

## 特別養護老人ホームにおける口腔ケア

小笠原京子・熊谷 教

Oral Health Care in Nursing Care Homes for Elderly People

Kyoko OGASAWARA and Michi KUMAGAI

**要旨：**介護保険制度の改正の柱として、口腔ケアに対する関心は高まりを見せている。長寿社会を迎え、口から食べることが見直され、口腔が生命維持のために重要な役割があるといわれるようになり、さらには高齢者の生活の質(QOL)にまで影響を与えると考えられている。このことについては、歯科医師をはじめ多職種が、さまざまな研究や取り組みを始めている。口腔ケアは、専門職による専門的ケアと、本人や家族あるいは介護職等の介護者による日常的な口腔ケアとに大別される。介護現場の実践の中では、特に介護・看護職による日常的な口腔ケアが果たす役割が大きいと考えられるが、現実的には十分な口腔ケアが行われてはおらず、その原因として介護業務多忙により、口腔ケアまでは手が回らないと言われている。

本研究は、特別養護老人ホームA施設における口腔ケアの実態とそのケアに携わる職員の意識を調査し、特別養護老人ホームにおける口腔ケアの実践について課題を明らかにしていくこととした。調査の結果A施設において口腔ケアが実施できない背景には、業務多忙よりも、本人の拒否による場合が多く、認知症のある高齢者にその傾向が多く見られた。また、口腔ケアに関する職員の意識は比較的高いが、実践に必要な知識不足が職員の不安につながっていることも明らかになった。職員が取得している資格も多様であり、その専門性を高めるためには、継続的な職場研修が必要であることが示された。

**Key words：**口腔ケア(oral health care), 自立支援(self-help), 生活の質(quality of life)

### 1. はじめに

1989(平成元)年12月に策定された「高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)」の中には、「寝たきり老人ゼロ作戦」という項目が盛り込まれていた。つまり、それまでは、要介護高齢者は寝かせきりでお世話をすれば良いという認識で介護は行われていたのである。その時代においては、要介護状態の高齢者の自立支援という発想はほとんどなく、口腔ケアという概念も、口腔清拭のみを意味していた。1994(平成6)年には「新ゴールドプラン」が新たに策定され、すべての高齢者が心身の障害を持つ場合でも、その尊厳を保ち、自立して高齢期を過ごすことのできる社

会を実現することが目標とされ、高齢者に対する社会の認識は大きく変化を遂げた。2000(平成12)年4月、急速に進む高齢化の中で、介護の社会化を目指して「利用者本位」「生活の質の向上」を基本理念とした介護保険制度が導入された。21世紀に向けたこの「新介護システム」の中では、高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援していくこと、すなわち「高齢者の自立支援」が強く求められたのである。そして、5年に一度見直されることになっていた介護保険制度は、2005(平成17)年最初の制度改正となった。

改正の柱は、介護予防を重視した制度への変更、住み慣れた自宅・地域での生活を支援

する体系の確立、利用者負担のあり方や制度運営の見直し、サービスの質の向上の4点である。中でも介護予防サービスは、日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善の可能性が高い軽度者の状態に即した自立支援をしていく観点で、ケアマネジメントを図ることが盛り込まれている。つまり、生活機能の低下や重度化をできるだけ防ぎ、多くの人が自分らしい生活を実現できるようにしていくことである。今回の改正では、要介護1の認定を2つに分けて、比較的軽度の人を要支援2とし、従来の要支援と合わせて身体機能向上のサービスを実施していく。これらの要支援1や2の人に対する新予防給付の内容は、ストレッチ・筋力トレーニング等の運動、病気を予防するための食事・食材選び等の栄養改善、口腔内を健康に保つための歯磨きの訓練等を実施していく。そして、これら「口腔ケア」「栄養指導」「運動器機能向上」に対しては、口腔機能向上加算、栄養改善加算、運動器機能向上加算、アクティビティ実施加算（介護予防通所介護のみ）等が、新規に設定されている。このことにより、口腔ケアに対する関心は高まりを見せている。世界一の長寿社会を迎え、健康で長生きをするために、口から食べることが見直され、口腔ケアが生命維持のために重要な役割があると考えられるようになり、さらに生活の質（QOL）とも密接に関係を持つと認知されつつある。

口腔の構造は、消化管の最上部にあり、口腔の側壁は頬の内面、上壁は硬口蓋および軟口蓋で、後方には口蓋垂があり、その奥は咽頭である。底には舌があり、永久歯は上に14本、下に14本（智歯を合わせると上に16本、下に16本、乳歯は上10本、下10本）存在する<sup>1)</sup>。また、口腔の機能は、食物摂食、咀嚼、唾液による消化、味覚、嚥下、呼吸、音声構成などがあげられる。

口腔ケアの目的は、まず虫歯や歯周病を予防すること、口内炎、舌炎などの口腔疾患の

予防と治癒促進を図ること、口臭を取り除くことで不快感をなくし対人関係の円滑化を図ること、嚥下性肺炎（誤嚥性肺炎）を予防すること、全身的な感染症（病巣感染）を予防すること、気分を爽快にし食欲を増進すること、唾液の分泌を促進し自浄作用を促し乾燥を防ぐこと、正常な味覚を保つことが挙げられる。つまり口腔ケアとは「歯、口腔を中心とした顎咀嚼系諸器官の疾病予防、健康保持を行うことにより、全身や精神の健康増進に寄与し生活の質（QOL）を高めるための科学的知識に基づく技術の実践」となる<sup>2)</sup>。単に口腔内を衛生にするというだけでなく、口腔のもつ本来の働きを補いながら、その人の生活を支えていくケアを意味しているのである。

## 2. 口腔ケアの変遷

歯磨き事業の歴史を遡ってみると、歯磨き粉で名高いライオン株式会社が歯磨き粉を発売したのは、1896（明治29）年7月で、まだ歯磨きに関する事業はなかった時代である。現存する最古のカタログは、1915（大正4）年発行のものであり、当時の歯磨き粉は、小売価格1コ3銭とある。子供歯磨きも1913（大正2）年12月には発売になっている<sup>3)</sup>。この頃から、「歯磨訓練」「歯ブラシ教練」「歯磨体操」といわれる歯磨き指導が全国に広がっていった。今日まで続いている「学童歯磨き大会」は、1932（昭和7）年に「学童歯磨き大会」という名称で始まり、この運動が今日の子ども達への歯科指導の活動の基盤となっている。

また、1928（昭和3）年日本歯科医師会は6月4日を「ムシ歯予防デー」と制定し、ムシ歯予防を訴える活動を始めている。1931（昭和6）年6月23日には「学校歯科医令」が公布された。この法令は、第1条に、「各学校ニ学校歯科医ヲ置クコトヲ得」とあるように、学校衛生の中に歯科医を正式に位置づけるものである。「歯磨き体操」は歯磨きの基本

を多くの人に効率よく指導するためには優れた方法であり、歯磨きの習慣の動機づけにも貢献してきた。しかし、より高度な歯磨き技法を指導することが望まれるようになり、この体操は、1990(平成2)年の第47回大会をもって終了している。近年の「学童歯磨き大会」では、手鏡を持って、子ども達が自分自身の口腔内の状態を確かめながら歯磨きの指導を受けている。小学校における歯磨き指導も同様に変わってきている。

世界で最長寿国となったわが国では、生涯健康で過ごせるようにとの願いから8020(ハチ・マル・ニイ・マルと読む)運動<sup>4)</sup>が推進されている。この運動は、80歳になっても20本以上の自分の歯を保とうという運動であり、20本以上の歯が残っていれば、硬い食品でもほぼ満足に噛むことができるというのである。しかし、8020を目標にしても、80歳の高齢者がどれくらい8020を達成しているのかは、十分に把握されていなかった。そこで、厚生科学研究「高齢者の口腔保健と全身的健康状態の関係についての総合研究」が1996(平成8)年から開始され、その一環として1997～1998(平成9～10)年には、岩手・福岡・愛知・新潟の4県の24市町村で、高齢者を対象として、歯と全身の健康状態に関する大規模な調査が行われた。その結果、口の中に残っている歯の数は、平均で6本で、8020を達成している20本以上の保有者は10%だった。また、平均は6本でも、圧倒的に多かったのは0本で、歯のない人が46%という結果が出ている。この調査から明確になったことは、①80歳の高齢者の口の中の状態は良好とはいえない、②歯が残っている人もしくは良く噛める人は、概ね健康であるという2点であった。

また、地域差も大きく、山間地では残存歯数が少ない傾向にあることがわかった。昭和30～40年代に子どものむし歯が急増したといわれているが、その頃に大正初期生まれの人は40～50歳代で、歯周病が増えてきたのに、

歯科医師が身近にいないために、または歯科医にかかったとしても、口の中の衛生という考え方が不足していたために、歯を残す治療ができず、歯が痛くなると安易に抜いてしまったのではないかと米満氏は分析している<sup>4)</sup>。

この調査結果と類似したことが、飯田下伊那地区でも考えられる。飯田下伊那地区在住の90歳以上の高齢者で認知症の症状がない、または軽度の人3名にインタビューをしたところ、歯磨きは朝食前に実施し、歯科医にかかった経験もあまりなかったという話を聞いた。また、40歳代頃から義歯になったという回答もあったことから、やはりこの地区でも口腔衛生教育はあまり盛んではなく、食後の口腔清掃意識は低かったのではないかと予想できる。一方、当時の歯ブラシについて、ブラシの柄部は竹製であり、先端は薄い竹を曲げて舌磨きとして使っていたとする話もあり、舌を清掃する発想は昭和初期にはすでにあったと考えられる。

長寿社会を迎え、誰もが健康に老いることを求めているが、実際には要介護状態の高齢者は増え続けている。そんな中、口腔ケアは全身状態を良好に保つための重要な鍵を握ることが報告され、制度改正も影響して、口腔ケアへの関心は高まりを見せている。口腔ケア=口腔清拭と捉えられていた時代から、その人の生活の質(QOL)を左右するものとして考えられるようになってきているのである。

### 3. 介護現場における口腔ケアの実施状況

角らは、口腔ケアを大きく二つに分類している。一つは歯科医師・歯科衛生士が多種多様な口腔ケア用品を使用して、高度な知識と技術をもって行う専門的口腔ケア(POHC: Professional Oral Health Care)であり、もう一つは介護者・看護師がシンプルな口腔ケア用品を使用し、マニュアル化された単純な技術で実施する普及型口腔ケアである<sup>5)</sup>。

現在の介護現場においては、歯科医師・歯科衛生士が日常的に専門的口腔ケアを実施することは不可能であり、大部分を看護・介護職が担うこととなっている。角らは、日常的に高齢者の口腔ケアに大きく関与している介護職や看護師に対して、その方法が十分な教育がなされていないことを指摘し、厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）にて標準化された口腔ケア方法として、口腔ケアシステムを開発した。システム化した口腔ケアとは、自分で口腔清掃が困難な要介護高齢者に対して、一般の介護者が行う簡単かつ安全で効果的な標準化された口腔ケア法と定義づけられている。口腔ケアシステムによる口腔内細菌減少のためのコントロールは、歯のみでなく歯ぐき、舌、口蓋、粘膜等に付着した細菌に対して口腔全体に注目して行う。その方法は1. うがい薬を浸したFoam Stick（口腔ケア用スポンジ）にて口腔粘膜を清掃する（1分）2. 舌ブラシにて舌の奥から手前へ10回軽く擦り舌苔を擦りとる（30秒）3. 電動ブラシにて歯面清掃、粘膜も必要に応じて清掃する（2.5分）4. うがい薬による洗口（1分）<sup>6)</sup>である。このような単純化された口腔ケアは、多忙な介護現場における口腔ケアを継続的に実践可能にするというのである。

筆者らは、このようなシステム化された方法の口腔ケアならば、介護現場において実践可能なのかを考えてみるために、特別養護老人ホームでの調査を実施することとした。

#### (1) 調査対象者および方法

今回の特別養護老人ホームにおける調査対象者はAグループ11名、Bグループ6名、Cグループ12名、Dグループ9名である。Aグループは認知症対応型であり、Bグループはショートスティ中心かつ重度者、C・Dグループは中程度者が入居している。

今回の調査対象は、入居者のうち、歯科医師の検診を受診した入居者38名である。これにはショートスティ利用者は含まれていない。

内訳は男性15名、女性23名であった。年齢は67～100歳で、60歳代3名、70歳代8名、80歳代18名、90歳代8名、100歳1名となっている。

調査内容は1. 身体状況 2. 移動 3. 食事 4. 洗顔行為 5. 口腔清潔行為 6. コミュニケーション 7. 現病歴・既往症の7項目について、ケースファイルからの情報収集及び介護職員から聞き取り調査を行った。

#### (2) 倫理的配慮

調査の前に、筆者らが、A施設の施設長に研究の趣旨を説明し、協力を依頼した。目的、方法、実施期間、内容についての秘密の保持を伝え、文書にて同意を得た。また、利用者の個人情報に関するものは、特定されないようにし、研究への協力を本人または家族の同意を得られたケースを対象とすることとした。

#### (3) 入居者のADL

入居者のADL等については表1に示す。

要介護度は要介護1が4名、2が5名、3が16名、4が8名、5が5名であり平均要介護度3.1である。

認知症高齢者日常生活自立度は自立度Ⅰが4名、Ⅱが13名、Ⅲが19名、Ⅳが1名、Mが1名であった。

Aグループ11名の平均要介護度は2.7、認知症高齢者日常生活自立度はⅡが3名、Ⅲが7名、Ⅳが1名である。このグループは身体的には自立度が高いが、認知症があるために日常生活に介護が必要となっている人が入居している。

認知症のある人は、環境因子が及ぼす影響が大きいとされ、一般家庭のような小規模で落ち着いた生活環境の中において、本人のペースを大切にしながら関わりを持たせれば、急激な悪化は防げるといわれている。この施設においても、特にAグループは認知症対応として取り組まれている。

コミュニケーションに関しては、困難または困難傾向である入居者は8名である。発語

は全員あるが2名は障害がある。身体状況では、視力・聴力は日常生活に支障の無い人は7名、麻痺については右下半身麻痺のある人が1名のみで、座位保持は全員できる。立位保持不可が2名、車椅子使用は1名のみでほとんどの入居者はグループ内を自由に移動することが出来る。食事形態は11名全員常食常菜であった。食事摂取も見守りが必要な2名以外は自立している。全員が箸を使う能力があり、箸のみ使用者は8名であった。この点からは、日常生活が自立している人が多いと考えられる。

しかし洗顔行為になると自立は3名、口腔清潔の行為も自立は2名のみである。口腔機能としては、義歯がない人が11名中5名おり、義歯装着率は、他のグループよりかなり低い。認知症高齢者の場合、歯がなくて噛みにくいか、口の中に違和感があるといった食事摂取に関する不都合の訴えが表出できず、食欲だけが先行しているのではないかということが予想される。また、義歯が合わなくなった場合に義歯を作り直すとか、歯科受診するという行為を理解することが難しく、そのままになってしまうのではないかとすることも予想できる。新しい環境やなじみのない環境は認知症の人を混乱させるため、口腔の清潔行為は本人が拒否をすると、優先順位は低くなっていくことが考えられる。

認知症のある高齢者は、身体的には自立度が高く、食事摂取は自分でできていても、洗顔行為や口腔清潔などの行為は、その動作が複雑であり、なんらかの介助がないと実施できない傾向があることが、Aグループの調査からわかる。

Bグループ6名の平均要介護度は4.5、コミュニケーションが図れるのは1名、困難傾向が2名である。3名が発語はあるが2名は障害がある。身体状況では視力・聴力とも日常生活に支障のない人が3名、麻痺のない人が3名であるが、この6名はいずれも座位、立位

とも自力では不可能であり、車椅子を使用し、食事でも車椅子のまま摂っている。食事形態は粥食常菜2名、粥食刻み菜2名、経管栄養2名であり、食事摂取は2名以外は介助である。箸のみを使える人も1名のみであった。洗顔行為、口腔清潔の行為は上肢の麻痺のない2名が一部介助、見守り誘導を必要としながら行っており他の入居者はみな全介助である。

このグループは、重度の障害をもっている入居者が多く、これらの人達は日常的に介助を要する割合が高い。中でも、経管栄養(体内にチューブを通して栄養を摂る)の人が2名おり、うち1名は残存歯が多数ある。口から食物を摂っていない経管栄養の人は、口から食べないので口腔内は汚れていないと誤解されがちであるが、この施設では誤嚥性肺炎を起こす危険性が高いことが認識されており、経管栄養の人に対しても毎日1回は口腔ケアが実施されている。また、もう1名については、リクライニング車椅子上で摂食訓練が行われている。摂食訓練を行うことにより意思表示が現れ始め、入居当初よりコミュニケーション能力の回復が少しずつ図られてきている。個室からリビングルームに出て、周囲からの刺激を受け人と関わることは、廃用症候群の進行を予防する大切な要素である。

Cグループ12名の平均要介護度は2.9、認知症高齢者日常生活自立度はⅡが6名、Ⅲが5名である。コミュニケーションは半数の7名が自由に図れており、困難傾向は5名である。発語は全員あるが、6名に障害がある。身体状況は、日常生活に支障の無い視力・聴力である人が8名、麻痺は5名にあり、食事摂取動作に支障をきたしている。座位、立位保持能力は、座位、立位共に不可能が1名、立位不可能が1名であった。車椅子を8名が使用している。その8名は食事の時も車椅子であり、他の4名が椅子を使用している。食事形態は、常食常菜4名、常食刻み菜1名、粥食常菜4名、粥食刻み菜2名、粥食ミキサー

表1 特別養護老人ホームA

No.	I. 身体状況			II. 移動等			III. 食事		1. 形態				
	1. 視力	2. 聴力	3. 麻痺	1. 座位保持	2. 立位保持	3. 移動	主食	主菜・副菜	2. 摂取	方法	4. 水分摂取	方法	
Aグループ	1	不自由(左失明)	難聴	右:下	可	不可	伝い歩き	常食	常菜	自立	箸	自立	湯のみ
	2	普通	普通	無	可	可	歩行	常食	常菜	自立	箸	自立	湯のみ
	3	不自由(眼鏡)	耳の側でなら	無	可	可	歩行	常食	常菜	自立	箸	自立	湯のみ
	4	普通	普通	無	可	不可	車イス	常食	常菜	自立	箸・スプーン	自立	コップ
	5	不自由(眼鏡)	普通	無	可	可	杖	常食	常菜	見守り	箸・スプーン	自立	湯のみ
	6	普通	普通	無	可	可	杖	常食	常菜	自立	箸	自立	湯のみ
	7	普通	普通	無	可	可	歩行	常食	常菜	自立	箸	自立	湯のみ
	8	普通	耳の側でなら(左)	無	可	可	歩行	常食	常菜	自立	箸	自立	湯のみ
	9	不自由(眼鏡)	普通	無	可	可	伝い歩き	常食	常菜	自立	箸	自立	湯のみ
	10	普通	普通	無	可	可	歩行	常食	常菜	自立	箸	自立	湯のみ
	11	普通	難聴	無	可	可	杖	常食	常菜	見守り	箸・スプーン	自立	湯のみ
Bグループ	12	普通	難聴:補聴器	無	可(不安定)	不可	車イス・介助	粥食	刻み菜	自立	箸	自立	湯のみ
	13	追視有り	普通	左右:上下	不可	不可	車イス・リクライニング	経管栄養	/	全介助	/	全介助	/
	14	普通	普通	左右:下	不可	不可	車イス・介助	粥食	常菜	一部介助(ムラあり)	スプーン	一部介助	コップ
	15	不自由	難聴	無	不可	不可	車イス	粥食	常菜	自立	箸・スプーン	自立	コップ
	16	不自由	難聴	無	不可	不可	車イス・介助	粥食	刻み菜	全介助	箸・スプーン	自立	コップ
	17	普通	普通	左右:上下	不可	不可	車イス・リクライニング	経管栄養	/	全介助	/	全介助	/
Cグループ	18	普通	耳の側でなら	無	可	可	車イス	常食	常菜	自立	箸・スプーン	自立	コップ
	19	普通	普通	無	可	可	杖	粥食	常菜	自立	箸・スプーン	自立	コップ
	20	普通	耳の側でなら(左)	右:上下	可	不可	車イス	おにぎり	常菜	自立(左手)	スプーン	自立	コップ
	21	普通	普通	右:上下	可	可	車イス	粥食	常菜	自立	箸・スプーン	自立	コップ
	22	普通	普通	右:上下	可	可	車イス	常食	常菜	自立(左手)	スプーン	自立	コップ
	23	普通	普通	無	可	可	車イス	粥食	刻み菜	見守り	箸・スプーン	自立	コップ
	24	普通	普通	無	可	可	歩行	常食	刻み菜	見守り	箸	自立	湯のみ
	25	やや不自由	難聴	無	可	可(不安定)	車イス	粥食	刻み菜	自立	箸・スプーン	自立	コップ
	26	やや不自由	普通	無	可	可	押し車	粥食	常菜	自立	箸・スプーン	自立	マグカップ
	27	普通	普通	右:上	可	可	車イス・歩行器	粥食	常菜	自立	箸・スプーン	自立	コップ
	28	普通	普通	無	可	可	杖	常食	常菜	自立	箸	自立	湯のみ
	29	普通	普通	左:上下	不可	不可	車イス	粥食	ミキサー食	一部介助	箸・スプーン	自立	コップ
Dグループ	30	普通(眼鏡)	難聴:補聴器	無	可	可	車イス	常食	常菜	自立	箸	自立	湯のみ
	31	普通	普通	無	可	可	杖	常食	常菜	自立	箸	自立	湯のみ
	32	普通(右失明)	普通	無	可	可	歩行	常食	常菜	自立	箸	自立	湯のみ
	33	不自由(眼鏡)	普通	無	可	可	杖	常食	常菜	自立	箸・スプーン	自立	コップ
	34	不自由(眼鏡)	耳の側でなら	無	可	可	車イス	粥食	常菜	自立	箸・スプーン	自立	コップ
	35	普通	普通	無	可	可	車イス	常食	常菜	自立	箸・スプーン	自立	コップ
	36	不自由	耳の側でなら(左)	無	可(不安定)	不可	車イス	粥食	刻み菜	自立	箸・スプーン	自立	コップ
	37	普通	普通	左:上下	不可	不可	車イス・リクライニング	おにぎり	常菜	自立	箸・スプーン	自立	コップ
	38	不自由(眼鏡)	耳の側でなら	右:上下	可	可	車イス	常食	常菜	自立	箸・スプーン	自立	コップ

入居者ADL一覧

5. 嚥下障害	6. 咀嚼障害	8. 姿勢	IV. 洗顔行為	V. 口腔清潔行為			5. 義歯清掃	VI. コミュニケーション等	3. 認知症老人日常生活自立度	介護度	VI. 医療対応事項
				1. 含嗽	2. ブラッシング	3. 義歯		1. 発語			2. 意志の疎通
無	無	イス	見守り・誘導	見守り・誘導	一部介助	総義歯/部分義歯	全介助	有	やや困難	Ⅲ a	3 脳梗塞後遺症・白内障
無	無	イス	見守り・誘導	見守り・誘導	/	無	/	有	困難	Ⅲ a	4 アルツハイマー
無	無	イス	一部介助	自立	自立	無	/	有	出来る	Ⅲ	1 アルツハイマー・糖尿病
無	無	全介助	一部介助	見守り・誘導	全介助	無	/	有	困難	Ⅲ	4 認知症
有	無	イス	一部介助	見守り・誘導	見守り・誘導	総義歯/部分義歯	一部介助	有(障害)	やや困難	Ⅲ b	2 心不全・白内障
無	無	イス	自立	自立	自立	部分義歯/総義歯	自立	有	やや困難	Ⅱ a	2 認知症・高血圧
無	無	イス	見守り・誘導	見守り・誘導	/	総義歯	一部介助	有	出来る	Ⅲ	3 アルツハイマー・前立腺肥大
無	無	イス	一部介助	一部介助	/	総義歯	一部介助	有	やや困難	Ⅳ	3 認知症
無	無	イス	全介助	見守り・誘導	/	総義歯	一部介助	有	やや困難	Ⅱ・b	3 認知症・大腿骨頸部骨折
無	無	イス	自立	見守り・誘導	見守り・誘導	無	/	有	出来る	Ⅱ・b	2 認知症
有(ムセ:見守り)	無	イス	自立	見守り・誘導	見守り・誘導	無	/	有(障害)	やや困難	Ⅲ b	3 脳梗塞後遺症
無	無	車イス	見守り・誘導	自立	/	総義歯	自立	有(障害)	やや困難	Ⅱ・b	3 脳梗塞後遺症・高血圧
有(不可)	有	車イス・リクライニング	全介助	不可	全介助	無	/	無	困難	M	5 脳挫傷・意識障害
有(ムセ:見守り)	無	車イス	全介助	見守り・誘導	/	総義歯	全介助	有(障害)	出来る	Ⅱ・b	4 パーキンソン病・脳梗塞後遺症
無	無	車イス	一部介助	見守り・誘導	/	総義歯	全介助	有	やや困難	Ⅲ b	5 脳梗塞後遺症・大腿骨頸部骨折
無	有	車イス	全介助	全介助	/	総義歯/無	全介助	無	困難	Ⅲ	5 高血圧
有(不可)	有	車イス・リクライニング	全介助	不可	/	無	/	無	困難	Ⅲ	5 くも膜下出血
無	無	車イス	一部介助	自立	/	総義歯	自立	有(障害)	やや困難	Ⅱ	3 脳梗塞後遺症
無	有	イス	自立	自立	/	総義歯	自立	有	出来る	I	1 膝関節症・白内障
無	無	車イス	全介助	見守り・誘導	/	総義歯	全介助	有(障害)	出来る(書いて)	Ⅲ	3 脳梗塞後遺症・白内障
無	無	車イス	自立	自立	/	総義歯	自立	有	出来る	Ⅱ	3 脳梗塞後遺症
無	無	車イス	一部介助	全介助	/	総義歯	全介助	有	やや困難	Ⅱ	3 脳梗塞後遺症・てんかん
有(ムセ:見守り)	無	車イス	全介助	見守り・誘導	一部介助	総義歯/部分義歯	全介助	有(障害)	出来る	Ⅱ	3 脳梗塞後遺症・認知症
有(ムセ:見守り)	有	イス	一部介助	見守り・誘導	見守り・誘導	無(19本残存歯)	/	有(障害)	やや困難	Ⅲ	3 脳梗塞後遺症・ゴルフ症候群
無	無	車イス	一部介助	自立	/	総義歯	一部介助	有	出来る	Ⅲ	4 脳梗塞後遺症・認知症
無	無	イス	自立	自立	/	総義歯	自立	有	出来る	Ⅲ	3 脳梗塞後遺症・心不全
無	有	車イス	自立	自立	/	総義歯	自立	有(障害)	出来る	Ⅱ	1 脳梗塞後遺症
無	無	イス	自立	見守り・誘導	見守り・誘導	部分義歯/無	一部介助	有	出来る	Ⅱ・b	4 パーキンソン病・脳梗塞後遺症
無	有	車イス	全介助	全介助	全介助	無(半分残存歯)	/	有(障害)	困難	Ⅲ	4 脳梗塞後遺症・糖尿病
無	無	イス	見守り・誘導	見守り・誘導	/	総義歯	一部介助	有(障害)	出来る	I	4 糖尿病・胃癌
無	無	イス	自立	自立	/	総義歯	一部介助	有	出来る	I	1 膝関節症・認知症
無	無	イス	自立	自立	/	総義歯	自立	有	出来る	Ⅲ	3 認知症・大腿骨頸部骨折
無	無	イス	見守り・誘導	自立	見守り・誘導	無/部分義歯	自立	有	出来る	I	2 認知症・大腿骨頸部骨折
無	無	車イス	見守り・誘導	自立	見守り・誘導	部分義歯/総義歯	自立	有	出来る	Ⅲ	3 腰部変形性脊椎症・認知症
無	無	車イス	見守り・誘導	見守り・誘導	全介助	部分義歯	自立	有	やや困難	Ⅱ	4 脳幹部出血後遺症・認知症
無	無	車イス・円背	自立	自立	自立	部分義歯/無	一部介助	有	出来る	Ⅱ	3 動脈硬化症・左白内障
無	無	車イス・リクライニング	全介助	全介助	全介助	無(残存歯少)	/	有	出来る	Ⅲ	5 クロウフカセ症候群・糖尿病
無	無	車イス	一部介助	見守り・誘導	/	無	/	有(障害)	やや困難	Ⅲ	2 脳出血後遺症

食1名であった。食事摂取は1名が介助、見守りが必要な人が2名でそれ以外は自立である。箸のみを使用している人は2名であった。洗顔行為の自立は5名、口腔清潔行為の自立は6名である。

麻痺のある人は5名、そのうち常食常菜は1名である。利き手側が麻痺になった場合、利き手交換をするが、高齢者の場合はなかなかスムーズにいかない。しかし、スプーン等の自助具を使用して食事摂取している人が4名おり、残存機能を活用する環境を整えることで自立摂取可能であることが分かる。洗顔・口腔清潔行為については介護度3でも全て自立の人と全介助の人がいた。口腔機能としては総義歯の方が8名、部分義歯が2名、他2名は半数以上残存歯がある。10名が脳梗塞後遺症であり、片麻痺の人が多いグループである。要介護度3以上の人が半数以上いることから職員の介護負担は大きくなっている。

Dグループ9名の平均要介護度は3.0、認知症高齢者日常生活自立度はⅠが3名、Ⅱが2名、Ⅲが3名である。コミュニケーションは1名が困難傾向のみで他の人は自由に図れている。発語も全員にあり2名に障害があるのみである。身体状況では日常生活に支障の無い視力・聴力であるのが3名、食事摂取動作に支障をきたしている麻痺があるのは2名である。座位、立位保持能力は、座位・立位共に不可能が2名である。5名が車椅子を使用している。食事摂取時は椅子に座りなおすといった取り組みが1名あり、他の4名はそのままである。食事の面では常食常菜7名、粥食常菜1名、粥食刻み菜1名であった。食事摂取は全員自立である。箸を使える人は3名である。洗顔行為の自立は3名、口腔清潔行為の自立は5名である。

このグループでは、要介護5の人でもおにぎり食常菜であるなど食事についてはかなり自立している人が多い。口腔機能は総義歯3名であり、片方が何も無い人が2名いるが、

その2名はどちらかが自歯・部分義歯はある。ただ、上下どちらかに残存歯や部分義歯があっても、咀嚼機能を果たすことは難しい。要介護度は1が1名、2が1名、3が3名、4が2名、5が1名と分散している。

#### (4) 口腔清潔行為とADL及びコミュニケーションの関連性

含嗽が自立している人は14名であり、声掛け程度の見守り・誘導を必要としている人は17名、一部介助が必要な人は1名、全介助の人は4名であり、経管栄養の2名が不可能であった。経管栄養を除く36名は水分摂取にコップを使用できており、含嗽に必要なコップを口までもっていくという行為については、機能的には障害があるとはいえない。また、車椅子の使用は自立している人と見守り・誘導が必要な人が各8名いた。この施設には立位用と車椅子用と二種類の洗面台があるため、これらの車椅子を使って自ら移動できる人たちにとって、洗面台を使用して含嗽を行う環境に障害はない。含嗽と同じように洗面台に向かう洗顔行為については、これが自立している人は、含嗽の自立している人の中で8名、見守り・誘導の人の中では3名しかおらず、洗顔行為よりも含嗽行為の方が、その行為としては障害が少なく実施しやすいのではないかと予測できる。

歯のブラッシングが自立している人は3名、見守り・誘導は7名、一部介助は2名、全介助は5名であり、自歯がなくブラッシングが不要である人は21名であった。ブラッシングが自立している人は含嗽も自立している。しかし、自歯がある人で含嗽が見守り・誘導であった9名のうち4名はブラッシングが介助となっている。食事は、経管栄養の1名を除き16名が自力摂取出来ていた。ケースNo.35は、麻痺はないが車椅子使用である。食事は箸とスプーンの両方を使用し、水分もコップ使用で自力摂取している人である。洗顔行為は見守り・誘導である。口腔清潔行為は、含嗽が

見守り・誘導, 部分義歯清掃は自立, ブラッシングは全介助である。箸やスプーンと歯ブラシを手に持ち口へ運ぶという点においては, 食事摂取とブラッシングは類似した行為であると考えられるが, 歯ブラシを口に入れて磨くことは, 食事とは目的も違い, 上肢や身体機能よりも, 本人の意思や意識の影響によるところが大きいことが考えられる。さらに利き手に麻痺が出現するなど機能障害が加われば, それ以上に困難になってくることも予測できる。

義歯清掃が自立している人は11名, 一部介助は9名, 全介助は7名であり, 義歯はなくその行為が不要である人は11名であった。義歯清掃が自立できている人は, 含嗽はほぼ自立である。逆に義歯清掃が一部・全介助の16名は, 含嗽については10名が見守り・誘導であった。麻痺がある人のうち右麻痺のケースNo.21とNo.27の2名が口腔清潔行為全て自立している。義歯を取り出しブラシで磨くという複雑な行為を片手で行うには, 自立に向けた工夫と理解力および本人の意思がないと出来ないと考えられる。しかし, 片手で義歯を磨くという行為では, 十分に清潔が保たれているとは言いがたく, 義歯を磨くことや, 洗浄剤につけるなど補助的なケアは必要である。もし, 自立支援を尊重していくなら, 片手でも十分に清潔が保てる自助具の工夫が必要となるが, 現在のところ片手で義歯を磨く自助具は開発されておらず, 今後研究開発していくことも視野に入れていかなければならない。

口腔清潔行為とADLの関連性を分析すると, 口腔清潔を行う上では, 視力・聴力がやや不自由であっても, 見守り・誘導があれば実施することができている。上肢に麻痺のある人は片手での行為となるので, 自立支援のための工夫が必要である。含嗽は前傾姿勢をとらないと行えず, 安定した姿勢が必要になる。この施設では立位用と車椅子用と二種類の洗面台があり, 歩行と車椅子での差はない

ように思われるが, 義歯清掃は両手を使うために, 杖や歩行器を使用している人にとっては, 立位のままでは不安定になるので, 洗面台に椅子を用意するなど環境を整えていく援助が必要となる。食事摂取に介助が必要な人は, 口腔清潔も介助となってきている。洗顔行為と口腔清潔行為は, 一般的には洗面台において, 同じように行う行為であるが, 特別養護老人ホームにおける要介護状態の高齢者では, 洗顔行為が自立できている人は少なかった。洗顔は含嗽より長時間洗面台に向かって前傾姿勢をとらなければならないために, 行為としての難易度は高いと考えられる。

口腔清潔行為とコミュニケーション能力の関連性では, コミュニケーションが困難な6名は, 口腔清潔行為は殆ど全介助であった。コミュニケーションがやや困難な13名は, 口腔清潔行為は見守り・誘導, 一部介助が多い。事例で比較すると, ケースNo.8は少し耳の聞こえが悪い以外には, 歩行もでき, 食事も自力で摂取しておりADLはかなり自立しているように見える。しかし洗顔や口腔清潔は一部介助となっており, コミュニケーションはやや困難である。ケースNo.21は右半身麻痺であり車椅子使用しているが食事摂取, 口腔清潔は自立しており, コミュニケーションは図れている。共に要介護度3でありADLとすればNo.8の方が高いが, 認知症高齢者日常生活自立度はNo.8がIV, No.21がIIであり, No.8はAグループである。認知症高齢者はNo.8のようにADLは高いが口腔清潔行為や洗顔行為は誘導がないと実施できない人が多い。認知症により, 一度獲得した生活習慣を失っていたり, 環境の変化により混乱しているために, 口腔清潔行為は誘導や介助がないと実施できない場合が多いと考えられる。

##### (5) 歯科検診結果と口腔ケアの実施状況

この特別養護老人ホームでは, 平成17年4月～8月までに, 嘱託歯科医師により歯科検診を実施した。併せて, 筆者らは対象の入居

表2 歯科検診結果と口腔ケアの実施状況

No.	治療		種類	摘要	口腔ケア実施状況
	歯	義歯			
1	*		FD/PD	虫歯	自分で外し、職員が介助しながら磨く。夕食後洗浄剤につける。
2				再検診 非協力	気がむけば、自分で磨く。介助に対する拒否がある時はうがいのみ実施する。
3	*			SC	声がかけて自分で磨くが、拒否する時は実施せず。
4	*	*	ナシ	義歯ナシ SC 非協力	介助に対する拒否が強いため、食後に水を飲んでもらう。
5	*		FD/PD	SC	自己管理
6	*		PD/FD	SC	拒否があるため自己管理だが、自分からはやらない。
7			FD/FD		食後自分で義歯を出し自分で洗い、職員も介助する。夜も義歯は装着している。
8			FD/FD	非協力	ほとんど義歯は装着したままで、介助に対する拒否もあるので、週1回程度たまたま出した時に洗浄する。
9			FD/FD		毎食後声がかければ自分で洗浄する。
10	*	*	ナシ	虫歯 SC	自分でうがいをする。歯磨きを意欲しても、どこかに入れ込んでしまう。
11	*	*	ナシ	義歯ナシ 使用したくない	介護に対する拒否があるため食後にお茶を勧める。
12			FD/FD	食事チェック	毎食後自分で義歯をすすぐ・夜も義歯は装着したままである。
13	*	*		SC	経管栄養・定時に職員が口腔清拭を実施する。
14			FD/FD		毎食後職員が介助している。
15			FD/FD		毎食後職員が介助している。
16		*	FD/ナシ	反射的に閉口	介助に対する拒否(かまれてしまう)が強いため、ほとんど清掃できない。
17			ナシ		経管栄養・定時に職員が口腔清拭を実施する。
18	*		FD/FD		自己管理
19	*		FD/FD		自己管理
20	*		FD/FD		介助に対する拒否が強いため、ほとんど清掃できない。
21			FD/FD		自己管理
22			FD/FD		夕食後のみ職員が義歯洗浄し洗浄剤につける。
23	*	*	FD/PD	虫歯 SC	毎食後自分で義歯を外し職員が洗う・残存歯はブラッシングする・食後は洗浄剤につける。
24	*	*	ナシ	義歯ナシ 虫歯 SC	夕食後声がかけて自分で歯を磨いてもらう(見守り)。
25			FD/FD		夕食後のみ職員が義歯洗浄し洗浄剤につける。
26			FD/FD		自己管理
27		*	FD/FD	咬合が悪い	自己管理
28	*	*	PD/	虫歯 SC	夕食後のみ職員が義歯洗浄し洗浄剤につける。
29	*	*	ナシ	虫歯 SC	自己管理
30		*	FD/FD		自己管理
31			FD/FD		自己管理(時々介助する)
32			FD/FD		自己管理
33	*	*	ナシ/PD	上義歯ナシ SC	自己管理
34	*	*	PD/FD	虫歯 SC	自己管理
35	*	*	PD/FD	SC	自己管理(時々介助する)夜間も義歯は装着したままである。
36		*	PD/ナシ	上義歯落ちる 下義歯ナシ	自分で口をすすぐ・夕食後洗浄剤につける。
37	*	*	ナシ	義歯ナシ 虫歯 SC	自分で口をすすぐ・夕食後職員も介助しながら義歯を洗浄する。
38	*	*	ナシ	義歯ナシ 使用したくない	あまり実施していない。

注1 治療欄の\*は、要治療を示す。

注2 種類のFDは総義歯、PDは部分義歯を示す。

注3 摘要のSCは歯周病を示す。

者が、実際にどのような口腔ケアを受けているのか、担当職員からの聞き取り調査を行った。その結果は、表2のようであった。予想以上に、自己管理の人が多く、38名中13名であった。その中で、担当嘱託歯科医師が治療が必要と診断している人は8名であり、「自分でできる」と本人は言っているが、実際には十分な口腔ケアができていない可能性があることが推測できる。しかし、本人が「できる」と言う場合に、それでも介助をするのか否かという点は、自己決定あるいは自立支援という観点から、検討を要するところでもある。介助に対する抵抗が強く、ほとんど口腔ケアはできていないという人も8名いた。無理に義歯を出そうすると噛みつかれてしまうというケースもあり、なかなか難しいという声も聞かれた。

残存歯があり、義歯も使用している人は8名で、うち虫歯のある人が3名、また2名は上下いずれかの義歯を紛失している。加えて義歯が合っていない人もおり、実際の咀嚼機能は十分に機能していないと考えられる人が半数近くいる。これらのことから、A施設入居前の口腔に関するケア不足が考えられる。

残存歯があり義歯を装着していない人は8名で、うち4名は虫歯である。また、自歯なくも義歯も使用していない人は3名だった。

前述したように、経管栄養の人に対しては、

1日1回の口腔ケアが実施されていた。A氏(ケースNo.13)は、脳挫傷による意識障害があり、本人とのコミュニケーションは極めて難しい。寝たきり状態であり、ほとんどを自室のベッド上で過ごしている。胃ろうによる経管栄養であり、意思の疎通はほとんど不可能であるが、追視はある。全身の麻痺・拘縮があり、要介護5である。口腔内は、残存歯が多数ある。発熱を繰り返しており、肺炎予防のためにも、口腔ケアは重要だと考えられている。ケアプランの中には、口腔内の清潔を保つというプランが盛り込まれて実践されていたが、介護内容(方法)までは具体的になっていなかったため、担当看護師の実践をモデルに具体的な介護方法をプラン化し、担当嘱託歯科医師の指導も受けて、チームとして共通認識をもって実践してもらった。表3がA氏の口腔ケアプランである。毎日1回、定時にプランを実行し、実施した職員はその時にサインをし、異常がある時は備考欄に記入してもらった。嘱託歯科医師の往診時にも、そのチェック表を見てもらうようにした。

#### 4. 口腔ケアに関する職員の意識調査

口腔ケアを行うことが、高齢者にとって大切なことだと認識され始めていても、介護現場の忙しい業務の中ではなかなか普及しないのではないかと予想される。また、口腔ケア

表3 A氏 口腔ケアプラン

ニーズ	目標	介護内容	
寝たきり状態かつ経管での栄養摂取であるため、誤嚥性肺炎を引きおこし全身状態が悪化する可能性があるため、それを予防しながら、ご本人が爽快感をもてるようにする。	誤嚥性肺炎の予防	①声かけや顔・手を拭く等して覚醒をうながす。	午前10時
	残存歯の維持	②ゆっくりと声かけをし、ご本人に口腔ケアをすることを伝え、準備をしてもらう。	
	歯槽膿漏の改善	③唇に潤いを与える(モイスタライジングジェル)	
		④歯ブラシで歯をブラッシングする。	
		⑤上顎、舌を舌ブラシで清掃する。	
		⑥ガーゼにモンダミン水をしめらせて口腔を清拭する。	
		⑦口の周囲を拭き取り、ご本人に終了を伝える。	
		⑧チェック表に実施者名をチェックする。	

の実践が不十分な現状は、口腔ケアについての教育が不十分であることも原因の一つと考えられる。

そこで、対象の入居者を介護している職員を対象に意識調査を実施した。方法は、無記名自記調査で質問紙による留置法で、平成17年11月22日～12月15日に実施した。調査の趣旨を施設長および介護主任に説明し、職員には文書で協力を依頼した。目的、方法、秘密保持、参加は自由であること、協力の有無や内容による個人への影響その他の不利益は一切生じないことを伝え、同意を得られた人を対象とした。回収率は82% (49名)であった。

### (1) 資格の状況

現在持っている資格は、「介護福祉士」が37%と最も多く、次いで「訪問介護員2級」31%「保育士」9%「看護師・准看護師」7%「訪問介護員1級」7%「介護支援専門員」6%である。A施設は、職員採用に際しては、訪問介護員2級以上取得を条件にしているため、無資格者はいない。したがって、口腔ケアに関しても、習得内容の差はあるとしても、一度は教育を受けていると考えられる。

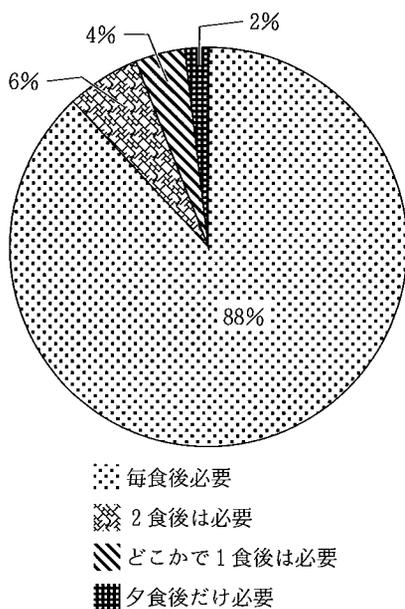


図1 口腔ケアの必要性

### (2) 口腔ケアの必要性

『口腔ケアは毎食後必要だと思いますか』の問いに対する回答は図1のようであった。「毎食後必要だ」と回答した職員は88%で、「2食後は必要だ」が6%「1日の内どこかで1回は必要」が4%「夕食後だけ必要」が2%で「あまり必要ない」と答えた職員はいなかった。このことから大部分の職員が、食事後の口腔ケアは必要だと考えていることが明らかになり、職員は口腔ケアの認識度は極めて高いといえる。しかし、実際の口腔ケアの実施状況から、毎食後必ず口腔ケアを受けている人は3名である。ケースNo.21の入居者は、毎食後自分から義歯を外し漱ぐので、職員が義歯を磨く介助をしており、囑託歯科医師も、この人の義歯はきれいだと話している。また、他の2名はいずれもBグループであり、このグループの職員の取り組み方が現れているともいえる。

### (3) 口腔ケアの実施状況について

現在の口腔ケアの実施状況については、①必要なので、必ず実施するように心がけている。②必要なので、できる範囲で実施するように心がけている。③必要なのはわかっているが、忙しくてそこまで手が回らない。④必要だが、優先順位としては低い。⑤あまり必要だとは思わない。⑥その中から選んでもらった。「必要なので必ず実施するよう心がけている」と回答したのは18%、「必要なので、できる範囲で実施するようにしている」が78%、「必要なのはわかっているが忙しくてそこまで手が回らない」が4%、「必要だが優先順位は低い」「あまり必要だと思わない」と答えた職員はいなかった。このことから、職員の口腔ケアへの意欲は十分にあることがわかる。介護現場は忙しく、そのために口腔まで手が回らないという意識が強いのではないかと予想したが、その回答は意外にも4%にとどまった。口腔ケアの必要性は職員の中に浸透しており、できるかぎり実践しようと

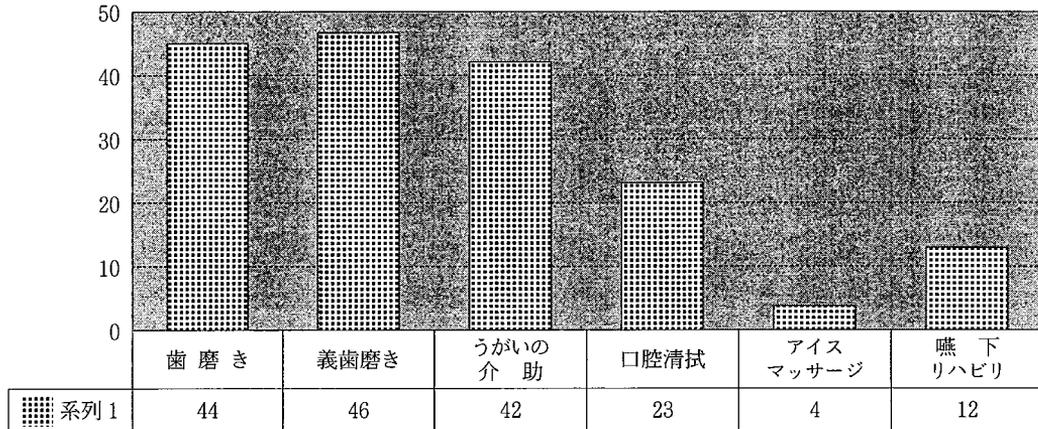


図2 実施可能な口腔ケアの方法

考えていることがわかる一方で、できるかぎりやろうとするが、何か障壁となりスムーズに口腔ケアができていないのではないかと予測できる。

(4) 口腔ケアの方法で理解し実施できる方法

『口腔ケアの方法で、あなたがその方法を理解し、実施できるものを選んでください』の問いに対する回答は図2のような結果であった。回答の選択肢は、①歯磨き ②義歯磨き ③うがいの介助 ④口腔清拭 ⑤アイスマッサージ ⑥嚥下リハビリ（お口の体操等） ⑦その他である。

歯磨き、義歯磨き、うがいの介助は大部分の職員が実施できるとしたが、できないと答えた職員もいることは大きな課題である。介護に携わる職員については、訪問介護員2級以上の資格を持っているはずの組織の中で、この項目が100%にならないことは組織内教育の必要性があるといえる。また、口腔清拭は半数しか理解できていない。経管栄養の利用者の介護に携わっているユニットでは、全員が実施できるようにしていると考えられるが、それ以外のユニットでは経験のない職員が多数いることが予想できる。また、嚥下リハビリ、アイスマッサージなどのより専門性の高いテクニックについては、ごく一部の職員しか理解していない。理解していると回答

した職員のほとんどは看護師・介護福祉士資格所有者であった。施設現場での口腔ケアへの教育・指導は十分に行き届いていない現状があり、現在の口腔ケアの教育・指導は不十分といえる。中には、現在自分が行っている方法が、正しいかどうか不安であるという意見もあり、経験的あるいは慣例的に行われているために系統的な方法が普及しているとはいえない。

(5) 毎食後のうがい実施について

『現在の介護現場で、毎食後歯磨きまでしなくても、うがいをするようにといわれたらどうですか（経管栄養の人、うがいのできない人は除く）』の問いに対する回答は、図3に示す通り「実施可能だ」と回答した職員は、18人、「不可能な人もいる」が29名「無理してそこまでやらなくても良い」が1名「決めてもスタッフによって実施する人としらない人がでると思う」が4名だった。

「不可能な人」とはどんな人かという問いには、「習慣がなく、本人に同意してもらえない」が3名、「意思の疎通が困難な人」が5名「飲み込んでしまう人」が4名「拒否がある人」が8名「体調・気分による」が2名であった。認知症がある場合には、本人ができるというのに手を出した場合、信頼関係を壊す恐れもあり、職員も躊躇していることが予

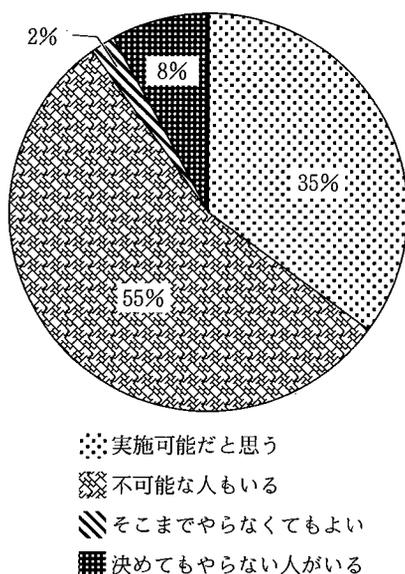


図3 毎食後うがいの介助をするようにいわれたらどうですか

想できる。

スタッフの中に実施しない人がいると考える人には、「実施しない人」とはどんな人なのか記載してもらった。「忙しそうに業務をこなしている職員」、「利用者本位ではない職員」を挙げている。

#### (6) 利用者の口腔ケアについての悩み

利用者の口腔ケアに関する悩みでは、上記の結果にも多く見られた、拒否のある利用者に対するケアの方法を知りたいという意見が最も多く10名であった。拒否の理由は、利用者によってさまざまであり、決して一様に解決できることではない。本人の生活習慣を知り、その生活習慣を尊重しながら、本人の思いに心を傾けながら糸口を探していかなければならない。

また、自己管理している人のケアはどうするのか、どこまで手を入れたらいいのか迷っている様子が伺える。自立支援というのを考えれば、自分でできるとする入居者に対して、強引に介助をするわけにはいかないし、口の中のことであり、本人の意思に反して介助することはできない。しかし、実際には

不都合や不具合を感じている人もおり、声にならない声を聞き取り、その解決の方法を見つけていかなければならない。また、自分の実践方法に自信がないといった意見もあった。少数の職員の悩みであっても、利用者にとってはその一人のケアが重要な意味を持つことも考えれば、全職員共通の理解と認識が浸透する教育システムが必要である。

#### (7) 職員自身の口腔ケアについて

職員自身の口腔ケアについては、毎食後歯磨きを実施している職員は67%、朝晩が29%で、夜だけ2%、時々忘れる2%である。20歳～50歳代と年齢層の中のある職員集団であるが、歯磨き教育が普及した後の世代であるため、96%が2食後以上歯磨きをしている。さらに、糸楊枝、舌ブラシも使う人は約2割いる。このことから、自身の口腔ケアについては意識は高いといえる。

歯科受診に関しては、「痛い時に行く」が80%「心配な時に行く」6%で、「定期的に行く」は8%「行ったことがない」人も4%いた。歯磨きの普及は進んでいるものの、多くの人は定期受診まではしていないことがわかる。

介護実践は、自身の価値観が影響を及ぼす場面がある。自分自身が食後の歯磨きを欠かさない人は、利用者の歯磨きに対しても注意深く関わっているのではないかと予想できる。また、逆に自分は歯磨きを意識していない人は、利用者の口腔ケアについてもあまり意識しないのではないかと考える。

## 5. 介護福祉士養成教育における口腔ケア

介護福祉士資格取得には、いくつかの方法があり、実務経験3年を経て国家試験に合格するルートと、養成施設を卒業するルートで資格を取得する人が多い。介護福祉士養成施設は、厚生労働省の介護福祉士養成施設等の指定規則に定める科目を履修することを義務づけられている。介護福祉士養成における、

指定専門科目は17科目であり、口腔ケアについては、このうち介護概論と介護技術で触れているが、介護概論では、身体の清潔の中で口腔ケアの目的に触れている程度にとどまっております。具体的に学生が学ぶのは介護技術の授業の中になる。

介護技術の教科書別に、口腔ケアに関する内容は表4のようになっている。従来は、入浴や清拭をあつかう「清潔」の単元の中で、細部の清潔として口腔内の清潔について触れている程度であったが、生活を支えるという視点で、食後に口腔ケアを実施するという考え方を取り入れて「食事」の単元で口腔

表4 介護技術の教科書別「口腔ケア」に関する記載一覧

教科書名	出版社	単元	頁数
介護福祉士選書 新版介護技術	建帛社	食事の介護の実際 (4) 口腔ケア、義歯のケア 1) 口腔ケアの基本的な流れ 2) 義歯の清掃	3頁
新・セミナー 介護福祉士12 介護技術	ミネルヴァ 書房	身体の清掃介護 (9) 口腔の清潔介護 (口腔ケア) 1) 口腔ケアの方法 2) 口腔の清潔の留意点 3) 義歯の手入れと保管	2頁
介護福祉士養成講座 介護技術Ⅱ	中央法規	口腔のケア Ⅰ 口腔の清潔保持 1) 口腔ケアに用いる用具 2) 口腔の保清方法 3) 口腔ケアを行う際の観察項目 4) 口腔ケアの手順 5) ブラシの手入れと保管 6) 義歯の取り扱い方と清掃法 7) 口腔のリハビリテーション Ⅱ 状態別口腔ケア	17頁
最新介護福祉 全書15 介護技術	メヂカル フレンド社	清潔介助の方法 (5) 口腔ケア 1) 含嗽ができる場合 2) 介助して行う場合 3) 義歯の手入れ	1頁

ケアを扱うテキストも出てきた。しかし、量的には、簡単な説明程度であった。介護保険制度の改正で口腔ケアが注目され、中央法規出版のように「口腔ケア」を小単元として独立させている出版社もある。

口腔ケアは、食事の単元とセットで考えて教授することが望ましいと考える。人間の生命維持のために、口から食べることが重要であることを伝えなければならない。食事の意義、食事環境、食事動作に関わる身体機能と姿勢、嚥下のメカニズム、誤嚥の起きやすい条件、歯と歯肉の健康、細菌が口臭や肺炎の原因になること、食事介助の基本などについて講義と教師によるデモンストレーションにより教授することとなる。また、演習においては、学生同士で介助者役と利用者役になり、食事の介助と食後の歯ブラシによるブラッシングと清拭綿棒による口腔ケアの演習を行い、義歯の装着、脱着方法及び洗浄の演習も実施することが望ましい。介護職は、利用者の生活に最も近い所で仕事をしており、日常的に口腔ケアに携わることが多い。従って、介護職が口腔ケアについて正しい知識と技術を持っていることは、口腔ケアを実践していくために、必要なことである。

また、食物残渣の付着した義歯の洗浄は、学生にとっては抵抗が大きい。学内の実習では、義歯の洗浄方法は学ぶものの、実際に使用している汚れた義歯とは違うため、学外実習において、義歯の洗浄は抵抗があるとする学生が多い。核家族化が進み、高齢者と同居した経験のない学生が増えており、私生活の中で義歯に触れる経験はほとんどないのが現実である。そんな学生達が、口腔ケアの実践をより現実的かつ専門的に学ぶための工夫が求められている。実習後の振り返りの中で、施設で口腔ケアを実施してみたいの課題を出し合い、形態別の介助方法を共有していくことも重要であると考えられる。

## 6. おわりに

角らの開発した口腔ケアシステムは、1日1回5分を確実に行うものとしている。このことにより、むし歯予防や歯周病の予防のみならず、歯垢中細菌による誤嚥性肺炎などの全身感染症を予防することが期待でき、口腔器官の活性化(粘膜の血行促進、舌や口唇の運動性の向上、摂食・嚥下機能の向上、唾液腺機能活性化、自浄作用促進)も認められることがあると述べている<sup>7)</sup>。

今回調査した特別養護老人ホームA施設においては、多忙により口腔ケアの実践が普及していないとはいえ、職員の口腔ケアに対する意識も低いわけではなく、入居者の拒否が障害となっている可能性が最も高いと考えられる。大正から昭和初期にかけて、歯磨きは普及し始めるが、山間部にはまだまだその習慣は浸透してきていなかったため、入居している高齢者は、口腔ケアを生活習慣として獲得してきていない。また、歯科医を受診した経験も少なく、人に口の中の世話をしてもらうという体験はほとんどないと考えられる。それらのことから、口腔ケアに対する抵抗感は強く、要介護状態になった時に、歯の手入れを他人にってもらうことは受け入れ難いことのひとつとなっているようだ。

歯を磨けば口の中が気持ちよくなるという体験が薄い人たちに、そのことを伝えるのは難しい。しかし、人は不快よりも快を選ぶものなので、快の体験を積むことで口腔ケアへの抵抗感が軽減される可能性はある。信頼関係を構築し、利用者が介助を受け入れられる環境の中で、その体験を積むことができれば、口腔ケアシステムの導入も可能になると考える。また、口腔ケアシステムそのものを実践するというよりも、食後の含嗽や義歯を漱ぐといったことから始めていくことが重要である。

本人の拒否の原因を探り、日常生活の中で

信頼関係を築いていく中で、焦らず、あきらめずに関わっていくことが必要になってくる。また、入居者ひとり一人の状況を共通認識として共有し、その人に合わせた統一したケアを、チームとして実践していかなければならない。

介護保険制度の改正で付加された栄養ケアプランも、また口腔ケアに関する口腔ケアプランも、それぞれが独立しては、利用者本位の実践にはつなげていかない。なぜならば、食事も口腔衛生も、その人の生活の一部であり、治療ではないからである。その人の生活、さらには生き方が土台となって、そのスタイルは築かれてきている。従って、まずその事を受け入れ、本人が今何を思い、どうありたいと考えているのかに思いを馳せていくことをしなければ、継続した利用者本位のケアにはならない。その上で、各専門職から出されたそれぞれのケアプランが連携を持ちながら一つのケアプランになり、その人の人生を支えるケアプランとなっていく。他職種が連携をとりながら、実践可能でかつ利用者本位の実践が求められている。

このことは介護保険制度が当初から目指してきたことだが、制度改正で栄養ケアプラン、口腔ケアプランが加算されるようになり、現場はそれぞれのケアプランの作成に追われている現実がある。確かに、従来のケアプランに栄養面や口腔衛生面が入っていることは少なく、見落とされてきた項目ではあるが、それぞれの栄養ケアプランや口腔ケアプランが、専門職が立案し机上のものとなる危険性も出てきている。歯と口腔ケアは立案してあれば加算が付くというのは本末転倒であり、立案されたものが実践され、定期的に評価されて初めて本人にとってどうなのかが問われていくのである。したがって、ケアプランの一本化を行い、そのプランを介護現場が確実に実践していく体制を整備しなければならないと考える。そのために、まず両者の連携方法を

確立すること、チームとして共通認識を持ちながら口腔ケアプランを立案し、実践、評価していくシステムをつくること、それぞれのユニットの入居者の特性や形態に応じた取り組みを検討していくことが必要であると考えらる。

高齢者が在宅で、歯科医師や歯科衛生士の専門的口腔ケアを受けることを希望する場合は、老人保健法、医療保険法、介護保険法と3つの公的保険制度を活用することができる<sup>8)</sup>。

一般的に継続的な口腔ケアが必要で、介護認定を受けている場合は介護保険制度の「居宅療養管理指導」を適用される。介護保険制度が適用されない場合には、医療保険制度での「訪問歯科衛生指導」が受けられる。口腔ケアの目的、指導内容については、どちらの場合も変わらない。市町村の保健事業による「訪問口腔衛生指導」は老人保健法によるものである。

一方、特別養護老人ホームなどの施設において、口腔ケアを受ける場合は、在宅と同様に専門ケアを受けることはできない。今回の介護保険制度改正による介護報酬の改定で、口腔機能向上加算は、100単位/月である。口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対して、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算するとしている。しかし、この加算は、施設の介護報酬に加算されるのであり、歯科衛生士等がこれらの口腔機能向上のための技術を施した報酬は、施設から支払われることになる。仮に、100単位/月をそのまま専門家に支払うとして、歯科衛生士等との契約が成立するだろうか。また、もし成立したとして、どれだけ専門家のケアが受けられるのかは不透明な部分である。なぜなら、歯科衛生士等の専門家は、それを生業としているわけで、100単位/月はあまりにも安く、また継続し

たケアをするためには月1回程度では、不十分である。

そこで、現実的に可能でかつ継続的な口腔ケアを実現するためには、日常生活の支援をしている介護・看護職の役割が大きいと考える。また、歯科医師、歯科衛生士等との連携が必要不可欠ともいえる。専門家の定期的な指導と、現場のケアスタッフの継続したケアを充実させることが、施設での口腔ケア向上の条件であると考えらる。

そのために、まず両者の連携方法を確立すること、チームとして共通認識を持ちながら口腔ケアプランを立案し、実践、評価していくシステムをつくること、それぞれのユニットの入居者の特性や形態に応じた取り組みを検討していくことが必要であると考えらる。今回の調査で、口腔清潔行為を阻害しているものは、一人ひとり違うことがわかった。介護拒否の理由もさまざまであり、その原因を探ることは、口腔ケアを実施することに向けての第一歩となる。一人ひとりに寄り添う介護を目指して始まったユニットケアならではの特性をいかし、個人の課題と残存機能の活用方法を考えていくことで、ヒントが見つかるかもしれない。高齢者は新しい物を受け入れられないという先入観を捨てて、星形スponジの口腔ケア用具等を提供してみることや、洗面所等の環境の工夫、時には集団レクの中にお口の体操を取り入れてみることも試してみる必要がある。家庭的雰囲気を重要視することは大切であるが、ユニットケアの中に非日常的な取り組みがあってもおかしくはない。なぜなら、自分たちの生活も、日常と非日常の繰り返しだからである。その非日常的な関わりが、高齢者が口腔ケアに興味を持つきっかけになる可能性もある。

口腔ケアは人生の質(QOL)を大きく左右する行為だと考えらる。従って、介護従事者が口腔ケアの必要性を理解し、実践できる技術を学ぶことが急務であり、介護福祉士の

教育においても、その意義と実践方法について、十分に教授することが必要である。また、専門教育を受けていない現場の介護職に対しても、口腔ケアに関する認識を高める現任研修が必要であると考え、

## 注

- 1) 遠藤慶一：介護技術Ⅱ第7章6 口腔のケア，中央法規，東京，2003，p.88.
- 2) 戸田恭司 森下真行：口腔ケアでいきいき，医歯薬出版株式会社，東京，2003，p.16.
- 3) ライオン創業期の資料：<http://www.lion.co.jp/museum/theme01c.htm>，2005. 10. 5.
- 4) 口腔と全身の健康との関係：<http://www.8020zaidan.or.jp/zaidan/syokai.html>，2005. 10. 5.
- 5) 角保徳，植松宏：介護のための普及型口腔ケアシステム，医歯薬出版株式会社，東京，2005，p.4.
- 6) 同上：p.9.
- 7) 同上：p.21.
- 8) 中川律子：高齢者のためのトータル口腔ケア，医歯薬出版株式会社，東京，2003，p.144.

### 口腔ケアに関するアンケート

以下の質問の該当する項目の番号に○をつけてください。

その他を選ぶ場合は具体的にご記入ください。

1. 取得している資格(複数可)

- ① 介護福祉士 ② 看護師 ③ 准看護師 ④ ホームヘルパー1級 ⑤ ホームヘルパー2級  
⑥ 介護支援専門員 ⑦ 社会福祉士 ⑧ 保育士 ⑨ その他( )

2. 1の資格や免許をもつての通算経過年数(カッコ内には1での番号を記入してください)

資格( ) 年 ヶ月 資格( ) 年 ヶ月  
資格( ) 年 ヶ月 資格( ) 年 ヶ月

#### 入居者に対する口腔ケアについて

1. 歯磨き・入れ歯の洗浄・うがい等の口腔ケアは毎食後必要だと思いますか?

- ① 毎食後必要 ② 2食後は必要 ③ 1食後(どこかで1回)は必要  
④ 夜だけ必要 ⑤ 必要ない ⑥ その他( )

2. 口腔ケアの実施状況についてお答え下さい。

- ① 必要なので、必ず実施するように心がけている  
② 必要なので、できる範囲で実施するようにしている  
③ 必要なのはわかっているが、忙しくてそこまで手が回らない  
④ 必要だが、優先順位としては低い  
⑤ あまり必要だとは思わない  
⑥ その他( )

3. 口腔ケアの方法で、あなたがその方法を理解し実施できるものに○をしてください。

- ① 歯磨き ② 義歯みがき ③ うがいの介助 ④ 口腔清拭 ⑤ アイスマッサージ  
⑥ 嚥下リハビリ(お口の体操) ⑦ その他( )

4. 歯磨きまでしなくても、毎食後うがいをするように、(経管栄養の方やうがいのできない人は除く)といわれたら、現在の状況の中でいかがですか?(複数回答可)

- ① 実施可能だと思う  
② 入居者によっては可能な人と不可能な人がいると思う  
③ 無理してそこまでやらなくても良いと思う  
④ 決めても、スタッフによって実施する人とならない人がでると思う  
⑤ なぜ、毎食後うがいが必要なかわからない  
⑥ その他( )

5. 4で②を選んだ方は、「不可能な人」とはどういう人のことですか?

( )

6. 4で③を選んだ方は「無理して」と考えるのは、何故無理だと考えますか?

( )

7. 4で④を選んだ方は、「実施しないだろうと予想されるスタッフ」について、その人の日頃のどういう言動から、そう判断するのですか?

( )

8. お年寄りの口腔ケアで、悩んでいることがあれば教えて下さい。

9. 最後にあなた自身の歯磨きについてお聞きします。

- ① 毎食磨く ② 朝晩は磨く ③ 朝だけ磨く ④ 夜だけ磨く ⑤ その他( )

10. ご自身の歯のお手入れについてお答え下さい。

- ① 歯磨きのみ ② 糸楊枝等も使用する ③ 舌ブラシも使用する ④ その他( )

11. ご自身の歯科受診についてお答え下さい。

- ① 痛い時等トラブル時に行く ② トラブルとまではいかないが心配な時に行く  
③ 定期的に検診を受ける ④ その他( )

お忙しい中ご協力ありがとうございました