

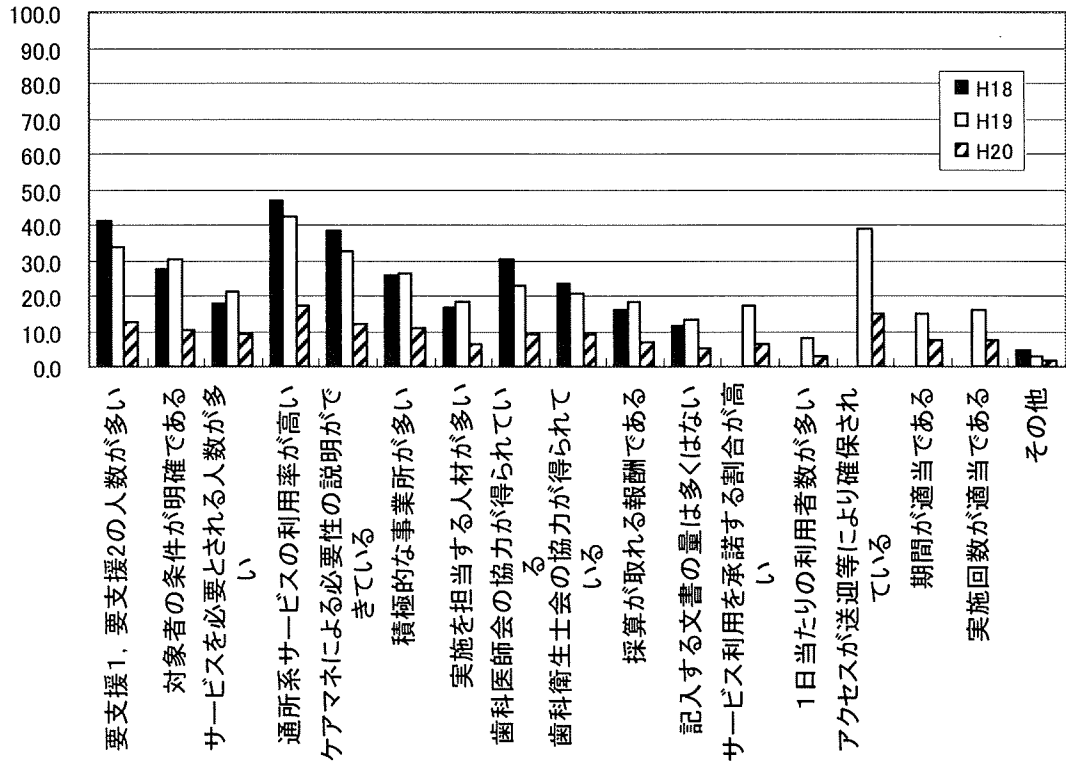
c) 予防給付に関する口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因と阻害要因

平成 18 年度調査において、新予防給付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、およそ 6 割（589 市町村、59.5%）は無回答であった。有効回答のあった 401 市町村の回答では「通所系サービスの利用率が高い」（187 市町村、46.6%）、「要支援 1、要支援 2 の人数が多い」（165 市町村、41.1%）、「ケアマネージャによる必要性の説明ができています」（154 市町村、38.4%）等が相対的に多く挙げられていた。また、阻害要因について、990 市町村のうち、283 市町村（28.6%）が無回答であった。口腔機能の向上が実施されていない市町村では、阻害要因のほうが促進因子よりも挙げやすかったことが考えられる。有効回答のあった 707 市町村の回答では、「積極的な事業所が少ない」（409 市町村、57.9%）、「実施を担当する人材が少ない」（406 市町村、57.4%）、「対象者の条件がわかりにくい」（298 市町村、42.2%）等の回答が多く見られた。

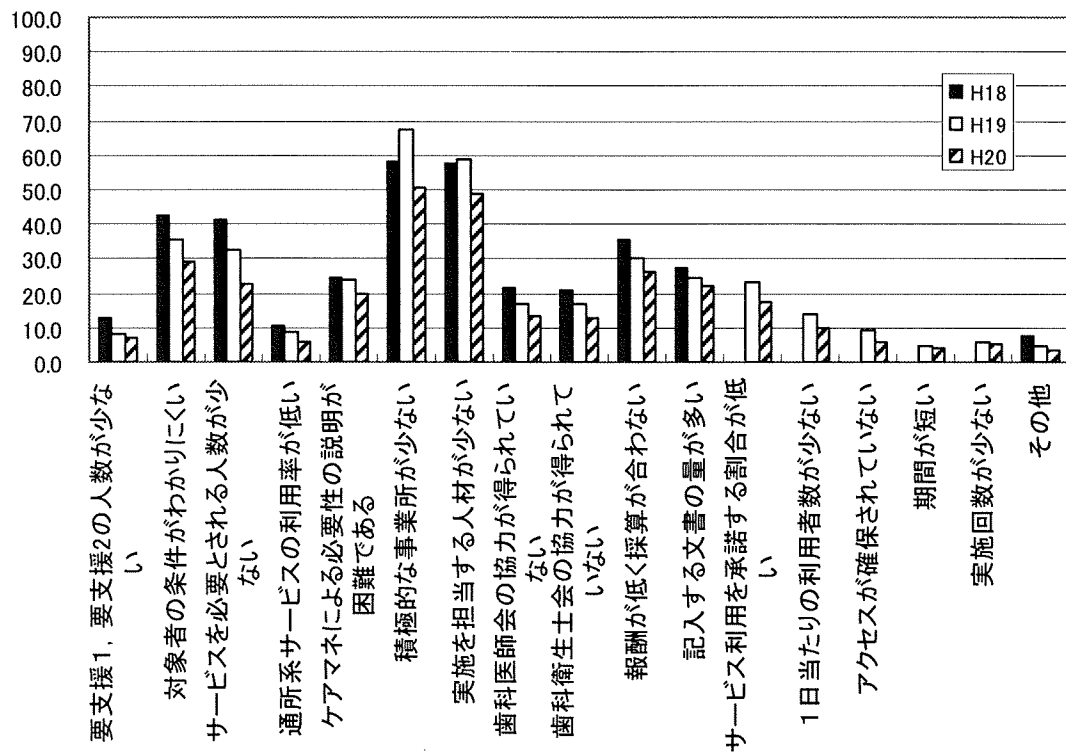
平成 19 年度調査において、予防給付に関する口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因について 988 市区町村のうち、およそ 6 割（597 市区町村、60.4%）は無回答であった。有効回答のあった 391 市区町村の回答では「通所系サービスの利用率が高い」（165 市区町村、42.2%）、「アクセスが送迎等により確保されている」（153 市区町村、39.1%）、「要支援 1、要支援 2 の人数が多い」（133 市区町村、34.0%）、「ケアマネージャによる必要性の説明ができています」（128 市区町村、32.7%）等が相対的に多く挙げられていた。また、阻害要因について、988 市区町村のうち、224 市区町村（22.7%）が無回答であった。有効回答のあった 764 市区町村の回答では、「積極的な事業所が少ない」（516 市区町村、67.5%）、「実施を担当する人材が少ない」（451 市区町村、59.0%）、「対象者の条件がわかりにくい」（271 市区町村、35.5%）等の回答が多く見られた。平成 18 年度調査と比べると、対象者の条件の分かりやすさが少しは改善しているが、さらなる改善が必要であろう。

一方、平成 20 年度調査において、予防給付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 791 市区町村のうち、6 市区町村（0.8%）は無回答であった。有効回答のあった 785 市区町村の回答では「通所系サービスの利用率が高い」（135 市区町村、17.2%）、「アクセスが送迎等により確保されている」（118 市区町村、15.0%）、「要支援 1、要支援 2 の人数が多い」（98 市区町村、12.5%）、「ケアマネージャによる必要性の説明ができています」（96 市区町村、12.2%）等が相対的に多く挙げられていた。阻害要因について、791 市区町村のうち、6 市区町村（0.8%）が無回答であった。有効回答のあった 785 市区町村の回答では、「積極的な事業所が少ない」（399 市区町村、50.8%）、「実施を担当する人材が少ない」（382 市区町村、48.7%）、「対象者の条件がわかりにくい」（229 市区町村、29.2%）等の回答が多く見られた。

予防給付に関する口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因



予防給付に関する口腔機能の向上の円滑な実施の阻害要因



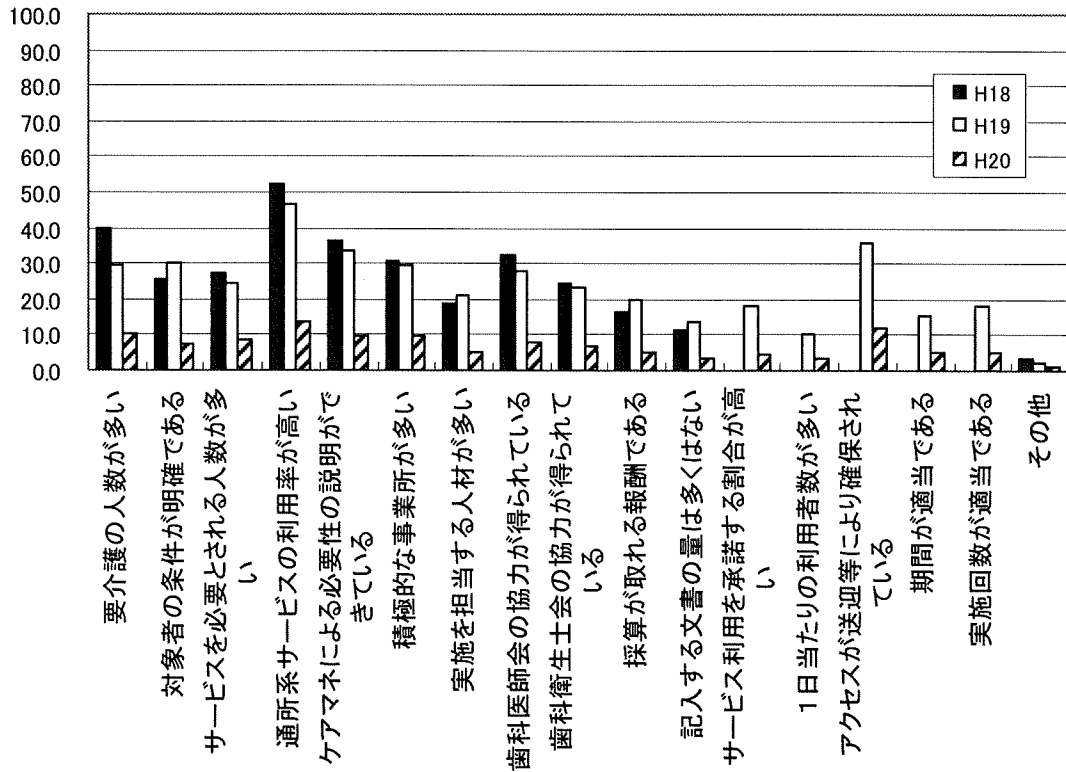
d) 介護給付に関する口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因と阻害要因

平成 18 年度調査において、介護給付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、6 割（615 市町村、62.1%）は無回答であった。有効回答のあった 375 市町村の回答では「通所系サービスの利用率が高い」（196 市町村、52.3%）、「要介護の人数が多い」（149 市町村、39.7%）、「ケアマネージャによる必要性の説明ができていない」（137 市町村、36.5%）等が相対的に多く挙げられていた。また、阻害要因について、990 市町村のうち、「無回答」は 372 市町村（37.6%）であった。有効回答のあった 618 市町村の回答では「実施を担当する人材が少ない」（368 市町村、59.5%）、「積極的な事業所が少ない」（283 市町村、45.8%）、「対象者の条件がわかりにくい」（276 市町村、44.7%）等の回答が多く見られた。

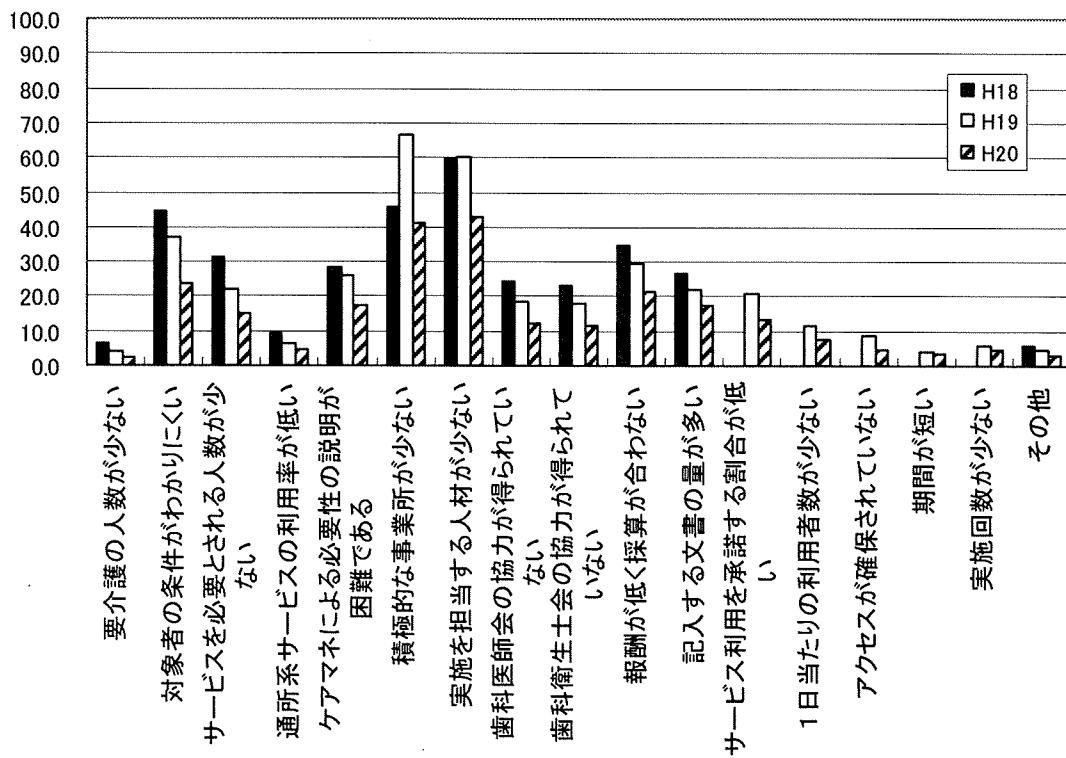
平成 19 年度調査において、介護給付に関する口腔機能の向上の円滑な実施の促進要因について、988 市区町村のうち、6 割（643 市区町村、65.1%）は無回答であった。有効回答のあった 345 市区町村の回答では「通所系サービスの利用率が高い」（161 市区町村、46.7%）、「アクセスが送迎等により確保されている」（123 市区町村、35.7%）、「ケアマネージャによる必要性の説明ができていない」（115 市区町村、33.3%）、「対象者の条件が明確である」（103 市区町村、29.9%）、「要介護の人数が多い」（101 市区町村、29.3%）等が多く挙げられていた。また、阻害要因について、988 市区町村のうち、「無回答」は 311 区町村（31.5%）であった。有効回答のあった 677 市区町村の回答では「積極的な事業所が少ない」（449 市区町村、66.3%）、「実施を担当する人材が少ない」（408 市区町村、60.3%）、「対象者の条件がわかりにくい」（251 市区町村、37.1%）等の回答が多く見られた。平成 18 年度調査に比べて、対象者の条件が分かりやすくなり、対象者数が増えているが、積極的な事業所が少ないことが明らかになった。

一方、平成 20 年度調査において、介護給付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、791 市区町村のうち、6 市区町村（0.8%）は無回答であった。有効回答のあった 785 市区町村の回答では「通所系サービスの利用率が高い」（109 市区町村、13.9%）、「アクセスが送迎等により確保されている」（92 市区町村、11.7%）、「要介護の人数が多い」（81 市区町村、10.3%）、「積極的な事業所が多い」（76 市区町村、9.7%）、「ケアマネージャによる必要性の説明ができていない」（75 市区町村、9.6%）等が相対的に多く挙げられていた。また、阻害要因について、791 市区町村のうち、「無回答」は 6 区町村（0.8%）であった。有効回答のあった 785 市区町村の回答では「実施を担当する人材が少ない」（335 市区町村、42.7%）、「積極的な事業所が少ない」（324 市区町村、41.3%）、「対象者の条件がわかりにくい」（186 市区町村、23.7%）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促進要因



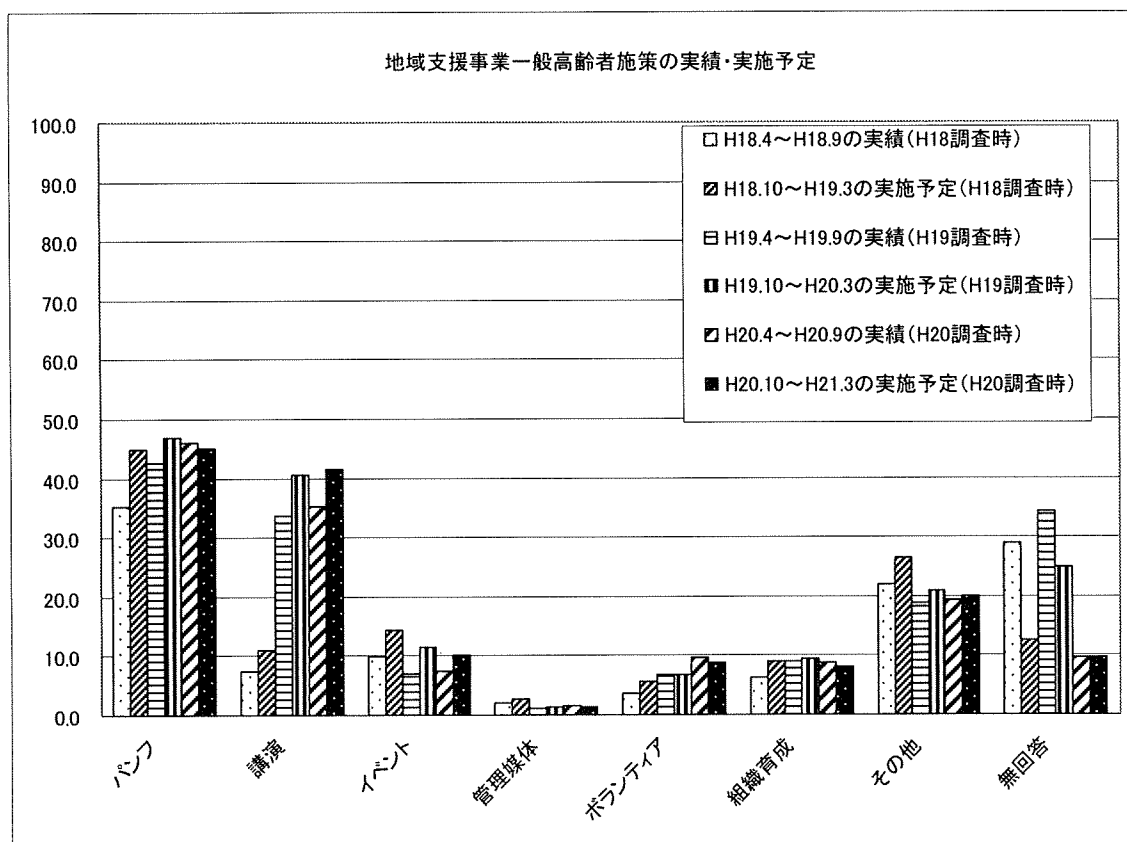
介護給付に関する口腔機能の向上の円滑な実施の阻害要因



6. 地域支援事業一般高齢者施策の実績、実施予定

口腔機能の向上に関する介護予防一般高齢者施策として、平成19年度上半期の実績では、回答のあった988市区町村のうち422市区町村(42.7%)でパンフレットが利用されており、他の実施方法に比べて多かった。また、平成19年度下半期では、いずれの実施方法でも予定している市区町村の数が増加していたが、特にパンフレットの利用が463市区町村(46.9%)と最も多く予定されていた。

平成18年度調査と比較すると、平成19年度では講演の伸びが著しく、パンフレットの利用、ボランティア、組織育成が着実に伸びている。しかし、平成20年度調査では、一般高齢者施策の実績および実施予定ともに、平成19年度の実績・実施予定とほとんど変化がなかった。



7. 口腔機能向上加算の予防給付、および介護給付実績(市区町村＋一部事業組合)

口腔機能向上加算の予防給付実績と介護給付実績について、平成 18 年 6 月の実績と平成 19 年 6 月の実績と平成 20 年 6 月の実績を比較する。

平成 18 年から平成 19 年にかけて予防給付では、通所系で約 4 倍、口腔機能向上で約 3 倍に増加している。また経過的要介護では、通所系と口腔機能向上の給付実績がともに約 50 分の 1 に激減している。介護給付のうち「要介護 1」では、通所系が約 3 分の 2、口腔機能向上が約 2 分の 1 と減少している。「要介護 2」「要介護 3」では、通所系はわずかに増加しているにもかかわらず、口腔機能向上は減少している。「要介護 4」「要介護 5」では、通所系はわずかに増加しているにもかかわらず、口腔機能向上はほとんど変化がない。

平成 19 年から平成 20 年にかけては、予防給付では、通所系は約 25%増加しているが、口腔機能向上ではほとんど増減がない。経過的要介護では、通所系と口腔機能向上の給付実績がともに激減している。介護給付では、いずれの介護区分でも通所系は増加しているにもかかわらず、口腔機能向上はほとんど変化がないか減少している。

		平成 18 年 6 月				平成 19 年 6 月				平成 20 年 6 月			
		通所系		口腔機能向上		通所系		口腔機能向上		通所系		口腔機能向上	
		人数	市町村数	人数	市町村数	人数	市町村数	人数	市町村数	人数	市町村数	人数	市町村数
予防給付合計	前期	5,745	211	260	207	19,046	216	521	221	26,976	226	477	222
	後期	33,173	214	1,908	217	120,134	221	3,523	231	167,606	224	3,846	235
	合計	56,949	568	2,723	416	225,729	598	5,384	436	291,870	605	5,414	434
要支援 1	前期	2,914	203	111	201	9,237	213	196	215	13,653	221	173	214
	後期	18,430	208	1,068	210	63,151	217	1,793	219	90,928	220	2,011	222
	合計	29,642	537	1,403	371	110,020	568	2,446	388	144,437	578	2,565	387
要支援 2	前期	2,818	201	149	201	9,807	212	325	217	13,321	223	304	216
	後期	14,683	207	838	214	56,967	216	1,729	227	76,663	222	1,833	227
	合計	25,859	535	1,232	372	111,990	568	2,720	396	143,522	580	2,682	396
介護給付合計	前期	61,086	197	3,972	201	48,827	198	2,362	204	57,793	202	2,054	202
	後期	324,189	198	21,116	201	249,048	198	11,906	208	300,168	203	10,495	211
	合計	726,051	569	34,186	381	592,224	573	21,568	388	659,183	573	18,396	389
経過的要介護	前期	8,250	186	437	174	164	154	3	150	4	152	0	149
	後期	57,245	188	3,182	176	1,453	155	29	150	42	153	0	149
	合計	110,291	533	4,532	320	6,415	458	42	288	224	445	0	287
要介護 1	前期	22,024	195	1,411	189	14,091	196	545	187	15,890	200	460	184
	後期	134,751	195	8,165	189	93,695	196	3,673	192	112,811	201	2,985	196
	合計	283,224	548	12,520	337	199,359	553	5,999	344	216,743	556	4,659	346
要介護 2	前期	12,869	194	833	184	14,610	196	622	185	17,971	201	507	185
	後期	59,422	195	4,266	192	69,802	196	3,289	197	85,535	201	2,897	201
	合計	139,527	548	6,906	334	165,228	553	5,615	349	190,752	556	4,610	351
要介護 3	前期	8,837	194	602	182	10,446	193	561	188	13,267	198	484	188
	後期	39,018	195	2,940	191	47,063	195	2,536	195	58,789	200	2,390	195
	合計	96,002	548	4,823	335	116,380	552	4,436	345	137,096	555	3,952	346
要介護 4	前期	6,020	189	441	182	6,223	190	390	184	7,112	196	366	187
	後期	22,751	195	1,648	190	24,931	195	1,596	191	29,820	200	1,468	199
	合計	59,137	547	2,848	331	65,008	552	2,864	341	73,095	555	2,520	349
要介護 5	前期	3,086	191	248	178	3,230	193	236	177	3,549	195	237	180
	後期	11,002	194	915	185	11,683	194	765	184	12,966	198	754	188
	合計	28,482	547	1,569	333	30,472	551	1,467	338	32,173	553	1,361	337

8. 平成 18 年度および平成 19 年度の介護予防特定高齢者施策に対する評価事業

平成 18 年度に実施された介護予防特定高齢者施策に対しての施策評価事業の実施は、アウトカム評価（事業評価）、アウトプット評価（実施量・実施率）、プロセス評価（企画・手順・過程）のいずれにおいても、実施済みは約 20%、実施中は約 6%、平成 19 年度実施予定は約 18%、平成 20 年度実施予定は約 8%、実施予定なしは約 40%と、評価の種類を問わずほぼ似たような値を示している。

介護予防 特定高齢者 施策評価事業	実施済み	実施中	平成 19 年度 実施予定	平成 20 年度 実施予定	実施予定 なし	無回答	合計
アウトカム評価 (事業効果)	207 (21.0%)	64 (6.5%)	181 (18.3%)	81 (8.2%)	386 (39.1%)	69 (7.0%)	988 (100.0%)
アウトプット評価 (実施量・実施率)	231 (23.4%)	53 (5.4%)	177 (17.9%)	76 (7.7%)	373 (37.8%)	78 (7.9%)	988 (100.0%)
プロセス評価 (企画・手順・過程)	188 (19.0%)	57 (5.8%)	175 (17.7%)	78 (7.9%)	395 (40.0%)	95 (9.6%)	988 (100.0%)

平成 19 年度に実施された介護予防特定高齢者施策に対しての施策評価事業の実施は、アウトカム評価（事業評価）、アウトプット評価（実施量・実施率）、プロセス評価（企画・手順・過程）のいずれにおいても、実施済みは約 25～30%、実施中は約 8%、平成 20 年度実施予定は約 13%、平成 21 年度実施予定は約 9%、実施予定なしは約 33%と、評価の種類を問わずほぼ似たような値を示している。

介護予防 特定高齢者 施策評価事業	実施済み	実施中	平成 20 年度 実施予定	平成 21 年度 実施予定	実施予定 なし	無回答	合計
アウトカム評価 (事業効果)	223 (28.2%)	62 (7.8%)	103 (13.0%)	70 (8.8%)	265 (33.5%)	68 (8.6%)	791 (100.0%)
アウトプット評価 (実施量・実施率)	239 (30.2%)	62 (7.8%)	95 (12.0%)	68 (8.6%)	257 (32.5%)	70 (8.8%)	791 (100.0%)
プロセス評価 (企画・手順・過程)	204 (25.8%)	58 (7.3%)	106 (13.4%)	71 (9.0%)	270 (34.1%)	82 (10.4%)	791 (100.0%)

平成 19 年度の特定高齢者施策評価事業の実施済みの割合は、前年度に比べていずれの評価でも増加している。

9. 平成 18 年度から平成 20 年度の介護予防一般高齢者施策に対する評価事業

平成 18 年度に実施された介護予防一般高齢者施策に対しての施策評価事業の実施は、実施済みは約 20%、実施中は約 4%、平成 19 年度実施予定は約 14%、平成 20 年度実施予定は約 8%、実施予定なしは約 48%と、特定高齢者施策よりも若干低い値となっている。

	実施済み	実施中	平成 19 年度 実施予定	平成 20 年度 実施予定	実施予定 なし	無回答	合計
介護予防 一般高齢者 施策評価事業	199 (20.1%)	36 (3.6%)	142 (14.4%)	77 (7.8%)	469 (47.5%)	65 (6.6%)	988 (100.0%)

平成 19 年度に実施された介護予防一般高齢者施策に対しての施策評価事業の実施は、実施済みは約 23%、実施中は約 6%、平成 20 年度実施予定は約 11%、平成 21 年度実施予定は約 8%、実施予定なしは約 41%と、特定高齢者施策よりも若干低い値となっている。

	実施済み	実施中	平成 20 年度 実施予定	平成 21 年度 実施予定	実施予定 なし	無回答	合計
介護予防 一般高齢者 施策評価事業	179 (22.6%)	44 (5.6%)	84 (10.6%)	63 (8.0%)	323 (40.8%)	98 (12.4%)	791 (100.0%)

平成 19 年度の一般高齢者施策評価事業の実施済みの割合は、前年度に比べて増加している。

D. 考察

平成 19 年 4 月より特定高齢者の決定方法の基準が緩和されている。そのため、特定高齢者数の把握が平成 18 年度よりも容易になっていると考えられ、平成 19 年度の調査の結果では 7 月までで、口腔機能の向上の特定高齢者候補者数は平成 18 年度の約 2 倍、特定高齢者数では 5 倍以上の人数になっている。しかし、平成 20 年度は大きな制度の変更がなかったため、平成 19 年度から大きな変化がなかった。

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は、平成 18 年度上半期で 45.6%の市区町村で実施され、平成 19 年度上半期で 47.5%の市区町村で実施され、平成 21 年度下半期では 82.0%の市区町村で実施を予定しており、いずれの年度でも下半期の実施割合が高かった。

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は、平成 18 年度上半期で 16.1%の市区町村で実施され、平成 19 年度上半期では 40.1%の市区町村での実施に過ぎなかったが、平成 20 年度下半期では 65.0%の市区町村で実施が予定されており、徐々に増加している。しかし平成 21 年度下半期では 54.9%の市区町村で実施が予定されており、頭打ちになっている。一方、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は、平成 18 年度上半期では 12.4%の市区町村での実施に過ぎなかったが、平成 21 年度下半期では 82.0%の市区町村で実施を予定しており、平成 19 年度下半期の伸びが著しいことから、特定高齢者の決定方法の基準が緩和されたことの影響が大きいと考えられる。なお、い

れの年度でも下半期の実施割合が高かった。

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、一般高齢者施策と特定高齢者施策では前年度に比べて「良い」および「やや良い」と回答した市区町村の割合が増加しているが、予防給付と介護給付では「良い」および「やや良い」と回答した市区町村の割合が元々少なく、前年度に比べて前年度に比べて増加はわずかである。

口腔機能の向上の一般高齢者施策を円滑に実施する促進要因については「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」が多く、阻害要因については「住民の関心が低い」、「実施を担当する人材が少ない」、「行政の担当者が経験が乏しい」が挙げられており、各年度とも同様の調査結果であった。

口腔機能の向上の特定高齢者施策を円滑に実施する促進要因では、平成 18 年度から平成 19 年度では「特定高齢者の把握ができています」「特定高齢者の人数が多い」が増加しているが、平成 20 年度で減少している。阻害要因としての「特定高齢者の事業参加率が低い」「実施を担当する人材が少ない」も前年度よりも高くなっている。これらの阻害要因は、平成 18 年度では特定高齢者数が少なかったために顕在化しなかったものと思われる。

口腔機能の向上の予防給付では促進要因として「通所系サービスの利用率が高い」、「アクセスが送迎等により確保されている」、「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ます」が挙げられ、阻害要因として「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」が挙げられており、平成 18 年度調査と比べると対象者の条件の分かりやすさが少しは改善している、さらに平成 20 年度は平成 19 年度調査と比べるといずれの促進要因も大きく減少している。一方、阻害要因には大きな変化がなく、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。

口腔機能の向上の介護給付では促進要因として「通所系サービスの利用率が高い」、「アクセスが送迎等により確保されている」、「ケアマネージャによる必要性の説明ができています」、「対象者の条件が明確である」、「要介護の人数が多い」が多く挙げられ、阻害要因として「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」が挙げられており、平成 18 年度調査と平成 19 年度調査はほぼ同様であった。しかし、平成 20 年度は前年度調査と比べるといずれの促進要因も大きく減少している。

つまり、平成 19 年度には、制度の改良によって特定高齢者が容易に把握され、特定高齢者数も増加しているが、対象者の事業参加率が低いことと口腔機能の向上を担当することができる人材が少ないことがネックになっていると考えられる。さらに、平成 20 年度調査

では、いずれの施策でも平成 19 年度調査に比べて、促進要因の多くが減少しているが、特に予防給付と介護給付で減少が顕著である。つまり、予防給付や介護給付では、促進要因として挙げられた事項について対策しても口腔機能の向上を円滑に実施することにはあまり関係がないということである。阻害要因は前年度よりはわずかに減少しているものの、十分にされているとは言い難いと思われる。口腔機能向上の事業参加率を高めることと、口腔機能の向上を担当することができる人材を育成することは、両輪のように機能する。事業参加率は、パンフレットの配布などの広報活動や、講演会の実施などの、比較的取り組みやすい手段で高めることができるが、人材の育成にはリソースと時間が必要であるため、口腔機能の向上を担当できる人材を育成することが急務である。

地域支援事業一般高齢者施策の実績と実施予定を見ても、パンフレットの利用は高い割合を示し、講演は急激に増加しており、取り組みの容易な手段が選択されていると思われる。一般高齢者施策でさえもボランティアや組織育成は割合が低く、半期ごとの伸びも小さい。増して口腔機能の向上にかかわる人材の育成は、市区町村の自主性に任せてはニーズに対応することは不可能であろう。歯科としてすべての市区町村に対して積極的な協力体制をとること、特に実施担当者の育成はいまだ不十分であり、平成 18 年度の報告書の結論として掲げた「未実施市区町村に対する歯科からの積極的なアプローチ」や、平成 19 年度の報告書の結論として挙げた「実施市区町村に対する人材や組織の育成のための支援」だけでなく、予防給付と介護給付については口腔機能向上を円滑に実施するためにどのような要因が重要なかを再考する必要があると考えられた。

E. 結論

平成 19 年度から特定高齢者の決定方法の基準が緩和されたことの影響で、口腔機能の向上の特定高齢者数は約 5 倍に増加した。その反動で平成 20 年度では減少している。それにもかかわらず「口腔機能の向上」の実施人数・割合ともにわずかな増加が見られた。

「口腔機能の向上」の促進要因については、平成 19 年度のから特定高齢者の把握が容易になり人数が増加した影響が見られたが、いずれの施策においても、多くの促進要因は前年度に比べて減少しており、特に予防給付と介護給付で顕著であった。したがって、予防給付や介護給付では、促進要因として挙げられた事項について対策しても口腔機能の向上の円滑な実施には繋がらない。阻害要因では、ほとんどの項目で前年度よりわずかに減少しているが、「特定高齢者の事業参加率が低い」や「実施を担当する人材が少ない」の割合は高い。また、予防給付と介護給付の阻害要因では、上記に加えて「積極的な事業所が少ない」が相

変わらず高く、阻害要因の改善は1年間ではほとんどなされていないと考えられた。
阻害要因として顕在化した事業参加率の低さと人材の貧弱さは本年度になっても改善していなかったため、今後の円滑な実施のためには更なる促進要因の増加と阻害要因の減少が必要であると考えられる。

そのなかでも、歯科としてすべての市区町村に対して積極的な協力体制をとること、特に実施担当者の育成は急務であり、未実施市区町村に対する歯科からの積極的なアプローチだけでなく、実施市区町村への支援も望まれる。

G. 研究発表

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

分担研究報告書（平成 19 年度）

口腔機能の向上の効果の評価についての研究

分担研究者 植田耕一郎 日本大学歯学部摂食機能療法学 教授

研究要旨

行政の担当者、介護支援専門員、サービス提供事業所、サービス担当者等「口腔機能の向上」に関係する多職種の人に対して、「口腔機能の向上」の予防給付と介護給付が運動器の機能向上に比較して普及しない要因と効果の評価等について、聞き取り調査を実施した。その結果以下のことが明らかになった。

1. 平成 19 年 4 月に実施された特定高齢者の要件の変更により、特定高齢者数は大きく増加した。2. 特定高齢者の事業参加率は低い状況が続いている。3. 特定高齢者ではアセスメント上有意な効果が認められた。4. 口腔機能向上加算サービス提供期間については、現在の 3 ヶ月という期間は要支援者や要介護者の効果判定には短すぎる。5. サービスの提供頻度については、現在の要支援者の月 1 回や要介護者の月 2 回では口腔機能の維持・向上には不足し、効果を低く評価されること。6. ケアカンファレンスの期間は通常 6 ヶ月であり、「口腔機能の向上」のためだけに 3 ヶ月ごとにケアカンファレンスを開催することは困難であることであった。

要支援・要介護者に対する「口腔機能の向上」の介護予防効果を大きくするためには、要支援・要介護者に対するサービス提供期間を 6 ヶ月に延長すること、サービス提供頻度を増加させる必要があると考えられた。

A. 研究目的

平成 18 年度より新規メニューとして導入された「口腔機能の向上」の予防給付と介護給付の実績が、「運動器の機能向上」と比較して低い状態にとどまっているため、その要因を明らかにして解決策を提示し、「口腔機能の向上」円滑な実施を支援することを目的として実施した。

B. 研究方法

「口腔機能の向上」に関係する多職種（行政の担当者、介護支援専門員、サービス提供事業所、サービス担当者等）に対して聞き取り調査を行った。

C. 研究結果

「口腔機能の向上」の実績が上がらず、ない主な要因として以下のものが明らかとなった。

1. サービスの提供期間について

特定高齢者施策は、専門的事業の介入が月に1～2回の割合で3ヶ月を目途に実施される。内容は主に以下のものである。

- (1) 口腔機能の向上の教育
- (2) 口腔清掃の指導・実施
- (3) 摂食・嚥下機能に関する訓練の指導・実施

特定高齢者は、各項目について実施可能であり、自宅でのセルフケアも可能なので、アセスメント上の効果が有意に認められる。しかし、要支援者や要介護者では自宅でのセルフケアも不足するため3ヶ月で特定高齢者のように効果が有意に認められることは困難である。

2. サービスの提供頻度について

特定高齢者の場合の月1～2回の事業実施頻度は、もともと麻痺や基礎的な全身疾患を有しているわけではないので、機能の向上や機能維持等のアセスメント上の効果が有意に認められる。しかし、要支援者や要介護者においては軽度ではあっても何らかの不具合があり、特定高齢者のように有意な効果を得るには月1～2回では少なく、アセスメント上の有意な効果が認められ難い要因と考えられる。

3. ケアカンファレンスの実施について

事業実施の流れは、以下に記した段階を経る。

- (1) 事前アセスメント
- (2) 個別サービス計画の立案
- (3) サービスの提供
- (4) 事後アセスメント
- (5) 地域包括支援センターへの報告

通常(1)～(4)までの期間は、ケアカンファレンス開催までの期間として、通常6ヶ月である。しかし、「口腔機能の向上支援サービス」は、3ヶ月でケアカンファレンスを実施しなくてはならない。本サービスだけのために、ケアカンファレンスを実施することはサービス提供側にとって、負担が大きく実施が困難であると帳票類の煩雑の倍加と二重の工作を行わなければならないといった類の感が避けられない。

D. 考察

1. サービスの提供期間について

要支援者や要介護者においては、口腔清掃や摂食・機能訓練に関して、指導内容が日々の生活に反映されるには、セルフケアが難易であるために特定高齢者よりも長い時間を要する。したがって、要支援者や要介護者が明確な効果を生じるには、3ヶ月という期間は短く、効果の判定が低くなると考えられる。サービス提供期間を6ヶ月に延長することにより効果が明確となり、評価も高くなると考えられる。また、口腔機能を維持するための習慣がサービス終了後も継続する可能性が大きくなる。さらに、6ヶ月に期間を延長することにより、ケアカンファレンスを口腔機能のためだけに開く必要がなくなり、サービス提供側の手続きの煩雑さを軽減し、他のサービス事業と一体になったより効率的な展開が可能となる。

2. サービスの提供頻度について

一般的にリハビリテーション医療において、現状の維持を図るためには、週1回の訓練アプローチが必要であり、麻痺の改善や機能の向上を図るためには、週に3回以上のアプローチが必要であるとされている。要介護者は、軽度や重度の違いはあっても麻痺等の不具合がある以上、月2回程度の実施回数では機能の維持、向上のためには不足している。

介護予防事業の本来の目的である「機能の向上」、あるいは「機能維持」を図るためには、要介護者のサービス提供頻度を現在の月2回から週1回以上に増加させることが必要であると考えられる。

さらに、要支援者は月ごとの加算であり、採算面から月1回の実施がほとんどであるため、何らかの不具合がある要支援者は、有意な効果が認められ難い。介護予防事業の本来の目的である「機能の向上」、あるいは「機能維持」を図るためには、要支援者のサービス提供頻度を現在の月1回から月2回以上に増加させることが必要であると考えられる。

E. 結論

要支援・要介護者に対する「口腔機能の向上」の実績を増加させ、介護予防効果を大きくするためには、要支援・要介護者に対するサービス提供期間を現在の3ヶ月から運動器と同じ6ヶ月に延長すること、サービス提供頻度を、要支援者は現在の月1回から月2回以上に、要介護者は現在の月2回から週1回以上に増加させることが必要であると考えられた。

G. 研究発表

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）
研究報告書(平成 20 年度)

口腔機能向上の評価—基本チェックリスト項目の改善—に関する考察

研究分担者 植田 耕一郎（日本大学歯学部摂食機能療法学 教授）

要旨

基本チェックリストの口腔機能関連の質問項目を改善し、口腔機能向上の対象者を効率的に抽出する質問項目を検討することを目的とする。「基本チェックリスト 13. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」の質問は、老化による咀嚼機能低下の者を抽出可能とするため、「半年前に比べて」という文言は除くことが望ましいと考える。「基本チェックリスト 14. お茶や汁物等でむせることがありますか」は現行のままで適切であると思われる。「基本チェックリスト 15. 口の渇きが気になりますか」は「気になりますか」を削除し、「ありますか」に変えることが望ましいと考える。

A. 目的

基本チェックリストの口腔機能関連の質問項目を改善し、口腔機能向上の対象者を効率的に抽出する質問項目を検討することを目的とする。

B. 方法

平成 18 年度～20 年度に実施した歯科衛生士、サービス提供事業所、地域包括支援センター、市町村等を対象とした聞き取り調査の際に収集した、基本チェックリストの口腔機能関連の質問項目に関する改善意見等を検討する。

C. D. 結果および考察

1. 「基本チェックリスト 13. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」について

半年以内の急激な咀嚼機能の低下がある場合には抽出できるが、それ以外の咀嚼機能の低下は抽出できない。つまり、脳卒中などのなんらかの疾患の影響や、著しい低栄養の存在、もしくは急に歯牙を喪失するなど、病的な要因が見られなければ、通常純粋に老化のみを原因とした咀嚼機能の低下が自覚症状を伴わずに現れるとは考えづらい。

また、固いものを食べにくいという表現も誤解を招く恐れがある。つまり、現在固いものを食べていない場合には抽出されない可能性がある。

摂食・嚥下障害の主たる病態には、準備期障害、口腔期障害、咽頭期障害があげられる。準備期は食物を咀嚼して唾液と混ぜてまとめることで飲み込みやすい状態である食塊を作るステージ、口腔期障害は食塊を口から咽頭へ送り込むステージ、咽頭期障害は嚥下反射により食塊を食道内に送り込むステージである。13 および 14 の質問から考えるに、13 は準備期および口腔期の機能低下、14 は咽頭期の機能低下を抽出することを目的としている。

準備期に必要な口腔機能は、食物の粉碎、粉碎された食物の唾液との混和と、食塊の形成である。また、それらの機能低下をきたしやすい原因としては、歯牙の喪失や痛み、もしくは義歯の未使用や不適合、唾液分泌量の減少、舌の可動域の減少や筋力低下が主な要因となりえる。二次的に発見された場合は議論の対象ではないが、口腔機能向上サービスの目的が、生活機能低下を予防することが念頭にあり、歯牙の問題を直接吸い上げるような質問項目である必要はない。また、唾液分泌量の問題については 15 で触れるため、この問題もここでは直接的に触れる必要はないであろう。

人間の筋肉の老化は 50～60 代から始まり、加齢に伴って筋肉は萎縮する。舌はほぼ筋肉の塊のような組織であるために、加齢に伴って舌の内部の筋肉が萎縮して動きが不良になり、巧緻性が低下して、さらに食物を咽頭に送り込む力が低下すると考えられている。また、舌の筋力低下や可動域が局所的に存在する場合には、その局所に自浄作用が働きづらいために舌苔が付着しやすいとの報告もある。また、この舌苔は口臭の主な原因になりえると考えられている。

そこで、以下の条件を備えた質問項目にする必要がある。

- ①現在何らかの機能低下を原因として固いものを食べていない場合も抽出できること。
- ②歯牙の問題を直接抽出しない。
- ③唾液の問題を直接抽出しない。
- ④咀嚼期の主体をなす舌の機能低下を抽出しやすい。

以上より、基本チェックリスト 13 に該当する「半年前に比べて」という文言は除くことが望ましい。

総合的に考えると、食事に時間がかかりますか、普通の食事が食べづらいですか、より具体的に表現するなら、普通のご飯より柔らかいご飯のほうが食べやすいですかなどという質問項目のほうが妥当かもしれない。歯牙の問題を抽出しても差し支えないのであれば、固いもの、もしくは固いご飯をしっかり噛んで飲みこめますか、食べ物をよく噛めますかなどとなる。後述するが、乾燥食品は口腔乾燥を持つ患者では特に食べづらい食品である。固いご飯やパサついた食べ物が食べづらいですかなどの質問を行うことで、舌の機能および口腔乾燥に関連する症状を抽出することができるかもしれない。また、食事に関わらず舌の機能低下を疑わせる質問項目とすると、ろれつがまわらないことがありますか、舌に汚れがたくさんついていますかとなる。口腔衛生的な問題も抽出してもよいのであれば、口臭が気になりますか、口の匂いが強いですかなどの質問も舌の機能低下に関連する。

2. 「基本チェックリスト 14. お茶や汁物等でむせることがありますか」について

前述したように咽頭期の機能低下を抽出するための質問項目である。加齢が咽頭期に及ぼす影響としても、まず筋力の低下があげられる。咽頭の筋力低下と筋肉の委縮により、咽頭で食べ物を送り込む力が低下する。また、嚥下反射が起こるときには、喉頭が挙上する。喉頭はそれ自体が筋肉や人体で顎にぶら下がったような器官であるため、加齢により喉頭をつりさげる筋肉が弱まることで、喉頭の垂直的な位置が低下すると考えられている。つまり、加齢によって、嚥下時に喉頭を持ち上げないといけない距離が長くなるのである。

食道の入り口は通常閉じており、嚥下反射によって喉頭が持ち上がるために、それに引かれるようにして開くとされる。加齢により食道入口部の筋肉のコンプライアンスが低下するために、ここに更に喉頭挙上量の低下が加わると、嚥下時に食道が開きづらい、つまり嚥下時に食物がのどを通過しづらいという症状を引き起こしえる。また、食物などが気管に入ることをいわゆる誤嚥というが、声門閉鎖が弱くなると、この誤嚥の危険性が高まると考えられている。

総じて考えると、加齢は口腔内のみならず咽頭にも影響を及ぼし、飲み込むことに対してはいわゆるゴクンと飲む反射が遅く、弱くなる。実際の臨床症状と併せて考えた場合にも、液体は最も誤嚥しやすいものであるため、本質問項目は誤嚥を疑わせる症状、咽頭期の機能低下を疑わせる症状としては妥当であろう。

更にこのような誤嚥が引き起こることで、痰の増加、咳をした時の湿性音、発熱、ひいては肺炎といった症状が起こりえる。

ここで更に考察を進めるのであれば、ふたつの症状を考えなければならない。ひとつは不顕性誤嚥の存在である。咳反射の閾値が高い症例では誤嚥が起こってもいわゆるむせ込みが起こらない場合もある。このような場合には、食事中もしくは食後にむせは起こらないが、声を確認すると湿性嗝声（ガラガラ声）が確認される。または、食事時に誤嚥をきたすことがなくても、夜間の胃食道逆流を原因として誤嚥が生じるような症例もある。就寝時は嚥下反射および咳反射の閾値が上がることから、このような逆流物を少量ずつ誤嚥してもムセが生じない場合がある。上記のような症例を検出する必要があるのであれば、食事中もしくは食後に声がガラガラしますか、食事中もしくは食後に痰が増えますか、痰がなかなか切れないですか、時々発熱することがありますか、などが症状として疑わしいものとなる。

3. 「基本チェックリスト 15. 口の渇きが気になりますか」について

唾液は一日に 1~1.5L 分泌するとされ、でんぷんの消化、味物質を溶解し味覚発現を助ける、粘膜保護、粘膜・舌・歯を潤滑させ口の動きをスムーズにする、微生物や食物などを洗い流す、酸・アルカリなどを薄める、唾液に含まれる抗菌因子による抗菌作用、体内に投与されたある種の薬物を唾液から排泄するなど数多くの役割を担っている。老化によ

り唾液分泌量が減少するという報告と、変化しないという報告があり、現在のところ統一された見解はないものの、一般には老化、薬剤の影響、全身疾患の影響による唾液分泌量の低下、水分の口腔から蒸発などが、高齢者の口腔乾燥症を引き起こすと考えられている。

ここで考慮すべきは、いわゆる口腔乾燥症は唾液分泌量の減少によって口腔内が乾燥し、これに起因して口腔や咽頭にさまざまな症状を呈する状態を指すが、本質問項目では口・のどが渇くという感覚が生理的条件、脱水や糖尿病に代表される代謝性疾患に随伴して感じられるものである口渇を抽出する可能性がある。口渇の多くは水分の補充で症状が改善するが、これは口腔機能低下というよりも栄養面で抽出すべき問題である。よって、水分摂取量の減少をここで吸い上げる必要がない場合には、口の渇きが気になるかという質問ではなくいわゆる口腔乾燥感の有無を質問すべきであろう。口腔乾燥感が長く継続している高齢者の場合は、口腔が乾燥している状況が平常であるため、気にしなくなったと答える場合も多いとの意見が多く寄せられている。

以上より、基本チェックリスト15に該当する「気になりますか」という文言は除き、「ありますか」に変えることが望ましい。

この口腔乾燥が口腔内に及ぼす影響としては、唾液量の減少、泡立ち、粘稠度の減少、口唇の乾燥、ひび割れ、裂溝、舌の灼熱感、疼痛、頬の乾燥、齲蝕の好発、義歯の不安定、痛み、唾液腺の腫脹、疼痛、特に食事時の頻繁な水分の摂取、パサついた乾燥食品を食べるのが困難、嚥下困難、発音困難、味覚異常などがあげられる。歯牙の問題を直接吸い上げないこと、嚥下困難は前述した項目ですでに質問していること、食品の問題についても前述したことから、口が乾燥して気持ち悪いですかなどの質問項目が適当であろう。

また、口腔乾燥により唾液の役割が低下、喪失された場合には歯牙以外の口腔内環境に対して影響を及ぼす。加齢により口腔粘膜は弾性が低下して、上皮が薄くなるため、傷がつきやすくなるため、口腔内の灼熱感が引き起こされやすくなる。さらに、口腔乾燥や、舌の運動減少などによる自浄作用が低下すると、歯のみならず舌にも汚れがつくようになる。これより、口が乾燥して舌などが痛いことがありますか、また、前にも触れたが舌に汚れがたくさんついていませんか、などの質問を行うことができれば、より疑わしい症例を抽出するのに役立つ可能性がある。

E. 結論

基本チェックリストの口腔機能関連の質問項目を改善により、口腔機能向上の対象者を効率的に抽出する可能性が高まると思われる。「基本チェックリスト13. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」の質問は、老化による咀嚼機能低下の者等を抽出可能とするため、「半年前に比べて」という文言は除くことが望ましいと考える。「基本チェックリスト14. お茶や汁物等でむせることがありますか」は現行のままで適切であると思われる。「基本チェックリスト15. 口の渇きが気になりますか」は「気になりますか」を削除し、「ありますか」に変えることが望ましいと考える。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

厚生労働科学研究補助金（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
分担研究報告書（平成 18 年度）

高齢者に対する口腔ケアの有効性について
口腔機能の向上の取組と介護予防

分担研究者 小坂 健 東北大学大学院歯学研究科 国際歯科保健学分野 教授

平成 18 年度から、介護予防のプログラムに加わった口腔機能の向上について、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。対象は主に口腔ケアについて行い 1 呼吸器感染症予防と 2 栄養改善について検討を行った。

A 研究目的

平成 18 年度から、介護保険法の改正により介護予防のプログラムとして口腔機能の向上が加わった。この口腔機能の向上は、地域の虚弱高齢者であると選定された特定高齢者に対して市町村が行う地域支援事業と要介護認定において、要支援や要介護として認定を受けた高齢者の中で軽度の対象者を中心に介護保険のサービスとして行うものがある。口腔機能の向上については、口腔ケアを中心にして、摂食・嚥下のプログラムがある。その中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った。

B 研究方法

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 研究結果

I：口腔ケアの呼吸器感染症予防効果について

口腔ケアについては、口腔衛生管理に主眼をおく狭義の口腔ケアと口腔の持っているあらゆる働き（摂食、咀嚼、嚥下、構音、唾液分泌機能など）を健全に維持するといった広義の口腔ケアがあるとされているが、ここでは狭義の口腔ケアについてその有効性について検討する。

肺炎は「高齢者の友」とも呼ばれることもあり、高齢者が罹患しやすく、かつ高齢者の死亡の原因となりやすい疾病である。外部からの病原体を含んだ飛沫や飛沫核などにより吸引したウイルスや細菌などの病原体の感染により引き起こされる場合と、寝ている間などに口腔内の細菌などが気管に入り感染

を引き起こす嚥下性肺炎（誤嚥性肺炎） Aspiration pneumonia とがある。

1 嚥下性肺炎

ヒトの口腔内には、300-400 種に及ぶ細菌が数千億個も存在し、唾液 1mg あたり 10 億に達する細菌が混入しているといわれる。寝ている間等においては、唾液や咽頭分泌物等を症状のないまま誤嚥することを不顕性誤嚥(silent aspiration)と呼び、これが嚥下性肺炎の原因となるとされる。高齢者においても寝ている間に毎時 6~20ml の唾液が産生され、うまく食道に飲み込まれないと、口腔及び咽頭内の分泌物などが気管内に入り込む。通常、食物や水分等が気道内に侵入しそうになると、咳反射により、激しく咳き込むことにより排除しようとするが、高齢者、特に脳血管障害者においてはこの反射が弱くなっていることや、さらに下部食道括約筋の機能不全が生じやすいこともあり、胃の内容物が食道への逆流が起こりやすく嚥下性肺炎の危険性が高まるとされる。高齢者ではその多くが歯周疾患を有していること、義歯などの装着率も高いことなどから口腔内ではより複雑な細菌叢を形成していることも考えられること、要介護高齢者においては、口腔清掃が不十分な場合が多く舌苔や歯垢を形成して細菌が増殖することが更なるリスク要因になる。

不顕性誤嚥の頻度についてはこれまでに多くの研究がある。VF 嚥下造影検査やシンチグラムを用いた研究によると、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には 54%までの高率で起きており[1]、また、脳血管障害の高齢者においても 50%の高率で起きていたとの報告がある[2]。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る[3]。

1997 年には、プラークスコアが高いなどの口腔衛生状態の悪いことが、虚弱高齢者の呼吸器感染症の大きなリスクになりうることが示唆されていた[4]。また、1998 年には口腔内のウ歯の存在が肺炎と相関関係があることが示され[5]、2001 年にはウ歯、ウ蝕に関係する細菌や歯周疾患関連細菌の存在が嚥下性肺炎の大きなリスク因子になることを示している[6]。

この嚥下性肺炎については ICU(集中治療室)で人工呼吸器を装着した患者で特に問題になっており、人工呼吸器関連肺炎(VAP ventilator-associated pneumonia)として、注意が払われてきており、この対策として、抗菌薬やクロロヘキシジン等の消毒薬の使用などの有効性が示されてきていた[7][8][9]。

米山らは、介護施設での脳血管障害や認知症の高齢者を対象にした 6 ヶ月間のクロスオーバー試験で発熱降下に対して有効性が示唆され[10]、その後の研究では[11][12]、11 の介護施設において、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。また、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[13]。

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とメカニズムを介して嚥下性肺炎の予防につながる事が渡戸らによって示されている[14]。

2 その他の呼吸器感染症

インフルエンザ感染に対しても口腔ケアの有効性が示唆されている[15]。インフルエンザウイルスの上気道上皮への感染のために必要なヘマグルチニン(HA)タンパク等がトリプシン様プロテアーゼ(TLP)