (介護つき・住宅型) (95)				グループホーム (101)				サービス付き高齢 者向け住宅 (50)			
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%				
連携する機会なし	62	91.2	142	92.8	14	93.3	92	96.8	95	92.0	46	92.0												
検討のみで導入せず	3	4.4	4	2.6	0	0.0	3	3.2	4	4.0	2	4.0												
連携した	3	4.4	7	4.6	1	6.7	0	0.0	2	2.0	2	4.0												

(2)-2 協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無

協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無と ICT を活用した歯科医療機関との連携については関連がみられなかった。

	協力歯科医療機関 あり(450)		協力歯科医療機関 なし(34)		歯科衛生士の配置 あり(49)		歯科衛生士の配置 なし(435)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
連携する機会なし	420	93.3	33	97.1	46	93.9	408	93.8
検討のみで導入せず	15	3.3	1	2.9	1	2.0	15	3.4
連携した	15	3.3	0	0.0	2	4.1	12	2.8

(2)-3 併設施設別

施設種別とICTを活用した歯科医療機関との連携の有無には関連がみられなかった。

	病院		病院		診療所		診療所		診療所		その他併設(278)	
	歯科標榜あり(19)		歯科標榜なし(86)		医科(40)		歯科(3)		医科・歯科(4)			
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
連携する機会なし	14	73.7	80	93.0	37	92.5	2	66.7	2	50.0	260	93.5
検討のみで導入せず	3	15.8	4	4.7	2	5.0	1	33.3	2	50.0	7	2.5
連携した	2	10.5	2	2.3	1	2.5	0	0.0	0	0.0	11	4.0

(3) ICT を活用した連携を導入しなかった理由(複数回答)

(3)-1 施設種別

施設種別とICT を活用した連携を導入しなかった理由には関連がみられなかった。

	その他																
	介護老人保健施設 (65)			介護老人福祉施設 (146)			介護療養型医療施設 介護医療院 (14)			有料老人ホーム (介護つき・住宅型) (95)			グループホーム (101)			サービス付き高齢 者向け住宅 (51)	
	件数	%		件数	%		件数	%		件数	%		件数	%		件数	%
連携を検討しなかった	43	66.2	98	67.1	10	71.4	68	71.6	63	62.4	34	66.7					
連携可能な歯科医療 機関がない	5	7.7	22	15	1	7.1	17	17.9	16	15.5	10	14.9					
機器などの設備投資 ができない	12	18.5	26	17.7	1	7.1	7	7.4	15	14.6	7	13.7					
情報機器に精通した職 員の確保ができない	2	3.1	15	10.2	0	0	8	8.4	13	12.6	5	9.8					
職員の負担が大きい	4	6.3	22	15.0	2	14.3	9	9.5	18	17.5	8	15.7					
ICTを用いた連携の効 果がわからない	8	12.3	23	15.8	0	0.0	14	14.7	24	23.3	7	13.7					
その他	6	9.2	12	8.1	0	0.0	6	6.3	1	1.0	37	7.8					

(3)-2 協力歯科医療機関の有無、歯科衛生士の配置の有無

協力歯科医療機関の有無、および歯科衛生士の配置の有無は、ICT を活用した連携を導入しなかった理由のうち「連携可能な歯科医療機関がない」の項目と関連がみられた($p < 0.001$, $p = 0.035$)。

	協力歯科医療機関			協力歯科医療機関			歯科衛生士の配置			歯科衛生士の配置		
	あり(443)			なし(34)			あり(46)			なし(432)		
	件数	%		件数	%		件数	%		件数	%	
連携を検討しなかった	295	67.0		22	64.7		33	71.7		285	66.4	
連携可能な歯科医療機関がない	58	13.1		13	38.2		2	4.3		69	16.0	
機器などの設備投資ができない	63	14.2		5	14.7		4	8.7		64	14.8	
情報機器に精通した職員が確保できない	37	8.4		6	17.6		3	6.5		40	9.3	
職員の負担が大きい	59	13.3		4	11.8		4	8.9		59	13.7	
ICTを用いた連携の効果がわからない	71	16.1		5	14.1		9	19.6		67	15.5	
その他	37	8.3		2	5.9		3	6.5		36	8.3	

(3)-3 併設施設別

歯科標榜のある病院を併設している施設では、歯科標榜がない病院併設施設と比較して、ICT を活用した連携を導入しなかった理由のうち「連携を検討しなかった」の項目と関連がみられた($p = 0.021$)。

その他の併設施設の有無は、ICT を活用した連携を導入しなかった理由のうち「ICT を用いた連携の効果がわからない」の項目と関連がみられた($p = 0.001$)。

	病院 歯科標榜あり(17)		病院 歯科標榜なし(88)		診療所 医科(47)		診療所 歯科(9)		診療所 医科・歯科(4)		その他併設(267)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
連携を検討しなかった	10	57.1	23	26.7	28	59.6	7	77.8	2	50.0	173	64.8
連携可能な歯科医療 機関がない	1	5.9	16	18.6	7	16.3	0	0.0	0	0.0	40	14.9
機器などの設備投資 ができない	3	17.6	11	12.8	7	16.3	1	16.7	0	0.0	37	13.8
情報機器に精通した職 員の確保ができない	7	8.1	1	5.9	2	4.7	0	0.0	0	0.0	25	9.3
職員の負担が大きい	3	17.6	9	9.8	4	9.3	1	16.7	1	33.3	35	13.1
ICTを用いた連携の効 果がわからない	10	11.6	2	11.8	5	11.6	1	16.7	1	33.3	52	19.4
その他	4	4.7	3	17.6	5	11.6	2	33.3	1	33.3	27	10.0

ICT の活用について

令和 3 年度の本事業調査では ICT を活用して歯科医療機関と連携していると回答した施設は 216 施設のうち 2 施設(0.9 %)であった。今年度調査では 555 施設のうち、ICT の活用場面が歯科診療としたのが 2 施設、介護職員と歯科専門職との連携としたのが 22 施設であり、ICT を活用して歯科医療機関と何らかの形で連携している施設は全体の 4.3 %であった。また、普段 ICT を活用していると回答した施設は 275 施設(49.5 %)で、その活用場面の多くは入所者と家族との面会(240 施設)であった。令和元年度から厚労省による介護分野の ICT 導入支援事業の成果が web 上で報告、公表されている(<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-ict.html>)。令和 3 年度は ICT の導入セミナーのコンテンツ動画が YouTube で公開されており、介護現場の ICT の普及が促進されている。本調査においても、約半数の施設が普段 ICT を活用していると回答したことから、介護施設の ICT 化はある程度進んでいると推測される。一方で、今年度調査では医科とのオンライン診療を実施しているのは 14 施設(2.5 %)にとどまり、これは歯科との連携よりも少ない結果となった。医療機関と介護事業所の ICT を用いた連携は、入院・退院時の情報提供書、訪問看護の情報提供書など医療介護情報共有システムを運用した「データ連携」が先行している。令和 3(2021)年 3 月の介護事業所における ICT を通じた情報連携に関する調査報告書によると、医療介護情報共有システムを「現在、運用している」のは全調査対象のうち 37.2 %となっている。よって、全体として「ICT を活用している」施設は増えているが、現時点では情報共有のシステムとして利用することが主であり、医科、歯科の診療に応用する体制は整っていないことが推察される。また、すでにデータ連携が進んでいる医療介護連携の中に、歯科診療および歯科専門職との連携を加えた枠組み作りを、体制整備に向けて検討する必要があると思われる。

ICT の活用状況

令和3年度	令和4年度
216施設のうち	555施設のうち
	ICTを活用している 275施設 (49.5 %)
	ICTの活用場面(複数回答)
	入所者と家族との面会 240施設
	オンライン診療(医科) 14施設
歯科医療機関と 連携している 2施設 (0.9 %)	ICTを活用した 歯科診療 2施設
	介護職員と 歯科専門職との連携 22施設

施設種別の ICT の活用状況は、介護老人保健施設と介護老人福祉施設がともに 64 %程度「活用している」と回答した。一方、その他の有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅は 35-37 %が「活用している」と回答し、統計学的な有意差をもって相違が生じた($p < 0.01$)。令和 3(2021)年度の厚労省老健局高齢者支援課と介護業務効率化・生産性向上推進室による ICT 導入支援事業の導入効果報告書によると、介護ソフトやタブレット端末、Wi-Fi 機器などの ICT 機器等の補助対象となった事業所は、介護老人保健施設(495 施設、9.2 %)、介護老人福祉

施設(762 施設、14.2 %)であった。その他が 1909 施設(35.5 %)であり、これに有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅等が含まれるか明らかではないが、これらの介護現場での ICT 化を推進する支援事業の効果が、本調査結果に反映されたのかもしれない。歯科医療機関との ICT を用いた連携については、「連携する機会がない」とした施設がすべての施設種別において 90 %を超えていた。連携する機会がなかった理由としては、「連携そのものを検討しなかった」が共通しており、いずれの施設でも 6-7 割をしめた。連携を検討したものの連携にいたらなかった場合の理由として、「連携可能な歯科医療機関がない」としたのは、介護老人保健施設が 7.7 %であったのに比べて、その他の有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅は 15-17%であり、有意差はないものの相違が生じた($p = 0.059$)。また、設備や人材などのハード面を理由にあげた施設も多く、「機器などの設備投資」や「情報機器に精通した職員の確保」が困難としたのは、施設種別によらず共通していた。よって、歯科医療機関との ICT を用いた連携には、施設種別による特性に配慮した協力歯科医療機関との連携、ICT 機器等の導入支援、対応できる人材育成のためのセミナー、手引書等の活用などの普及支援が必要であると考えられる。また、「ICT の連携効果が分からない」と回答した施設も一定数あり、特にグループホームは 23.5 %と高値を示した。この点は、「連携そのものを検討しなかった」と回答した施設が多かったことに反映されている。歯科医療機関と介護施設の間における ICT 連携の効果に関するエビデンスは、对患者、对患者 with 医師等と異なり、かなり限定される。学術論文では堀内ら(老年歯科医学, 2021.)、花形ら(老年歯科医学, 2022.)など数編しかなく、それ以外では 2021 年度の ICT を活用した医科歯科連携の検証事業等一式の報告書(代表、佐々木啓一)内に散見されるモデル事業報告のみである。ICT の連携効果について、介護分野でのさらなるエビデンス構築が求められる。

エビデンス構築を困難にしているのは、そもそも介護施設と ICT を活用して連携している歯科医療機関がほとんど存在しないためである。しかし、将来的な候補となるのは施設と協力提携している歯科医療機関が想定される。協力歯科機関の有無を問うたところ、単純集計結果によると介護老人保健施設が 98.7 %、ほぼ全数有りと、その他の施設でも 88.5 %が有りと回答した。協力歯科医療機関が有り「ICT を活用している」施設は 258/515 (50.1 %)で、協力歯科医療機関が無く「ICT を活用している」施設は、17/40 (42.5 %)であり、統計学的な有意差はないものの相違があった($p = 0.135$)。ICT を活用した歯科医療機関との連携については、協力歯科医療機関の有無に関係なく「連携する機会がない」とした割合が 90 %を超えていた。ただし、ICT を活用して連携したと回答した 15 施設は全て協力歯科医療機関が有る施設であった。この点をふまえると、少なくとも協力歯科医療機関が無い施設では ICT 連携の可能性を見いだしにくいこと、協力歯科医療機関サイドに ICT の利用機会拡大や活用能力の向上を目指した導入支援を要することが指摘できる。次に、歯科衛生士の配置が ICT 連携に関連するか調べた。歯科衛生士の配置が有り「ICT を活用している」施設は 36/51 (70.6 %)で、歯科衛生士の配置が無く「ICT を活用している」施設は、238/504 (47.2 %)であり、統計学的な有意差をもって相違があった($p < 0.001$)。しかしながら、ICT を活用した歯科医療機関との連携については、歯科衛生士の配置有無で相異がなかった。介護

分野における歯科との ICT 連携には、歯科衛生士が大きな役割を果たすと考えられる。2021 年度の ICT を活用した医科歯科連携の検証事業の報告書と、その事業の一環で作成された口腔内遠隔確認方法の手引書（詳細版・概要版）や実施マニュアルにおいて、介護施設等に勤務する看護職と介護職員等が口腔内を観察、撮影する場合、歯科専門職（支援側）との情報共有が不可欠と述べた。よって、支援側と施設をつなぐのに最適な職種の一つは、常勤・非常勤問わず施設勤務の歯科衛生士になると想定される。本調査では、歯科衛生士を配置している割合は、介護老人保健施設と介護老人福祉施設ではそれぞれ 22.2 %と 17.2 %で、その他の有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅では 1.4 %であった。現時点で歯科衛生士の配置有無と歯科との ICT 連携は関連しなかったが、歯科医療分野のデジタル技術化が急速に進んでいるという観点から、歯科衛生士の介護施設での ICT 関連業務内容等について議論していく必要があると思われる。

V 資料編

資料 1 実測調査票(口腔・栄養検査調査票)

資料 2 口腔衛生管理のニーズ把握と目標設定、指導
方法に関する調査票

(Google Form による Web 調査)

資料 3 新型コロナウイルス感染症による口腔衛生関連
サービスの提供への影響に関する調査票

(郵送調査)

資料 4 介護保険施設での「食べる」「話す」「笑顔」を支え
る健口づくり リーフレット

受付 番号		氏名	様	年齢	歳	性別	男・女
----------	--	----	---	----	---	----	-----

1. 基本情報（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

問1	介護度	0. 要介護1	1. 要介護2	2. 要介護3	3. 要介護4	4. 要介護5
問2	障害高齢者の日常生活自立度	0. 自立	1. J1	2. J2	3. A1	4. A2
		5. B1	6. B2	7. C1	8. C2	
問3	認知症高齢者の日常生活自立度	0. 自立	1. I	2. IIa	3. IIb	
		4. IIIa	5. IIIb	6. IV	7. M	
問4	歩 行	0. 補助具なしで可能		1. 補助具ありで可能		2. 不可
問5	入所歴	() 年 () か月				
問6	在宅への退所予定	0. あり		1. なし		2. 不明
問7	施設での看取り希望	0. あり		1. なし		2. 不明
問8	入所後の入院の有無	0. あり（理由：_____）				1. なし
問9	現病歴					
	①心筋梗塞		0. あり		1. なし	
	②うっ血性心不全		0. あり		1. なし	
	③末梢血管疾患（間欠性跛行、バイパス術後、壊疽、未治療の胸腹部大動脈）		0. あり		1. なし	
	④脳血管障害（後遺症のない脳血管障害、一過性脳虚血発作〔TIA〕）		0. あり		1. なし	
	⑤片麻痺（対麻痺も含む。脳血管障害に起因していなくても可）		0. あり		1. なし	
	⑥認知症		0. あり		1. なし	
	「0. あり」の場合、重症度に○をつけてください。					
			1. MCI		2. 軽度	
			3. 中等度		4. 重度	
	⑦慢性肺疾患（軽労作で呼吸困難を生じるもの）		0. あり		1. なし	
	⑧膠原病（全身性エリテマトーデス〔SLE〕、多発筋炎、混合性結合組織病、リウマチ性多発筋痛症、中等度以上のリウマチなど）		0. あり		1. なし	
	⑨消化性潰瘍		0. あり		1. なし	
	⑩軽度肝疾患（軽度の肝硬変、慢性肝炎）		0. あり		1. なし	
	⑪中等度 — 高度肝機能障害（門脈圧亢進を伴う肝硬変）		0. あり		1. なし	
	⑫糖尿病（食事療法のみは除く）		0. あり		1. なし	
	「0. あり」を選択した場合、糖尿病の病態として、あてはまるものに○をつけてください。					
	1. 三大合併症（網膜症、腎症、神経障害）なし		2. 三大合併症のいずれかあり、または、糖尿病性ケトアシドーシス（DKA）や糖尿病性昏睡での入院歴あり			
	⑬中等度 — 高度腎機能障害（血清クレアチニン $\geq$ 3mg/dl、透析中、腎移植後、尿毒症）		0. あり		1. なし	
	⑭リンパ腫（リンパ肉腫、マクログロブリン血症、骨髄腫など）		0. あり		1. なし	
⑮白血病（急性白血病、慢性白血病、真性赤血球増加症）		0. あり		1. なし		
⑯固形癌（白血病やリンパ腫などの血液の癌以外のもの）		0. あり		1. なし		
「0. あり」を選択した場合、固形癌の病態として、あてはまるものに○をつけてください。						
1. 過去5年間に明らかな転移なし		2. 転移あり				
⑰エイズ（AIDS：後天性免疫不全症候群）／HIV（ヒト免疫不全ウイルス）感染症		0. あり		1. なし		
⑱うつ		0. あり		1. なし		

問10	入所後の歯科治療	0. 定期的に受けている	1. 何かあったときに受診した経験がある
		2. 受診経験なし	3. 必要性を指摘されたことがあるが希望されない、拒否がある

2. 加算の算定状況（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

問11	口腔衛生管理加算	0. 算定中である	1. 算定対象ではあるが実施できていない	2. 算定対象ではない
問12	経口維持管理加算Ⅰ	0. 算定中である	1. 算定対象ではあるが実施できていない	2. 算定対象ではない
問13	経口維持管理加算Ⅱ	0. 算定中である	1. 算定対象ではあるが実施できていない	2. 算定対象ではない
問14	経口移行加算	0. 算定中である	1. 算定対象ではあるが実施できていない	2. 算定対象ではない
問15	栄養マネジメント加算	0. 算定中である	1. 算定対象ではあるが実施できていない	2. 算定対象ではない
問16	療養食加算	0. 算定中である	1. 算定対象ではあるが実施できていない	2. 算定対象ではない
問17	低栄養リスク改善加算	0. 算定中である	1. 算定対象ではあるが実施できていない	2. 算定対象ではない

3. 低栄養リスク評価（各項目について記入または選択してください。）

問18	身長・体重	測定日：（20 年 月 日）																		
		体 重：（ . kg）		身 長：（ . cm）																
問19	過去の体重	1ヶ月前の体重	0. わからない	1. わかる（ . kg）																
		3ヶ月前の体重	0. わからない	1. わかる（ . kg）																
		6ヶ月前の体重	0. わからない	1. わかる（ . kg）																
問20	血清アルブミン	0. わからない		1. わかる（下に実測値を記入）																
		測定日：（20 年 月 日）（ . g/dL）																		
問21	食事摂取量	（ Kcal/日）	（全体： %）（主食： %）（副食： %）																	
問22	栄養補給法食事の状態	0. 完全経口摂取	1. 一部経口摂取	2. 経腸栄養法	3. 静脈栄養法															
	「0. 完全経口摂取」または「1. 一部経口摂取」を選択された場合、下記の質問にもお答えください。 学会分類、嚥下食ピラミッド、スマイルケア食の分類をご参考に、利用者様の食事形態にもっとも当てはまるものを「ア」から「ケ」の中から1つ選び、そのカタカナに○をつけてください。																			
	食事形態	学会分類	嚥下食ピラミッド		スマイルケア食															
	ア	0j：嚥下訓練食	L0：開始食・ゼリー状		0：ゼリー状															
	イ	1j：嚥下調整食	L1/2：嚥下食Ⅰ・Ⅱ		1：ムース状															
	ウ	2-1：嚥下調整食	L3：嚥下食Ⅲ		2：ペースト状															
	エ	2-2：嚥下調整食	L3：嚥下食Ⅲ		2：かまなくてよい															
	オ	3：嚥下調整食	L4：移行食		3：舌でつぶせる															
	カ	4：嚥下調整食	L3：移行食		4：歯ぐきでつぶせる															
	キ	柔らかい常食	—		5：弱い力でかめる															
	ク	加工や工夫を必要とする常食（スマイルケア食5を除く） 「ク」を選択された場合、下記もお答えください。 <table border="1"> <tr> <td>主食の形態</td> <td>0. ごはん</td> <td colspan="2">1. おかゆ</td> </tr> <tr> <td>副食の形態 （複数回答可）</td> <td>0. みじん切り</td> <td>1. 一口大に刻む</td> <td>2. ころみ・あんをかける</td> </tr> <tr> <td>食べられる食品 （複数回答可）</td> <td>0. 鶏のから揚げ</td> <td>1. ハンバーグ</td> <td>2. 油揚げ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>3. いかの刺し身</td> <td>4. 左にあげた食品で食べられるものはない</td> </tr> </table>				主食の形態	0. ごはん	1. おかゆ		副食の形態 （複数回答可）	0. みじん切り	1. 一口大に刻む	2. ころみ・あんをかける	食べられる食品 （複数回答可）	0. 鶏のから揚げ	1. ハンバーグ	2. 油揚げ			3. いかの刺し身
主食の形態	0. ごはん	1. おかゆ																		
副食の形態 （複数回答可）	0. みじん切り	1. 一口大に刻む	2. ころみ・あんをかける																	
食べられる食品 （複数回答可）	0. 鶏のから揚げ	1. ハンバーグ	2. 油揚げ																	
		3. いかの刺し身	4. 左にあげた食品で食べられるものはない																	
ケ	加工や工夫を必要としない常食																			

問23	過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか	0. 著しい食事量の減少	1. 中等度の食事量の減少	2. 食事量の減少なし
問24	過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか	0. はい	1. いいえ	

4. 認知機能（CDR）

（「記憶」から「身の回りの世話」までのそれぞれの項目について、利用者様の状態にもっとも当てはまるものを1つ選んで○をつけてください。）

問25	記憶	0. なし	記憶障害なし。あるいは軽度の断続的な物忘れ。	
		1. 疑わしい	軽度の物忘れが常に存在。出来事を部分的に思い出す。“良性”健忘。	
		2. 軽度	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げる。	
		3. 中等度	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。	
		4. 重度	重度の記憶障害。断片的なことのみ記憶に残存。	
問26	見当識	0. なし	十分に見当識がある。	
		1. 疑わしい	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。	
		2. 軽度	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。	
		3. 中等度	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。	
		4. 重度	自分についての見当識のみが保たれている。	
問27	判断力と問題解決能力	0. なし	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。	
		1. 疑わしい	問題解決、類似点および相違点に軽度の障害がある。	
		2. 軽度	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。	
		3. 中等度	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。	
		4. 重度	判断 あるいは、問題解決ができない。	
問28	地域社会の活動	0. なし	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。	
		1. 疑わしい	上記の活動に軽度の障害がある。	
		2. 軽度	上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。	
		3. 中等度	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。
		4. 重度		家庭外の会合に連れて行ってもらうには、具合が悪すぎるように見える。
問29	家庭および趣味	0. なし	家庭生活、趣味および知的興味の十分な保持。	
		1. 疑わしい	家庭生活、趣味および知的興味は軽度に障害される。	
		2. 軽度	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。	
		3. 中等度	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。	
		4. 重度	家庭において、重要な機能が果たせない。	
問30	身の回りの世話	0. なし	自分の面倒は自分で十分みることができる。	
		1. 疑わしい		
		2. 軽度	促すことが必要。	
		3. 中等度	着衣、衛生、身の回りの品の保管などに手伝いが必要。	
		4. 重度	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。	

5. ADL (Barthel Index)

(次の問31から問40の行為について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。)

問31	食事	2. 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
		1. 部分介助（おかずを切って細かくしてもらう等）
		0. 全介助
問32	車椅子から ベッドへの移動	3. 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）
		2. 軽度の部分介助または監視を要する
		1. 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）
問33	整容	1. 自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り）
		0. 部分介助または不可能
問34	トイレ動作	2. 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
		1. 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
問35	入浴	1. 自立
		0. 部分介助または不可能
問36	歩行 現在の状態で 45m移動すると 想定して評価	3. 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
		2. 45m以上の介助歩行可能（歩行器の使用を含む）
		1. 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
問37	階段昇降 現在の状態で 階段を使うと 想定して評価	2. 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
		1. 介助または監視を要する
		0. 不能
問38	着替え	2. 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
		1. 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
問39	排便コントロール	2. 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
		1. 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）
問40	排尿コントロール	2. 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能
		1. 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）

6. 口腔内の状況（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

問41	清掃の意志	0. あり	1. なし		2. 拒否	
問42	義歯の使用	0. 使用している	1. 持っているが使用していない		2. 持っていない	
	「0. 使用している」または「1. 持っているが使用していない」を選択された場合、下記もお答えください。					
	入れ歯の種類 (当てはまるものに1つ○をつけてください。)	上の歯	0. なし	1. 部分入れ歯	2. 総入れ歯	
		下の歯	0. なし	1. 部分入れ歯	2. 総入れ歯	
「1. 部分入れ歯」または「2. 総入れ歯」を選択された場合、下記もお答えください。						
	入れ歯の状態 (当てはまるものすべてに○をつけてください)	上の歯	0. 良好	1. ゆるい・外れやすい	2. 痛い	3. 壊れている
		下の歯	0. 良好	1. ゆるい・外れやすい	2. 痛い	3. 壊れている
問43	義歯の清掃	0. 持っていない	1. 良い	2. 少し悪い	3. 悪い	
問44	言語	0. 可能	1. 会話可能だが構音不良		2. 不可	
問45	発声	0. 可能	1. できるが弱い		2. 不可	
問46	流涎	0. なし	1. 時々ある		2. 常時ある	
問47	口臭	0. なし	1. 少しある		2. かなりある	
問48	開口度	0. 3横指	1. 1～2横指		2. 1横指以下	
問49	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	
問50	舌運動	0. ほぼ完全	1. 動くが小範囲		2. 動かない	
問51	口腔周囲筋	0. 動く	1. 少々困難		2. 動かない	
問52	口角の左右非対象な運動	0. なし	1. あり			
問53	嚥下（飲み込み）	0. 可能	1. 遅延するが可能			
問54	むせ	0. むせない	1. むせる			
問55	嚥下後の声質の変化	0. なし	1. あり			
問56	嚥下後の呼吸観察	0. 異常なし	1. 浅く速くなる			
問57	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	
問58	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	
問59	口腔内の残渣	0. ない	1. 少量ある		2. ある	

7. 口腔清掃の自立度判定（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

問60	歯磨き ※当てはまる番号に1つ○をつけていただき、該当する□にもチェックをつけてください	0. ほぼ自分で磨く	1. 部分的に自分で磨く		2. 自分で磨かない	
		☐ 移動して実施する ☐ 寝床で実施する	☐ 座位を保つ ☐ 座位は保てない		☐ 座位、端座位をとる ☐ 座位もとれない	
問61	義歯の着脱	0. 使っていない 持っていない	1. 自分で着脱する	2. 外せるが、入れられない	3. 外せないが、入れられる	4. 自分では着脱しない
問62	うがい	0. ぶくぶくうがいをする		1. 口を含む程度はする	2. 口を含むこともできない	

8. 嚥下質問紙（聖隷式）

利用者様の嚥下（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、いくつかの質問をいたします。
 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、よく読んでお答えください。
 （各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

問63	肺炎と診断されたことはありますか	0. 繰り返す	1. 一度だけ	2. なし
問64	やせてきましたか	0. 明らかに	1. わずかに	2. なし
問65	物が飲み込みにくいと感じることはありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問66	食事にむせることはありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問67	お茶を飲むときにむせることはありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問68	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	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問69	のどに食べ物が残る感じがすることがありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問70	食べるのが遅くなりましたか	0. たいへん	1. わずかに	2. なし
問71	硬いものが食べにくくなりましたか	0. たいへん	1. わずかに	2. なし
問72	口から食べ物がこぼれることがありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問73	口の中に食べ物が残ることがありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問74	食物や酸っぱいものの液が胃からのどに戻ってくることがありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問75	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	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問76	夜、咳で眠れなかったり 目覚めることがありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問77	声がかすれてきましたか（がらがら声、かすれ声など）	0. たいへん	1. わずかに	2. なし

9. 食欲について（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

問78	食欲はありますか					
	0. ほとんどない	1. あまりない	2. 普通	3. ある	4. とてもある	5. 不明
問79	食事の時、どれくらい食べると満腹感を感じていますか					
	0. 数口で満腹	1. 3分の1くらいで満腹	2. 半分ほどで満腹	3. ほとんど食べて満腹	4. 全部食べても満腹感がない	5. 不明
問80	食べ物の味をどのように感じていますか					
	0. とてもまずい	1. まずい	2. 普通	3. おいしい	4. とてもおいしい	5. 不明
問81	普段、1日に食事を何回食べますか					
	0. 1回未満	1. 1回	2. 2回	3. 3回	4. 4回以上（間食を含む）	5. 不明

10. 歯科受診について

問82	最近1年間に歯科治療を行いましたか	0. はい		1. いいえ	
		 「はい」を選択された場合、具体的な治療内容についてお答えください。 (〇はいくつでも)			
		0. むし歯治療	1. 歯周病治療	2. 義歯（入れ歯治療）	
		3. その他（ ）			

11. 健康関連QOL

最近4週間を振り返って、利用者様の状態を評価してください。（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

※項目のなかには、必ずしも毎日起こらない事について尋ねている項目もあります。その場合には、大体の頻度を4段階で評価して下さい。

問83	楽しそうである (楽しそうな表情をみせる)	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～ 4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問84	食事を楽しんでいる	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～ 4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問85	訪問者に対して嬉しそうにする (訪問者とは、たとえば、身内や知り合い など日常的に出会う人をさす)	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～ 4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問86	周りの人が活動するのを見て楽しんでいる (活動とは、レクリエーション、運動など をさす)	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～ 4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問87	自分から人に話しかける (人に積極的に話しかける)	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～ 4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問88	仕事やレク活動について話をする (仕事とは昔の仕事も含める。レク活動と は自分の熱中していること、もしくは周り の人が活動していることなどでもよい)	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～ 4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問89	怒りっぽい	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～ 4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問90	ものを乱暴に扱う	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～ 4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問91	大声で叫んだりする	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～ 4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日

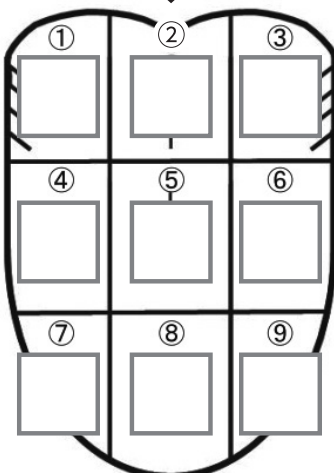
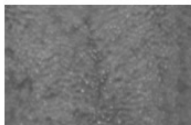
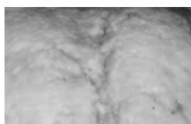
施設の方にご記入いただく項目は、ここまでです。
ご協力頂きまして、ありがとうございました。

このページから後ろは調査員が記入します

口腔乾燥・違和感について（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

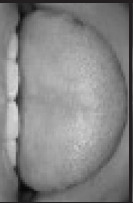
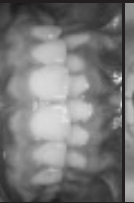
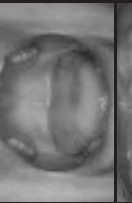
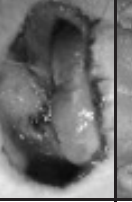
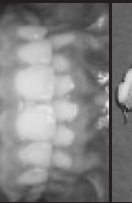
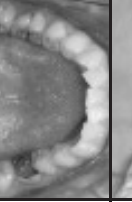
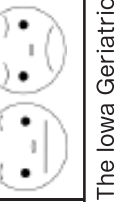
問1	口の渇きが気になりますか？		
	1. 気になる	2. 気にならない	3. 聞き取り不可
問2	口腔保湿剤を使用していますか？（2の場合、①～③の当てはまる項目にすべて○をつけてください。）		
	1. 使用していない	2. 使用している（①ジェル・②スプレー・③洗口液）	3. 不明
問3	味を良く感じますか？（2の場合、①～⑥の当てはまる項目にすべて○をつけてください。）		
	1. 感じる	2. 感じない（①甘味・②塩味・③酸味・④苦味・⑤うま味・⑥詳細不明）	3. 聞き取り不可
問4	舌の痛みはありますか？		
	1. ない	2. あり	3. 聞き取り不可
問5	口の中がネバネバしますか？		
	1. しない	2. ネバネバする	3. 聞き取り不可

問6	オーラルディアドコキネシス	タ： . 回/秒		
問7	反復唾液嚥下テスト	1. 不可 2. 拒否		
		1回目： . 秒 / 30秒での回数： . 回		
問8	改訂水飲テスト（水 3cc）			
	0. テスト施行不可	3. 嚥下あり：むせる and/or 湿性嚔声		
	1. 嚥下なし：むせる and 呼吸切迫	4. 嚥下あり：呼吸良好、むせない		
	2. 嚥下あり：呼吸切迫（不顕性誤嚥疑い）	5. 4.に加え、追加嚥下運動が30秒以内に2回可能		
問9	口腔湿潤度（ムーカス）（測定部位について1、2どちらかに○をつけてください。）			
	1. 舌 背	1回目： .	2回目： .	3回目： .
	2. 頬粘膜	1回目： .	2回目： .	3回目： .

問10	インプラントの治療の有無																		
	1. ある（部位：_____）											2. ない				3. 不明			
問11	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（／）				本		インプラント数（㊦）				本		義歯（D）				本			
ポンティック数（○）				本		機能歯数 （／＋㊦＋D＋○＋C）				本		（参考）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							
う蝕歯数（C）				本		残根歯数（C4）				本									
問12	舌苔付着状況（TCI）																		
	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																		
問13	歯科治療受診必要性（2 の場合、①～④の当てはまる項目にすべて○をつけてください。）																		
	1. なし					2. あり（①う蝕 ・ ②歯周炎 ・ ③義歯 ・ ④その他：_____）													

問14 口唇～歯痛の各項目について、右の四角の中に0～2のスコアを記入してください。
「残存歯」および「義歯」については有無の□に忘れずにチェックを入れてください。

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

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

日本老年歯科医学会 令和4年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における歯科専門職による口腔管理に関する調査研究事業」アンケートへのご協力のお願い

本事業では介護保険施設における口腔衛生管理体制の確保について、個々の対象者のニーズ把握と目標設定、施設職員への具体的な指導方法等に関する先駆的な取組事例の収集を行うことを目的としています。

そこで老年歯科医学会の会員の皆様にアンケートへのご協力をお願いいたします。回答できる設問だけでも結構ですので、ご協力のほどお願い申し上げます。

老年歯科医学会ではこれまでに行った老人保健事業では以下の知見を得ております。

- ① 看護師が歯科衛生士による口腔衛生管理が必要と判断した者の中で、口腔衛生管理が提供されている者とされていない者では、提供されていない者の方が1年間の肺炎発症率が高い。
- ② 常食から嚥下調整食への変化は体重減少と関連する。
- ③ 口腔衛生管理は体重維持と関連する。
- ④ 口腔衛生管理は常食維持と関連する。
- ⑤ 嚥下調整食摂取者は常食摂取者と比較して機能歯数が少なく、水のみテストの結果が悪い。観察評価ではぶくぶくうがいができない、むせがある者が多い。
- ⑥ 舌の動きが悪い者、口腔周囲の動きが悪い者、ぶくぶくうがいができない者は常食から嚥下調整食に移行するリスクが高い。
- ⑦ 義歯が必要な者で義歯を使用している者は常食に近い食事を摂取している。

これら結果を踏まえて以下ご質問にご回答ください。なお設問は7題、介護職と歯科専門職それぞれの立場に対してあり、最後に具体的な事例についてもお伺い致します。

なお事例につきましては、詳細な記述が困難なようでしたら、渡邊

(ywata@den.hokudai.ac.jp) までご連絡ください。お電話かZOOMなどで事例の内容を伺わせていただきます。事例につきましては、何が重要であったか、何が最も効果があったかを明記していただけると大変助かります。

以下の質問はすべて複数回答でお願いします。箇条書きで簡潔に記載していただくと大変助かります。実際に介護保険施設の口腔衛生管理にたずさわっていない方も、老年歯科医学に関わる歯科医師、歯科衛生士としてのご意見をいただけたら幸いです。

入力期限は令和5年1月16日（月）とさせていただきます。介護報酬改定に関わる調査ですので何卒ご協力のほどお願い申し上げます。

1. 歯科衛生士による口腔衛生管理が必要と判断する基準について

1. 1－1. 看護師・介護スタッフに求める基準を教えてください

※介護保険施設の看護師や介護スタッフに対して、利用者がどのような状態になったら（看護師や介護スタッフが観察、判断できる）、歯科衛生士による口腔衛生管理が必要と判断してほしいとお考えですか

例）口腔ケア時に口を開いてくれない

2. 1－2. あなたは介護保険施設の利用者がどのような状態になったら、歯科衛生士による口腔衛生管理が必要と判断しますか。

例）M2以上の動揺歯がある

2. 施設入所者の口腔衛生管理ニーズの把握方法について

- 3。 **2－1. 介護保険施設の看護師や介護スタッフに対して、どのような口腔衛生管理ニーズ（看護師や介護スタッフが把握できる）を把握してほしいとお考えですか**

例) 口臭が強い、流涎が多い

- 4。 **2－2. あなたは介護保険施設利用者の口腔衛生管理ニーズを把握する時に、どのような情報や所見を把握しますか**

例) 発熱の有無、舌の動きなど

3. 施設入所者の口腔衛生管理のために設定する目標について

- 5。 **3－1. 介護保険施設の看護師や介護スタッフに対して、どのような口腔衛生管理の目標（看護師や介護スタッフの目標）を設定することが多い（設定してほしいとお考え）ですか**

例) 1日2回以上口腔ケアを実施する

- 6。 **3－2. あなたは施設入所者の口腔衛生管理の目標として、どのような目標を設定することが多いですか（設定すると良いと思いますか）**

例) 義歯を使用し、安全に食事をする

4. 義歯使用に関する支援方法について

- 7。 **4－1. 看護師・介護スタッフに対してどのような義歯使用に関する支援方法を提案しますか。**

例) 常に義歯をきれいにしておく

- 8。 **4－2. 歯科医師・歯科衛生士が行う義歯使用に関する支援方法にはどのようなものがありますか、具体的に教えてください**

例) 入所者ごとに義歯の着脱の実習を行う、歯科医師の診察が必要な義歯の状態を説明する

5. 義歯の使用の適否を判断する基準や義歯の使用の適否を歯科専門職に相談する基準について

- 9。 **5－1. 看護師や介護スタッフが観察、判断できる義歯使用の適否の基準や歯科専門職に相談する基準についてどのような基準が考えられる（良い）か教えてください**

例) 義歯をすぐ外してしまう、口を開けると義歯が外れてしまう。

- 10。 **5－2. 歯科医師・歯科衛生士による義歯の使用の適否を判断する基準について教えてください**

例) 義歯が食事を困難にしている。義歯を装着しないと残存歯で咬傷が生じてしまう。

6. 食形態を維持、改善するための方法、取り組みについて

- 11。 **6－1. 看護師・介護スタッフが行う食形態の維持・改善の取り組みについて教えてください（どのような取り組みが考えられるか）**

例) おやつなどで、少し硬いものを食べてもらう

- 12。 **6－2. 歯科医師・歯科衛生士が行う食形態の維持・改善の取り組みについて教えてください（どのような取り組みが考えられるか）**

例) 食塊形成が困難になってきた時に口唇、舌の運動評価と訓練を行う

7. 常食から嚥下調整食への移行を判断する基準について

- 13。 **7－1. 看護師・介護スタッフが常食から嚥下調整食への移行を検討する基準について、どのような基準がある（良い）か教えてください。**

例) 食事中のむせが多くなってきた。食べ物が口に入っても、なかなか飲み込まない。

- 14。 **7－2. 歯科医師・歯科衛生士が常食から嚥下調整食への移行を検討する基準について、どのような基準がある（良い）か教えてください。**

例) 食塊形成が困難（嚥下後も口の中で食物がバラバラに残っている）になってきた。義歯の使用が困難になってきた。

8. 口腔管理の事例で有用なものがありましたら具体的に教えてください

何が重要であったか、何が最も効果があったかを明記して頂けると助かります。

事例（例）

主治医と歯科との連携が重要であった事例。

元々ADLの自立していた患者さんが、散歩時に転倒し警察で保護を受けた。その後も状態が改善せず発語も減り食事量も減り、投薬を減らすなどの対応をしていたが改善がみられないとのことで主治医から依頼を受けた。口腔内をみると、残根部が大きく腫れていた。抜歯し、上下総義歯を作成したところ、常食を摂取できるようになり、ADLも回復した。認知症で痛みの表出ができず、診療になかなかつながらない現状があると感じた。

主治医が口腔の問題を疑い、早期に歯科に繋げたことでよい結果が得られたと思われた。

15. 事例①

16. 事例②

17. 事例③

18. 事例④

19. 事例⑤

アンケートは以上になります。送信後も編集が可能になっております。
ご協力ありがとうございました。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。

Google フォーム

新型コロナウイルス感染症による 口腔衛生関連サービスの提供への影響に関する調査

I 貴施設の基本情報について（令和4年 月 日 時点）

1. 貴施設の基本情報についてお答えください	
施設名	
所在地	
ご記入者	部署・役職：（ ） 職種：（ ）

2. 該当する施設種別とその算定区分についてお答えください（それぞれ1つ回答）	
☐ 介護老人保健施設	☐ 超強化型 ☐ 在宅強化型 ☐ 加算型 ☐ 基本型 ☐ 療養型 ☐ その他型
☐ 介護老人福祉施設	☐ 介護老人福祉施設 ☐ ユニット型介護老人福祉施設 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ☐ ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ☐ その他
☐ 介護療養型医療施設	☐ 療養型介護療養施設サービス費 ☐ 療養型経過型介護療養施設サービス費 ☐ ユニット型療養型介護療養施設サービス費 ☐ ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費 ☐ 診療所型介護療養施設サービス費 ☐ ユニット型診療所型介護療養施設サービス費 ☐ 認知症疾患型介護療養施設サービス費 ☐ ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費
☐ 介護医療院	☐ I型介護医療院サービス費（I） ☐ I型介護医療院サービス費（II） ☐ I型介護医療院サービス費（III） ☐ II型介護医療院サービス費（I） ☐ II型介護医療院サービス費（II） ☐ II型介護医療院サービス費（III） ☐ I型特別介護医療院サービス費 ☐ II型特別介護医療院サービス費 ☐ ユニット型I型介護医療院サービス費（I） ☐ ユニット型I型介護医療院サービス費（II） ☐ ユニット型II型介護医療院サービス費 ☐ 経過的ユニット型II型介護医療院サービス費 ☐ ユニット型I型特別介護医療院サービス費 ☐ ユニット型II型特別介護医療院サービス費

3. 貴施設では、協力歯科医療機関はありますか	☐ はい	☐ いいえ
-------------------------	-----------------------------	------------------------------

4. 貴施設では、歯科衛生士を配置していますか	☐ はい	☐ いいえ
「はい」を選択された場合、どのような就業形態ですか	☐ 常勤（ 人）	☐ 非常勤（ 人）

2. 介護職員等による入所者への日常的な口腔清掃についてお答えください

	2021年度と比べて、2022年度では口腔清掃や義歯洗浄の方法は変わりましたか。該当するものを教えてください（複数回答可）		
2-①	☐ 変更した		☐ 変更していない
	⇒「変更した」を選択された場合、その具体的方法（複数選択可） ☐ 実施しなくなった ☐ 回数減らした ☐ 口腔衛生管理の頻度を増やした ☐ その他（ ） ☐ 実施する介護職員等を限定した ☐ かける時間を減らした ☐ 飛沫に注意するよう、感染対策を講じた		
2-②	口腔清掃を実施する時に使用している、具体的な感染対策手段を教えてください（使用するものを全て選択）		
	☐ マスク ☐ 袖付きガウン ☐ その他（	☐ 手袋 ☐ エプロン（袖なし）	☐ フェイスガード・ゴーグル ☐ キャップ ☐ 靴カバー)
2-③	2-②の感染対策手段はどのように決めましたか（1つ回答）		
	☐ 都道府県・市町村からの指導 ☐ 医療機関からの指導 ☐ その他（	☐ 施設内で独自に決定した ☐ 学会や関係団体等のガイドラインや指針	☐ スタッフ各個人の判断)
2-④	感染対策を行うことで、口腔清掃の負担は増えましたか（1つ回答）		
	☐ 増えた	☐ 減った	☐ 変わらない

3. 入所者の体調（食事状況）や口腔内の状態、施設の活動についてお答えください
（2022年度の状況を、2021年度と比較して回答してください）

	入所者の口腔内の状態や機能の変化はありましたか（複数回答可）	
	☐ 変化があった	☐ 変化はない
3-①	⇒「変化があった」を選択した場合、具体的な変化の内容 ☐ 口腔の衛生状態が悪化した ☐ 食形態や食事量が低下した ☐ 摂食嚥下機能が低下し、むせ等が増えた ☐ 歯科受診を要するような口腔の状態の悪化した入所者が増えた ☐ その他（ ）	
	施設の活動に変化はありましたか（複数回答可）	
	☐ 変化があった	☐ 変化はない
3-②	⇒「変化があった」を選択した場合、具体的な変化の内容 ☐ 家族とのオンラインでの面会が導入された ☐ 家族との対面での面会が再開された ☐ 施設内でのレクリエーションなどの活動が再開した ☐ 医療機関含む外部からの訪問の制限 ☐ その他（ ）	

Ⅲ ICTの活用について

1. 貴施設におけるICTの活用状況についてお答えください	
☐ 活用している	☐ 活用していない
⇒「活用している」を選択された場合、どのような場面でICTを活用しましたか	
☐ 入所者と家族等との面会	☐ オンライン診療（医科）
☐ ICTを活用した歯科診療	☐ 介護職員と歯科専門職との連携
☐ その他（	）

2. ICTを活用した歯科医療機関との連携についてお答えください	
2-①	ICTを活用した歯科医療機関との連携状況について教えてください（1つ回答）
	☐ 連携する機会はなかった ⇒ 2-②へ ☐ 連携を検討したが、導入には至らなかった ⇒ 2-②へ ☐ 連携した ⇒「連携した」を選択された場合、有効に活用できた事例がありましたら教えてください （ ） ⇒ 2-③へ
2-②	ICTを活用した連携を導入しなかった理由を教えてください（複数回答可）
	☐ 連携を検討しなかったため ☐ 機器などの設備投資ができなかったため ☐ 準備等を行う職員の負担が大きいため ☐ その他（ ）
2-③	歯科医療機関との連携において、ICTを活用するために必要と思われる事項を選択してください（複数回答可）
	☐ インターネット環境の整備 ☐ 連携可能な歯科医療機関の存在 ☐ 情報機器に精通した職員の確保 ☐ その他（ ）
2-④	ICTを活用した歯科医療機関との連携を行うことで得られるメリットについてどのように考えますか。 また、その連携に関する要望がありましたらご回答ください。

要介護高齢者には 専門的な口腔管理が大切！でも 実際は……

歯科医師、歯科衛生士が定期的に訪問している介護保険施設においても

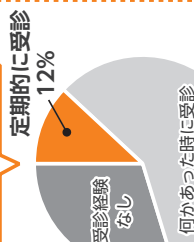
半数に歯科治療が必要があるものの

定期的な歯科受診は約1割

歯科治療の必要性



歯科受診の状況



必要性はあるが
口腔衛生管理を
提供できていない人が
32%

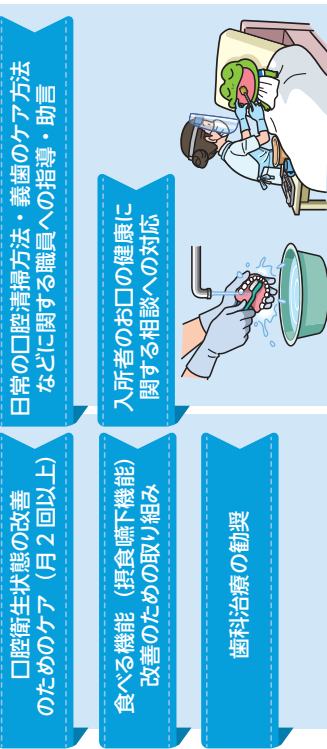


Hama K et al., Gerodontology

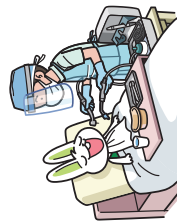
令和元年度老人保健健康増進等事業報告書より

介護保険制度での歯科衛生士による口腔衛生管理では……

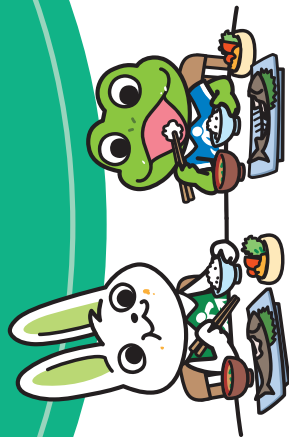
お口の中の状態や機能を評価し、ひとりひとりの全身状態や生活機能を踏まえたリスクの評価に基づいてケア計画を立案し、口腔ケアマネジメントを実施します。



自覚症状がないままお口のトラブルが進行していることがあります。
痛い時、困った時だけでなく、定期的にかかりつけ歯科医による歯科健診を受けましょう。



介護保険施設での 「食べる」「話す」「笑顔」を 支える健口づくり



施設入所中の要介護高齢者のお口の健康維持のために 歯科が関わると こんな効果が

口腔衛生を保つための
管理を歯科衛生士が
定期的の実施すると……

肺炎の発症を防ぐ
食形態が維持される

常食を食べている方に、
定期的な歯科受診と
歯科衛生士によるケアや
指導を行うと……

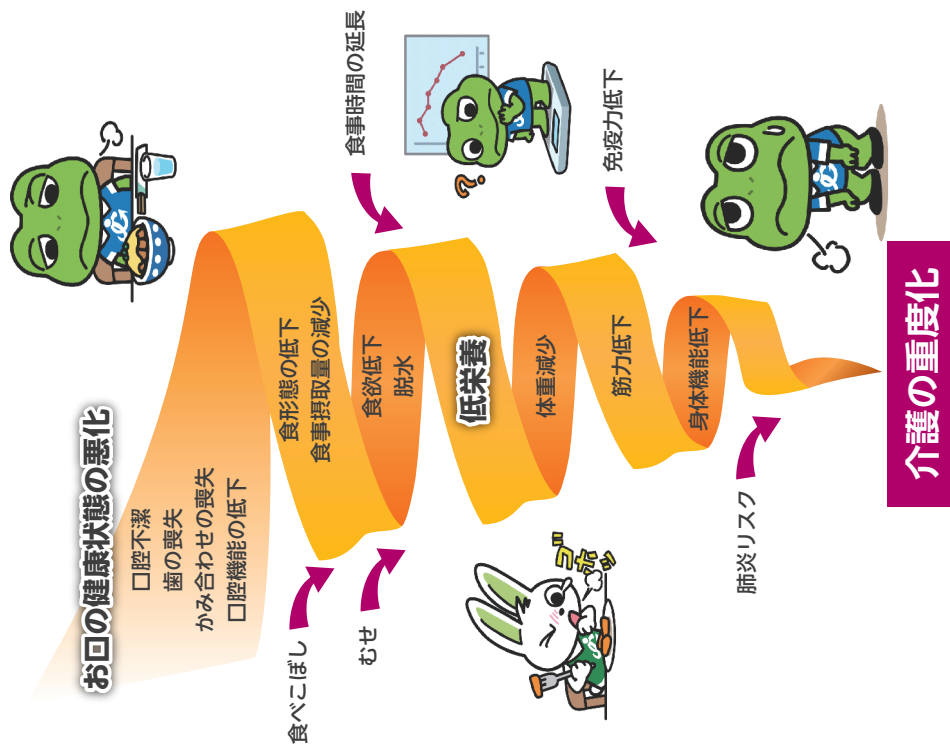
体重が維持される

令和元年度老人保健健康増進等事業報告書より

専門的な口腔管理はどんな人にも必要です

お口の健康は、全身の健康や食べる楽しみ・人とのコミュニケーションなど「生きること」に直結しています。
毎日の健やかな暮らしのための「健口づくり」のためのヒントをお伝えします。

お口の健康状態の悪化がもたらす負のスパイラルのイメージ図



※あくまでも一例です

お口の健康づくりに関する詳しい情報を動画にまとめています。
ぜひ QR よりアクセスしてみてください

お口を清潔に保つことの意義

お口の中を清潔に保つことは、むし歯や歯周病で歯を失うことを防ぐだけでなく、生活の質の向上につながります。

細菌の塊であるプラーク（歯垢）1 mg 中に、細菌が 1000 億個も存在しているといわれています。その細菌は、むし歯や歯周病の原因になるだけでなく、感染性心内膜炎や誤嚥性肺炎などの全身疾患を引き起こします。

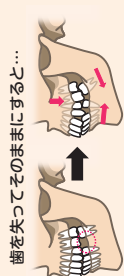
全身の健康維持のためにも毎日のケアに加えて、歯科衛生士による定期的な口腔清掃でお口の清潔を保ちましょう。

口腔ケア方法についてはこちら▶

かみ合わせを維持することの重要性

むし歯や歯周病で歯を失い、抜けたまま放置すると、図のように歯が動き歯ならびやかみ合わせなどに影響が生じ、かむ力が衰えていきます。

硬いものが食べにくくなり、軟らかいものを選んで食べるようになります。このような状態が続くと、健康を維持するために必要な栄養が不足し、低栄養につながっていきます。入れ歯などのかみ合わせを回復して、しっかり栄養がとれる口腔状態を維持しましょう。

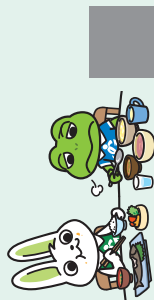


入れ歯のケア方法についてはこちら▶

食事と口腔機能の関係性

口腔機能の低下は、食事量の減少にもつながっていきます。ひとりひとりの口腔機能に食形態[※]や食事内容を合わせることが、低栄養の予防につながります。口腔機能の評価や適切な食形態について、歯科医師・歯科衛生士に相談しましょう。

※常食、刻み食やペースト食など食事の形態のこと



食事と低栄養についてはこちら▶

低栄養がもたらす影響

低栄養になると、体重減少や筋力低下をきたします。さらに、摂食嚥下機能や免疫力の低下を認めるようになり、肺炎リスクが高まります。

また、水分摂取量が減少することも多くなるため、脱水にも注意が必要です。身体機能低下や介護の重症化予防のために、食形態が維持できるような口腔機能や環境を維持することが重要です。

令和4年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健増進等事業
介護保険施設における歯科専門職による口腔管理に関する調査研究事業
事業報告書

発行 令和5年3月31日
一般社団法人 日本老年歯科医学会
理事長 水口 俊介

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