

## 口腔ケア

# I 口腔ケアの目的と対象者

## 1 口腔ケアの必要性と重要性

「専門的口腔ケア」は低栄養・転倒、気道感染、閉じこもり等に対する予防効果があり、高齢者に対するリハビリテーションのメニューの内、効果を高めるサービスの一つであることが確認されている（平成16年1月に報告された厚生労働省主催「高齢者リハビリテーション研究会」）。

口腔ケアは、食事前後の10分間という短時間であっても、週1～2回、定期的実践することで、唾液分泌が促進され、摂食嚥下機能が高まる。その結果、食事も楽しみに変わり摂取量も増加するなど、日常生活の活性化とADLの拡大に繋がる効果が期待されている。

## 2 口腔ケアの目的

日常のセルフケアを強化する教育要素を積極的に盛り込み、利用者のセルフ意欲を引き出し、食介護の一助とすることがまず基本になる。次に必要に応じて、介護職員や歯科衛生士が利用者とともに、効果的な口腔ケアを援助し、楽しく安全に、口腔ケアが生活習慣として定着できるようにする。

## 3 対象者

要支援、要介護1及び要介護2（ただし、身体状況等を考慮する）

# II 口腔ケアの実施方法

各々の実施方法によるが、以下に口腔ケア事業の1例を示す。

## 1 口腔ケアの概要

- (1) 参加人数：10名程度
- (2) 実施期間：3か月
- (3) スタッフ：歯科医師、歯科衛生士他
- (4) その他：ケアマネジャーとの連絡・調整

## 2 事前準備

### (1) スタッフの事前学習・説明会

- ①関係機関と合同で事業計画案を作成。  
連携、協力体制、役割分担、実施方法等。
- ②本人、家族、ケアマネジャーを含めて関係者全員で行う。  
本人や家族にとって、日常的なセルフケアとしての定着が特に必要なため、セルフケア意識を引き出し、習慣として持続できるようにする。

### (2) スタッフ体制（対象者10名に対し）

- ①歯科医師1名（事業開始時、中間及び終了時）
- ②歯科衛生士：2名
- ③その他：介護職、看護職1～2名

### (3) 関係団体との連携

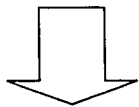
歯科医師会及び医師会

### (4) リスク管理

- ①実施場所の環境整備、本人への説明、個別リスクの共有、囑託医師を中心とした緊急マニュアル作成等
- ②担当の役割を明確化する

## 口腔ケアの流れ

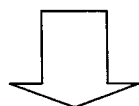
### 事業実施計画書の作成



口腔ケアの理解・スタッフの調整を行う

- ①事業実施要領の作成
- ②事業実施計画書の作成

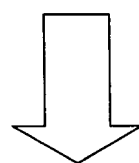
### 対象者の選定・決定



①要介護認定による要支援、要介護1及び要介護2（ただし、身体状況等を考慮する）からの選定

- ②問診票

### 口腔ケア開始までの準備



①対象者に参加要項を送付

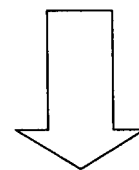
・問診票結果などにより対象者の健康状況一覧を作成

②アセスメント・事前評価

③プログラム作成会議による事前カンファレンス

・対象者の身体状況等をスタッフ間で共有。

### 口腔ケアプログラムの実施



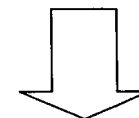
①プログラム作成会議

・問診票、アセスメント結果などにより個別プログラムを作成

②プログラム実施（集団アプローチ、個別アプローチ）

③効果測定（問診票など）

### 口腔ケアプログラム評価



①個人評価

②総合評価

### 3 対象者の選定・決定

アセスメントにより何らかの口腔疾患が疑われる場合は、かかりつけ歯科医の受診を勧める。

#### 対象者の選定

要支援、要介護1及び要介護2（ただし、身体常用等を考慮する）認定者の中から、

- ①他の介護予防事業参加者
  - ②ケアマネジャー、デイサービス等からの個別勧奨
- により抽出した者のうち、口腔ケアのための一次アセスメントの①1. 2. ②1. 2. ③2. ⑤1. ⑥1. ⑧1. ⑨1. ⑩1. ⑪1. の9つのうちのいずれかに該当する者を選定。

#### エントリー除外判定

- ①最近6か月以内に心臓発作、脳卒中発作を起こした者
- ②急性の肝機能障害または、ウイルス性肝炎活動期の者
- ③その他感染性疾患の者

#### 対象者の決定

### 4 個別アセスメント

#### (1) 事前評価

歯科医師によるチェック、歯科衛生士、スタッフ等による問診。

- ①口腔ケアの一次アセスメント
- ②口腔アセスメント
- ③口腔ケア：自己評価票による事前評価
- ④要介護度及び要介護認定一次審査の点数

#### (2) 個別プラン作成（重点項目の作成）

アセスメント票を元にカンファレンスにより作成  
（介護職、保健・看護職も含め）

### 5 事業実施

実施時間は、昼食前、中、後の時間それぞれにおいて目的別のケアを行うことが望ましい。

進行手順は各々の実施方法による。次に進行手順表の1例を示す。

## 進行手順表（例）

### 1. 「集団」アプローチⅠ

- (1) お茶のみとプクプクうがい  
頬の右、左、右、左と動かす方向の声かけ
- (2) 鏡を見ながら口腔内の汚れの自己チェック（義歯着脱）  
位置を知らせながら確認する声かけ  
（歯間部、歯頸部、頬と歯茎の間、舌の上下、口腔前庭など）
- (3) 自分流の歯磨き
- (4) 歯磨き動作自己点検の支援  
奥歯から順番に磨く場所の声かけをし、磨き残し部位のないことを自己認識させる。無歯顎者も歯ぐきや頬粘膜、舌にブラシを当て、マッサージするように声かけ。
- (5) 義歯の清掃



### 2. 「集団」アプローチⅡ

#### [機能的口腔ケア基礎編]

- (1) 深呼吸の練習
- (2) 首の体操・・・肩の上下動かし
- (3) 舌の体操・・・前後、左右、上下、回転
- (4) 頬のふくらまし・・・ゴクン
- (5) 発音練習・・・「パ」「タ」「カ」「ラ」の繰り返し  
「ウ」「イ」の繰り返し
- (6) 深呼吸の練習
- (7) お茶を1杯“ゴクン”



### 3. 個別アプローチ

- (1) 口腔ケアアセスメント・口腔観察  
グループ間を回りながら、口腔清掃自立度（うがい、義歯着脱、口腔清掃状況）等を観察し確認。
- (2) ワンポイントアドバイスと実施指導  
口腔観察、全身状況や口腔清掃自立度に基づいた歯磨き方法や清掃器具の選択について。
- (3) 集団アプローチの実施状況から必要に応じ補足
- (4) 個別口腔アセスメント票への記録

### 毎回の終了後ミーティングと記録

- (1) 個別
- (2) 全体の進行・運営など

## 6 事業の終了・評価

### (1) 個別評価

口腔清掃自立度、口腔観察所見解消度、口腔機能の基本的な効果。

- ①口腔ケアの一次アセスメント
- ②口腔アセスメント
- ③口腔ケア：自己評価票による事後評価
- ④要介護度及び要介護認定一次審査の点数

### (2) 全体評価

3か月間終了後、個人ごとのデータを総合集計し、事業経過等加味して総合的に判断し事業評価を行う。

## 7 終了後の支援

口腔ケアが生活習慣として定着していくように、以下の支援を行う。

(1) 結果のフィードバック（本人、家族、ケアマネジャー等関係者）

(2) ケアマネジャー等との情報交換

(3) 定期的検診の勧め

評価のための測定項目

# 《口腔ケア》

個別プランにおける個人評価、プログラムの総合評価のために、次の項目は事業の前後で必ず測定すること。

1. 一次アセスメント票
2. 要介護度及び要介護認定一次審査の点数

# 口腔ケア:自己評価票 (事前・事後)

お名前〔

※下記の質問の当てはまる答えに○を付けてください。

アセスメント項目		チェックポイント	答え	記入不要
A	お口のていれ	1 毎日歯磨きや入れ歯の手入れをしていますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		2 お口の中はきれいになっていると思いますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		3 口臭は気になりますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
B	歯	4 痛い歯、しみる歯がありますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		5 グラグラする歯がありますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		6 歯のつめ物やかぶせた物がとれたままになっていますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		7 咬むと歯や歯ぐきに痛みがありますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		8 その他( )	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
	入れ歯	9 入れ歯をずっと入れたままにしていますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		10 入れ歯ががたがたしたり、はずれやすいですか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		11 入れ歯あたって痛いところがありますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		12 入れ歯が壊れていますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		13 食事中に入れ歯を使っていますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		14 入れ歯がないので食べにくいですか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
	歯ぐき・粘膜	15 その他( )	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		16 歯みがきをすると血がでますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		17 歯ぐきが腫れていますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		18 歯ぐきから膿が出ますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
19 口内炎、口角炎がよくできますか？		はい いいえ	<input type="checkbox"/>	
20 口が渴いて食事がしにくいですか？		はい いいえ	<input type="checkbox"/>	
21 その他( )		はい いいえ	<input type="checkbox"/>	
C	食事・会話・発熱	22 食事にかかる時間がやや長くなりましたか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		23 食べこぼしが多くなりましたか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		24 ブクブクうがいがやりにくくなりましたか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		25 ややむせやすくなりましたか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		26 やや飲み込みにくくなりましたか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		27 口が大きく開けにくくなりましたか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		28 発音がはっきりしなくなりましたか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		29 少し熱が出やすくなりましたか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
		30 その他( )	はい いいえ	<input type="checkbox"/>
D	食欲・体調	30 食欲がありますか？ i. 非常にある ii. ある iii. 普通 iv. あまりない v. ない		<input type="checkbox"/>
		31 食事が楽しいですか？ i. 楽しい ii. やや楽しい iii. 普通 iv. やや楽しく v. 楽しくない		<input type="checkbox"/>
		32 健康状態はいかがですか？ i. よい ii. まあよい iii. 普通 iv. あまりよく v. よくない		<input type="checkbox"/>
E	お口の健康のため知りたいこと	33 (希望されるものすべてに○をつけてください) i. むし歯予防 ii. 歯ぐきを丈夫にする iv. 歯の磨き方 v. 入れ歯の手入れ vii. 口臭の予防 viii. その他( )		希望 有 無



## 〈介護予防口腔ケアプラン〉（例）

氏名		男・女	年齢	歳	口腔ケアカンファ レンス出席者	
基礎疾患		要介護度	支・1・2			
ケアプラン策定日	平成	年	月	日（ ）	記録作成者	

ケアの 課題と 目標	中・長期的	短期的
------------------	-------	-----

課題	本人の目標	ケア項目	いつ	どこで	どのように	担当者



調査(歯科)

実施日( 年 月 日)

調査第 回目

対象者氏名: \_\_\_\_\_

性別: 男・女

生年月日: 年 月 日

年齢: 歳

痛みの自覚症状 なし あり(内容 )

過去1年の定期検診の 有・無

1. 歯式(1)

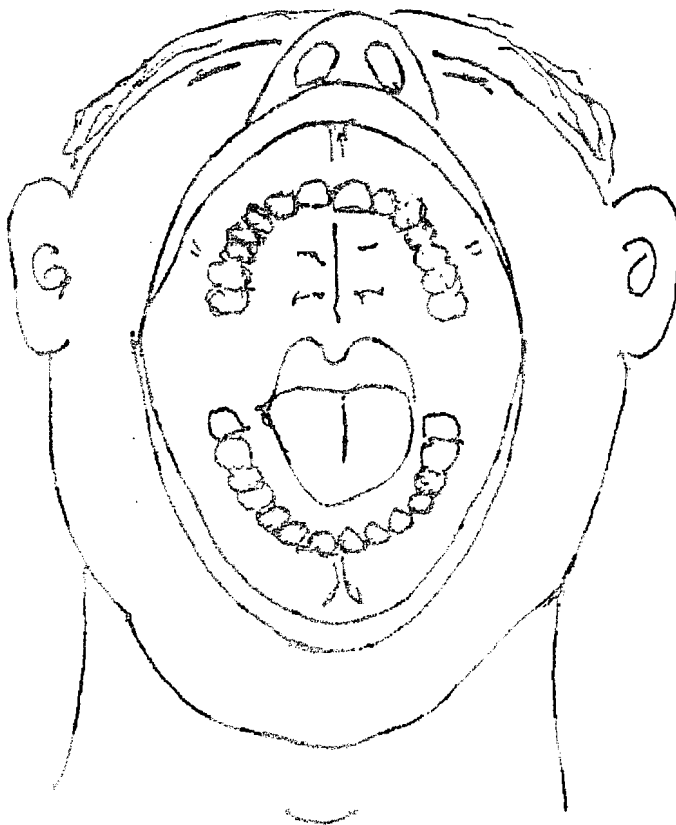
調査終了時																	
調査開始時																	
右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
調査開始時																	
調査終了時																	

記載記号 / : 健全歯、C : う触末処置歯、C4 : 残根歯、P4 : 強度動揺歯

△ : 欠損、⊙ : 欠損補綴

2. 歯式(欠損補綴) 義歯、ブリッジの形態を図示してください

現在歯数 \_\_\_\_\_ 歯  
 (残根除く) \_\_\_\_\_ 歯  
 アイヒナー分類  
 義歯なし \_\_\_\_\_  
 義歯あり \_\_\_\_\_



義歯調整の  
要・否

その後の結果  
調整  
済・なし

要治療  
あり・なし

その後の結果  
受診済・未受診

## 〈口腔アセスメント〉

C

口 腔 観 察 所 見	歯肉炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度
	口腔清掃状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 不良
	口臭	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> わずかに有 <input type="checkbox"/> はっきり感じ取れる
	義歯の適合	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 多少不適合 <input type="checkbox"/> 不適合
	義歯清掃状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 不良
	軟組織疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                      )
	舌苔	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 多量 <input type="checkbox"/> 他 (                      )
その他所見		
口 腔 清 掃 自 立 度	歯磨き	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> できない
	義歯着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> できない
	うがい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 水を含む程度 <input type="checkbox"/> できない
	義歯清掃	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> できない
口 腔 機 能 状 態	開口度	<input type="checkbox"/> 大きく開けられる <input type="checkbox"/> 一横指程度開けられる <input type="checkbox"/> ほとんど開けられない
	咀嚼	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 噛みにくい <input type="checkbox"/> 噛むことに大変不自由している
	発音	<input type="checkbox"/> 明瞭である <input type="checkbox"/> あまり明瞭でない <input type="checkbox"/> ほとんど聞き取れない
	流涎 (よだれ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> わずかにある <input type="checkbox"/> はっきり認められる
	お茶や水でむせるか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> むせることが多い
	食事時のむせ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> むせることが多い
	食べこぼし	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少しこぼす <input type="checkbox"/> 多量にこぼす
頬の膨らまし	<input type="checkbox"/> 左右十分できる <input type="checkbox"/> 十分にはできない <input type="checkbox"/> 全然膨らまない	
食 事 の 内 容	普段の食事で噛み切れる食事のうち、最も硬いもののグループはどれですか。 (入れ歯の人は入れ歯を使った場合についてお答えください)	
	グループ 1. さきいか・たくあん グループ 2. 豚肉ももゆで・生にんじん・セロリ グループ 3. 油揚げ・酢だこ・白菜の漬物・乾しぶどう グループ 4. ご飯・りんご・つみれ・ゆでたアスパラガス グループ 5. パナナ・煮豆・コーンビーフ・ウエハース グループ 5 の食品も噛めない	

# 口腔ケアのための一次アセスメント

① 歯が一本以上ありますか？

1. はい 2. いいえ

1. 歯磨きしている

2. 歯磨きしていない・歯垢付

1. 起床時

2. 食後

3. 就寝前

4. その他

② 入れ歯を使っていますか？

1. はい 2. いいえ

1. 入れ歯を清掃している

2. 入れ歯を清掃していない

③ 左右の奥歯でしっかりものを噛めますか？

1. はい 2. いいえ

④ よくうがいをしますか？

1. はい 2. いいえ

⑤ 最近食べる量が減ったり、食欲が減退していますか？

1. はい 2. いいえ

⑥ 口の中や唇がヒリヒリしたり、乾燥しやすいですか？

1. はい 2. いいえ

⑦ 水やお茶をよく飲みますか？

1. はい 2. いいえ

⑧ 食事にむせますか？

1. はい 2. いいえ

⑨ ご飯をよくこぼしますか？

1. はい 2. いいえ

⑩ 脳卒中の既往がありますか？

1. はい 2. いいえ

⑪ 時々、発熱することがありますか？

1. はい 2. いいえ

\*  が1つ以上ある場合リスク者とみなす。