

第5章 口腔機能向上マニュアル

5-1 事業の趣旨

平成18年度施行の「地域支援事業」と「予防給付」に新たなメニューとして「口腔機能向上プログラム」（地域支援事業では「口腔機能向上事業」、介護保険サービスでは「口腔機能向上サービス」）が導入された。それは、明るく活力ある超高齢社会を実現するために、高齢者の口腔機能向上をはかることが不可欠であると、学際的根拠のもと立証されたためである。現在、本サービスは徐々に普及してはいるものの、まだ十分とは言えない。その理由には、以下のようなことが挙げられる。

- ①対象者本人（高齢者）が口腔機能向上の必要性について認識していない。
- ②事業提供者が、効果を具体的にイメージできない。
- ③事業実施に至る手続きが煩雑である。
- ④口腔機能向上支援の専門職が不在である。

これら課題を踏まえ、口腔機能向上の展開をさらに充実していくために、その考え方と手法を本マニュアルで紹介する。

口腔機能向上支援は、いつまでもおいしく、楽しく、安全な食生活の営みを目指す。


本事業は以下の3つの軸から構成されている。

図表 5-1 口腔機能向上支援の3つの軸

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> ①口腔機能向上の必要性についての教育 ②口腔清掃の自立支援 ③摂食・嚥下機能等の向上支援 |
|--|

口腔機能向上を実施することにより、以下が科学的に論証されている。

図表 5-2 口腔機能向上の実施による科学的論証

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> ①食べる楽しみを得ることから、<u>生活意欲の高揚</u>がはかれる。 ②会話、笑顔がはずみ、<u>社会参加が継続</u>する。 ③自立した生活と<u>日常生活動作の維持、向上</u>がはかれる。 ④<u>低栄養、脱水を予防</u>する。 ⑤<u>誤嚥、肺炎、窒息の予防</u>をする。 ⑥口腔内の崩壊（<u>むし歯、歯周病、義歯不適合</u>）を予防する。 ⑦経口摂取の<u>質と量</u>が高まる。 |  |
|---|---|

写真）東京都西多摩保健所「かむかむ元気レシピ」より

5-2 一次予防事業

5-2-1 実施体制

一次予防事業における口腔機能向上事業は、地域に在住する65歳以上のすべての高齢者を対象として、生涯にわたって自己の実現を目指すことを支援し、あわせて高齢者が活動的に社会への参画が図られるような「地域づくり・まちづくり」を目指すものである。歯科衛生士等が看護職員、介護職員等と協働し、実施において地域の特性や資源を生かして事業を行う。

図表 5-3 実施場所

市町村保健センター、公民館、福祉施設等 通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施 委託基準を満たした診療所（歯科診療所も含む）、医療機関等

5-2-2 実施内容

(1) 関係者・関係団体等からの理解と協力体制の確保

介護予防としての口腔機能向上プログラムについては、高齢者を含む一般住民にその意義や内容などがほとんど理解されていない現状にあることから、関係専門職団体、地区社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ等の地域高齢者団体、その他関連の会議等の場を活用し、口腔機能向上関連の意義・内容・効果等について十分に情報提供し、地域における啓発普及の協力体制を確保する必要がある。

(2) 講演会・キャンペーン等による周知教育活動

<厚生労働省 HP 参照：参考資料 5-1、5-2、5-3>

一般高齢者や保健福祉関係者、介護保険事業者等を対象に、加齢に伴う口腔機能の低下を予防し改善するプログラムの意義・方法・効果について、以下のような内容を含み、参加者が日々の生活や事業の中で具体的な行動に結びつくような講演会やキャンペーン活動を企画し実施する。

- ・ 口腔機能向上に関するクイズ、実習、体験教育などの工夫
- ・ パンフレットの作成・配布、ビデオ等の視聴覚媒体の活用

(3) 口腔機能向上セルフケア資源の整備

平素、一般の高齢者が日常生活の中で実践できるセルフケアとしての口腔機能向上プログラムを浸透させるには、健康教育活動のみならず、工夫し自己管理用の「口腔機能自己チェックシート」を盛り込んだりするなど（別添資料 5-1）、口腔機能向上の一般高齢者施策にかかるセルフケアの環境整備が有効である。

5-3 二次予防事業

5-3-1 事前準備

(1) 実施場所

- ・ 市町村保健センター、公民館、福祉施設等
- ・ 通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施
- ・ 委託基準を満たした診療所（歯科診療所も含む）、医療施設等

事業実施に際してふさわしい専用の部屋等のスペースを利用し、口腔清掃の指導等を実施するにあたっては、実施スペースに水道設備（洗面台等）があることが望ましいが、ガーグルペーンや手鏡等があれば机上でも実施可能である。

(2) 実施担当者

歯科衛生士等が看護職員、介護職員等と協働して実施する。担当者の心がけとして、口腔機能の低下予防や機能向上を通じて、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援することが重要である。

(3) 対象者の選定

基本チェックリストにより二次予防事業の対象者と決定した者のうち、口腔機能が低下している人（基本チェックリストの No. 13～15 のうち、2 つ以上に該当する者）又は市町村の判断で口腔機能が低下しているおそれのあると判断した人を対象とする（下記の②③に該当する人など）。

なお、要介護認定等を受けていた者が「非該当」と判定された場合、基本チェックリストを実施しなくても、二次予防事業の対象とすることができる。新たに要介護認定等の申請を行った者が非該当と判定された場合は、基本チェックリストの実施などにより二次予防事業への参加が必要と認められた者が対象となる。

図表 5-4 対象者の選定

- | |
|---|
| <p>①基本チェックリストにおいて「口腔機能向上」関連の No. 13、14、15 の3項目中、2項目以上該当する者</p> <p>②視診により口腔内の衛生状態に問題を確認 <厚生労働省 HP 参照：参考資料5-1></p> <p>③反復唾液嚥下テストが3回未満</p> |
|---|

市町村は、基本チェックリストの実施について、関係窓口を活用し住民に対して働きかけ、関連機関等に周知するよう努める。関連機関等は、基本チェックリストの実施時に、地域支援事業にて口腔機能向上支援の必要性について、パンフレットなどを活用しながら対象者に動機づけをすることが必要である<厚生労働省 HP 参照：参考資料5-1、5-2、5-3>。同時に、対象

者の情報が把握担当の窓口につながるように、常に窓口を明確にしておくことが重要である。後日、本人に二次予防事業の参加案内の通知がくることを説明し、事業参加を勧奨する。

基本チェックリストの結果から示された生活機能の低下の状況を踏まえて何らかの介護予防プログラムの対象となる者を「二次予防事業対象者」として決定する。ただし、どの介護予防プログラムに参加するかの決定にあたっては、地域包括支援センターにおける介護予防マネジメントと一体的に実施するよう配慮する。

(4) 二次予防事業対象者への事業参加のための説明

＜厚生労働省HP参照：参考資料5-1、5-2、5-3＞

専門職種は、口腔機能向上の個別プログラム計画が、対象者の生きがいや自己実現にどのように関連し、効果があるのか参加者やその家族に説明する。このことが、摂食・嚥下機能の向上訓練や口腔清掃を継続的に実行するための有力な動機づけになる。

また、自宅でのセルフケアプログラムの指導もあわせて行う。この際、参加者一人一人に適した、効果的な摂食・嚥下機能の向上訓練の方法、口腔清掃法を説明する。摂食・嚥下機能の向上のための口の体操や口腔清掃が、参加者の生活習慣の一部として定着するように、本人や家族に対して情報を提供する。

5-3-2 事前アセスメント

(別添資料5-2 口腔機能向上に関する記録(例))

図表 5-5 事前アセスメント

①基本チェックリスト 3項目の課題確認	かみにくさ	咀嚼機能の問い。
	むせ	嚥下(飲み込み)機能の問い。
	口のかわき	口がかわくと口腔内の細菌叢が変わるため、肺炎や上気道感染のリスクに関する問い。
②咬筋の触診	噛みしめたときに、頬骨から下顎に向かって走る筋(咬筋)の触知具合により、咬合力を評価する。	
③歯や義歯の汚れ	口腔の清掃状態を評価する。	
④舌のよごれ	口腔の清掃状態を評価する。舌苔が認められれば、舌の運動機能や全身的な状態(舌診)についても推測できる。	
⑤ブクブクうがい	うがいの際には、口唇、舌、頬、など口腔諸器官を全て使っているので、口腔機能の巧緻性と協調性を評価する。	
⑥RSST (反復唾液嚥下テスト)	30秒間に空嚥下(生唾を飲む)が何回できるかを観察する。3回以上できれば問題ないが、2回以下の場合、嚥下機能が低下していることの見安になる。	
⑦オーラルディアドコキネシス	10秒間に何回、「パ」が言えるか測定する(口唇の機能を評価)。その他に「タ(舌の中央部分の機能評価)」「カ(舌根部や咽頭機能の評価)」についても同様におこない、主に咀嚼機能の巧緻性について評価をする。	
特記事項	上記(①~⑦)の中で、あるいはそれら以外に特記すべき事項があれば記す。(問題点ばかりではなく、肯定的な事項を記すのも良い。)また、対象者・利用者の状況により、質問、観察が実施できない場合は、特記事項の欄に理由を記す。	
問題点	口腔機能の問題として、かむ、飲み込み、口のかわき、口臭、歯みがき、食べこぼし、むせ、会話等について該当するものにチェックをする。	

5-3-3 個別サービス計画の作成

(別添資料5-3 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録(例))

(1) 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント事業(基本チェックリスト使用)の結果、把握された二次予防事業対象者の課題分析を行い、本人の自己実現に向けた介護予防ケアプランを作成する。本人・家族の意志に基づいてプログラム参加を支援し、その実施状況を評価するという一連のマネジメントを行う。

(2) 市町村（受託事業所）

通所型を基本として確実かつ集中的に口腔機能向上プログラムを行う。地域包括支援センターが作成する介護予防ケアプランに基づき、歯科衛生士、保健師（看護師）、言語聴覚士等の担当者は、事前アセスメントにより参加者の課題やサービス提供上の注意点等を把握して、個別サービス計画（口腔機能の向上指導管理計画）を立案する。

5-3-4 プログラムの実施

(1) プログラムの趣旨

二次予防における口腔機能向上事業は、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高齢者を対象として、要支援・要介護状態に陥らないよう、自分らしい生活の確立と自己実現を支援するものである。

①口腔機能向上の必要性についての教育

当該事業への積極的な参加を図るためには、おいしく食べて、楽しく話し、よく笑うなどの基になる口腔機能を維持・向上させる必要があること、高齢者に理解しやすいように図表やビデオ、パンフレット実際の体験者の事例なども交えて説明し、理解を得る必要がある。

②口腔清掃の自立支援

口腔を清潔に保つ習慣は口腔疾患を予防するのみならず、高齢期には心身への生活の刺激ともなる上、インフルエンザ等の気道からの感染を防ぐ効果が大きく、また口腔清掃が咳や嚥下の反射機能などの口腔機能を向上する効果もある。これらを踏まえ、日常的な口腔清掃の意義と必要性について分かりやすく説明し、動議づけや習慣づけを行う。

③摂食・嚥下機能等の向上支援

担当者は、以下の摂食・嚥下機能等の基本的な知識を学んだ上で、参加者がそれらの機能向上訓練等を、セルフケアとして日常生活の場で継続実施できるようプログラムを実施する。

- ・ 加齢にともない低下する摂食・嚥下機能のメカニズム
- ・ 摂食・嚥下機能の低下により生じやすいムセや誤嚥・窒息あるいは肺炎
- ・ 摂食・嚥下機能の低下と食事環境との関連とその改善策

(2) プログラムの実施期間、回数

プログラムは3ヶ月で6回以上を目途とする。

図表 5-6 実施期間、回数

実施期間：3か月を目途 回数：6回以上を目途

(3) プログラム内容

(別添資料5-3 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録 (例))

1回のプログラムの流れは以下を目安とする。

図表 5-7 1回のプログラムの流れ

<p>時間配分：30分を目途</p> <p>担当者：歯科衛生士等が看護職員、介護職員等と協働して行う</p> <p>歯科医師、医師の関与：口腔機能の低下のおそれのある対象者を把握して地域包括支援センターに情報提供（基本チェックリストを提出）したり、介護予防ケアプランや口腔機能改善管理指導計画の立案における助言・指導をしたりなど、本プログラムを支える役割を担う。また事業実施時の場を提供、事故トラブル等の発生時の際には協力する。</p>

- ① 事前アセスメントの結果、実施担当者は、個別サービス計画（別添資料5-3 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）として専門職種が月1～2回程度実施する「専門職の実施事項」、および本人が居宅等で実施する「家庭での実施事項」を立案する。本人に説明し同意のもとに事業の内容を決定する。
- ② 口腔機能向上サービスの管理指導計画に基づき以下のプログラムメニューを実施する。
 - ・口腔機能向上の必要性についての教育
 - ・口腔清掃の自立支援
 - ・摂食・嚥下機能等の向上支援
- ③ 定期的なモニタリング（中間評価）とフォローアップを行い、参加者の日常生活におけるセルフケアとしての口腔機能向上プログラムの実施、継続を支援する。

図表 5-8 プログラム内容

<ol style="list-style-type: none"> ① 口腔体操の指導：参加者自らが主体的に口唇や頬、歯や咽などの咀嚼や嚥下の器官の動きを維持し、高めていくための直接的な機能訓練 ② 口腔清掃の指導：清掃しづらい部位を指摘し歯ブラシの仕方、義歯の清掃法・管理法等を指導 ③ 口腔清掃の実施：本人では清掃困難な部位の清掃介助等の実施 ④ 唾液腺マッサージ指導：三大唾液腺（耳下腺、顎下腺、舌下腺）へのマッサージ法の指導 ⑤ 咀嚼訓練（指導）：おいしく食べ、窒息予防など安全な食事を継続するための訓練、および指導 ⑥ 嚥下訓練（指導）：むせの軽減、肺炎予防などを目的とした訓練、および指導 ⑦ 発音・発声に関する訓練（指導）：構音機能の維持・向上を目的とし、ひいては咀嚼や嚥下機能に関する訓練、および指導 ⑧ 食事姿勢や食環境についての指導：食事の時の姿勢や適切な食具の選択など、その機能を十分発揮し向上できるような環境面への援助や指導助言を実施することである。
--

5-3-5 事後アセスメント

(別添資料5-2 口腔機能向上に関する記録(例))

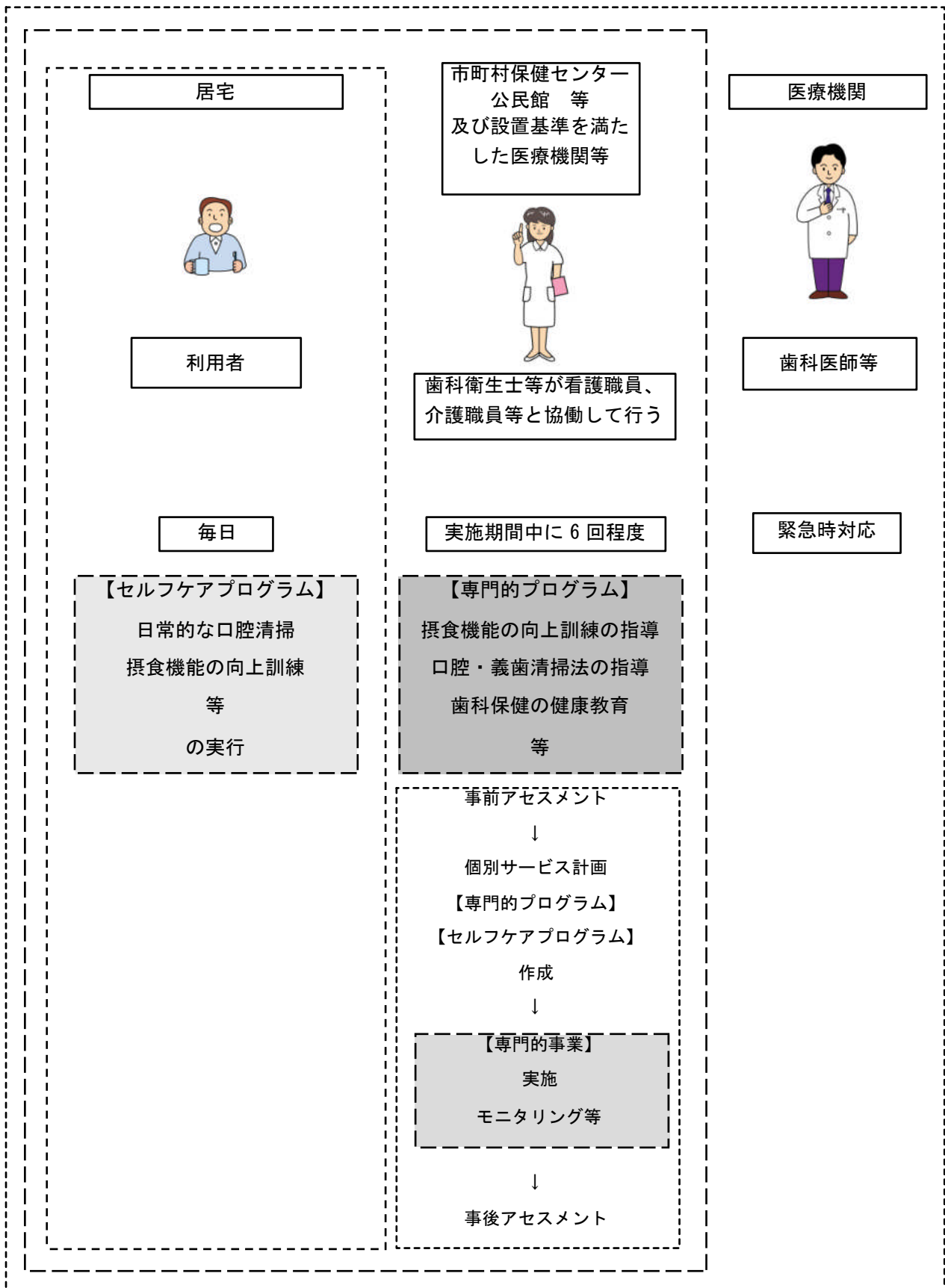
実施担当者は、事後アセスメントをとおして事業の実施効果(当初の目標の達成度、対象者の満足度等)の評価を行い、参加者と共有するとともに、地域包括支援センターに報告する。事後の総合評価として、以下の項目に留意しながら総合評価を行う。

図表 5-9 事後の総合評価

<input type="checkbox"/> 食事がよりおいしくなった	<input type="checkbox"/> 薄味がわかるようになった	<input type="checkbox"/> かめるものが増えた
<input type="checkbox"/> むせが減った	<input type="checkbox"/> 口の渴きが減った	<input type="checkbox"/> かみしめられるようになった
<input type="checkbox"/> 食事時間が短くなった	<input type="checkbox"/> 食べこぼしが減った	<input type="checkbox"/> 薬が飲みやすくなった
<input type="checkbox"/> 口の中に食べ物が残らなくなった	<input type="checkbox"/> 話しやすくなった	<input type="checkbox"/> 口臭が減った
<input type="checkbox"/> 会話が增えた	<input type="checkbox"/> 起きている時間が増えた	<input type="checkbox"/> 元気になった

各介護予防プログラムの報告等により地域包括支援センターの保健師等は参加者の状態等の効果の評価を行う。その結果、事業継続の要否について判断をする。

図表 5-10 二次予防事業対象者に対する口腔機能向上事業のイメージ



5-4 予防給付における口腔機能向上サービス

要支援1及び要支援2に対する口腔機能向上サービスの目的は、介護予防サービス計画において設定された利用者の目標のための支援であって、提供されるサービスそのものはあくまでも手段であることに留意して実施する。

5-4-1 プログラムの実施

保険給付としての口腔機能向上サービスは、算定要件¹⁰を遵守することとし、具体的なプログラムは、前述の「5-3-4 プログラムの実施」を参照すること。

¹⁰ 「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第127号）
「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月17日老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）
「口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成18年3月31日老老発第0331008号）

別添資料5-1 口腔機能自己チェックシート（例）

①から⑪まであてはまる方に○をつけて下さい。

- | | | |
|----------------------------------|--------------|----------|
| ①固いものが食べにくいですか | 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口がかわきやすいですか | 1. はい | 2. いいえ |
| ④薬が飲み込みにくくなりましたか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑤話すときに舌がひっかかりますか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑥口臭が気になりますか。 | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑦食事にかかる時間は長くなりましたか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑧薄味がわかりにくくなりましたか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑨食べこぼしがありますか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑩食後に口の中に食べ物が残りやすいですか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑪自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか | | |
| 1 a. どちらもできない | 1 b. 片方だけできる | 2. 両方できる |

（1 a、1 b）のいずれかがある場合は口腔機能低下の可能性が高く、注意が必要です。

別添資料5-2 口腔機能向上に関する記録（例）

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名	病名等							
	かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

1. 関連職種等により把握された課題等（該当する項目をチェック）

（記入日：平成 年 月 日、記入者： ）

<input type="checkbox"/> かみにくさ <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態） <input type="checkbox"/> その他（ ）
--

2. 事前・事後アセスメント・モニタリング

（アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入）

平成 年 月 日	モニタリング	平成 年 月 日	事後	平成 年 月 日
記入者		記入者		記入者
<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 保健師		<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 保健師 <input type="checkbox"/> 関連職種		<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 保健師

観察・評価等	評価項目	事前	モニタリング	事後評価
①課題の確認・把握	固いもののかみにくさ	1 ない 2 ある		
	お茶や汁物等によるむせ	1 ない 2 ある		
	口のかわき	1 ない 2 ある		
②咬筋の触診（咬合力）	1 強い 2 弱い 3 無し			
③歯や義歯のよごれ	1 ない 2 ある 3 多い			
④舌のよごれ	1 ない 2 ある 3 多い			
⑤ブクブクうがい（空ブクブクでも可）	1 できる 2 やや不十分 3 不十分			

（以下の⑥と⑦の評価は必要に応じて実施）

⑥RSST（※ 30秒間の喉頭挙上の回数）	（ ）回/30秒	（ ）回/30秒	（ ）回/30秒	（ ）回/30秒
⑦オーラルティアドコネシス	パ（ ）回/10秒	パ（ ）回	パ（ ）回	パ（ ）回
	タ（ ）回/10秒	タ（ ）回	タ（ ）回	タ（ ）回
	カ（ ）回/10秒	カ（ ）回	カ（ ）回	カ（ ）回

⑧特記事項等	
⑨問題点	<input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3. 総合評価

①日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項						
②口腔機能の評価	<input type="checkbox"/>	向上	<input type="checkbox"/>	維持	<input type="checkbox"/>	低下

【総合評価結果】

①事業継続の必要性	<input type="checkbox"/> あり（継続） <input type="checkbox"/> なし（終了）	②計画変更の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
-----------	---	-----------	---

備考：

口腔機能向上関連のQ&Aについて

【基本チェックリストおよび二次予防事業対象者の把握・決定関係】

Q1：基本チェックリストは診療所で実施してもよいか。

A：「関連機関からの情報提供」に該当するものとして、基本チェックリストを、診療所（歯科診療所も含む）で実施しても差し支えない。

Q2：地域包括支援センターでのケアプランの作成は必須事項か。

A：作成の可否については、当該センターの判断に委ねられるものであり、全てにおいて必須ではない。

Q3：「二次予防事業対象者の決定方法」で示した各介護予防プログラムの基準に該当しない場合であっても、運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能の向上プログラム等の対象として良いか。

A：「二次予防事業対象者の決定方法」で示した各介護予防プログラムの基準は、二次予防事業対象者を決定するための基準であり、二次予防事業対象者の決定後に実施する介護予防ケアマネジメントにおいては、当該基準に該当しない介護予防プログラムであっても、課題分析（アセスメント）の結果に基づき、適宜、介護予防ケアプランに加えても差し支えない（平成18年8月3日付、老健局老人保健課事務連絡）。

【事業の実施】

Q4：アセスメントの際の様式は、本マニュアルに掲載されたものが必須であるか。

A：本マニュアル掲載の様式は例であり、必須ではない。事業実施対象の実態に即し、有効かつ能率的な様式を活用されたい。

Q5：診療所等の医療機関での実施は可能であるか。

A：介護予防事業実施にあたり、実施要綱等の基準を満たすものであれば、診療所、病院等の施設利用は可能である。

Q6：事業実施にあたり、医師、歯科医師の指示は必要であるか。

A：本事業は、健康増進事業との解釈であり医療行為ではないため、医師、歯科医師の指示は不要である。ただし、医療が必要と認められたものには、勧奨されることが望ましい。

Q7：事業実施にあたり、本人あるいは家族からの同意書は必要であるか。

A：不要である。