
介護予防向上のための口腔機能
リハビリ活動に関する調査研究事業
報 告 書

平成15年3月

(社)全国国民健康保険診療施設協議会

介護予防向上のための口腔機能
リハビリ活動に関する調査研究事業
報 告 書

はじめに

平成12年にスタートした「介護保険制度」も3年が経ち、痴呆の取り扱いも含めた認定基準等が大幅に見直され、要介護者に対する介護サービスの充実も、図られる見通しである。

しかし、「介護保険制度の整備・充実」を図るためには、高齢者が寝たきりにならないための予防や、要介護状態への移行予防が大切なことであり、そのための「地域リハビリテーション活動」が重要とされてきた。

過去の国診協歯科保健関係のモデル事業の結果から、『口腔内状況を良い状態に整備・維持することが、「生活機能低下」「低栄養」「転倒」「閉じこもり」等の介護予防に寄与する』事が明らかにされてきたところであり、全国の国保直診、特に歯科を持たない施設に、その意識を浸透させていくのが課題である。

本事業は、過去の歯科モデル事業での『口腔機能改善により、食べられる状態にする』という「口腔内」「食事」への視点をさらにすすめ、「会話する・笑う」という人間の尊厳にかかわる表情筋等の「口腔周辺機能」を改善させることを主眼としたが、短期間にもかかわらず、口腔機能改善は全身健康状態をも改善し、ADLやQOLを向上させることにつながるという良好な結果を得ることが出来た。これは「個別リハビリ」メニューの中に、今後は「口腔機能リハビリ」を追加すべき事を示唆するものと考えられる。

また、本事業は介護保険施設職員が主体となり、歯科関係者はサポートする形で行った結果、各施設で様々な特徴ある取り組みが紹介されるとともに、多くの介護保険施設から『口腔機能改善が全身に及ぼす影響の大きさに驚いた』『今後とも施設で続けて行きたい』等、好評の意見が寄せられ、期待していたよりも多くの効果が得られている。これは今後、全国にこのような事業を推進する上で大きな励みになるとともに期待されるものである。

本事業を行うにあたり、口腔領域における「ケア」「リハビリテーション」に関する概念を整理しておく必要があったので、地域リハビリテーション概念に照らし、かつ文献的検討、医科・リハビリ界等の学識者との協議を行い、国診協としての「口腔機能リハビリテーション」概念をとりまとめた。今後さらにこの概念は検討の必要はあるが、その礎になるものと確信する。

最後に、本事業にご協力頂いた国保直診および関係各位に深く感謝するとともに、この事業を推進するにあたり、新庄文明先生をはじめ「口腔機能改善推進委員会」委員の方々や、オブザーバーとしてご指導頂いた関係各位に、深く感謝の意を表します。

平成15年3月

目次

事業と結果の概要

第1章 事業の背景および口腔機能リハビリの位置づけについての検討

| | |
|------------------------------|----|
| 1. はじめに | 3 |
| 2. 地域リハビリテーションからみた口腔ケア | 5 |
| 3. 口腔リハビリテーションと口腔ケアに関する文献的検討 | 11 |
| 4. 口腔ケアと口腔機能リハビリの位置付け | 14 |

第2章 調査方法

| | |
|-----------|----|
| 1. 事業の目的 | 23 |
| 2. 事業実施施設 | 24 |
| 3. 事業の流れ | 25 |
| 4. 調査方法 | 26 |
| 5. 調査票 | 27 |
| 6. 実施要領 | 28 |

第3章 調査結果の概要およびまとめ

| | |
|------------|----|
| 1. 事業実施の概要 | 33 |
| 2. 集計結果の概要 | 35 |

第4章 集計結果

| | |
|------------------------|----|
| I. 連携施設でのリハビリ実施状況 | |
| 1. 調査対象施設の状況 | 47 |
| 2. レクリエーションの実施状況 | 48 |
| 3. 口腔ケアの実施状況 | 49 |
| 4. 入所者の摂食・嚥下障害の状況 | 53 |
| 5. 摂食・嚥下リハビリテーションの実施状況 | 55 |

II. 口腔機能リハビリ実施施設の概況

| | |
|----------------------|----|
| 1. 対象施設の入所者数、年齢構成 | 58 |
| 2. 入所者の要介護度分布 | 58 |
| 3. 対象者の日常生活自立度 | 60 |
| 4. 感染症の状況 | 62 |
| 5. 食事内容 | 65 |
| 6. 歯・義歯の状況 | 66 |
| 7. 口腔清掃の自立度 | 67 |
| 8. 摂食・嚥下障害 | 70 |
| 9. 摂食・嚥下障害と日常生活状況の関連 | 76 |

III. 口腔機能リハビリ対象者の概況

| | |
|-----------------------|----|
| 1. 対象者の年齢、男女構成、入所施設分布 | 85 |
| 2. 日常生活自立度の分布、主な疾患の分布 | 86 |
| 3. 対象者の麻痺・拘縮の状況 | 87 |
| 4. 発熱の状況 | 88 |
| 5. 歯の状況 | 89 |

IV. 口腔機能リハビリ対象者の口腔機能の現状

| | |
|----------------------|----|
| 1. 口腔の状況 | 91 |
| 2. 開眼、運動、言語に関する反応レベル | 92 |
| 3. 嚥下障害の状況 | 94 |
| 4. 言語反応と嚥下障害の症状との関連 | 95 |

V. 口腔機能リハビリ対象者の生活能力の現状

| | |
|--------------------------|-----|
| 1. 日常生活能力（バーセル指数）、坐位保持時間 | 99 |
| 2. 口腔に関する能力 | 101 |

VI. 口腔機能リハビリ対象者の社会生活の現状

| | |
|------------|-----|
| 1. 社会生活の現状 | 105 |
| 2. 食事の状況 | 107 |
| 3. 心理的な現状 | 109 |

Ⅶ. 口腔機能リハビリ実施状況

Ⅷ. 口腔機能リハビリ実施前後の比較

| | |
|--------------------------------------|-----|
| 1. 機能に関する項目 | 119 |
| 2. 嚥下に関する項目 | 125 |
| 3. 日常生活能力に関する項目 | 129 |
| 4. 生活内容に関する項目 | 139 |
| 5. 理解力別にみた口腔機能リハビリ実施後の嚥下障害に関連する症状の変化 | 147 |

| | |
|------|-----|
| 参考文献 | 158 |
|------|-----|

| | |
|-----|-----|
| 調査票 | 159 |
|-----|-----|

第5章 「お口の健康体操」および「口腔機能リハビリ訓練」実施後の評価

| | |
|------------|-----|
| 実例が示す事実の重さ | 179 |
| 施設事例1～11 | 181 |
| 個別事例1～14 | 202 |

第6章 調査事業結果のまとめ

| | |
|-----------------------|-----|
| 1. 口腔機能リハビリテーションの位置付け | 225 |
| 2. 調査事業の結果 | 225 |
| 3. 施設における取り組みの成果 | 226 |
| 4. 今後の方向 | 227 |

第1章 事業の背景および口腔機能リハビリの 位置づけについての検討

1. はじめに

歯科医療をとりまく医療・福祉の社会環境は、人口の高齢化、構造的な経済危機、ならびに住民の意識の変化を受けて、現在きわめて大きな変動を迎えつつある。人口の高齢化は疾病構造の変化と保健医療ニーズの多様化をもたらし、いわゆる「キュアからケアへ」と称される保健予防対策とあわせた看護・介護の重視、施設ケアと在宅ケアの連携がはかられ、介護保険の活用を含む医療制度の抜本的な改革を迎えようとしている。そしてまた、住民の意識の向上はこのような社会経済状況を極めて敏感に反映させ、医療の質や政策への関心、住民・患者による選択、生活・人権への配慮を求めるようになってきている。さらに、限られた資源で増大するニーズに対応させるための経済的な制約も大きくなってきている。

このような中で、介護保険事業の開始とほぼ期を一にして、国民の健康づくりを強化するための指針を示す「21世紀における国民健康づくり運動－健康日本21」にもとづく取り組みが開始された。ここでは、国民の健康確保における重要な課題について、2010年を目標年度とする達成目標を示し、新しく制定された「健康増進法」を背景に都道府県、市町村ごとの目標や計画が設定されつつある。介護予防と健康長寿を目標とする、この「健康日本21」には、その重要な健康課題として、三つの代表的な生活習慣病である「がん」、「循環器疾患」、「糖尿病」とその危険因子とされる「たばこ」と「アルコール」、および健康的習慣としての「運動」、「栄養」、「休養」と合わせて、「歯の健康」の項目が、挙げられている。このように、国民の最重要健康課題の一つに歯科保健があげられたのは「8020運動」を通じて口腔保健に対する関心が高まっているだけでなく、咀嚼機能をつかさどる口腔の健康を維持することが、健全な食生活を通じた生活習慣病の予防を進める上において不可欠であるとの認識にもとづくものである。8020運動は「歯の健康が生活の質を支える」という理念のもとに、歯科保健医療従事者と国民ならびに保健医療政策の立案にあたる立場にとって共通の目標を示したもので、「健康日本21」はその理念に具体的な目標と指針を付加し、さらに健康増進法は、それに法的根拠を与えることとなったといえる。

歯科疾患は自覚症状を伴わずに発生することが多く、疾患がある程度進行した時点で症状が生じる。そのため、定期的に口腔診査を受け、適切な予防処置を受ける習慣を維持することが口腔の健康維持と歯の喪失防止には重要で、健康日本21は従来の国民の歯科受療や歯科医療のあり方をも問い直しているといえる。「歯の健康が生活の質を支える」という理念は、高齢者の健康や生活状況において端的に示される。歯が健全なお年寄りも日常生活においても活動的で、また同年代の人々よりも若く、美しくみえる。義歯をも含めて、自分の口でしっかりと噛むことは野菜やミネラル、栄養摂取に不可欠だけでなく、口元を若返らせることは誇りと自立意欲をとりもどすことにも繋がる。また、高齢者においては、口腔清掃をおろそかにすることが生命にかかわるといふ、いくつかの根拠がある。介護

を要する高齢者の最大の死因は肺炎であるが、口腔内細菌は就寝中の唾液の誤嚥を介して誤嚥（ごえん）性肺炎を起こすことが示されている。また、免疫力の衰えた高齢者では義歯の裏に生じる口腔カンジダ症が誘因となって食道カンジダ症やカンジダ性肺炎を併発することもある。歯周炎などの出血しやすい状態を放置したままの不注意な歯磨きから敗血症による発熱や全身倦怠感や、時には極めて重大な全身症状の発生に繋がることもある。このような口腔機能の低下や口腔を通じた感染症を防ぐためには、より積極的な口腔保健の維持・管理を担う歯科医師や歯科衛生士などの専門家による総合的な口腔ケア、口腔機能のリハビリテーションの展開をはかることが重要である。

国民健康保険診療施設においては、もとより地域包括医療の実践と地域包括ケアシステムの構築という理念にそって、質の高い医療を供給するとともに、地域住民のニーズに応える総合的なサービスの充実につとめてきている。ここで地域包括医療とは地域における包括医療を社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民のQOLの向上をめざすめざすものであり、「治療のみならず保健サービス、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含するもので、生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療」（山口昇）として、その理念が示されている。特に、国保直診は、「当該地域の地理的、社会的条件並びに診療圏内の他の医療機関の配置状況に応じ、地域住民のニーズにあった全人的医療の提供を行う」こと、「高齢社会における保健・医療・福祉の連携・統合を図る地域包括ケアの拠点としての役割機能を持つ」こと、および「既存の保健福祉施設との機能連携を図るとともに、国保総合保健施設を設置し、あるいは、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、介護老人保健施設などの保健福祉施設を積極的に併設していく」ことなどが期待されている（国保直診ヒューマンプラン1994、2001）。したがって国保直診の歯科診療施設、歯科保健センターにおいては、地域包括ケア（地域包括医療）の中の口腔ケアや口腔機能に関するリハビリテーションを位置付け、地域においてこれらの理念を積極的に実現させることが重要である。

口腔ケアならびに口腔機能に関するリハビリテーションは、保健、医療、福祉の連携のもとにされる地域包括ケアの一環として取り込まれるものであり、国診協が進める地域包括ケアの一環としてこれらを展開し、普及させるためには、口腔領域における「ケア」ならびに「リハビリテーション」に関する概念を整理しておく必要がある。そのため、本調査事業においては、別項に示す施設における調査の実施と並行して、地域リハビリテーション概念にてらした口腔ケア概念の整理、文献的な検討等をふまえ、従来のサービス体系やプログラムを地域包括ケアの中に位置づけて発展させるために、「包括的口腔ケア」ならびに「口腔機能リハビリテーション」として、これらの概念の整理をし、提案をすることとした。その一環として、平成15年2月13日（木）にはこの方面に置いて優れた経験と実績を示している識者をも交えた国診協口腔機能改善推進委員会打合せ（口腔機能リハビリの概念のたたき台作成ワークショップ）を長崎市において開き、「口腔機能リハビリ」に関する国診協としての概念の整理をするための作業を開始した。そこではまず、リハビリテーション分野の第一線で指導的立場にある方々から「リハビリテーション概念」についての基本的な理解のための研修を受けた上で、

国診協歯科部会のスタッフを中心にした現場の実情に関する報告をふまえ、歯科医療現場においてリハビリテーションへの取り組みを進めることの意義について検討し、歯科以外の領域において口腔領域への関心を高めつつ、現状に即した作業を進めるための討議を進めた。以下は、国診協口腔機能改善推進委員会打合会の主な作業の成果について報告し、それをふまえた口腔領域におけるリハビリテーションの位置付けを整理するための要点についての試案を示す。

2. 地域リハビリテーションからみた口腔ケア

1) 病院病床の機能分化と歯科保健の課題

リハビリテーション分野においては、従来の入院中心の医療から地域リハビリテーションへ、「急性期」から「回復期」、「維持期」のそれぞれのステージにおけるリハビリテーションへと、医療提供体制の改革が進められている。

急性期（発症約1ヶ月）には、廃用症候群の予防を中心とするリハビリテーションを中心とする入院医療として実施される。そこでは、①手厚い人員配置、標準化、早期リハの実施、②平均在院日数の短縮化、③医療機能の集約化・重点化、④病床数の収斂などを目標として進められる。

回復期（発症後概ね9ヶ月）には、能動的で多彩な訓練を中心とするリハビリテーションが、回復期リハ病棟における入院あるいは外来において行われる。とりわけ、急性期の短縮、在院日数の短縮化に伴い、発症後3ヶ月以内の脳血管疾患・骨折患者などに、集中的にリハビリテーションが実施され、今後そのニーズは拡大すると予測される。回復期リハ病棟の機能としては、①障害を受け入れられず苦悩する場（癒しの空間）、②生活への自信とIADLを取り戻す場所・空間（自立の空間）、③人生を省み、これからの生活に心の立て直しを図る場（人生を考える空間）としての役割が期待され、心理的側面、障害受容への支援が不可欠とされる。

維持期（上記以降）には、長期療養を前提として、獲得された家庭生活や社会生活の維持・継続を支援するリハビリテーションとして、居宅（訪問・通所・通院を伴う）あるいは施設（療養病床への入院あるいは老健施設への入所）において実施される。そこでは何より「QOLの重視」、「良質な療養環境の提供」などを目標に、看護職等の配置もはかれる。医療保険適用療養病床は介護等への転換ならびに在宅をベースにした地域医療の提供へ、介護保険適用療養病床は新参酌標準に基づく介護保険事業計画に沿った整備を、老人保健施設は転換型老人保健施設の提案などの検討がはかられている。

このような地域ニーズを踏まえた機能分化として、「急性期病床における地域医療連携の強化」と「在宅支援機能の強化（入院中心の医療からの転換）」が今後の方向として提示される。急性期病床における地域医療連携の強化としては、①紹介率・逆紹介率の向上、②適切な退院計画・退院調整の実施、③適切な退院後の療養生活の確保、④多様な社会サービスの利用、⑤良質なケアの継続などが課題とされている。また、在宅支援機能の強化としては、①患者のQOLを重視した医療・介護・福祉サービ

スの総合的な提供、②入院中心でなく、在宅中心、③肺炎や骨折、急性増悪などの入院ニーズに対応、④訪問診療、訪問看護、維持期リハなど、在宅生活の支援、訪問看護ステーション等の整備が課題となる。

急性期から回復期、維持期への移行について、急性期病棟（脳血管疾患・骨折患者などを対象とする脳外、整形病棟等）からは約3割が直接に在宅療養へ移行し、約7割は回復期リハ病棟をへて、その6－7割は在宅療養へ、3－4割は施設療養へ移行すると推定されている。また、廃用症候群などを対象とする急性期一般病棟からは、5－6割が在宅療養へ、4－5割は施設療養へ移行すると推定されている。ここで、老人ホームは家庭（地域）の一部、すなわち維持期のリハビリテーションを支える施設と位置づけられる。

このように「急性期」、「回復期」を経て、圧倒的多数が施設あるいは在宅における「維持期」のリハビリテーションを確保する方向へと、医療提供体制の改革が進められている中で、歯科医療においては誰が、どのように急性期、回復期の歯科医療と、維持期における生活の質の維持・確保を目標とした口腔保健管理を担うのか、その現状の把握とともに、あらゆるステージにおいて、生涯の最終時点までの口腔保健システムの構築が迫られている。

2) 地域リハビリテーションと介護予防の考え

高齢者のケア、とりわけ維持期のリハビリテーションにおいて、何より重視されなければならないのは、①「個の尊重」すなわち人権やプライバシーの保護、ならびに安全第一であり、また、②健康の増進が疾病・障害の治療・予防としてはかられること、および、③創造的な自立した生活の獲得とそれを支えることである。口腔ケアにおいても、この点は同様でなければならない。

これらの目的を達成するためには、障害の発生を予防することが大切であるとともに、あらゆるライフステージに対応してリハビリテーション・サービスが継続的に提供できる支援システムを地域に創り出していくことが求められる。ことに医療においては廃用症候の予防および機能改善のため、疾病や障害が発生した当初よりリハビリテーション・サービスが提供されることが重要であり、そのサービスは急性期から回復期、維持期へと遅滞なく効率的に継続される必要がある。また、機能や活動能力の改善が困難な人々に対しても、できうる限り社会参加を促し、生あるかぎり人間らしく過ごせるよう専門的サービスのみでなく地域住民も含めた総合的な支援がなされなければならない。さらに、一般の人々や活動に加わる人が障害を負うことや年をとることを家族や自分自身の問題としてとらえるよう啓発されることが必要である。

このような、地域社会のノーマライゼーションを目標として、地域リハビリテーションの基本概念が整理され、その対策が実行に移されてきている。地域リハビリテーションの戦略は地域のあらゆる機関や資源を総合した取り組みとして進めることであり、そのための戦術としては、①障害の発生を予防する活動（介護予防も）、②発症時からリハビリテーションが提供できる体制、③継続的（急性期～

維持期)支援システム、④改善が困難な人々も社会参加できるリハビリテーション、⑤地域住民も含めた支援体制、⑥住民の啓発活動(障害を負うことを自分の問題として)などが提示される。

地域リハビリテーションの定義として、日本リハビリテーション病院・施設協会は2001年に「地域リハビリテーションとは、障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。」と新しく提案しているが、このような地域リハビリテーションに関する基本的な理念が整理されるまでには、社会の要請やサービスの成長に応じてさまざまな段階を経てきている。第1期(1980年以前)としては、リハビリ治療ができずに在宅生活を余儀なくされている場合に、保健婦による寝たきり予防訓練など、病院からの出前として、いわば「出向いて行う在宅サービス」が主として取り組まれたが、それを支える明確な制度はなかった。第2期(1980年代)には、リハビリを行っても閉じこもり生活を続けている場合を対象として、機能訓練事業として家の外へ出る機会を確保がはかられ、それを支援するシステムとして行政の取り組み通所サービスなどが模索された。その一環として、1983年には老人保健法による「機能訓練事業」が、さらに1988年にはゴールドプランにもとづく「寝たきりゼロ作戦」が、これらの取り組みを支えた。第3期(1990年以降)には、障害があっても自立した生活を支援するために、総合的かつ継続的支援がはかられ、支援システム構築・介護保険の活用として、リハビリテーションの流れが形成され、システムづくりが模索された。1992年の第二次医療法改正(在宅リハの整備)、2000年の介護保険制度の開始などがその背景となっている。

地域リハビリテーションの考えの基本にあるのは介護予防の考えであり、これは「現在置かれている状態から、より活動が低下した状態にならないようにするための取り組み」(全国老人保健施設協会学術委員会リハ部会提案)であり、具体的活動としては、①元気な高齢者が、元気をなくしたり要支援の状態になったりしないようにする取り組み、②虚弱な高齢者が要介護の状態にならないようにする取り組み、③要介護の高齢者が、さらに悪化しないようにする取り組みなどが含まれる。また、介護を要する状態を引き起こさないために、また、介護を要する状態の進展を防ぎその軽減を図るために、自助努力を基軸としつつ、保健・医療・福祉等の視点からなされる多面的なアプローチが重要である。

3) 高齢者の口腔ケアの課題

地域リハビリテーションの取り組みとその経験は、歯科領域における障害論、リハビリ概念の構築に大きな示唆を与えている。

リハビリテーションにおいては、「歩けるようにすること」がリハビリであるという立場から、「歩けない人にリハビリはないのか?」という問いかけが提起されており、これは、「食べられない人」に対する歯科のかかわりのあり方、「食べられない人は、義歯で終わりなのか」という問いかけに対比す

ることができる。また、生活を見ず、機能だけで処方する装具が「納屋でほこりを被った車椅子」を生み出したように、「引き出しにしまわれる義歯」はないか検証することをも問いかけている。歩けるが、する事のない障害・高齢者に対して家庭で訓練することだけが地域リハビリテーションや地域ケアであるのか、という問いかけに準じて、「食べられない人の生活」にとって歯科は関係ないのか、「家庭での治療」だけが「口腔ケア」なのか、という問いかけを提起している。

地域リハビリテーションからの問題提起として、「口腔ケア」や「口腔リハビリテーション」は何を支えるのかを問いかけ、「噛むこと」「食べること」「食事」「生活」「人生」という、どこまでを支えることを目標とするかを問いかけている。つまり、口腔領域のリハビリテーションは、単に訓練すなわち口腔機能として食べるようになることだけを目的とするのか、人間として誰と食事をするかまでを含む生活の復権を目的とする広汎なケアとして進めるかが問われている。リハビリテーションにおいては能力回復だけのリハビリの時代は既に終り、病棟においても ADL から IADL に目標が移動しているように、「歯科医療は機能回復をはかったあとの生活をみているか」と問い直すことを提起しているといえる。

回復期のリハビリテーションにおいて、「癒し」「自立」「人生」が目標とされているように、「自立」を単なる「動作の自立」に留めずに、形態から機能、生活、そして人生の復権をもめざす歯科領域からの口腔のリハビリテーションの脱皮がもたらされている。また、リハビリテーションが、疾病（disease）を対象とする医療から形態・機能障害（impairment）ならびに能力障害（disability）、そして社会的不利（handicap）までを対象として包括的に展開されているように、歯科領域における疾病と障害の構造として以下のようなレベルがある。

- ① 齲蝕、歯周病（疾病）への対処
- ② 歯の形態や機能の崩壊・喪失、とりわけ咀嚼・嚥下・発声など口腔の基本的運動機能障害、廃用症候群（拘縮、筋萎縮）などの形態・機能障害への対処
- ③ 咀嚼嚥下・言語発声などの能力障害
- ④ 家庭生活や社会生活の破綻などによる社会的不利

歯科領域においては、能力回復の前に、形態、機能の修復・回復にとどまり、しかも、ともすれば「作りっぱなし」となり、生活を前提とした機能の維持を支える体制には立ち後れがあるのが現状である。このような、「噛む」、「食べる」ことから、「生活」、「人生」にいたる、各レベルの歯科領域における対処を誰が、どのようにして支えるかという制度の構築が望まれているが、その発端として、社会的不利への対処としての生活の場でのリハビリの一環として口腔ケア、口腔リハビリテーションを進めるための概念の整理が不可欠である。

4) リハビリテーションと地域リハビリテーション

リハビリテーションの定義としては、「最適な身体的・心理的・社会的機能に必要な知識や技術を獲

得ることによって起こる障害者自らの変化の過程」とされており、ここでは、「障害者の能力障害や社会的不利を減少させ、最適な社会的統合を達成させるためにあらゆる手段を用いること」がその内容となっている（WHO、1981）。ここで、それは①障害者自身によって成し遂げられる個人の変化の過程、および②障害者を支援するために用いられる一連の社会資源と手続き、という2つの意味で用いられている。

また、国民衛生の動向では、リハビリテーションの定義として、「障害者の身体的・精神的・社会的能力を最大限に回復させ、積極的な自立を促すこと」であり、リハビリテーションには、①医学的リハ、②教育的リハ、③職業的リハ、④社会的リハの4つの分野がある、とされている。診療報酬制度上では、「リハビリテーション医療は、基本動作能力の回復を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復を目的とした作業療法、言語能力の回復を目的とした言語療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである。」と定義されている。

リハビリテーションの新しいとらえ方としての「地域リハビリテーション」について、WHO、UNESCO、ILOのJOINT PAPER（1994）は「障害のある全ての人々のリハビリテーション、機会の均等、社会への統合を地域の中で推し進める戦略」と定義し、それは「障害のある人々・家族と地域、さらに適切な保健医療、福祉、教育、職業サービスが協力することで成し遂げられる」とされている。また日本リハビリテーション病院・施設協会（1991、2001年改定）は、「地域リハビリテーション」の定義として、「障害をもつ人々や高齢者およびその家族が、そこに住む人々とともに、一生安全に生き生きとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉および生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動の全てをいう。」としている。また、「維持期リハビリテーション」の定義としては、「生活障害のある高齢者や障害者が、その生活の拠点において、継続的に安全でかつ安心して、質の高い生活が送れるよう、リハビリテーション医療の立場から支援する活動」とすることができる。

リハビリテーション医療のチームは、その中心的メンバーを患者・介護者（家族）とし、その周囲に、作業療法士、臨床心理士、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士や言語聴覚士医師、さらに必要に応じて、保健師、栄養士、足治療師（キロボジスト）、リハ工学技師、その他が加わるものとされている。そうして、リハビリテーション医療に必要な保健医療サービスは、PT・OT・STのほか、情報サービス、車椅子・シートサービス、義足、排泄コントロールサービス、障害カウンセリングなどを含み、さらに、テクノエイド、コミュニケーション・エイド、褥瘡予防（病院、在宅）、リハビリテーション工学、関係組織との連携をも関連サービスとなる。

このようなリハビリテーションの概念について、維持期におけるリハビリテーションのあり方検討委員会（1998）は、総称としてのリハビリテーションは「理念としてのリハビリテーション」を示すものとし、それを「リハビリテーションサービス」、「医学的リハビリテーションサービス」「リハビリ

テーションプログラム」の3つに整理している。そこでは、リハビリテーションサービスは「医学的・教育的・職業的・社会的リハビリテーションサービスの総称」、医学的リハビリテーションサービスは「上記サービスの一つ」の「リハビリテーション医学に基づいたサービス」であり、「リハビリテーション医療サービス」と同意語としている。またリハビリテーションプログラムとは「リハ技術を含む具体的なサービス内容」を示すものとされている。

口腔領域におけるリハビリテーション概念の整理に際しては、このように全般的サービスと医学的サービス、そしてプログラムのそれぞれの内容を明確にしつつ、関連する職種とそのネットワーク・チームの構築をも含むものである必要がある。

5) 歯科医療と口腔ケアの現状

リハビリテーションの目指す理念は「形態・機能」から「能力」、「生活」そして「人生」の復権へと、事業の進展にそくして移動していることが指摘できるが、それに対して、従来の歯科医療は形態の修復を過大視するあまり、機能や能力への配慮すら不十分であり、まして「生活」の現状や背景への配慮がほとんど欠落していたという現状があることも事実である。「使用されない義歯」、「機能しない形態」があまり問題視されず、まして、口が動いていない＝機能していない＝口の運動の喪失への対処は歯科領域では軽視されてきた。形態でなく機能や能力の障害が食事時間や形態などの制限にあらわれることについて、これまで歯科医師の視野から消えてきた現実の要請に歯科医療が応えなかったのは、歯科医学教育にも一定の限界があったといわねばならない。

医師においても歯科医師においても、「生活」や「人生」の復権をはかることがリハビリテーションの目標であるとするれば、歯科医療においては「歯」よりも「口」を、さらに「顔」をみて「人」をみて、「生活」をみる視点を確保することが重要である。たとえば摂食障害のある場合、「味」をつけるとはじめて「取り込もう」とする動作があらわれることが示すように、一人一人に特異的な「好物」への応答を重視するとともに、「生活」の孤立から家族や社会を含めた「コミュニケーションをはかる」役割を、歯科医療においても重視する必要がある。そのため、歯科医療はより積極的な他分野とのネットワークを構築する作業が必要である。

今回の調査事業を進める中で、歯科分野に対する施設職員の取り組みの中で著明な意識変化が見られている。これまでの施設とのかかわりにおいても、全入所者に歯科治療が全面的に対処する中で、劇的な効果を施設が認識した経緯もある。リハビリテーションの取り組みにおいて、OT、PT、STとともに歯科のスタッフの参加が必要であるが、同時に介護予防という側面からも、転倒予防と同様に重要な低栄養への取り組みという観点から、歯科医療側のアプローチが重要である。

しかし現実には歯科に対する無理解から口腔保健分野の展開が阻まれることもあり、歯科への理解を歯科以外に得る努力も必要である。口腔ケアについて他領域に周知していない内容について、口腔ケアの前後の、表情、生活の変化を示すことが、その重要性の認識を高めることがあり、まずは実態

を示すことが重要である。「口腔ケア」は他職種に理解されにくい点があるが、人生における QOL を高める効果があるということを示すことが重要であり、その意味でも、今回の調査事業で示された事例についての症例報告の意義は極めて大きいものと期待される。

地域でのひろがりのキーパーソンとしては保健師の役割が大きく、地域において、口腔ケアを進める場合は歯科だけのケアにとどまらずに地域のネットワークを活用しつつ進めることが重要である。

3. 口腔リハビリテーションと口腔ケアに関する文献的検討

1) 口腔リハビリテーションに関する文献

口腔リハビリテーションに関する邦文文献について、1998～2003年（医学中央雑誌 Web 版）には、「口腔リハビリテーション」で検索できるものが看護系文献6件、歯学系文献53件であった。看護系の6文献は全て「摂食・嚥下障害とその訓練」を内容とするものであるが、歯学系においては、インプラント後の「咬合改善」、「訓練」、「矯正」などを内容とするものが多く、「摂食・嚥下訓練」は6件、「食事行為の自立とチームアプローチ」に関するものは1件であった。

英文文献（PubMed、1998～2003年）については、キーワード“Oral rehabilitation”に関するものは、「義歯・インプラント装着後の口腔機能回復」（2件）および「先天性上肢欠損患者の ADL と口の機能」、「地域と施設の脳卒中者の口腔機能への対応」、「歯科衛生士の訪問」（それぞれ1件）の5件であった。またキーワード“rehabilitation”に関するものは、「義歯・インプラント後の口腔機能回復・訓練」（7件）、「小児歯科における手術」（2件）および「高齢者の口腔ケア」（1件）の11件であった。

英文による“Oral rehabilitation”の概念と邦文による「口腔リハビリテーション」の概念との間には用いられる領域や内容に隔たりがある可能性があるため、医学中央雑誌（Web 版）における「口腔リハビリテーション」で検索できる論文（41件）と、PubMed（Web 版）における“Oral rehabilitation”を含む文献（48件）について、1999～2002年の3年間の内容について比較した。そうしたところ、インプラントをも含む「補綴治療」に関するものが邦文では35.3%であったのに対し、英文では86.0%であり、英文の大半が補綴治療を内容とする場合にもちいられていた。一方、「矯正治療」に関するものは邦文では17.6%であったのに対し、英文では8%であった。また、外科治療に関するものは、邦文では17.6%であったのに対し、英文では4%であった。

ちなみに英文雑誌“Journal of Oral Rehabilitation”が対象とする領域は、その内容として、(1)口腔・顔面の生理学、機能不全、restorative dentistry、(2)口腔内・下顎顔面 prosthetic dentistry、(3)歯科材料の基礎的性状と臨床的有用に関するものとなっており、歯科領域におけるリハビリテーションの概念整理にあたって、「口腔リハビリテーション」として表現されている内容と、“Oral Rehabilitation”として用いられている用語の間にはかなり大きな隔りがあることがわかった。

すでに1980年代の初期から、高齢者の在宅歯科診療への組織的な取り組みがわが国の各地で開始さ

れ、一方では1980年代の後半には、摂食・嚥下障害にたいする取り組みが、わが国では広がりはじめていた。その上さらにゴールドプラン、新ゴールドプランや歯科衛生士法の改正とあわせて、診療報酬における訪問歯科診療、訪問歯科衛生指導の設定、老人保健福祉計画における必須課題としての訪問口腔衛生指導の事業目標の設定などを背景として、高齢者福祉領域における口腔保健管理の取り組みも1990年代には飛躍的に普及した。

要介護者を対象とする「口腔リハビリテーション」が邦文文献にみられるのは90年代後半であり、同じ頃に「口腔ケア」も検索できるようになった。その背景には、上記に示したようなわが国独自の急速なサービスや取り組みの進展があった。すでに雑誌名としても普及している“Oral Rehabilitation”と「口腔リハビリテーション」として表現されている内容に概念の大きな格差があるのは、「口腔リハビリテーション」を「摂食・嚥下機能訓練も包括する概念」として用いられる機会が増えたという、わが国における口腔保健サービスの特殊性が反映しているためである。

したがって、口腔リハビリテーションの多様な概念を整理するためには、「口腔機能リハビリテーション」Functional Oral Rehabilitation、あるいは「口腔（または歯科的）リハビリテーション・サービス」Oral (Dental) Rehabilitation Serviceなどの用語の検討をふまえつつ、整理することが必要である。

2) 口腔ケアに関する文献

「口腔ケア」という言葉についても、その内容はほぼ“Oral Health Care”に相当すると考えられるが、その概念の中には「口腔内の疾病」、「機能障害の予防」から「日常的な衛生保持」まで幅広い領域について、対処の内容も「専門家による対応（処置）」、「看護、介護の一環」から「セルフケア」まで、あらゆる口腔の問題への対処を含むので、口腔ケアについて厳密な概念の整理をするにあたって、その言葉の用いられ方を整理しておく必要がある。

わが国では「口腔ケア」という言葉が近年とくに汎用されるようになってきているが、これには英文による“Oral Health Care”だけでなく、“Oral Care”という言葉も対応する概念として英文雑誌にみられる。そこで、医学中央雑誌（Web版）における「口腔ケア」で検索できる論文（48件）と、PubMed（Web版）における“Oral Health Care”あるいは“Oral Care”を含む文献（85件）について、1999～2002年の3年間の内容について比較した。そうしたところ、一般者を対象とする「予防」に関するものが邦文では11.9%であったのに対し、英文では56.5%であり、同じく一般者を対象とする「治療」に関するものは邦文では2.2%、英文では5.9%であった。このように英文の大半が一般的な口腔保健管理を内容として用いられていた。一方、発達障害・中途障害などを含む要介護者を対象とした「予防」を内容とする場合は邦文では76.3%であったのに対し、英文では30.6%であり、同じく発達障害・中途障害などを含む要介護者を対象とする「治療」に関するものが邦文では8.4%、英文では7.0%であった。

このように、「口腔ケア」ならびに“Oral Health Care”に関する文献検索を踏まえた検討から、“Oral

Health Care”には、①あらゆる手段を用いた歯科医療のすべて、②歯科医療以外の専門的予防的な対処（歯科衛生士や看護職による PMTC、口腔清掃、口腔清拭など）、および、③自助的な口腔衛生管理まで、という口腔保健管理の各レベルを総括する概念となるが、「口腔ケア」については、近年のわが国においては、特に上記の②を主要に示す概念として用いられていることがわかる。つまり、邦文における「口腔ケア」については、多くの場合、“Oral Cleaning”、“Oral Hygiene Care”などをあてることがふさわしい内容として用いられる機会が多い。したがって、「口腔ケア」というにわかに普及しつつある言葉の概念については、下記に示すように、それが①広義の口腔ケア・サービス、②いわゆる狭義の口腔ケア・プログラム、③さらに日常的な自立的口腔ケアの各相があるものととらえると、混乱が少なくなると思われる。その上で、今回（平成14年度）の事業では、主に上記②のケア・プログラムにあたる「専門的な口腔ケア（狭義）」を施設において積極的に進めると同時に、口腔機能リハビリテーションを普及するための活動と、それらの効果に関する調査事業を行ったものであるととらえておくことが重要である。

- ① 包括的口腔ケア（広義）：口腔に関する疾患予防、治療、リハビリテーション、ケアなどあらゆる手段を含め、保健・医療・福祉を包括した地域包括ケアの一環として行われるサービスの体系である。口腔機能回復および介護予防を目的とした行為を含み、英語で表現する Oral Health Care に該当する。
- ② 専門的な口腔ケア（狭義）：要介護者や高齢者等を主な対象として医療従事者等による専門的な対処として行われる技術であり、口腔疾患予防および肺炎予防や QOL の維持・向上を目的とした口腔衛生管理により身体的・精神的に生き甲斐のある日常生活が送れるよう援助する専門医学分野である。わが国で、近年積極的に取り組まれるようになった「口腔ケア」概念に近いものである。歯科医師による訪問診療、歯科衛生士や看護職による口腔清掃、口腔清拭などの、介護の現場で実施される専門的なケアを含む。
- ③ セルフケアとしての口腔ケア（狭義）：本人や要介護者の場合は家族や介護者によって日常的に実施される介助を含み、セルフケアとして自己管理のもとに生活の一環として行われるものである。

3) 口腔機能リハビリテーションと口腔ケア

口腔リハビリテーションについては、摂食・嚥下障害等にたいするリハビリテーションだけでなく、従来より、さまざまな補綴治療や咬合調整が「口腔リハビリテーション」として進められてきている。また最近では、歯科領域におけるインプラントを含む補綴治療や矯正治療も「口腔リハビリテーション」とされ、さらに看護領域における「摂食・嚥下障害とその訓練」や食事の自立支援まで、「口腔リハビリテーション」は極めて幅広い概念として示されている。文献的に” Oral Rehabilitation”として用いら

れている用語には、「機能回復」や「QOLの回復、向上」を含むものもあるが、咬合調整から補綴治療など、形態的なりハビリに限定した用語として定着している現状では、本委員会で課題としている口腔領域のリハビリテーションが、「形態」ではなく「機能」の回復・維持を通じてさらには「生活」の復権を目標とするものであることを示すため、摂食・咀嚼・嚥下機能などの障害を有する場合のシステムならびにプログラムの体系は特異的に「口腔機能リハビリテーション」として提案することが重要であり、「機能的なりハビリ」をも包含するものとして適切な概念であるといえる。さらに、具体的な障害を回復させる技術的なプログラムとしては「摂食・嚥下障害リハビリテーション」という概念を活用することも可とするべきであろう。

また、ここで「口腔機能リハビリテーション」は、広義の意味でも狭義の意味でも Oral Rehabilitation とは概念が一致しにくく、わが国独特の先駆的な実体を反映しているので、英文においては、形態的なりハビリテーションと区別するために、Functional Oral Rehabilitation と記すなど、Oral Rehabilitation と区別することも重要である。

「口腔ケア」については、①広義の口腔ケア・サービス、②いわゆる狭義の口腔ケア・プログラム、③さらに日常的な自立的口腔ケアの各相があり、“Oral Cleaning”、“Oral Hygiene Care”などをあてることがふさわしい狭義の内容として用いられる機会が多いことを配慮した上で、広義の「口腔ケア」という概念にも対応できる活用を考えることが必要である。

4. 口腔ケアと口腔機能リハビリの位置付け

1) 地域リハビリテーションにおける口腔ケアと口腔機能リハビリテーション

(1) 地域リハビリテーションと口腔ケア

冒頭にも記したように、地域包括医療（地域リハビリテーション）は治療、リハビリテーション、ケアといった3つの構成要素から成り立つとされており、口腔ケアはその中の一つ的手段として位置づけられる。

わが国において近年積極的に取り組まれるようになった「口腔ケア」(Oral Health Care)とは、患者や要介護者に対して、口腔疾患予防およびリハビリテーションとしての手段を施し、身体的、精神的に生き甲斐のある日常生活が送れるように援助する以下のような口腔に関するケアを総称して用いられている。

- ① 口腔に関する疾患予防、治療、リハビリテーション、ケアなどあらゆる手段を含めた医療行為（主に歯科医師による歯科医療）
- ② 医療従事者、介護職による専門的な介護予防的な対処としての口腔ケア（主に歯科衛生士による口腔保健指導や清掃）
- ③ 自己管理において行われる口腔ケア（いわゆるセルフケア）

つまり、口腔ケアを定義づけるとすると、広義には「患者や要介護者の口腔に関する疾患予防、治療、リハビリテーションなどあらゆる手段を含めた医療行為であり、口腔機能回復および介護予防を目的とした医学分野」とすることが出来、さらに狭義には「患者や要介護者に対して、口腔疾患予防および肺炎予防を目的とした口腔衛生管理を行い、身体的・精神的に生き甲斐のある日常生活が送れるよう援助する専門医学分野」として整理できる。

口腔ケアを地域リハビリテーションにおける一手段と捉えるならば、それは、以下のように病態の進行や改善にともなう固有の理念を有するものと想定される。

① 急性期口腔ケア oral health care at acute stage

生命に危険を及ぼす口腔由来の肺炎と口腔器官の廃用を予防するために、医学的管理に基づいた機械的および化学的口腔清掃を中心に身体および意識状態改善の援助を行う口腔ケアである。

② 回復期口腔ケア oral health care at chronic stage

生命の危険から脱し、負荷量の増加が可能となった時点で、円滑な食生活が営めるように口腔清掃のみならず、物理医学的手段を積極的に導入した口腔ケア

③ 維持期口腔ケア oral health care at maintenance stage

日常の食生活における自立の支援、および介護負担の軽減を目的として、口腔器官の残存機能維持に努め、本人にとって最も適した生活環境の整備、社会参加の促進なども視野に入れた口腔ケア

これらのさらに、病態の進行の最終段階として終末期を加えるならば、以下のように終末期口腔ケアを位置付けることもできる。

④ 終末期口腔ケア oral health care at terminal stage

存命に日々喜びが得られるように、苦痛のみならず苦悶を緩和する癒しのための一方法として施行される口腔ケアが終末期口腔ケアである。口腔清掃、リハビリテーションとしての手法をとりながら、口腔を通じてのケアとして、身体的、精神的支援を行うといった姿勢で臨むケア

(2) 「口腔機能リハビリテーション」について

一般に口腔リハビリテーションあるいは口腔機能リハビリテーションは、口腔の運動障害や知覚障害を医学的手段により診断し、摂食機能および会話機能の改善を目的とした診療を施すことにより、身体的・精神的に生き甲斐のある日常生活が送れるよう援助する専門医学分野であるにとらえることができる。ここにおいて、「口腔ケア」と「口腔機能リハビリテーション」の概念には、いくつかの関係を想定することができる。

① 口腔ケアにおける口腔機能リハビリテーション

口腔疾患予防や口腔由来の肺炎予防の手段として、口腔清掃だけでは、口腔内生理作用が破綻した患者に対して限界がある。そこで、口腔内自浄作用をはじめとした生理作用の機能回復のために行うリハビリテーション的対応を口腔機能リハビリテーションにとらえることができる。

② 口腔機能リハビリテーションにおける口腔ケア

一方、口腔ケアは口腔運動障害や知覚障害に対して物理医学的な作用を果たすとの解釈からは口腔機能リハビリテーションの一手段として、口腔ケアを扱うこともできる。

これらの口腔機能リハビリテーションならびに口腔ケアは、摂食・嚥下障害のある高齢要介護者や障害者に対する対処において、現場で特に重要となる。摂食・嚥下障害は、摂食・嚥下器官の運動障害や知覚障害、あるいは意識障害により誤嚥性肺炎や窒息の危険、脱水や低栄養の危険をもたらし、人間の基本的な欲望である食べる喜びを奪う障害である。それゆえ、摂食・嚥下リハビリテーションあるいは広く口腔機能リハビリテーションとして、摂食・嚥下障害における咀嚼期および口腔期障害に対するリハビリテーションを進める意義がある。

2) 歯科医療の現場からみた地域リハビリテーションと口腔ケア

(1) 摂食・嚥下障害への歯科医療の対応

近年、日常生活に何らかの介助を必要とする高齢者の生活の質の向上（QOL）のために従来の治療の範囲にとどまらず、リハビリテーションの領域（歯科医療関係では口腔ケア）まで踏み込もうという流れがみられる。とりわけ摂食・嚥下障害に関する口腔ケアが注目されている。

高齢者の摂食・嚥下障害は一度獲得した機能が中枢神経機能の障害（多くは脳血管障害）により低下または喪失した中途障害に属する。障害を誘発する疾患としては脳血管障害（脳出血、脳梗塞）後遺症、パーキンソン症候群、重症筋無力症候群などがあげられる。嚥下中枢は延髄にあり、ここが直接損傷を受ける球麻痺と上位の大脳皮質が損傷を受ける仮性球麻痺とがある。一般に仮性球麻痺のほうが機能の回復が期待できる。

① 診断

摂食・嚥下のプロセスは認知、捕食、食塊形成（以上までを準備期）、食塊の奥舌から咽頭への送り込み（口腔期）、咽頭通過（咽頭期）、食道から胃への送り込み（食道期）に分類され、どの時期に障害が起こっているか、嚥下に関連する筋肉、支配神経の残存機能、回復の可能性を判定するのが診査の目的となる。

食事が維持されている場合には障害の確認はむせ、咳きなどの臨床症状でみるが、高齢者では気管支の感覚、反射の低下により発症しないことがある（silent aspiration）。その場合は食事時間の遅延、しわがれ声、嘔声、食後発熱などの症状があれば silent aspiration を疑われ、X線ビデオ透視検査（VF）や内視鏡検査（VE）などの精査を検討する。

摂食が中断している場合には前段階として少量の飲水を飲ませ、徐々に増やしなが（30ml まで）様子を見る必要がある。

機能検査では口唇、舌、軟口蓋の運動や偏り、構音検査（パダカラ音を発音させる）、喉頭挙上機能（甲状軟骨を触知しながら、飲み込み運動をさせる）などの項目がある。このほか飲水時に頸部、

喉頭の嚥下音の聴診や、嚥下の様子を直接観察する VF や VE などの画像検査法もある。

② リハビリテーション

リハビリテーションの意味は過去に一度獲得した能力を取り戻すことである。現在残っている機能および機能しない組織を確かめ、到達目標を設定し、リハビリテーションのプログラムを立てる。そのためには、歯科医師、歯科衛生士は医師、看護師、栄養士、言語聴覚士、理学療法士および作業療法士などのスタッフと意見を出し合い、協力することが望まれる。

アプローチとして治療、代償、環境、精神の4項目があげられる。治療的アプローチは回復が見込める運動機能の回復のための訓練である。代償的アプローチでは失った機能を体位、食事形態の工夫（嚥下食）などで補おうとするものである。環境的アプローチは家族、介護者からプログラムの理解・協力を得て、リハビリテーションの環境を整えることを指す。精神的アプローチは QOL の観点から本人の食事への意欲を高めさせ、訓練を遂行するための動機づけを行うものである。

このうち、歯科医師、歯科衛生士の関与が多いのは治療的アプローチであり、口腔衛生の改善、間接的訓練と直接的訓練とに大別される。口腔衛生の改善は粘膜、舌背に停滞した食渣の除去、ブラッシング、義歯の清掃などを指す。口腔内の細菌数を減少させ、発熱・肺炎の防止に有効とされる。

間接訓練は筋肉マッサージ、嚥下体操、発音訓練、アイスマッサージ、唾液の見込み訓練など食物の嚥下がない訓練法である。これに対し直接訓練法では段階的に水あるいは嚥下食を摂食させて、機能あるいは代償法を探る方法である。嚥下食はとろみの付加、すりつぶしなど嚥下しやすく、誤嚥しにくいように工夫された食事で、水分補給のためのゼリー食から段階的に常食に移行できるよう配慮されている。

間接的訓練および口腔ケアについてはリスクも少なく、到達目標およびリハビリテーションの方針が決まっていれば、特別の施設・設備も不要である。しかし、直接的訓練では誤嚥、肺炎のリスクがあるため医科関連スタッフの支援のもとに行うべきである。

(2) ニーズ把握

高齢社会は、多様な人生、多様な価値観、そして多様な社会的背景を有する人々に対し一人ひとりの人間性を尊重して、多様なサービスが要求される社会である。とくに、歯科医療の現場には、一見して健康そうに見えるが、外的な侵襲や感染によって急速に健康状態の変化を生じる患者から、身体的に重篤な障害を有するが、歯科的な対処によって健康や日常生活に大きな改善が期待できる人など、さまざまな高齢患者が訪れる。

口腔内の良好な衛生状態を保つことは、その後の自立意欲にも大きく影響するので、積極的な口腔保健の改善と維持をはかることが重要である。しかし、高齢者の口腔疾患への対処や口腔ケアは、高齢者の生活の援護の一環ととらえて、他の社会サービスとの連携のもとに進めることが重要である。

特に、介護保険の導入によるケアニーズの評価においても、専門家による歯科保健サービスは、保険診療と保健事業を基盤として実施し、介護保険を基盤として行われるヘルパー等による口腔ケアあるいは本人・家族によるセルフケアを、歯科保健医療の専門家が指導するという方向を示すことが極めて重要である。

一般に加齢に伴い、精神的、身体的に健康上の問題は増加し、高齢者およびその家族のQOLの向上のためには医療および介護上のサービスの需要は急増する。また、医療や保健サービスにおいては専門家が本人の自覚しないニーズや徴候を捉えて対処を行うことができるが、社会サービスにおいては、これまで申請を前提とし、しかも経済的な援助としての性格が強かったため、要望の表出が困難で、ニーズの把握への努力も支払われることが極めて少なかった。

住民の生活の質の確保や生活支援が重要な課題となる中であっても、サービスの提供を困難にしているのは、社会サービスに関する住民のニーズを把握し、評価することの困難さである。特に、従来は低所得者や特定の生活困難な人々にたいする保障として行われていた福祉サービスは、申請者のみを対象として、さらに、ともすれば「疑わしきは除外」とい「排除の論理」が支配的となりやすい側面があった。その点、医療においては、対象者が自覚を持って受診する人々に限られるとはいえ、「すべてを健康管理の対象」として包摂する傾向があった。医療の内容が治療手段に限られる場合は、それは、ともすれば「過剰診療」のそしりを受けることもあるが、医療従事者が専門性を発揮して本人の自覚しないニーズや徴候を捉えて対処することができるのが特長である。社会サービスに求められるのは、そのような「すべての人々が潜在的にはニーズを有する」という前提にたつて早期の問題発見と早期の予防的な対処を優先する視点である。

わが国では医療においても社会サービスにおいても、対象となる人々の生活を長期にわたって継続的に支えるという視点や経験は、きわめて希薄であった。しかし、医療従事者が積極的に医療のニーズを把握する場合に生かした専門性を、人々の生活を支える側面においても発揮し得るならば、医療は福祉に置き換えられるのではなく、より幅広い社会サービスにおける指導性を示すことができるにちがいない。

3) 制度からみた口腔ケア

(1) 訪問歯科診療と歯科保健指導

専門家による要介護者への口腔ケアのうち、歯科医師による歯科訪問診療は、健康保険診療として実施されるが、歯科衛生士による訪問指導・清掃は、保険診療の一部として実施される訪問歯科衛生指導と、介護保険法にもとづく在宅療養管理指導の一環として要介護と判定された者にたいして実施される介護サービスとしての訪問歯科衛生指導、そして、要介護に該当しない者あるいは要介護認定をうけていない者を対象として市町村が実施する老人保健法にもとづく保健事業としての訪問口腔衛生指導の、3通りの制度を基盤として実施される。

① 保険診療としての訪問歯科診療と訪問歯科衛生指導

1994年の診療報酬改正で歯科医師が行う歯科訪問診療料とともに、訪問歯科衛生指導料が新設された。これは訪問歯科診療を行った患者又は家族に対して、訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、1月に4回を限度として算定するものとされている。

② 老人保健事業としての訪問口腔衛生指導

老人保健法に基づく保健事業としての訪問指導は、「40歳以上の者で寝たきりの状態またはこれに準ずる状態にあるもの及び健康診査等で健康管理上訪問指導が必要と認められるものならびに痴呆性老人」を対象とし、その担当者には「保健婦または看護婦、栄養士、歯科衛生士とし、必要に応じ理学療法士、作業療法士の協力を得る」ものとされている。とりわけ、1993-1994年にかけて全市町村において策定された老人保健福祉計画のなかでは、口腔衛生に関しては訪問口腔衛生指導の実施は年1回以上を最低基準として、必須記載事項とされている。

③ 介護保険にもとづく訪問歯科衛生指導

歯科医師が行なう居宅療養管理指導にもとづき必要とみなされた場合は歯科衛生士による訪問歯科衛生指導を実施することができる。介護保険法にもとづく在宅療養管理指導として実施されるようになった現状では、歯科衛生士が訪問歯科衛生指導を実施する機会は上記の老人保健事業の訪問口腔衛生指導のかなりの部分が、介護サービスの一環として実施されることになる。ただし、介護保険による訪問歯科衛生指導を受けるためには、あらかじめ歯科医師による居宅療養管理指導が要介護者のケアプランの中に組み入れる必要があり、その判断に際しては、主治医の意見書の「訪問歯科診療」あるいは「訪問歯科衛生指導」の項目に「必要」と記載されることが重要である。

(2) 訪問看護と口腔ケア

① 口腔ケアにおける専門性

口腔機能の確保は高齢者の健康、審美、社会性などQOLに極めて大きく影響するだけでなく、高齢者における口腔衛生の確保は、高齢者の健康や生命に大きな影響をもたらす。抵抗力の衰えた高齢者の口腔清掃の実施は嚥下性肺炎の予防において極めて重要であることが示されているが、他方、不適切な口腔清掃の実施は、時には炎症菌肉を通じた菌血症や敗血症などの極めて重大な全身症状にも繋がる可能性がある。つまり口腔衛生の保持における判断は、必ず歯科医師や歯科衛生士などの専門家が行い、十分な医学的な配慮のもとに実施、指導される必要がある。口腔ケアは単に「介護の一部」として考えられるべきものではない。

地域や施設において生活する高齢者や障害を有する人々の多くが口腔衛生の保持に援助を要していることは事実であるが、それらの人々のすべての口腔衛生管理を歯科衛生士が実施するほどには、残念ながら経験や力量が整っていないのも現状である。しかし、それらを無差別に介護サービスに委ねることは、時には生命の危機につながる。したがって、出血を伴うような「病的な部位の口腔清掃」は

医療や保健事業として歯科衛生士等の専門家によって行い、義歯の清掃や歯肉の健康レベルが改善したブラッシングなど「健康維持のための口腔ケア」とそのとその補助は専門家の指導を得て介護の一環として介護者が行う、というような体制を構築することが重要である。

② 口腔ケアにおける看護師と歯科衛生士の分担

看護師による口腔清拭にと歯科衛生士が行なう口腔ケアも、対象は同一であれ内容や主眼点は異なる。看護の一環としておこなう口腔ケアは、全身管理の一つとして、また疾患の治療との関連においてなされるが、歯科衛生士が行なう口腔清掃は歯科疾患の予防と主な目的として行われる。

また、歯科衛生士は唯一「歯牙および口腔の予防処置」を行うことが認められた業種であり、歯科医師以外はその業務を代行することができない。また、歯科衛生士は口腔の病変についても一定の知識と経験を備えているので、歯科治療との連携が容易になる。

③ 口腔ケアにおけるネットワーク

介護を要する人が健康な口腔の機能を保つためには、歯科医師による歯科治療、歯科衛生士による定期的な清掃などの口腔ケアに加えて、要介護者自身のセルフケア、家族や介護者による日常のケア、看護師やヘルパーによる口腔ケアなど、多様なサービスが必要である。

訪問歯科診療や歯科衛生士による訪問歯科衛生指導は自発的な患者の要請を前提とするので利用者が限られる。しかし、口腔内の良好な衛生状態を保つことは、その後の自立意欲にも大きく影響するので積極的な口腔保健の改善と維持をはかることが重要であり、そのためには、高齢者の口腔疾患への対処や口腔ケアを高齢者の生活の援護の一環ととらえて、他の社会サービスとの連携のもとに進めることが重要である。したがって、介護サービスを受けている人々の口腔ケアニーズをどのように把握し、その口腔ケアニーズにどのように対処するかは、ひとえに地域における歯科保健医療従事者と看護、介護など地域ケアに従事している多様な職種との連携にかかっている。

わが国では医療においても社会サービスにおいても、対象となる人々の生活を長期にわたって継続的に支えるという視点や経験は、きわめて希薄であった。しかし、医療従事者が積極的に医療のニーズを把握する場合に生かした専門性を、人々の生活を支える側面においても発揮し得るならば、医療は福祉に置き換えられるのではなく、より幅広い社会サービスにおける指導性を示すことができるにちがいない。

平均寿命が大きな伸びを示しているなかで、医療の目標は、「単に生命に時間を加えることではなく、残された時間に生活を加えることである」と指摘されるようになった。口腔は、食生活や会話など、人々の生活の内容に深くかかわる分野であり、医療の目標を「人々の生活の質を高めること」におくならば、歯科医療は、医療のなかでもとりわけ、すこやかな高齢社会に資する分野であるといえるのである。

第 2 章 調査方法

1. 事業の目的

「介護予防向上のための口腔機能リハビリ活動に関する調査研究事業」として、平成14年度に手がけた本事業は、以下のような事業目標のもとに開始された。

- ① 国診協版「口腔機能リハビリ」の概念の確立
- ② 口腔機能リハビリの実施として、入所者に対する口腔機能リハビリ体操等の実施及び効果測定、ならびに口腔機能リハビリ活動のシステムづくりの検討
- ③ 国診協版「口腔機能リハビリ」活動実施マニュアルの策定として、国保直診を核とした口腔機能リハビリ活動の実施方法、サービス提供体制の整備方法を研究し、「参考になる」「使える」ものを目標に作成する。

平成6年より、全国国民健康保険診療施設協議会（以下、国診協という）が実施してきた高齢者に対する調査及び実際の介護サービス施行事業を通して、口腔内の現状と、口腔ケアの重要性、有効性が判明している。今年度の事業は、高齢者が自立した生活をするための健康づくりにおいては、食事、会話、笑いが日常生活の中で自由に自然に出来ることが重要であることを重視し、歯科口腔状態が全身状態に大きく関わることは既に指摘されていることをふまえて、高齢者の口腔内状態と機能、栄養状態等を調査し、口腔機能を向上させるためのリハビリと指導をモデル的に行い、高齢者の口腔衛生の向上と全身健康状態の向上により要介護状態への移行防止を図ることを目的として着手したものである。

上に掲げた本年度事業目標のうち、①については、第1章で報告した通り、「口腔ケア」ならびに「口腔機能リハビリ」の概念に関して、現状をふまえて、その位置付けについて検討した。②については、本章で示すとおり、国保歯科保健センターを設置している施設のうち本事業の実施を希望する24施設において、それぞれ介護老人保健施設あるいは介護老人福祉施設において、施設利用者を対象とする調査事業を実施した。③の国診協版「口腔機能リハビリ」活動実施マニュアルの策定としては、本年度の調査事業実施のために、その原型となるマニュアルを作成し、各実施施設から寄せられた評価をもとに、さらに効果的な実施方法やサービス提供体制の整備について検討するための資料が得られた。

2. 事業実施施設

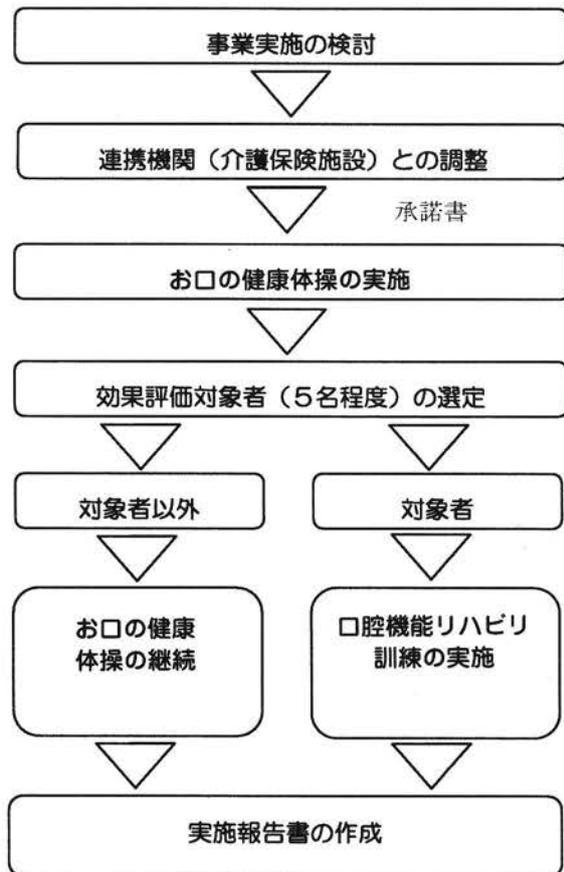
| 都道府県 | コード | 施設名 | 様式2-1調査対象者 | | | | 様式2-2調査対象者 | | |
|------|-----|----------------|------------|-----|----|-------|------------|----|-----|
| | | | 男性 | 女性 | 不明 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 |
| 青森県 | 1 | 深浦町国保診療所 | 13 | 37 | | 50 | 0 | 5 | 5 |
| 青森県 | 2 | 国保脇野診療所 | 10 | 20 | | 30 | 3 | 2 | 5 |
| 岩手県 | 3 | 胆沢町国保まごころ病院 | 14 | 34 | | 48 | 2 | 3 | 5 |
| 岩手県 | 4 | 衣川村国保歯科診療所 | 12 | 38 | 2 | 52 | 1 | 4 | 5 |
| 岩手県 | 5 | 宮守村国保歯科診療所 | 14 | 38 | | 52 | 2 | 1 | 3 |
| 岩手県 | 6 | 国保田野畑村診療所 | 1 | 4 | | 5 | 1 | 4 | 5 |
| 岩手県 | 7 | 千厩町国保歯科診療所 | 22 | 58 | | 80 | 3 | 2 | 5 |
| 宮城県 | 8 | 涌谷町国保病院 | 19 | 25 | | 44 | 3 | 2 | 5 |
| 富山県 | 9 | 黒部市民病院 | 13 | 20 | | 33 | 2 | 3 | 5 |
| 長野県 | 10 | 佐久市立国保浅間総合病院 | 14 | 26 | | 40 | 3 | 2 | 5 |
| 岐阜県 | 11 | 久々野町国保診療所 | 14 | 55 | | 69 | 2 | 3 | 5 |
| 岐阜県 | 12 | 和良村国保歯科診療所 | 9 | 13 | | 22 | 1 | 2 | 3 |
| 滋賀県 | 13 | 公立甲賀病院 | 14 | 36 | | 50 | 1 | 4 | 5 |
| 兵庫県 | 14 | 大屋町国保大屋歯科診療所 | 4 | 11 | | 15 | 2 | 3 | 5 |
| 兵庫県 | 15 | 宝塚市国保診療所 | 15 | 75 | | 90 | 0 | 5 | 5 |
| 兵庫県 | 16 | 五色町国保五色診療所 | 13 | 47 | 1 | 61 | 1 | 4 | 5 |
| 島根県 | 17 | 頓原町立国保頓原病院 | 4 | 25 | 1 | 30 | 1 | 4 | 5 |
| 広島県 | 18 | 芸北町国保芸北歯科診療所 | 8 | 23 | | 31 | 1 | 4 | 5 |
| 広島県 | 19 | 公立みつぎ総合病院 | 30 | 68 | | 98 | 2 | 3 | 5 |
| 香川県 | 20 | 三豊総合病院 | 22 | 50 | | 72 | 3 | 2 | 5 |
| 愛媛県 | 21 | 中山町国保直営歯科診療所 | 7 | 21 | | 28 | 2 | 3 | 5 |
| 熊本県 | 22 | 柏歯科診療所 | 5 | 25 | 1 | 31 | 0 | 5 | 5 |
| 熊本県 | 23 | 国保龍ヶ岳町立上天草総合病院 | 11 | 38 | 1 | 50 | 3 | 2 | 5 |
| 大分県 | 24 | 姫島村国保診療所 | 2 | 3 | | 5 | 2 | 3 | 5 |
| 合 計 | | | 290 | 790 | 6 | 1,086 | 41 | 75 | 116 |

3. 事業の流れ

本事業を以下の流れに沿って進めた。

- 「口腔機能改善委員会」の設置：学識経験者、国保直進施設の施設長等、オブザーバーを委嘱し、委員会の中に「作業部会」を設け、研究調査の内容について検討した。
- 事業対象施設の選定：国保歯科保健センター（全国63施設）の中から介護保険施設と連携がとれ、本事業への参加を希望する施設を選定した。
- 中央打ち合わせ会：事業対象施設を含めて具体的調査の打ち合わせ会議を行った。
- 事業調査の実施：各事業対象施設が「調査事業実施フロー」に沿って調査を実施した。
- 調査取りまとめ：調査結果の取りまとめ、分析は作業部会が行った。

実施フロー



(調査様式)

- 口腔機能リハビリ活動の実施について、各施設の状況に応じた連携機関との実施体制等を事前に検討する。
- 関係機関と合同で事業計画を作成
→連携・協力体制・役割分担
→実施方法 等
- 国診協版「お口の健康体操」のビデオ等を用いて、介護保険施設職員により入所者全員に実施。
- 「口腔機能リハビリ調査表(1)」を用いて対象者を選定
- リハビリ効果の評価
・対象者(5名程度)
→事業の趣旨説明及び参加意向確認
→「口腔機能リハビリ調査表(2)」を用いて、口腔機能リハビリ実施前後の調査を実施
→歯科衛生士による定期訪問、個別に口腔機能リハビリを実施
・対象者以外
→お口の健康体操の継続実施。
- 実施報告書作成（総括）
→各担当者から見た調査対象者の事業実施状況及び効果等をまとめる。
→連携機関の本事業実施に関する感想を聞く。
→連携機関との連携体制の困難な点や今後の課題等をまとめる。

リハビリ実施状況調査表

承諾書

調査表(1)

調査表(2)

実施報告書(総括)

4. 調査方法

この調査は、カンファレンスを行いながら1次調査および2次調査に分けて、以下のように実施した。

I. カンファレンス

リハビリ前カンファレンスにて連携施設でのリハビリ実施状況を調査し、リハビリ後カンファレンスで対象者個々の口腔機能リハビリ訓練後の評価と施設全体についての口腔機能リハビリ訓練実施後の総括を行なった。

II. 1次調査

施設入所者全員に摂食嚥下障害の調査を行い対象者の現状を把握し、2次調査の対象者を選定した。

III. 2次調査と口腔機能リハビリの実施

対象者の選定

入所者全員に行なった1次調査で①嚥下障害の疑いがあり、②コミュニケーションのとれること、③車椅子に乗れることの3点を満たす5名の方を施設ごとに選定した。

調査の実施

対象者に対して①全身状態と口腔状態の基本項目、②機能の現状、③能力の現状（日常生活能力、口腔に関する能力）、④生活の現状（社会生活の現状、食事の状況、心理的な現状）の調査を行ない、実施後に評価を行った。

口腔機能リハビリの実施

対象者に対して原則として毎日「口腔機能リハビリ訓練の手引き」にしたがって口腔機能リハビリを実施した。

「口腔機能リハビリ訓練の手引き」

1) 呼吸訓練

【目的】 咳時の喀出力の強化、胸郭の緊張の解消。

①深呼吸を3回行なう

②大きく息を吸って、お腹を膨らませ、数秒息を止める。それからゆっくり吐く。

③ゆっくり息を吐いて、お腹をへこませ、数秒息を止める。それからゆっくりと吸う。

以上を繰り返す（腹式呼吸を心がける）。

2) 頸部のリラクゼーション

【目的】 頸部、体幹の過緊張を解消することにより、口腔周囲の運動の円滑化をはかる。

①首を後ろに倒し、5～10秒間ゆっくりとストレッチをする。

- ②後ろ、右、左、回転を2～3回ずつ行う。
- ③肩をすぼめるように力を入れ、その後ストーンと肩の力を抜く。
- 3) 口唇の運動 (本人ができないときは、他者が指で行う)
 - 【目的】 口唇周囲筋の筋力を増強し、食物の口腔内保持と口腔内圧を高め食物の送り込み促進。
 - ①口唇の突出と横引き (「イー」の発音時の動き)。
 - ②口をすぼめたまま左右に動かす。
- 4) 舌の運動 (本人ができないときには、ガーゼを使用して他者が舌を引きながら行う)
 - 【目的】 舌の筋力を増強させ、食塊形成、咽頭への送り込みを促進させる。
 - ①舌を前に突き出す。
 - ②左右の口角に交互につける。
 - ③上唇と下唇に交互に舌先をつける。
- 5) 顎の運動 (普段義歯を使用していなくても、義歯のある方は装着してもらう)
 - 【目的】 咀嚼筋の廃用萎縮を予防する。
 - ①口を大きく開けて、閉じる。10回を1セットとしてセット行う。
- 6) ブローイング
 - 【目的】 軟口蓋、頬の運動の強化。呼吸方法の学習。
 - ①「まきどり」を利用して、できるだけ長く息を吸い込むように努力する。

口腔機能リハビリ実施期間

平成15年1月20日～2月14日 (4週間)

5. 調査票

本事業の調査票である1次調査様式、2次調査様式及び口腔機能リハビリ後の評価、総括様式を4章末 (159頁～175頁) に掲載している。

6. 実施要領

★調査様式★

(1) リハビリ前後のカンファレンスの実施

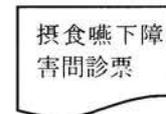
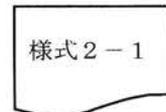
- i 介護保険施設職員とのカンファレンスにて可能な限り情報交換を行う。
●調査表『様式1』『様式3』『様式2-3』は、カンファレンスを通じて
歯科医師または歯科衛生士が記載すること。(注)
- ii 第1次調査のための対象者コード表を作成(施設)。
※対象者コード表は施設で保管ください。国診協への提出は不要です。
- iii アンケート等を行う際、対象者に本事業の協力を依頼し、同意を得た
うえで実施すること。必要に応じて同意書を作成し用意しておくこと。

(注) リハビリ前カンファレンスを通じて様式1「連携施設でのリハビリ実施状況調査表」作成し、
リハビリ後カンファレンスにより、対象者個々について様式2-3「口腔機能リハビリ後の評価」
施設全体について様式3「口腔機能リハビリ実施後の総括表」を完成させる



(2) 第1次調査

- i 施設入所者全員について調査実施(施設に依頼も可)
『様式2-1』、『摂食嚥下障害問診票』を用い、対象者の現状を把握し、
その結果により(3)第2次調査i.にて2次調査の対象者選定を行う。
- ii 『様式2-1』項目5はわかる範囲で記載し、新たな検査を施設に依頼は
しない。



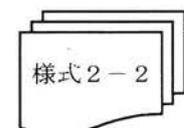
(3) 第2次調査

- i 入所者全員に実施した『様式2-1』、『摂食嚥下障害問診票』で、①嚥下
障害の疑いがあり、尚且つ、②コミュニケーションのとれることと、③車
椅子に乗れること、の3点を満たす5名の方を対象にして、口腔機能リハ
ビリ訓練を個別に実施する。(注)
なお、その他の方については「お口の健康体操」を毎日または週に数回、
昼食時等を利用して実施する。

(注) 口腔機能リハビリ訓練の対象者の歯科治療については、開始前に出来るだけ終了する。多くの治療
を必要とする方は対象に選ばないことが望ましい。リハビリ前後に実施した歯科治療の内容を記載
する。

(第2次対象者：5名)

- i 調査表は『様式2-2』を用い、対象者の状態と、口腔機能リハビリの実
施前後の評価等を行う。
- ii 調査期間中は、原則として毎日「口腔機能リハビリ訓練」を実施する。
実施にあたっては、介護保険施設職員にまかせるが、週1～2回は歯科衛
生士が訪問して個別の専門的な口腔ケアと併せて口唇マッサージなどのリ



ハビリを直接実施する。

※実施後は、『記録表』に実施内容を記入する。

なお、昼食時の「お口の健康体操」と併せて施設においても、できる限り「口腔ケア」（義歯の清掃・残存歯の清掃・舌苔の除去）を実施する。

※本事業（口腔機能リハビリ訓練）終了後『記録表』をもとに、『口腔機能リハビリ実施状況総括表』を作成する。

（調査表『様式2-2』の記入について）

（調査表2A）

- i 「3. 発熱日数」は、過去1か月間の37.0度C以上の日数を記載する。
- ii 「4. 歯の状態」は調査票の注意書きに準じて、咀嚼に機能し得る歯・人口歯の咬合部位数を記録する。

（調査表2B～2D共通）

- i 「機能の現状(2B)」「能力の現状(2C)」「生活の現状(2D)」については、口腔リハビリ開始の前後の状況を、それぞれ記録する。

（調査表2B）

- i 「2. ストマスタット」は、舌表面から菌を採取する。
- ii 「5. 開眼反応レベル」、「6. 運動反応レベル」、「7. 言語反応レベル」については、判定基準表を参照し記入する。

（調査表2C）

- i 「1. 風船遊び(2. 口腔に関する能力)」については、配付する「まきどり」を利用して、1分間に何回できるかを記載する。口腔機能リハビリ実施期間中には「まきどり」を吹く練習を毎日実施する。

（調査表2D）

- i 「2. 食事時間(2. 食事の状況)」については、昼食の時間を3日間測定して、その平均値のあてはまる番号に○印を付す。

（『記録表』の記入について）

施設において昼食前等に実施する「お口の健康体操」を含めて、呼吸訓練、頸部リラクゼーション、口唇・舌・顎の運動等の実施状況、ならびに、排便や発熱の状況について、毎日記録するよう依頼する。

（4）実施後の評価・総括

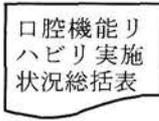
- i 介護保険施設職員とのカンファレンスを開催し、本モデル事業についての意見交換と、対象者のリハビリ後の評価『様式2-3』、施設全体のリハビリ実施後の総括『様式3』を行う。

『お口の健康体操』は施設入所者全員対象とする。

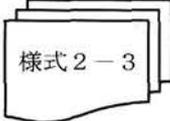
『口腔機能リハビリ訓練』は対象者5名のみ対象とする。



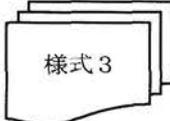
記録表



口腔機能リ
ハビリ実施
状況総括表



様式2-3



様式3

○事業日程の概要○

12月27日

実施要領、調査様式、資料等の発送（1月6日事業実施施設到着）

1月6日～10日

施設とのカンファレンスを実施し「様式1」を記入する。「様式2-1」、「摂食嚥下障害問診票」の記入依頼をする。必要に応じて、歯科医師、歯科衛生士が立ちあいのうえ、調査表に記入する。

1月13日～17日

「様式2-1」、「摂食嚥下障害問診票」等に基づいて対象者5名を選定。

「様式2-2」の<リハビリ前>欄に記入し、「記録表」の記入を依頼する。

1月20日～2月14日（4週間）

この間：週1～2回は介護保険施設へ歯科医師または歯科衛生士が訪問して「口腔機能リハビリ訓練」を実施し、症例報告のための写真、ビデオ等を対象者の同意のもと記録する。

2月14日～2月20日

「様式2-2」の<リハビリ後記入>欄に記入する。

記録表をもとに「口腔機能リハビリ実施状況総括表」作成する。

カンファレンスを行ない、「様式2-3」、「様式3」に記入する。

各様式の提出期限は次のとおり

○平成15年1月31日（金）

『実施計画書』

『様式1』

『様式2-1』

『摂食嚥下障害問診票』

○平成15年2月26日（水）

『様式2-2』

『様式2-3』

『様式3』

『記録表』

『口腔機能リハビリ実施状況総括表』

○平成15年3月7日（金）

『実績報告書』

第3章 調査結果の概要およびまとめ

1. 事業実施の概要

国保歯科保健センター直診と連携可能な介護保険施設(介護老人保険施設および介護老人福祉施設)24施設において、① 入所者の全員に対して安全に食事ができるよう食事前の「お口の健康体操」を実施し、さらに、② 嚥下障害がある入所者に対して個別的に「口腔機能リハビリ訓練」を実施した。調査の内容は表1に示す事項である。

表1 調査内容

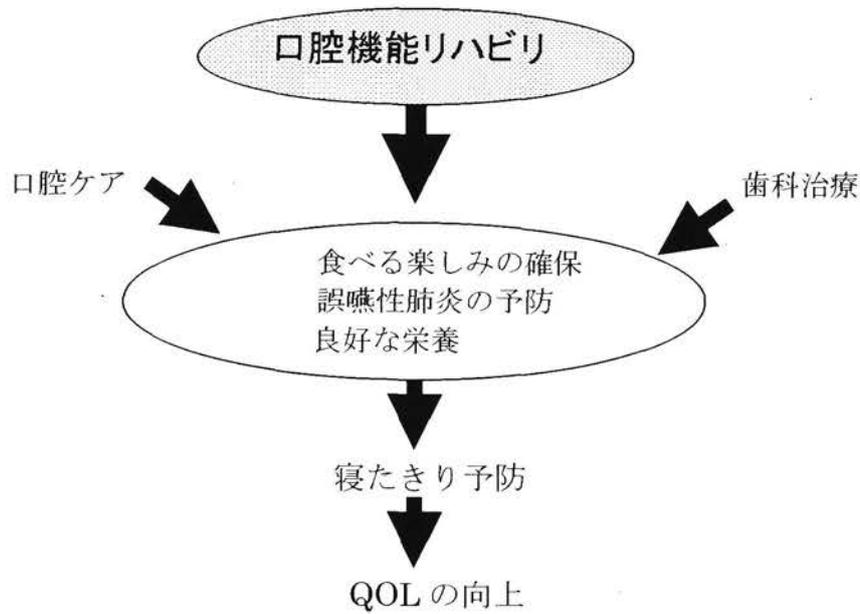
- | |
|--------------------------------|
| ■ 介護保険施設における入所者の摂食・嚥下障害状況の実態把握 |
| ■ 施設での口腔機能リハビリの必要性の実証 |
| ■ 施設における口腔機能リハビリの効果の検証 |
| ■ 施設における口腔機能リハビリ実施体制の整備 |

本事業では、国保歯科保健センターと介護保険施設が連携をとり、摂食・嚥下機能の低下した入所者が安全に食事ができるような環境を整備するために、食前の「お口の健康体操」を施設での日常生活の中に取り入れた。図1に示す事業のイメージにもとづき、期待される効果として図2に示すような目標を提示した。

図1 施設における口腔機能リハビリ実施イメージ

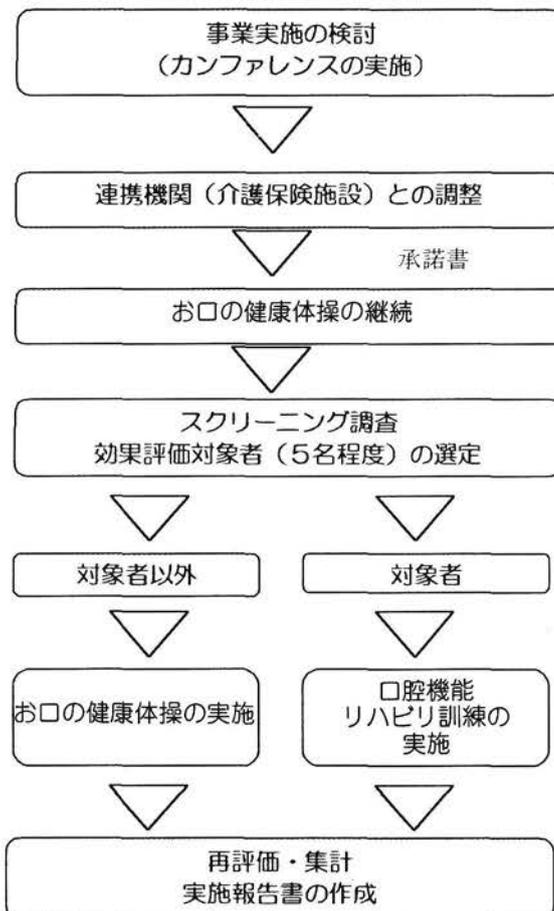
| |
|-------------------------------------|
| 入所者が |
| 楽しく おいしく 安全に 食事できる環境を整備する |
| 楽しく： みんなで楽しくお口の健康体操 |
| おいしく： 食品形態の改善（ペースト食から普通食へ） |
| 安全に： 食前の準備運動等により誤嚥の防止 |

図2 口腔機能リハビリの目標



事業の流れは図3のとおりで、まず連携施設（介護保険施設）とカンファレンスを開催し、施設におけるリハビリテーションの現状と摂食嚥下障害のある入所者に対する対応について検討した。そして入所者の摂食・嚥下機能の状況を調査すると同時に、施設入所者全体での食事前のお口の健康体操を実施した。また5名程度選定した対象者については個別的に口腔機能リハビリを継続し、その効果について評価した。

図3 調査事業の流れ



2. 集計結果の概要

1) 対象施設での口腔ケアの実施状況、食事の状況

調査対象となった24ヵ所の介護保険施設（介護老人保健施設：8施設、介護老人福祉施設：15施設、その他：1施設）での口腔ケアの実施状況、食事の状況を調査した結果の概要は以下のとおりであった。

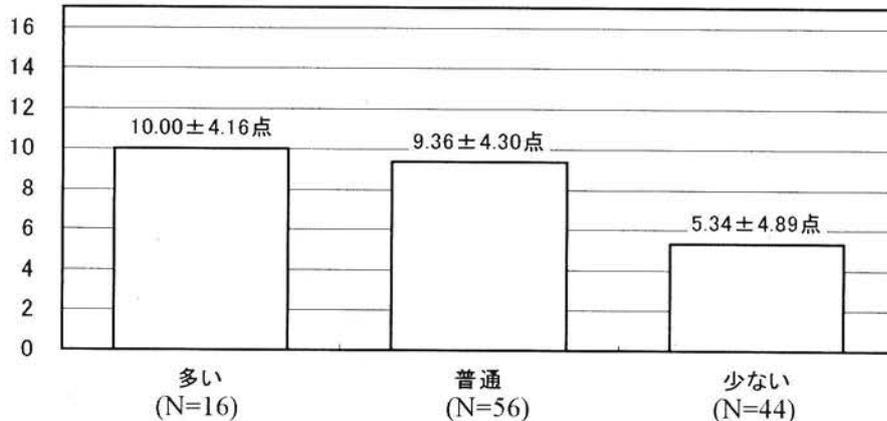
- ・ 8割の施設では1日3度、毎食後に口腔ケアを実施していた。
- ・ 7割の施設では全入所者を対象に口腔ケアを実施していた。
- ・ 54%の施設が歯科衛生士による訪問口腔ケアを実施していた。
- ・ 食事介助が必要な入所者は、全介助が17%、一部介助が14.5%であった。
- ・ 嚥下障害のある入所者は約30%であった。
- ・ 経管栄養の入所者は6.2%で、胃瘻（4.2%）が最も多かった。

2) 対象施設における摂食・嚥下障害の状況

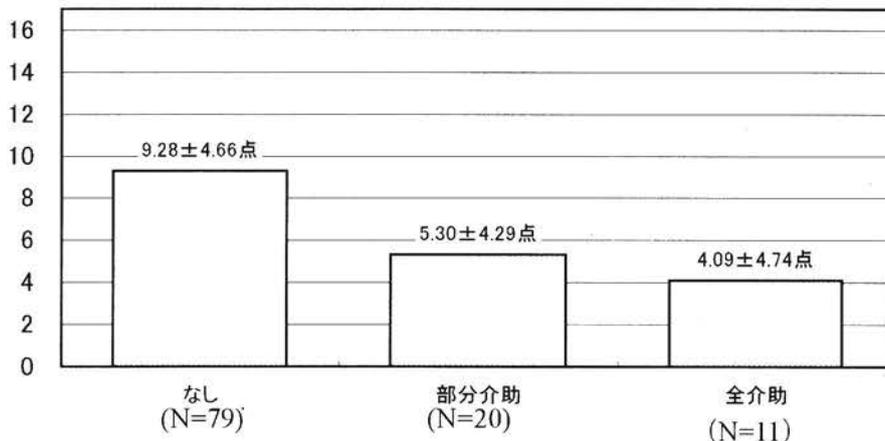
対象施設において入所者の摂食・嚥下障害の状況を調査した結果、以下のことがわかった。

- ・ 70%強の入所者が摂食・嚥下の問題を抱えていた。
（嚥下障害ある入所者：35.7%、嚥下障害の疑い：36.5%）
- ・ ADLが低下しているほど摂食・嚥下に問題がある者が多かった。
→ 摂食・嚥下障害がADLの低下をきたしている可能性が示唆された。
- ・ コミュニケーションの機会が多く、食事が自立しており、普通食が食べられるほど、主観的幸福感（PGCモラールスケール得点）が高かった。（図4～6）

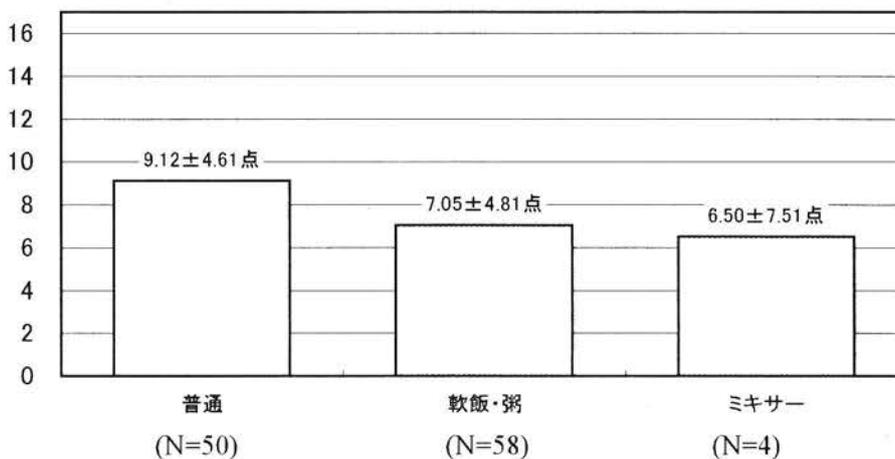
PGC得点 図4 コミュニケーションの機会とPGCモラールスケール得点



PGC得点 図5 食事介助とPGCモラールスケール得点



PGC得点 図6 食事内容（主食）とPGCモラールスケール得点



3) 口腔機能リハビリ実施後の改善状況

各対象施設で選定された摂食・嚥下に問題のある対象者に対して食前のお口の健康体操に加え、個別的口腔機能リハビリ訓練を約1ヶ月間実施した。各評価項目で「改善」「変化なし」「悪化」した対象者の割合を算出した結果を表2に示す。また、特に大きく改善した項目を以下に示すとおりであり、それぞれの結果を図7～図11に示す。

- ・ 嚥下障害レベル：約50%のケースで改善（図7）
- ・ 食事の自立度：34%で改善（図8）
- ・ 坐位保持時間：27%で改善（図8）
- ・ 舌・口腔周囲筋の運動障害：48～23%で改善（図9）
- ・ 咀嚼障害：21%で改善（図9）
- ・ コミュニケーションの状況：16～11%で改善（図10）
- ・ 食事量：64%で増加（図11）
- ・ 味覚異常：30%で改善（図11）

表2 口腔機能リハビリ前後の比較（リハビリ前後とも、正常・問題なしは除く）

表2 a 機能の現状の比較

| | 改善(人・%) | 変化なし(人・%) | 悪化(人・%) | 人数 |
|----------------------------|-----------|-----------|----------|----|
| 1. 過去1ヶ月間の発熱日数 | 20(0.4%) | 1(0.02%) | 27(0.6%) | 48 |
| 2. ストマスタットの比較 | 39(42.4%) | 39(42.4%) | 14(0.2%) | 92 |
| 3. CAT21buffer | 16(21.1%) | 46(60.5%) | 14(0.2%) | 76 |
| 4. 口臭 | 24(54.5%) | 19(43.2%) | 1(0.0%) | 44 |
| 5. 開眼反応レベル | | | | |
| (1)上眼窩縁圧痛反応 | 2(28.6%) | 5(71.4%) | 0(0.0%) | 7 |
| (2)胸骨/肢/窩縁痛反応 | 2(25.0%) | 6(75.0%) | 0(0.0%) | 8 |
| (3)話しかけへの反応 | 2(100.0%) | 0(0.0%) | 0(0.0%) | 2 |
| 6. 運動反応レベル | | | | |
| (1)痛みに反応 | 3(50.0%) | 2(33.3%) | 1(16.7%) | 6 |
| (2)上肢伸展位 | 1(12.5%) | 6(75.0%) | 1(12.5%) | 8 |
| (3)下肢伸展位 | 2(9.1%) | 19(86.4%) | 1(4.5%) | 22 |
| (4)逃避反応 | 5(26.3%) | 13(68.4%) | 1(5.3%) | 19 |
| (5)疼痛部位に手をやる | 9(52.9%) | 7(41.2%) | 1(5.9%) | 17 |
| 7. 言語反応レベル | 2(9.1%) | 19(86.4%) | 1(4.5%) | 22 |
| 8. 嚥下障害レベルの比較 | | | | |
| (1)飲みにくいと感じることがある | 29(50.0%) | 24(41.4%) | 5(8.6%) | 58 |
| (2)食事中にむせることがある | 38(50.0%) | 32(42.1%) | 6(7.9%) | 76 |
| (3)お茶を飲むときにむせることがある | 34(50.0%) | 32(47.1%) | 2(2.9%) | 68 |
| (4)のどがゴロゴロすることがある | 18(42.9%) | 18(42.9%) | 6(14.3%) | 42 |
| (5)のどに食べ物が残る感じがある | 17(42.5%) | 18(45.0%) | 5(12.5%) | 40 |
| (6)口から食べ物がこぼれることがある | 28(44.4%) | 30(47.6%) | 5(7.9%) | 63 |
| (7)口の中に食べ物が残ることがある | 23(46.0%) | 22(44.0%) | 5(10.0%) | 50 |
| (8)食べ物やすっぱい液が胃からのどに戻るときがある | 15(42.9%) | 17(48.6%) | 3(8.6%) | 35 |
| (9)胸に食べ物が残ったり、つまったりする感じがある | 12(38.7%) | 15(48.4%) | 4(12.9%) | 31 |
| (10)夜、咳で寝られなかったり目覚めることがある | 21(53.8%) | 15(38.5%) | 3(7.7%) | 39 |

表2 b 能力の現状の比較

| 1. 日常生活能力 | 改善(人・%) | 変化なし(人・%) | 悪化(人・%) | 人数 |
|-----------|-----------|-----------|---------|----|
| (1)食事 | 11(34.4%) | 18(56.3%) | 3(9.4%) | 32 |
| (2)移乗 | 4(5.6%) | 64(88.9%) | 4(5.6%) | 72 |
| (3)整容 | 2(3.1%) | 61(95.3%) | 1(1.6%) | 64 |
| (4)トイレ動作 | 5(6.5%) | 71(92.2%) | 1(1.3%) | 77 |

| | | | | |
|--------------|-----------|-----------|---------|-----|
| (5)入浴 | 0(0.0%) | 99(98.0%) | 2(2.0%) | 101 |
| (6)移動 | 4(4.3%) | 84(89.4%) | 6(6.4%) | 94 |
| (7)階段昇降 | 5(5.3%) | 87(92.6%) | 2(2.1%) | 94 |
| (8)更衣 | 2(2.3%) | 80(92.0%) | 5(5.7%) | 87 |
| (9)排便コントロール | 1(1.6%) | 61(95.3%) | 2(3.1%) | 64 |
| (10)排尿コントロール | 5(8.6%) | 48(82.8%) | 5(8.6%) | 58 |
| (11)座位保持時間 | 30(27.3%) | 72(65.5%) | 8(7.3%) | 110 |

| 2. 口腔に関する能力 | 改善(人・%) | 変化なし(人・%) | 悪化(人・%) | 人数 |
|-------------|-----------|-----------|----------|----|
| (1)うがい | 8(27.6%) | 19(65.5%) | 2(6.9%) | 29 |
| (2)舌運動 | 23(47.9%) | 25(52.1%) | 0(0.0%) | 48 |
| (3)頬筋運動 | 22(30.1%) | 51(69.9%) | 0(0.0%) | 73 |
| (4)口輪筋緊張 | 19(23.2%) | 62(75.6%) | 1(1.2%) | 82 |
| (5)咀嚼機能 | 11(20.8%) | 37(69.8%) | 5(9.4%) | 53 |
| (6)嚥下機能 | 24(32.4%) | 47(63.5%) | 3(4.1%) | 74 |
| (7)義歯の着脱 | 2(7.7%) | 21(80.8%) | 3(11.5%) | 26 |
| (8)歯みがき | 2(5.4%) | 28(75.7%) | 7(18.9%) | 37 |

表 2 c 生活の現状の比較

| 1. 社会生活の現状 | 改善(人・%) | 変化なし(人・%) | 悪化(人・%) | 人数 |
|------------------|-----------|-----------|---------|-----|
| (1)生活空間 | 9(8.4%) | 97(90.7%) | 1(0.9%) | 107 |
| (2)コミュニケーション(機会) | 15(16.3%) | 76(82.6%) | 1(1.1%) | 92 |
| コミュニケーション(相手) | 8(11.6%) | 60(87.0%) | 1(1.4%) | 69 |
| (3)話の理解力 | 7(10.9%) | 55(85.9%) | 2(3.1%) | 64 |
| (4)本人の意思伝達 | 5(12.2%) | 36(87.8%) | 0(0.0%) | 41 |

| 2. 食事の状況 | 改善(人・%) | 変化なし(人・%) | 悪化(人・%) | 人数 |
|------------------|-----------|-----------|----------|-----|
| (1)食事介助 | 12(44.4%) | 13(48.1%) | 2(7.4%) | 27 |
| (2)食事時間 | 23(22.3%) | 73(70.9%) | 7(6.8%) | 103 |
| (3)食事量 | 23(63.9%) | 8(22.2%) | 5(13.9%) | 36 |
| (4)―1食事内容(経口：主食) | 3(4.9%) | 56(91.8%) | 2(3.3%) | 61 |
| (4)―2食事内容(経口：副食) | 3(5.0%) | 56(93.3%) | 1(1.7%) | 60 |
| (5)味覚異常 | 8(30.8%) | 16(61.5%) | 2(7.7%) | 26 |

| 3. フェイススケール | 改善(人・%) | 変化なし(人・%) | 悪化(人・%) | 人数 |
|-------------|-----------|-----------|----------|-----|
| 1. 本人 | 40(37.7%) | 56(52.8%) | 10(9.4%) | 106 |
| 2. 調査担当者 | 31(36.5%) | 46(54.1%) | 8(9.4%) | 85 |

図7 嚥下障害レベルの前後比較(リハビリ前後で「なし」を除く)

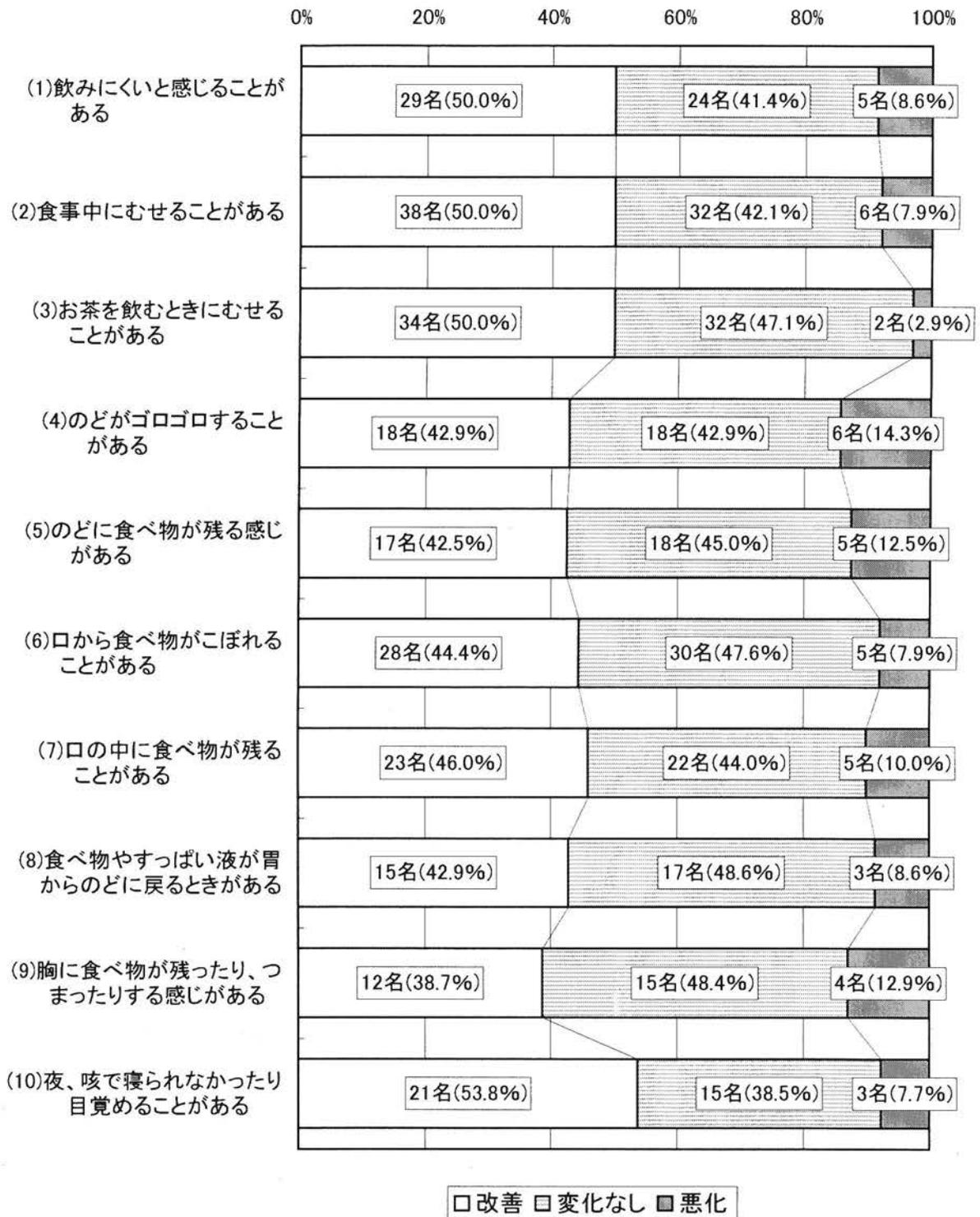


図8 日常生活能力の前後比較(リハビリ前後で「自立」を除く)

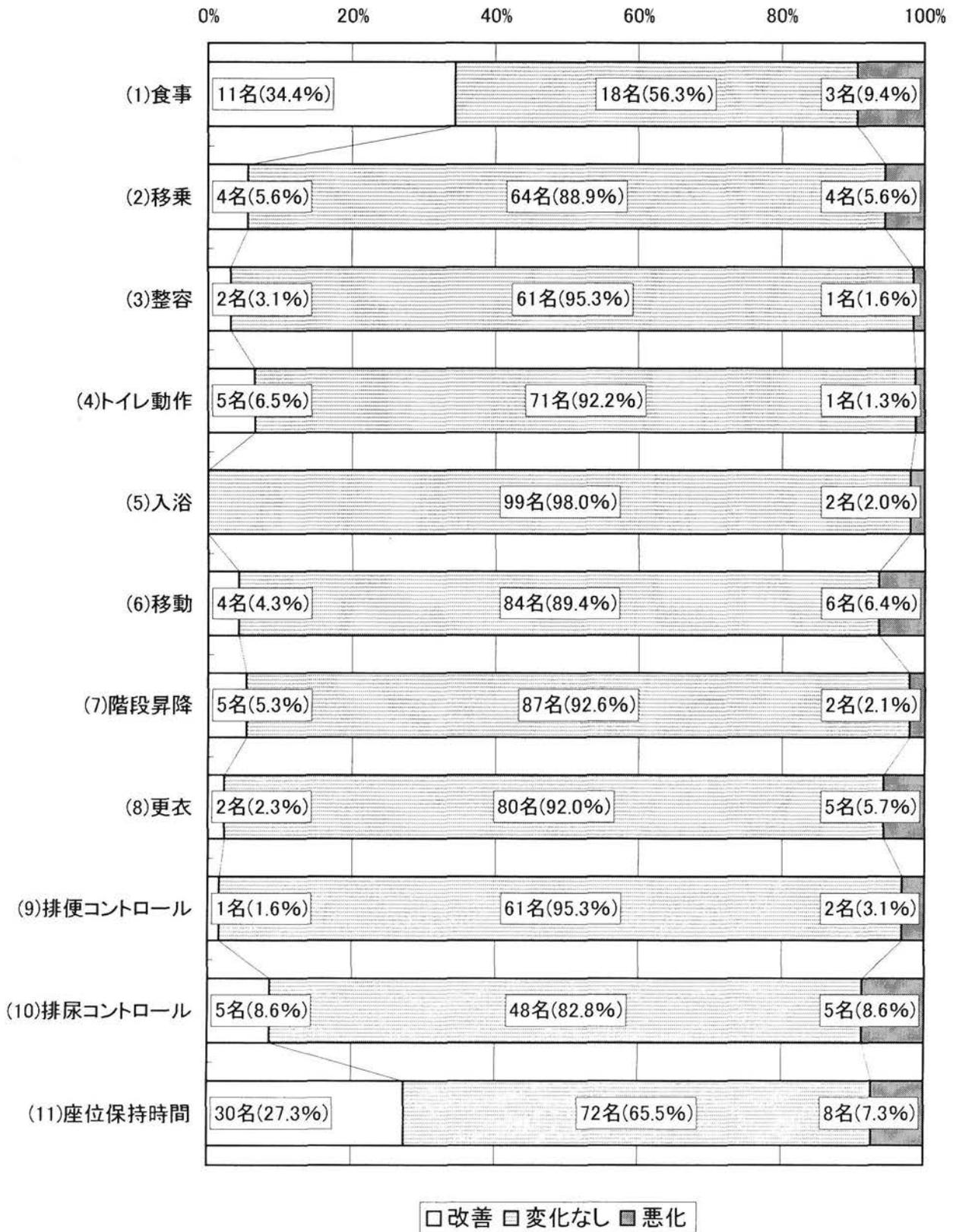


図9 口腔に関する能力の前後比較(リハビリ前後で「問題なし」を除く)

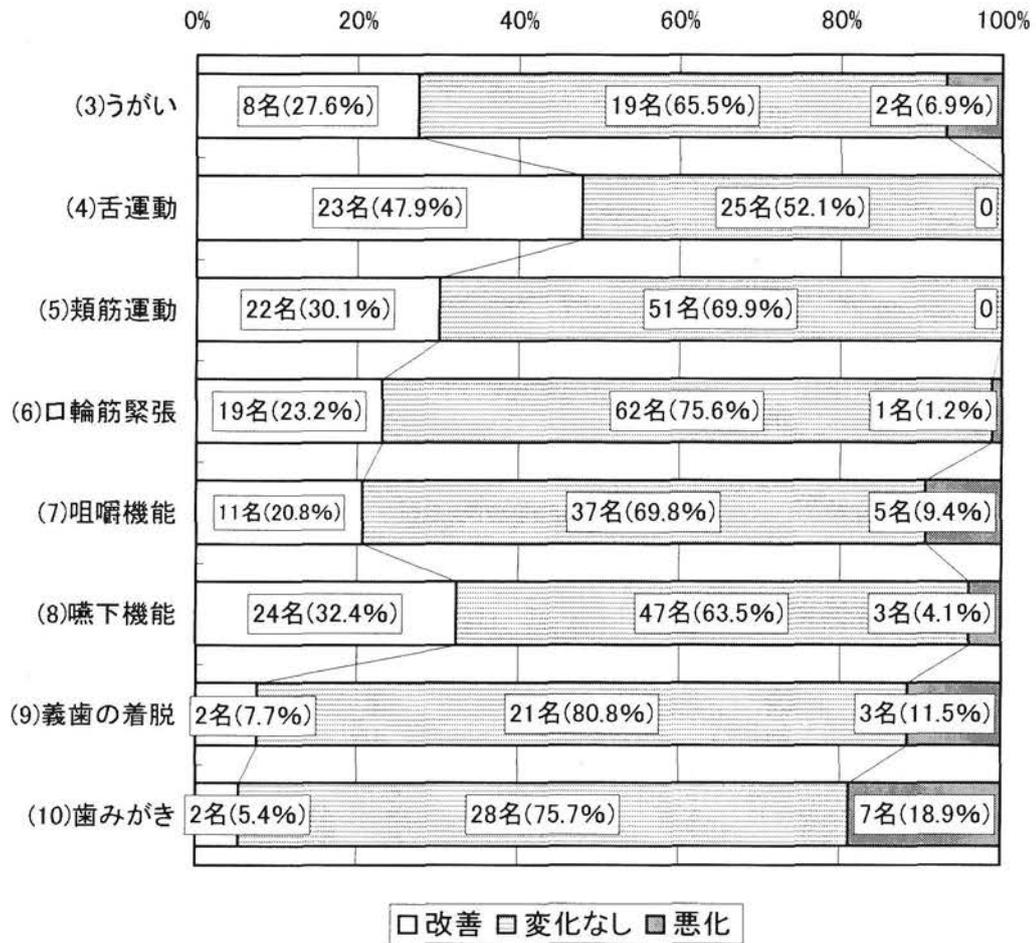


図10 社会生活の現状の前後比較(リハビリ前後で「問題なし」を除く)

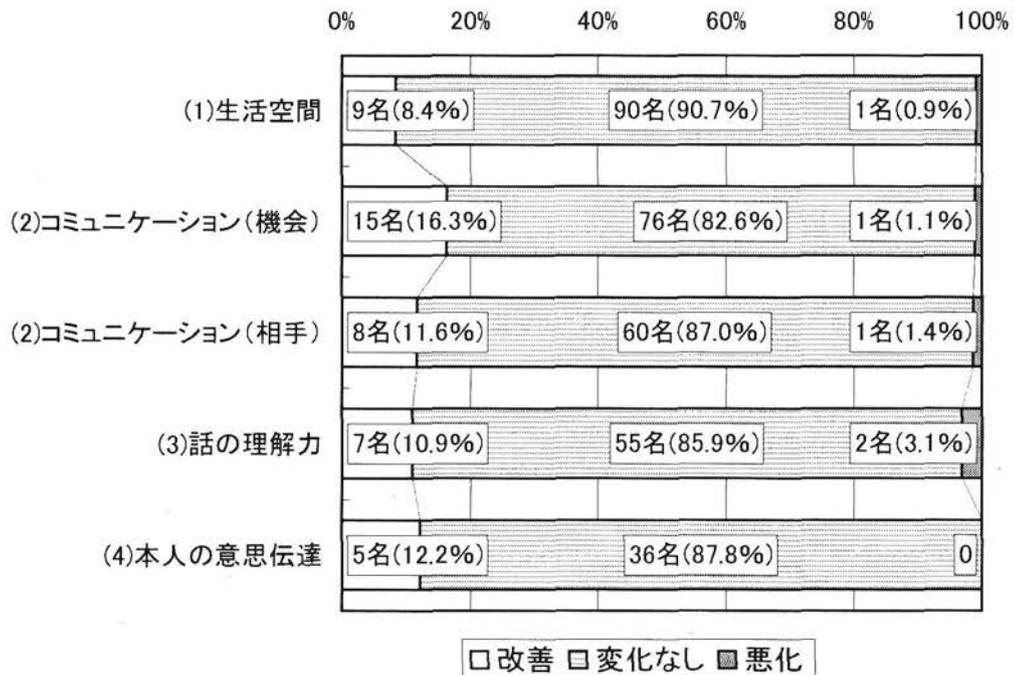
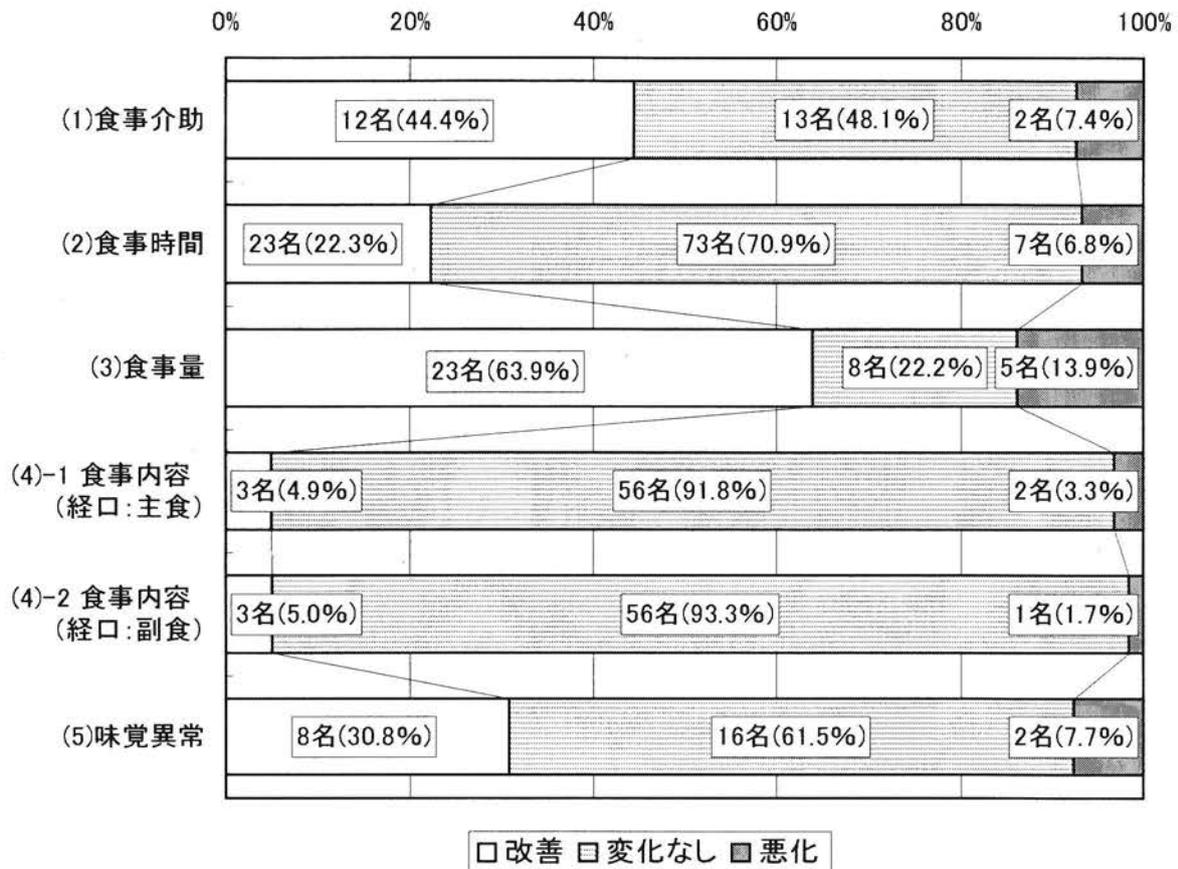


図11 食事の状況の前後比較(リハビリ前後で「問題なし」を除く)



3. まとめ

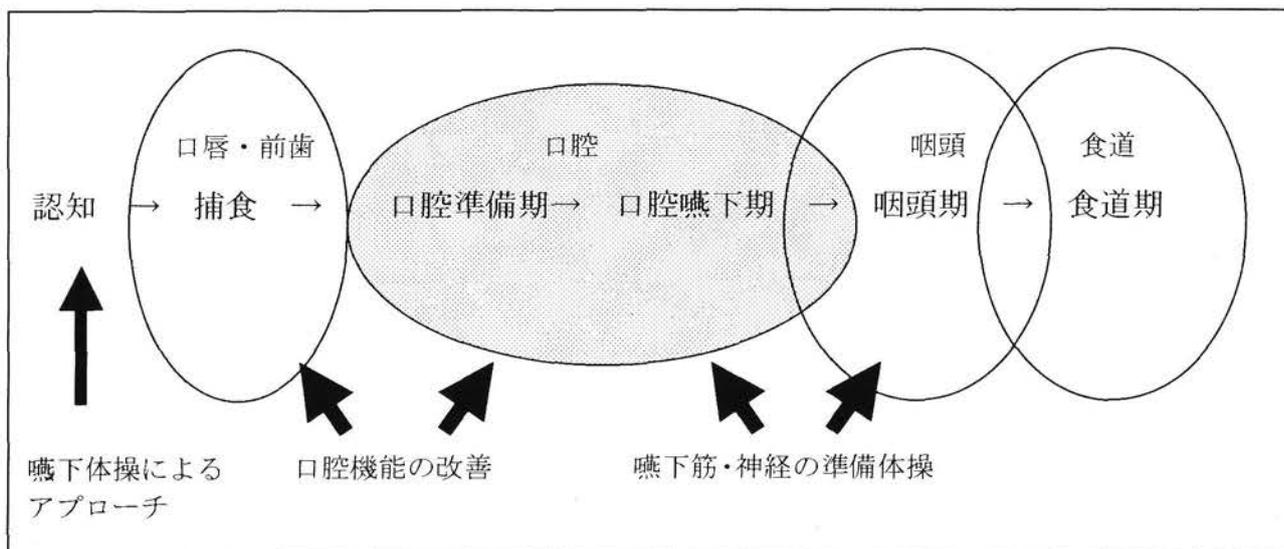
摂食・嚥下機能を含めた口腔機能が低下し、ADL、QOLの低下をきたしている高齢者、要介護者は非常に多いが、対応が遅れているのが現状である。本事業により適切な口腔機能リハビリを実施すれば、短期間に口腔機能回復あるいは残存機能による代償が得られることが示された。口腔機能リハビリテーションのアプローチと期待される効果については表3のように集約することができる。

表3 口腔機能リハビリテーションのアプローチと期待される効果

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 治療的アプローチ：摂食・嚥下訓練により嚥下に関連する機能障害を治す ② 代償的アプローチ：誤嚥しない手技、嚥下しやすい体位、食物形態の工夫 ③ 環境改善的アプローチ：施設や家庭で嚥下障害を克服できる環境を改善する ④ 心理的アプローチ：食事に対する意欲、「食」に対する感謝と喜びを取り戻す |
|---|

また、嚥下の各ステージに応じた口腔機能の回復にむけた主なアプローチは、図12のように示される。

図12 嚥下のステージに応じた口腔機能回復のためのアプローチ



口腔機能リハビリにより得られる効果を、①摂食・嚥下機能の向上、②コミュニケーションの改善、に分けて模式化すると、図13および図14のように示すことができる。まず、摂食・嚥下機能については、口腔機能リハビリにより咀嚼・嚥下機能が改善し、食事内容が変化、食事介助が軽減するケースもある。また、日常生活自立度の向上により、食事の自立度が改善し、食事意欲が向上する。また食事ペースが適切になることにより誤嚥防止の効果もある。食前の嚥下体操は、覚醒レベルをアップさせ、誤嚥を予防できる（図13）。次に、コミュニケーションに関しては、発音機能、場合によっては痴呆レベルが改善することにより、他者とのコミュニケーションがはかれるようになり、表情が豊かになる。そして、生活が規則的で、意欲的になり益々リハビリの意欲が出る（図14）。

本事業においても口腔機能リハビリを実施することにより、摂食嚥下機能を含めた口腔機能が改善しADL、QOLが高まる例が多くみられた。今後は、さらに障害を最小限にとどめ、機能回復を早めるためにも、急性期、回復期からの対応をもはかることが重要と思われる。

図13 口腔機能リハビリによる機能面の効果

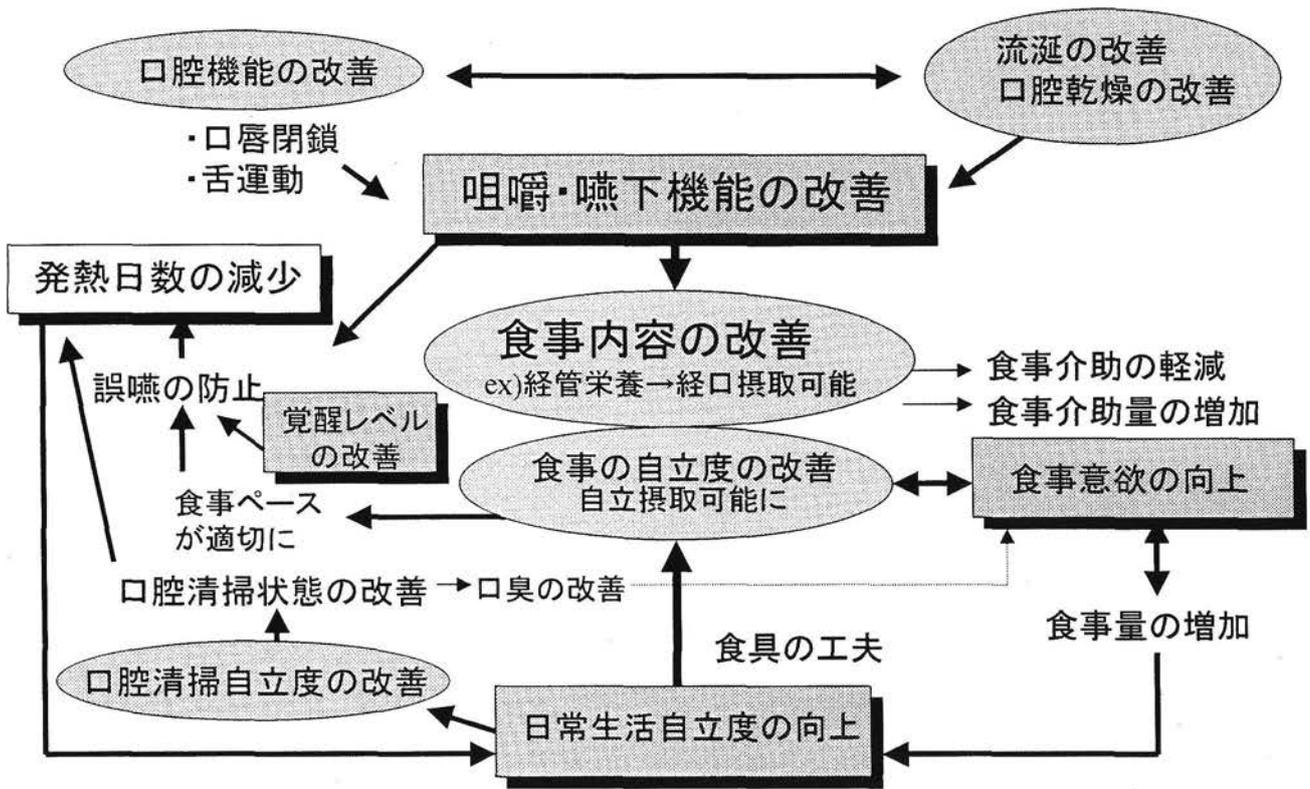
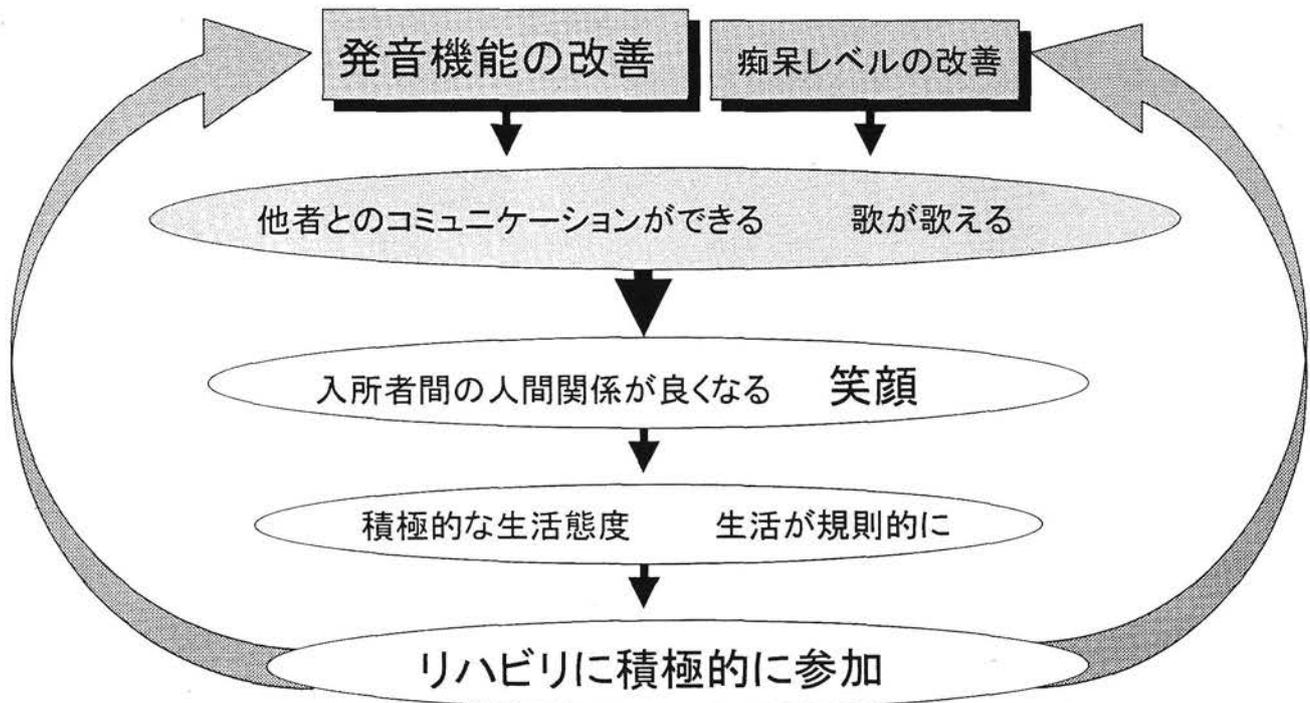


図14 口腔機能リハビリによるコミュニケーションの改善



第 4 章 集計結果

I. 連携施設でのリハビリ実施状況

国保歯科保健センターとの連携のもと口腔機能リハビリを実施した施設でのリハビリの実施状況、口腔ケアの状況、入所者の食事状況等についてアンケート調査（様式1）をした。以下に、アンケートの回答状況を記載する。

1. 調査対象施設の状況

調査対象施設は24施設でその内訳は、介護老人保健施設：8施設、介護老人福祉施設：15施設、その他（ケア付き住宅）：1施設であった。入所者は、全体で1,311名、1施設あたり平均入所者数は54.6名であった。入所者数41～60名の施設が最も多かった。

図1-1-1 調査対象施設の種類の割合

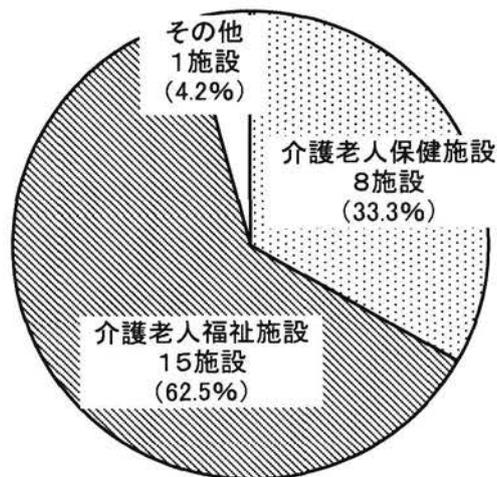


図1-1-2 調査対象施設の入所者数

①全体 1,311人(平均 54.6±28.0人)

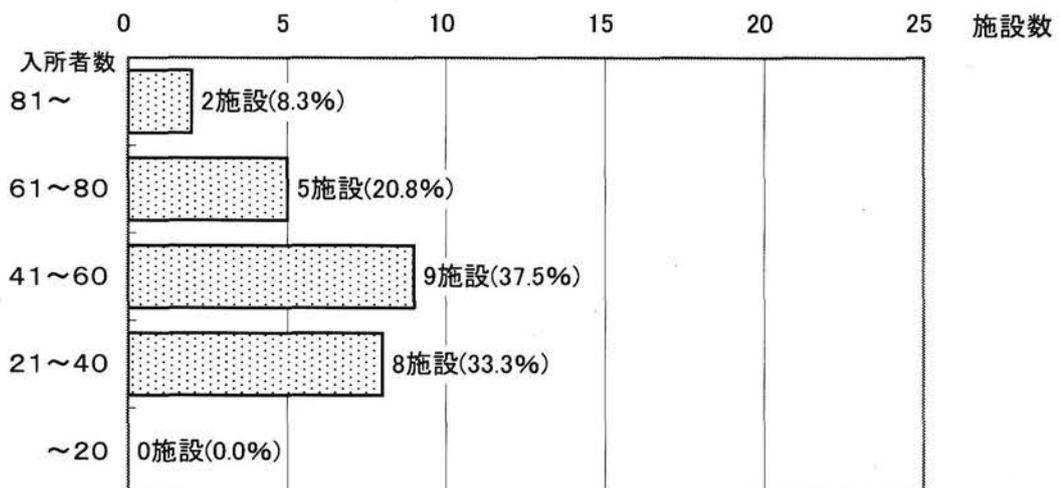


図1-1-3 調査対象施設の入所者数

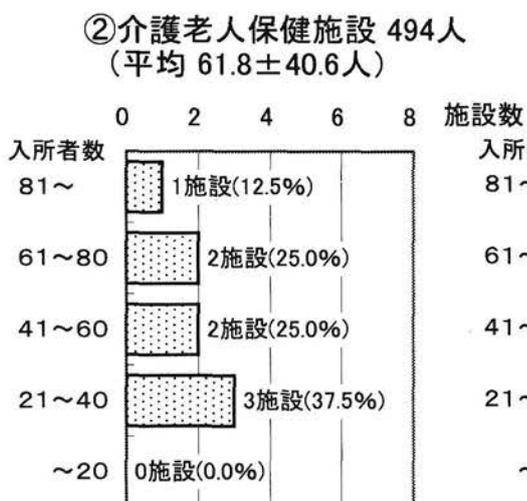
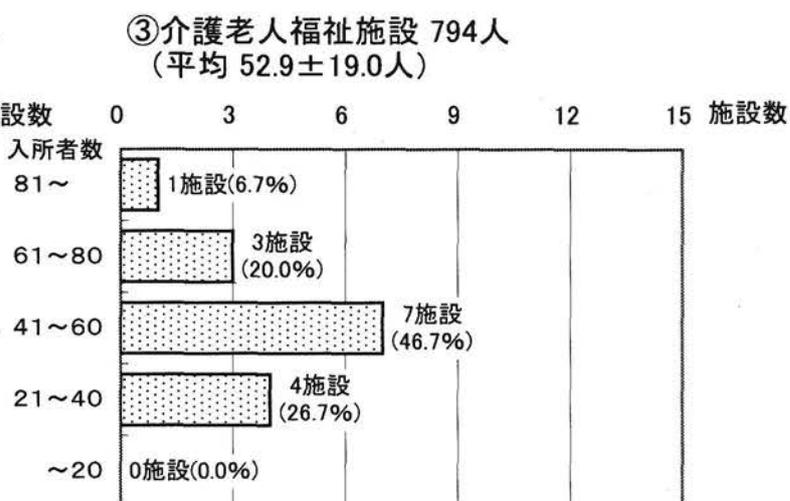


図1-1-4 調査対象施設の入所者数



2. レクリエーションの実施状況

娯楽は92%、スポーツは75%、文化活動は83%の施設で実施されていた。

レクリエーションの内容別にみると、音楽鑑賞・歌・カラオケを活用している施設が24施設中21施設と最も多く、ついで習字が多かった。これについて、ゲームの導入が多く、その内容はボール遊び、風船あそび、輪投げ、ボーリング、ゲートボールなどが主流であった。さらに外出や季節行事に力がいれられており、外出して買い物をしたり図書館に行ったり、散歩したりさまざまに工夫されていた。季節行事としては、新年会、お花見、誕生会、父の日、母の日、運動会、文化祭、敬老会、そば打ち会、クリスマス会など多彩な取り組みがなされていた。また、保育園児、幼稚園児、小学生、中学生、高校生との交流会に力を入れている施設もあった。

表1-2-1 レクリエーションの実施状況

| 種類 | 施設数 | % |
|------|-----|------|
| 娯楽 | 22 | 91.7 |
| スポーツ | 18 | 75.0 |
| 文化活動 | 20 | 83.3 |
| その他 | 7 | 29.2 |

表1-2-2 レクリエーションの内容

| 種類 | 施設数 |
|-------------|-----|
| 音楽鑑賞・歌・カラオケ | 21 |
| 習字 | 18 |
| ゲーム | 17 |
| 手芸・工作 | 10 |
| 季節行事・交流会 | 9 |
| ちぎり絵・塗り絵 | 8 |
| 外出・買い物・ドライブ | 8 |
| 体操 | 7 |
| いけばな | 6 |
| 園芸 | 5 |
| 料理・菓子作り | 4 |
| 映画・ビデオ鑑賞 | 4 |
| 踊り | 3 |
| 陶芸 | 2 |
| 茶道 | 2 |
| 喫茶 | 2 |
| 温泉旅行 | 1 |

3. 口腔ケアの実施状況

(1) 口腔ケアの実施頻度

各施設での口腔ケアの実施頻度は、1日3回が最も多く全体の70%を占めていた。平均口腔ケア実施回数は2.7回であった。介護老人保健施設の方が介護老人福祉施設より口腔ケアの平均回数は多かった。

図1-3-1 口腔ケアの頻度

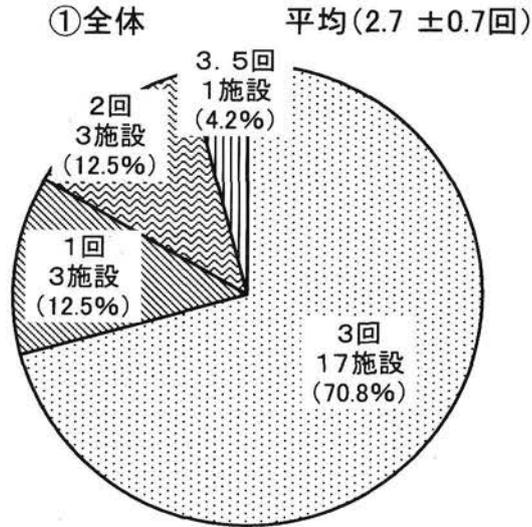


図1-3-2 口腔ケアの頻度

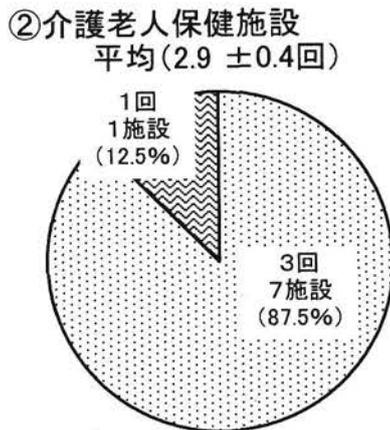
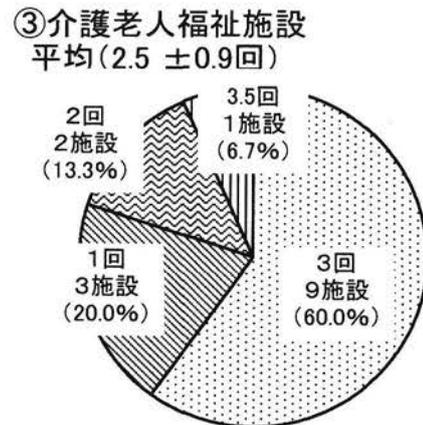


図1-3-3 口腔ケアの頻度



(2) 口腔ケアを実施する時

口腔ケアを実施する時間帯については、朝食後、昼食後、夕食後が多く、それぞれ8割以上の施設で実施されていた。起床後、就寝前はそれぞれ2施設のみであった。

図1-3-4 口腔ケアの実施時

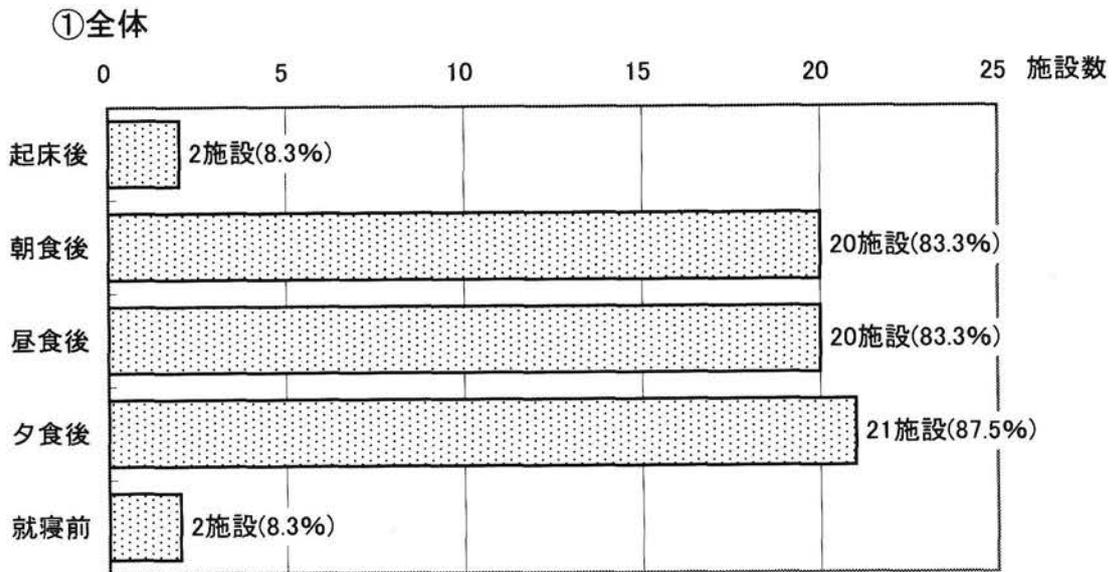


図1-3-5 口腔ケアの実施時

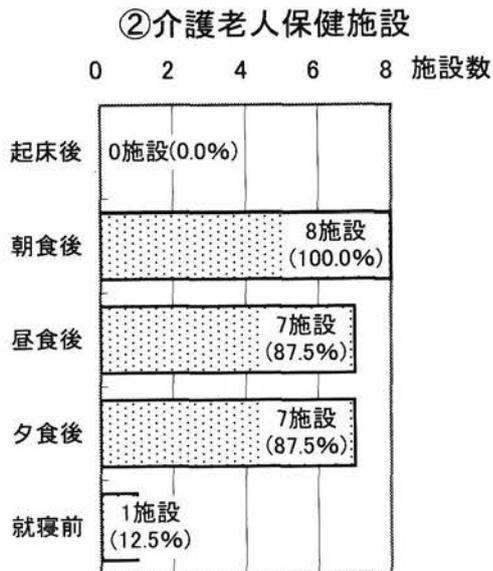
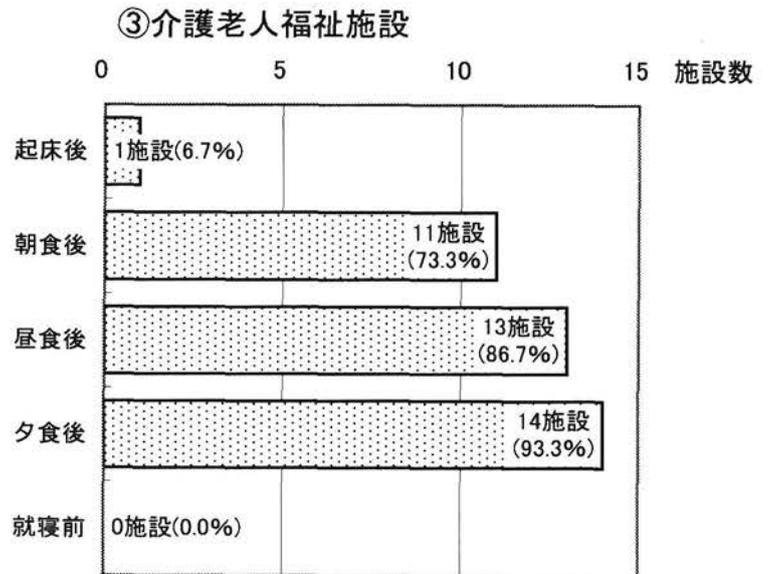


図1-3-6 口腔ケアの実施時



(3) 口腔ケアの実施担当者

口腔ケアの実施担当者は介護福祉士と看護師がほとんどであった。歯科衛生士が実施している施設が4施設あった。

図1-3-7 口腔ケアの担当者

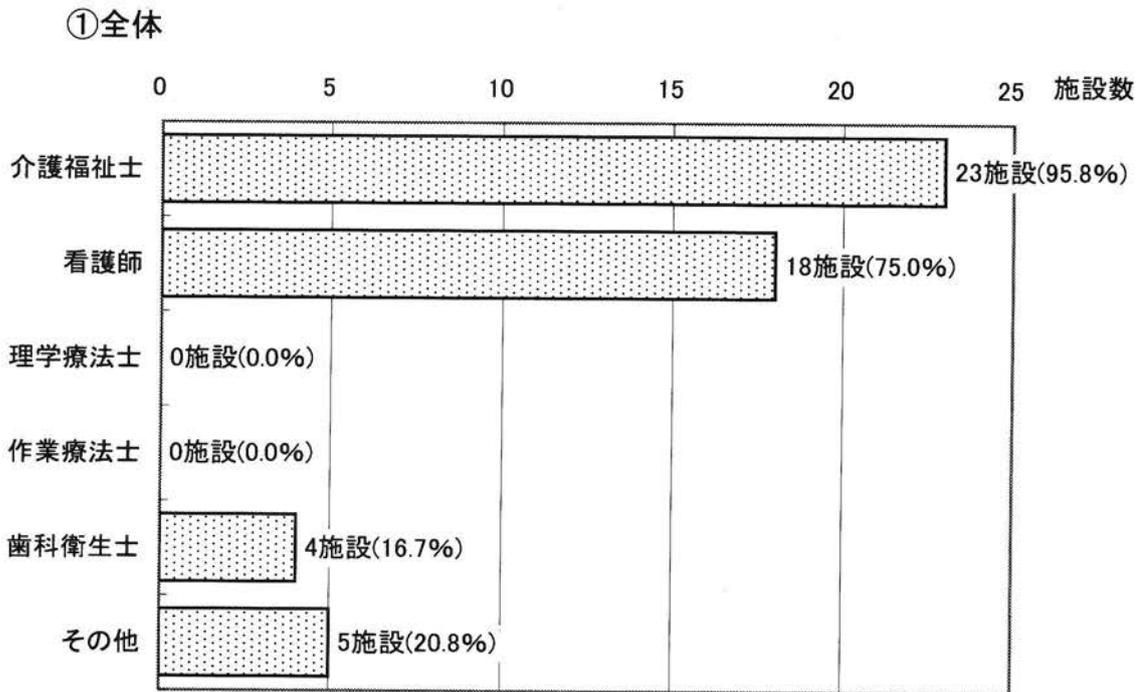


図1-3-8 口腔ケアの担当者

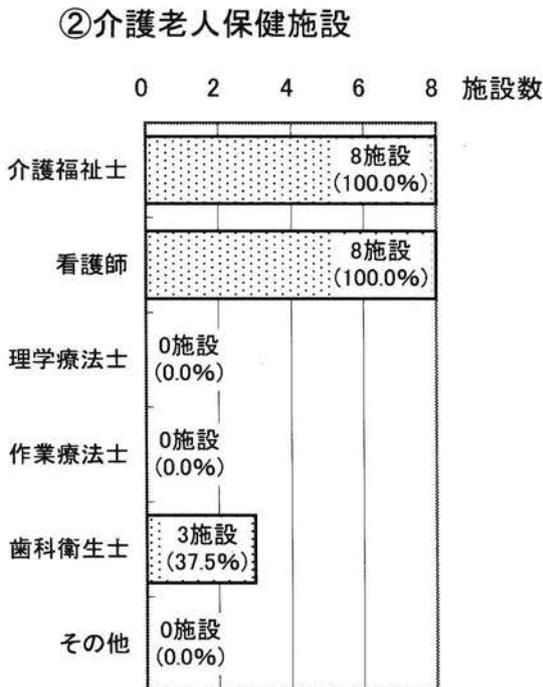
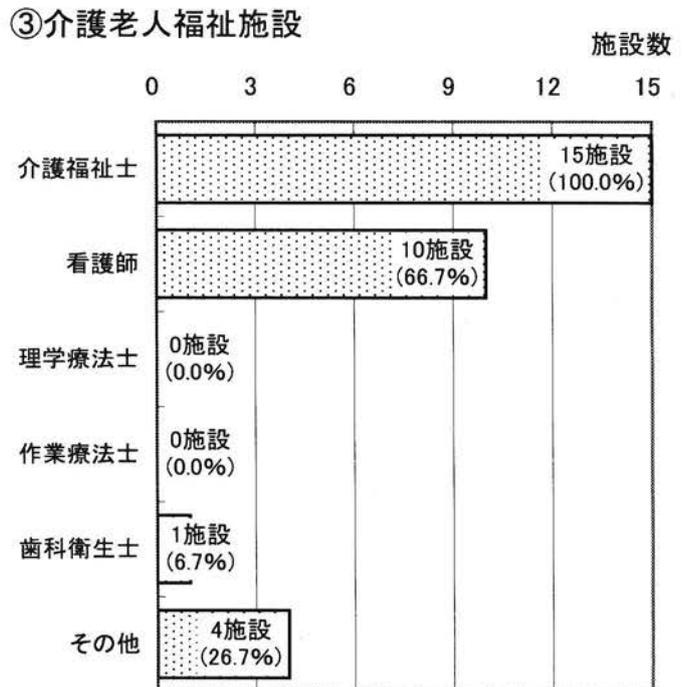


図1-3-9 口腔ケアの担当者



(4) 口腔ケアの対象者

口腔ケアの対象者として入所者全員と回答した施設は約7割であった。介護老人福祉施設の方が介護老人保健施設より対象者が広いようであった。

図1-3-10 口腔ケアの実施対象

①全体

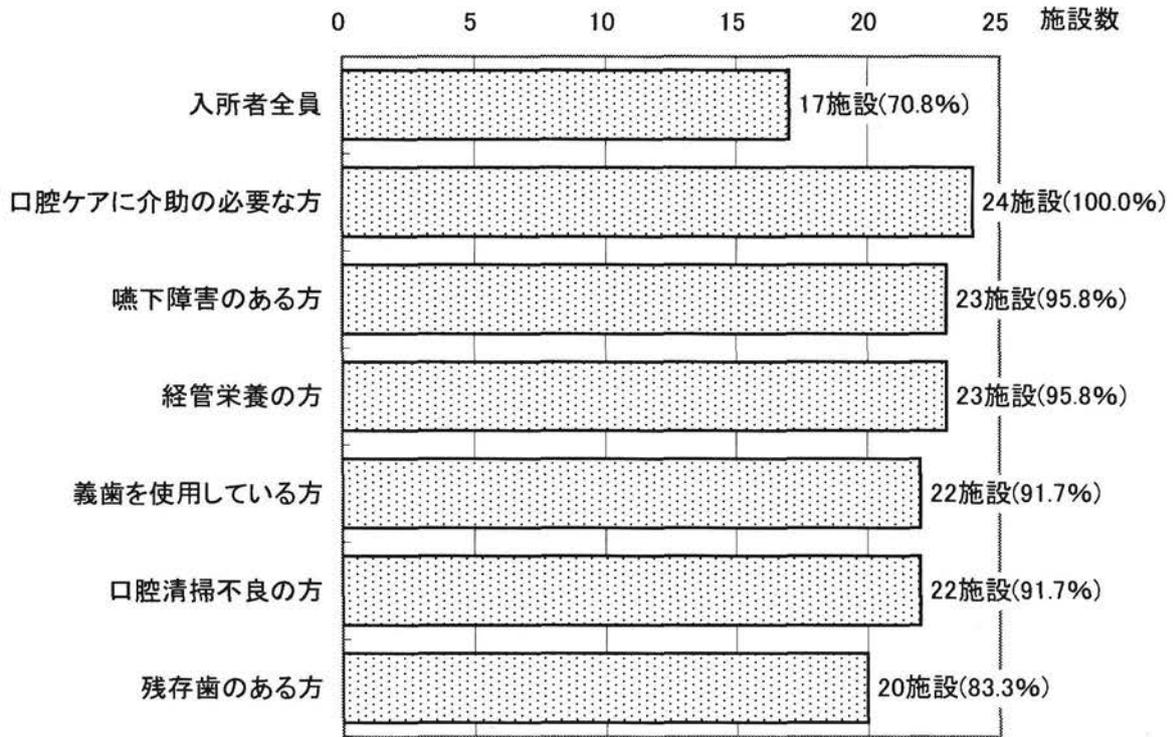
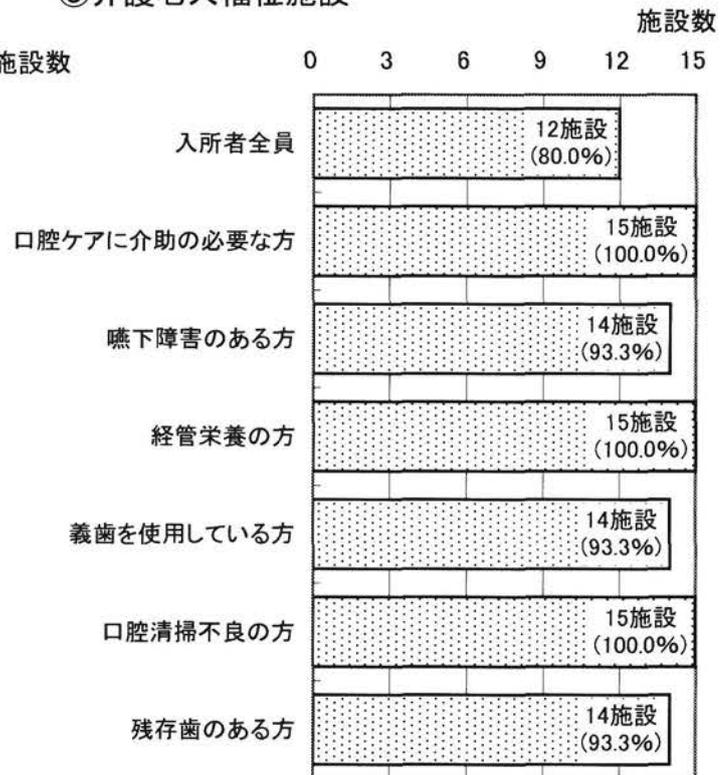
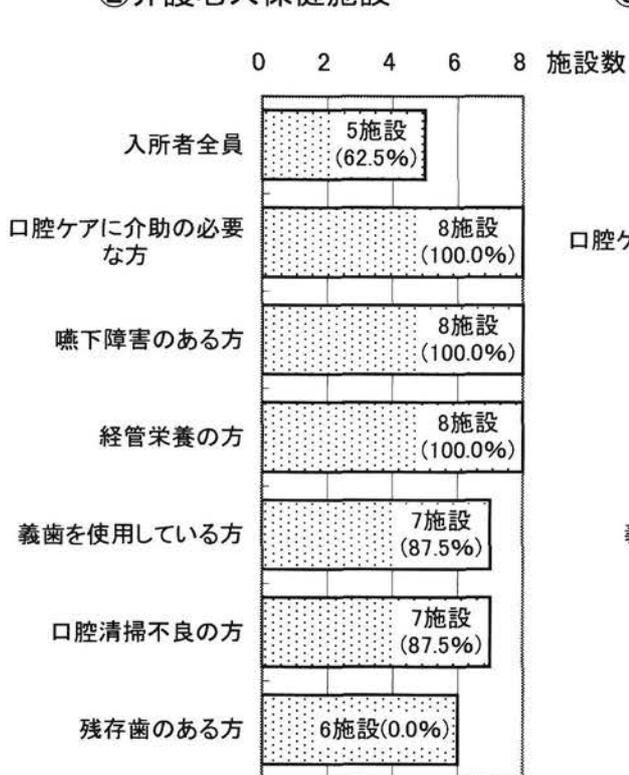


図1-3-11 口腔ケアの実施対象

図1-3-12 口腔ケアの実施対象

②介護老人保健施設

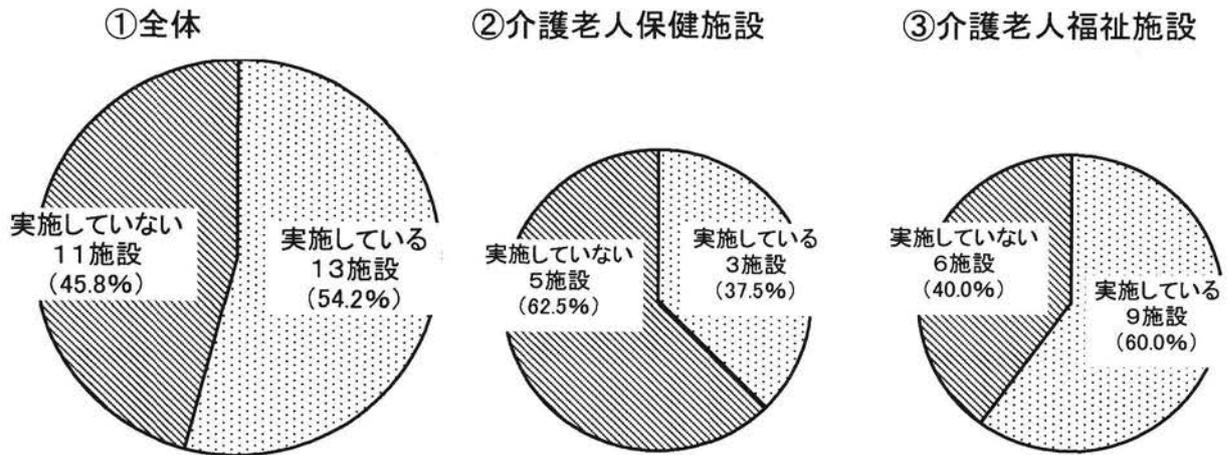
③介護老人福祉施設



(5) 歯科衛生士による訪問口腔ケアの実施状況

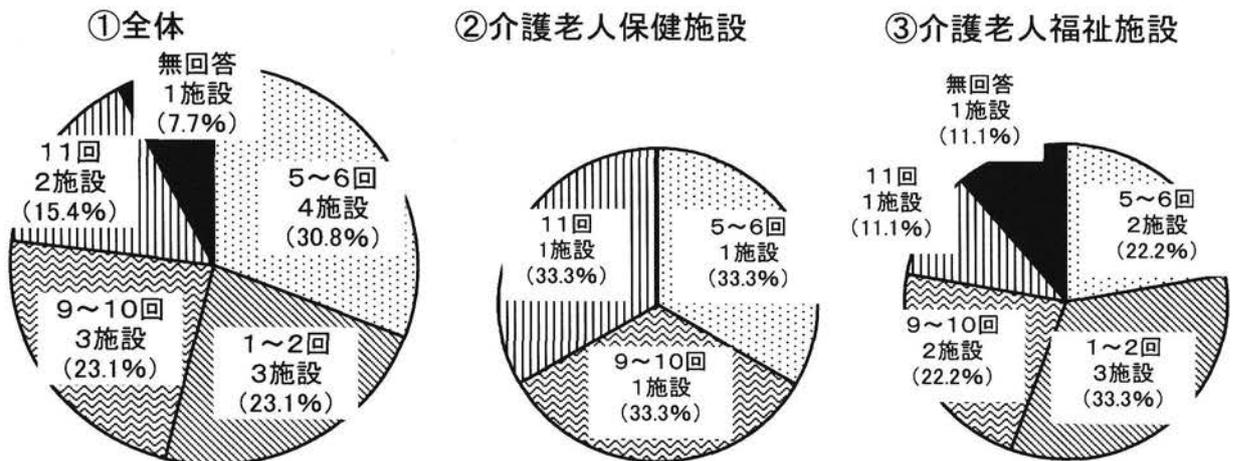
歯科衛生士による訪問口腔ケアを実施している施設は13施設（54%）であった。介護老人福祉施設では介護老人保健施設より歯科衛生士による訪問口腔ケアを実施している施設が多かった。

図1-3-13 歯科衛生士による口腔ケア実施の有無



実施頻度は1カ月あたり5～6回の施設が多く、次いで1～2回、9～10回であった。

図1-3-14 歯科衛生士による口腔ケア実施の頻度（1ヶ月あたり）



4. 入所者の摂食・嚥下障害の状況

(1) 食事介助の状況

入所者の食事介助の状況を図1-4-1、図1-4-2に示している。食事が自立している者は全体の68.6%、一部介助が16.9%、全介助が14.5%であった。介護老人福祉施設の方が介助が必要な者の割合が多かった。最も食事介助が必要な者の人数が多い施設では26～30人の全介助人所者がいると回答した。

図1-4-1 食事の介助が必要な入所者数

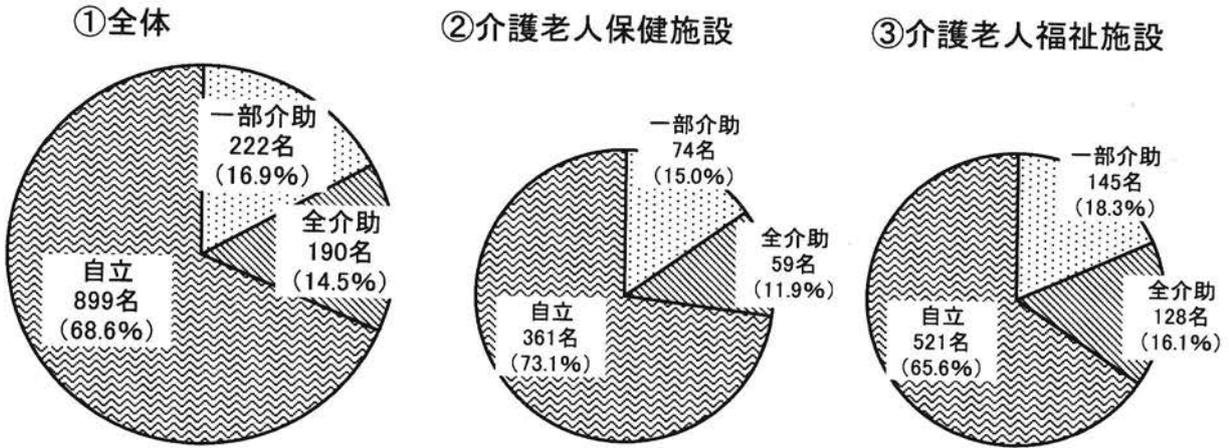
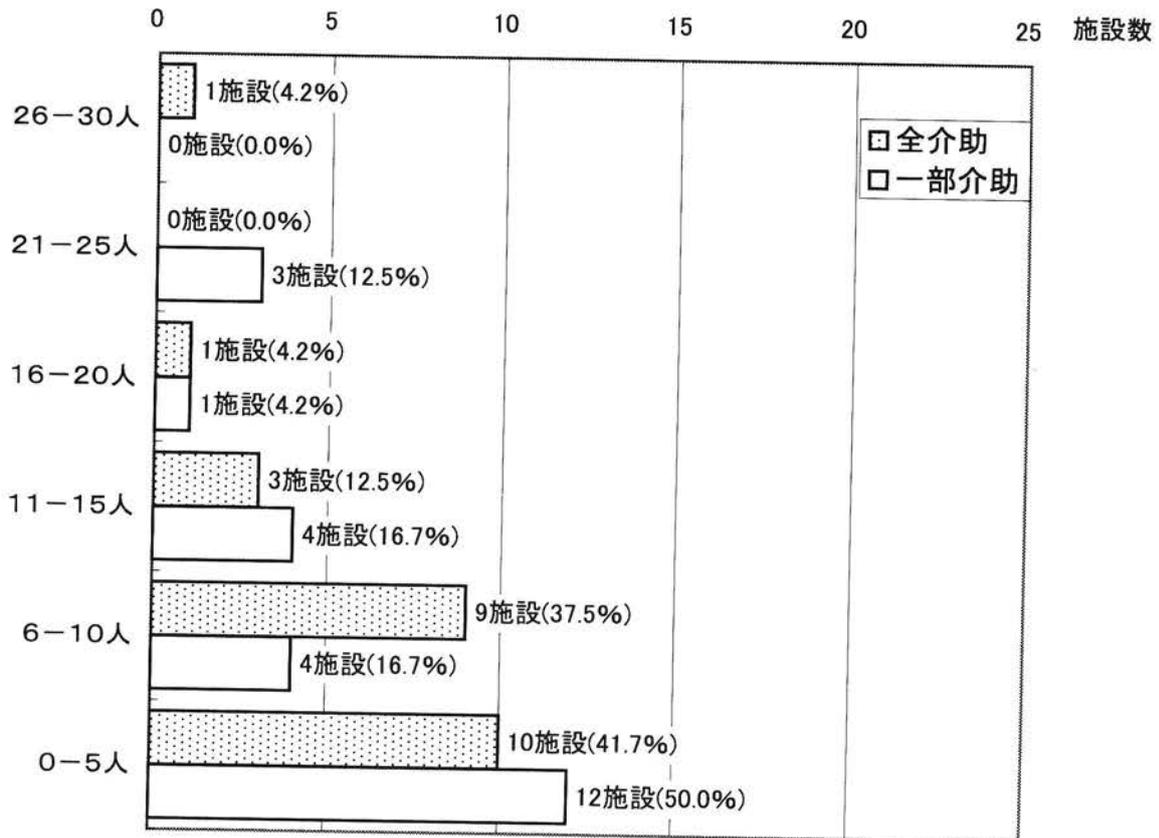


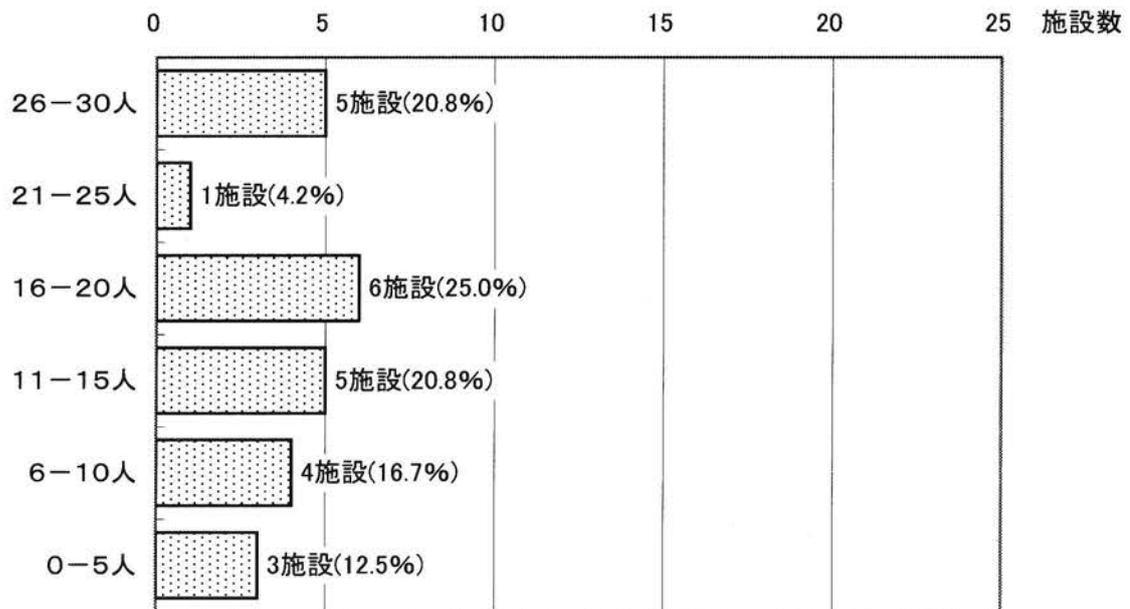
図1-4-2 食事介助が必要な入所者数別の施設数



(2) 嚥下障害の状況

嚥下障害のある入所者数は全体で385名 (29.4%)、介護老人保健施設と介護老人福祉施設で嚥下障害のある者の割合の差はほとんどなかった。26~30名の嚥下障害者がいる施設が5施設あった。

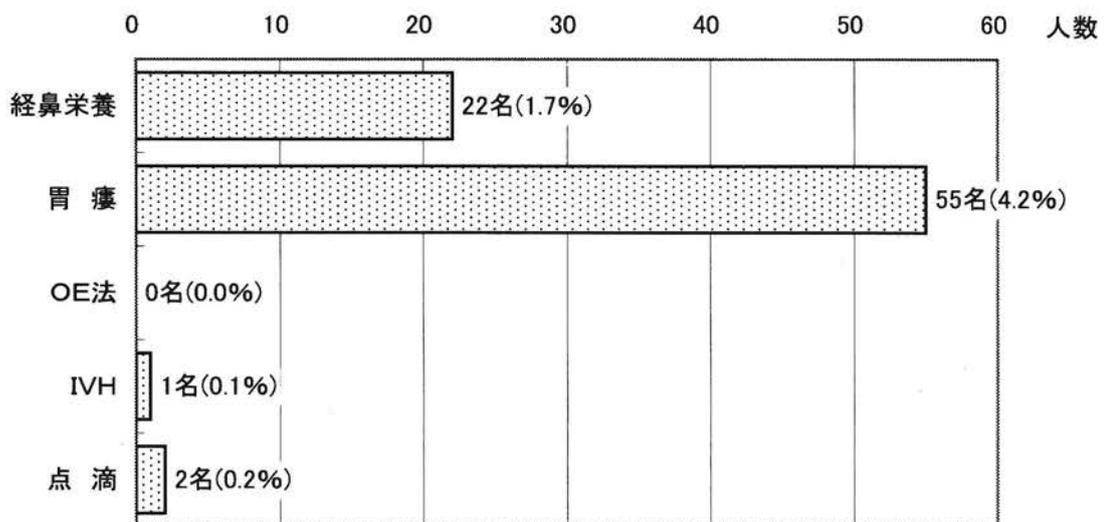
図1-4-3 嚥下障害のある入所者数別の施設数



(3) 経管栄養の状況

経管栄養の入所者は全体で80名（6.2％）であった。胃瘻が最も多く55名（4.2％）、次いで経鼻栄養22名（1.7％）であった。

図1-4-4 経管栄養の入所者総数

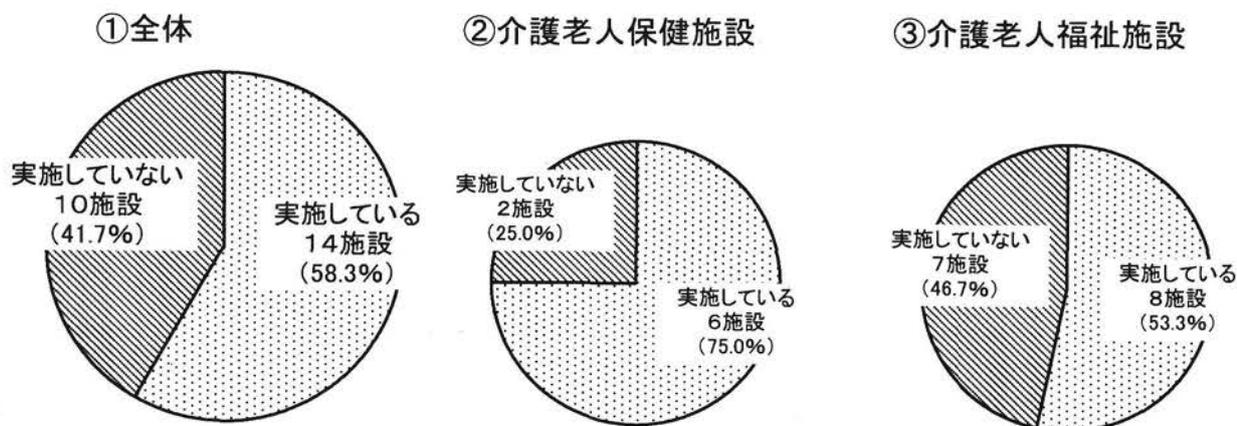


5. 摂食・嚥下リハビリテーションの実施状況

摂食・嚥下リハビリテーションを実施している施設は全体で14施設（58％）であった。介護老人保健施

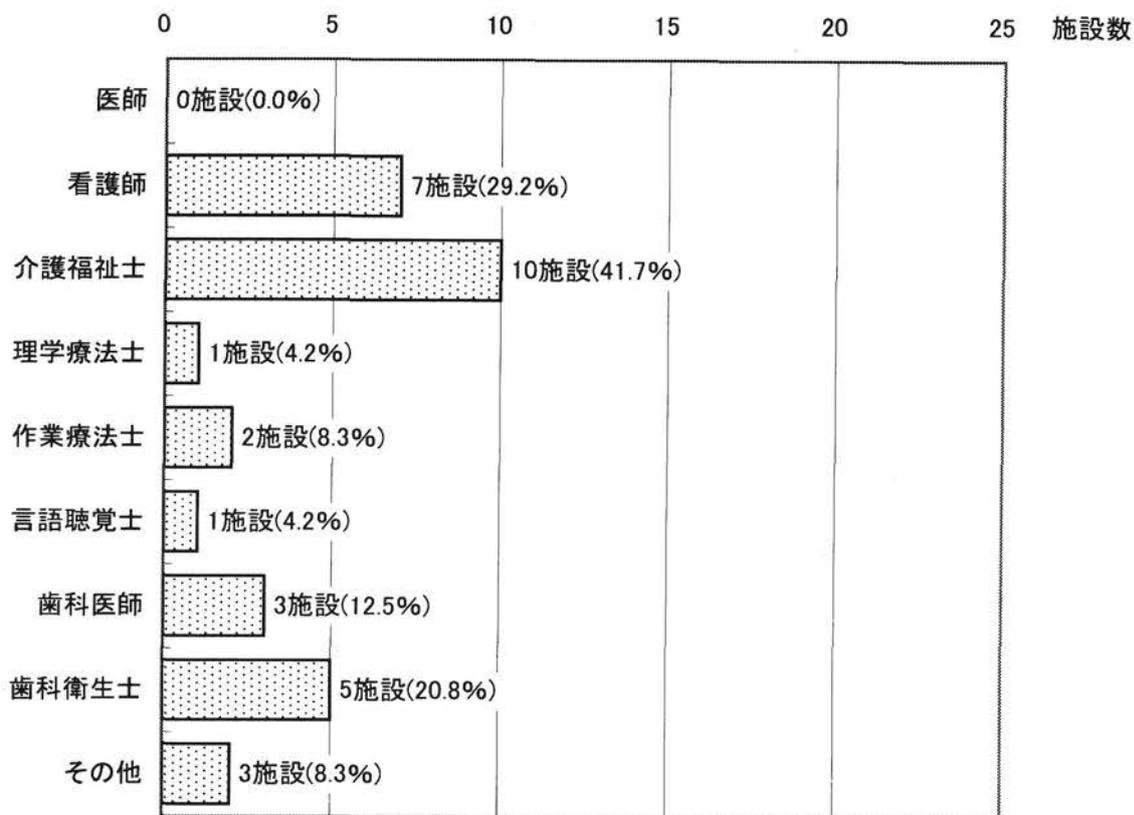
設の方が実施している施設が多かった。

図1-5-1 摂食・嚥下リハビリテーションの実施状況



実施担当者は、介護福祉士が最も多く、次いで看護師であった。歯科衛生士が実施している施設は5施設、歯科医師が実施している施設は3施設であった。

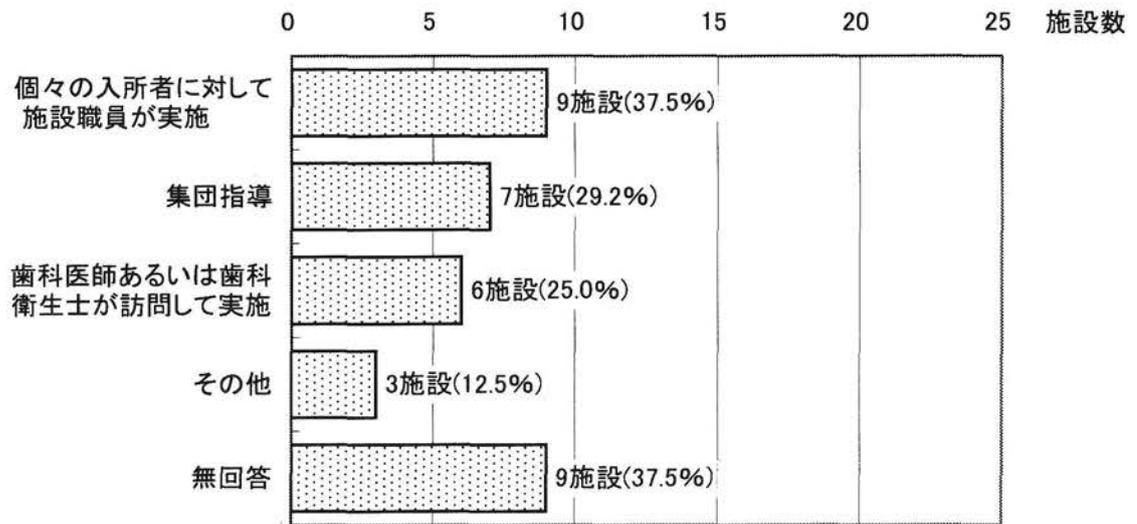
図1-5-2 摂食・嚥下リハビリテーションの実施 担当者別の施設数



摂食・嚥下リハビリテーションの実施形態は、個別対応が9施設、集団指導をしている施設が7施設、歯科医師あるいは歯科衛生士が実施している施設は6施設であった。

図1-5-3 摂食・嚥下リハビリテーションの実施形態別の施設数

①全体

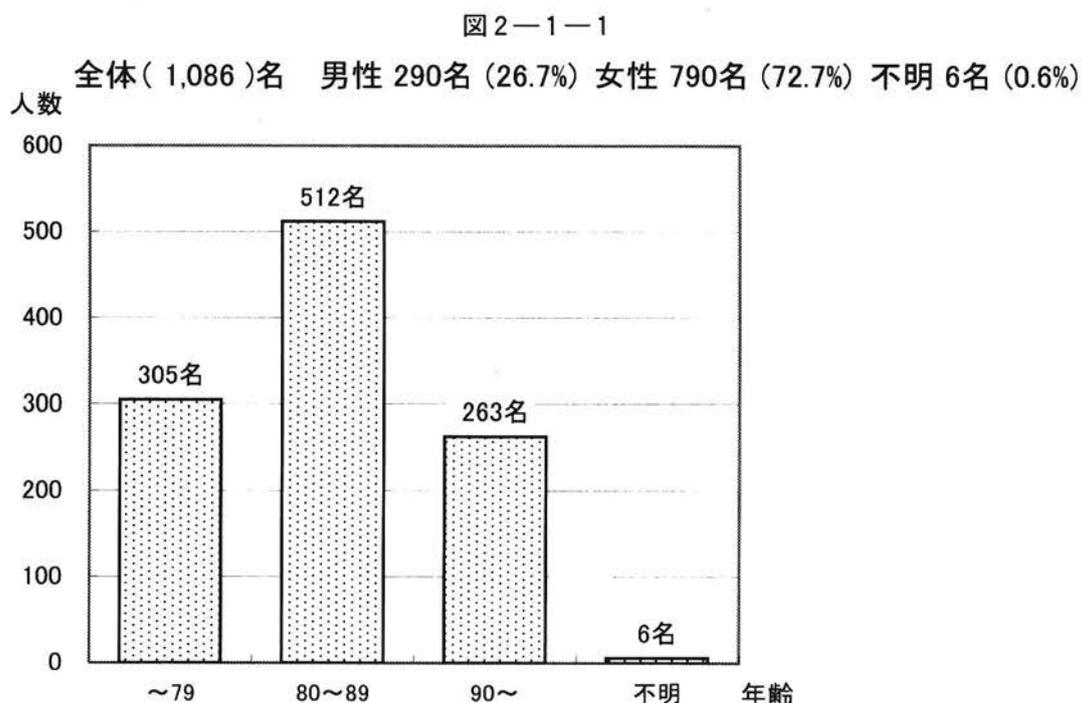


Ⅱ. 口腔機能リハビリ実施施設の概況

対象施設の入所者全員に対して、日常生活自立度、要介護度、食事状況などの基本的な項目と摂食・嚥下障害の状況に関するアンケート調査を実施した（様式2-1）。以集計結果は以下のとおりであった。

1. 対象施設の入所者数、年齢構成

対象者は、総計1,086名（男性：290名、女性：790名）であった。年齢分布は図2-1-1に示すとおりで、80～89歳が最も多かった。



2. 入所者の要介護度分布

表2-1に調査実施施設ごとの調査事業対象者数および要介護度分布、図2-2-1～図2-2-3には施設種ごとの要介護度分布を示している。全体では要介護4が最も多く、次いで要介護5、要介護2、要介護3、要介護1の順であった。介護老人福祉施設の方が要介護度の高い者が多かった。

表 2—1 調査実施施設ごとの対象者の要介護度判定区分

| 施設コード | 施設名 | 要介護度 | | | | | | 無回答 | 計 |
|--------|----------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|--------|
| | | 要支援 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | | |
| 1 | 深浦町国保診療所 | 1 | 2 | 8 | 9 | 12 | 18 | 0 | 50 |
| 2 | 国保脇野診療所 | 0 | 4 | 5 | 4 | 11 | 4 | 2 | 30 |
| 3 | 胆沢町国保まごころ病院 | 0 | 2 | 3 | 10 | 22 | 11 | 0 | 48 |
| 4 | 衣川村国保歯科診療所 | 0 | 3 | 10 | 12 | 17 | 10 | 0 | 52 |
| 5 | 宮守村国保歯科診療所 | 0 | 1 | 2 | 8 | 17 | 23 | 1 | 52 |
| 6 | 国保田野畑村診療所 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 5 |
| 7 | 千厩町国保歯科診療所 | 0 | 9 | 17 | 12 | 23 | 19 | 0 | 80 |
| 8 | 涌谷町国保病院 | 0 | 8 | 9 | 7 | 11 | 9 | 0 | 44 |
| 9 | 黒部市民病院 | 0 | 11 | 6 | 10 | 5 | 1 | 0 | 33 |
| 10 | 佐久市立国保浅間総合病院 | 0 | 6 | 8 | 4 | 12 | 10 | 0 | 40 |
| 11 | 久々野町国保診療所 | 2 | 11 | 11 | 9 | 18 | 18 | 0 | 69 |
| 12 | 和良村国保歯科診療所 | 0 | 1 | 2 | 3 | 9 | 7 | 0 | 22 |
| 13 | 公立甲賀病院 | 0 | 5 | 10 | 7 | 14 | 13 | 1 | 50 |
| 14 | 大屋町国保大屋歯科診療所 | 0 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 1 | 15 |
| 15 | 宝塚市国保診療所 | 0 | 17 | 19 | 20 | 21 | 13 | 0 | 90 |
| 16 | 五色町国保五色診療所 | 0 | 6 | 13 | 12 | 13 | 17 | 0 | 61 |
| 17 | 頓原町立国保頓原病院 | 0 | 2 | 6 | 6 | 5 | 10 | 1 | 30 |
| 18 | 芸北町国保芸北歯科診療所 | 0 | 4 | 4 | 8 | 8 | 7 | 0 | 31 |
| 19 | 公立みつぎ総合病院 | 0 | 14 | 29 | 18 | 13 | 23 | 1 | 98 |
| 20 | 三豊総合病院 | 0 | 21 | 14 | 13 | 14 | 10 | 0 | 72 |
| 21 | 中山町国保直営歯科診療所 | 0 | 2 | 1 | 3 | 11 | 10 | 1 | 28 |
| 22 | 柏歯科診療所 | 1 | 2 | 3 | 6 | 10 | 9 | 0 | 31 |
| 23 | 国保龍ヶ岳町立上天草総合病院 | 0 | 15 | 12 | 9 | 7 | 6 | 1 | 50 |
| 24 | 姫島村国保診療所 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| 24施設合計 | | 4 | 150 | 197 | 193 | 280 | 253 | 9 | 1,086 |
| | | 0.4% | 13.8% | 18.1% | 17.8% | 25.8% | 23.3% | 0.8% | 100.0% |

図2-2-1 要介護度判定区分別の分布

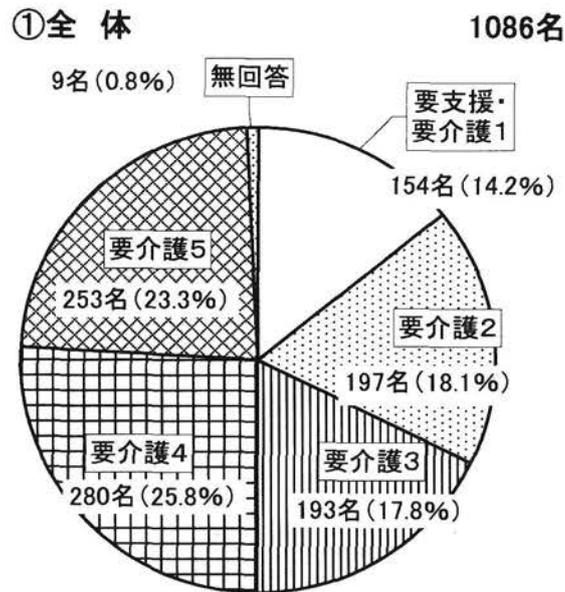


図2-2-2 要介護度判定区分別の分布

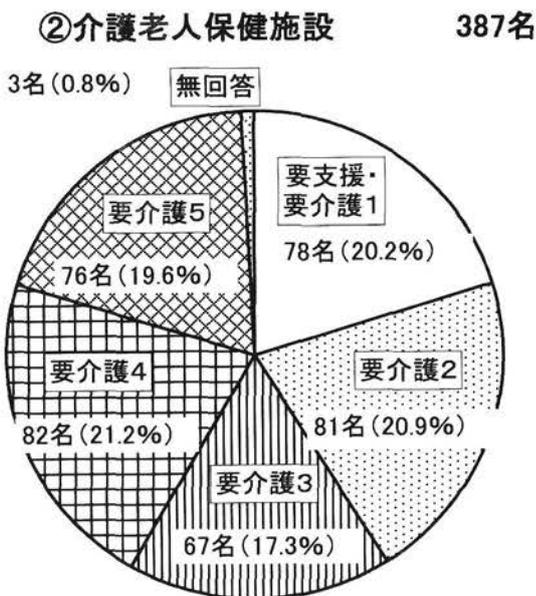
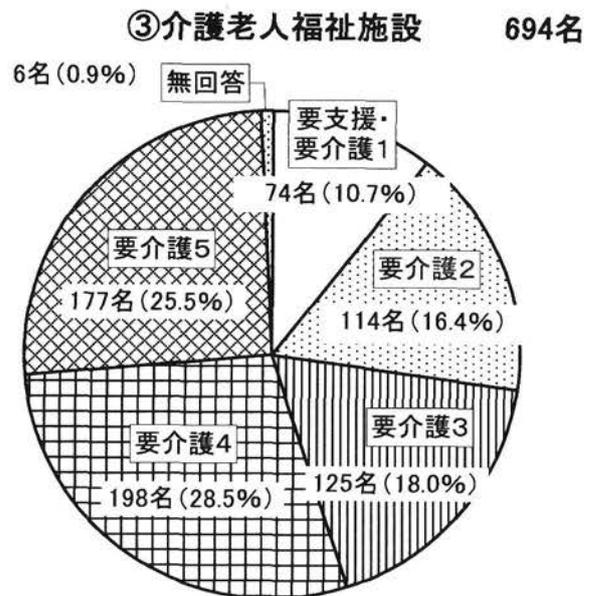


図2-2-3 要介護度判定区分別の分布



3. 対象者の日常生活自立度

図2-3-1～図2-3-3には寝たきり度、図2-3-4～図2-3-6には痴呆度の分布を示している。寝たきり度はBランクが最も多く、全体の43%を占めていた。介護老人福祉施設では介護老人保険施設に比べCランクの者が多かった。痴呆度はⅢランクが最も多く、次いでⅡランク、Ⅳランクであった。介護老人福祉施設の方が痴呆度が進行している者の割合が多かった。

図2-3-1 日常生活自立度（寝たきり度）の分布

①全体 1086名

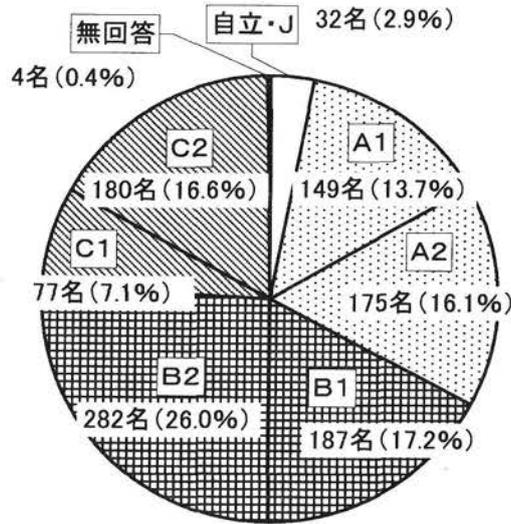


図2-3-2 日常生活自立度（寝たきり度）の分布

②介護老人保健施設 387名

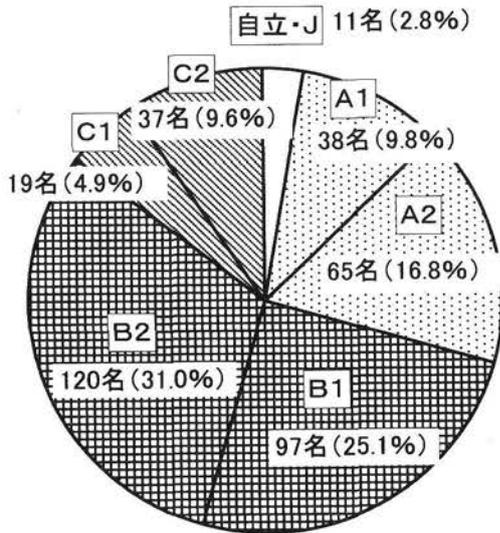


図2-3-3 日常生活自立度（寝たきり度）の分布

③介護老人福祉施設 694名

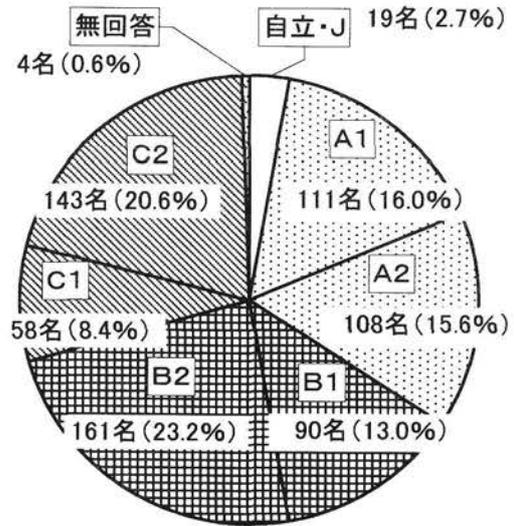


図2-3-4 日常生活自立度（痴呆度）の分布

①全体 1086名

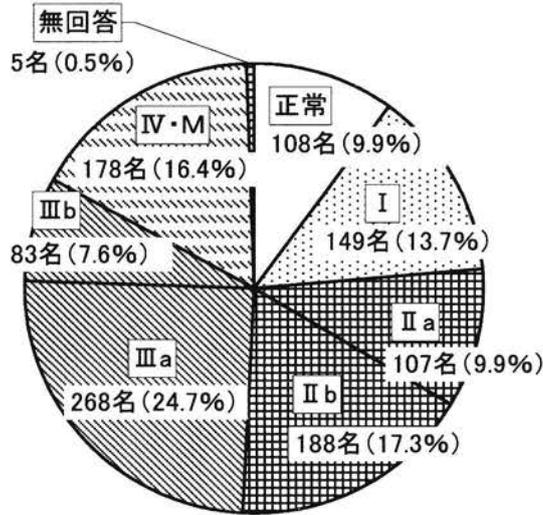


図2-3-5 日常生活自立度（痴呆度）の分布

②介護老人保健施設 387名

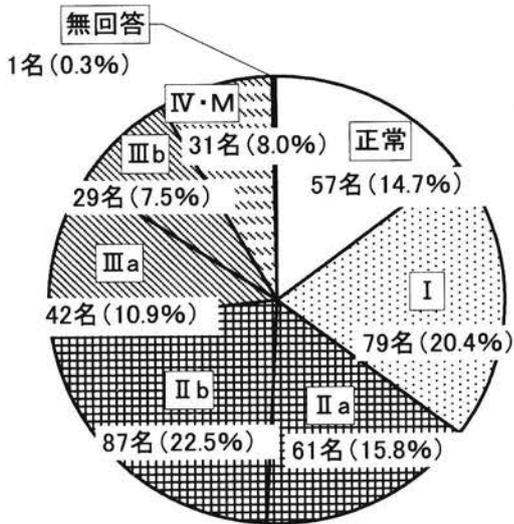
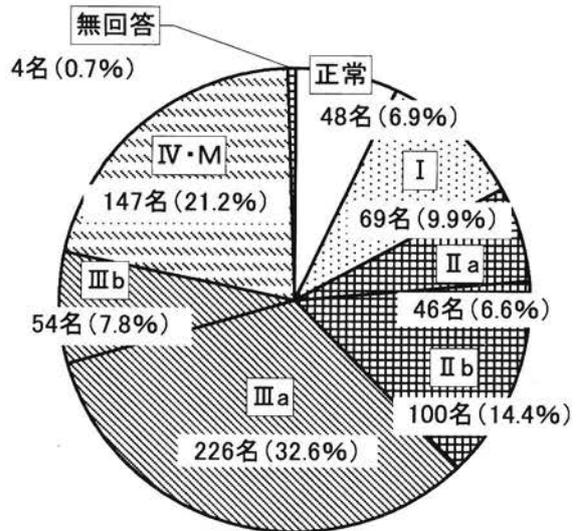


図2-3-6 日常生活自立度（痴呆度）の分布

③介護老人福祉施設 694名



4. 感染症の状況

感染症の既往については、「あり」が7.4%、「把握できていない」が11.8%であった。介護老人保健施設では把握できていない者が20%を占めていた（図2-4-1～図2-4-3）。

図2-4-1 既知の感染症の有無

①全体 1086名

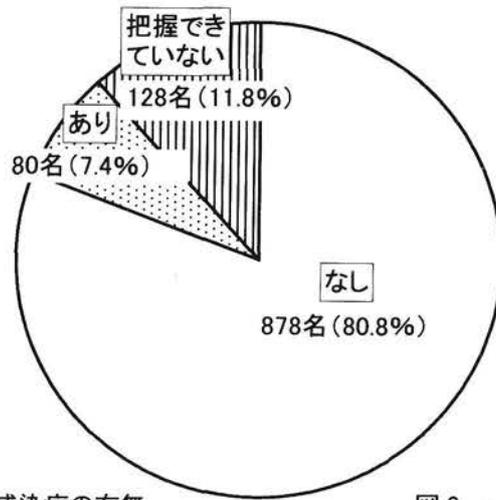


図2-4-2 既知の感染症の有無

②介護老人保健施設 387名

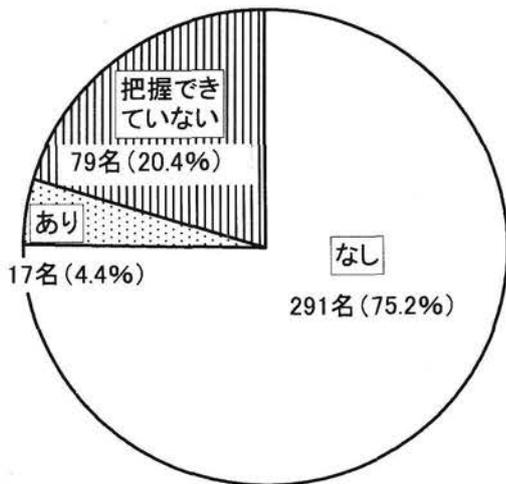
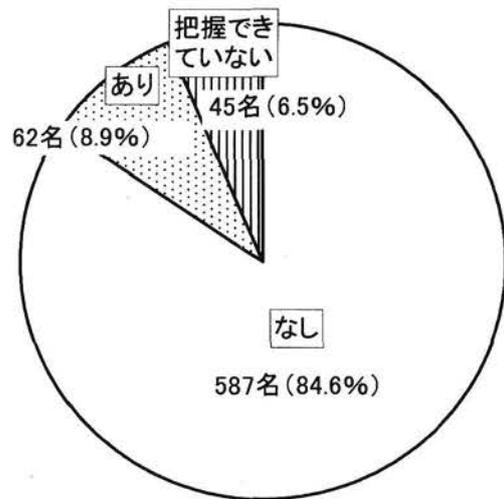


図2-4-3 既知の感染症の有無

③介護老人福祉施設 694名



既知の感染症の種類については、HCVが最も多く41.3%、次いでMRSA、梅毒であった。介護老人保健施設ではMRSAが最も多かった(図2-4-4～図2-4-6)。

図 2-4-4 感染症の種類とその割合

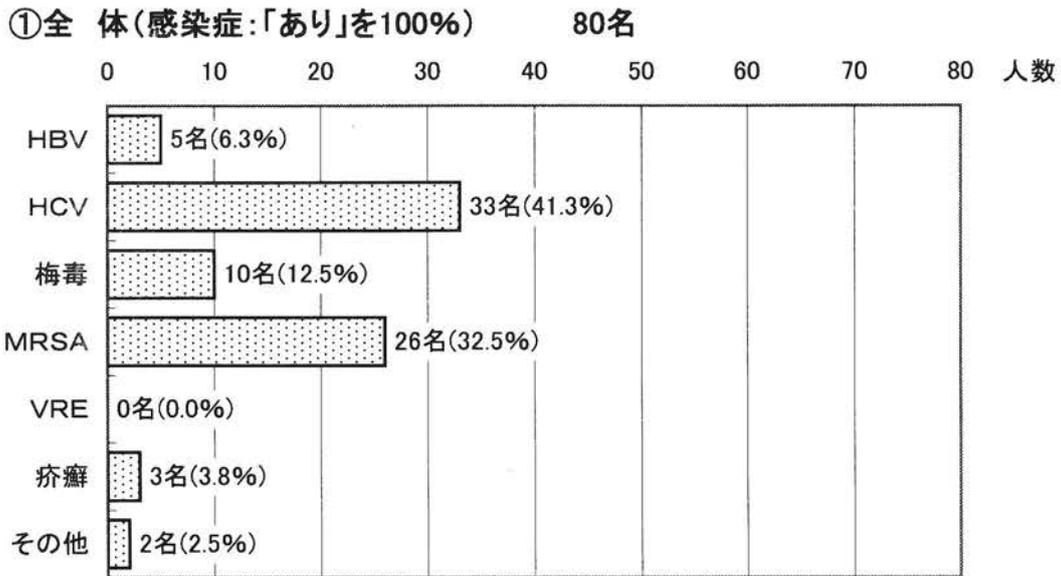


図 2-4-5 感染症の種類とその割合

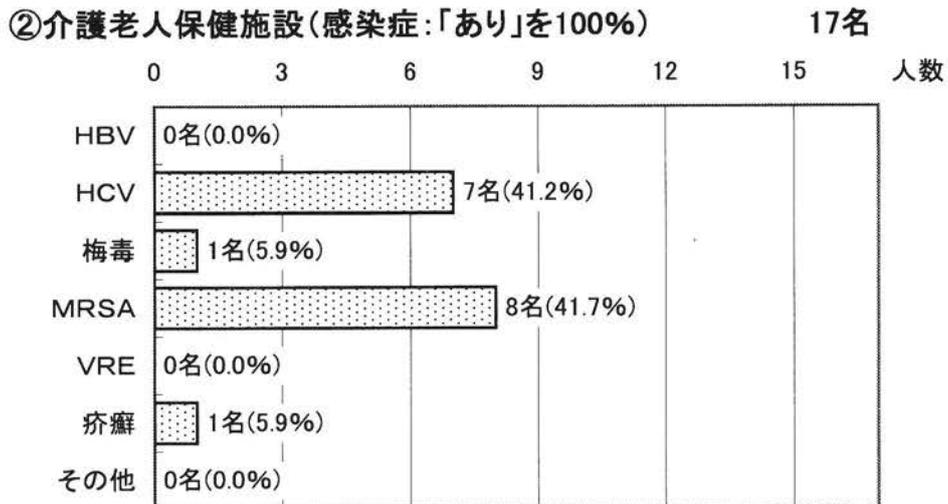
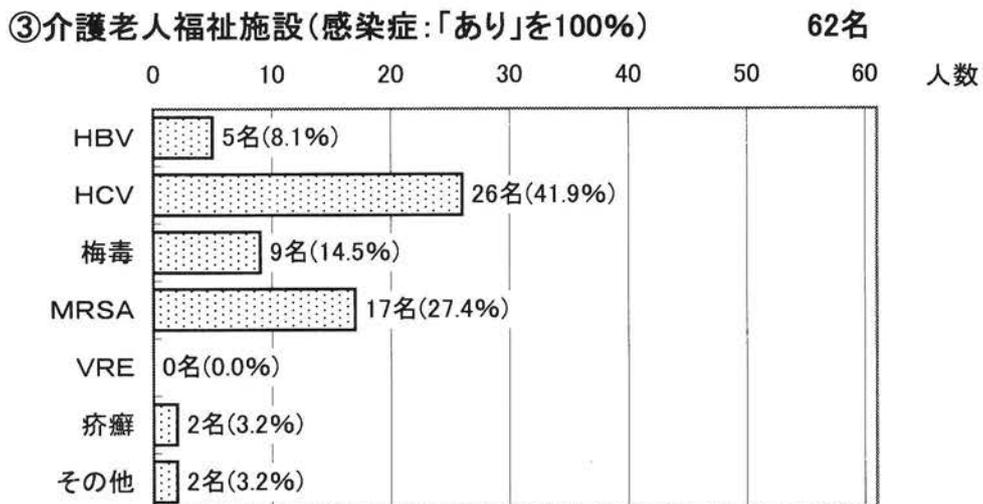


図 2-4-6 感染症の種類とその割合



5. 食事内容

食事内容は経口摂取が92.6%、経管栄養が5.8%であった。経口食の内訳は、普通食が43%、粥食が36.5%、流動食が6.6%であった。介護老人福祉施設の方が流動食の者の割合が多かった。経管栄養の中では胃瘻が最も多かった。

図2-5-1 経口摂取の有無

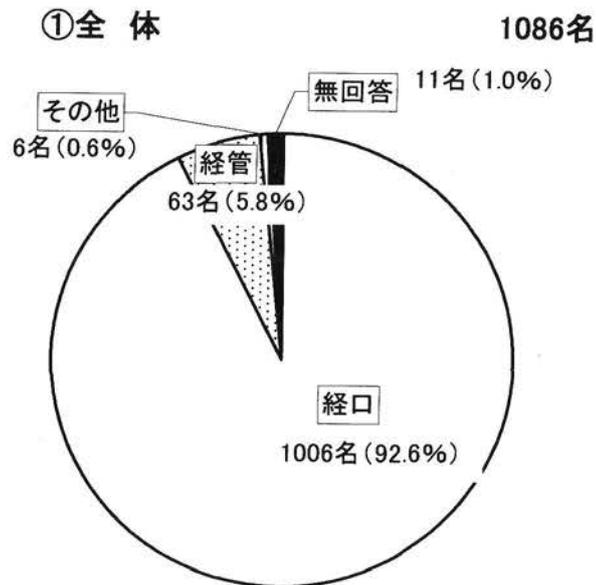


図2-5-2 経口摂取の有無

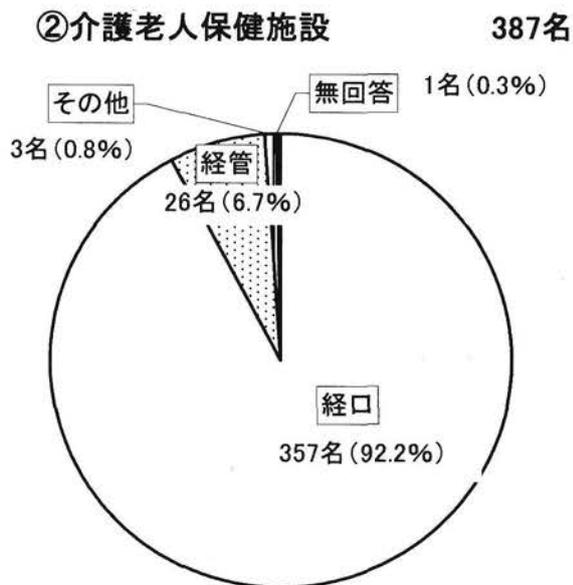
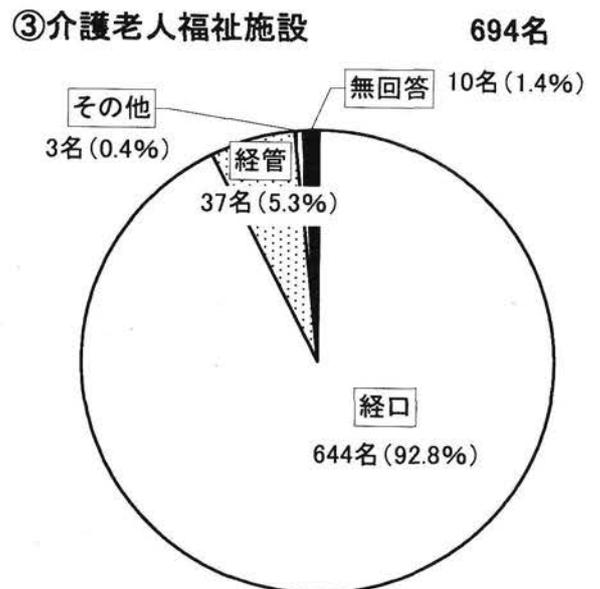


図2-5-3 経口摂取の有無



6. 歯・義歯の状況

歯がある者は36%、無歯顎者は58.7%で、介護老人福祉施設の方が歯がある者が少なかった。義歯がある者は63%、ない者は35%で介護老人保健施設の方が義歯のある者が多かった。

図2-6-1 自分の歯の有無

①全体 1086名

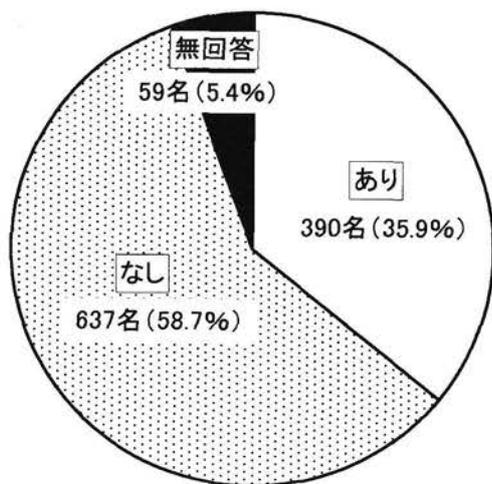


図2-6-2 自分の歯の有無

②介護老人保健施設 387名

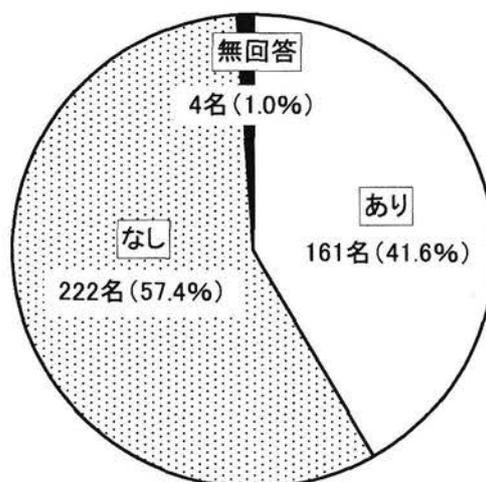


図2-6-3 自分の歯の有無

③介護老人福祉施設 694名

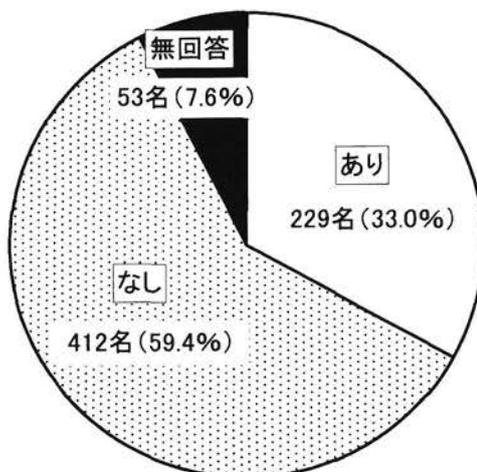


図2-6-4 義歯の有無

①全体 1086名

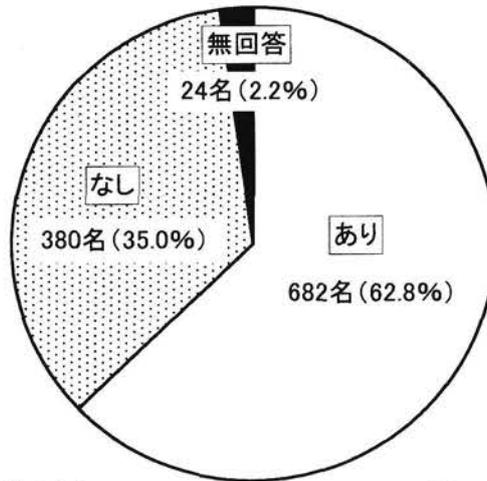


図2-6-5 義歯の有無

②介護老人保健施設 387名

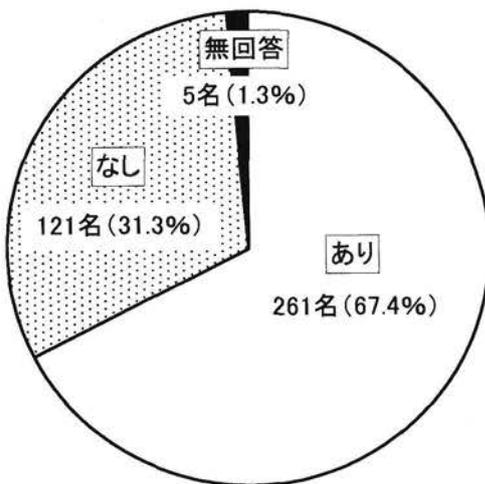
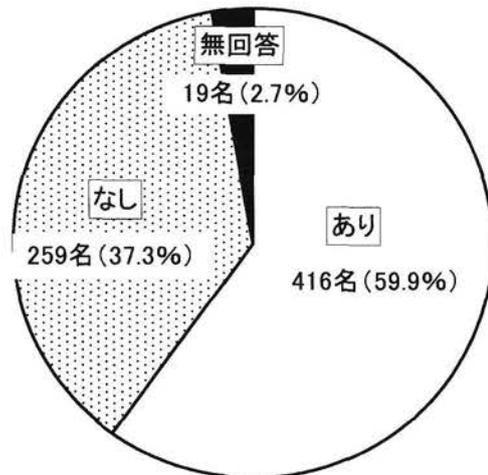


図2-6-6 義歯の有無

③介護老人福祉施設 694名



7. 口腔清掃の自立度

「歯みがき」が自立している者は、31.7%、「自分で磨けない」は45.1%で、介護老人福祉施設では半数以上が「自分で磨けない」と判断された。「義歯着脱」の自立度では、「自分で着脱する」が3/4、「着脱できない」が17.7%であった。「うがい」は68.8%が自立とみなされ、「水を含むこともできない」は11.4%であった。「義歯着脱」も「うがい」も介護老人保健施設の方が自立とみなされる者が多かった。

図2-7-1 口腔清掃の自立度：歯みがき(歯がある者のうち)

図2-7-2 口腔清掃の自立度：歯みがき(歯がある者のうち)

①全体

441名

②介護老人保健施設

163名

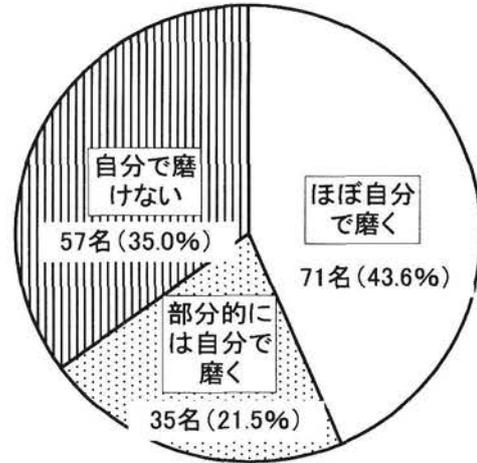
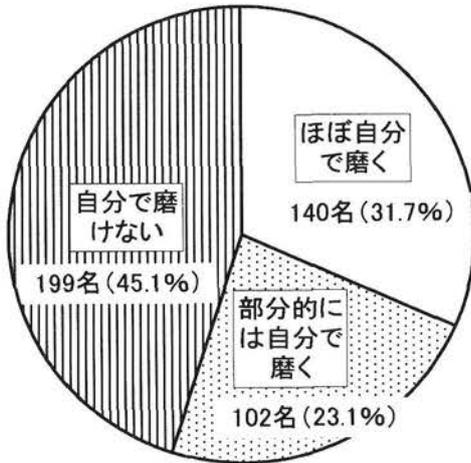


図2-7-3 口腔清掃の自立度：歯みがき(歯がある者のうち)

③介護老人福祉施設

276名

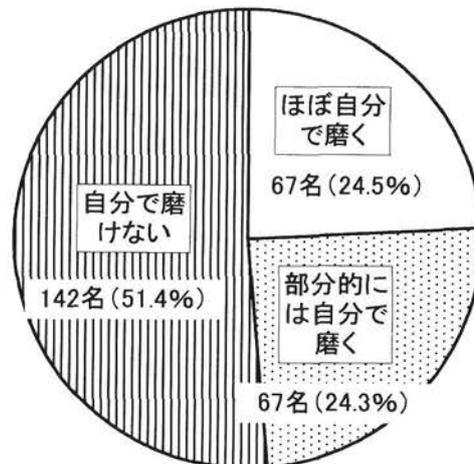


図2-7-4 口腔清掃の自立度：義歯着脱（義歯使用者のうち）

①全体

644名

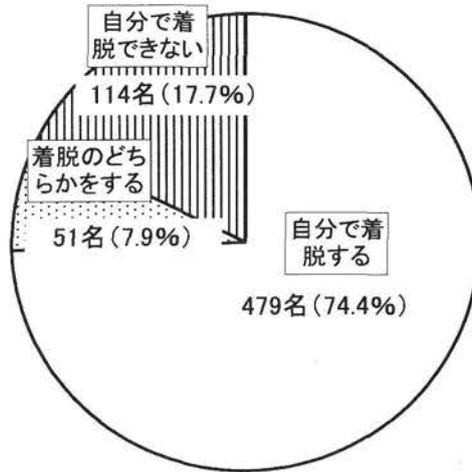


図2-7-5 口腔清掃の自立度：義歯着脱（義歯使用者のうち）

②介護老人保健施設

252名

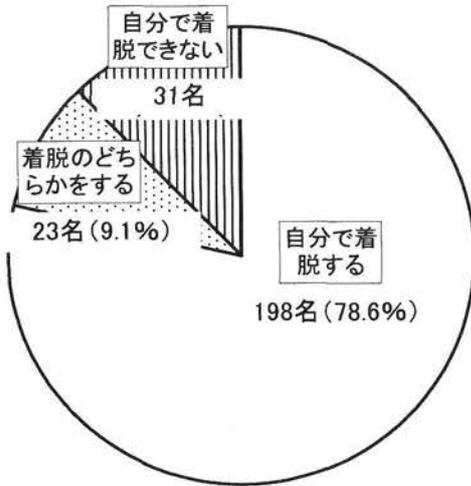


図2-7-6 口腔清掃の自立度：義歯着脱（義歯使用者のうち）

③介護老人福祉施設

387名

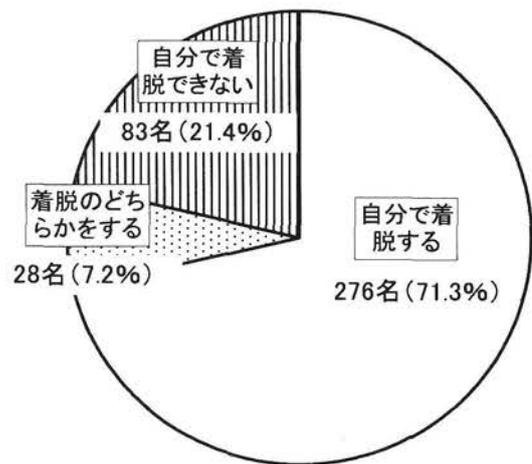


図2-7-7 口腔清掃の自立度：うがい

①全体 1086名

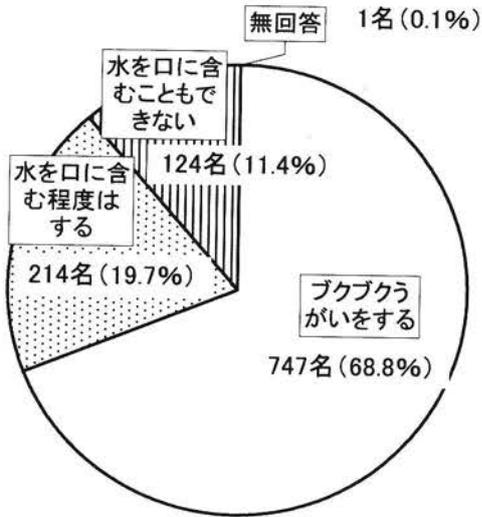


図2-7-8 口腔清掃の自立度：うがい

②介護老人保健施設 387名

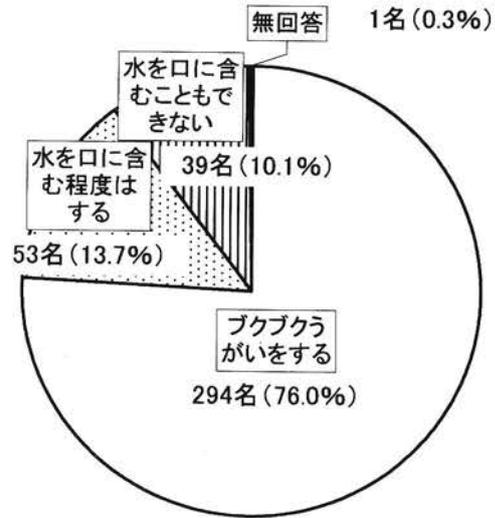
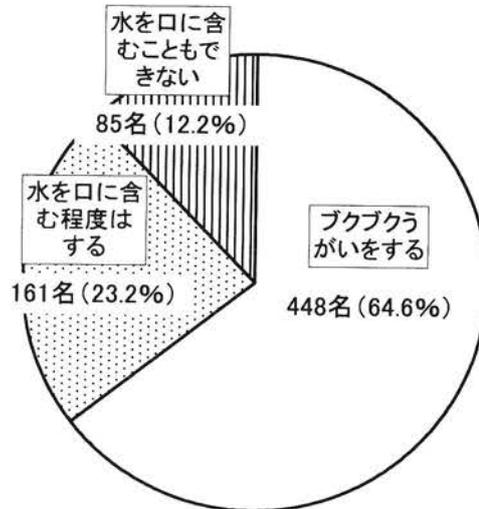


図2-7-9 口腔清掃の自立度：うがい

③介護老人福祉施設 694名



8. 摂食・嚥下障害

1) 症状の有無

摂食・嚥下問診票（藤島一郎、他を一部改変）の回答内容を図2-8-1～図2-8-3に示している。肺炎を繰り返す者が全体で5%、肺炎と診断されたことがある者は15.7%であった。やせてきている者は20%、「飲み込みにくい」あるいは「食事中にむせる」は約30%であった。嚥下障害、摂食障害の症状に関する回答内容は肺炎の既往を除いて介護老人保健施設よりも介護老人福祉施設において「あり」が多い傾向がうかがわれた。

図2-8-1

①全体

1086名



図 2—8—2

②介護老人保健施設

387名

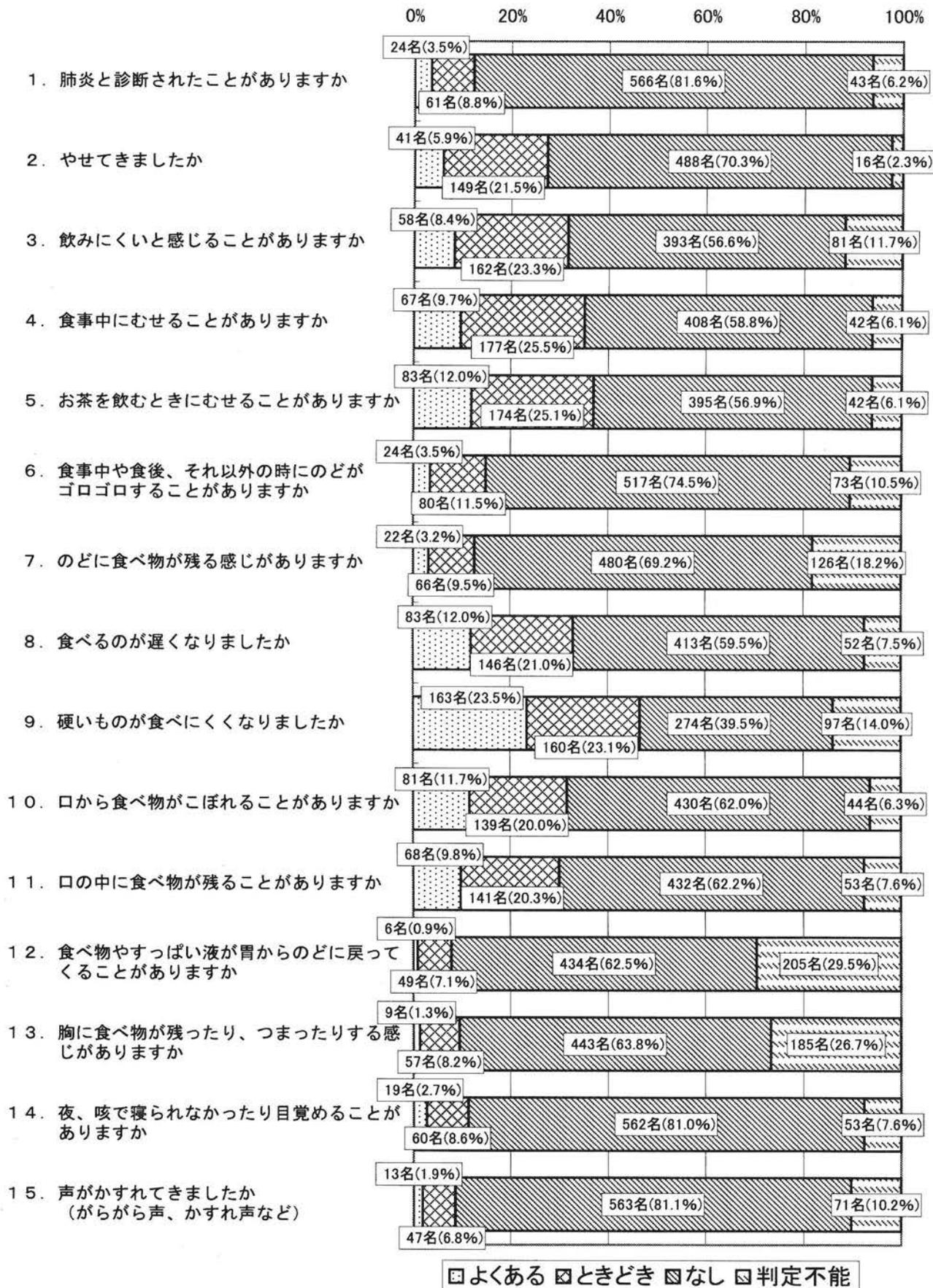


□よくある □ときどき □なし □判定不能

図 2—8—3

③介護老人福祉施設

694名



2) 嚥下障害の有無

摂食・嚥下障害問診票による判定状況は、「嚥下障害あり」が35.7%、「嚥下障害の疑い」が36.5%で嚥下障害の問題を抱える入所者は7割を越えていた。

図2-8-4

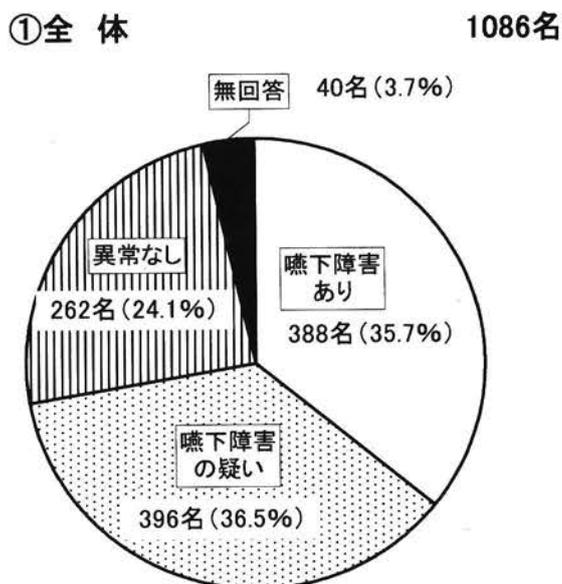


図2-8-5

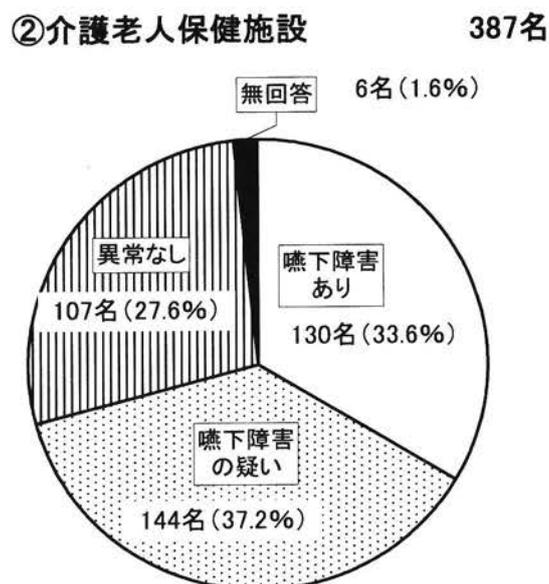
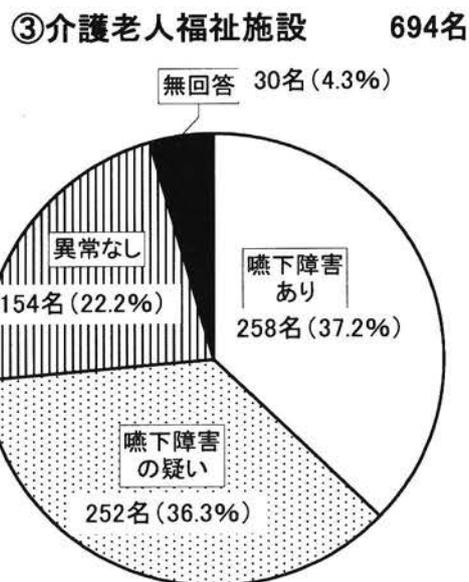


図2-8-6



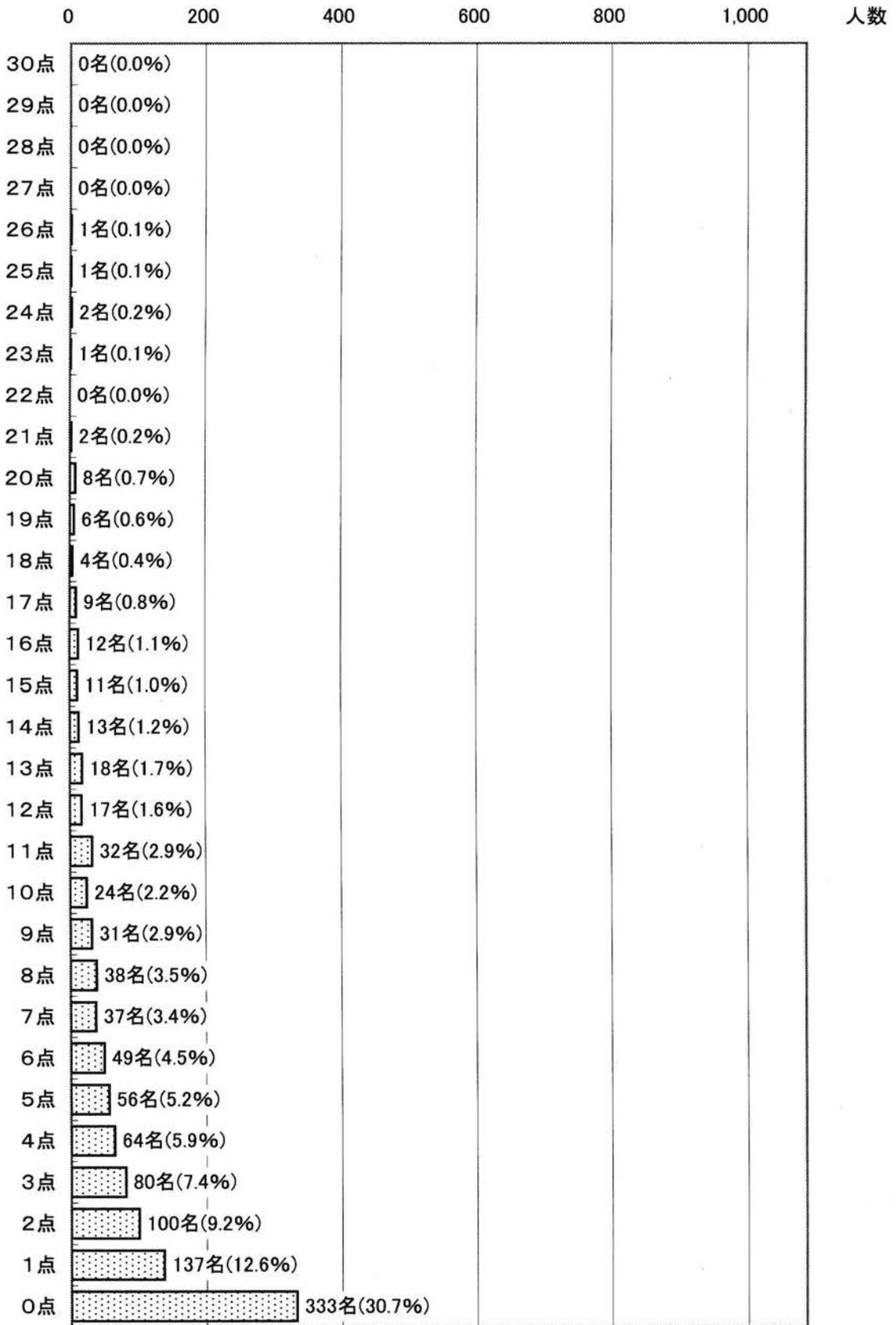
3) 嚥下障害得点

図2-8-7に摂食・嚥下障害問診票の得点分布を示している。得点が高い（摂食・嚥下に問題が多い）ほど人数が少なくなっている。最高は26点であった。

图 2—8—7

①全体

1086名



9. 摂食・嚥下障害と日常生活状況の関連

1) 日常生活自立度、要介護度と摂食嚥下障害

寝たきり度、痴呆度および要介護度と摂食・嚥下障害の判定の関係を図2-9-1～図2-9-3に示している。いずれも重度になるほど「嚥下障害あり」の割合が多くなっている。また同様に摂食嚥下障害得点も高くなっていた（図2-9-4～図2-9-6）。

図2-9-1 日常生活自立度（寝たきり度）別にみた摂食嚥下障害の判定区分

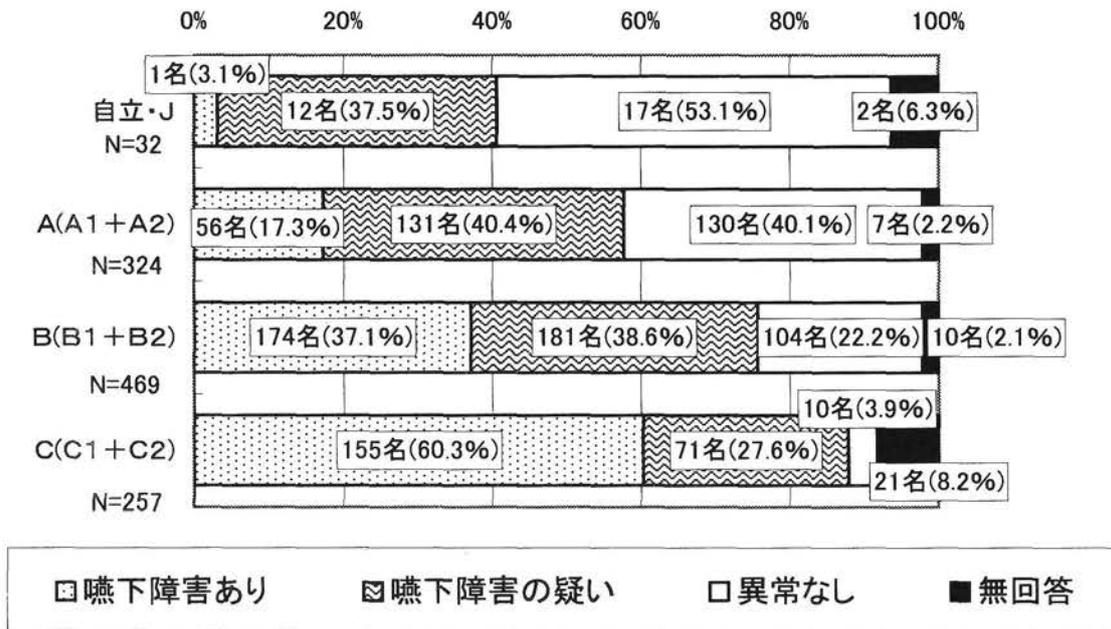


図 2—9—2 日常生活自立度（痴呆度）別にみた摂食・嚥下障害の判定区分

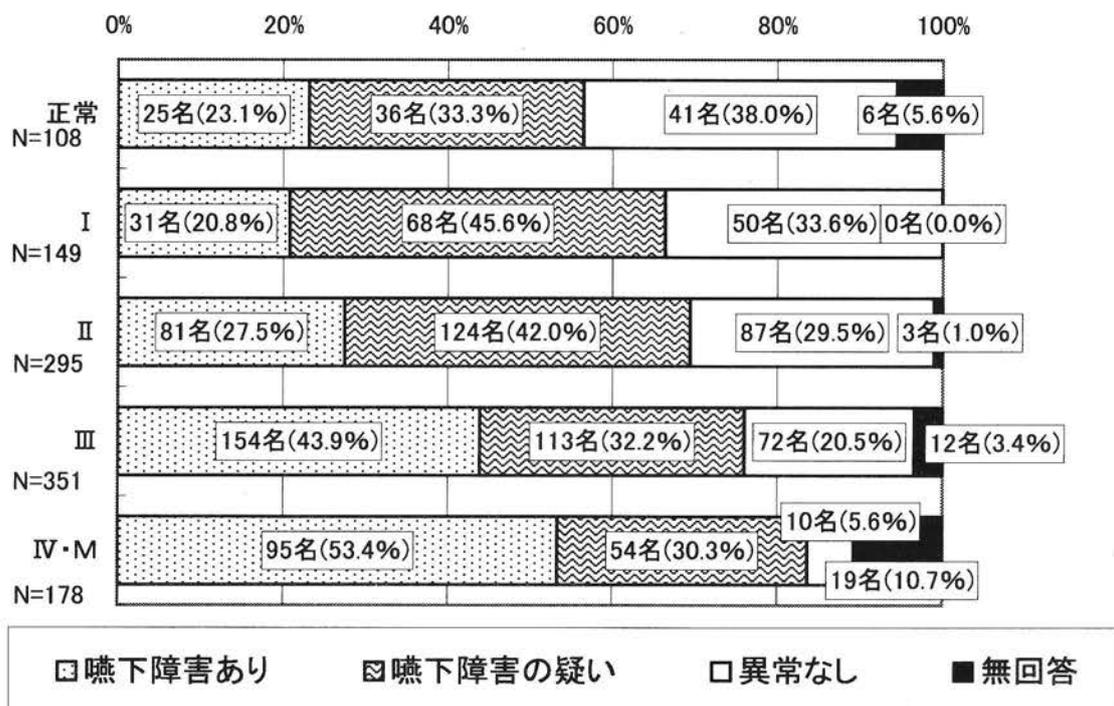


図 2—9—3 要介護度別にみた摂食・嚥下障害の判定区分

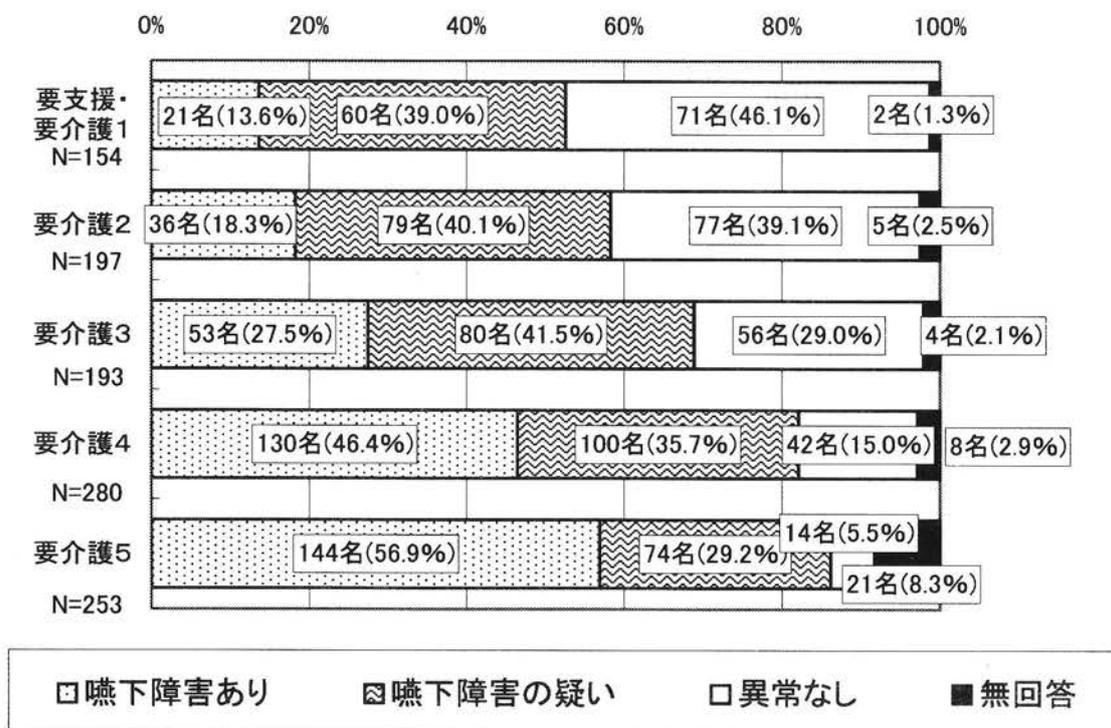


図2—9—4 日常生活自立度（寝たきり度）別にみた摂食・嚥下障害平均得点

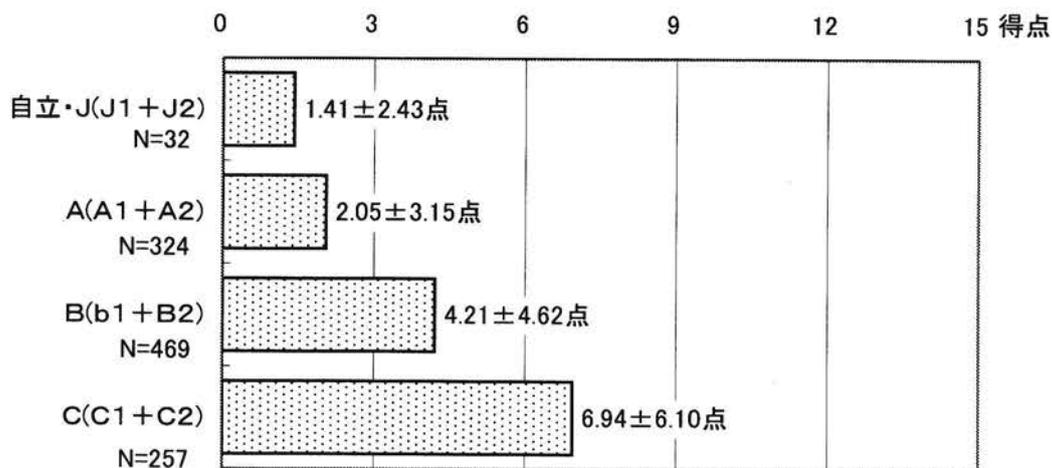


図2—9—5 日常生活自立度（痴呆度）別 摂食・嚥下障害平均得点

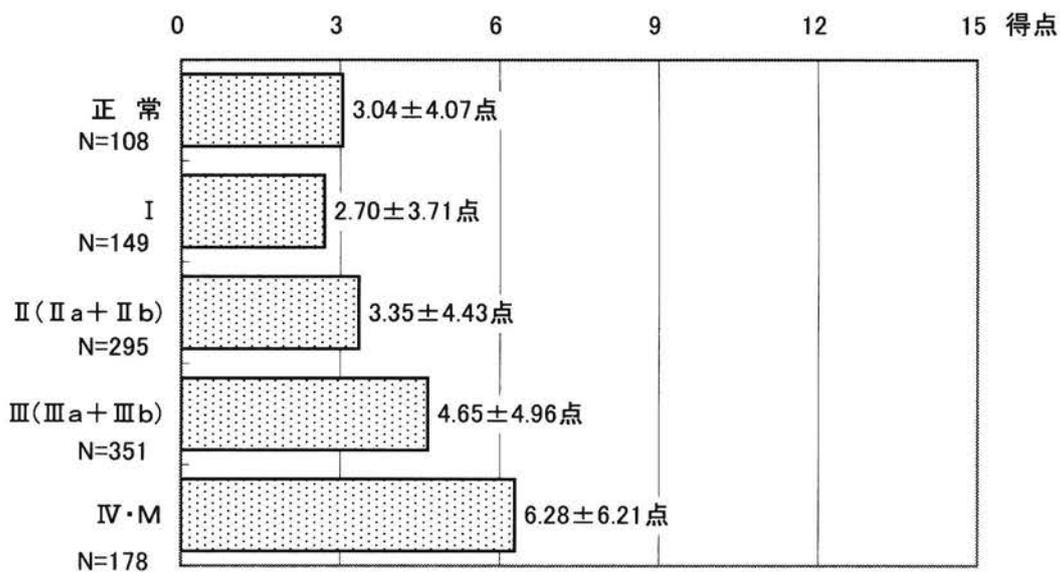
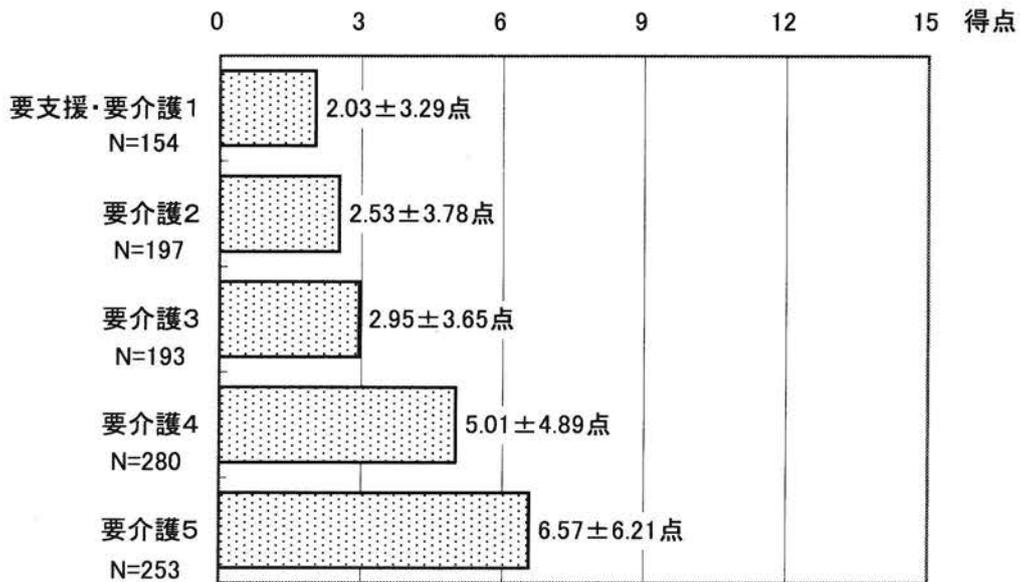


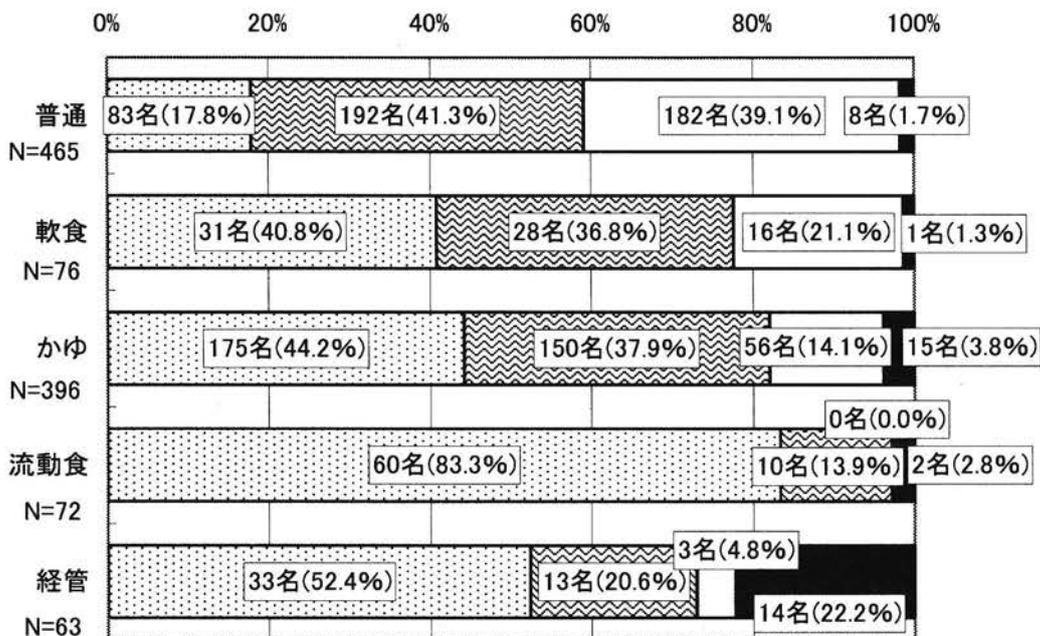
図2-9-6 要介護度別にみた摂食・嚥下障害平均得点



2) 食事内容と摂食嚥下障害

普通食から流動食に移行するほど「嚥下障害あり」の割合が増加し、逆に摂食嚥下障害がある者、疑いがある者、ない者の順に普通食の割合が少なくなっている（図2-9-7、図2-9-8）。また、摂食嚥下障害得点の分布も同様であった（図2-9-9）。

図2-9-7 食事内容別にみた摂食・嚥下障害の判定区分（複数回答・無回答あり）



嚥下障害あり
 嚥下障害の疑い
 異常なし
 無回答

図2-9-8 摂食・嚥下障害の判定区別にみた食事内容（複数回答・無回答あり）

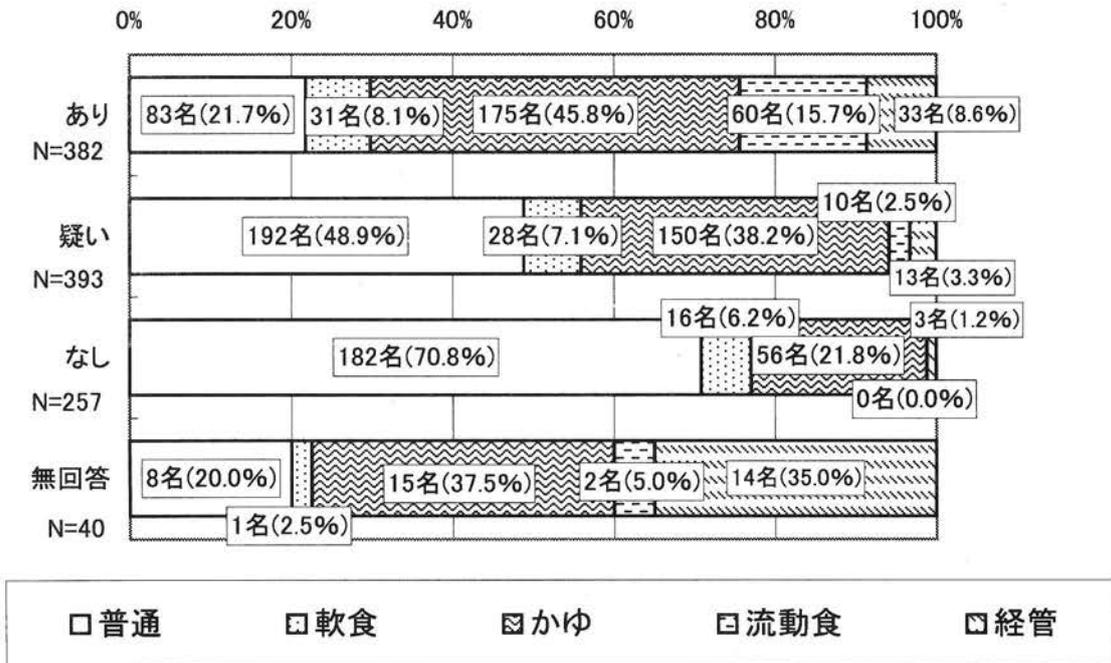
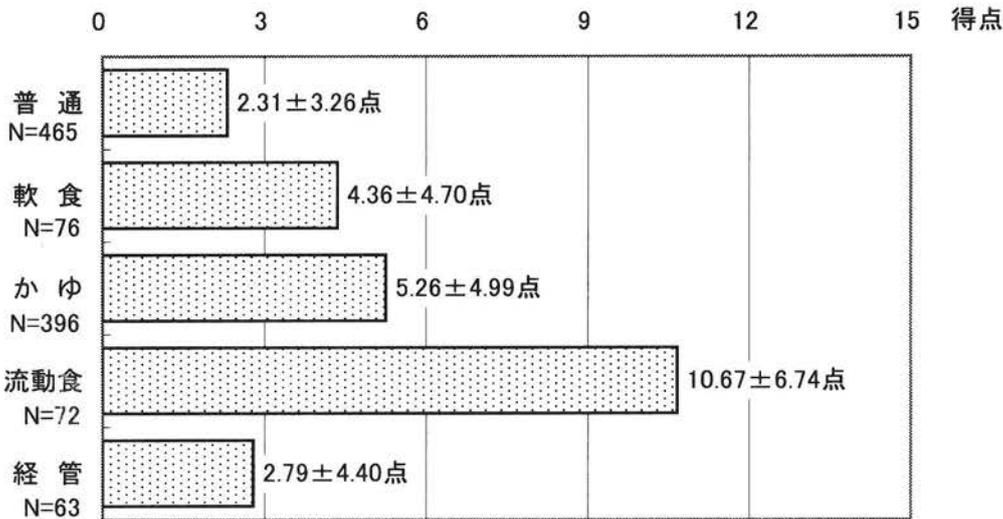


図2-9-9 食事内容別にみた摂食・嚥下障害平均得点（複数回答・無回答あり）



3) 口腔清掃の自立度と摂食・嚥下障害

「歯みがき」「義歯着脱」「うがい」の自立度と摂食・嚥下障害の判定の関係を図2-9-10～図2-9-12に示している。いずれの項目も自立度が低くなるほど「嚥下障害あり」の割合が多くなっていった。また、自立度が低くなるほど摂食・嚥下障害得点も高くなっていった(図2-9-13～図2-9-15)。逆に「嚥下障害あり」「嚥下障害の疑い」「嚥下障害なし」の順に口腔清掃が自立している者の割合が増加していた(図2-9-16～図2-9-18)。

図 2—9—10 口腔清掃の自立度別にみた摂食嚥下障害の判定分布：歯みがき（歯がない者を除く）

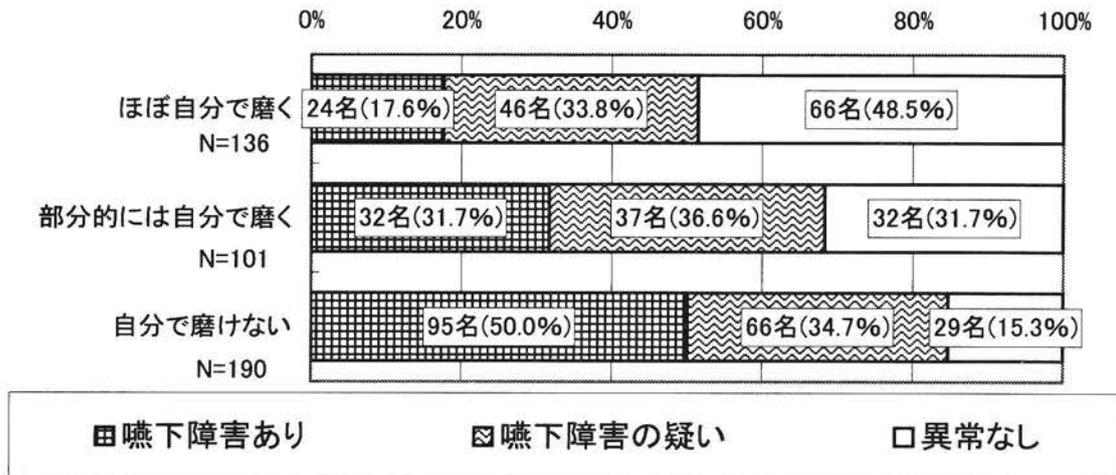


図 2—9—11 口腔清掃の自立度別にみた摂食嚥下障害の判定分布：義歯着脱（義歯を使用していない者を除く）

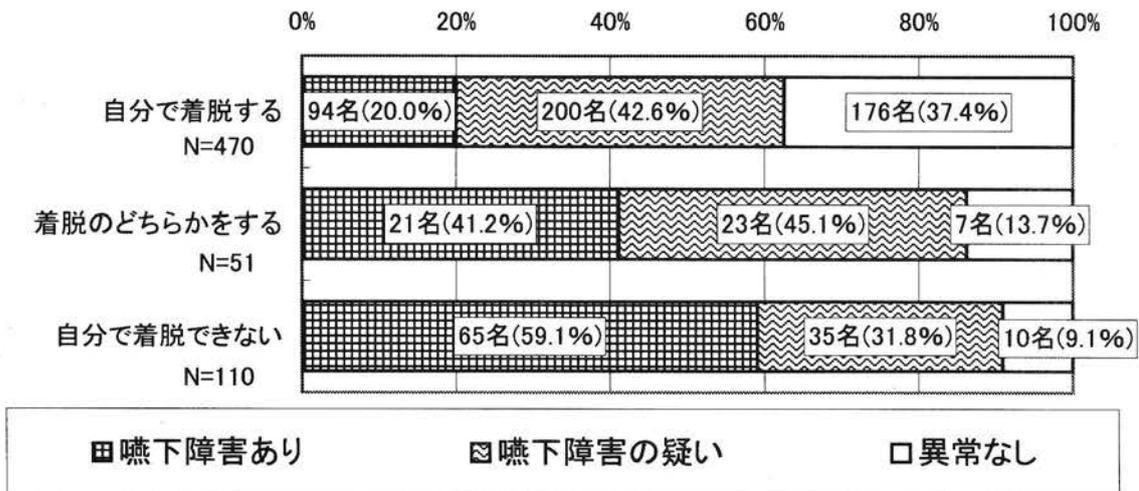


図 2—9—12 口腔清掃の自立度別にみた摂食嚥下障害の判定分布：うがい

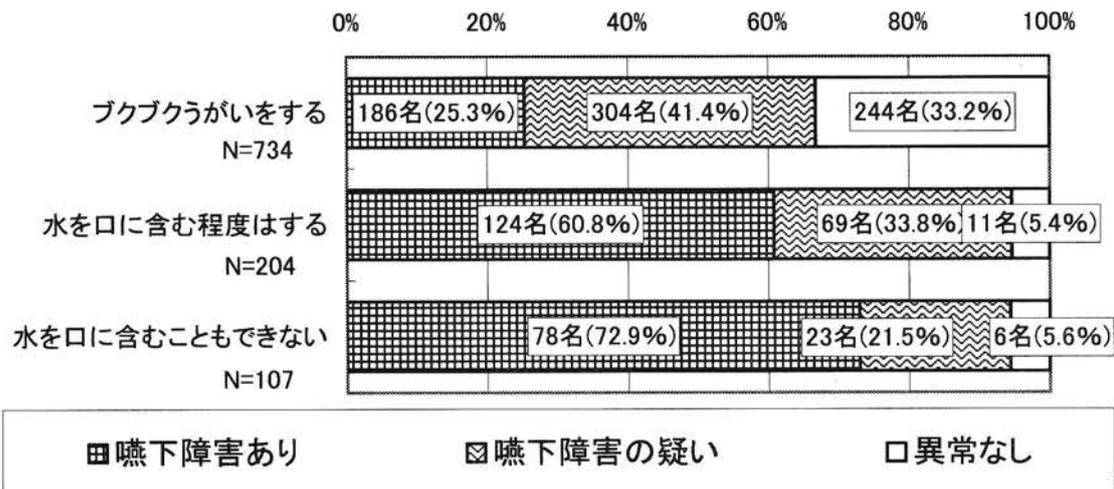


図2-9-13 口腔清掃の自立度別にみた摂食嚥下障害平均得点：歯みがき（歯がない者を除く）

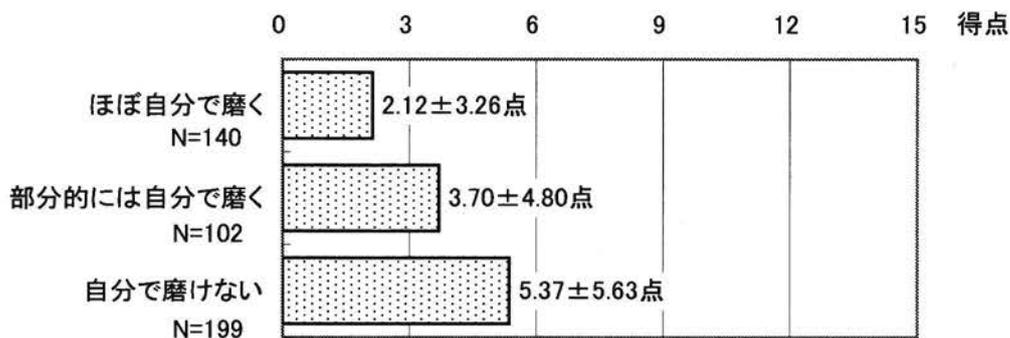


図2-9-14 口腔清掃の自立度別にみた摂食嚥下障害平均得点：義歯着脱（義歯を使用していない者を除く）

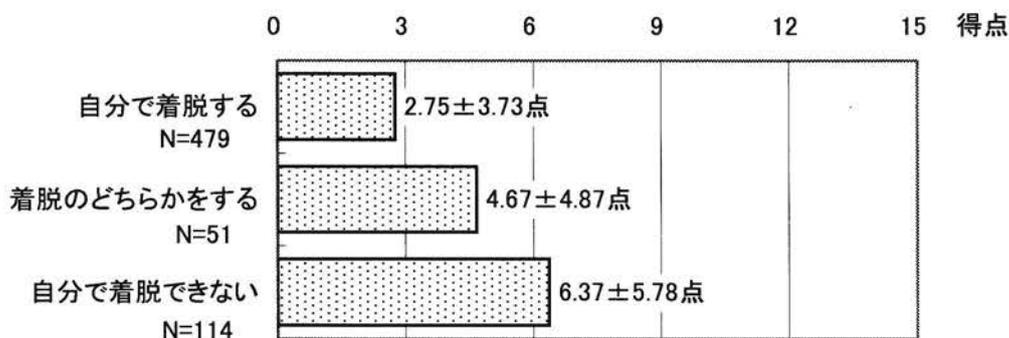


図2-9-15 口腔清掃の自立度別にみた摂食嚥下障害平均得点：うがい

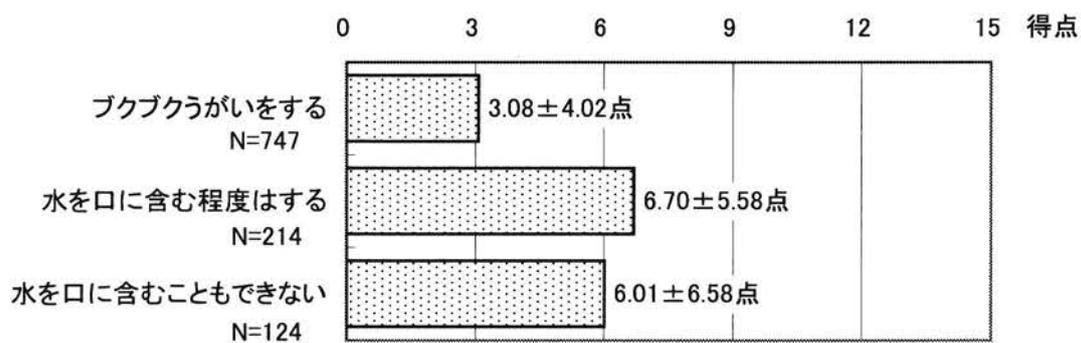


図2—9—16 口腔清掃の自立度別にみた摂食嚥下障害の判定分布：歯みがき（歯がない者を除く）

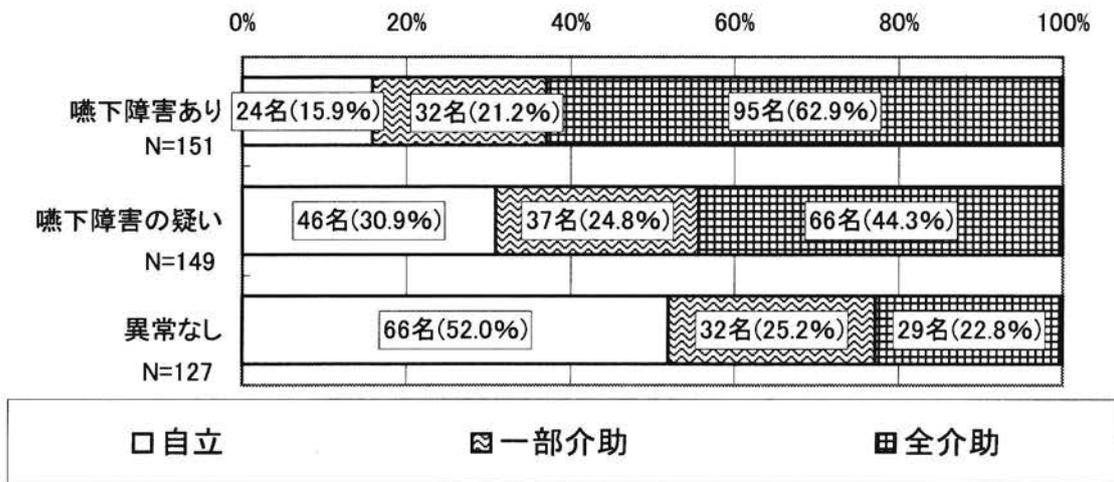


図2—9—17 口腔清掃の自立度別にみた摂食嚥下障害の判定分布：義歯着脱（義歯を使用していない者を除く）

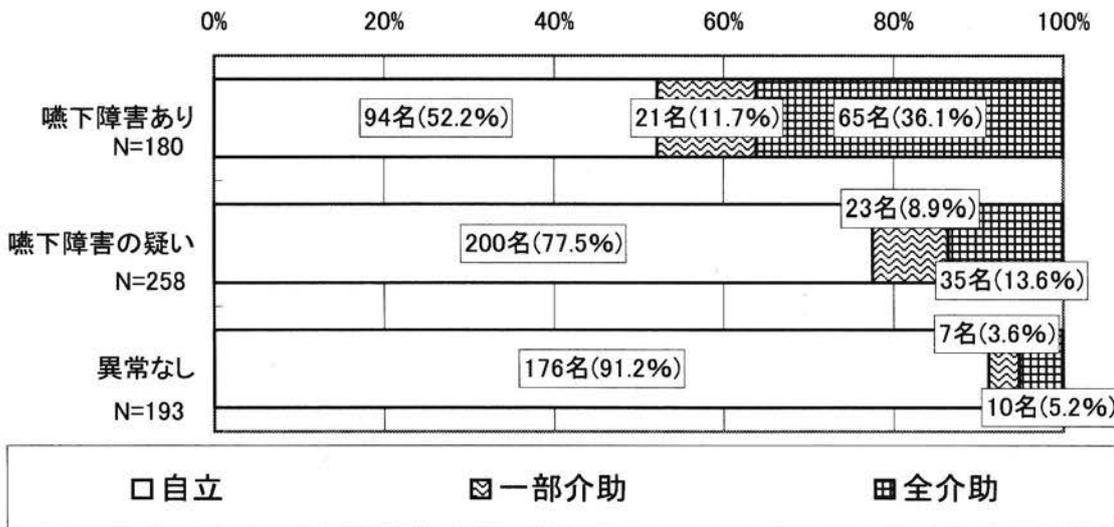
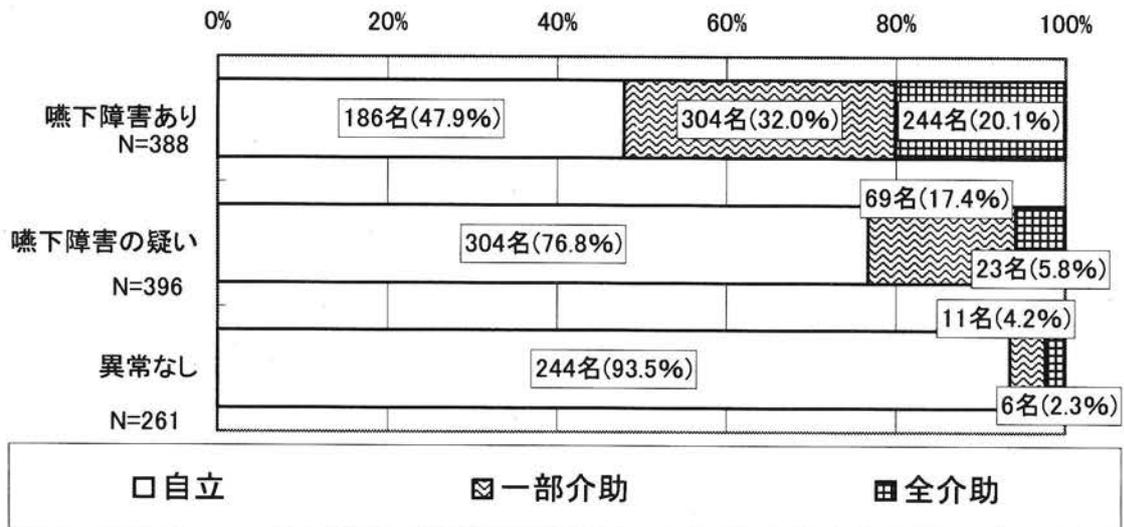


図2—9—18 口腔清掃の自立度別にみた摂食嚥下障害の判定分布：うがい



4) 歯の状況と摂食・嚥下障害得点

歯の有無と摂食・嚥下障害得点には差がなかった (図2—9—19)。義歯の有無と摂食・嚥下障害得点では「義歯なし」の方が得点が高かった。

図2—9—19 自分の歯の有無と摂食・嚥下障害平均得点

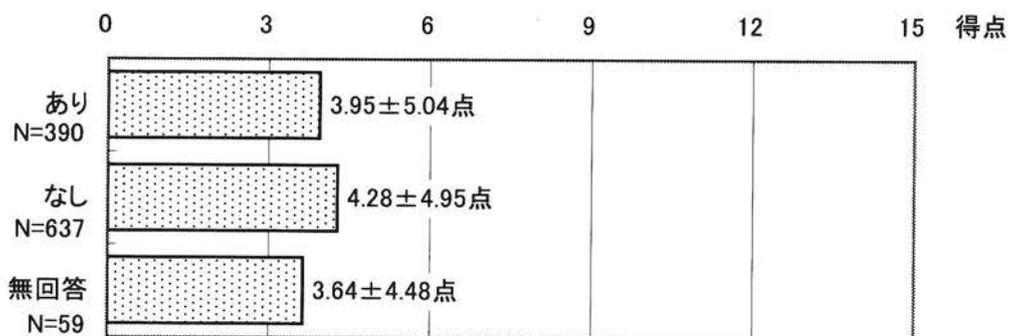
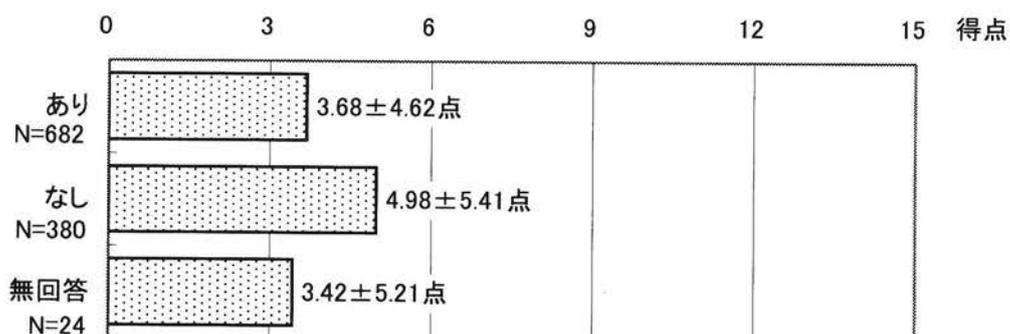


図2—9—20 義歯の有無と摂食・嚥下障害平均得点



Ⅲ. 口腔機能リハビリ対象者の概況

調査対象施設の入所者のうち、嚥下障害の疑いがある者をそれぞれの施設で3～5名選定し、昼食前に施設全員で行う嚥下体操に加え、口腔機能リハビリの個別的メニューを実施した。口腔機能リハビリを実施する前後で、対象者の基本項目、口腔機能を含む身体機能、身体能力、生活状況などを調査した。以下に、口腔リハビリ実施前の概況を示す。

1. 対象者の年齢、男女構成、入所施設分布

対象者の年齢構成は図3-1-1のとおりで、平均年齢は 82.6 ± 6.2 歳、86～90歳の年齢層が最も多かった。男女構成は男性：35%、女性：65%であった（図3-1-2）。入所施設は介護老人保健施設：33%、介護老人福祉施設：63%であった（図3-1-3）。

図3-1-1 対象者の年齢構成（総数116名）

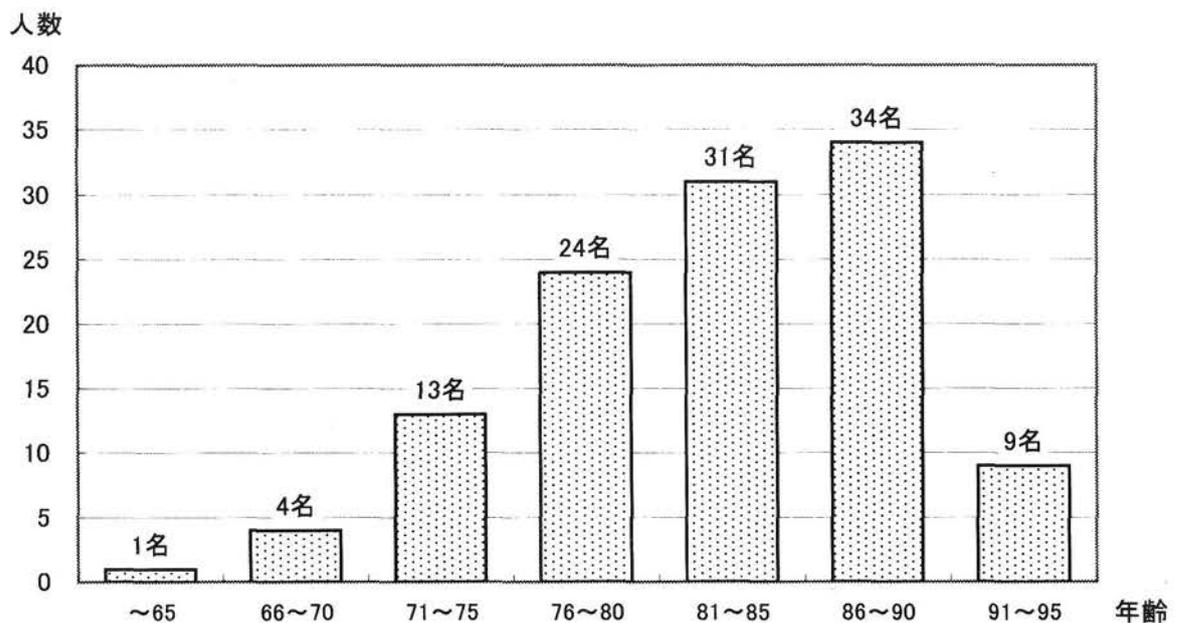


図3-1-2 対象者の男女構成

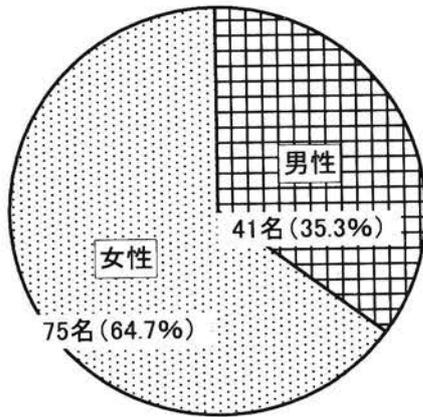
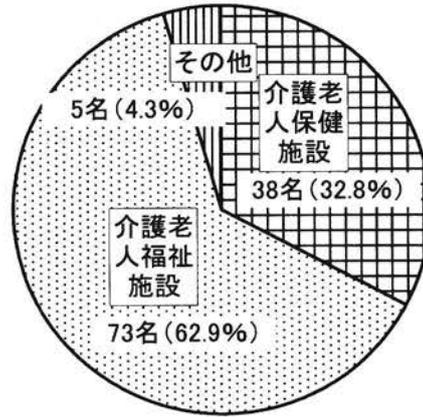


図3-1-3 対象者の入所施設



2. 日常生活自立度の分布、主な疾患の分布

寝たきり度、痴呆度、主な疾患の分布は図3-2-1～図3-2-3のとおりである。寝たきり度はBランクが最も多く、痴呆度はランクⅡが多かった。主な疾患は脳血管障害が最も多く、69%を占めていた。次いで痴呆：32%、高血圧：29%、心疾患：22%、整形外科疾患：20%であった。

図3-2-1 対象者の寝たきり度

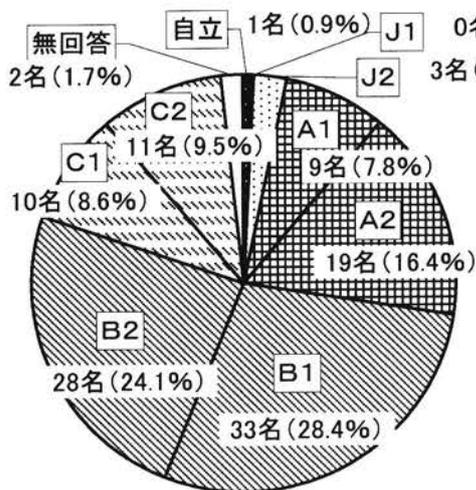


図3-2-2 対象者の痴呆度

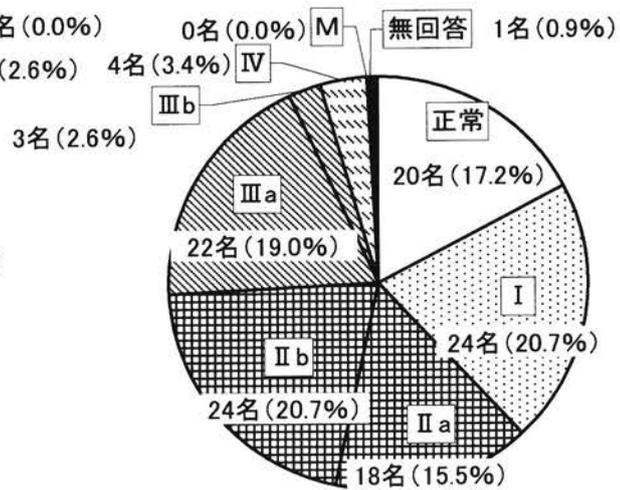
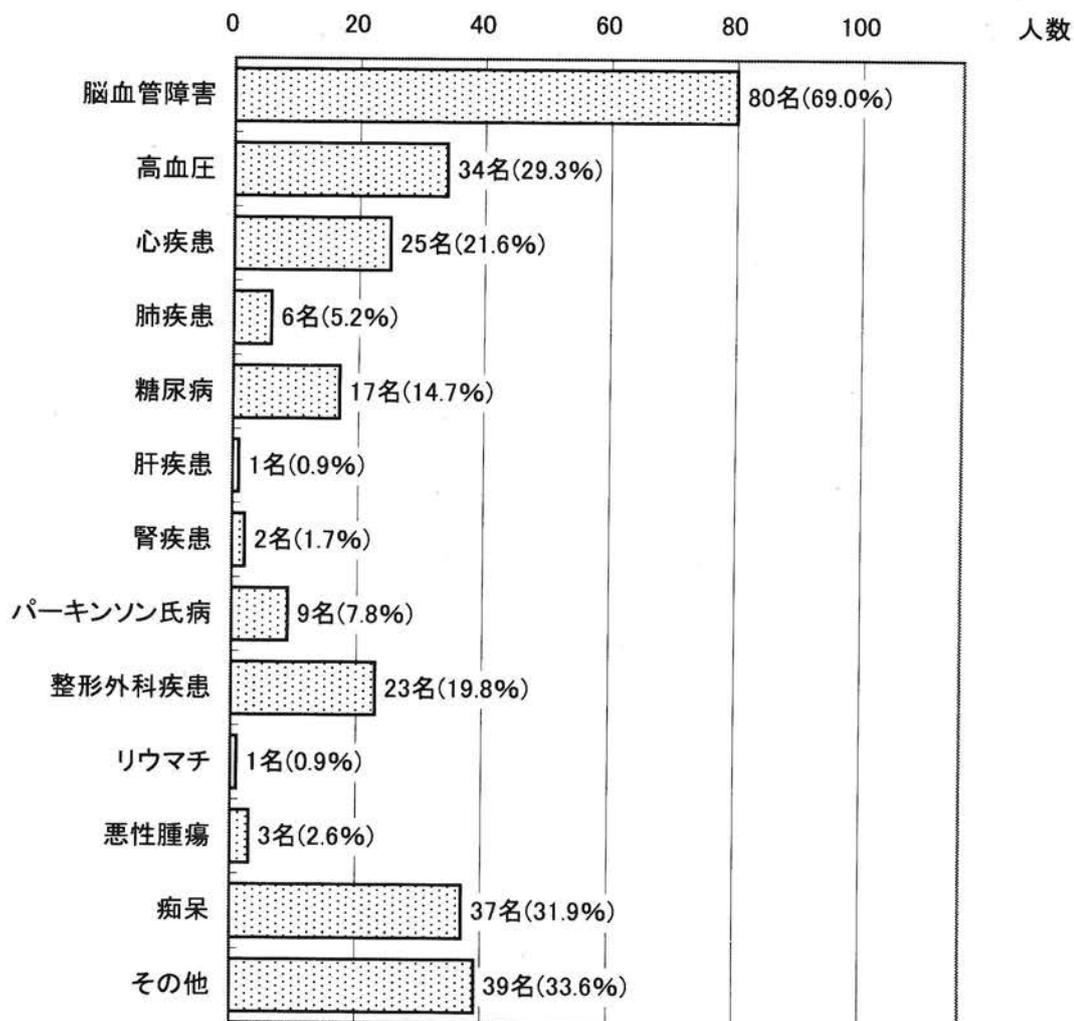


図3-2-3 対象者の主な疾患（複数回答）



3. 対象者の麻痺・拘縮の状況

麻痺の状況を図3-3-1、拘縮の状況を図3-3-2に示している。麻痺がない者は37%、利き手に麻痺がある者は24%であった。拘縮がない者は63%、利き手に拘縮がある者は13%であった。

図3-3-1 対象者の麻痺・拘縮の状況

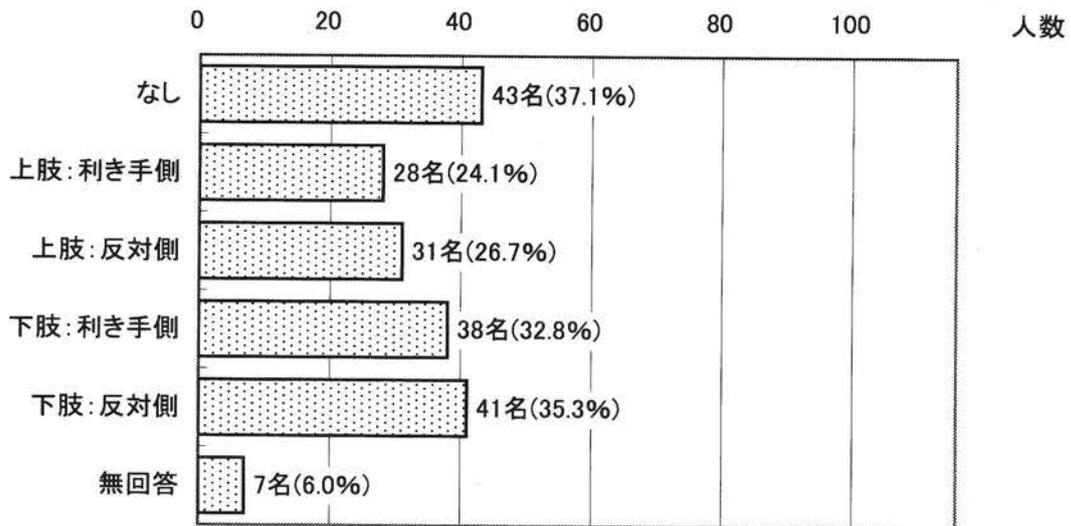
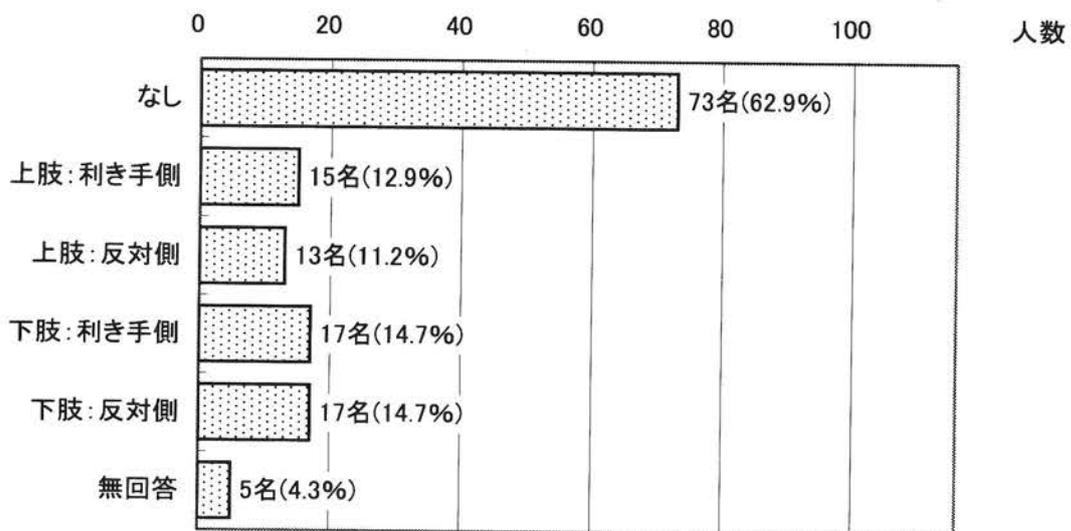


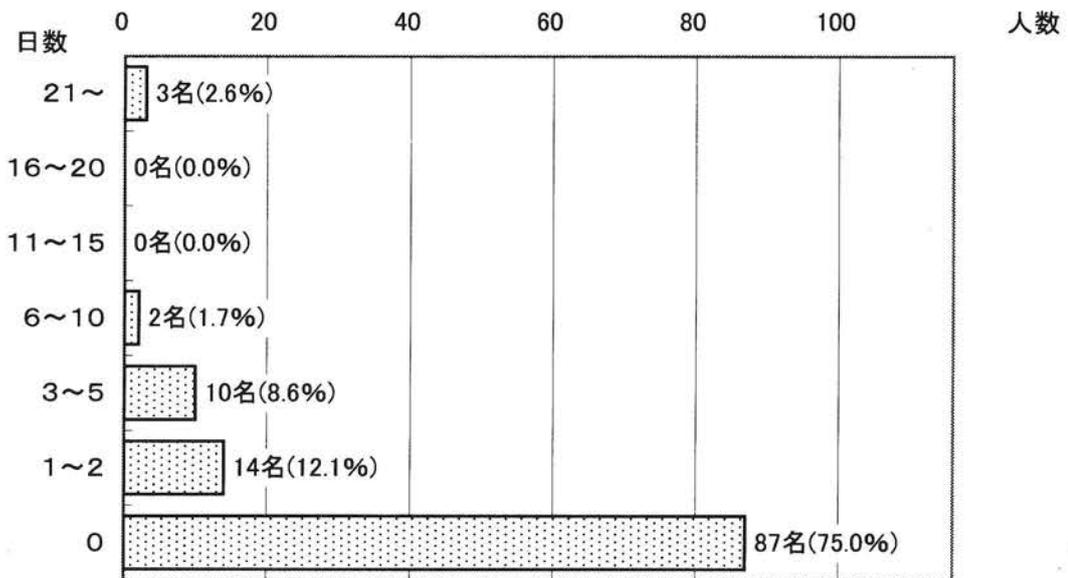
図3-3-2 対象者の拘縮の状況



4. 発熱の状況

過去1ヶ月間の発熱(37.0℃以上)日数の分布を図3-4に示している。発熱がなかった者が3/4を占めていた。21日以上発熱があった者は3名であった。

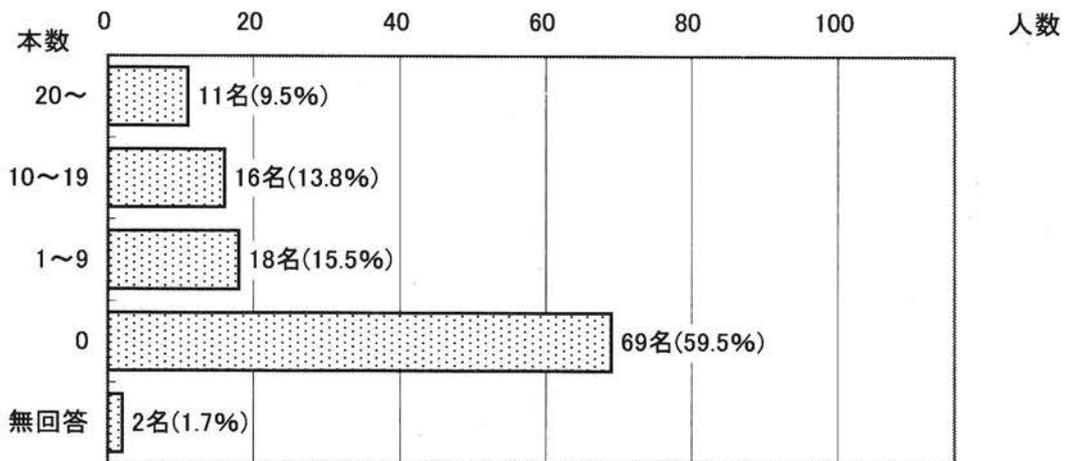
図3-4 過去1ヶ月間の発熱日数：37.0℃以上



5. 歯の状況

平均機能現在歯数は5.1本、0本が60%、20本以上が9.5%であった。

図3-5-1 対象者の機能現在歯数



咬合支持数は歯と歯の支持数0が71%、10以上が6%、歯と義歯の支持数0が68%、10以上が3名であった。義歯と義歯の支持は0が10%、10以上が59%であった。歯あるいは義歯の支持がある咬合部位を総計すると10以上は74%であった。

図3-5-2 現在歯による咬合支持部位数

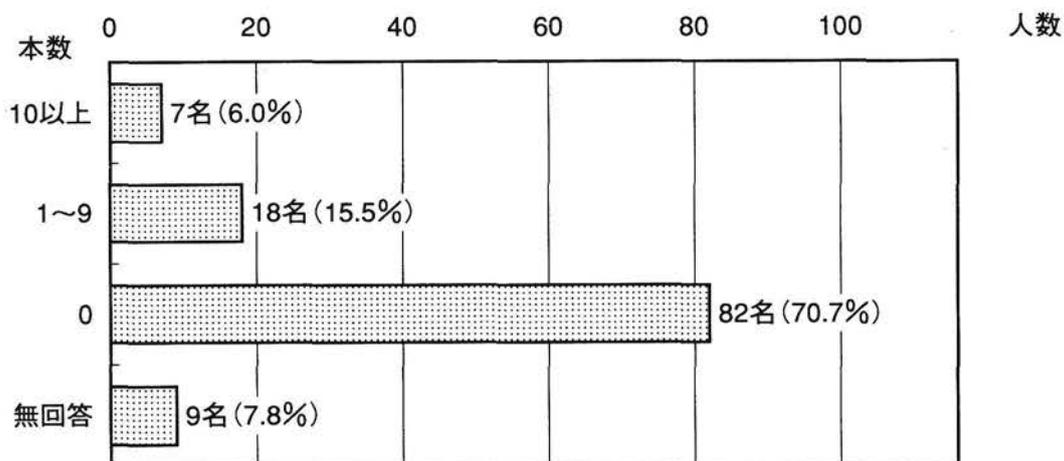


図3-5-3 現在歯と義歯による咬合部位数

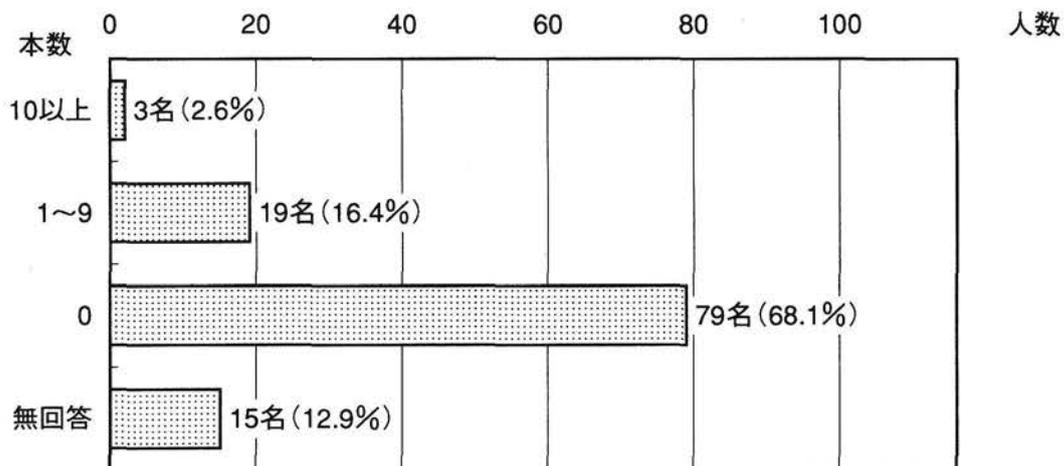


図3-5-4 義歯のみによる咬合部位数

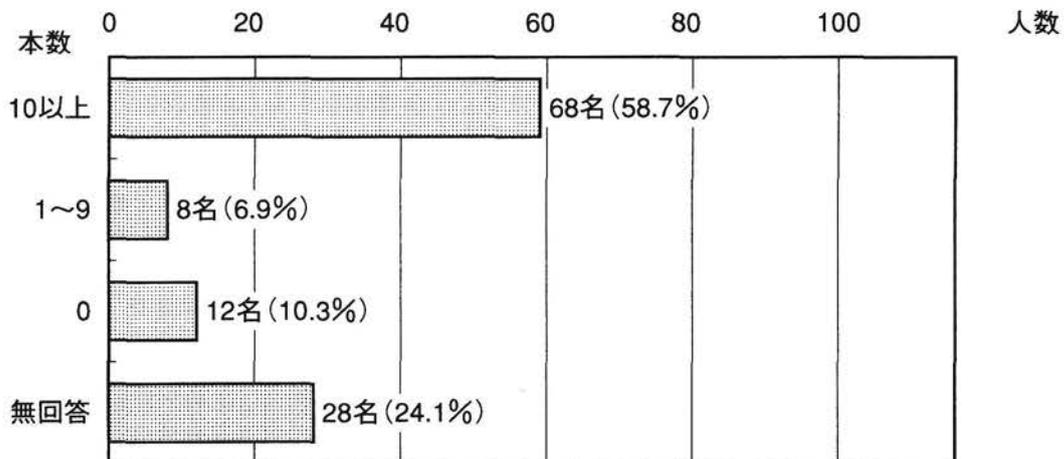
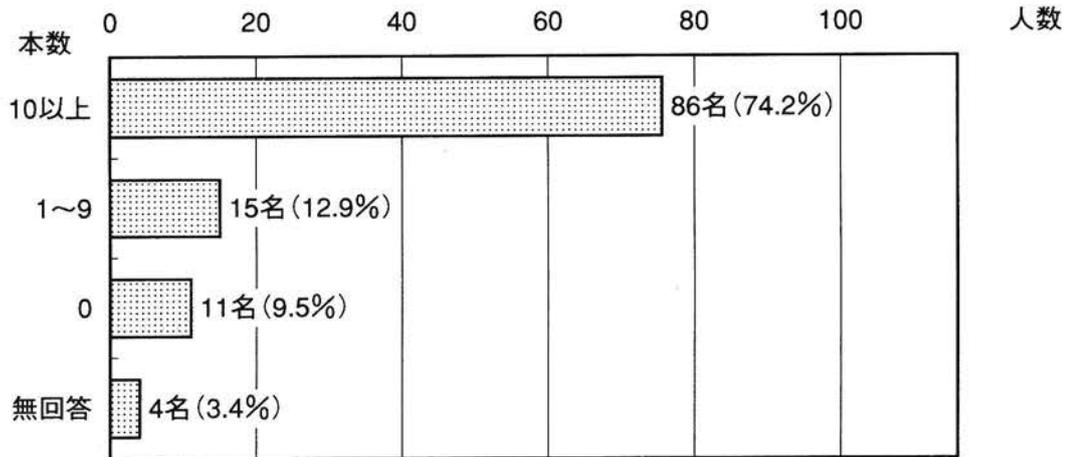


図3-5-5 咬合部位の総計



IV. 口腔機能リハビリ対象者の口腔機能の現状

1. 口腔の状況

口腔カンジダ菌の簡易培養キットであるストマスタットでの培養結果は、陽性者が33.6%、擬陽性が44.8%であった(図4-1-1)。唾液緩衝能テストであるCAT21bufferの結果、2+:19.8%、+:47.4%であった(図4-1-2)。口臭を官能試験で評価した結果、近くにいると臭う者:5.2%、顔を近づけると臭う者:33.6%であった(図4-1-3)。

図4-1-1 ストマスタットによるカンジダ菌培養結果

図4-1-2 CAT21bufferによる唾液緩衝能テストの結果

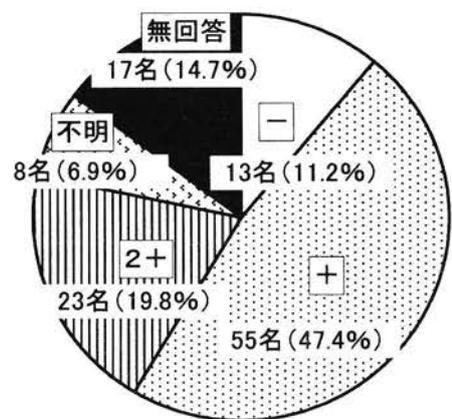
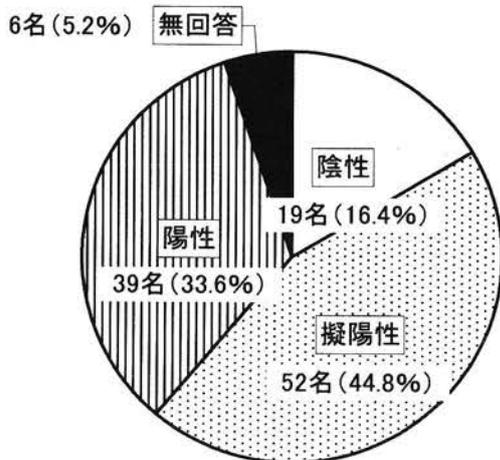
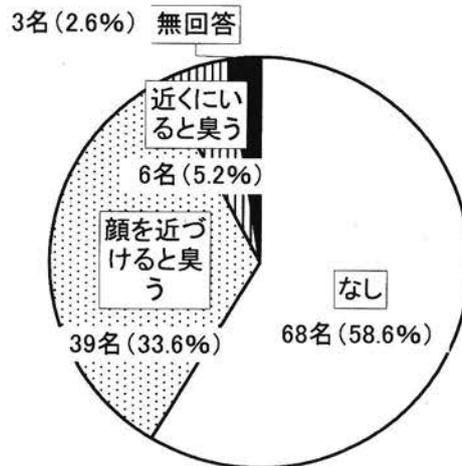


図4-1-3 口臭の有無



2. 開眼、運動、言語に関する反応レベル

開眼反応レベル、運動反応レベル、言語反応レベルの評価では、ほとんどの対象者が反応があった(図4-2-1~図4-2-3)。

図4-2-1 開眼反応レベル

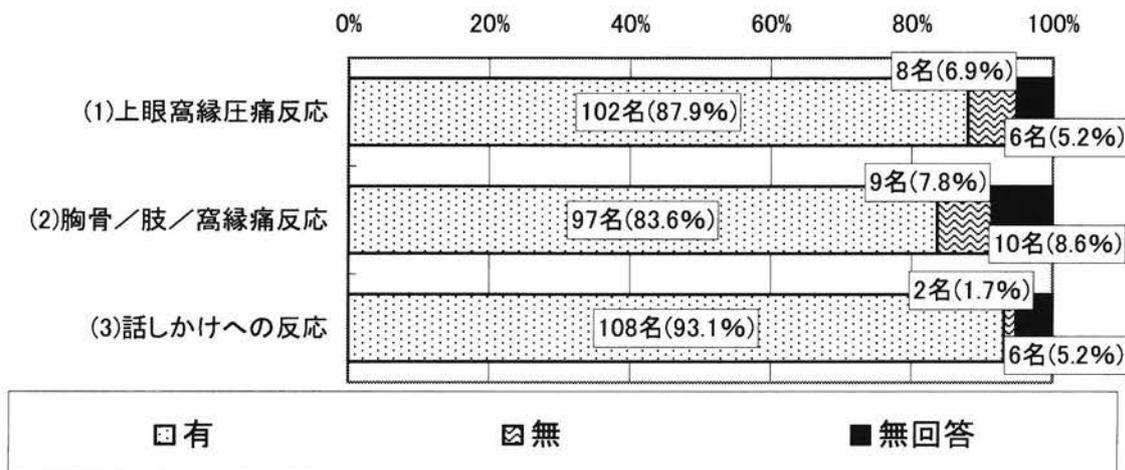


図4-2-2 運動反応レベル

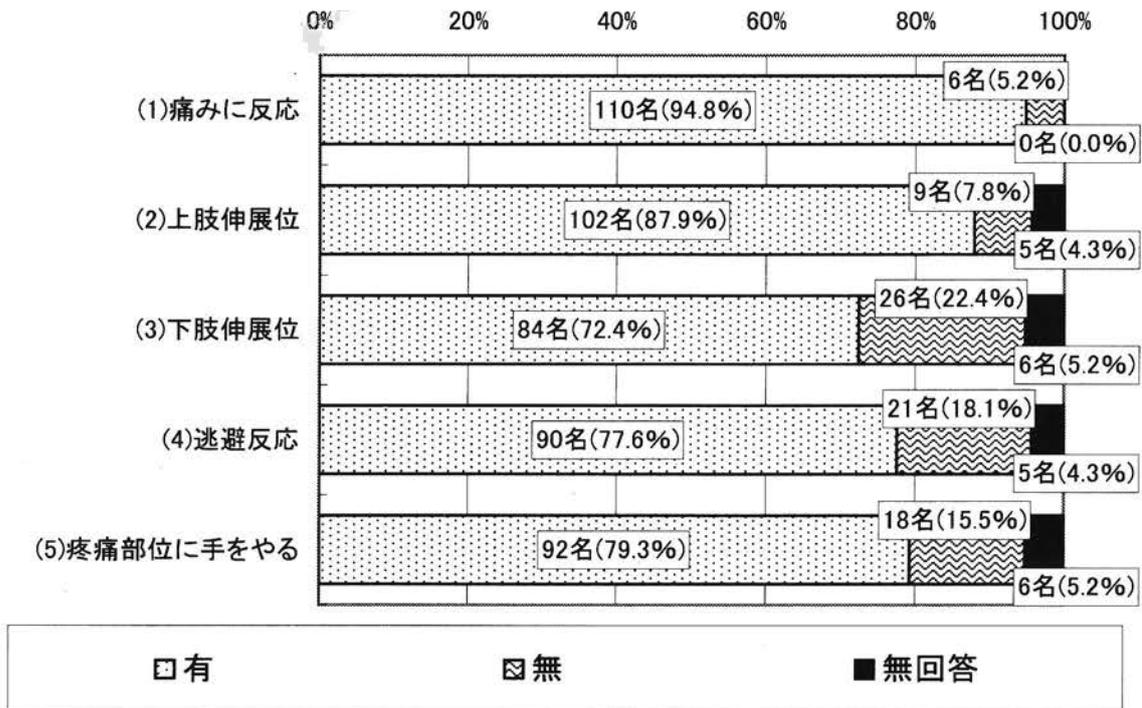
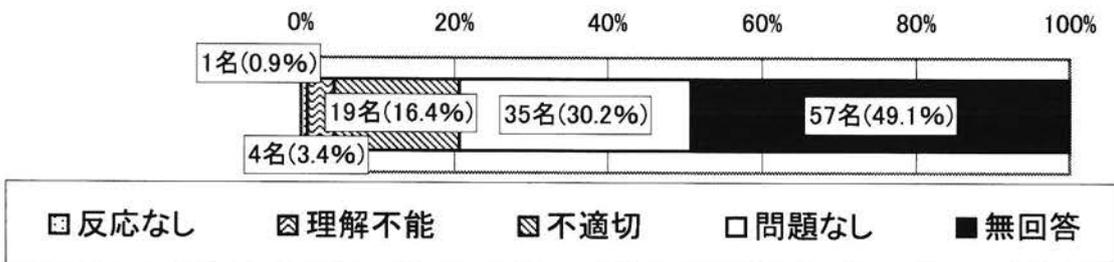


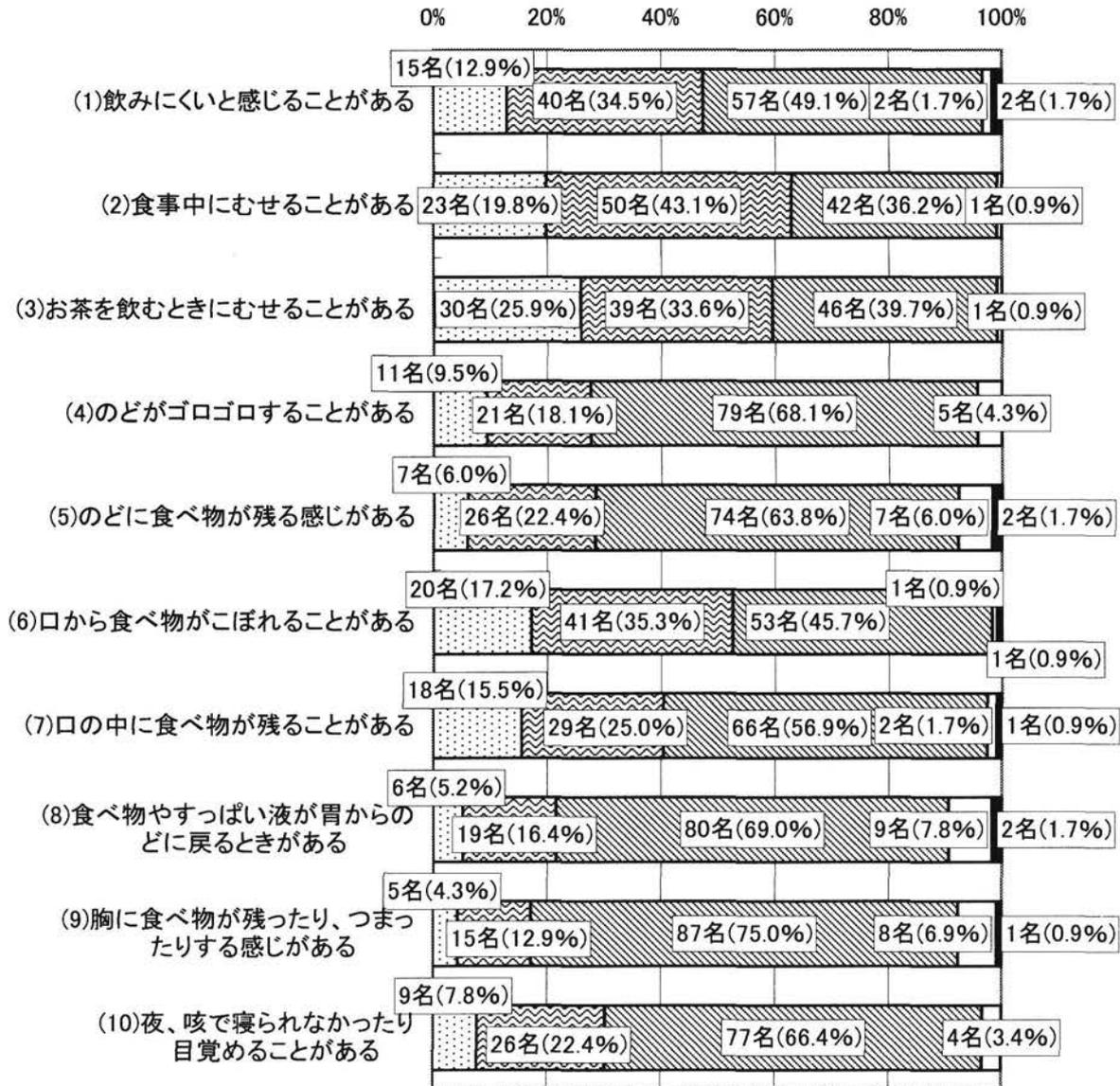
図4-2-3 言語反応レベル



3. 嚥下障害の状況

嚥下障害者の諸症状を示す嚥下障害レベルの評価の結果は図4-3-1のとおりである。「飲み込みにくい」、あるいは「むせる」と回答した者は約半数、「のどがゴロゴロする」、「のどに食べ物が残る」は約30%に問題があり、「口の中に食べ物が残る」が40%、胃食道逆流に問題があると思われる症状を示す者が20%であった。

図4-3-1 嚥下障害に関連した症状の有無



よくある
 ときどきある
 なし
 判定不能
 無回答

4. 言語反応と嚥下障害の症状との関連

図4-4-1～図4-4-10には言語反応レベルについて話の理解力に問題がないと判断された群と話の理解力に問題があると判断された群とで嚥下障害に関連した症状の有無を比較している。ほとんどの項目で話の理解力に問題がある群の方が嚥下機能が低下していることがうかがわれた。

図4-4-1 話の理解力と「飲みにくいと感じること」

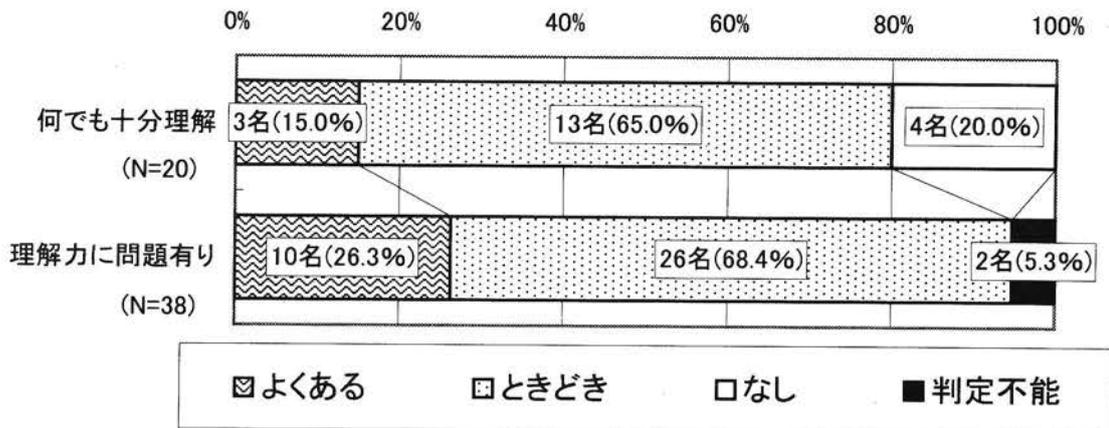


図4-4-2 話の理解力と「食事中にむせること」

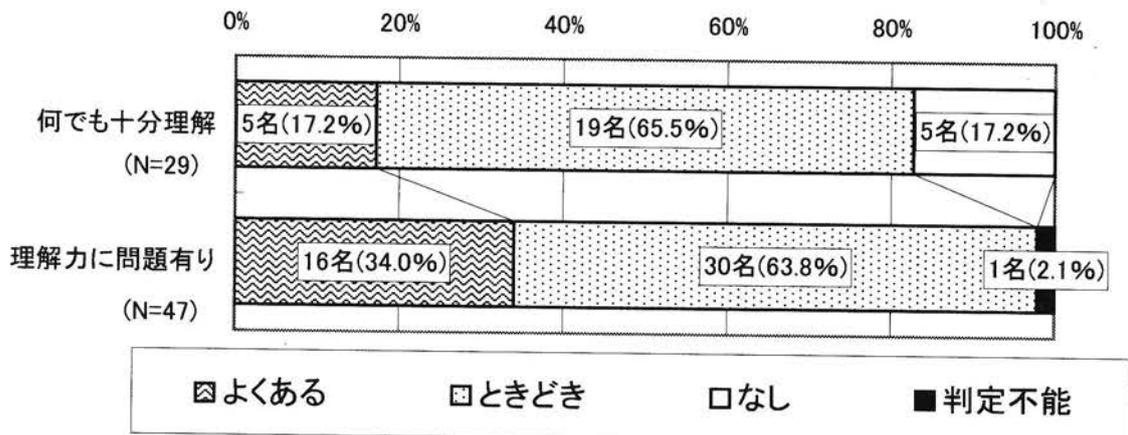


図4-4-3 話の理解力と「お茶を飲むときにむせること」

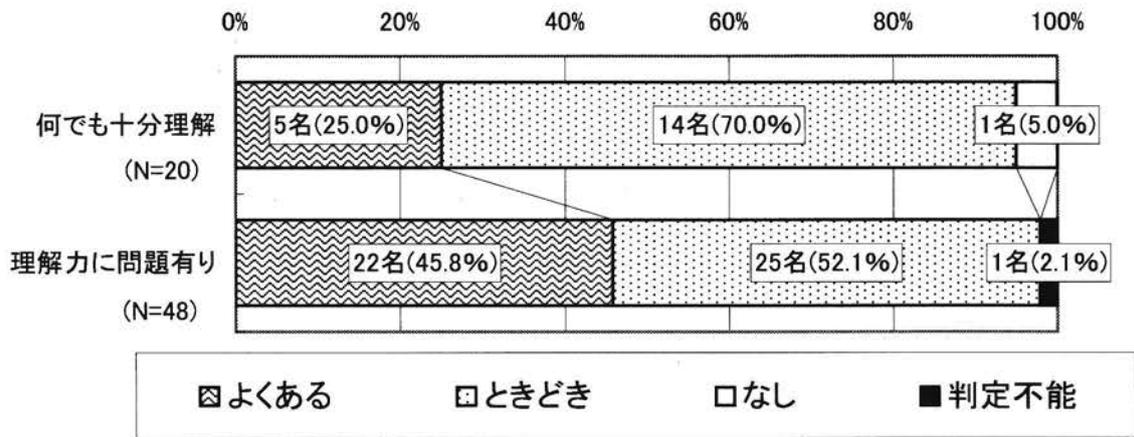


図4-4-4 話の理解力と「のどがゴロゴロすること」

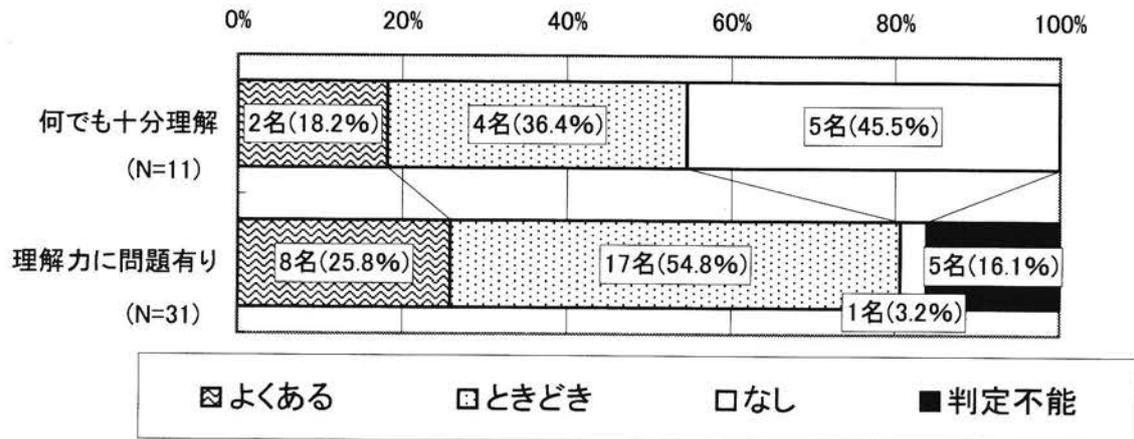


図4-4-5 話の理解力と「のどに食べ物が残る感じ」

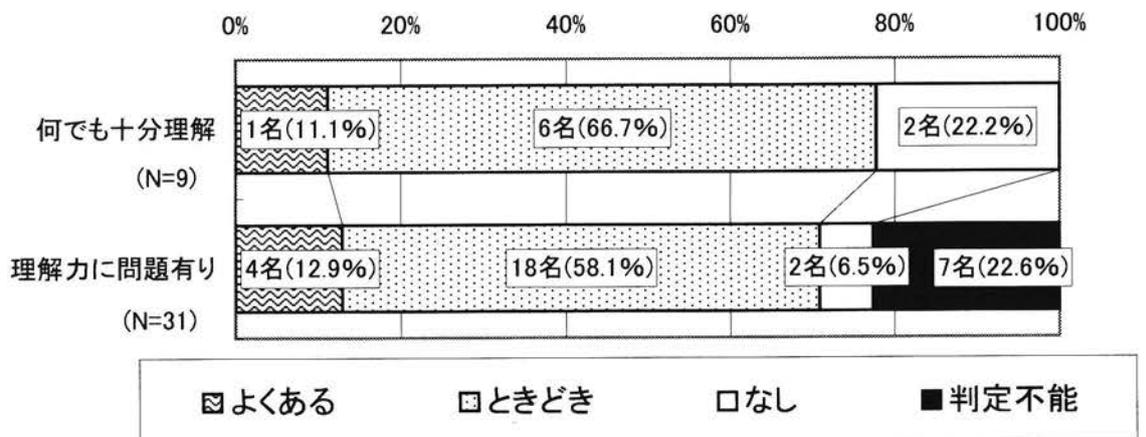


図 4-4-6 話の理解力と「口から食べ物がこぼれること」

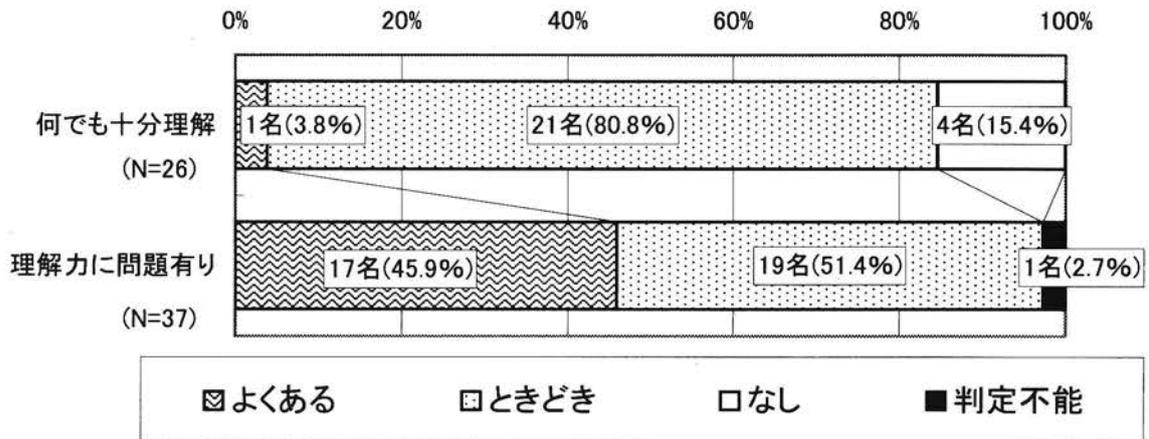


図 4-4-7 話の理解力と「口の中に食べ物が残ること」

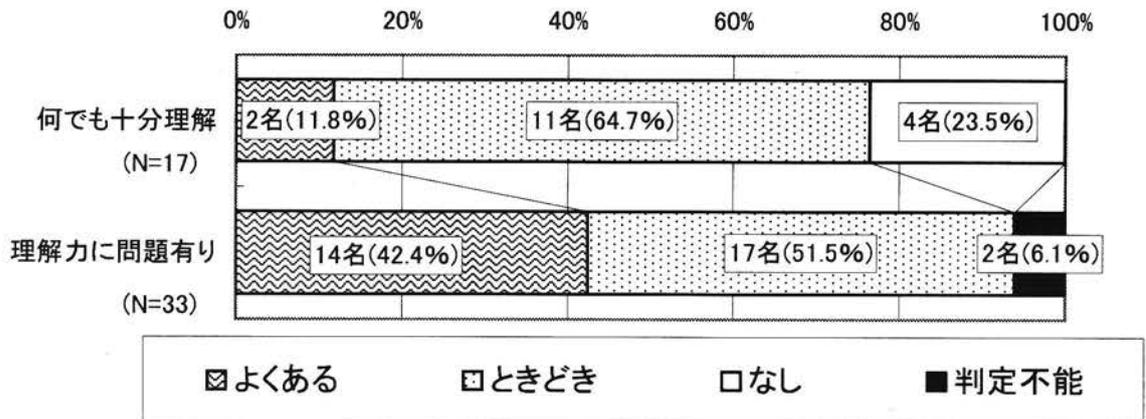


図 4-4-8 話の理解力と「食べ物やすっぱい液が胃からのどに戻るとき」

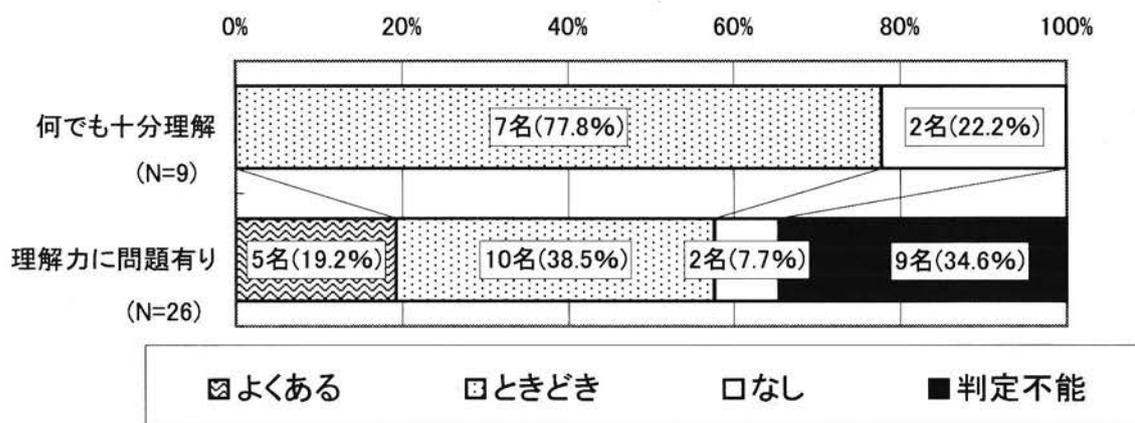


図 4-4-9 話の理解力と「胸に食べ物が残ったり、つまったりする感じ」

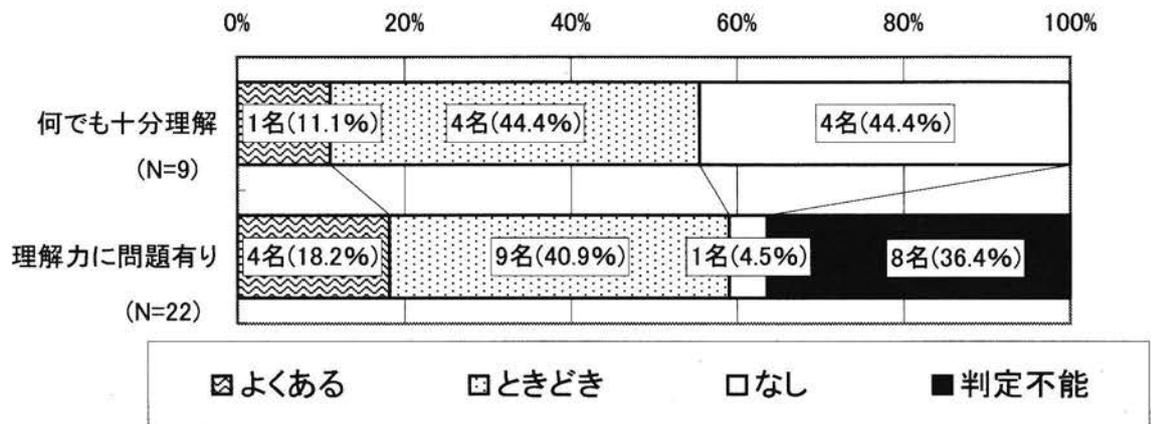
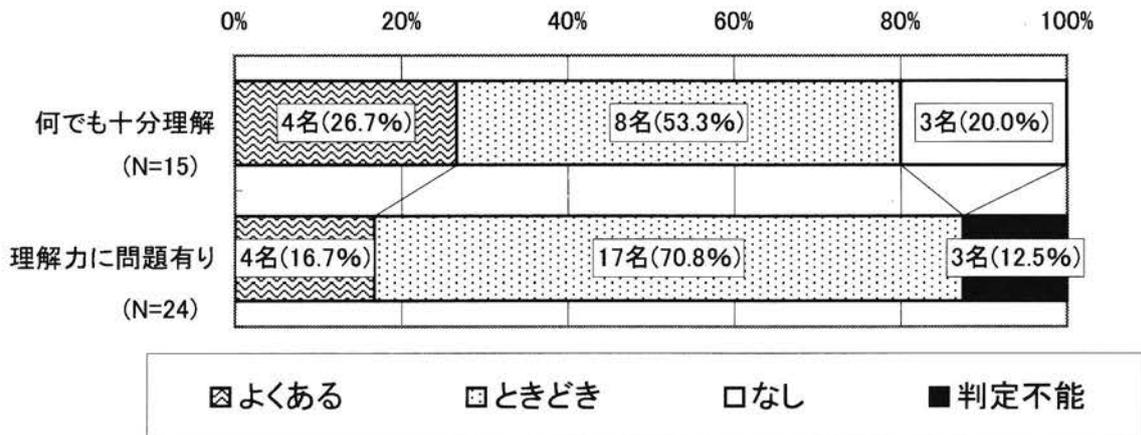


図 4-4-10 話の理解力と「夜、咳で寝られなかったり目覚めること」



V. 口腔機能リハビリ対象者の生活能力の現状

1. 日常生活能力（バーセル指数）、坐位保持時間

日常生活能力をバーセル指数で評価した（図5-1-1）。食事に介助が必要な者は約30%であった。「入浴」「移動」「階段昇降」などの項目で介助が必要な者が多かった。バーセル指数の点数分布は図5-1-2のとおりである。

坐位保持時間の平均は約4時間で、4時間以下の者が多かった（図5-1-3）。

図5-1-1 日常生活能力

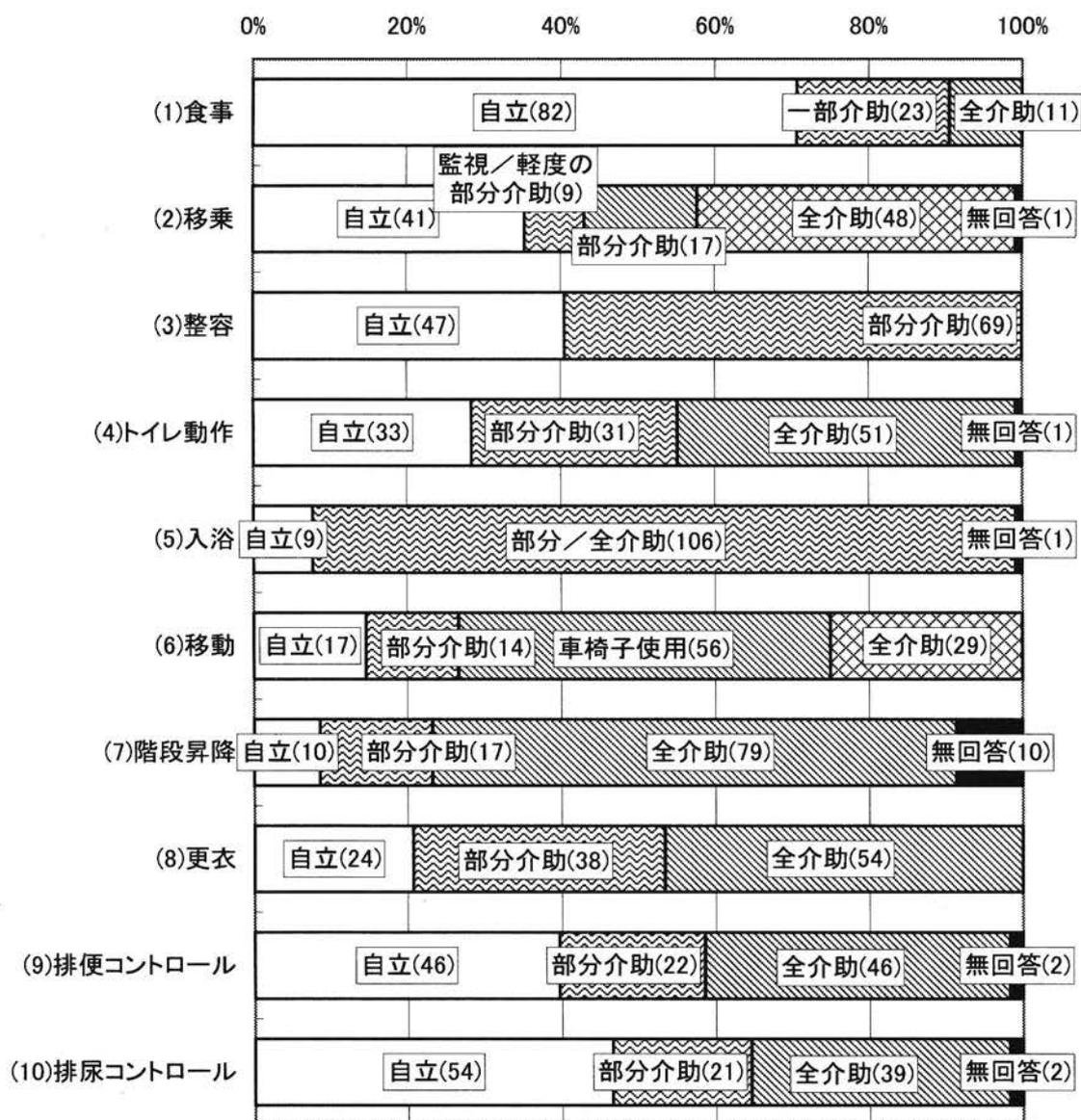


図5-1-2 バーセル指数の分布

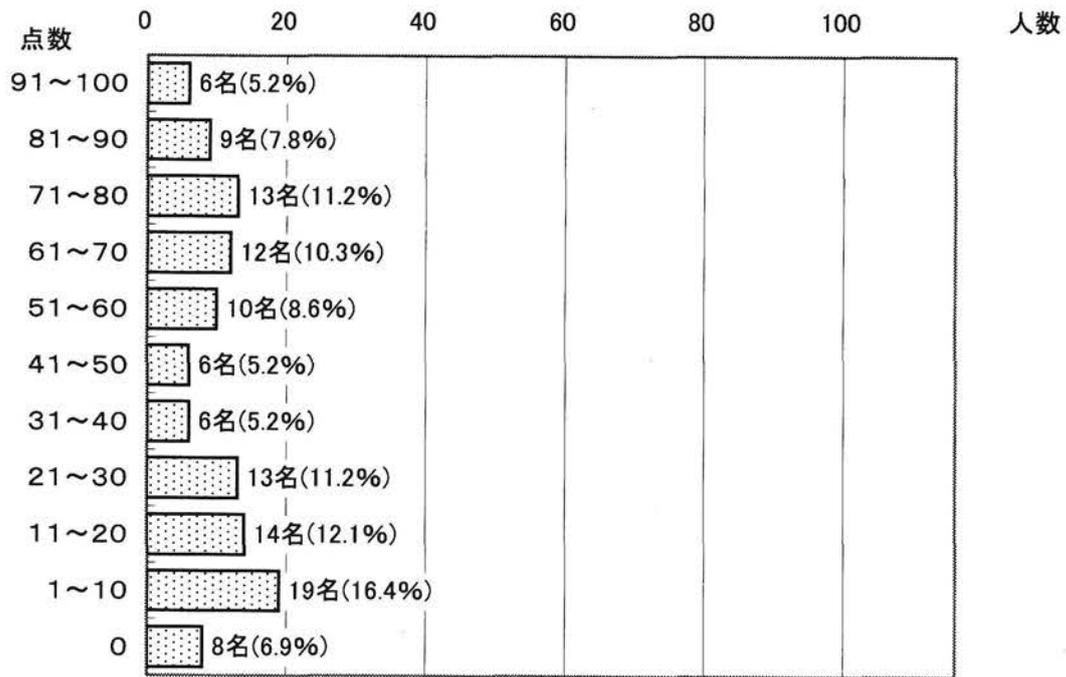
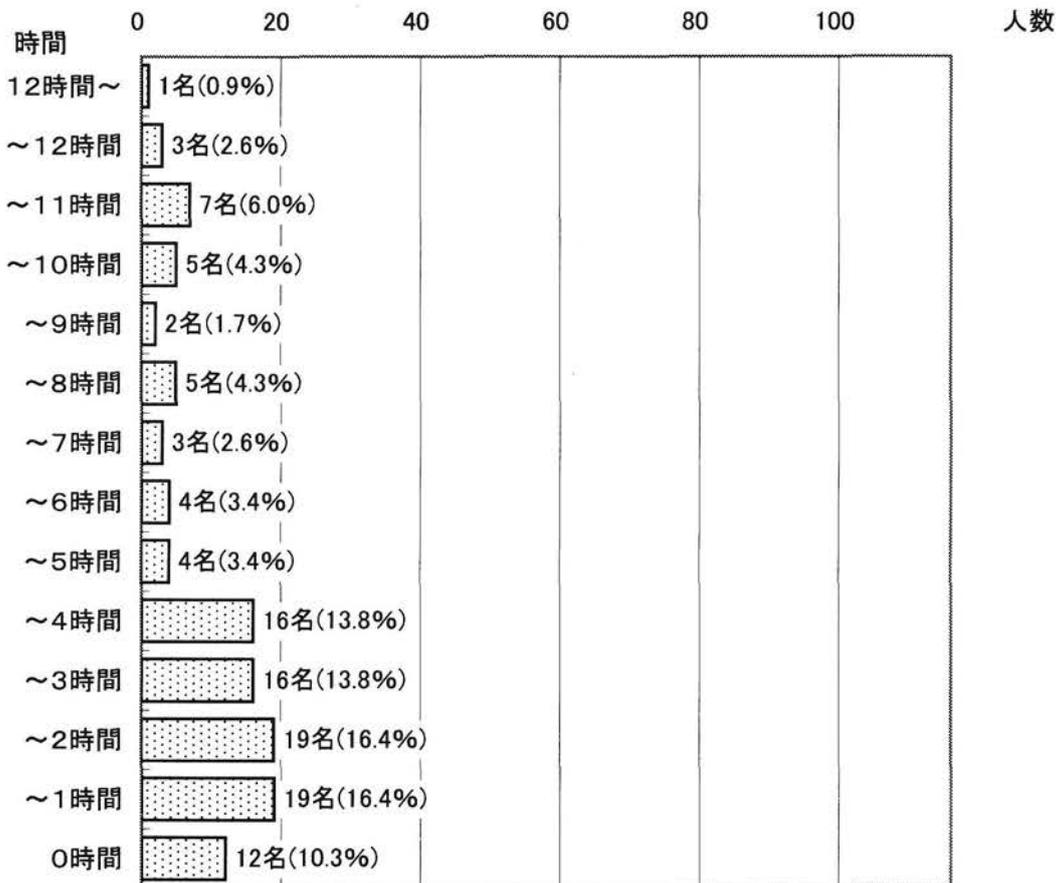


図5-1-3 坐位保持時間

平均時間 3:57 ± 3:35

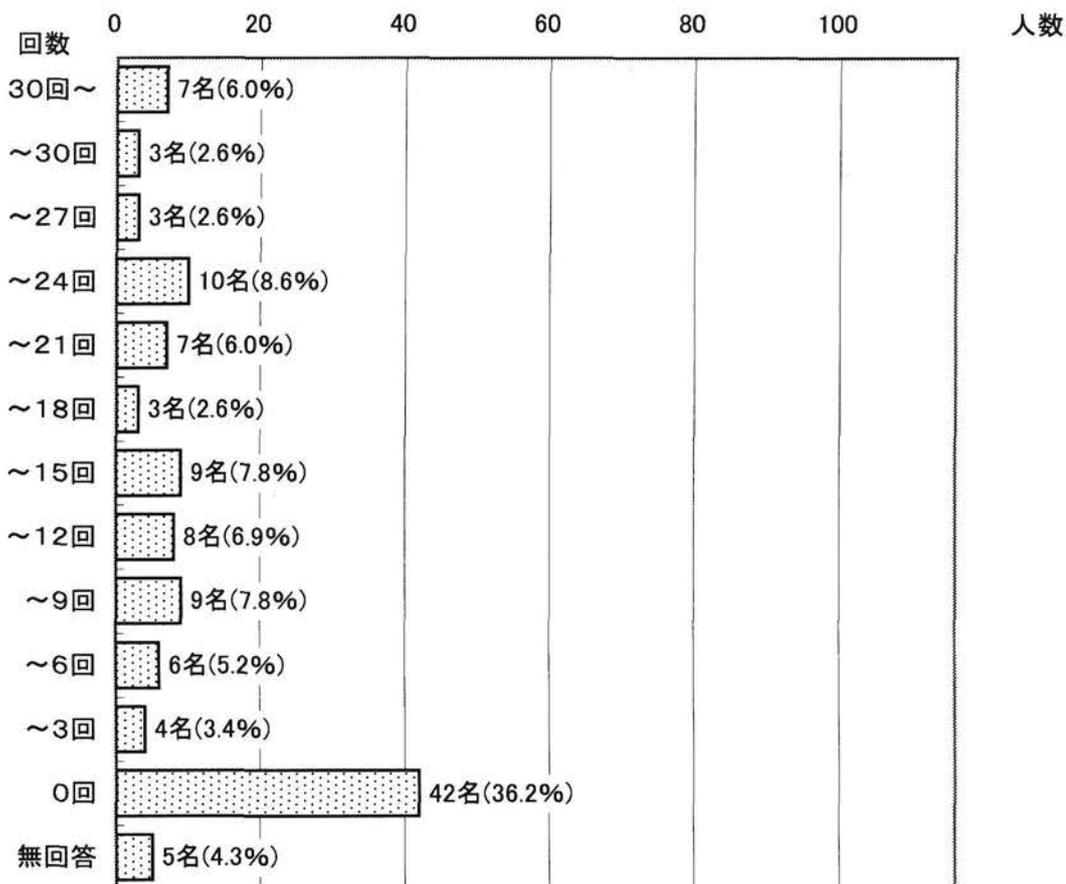


2. 口腔に関する能力

1) ブローイング

「巻き取り」を用いたブローイングテストの結果を図5-2-1に示している。1分間に1回もできなかった者の割合は36%であった。

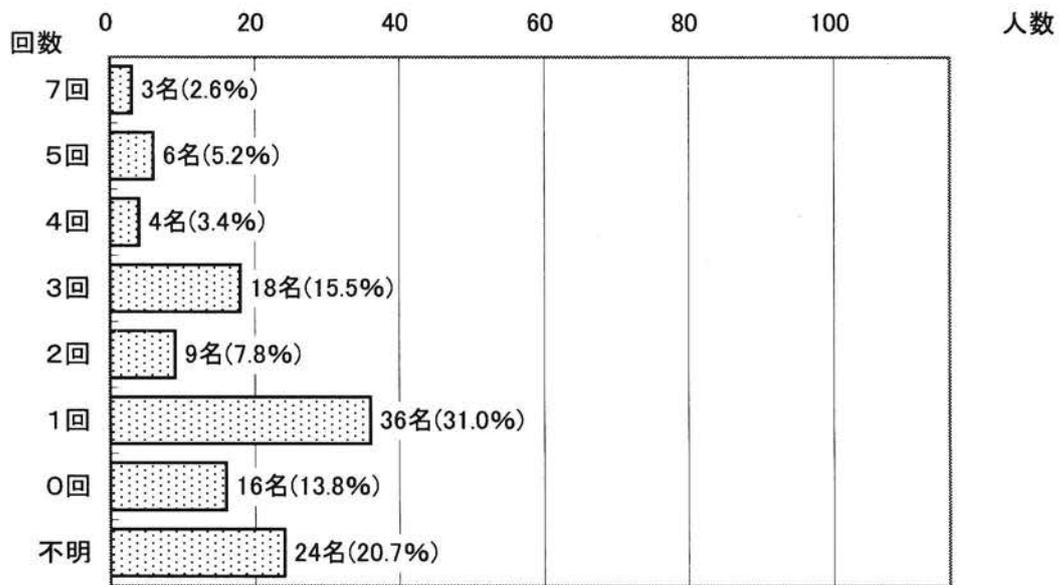
図5-2-1 ブローイングテストの回数分布



2) 反復唾液嚥下テスト

反復唾液嚥下テストの結果は図5-2-2のとおりである。このテストでは2回以下が異常と判断される。53%の者が2回以下であった。

図5-2-2 反復唾液嚥下テストの回数分布



3) 口腔筋の運動障害

舌運動、頬筋運動、口輪筋緊張の障害状況を図5-3-1～図5-3-3に示している。舌運動障害が45%、頬筋運動障害が70%、口輪筋緊張障害が74%にみられた。

図5-3-1 舌運動の状況

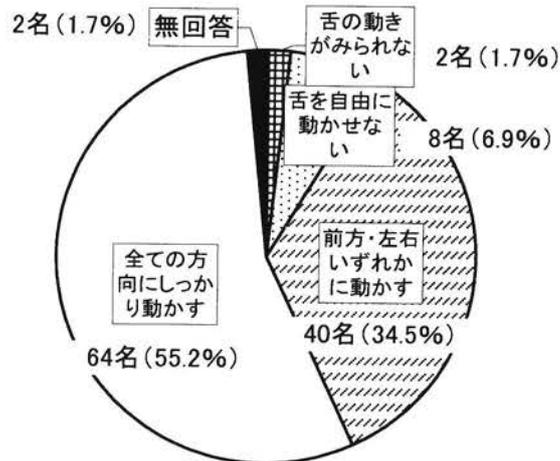


図5-3-2 頬筋運動の状況

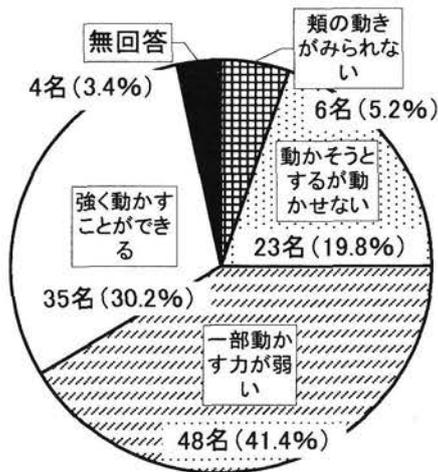
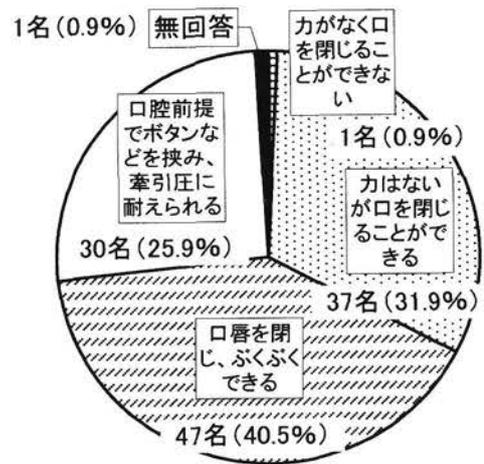


図5-3-3 口輪筋緊張の状況



4) 咀嚼障害、嚥下障害

咀嚼障害、嚥下障害の状況を図5-4-1、図5-4-2に示している。何らかの咀嚼障害がみられる者は45%、嚥下障害がある者は65%であった。

図5-4-1 咀嚼機能の状況

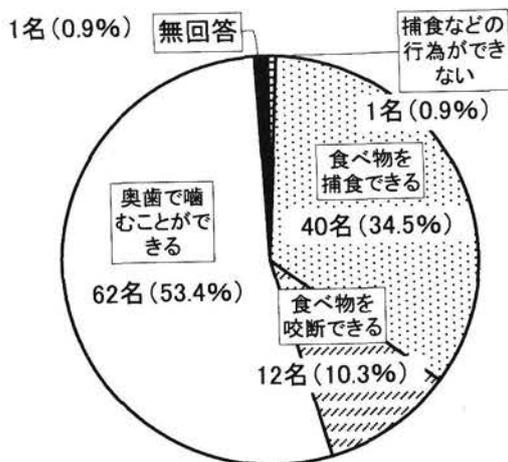
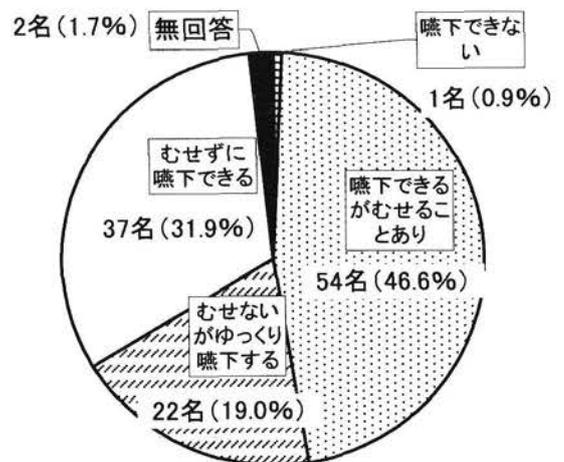


図5-4-2 嚥下機能の状況



5) 口腔清掃の自立度

歯みがき、義歯着脱、うがいの自立度を図5-5-1～図5-5-3に示している。歯みがきの自立度に問題がある者は72%、義歯着脱の自立度に問題がある者は47%、うがいの自立度に問題がある者は26%であった。

図5-5-1 義歯の着脱の状況

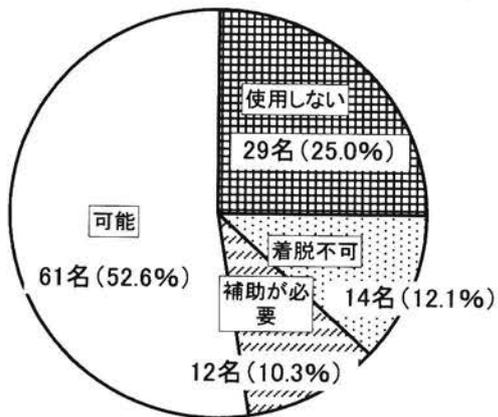


図5-5-2 歯みがきの状況

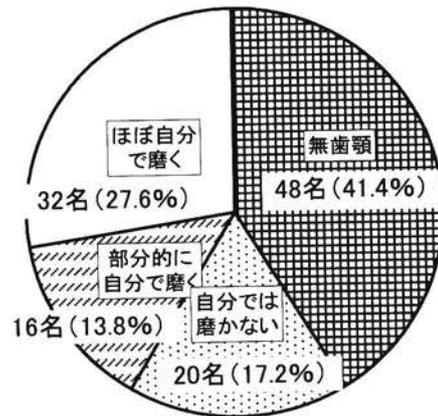
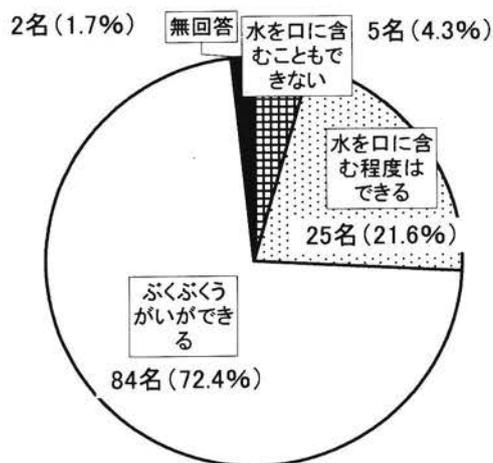


図5-5-3 うがいの状況

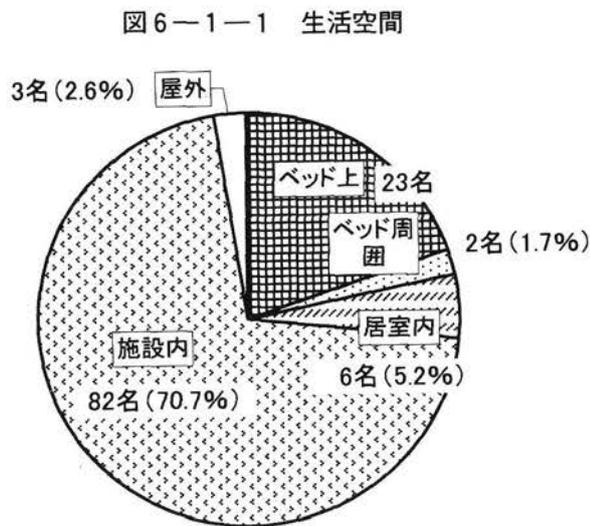


VI. 口腔機能リハビリ対象者の社会生活の現状

1. 社会生活の現状

1) 生活空間

生活空間は施設内が最も多く、71%を占めていた。ベッド上あるいはベッド周囲は21.5%であった。



2) コミュニケーション

コミュニケーションの機会および相手に関する質問の回答状況は図6-1-2、図6-1-3のとおりである。コミュニケーションの機会が「ほとんどない」あるいは「少ない」は38%、コミュニケーションの「相手がほとんどいない」は8.6%であった。

図6-1-2 コミュニケーションの機会

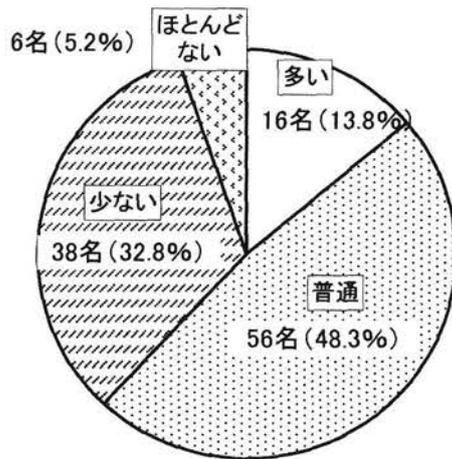
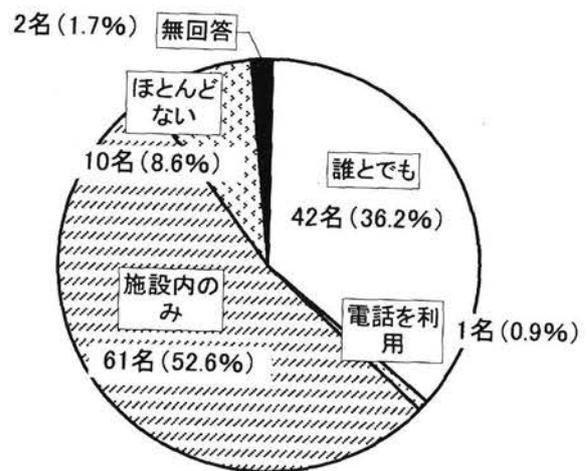


図6-1-3 コミュニケーションの相手



3) 話の理解力、意思伝達

話の理解力および意思伝達能力については図6-1-4、図6-1-5のとおりである。何でも十分理解できる者は41.4%、意志を誰にでも伝達できる者は61.2%であった。

図6-1-4 話の理解力

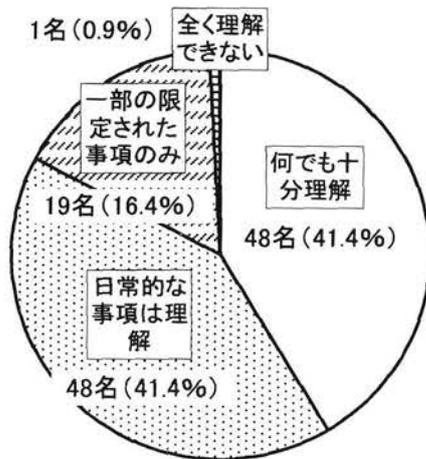
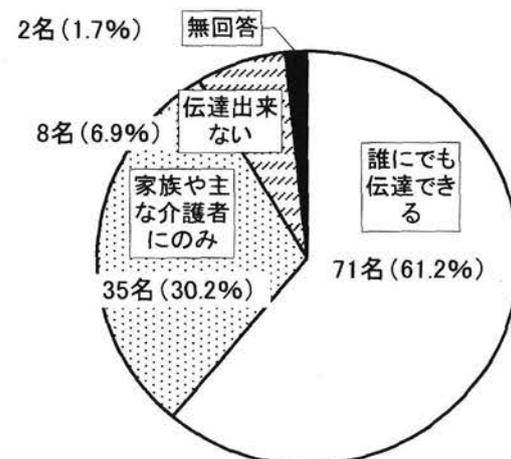


図6-1-5 本人の意思伝達

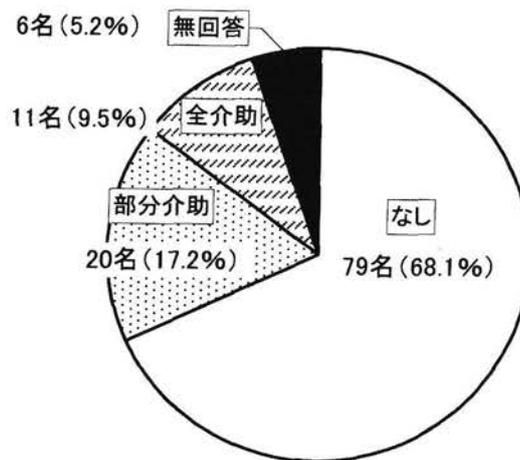


2. 食事の状況

1) 食事介助

食事の介助が必要な者は27%であった。

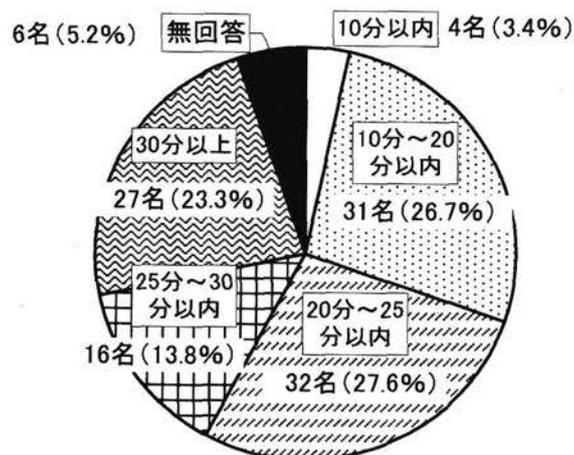
図6-2-1 食事介助の要点



2) 食事時間

食事時間は20～25分以内が最も多く、次いで10～20分以内であった。30分以上かかる者は23%であった。

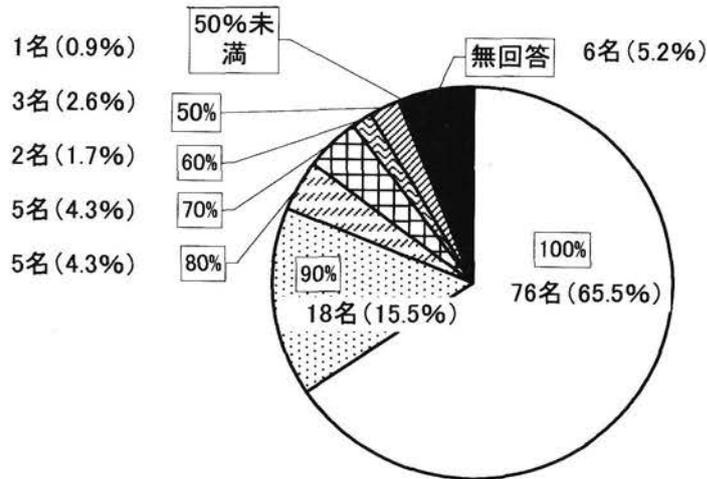
図6-2-2 食事に要する時間



3) 食事量

食事量が100%は65.5%であった。

図6-2-3 食事量



4) 食事内容

有効回答数108件について、食事内容は普通食である者は主食が46.3%、副食が43.5%であった。経管栄養は3名であった。

図6-2-4 食事内容 (経口：主食)

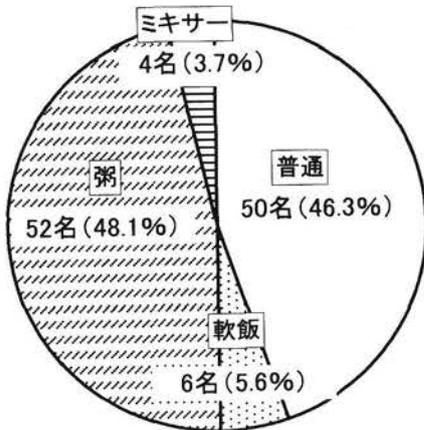
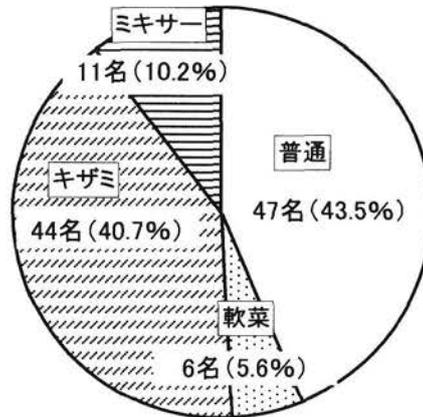


図6-2-5 食事内容 (経口：副食)



5) 味覚異常

約20%に味覚異常がみられた、塩味の障害が最も多かった。

図6-2-6 味覚異常の有無

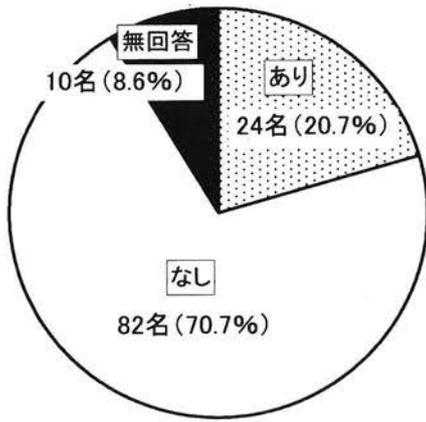
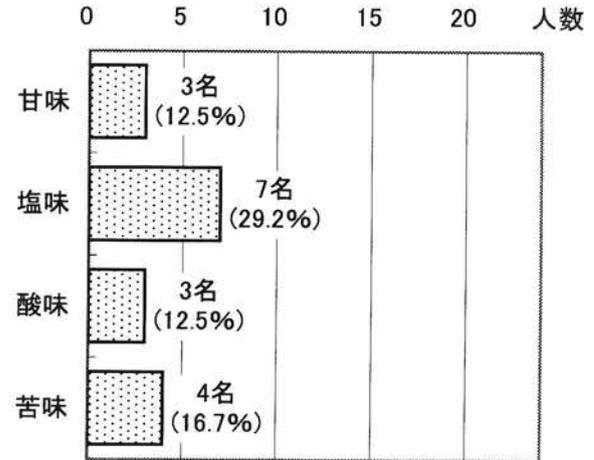


図6-2-7 味覚異常の内容

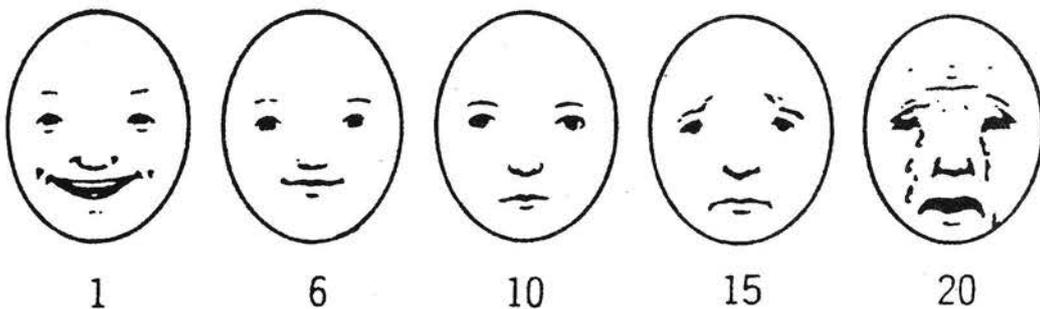
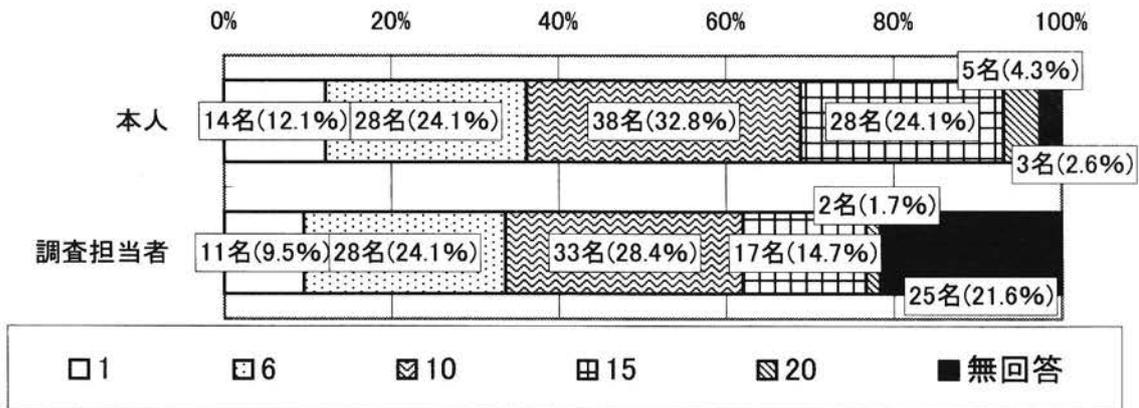


3. 心理的な現状

1) フェイス・スケール

フェイス・スケールを用いて、自身の健康状態にあてはまる表情を本人と調査担当者に選択してもらった結果が図6-3-1である。「普通」を選択した者が本人、調査担当者とも最も多かった。本人の方がより良い表情を選択する傾向がみられた(10)。

図6-3-1 フェイス・スケール



2) PGC モラル・スケール

PGC モラル・スケール平均得点は9.10±4.12点であった。PGC モラル・スケールの質問項目をⅠ心理的動揺、Ⅱ老いに対する態度、Ⅲ孤独感・不安感に分け、それぞれの回答状況を図6-3-2に示している。

図6-3-2-① 心理的動揺に関する PGC モラルスケール結果

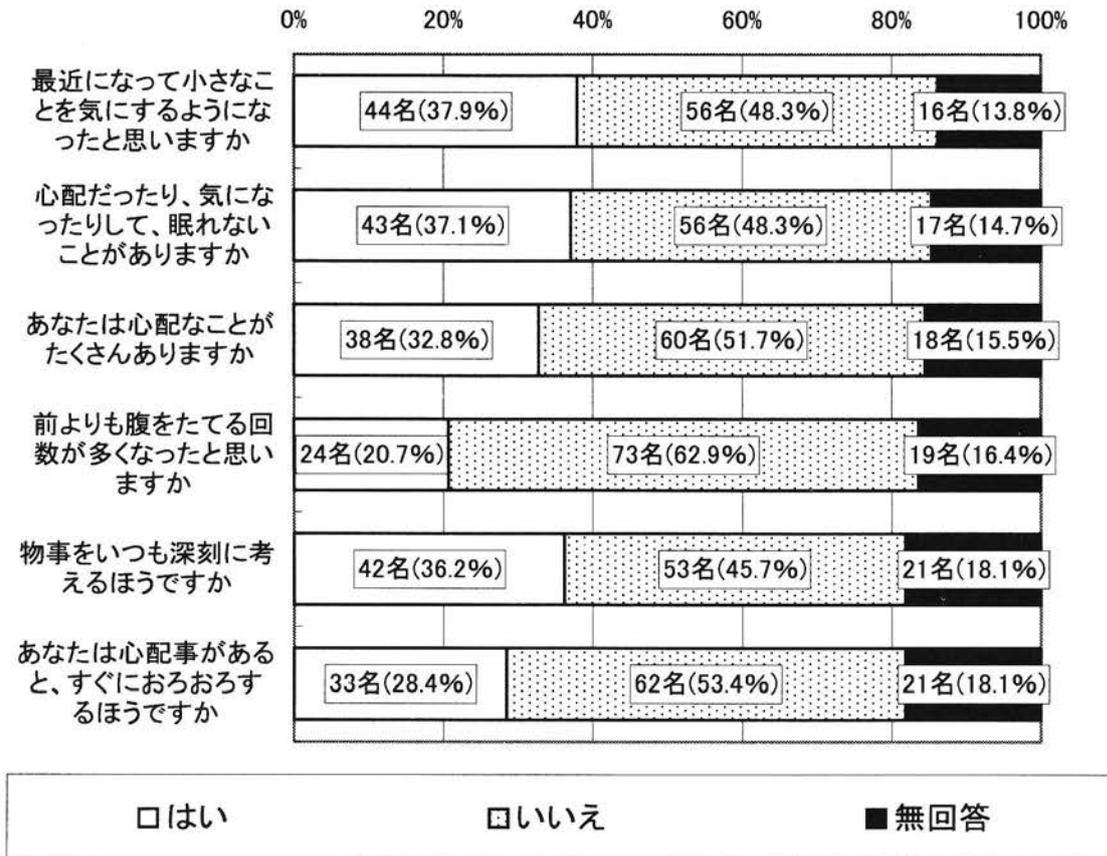


図6-3-2-② 老いに対する態度に関する PGC モラルスケール結果

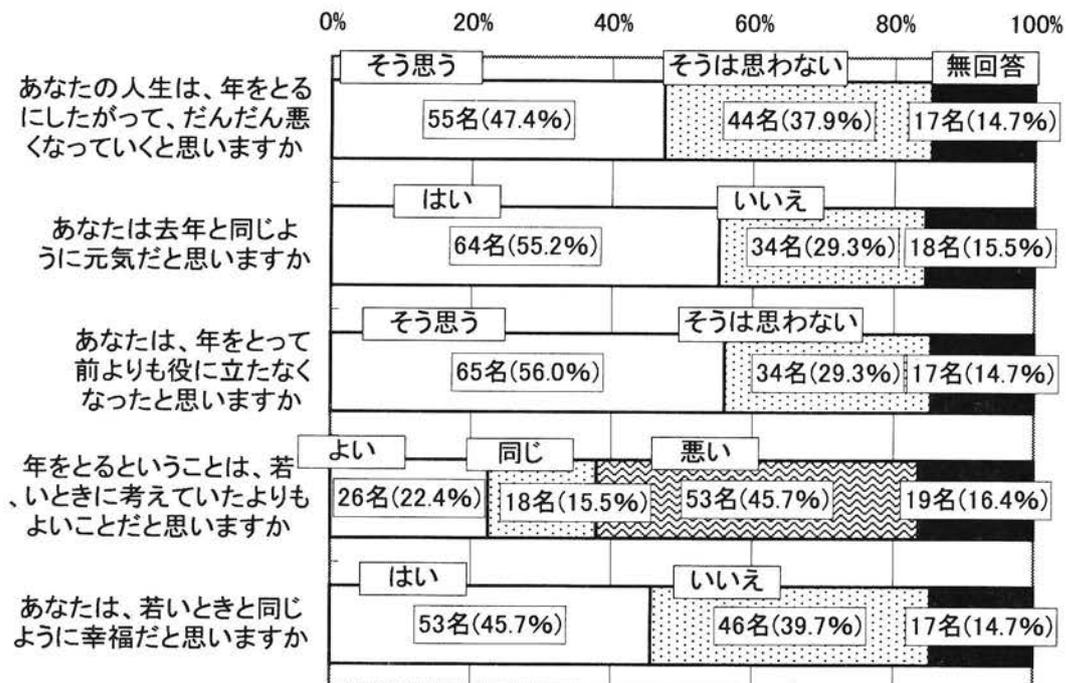
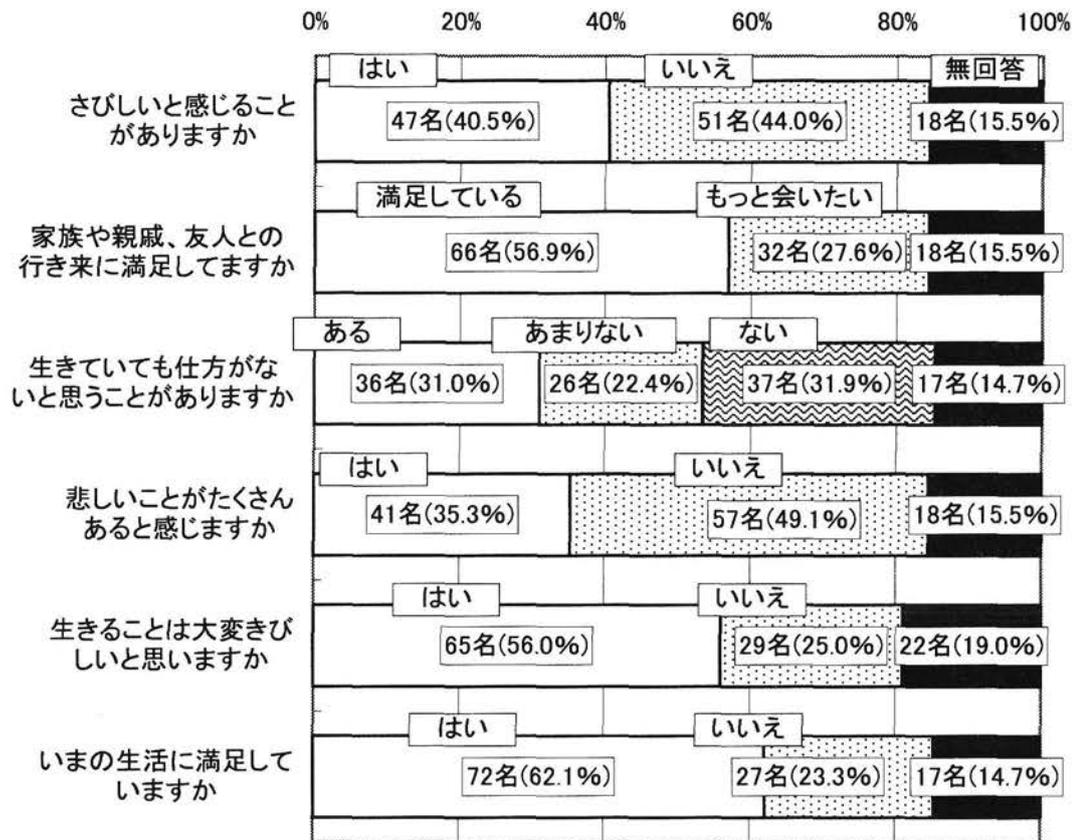


図6-3-2-③ 孤独感・不満足感に関する PGC モラールスケール結果



PGC モラール・スケールと機能現在歯数の関係を図6-3-3に示している。20本以上の群が最も点数が高く、10~19本の群が最も点数が低かった。図6-3-4にはPGC モラール・スケール得点と咬合支持数の関係を示している。20本以上が最も低く、10~19本が最も高かった。

図6-3-3 機能現在歯数区別にみた PGC 得点平均

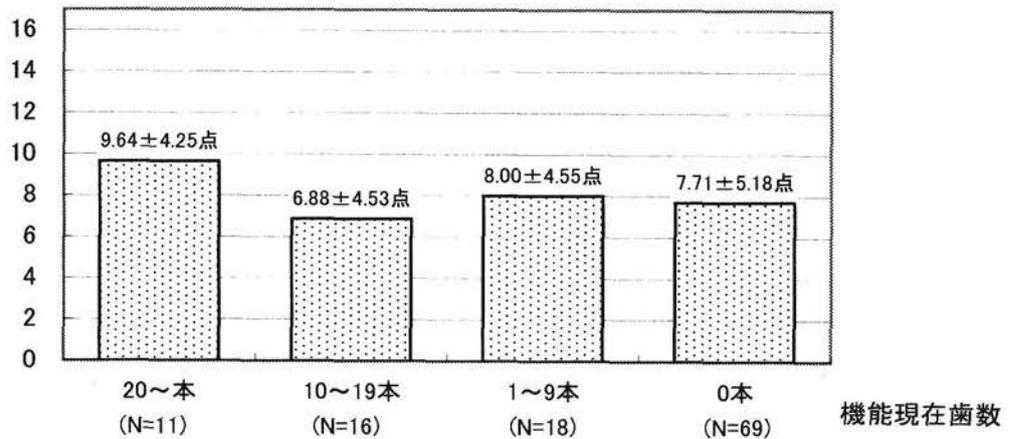


図6-3-4 咬合支持数区別にみたPGC得点平均

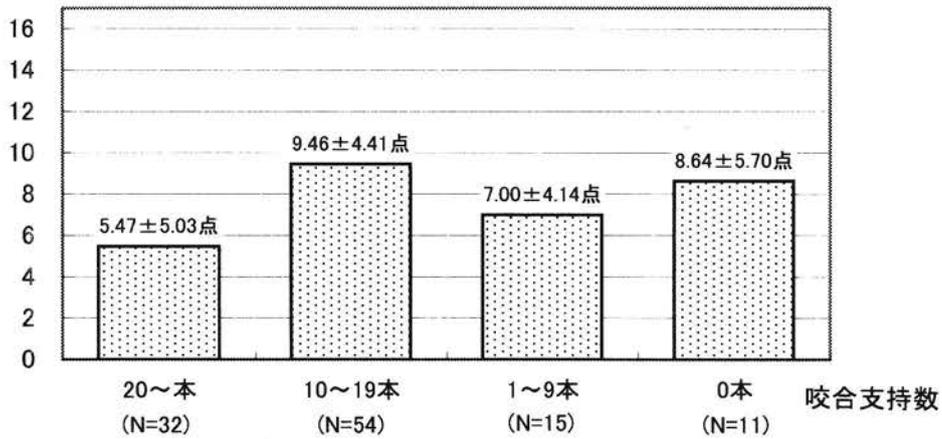


図6-3-5にはPGCモラル・スケール得点と口臭の関係を示している。「近くにいと臭う」群が最も得点が低かった。

図6-3-5 口臭の有無別にみたPGC得点平均

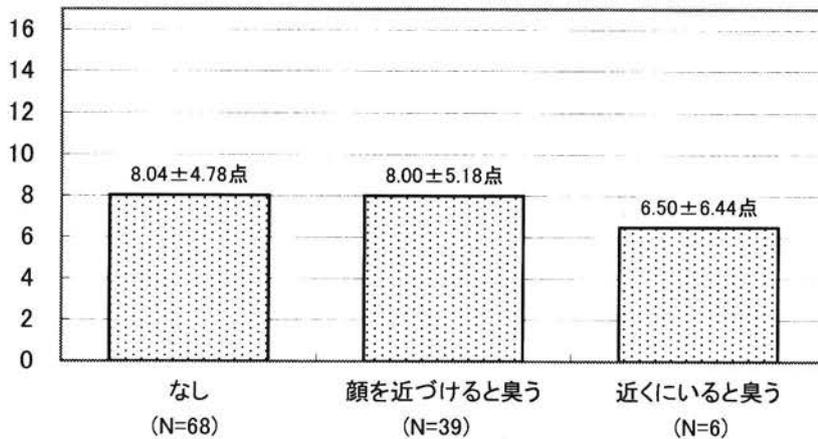


図6-3-6には咀嚼機能とPGCモラル・スケール得点の関係を示している。図6-3-7には嚥下機能、図6-3-8には反復唾液嚥下テストとの関係を示している。嚥下機能が悪い群でPGCモラル・スケール得点が低い傾向がみられた。

図6-3-6 咀嚼機能別にみたPGC得点平均

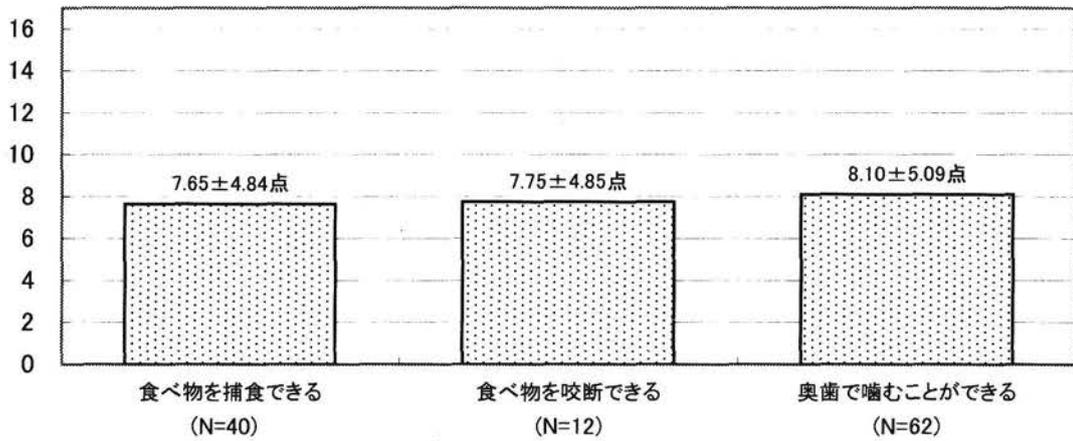


図6-3-7 嚥下機能別にみたPGC得点平均

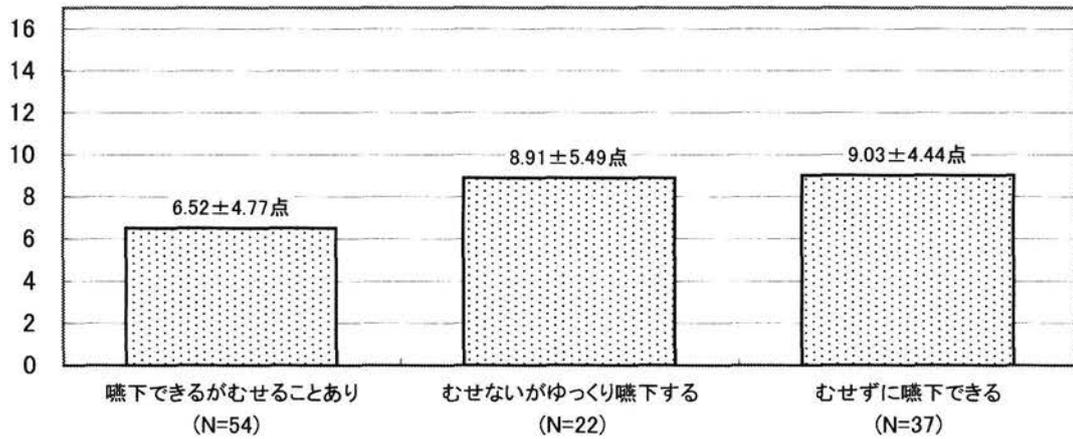


図6-3-8 反復唾液嚥下テスト結果区分別にみたPGC得点平均

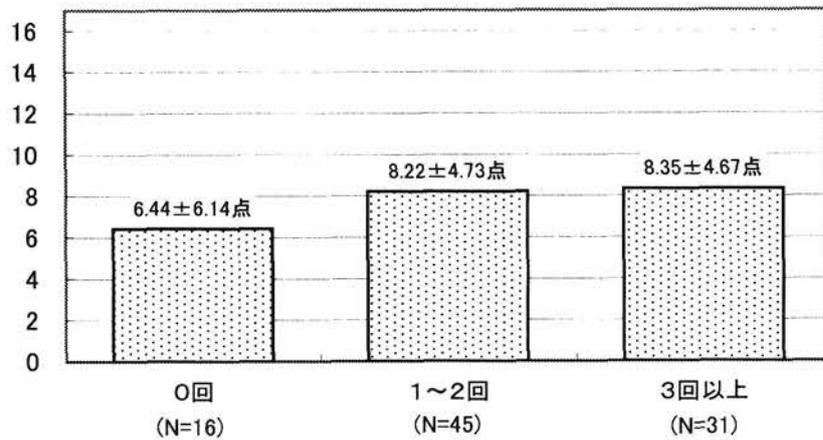


図6-3-9にはうがいの自立度との関係を示している。うがいが自立している群で得点が高かった。

図6-3-9 うがいの自立度別にみたPGC得点平均

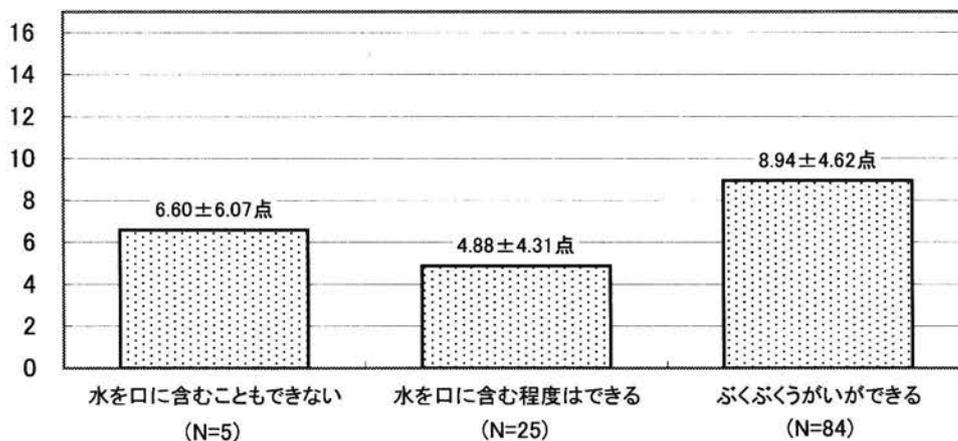


図6-3-10には生活空間、図6-3-11にはコミュニケーションの機会とPGCモラル・スケール得点の関係を示している。生活空間が広いほど、コミュニケーションの機会が多いほど得点が高かった。

図6-3-10 生活空間別にみたPGC得点平均

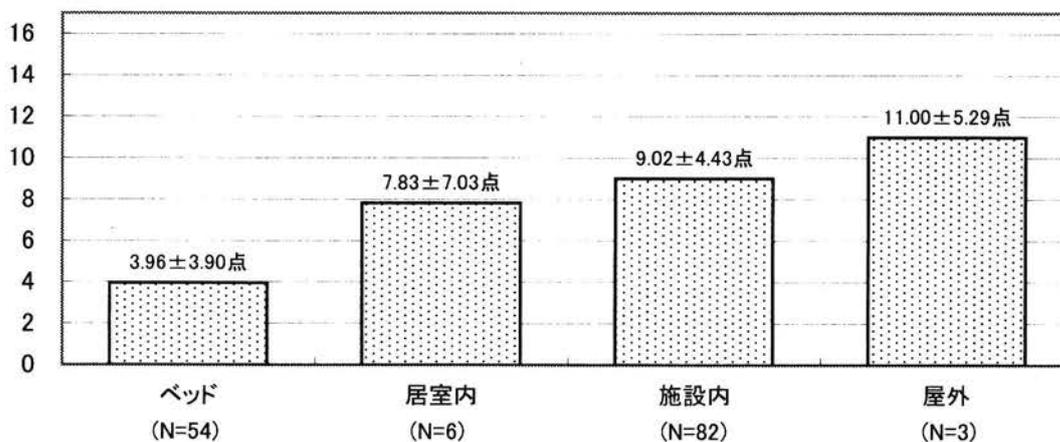


図6-3-11 コミュニケーション機会の頻度別にみたPGC得点平均

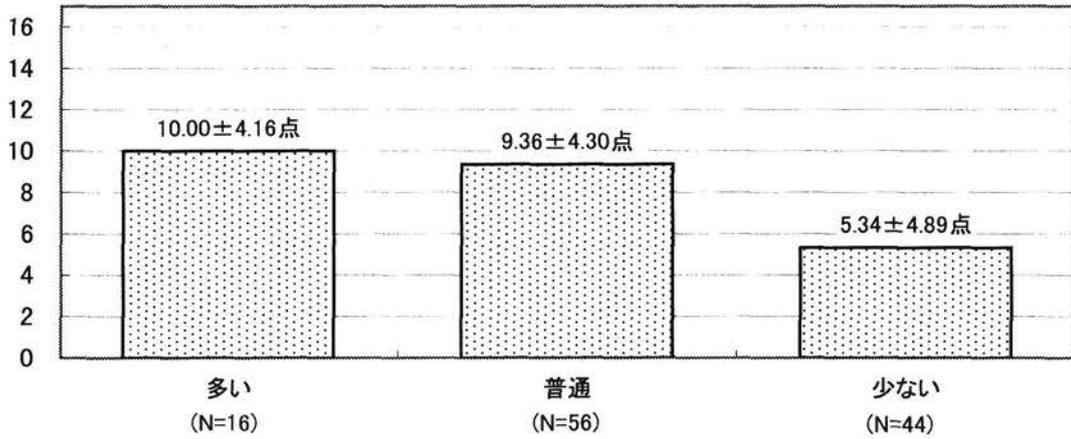


図6-3-12には食事介助、図6-3-13、図6-3-14には食事内容との関係を示している。食事介助がいないほど、食事が普通であるほど得点が高かった。

図6-3-12 食事介助別にみたPGC得点平均

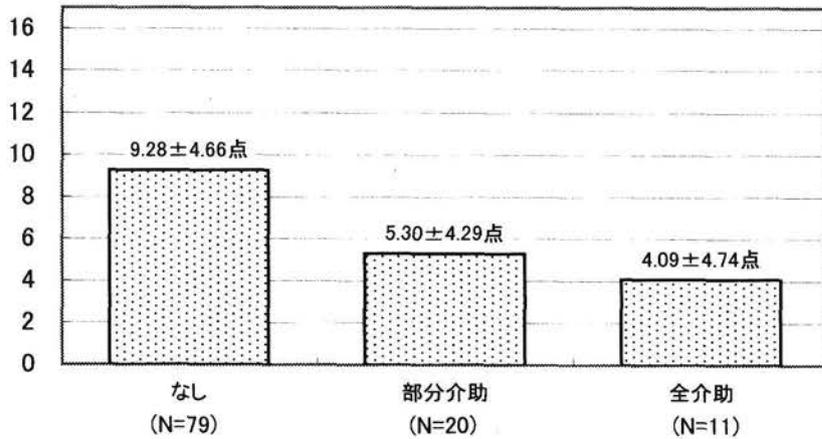


図6-3-13 食事内容別にみたPGC得点平均

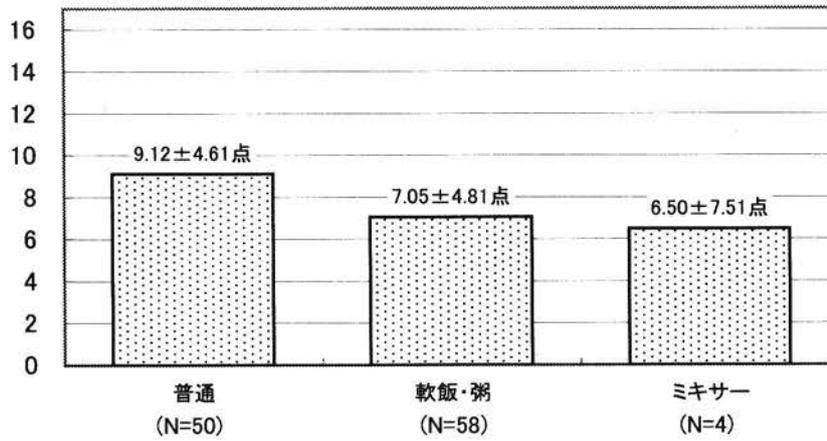
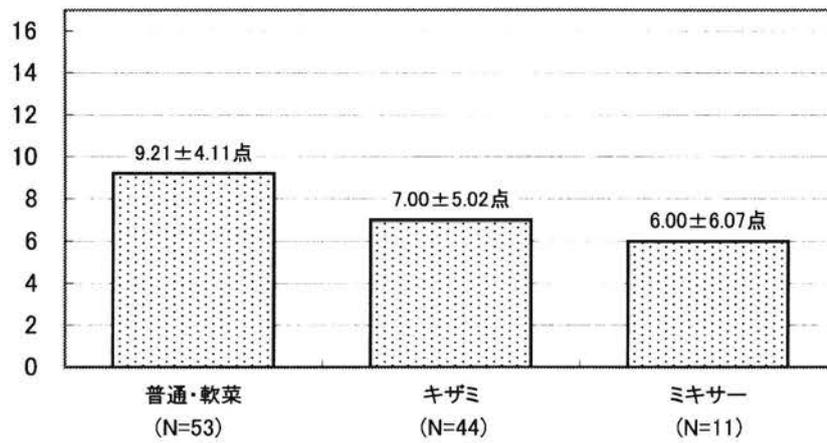


図6-3-14 食事形態別にみたPGC得点平均



Ⅶ. 口腔機能リハビリ実施状況

各施設で選定された3～5名、総計115名の入所者に対して個別的に国保直診と施設職員が協力して口腔機能リハビリを実施した。延べ実施日数は2,727日、対象者1人あたり24日であった。図7-1～図7-4に訓練項目および訓練施行者別の実施回数を示している。

図7-1 訓練項目別、実施状況

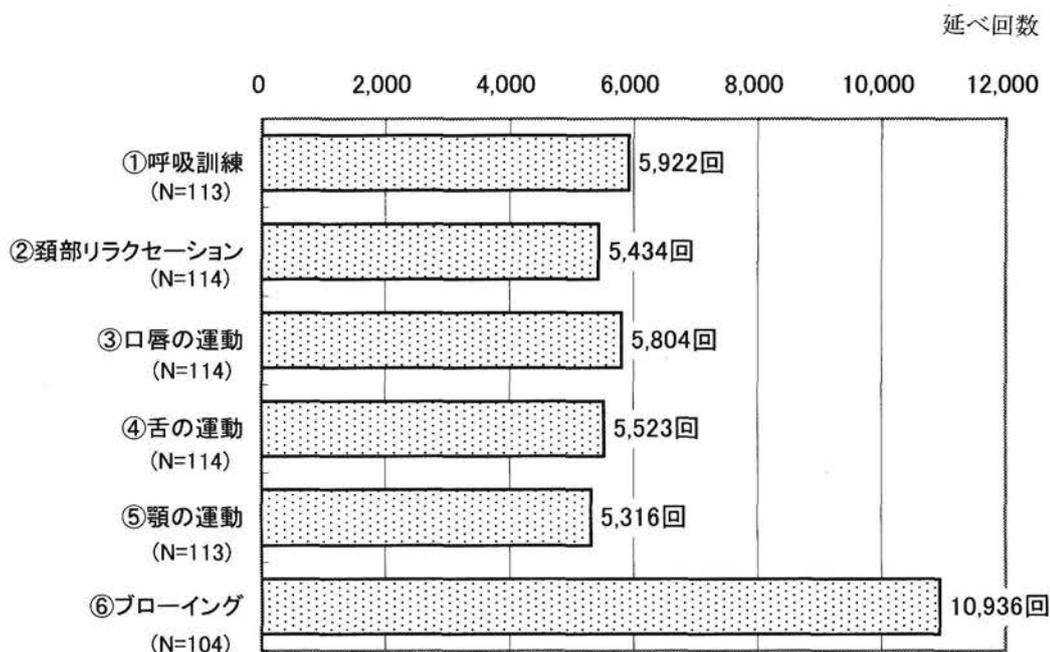


図7-2 項目別1人あたり平均回数

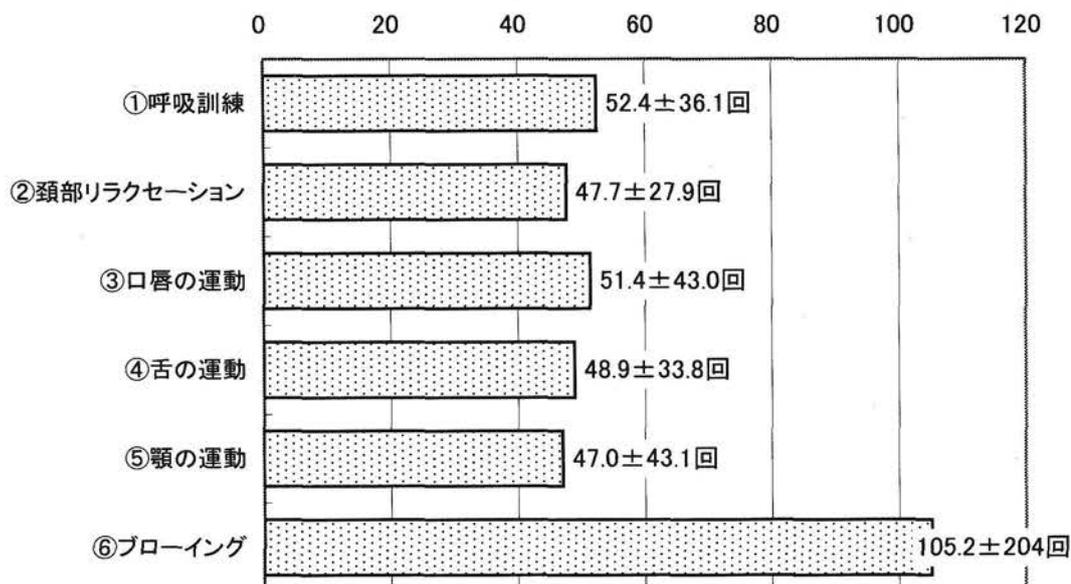


図7-3 訓練担当者別、実施状況

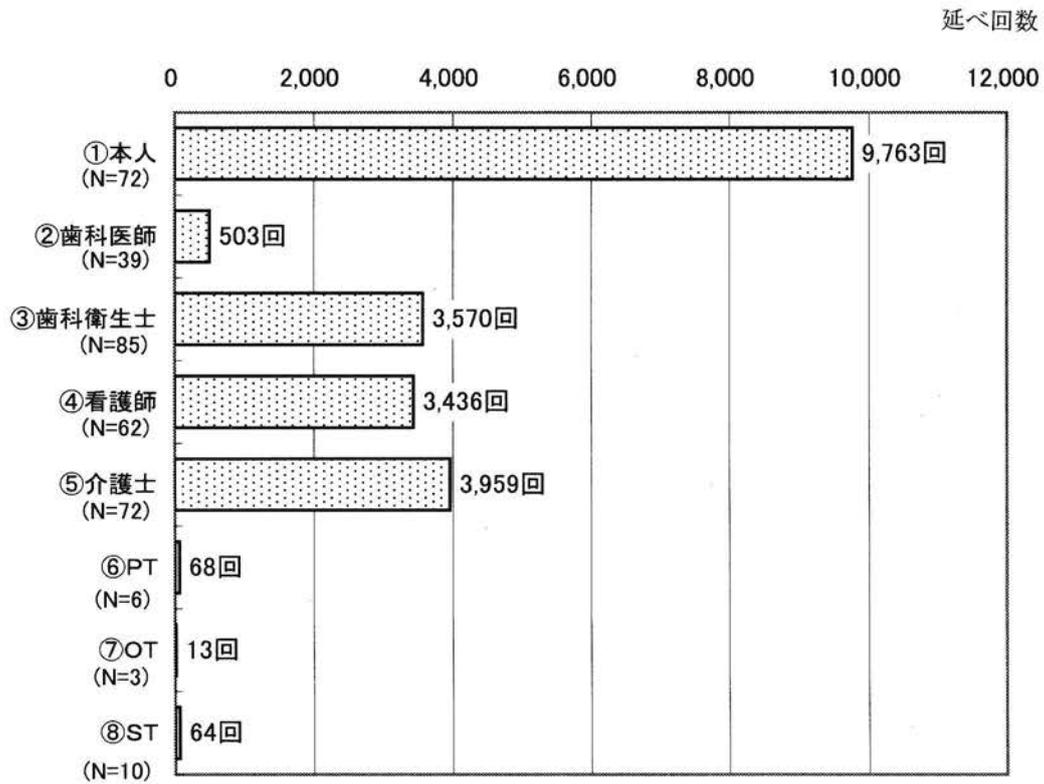
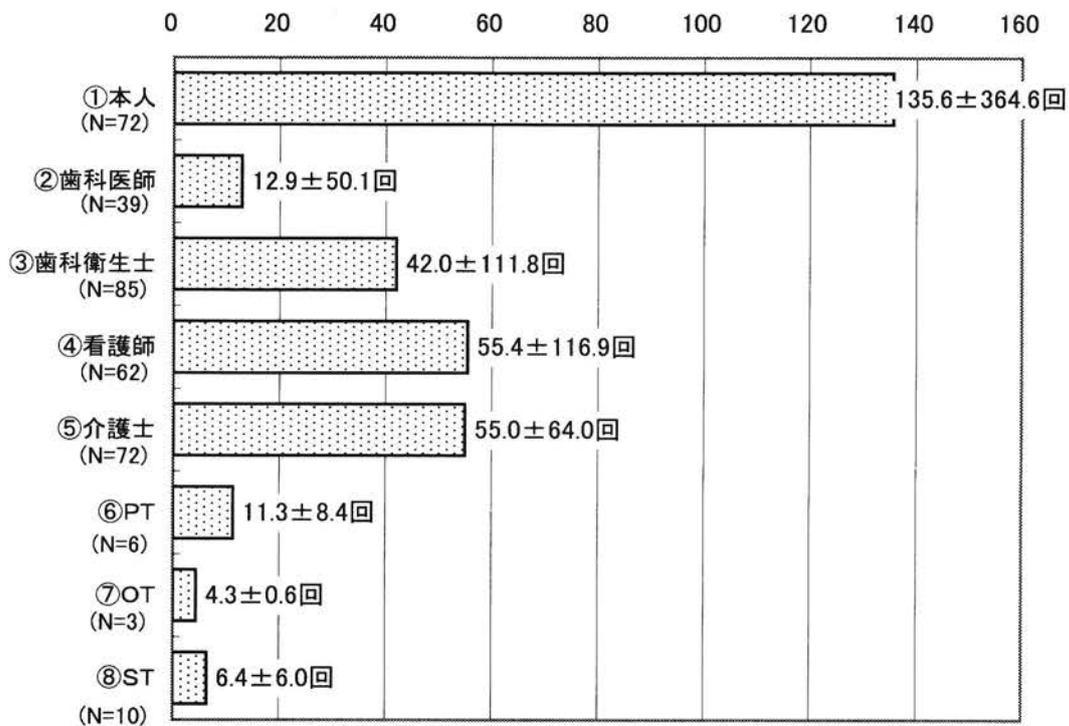


図7-4 担当者別1人あたり平均回数



Ⅷ. 口腔機能リハビリ実施前後の比較

以下に、口腔機能リハビリ実施後における各調査項目の変化を記載する。各調査項目で口腔機能リハビリ実施前後とも問題がなかったケースは除いて集計している。例えば口臭が前後でいずれもなかった対象者を除いたケースの中での口臭の変化をみた。

1. 機能に関する項目

1) 発熱

1ヶ月間の発熱日数はわずかに増加していた。

図8-1-1 過去1ヶ月間の発熱日数 (N = 48)

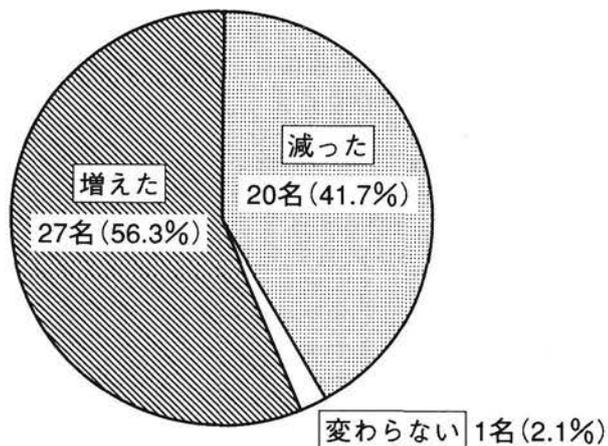
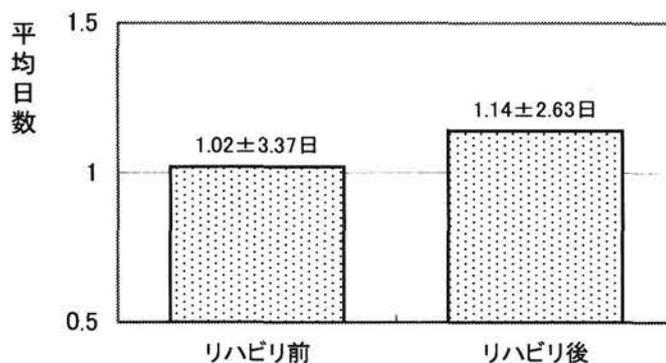


図8-1-2



2) 体重

口腔機能リハビリ前後での体重の変化はほとんどなかった。

図8-1-3 体重の変化 (N = 97)

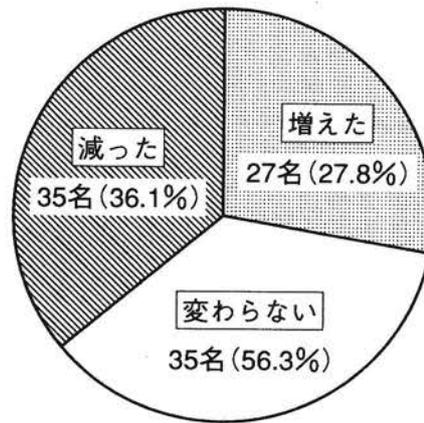
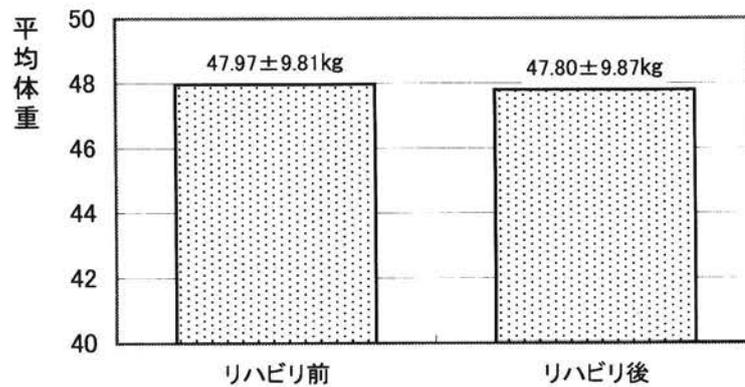


図8-1-4



3) カンジダ菌、緩衝能

ストマスタット (カンジダの簡易培養) では、陽性が減少し、陰性が増加した。CAT21bufferの結果には変化がみられなかった。

図8-1-5 ストマスタット検査の結果 (N = 92)

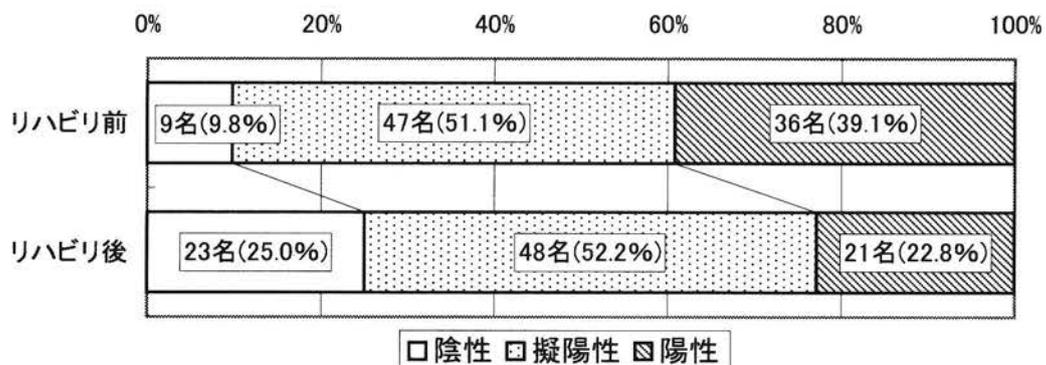
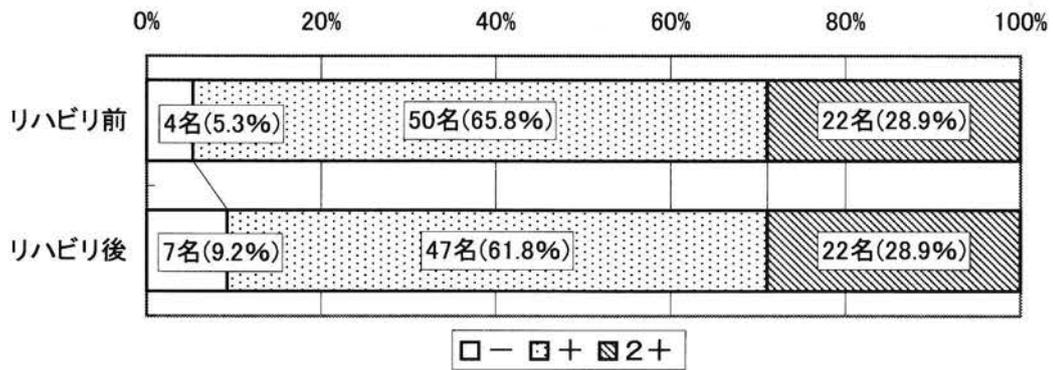


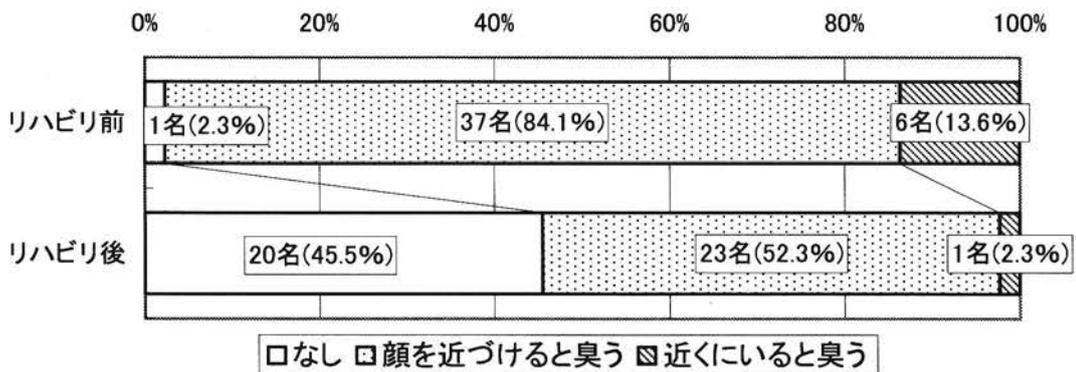
図 8-1-6 CAT21buffer による唾液緩衝能



4) 口臭

口臭は「なし」が増加した。

図 8-1-7 口臭の状況 (N=44)



5) 開眼反応レベル

いずれの項目も数名、反応が「なし」から「あり」に変化した。

図 8-1-8 上眼窩緑圧痛反応 (N = 7)

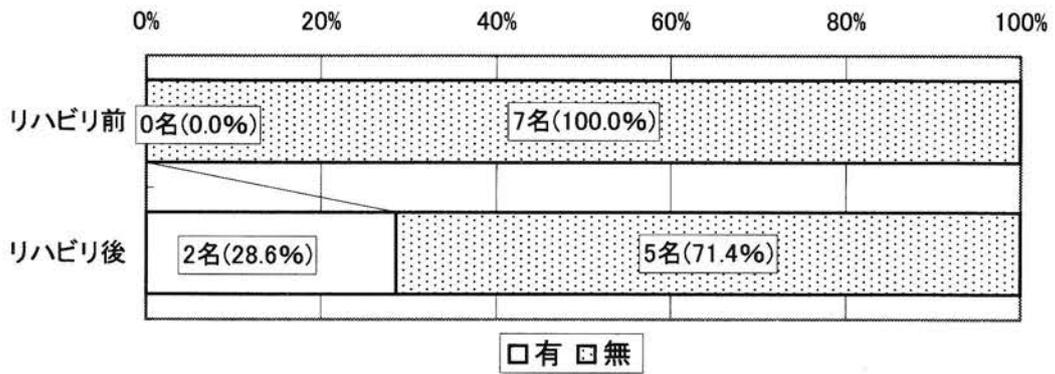


図 8-1-9 胸骨/肢/窩緑痛反応 (N = 8)

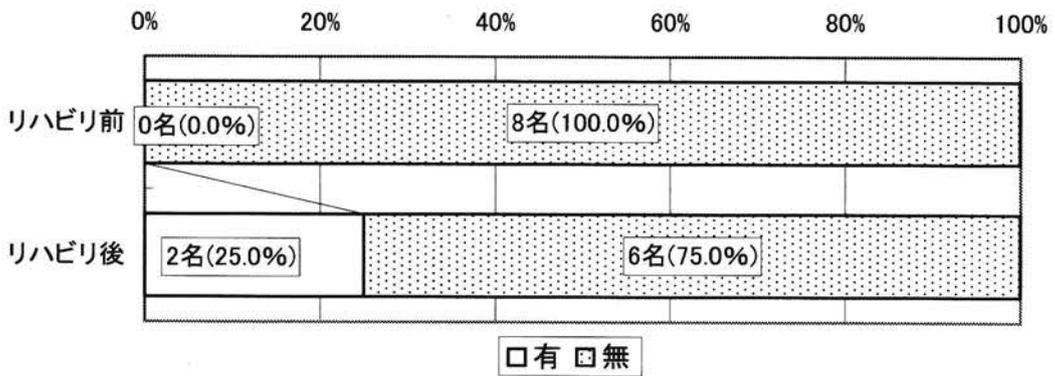
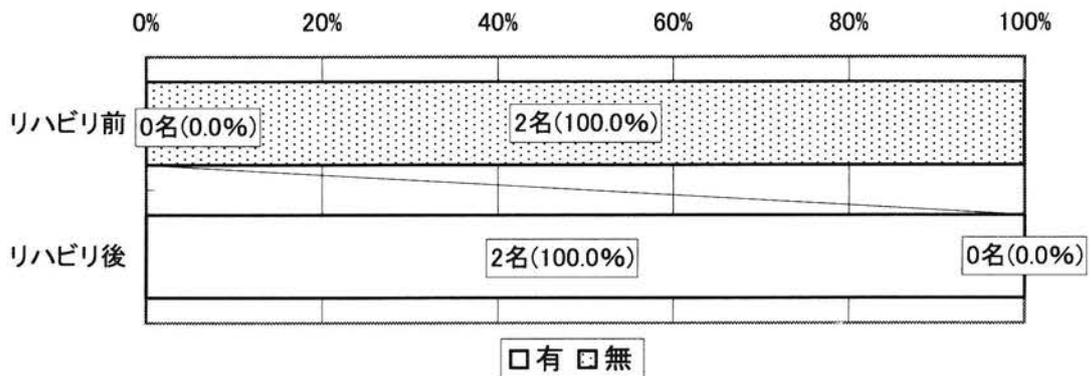


図 8-1-10 話しかけへの反応 (N = 2)



6) 運動反応レベル

運動レベルの変化を図8-1-11~図8-1-15に示している。開眼反応と同様、数名改善した者がみられた。

図8-1-11 痛みに反応 (N=6)

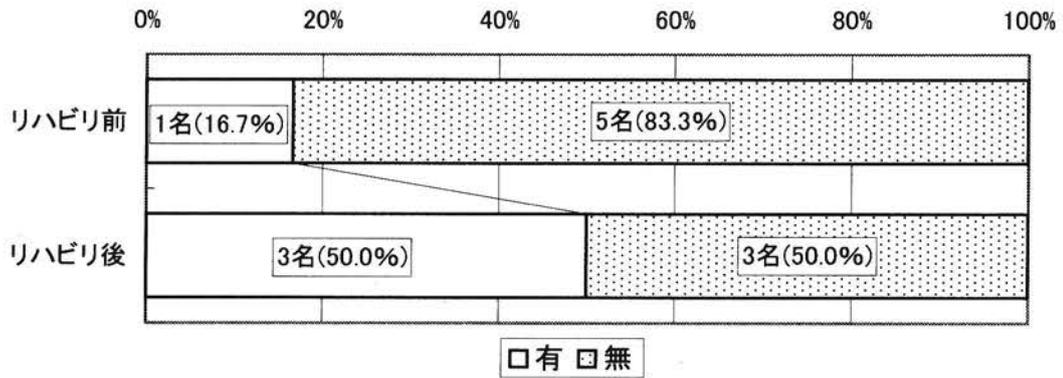


図8-1-12 上肢伸展位 (N=8)

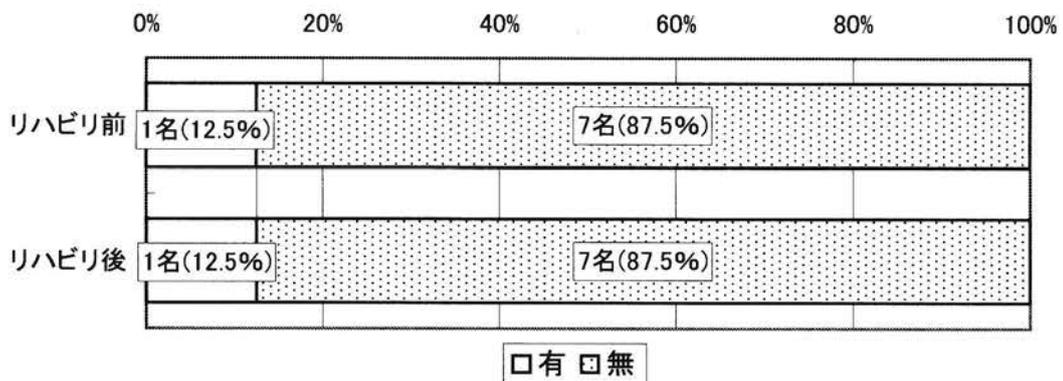


図8-1-13 下肢伸展位 (N=22)

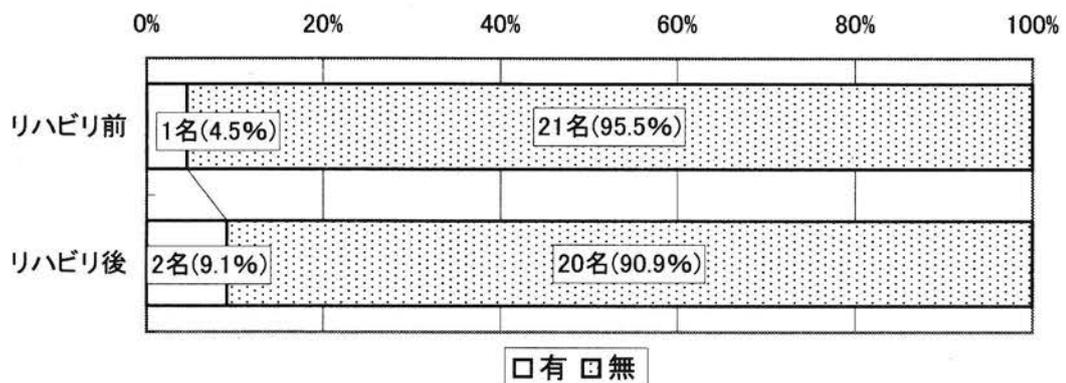


図8-1-14 逃避反応 (N=19)

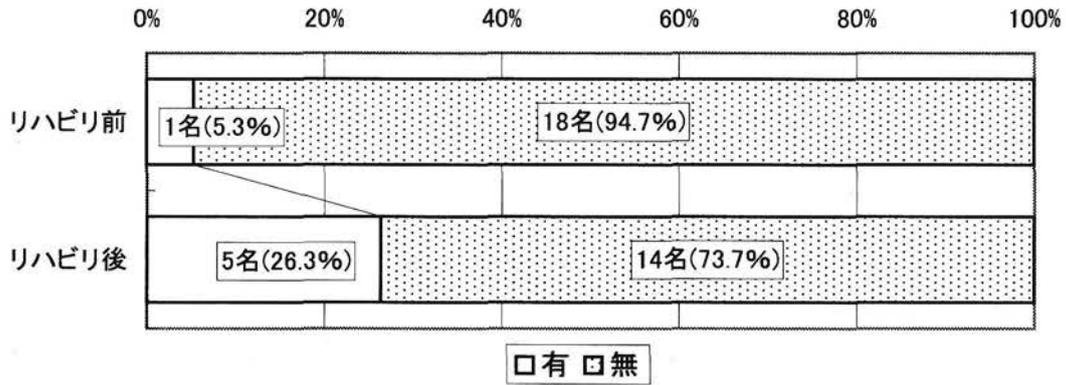
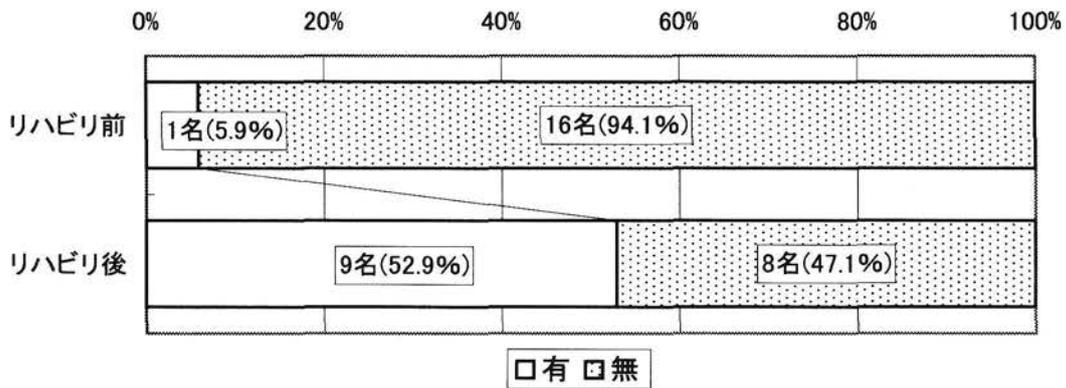


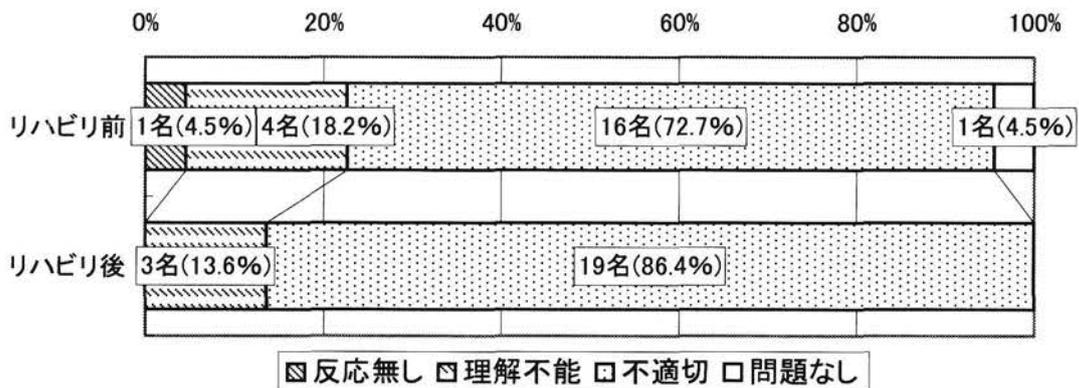
図8-1-15 疼痛部位に手をやる (N=17)



7) 言語反応レベル

言語反応レベルが改善した者がみられた。

図8-1-16 言語反応レベル (N=22)



2. 嚥下に関する項目

図8-2-1に嚥下障害レベルに関する各評価項目についての改善率を示している。各項目で40~50%の改善があった。

図8-2-1 嚥下障害レベルの前後比較（リハビリ前後で「なし」を除く）

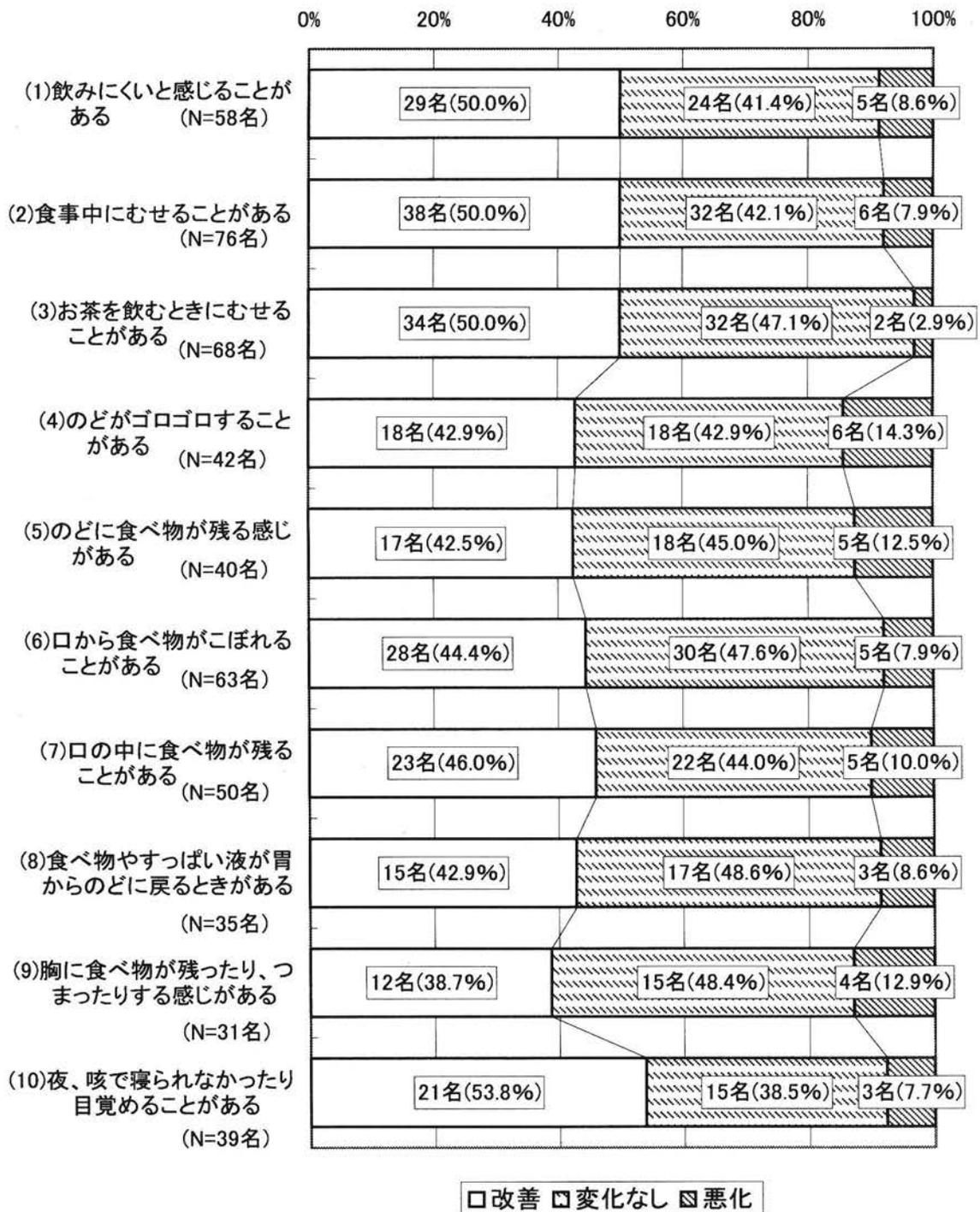


図8-2-2～図8-2-11には、各評価項目での口腔機能リハビリ実施前後での回答状況の変化を示している。

図8-2-2 飲みにくいと感じることがある (N=58)

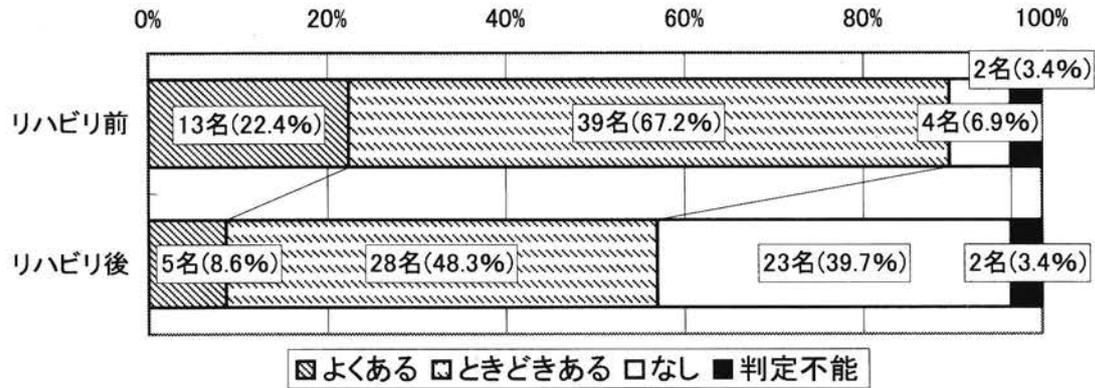


図8-2-3 食事中にむせることがある (N=76)

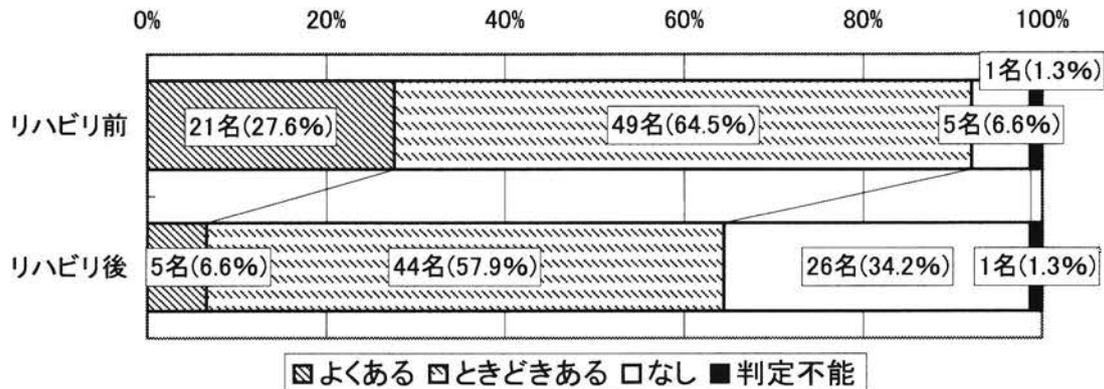


図8-2-4 お茶を飲むときにむせることがある (N=68)

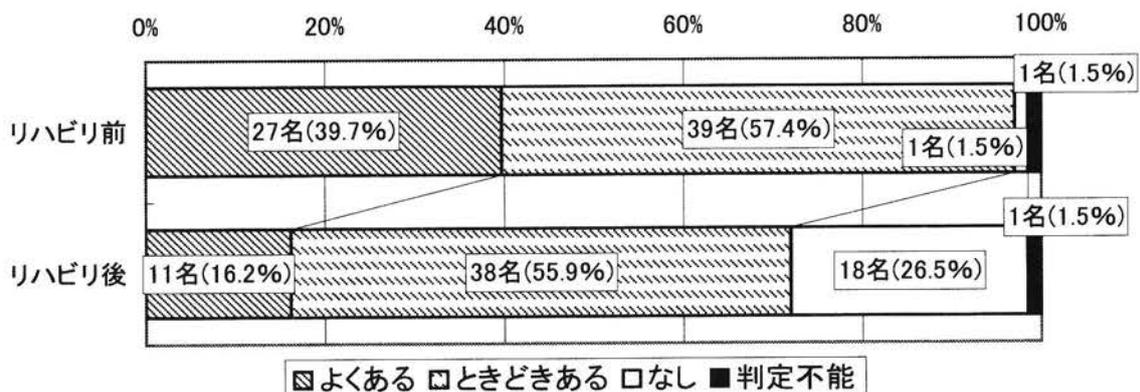


図8-2-5 のどがゴロゴロすることがある (N=42)

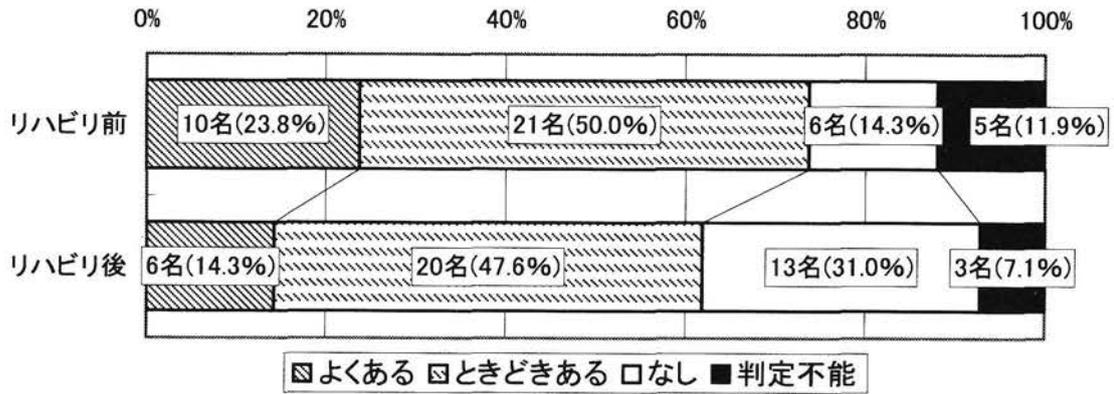


図8-2-6 のどに食べ物が残る感じがある (N=40)

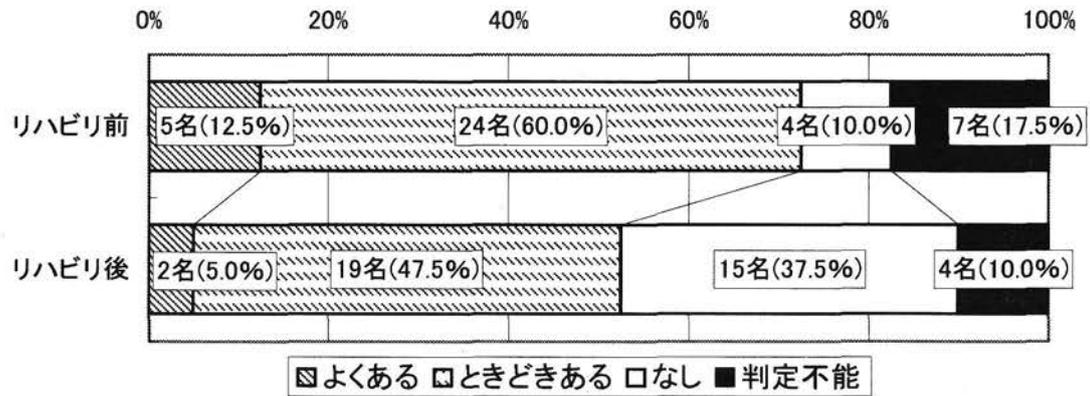


図8-2-7 口から食べ物がこぼれることがある (N=63)

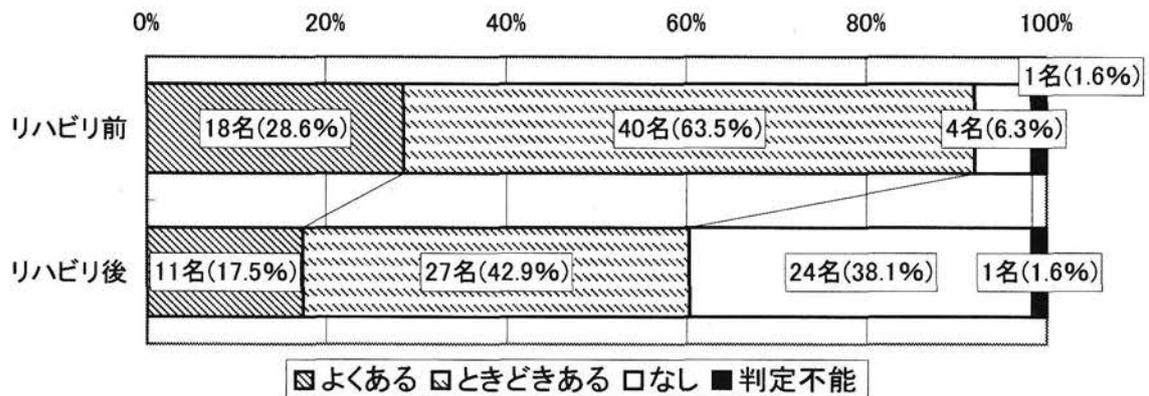


図8-2-8 口の中に食べ物が残ることがある (N=50)

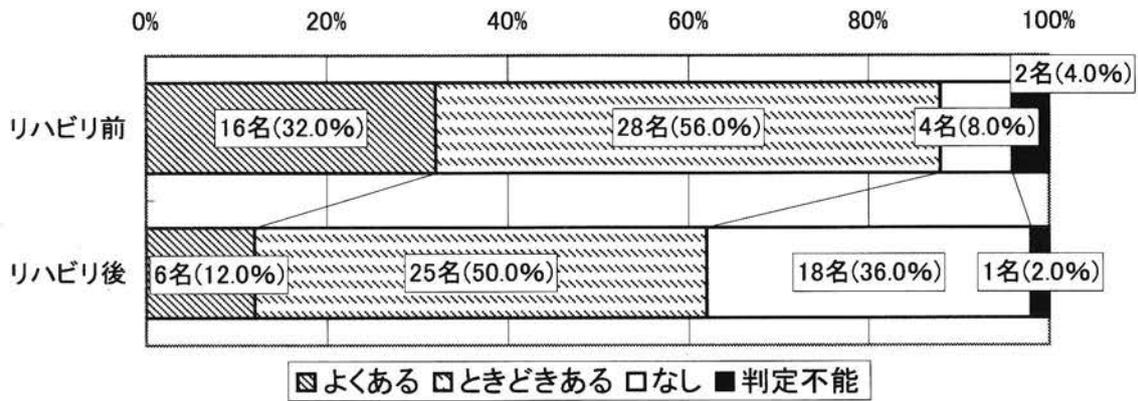


図8-2-9 食べ物がすっぱい液が胃からのどに戻る時がある (N=35)

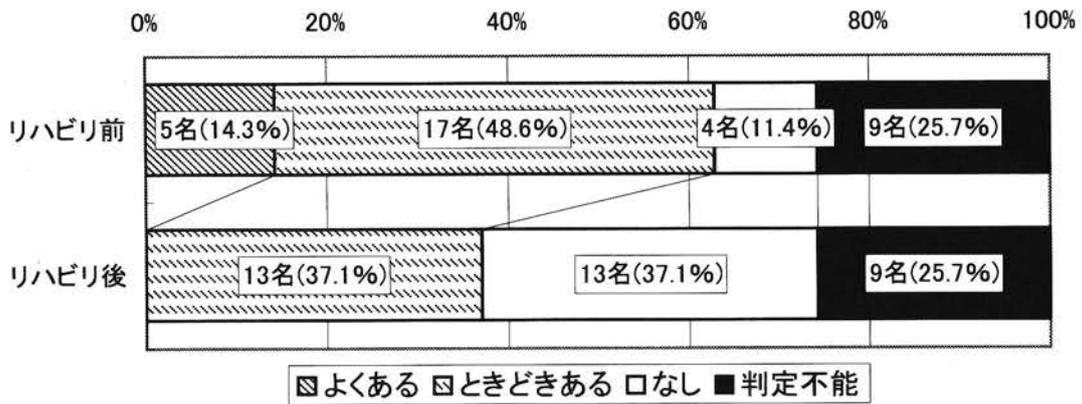


図8-2-10 胸に食べ物が残ったり、つまったりする感じがある (N=31)

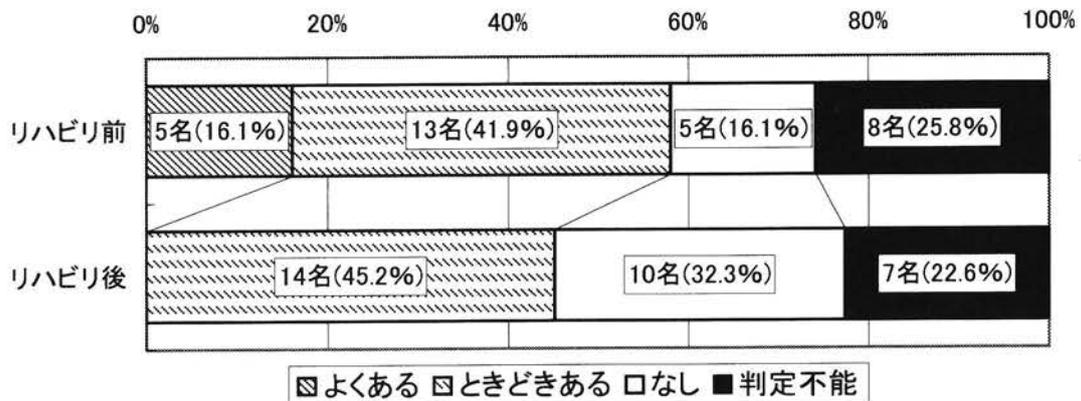
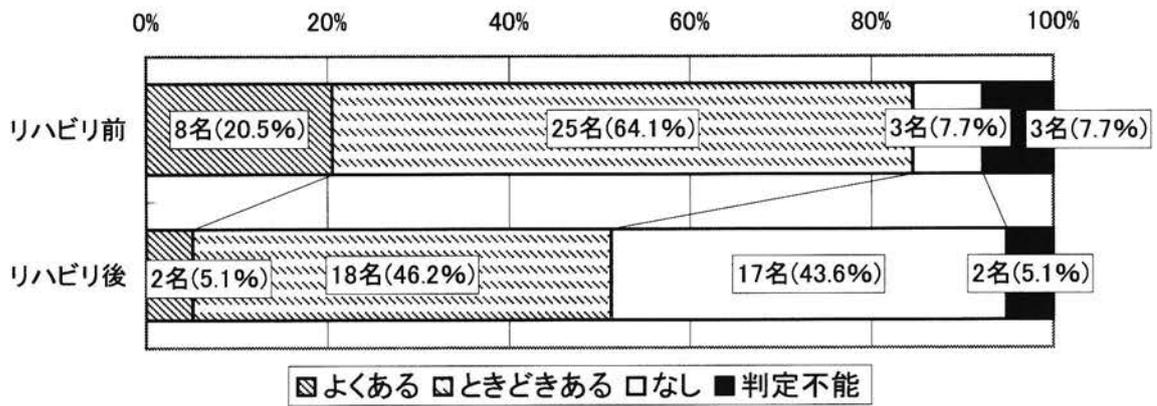


図8-2-11 夜、咳で寝られなかったり目覚めることがある (N=39)



3. 日常生活能力に関する項目

1) 日常生活能力

図8-3-1に日常生活能力の改善率を示している。「食事」「坐位保持時間」では大きな改善がみられたが、他の項目では改善した者は少なかった。図8-3-2～図8-3-11には、各評価項目での口腔機能リハビリ実施前後での回答状況の変化を示している。

図8-3-1 日常生活能力の前後比較（リハビリ前後で「自立」を除く）

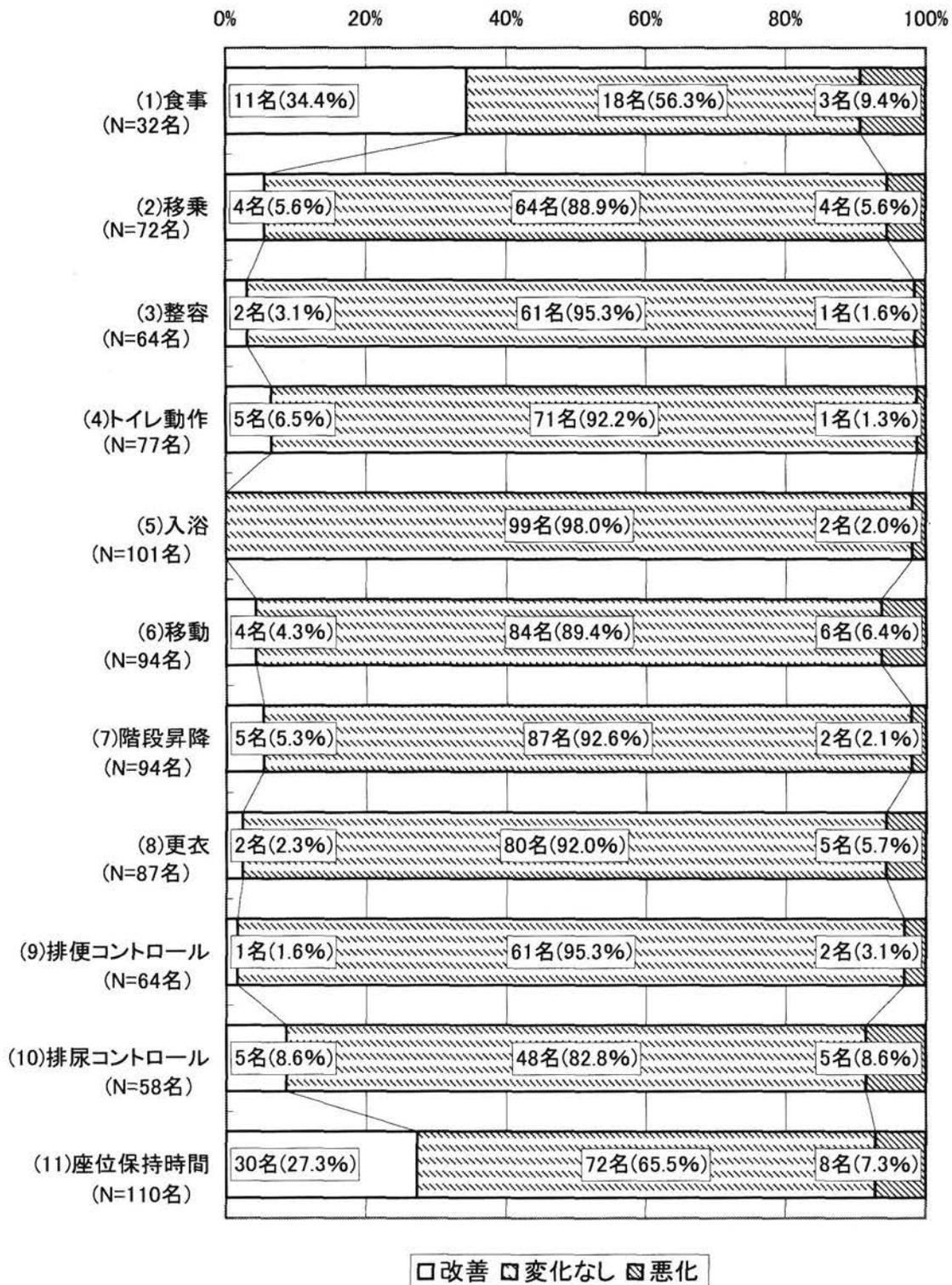


図 8-3-2 食事前後の変化 (N=32)

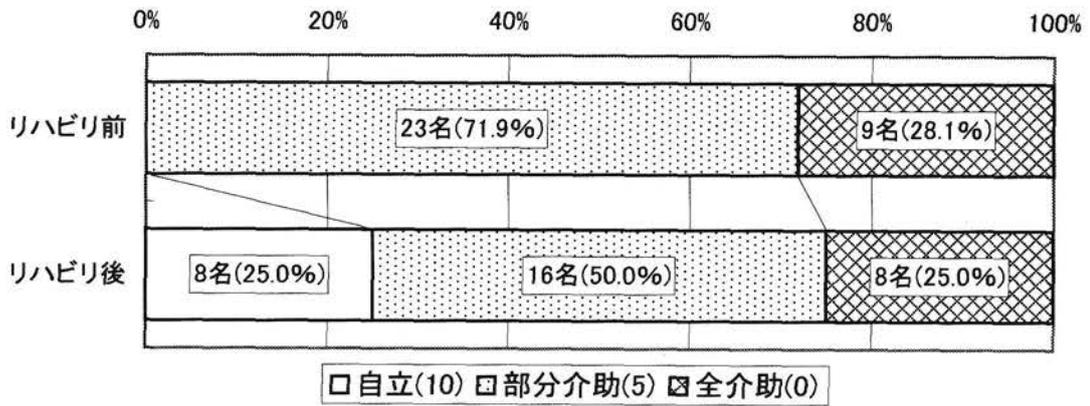


図 8-3-3 移乗能力の変化 (N=72)

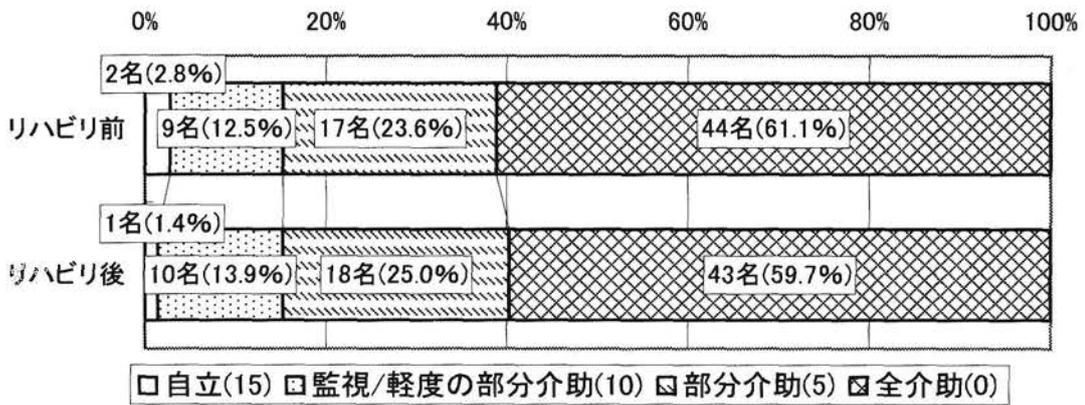


図 8-3-4 整容能力の変化 (N=64)

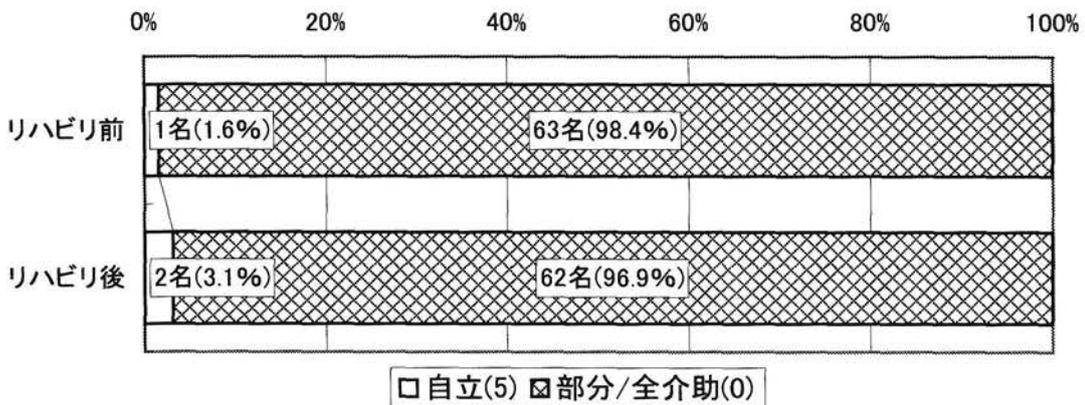


図 8-3-5 トイレ動作の変化 (N=77)

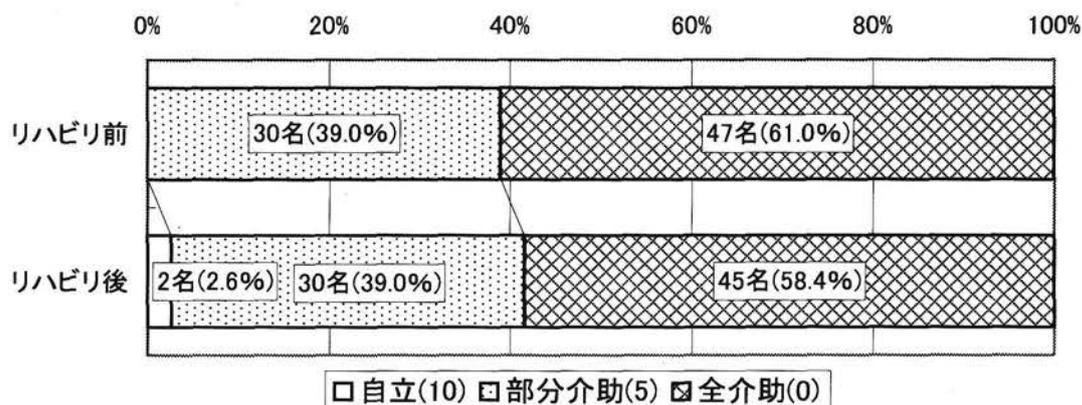


図 8-3-6 入浴能力の変化 (N=101)

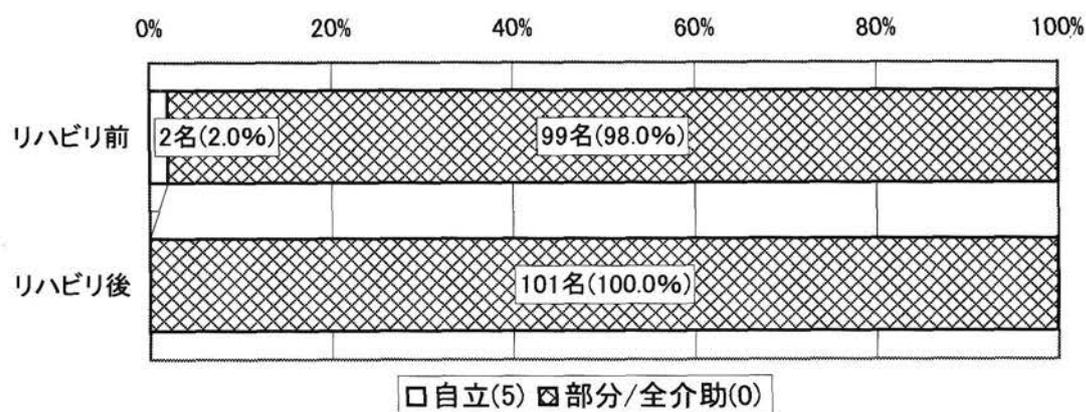


図 8-3-7 移動能力の変化 (N=94)

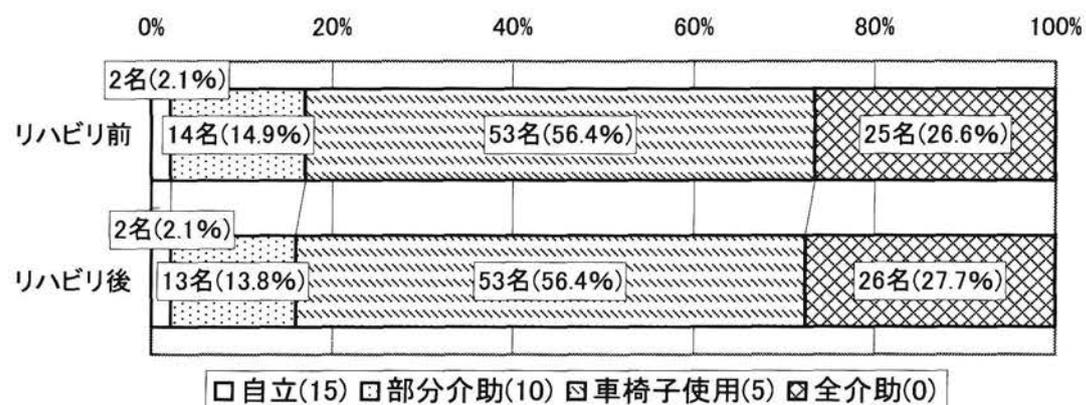


図 8—3—8 階段昇降能力の変化 (N=94)

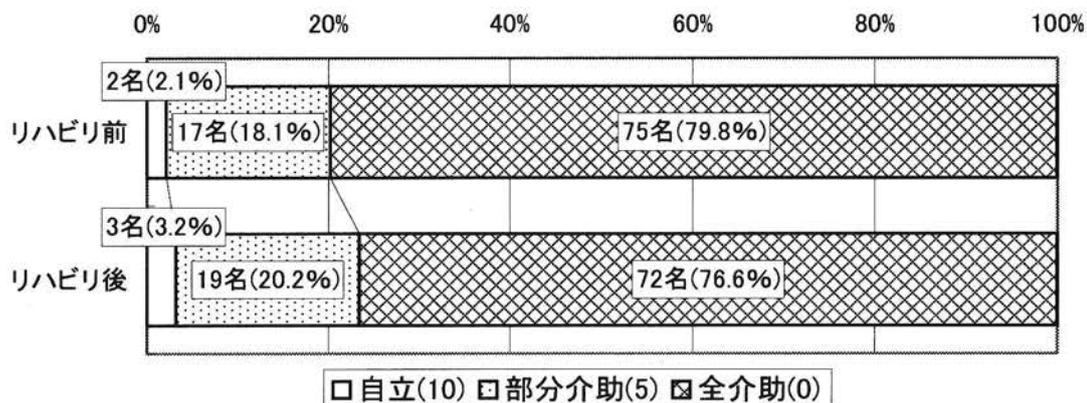


図 8—3—9 更衣能力の変化 (N=87)

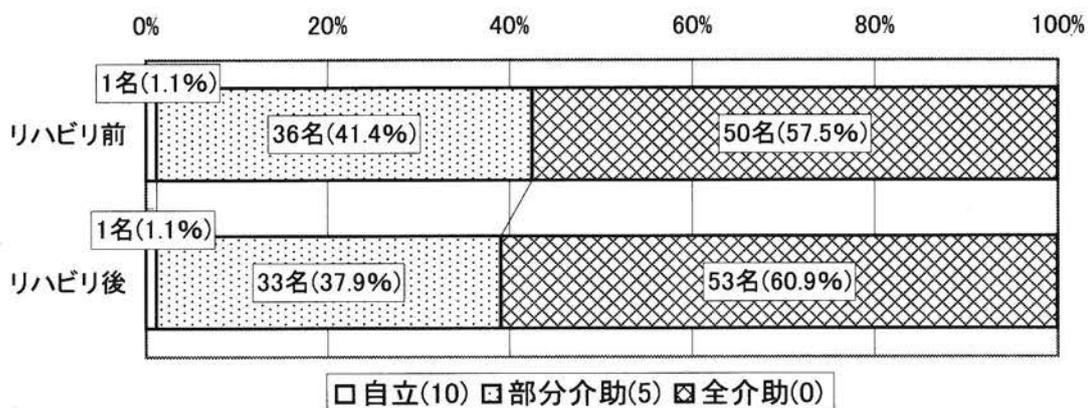


図 8—3—10 排便コントロール能力の変化 (N=64)

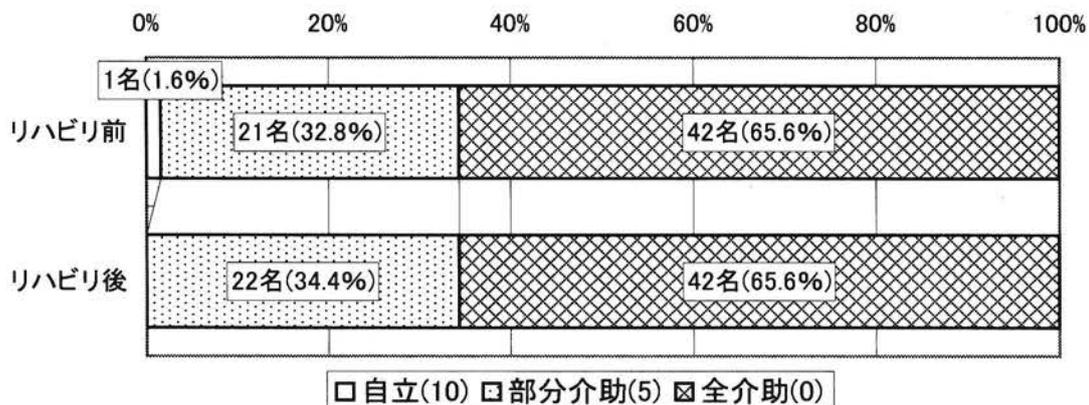


図8-3-11 排尿コントロール能力の変化 (N=58)

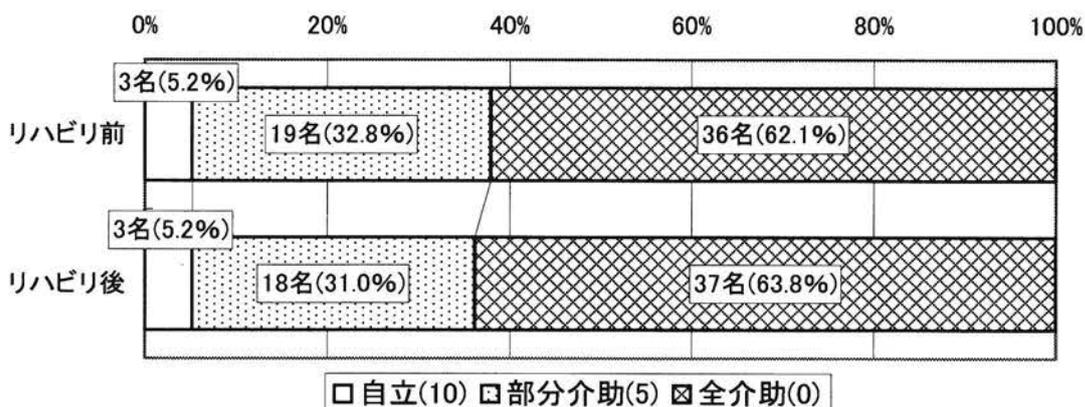
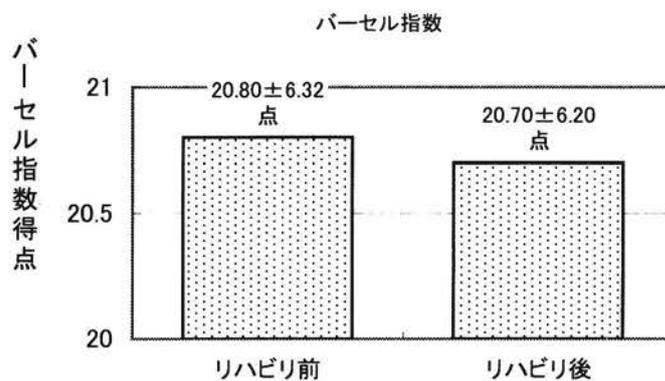


図8-3-12にはバーセル指数の変化を示している。口腔機能リハビリ前後でほとんど変化がなかった。

図8-3-12 バーセル指数の変化



2) 口腔に関する能力

(1) ブローイング

「巻き取り」によるブローイング回数の変化を図8-3-13、図8-3-14に示している。69%の者に改善がみられ、1人平均回数は10回から17回へと増加した。

図 8-3-13 ブローイング能力の変化 (N=103)

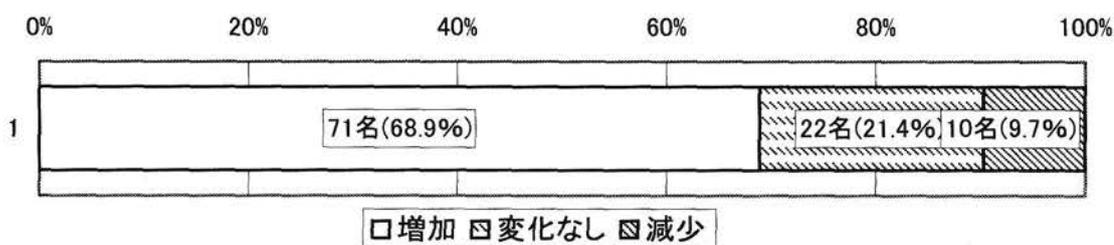
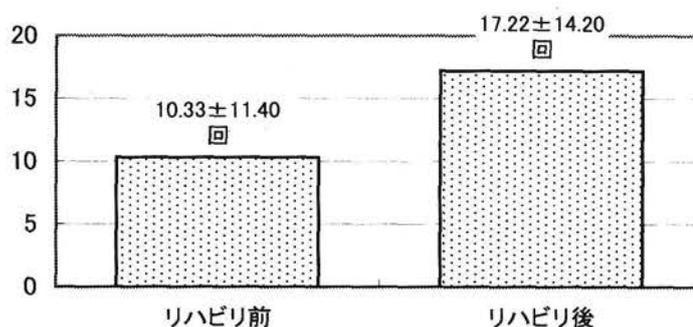


図 8-3-14 風船あそび回数の変化)



(2) 反復唾液嚥下テスト

反復唾液嚥下テストで嚥下回数が増加した者が約半数おり、平均回数は1.94回から2.60回に増加した。

図 8-3-15 反復唾液嚥下テスト結果の変化 (N=84)

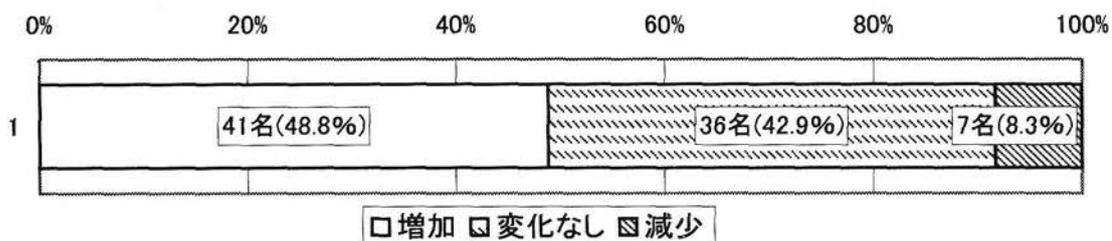
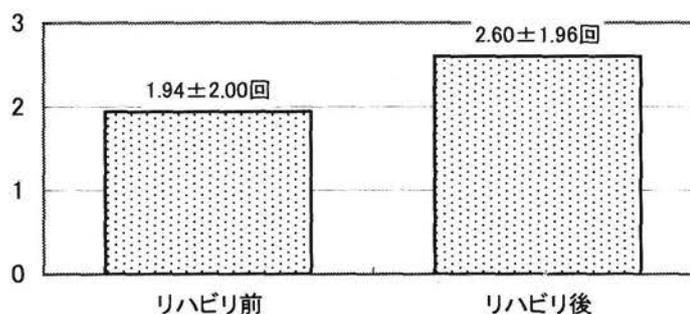


図 8-3-16 反復唾液嚥回数の変化



(3) 口腔筋の運動、咀嚼・嚥下機能、口腔清掃の自立度

口腔筋の運動、咀嚼・嚥下機能、口腔清掃の自立度の各評価項目の改善率を図8-3-17に示している。舌運動の改善が最も多く、48%の者で改善がみられた。口腔周囲筋の改善および咀嚼・嚥下機能の改善は20~30%の者にみられた。口腔清掃の自立度は「うがい」以外の項目では改善が少なかった。図8-3-18~図8-3-25のとおりである。

図8-3-17 口腔に関する能力の前後比較（リハビリ前後で「問題なし」を除く）

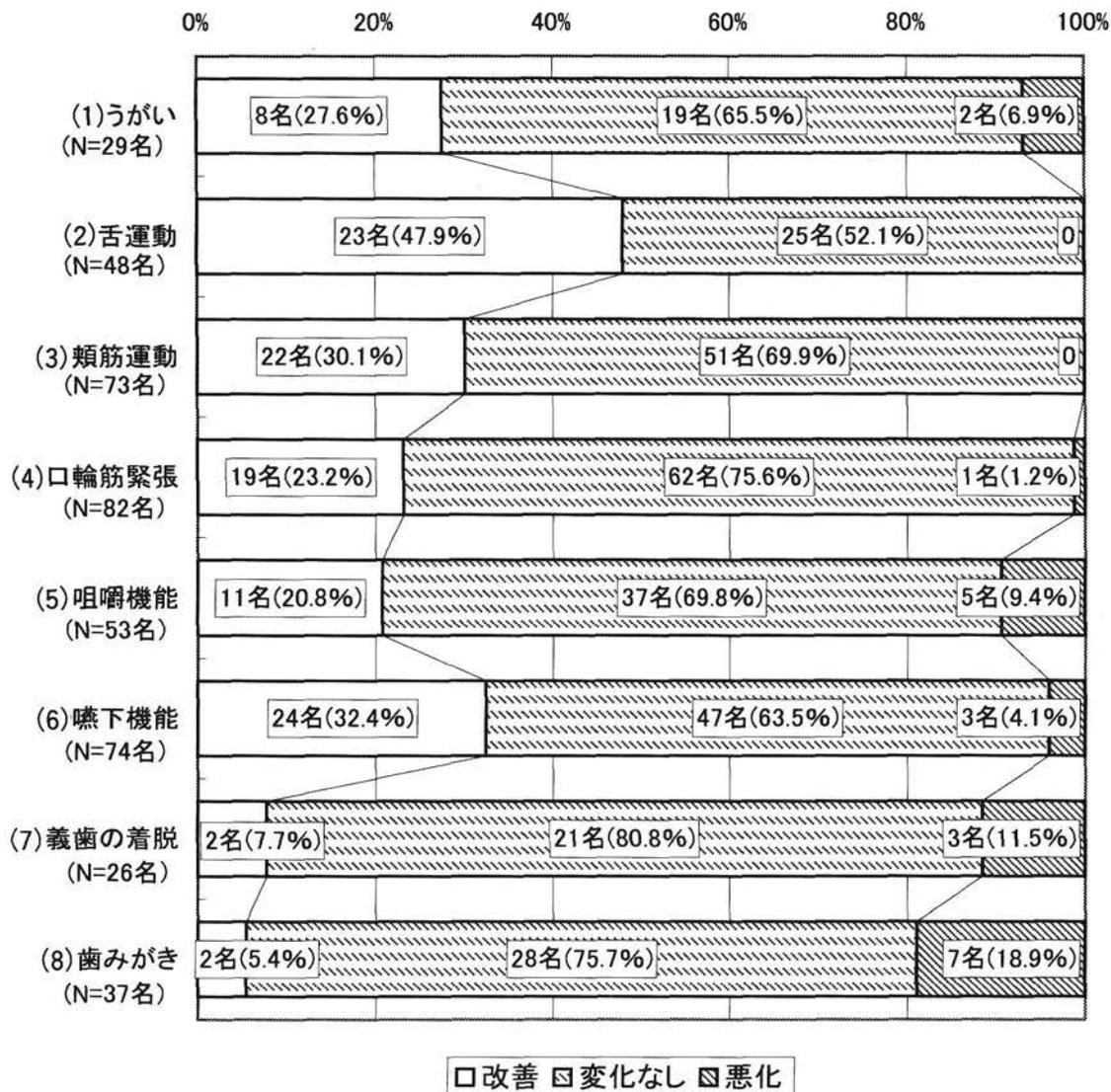
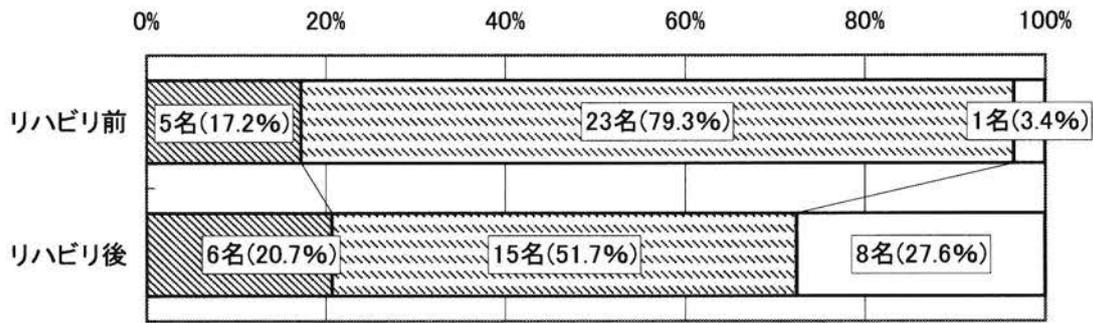
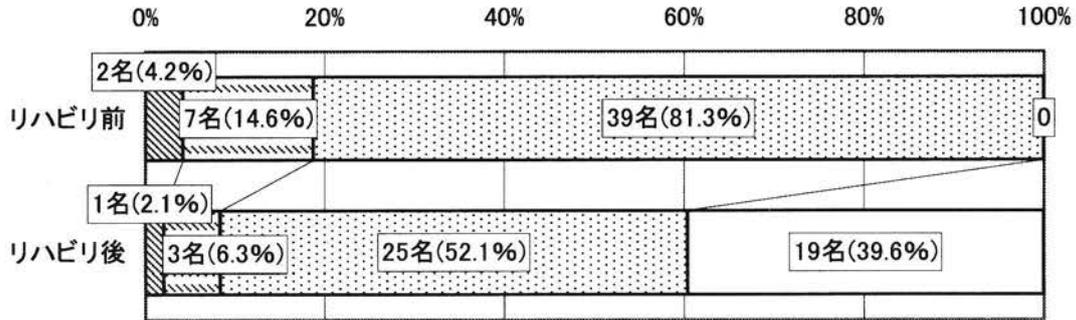


図 8-3-18 うがいの変化 (N=29)



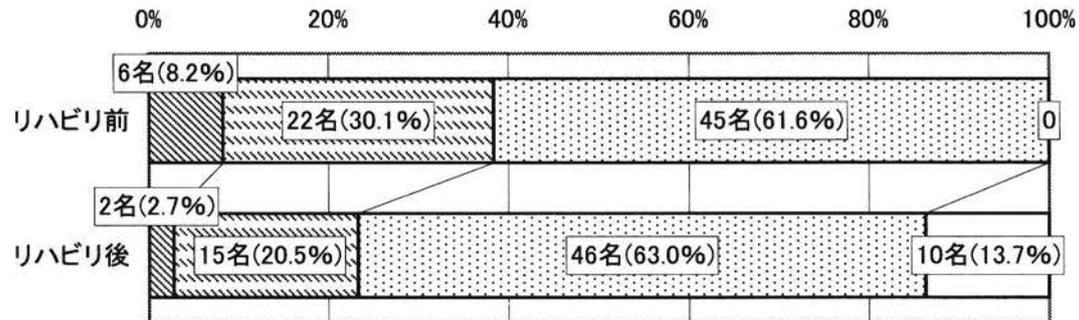
水を口に含むこともできない
 水を口に含む程度はできる
 口ぶくぶくうがいができる

図 8-3-19 舌運動の変化 (N=48)



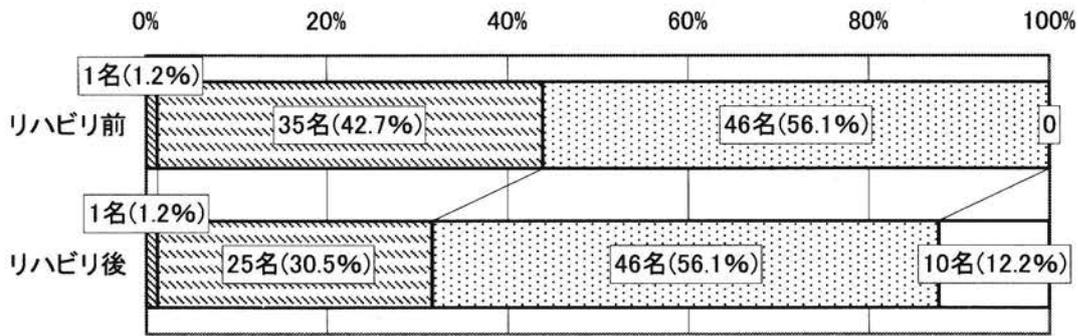
舌の動きがみられない
 舌を自由に動かせない
 前方・左右いずれかに動かす
 全ての方向にしっかり動かす

図 8-3-20 頬筋運動の変化 (N=73)



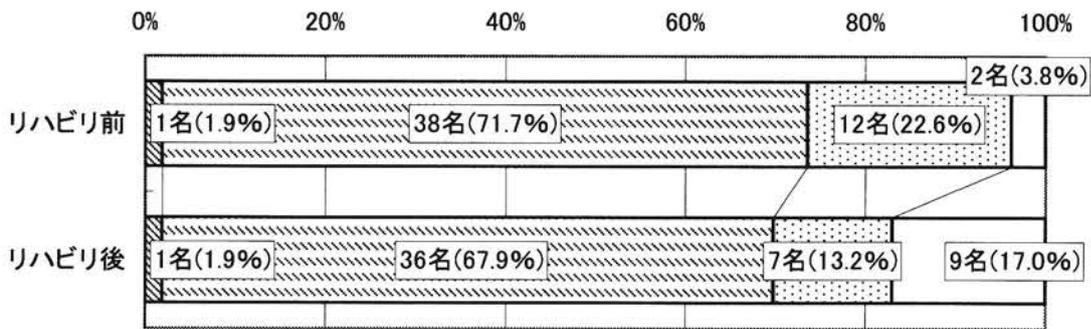
頬の動きがみられない
 動かそうとするが動かせない
 一部動かす力が弱い
 強く動かすことができる

図 8—3—21 口輪筋緊張の変化 (N=82)



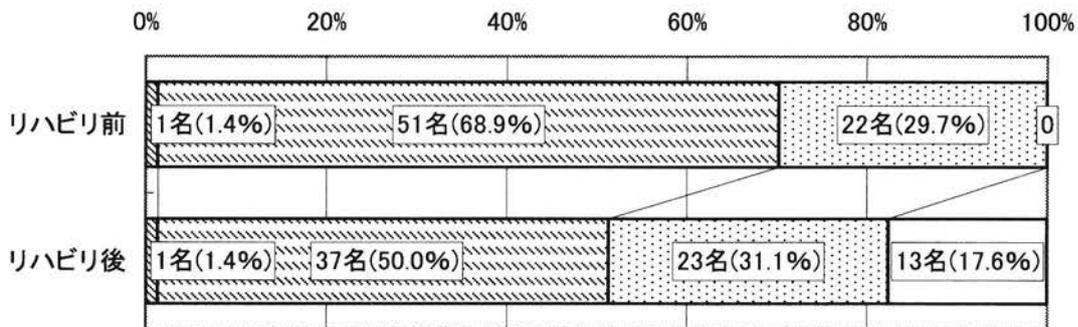
力がなく口を閉じることができない 力はないが口を閉じることができる
 口唇を閉じ、ぶくぶくできる 口腔前提でボタンなどを挟み、牽引圧に耐えられる

図 8—3—22 咀嚼機能の変化 (N=53)



捕食などの行為ができない 食べ物を捕食できる
 食べ物を咬断できる 奥歯で噛むことができる

図 8—3—23 嚥下機能の変化 (N=74)



嚥下できない 嚥下できるがむせることあり
 むせないがゆっくり嚥下する むせずに嚥下できる

図 8-3-24 義歯の着脱の変化 (N=26)

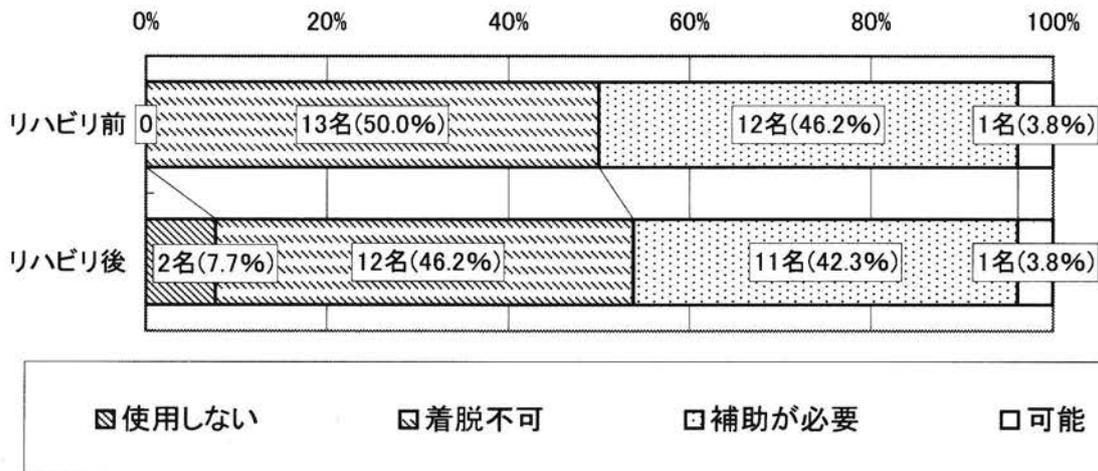
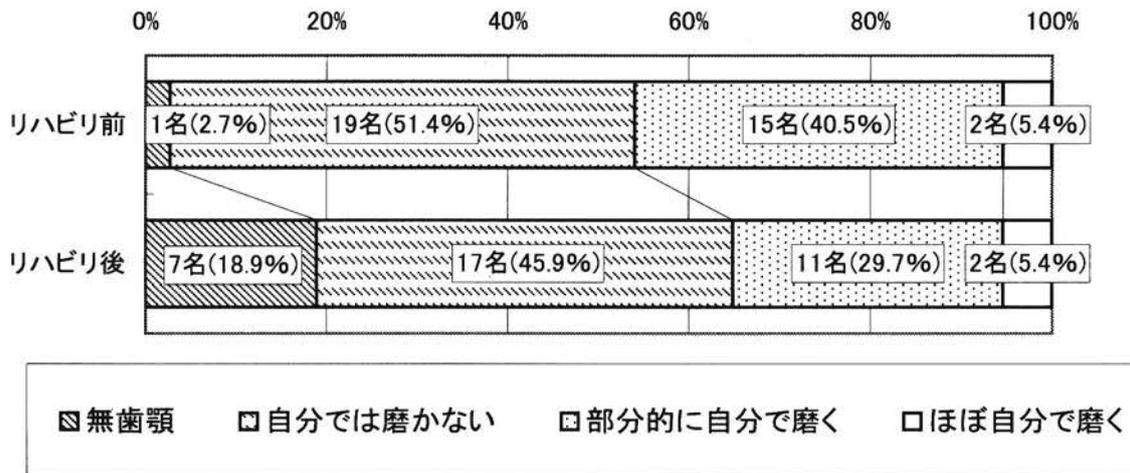


図 8-3-25 歯みがきの変化 (N=37)



4. 生活内容に関する項目

1) 社会生活

社会生活に関連する項目の改善率を図8-4-1に示している。コミュニケーション、話の理解力、意思伝達が10~16%の者で改善がみられた。各項目の口腔機能リハビリ実施前後における回答状況の変化は図8-4-2~図8-4-6のとおりである。

図8-4-1 社会生活の現状の前後比較（リハビリ前後で「問題なし」を除く）

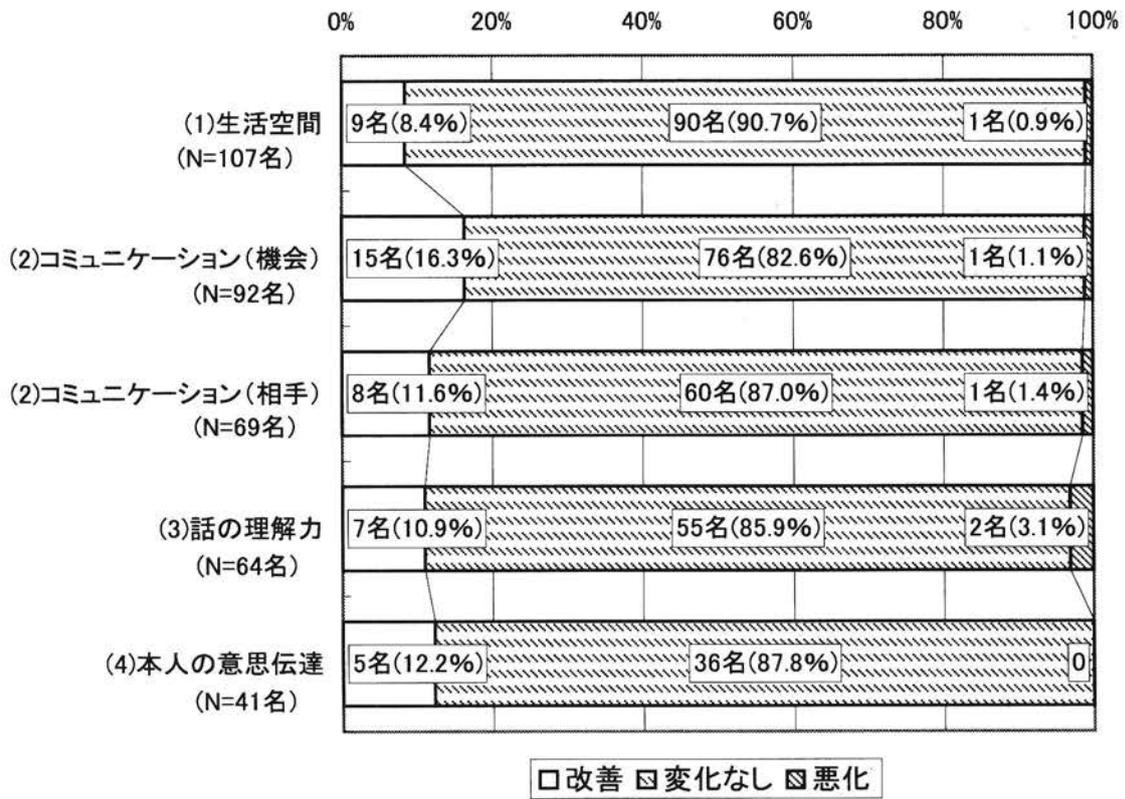


図8-4-2 生活空間の変化 (N=104)

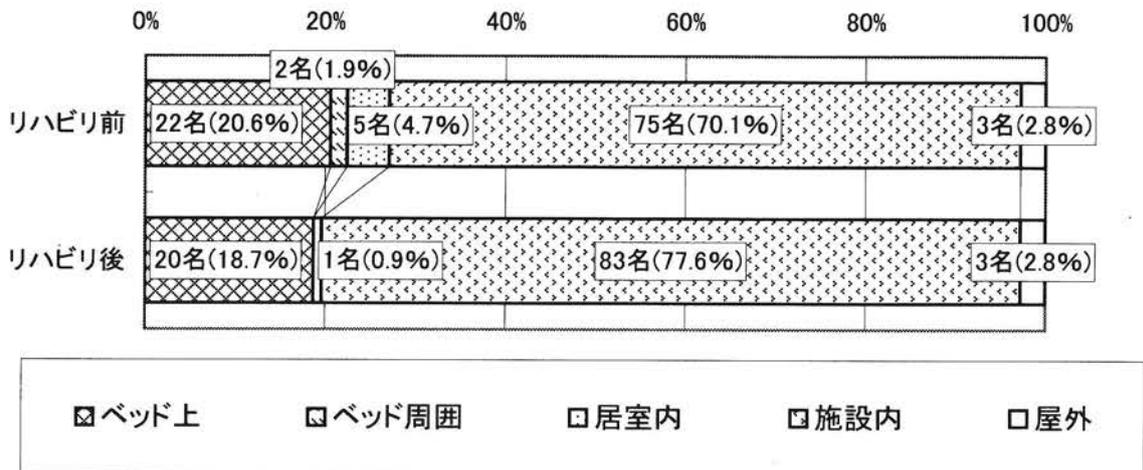


図 8-4-3 コミュニケーション（機会）の変化 (N=92)

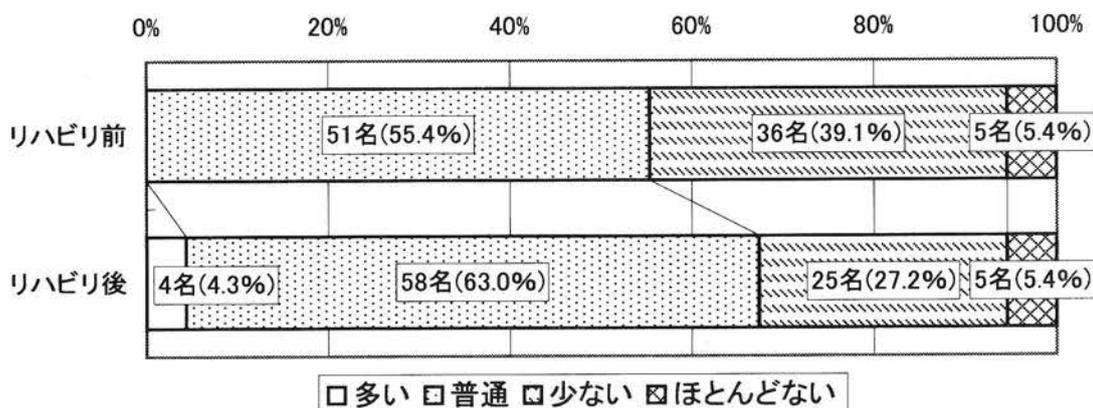


図 8-4-4 コミュニケーション（相手）の変化 (N=69)

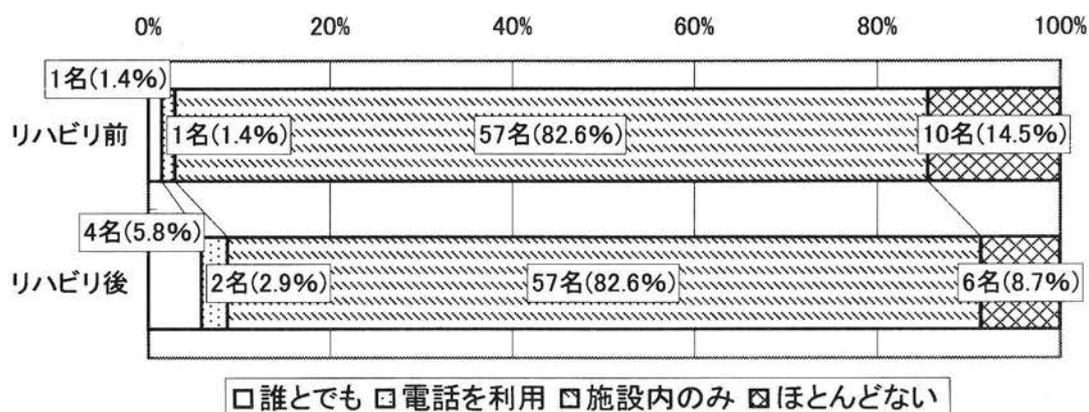


図 8-4-5 話の理解力の変化 (N=64)

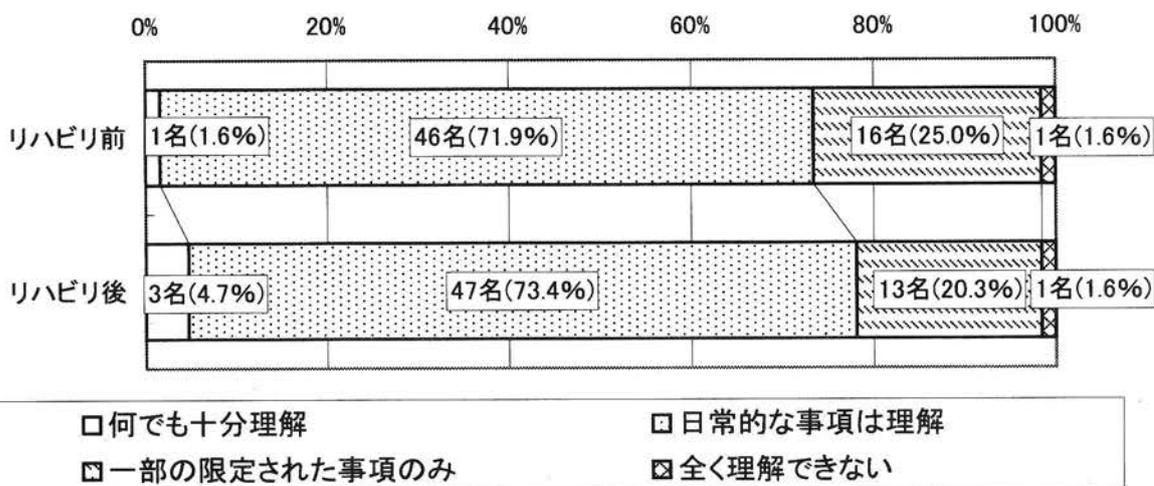
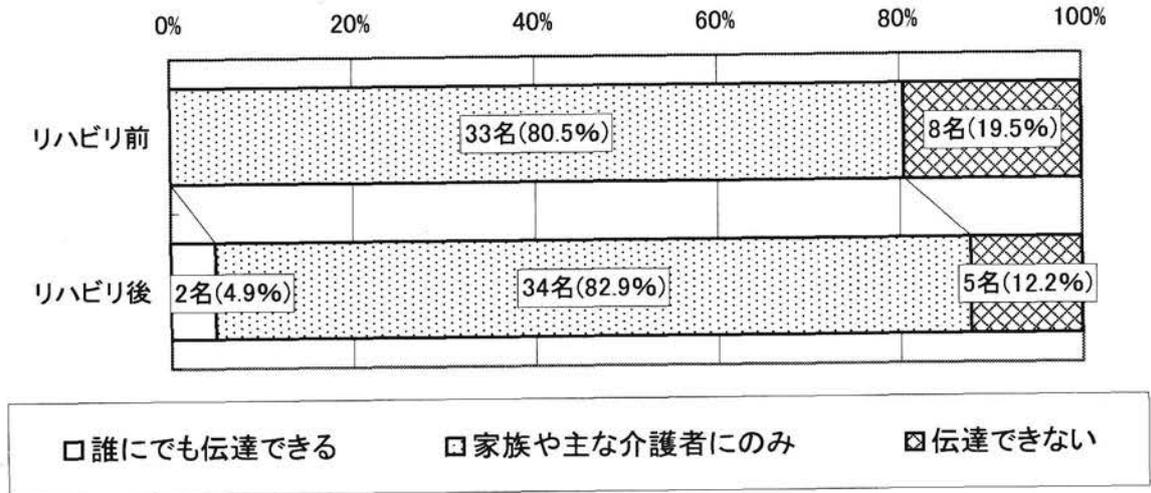


図8-4-6 本人の意思伝達の変化 (N=41)



2) 食事の状況

食事の状況に関する項目の改善率を図8-4-7に示している。食事量の改善が最も多く、64%の者に改善がみられた。食事の介助は44%、食事時間は22%、味覚異常は31%で改善がみられた。食事内容の改善は少なかった。各項目の口腔機能リハビリ実施前後での回答状況の変化は図8-4-8～図8-4-13のとおりである。

図8-4-7 食事の状況の前後比較 (リハビリ前後で「問題なし」を除く)

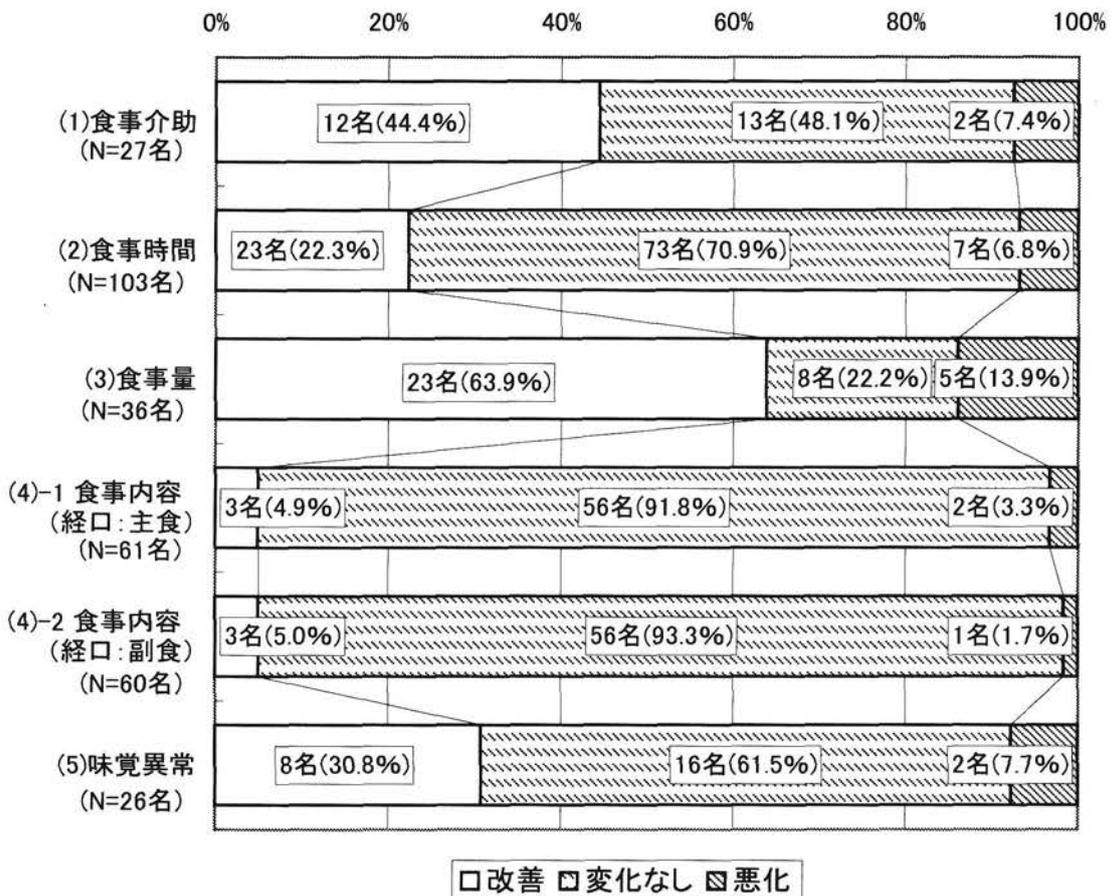


図 8-4-8 食事介助の変化 (N=27)

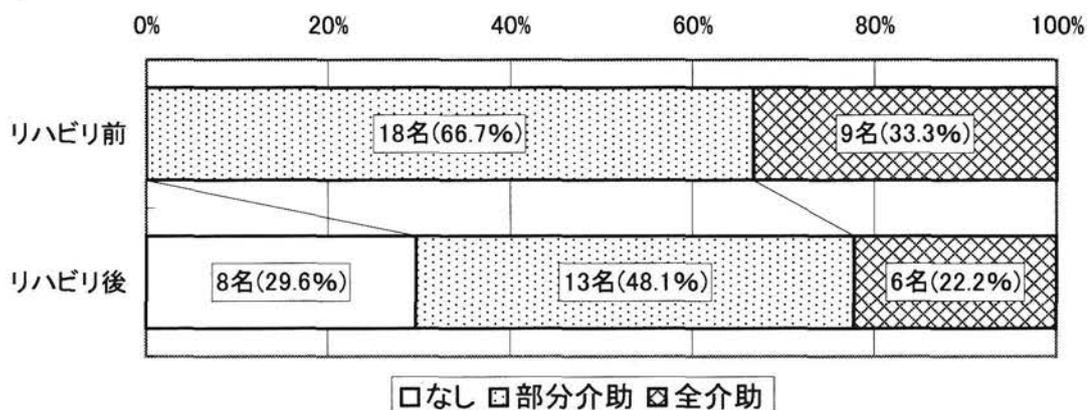


図 8-4-9 食事時間の変化 (N=103)

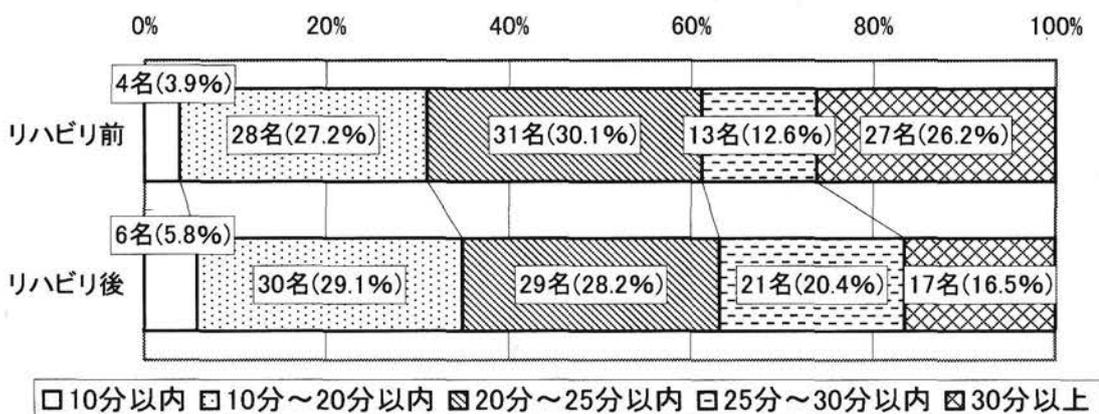


図 8-4-10 食事量の変化 (N=36)

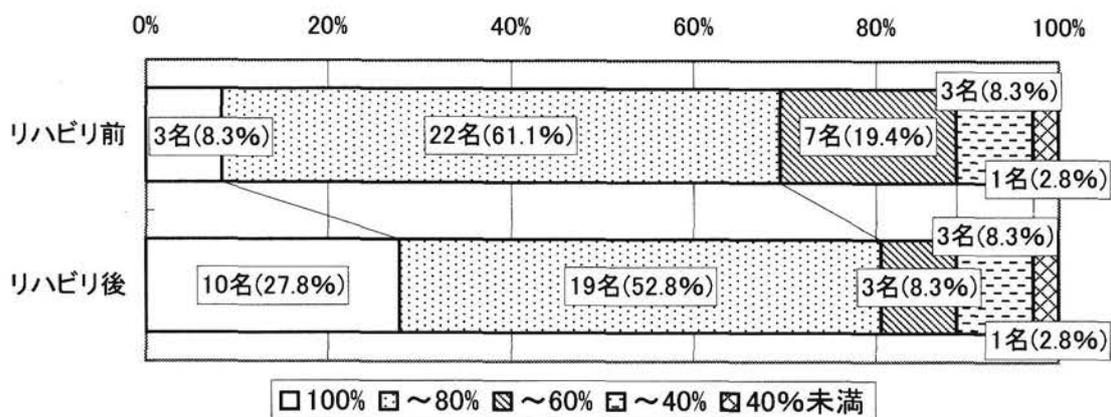


図8-4-11 食事内容（経口：主食）の変化（N=61）

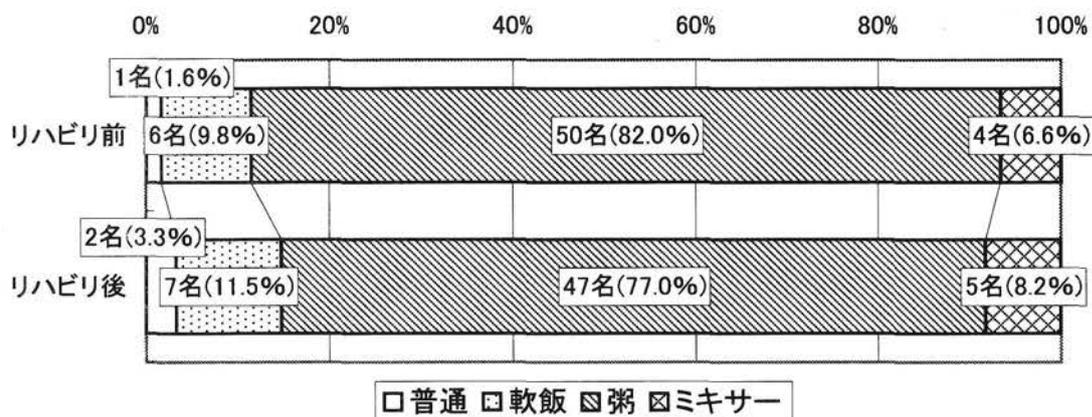


図8-4-12 食事内容（経口：副食）の変化（N=60）

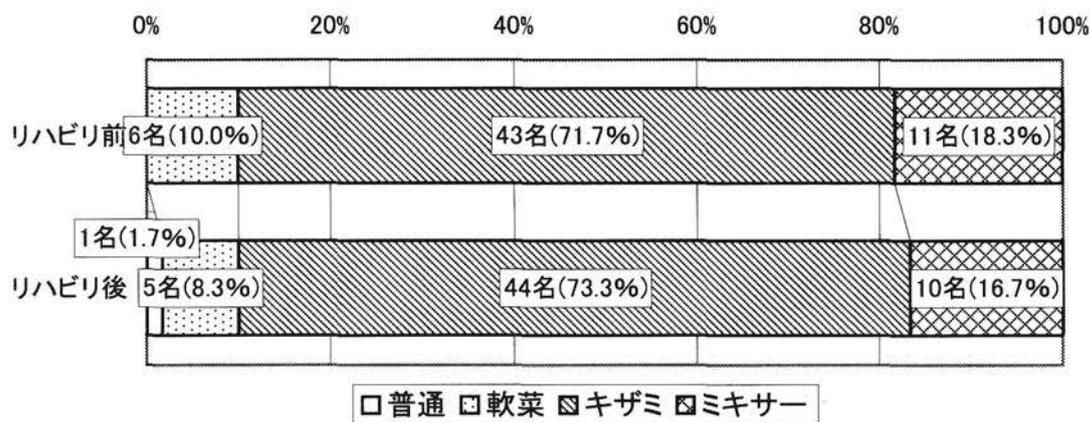
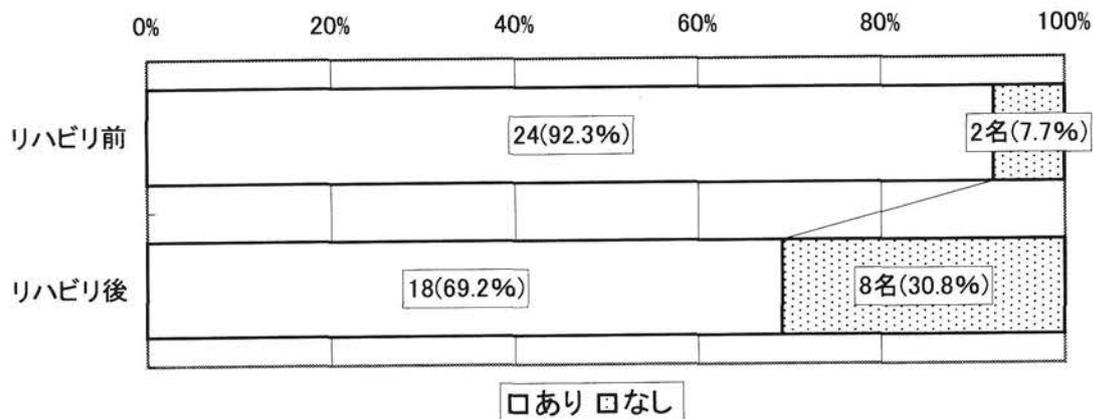


図8-4-13 味覚異常の変化（N=26）



3) 心理的な状況の変化

(1) フェイス・スケール

フェイス・スケールで対象者の健康状況を本人および調査担当者に評価してもらった結果、いずれも37%前後の者に改善がみられた。

図8-4-14 本人の評価の変化 (N=106)

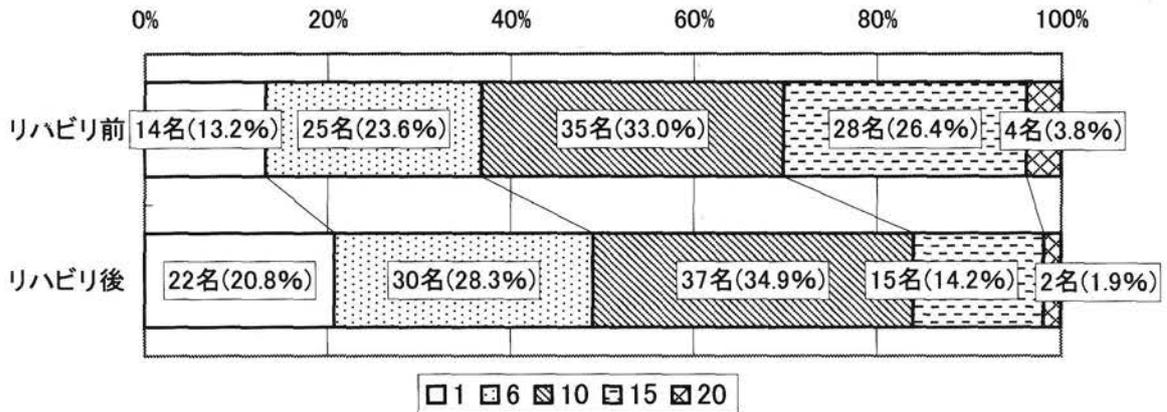


図8-4-15 調査担当者による評価の変化 (N=85)

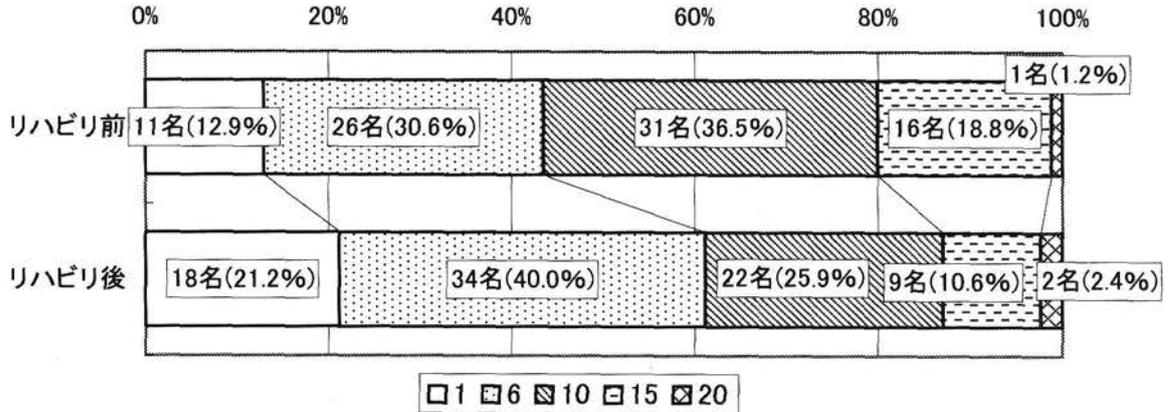
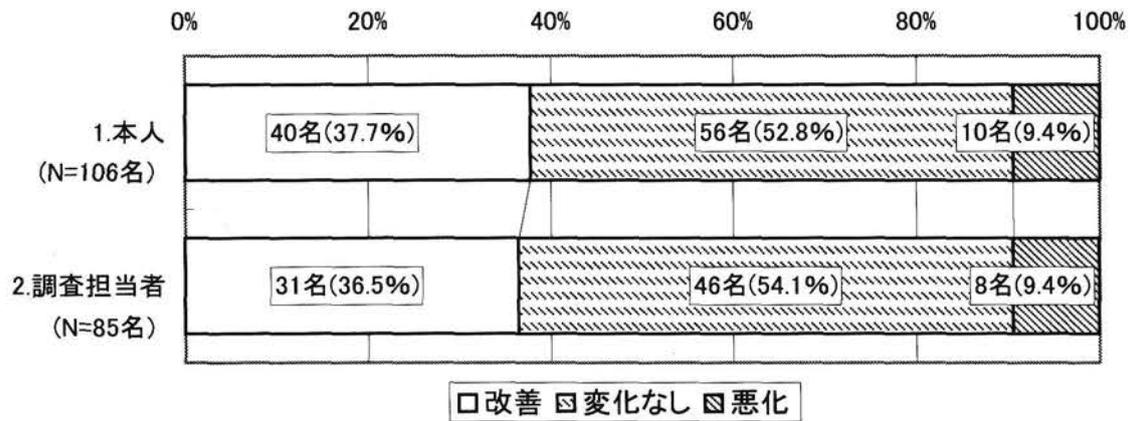


図 8-4-16 フェイス・スケールの前後比較



(2) PGC モラル・スケール

PGC モラル・スケール得点の総計およびⅠ. 心理的動揺、Ⅱ. 老いに対する態度、Ⅲ. 孤独感・不満足感それぞれの点数の変化を図 8-4-17~図 8-4-20に示している。いずれの点数も口腔機能リハビリ実施前後で大きな変化はなかった。

図 8-4-17 PGC モラル・スケール合計点

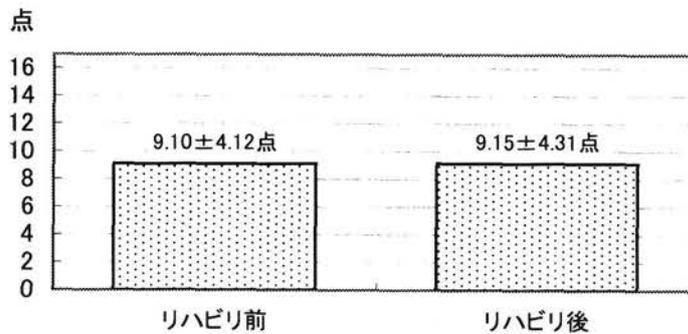


図 8-4-18 心理的動揺の変化

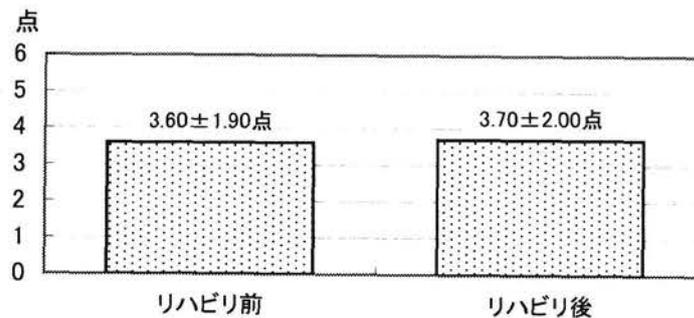


図8-4-19 老いに対する態度の変化

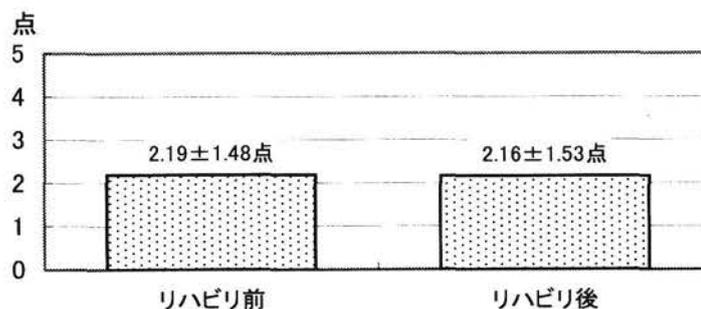
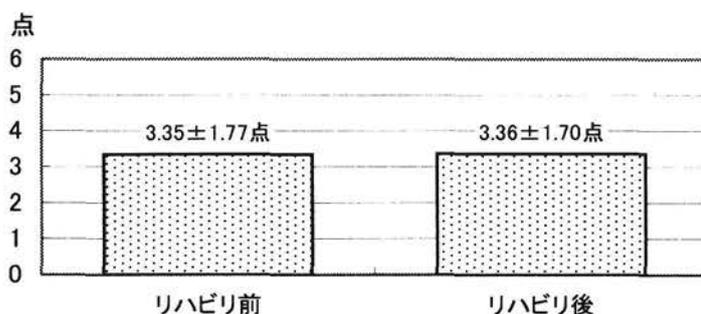


図8-4-20 孤独感・不満足感の変化



5. 理解力別にみた口腔機能リハビリ実施後の嚥下障害に関連する症状の変化

図8-5-1～図8-5-30は話の理解力に問題がない群と1話の理解力に問題がある群で評価項目ごとに口腔機能リハビリ実施による改善を比較した者である。話の理解力に問題がない群で改善者が多かった項目は、「ブローイング」「反復唾液嚥下テスト」「うがい」「舌運動」「口輪筋の緊張」「食事介助」「食事時間」など、動作を要する機能に関する内容、ならびに「フェイス・スケール」であった。一方、話の理解力に問題がある群で改善者が多かった項目は、「発熱」「のどがゴロゴロする」「胃からのどへの逆流」「胸に食べ物がつまった感じがある」「咀嚼機能」「嚥下機能」「味覚異常」など不随医意的な機能や感覚に関する内容であった。

図 8—5—1 リハビリ前後の平均

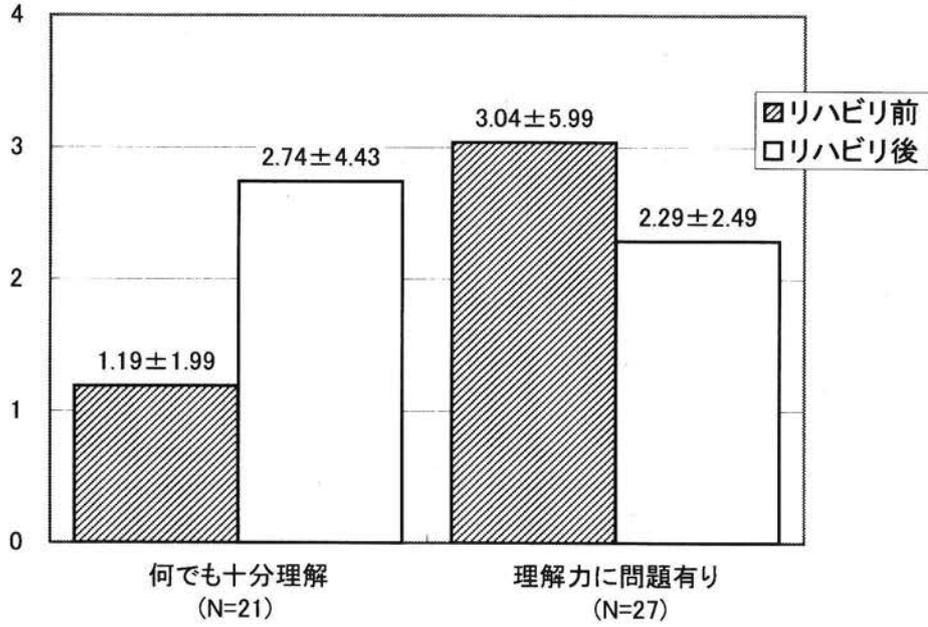


図 8—5—2 発熱日数の変化

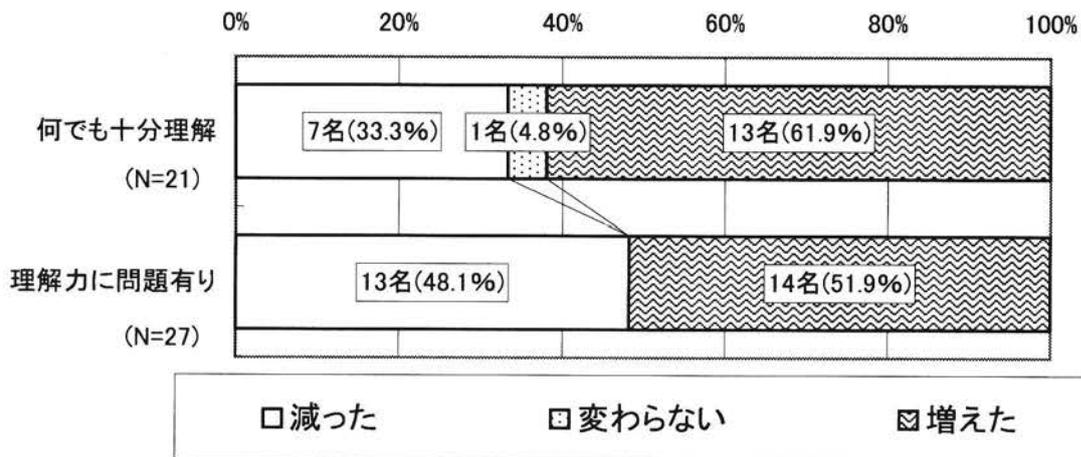


図 8—5—3 飲みにくいと感じることがある

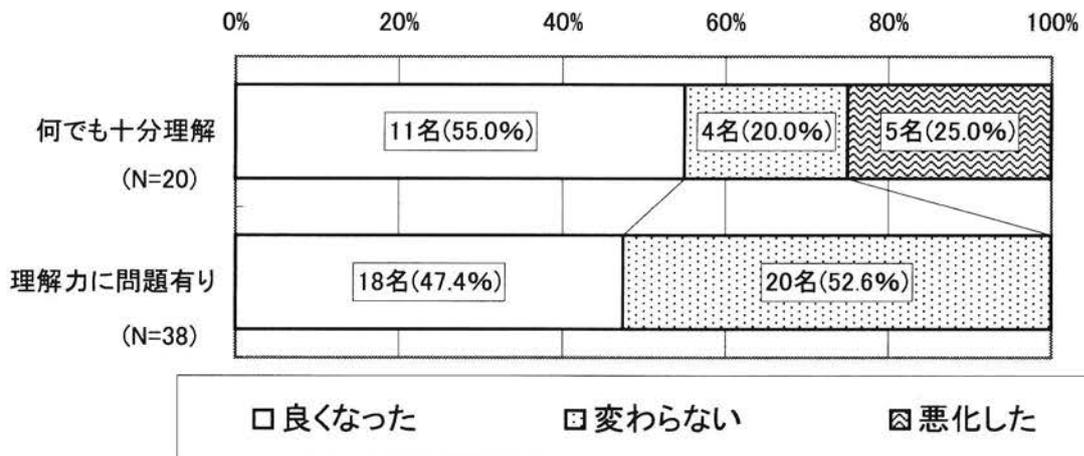


図 8—5—4 食事中にむせることがある

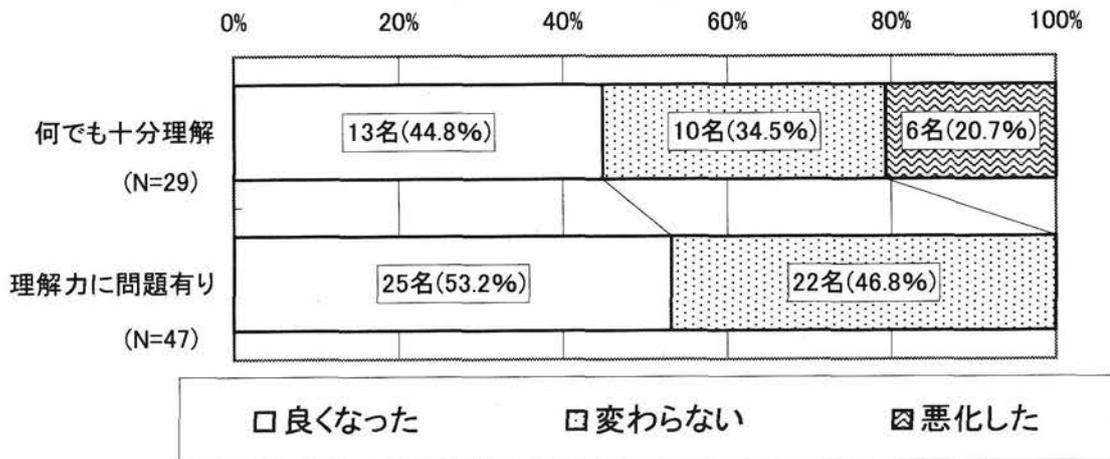


図 8—5—5 お茶を飲むときにむせることがある

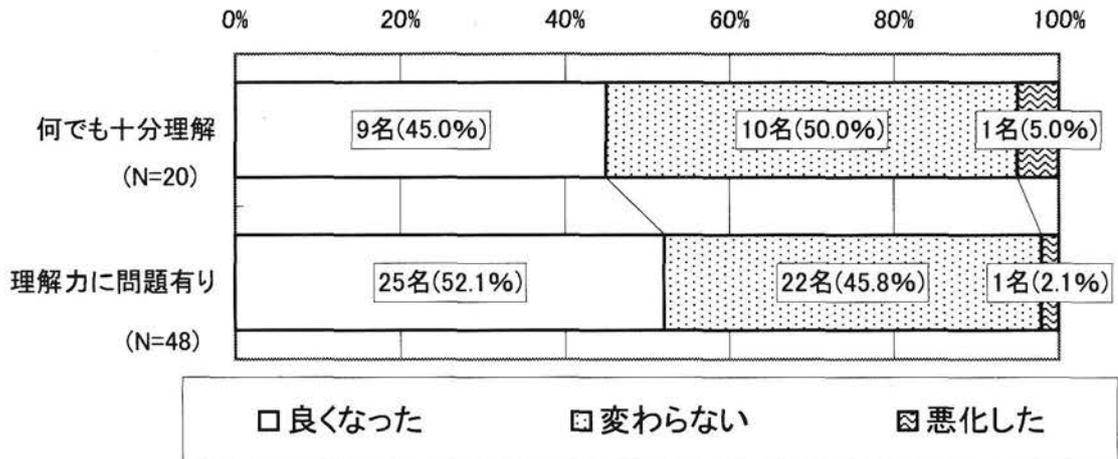


図 8—5—6 のどがゴロゴロすることがある

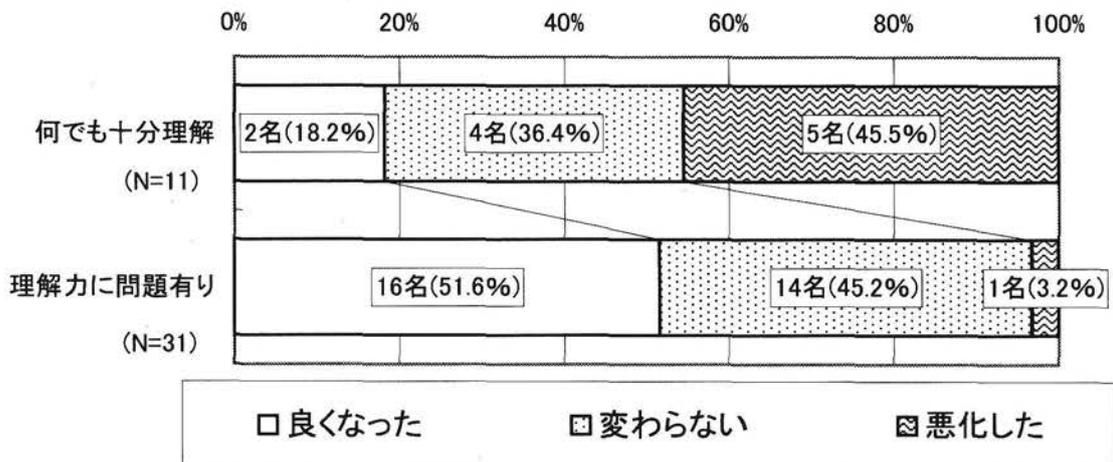


図 8—5—7 のどに食べ物が残る感じがある

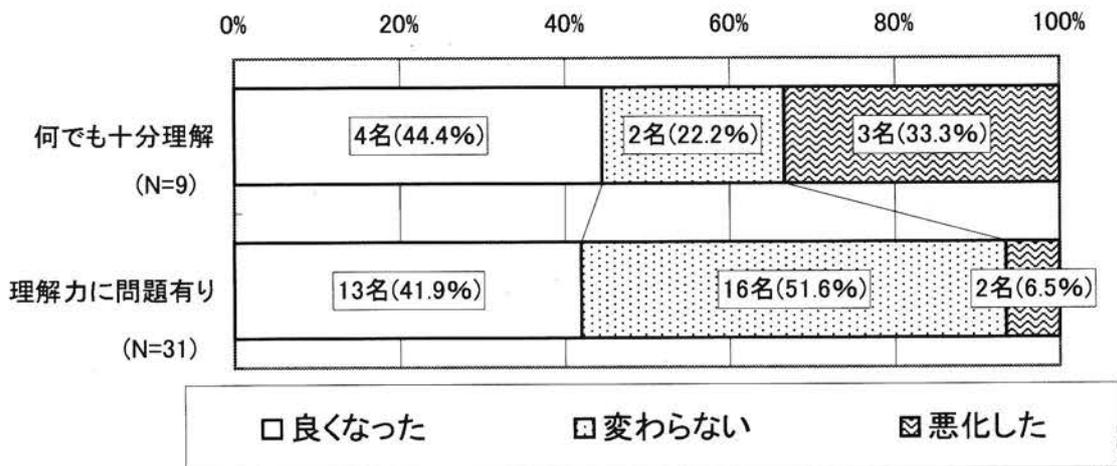


図 8—5—8 口から食べ物がこぼれることがある

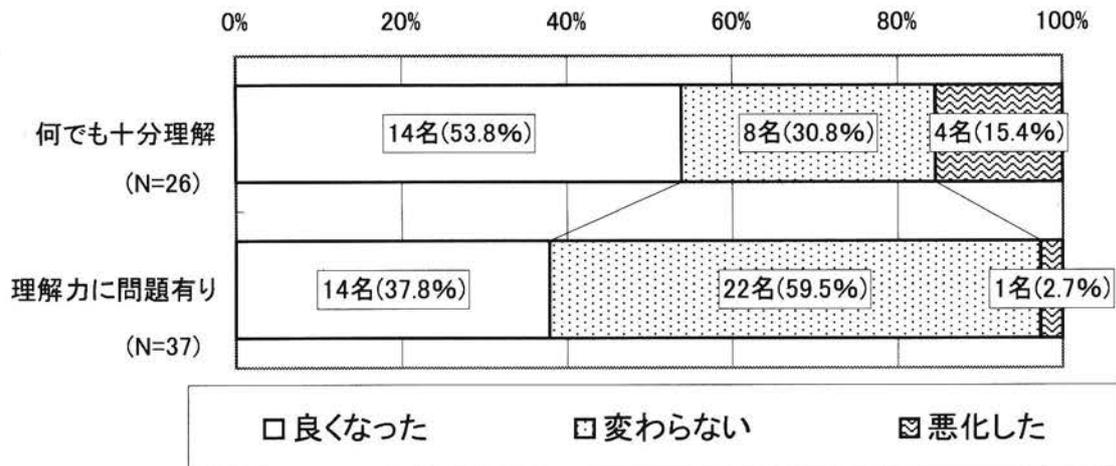


図 8—5—9 口の中に食べ物が残ることがある

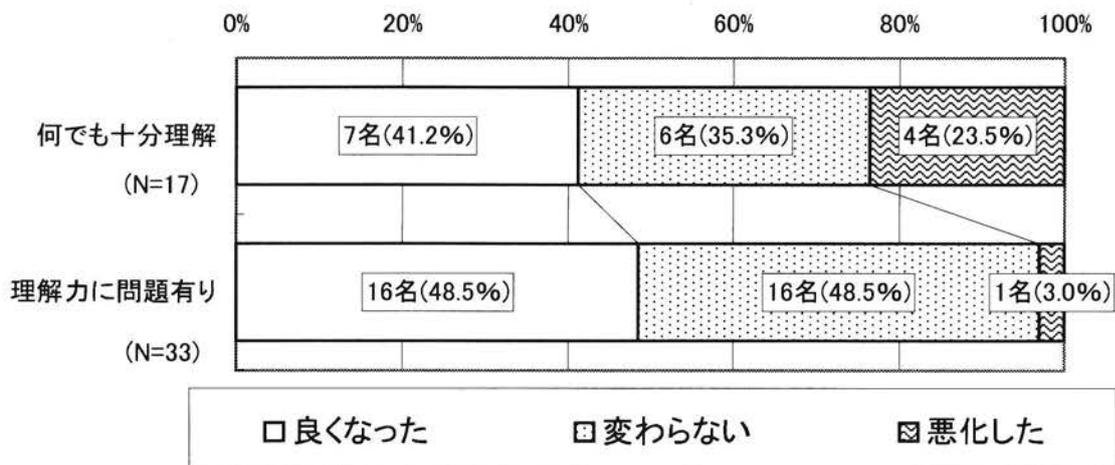


図 8—5—10 食べ物やすっぱい液が胃からのどに戻るときがある

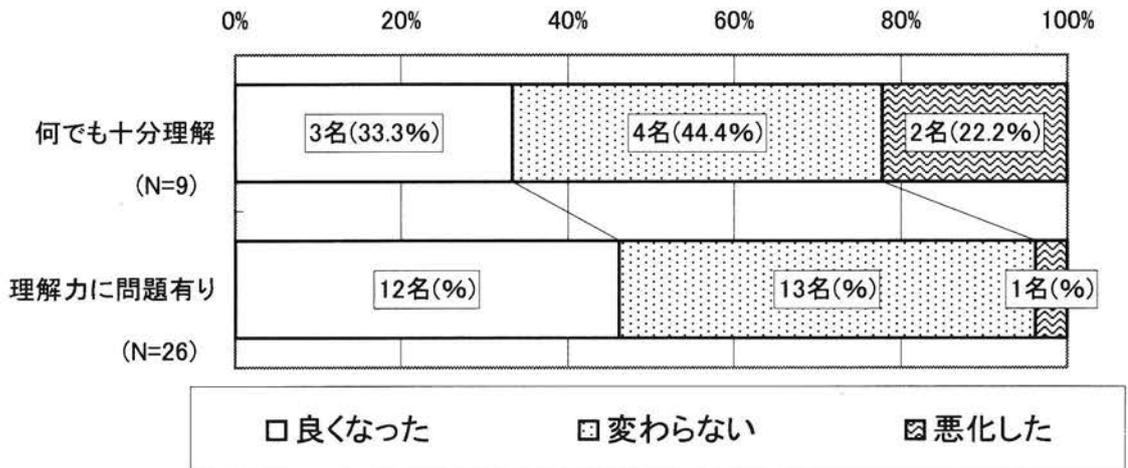


図 8—5—11 胸に食べ物が残ったり、つまったりする感じがある

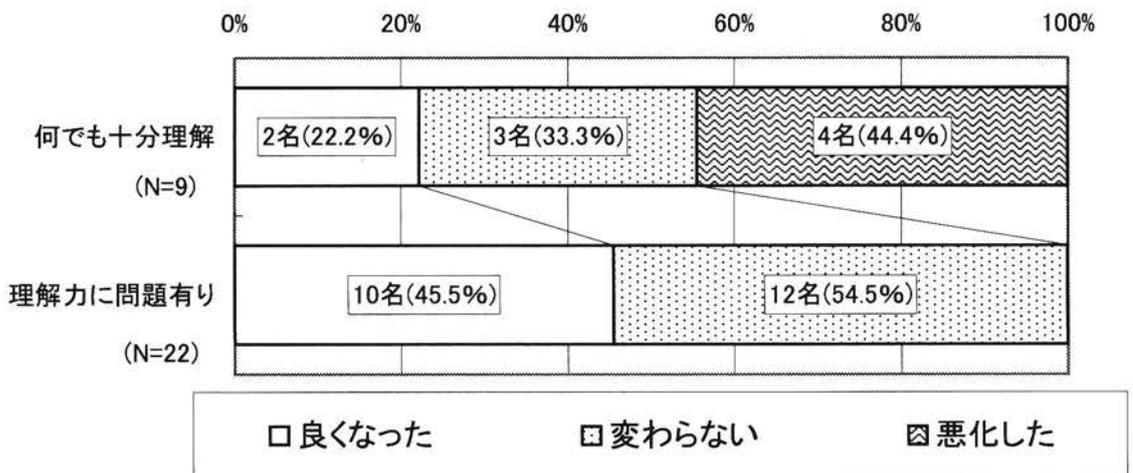


図 8—5—12 夜、咳で寝られなかったり目覚めることがある

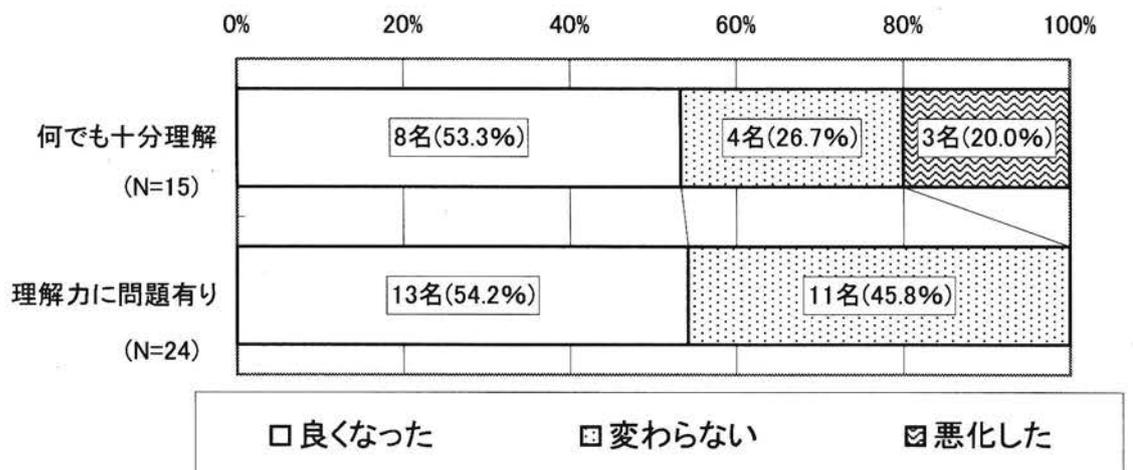


図 8—5—13 プロローイング

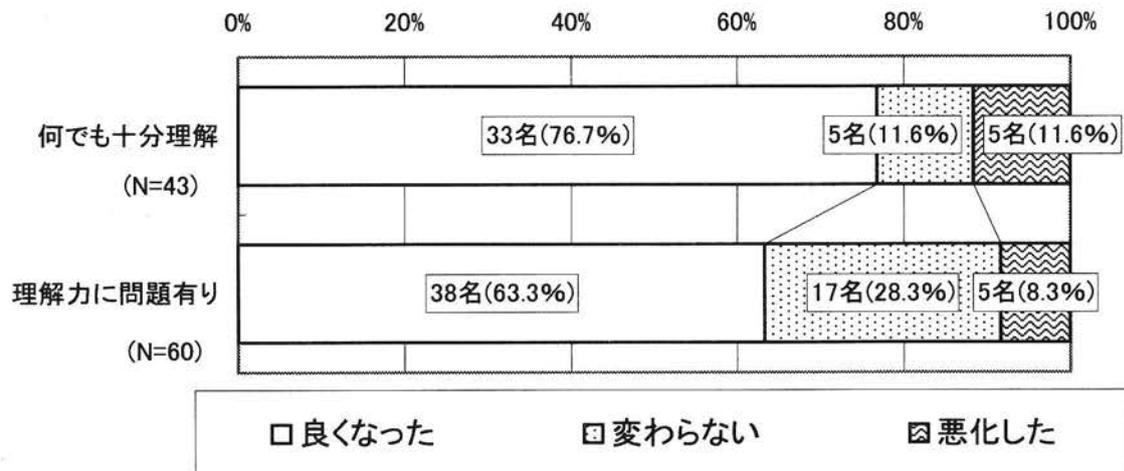


図 8—5—14 反復唾液嚥下テスト

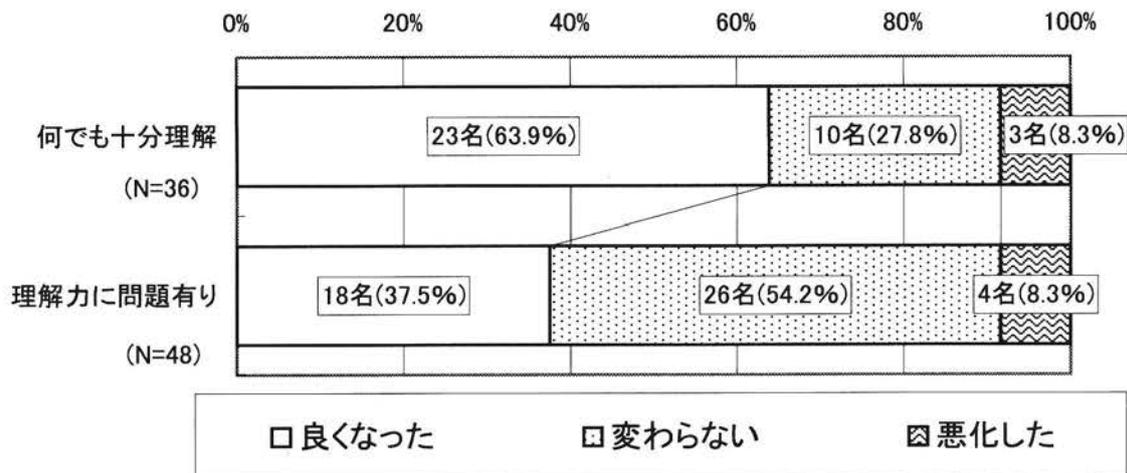


図 8—5—15 うがいの変化

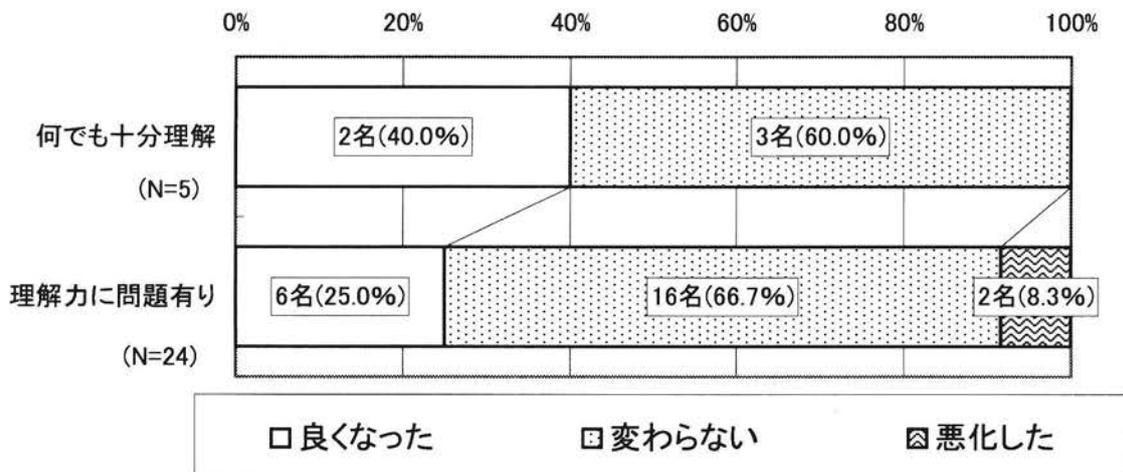


図 8—5—16 舌運動の変化

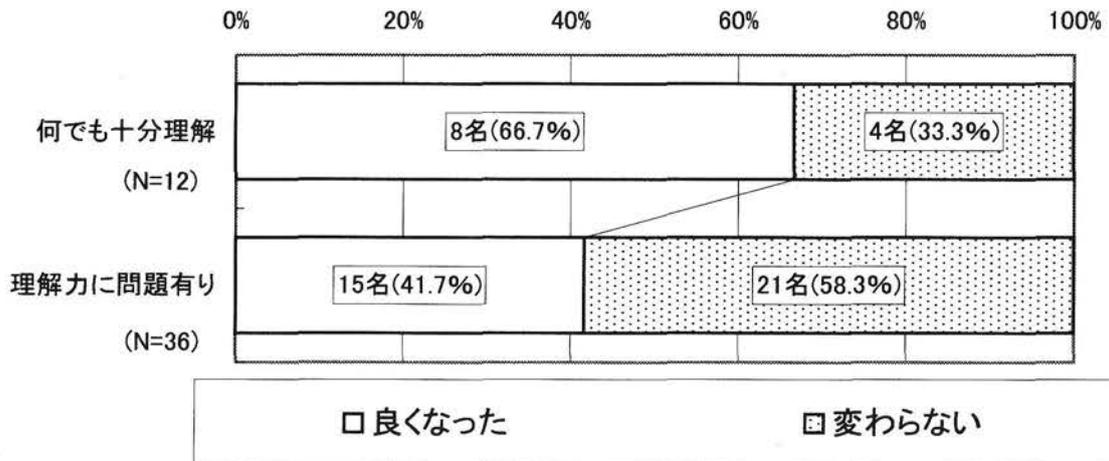


図 8—5—17 頬筋運動の変化

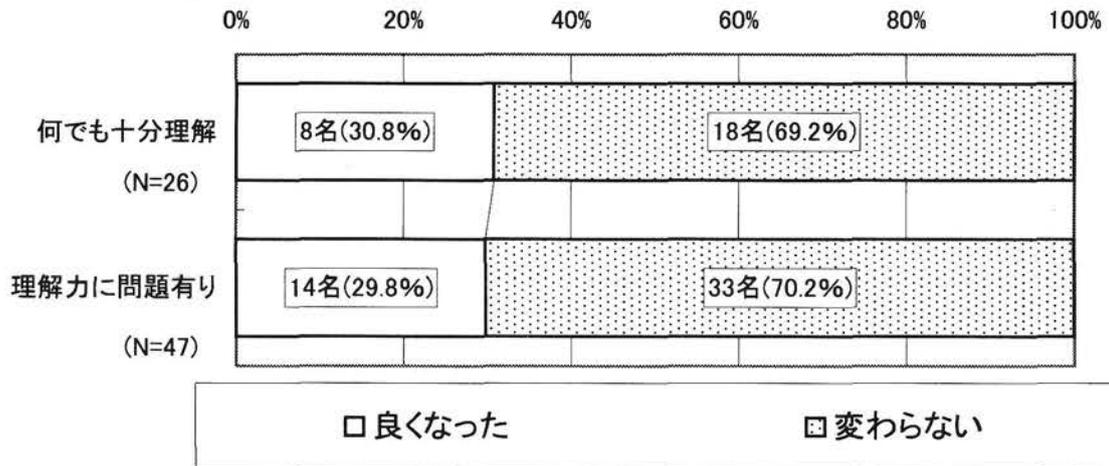


図 8—5—18 口輪筋緊張の変化

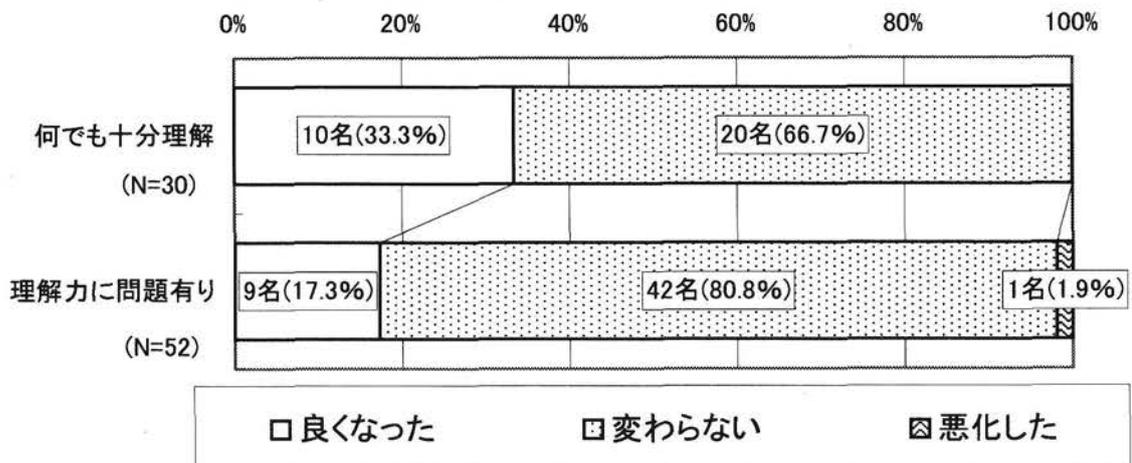


図 8—5—19 咀嚼機能の変化

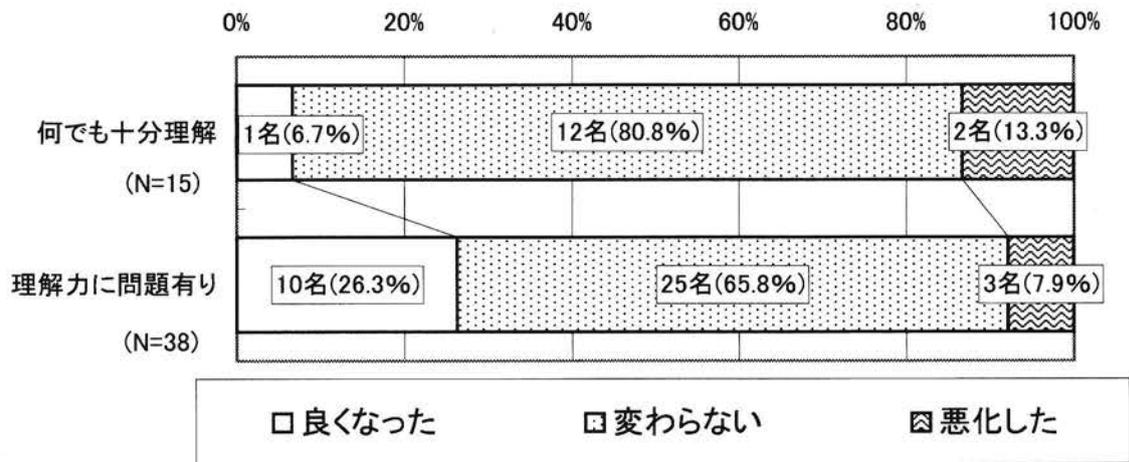


図 8—5—20 嚥下機能の変化

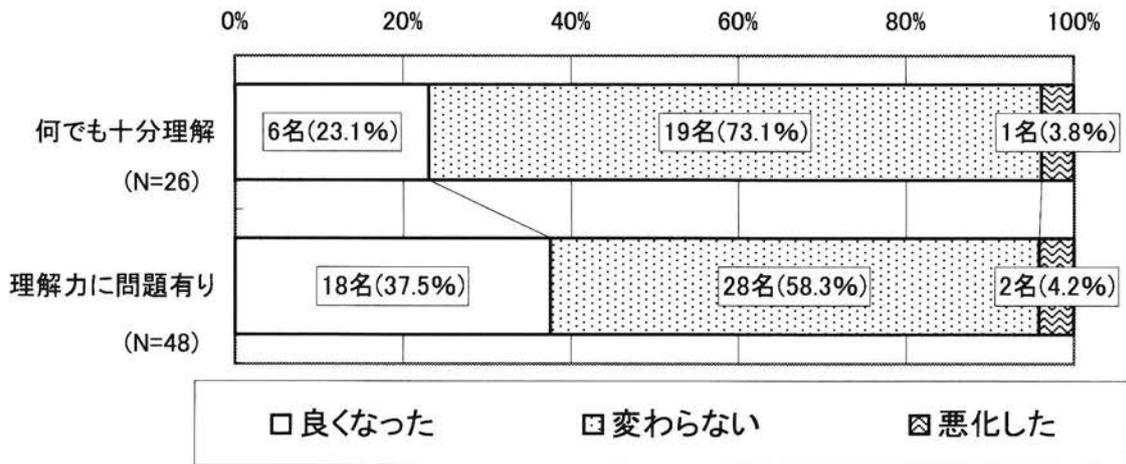


図 8—5—21 義歯の着脱の変化

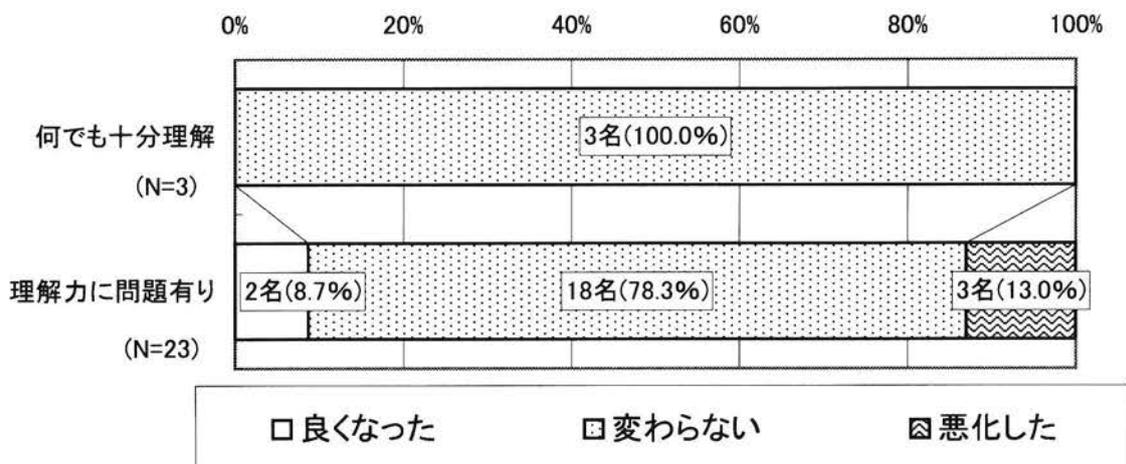


図 8—5—22 歯みがきの変化

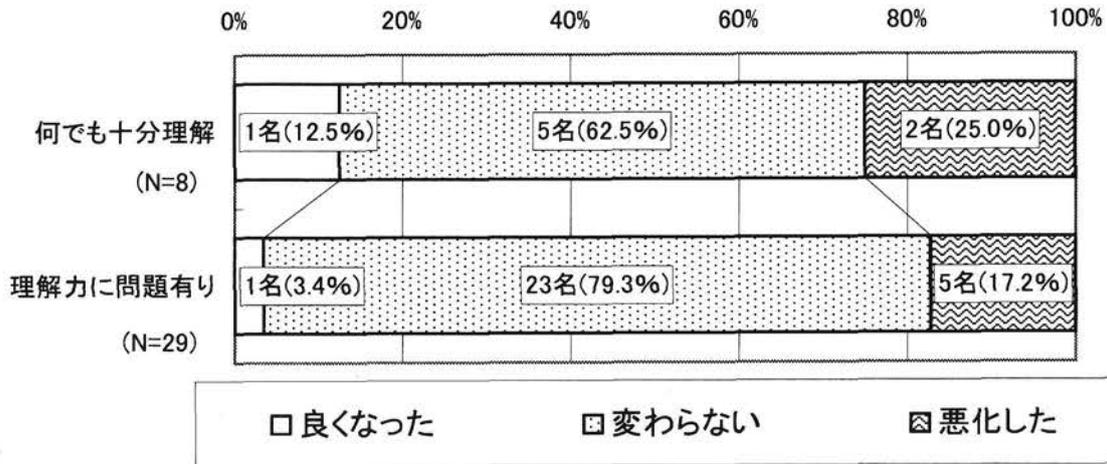


図 8—5—23 食事介助の変化

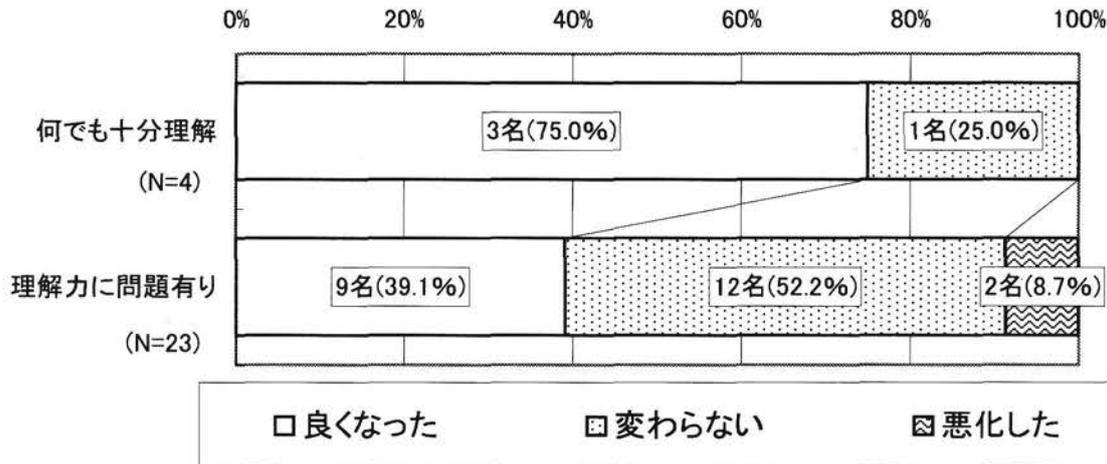


図 8—5—24 食事時間の変化

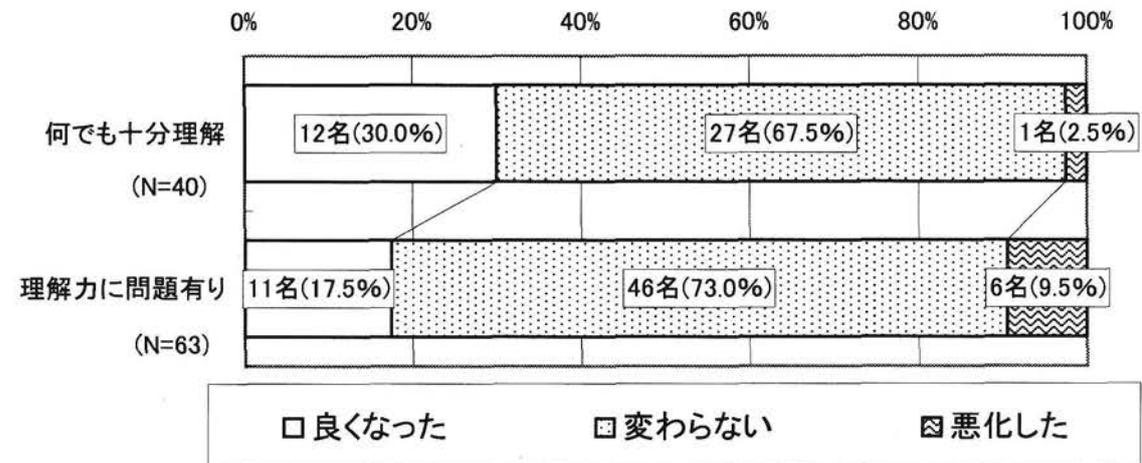


図 8—5—25 食事量の変化

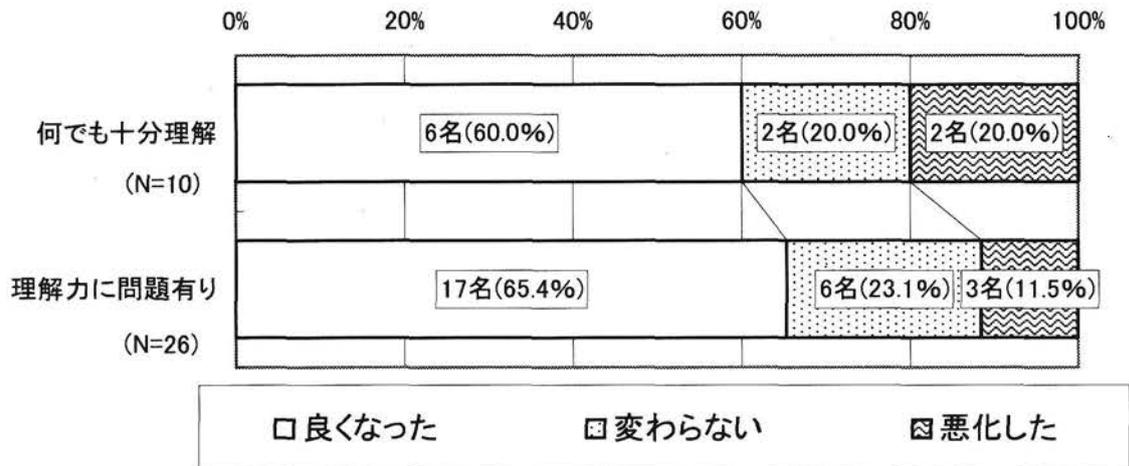


図 8—5—26 食事内容 (経口：主食) の変化

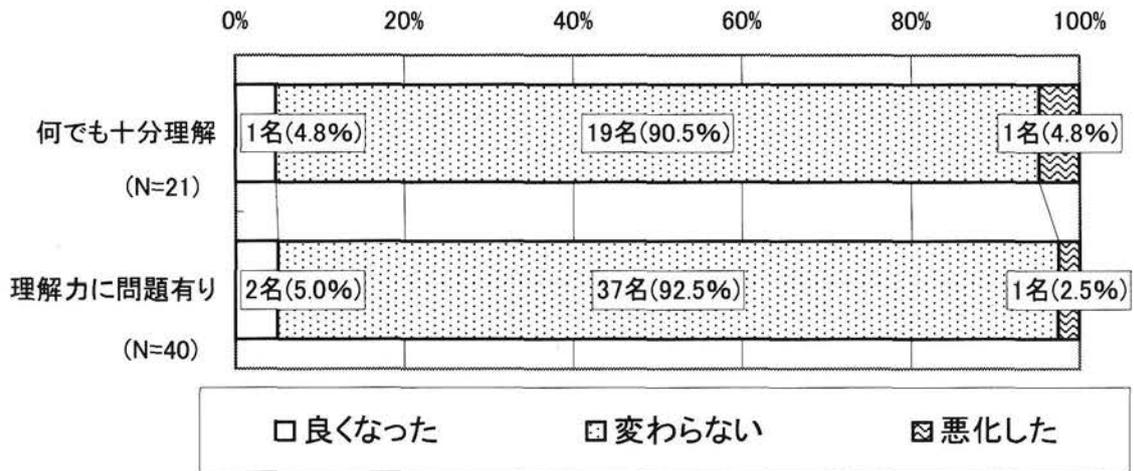


図 8—5—27 食事内容 (経口：副食) の変化

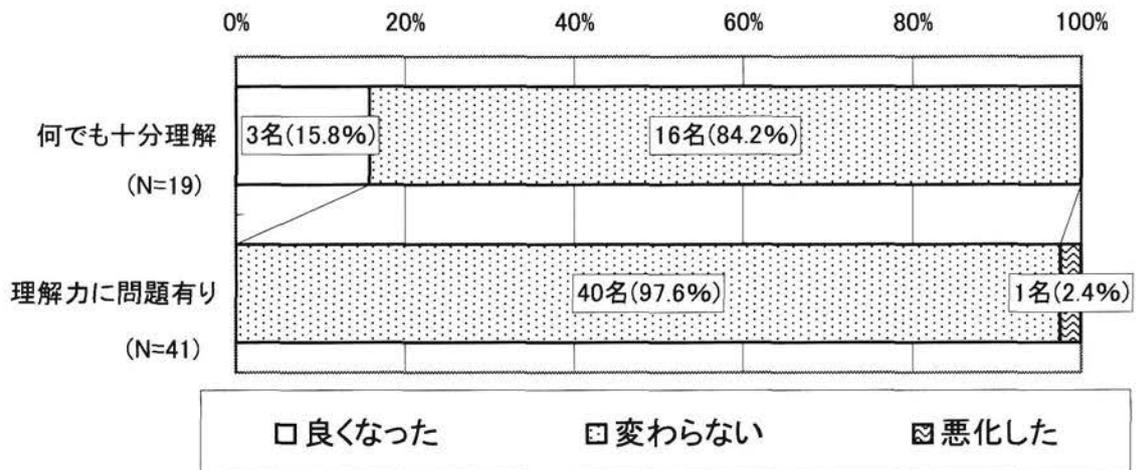


図 8—5—28 味覚異常の変化

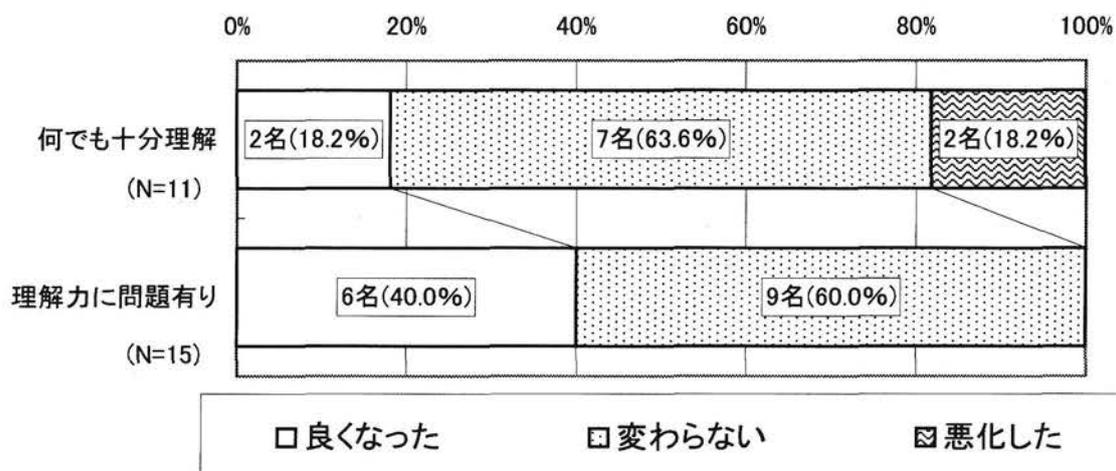


図 8—5—29 本人によるフェイス・スケール評価の改善

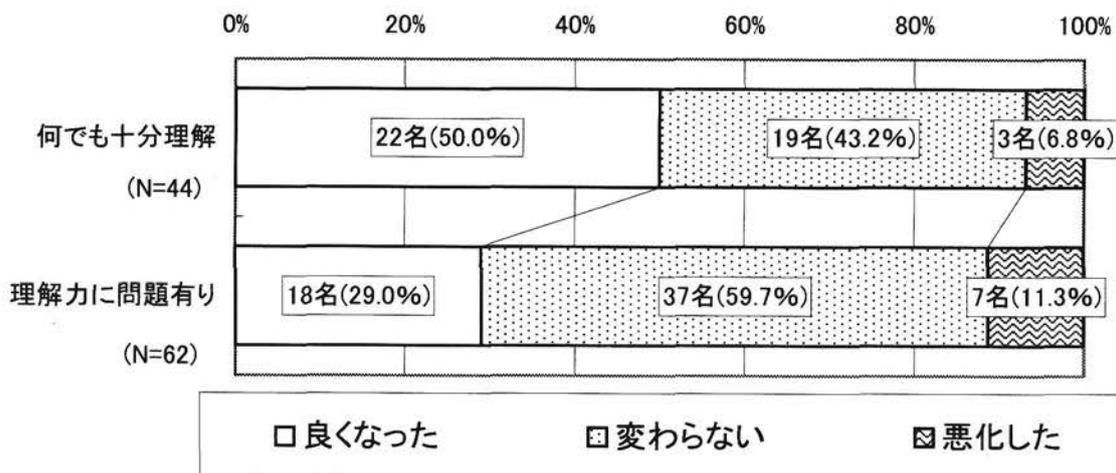
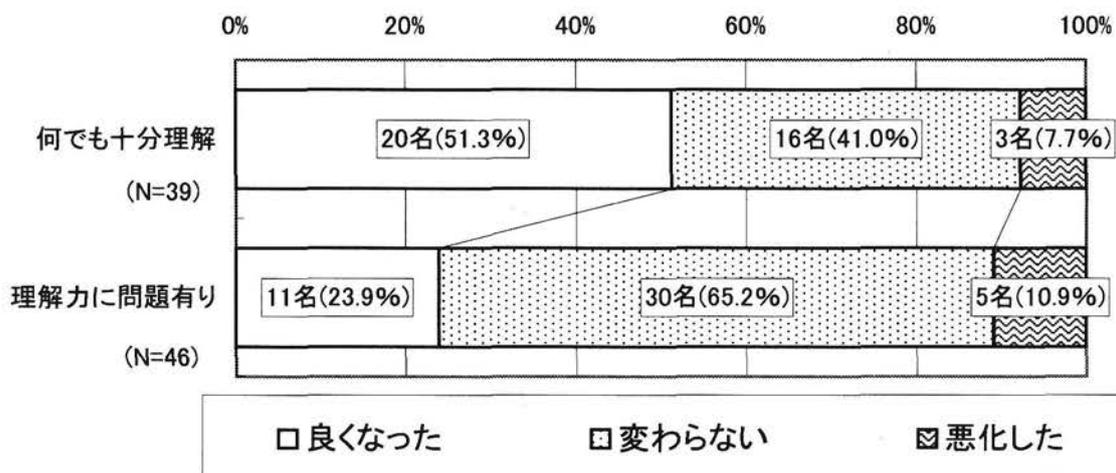


図 8—5—30 調査担当者によるフェイス・スケール評価の改善



参考文献

1. 駒井 正：カンジダ族菌用簡易液体培地に関する研究. 米子医誌, 34(3):296-307,1983.
2. (社)全国国民健康保険施設協議会：平成8年度 高齢者施設における歯科口腔保健実態調査報告書. (社)全国国民健康保険施設協議会, 東京, 1997.
3. (社)全国国民健康保険施設協議会：平成9年度 高齢者施設における口腔ケアプラン試行事業報告書. (社)全国国民健康保険施設協議会, 東京, 1998.
4. (社)全国国民健康保険施設協議会：平成10年度 高齢者在宅口腔介護サービスモデル事業報告書. (社)全国国民健康保険施設協議会, 東京, 1999.
5. 藤島一郎・他：摂食・嚥下障害に対する質問史の開発. 厚生省厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究, 平成10年度研究報告, 1998.
6. 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害, 第2版. 医歯薬出版, 東京, 1998.
7. 植田耕一郎：脳卒中患者の口腔ケア. 医歯薬出版社, 東京, 1999.
8. 聖隷三方原病院嚥下チーム：嚥下障害ポケットマニュアル. 医歯薬出版社, 東京, 2002.

| | | | | | | |
|-----------|--|--|------------|--|--|--|
| 施設 コード | | | 対象者 コード | | | |
|-----------|--|--|------------|--|--|--|

口腔機能リハビリ調査表 (1)

(調査実施責任者) 職種: _____

1. 対象者 性: 男・女 年齢: 歳 氏名(イニシャル) _____

2. 日常生活自立度 (痴呆レベル)

1. 正常 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M

3. 日常生活自立度 (寝たきりレベル)

1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2

4. 要介護度判定

1. 要支援 2. 要介護1 3. 要介護2 4. 要介護3 5. 要介護4 6. 要介護5

5. 既知の感染症 1. 無し 2. あり

1. HBV 2. HCV 3. 梅毒 4. MRSA
5. VRE 6. 疥癬 7. その他 ()

6. 食事内容

経口 (1. 普通 2. 軟食 3. かゆ 4. 流動食)
経管 (5. チューブ 6. 胃瘻 7. O E 法 8. IVH 9. 点滴)
10. その他 ()

7. 歯の状態 1. 自分の歯 (あり・なし)
2. 義歯 (あり・なし)

8. 口腔清掃の自立度 (BDR 指標)

- (1) 歯磨き 1. ほぼ自分で磨く 2. 部分的には自分で磨く
3. 自分で磨けない 4. 歯がない
- (2) 義歯着脱 1. 自分で着脱する 2. 着脱のどちらかをする
3. 自分で着脱できない 4. 義歯を使用していない
- (3) うがい 1. ブクブクうがいをする 2. 水を口に含む程度はする
3. 水を口に含むこともできない

9. 摂食嚥下障害問診票 (別紙)

| | | | | | |
|-----------|--|------------|--|--------------|--|
| 施設 コード | | 対象者 コード | | 対象者 イニシャル | |
|-----------|--|------------|--|--------------|--|

摂食嚥下障害問診票

嚥下（飲み込み）の状態について質問をします。A,B,C,Dの該当するものいずれか一つに○をつけて下さい。

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1 肺炎と診断されたことがありますか | A. 繰り返す B. 一度だけ C. なし D. 判定不能 |
| 2 やせてきましたか | A 明らかに B. わずかに C なし D. 判定不能 |
| 3 飲み込みにくいと感じることがありますか | A. よくある B. ときどき C なし D 判定不能 |
| 4 食事中にむせることがありますか | A よくある B. ときどき C なし D. 判定不能 |
| 5 お茶を飲むときにむせることがありますか | A. よくある B. ときどき C. なし D. 判定不能 |
| 6 食事中や食後、それ以外の時にのどがゴロゴロすることがありますか | A よくある B. ときどき C なし D. 判定不能 |
| 7 のどに食べ物が残る感じがありますか | A. よくある B. ときどき C なし D 判定不能 |
| 8 食べるのが遅くなりましたか | A たいへん B. わずかに C なし D. 判定不能 |
| 9 硬いものが食べにくくなりましたか | A. たいへん B. わずかに C. なし D. 判定不能 |
| 10 口から食べ物がこぼれることがありますか | A. よくある B. ときどき C なし D. 判定不能 |
| 11 口の中に食べ物が残ることがありますか | A よくある B. ときどき C なし D 判定不能 |
| 12 食物やすっぱい液が胃からのどに戻ってくるがありますか | A. よくある B. ときどき C. なし D. 判定不能 |
| 13 胸に食べ物が残ったり、つまったりする感じがありますか | A よくある B. ときどき C なし D. 判定不能 |
| 14 夜、咳で寝られなかったり目覚めることがありますか | A. よくある B. ときどき C なし D 判定不能 |
| 15 声がかすれてきましたか(がらがら声、かすれ声など) | A たいへん B. わずかに C なし D. 判定不能 |

| | |
|-----|------------------------|
| 判 定 | 1 嚥下障害あり (ひとつでもAに回答あり) |
| | 2 嚥下障害の疑い(ひとつでもBに回答あり) |
| | 3 異常なし (全てC) |

| | | |
|--------|---|---------------------|
| 嚥下障害得点 | 点 | A:2点、B:1点、C:0点として計算 |
|--------|---|---------------------|

藤島一郎、他(平成10長寿科学研究、摂食嚥下障害に対する質問紙を一部改変)

口腔機能リハビリ調査表（2B）機能の現状

| | 口腔リハビリ前 (記録日 月 日) | 口腔リハビリ後 (記録日 月 日) |
|-------------------|---|---|
| 1. 体重 | Kg | Kg |
| 2. ストマスタット | 1. 陰性 2. 擬陽性 3. 陽性 | 1. 陰性 2. 擬陽性 3. 陽性 |
| 3. CAT 2 1 buffer | 1. - 2. + 3. 2+ | 1. - 2. + 3. 2+ |
| 4. 口臭 | 1. なし 2. 顔を近づけると臭う 3. 近くにいと臭う | 1. なし 2. 顔を近づけると臭う 3. 近くにいと臭う |
| 5. 開眼反応レベル | (1) 上眼窩縁圧痛反応 有 無 (2) 胸骨/肢/窩縁痛反応 有 無 (3) 話しかけへの反応 有 無 | (1) 上眼窩縁圧痛反応 有 無 (2) 胸骨/肢/窩縁痛反応 有 無 (3) 話しかけへの反応 有 無 |
| 6. 運動反応レベル | (1) 痛みに反応 有 無 (2) 上肢伸展位 有 無 (3) 下肢伸展位 有 無 (4) 逃避反応 有 無 (5) 疼痛部位に手をやる 有 無 | (1) 痛みに反応 有 無 (2) 上肢伸展位 有 無 (3) 下肢伸展位 有 無 (4) 逃避反応 有 無 (5) 疼痛部位に手をやる 有 無 |
| 7. 言語反応レベル | 1. 反応なし 2. 理解不能（うなり声など） 3. 不適切（わかるが単語レベル） | 1. 反応なし 2. 理解不能（うなり声など） 3. 不適切（わかるが単語レベル） |

8. 嚥下障害レベル（それぞれについて 1. よくある 2. ときどきある 3. なし 4. 判定不能で記入）

| | 口腔リハビリ前 | 口腔リハビリ後 |
|-----------------------------|-------------|-------------|
| (1) 飲み込みにくいと感じることがある | 1. 2. 3. 4. | 1. 2. 3. 4. |
| (2) 食事中にむせることがある | 1. 2. 3. 4. | 1. 2. 3. 4. |
| (3) お茶をのむときにむせることがある | 1. 2. 3. 4. | 1. 2. 3. 4. |
| (4) のどがゴロゴロすることがある | 1. 2. 3. 4. | 1. 2. 3. 4. |
| (5) のどに食べ物が残る感じがある | 1. 2. 3. 4. | 1. 2. 3. 4. |
| (6) 口から食べ物がこぼれることがある | 1. 2. 3. 4. | 1. 2. 3. 4. |
| (7) 口の中に食べ物が残ることがある | 1. 2. 3. 4. | 1. 2. 3. 4. |
| (8) 食物や酸っぱい液が胃からのどに戻るがある | 1. 2. 3. 4. | 1. 2. 3. 4. |
| (9) 胸に食べ物が残ったり、つまったりする感じがある | 1. 2. 3. 4. | 1. 2. 3. 4. |
| (10) 夜、咳で寝られなかったり目覚めることがある | 1. 2. 3. 4. | 1. 2. 3. 4. |

口腔機能リハビリ調査表（2C）能力の現状

1. 日常生活能力

| バーセル指数 | 口腔リハビリ前 | 口腔リハビリ後 |
|--------------------|---|---|
| 1. 食事 | 1. 自立(10) 2. 部分介助(5) 3. 全介助(0) | 1. 自立(10) 2. 部分介助(5) 3. 全介助(0) |
| 2. 移乗 (車椅子～ベッド) | 1. 自立(15) 2. 監視/軽度の部分介助(10) 3. 部分介助(5) 4. 全介助(0) | 1. 自立(15) 2. 監視/軽度の部分介助(10) 3. 部分介助(5) 4. 全介助(0) |
| 3. 整容 | 1. 自立(5) 2. 部分/全介助(0) | 1. 自立(5) 2. 部分/全介助(0) |
| 4. トイレ動作 | 1. 自立(10) 2. 部分介助(5) 3. 全介助(0) | 1. 自立(10) 2. 部分介助(5) 3. 全介助(0) |
| 5. 入浴 | 1. 自立(5) 2. 部分/全介助(0) | 1. 自立(5) 2. 部分/全介助(0) |
| 6. 移動 | 1. 自立(15) 2. 部分介助(10) 3. 車椅子使用(5) 4. 全介助(0) | 1. 自立(15) 2. 部分介助(10) 3. 車椅子使用(5) 4. 全介助(0) |
| 7. 階段昇降 | 1. 自立(10) 2. 部分介助(5) 3. 全介助(0) | 1. 自立(10) 2. 部分介助(5) 3. 全介助(0) |
| 8. 更衣 | 1. 自立(10) 2. 部分介助(5) 3. 全介助(0) | 1. 自立(10) 2. 部分介助(5) 3. 全介助(0) |
| 9. 排便コントロール | 1. 自立(10) 2. 部分介助(5) 3. 全介助(0) | 1. 自立(10) 2. 部分介助(5) 3. 全介助(0) |
| 10. 排尿コントロール | 1. 自立(10) 2. 部分介助(5) 3. 全介助(0) | 1. 自立(10) 2. 部分介助(5) 3. 全介助(0) |
| 11. 体力： 座位保持時間 | 時間 分 | 時間 分 |

2. 口腔に関する能力

| | 口腔リハビリ前 | 口腔リハビリ後 |
|-------------------|--|--|
| 1. 風船あそび | 回／1分間 | 回／1分間 |
| 2. 反復唾液嚥下テスト | 回／30秒間 | 回／30秒間 |
| 3. うがい | 1. 水を口に含むこともできない 2. 水を口に含む程度はできる 3. ぶくぶくうがいができる | 1. 水を口に含むこともできない 2. 水を口に含む程度はできる 3. ぶくぶくうがいができる |
| 4. 舌運動 | 1. 舌の動きがみられない 2. 舌を自在に動かせない (不随意・多動) 3. 前方・左右いずれかに動かす 4. 全ての方向にしっかり動かす | 1. 舌の動きがみられない 2. 舌を自在に動かせない (不随意・多動) 3. 前方・左右いずれかに動かす 4. 全ての方向にしっかり動かす |
| 1. 頬筋運動 (指示する) | 1. 頬の動きがみられない 2. 動かそうするが動かせない 3. 一部動かすが力が弱い 4. 強く動かすことができる | 1. 頬の動きがみられない 2. 動かそうするが動かせない 3. 一部動かすが力が弱い 4. 強く動かすことができる |
| 6. 口輪筋緊張 | 1. 力がなく口を閉じることができない 2. 力はないが口を閉じることができる 3. 口唇を閉じ、ぶくぶくできる 4. 口腔前提でボタンなどを挟み、牽引 圧に耐えられる | 1. 力がなく口を閉じることができない 2. 力はないが口を閉じることができる 3. 口唇を閉じ、ぶくぶくできる 4. 口腔前提でボタンなどを挟み、牽引 圧に耐えられる |
| 7. 咀嚼機能 | 1. 捕食などの行為ができない 2. 食べ物を捕食できる 3. 食べ物を咬断できる 4. 奥歯で噛むことができる | 1. 捕食などの行為ができない 2. 食べ物を捕食できる 3. 食べ物を咬断できる 4. 奥歯で噛むことができる |
| 8. 嚥下機能 | 1. 嚥下できない 2. 嚥下できるがむせることあり 3. むせないがゆっくり嚥下する 4. むせずに嚥下できる | 1. 嚥下できない 2. 嚥下できるがむせることあり 3. むせないがゆっくり嚥下する 4. むせずに嚥下できる |
| 9. 義歯の着脱 | 1. 使用しない 2. 着脱不可 3. 補助が必要 4. 可能 | 1. 使用しない 2. 着脱不可 3. 補助が必要 4. 可能 |
| 10. 歯みがき | 1. 無歯顎 2. 自分では磨かない 3. 部分的に自分で磨く 4. ほぼ自分で磨く | 1. 無歯顎 2. 自分では磨かない 3. 部分的に自分で磨く 4. ほぼ自分で磨く |

口腔機能リハビリ調査表（2D）生活の現状

1. 社会生活の現状

| | 口腔リハビリ前 | 口腔リハビリ後 |
|----------------------|--|--|
| 1. 生活空間 | 1. ベッド上 2. ベッド周囲 3. 居室内 4. 施設内 5. 屋外 | 1. ベッド上 2. ベッド周囲 3. 居室内 4. 施設内 5. 屋外 |
| 2. コミュニケーション （機会） | 1. 多い 2. 普通 3. 少ない 4. ほとんどない | 1. 多い 2. 普通 3. 少ない 4. ほとんどない |
| （相手） | 1. 誰とでも 2. 電話を利用 3. 施設内のみ 4. ほとんどいない | 1. 誰とでも 2. 電話を利用 3. 施設内のみ 4. ほとんどいない |
| 3. 話の理解力 | 1. 何でも十分理解 2. 日常的な事項は理解 3. 一部の限定された事項のみ 4. 全く理解できない | 1. 何でも十分理解 2. 日常的な事項は理解 3. 一部の限定された事項のみ 4. 全く理解できない |
| 4. 本人の意思伝達 | 1. 誰にでも伝達できる 2. 家族や主な介護者にのみ 3. 伝達できない | 1. 誰にでも伝達できる 2. 家族や主な介護者にのみ 3. 伝達できない |

2. 食事の状況

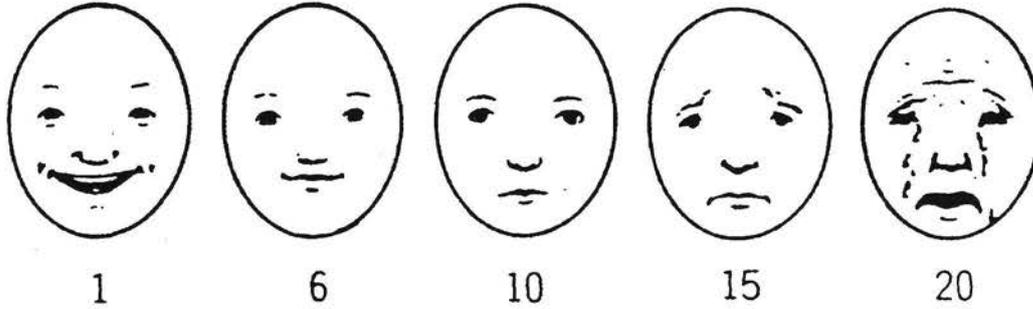
| | 口腔リハビリ前 | 口腔リハビリ後 |
|-----------------------|--|--|
| 1. 食事介助 | 1. なし 2. 部分介助 3. 全介助 | 1. なし 2. 部分介助 3. 全介助 |
| 2. 食事時間 ※3日間の屋食の平均 | 1. 10分以内 2. 10分～20分以内 3. 20分～25分以内 4. 25分～30分以内 5. 30分以上 | 1. 10分以内 2. 10分～20分以内 3. 20分～25分以内 4. 25分～30分以内 5. 30分以上 |
| 3. 食事量 | () % | () % |
| 4. 食事内容 （経口） | 主食：1. 普通 2. 軟飯 3. 粥 副食：1. 普通 2. 軟菜 3. キザミ | 主食：1. 普通 2. 軟飯 3. 粥 副食：1. 普通 2. 軟菜 3. キザミ |
| （経管） | 4. チューブ 5. 胃瘻 6. O E法 7. I V H 8. 点滴 9. その他 () | 4. チューブ 5. 胃瘻 6. O E法 7. I V H 8. 点滴 9. その他 () |
| 5. 味覚異常 | 1. あり (甘味・塩味・酸味・苦味) 2. なし | 1. あり (甘味・塩味・酸味・苦味) 2. なし |

3. 心理的な現状

(1) フェース・スケール

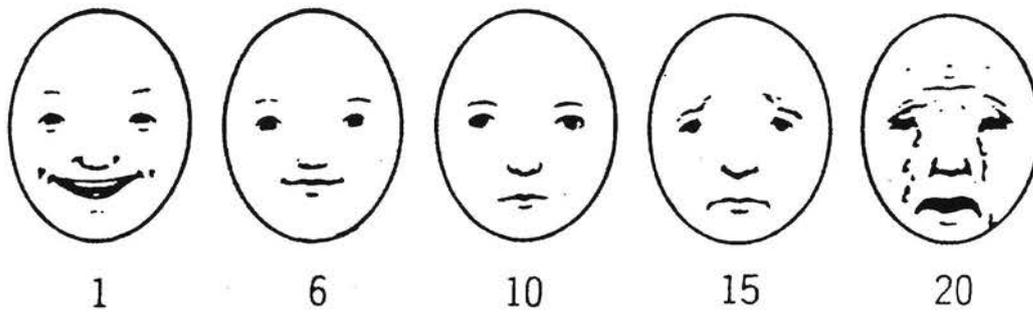
●口腔リハビリ前の健康状態を表情で表すとしたら下のどれですか

| | | | |
|----|--|-------|--|
| 本人 | | 調査担当者 | |
|----|--|-------|--|



●口腔リハビリ後の健康状態を表情で表すとしたら下のどれですか

| | | | | |
|----|--|-------|--|------------|
| 本人 | | 調査担当者 | | 評価判定 |
| | | | | 改善・変化なし・悪化 |



(2) PGCモラル・スケール

《次ページ》

PGCモラール・スケール

●あなたの現在のお気持ちについてうかがいます。当てはまる答の番号に○をつけてください。

1. あなたの人生は、年をとるにしたがって、だんだん悪くなっていくと思いますか[Ⅱ]
1. そう思う 2. そうは思わない
2. あなたは去年と同じように元気だと思えますか[Ⅱ]
1. はい 2. いいえ
3. さびしいと感じることがありますか[Ⅲ]
1. はい 2. いいえ
4. 最近になって小さなことを気にするようになったと思えますか[Ⅰ]
1. はい 2. いいえ
5. 家族や親戚、友人との行き来に満足していますか[Ⅲ]
1. 満足している 2. もっと会いたい
6. あなたは、年をとって前よりも役に立たなくなったと思えますか[Ⅱ]
1. そう思う 2. そうは思わない
7. 心配だったり、気になったりして、眠れないことがありますか[Ⅰ]
1. ある 2. ない
8. 年をとるということは、若いときに考えていたよりも、よいことだと思えますか[Ⅱ]
1. よい 2. 同じ 3. わるい
9. 生きていても仕方がないと思うことがありますか[Ⅲ]
1. ある 2. あまりない 3. ない
10. あなたは、若いときと同じように幸福だと思えますか[Ⅱ]
1. はい 2. いいえ
11. 悲しいことがたくさんあると感じますか[Ⅲ]
1. はい 2. いいえ
12. あなたは心配なことがたくさんありますか[Ⅰ]
1. はい 2. いいえ
13. 前よりも腹をたてる回数が多くなったと思えますか[Ⅰ]
1. はい 2. いいえ
14. 生きることは大変きびしいと思えますか[Ⅲ]
1. はい 2. いいえ
15. いまの生活に満足していますか[Ⅲ]
1. はい 2. いいえ
16. 物事をいつも深刻に考えるほうですか[Ⅰ]
1. はい 2. いいえ
17. あなたは心配事があると、すぐにおろおろするほうですか[Ⅰ]
1. はい 2. いいえ

[・]内は所属因子を表す。因子名称が、Ⅰが「心理的動揺」、Ⅱが「老いに対する態度」、Ⅲが「孤独感・不満足感」である。

記録表

| | | | | | |
|-----------|--|------------|--|--------------|--|
| 施設 コード | | 対象者 コード | | 対象者 イニシャル | |
|-----------|--|------------|--|--------------|--|

| | | | | | | | |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 日付 | / (月) | / (火) | / (水) | / (木) | / (金) | / (土) | / (日) |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

訓練項目
呼吸訓練

| | | | | | | | |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1日行った回数 | ()回 |
| 1回の時間※1 | () | () | () | () | () | () | () |
| 施行者※2 | () | () | () | () | () | () | () |

頸部リラクゼーション

| | | | | | | | |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1日行った回数 | ()回 |
| 1回の時間※1 | () | () | () | () | () | () | () |
| 施行者※2 | () | () | () | () | () | () | () |

口腔周囲筋の運動

口唇の運動

| | | | | | | | |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1日行った回数 | ()回 |
| 1回の時間※1 | () | () | () | () | () | () | () |
| 施行者※2 | () | () | () | () | () | () | () |

舌の運動

| | | | | | | | |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1日行った回数 | ()回 |
| 1回の時間※1 | () | () | () | () | () | () | () |
| 施行者※2 | () | () | () | () | () | () | () |

顎の運動

| | | | | | | | |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1日行った回数 | ()回 |
| 1回の時間※1 | () | () | () | () | () | () | () |
| 施行者※2 | () | () | () | () | () | () | () |

フローイング

| | | | | | | | |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1日行った回数 | ()回 |
| 1回の時間※1 | () | () | () | () | () | () | () |
| 施行者※2 | () | () | () | () | () | () | () |

その他(アイスマッサージなど)

()

| | | | | | | | |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1日行った回数 | ()回 |
| 1回の時間※1 | () | () | () | () | () | () | () |
| 施行者※2 | () | () | () | () | () | () | () |

()

| | | | | | | | |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1日行った回数 | ()回 |
| 1回の時間※1 | () | () | () | () | () | () | () |
| 施行者※2 | () | () | () | () | () | () | () |

()

| | | | | | | | |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1日行った回数 | ()回 |
| 1回の時間※1 | () | () | () | () | () | () | () |
| 施行者※2 | () | () | () | () | () | () | () |

()

| | | | | | | | |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1日行った回数 | ()回 |
| 1回の時間※1 | () | () | () | () | () | () | () |
| 施行者※2 | () | () | () | () | () | () | () |

| | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 排便回数 | ()回 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|

| | | | | | | | |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 発熱(37度以上) | 無・有()℃ |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|

注)

※1 1回の時間 : 3. 3分以内 5. 5分以内 7. 7分以内 7分を越える場合は()内に数値をご記入下さい。

※2 口腔機能リハビリ施行者: 1. 本人 2. 歯科医師 3. 歯科衛生士 4. 看護師 5. 介護士 6. PT 7. OT
8. ST 9. その他()

口腔機能リハビリ実施状況総括表

口腔機能リハビリ実施日数の総計

訓練項目別、実施状況

呼吸訓練

| | |
|---------|------|
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

頸部リラクゼーション

| | |
|---------|------|
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

口腔周囲筋の運動

口唇の運動

| | |
|---------|------|
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

舌の運動

| | |
|---------|------|
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

顎の運動

| | |
|---------|------|
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

ブローイング

| | |
|---------|------|
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

その他(アイスマッサージなど)

| | |
|---------|------|
| () | () |
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

| | |
|---------|------|
| () | () |
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

| | |
|---------|------|
| () | () |
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

| | |
|---------|------|
| () | () |
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

| | | | | | |
|-----------|--|------------|--|--------------|--|
| 施設 コード | | 対象者 コード | | 対象者 イニシャル | |
|-----------|--|------------|--|--------------|--|

日

訓練施行者別、実施状況

本人

| | |
|---------|------|
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

歯科医師

| | |
|---------|------|
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

歯科衛生士

| | |
|---------|------|
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

看護師

| | |
|---------|------|
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

介護士

| | |
|---------|------|
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

PT

| | |
|---------|------|
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

OT

| | |
|---------|------|
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

ST

| | |
|---------|------|
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

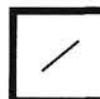
その他

| | |
|---------|------|
| () | () |
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

| | |
|---------|------|
| () | () |
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

| | |
|---------|------|
| () | () |
| 実施日数の総計 | ()回 |
| 実施回数の総計 | ()回 |

発熱(37度以上)日数
検温日数



| | | | | | | |
|-----------|--|--|------------|--|--|--|
| 施設 コード | | | 対象者 コード | | | |
|-----------|--|--|------------|--|--|--|

口腔機能リハビリ後の評価

記入者 _____

(1) 食事時間と内容

食事時間 : 1. 改善された 2. やや改善された 3. 変わらなかった

食事内容 : 1. 改善された 2. やや改善された 3. 変わらなかった

内容 ()

(2) 食事介助

1. 改善された 2. やや改善された 3. 変わらなかった

内容 ()

(3) おしゃべりや笑顔

1. 変化がみられた 2. やや変化がみられた 3. 変わらなかった

内容 ()

(4) 口腔の状態や口臭

1. 改善された 2. やや改善された 3. 変わらなかった

内容 ()

(5) 日常生活上の変化

1. 変化がみられた 2. やや変化がみられた 3. 変わらなかった

内容 ()

(6) その他

[]

◎本人の感想

(1) 食事について

[]

(2) 本事業に参加したことについて

1. 参加しなくてもよかった
2. 参加してよかった

[]

| | | |
|-----------|--|--|
| 施設 コード | | |
|-----------|--|--|

※直診施設にて記入

口腔機能リハビリ実施後の総括表

記入者 _____

1. 食事介助について

①改善されなかった () 名

②改善された () 名



内容

[]

2. 食事内容について

①改善されなかった () 名

②改善された () 名



内容

[]

3. 入所者の日常生活について

①改善されなかった () 名

②改善された () 名



内容

[]

4. 口腔機能リハビリに対する施設の方針について

[]

5. その他

[]

6. 本事業実施についての感想

[]

第5章 「お口の健康体操」および「口腔機能 リハビリ訓練」実施後の評価

実例が示す事実の重さ

自分の口でしっかりと噛むことは、単に栄養摂取のために不可欠だけでなく、自己にたいする尊厳と自立意欲を保持することであり、また高齢者においては口腔を通じた感染から生命を守ることに繋がる。いわば、口腔保健の保持は健康と生活の質の確保にとって不可欠の要件である。「介護予防向上のための口腔機能リハビリ活動に関する調査研究事業」の一環として、平成14年度には、関連施設の協力を得て、介護保険施設利用者の口腔機能リハビリテーションの取り組みを一定期間、継続して行った。

本事業は、高齢者の口腔衛生の向上と全身健康状態の向上により要介護状態への移行防止を図ることを目的として、今後のモデル的な事業としての調査活動として実施したものである。国民健康保険診療施設においては、もとより地域包括医療の実践と地域包括ケアシステムの構築という理念にそって、質の高い医療の供給、地域住民のニーズに応える総合的なサービスの充実につとめてきており、本事業は、そのような住民のQOLの向上をめざす取り組みの一環として国民健康保険歯科診療施設がより幅の広い役割を担う活動の嚆矢となるものと期待される。

事業内容としては、別項にも示すとおり、協力施設の利用者全員について食事前の「お口の健康体操」の実施を行うと同時に、嚥下障害のある数名については「口腔機能リハビリ訓練」をさらに継続して実施し、これらの開始前と実施後の全身状態、口腔状態、諸機能や能力、生活の現状等について実情を把握し、事業の評価をも試みた。口腔機能リハビリ訓練の対象者については、原則として毎日「口腔機能リハビリ訓練の手引き」に沿って、「お口の健康体操」に加えて、4週間にわたり定期的に国保歯科保健センターから歯科医師あるいは歯科衛生士が訪問して個別の口腔機能リハビリテーションや口腔ケアを実施した。また、事業実施前後には、施設スタッフと国保歯科保健センターの歯科医師・歯科衛生士のカンファレンスをふまえて、それぞれの効果についての評価を試みた。事業には、国保歯科保健センターを設置している施設のうち本事業の実施を希望する24施設が、それぞれ介護老人保健施設あるいは介護老人福祉施設の協力を求めて参画した。

「口腔機能リハビリ訓練の手引き」にもとづく事業の対象者の、実施前後の状況を比較すると、「食事介助」については44%に改善が、食事量は64%に増加が、そして味覚異常についても31%に改善が示されている。口腔機能に関連する能力の変化は、「うがい」28%、「舌運動」48%、「頬筋運動」30%、「口輪筋緊張」23%、「咀嚼機能」21%、「嚥下機能」32%に、それぞれ改善が見られている。特に、嚥下障害のレベルについては、「飲み込みにくいと感ずることがある」「食事中にむせることがある」「お茶をのむときにむせることがある」「夜、咳で寝られなかったり目覚めることがある」などの項目について、50%あるいはそれ以上において「改善」がみられたとの回答を得ている。また、その他の「のどがゴロゴロすることがある」「のどに食べ物が残る感じがある」「口から食べ物がこぼれること

がある」「口の中に食べ物が残ることがある」「食物や酸っぱい液が胃からのどに戻る」「胸に食べ物が残ったり、つまったりする感じがある」などの項目についても、40%前後において「改善」がみられたとの回答があった。

このような口腔機能や嚥下障害に関する改善は、痛みにたいする「逃避反応」や「疼痛部位に手をやる」などの運動反応レベルにおける、それぞれ26%、53%の改善として反映し、座位保持時間についても、27%において延長がみられている。

このように、全体としてみると、短期間にせよ口腔機能リハビリテーションを実施した影響は、口腔機能の改善にとどまらずに、生活機能全般の改善、そしてQOLの向上にむすびつき得ることが示されている。そのような影響について、本章では、個別事例および、施設事例として、それぞれ事業の担当者によって報告されたものである。

個別事例においては、「食事時間が早くなった」、「むせることが少なくなった」「食事の姿勢が改善した」などの、食事や嚥下障害レベルの改善や「発熱日数がゼロに」、「長谷川式簡易知能評価スケールが向上」などの全般的な機能の向上効果について、驚き、喜びとともに報告されている。

高齢者が自立した生活をする上では、いうまでもなく、日常生活の中心を占める食事、会話、笑いが自然に出来ることが重要である。口腔機能リハビリの実施は、上に示したように、口腔機能だけでなく日常生活における機能、積極性、コミュニケーション、感情の表出や、生活意欲など、生機能の全般的な改善をもたらしていることが、ここには実例をして記されている。そうして、そのような効果は、何よりも施設側にとっても驚異をもって迎えられており、本事業が施設における口腔領域の取り組みを促進させる上で意味があったことが示されている。

ここに記された多くの報告例が、今後の事業の継続にとって大きな励みとなり、同様の事業を普及、促進させる橋頭堡となるものと確信できる。

施設事例 1

- 対象施設名：介護老人福祉施設「はまなす荘」
- 入所者数：50名
- レクリエーション実施状況：娯楽・文化活動を実施しており、内容は習字・音楽・手芸・舞踊・生け花・料理・園芸・ドライブなどである。
- 要介護度：入所者50名の内訳は、
 - 要支援 1名
 - 要介護1は 2名
 - 要介護2は 8名
 - 要介護3は 9名
 - 要介護4は12名
 - 要介護5は18名
- 日常生活自立度：痴呆レベルは
 - 正常 — 4名 I — 3名
 - Ⅱ a—1名 Ⅱ b—11名
 - Ⅲ a—14名 Ⅲ b—1名
 - Ⅳ —15名 M —1名
- 口腔ケアの状況：口腔状態は自歯の無い人が37名、ある人が13名。義歯使用者は29名。入所者全員に対して、起床時と毎食後に実施している。要介助の人に対してだけでなく、自立またはほぼ自立の人に対しても、見守りや観察を行い、口腔ケアに力を入れている。訪問口腔ケアは年2回歯科保健センターの看護師によって実施。

—口腔機能リハビリ前の 摂食嚥下障害アセスメント等—

- ・利用者の摂食・嚥下障害の状況は、食事介助が必要な人は、一部介助が21名、全介助が10名、胃瘻造設者が1名、自立またはほぼ自立が18名。
- ・摂食・嚥下障害問診の判定結果は、1が24名、2が22名、3が4名。
- ・嚥下障害得点は、0点が4名、1～5点が24名、6～10点が11名、11～15点が6名、19点が1名、20点が1名。
- ・摂食・嚥下リハビリ状況は、「嚥下体操」として、毎日の



写真1

昼食前に、食堂において、担当介護士より集団指導が行われている。

—口腔機能リハビリの実施状況—

- ・実施頻度は、2003年1月22日から2月16日までの4週間、日に2回程度で合計56回（平均）実施した。一回の時間は、項目の数や一項目での回数などを考え、本人が負担を感じないように短く時間を設定した。しかし、日にちが経つにつれ、好きな項目、苦手な項目ができた。苦手なものはそのままの時間で、好きなものの時間は少し延ばしながら実施した。
- ・実施担当者は、歯科保健センターの看護師が週2回訪問により実施し、その他の日は施設内の主任看護師・主任介護士・副主任介護士の3人が中心となって実施した。
- ・実施方法は、毎日の昼食前は介護士が入所者全員を対象とした集団に実施。2次選考の対象者5名に対しては、他の入所者から見える施設の中央に位置する食堂や休憩場所で実施し、個別に介助の必要な時はその都度対応した。



写真2

—口腔機能リハビリ実施後の再評価—

- ・食事介助については、改善されたが0名。これは対象者5名がリハビリ開始前から自立又はほぼ自立の方々で特に変化がなかったためである。
- ・食事内容については、改善されたが0名。これは開口状態がよくなったり、嚥下障害の改善が見られた人もいたが、4週間という短い期間では、内容変更までは至らず、今後の経過を見ながら考慮していくことになった。
- ・利用者の日常生活については、改善されたが2名で、一人は身体面での改善で「便秘の緩和」であった。もう一人は、精神面での改善で「意欲」が見られた。
- ・今回の事業において、対象者の一人が「看護師に優しくなった」「他の入所者との対人関係が良くなった」などの変化がみられたということだったが、少数意見のため改善されたと判断してよいか迷い、改善されなかったにした。
- ・今後の口腔機能リハビリの取り組みについては、今回の事業対象者に対する継続と、今回の事業では、2次選考



写真3

の条件に合わず参加できなかった、他の嚥下障害のある人にも是非取り組んでいきたい。

- ・カンファレンスでの評価は、施設の中心である食堂や休憩場所での実施は、対象者だけではなく、他の入所者に対しても大きな刺激となった。施設内職員が行うだけではなく歯科保健センターの看護師が訪問し、人や雰囲気が変わることで「やらなければ…」という意識を持たせたのではないかと。実際、他の入所者で意欲的に参加する人もいた。
- ・歯科保健センターが年2回、口腔ケア指導に入ったとき、施設内職員の「口腔ケア」に対する意識が変わったと思っている。今回も「口腔機能リハビリ」ということで、普段やっていることだけではなく、違うやり方があることが勉強できて良かった。また、入所者だけではなく、施設内職員の意識も高まった。

—まとめ—

今回協力してくれたこの施設では、歯科保健センターから、口腔指導に入ったことで、職員の意識を変えたという。現在、口臭がひどい状態の人や、口腔衛生が保たれていな

い人はほとんどいない。しかし、歯科保健センターが口腔ケア指導をする以前から、「口腔機能リハビリ」を「嚥下体操」として定着させている。

今回の事業は、毎日の実践と記録など、施設内の多忙な日常業務のうえに負担をかけてしまうことが気がかりだったが、快く「自分たちの勉強の機会」として引き受けられた。日常的に実施していた「嚥下体操」を少人数で、歯科保健センターの看護師の訪問で指導という形に変えて行うことで、入所者が刺激され意欲的になる様子から、今後は歯科保健センターとの連携を密にした口腔機能リハビリを展開するための計画をたてているとのことだった。

「施設」というテリトリーの中に、なかなか入り込めないという考えから、年2回の口腔ケア指導での介入しかなかった。施設・在宅に関わらず、「深浦町の高齢者」であることには変わらないのだから、今後も歯科保健センターとして協力して活動できることを、進めていきたい。また、町内の他の老人保健施設に対しても「いいこと」はすすめ、指導していきたいと思う。

(青森県深浦町歯科保健センター・看護師・向井久美)

施設事例 2

○対象施設名：「特別養護老人ホームいこいの里」（グループケアユニット型入居施設）

○施設概況：長期入居者30名 短期入居者10名 平均介護度3.5度。入居者は個室に入居、10部屋が1ユニットを構成し、3ユニット30名が入居している。各ユニットに担当職員6名が配置され、介護に当たっている。

嘱託医が1週間に1度訪問し、健康状態を管理しているほか、協力歯科医が週に1度訪問し、診療や口腔ケアを行っている。ショートステイユニットもあり10名収容可能であるほか、デイサービスセンターが併設され、自由に往来できる配置となっている。

レクリエーションは敬老の日、季節の節句など、季節行事が、年10回程度行われている。リハビリや運動を主目的としたレクリエーションは実施されていない。

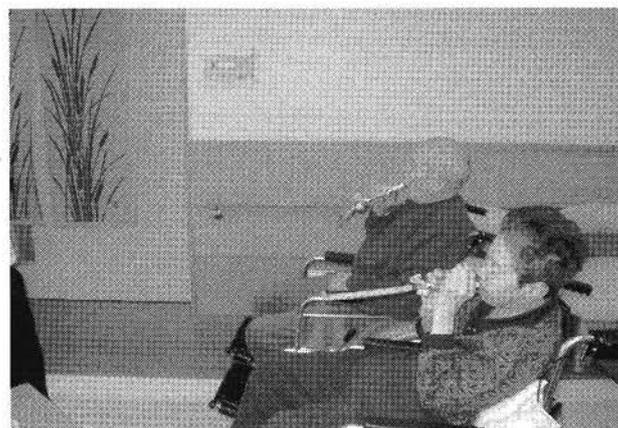
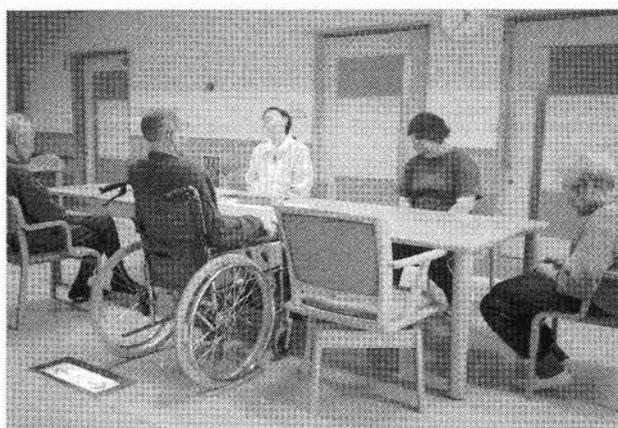
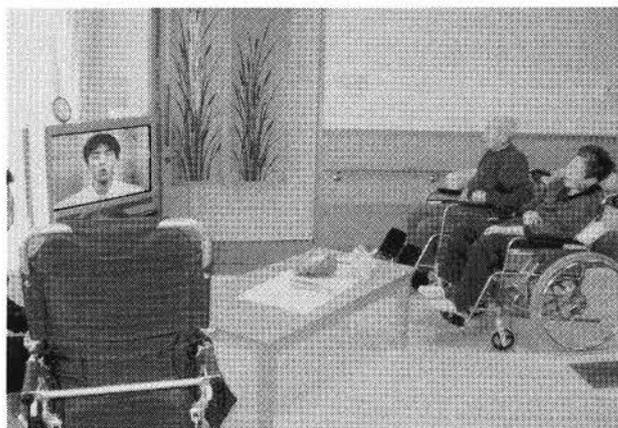


(ユニットや居室の様子)

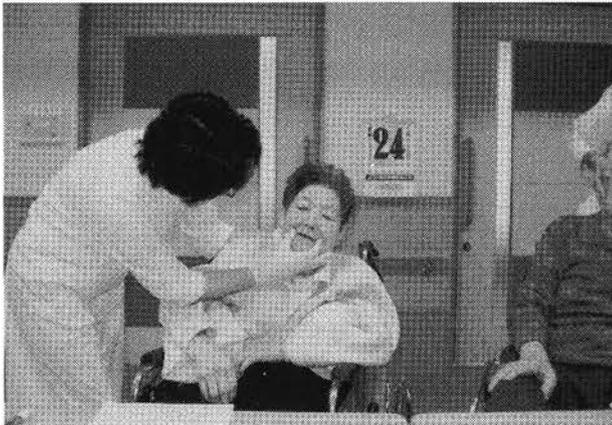
○入居者の状況：食事に介助を要する入居者は10名（全介助5名）で、嚥下に関して何らかの障害が疑われる入居者は20名であった。

口腔清掃に関しては食事の後に歯磨き及び義歯洗浄を実施している。自己で行えない入居者には職員が介助に当たっている。

—口腔機能リハビリの実施状況（全体）—
食事の前に各ユニットで、ワーカーを中心にビデオを見



(リハビリ体操の様子。)



(歯科保健センター職員による個別リハビリ)

ながら毎日リハビリ体操を行った。

—口腔機能リハビリ実施後の評価—

食事の内容や介助について目立って変化のある入居者は1名だけであったが、リハビリ体操は現在も継続して行われている。現在体操に音楽を合わせることを計画している。

—まとめ（カンファレンスの内容等）—

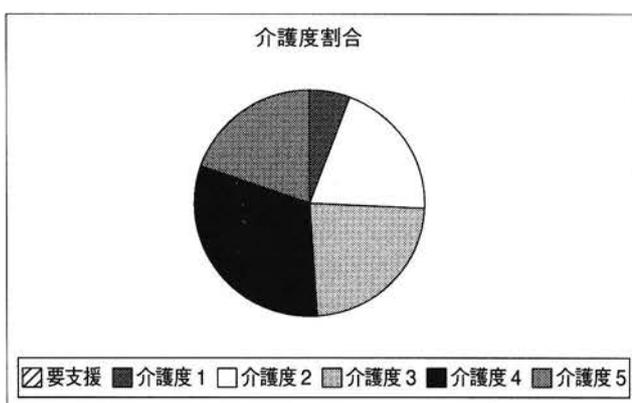
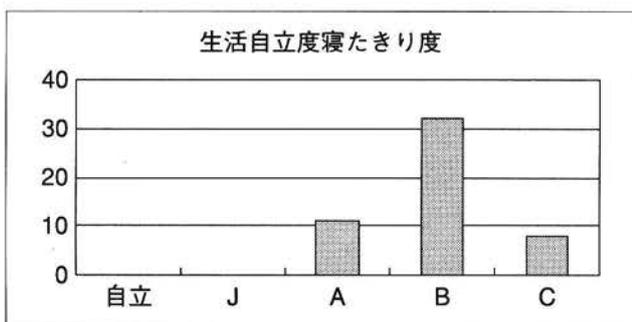
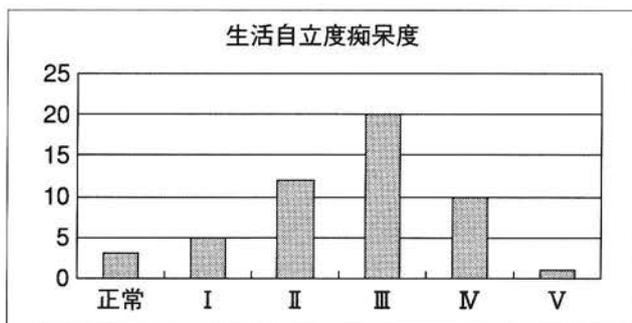
- ・資料を見てもリハビリ後に改善した例があると介護の励みになる。
- ・意思表示ができなかった入居者がリハビリ後に、自分から訴えられた時や、食事全介助の方が、自力摂取された時には感動しました。
- ・今後も継続していきたいと思うが、カセットテープなどで、手順が説明されるようなものがあれば、職員もやりやすいと思う。

(特別養護老人ホーム・いこいの里・看護主任・吉田順子)

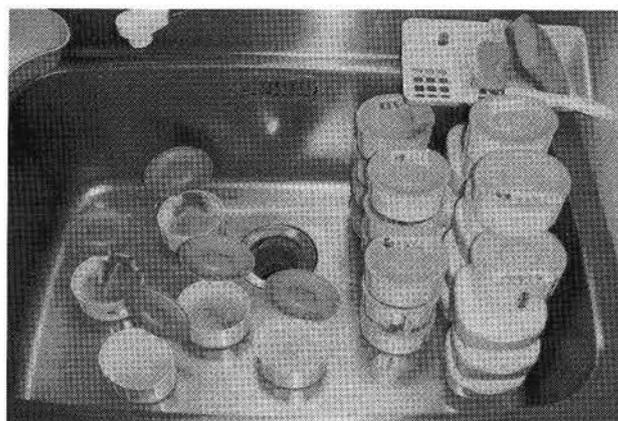
(脇野沢歯科保健センター・センター長・古枝和也)

施設事例 3

- 対象施設名：特別養護老人ホーム羽衣荘
- 入所者数：60名
- レクリエーション実施状況：書道クラブ、手芸クラブ：療育音楽、フラワーアレンジメント、外食日、誕生会、ドライブ、お花見など季節によつての行事、
- 日常生活自立度（痴呆度）、生活自立度（寝たきり度）と介護度の割合：

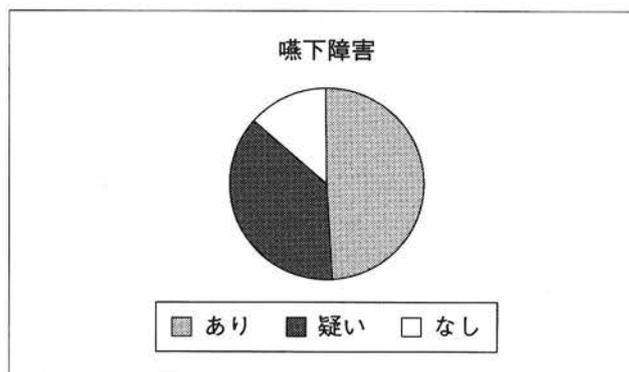
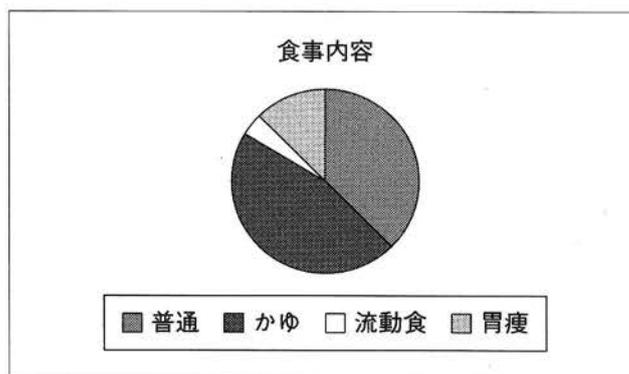


- 口腔ケアの状況：毎食後介護福祉士や看護師によって行われている。対象者は介助の必要な者、経管栄養の者、口腔清掃不良な者である。歯科医師や歯科衛生士の口腔清拭は週2回夕食後に行われている。また、義歯の清掃消毒は夕食後に介護福祉士によって行われていた。



—口腔機能リハビリ前の 摂食嚥下障害アセスメント等—

- ・食事内容と嚥下障害については、食事介助について一部介助5名、全介助6名、食事内容ではかゆ食が多く、嚥下に異常ない者が少なかった。

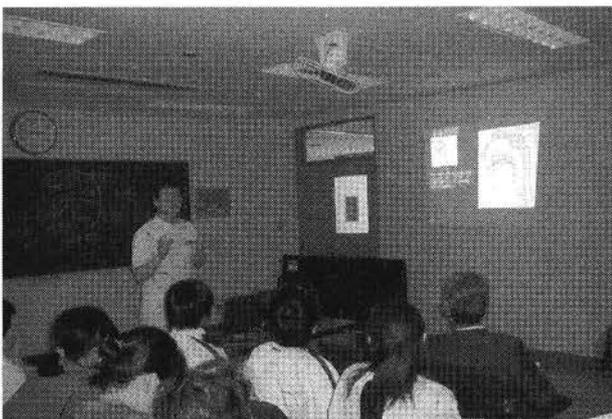


・摂食嚥下リハビリテーションについては実施しており、実施者は介護福祉士、歯科医師、歯科衛生士である。施設全体の嚥下体操と一部個人的口腔リハビリが実施されていた。

—口腔機能リハビリの実施状況—

口腔機能リハビリについての過去の経過を紹介する。

- H 4 特養ホーム開設とともに医科歯科診療所と廊下でつながる。
歯科診療サービスの提供。
- H 9 特養ホーム監査指導で施設内の臭いの指摘される。
施設入所者の口腔清掃開始。
- H12 特養ホーム職員との「口腔ケア」についての勉強会開催。



以後年に1～2回勉強会開催。

- H13 数人の入所者・ディサービス利用者に口腔リハビリ開始。
- H14 特養ホーム・ディサービスでの嚥下体操実施。
国診協「口腔機能リハビリ活動に関する調査」事業実施。

施設全体での嚥下体操は行われていたので継続し、5人の対象者は歯科医師、歯科衛生士が昼食前を目標に2003年1月20日から2月14日までの4週間、口腔機能リハビリを実施した。

—口腔機能リハビリ実施後の再評価—

- ・食事介助についての改善変化はなかった。
- ・食事内容については、口腔機能リハビリを実施した5人のうち1人が本人の希望により粥食から普通食になった。

—まとめ—

口腔機能リハビリは重要だと思うが施設職員が行うのは難しそう。嚥下体操はもっと施設職員が積極的に介助を行うようにしていかなければならないと思う。「まきどり」を吹く練習は口腔機能リハビリ対象者にも楽しみながら行うことができたし、対象以外でも興味を持つ人が多かった。今後も続けていきたい。嚥下体操はしだいに定着してきているので今後は施設職員の意識向上を図りたい。

(衣川歯科診療所・所長・佐々木勝忠)

施設事例 4

- 対象施設名：介護老人保健施設「みすず苑」
- 入所者数：40名
- レクリエーション実施状況：誕生日会・運動会・盆踊り大会・クリスマス会
マジックショー・ゲーム・コーラス・フラダンスなど季節にちなんだ催し物やスポーツを取り入れて実施している
- 日常生活自立度（痴呆度）：正常 — 6人 I — 2人
II a—6人 II b—15人
III a—5人 III b—5人
IV — 1人 M — 0人
- 日常生活自立度（寝たきりレベル）：
自立—0人
J 1—2人 J 2—0人
A 1—3人 A 2—10人
B 1—8人 B 2—10人
C 1—4人 C 2—3人
- 要介護度：要支援 — 0人
要介護度 1—6人
要介護度 2—8人
要介護度 3—4人
要介護度 4—12人
要介護度 5—10人
- 口腔ケアの状況：毎食後の一日3回口腔ケアを実施している、担当は介護福祉、看護師があたっているが、歯科衛生士による定期的な訪問口腔ケアは実施していない。

—口腔機能リハビリ前の

摂食嚥下障害アセスメント等—

- ・利用者の摂食・嚥下障害の状況：食事介助 一部介助—2人 全介助—3人 嚥下障害のある者—9人（経鼻栄養1人 胃瘻1人）
- ・摂食・嚥下障害問診票の結果：嚥下障害あり—8人 嚥下障害の疑い—20人 嚥下障害なし—12人
問診票による結果、施設が事前に把握していた以上に嚥下障害の疑いがある利用者があることがわかった。
- ・摂食・嚥下リハビリの状況：本事業の実施前は摂食・嚥下リハビリテーションは実施していなかった。

—口腔機能リハビリの実施状況—

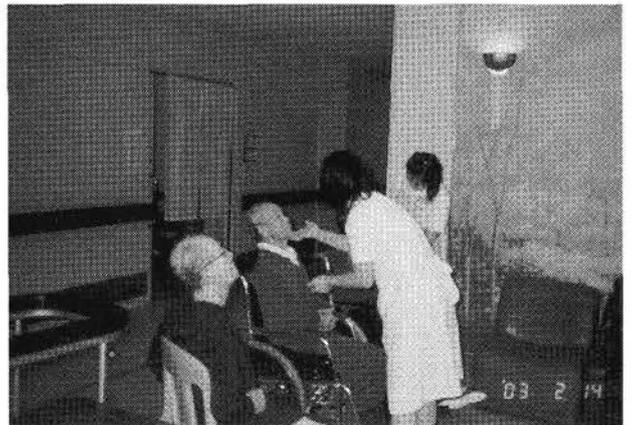
事前のカンファレンスの結果2003年1月20日から2月14日までの4週間を本モデル事業の実施時期とした、事前に歯科医師より施設職員に対し摂食・嚥下障害についての学習会を開催した。口腔機能リハビリは毎日昼食前に「お口の体操」のビデオを映しながら、理学療法士の指導のもと利用者全員に取り組んでもらった。また夕食前には5人を対象に個別の口腔機能リハビリを行ったが、その際興味を示した方はその都度同様の口腔機能リハビリを行った。



事前学習会の様子



理学療法士による集団指導



歯科衛生士による個別指導

—口腔機能リハビリ実施後の再評価—

- ・食事介助について：変化なし—39人 改善された—1人
- ・食事内容について：変化なし—39人 改善された—1人
- ・利用者の日常生活について：変化なし—39人 改善された—1人

今回の4週間での口腔機能リハビリでは明らかな改善はなかったが、個別にリハビリをした対象者の1人は食事や日常生活での改善が見られた、集団での指導では限界があると同時に、長期間のリハビリが必要と思われた。

・カンファレンスでの評価

1. 口腔機能リハビリの取り組みは初めての試みであったので、職員の口腔機能に関する意識付けとなった
2. 利用者に対し口腔機能リハビリの必要性を専門職から説明して欲しいとの要望があり、その後歯科医師が利用者に対し講話を実施した。
3. 他のリハビリに比べ舌を出すなど抵抗があった。
4. 個別的な対応がより効果があると思われた。
5. 効果がなかなか見られなかった。
6. 利用者の家族には「こんな体操もやってくれているんだ」というアピールができた。

—今後の口腔機能リハビリの取り組みについて—

現在実施している「みすず苑体操」の中に今回の事業で行った「お口の体操」を取り入れて実施していく予定である。

—まとめ—

今回、口腔機能リハビリを実施したが、受入れてくれた介護老人保健施設では今までこうしたリハビリを行っていなかったため、はじめは職員の間でも戸惑いがあった。しかしかえって職員への摂食・嚥下障害に対する関心が高まり意識付けができたようにも思われる。

実際のリハビリでは、1ヶ月という短い期間のため目に見える効果はあまりなかったが、効果のあった事例もあり、特に個別的なリハビリが効果的であるということが分かった。

口腔機能リハビリというのはまだまだ一般的なリハビリとしては考えられていなく今後多くの施設・在宅で実施されるようになるために、今回のモデル事業は大いに役立つと思われる。

(佐久市立国保浅間総合病院歯科保健センター・

所長・奥山秀樹)

施設事例 5

○対象施設名：和良村介護老人保健施設

○入所者：21名

レクリエーション実施状況

毎月：誕生会

季節にちなんだ催し物：花見、母の日、父の日、七夕祭り、夏祭り、敬老会、運動会、クリスマス会、新年お茶会、ひな祭り、バレンタインデー

毎週：喫茶、散歩

毎日：コーラス、体操、ゲーム

○介護判定：要介護 1—0名

2—1名

3—4名

4—6名

5—10名

○日常生活自立度：レベル J 1—0名 J 2—0名

A 1—0名 A 2—3名

B 1—4名 B 2—10名

C 1—1名 C 2—3名

○日常生活痴呆判定：正常 1名 I —5名

Ⅱ a—2名 Ⅱ b—7名

Ⅲ a—2名 Ⅲ b—0名

Ⅳ —3名 M —1名

○口腔ケアについて

- ・毎食後全員含嗽を施行。自分でできる人は自分で行っていただき、介助の必要な方は介護・看護職が施行している。
- ・夕食後は義歯をはずし自分でできる人は居室で行っている。
- ・義歯用洗浄剤については、痴呆を有する人がいるためステーションで夜間保管している。
- ・義歯が合わないなどについてはその都度歯科へ依頼対応している。
- ・定期的な口腔状況のチェック等については専門職の対応は行っていない。

—口腔機能リハビリの実施状況—

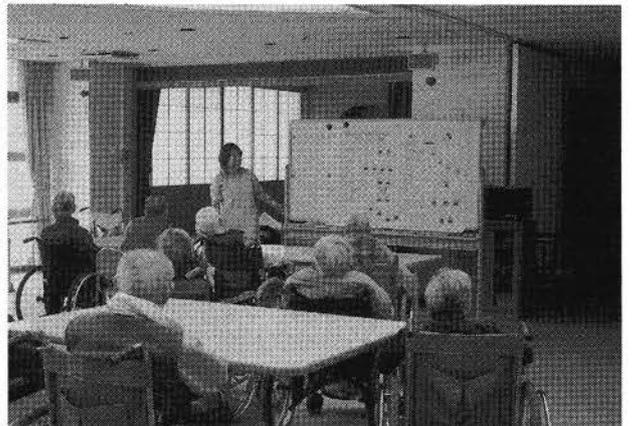
- ・2003年1月20日より2月16日までの4週間、月曜日から金曜日の毎日昼食前に入所者及び通所者に対して、「お口の体操ビデオ」を見せながらの自主トレと、午後に施設職員による、「お口のリハビリ体操」の集団指導。
- ・土・日は、入所者に対して昼食前に「お口の体操ビデオ」を見せながらの自主トレ。
- ・その他、事例対象の3名については、施設職員がブローイング等を随時実施。



カンファレンス



打ち合わせ



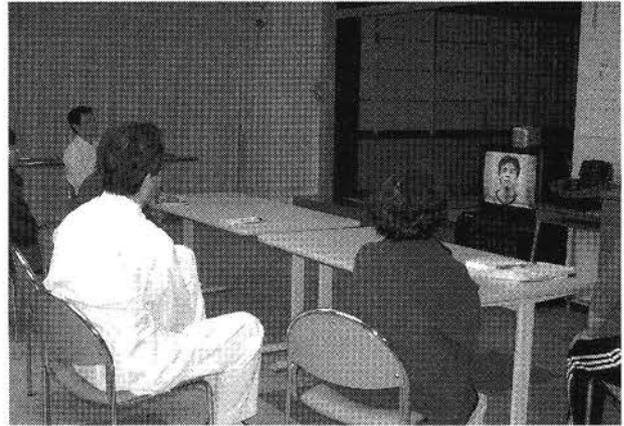
集団指導



集団訓練



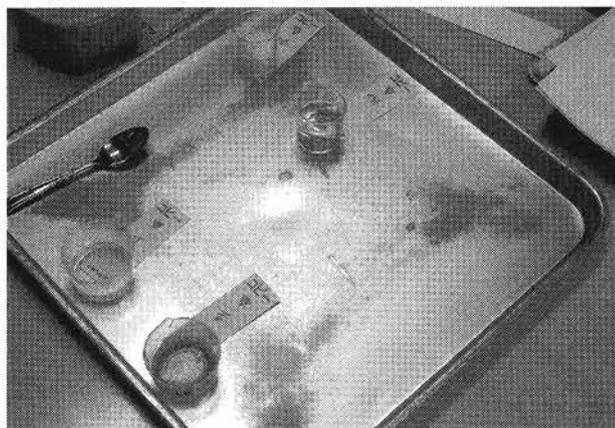
フェイススケールテスト



職員に対するビデオ研修



職員によるまきどり訓練



味覚テスト用材料

—まとめ—

- ・今回、口腔機能リハビリを実施した結果、対象者全員に顕著な改善が得られたので、大変有意義な事業であった。
- ・当初は、実施期間が1ヶ月しかなかったので、効果を期待していなかったのだが、3日目ぐらいからみるみる効果があらわれたので、驚きと共に喜びを感じている。
- ・食事にも大きな改善がみられ、日常生活においても、会話の増加や座位時間の増加等がみられた。
- ・口腔機能リハビリの中では、「まきどり」が入所者にも職員にも評判が良かった。楽しく簡単に取り入れることが出来、かつ結果が本人にもリハビリ指導者にもわかりやすいのが良かった。
- ・マナーリしがちの毎日の中で、歯科スタッフが訪問してくれるのが刺激にもなり、1対1でのリハビリ効果を生み出した様な気がする。
- ・職員はもとより老健・病院医師にも、口腔機能リハビリの重要性が認識され、今後のニーズに対応出来るように、歯科との連携を密にしていきたい。
- ・今後は、リハビリのプログラムをもう一度見直し、本施設独自のプログラムを作成する予定である。

(和良村介護老人保健施設・看護師・池場妙子)

(和良村国保歯科総合センター・歯科衛生士・古田 泉)

施設事例 6

- 対象施設名：(福) 甲賀会 甲賀荘 (介護老人福祉施設)
- 入所者数：50名 [ショート10名]
- レクリエーション実施状況：娯楽 (ビデオ鑑賞 温泉旅行 外食 ショッピング等)
スポーツ (風船バレー 秋の運動会 ボーリング リズム体操等)
文化活動 (手芸 園芸 書道 音楽会参加等)
- 介護判定：要介護 1—5名
2—10名
3—7名
4—15名
5—13名
- 日常生活自立度：レベル J 1—0名 J 2—3名
A 1—8名 A 2—10名
B 1—9名 B 2—9名
C 1—2名 C 2—9名
- 日常生活痴呆判定：正常 —0名 I —4名
II a—2名 II b—12名
III a—13名 III b—3名
IV —16名 M —0名

○口腔ケアについて

自分で歯や義歯の清掃や管理が出来る場合日々の清掃は本人の意志に任せている。要介護者へは夕食後ケアを行っている。介護福祉士や看護師が交代し入所者一人ひとりにあった清掃方法でケアにあたっている。義歯の化学的洗浄(義歯用洗浄剤による)は夕食後行われ、痴呆を有する者が多いため夜間は介護士が義歯を保管している。入所者全てに対し看護師や介護福祉士が定期的にフォローしている。

歯科衛生士が月1~2回訪問している。新規入所時に口腔内審査と清掃法の確認および指導を行う程度で毎回全員に対しての口腔ケアは行えていない。

—口腔機能リハビリ前の 摂食嚥下障害アセスメント—

- ・利用者の摂食嚥下障害の状況については、入所者50名の食事介助 自立26名、一部介助14名、全介助5名
(経管栄養内わけ 経鼻栄養2名、胃瘻3名)
- ・摂食・嚥下障害問診の結果については、

| | | |
|--------|----------|--------|
| 嚥下障害得点 | 5点以上—なし | 4点—6名 |
| | 3点—4名 | 2点—7名 |
| | 1点—12名 | 0点—11名 |
| | 判定不能—10名 | |

傾向として、飲み込みにくいと感ずることは少ないが、むせることがあると答える者が多いようにみうけられた。痴呆を有する者が多いため、介護者の判断と本人の意見とでくい違う項目が多くでた。

- ・摂食嚥下リハビリの状況については、食事介助や食形態

の工夫、改善は以前より行われていた。摂食嚥下リハビリとしての体操は約1ヶ月前に介護士の研修で習得してはいるが実際には行えていなかった。

—口腔機能リハビリの実施状況—

2003年1月20日より毎日昼食前の約15分間「お口の体操」のビデオを見ながら呼吸法からリラクゼーションまでの体操を行う。開始当初ビデオを見ながらであったが、介護士が流れを覚え全員の前でデモをしながら体操を行った。

毎日ではないが、朝・昼食後自由の時間に皆がそろそろ団らんの中で体を動かすレクリエーションの一つとして皆で頸部・舌・口唇等の体操をした。介護福祉士が手本となって進められた。



—口腔機能リハビリ後の再評価—

- ・食事介助・食事内容については、リハビリ期間が短く、リハビリ前後での変化はなかった。しかし近い将来変更が可能となる者が2～3ケースあるとの事だ。
- ・利用者の日常生活については、日ごろ何に対しても受け身で遠慮がちであった人が、積極的に行動し意欲的になった。
- ・一人で自由時間を過ごし居室に閉じこもりがちであった人が集団の中に居て、会話を楽しみ笑顔がよく見られるようになった。
- ・明るくなった人が多い。
- ・今後の口腔機能リハビリの取り組みについては、昼食前リハビリが定着したのでこのまま継続予定
- ・カンファレンスでの評価については、リハビリ等といった体操を個別で行っても中断しがちで長続きしない事が多い。しかし集団で行うことにより周りとの協調が得られ習慣化されやすい。体操する事が当たり前のようになり、受け入れてもらいやすかった。
- ・摂食嚥下機能の回復を目的とした体操をレクリエーションとして取り入れる事で、日常生活の改善、意欲の向上など摂食嚥下機能以外に良い影響を与えることが分かった。

—まとめ—

口腔機能リハビリ実施にあたり、施設職員に負担がかかると思っていた。しかし実際にリハビリを行っていくと嚥下障害の改善がみられるなど、お口の体操が入所者だけでなく施設職員に好評であり事業がスムーズに進んだ。

摂食嚥下障害が口腔機能リハビリで改善されるであろうという予測は立てていたが、生活面において意欲的になり、笑顔がふえるといった精神面での改善がこのように著しく表れるとは思っていなかった。お口の体操が楽しく簡単なので毎日続けられ、集団で行うことが施設職員にも入所者にも受け入れてもらい易かったのであろう。

リハビリは毎日行えたが口腔ケアが不十分であったので、今後簡単に口腔内の細菌数を減らせるよう効果的なケアを考え指導していく必要があると感じた。

今回はモデル事業という短期間での調査なので摂食嚥下リハビリの効果が摂食嚥下障害の改善に直接つながっていないが、1年後もしくは2年後には明らかな変化が出てくることは間違いなく他の施設においても「お口の体操」を実践されることを期待する。

今回の事業に協力いただいた介護老人福祉施設が口腔ケアや摂食嚥下リハビリに積極的で理解のある方々だったので、非常に感謝している。

公立甲賀病院歯科保健センター・
歯科衛生士主任・玉井文子

施設事例 7

- 対象施設名：特別養護老人ホーム 宝塚シニアコミュニティ
- 入所者数：90名
- レクレーション実施状況：音楽療法、書道・体操・ちぎり絵教室、ボール投げ、バレー、輪投げ
- 要介護度・日常生活自立度：要介護度、日常生活自立度ともさまざま、要介護3が多い。
- 口腔ケアの実施状況：利用者全員を対象とし、個別の状況に合わせて、歯科保健センター歯科衛生士が口腔ケアプランを立て、訪問による口腔ケアと施設職員によるケアを行っている。

—口腔機能リハビリ前の 摂食嚥下障害アセスメント等—

- ・利用者の摂食・嚥下障害の状況については、食事の一部介助、全介助合わせて28名。高度な摂食嚥下障害の方はなし。
- ・摂食・嚥下障害問診の結果については、嚥下に障害がある方は8名。経口栄養の方はなし。
- ・摂食・嚥下リハビリの状況については、施設職員によるレクレーションを取り入れた頸・肩などの体操、童謡・演歌などの音楽教室。
歯科衛生士の訪問時にお食事前（昼食前）の口腔機能リハビリ体操。
1年に1回「口から始まる健康づくり教室」を実施。

—口腔機能リハビリの実施状況—

夕食前に、レクレーション担当の職員による歌に合わせた体操を行った。

5人の対象者には、個別に《楽しくおいしく食べるための準備体操》のパネルを渡して、自主トレを行ってもらった。また、吹き戻しをできるだけ毎日吹いてもらうようにした。

週に2回、歯科衛生士の訪問時に集団指導と個別指導を同時に行った。



—口腔機能リハビリ実施後の再評価—

- ・食事介助については、特に目立った変化なし。
- ・食事内容については、特に目立った変化なし。
- ・利用者の日常生活については、以前より、食事が飲み込みやすくなった利用者が約1割いた。表情が明るくなった方が約1割いた。
- ・今後の口腔機能リハビリの取り組みについては、できるだけ施設で集団での体操を実施し、習慣化してもらう。
- ・カンファレンスでの評価については、施設職員の意見として、なかなか自分たちでは実施できないことであったので、きっかけをつくってもらえるようになってよかった。また、口腔リハビリ体操の大切さを知ることができたという感想が出た。

—まとめ—

介護老人福祉施設利用者に対し、口腔機能リハビリを実施したところ、短い期間ではあったが改善された事例もあった。今回提示した事例はその一つである。

生活全般では、笑顔が多くなり、顔の表情が豊かになった。また食事量にも変化はないが、食事時間が短縮され、以前に比べ飲み込みがよくなった。

短期間での今回の事業の成果は、私たち歯科衛生士にとっても、今後の口腔ケア・口腔機能リハビリにおいて大きな励みとなった。

また施設においても、今回の事業がきっかけとなり、今後も取り組んでいく方向で話し合いを行っているところである。

今後、口腔機能リハビリの重要性が多く医療・福祉・介護関係者に理解され多くの摂食嚥下障害を有する方の改善が得られれば幸いである。

(宝塚市国保診療所・所長・駒井 正)

《楽しくおいしく食べるための準備体操です。》

深呼吸

ゆったりと腰かけて深呼吸をしましょう。鼻から息を吸い込みます。そのときに、おなかに手をあてておき、お腹が膨らむようにします。



吐くときは、口をつぼめて（口すぼめ呼吸）おなかがへこむようにします。ゆっくり3回繰り返します。



深呼吸を繰り返しながら、ゆっくりと首の運動をします。

首の体操



前後に倒す



左右に傾ける



左右横に



大きく回す

肩を上下に動かす運動をします。両肩をすぼめるようにしてから、すっと力を抜きます。

肩の運動



唇の体操



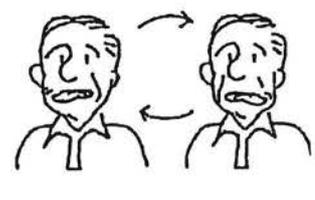
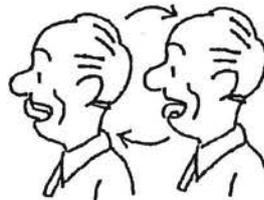
唇を横に引く（イーというときの口の形）、唇をとがらす（ウーというときの口の形）を10回繰り返します。

口を大きく開いて舌を出したり引っ込めたりします。（2~3回）

舌の体操その1



舌で上下の唇をさわります。舌で左右の口角をさわります。



この体操をすることで

1. つばがよくでる
2. 舌がなめらかに動く
3. ゴククンと飲み込みやすくなる
4. お顔の表情も生き生きする

ようになります。

深呼吸

最後にもう一度深呼吸をします。



施設事例 8

○対象施設名：特別養護老人ホーム・やまゆり

○入所者数：31名

○レクリエーション実施状況

娯楽：神楽や音楽鑑賞

文化活動：法話、書道、手芸、お経（毎日）

その他：家族会、誕生日会、保育園や小、中、高校との交流会など。

○口腔ケアの状況

毎食後、自分で口腔ケアをできない人については、介護士がそれぞれ義歯の清掃、うがいをおこなっている。自分でできる人については、それぞれのやり方で行なってもらっている。

—口腔機能リハビリ前の

摂食・嚥下障害アセスメントなど—

- ・利用者の摂食・嚥下障害の状況：食事の一部介助3名、全介助4名。
- ・摂食・嚥下障害問診の結果：嚥下障害のある人が17名、疑いのある人が10名
- ・摂食嚥下リハビリの状況：個人的には、3名に対し月2回の衛生士訪問時に口腔ケアとあわせておこなっている。全体としては、介護士が、昼食前に集合して上半身の体操（深呼吸、頸部リラクゼーション）、発音訓練などを毎日おこなっている。

—口腔機能リハビリの実施状況—

調査期間中は、全体としては、介護士が、毎日昼食前に集合して、全員がお経を聞いた後、口腔機能リハビリ体操のビデオを見ながら体操をおこない（ある程度自主性にまかせて）、引き続き今までもおこなっていた上半身の体操（深呼吸、頸部リラクゼーション）発音訓練などをおこなった。

—口腔機能リハビリ実施後の再評価—

- ・食事介助については、特に変化のない人の方が割合としては多かったが、改善された人に関しては、食欲が出た、食事が早くできるようになった、口がよく動き、飲み込みやすくなったようだなどの意見が聞かれた。
- ・食事内容については、全体として内容については変化はなかったようだが、残飯量が減少したという意見（栄養士）が聞かれた。
- ・利用者の日常生活については、昼食前の体操が習慣となって、少しずつ体操についていくようになった。以前より話をするようになった。発熱のある人が減り、今年の冬は、風邪やインフルエンザの流行もなかった。又、対象者5名のうち2名の体重が増加した。
- ・今後の口腔機能リハビリへの取り組みについては、これからも引き続き、昼食時の体操をつづけていきたい。口

腔ケアに関して、対応の困難な人については、専門家にチェックしてもらいたいが、可能な限り、施設の中で対応していこうと思う。

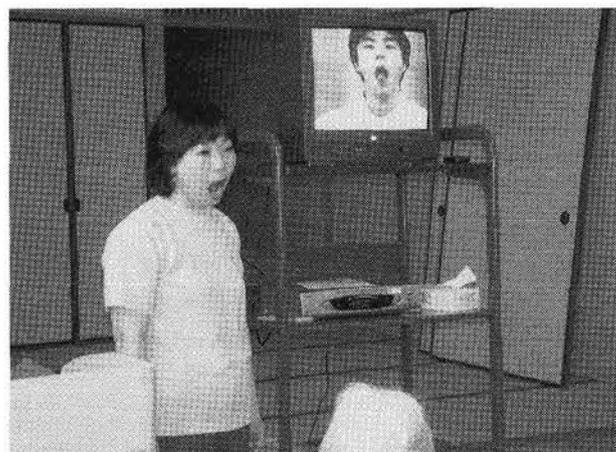
- ・カンファレンスでの評価は、口腔機能リハビリについて、専門家が毎日継続して訪問することにより施設利用者や介護士などスタッフの意識が高まった。アンケートや調査の内容がわかりにくいものが多かった。ビデオの内容について、目の見えにくい人や耳の遠い人などへの配慮がもう少しあったほうがよかった。以上のような意見がだされた。

—まとめ—

歯科保健センターが今回の事業を短期間ではあったが集中して毎日おこなったことで、施設では今後も、口腔ケア、口腔機能リハビリに対応していきたいという施設関係者、スタッフの意識向上がみられたことが大きな成果であったと思われる。



（昼食前のリハビリ体操の様子）



（ビデオの前で介護士が一緒に行う）

（芸北町歯科保健センター・歯科医師・木村菜穂子）

施設事例 9

○対象施設名：介護老人保健施設「わたつみ苑」

○入所者数：入所者定員：80名（調査時72名）

○要介護度分布：

要介護1：21名（29.2%）

要介護2：14名（19.4%）

要介護3：13名（18.1%）

要介護4：14名（19.4%）

要介護5：10名（13.9%）

介護老人保健施設「わたつみ苑」は平成8年に三豊総合病院に併設された。開設当初より当院からの訪問歯科診療を実施していたが、入所者の口腔ケアについては十分な対応ができていなかった。そこで、「わたつみ苑」では歯科衛生士の資格をもった介護士が配属され、他の施設職員と協力しながら口腔ケアマニュアルの作成、口腔ケアに関する研修会を実施するなど、徐々に職員の口腔ケアに対する意識が向上しているところであった。嚥下障害のある入所者への対応については、当院リハビリ医が定期的に訪問し問題のあるケースについてはVFを撮影するなど、個別の対応はしていたが、施設全体での取り組みについては不十分であった。

—口腔機能リハビリ前の

摂食・嚥下アセスメント等—

- ・入所者の食事の状況については、食事介助は、一部介助：7名、全介助：16名、また、全介助のうち経鼻栄養：2名、胃瘻造設7名で、かなりの介護負担が大きい状況である。
- ・入所者の摂食・嚥下障害の状況については、摂食・嚥下障害問診の結果、摂食・嚥下障害がある者が19名、疑いがある者が27名と摂食・嚥下に問題を抱える入所者が多く、対応の必要性が明らかになった。
- ・摂食・嚥下リハビリの状況については、レクリエーションの一部として、OT、PTが集団で頸部リラクゼーションを実施しているが、その他については実施されていなかった。

—口腔機能リハビリ実施状況—

昼食前に施設職員（介護士または看護師）が食堂にて入所者の前で嚥下体操を実施。最初はビデオを流しながら行っていたが、画面が小さく入所者が見えないことから、担当者が実演することにした。また、嚥下体操の開始前には合図として音楽をならすようにした。5名の対象者については個別に夕食前、看護・介護職員、PT・OT、歯科衛生士が曜日を分けて実施するようにした。また、食事介助方法について検討するため当院STに観察してもらい、食事後に職員を集めて食事介助についてのアドバイスを行った（写真）。



写真1 「食事介助の観察」



写真2 「STから職員へのアドバイス」

—口腔リハビリ実施後の再評価—

選ばれた5ケースについて再評価の結果、食事に関しては自助具や食器を工夫することにより自身で食べられるようになったケースが1例、7分粥から軟飯へ移行できたケースが1例あった。最も大きな効果がみられたのは発熱日数の変化である。元々発熱があった4例中、3例で発熱日数が減少し、特に毎日のように発熱があった2例については激減した（図1、図2）。そして、発熱が減少したことにより坐位保持時間が長くなり日常生活レベルもアップした。

—まとめ—

今回の事業により、施設職員と歯科あるいは病院関連職員が入所者の摂食・嚥下障害に対する取り組みというテーマのもとで連携をとることができた。カンファレンスにおいては施設側からは施設長、看護師長、看護師、介護士、PT、OT、病院側からはリハビリ医、ST、栄養士、歯科医師、歯科衛生士など他職種が参加し有意義なディスカッションができた。そして今後の「わたつみ苑」の口腔機能リハビリの方針を以下のようにし、職員に周知することができた。

図1 口腔リハ実施戦後の発熱日数の変化

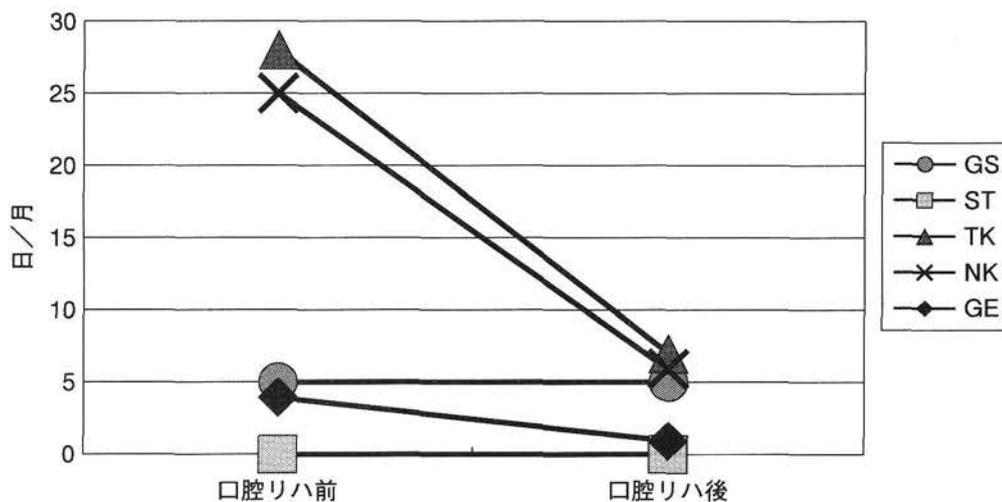
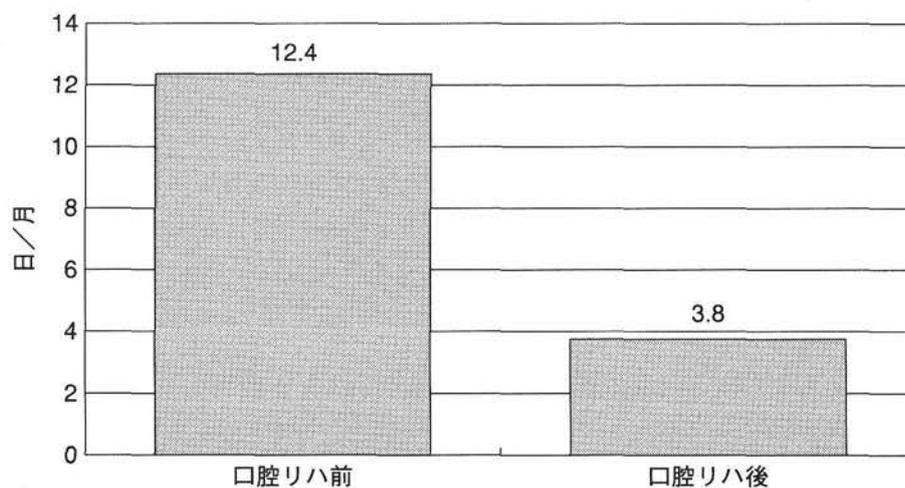


図2 口腔リハ前後の平均発熱日数の変化



口腔リハビリについてのわたつみ苑の方針

1. 発熱・肺炎予防のため食後の口腔ケアを徹底し、モデル事業で導入した昼食前の嚥下体操を継続する。
2. 嚥下障害により摂食困難、誤嚥による発熱を繰り返しているような入所者に対しては、食餌内容、食事介助方法、摂食・嚥下リハビリテーションの実施等について、リハビリ医、言語聴覚士、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士とわたつみ苑職員とで検討しケアプランの中に組み込むようにする。

今後、嚥下食の導入など食餌内容についても検討していきたい。

(三豊総合病院・歯科保健センター・木村年秀)

施設事例10

- 対象施設名：介護老人福祉施設 なかやま幸梅園
- 入所者数：30名（調査時 28名）
- レクリエーション実施状況：音楽療法、フラワーアレンジメント、陶芸教室、いけ花、風船バレー、園芸療法、喫茶、居酒屋、誕生会、運動会、文化祭、餅つき会、そば打ち会、お花見会、敬老会、そうめん流し、書道クラブ、工作クラブ、文化祭、合同慰霊祭、クリスマス会、新年会、忘年会 など
- 要介護度：要介護1 2名
要介護2 1名
要介護3 3名
要介護4 12名
要介護5 10名
- 日常生活自立度（痴呆レベル）：

| | |
|-------|----|
| I | 2名 |
| II a | 4名 |
| II b | 3名 |
| III a | 4名 |
| III b | 3名 |
| IV | 9名 |
| M | 3名 |
- 日常生活自立度（寝たきりレベル）：

| | |
|----|----|
| J2 | 1名 |
| A1 | 5名 |
| A2 | 3名 |
| B1 | 4名 |
| B2 | 8名 |
| C1 | 3名 |
| C2 | 4名 |
- 口腔ケアの状況：毎食後、介護福祉士・看護師・寮母が入所者全員を対象に実施。週4回程度は、歯科衛生士が訪問し、口腔ケアのチェック及び職員の指導を行う。

—口腔機能リハビリ前の 摂食嚥下障害アセスメントなど—

- ・利用者の摂食・嚥下の状況については、食事介助が一部介助 5名、全介助 10名、経管 2名、点滴 1名、嚥下障害のある方 8名
- ・摂食・嚥下障害問診の結果については、嚥下障害あり 15名、嚥下障害の疑い 10名、異常なし 3名
嚥下障害得点 0～21点とばらつきあり
- ・摂食・嚥下リハビリの状況については、嚥下障害が顕著に見られる数名に対し、歯科医師・歯科衛生士の指導のもと口腔周囲筋のマッサージ・唾液腺の刺激・アイスマッサージ等を行っている。

—口腔機能リハビリの実施状況—

2003年1月16日より2月14日まで5週間、昼食前に歯科衛生士・介護福祉士・看護師・OT・相談員・寮母等のほとんどの職員がかかわり「お口のビデオ」を見ながらトレーニング。職員が前で身振り手振りしながら指導し、自力でできない方は職員が手を添えて頸部のリラクゼーション等を実施した。

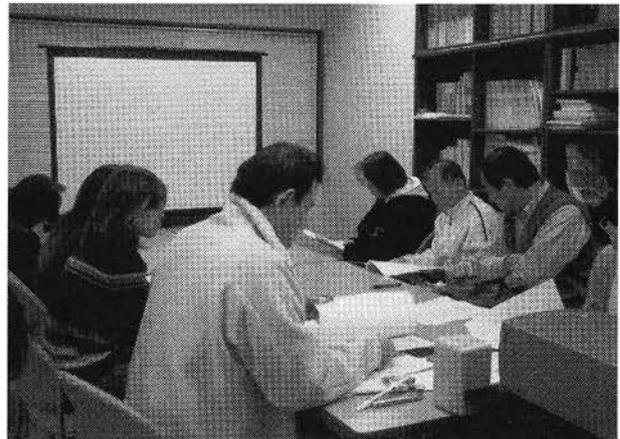
合計実施日数 30日 合計実施回数 30回

—口腔機能リハビリの実施後の再評価—

- ・食事介助については、以前は食事を前にしても食べようとしなかったが、それがなくなった。あるいは、食事の介助がいなくなった等の改善が見られた。
- 利用者の日常生活：今までは離床するとすぐ食事だったが、離床→体操→食事というリズムができ覚醒させる時間ができた。
- ・今後の口腔リハビリの取り組みについては、総合的にみて、効果はかなりある事を職員も認識することができたので、全体リハビリは今後も継続していく。
「楽しみながら参加する」という意味で、まきどりはかなり効果的であった。
ビデオの内容等は施設に合った内容を検討していきたい。
- ・カンファレンスでの評価は、入居者が参加してくれるかが心配だったが、かなり積極的に参加してくれて良かった。
口を開いてくれない人が開いてくれるようになった。
舌の動きがかなり改善され、食事時のむせも減少した等の効果がみられた。



職員が前で手本を示す口腔リハビリ体操



ケアカンファレンス

—まとめ—

今回の事業は、短期間であったが入居者の積極的な参加と職員の口腔リハビリに対する意識の向上がよい結果をうみだしたと思われる。

これからも継続していく上で、マンパワーの無理のない

形式をとり、摂食嚥下障害の方が少しでも軽減し、楽しみながら食事ができるよう努力していきたい。

(中山町歯科診療所・歯科保健センター・歯科衛生士・
尾崎妙子)

施設事例11

- 対象施設名：介護老人福祉施設・蘇望苑
- 入所者数：31名
- レクリエーション実施状況：2回/週（火、木）
- 要介護度：平均3、8度
- 日常生活自立度： A1 11人 A2 2人
（寝たきりレベル） B1 2人 B2・3人
C1・6人 C2・7人
- 日常生活自立度：正常 2人
（痴呆レベル） II a 1人 II b 4人
III a 20人 IV 4人
- 口腔ケアの状況：1日3回（毎食後）、看護師、介護士にて、入所者全員に行っている。

—口腔機能リハビリ前の 摂食嚥下障害アセスメント等—

- ・利用者の摂食・嚥下障害の状況については、嚥下に障害のある方・9人
経管栄養：胃瘻・3人
IVH・1人
点滴・1人
- ・摂食・嚥下障害問診の結果は、嚥下障害得点平均・4点0点の人・6人
- ・摂食・嚥下リハビリの状況は、個々の入所者に対して、施設職員が実施。

—口腔機能リハビリの実施状況—

2003年1月20日より2月14日までの4週間、月曜日から金曜日の昼食前、または夕食前に看護師（機能訓練指導員）、介護士によるお口の健康体操、口腔機能リハビリ訓練（呼吸訓練、頸部リラクゼーション、口唇の運動、舌の運動、顎の運動、ブローイング）を行う。週1回の午後、歯科医師、歯科衛生士による、口腔ケア、頬、口唇マッサージ、口腔機能リハビリ訓練を行う。

合計実施日数20日。回数は、1日平均2回ぐらい行う。約40回ぐらい。（体調に合わせて）



—口腔機能リハビリ実施後の再評価—

- ・食事介助については、途中から介助しなければ食べずにやめられていたが、一人で食べられるようになった人もいた、またあまり咬まずに食べていた人も良く咀嚼して食べるようになった。
- ・食事内容は、ミキサーから、固形物へ、また極キザミから、キザミ食へと変更しても良い人もいた。
- ・利用者の日常生活については、口腔リハを通して関わる時間が増えた事で、発音が良くなったり、会話が增えた。自ら職員や利用者に声をかけたりと行動が積極的になられた。また、ブローイングは、遊び感覚でやられ、楽しんでやられていたし、する事が増えた事で生活にもはりが出てきたように思われた。
- ・今後の口腔機能リハビリの取り組みについては、できる事なら最後まで口から食べる、食べられるように援助していきたいので、口腔リハを継続していきたい。最後の手段、PEG、経管、IVHになるにしてもできる限り、経口摂取、自分で食べるようにしていきたいと思う。
- ・カンファレンスでの評価は、今回の事業で、上肢・下肢の機能訓練だけでなく、口腔リハが重要だという事が解った。

—まとめ—

短い期間ではあったが、会話が增えたり、食事内容が変化したりと改善された事例が見られた事は、とてもよかったと思う。摂食・嚥下障害のある方だけでなく言語障害のある方にも効果があったように思われる。利用者の状態に合わせ、自動であったり、他動であるにしてもよく観察し継続すれば効果があるのではと思う。口腔リハを続けるこ



とにより自分で食べると言う主体的な行為を取り戻せるような気がする。また、自分で食べる行為ができないとしても、口腔機能が残っていれば、また低下しているとしても、あきらめずに口腔リハを実施することも大切であると思う。その人がその人らしい生活を維持するために、口腔リハビリはそのひとつなのであると感じた。上肢・下肢のリ

ハビリだけでなく、口腔リハビリの重要性が非常に大切だという事が、今回の事業で解った。これからもできる限り口腔リハを継続していきたいと思う。

(柏歯科診療所・歯科医師・甲斐義久)

(歯科衛生士・戸高千穂)

個別事例 1

- 82歳：女性
- 全身状態：基礎疾患：脳血管障害・高血圧症・糖尿病
合併症：不明
日常生活自立度（痴呆レベル）：Ⅱ b
日常生活自立度（寝たきりレベル）：B 2
介護保険判定：要介護 4
- 口腔状態：歯の状態：上下自歯なし・義歯なし
咬合支持率：D×D=0

—口腔機能リハビリ前の 摂食・嚥下障害アセスメント等—

- ・嚥下障害レベルは、2が6個（飲みにくい・むせる・喉に残る・口に残る・咳による不眠など）、3が4個で、嚥下障害得点は6点だった。
- ・食事は、利き手側である右手に、脳血管障害の後遺症が多少あるが、ほぼ自立（配膳のみ介助）、食事時間は、10～20分、食事は90%、食事内容は粥・キザミ。
- ・風船遊びは、32回／1分間（ただし3本の巻き取りうち1本だけ開いた）、反復唾液嚥下テストは1回／30秒間。
- ・咀嚼機能は、大きく口を開ける機会が少なく、食べものを捕食できる程度だった。
- ・フェーススケールは、本人10、調査担当者6。
- ・体力（座位保持時間）は、起床時から就寝時（午前6時から午後8時頃）までの間で合計7時間程度。体調や機嫌によってはこれよりも短い時間のときがある。
- ・過去1ヶ月の発熱なし。



写真1

—口腔機能リハビリの実施状況—

2003年1月22日より2月16日までの4週間、毎日昼食前に入所者全員と一緒に、介護士の指導によって実施（呼吸訓練・頸部リラクゼーション・口唇の運動・舌や顎の運動など）。週2回（月・水）の歯科保健センター担当看護師の訪問による口腔機能リハビリの実施。また、その他の日は施設内の主任看護師・主任介護士・副主任介護士の3人が交代で実施。初回は施設の看護師と一緒にリハビリ内容の

確認をしながら実施した。

合計実施日数28日・合計実施回数56回。



写真2

—口腔機能リハビリ実施後の再評価—

- ・嚥下障害レベルは、3が10個と嚥下障害得点は0点だった。
- ・食事動作や食事内容に変化はないが、食事はほぼ全量摂取となり、食事時間も10分以内と早くなった。
- ・風船遊び26回／1分間（ただし3本の巻き取りが全て開き深呼吸が上手になった）
反復唾液嚥下テスト2回／30秒間。
- ・フェーススケールは、本人1、調査担当者1と、リハビリ前に比べて表情が明るくなり、笑顔が多くなったことをうかがわせる。
- ・体力（座位保持時間）は、実施前に比べて、だいたい1時間程度長くなった。
- ・口腔機能リハビリ中の発熱日数0。



写真3

—まとめ—

今回協力していただいた施設は、昼食前の「口腔リハビリ体操」を「嚥下体操」として普段より実施していることもあり、施設職員や入所者に負担が少なく、スムーズな展開ができた。

事例対象者は、普段から新しいことの受け入れがなかなかできなかったり、自分から何かを積極的に行う性格では

ないため、短期間で改善は図れないことを覚悟して実施した方である。しかし、施設外の看護師が訪問し、指導することがかなりの刺激となったようで、対象者5名の中で改善された点をもっとも多く見られた事例である。

今までは、あまり見られなかった積極性や「やる気」が伺えるようになった。毎日の生活の中で、硬かった顔の筋肉が柔らかいしていくのと同時進行の様に、とっつきにくい感じの表情がとれ、笑顔や口数も多くなった。食事に対しても意欲的でむせることや、詰まる感じもなくなったようである。

数年前から実施しているこの施設では、今後も継続して取り組んでいくとのことだった。しかし、施設内の職員だ

けでは、マンネリ化する危険性があり。そのため外部からの訪問により実施することで、入所者の刺激になり、良い結果へと繋がるのではないかといううえで、今後の計画を立てているとのことだった。歯科保健センターとして、「嚥下体操」をしているという情報をいただき、見学したことがあったが、施設内のことには、外部の人間として口をはさむことが難しくどこか入り込めないうえで、

今回の事業を通して「口腔機能リハビリ」が高齢者の歯科保健活動に重要な役割を持ち、その必要性を再認識した。今後は「施設」・「在宅」などの枠にとらわれることなく、口腔ケア指導の中に取り入れていきたいと思う。

(青森県深浦町歯科保健センター・看護師・向井久美)

個別事例 2

○88歳：男性

○全身状態：主病態 脳血管障害
副病態 糖尿病、痴呆、手指硬縮
ADL（痴呆）レベルⅣ
（寝たきり）レベルC 1
介護度 4

○口腔状態：上下顎無歯顎、総義歯使用。

—口腔機能リハビリ前の 摂食・嚥下障害アセスメント等—

- ・嚥下障害レベルは1が2個、2が1個、3が1個であった。（得点4、判断不能6）
 - ・食事介助は全介助、食事時間は約30分、普通食。
 - ・巻き鳥によるブローイングは1箇所を1回膨らませるのが精一杯、嚥下回数も1回/分
 - ・発熱は4回/月、フェイススケール6
- 問いかけに対する反応は非常に鈍く、意思疎通がやや困難であった。日常生活では自分から意思を表明することはほとんどなく、他者の行為に対し弱々しく拒否を示す程度であった。頭部を動かすこともあまりなく、ぼんやりと1



ブローイング訓練



個別リハビリ

日を過ごすことが多かった。

担当内科医よりリハビリ直前まで、自室安静指示が出されていた。

—口腔機能リハビリ実施リハビリ内容—

実施期間 1月14日～2月11日

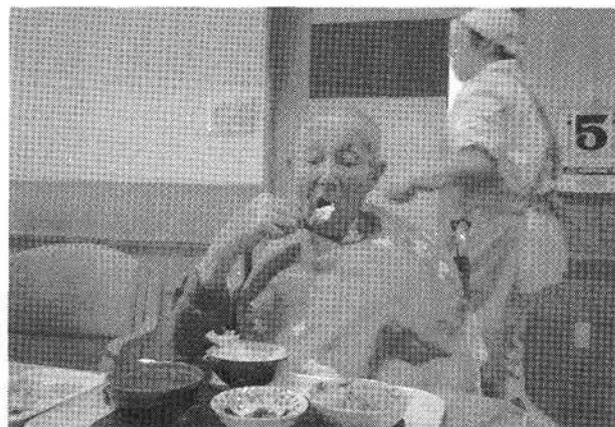
朝夕の食前にリハビリ健康体操に参加、職員が介助しながら実施。火曜日と木曜日には歯科医師が訪問し、介助しながらの健康体操と口腔周囲筋のマッサージを行った。10分以上のリハビリは辛いようで、拒絶されることが多かった。

実日数20日、20回

—口腔機能リハビリ後の評価—

- ・嚥下障害レベルは1が1個、2が3個、3が6個（得点5）食事が一部介助、ブローイングは10回/分、発熱回数は2回/月であった
- ・レベル判定では悪化したように見えるが、意思疎通が容易になり、判断可能になったことに由来すると思われる。巻き鳥が非常に気に入った様子で、職員に励まされるのが嬉しいのか、1日に何度も自分で吹いて見せて歩いていた。

3月2日 老衰のため永眠。



自力で食事ができるまで回復した

—まとめ—

内科医が驚くほどの改善が見られ、食事を自力摂取するまでの改善や、発語回数の増加、体動の増加、感情の露出、表情の変化など、職員も驚いていた。自室安静からの開放という理由もあろうが、巻き鳥の訓練を見るに、リハビリの効果が見られたと思いたい。リハビリは肉体的な変化を期待するものという認識が当方にあったが、職員はむしろ精神的な変化を評価している。

問題点として、感情が豊かになるにつれて、リハビリを拒絶されることが多くなり、期待するほどの回数が実施できなかったことが挙げられる。より個人に適したリハビリ項目の選択が要求されると示唆された。

今回協力頂いた施設は新設であり、口腔に限らず健康体操などが一切行われていなかった。しかし今回の調査研究

により、継続してリハビリや体操を実施したいとの回答を受けている。個人的に口腔リハビリに関してはまだまだ不勉強であり、手技も未熟である。そのような手技であっても改善される症例があったことは、口腔リハビリが特異的な手技ではないことを改めて示唆していると考え。我々

に要求されているものは高次のテクニック等ではなく、誰もが実践できるリハビリ手技、リハビリ理論、リハビリ意識の啓蒙活動であると考え。

(脇野沢歯科保健センター・古枝和也)

個別事例 3

○82歳：女性

○全身状態：基礎疾患：脳血管障害

合併症：なし

日常生活自立度（痴呆レベル）：Ⅱ a

日常生活自立度（寝たきりレベル）：A 2

介護保険判定：要介護 4

○口腔状態：歯の状態：上下総義歯

咬合支持数：D×D=8（前歯部咬合接触なし）

—口腔機能リハビリ前の 摂食嚥下障害アセスメント等—

- ・嚥下障害レベルは2が2個、3が8個（嚥下障害得点4点）
- ・食事は自立、食事時間は10分～20分以内、食事量100%、食事内容は軟食・キザミ。
- ・風船遊び：0回／1分、反復唾液嚥下テスト0回／30秒
- ・フェーススケール：本人1 調査担当者10
- ・過去1ヶ月の発熱：なし



リハビリ前

—口腔機能リハビリの実施状況—

2003年1月20日より2月14日まで4週間、毎日昼食前にお口の体操を、ビデオを見ながら自主トレ（施設職員による集団指導）。週3回午前中に歯科衛生士が、また、毎日夕食前に施設職員が口腔機能リハビリを実施（内容は呼吸訓練、頸部リラクゼーション、口唇・舌・顎の運動、発音訓練、ブローイング）。

・合計実施日数：26日

・合計実施回数：呼吸訓練・頸部リラクゼーション・口唇・舌の運動 63回

顎の運動・ブローイング 37回

—口腔機能リハビリの再評価—

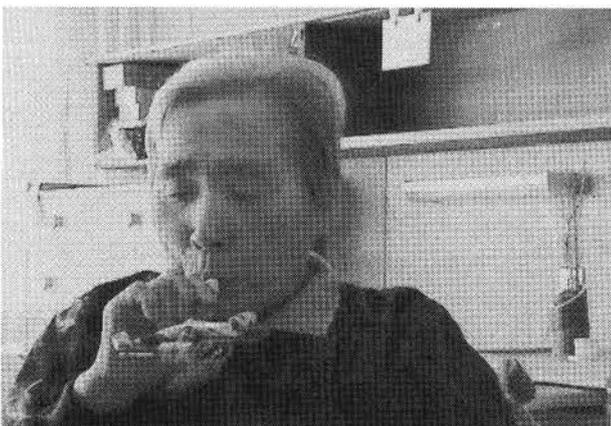
- ・接触嚥下レベル全て3（嚥下障害得点0点）
- ・食事介助、食事時間、食事量、食事内容に変化なし。
- ・風船遊びは、回数的には変化がないが、リハビリ前は3本中1本も膨らませなかったが、リハビリ後は1本を時々膨らませられるようになった。
- ・フェーススケール：本人1 調査担当者6
- ・口腔機能リハビリ中の発熱日数：0日

—その他—

評価項目では大きな変化はみられなかったが、すこし食事時間が早くなった感じがする、おしゃべりについて前よ



リハビリ後



リハビリ前



リハビリ後

り物事を幾分はつきりと話すようになった、体の動きがよくなった等の効果がみられた。本人の感想として、「楽しかった」ということで、負担にならずに実施できてよかったと思う。口腔機能リハビリ対象者の他の4名のうち2名は同様の感想であったが、1名は「選ばれたかと思い、いやいやだったけれど頑張った」、もう1名は「やりたくなかった」という感想を述べている。これは、対象者に対する説明不足が否定的な感想の原因になっていることも考えられる。しかし、それぞれの対象者において多少なりとも効果があったので、本事業を行ってよかったと思う。

口腔機能リハビリに対する施設の今後の方針は、「利用

者にとって、食事を摂るという事は日常生活の中で大きな楽しみの一つであることを理解し、食事摂取する一連の行為において、よい刺激となり、且つ、生活自体のメリハリとあるよう口腔リハビリを継続して実施することとします」で、今後も昼食前の「お口の体操」を継続して行ってもらえることとなった。対象者全員がリハビリ前と後では体重が減少したが、これはリハビリを行うことにより離床時間が長くなり、生活のメリハリができ運動量が増えたことによるものと思われる。

(千厩町国保歯科診療所・所長・小原 健)

個別事例 4

○86歳：女性

○全身状態：基礎疾患：脳血管障害

合併症：心疾患

日常生活自立度（痴呆レベル）：Ⅱb

日常生活自立度（寝たきりレベル）：B2

介護保険判定：要介護4

○口腔状態：歯の状態：上下総義歯

咬合支持数：D×D=14

—口腔機能リハビリ前の 摂食・嚥下障害アセスメント等—

- ・嚥下障害レベルは2が4個、3が6個（嚥下障害得点4点）。
- ・食事は部分介助、食事時間は10分～20分、食事量80%、食事内容は粥・キザミ。
- ・風船遊び0回／1分間、反復唾液嚥下テスト3回／30秒
- ・フェーススケール 本人20 調査担当者15
- ・過去1ヵ月の発熱 2日

—口腔機能リハビリの実施状況—

2003年1月20日より2月14日まで4週間、月曜日から金曜日の昼食前にお口の体操ビデオを見ながら自主トレ（理



ブローイング訓練



舌のストレッチ訓練

学療法士による集団指導）。夕食前に歯科医師・歯科衛生士による口腔機能リハビリを実施（内容は呼吸訓練、頸部リラクゼーション、口唇・舌・顎の運動、発音訓練、ブローイング、嚥下パターン訓練など）。

合計実施日数19日 合計実施回数38回。

—口腔機能リハビリ実施後の再評価—

- ・嚥下障害レベル2が3個、3が7個（嚥下障害得点3点）
- ・食事は自立となる、食事量はほぼ全量摂取となる、食事時間・食事内容は変化なし。
- ・風船遊び13回／1分間、反復唾液嚥下テスト6回／30秒と飛躍的に改善された。
- ・フェーススケール本人10調査担当者6と改善された。フェーススケールの改善
- ・口腔機能リハビリ中の発熱日数 0日



フェーススケールの改善

—まとめ—

介護老人保健施設利用者に対し口腔機能リハビリを実施したところ、短い期間ではあったが改善された事例もあった、今回提示した事例はその一つである。

生活全般では笑顔が多くなり、顔の表情が豊かになった。今まであまり自分から話すことは無かったが口腔機能リハビリを行っていく過程で会話や行動が積極的になってきた。また食事も自立となり、全量摂取できるようになった。

施設職員にとっても今回の事業は新たな刺激となり、積極的に取り組んでくれ今後も継続されることになった。

今後、口腔機能リハビリの重要性が多くの医療・福祉・介護関係者に理解され多くの摂食嚥下障害を有する方の改善が得られれば幸いである。

（佐久市立国保浅間総合病院歯科保健センター・

所長・奥山秀樹）

個別事例 5

- 83歳：女性
- 全身状態：基礎疾患：糖尿病
合併症：心疾患
日常生活自立度（痴呆レベル）：Ⅲ a
日常生活自立度（寝たきりレベル）：B 1
介護保険判定：要介護 2
- 口腔状態：歯の状態：上下総義歯
咬合支持数D×D=14

—口腔機能リハビリ善の前の 摂食・嚥下障害アセスメント等—

- ・嚥下障害レベルは2が4個、3が6個（嚥下障害得点4点）。
- ・食事は自立、食事時間は10分～20分、食事量100%、食事内容は普通、キザミ。
- ・風船遊び14回／1分間、反復唾液嚥下テスト3回／30秒
- ・フェーススケール 本人6 調査担当者10
- ・過去1ヶ月の発病 1日

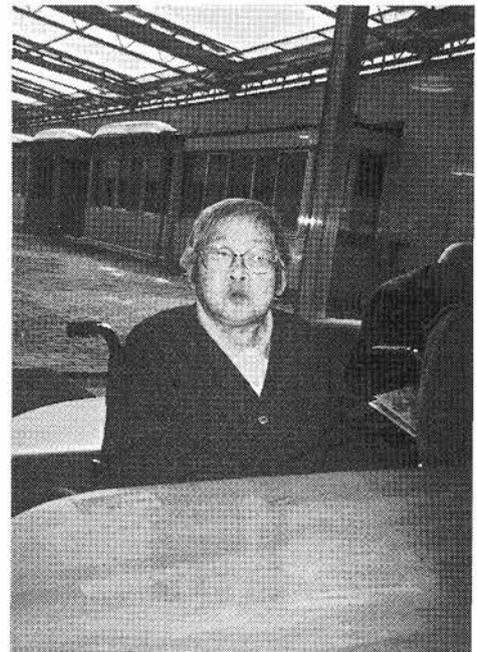
—口腔機能リハビリの実施状況—

2003年1月20日より2月14日まで4週間、月曜日から金曜日の昼食にお口の体操ビデオを見ながら自主トレ（看護師・介護士・理学療法士による集団指導）。

昼食前に歯科衛生士による口腔機能リハビリを実施、夕食前に歯科医師による口腔機能リハビリと口腔咀嚼機能の相談を実施。

（内容は、呼吸訓練、頸部リラクゼーション、口唇、舌、顎の運動、発音訓練、ブローイング、嚥下パターン訓練、栄養士のメニュー指導）

合計実施日数28日、合計実施回数84回。



—口腔機能リハビリ実施後の再評価—

- ・嚥下障害レベルは2が4個、3が6個（嚥下障害得点4点）
- ・食事は自立となる、食事量はほぼ全量摂取となる。食事時間食事内容は変化なし。
- ・風船遊び14回／1分間、反復唾液嚥下テスト4回／30秒と改善された。
- ・フェーススケール 本人6 調査担当者1と改善された。
- ・口腔機能リハビリ中の発熱日数0日



—まとめ—

特別養護老人保健施設利用者に対し口腔機能リハビリを実施したところ、短い期間では合ったが改善された事例もあった。今回提示した事例はその一つである。

全般の生活は明るくなり、顔の表情が豊かになった。

特に今まであまり自分から話すことはなかったが、口腔機能を行っていく過程で会話や行動が積極的になってきた。

施設職員にとっても今回に事業は新たな刺激となり、積

極的に取り組んでくれ今後も継続されることになった。

今後、口腔機能リハビリの重要性が多く医療福祉、介護関係者に理解され多くの摂食嚥下障害有する方の改善が得

られれば幸いである。

(久々野診療所歯科歯科・医師・竜 寛伸)

個別事例 6

○88歳：男性 S.S.

○全身状態：主な疾患：変形性腰椎症、変形性膝関節症

日常生活自立度（痴呆レベル）：Ⅱ a

日常生活自立度（寝たきりレベル）：C 1

介護保険判定：要介護度 5

○口腔状態：歯の状態：上下総義歯

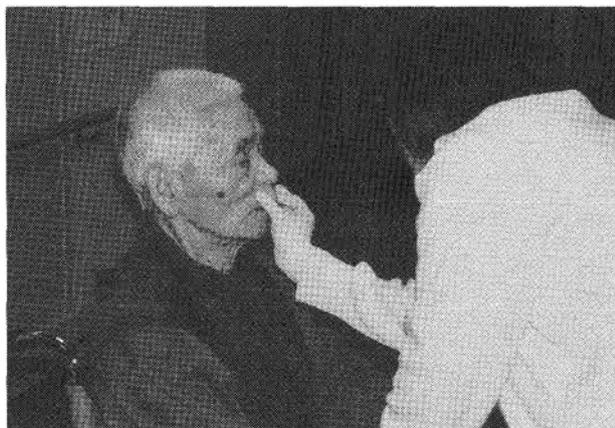
咬合支持数：D×D=14

—口腔機能リハビリ前の 摂食嚥下障害アセスメント等—

- ・嚥下障害レベルは、1が3個・2が2個・3が5個（嚥下障害得点 8点）
- ・食事は、食事内容が粥・きざみ食で自立、食事時間は20～25分、食事は100%。
- ・風船遊び：23回／1分間、反復唾液嚥下テスト 12回／30秒間
- ・フェイススケール：本人 6点、調査者 6点
- ・過去1ヶ月の発熱：0日

—口腔機能リハビリの実施状況—

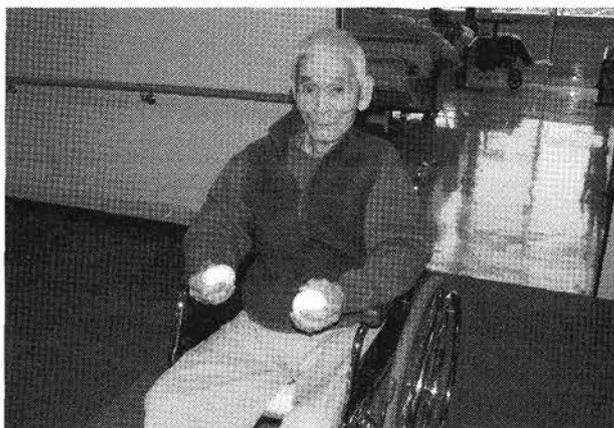
- ・2003年1月20日より2月16日までの4週間、月曜日から金曜日の毎日昼食前と午後、「お口の体操ビデオ」を観ながらの自主トレと、施設職員による、「お口の体操」の集団指導。（土・日は1回）。
- ・お昼休み（午後1時から）に、歯科医師・歯科衛生士による、口腔機能リハビリを実施【内容は、マッサージ、口唇・舌・顎の運動、発音訓練、ブローイング、ボール遊び、軟式テニスボールによる握力と咬合力強化（食いしばりながら、ボールを思いっきり握ってもらう）等々】。
- ・合計実施日数：28日、合計実施回数 48回。



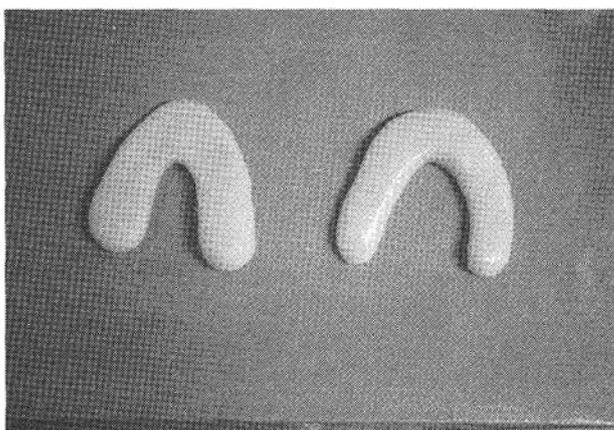
マッサージ



発音訓練



握力と咬合力強化訓練



咬合力アップのためのマウスピース（ソフトライナー材で作製、思い切り噛んでもらう）

—口腔機能リハビリの再評価—

- ・嚥下障害レベルは、2が2個・3が8個3になった（嚥下障害得点2点）
- ・食事は、もともと問題が無かったので、時間・内容ともに変化なし。
- ・風船遊び・反復唾液嚥下テストともに、リハビリ前の方が成績が良かったが、もともとこれらの作業には問題がなく、単なる測定時の技術的な出来不出来によるものであり、気にする必要は無い。

・握力が、義歯装着時22Kg（マウスピース装着時22.5Kg, 義歯未装着時20Kg）が24Kgにアップした。（リハビリ後のマウスピース装着時と義歯未装着時は計測せず。）



最初は、膝も曲がらず足置き台付き車椅子が必要だったが、膝も曲がるようになり、足置き台無し車椅子で自走出来る様になった。

—まとめ—

元々、まきどりや反復唾液嚥下テストを難くこなしていたので、それらについては何の変化もみられなかったが、食物が飲み込みにくい感じが無くなり、水分摂取時のむせも無くなった。

リハビリ最終日頃には、膝が曲がるようになり、部屋に閉じこもりがちだったのが車椅子で施設内を自走するようになった。また、用もないのに職員を呼んでいたのが、回数が激減した。

（和良村国保歯科総合センター・歯科衛生士・古田 泉）

個別事例 7

○93歳：女性 S.K.

○全身状態：主な疾患：変形性腰椎症

日常生活自立度（痴呆レベル）：Ⅱb

日常生活自立度（寝たきりレベル）：B2

介護保険判定：要介護度 4

○口腔状態：歯の状態：上下総義歯

咬合支持数：D×D=14

—口腔機能リハビリ前の 摂食嚥下障害アセスメント等—

- ・嚥下障害レベルは、1が7個・2が2個・3が1個（嚥下障害得点16点）
- ・食事は、食事内容が粥・きざみ食で全介助、食事時間は30分以上、食事は100%。
- ・風船遊び：0回／1分間、反復唾液嚥下テスト 不能
- ・フェイススケール：本人 1点、調査者 10点
- ・過去1ヶ月の発熱：6日

—口腔機能リハビリの実施状況—

- ・2003年1月20日より2月14日までの4週間、毎日昼食前に「お口の体操ビデオ」を観ながらの自主トレと、午後のレクリエーション時に施設職員による、「お口の体操」の集団指導。（土・日は1回）。
- ・お昼休みに、歯科医師、歯科衛生士による、口腔機能リハビリを実施【内容は、マッサージ、口唇・舌・顎の運動、発音訓練、ブローイング、ボール遊び、軟式テニスボールによる握力と咬合力強化（食いしばりながら、ボールを思いっきり握ってもらう）等々】。
- ・合計実施日数：28日、合計実施回数 48回。



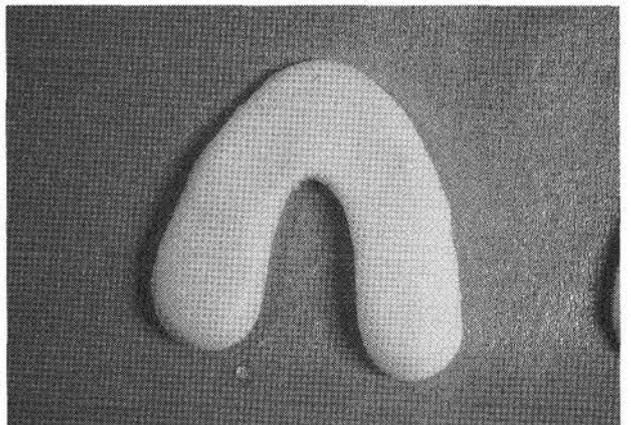
ボール投げ訓練（最初は、放られ無かった。）



ブローイング訓練



握力と咬合力強化訓練



咬合カアップの為のマウスピース（ソフトライナー材で作製、思い切り噛んでもらう）

—口腔機能リハビリの再評価—

- ・嚥下障害レベルは、すべてが3になった（嚥下障害得点 0点）
- ・食事は自立になった。時間・内容は変化なし。
- ・風船遊び・反復唾液嚥下テストともに、不能から 14回／1分回間、2回／30秒間、までに改善された。
- ・頬筋運動は、一部動かす事が出来るようになり、ぶくぶくうがいが可能になった。
- ・フェイススケール：調査担当者10から6におおはばに改

善された。

- ・嚥下機能は、むせが無くなった。
- ・口腔機能リハビリ中、発熱日数が0日だった。(実施前は6日)
- ・握力が、義歯装着時4 Kg (マウスピース装着時4.5Kg, 義歯未装着時2 Kg) が5 Kg にアップした。(リハビリ後のマウスピース装着時と義歯未装着時は計測せず。)



ボールが放れるようになった

—まとめ—

食事中にむせることが無くなり、介助が無くても自分で食べられるようになったことは、本人・介助職員共に大変嬉しい成果であった。ボールを使っての握力トレーニングに飽きないように、途中にキャッチボールの遊びを取り入れてみたところ、最初はなかなか思い切ってボールを手から離すことが出来なかったが、徐々にボールのやりとりの距離が長くなり、スピードも出てきた。この訓練は口腔機能リハビリとは直接関係はないけれども、対象者とのコミュニケーションをとり、笑顔を引き出すには効果があったと思われる。キャッチボールの最中に、急に思いついた様に、握力トレーニングを始めたたりする姿に、本人の意欲が感じられ、ほほえましく思われた。

(和良村国保歯科総合センター・歯科衛生士・古田 泉)

個別事例 8

○77歳：女性

○全身状態：基礎疾患：脳血管障害

日常生活自立度（痴呆レベル）：I

日常生活自立度（寝たきりレベル）：C2

介護保険判定：要介護5

○口腔状態：歯の状態：自分の歯（ブリッジ含む）

咬合支持数：14

—口腔機能リハビリ前の

摂食・嚥下障害アセスメント等—

- ・嚥下障害レベルは、1が7個、2が1個、3が2個（嚥下障害得点6点）
- ・食事は部分介助、食事時間は20分～25分、食事量90～100%、食事内容は主食は普通、副食はキザミ
- ・風船遊び：0回／1分間、反復唾液嚥下テスト 5回／30秒
- ・フェーススケール：本人6 調査担当者15
- ・過去1か月の発熱：1日

—口腔機能リハビリの実施状況—

2003年1月14日より2月13日まで31日間、昼食前にお口の体操ビデオを見ながら自主トレ。その後月曜から金曜までは、歯科衛生士・看護師が口腔機能リハビリを実施。（内容は呼吸訓練、頸部リラクゼーション、舌・口唇・顎の運動、発声練習、ブローイングなど）

合計実施日数、回数…31日31回



本人にやる気があり、訓練も積極的。舌・口唇・顎の訓練はスムーズに進んだが、息の吐き方がむずかしいらしく、吹き戻しは全くできなかった。ストローでコップの水にブローイングの練習をしたが、ブクブクと泡が2回程出るくらいであった。発声練習も口がバクバク動くだけで声が出なかなかなか出てこなかった。緊張するとますます声にならない様なので、自分の名前や住所など5文字程度の単語を一息で言えるよう練習した。大きな声で、ゆっくりとなら声も出るようになったが、ブローイングを長く続けることができるのは10回のうち2回程度で、吹き戻しは微動だにしなかった。

—口腔機能リハビリの実施後の再評価—

- ・嚥下障害レベル2が5個、3が5個となる。
- ・食事は部分介助のまま。食事量、食事時間、食事内容は変化なし。
- ・吹き戻し：0回、反復唾液嚥下テスト5回／30秒と変化なし
- ・口腔機能リハビリ中の発熱日数：0日

—まとめ—

在宅も含めて長く療養されているにもかかわらず、いつまでもやる気を失わない方である。

なかなか、声が出なかったが何度も繰り返すうちにいい声が出て来た時は、感激の涙であった。その後は、訓練の時もよく笑いが出るようになった。

リハ訓練が始まってから、食事をするときの姿勢が目に見えて良くなった。

（五色町歯科保健センター・歯科衛生士・宇城千恵美）

個別事例 9

○81歳：女性

○全身状態：基礎疾患：脳血管障害・パーキンソン氏病

日常生活自立度（痴呆レベル）：Ⅲ a

日常生活自立度（寝たきりレベル）：B 2

介護保険判定：要介護度 3

○口腔状態：歯の状態：上下総義歯

咬合支持数：14

—口腔機能リハビリ前の

摂食・嚥下障害アセスメント等—

- ・嚥下障害レベルは、1が7個、2が1個、3が3個（嚥下障害得点8点）
- ・食事は部分介助、食事時間は25分～30分、食事量100%、食事内容は主食は粥、副食はキザミ
- ・吹き戻し：6回／1分間（1本のみ）、反復唾液嚥下テスト 4回／30秒
- ・フェーススケール：本人10 調査担当者10
- ・過去1か月の発熱：1日

—口腔機能リハビリの実施状況—

2003年1月14日より2月13日まで31日間、昼食前にお口の体操ビデオを見ながら自主トレ。その後月曜から金曜までは、歯科衛生士・看護師が口腔機能リハビリを実施。（内容は呼吸訓練、頸部リラクゼーション、舌・口唇・顎の運動、発声練習、ブローイングなど）

合計実施日数、回数…31日31回

- ・できないことを訓練させられるのが嫌なようで最初の頃は「イヤ、イヤ」と言うことが多かった。しかし、2週間を過ぎた頃から合う度に「ありがとうございます。」と言う言葉がでるようになった。鏡の前で訓練をして、自分の口が開きっぱなしであることに気付いたようだ。



- ・上下FDであるが、上顎前突である。そのため口唇を閉じようとしてもなかなか閉じられない。上顎前突であることが口腔機能の廃用を招いたのであろうか？（義歯の新調？）
- ・口も開けっぱなしであるので口腔乾燥がひどい。が、3週間続けたころから、訓練を始めると唾液が出てくるようになった。しかし、その唾液にむせてしまうこともしばしばで、訓練をもっと長く続けることが必要であると感じた。
- ・この方の課題としては、1. 口唇を長く閉じてもらえないこと、2. 「ら」の言葉がはっきりと言えないことであった。

—口腔機能リハビリの実施後の再評価—

- ・嚥下障害レベル1が2個、2が3個、3が5個となる。
- ・食事は部分介助のまま。食事量は変化なし、食事時間は20分～25分となり、食事内容は変化なし。
- ・吹き戻しが9回（3本）できるようになり、反復唾液嚥下テスト5回／30秒となる。
- ・口腔機能リハビリ中の発熱日数：0日

—まとめ—

今回リハビリを実施したなかでパーキンソン氏病の方が3名いた。1人の方は、首の周りの筋肉が硬直し誤嚥もある程度はパーキンソン氏病の影響であるとも考えられた。他の2名は、どちらも上顎前突で口唇が閉じにくく、いつも口がポカンと開いていた。首の周りの筋肉の硬直などはなく、ダラリと言った印象である。これからの誤嚥予防の



指導に役立てていきたいと思う。

リハビリが終わって特養職員のケアカンファレンスにも参加させてもらった。

今回実施したなかでは劇的な効果があった方はいなかったが、これからも続けて行きたいという意見が多く出た。
(五色町歯科保健センター・歯科衛生士・宇城千恵美)

個別事例10

○86歳：女性

○全身状態：主な疾患：高血圧、うつ病、高脂血症、老人性白内障

日常生活自立度（痴呆レベル）：正常

日常生活自立度（寝たきりレベル）：A2

介護保険判定：要介護1

○口腔状態：歯の状態：上下総義歯

咬合支持数：D×D=14

—口腔機能リハビリ前の

摂食嚥下障害アセスメント等—

- ・嚥下障害レベルは1が1個、2が6個、3が3個（嚥下障害得点8点）
- ・食事は自立、食事時間は20～25分、食事量90%、食事内容は軟飯、キザミ。
- ・風船遊び：0回／1分間、反復唾液テスト1回／30秒
- ・フェーススケール：本人15、調査担当者 10
- ・過去1ヶ月の発熱：0日

—口腔機能リハビリの実施状況—

2003年1月20日より2月14日まで4週間、毎日昼食前にお口の体操ビデオを見ながら自主トレーニング、および、介護士による上半身の体操や発声の集団指導。

昼食後に自分で口腔清掃、義歯清掃をおこなう。月曜～金曜にはその後、個室にて歯科医師、衛生士、看護師（日によって交代）による口腔機能リハビリを実施（内容は呼吸訓練、頸部リラクゼーション、口唇・舌・顎の運動、発音訓練、ブローイング、嚥下パターン訓練など）合計実施日数28日、合計実施回数40回

—口腔機能リハビリ実施後の再評価—

- ・嚥下障害レベルは1が0個、2が5個、3が5個（嚥下障害得点5点）
- ・食事は自立、食事量は100%となったが、食事時間、食事内容は変化なし。
- ・風船遊びが、最終日まで1回もできなかったが、最後の日に、はじめて1～2本吹き出すことができるようになった。反復唾液テストは2回／30秒となった。
- ・フェーススケール：本人15、調査担当者6
- ・口腔機能リハビリ中の発熱日数：1日のみ37℃

—まとめ—

周囲の人（介護士、看護婦など）によると、彼女は以前よりも明るくなった、いろいろなレクリエーションにも以前よりは積極的に参加するようになったと評価されている。フェーススケールについても本人は、控えめに選んだが、調査担当者は、表情がよくなったと判断している。これは、毎日、個別にリハビリをおこないながら、いろいろな世間話をするという、精神的なリハビリにも起因しているのではないと思われる。（うつ傾向があるため、気分が乗らないときは、リハビリ体操はおこなわずに、話をするだけの日もあった。）

実際、嚥下（飲み込み）については顕著な変化がなく、義歯を用いずに、食事をすることも多く見られる。しかし、体重は弱干増加した。本人は今回の事業を楽しかったと評価されていた。今後も、継続して口腔機能リハビリをおこなうべきと思われる事例である。



（できるようになったブローイング）



（フェーススケールの改善）

（芸北町歯科保健センター・歯科医師・木村菜穂子）

個別事例11

○86歳：男性

○全身状態：基礎疾患：脳血管障害

日常生活自立度（痴呆レベル）：I

日常生活自立度（寝たきりレベル）：B1

介護保険判定：要介護2

○口腔状態：歯の状態：上下総義歯

咬合支持数：D×D=14

—口腔機能リハビリ前の 摂食嚥下障害アセスメント等—

- ・嚥下障害レベルは2が5個、3が5個（嚥下障害得点5点）
- ・食事は自立、食事時間25～30分、食事量100%、食事内容は主食が普通、副食が普通、汁・茶はトロミ
- ・風船遊び：0回／1分間、反復唾液嚥下テスト1回／30秒
- ・フェーススケール：本人15 調査担当者15
- ・過去1ヶ月の発熱：2日

—口腔機能リハビリの実施状況—

2003年1月13日より2月12日までの31日間 日曜日から土曜日の毎食前（朝・昼・夕）にこれまで行っていたテープ（お口の体操ビデオ内容が全て含まれる）を流し嚥下体操を行う（介護福祉士などによる集団指導）。おやつ前に月・水曜日は歯科医師・歯科衛生士、火・木・金曜日はSTが口腔機能リハビリを実施（内容は呼吸訓練、頸部リラクゼーション、口唇・舌・顎の運動、ブローイング、発声練習、空嚥下など）。

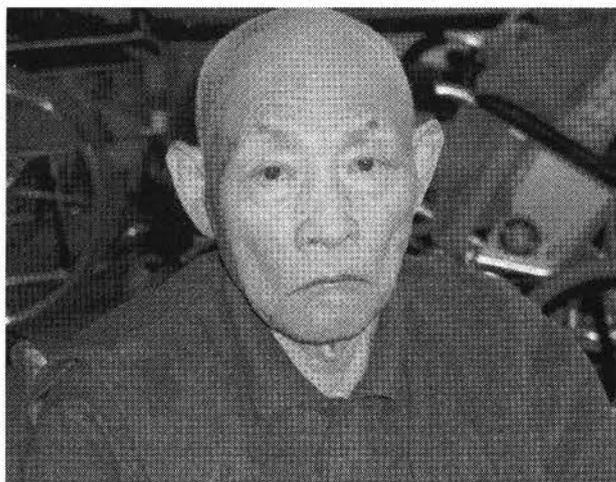
合計実施日数31日 合計実施回数113回

—口腔機能リハビリの再評価—

- ・嚥下障害レベル1が1個、2が3個、3が6個（嚥下障害得点5点）
- ・食事は変化無し
- ・風船遊び：8回／1分間と改善され、反復唾液嚥下テスト2回／30秒は若干改善された
- ・フェーススケール：本人10 調査担当者 10へと変化した
- ・口腔機能リハビリ中の発熱：0日



ブローイング訓練



リハビリ後のフェーススケール

—まとめ—

介護老人保健施設利用者に対して口腔機能リハビリを実施し、嚥下機能の改善がみられた事例を提示した。

食事における水分摂取での“むせ”が無くなり食事が容易になったと本人も自覚するようになった。また、施設職員も食事中に“むせ”が無くなったと感じるようになり自覚的・他覚的に口腔機能リハビリの効果が評価された。

また、本事業終了後では改訂長谷川式簡易知能評価スケールが向上し、嚥下機能だけではなく各種機能が向上することが示唆された。

今回の事業はリハビリの期間が短かったものの、個人への関わりの時間はこれまで以上に長かったと考える。そして、口腔機能リハビリは継続することが重要である事を医療・福祉・介護関係者に理解していただければ幸いである。

（公立みつぎ総合病院・歯科部長・占部秀徳）

個別事例12

○90歳：男性

○全身状態：基礎疾患：脳血管障害

日常生活自立度（痴呆レベル）：Ⅲ a

日常生活自立度（寝たきりレベル）：C 2

介護保険判定：要介護5

○口腔状態：口腔乾燥

口蓋・咽頭部に多量の痰が付着

上顎FDで傷ができる

下顎PD咬合に問題があり使用していないため上下義歯新規作製

（機能現在歯数：7本 4—|—3）

—口腔機能リハビリ前の 摂食嚥下障害アセスメント等—

- ・嚥下障害レベルは、口腔周囲筋が弱いため食べ物がこぼれたり、水分を摂取するとむせたり、食べ物が胸に残る、つまった感じがよくある。
- ・食事はリクライニングチェアで全介助、食事時間：20～25分 食事量：50～100%
- ・食事内容は粥・キザミ（ミキサー）
- ・ブローイング：0/1分間、反復唾液嚥下テスト 3回/30秒
- ・過去1カ月の発熱：25日

—口腔機能リハビリ等の実施状況—

月曜日から金曜日の昼食前に施設内全体で嚥下体操を実施する際に介護士・看護師が一部介助しながら実施。夕食前、個別に口腔機能リハビリを介護士・看護師・OT・PT・DH が曜日を分けて担当し実施（内容は呼吸訓練、頸部リラクゼーション、口唇・舌・顎の運動、発音訓練、ブローイング、アイスマッサージなど）。食事介助もスプーンやお皿の位置、70度高めにギャッジアップするなど工夫してみる。口腔ケア後は、口腔乾燥を防ぐためオーラルバランスを使用。

—口腔機能リハビリ実施後の再評価—

- ・嚥下障害レベルは、食べ物がこぼれたり、胸に残ったり、つまったりする事が「よくある」から「ときどきある」に変化した。
- ・食事量はほぼ全量摂取となる、食事介助もある程度自分

で食べられるようになる。

- ・ブローイング、反復唾液嚥下テストは変化なし。
- ・口腔機能リハビリ中の発熱日数：6日

—まとめ—

スプーンやお皿の位置を工夫する事によって、自分で食べることがやや改善され、覚醒レベルもアップした（写真1、写真2）。日常生活でも、車椅子で過ごす時間も増え、「ありがとう」等の発語も増えた。口腔ケアを実施したところ、口腔乾燥や口腔内清掃状態が以前よりも改善され、発熱日数の著しい減少に影響したのではないかと思われる。口腔リハビリの効果か不明だが全身的にレベルアップし、事業後新規に義歯を作製したことで、今後も摂食嚥下訓練を実施していきたい。

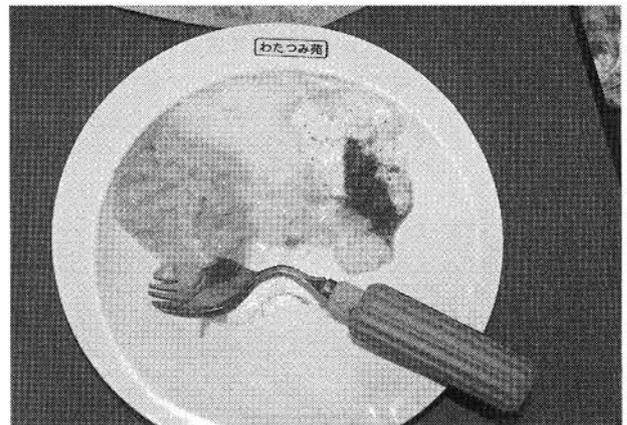


写真1 「食事のお皿とスプーンの工夫」

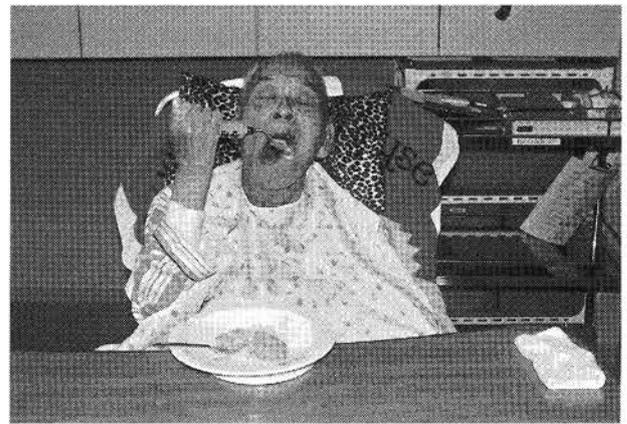


写真2 「お皿とスプーンを工夫して自身で摂食可能に」

（三豊総合病院・歯科保健センター・歯科衛生士・戸田知美）

個別事例13

○84歳：男性

○全身状態：基礎疾患：脳梗塞後遺症（右片麻痺）、高血圧症

日常生活自立度（痴呆レベル）：Ⅲ a

日常生活自立度（寝たきりレベル）：A 1

介護保険判定：要介護3

○口腔状態：

（調査時）

2 P4 2 3 連結冠ハセツ 7⑧⑨ Brハセツ 5 4 3 1 2 C4 7 ~ 13~7 7 義歯不適

交合支持：T×D=8

D×D=4

（歯科治療後）

6 | 4 5 6 P

上顎総義歯、下顎部分床義歯

交合支持：D×T=4

D×D=10

—口腔機能リハビリ前の 摂食嚥下障害アセスメント等—

- ・摂食嚥下レベルは、食事中むせる事が時々ある。（嚥下障害得点 4点）
- ・舌運動は、動きが見られない状態。
- ・味覚異常あり（塩味）
- ・フェーススケール：本人1 調査担当者10
- ・ブローイング訓練時：巻きどり1本のみ開く。

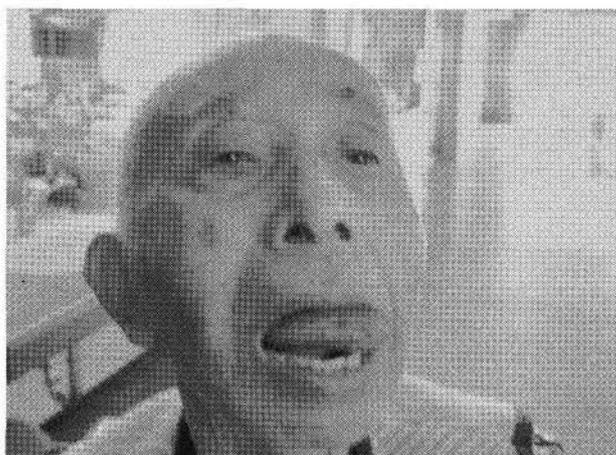
—口腔機能リハビリの実施状況—

2003年1月14日より2月14日まで5週間、日曜から土曜のおやつ前（10時）に歯科衛生士、看護師、相談員、寮母による口腔機能リハビリを実施（呼吸訓練、頸部リラクゼーション、口唇・舌・顎の運動、ブローイング など）。昼食前に「お口の体操ビデオ」を見ながらトレーニング（集団指導）。

合計実施日数 32日 合計実施回数 62回

—口腔機能リハビリの再評価—

- ・嚥下障害レベルは食事中のむせがなくなった。（嚥下障害得点 1点）
- ・食事は部分介助ではあるが、ほとんど介助の必要がなくなった。
- ・味覚異常はなし
- ・フェーススケールは 調査担当者 10から6と改善され



舌のストレッチ訓練



ブローイング訓練

た。

- ・ブローイング訓練時、巻きどりが3本開くようになった。

—その他—

介護老人福祉施設入居者に対し口腔機能リハビリを実施したところ、短い期間ではあったがみんな積極的に参加してくれた。

この事例は、他の介護老人保健施設からこの介護老人福祉施設に入所された方で、口腔状態が悪く歯科治療とリハビリを並行しておこない、口腔機能が改善された事例である。

生活全般では顔の表情もよくなり、言葉も理解しやすくなった。また食事の時間も早くなり、ほとんど介助の必要がなくなった等の効果が見られた。

施設でも積極的に取り組んでくれ、今後も継続する事になった。

（中山町歯科診療所・歯科保健センター・歯科衛生士・尾崎妙子）

第6章 調査事業結果のまとめ

1. 口腔機能リハビリテーションの位置付け

人口の高齢化、構造的な経済危機、ならびに住民の意識の変化を受けて医療の枠組みが大きな変動を迎えつつある中で、歯科医療においても「キュアからケアへ」、施設ケアと在宅ケアの連携など、多くの課題が提示されている。国民健康保険診療施設においては、地域包括医療の実践と地域包括ケアシステムの構築という理念にそって、これらの新しいニーズに応えることが重要である。

とりわけ口腔領域のリハビリテーションについては、「急性期」から「回復期」、「維持期」の各ステージにおけるリハビリテーションへの地域リハビリテーションの取り組みの経験をうけて、能力回復から機能回復をはかり、「癒し」「自立」「人生」の復権をもめざすことが重要である。その意味で、形態の回復を主な内容とする“Oral Rehabilitation”と「摂食・嚥下機能訓練も包括する概念」として用いられている「口腔リハビリテーション」との概念の大きな格差があり、それはわが国における本領域における先進的な取り組みを反映しているといえる。

また、「口腔ケア」や“Oral Health Care”にも多様な概念が含まれており、「口腔ケア」については、①あらゆる専門的な治療や口腔保健管理を含む広義の口腔ケア・サービス、②口腔清掃や口腔衛生の保持を主とする狭義の口腔ケア・プログラム、③さらに日常的な自立的口腔ケアの各相があるものととらえておくことが必要である。また、リハビリテーションと同様に、口腔ケアにおいても、急性期、回復期、維持期から終末期にかけて、各ステージごとの口腔ケアの目標と内容を整理することが重要である。

2. 調査事業の結果

歯科口腔状態が全身状態に大きく関わることは既に指摘されているが、本事業においては、国診協版「口腔機能リハビリ」の概念の確立に向けて着手すると同時に、口腔機能リハビリ活動のシステムづくりの検討にむけて、施設入所者に対する口腔機能リハビリ体操、個別の口腔機能リハビリの実施と効果測定を「介護予防向上のための口腔機能リハビリ活動に関する調査研究事業」として実施した。本事業は、高齢者が自立した生活をするための健康づくりにおいては、食事、会話、笑いが日常生活の中で自由に自然に出来ることが重要であることを重視し、高齢者の口腔衛生の向上と全身健康状態の向上により要介護状態への移行防止を図ることを目的として着手したものである。本調査研究事業を通じて、各実施施設から寄せられた評価をもとに、さらに効果的な実施方法やサービス提供体制の整備について検討するための資料が得られた。

3. 施設における取り組みの成果

高齢者が自立した生活をする上で、日常生活の中心を占める食事、会話、笑いが自然に出来ることが重要である。本事業では介護保険施設において「口腔機能リハビリ体操」を施設利用者の全員を対象として実施した上で、施設ごとに数名の対象を選定して4週間にわたり、定期的に国保歯科保健センターから歯科衛生士が訪問して個別の口腔リハビリテーションなどの口腔ケアを実施し、事業前後の施設スタッフとのカンファレンスをふまえて、それぞれの効果についての評価を試みた。

個別の対象者に対する事例の評価としては、「食事時間が早くなった」、「むせることが少なくなった」、「皿とスプーンの工夫により自分で摂食可能になった」、「食事が自立し、全量摂取できるようになった」、「食事の姿勢が改善した」、「風船遊びも飛躍的な改善をみた」など、食事や嚥下障害レベルの改善について、自覚的・他覚的な改善効果が報告された。また、「声が出なかった人が発声が可能になった」、「発熱日数がゼロに」、「長谷川式簡易知能評価スケールが向上」するなど全般的な機能の向上効果が、「内科医が驚くほどの改善」とか、「3日目くらいから対象者に改善がみられ驚きと喜び」という、予想外の反応として報告されている。

口腔機能リハビリの実施は、口腔機能だけでなく「膝が曲がるなどの効果、車椅子による自走」、「ボール遊びで握力が増加」など、日常生活面の改善に加え、「会話や行動が積極的になった」、「コミュニケーションの増加」、「顔の表情が明るくなり、笑顔が多くなった」、「積極性がみられ「やる気」が伺えるようになった」、「発語回数の増加」、「はっきりと話せるようになった」、「感情の表出、表情の変化に職員も驚く」、「生活意欲がみられるなど精神面の改善」、「職員を（用もないのに）呼ぶ回数は減少した」、「判断力ができた」など、生活機能の全般的な改善をもたらしていることもうかがえた。さらに、「明るく積極的になった」、「楽しかったと本人が評価」、「楽しく実施できた」など、施設側にとっても意外な効果のあったことが示された。

ただし、対象者を限定した口腔機能リハビリ訓練の実施について、「10分以上は辛い」、「「選ばれた」と思いいやだった」など、今後の実施にあたって配慮を要する指摘もあった。

施設利用者全員を対象として実施したリハビリ体操の効果についても、「食事に対する積極性」、「食事の介助が不要に」、「食事時のむせが減少」、「食事の飲み込みが改善」、「便秘の緩和」など、食生活の改善のほか、「発熱の減少」、「坐位時間の延長」、「体の動きがよくなった」などの全身的な改善、ならびに「生活リズム」の改善や「覚醒時間」の延長、「生活にメリハリ」、「受け身で遠慮がちな人が積極性、意欲的に」、「部屋への閉じこもりが減少」、「明るくなった」、「意思疎通が容易に」、「対人関係」の改善、「施設内の交流、笑顔や会話が増えた」、「集団で体操を実施することにより協調、習慣性が得られた」、「体操がレクリエーションに」、「日常生活の改善と意欲向上に」など、生活面での改善が示されている。また、「本人が楽しくとり組めた」、「「リハビリはまだか」と毎日待ちわびるようになった

た]、「歯科スタッフの訪問が利用者には刺激に]、「意思表示できなかつた利用者からの訴え]、などの効果がみられたことも報告されている。

施設側にとっても、「食事介助していた人が自力摂取に施設が感動]、「外部からの訪問で入所者の刺激にも]、「国保歯科保健センターから人材派遣したことにより事業が可能に]、「今回の調査を契機に継続してお口の健康体操を実施したい]、「事前に把握していた以上に嚥下障害の疑いのある利用者があることがわかつた]、「職員の間にとまどいがあつたが摂食・嚥下障害への関心の高まり]、「施設職員の口腔ケアに対する意識に変化]、「新しい事業が職員にとっても刺激に]、「昼食前リハビリが定着]、などの反応があり、本事業が施設における口腔領域の取り組みを促進させる上で意味があつたことが示唆されている。また、利用者の家族から「こんな（体操などの）サービスも実施している」と評価が得られた。

今後の事業の継続については、「口腔機能リハビリの対象者以外にも関心を持つものが多かつたので継続したい」という要望の一方で、「自立的な人を対象にした口腔リハビリは変化が少ない」との指摘もある。また、「施設職員の多忙な日常業務」についての言及もあり、口腔リハビリの継続には、何らかの歯科専門職の継続的な関与の体制を整備することが重要であることも示された。

4. 今後の方向

介護保険事業の開始とはほぼ期を一にして、国民の健康づくりを強化するための指針を示す「21世紀における国民健康づくり運動—健康日本21」にもとづく取り組みが開始された。国民の最重要健康課題の一つに歯科保健があげられたのは「8020運動」を通じて口腔保健に対する関心が高まっているだけでなく、咀嚼機能をつかさどる口腔の健康を維持することが、健全な食生活を通じた生活習慣病の予防を進める上において不可欠であるとの認識にもとづくものである。

また、要介護者においては、健康の回復・維持や食生活の確保だけでなく、嚥下障害や誤嚥などによる上気道感染を防ぐためにも口腔保健の管理は重要な課題である。そうして、口腔機能の低下や口腔を通じた感染症を防ぐためには、より積極的な口腔保健の維持・管理を担う歯科医師や歯科衛生士などの専門家による総合的な口腔ケア、口腔機能のリハビリテーションの展開をはかることが重要である。

国保直診の歯科診療施設、国保歯科保健センターにおいては、「治療のみならず保健サービス、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含し、施設ケアと在宅ケアとの連携および住民参加のもとに、生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療」として、住民のQOLの向上をめざす地域包括ケア（地域包括医療）の一環として、口腔ケアや口腔機能に関するリハビリテーションを位置付け、地域においてこれらの理念を積極的に実現させることが重要である。その上で、本調査事業はその可能性と基盤づくりの必要性を示したものといえる。

口腔機能改善推進委員会開催概要

平成14年5月10日 全国町村会館

第1回 口腔機能改善推進委員会 作業部会

- (1)事前準備作業
- (2)調査研究事業を進めるにあたって意見交換

平成14年8月2日 全国町村会館

第2回 口腔機能改善推進委員会 作業部会

- (1)事前準備作業
- (2)口腔機能に関するリハビリ及びケアの実施方法の検討

平成14年9月27日 全国町村会館

第3回 口腔機能改善推進委員会 作業部会

- (1)事前準備作業
- (2)調査研究事業の実施方法・調査票等（たたき台）作成

平成14年11月13日 都市センターホテル

第1回 口腔機能改善推進委員会

- (1)委員会設置について協議
- (2)調査研究事業の実施方法、スケジュールについて協議

平成14年12月18日 ルポール麹町

第2回 口腔機能改善推進委員会

- (1)調査研究事業経過報告
- (2)中央打合せ会の運営について協議

平成14年12月18日 ルポール麹町

調査研究事業中央打合せ

挨拶「国の動向について」国診協常任顧問 山口 昇
基調講演「口腔機能リハビリ調査の今日的意義」委員長 新庄文明
事例発表「口腔機能リハビリ活動の状況について」

委員 佐々木勝忠・駒井 正

事業の進め方について協議

平成15年2月13日 長崎県歯科医師会館

口腔機能改善推進委員会打合会

「口腔機能リハビリの概念のたたき台作成ワークショップ」

全体研修1：浜村明德先生「地域リハからみた口腔ケアへの期待」

全体研修2：角町正勝先生「あきらめないで口から食べること」

地域リハビリテーションの基本概念について協議

口腔機能リハビリテーションの考え方について協議

平成15年3月7日 麹町会館

第4回 口腔機能改善推進委員会 作業部会

(国保歯科保健センター連絡研修会)

(1)調査研究事業結果速報

(2)事業結果(速報)から今後の課題についての意見交換

平成15年3月20日 都市センターホテル

第3回 口腔機能改善推進委員会

(1)調査研究結果報告

(2)口腔機能リハビリテーションの考え方についての整理

口腔機能改善推進委員会

委員一覧

| | | |
|------|-------|--------------------------|
| 委員長 | 新庄 文明 | 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 教授 |
| 副委員長 | 植田耕一郎 | 新潟大学大学院医歯学総合研究科 助教授 |
| 委員 | 松坂 誠應 | 長崎大学医学部保健学科 教授 |
| 委員 | 山本 和儀 | 帝京平成大学健康メディカル学部理学療法学科 教授 |
| 委員 | 岸 明宏 | 広島県・加計町国保病院 管理者 |
| 委員 | 南 温 | 岐阜県・和良村国保歯科総合センター センター長 |
| 委員 | 中田 和明 | 兵庫県・村岡町国保兎塚歯科診療所 所長 |
| 委員 | 奥山 秀樹 | 長野県・佐久市立浅間総合病院歯科口腔外科 医長 |
| 委員 | 三上 隆浩 | 島根県・頓原町国保頓原病院歯科口腔外科 部長 |
| 委員 | 木村 年秀 | 香川県・三豊総合病院歯科口腔外科 医長 |
| 委員 | 佐々木勝忠 | 岩手県・衣川村国保衣川歯科診療所 所長 |
| 委員 | 駒井 正 | 兵庫県・宝塚市国保診療所 所長 |
| 委員 | 倉永 史俊 | 広島県・公立みつぎ総合病院リハビリ部 技師長 |

オブザーバー 瀧口 徹 厚生労働省医政局歯科保健課 課長

オブザーバー 外口 崇 厚生労働省老健局老人保健課 課長

研究協力 浜村 明德 福岡県・小倉リハビリテーション病院 院長

角町 正勝 長崎県・角町歯科医院 院長

介護予防向上のための口腔機能リハビリ活動
に関する調査研究事業 報告書

平成15年3月発行

発行所 全国国民健康保険診療施設協議会

〒100-0014 東京都千代田区永田町1-11-35 全国町村会館内

電話 (03) 3597-9980 FAX (03) 3597-9986

発行人 富永芳徳

印刷所 中和印刷株式会社
