

介護予防向上のための口腔機能
改善推進のための支援体制整備事業
報 告 書

平成16年 3 月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

はじめに

わが国における高齢者の人口は急速に増加しており、それに対応して国は、医療制度改革や介護保健制度の見直し、健康日本21・第4次老人保健事業の策定、次に健康増進法の実施など国民の健康づくりを積極的に行っているところである。

健康長寿を目指すための「健康日本21」における9つの領域の一つに「歯の健康」が取り入れられ、その目標として歯科疾患の予防と歯の喪失の予防が掲げられる等、歯科保健の意義が見直されてきている。

口腔状態は高齢者の全身状態に大きな影響を及ぼし、口腔領域における総合的なケアは、健康寿命の延伸ならびに介護予防、感染予防の重要な手段として着目されている。

本会では高齢者に対するリハビリテーション分野で「口腔機能リハビリ」についての定義づけとその実践について、新しい試みを模索してきたところである。

今回、「介護予防向上のための口腔機能改善推進のための支援事業整備事業」を厚生労働省老人保健健康増進等事業として実施した。本事業では、口腔機能リハビリテーションの意義及び定義を提言し、(1)医療・保健・介護の面、(2)看護または専門的口腔ケアの面、(3)介護予防における面から、医師、歯科医師、他多種職の関わり方について口腔機能リハビリテーションを実践するためのマニュアルを開発するとともに、モデル事業を通じてその検証を行ったところである。

今回の調査分析の結果から、口腔機能リハビリテーションは、介護予防の実践として極めて有用と考えられ、これらの成果をふまえ全国各地域、施設で本マニュアルを活用していただければ幸いである。

終わりに、本事業にご協力いただいた国保直診、ならびに関係者に感謝するとともに、この研究事業を推進するにあたりご尽力をいただいた新庄委員長はじめ委員の皆様に深甚の謝意を表します。

平成16年3月

全国国民健康保険診療施設協議会

会長 富永 芳徳

目次

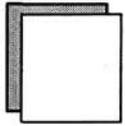
第1章 事業の概要	1
1. 事業の背景と目的	3
2. 事業の概要	5
3. 実施体制	10
第2章 口腔機能リハビリテーションの意義	11
1. 口腔機能改善に関連する概念について	13
2. 摂食・嚥下に関する口腔機能の分類とその障害	19
3. 口腔機能リハビリテーションの意義	28
4. 口腔機能リハビリテーションにおけるネットワーク	33
第3章 国診協会施設における口腔機能改善の現状	43
1. 調査の概要	45
2. 調査の結果	46
第4章 口腔機能リハビリテーションに関するモデル事業	71
1. モデル事業の目的	73
2. モデル事業の実施方法	73
3. モデル事業の対象者の状況	85
4. モデル事業実施前後の比較	94
5. 結果のまとめと考察	169
第5章 先進的取り組み施設紹介	175
1. 郡上市国保和良歯科総合センター	177
2. 公立みつぎ総合病院	180
3. 衣川国民健康保険衣川診療所・歯科診療所	183
4. 藤沢町国民健康保険藤沢町民病院	187
5. 三豊総合病院	190

第6章 口腔機能リハビリテーションの普及に向けた実践マニュアル 195

1. 口腔機能リハビリテーションの実践	197
2. 急性期の口腔機能リハビリテーション	211
3. 回復期の口腔機能リハビリテーション	215
4. 維持期の口腔機能リハビリテーション	218
5. 終末期の口腔機能リハビリテーション	222
6. 実施上の安全管理	227

資料編 231

・ 口腔機能改善推進委員会・作業部会開催概要	233
・ 「口腔機能等評価票」	235
・ 「経過記録表」	243



第1章 事業の概要

1. 事業の背景と目的
2. 事業の概要
3. 実施体制

1. 事業の背景と目的

1) 背景

介護予防を図り、健康長寿を目指すための「21世紀における国民健康づくり運動」すなわち「健康日本21」における9つの重要な課題に「歯の健康」が取り入れられ、その目標として歯科疾患の予防と歯の喪失の防止が掲げられる等、口腔保健の意義が見直されている。また、要介護者や易感染性患者においては専門的な口腔の清潔保持を図ることが誤嚥性肺炎等の感染予防としても重要であると認識され、口腔の清潔保持ケアが、上気道感染や肺炎防止、ひいてはQOL（Quality of Life：生活の質）向上ならびに生命維持の面からも積極的に取り組まれるようになっていく。また、摂食から嚥下、構音や審美等の口腔領域の機能回復を図ることは全身的な生活能力ならびにQOLの回復にもつながることから、近年、口腔の清潔保持だけでなく機能回復を目指したリハビリテーションの取り組みが施設や在宅における「口腔ケア」として進められつつあり、その成果が示されている。このように、医療のみならず、保健、福祉の分野においても、口腔領域における総合的なケアは、健康寿命の延伸ならびに介護予防、感染予防の重要な手段として着目されている。

また、口腔状態は高齢者の全身状態に大きな影響を及ぼすことも、多くの研究を通じて指摘されている。例えば、咬合力の改善は転倒予防につながり、摂食・嚥下機能の向上は、低栄養状態の予防・改善に寄与するとされている。また、口腔部位へのケアによる自立度の改善、義歯の装着促進や表情筋の改善によって、閉じこもりが防止され社会的リハビリテーションにも役立つことが指摘されている。

しかし、これらの指摘事項は、保健・医療・福祉関係者の共通理解として十分に認識され、医療や福祉サービスの現場に根付いているとは言い難い。また、一般にリハビリテーションの実施に当たっては、対象者の主要疾患の状態によって、「急性期」、「回復期」、「維持期」の各段階に沿った目標や介入方法が設定されるが、歯科領域のリハビリテーションがこのような各段階に対応して実施されることは少ない。一方で、疾患発症の初期段階（「急性期」）にリハビリテーションを開始すると身体機能の回復に大きな影響を与えることや、口腔機能に関するリハビリテーションを並行して行うことが身体機能へのリハビリテーション効果を高めることも先駆的な経験を通じて指摘されている。そのような効果が知られていながら、急性期や回復期医療の現場では歯科スタッフの配置や連携の体制は限られているため、現実には看護師等によるベッドサイドにおけるリハビリテーションとの連携が大きな鍵となっているのが実情である。

口腔領域における機能の維持・向上を医療、福祉の現場に普及させることを目指した場合、歯科関係者と「急性期」における病院、「回復期」、「維持期」を担う病院や一般診療所、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護保険制度等による居

宅サービス等に携わるあらゆる職種が同じ目標の下に、協同しながら継続的に口腔機能改善に向けた取り組みを行う体制づくりが急務の課題である。そのため具体的には、①多職種に口腔領域のリハビリテーションの意義と重要性を広めること、②対象者の状態に応じた共通の目標設定の方法、介入プログラムを開発すること、③さらにはその効果を客観的に検証するための評価指標づくり等が重要な課題となってくる。

こうした取り組みにより、多職種が一体的かつ継続的に高齢者の口腔機能の改善を図る土俵が整備され、あらゆる医療機関、福祉サービスの現場に普及することにより高齢者の介護予防がさらに進むことが期待される。

2) 目的

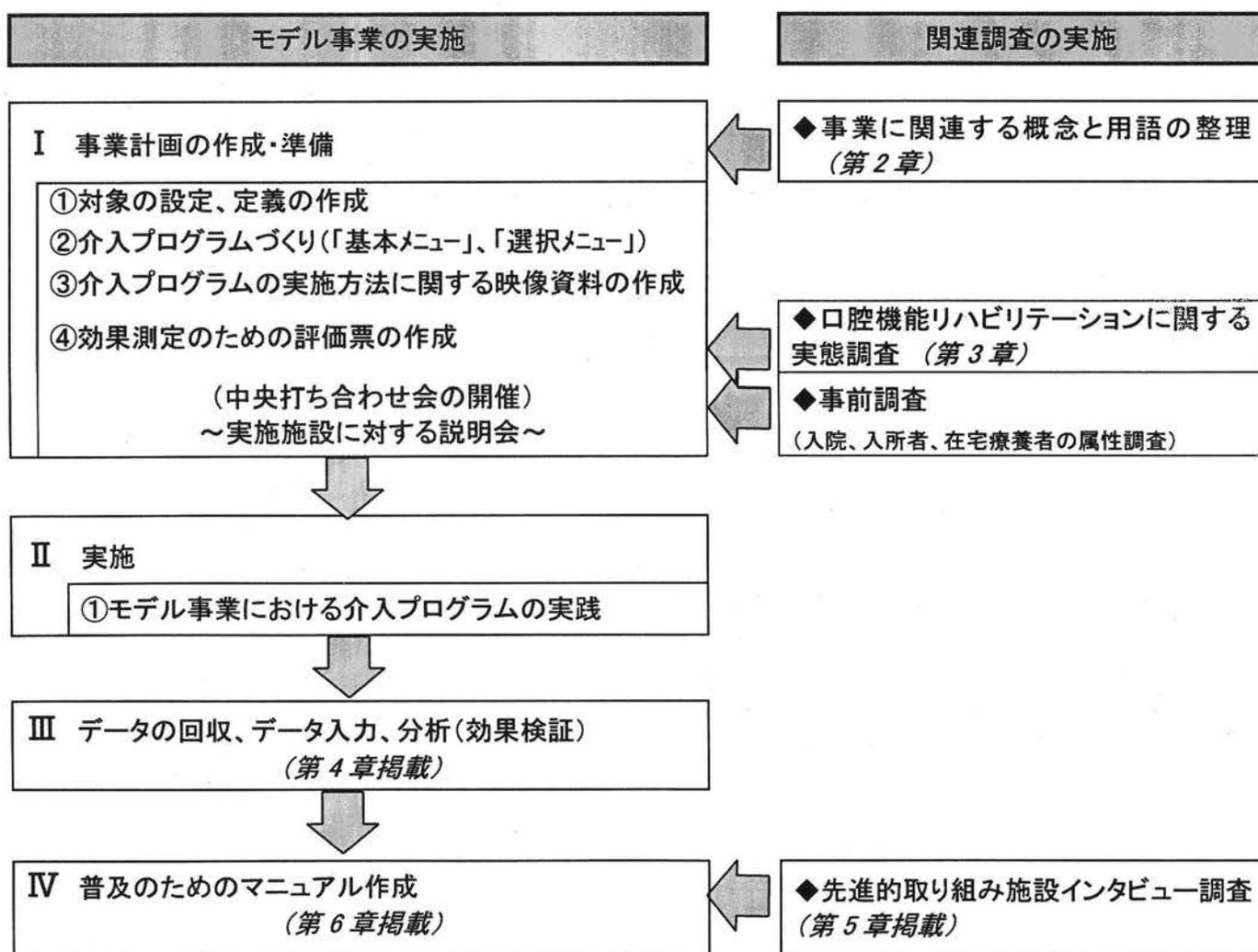
口腔領域の総合的なケアは、予防から治療（Cure）そして専門的ならびに一般的な健康支援（Care）ならびにセルフケアをも包括して行われるものであり、全国国民健康保険診療施設協議会（以下、国診協とする）の理念としての地域包括医療、すなわち「地域に包括医療を、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民のQOLの向上を目指すもの」として、「治療（キュア）のみならず保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスの全てを包含するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携および住民参加のもとに生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療（ケア）」としての包括医療（ケア）に対応するものでなければならない。つまり、口腔領域のケアならびに口腔機能のリハビリテーション等、口腔機能改善のための取り組みは、保健・医療・福祉の連携のもとに進められる地域包括ケアの一環として進められるものであり、国診協による地域包括ケアの一環としてこれらを展開、普及させるため、口腔領域における「ケア」や「リハビリテーション」等口腔機能改善に関する概念を整理するとともに、国診協の諸施設における現状を把握しつつモデル的な事業を展開する必要がある。

本事業は、これらの目的に沿って、平成14年度に実施した「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事業」を発展させるべく実施したものである。また、本事業は、医療機関、高齢者施設、介護予防事業を実施している地方自治体ならびにその委託事業者、介護保険制度における居宅サービス事業者等の高齢者ケアに携わる全ての職種を対象に、高齢者の口腔機能向上・改善のためのマニュアルを開発することを目的とする。具体的なモデル事業として介入研究を実施し、実際の症例からその効果に関する実証的データを収集することを目指すものである。

2. 事業の概要

1) 事業の全体像

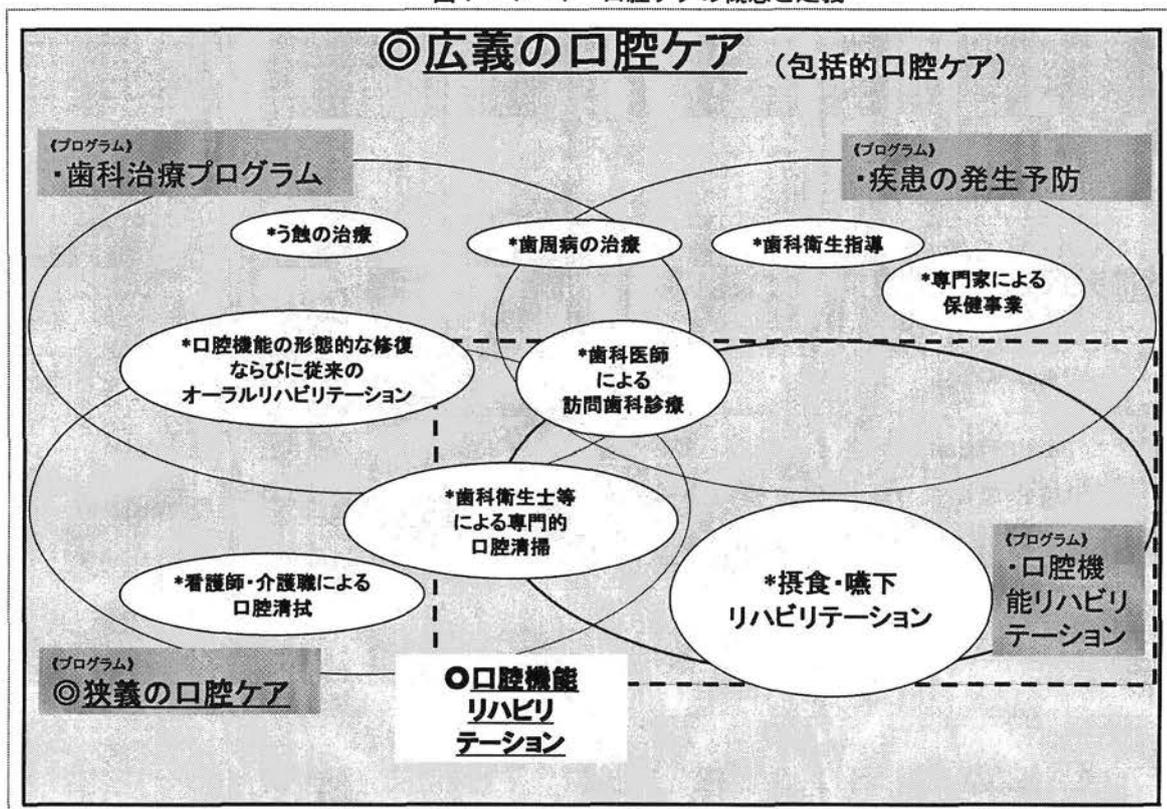
本事業は、介護予防向上のための口腔機能改善を進めるために、①口腔機能改善に関連する概念と用語の整理、②国診協会員施設における口腔機能改善の現状に関する実態調査、③モデル事業の実施、④先進的な取り組みを行っている施設へのインタビュー調査、ならびに、⑤事業の普及をはかるための実践的なマニュアルの作成の5つから構成される。事業の全体像ならびに実際のながれは以下の通りであった。



2) 口腔機能リハビリテーションの意義について(第2章)

口腔機能改善に関する概念としての「口腔ケア」や「口腔機能リハビリテーション」等の用語について、その背景について検討を加え、国診協の事業において用いる場合の定義について、下記に示すようにまとめた。また、摂食・嚥下に関する口腔機能について、その分類と内容を示した上で、それらの機能に障害をもたらす疾患について、発達期と成人・老人期のそれぞれについて解説を加えた。その上で、本定義にかかわる口腔機能リハビリテーションの意義や、推進をはかる場合のネットワークのあり方について検討した。

図1-1-1 口腔ケアの概念と定義



《地域包括ケア》

注)各図形の形状は、以下の意味を持つ。
○形:プログラム
□形:システム(プログラムの体系)

◎広義の口腔ケア（包括的口腔ケア）

- ◇目的：口腔機能回復および疾患予防と介護予防
- ◇対象：患者や要介護者、ならびに住民一般
- ◇概要：口腔に関する疾患予防、治療、ケア、リハビリテーション等のあらゆる手段を含めた専門家による保健医療行為のシステム（＝体系）

◎狭義の口腔ケア（専門的口腔清掃）

- ◇目的：口腔疾患予防ならびに誤嚥性肺炎等の感染性疾患予防
- ◇対象：患者や要介護者
- ◇概要：専門家による口腔衛生指導や口腔清掃、ならびに口腔機能のリハビリテーションを図るプログラム（＝事業）

◎口腔機能リハビリテーション

- ◇目的：口腔関連諸器官の回復と維持ならびに生活の復権
- ◇対象：摂食・咀嚼・嚥下機能に障害を有する者
- ◇概要：急性期・回復期・維持期・終末期のそれぞれの病態時期に応じて実施される、口腔関連の諸機能の回復を主な内容とするリハビリテーションのプログラム（＝事業）ならびにそのシステム（＝体系）

3) 国診協会員施設における口腔機能改善の現状に関する実態

(第3章)

調査概要

目 的	口腔ケア（狭義）および口腔機能リハビリテーションプログラムの実施や取り組み実態、ならびに阻害要因、実施に当たり必要な情報等について把握すること
対 象	国診協会員施設
調査項目	施設属性、摂食嚥下障害を持つ入院（入所）患者数、口腔ケア・口腔機能リハビリテーションの取り組み状況、未実施理由、地域連携 等
回 収 数	386 施設

国診協の会員施設の全てを対象として、4割弱の施設における口腔機能改善に関する現状を把握した。6割以上の入院入所施設において利用者が摂食嚥下障害を有しており、何らかの狭義の口腔ケアの実施状況は、入院入所施設の約87%、一般診療所の約26%が口腔清拭を、歯科診療所の約64%が歯科スタッフによる専門的口腔清掃を実施していた。一方、口腔機能リハビリテーションについては、病院の約56%、一般診療所の約10%、歯科診療所の約39%が実施していた。今後の普及を図る上では、チームアプローチの必要性が示唆された。

4) 口腔機能リハビリテーションに関するモデル事業(第4章)

モデル事業概要

目的	<ul style="list-style-type: none"> ◆口腔ケア（狭義）、口腔機能リハビリテーションの実施体制、評価方法、プログラムの効果についてのデータを収集すること ◆口腔ケア（狭義）、口腔機能リハビリテーションのマニュアル作成に必要な情報収集を行うこと ◆国診協会施設においてチームアプローチの普及を図ること
対象	国診協会施設 32 施設（実施は 31 施設）
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ◆平成 15 年 10 月中旬時点での入院、入所者もしくはサービスを提供している在宅療養者のうち、10 名程度（可能な限り、うち 2 名は在宅療養者とした） ◆口腔機能の改善に向けたケアを必要とする者、または希望する者で、具体的には認知期における障害、咀嚼・口腔期における障害、嚥下・食道期における障害のうち 1 つ以上の障害が見られる者 ◆原疾患の状態は、急性期、回復期、維持期、終末期のいずれの時期でもよい ◆対象者（もしくは家族等）には本事業に参加することの説明を行った上、同意が得られた者。 ◆回収症例数は 248 件
実施期間	平成 15 年 10 月上旬から平成 16 年 1 月 15 日まで

急性期、回復期、維持期ならびに終末期のそれぞれにおける口腔機能リハビリテーションを、基本メニューならびに選択メニューに応じてモデル事業として実施し、改善状況について評価した。巻き鳥テスト、口唇運動、舌苔量、口腔清掃回数、軟口蓋運動、口臭、BDR 指数（義歯装着）、義歯の状況等において高い改善が得られ、咀嚼・口腔期における障害ありの割合の減少、食事内容や食事の自立度等といった食行動面の改善も確認された。今後の口腔機能リハビリテーションを普及させる上では、看護職のみに依存するのではなく、対象者の実情に応じて効果的かつ効率的なメニュー設定と実施頻度を選択して実施するための、あらゆる職種のネットワーク構築の必要性が示唆された。

5) 先進的取り組み施設のインタビュー調査(第5章)

国診協の会員施設として、本事業の主要テーマである口腔機能リハビリテーションに先進的に取り組み、また成果をあげているところを調査員が訪問し、施設ならびに事業の概要、口腔機能リハビリテーションの実情について、視察ならびに担当者のインタビューを通じて、現状を把握した。対象とした施設は以下の通りである。

1. 郡上市国保和良歯科総合センター
2. 公立みつぎ総合病院
3. 衣川国民健康保険衣川診療所・歯科診療所
4. 藤沢町国民健康保険藤沢町民病院
5. 三豊総合病院

6) 口腔機能リハビリテーションの普及に向けたマニュアルの作成 (第6章)

急性期、回復期、維持期ならびに終末期における口腔機能リハビリテーションの普及に向けて、その事前準備としてのケアカンファレンスの基本的な考え方とその進め方、記録方法と評価法、ならびに①専門的口腔清掃、②嚥下体操、③理学療法的アプローチ、④寒冷刺激法・氷なめ訓練、⑤Shaker exercise、⑥喉頭挙上運動、⑦構音訓練、⑧ストロー訓練、⑨Pushing exercise (押し運動)、等のケアメニューについて紹介した上で、急性期から終末期における、それぞれの口腔機能リハビリテーションの実際について、メニューの選定方法等のマニュアルを示した。あわせて実施上の安全管理について解説を加えた。

3. 実施体制

本事業の実施に当たっては、国診協において口腔機能改善推進委員会を設置し、事業の進め方ならびに成果に関する考察や検討を行った。なお、委員会の議論を踏まえて、具体的な調査研究方法、分析手法に関する検討等については作業部会を開催し実査を進めた。委員会ならびに作業部会の構成は以下の通りであった。

◇学識経験者

委員名	所属
新庄 文明	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科教授
植田 耕一郎	新潟大学大学院医歯学総合研究科助教授
松坂 誠應	長崎大学医学部保健学科教授
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

◇国診協

*印は作業部会委員

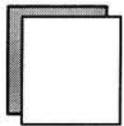
委員名	所属
*岸 明宏	広島県・加計町国保病院管理者
*南 温	岐阜県・郡上市国保和良歯科総合センター長
中田 和明	兵庫県・村岡町国保塚歯科診療所長
*奥山 秀樹	長野県・佐久市立浅間総合病院歯科口腔外科医長
三上 隆浩	島根県・頓原町国保頓原病院歯科口腔外科部長
木村 年秀	香川県・三豊総合病院歯科口腔外科医長
*佐々木 勝忠	岩手県・衣川村国保衣川歯科診療所長
*林 拓男	広島県・公立みつぎ総合病院副院長
*倉永 史俊	広島県・公立みつぎ総合病院リハビリテーション部技師長
*大石 典史	長崎県・国保平戸市民病院リハビリテーション科係長
*池場 妙子	岐阜県・郡上市国保和良病院看護師
*尾崎 妙子	愛媛県・中山町国保直営歯科診療所歯科衛生士
*玉井 文子	滋賀県・公立甲賀病院主任歯科衛生士

◇オブザーバー

氏名	所属
麦谷 眞里	厚生労働省老健局老人保健課長
山内 雅司	厚生労働省医政局歯科保健課長

◇作業部会

氏名	所属
岸 明宏	広島県・加計町国保病院管理者
南 温	岐阜県・郡上市国保和良歯科総合センター長
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
佐々木 勝忠	岩手県・衣川村国保衣川歯科診療所長
林 拓男	広島県・公立みつぎ総合病院副院長
倉永 史俊	広島県・公立みつぎ総合病院リハビリテーション部技師長
大石 典史	長崎県・国保平戸市民病院リハビリテーション科係長
池場 妙子	岐阜県・郡上市国保和良病院看護師
尾崎 妙子	愛媛県・中山町国保直営歯科診療所歯科衛生士
玉井 文子	滋賀県・公立甲賀病院主任歯科衛生士



第2章 口腔機能リハビリテーションの意義

1. 口腔機能改善に関連する概念について
2. 摂食・嚥下に関する口腔機能の分類とその障害
3. 口腔機能リハビリテーションの意義
4. 口腔機能リハビリテーションにおけるネットワーク

1. 口腔機能改善に関連する概念について

1)はじめに

食生活は人生のあらゆる段階において生活の質に大きくかかわる分野であるが、高齢者においては生活の関心の大部分を占めるだけでなく生命の維持に極めて密接にかかわるものであり、食生活を支え、それを大きく規制する口腔機能の保持・改善は生活ならびに生命にとって極めて本質的な役割を担っている。もともと、「生活」や「人生」の復権をはかることは「リハビリテーション」の目標とされ、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」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」(WHO、1994)あるいは「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」(日本リハビリテーション病院・施設協会、2001)とされており、口腔領域における機能改善の取り組みは、このような地域リハビリテーションの一環として進めることが極めて重要である。

リハビリテーション分野においては、従来 of 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おり、廃用症候群の予防を中心とする入院医療として実施される急性期のリハビリテーション(発症約1~3ヶ月)、能動的で多彩な訓練を中心としてリハ病棟への入院あるいは外来において行われる回復期のリハビリテーション(発症後概ね9ヶ月)、長期療養を前提として家庭生活や社会生活の維持・継続を支援する維持期のリハビリテーション(上記以降)と、それぞれの目標と課題に沿って、適切な方法が選ばれている。口腔領域における機能改善の取り組みを地域リハビリテーションの一環として進めることは、とりもなおさず急性期、回復期から維持期、そして終末期にいたる、それぞれの時期における口腔機能改善の目的、担当、内容を明確にし、実践を支えるためのシステムの構築をはかることにほかならない。

本事業においては、このような主旨にそって、急性期、回復期から維持期、そして終末期にいたる口腔機能リハビリテーションを進めるための指針を第6章として示したが、本章では、口腔機能リハビリテーションの意義や摂食・嚥下に関する口腔機能の分類とその障害について解説を加え、事業を普及させるためのネットワークのあり方について検討した。

なお近年、看護系、歯学系の邦文文献に「口腔リハビリテーション」という用語が頻繁にみられるようになった。すでに平成14年度報告で示したように、看護系文献において「摂食・嚥下障害とその訓練」を内容とする用語と、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等による Oral Rehabilitation に対応す

る邦訳として用いられている用語とは、同一の言葉であっても、示す内容にはかなりの相違があるのが実情である。このように、摂食・嚥下障害等にたいするリハビリテーションとしての「口腔リハビリテーション」から、看護、歯科医療分野における「口腔リハビリテーション」まで、同一の用語が極めて幅広い概念として用いられているのは、それだけわが国にける口腔領域の取り組みが、世界に類を見ないような広がりをもって進められていることを反映している。そこで、本調査事業においては、平成14年度以来、これまで「口腔ケア」ならびに「口腔リハビリテーション」として示されている概念を、地域リハビリテーション概念に照らしつつ文献的な検討等を踏まえて整理し、それら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、概念の整理作業を行ってきた。本項では、従来、「口腔ケア」ならびに「口腔リハビリテーション」として示されてきたサービスやプログラムの現状を踏まえて、用いられている概念を整理し、用語について定義した。

2) 口腔ケアとは

(1) 広義の口腔ケアと狭義の口腔ケア

わが国において近年、高齢患者や要介護者に対して、歯科治療だけでなく口腔疾患予防の、および口腔機能のリハビリテーションを含め、身体的・精神的に生きがいのある日常生活が送れるような援助が積極的に取り組まれるようになった。これらの動きと同時に、従来は一般的には用いられなかった「口腔ケア」という概念が普及してきている。

まず、本来の口腔領域におけるケア (Oral Health Care) としては、以下のような口腔に関するケアを総称するものと捉えることができる。

- ◆広義の口腔ケア：口腔に関する疾患予防、歯科治療、リハビリテーション、ケア等あらゆる手段を含めた、専門家による保健・医療行為のシステム（体系）
- ◆狭義の口腔ケア：保健・医療従事者等による要介護者等を対象として、生活の場や施設における専門家による口腔衛生指導や口腔清掃、ならびに口腔機能のリハビリテーションをはかるプログラム（事業）
- ◆セルフケア：自己ならびに家族、介護者等により行われる日常的な口腔衛生管理（生活の一部）

いわゆる「口腔ケア」を、これらの口腔領域の総合的なケアの全体と捉えるならば、広義の口腔ケアは「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等あらゆる手段を含めた医療行為を含む、口腔機能回復および疾患予防と介護予防を目的とした医学的分野」と定義することができる。しかし一方では、

看護師や歯科衛生士によって口腔の清潔保持を目的とする専門的な対処が、近年は「口腔ケア」として普及されつつある。これらは特に、患者や要介護者に対して、口腔疾患予防や嚥下性あるいは誤嚥性の肺炎を予防することを目的として行われる口腔衛生管理であり、このような身体的・精神的に生きがいのある日常生活が送れるよう援助するプログラムを、狭義の口腔ケアとして位置づけておくことも重要である。

(2)「口腔ケア」という用語の現状と背景

上述したように、「口腔ケア」あるいは“Oral Health Care”が、①あらゆる手段を用いた歯科医療の全てを示す「広義の口腔ケア」、②歯科衛生士や看護職によるPMT C (Professional Mechanical Tooth Cleaning)、口腔清掃、口腔清拭等の予防的な対処を示す「狭義の口腔ケア」、および、③セルフケアとしての口腔衛生管理、等のあらゆる口腔保健管理を総括する概念として用いられる中で一種の混乱も生じているのが現状であるが、これは、これらの領域の様々な取り組みが、わが国では、近年、積極的に進められるようになっていくことを反映するものである。

つまり、高齢者や要介護者を対象とするサービスが拡充される中で、口腔保健管理の中でも清潔保持や口腔機能のリハビリテーションを目的として行われるプログラム、すなわち上記の②に該当する事業が増えており、その中には、“Oral Cleaning”あるいは“Oral Hygiene Care”等に相当するものと、一方では新しい概念として“Functional Oral Rehabilitation”とすべき口腔機能のリハビリテーションの一部に相当する取り組みも含まれる。

このような、わが国で近年とくに汎用されるようになってきている「口腔ケア」が雑誌で紹介され、報告される中で、それらに対応する概念として“Oral Health Care”だけでなく“Oral Care”という言葉も英文雑誌にみられるようになっていく。

しかし、昨年度報告に示す通り、英文学術雑誌における“Oral Health Care”の大半は一般的な予防や治療を含む口腔保健管理全般を内容として用いられており、一方、和文雑誌における「口腔ケア」は、発達障害・中途障害を含む要介護者を対象とする「予防」を内容とする場合が約8割を占めている。このように、「口腔ケア」という概念には、広義から狭義まで、さまざまな捉え方があることと同時に、和文と英文における用いられ方の相違があることを考慮しておくことが重要である。

(3)口腔ケアの定義

以上に示したような口腔ケアの分類について、それぞれの特性を踏まえたうえで、国診協が進める地域包括ケア（地域包括医療）の中における、いわゆる「口腔ケア」の位置づけとしては3つの段階が存在すると言え、それらを以下のように定義する。

- ◆**広義の口腔ケア（包括的口腔ケア）**：口腔に関する疾患予防、歯科治療、リハビリテーション、ケア等あらゆる手段を含め、専門家により保健・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保健・医療サービスのシステム（体系）のこと。口腔機能回復および介護予防を目的とした医療行為や清潔保持への取り組みを含み、英語で表現する Oral Health Care に該当する。
- ◆**狭義の口腔ケア（専門的口腔清掃）**：保健・医療従事者等により要介護者や高齢者等を主な対象として、生活の場や施設における専門的対処として行われる技術であり、介護予防に向けた口腔機能の回復訓練ならびに口腔疾患予防、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・精神的に生きがいのある日常生活が送れるよう援助するプログラム（事業）のこと。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、口腔清拭等の、介護の現場で実施される専門的な対処を含む。
- ◆**セルフケア（生活としての口腔ケア）**：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口腔衛生管理の介助を含み、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。

3) 口腔機能リハビリテーションとは

(1) 口腔リハビリテーションと口腔機能リハビリテーション

近年のリハビリテーションが目指す理念は、「形態・機能」の回復から「能力」、「生活」そして「人生」の復権へと、事業の進展に即して移行していることが指摘できる。これは口腔部位に対するリハビリテーション、いわゆる口腔リハビリテーションに対しても同様の潮流にあると言えるが、これに対して従来の歯科医療では、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」の実態や背景への配慮がほとんど欠落していたという現状も散見される。

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。

そこで、国診協が進め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、「機能的なリハビリテーション」も包含するものとして適切な概念を示すことが重要である。

(2) 「口腔機能リハビリテーション」という用語の現状と背景

わが国では、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

り組みが各地で開始され、一方、1980年代の後半には、摂食・嚥下障害にたいする取り組みが広がりはじめている。そのような動きを背景として、1990年代にはゴールドプラン、新ゴールドプラン、歯科衛生士法の改正、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等の制度的な整備が図られ、それによって高齢者福祉領域における口腔保健管理の取り組みが飛躍的に普及した。要介護者を対象とする「摂食・嚥下機能訓練」をも包括する概念としての「口腔リハビリテーション」が邦文文献にみられるようになった背景には、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り、これらの用語は、すでに雑誌名としても普及している“Oral Rehabilitation”に対応する内容とは概念の大きな格差があるのが実情である。

従来より英文文献においては“Oral Rehabilitation”の用語が定着しており、それらは主に「義歯」や「インプラント」による欠損の補綴ならびに「歯冠補綴」による「咬合の回復」等、形態的な回復を示しており、これらの補綴治療に関するものが9割近くを占めている。一方、同一の期間に、邦文において「口腔リハビリテーション」がインプラントをも含む「補綴治療」に関するものとして用いられている例は35%のとどまり、圧倒的に、上記の「摂食・嚥下機能訓練」をも包括する概念として用いられることがおおく、これはとりもなおさず、わが国における口腔保健サービスの特殊性あるいは先駆性の反映であるといっても過言ではない。

(3) 口腔機能リハビリテーションの定義

国診協が進める地域包括ケアの一環としての口腔機能改善の取り組みを指し示す語として、「口腔機能リハビリテーション (Functional Oral Rehabilitation)」を次のように定義する。

- ◆**口腔機能リハビリテーション：口腔部位の形態的改善および口腔機能の回復・維持、さらには患者の日常生活の復権を図り、摂食・咀嚼・嚥下機能障害を有する者に対して行われる、口腔の諸機能の回復を主な内容とするリハビリテーションのシステム (=体系)。急性期・回復期・維持期・終末期のそれぞれの病態時期に応じて実施される。**

口腔機能リハビリテーションは、口腔の諸機能の回復を主な内容とするリハビリテーションの一環であると同時に、包括的口腔ケア（広義の口腔ケア）の一環として実施されるものでもある。この口腔機能リハビリテーションとは、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い、わが国独特の先駆的な実体を反映しているため、英文においては、従来の歯科補綴領域その他の Oral Rehabilitation と区別するために Functional Oral Rehabilitation と記される。

また、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」という概念も活用する。

つまり、地域包括ケアの一環として進める包括的口腔ケアの中に口腔機能リハビリテーションが位置づけられ、その具体的なプログラムとして、摂食・嚥下障害リハビリテーションの一部ならびに口腔清掃（狭義の口腔ケア）の一部が含まれる。

4) 地域リハビリテーションの各段階に対応する「狭義の口腔ケア」

本項の冒頭でのべたように、本事業においては口腔機能リハビリテーションを、地域リハビリテーションの主旨にそって、急性期、回復期から維持期、そして終末期に対応するものとして取り組み、それらの指針は第6章として示す。ここでは、狭義の口腔ケアとしての専門的な口腔清掃のプログラムを、国診協による口腔機能リハビリテーションの一手段として進めるために、病態の進行や改善にともなう固有の理念を有する口腔ケア（狭義）を、以下のように定義づけておく。

①急性期の口腔ケア（狭義） 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ケアである。

②回復期の口腔ケア（狭義） 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ケアである。

③維持期の口腔ケア（狭義） 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、社会参加の促進等も視野に入れたケアである。

④終末期の口腔ケア（狭義） 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。これは、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べきものである。

2. 摂食・嚥下に関する口腔機能の分類とその障害

これまでは口腔機能障害を持つ患者に対して、いかに口腔機能リハビリテーションが必要かつ不可欠な介入であるのかを述べてきた。本項では、その口腔機能障害をもたらす主要疾患を明らかにし整理することで、口腔ケア（狭義）・口腔機能リハビリテーション等の介入が必要な患者の早期発見・早期介入を実現することを目的とする。

1) 摂食・嚥下運動の分類

通例として嚥下運動は、口腔期・咽頭期・食道期の3期に分けられる。しかし、「食」における一連の動きを問題にした場合、それを広く摂食行為としてとらえ、摂食・嚥下運動としては、先行期（認知期）・準備期（咀嚼期）を含め、5期に区分する。

表2-2-1 摂食・嚥下運動の分類

先行期（認知期） anticipatory stage	食物が口腔に入る前の時期で、何をどのくらい、どのように食べるかを決定し、行動する段階
準備期 preparatory stage	食物を捕食し、続いて咀嚼してから嚥下運動が行われるまでの時期
口腔期 oral stage	口腔から咽頭へ食塊を送る時期であり、随意運動から不随意運動へと移行する
咽頭期 pharyngeal stage	食塊を咽頭から食道へ移送する段階であり、反射運動となる
食道期 esophageal stage	食道から胃への蠕動運動である

本事業では、咽頭期を日常的な呼び方にするために、「嚥下」として取り扱い、障害分類として、以下の3つに区分した。

1. 認知期
2. 咀嚼期・口腔期
3. 嚥下・食道期

(1) 認知期（先行期）

食物が口に入る前の段階であり、ゆえに先行期とも呼ばれる。食物を食べるに当たって、食べ物の硬さ、口へ運ぶ量、温度、味、臭い、食べる速さ等様々な要因が関与し、これらが一体となって「認知」という行為が自然と行われている。その「認知」が正しく行われることにより、摂食後の予測が正確に判断され、一連の動作が開始されるわけである。しかし、その何れかの一つに障害が引き起こされると、スムーズに一連の動作を処理することが不可能となり誤嚥を招きやすくなる。

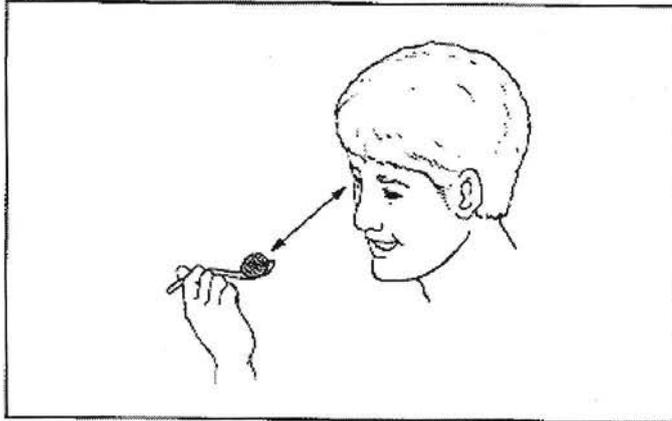
この認知期に障害があると、がつつとむさぼるように食事を次々と口腔内に放

り込むことがあり、誤嚥が生じる原因となる。

また、感情失禁や、脅迫笑いが嚥下の途中で起こり、誤嚥を招くこともある。これらが発症すると、せっかくの食事が楽しくなくなってしまうどころか苦痛にさえなり、食欲低下をきたすことになる。

この段階における患者の観察は、軽視されがちだが、とても大切である。

図 2-2-1 先行期（認知期）

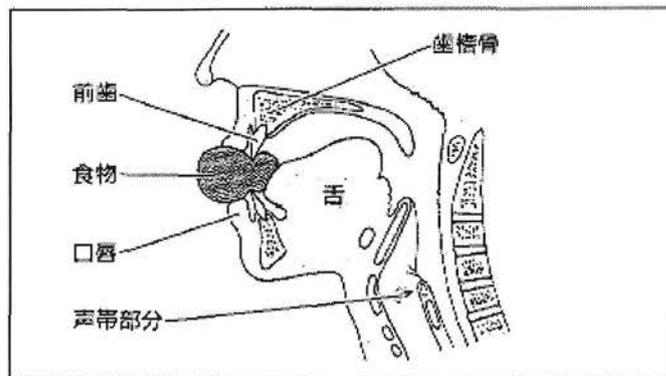


これから摂取しようとしている食物の硬さ、口へ運ぶ量、温度、味、臭い、食べる早さなどを認識、予知、決定する

(2)準備期(捕食)と咀嚼

固定食の場合、食物を前歯で捕らえ、切断する(捕食)。そのとき、すでに舌は凹型の姿勢をとり、食物を受け取る準備をしている。続いて舌表面に食物が乗り、舌が左右どちらかの臼歯にそれを運ぶ。人によっては、習慣性咀嚼側が存在することがあり、噛み癖のある側の臼歯に、まず食物が運ばれる。

図 2-2-2 捕食(矢状断)

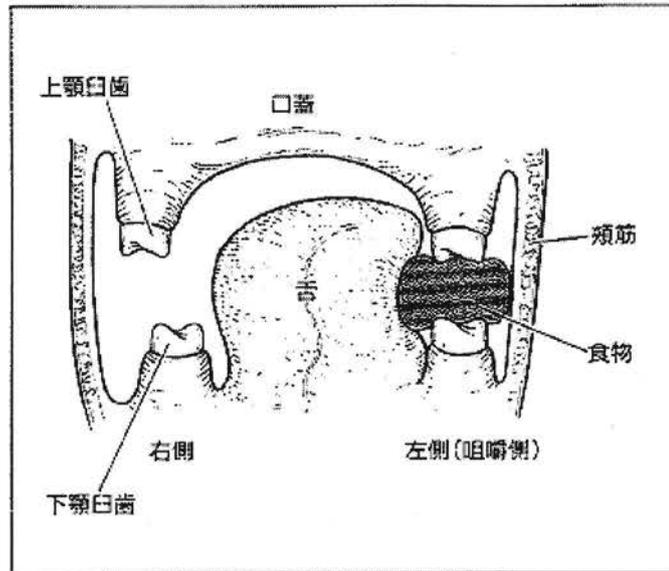


食物を臼歯のかみ合わせの面(咬合面)に載せるためには、舌による運び以外に、頬筋の適度な緊張が必要である。唾液と混合しながら食物の咬断、粉碎、臼磨が行われ、食塊(bolus:咀嚼後、唾液と混合された食物の塊のこと。)が形成される。その間、口唇は閉鎖状態にあり、舌尖は挙上し、歯槽隆線を圧している。

舌中央部は、顎運動に合わせて上下運動を繰り返し、時には左右運動が行

われながら食物を反対側に送り、咀嚼の交換を図っている。

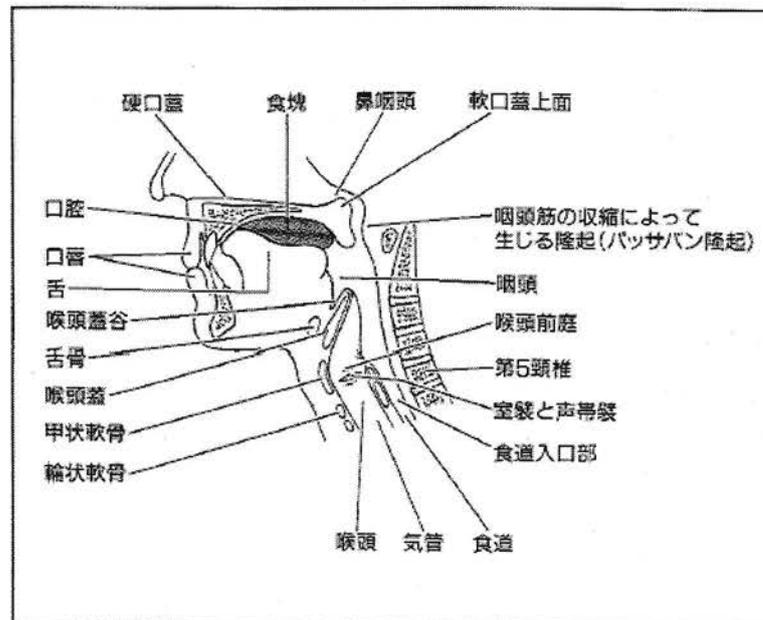
図2-2-3 咀嚼（前頭断）



(3)口腔期

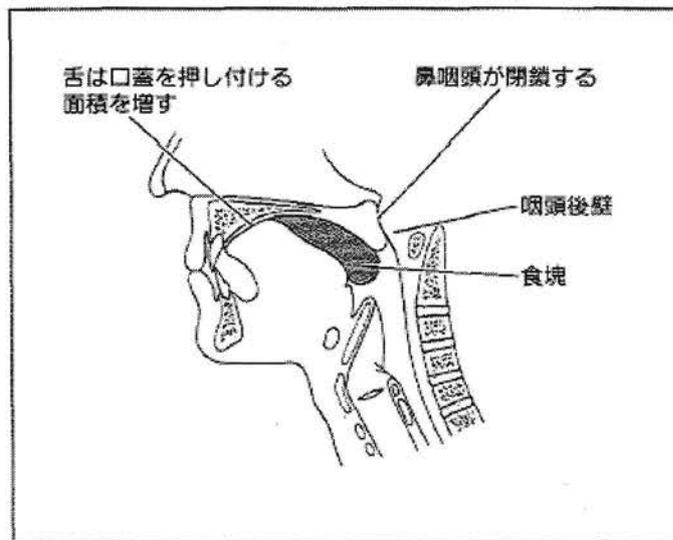
口腔期とは、食塊を口腔から咽頭へ移送する時期である。口蓋を圧していた舌尖がわずかに下がり、咀嚼が停止する。形成された食塊は、ほぼ舌中央部の舌背のくぼみに位置している。軟口蓋の上面は鼻咽頭に引き上げられはじめ、咽頭筋の収縮によって生じる隆起が軟口蓋に接近してくる。

図2-2-4 口腔期



舌は、舌尖から中央部にかけて、徐々に硬い口蓋を押し付ける面積を増やしなが
ら挙上することにより、食塊を後方に移動させる。図には示されていないが、上下
臼歯は噛み合わさった状態となり、口腔容積を最小にする。咽頭後壁に生じた隆起
が軟口蓋と接し、鼻咽腔は完全に閉鎖される。この時、呼吸は一時（約0.5秒）停
止する。ここで口腔内圧は一気に高まり、勢いよく食塊は咽頭から食道に移送され
る。

図2-2-5 口腔期から咽頭期

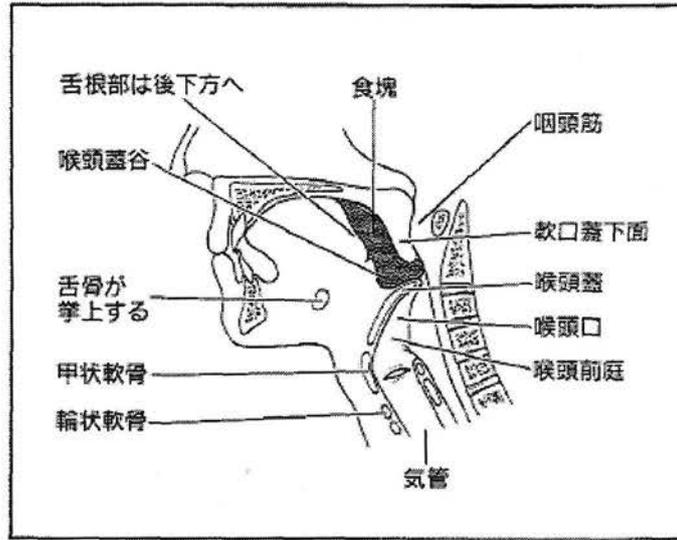


(4)咽頭期

口腔から咽頭に食塊が移送される時、舌骨は最大挙上とともに前方に移動する。次いで、舌骨に引かれて、甲状軟骨と輪状軟骨も前上方へ動く。一方で、それに伴い喉頭蓋が倒れ、気管を閉鎖する。喉頭蓋谷に達した食塊は、喉頭蓋の左右両脇に分かれて下方の梨状陥没（図には記せず）に向かう。

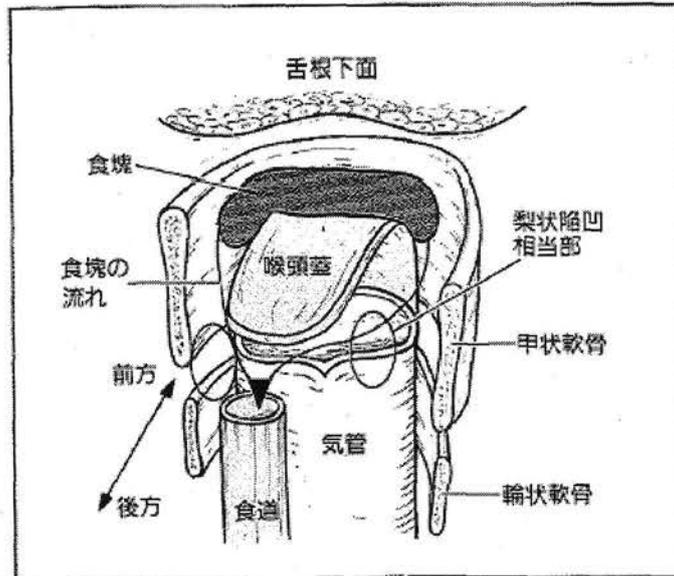
軟口蓋の下面は、咽頭輪状筋上部から下方へ移動する蠕動運動により下方へ引っ張られていく。咽頭筋の蠕動波は、咽頭筋上部が収縮するに連れ、咽頭下部が弛緩するといったリズムをとるため、食塊は咽頭筋が弛緩したところに送りこまれる形になる。

図2-2-6 嚥下(咽頭期)



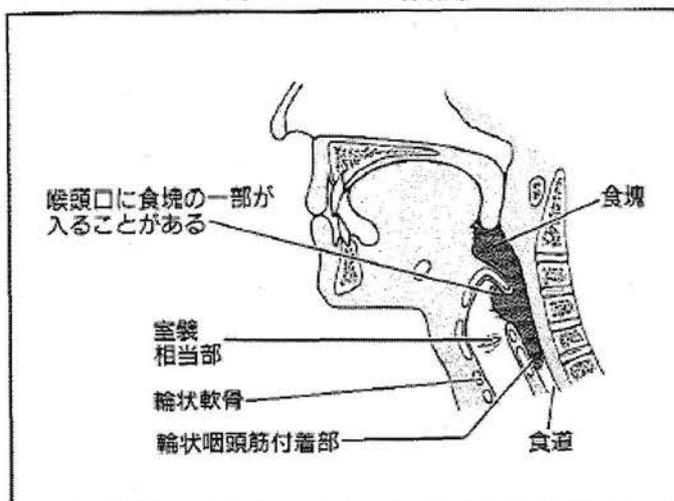
食塊は左右の梨状陥凹から一つのながれに収束し、食道へ向かう。喉頭蓋は完全には喉頭口を閉鎖しないので、健常者でも時として、食塊の一部が喉頭口に入ることがある。しかし、喉頭蓋の付け根に当たる壁とその下部に接続している室壁とが収縮し、喉頭前庭を閉じることにより食塊を排除できる。

図2-2-7 咽頭期(模式図)



喉頭蓋の蠕動波により、軟口蓋はさらに引き下げられる。舌背全体が、硬口蓋から軟口蓋さらに咽頭後壁にかけて接する。輪状咽頭筋の弛緩と喉頭の上前方への挙上により食道入口部は開大して、食塊は咽頭から食道へと向かう。

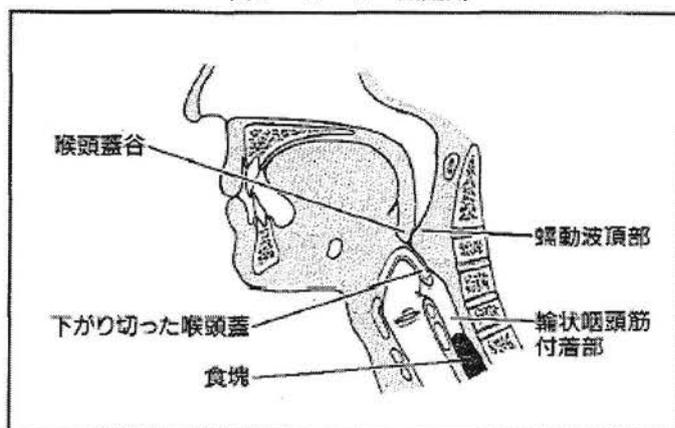
図 2-2-8 咽頭期



(5) 食道期

咽頭後壁の蠕動波頂部が、下がりきった喉頭蓋の上の喉頭蓋谷に入り込む。咽頭筋下部（輪状咽頭筋）が弛緩しているために、食塊は開大した食道入口部から食道へ入っていく。

図 2-2-9 食道期

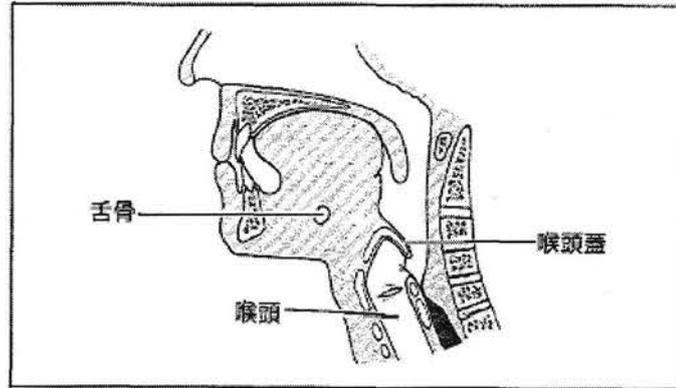


(6) 安静位

蠕動波は食道へ完全に移ってしまっている。役目を果たした舌骨と、喉頭は安静位に戻るために下降していく。それにつれ、喉頭蓋は挙上していく。

口腔期が始まってから咽頭期を経て食道期に至るまでは、時間にして1秒以下である。これらの複雑な運動は主に脳幹（延髄）にある嚥下中枢によって制御されている。食摂取における問題点を探る場合、各器官の運動機能はもとより、運動発生のタイミングと他器官との協調性に視点をおく必要がある。

図2-2-10 安静位



2) 発達期における障害の分類

(1) 早産による未成熟性発達障害

早産による未成熟性発達障害がもたらされる原因は、胎生早期に口腔機能に関する主な器官の形成がすでに開始されていることに拠る。従って早産児は、満期産児と比較してその形成期間が短いため、必然的に口腔・咽頭・顎が小さく、口腔周囲の脂肪組織が少ない。また機能的にも出生児の吸綴・嚥下が未発達となることが多く、そのために経管栄養に頼ることもしばしばある。

また、早産児は母体にいる時期が短くなるため、羊水をさかんに嚥下する機会も減少し、そのことが二次的に口腔・咽頭の機能的、形態的発達障害の原因となることも多い。

(2) 神経-筋障害

神経障害としては、脳性麻痺、ウェルドニッヒ・ホフマン病、筋ジストロフィー症、先天性ミオパチー、重症筋無力症等が挙げられる。

これらの疾患は、先天的に嚥下を司る脳神経核の損失、あるいは後天的にそれらに障害を受けることによって引き起こされる。

(3) 咽頭・食道障害

咽頭・食道障害としては、一過性咽頭機能不全、輪状咽頭筋機能不全、食道狭窄症、食道弛緩症、食道無弛緩症、食道炎等が挙げられる。

これら以外にも様々な疾患によって咽頭・食道の障害が起こり、それが原因となって嚥下障害に至るケースもある。

(4) 精神・心理障害

精神・心理障害としては、拒食症、過食症、経管栄養依存症、好き嫌い、反芻、

嘔吐等が挙げられる。これらは機能的、器質的障害がないにも関わらず、精神・心理的な問題が障害となり引き起こされる点に特徴がある。

(5)形態障害

形態障害としては、口、口蓋、唇、顎、粘膜下裂、巨大舌、鼻疾患、小顎症、食道・咽頭の形態異常、胸腔の形態異常等が挙げられる。口腔機能に形態的な異常をきたし、結果として嚥下機能に障害がもたらされる。

3)成人・老年期における障害の分類

(1)脳血管障害

脳血管障害としては、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳塞栓等が挙げられる。脳血管障害はわが国の三大死亡原因の一つであり、この二次的障害として摂食・嚥下障害が引き起こされる。脳神経は、摂食・嚥下機能を司る神経がほとんどを占め、上記の疾患により、特に舌骨上筋群とそれに続く喉頭挙上障害を受けるために嚥下障害が生じる。脳神経核が直接的に損傷される脳幹部病変の方が大脳病変より多く、また症状としても重度である。

(2)痴呆

痴呆は、高齢者の摂食・嚥下障害において問題になる。特に認知障害に至るものが多く、痴呆の程度にもよるが、嚥下機能の訓練を行うに当たって術者の指示が通らないことが大きな問題となる。そのため、思うように訓練が進まずアプローチが大変難しい。

(3)外傷性脳障害

外傷性脳障害としては、脳挫傷、脳実質内出血、び慢性軸索損傷、硬膜外出血、硬膜下出血等が挙げられる。

これらは直接的に脳に損傷を受けたことによる疾患である。摂食・嚥下障害の程度は、認知障害、運動・機能障害である。

(4)パーキンソン病

パーキンソン病の代表的な症状としては、振戦・無動・筋強剛・姿勢反射異常等が見られ、その症状は進行性である。

この場合の摂食・嚥下障害の程度は運動機能障害であり、それもかなり重度である。準備期（先行期）・口腔期・咽頭期の全てのステージで障害が起こりうる。

(5) 神経一筋疾患

神経疾患は、運動ニューロン疾患によるものであり、筋萎縮性側索硬化症 (Amyotrophic Lateral Sclerosis : ALS)、脊髄性進行性萎縮症 (Spinal Progressive Muscular Atrophy : SPMA)、遺伝性脊髄性萎縮症、進行性球脊髄性筋萎縮症、家族性球脊髄性側索硬化症等が挙げられ、非遺伝性・遺伝性がある。多くは中年以降に発症し、筋力低下は四肢末梢から始まる遠位型で、とくに手から始まる事が多く徐々に近位に移行する。その過程で三叉神経・顔面神経・舌咽神経・迷走神経・舌下神経に障害が起き、摂食・嚥下障害が引き起こされる。筋疾患には、筋ジストロフィー・多発性筋炎・ミオパチー等がある。これも神経疾患と同様に摂食・嚥下に必要な筋の運動が障害されることにより生じる。

(6) 術後性多臓器不全

術後性多臓器不全は、様々な疾患の治療後において、摂食・嚥下に必要な筋の障害あるいは器官の障害や欠損により引き起こされるものである。

(7) 精神・心理障害

精神・心理障害は心因性によるものであり、他の摂食・嚥下障害と大きく異なる点は、器質的には何の問題もないということである。摂食異常症状・咽喉頭異常感症・嚥下困難・吐き気や嘔吐、胸やけ等が挙げられる。

これらの治療に際しては、口腔機能評価のみでなく、心理検査が必要な場合もあり、器質的嚥下障害との区別が重要となってくる。

(8) 頭頸部腫瘍

頭頸部に発生する腫瘍が原因で嚥下・摂食障害が起こるものであり、その大半が悪性腫瘍によって生じる。部位としては、鼻腔・副鼻腔、口腔・舌、上・中・下咽頭、喉頭、食道である。これらが引き起こす摂食・嚥下障害は、主に術後の構造的な変化と動態異常によるものであり、手術により摂食・嚥下に必要な筋・器官の欠損および形態異常が生じるために起こってくる。

(9) 加齢

加齢によっても、口腔咽頭の変化や違和感等が生じることにより摂食・嚥下障害が起こりうる。原因はいまだ明確になっていないことも多い。障害としては、先行期から準備期が主体となることが多い。

【参考文献】

1) 植田耕一郎、才藤栄一、藤谷順子：「食」におけるヒトの器官の働き，臨版看護，第22巻第1号（通巻第290号），へるす出版，東京，1996.

3. 口腔機能リハビリテーションの意義

1) 口腔機能に対する認識の変化

① 摂食・嚥下障害へのアプローチ

口腔機能およびその改善については、従来からその重要は認められているが、それを担う歯科医療の主な対象はう蝕・歯周疾患であり、摂食・嚥下障害を含めた口腔機能に対する総合的なアプローチは殆どなされてこなかった。このような状況は先進諸国においても同様であり、決してわが国に限られた現象ではない。その背景として、摂食・嚥下機能は特に複雑な仕組みとなっているだけでなく、外部から観察されにくい事象であり、危険性（誤嚥性肺炎等）を伴う領域でありながら、摂食・嚥下障害に対するアプローチには学際的な取り組みが十分ではなく、それに対応する系統だった教育、研修システムが明確に確立されていないことが当該領域の発展を阻害してきた大きな要因と言えよう。

しかし、1980年代以降、口腔機能の中でも摂食・嚥下機能に関する研究は目覚ましい前進を果たし、従来とは異なる新たな知見やそれに基づく評価・治療法が示されてきている。具体的には1992年、米国で国際学会である「Dysphagia Research Society」(DRS)が設立され、わが国においても1996年に「日本摂食・嚥下リハビリテーション学会」が設立され急速な発展を遂げている。

このように歴史的に日が浅く、普遍的な方法論も確立されてこなかった口腔機能分野、特に摂食・嚥下機能の分野が、近年わが国で急速に発展した要因として、以下の背景が指摘できる。

- (a) 長寿化・少子高齢化に伴う高齢者の増加
- (b) 生活習慣病等に起因する障害の長期化
- (c) 医療の進歩により致死率が低下したことによる重度化

また、これまで潜在的であった口腔機能障害に対するニーズが表面化するに伴い、医師対患者関係の変化（パターンリズムの崩壊）やインフォームドコンセント、あるいはセカンドオピニオン、情報開示、自己決定権の重視等の形で医療関係者に意識変化をもたらしたことも一つの要因であろう。

② 制度面の変化

一方、制度面から見ると、わが国の口腔領域の諸制度は、非常に脆弱な状況にあったが、上記のような時代背景をうけて、1990年代に入り着実に整備されてきた。具体的には、1993年から1994年にかけて各市町村・都道府県が策定した「老人保健福祉計画」に盛り込まれた「訪問口腔衛生指導」、1994年の診療報酬改定に伴う「摂食機能療法」・「訪問歯科衛生指導料」の新設、介護保険法に基づく「居宅療養管理指導」の一環としての「訪問歯科衛生指導」等が挙げられる。

これらは、主に口腔機能障害のある人々を対象としているが、予防、とりわけ生

活習慣病の予防という観点から、国民全体の健康維持・増進を目的に、2000年4月には「21世紀における国民健康づくり運動—健康日本21—」が、2003年5月には「健康増進法」が施行され、その柱の一つとして口腔機能の維持が謳われている。すなわち、口腔機能と健康との関連性が明確化されるに伴い、口腔機能の重要性は広く認知されるようになってきている。このような潮流の中で、口腔機能の障害に対するリハビリテーションの高揚も必然的なながれとして普及しつつある。

③生活からみた口腔機能

一般に口腔機能は、摂食、呼吸、構音に関与し（ここでいう摂食は咀嚼・嚥下を含む広義の概念）、人間が生活を営む上で非常に重要な機能であり、なおかつ互いが密接に関連し合っている。しかし、これまでそれらの機能について総合的にアプローチされることは少なく、口腔機能そのものが軽視されてきたようにも感じられる。

しかし、個々人を全人的に捉えるリハビリテーションという観点からは、これらを分離して捉えるのではなく、「生活」という行動・行為の面からもその役割を再考することが重要である。すなわち、口腔機能が十分機能しないことによる全身への影響のみならず、個々人の日常生活や生活の質（QOL）、さらにそれらが人生にどのような影響を及ぼすのかという視点が必要とされている。換言すれば、口腔機能の問題は日常生活という「行為」の問題であり、口腔という局所はその一要因にすぎないのである。

この点について「食べる」という行為を例にとると、これまでの歯科領域では全身管理（特に栄養管理）という観点から見ても、形態的側面からのアプローチが主であった。その結果、経口摂取が困難な場合は安易に中心静脈栄養や経管栄養等に走る傾向があった。これは食べるということを単に生物学的に捉えたものであり、社会的・文化的行為としての「食べる」という視点が欠落していたからである。例えて言うなら「木を見て森を見ず」あるいは「疾病を見て人を見ず」とでも言うべきであろう。局所に着目するあまり、総体的に口腔機能を捉える視点が欠如してしまっていたのである。

しかし、リハビリテーションの視点では、「食べる」ということを単なる栄養摂取と考えず、行為として捉え、それを阻害している要因について考えていくことが重要である。ここに口腔機能の障害に対するリハビリテーションの考えをとり入れる必要がある。

2) 口腔機能の改善

近年、脳血管障害等で身体的に様々な障害を持ち、介護保険施設や在宅での介護を必要としている方は増加の一途をたどっている。そうした方に対して、訪問歯科診療等を通して歯科治療を行うことが全国各地で実施されるようになった。歯科治療そのものがこうした方々の日々の食生活に役立つことは多くの事例で証明され

ているが、治療を実施しても思うように食事に関する口腔機能が改善されない事例も散見されていた。

身体的障害を持つ人にとっては、ただ、う蝕を治療し義歯を作製するだけでは、食事をする等の口腔機能が十分に回復しない場合がある。

また、脳血管障害を有しているケースでは、口腔機能とりわけ嚥下機能の障害による誤嚥性肺炎を起こす事例が多いことが指摘されている。これは口腔内細菌と深く関連し、誤嚥をすることにより口腔内細菌が肺に入り、それが原因で熱発や肺炎を起こすものである。つまり、口腔機能の低下とともに誤嚥の機会が増加し、誤嚥性肺炎を発症させるリスクも増加していくのである。

こういったリスクを減少させるには口腔清掃とあわせて摂食・嚥下機能の回復、改善が重要であり、口腔ケア（狭義）を含む口腔機能リハビリテーションが必要なのである。

そこで本項では、口腔機能リハビリテーションの意義と目的について確認しておく。

①口腔機能とその役割

口腔には一般的に咀嚼・嚥下・発音・呼吸・審美の機能がある。咀嚼・嚥下機能は摂食をする上で不可欠な機能であり、従って生命の維持の基本的な機能であると言える。咀嚼をすることにより唾液が十分に流出し、消化の一部にその役割を果たすだけでなく、唾液は発癌性物質の抑制効果があり、脳の血流量を増加させ脳の機能を活性化させると言われている。また、口腔は呼吸器としての働きも担っており、これもやはり生命維持に不可欠の機能である。

一方、発音機能と審美機能はそれだけでは基本的な生命維持にはつながらないが、人間としての高度な生活機能を有している。発音をすることにより人と人とのコミュニケーションが成立し、また審美性もコミュニケーションや高次精神機能の一部を担っている。

②口腔機能リハビリテーション

具体的な例について、口腔機能の改善がその疾患にどのような影響を与えるのかをみてみよう。例えば、脳血管障害がもたらされた場合、後遺症として特に咀嚼・嚥下・発音の機能障害が出現することが多い。そうすると日常生活において食事ができない、呼吸がスムーズにいかない、誤嚥しやすい、言葉がはっきりしない、顔の表情が乏しくなる等の口腔機能に関する不都合が出てくる。

こうした口腔機能障害は、原疾患の回復により改善されることもある。例えば水頭症を患い様々な口腔機能障害が出現したが、シャント手術により水頭症が改善され、その結果、口腔機能が改善されることがある。しかし、原疾患の治療だけで改善されなかった場合、口腔ケア（狭義）を含めた口腔機能リハビリテーションが大いに力を発揮する。

リハビリテーションを急性期の段階から実施することも回復には重要な因子と

なる。また、原疾患の回復期・維持期・終末期と各期の変化に伴ってリハビリテーションのアプローチも変化させていくことが必要となる。

この他に、原疾患のステージとは別に口腔機能のステージにもそれぞれに適したアプローチを行うことが必要となる。具体的な口腔機能リハビリテーションの手法については第6章に示す。

③口腔機能の改善がもたらす効果

口腔機能の改善は次のような面で重要である。

- (a) まず、摂食・呼吸といった基本的生命保持に対して有用であることが挙げられる。咀嚼・嚥下機能が回復し、食事が上手にできるようになると栄養摂取が可能となる。さらに、呼吸器の一部である口腔機能が回復されることによりスムーズな呼吸が可能となる。こうした効果の中には誤嚥性肺炎の予防がある。
- (b) 食事をスムーズに実施できるようになれば、規則正しい食事が可能になり、日常生活にリズムが生まれる。このことは、栄養摂取という意味だけでなく身体的な健康増進にも役立つ。
- (c) 発音機能が改善されると、より多くの人とのコミュニケーションが可能となる。
- (d) また、審美的な改善が期待でき、それにより表情が明るくなり、社会生活の拡大とともに精神的な健康に大いに効果がある。

何らかの障害を持った方の生きがいとしてよく挙げられるのが、「食べること」と「話をする」ことである。これらは、口腔機能に障害があると十分には行えないことである。上記のような口腔機能の改善は障害を持った方にとっての生きがいにもつながると考えられる。

④一人ひとりに応じた口腔機能リハビリテーション

何のために口腔機能リハビリテーションを行うのかという目的については、すでに述べたように口腔機能の改善の効果がそのまま目的となるのであるが、そのような効果は個人によって異なるということに注意しなければならない。

具体的な口腔機能リハビリテーションの目的は、基本的な生命維持、誤嚥性肺炎の予防、そして身体的かつ精神的健康の保持であり、その上で、最終的な目的として「おいしく楽しく食べられること」である。それがQOLの向上、生きがいの達成につながる。そのためには、各々のケースに合わせた目標を立て、一步一步確実にステップアップしていくことが重要である。

そして、それぞれ個人に合わせた目標を設定するためには、当然のことながら適切な口腔機能の評価が不可欠である。従ってまず口腔機能障害の程度をいくつかの評価方法で評価し、次いで達成可能な目標を設定し、それに適したリハビリテーシ

ョンプログラムの計画を立案する手順が必要となる。そして、立案されたプログラムを実行し、その後何度かの再評価を行い、その都度目標の再設定を行うことが大切である。こうした具体的な手法も第6章で示す。

口腔機能リハビリテーションの目的は「おいしく食べること」であるが、以上のように、ひとり一人に合った目的を考えていかなければならない。

4. 口腔機能リハビリテーションにおけるネットワーク

加齢に伴って、精神的にも身体的にも、健康上の問題は増加し、高齢者およびその家族のQOLを向上させるために、医療および介護上のサービス需要は増加している。とりわけ口腔内の良好な衛生状態を保ち、口腔機能の改善をはかることは、高齢者の身体的な健康維持に不可欠だけでなく、その自立意欲にも大きく影響することから、積極的に進めることが重要である。これまで口腔保健の分野では口腔機能の改善を、他のサービスとは独立した歯科医療が担ってきたのが実情であるが、高齢者の口腔機能の改善に向けた取り組みは、それを高齢者の生活支援の一環ととらえて、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。

生活の質的確保や生活支援が重要な高齢者や要介護者に対するサービスの提供を困難にしているのは、一つに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り、他方では、様々なニーズを有する住民に対して、サービス提供者の間のネットワークが欠如していることである。医療従事者の専門性とは、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ことにあり、それが他の社会サービスと異なり医療に専門性が求められるゆえんである。高齢者については「全ての人々が潜在的にはニーズを有する」という前提に立って早期の問題発見と早期の予防的な対処を優先し、社会サービスに結びつけるという視点が医療にも要求されている。口腔機能リハビリテーションの実践においても、そのような様々な社会サービスと、それらを担う多様な職種とその業務について、あらゆる担当者が理解しておくことが重要である。

1) 口腔機能リハビリテーションにおける社会サービスのネットワーク

(1) 医療、保健、介護の各サービスの活用

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、極めて希薄であった。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、医療を福祉に置き換えるのではなく、医療はより幅広い社会サービスにおける指導性を示すものとならねばならない。そのため口腔領域の機能改善のための取り組みが、医科や歯科という独立したサービスとしてではなく、様々な社会サービスと関連した、一つの統合的なサービス体系の一環として位置づけられるべきである。

すでに前項でも述べたように、要介護者等の口腔の清潔保持等を目的として専門家により行われるサービス、つまり狭義の口腔ケア（口腔清掃や口腔衛生指導）は、例えば在宅においても、①歯科医師による歯科訪問診療に付随して健康保険診療として実施される訪問歯科衛生指導と、②介護保険法に基づく在宅療養管理指導の一

環として実施される訪問歯科衛生指導、③要介護に該当しない者あるいは要介護認定を受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基づく保健事業としての訪問口腔衛生指導、ならびに④訪問看護における口腔清拭等以下に整理して示すような一連の制度として実施されている。口腔機能リハビリテーションの実践においても、これらの社会サービスを担う職種のネットワークを広げ、それぞれの地域で最大限に活用することが重要である。

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される。

②介護保険に基づく訪問歯科衛生指導

歯科医師が行う居宅療養管理指導に基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。介護保険法施行により、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導についても介護サービスの一環として実施され得る機会が開かれているが、いまだ十分に活用されているとは言えないのが現状である。

③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」とされており、第一次老人保健福祉計画の中においても、市町村による訪問口腔衛生指導の実施は必須記載事項とされ、年1回以上が最低基準とされている。

(2)看護における口腔ケア(狭義)と専門的口腔清掃

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おり、病棟看護ならびに訪問看護の中でも口腔清拭等の清潔保持が行われている。しかし、狭義の口腔ケアすなわち口腔の清潔保持のためのサービスにおいて、看護師が行う口腔清拭と歯科衛生士が行う口腔清掃とは、対象は同一であれ内容や主眼点は異なる。看護の一環として行う口腔ケアは、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、歯科衛生士が行う口腔清掃は口腔疾患の予防が主な目的として行われる。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職種であり、歯科医師以外はその職務を代行することができないこととなっている。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。

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、それらの人々全ての口腔衛生管理を歯

科衛生士が実施するには経験や力量が十分に整備されていない現状では、歯科医師の指導のもとに歯科衛生士が専門的な口腔清掃を分担しつつ、看護師や介護者等による健康維持のための口腔清掃とその補助が行えることが望ましい。高齢者の口腔保健ニーズを把握し、それに効果的に対処することは、ひとえに地域における歯科保健医療従事者と看護、介護等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。

(3)介護予防ケアにおける口腔リハビリテーションの位置づけ

口腔機能の改善は、摂食障害、構音障害の改善に関わることは言うまでもないが、これらの能力を高めるということは、低栄養・脱水の予防、食事、会話・コミュニケーション等、生命と生活（QOL）の維持・向上に不可欠のものである。介護予防においても低栄養予防は重要な課題であり、それは生命維持に関わる気道感染予防を始めとして、閉じこもり予防、転倒予防、そして転倒骨折後の予後にも大きく関与してくる。

高齢者の不顕性の誤嚥性肺炎リスクに関する調査（東北大学医学部老人科）によると、気道感染が、両側脳梗塞群の92%、片側群の66%、非梗塞群の16%に認められると報告されている。また、適切な口腔部位へのケアにより発熱発症者数、肺炎発症者数、肺炎による死亡者数の有意な減少がみられたという報告もある。とりわけ後期高齢者においては慢性的な軽度の低肺機能状態の人が少なくないので、気道感染が致命的な状態となることもあり、高齢者の日常生活上の注意や工夫として、体力の維持、肺の清浄、外気から身体を守ることは重要である。さらに気道感染予防の取り組みは呼吸機能全般の改善にもつながる。

また、閉じこもりについても、その要因として挙げられる3点においては、身体的要因（老齢による体力低下、疾病・障害等）、心理的要因（活動意欲の低下、障害受容・性格等）、環境的要因（人的、物的）がある。このうち、口腔機能が身体的要因の老齢による体力低下、心理的要因の活動意欲の低下に大きく関与することは論を待たないところである。慢性期における高齢者のADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）の構造図では体力の基盤の上に機能、意欲、環境が乗った形になっており、その構造図からも体力の重要性が言われている。体力の維持にはベッドから離れて生活すること、閉じこもらない生活が大切であり、経口摂取による食事の自立ができている人は、閉じこもりのリスクも少なく、体力維持に深い関わりがあるのである。

転倒予防の面からも、当然のことながら、体力との関係は深い。そしてまた、転倒骨折後の予後の面からも、体力の影響が大きいことは臨床の場で経験される場所である。事例を紹介すると、Aさんは100歳の時、左大腿骨頸部骨折で入院、人工骨頭置換術施行し、3ヶ月後に、屋内1本杖歩行自立レベルで退院した。その2年後の102歳の時、右大腿骨頸部骨折で再入院、同じく人工骨頭置換術を施行して3ヶ月半後、屋内1本杖歩行監視下レベルで退院している。このように、超高齢に

も関わらずAさんが比較的早期に歩行能力を獲得できた大きな要因は食事摂取であった。2度の入院期間中、Aさんは病院食を90%以上欠かさず意識的に摂っていたのである。

このように、口腔機能リハビリテーションは、高齢者、あるいは障害者にとって、在宅生活の維持の上でも、健康づくり、生きがいに寄与するものであり、口腔機能リハビリテーションは、全ての介護予防の基礎になると言っても過言ではない。つまり換言すれば、介護予防という観点から考えた場合、専門的な口腔ケアや口腔機能リハビリテーションは、誤嚥性肺炎の予防に留まらず、生命維持に欠かせない食べ物の咀嚼や味覚による食欲・食の楽しみを著しく阻害する要因や栄養の低下、活動性の低下等の悪循環による「廃用症候群」の連鎖を断ち切るという、極めて重要な介護予防事業であると言えるのである。

2) 職種別に見た口腔機能リハビリテーションのネットワーク

口腔領域は複雑で様々な器官が互いに機能して成立している。そのため、口腔機能のリハビリテーションを行うに当たっても複数の分野、職種の専門家が関わらなければならない。しかし、単に個別の専門職が別途にアプローチするのではなく、チームとしてのアプローチが必要不可欠である。ここでいうチームアプローチは、口腔機能に関して共通の知識を有する専門職が、同一目的のために状況に応じて役割分担を変化させながら協力して関与する（interdisciplinary team）のことを意味する。その際、各分野の専門職が一定数揃っていることが理想的であるが、そのような環境にないケースでは、在籍する専門職が役割分担を行いながら実施可能なアプローチをしていくことが重要である。本項ではこのような観点から、チームアプローチを実施していくうえで、各職種からみた口腔機能リハビリテーションの必要性（視点）について考えてみたい。

(1) 医師

医師は原疾患の治療や合併症の予防といった全身管理のみならず、口腔機能についても状況を把握しておく必要がある。しかし、才籾等は二つのリハビリテーション病院において、入院患者（主に高齢障害者）を対象とした歯科治療ニーズに関する調査を行った結果、患者151名のうち139名（92.1%）に治療が必要と歯科医師が判断したにも関わらず、実際には3名しか治療を受けていなかったと報告している。この結果は、高齢障害者の口腔衛生に対する医療関係者の認識の低さを表しており、主導的立場にある医師はこの現状を謙虚に受け止める必要があるものと言える。

一方、口腔機能は単に局所的問題であるのみならず、全身的な健康状態に影響することも明確化されてきている。安藤等は口腔の機能・形態が健康状態に及ぼす影

響を示しており、特に誤嚥性肺炎との関連は医師として熟知する必要がある。この点について米山等は、特別養護老人ホーム入所者に2年間の口腔ケア（施設介護者による毎食後の口腔清掃と週一回の歯科医師また歯科衛生士による専門的口腔清掃）を実施した結果、発熱や肺炎の発症・死亡が有意に低下したとしている。また、足立等も同様の報告をしている。さらにYoshino等は慢性療養型病棟入所者の高齢障害者（脳血管障害）に対するブラッシングにより、嚥下反射に有意な改善が認められ、このことが誤嚥性肺炎の発症の予防に繋がる可能性を示唆している。

このような報告が無作為化比較対照試験（Randomized Controlled Trial：RCT）による介入研究として実施されており、EBM（Evidence-based Medicine：科学的根拠に基づく医療）としての有効性は高いと考えられる。これ以外にも、骨粗鬆症や痴呆との関連等多くの報告がなされている。さらに、中心静脈栄養を用いている場合は血糖値が一定に保たれる結果、空腹感を感じることもなく、また消化管の蠕動運動も行われないため胆嚢炎を引き起こす危険性も指摘されている。

以上のことにより、口腔機能と全身状態の関連性を再認識する必要性が高まってきたことがうかがえる。また、医療関係者による口腔の廃用性症候群に対する認識を高めるため、急性期からの積極的な口腔機能リハビリテーションを実施する必要がある。そのためには、処方を出す医師がその必要性を十分理解し、リハビリテーションの実施に向けて他職種をコーディネートする能力を持ち合わせている必要がある。

(2) 歯科医師・歯科衛生士

わが国では医科領域において65歳以上の医療費が最も高くなっている。その一方、歯科領域での医療費は65歳以上で減少傾向を示している。このことは高齢者に口腔機能のニーズがないのではなく、放置されていることを示唆しているとは言えないだろうか。特に高齢障害者の場合、意思表示が困難であり、さらに自ら歯科医院を受診することも不可能なことが多いという現実を直視する必要がある。

欧米の研究では、様々な障害が歯科疾患の重要なリスクファクターになるという指摘もあり、口腔機能リハビリテーションにおける歯科領域の重要性は広く認識されている。しかし、わが国の多くの医療機関において、歯科医師・歯科衛生士が駐在していることは稀であり、当該職種がリハビリテーションに関与することが皆無に等しい現状がある。すなわち、高齢者に限らず多くの入院・入居者あるいは在宅生活者が不衛生な口腔状態のまま放置されているのである。

前述した通り、これまでの歯科領域は咬合や咀嚼あるいは口腔衛生等に主として関与してきたが、その中心は歯科医院で受診可能な人々であった。しかし、上記のように受診そのものが困難な障害者ほどそのニーズは高く、全身に与える影響も大きい事実を忘れてはならない。特に口腔機能評価に対しては歯科医師の存在が、口腔衛生の専門的ケアに対しては歯科衛生士の存在が必要不可欠であり、この必要性を歯科医師・歯科衛生士自身も再確認するべきであろう。

さらに今後は、咬合・咀嚼や口腔衛生のみならず、嚥下機能あるいは広く「食べる」という行為も視野に入れた活動を行う必要がある。例えば、咬合や咀嚼機能の改善を目的として義歯を作製しても、実際に食事の場面で使用されていなければ意味がない。換言すれば、義歯は「食べる」あるいは「話す」といった目的の補助として重要な役割を果たすのであり、手段として用いられるべきである。そのためにはその後の継続的なフォローが重要であり、施設入院・入所者であれば病・病連携や病・診連携が、在宅であれば各種制度を活用した歯科医師・歯科衛生士の関与が求められる。

その際に重要なことは、歯科医師・歯科衛生士は、口腔領域の専門職として口腔を局所としてではなく、全身状態等も踏まえて総合的にリハビリテーションを行うということである。

(3) 看護職・介護職

看護職・介護職は医療機関や介護老人保健施設、介護老人福祉施設あるいは在宅と、多くの分野で障害のある人々に直に接する職種である。また、そのケア内容は多岐にわたり、その中の一つとして口腔ケアの重要性も十分認識されているものと考えられる。特に介護保険導入に伴い、課題分析票（アセスメントチャート）を用いることで、口腔衛生に関する意識も高まり、その結果として介護サービス計画（ケアプラン）に口腔衛生に関する記載が増加したことは一定の評価がされてよい。

しかし、このような状況に対して、実際の現場において本当に口腔ケアの重要性を理解した上で実施しているかは疑問である。例えば、多くの施設や在宅で口腔衛生を目的にブラッシング等を実施しているが、対象者の状況に関係なく一律の方法で行われていることも稀ではない。このような状況が起きうる原因としては、歯科領域の専門職の不在が考えられる。しかし、誤った方法で口腔ケアが実施されても効果を得ることは困難であり、中には、経管栄養を用いている場合に口腔ケアは必要ないとさえ考えられているケースもある。今後は、口腔ケアの意義を明確に理解した上で適切に実施することが重要である。

口腔ケアは、口腔内の清潔や呼吸器感染疾患の防止のみならず、後述する摂食・嚥下機能の改善という目的もあり、個々人の状態に応じてケアの方法を変化させなければならない。決して、専門職として漠然と行ってはならないのである。

一方、看護・介護は、「人間らしく生きる」ための援助行為であり、より快適な生活環境を提供することがその基本となる。このようなことは口腔機能についても同様であり、人間としての基本的行為を援助する視点が求められる。換言すれば、口腔機能の改善は生命維持や栄養供給を目的とするだけでなく、人間の尊厳としての行為として捉えることが重要である。決して、「食餌」であってはならないのである。

看護職・介護職は、食事介護を実施する際、単なる介助ではなく、本人が主体的に「食べること」を可能にする援助をしなければならない。そのためには個々人の

咀嚼・嚥下を含めた口腔機能全般にわたる評価と、それに基づく総合的なアプローチが必要である。そして実際の介助場面において咀嚼・嚥下状況、残渣の有無・程度等を十分把握し、他の職種や患者の家族への情報提供を実施する役割も担う必要がある。

繰り返すが、日常的なケアの中心は看護職・介護職が担うものであり、その役割の重要性を常に認識しておく必要がある。

(4) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

一般に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士はリハビリテーション関係職種と呼ばれている。この職種は急性期から維持期に至るまでのリハビリテーションの中核的役割を担う職種である。しかし、これまでは口腔機能リハビリテーションに積極的に関与してきたとは言い難い（障害児に対しては当該分野のアプローチがなされてきた）。これは、卒前・卒後教育が十分実施されていない点がかげえ、セラピストの中には口腔機能リハビリテーションで果たすべき役割を熟知していない者も存在し、口腔機能自体の認識の低下は今後の大きな課題の一つといえる。

一般に口腔機能リハビリテーションにおける各職種の役割を考えると、頸部・体幹筋力・座位バランス・呼吸機能の改善・リラクゼーションは理学療法士が担当する。そして、食事姿勢（ポジショニング）の検討、食事動作の改善、食器・自助具の検討・作製は作業療法士が担当し、構音（発声・発語）機能の改善等は言語聴覚士が行っている。この職種に共通することは、いずれも摂食・嚥下のための基礎的能力の改善を目的としていることである。

これらのことから明らかなように、リハビリテーション関係職種が口腔機能を熟知し、互いの職種が関連していることを改めて認識すべきである。特に姿勢と摂食・嚥下は密接に関係しており、座位姿勢の保持に関する頸部・体幹の支持性は必要不可欠な要素である。また、口腔の「摂食・呼吸・構音」という3大機能の関連性についても理解を新たにしておかなければならない。このような関連性を理解するためには、口腔の解剖学や重力と姿勢の関係性といった幅広い知識が求められ、さらに耐久性・実用性をも考慮したアプローチが求められる。

また、これ以外に活動能力（健康状態）との関連性も多くの研究から明らかにされてきている。口腔状態が良好な高齢者ほど活動能力が高い、という結果が報告されているからである。さらに寝たきり高齢者に対する口腔状態の改善によって、FIM（Functional Independence Measure：機能的自立度評価）得点やFace ScaleによるQOLの向上を認めたとの報告もある。これらの報告は、他の要因を調整し、純粋に歯科治療のみの効果を検証したものであるが、口腔機能（状態）が改善することで、ADL能力が改善することは紛れもない事実として主張してよい。つまり、リハビリテーション関係職種としてはADL・QOLの観点からも口腔機能を再認識する必要がある。

繰り返しになるが、「食べる」「話す」「息をする」という行為は複数の口腔機能が協調して成り立つものであり、これらを改善するにはリハビリテーションがいかに大切であるかを専門職が十分認識していることが求められる。

(5) 管理栄養士・栄養士

管理栄養士・栄養士は、適切なカロリー計算や栄養摂取が職務の基盤にある。口腔機能リハビリテーションにおいては、これに食塊形成というファクターが重要な位置を占めることとなる。

食塊の性質は、凝集性・付着製・変形性という3つの側面から捉えることができ、嚥下機能を大きく左右する。食品の性質、調理方法によってこの3つの要素が個人の咀嚼・嚥下機能と整合性があるのか、十分吟味しなければならない。しかし、現状では十分な口腔機能評価もされないまま、障害をひとまとめとして考えてしまう傾向にある。

例えば、「咀嚼できない＝刻み食」、「飲み込めない＝とろみ食」という単純な構図が出来上がっているように感じられる。しかし、単にとろみ食といっても、とろみ剤の種類も数多く存在し、それぞれが特徴のある性質を有し、また混和する食品によってもかなり機械的性質が変化するのである。従って、口腔機能障害をひとまとめとして考えるのではなく、医師・歯科医師の適切な機能評価を基に個々人に適した管理を行うことを心がけ、また実施していくことが重要である。

また、機能の向上だけに捕らわれず、食事を楽しむというファクターも考慮に入れなければならない。食事は目で味わい、舌で味・食感を感じ、雰囲気を楽しむものである。単に栄養摂取だけが目的ではない。高齢者の健康管理という観点から見ると、世間一般的に味は薄く、脂っこいものは控える、温度は人肌にということが言われている。しかし、食べられなければ意味がない。食事には、本人の嗜好が大きく反映されるものである。できるだけ個人の要望に答えられるようにすることで意欲が増し、誤嚥の機会が減るという事実もある。

従って、管理栄養士・栄養士は、カロリー・栄養のバランスはもちろんのこと、個々人に適した食形態・調理内容ということに注目しリハビリテーションを進めていくことが望ましい。

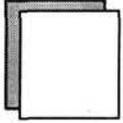
3) まとめ

日本人の死亡原因の第4位は肺炎である。そのうち93%は65歳以上の高齢者であると言われ、その65歳以上の肺炎の3割は誤嚥性肺炎と言われている。それに加えて、高齢者に多い脱水・低栄養を含めると、口腔機能に関する問題が原因で多くの高齢者が亡くなっていると言える。

また、口腔機能の問題は、人間が生きていくために必要な基本的欲求である「食」

にも大きな影響を及ぼす。ひいては高齢者の活動性や社会性、QOLにも大きな影
を落とすことになる。

全人的な復権を目的とするリハビリテーションにおいては、これらの問題に積極
的に関与し、人間らしい生活の再建を図ることが喫急の責務であると言える。その
一方で、口腔機能リハビリテーションの領域はまだまだ発展の余地があり、今後も
それが大いに期待されることであろう。それぞれの専門職がその意義・必要性を認
識し、一人でも多くの方が口から物を食べられるように努力していくことが望まれ
る。



第3章 国診協会員施設における口腔機能改善の現状

1. 調査の概要
2. 調査の結果

1. 調査の概要

1) 調査目的

本調査は、国診協会員施設における口腔ケア（狭義）および口腔機能リハビリテーションの実施または取り組み姿勢に関する実態ならびに阻害要因を把握するとともに、口腔機能リハビリテーションの重要性の理解促進と知識・技術の広範な普及に資する基礎資料を得ることを目的とした。

2) 調査項目

本調査における調査項目は、「施設属性」・「摂食嚥下障害を持つ患者数」・「口腔ケア（狭義）及び口腔機能リハビリテーションへの取り組み状況」・「口腔機能リハビリテーションを実施していない施設の状況」・「口腔機能リハビリテーションに関する地域連携について」であった。

3) 調査対象

本調査は、国診協の 992 の会員施設を対象とした悉皆調査であった。

4) 調査期間

本調査は、平成 15 年 11 月 7 日から平成 15 年 11 月 25 日までの 19 日間において実施された。

5) 調査方法

本調査は、1 種類の調査票を用いて、調査対象 992 施設に対して郵送により発送し、回収も郵送による自記式アンケート調査であった。調査票の記入は各施設の担当者による。

6) 回収数・分析対象数

本調査の回収数は 386 件であった（回収率 38.9%）。

2. 調査の結果

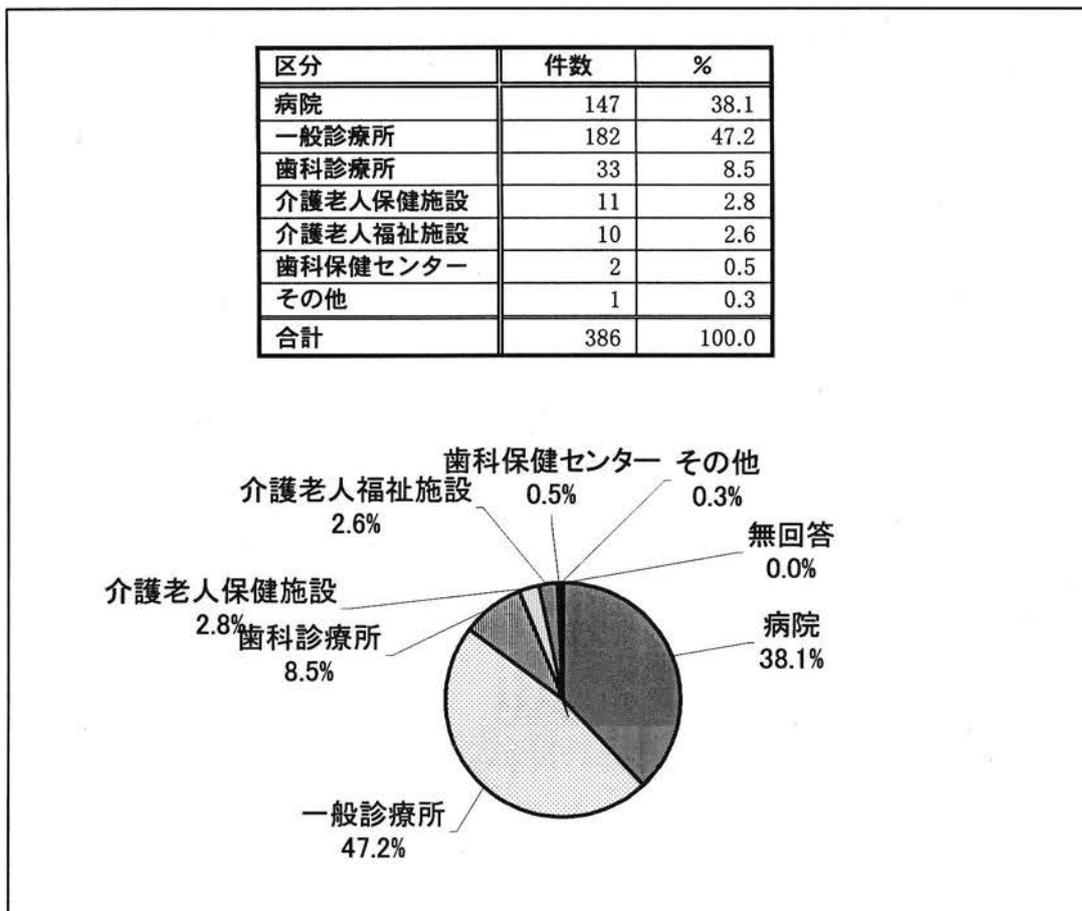
1) 回答施設の属性

(1) 施設種類

施設の種類の内訳は、「一般診療所」が47.2%、「病院」(38.1%)、「歯科診療所」(8.5%)、「介護老人保健施設」(2.8%)、「介護老人福祉施設」(2.6%)等であった。

なお、国診協の会員施設 992 のうち、診療所が占める割合は 615 施設(62.0%)であることから、病院および介護施設などの入院・入所施設からの積極的な回答姿勢がうかがわれた。

図 3-2-1 施設の種類 (単数回答)

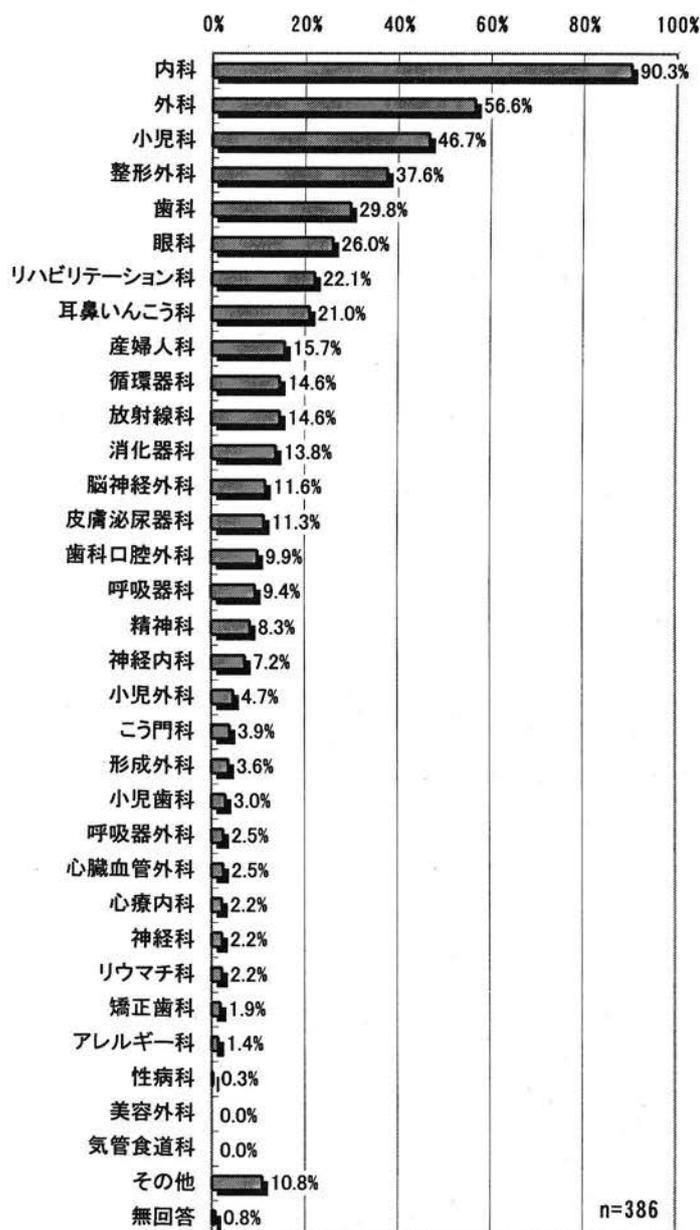


(2)標榜診療科

①標榜診療科(病院、一般診療所、歯科診療所)

病院・一般診療所・歯科診療所等の医療機関 362 施設における標榜診療科は、「内科」が最も多く 90.3%の施設で標榜があり、「外科」がそれに次いで 56.6%を占めた。「小児科」は 46.7%、「整形外科」は 37.6%、「歯科」は 29.8%である。

図 3-2-2 標榜診療科 (複数回答)

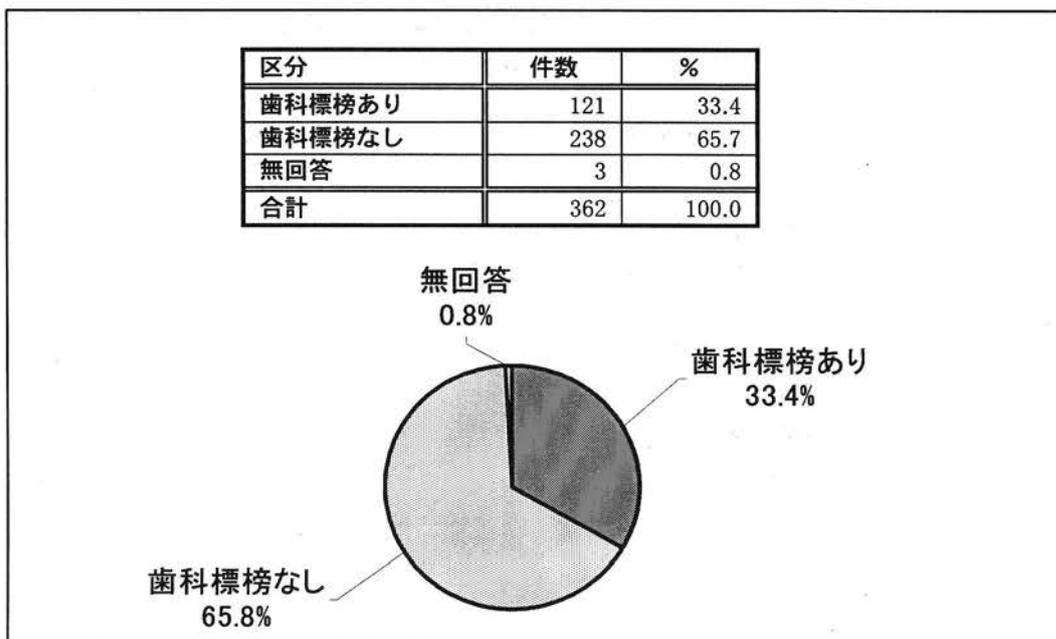


②標榜診療科(歯科)

歯科標榜がある施設（「歯科」、「矯正歯科」、「小児歯科」、「歯科口腔外科」の少なくとも1つの標榜がある施設）は全施設の33.4%であり、回答施設の約3分の1に相当した。

国診協の会員施設全体における歯科標榜施設の割合が21.2%であることから、歯科のある施設からの積極的な回答姿勢がうかがえた。

図 3-2-3 歯科標榜（単数回答）



(3)施設の規模(許可病床数・入所定員)

①病院・一般診療所・歯科診療所

診療所では、病床数が「0床」の施設が全体の4割以上を占めた（表3-2-1）。また147施設ある病院では、地域医療支援病院の要件の1つである「200床以上」を満たす病院は31施設（21.1%）であった。

表 3-2-1 許可病床数

区分	件数	%
0床	150	41.4
1~19床	65	18.0
20~39床	12	3.3
40~59床	23	6.4
60~79床	19	5.2
80~99床	15	4.1
100~199床	46	12.7
200~299床	11	3.0
300~399床	12	3.3
400~499床	5	1.4
500~999床	3	0.8
1000床以上	0	0.0
合計	362	100.0

②介護老人保健施設・介護老人福祉施設

介護老人保健施設・介護老人福祉施設では、定員が20人以下の施設数は0であり、「21～40人」が14.3%、「41～60人」が38.1%、「61～80人」が28.6%、「81～100人」が14.3%、「101人以上」が4.8%を占めた。

表 3-2-2 施設の入所定員

区分	件数	%
1～20人	0	0
21～40人	3	14
41～60人	8	38
61～80人	6	29
81～100人	3	14
101人以上	1	5
合計	21	100

(4)配置職種(歯科医師・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)

施設に配置されている職種(常勤・非常勤を含む)の人数をみると、「歯科医師」・「歯科衛生士」が配置されている施設はそれぞれ回答施設全体の34.0%、28.3%であった。また「理学療法士」が配置されている施設は、回答施設全体の38.5%であった。「作業療法士」は19.3%、「言語聴覚士」は9.0%の施設で配置がされていた(表3-2-3)。

配置職種の人数を施設別にみると、病院では「歯科医師」が配置されている施設は、回答施設全体の40%であり、「歯科衛生士」が同36%、「理学療法士」が同86%、「作業療法士」が同41%、「言語聴覚士」が同22%の施設で配置されていた(表3-2-4)。

一般診療所では、「歯科医師」が配置されている施設は、回答施設全体の17.2%であり、「歯科衛生士」が同12.1%、「理学療法士」が同8.8%、「作業療法士」が同2.6%であった(表3-2-5)。

歯科診療所では、「歯科医師」が配置されている施設は、回答者全体の100%であり、「歯科衛生士」が同94%であった(表3-2-6)。

表 3-2-3 職種別人数 (全施設)

区分	上段：件数 下段：%	歯科医師	歯科衛生士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
0.0人		155 66.0%	162 71.7%	136 61.5%	180 80.7%	202 91.0%
0.1~1.0人以下		38 16.2%	19 8.4%	27 12.2%	16 7.2%	11 5.0%
1.1~2.0人以下		25 10.6%	15 6.6%	16 7.2%	17 7.6%	7 3.2%
2.1~3.0人以下		9 3.8%	16 7.1%	12 5.4%	4 1.8%	0 0.0%
3.1人~		8 3.4%	14 6.2%	30 13.6%	6 2.7%	2 0.9%
回答合計		235 100.0%	226 100.0%	221 100.0%	223 100.0%	222 100.0%
無回答		151 —	160 —	165 —	163 —	164 —
合計		386 —	386 —	386 —	386 —	386 —

表 3-2-4 職種別人数 (病院)

区分	上段：件数 下段：%	歯科医師	歯科衛生士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
0.0人		53 60%	53 64%	12 14%	49 59%	65 78%
0.1~1.0人以下		8 9%	3 4%	15 18%	10 12%	9 11%
1.1~2.0人以下		15 17%	7 8%	15 18%	14 17%	7 8%
2.1~3.0人以下		7 8%	11 13%	11 13%	4 5%	0 0%
3.1人~		5 6%	9 11%	30 36%	6 7%	2 2%
回答合計		88 100%	83 100%	83 100%	83 100%	83 100%
無回答		59 —	64 —	64 —	64 —	64 —
合計		147 —	147 —	147 —	147 —	147 —

表 3-2-5 職種別人数（一般診療所）

区分	上段：件数 下段：%	歯科医師	歯科衛生士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
0.0人	96 82.8%	102 87.9%	104 91.2%	112 97.4%	115 100.0%	
0.1～1.0人以下	17 14.7%	7 6.0%	10 8.8%	3 2.6%	0 0.0%	
1.1～2.0人以下	2 1.7%	4 3.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
2.1～3.0人以下	1 0.9%	1 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
3.1人～	0 0.0%	2 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
回答合計	116 100.0%	116 100.0%	114 100.0%	115 100.0%	115 100.0%	
無回答	66 —	66 —	68 —	67 —	67 —	
合計	182 —	182 —	182 —	182 —	182 —	

表 3-2-6 職種別人数（歯科診療所）

区分	上段：件数 下段：%	歯科医師	歯科衛生士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
0.0人	0 0%	1 6%	14 100%	14 100%	14 100%	
0.1～1.0人以下	11 52%	5 29%	0 0%	0 0%	0 0%	
1.1～2.0人以下	7 33%	4 24%	0 0%	0 0%	0 0%	
2.1～3.0人以下	1 5%	4 24%	0 0%	0 0%	0 0%	
3.1人～	2 10%	3 18%	0 0%	0 0%	0 0%	
回答合計	21 100%	17 100%	14 100%	14 100%	14 100%	
無回答	12 —	16 —	19 —	19 —	19 —	
合計	33 —	33 —	33 —	33 —	33 —	

表 3-2-7 職種別人数 (介護老人保健施設)

区分	上段：件数 下段：%	歯科医師	歯科衛生士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
0.0人	3 75%	3 60%	2 40%	2 33%	4 80%	
0.1~1.0人以下	1 25%	2 40%	2 40%	2 33%	1 20%	
1.1~2.0人以下	0 0%	0 0%	0 0%	2 33%	0 0%	
2.1~3.0人以下	0 0%	0 0%	1 20%	0 0%	0 0%	
3.1人~	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	
回答合計	4 100%	5 100%	5 100%	6 100%	5 100%	
無回答	7 —	6 —	6 —	5 —	6 —	
合計	11 —	11 —	11 —	11 —	11 —	

表 3-2-8 職種別人数 (介護老人福祉施設)

区分	上段：件数 下段：%	歯科医師	歯科衛生士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
0.0人	3 75%	3 75%	4 100%	3 75%	4 100%	
0.1~1.0人以下	1 25%	1 25%	0 0%	1 25%	0 0%	
1.1~2.0人以下	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	
2.1~3.0人以下	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	
3.1人~	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	
回答合計	4 100%	4 100%	4 100%	4 100%	4 100%	
無回答	6 —	6 —	6 —	6 —	6 —	
合計	10 —	10 —	10 —	10 —	10 —	

表 3-2-9 職種別人数 (歯科保健センター)

区分 上段：件数 下段：%	歯科医師	歯科衛生士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
0.0人	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
0.1～1.0人以下	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
1.1～2.0人以下	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
2.1～3.0人以下	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
3.1人～	1 50%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
回答合計	1 100%	0 -	0 -	0 -	0 -
無回答	1 -	2 -	2 -	2 -	2 -
合計	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -

(5)入院、入所者数

①総数

口腔機能に障害を持つ入院、入所者数を障害別にみると、「認知期における障害」を持つ患者が少なくとも1人いると回答した施設の割合は、回答施設全体の68.6%、同様に「咀嚼・口腔期における障害」では79.9%、「嚥下・食道期における障害」では83.9%を占めていた(表3-2-10)。

表 3-2-10 口腔機能障害別患者数

区分	上段：件数 下段：%	認知期における 障害	咀嚼・口腔期 における障害	嚥下・食道期 における障害
0人		49 31.4%	35 20.1%	29 16.1%
1～5人		66 42.3%	54 31.0%	53 29.4%
6～10人		21 13.5%	29 16.7%	37 20.6%
11～15人		11 7.1%	16 9.2%	23 12.8%
16～20人		3 1.9%	16 9.2%	13 7.2%
21～25人		1 0.6%	6 3.4%	7 3.9%
26～30人		1 0.6%	3 1.7%	2 1.1%
31～40人		2 1.3%	8 4.6%	10 5.6%
41～50人		0 0.0%	4 2.3%	3 1.7%
51人以上		1 0.6%	2 1.1%	2 1.1%
不明		1 0.6%	1 0.6%	1 0.6%
回答合計		156 100.0%	174 100.0%	180 100.0%
無回答		77 —	59 —	53 —
合計		233 —	233 —	233 —

②施設の病床数(定員数)に占める割合

口腔機能に障害を持つ入院者数、入所者数が施設の規模に占める割合（口腔機能障害を有する患者数を病床数もしくは定員数で除した値）をみると、「認知期における障害」では「0.1%～5%以下」の施設が35.9%を占めている。「咀嚼・口腔期における障害」では「0.1%～5%以下」の施設が20.7%であったが、「5～10%以下」の施設も19.5%を占めた。「嚥下・食道期」では「0.1%～5%以下」の施設が16.7%に対して、「5～10%以下」の施設が20.0%を占めた。

また、口腔機能に障害を持つ入院、入所者数が占める割合が20%より多くみられる割合は、「認知期における障害」が5.1%に対して、「咀嚼・口腔期における障害」が17.8%、「嚥下・食道期」が16.7%であった（表3-2-11）。

表 3-2-1 1 施設の病床・定員数に対する各口腔機能障害患者数の割合

区分	上段：件数 下段：%	認知期における 障害	咀嚼・口腔期 における障害	嚥下・食道期 における障害
0%		49 31.4%	35 20.1%	29 16.1%
0.1%～5%未満		56 35.9%	36 20.7%	30 16.7%
5%～10%未満		22 14.1%	34 19.5%	36 20.0%
10～15%未満		15 9.6%	21 12.1%	32 17.8%
15～20%未満		5 3.2%	16 9.2%	22 12.2%
20%～		8 5.1%	31 17.8%	30 16.7%
不明		1 0.6%	1 0.6%	1 0.6%
回答合計		156 100.0%	174 100.0%	180 100.0%
無回答		77 —	59 —	53 —
合計		233 —	233 —	233 —

2) 口腔ケア(狭義)の実施状況

(1) 口腔ケア(狭義)の実施

① 病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設における口腔ケア(狭義)実施状況をみると、「ガーゼ等による口腔清拭」や「器具を使用する口腔清掃」を行っている施設はそれぞれ86.9%、85.7%を占めた。一方、「歯科スタッフによる専門的口腔清掃」を実施している施設は20.2%であった。数は少ないながらも介護老人福祉施設における「歯科スタッフによる専門的口腔清掃」の実施施設は70%を占めた。

表 3-2-1 2 ケア実施状況(複数回答)

区分	上段：件数 下段：%	ガーゼ等による 口腔清拭	器具を使用する 口腔清掃	歯科スタッフの 専門的口腔清掃	連携施設等へ 依頼	実施していない	無回答	合計
病院	127 86.4%	124 84.4%	24 16.3%	5 3.4%	4 2.7%	8 5.4%	147 100.0%	
介護老人保健施設	10 91%	10 91%	3 27%	1 9%	0 0%	0 0%	11 100%	
介護老人福祉施設	9 90%	10 100%	7 70%	2 20%	0 0%	0 0%	10 100%	
合計	146 86.9%	144 85.7%	34 20.2%	8 4.8%	4 2.4%	8 4.8%	168 100.0%	

②一般診療所・歯科診療所・歯科保健センター

歯科診療所における口腔ケア（狭義）実施状況をみると、「ガーゼ等による口腔清拭」、「器具を使用する口腔清掃」、「歯科スタッフによる専門的口腔清掃」を行っている施設は42%、58%、64%を占めた。いずれも、一般診療所よりも高い割合を示した。

表 3-2-13 ケア実施状況（複数回答）

区分	上段：件数 下段：%	ガーゼ等による 口腔清拭	器具を使用する 口腔清掃	歯科スタッフの 専門的口腔清掃	連携施設等へ 依頼	実施していない	無回答	合計
一般診療所	48 26.4%	37 20.3%	22 12.1%	21 11.5%	100 54.9%	19 10.4%	182 100.0%	
歯科診療所	14 42%	19 58%	21 64%	7 21%	11 33%	1 3%	33 100%	
歯科保健センター	0 0%	1 50%	2 100%	0 0%	0 0%	0 0%	2 100%	
合計	62 28.6%	57 26.3%	45 20.7%	28 12.9%	111 51.2%	20 9.2%	217 100%	

(2)口腔ケア(狭義)の実施頻度(病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設)

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設における口腔ケア（狭義）の実施頻度は、1日あたり「3回以上」である施設が全体の47.7%であった。実施施設における1日の平均実施回数は2.4回であった。

表 3-2-14 ケア実施頻度

区分	件数	%
0回	0	0.0
1回未満	1	0.8
1回以上2回未満	37	28.0
2回以上3回未満	31	23.5
3回以上4回未満	55	41.7
4回以上	8	6.1
小計	132	100.0
平均	2.4回	-
無回答	23	-
不明	1	-
合計	156	-

(3)口腔ケア(狭義)の実施時期(病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設)

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設での口腔ケア(狭義)の実施時期は、「朝食後」が最も多く75.4%を占めた。次いで「夕食後」(71.1%)、「昼食後」(66.9%)に実施されていた。

表 3-2-15 ケア実施時期(複数回答)

区分	件数	%
起床後	44	31.0
朝食後	107	75.4
昼食後	95	66.9
夕食後	101	71.1
就寝前	23	16.2
その他	22	15.5
小計	142	100.0
無回答	14	—
合計	156	—

(4)口腔ケア(狭義)の対象者(病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設)

①状態別

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設における口腔ケア(狭義)の対象者を状態別にみると、「摂食嚥下障害のある方」、「口腔ケアに介助が必要な方」、「経管栄養の方」に対しては74.3%、82.4%、74.3%の施設で実施されていた。「全員」に実施している施設も10.1%を占めた。

表 3-2-16 ケア対象者(状態別)

区分	件数	%
摂食嚥下障害のある方	110	74.3
口腔ケアに介助が必要な方	122	82.4
経管栄養の方	110	74.3
義歯を使用の方	84	56.8
口腔清掃不良の方	91	61.5
残存歯のある方	58	39.2
その他	7	4.7
全員	15	10.1
小計	148	100.0
無回答	8	—
合計	156	—

②原疾患の時期

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設における口腔ケア（狭義）の対象者を原疾患の時期別にみると、「維持期」の患者に対しては92.4%の施設で口腔ケア（狭義）が実施されていた。また、「急性期」、「回復期」、「終末期」に対しても71.5%、75.7%、75.7%の施設で実施されていた。

表 3-2-17 ケア対象者（病状期別）（複数回答）

区分	件数	%
急性期	103	71.5
回復期	109	75.7
維持期	133	92.4
終末期	109	75.7
小計	144	100.0
無回答	12	—
合計	156	—

(5)口腔ケア(狭義)の実施者(病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設)

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設での口腔ケア（狭義）の実施者は、「看護師・准看護師」とする施設が89.9%であり、次いで「介護福祉士以外の介護職」が37.8%、「介護福祉士」が27.0%であった。

また、口腔ケア（狭義）の実施を指示する職種は、「看護師・准看護師」が55%、次いで「医師」が45%であった。

表 3-2-18 ケア実施者（複数回答）

区分	件数	%
医師	8	5.4
歯科医師	13	8.8
看護師・准看護師	133	89.9
歯科衛生士	21	14.2
理学療法士	0	0.0
作業療法士	2	1.4
言語聴覚士	11	7.4
介護福祉士	40	27.0
上記以外の介護職	56	37.8
その他	9	6.1
小計	148	100.0
無回答	8	—
合計	156	—

表 3-2-19 ケア指示者（複数回答）

区分	件数	%
医師	15	45
歯科医師	10	30
看護師・准看護師	18	55
歯科衛生士	2	6
理学療法士	0	0
作業療法士	0	0
言語聴覚士	0	0
介護福祉士	1	3
上記以外の介護職	1	3
その他	0	0
小計	33	100
無回答	123	—
合計	156	—

3) 口腔機能リハビリテーションの実施状況

(1) 口腔機能リハビリテーションの実施

① 病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設

口腔機能リハビリテーションを実施している施設の割合は、病院では 55.8% を占めた。介護老人福祉施設も 40% で実施しており、介護老人保健施設は 27% であった。

表 3-2-20 リハビリテーション実施状況 (単数回答)

区分	上段：件数 下段：%	必要な場合に 実施・指導	実施・指導は していない	無回答	合計
病院	82 55.8%	56 38.1%	9 6.1%	147 100.0%	
介護老人保健施設	3 27%	5 46%	3 27%	11 100%	
介護老人福祉施設	4 40%	3 30%	3 30%	10 100%	
合計	89 53.0%	64 38.1%	15 9.0%	168 100.0%	

② 一般診療所・歯科診療所・歯科保健センター

歯科診療所において口腔機能リハビリテーションを実施している割合は 39% であり、一般診療所 (10.4%) の 4 倍近くとなった。

表 3-2-21 リハビリテーション実施状況 (単数回答)

区分	上段：件数 下段：%	必要な場合に 実施・指導	実施・指導は していない	無回答	合計
一般診療所	19 10.4%	122 67.0%	41 22.5%	182 100.0%	
歯科診療所	13 39%	18 55%	2 6%	33 100%	
歯科保健センター	1 50%	1 50%	0 0%	2 100%	
合計	33 15.2%	141 65.0%	43 19.8%	217 100.0%	

(2) 実施頻度 (病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設)

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設における口腔機能リハビリテーションの実施頻度は、1 日あたり「1 回以上 2 回未満」である施設が最も多く、全体の 77% であった。実施施設における 1 日の平均実施回数は 1.4 回である。

表 3-2-22 リハビリテーション実施頻度

区分	件数	%
0回	0	0
1回未満	0	0
1回以上2回未満	53	77
2回以上3回未満	10	14
3回以上4回未満	6	9
4回以上	0	0
小計	69	100
平均	1.4回	—
無回答	19	—
不明	1	—
合計	89	—

(3)実施時期(病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設)

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設における口腔機能リハビリテーションの実施時期は、「昼食後」である施設が最も多く45%であり、「朝食後」が次いで23%であった。

表 3-2-23 リハビリテーション実施時期(複数回答)

区分	件数	%
起床後	3	4
朝食後	19	23
昼食後	37	45
夕食後	8	10
就寝前	0	0
その他	50	60
小計	83	100
無回答	6	—
合計	89	—

(4)実施対象者(病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設)

①状態別

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設における口腔機能リハビリテーションの実施対象者を状態別にみると、「摂食嚥下障害のある方」に対しては98%の施設で実施されていた。「経管栄養の方」に対しては27%、「口腔ケアに介助の必要な方」に対しては22%で実施されていた。

表 3-2-24 リハビリテーション対象者(状態別)(複数回答)

区分	件数	%
摂食嚥下障害のある方	84	98
口腔ケアに介助の必要な方	19	22
経管栄養の方	23	27
義歯を使用の方	6	7
口腔清掃不良の方	12	14
残存歯のある方	5	6
その他	6	7
全員	0	0
小計	86	100
無回答	3	—
合計	89	—

②原疾患の時期

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設における口腔機能リハビリテーションの実施対象者を病状期別にみると、「回復期」の患者には75%の施設で実施されていた。一方、「終末期」の患者には16%の実施であった。

表 3-2-25 リハビリテーション対象者(病状期別)(複数回答)

区分	件数	%
急性期	42	48
回復期	65	75
維持期	60	69
終末期	14	16
小計	87	100
無回答	2	—
合計	89	—

(5)実施担当(病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設)

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設での口腔機能リハビリテーションの実施者は、「看護師・准看護師」とする施設が59%であり、次いで「言語聴覚士」(36%)、「理学療法士」(28%)と続いた。

また、口腔機能リハビリテーションの実施を指示する職種は「医師」が最も多く67%であり、「歯科医師」(29%)がそれに続いた。

表 3-2-26 リハビリテーション実施者
(複数回答)

区分	件数	%
医師	14	16
歯科医師	10	11
看護師・准看護師	51	59
歯科衛生士	16	18
理学療法士	24	28
作業療法士	17	20
言語聴覚士	31	36
介護福祉士	9	10
上記以外の介護職	10	11
その他	3	3
小計	87	100
無回答	2	—
合計	89	—

表 3-2-27 リハビリテーション指示者
(複数回答)

区分	件数	%
医師	16	67
歯科医師	7	29
看護師・准看護師	2	8
歯科衛生士	1	4
理学療法士	1	4
作業療法士	0	0
言語聴覚士	1	4
介護福祉士	0	0
上記以外の介護職	0	0
その他	0	0
小計	24	100
無回答	65	—
合計	89	—

(6)カンファレンスの実施(病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設)

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設における口腔期能リハビリテーションに関するカンファレンスは、「実施している」とした施設が58%であった。

表 3-2-28 リハビリテーションカンファレンスの参加者(単数回答)

区分	件数	%
実施していない	26	29
実施している	52	58
無回答	11	12
合計	89	100

(7)カンファレンスへの他施設からの参加

(病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設)

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設における口腔期能リハビリテーションに関するカンファレンスで、他施設から参加した職種としては、「看護師・准看護師」が最も多く全体の39%であった。次いで、「医師」や「理学療法士」の参加も見受けられるが(ともに21%の施設で実施)、「参加することはない」とした施設も全体の31%であった。

表 3-2-29 リハビリテーションカンファレンスの実施(複数回答)

区分	件数	%
医師	11	21
歯科医師	7	14
看護師・准看護師	20	39
歯科衛生士	8	15
理学療法士	11	21
作業療法士	8	15
言語聴覚士	6	12
介護福祉士	6	12
上記以外介護職	8	15
その他	5	10
参加はない	16	31
無回答	6	12
合計	52	100

4) 口腔機能リハビリテーションを実施していない施設の状況

(1) 口腔機能リハビリテーションを実施していない理由

口腔機能リハビリテーションを実施していない施設についてその理由を尋ねたところ、「必要性は感じているが、実施できない状況がある」とした施設は52.2%であった。次いで、「特に必要性を感じていない」(26.3%)であった。

これを施設種類別にみると、一般診療所において「特に必要性を感じていない」とした施設が多く、「必要性は感じているが、実施できない状況がある」とした施設と同数であった(37.7%)。歯科診療所では、「必要性は感じているが、実施できない状況がある」とした施設が多数を占め、全体の61%であった。

表 3-2-30 口腔リハビリテーションを実施しない理由(単数回答)

区分 上段：件数 下段：%	意味や 定義が わから ない	特に必 要性を 感じて いない	実施で きない 状況が ある	近々開 始する 予定が ある	その他	無回答	合計
病院	2 4%	4 7%	43 77%	1 2%	1 2%	5 9%	56 100%
一般診療所	9 7.4%	46 37.7%	46 37.7%	6 4.9%	12 9.8%	3 2.5%	122 100.0%
歯科診療所	0 0%	3 17%	11 61%	2 11%	2 11%	0 0%	18 100%
介護老人保健 施設	0 0%	1 20%	4 80%	0 0%	0 0%	0 0%	5 100%
介護老人福祉 施設	0 0%	0 0%	2 67%	1 33%	0 0%	0 0%	3 100%
国保歯科保健 センター	0 0%	0 0%	1 100%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%
合計	11 5.4%	54 26.3%	107 52.2%	10 4.9%	15 7.3%	8 3.9%	205 100.0%

(2) 口腔機能リハビリテーションを実施できない原因(問 10 で「3. 実施できない理由がある」と回答したもの)

口腔機能リハビリテーションを実施できない状況がある原因として、「実施者が不足している」、「情報・知識が不足している」が最多を占めた(57.0%)。また、「監督・スーパーバイズする者が不足している」とした施設も過半数を占めた(53.3%)。

施設別の回答数が10件以上あった病院、一般診療所、歯科診療所についてみると、病院において「情報・知識の不足」(65%)、「監督・スーパーバイズする者の不足」(63%)、「実施者の不足」(63%)を感じている施設が6割を越えた。一般診療所においては、「実施者の不足」(52%)、「情報・知識の不足」(52%)が過半数を占めた。歯科診療所においては、「実施者の不足」(64%)、「監督・スーパーバイズする者の不足」(45%)が上位を占めるとともに、「診療報酬があまり望めない」(36%)、「患者本人やその家族の理解が取れない」(27%)を原因とした施設の割合

が、他施設と比べて高かった。

表 3-2-31 実施できない理由（複数回答）

区分 上段：件数 下段：%	監督・スーパーバイザー不足	実施者の不足	情報・知識の不足	診療報酬があまり望めない	患者本人やその家族の了解が取れない	その他	無回答	合計
病院	27 63%	27 63%	28 65%	6 14%	4 9%	0 0%	0 0%	43 100%
一般診療所	22 48%	24 52%	24 52%	5 11%	2 4%	7 15%	1 2%	46 100%
歯科診療所	5 45%	7 64%	4 36%	4 36%	3 27%	2 18%	0 0%	11 100%
介護老人保健施設	2 50%	2 50%	3 75%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	4 100%
介護老人福祉施設	1 50%	1 50%	2 100%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 100%
歯科保健センター	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	0 0%	1 100%
合計	57 53.3%	61 57.0%	61 57.0%	15 14.0%	9 8.4%	10 9.3%	1 0.9%	107 100.0%

(3)口腔機能リハビリテーションの実施に必要な情報

口腔機能リハビリテーションの実施に際して必要とされている情報は、「多職種で活用できる口腔清拭の方法」（48.3%）、「多職種で活用できる口腔清掃の方法」（47.3%）が高い割合を占めた。また、「口腔機能リハビリの種類とその実施方法」（46.8%）や「口腔機能障害の有無を診断するための評価票」（40.0%）、「プログラムの立案方法」（39.0%）も約4割の施設が必要としていた。

表 3-2-32 リハビリテーションに必要な情報（複数回答）

区分	件数	%
多職種で活用できる口腔清拭の方法	99	48.3
多職種で活用できる口腔清掃の方法	97	47.3
口腔機能リハビリの種類とその実施方法	96	46.8
口腔機能障害の有無を診断するための評価票	82	40.0
口腔機能リハビリプログラムの立案方法	80	39.0
リハビリの必要性に関する判断基準	72	35.1
在宅療養時の対応方法	72	35.1
効果判定の方法	65	31.7
禁忌症状、原疾患別の留意点	59	28.8
複数職種間での役割分担の方法	56	27.3
介護保険サービスとの連携方法	55	26.8
感染症予防等の院内、施設内での安全管理について	54	26.3
専門スタッフが実施する専門的口腔清掃の方法	48	23.4
その他	4	2.0
無回答	44	21.5
合計	205	100.0

5) 口腔機能リハビリテーションに関する地域連携

(1) 在宅療養への移行・継続に向けての連携

在宅療養への移行・継続に向けて、在宅ケアにかかわる各機関に対する患者の情報提供の実施状況をみると、ケアマネジャーに対しては67.4%の施設で「実施」（「必要な症例の全てで実施」と「必要な症例の一部で実施」の和）されており、「未実施」は16.3%であった。訪問診療機関や通所リハビリテーション施設・介護施設に関しては、情報提供が「実施」されている施設はそれぞれ54.9%、55.4%を占め過半数の施設が情報提供しているものの、逆に「未実施」とした施設もそれぞれ21.8%ずつを占めた。

表 3-2-33 在宅療養に対する情報提供（各設問ごとに単数回答）

区分	上段：度数 下段：%	ケアマネジャー への情報提供	訪問診療機関へ の情報提供	通所リハ・介護保険 施設への情報提供
必要な症例の全てで実施	163 42.2%	125 32.4%	112 29.0%	
必要な症例の一部で実施	97 25.1%	87 22.5%	102 26.4%	
ほとんど実施していない	31 8.0%	55 14.2%	50 13.0%	
未実施	63 16.3%	84 21.8%	84 21.8%	
無回答	32 8.3%	35 9.1%	38 9.8%	
合計	386 100.0%	386 100.0%	386 100.0%	

(2) 訪問診療・訪問歯科診療・訪問看護の実施状況

① 全施設

訪問診療は、全体の56.5%の施設で「実施」（「必要な症例の全てで実施」と「必要な症例の一部で実施」の和）されており、訪問看護は39.9%で「実施」されていた。一方、訪問歯科診療を「実施」している施設は27.7%であった。

表 3-2-34 訪問診療・訪問看護について（単数回答）

区分	上段：度数 下段：%	訪問診療	訪問歯科診療	訪問看護
必要な症例の全てで実施	148 38.3%	68 17.6%	100 25.9%	
必要な症例の一部で実施	70 18.1%	39 10.1%	54 14.0%	
ほとんど実施していない	36 9.3%	25 6.5%	36 9.3%	
未実施	80 20.7%	202 52.3%	135 35.0%	
無回答	52 13.5%	52 13.5%	61 15.8%	
合計	386 100.0%	386 100.0%	386 100.0%	

② 歯科標榜のある施設

訪問診療の実施状況を歯科標榜の有無別で見ると、訪問歯科診療は、歯科標榜がある施設の42.1%で「必要な全症例に対して実施」しており、「必要な症例の一部で実施」している施設と合わせると62.0%を占め、6割を越えた。歯科標榜のない施設では、「全て症例」と「一部の症例」を合わせても10.5%であり、1割程度の施設での実施にとどまった。

図 3-2-4 訪問診療

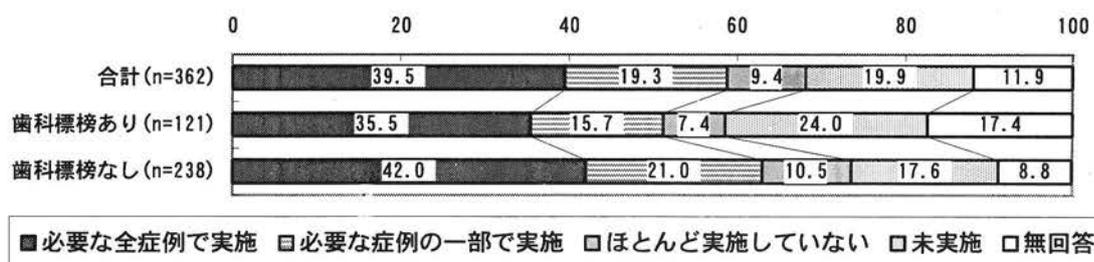


図 3-2-5 訪問歯科診療

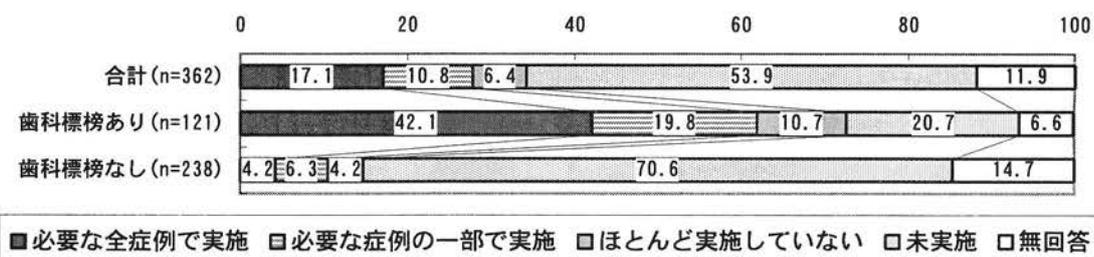
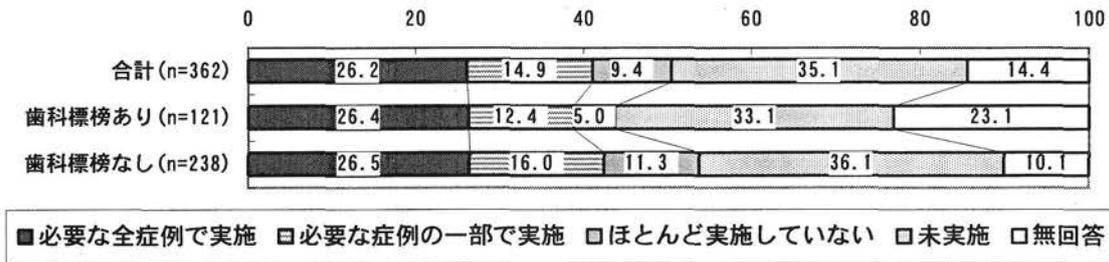


図 3-2-6 訪問看護



(3)口腔ケア(狭義)・口腔機能リハビリテーション実施に向けての今後の方向性

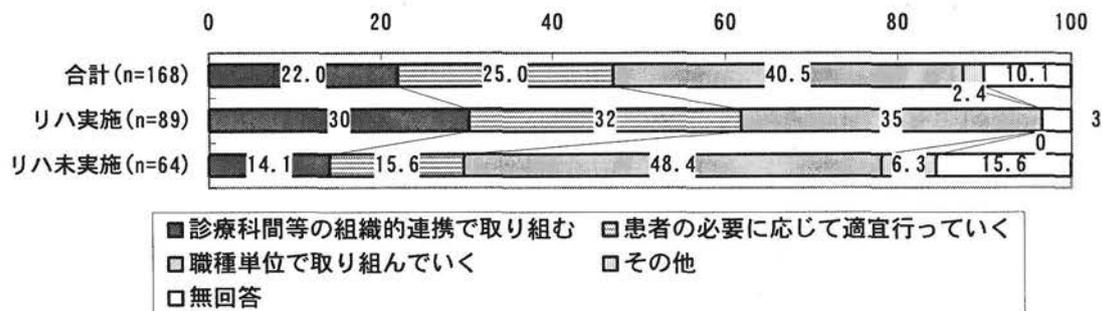
①患者が入院、入所している場合

◆病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設において、今後の入院・入所患者に対する口腔ケア(狭義)・口腔機能リハビリテーション実施に向けた方向性をみると、「診療科間等の組織的連携で取り組む」とした施設は全体の22.0%であった。これを、口腔機能リハビリテーションを既に実施している施設に限定すると、30.3%であった。

同様に、「必要に応じて適宜行っていく」とした施設は全体の25.0%に対し、既に口腔機能リハビリテーションを実施している施設では31.5%であった。

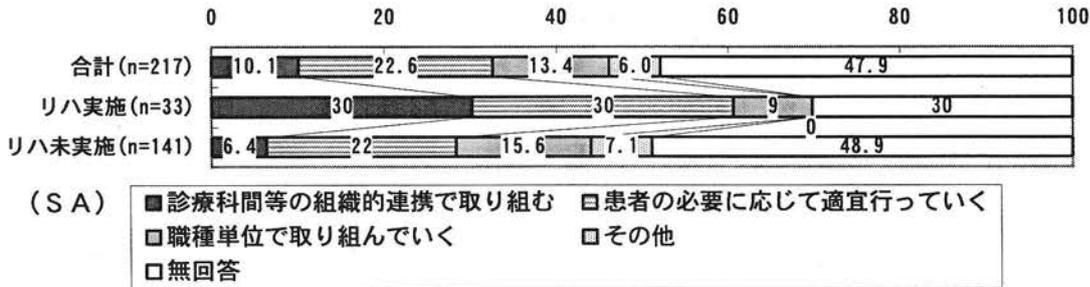
図 3-2-7 入院、入所患者への今後の方向性(病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設)



◆一般診療所・歯科診療所・歯科保健センター

一般診療所・歯科診療所・歯科保健センターにおいても、「組織的連携のもと取り組む」、「必要に応じて実施する」とした施設は、口腔機能リハビリテーションを既に実施している施設でそれぞれ30.3%であり、口腔機能リハビリテーションを実施していない施設より割合が高かった（6.4%、22.0%）。

図 3-2-8 入院、入所患者への今後の方向性（一般診療所・歯科診療所・歯科保健センター）

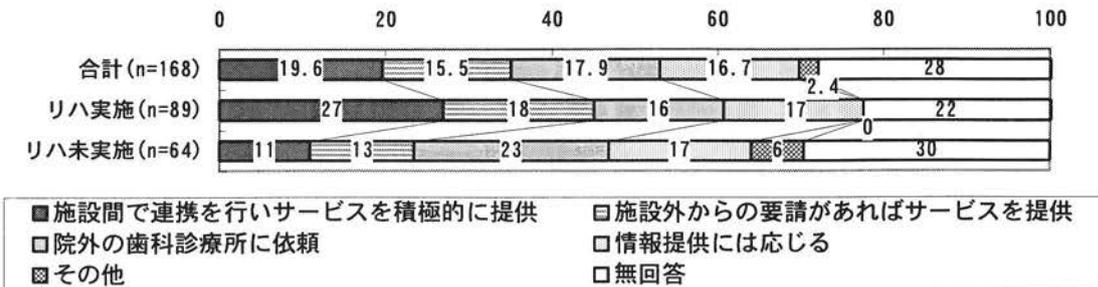


②患者が在宅療養の場合

◆病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設

病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設において、今後の入院・入所患者に対する口腔ケア（狭義）・口腔機能リハビリテーション実施に向けた方向性をみると、提供の意向を示した施設（「施設間で連携を行いサービスを積極的に提供する」、「施設外からの要請があればサービスを提供する」の計）は19.6%、15.5%であった。これを、口腔機能リハビリテーションを既に実施している施設に限ってみると27.0%、18.0%を占めた。

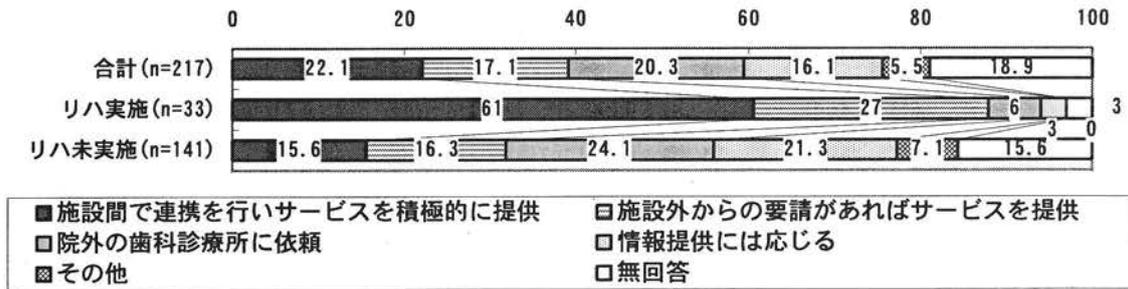
図 3-2-9 在宅療養者への今後の方向性（病院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設）

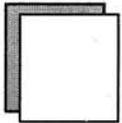


◆一般診療所・歯科診療所・歯科保健センター

一般診療所・歯科診療所・歯科保健センターにおいても、既にリハビリテーションを実施している施設において提供の意向を示した施設（「施設間で連携を行いサービスを積極的に提供する」、「施設外からの要請があればサービスを提供する」の計）は87.9%を占め、9割近くが情報提供に積極的な姿勢を持っていることがうかがえた。

図 3-2-10 在宅療養者への今後の方向性（一般診療所・歯科診療所・歯科保健センター）





第4章 口腔機能リハビリテーションに関するモデル事業

1. モデル事業の目的
2. モデル事業の実施方法
3. モデル事業の対象者の状況
4. モデル事業実施前後の比較
5. 結果のまとめと考察

1. モデル事業の目的

高齢者の介護予防ならびに要介護状態に陥る可能性が高い脳血管障害等を発症した高齢者の口腔機能の維持、向上を目指す口腔機能リハビリテーションの指針を作成することを目的に、モデル施設を選定して、一定期間にわたる口腔機能リハビリテーションを実施し、その効果について評価を行った。

2. モデル事業の実施方法

1) 対象

対象施設と対象者の選定

モデル事業の実施に当たって、全国の国民健康保険歯科診療所ならびに国保歯科保健センターに事業の主旨と概要を伝え、参加を募った上で、次頁に示す 32 施設ならびにその連携施設を対象とした。

各施設における対象者は以下の条件のもと実施施設の担当者が選定した。

- ◆平成 15 年 10 月中旬時点での入院、入所者もしくはサービスを提供している在宅療養者のうち、10 名程度（可能な限り、うち 2 名程度は在宅療養者とした）。
- ◆口腔機能の改善に向けたケアを必要とする者、または希望する者で、具体的には認知期における障害、咀嚼・口腔期における障害、嚥下・食道期における障害のうち 1 つ以上の障害が見られる者。
- ◆原疾患の状態は、急性期、回復期、維持期、終末期のいずれの時期でもよい。
- ◆対象者（もしくは家族等）に本事業に参加することの説明を行った上、同意が得られた者。

表4-2-1 実施機関

	都道府県	歯科 標榜	歯保セ 連携	開業医 連携	施設名	施設 コード
1	青森県		○		深浦町国保関診療所	1
2	青森県	○	○		下北医療センター国保脇野沢診療所	2
3	岩手県	○	○		胆沢町国保まごころ病院	3
4	岩手県	○	○		衣川村国保歯科診療所	4
5	岩手県	○	○		宮守村国保歯科診療所	5
6	岩手県	○	○		国保田野畑村診療所	6
7	岩手県	○	○		千厩町国保歯科診療所	7
8	宮城県	-	○	○	涌谷町国保病院	8
9	富山県	○	○		市立砺波総合病院	9
10	長野県	○	○		佐久市立国保浅間総合病院	10
11	岐阜県	○	○		郡上市国保和良歯科診療所	11
12	岐阜県	-	○	○	坂下町国保坂下病院	12
13	滋賀県	○	○		公立甲賀病院	13
14	兵庫県	○	○		村岡町国保兎塚歯科診療所	14
15	兵庫県	-	○	○	五色町国保五色診療所	15
16	和歌山県	○	○		国保橋本市民病院	16
17	島根県	○	○		頓原町立国保頓原病院	17
18	岡山県	○	○		上斎原村国保歯科診療所	18
19	岡山県	○	○		新庄村国保歯科診療所	19
20	岡山県	○	○		川上診療所	20
21	岡山県	○	○		富村国保歯科診療所	21
22	広島県	○	○		芸北町国保芸北歯科診療所	22
23	広島県	○	○		公立みつぎ総合病院	23
24	広島県	-	○	○	加計町国保病院	24
25	広島県	-	○	○	豊平町国保病院	25
26	徳島県	○	○		木屋平村国保歯科診療所	26
27	香川県	○	○		三豊総合病院	27
28	愛媛県	○	○		中山町国保直営歯科診療所	28
29	長崎県	-		○	国保平戸市民病院	29
30	大分県	○			東国東広域国保総合病院	30
31	熊本県	○	○		柏歯科診療所	31
32	熊本県	○	○		上天草市立上天草総合病院	32

注：歯保セ＝歯科保健センター

2)実施期間

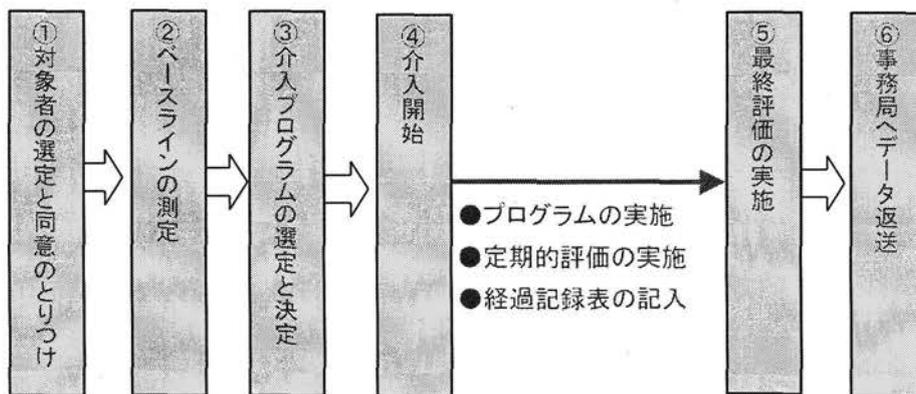
平成 15 年 10 月上旬から平成 16 年 1 月 15 日まで

3)方法

(1)モデル事業のながれ

モデル事業は、以下のながれに沿って実施された。各プロセスを通じて、実施体制、評価方法、プログラムの効果についてのデータの収集、モデル事業における口腔ケア（狭義）および口腔機能リハビリテーションプログラムのマニュアルの作成と周知、会員施設におけるチームアプローチの形成が行われた。

図 4-2-1 モデル事業のながれ



(2)介入プログラムの内容

①メニュー構成

モデル事業の介入プログラムは、「基本メニュー」と「選択メニュー」の2つから構成されている。対象者の原疾患の時期別に必要性を勘案しメニューを組み合わせて実施するものとした。メニューの選択に当たっては、対象者ごとに複数職種によるケアカンファレンスを開催した。具体的には、回復期、維持期の対象者には「基本メニュー」を必須メニューとした。「選択メニュー」については各施設の判断により必要に応じて実施された。急性期、終末期の対象者は、「選択メニュー」より必要なケア項目を選択の上実施した。急性期、回復期、維持期、終末期全てにおいて、実施施設において通常行っているケアがあればそれも継続するものとし、「院内独自メニュー」欄に記載を求めた。なお、「基本メニュー」については実施方法の解説を目的に映像資料を配付した。

表4-2-2 対象者の原疾患の時期別介入プログラムの構成

原疾患の時期	基本メニュー	選択メニュー
急性期	実施せず	メニュー一覧表より対象者の状態に応じて選択実施
回復期	実施	※必要に応じて追加実施
維持期	実施	※必要に応じて追加実施
終末期	実施せず	メニュー一覧表より対象者の状態に応じて選択実施

表4-2-3 「基本メニュー」の概要

①呼吸訓練	深呼吸を3回行う。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。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）。
②頸部のリラクゼーション	首を倒し、5～10秒間ゆっくりとストレッチをする。後ろ、右、左、回転を2～3回ずつ行う。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ぬく。
③口唇の運動	口唇の突出と横引き（「イー」の発音時の動き）。口をすぼめたまま左右に動かす。
④舌の運動	舌を前に突き出す。左右の口角に交互につける。上唇と下唇に交互に舌尖をつける。
⑤顎の運動	口を大きく開けて、閉じる。10回を1セットとして適宜行う。
⑥ブローイング	「巻き鳥」を利用してできるだけ息を長く吸い込むように努力する。

表 4-2-4 選択メニュー（急性期用）

急性期	code	認知期における障害に対するケア	code	咀嚼・口腔期における障害に対するケア	code	嚥下・食道期における障害に対するケア
医 師	1	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)	1	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)	1	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)
	2	全身的治療(処方薬の記載)	2	全身的治療(処方薬の記載)	2	全身的治療(処方薬の記載)
	3	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	3	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	3	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)
歯 科 医 師	4	口腔ケア	4	口腔ケア	4	口腔ケア
	5	口腔機能評価と疾病治療	5	口腔機能評価と疾病治療	5	口腔機能評価と疾病治療
	6	訓練プログラムの立案	6	訓練プログラムの立案	6	訓練プログラムの立案
看 護 師	7	口腔清拭	17	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む)	17	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む)
	8	タッピング運動(咬合訓練)	8	タッピング運動(咬合訓練)	8	タッピング運動(咬合訓練)
	9	口腔状態の観察(舌苔、口腔内 出血の有無、動揺歯のチェッ ク)	9	口腔状態の観察 (舌苔、口腔内出血の有無、動揺歯 のチェック)	27	水飲みテスト
			18	姿勢体位の確認 (30度、60度、90度)	9	口腔状態の観察 (舌苔、口腔内出血の有無、動揺歯の チェック)
			19	急変時の対応策 吸引器の準備	18	姿勢体位の確認 (30度、60度、90度)
			20	水飲み・フードテスト (ゼリー・ペースト)	28	アISMマッサージor氷なめ訓練
			21	表情筋のマッサージ・強化	19	急変時の対応策 吸引器の準備
看護補助者				22	座位保持・離床訓練	
歯科衛生士	10	専門的口腔清掃、タッピング	10	専門的口腔清掃、タッピング	10	専門的口腔清掃、タッピング
管理栄養士			23	嚥下訓練食の提供 (水、ゼリー、ペースト)		
理学療法士	11	座位の確保	12	頭部・体幹機能の改善	12	頭部・体幹機能の改善
	12	頭部・体幹機能の改善	13	関節可動域訓練(頭部・体幹)	13	関節可動域訓練(頭部・体幹)
	13	関節可動域訓練(頭部・体幹)	14	筋力増強訓練	14	筋力増強訓練
	14	筋力増強訓練	15	頸部のリラクゼーション	15	頸部のリラクゼーション
	15	頸部のリラクゼーション			29	《必要に応じて》 肺理学療法(体位ドレナージ)
作業療法士	16	上肢機能強化	16	上肢機能強化	16	上肢機能強化
			24	口すぼめ呼吸	24	口すぼめ呼吸
言語聴覚士			25	ストロー訓練(ブローイング)	30	発声訓練
			26	構音訓練	31	Pushing Exercise
					32	嚥下パターン訓練
					33	メンデルゾーン手技
薬剤師						
保健師						
介護福祉士						
ヘルパー						
介護員						
ケアマネジャー						
家族						
その他						

注:理学療法士の欄に記載したメニューについては、対象者の意識レベル、障害の程度に応じて自動的もしくは他動的に実施するか、その実施時間等を適宜調整のこと。

表4-2-5 選択メニュー（回復期、維持期用）

回復期 維持期	code	認知期における障害に対するケア	code	咀嚼・口腔期における障害に対するケア	code	嚥下・食道期における障害に対するケア
医 師	34	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)	34	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)	34	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)
	35	全身的治療(処方薬の記載)	35	全身的治療(処方薬の記載)	35	全身的治療(処方薬の記載)
	36	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	36	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	36	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)
歯 科 医 師	37	ブラッシング行為を自立を目的とした学習訓練(起坐、座位、立)	54	呼吸訓練	-	<嚥下体操(自動的)>
	38	口腔機能評価と疾病治療	40	口腔ケア	38	口腔機能評価と疾病治療
	39	訓練プログラムの立案	39	口腔機能評価と疾病治療	39	訓練プログラムの立案
	40	口腔ケア	38	訓練プログラムの立案	40	口腔ケア
	-	<嚥下体操(自動的)>	-	<嚥下体操(自動的)>	55	歯科的治療(義歯調整・適合、顎補綴等の治療)
看 護 師	-	<嚥下体操(自動的)>	-	<嚥下体操(自動的)>	66	寒冷刺激法(咽頭マッサージ)
	41	起坐・座位・立位訓練	56	段階的摂食訓練(形態、味、量)	56	段階的摂食訓練(形態、味、量)
	42	口腔状態の観察 (舌苔、前歯の黒色カリエスの有無、義歯装着の有無)	42	口腔状態の観察 (舌苔、前歯の黒色カリエスの有無、義歯装着の有無)	68	寒冷刺激法或氷なめ訓練
	43	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む)	43	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む)	43	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む)
	44	口腔周囲を刺激する(頬、口唇のマッサージ)	57	姿勢体位の確認(30度、60度、90度)	67	Shaker exercise(頭部挙上訓練)
看 護 補 助 者						
歯 科 衛 生 士	37	ブラッシング行為を自立を目的とした学習訓練(起坐、座位、立)	-	<嚥下体操(自動的)/(他動的)>	-	<嚥下体操(自動的)/(他動的・リップウイングの使用可)>
	45	専門的口腔清掃	①呼吸訓練 ・腹式呼吸、・咳訓練 ②頸部ストレッチ運動 ・前屈、後屈、傾斜、回旋 ③顎運動 ・顔面マッサージ含む ④舌運動 ・前方挺出、・舌挙上、・舌尖口角接触	①呼吸訓練 ・腹式呼吸、・咳訓練 ②頸部ストレッチ運動 ・前屈、後屈、傾斜、回旋 ③顎運動 ・顔面マッサージ含む ④舌運動 ・前方挺出、・舌挙上、・舌尖口角接触	①呼吸訓練 ・腹式呼吸、・咳訓練 ②頸部ストレッチ運動 ・前屈、後屈、傾斜、回旋 ③顎運動 ・顔面マッサージ含む ④舌運動 ・前方挺出、・舌挙上、・舌尖口角接触	
			45	専門的口腔清掃	69	喉頭挙上(メンデルゾーン手技)
管 理 栄 養 士			58	食塊形成補助食調理の指示・段階的 食物性状の対応(施設の食事メ ニューに合わせる)	71	嚥下機能補助食品の調理の指示(施 設の食事メニューに合わせる)
			59	段階的食物状態の対応	59	段階的食物状態の対応
理 学 療 法 士	46	座位の確保	47	頸部・体幹機能の改善	47	頸部・体幹機能の改善
	47	頸部・体幹機能の改善	60	関節可動域訓練(頸部・体幹)	60	関節可動域訓練(頸部・体幹)
	48	筋力増強訓練	48	筋力増強訓練	48	筋力増強訓練
	49	頸部のリラクゼーション	49	頸部のリラクゼーション	49	頸部のリラクゼーション
作 業 療 法 士	50	上肢機能強化	50	上肢機能強化	50	上肢機能強化
	51	利き手交換訓練	61	ブラッシング器具、食事器具の改良	62	摂食姿勢の強化
	52	自助具の検討	62	摂食姿勢の強化	67	Shaker exercise(頭部挙上訓練)
言 語 聴 覚 士			-	<嚥下体操(自動的)>	-	<嚥下体操(自動的)>
			63	口ずぼめ呼吸	63	口ずぼめ呼吸
			64	ストロー訓練(ブローイング)	65	構音訓練
			65	構音訓練	73	Pushing Exercise
					74	嚥下パターン訓練
薬 剤 師						
保 健 師						
介 護 福 祉 士	41	起坐・座位・立位訓練	-	<嚥下体操(自動的)>	-	<嚥下体操(自動的)>
ヘルパー						
介 護 員						
ケアマネジャー						
家 族						
そ の 他						

注:理学療法士の欄に記載したメニューについては、対象者の意識レベル、障害の程度に応じて自動的もしくは他動的に実施するか、その実施時間等を適宜調整のこと。

注:薬剤師、保健師、介護福祉士、ヘルパー、介護員、家族が参加される場合には、医師もしくは歯科医師等の判断にもとづき選択されたメニューを、その指示のもと実施のこと。

表4-2-6 選択メニュー（終末期用）

終末期	code	認知期における障害に対するケア	code	咀嚼・口腔期における障害に対するケア	code	嚥下・食道期における障害に対するケア
医 師	75	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)	75	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)	75	診断・評価・判断 (特記すべき検査値等)
	76	全身的治療(処方薬の記載)	76	全身的治療(処方薬の記載)	76	全身的治療(処方薬の記載)
	77	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	77	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)	77	リスク管理 (誤嚥性肺炎などの予防処置)
歯 科 医 師	78	口腔ケア	78	口腔ケア	78	口腔ケア
	79	口腔機能評価と疾病治療	79	口腔機能評価と疾病治療	79	口腔機能評価と疾病治療
	80	訓練プログラムの立案	80	訓練プログラムの立案	80	訓練プログラムの立案
看 護 師	81	口腔清拭	96	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む)	96	口腔清掃(義歯の清掃及び管理を含む)
	82	タッピング運動(咬合訓練)	82	タッピング運動(咬合訓練)	82	タッピング運動(咬合訓練)
	83	全身状態チェック	97	咀嚼障害のための咀嚼訓練(形、味付け、量)	97	嚥下障害のための嚥下訓練(形、味付け、量)
	84	覚醒状態チェック	98	嚥下しやすい量を少量ずつ与える	100	姿勢体位の確認(30度、60度、90度)
	85	口腔状態の観察(舌苔、口腔内出血の有無、動揺歯のチェック)	99	食品の味付け(味覚を楽しむ)	103	アイスマッサージor氷なめ訓練
	86	冷たいスープを唇舌に触れさせ、味覚を楽しむ	100	姿勢体位の確認(30度、60度、90度)	87	急変時の対応策 吸引器の準備
	87	急変時の対応策 吸引器の準備	87	急変時の対応策 吸引器の準備	88	廃用予防のための咀嚼訓練(形、味付け、量)
	88	廃用予防のための咀嚼訓練(形、味付け、量)	88	廃用予防のための咀嚼訓練(形、味付け、量)		
看 護 補 助 者						
歯 科 衛 生 士	89	専門的口腔清掃	89	専門的口腔清掃	89	専門的口腔清掃
管 理 栄 養 士			101	食べやすい食事の提供(施設の食事メニュー合わせる)	101	食べやすい食事の提供(施設の食事メニュー合わせる)
理 学 療 法 士	90	座位の確保	91	頸部・体幹機能の改善	91	頸部・体幹機能の改善
	91	頸部・体幹機能の改善	92	関節可動域訓練(頸部・体幹)	92	関節可動域訓練(頸部・体幹)
	92	関節可動域訓練(頸部・体幹)	93	筋力増強訓練	93	筋力増強訓練
	93	筋力増強訓練	94	頸部のリラクゼーション	94	頸部のリラクゼーション
	94	頸部のリラクゼーション			104	《必要に応じて》 肺理学療法(体位ドレナージ)
作 業 療 法 士	95	上肢機能強化	102	上肢・頸部・体幹機能の維持・強化	102	上肢・頸部・体幹機能の維持・強化
言 語 聴 覚 士						
薬 剤 師						
保 健 師						
介 護 福 祉 士						
ヘルパー						
介 護 員						
ケアマネジャー						
家 族						
そ の 他						

注:理学療法士の欄に記載したメニューについては、対象者の意識レベル、障害の程度に応じて自動的もしくは他動的に実施するか、その実施時間等を適宜調整のこと。

②実施頻度

介入プログラムは、対象者の原疾患の時期別に以下の頻度で実施した。

表4-2-7 実施頻度

原疾患の時期	基本メニュー	選択メニュー
急性期	—	実施施設の判断
回復期	1日1回、週3回以上実施	実施する場合は、実施施設の判断
維持期	1日1回、週1回以上	実施する場合は、実施施設の判断
終末期	—	実施施設の判断

(3)評価の手順

①評価項目

対象者の身体状況、口腔機能の状態等のベースラインならびに介入プログラム実施過程における対象者の変化を測定するために「口腔機能等評価票」¹を開発し、実施した。

表4-2-8 「口腔機能等評価票」と「経過記録表」の記載内容

頁数	設問	頁数	設問	頁数	設問	
1	居所	5	口腔軟組織の状況	10	軟口蓋運動	
	年齢		口腔清掃自立度 (BDR 指数)		会話の明瞭度	
	性別	6	口腔ケアの状況	11	食事の自立度	
	評価年月日		口腔清掃度		食事時間	
	原疾患の状態		舌苔量		食事量・食事内容	
	評価時期		口臭		食事の姿勢	
	終了理由		唾液湿潤度		味覚異常の状況	
2	身長	歯科治療の必要度	心理的状況			
	体重	7	改定水飲みテスト	経過記録表第1	原疾患の時期(スタート時)	
	握力		フードテスト		障害の種類(スタート時)	
	寝たきり度	咀嚼の状況	8	原疾患の時期(状態急変時)	経過記録表第2	障害の種類(状態急変時)
	痴呆自立度	摂食、嚥下の状況		基本メニュー実施頻度		
	要介護度	9	認知期における障害	基本メニュー実施職種		
	3		咀嚼・口腔期における障害	選択メニュー実施内容		
嚥下・食道期における障害			選択メニュー実施頻度			
要介護度		嚥下障害グレード	選択メニュー実施職種			
4	発熱日数	巻き烏テスト	独自メニュー実施内容			
	原疾患名	10	舌の運動	独自メニュー実施頻度		
	合併症名		頬運動	独自メニュー実施職種		
	麻痺、拘縮部位		口唇運動			
5	機能現在歯数		下顎運動			
	アイヒナー分類					
	欠損補綴状況					
	義歯の状況					

注：頁数は、「口腔機能等評価票」のページ数を指している。

¹ 「口腔機能等評価票」は資料編に掲載している。

②評価の実施頻度

評価はベースラインと事後評価を必須とし、介入プログラム実施中は対象者の原疾患の時期により以下の頻度で評価を実施した。

表4-2-9 評価の実施頻度

原疾患の時期	ベースラインの測定	介入プログラム実施中	事後評価
急性期	○	週1回	○
回復期	○	月1回	○
維持期	○	月1回	○
終末期	○	週1回	○

(4)介入経過の記録

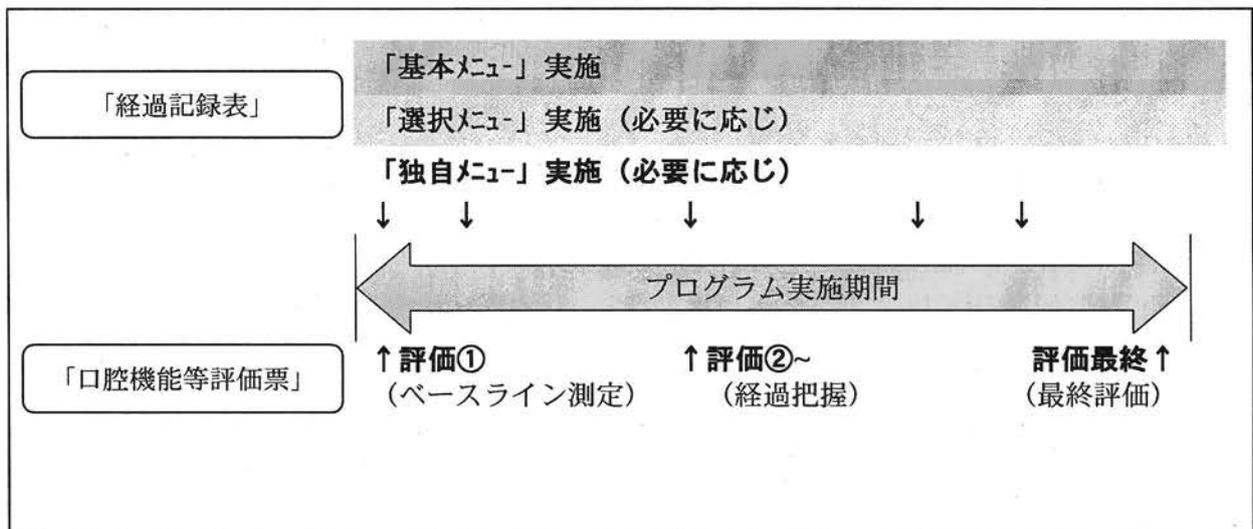
介入経過は、「経過記録表」²に記録した。記録内容の概要は以下の通りであった。

- ◆「基本メニュー」：実施月日、実施職種
- ◆「選択メニュー」：実施した場合のみ、選択メニューコード、実施月日、実施職種
- ◆「院内独自メニュー」：実施場合のみ実施内容と実施月日、実施職種

(5)モデル事業の全体像

これまでに記した評価、介入手続きの全体像は以下のように整理できる。

図4-2-2 モデル事業の全体像



² 「経過記録表」は、資料編に掲載している。

4) プログラムの実施前後の比較にあたって

回収された 248 件のうち、分析対象として不適当と考えられる以下の何れかの条件に該当するケースを除外した。その結果分析対象は 206 件であった。

- ・原疾患状態が不明なケース
- ・口腔機能等評価票が 1 回しか作成されていないケース
- ・原疾患状態が回復期あるいは維持期であって、プログラム実施期間が 60 日未満のケース

5) 分析結果解釈上の留意点

次頁以降に示すモデル事業実施結果の解釈に当たっては、以下の事項に留意した。

(1) 実施された介入メニューの種類、回数について

回復期、維持期の対象者については基本メニューを必須としたが、選択メニューについては対象者の様態に応じプログラム実施担当者が選択した。また、急性期、終末期の対象者についての実施メニューは、対象者の様態に応じ選択メニューのなかからプログラム実施担当者が選択した。そのため、症例間で実施されたメニューの種類、回数が全て一定ではない。

(2) 実施された介入手技について

プログラム実施者に対する実施手技のトレーニングは行っていないが、プログラム実施にあたり、標準的な基本メニューの手技を紹介したビデオを実施施設に配付し、各施設間で介入手技に極端な差が生じないように配慮した。

(3) 口腔機能等の評価手技について

プログラム実施者に対する口腔機能評価手技のトレーニングは行っていないが、口腔機能等評価票に参照すべき具体的な評価基準を併載するとともに、可能な限り歯科医師、歯科衛生士が評価にあたるよう求め、各施設間で評価手技に極端な差が生じないように配慮した。

(4) プログラム実施期間について

原則として 3 ヶ月間のプログラム実施を求めたが、対象者の様態に応じ、プログラムが短期間のうちに終了した場合はみられた。

6) 対象者の疾患による時期別の口腔ケア(狭義)の留意点

(1) 急性期

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、身体および意識状態の改善を支援する口腔ケア(狭義)として、口腔清掃を中心に行った。

(2)回復期

(疾患発症後概ね9ヶ月までの時期：生命の危険から脱し、負荷量の増加が可能となった時期)

家庭復帰や社会復帰に必要な食生活の営みと会話機能の改善を目的に、口腔機能訓練を導入した口腔ケア(狭義)として、口腔清掃のみならず口腔機能リハビリテーションを並行して行った。

(3)維持期

この時期には家庭生活や社会生活の維持・継続を支援するために、居宅や施設において実施される口腔ケア(狭義)として、セルフケアのみならず、第三者によるケアサービスの導入をはかりつつ、口腔清掃のみならず口腔機能リハビリテーションを並行して実施した。

(4)終末期

存命に日々喜びが得られるように、苦痛、苦悶を緩和する癒しの一手段として、苦痛を伴わず清涼感を与える口腔ケア(狭義)として口腔清掃をおこなった。

7)障害の種類

今回の事業においては、摂食行為を1. 認知期、2. 咀嚼・口腔期、ならびに3. 嚥下・食道期の3つに区分して検討したが、以下に、それぞれの時期における障害の特徴をのべておく。

(1)認知期における障害

認知期とは、食物が口腔に入る前の時期で、何をどのくらい、どのように食べるか決定し、行動する段階である。認知期における障害の臨床的状态像は以下の通りである。

認知期における主な障害

1. 口唇に食物やスプーンを触れても開口しない(食事に反応しない)。食物不認知。
 2. 食物を口腔内に入れてもモグモグするばかりで一向に嚥下しない。嚥下失行。
 3. 食物以外の物を口に入れてしまう。異食。
 4. 食物の種類によらず、ガツガツと食物をひたすら口に運んでしまう。切迫摂取。
-

(2)咀嚼・口腔期における障害

咀嚼・口腔期とは、食物を口腔内に捕らえて（捕食）、続いて咀嚼し食塊形成が行われる時期である。口腔期は、口腔から咽頭へ食塊を送る時期で、嚥下反射が起こる段階である。咀嚼・口腔期における障害の臨床的状态像は以下の通りである。

咀嚼・口腔期における主な障害

1. 食物を口の中に取り込むことができない。捕食不良。
 2. 口から食物をこぼしたり、流涎したりしている。
 3. 片側ばかりで噛んでいる。
 4. 食物がそのままの形で歯表面に付着していたり、舌や口蓋に付着していたりする。
 5. 舌、頬、口唇を頻繁に噛んでしまう。
 6. 味噌汁や水によくむせる。
 7. モグモグするが、なかなか飲み込めない。
 8. 食べ物の味がしない。
-

(3)嚥下・食道期における障害

咽頭期において、反射運動により食塊を咽頭から食道へ移送し、食道期では、蠕動運動により食塊を食道から胃へ移送する。この段階をあわせて嚥下・食道期とする。嚥下・食道期の障害の臨床的状态像は以下の通りである。

嚥下・食道期における主な障害

1. 頻繁にむせる。しかも1回のむせがなかなか止まない。
 2. 規定量の食事を経口摂取しているのに、体重が減少している。
 3. 食事中に痰のからんだような声になる。湿性嘔声。
 4. 発熱を繰り返す。
 5. 食事に時間がかかる。
 6. 就寝中にむせる。
 7. 嘔吐が頻繁である。逆流性誤嚥。
-

3. モデル事業の対象者の状況

1) 回収データの状況

障害老人の日常生活自立度をみると、総計では「C2」が34.3%で最も多かった。原疾患の時期別にみると、急性期では「C2」(53.3%)、回復期では「B2」(61.9%)、維持期では「B2」(26.6%)、終末期では「C2」(73.5%)がそれぞれ最も多かった。

認知期における障害の有無をみると、総計では「(認知期における障害)あり」の割合が26.6%であった。原疾患の時期別に「(認知期における障害)あり」の割合をみると、急性期では50.0%、回復期では14.3%、維持期では19.5%、終末期では47.1%であった。

咀嚼・口腔期における障害の有無をみると、総計では「(咀嚼・口腔期における障害)あり」の割合が62.9%であった。原疾患の時期別に「(咀嚼・口腔期における障害)あり」の割合をみると、急性期では73.3%、回復期では57.1%、維持期では61.7%、終末期では61.8%であった。

嚥下・食道期における障害の有無をみると、総計では「(嚥下・食道期における障害)あり」の割合が72.2%であった。原疾患の時期別に「(嚥下・食道期における障害)あり」の割合をみると、急性期では86.7%、回復期では71.4%、維持期では66.2%、終末期では82.4%であった。

嚥下、摂食問診票による障害判定の有無をみると、総計では「(障害)あり」の割合が85.5%であった。原疾患の時期別に「(障害)あり」の割合をみると、急性期では90.0%、回復期では95.2%、維持期では81.8%、終末期では94.1%であった。

原疾患に脳血管疾患を含むかどうかをみると、総計では「含む」割合が76.6%であった。原疾患の時期別に「含む」割合をみると、急性期では93.3%、回復期では85.7%、維持期では72.7%、終末期では76.5%であった。

表4-3-1 原疾患の時期別、障害老人の日常生活自立度

	障害老人の日常生活自立度											
	総計	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	不明	
総計	248	7	4	5	11	15	20	69	29	85	3	
	100.0%	2.8%	1.6%	2.0%	4.4%	6.0%	8.1%	27.8%	11.7%	34.3%	1.2%	
急性期	30	0	0	0	0	0	1	5	8	16	0	
	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%	16.7%	26.7%	53.3%	0.0%	
回復期	21	0	0	0	0	0	1	13	1	6	0	
	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%	61.9%	4.8%	28.6%	0.0%	
維持期	154	6	4	5	10	15	18	41	18	35	2	
	100.0%	3.9%	2.6%	3.2%	6.5%	9.7%	11.7%	26.6%	11.7%	22.7%	1.3%	
終末期	34	0	0	0	1	0	0	5	2	25	1	
	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.9%	0.0%	0.0%	14.7%	5.9%	73.5%	2.9%	
不明	9	1	0	0	0	0	0	5	0	3	0	
	100.0%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	55.6%	0.0%	33.3%	0.0%	

表 4-3-2 原疾患の時期別、認知期における障害の有無

	総計	認知期における障害		
		なし	あり	不明
総計	248 100.0%	152 61.3%	66 26.6%	30 12.1%
急性期	30 100.0%	13 43.3%	15 50.0%	2 6.7%
回復期	21 100.0%	12 57.1%	3 14.3%	6 28.6%
維持期	154 100.0%	113 73.4%	30 19.5%	11 7.1%
終末期	34 100.0%	9 26.5%	16 47.1%	9 26.5%
不明	9 100.0%	5 55.6%	2 22.2%	2 22.2%

表 4-3-3 原疾患の時期別、咀嚼・口腔期における障害の有無

	総計	咀嚼・口腔期における障害		
		なし	あり	不明
総計	248 100.0%	65 26.2%	156 62.9%	27 10.9%
急性期	30 100.0%	6 20.0%	22 73.3%	2 6.7%
回復期	21 100.0%	5 23.8%	12 57.1%	4 19.0%
維持期	154 100.0%	49 31.8%	95 61.7%	10 6.5%
終末期	34 100.0%	4 11.8%	21 61.8%	9 26.5%
不明	9 100.0%	1 11.1%	6 66.7%	2 22.2%

表 4-3-4 原疾患の時期別、嚥下・食道期における障害の有無

	総計	嚥下・食道期における障害		
		なし	あり	不明
総計	248 100.0%	55 22.2%	179 72.2%	14 5.6%
急性期	30 100.0%	1 3.3%	26 86.7%	3 10.0%
回復期	21 100.0%	3 14.3%	15 71.4%	3 14.3%
維持期	154 100.0%	49 31.8%	102 66.2%	3 1.9%
終末期	34 100.0%	2 5.9%	28 82.4%	4 11.8%
不明	9 100.0%	0 0.0%	8 88.9%	1 11.1%

表 4-3-5 原疾患の時期別、「嚥下、摂食問診票」による障害の有無

	総計	問診票による障害判定		
		なし	あり	不明
総計	248 100.0%	10 4.0%	212 85.5%	26 10.5%
急性期	30 100.0%	0 0.0%	27 90.0%	3 10.0%
回復期	21 100.0%	0 0.0%	20 95.2%	1 4.8%
維持期	154 100.0%	9 5.8%	126 81.8%	19 12.3%
終末期	34 100.0%	1 2.9%	32 94.1%	1 2.9%
不明	9 100.0%	0 0.0%	7 77.8%	2 22.2%

表 4-3-6 原疾患の時期別、原疾患の種類（脳血管疾患を含むか否か）

	総計	原疾患の脳血管疾患有無		
		含む	含まない	不明
総計	248 100.0%	190 76.6%	54 21.8%	4 1.6%
急性期	30 100.0%	28 93.3%	2 6.7%	0 0.0%
回復期	21 100.0%	18 85.7%	3 14.3%	0 0.0%
維持期	154 100.0%	112 72.7%	39 25.3%	3 1.9%
終末期	34 100.0%	26 76.5%	7 20.6%	1 2.9%
不明	9 100.0%	6 66.7%	3 33.3%	0 0.0%

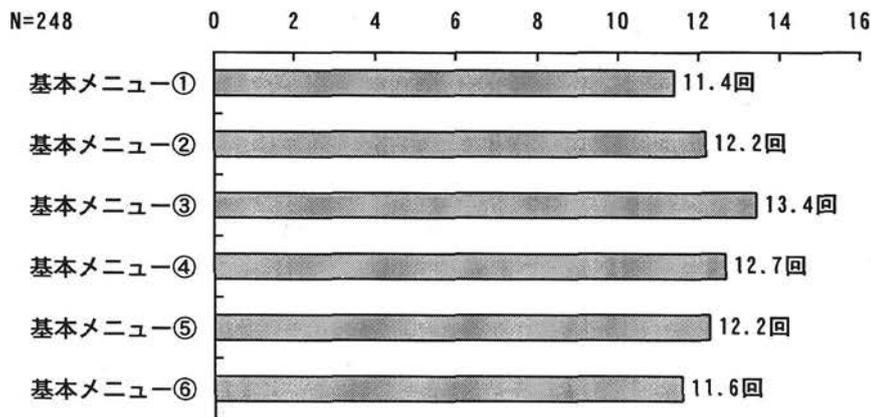
2) プログラムの実施状況に関する分析

(1) 基本メニュー実施状況

基本メニューの種類別にプログラム期間中の実施回数を集計した。一件あたりの平均実施回数が最も多かったのは基本メニュー③の 13.4 回であった。いずれのメニューについても最小値は 0 回、最大値は 80 回であった。

図 4-3-1 プログラム期間中の一件あたり平均実施回数

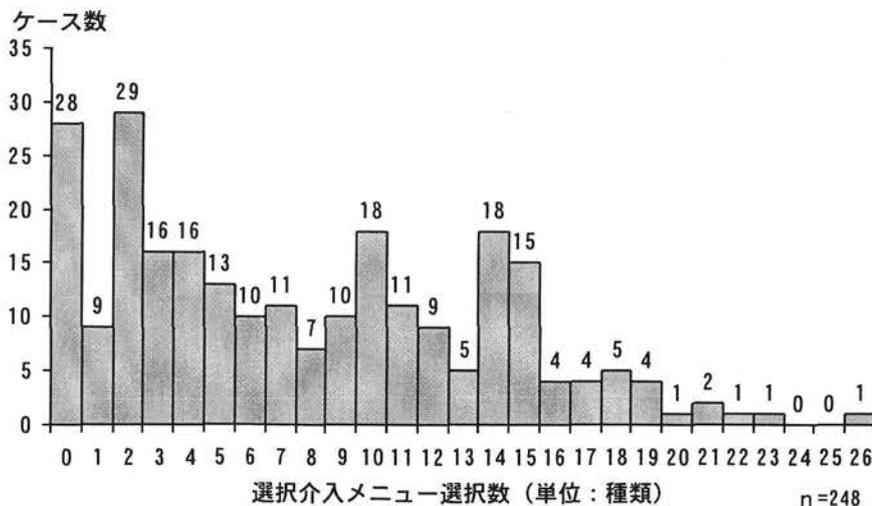
(算出式=基本メニュー毎のプログラム期間中の介入実施回数の合計/ケース数)



(2) 選択メニュー実施状況

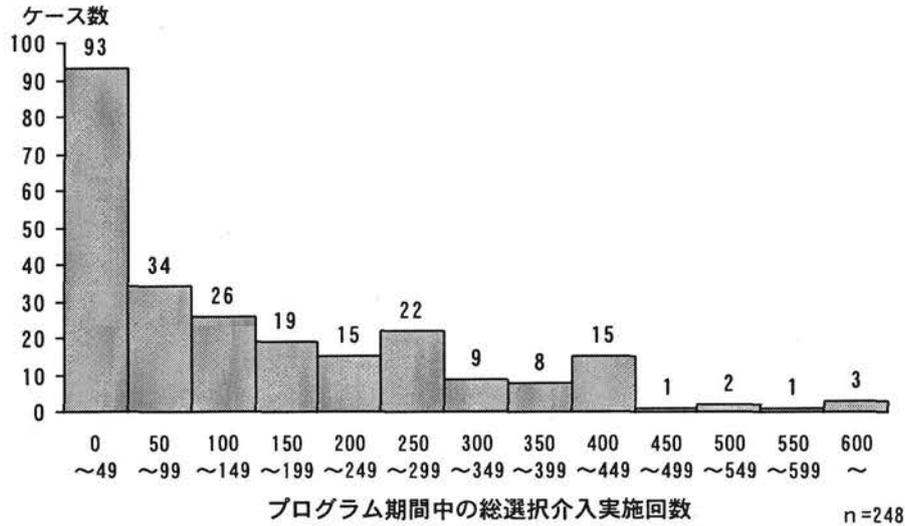
選択メニューがプログラム期間中に何種類選択、実施されたかについて集計した。2 種類の選択、実施が最も多く (29 件)、次いで選択メニューが全く選択されない場合が多かった (28 件)。実施された選択メニューの種類数の平均数は 7.7 種類で、最も多い場合では 26 種類の選択メニューが選択されていた。

図 4-3-2 選択メニュー選択項目数



選択された種類に関らず、選択メニューがプログラム期間中に合計何回対象者に対して実施されたか集計した。0～49回の実施が最も多く（93件）、次いで50～99回の実施であった（34件）。選択メニュー実施回数の平均は144.1回で、最も実施されたケースでは630回実施されていた。

図4-3-3 選択メニュー総実施回数

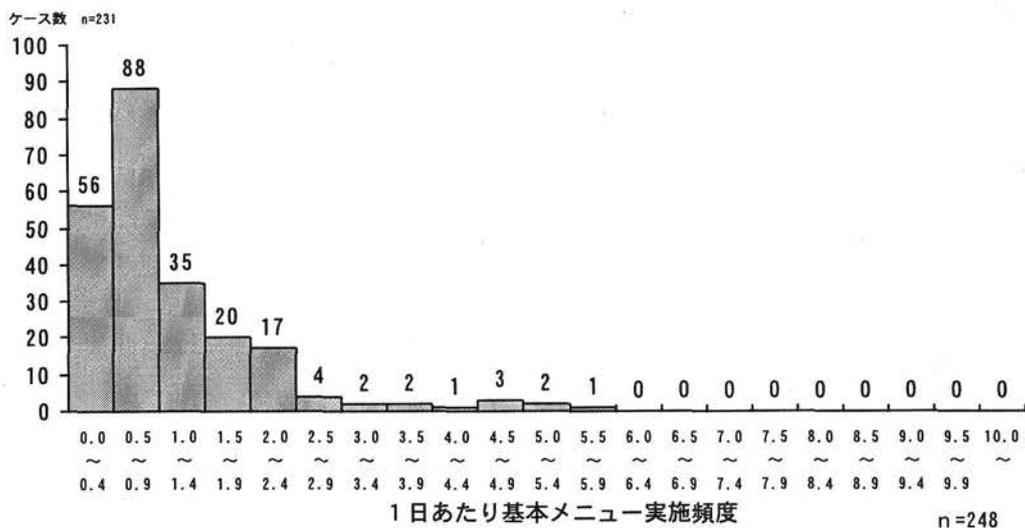


(3) 介入メニューの実施状況

各ケースについて、プログラム期間中に実施された基本メニューの総実施回数をプログラム実施日数で除し、1日あたりの基本メニュー実施頻度を求めた。平均値は1.09回、最小値は0.00回、最大値は5.78回であった。

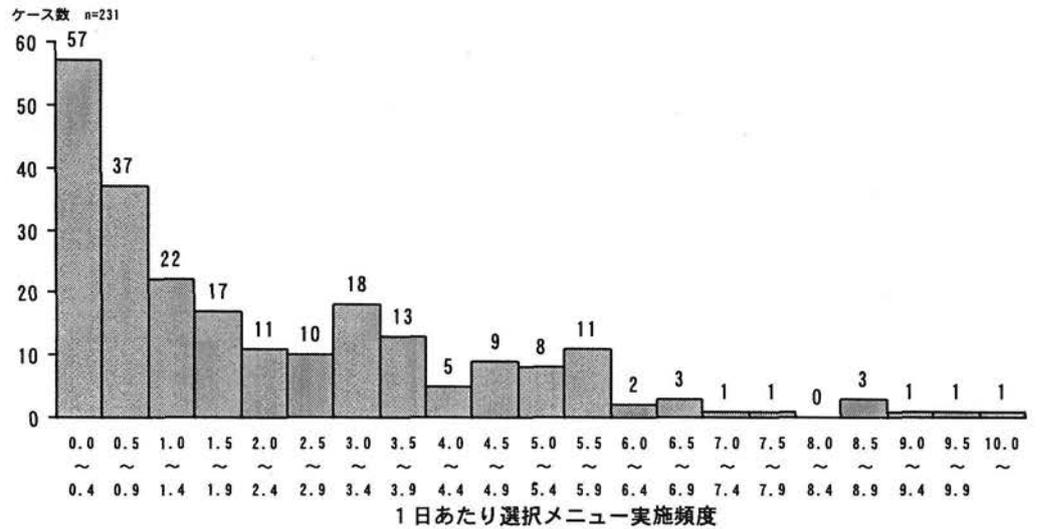
図4-3-4 1日あたり基本メニュー実施頻度

(算出式=プログラム期間中基本メニュー総実施回数/プログラム実施日数)



各ケースについて、プログラム期間中に実施された選択メニューの総実施回数をプログラム実施日数で除し、1日あたりの選択メニュー実施頻度を求めた。平均値は2.31、最小値は0.00、最大値は15.67であった。

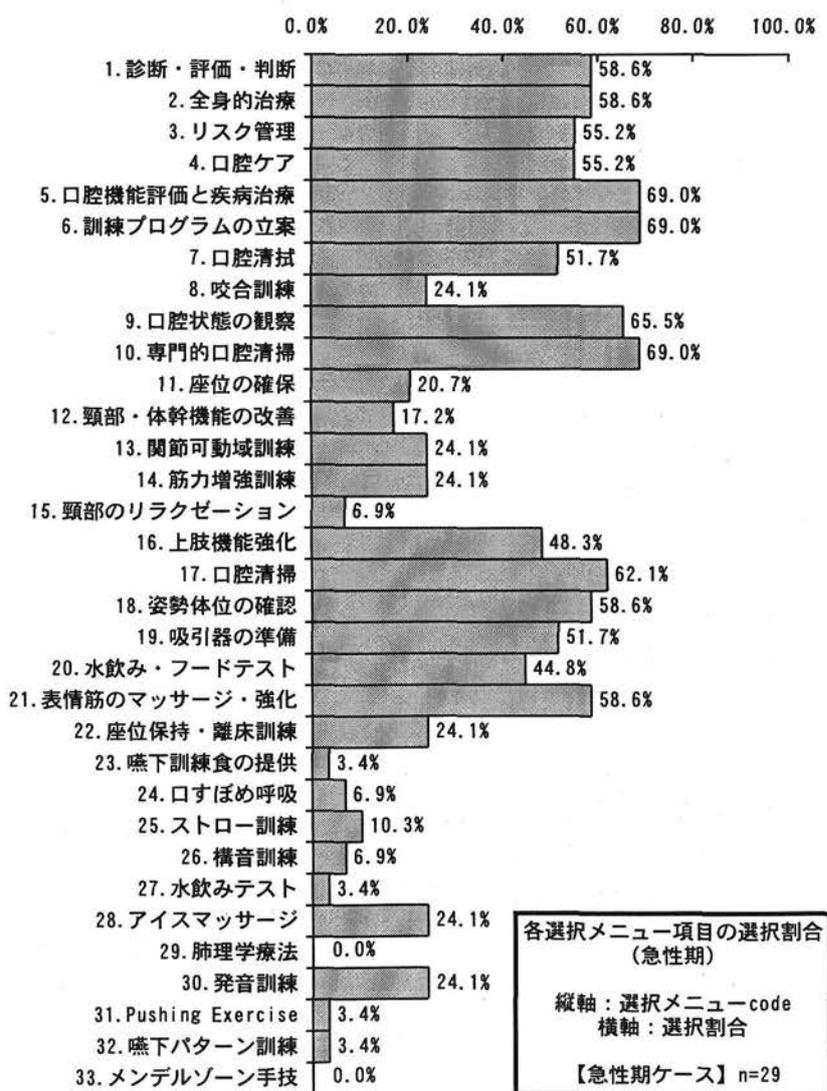
図4-3-5 1日あたり選択メニュー実施頻度
 (算出式=プログラム期間中選択メニュー総実施回数/プログラム実施日数)



n=248

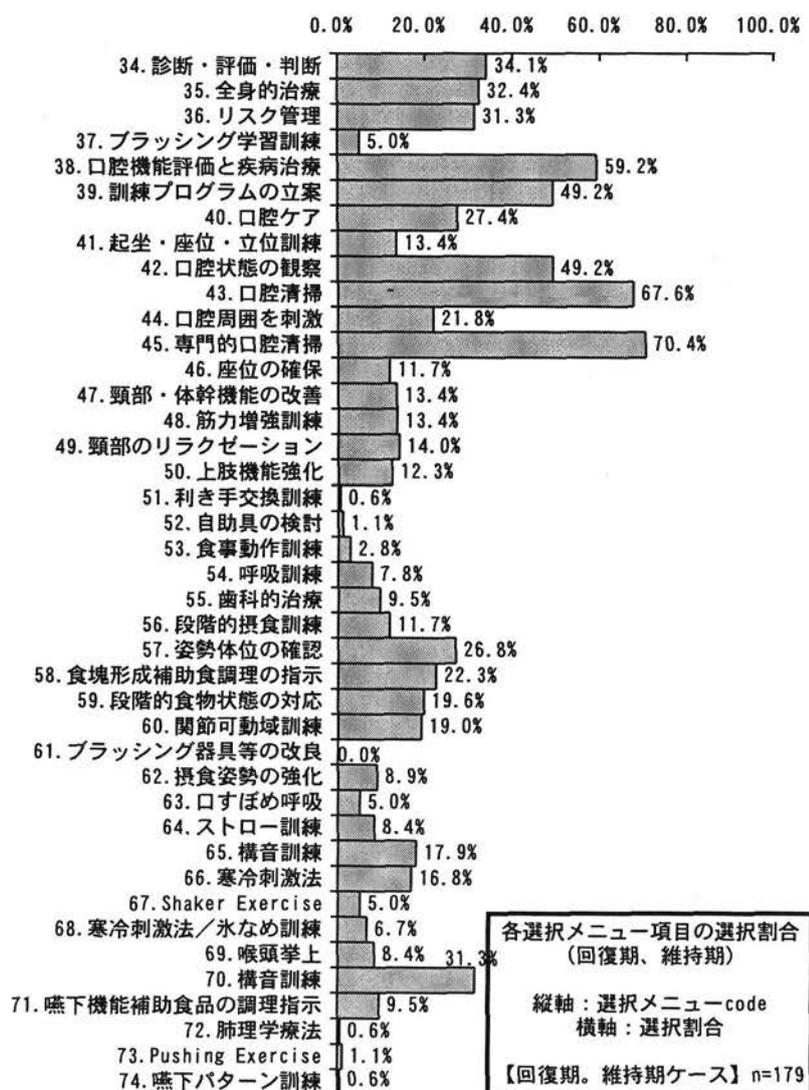
急性期の対象者向けに用意した 33 種類の選択メニューの中から実際に実施された選択メニューをみると、多く実施されたのは「口腔機能評価と疾病治療（歯科医師）」、「訓練プログラムの立案（歯科医師）」、「専門的口腔清掃（歯科衛生士）」であり、急性期ケースのうちそれぞれ 69.0% で実施されていた。その他、比較的高い割合で実施されていた選択メニューは、「口腔清掃（義歯の清掃及び管理を含む）（看護師）」（62.1%）、「診断・評価・判断（特記すべき検査値等）（医師）」、「全身的治療（処方薬の記載）（医師）」、「姿勢体位の確認（30 度、60 度、90 度）（看護師）」、「表情筋のマッサージ・強化」（それぞれ 58.6%）等であった。なお（ ）内の職種名は、本プログラムで推奨した各メニューの実施担当職種である（以下同様）。

図 4-3-6 選択メニュー（急性期用）の項目別実施状況



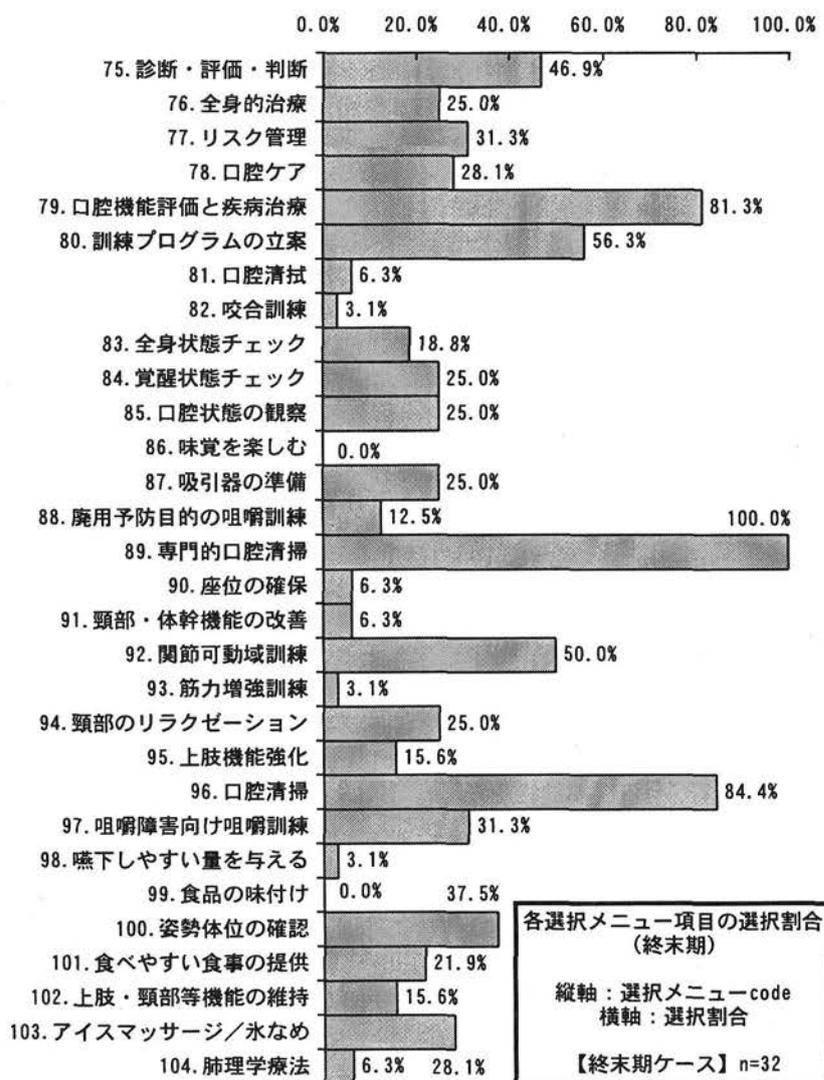
回復期、維持期の対象者向けに用意した 41 種類の選択メニューの中から実際に実施された選択メニューをみると、最も多く実施されたのは「専門的口腔清掃（歯科衛生士）」であり、回復期、維持期ケースのうち 70.4% で実施されていた。その他、比較的高い割合で実施されていた選択メニューは、「口腔清掃（義歯の清掃及び管理を含む）（看護師）」(67.6%)、「口腔機能評価と疾病治療（歯科医師）」(59.2%)、「訓練プログラムの立案（歯科医師）」、「口腔状態の観察（看護師）」(ともに 49.2%) 等であった。

図 4-3-7 選択メニュー（回復期、維持期用）の項目別実施状況



急性期の対象者向けに用意した 30 種類の選択メニューの中から実際に実施された選択メニューをみると、最も多く実施されたのは「専門的口腔清掃（歯科衛生士）」であり、急性期ケースの全てで実施されていた。その他、比較的高い割合で実施されていた選択メニューは、「口腔清掃（義歯の清掃及び管理を含む）（看護師）」（84.4%）、「口腔機能評価と疾病治療（歯科医師）」（81.3%）、「訓練プログラムの立案（歯科医師）」（56.3%）、「関節可動域訓練（頸部・体幹）（理学療法士）」（50.0%）であった。

図 4-3-8 選択メニュー（終末期用）の項目別実施状況



4. モデル事業実施前後の比較

1) プログラムの実施前後の比較にあたって

回収された 248 件のうち、分析対象として不適当と考えられる以下の何れかの条件に該当するケースを除外した。その結果分析対象は 206 件であった。

- ・原疾患状態が不明なケース
- ・口腔機能等評価票が 1 回しか作成されていないケース
- ・原疾患状態が回復期あるいは維持期であって、プログラム実施期間が 60 日未満のケース

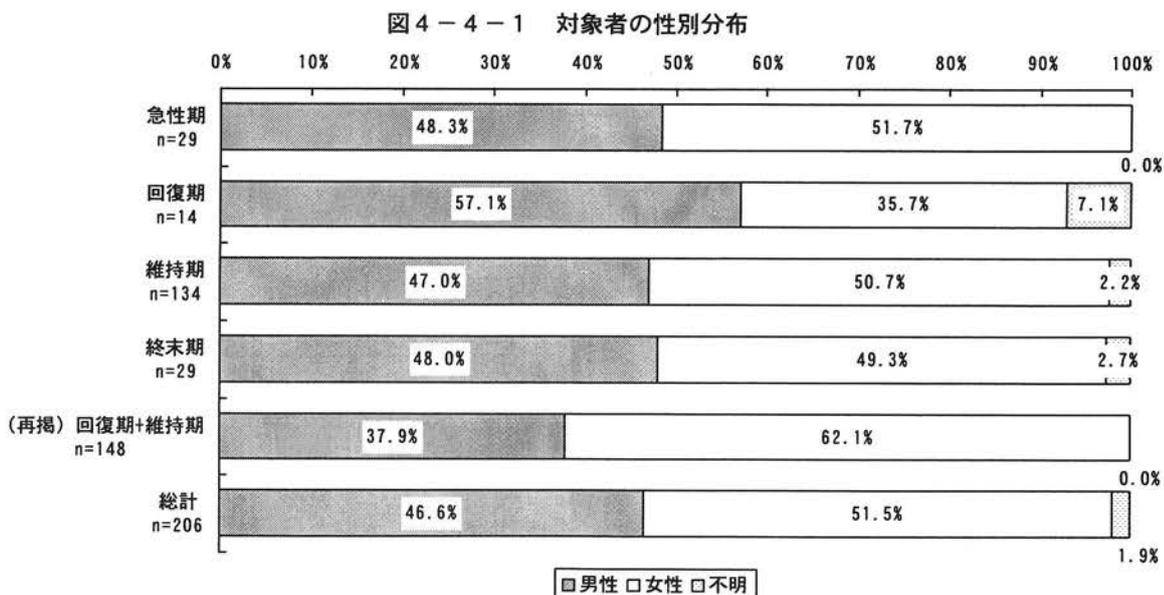
2) 結果

(1) 年齢

年齢不明の 7 件を除いた対象者の平均年齢は 79.9 歳であった。最高齢は 98 歳、最年少は 50 歳であった。

(2) 性別

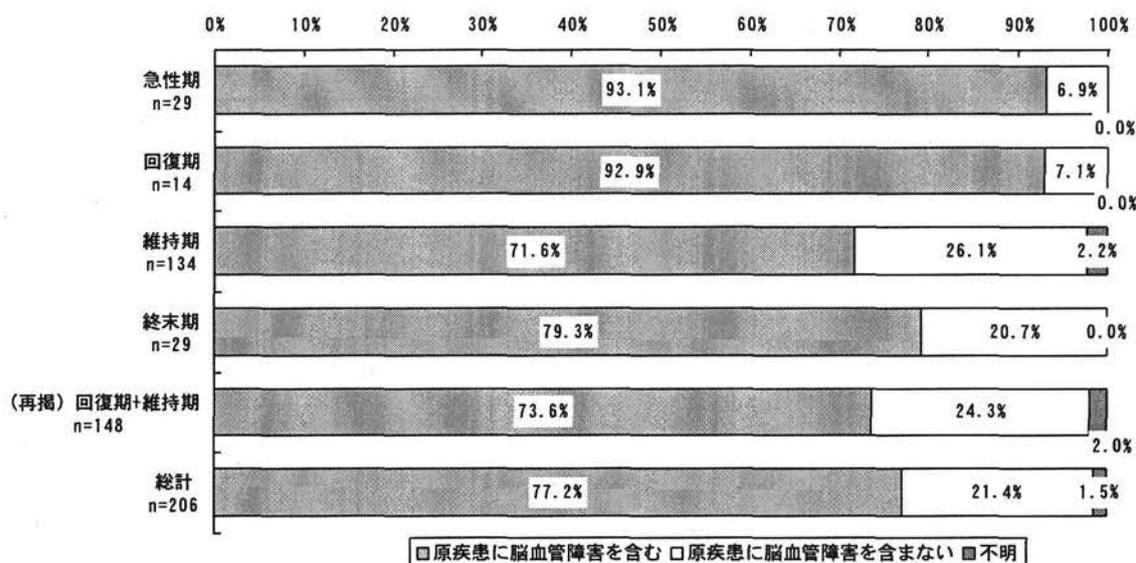
総計では 46.6% が男性、51.5% が女性であった。原疾患の時期別にみると、急性期では 48.3% が男性、51.7% が女性であった。回復期では 57.1% が男性、35.7% が女性であった。維持期では 47.0% が男性、50.7% が女性であった。終末期では 48.0% が男性、49.3% が女性であった。



(3)プログラム開始時点での原疾患

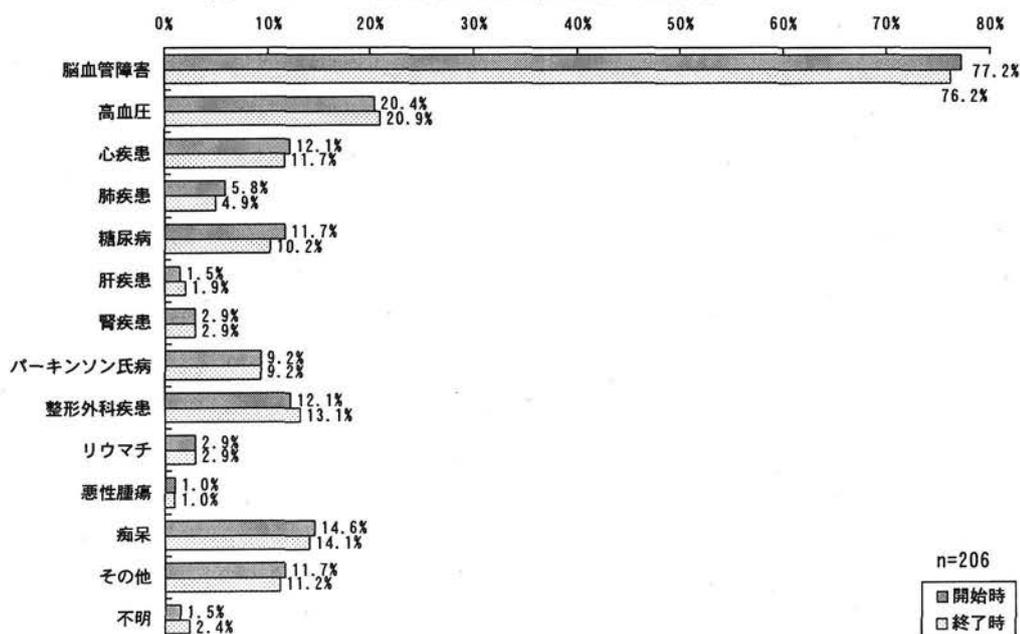
総計で見ると、原疾患に脳血管障害を含む割合は 77.2%であった。原疾患の時期別に脳血管障害を含む割合をみると、急性期では 93.1%、回復期では 92.9%、維持期では 71.6%、終末期では 79.3%であった。

図 4-4-2 プログラム開始時点での原疾患の状況



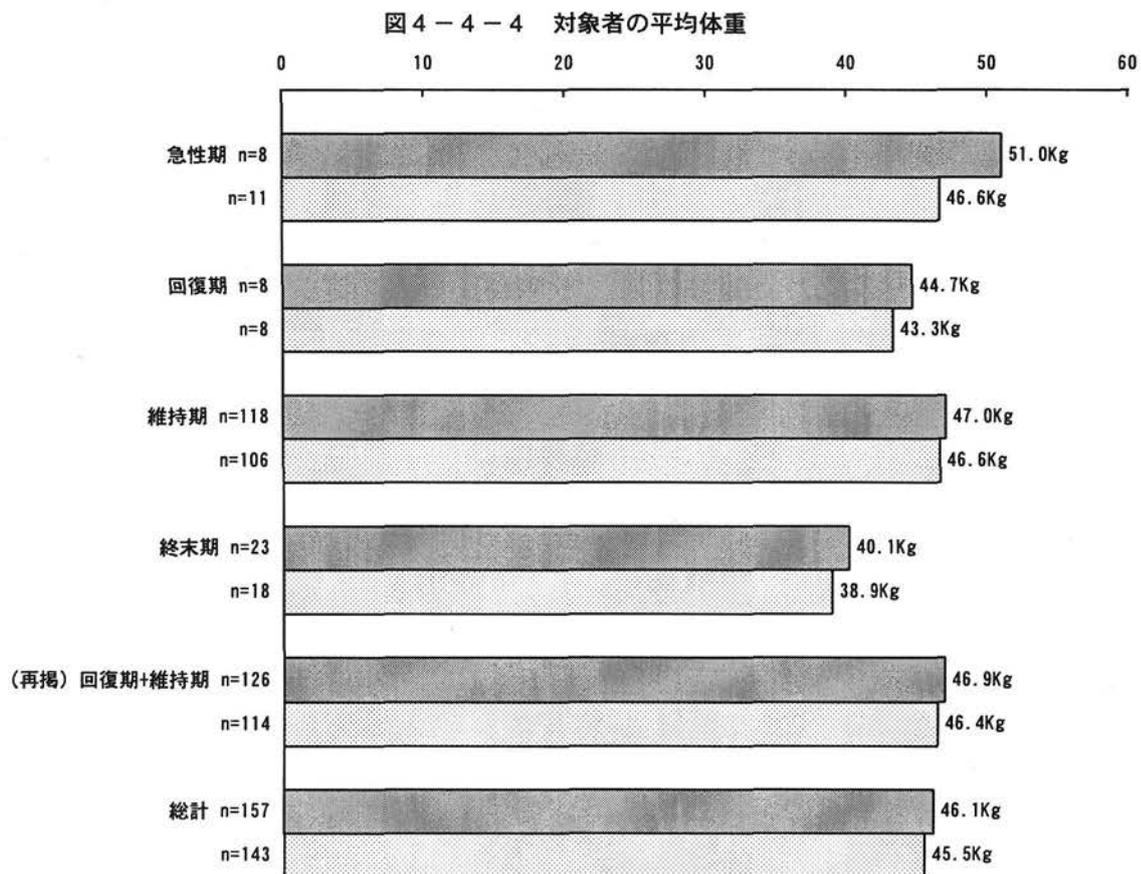
脳血管障害以外の疾患名をみると、「高血圧」が最も多く (20.4% : プログラム開始時点での割合。以下同様)、次いで「痴呆」(14.6%)、「心疾患」、「整形外科疾患」(それぞれ 12.1%)、「パーキンソン氏病」(9.2%)、「肺疾患」(5.8%)、「腎疾患」、「リウマチ」(ともに 2.9%)、「悪性腫瘍」(1.0%)であった。また、「その他」が 11.7%あった。開始時と終了時でこれらの割合に大きな違いは無かった。

図 4-4-3 脳血管疾患以外の疾患 (原疾患)



(4)体重

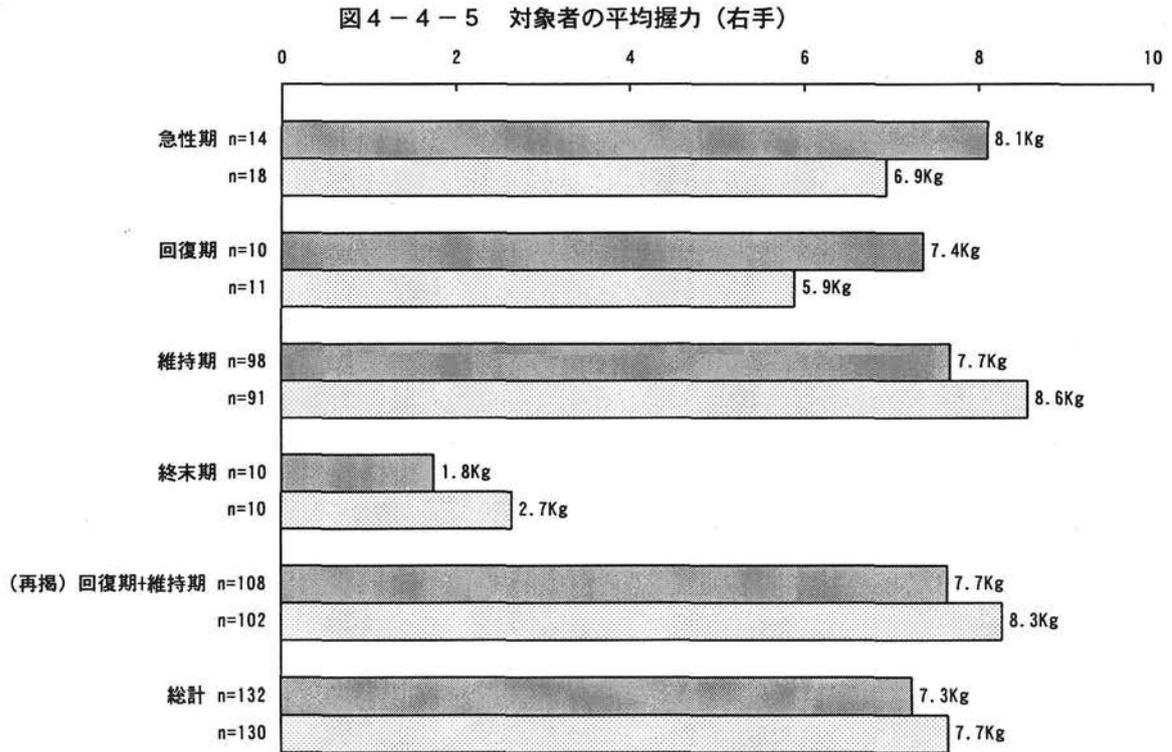
総計でみると、開始時平均 46.1kg、終了時平均 45.5kg であった。原疾患の時期別にみると、急性期では、51.0kg から 46.6kg、回復期では 44.7kg から 43.3kg、維持期では 47.0kg から 46.6kg、終末期では 40.1kg から 38.9kg にそれぞれなっていた。



上段：開始時／下段：終了時

(5)右手握力

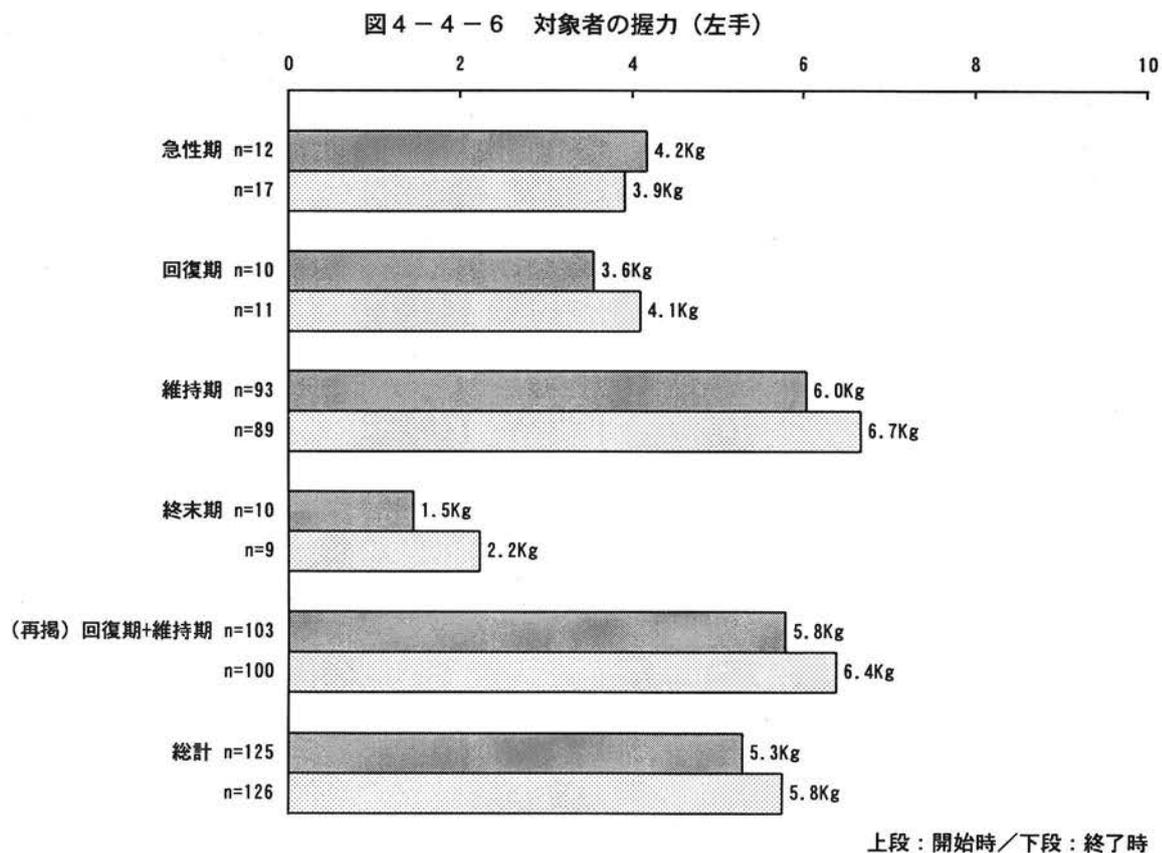
総計で見ると、開始時平均 7.3kg、終了時平均 7.7kg であった。原疾患の時期別にみると、急性期では、8.1kg から 6.9kg、回復期では 7.4kg から 5.9kg、維持期では 7.7kg から 8.6kg、終末期では 1.8kg から 2.7kg にそれぞれなっていた。



上段：開始時／下段：終了時

(6)左手握力

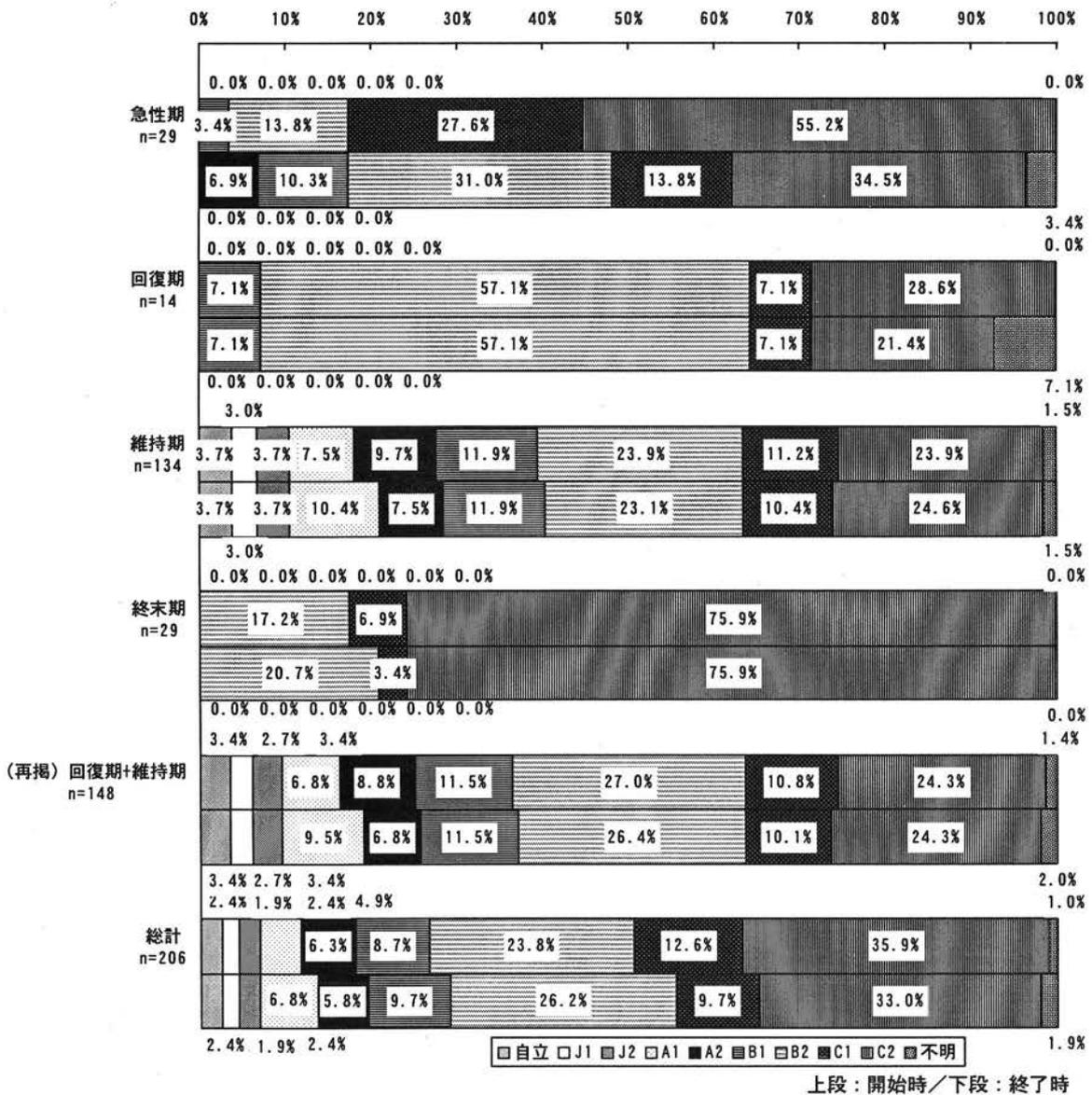
総計でみると、開始時平均 5.3kg、終了時平均 5.8kg であった。原疾患の時期別にみると、急性期では、4.2kg から 3.9kg、回復期では 3.6kg から 4.1kg、維持期では 6.0kg から 6.7kg、終末期では 1.5kg から 2.2kg にそれぞれなっていた。



(7)対象者の日常生活自立度

総計で見ると、「C2」の割合が35.9%から33.0%、「C1」の割合が12.6%から9.7%にそれぞれなっていた。原疾患の時期別にみると、急性期では「C2」の割合が55.2%から34.5%、「C1」の割合が27.6%から13.8%にそれぞれなっていた。回復期では「C2」の割合が28.6%から21.4%になり、「C1」の割合は7.1%のままであった。維持期では「C2」の割合が23.9%から24.6%、「C1」の割合が11.2%から10.4%にそれぞれなっていた。終末期では「C2」の割合が6.9%から3.4%、「B2」の割合が17.2%から20.7%にそれぞれなっていた。

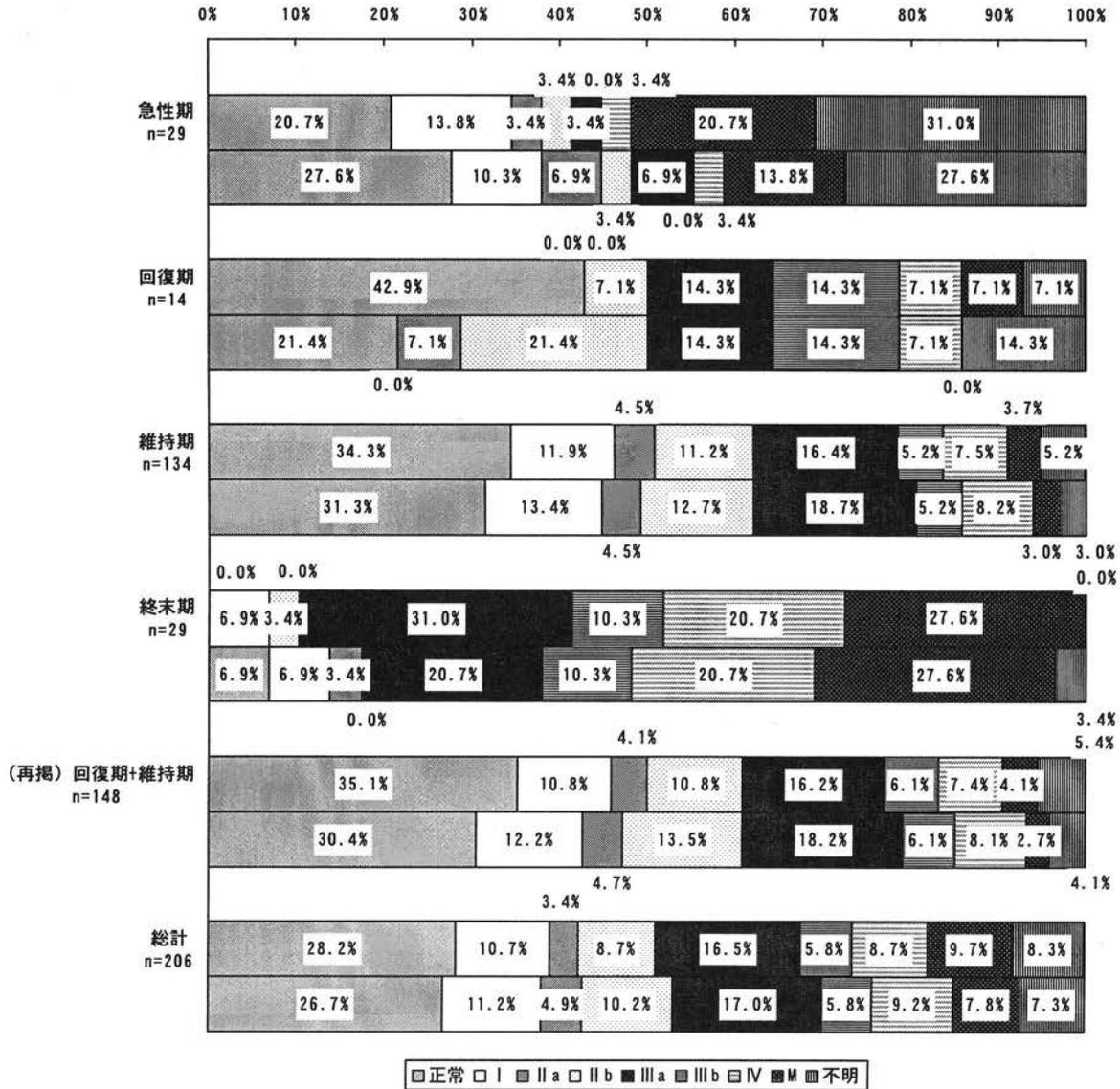
図4-4-7 対象者の日常生活自立度



(8)対象者の日常生活自立度(痴呆レベル)

総計でみると、「正常」の割合が28.2%から26.7%になっていた。原疾患の時期別に「正常」の割合をみると、急性期では20.7%から27.6%、回復期では42.9%から21.4%、維持期では34.3%から31.3%、終末期では0.0%から6.9%にそれぞれなっていた。

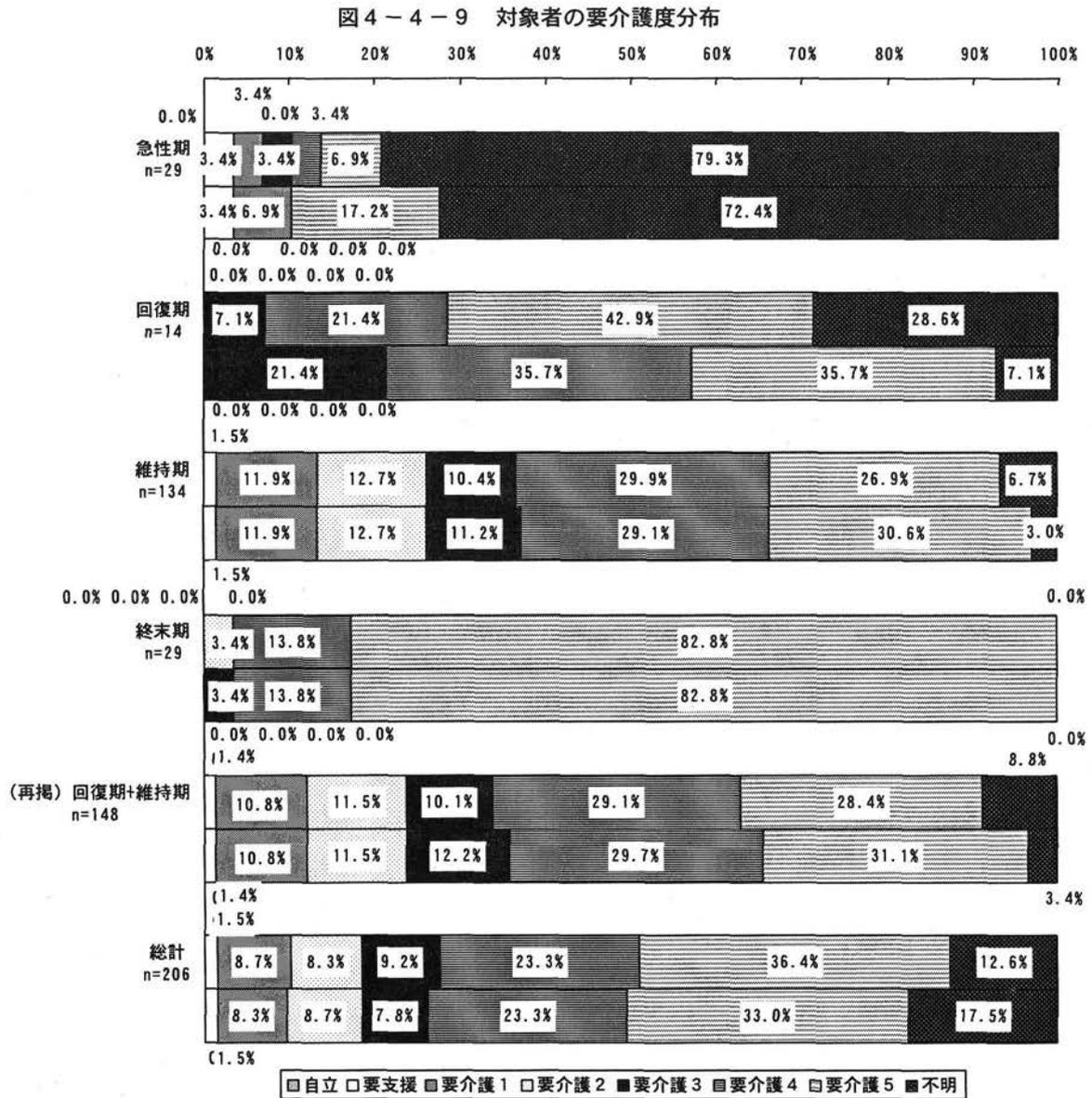
図4-4-8 対象者の日常生活自立度(痴呆レベル)



上段：開始時 / 下段：終了時

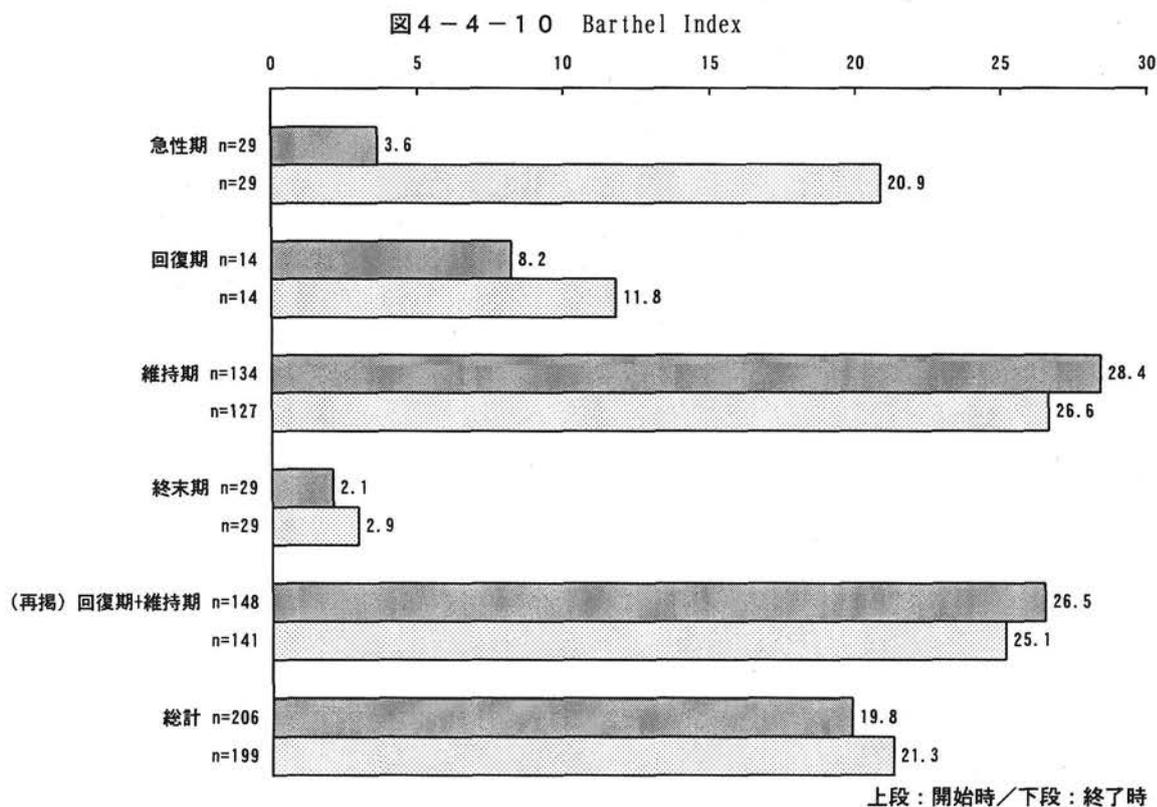
(9)対象者の要介護度

総計でみると、「要介護度5」の割合が36.4%から33.0%になっていた。原疾患の時期別に「要介護度5」の割合をみると、急性期では6.9%から17.2%、回復期では42.9%から35.7%、維持期では26.9%から30.6%にそれぞれなっていた。終末期では82.8%のままであった。



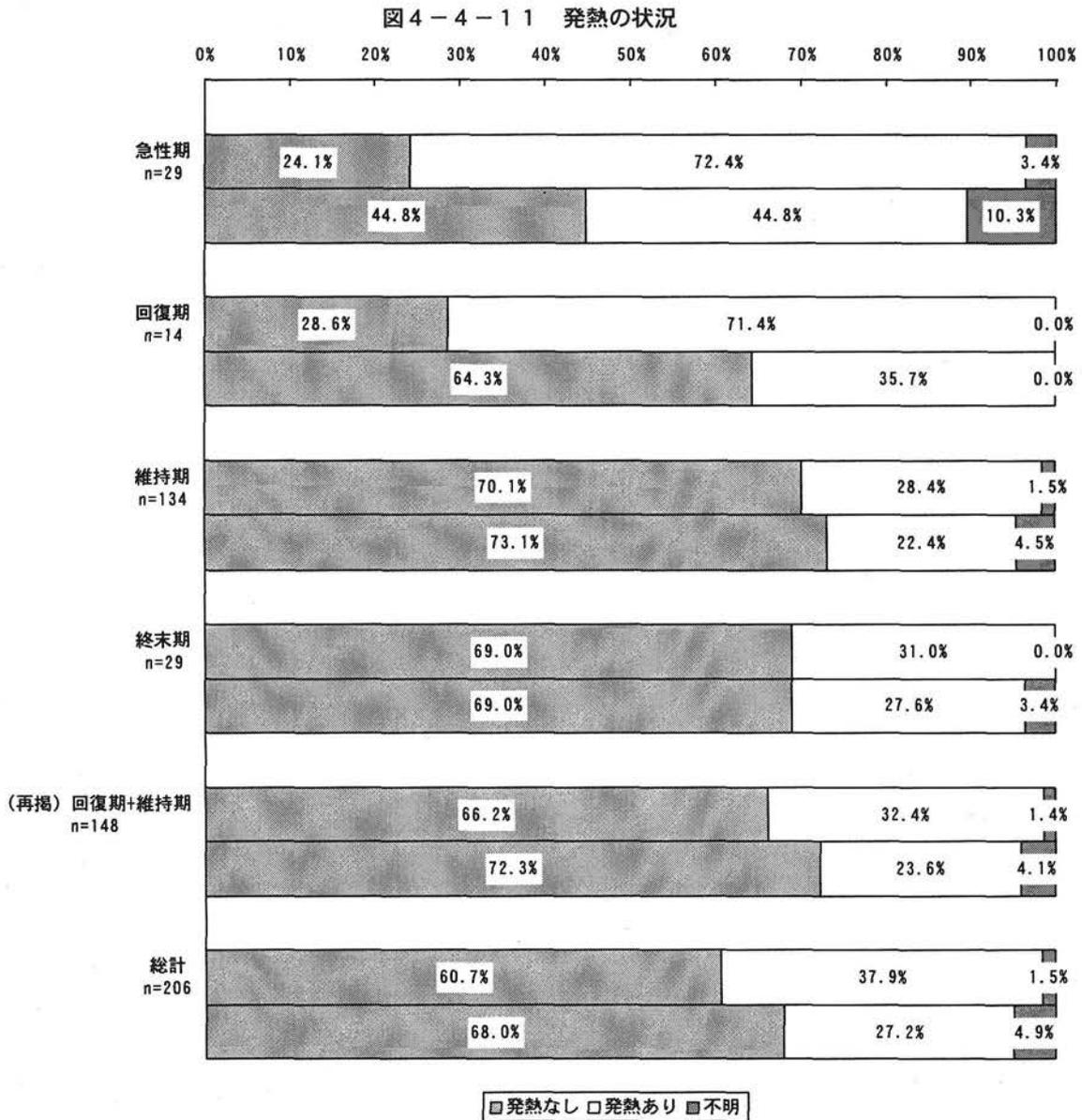
(10)日常生活動作能力(Barthel Index)

総計でみると、平均値は19.8から21.3になっていた。原疾患の時期別にみると、急性期では3.6から20.9に、回復期では8.2から11.8に、維持期では28.4から26.6に、終末期では2.1から2.9にそれぞれなっていた。



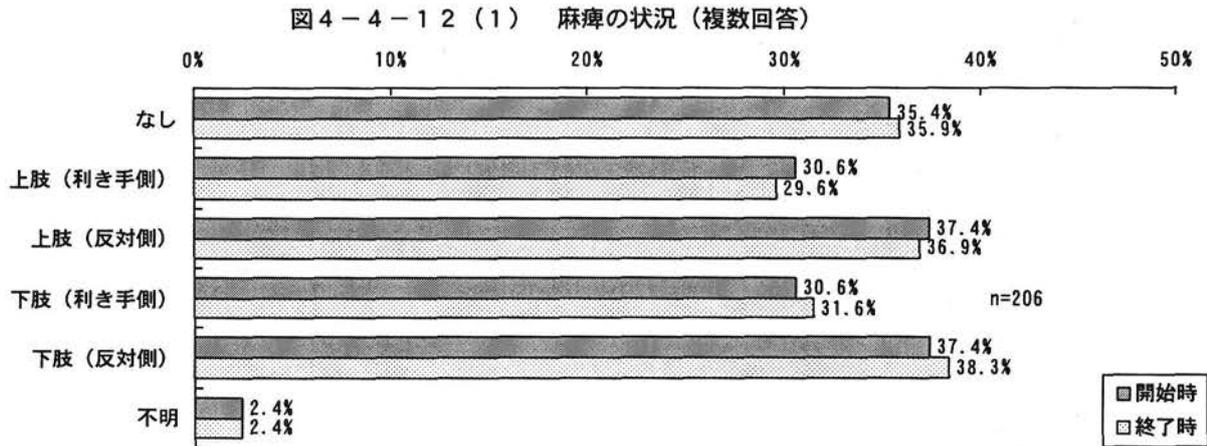
(11)発熱の状況

総計でみると、「発熱なし」の割合が60.7%から68.0%になっていた。原疾患の時期別に「発熱なし」の割合をみると、急性期では24.1%から44.8%、回復期では28.6%から64.3%、維持期では70.1%から73.1%にそれぞれなっていた。終末期では69.0%のままであった。なお発熱日数は、回復期・維持期では「口腔機能等評価票記入日以前1ヵ月間の発熱日数」、急性期・終末期では「口腔機能等評価票記入日以前1週間の発熱日数」として測定した。



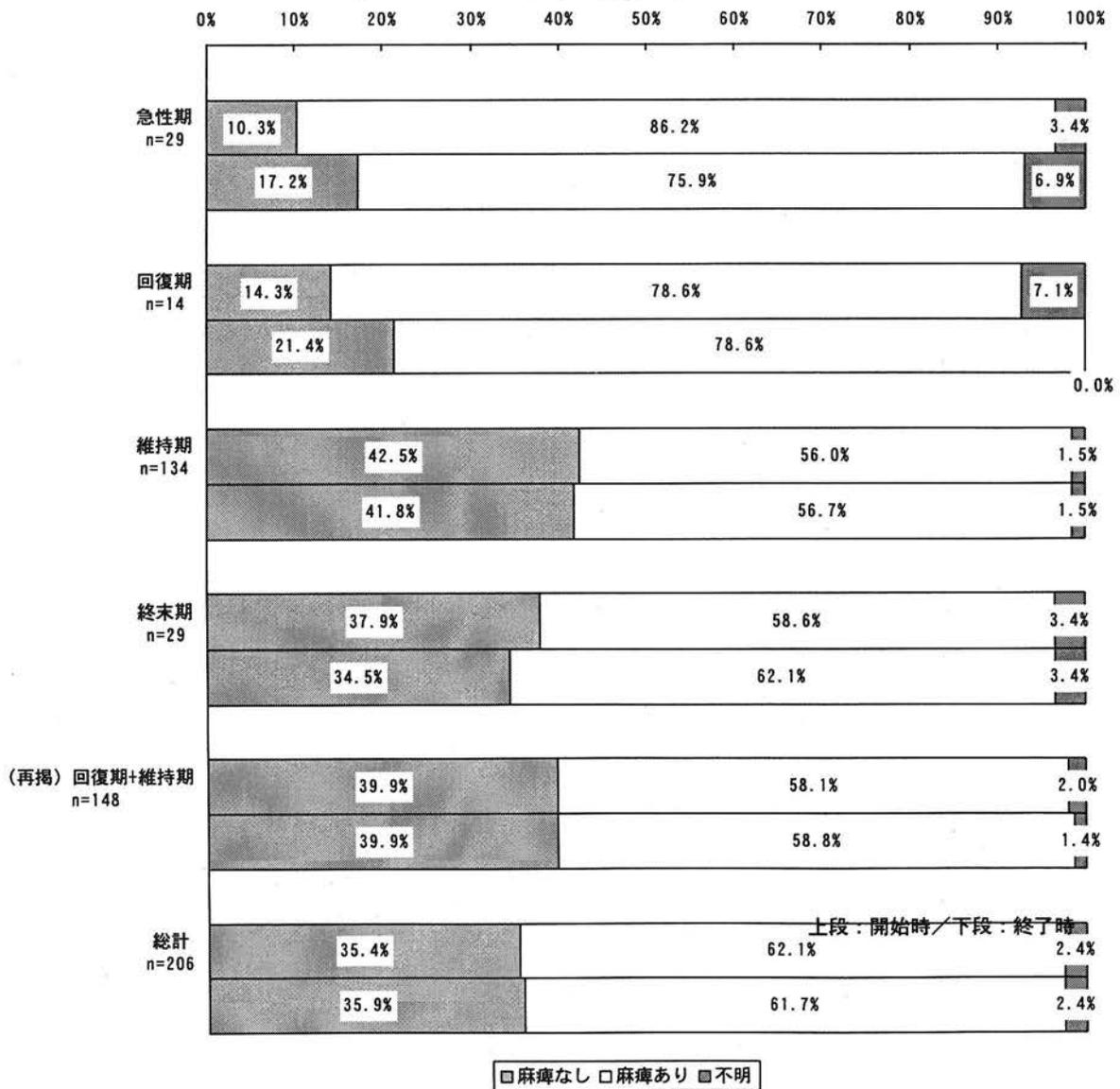
(12)麻痺の状況

総計で見ると、麻痺「なし」の割合が 35.4%から 35.9%になっていた。麻痺の部位別では、「上肢（利き手側）」は 30.6%から 29.6%、「上肢（反対側）」は 37.4%から 36.9%、「下肢（利き手側）」は 30.6%から 31.6%、「下肢（反対側）」は 37.4%から 38.3%にそれぞれなっていた。



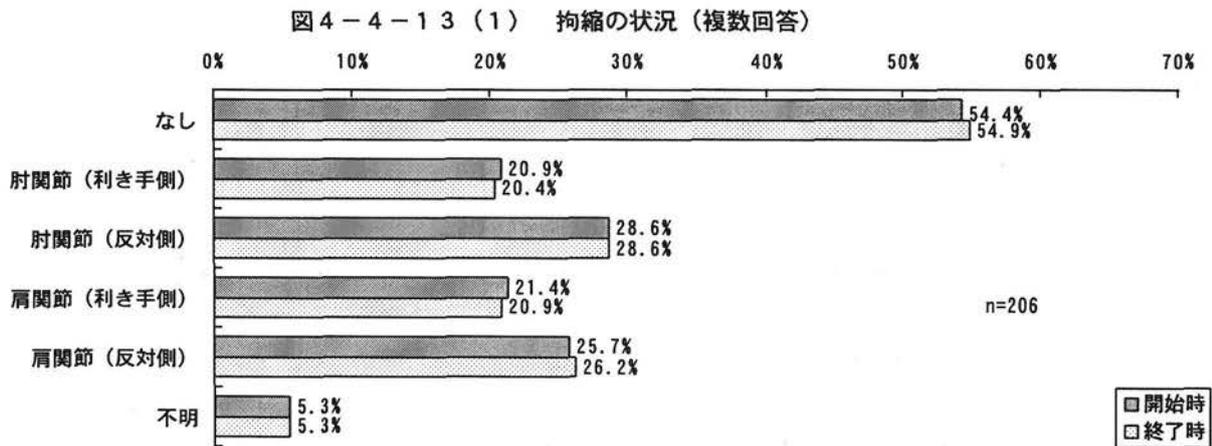
原疾患の時期別にみると、急性期では「麻痺なし」の割合が10.3%から17.2%、回復期では14.3%から21.4%、維持期では42.5%から41.8%、終末期では37.9%から34.5%にそれぞれなっていた。

図4-4-12(2) 麻痺の状況



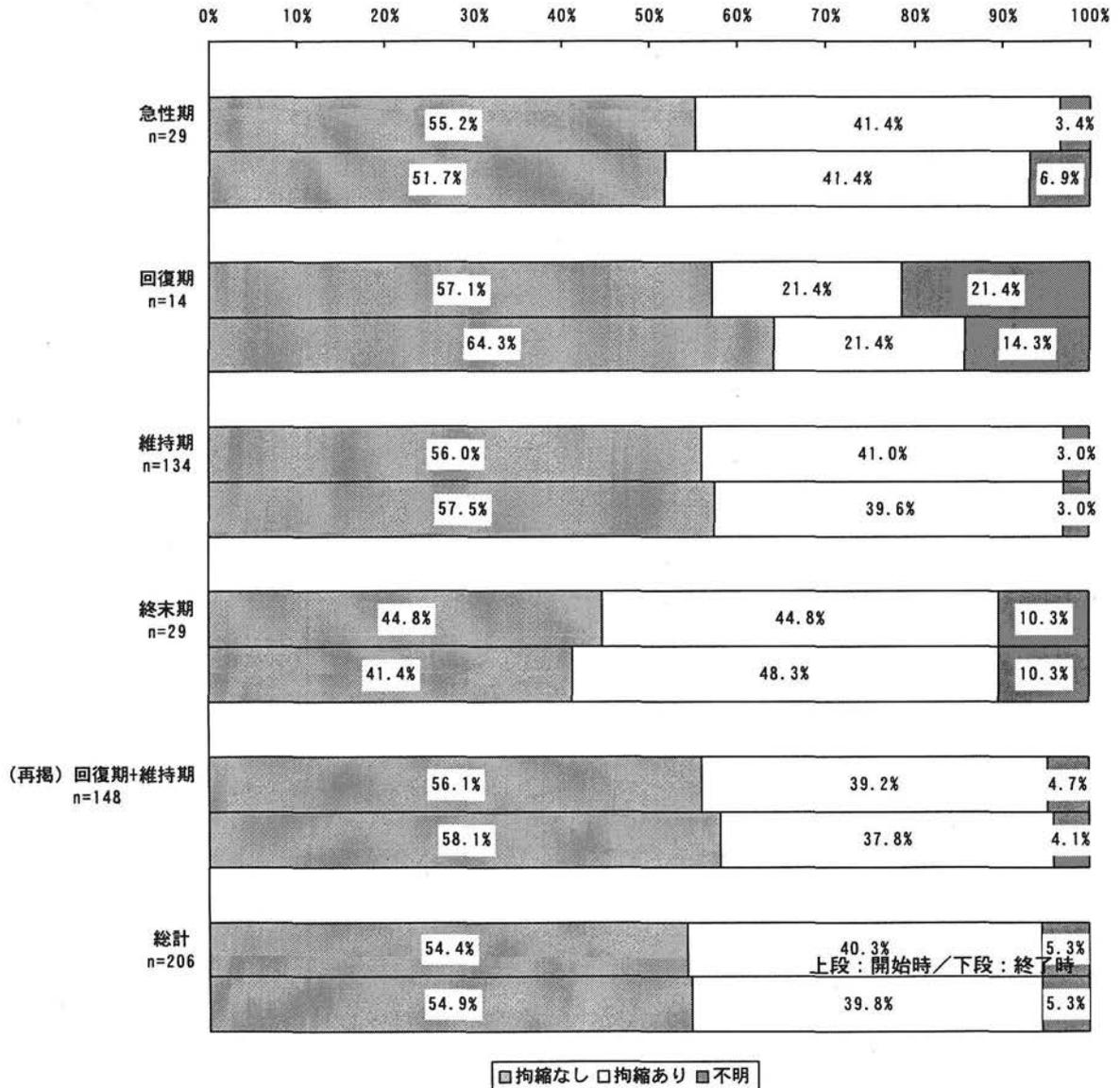
(13)拘縮の状況

総計でみると拘縮なしの割合が 54.4%から 54.9%になっていた。拘縮の部位別では、「肘関節（利き手側）」は 20.9%から 20.4%、「肩関節（利き手側）」は 21.4%から 20.9%、「肩関節（反対側）」は 25.7%から 26.2%にそれぞれなっていた。「肘関節（反対側）」は 28.6%のままであった。



原疾患の時期別にみると、急性期では「拘縮なし」の割合が55.2%から51.7%、回復期では57.1%から64.3%、維持期では56.0%から57.5%、終末期では44.8%から41.4%にそれぞれなっていた。

図4-4-13(2) 拘縮の状況



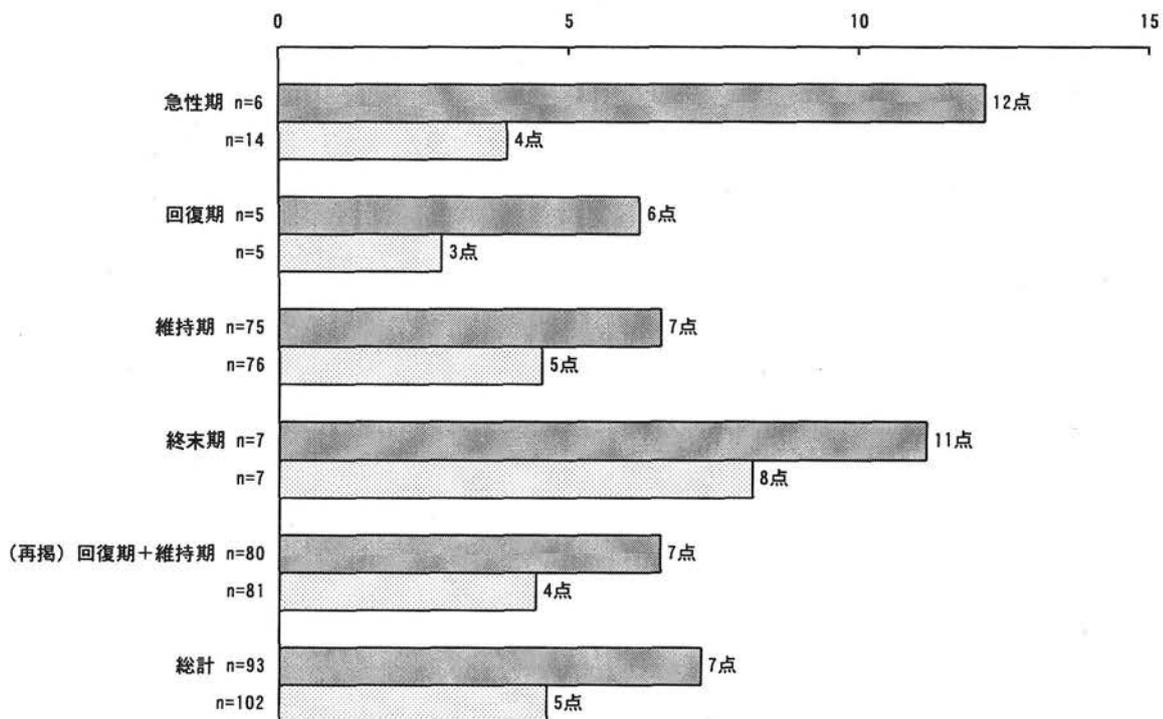
2) 口腔機能障害の状況

(1) 摂食嚥下問診票で判定した摂食嚥下障害の状況

総計で見ると、開始時平均7点、終了時平均5点であった。原疾患の時期別にみると、急性期では、12点から4点、回復期では6点から3点、維持期では7点から5点、終末期では11点から8点にそれぞれなっていた。

摂食嚥下問診票は15項目からなり、摂食嚥下障害の状態を判定する。ここでは15項目全てについて判定されたケースのみを用い、ひとつでも判定不能の項目があったケースは除外した。

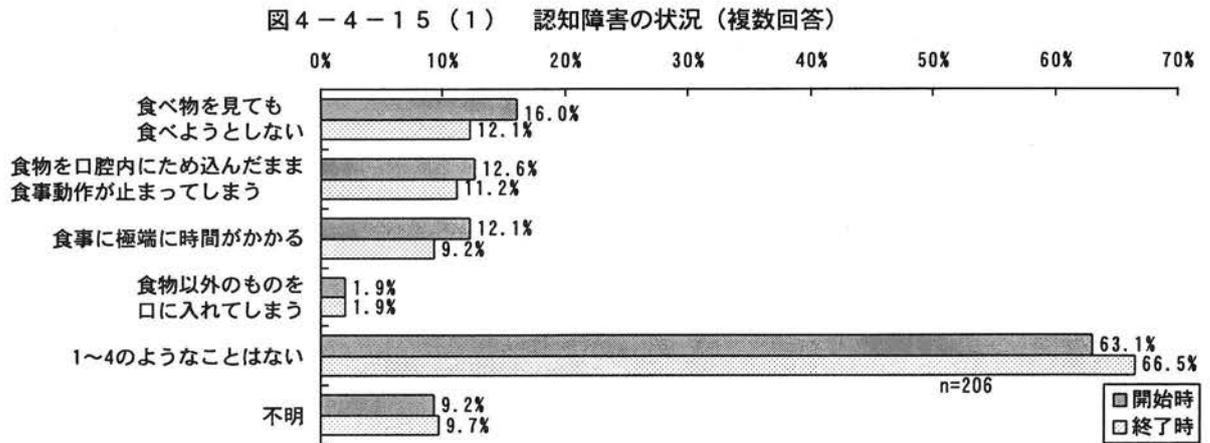
図4-4-14 口腔機能障害の状況



上段：開始時／下段：終了時

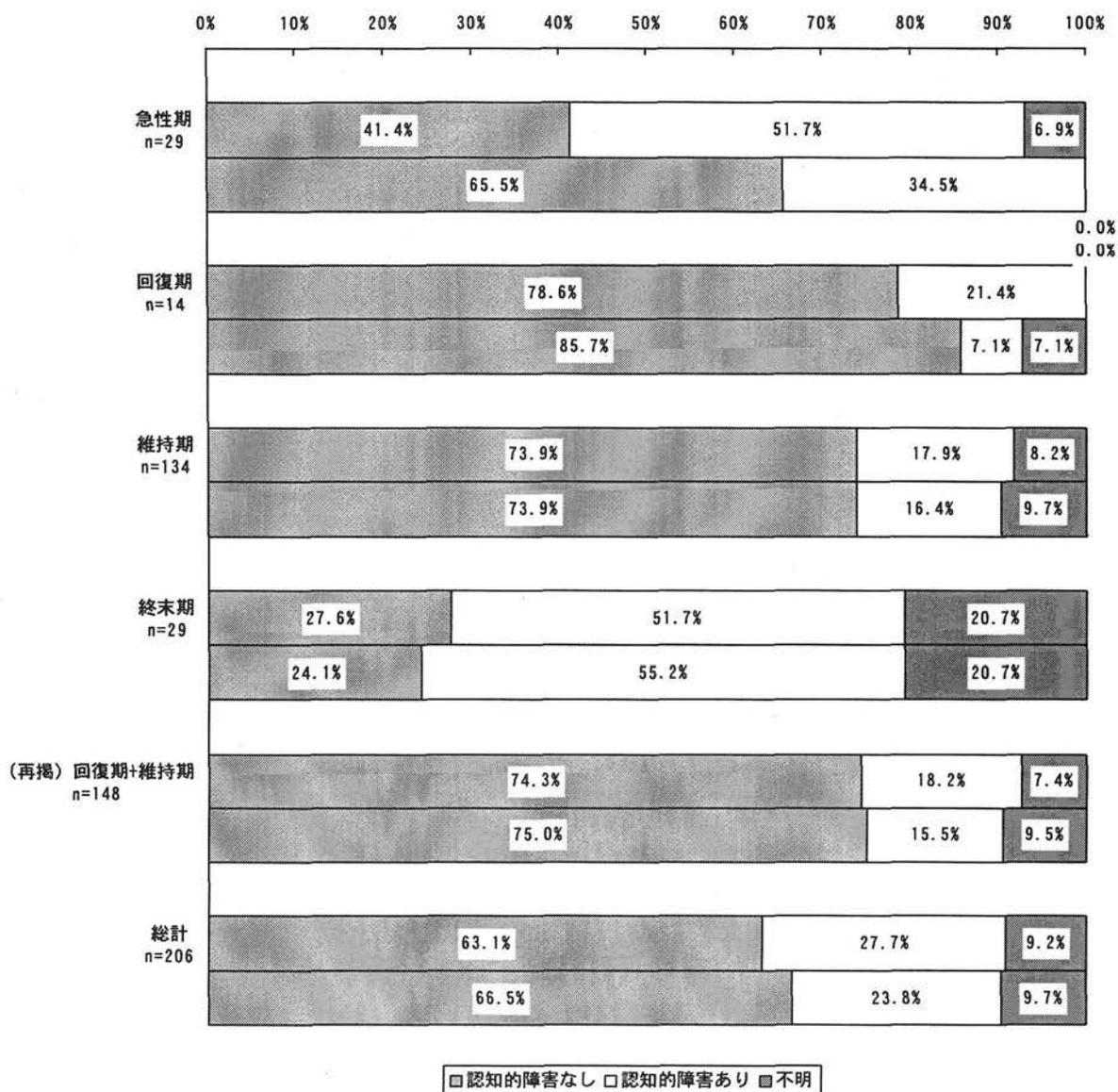
(2)認知期における障害

総計で見ると、認知期における障害のない割合が 63.1%から 66.5%になっていた。



原疾患の時期別に「認知期における障害なし」の割合をみると、急性期では41.4%から65.5%、回復期では78.6%から85.7%、終末期では27.6%から24.1%にそれぞれなっていた。維持期では73.9%のままであった。

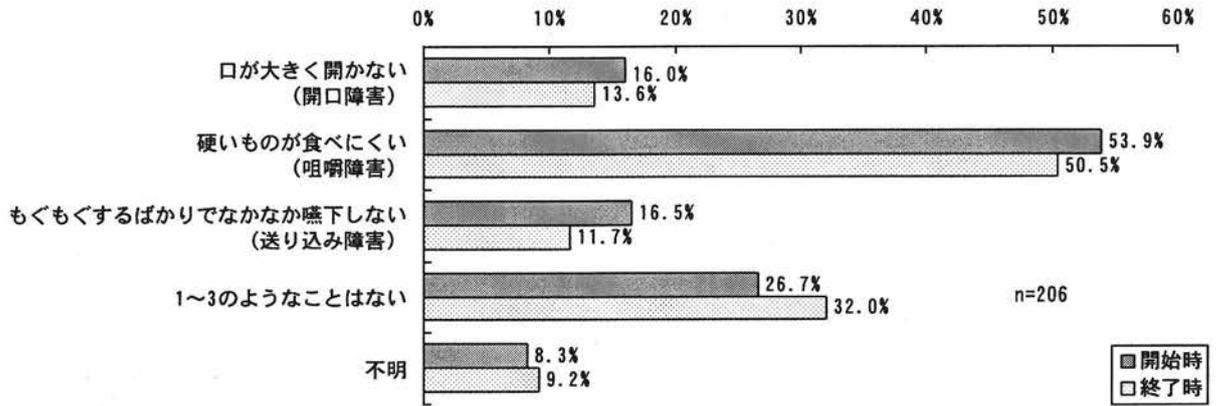
図4-4-15(2) 認知障害の状況



(3)咀嚼・口腔期における障害

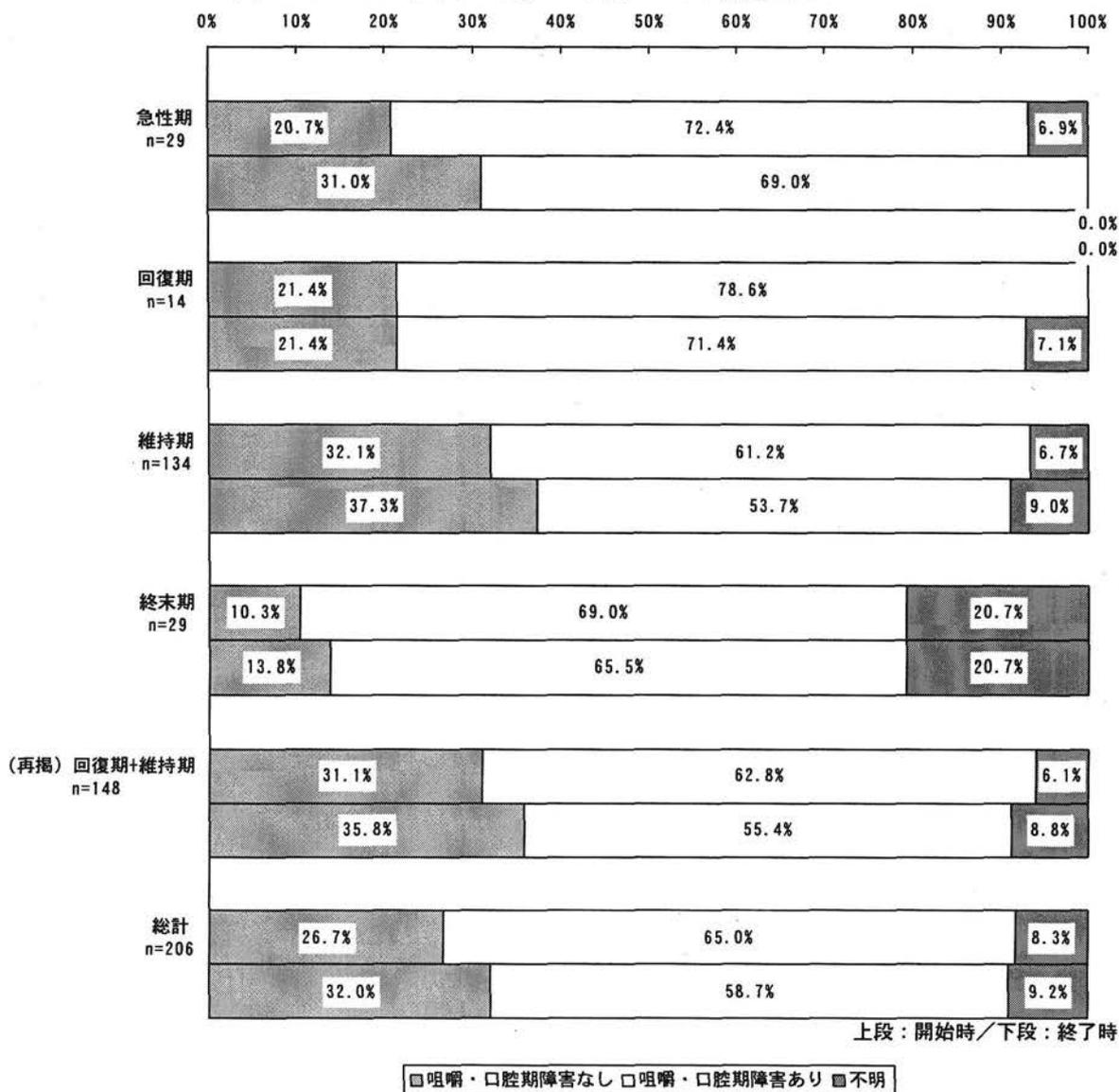
総計でみると、咀嚼・口腔期における障害のない割合が 26.7%から 32.0%になっていた。

図4-4-16 (1) 咀嚼・口腔期における障害の状況 (複数回答)



原疾患の時期別に「咀嚼・口腔期における障害なし」の割合をみると、急性期では20.7%から31.0%、維持期では32.1%から37.3%、終末期では10.3%から13.8%にそれぞれなっていた。回復期では21.4%のままであった。

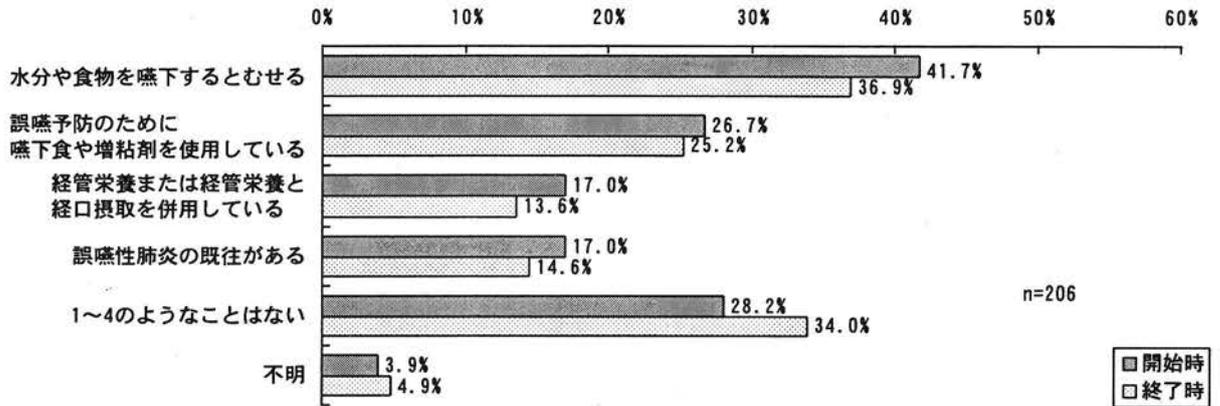
図4-4-16(2) 咀嚼・口腔期における障害の状況



(4)嚥下・食道期における障害

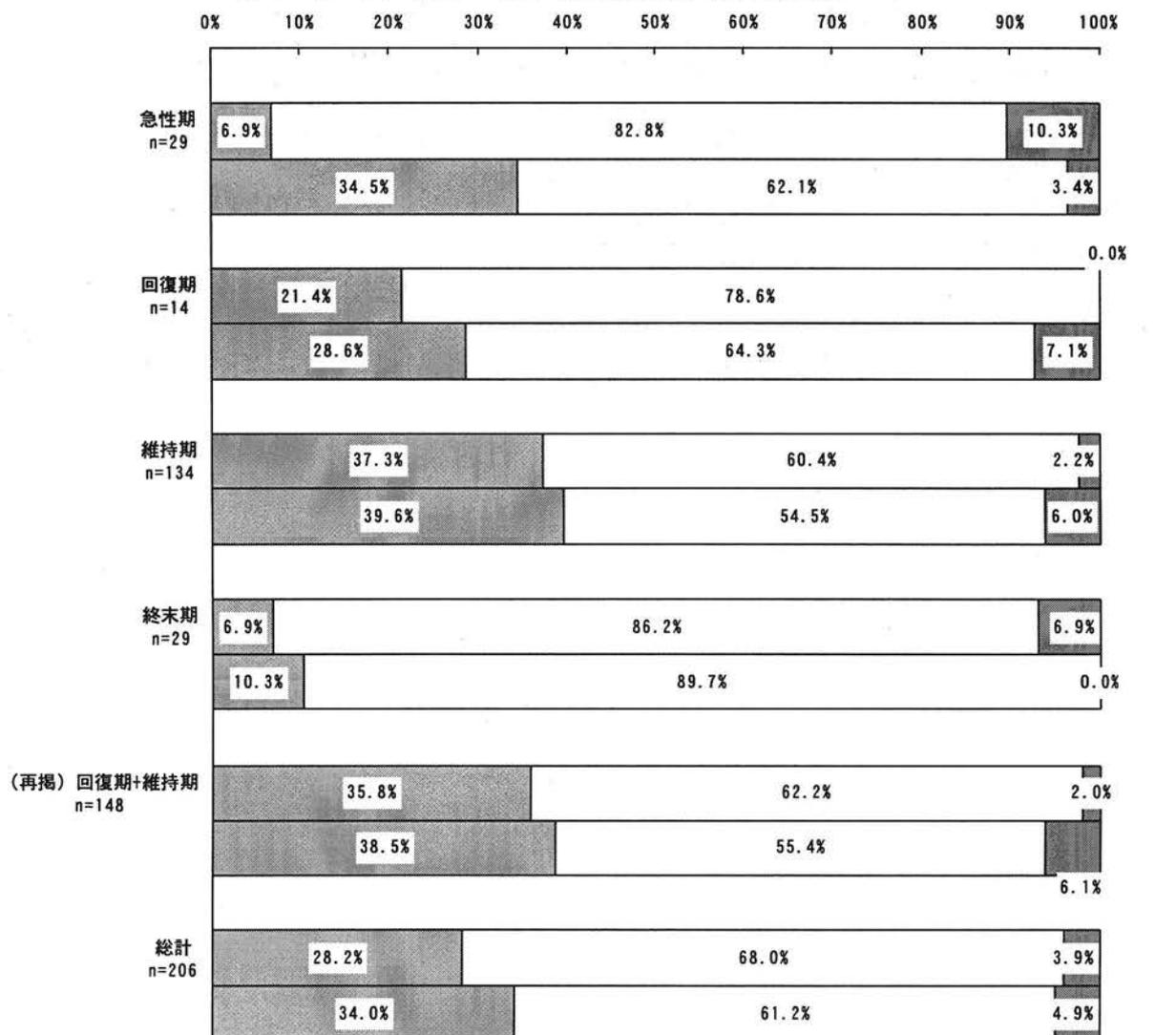
総計でみると、嚥下・食道期における障害のない割合が 28.2%から 34.0%になっていた。

図 4-4-17 (1) 嚥下・食道期における障害の状況 (複数回答)



原疾患の時期別に「嚥下・食道期における障害なし」の割合をみると、急性期では6.9%から34.5%、回復期では21.4%から28.6%、維持期では37.3%から39.6%、終末期では6.9%から10.3%にそれぞれなっていた。

図4-4-17(2) 嚥下・食道期における障害の状況

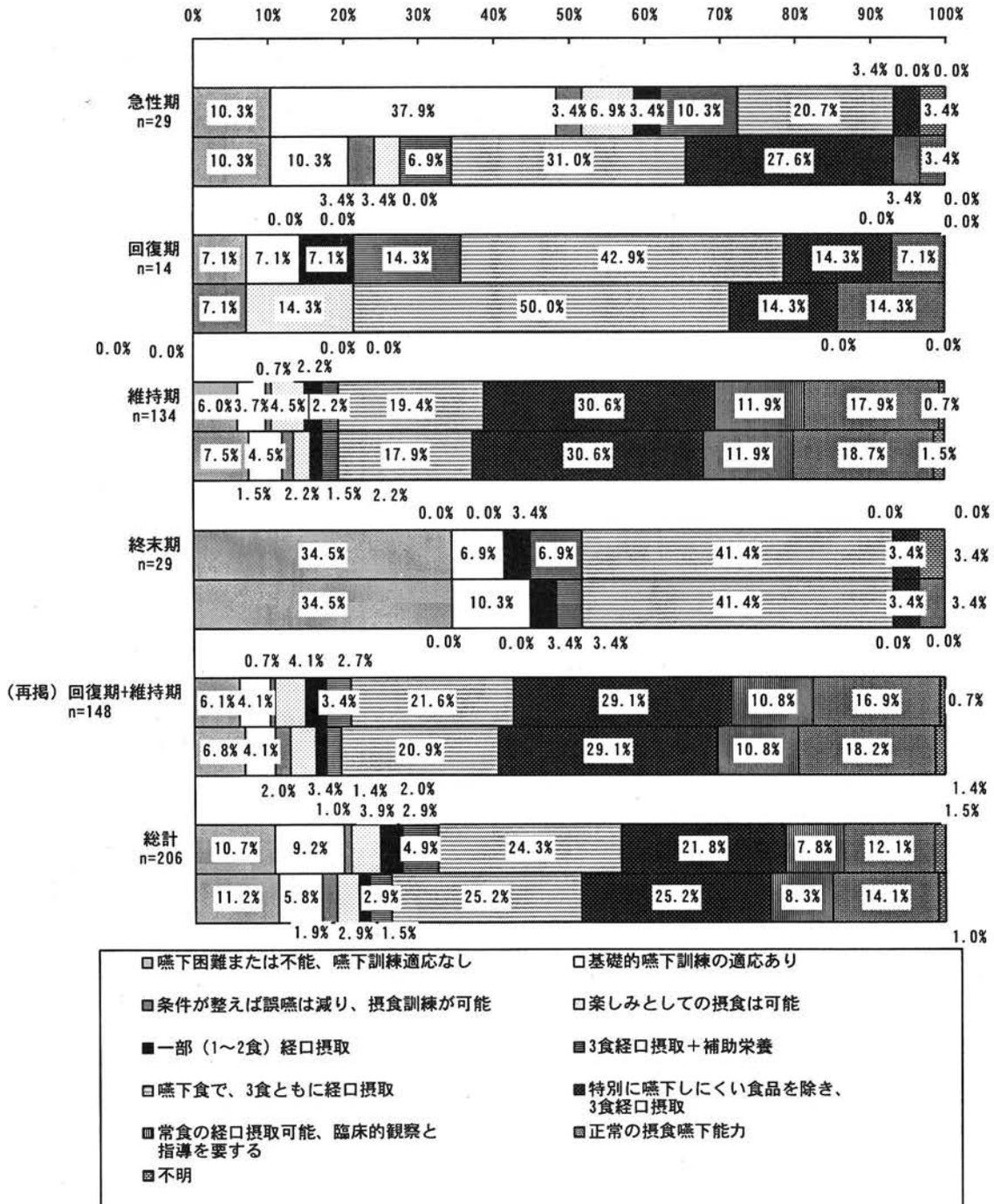


□ 嚥下・食道期障害なし □ 嚥下・食道期障害あり ■ 不明 上段：開始時 / 下段：終了時

(5)嚥下障害の内容と程度

総計でみると、「正常の摂食嚥下能力」の割合が12.1%から14.1%になっていた。原疾患の時期別に「正常の摂食嚥下能力」の割合をみると、回復期では7.1%から14.3%、維持期では17.9%から18.7%にそれぞれなっていた。急性期、終末期では0.0%から3.4%になっていた。

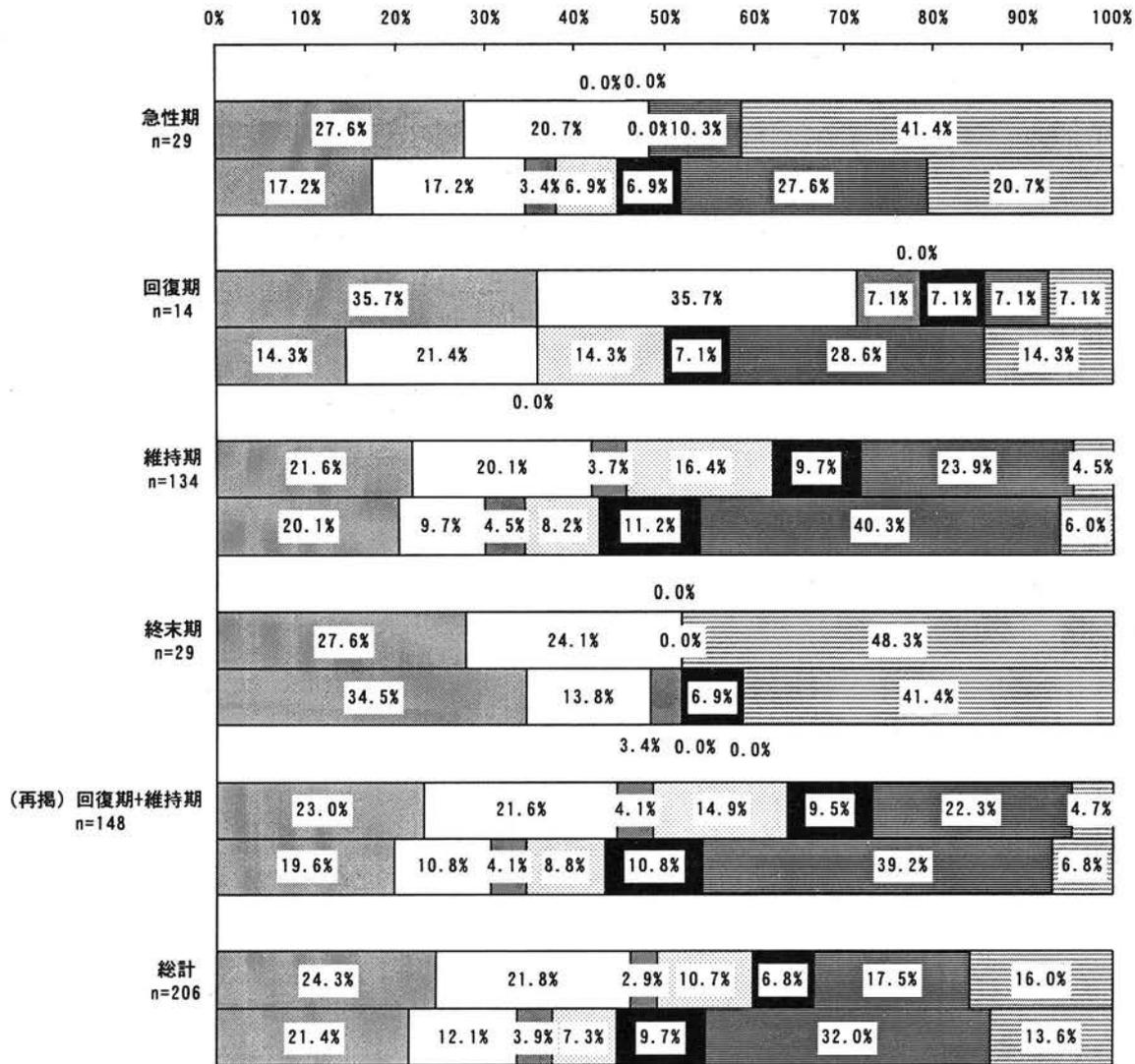
図4-4-18 嚥下障害グレード



(6)ブローイング(巻き鳥テスト)

総計でみると、「口にくわえるだけ」の割合が24.3%から21.4%になっていた。原疾患の時期別に「口にくわえるだけ」の割合をみると、急性期では27.6%から17.2%、回復期では35.7%から14.3%、維持期では21.6%から20.1%、終末期では27.6%から34.5%にそれぞれなっていた。

図4-4-19 巻き鳥テストにみるブローイング能力



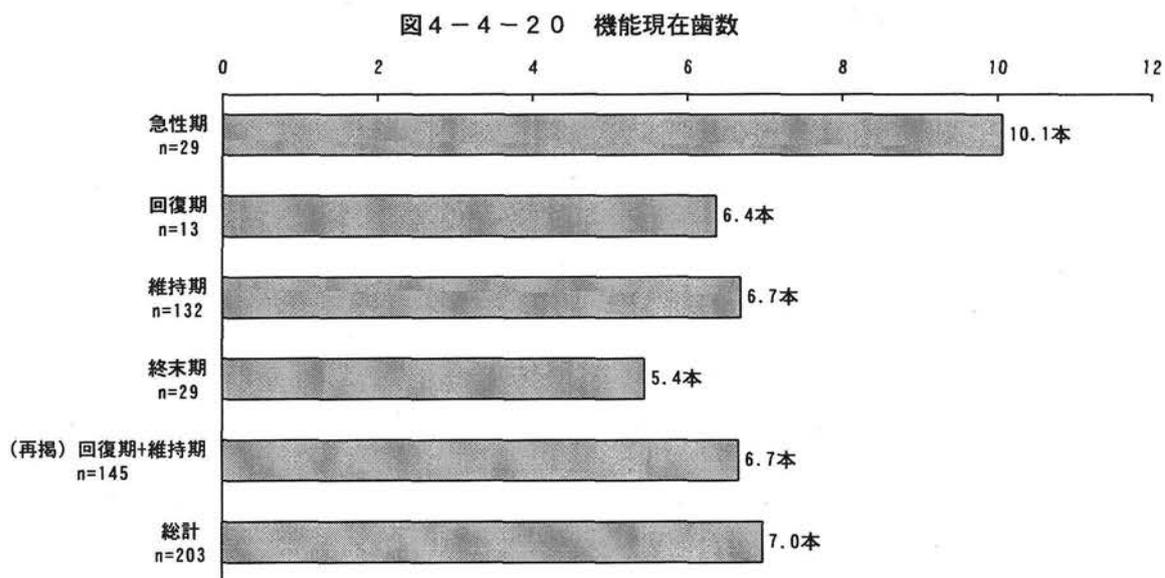
□口にくわえるだけ □ 1音が出る □ 2音が出る □ 1本 ■ 2本 ▨ 3本 □ 不明

上段：開始時 / 下段：終了時

3) 口腔内の状況

(1) 現在機能歯数

咀嚼に機能し得る状態の現存歯は、総計でみると平均 7.0 本であった。急性期では平均 10.1 本、回復期では 6.4 本、維持期では 6.7 本、終末期では 5.4 本であった。

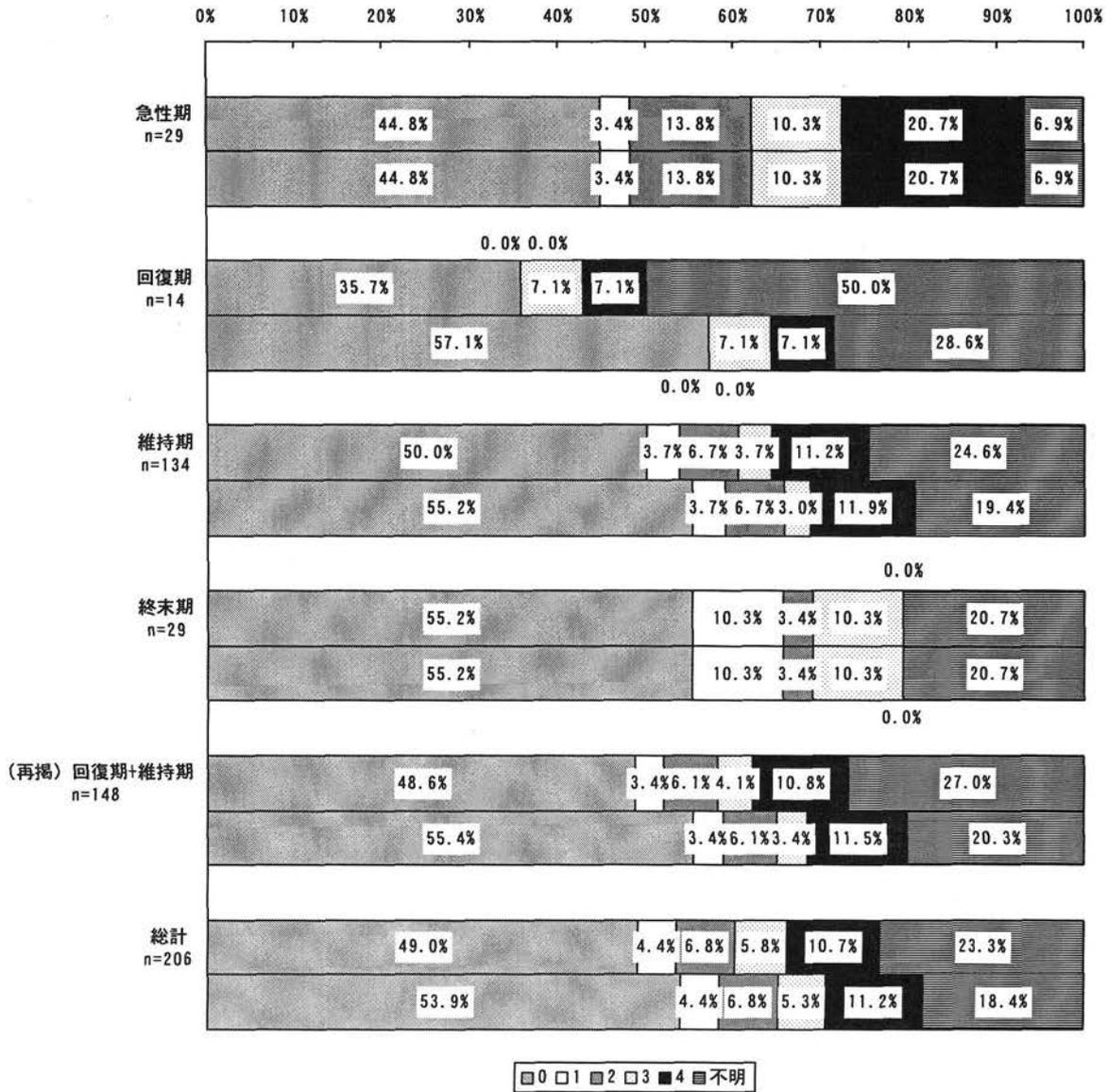


上段：開始時／下段：終了時

(2)咬合支持のある部位数(現在歯どうしの咬合)

上下の現在歯どうしが相互にかみ合っている咬合支持の部位は、総計でみると、「0」の割合が49.0%から53.9%になっていた。原疾患の時期別に「0」の割合をみると、回復期では35.7%から57.1%、維持期では50.0%から55.2%にそれぞれなっていた。急性期では44.8%のまま、終末期では55.2%のままであった。

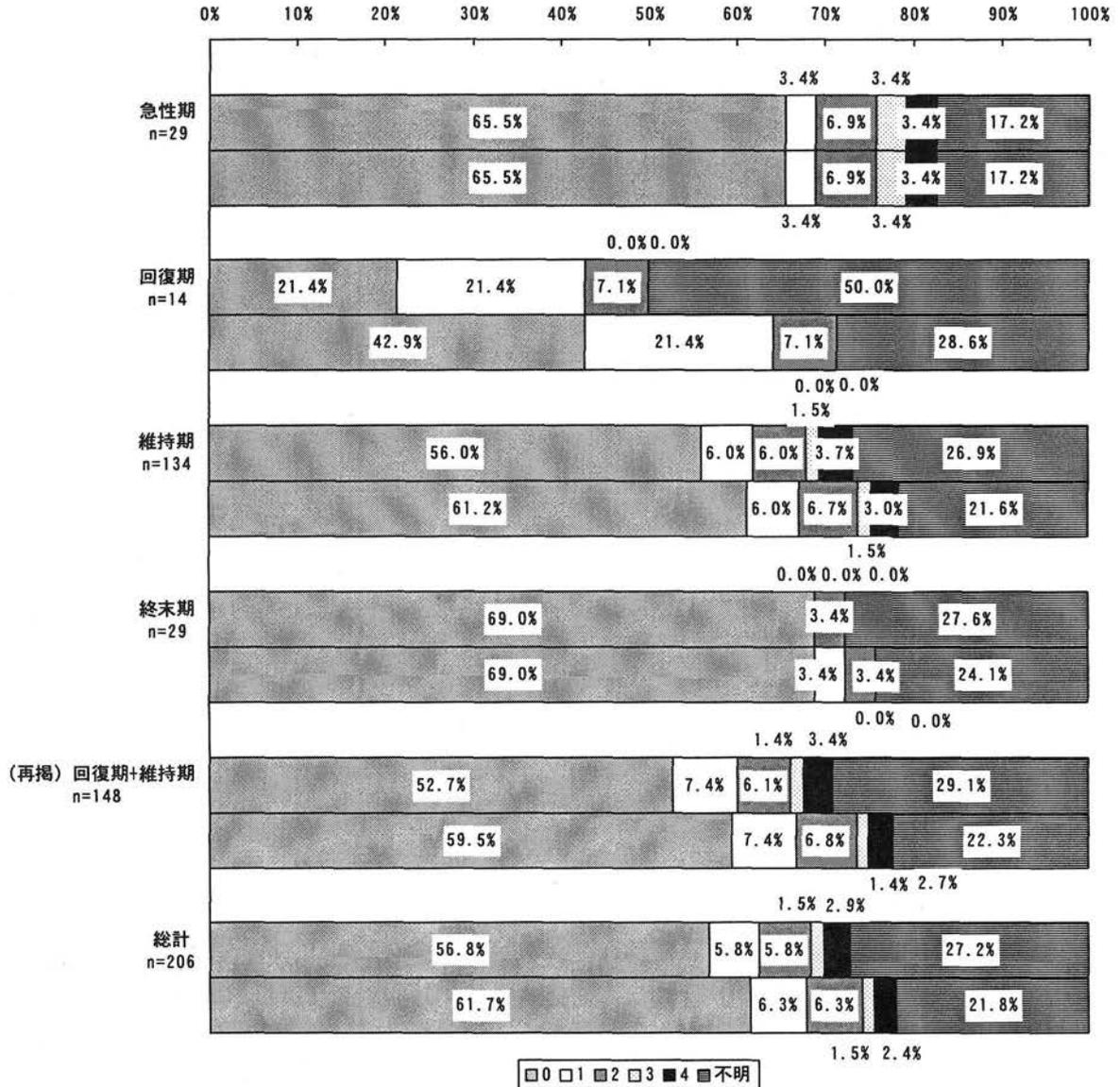
図4-4-21 咬合支持のある部位数(現在歯どうしの咬合)



(3)咬合支持のある部位数(現在歯と義歯の咬合)

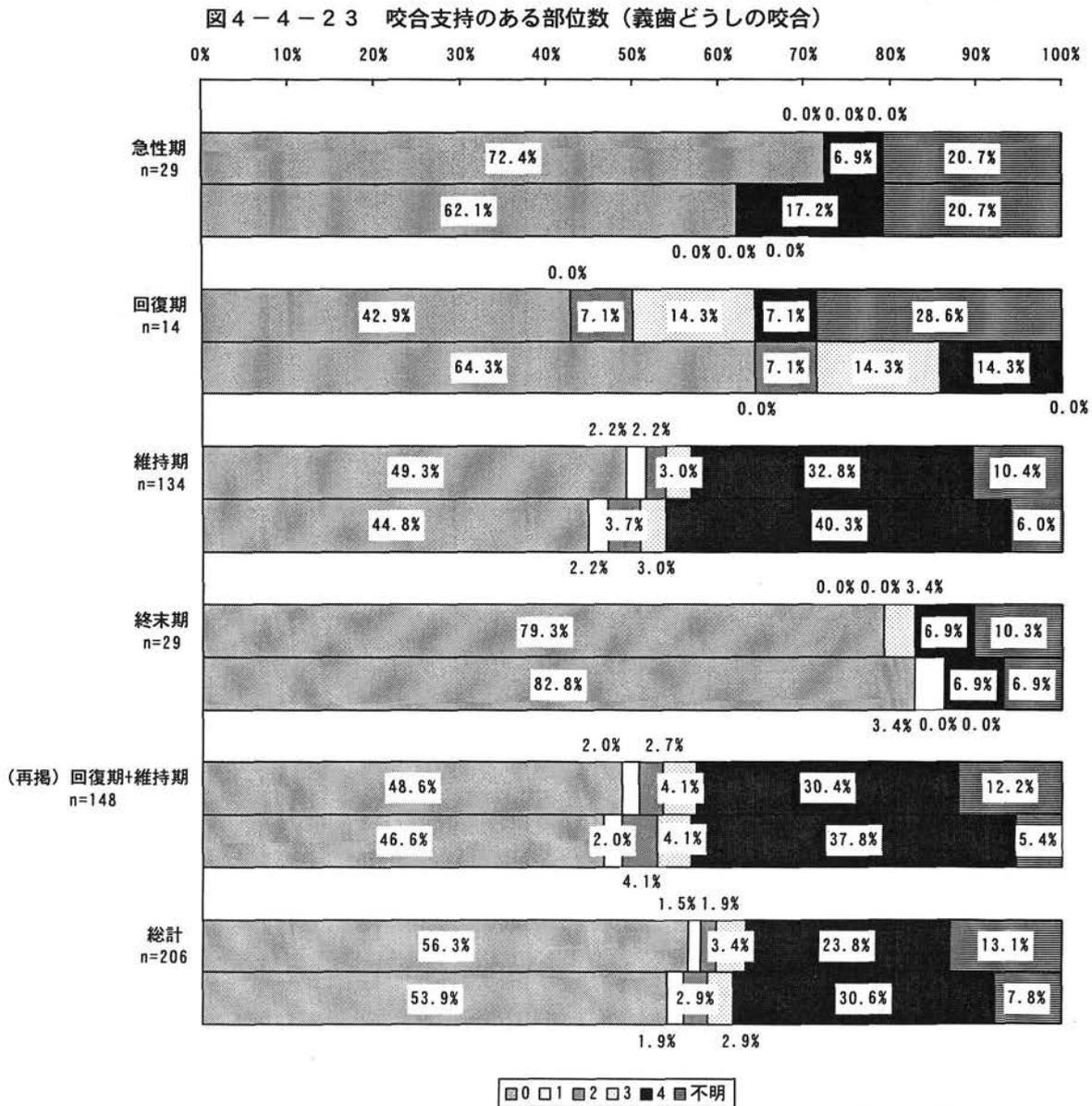
上下で現在歯と義歯とが相互にかみ合っている咬合支持の部位は、総計でみると、「0」の割合が56.8%から61.7%になっていた。原疾患の時期別に「0」の割合をみると、回復期では21.4%から42.9%、維持期では56.0%から61.2%にそれぞれなっていた。急性期では65.5%のまま、終末期では69.0%のままであった。

図4-4-22 咬合支持のある部位数(現在歯と義歯の咬合)



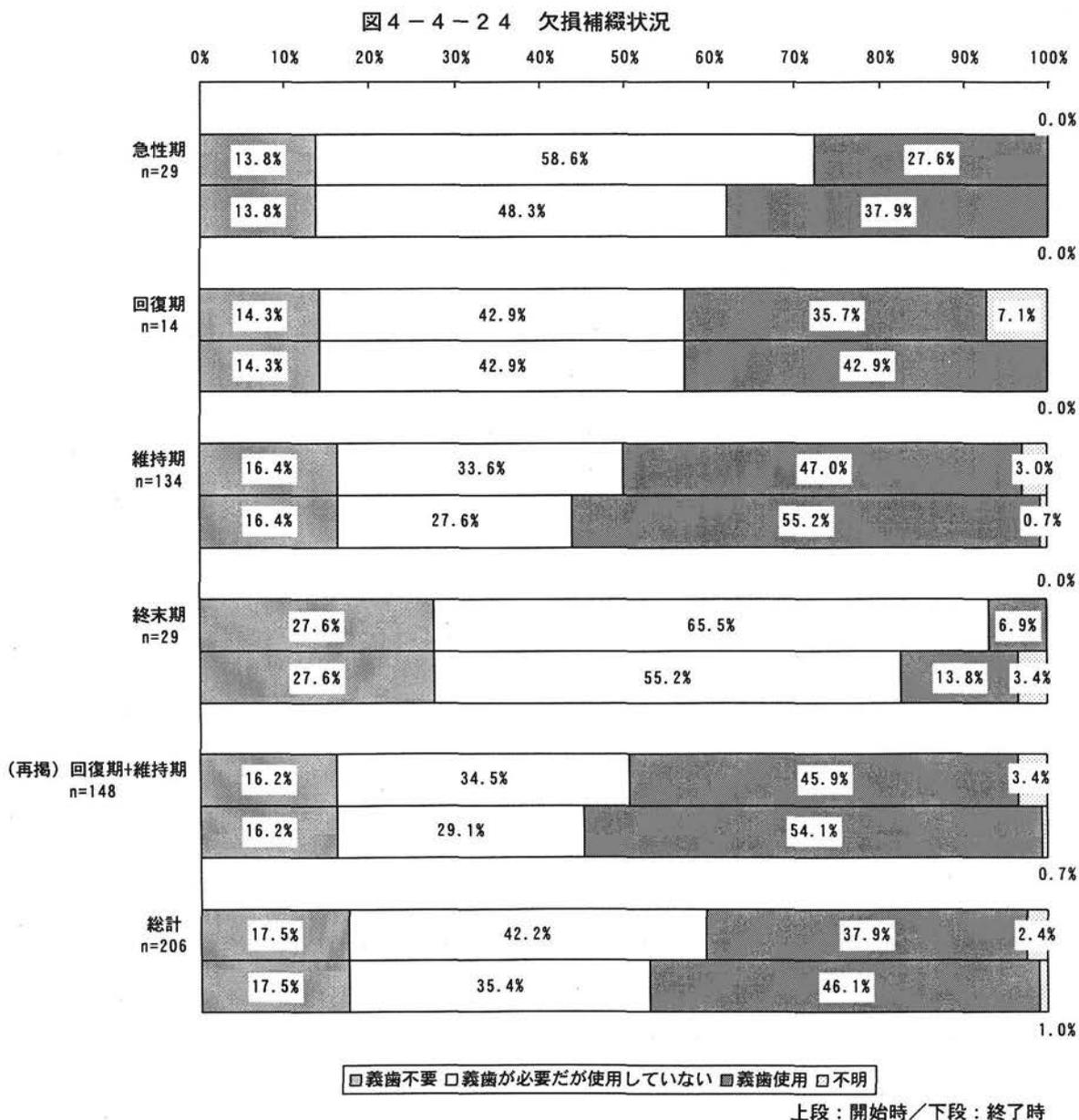
(4)咬合支持のある部位数(義歯どうしの咬合)

上下で義歯どうしが相互にかみ合っている咬合支持の部位は、総計でみると、「0」の割合が 56.3%から 53.9%になっていた。原疾患の時期別に「0」の割合をみると、急性期では 72.4%から 62.1%、回復期では 42.9%から 64.3%、維持期では 49.3%から 44.8%、終末期では 79.3%から 82.8%にそれぞれなっていた。



(5)欠損補綴状況

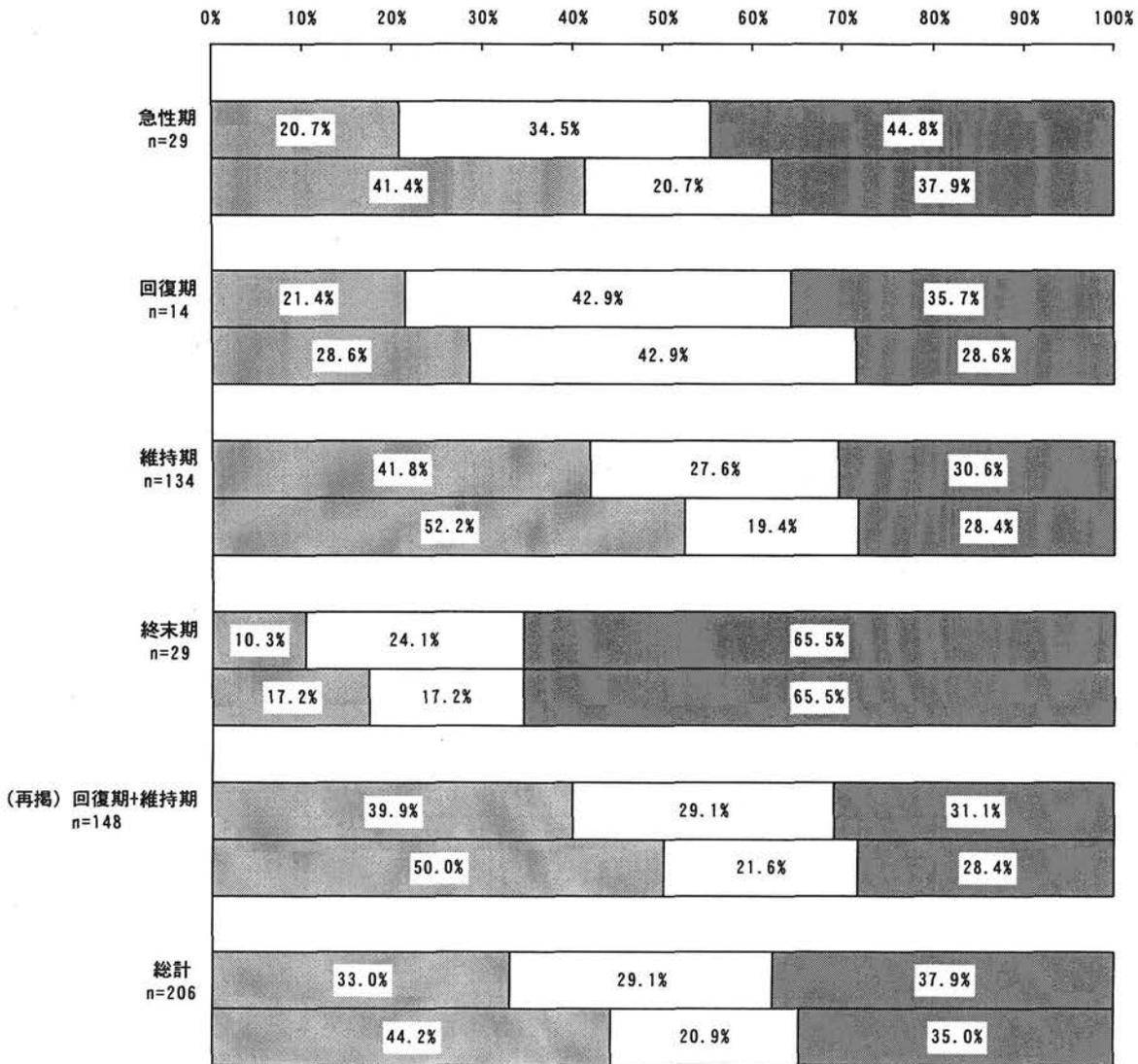
総計でみると「義歯が必要だが使用していない」が42.2%から35.4%になっていた。原疾患の時期別に「義歯が必要だが使用していない」の割合をみると、急性期では58.6%から48.3%、回復期では42.9%で変わらなかった。維持期では33.6%から27.6%、終末期では65.5%から55.2%にそれぞれなっていた。



(6)義歯の状況

総計でみると、義歯の状況に「特に問題はない」割合が33.0%から44.2%に増えていた。原疾患の時期別に「特に問題はない」割合をみると、急性期では20.7%から41.4%、回復期では21.4%から28.6%、維持期では41.8%から52.2%、終末期では10.3%から17.2%にそれぞれなっていた。

図4-4-25 義歯の状況

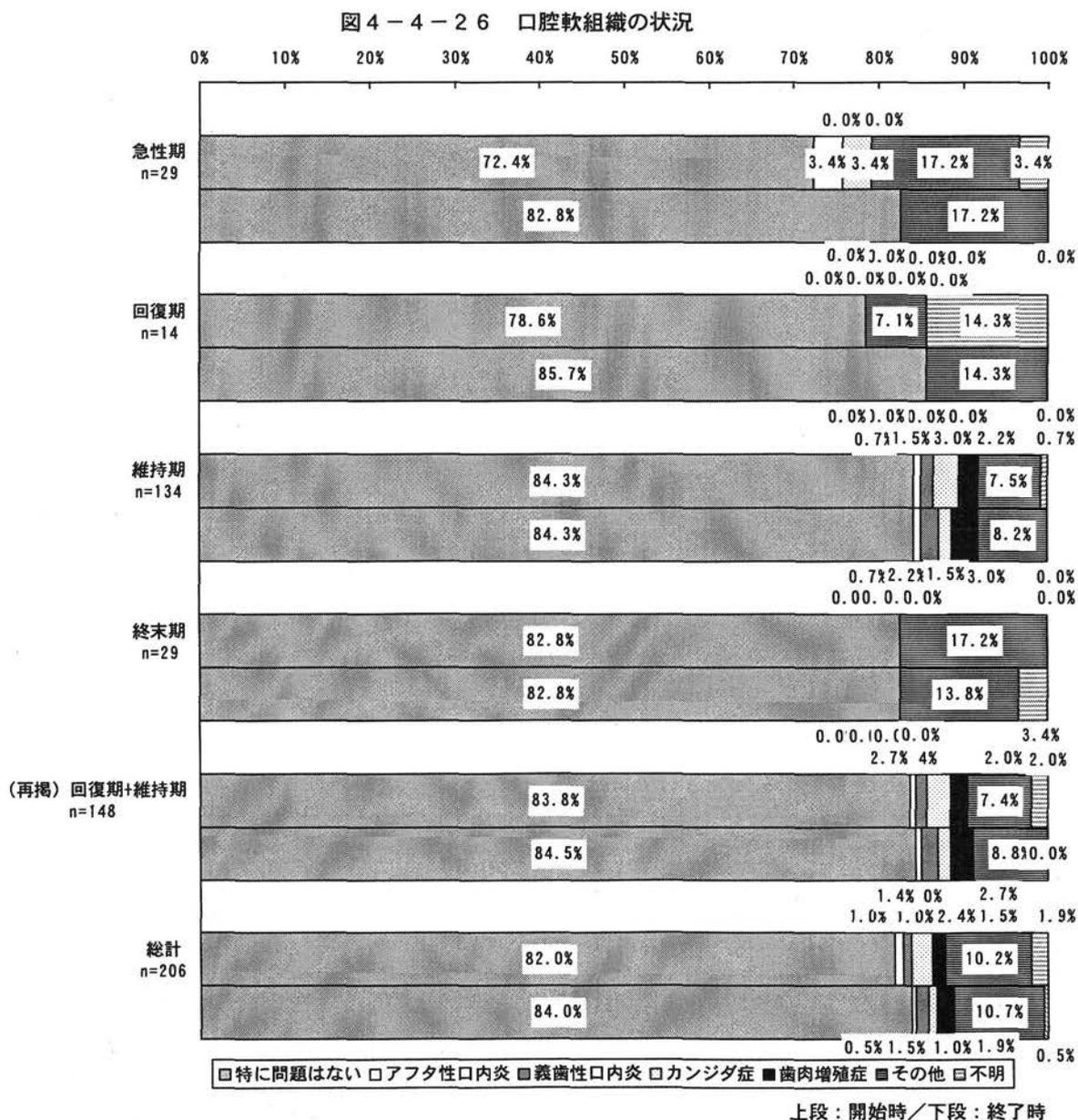


□特に問題はない □問題がある ■不明

上段：開始時／下段：終了時

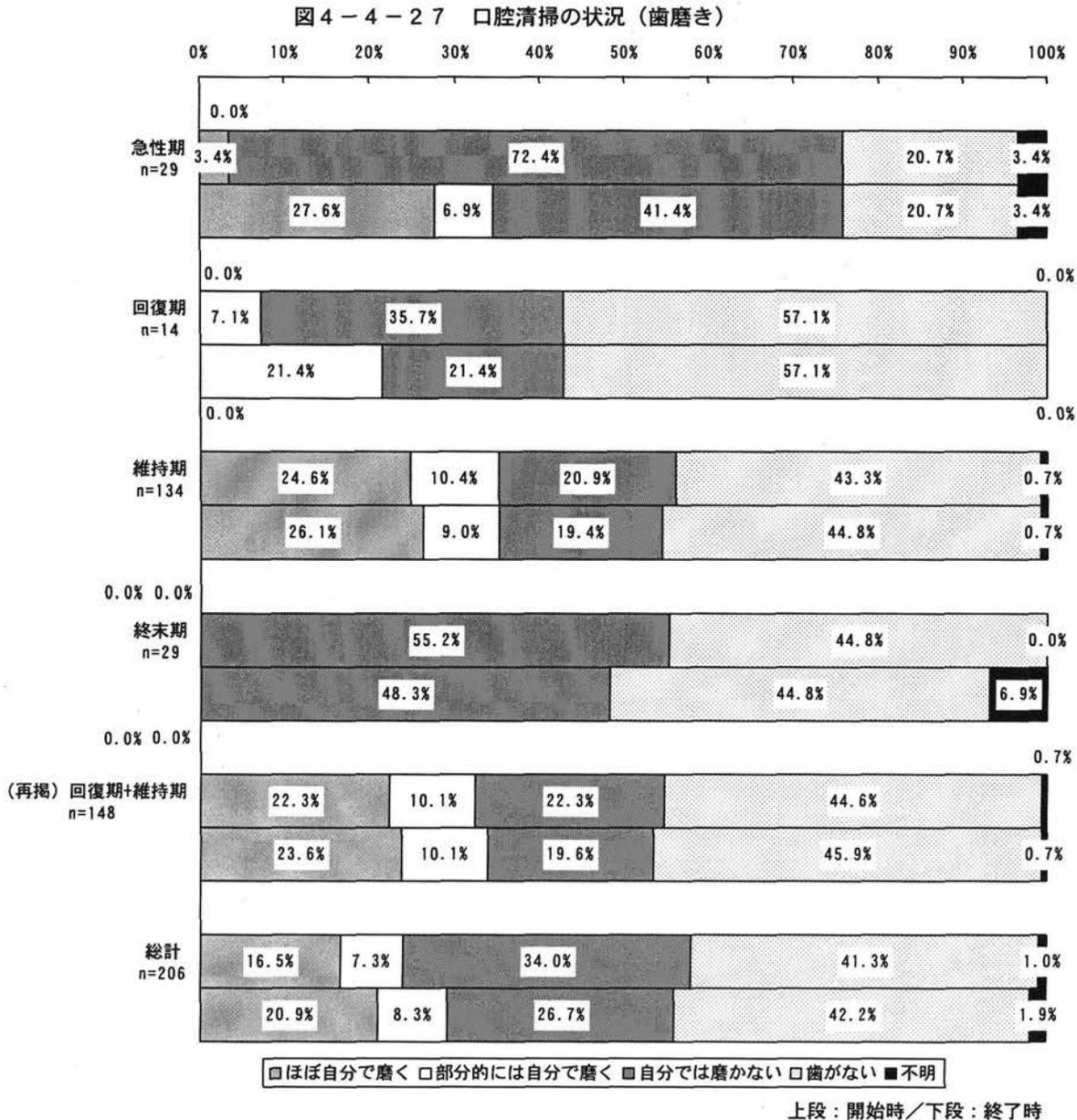
(7) 口腔軟組織の状態

総計でみると、口腔軟組織の状況に「特に問題はない」割合が82.0%から84.0%になっていた。原疾患の時期別に「特に問題はない」割合をみると、急性期では72.4%から82.8%、回復期では78.6%から85.7%にそれぞれなっていた。維持期は84.3%のまま、終末期は82.8%のままであった。



(8)口腔清掃の状況(歯磨き)

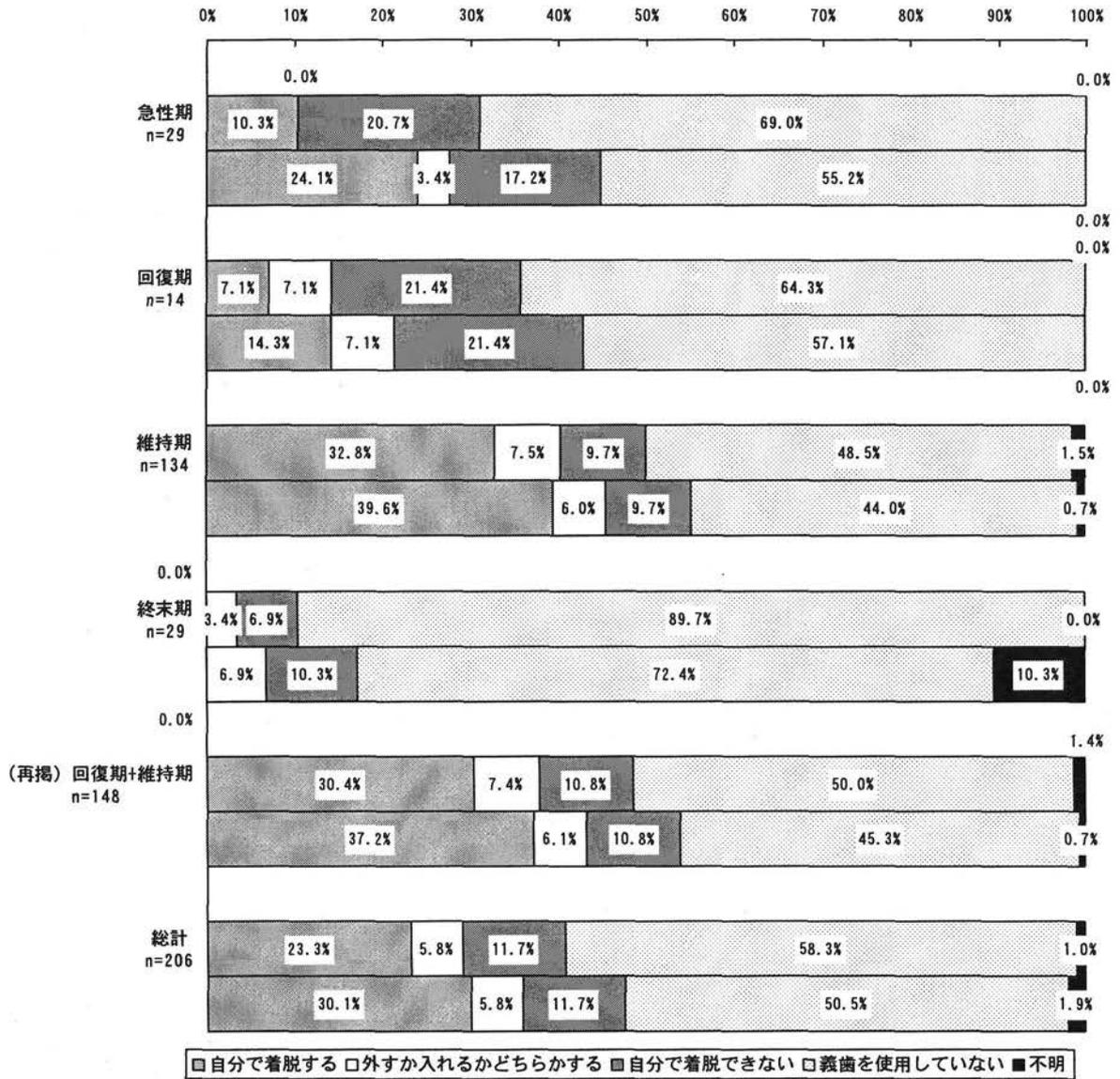
総計で見ると、「ほぼ自分で磨く」割合が16.5%から20.9%になっていた。原疾患の時期別に「ほぼ自分で磨く」割合をみると、急性期では3.4%から27.6%、維持期では24.6%から26.1%にそれぞれなっていた。回復期、終末期ではともに0.0%のままであった。



(9) 口腔清掃の状況(義歯装着)

総計で見ると、「自分で着脱する」割合が23.3%から30.1%に増えていた。原疾患の時期別に「自分で着脱する」割合をみると、急性期では10.3%から24.1%、回復期では7.1%から14.3%、維持期では32.8%から39.6%にそれぞれなっていた。終末期では0.0%のままであった。

図4-4-28 口腔清掃の状況(義歯装着)

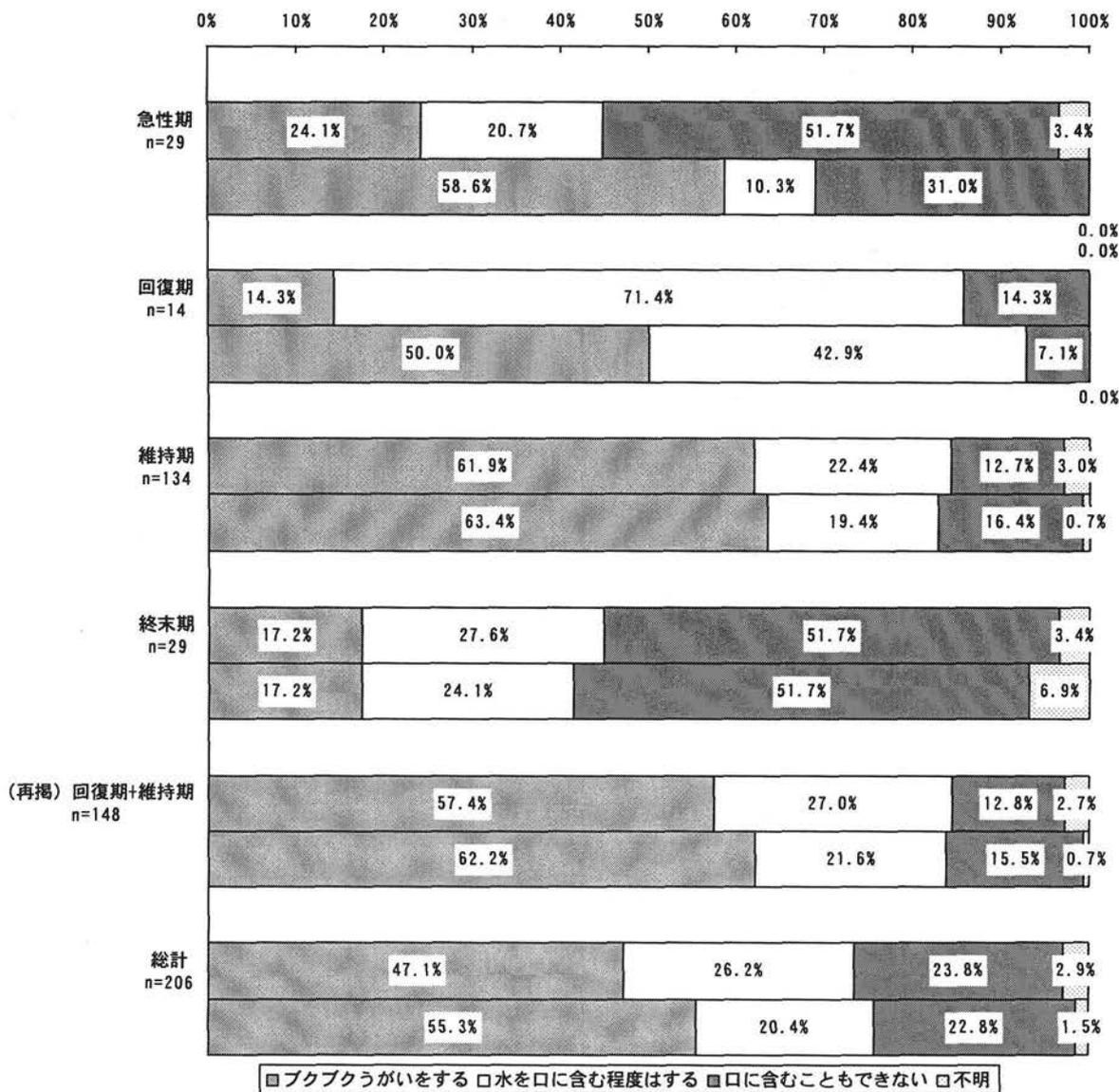


上段：開始時／下段：終了時

(10)口腔清掃の状況((うがい))

総計でみると、「ブクブクうがいをする」割合が47.1%から55.3%になっていた。原疾患の時期別に「ブクブクうがいをする」割合をみると、急性期では24.1%から58.6%、回復期では14.3%から50.0%、維持期では61.9%から63.4%にそれぞれなっていた。終末期では17.2%のままであった。

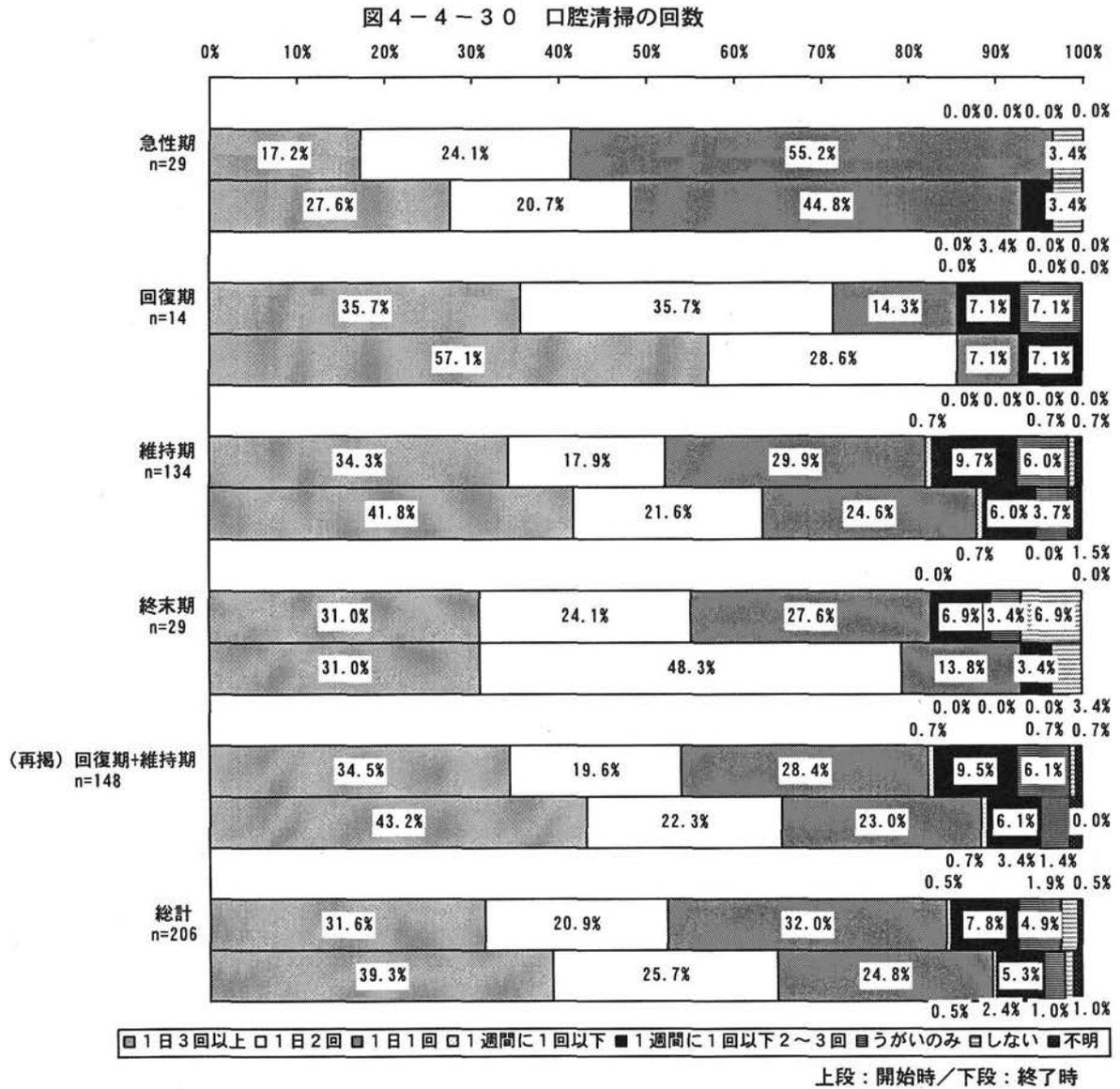
図4-4-29 口腔清掃の状況((うがい))



上段：開始時／下段：終了時

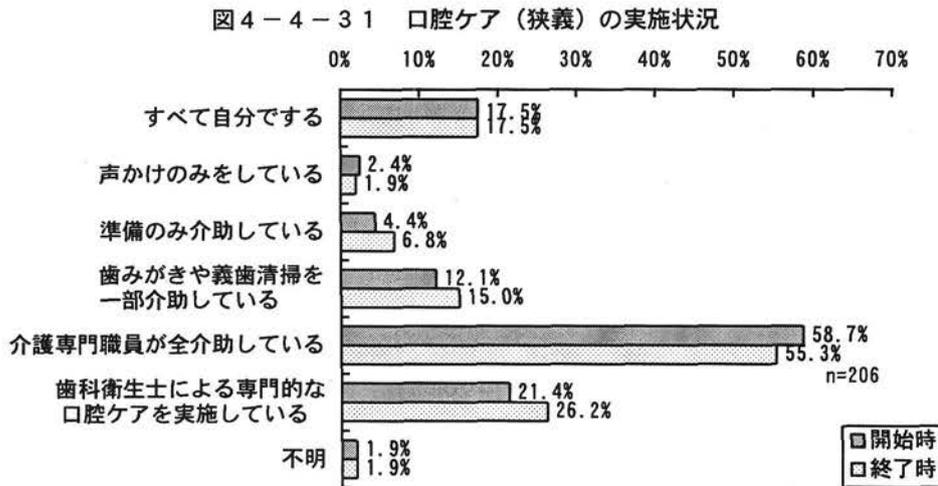
(11)口腔清掃の回数

総計でみると、「1日3回以上」の割合が31.6%から39.3%になっていた。原疾患の時期別に「1日3回以上」の割合をみると、急性期では17.2%から27.6%、回復期では35.7%から57.1%、維持期では34.3%から41.8%にそれぞれなっていた。終末期では31.0%のままであった。



(12)口腔清掃等の実施状況

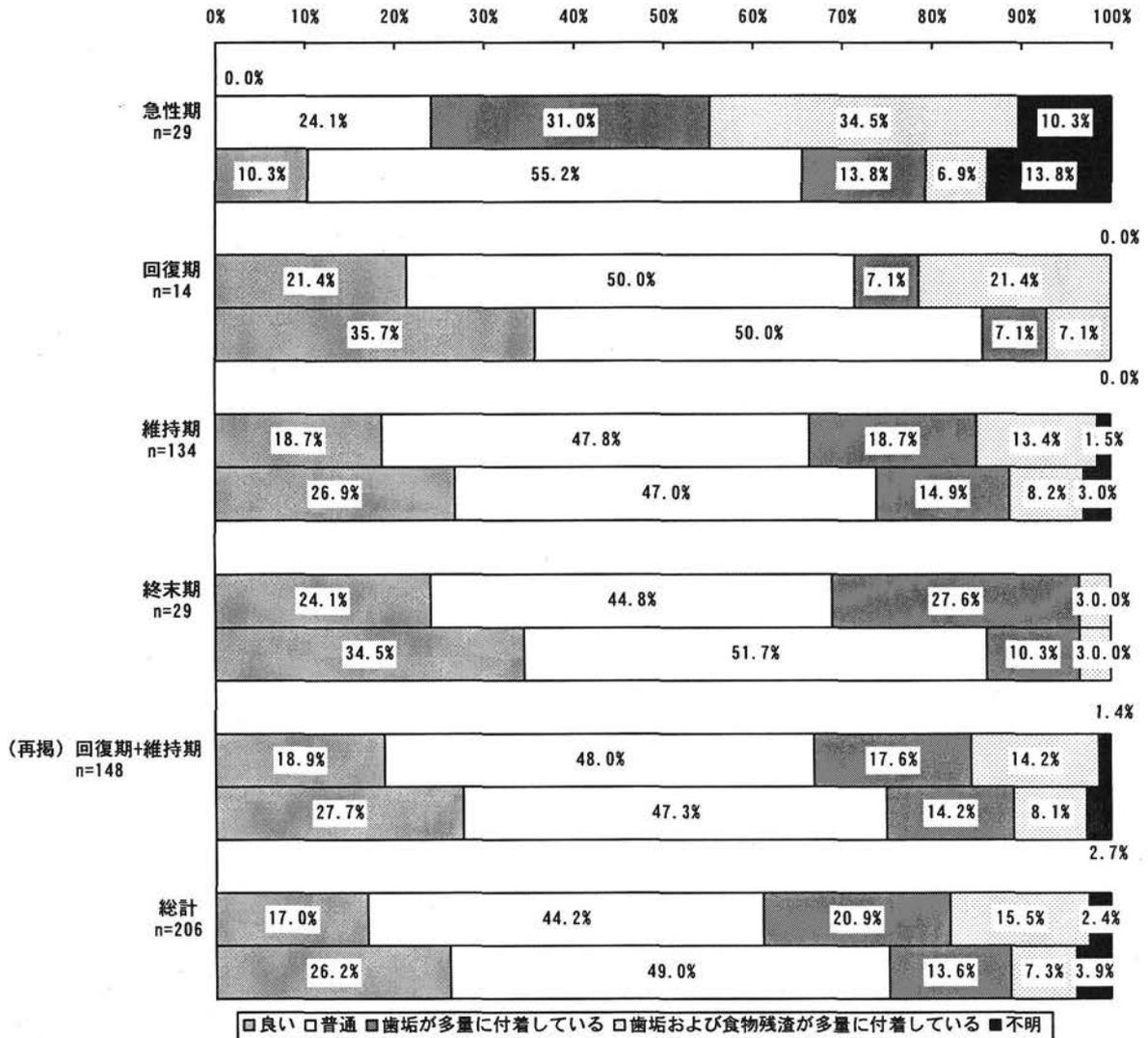
口腔清掃などの口腔ケア（狭義）の実施状況は、総計でみると、「介護専門職員が全介助をしている」が最も多く（58.7%：プログラム開始時点での割合。以下同様）、次いで「歯科衛生士による専門的な口腔ケアを実施している」（21.4%）、「自分でする」（17.5%）、「歯みがきや義歯清掃を一部介助している」（12.1%）、「準備のみ介助している」（4.4%）、「声かけのみをしている」（2.4%）であった。



(13)口腔清掃度

総計で見ると、「良い」割合が17.0%から26.2%になっていた。原疾患の時期別に「良い」割合をみると、急性期では0.0%から10.3%、回復期では21.4%から35.7%、維持期では18.7%から26.9%、終末期では24.1%から34.5%にそれぞれなっていた。

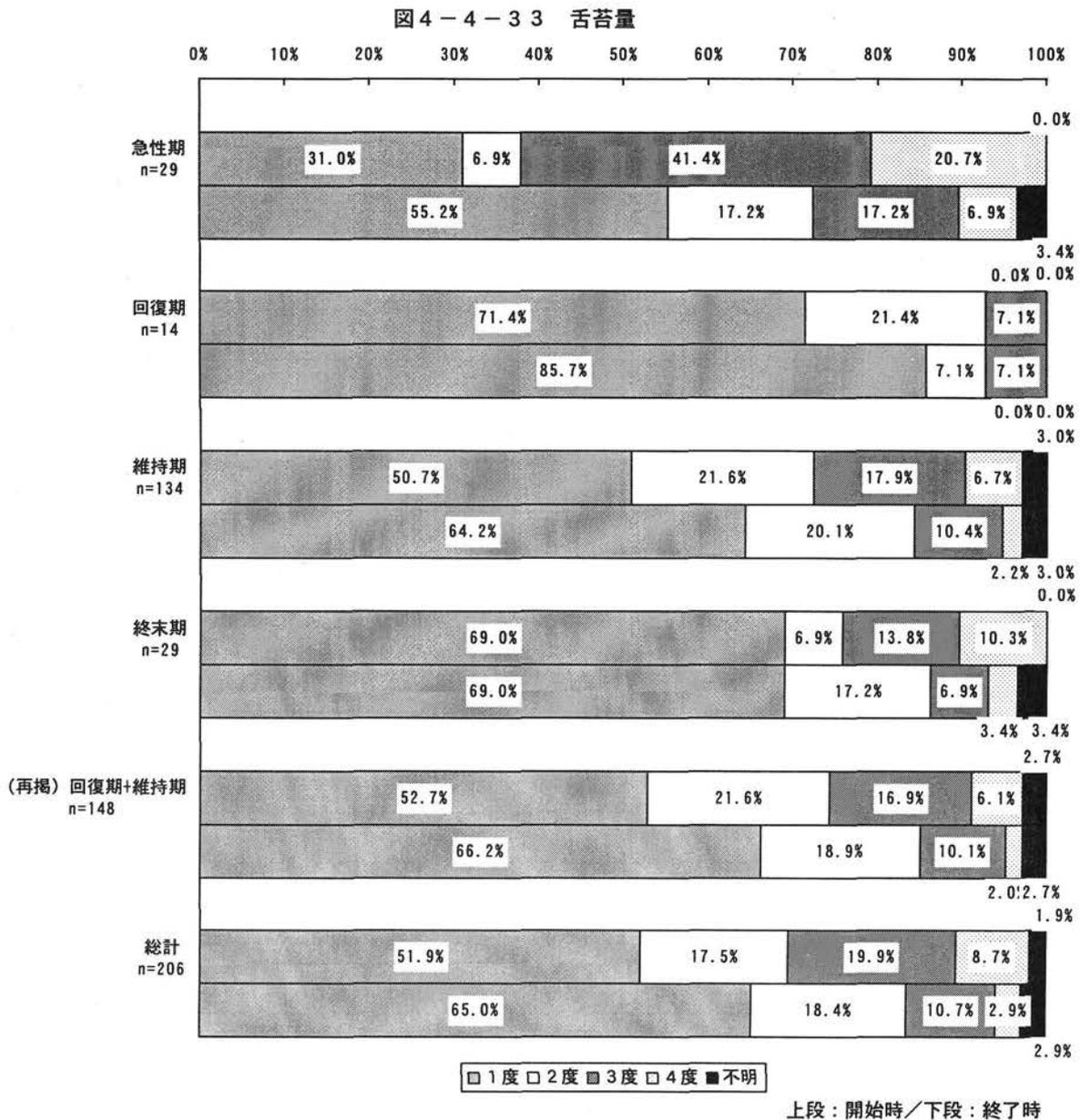
図4-4-32 口腔清掃度



上段：開始時／下段：終了時

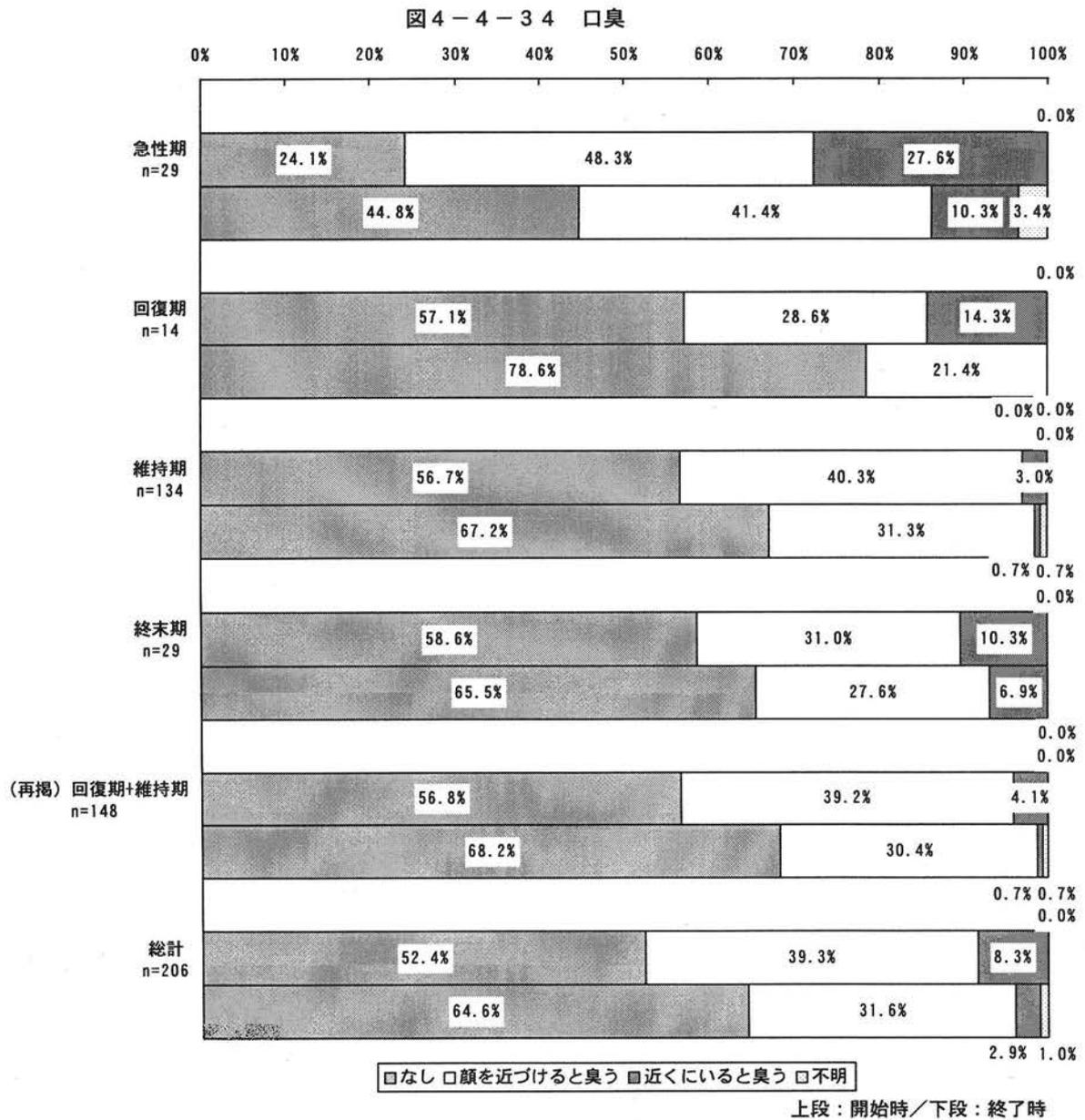
(14)舌苔量

総計でみると、「1度」の割合が51.9%から65.0%になっていた。原疾患の時期別に「1度」の割合をみると、急性期では31.0%から55.2%、回復期では71.4%から85.7%、維持期では50.7%から64.2%にそれぞれなっていた。終末期では69.0%のままであった。



(15)口臭の有無

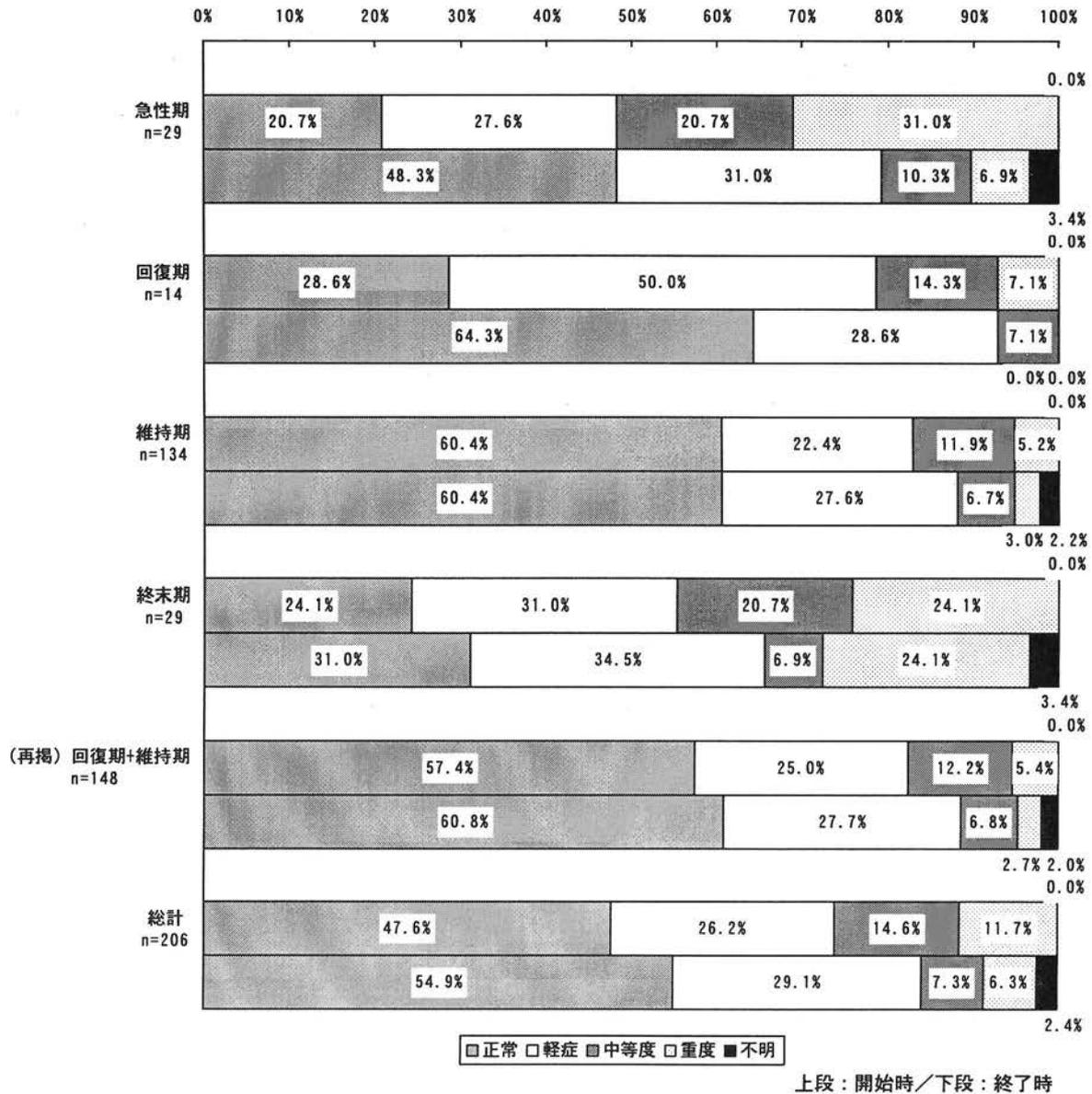
総計で見ると、「なし」の割合が52.4%から64.6%になっていた。原疾患の時期別に「なし」の割合をみると、急性期では24.1%から44.8%、回復期では57.1%から78.6%、維持期では56.7%から67.2%、終末期では58.6%から65.5%にそれぞれなっていた。



(16)唾液湿潤度

総計でみると、「正常」の割合が47.6%から54.9%になっていた。原疾患の時期別に「正常」の割合をみると、急性期では20.7%から48.3%、回復期では28.6%から64.3%、終末期では24.1%から31.0%にそれぞれなっていた。維持期では60.4%のままであった。

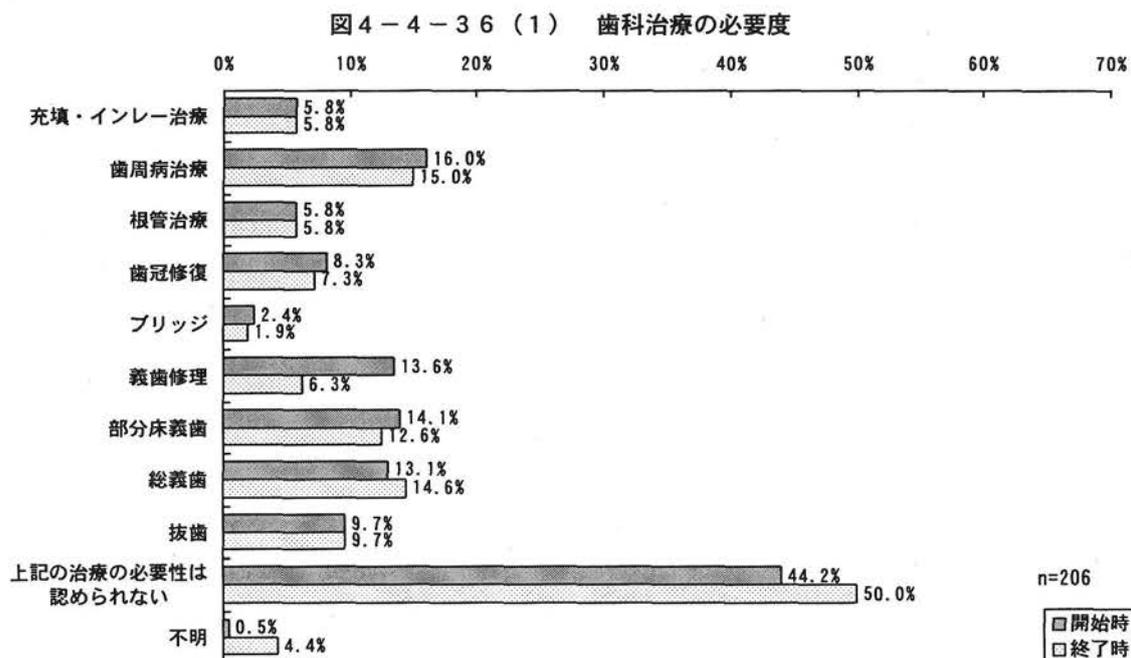
図4-4-35 唾液湿潤度



(17) 歯科治療の必要度(複数回答)

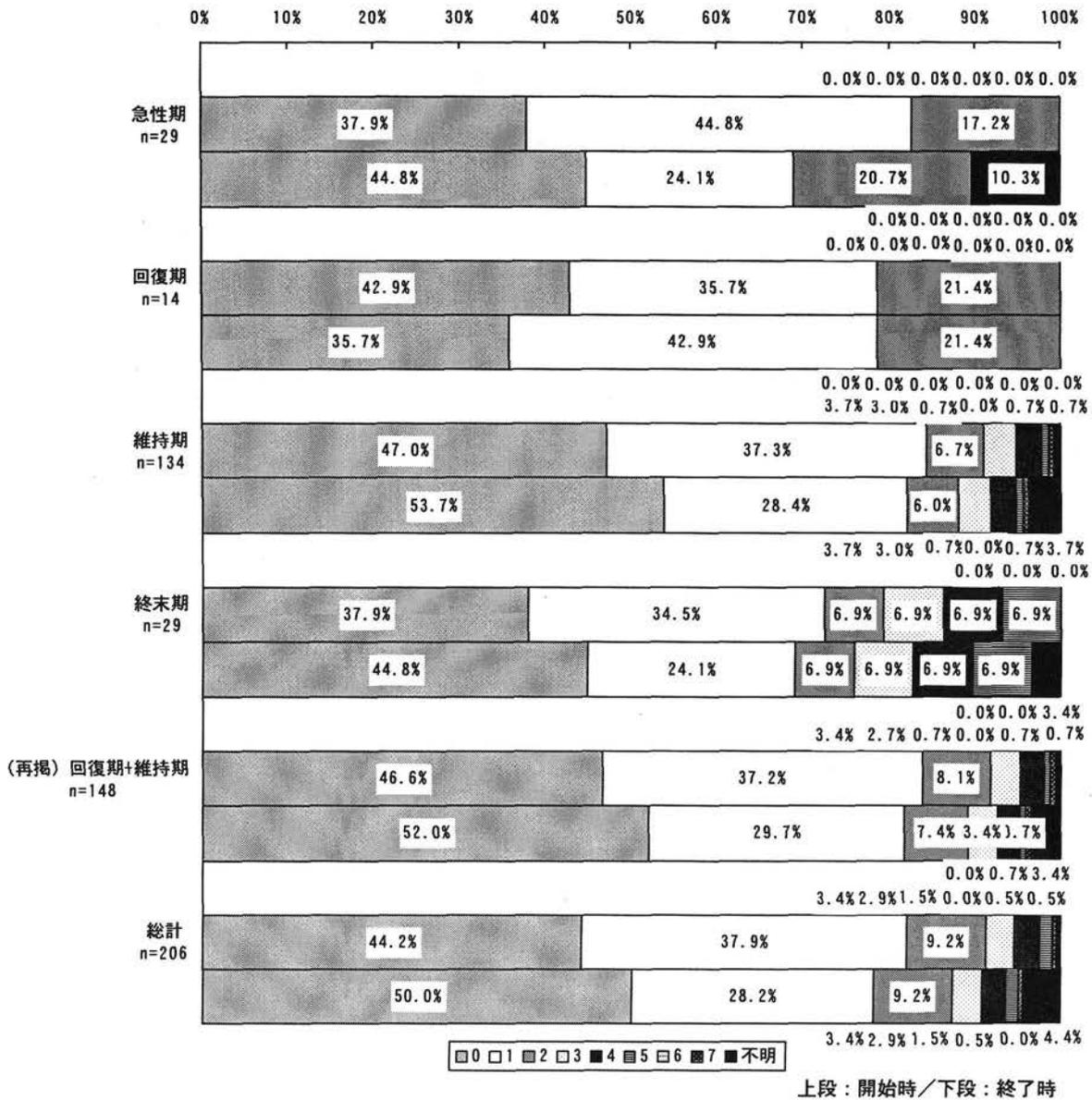
総計でみると、「治療の必要が認められない」と判断される者の割合が44.2%から50.0%になっていた。

プログラム開始時で必要な歯科治療項目をみると、「歯周病治療」が最も多く(16.0%)、次いで「部分床義歯」(14.1%)、「義歯修理」(13.6%)、「総義歯」(13.1%)、「抜歯」(9.7%)、「歯冠修復」(8.3%)、「充填・インレー治療」、「根管治療」(ともに5.8%)、「ブリッジ」(2.4%)であった。



原疾患の時期別に「必要な歯科治療なし（必要な歯科治療項目数0）」の割合をみると、急性期では37.9%から44.8%、回復期では42.9%から35.7%、維持期では47.0%から53.7%、終末期では37.9%から44.8%にそれぞれなっていた。

図4-4-36(2) 歯科治療の必要度（必要な治療項目数）

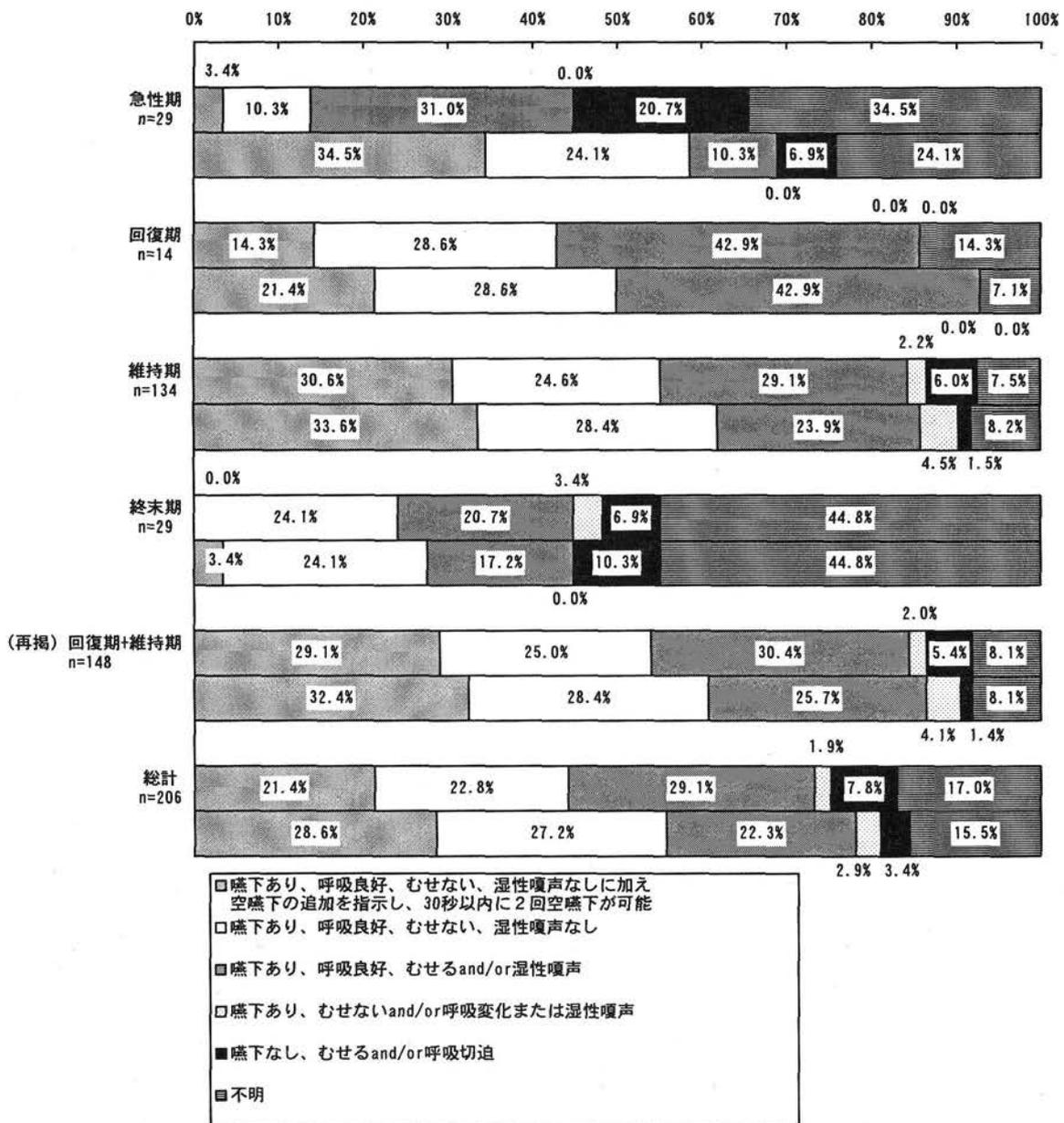


4) 摂食、嚥下の状況

(1) 改訂水飲みテスト

総計で見ると、「嚥下あり、呼吸良好、むせない、湿性嘔声なしに加え空嚥下の追加を指示し、30秒以内に2回空嚥下が可能」の割合が21.4%から28.6%になっていた。原疾患の時期別に「嚥下あり、呼吸良好、むせない、湿性嘔声なしに加え空嚥下の追加を指示し、30秒以内に2回空嚥下が可能」の割合をみると、急性期では3.4%から34.5%、回復期では14.3%から21.4%、維持期では30.6%から33.6%、終末期では0.0%から3.4%になっていた。

図4-4-37 改訂水飲みテスト

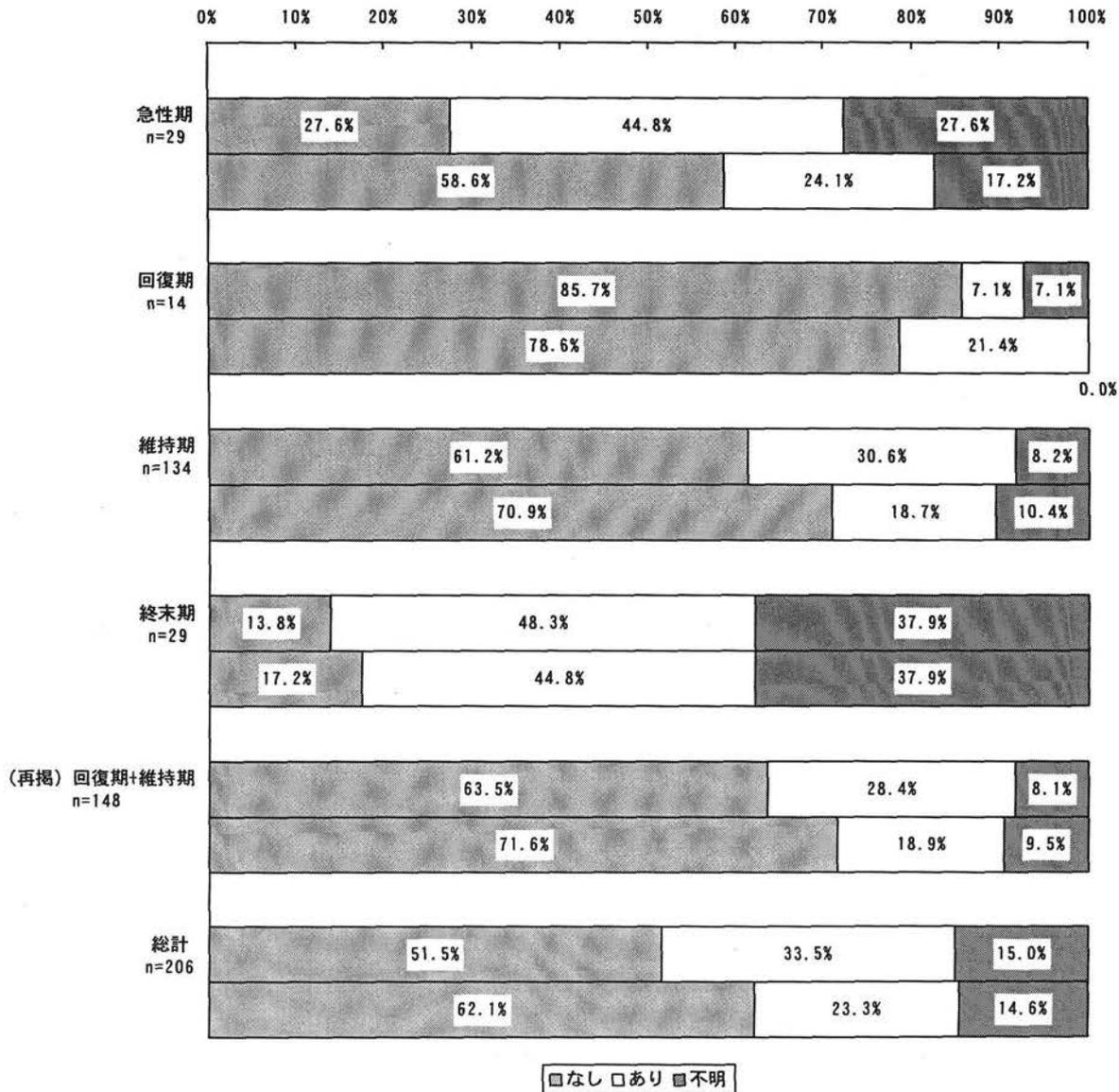


上段：開始時／下段：終了時

(2)フードテスト(嚥下障害)

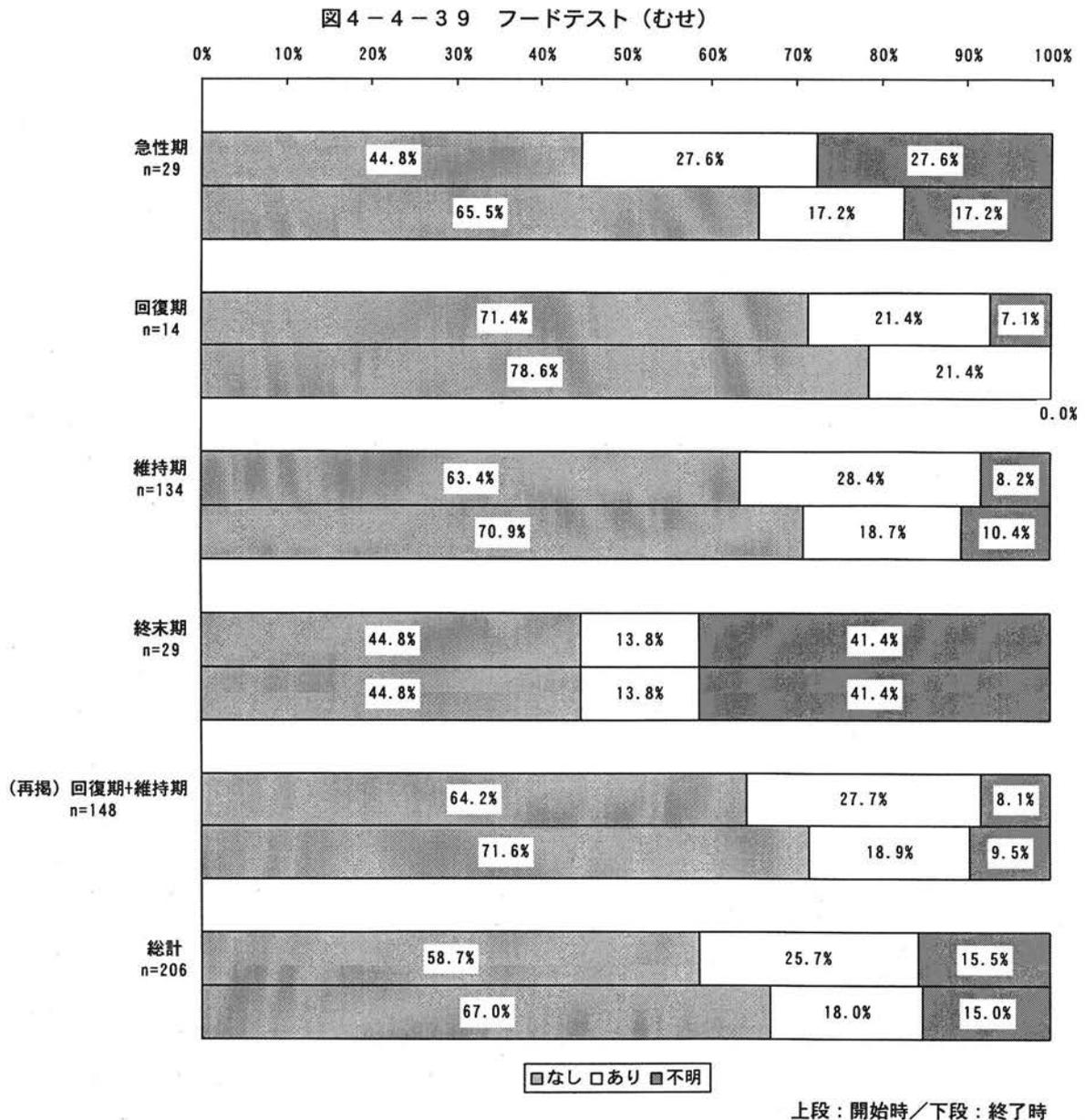
総計でみると、「(嚥下障害) なし」の割合が 51.5%から 62.1%になっていた。
 原疾患の時期別に「(嚥下障害)なし」の割合をみると、急性期では 27.6%から 58.6%、
 回復期では 85.7%から 78.6%、維持期では 61.2%から 70.9%、終末期では 13.8%
 から 17.2%にそれぞれなっていた。

図4-4-38 フードテスト(嚥下障害)



(3)フードテスト(むせ)

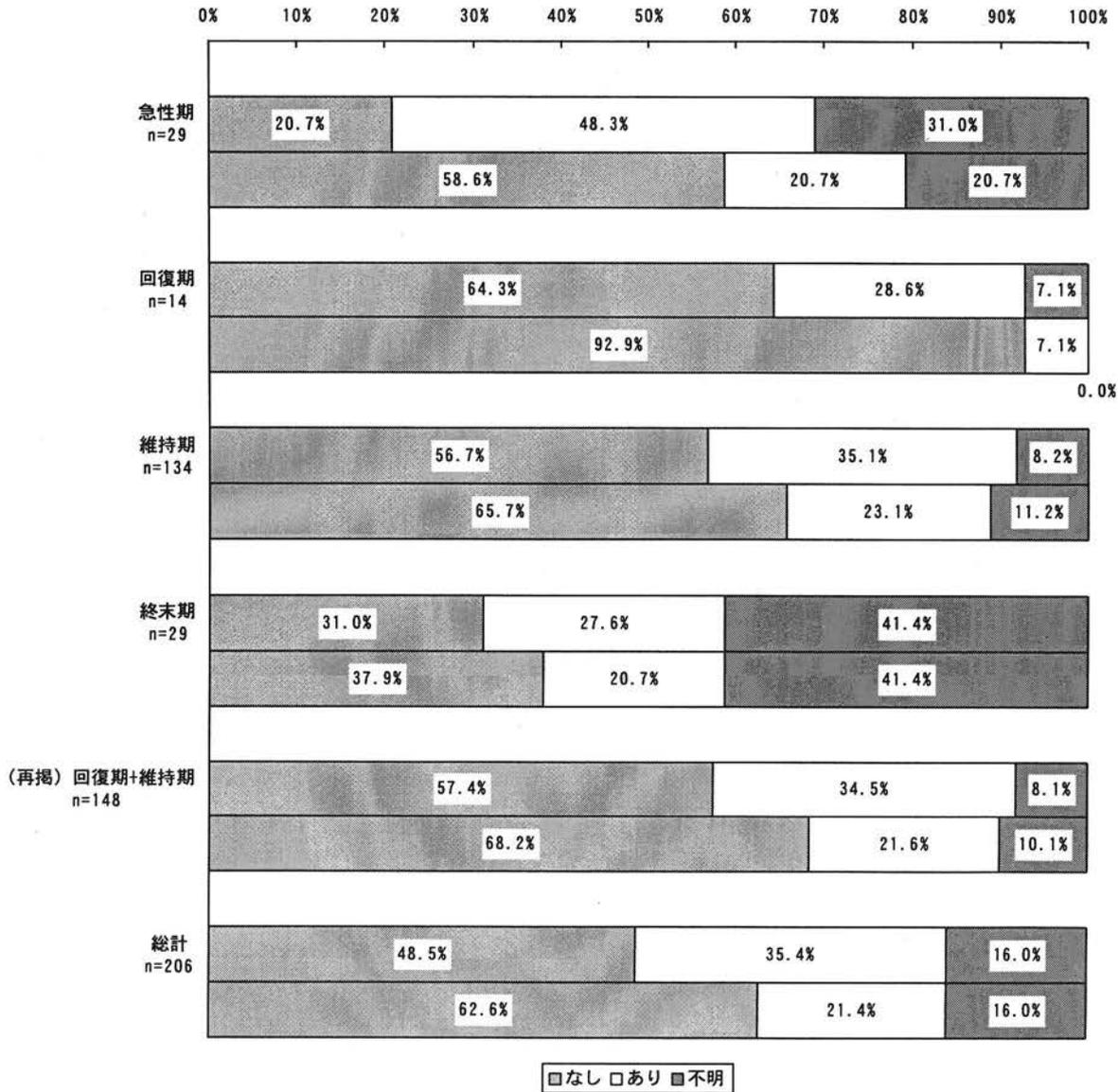
総計で見ると、「(むせ) なし」の割合が 58.7%から 67.0%になっていた。原疾患の時期別に「(むせ) なし」の割合をみると、急性期では 44.8%から 65.5%、回復期では 71.4%から 78.6%、維持期では 63.4%から 70.9%にそれぞれなっていた。終末期では 44.8%のままであった。



(4)フードテスト(口腔内残留)

総計でみると、「(口腔内残留)なし」の割合が48.5%から62.6%になっていた。
 原疾患の時期別に「(口腔内残留)なし」の割合をみると、急性期では20.7%から58.6%、回復期では64.3%から92.9%、維持期では56.7%から65.7%、終末期では31.0%から37.9%にそれぞれなっていた。

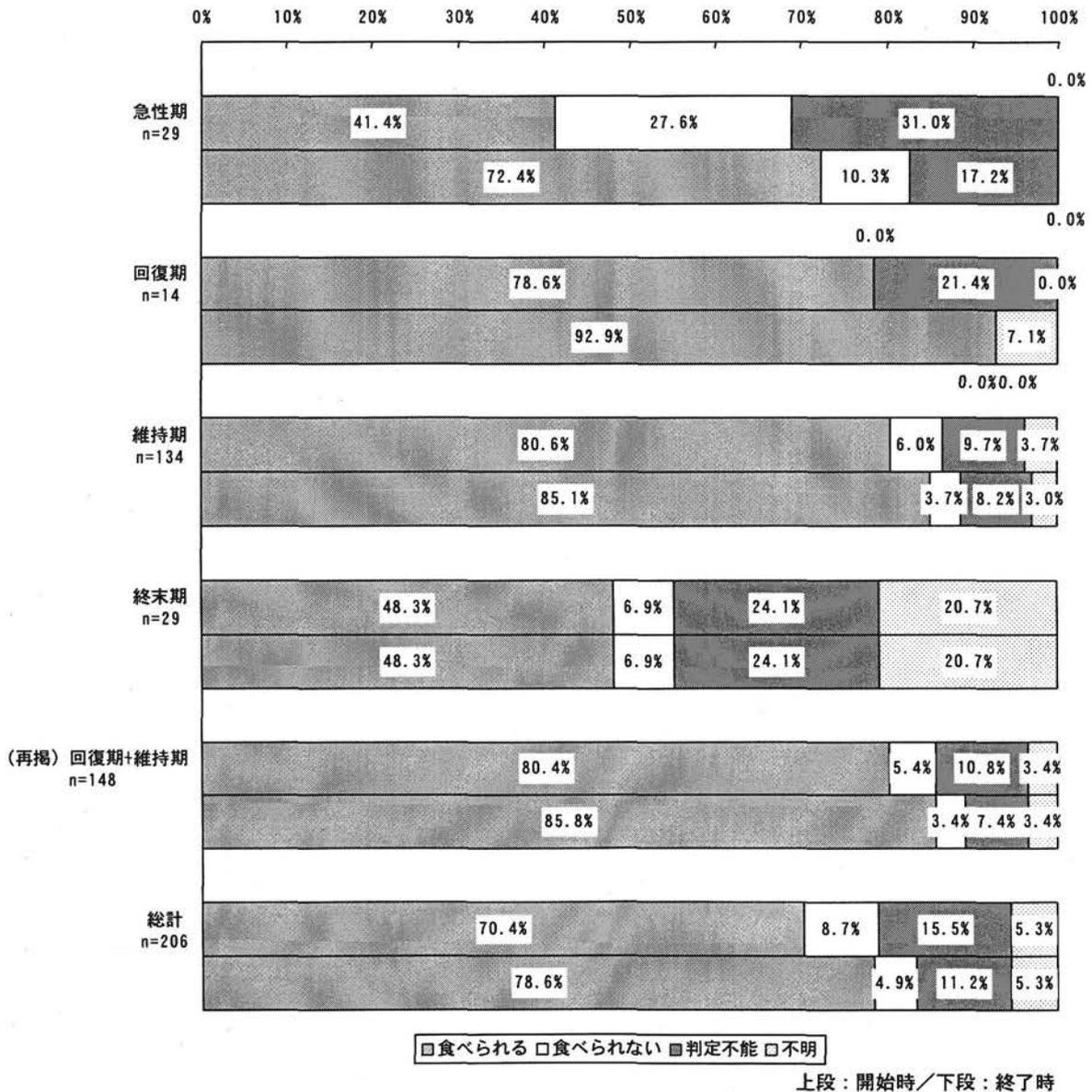
図4-4-40 フードテスト(口腔内残留)



(5)咀嚼の状況(スープ、流動食)

総計でみると、「(スープ、流動食を) 食べられる」割合が 70.4%から 78.6%になっていた。原疾患の時期別に「(スープ、流動食を) 食べられる」割合をみると、急性期では 41.4%から 72.4%、回復期では 78.6%から 92.9%、維持期では 80.6%から 85.1%にそれぞれなっていた。終末期では 48.3%のままであった。

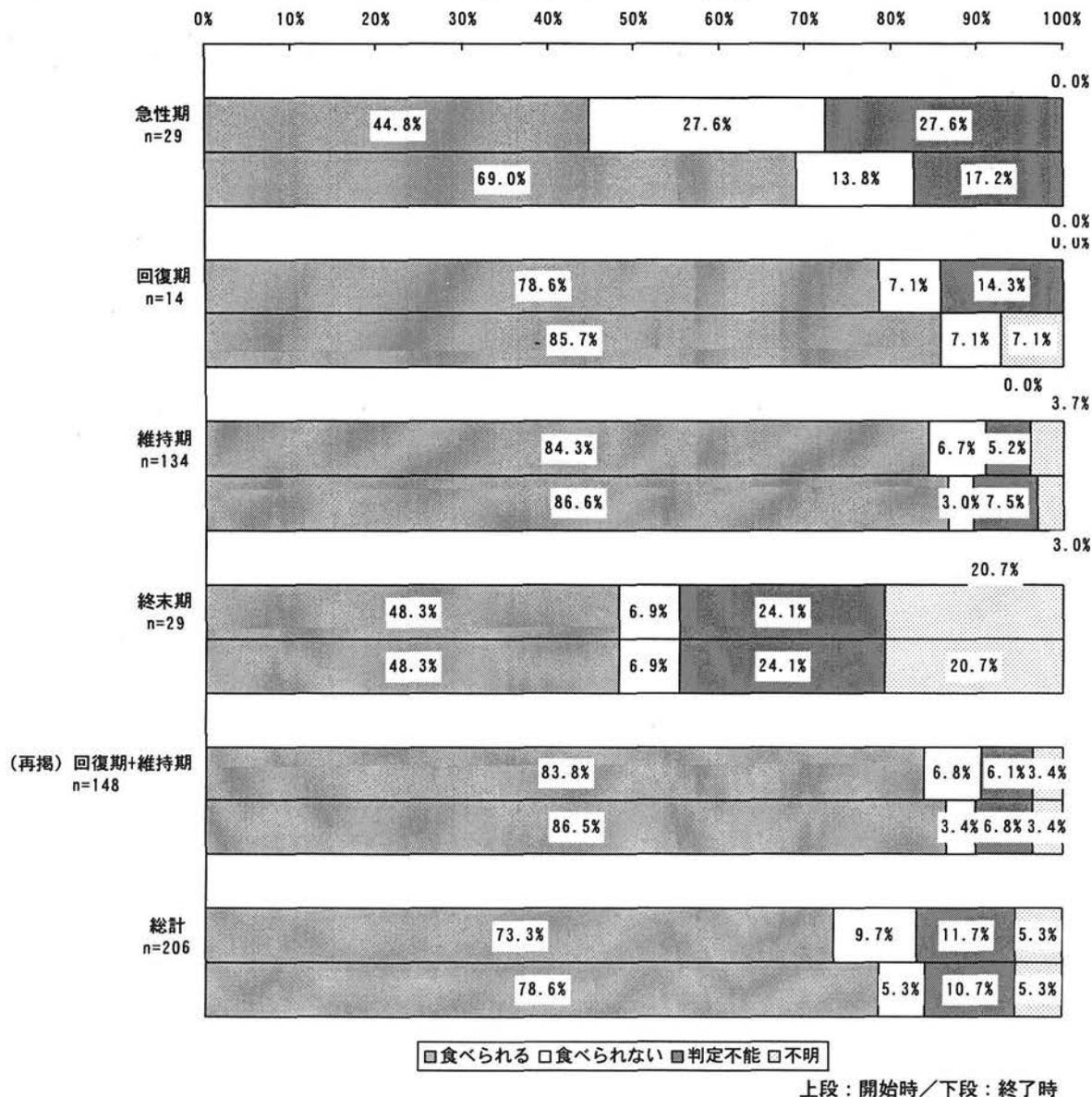
図 4-4-4 1 咀嚼の状況 (スープ、流動食)



(6)咀嚼の状況(おかゆ、豆腐、プリン、ゼリー、ゆで卵)

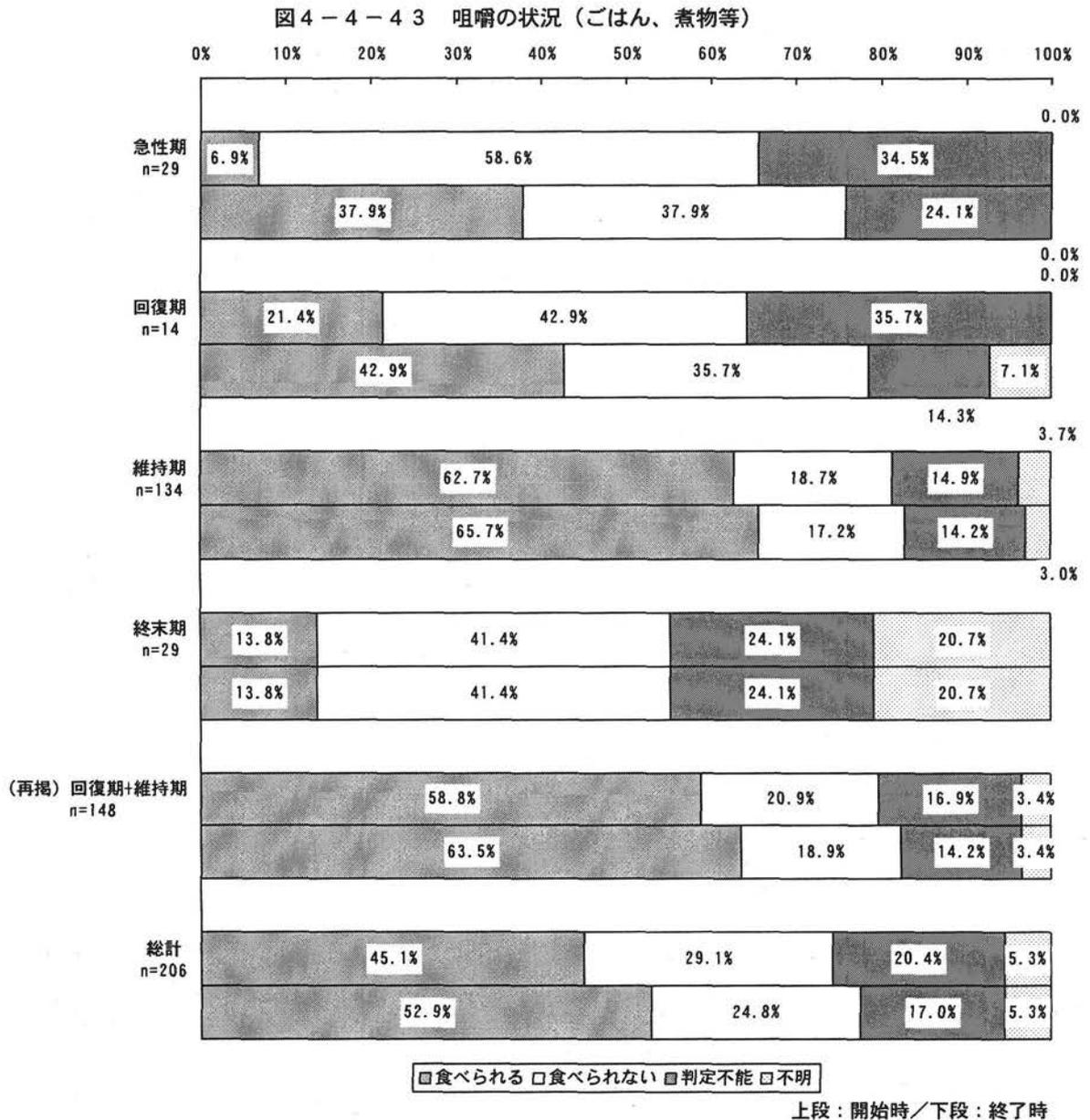
総計でみると、「(おかゆ、豆腐、プリン、ゼリー、ゆで卵を) 食べられる」割合が73.3%から78.6%になっていた。原疾患の時期別に「(おかゆ、豆腐、プリン、ゼリー、ゆで卵を) 食べられる」割合をみると、急性期では44.8%から69.0%、回復期では、78.6%から85.7%、維持期は84.3%から86.6%にそれぞれなっていた。終末期では48.3%のままであった。

図4-4-42 咀嚼の状況(おかゆ、豆腐等)



(7)咀嚼の状況(ごはん、煮物、はんぺん、バナナ、マグロの刺身)

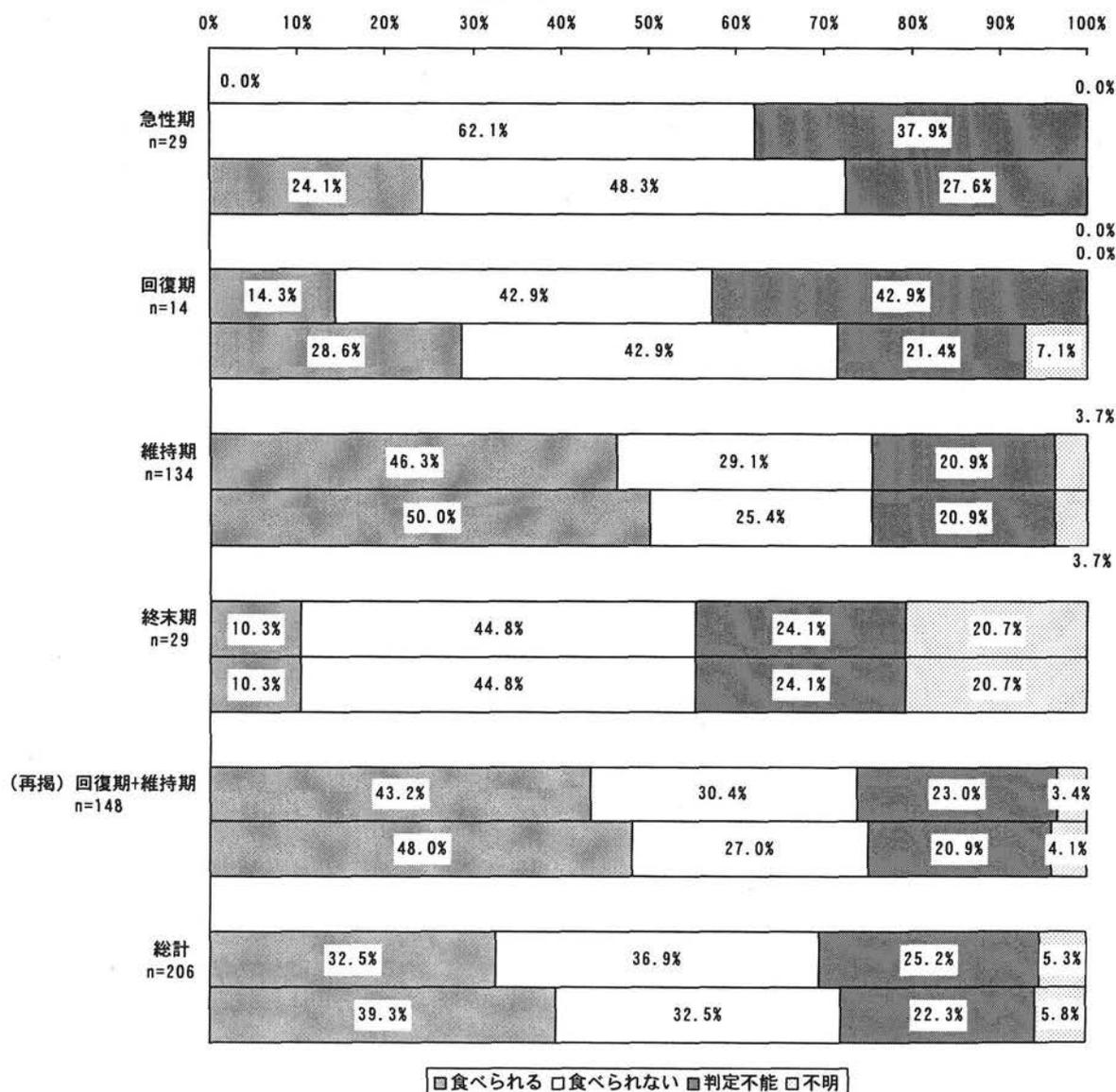
総計でみると、「(ごはん、煮物、はんぺん、バナナ、マグロの刺身を) 食べられる」割合が 45.1%から 52.9%になっていた。原疾患の時期別に「(ごはん、煮物、はんぺん、バナナ、マグロの刺身を) 食べられる」割合をみると、急性期では 6.9%から 37.9%、回復期では 21.4%から 42.9%、維持期では 62.7%から 65.7%にそれぞれなっていた。終末期では 13.8%のままであった。



(8)咀嚼の状況(おこわ、ハム、かまぼこ、こんにゃく、ビスケット)

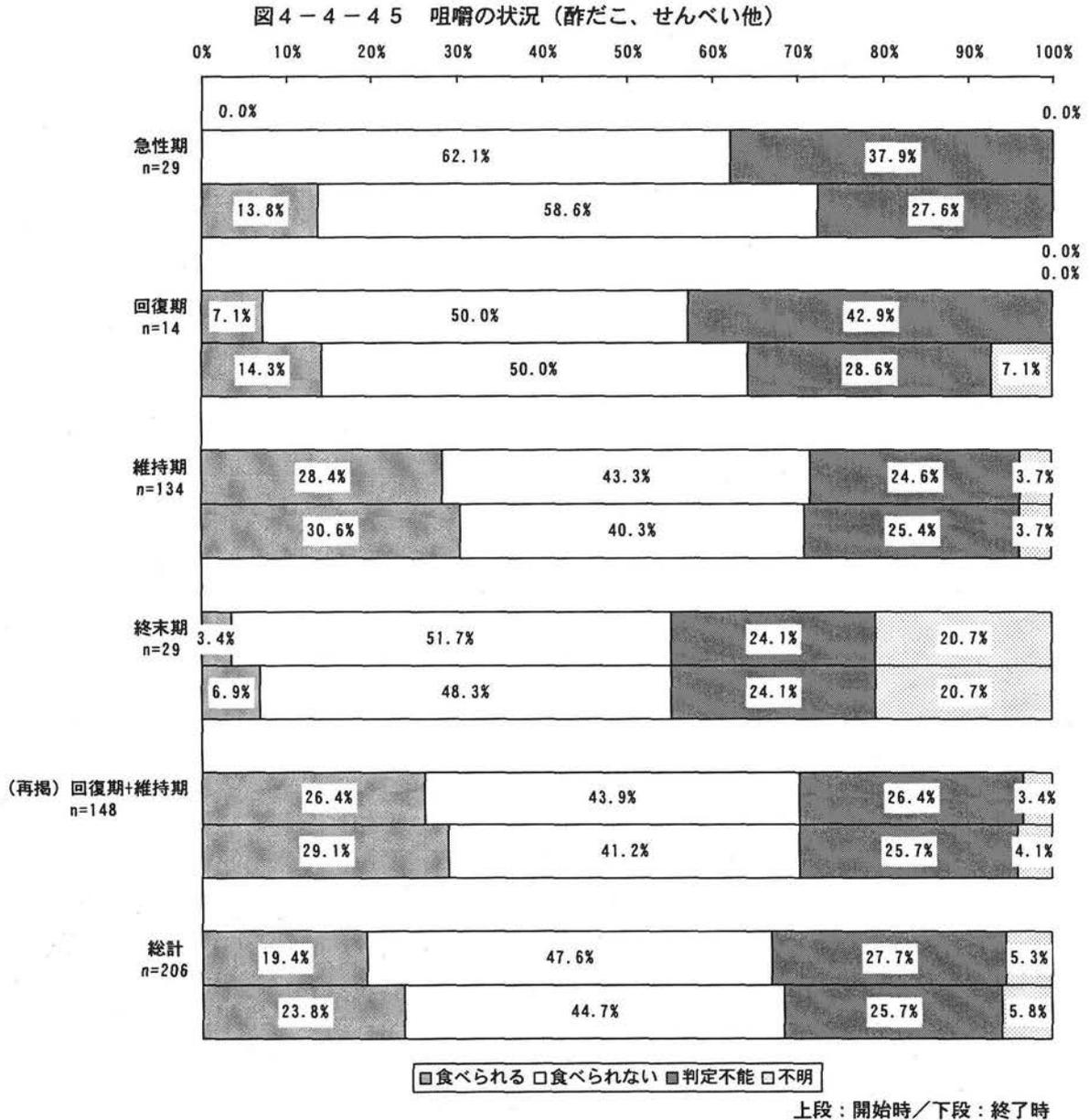
総計でみると、「(おこわ、ハム、かまぼこ、こんにゃく、ビスケットを) 食べられる」割合が32.5%から39.3%になっていた。原疾患の時期別に「(おこわ、ハム、かまぼこ、こんにゃく、ビスケットを) 食べられる」割合をみると、急性期では0.0%から24.1%、回復期では14.3%から28.6%、維持期では46.3%から50.0%にそれぞれなっていた。終末期では10.3%のままであった。

図4-4-4 咀嚼の状況(おこわ、ハム他)



(9)咀嚼の状況(酢だこ、せんべい、らっきょう、ステーキ)

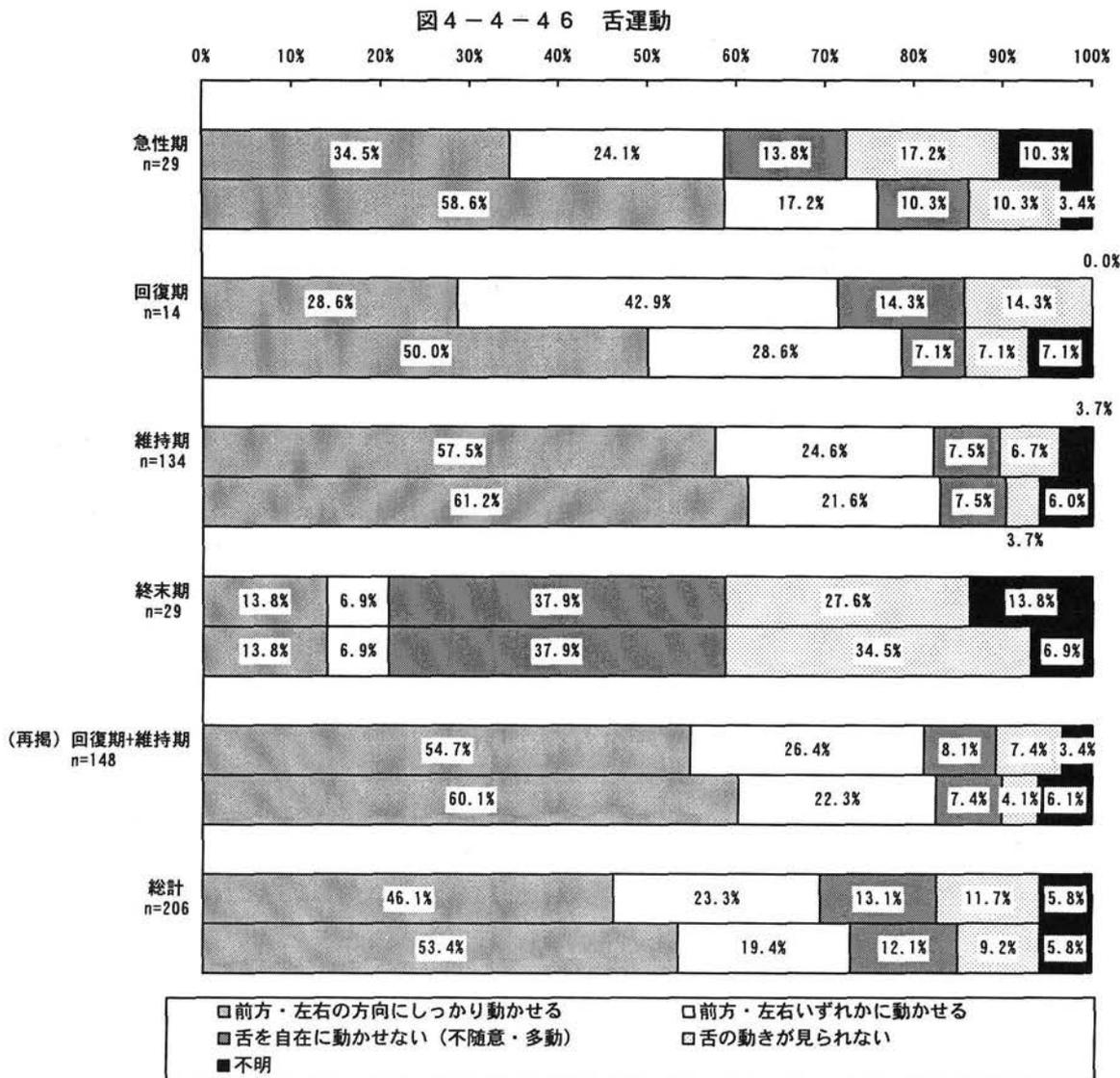
総計でみると、「(酢だこ、せんべい、らっきょう、ステーキを) 食べられる」割合が19.4%から23.8%になっていた。原疾患の時期別に「(酢だこ、せんべい、らっきょう、ステーキを) 食べられる」割合をみると、急性期では0.0%から13.8%、回復期では7.1%から14.3%、維持期では28.4%から30.6%、終末期では3.4%から6.9%にそれぞれなっていた。



5) 神経学的な状況

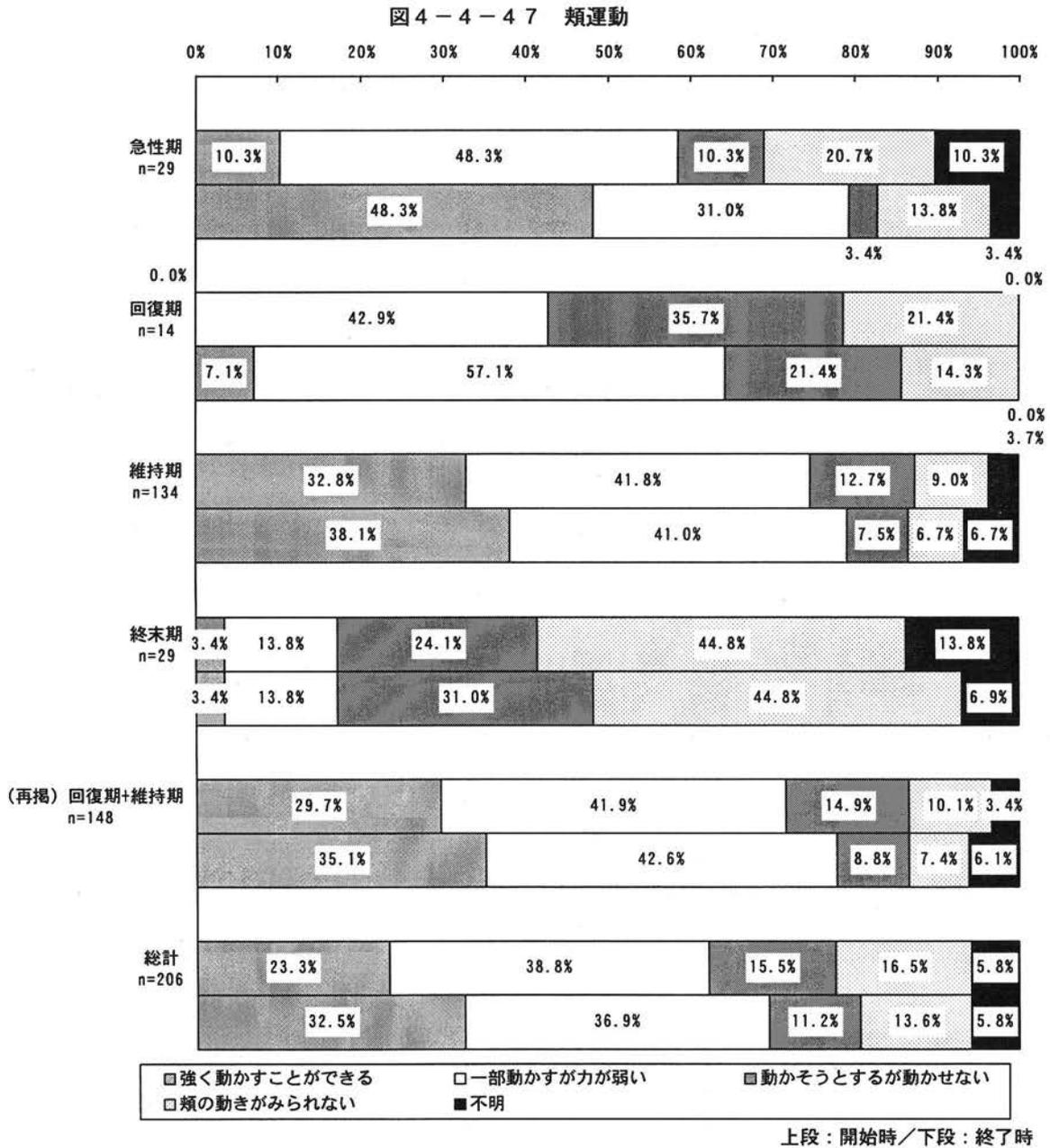
(1) 舌運動

総計で見ると、「前方・左右の方向にしっかり動かせる」割合が46.1%から53.4%になっていた。原疾患の時期別に「前方・左右の方向にしっかり動かせる」割合をみると、急性期では34.5%から58.6%、回復期では28.6%から50.0%、維持期では57.5%から61.2%にそれぞれなっていた。終末期では13.8%のままであった。



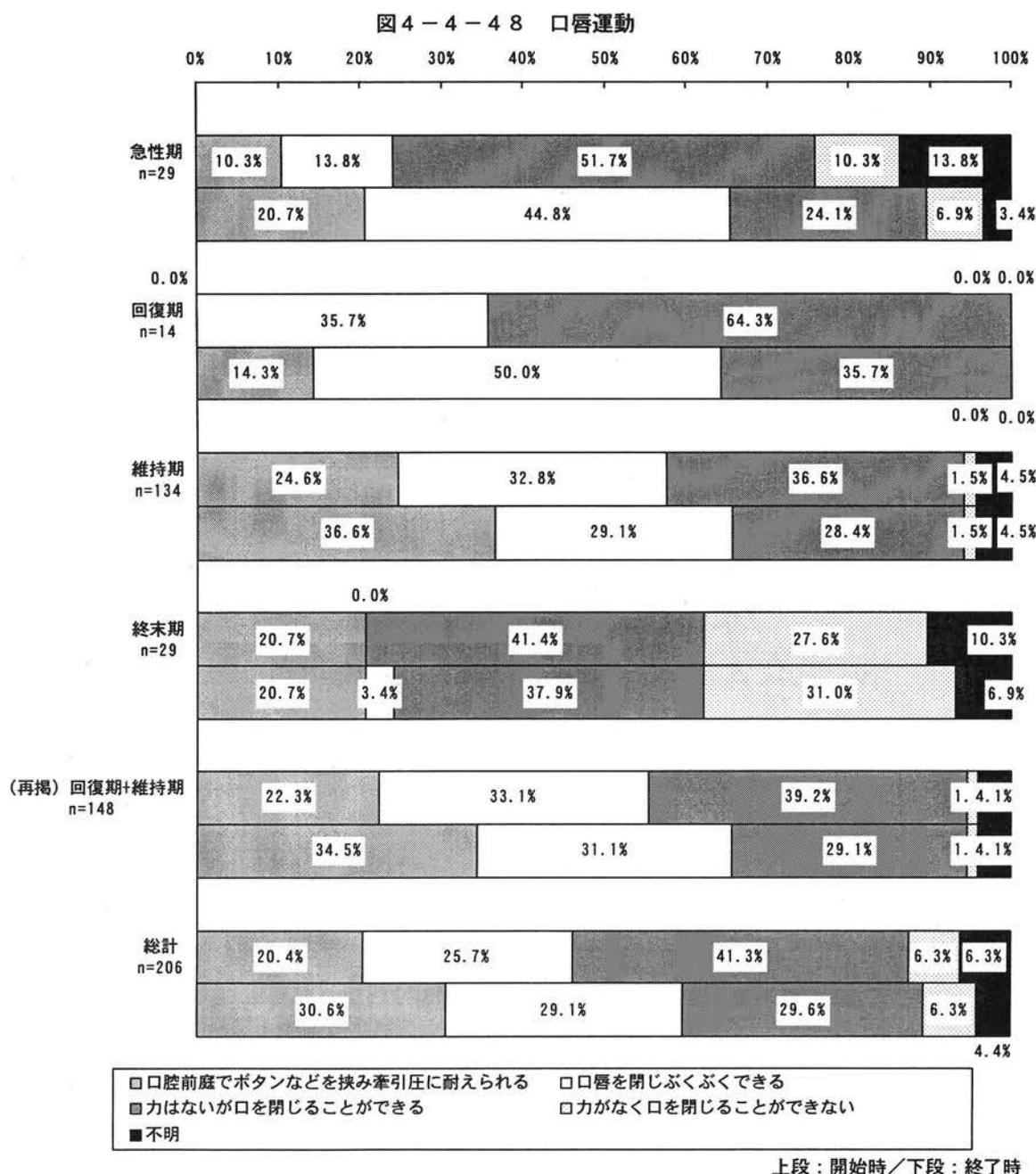
(2) 頬運動

総計で見ると、「強く動かすことができる」割合が 23.3% から 32.5% になっていた。原疾患の時期別に「強く動かすことができる」割合をみると、急性期では 10.3% から 48.3%、回復期では 0.0% から 7.1%、維持期では 32.8% から 38.1% にそれぞれなっていた。終末期では 3.4% のままであった。



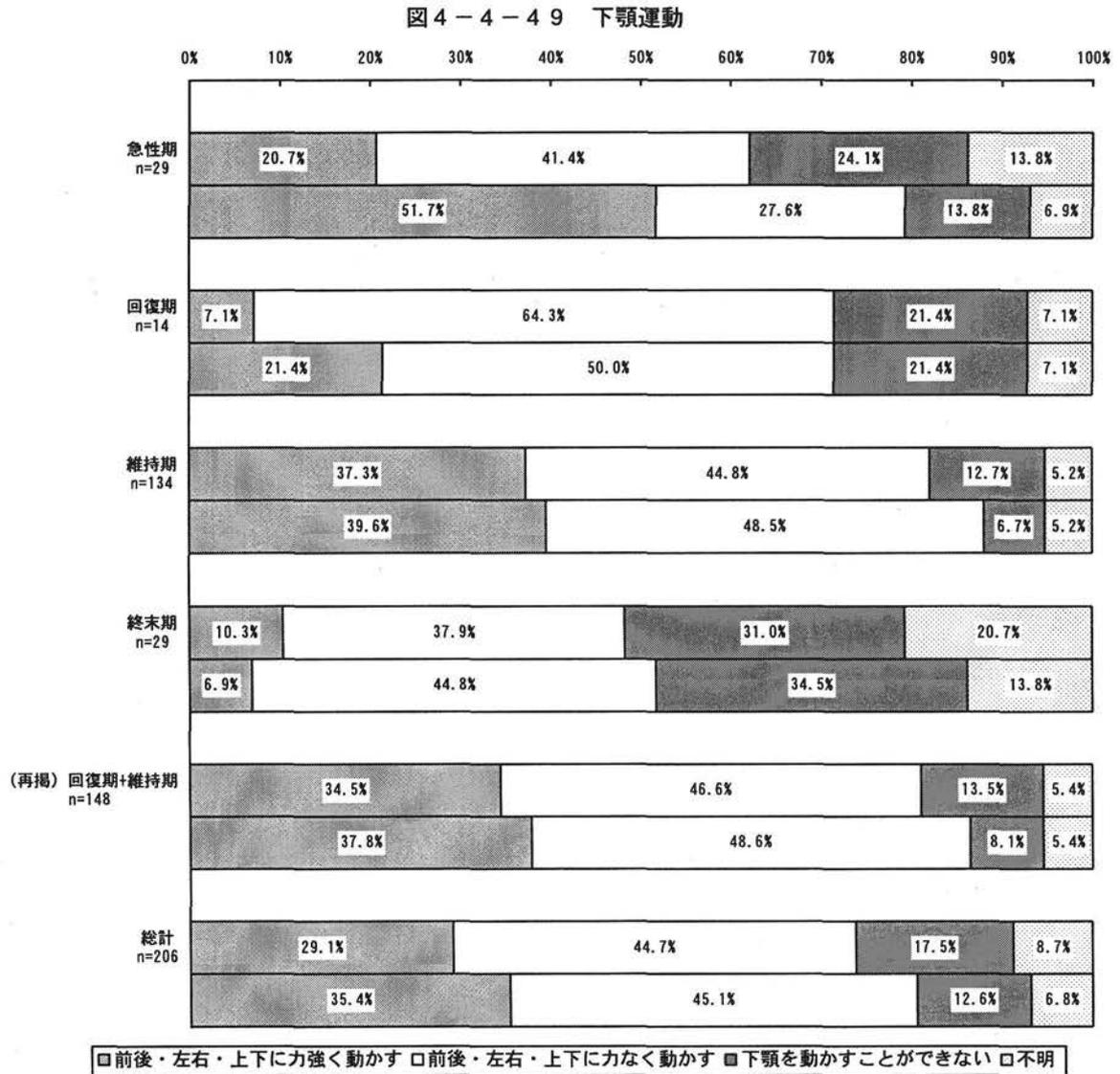
(3)口唇運動

総計でみると、「口腔前庭でボタンなどを挟み牽引圧に耐えられる」割合が20.4%から30.6%になっていた。原疾患の時期別に「口腔前庭でボタンなどを挟み牽引圧に耐えられる」割合をみると、急性期では10.3%から20.7%、回復期では0.0%から14.3%、維持期では24.6%から36.6%にそれぞれなっていた。終末期では20.7%のままであった。



(4)下顎運動

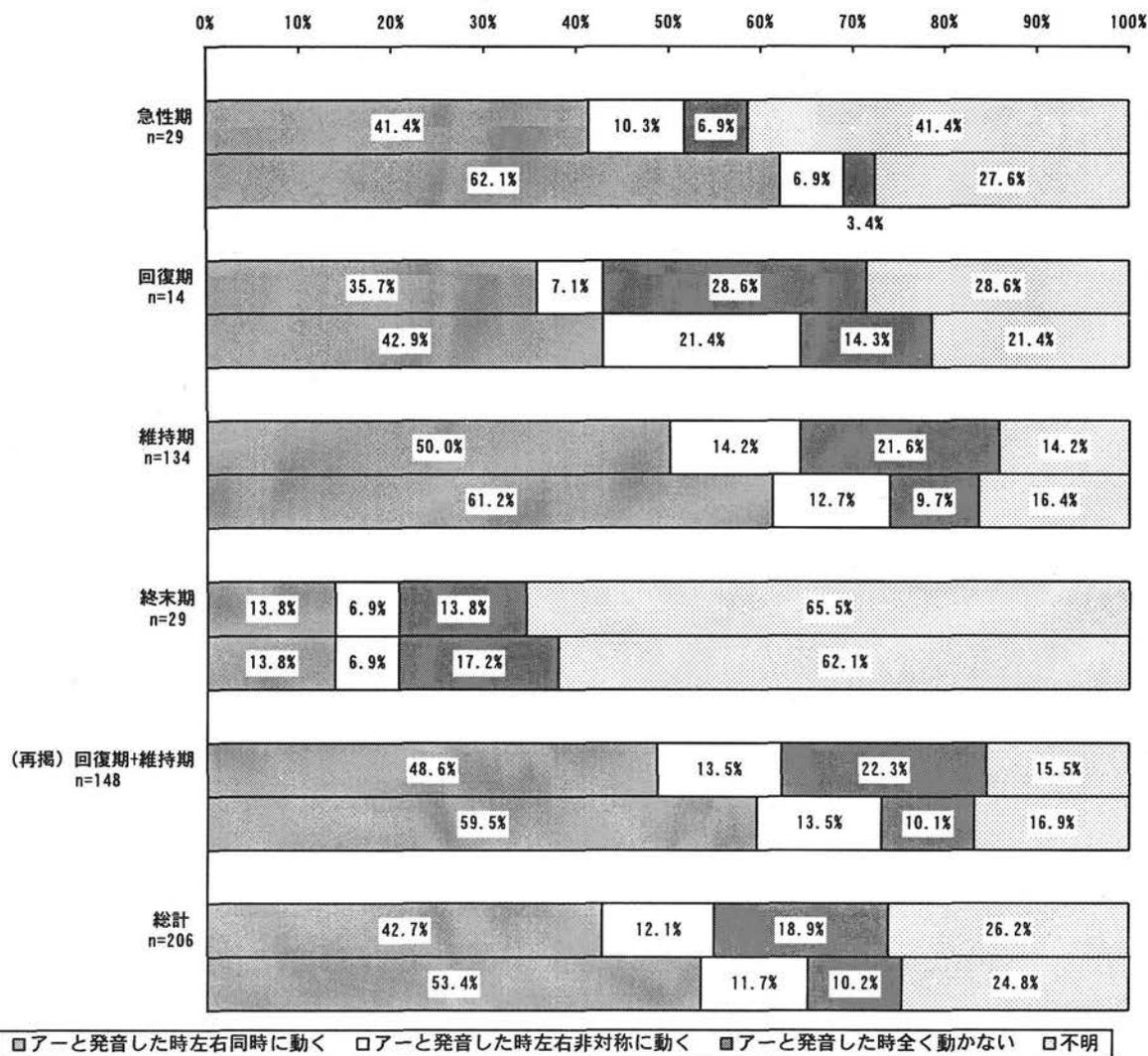
総計で見ると、「前後・左右・上下に力強く動かす」ことができる割合が29.1%から35.4%になっていた。原疾患の時期別に「前後・左右・上下に力強く動かす」ことができる割合をみると、急性期では20.7%から51.7%、回復期では7.1%から21.4%、維持期では37.3%から39.6%、終末期では10.3%から6.9%にそれぞれなっていた。



(5)軟口蓋運動

総計で見ると、「アーと発音した時左右同時に動く」割合が42.7%から53.4%になっていた。原疾患の時期別に「アーと発音した時左右同時に動く」割合をみると、急性期では41.4%から62.1%、回復期では35.7%から42.9%、維持期では50.0%から61.2%にそれぞれなっていた。終末期では13.8%のままであった。

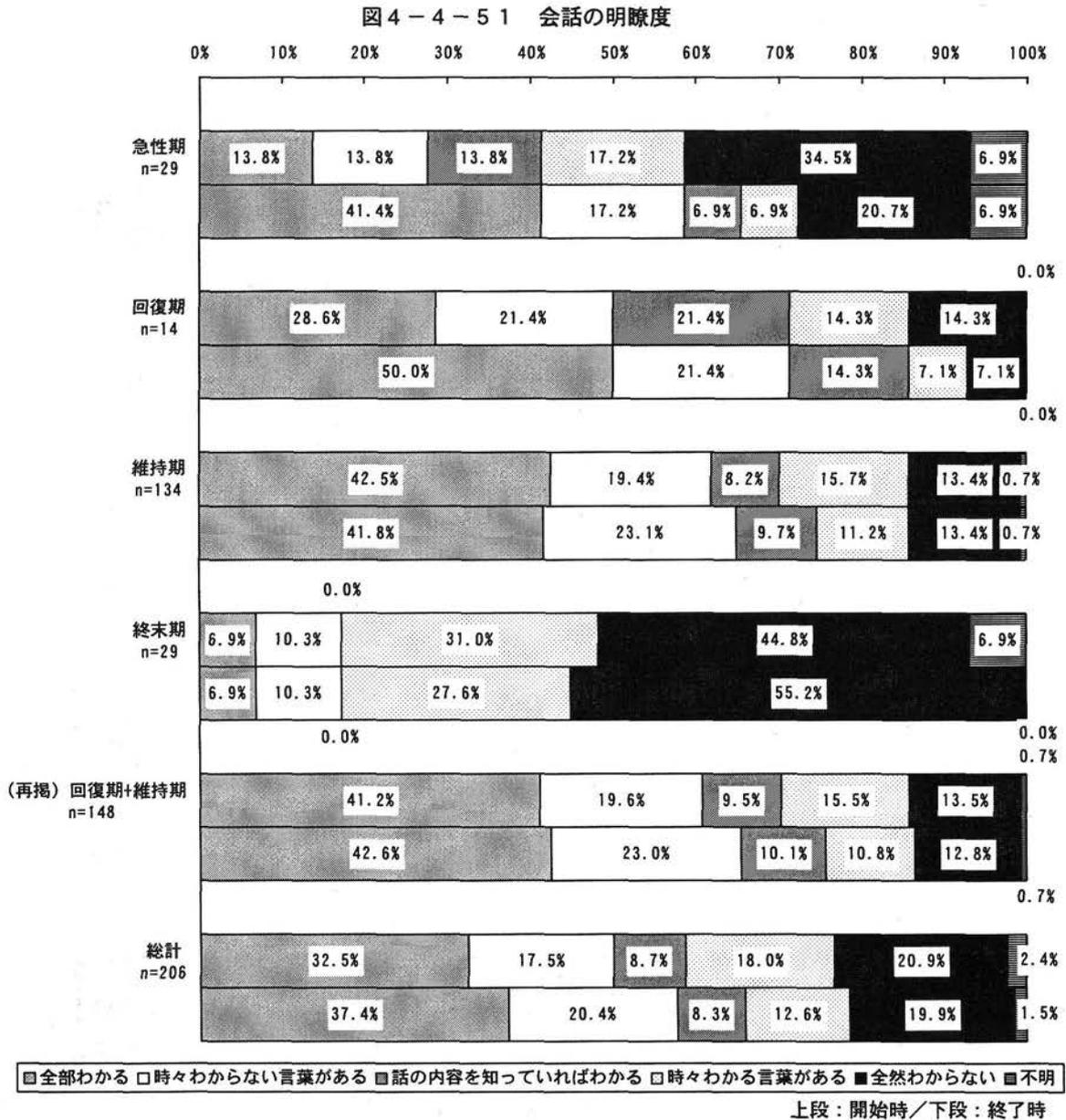
図4-4-50 軟口蓋運動



上段：開始時／下段：終了時

6) 意思疎通の状況（会話の明瞭度）

総計で見ると、「(会話が)全部わかる」割合が32.5%から37.4%になっていた。原疾患の時期別に「(会話が)全部わかる」割合をみると、急性期では13.8%から41.4%、回復期では28.6%から50.0%、維持期では42.5%から41.8%にそれぞれなっていた。終末期では6.9%のままであった。

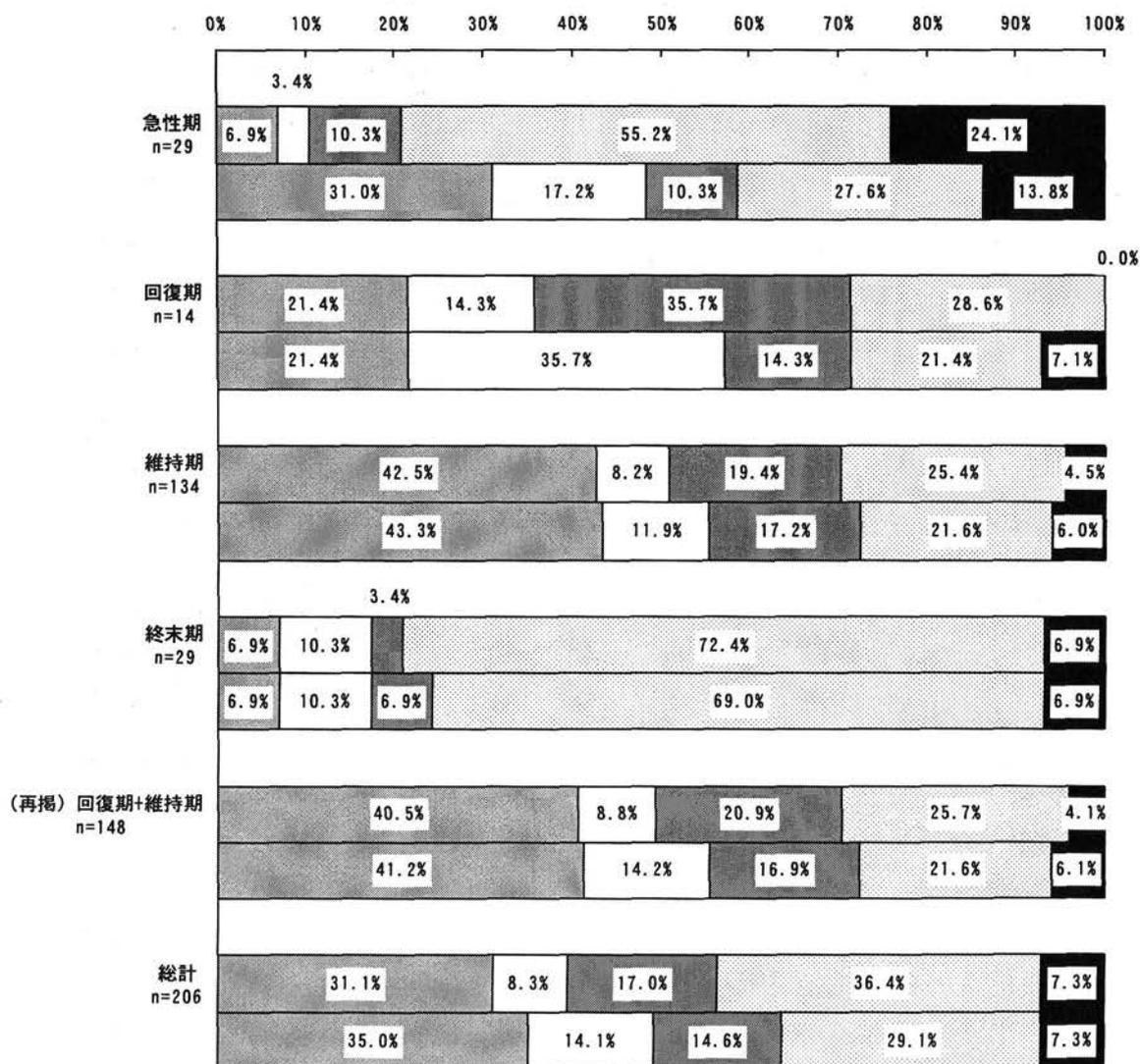


7) 食事の状況

(1) 食事の自立度

総計でみると、「自立」して食事をする割合が 31.1% から 35.0% になっていた。原疾患の時期別に「自立」して食事をする割合をみると、急性期では 6.9% から 31.0%、維持期では 42.5% から 43.3% にそれぞれなっていた。回復期では 21.4% のまま、終末期では 6.9% のままであった。

図 4-4-52 食事の自立度

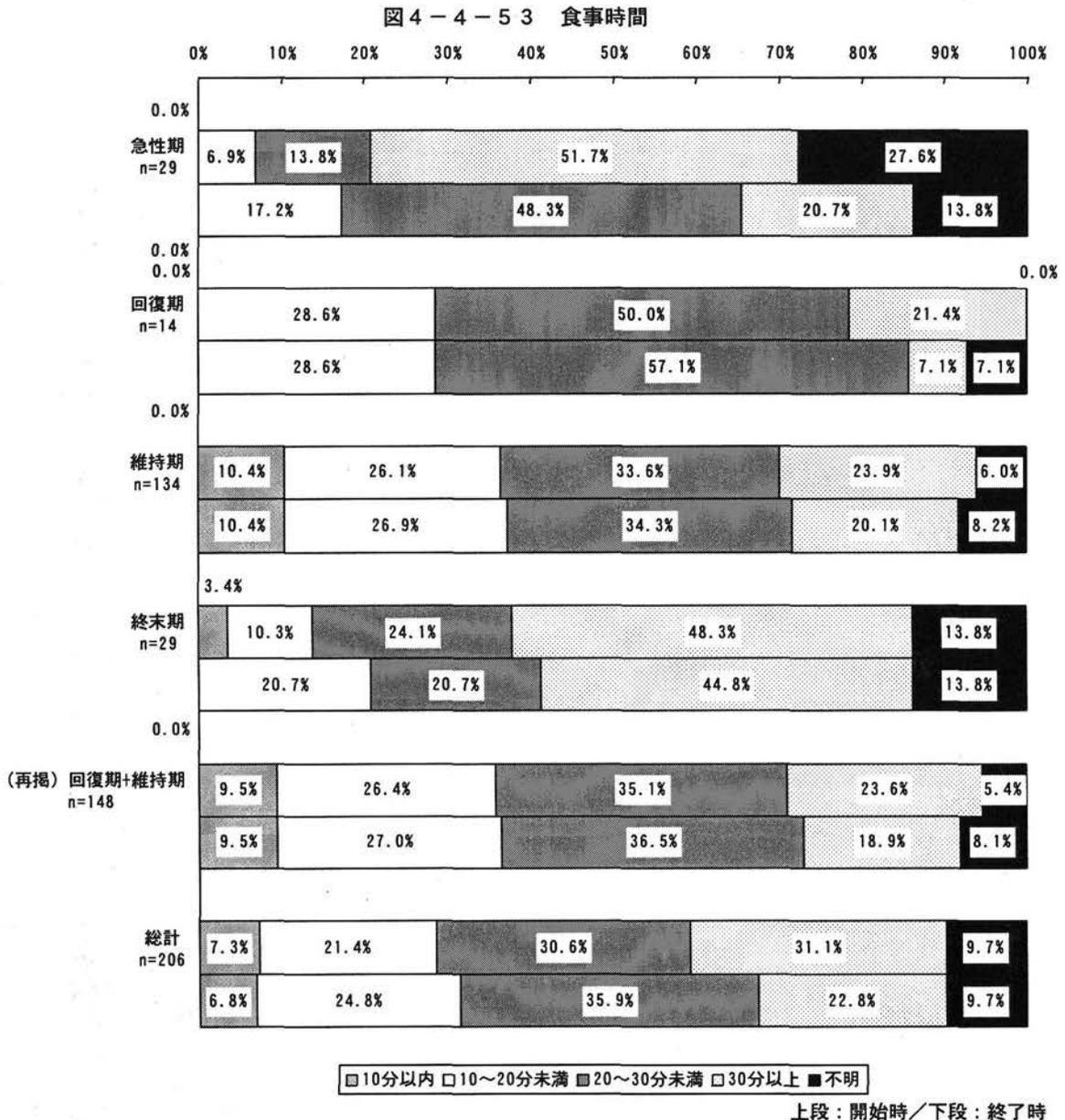


□ 自立 □ 見守りが必要 ■ 一部介助 □ 全介助 ■ 不明

上段：開始時 / 下段：終了時

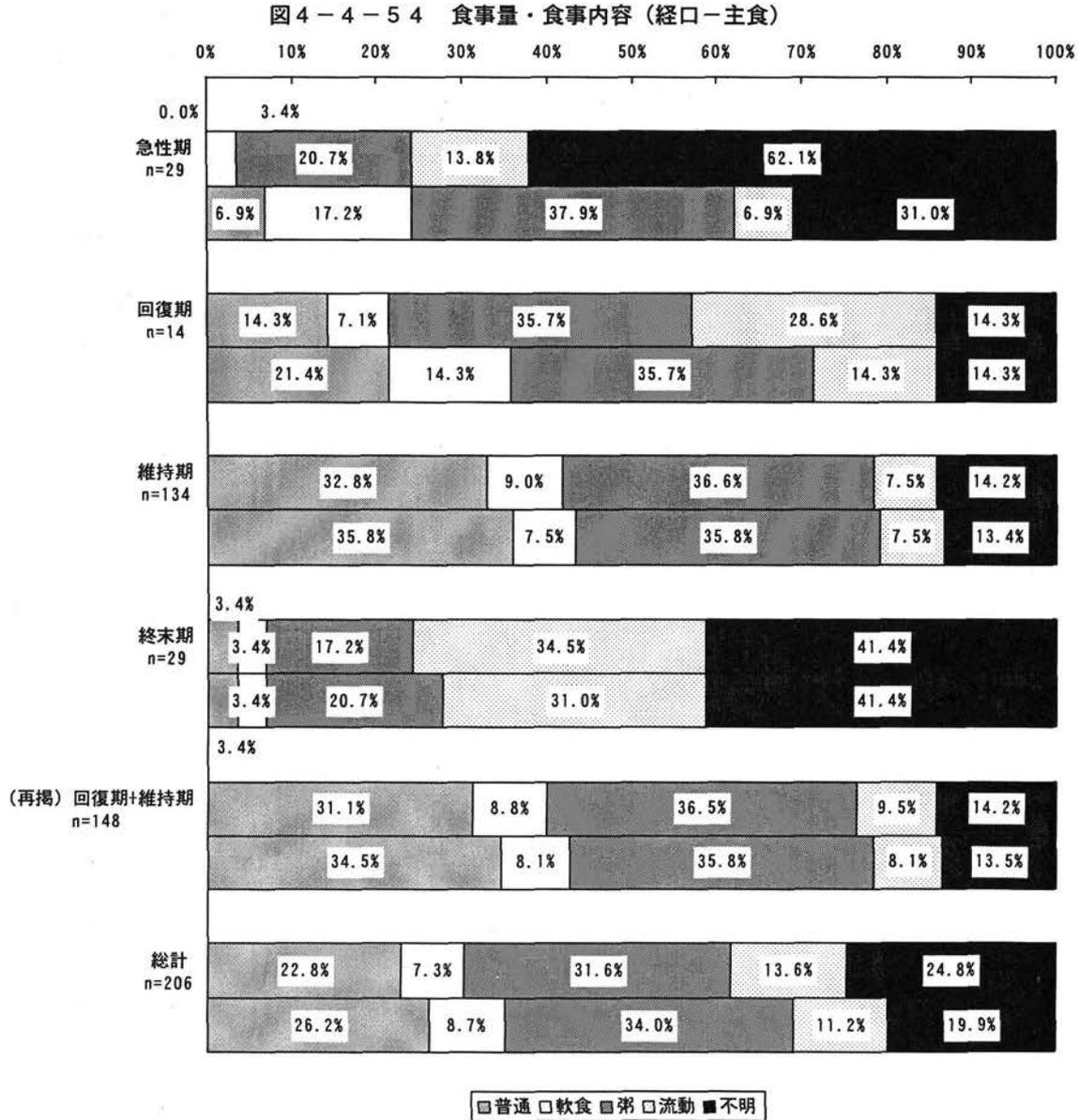
(2)食事時間

総計でみると、食事に「30分以上」かかる割合が31.1%から22.8%になっていた。原疾患の時期別に食事に「30分以上」かかる割合をみると、急性期では51.7%から20.7%、回復期では21.4%から7.1%、維持期では23.9%から20.1%、終末期では48.3%から44.8%にそれぞれなっていた。



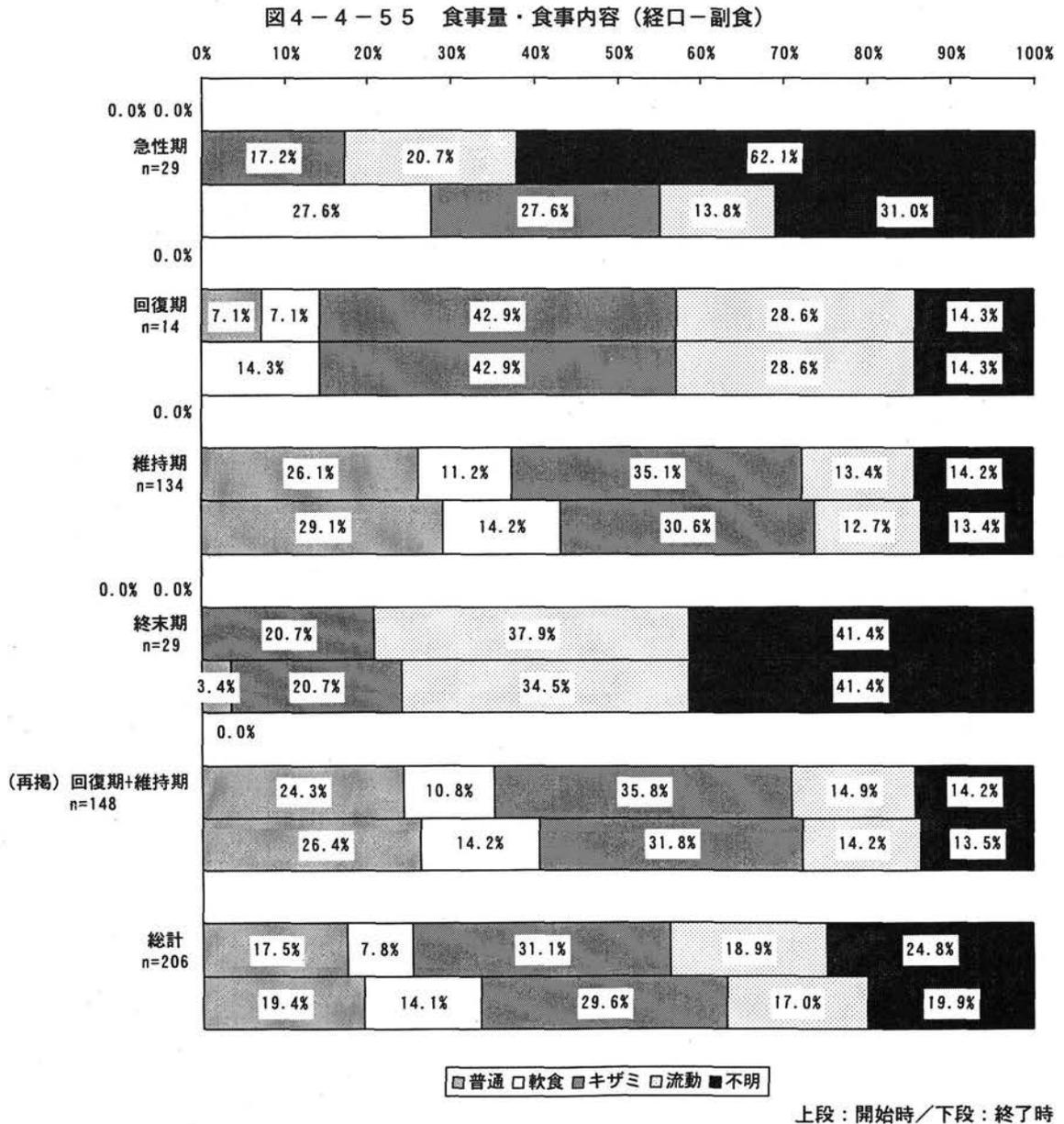
(3)食事量・食事内容(経口-主食)

総計でみると、主食が「普通」の割合が 22.8%から 26.2%になっていた。原疾患の時期別に主食が「普通」の割合をみると、急性期では 0.0%から 6.9%、回復期では 14.3%から 21.4%、維持期では 32.8%から 35.8%であった。終末期では 3.4%のままであった。



(4)食事量・食事内容(経口-副食)

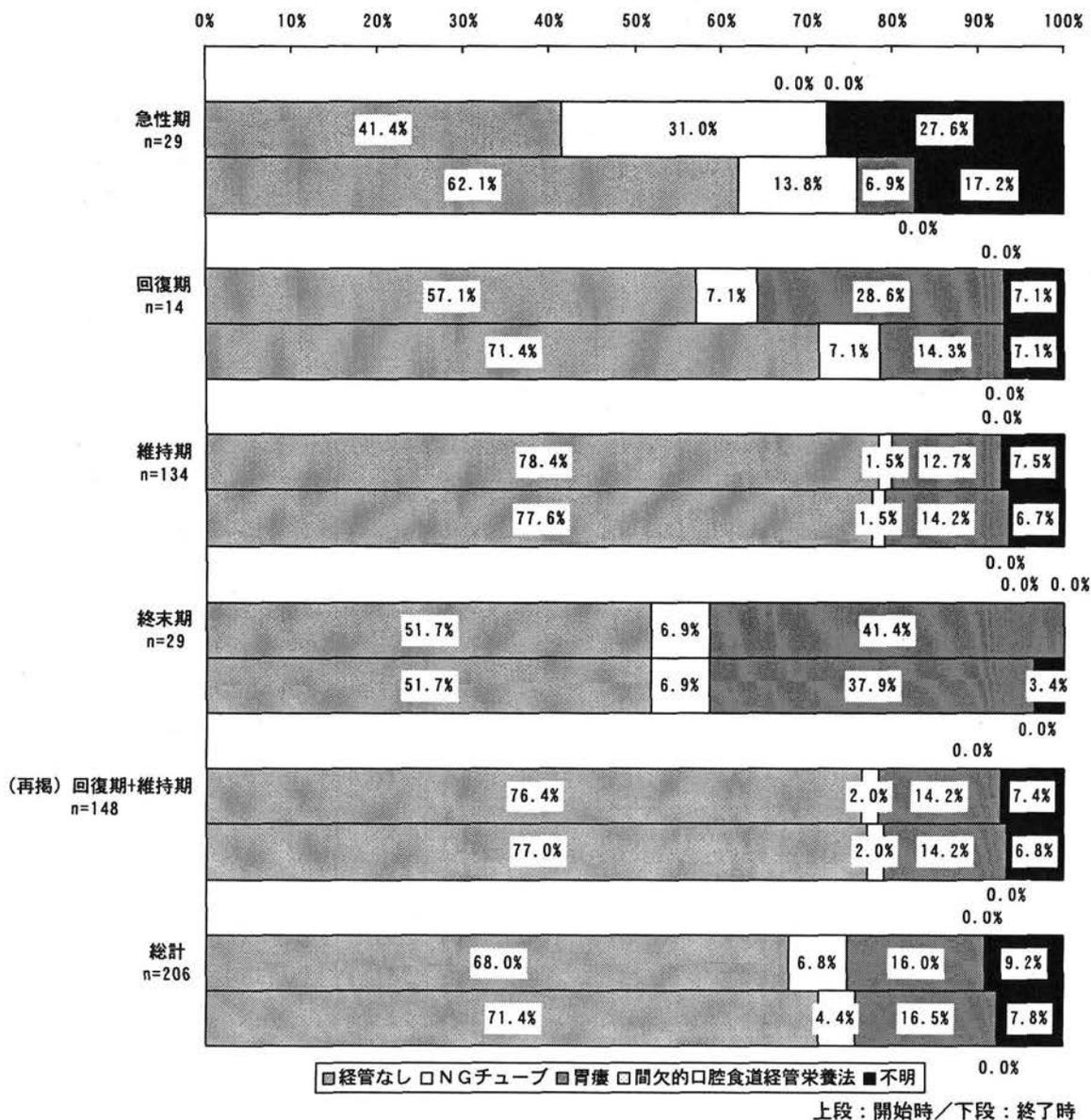
総計で見ると、副食が「普通」の割合が17.5%から19.4%になっていた。原疾患の時期別に副食が「普通」の割合をみると、回復期では7.1%から0.0%、維持期では26.1%から29.1%、終末期では0.0%から3.4%にそれぞれなっていた。急性期では0.0%のままであった。



(5)食事量・食事内容(経管)

総計で見ると、「経管なし」の割合が68.0%から71.4%になっていた。原疾患の時期別に「経管なし」の割合をみると、急性期では41.4%から62.1%、回復期では57.1%から71.4%、維持期では78.4%から77.6%にそれぞれなっていた。終末期では51.7%のままであった。

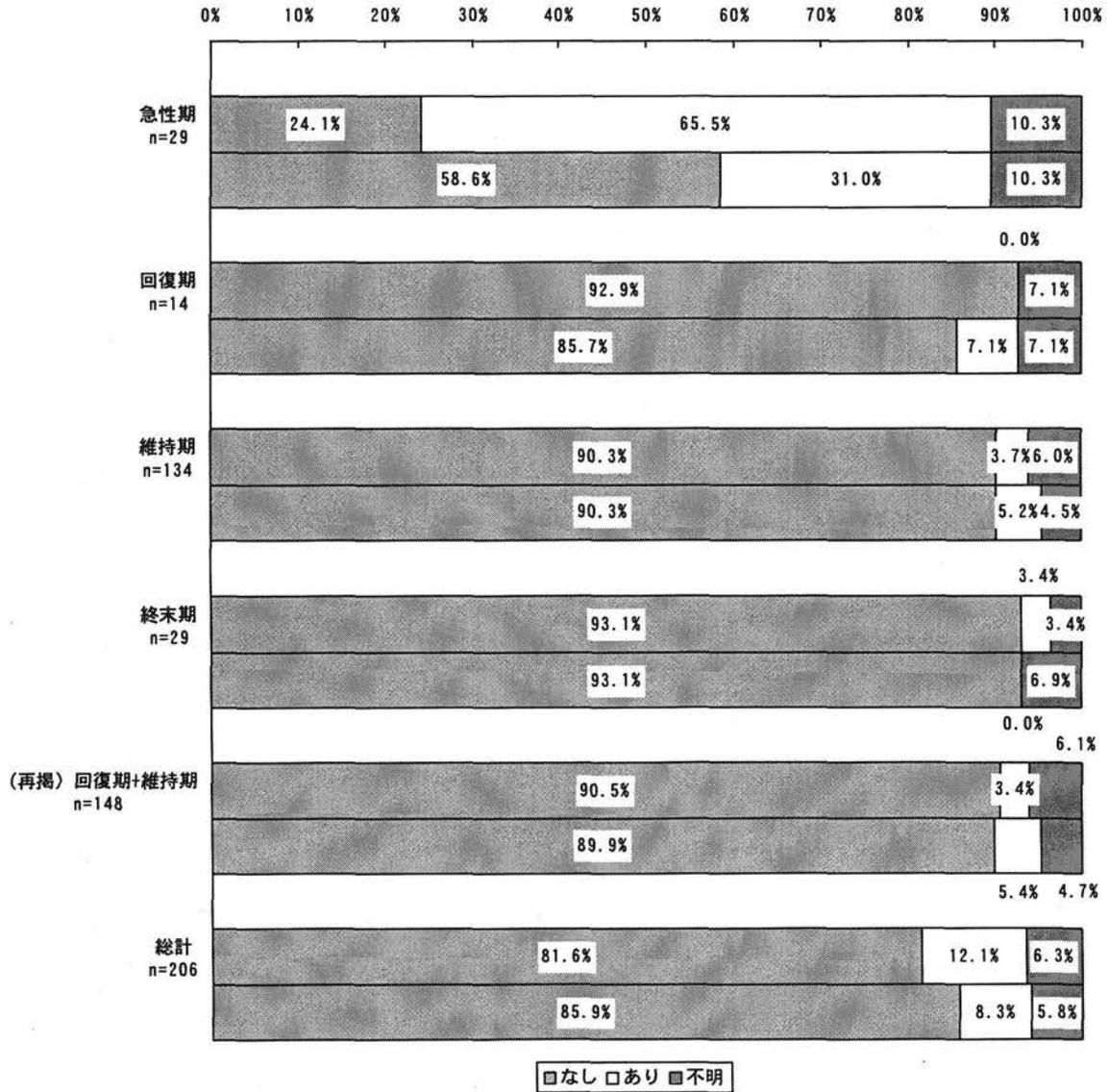
図4-4-56 食事量・食事内容(経管)



(6)食事量・食事内容(点滴)

総計で見ると、「(点滴) なし」の割合が 81.6%から 85.9%になっていた。原疾患の時期別に「(点滴) なし」の割合をみると、急性期では 24.1%から 58.6%、回復期では 92.9%から 85.7%にそれぞれなっていた。維持期では 90.3%のまま、終末期では 93.1%のままであった。

図 4-4-57 食事量・食事内容(点滴)

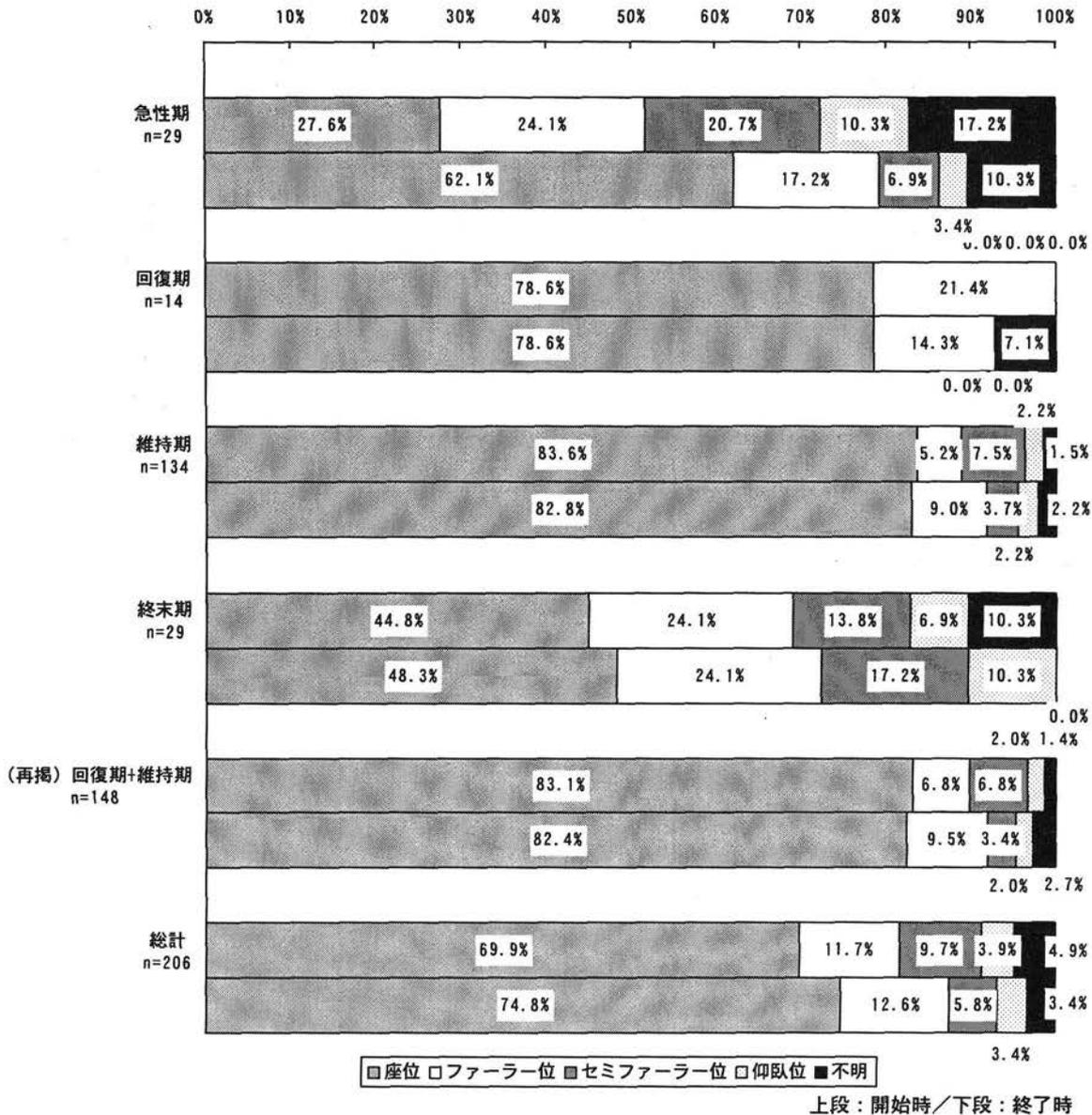


上段：開始時／下段：終了時

(7)食事の姿勢

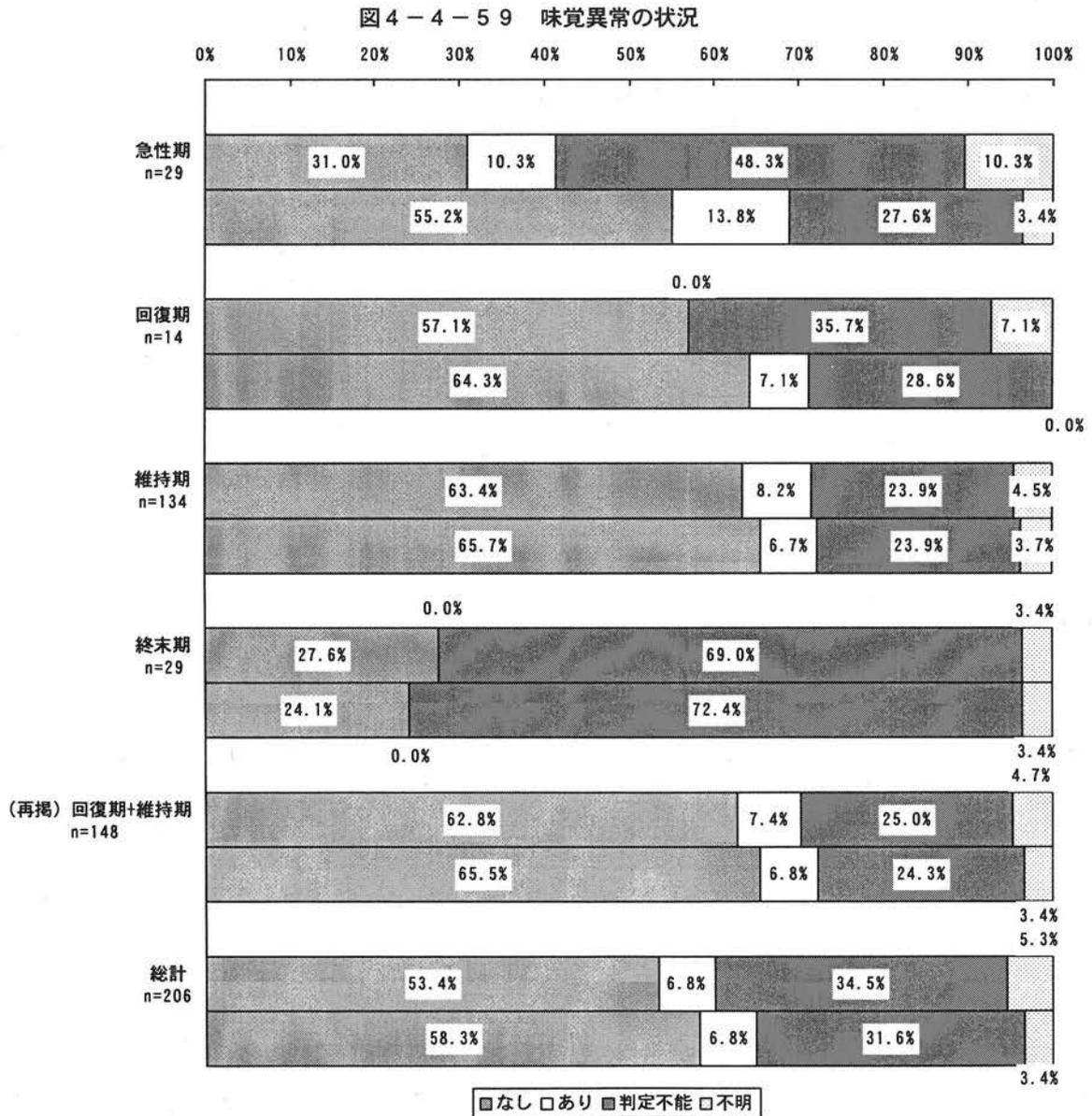
総計でみると、「座位」の割合が69.9%から74.8%になっていた。原疾患の時期別に「座位」の割合をみると、急性期では27.6%から62.1%、維持期では83.6%から82.8%、終末期では44.8%から48.3%にそれぞれなっていた。回復期では78.6%のままであった。

図4-4-58 食事の姿勢



(8)味覚異常の状況

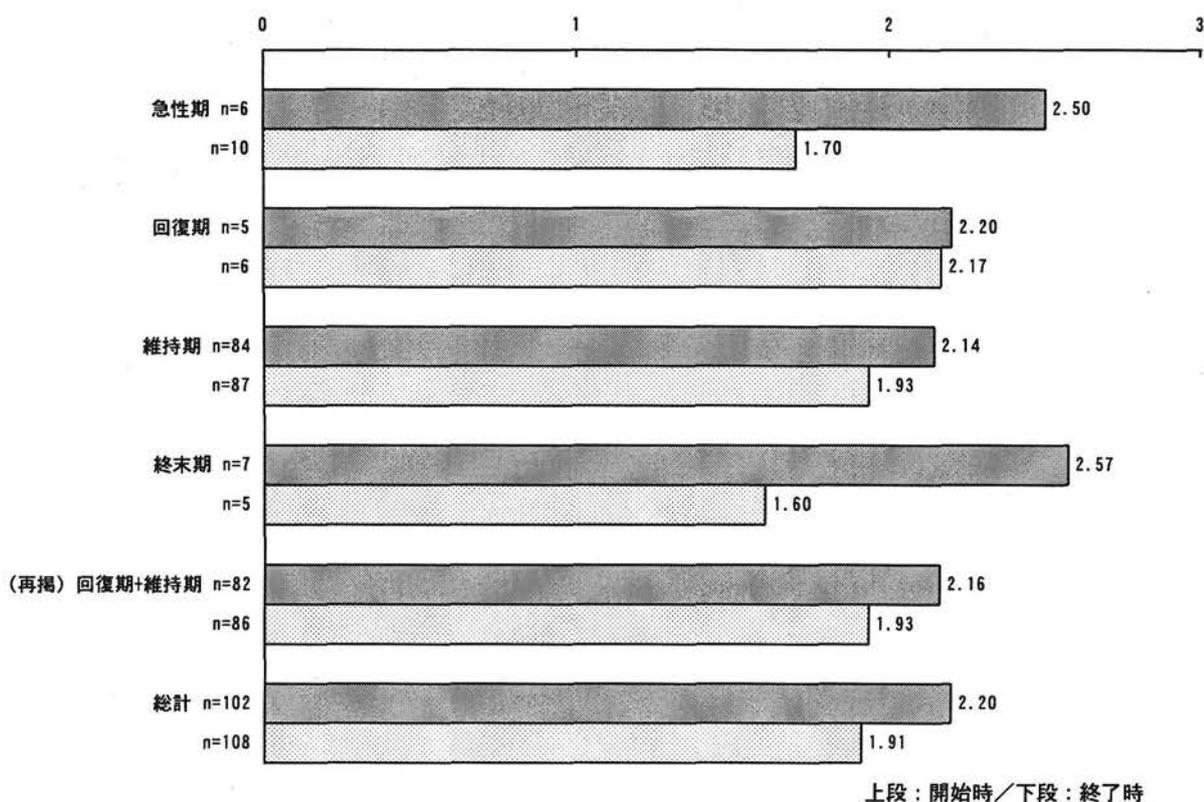
総計でみると、「(味覚異常) なし」の割合が 53.4%から 58.3%になっていた。原疾患の時期別に「(味覚異常)なし」の割合をみると、急性期では31.0%から55.2%、回復期では57.1%から64.3%、維持期では63.4%から65.7%、終末期では27.6%から24.1%にそれぞれなっていた。



8) 心理的状况 (GDS5: Geriatric Depression Scale 5: 高齢者抑うつ尺度)

総計で見ると、平均得点は 2.20 から 1.91 になっていた。原疾患の時期別にみると、急性期では 2.50 から 1.70、回復期では 2.20 から 2.17、維持期では 2.14 から 1.99、終末期では 2.57 から 1.60 にそれぞれなっていた。

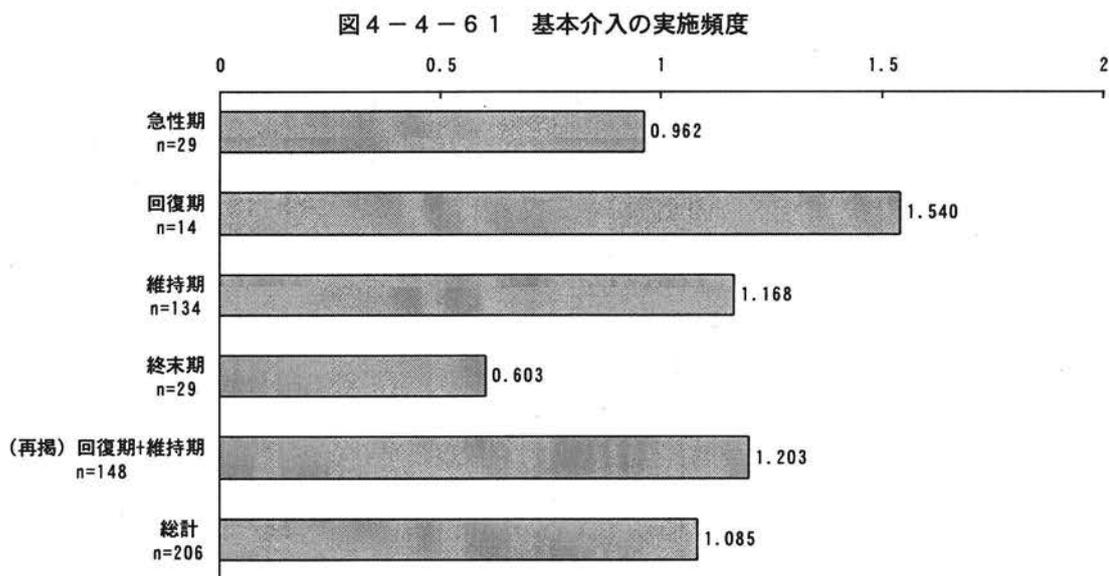
図 4-4-60 心理的状况



9) 介入頻度別にみた改善状況の違いに関する分析

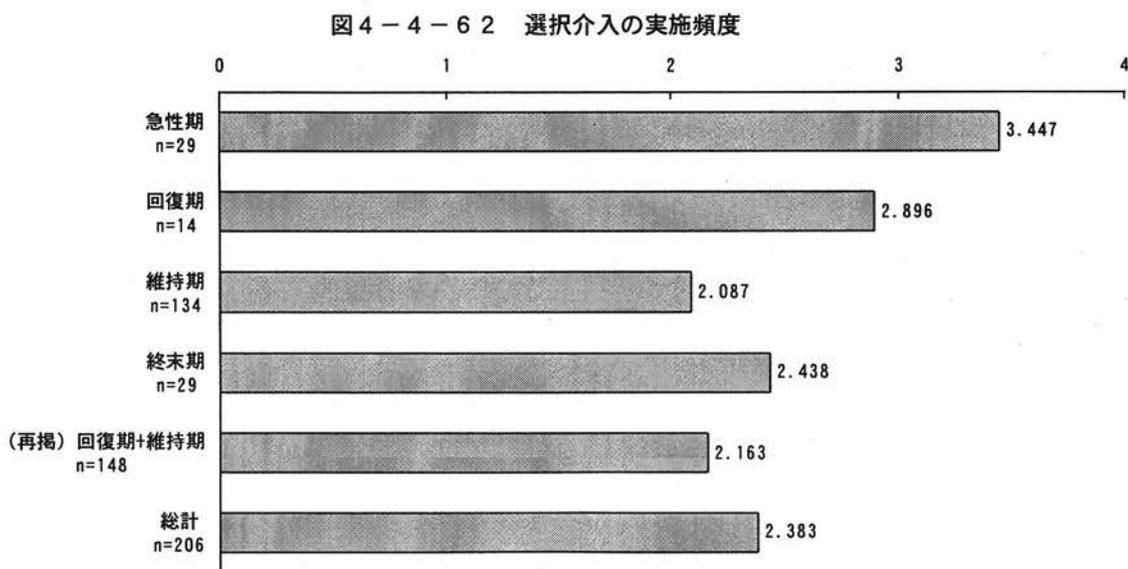
(1) 基本介入実施頻度

「総基本介入実施回数／プログラム実施日数」を各ケースについて求め、その平均を求めた。総計では平均値 1.085 であった。原疾患時期別にみると、回復期の対象者に対する介入頻度が最も多く(1.540)、次いで維持期(1.168)、急性期(0.962)、終末期(0.603)であった。



(2) 選択介入実施頻度

「総選択介入実施回数／プログラム実施日数」を各ケースについて求め、その平均を求めた。総計では平均値 2.383 であった。原疾患の時期別にみると、急性期の対象者に対する介入頻度が最も多く(3.447)、次いで回復期(2.896)、終末期(2.438)、維持期(2.087)であった。



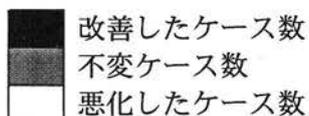
(3)介入頻度の違いによる改善状況の違いに関する分析

◆分析対象症例

評価を2回以上実施した回復期と維持期のケース148件。

※プログラム期間中に行われた基本メニューの実施回数と選択メニューが実施されていればその実施回数の総計を算出し、それをプログラム実施日数で除した「1日あたり実施頻度」を求め、実施頻度の上位25%を高介入群、下位25%を低介入群とした。

※プログラム開始時あるいは終了時に「不明」と判定されたケースを除いた「有効ケース数」に対する「改善したケース数」、「不変ケース数」、「悪化したケース数」の割合をそれぞれの群について求めた。



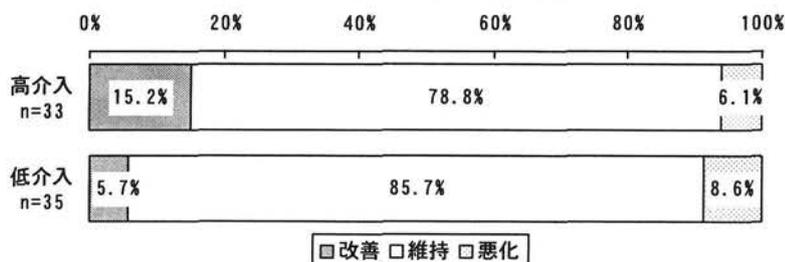
①発熱の有無

高介入群では不明を除いた33名中5名(15.2%)が改善した。一方、低介入群は、不明を除いた35名中2名(5.7%)であった。

表4-4-1 発熱の有無の状況

高介入群					低介入群						
		終了時				終了時					
		なし	あり	不明	総計			なし	あり	不明	総計
開始時	なし	22	2	0	24	開始時	なし	25	3	0	28
	あり	5	4	4	13		あり	2	5	1	8
	不明	0	0	0	0		不明	0	1	0	1
	総計	27	6	4	37		総計	27	9	1	37

図4-4-63 発熱の有無の群間比較



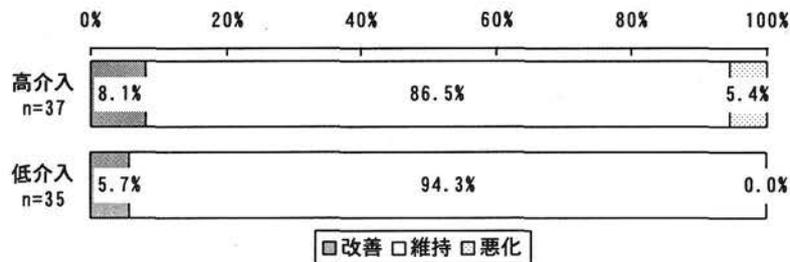
②認知期における障害の有無

高介入群では37名中3名(8.1%)が改善した。一方、低介入群は、不明を除いた35名中2名(5.7%)であった。

表4-4-2 認知期における障害の状況

高介入群					低介入群						
		終了時				終了時					
		なし	あり	不明	総計	なし	あり	不明	総計		
開始時	なし	24	2	0	24	開始時	なし	30	0	0	30
	あり	3	8	0	3		あり	2	3	0	5
	不明	0	0	0	0		不明	0	0	2	2
	総計	27	10	0	37		総計	32	3	2	37

図4-4-6 4 認知期における障害の有無の群間比較



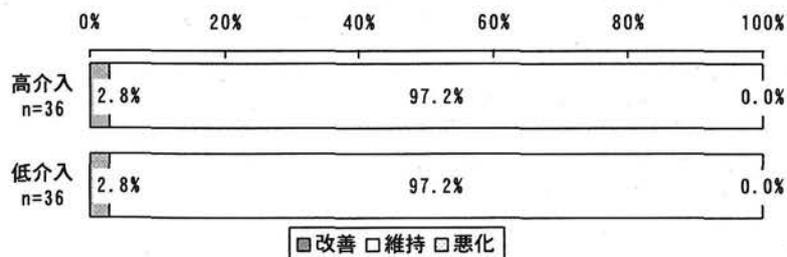
③咀嚼・口腔期における障害

高介入群、低介入群ともに不明を除いた36名中1名(2.8%)が改善した。

表4-4-3 咀嚼・口腔期における障害の状況

高介入群					低介入群						
		終了時				終了時					
		なし	あり	不明	総計	なし	あり	不明	総計		
開始時	なし	5	0	0	5	開始時	なし	14	0	0	14
	あり	1	30	1	32		あり	1	21	0	22
	不明	0	0	0	0		不明	0	0	1	1
	総計	6	30	1	37		総計	15	21	1	37

図4-4-6 5 咀嚼・口腔期における障害の有無の群間比較



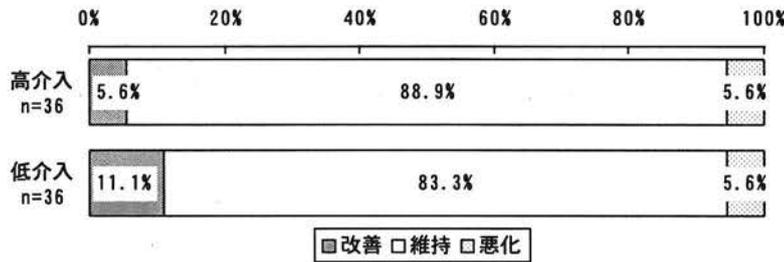
④嚥下・食道期における障害

高介入群では不明を除いた 36 名中 2 名 (5.6%) が改善した。一方、低介入群は、不明を除いた 36 名中 4 名 (11.1%) であった。

表 4-4-4 嚥下・食道期における障害の状況

高介入群					低介入群						
		終了時			総計			終了時			総計
		なし	あり	不明				なし	あり	不明	
開始時	なし	6	2	0	8	開始時	なし	13	2	0	15
	あり	2	26	1	29		あり	4	17	0	21
	不明	0	0	0	0		不明	0	1	0	1
	総計	8	28	1	37		総計	17	20	0	37

図 4-4-6 6 嚥下・食道期における障害の有無の群間比較



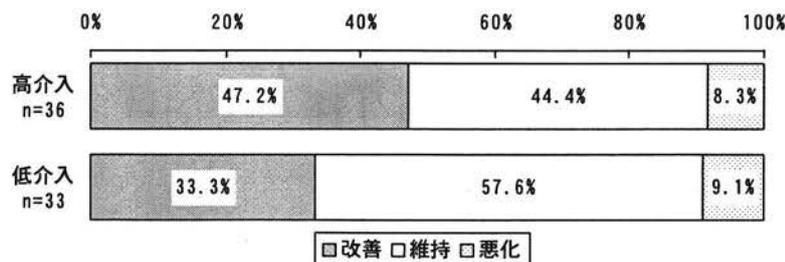
⑤巻き鳥テスト

高介入群では不明を除いた 36 名中 17 名 (47.2%) が改善した。一方、低介入群は、不明を除いた 33 名中 11 名 (33.3%) であった。

表 4-4-5 巻き鳥テストの状況

高介入群										低介入群									
		終了時						不明	総計			終了時						不明	総計
		1	2	3	4	5	6					1	2	3	4	5	6		
開始時	1	7	0	0	2	1	1	0	11	開始時	1	2	2	0	0	0	0	0	4
	2	2	2	2	2	0	2	0	10		2	1	2	2	0	2	1	1	9
	3	0	0	1	0	0	1	0	2		3	0	0	1	0	0	0	0	1
	4	1	0	0	1	2	3	0	7		4	0	0	0	0	0	1	1	2
	5	0	0	0	0	1	1	0	2		5	0	0	0	0	1	3	0	4
	6	0	0	0	0	0	4	0	4		6	0	0	0	0	2	13	0	15
	不明	1	0	0	0	0	0	0	1		不明	0	1	0	0	0	0	1	2
	総計	11	2	3	5	4	12	0	37		総計	3	5	3	0	5	18	3	37

図 4-4-6 7 巻き鳥テスト結果の群間比較



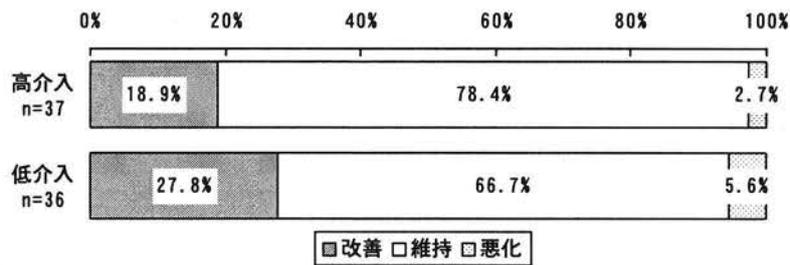
⑥口腔内の清掃回数

高介入群では 37 名中 7 名 (18.9%) が改善した。一方、低介入群は、不明を除いた 36 名中 10 名 (27.8%) であった。

表 4-4-6 口腔内の清掃回数の状況

		高介入群									低介入群								
		終了時									終了時								
		1	2	3	4	5	6	不明	総計			1	2	3	4	5	6	不明	総計
開始時	1	17	1	0	0	0	0	0	18	開始時	1	8	0	0	0	0	0	0	8
	2	1	6	0	0	0	0	0	7		2	2	3	1	0	0	0	0	6
	3	2	2	6	0	0	0	0	10		3	1	2	6	0	1	0	0	10
	4	0	0	0	0	0	0	0	0		4	0	0	0	1	0	0	0	1
	5	0	0	1	0	0	0	0	1		5	0	2	1	0	1	0	0	4
	6	0	0	1	0	0	0	0	1		6	0	0	1	0	1	5	0	7
	不明	0	0	0	0	0	0	0	0		不明	1	0	0	0	0	0	0	1
総計	20	9	8	0	0	0	0	37	総計	12	7	9	1	3	5	0	37		

図 4-4-6 8 口腔内の清掃回数の群間比較



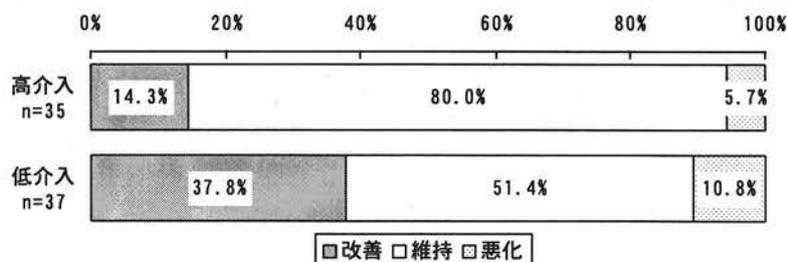
⑦口腔内の清掃度

高介入群では不明を除いた 35 名中 5 名 (14.3%) が改善した。一方、低介入群は、37 名中 14 名 (37.8%) であった。

表 4-4-7 口腔内の清掃度の状況

		高介入群						低介入群					
		終了時						終了時					
		1	2	3	4	不明	総計	1	2	3	4	不明	総計
開始時	1	8	2	0	0	0	10	4	2	0	0	0	6
	2	1	17	0	0	2	20	4	10	0	1	0	15
	3	1	1	3	0	0	5	2	4	2	1	0	9
	4	1	0	1	0	0	2	0	3	1	3	0	7
	不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	総計	11	20	4	0	2	37	10	19	3	5	0	37

図 4-4-69 口腔内の清掃度の群間比較



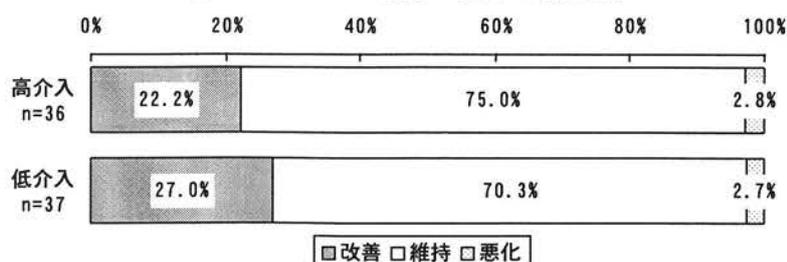
⑧舌苔

高介入群では不明を除いた 36 名中 8 名 (22.2%) が改善した。一方、低介入群は、37 名中 10 名 (27.0%) であった。

表 4-4-8 舌苔の状況

		高介入群						低介入群					
		終了時						終了時					
		1	2	3	4	不明	総計	1	2	3	4	不明	総計
開始時	1	22	1	0	0	0	23	20	1	0	0	0	21
	2	5	4	0	0	0	9	1	1	0	0	0	2
	3	2	1	1	0	0	4	3	3	3	0	0	9
	4	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	5
	不明	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	総計	29	6	1	0	1	37	24	6	5	2	0	37

図 4-4-70 舌苔の状況の群間比較



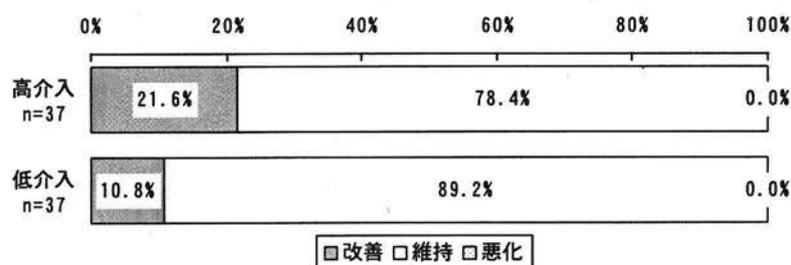
⑨口臭

高介入群では不明を除いた 37 名中 8 名 (21.6%) が改善した。一方、低介入群は、不明を除いた 37 名中 4 名 (10.8%) であった。

表 4-4-9 口臭の状況

		高介入群					低介入群				
		終了時					終了時				
		1	2	3	不明	総計	1	2	3	不明	総計
開始時	1	21	0	0	0	21	20	0	0	0	20
	2	7	8	0	0	15	2	12	0	0	14
	3	0	1	0	0	1	1	1	1	0	3
	不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	総計	28	9	0	0	37	23	13	1	0	37

図 4-4-71 口臭の状況の群間比較



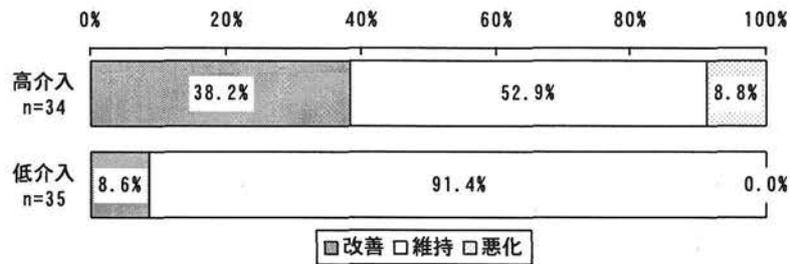
⑩改訂水飲みテスト

高介入群では不明を除いた 34 名中 13 名 (38.2%) が改善した。一方、低介入群は、不明を除いた 35 名中 3 名 (8.6%) であった。

表 4-4-10 改訂水のみテストの状況

		高介入群							低介入群						
		終了時							終了時						
		1	2	3	4	5	不明	総計	1	2	3	4	5	不明	総計
開始時	1	7	1	0	1	0	0	9	11	0	0	0	0	0	11
	2	1	10	0	1	0	0	12	2	11	0	0	0	0	13
	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	0	0	0	9
	4	0	3	9	0	0	0	12	0	0	0	1	0	0	1
	5	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1
	不明	0	0	1	0	0	2	3	1	0	0	0	0	1	2
	総計	8	14	10	2	1	2	37	14	12	8	1	1	1	37

図 4-4-72 改訂水飲みテストの結果の群間比較



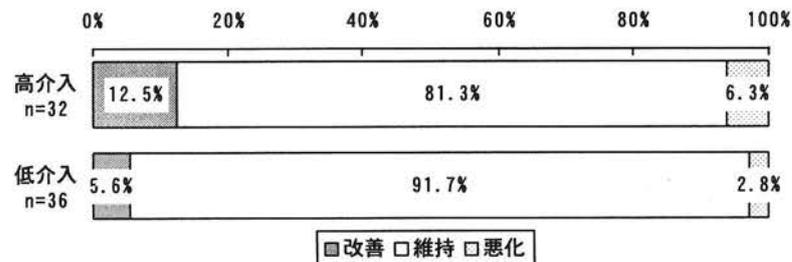
⑪食事量・食事内容(経口摂取-主食)

高介入群では不明を除いた 32 名中 4 名 (12.5%) が改善した。一方、低介入群は、不明を除いた 36 名中 2 名 (5.6%) であった。

表 4-4-11 食事量・食事内容(経口摂取-主食)の状況

		高介入群					低介入群								
		終了時					終了時								
		1	2	3	4	不明	総計								
開始時	1	5	0	1	0	0	6	開始時	1	14	0	0	0	0	14
	2	0	1	0	0	0	1		2	1	3	1	0	0	5
	3	1	1	18	1	0	21		3	0	0	16	0	0	16
	4	0	0	2	2	0	4		4	0	0	1	0	0	1
	不明	0	0	0	2	3	5		不明	0	0	0	0	1	1
	総計	6	2	21	5	3	37		総計	15	3	18	0	1	37

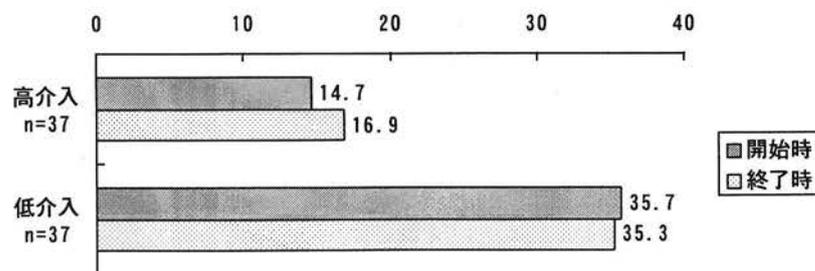
図 4-4-73 食事量・食事内容(経口摂取-主食)の状況の群間比較



⑫ADL (Barthel Index)

高介入群では、Barthel Index の値が 14.7 ポイントから 16.9 ポイントになっていた。一方、低介入群は、35.7 ポイントから 35.3 ポイントになった。

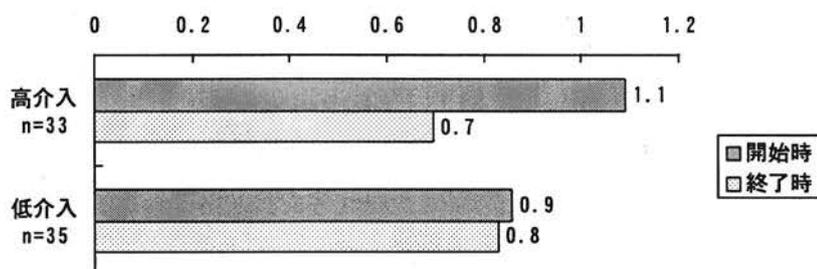
図 4-4-74 ADLの群間比較



⑬発熱日数

高介入群では、過去1ヶ月間の発熱日数は、1.1回から0.7回になっていた。一方、低介入群は、0.9回から0.8回になった。

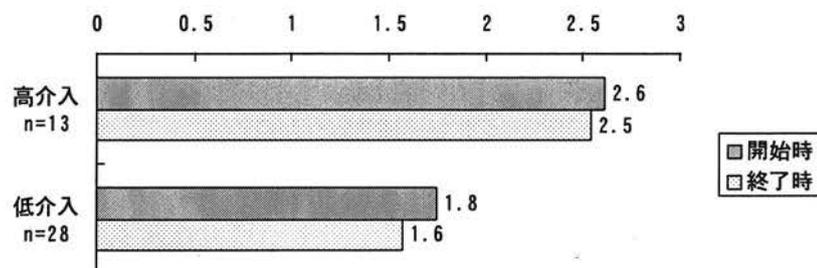
図4-4-75 発熱日数の群間比較



⑭心理的状況(GDS:Geriatric Depression Scale 5)

点数が高い程抑うつ度が高い GDS をみると高介入群では、2.6ポイントから2.5ポイントになった。一方、低介入群は、1.8ポイントから1.6ポイントになった。

図4-4-76 心理的状況の群間比較



5. 結果のまとめと考察

モデル事業の成果を踏まえ、各種調査結果のまとめならびに考察は以下の通りであった。

1) 対象症例の全体像

モデル事業の対象者は 248 名であった（入院、入所者ならびに在宅療養者）。対象者の 77.2%が脳血管障害を原疾患としており、平均年齢は 79.9 歳（最高年齢は 98 歳、最年少 50 歳）の高齢者層であった（脳血管疾患以外の原疾患は、高血圧、痴呆、心疾患、整形外科疾患、糖尿病他）。

原疾患の時期をみると、急性期が 30 名、回復期 21 名、維持期 154 名、終末期 34 名の構成となっており、モデル事業対象者の 6 割が維持期であった。

モデル事業開始に先立ち対象者に実施された「口腔機能等評価票」によれば、口腔機能の障害の有無において、認知期における障害は対象者の 26.6%にみられ、咀嚼・口腔期における障害 62.9%、嚥下・食道期における障害 72.2%であり、認知期における障害と比べ嚥下・食道期における障害、咀嚼・口腔期における障害が高い割合を示していた。

2) 実施されたプログラムの内容

モデル事業を通じて実施された口腔機能リハビリテーションに関するプログラムは、「基本メニュー」（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、ブローイングの 6 種類で構成）と「選択メニュー」であった¹。「基本メニュー」は原疾患の時期別に回復期の対象者には 1 日 1 回週 3 回以上、維持期は 1 日 1 回、週 1 回以上と指定した。急性期、維持期の対象者については実施施設の判断により行われた。「選択メニュー」は指定メニューの中からケアカンファレンスを通じて必要メニューを選択し、必要な実施頻度を決めた上で行われた。

「基本メニュー」は 6 種類ともに、モデル事業実施期間の中で 1 種類あたり 11 回から 13 回弱実施された。「選択メニュー」の中で実施頻度が高い項目は、「専門的口腔清掃」、「口腔清掃（義歯の清掃及び管理を含む）」、「口腔機能評価と疾病治療」等であった。また、「選択メニュー」が期間中に実施された延べ回数（選択された全てのメニューが実際に実施された回数の総合計）は平均 144.1 回であり、「基本メニュー」、「選択メニュー」を合わせて 1 名の対象者において平均 150 回を超える密度の濃い介入が行われた。

¹ この他に、各実施施設で独自のメニューを行っている場合もある。

3) 口腔機能リハビリテーションの成果(回復期、維持期)

下表はモデル事業実施前（ベースライン）と実施過程、モデル事業終了後の最終評価に用いられた「口腔機能等評価票」の項目である。項目は、対象者の全身状況を評価している項目（「全身」：例 体重、要介護度）、個別の心身機能を評価している項目（「機能・状態」：例 麻痺の状態）、さらに口腔清掃の回数や状態、食事時間といった外形的活動を評価している項目（「活動」）で構成されていた。

項目別に回復期、維持期の対象者における評点を抽出した上で開始前、終了後の改善状況を見た。その結果、各評価項目の実数は現状維持もしくは改善傾向を示すものが多数を占めた。中でも高い改善傾向を示した項目は、巻き鳥テスト、口唇運動、舌苔量、口腔清掃の回数、軟口蓋運動、口臭、BDR指数（うがい）、義歯の状況であった²。

口腔機能障害の種類別では、認知期における障害、咀嚼・口腔期における障害、嚥下・食道期における障害ともに障害ありの割合がモデル事業終了時に減る傾向がみられた。

また、対象者の行動面の変化について見ると、経口摂取による主食の状況において普通食の割合が31.1%から34.5%、食事時間が30分以上かかる対象者の割合において23.6%から18.9%、フードテストによるむせが見られない対象者の割合が64.2%から71.6%と改善傾向を示していた。

一方、対象者の全身状況の変化についてみると、ADL、認知期機能、心理的状況は前述の行動面とは異なり大きな変化を示さない傾向にあった。但し、発熱については「発熱なし」の割合が66.2%から72.3%を示した点は注目された。

表4-5-1 「口腔機能等評価票」による評価結果

種類	評価項目	カテゴリ	開始	終了	変化率	検定
全身	体重 (kg)	(平均値)	46.9	46.4	-1.07	
全身	握力 (右) (kg)	(平均値)	7.7	8.3	7.79	
全身	握力 (左) (kg)	(平均値)	5.8	6.4	10.34	* .024
全身	障害老人の日常生活自立度	-	-	-	-	
全身	痴呆性老人の日常生活自立度	-	-	-	-	
全身	要介護度	-	-	-	-	
全身	ADL (Barthel Index)	(平均値)	26.5	25.1	-5.28	
全身	発熱日数なしの割合	-	66.2	72.3	9.21	
機能・状態	麻痺の有無	麻痺あり	58.6	62.1	5.97	
機能・状態	拘縮の有無	拘縮あり	39.2	37.8	-3.57	
機能・状態	認知期における障害の有無	認知期における障害あり	18.2	15.5	-14.84	
機能・状態	咀嚼・口腔期における障害の有無	咀嚼・口腔期における障害あり	62.8	55.4	-11.78	* .039
機能・状態	嚥下・食道期における障害の有無	嚥下・食道期における障害あり	62.2	55.4	-10.93	
機能・状態	嚥下障害グレード	正常の摂食嚥下能力	16.9	18.2	7.69	

² 変化率よりコメントしている。変化率は、開始時、終了時の項目別割合の差が開始時点の回答割合に占める値 (%) を表している。

種類	評価項目	カテゴリ	開始	終了	変化率	検定
機能・状態	巻き舌テスト	3本	22.3	39.2	75.78	** .000
機能・状態	欠損補綴の状況	義歯が必要だが使用していない	34.5	29.1	-15.65	* .012
機能・状態	義歯の状況	問題がある	29.1	21.6	-25.77	** .001
機能・状態	口腔軟組織の状況	特に問題はない	83.8	84.5	0.84	
機能・状態	BDR指数（歯磨き）	自分では磨かない	22.3	19.6	-12.11	
機能・状態	BDR指数（義歯装着）	自分で脱着できない	10.8	10.8	0.00	** .001
機能・状態	BDR指数（うがい）	口に含むこともできない	27.0	21.6	-20.00	
活動	口腔清掃の回数	週3回以上	34.5	43.2	25.22	** .000
活動	口腔清掃度	良い、普通の割合	66.9	75.0	12.1	** .000
機能・状態	舌苔量	1度	52.7	66.2	25.62	** .000
機能・状態	口臭	なし	56.8	68.2	20.07	** .000
機能・状態	唾液湿潤度	正常	57.4	60.8	5.92	
機能・状態	歯科治療の必要度	治療の必要性なし	46.6	52	11.59	* .013
機能・状態	改訂水飲みテスト	嚥下あり、呼吸良好、むせない、 湿性嘔声なしに加え空嚥下の追加を指示 し、30秒以内に2回空嚥下が可能	29.1	32.4	11.34	** .009
機能・状態	フードテスト（嚥下障害）	嚥下障害なし	63.5	71.6	12.76	** .003
機能・状態	フードテスト（むせ）	むせなし	64.2	71.6	11.53	** .008
機能・状態	フードテスト（口腔内残留）	口腔内残留なし	57.4	68.2	18.82	** .000
機能・状態	咀嚼の状況（スープ、流動食）	食べられる	80.4	85.8	6.72	
機能・状態	咀嚼の状況（おかゆ、豆腐他）	食べられる	83.8	86.5	3.22	
機能・状態	咀嚼の状況（ごはん、煮物他）	食べられる	58.8	63.5	7.99	* .013
機能・状態	咀嚼の状況（おこわ、ハム他）	食べられる	43.2	48.0	11.11	
機能・状態	咀嚼の状況 （酢だこ、せんべい他）	食べられる	26.4	29.1	10.23	
機能・状態	舌運動	前方・左右の方向にしっかり動かせる	54.7	60.1	9.87	* .031
機能・状態	頬運動	強く動かすことができる	29.7	35.1	18.18	** .002
機能・状態	口唇運動	口唇前庭でボタンなどを挟み牽引圧に耐 えられる	22.3	34.5	54.71	** .000
機能・状態	下顎運動	前後・左右・上下に力強く動かす	34.5	37.8	9.57	* .035
機能・状態	軟口蓋運動	アーと発音した時左右同時に動く	48.6	59.5	22.43	** .000
機能・状態	会話の明瞭度	全部わかる、時々分からない言葉がある	0.608	0.655	7.73	** .009
機能・状態	食事の自立度	全介助	25.7	21.6	-15.95	** .001
活動	食事時間	30分以上	23.6	18.9	-19.92	
機能・状態	食事量・食事内容（経口-主食）	普通食	31.1	34.5	10.93	* .049
機能・状態	食事量・食事内容（経口-副食）	普通	24.3	26.4	8.64	* .043
機能・状態	食事量・食事内容（経管）	経管なし	76.4	77.0	0.79	
機能・状態	食事量・食事内容（点適）	なし	90.5	89.9	-0.66	
機能・状態	食事の姿勢	座位	83.1	82.4	-0.84	
機能・状態	味覚の異常	なし	62.8	65.5	4.30	
全身	心理的状況	（平均値）	2.16	1.93	-10.65	

注：「検定」には、対応のある2群間における名義尺度に関する項目では McNemar 検定、間隔尺度の項目では符号検定、また量的変数では対応のある t 検定をそれぞれ用いた。なお「*」は両側検定により5%水準、「**」は1%水準で有意差が認められたことを表している（「検定」欄に p 値を示した）。

4) 介入頻度と口腔機能等の改善度の関係

本モデル事業では「基本メニュー」の実施頻度は最低実施回数を示すにとどめ、各施設におけるケアカンファレンスに基づき必要に応じた実施頻度を選択する方式をとった。「選択メニュー」についてはメニューの選択、実施頻度ともに実施施設の判断によった。

そこで、介入頻度別に対象者の口腔機能の状況変化と介入頻度の関係を分析し、より効果的かつ効率的な介入頻度を探るための基礎データを集めることを目指した。

その結果、「高介入群」³においてのみ改善症例数が全体に占める割合が高くなる傾向にあった評価項目は、巻き鳥テスト、口臭、ADL (Barthel Index) であった。一方、「低介入群」においてのみ改善症例数が全体に占める割合が高くなる傾向にあった評価項目は、口腔内の清掃回数、口腔内の清掃度、心理的状況であった。なお、舌苔量は、「高介入群」、「低介入群」とともに改善症例が全体に占める割合が高くなる傾向にあった。このことから、介入頻度を全般的に下げて実施しても同様の効果が得られる可能性が示唆された評価項目としては舌苔量が挙げられると考えられる。

表4-5-2 介入頻度と評価項目の変化の関係

種類	評価項目	改善症例の割合 (%) †			
		高介入群	検定	低介入群	検定
全身	発熱の有無	15.2		5.7	
全身	認知期における障害	8.1		5.7	
全身	咀嚼・口腔期における障害	2.8		2.8	
全身	嚥下・食道期における障害	5.6		11.1	
機能・状態	巻き鳥テスト	47.2	** .003	33.3	
活動	口腔内の清掃回数	18.9		27.8	* .039
活動	口腔内の清掃度	14.3		37.8	* .031
機能・状態	舌苔量	22.2	* .039	27.0	* .012
機能・状態	口臭	21.6	** .008	10.8	
機能・状態	改訂水飲みテスト	38.2		8.6	
活動	食事量・食事内容 (経口摂取-主食)	12.5		5.6	
全身	ADL (Barthel Index) (単位: ポイント)	14.7→16.9	* .027	35.7→35.3	
全身	心理的状況 (GDS: Geriatric Depression Scale 5) (単位: ポイント)	2.6→2.5		1.8→1.6	* .022

†: 「ADL」と「心理的状況」ではプログラム前後で平均値の差をみた。

注: 「検定」には、対応のある2群間における名義尺度に関する項目ではMcNemar検定、間隔尺度の項目では符号検定、また量的変数では対応のあるt検定をそれぞれ用いた。なお「*」は両側検定により5%水準、「**」は1%水準で有意差が認められたことを表している(「検定」欄にp値を示した)。

³ 「高介入群」とは、「基本メニュー」、「選択メニュー」の「延べ実施回数/実施期間」の値が上位25%に位置する症例とした。「低介入群」は同様に下位25%の症例とした。

5) 総括と今後の課題

(1) 総括

本モデル事業を通じて口腔機能リハビリテーションを実施した結果、対象者の口腔機能、活動性について改善の傾向が認められた。原疾患が脳血管疾患であり、また、その疾患の時期が維持期である高齢者を中心とした対象者の属性からすれば、口腔機能を始めとした各心身機能が改善されることのみならず、維持されること自体も大きな成果であると言える。

本モデル事業では原疾患の時期別に介入頻度や介入メニューを設定し、疾患発症直後から継続的にリハビリテーションを実施していくための仕組みを提案した。その結果、通常口腔機能リハビリテーションの実施が希薄になりがちな急性期や終末期の症例も実施された。

一方、本モデル事業の中で取り組んだ口腔機能リハビリテーションは、手技の種類も多くまた1つ1つ介助しながらの実施となるため実施者にとって大きな負担となることも想定された。加えて、対象者が入院・入所する病院や介護保険施設もしくは在宅には必ずしも歯科医師や歯科衛生士等の歯科専門スタッフがみられないところも多いため、様々な職種が情報を共有化し、日々のケアの中で分担しながら口腔機能リハビリテーションを続ける体制づくりが急務の課題であると考えられた。

さらに、本モデル事業の中で介入頻度と口腔機能等の改善度との関係を明らかにすることを試みた。これは、同レベルの改善効果を得るために必要なケア頻度を明らかにすれば、ケアの現場において効率的に口腔機能リハビリテーションを実施することが可能となり、短期間に口腔機能リハビリテーションが普及することも期待されたからである。しかしながら、分析の結果、複数の評価項目間において一定の傾向が見出された訳ではなかった。この点については、全身状態や介入メニューの種類、実施職種等といったその他の要因が影響していることも想定される。またそもそも、評価指標についても検討が必要であると考えられる。

本モデル事業を通じて開発された各種帳票、介入メニュー、実際の症例で行われた介入頻度情報、改善度のデータ等は、多職種がかかわりながら幅広いケアの現場に口腔機能リハビリテーションを普及していくために有用な情報になると考える。

(2) 今後の課題

今後の課題としては以下の4点が指摘できる。

第1に対象者の口腔機能、心身機能に関する客観的な評価である。口腔機能のいずれに障害がみられるのか、その障害はどの程度であるのかを客観的に測定し、実施職員間で介入の成果ならびに実施方法の改善を行うためのモニター情報として

活用することが重要である。本モデル事業では、「口腔機能等評価票」を作成し、全対象者に実施したが、項目数が多く実施に時間を要したり、対象者によっては判定不能な項目が散見されるなどの課題があった。

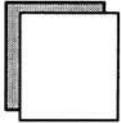
第2は、適切な目標設定である。評価指標の改善を目指すだけでなく、対象者本人や家族等の希望も考慮して具体的な目標を設定することが重要となる。この目標を実施職種間、患者間で共有化することが、継続的に口腔機能リハビリテーションを実施する上で重要な要素になると考えられる。本モデル事業では、具体的な介入目標を設定することは行わなかった。そのため間接的な評価指標でのみ介入の成果を評価することになり、実施職種間で何のためにケアを続けるのかといった介入目的が不明確になったことも指摘されている。さらに、他動的とはいえ対象者本人が口腔機能リハビリテーションに取り組む気持ちがなくては効果的なリハビリテーションにはならないため、どういった目的で実施するのかといった具体的なテーマが対象者と実施職種間で話し合われることが必要であったと考えられる。

また、第3として、口腔機能リハビリテーションを継続的に実施するためには対象者が楽しみながら行えるようにするための工夫も重要であると考えられる。実際、介護老人保健施設や介護老人福祉施設における口腔機能リハビリテーションを目的とした集団的体操では、高齢者の注意が高まる懐かしい音楽をかけたり、興味をひくようなイラストを使って口腔機能リハビリテーションの実施方法を示したりするといった方法が行われていた施設もあった。

第4に効果的かつ効率的なメニューの選択方法と実施頻度の設定である。例えば、急性期の患者が入院する病院において口腔機能リハビリテーションを継続的に実施するためには、患者のベッドサイドにおいて看護師が大きな役割を果たすと考えられる。しかしながら、限られた人員数の中で複数の入院患者をケアしなくてはならない看護スタッフが長時間かけて口腔機能リハビリテーションを実施することを前提とした介入計画は、現実的とは言い難い。そのため、目標に対し効果的なメニューを厳選し、効率的な頻度で実施するための根拠となるデータを収集し、対象者の状態と目的に最適なメニューリストと実施頻度があらゆる職種の手元で簡単に調べられる仕組みを構築することが求められていると考える。

<想定される課題>

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①客観的な状態評価体制の構築②具体的かつ適切な目的設定③楽しみながら継続的に実施するための工夫④効果的かつ効率的なメニュー選択方法と実施頻度の設定 |
|--|



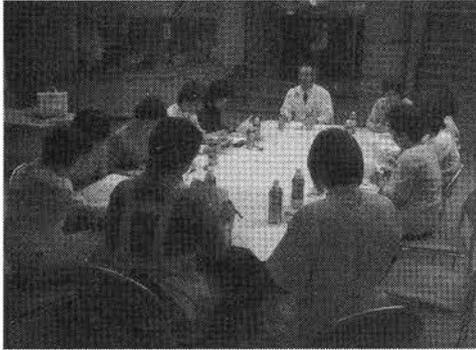
第5章 先進的取組み施設紹介

1. 郡上市国保和良歯科総合センター
2. 公立みつぎ総合病院
3. 衣川国民健康保険衣川診療所・歯科診療所
4. 藤沢町国民健康保険藤沢町民病院
5. 三豊総合病院

(五十音順)

1. 郡上市国保和良歯科総合センター

1) 施設概要



郡上市国保和良歯科総合センターは、旧和良村地域に立地する。保健センター、在宅介護支援センター等から構成される国保保健福祉総合施設と同一施設内に整備されており、歯科診療室、歯科保健センター室、X線室、消毒室、技工室、所長室等で構成されている。旧和良村管区内には歯科診療所がないことから（正確には、週1日2時間診療の開業歯科分院がある）、名実ともに地域住民の歯科保健の拠点としての役割を担っている。

郡上市国保和良歯科総合センターの基本理念は、「予防を主として治療を従とする」であり、また「真の保健・医療・福祉の統合」、「真の地域包括ケア」を実現させることである。とりわけ住民の健康保持・増進を図るためには、医科、歯科の連携を緊密にし、一体的なケア、予防活動を行うことを重視している。

同一敷地内に郡上市国保和良病院、和良介護老人保健施設、国保保健福祉総合施設があり、健康増進、健（検）診、予防活動から急性期に対する医療的サービス、口腔機能リハビリテーション、在宅診療までのあらゆるケアを一連の流れの中で実施することができる体制にある。

住所 : 〒501-4509 岐阜県郡上市和良町沢 865-1
職員数 : 歯科医師 1 名（非常勤 3 名）、歯科衛生士 2 名、
事務職 数名（健康福祉課職員兼務）
外来患者数 : 約 500 人／月
訪問診療数 : 約 10 数人／月
歯科健診 : 約 300 人／年

2) 郡上市の概要

(1) 概要

郡上市は岐阜県のほぼ中央に位置し、最低海拔地の美並町木尾（こんの）が 110m、最高海拔地の白鳥町銚子ヶ峰が 1,810m と高低差が大きく、長良川の源流部にあたる高鷲村の大日山麓一帯にはひるがの高原・上野高原が、明宝水沢上（みぞれ）一帯には、めいほう高原が広がっており、雄大な自然に囲まれたロケーションとなっている。長良川をはじめとして和良川、石徹白川等一級河川が 24 本あり、山林の高い水源涵養能力によって、美しく豊かな水に恵まれており、観光地「奥美濃」として呼び親しまれている。平成 16 年 3 月 1 日に八幡町・大和町・白鳥町・高鷲村・美並村・明宝村・和良村の郡上郡内 7 町村が合併し新市としての活動をスタートしたところである。和良町は、市の東端にあり岐阜県の中央に位置し、人口 2400 名弱の地区である。山林が 95% を占め、鮎・いわなをはじめ珍しいオオサンショウウオが生育する清流沿いにあり自然には恵まれているが、多くの山村地区と同じく過疎が進み、高齢化率 35% 弱からくる高齢者問題を抱えている。

3) 口腔ケア(狭義)・口腔機能リハビリテーションの実施状況

(1) 経緯



郡上市国保和良歯科総合センターは、市町村合併により旧和良村国保歯科総合センターを名称変更したものである。昭和53年に当時の和良村国保病院に歯科が開設され、村民の歯科治療ならびに歯科予防活動を担ってきた。平成12年に和良村保健福祉歯科総合施設内に、国保歯科保健センターを併設した和良村国保歯科診療所として独立し、総称を和良村国保歯科総合センターとした。こうした経緯には、前述の「予防を主として治療を従とする」という理念を達成するためには、歯科領域の独立予算の獲得、事業計画の立案を可能にすることで、医科とともに歯科領域からも住民の健康保持、増進のために歯科領域から提案すべき施策を打ち出す環境を整える必要があった点が注目される。また、歯科保健センター内に保健師を配置し、在宅介護支援センターには歯科衛生士を置くことにより医科、歯科の総合的な視点から健康保持、増進活動を展開できる体制となった。平成16年郡上市になり大幅な組織再編が行われ、和良歯科総合センターは健康福祉課の中に所属することになったが(病院は別)、このことより歯科分野の「保健・医療・福祉の連携・統合」がさらに展開しやすくなると思われる。また合併前から、他地区(旧6ヶ町村)の保健師からも、それらへの地区への活動を熱望されており、今後は活動を全市へ展開していくことを考えている。

(2) 取組み内容(実施体制)

高齢者に対する口腔ケア(狭義)、口腔機能リハビリテーションに関しては、同一敷地内にある和良病院、和良介護老人保健施設において、郡上市国保和良歯科総合センターの歯科医師、歯科衛生士が定期的に出向き、看護師、介護職員と連携の上実施している。

郡上市国保和良病院は、一般病床50床、和良介護老人保健施設、定員27名、短期入所療養介護、通所介護の各サービスも提供して施設である。

旧和良村管内の高齢者については、病院、介護老人保健施設の入院、入所者をはじめ在宅療養者の全てのケアカンファレンスを実施している。口腔ケア(狭義)や口腔機能リハビリテーションの必要な高齢者についても同一のケアカンファレンスにおいてプログラムが立案され、対象者と関わるすべての職種が同一の目標のもとケアプログラムを一体的に実施していく体制がとられている。



(3) 実施方法

① 郡上市国保和良病院

脳血管障害を中心に急性期の状態から一環した口腔ケア(狭義)、口腔機能リハビリテーションを実施している。隣接する郡上市国保和良歯科総合センターの歯科医師、歯科衛生士が実施方法やメニューについて助言を行いながら、主に看護師が患者のベッドサイドにおいて実施している。経口摂取が困難な患者も多く、口腔ケア(狭義)、口腔機能リハビリテーションを慎重かつきめ細かく実施するニーズは高い。「嚥下体操」を1日2回実施している。

具体的なメニューは主に以下の中から患者が実施可能なものを選択した上で行っている。



図表 嚥下体操のメニュー

①深呼吸（腹式呼吸 4 回）	⑥唇の体操
②首の体操	⑦舌の体操
③肩の体操	⑧発音の体操
④腕の体操	⑨飲み込みの訓練
⑤口の体操	⑩深呼吸

②和良介護老人保健施設

郡上市国保和良病院退院者をはじめ回復期、維持期の高齢者を対象にケアを行っている。入所者に対する口腔機能リハビリテーションは、昼食後、通所介護サービス利用者とともに実施される「農民体操」、「合唱」、「リュウマチ体操」、「お口の体操」各種体操やリハビリプログラムに参加し、入浴後、おやつをとる等が通常のメニューとなっている。実施にあたっては入所者が興味を持つ音楽を流したり、職員が全員体操に参加する等の工夫を凝らし、入所者本人の自立的な運動を促している。なお、「お口の体操」は、朝、昼、晩の毎食前に実施している。



図表 「お口の体操」のメニュー

①腹式呼吸	⑦腕の上げ下げ運動
②前後の首の体操	⑧口の体操（頬をふくらます）
③左右の首の体操	⑨発音訓練
④横を向く運動	⑩舌を上下左右に動かす運動
⑤首の回転	⑪飲み込みの訓練
⑥肩の上げ下げ運動	⑫咳払いの訓練

(4)今後の課題

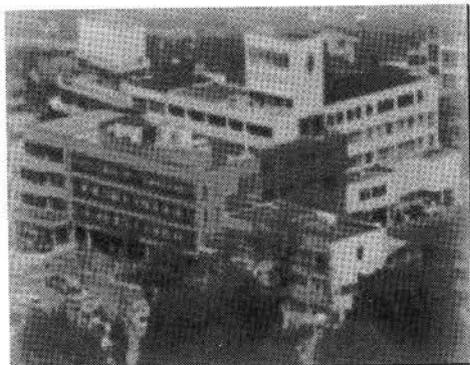
口腔ケア（狭義）、口腔機能リハビリテーションの実施にあたっての今後の課題は以下の点が挙げられる。第1に入院、入所者の口腔機能評価を行うための定型化されたフォーマットの開発である。これにより各職員が実施していることの課題や成果を整理することが可能となる。また、限られた時間と職員体制の中で口腔機能リハビリテーションの必要度が高い入院、入所者から取り組んでいくといった優先順位づけが可能となることも想定される。

第2は、介護老人保健施設の入所者や通所者の心身機能には個人者が大きく、集団的活動はどのレベルに合わせて実施するか判断が難しい。つまり、要介護度の高い入所者や通所者は自立的に口腔機能リハビリテーションに参加すること自体が難しい反面、実施する必要性が高いケースも多いため、集団的活動であっても職員は時間をかける必要が生じる。

第3は退院、退所後の在宅生活場面での口腔機能リハビリテーションの実施可能性である。介護家族の負担を増やすことなく、効果的に口腔機能リハビリテーションを継続していくためにどのような方策が考えられるのかを検討する必要がある。またこのためには、高齢者本人や家族向けの説明資料等の開発が必要となる。

2. 公立みつぎ総合病院

1) 施設概要



公立みつぎ総合病院は、昭和31年に御調国保病院として開設、現在は病床数240、16の標榜診療科を有する総合病院である。

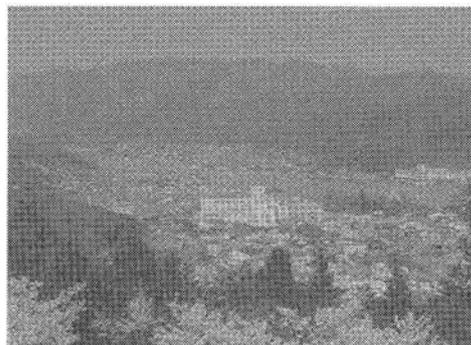
公立みつぎ総合病院の基本理念は「地域包括医療（ケア）の実践と住民のための病院づくり」である。様々な保健・医療・福祉施設と連携を密にとり地域包括ケアシステムの充実を目指すとともに、救急医療や在宅ケア推進の訪問看護等も実施し、住民のための病院づくりを目指している。

- 住所 : 〒722-0393 広島県御調郡御調町大字市124番地
 職員数 : 505名
 診療科目 : 内科、循環器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、産婦人科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、精神科、放射線科、リウマチ科、リハビリテーション科、歯科
 許可病床数 : 240床（一般病床192床、療養病床48床）
 外来患者数 : 695人/日（平成15年10月）
 入院患者数 : 240人/日（平成15年10月）

2) 御調町の概要

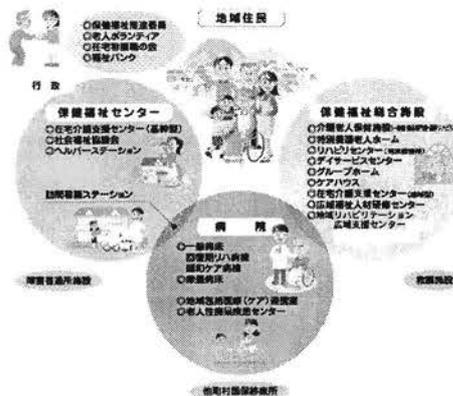
(1) 概要

広島県御調町は県の東南部に位置し、人口8191人（高齢化率29.9%）、面積82.98km²にして、温暖な気候を生かして作られた串柿が全国的に名声を博す一方、高齢者対策、総合文化施設の整備が進む文化の香り高い健康と福祉の町である。



(2) 保健・医療・福祉の連携

御調町では現在、保健・医療分野と福祉分野の地域的な連携・統合である「地域包括ケアシステム」が実現されている。このシステムのハード面では、公立みつぎ総合病院を核として保健福祉センター、保健福祉総合施設が整備され病院医療と行政部門のドッキングが図られている。これにより保健・医療・福祉のサービスをパッケージとして提供することが可能になり、健康づくりや在宅ケア、リハビリテーション、寝たきりゼロ作戦等を地域包括ケアシステムのソフト面として展開している。



3) 口腔ケア(狭義)・口腔機能リハビリテーションの実施状況

(1)経緯

公立みつぎ総合病院において口腔ケアを開始したのは、昭和 60 年代に入ってから、広島県立ふれあいの里特別養護老人ホーム(現在の特別養護老人ホーム「ふれあい」)においてであった。当時の口腔ケアの頻度は週 1~2 回に過ぎないものであり、またスタッフにおいては、通常の生活リハビリを実施する必要がある中で、口腔ケアを実施することは若干の負担を感じることもあったかもしれない。しかし口腔ケアの効果は着々と現れ始め、またその口腔ケアの継続でより一層の効果を得られることが経験的にわかるようになり、その後、老人保健施設や在宅においても口腔ケアが開始された。現在御調町においては、ケアプランの中に「口腔ケア」という項目が個別に立てられ、介護報酬のもとに要介護高齢者に対するケアがなされている。

口腔機能リハビリについては、歯科外来で試行錯誤しながら行っていた。そして平成 6 年からの広島県歯科医師会のモデル事業の一環で、摂食嚥下リハとして本格的に取り組み始めた。その際に、在宅を担当している者は県からリハビリに関する指導を受け、病院に持ち帰り勉強会等で知識を共有し、口腔機能リハビリについての機運が高まってきた。このときはすでに、病院内でリハビリ部、歯科、看護、介護、栄養士等による摂食・嚥下についての勉強会が開催されており、また摂食嚥下体操を生活リハビリの一環として数年前から実施していたことから比較的スムーズに各職種に浸透した。現在は月に 1 度の摂食・嚥下勉強会を実施し、個別の事例に対してより効果的なリハビリのあり方やNST委員会との連携を模索している。

(2)取組み内容(実施体制)



現在、公立みつぎ総合病院での口腔機能リハビリは、言語聴覚士はもとより介護職・看護職が一体となって実施されており、互いに連絡簿を利用して日々の情報交換を行っている。また、介護老人保健施設においては言語聴覚士の配置により、安心して摂食・嚥下訓練を任せられるようになり、医師、歯科医師が適切に評価を行い、個別プログラムを作成、実施する体制となっている。

また、入所者の家族を交えたケアカンファレンスが週に 3~4 回実施されており、カンファレンスでは各担当者から当該入所者に対しての経過報告がなされ、本人とその家族の話聞きながら、その後の方針についての計画が練られていく。その過程では当然口腔機能に関することも検討の対象となり、具体的には口腔ケア・口腔機能リハビリの実施内容そのものや、栄養士やソーシャルワーカーの立場からの食事管理のあり方もカンファレンス内で検討され、予後改善を目指し実施されている。

さらに施設を退所して自宅に復帰してからも、地域の保健師やケアマネジャーに口腔ケアや口腔機能リハビリに対する意識が高いため、積極的なケアやリハビリの実施が望める。また、ケアやリハビリを実施した者は施設内同様「訪問記録」を残し、病院や施設等と密に情報交換を行いながら、きめ細かなケアやリハビリの提供が可能となっている。

(3)実施方法

①急性期・回復期

急性期・回復期の患者に対しては、口腔清拭を毎日看護師が実施しており、また義歯の管理は介護職・看護職が行っている。いずれも、日々の口腔状態のチェ



ックは連絡簿に記載され、どの職種も常に当該患者の口腔状態を認識することができる。

口腔機能リハビリは、医師、歯科医師の指示により言語聴覚士や歯科衛生士が患者の状態に応じて週に1~2回程度実施している。しかし残存歯があり拒否反応を示す患者の場合には、とても家族によるケア・リハビリの実施が望めるものでもなく、場合によっては看護師と歯科衛生士等複数のスタッフにより、開口器等の器具を用いたケア・リハビリの実施も行われている。また、人工呼吸器により呼吸管理された急性期患者においては、口腔内が常に乾燥状態にあるため、少しでも口腔内の筋肉を活性化させ適度な湿潤を保たせる意図をもって、口腔機能リハビリが実施される。

②維持期

維持期の患者に対しては、まず義歯の取り外しやうがい、歯磨き等の患者自身で行える作業については極力患者自身に任せている。歯科衛生士が口腔機能リハビリを実施する際には、できるだけ患者がリラックスできるよう、担当者は頻繁に患者に話しかけを行い、気分を紛らわせたり励ましたりする。また、頸部の側屈・回旋運動等では患者が疲労を感じるが多いため、必要に応じて手で頭部を支える等の介助が求められる。なお、巻き鳥のメニューは、スタッフにとっては機能改善を測るひとつの尺度であると同時に、患者にとっては達成感を得る簡便なツールとなっているため、積極的に実施することを推奨する。また、巻き鳥は口腔内だけではなく呼吸を使ってのトレーニングにもなるため、それまで発声不能であった患者の呼吸機能改善も期待できる。

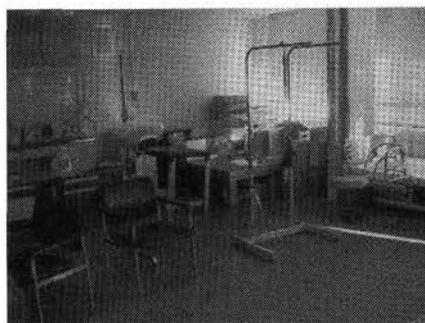
③在宅

在宅における口腔機能リハビリは、ケアマネジャーの提案等により「口腔ケア」「口腔機能リハビリ」が組み込まれたケアプランが作成され、各職種による介入が可能になっている。多くの場合は訪問歯科診療が実施されているが、特に施設を退所して在宅に戻った患者に対しては、家族の同意を得た上で、極力施設に入所していた時と同様の口腔ケアや口腔機能リハビリを実施することを目指している。

(4)今後の課題

口腔機能リハビリに関する今後の課題としては、まずその患者のリスクを常に把握する必要があり、そのためには常日頃から患者の情報を共有できる体制をとる必要がある。そもそも口腔機能リハビリは様々な職種が関わる必要があるため、まずはその認識を持つことから浸透・定着が始まる。各職種がバラバラに患者に介入しては、効果的な身体機能の改善はみられないどころか、容態の急変時に対応が出来なくなる恐れがある。したがって、日々の患者の経過を記録するとともに、どの職種が介入したのかを記録し、定期的にカンファレンスを開くなどして当該患者に関する全員に情報が共有されている必要がある。

口腔機能リハビリは口腔部分に限定したリハビリとして捉えるのではなく、全身のリハビリの一部として実施される必要がある。そもそも口腔機能リハビリには一定時間かけることが不可欠であり、そのため専門職だけが重点的に実施しては、必ずマンパワーの不足に陥ってしまう。口腔機能リハビリを、専門職のみが実施する「訓練」として捉えるのではなく、生活リハビリや包括ケアの視点を持って、ヘルパーや訪問看護師も実施できるような体制となることが今後望まれる。



3. 衣川国民健康保険衣川診療所・歯科診療所

1) 施設概要



衣川村国保衣川診療所は昭和 22 年に開設され、病床数 19 床、6 の標榜診療科を有する国保医療機関である。

衣川村国保歯科診療所は昭和 48 年に開設され 3 診療科を標榜している。これらの施設の設立理念は、地域医療の実践、である。

両施設は同一敷地に、保健・福祉施設とともに一体化されて建設され、ハード面とソフト面の連携が円滑に進むよう工夫がなされている。

【衣川診療所】

住所 : 〒029-4332 岩手県胆沢郡衣川村古戸 48 番地 3

職員数 : 36 名

診療科目 : 内科、呼吸器科、小児科、眼科、整形外科、リハビリテーション科

許可病床数 : 19 床 (療養型 2 床、介護型 4 床)

外来患者数 : 106 人/日 (平成 15 年 10 月)

入院患者数 : 6.3 人/日 (平成 15 年 10 月)

【衣川歯科診療所】

住所 : 〒029-4332 岩手県胆沢郡衣川村古戸 52 番地

職員数 : 9 名

診療科目 : 一般歯科、小児歯科、矯正歯科

外来患者数 : 34 人/日 (平成 15 年 10 月)

2) 衣川村の概要

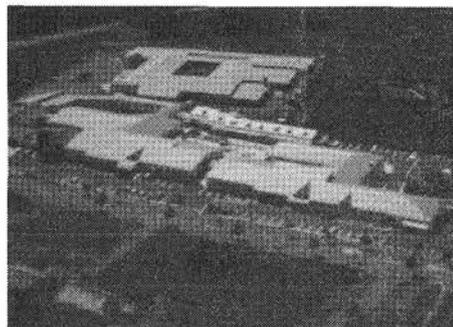
(1) 概要

岩手県衣川村は、岩手県の県南の西端に位置し、人口 5,290 人 (高齢化率 28%)、面積 16,357ha の 80%以上が森林で占められ、森と水にあふれた風光明媚な歴史の町である。第一次産業の人口割合が高い地域である。



(2) 保健・医療・福祉の連携

村内には医科、歯科の国保診療所があり、これらを廊下でつなぐ「衣川方式」により保健・福祉の施設 (保健センター、介護老人福祉施設) の一体化が図られている。また、施設的なハード面ばかりでなく、ケア会議を始め各種委員会等での情報の共有化により職員の連携がなされソフト面での充実が図られている。



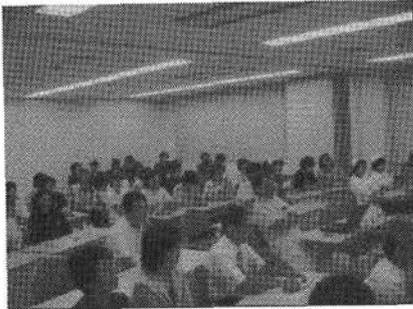
3) 口腔ケア(狭義)・口腔機能リハビリテーション実施状況

(1) 経緯

衣川村で本格的に高齢障害者に対して口腔ケアの実施を始めたのは平成9年ごろからである。介護老人福祉施設の監査の際に施設臭があるとの指摘を受け、歯科診療所職員とともに入所者の口腔ケアを開始した。歯科職員の行う口腔ケアは週2回の頻度であり、施設職員は毎日実施した。また、ホームヘルパーが在宅障害者への口腔ケアを実施するとともに、介護老人福祉施設では口腔ケアについての勉強会を開催し、職員の口腔ケアに対する意識レベルの向上を図った。平成14年には、歯科診療所の指導により入所者やディサービス利用者に対して嚥下体操を開始した。



医科診療所においては、断続的ではあるが病棟で嚥下訓練に取り組み始め、対象者の抽出や訓練については看護師が行っていた。平成13年に、摂食嚥下の治療が先駆的に行われている岩手県藤沢町国保藤沢町民病院の指導のもと、嚥下造影を開始したことを機に本格的に口腔ケアに取り組み始めた。また、これまで患者の食状の判断基準については曖昧であったが、嚥下造影検査の開始により、「受検陽性の患者に対してはすべてとろみ食を出す」等といった、患者への一定の介入基準を与える効果をもたらした。



こういった状況の中、医科・歯科・介護老人福祉施設・保健センターの全スタッフ対象の摂食嚥下障害についての勉強会を平成13年に開催した。これにより高齢障害者の摂食嚥下に対する認識が多職種の関係者に広がり、平成15年からは全施設を網羅する摂食嚥下アプローチ委員会を組織し、チームアプローチによる口腔ケアを開始した。

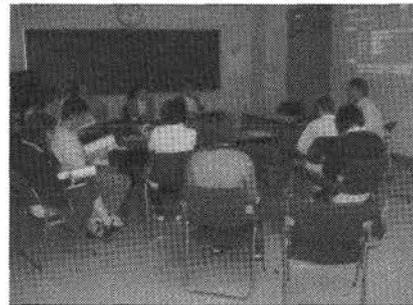
(2) 取り組み内容(実施体制)

口腔ケアは、介護老人福祉施設入所者については施設職員が毎食後実施し、歯科職員は週2回胃瘻造設者へ専門的口腔ケアを実施している。一部のディサービス利用者には、毎日の昼食後に歯科診療所職員が口腔ケアと口腔機能リハビリテーションを実施している。

口腔機能リハビリテーションについては、医科診療所に嚥下造影用のX線装置はなく、胃造影用X線装置を利用し、市販のビデオ機器等を工夫改良して嚥下造影を実施している。また、国保藤沢町民病院が毎月行う「摂食嚥下研究会」に参加し情報の共有化を図るとともに、困難症例の検討、専門職員の派遣を依頼するなど病診連携にて摂食嚥下障害者に対応している。

介護老人福祉施設入所者とディサービス利用者には、食事前に嚥下体操を実施することで誤嚥の防止に努めている。またグループケアとして、利用者の施設内における活動場所を自立者・痴呆者・重介護度者の3グループで分類し、担当者やケア内容もグループ毎に実施することで、患者の病態に応じたきめ細かな対応を実現している。

平成15年に組織された「摂食嚥下アプローチ委員会」においては、勉強会やカンファレンスを行い各施設間の連携を担っている。委員会構成メンバーは内科医、看護師、作業療法士(医科) 歯科医師、歯科衛生士(歯科) 事務係長、保健師(保健センター)、生活相談員(介護老人福祉施設)で、委員長は内科



医、委員会開催は不定期である。

今回、同委員会が組織されプロジェクトチームが立ち上がったことで、看護師以外の職種とも連携を取れるようになり、ケースに対してより個別性の高い訓練を行えるようになった。訓練マニュアルを用いることで、ケースを入院時から膳職種で評価し、障害部位や程度を明らかにすることができ、これによって患者の到達目標を明確に設定できるようになったことが個別性を高める要因となっている。この評価と目標設定が実施可能になったことは大きな進歩であり、かつ訓練上不可欠なものであるといえよう。

(3)実施方法

①急性期・回復期

急性期・回復期の患者には、嚥下造影を行い、カンファレンス後、看護師、作業療法士が毎食後、口腔ケアと口腔機能リハビリテーションを行う。ベットサイドに吊るした訓練マニュアルを用いることで症例を入院時から看護師同士で同じリハメニューを継続できる。急性期の患者は少ないが、病棟で取り組んだ事例は日に日に摂食・嚥下機能の改善が見られ、そのことが訓練の継続につながる。医科診療所退院の後には、ディサービスを利用し、歯科職員が口腔ケアと口腔機能リハビリテーションを継続する。



②維持期

維持期の患者は主として介護老人福祉施設入所者やディサービス利用者であり、前者に対しては毎食後に義歯の清掃を実施し、全面的な管理を実施している。また、ディサービス利用者については、義歯の着脱を煩わしく感じる利用者もいる一方で、ブラッシングを中心とした口腔ケアを根気よく実施することで、口腔周囲の清潔の保持に努めている。

また、口腔機能リハビリテーションに関しても、実施可能な対象者には積極的に実施を促すとともに、実施困難な患者に対してもアイスマッサージや巻き鳥、音楽療法等の楽しみを通して、口腔部位のストレッチに努めている。

③在宅

在宅療養患者に対してはホームヘルパーが口腔ケアを実施していたが、介護保険の利用が進むにつれ、介助時間延長による介護料金負担増から口腔ケアを介護ケアプランに含むことが少なくなってきた状況である。一部はディサービスで歯科職員の口腔ケア、リハビリテーションがなされている。

(4)今後の課題

口腔ケア・口腔機能リハビリテーションの実施について、実際の手技を必ずしも施設内に専門職が在籍しているとは限らないため、全職員が更なる知識と技術の習得と必要性の認識を深める必要がある。そのためには、学習会の実施とともに処遇改善会議も開催し、また、他施設との連携を密に図り専門職の人事交流等を積極的に実施することが求められている。

具体的なケアやリハビリについての課題については、限られた時間の中で効果的に口腔ケア、口腔機能リハビリテーションを継続するために、そのメニューに優先順位をつけること、個別メニューの作り方を整理すること（障害との対応関係を明確にすること）が課題として挙げられる。また、「口腔ケア時に手を噛まれる」、「食事を詰まらせて窒息する」等の様々な困難事例への対処が問題となっており、マニュアル等の作成により施設内で一定の対処法を確立して問題解決にあたっていく必要がある。

介護老人福祉施設やディサービスで行っている嚥下体操については、障害等の度合いにより実施できる方と実施できない方がいるため、集団で実施する際のレベルの設定が

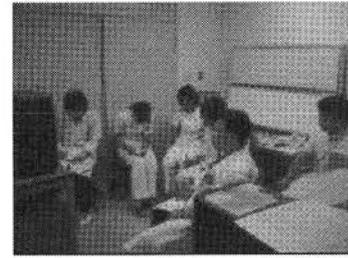
困難であるという課題がある。嚥下体操のみでストレッチ効果を図るのではなく、音楽療法や喜劇鑑賞等を通して楽しみながら口腔部位の筋肉の緊張を解すことも検討されている。

最後に、ケアプラン作成時については、「口腔ケア」、「口腔機能リハビリテーション」がケアプランの中に盛り込まれるよう、在宅患者の家族に対して、口腔機能等の重要性の認識を深める啓蒙活動等が必要である。

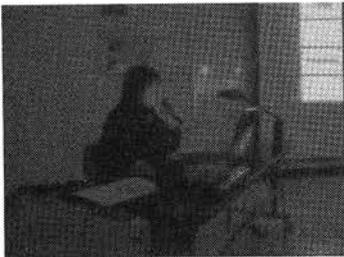
3) 口腔ケア・口腔機能リハビリテーションについての先進的な取組み

(1) 経緯

藤沢町民病院では、平成 13 年に消化管・血管造影用の C アーム型 X 線装置を導入し、当初は血管造影等の検査が積極的に行われていた。しかし半年後に導入された MRI 装置の台頭により、C アーム型 X 線装置による血管造影検査が減少したことから、代わりに VF 検査を目的とした装置の活用を図った。C アーム型の X 線装置は VF 検査に適しており、患者の嚥下機能障害に対する詳細な評価や経過診断が可能になった。そして VF 検査の症例を重ねるうち、



検査結果の正確な評価とその評価に基づいた口腔ケア・口腔機能リハビリテーションに対する本格的なアプローチの必要性が高まってきた。しかし当時は、ケアやリハビリの手技に関する情報不足や、実際に関わる職種が明確でない、患者の予後もあまり良化が見られない等の問題を抱えており、今後は口腔ケア・口腔機能リハビリテーションに関する知識の普及や職員の意識の醸成を図る必要があった。そこで平成 14 年、病院長を始めとした一部の職員らの呼びかけにより「摂食・嚥下研究会」を立ち上げ、藤沢町民病院における円滑な摂食・嚥下リハビリテーションの導入を目的とした定期的な意見発表や症例報告の場を設けた。同研究会では主に摂食・嚥下障害に対するケア・リハビリ



テーションに関する知識や手技の充実を目的とする一方で、院内での摂食・嚥下障害をもつ患者に対しては、研究会で習得した情報をもとにリハビリテーションを実施している。その中では実際に患者の状態改善が見られた症例も少なくなく、このケア・リハビリに関わった職員間では経験と自信をもたらす結果に繋がっており、院内に良い相乗効果を生み出している。

現在は、研究会の立ち上げ職員の大半がそのまま会の運営委員を務めており、事務局として他施設への情報提供や研究会参加の呼びかけを行うとともに、必要に応じて他施設へ視察に行きその報告を行うなどして会の活性化を図っている。そして、この研究会の成果として、摂食・嚥下障害患者を対象としたケア・カンファレンスを開催し、多職種が治療・リハビリに関わることができる体制を整えるチームアプローチの充実を図っている。

そのため実際の病室においては、食事介助者に向けて「看護師・介護員のための間接・直接嚥下訓練マニュアル」を作成し、手技の浸透を図ることで、嚥下・摂食障害に対して少ないマンパワーで最大の効果をあげることに努めている。なお、同マニュアルは、藤沢町民病院で使用している『摂食・嚥下障害のリハビリテーション指示書』を基に作製し、看護・介護部門で行える間接・直接訓練を安全かつ簡単に実施できるよう要約したものである。

また、介護老人保健施設、介護老人福祉施設においては、必要に応じて病院と密に連携を図り、積極的に研究会に参加することで病院でのケアやリハビリを自らの施設でも引き続き実施できるような体制をとっている。

(2) 取り組み内容(実施体制)

摂食・嚥下研究会立ち上げ当初には、「口腔機能についてのケア・リハビリはどの職種が行うべきなのか？」という疑問が常に職員間にはあった。歯科部位へのアプローチなので歯科医師がやるべきなのか、それともリハビリテーションという観点からすると理学療法士や言語聴覚士なのか、という疑問であった。しかし現在ではこの種の問い



に対して、「誰のものでもない。口腔ケア・口腔機能リハビリには全員が関わる必要がある」との結論を、藤沢町民病院では実践している。

研究会の運営委員となっている職種は、医師・看護師（病棟）・看護師（訪問看護ステーション）・保健師・リハビリドクター・理学療法士・言語聴覚士・放射線技師・薬剤師・栄養士であり、多種を極める。

またケア・カンファレンスの参加職種は、担当医師・看護師・リハビリドクター・放射線技師・薬剤師・栄養士・介護員である。カンファレンスの実施については、まず患者の嚥下・摂食障害の経過を見ながら必要症例にはVF検査の実施を検討、VF検査を受検した患者については全ての事例でカンファレンスの対象としてチームアプローチの徹底を図っている。

介護老人保健施設等の併設施設においては、平成15年から口腔機能改善に向けた取組みが本格化しており、特に病院から移ってきた患者に対しては病院と同じケアメニューを引き継いで実施できる体制の整備を進め、ケア・リハビリ介入の継続性を重視している。また、他施設や自宅から入所してきた方で摂食・嚥下障害の疑いのある事例に対しては、病院でのVF検査受検を勧め障害の早期対応を図りながら、施設を越えたチ



ームアプローチの実践を目指している。介護老人福祉施設においては、介護老人保健施設から移ってきた患者は引き続き前施設と同じケアメニューでの介入を実施し、継続的な機能改善に向けた取組みを実施するとともに、最終的には自宅療養を目指す一貫した流れの確立を目指している。ただし、こういったリハビリに対しては、多くのケースで家族の同意が得られないことが課題として挙げられている。

(3)今後の課題

今後は、病院を退院した患者について、今年から始まった介護老人福祉施設や介護老人保健施設でのケアの実施が今後の目標とされている。その後の施設療養から在宅療養へのスムーズな移行を視野に入れ、両施設に対しては口腔ケア・口腔機能リハビリテーションの手技の普及に努めるとともに、患者や家族に対しては在宅療養に戻ってからも継続してケアを実施するよう意識啓発を進めることが重要である。現在は保険点数の対象外であるが、言語聴覚士等の専門家による訪問リハビリテーションの実施も検討される。

また、院内においては、より効果的な手技を検討し実践する体制を整えるとともに、歯科医師や精神科医の配置を実現することによりチームアプローチの充実を図ることが必要である。さらに、人的な整備とともに作業療法室の創設等のハード面での整備を実施し、口腔機能に限定しない全身的なリハビリテーションの実施が必要である。

最後に、リハビリテーションの実施評価については難しい課題である。個別のリハビリテーション手技の効果が恒常的に正しく実現されることは期待できず、逆に禁忌介入とならないよう、メニューを作成する際には十分な知識と細心の配慮が必要である。

5. 三豊総合病院

1) 施設概要



三豊総合病院は、昭和 26 年に三豊第一病院として開設、現在は病床数 519、25 の標榜診療科を有する総合病院である。

三豊総合病院では「高度先端医療から地域医療まで」をキーワードに、西讃の地に都会と変わらぬ医療設備と医療機器を整備し、開設以来一貫して地域に信頼される病院づくりを心がけ、地域ニーズに応える医療を展開している。

住所 : 〒769-1601 香川県三豊郡豊浜町大字姫浜 708

職員数 : 723 名 (臨時職員を含む)

診療科目 : 内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、神経内科、心療内科、精神科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、歯科、歯科口腔外科、矯正歯科、麻酔科、リハビリテーション科、リウマチ科、心臓血管外科

許可病床数 : 519 床 (一般 515 床、感染症 4 床)

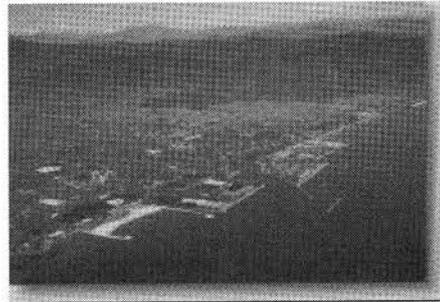
外来患者数 : 1,352 人/日

入院患者数 : 508 人/日

2) 豊浜町の概要

(1) 概要

香川県豊浜町は県の西端部に位置し、人口 9,001 人 (高齢化率 25.9%)、面積 1667ha にして水稲とレタス等の露地野菜、胡瓜等の施設園芸、丘陵地のなし等果樹を組み合わせた香川型農業の特徴である集約複合農業が展開されている。



(2) 保健・医療・福祉の連携

豊浜町は、同町を含む近隣 1 市 4 町が母体となり高度先進医療や緊急医療等の充実を目的に三豊総合病院を運営している。平成 6 年に国保保健福祉総合施設「すこやか」を併設、それまで行ってきた健康管理センターと訪問看護ステーションを収容し、平成 8 年に歯科保健センターも設置した。この総合施設を拠点に、地域医療部のスタッフが中心になって訪問診療・僻地診療・訪問看護・訪問リハや施設内外での各種健康教室を実施している。また、平成 8 年には豊浜町老人保健施設が併設されて業務委託を受け、平成 10 年には、遠隔医療テレビ電話の導入や、保健医療福祉の総合相談窓口を設置、翌年には居宅介護支援事業もスタートさせる等して、保健医療福祉を統合した地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる。

3) 口腔ケア・口腔機能リハビリテーションの実施状況

(1) 経緯



三豊総合病院における口腔ケアは、平成8年の歯科保健センターの設立とともに実施されてきた。当時は在宅療養患者に対する訪問ケアが中心であったが、それ以前からも脳外科医師の指示のもと、言語聴覚士による訪問リハビリの実施等、積極的な取り組みを見せていた。現在は、耳鼻科担当者も参加して、多職種によるチームアプローチも実施されている。一方施設内では、VF検査（嚥下造影検査）、VE検査（ビデオ内視鏡検査）が導入され、摂食・嚥下機能の維持・向上についての意識の高まりとともに、統一的な介入が図られて

いない口腔ケアの実施の現状や、患者の身体的状況次第では口腔ケアすら実施できていない現状を把握する必要があった。そこで病棟の看護師全員に対して口腔ケアに関するアンケート調査を実施し、問題点の抽出とその対応策を講じ、その結果として歯科保健センターに在籍する職種だけではなく、医科関係者と協力して様々な職種の手による病院内患者への口腔ケアの実施が重要であるとの結論に達した。

それまでも歯科医や歯科衛生士は、病棟の看護師や介護士、リハビリ担当者から個別症例の口腔機能改善に向けた対応についての相談を受けており、医科スタッフと歯科スタッフが情報の授受を行う中で活発な意見交換がなされ、口腔ケアを受け入れる土壌は院内に形成されていた。しかし、症例毎に歯科スタッフが個別に動くことは非効率であるばかりでなく、ケアの手技が統一されない等の問題点が指摘されていた。そこで職種統一的に、かつ迅速に歯科紹介ができるように、歯科衛生士が関わる必要があるケースについてはNSTのミーティングの場でケース検討した後、主治医から歯科保健センター宛てに紹介状を送付、これにより専門的口腔ケアの実施が開始されるような関係機関の調整を行い、一刻も早い口腔ケアの実施体制を整備した。

(2) 取り組み内容(実施体制)

① NST(Nutrition Support Team)

NSTとは、医師や看護師、栄養士らが混成チームを編成し、患者の症状や体調に合わせた適切な栄養療法を選択・実施することにより、治療効果の向上、合併症の減少、QOLの向上、在院日数の減少、医療費の削減、医療の質の向上等を図るものである。

現在、三豊総合病院では、週に2回ランチタイムミーティングとして関係職種が集合し、1回は勉強会、残る1回は症例検討会と定期的な栄養回診（ラウンド）を実施している。症例検討会の開催時は、各病棟から2名ずつの看護師と、栄養士、薬剤師、言語聴覚士、そして歯科保健センターから歯科医師と歯科衛生士が参加し、議長である副院長（外科医）のもと、対象患者の誤嚥防止や経口摂取を目指した摂取栄養量や食事形態に関するテーマが議論される。併せて、言語聴覚士らの意見によるリハビリメニューの作成や、薬剤師による食事のカロリー計算や投薬量のアドバイスが行われる。勉強会の参加については、特に制限は設けていない。



このNSTの中で歯科医・歯科衛生士は、摂食・嚥下障害があるとの報告を受けた症例に対しては、患者の栄養摂取状況や口腔内状態を考慮した適切なアドバイスを提供し、必要ならばケアメニューやリハビリメニューの作成に携わる役割を担っている。また同時に、単に介入メニューを提供するだけでなく、ラウンドを通してメニュー内容の具体的な手技を実施し、看護師等に伝えることで口腔ケアやリハビリに対する多職種の介

入を可能にする院内体制を整備していく必要がある。

なお、NSTの対象となる患者は主に褥瘡のある患者が多く、看護師ならばケアアセスメントシート、リハビリ職種ならばVF検査に基づいて本会の対象とするか否かを判断する。そして対象となった症例については、各病棟の看護師からその旨の報告がなされ、その場で他職種から治療・処置についての指示を受け、また配食・栄養摂取についてのアドバイスも積極的に求める。そしてさらに、他職種の介入の必要ありとの判断に至ったときにはその患者の担当医に看護師が連絡をし、紹介状を作成してもらいチームアプローチを可能にしている。また、NSTの対象とはならなかったが、口腔状態に問題がありうる症例については、積極的に歯科・歯科衛生士等が口腔ケアの手技や対処方法等の情報交換をし、状態悪化の未然防止に心掛けている。

②摂食・嚥下委員会

参加職種は、歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士・リハビリテーション科医師である。

(3)実施方法

①病院

まずは口腔ケアに関する基礎的な知識や技術について、先般のアンケート結果の中で「在学中に十分な教育を受ける機会がなかった」という回答が多数を占めたため、専門的な知識・技術のレベルアップを図るため、院内研修会を実施した。相互実習により薬液等の味見、歯ブラシ・舌ブラシを使ってのブラッシング等実際の口腔ケアの手技を体験した。またこの研修会には、院内でのケアの統一を取る意図もあった。



そして実際の口腔ケアの実施に際して、まず事前にアセスメントを実施する。共通したアセスメントシートを使用する必要があるため、国診協版の在宅ケアアセスメントをベースに作成したものを利用し、口腔ケアの必要なケースを漏れなく把握することに努めている。そして、口腔ケアが必要な症例に対しては院内研修会、NST、摂食・嚥下委員会の各カンファレンスにかけ、そこでの指示に基づきメニューを立案、実際の個々の口腔ケアの手技については院内にある口腔ケアマニュアルを使用して実施している。

さらには、様々な理由のためケアが困難な患者に対しては、看護師と歯科医師・歯科衛生士がベッドサイドで一緒にケアを実施することで、個別的に口腔ケアの実地指導やアドバイスを行うことが可能になる。「病棟口腔ケア実施記録」や「嚥下評価表」を患者のベッドサイドに置き、病棟で看護師、歯科スタッフ、言語聴覚士を始めとするリハビリスタッフが互いにコミュニケーションを取り情報の交換・共有が行えるような体制をとっている。

②老健

介護老人保健施設「わたつみ苑」における口腔ケア・口腔機能リハビリテーションに対する取組みとしては、毎日昼食前に10分程度の「お口の体操」実施している。ビデオテープによる実演指導は行わず、音楽にあわせて老健のスタッフとともに実施している。なお、昼食前にお口の体操を実施する理由は、利用者の口腔部分の緊張をほぐした上でスムーズな状態で昼食に臨めるような配慮に基づいている。



③在宅

施設退院・退所後の口腔ケアの継続については、在宅復帰間近の患者に対して簡単にケアの内容を伝える等して口腔機能維持・改善の意識啓発と情報提供を図っている。ま

た、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所とも連携を密にとり、看護師や介護士による訪問ケアや、ケアマネジャーやメディカルソーシャルワーカーによる相談事業をもとに、家族に対しても食事介助等の協力を促すことに努めている。

(4)今後の課題

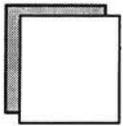
今後の課題としては、現在の病院では病棟ごとに口腔ケアを必要とする症例に格差があり、その解消を図ることが挙げられる。病棟のニーズに沿った、統一的なケアの手技とマニュアルの整理が必要である。

また、比較的症状の重い利用者が多い老健においては、お口の体操等の集団リハビリへの参加そのものが期待できないケースも少なくない。このケースに対しては、病院との連携を密にとりながらマンパワーの課題を検討した上で、重度患者に対しては極力病院の療養病床で対応を検討することが必要である。

そして、全体を通してマンパワーの問題がある。口腔ケアや口腔機能リハビリテーションを実施するにあたって、必ずしも適当な職種が揃うことは期待できず、むしろその



場に在職しているスタッフでいかに少ない労力でいかに大きな効果をあげることができるのかを常に考えておく必要がある。そもそも口腔ケアや口腔機能リハビリテーションは、患者の病状の進行を止めることはおろか改善させる可能性も秘めているため、多少スタッフに負担がかかっても実施する価値はあり、そのなかで改善に向けたエビデンスを取ることができれば理想ではないかと考える。



第6章 口腔機能リハビリテーションの普及に向けた実践マニュアル

1. 口腔機能リハビリテーションの実践
2. 急性期の口腔機能リハビリテーション
3. 回復期の口腔機能リハビリテーション
4. 維持期の口腔機能リハビリテーション
5. 終末期の口腔機能リハビリテーション
6. 実施上の安全管理

1. 口腔機能リハビリテーションの実践

1) 事前準備

A. ケアカンファレンスの基本的な考え方

近年「医科界」「歯科界」それぞれの分野から、「口から食べる」事の重要性がさげばれ、全国各地の病院・診療所で摂食嚥下機能障害に対するリハビリテーションが行われ始めている。しかしながら同じ医療に携わりながら、医科と歯科が連携協力して行っているところは少ないのが現状である。特に、「歯科」のない病院や診療所でその傾向が強く、「チーム会議」や「勉強会」等を立ち上げていても、「歯科関係者」が全く関与していないところが多いと考えられる。

現在各地域、施設で行われている摂食嚥下障害に対するリハビリテーションの実施に当たっては、歯科関係者は「咀嚼機能回復」に、医科関係者は「嚥下機能回復」に重点をおいて、それぞれが行っている感を否めない。「咀嚼」と「嚥下」が上手く機能してはじめて摂食行動が達成されることを、今一度、医科関係者、歯科関係者がともに認識すべきであると考ええる。

わが国では、摂食嚥下機能障害に対するリハビリテーションにあるように他分野においても、医科と歯科が連携してチームを組んで診療を行うことは稀であり、それぞれが独自に行ってきたという歴史的、社会的背景がある。

国協協が提唱する口腔機能リハビリテーションは、「呼吸」、「構音」、「摂食（咀嚼嚥下）」の三大口腔機能回復を目指すものであり、かつ「急性期→回復期→維持期→終末期」「病院・診療所～高齢者施設～在宅」等で治療や生活している全ての患者を対象とするものであるから、最初から「医科」「歯科」「行政」等々の各分野の多職種や家族が連携をとりあい、チームアプローチで取り組むことが不可欠である。

B. 参加職種

理想的には、各分野のありとあらゆる専門職種が連携・参加することであるが、現実的には、各地域・施設にいる専門職で、連携し互いに補いあいながら口腔機能リハビリテーションを行うべきである。参考までに、後述に「主な参加職種と役割分担」を示したが、これはあくまでも目安であって「〇〇の分担は、〇〇の職種が行わなければならない」とこの内容にこだわるのではなく、地域・施設にない職種の役割は、その他の職種の人達が協力し合えば良い。

ただ注意しなければならないのは、「咀嚼機能回復のための歯科治療」や「誤嚥性肺炎予防や口臭対策のための専門的口腔清掃」等については、その専門性・特殊性から言って歯科スタッフ以外の他職種がとって代わることは出来ないので、自施設に歯科がない場合は、地域の他施設内歯科、開業歯科医院や歯科医師会等と連携

をとり、チームの一員として位置づけておくことが不可欠である。

ここで「咀嚼機能回復のための歯科治療」について具体例を挙げると、急性期の患者が義歯を外され1ヶ月以上も経つと、義歯が合わなくなる事が多い。急性期、回復期、維持期、終末期のいずれのステージにおいても、定期的な義歯適合の調整や修理が必要である。また上顎癌等の手術を行った患者には、術後早い段階から顎補綴、スピーチエイド装着等の歯科治療が必要である。その他、救急医療時（挿管等）に脱臼させてしまった歯牙の治療、歯槽膿漏でグラグラになった歯牙の治療、虫歯の治療等の例が挙げられる。口腔機能リハビリテーションに参加する主な職種と役割分担は以下のように考えられる。

「主な参加職種と役割分担」

- | | |
|----------|-------------------------------|
| ①医師 | 全身的診断・評価・判断・治療、リスク管理 |
| ②歯科医師 | 口腔機能評価、歯科的治療、口腔ケア指示、訓練プログラム作成 |
| ③看護師 | 口腔状態観察、口腔清掃、口腔清拭 |
| ④歯科衛生士 | 専門的口腔清掃、口腔機能筋群訓練 |
| ⑤理学療法士 | 頸部・体幹機能改善訓練 |
| ⑥作業療法士 | 関節・手指機能向上訓練 |
| ⑦言語聴覚士 | 構音訓練 |
| ⑧管理栄養士 | 栄養状態評価、栄養計画、メニュー作成、家族への指導 |
| ⑨介護福祉士 | 器具（スプーン・歯ブラシ等）紹介 |
| ⑩薬剤師 | 薬剤の管理・指導 |
| ⑪介護士 | 口腔状態観察、口腔（義歯）清掃、口腔機能筋群訓練 |
| ⑫看護補助者 | 口腔状態観察、口腔清拭、口腔（義歯）清掃 |
| ⑬保健師 | ケア会議招集、情報提供 |
| ⑭ホームヘルパー | 情報提供、家族への説明 |
| ⑮ケアマネジャー | ケアプラン作成 |
| ⑯家族 | 口腔状態観察、口腔（義歯）清掃、簡単な家庭内訓練 |

C. 検討の進め方

「ケアカンファレンスの立ち上げ」

新たに「口腔機能リハビリテーション・ケアカンファレンス」や委員会等を立ち上げるのも良いが、既に地域・施設内に各職種が定期的集まる「ケア会議」等があれば、その場を活用する方が参加メンバーの時間的負担は軽く、かつ日程調整もしやすいのですぐに取り組むことができるであろう。またこれらの対象患者は、当然ながら全身的リハビリテーションの実施プログラムを行う必要が考えられるので、それらと整合性を図りながら口腔機能リハビリテーションに組むべきである。

従って、「口腔機能リハビリテーション」だけのケアカンファレンスを、あえて別に設置しなければならないと難しく考える必要はない。

但し、前述の様に、現在、各地域・施設の「ケア会議」、「ケアカンファレンス」には、歯科スタッフが参加していない例が多いため、参画できる体制づくりが不可欠である。

「カンファレンス前の事前準備～検討資料作成～」

(1)事前調査

「対象者選定」のためのごく簡単な「事前調査票」(参照)を作成しておき、入院・入所時に全員に行うシステムにしておくこと、対象者の見落としを防ぎ、後に行う「口腔機能評価票」を簡易にすることが出来る。

<事前調査票>

1.基本事項

氏名	年齢	性別 男 女	寝たきり度	痴呆度
原疾患	合併症		発熱日数(1ヵ月間) 日	

2.口腔内状況

咀嚼 U-FD PD T R L-FD PD T R	清掃回数	回/日	口臭 なし 顔を近づけると臭う 臭う
	清掃状態		口腔乾燥 正常 軽症 中等度 重度
	良 普通 不良		

3.摂食・嚥下状況

改訂水飲みテスト

1. 嚥下あり、呼吸良好、むせない、湿性嘔声なしに加え空嚥下の追加を指示し30秒以内に2回空嚥下が可能
2. 嚥下あり、呼吸良好、むせない、湿性嘔声なし
3. 嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性嘔声
4. 嚥下あり、むせない and/or 呼吸変化または湿性嘔声
5. 嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫

※2以下なら合計3回施行し、最も悪い嚥下を評価する

問診					
1	肺炎と診断されたことがありますか	1. 繰り返す	2. 一度だけ	3. なし	4. 判定不能
2	やせてきましたか	1. 明らかに	2. わずかに	3. なし	4. 判定不能
3	飲み込みにくいと感じることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
4	食事中にむせることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
5	お茶を飲むときにむせることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 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	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
7	のどに食べ物が残る感じがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
8	食べるのが遅くなりましたか	1. たいへん	2. わずかに	3. なし	4. 判定不能
9	硬いものが食べにくくなりましたか	1. たいへん	2. わずかに	3. なし	4. 判定不能
10	口から食べ物がこぼれることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
11	口の中に食べ物が残ることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 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ことがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 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	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 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	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
15	声がかすれてきましたか(がらがら声、かすれ声等)	1. たいへん	2. わずかに	3. なし	4. 判定不能

食事の自立度	1. 自立 2. 見守りが必要 3. 一部介助 4. 全介助
食事時間	1. 10分以内 2. 10～20分未満 3. 20～30分未満 4. 30分以上
食事量・食事内容 (それぞれ一つを 選択)	経口 【主食】 1. 普通 2. 軟食 3. 粥 4. 流動(ミキサー) 【副食】 1. 普通 2. 軟菜 3. キザミ 4. 流動(ミキサー)
	経管 1. 経管なし 2. NGチューブ 3. 胃瘻 4. 間欠的口腔食道経管栄養法(OE法)
	点滴 1. なし 2. あり
食事の姿勢	1. 座位 2. ファーラー位 3. セミファーラー位 4. 仰臥位
期別障害評価	
認知期における障害 (複数回答可)	1. 食物を見ても食べようとしない 2. 食物を口腔内にため込んだまま食事動作が止まってしまう 3. 食事に極端に時間がかかる 4. 食物以外のものを口に入れてしまう 5. 1.～4. のようなことはない
咀嚼・口腔期における障害 (複数回答可)	1. 口が大きく開かない(開口障害) 2. 硬いものが食べにくい(咀嚼障害) そのためにミキサー食やきざみ食等を摂取している 3. もぐもぐするばかりでなかなか嚥下しない(送り込み障害) 4. 1.～3. のようなことはない
嚥下・食道期における障害 (複数回答可)	1. 水分や食物を嚥下するとむせる 2. 誤嚥予防のために嚥下食(ゼラチン食等)や増粘剤を使用している 3. 経管栄養または経管栄養と経口摂取を併用している 4. 誤嚥性肺炎の既往がある 5. 1.～4. のようなことはない
嚥下障害グレードの総合評価	
重度(経口不可)	1. 嚥下困難または不能、嚥下訓練適応なし 2. 基礎的嚥下訓練の適応あり 3. 条件が整えば誤嚥は減り、摂食訓練が可能
中等度 (経口と補助栄養)	4. 楽しみとしての摂食は可能 5. 一部(1～2食)経口摂取 6. 3食経口摂取+補助栄養
軽症(経口)	7. 嚥下食で、3食ともに経口摂取 8. 特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取 9. 常食の経口摂取可能、臨床的観察と指導を要する
正常	10. 正常の摂食嚥下能力

(2)口腔機能評価

事前調査の結果、何らかの口腔機能（呼吸・構音・摂食）に障害が疑われた患者に対して、「口腔機能等評価票」（資料編参照）を使用して行う。

評価する際、口腔内診査、咀嚼機能評価については、専門性的視点が必要となるため歯科スタッフが行う必要がある。

「カンファレンスでの検討内容」

(1)新規口腔機能リハビリテーション対象者決定

本来、何らかの口腔機能障害が認められた患者全員が口腔機能リハビリテーションの対象となるべきであるが、各地域・施設のマンパワーに限界がある場合には、患者の原疾患の時期、障害の種類、障害の程度により介入すべき対象の優先順位をつけることが求められる。その為にも、口腔機能等の評価は客観的指標に基づいて行っておくべきである。

(2)目標設定

新規に口腔機能リハビリテーション対象者が決定したなら、「口腔機能等評価票」をもとに、その対象患者の原疾患の期、障害の種類、障害の程度に応じて個別目標を設定しなければならない。目標は、無理のない現実的なものを設定し、その後の経過・再評価によって適時変更して行かなければならない。目標は帳票に記入し、ケアカンファレンス参加職種の全員が、常に確認出来るようにすることが重要である。

(3)口腔機能リハビリテーションの個別プログラム内容決定

対象者の個別目標に応じての実際の個別口腔機能リハビリテーション内容を決定し、プログラム内容・実施者・日時・頻度等を記入した「介入プログラム表」（参照）を作成する。「目標設定票」とともに、ケアカンファレンス参加職種の皆が、常に確認出来るようにすることが大切である。

この際注意しなければならないのは、様々な参加職種の意見を聞き、職種間の情報交換や日程調整をしなければならないことはもちろんであるが、他の全身のリハビリテーションとの量的・時間的な事も考慮し、患者にとって肉体・精神的に無理のないプログラム内容と頻度を決定しなければならない。

(4)個別経過記録表

プログラム実施中は、個別経過記録を確実に、もれなくつけることが大切である。

記録時に注意しなければならないのは、ただ単に口腔機能リハビリテーション内容や日時を記録するだけではなく、直接プログラムに関係ないこと、例えば、「ケアカンファレンス招集・開催」「家族への指導」「ケアプラン作成」「〇〇へ〇〇を指示」等々の、ありとあらゆる職種や内容までも記録することが重要である。

この様な「経過記録表」により、ケアカンファレンスがスムーズに進行し、参加職種・メンバー間の理解や連帯感が深まる。

(5)再評価

口腔機能リハビリテーション実施中は、定期的あるいは適時に再評価を行わなければならない。再評価には、「口腔機能評価票」を用い、急性期・終末期の患者は週1回、回復期・維持期の患者は月1回を目安に行う。

再評価の結果をもとに、ケアカンファレンスにて、個別介入プログラム内容や頻度等を見直す必要がある。

(6)その他の注意点

患者が、入院、入所中である場合は、介入プログラムの実施はもちろん、職種間の情報交換等は上手いきやすいが、在宅に戻った場合、家族への指導や情報提供は難しくなる。そのためにも、ケアカンファレンス内での、保健師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の役割が重要となる。

2)記録方法

A. 評価法

(1)全身状態の評価(Ⅰ-①②③④⑤⑥⑦)¹

「実施に当たっての基本的考え方」

少子高齢化は、退行性病変、長期・慢性疾患の増加、疾患の重症化・多様化を生み出している。摂食・嚥下障害をきたす基礎疾患は、まさに、脳血管障害、痴呆、パーキンソン病、早産による未熟性発達障害等、そうした渦中にある疾患である。口腔機能障害は、それ単独ということは稀であり、全身的障害の一部であるとの捉え方をする必要がある。そこで、本事業を遂行するにあたり基本的な理念として、以下の項目を掲げた。

- 1) 局所は全身に影響し、全身状態は局所に反映する。
- 2) 全体は部分の総和よりも大きく、決して同じではない。
- 3) 機能は回復しなくても、能力は獲得できる。

口腔機能回復は全身状態の回復とともにあり、また口腔機能回復は全身にも好影響を与えるであろうということを期待している。したがって、口腔機能の評価にあたり、まず全身状態の把握から行う。

¹ カッコ内の番号は、資料編に掲載している「口腔機能等評価票」の問番号と対応している。

「実施手順およびモデル事業で用いたフォーマットの解説」

全身機能評価法として、「障害老人の日常生活自立度」「痴呆性老人の日常生活自立度」、および「要介護度（介護保険制度による要介護度認定結果）」を使用した。これは介護保険の認定審査の資料にも使用されており、全国的に共通の指標である。

さらに日常生活動作(ADL)の評価を行うにあたり、今回は、Barthel Indexを採用した。これは、10項目を各2段階から4段階に評価しており、国際的に最も使われている評価法である。ただし、精緻性に欠けるためにわずかな変化を変化として評価できないという欠点もあるが、前述の日常生活自立度等とクロスすることにより、「生活機能」の視点にたった情報は、ほぼ満足に得られると考えられる。

口腔機能障害を生じている「基礎疾患（Ⅰ-⑥）」ならびに「麻痺、拘縮の状況（Ⅰ-⑦）」は、現時点での口腔機能状態、口腔機能の予後を知る上で必要である。

B. 障害領域に対応した評価

(1)口腔内の状況（Ⅱ-①）

「実施に当たっての基本的考え方」

全身状態を評価した上で、口腔内評価に移る。本調査では、歯を中心にした評価のみならず、口腔軟組織の評価も重視している。対象は高齢者であることから、残存歯が少数であり、それだけでは口腔環境の評価としては満足できない。そこで、軟組織の状態、舌苔、口臭、唾液を評価することにより、口腔内環境および全身状態のパロメーターとする。

「実施手順およびモデル事業で用いたフォーマットの解説」

咬合支持の状態を「アイヒナー分類」「欠損補綴状況」「義歯の状況」により評価する。

咬合支持の良否が、痴呆の進行と相関するといった報告もあることから、本調査においても、それを確認する意図がある。

口腔清掃行為を「口腔清掃の自立度」「口腔ケアの状況」として評価する。今回の事業で実施した口腔機能リハビリテーションの究極の目的は、「食事行為および口腔清掃行為の自立」である。事業実施前と実施後において、本項目評価に自立度向上としての変化が表れることが望まれる。

(2)摂食の状況（Ⅱ-②③④⑤）、食事の状況・味覚異常（Ⅲ-①②）、心理的状況（Ⅳ-①）

「実施に当たっての基本的考え方」

摂食・嚥下器官の評価の前に、摂食行為を問題にする必要がある。これは、先述したように、本事業の目標は、介護予防、障害の軽減・克服、自立への支援といったところにあるからである。また、食事行為は単に安全に機能すれば良いというも

のではなく、楽しみが伴わなくてはならない。そこで、食事に関連して心理的状況も加味し、実際の摂食状況との関連について検討することにした。

「実施手順およびモデル事業で用いたフォーマットの解説」

食事状況を観察し、障害があれば摂食・嚥下のどの時期に障害があるか評価し、さらに摂食・嚥下器官について焦点を絞っていく。経口摂取を試みるにあたり、どの程度医学的管理が必要になるかを知るために、改訂水飲みテスト、フードテストを実施する。

●改訂水飲みテスト

手技

- 1 冷水 3 ml をシリンジ等を用いて口腔底に注ぎ、嚥下を命じる。
- 2 嚥下を評価する。反復唾液テストに準じ、触診を基本として喉頭挙上にて嚥下の確認をする。
- 3 むせの有無を評価する。
- 4 湿性嗝声、呼吸変化を評価する。
- 5 評価基準が 4 点以上ならば 2 回追加嚥下を行い、最も低い評価基準を評価とする。

改訂水飲みテストは、全身状態が医学的に安定した気管切開のない例の嚥下機能評価に有効である。特に、水分誤嚥の判別には有用であるが、無症候性誤嚥や、不顕性な唾液誤嚥の判別までは十分にできない。

次に咀嚼の状況の評価した上で、実際の食事状況の評価、および摂食・嚥下障害が認められたならば障害の時期、その重症度について評価する。(Ⅱ-③)

障害の時期を決定する根拠を得るために、具体的に舌、頬、口唇、顎、軟口蓋といった摂食・嚥下器官について評価する(Ⅱ-④)。

食事の状況・味覚異常(Ⅲ-①②)、心理的状況(Ⅳ-①)は、摂食行為の変化を把握する上で大切な評価項目である。今回の事業を遂行するにあたり、本項目に改善の変化が認められることが、最も喜ばしいことである。

C. ケアメニューの選定(Ⅳ. モデル事業・選択メニュー一覧表)

「実施に当たっての基本的考え方」

疾患および障害の時期を、急性期、回復期・維持期、終末期に分類した。回復期と維持期については、両者にケアの実施頻度に差はあるものの、メニューの項目については同様であることから同一の枠に記載した。

また、摂食・嚥下障害を認知期、咀嚼期・口腔期、嚥下・食道期に分類して、先の疾患・障害時期とクロスさせることにより、対象者の病態を明確にした。これには、口腔ケアや口腔機能リハビリテーションは一律対応ではなく、病態に応じたア

アプローチが必要であることを訴え、それを体系化しようとする意図がある。

さらに各職種の専門性を最大限に生かすために、職種別にケアメニューを作成した。しかし、実際のケアの現場では、一覧表に記載されている専門職全てが、常在しているとは限らない。理学療法士がいるときといないときでは、患者に関わる他医療職の役割は当然変わってくる。理学療法士の欄に記載されているケアメニューは、理学療法士以外の職が行ってはいけないということではなく、むしろ理学療法士が存在しないのであれば、記載されているケア項目を、他職種がいかに補うかを工夫すべきであるとの解釈をして頂きたい。

専門職は、チーム医療において柔軟性があってこそ、より専門性が生きてくる。これが「Transdisciplinary team(医療の必要性役割変換)」という概念である。これを基本姿勢として、本事業を実施する。

「実施手順およびモデル事業で用いたフォーマットの解説」

医師は、全ての場面で、患者や療養者の全身管理を行う。また各職がケアを実施するにあたり、リスク管理のための助言や指示を行う。そこで、ケアの実施状況は絶えず把握しておく必要がある。医師は、実際のケア現場に出向き、定期的な観察を怠ってはならないと思う。

歯科医師は、口腔疾患、摂食・嚥下障害の診断、評価を行い、口腔ケア、口腔機能リハビリテーション、摂食・嚥下リハビリテーションの立案をする。本事業におけるチームアプローチの主導的立場をとる。

看護師は、全身管理の視野をもった口腔ケアを実施する。特に、急性期において、最も患者に接する機会が多いのは看護師であることから、急性期の誤嚥性肺炎予防には、看護師の果たす役割は大きい。また全身管理法の知識と技術を備えた職であることから、容態の変化を把握し、医師と他職種との連携を円滑に行うべく医療チームのコーディネーターとしての役割が期待される。

歯科衛生士は、口腔衛生管理を行うに当たって中心的な立場をとり、口腔器官を対象にしたリハビリテーションを行う。本事業では、歯科衛生士が行う口腔清掃は、専門的口腔清掃として扱い、それにはプラークコントロール、歯石除去、口腔粘膜ケア、口腔清掃用・消毒用薬剤使用等含まれる。

管理栄養士は、嚥下訓練食メニューの立案において、専門的知識と技術を発揮することになる。栄養、水分補給のみならず、誤嚥予防をはじめとする安全性、そして「食」の楽しみについての配慮を欠かしてはならない。大型療養施設、在宅、病院等対象施設により食事メニューの運営方法も変わるため、施設ごとのメニュー作成に工夫をこらすことになる。

理学療法士は全身機能の視野をもって、口腔機能リハビリテーションを実施する。本事業においては、「口腔は、全身の一部であり、全身機能の向上なくしては口腔機能の改善は期待できない。」といったことが基本理念にある。したがって、理学

療法的な全身機能のアプローチは必須である。

作業療法士は、摂食における「行為」に焦点をあてたアプローチを行う。食器の扱い方や食器の改良、また上肢の巧緻性改善目的のためのリハビリテーションを行う。

言語聴覚士は、摂食・嚥下器官である口唇、頬、舌、軟口蓋、咽喉頭等に焦点をあてて訓練を行う。言語訓練はそのまま口腔機能リハビリテーションに連動することから、本事業における訓練の主体的立場をとる職種でもある。

介護福祉士は、回復期、維持期において、日常業務の流れの中に組み入れやすいメニューを選択し、対象者の日常生活に反映していく。介護福祉士が療養者のわずかな変化を見落とさない観察眼をいかに持っているかは、介護予防の重要なファクターである。

その他の職においても、口腔ケアや口腔機能リハビリテーションの重要性を認識して頂き、本事業への積極的な参加を希望している。これらケアメニューは、日常生活の中に自然な形で還元されていくことが望ましい。専門的助言のもと、ケアを受ける側からも施す側からも喜びが得られるような、能率的な方法の確立に努める必要がある。

3) 口腔機能リハビリテーションの実際

A. 口腔清掃（狭義の口腔ケア）のメニュー

狭義の口腔ケア、つまり口腔清拭や歯科衛生士による専門的口腔清掃等のケアの手技については、以下のような内容を実施する。

- ・ 口腔清拭：ガーゼ等で口腔内を拭う
- ・ 口腔清掃：歯ブラシ、スポンジブラシ等の器具を使用した清掃
- ・ 専門的口腔清掃：歯科衛生士が行う清掃
（例）プラークコントロール、歯石除去、口腔粘膜ケア

B. 嚥下体操

嚥下体操は、訓練メニューの中で核になるものである。その項目としては、以下に記すような内容を実施する。

- ・ 呼吸訓練
呼吸コントロールは、嚥下運動には最低限必要なことである。腹式呼吸を基本とし、咳訓練も行う。
- ・ 頸部ストレッチ運動

頸部拘縮や過緊張を予防、改善するために、前屈、後屈、側屈、回旋を行う。

・顎運動

咀嚼筋の廃用予防、咀嚼運動の獲得、脳血流の増加を目的として、上下の歯を数回噛み合わせる動作をする。仮に普段装着していない義歯であっても、訓練用義歯と解釈して、訓練時のみ装着し噛み合わせ運動を行う。その他顔面マッサージも平行して行う。

・舌運動

舌萎縮予防、舌運動により唾液の分泌促進を目的に、舌のストレッチ運動を行う。前方突出、挙上、舌尖の左右口角への接触運動を行う。

C. 理学療法的アプローチ

①頸部・体幹機能の改善

摂食訓練における体位の選択は極めて重要である。摂食訓練開始時の体位は30度仰臥位・頸部前屈位としていることが多い。この体位は前頸筋群や全身の筋がリラックスして嚥下筋の働きがスムーズになることに加えて、解剖学的にも誤嚥が起こりにくくなるといった利点がある。嚥下がスムーズになれば徐々にギャジアップして上体をおこしていくことになるが、そこでは安定した姿勢の保持、すなわち体幹や頭頸部の安定とリラクゼーションが重要である。姿勢の保持が不安定であると、摂食・嚥下運動に悪影響を及ぼすことが知られている。特に脳血管障害片麻痺患者においては、体幹の屈曲が優位な坐座姿勢をとりやすく、胸部や頸部の屈筋群が過剰に働き、嚥下運動に制限が生じる。したがって安定した姿勢の保持やバランスの取り方を再学習することが重要であり、そのために頸部や体幹のコントロール訓練を行う必要がある。まず下肢の支持機能を十分に活用し、体幹の伸展能力を高めることが大切となる。具体的には端座位での体幹伸展位の促通と保持、骨盤を前傾させながらの起立訓練、立位での体幹の屈曲・伸展運動等を行う。頸部に対しても同様に頸部のコントロールを促し、固定性を高めるために頸部の伸展運動等のアプローチを行う。

②関節可動域訓練

摂食訓練において頸部・体幹機能は重要で、特に頸部や胸部の関節可動域(ROM)の確保は非常に大切である。

③頸部のROM訓練

頸部のROMは嚥下運動の促通および代償において極めて重要な要素であるため、その制限は嚥下運動を困難にし、誤嚥の危険性を増大させる。また頸部の屈曲・伸展制限は食道入口部の開大を制限することも知られている。したがって頸部のROM訓練は摂食訓練時の体位に必要な頸部の前屈位保持、横向

き嚥下やうなずき嚥下等に生かせることを目的に頸部の屈曲・伸展・回旋・側屈を行う。方法としては頸部、肩甲帯周囲、前胸部を中心とした徒手のマッサージを行ったあと、頸部の上記各運動方向に対して徒手的に5～10秒間の持続的ストレッチを加えるのが有効である。必要ならば頸椎の関節モビライゼーションも加える。これらの訓練は嚥下体操と共に自己訓練プログラムとして患者自身に毎日実施するように指導する。また球麻痺症例や長期間の絶食例等でみられる輪状咽頭筋の弛緩不全に対しても頸部のROM訓練は非常に大切である。喉頭挙上訓練やメンデルゾーン手技ともあわせて行ったり、バルーン・ブジー法と併用して、摂食訓練前の準備運動として組み入れるとよい。

④胸部のROM訓練

一般的に高齢者は加齢によって胸郭の柔軟性が低下している。臨床上、胸郭のROMは見落とされやすいが、胸郭の柔軟性低下は主に胸郭の拡張性を制限するため、咳嗽に必要な換気量の確保が不十分となり、気道分泌物や誤嚥物の喀痰困難をきたしやすい。さらに麻痺の程度がより重度な脳血管障害片麻痺患者では筋緊張亢進も加わり、より一層胸郭運動は制限される。胸郭のROM訓練は胸郭コンプライアンスを改善し、咳嗽能力の改善を目的に行われる。簡単な方法としては座位において体幹の屈曲・伸展・側屈、回旋等の各方向にストレッチを行うようにゆっくりと他動的に動かす方法が簡便かつ効果的な方法であり、嚥下体操と共に自己練習としても実施できる。さらにセラピストが行う効果的な方法として徒手胸郭伸張法（①肋骨の捻転、②胸郭の捻転、③胸郭の側屈、④背部の過伸展、⑤シルベスター法）肋間筋伸張法があげられる。徒手胸郭伸張法の中で有効な方法は肋骨の捻転である。また、シルベスター法は換気量の増大が得られると共に、自己訓練としても有効である。

⑤頸部のリラクゼーション

頸部、特に前頸筋群の過緊張は嚥下筋の働きを妨げ、スムーズな摂食・嚥下を阻害すると共に、嚥下時の呼吸コントロールに悪影響を及ぼす。基礎的訓練の導入や摂食訓練前に頸部をリラックスさせ、誤嚥を防止することを目的に、頸部のリラクゼーションを行う。摂食訓練前に嚥下体操をして頸部のリラクゼーションを行っている。また後述する呼吸法を併用すると一層効果的である。

D. その他のアプローチ

① 寒冷刺激法・氷なめ訓練

嚥下運動を獲得するために、嚥下反射誘発部位（軟口蓋、口蓋弓、咽頭後壁）に、アイスマッサージを行う。あるいは、氷なめにより嚥下運動を誘発する。

②Shaker exercise (仰臥位頸部挙上運動)

食道期における障害に対して、食道入口部の開大を目的に本訓練を行う。仰臥位になり、決して腹筋を使わず、頸部だけを挙上する。この姿勢を 10 秒以上保ち、頸部挙上の緊張運動を行うことにより、食道入口部の強化、開大が期待できる。

③喉頭挙上運動(メンデルゾーンの手技)

嚥下運動を獲得するために、他動的に喉頭挙上を行う。嚥下運動の際には、喉頭が挙上し、食道入口部が開大するという反射が起こるが、嚥下運動を促進させるために、甲状軟骨下部(のどぼとけ)を他者がつまんで、喉頭の挙上位を 10 秒以上保つ。これを繰り返すことにより、嚥下運動の促進を期待する。

④構音訓練

パ行、ガ行、タカラテト、母音を発音することにより、口唇、舌、頬、軟口蓋、咽頭の強化を期待する。

⑤ストロー訓練(ブローイング)

コップの水をストローで吹く訓練である。呼吸訓練の一環であり、腹式呼吸も含めて、嚥下運動や咳の強化を目的とする。軟口蓋の強化、鼻咽腔の閉鎖運動の獲得が期待できる。

⑥Pushing exercise(押し運動)

声門強化目的で、一瞬息を止めてから、「えい」「あ」といった掛け声とともに、机や壁等を強く押す。

【参考文献】

- 1) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下リハビリテーション、第 1 版、医歯薬出版、東京、1993.
- 2) 植田耕一郎：脳卒中患者の口腔ケア、第 1 版、医歯薬出版、東京、1999.
- 3) 植田耕一郎：患者説明用・教育用ビデオ 要介護高齢者の摂食・嚥下リハビリテーションと口腔ケア、デンタルダイヤモンド社、東京、2000.
- 4) Koichiro Ueda, Yoshiaki Yamada, Akira Toyosato, Shuichi Nomura, Eiichi Saitho: Effects of functional training of dysphagia to prevent pneumonia for patients on tube feeding. Gerodontology, Vol. 20, No. 2; 23- 26. 2003.

2. 急性期の口腔機能リハビリテーション

◆ポイント

- 1) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士など多職種スタッフが協力してケア・リハビリテーションを実施する。
- 2) 意識がなくても、必ず声かけを行う。
- 3) 口腔機能の維持、改善、意識レベルの改善のため顔面、唾液腺、口腔粘膜のマッサージを行う。
- 4) 嚥下機能の評価（水飲みテスト、反復唾液嚥下テスト、フードテスト、VF、VEなど）後、経口摂取への以降が可能と判断されれば摂食・嚥下訓練プログラムを作成し、間接的、直接的訓練を開始する。
- 5) 意識レベルに応じて寒冷刺激、味覚刺激などを行う。
- 6) 口腔ケアを行う場合は、誤嚥防止のため必ず介助者が吸引をしながら行う。
- 7) 口腔乾燥がある場合は保湿剤を使用する。

◆急性期の特徴

- ・気管内に細菌が進入し感染を起こす可能性がある
- ・自身で口腔清掃ができない、免疫力が低下している、唾液分泌が低下しているなどにより、う蝕、歯周病など口腔疾患が進行しやすい
- ・嚥下障害があり低栄養状態に陥りやすい
- ・唾液分泌低下や口呼吸により口腔乾燥を起こしやすい
- ・ケースにより出血傾向がある

◆急性期における口腔ケア・口腔機能リハビリテーションの目的

- ・誤嚥性肺炎の予防
- ・口腔疾患（う蝕、歯周病、口腔カンジダ症など）
- ・口腔機能の廃用予防
- ・意識状態の改善

急性期における症例

1919年3月1日生まれ 84歳 男性

入院, 脳血管障害, 実施期間: 2003年11月5日~2004年1月16日

認知期における障害	・食物を口腔に貯めたまま食事動作が止まってしまう。痴呆度Ⅱa。
咀嚼・口腔期における障害	・硬いものが食べにくい(咀嚼障害)。そのためミキサー食やきざみ食等を摂っている。
嚥下・食道期における障害	・水分や食物を嚥下するとむせる。誤嚥予防のために嚥下食(ゼラチン食等)や増粘剤を使用している。

脳血管障害発症後の急性期から開始された訓練プログラムの一例である。実施期間は2003年11月5日から2004年1月16日まで。

この症例は、原疾患である脳血管障害以外に合併症はみられない。しかし、後遺症により反体側の上下肢に麻痺がある。麻痺は、脳血管障害後の後遺症として非常に特徴的である。この症例の場合、急性期ということもあり拘縮はみられない。

障害の状況としては、痴呆度はⅡaと比較的軽度であるが、食物を口腔内に入れたまま動きがとまってしまうという動作が確認されることから認知障害があることが推測できる。

また、口腔内の状況としては84歳という高齢であるが、残存歯が21本とかなり多い。しかし、評価によると硬いものが食べにくい等、食物を食べやすいように手を加えていることから咀嚼障害もあることがわかる。この原因として義歯の不適合を疑うことができ、このことはアイヒナーの分類の評価結果からも明らかになっている。嚥下・食道期における障害は、ゼラチン食や増粘剤を用いていることから嚥下反射の惹起の遅延を推測できる。

<ベースライン測定時に設定された目標>

介入メニュー実施体制として、基本メニューの6項目全てを訓練プログラム開始日よりほぼ毎日看護師を中心に実施している。その他に作業療法士・歯科医師も実施している。

選択メニューは、医師・歯科医師を中心としては診断・管理等を行い、その他の選択したメニューは口腔の清掃、筋の訓練に関するものを看護師が中心として行い、体幹の保持や姿勢に関しては作業療法士が実施している。

院内独自メニューはカンファレンス、VF診断、頬の運動を選択している。頬の運動においては、特に実施した職種を限定しておらず、実施日により作業療法士・看護師・歯科医師・歯科衛生士が実施している。

上記の訓練プログラムの結果より、プログラム開始時は急性期ということもあり、判定不能という項目が多々みられるが、最終的な評価としては全体を通して改善がみられている。しかし、食物が口からこぼれる、口中の残留の項目が改善されていない。

この理由としては、評価より義歯の不適合が推測されるにも関わらず、歯科治療の必要はなしと判断していることが大きな原因ではないだろうか。もし、このプログラム実施期間中に義歯の治療を行ってればさらにこの2項目の改善が望めたであろう。

また、義歯に関して述べると、義歯の不適合が脳血管障害発症後に起きたものかそれ以前に起きたものかも非常に重要なポイントでもある。なぜなら、多くの病院で急性期の患者は原疾患の治療に専念するあまり、口腔内の状況がおろそかになりやすく、そのために口腔粘膜の状況が変化し義歯が不適合となる場合が多いからである。この点も訓練プログラムを開始する前に考慮したいところである。

また、基本メニューを全ての項目をほぼ毎日実施していたことは、選択メニューを実施するにあたり、各メニューを実施しやすくした要因であるともいえる。

選択メニューとしては、この症例では、偏りが見られず、全身から局所においてバランスがとれている例である。

院内の独自メニューの中に頬の運動を取り入れているが、その他の口腔運動機能と比較すると頬のみ強化する必要があったかどうかは明確でない。このメニューをケアカンファレンスでどのような理由から選択したのかが評価からも読み取れば、今後のスクリーニングにおいても役立つと考えられる。

その他、VF診断を独自メニューに入れているが、実際に行っていない。訓練プログラムの実施期間中に各評価日の前後にこれが実際に実施されていれば、さらに効果がでた可能性がある。VFにより臨床所見では発見できない障害を診断可能になり、実施した介入メニューがどのように機能に影響を与えたかその都度診断できるためである。

プログラム実施期間中も何度もカンファレンスを召集し、患者の変化に合わせてその都度メニューを変更していくことが重要であると考えられる。

経過記録表

【基本メニュー】								
実施月日		11月5日	11月6日	11月7日	11月8日	11月9日	11月10日	11月11日
		担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種
①	呼吸訓練	NS OT	Ns	Ns	Ns		Ns	Ns
②	頸部のリラクゼーション	NS OT	Ns	Ns	Ns		Ns	Ns
③	口唇の運動	NS OT	Ns	Ns	Ns		Ns	Ns
④	舌の運動	NS OT	Ns	Ns	Ns		Ns	Ns
⑤	顎の運動	NS OT	Ns	Ns	Ns		Ns	Ns
⑥	ブローイング	NS OT	Ns	Ns	Ns		Ns	Ns
基本メニュー備考欄								

【選択メニュー】									
実施月日			11月5日	11月6日	11月7日	11月8日	11月9日	11月10日	11月11日
			担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種
code 番号	選択メニュー	担当者/頻度							
1	診断・評価・判断 Dr								
2	全身管理 Dr		Dr	Dr	Dr	Dr	Dr	Dr	Dr
3	リスク管理 Dr								
4	口腔ケア De								
5	口腔機能評価と疾病治療 De		De						
6	訓練プログラムの立案 De		De						
7	口腔清拭 Ns		Ns	Ns	Ns	Ns		Ns	Ns
9	口腔状態の観察 Ns								
10	専門的口腔清掃 DH								
11	座位の保持 Pt								
18	姿勢体位の確認 Ns		Ns OT	Ns	Ns	Ns		Ns	Ns
20	水飲み・フードテスト Ns								
22	座位の保持・離床訓練 Ns								
23	嚥下訓練食の提供 Die								
25	ストロー訓練(ブローイング) ST								
26	構音訓練 ST								
28	アISMマッサージ Ns								
30	発声訓練 ST		Ns OT	Ns	Ns	Ns		Ns	Ns
31	Pushing Exercise ST								
33	メンデルゾーン手技 ST								
院内独自メニュー		担当者/頻度							
カンファレンス									
VF診断					DH	Ns	Ns		
顎の運動					DH				

3. 回復期の口腔機能リハビリテーション

◆目標と特徴

回復期は家庭復帰や社会復帰に向けて、ADL自立を目標に積極的なリハビリテーションが始まる時期である。

口腔機能リハビリテーションにおいては、「口から食べる」ことを目標に段階的に摂食訓練を進めていく。そのために必要に応じて歯科治療や義歯の調整・適合を行い、口腔清掃が自立できるよう援助する。

◆ケアメニューの選び方

器質的アプローチ：口腔状態の観察

専門的口腔清掃

歯科的治療（義歯調整・適合、顎補綴等の治療）

機能的アプローチ：嚥下評価・訓練

嚥下体操

構音訓練

環境的アプローチ：座位の確保

自助具の作成

段階的嚥下食の提供

◆ケアの手順・頻度

摂食嚥下機能の改善に向けて

1. 初期評価 反復唾液飲みテスト
水飲みテスト
2. 間接的嚥下訓練 嚥下体操
アイシング
氷なめ 他
3. 嚥下検査 Video-endoscopy
Video-fluorography
4. 直接的嚥下訓練 段階的摂食訓練
体位・食事形態
増粘剤の使用

◆口腔清掃の自立支援に向けて

1. 専門的口腔清掃
2. 自助具の作成、電動歯ブラシの使用
3. 歯科的治療

回復期における症例

1939年9月7日生まれ 64歳 男性

施設入所，脳血管障害，実施期間：2003年10月28日～2003年11月17日

認知期における障害	・認知障害なし。
咀嚼・口腔期における障害	・硬いものが食べにくい（咀嚼障害）。そのためミキサー食やきざみ食等を摂っている。
嚥下・食道期における障害	・誤嚥予防のために嚥下食（ゼラチン食等）や増粘剤を使用している。 ・経管栄養と経口摂取を併用している。 ・誤嚥性肺炎の既往がある。

脳血管障害を原疾患とする施設入院の回復期における症例である。訓練プログラム実施期間は2003年10月28日から2003年11月17日まで。

合併症はないが、脳血管障害発症後に特有の後遺症で、上下肢（利き手）の麻痺と右手関節の拘縮が見られる。介助により車イスに移ることが可能で痴呆症状はみられない。

障害の状況は、認知障害はなく、硬いものが食べにくいという咀嚼障害がり、嚥下・食道期における障害は、複数あり、嚥下食の使用、経管栄養、誤嚥性肺炎の既往が上げられている。咀嚼障害は残存歯数が0ということに加え、義歯を使用していないことが原因である。嚥下・食道障害はやはり後遺症の影響であろう。また、胃ろうを造設している。栄養状況に関しては、経口摂取できない栄養を胃ろうにより補えていると考えられる。

<ベースライン測定時に設定された目標>

介入メニューの実施体制として、基本メニューは全ての項目を看護師と看護補助者にて毎日欠かさず行っている。選択メニューは全身状態の管理・評価を医師が担当し、口腔機能評価と疾病予防を歯科医師と歯科衛生士が担当している。

看護師・看護補助者等は、主に口腔清掃および機能訓練を選択実施し、身体能力については、作業療法士が担っている。また、食事に関しては、管理栄養士により嚥下機能補助食品の調理の指示というメニューを取り入れている。臨床状況からすると、さほど重篤な嚥下障害を疑うことはできないが、既往歴に誤嚥性肺炎があるため、不顕性肺炎のリスクも考慮して口腔機能の訓練および口腔状態の観察、清掃をメニューに入れていることは望ましい選択である。院内独自メニューには巻き鳥のみを選択している。

口腔機能状態の変化として、一番大きな変化は介助なしで食事が可能になったことと、送り込み障害が改善されたこと、嚥下食ではあるが、3食全て経口摂取可能になったことである。基本メニューである口唇と舌の運動が効果をあげた要因であると考えられる。

経過記録表

【基本メニュー】								
実施月日		12月8日	12月9日	12月10日	12月11日	12月12日	12月18日	12月19日
		担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種
①	呼吸訓練	NH	Ns	Ns	NH	Ns	NH	Ns
②	頭部のリラクゼーション	NH	Ns	Ns	NH	Ns	NH	Ns
③	口唇の運動	NH	Ns	Ns	NH	Ns	NH	Ns
④	舌の運動	NH	Ns	Ns	NH	Ns	NH	Ns
⑤	顎の運動	NH	Ns	Ns	NH	Ns	NH	Ns
⑥	ブローイング	NH	Ns	Ns	NH	Ns	NH	Ns
基本メニュー備考欄								

【選択メニュー】									
実施月日			12月8日	12月9日	12月10日	12月11日	12月12日	12月18日	12月19日
			担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種
code 番号	選択メニュー	担当者/頻度							
35	全身的治療(処方箋の記載)						Dr		Dr
38	口腔機能評価と疾病治療							De DH	
40	口腔ケア							De	
41	起坐・座位・立位訓練		Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH
42	口腔状態の観察		Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH
43	口腔清掃		NH	NH	NH	NH	NH	NH	NH
44	口腔周囲を刺激する		NH	Ns	Ns	NH	Ns	NH	Ns
45	専門的口腔清掃							De	
50	上肢機能評価		OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT
53	食事動作の訓練		Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH
56	段階的摂食訓練		Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH
58	食塊形成補助食調理の指示・段階的食物性状の対応		Die	Die	Die	Die	Die	Die	Die
59	段階的食物状態の対応		Die	Die	Die	Die	Die	Die	Die
62	摂食姿勢の強化		Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH	Ns NH
66	寒冷刺激法		NH	Ns	Ns	NH	Ns	NH	Ns
68	寒冷刺激法OR氷なめ訓練		NH	Ns	Ns	NH	Ns	NH	Ns
71	嚥下機能補助食品の調理の指示		Die	Die	Die	Die	Die	Die	Die
院内独自メニュー		担当者/頻度							
巻き鳥			NH	Ns	Ns	NH	Ns	NH	Ns
チームカンファレンスの召集									

4. 維持期の口腔機能リハビリテーション

◆目的と特徴

回復期を経て症状が安定してくる時期、あるいは後遺症として障害が固定してきた時期であり、家庭生活や社会生活での自立を支援する目的のために口腔機能回復及び維持のためのリハビリテーションである。

よって実施場所は居宅や施設が主で、第3者（各専門職種）によるケアサービスをきっかけとし、いかにセルフケアで対応できる量を増やせていけるかがポイントとなる。

◆ケアメニューの選び方

- ・本人、家族の希望・意欲、残存能力
- ・かかわる職種の希望・力量・テクニック
- 実施しやすさ、より多くの効果を期待できるもの

◆ケアの手順・頻度

- ・実施しやすいものから順次プログラムして行く。
- ・他のサービス、生活リズムも考慮し無理のない頻度、効果の出る頻度を考慮すること。

維持期における症例

1941年4月5生まれ 62歳 男性

施設入所, 脳血管障害, 実施期間: 2003年10月23日~2004年1月15日

認知期における障害	・認知障害なし。
咀嚼・口腔期における障害	・硬いものが食べにくい(咀嚼障害)。そのためミキサー食やきざみ食等を摂っている。
嚥下・食道期における障害	・誤嚥予防のために嚥下食(ゼラチン食等)や増粘剤を使用している。

脳血管障害による施設入院で、合併症はない維持期における症例である。
訓練プログラム実施期間 2003年10月23日から2004年1月15日。

維持期ということもあり、比較的全身状態はよいが寝たきり度は低く、一人で寝返りを打てる程度であり、要介護5である。痴呆は見られない。麻痺は上肢の利き手にあり、拘縮は肘、肩関節、利き手に存在する。

障害状況は、認知障害はなく、咀嚼・口腔期における障害として硬いものが食べにくいこと、嚥下・食道期における障害として嚥下食を使用している。年齢は62歳であり、残存歯数も22本と多い。咀嚼障害があり、この原因としては義歯の不適合が疑われるが、評価には義歯に問題はなしとなっている。しかし、アイヒナー分類の結果をみると、残存歯の交合接触は3と少なく、さらに義歯同士の接触は0とあまりよい結果ではない。これが咀嚼障害の原因の一つと推測される。嚥下・食道期における障害は恐らく、脳血管障害後の後遺症が主な原因と推察される。

院内の動きとして、2003年10月23日に歯科医師により訓練プログラムの立案が行われ、2003年11月10日には、歯科医師・言語聴覚士・歯科衛生士・看護師・理学療法士・作業療法士が参加したカンファレンスが召集されている。多くの職種がカンファレンスに出席し、チームケアを指向している好事例であるといえる。その後11月14日より基本メニューが開始されている。

<ベースライン測定時に設定された目標>

ケアメニューの実施体制として、基本メニューは全ての項目を日替わりで、カンファレンスに参加した全ての職種が行っている。各専門職が専門の訓練を行うことも重要な点であるが、このように誰もが行える訓練でしかも毎日同じメニューを様々な職種で共有するということは、患者本人のその日の身体的状態を知る事ができ、方法の共有ということにもつながる。しかし、留意点としては、同じ訓練を行うとしても実施者が異なる事で、訓練に差異が出てはいけないということである。たとえ、実施者が異なろうとも確実に同じ訓練をこなすべきである。

また、訓練プログラムの実施終盤では、基本メニューは殆ど実施されていない。これは恐らく、維持期であるため、これらのメニューを簡単に実施できるようになったことが理由として推察される。この場合、1回の訓練の回数を増加する等してできるだけ訓練を継続することも一案と考えられる。

選択メニューとしては、口腔領域を主に歯科医師により訓練するプログラムを組んでおり、筋力強化等を目的としたメニューを作業療法士が取り入れている。それ以外に管理栄養士により食べやすい食事の提供も実施している。さらに食事に関するメニューとして、初期には食べやすい食事の提供というメニューを中盤より変更し、段階的食物形態の対応という風に変化させている。これは、訓練期間中に症状に変化、改善が見られたためであり、その状況に合わせてプログラムを変化させていることは非常に注目すべき良い点である。

院内独自メニューとしては、カンファレンスの召集を取り入れている。

口腔機能状態の変化は、初回の評価時より重度の障害はみられないため、数値としては大きな変化はみられないが、硬いものが食べられるようになったということに大きな改善がみられ、その他は運動状況に大きな変化が現われている。麻痺のために、左右差が見られた口腔周囲の運動能力も最終評価時には左右均等になっている。これは、選択メニューの口腔周囲を刺激すること、寒冷刺激法、アイスマッサージ等が影響していると考えられる。

障害がある部分を特に強化するメニューを取り入れたことが好結果を生んだ例であると考えられる。

経過記録表

【基本メニュー】								
実施月日		11月14日	11月17日	11月18日	11月20日	11月25日	11月26日	11月28日
		担当職種						
①	呼吸訓練	DH	Ns	ST	PT	Ns	PT	DH
②	頸部のリラクゼーション	DH	Ns	ST	PT	Ns	PT	DH
③	口唇の運動	DH	Ns	ST		Ns		DH
④	舌の運動	DH	Ns	ST		Ns		DH
⑤	顎の運動	DH	Ns	ST		Ns		DH
⑥	ブローイング	DH	Ns	ST		Ns		DH
基本メニュー備考欄								

【選択メニュー】									
実施月日			10月23日	11月10日	11月14日	11月15日	11月16日	11月17日	11月18日
			担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種
code 番号	選択メニュー	担当者/頻度							
38	口腔機能評価		De						
39	訓練プログラムの立案			De					
40	口腔ケア								
43	口腔清掃			Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	
44	口腔周囲を刺激する						Ns		
45	専門的口腔清掃								
66	アイスマッサージ								ST
68	寒冷刺激法	Ns							
46	座位の確保			OT					
60	関節可動域訓練(頸部、体幹)								
16	上肢機能強化			OT				OT	
101	食べやすい食事の提供			Die	Die	Die	Die	Die	Die
59	段階的食物状態の対応								
院内独自メニュー		担当者/頻度							
カンファレンス召集				De ST DH Ns PT OT					
				DH	Ns	Ns			
				DH					

5. 終末期の口腔機能リハビリテーション

◆目的と特徴（ポイント、目指すべきゴール）

終末期の対象者の口腔状態は、他の器官の機能低下と同様に、食べる機能が全く働いていない状態等様々である。食べる機能が残存しているなら食の楽しみを味わい、また残された日々を、よりよい最期を迎えることができるよう支援する必要がある。口腔機能リハビリテーションは、機能低下の予防から合併症の予防、口腔内に生じる様々な苦痛の除去等を主として行う。対象者の全身状態と状況等を理解した上で、どのような看取りを望むのか家族の考えを聞き、医療スタッフと密な連携を取りながらケアの方向性を明らかにしていく。

◆ケアメニューの選び方

- 1) 事前情報収集（全身状態・口腔状態・日常生活自立度・摂食状況・医師、歯科医師の確認と指示等）
- 2) 現場での情報収集（全身状態・口腔状態の確認・本人、家族の要望の確認）
- 3) 問題点を選定、ケアカンファレンスとケアプラン作成、実施時、全身状態を考慮して行う。

◆内容

- ・基本メニュー（呼吸訓練・顎部のリラクゼーション・口唇運動・舌の運動・顎の運動・ブローイング）
- ・選択メニュー（診断・評価・判断・全身的治療・リスク管理・口腔機能評価・全身状態観察・口唇状態観察・口腔ケア・口腔清拭・口腔清掃・義歯清掃・アイスマッサージまたは氷なめ訓練・タッピング運動・咀嚼訓練）
- ・独自メニュー（ボール投げ、ボール潰し）

◆ケアの手順・頻度

口腔ケア実施の手順

- 1) 説明・同意
- 2) 体位確保
- 3) 準備
- 4) 口腔ケア実施 清掃方法（洗口法・洗浄法・清拭法・歯磨き法）毎食後
- 5) 後始末

※注意事項

実施時は、全身状態（日常生活自立度、ADL の状況）や口腔の観察を十分行う。又、歯磨きの自立度のレベルに対応した歯磨きを行い、苦痛を与えず、清涼感を与えるものでなくてはならない。

◆その他

- ・口腔乾燥のある時、出血痛みを伴うことが多く、歯磨きを行う前に口腔清拭を行い、湿らせて行うことが大切である。
- ・舌、粘膜に喀痰等こびりついている時は柔らかいブラシや、含嗽薬、消毒薬を使い清拭する。
- ・通常、歯磨きは食後に行うが、嚥下障害のある場合は摂食機能を高めるため、基本メニュー・アイスマッサージは食前に実施すると効果的である。
- ・嚥下障害のある人は、わずかな水分や唾液で誤嚥を招きやすいので、座位側臥位が望ましくなく喀出できないときは、ガーゼ、綿花、吸引器を使用する。
- ・急変時の対応策として吸引器を準備する。

終末期における症例

1914年4月10日生まれ 89歳 女性

施設入所, 骨粗しょう症, 実施期間: 2003年10月22日~2004年11月11日

認知期における障害	・食物を口腔内に溜め込んだまま食事動作が止まってしまう。
咀嚼・口腔期における障害	・口が大きく開かない。 ・硬いものが食べにくい(咀嚼障害)。そのためミキサー食やきざみ食等を摂っている。 ・もぐもぐするばかりでなかなか嚥下しない(送り込み障害)。
嚥下・食道期における障害	・水分や食物を嚥下するとむせる。 ・誤嚥予防のために嚥下食(ゼラチン食等)や増粘剤を使用している。

骨粗しょう症が原疾患で施設入院をしている。プログラム実施中に様態が急変し死亡した終末期における症例である。プログラム実施期間は、2003年10月22日から2003年11月11日。

原疾患における合併症は、骨粗鬆症で麻痺はみられない。拘縮は両側肘関節、両側肩関節にみられる。当初、痴呆性老人の日常生活自立度はⅡbであったが最終的に呼名に反応するまでに意識レベルが下がっている。要介護度は5であり、生活自立度もC2と自力で寝返りをうつことも不可能な状態である。

障害の状況として食物を口に溜め込んだまま止まってしまう、食事に極端に時間がかかるという認知障害。口が大きく開かない、硬いものが食べにくい、もぐもぐするばかりで嚥下しないという咀嚼・口腔期における障害。水分や食物を嚥下するとむせる、誤嚥予防のために嚥下食を使用しているという嚥下・食道期における障害。全てのステージにおいて複数の障害が起きている。

まず、全てのステージに与える影響として痴呆度Ⅱbということが前提にある。特にこれは認知障害に強く影響している。咀嚼・口腔期では、残存歯数が0であるが、義歯を使用していないということが主な原因である。嚥下・食道期では唾液の湿潤度が重度で乾燥していることや寝たきりということで、嚥下に必要な筋力の衰えや嚥下反射の遅延が原因であろう。

院内の動きとして、チームカンファレンスの召集を歯科医師担当で実施しており、その後、口腔機能評価を2003年10月21日に歯科医師と歯科衛生士が実施している。次いで、2003年10月28日に再度歯科医師がチームカンファレンスを行い、2003年10月31日にはケアワーカーと保健師によりチームケア会議が召集されている。これらの何度かのカンファレンス終了後実際にプログラムは2003年11月2日より開始されている。

訓練プログラムを早期から開始する事はリハビリテーションを成功させる要因のひとつではあるが、実際に訓練を開始する前に様々な専門職種が何度も話し合い、どのようなメニ

ューを取り入れてやっていくのかを決定することも非常に重要である。

<ベースライン測定時に設定された目標>

ケアメニューの実施体制は、基本メニュー担当職種は看護師及び歯科衛生士であるが、殆ど実施されていない。これは、全身状態の影響もあり、実際に行えない状態であったと推測される。従って、選択メニューも必然的に機能改善を目指すより、廃用予防が中心となり、全身状態、呼吸の管理、覚醒状態のチェックがメインとなっている。また、終末期という事で、訓練のための食事指導でなく、管理栄養士による楽しみのための食事の提供というメニューも選択している。

院内独自メニューとしてはボール投げ、潰し、頬部アイスマッサージ、メンデルゾーン手技を取り入れている。これは、感覚機能の刺激に優位に働く項目である。メンデルゾーン手技は嚥下反射を他動的に促すものでこれも当症例のように反射機能が落ちている場合には効果が望めるが、全身状況の悪化により、本症例では効果が出ていない。

本症例では、選択メニューや独自メニューこの症例に非常に適したものを選択している。これは恐らく、幾度もカンファレンスを召集した結果なのであろう。しかし、全身状態の改善が見られなかったために好効果は現われていないが、プログラムのメニューや介入方法を参考にする好事例と考えられる。

経過記録表

【基本メニュー】		10月12日	10月13日	10月14日	10月15日	10月16日	10月17日	10月18日
実施月日		担当職種						
①呼吸訓練								
②頸部のリラクゼーション	頸部や型をマッサージすることにて代用							
③口唇の運動								
④舌の運動								
⑤顎の運動								
⑥ブローイング								
基本メニュー備考欄								

【選択メニュー】			10月12日	10月13日	10月14日	10月15日	10月16日	10月17日	10月18日
実施月日			担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種	担当職種
code 番号	選択メニュー	担当者/頻度							
8	訓練プログラムの立案	De							
38	口腔機能評価								
75	診断・評価・判断	(5/W)Dr							
76	全身的治疗	(5/W)Dr							
77	リスク管理	(5/W)Dr							
79	口腔機能評価	(1/W)De/DH							
78	口腔ケア(指示)	(1/W)De							
81	口腔清拭	(毎日)Ns/NH							
82	タッピング運動	(5/W)Ns/NH							
83	全身状態のチェック	(毎日)Ns/NH							
84	覚醒状態チェック	(毎日)Ns/NH							
85	口腔状態の観察	(毎日)Ns/NH							
87	急変時の対応策吸引器の準備	(毎日)Ns/NH							
88	廃用予防のための咀嚼訓練	(毎日)Ns/NH							
96	口腔清掃・歯菌清掃&管理	(毎日)Ns/NH							
97	咀嚼障害のための咀嚼訓練	(5/W)Ns/NH							
98	嚥下しやすい量を～	(毎日)Ns/NH							
100	姿勢体位の確認	(毎日)Ns/NH							
89	専門的口腔清掃	(1/W)DH							
103	アイスマッサージor氷なめ訓練	(5/W)DH/NS							
101	食べやすい食事の提供	(毎日)Die							
80	訓練プログラムの立案	De							
院内独自メニュー			担当者/頻度						
チームカンファレンスの召集						De			
チームケア会議の召集									
ボール投げ			(5/W)DH/Ns/NH						
ボール潰し			(5/W)DH/Ns/NH						
頰部アイスマッサージ			(1/W)DH						
喉頭挙上訓練(メンデルスゾーン手技)			(1/W)DH						

6. 実施上の安全管理

1) 概要

口腔機能リハビリテーションの目的は「食事行為および口腔清掃行為の自立」であり、介護予防、障害の軽減、自立支援へと発展していく。食事行為は単に安全に実施できれば良いというものではなく、楽しみが伴わなくてはならないが、口腔機能リハビリテーションを実施する上で安全管理は重要である。具体的には窒息や誤嚥性肺炎の予防とその対策であり、口腔機能リハビリテーションのより安全なプログラムが作成されなければならない。

2) 実施手順

(1) 急性期

急性期では誤嚥性肺炎の予防と廃用性の嚥下機能低下予防が口腔機能リハビリテーションの主な目的である。急性期は脳血管障害に代表されるように、全身状態が不安定な時期であり、疾患のリスク管理が重要で、脳浮腫や再発の徴候にも注意する必要がある。口腔機能リハビリテーションの実施により、血圧変動が生じる危険もあり、脈拍、呼吸状態、発熱といったバイタルサインの確認等患者観察の徹底を図ることが大切である。

口腔機能リハビリテーションを開始するにあたり、まず意識レベルの確認が重要である。

日中覚醒していること（JCS 1桁）が必要で、意識レベルが変動しているときは意識が清明なときに行うようにする。意識レベルが低下しているときは食物を用いない基礎的訓練のみをおこない、バイタルサインの経時的変化や本人の訴えに十分注意する必要がある。全身状態では、呼吸状態、循環動態、体温が安定していることが必要で、全身状態が不安定な場合は基礎的訓練のみとするか、経口摂取を慎重に開始する。

廃用性の嚥下機能低下を可能な限り予防することにより、意識が回復したときスムーズな摂食訓練が可能となる。具体的には、口唇・舌・顎の運動、咀嚼訓練等を行う。全身状態が不安定なときは、これらは仰臥位で行うことになるが、このとき腹部を圧迫しないように体位に注意する必要がある。急性期では口腔機能とともに、起立性低血圧等全身性の廃用症候群の予防も重要で、座位の耐久性を獲得するための理学療法を並行してすすめていく。

軽度例に対しては始めから摂食訓練を行うが、場合により基礎的訓練も併用する。重度例に対しては病態に応じたプログラムを作成し、基礎的訓練を主として行う。

特殊な場合として、人工呼吸器を使用しているケース、挿管中のケース、経腸栄養中のケース、IVH（中心静脈栄養）のケース等がある。カテーテル類が多いの

で、訓練時適切な体位をとることが難しい場合も多い。経鼻カテーテルを使用しているケースでは訓練時にカテーテルを抜いたほうが効果的である。ギャジアップが可能であれば30から45度座位（ファーラー位）で行う。座位で行うときは、予め起立性低血圧がないことを確認しておく。偶発的なカテーテルの抜去に注意し、医師、看護師との協力のもと、慎重に口腔機能リハビリテーションを実施する。

重篤な合併症として呼吸促進症候群（ARDS）がある。嘔吐した大量の胃内容物の誤嚥、胃酸を含む消化液と細菌の繁殖した食物が一気に気管内に入るとショック状態となり生命の危険がある。

(2)回復期・維持期

回復期・維持期の口腔機能リハビリテーションは、摂食訓練における窒息・誤嚥性肺炎の予防が主な目的であり、誤嚥に対する注意と誤嚥時の対応に熟知する必要がある。

脱水状態や低栄養状態が存在すると嚥下機能は低下する。特に高齢者では水分補給を十分に行い、栄養管理に注意する必要がある。ムセや咳反射の弱い人では不顕性誤嚥の可能性が高く、無気肺、誤嚥性肺炎の危険があるが、口腔清拭を十分に行っておけばたとえ少量の水を誤嚥しても危険は少なくなる。

脳血管障害例では種々の合併症があり、合併症に応じた対応が求められる。麻痺がある場合特に顔面の知覚障害がある場合には、患側に食物残渣が残りやすいので注意が必要である。流涎（よだれ）は口唇の閉鎖不全のほか、嚥下障害の症状でもある。構音障害がある場合、食物の口腔内処理（咀嚼、食塊形成、送り込み）が障害されていると考えたほうが良い。失語症では指示が入りにくいことが多く、患者自身も混乱しており食事開始時期の判断が難しいので時間を掛けて患者をじっくり観察する必要がある。失行症や半側空間無視がある場合は、動作全体が不注意で、性急なために誤嚥の危険性が高く、ゆっくり食事をするように指導する。

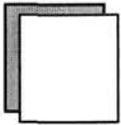
痴呆の場合は見当識障害、判断力・理解力の低下、感情失禁、意欲・自発性の低下等があり、進行すると精神症状・問題行動を生じる。自分の能力をできるだけ多く発揮できるように誘導し、自分でできたときは誉めることが大切である。

(3)終末期

終末期では口腔内の爽快感、食の楽しみを可能な限り維持することが口腔機能リハビリテーションの主な目的である。衰弱・体力低下に対する全身的な対応と、全身状態不安定や低下に伴う嚥下機能低下への対応が求められる。全身状態は日々変化することがあり、きめ細かに病態を把握するとともに、IVH（中心静脈栄養）や経腸栄養等補助栄養の併用も考慮する。またこの時期には生体の防御機構も低下しているので、誤嚥により誤嚥性肺炎や無気肺をおこしやすく特に注意が必要である。

急性期とも共通するが、気管内挿管や気管切開の患者では、口腔内に分泌物が溜

まりやすく生理的な自浄作用も低下しており、細菌の繁殖を起しやすく肺炎の原因となる。意識障害があることが多く、嚥下や痰の喀出ができない状態にあるので、口腔清拭を行うことにより口腔内をできるだけ清潔に保ち、肺炎を予防することが重要である。口腔清拭、口唇・舌・口の開閉、アイスマッサージ等を行う。痰の吸引は安全に苦しくないように行い、吸引直前は注意深く患者を観察し落ち着いてから始める等配慮する。



資料編

- ・ 口腔機能改善推進委員会・作業部会 開催概要
- ・ 「口腔機能等評価票」
- ・ 「経過記録表」

口腔機能改善推進委員会・作業部会 開催概要

平成 15 年 7 月 24 日 都市センターホテル

第 1 回 口腔機能改善推進委員会・作業部会合同会議

- (1) 委員会の設置について協議
- (2) 調査研究事業を進めるにあたって意見交換
- (3) 調査研究事業の実施方法、スケジュールについて協議
- (4) 口腔機能リハビリテーションの概念整理

平成 15 年 8 月 29 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) 口腔機能リハビリ実践マニュアル（案：モデル事業版）の検討・作成
- (2) 調査研究事業の調査内容等の検討・作成
- (3) 実施施設の選定

平成 15 年 9 月 12 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) 口腔機能リハビリ実践マニュアル（案：モデル事業版）の検討・修正
- (2) 調査研究事業の調査内容等の検討・調整
- (3) 打合会実施準備

平成 15 年 10 月 9 日 全国町村会館

調査(モデル)事業中央打合会

報告『平成 14 年度調査事業結果から』

「口腔機能リハビリ活動の効果について」

委員長 新庄文明（長崎大学大学院医歯薬総合研究科教授）

「本事業の意義と今後の展開に期待するもの」

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教授）

説明『事業の進め方について協議』

「事業概要」

委員長 新庄文明

「実施方法」（口腔機能改善に向けたマニュアルの活用等）

- 1) 高齢者の口腔機能にみる急性期・回復期・維持期・終末期の状態とその改善を目的とした支援方法

委員 植田耕一郎（新潟大学大学院医歯学総合研究科助教授）

- 2) 高齢者の口腔機能の改善を目的とした各専門職の支援方法

口腔機能改善推進委員会・作業部会委員

「調査方法」（株）富士総合研究所

(第2回 口腔機能改善推進委員会・作業部会合同会議)

平成15年12月3日

ルポール麹町

第4回 口腔機能改善推進委員会

- (1) 調査(モデル)事業実施経過報告
- (2) 口腔機能リハビリ実践マニュアル(案:報告書版)の編集について検討
- (3) 症例研究の活用について検討

平成16年2月12日

都市センターホテル

第5回 口腔機能改善推進委員会

- (1) 調査(モデル)事業実施結果報告
- (2) 口腔機能リハビリ実践マニュアル(案:報告書版)の編集について検討
- (3) 報告書(案)のとりまとめについて検討

平成16年3月9日

全国町村会館

第3回 口腔機能改善推進委員会・作業部会合同会議

- (1) 報告書(案)のとりまとめについて調整、修正
- (2) 口腔機能リハビリ実践マニュアル(案:別冊版)の編集について検討

(平成16年3月8日)

国診協老人保健福祉調査研究会へ事業実施結果報告

※国診協老人保健福祉調査研究会は、学識者で構成され、国診協が実施する全ての調査研究を統括する調整役として設置された機関である。

口腔機能等評価票

施設コード (注1)		対象者 連番		対象者 イニシャル	名	姓
プログラム 実施施設名称						
対象者の居所	1. 施設入所		2. 在宅			
生年月日	西暦 年 月 日(歳)					
性別	1. 男		2. 女			
記録の経過 (注2)	記入年月日	原疾患の状態(1つに○)		評価時期(1つに○)		
	① 1回目の評価: H 年 月 日	1. 急性期 2. 回復期 3. 維持期 4. 終末期		1. プログラム実施前(ベースライン評価) 2. プログラム実施中の定期的な評価 3. プログラム実施中の急激な変化による再評価 4. プログラム実施後(実施後)		
	② 2回目の評価: H 年 月 日	1. 急性期 2. 回復期 3. 維持期 4. 終末期		1. プログラム実施前(ベースライン評価) 2. プログラム実施中の定期的な評価 3. プログラム実施中の急激な変化による再評価 4. プログラム実施後(実施後)		
	③ 3回目の評価: H 年 月 日	1. 急性期 2. 回復期 3. 維持期 4. 終末期		1. プログラム実施前(ベースライン評価) 2. プログラム実施中の定期的な評価 3. プログラム実施中の急激な変化による再評価 4. プログラム実施後(実施後)		
	④ 4回目の評価: H 年 月 日	1. 急性期 2. 回復期 3. 維持期 4. 終末期		1. プログラム実施前(ベースライン評価) 2. プログラム実施中の定期的な評価 3. プログラム実施中の急激な変化による再評価 4. プログラム実施後(実施後)		
プログラム終了理由	1. モデル事業の期間が終了した 2. ご本人の希望で 3. 容態悪化等により継続できなくなった 4. その他					

＜お願い＞
評価実施は歯科医師または歯科衛生士の方をお願いいたします。実施施設にいらっしゃらず評価方法や用語等がわからない場合は、実施連携機関の歯科医師または歯科衛生士の指導を受けてください。

I 全身状態の評価

【記入欄】

○ご本人の体格、体力

	1回目	2回目	3回目	4回目
身長(cm)				
体重(kg)				
握力(右)				
“(左)				

I-① 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)

1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2
(P13判定基準を参照)

I-② 痴呆性老人の日常生活自立度

1. 正常 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M
(P14判定基準を参照)

I-③ 要介護度(介護保険制度における要介護認定結果)

1. 自立 2. 要支援 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3
6. 要介護4 7. 要介護5

I-①障害老人の日常生活自立度

	1回目	2回目	3回目	4回目
I-①				

I-②痴呆性老人の日常生活自立度

	1回目	2回目	3回目	4回目
I-②				

I-③要介護度

	1回目	2回目	3回目	4回目
I-③				

I-④ ADL評価(Barthel Index)

食事	10: 皿やテーブルから自力で食物をとって、食べることができる。自助具を用いてもよい。食事を妥当な時間内に終える。 5: 一部介助 0: 全介助
車いすとベッド間の移動	15: 移動の全ての段階が自立している 10: 移動の動作のいずれかの段階で最小の介助や、安全のための声かけ、監視を要する 5: 移動に多くの介助を要する 0: 全介助
整容	5: 手洗い、洗顔、髪梳き、歯磨き、ひげ剃りができる 0: 部分介助又は全介助
用便動作	10: 用便動作が介助なしにできる 5: 安定な姿勢保持や衣服の着脱、トイレトペーパーの使用などに介助を要する 0: 全介助
入浴	5: すべての動作を他人の存在なしに遂行できる 0: 部分介助又は全介助
平地歩行	15: 少なくとも45m、介助や監視なしに歩ける 10: 最小限の介助や監視下で少なくとも45m歩ける 5: 歩行不可能だが、自力で車いすを駆動し少なくとも45m進める 0: 全介助
階段昇降	10: 1階分の階段を介助や監視なしに安全に上り下りできる(手すりや杖の使用は可) 5: 介助や監視を要する 0: 全介助
更衣	10: すべての衣服(靴の紐結びやファスナーの上げ下ろしも含む)の着脱ができる(治療用の補装具の着脱も含む) 5: 介助を要するが、少なくとも半分以上は自分で、標準的な時間内にできる 0: 全介助
排便コントロール	10: 随意的に排便でき、失敗することはない。坐薬の使用や洗腸も自分でできる 5: 時に失敗する。もしくは坐薬の使用や洗腸は介助を要する 0: 全介助
排尿コントロール	10: 随意的に排尿できる。必要な場合は尿器も使える 5: 時に失敗する。もしくは尿器の使用などに介助を要する 0: 全介助

【記入欄】

I-④	1回目	2回目	3回目	4回目
食事				
車いすとベッド間の移動				
整容				
用便動作				
入浴				
平地歩行				
階段昇降				
更衣				
排便コントロール				
排尿コントロール				
合計点				

I-⑤ 発熱日数

発熱日数(過去1ヶ月間 37.0℃以上)	日
----------------------	---

(注)急性期、終末期の場合は、過去1週間の発熱日数を記入してください。

I-⑥ 原疾患名、合併症名(あてはまるもの全て)

1. 脳血管障害 2. 高血圧 3. 心疾患 4. 肺疾患 5. 糖尿病 6. 肝疾患 7. 腎疾患 8. パーキンソン氏病 9. 整形外科疾患 10. リウマチ 11. 悪性腫瘍 12. 痴呆 13. その他()	
【原疾患名】	【合併症名】

I-⑦ 麻痺、拘縮の状況

麻痺の状況 (複数回答可)	1. なし 2. 上肢(利き手側) 3. 上肢(反対側) 4. 下肢(利き手側) 5. 下肢(反対側)
拘縮の状況 (複数回答可)	1. なし 2. 肘関節(利き手側) 3. 肘関節(反対側) 4. 肩関節(利き手側) 5. 肩関節(反対側)

【記入欄】

I-⑤ 発熱日数

	1回目	2回目	3回目	4回目
発熱日数	日	日	日	日

(注)急性期、終末期の場合は、過去1週間の発熱日数を記入してください。

I-⑥ 原疾患名、合併症名(あてはまるもの全て)

	1回目	2回目	3回目	4回目
【原疾患名】				
【合併症名】				

I-⑦ 麻痺、拘縮の状況

	1回目	2回目	3回目	4回目
麻痺の状況				
拘縮の状況				

II 障害領域に対応した評価

II-① 口腔内の状況

機能現在歯数	本(残根、著しい動揺歯等は除く)					
アイヒナー分類 (P14判定基準参照)	T-T	0	1	2	3	4
	T-D	0	1	2	3	4
	D-D	0	1	2	3	4
欠損補綴状況	1. 義歯不要 2. 義歯が必要だが使用していない 3. 義歯使用 【3.を選択した場合ご回答下さい】 上顎⇒ ア. FD(総義歯) イ. PD(部分義歯) 下顎⇒ ア. FD(総義歯) イ. PD(部分義歯)					
義歯の状況	1. 特に問題はない 2. 問題がある 【2.を選択した場合ご回答下さい】 ア. 破損 イ. 不適合 ウ. 咬合に問題 エ. 義歯装着不可能 オ. その他()					
口腔軟組織の状態	1. 特に問題はない 2. アフタ性口内炎 3. 義歯性口内炎 4. カンジダ症 5. 歯肉増殖症 6. その他()					
口腔清掃の自立度(BDR指数)						
歯磨き	1. ほぼ自分で磨く 2. 部分的には自分で磨く 3. 自分で磨かない 4. 歯がない					
義歯装着	1. 自分で着脱する 2. 外すか入れるかどちらにする 3. 自分で着脱できない 4. 義歯を使用していない					
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. 口に含むこともできない					

【記入欄】

II-① 口腔内の状況

		1回目	2回目	3回目	4回目
機能現在歯数					
アイヒナー分類	T-T				
	T-D				
	D-D				
欠損補綴状況					
【3.を選択した場合記入】		上	下	上	下
義歯の状況					
【2.を選択した場合記入】					
口腔軟組織の状態					
口腔清掃の自立度	歯磨き				
	義歯装着				
	うがい				

II-① 口腔内の状況(続き)

【記入欄】II-① 口腔内の状況(続き)

		1回目	2回目	3回目	4回目
口腔ケアの状況	清掃回数				
	実施状況				
口腔清掃度					
舌苔量					
口臭					
唾液湿潤度					
歯科治療の必要度					

口腔ケアの状況	
口腔清掃の回数 (対象者自身のケアを含む)	1. 1日3回以上 2. 1日2回 3. 1日1回 4. 1週間に1回以下 5. 1週間に2~3回 6. うがいのみ 7. しない
口腔ケアの実施状況	1. すべて自分でする 2. 声かけのみをしている 3. 準備のみ介助している 4. 歯みがきや義歯清掃を一部介助している 5. 介護職員が全介助している 6. 歯科衛生士による専門的な口腔ケアを実施している
口腔清掃度	1. 良い 2. 普通 3. 歯垢が多量に付着している 4. 歯垢および食物残渣が多量に認められる
舌苔量 (p14基準参照)	1. 1度 2. 2度 3. 3度 4. 4度
口臭	1. なし 2. 顔を近づけると臭う 3. 近くにいると臭う
唾液湿潤度 (p15基準参照)	1. 正常 2. 軽症 3. 中等度 4. 重度
歯科治療の必要度 (複数回答)	1. 充填・インレー治療 2. 歯周病治療 3. 根管治療 4. 歯冠修復 5. ブリッジ 6. 義歯修理 7. 部分床義歯 8. 総義歯 9. 抜歯 10. 上記の治療の必要は認められない

II-② 摂食の状況(咀嚼、嚥下できるか)

改訂水飲みテスト	1. 嚥下あり、呼吸良好、むせない、湿性嘔声なしに加え空嚥下の追加を指示し、30秒以内に2回空嚥下が可能		
	2. 嚥下あり、呼吸良好、むせない、湿性嘔声なし		
フードテスト (ゼリー、プリンで実施)	3. 嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性嘔声		
	4. 嚥下あり、むせない and/or 呼吸変化または湿性嘔声		
	5. 嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫		
※2以下なら合計3回施行し、最も悪い嚥下を評価する			
フードテスト (ゼリー、プリンで実施)	嚥下障害	1. なし	2. あり
	むせ	1. なし	2. あり
	口腔内残留	1. なし	2. あり
咀嚼の状況 (それぞれの食品群を咀嚼できるか、問診で1つを選択。小さく刻んでもよい。)			
1.スープ 流動食	1. 食べられる	2. 食べられない	3. 判定不能
2.おかゆ 豆腐 プリン ゼリー ゆで卵	1. 食べられる	2. 食べられない	3. 判定不能
3.ごはん 煮物 はんぺん パナマ マグロの刺身	1. 食べられる	2. 食べられない	3. 判定不能
4.おこわ ハム かまぼこ こんにやく ビスケット	1. 食べられる	2. 食べられない	3. 判定不能
5.酢だこ せんべい らっきょう ステーキ	1. 食べられる	2. 食べられない	3. 判定不能

【記入欄】

II-② 摂食の状況(咀嚼、嚥下できるか)

		1回目	2回目	3回目	4回目
改定水飲みテスト					
フードテスト	嚥下				
	むせ				
	口腔内残留				
咀嚼の状況	1. スープ 流動食				
	2. おかゆ 豆腐 他				
	3. ごはん 煮物 他				
	4. おこわ ハム 他				
	5. 酢だこ せんべい他				

II-③ 摂食、嚥下の状況(つづき) 【摂食嚥下障害問診票】

1 肺炎と診断されたことがありますか	1. 繰り返す	2. 一度だけ	3. なし	4. 判定不能
2 やせてきましたか	1. 明らかに	2. わずかに	3. なし	4. 判定不能
3 飲み込みにくいと感じることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
4 食事中にむせることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
5 お茶を飲むときにむせることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 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	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
7 のどに食べ物が残る感じがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
8 食べるのが遅くなりましたか	1. たいへん	2. わずかに	3. なし	4. 判定不能
9 硬いものが食べにくくなりましたか	1. たいへん	2. わずかに	3. なし	4. 判定不能
10 口から食べ物がこぼれることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 判定不能
11 口の中に食べ物が残ることがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 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ことがありますか	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 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	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 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	1. よくある	2. ときどき	3. なし	4. 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)	1. たいへん	2. わずかに	3. なし	4. 判定不能

【記入欄】

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	肺炎	やせ	飲み込み にくい	食事中の むせ	お茶に むせる	のどの ゴロゴロ	のどに 残食感	食べるの が遅い	硬い物	食物が こぼれる	口中残食	胃液逆流	つまる 感じ	夜起きる	かすれ声
1回目															
2回目															
3回目															
4回目															

認知期における障害 (複数回答可)	1. 食物を見ても食べようとしない 2. 食物を口腔内にため込んだまま食事動作が止まってしまう 3. 食事に極端に時間がかかる 4. 食物以外のものを口に入れてしまう 5. 1.～4. のようなことはない
咀嚼・口腔期における障害 (複数回答可)	1. 口が大きく開かない(開口障害) 2. 硬いものが食べにくい(咀嚼障害) そのためにミキサー食やきざみ食などを摂取している 3. もぐもぐするばかりでなかなか嚥下しない(送り込み障害) 4. 1.～3. のようなことはない
嚥下・食道期における障害 (複数回答可)	1. 水分や食物を嚥下するとむせる 2. 誤嚥予防のために嚥下食(ゼラチン食など)や増粘剤を使用している 3. 経管栄養または経管栄養と経口摂取を併用している 4. 誤嚥性肺炎の既往がある 5. 1.～4. のようなことはない
嚥下障害グレードの評価(下記1～10の中で一つを選択)	
重度(経口不可)	1. 嚥下困難または不能、嚥下訓練適応なし 2. 基礎的嚥下訓練の適応あり 3. 条件が整えば誤嚥は減り、摂食訓練が可能
中等度(経口と補助栄養)	4. 楽しみとしての摂食は可能 5. 一部(1～2食)経口摂取 6. 3食経口摂取+補助栄養
軽症(経口)	7. 嚥下食で、3食ともに経口摂取 8. 特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取 9. 常食の経口摂取可能、臨床的観察と指導を要する
正常	10. 正常の摂食嚥下能力
巻き鳥テスト	1. 口にくわえるだけ 2. 1音が出る 3. 2音が出る 4. 1本 5. 2本 6. 3本

【記入欄】

II-③摂食、嚥下の状況(つづき)

摂食嚥下障害の有無とグレードの評価

	1回目	2回目	3回目	4回目
認知期における障害				
咀嚼・口腔期における障害				
嚥下・食道期における障害				
嚥下障害グレード評価				
巻き鳥テスト				

II-④ 神経学的な状況(それぞれの運動について一つを選択)

舌運動	1. 前方・左右の方向にしっかり動かせる 2. 前方・左右いずれかに動かせる 3. 舌を自在に動かさせない(不随意・多動) 4. 舌の動きが見られない
頬運動	1. 強く動かすことができる 2. 一部動かすが力が弱い 3. 動かそうとするが動かさせない 4. 頬の動きがみられない
口唇運動	1. 口腔前庭でボタンなどを挟み牽引圧に耐えられる 2. 口唇を閉じぶくぶくできる 3. 力はないが口を閉じることができる 4. 力がなく口を閉じることができない
下顎運動	1. 前後・左右・上下に力強く動かす 2. 前後・左右・上下に力なく動かす 3. 下顎を動かすことができない
軟口蓋運動	1. アーと発音した時左右同時に動く 2. アーと発音した時左右非対称に動く 3. アーと発音した時全く動かない

【記入欄】

II-④神経学的な状況

		1回目	2回目	3回目	4回目
神経学的状況	舌運動				
	頬運動				
	口唇運動				
	下顎運動				
	軟口蓋運動				

II-⑤ 意思疎通の状況

会話の明瞭度	1. 全部わかる 2. 時々わからない言葉がある 3. 話の内容を知っていればわかる 4. 時々わかる言葉がある 5. 全然わからない
--------	---

II-⑤意思疎通の状況

	1回目	2回目	3回目	4回目
会話の明瞭度				

Ⅲ-① 食事の状況

食事の自立度	1. 自立 2. 見守りが必要 3. 一部介助 4. 全介助			
食事時間	1. 10分以内 2. 10~20分未満 3. 20~30分未満 4. 30分以上			
食事量・食事内容 (それぞれ一つを選択)	経口	【主食】 1. 普通 2. 軟食 3. 粥 4. 流動(モキサー) 【副食】 1. 普通 2. 軟菜 3. キザミ 4. 流動(モキサー)		
	経管	1. 経管なし 2. NGチューブ 3. 胃瘻 4. 間欠的口腔食道経管栄養法(OE法)		
	点滴	1. なし 2. あり		
食事の姿勢	1. 座位 2. ファーラー位 3. セミファーラー位 4. 仰臥位			

Ⅲ-② 味覚異常の有無

味覚異常の状況	1. なし 2. あり(①甘味、②塩味、③酸味、④苦味) 3. 判定不能			
---------	---	--	--	--

Ⅳ-① 心理的状況

GDS5(Geriatric Depression Scale 5 :高齢者抑うつ尺度)		
1. 毎日の生活に満足していますか	1. はい	2. いいえ
2. 毎日が退屈だと思うことが多いですか	1. はい	2. いいえ
3. 外出したり何か新しいことをするよりも家にいたいと思いませんか	1. はい	2. いいえ
4. 生きていても仕方がないと思う気持ちになることがありますか	1. はい	2. いいえ
5. 自分が無力だと思うことが多いですか	1. はい	2. いいえ

(注)1. は“いいえ”を1点、2. ~5. は“はい”を1点として合計を計算する。

【記入欄】

Ⅲ-① 食事の状況

		1回目	2回目	3回目	4回目
食事の自立度					
食事時間					
食事量・食事内容	経口	主食			
		副食			
	経管				
	点滴				
食事の姿勢					

Ⅲ-② 味覚の状況

	1回目	2回目	3回目	4回目
味覚の状況				

Ⅳ-① 心理的状況

		1回目	2回目	3回目	4回目
GDS5	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
合計					

V 自由回答

V-① 口腔ケア、口腔機能リハビリテーションに対するご本人の感想

1回目	
2回目	
3回目	
4回目	

V-② 口腔ケア、口腔機能リハビリテーションに対するスタッフ(ご記入者)の感想

1回目	
2回目	
3回目	
4回目	

<参考資料～評価基準等>

○障害高齢者の日常生活自立度判断基準

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 J-1. 交通機関等を利用して外出する J-2. とおり近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 A-1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する A-2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。 B-1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う B-2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する C-1. 自力で寝返りをうつ C-2. 自力では寝返りをうたない

○痴呆性高齢者の日常生活自立度判定基準

ランクⅠ		何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
ランクⅡ	ランクⅡa	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。家庭外で上記の症状が見られる。
	ランクⅡb	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。家庭内でも上記の症状が見られる。
ランクⅢ	ランクⅢa	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。日中を中心として上記のような症状が見られる。
	ランクⅢb	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。夜間を中心として上記のような症状が見られる。
ランクⅣ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
ランクⅤ		著しい精神症状や問題行為あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

○アイヒナー分類の判断基準(左右の小臼歯部と大臼歯部4ヶ所の咬合状態を見る)

T-T	現在歯どうしの咬合がある
T-D	現在歯と義歯の咬合がある
D-D	義歯どうしの咬合がある

○舌苔量の判断基準

1度	1/3程度の薄い舌苔
2度	2/3程度の薄い舌苔、もしくは1/3程度の厚い舌苔
3度	2/3以上の薄い舌苔、もしくは2/3程度の厚い舌苔
4度	2/3以上の厚い舌苔

(小島の分類より)

○唾液湿潤度の判断基準

正 常	軽度・中等度・重度の所見が見られず、正常範囲と思われる
軽 度	唾液の粘性が亢進している
中 等 度	唾液中に細かい泡が見られる(明らかな唾液減少と粘性亢進)
重 度	舌の上にほとんど唾液が見られず、乾いている

(柿木の分類より)

(以上)

経過記録表(第1)

実施機関名		
対象者連番/イニシャル	<連番>	<イニシャル(名、姓)>

スタート時 (必ずご記入下さい) 月 日	<原疾患の時期> 1. 急性期 2. 回復期 3. 維持期 4. 終末期
	<障害の種類> 1. 認知期における障害 2. 咀嚼・口腔期における障害 3. 嚥下・食道期における障害
状態急変時 (必要な場合のみご記入下さい) 月 日	<原疾患の時期> 1. 急性期 2. 回復期 3. 維持期 4. 終末期
	<障害の種類> 1. 認知期における障害 2. 咀嚼・口腔期における障害 3. 嚥下・食道期における障害

実施期間	平成 15 年 10 月 日 から 平成 年 月 日
事務局への連絡事項	<記入日: 月 日>
	<記入日: 月 日>
	<記入日: 月 日>

【参 考】

表 担当職種の略称（担当職種欄に記載：略症でご記入下さい）

医師：Dr	歯科医師：De	看護師：Ns	看護補助者：NH	歯科衛生士：DH
管理栄養士：Die	理学療法士：PT	作業療法士：OT	言語聴覚士：ST	薬剤師：Ph
保健師：PHN	介護福祉士：CW	ヘルパー：Hp	介護員：KI	ケアマネジャー：Cm
家族：Fa	その他：O			

1. 経過記録表（1）

- ・実施機関名：貴施設の名称をご記入下さい。
- ・対象者名：対象者連番とイニシャルをご記入ください（フルネームは書かないでください）。
- ・原疾患の時期：プログラム開始時点における対象者の原疾患の時期をご記入下さい。
- ・障害：口腔機能障害のいずれに該当するか、あてはまるもの全てをご記入下さい。
- ・実施期間：対象者のプログラム実施期間をご記入下さい。
- ・事務局への連絡事項：急な退院、転院等、対象者等に関する連絡事項をご自由にご記入下さい。

2. 経過記録表（2）

- ・実施月日：プログラムを実施した月日をご記入下さい。
- ・基本メニュー：基本本メニュー（①から⑥）は、維持期・回復期の方については全員実施して頂くことを前提としております。但し、対象者の状態等に応じて実施できない場合には適宜ご判断下さい。基本メニューを実施した月日ごとに実施職種を下表の略称を用いてご記入下さい。
- ・選択メニュー：本資料「IV. モデル事業・選択メニュー」より、対象者の原疾患の時期、障害の種類に応じて必要と考えられるメニューがあれば実施して下さい。本表に実施したメニューを記載頂き、実施するごとに担当職種を略称でご記入下さい。なお、障害が複数に渡る場合には、重複するメニューは1回記入して頂ければ結構です（対象者Aさん＝回復期で認知期における障害、咀嚼・口腔期における障害の両方あり。「口腔清掃」を実施：「口腔清掃」は両障害とも看護師の欄に記載されていますが、1回で結構です）。
- ・本資料「IV. モデル事業・選択メニュー」では、職種別に実施することが考えられるメニュー案を提示していますが、事業実施にあたっては、表に示された職種以外の方が当該メニューを実施して頂いても結構です。

介護予防向上のための口腔機能改善推進のための支援体制整備事業
報 告 書

平成 16 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

調査受託機関 株式会社富士総合研究所社会経済グループ

