

包括的口腔ケアの実践

第4回

口腔機能向上マニュアル(国診協版) —口腔機能向上プログラムの作成とその効果—

三上隆浩

国診協歯科保健部会委員／島根県・飯南町立飯南病院歯科口腔外科部長

はじめに

国診協では、「包括的口腔ケアの推進」を目的として「口腔機能向上マニュアル(国診協版)」を作成し、本誌においてその内容を解説している。

前号の第3回では、総論として、「地域包括医療・ケア」と「包括的口腔ケア」について説明した。今号の第4回では、各論として、主として、高齢者を対象として「口腔機能向上」について説明する。

この口腔機能向上マニュアル(国診協版)は、国診協ホームページ(<http://www.kokushinkyoo.or.jp/>)→「会員専用ページ」(※ユーザーIDとパスワードが必要)→「歯科保健部会からのお知らせ」→「口腔機能向上マニュアル(国診協版)」でダウンロードし、利用できる。また、今後紹介予定の「病院における包括的口腔ケアマニュアル(国診協版)」も同じページから利用可能である。

口腔機能向上に関する制度

介護保険および医療保険の制度に基づき、口腔機能向上プログラムを提供することになる(表1)。

目的・対象者・方法等、各制度の理解の上で実施していかなければならない。

これ以外でも、「包括的口腔ケア」の考え方から、日常診療から施設や居宅での訪問診療、保健指導等のさまざまな場面での実施が考えられる。

●介護保険制度

介護保険制度においては、高齢者を対象に、一般高齢者・特定高齢者、要支援・要介護といった状態ごとに理解が必要である(表2)。

介護保険制度においては、高齢者を対象に、居宅・

表1 口腔機能向上に関する制度とその評価

●介護保険制度

地域支援事業：一般高齢者施策・特定高齢者施策
予防給付：要支援1・2
介護給付：要介護1～5

居宅サービス：居宅療養管理指導
通所サービス：口腔機能向上加算
施設サービス：口腔機能維持管理加算

●医療保険制度

摂食機能療法

表2 介護保険制度における口腔機能向上施策の内容

	地域支援事業 (一般高齢者施策)	地域支援事業 (特定高齢者施策)	予防給付 (要支援1・2)	介護給付 (要介護1～5)
対象者	65歳以上すべての高齢者	口腔機能が低下しているおそれがあり、要介護認定を受けていない虚弱高齢者	要介護1および要支援2の者において、口腔機能が低下しているおそれがある者	要介護1～要介護5の者において、口腔機能が低下しているおそれがある者
実施場所	市町村保健センター・公民館等	市町村保健センター・公民館等(委託する場合は民間事業所)	介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション	通所介護・通所リハビリテーション
実施内容	高齢者の「食べる楽しみ」の維持・継続を支援する「まちづくり」のための普及啓発活動や活動や健康教室などの活動支援	サービス担当者による口腔機能の向上の必要性についての教育、口腔清掃の自立支援、摂食・嚥下機能訓練	サービス担当者による口腔機能の向上の必要性についての教育、口腔清掃の自立支援、摂食・嚥下機能訓練	サービス担当者による口腔機能の向上の必要性についての教育、口腔清掃の自立支援、摂食・嚥下機能訓練

表3 介護保険制度における口腔機能向上に対する評価

<p>●居宅サービス：居宅療養管理指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ●歯科医師 医師または歯科医師がケアプラン作成者へ、その作成にあたっての必要な「情報の提供」ならびに利用者やその家族等へ居宅サービスを利用するうえでの留意点や介護方法等についての「指導および」助言をした場合に、月に2回を限度として算定 ●歯科衛生士 歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護職員が利用者へ口腔内の衛生状況等についての実地指導を20分以上実施した場合に、月に4回を限度として算定
<p>●通所サービス：口腔機能向上加算</p> <p>口腔機能が低下している利用者等に対して、口腔機能向上サービスを提供した場合に、3か月以内の期間に限り1月に2回を限度として一定の単位(平成21年度改定では150単位)を加算 (ただし、口腔機能が向上せず引き続きサービス提供が必要と認められる場合は、引き続き算定可)</p>
<p>●施設サービス：口腔機能維持管理加算(平成21年度新設)</p> <p>介護保険施設において、介護職員が入所者に対して計画的な口腔ケアを行えるよう、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該施設の介護職員に対して、入所者の口腔ケアに係る技術的助言および指導などを行う場合に評価を行う</p>

通所・施設の各サービスごとに算定可能で、制度の趣旨を理解したうえで、的確な口腔機能向上プログラムや口腔ケアのサービス提供および指導・助言が求められる(表3)。

●医療保険制度

医療保険制度においては、主として摂食機能障害を有する患者を対象として、摂食機能療法を提供することになる(表4)。

■口腔機能向上プログラムの意味

●口腔の三大機能

前回も述べたように、摂食機能・呼吸機能・構音機能が口腔の三大機能である(前号参照)。これらの三大機能の維持・向上をめざすのが口腔機能向上プログラムである。

表4 医療保険制度における口腔機能向上に対する評価

●摂食機能療法（1日につき） 185点

注：摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定する。
ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については1日につき算定できる。

- 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が、1回につき30分以上訓練指導を行った場合に算定する。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるものをいう。治療開始日とは、ある疾患により、摂食機能障害を来した患者に対し、摂食機能療法を開始した日とする。
- 摂食機能療法の実施に当たっては、実施計画を作成し、医師は定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、摂食機能療法を実施する場合は、訓練内容及び開始日を診療録に記載すること。
- 治療開始日から3月以内に実施した摂食機能療法を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に治療開始日を記載すること。
- 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

表5 口腔の三大機能とは

1. 摂食機能：運動性機能（捕食、咀嚼、食塊形成、食塊輸送、嚥下、嘔吐、吸啜、なめる）
感覚性機能（歯ごたえ、食物の大きさ、形状、硬さ、表面性状、温度、味覚、痛覚）
分泌性機能（唾液分泌）
 2. 呼吸機能：運動性機能（呼吸、咳、くしゃみ、あくび、呼気の吹き付け）
 3. 構音機能：運動性機能（構音、歌唱）
- その他の機能：口笛、武器、道具、愛情表現、傷口をなけるクレンチング、表情、顔の構成要素

一般歯科治療においても、単なる形態修正・回復にとどまることなく、これらの三大機能の維持・向上という観点から施行されなければならない（表5）。

●摂食・嚥下機能のステージ

先行期から始まって食道期に至る摂食・嚥下機能のステージを理解し、各ステージごとの障害と対応を検討していく必要がある（図1）。

したがって、包括的口腔ケアでも述べたように、医科・歯科・他職種の連携が必要である。

□口腔機能向上プログラム

●口腔機能に関する情報提供の実際

口腔機能向上プログラムが必要と思われる対象者が、実際に受ける諸サービスの根拠となる制度を理解して、各職種がそれぞれの立場から情報提供を行っていくことになる。

多職種がそれぞれの立場から有益な情報を迅速かつ確実に提供し、集約されることにより実際のサービスにつながっていく。

利用者を中心に、地域包括支援センター、サービス提供者、歯科医療機関等の連携が必要であり、この柱を中心とした多職種での関わりが重要である（図2）。

●口腔機能のアセスメント

口腔機能に関するアセスメント方法はさまざまであるが、できるだけ簡便で多職種において利用できるものが望ましい。

図1 摂食・嚥下機能のステージ

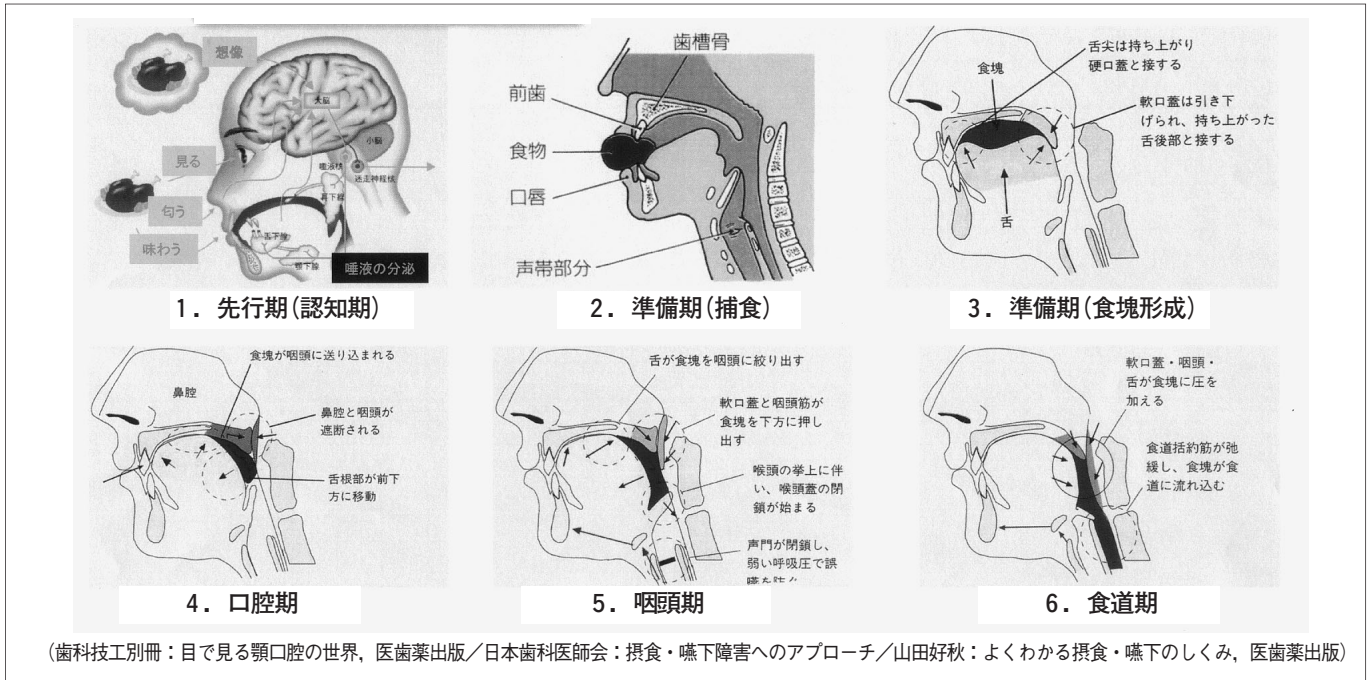
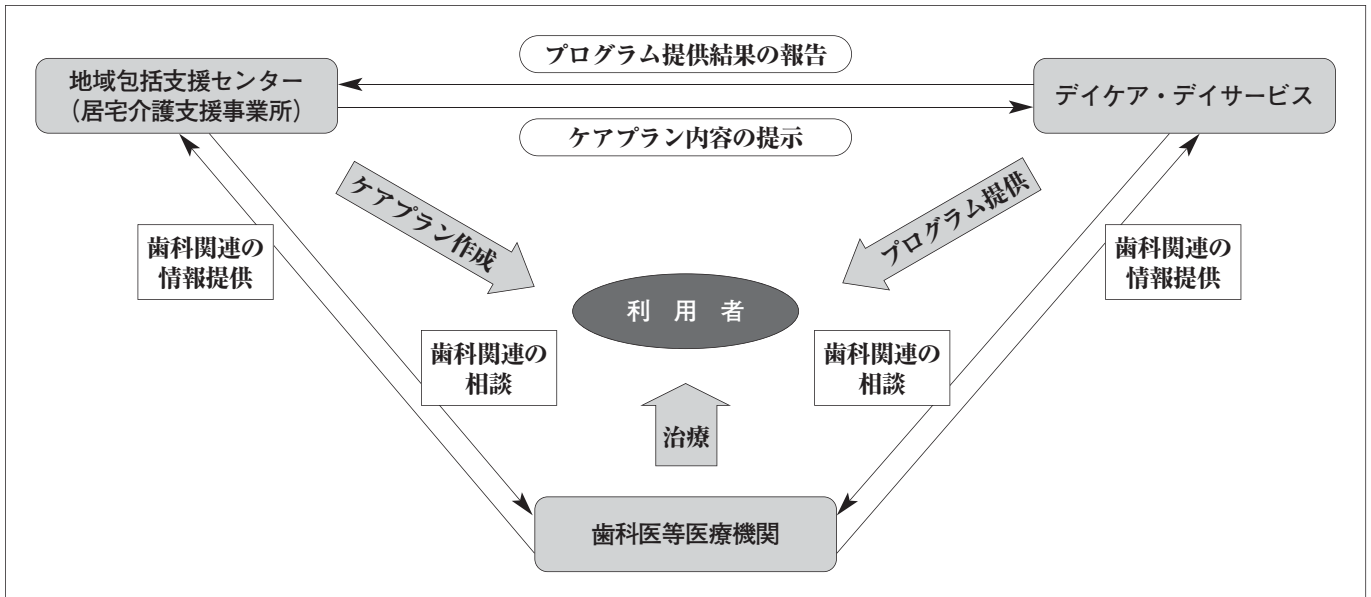


図2 口腔機能に関する情報提供システム



国診協のモデル事業で作成したアセスメントシートは、多職種に利用しやすく、なおかつ口腔の問題が抽出しやすいように構成されている(図3・4)。

●プログラムの作成

国診協では、口腔機能向上プログラムを提供する際に、その基本となるメニューを提供している(図5)。

各地域で、共通プログラムとして導入することで、家庭・地区・施設のどこでも同じ取り組みが可能となり、より高い効果が期待できる。

対象者それぞれに目標を設定し、状態に応じたプログラムを作成して実施すると効果的である(図6)。

その際にも「基本メニュー」を利用しながら、集団での実施と各個人に応じたプログラムのバランスが大

図3 口腔機能に関するアセスメントシート（第一次）

施設名			
評価実施日	平成 年 月 日	記入者の職種	

【A 基本属性】

対象者番号		氏名		性別	1. 男 2. 女	
年齢	歳	身長	. cm	体重	. kg	
要介護度	1. 自立	2. 支援1	3. 支援2	4. 介護1	5. 介護2・3	6. 介護4・5
認知症自立度	1. 自立	2. I	3. II	4. III	5. IV	6. M
主たる病名/障害名						
家族構成	1. 独居 2. 夫婦のみ世帯 3. その他（全員65歳以上） 4. その他（65歳未満の同居者含む）					

【B ご利用者から聞き取っていただきたい項目】

1 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい 2. いいえ
2 お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい 2. いいえ
3 毎日歯磨きをしていますか	1. はい → 1日 () 回程度 2. いいえ → 1週間 () 回程度 3. ほとんどしない

【C ご利用者の状況を確認していただきたい項目】

1 口の渇き	1. ある 2. ない
2 反復唾液嚥下テスト (30秒以内で何回唾液を飲み込めるかを測定)	1. 3回未満 2. 3回以上
3 歯の汚れ	1. 汚れている 2. 汚れていない
4 食事の形態	1. 普通食 2. 軟食 3. きざみ食 4. ミキサー 5. その他 ()
5 食事中のたべこぼし	1. なし 2. 少量 3. 多量

【D 総括】

口腔機能向上プログラム提供の必要性	1. あると感じる 2. ないと感じる
-------------------	---------------------

対象者の選定基準（口腔機能の向上）

●特定高齢者候補者

- 基本チェックリスト13、14、15のうち2項目以上の該当者
No.13：半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか
No.14：お茶や汁物等でむせることがありますか
No.15：口の渇きが気になりますか

または、

- 口腔内視診において口腔衛生状態が悪い方

または、

- RSSTが3回未満（2回以下）の方

（RSST：反復唾液嚥下テスト

「できるだけ何回も“ごっくん”と繰り返して飲み込んでください」と指示をして、30秒間にできる飲み込みの回数を数える（2回以下が該当）

【カウント方法】

人指し指と中指の腹で咽頭隆起を挟み、嚥下時に人指し指を乗り越えるのを触知する

図4 口腔機能に関するアセスメントシート（第二次）

評価実施日	平成 年 月 日	記入者の職種	
-------	----------	--------	--

【A 口腔内の状況】

1 歯	1-1 現在は歯数 () 本 → うち噛める歯 () 本 ※対合歯もしくは対合義歯がある歯
1-2 残存歯の咬合関係	1. 両側の臼歯 2. 片側の臼歯のみ 3. 前歯のみ 4. なし
2 未処置の歯（むし歯）	1. あり () 本程度 → 痛みあり・痛みなし 2. なし
3 義歯	1. 使用している → 義歯の適合 ①問題あり ②問題なし ↓ a. 痛い b. よく外れる c. 噛み合わせが悪い d. 破損している e. その他 () 2. 必要だが使用していない 3. 必要ないで使用していない
4 歯周病	1. 症状あり → ①出血 ②はれ ③歯の動揺 ④その他 () 2. 症状なし
5 口腔粘膜	1. 問題あり → () 2. 問題なし
6 歯科治療の必要性	1. あり → () 2. なし

【B 口腔の清掃状況】

1 口腔乾燥	1. なし 2. わずか（乾燥感がある） 3. 関連症状がある（口唇乾燥等） 4. 顕著
2 食物残渣	1. -（なし） 2. ±（少し） 3. +（明確） 4. ++（多量）
3 舌苔	1. -（なし） 2. ±（少し） 3. +（明確） 4. ++（多量）
4 口臭	1. -（なし） 2. ±（少し） 3. +（明確） 4. ++（多量）

【C 口腔機能の状況】

1 反復唾液嚥下テストの積算時間	回数	1回目 () 秒	2回目 () 秒	3回目 () 秒
2 オーラルディアドコネシス	回数	バ音 () 回/秒	タ音 () 回/秒	カ音 () 回/秒
	リズム	1. よい	2. 悪い	
3 頬膨らまし	発音	1. 明瞭		
	発音	1. 明瞭	2. やや不十分	3. 不十分
4 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. 嚥下あり、むせる and/or 切迫呼吸			
* 2なら合計3回施行し、最も悪い嚥下を評価する				

総括

※口腔状況や口腔機能に関する課題等をご記入下さい。	
---------------------------	--

医師、歯科医師記載欄

口腔機能向上プログラム提供の必要性	あり	※プログラム提供により期待される効果をご記入下さい。 1. 栄養改善の効果が期待できる 2. 咀嚼機能の向上が期待できる 3. 嚥下機能の向上が期待できる 4. 誤嚥性肺炎のリスクを軽減できる 5. その他 (自由記載) ※プログラム提供上の留意点等をご記入下さい。また認知症等の理由で、本人・家族の同意が得られずプログラムの提供ができない場合も、その旨をご記入下さい。
	なし	※必要性がないと判断した理由をご記入下さい。

図5 基本メニューの内容

①呼吸訓練

深呼吸を3回行う。大きく息を吸いお腹を膨らませ、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。肩をすばめるように力を入れ、その後ストーンと肩の力を抜く。

③口唇の運動

口唇の突出と横引き（「イー」の発音時の動き）。口をすば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・下唇に交互に舌先をつける。

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

「まきどり」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。

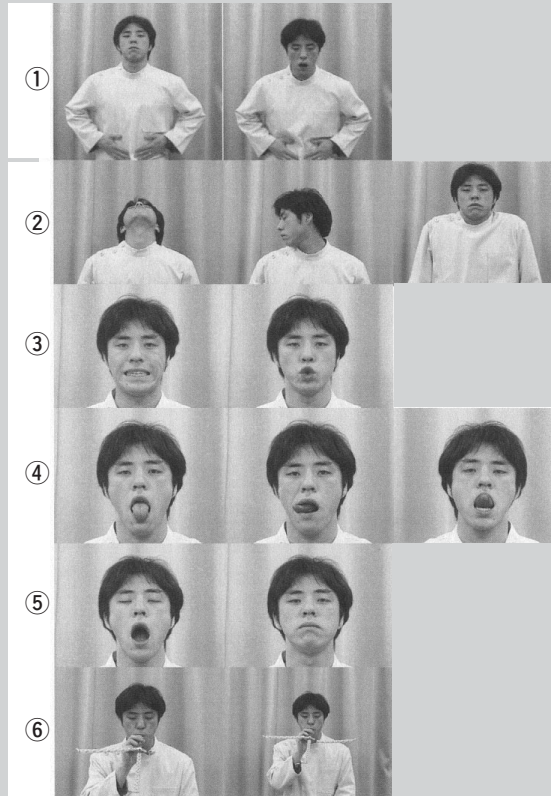


図6 口腔機能向上プログラム（口腔機能改善管理指導計画）

口腔機能改善管理指導計画				____さんの口腔機能の向上計画		
施設名	策定日	平成 年 月 日		平成 年 月 日		
対象者氏名	名 姓	策定者氏名				
【介護予防プログラムメニュー】						
●基本的サービス		担当職種	●		担当職種	
①お口のリハビリ体操	回/週	(7)		回/		
②口腔清掃の自立支援	回/週	(8)		回/		
③日常的な口腔清掃の介助	回/週	(9)		回/		
④セルフプログラムの指導	回/週	(10)		回/		
⑤	回/週	(11)		回/		
⑥	回/週	(12)		回/		
<small>※担当職種の欄は、以下のように記してお書き下さい。 介護職=介 看護職=看 言語聴覚士=言 歯科衛生士=歯 歯科医師=医 その他=他</small>						
●専門的サービス		担当職種	●		担当職種	
①基本的サービス計画策定	回/月	(7)		回/		
②セルフプログラム策定	回/月	(8)		回/		
③口腔機能の向上の教育	回/月	(9)		回/		
④口腔清掃の指導	回/月	(10)		回/		
⑤口腔清掃の実施	回/月	(11)		回/		
⑥摂食・嚥下訓練	回/月	(12)		回/		
<small>※担当職種の欄は、以下のように記してお書き下さい。 介護職=介 看護職=看 言語聴覚士=言 歯科衛生士=歯 歯科医師=医 その他=他</small>						
●セルフケア・プログラムとして行うこと						
①	回/	④		回/		
②	回/	⑤		回/		
③	回/	⑥		回/		

____さんの口腔機能の向上計画

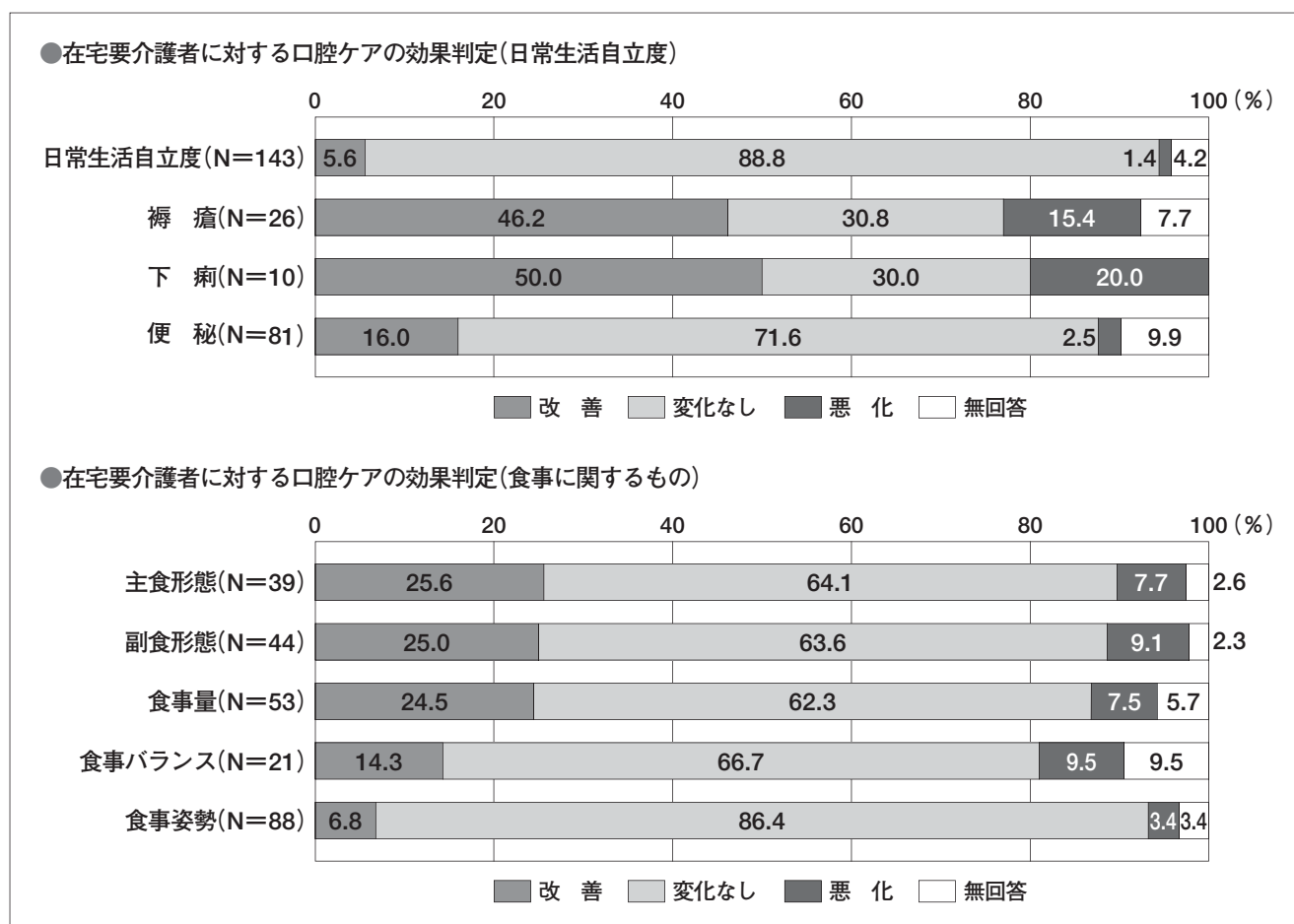
平成 年 月 日

プログラムに参加することによって、日々の生活の中で、何をできるようにするか、担当者と話し合いの上、下欄に記入して下さい。（記入例）みんなと旅行に行けるようにする

わたしの目標

身近な目標	目標達成のための計画	実施期間 評価
目標を達成するために、3ヶ月後に何をできるようにするかを記入して下さい。 (記入例) 食事の際、口から食べこぼしがないようになりたい	目標を達成するためにどのような活動を行うか、具体的な計画を担当者と一緒になて下さい。	
実行や支援にあたって注意することなど		

図7 平成10年度「高齢者在宅口腔介護サービスモデル事業」の結果



切になる。

プログラムの効果

●効果の検証

国診協で行った、平成10年度「高齢者在宅口腔介護サービスモデル事業」においても、「日常生活自立度」や「食事」に関する効果において、維持・向上の結果が認められた(図7)。

また、平成14年度「介護予防向上のための口腔機能リハビリ活動に関する調査研究事業」では、「食事状況」「嚥下障害レベル」において、維持・向上が認められた(図8)。

平成15年度「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」においては、口腔ケア

の介入頻度の高いほうが過去の発熱日数の減少につながる結果が得られた(図9)。

●向上の実際

口腔機能向上サービスを提供している岐阜県郡上市での実際例を示す(図10)。

各地区・施設の実情に合わせてアレンジして、口腔機能向上サービスの導入を図ろう。

おわりに

「包括的口腔ケア」を実践し、推進することを目的に作成した「口腔機能向上マニュアル(国診協版)」の概略を説明した。

それぞれの地域・施設内の関係多職種のみなさんで共通認識として確立し、実際の方法や手技については、

図8 平成14年度「介護予防向上のための口腔機能リハビリ活動に関する調査研究事業」の結果

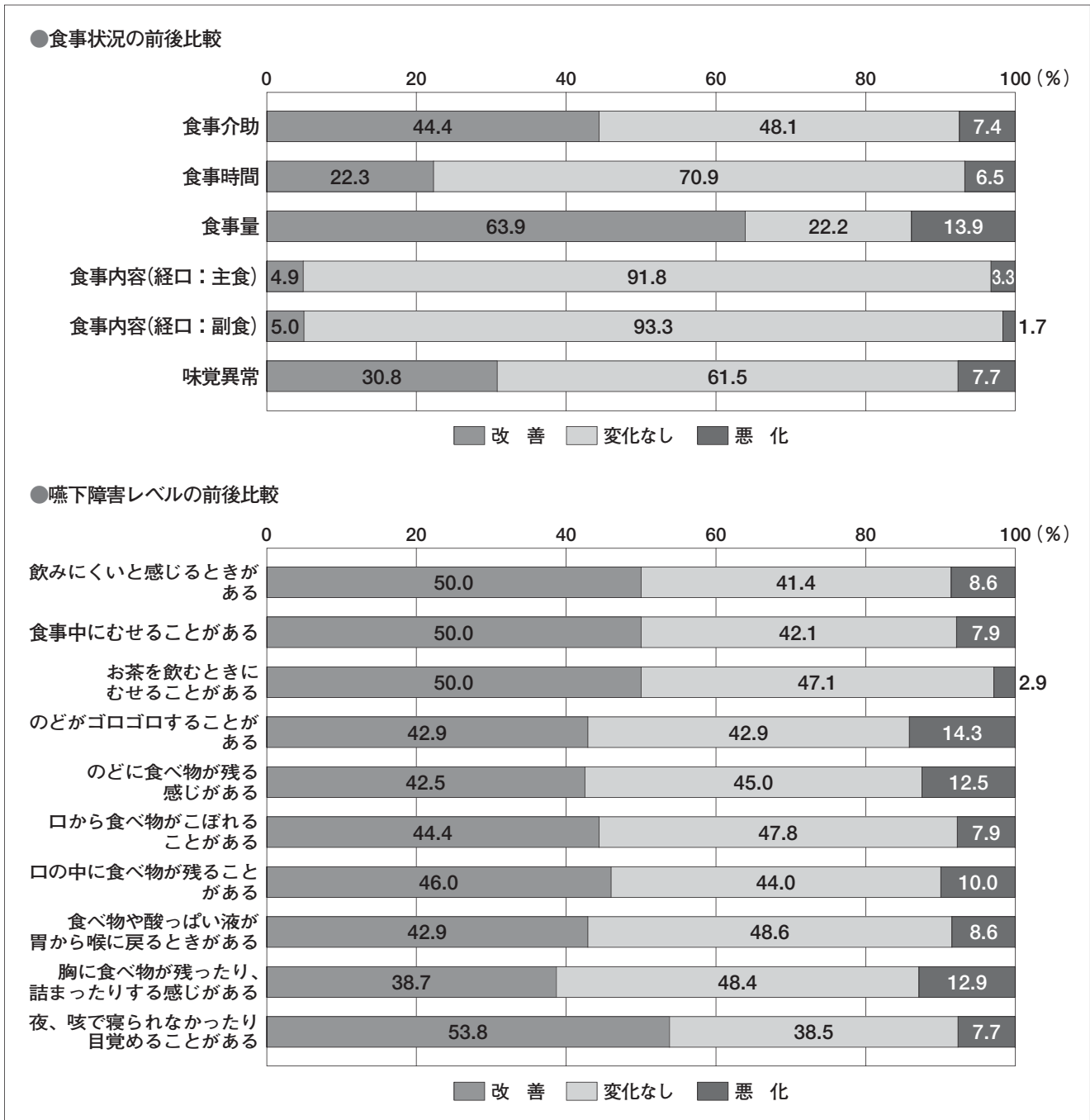


図9 平成15年度「介護予防向上のための口腔機能改善推進のための支援体制整備事業」の結果

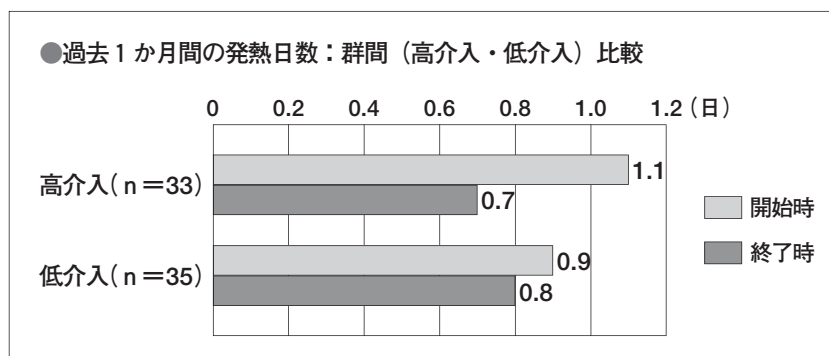


図10 口腔機能向上の実践例（岐阜県郡上市）

	問題の発見・把握	担当歯科医師の決定・調整	初診・アセスメント	口腔清掃・歯科治療・口腔機能リハビリの実施
本人・家族	<p>歯が痛い！など</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ歯科医がいる場合 →診察の申し込み ・かかりつけ歯科医がない場合 →ケアマネジャーに相談 	<ul style="list-style-type: none"> ・担当歯科医師との診察日時の調整など 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診 治療計画などの説明を受ける 次回、診察日の調整 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診 日常的は歯磨き、リハビリの実施
ヘルパー 介護職員 看護師等 保健師等	<p>お口の問題発見！</p> <p>【基本チェックリストを活用】</p> <ul style="list-style-type: none"> →ケアマネジャーに相談 症状、緊急度、 かかりつけ歯科医の有無 本人・家族の希望 など 			<ul style="list-style-type: none"> ・日常的は歯磨き、リハビリの実施又は介助 ・問題点のチェック →ケアマネジャーを通じ、担当歯科医師、歯科衛生士へ
ケアマネ	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ歯科医がいる場合 →本人・家族の意向を確認 して、診察申し込み ・かかりつけ歯科医がない場合 ・在宅の場合 →本人・家族の意向を確認 して、公的施設等を紹介 し、相談・診察依頼 ・施設の場合 →施設協力歯科医などに相 談・診察依頼 	<ul style="list-style-type: none"> ・担当歯科医師との調整など 	<ul style="list-style-type: none"> ・可能な限り、診察への立ち会い が望ましい ・歯科医師からの連絡に基づき、 必要ならば関係者への連絡、ケ アプランの調整 	<ul style="list-style-type: none"> →歯科医師等からの指示内容を必要 な関係者へ連絡 →必要に応じ、ケアプランの見直し (ケアカンファレンスの開催) →状況の変化や新たな問題を把握し た場合は 担当歯科医師等に連絡
歯科医師 歯科衛生士		<p>担当歯科医師の決定</p> <ul style="list-style-type: none"> →必要に応じて、ケアマネジャー に介護者の状態、ケアプラン の確認 ↓ 本人・家族と診察日の調整 ↓ 診察予定日を ケアマネジャーに連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 全身状態などの確認 口腔内診査・診断 治療計画の立案 必要に応じ主治医などへの照会 →次回診察日、治療計画、療養 上の注意点をケアマネジ ャーに連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 歯科治療 (詳細は症状別歯科治療パスを参照) 口腔清掃 (詳細は口腔清掃パスを参照) 口腔機能リハビリ (詳細は口腔機能リハパスを参照) →治療後の注意点や口 腔ケアの方法などを 本人・家族に伝える だけでなく、ケアマ ネジャーに連絡 ●介護者宅の連絡ノート などに記入しておくこ とも、関係者間の情報 共有には有効
その他		主治医、高次医療機関等 担当歯科医からの紹介受診 紹介への回答など	主治医、高次医療機関等 担当歯科医からの紹介受診 紹介への回答など	(参考資料：要介護者口腔ケアネットワーク)

巻末で紹介している専門書等を活用し、それぞれの地域・施設の実情に応じてアレンジ・応用してもらいたい。

※ユーザー ID とパスワード：国診協会会員施設には通知済みですのでご確認下さい。