

#### IV 口腔機能の向上マニュアル（案）

# 口腔機能の向上マニュアル(案)

～高齢者が一生美味しく、楽しく、安全な食生活を営むために～

平成17年7月

口腔機能の向上についての研究班

主任研究者 植田 耕一郎

本マニュアル(案)の内容は、現時点における本研究班での検討状況を反映したものであり、今後の検討によって変更がありえるものである。

## 目次

1. 介護予防における口腔機能の向上	3
1.1 マニュアルの目的	3
1.2 新たな介護保険制度のしくみ	4
1.3 生活機能における口腔機能の向上の位置づけ	5
2. 高齢者における口腔機能の現状	10
2.1 食べる楽しみ	10
2.2 低栄養・脱水の危険	11
2.3 誤嚥・窒息の危険	11
2.4 運動機能への影響	12
2.5 社会参加への影響	14
3. 口腔機能の向上の意義	15
3.1 口腔機能の向上に関する科学的根拠	15
3.2 口腔機能の向上の具体的な方策	23
4. 「口腔機能の向上」の対象者	27
4.1 「口腔機能の向上」のサービス・事業の流れ	27
4.2 「口腔機能の向上」の対象者の選定項目	29
4.3 「口腔機能の向上」の対象者の選定	34
4.4 想定される対象者数	34
4.5 想定される対象者像	35
4.6 医療と介護の機能分担と連携の強化	36
5. 新予防給付におけるサービス	38
5.1 新予防給付の「口腔機能の向上」のサービス利用の流れ	38
5.2 サービス提供体制	38
5.3 サービスの実施	43
5.4 安全管理体制	53
6. 地域支援事業(特定高齢者施策)における口腔機能の向上のための事業	55
6.1 地域支援事業における口腔機能の向上の事業の目的	55
6.2 地域支援事業における口腔機能の向上の内容	55
6.3 特定高齢者施策の流れ	55
6.4 事業提供体制	55
6.5 事業の実施	58
6.6 安全管理体制	63

7. 地域支援事業(一般高齢者施策)における口腔機能の向上のための事業	64
7.1 目的	64
7.2 「一般高齢者施策」の内容	64
8. 参考資料	67
8.1 口腔機能の向上の事前・事後のアセスメント	68
8.2 口腔機能の向上のための介護予防サービス計画・個別計画	78
8.3 訓練の実際例①	81
8.4 訓練の実際例②	87
9. 参考文献	91

# 1. 介護予防における口腔機能の向上

## 1.1 マニュアルの目的

本マニュアルは、平成 18 年 4 月より施行される「新予防給付」及び「地域支援事業」関係者のために、「高齢者に対する口腔機能の向上のための支援」の理念、制度の運用方法、及び技術等について記載したものである。

介護保険法附則第 2 条に基づき、平成 16 年 7 月に、法施行 5 年目を目途とした制度全般に関しての「介護保険制度の見直しに関する意見」が社会保障審議会介護保険部会によってまとめられた。この見直しの基本的視点として、「制度の持続可能性」「明るく活力ある超高齢化社会」「社会保障の総合化」の 3 点が設定された。

その中で、高齢者の心身機能、活動、参加といった生活機能の低下を予防して、要介護状態に陥らない、あるいは状態が悪化しないようにすることを重視する「予防重視型システム」への切り替えが求められたことから、特に、「明るく活力ある超高齢化社会の構築」においては、「食事」への問題提起を踏まえて、「口腔機能の向上」が「介護予防」のための新たなサービスとして検討されてきた。

高齢者の摂食・嚥下機能の低下は低栄養の重要なリスク因子となる。低栄養の問題は ADL（Activity Daily Living：日常生活動作）や認知機能との関連が指摘され、免疫能の低下につながり、気道感染や肺炎等の感染症発症の危険因子でもある。

換言すれば、摂食・嚥下機能の向上は、気道保護、及び栄養改善ひいては免疫能の向上につながることを期待できる。摂食・嚥下機能は介護の重度化とともにその機能が悪化することが知られており、その予防のためにも口腔機能の向上を目的としたケアが必要である（図 1）。

また、軽度の要介護者等の集団を対象として実施した口腔リハビリテーションにより、食生活の改善、昼間座位時間、覚醒時間の延長や生活リズムの改善など、生活内容の全般的な改善も示されている<sup>文献 1)</sup>。

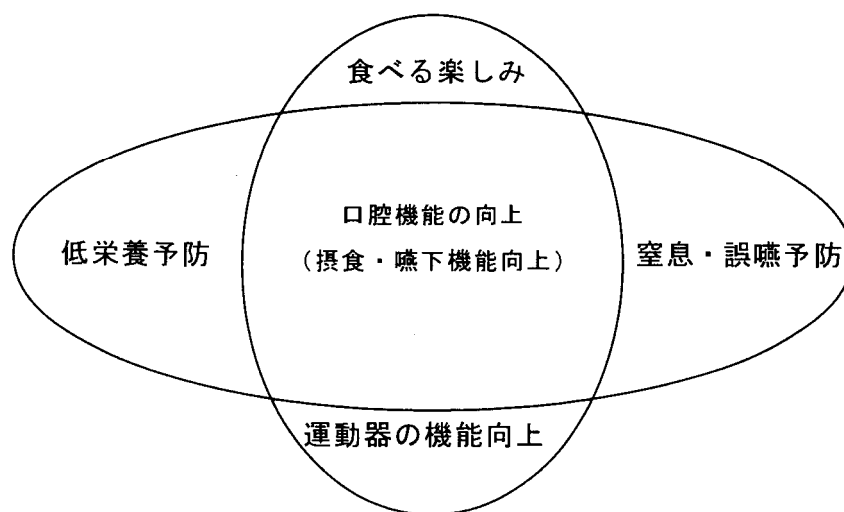


図 1 口腔機能の向上の成立要件

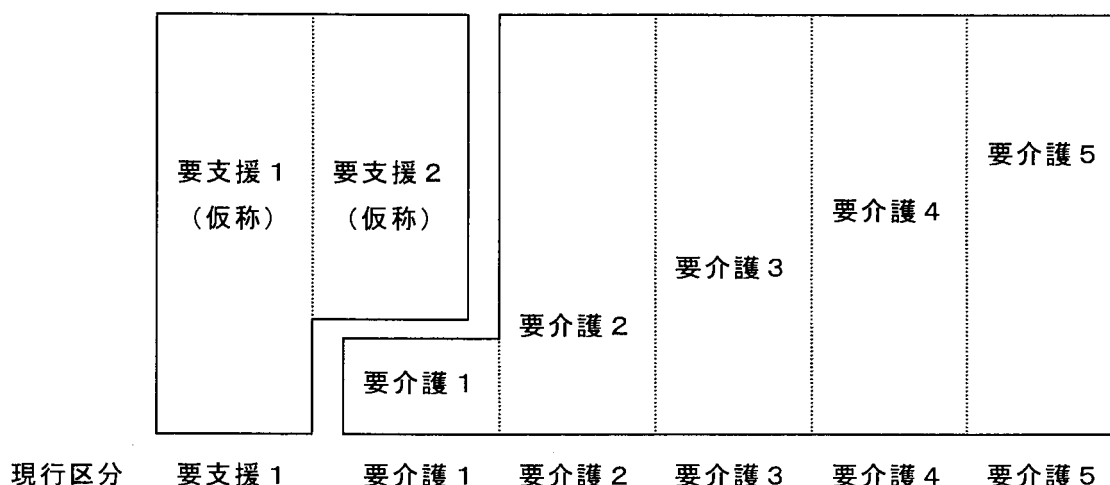
## 1.2 新たな介護保険制度のしくみ

平成 16 年における介護保険受給者は 410 万人に達し、その内訳をみると、要支援及び軽度要介護者が、200 万人を占めるに至った。そこで、平成 18 年度に予定される介護保険制度の見直しにおいては、介護保険法の基本理念である「自立支援」をより徹底する観点から、軽度者に対する保険給付について、現行の「予防給付」の対象者の範囲、サービス内容、マネジメント体制等を見直した「新たな予防給付」へと再編を行うこととなった。これにより、軽度要介護者の重度化を防ぐために、予防重視型システムへの転換が図られることとなる。

新予防給付の対象者については、介護認定審査会において、現行の要介護状態区分の審査に加え、「状態の維持・改善可能性」の観点から行われる審査の結果、要支援者と判定された者が該当する。

対象者は、現行の「要支援」に加え、「要介護 1」に該当する者のうち、心身の状態が安定していない者や認知症により新予防給付の利用に係わる適切な理解が困難な者を除いた者が想定されている（図 2）。

図 2 予防型システム変換における対象者の選定



新予防給付のサービス内容については、介護保険法の基本理念である「自立支援」をより徹底するとともに生活機能の維持・向上の観点から、既存のサービスの内容、提供方法、提供期間等を見直すとともに、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上を目的とした新規サービスが加わることとされている。

ケアマネジメント体制については、市町村を責任主体とし、要支援、要介護状態になる前から一貫性、連続性のある「介護予防ケアマネジメント体制」を確立する。

具体的には、制度見直しに伴って創設される地域包括支援センターの保健師等が従事する。

ケアマネジメントの過程においては、

- ① アセスメント
- ② ケアプラン作成

### ③サービスの実施

### ④事後のアセスメント

が行われることとなるが、ケアプランの原案作成等業務の一部については、公正・公平の観点から適切な居宅介護支援事業所に委託できるものとされている。

また、居宅介護支援事業者等による認定申請の代行や認定調査が利用者の意思に反した過度の掘り起こしを惹起しているとの指摘等を踏まえ、公平・公正の観点から要介護認定事務の見直しを行うこととされている（表1）。

表1 現行と改正後の認定申請者の違い

現行	改正後
<ul style="list-style-type: none"><li>・本人</li><li>・成年後見人</li><li>・家族・親族等</li><li>・民生委員、介護相談員等</li><li>・居宅介護支援事業者</li><li>・介護保険施設</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・本人</li><li>・成年後見人</li><li>・家族・親族等</li><li>・民生委員、介護相談員等</li><li>・地域包括支援センター</li><li>・居宅介護支援事業者、介護保険施設のうち省令で定めるもの</li></ul>

これらの見直しは平成18年4月施行を原則とされているが、施行等に係る経過措置として、地域包括支援センターの体制が整備されない市町村においては、平成20年4月1日までの条例で定める日から施行することができることとされている。

施行日前に既に要介護認定を受けている者は、要介護認定の有効期間中は、従来の給付を受けることができることとし、また、施行日前に介護保険施設に入所していた者が、施行日以降に新予防給付の対象者となった場合には、平成20年度末までの3年間は引き続き入所できることとされている。

## 1.3 生活機能における口腔機能の向上の位置づけ

### 1.3.1 新予防給付と地域支援事業の創設

予防重視型のシステムへと介護保険制度の転換が図られる中で、介護予防サービスとして、新たに新予防給付と地域支援事業が創設される。

新予防給付の対象者は現行の「要支援」（「要支援1」と仮称）並びに「要介護1」の一部（「要支援2」と仮称）であり、いわば「要介護状態の改善・重症化防止」を図る三次予防として実施されるものである。

これに対して、地域支援事業は、要介護・要支援状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なケアマネジメント機能を強化する観点から、市町村が実施する事業として創設されるものである。これは、従来の老人保健事業と介護予防・地域支え合い事業の課題を踏まえ、高齢者が要支援・要介護状態に陥ることを防止するために、「要支援・要介護状態に陥るおそれのある者」を対象として行われるもので、いわば「要介護状態の水際作戦」、「生活機能低下の早期発見・早期対応」という二次予防、

並びに「生活機能の維持・向上」という一次予防の取り組みとして実施されるものである。

これまで、要介護者に対するサービスとしては介護給付が、健康高齢者の健康の維持、増進を目的とする生活習慣病予防や介護予防に資する取り組みとしては市町村の老人保健事業が進められており、さらに介護予防に資する取り組みとしては介護予防・地域支え合い事業が進められてきたが、

①要介護高齢者は介護保険サービス実施の5年弱で1.86倍となり、従来の軽度者に対するサービスが状態の改善につながっていないこと。

②老人保健事業では介護予防のための取り組みが十分でなかったこと。

③老人保健事業と介護予防・地域支え合い事業との間の連携が十分でなかったこと。

等の反省から、これらの予防重視型のシステムへの転換がはかられることとなったものである。

要介護認定においては、現行の認定審査項目（79項目）に加え、高齢者の生活機能を評価する調査項目が追加され、主治医意見書においても高齢者の生活機能の評価を拡充することによって、現行の「要介護1」のうち改善可能性の高い対象者を新予防給付の対象者として選定することとなる。これによって、介護保険によるサービスとしては、要支援者に対する予防給付、要介護者に対する介護給付の二本立てとして実施される。

そのため、平成17年度には「要介護認定モデル事業」により、新予防給付対象者の選定を試行的に実施し、認定調査員、介護認定審査会委員等の意見等を整理し、要介護・要支援認定の円滑な導入を図ることとしている。

一方、地域支援事業の対象者の選定については、市町村は介護予防スクリーニングを実施し、要支援・要介護になるおそれの高い者（ハイリスクグループ）等を選定して、介護予防サービスを提供することとなる（図3）。



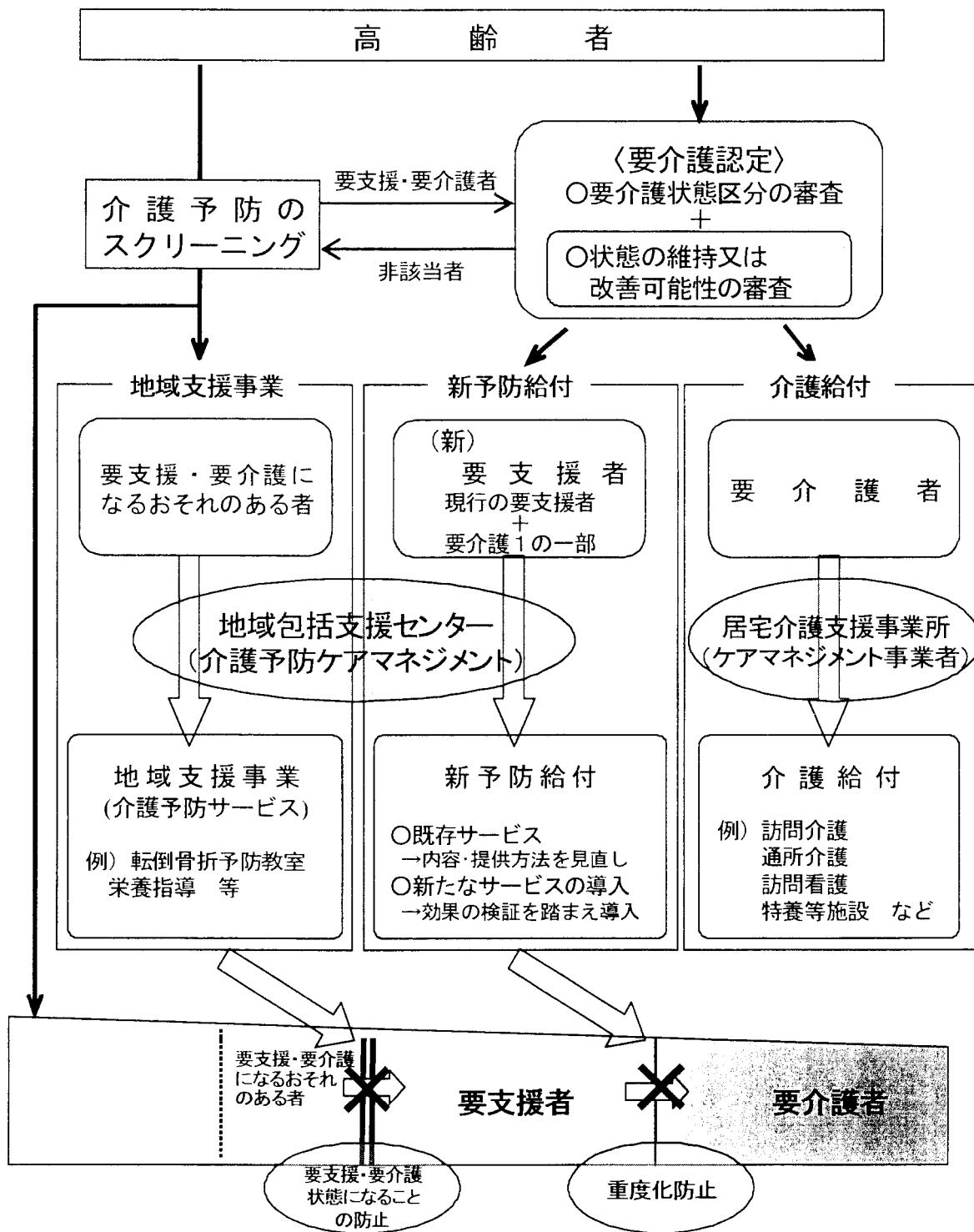


図3 予防重視型システムへの転換  
(全体概要)

### 1.3.2 新予防給付と地域支援事業の内容

介護保険給付のうち、介護給付の対象者には従来どおり指定居宅介護支援事業者によるケアマネジメントを経て、指定居宅サービス事業者による介護サービスが提供されるが、新予防給付の対象者については指定介護予防支援事業者による介護予防ケアマネジメントを経て、指定介護予防サービス事業者が介護予防サービスを提供することとなる。

一方、地域支援事業として、市町村は介護予防事業（介護予防のスクリーニング及びその結果等を踏まえて要支援・要介護になるおそれの高い者等を対象とする介護予防サービスの提供）と併せて、包括的支援事業として、

- ①介護予防マネジメント事業（介護予防事業の介護予防サービスのマネジメント）
- ②総合相談・支援事業（地域の高齢者の実態把握、介護以外の生活支援サービスとの調整等）
- ③地域ケア支援事業（支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言、地域のケアマネジャーのネットワークづくり等）
- ④権利擁護事業

並びに任意事業として介護給付費適正化事業、家族支援事業等を行うことができるものとされている。

これらのうち、新予防給付の対象者に対する指定介護予防支援事業者による介護予防ケアマネジメントと、要介護認定非該当の介護予防事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントとは「一体的に実施」されるものとされ、非該当の介護予防対象者に対する介護予防事業は、市町村から委託を受けた事業者が実施することとされている。

新予防給付における新規サービスとしては「運動器の機能向上」「栄養改善」並びに「口腔機能の向上」を目的とするものが加わるとともに、地域支援事業における介護予防事業としてはこれらに加えて「認知症予防」「うつ予防」「閉じこもり予防」を目的とする事業が実施されることとされている。

### 1.3.3 新予防給付と地域支援事業の連携

新予防給付並びに地域支援事業等の介護予防の取り組みは、生活機能の低下の予防、維持・向上という観点から、一次予防、二次予防、三次予防に整理することができる。

地域支援事業では、主として、介護予防の一次予防として生活機能の維持・向上、二次予防として生活機能低下の早期発見・早期対応を図ることとされている。

新予防給付では介護予防の三次予防としての要支援状態から要介護状態への移行防止を図ることとなるが、要支援者を対象とする新予防給付の取り組みを通じて生活機能の改善が図られた場合には、地域支援事業の対象として移行することとなる。

また、生活習慣病予防と介護予防とは相互に関連していることから、地域支援事業の実施にあたっては、生活習慣病予防の二次予防としての健康診査等と介護予防の二次予防等との連携を図ることが重要である。

#### 1.3.4. 介護予防に関わるインフォーマルサービス

介護予防に関わるサービスは、上記の新予防給付や地域支援事業に限るものではない。これらの公的なサービスは、介護を予防する取り組みの、いわばセーフティネットの一部であり、自助的な取り組みや地域におけるさまざまな団体、ボランティア等による取り組みも活性化させ、活用することが重要である。

地域における民間の自主的な取り組みとして代表的なものに、老人クラブや社会福祉協議会等の活動がある。老人クラブは、60歳以上のすべての人の任意加入による組織で、全国のあらゆる地域にその基盤となる組織があり、市町村ごとの老人クラブ連合会から全国老人クラブ連合会にいたる、高齢者の自助組織としては最大のものである。社会福祉協議会もまた、あらゆる市町村を基盤として組織され、行政と密接な連携をもちつつ、障害者福祉から老人福祉を含む独自の福祉活動を展開しており、なかには行政の委託をうけて介護サービスの実施を担当しているところが少なくない。

その他、地域のボランティア団体や家族、友人等によるサービス等、広い裾野をなす取り組みがあつて初めて、新しい介護予防の事業は機能するものといえる。

インフォーマルサービスとは、近隣や地域社会、ボランティア等の非公式的な援助である。家族や友人との交流から、社会福祉協議会や市民団体のボランティア活動、商店街のイベント等に至るまで、様々なサービスが存在する。これらは行政が提供する「介護保険サービス」では充足されない「隠れた」ニーズに対応し、要介護者のおかれた環境、状況に応じ柔軟な取り組みが可能である。

とりわけ、介護予防ケアマネジメントでは、このようなインフォーマルサービスを含めた社会資源を十分に活用することで、居宅の要支援者や、要介護状態に陥るおそれの高い者への総合的で一貫性・連続性のある生活機能の自立支援が可能になる。

またそのためには、地域でインフォーマルサービスを把握する努力のみならず、必要に応じては包括支援センターを中心に保健医療の専門職から民生委員等地域活動の関係者が連携し要支援者や、要介護状態に陥るおそれの高い者の生活を支えるネットワークを形成するなど、地域のインフォーマルサービスの育成支援や開発が重要になる。

介護予防事業が地域に定着するためには、公的サービスの充実が必要であるが、それ以上に重要なものが、ここで示されるインフォーマルサービスの整備と活用である。

介護予防サービス利用者がサービス提供を通し、サービス内容が習慣化することが、各介護予防サービス計画作成時に設定される目標である。同様に、介護予防事業そのものが地域の中で、普遍的な事業となるためには、介護予防に関わるインフォーマルサービスを、地域でできるだけ多く持つことが重要である。

インフォーマルサービスの運営主体は、老人クラブ、地区社会福祉協議会、ボランティア、市民活動団体（NPO含む）等である。介護予防事業の概念が新しいこともあり、既存の団体だけでなく、行政が必要なインフォーマルサービスを提案、普及さらには支援する体制作りも必要となる。特に、口腔機能の向上に関わるインフォーマルサービス整備には、地域歯科医師会等が地域のネットワーク作りに中心的役割を果たすことが期待される。

## 2. 高齢者における口腔機能の現状

### 2.1 食べる楽しみ

介護保険制度は「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする(第1章第1条)」ものである。このように、介護保険の基本理念には、高齢者の基本的な生活機能の「自立支援」を掲げ、「食事」が基本的な生活機能に位置づけられている。

事実、平成12年4月に介護保険制度が施行されて以来、5年目を迎えるにあたり、この間、高齢者における健康的な食生活への関心が日に日に高まってきた。特に要介護高齢者の、日常生活における楽しみの第一位は介護の軽度、重度にかかわらず「食事」であるとの報告がなされるにあたり<sup>文献2)</sup>、おいしく、楽しく、そして安全な食生活の営みは、誰もが共通した願望であることが伺える(表2)。

表2 要介護高齢者の日常生活における関心事(施設で楽しいこと)について

	1位	2位	3位
特別養護老人ホーム (9施設 n=773)	食事 44.8%	行事参加 28.0%	家族訪問 25.3%
老人保健施設 (13施設 n=1324)	食事 48.4%	家族訪問 40.0%	行事参加 35.2%
老人病院 (9病棟 n=362)	食事 40.0%	家族訪問 39.4%	テレビ 28.3%
療養型病院 (1施設 n=50)	食事 55.1%	家族訪問 55.1%	テレビ 30.0%

(複数回答可)

健全な食生活は高齢者が健康で生き生きとした生活を送る上で必須の要素であり、食生活の確保には口腔機能の維持が不可欠である。しかし、日常健康的に食生活を送っているようであっても、平成15年の人口動態調査(不慮の事故の種類別にみた年齢別死亡数)結果では、3,587名の65歳以上の高齢者が食物の誤嚥による気道閉塞を死因とする不慮の事故で死亡している<sup>文献3)</sup>。また高齢者の死因の4位が肺炎であり、肺炎の30%強は、誤嚥性肺炎であると診断されている。こうした実態は、軽度要介護高齢者の日々の食生活の中で、潜在的に摂食・嚥下機能の障害が、少なからず存在していることを示すものである。

## 2.2 低栄養・脱水の危険

「施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究会」報告書<sup>文献 4)</sup>によると、『神奈川県内の介護保険施設における通所サービス軽度利用者に関する調査では、血清アルブミン値 3.5g/dl 以下の者は 3.3%、BMI (Body mass index) 18 未満は 8.0%、これらの指標のいずれか 1 つに該当する利用者は 10.9%であった。重度者の栄養状態には、食欲不振、便秘、摂食・嚥下機能の障害、糖尿病や腎臓障害等の慢性疾患の重度化、褥瘡、経腸栄養法等への対応が求められるのに対して、軽度者への栄養改善には、買い物や食事準備上の問題、主食、主菜の摂取量の低下を認識している者が増大してくるので、低栄養の誘因となる関連問題の解決が必要である。さらに、軽度者と重度者に対して提供されるサービスの内容等は異なる必要があるが、低栄養への移行は連続的で可逆的なものであるので、『「口から食べる」ことにより栄養改善を通じて、自己実現を達成することが可能になる』と報告されている。

すなわち、軽度要介護者に対しては、口腔機能の維持、増進により低栄養予防あるいは栄養改善を達成することが可能となる。

## 2.3 誤嚥・窒息の危険

一方、要介護状態になる 3 大リスク因子として

- ① 転倒
- ② 気道感染
- ③ 閉じこもり

が、「介護予防に関するテキスト等調査研究委員会」報告書<sup>文献 5)</sup>で報告され、さらに平成 16 年 1 月の「高齢者リハビリテーション研究会」において、これらの因子に対して口腔清掃等は高齢者リハビリテーションの効果を高めることが確認されていること等が報告された。気道感染とは、肺炎やインフルエンザ等感冒様症状を示すものであり、高齢者がこれらに罹患すると ADL や認知機能の低下を招く。

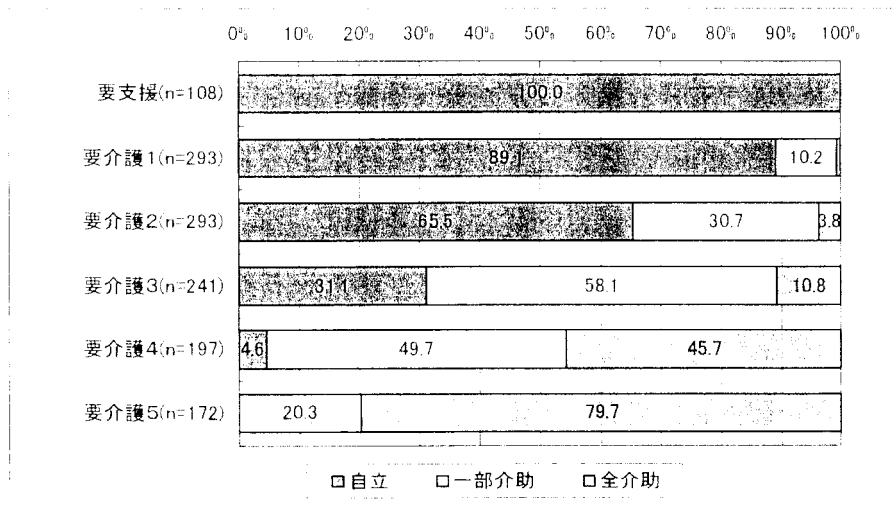
また気道感染のひとつである誤嚥性肺炎の予防には、

- ① 感染源ともいえる口腔咽頭細菌叢を除去する
- ② 感染経路対策として嚥下反射、咳嗽反射を改善する
- ③ 感受性宿主対策として栄養改善による免疫能を改善する
- ④ 潜在化している摂食・嚥下機能の障害を早期に発見する

が必要である。

口腔咽頭細菌叢の除去には歯ブラシを中心とした口腔清掃が有効である。口腔に一定の刺激を加えると嚥下反射、咳嗽反射が賦活化することが知られており、感染経路対策としても重要である。しかし、口腔清掃の自立度は要介護度が重度化するに従い、当然のことながら介助が必要になり、口腔清掃に介助が必要な者は要介護 1 では約 10%であるが、要介護 2 では約 60%までに上昇する (図 4)。

さらに口腔清掃行為が自立している者でも、口腔清掃の習慣性、巧緻性ともに良好な者は、要支援で約 70%、要介護 1 で約 60%しかいない<sup>文献 6)</sup>。軽度要介護者には、気道感染予防さらには生活全般にわたる機能の維持、改善のために口腔清掃の自立に向けた援助、習慣化、巧緻性の向上が必要である。



平成12年度東京都「かかりつけ歯科医意見書」活用モデル事業に関する分析報告書

(平成13年東京都福祉局保険部)より

図4 口腔清潔 (要介護度別)

また嚥下性肺炎の可能性がある者の割合は、要支援で3.7%、要介護1で6.8%であり、要介護度が重度化するに従い増加傾向にある。(図5<sup>文献7)</sup>)。

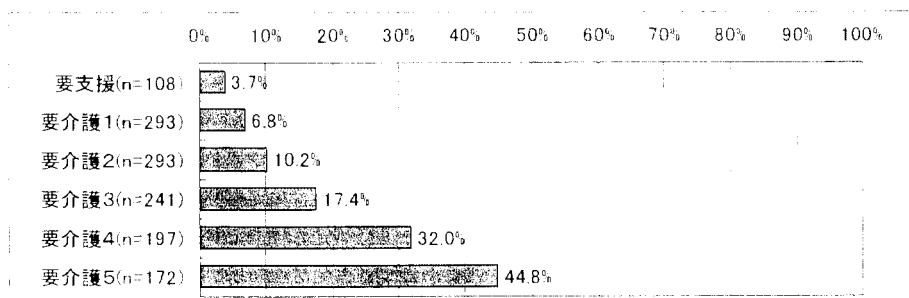


図5 嚥下性肺炎の可能性 (要介護度別)

以上から、新予防給付対象者における口腔機能低下群の割合が把握できるが、軽度要介護者は、放置すれば肺炎罹患の予備群として、ここに示した割合以上に存在することが推察される。

#### 2.4 運動機能への影響

高齢者の運動機能と摂食・嚥下機能との関係に関しては多くの報告がみられ、嚥下機能と運動機能には密接な関係があることがわかっている。

鎌倉らは健康度の自己評価及び一日のうちで外出する時間と食事時にむせる頻度との間に有意な関係があることを示した<sup>文献8)</sup>。嚥下機能の客観的な評価を用いた報告では、森田らは、通所介護施設(デイサービスセンター)の利用者である男性105名、女性219名の生活食事状況と嚥下機能の関係を調査した。IADL(Instrumental ADL:手段的日常生活動作能力)及び移動能力や食事に関する状況等を聞き取り調査で聴取、反復唾液嚥

下テスト（Repetitive Saliva Swallowing Test：以下、RSST）で嚥下機能を評価した文献<sup>9)</sup>。その結果、表3に示すように、目的変数をRSSTとしたロジスティック回帰分析では食事の自立、食事の場所、食事形態、よく笑うでオッズ比が有意に高かった。すなわち、食事が自立し、ベッドやふとん以外の場所で食事を行い、普通食を食べている者では、嚥下機能が良好であるという結果であった。

表3 年齢・性調整後の生活状況調査と嚥下機能の関係  
(ロジスティック重回帰分析)

	生活食事状況	オッズ比
食事の自立	自分でできる	5.8*
	自分でできない	1.0
食事の場所	ベッド・ふとん以外	2.1*
	ベッド・ふとんでする	1.0
食事形態	普通食	3.3*
	きざみ食・粥状食	1.0
よく笑う	はい	2.6*
	いいえ	1.0

目的変数は反復唾液嚥下テスト（RSST：30秒間に3回以上できる場合=1、できない場合=0）とし、年齢、性を調整した。\*：オッズ比が95%信頼区間で有意としている。

要介護度と摂食・嚥下の問題との関係に関して、平成12年度東京都「かかりつけ歯科医意見書」活用モデル事業に関する分析報告書（平成13年東京都福祉局保険部）で示されている。要介護度別にみると、要介護度が重度化するにしたがって、嚥下（食事時の介護が必要な程度を意味する）が「できる」者の割合は低下し、「見守り」の者の割合が増加している。要支援で9.3%、要介護1で16.0%が「見守り」であったことから、軽度要介護者であっても、食事に関する問題が生じているといえる。また、運動機能が悪化し介護量が増えると、それに比例して食事動作や嚥下に関する介護量も増えていく様子がわかる（図6）。

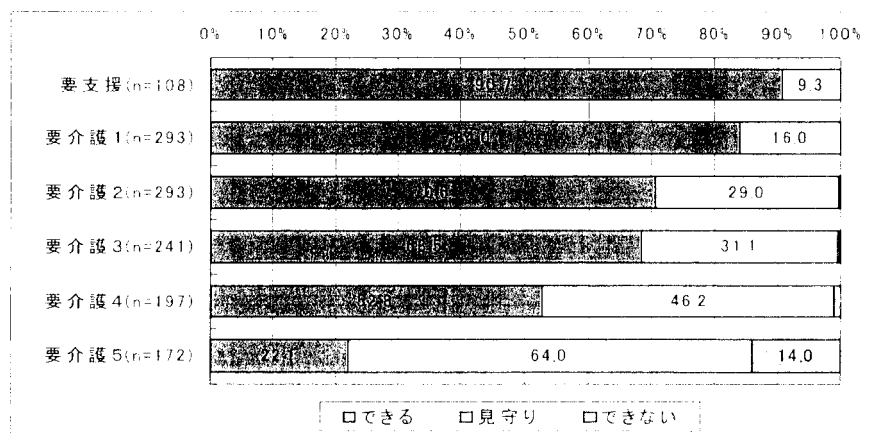


図6 要介護度別の「嚥下」に関する介護状況

以上から、摂食・嚥下機能と運動機能、すなわち日常の活動性、ADL、IADL や歩行や起居動作等の運動能力はお互いに影響を及ぼしあっていることがわかる。例えば、臥床がちとなり四肢や体幹の筋力が弱くなると座位耐久性が低下し、椅子に座って食事ができなくなり、ベッド上での食事となる。すると、活動性やADLがさらに低下し、四肢や体幹の筋力はますます弱くなり、食事も介助が必要となる。認知機能や舌や咀嚼力、咬合力、嚥下に関連した口腔や咽頭筋の筋力低下が生じ、発話量や食事の摂取量が低下し、さらに活動性が低下、誤嚥性肺炎を併発する危険も高まり、ますます臥床がちとなる、といった悪循環を生じてしまう。従って、摂食・嚥下機能を含めた口腔機能の向上は運動機能の維持、向上という側面からも非常に重要な対策であるといえる。

## 2.5 社会参加への影響

口腔機能が不良な高齢障害者に適切な歯科治療を行うと、ADL 能力にも改善効果があるという報告が散見される。これは視点を変えれば、高齢障害者において口腔機能の不良が本来発揮できるはずのADL等生活機能を低下させていると理解できる。

高齢障害者 195 名において、歯科治療前後の口腔機能とADLの変化を治療群（98 名：平均 8 週治療後の評価）と対照群（97 名：治療なしで 8 週後の評価）とを一重盲検層別無作為化試験により前方向的に検討した研究では、対照群に比較し歯科治療群では、歯牙状態、口腔清潔度、咀嚼機能等口腔機能の客観的情報が改善し、ADL が有意に改善していた。

これらの検討を総合すると、高齢障害者の口腔機能改善がADL等の生活機能の問題軽減に及ぼす影響は明確で、その機序として食事関連項目の改善と栄養状態の改善の関与が示唆された<sup>文献 10)</sup>。