



口腔機能維持管理 マニュアル

平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
「施設入居者における口腔ケアの提供体制のあり方に関する調査研究事業」

一般社団法人 日本老年歯科医学会
老人保健健康増進等事業班

口腔機能維持管理 マニュアル

平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
「施設入居者における口腔ケアの提供体制のあり方に関する調査研究事業」

一般社団法人 日本老年歯科医学会
老人保健健康増進等事業班

はじめに

昨年の介護保険改正において制定された口腔機能維持管理加算は、施設入所者の口腔機能に着目し、その維持管理を歯科医師・歯科衛生士と施設職員が協働して行うことを評価するという画期的な内容でした。これらの制度施行には、社会保障審議会・委員の方々のご尽力をはじめ、多くの歯科医師による研究の成果があったからこそ成し得たものであると考えております。

日本老年歯科医学会として研究や研鑽を開始して以来、要介護高齢者における口腔機能の維持管理が重要であることは、多くの研究者から指摘されてきたことであります。しかし、その重要性を確たるものにし、広く周知徹底することは、想像を絶するほど多くの障壁があったと言っても過言ではありません。これまで幾多の研究・調査を重ね、1つ1つの結果を積み重ねることによって、ようやくその重要性を皆さんに理解して頂けるようになったのではないのでしょうか。

要介護高齢者の口腔機能を維持することは、口から食べる楽しみを維持するだけでなく、歯科・口腔疾患を予防し、誤嚥性肺炎の発症を減少させて、健康で安定した老後を送って頂けるようにするために、必要不可欠な因子であります。そのような大切な因子を守るために、現場で活躍する歯科医師や歯科衛生士が、もっと施設職員の皆さんと協働できるように配慮した制度が、この口腔機能維持管理加算であります。

本マニュアルは、口腔機能維持管理を多くの施設で実施できるように、できるだけ見やすく、分かりやすい内容にすることを心がけて作られました。このマニュアルによって、一人でも多くの方が、健やかな老後を送られるようになることが、最大の目的であります。多くの施設職員の方に読んで頂いて、口腔機能維持管理が普及することを願ってやみません。

末筆になりましたが、本マニュアルを作成するにあたり、多大なるご協力頂きました厚生労働省ならびに日本慢性期医療協会には厚くお礼を申し上げます。

一般社団法人 日本老年歯科医学会
理事長 山根 源之

— 目 次 —

第 1 章

介護保険施設における「口腔ケア・マネジメントの実際」	1
----------------------------------	---



第 2 章

口腔機能維持管理加算 算定のための要件	9
---------------------------	---



第 3 章

口腔機能維持管理加算 算定のためのマニュアル	13
------------------------------	----



第 4 章

口腔ケア・アセスメントの実際	33
----------------------	----



第 5 章

口腔機能維持管理の導入効果	43
---------------------	----



第 1 章

介護保険施設における 「口腔ケア・マネジメントの実際」



介護保険施設における 「口腔ケア・マネジメントの実践」

なぜ？ 口腔ケア・マネジメントなのか？

1. 口腔機能維持管理につながる口腔ケア・マネジメント

平成21年4月から介護保険制度に導入された口腔機能維持管理加算は、施設入所者の口腔ケアを促進するために設けられた制度です。すでに皆さんもよくご存じであると思いますが、要介護高齢者に対する口腔ケアは、気道感染の予防^{1, 2)}、摂食嚥下機能の向上³⁾、栄養改善等⁴⁾に有効であることが示され、高齢者介護・障害者介護の現場等においてその重要性が認識されてきています。それを示すように、多くの高齢者施設において口腔ケアは基本的介護計画に含まれています⁵⁾。これを後押しするように、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供の在り方の変化などを背景に、口腔ケアの一部を医行為でないものとする解釈が提示され、口腔ケアの介護現場における普及に一定の影響を与えました。一方、介護老人福祉施設において、入居者自身が管理できなくなった口腔内の清掃を確実にし、口腔内を健全に保つのは困難であるといえます。施設においては、近年口腔ケアへの関心が高まり、介護職員による入居者への口腔清掃が行われるようになりましたが、個々の口腔内状況には対応が不十分なのが現状です。さらに、現在わが国における多くの介護施設や病院において、口腔ケアの専門家である歯科医師、歯科衛生士の配置は行われていない状況にあります⁶⁾。要介護高齢者にとって質の高い口腔ケアが必要とされている^{7, 8)}にもかかわらず、その専門家である歯科衛生士は不足し、さらに施設職員のみでは対応が不十分という報告もされています⁵⁾。要介護高齢者では誤嚥性肺炎の発症者が多いという実態がありますが、口腔ケアによりこの肺炎を予防することは可能とされており、口腔ケアは社会的にも求められている重要な課題です。

口腔衛生管理が十分に行えない施設入居高齢者に対しては、限られた人的資源や社会資源のなかで歯や歯周疾患の予防を達成し、さらには気道感染をも予防する質の高い多職種協働の口腔ケアを提供できる体制づくりが必要です。「口腔ケア・マネジメント」とは、平成19年度厚生労働科学研究⁹⁾にて報告された手法であり、質の高い口腔ケアを行うためには、口腔衛生状態や口腔機能の的確なアセスメントやリスク評価に基づくケア計画の立案、実施、再評価というPDCAサイクル(Plan, Do, Check, Action)¹⁰⁾にそった多職種協働型の口腔ケア・マネジメントを確立することが必要です(図1)。PDCAは産業界で用いられて



図1 口腔ケア・マネジメントに用いるPDCAサイクル



いる手法¹¹⁾ですが、産業界ばかりではなく看護など医療の世界でも用いられています。さらに、要介護高齢者に対する栄養改善を目指した取り組みにおいて、栄養アセスメント (Assessment)、栄養管理プログラム (Care plan)、モニタリング、再評価 (Monitoring, Follow-up) が重要であるといわれているように、栄養ケア・マネジメントにおいても応用されています¹²⁾。

2. 施設入居高齢者の口腔内状況

歯周病はう蝕とともに歯を失う原因の2大疾患です。歯周病はプラーク中の細菌に起因する炎症性疾患であり、歯周炎においては歯肉の炎症が歯根膜や歯槽骨にまで波及し、歯周ポケットの形成や、歯槽骨の吸収が起き、歯は抜け落ちます。歯周病は、重度になるまで比較的自覚症状に乏しいため放置される傾向にあります。そこで、私たちは、介護老人福祉施設入居者の歯周病の罹患状態を調査しました¹³⁾。調査対象は、介護老人福祉施設4カ所の入居者で歯を有する者83名(男性24名、女性59名、平均年齢84.5±8.3歳)です。調査の指標として用いたのは、歯周病評価において一般的に用いられるプラーク指数(Plaque Index:PII)、プロービングポケット深さ、臨床的アタッチメントレベル、プロービング時の出血(Bleeding on Probing:BOP)です(表1、2)。その結果、60%以上の者がプラークが大量に認められる歯を有しており、6mm以上のポケットを持つ歯を有する者は約4割存在しました。さらに、臨床的アタッチメントレベルを6mm以上有する歯を有する者は約6割に達し、2割以上の者の歯よりプロービング時の出血を有しました。これらは、介護老人福祉施設の利用者においても、重度の歯周病を持つ者が多く存在することを示しており、専門的な関与が必要である者が多く存在していることを示しているといえます。

表1 施設入居高齢者の口腔衛生状態と歯周病の罹患状況

	部位数 (%)	最大値とする被験者数 (%)	平均値 ±標準偏差
PII			1.66 ± 0.46
0	479 (10.0)	0 (0)	
1	1,299 (27.0)	0 (0)	
2	2,592 (53.9)	33 (39.8)	
3	734 (9.1)	50 (60.2)	
PPD			2.45 ± 0.56
1～3mm	4,029 (87.0)	13 (15.7)	
4～5mm	490 (10.6)	37 (44.6)	
6mm ≤	110 (2.4)	33 (39.7)	
CAL			3.06 ± 0.78
1～3mm	3,371 (73.4)	5 (6.0)	
4～5mm	935 (20.4)	26 (31.3)	
6mm ≤	288 (6.3)	52 (62.7)	
BOP			
(-)	3,690 (76.2)		
(+)	1,155 (23.8)		

表2 歯周病評価の指標

- 1) プラーク指数 (Plaque Index : PII)
Silness & Löe のプラーク指数を準用し、以下のスコア 0～3 で評価した。
0 : プラークが認められない
1 : プラークは肉眼的には認められないが、プローブで擦過して認められる
2 : プラークが視認できる
3 : プラークが多量に認められる
- 2) プロービングポケット深さ (Probing Pocket Depth : PPD)
約 25g の圧力で TUCL プローブ ((株) ヨシダ) を使用し、1mm 単位で測定した。
- 3) 臨床的アタッチメントレベル (Clinical Attachment Level : CAL)
PPD 測定時と同様にプローブを用い、セメントエナメル境から歯周ポケット底部までの距離を 1mm 単位で測定した。セメントエナメル境が不明な場合は補綴修復物のマージンを基準として測定した。
- 4) プロービング時の出血 (Bleeding on Probing : BOP)
プロービング後の出血の有無を測定した。全被験歯面のうち BOP が (+) であった割合を BOP% として示す。

3. 歯科専門職の関与の必要性について

口腔ケアの実施に際し、一定の知識や技術が伴わないときに、十分な成果が挙げられなかったり、口腔ケアの提供自体が危険を招いたりすることが考えられます。口腔ケアに歯科医療職がかかわるべき対象者は、口腔ケアを行ううえでリスクを伴う者、口腔疾患を伴う者などが対象で、口腔ケアを提供するうえで医学的知識を要し、専門的な技術を要するものであると考えられます。そこで、私たちは、歯科医療職が関与の必要度の基準を提示し、その基準に基づいて、介護老人福祉施設における口腔ケアに歯科医療職がかかわるべ



き対象者の実態を調査しました¹⁴⁾。評価項目は、重度歯周病の有無、口腔衛生状態、嚥下機能、口腔ケアの受容の程度です。その結果、それぞれの項目において、1割から3割の者に口腔ケアを実施するうえにおけるリスクが存在することが明らかになり、総合評価により、専門的口腔ケアや指導の必要な何らかの問題を抱えている者は、対象者の約半数と多くの者に認められました。おのおの臨床症状と原因に対し、高い専門性を有した口腔ケアを提供していくことが、要介護高齢者に対する効果的な援助になりうるものと考えられました(図2)。

評価項目			
	検診項目	評価基準	
重度歯周病の有無	ポケットの深さ	4mm以上のポケットがある歯を有するもの	
		(Waerhaug, 1978)	(Stambough, 1981)
		1. ない	2. ある
	歯の動揺度	Miller の分類において 3 度以上の歯を有するもの	
		1. ない	2. ある
口腔衛生	プラークの付着	歯面の 1/2 以上にプラークの付着する歯を有するもの (阿部, 2001)	
		1. ない	2. ある
	食渣の残留	1. なし, 少量	2. 中等度, 多量
嚥下機能	改訂水のみテスト	1. 4) 以上	2. 3) 以下
	食事の際のむせ	1. ない, たまに	2. しばしばある
口腔ケアの受容	口腔ケアの拒否	1. ない, たまに	2. しばしばある
	身体ケアの拒否	1. ない, たまに	2. しばしばある

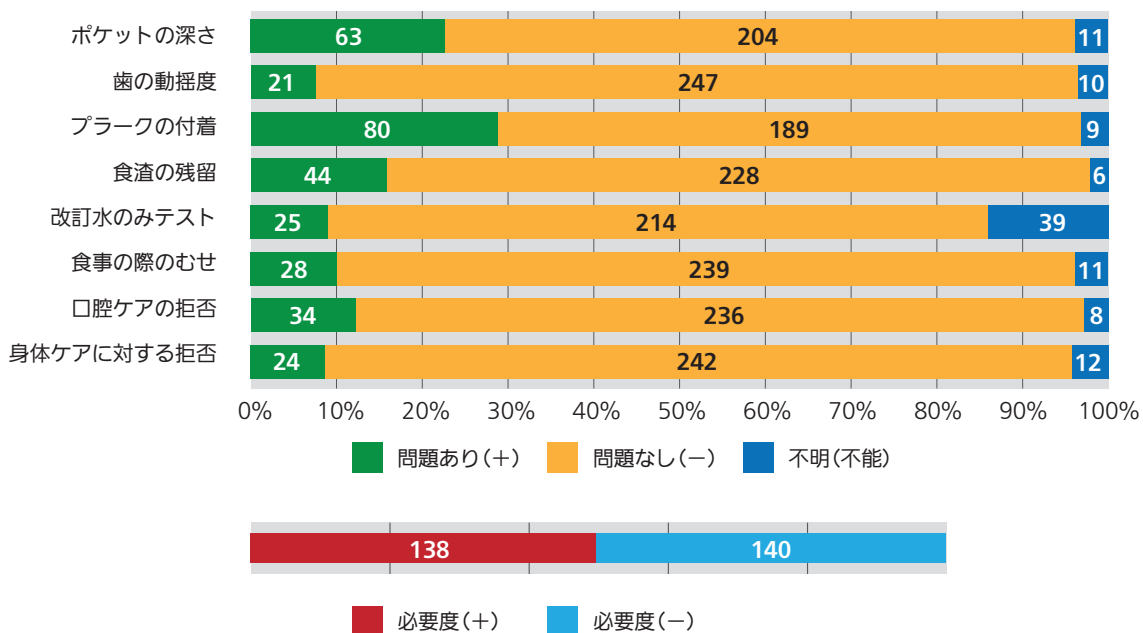


図2 評価項目と結果¹⁴⁾



口腔ケアのリスクに関するアセスメントについて

口腔ケア・マネジメントを実施するにあたり、口腔ケアプランを作成するには、口腔のアセスメントが必要となります。口腔ケア・マネジメントを実施する際に必要な口腔のアセスメントについて、紹介します。

口腔のアセスメント表は以下の3項目より構成されています。

1. 口腔機能の評価
2. 口腔内状況
3. 口腔ケアリスク

1. 口腔機能の評価

口腔ケアを実施するにあたり、高齢者の口腔機能を評価する必要があります。口腔ケアの基本は、「バイオフィルムの除去」といわれます。さらに、バイオフィルムの除去を行おうとするときに重要な視点はバイオフィルムの「破壊と回収」です。すなわち、歯や口腔粘膜に付着したバイオフィルムを効率よく効果的に破壊し、さらに、破壊したバイオフィルムをいかに確実に口腔外に回収するかということです。これまで、前者の口腔内のどの部分にバイオフィルムが付着しやすく、バイオフィルムを破壊するにはどんな器具を使うのかといった、いかに破壊するかは議論は多く行われてきました。しかし、後者の回収の視点はどちらかというと疎かになっていることが危惧されています。破壊されたバイオフィルムを口腔内にそのまま放置すると、すぐさま歯や粘膜に再付着します。そればかりか、口腔内に落下させたバイオフィルムを誤嚥させることになれば、口腔ケアによって誤嚥性肺炎を発症させかねません。そこで、嚥下機能を含めた口腔機能の評価が必須となるのです。

2. 口腔内状況

口腔衛生状態について評価します。現状の口腔衛生状態の評価を行うことは、口腔ケアのプランを策定する際に必須です。口腔衛生状態の評価は、口腔機能の評価につながります。すなわち、舌苔の付着状況は舌機能の低下を示し、口腔前庭部の食物残渣の残留は頬の機能の低下を示すのです。機能の低下は、口腔の自浄作用の低下を示唆することから、口腔ケアプランの策定のための重要な評価項目となります。さらに、口腔衛生状態は、現状の本人および施設職員の口腔ケアのスキルを評価することになり、両者に対する指導に役立ちます。さらに、口腔ケアの自立度を考慮するうえにも重要な評価となります。介護施設において、口腔ケアが自立していると判断されている者において、とくに口腔内状況が悪化している場合が多く経験されます。施設職員の介助の程度を決定するうえにおいても重要であるといえます。

3. 口腔ケアリスク

①口腔ケアの受容

口腔ケアを実施するにあたり、拒否されることなく実施できることは、口腔ケアの質を高めるうえにおいても重要です。しかし、認知機能の低下などにより、口腔ケアの必要性が理解されなかったり、理解できなかったりする場合などにおいて、円滑に遂行できないこともあります。しかし、これは更衣や排泄など他のケアに対しても見られることもあり、口腔ケア実施時に単独に見られる拒否なのか判別が必要です。口腔ケア単独に拒否が認められる場合には、口腔内に疼痛を生じる部位があることも予想されます。また、過敏の存在も疑われ、専門的な評価と介入が必要な場合もあります。

②口腔ケアに対するリスク

前述のように嚥下障害を有し、口腔ケア時に誤嚥を示す可能性のある者や、口腔機能の低下から、うがい



ができない者に対しては、「回収」を安全に行うために、精度の高い管理が求められます。口腔ケア実施に関わるリスクの評価が必要です。

口腔ケア・マネジメントの進め方

口腔ケア・マネジメントは、口腔ケアリスクのスクリーニングとアセスメントから始まります。その目的は、口腔ケアの実施に際し、施設職員の関与や歯科専門職の関与が必要かどうか判断することにあるのです。たとえば、これまで口腔ケア自立と判断されており、本人の口腔ケアに任せられていた施設利用者について考えてみましょう。口腔ケアリスクのスクリーニングとアセスメントにおいて、口腔内状況や口腔機能を評価したところ、比較的良好な口腔衛生状態が保たれ、口腔機能も良好であったとします。この場合には、「低リスク」と判断し、一定期間後のモニタリング時における評価まで、特別な関与はしません。一方、口腔ケアが自立困難と判断され、施設職員による口腔ケアが本人の口腔ケアに加えて一部実施されていた者について考えてみましょう。同様に、アセスメントを行ったところ、口腔衛生状態が保たれていないばかりか、口腔機能の低下が見られ、口腔ケアの際に誤嚥を生じる恐れが評価されたとします。このような場合には、誤嚥しにくい体位の設定や吸引装置の利用など、口腔ケアの際のリスク回避を考慮に入れたケアプランの策定が必要になると思います。「高リスク」と判断された、この利用者には、歯科医療者の頻繁な介入が必要となるかもしれません。このように、評価された口腔ケアリスクに応じて、口腔ケアプランを策定し、一定期間実施した後、モニタリングを実施します。モニタリングの結果により、良好な評価が得られれば、プランは継続して実施し、また、十分な評価が得られないときには、その原因を求め、ケアプランの再策定を行い、新たなケアプランのもとで口腔ケアを提供します(図3)。

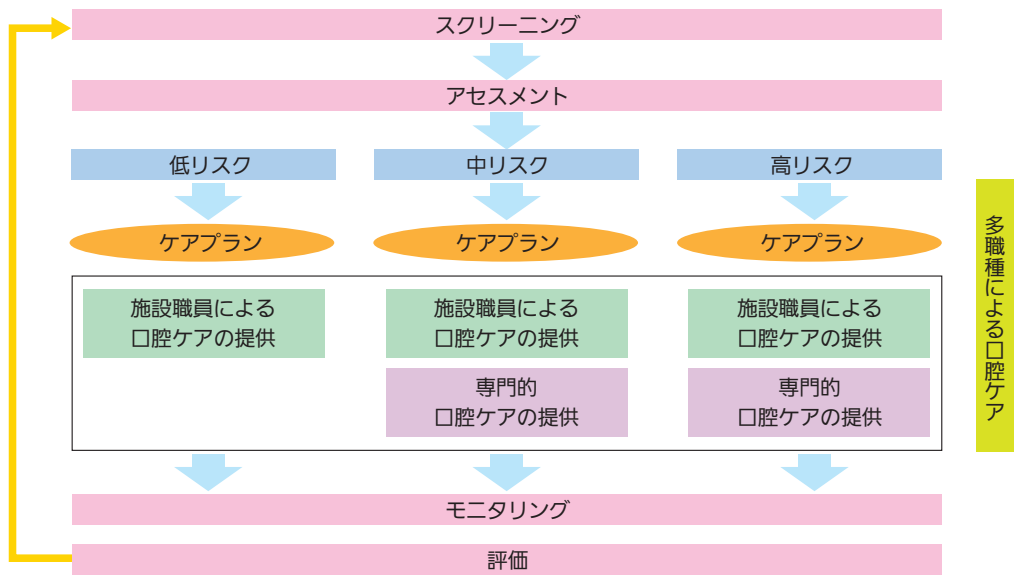


図3 口腔ケア・マネジメントの進め方

口腔機能維持管理加算と口腔ケア・マネジメント

前述したとおり、施設入所者への口腔ケア提供は、多職種協働にて効率的かつ効果的に行われなくてはなりません。従来の口腔ケア提供は、口腔ケアが困難である入所者に、歯科衛生士が専門的口腔ケアを提供し、それ以外の人はそれほど専門的な評価を受けないまま、看護職や介護職が口腔ケアを管理・提供するという



図式が一般的だったのではないのでしょうか。または、歯科衛生士が施設入所者全員に口腔ケアを提供し、膨大な労力を費やしていたという話も枚挙に暇がありません。

施設における口腔ケアに関して、歯科衛生士がどのように関わったらよいのか、ヒントになる研究をわれわれは行いました¹⁵⁾。2つの特別養護老人ホームにて、それぞれ違った方法で歯科衛生士が口腔ケアの介入を行ったのです。Aという施設では歯科衛生士が入所者全員の口腔ケア・マネジメントを積極的行いました。口腔の機能評価・リスク評価を行い、口腔ケアプランを策定し、施設職員と協働して口腔ケアを実施しました。一方、Bという施設では歯科衛生士が直接口腔ケアを出来る限り実施し、施設職員とは情報提供と相談のみを行いました。

両施設とも、歯科衛生士の関わり開始前と開始後5カ月の中間評価、そして9カ月後に最終の評価を実施しました。評価として行ったのは、施設職員へのアンケートと、施設入所者の口腔内が清潔になったかどうかの指標を得るために、施設入所者の舌上細菌数を測定しました。

結果はA・B施設間で相違点が現れました。その1つは施設職員の意識です。歯科衛生士の関わり後に実施したアンケートの結果では、施設Bにおいては、口腔ケアは歯科衛生士に任せたいと答えたものが多く、歯科衛生士がいないと十分に行えないと感じている人が多くいるという結果になりました。一方、施設Aにおいては、口腔ケアは自分たちで責任を持ちたいと考えている職員が多く、歯科衛生士がもしいなくてもなんとかやっていけると感じている職員が多くいたのです。両施設とも、歯科衛生士の関わり前にはそれほど大きな差はなかったのに、歯科衛生士が口腔ケア・マネジメントを積極的行った施設では、施設職員が口腔ケアに対して責任をもつ意識が高まってきたのです。

A・B施設間の相違は、入所者の舌上細菌数にも現れました。B施設において、歯科衛生士が口腔ケアを専門的に行った入所者においては、一時的な舌上細菌数の増加が見られましたが、最終的には優位に減少しました。しかし、それ以外のB施設入所者にあつては、全く変化が見られませんでした。B施設では歯科衛生士が口腔ケアを行えた入所者数は20名程度で、残り約80名には変化がなかったことになります。一方、A施設では60名の施設入所者すべての舌上細菌数が優位に減少していました。

このA・B両施設間の相違は、次のように分析できると思います。同じマンパワーで臨んだ2つの施設において、A施設においては、歯科衛生士は、口腔ケアのマネジメントを行うことを中心に活動しました。口腔ケアの実質提供者は介護職員であり、歯科衛生士は、それをサポートしたに過ぎません。それは施設職員に口腔ケアを行うことの責任感を植え付けたり、端から諦めていた口腔ケア実施を、ケア・マネジメントすることによって、意識変革させたという結果であるといえます。一方、施設Bでは、口腔ケアの実施者は歯科衛生士が中心であり、看護・介護職員はその活動に感謝しつつも、自らは口腔ケアに対して必ずしも取組の姿勢を持つようにはならなかったといえます。口腔ケアは、専門的な知識や技術を有する歯科衛生士が実施することが一番効果的です。しかし、すべての要介護高齢者が歯科衛生士による口腔ケアを1日3回受けるためには、いったい何人の歯科衛生士が必要になるのでしょうか？ それほどの歯科衛生士を投入できるほど医療資源は余っていません。だからといって十分な口腔ケアを受けられない要介護高齢者は、誤嚥性肺炎のリスクや口腔機能低下のリスクは高まるばかりです。効率的に口腔ケアを提供するためには、口腔ケアリスクの高い入所者の専門的口腔ケアを提供するだけでなく、他のケアで忙しい合間にも施設職員が効率的に口腔ケアを提供できるように、専門職として歯科衛生士がマネジメントを行うことの有効性をこの研究は示しているのです。

かつて、Oral careを世界で初めて提唱したAustin Kutscherはその著書の中で、口腔ケアは多職種協働で行われるべきものであると述べています¹⁶⁾。それは口腔ケアがとても重要なケアであることを、入所者に関わるすべての職種が理解することが必要だからです。歯科衛生士にとって口腔ケアを上手に行えるスキルを磨くことも大変重要です。しかし、さらに重要なのが口腔ケアを多職種協働にて行うためのマネジ



メント能力も必要になってくるのです。口腔機能維持管理加算は、この口腔ケア・マネジメントを行うことを評価したものです。ぜひ、そのことを十分理解して、取り組んで欲しいものであります。

(文 献)

- 1) Yoneyama, T., Yoshida, M., Matsui, T. and Sasaki, H. : Oral care and pneumonia, Lancet, 345 : 515, 1999.
- 2) Yoneyama, T., Yoshida, M., Ohru, T., Mukaiyama, H., Okamoto, H., Hoshiba, K., Ihara, S., Yanagisawa, S., Ariumi, S., Morita, T., Mizuno, Y., Ohsawa, T., Akagawa, Y., Hashimoto, K. and Sasaki, H. : Oral care reduces pneumonia of elderly patients in nursing homes, JAGS, 50 : 430 ~ 433, 2002.
- 3) Yoshino, A., Ebihara, T., Fujii, H. and Sasaki, H. : Daily oral care and risk factors for pneumonia among elderly nursing home patients, JAMA, 286 : 2235 ~ 2236, 2001.
- 4) Kikutani, T., Enomoto, R., Tamura, F., Oyaizu, K., Suzuki, A. and Inaba, S. : Effects of oral functional training for nutritional improvement in Japanese older people required long-term care, Gerodontology, 23 : 93 ~ 98, 2006.
- 5) 石井拓男, 岡田真人, 大川由一, 渡邊 裕, 蔵本千夏, 山田善裕, 大原里子, 新庄文明, 山根源之, 宮武光吉: 介護保険施設等における口腔ケアの実態に関する研究 第1報 口腔ケアの現状と歯科医療職の関与について, 口腔衛生会誌, 56 : 178 ~ 186, 2006.
- 6) 日本歯科衛生士会: 歯科衛生士勤務実態調査報告書, 平成 17 年 3 月版, 日本歯科衛生士会, 東京, 2005.
- 7) 高橋賢晃, 菊谷 武, 田村文誉, 福井智子, 片桐陽香, 小山 理, 青木 久, 腰原偉旦, 桐ヶ久保光弘, 花形哲夫, 三枝優子, 妻鹿 純: 口腔ケアに対する歯科医療職関与の必要度に関する研究—介護老人福祉施設における検討—, 障歯誌, 29 : 78 ~ 83, 2008.
- 8) Morishita, M., Takaesu, Y., Miyatake, K., Shinjo, F. and Fujioka, M. : A survey on oral health care support system for homebound elderly persons in Japan, 口腔衛生会誌, 49 : 318 ~ 323, 1999.
- 9) 菊谷 武: 平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業) 報告書: 口腔ケア・マネジメントの確立(主任研究者; 赤川安正), 2007.
- 10) Gomez, S. M., Danser, M. N., Sipos, P. M., Rowshani, B., Van der Velden, U. and Van der Weijden, G. A. : Tongue coating and salivary bacterial counts in healthy gingivitis subjects and periodontitis patients, J. Clin. Periodontol., 28 : 970 ~ 978, 2001.
- 11) 佐藤和明: 初歩から学ぶ PDCA サイクルで勝つ Web ビジネス~成長し続ける螺旋型改善プロセス~, 第一版, 毎日コミュニケーションズ, 東京, 2008.
- 12) 日本健康・栄養システム学会: 一居宅高齢者に対する栄養ケア・マネジメントの展開—, 平成 17 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金(老人保健増進等事業分) 施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究報告, 第一版, 日本健康・栄養システム学会, 東京, 2006.
- 13) 関野 愉, 久野彰子, 菊谷 武, 田村文誉, 沼部幸博, 島田昌子: 介護老人福祉施設入居者の歯周疾患罹患状況. 日歯周誌, 51 : 229 ~ 237, 2009.
- 14) 高橋賢晃, 菊谷 武, 田村文誉, 福井智子, 片桐陽香, 小山 理, 青木徳久, 腰原偉旦, 桐ヶ久保光弘, 花形哲夫, 三枝優子, 妻鹿純一: 口腔ケアに対する歯科医療職関与の必要度に関する研究 介護老人福祉施設における検討, 障歯誌, 29 : 78 ~ 83, 2008.
- 15) 花形哲夫, 田村文誉, 菊谷 武, 片桐陽香, 関野 愉, 久野彰子, 古西清司, 高橋幸裕, 矢島彩子, 吉田光由, 鷺見浩平, 三塚憲二: 介護老人福祉施設における口腔ケア・マネジメントの効果, 老年歯学, 23 : 424 ~ 434, 2009.
- 16) 阪口英夫: 口腔ケアの歴史, 日本口腔ケア学会雑誌, 2 : 5 ~ 14, 2008.



第2章

口腔機能維持管理加算 算定のための要件



口腔機能維持管理加算 算定のための要件

介護保険施設において、介護職員が入所者に対して計画的な口腔ケアを行うことができるよう、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該施設の介護職員に対して、入所者の口腔ケアに係る技術的助言及び指導等を行う場合に評価を行う。

算定要件

1. 介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設であり、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が当該施設の介護職員に対して、入所者の口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回行っていること。
2. 当該施設において、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されており、1.に掲げる歯科医師又は歯科衛生士がその計画の作成にあたり助言及び指導を行っていること。

算定要件の詳細

①「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該施設における入所者の口腔内の状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品の整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該施設において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言および指導のことをいうものであって、個々の入所者の口腔ケア計画をいうものではない。

②「入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」では、以下の事項を記載すること

- イ 当該施設において入所者の口腔ケアを推進するための課題
- ロ 当該施設における目標
- ハ 具体的方策
- ニ 留意事項
- ホ 当該施設と歯科医療機関との連携の状況
- ヘ 歯科医師の指示内容の要点
- ト その他必要と思われる事項

③ 医療保険において歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔機能維持管理加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアにかかる技術的助言及び指導又は入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。



算定に関する Q & A

Q1 口腔機能維持管理加算を算定する場合入所者に同意書をとる必要はありますか？

A1 他のケアサービスなどと違って、入所者本人および家族の同意書は必要ありません。ですが、ご本人や家族にできるだけ説明を行って、口腔ケアに関する理解や、歯科医師・歯科衛生士に関わって頂く重要性をご理解いただきましょう。

Q2 歯科医師および歯科衛生士の助言および指導は、歯科訪問診療時に行われることが多いと思いますが、「歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと」とありますので、同一日であっても異なる時刻（訪問診療前や、終了後）であればよいと考えていいのでしょうか？

A2 そのように考えて問題ありません。念のため、指示・指導日時を記録しておくといいでしょう。

Q3 月の途中で退所、入院または外泊した場合や月の途中から入所した場合はどのように取り扱えばよいのですか？

A3 入院・外泊中の期間は除き、当該月において1日でも施設に在所した入所者については、算定することが可能です。

Q4 口腔ケア・マネジメント計画書は、加算対象者の方全員に対して必要ですか？ また、毎月内容を変更しなければならないのですか？

A4 今回の加算を算定するためには、加算対象者すべてに口腔ケア・マネジメント計画書は必要ありません。歯科医師・歯科衛生士からの指導内容も対象者個別の指導ではなく、施設全体に向けた内容であればいいのです。しかし、口腔は個々人で状態の違いがあり、理想的な口腔ケアは個別の口腔ケア・マネジメント計画を立案して提供することが望まれます。そのための努力は出来る限りしてください。

Q5 施設に歯科医師または歯科衛生士が勤務していなければ加算できないのですか？

A5 施設に歯科医師または歯科衛生士が勤務している必要はありません。地域の歯科医師または歯科衛生士との連携を活用しましょう。

Q6 施設に歯科衛生士のみ勤務しております。施設に勤務する医師からの指示ではいけませんか？

A6 今回の加算は、「歯科医師の指示を受けた歯科衛生士」ということになっています。医師の指示では要件を満たしませんので、訪問診療などを行っている歯科医師に指示をもらうようにしてください。訪問をしてもらう歯科医師がいない場合は地域歯科医師会にご相談ください。





第3章

口腔機能維持管理加算 算定のためのマニュアル



口腔機能維持管理加算 算定のためのマニュアル

介護保険施設における口腔ケアの重要性

口腔衛生に主眼をおいた口腔ケアは歯科・口腔疾患の予防に始まり、誤嚥性肺炎の予防、口から食べること（経口摂取）の維持には欠かせないケアとなります。そのため、ADL 低下が見られる要介護高齢者においては、必ず提供されるべきケアであるといえましょう。しかし、口腔ケアは専門的な知識・技術を必要とし、個々の入所者に対し個別にケア提供を行う必要性があるため、いままで十分な提供が困難なケアの 1 つでした。そのため口腔ケアに対する介護保険上の評価を望む声は以前より多く聞かれていました。今回の改正で導入された口腔機能維持管理加算はそれらの声に呼応する形での導入であり、この加算を多くの施設で算定することによって、適切な口腔ケアが普及することは介護保険施設にとって重要なことであると考えます。

本マニュアルの使い方

本マニュアルは、介護保険制度における口腔機能維持管理加算を算定するために作られたものですが、このマニュアルだけで施設の口腔ケア・マネジメント計画を立案しても算定要件を満たすことはできません。本マニュアルは、連携をとる歯科医師・歯科衛生士の指導・助言を受けるための基本（たたき台）となる計画を立案するためのものですので、立案した口腔ケア・マネジメント計画は、必ず歯科医師もしくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に閲覧してもらい、指導・助言を受けて完成させてください。

本マニュアルでの口腔ケア・マネジメント計画書は必ず書類作成をお願いします。

本来、利用者一人ひとりに対して個別の口腔ケア計画が策定されており、それに基づき実施されるべきですが、今回の口腔機能維持管理加算の算定にあたっては、必ずしも個別口腔ケア計画は必要とされていません。算定にあたって必要とされているのは、施設の口腔ケア・マネジメント計画であり、この計画の立案に歯科医師もしくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が指導・助言を行うことが必須となります。この点に留意してください。





本マニュアルを使用しての 口腔ケア・マネジメント計画書〈資料 1-①②参照〉の作成手順

- 当施設における口腔ケア推進のための課題欄に、一般的に考えられる課題の中から施設の実況に合った課題を選択します。



- 目標も、一般的に考えられる目標の中から、施設の実況に合わせて選択します。



- 口腔ケアを推進するための具体的方策は、課題に準じた具体的方策を解説の中から選択します。



- それぞれ選択した内容を計画書に記入し、施設と連携している歯科医師もしくは歯科衛生士に閲覧してもらい、その内容について指示・指導を得て修正してください。



次ページに続く

【資料 1】

施設口腔ケア・マネジメント計画書①		
策定日 平成 年 月 日		
作成者 指導 歯科医師・歯科衛生士		
当施設における入所者の口腔ケアを推進するための課題		
当施設における口腔ケアの実施目標		
口腔ケアを推進するための具体的方策		留意事項
歯科医療機関との連携状況	提携歯科医療機関 担当者 緊急連絡先	
指示内容の要点		
その他		

(26 頁を参照)

施設口腔ケア・マネジメント計画書②
施設名
記載者
1. 当施設における入所者の口腔ケアを推進するための課題
2. 当施設における口腔ケアの実施目標
3. 口腔ケアを推進するための具体的方策
4. 留意事項
5. 歯科医療機関との連携状況
6. その他必要と思われる事項
歯科医師の指示内容の要点
平成 年 月 日

(28 頁を参照)



- 指示・指導に関しては、月 1 回以上行われるようにしてください。指示・指導の内容は〈資料 2〉の「口腔機能維持管理にかかわる助言内容」の書類に記載し、指導した歯科医師もしくは歯科衛生士の署名をもらうようにしましょう。



- 口腔ケア・マネジメント計画は月 1 回の見直しが必要とされていますが、歯科医師もしくは歯科衛生士の指導の下、特に内容の変更が無ければ、指示・指導内容の書き換えだけで、計画書全体の書き換えは必要ありません。ただし、計画の見直しは適宜、歯科医師もしくは歯科衛生士と相談のうえ、行ってください。



- 口腔ケア・マネジメント計画書は、施設サービス計画書とは別に作成されるもので、1 施設につき 1 部の計画書が必要になります。

※施設口腔ケア・マネジメント計画書は資料 1-①②のどちらかを選んでご使用ください。

【資料 2】

平成 年 月 日	
口腔機能維持管理にかかわる助言内容	
歯科医師	歯科衛生士
施設名	
☐ 口腔内状態の評価方法	
☐ 適切な口腔ケアの手技	
☐ 口腔ケアに必要な物品整備の留意点	
☐ 口腔ケアに伴うリスク管理	
☐ 施設における日常的な口腔ケアの実施に必要と思われる事項	

(30 頁を参照)



口腔ケア・マネジメント計画の作成

1. 当施設における入所者の口腔ケアを推進するための課題

施設における口腔ケアを推進させるための課題とは、いったいどんなことを示せばいいのでしょうか。それを理解するために、1つの質問をしましょう。「あなたの介護保険施設では、口腔ケアをしていますか？」という問いに対して、みなさんの施設ではなんと答えるでしょうか。ほとんどの施設で「口腔ケアをしています」と回答するのではないのでしょうか。しかし、質問を変えて「効果的な口腔ケアができていますか？」という問いになったらどうでしょう。ほとんどの施設では「自信がありません」という回答になってしまうのではないのでしょうか。

「口腔ケアをしています」は、すでにほとんどの施設で実現していることと思います。今回の口腔機能維持管理加算では、さらに「効果的な口腔ケアができています！」という施設を増やすことに目的をもっています。今、皆さんの施設で行われている口腔ケアのどこを変えていくことによって十分な口腔ケアが行われるようになるか、そのために変えていく事柄が、口腔ケアを推進するための課題ということになります。

一般的に施設にて口腔ケアを推進するための課題として考えられるものを列举します。

I－1 入所者の口腔状況・ケアの必要性を評価する

- 入所者全員の口腔状況の調査・把握
- 入所者一人ひとりの口腔ケアプラン策定または必要度評価（段階・分類等）

I－2 口腔ケアを実施する人員の確保

- 時間帯別担当者の確保等
- 口腔ケア実施困難な入所者への施行職員の確保

I－3 口腔ケアを行う時間の確保

- 施設タイムスケジュールへの組み入れ
- 他のケアとの分離・調整

I－4 口腔ケアを行うための器材・用具整備

- 口腔ケア用具の十分な確保
- 口腔ケア用具の正しい使用法の習得
- 口腔ケアに用いられる含嗽薬・口腔保湿剤の正しい使用法
- 新しい用具の試用や購入の検討

I－5 口腔ケアを実施するうえでの安全確保

- 正しい口腔ケア方法・知識の習得
- 口腔ケア実施時に遭遇する危険の認識
- 口腔ケア実施時の安全確保法

I－6 施設職員の口腔ケアに対する知識・技術の習得および向上

- 職員研修会の開催
- 定期的な勉強会・症例検討会の開催
- 口腔ケアリーダー職員の創設

I－7 専門的口腔ケアの実施に関する課題

- 歯科衛生士が行う専門的口腔ケアの実施に必要な配慮
- 歯科医師・歯科衛生士との連携方法



2. 当施設における口腔ケアの実施目標

口腔ケアの実現に向けた目標設定ですから、施設の状況に合わせた目標設定でかまいません。大きな目標として「入所者全員に、安全かつ適切な口腔ケアの実施」が挙げられますが、その目標達成のために、小目標や短期目標を設定しても良いと思います。

施設で設定されることの多い主な目標を列挙します。

- 施設入所者全員に対して安全かつ適正な口腔ケアを実施すること
- 口腔ケア実施の効果として、熱発者を減少させること
- 食物の経口摂取維持・一人でも多くの人が経口摂取を続けられるようにする
- 入所者全員に1日3回の口腔ケアを実施する
- 施設における口臭が原因と思われる臭いの根絶をする
- 全員への口腔アセスメントおよび口腔ケアプランを策定し、実施する
- 施設職員が正しい口腔ケアを理解する・定期的な口腔ケア勉強会の開催
- 口腔ケアの器材・器具の十分な整備

3. 口腔ケアを推進するための具体的方策

口腔ケアを推進するための具体的方策は、Ⅰの項で挙げた施設における口腔ケア実施の課題をどのように解決するかを具体的に取り決めた内容になると思います。たとえば、Ⅰ－1入所者の口腔状況・ケアの必要性を評価するという課題に対しては、「口腔状況をアセスメントツールにて評価し、その評価をもとに歯科医師もしくは歯科衛生士とともに必要な口腔ケア方法を選択する」というような方策が立てられるものと思います。それぞれ具体的な方策にあっては、施設側の設備や事情等、加味する問題が多いので、本マニュアルではあくまでも一般的な方策であると理解してください。算定に必要な具体的な方策を作成するときには、必ず連携する歯科医師・歯科衛生士の指導を受けてください。





各課題における方策の例

I－1 入所者の口腔状況・ケアの必要性を評価する

●入所者全員の口腔状況の調査・把握

入所者の口腔状況の把握には、定型化されたアセスメント票を用いるのが良いでしょう。歯科医師会、大学等の研究機関より種々のアセスメント票が発表されています(図1)。連携歯科医師・歯科衛生士の指導の下、施設に合ったアセスメント票を使用しましょう。

慢性期医療協会版(試作版)
口腔ケアアセスメントツール Ver1.01

山口赤十字病院 口腔ケアマニュアル
迫田式口腔アセスメントシート
介護予防口腔機能向上マニュアル

図1 いろいろなアセスメントツール(例)

●入所者一人ひとりの口腔ケアプラン策定または必要度評価(段階・分類等)

口腔ケアは施設入所者すべてに必要なケアであります。しかし、一人ひとりに提供される口腔ケアには違いがあり、その必要度を評価して効率的に実施することが、施設入所者全員への適正な口腔ケア実施には欠かせません。この口腔ケア必要度の評価(段階に分ける方法・分類等で必要度を分ける方法など)はアセスメントからケアプラン策定方法のように、種々色々な方法が発表されています。効率的な口腔ケアを実施するためには、必要な作業ですし、一度設定してしまえばあまり変化する項目ではないので、実施することを推奨します。

参考に、本マニュアルにおいて推奨する口腔ケア・アセスメント票(35頁)と、その使用方法を38頁より掲載します。参考にしてください。

I－2 口腔ケアを実施する人員の確保

口腔ケアの実施は、健常人の歯磨きと同様に1日3回食後が理想的であるとされます。施設によっては1日3回食後に全員の口腔ケアを実施することは、困難という施設もあるでしょう。これはあくまでも努力目標であり、1日3回口腔ケアを実施しなくては、加算が算定できないということではありません。1日3回口腔ケアを実施するための人員確保をどうしたら良いのかを考えましょう。

●時間帯別担当者の確保等

多くの施設で、口腔ケアを実施する人員の確保が問題であるといえます。これをなるべく実現するために、入所者の口腔状況を把握し、実施する口腔ケアを効率化することは、前項でも述べましたが、やはり実施する人員も確保しなくてはなりません。もちろん、早朝や夜間など口腔ケアを行う時間帯は施設にて違いがあり、その工夫を具体的方策に盛り込むことは必要であると思います(図2)。

●口腔ケア実施困難な入所者への施行職員の確保

入所者の中には、ケアを行うことが理解できず、口腔ケアに対して抵抗を示す人もいます。このよう

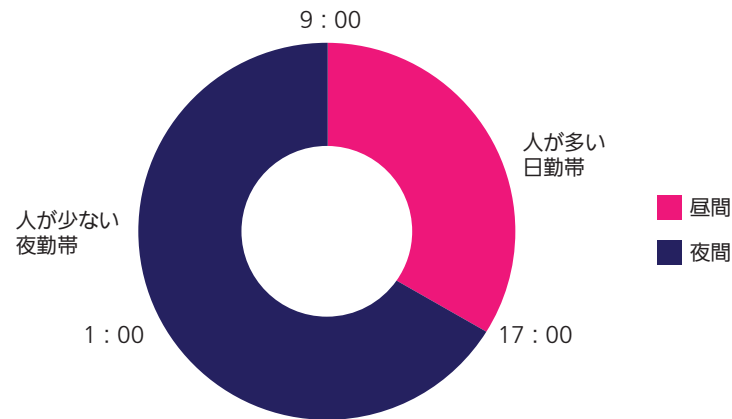


図2 I-2 口腔ケアを実施する人員の確保

な場合、職員が一人で口腔ケアを行うことは難しく、複数の職員による口腔ケアを実施しないと十分な口腔ケアができないこともあります。そのため的人员確保も口腔ケア実施への重要な課題です。勤務している人員が最大限になる時間帯に、複数の職員による口腔ケアを施行することができるよう工夫するなどの取り決め・取り組みが必要であると思います。

I-3 口腔ケアを行う時間の確保

- 施設タイムスケジュールへの組み入れ

口腔ケアは食後の30分以内に行うことが目標とされています。その時間を確保するためには、施設タイムスケジュールに口腔ケアの時間を組み込む必要があります。いまだ施設のタイムスケジュールに口腔ケアが組み込まれていない施設では、即急に対応しましょう。

- 他のケアとの分離・調整

入浴や洗面など、他のケアと同一の時間に口腔ケア実施を規定している施設もあると思います。口腔ケアも整容というカテゴリーに属しますので、同一にされやすいのですが、口腔は個人による差異が大きく、入浴や洗面のように一定時間でケアを終了させることが難しいといえます。そのため、整容や食事と同一時間内で口腔ケアを行うのではなく、口腔ケアの時間をしっかり確保することが必要であり、他のケアとの調整が必要であるといえます。

I-4 口腔ケアを行うための器材・用具整備

口腔ケアに使用される器材は、一般的に使われる歯ブラシを含めて、個人の状況に合わせて種々さまざまな口腔ケア用品が選択されます。それらの口腔ケア用品について以下の項目に関する検討が必要です。

- 口腔ケア用具の十分な確保
- 口腔ケア用具の正しい使用法の習得
- 口腔ケアに用いられる含嗽薬・口腔保湿剤の正しい使用法
- 新しい用具の試用や購入の検討

歯を綺麗にする道具だけでも、歯ブラシ以外に歯間ブラシ、デンタルフロス、ワンタフトブラシ、電動歯ブラシ、水流式洗浄機(ウォーターピック)、ラバーチップなど色々な種類があります。口腔ケアでは、歯だけでなく舌や口腔粘膜、義歯の清掃なども行わなくてはなりません。その正しい選択方法や使用法について歯科医師や歯科衛生士から十分指導を受けてください。また、この分野の製品は、活発に新しい製品が発売される傾向にあります。各個人の利用状況に合う口腔ケア用品の積極的な使用が推奨されることと考えます。

口腔ケア用具の数々を図3～8に示します。



図3 口腔粘膜用歯ブラシ
エラック 510S[®]

口腔ケア時には、歯だけでなく粘膜も清掃できるように、毛の柔らかい歯ブラシを使用するほうがよいでしょう。写真は粘膜ケア用ブラシ。



図4-1 歯間ブラシ

歯が残っている対象者では、歯と歯の間も清掃するように歯間ブラシ（棒ブラシ）を利用します。



図4-2 歯間ブラシの使用法
プロスベック歯間ブラシ[®]

（株）ジーシー <http://www.gcdental.co.jp/>



図5-1 口腔清拭用のウェットティッシュ オーラルフレッシュ[®]
和光堂 <http://www.wakodo.co.jp/index.html>

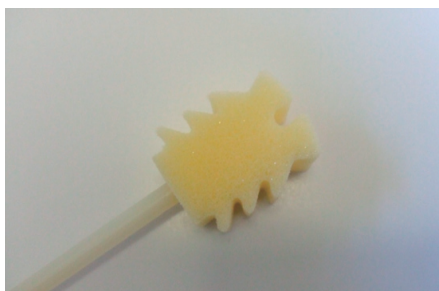


図5-2 スポンジブラシの色々
エラックスポンジブラシ[®]
ライオン歯科材（株）
<http://www.lion-dent.com/>

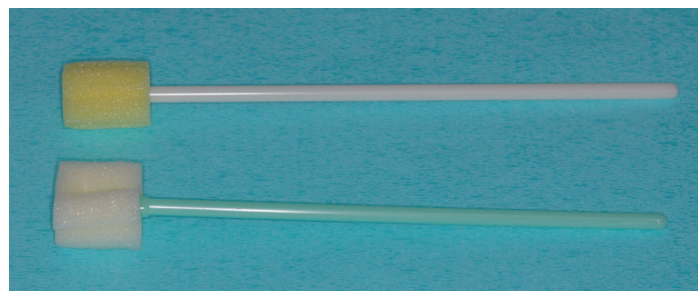


図5-3 スポンジブラシの色々
上：口腔ケアスポンジブラシ[®]
川本産業（株） <http://www.kawamoto-sangyo.co.jp/>
下：JM スポンジブラシ[®]
（株）モリタ <http://www.dental-plaza.com/>



図 5-4 スポンジブラシの色々
ISK フレグリーン®
アイエスケー(株) <http://www.isk-tokyo.co.jp/index1.html>



図 5-5 ピンキーネオ®: きめの粗いスポンジで汚れを
吸着しやすくしたスポンジブラシ
ザイコア・インターナショナル <http://www.pinkieneo.com/>

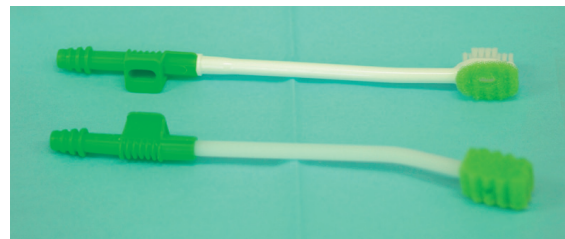


図 6-1 サクションブラシ®
口腔ケアしながら吸引ができるスポンジブラシおよび歯ブラシ
ザイコア・インターナショナル <http://www.pinkieneo.com/>



図 6-2 サクションブラシ®
使用法



図 7 オーラルバイト, オーラルワイド®
ザイコア・インターナショナル <http://www.oral-bite.com/>



オーラルアクアジェル®
(株) ジーシー
<http://www.gcdental.co.jp/>



リフレケアH®
イーエヌ大塚製薬(株)
<http://www.enotsuka.co.jp/>



うるおいキープ®
和光堂
<http://www.wakodo.co.jp/>
図 8-1 口腔保湿剤



図 8-2 口腔保湿剤は口腔を保湿するだけでなく、口
腔内の汚れを落とすことにも利用します。



図 8-3 経管栄養等で口からの摂取がない患者さんなどでよく見られる粘膜面の痂皮は、強固についてなかなか取れにくいものです。



図 8-4 このような痂皮は、口腔保湿剤を満遍なく塗布して歯ブラシやスポンジブラシで擦るようにすると比較的簡単に取れるようになります。



図 8-5 口腔機能が低下している場合にもよく見られる舌苔も口腔保湿剤の応用できれいに取れる場合もあります。



図 8-6 痂皮と同様に、舌苔全体に口腔保湿剤を塗布し、歯ブラシ、スポンジブラシで擦ります。



図 8-7 強く擦らなくても、保湿剤が全体に広がることで舌苔がきれいになります。



図 8-8 もちろん、口腔ケア終了時には、口腔乾燥を予防するために、口腔保湿剤を口唇・粘膜に塗布します。

〈図 8-2 ～ 8-8 要介護高齢者の口腔ケアにおけるオーラルアクアジェルの臨床応用 (GC サークル, 123: 32 ～ 35 より許諾を得て転載)〉

I-5 口腔ケアを実施するうえでの安全確保

●正しい口腔ケア方法・知識の習得

口腔ケアは、粘膜や歯という非常にデリケートな部分に触れるケアです。そのため、正しい知識をもって行わないと歯や粘膜に傷をつけるなどの事故に繋がることもあります。正しい口腔ケアの方法を身に付けるには歯科医師や歯科衛生士を講師にした実技指導研修を受講するのが良いでしょう。提携先歯科医療機関と相談して、定期的な開催を目指しましょう。



- 口腔ケア実施時に遭遇する危険の認識
- 口腔ケア実施時の安全確保法

口腔ケアを行う時に遭遇する危険には、歯や粘膜を傷つけることのほかに、口腔ケアにて排出される汚物を誤嚥下してしまうことによる肺炎を起こす危険性や、口腔ケアに使用したガーゼや綿花を喉に詰まらせてしまう危険もあります。過去には看護師が行った口腔ケアにて、ガーゼが残されたことによる窒息死にて裁判が起こされた事例もありました。どんなケアを行う時にも必要ですが、口腔ケアに関しても他のケアと同様に安全に行うことは重要なことです。連携している歯科医師や歯科衛生士とよく相談して、安全確保の方法を学び、その方法を具体的な方策として取り組んでください。

I－6 施設職員の口腔ケアに対する知識・技術の習得および向上

- 職員研修会の開催
- 定期的な勉強会・症例検討会の開催

口腔ケア施行時の危険回避のためだけでなく、口腔ケアのスキルアップのために定期的な勉強会や研修会、症例検討会の開催は重要なことです。おおむね1～3カ月に1回は口腔ケアに関する勉強会が開催できると良いでしょう(図9)。



図9 歯科衛生士による施設職員への講習会

- 口腔ケアリーダー職員の創設

口腔ケアを円滑に進めるために、口腔ケアの担当リーダーを決める方法もあります。リーダーは誰よりも口腔ケアの知識を持ち、外部研修にも積極的に参加し、施設内での口腔ケアに関することを一手に引き受ける存在です。入所者の多い施設や病院のように病棟が分かれているところでは、複数のリーダーを任命してもいいと思います。口腔ケアリーダーは連携歯科医師・歯科衛生士と密接に連絡を取り、勉強会・研修会の設定や用意も行います。そのほか、口腔ケア用品の選定・管理なども口腔ケアリーダーの仕事です。口腔ケアリーダーを創設した場合には、口腔ケア・マネジメント計画書に記載します。

I－7 専門的口腔ケアの実施に関する課題

- 歯科衛生士が行う専門的口腔ケアの実施に必要な配慮

施設職員だけでは困難な口腔ケアを実施する必要がある入所者もいることと思います。そのような入所者に対する口腔ケアは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔ケアを施行するようになると思います。実際にどのような専門的口腔ケアを施行するかは、個々の入所者への口腔ケアプランとして策定することになりますので、ここでは、専門的口腔ケアを実施するにあたって、施設側で配慮する問題を課題として検討します。歯科衛生士は外部の医療機関より派遣される形で施設に赴き、入所者の専門的口腔ケアを実施するケースが大半であると思われますので、外部歯科衛生士が活動しやすいよう



な配慮や支援を考え、その具体的方法を記載してください。

- 歯科医師・歯科衛生士との連携方法

4. 歯科医療機関との連携状況

歯科医師および歯科医師の指示を受けた歯科衛生士との連携は、基本的には歯科医療機関との連携になります。施設に勤務している歯科衛生士がいる場合（常勤・非常勤を問わず）でも、必ず歯科医師の指示を得るようにしましょう。その指示とは、診療行為ではありませんので、「施設に合った口腔ケア・マネジメントを行うように」という簡単な指示で構わないと思います。施設に勤務する歯科衛生士は、指示をもらった歯科医師と定期的に連絡・相談してその施設の口腔ケア・マネジメントを円滑に進めるように努力してください。

歯科医療機関と連携を行う場合には、ある程度の取り決めをしておいたほうが円滑に進められることと思います。この取り決めを指導実施規定としてもいいと思いますし、単なる取り決めとするだけでもいいのですが、どちらにしても、文章化し、相互の確認を行ってください。そして、その取り決めがあることを口腔ケア・マネジメント計画書に記載しておきましょう。歯科医療機関との取り決めは以下の項目が必要であると考えられます。

① 定期的な口腔診査の実施

歯科医師も歯科衛生士も、施設入所者の口腔状況を把握せずに、その施設の口腔ケア・マネジメント計画に参画することはできません。だからといって全員の口腔診査を毎月行うことも現実的ではないでしょう。ですから3～6カ月間に1回程度の間隔で、入所者の口腔診査を歯科医療関係者が行うべきであると考えます。この口腔診査を実施する方法は、各施設と協力歯科医療機関（歯科医師もしくは歯科衛生士）が協議し、実現可能な方法を取り決めておくことが必要です。診査結果はどのように記録し、入所者・家族にどのように知らせるようになるか、その結果をどのように利用するかなど、打ち合わせを行い事前に決め、その内容を口腔ケア・マネジメント計画書に記載しましょう。

② 歯科医師・歯科衛生士による口腔ケア指導書の作成

口腔ケア・ケアマネジメントにおける歯科医師もしくは歯科衛生士にしてもらった指導・助言内容は必ず記録し、口腔ケアに関わる職員全員で閲覧するようにし、口腔ケア・ケアマネジメント計画書には、その要点を記載します。本マニュアルでは、歯科医師・歯科衛生士の指導・助言を職員が閲覧しやすいように、歯科医師・歯科衛生士に記入してもらおう書類は、口腔ケア・マネジメント計画書とは別の用紙としました。

③ 歯科医療機関との連携窓口（施設側担当者）の設置・緊急時の対応についての取り決め

すでに連携医療機関が施設へ往診しているケースや、病院など歯科が併設した医療機関では、その時に決めた担当者や緊急連絡の取り決めで良いと思います。まだ決めていない施設では、連携歯科医療機関の担当者や連絡方法を決めておきましょう。





〈資料 1-①〉

施設口腔ケア・マネジメント計画書①

策定日 平成 年 月 日

作成者

指導 歯科医師・歯科衛生士

当施設における 入所者の口腔ケア を推進するための 課題		
当施設における 口腔ケアの 実施目標		
口腔ケアを 推進するための 具体的方策		留意事項
歯科医療機関との 連携状況		
	提携歯科医療機関 緊急連絡先	担当者
指示内容の要点		
その他		



〈資料 1-① 記入例〉

施設口腔ケア・マネジメント計画書①

策定日 平成 年 月 日

作成者

指導 歯科医師・歯科衛生士

当施設における 入所者の口腔ケア を推進するための 課題	I－1 入所者の口腔状況・ケアの必要性を評価する。 I－3 口腔ケアを行う時間の確保。 I－6 施設職員の口腔ケアに対する知識・技術の習得および向上。	
当施設における 口腔ケアの 実施目標	入所者全員に適切な口腔ケアを提供する。 肺炎になる人をゼロにすることを目指す。 職員全員が正しい口腔ケアを理解する。 口腔ケア勉強会を定期的（6カ月に1回）に開催する。	
口腔ケアを 推進するための 具体的方策	歯科医師および歯科衛生士の指導を受けて、施設入所者全員の口腔ケアアセスメントを実施し、口腔ケアプランを策定する。 歯科医師および歯科衛生士を講師に招き、口腔ケア勉強会・研修会を実施する（○月○日午後4時から）。 病棟（セクション・階）別に口腔ケアリーダーを設置する。口腔ケアリーダーは口腔ケアに関わる事柄すべてを把握し、適切に行われているか監視するとともに、外部歯科医師・歯科衛生士との連携を密に行い、入所者の口腔状況を向上させる。 口腔ケア用具の整備を行う。口腔ケアリーダーは部署別に用意されている口腔ケア用具の点検・整備を行う。 口腔ケアチームリーダーは外部口腔ケア勉強会にも参加する。	留意事項 欠席者には伝達を徹底する。
歯科医療機関との 連携状況	週1回の定期的な歯科訪問診療，ならびに歯科衛生士による専門的口腔ケアの実施時に，歯科衛生士の随時来訪を受ける。連絡は口腔ケアリーダーが行う。 提携歯科医療機関 ○×歯科医院 担当者 緊急連絡先	
指示内容の要点	1. 口腔ケアアセスメントを全員に実施しましょう。 2. 口腔ケア勉強会を開催します（○月○日）。できるだけ多くの職員を参加させてください。 3. 6カ月に1回は，入所者全員の歯科検診を行います。	
その他		



〈資料 1-②〉

施設口腔ケア・マネジメント計画書②

施設名 _____

記載者 _____

1. 当施設における入所者の口腔ケアを推進するための課題
2. 当施設における口腔ケアの実施目標
3. 口腔ケアを推進するための具体的方策
4. 留意事項
5. 歯科医療機関との連携状況
6. その他必要と思われる事項

歯科医師の指示内容の要点

平成 年 月 日



〈資料 1-② 記入例〉

施設口腔ケア・マネジメント計画書②

施設名 _____

記載者 _____

1. 当施設における入所者の口腔ケアを推進するための課題

口腔ケアリーダーの未設置。ケアプラン策定の統一化ができていない。

2. 当施設における口腔ケアの実施目標

利用者のリスクに応じた口腔ケアプランを作成し、実施する。

3. 口腔ケアを推進するための具体的方策

口腔ケアに関するアセスメントの実施と、歯科衛生士との連携。

4. 留意事項

口腔ケアに関するリスクが高い利用者に対しては、医師、歯科医師と連携を取ることとする。

5. 歯科医療機関との連携状況

口腔内に問題があると考えられた時には A 歯科医院に看護課を通じて連絡をする。往診治療時に、当施設スタッフが常に立ち会うようにし、治療後の留意事項等を確実に施設内に伝達する。

6. その他必要と思われる事項

将来予定されている施設改装時に合わせて、口腔ケアに適した水周りへの変更を検討する。

歯科医師の指示内容の要点

○×歯科衛生士は、×▽歯科医師より、口腔ケアの際の誤嚥の防止方法について助言を行うように、指示を受けた。

平成 年 月 日 ○○歯科クリニック



平成 年 月 日

口腔機能維持管理にかかわる助言内容

歯科医師 ・ 歯科衛生士

施設名

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



〈資料2 記入例〉

平成 年 月 日

口腔機能維持管理にかかわる助言内容

歯科医師 ・ 歯科衛生士

施設名

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

頸部の過伸展（首が後ろに反ってしまい、顎が上がっている状態）を示している人が見受けられます。こんな人に、口腔ケアを実施しようとする、さらに顎が上がってしまい、誤嚥のリスクがあります。顎をしっかり引くことができる体勢での口腔ケアが必要です。

たとえば、利用者の後ろ側に回り、介助者のお腹で首が上がらないように抑えつつ上から覗き込むように口腔ケアをする、背もたれの高い車いすや壁などを利用する、枕などを利用するなど工夫が必要です。



第4章

口腔ケア・アセスメントの実際



口腔ケア・アセスメントの実際

今回新設された「口腔機能維持管理加算」は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設において、計画的な口腔ケアを行うことができるよう、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、施設の介護職員に対して、技術的助言及び指導等を行う場合に算定できる口腔ケアの実施体制に対する加算という扱いであり、個々の入所者に対する個別のケアプランを立てることは求められてはいません。

しかしながら、口腔ケアの実施に際し、施設職員の関与や歯科専門職の関与が必要かどうかを判断するためには、口腔ケアの必要性に対するスクリーニングとアセスメントが求められます。さらに、今後より質の高い口腔ケアを提供していくためにも個々の入所者に対する口腔ケアプランの立案は必須になってくるものと思われます。

そこで、口腔ケア・マネジメントを実施する際に必要な口腔のアセスメントについて検討を行い、図1のようなアセスメント票を完成させました。ここでは、図1を用いた口腔ケア・アセスメントの実際の流れについて説明します。

アセスメント票の構成

このアセスメント票は、1) 口腔機能評価、2) 口腔内状況、3) 口腔ケアリスクから構成されています。

1. 口腔機能評価

口腔ケア・アセスメントは、う蝕や歯周疾患といった口腔疾患の予防はもちろんのこと、最近注目が集まってきた摂食嚥下機能の維持や誤嚥性肺炎の予防につながるものでなければなりません。そこで、口腔機能の評価では、観察と簡単な検査により嚥下機能を評価できるようになっています。

われわれが、全国19カ所の介護施設入所者172名(男性46名・女性126名、平均年齢84.0歳)を対象に行った予備調査では、このような評価に基づく肺炎のリスクが高い者で、開口保持や咀嚼運動ができない口腔機能の低下した者が多いことを報告しています。また、東京都および山梨県の介護老人福祉施設11カ所の入居者524名中残根以外の歯を有する242名(男性77名、女性165名、平均年齢83.1歳)を対象とした研究で、歯周病菌が誤嚥性肺炎の有力な起炎菌であるといわれているにもかかわらず、残存歯数やポケット深さと誤嚥性肺炎の発症との間には有意な関係がなかったことも報告しており、残存歯数やその植立状態といった形態学的な問題に加えて自浄作用の低下などの口腔環境を劣悪にしている口腔機能の評価の必要性を明らかにしています。そこで、本アセスメントでは、口腔衛生と口腔機能は表裏一体の関係にあるとの考えのもと、口腔衛生状態とそれらを悪化させる要因をアセスメントできるように考案しました。

2. 口腔内状況

良好な口腔衛生状態を保つことが口腔疾患の予防の基本です。したがって、現状の口腔衛生状態の評価を行うことは、口腔ケアのプランを策定する際に必須となります。また口腔衛生状態の評価は、口腔機能の評価にもつながります。すなわち、舌苔の付着状況は舌機能の低下を示し、口腔前庭部の食物残渣の残留は頬の機能の低下を示します。機能の低下は、口腔の自浄作用の低下を示唆することから、口腔ケアプランの策定のための重要な評価項目となります。さらに、口腔衛生状態は、現状の本人および施設職員の口腔ケアのスキルを評価することになり、両者に対する指導に役立ち、口腔ケアの自立度を考慮するうえでも重要な評価となります。介護施設において、口腔ケアが自立していると判断されている者において、口腔内状況が悪化している場合も多く見受けられることから、アセスメントに基づく適切な介助量の決定が求められるところでは。

義歯の有無や臼歯部での咬合の有無は、咀嚼に関わる評価です。咀嚼は運動であり神経・筋機能の制御に



口腔ケア・アセスメント票

平成21年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
口腔ケアマネジメントの確立

利用者氏名：	記入者：	実施年月日：
--------	------	--------

口 腔 機 能 評 価

食事中や食後のむせ	1 ない	2 あまりない	3 あり
食事中や食後の痰のからみ	1 ない	2 あまりない	3 あり
頸部聴診（3ccの水嚥下後、聴診） ☆水嚥下禁止の場合は呼吸音聴取	1 清聴	2 残留音・複数回嚥下	3 むせ・呼吸切迫あり
	4 清聴（☆）	5 弱い雑音あり（☆）	6 激しい雑音あり（☆）
原始反射	口すぼめ反射	1 ない	2 あり
	吸啜反射	1 ない	2 あり
	咬反射	1 ない	2 あり

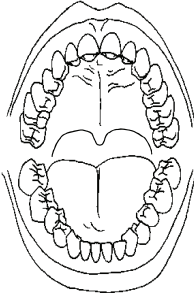
口 腔 内 状 況

口腔衛生 状態	プラークの付着状況	1	ほとんどない	2	中程度	3	著しい																																
	義歯プラーク付着状況	1	ほとんどない	2	中程度	3	著しい																																
	食渣の残留	1	ない	2	中程度	3	著しい																																
	舌苔	1	ない	2	薄い	3	厚い																																
	口腔乾燥	1	ない	2	わずか	3	著しい																																
	口臭	1	ない	2	弱い	3	強い																																
義歯の状況	上顎	1	総義歯	2	部分床義歯	3	義歯なし																																
	下顎	1	総義歯	2	部分床義歯	3	義歯なし																																
臼歯部での咬合	義歯なしの状態	1	なし	2	あり→口片側	口両側																																	
	義歯ありの状態	1	なし	2	あり→口片側	口両側																																	
歯科疾患	重度歯周病	1	なし	2	あり																																		
	重度う蝕	1	なし	2	あり																																		
歯式	<table><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr></table> ×：欠損歯 △：残根歯							8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																								
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																								

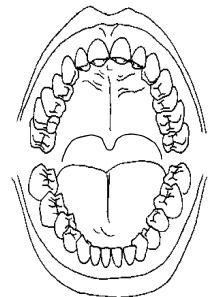
プラークの付着

残留部位を図示

粘膜疾患疑いなど特記事項があれば記入



プラークの付着
残留部位を図示
粘膜疾患疑いなど特記事項
があれば記入



口 腔 ケ ア リ ス ク

口腔ケアの自立・口腔ケアに対する拒否	日常の口腔ケア	1 自立	2 一部介助	3 全介助
	口腔ケアの拒否	1 ない	2 時々ある	3 いつもある
	拒否の理由、症状	1 意識障害者	2 くいしばり	3 認知症
		4 明確な意思による拒絶	5 過敏様症状	6 その他（ ）
	他のケアに対する拒否	1 ない	2 時々ある	3 いつもある
		※拒否のあるケアの内容 〔 〕		
口腔ケアに対するリスク	口腔ケアの自発性	1 ない	2 時々ある	3 いつもある
	義歯の着脱	1 できる	2 できない・しない	3 使用していない
	経管栄養チューブ	1 ない	2 ある→口胃ろう	口経鼻 口その他（ ）
	座位保持	1 可能	2 困難	3 不可能
	頸部可動性	1 十分	2 不十分	3 不可能
	開口保持	1 可能	2 困難	3 不可能
	口腔内での水分保持	1 可能	2 困難	3 不可能→口むせ 口飲んでしまう 口口から出る
	含嗽（ブクブクうがい）	1 可能	2 困難	3 不可能→口むせ 口飲んでしまう 口口から出る
	その他特記事項	感染症→口なし 口あり（ ）		

図1 口腔ケア・アセスメント票



より遂行されています。したがって、歯の有無にかかわらず咀嚼運動が行えない高齢者も少なからず存在するものの、咀嚼運動が維持されている者では、臼歯部の咬合が保持され硬固物の咀嚼ができるようになることは、口腔機能の維持・改善につながります。また、刺激唾液の誘発につながり口腔の自浄作用を高めることにもなります。したがって、義歯や咬合の有無に基づき歯科医療の必要性が判断されることになります。一方で、義歯治療を行うか否かは歯科医師による診断に基づくものであり、口腔内条件のみならず全身状態や社会的因子等さまざまなことが考慮されて決定されることから、これらのアセスメントがそのまま医療へとつながるわけではありません。これはう蝕や歯周疾患においても同様であり、アセスメントとしてはある・なしの判断にとどまることになり、歯科医療への橋渡しになればよいのです。

3. 口腔ケアリスク

①口腔ケアの自立・口腔ケアに対する拒否

口腔ケアを実施するにあたり、拒否されることなく実施できることは、口腔ケアの質を高めるうえにおいても重要です。しかしながら、認知機能の低下などにより、口腔ケアの必要性が理解されなかったり、理解できなかったりする場合などにおいて、円滑に遂行できない場合もあります。これは更衣や排泄など他のケアに対しても見られることがあり、口腔ケア実施時に単独に見られる拒否なのかどうかを判別する必要があります。口腔ケア単独に拒否が認められる場合には、口腔内に疼痛を生じる部位があったり過敏があったりすることも予想され、専門的な評価と介入が必要となります。

②口腔ケアに対するリスク

口腔ケアの基本は、「バイオフィルムの除去」です。バイオフィルムの除去を行おうとするときに重要な視点はバイオフィルムの「破壊と回収」です。すなわち、歯や口腔粘膜に付着したバイオフィルムを効率よく効果的に破壊し、さらに、破壊したバイオフィルムをいかに確実に口腔外に回収するかということです。これまで、前者の口腔内のどの部分にバイオフィルムが付着しやすく、バイオフィルムを破壊するにはどんな器具を使うのかといった論議は多く行われてきました。しかし、後者の回収の視点はどちらかというと疎かになっていることが危惧されます。破壊されたバイオフィルムを口腔内にそのまま放置すると、すぐさま歯や粘膜に再付着します。そればかりか、口腔内に落下させたバイオフィルムを誤嚥させることになれば、口腔ケアによって誤嚥性肺炎を発症させかねません。

そこで、「破壊」を効率的に実施するための安全な姿勢が保てるか、また除去した細菌の「回収」を安全に行うための含嗽などの口腔機能が保たれているかなどをリスクとして評価し、口腔ケア中の唾液等を自然嚥下により処理してよいのか、吸引装置等を準備して完全に回収しなければならないのか、このようなことを検討するためにも口腔機能の評価が必要となります。

また、経管栄養となっている者では口腔に廃用がみられるばかりか、経鼻チューブそのものが細菌の温床となりうる可能性も示されていることから、常にいま経管が必要であるかどうかを考えておく姿勢が必要であることから項目立てをしています。

口腔アセスメント票の利用法

以上のように本アセスメントでは、口腔機能の障害により表出される症状や徴候（口腔機能評価）、口腔内状況ならびに口腔ケアを実施していくうえでのリスクとなりうる要因（口腔ケアリスク）について評価できるようになっています（38 頁からの評価マニュアル参照）。本アセスメントは基本的には歯科医師、歯科衛生士が行う際に利用することを念頭においていますが、たとえば、施設職員等への聞き取り調査により把握する項目、口腔機能評価での「食事中や食後のむせ」や「食事中や食後の痰のからみ」、口腔内状況のプラー



クの付着状況を除く「口腔衛生状態」、口腔ケアリスクの「口腔ケアの自立・口腔ケアに対する拒否」といった項目を施設職員等によるスクリーニング項目として用いることもできます。口腔内が汚れているといった衛生面の評価は基準化も難しく、このことが歯科との連携を欠く一因になっていたことも否めません。一方、口腔衛生と口腔機能を一体としてとらえ、食事場面の観察や日常のケアの振り返りにより施設職員によっても簡単に行えるこれらの項目をうまく利用することで、専門家による口腔ケア・アセスメントへとつなげることができ、多職種協働による口腔ケアの提供体制の構築につなげていけるものと期待しています。





評価マニュアル

口腔機能評価

食事中や食後のむせ

- 食事を普段から観察している職員に聞いて記入する。
(対象者の食事状態を把握している場合は、自分の判断で記入可)

食事中や食後の痰のからみ

- 食事を普段から観察している職員に聞いて記入する。
(対象者の食事状態を把握している場合は、自分の判断で記入可)

頸部聴診

- 3ccの水嚥下後、聴診を行う。
水を飲まなくても、頸部聴診によって呼吸音に唾液の咽頭残留を疑う音が聴取された時は、2. 残留音とする。
- すでに、経口摂取が禁止されていたり、水分の摂取に対してとろみを使ったりゼリーとしている場合は、呼吸音の聴取のみ行う。

原始反射

口すばめ(口尖らし)反射 snout reflex :

- 上唇の中央を指先で軽くたたくと、唇が突出し、唇にしわができる。

吸引(吸啜)反射 sucking reflex :

- 口を軽く開かせ、上唇から口角にかけて指や舌圧子で軽くこすると、乳児が口を尖らせて乳を飲むのに似た運動を起こす。指を口腔内に入れると、上下の口唇や硬口蓋、舌、下顎でしっかり捉え、舌は前後に動く。

咬反射 bite reflex :

- 下顎臼後部または臼歯部を指で下方に押すことにより、噛むような下顎の上下運動が見られる。

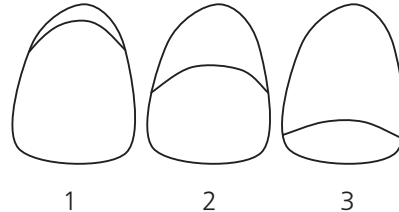


口腔内状況

口腔衛生状態

プラークの付着状況

- 施設職員による口腔ケア後2時間以上経過した時点で観察
(調査日には歯科衛生士などの介入はしないで、施設職員に任せる)
- 歯列内の最もプラークが付着している部位のプラーク付着面積を評価
 1. ほとんどない—歯頸部に認められる程度
 2. 中程度 — 歯冠の 2/3 未満
 3. 著しい — 歯冠の 2/3 以上



(残根は評価に含めない)

(義歯のプラークは含めない)

食渣の残留

- 歯列、口腔内、および義歯について観察
 - 最も食渣が残留している部位の付着量を評価
 1. ない — 食渣が認められない状態
 2. 中程度 — ご飯粒や繊維状のものがわずかに残留している状態
 3. 著しい — 多量の食渣が残留している状態
- (義歯内面も含める)

舌 苔

1. ない
 2. 薄い舌苔
 3. 厚い舌苔
- (舌苔の面積は考慮しない)



2. 薄い舌苔



3. 厚い舌苔

口腔乾燥

- 口腔内全体の乾燥度を評価
 1. ない
 2. わずか—口腔乾燥はあるが舌下部には唾液が認められる
 3. 著しい—口腔内全体が乾燥していて舌下部にも唾液がない



□ 臭

- 対象者の口元から約 15cm 離れ、呼気時または発話時の口臭を判断
 1. ない
 2. 弱い
 3. 強い

義歯の状況

- 食事の際に実際に使用しているものについて記入
- 歯の有無にかかわらず、いずれかにチェックを入れる
例：持っているが使用していない→義歯なし
歯がすべて揃っている →義歯なし
食事のときだけ使用している→部分床義歯または総義歯
総義歯が残根上にある →総義歯

臼歯部での咬合

- 小臼歯、または大臼歯の 1 カ所でも咬合があれば、ありとする
- 食事の際に義歯を使用していない場合は、義歯なしの状態のみ記入
- 義歯を使用している場合は、義歯なしの状態と義歯ありの状態の両方を記入

歯科疾患

重度歯周病

- 自然出血や排膿がある歯、
または歯軸方向に動揺する歯が 1 本でもあればありと評価する

重度う蝕

- 実際に歯質が欠損しているものについてありとする
- 残根状態の歯があればありとする
(白濁や着色のみの場合はなしとする)

歯 式

- 欠損歯－×，残根歯－△
(その他補綴物の有無についての記載は不要)

□腔ケアリスク

□腔ケアの自立・□腔ケアに対する拒否

□腔ケアの拒否

- 腔ケア自立者では□腔内のチェック(口の中を見ること)に対する拒否を評価する。

他のケアに対する拒否

- 入浴・排泄・爪切り・着替えなどすべてのケア・介助に対する拒否を評価する。



口腔ケアの自発性

- 歯ブラシやうがいの頻度で評価

1. ない — 自主的（声かけなし）な歯ブラシやうがいを全く行わない
2. 時々ある — 毎食後ではないが自主的（声かけなし）に行うことがある
3. いつもある — 毎食後に自主的（声かけなし）に行う

義歯の着脱

- 自立での義歯の着脱の可否を評価する

口腔ケアに対するリスク

経管栄養チューブ

- 現在の栄養摂取方法として経管栄養を用いている場合に評価する。

例) 胃ろう造設していても現在全量経口摂取である場合→ 1. ない

座位保持

- 口腔ケアを行うのに必要な時間、必要な姿勢を保持できるかどうかを評価する。

例) 車椅子に座位可能だが、前傾が強く口腔ケアは行えない→ 2. 困難

頸部可動性

- 前後左右に頭頸部を動かせるかどうかで評価する。

1. 十分 — 自分で全方向に動かすことができる
2. 不十分 — 自分では動かせない方向がある（麻痺などを含む）

介助すれば動かすことができる

3. 不可能 — 自分では全く動かせず、介助しても動かすことが困難

開口保持

- 口腔ケアを行うのに必要な時間、必要な開口が保持できるかどうかを評価する。

1. 可能 — 問題なく必要な口腔ケアが行える
2. 困難 — 途中で口を閉じてしまうので必要な口腔ケアを行えない
3. 不可能 — 歯ブラシやスポンジブラシが動かせない・入れられない

拒否の場合は 3. とする

無歯顎者で粘膜清掃が必要なくうがいのみの場合は、食物残渣の有無を確認できる程度の時間の開口保持ができるかどうかを評価する

含嗽

- 食物残渣を流す程度に頬を動かしブクブクうがいができるかどうかで評価する。

例) 口に含んで頬を動かすことなく口から出す場合は不可能とする



口腔機能維持管理の導入効果



口腔機能維持管理の導入効果

介護老人福祉施設における口腔ケア・マネジメントの効果¹⁾

1. 東京都台東区における取り組み

東京都台東区歯科医師会および台東区浅草歯科医師会（以下、歯科医師会とする）では、平成 18 年より、介護老人福祉施設利用者の継続的な口腔機能管理を目的に、同区内に立地する 2 つの介護老人福祉施設において、口腔ケア・マネジメントの取り組みを行いました。本項では、この取り組みの結果から、口腔機能維持管理の効果について検討します。

2. 口腔機能の評価

利用者の口腔機能、口腔衛生状態の評価は随時、1 週間に 2 回、歯科医師会より派遣された歯科衛生士により、スクリーニングとして行いました。歯科治療の介入の必要性を疑う症例の場合には、随時、訪問診療対応で当施設にて訪問診療を行う歯科医師会会員の歯科医師が、その診断を行うことにしました。また摂食・嚥下機能の低下が疑われた症例においては、1 カ月に 1 回、歯科医師会の要請により大学病院より派遣された専門の歯科医師が摂食機能の評価を行い、それぞれ必要に応じて、歯科治療および摂食機能療法を行いました。

3. カンファレンスの開催

これらの活動と施設看護職員、介護職員、栄養士などのコーディネート役を果たした重要なツールは「摂食支援カンファレンス」でありました(図 1)。このカンファレンスは月に 1 回開催され、施設のケアワーカー、相談員、看護師、管理栄養士とともに、歯科医師会の歯科医師、大学派遣の歯科医師、歯科衛生士が基本メンバーとなりました。このカンファレンスでは、施設側の各職種、歯科医師会側の各担当者よりそれぞれの立場より、口腔ケアの問題点、口腔内の状態、摂食機能、栄養状態など問題のあるケースの提示が行われ、ケアプランを策定しました。このカンファレンスの内容は、介護保険制度にある栄養ケア・マネジメントの経口維持加算、経口移行加算のケアプランに反映するようにしました。



図 1 多職種と行う「摂食支援カンファレンス」、利用者を支える多くの職種が参加します。

取り組みの結果

1. 栄養改善に対する取り組みとその効果

ここで、A 施設における栄養改善の効果について紹介します。調査対象者は、平成 19 年 1 月に摂食支援カンファレンスを開始した時点で同施設に入居していた 58 名(平均年齢 85.2 ± 7.7 歳、男性 15 名、女性 43 名)のうち、入院等により各評価時点での評価が不可能であった者(4 名)および経管栄養にて栄養



管理をうけている者(4名)を除く50名(平均年齢 85.2 ± 7.4 歳, 男性13名, 女性37名, 平均ボディ・マス・インデックス 19.1 ± 2.9)です。歯科医師および施設の管理栄養士, 看護師を中心に利用者の摂食機能, 栄養状態の評価を行いました(図2)。摂食機能の評価は, 昼食時を中心に随時行い, 頸部聴診法(図3)などによって著しい誤嚥が予想される場合など精密検査が必要と判断された入居者に関しては, カンファレンスに参加する職員, 歯科医師, 歯科衛生士および家族の立会いのもと嚥下内視鏡検査が行われました(図4)。栄養の評価は, 摂取エネルギー量の算出や体重測定にて行いました。カンファレンスにおいては, 摂食機能評価および栄養アセスメントの結果を参考にしました。なお, 栄養アセスメントは, 体重の変遷, 現体重や標準体重を基にした必要エネルギー量, 供給エネルギー量に月あたりの摂取量調査より得られた摂取エネルギー量などを参考にしました。これらの資料をもとに, 各フロア担当者や看護師より, 摂食機能の変化や摂食の状況が報告され, 栄養ケア計画を策定しました。介入当初, 平均摂取エネルギー量は $1,057 \pm 189\text{kcal/day}$ でした。これは, 標準体重を基準とした必要エネルギー量(標準体重を身長 $\times$ 身長 $\times 22$ とし), を基準とした場合の $1,170.1\text{kcal}$ より約 100kcal (約15%)少ない値でした。その後, 介入により6カ月後には, $1,130.9 \pm 118.0\text{kcal}$ に, 9カ月後には, $1,118.6 \pm 168.8\text{kcal}$, 1年後には $1,183.7 \pm 195.6\text{kcal}$ に有意に増加しました。1年後時点においては, 必要エネルギー量に対してはほぼ充足されました(図5)。その結果, 6カ月間前との体重の比較において減少を示した者の割合は, 介入時に51%に認められましたが, 9カ月後には44%に, 1年後には21%に減少を示しました。介入時に, 10%以上の体重減少を示している高リスク者が4名いましたが, 9カ月後, 1年後にはいなくなりました^{2, 3)}。継続的な口腔機能の管理のアウトカムとして, 栄養改善が強調されると思います。



図2 昼食時に行うミールラウンド。食事の状況, 摂食機能を管理栄養士, 看護師, 介護職とともに観察します。

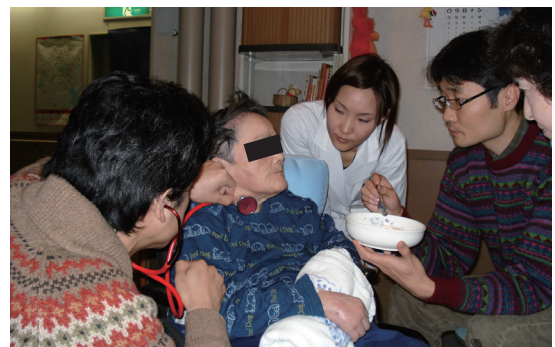


図3 管理栄養士, 看護師, 介護職とともに頸部聴診。本症例は誤嚥性肺炎の治癒とともに, 施設に帰所した当日に行った評価場面です。



図4 嚥下内視鏡検査は, 生活の場面で検査が行えることが大きな特徴です。ケア担当者や看護担当者, 家族を同席のうえ評価することができます。

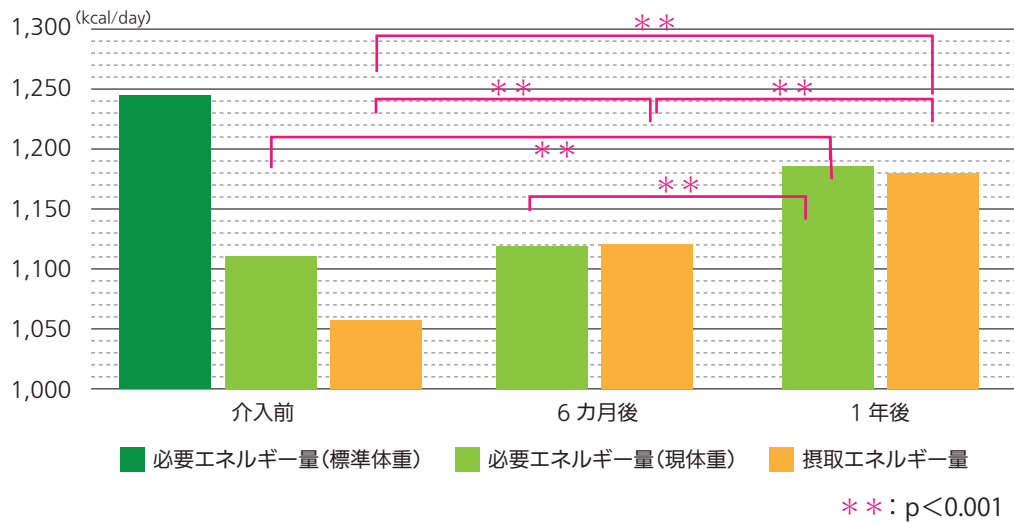


図5 栄養摂取量の推移

2. 口腔ケアにおけるとりくみと効果

口腔衛生管理が十分に行えない要介護高齢者に対しては、限られた人的資源や社会資源のなかで歯周疾患の予防を達成し、さらには気道感染をも予防する質の高い多職種協働の口腔ケアを提供できる体制づくりが必要であると考えます。歯科衛生士が直接、口腔清掃を行うといった従来型の口腔ケアを行っている限り、口腔ケアを必要としている全ての人たちに対応することは不可能であります。そこで歯科衛生士が個々の対象者の口腔内状況などをアセスメントし、アセスメント結果に応じた口腔ケアプランを立案し、多職種協働で口腔ケアの実施にあたるといった、口腔ケア・マネジメントの手法を取り入れました。これは平成19年度厚生労働科学研究にて報告された手法であり、質の高い口腔ケアを行うためには、口腔衛生状態や口腔機能の的確なアセスメントやリスク評価に基づくケア計画の立案、実施、再評価というPDCAサイクル(Plan, Do, Check, Action)に則った多職種協働型の口腔ケアのシステムであります。PDCAは産業界で用いられている手法ですが、要介護高齢者に対する栄養改善を目指した取り組みにおいて、栄養アセスメント(Assessment)、栄養管理プログラム(Care plan)、モニタリング、再評価(Monitoring, Follow-up)が重要であるといわれているように、栄養ケア・マネジメントにおいても応用されています。

施設Aにおいては、介入前年度には、23名が肺炎を発症していましたが、介入を行った年には、17名に減少し、肺炎による入院日数は延べ533日から、399日に減少を示しました。肺炎の発症抑制において特徴的であった所見は、新規肺炎発症者の抑制でありました。介入前年度における肺炎発症者のうち、その前年にも肺炎の発症を起こしていた、いわゆるリピーターは8名(35%)であり、新規発症者は15名でした。介入によって、リピーターに対する肺炎抑制効果は低かったものの新規の発症者は介入によって9名となり、新規発症者を、40%削減することができました(図6)。

3. 歯科医療との連携について

咬合支持を失ったものにとって義歯は、咀嚼能力を回復するために欠かせないものであります。一方、義歯の存在は表情を形成するうえにおいても重要で、高齢者の尊厳にもかかわるものと思います。介入施設において、継続的口腔機能管理の開始とともに、歯科受療患者数が介入施設において飛躍的に増加を示しました。そこで、歯科受療の効果検証として、平成18年の調査時点の義歯使用状況と平成20年の義歯使用状況を比較してみました。経過観察期間中に使用状況の観察が行えたもので、臼歯部の咬合が全くみられない者を義歯使用必要者とした場合、平成18年時点で上顎に義歯の必要性のある者は119名でした。この



うち、非介入施設(同区内の2施設)には45名、介入施設には74名でした。非介入施設の45名中31名が義歯を使用していました。しかし、2年後の平成20年の時点では、義歯使用者が23名に減少しました(26%減)。平成18年の時点で不使用者だったものは、いずれも平成20年においても不使用者でした。一方、39人が使用していた介入施設においては2年後33名の者が使用していました。介入施設においては平成18年の不使用者35名のうち4名が平成20年においては使用していました。結果として、37名が義歯を使用していて(5%減)、さらに、下顎においては、義歯の必要性のある者は120名でした。このうち、非介入施設には46名、介入施設には74名でした。非介入施設の46名中28名が義歯を使用していました。しかし、2年後の平成20年の時点では、義歯使用者が20名に減少してしまいました(29%減)。平成18年の時点で不使用者だったものは、いずれも平成20年においても不使用者でした。一方、32人が使用していた介入施設においては、2年後24名の者が使用していました。介入施設においては平成18年の不使用者42名のうち5名が平成20年において義歯を使用していました。結果として、29名が義歯を使用していました(9%減)(図7)。継続的口腔機能管理のかかわりが適切なタイミングで歯科受療につながり、利用者の口腔機能の維持に結び付いたと考えています。

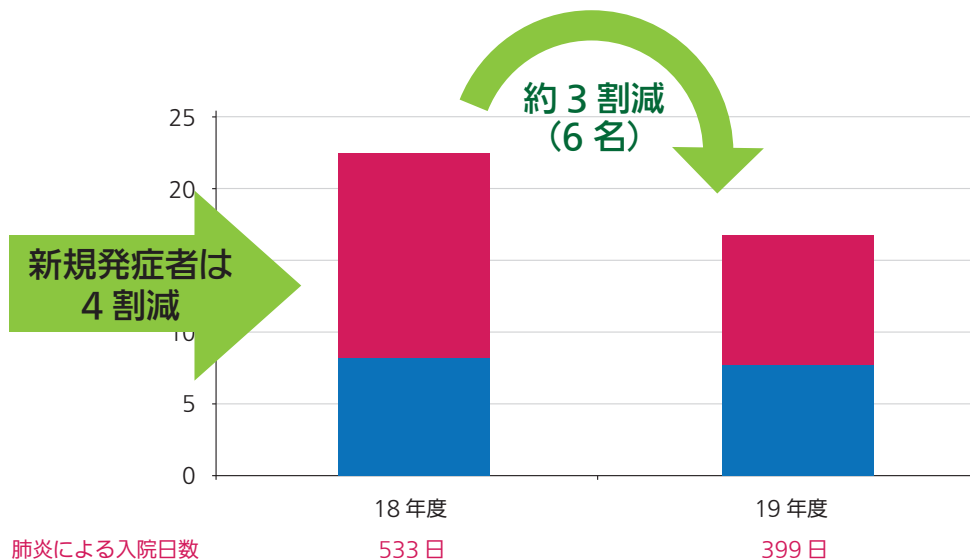


図6 肺炎発症者の推移

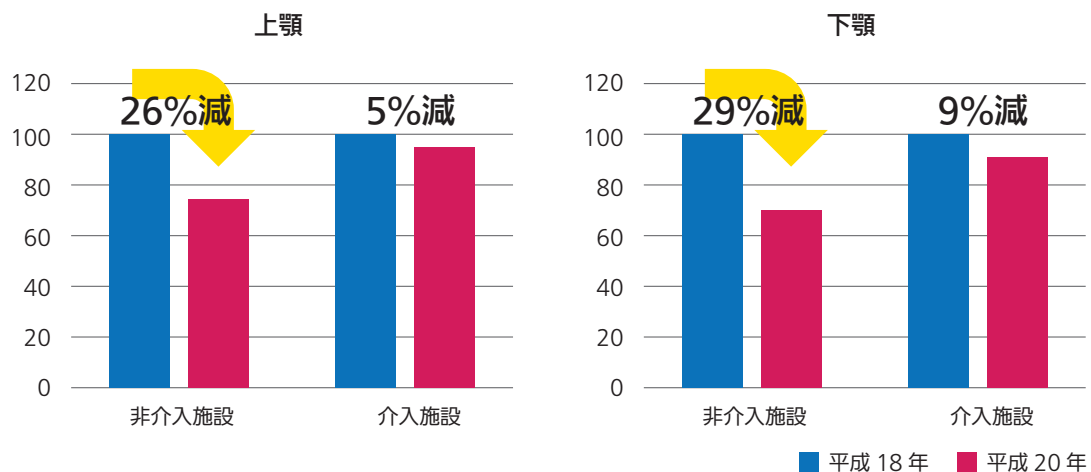


図7 義歯使用者の推移。非介入施設においては、多くの者において義歯の使用が中止されていました。介入施設においては、義歯の使用状況が維持されました。



最後に

介護老人福祉施設における継続的な口腔機能の管理は、継続的に歯科の専門職が施設利用者の生活機能を考慮しつつかわることができるシステムであるともいえます。このシステムは、歯科単独のものではなく、施設の多職種との連携に基づいており、これにより効果的で効率的なかかわりを目指しているものです。これは、適切なリスクマネジメントに基づいた口腔ケアプランの提示、その実践に支えられています。さらに、歯科医療者のかかわりにより、医療的介入の必要性をタイミングよく的確に判断し、歯科医療につなげることができると考えられ、歯科医療がその実効性を持つようになります。利用者の生活機能や認知機能やADLを総合的に判断し、歯科医療の必要なものに的確に介入することが肝要であります。口腔ケアも同様ですが、歯科医療を多く提供すれば、口腔機能が維持できるということではないことは再確認すべきであると思います。

〈44 頁からここまで、文献 1) より許諾を得て転載〉

埼玉県狭山市 医療法人尚寿会 大生病院 介護療養病床および老人保健施設 愛

施設概要

埼玉県南西部に位置する狭山市にある医療法人尚寿会は大生病院とあさひ病院、老人保健施設「愛」の3つの施設を有します。口腔機能維持管理加算の対象となる部分は、大生病院に介護療養病床108床、老人保健施設「愛」に100床を有します(図8)。

歯科医師は大生病院に常勤2名、非常勤6名が所属し、歯科衛生士は常勤7名が所属しています。歯科診療業務は、入院患者の歯科診療や口腔ケアを中心としていますが、一般外来診療、口腔外科疾患、摂食・嚥下、ドライマウス・口腔心身症外来など、広い分野の対応にあたっています。

以前より、病棟の入院患者への口腔ケア提供は行われていましたが、口腔機能維持管理加算の導入と同時に、老人保健事業における介護予防事業への歯科衛生士の参加も踏まえ、昨年度の常勤歯科衛生士数6名より、2名増加の8名体制へ向けて、人材の増加を行っているところであります。現在でも、病棟の口腔ケア・摂食・嚥下障害への対応のために、専任歯科衛生士を設けており、介護保険病棟への口腔ケアは専任歯科衛生士を中心に展開させています(図9)。



図8 医療法人尚寿会全景



図9 歯科医師・歯科衛生士による口腔ケア、摂食・嚥下リハビリ

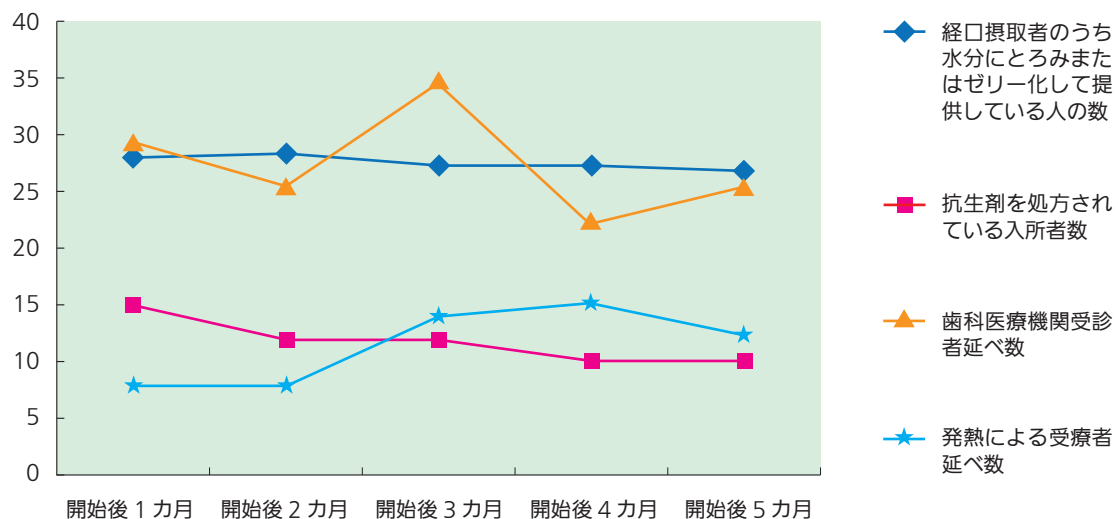


図10 大生病院における口腔機能維持管理加算導入後の状況変化

一方、今回の口腔機能維持管理加算は、栄養管理の一部としてその制度制定が行われているため、栄養ケア委員会を統括する歯科医師が、各病棟、施設への口腔機能維持管理に関する助言・指導を行っています。助言・指導は、月に1回、文書により各病棟・施設に配布します(参考文書1)。指導内容は各病棟・施設にて見聞された点や、全般的に改善を期待するもの、一般的な口腔ケアの注意点や、専任歯科衛生士、外来歯科衛生士からの報告事項などを中心に内容を決定しています。さらに病棟・施設職員からのフィードバックも常に傾聴するように心がけています。傾聴の場は入所者の口腔ケア実施時にも出来るだけ病棟・施設職員との会話をし、困っていることや問題点などがないか聞き取りします。また、栄養ケア委員会開催時にも、病棟各代表者が集まりますので、意見や問題提起を行ってもらえるよう促しています。

導入における効果

口腔機能維持管理加算は、平成21年4月の介護保険改正時に体制づくりを行い、導入しました。同時に老人保健推進事業への研究協力も合わせて、発熱者や抗生剤の使用料、歯科受診者数などの変化を調査開始しました。また、専任歯科衛生士、看護師などへの意見聴取も同時に行い、口腔機能維持管理加算を導入した効果について考察しました。



結果、対象病棟・施設に入所している対象者において経口摂取者数の変化や、発熱者数の大きな変化はありませんでした。しかし、抗生剤の使用量には若干の変化を認め、歯科受診者数にあつては、病棟によっては増加している例も見られました(図 10)。

今回の加算では、コスト的な問題や導入準備に時間が掛けられなかったこともあり、介護療養病床においては、数字上の大きな効果はありませんでした。しかし、病棟内における歯科医師・歯科衛生士の活動や、看護・介護職の口腔ケアに関する意識は変化が出てきています。

病棟での口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーションに専任している歯科衛生士は、病棟での活動において以前よりスムーズになったといっています。実際に歯科受診者数の増加は、歯科衛生士が行う専門的口腔ケアの対象者が増加していることの表れであり、病棟・施設を担当する医師・看護師・介護職それぞれが、口腔に関心をもち、歯科医師・歯科衛生士のサポートを必要としていることが分かりました。口腔ケア器材にあっても、購入数が増加しており、特に口腔保湿剤の使用量は増加傾向にあります。

介護療養病床では、以前より口腔ケアに対する意識が高く、今回の改正にて劇的な口腔ケアの効果はありませんでしたが、歯科医師・歯科衛生士の活動や、他職種協働に対しては大きく貢献することができていると感じます。今後とも口腔機能維持管理加算が推進され、多くの施設利用者の口腔環境が良い方向へ改善されることに期待します。

文 献

- 1) 菊谷 武：特別養護老人ホームにおける継続的な口腔機能管理の効果—口腔ケア・マネジメントを通じて—。日歯医師会誌，62：506～512，2009。
- 2) 菊谷 武，高橋賢晃，福井智子，片桐陽香，戸原 雄，田村文誉，青木徳久，桐ヶ久保光弘，小山 理，腰原偉旦：介護老人福祉施設における栄養支援 摂食支援カンファレンスの実施を通じて，老年歯学，22：371～376，2008。
- 3) 菊谷 武：くらしを支える歯科医療—在宅歯科医療における口腔機能管理—，老年歯学，23：297～302，2008。



参考文書 1

平成 22年 2月 26日

口腔機能維持管理にかかわる助言内容

歯科医師 ・ 歯科衛生士 阪口 英夫

施設名 4階東病棟

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

口腔ケアの効果を検証しましょう。

口腔機能維持管理加算を算定してから、入所・入院中の利用者さん・患者さんの状態はどうでしょうか？ 抗菌薬の使用量・熱発者の減少はありましたか？ インフルエンザの発症は減少しましたか？ 経口摂取をしている人の数に変化はありませんでしたか？

上記のような案件に対して、自分たちの施設・病棟ではどのような状況だったか、検証し見直してみることも必要です。口腔ケアを十分行うことによって、上記の案件は、必ず好転するといわれています。

定期的に観察や検証を行い、自らがやっている口腔ケアが効果をあげているのかどうか、再検討してみてください。

平成 21 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「施設入所者における口腔ケアの提供体制のあり方に関する調査研究事業」

東京歯科大学オーラルメディスン・口腔外科学講座 教授

（日本老年歯科医学会 理事長）

山根 源之

日本歯科大学 口腔介護・リハビリテーションセンター 准教授 菊谷 武

日本歯科大学 口腔介護・リハビリテーションセンター 助教 町田 麗子

日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 教授 植田耕一郎

広島市総合リハビリテーションセンター 医療科部長 吉田 光由

東京歯科大学 オーラルメディスン・口腔外科学講座 講師 渡邊 裕

鶴見大学歯学部高齢者歯科学講座 助教 菅 武雄

大生病院 歯科部長 阪口 英夫

三豊総合病院 歯科保健センター センター長 木村 年秀

西円山病院 歯科部長 藤本 篤士

昭和大学歯学部 助教 石川健太郎

社団法人 日本歯科医師会 常務理事 池主 憲夫

日本歯科衛生士会 常務理事 武井 典子

特別協力

厚生労働省老人保健局老人保健課課長補佐 福泉 隆喜

わかくさ竜間リハビリテーション病院 診療部長 糸田 昌隆

口腔機能維持管理 マニュアル

印 刷 2010 年 3 月 25 日

発 行 2010 年 3 月 31 日

発 行 ©一般社団法人 日本老年歯科医学会 老人保健健康増進等事業班
編 集 菊 谷 武

制 作 財団法人 口腔保健協会
〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9
Tel 03-3947-8894 Fax 03-3947-8873

印 刷 壮光舎印刷株式会社



〈資料 1-①〉

施設口腔ケア・マネジメント計画書①

策定日 平成 年 月 日

作成者

指導 歯科医師・歯科衛生士

当施設における 入所者の口腔ケア を推進するための 課題		
当施設における 口腔ケアの 実施目標		
口腔ケアを 推進するための 具体的方策		留意事項
歯科医療機関との 連携状況		
	提携歯科医療機関 緊急連絡先	担当者
指示内容の要点		
その他		

施設口腔ケア・マネジメント計画書①

策定日 平成 年 月 日

作成者

指導 歯科医師・歯科衛生士

当施設における 入所者の口腔ケア を推進するための 課題	I－1 入所者の口腔状況・ケアの必要性を評価する。 I－3 口腔ケアを行う時間の確保。 I－6 施設職員の口腔ケアに対する知識・技術の習得および向上。	
当施設における 口腔ケアの 実施目標	入所者全員に適切な口腔ケアを提供する。 肺炎になる人をゼロにすることを目指す。 職員全員が正しい口腔ケアを理解する。 口腔ケア勉強会を定期的（6 カ月に 1 回）に開催する。	
口腔ケアを 推進するための 具体的方策	歯科医師および歯科衛生士の指導を受けて、施設入所者全員の口腔ケアアセスメントを実施し、口腔ケアプランを策定する。 歯科医師および歯科衛生士を講師に招き、口腔ケア勉強会・研修会を実施する（〇月〇日午後 4 時から）。 病棟（セクション・階）別に口腔ケアリーダーを設置する。口腔ケアリーダーは口腔ケアに関わる事柄すべてを把握し、適切に行われているか監視するとともに、外部歯科医師・歯科衛生士との連携を密に行い、入所者の口腔状況を向上させる。 口腔ケア用具の整備を行う。口腔ケアリーダーは部署別に用意されている口腔ケア用具の点検・整備を行う。 口腔ケアチームリーダーは外部口腔ケア勉強会にも参加する。	留意事項 欠席者には伝達を徹底する。
歯科医療機関との 連携状況	週 1 回の定期的な歯科訪問診療，ならびに歯科衛生士による専門的口腔ケアの実施時に，歯科衛生士の随時来訪を受ける。連絡は口腔ケアリーダーが行う。	
	提携歯科医療機関 ○×歯科医院 担当者 緊急連絡先	
指示内容の要点	1. 口腔ケアアセスメントを全員に実施しましょう。 2. 口腔ケア勉強会を開催します（〇月〇日）。できるだけ多くの職員を参加させてください。 3. 6 カ月に 1 回は，入所者全員の歯科検診を行います。	
その他		

〈資料 1-②〉

施設口腔ケア・マネジメント計画書②

施設名

記載者

1. 当施設における入所者の口腔ケアを推進するための課題
2. 当施設における口腔ケアの実施目標
3. 口腔ケアを推進するための具体的方策
4. 留意事項
5. 歯科医療機関との連携状況
6. その他必要と思われる事項

歯科医師の指示内容の要点

平成 年 月 日

施設口腔ケア・マネジメント計画書②

施設名

記載者

1. 当施設における入所者の口腔ケアを推進するための課題

口腔ケアリーダーの未設置、ケアプラン策定の統一化ができていない。

2. 当施設における口腔ケアの実施目標

利用者のリスクに応じた口腔ケアプランを作成し、実施する。

3. 口腔ケアを推進するための具体的方策

口腔ケアに関するアセスメントの実施と、歯科衛生士との連携。

4. 留意事項

口腔ケアに関するリスクが高い利用者に対しては、医師、歯科医師と連携を取ることとする。

5. 歯科医療機関との連携状況

口腔内に問題があると考えられた時には A 歯科医院に看護課を通じて連絡をする。往診治療時に、当施設スタッフが常に立ち会うようにし、治療後の留意事項等を確実に施設内に伝達する。

6. その他必要と思われる事項

将来予定されている施設改装時に合わせて、口腔ケアに適した水周りへの変更を検討する。

歯科医師の指示内容の要点

○×歯科衛生士は、×▽歯科医師より、口腔ケアの際の誤嚥の防止方法について助言を行うように、指示を受けた。

〈資料 2〉

平成 年 月 日

口腔機能維持管理にかかわる助言内容

歯科医師 ・ 歯科衛生士

施設名

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

口腔機能維持管理にかかわる助言内容

歯科医師 ・ 歯科衛生士

施設名

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

頸部の過伸展（首が後ろに反ってしまい、顎が上がっている状態）を示している人が見受けられます。こんな人に、口腔ケアを実施しようとする、さらに顎が上がってしまい、誤嚥のリスクがあります。顎をしっかり引くことができる体勢での口腔ケアが必要です。

たとえば、利用者の後ろ側に回り、介助者のお腹で首が上がらないように抑えつつ上から覗き込むように口腔ケアをする、背もたれの高い車いすや壁などを利用する、枕などを利用するなど工夫が必要です。