

社団法人 8020 推進財団
平成 18 年度 歯科保健活動事業助成交付 報告書

1. 事業名 小樽市における要介護高齢者の口腔内実態調査
2. 申請者名 小樽市歯科医師会
3. 実施組織 小樽市歯科医師会、後志リハビリテーション推進会議
4. 事業の概要

1. 小樽市の要介護高齢者の口腔内実態調査
2. 小樽市の医療従事者等に対する口腔ケアの啓発活動

①2001 年北海道保険医会の資料において、介護認定審査会資料・主治医意見書に歯科の記載があまりされていないが何故か？と医師にアンケート調査をしたところ、『歯科医療についてわからない』が 67.2%であった。保険医会でも『医科に対する歯科医療の啓発はこれからの最重要課題』としているが、2006 年になっても主治医意見書に歯科の記載は非常に少ない。

②このことを踏まえ、小樽市介護保険課の協力を得て、介護認定審査会資料・主治医意見書の歯科等の記載を改めて詳しく調査し、歯科等の記載の実態を調査する。

③平成 18 年 4 月より改正された介護保険・新予防給付の口腔ケアについて、小樽市では平成 19 年 1 月より施行される。小樽市内の施設において、要介護高齢者の口腔内を要介護 1. 2. 3. 4. 5 の区分ごとに 10 名を調査する。

施設は小樽市歯科医師会会員の勤務する医療法人 勉仁会系列の老人保健施設を予定している。調査項目は

「藤島の調査項目 (15 項目)」

「口腔内診査～義歯使用の有無」

「RSST」

「改訂水のみテスト」

「血清アルブミン値」

「患者の介護度」

「認定調査票項目～嚥下、食事摂取、口腔清潔」

を調査し、実際の口腔内と嚥下機能を診査する。

④これにより得たデータを用いて、看護協会や、ケアマネージャー連絡協議会、歯科衛生士会と協力し看護師やケアマネージャー、歯科衛生士対象の口腔ケア講習会を行って口腔機能の向上の人材育成を図る。

⑤また、今後の新予防給付・口腔ケアを円滑に利用させるため、本データを用いて医師会との協力関係を充実させる。

事業の内容

1. 小樽市の要介護高齢者の口腔内実態調査

平成 18 年 6 月 14 日付けで、小樽市長あてに介護認定審査会資料閲覧調査のお願い文書を小樽市歯科医師会会長名で発信し、平成 18 年 6 月 26 日、8 月 1 日、9 月 12 日、平成 19 年 1 月 23 日に小樽市役所福祉部・介護保険課にて介護認定審査会資料、平成 18 年 6 月分（200 名）、7 月分（200 名）、8 月分（225 名）の合計 625 名分を調査した。

小樽市の高齢化率と介護保険利用状況（概略）

我が国における高齢化率は上昇の一途をたどっている。昭和 55 年小樽市の人口は 18 万人、高齢化率は 10.8%であった（図-1）。

図-2 はここ 10 年間の小樽市の人口と高齢化率を示しており、高齢化率が急激に上昇していることがわかる。

平成 18 年 3 月の時点では、小樽市の人口は 14 万人、高齢化率は 27.61%となっている。

表-1 は北海道内の 10 万人以上の都市の高齢化率を示したものである。

小樽市の高齢化率は全道平均の 20.1%、および全国平均の 19.9%を大きく上まっており、10 万人以上の都市で、これだけ早いスピードで高齢化が進んでいるケースは、全国でも珍しいものといえる。

表-2・3 は小樽市の介護保険サービス利用対象者数である。平成 17 年 10 月時点では利用者総数が 7648 名だったものが、平成 18 年 10 月分では 8030 名と 8000 人を超えており、利用者数の増加が顕著であることが分かる。

また、資料 1 から小樽市の第 1 号被保険者に対する、介護保険利用者数は 19.24%となっている。これは、全道平均の 16.45%、全国平均の 16.13%を超えており、介護保険利用率が高いことがわかる。平成 19 年 3 月末の内訳については要支援が 21.89%、要介護 1 が 30.96%、要介護 2 が 14.90%、要介護 3 が 12.12%、要介護 4 が 10.78%、要介護 5 が 9.35%であり、平均要介護度は 1.87 であった。

また、全道平均では要支援が 16.68%、要介護 1 が 35.61%、要介護 2 が 14.26%、要介護 3 が 11.60%、要介護 4 が 10.93%、要介護 5 が 10.93%で、平均要介護度は 1.97 であった。

全国平均は要支援が 16.90%、要介護 1 が 32.90%、要介護 2 が 14.75%、要介護 3 が 12.72%、要介護 4 が 12.06%、要介護 5 が 10.66%で、平均要介護度は 2.02 であった。

このことより、小樽市は要支援の利用者が多く、平均介護度も全道平均ならびに全国平均よりも低いことが分かる。今後、高齢化率が進展するにしたがって、利用者の要介護度の上昇の可能性が高いことが推察される。

今回の調査はあくまで、認定調査資料の閲覧のみであり、2次判定の結果までは調査していないこと、また参考までに小樽市の介護認定審査会の1次判定変更率は平成17年度では39.37%となっていることを申し添える。

今回の調査人数は、平成18年6月第3週分200名、平成18年7月第3週分200名分、平成18年8月第3週分225名分の合計625名分を調査したが、8月分の集計分でミスがあり、今回は2か月分の400名分の考察を行う。8月分の集計が終了次第、8月分について、追って送付するのでご了承いただきたい。

1次判定調査結果は非該当が4.3%、要支援が16.5%、要介護1が37.5%、要介護2が12.3%、要介護3が12%、要介護4が7.8%、要介護5が7.3%であった(図-3)。

認定調査項目(ケアマネージャー記載事項)

第4群 2. えん下 3. 食事摂取 4. 飲水について

嚥下、飲水、食事摂取について、介護認定審査員研修テキストによれば、以下の記載がある。

「4-2 えん下 1. できる 2. 見守り等 3. できない」

項目の定義

咀嚼(食べ物を噛む)とは異なり、えん下(飲み込む)という行為ができるかどうかを評価する項目である。咀嚼力、口腔内の状況、えん下と関連する痴呆の有無等について判断する項目ではない。食物を口に運ぶ行為については、「4-3 食事摂取」で判断する。

調査上の留意点

固形物か、液体かどうか等、食物の形状(普通食、きざみ食、ミキサー食、流動食)によって異なる場合は、日頃の状況に基づいて判断する。

選択肢の判断基準

「1. できる」

えん下することに問題がなく、自然に飲み込める場合をいう。

「2. 見守り等」

飲み込む際に見守り等が行われている場合であって、「できる」「できない」のいずれにも含まれない場合をいう。食物の形状により、えん下ができたりできなかったりする場合も含まれる。

「3. できない」

えん下ができないために、経管栄養(胃ろうを含む)や中心静脈栄養(IVH)等が行われている場合をいう。

「4-3 食事摂取 1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助」

項目の定義

通常の食事の介助（スプーンフィーディング、食卓でのきざみ等も含む）が行われているかどうかを評価する項目である。

調理（厨房・台所でのきざみ食、ミキサー食の準備なども含む）、配膳、後片付け、食べこぼしなどの掃除等は含まれない。

調査上の留意点

自助具等の使用の有無、要する時間や調査対象者の能力にかかわらず、食事摂取に介助が行われているかどうかに基づいて判断する。

選択肢の判断基準

「1. 自立」

介助、見守り等なしに自分で食事が摂れている場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具を使用する場合も含まれる。

「2. 見守り等」

介助なしに自分で摂取しているが、見守り等が行われているかどうかをいう。

「3. 一部介助」

食事の際に（食卓で）、小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとるなど、食べやすくするために何らかの介助が行われている場合をいう。

「4. 全介助」

能力があるかどうかにかかわらず、現在自分ではまったくしていない場合をいう。

「4-5 飲水 1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助」

項目の定義

通常の飲水の介助が行われているかどうかを評価する項目である。飲水量が適正かどうかの判断も含まれる。

調査上の留意点

飲水量は、1回のえん下する量が適正かどうかで判断する。

経管栄養（胃ろうを含む）や中心静脈栄養（IVH）の場合であっても、飲水の介助の程度により判断する。

選択肢の判断基準

「1. 自立」

自分で水道やペットボトル等から水、お茶、ジュースなどをコップや茶碗に入れて適正量を判断し飲む場合をいう。

「2. 見守り等」

茶碗、コップ、吸い呑みに入れられた物を手の届く範囲におけば、自分で飲む場合をいう。

「3. 一部介助」

茶碗、コップ、吸い呑みを手渡すか、口元まで運ぶ等の介助が行われている場合を

いう。

自分で摂取することができても、口渴感が乏しい又はまったく口渴感を訴えない場合や、痴呆などのため一回の飲水量が多い場合は一部介助とする。

「4-2 えん下」について

えん下について見守りが28.5%、できないが2.5%であった。(図-4)

「4-3 食事摂取」について

食事摂取については見守りが11.5%、一部介助が7.3%、全介助が7.5%であった(図-5)。

「4-4 飲水」について

飲水については見守りが13.8%、一部介助が8.3%、全介助が6.3%であった(図-6)。

このことは、要介護認定を受けた利用者のうち約3割に嚥下や食事摂取、飲水について、利用者単独ではなく、家族や介護スタッフ、職員などの人員が必要であることがわかる。また、水は最も誤嚥しやすい食形態であり、飲水とえん下についての数値が近くなっていることも、関連があると思われる。しかし、記載内容をみると、水分摂取量が少ないので管理が必要との記載もあり、あくまで誤嚥のスクリーニングのみではなく、脱水予防の側面でケアマネージャーが記載していることも分かる。

第5群 1. ア 口腔清掃について

口腔清掃についてについて、介護認定審査員認定テキストによれば、以下の記載がある。

「5-1 清潔 ア. 口腔清潔 (はみがき等) イ. 洗顔 ウ. 整髪 エ. つめ切り」

項目の定義

ア. 口腔清潔 (はみがき等)

口腔清潔 (はみがき等) の一連の行為を行っているかどうかを評価する項目である。

イ. 洗顔

ウ. 整髪

エ. つめ切り

イ. ウ. エは省略。

調査上の留意点

日頃からその行為を自分でやっているかどうかに基づいて判断する。

生活習慣、施設の方針、介護者の都合等によって、通常行っていない場合や、独居の

ために必要な介助が行われていない場合には、例外的に調査対象者の能力を総合的に判断し、判断の理由を「特記事項」に記載する。

ア. 口腔清潔（はみがき等）

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水を用意する。歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、義歯をはずす、うがいをする等の行為も含まれる。

歯磨き粉を歯ブラシにつけない、口腔清浄剤を使用している等の場合には、日頃の状況に基づいて判断する。

また、義歯の場合には、義歯の清潔保持に係る行為で判断する。

イ. 洗顔

ウ. 整髪

エ. つめ切り

イ. ウ. エは省略。

選択肢の判断基準

「1. 自立」

一連の行為を介助なしに自分で行っている場合をいう。

「2. 一部介助」

一連の行為に部分的に介助が行われている場合をいう。見守り等が行われている場合も含まれる。

「3. 全介助」

一連の行為すべてに介助が行われている場合をいう。

補足説明

- はみがき中の見守り等、みがき残しの確認が必要な場合を含む。
- 義歯の出し入れはできるが、義歯を磨く動作は介護者が行っている場合も含む。
- 介護者が、本人が行った個所を含めてすべてやりなおす場合も含む。
- 口をゆすいで吐き出す行為だけしかできない場合も含む。
- 総義歯で、義歯洗浄は全介助の場合も含む。

第5群 1.ア 口腔清掃についての結果は一部介助が21.5%、全介助が11.3%であり、総義歯であるとの記載も6例（1.5%）見受けられた（図-7）。

嚥下と服薬は密接な関連があり、摂食嚥下障害を有する患者で、特にパーキンソン病を基礎疾患に持つ方は、食事もさることながら、服薬で難渋していることも多い。そこで今回は服薬についても調査した。

第5群 3. 薬の内服

一部介助が17%、全介助が6%であった(図-8)。嚥下や飲水では30%のチェックがあったにもかかわらず、薬の内服では7ポイントの差がついたことは興味深いし、今後、薬剤師会と検討する課題になるのではないかと思われる。

意見書調査結果

主治医意見書については、専用の用紙を添付するので、そちらを参照されたい(資料2)。

1. 他科受診の有無

他科受診の有無では内科が22.8%(91/400)と一番多く、続いて整形外科が14.8%(59/400)となった。歯科は1.5%(6/400)であった。これは精神科の1.3%(5/400)や循環器科の1.3%(5/400)、神経内科の1.0%(4/400)と似た内容であった(図-9)。このことは北海道保険医会の報告書で主治医意見書に歯科の記載がないのはなぜか?のアンケートにおいて「歯科診療についてわからないから」の理由が67%となっており、今後、医科に対して、歯科の啓発は最重要課題であるとの報告があったが、この5年間あまり、少なくとも小樽市においては効果的な活動ができていなかったことの結果であり、小樽市歯科医師会としても反省すべき点は多い。

昨年4月より、介護保険新予防給付に口腔機能向上が組み込まれた。また、来年度より施行される予定の後期高齢者医療対策の厚生労働省の社会保険審議会においても、米山武義先生が口腔ケアの重要性について講演している。北海道保険医会のアンケート調査時期よりも時代は確実に進んでいる。医科も歯科を無視できないことになってきていると思われるし、歯科の話を書く環境は出来つつあるように感じられる。日本歯科医師会雑誌においても日本医師会と日本歯科医師会の座談会が掲載されるまでになった。今後は小樽市のみではなく、全道や全国レベルで医科に対しての歯科の啓発活動のさらなる充実を図る必要性があるのではないかと考える。

2. 特別な医療

2.5%(5/400)が経管栄養を行っている結果が出た(図-10)。

4. 生活機能とサービスに関する意見

(2) 栄養・食生活

食事行為 全面介助が2.5%となり、経管栄養と似た結果となった(図-11)。

栄養状態 不良は5.5%であった(図-12)。

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

低栄養2.8%(11/400)、摂食嚥下機能低下4.0%(16/400)、脱水4.3%(17/400)、易感染性5.0%(20/400)であった(図-13)。

(5) 医学的管理の必要性

訪問歯科診療は 0.3% (1/400) であり、先にも述べたが小樽市内において医科は歯科に対しての必要性や理解が十分ではないことが示唆された (図-14)。

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

摂食について

摂食については 9.5% (38/400) にチェックが付いており、胃ろう関連が 1% (4/400)、経管栄養が 0.5% (1/400)、その他が 8.3% (33/400) であった (図-15)。

嚥下について

嚥下については 6.3% (25/400) にチェックが付いており、誤嚥の恐れありが 1.8% (7/400)、口腔ケア必要は 0.8% (3/400)、経管栄養は 0.5% (2/400)、見守り・側臥位はできるだけ避けるが共に 0.3% (1/400)、その他は 2.8% (11/400) であった (図-16)。

考察

ケアマネジャー記載の 1 次判定調査票結果と主治医意見書の嚥下、食事摂取、飲水の記載について、顕著に差が出る結果が出た。ケアマネジャーは嚥下に何らかのチェックが付くのは 30%もの割合を占めたのに対し、医師の記載はわずか 6.3%に留まり、その差は約 23 ポイントにもなった。

このような結果になった最大の理由は、医師は利用者の食事や飲水の場面を実際に観察していないこと、また、誤解を恐れずにいうならば、摂食嚥下リハビリテーションや口腔機能向上について一定以上の理解をしていないからではないかと思われる。これは批判ではないが、北海道保険医会の歯科の記載がなぜないかとのアンケートでも、「歯科診療についてよく分からない」から記載しなかったのが約 7割に上ったことから想像できる。また、医師自らの担当する要介護認定者全ての摂食場面を観察して、主治医意見書に記載することは、時間的にも物理的にも、現状では極めて困難なのではないかと思われる。

今後、歯科医師会での活動は口腔科として、咀嚼のみならず嚥下まで管理する知識や技量を有し、医科や介護の現場で良きアドバイザーとなり、実績を積み信頼を増してゆき、現場においていなくてはならないスタッフの一員になることこそが、歯科界の領域拡大に繋がってゆくことと思われる。

小樽市内における要介護高齢者口腔内実態調査について

平成 19 年 3 月 3 日、3 月 10 日、小樽市内の老人保健施設「ラポール東小樽」において、要介護高齢者の口腔内実態調査を行った。調査内容として、資料 3 の菊谷らの要介護高齢者口腔アセスメント票を使用した。藤島の 15 項目や血清アルブミン値は血液検査で未計測だったこともあり今回、調査からは除外した。また、各要介護度において 10 名ずつの調査を計画したが、入所者の事情により、合計 21 名の調査となった。

①調査患者基礎情報について

年齢は 75 歳以上の後期高齢者が 90.5%にのぼり、そのうち 90 歳以上が約 40%であった（図－17）。

性別は男性 33.3%、女性が 66.7%であった（図－18）。

主たる基礎疾患・障害名は心疾患が 28%、高血圧と脳血管障害が 19%、パーキンソン病が 6.3%、認知症 15.6%であった。今回の調査では入所者のカルテ記載病名でカウントしたが、脳血管障害と認知症を足すと 34%となり、最も多くなる。このことは 65 歳以上の要介護になった原因の数字と似た結果となる（図－19・20）。

②調査患者の要介護認定について

要支援が 4.8%、要介護 1 が 38%、要介護 2 が 19%、要介護 3 が 28%、要介護 4 が 9.5%であった。また、施設内に要介護 5 は入所していないため調査できなかった（図－21・22）。

③基本チェックリストについて

「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」の質問に「はい」と「いいえ」と答えたのは、互いに 49.5%と同数となった（図－23）。

設問に「半年前に比べて」の記載があり、高齢者は ADL が徐々に低下すること、歯科の受診率は 75 歳以上になると医科に比べると顕著に低いとの報告もあり、今回、施設内での歯科診療の受診については調査しなかったが、咀嚼能率が低下する歯牙の欠損や、義歯のトラブルなど、施設入所者は半年前とほとんど変化がなく、咀嚼能率の差について自覚してはいないだろうと筆者自身が勝手に想像していたが、半数もの人が固いものが食べにくくなったと自覚していたということは多少の驚きであった。このことは今後の在宅訪問歯科診療において、我々歯科医師は注意して診療活動しなければならないことを示唆している。

送付した資料の中に、昨年の北海道歯科学術大会において、当会が発表した『過去 10 年間の小樽市歯科医師会における在宅訪問歯科診療活動報告』（平成 19 年 2 月 1 日発行 北海道歯会第 62 号別冊）に集計データの詳細があるので、ご参照されたい。

「お茶や汁物でむせることはありますか」の質問で「はい」と答えたのは 19%であった

(図-24)。むせは摂食・嚥下障害や誤嚥において重要な観察ポイントであり、むせると自覚していない不顕性誤嚥、いわゆるサイレントアスピレーションの存在も無視できず、誤嚥している患者数は水面下で存在することは想像できる。

「口の渇きが気になりますか」の質問に「はい」と答えたのは57%であり、半数を超えている(図-25)。抗パーキンソン病薬の副作用で口腔乾燥があることは良く知られており、基礎疾患がパーキンソン病の方も6%おられたので、多少は口腔乾燥を訴えるのではないかと想像していた。また、高齢者は安静時唾液の分泌量が低下することが知られている。またこの数字は、平成13年度 厚生労働省・長寿科学総合研究事業「高齢者の口腔乾燥症と唾液物性の研究」の高齢者の口腔乾燥の結果の56%とも近い数字になっており、興味深い(図-26)。

④理学的検査

「視診による口腔内の衛生状態」では良好が42%で、不良は23%であった(図-27)。このことは近年「口腔ケア」の言葉は医科や介護の現場で日常的に使われており、一人歩きしている感もある。介護認定調査票では義歯の清掃や口腔清掃は介護スタッフが一部介助していることも記載されていることもあり、このような結果となったと思われる。

「反復唾液嚥下テスト(RSST)」は3回以上が約43%、3回未満や不能が50%を超えていた(図-28)。このことは入所者の高齢化による嚥下関連筋の筋力低下や、認知症の進行に伴うRSSTの検査の理解不足からと思われる。

「(1)食事が楽しみですか」では「とても楽しみ」や「楽しみ」が75%を超えている(図-29)。このことは加藤らが調査した施設内で楽しいことの第1位が食事であったことと一致している(表-4)。注目することは「楽しくない」と答えたのが14%と1割を超えていたことであり、食事の嗜好の問題もあることも考えられるが、口腔機能低下に伴う咀嚼不良や義歯不適合、むせなどの摂食嚥下障害の存在から、食事が苦痛になっていることも無視できない。

「(2)食事をおいしく食べていますか」では「とてもおいしい」や「おいしい」が75%を超えている(図-30)。また、「あまりおいしくない」が9.5%であり、先に述べた嗜好の部分に回答となって現れている。少し乱暴な推測であるが、「楽しくない」の14.3%より「あまりおいしくない」の9.5%を引くと4.8%が口腔機能低下に伴う咀嚼不良や義歯不適合、むせなどの摂食嚥下障害の存在から、食事が苦痛になっている数字ではないかと思われる。

「(3)しっかりと食事が摂れていますか」では「よく摂れている」と「摂れている」が合わせて70%を超えている(図-31)。また「あまり摂れていない」が9.5%となっている。

このことは老人保健事業推進等補助金研究「高齢者の栄養管理サービスに関する研究」(平成8年)では、施設入所の4割以上が血清アルブミン値が3.5以下との調査結果もあ

ることから関連性について興味深い（図－32）。

「(4)お口の健康状態はどうか」では「よい」と「まあよい」が6割を超えていたが、「あまりよくない」が19%であった（図－33）。このことは施設入所の約2割に口腔内に何らかのトラブルを抱えていることであり、在宅訪問歯科診療の更なる充実が小樽市歯科医師会の今後の課題となると思われる。

「(1)食事の意欲はありますか」について「ある」が9割を超えており、関心の高さが伺える（図－34）。

「(2)食事中や食後のむせ」について「ある」が14.3%であり、摂食・嚥下機能の低下が伺える（図－35）。今後の口腔機能向上や嚥下関連筋の強化などの摂食機能療法の介入の必要性も考えられる。

「(3)食事中の食べこぼし」について「多少はこぼす」が3割を超えている（図－36）。このことは準備期の異常や、口唇閉鎖機能不全の存在も考えられる。

「(4)食事中や食後の痰のからみ」では「時々ある」と「いつもからむ」は合わせて28%を超えていた（図－37）。これは食事中や食後の痰は食事中の誤嚥が存在することが疑われる。また、入所者の約3割が誤嚥の可能性があることは、誤嚥性肺炎の発生のリスクがあることを示唆しており。器質的口腔ケアの充実や、摂食嚥下障害の精査が必要になると思われる。

「(5)食事の量（残食量）」については残食するのは約1割であった（図－38）。このことは入所者の1割について低栄養が存在する可能性があることを示唆している。

「(6)口臭」については「弱い」が14%であった（図－39）。このことは口腔乾燥の存在や器質的口腔ケアの実施不良であることも考えられるが、施設全体では口腔ケアについての認識が高いことが伺える。

「(7)舌、歯、入れ歯などの汚れ」と「歯科診療の状況で“あり”の回答の内容」については「ある」と「多少ある」が全体の5割を超えている（図－40）。このことは施設職員による口腔ケアは充実しているが、専門的口腔ケアの必要性も示唆しているものと考えられる。

施設に対しての「歯科診療の状況」は「あり」は19%であり、「なし」や「無回答」は81%であった（図－41）。このことは入所者や職員の訪問歯科診療に対する理解不足やあきらめがあるのではないかと推測できる。また、歯科診療内容では週に1～2回の治療が14%、数～1ヶ月のメンテナンスは約5%であった（図－42）。

「(1)食物残渣」（図－43）「(2)舌苔」（図－44）「(3)義歯あるいは歯の汚れ」は「中程度」が約1割であった。（図－45）このことは頬粘膜や舌の運動障害や運動異常の存在があることが疑われる。

「(4)口腔衛生習慣」について「必要あり」が28%であった（図－46）。

「義歯の状況」では「あり」が8割をこえていた（図－47）。

「義歯の状況で“あり”の回答の内容（上顎・下顎）」の結果は上顎総義歯が4割以上、下顎総義歯は約4割であり、上顎部分床義歯が6%、下顎部分床義歯が9%であった（図－48）。

このことは平成11年厚生省健康政策局調査の歯科疾患実態調査報告での65歳以上の約6割が義歯装着、80歳以上の5割以上が総義歯装着との報告と一致する（参考資料1）。また、残存歯の喪失も入所者に多く見られることが推察される。

また、今回MWSTも行ったが、プロフィール4が7割以上、2または3は5%であった（図－51）。このことから、一口量が3mlであればむせや誤嚥などの異常は見られないが、ADLの低下から嚥下関連筋の筋力低下や基礎疾患による梨状陥凹の残留などで、咽頭内部の処理量が下がっていると推察する。またこのことは、先に述べたむせの有無についてのアンケート結果とも密接な関連があると思われる。

2. 小樽市の医療従事者等に対する口腔ケアの啓発活動

①平成18年9月20日

後志リハビリテーション推進会議ならびに小樽介護支援専門員連絡協議会の協力を得て、小樽日専連ビル7階 講堂において、口腔機能向上についての題名で講演を行った。講演者は小樽市歯科医師会地域医療担当理事の館 宏が行った。対象者は介護支援専門員で約60名の参加があった。講演スライドならびに道歯会通信10月号に講演についての記事のコピーを参照されたい（資料4）。

②平成18年11月10日

小樽市歯科医師会主催、後志リハビリテーション推進会議の協賛で地域医療講演会を小樽市医師会館 講堂において、摂食嚥下障害の対応の題名で講演を行った。講演者は北海道医療大学病院 個体差医療科学センター 助教授 木下憲治先生が行った。対象者は医療関係者で医師・歯科医師・看護師・歯科衛生士・ヘルパーなどで約200名の参加があった。講演スライドならびに道歯会通信12月号に講演についての記事のコピーを参照されたい（資料5）。

二つの講演会より、摂食嚥下障害リハビリテーションならびに口腔機能向上は入院患者や介護保険利用者で施設入所している有病者やADLの低下した患者や入所者をケアするメディカルスタッフやヘルパーが日頃より問題を感じている分野で関心が極めて高いことが分かった。また、今後、歯科大学での卒前教育ならびに歯科医師に対しての卒後教育を充実させ、歯科医師の摂食嚥下リハビリテーションの能力を今以上に向上させ、医科や介護の現場において、必要不可欠な存在となることが重要ではないかと思われる。このことは今後の歯科診療の職域拡大の可能性を秘めているものではないかと考えている。

社団法人8020推進財団
平成18年度 歯科保健活動事業助成交付
報告書

実施組織： 小樽市歯科医師会

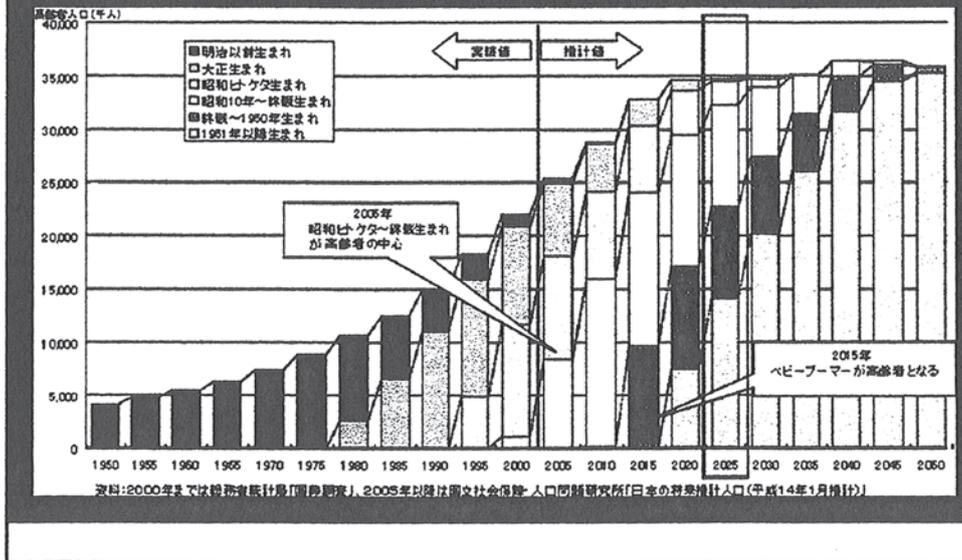
報告者：

小樽市歯科医師会 地域医療担当理事 館 宏

添付資料

日本の高齢化率の推移と予想値

図-1



小樽市の人口(65歳未満・以上の男女別)と高齢化率の推移

図-2

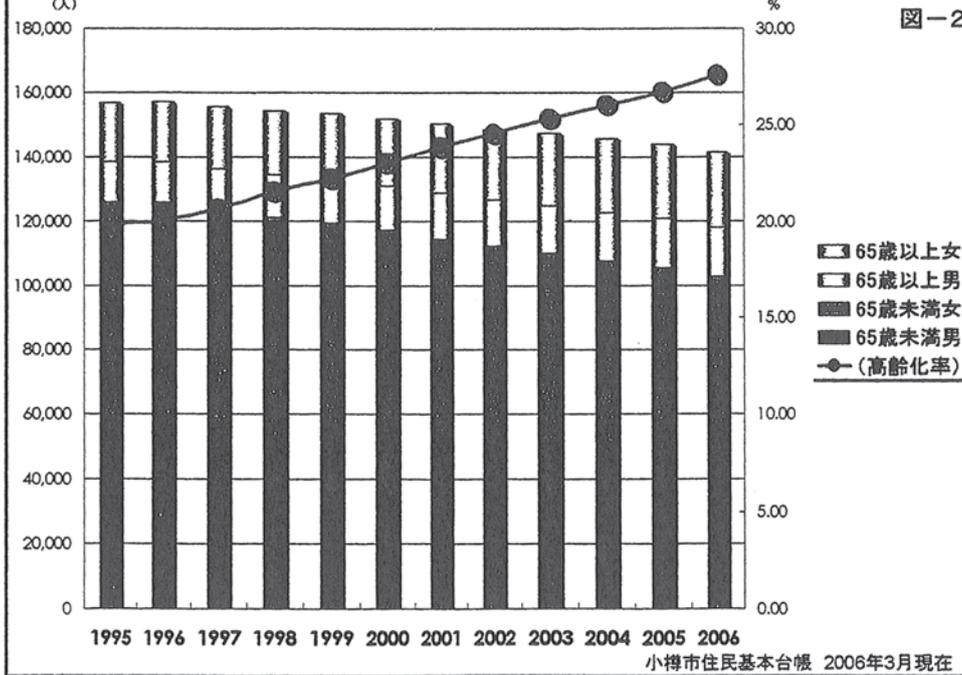


表-1

北海道各都市の高齢化率

北海道企画振興部地域振興・計画局市町村課

地域	人口総数	高齢者人口	高齢化率
北海道	5,629,970	1,209,758	21.49%
小樽市	141,605	39,103	27.61%
函館市	294,694	70,238	23.83%
旭川市	358,811	78,812	21.96%
釧路市	193,610	40,997	21.18%
帯広市	170,893	32,579	19.06%
北見市	128,499	28,069	21.84%
苫小牧市	173,216	31,141	17.98%
札幌市	1,869,180	324,960	17.39%
千歳市	91,668	13,580	14.81%

平成18年3月31日現在

表-2

小樽市の要介護認定高齢者のサービス利用対象者 (平成17年12月末)

区分	合計	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護計
総計	7,648	0.0% 0	20.9% 1,599	31.8% 2,429	15.1% 1,152	12.0% 914	10.7% 822	9.6% 732	79.1% 6,049
在宅	6,072		26.3% 1,599	37.4% 2,272	15.8% 958	10.3% 625	6.1% 372	4.1% 246	73.7% 4,473
施設	1,576	0.0% 0	0.0% 0	10.0% 157	12.3% 194	18.3% 289	28.6% 450	30.8% 486	100.0% 1,576
特養	377	0.0% 0	0.0% 0	13.8% 52	12.7% 48	23.9% 90	29.4% 111	20.2% 76	100.0% 377
老健	446			17.5% 78	27.4% 122	26.2% 117	21.7% 97	7.2% 32	100.0% 446
療養病床	753			3.6% 27	3.2% 24	10.9% 82	32.1% 242	50.2% 378	100.0% 753

小樽市福祉部 介護保険課

表-3

小樽市の要介護認定高齢者のサービス利用対象者 (平成18年10月末)

区分	合計	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護計
総計	8,030	0.0% 0	21.4% 1,722	29.3% 2,350	15.4% 1,235	13.7% 1,100	10.9% 877	9.3% 746	78.6% 6,308
在宅	6,402		26.9% 1,721	34.6% 2,212	16.1% 1,031	12.2% 782	6.3% 406	3.9% 250	73.1% 4,681
施設	1,628	0.0% 0	0.1% 1	8.5% 138	12.5% 204	19.5% 318	28.9% 471	30.5% 496	99.9% 1,627
特養	437	0.0% 0	0.0% 0	10.5% 46	14.9% 65	24.5% 107	32.0% 140	18.1% 79	100.0% 437
老健	438		0.2% 1	16.4% 72	23.1% 101	30.8% 135	21.5% 94	8.0% 35	99.8% 437
療養病床	753			2.7% 20	5.0% 38	10.1% 76	31.5% 237	50.7% 382	100.0% 753

小樽市福祉部 介護保険課

図-3

一次認定調査票 (ケアマネージャ記載)

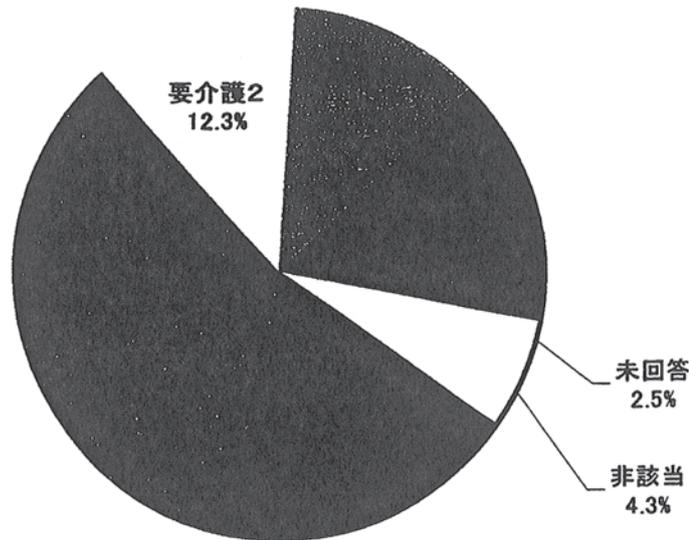


図-4

嚥下

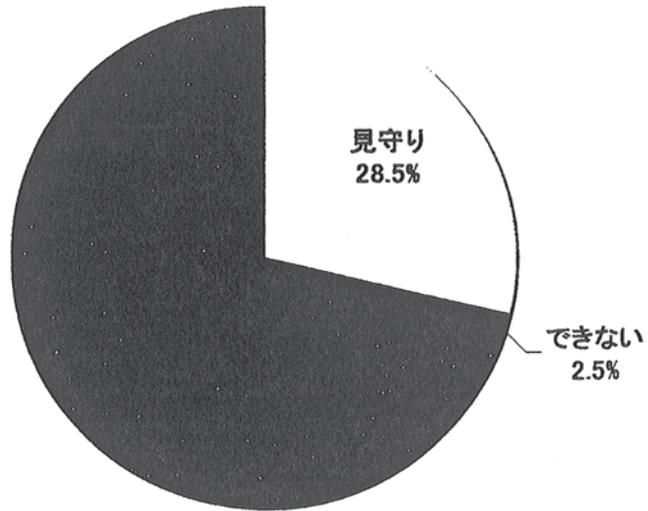


図-5

食事摂取

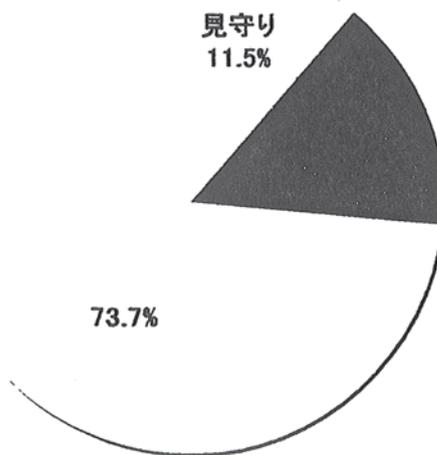


図-6

飲水

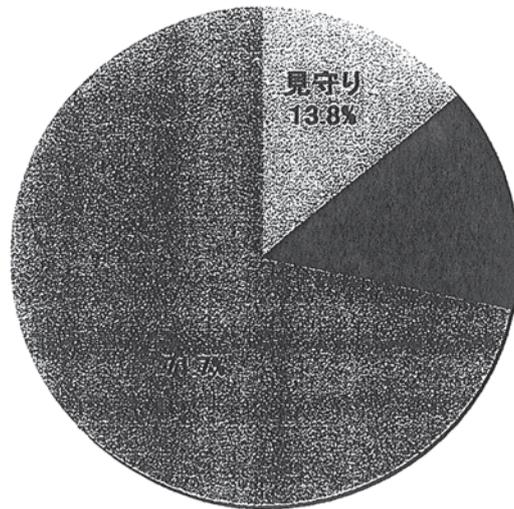


図-7

口腔清掃

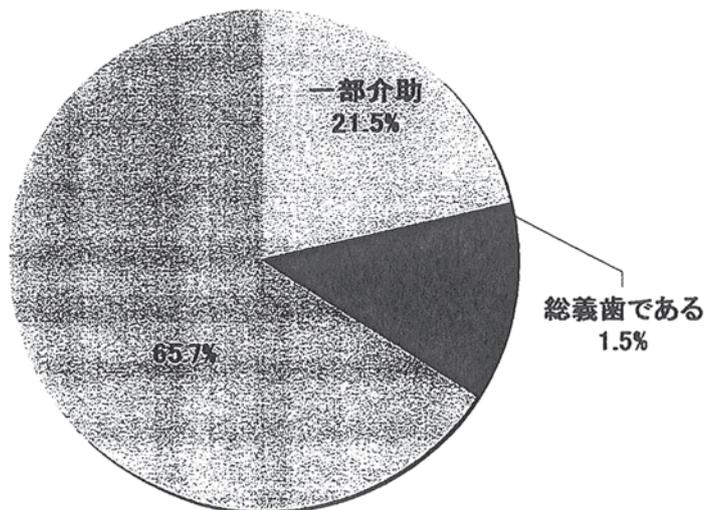


図-8

薬の内服

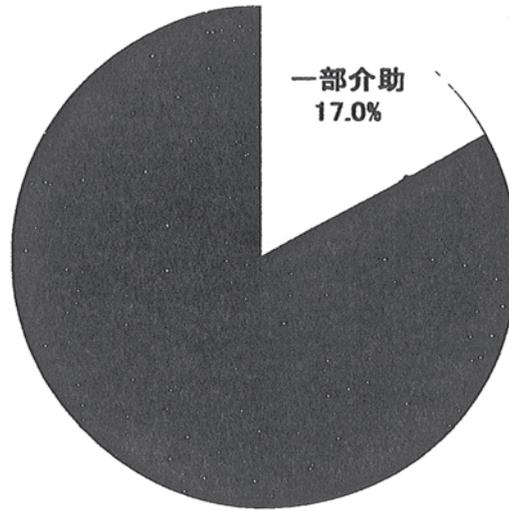


図-9

他科受診の有無

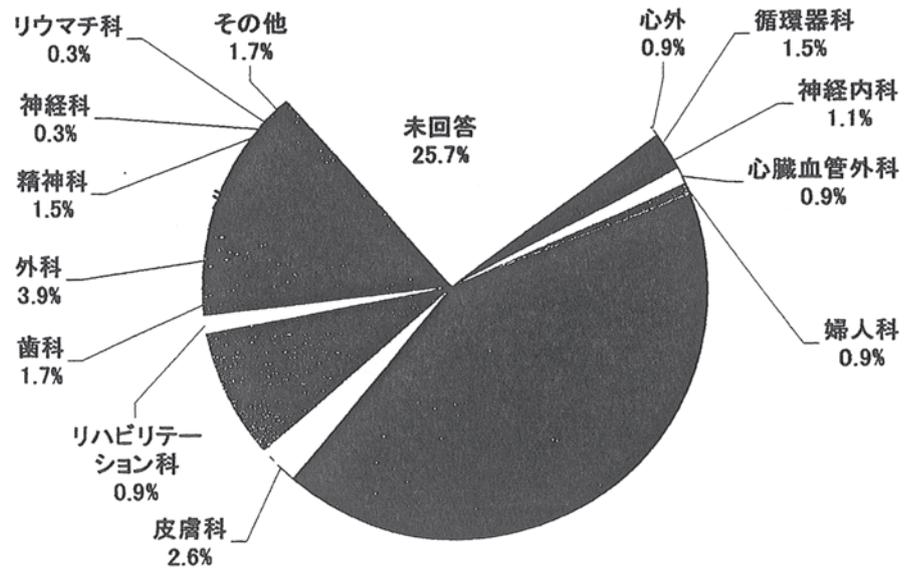


図-10

特別な医療

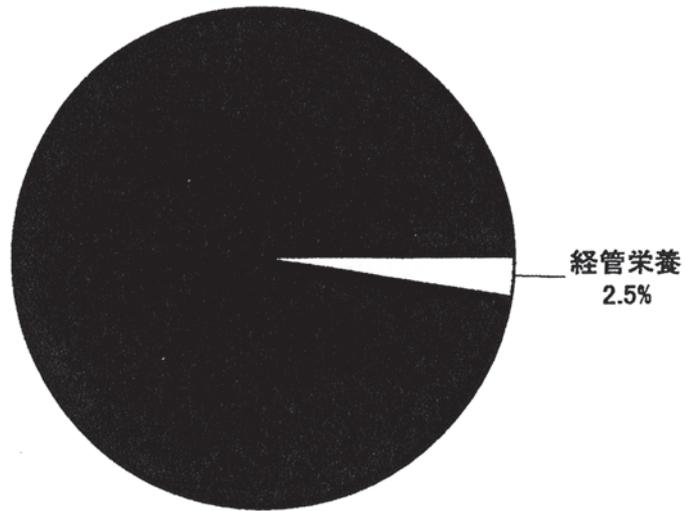


図-11

食事行為

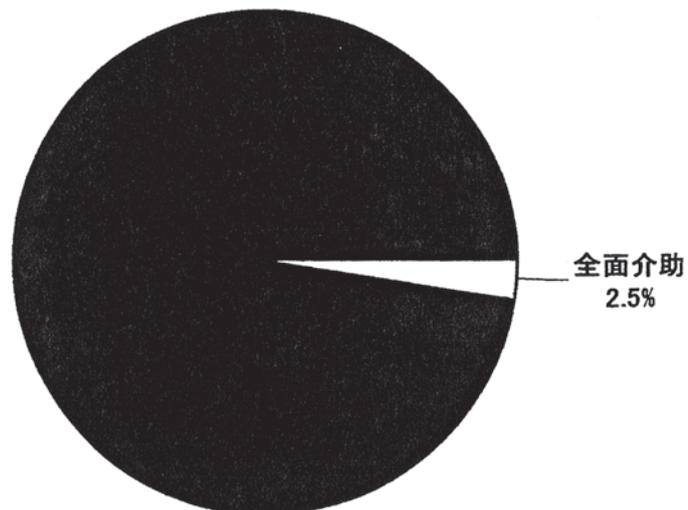
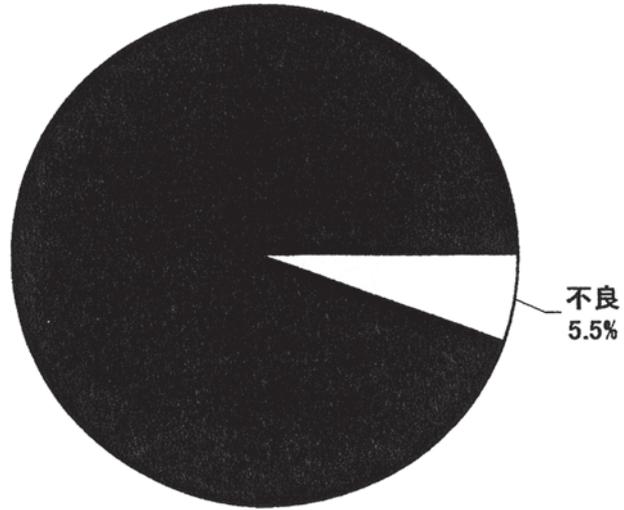


図-12

栄養状態



現在あるかまたは今後発生の可能性 の高い状態とその対処方針

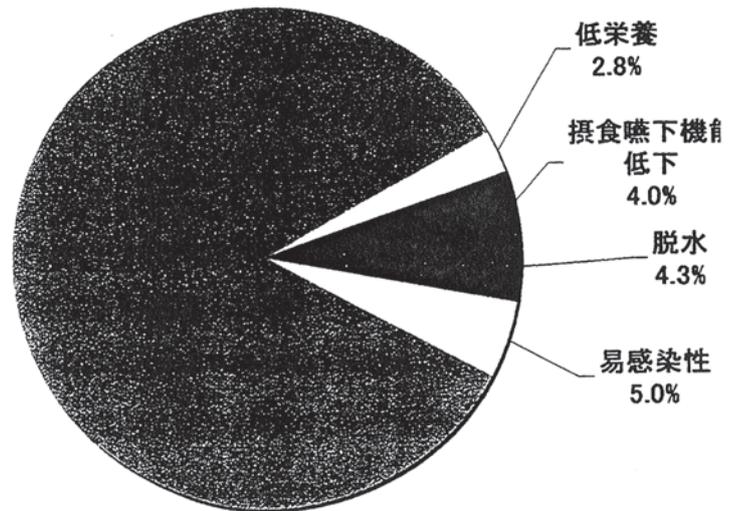
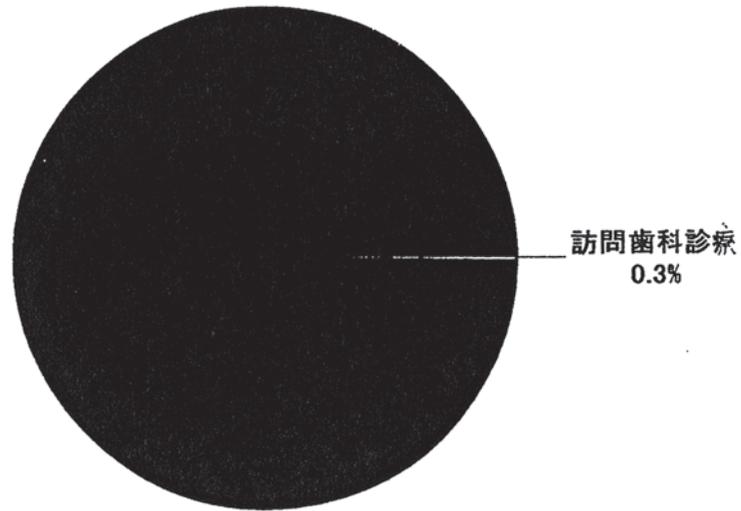


図-13

図-14

医学的管理の必要性



サービス提供時における医学的観点からの留意事項

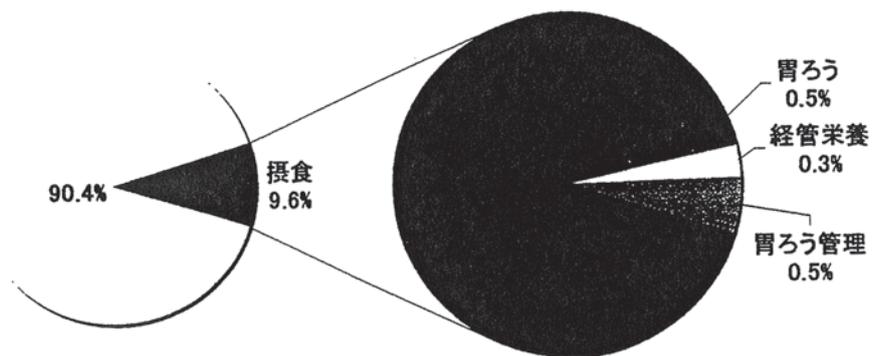


図-15

サービス提供時における医学的観点からの留意事項

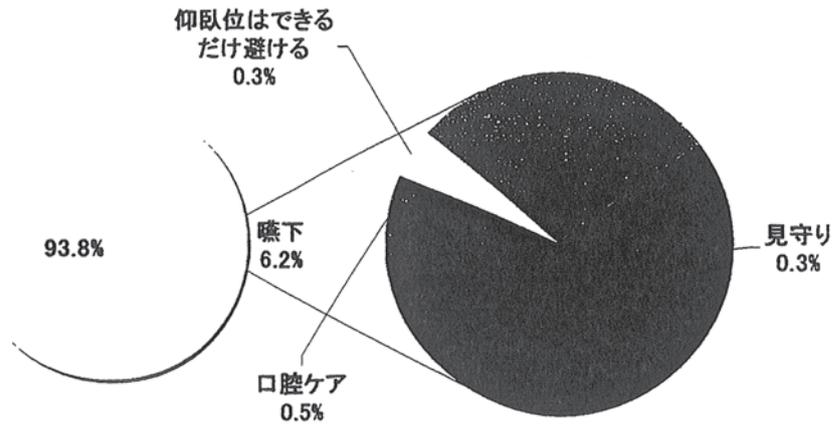


図-16

図-17

患者基礎情報(年齢)

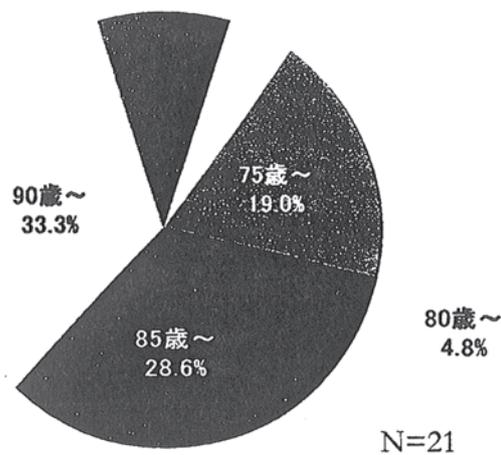
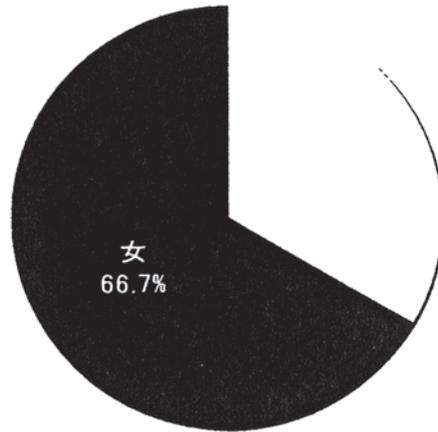


図-18

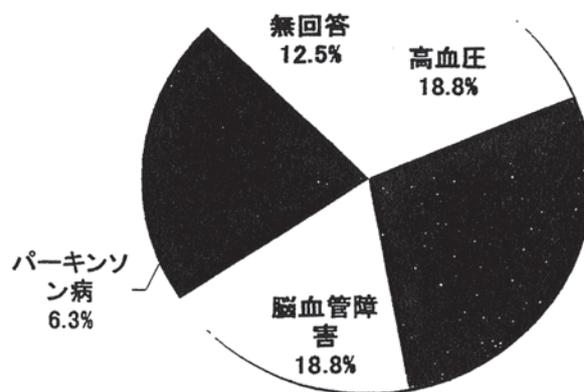
患者基礎情報(性別)



N=21

図-19

患者基礎情報 (主たる病名・障害名) ※3つまで



N=21

65歳以上の要介護の原因

2001(平成13)年 厚生労働省「国民生活基礎調査」

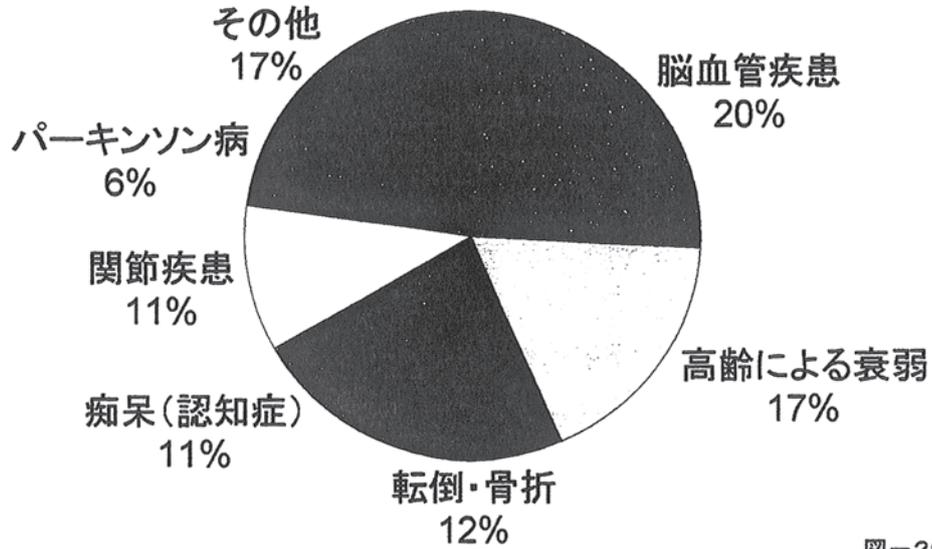
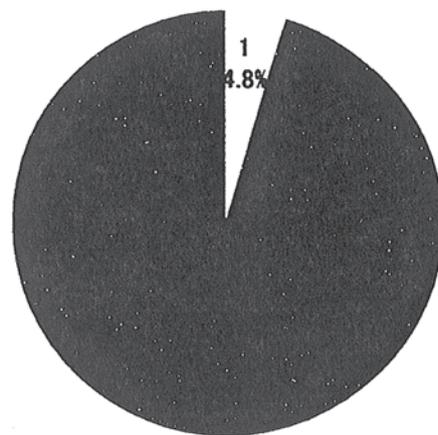


図-20

図-21

要介護認定(要支援)



N=21

図-22

要介護認定(要介護)

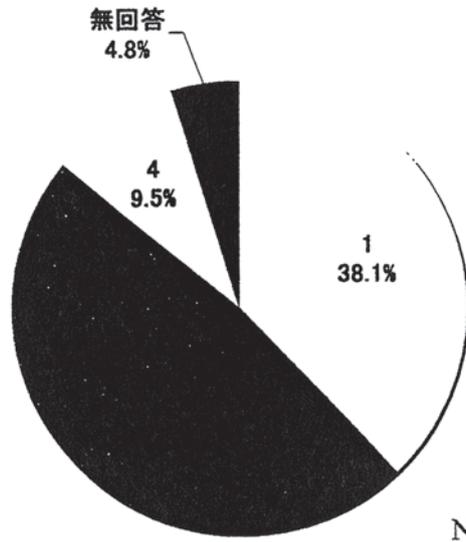
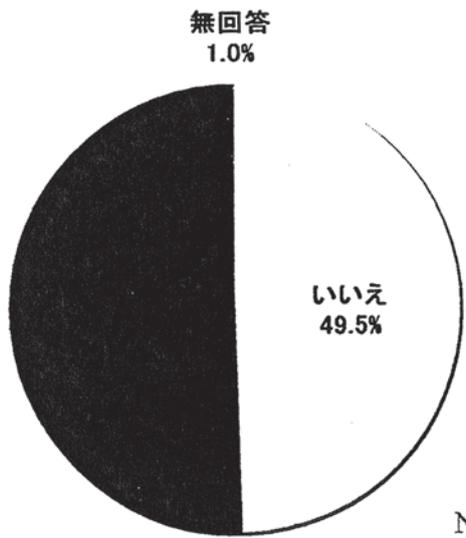
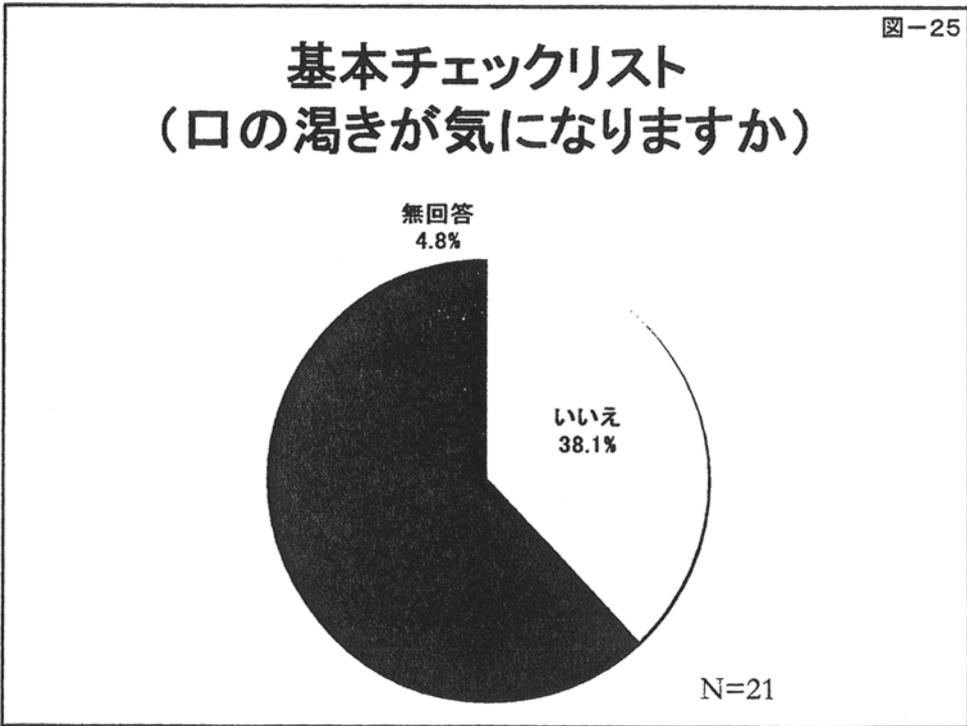
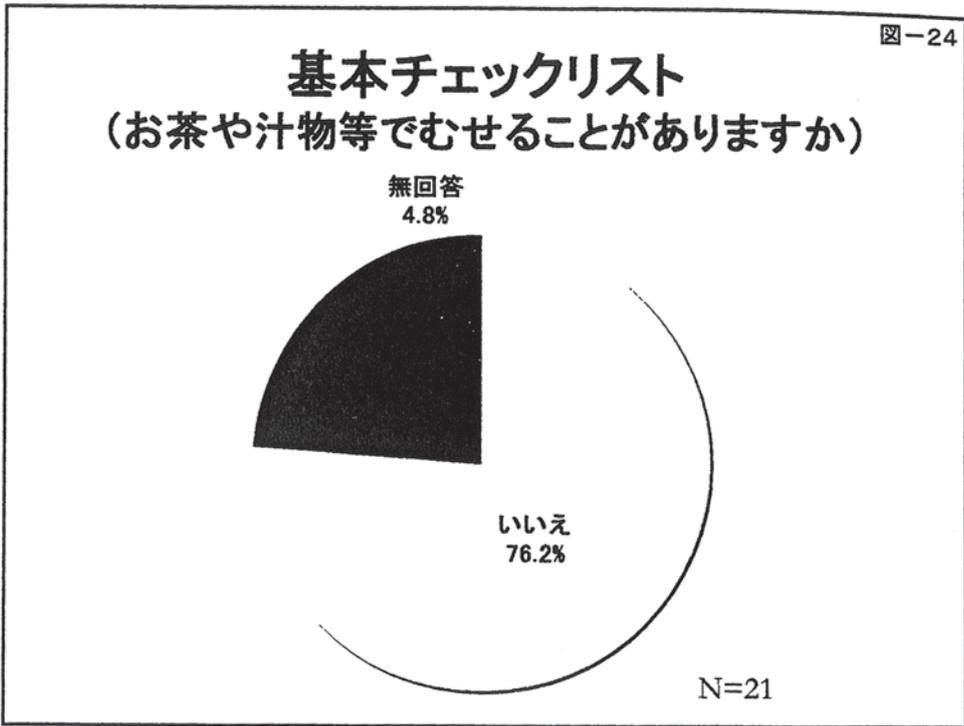


図-23

基本チェックリスト (半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか)





「高齢者の口腔乾燥症と唾液物性の研究」

平成13年度 厚生労働省・長寿科学総合研究事業

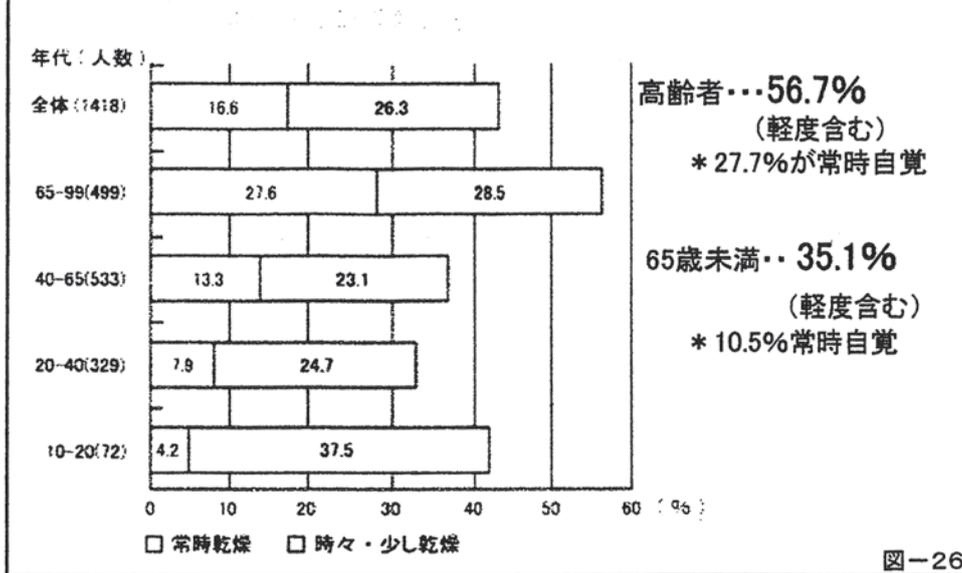
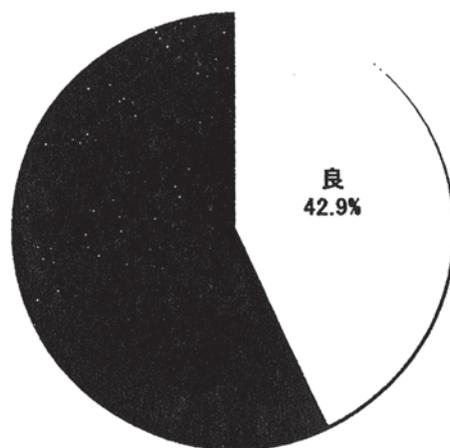


図-27

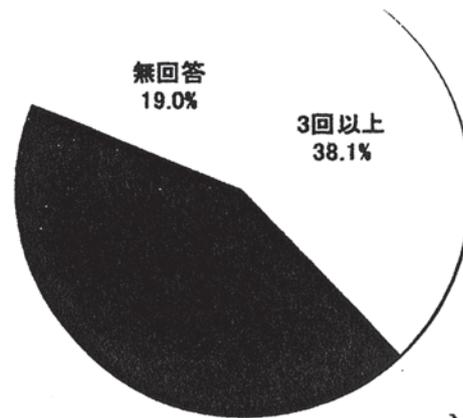
理学的検査 視診による口腔内の衛生状態



N=21

図-28

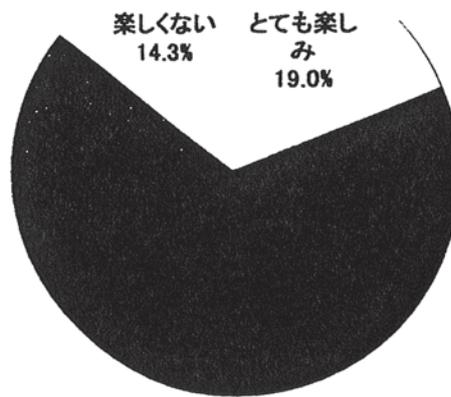
理学的検査 反復唾液嚥下テスト(RSST)



N=21

図-29

QOL 1) 食事が楽しみですか



N=21

表-4

要介護高齢者の日常生活における楽しみ

特別養護老人ホーム入居者 (773名)	食事:44.8%	行事参加:28.0%	家族訪問:25.3%
老人保健施設入居者 (1,324名)	食事:48.4%	家族訪問:40.0%	行事参加:28.0%
老人病院入院患者 (362名)	食事:40.0%	家族訪問:39.4%	テレビ:28.3%
療養型病院入院患者 (50名)	食事:55.1%	家族訪問:55.1%	テレビ:30.0%

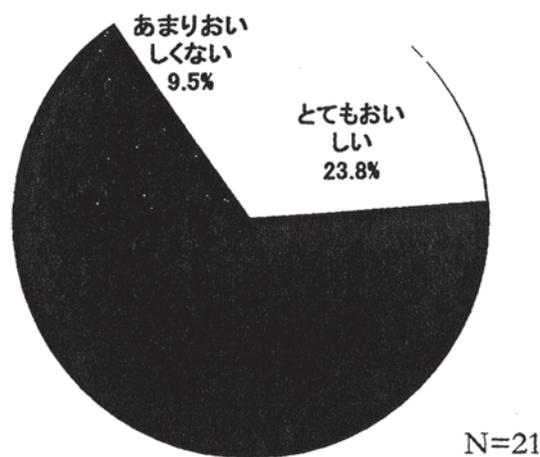
* 複数解答可

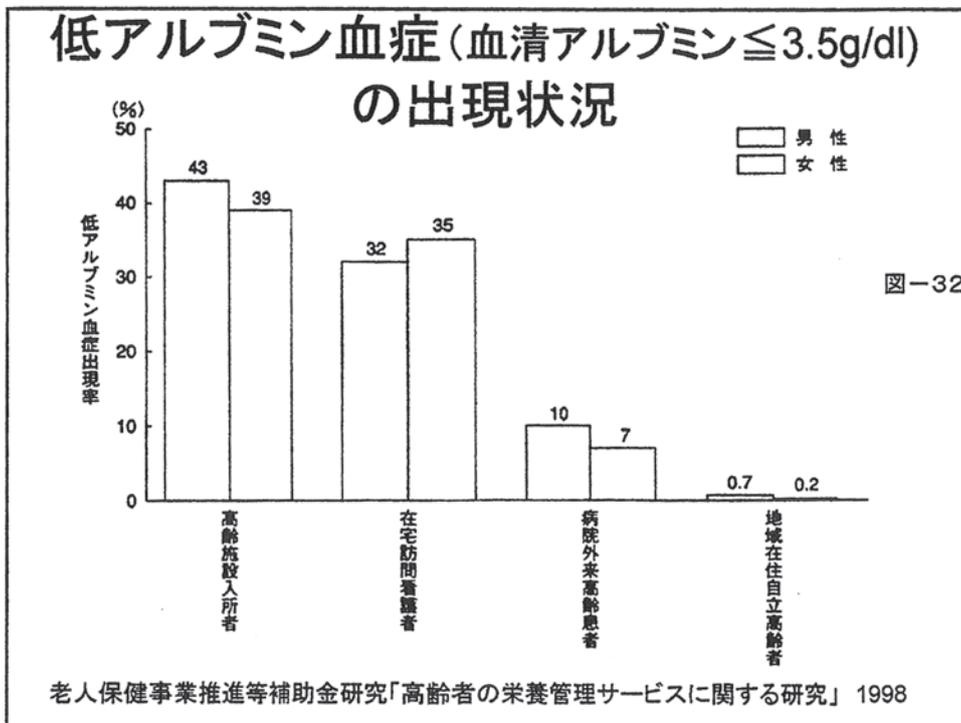
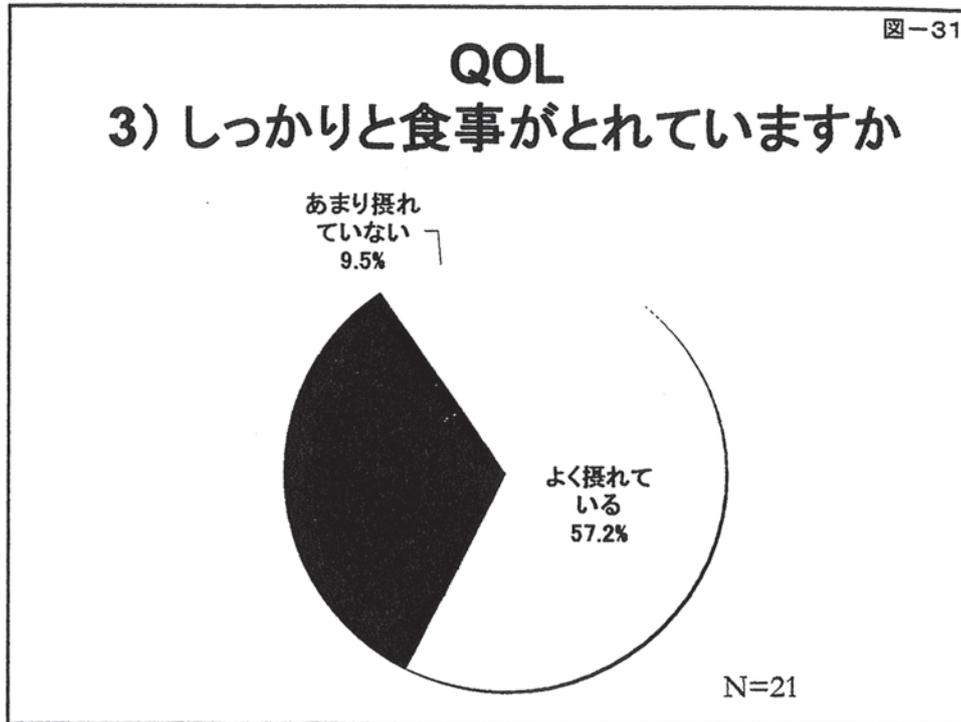
加藤順吉郎:福祉施設および老人病院等における住民利用者(入所者・入院患者)の意識実態調査分析結果
愛知医法1998:1434:2-4より引用

図-30

QOL

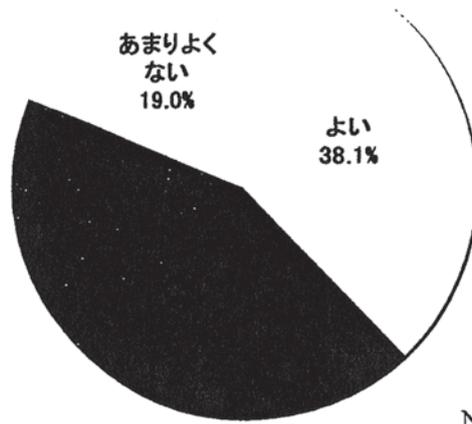
2) 食事をおいしくたべていますか





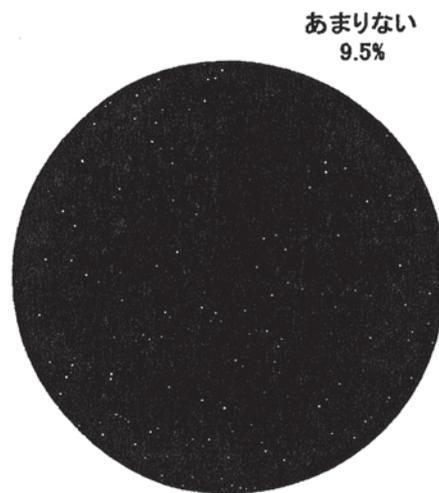
QOL

4) お口の健康状態はどうか



食事衛生等

1) 食事への意欲はありますか



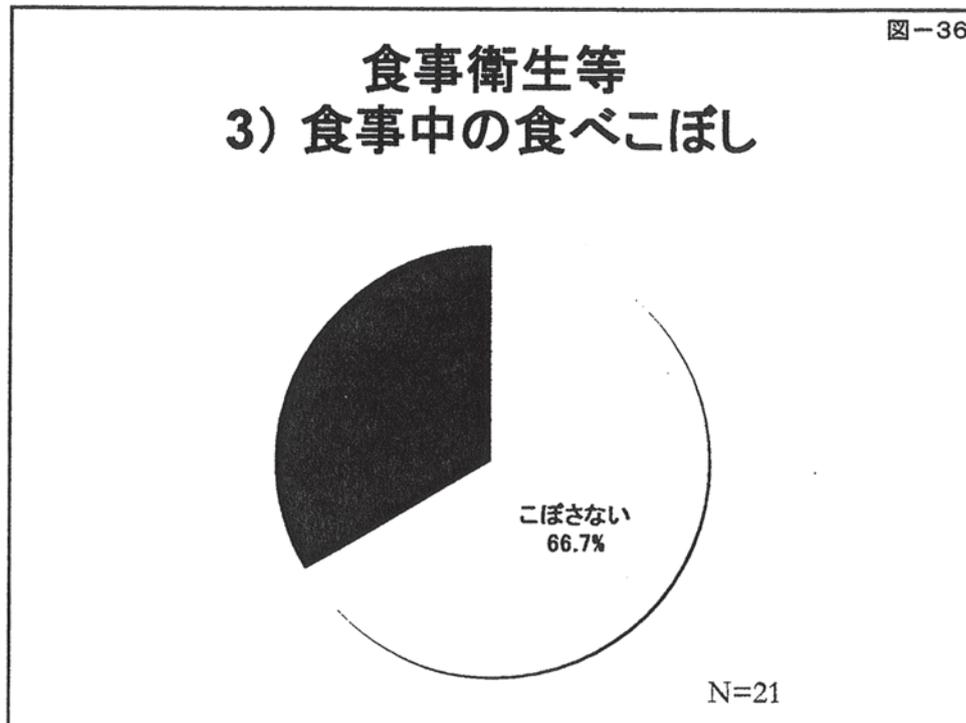
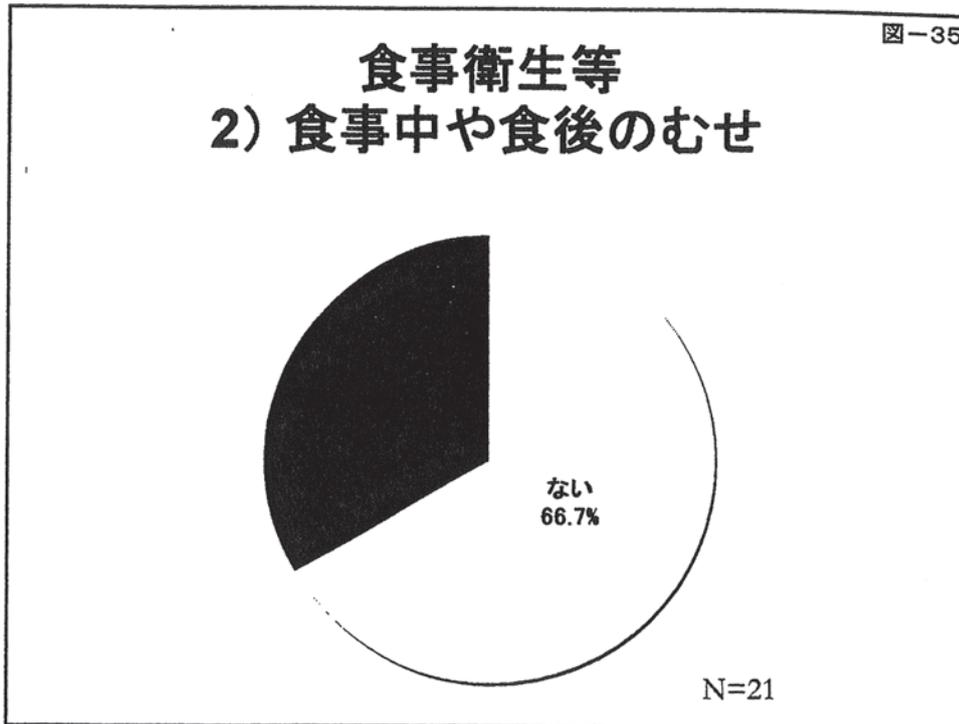
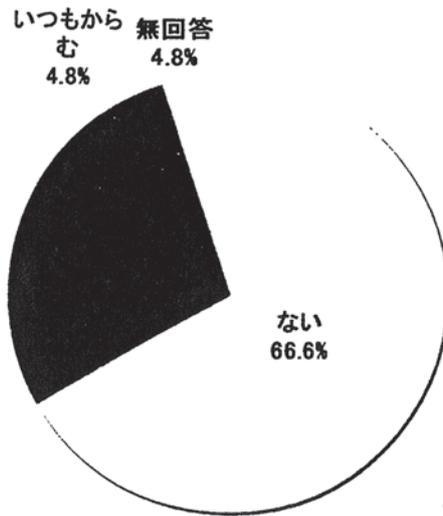


図-37

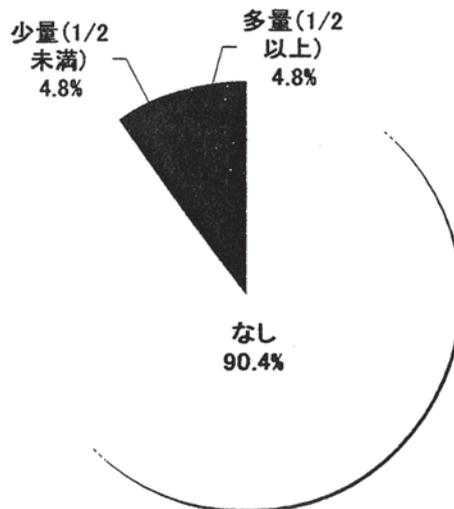
食事衛生等 4) 食事中や食後のタン(痰)のからみ



N=21

図-38

食事衛生等 5) 食事の量(残食量)



N=21

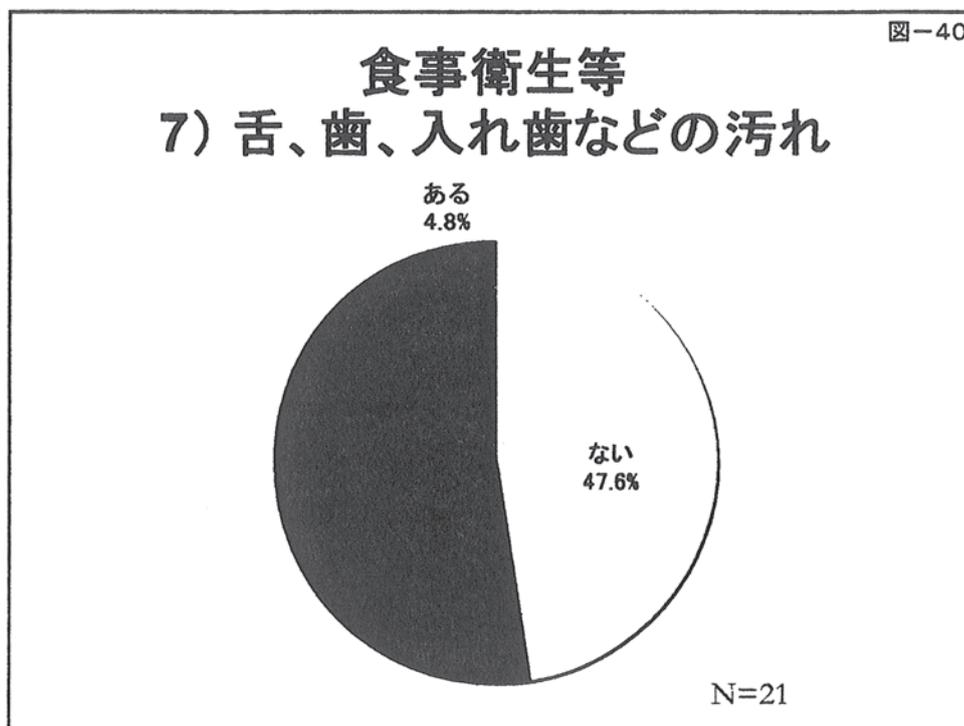
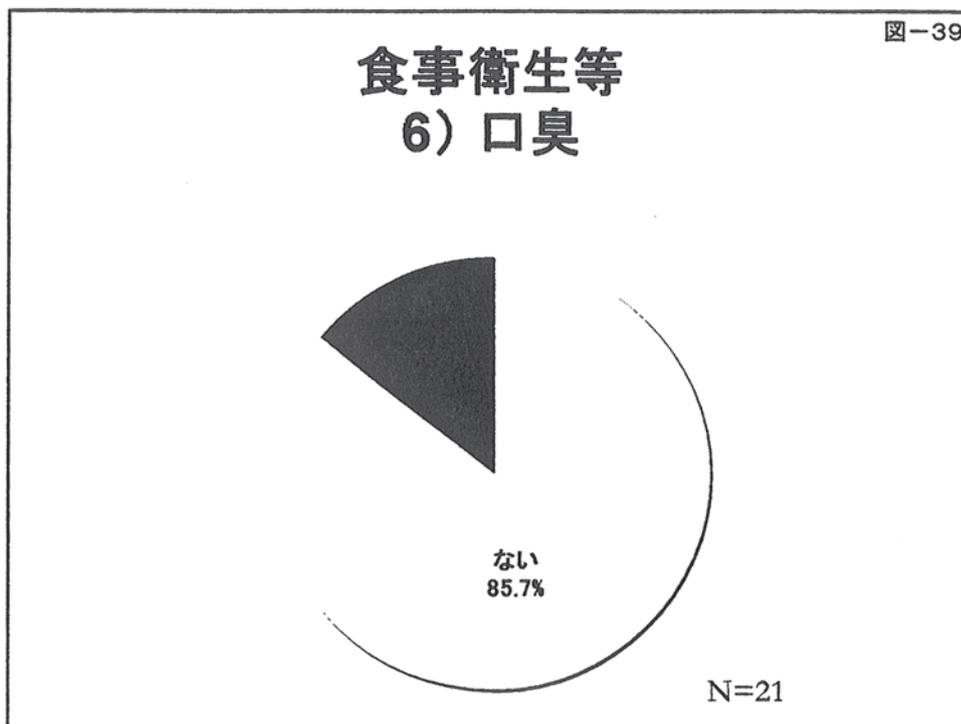
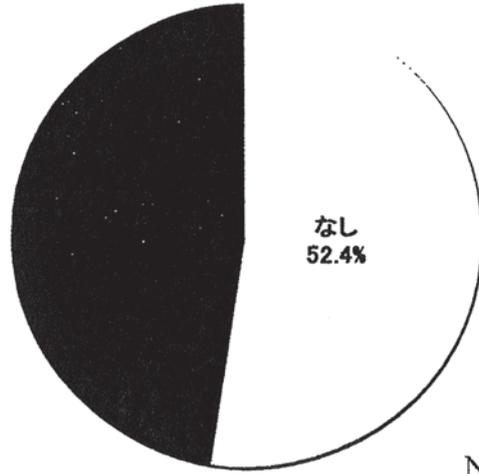


図-41

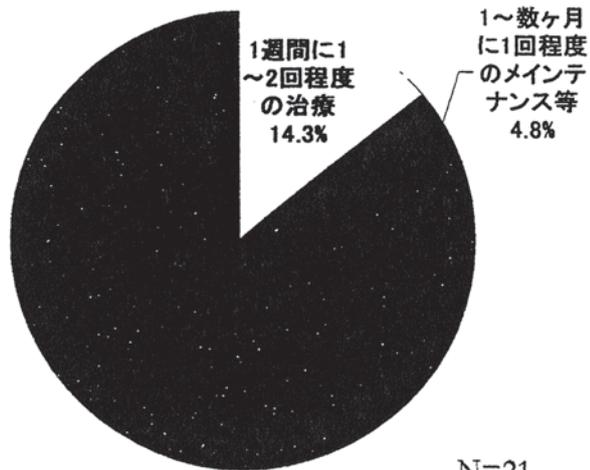
実施情報 歯科診療の状況



N=21

図-42

実施情報 歯科診療の状況で“あり”の回答の内容



N=21

図-43

衛生

1) 食物残渣

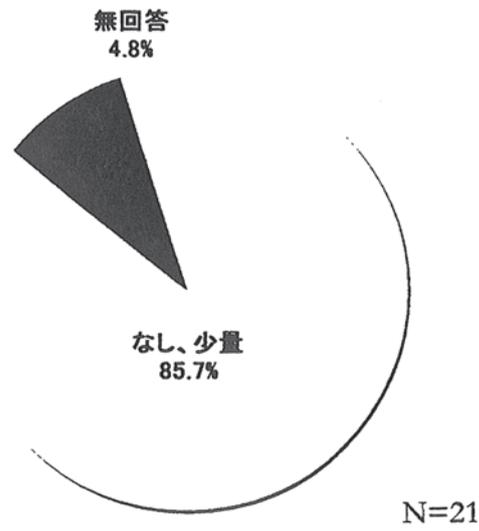


図-44

衛生

2) 舌苔

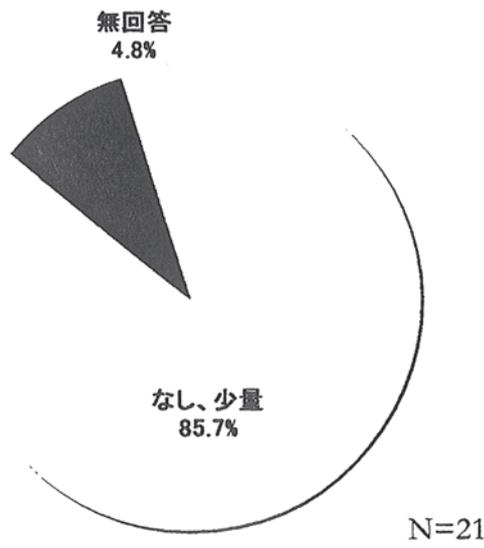


図-45

衛生 3) 義歯あるいは歯の汚れ

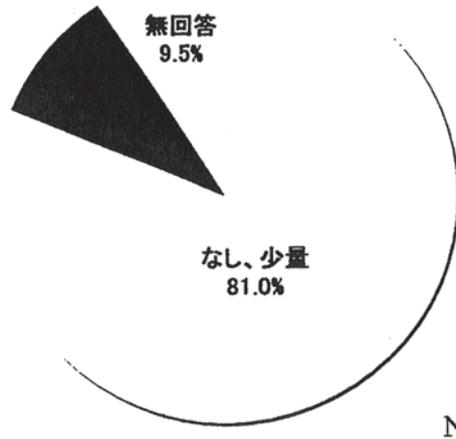
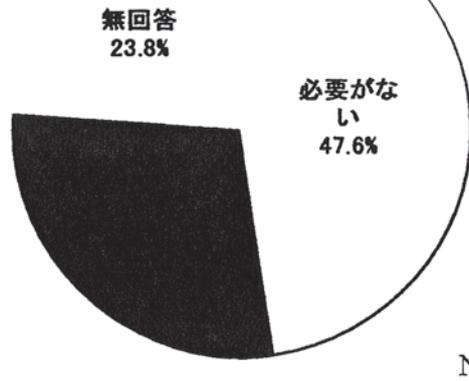
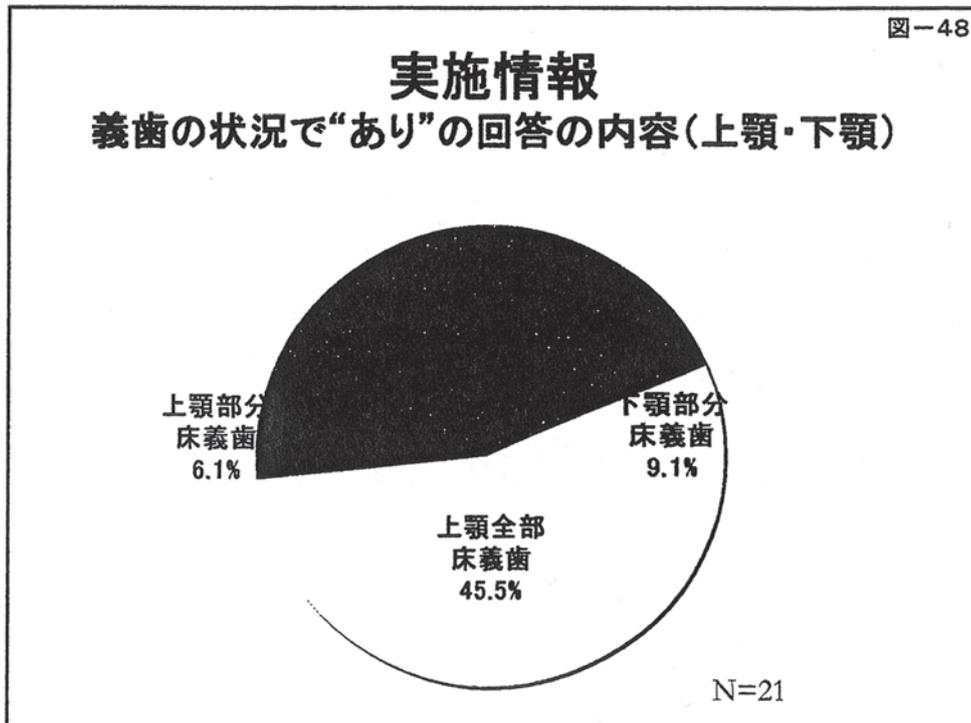
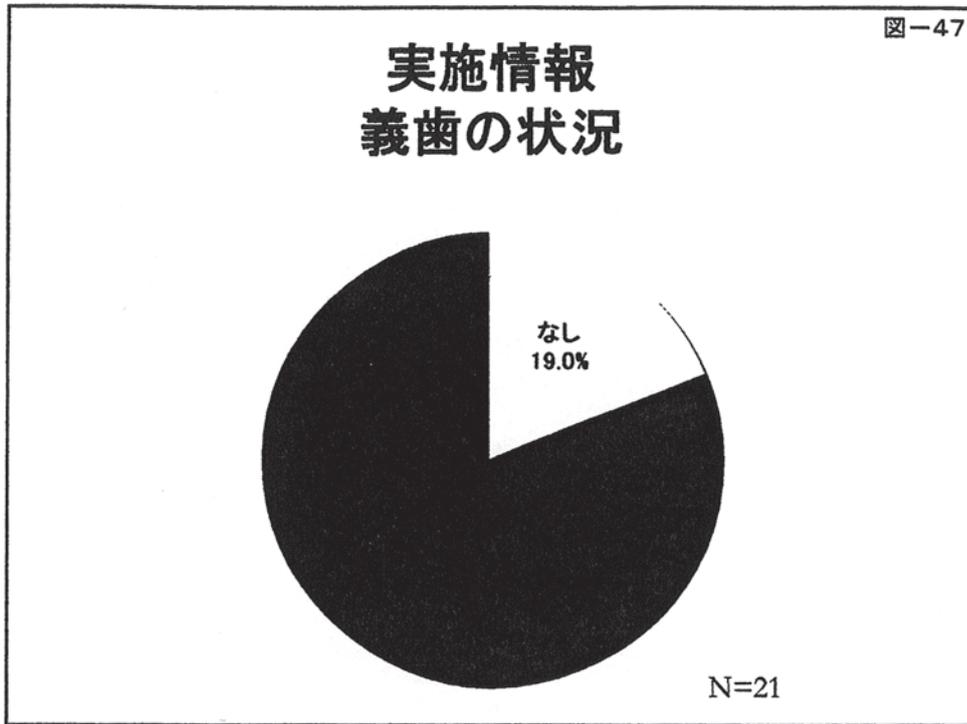


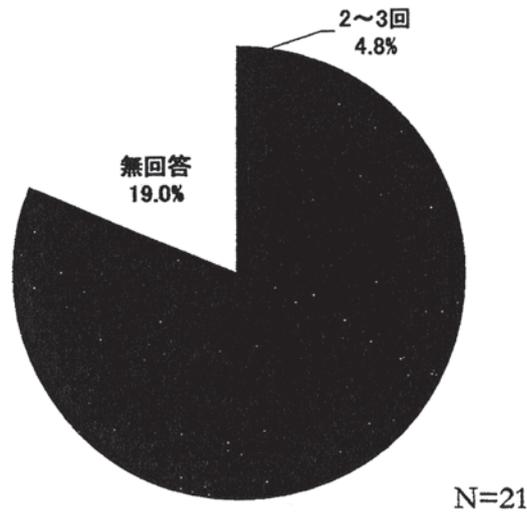
図-46

衛生 4) 口腔衛生習慣(声掛けの必要性)





実施情報 特記事項(MWST等)



平成11年歯科疾患実態調査報告

(厚生省健康政策局調査)

- 65歳以上の約60%が義歯装着
- 80歳以上で50%以上が総義歯装着