

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

口腔機能の向上の実施体制と評価に関する研究
(H18－長寿－一般－020)

平成18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 大原 里子

平成19(2007)年4月

目 次

I. 総括研究報告	
口腔機能の向上の実施体制と評価に関する研究 -----	1
大原 里子	
II. 分担研究報告	
1. 市町村における口腔機能の向上の実施体制に関する調査 -----	8
植田 耕一郎	
俣木 志朗	
佐々木 好幸	
大山 篤	
2. 口腔機能の向上の相談支援員による調査 -----	37
北原 稔	
3. 口腔機能の向上入力ソフトの開発 -----	74
平田 創一郎	
4. 高齢者に対する口腔ケアの有効性について -----	84
小坂 健	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	91
IV. 研究成果の刊行物・別刷 -----	91
参考 都道府県別集計 -----	104
添付CD	
1. 総括・分担報告書	
2. 口腔機能の向上入力ソフト	

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
総括研究報告書

口腔機能の向上の実施体制と評価に関する研究
主任研究者 大原 里子 東京医科歯科大学歯学部附属病院講師

研究要旨

新予防給付及び地域支援事業新規メニューである「口腔機能の向上」事業の円滑かつ効率的な実施を支援することを目的とし、調査研究を行った。

市町村での実施体制に関する調査では、口腔機能加算届出事業所の割合、地域支援事業、予防給付、介護給付の実績はいずれも低いものであった。また、口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因や阻害要因が明らかになった。今後はこれらの阻害因子を解消していくことが口腔機能の向上の円滑な実施のためには必要となる。特に実施担当者の育成は急務である。

地域包括支援センターに対する調査では口腔機能の向上への対応が困難な状況や、利用者も自覚に乏しい実態などの現状が明らかとなった。今後の改善策として、歯科からの適切な情報提供の重要性と、本研究の口腔機能向上相談支援員のような支援の有効性も確認された。

厚生労働省の示した口腔機能向上加算（様式例）に準拠した、紙媒体よりも入力の手間、データの管理・集計に優れた入力ソフトを開発した。

口腔機能の向上に関する科学的なエビデンスの収集を目的にして、PubMedを中心に文献的な検討を行った。高齢者の嚥下性肺炎の予防についてはいくつかのRCTにより検証されている。また、栄養改善については、咀嚼力低下と低栄養については数多くの研究があり、口腔ケアの栄養改善効果についても今後検討を続けていく必要がある。

現在の「口腔機能の向上」の低い実施状況を改善するためには、市町村、地域包括支援センター、事業所等に対する歯科からの適切な情報提供、歯科衛生士会や歯科医師会の協力、実施担当者の育成が重要であり、歯科の積極的な行動が必要であると考えられる。また、科学的根拠を集積し、継続的に高齢者や関係者に情報発信することも重要であると思われる。

分担研究者

植田 耕一郎	日本大学歯学部	教授
小坂 健	東北大学大学院	教授
北原 稔	神奈川県茅ヶ崎保健福祉事務所	保健福祉課長
俣木 志朗	東京医科歯科大学大学院	教授

佐々木 好幸 東京医科歯科大学歯学部 准教授
平田 創一郎 東京歯科大学 講師
大山 篤 東京医科歯科大学歯学部 助教

研究協力者

南 二郎 埼玉県保健医療部健康づくり支援課 副課長

A. 研究目的

新予防給付及び地域支援事業新規メニューである「口腔機能の向上」事業の円滑かつ効率的な実施を支援することを目的とした。

1. 市町村を対象とした調査

新予防給付及び地域支援事業新規メニューである「口腔機能の向上」の市町村における実態を把握し、継続性に係わる課題と解決策を質問紙調査により明らかにし、事業の円滑かつ効率的な実施と評価に対する支援を行うことを目的とした。

2. 地域包括支援センターを対象とした調査

「口腔機能の向上」の円滑な実施のために、予防重視型システムの地域連携の要である“地域包括支援センター”の「口腔機能の向上」の実施体制を調査し、問題点と改善策を検討することを目的とした。

3. 入力ソフトの開発

紙媒体よりも入力を容易かつ確実にすること及び利用者のデータ管理と集計が容易に可能となることを目的とした。

4. 文献収集および検討

口腔機能の向上についてのプログラムの中心的な介入方法である口腔ケアについて、国内外の文献を収集し検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

1. 新規メニューの調査項目の選定、事業継続の課題や事業の評価に関する調査項目選定を行ったうえで調査票を作成した。全国1840市区町村宛に口腔機能の向上の実施体制に関する調査依頼を調査票とともに送付し、平成18年12月20日までに郵送またはメールで回答を得た。調査結果の統計学的解析を行い、新規メニューの実施体制、実施状況、

事業継続の課題、事業の評価、事業の実施内容等を明らかにしその改善策を検討した。

2. 「口腔機能の向上」の相談支援員（調査員）として一定の資格要件を満たした歯科衛生士を、次のように地域包括支援センターの補助職員として一定期間派遣し、口腔機能の向上の相談支援に従事するとともに可能な範囲で様々な事業やサービスの現場を見学し、相談支援実績や情報収集結果等を毎回の実績記録に記載した。また、相談支援員（調査員）は相談支援実績等の体験を通じて感じられた口腔機能向上支援の実施体制上の問題点や改善策について月に一回のレポートを提出し、派遣終了後は相談支援員（調査員）の報告会で、相談支援実績やレポート等の資料をもとに問題点の抽出と改善策等の検討を行った。

3. ソフトウェアの汎用性を考慮し、普及度が高いと考えられるMicrosoft Windows XP環境下で、Microsoft Excel 2003を使用し開発を行った。フリーソフトでの配布を考慮し、専用ソフトウェア開発はコスト面から見送ることとした。ソフトウェアを開発するうえで、誤入力の防止や利用者の利便性、厚生労働省の示した様式例に準拠した印刷物が発行できること等に留意した。

4. 口腔ケアについて呼吸器感染症と栄養改善について焦点を当て、その有効性についてPubMed及びメディカル・オンライン・ライブラリーにより国内外の文献を収集し検討を行った。

C. 結果

1. 口腔機能加算届出事業所の割合は、通所介護では29.4%、通所リハは46.6%であり、低い状況であった。口腔機能の向上の18年度上半期の実績と19年度下半期の実施予定については、それぞれ地域支援事業一般高齢者施策は34.9%、67.6%であり、特定高齢者施策は14.4%、76.6%であり、特に特定高齢者の実績は少なかった。口腔機能の向上実施状況に関する担当課としての自己評価は、特定高齢者施策、予防給付、介護給付のすべてで、「どちらともいえない」が約40~50%と最も多く、「良い」は10%未満と少なく、「悪い」が10~15%であった。口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因については、一般高齢者施策では「予算が確保されている」、「行政の担当者が確保されている」、「歯科衛生士会の協力が得られている」、「歯科医師会の協力が得られている」等が多く挙げられていた。また、特定高齢者施策では「特定高齢者の把握ができていない」、「歯科医師会の協力が得られている」、「歯科衛生士会の協力が得られている」等が多く挙げられていた。新予防給付では「通所系サービスの利用率が高い」、「要支援1、要支援2の人数が多い」、「ケアマネージャによる必要性の説明ができていない」等が多く挙げられていた。介護給付では「通所系サービスの利用率が高い」、「要介護の

人数が多い」、「ケアマネージャによる必要性の説明ができていない」等が多く挙げられていた。

口腔機能の向上の円滑な実施の阻害要因については、一般高齢者施策は「住民の関心が低い」、「実施を担当する人材が少ない」、「行政の担当者の経験が乏しい」等が多く挙げられていた。また、特定高齢者施策では「特定高齢者の人数が少ない」、「事業参加が必要とされる人が少ない」、「特定高齢者の把握が困難である」、「実施を担当する人材が少ない」、「特定高齢者の事業参加率が低い」等が多く挙げられていた。新予防給付では、「積極的な事業所が少ない」、「実施を担当する人材が少ない」、「対象者の条件がわかりにくい」等の回答が多く見られた。介護給付に関する口腔機能の向上の円滑な実施の阻害要因では「実施を担当する人材が少ない」、「積極的な事業所が少ない」、「対象者の条件がわかりにくい」等の回答が多く見られた。

一般高齢者施策では、パンフレットが他の実施方法に比べて多かった。特定高齢者施策の実績は、特定高齢者候補者数、特定高齢者数、事業参加者数ともに非常に少なかった。予防給付や介護給付の実績少なかったが、サービスを継続する割合は高かった。

2. 口腔機能向上相談支援の実績について、5名の歯科衛生士は、相談支援員として3箇所の地域包括支援センターに延べ31日間駐在し、電話や訪問を中心とした相談支援は84件、口腔機能の向上に関するアセスメントやプラン作成の支援、もしくはプランの説明は41件であった。また、現場の事業者へ出向いて見学や実地支援等は17件であったが、これにはセンターや市町村からの要請のみならず、一部現場スタッフからの要望によるものも含まれていた。

口腔機能向上相談支援結果については複数の地域にまたがった別々の地域包括支援センター相談支援員の支援記録から、その支援内容は概ね a. 会議・連絡会関係、b. 利用者等への相談支援関係、c. 事業者等の見学・実地支援関係の3種類に分類して整理することができた。a. 会議・連絡会関係については相談支援員としての歯科衛生士が口腔機能向上の相談支援機能を十分発揮するためには、地域包括支援センターの基本的な業務内容を把握するとともに、市町村の介護予防所管部局の保健師及び保健所の歯科職員との連携支援を綿密に行う必要があった。b. 利用者等への相談支援関係では、口腔機能向上支援相談員として歯科衛生士が具体的にどのような業務に就くかについて、最初は戸惑いがみられた。センターの中で「口腔機能の向上」を担当する職員（保健師・看護師）は、歯科衛生士に特定高齢者の確認参加への誘い出しや介護予防プランの「口腔機能の向上」部分での作成への手助け、サービス担当者会議での助言等を依頼すると、支援内容は定着してきた。c. 事業者等の見学・実地支援関係については今回、該当の地域包括支援センターを所管する市町村では、すべて介護予防事業の特定高齢者は委託で実施されていた。事業の展開内容も様々であったが、どこも試行錯誤を繰り返している状態で苦労していた。歯科医院を除いては歯科衛生士が実施スタ

ップである事業者はほとんどない現状であったが、医療系では医療サービスのような提供パターンになる傾向があり、福祉系では口腔へのアプローチに尻込みする傾向が認められた。相談支援業務が一段落した後は、市町村からの依頼もあって、歯科衛生士の相談支援員はケースを通じて事業者と地域包括支援センターとの連携推進役となる傾向があった。

3. 誤入力の防止や利用者の利便性、厚生労働省の示した様式例に準拠した印刷物が発行できること等に留意し、口腔機能の向上入力ソフト、およびマニュアルを作成した。

4. PubMed及びメディカル・オンライン・ライブラリーで国内外の文献を収集・検討した結果、不顕性誤嚥の頻度については頭頸部のがん等の手術、放射線治療、化学療法などを受けている場合、脳血管障害の高齢者においてもおよそ50%の高率で起きていたとの報告があった。また、健常者においても10~50%までの対象者で起きていたと報告されていた。それに対して介護施設で、介護士や看護師による食後の歯磨きと1週間に1度の歯科医師や歯科衛生士による専門的な口腔ケアにより、肺炎の機会、発熱の日数及び肺炎による死亡減少の効果が示された研究や、歯科衛生士による週に一度の専門的口腔ヘルスケアprofessional oral health care (POHC)により、介護施設での高齢者の37.8℃以上の発熱の頻度や嚥下性肺炎の頻度を減らすことが示された研究がある。口腔ケアの有効な理由については、一義的には口腔内の細菌が減少することにより、感染のリスクを減らすことが重要であると考えられるが、それ以外にもブラッシングそのものが口腔内に張りめぐらされている知覚週末を刺激し、末梢性あるいは中枢性にサブスタンスPをはじめとする神経伝達物質の放出を促進し、嚥下反射及び咳反射を改善するメカニズムが嚥下性肺炎の予防につながるということが考えられている。

また、栄養や全身への影響については、義歯の使用や咀嚼・嚥下に問題がある高齢者においては低栄養の危険性が高いことが多くの研究で示されている。咀嚼力低下の原因としては歯の喪失や、歯の喪失により歯肉の減退により求心性の神経の退化が起こることなどが挙げられる。また、咀嚼に合わせた舌の動きや運動が不完全なことや口腔乾燥や唾液の供給に関係した機能不全についても咀嚼の障害となりうる。咀嚼力の低下による栄養の低吸収については、これまで研究がなされてきており、さらに、胃炎や胃潰瘍と咀嚼機能との関係や高齢者において下痢や便秘といった胃腸症状と咀嚼力の関係も示されている。

D. 考察

1. 口腔機能加算届出事業所の割合は、通所介護では29.4%、通所リハは46.6%であり、低い状況であった。今後は希望者がどこでもサービスを受けられるように、口腔機能加算届出事業所の割合を高くする必要があると考えられる。地域支援事業の口腔機能の向上の

18年度前半の実績は低く、特に特定高齢者の実績は少なかった。口腔機能の向上実施状況に関する担当課としての自己評価は、実績が上がっていないため、やや悪い評価が多くなったと考えられる。

口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因として、地域支援事業では、歯科衛生士会や歯科医師会の協力が重要であることが明らかとなった。新予防給付や介護給付では「通所系サービスの利用率が高い」、「ケアマネージャによる必要性の説明ができています」等が多く挙げられ、地域包括支援センターの役割の重要性が示唆された。

口腔機能の向上の円滑な実施の阻害要因については、「実施を担当する人材が少ない」がすべての事業やサービスに共通していたので、歯科からの積極的な人材の供給及び人材の育成が急務であると考えられる。それ以外では、一般高齢者施策は「住民の関心が低い」、「行政の担当者の経験が乏しい」が、特定高齢者施策では「特定高齢者の把握が困難である」が、新予防給付と介護給付では、「積極的な事業所が少ない」、「対象者の条件がわかりにくい」が、等の回答が多く見られた。今後はこれらの阻害因子を解消していくことが口腔機能の向上の円滑な実施のためには必要となる。

特定高齢者施策の実績は、特定高齢者候補者数、特定高齢者数、事業参加者数ともに非常に少なかったが、平成19年度から、特定高齢者の要件が変更になり特定高齢者数が大きく増加することが予想されるので、これから徐々に事業参加数は増えてくるものと思われる。

予防給付や介護給付の実績は少なかったが、サービスを継続する割合は高かった。ケアプランを作成する介護支援専門員がその必要性和効果を説明し、利用者や家族がサービス利用に同意しなければ利用者は増加しない。介護支援専門員に対する歯科からの情報提供が重要である。

2. 地域包括支援センターに口腔機能向上相談支援員として歯科衛生士を派遣し、口腔機能向上関連の相談支援を担いながら、調査員としてその実施体制の情報を得て、今後の実施体制について検討を行った。その促進要因や改善策の検討結果からも、今回のような口腔機能向上の研鑽を積んだ歯科衛生士等を育成し、市町村や地域包括支援センター単位に口腔機能向上相談支援員として機能させることが有用な改善策として認識された。しかし、少数職種であり、一定要件を満たす口腔機能向上の支援を担当する人材育成は、効率性と平準化の観点からは都道府県が集中して担うべきであると考えられる。さらに市町村や常勤の歯科専門職が配置されている都道府県の保健所による支援ができれば、今後、口腔機能向上の普及及び質の向上の対策にもなりうると思われる。

3. 誤入力の防止や利用者の利便性、厚生労働省の示した様式例に準拠した印刷物が発行できること等に留意し、口腔機能の向上入力ソフト、およびマニュアルを作成したことにより、「口腔機能の向上」事業の円滑かつ効率的な実施と評価に対する支援が行えるものと考えられる。なお、平成19年度には本ソフトウェアを全国の事業者WEBページを通じて配

布し、現場からのフィードバックによりさらなる機能改善と向上を実施する予定である。

4. 口腔ケアの有効性について、文献的な検討を行った。呼吸器感染症予防、特に高齢者の嚥下性肺炎の予防についてはいくつかのRCTにより検証されている。嚥下性肺炎の予防としては、ACE阻害剤などの薬物や、カプサイシン、メンソール、黒胡椒等の食品なども研究されてきているが、口腔ケアは最も有効な予防手段の1つであるといえる。また、栄養改善については、咀嚼力低下と低栄養については数多くの研究があり、口腔ケアの栄養改善効果についても今後検討を続けていく必要があると考える。

E. 結論

現在の「口腔機能の向上」の低い実施状況を改善するためには、市町村、地域包括支援センター、事業所等に対する歯科からの適切な情報提供、歯科衛生士会や歯科医師会の協力、実施担当者の育成が重要であり、歯科の積極的な行動が必要であると考えられる。また、科学的根拠を集積し、継続的に高齢者や関係者に情報発信することも重要であると思われる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

小坂 健 介護保険制度と介護予防について 東北大学歯学雑誌 2006年 第25巻 1-6頁

小坂 健 介護保険制度の課題と今後の展望 高齢者歯科医療懇話会誌 2007年 第10巻 1号13-18

頁

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

市町村における口腔機能の向上の実施体制に関する調査

分担研究者 植田耕一郎 日本大学教授
侯木志朗 東京医科歯科大学大学院教授
佐々木好幸 東京医科歯科大学准教授
大山 篤 東京医科歯科大学助教

研究要旨

新予防給付及び地域支援事業新規メニューである「口腔機能の向上」事業の円滑かつ効率的な実施を支援することを目的とし、市町村での実施体制に関する調査を行った。

口腔機能加算届出事業所の割合は、半数以下であった。地域支援事業の実績は少なく、実施予定も19年度後半で60%～70%であった。口腔機能の向上実施状況に関する担当課としての自己評価は、地域支援事業、予防給付、介護給付のすべてで、「どちらともいえない」が約40～50%と最も多く、「良い」は10%未満と少なく、「悪い」が10～15%であり、やや低い自己評価であった。

口腔機能の向上の円滑な実施の阻害要因については、「実施を担当する人材が少ない」がすべての事業やサービスに共通していた。それ以外では、一般高齢者施策は「住民の関心が低い」、「行政の担当者の経験が乏しい」が、特定高齢者施策では「特定高齢者の人数が少ない」、「事業参加が必要とされる人が少ない」、「特定高齢者の把握が困難である」、「特定高齢者の事業参加率が低い」が、新予防給付では、「積極的な事業所が少ない」、「対象者の条件がわかりにくい」が、介護給付では「積極的な事業所が少ない」、「対象者の条件がわかりにくい」等の回答が多く見られた。今後はこれらの阻害因子を解消していくことが口腔機能の向上の円滑な実施のためには必要となる。特に実施担当者の育成は急務であるものと思われ、歯科からの積極的な行動が望まれる。

A. 研究目的

新予防給付及び地域支援事業新規メニューである「口腔機能の向上」の市町村における実態を把握し、継続性に係わる課題と解決策を明らかにし、事業の円滑かつ効率的な実施と評価に対する支援を行うことを目的としている。

B. 研究方法

新規メニューの調査項目の選定、事業継続の課題や事業の評価に関する調査項目選定を行い、別紙に示すような調査票を作成した。平成 18 年 11 月 30 日に全国 1840 市区町村宛に口腔機能の向上の実施体制に関する調査依頼を調査票とともに送付し、平成 18 年 12 月 20 日までに郵送またはメールで回答してもらうようにした。990 の市町村から回答があり、回収率は 53.8%であった。調査結果の統計学的解析を行い、新規メニューの実施体制、実施状況、事業継続の課題、事業の評価、事業の実施内容等を明らかにしその改善策を検討した。

(倫理面への配慮)

調査結果は集計されたものを個人名が特定されない形で研究に利用するので、個人情報の保護の面での倫理的問題は生じない。

C. 研究結果

調査票の結果は以下の通りであった。

都道府県別回収状況

	配布数	回収数	回収率
北海道	180	93	51.7
青森県	40	22	55.0
岩手県	35	22	62.9
宮城県	36	24	66.7
秋田県	25	15	60.0
山形県	35	24	68.6
福島県	61	47	77.0
茨城県	44	27	61.4
栃木県	33	22	66.7
群馬県	38	13	34.2
埼玉県	71	33	46.5
千葉県	56	39	69.6
東京都	62	39	62.9
神奈川県	35	21	60.0
新潟県	35	25	71.4
山梨県	28	8	28.6
長野県	81	43	53.1
富山県	15	7	46.7
石川県	19	9	47.4
福井県	17	3	17.6
岐阜県	42	19	45.2
静岡県	42	23	54.8
愛知県	63	45	71.4
三重県	29	7	24.1
滋賀県	26	12	46.2

	配布数	回収数	回収率
京都府	28	14	50.0
大阪府	43	25	58.1
兵庫県	41	22	53.7
奈良県	39	20	51.3
和歌山県	30	12	40.0
鳥取県	19	10	52.6
島根県	21	13	61.9
岡山県	29	16	55.2
広島県	23	13	56.5
山口県	22	12	54.5
徳島県	24	9	37.5
香川県	17	14	82.4
愛媛県	20	10	50.0
高知県	35	7	20.0
福岡県	68	48	70.6
佐賀県	23	8	34.8
長崎県	23	12	52.2
熊本県	48	29	60.4
大分県	18	8	44.4
宮崎県	31	9	29.0
鹿児島県	49	17	34.7
沖縄県	41	19	46.3
不明		1	
合計	1840	990	53.8

1. 地域支援事業特定高齢者数（平成 18 年 8 月 1 日現在）

一般高齢者施策の対象となる高齢者数について、回答のあった 976 市町村の合計は 16,614,904 名であった。65 歳～75 歳未満の高齢者では 965 市町村 8,850,208 名、75 歳以上の高齢者では 965 市町村 7,223,993 名の報告があったが、合計人数しか報告されていない市町村もあったため、65 歳～75 歳未満の高齢者数と 75 歳以上の高齢者数を合わせたものが合計の高齢者数と必ずしも一致しない。

また、特定高齢者施策の対象となる要支援・要介護に陥るおそれの高い特定高齢者数は 569 市町村からの合計で 28,705 名、特定高齢者の候補者数は 675 市町村からの合計で 75,748 名であった。65 歳～75 歳未満の特定高齢者では 423 市町村 6,045 名、75 歳以上の特定高齢者では 481 市町村 13,526 名が報告されており、65 歳～75 歳未満の特定高齢者の候補者数は 522 市町村 21,399 名、75 歳以上の特定高齢者の候補者数は 573 市町村 30,979 名であった。

		市町村数	人数
高齢者数	65 歳～75 歳未満	965	8,850,208
	75 歳以上	965	7,223,993
	合計	976	16,614,904
特定高齢者 候補者数	65 歳～75 歳未満	522	21,399
	75 歳以上	573	30,979
	合計	675	75,748
特定高齢者数	65 歳～75 歳未満	423	6,045
	75 歳以上	481	13,526
	合計	569	28,705

2. 介護給付の状況（平成 18 年 8 月 1 日現在）

a) 認定者数

認定者数については、新予防給付の対象である要支援 1 および要支援 2 の者はそれぞれ 844 市町村から合計 150,825 名、846 市町村から合計 132,758 名であった。要支援 1 の認定者は 65 歳～75 歳未満で 784 市町村 28,160 名、75 歳以上で 819 市町村 118,398 名の報告があった。要支援 2 の認定者は 65 歳～75 歳未満で 785 市町村の 25,089 名、75 歳以上で 822 市町村 102,175 名であった。要支援 1、2 ともに合計人数しか報告されていない市町村があったため、65 歳～75 歳未満の要支援者数と 75 歳以上の要支援者数を合わせたものが合計の要支援者数と必ずしも一致しない。

平成 18 年 3 月 31 日以前に「要支援」の認定を受けて認定の有効期間が継続している経過的要介護の者は 978 市町村から合計 275,891 名であった。経過的要介護の者の多くは要

支援1に認定されるため、これらは新予防給付の対象となり得る。65歳～75歳未満の経過的要介護の者は906市町村47,439名、75歳以上の経過的要介護の者は955市町村の221,161名の報告があった。本調査は介護予防導入から4ヵ月後の平成18年8月1日時点での人数を調査しているため、旧制度の認定の有効期間が継続している経過的要介護の者が新制度の要支援1、2の認定者数を上回っていた。さらに、平成18年3月31日以前からの「要介護1」の認定の有効期間が継続している者については「要支援2」に認定される可能性がある。

また、要介護度別の認定者数は、要介護1では983市町村から合計764,492名、要介護2では983市町村から合計415,626名、要介護3では982市町村から合計358,752名、要介護4では982市町村から合計328,763名、要介護5では981市町村から合計288,622名であった。要介護1の認定者は65歳～75歳未満で954市町村125,513名、75歳以上では960市町村609,608名、要介護2の認定者は65歳～75歳未満で944市町村70,182名、75歳以上では960市町村328,870名、要介護3の認定者は65歳～75歳未満で943市町村55,252名、75歳以上では959市町村289,244名、要介護4の認定者は65歳～75歳未満で943市町村45,841名、75歳以上では959市町村270,679名、要介護5の認定者は65歳～75歳未満で940市町村42,114名、75歳以上では957市町村236,831名が報告された。

b) 居宅サービス利用者数

居宅サービス利用者数について、要支援1および要支援2の認定者はそれぞれ805市町村から合計68,307名、802市町村から合計65,219名であった。要支援1の認定者では65～75歳未満の228市町村3,707名、75歳以上の296市町村16,622名が居宅サービスを利用しており、要支援2の認定者では65～75歳未満の246市町村3,892名、75歳以上の294市町村17,101名が利用していた。

経過的要介護では951市町村から合計196,625名の居宅サービスの利用が報告されており、65～75歳未満では285市町村8,555名、75歳以上では342市町村40,670名が利用していると報告された。

また、要介護度別の居宅サービス利用者は、要介護1では952市町村569,129名、要介護2では953市町村286,078名、要介護3では951市町村204,587名、要介護4では945市町村139,558名、要介護5では938市町村91,491名であった。要介護1の居宅サービス利用者数は65歳～75歳未満で324市町村25,885名、75歳以上では341市町村124,895名、要介護2では65歳～75歳未満で317市町村14,609名、75歳以上では343市町村62,624名、要介護3では65歳～75歳未満で307市町村10,153名、75歳以上では341市町村45,316名、要介護4では65歳～75歳未満で297市町村6,989名、75歳以上では333市町村30,793名、要介護5では65歳～75歳未満で276市町村4,951名、75歳以上では328市町村20,580名が報告された。

c) 施設サービス利用者数

施設サービス利用者数について、要支援1および要支援2の認定者はそれぞれ118市町村から合計303名、304市町村から合計894名であった。要支援1の認定者では65～75歳未満の10市町村34名、75歳以上の35市町村87名が施設サービスを利用しており、要支援2の認定者では65～75歳未満の25市町村61名、75歳以上の104市町村277名が利用していた。

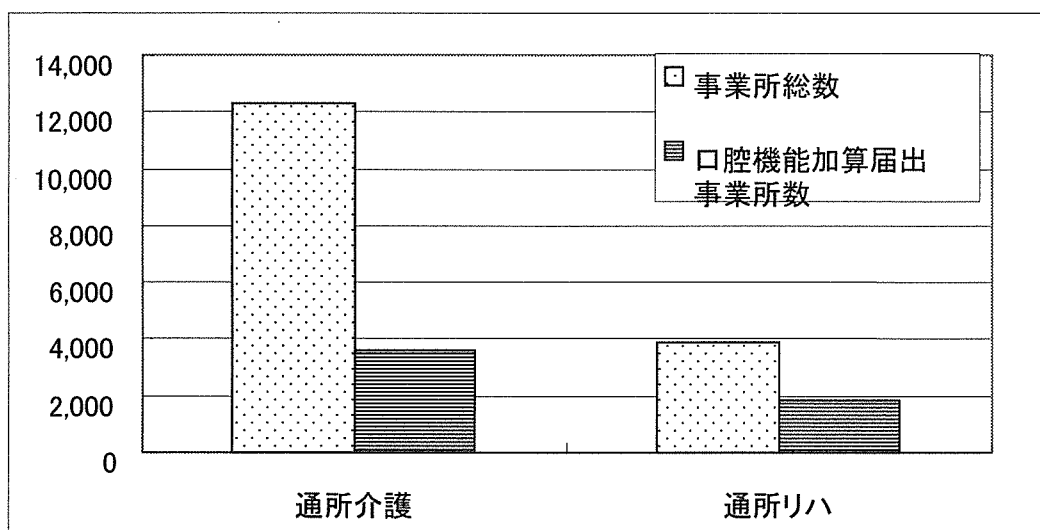
経過的要介護については25市町村から合計469名の居宅サービスの利用が報告されており、65～75歳未満では2市町村から7名、75歳以上では8市町村から40名が利用していると報告されていた。

また、要介護度別の施設サービス利用者は、要介護1では917市町村35,976名、要介護2では929市町村59,274名、要介護3では936市町村99,055名、要介護4では937市町村141,053名、要介護5では938市町村139,674名であった。要介護1の施設サービス利用者数は65歳～75歳未満で223市町村1,264名、75歳以上では324市町村8,891名、要介護2では65歳～75歳未満で246市町村2,053名、75歳以上では335市町村14,567名、要介護3では65歳～75歳未満で276市町村3,438名、75歳以上では342市町村24,709名、要介護4では65歳～75歳未満で290市町村4,785名、75歳以上では341市町村35,486名、要介護5では65歳～75歳未満で289市町村4,821名、75歳以上では338市町村36,200名が報告された。すべての要介護度において、後期高齢者の認定者数は前期高齢者の認定者数の約5倍であった。

		認定者数		居宅サービス利用者数		施設サービス利用者数	
		市町村数	人数	市町村数	人数	市町村数	人数
要支援 1	65歳～74歳	784	28,160	228	3,707	10	34
	75歳以上	819	118,398	296	16,622	35	87
	合計	844	150,825	805	68,307	118	303
要支援 2	65歳～74歳	785	25,089	246	3,892	25	61
	75歳以上	822	102,175	294	17,101	104	277
	合計	846	132,758	802	65,219	304	894
経過的 要介護	65歳～74歳	906	47,439	285	8,555	2	7
	75歳以上	955	221,161	342	40,670	8	40
	合計	978	275,891	951	196,625	25	469
要介護 1	65歳～74歳	954	125,513	324	25,885	223	1,264
	75歳以上	960	609,608	341	124,895	324	8,891
	合計	983	764,492	952	569,129	917	35,976
要介護 2	65歳～74歳	944	70,182	317	14,609	246	2,053
	75歳以上	960	328,870	343	62,624	335	14,567
	合計	983	415,626	953	286,078	929	59,274
要介護 3	65歳～74歳	943	55,252	307	10,153	276	3,438
	75歳以上	959	289,244	341	45,316	342	24,709
	合計	982	358,752	951	204,587	936	99,055
要介護 4	65歳～74歳	943	45,841	297	6,989	290	4,785
	75歳以上	959	270,679	333	30,793	341	35,486
	合計	982	328,763	945	139,558	937	141,053
要介護 5	65歳～74歳	940	42,114	276	4,951	289	4,821
	75歳以上	957	236,831	328	20,580	338	36,200
	合計	981	288,622	938	91,491	938	139,674
認定者 合計	65歳～74歳	951	473,545	328	78,565	304	15,828
	75歳以上	952	2,158,560	338	360,616	324	116,857
	合計	976	2,731,651	931	1,598,889	899	464,551

3. 提供事業所数(市町村内) (平成 18 年 8 月 1 日現在)

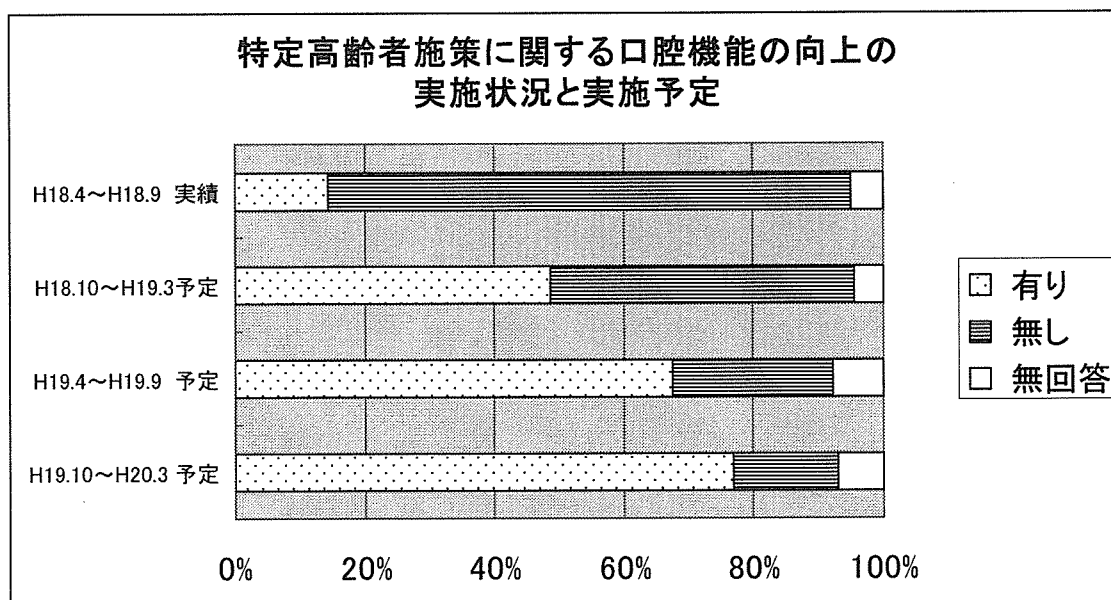
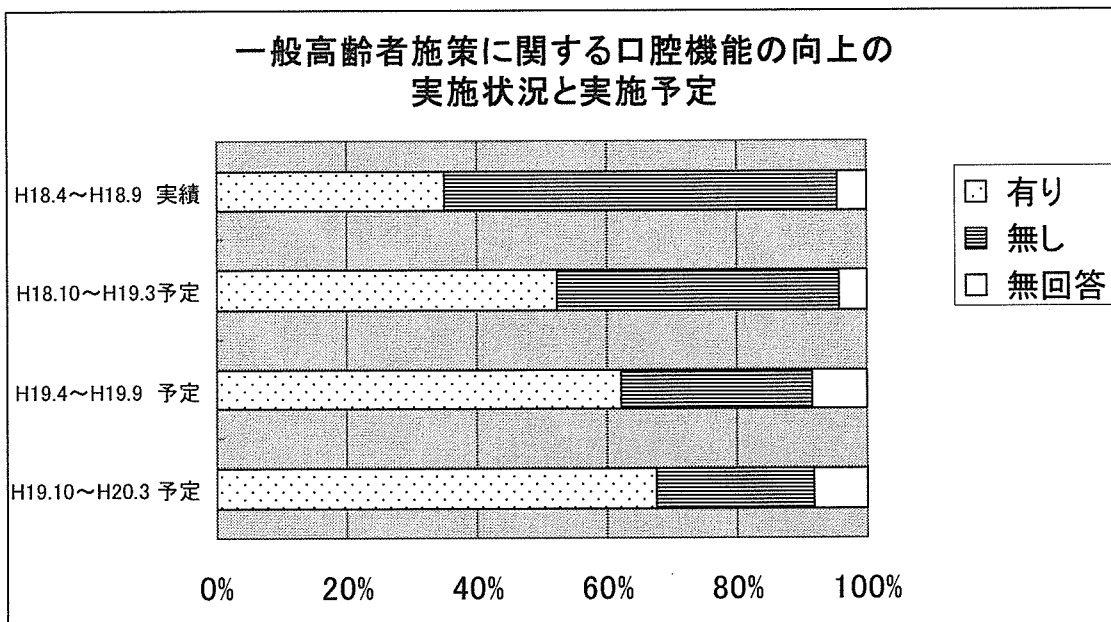
市町村内の事業所の総数については、通所介護が 913 市町村で合計 12,279 事業所、通所リハでは 717 市町村で合計 3,910 事業所であった。そのうち口腔機能加算届出事業所数については、通所介護では 526 市町村 3,607 事業所 (29.4%) で、通所リハは 444 市町村 1,822 事業所 (46.6%) であった。



4. 口腔機能の向上実施状況と実施予定

一般高齢者施策における口腔機能の向上実施状況と実施予定について、平成 18 年度前半 (平成 18 年 4 月から 9 月) の実績では、回答のあった 990 市町村のうち 346 市町村 (34.9%) で口腔機能の向上が実施されていた。口腔機能の向上を実施する予定の市町村は平成 19 年度後半 (平成 19 年 10 月から平成 20 年 3 月) までに徐々に増加する傾向を示していたが、669 市町村 (67.6%) にとどまっていた。

また、特定高齢者施策における口腔機能の向上実施状況と実施予定について、平成 18 年度前半 (平成 18 年 4 月から 9 月) の実績では、回答のあった 990 市町村のうち 143 市町村 (14.4%) で口腔機能の向上が実施されていたにすぎなかった。しかし、口腔機能の向上を実施する予定の市町村は一般高齢者施策に比べて急激に増加し、平成 19 年度後半 (平成 19 年 10 月から平成 20 年 3 月) までに 761 市町村 (76.6%) まで増加する見込みである。

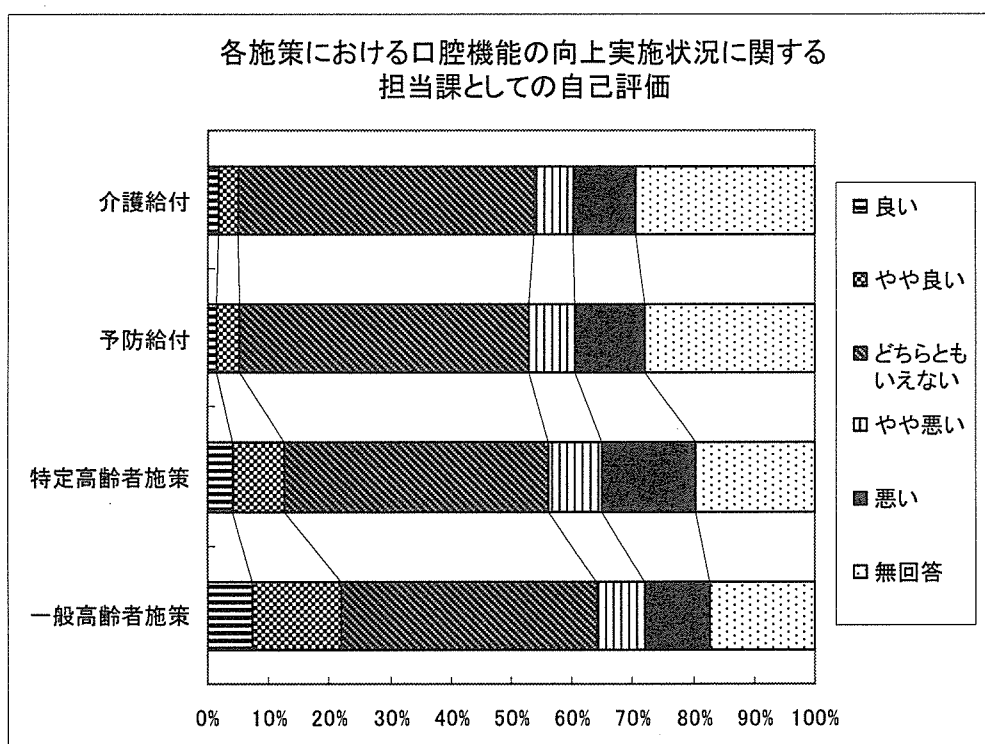


5. 口腔機能の向上実施状況に関する担当課としての自己評価 (平成 18 年 11 月 1 日現在)
 一般高齢者施策の口腔機能の向上実施状況に関する担当課としての自己評価について、990 市町村から得られた結果では「どちらともいえない」が 416 市町村 (42.0%) を占めており、「やや良い」が 145 市町村 (14.6%) あったものの、「悪い」も 108 市町村 (10.9%) であった。

また、特定高齢者施策の口腔機能の向上実施状況に関する担当課としての自己評価について、990 市町村から得られた結果でも「どちらともいえない」が 431 市町村 (43.5%)

にみられており、「悪い」も 152 市町村（15.4%）であった。

予防給付に関する口腔機能の向上実施状況に関する担当課としての自己評価については、990 市町村からの回答のうち、「どちらともいえない」という評価が 472 市町村（47.7%）にみられ、「悪い」も 111 市町村（11.2%）であった。同様に介護給付に関する口腔機能の向上実施状況に関する担当課としての自己評価について、「どちらともいえない」が 484 市町村（48.9%）、「悪い」も 104 市町村（10.5%）であった。



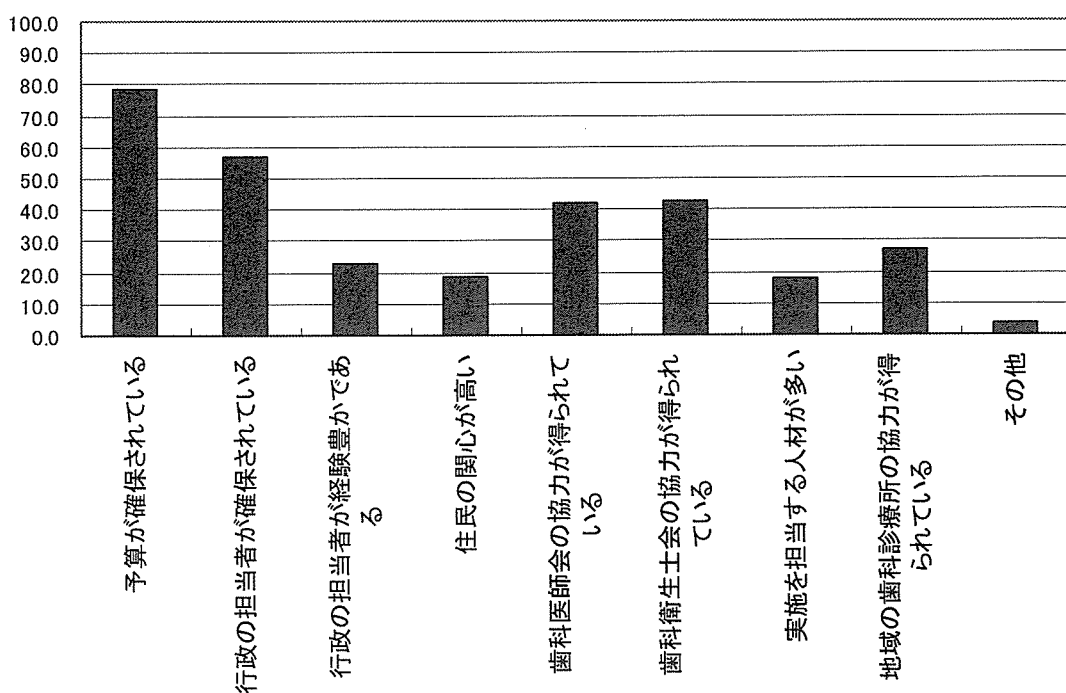
6. 口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因と阻害要因（複数回答可）について

a) 口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因

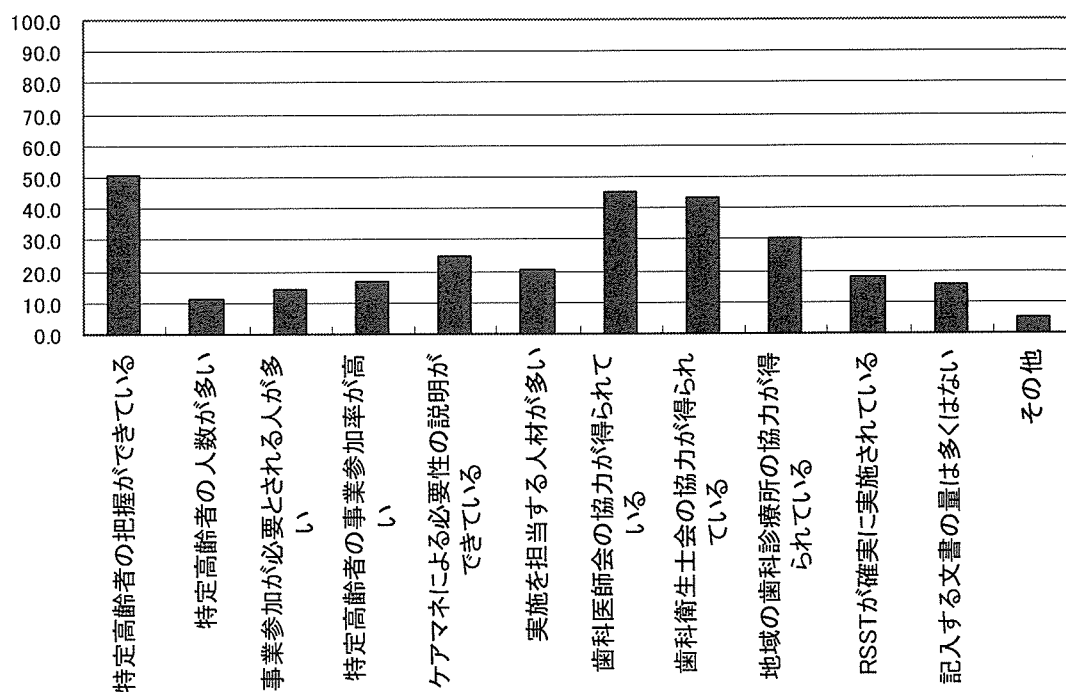
一般高齢者施策に関する口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因について、990 市町村のうち、345 市町村（34.8%）は無回答であった。有効回答のあった 645 市町村の回答では「予算が確保されている」（504 市町村、78.1%）、「行政の担当者が確保されている」（365 市町村、56.6%）、「歯科衛生士会の協力が得られている」（273 市町村、42.3%）、「歯科医師会の協力が得られている」（270 市町村、41.9%）等が相対的に多く挙げられていた。

また、特定高齢者施策に関する口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因について、990 市町村のうち 469 市町村（47.4%）は無回答であった。有効回答のあった 521 市町村では「特定高齢者の把握ができていない」（264 市町村、50.7%）、「歯科医師会の協力が得られている」（234 市町村、44.9%）、「歯科衛生士会の協力が得られている」（226 市町村、43.4%）等が相対的に多く挙げられていた。

一般高齢者施策に関する口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因



特定高齢者施策に関する口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因



990 市町村の一般高齢者施策における口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因と、口腔機能の向上実施状況に関する担当課としての自己評価をクロス集計表で見ると、自己評価が「悪い」、または「無回答」の市町村ほど促進要因が「無回答」となる割合が高くなっていた。一般高齢者施策における口腔機能の向上の実施がまだ行われておらず、促進要因が把握されていなかったために「無回答」であった可能性がある。それに対し、自己評価が「良い」と回答されていた73市町村では「予算が確保されている」(61市町村、83.6%)、「行政の担当者が確保されている」(49市町村、67.1%)、「歯科衛生士会の協力が得られている」(39市町村、53.4%)、「歯科医師会の協力が得られている」(31市町村、42.5%)、「行政の担当者の経験が豊かである」(30市町村、41.1%)等、多くの要因が促進要因として挙げられており、自己評価が「やや良い」と回答されていた145市町村でも「予算が確保されている」(111市町村、76.6%)、「行政の担当者が確保されている」(88市町村、60.7%)、「歯科衛生士会の協力が得られている」(65市町村、44.8%)等が促進要因として挙げられていた。これらの結果から、一般高齢者施策における口腔機能の向上を円滑に実施するためには、予算や実施担当者をサポートする体制づくりが重要であると考えられた。また、「予算が確保されている」という促進要因については、自己評価が「どちらともいえない」、「やや悪い」という回答をしている市町村でも50%以上が促進要因と考えており、予算の確保は一般高齢者施策を行ううえで欠かせない要因となっている。

990 市町村の特定高齢者施策における口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因と、口腔機能の向上実施状況に関する担当課としての自己評価をクロス集計表で見ると、一般高齢者施策と同様に、自己評価が「悪い」、または「無回答」の市町村ほど促進要因が「無回答」となる割合が高くなっていた。特定高齢者施策における口腔機能の向上の実施がまだ行われていないために、促進要因が把握されていなかったため「無回答」となった可能性がある。それに対し、自己評価が「良い」と回答されていた40市町村では「歯科医師会の協力が得られている」(22市町村、55.0%)、「歯科衛生士会の協力が得られている」(21市町村、52.5%)、「特定高齢者の把握ができています」(18市町村、45.0%)等の要因が促進要因として挙げられており、自己評価が「やや良い」と回答されていた84市町村でも「特定高齢者の把握ができています」(37市町村、44.0%)、「歯科医師会の協力が得られている」(32市町村、38.1%)、「歯科衛生士会の協力が得られている」(31市町村、36.9%)等が促進要因として挙げられていた。これらの結果から、特定高齢者施策における口腔機能の向上を円滑に実施するためには、特定高齢者を把握する体制づくりと歯科医師会、歯科衛生士会の協力が重要であると考えられた。