

## **第3 高齢者の口腔と摂食嚥下の機能**

### **維持・向上のための取組**

# I. 大田区における取組

～介護予防段階からの口腔機能維持に向けた「口から始める健康講座」と歯科医師会との協力によるねたきり高齢者への訪問歯科健診・摂食嚥下機能健診の推進～

## 《 取組のポイント 》

☆高齢者の死因に誤嚥性肺炎が多かったことから、正しい口腔ケアを実践して口腔機能を維持するため、介護予防事業として「口から始める健康講座」を積極的に開催している。

☆歯科医師会に委託して、在宅の要介護高齢者を対象として地域庁舎の歯科衛生士が訪問調査をした上で地域の歯科医師が訪問し、健診や摂食嚥下機能の評価を行っている。

## 1. 地域の特性と高齢者からの相談受付体制

### (1) 大田区の地域特性

大田区は東京23区の南端に位置し、面積は最も広い。東部に東京湾に面した羽田空港を擁しており、臨海部には東京の玄関口として物流拠点が集中している。他方、町工場の集積する工業地や賑やかな商業地、あるいは高級住宅街として有名な地域など多様な性格を持った地域が混在している。

産業別にみると「ものづくりのまち」といわれるとおり、製造業が区内事業所数のうち16.2%（東京都の同割合は8.0%）を占めており、立地する工場数は1,503と東京23区では最も多い（注1）。

人口は、昭和40年の755千人をピークに平成7年の636千人まで長期にわたり減少を続けたが、その後、若年層の転入増加を主因として増勢に転じ、平成28年4月現在で715千人と再び70万人台を回復している。一方、高齢化率は一貫して上昇傾向をたどっており、平成21年度に20%台に乗せた後、現在は22.6%となっている。また、平成25年住宅・土地統計調査（総務省）によれば、高齢単身世帯数は45千世帯となっており、高齢者のほぼ4分の1強が単身世帯である。要介護認定率（注2）については、21年度15.9%から上昇に転じて現在は19.1%となっている。

注1：平成24年経済センサス活動調査、「東京の工業」（平成25年工業統計調査報告）。

注2：介護保険の第1号（65歳以上の）被保険者数に占める要支援・要介護認定者数の割合。

表 I-1 大田区の人口・高齢化率・要介護認定率

（単位：人、％）

人口	高齢化率	高齢者		要介護認定率	うち要支援の割合	うち要介護の割合
		うち前期高齢者	うち後期高齢者			
715,156	22.6	11.9	10.7	19.1	28.1	71.9
*全国	26.7	13.8	12.9	17.9	28.3	71.7

（平成28年4月1日現在、大田区福祉部資料による。\*全国の高齢化率は平成27年国勢調査、要介護認定率は平成28年3月末現在の介護保険事業状況報告による。）

大田区では、自治会・町会への世帯加入率が72%（平成27年4月現在）と東京23区としては高水準にある。区内18か所の「老人いこいの家（注3）」、11か所の文化センターに加え、217の自治会・町会のほぼ7割が有する自治会館を拠点に、区行政が「地域力」をキーワードとして区民活動団体などとの連携・協働を進めており、昔ながらの地域コミュニティを守っている。

また、区内の医療施設の状況は右表のとおりで、病院・診療所数に比べ病床数が5千余りと相対的に少ない。

病院(病床数)	一般診療所	歯科診療所
28 (5,059)	581	556

（「東京都の医療施設」(東京都福祉保健局)平成26年10月現在)

注3：広間、静養室、浴室を備えた施設で、60歳以上の区内在住または在勤者を対象に、趣味、教養、レクリエーションの場として無料で提供している。

## (2) 高齢者からの相談受付体制

大田区では、行政上の日常生活圏域を大森、調布、蒲田、糀谷・羽田の4つに分割した上で、本庁のほか4か所の地域庁舎と18か所の特別出張所を設置している。地域庁舎には、地域健康課、地域福祉課及び生活福祉課の下に保健師、歯科衛生士、栄養士など多数の専門職を配置し、住民の身近なところから高齢者・障害者支援や保健・衛生事業などを進めている。

また、地域包括支援センターについては表I-2のとおり原則、特別出張所の管轄区域ごとに21か所を設置している。設置形態は全て委託で、うち11か所が社会福祉法人、7か所が医療法人、3か所が一般社団法人により運営されている。大田区の高齢者人口は161千人（平成28年4月現在）であるが、配置されている職員総数は154人で、うち社会福祉士84人、保健師・看護師30人、主任介護支援専門員29人、介護支援専門員11人となっている。

近年の地域包括支援センターにおける総合相談件数の推移は次ページの表I-3のとおりである。

表 I-2 地域包括支援センターの体制

地域	特別出張所	地域包括支援センター	職員数(人)	地域	特別出張所	地域包括支援センター	職員数(人)	地域	特別出張所	地域包括支援センター	職員数(人)
大森	大森西	大森	8	調布	嶺町	嶺町	8	蒲田	六郷	六郷東	7
		平和島	6		田園調布	田園調布*	6			六郷中	9
	入新井	入新井	7		鶉の木	たまがわ	6		矢口	やぐち	8
	馬込	馬込	7		久が原	久が原	8		蒲田西	西蒲田	11
	池上	徳持	8		雪谷	上池台	10		蒲田東	蒲田	6
	新井宿	新井宿	6		千束	田園調布医師会	5			蒲田医師会	6
	糀谷・羽田	大森東	大森東		6	(*は平成28年4月増設、大田区福祉部資料)					
糀谷		糀谷	7	平成28年6月現在、総配置数154人							
羽田		羽田	9								

表 I-3 地域包括支援センター業務実績

業務内容	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
総合相談件数計	165,811	151,491	154,007	161,684
新規相談	12,599	8,776	9,743	9,064
継続相談	153,212	142,715	144,264	152,620

また、毎年、数か所の地域包括支援センターが共同して、歯科医師会と「お口の健康フォーラム」を共催している。

地域包括支援センター入新井では、平成20年1月、地域の医療・高齢者福祉に関わる専門職や民間事業者からの協賛を募り「おおた高齢者見守りネットワーク（愛称「みま～も」）」を発足、地域づくりセミナーを開催する中で、キーホルダーを使った見守りシステムを考案（注4）した実績がある。



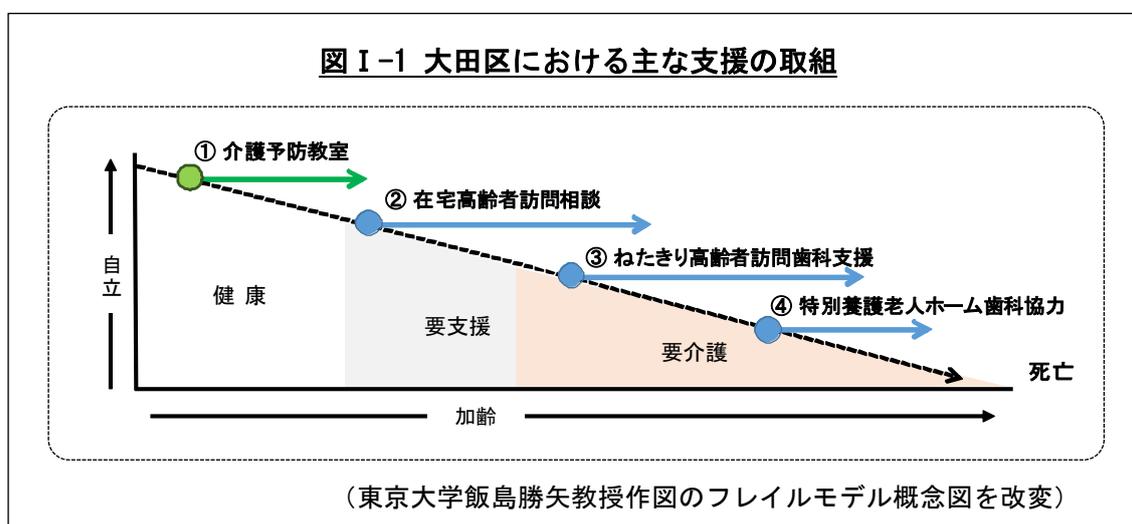
（地域包括支援センター入新井の外観）

現在「みま～も」は約90の協賛事業所を有する任意団体として運営されており、毎月の地域づくりセミナーのほか、商店街の空き店舗を活用したみま～もステーション活動（ミニ講座、体操、週1回の昼食食堂などのサロン事業）などを展開している。センター長によれば「持ち込まれる相談への個別対応に加えて、地域の専門職、事業者及び住民の力を結集してお互いに支え合えるような仕組みづくりが大切」とのことであった。

注4：おおた高齢者見守りネットワーク（みま～も）の活動などは、URL「<http://mima-mo.net/>」で紹介されている。

## 2. 「最期まで自分の口から食べることを支援する主な取組

図 I-1 大田区における主な支援の取組



- ①「通いの場」における介護予防教室の開催
- ②地域庁舎に配置された専門職による在宅高齢者訪問相談事業  
歯科医師会との連携による、
- ③ねたきり高齢者訪問歯科支援事業及び④食事観察（ミールラウンド）  
実施などの老人ホーム歯科協力事業

大田区では、地域において「食えること」を支援するため、前ページ図 I-1 のとおり①要介護認定者を除く高齢者を対象とした介護予防教室の開催、②地域庁舎に配置された専門職による在宅高齢者訪問相談事業、歯科医師会と連携した③ねたきり高齢者訪問歯科支援事業、④特別養護老人ホーム歯科協力事業という4つの取組を進めている。

### (1) 介護予防事業としての取組

大田区は介護予防については、老人いこいの家、文化センターなどを高齢者の通いの場として活用する事業を進めている。平成28年度は、要介護認定者を除く65歳以上の高齢者を対象として表 I-4 のような多彩なプログラムを実施している。開催日程・場所などについては「おおた区報」やホームページで周知し、直接の来所や電話で参加申込みの受付を行っている。なお、材料費のかかる低栄養改善の講座以外に参加者の費用負担はない。

表 I-4 主な介護予防事業

認知症予防	認知症予防体操	1会場(定員80人)で月2回開催
	認知症予防室内ウォーク	4会場を巡回して年12回開催
	認知症予防朗読講座	1会場(定員40人)で年10回開催
転倒予防/ 膝痛・腰痛改善	いきいき公園体操	5か所の公園で原則、月2回開催
	膝痛・腰痛ストップ体操	定員100人月2回・定員60人月1回の2会場開催
	ポールでウォーク	1会場(定員40人)で月1回開催
	足腰らくらく水中ウォーク	1会場(プール:定員50人)で年6回開催
測定会	体力測定会、認知機能測定会	各々年2回・2会場(定員50人)開催
低栄養改善	シニア世代の食生活講座(1日制)	3会場(定員25人)で各年2回開催(調理実習あり)
	シニア世代の食生活講座(3日制)	4会場(定員20人)で1クールを年3回開催(調理実習あり)
口腔機能改善	口から始める健康講座	4地域健康課が年間延べ44回開催
	口腔機能向上講演会	1会場で年1回開催
活動支援	シニアボランティア養成講座	1会場(定員50人)で年12回開催
	生活支援サービス養成講座	1コース3日制(定員20人)を年3回開催(訪問研修あり)

大田区では、平成24年以降、肺炎による死亡者数が悪性新生物、心疾患に次いで第3位となっている。平成27年の区内死亡者の状況について分析したところ、65歳以上の死亡者5,302人のうち4.2%に当たる224人について、主要死因に関わらず、死亡の原因欄に「誤嚥性肺炎」と記載のあることが明らかになった。高齢者の誤嚥性肺炎を防ぐためには、区民の認知度を高めるとともに正しい口腔ケアを実践して口腔機能を維持する必要がある。このため、区では健康づくりの施策計画である「おおた健

康プラン（第二次：平成 26 年度～平成 30 年度）」において、誤嚥性肺炎に対する認知度向上を数値目標として掲げている。

### ア 口から始める健康講座

このような状況を踏まえて、平成 24 年度から各地域健康課が「口から始める健康講座」を開催することとした。同講座は、地域健康課所属の歯科衛生士による口腔に関する（30 分程度の）講座と健康運動指導士による（60 分程度の）ストレッチング・簡単な体操の二部構成となっている。口腔に関する講座は、参加者が高齢になっても自分の歯で食事ができるよう口腔機能を維持すること、さらには安全に食事をするために誤嚥性肺炎予防の口腔ケアなどについて学ぶことを目的としている。大田区では、参加者を介して口腔機能や誤嚥性肺炎予防の大切さが地域に広まっていくよう、開催回数を多くして実施している。

同講座に参加したところ、講師から「誤嚥の原因は嚥下機能の低下にあるが、足腰などと異なり自覚することが難しい。むせるなどの兆しがあれば早めに対応すること。」などの話があり、参加者からは「無くした歯を取り戻すことはできないが、誤嚥の予防は今からでもできるので、気を付けたい。」といった声が上がっていた。



「口から始める健康講座」の様子

なお、平成 27 年度の同講座への参加者数は表 I-5 のとおり、延べ 851 人となっている。

表 I-5 平成 27 年度「口から始める健康講座」の開催状況

地域健康課	大森	調布	蒲田	椚谷・羽田	合計
開催回数	15	8	9	8	40
参加者数	281	146	260	164	851
講座開催の周知	「おおた区報」などに掲載、事前予約制の場合もある。				
開催場所	老人いこいの家、区民センター、文化センター、シニアステーション、地域庁舎施設など				

(単位: 回、人)

## イ 口腔機能向上講演会

大田区は、平成 24 年度から介護予防事業の一環として、口腔機能向上に関する知識の普及啓発を目的とした講演会を開催している。65 歳以上の高齢者と家族介護者を対象とした口腔と摂食嚥下機能を専門とする医師・歯科医師による講演会で、参加した区民からも好評を博している。平成 28 年度は「ドライマウス～あなたの口、乾いていませんか?～」をテーマに、大学歯学部教授による講演が予定されている。

## (2) 在宅高齢者訪問相談事業

大田区では、昭和 52 年 4 月から先駆的に「在宅高齢者訪問相談事業」を実施してきた。同事業では、心身が虚弱な 65 歳以上の在宅高齢者とその家族からの申込みに対して、保健師や歯科衛生士などの専門職が対象者の家庭を訪問の上、医療保険・介護保険の制度利用の相談、心身機能の低下防止及び健康の保持増進を図るための指導を行うこととしている。同事業の運営プロセスの仕組みは、次ページ図 I-2 のとおりである。

### ア 相談受付

4 地域庁舎の福祉部地域福祉課に配属されている保健師 14 人、歯科衛生士 4 人、管理栄養士 4 人の常勤専門職（うち歯科衛生士、管理栄養士は地域健康課と兼務）が、区民、あるいは地域包括支援センターやケアマネジャーを介して寄せられる相談を受け付け、相談者本人や家族と連絡を取りながら訪問日程などの調整を行う。

### イ 専門職の訪問による助言・指導

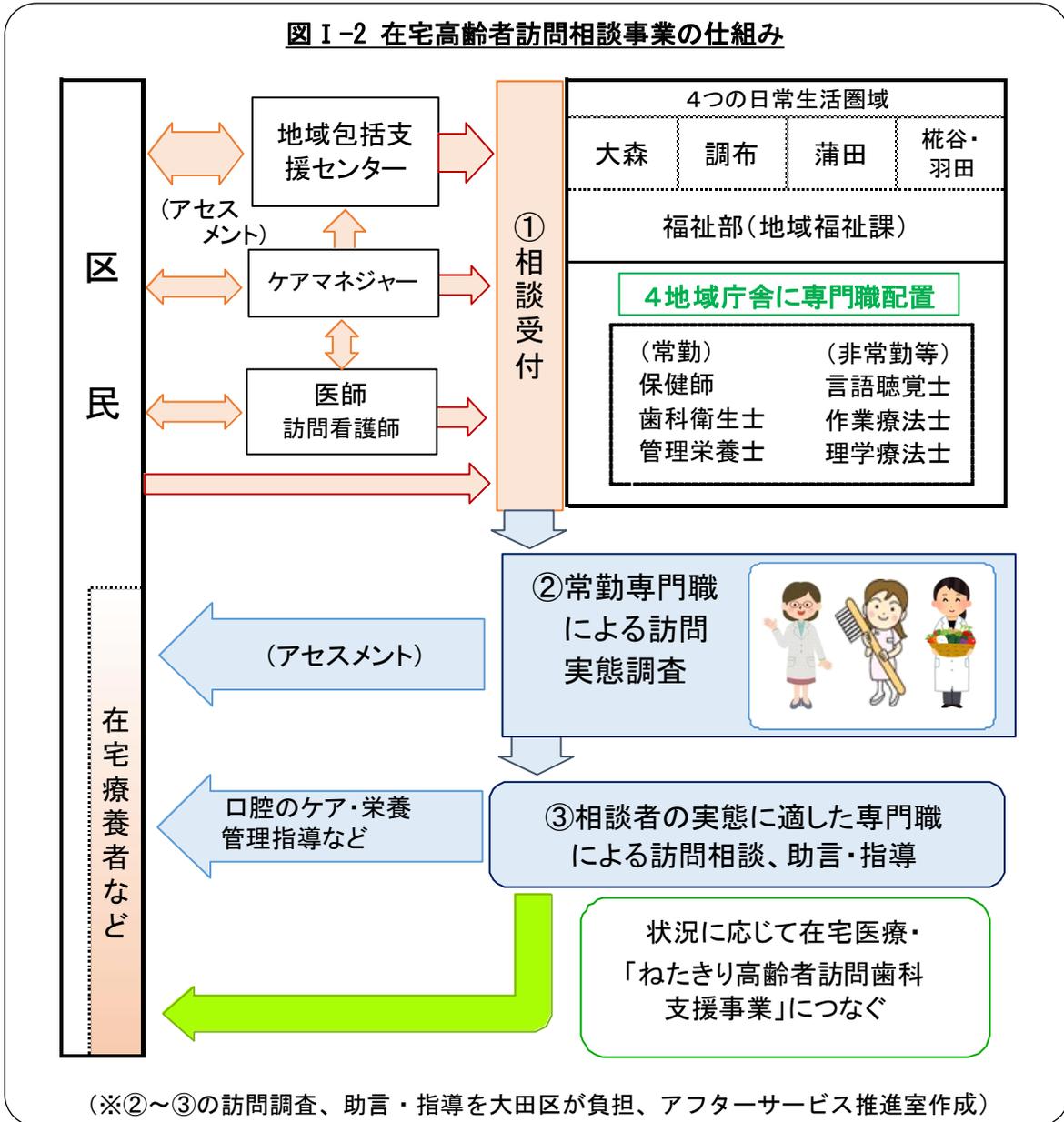
常勤専門職が家庭を訪問して相談に応じて助言や指導を行う。さらに必要に応じ相談業務を委託された理学療法士、言語聴覚士、作業療法士などの専門職が在宅高齢者と家族を訪問し機能訓練・介護技術の指導などを行う。なお、地域包括支援センターやケアマネジャーを介した案件では、各々の担当者と共に在宅訪問を行うことが多い。

事前訪問調査と助言・指導は大田区の負担の下で実施されており、平成 27 年度の専門職による訪問件数は延べ 1,474 件で、うち保健師 46%、歯科衛生士 23%、理学療法士 19%、看護師 8%、管理栄養士 3%などとなっている。

### ウ ねたきり高齢者訪問歯科支援事業へのつなぎ

相談者本人や家族から歯や義歯、口腔ケア、摂食・嚥下などに関する相談が持ち込まれ、歯科医師による訪問診査が必要な状態にも係らず、かかりつけ歯科医を持たない場合には「ねたきり高齢者訪問歯科支援事業」につなぐこととしている。

図 I-2 在宅高齢者訪問相談事業の仕組み



### (3) ねたきり高齢者訪問歯科支援事業

大田区では、昭和 63 年 10 月から「ねたきり老人訪問歯科診療事業」を「公益社団法人 東京都大田区大森歯科医師会」、「同 蒲田歯科医師会」（合わせて以下「両地区歯科医師会」という。）への委託により開始した。その後、医療保険制度等の改正に応じて、平成 13 年 4 月から事業名から「診療」を外して「ねたきり高齢者訪問歯科支援事業」に変更し、歯科健康診査に加え摂食嚥下機能健康診査を実施している。同事業は、かかりつけ歯科医を持たず医療機関への通院が困難な在宅高齢者へのセーフティネットとしての役割を担っている。

同事業を対象者に周知するために、介護保険の新規又は更新申請の結果、要介護 4・5 に認定された区民宛通知書に事業を案内するチラシを同封している。事業の運営プロセスの仕組みは、次ページ図 I-3 のとおりである。

#### ア 相談受付

4 地域庁舎の福祉部地域福祉課に配属されている常勤歯科衛生士が、区民（本人、

家族)あるいは地域包括支援センター職員、ケアマネジャーなどから寄せられる相談を受け付け、相談者本人や家族と連絡を取りながら事前調査日程などの調整を行う。

### イ 常勤歯科衛生士による事前調査訪問

常勤歯科衛生士が家庭を訪問し、相談者の生活環境や病歴などの実態について事前調査を行い、本事業の申請を受け付けるとともに、「状況調査書\*」を作成し地区歯科医師会へ報告する。(\*「状況調査書」帳票を31ページに掲載)

なお、前記「訪問相談事業」と同様に地域包括支援センターやケアマネジャーを介した案件では、各々の担当者と共に在宅訪問を行うことが多い。

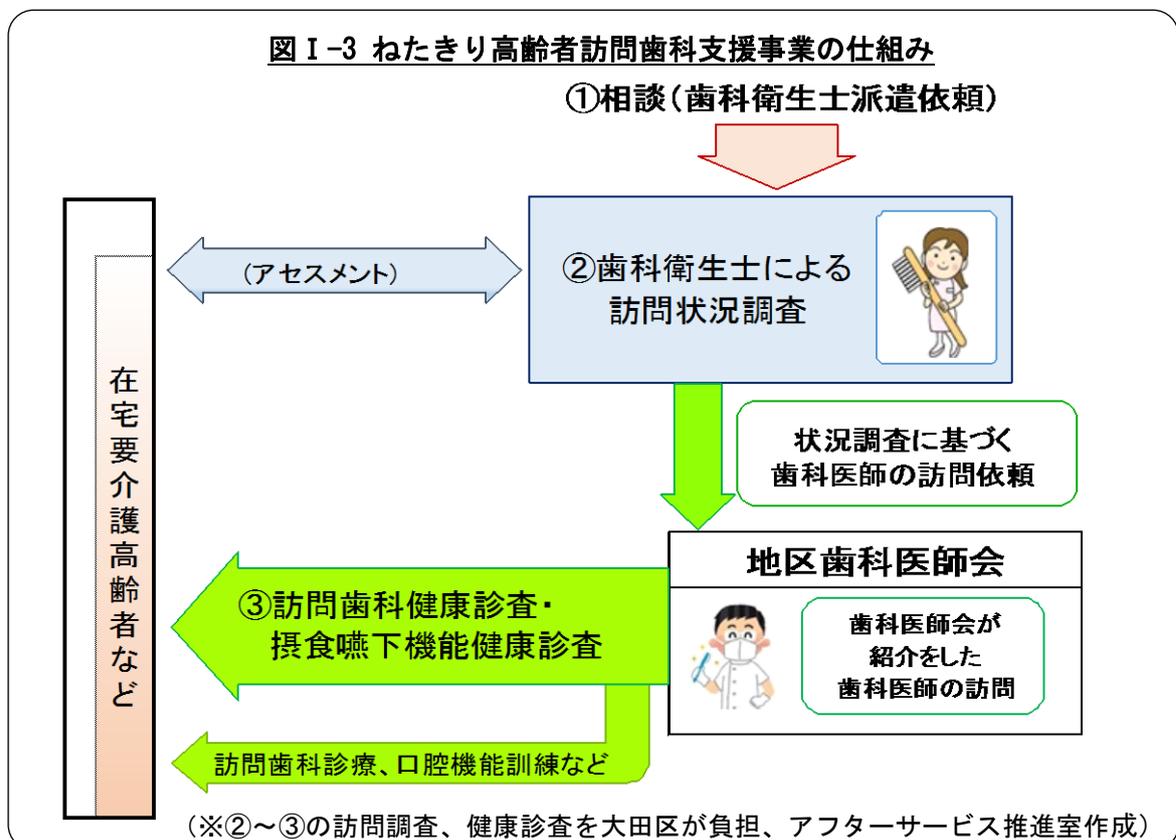
### ウ 両地区歯科医師会へのつなぎ

両地区歯科医師会は、事務局に送付された「申請書」と「状況調査書」に基づき、訪問可能な協力歯科医師を紹介する。

現在、訪問可能な協力歯科医師は、大森歯科医師会 86名、蒲田歯科医師会 66名となっており、大田区が訪問歯科健康診査と摂食嚥下機能健康診査についての費用を負担している。

### エ 歯科医師の訪問健康診査

協力歯科医師が対象者の家庭に初めて訪問する際には、常勤歯科衛生士が日程調整の上、可能な限り同行している。歯科医師が訪問歯科健康診査、又は摂食嚥下機能健康診査を行う。健診の結果、歯科医師による訪問歯科診療や歯科衛生士による口腔ケア、機能訓練などが必要となった場合には、対象者が医療保険・介護保険制度を利用して関係するサービスを受けることとなる。なお、在宅での歯科治療が困難な場合には、歯科大学歯科病院など高次の医療機関に治療・入院などを依頼している。



近年のねたきり高齢者訪問歯科支援事業の実績件数推移は、表 I-6 のとおりとなっている。平成 27 年度実績においては、同事業件数の 9 割が要介護 1～5（うち要介護 3～5 で 5 割強）認定者からの申請に基づくものである。

**表 I-6 ねたきり高齢者訪問歯科支援事業の件数推移**

（平成）	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度
訪問歯科健康診査件数	90	134	125	116	85
摂食嚥下機能健康診査（延べ回数）	57	98	57	55	46

## 《地域庁舎の専門職から歯科医師会への紹介等が在宅要介護高齢者の生活機能向上に結びついた事例》

在宅高齢者訪問相談事業やねたきり高齢者訪問歯科支援事業のように、専門職が直接、窓口で相談を受け付け、助言・指導や医療者へつなぐ個別事例として下図のものを紹介する。このような場合には、一般的に以下のようなメリットが期待できる。

### ア 円滑な医療者へのつなぎ

専門職が相談を直接、受け付けて事前の調査訪問をすることにより、相談者とその生活環境の状態を医療的な見地を含め、総合的かつ的確に評価（アセスメント）できるため、医療者へ円滑につなぐことができる。

### イ 適切な診療方針・ケアプラン策定の支援

在宅療養生活を送っている要介護高齢者と家族介護者に専門職が介入して医療的な知見から助言・指導することで診療方針やケアプランの選択肢が広がり、より適切な在宅ケアを進めることができる。

### 《 個別事例 》

- ①70歳代後半の女性、要介護4と認定され、訪問介護と訪問リハビリのサービスを受けていた。症状としては、腰痛、軽度のうつ及びレビー小体型認知症の疑いがあった。
- ②義歯が合わず、装着すると痛みが出るため食事の時以外ははずしていたが、うつ状態などのため歯科受診が難しいとのことで、担当ケアマネジャーから大田区に相談が入った。
- ③大田区から歯科衛生士が訪問、状況調査で義歯の不具合などを確認し、ねたきり高齢者訪問歯科支援事業を申請することとなった。
- ④地区歯科医師会の紹介する歯科医師が訪問（訪問歯科健診）し、義歯を調整するとともに新たに作成した。
- ⑤また、歯科医師の初回訪問時に本人から腸の痛みの相談を受ける。通院が困難と訴えるため、内科医師と連携し往診を導入した。
- ⑥同時に歯科医師からの指示の下、歯科衛生士が口腔清掃指導と摂食嚥下機能向上訓練を行った。

（次のページにつづく）

- ⑦段々と食事を何でも摂れるようになり、腸の痛みも消えて、室内歩行やさらには車椅子での外出など離床できる時間が長くなっていった。初回訪問から1年後には要介護3の認定となった。
- ⑧その後1年6か月程度の間、歯科衛生士によるモニタリング(口腔チェック)と口腔機能訓練を数か月に1回行った。
- ⑨症状の改善がみられ、本人の表情も明るくなり、デイサービスへの通所や室内でハガキ絵づくりなどでもできるようになった。
- ⑩現在は、要介護2となり、家族と外食をしたり、月に1回友人とカラオケをするなどの日々を送っている。

#### (4) 特別養護老人ホーム歯科協力事業

両地区歯科医師会は、平成3年から大田区と事業協力し、区立の特別養護老人ホームへ歯科医師を派遣して、入所者へ「食べること」の支援を実施してきた。さらに平成8年には昭和大学歯学部、その後、東京医科歯科大学からの協力も得て高齢者の摂食嚥下機能についての研究を開始するなど先駆的な取組を進めてきた。平成27年度以降は大田区からの委託事業として国立施設も含めて区内12か所の特別養護老人ホームを対象として両大学との連携の下、入所者の食事観察(ミールラウンド(注5))による摂食嚥下機能評価などを毎月実施している。

今回、取材した特別養護老人ホームでは「食べ方トレーニング」と称しているが、食事観察では、協力歯科医師(大学歯学部、両地区歯科医師会)が、施設の看護師、管理栄養士、介護職員などと協力して入所者の摂食嚥下機能の評価を行っていた。

最初に、多職種による事前カンファレンスで、評価対象となる入所者の課題と経口維持計画を確認した後、実際に食事に立ち合い摂食状況を

評価し、適切な食事の姿勢や食具・食器、食事形態、介助方法などについて実地指導を行う。その後、事後カンファレンスで経口維持計画の見直しと再確認を行う流れとなっている。

食べ方トレーニング 評価依頼書			
入居者氏名	様	年齢 91 歳	介護度 5 居室
<input checked="" type="radio"/> 食形態    嚥下機能    口腔ケア    食事摂取環境    について評価お願いいたします。			
現在の食形態	主食	パン粥	ミキサー    副食
			ミキサー    増粘剤 <input checked="" type="radio"/> 不要
[依頼内容詳細]			
最近、以前と比べると食事量低下されてきています。食事と一緒に付いているエネルギーを100%			
摂取されると溜め込みや流出がみられ、主食と副食は全体の30%程の摂取となっており、未摂取の			
時も多々見られています。一日の水分(外も)700ml前後と少なめとなっています。			
高カロリーの食事への変更の検討と共に摂取状況の観察をよろしくお願い致します。			

(食事観察(ミールラウンド)の依頼書:抜粋)

また、両地区歯科医師会では、このような食事観察（ミールラウンド）に数多く立ち合い摂食嚥下機能評価などについての見識の高い歯科医師を摂食嚥下「指導医」として認めており、地域の歯科医師会研修会の若手歯科医師の指導などで主導的な役割を任せている。

注5：多職種で入所者の食事場面を観察すること。多職種間での意見交換を通じて、口腔機能や嚥下機能、食事環境、食事姿勢などを適切かつ包括的に評価することができる。



(介護施設における食事評価  
(ミールラウンド)の様子)

### 3. 「食えること」を支援している専門職からの意見等

#### (1) 介護予防事業関係

##### ア 歯科医師

「8020 運動」が一定の成果を収めた現在、再び、新たな出発点を迎えている。これからの高齢者はこれまでの世代と異なり、義歯だけでなく自歯の揃った、あるいはブリッジ、インプラントなど口腔内の多様化が進むとともに、「最期まで自分の口から食えること」への希望は強くなると予想される。歯科医師としては、ますます複雑化してくる口腔ケアや「自分の口から食えること」の支援を適切に提供していく必要がある。

##### イ 歯科衛生士

「最期まで自分の口から食える」ことは、生活の質（QOL）の向上にも深く関係している。口腔状態が変化し、食えること・話すことなどに不自由を抱えている

高齢者も少なくない。「いつまでも自分の口を使って安全に食べる」ことを大切にすべきである。そのためにも誤嚥性肺炎の予防や口腔機能の維持を実践できるよう住民に対する知識の普及啓発が重要と考えている。

### ウ 言語聴覚士

口腔や摂食嚥下には多くの筋肉が使われており、機能の維持・向上のためにはストレッチングや全身をほぐす体操、大きな声で歌うこと、早口言葉の練習なども有効である。口腔内だけに集中せず、姿勢を正すなど身体のバランスを整える中で機能の維持・向上を図る必要がある。

## (2) 多職種による在宅医療・介護連携関係

### ア 歯科医師

(ア) 地域における多職種による在宅医療・介護連携を進めるためには、依頼を受けて積極的に地域に出るという「フットワーク」、多職種や高次医療機関との「ネットワーク」及び必要な医療や介護を支える「チームワーク」という3つのワークが大切となる。

また、多職種との横のつながり及び高次医療機関との縦のつながりという縦横のネットワークを信頼できる関係にまで築き上げるためには、フォーマル、あるいはインフォーマルなケーススタディ研修会などの継続的な開催が有効と考えている。

(イ) 介護保険施設入所者や在宅療養者など通院の困難な要介護高齢者の口腔内環境は、一般的に健常者と比べて劣悪になりやすい。このため、要介護高齢者のケアプランの中に訪問歯科医師による口腔機能管理（う蝕・歯周病だけでなく摂食嚥下機能も含めた）を組み込む必要性が高まっている。生命の維持に比べ口腔の問題は後回しになりやすいが、食の欲は最後まで残るものであり、人間らしく生きる生活の質（QOL）に直接関与するところである。

## 4. 地域が抱える課題と今後の展望

大田区では、地域の「通い場」での多彩な介護予防教室の開催など、通所型の事業を中心に介護予防を推進してきた。また、口腔の関連では、誤嚥性肺炎に対する認知度の向上を切り口として、区民の摂食嚥下機能の維持・向上を支援してきた。

在宅医療・介護連携の分野においては、歯科医師会と協力して事業を進めており、ねたきり高齢者歯科支援事業は、かかりつけ歯科医を持たない在宅要介護高齢者のセーフティネットとしての役割を担っている。さらに、介護施設入所者の経口維持のための食事観察（ミールラウンド）は、平成3年から実施している先駆的な取組である。

このように大田区では、地域庁舎に配置する歯科衛生士などの専門職による訪問調査と両地区歯科医師会の歯科医師による健診や摂食嚥下機能の評価を密接に連携させているところ、すなわち、地域で培ってきた揺るぎない協力体制を基に要介護高齢者への対応を進めているところに特色がある。

大田区の介護予防、在宅医療・介護事業担当者から以下のような声が寄せられている。

(1) 高齢者が住み慣れた地域でいつまでも「イキイキ」と自分らしく生活していくために口腔機能を維持し、誤嚥性肺炎などの予防を実践することができるよう様々な

機会を通して支援していく取組が必要である。

- (2) 高齢化が進み、今後、在宅で療養する高齢者数の増加が予想される。口腔の健康の維持はADL（注6）とも深く関わりがあることから在宅療養者への支援が求められる。そのためには、在宅療養者を含めた関係者（家族介護者、地域包括支援センター担当者、ケアマネジャー、医師、歯科医師、看護師など）との連携が重要である。

注6：「Activities of Daily Living」の略。摂食・着脱衣・排泄・移動など、人間の基本的な日常生活動作のこと。

# 《資料コーナー》

## 1. 「状況調査書」

第2号様式		ねたきり高齢者訪問歯科支援事業				地域福祉課	
		状況調査書 (口腔相談票)					
NO		訪問相談日	平成	年	月	日 ( )	担当歯科衛生士
対象者	フリガナ					生年月日	年齢
	氏名					明治 大正 昭和	年 月 日生
	住所	大田区	丁目	番	号	電話番号	( )
相談者		続柄	同居・別居		住所:	電話番号	( )
相談内容							
支援事業者	担当					要介護度	
	連絡先					未申請	介護保険対象外 身障 難病
サービス 受給状況							
ねたきり度		痴呆度		身障手帳	無・有	愛の手帳	無・有
病歴	時期	病名等			病院・主治医・往診医		
◎体重		Kg	不明	◎血圧	/	mmHg	不明
かかりつけ歯科医		無	有 ( )	: 摂食嚥下機能健診の勧め 無 (有)			
家族等の 状況	氏名	年齢	続柄	備考	(家族関係図) 主介護者◎		
口腔内の 状況	◎口腔清掃				食事の 状況	◎食事摂取 自立・見守り・一部介助・全介助 ◎食事形態 普通・軟食・刻み・ミキサー・その他 ◎摂食、嚥下について	
連絡事項		駐車場 無・有 ( )					

## II. 新宿区における取組

～摂食嚥下機能支援に向け、多職種参加による研修会及び在宅療養者、ケアマネジャーと専門医療機関をつなぐ連携ツールの開発を推進する「新宿ごっくんプロジェクト」～

### 《 注目ポイント 》

☆多職種によるリハビリテーション連携検討会の場で、療養者に対する摂食嚥下機能支援の重要性について認識を共有、「新宿ごっくんプロジェクト」として摂食嚥下機能支援に係る個別事例を検討する研修会を多職種の参加を得て開催するとともに、在宅療養者やその家族、ケアマネジャーなどの支援者を対象として、摂食嚥下機能をチェックするための「連携ツール」を開発・普及を図っている。

☆地域の歯科医師会と協力し、歯科医療機関への通院が困難な在宅の高齢者に対する訪問歯科診療、口腔機能訓練を実施している。

### 1. 地域の特性と高齢者からの相談受付体制

#### (1) 新宿区の地域特性

新宿区は東京 23 区のほぼ中央に位置しており、若年層の転入・転出率が高く、外国人登録者が人口の 1 割強を占めている。副都心高層ビル街と夜まで賑やかな日本一の繁華街を擁する一方、住宅街や公園も多く「にぎわいとやすらぎ」という多様な生活環境を備えた、現代的な大都市の縮図ともいえる区である。

人口は 335 千人（平成 28 年 4 月現在）であるが、東京都庁の所在地という要因も加わって昼夜間人口比率は 229.2（注 1）と高く、新宿駅の乗降者数は世界で最も多い。区内には事業所、商業施設、大学や専門学校などが集積し、交通の利便性も良いことから単独世帯の割合が若年層から高齢層に至るまで非常に高く、一般世帯の 62.6% を占めている。高齢化率は 19.9% と低いものの、絶対数では 66 千人に上り、そのほぼ 3 人に 1 人は一人暮らし（注 2）である。

注 1、2：昼夜間人口比率は夜間人口 100 人当たりの昼間人口の比率、ともに平成 22 年国勢調査。

表 II-1 新宿区の人口・高齢化率・要介護認定率 (単位:人、%)

人 口	高齢化率	うち		要介護認定率	うち	
		前期 高齢者	後期 高齢者		要支援 の割合	要介護 の割合
335,510	19.9	10.1	9.7	19.2	33.5	66.5
*全国	26.7	13.8	12.9	17.9	28.3	71.7

(要介護認定率は平成 28 年 3 月末、その他は同年 4 月 1 日現在、新宿区資料による。  
\*全国の高齢化率は平成 27 年国勢調査、要介護認定率は平成 28 年 3 月末現在の介護保険事業状況報告による。)

医療施設の状況は下表のとおりで大学病院3施設、国公立病院4施設など急性期医療を担う大病院が多く立地しており、6千を超える病院病床を有する一方、30を超える訪問看護ステーションが活動するなど在宅療養を支援する体制も充実している。

病院(病床数)	一般診療所	歯科診療所
15 (6,189)	591	427

(「東京都の医療施設」(東京都福祉保健局)平成26年10月現在)

## (2) 高齢者からの相談受付体制

新宿区では、平成18年4月、特別出張所の管轄ごとに10区域の日常生活圏域を設けるとともに、9か所の地域包括支援センターを運営委託の形態で各地域に、それらを業務統括・調整・支援する直営基幹型の地域包括支援センターを新宿区役所内に設置した。区では高齢者保健福祉計画・第4期介護保険事業計画(平成21年度～23年度)において、地域包括支援センターの機能強化を重点的取組として位置づけ、平成21年度を準備期間とし、平成22年度から各地域包括支援センターの担当する地域の高齢者人口の増加に応じて人員増を行い、地域の中心的な相談機関として機能強化を図った。さらに、医療連携担当者の配置をはじめ職員を大幅に増員するなどの機能強化と体制整備を行っている。

平成27年4月現在の配置職員総数は、表Ⅱ-2のとおり127人となっている。「もっと分かりやすく親しみがもてるように」という区民からの声を受けて、高齢者総合相談センターと名称変更し「サイの絵のイメージキャラクター」を考案するなど、その周知に努めている。

表Ⅱ-2 職員配置状況 (単位:人)



(新宿区作成のパンフレット)

日常生活圏域	配置職員数	日常生活圏域	配置職員数
四谷	11	戸塚	12
箆笥町	9	落合第一	9
榎町	10	落合第二	9
若松町	12	柏木・角筈	10
大久保	12	(基幹)区役所	33
(平成27年4月1日現在)		合計	127

たす  
箆笥町高齢者総合相談センター  
所長によれば「困りごとや老い支度は早目に対応することが大切となるが、実際は、追い込まれて来所する相談者が多い。したがって支援者としては、こちらから様子を伺いに行くなど、常に先手、先



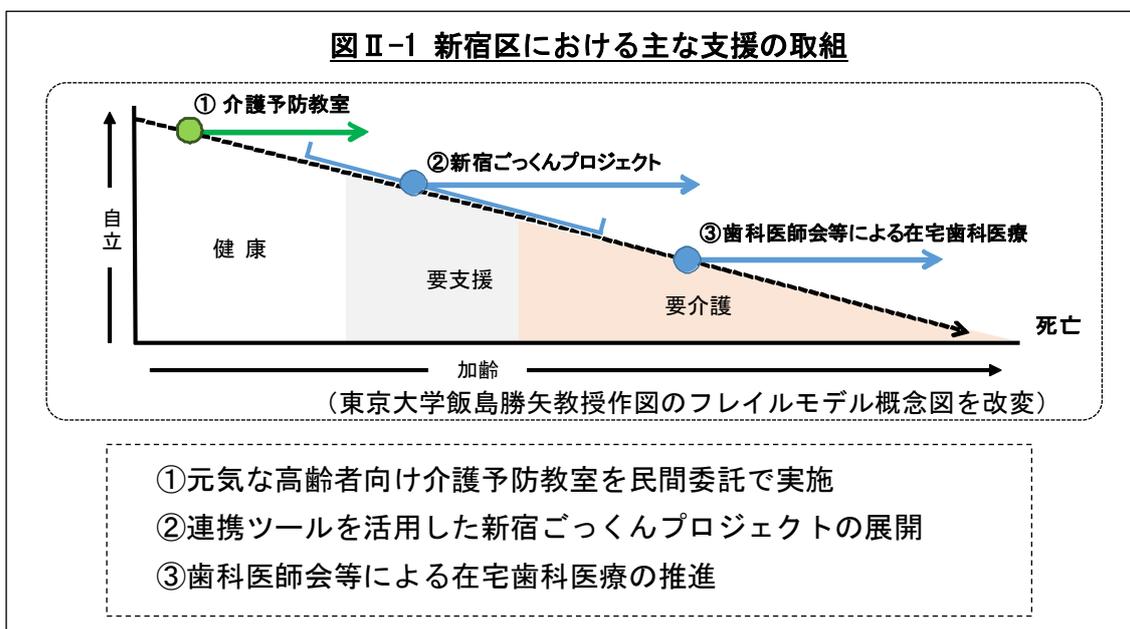
33 (箆笥町高齢者総合相談センターの様子)

手を打って早目の発見と状況の先行きを読んだ上での対応をする必要がある。」とのことである。

同センターでは介護支援専門員資格を有する看護師・保健師が医療連携担当として配置されており、医療者と同等の見地から在宅療養移行者の状態を見立て、生活環境を踏まえた適切なタイミングで在宅への橋渡しを行っている。

## 2. 「最期まで自分の口から食べること」を支援する主な取組

新宿区では、図Ⅱ-1のとおり、①元気な高齢者向け介護予防教室、②連携ツールを活用した新宿ごっくんプロジェクト、③歯科医師会等による在宅歯科医療の推進など、区と関係団体が連携して地域において「食べること」を支援している。



### 1) 介護予防事業としての取組

新宿区は、要支援・要介護認定者及び介護予防・生活支援サービス事業における事業対象者（基本チェックリスト該当者）を除く 65 歳以上の高齢者を対象として表Ⅱ-3 のとおり、

介護予防教室を開催している。平成 28 年度は、毎週 1 回・3 か月間を 1 クールとして、27 会場で年 4 クール開催されており、1 クール当たりの定員

**表Ⅱ-3 介護予防教室（平成 28 年度）**

教室名	運動などの内容
脳はつらつ教室	脳を活性化する運動や普段使わない脳の部分を刺激するプログラムで、認知症予防に効果がある。
シニアパワーアップ教室	全身の筋力を活性化し、日常生活に必要な身体能力の向上を目指す。
シニアバランストレーニング教室	筋力や柔軟性の向上を目指す運動を行う。体操は座位中心で筋力と全身のバランス能力向上を目指す。
シニアスポーツチャレンジ教室	自立した生活をおくるための体づくりができる。体操は立位中心で全身の筋力向上を目指す。
シニアフィットネス教室	身近な民間スポーツクラブなどで生活機能の維持向上の運動を行う。終了後も自主的に活動を継続できる。



## (2) 「新宿ごっくんプロジェクト」の取組

### ア 新宿ごっくんプロジェクト（摂食嚥下機能支援事業）の経緯

新宿区では、高齢者が住み慣れた地域で最期まで安心して暮らし続けられるよう在宅療養支援体制の構築を進めてきた。高齢者保健福祉計画（平成21年度～23年度）の中に「在宅療養体制の整備」が掲げられ、病院と地域の関係機関との連携強化、在宅療養に関わる専門職のスキルアップ、在宅療養を支える医療・リハビリ体制の充実、在宅療養に対する理解の促進などを目的とした多彩な事業が盛り込まれた。その後の計画の中でも、着実に多職種によるリハビリテーションの仕組みづくりに取り組んできた。

平成21年度から着手したリハビリテーション連携モデル事業は、多職種によるリハビリテーション連携検討会を設置し、リハビリが必要な患者の在宅療養を支援する仕組みづくりを目的としていた。同検討会において協議を進めていく中で、療養者に対する摂食嚥下機能支援の重要性が明らかとなったため、平成23年度からは、摂食嚥下機能支援を通じて、リハビリテーションにおける多職種連携の仕組みをつくることが課題とされた。

これを受けて、高齢者保健福祉計画（平成24年度～26年度）では、摂食嚥下リハビリテーションの多職種連携をモデル事業として盛り込むこととし、区民に親しみやすくなるよう「新宿ごっくんプロジェクト」と命名した。

その後平成26年度には、リハビリテーション連携検討会に摂食嚥下機能支援を専門とするメンバーを加え、以下のような摂食嚥下機能支援検討会へと発展がなされ、課題の分析と多職種間の連携ツール開発などが進められている。

**表Ⅱ-4 摂食嚥下機能支援検討会のメンバー（平成28年度）**

摂食嚥下機能支援 検討会への参加 専門職（19人）	医師（病院及び地域内科医・在宅医・耳鼻科医・リハビリテーション科医）、 歯科医師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、看護師、 保健師、理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、地域包括支援 センター福祉職
---------------------------------	---

「新宿ごっくんプロジェクト」では、毎年、多職種が参加できる研修会を実施し、摂食嚥下機能に関する事例検討などを通じて知識の普及と課題の共有化を図るとともに、相互の連携強化を進めている。同研修会への参加者数は、平成26年度12職種・165人、27年度は12職種・160人となっている。

### イ 「新宿ごっくんプロジェクト」の連携ツールと取組の概要

摂食嚥下機能支援検討会では、地域リハビリテーション支援センターとしての慶應義塾大学病院をはじめ、病院・医師会・歯科医師会の医師などが参画し、摂食嚥下機能が低下し支援を要する高齢者などを見つけて



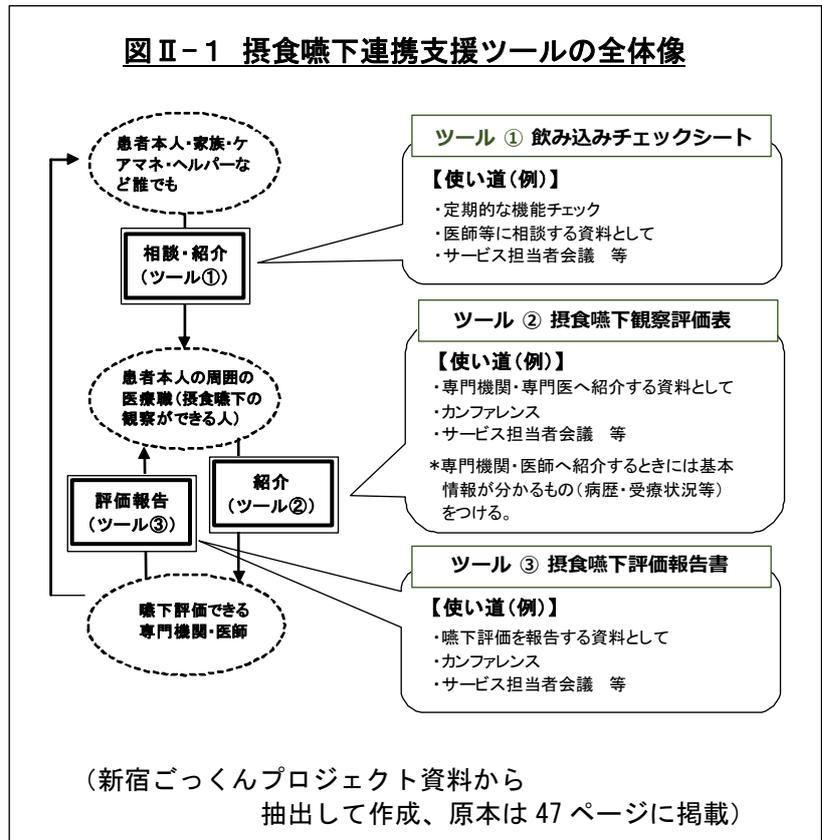
（「摂食嚥下機能支援検討会」における協議の様子）

専門医療機関につなぐ仕組みをつくるため、区民向けのツール※と支援者向けの連携ツール①～③※を図Ⅱ-1のとおり作成している。

「ごっくんチェック表」（区民向けツール）は、7つの項目から構成されており、在宅療養者本人や家族介護者が摂食嚥下の状況をチェックするために用意されている。ケアマネジャーなどの支援者向けには、摂食嚥下機能をチェックし、かかりつけ医への相談やサービス担当者会議などに活用するツール①「飲み込みチェックシート」が作成されており、15のチェック項目から構成されている。また、ツール②「摂食嚥下観察評価表」は医療知識を要する評価項目（簡易版・詳細版）が設けられており、かかりつけ医や訪問看護師が在宅療養者に専門医療機関を紹介する場合などに使用する。

このように医療機関など複数の関係機関が相談や紹介において、同一様式で等しい目盛りの物差しとなるチェックシートを使用し要支援者の情報を共有することにより、円滑な連携を目指している。また、ケアマネジャー、家族介護者、介護職員などに摂食嚥下障害についての適切な評価（アセスメント）の方法を示し、早期発見につなげる狙いもある。

かかりつけ医から



<ごっくんチェック表>  
がひとつでもあれば、摂食嚥下障害を疑って相談しましょう。

<ごっくんチェック表>

- 1年以内に肺炎と診断されたことがある
- 6か月間で2～3kg以上の体重の減少があった
- お茶や汁物等でむせることがある
- のどに食べ物が残る感じがする
- 食べるのが遅くなった
- 半年前に比べて硬いものが食べにくい
- の渴きが気になる



(区民向け摂食嚥下連携支援 ツール：抜粋)

在宅療養者を紹介された専門医療機関は、本人の口腔と摂食嚥下の機能を評価した上で、ツール③「摂食嚥下評価報告書」を使用して本人・家族介護者などへ食物形態や介助方法などについて報告する。また、必要に応じて、適切な摂食嚥下リハビリテーションや口腔ケアのできる医療機関などと連携を取る。

※新宿区ホームページ「[http://www.city.shinjuku.lg.jp/fukushi/kenko01\\_001089.html](http://www.city.shinjuku.lg.jp/fukushi/kenko01_001089.html)」からダウンロードできる。区民向けツール、ツール①～②を45～49ページに掲載。

新宿区では、摂食嚥下機能の低下の早期発見につながるよう平成27年度以降、マスコットキャラクター入りのこれらの連携ツールとリーフレットなどを活用して「新宿ごっくんプロジェクト」（摂食嚥下機能支援事業）について多職種と区民への普及・啓発に取り組んでいる。

また、同事業の評価に当たっては、在宅における食支援のためのサービス量の変化（歯科衛生士・栄養士による居宅療養管理指導件数など）を指標として用いているが、表Ⅱ-5のとおり実施延べ件数の増加が認められている。

このように新宿区では、行政が①摂食嚥下機能支援という地域の課題を取り上げ、②高齢者保健福祉計画の中に位置づけ、さらに③推進のため、地域関係機関の力を結集する多職種検討会を設置したことが起点となり、多職種研修会の継続的な開催や広範囲にわたり専門職が参画する仕組みづくりにつながっている。検討会を中心とした課題解決に向けての協議や多職種研修会を通じて、在宅療養に関わる様々な専門職の間で担うべき役割が共有され、地域の中で食べることを支援するという課題解決に向けてネットワークを構築している。



（区職員が考案したマスコットキャラクター「ごっくん」）

表Ⅱ-5 居宅療養管理指導実施（延べ）件数

	平成25年度	平成27年度
歯科衛生士	21,661	24,533
栄養士	261	299

## ウ 在宅医療の推進と在宅医療相談窓口

新宿区では、平成20年度から「かかりつけ医機能の推進事業」と「かかりつけ歯科医機能の推進事業」を実施し、要介護高齢者などが円滑に在宅療養できるよう訪問診療の可能な医療機関情報の把握など様々な課題を協議してきた。これらの事業では、在宅療養に携わる在宅医療登録医及びかかりつけ歯科登録医の名簿（注4）を作成し、各関係機関などとの連携を推進している。

例えば、歯科医師会などは、地域包括支援センター（新宿区では「高齢者総合相談センター」）、居宅介護支援事業所、病院、診療所、訪問看護ステーションなどの関係機関に名簿を配布の上、連携のための会議や研修会を通じて障害者、要介護高齢者、ウイルス性疾患感染者などの療養生活を効果的に支援することとしている。

注4：名簿への登録医療機関数は、かかりつけ医協力医185件、かかりつけ歯科医協力医159件（平成27年度）である。

新宿区はこのような在宅医療資源情報の整備とともに、平成 21 年度には、区立の新宿区訪問看護ステーション内に在宅療養相談窓口（現在は、在宅医療相談窓口）を設置した。訪問看護ステーションに配置されている（現）健康部健康づくり課在宅医療支援系の看護師が、訪問看護業務とともに在宅医療相談窓口業務を行う体制で、在宅医療の現状を理解した看護師（居宅介護支援専門員資格も有する）が、関係機関や区民から寄せられる様々な相談に応じている。

在宅医療相談窓口は、「新宿ごっくんプロジェクト」を推進する上でも、区民からの相談窓口としての役割を担っており、医療の必要性の高い相談案件については、支援係員が在宅訪問調査の上、適切な医療機関につないでいる。



（在宅医療支援係による在宅医療相談窓口）

支援係員によれば、摂食嚥下の機能低下をきっかけとする相談案件を受け付けた場合でも、相談者の背後に複合的な課題が隠れており、根本的な解決のためには、歯科専門職に加えて多職種ネットワークからのサポートを必要とすることが多い。そのような事例について多職種と連携を取るに当たっては、まず、先方の専門性を尊重することが大切で、特にケアマネジメントを行うケアマネジャーとの関係づくりが重要になるとのことであった。

なお、在宅医療相談窓口における相談受付の件数は、平成 26 年度 465 件、27 年度は 573 件となっている。

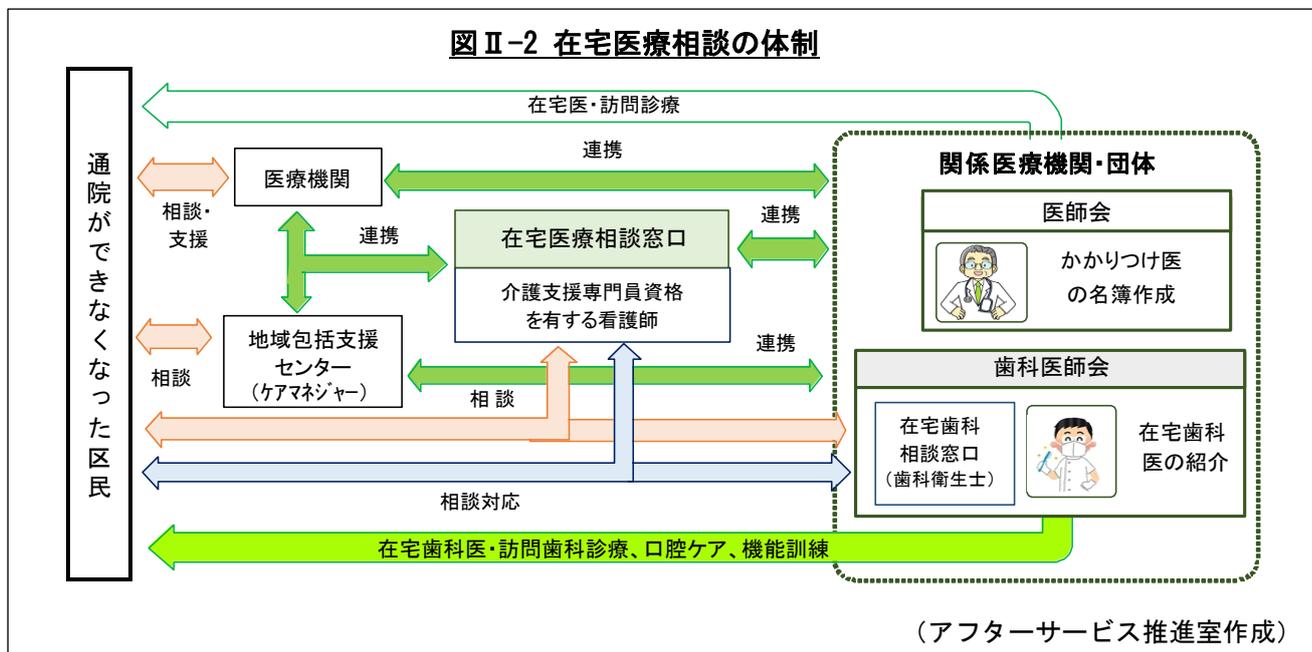
### （3）歯科医師会と行政の連携による訪問歯科診療の推進

#### ア 歯科医師会による在宅歯科医療の推進

一般社団法人新宿区歯科医師会と同新宿区四谷牛込歯科医師会（以下、合わせて「両地区歯科医師会」という。）は、平成 25 年度から平成 27 年度まで、東京都「在宅療養推進区市町村支援事業」に参加した。同事業の取組として、両地区歯科医師会事務所に専用電話を設けて医師やケアマネジャーなどからの相談に応じており、平成 28 年度から、在宅歯科相談窓口として位置付けられている。地域の中で従来どおり歯科医療機関への通院ができなくなった高齢者が増えていることから、非常勤の歯科相談員（歯科衛生士）1 人を配置し、要支援者本人・家族介護者、ケアマネジャー、歯科医療者の三者の間に介入し、在宅訪問調査を行って本人の状態を歯科医師に正確に伝えるなど、コーディネ

ートにより三者のニーズに合ったサービス提供につなげている。この結果、口腔のみならず全身機能が低下していた在宅療養者を、歯科医師からさらに病院にまでつないだケースもあった。

現在の新宿区における在宅医療相談体制は図Ⅱ-2のとおりとなっている。



### 《両地区歯科医師会による在宅歯科医療の事例》

両地区歯科医師会では、積極的に在宅歯科医療に取り組んでおり、ここでは代表的な事例を紹介する。これまでの人生では、通って、待って受診していた療養者や家族介護者にとって「医療者が自分たちのために時間をつくって来てくれる」ということが、非常に大きな喜びや励みとなっている。

#### 【訪問診療の様子1】

##### 《訪問歯科診療開始までの経緯》

家族介護者が口腔ケア用品などを揃え、独力でケアをしていたところ、ケアマネジャーが地区歯科医師会に相談し訪問のできる歯科医師を紹介された。

##### 《現在の診療方針など》

経管栄養のため、口からはほとんど食べておらず、摂食嚥下機能の低下が見られる。このため、口腔清掃のみならず、口腔内や口腔周囲のマッサージ、リハビリを行い、口腔機能の維持、改善に努める。



### 【訪問診療の様子2】

#### 《訪問歯科診療開始までの経緯》

脳血管疾患を繰り返し四肢に麻痺が生じ通院困難となった。胃ろう造設後に肺炎を発症したことなどから訪問歯科診療の依頼があった。

#### 《現在の診療方針など》

家族介護者の「もう一度口から」との希望に添って、在宅で専門医と共に摂食嚥下機能評価を行い、摂食嚥下状態の確認とトレーニングを行った。体調の良い時期にはコーヒー、おかゆなどを味わうことができた。現在は姿勢を確認し、口腔ケア・リハビリ・だ液腺マッサージを行っており、再び口から食べることが目標となっている。



### 【訪問診療の様子3】

#### 《訪問歯科診療開始までの経緯》

ひどい腰痛のため、かかりつけ歯科医への通院が難しくなり、高齢者総合相談センターから地区歯科医師会へ訪問歯科診療の依頼があった。

#### 《現在の診療方針など》

主訴の「右下の歯がグラグラする」については往診医師と相談の上、抜歯などの処置を行う。「左上の欠けた歯が口唇に当たる」については歯の角を削り丸める。往診医師・ケアマネジャーと連携を取りながら治療とともに口腔ケアを行う。本人・家族の希望を聞き、「笑顔で食事ができるように」を目標としている。



(だ液腺マッサージの様子)



## イ 両地区歯科医師会と行政の連携

以上のような両地区歯科医師会の取組は、新宿区が進める「かかりつけ歯科医機能の推進」事業や「新宿ごっくんプロジェクト」と協働している。

さらに平成 27 年度に新宿区は、かかりつけ歯科医機能の推進事業として、両地区歯科医師会と学識者からの協力を得てDVDを制作した。

この「はじめての訪問口腔ケア～在宅で口腔ケアの実際～」と題したDVD（30 分程度のもの）は、訪問歯科診療と口腔ケアの基本的な技術を会員歯科医師や介護職員に紹介するために制作され、実際の高齢者を相手に会員歯科医師が演じて、口腔ケアの技術指導などを行っている。

新宿区と両地区歯科医師会では、このDVDを歯科医師会会員、訪問看護ステーション及び居宅介護支援事業所などに配布し、介護職員への指導や医療・介護関係者への在宅歯科診療と口腔ケアに関する啓発などに活用している。さらに、民生委員の会合などで上映するなど、区民を支える様々な関係者にも情報発信をしている。

## ウ 新宿区医師会の取組

新宿区医師会では、平成 27 年度から新宿区医師会区民健康センター内で地域のかかりつけ医・在宅医と連携し、在宅患者、施設入所者などを対象とした嚥下内視鏡による摂食嚥下機能の評価を行っている。この取組には、医師（国立病院耳鼻咽喉科医・リハビリテーション科医、かかりつけ医・在宅医）、歯科医師、歯科衛生士、作業療法士、言語聴覚士など、多職種が参加している。多職種により、実際に要介護者が口から食事を摂る状況の評価した上で、映し出された画面上の摂食嚥下機能の様子に基づき介護者や要介護者本人に直接指導し、施設には摂食嚥下評価報告書（「新宿ごっくんプロジェクト」ツール③）を作成して報告する。



（会員歯科医師が演じる  
口腔ケア技術指導DVD）



（嚥下内視鏡による摂食嚥下機能評価の様子）

### 3. 「食べること」を支援している専門職からの意見等

#### (1) 介護予防事業関係

##### ア 歯科医師

(ア) 口腔機能は五感（味覚・聴覚・視覚・触覚・嗅覚）と深く関係する主要な生活機能である。しかしながら、口腔といえば「歯」、口腔ケアとは「歯磨き」のことに捉えている人が多い。う蝕（むし歯）の治療などのように形として表れているものは、誰にでも分かりやすく自覚できるが、口腔の機能低下の防止などは目に見えない課題なので理解が難しいのも当然の成り行きかもしれない。

まずは、最期まで自分の口から食べるということが、人としての尊厳であり重要な生活機能と改めて認識を深める必要がある。その上で、介護予防においても「歯を守る」ではなく「口腔機能を守る」という考え方に立つ必要がある。

(イ) 口の健康は全身の健康につながることは、さまざま研究から明らかになっている。口腔ケアが誤嚥性肺炎を防止するなど、特に、高齢者の療養生活に対する影響は少なくない。例えば、認知症などの患者でも、歯科治療により適切な義歯を入れたり、自分の口を動かすことと連動して意識の覚醒状態が改善することがある。さらに、一般的に口腔ケアに伴い、表情が明るくなり、女性だと化粧を始めたり、生活意欲の増すケースも見られる。

##### イ 歯科衛生士

世代ごとに口腔機能に関する認識度合いに格差が認められ、団塊の世代は比較的（8020 運動に象徴されるように）歯を守るという意識が強い。総じて前の世代より歯が多く残っている団塊の世代が 65 歳を超え、今後、摂食嚥下障害にう蝕（むし歯）が加わるような複合したケースが増加すると考えられる。

#### (2) 多職種による在宅医療・介護連携関係

##### ア 歯科医師

歯科医師にとって診療所に通院してくる患者への治療と在宅での訪問歯科診療では、診療方針が異なっている。診療所では、う蝕（むし歯）や歯周病の治療が主であるため、むし歯を削ったり、義歯を作ったりする技術力（Cure）が主となりやすいが、在宅診療では、まず、療養者の「生活の場」に入っていくため、コミュニケーションを主とした「ケア（Care）」を中心に進めていく必要がある。療養者の前に、マスクと眼鏡姿で、即、医療という形で登場することはできない。最初に本人と介護家族への声かけなど、コミュニケーションが必要となる。

高齢化社会では歯科治療の技術的な面だけではなく、介護予防として「口腔機能を守る」ための知識、コミュニケーション力、さらには在宅療養者を支える多職種との連携が要求される。そのようなスキルを獲得するためには、多職種連携の研修会に参加し、自分に不足する知識の向上を図るとともに、多職種と顔の見える関係を築くことが重要である。

##### イ 歯科衛生士

歯科衛生士の 9 割は個人の歯科診療所に勤務しており、多職種と連携する機会が少ない。また、家庭や子育てとの両立が難しく、多くの歯科衛生士が一生を通して

歯科衛生業務に携わることが難しい状況にある。病院、行政など歯科以外の職種と連携する機会の多い職場で活動できるよう環境が整備されることを期待する。

#### 4. 地域が抱える課題と今後の展望

区が主導して地域の病院や医師会、歯科医師会、薬剤師会などとの連携の下「新宿ごっくんプロジェクト」を推進している。一人暮らしの高齢者が非常に多い地域特性の中で、今後さらなる実効性の向上が課題となっている。

新宿区の在宅医療・介護連携事業の所掌部署から以下の声が寄せられている。

- (1) 新宿区において、摂食嚥下機能支援のシステムは構築できたと考えられるが、現実に地域住民のニーズを十分把握し医療などに結び付けられているかと考えると、必ずしも十分とは言えない。

今後の課題としては、①多職種連携のさらなる推進、②多職種によるチームアプローチを行うためのコーディネート機能を行う機関（在宅医療相談窓口）の位置付けと周知、③病院から在宅まで継続的な医療やケアが行われるための連携パスの定着、④区民及び関係機関への普及・啓発、⑤地域づくりとヘルスプロモーション、が挙げられる。

- (2) 摂食嚥下機能支援の取組は、在宅療養における多職種連携のテーマとして、関係者が取り組みやすく、かつ実効性の高いテーマと考えられる。このような取組においては、地域の医療専門団体としての医師会、歯科医師会、薬剤師会などが、それぞれの役割を担いつつ顔の見える関係をつくりやすい。

しかしながら、市区町村が取り組むに当たっては、地域の医療関係団体を調整する保健所などの役割が大変重要である。そういった意味で、保健所機能の中の地域の医療連携の推進、医療と介護の連携の促進などの具体的なテーマとして改めて位置付けることで、地域包括ケアシステムの構築に当たって、保健所などの公衆衛生専門機関の果たす役割が明らかになる。

また、摂食嚥下機能支援事業は、介護保険の地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業における(ア)～(ク)の内容（注5）と合致していることから、各自治体において取り上げることで、在宅療養・介護連携を進める上で、効果的である。地域の医療を「点」から「面」へと展開していくためには、「診療所完結型」から「地域連携型」の医療へと転換していくことが求められている。特に、地域包括ケアを推進するためには、要介護高齢者などを支える地域の介護・福祉の関係者との連携が不可欠であり、「食べる機能の支援」に取り組む中にこそ、その鍵を見出せる。

注5：市区町村において在宅医療・介護連携の推進事業に取り組むに当たり、(ア)～(ク)の8つの事業項目が設けられている。

## 《資料コーナー》

### 1. 区民向けツール（表面）「ごっくんチェック表」

新宿ごっくんプロジェクト

## 食べる幸せをいつまでも

～ “口から食べること” をサポートします～



新宿ごっくんプロジェクトとは

「むせる」「飲み込みにくい」など、食べることに悩みや不安のある方に、  
医師・歯科医師・看護師・言語聴覚士・歯科衛生士・管理栄養士・ケアマネジャーなど多くの  
専門職が関わって支援しています。

### ＜ごっくんチェック表＞

〇がひとつでもあれば、摂食嚥下障害を疑って相談しましょう。

### ＜ごっくんチェック表＞

- 1年以内に肺炎と診断されたことがある
- 6か月間で2～3kg以上の体重の減少があった
- お茶や汁物等でむせることがある
- のどに食べ物が残る感じがする
- 食べるのが遅くなった
- 半年前に比べて硬いものが食べにくい
- 口の渇きが気になる



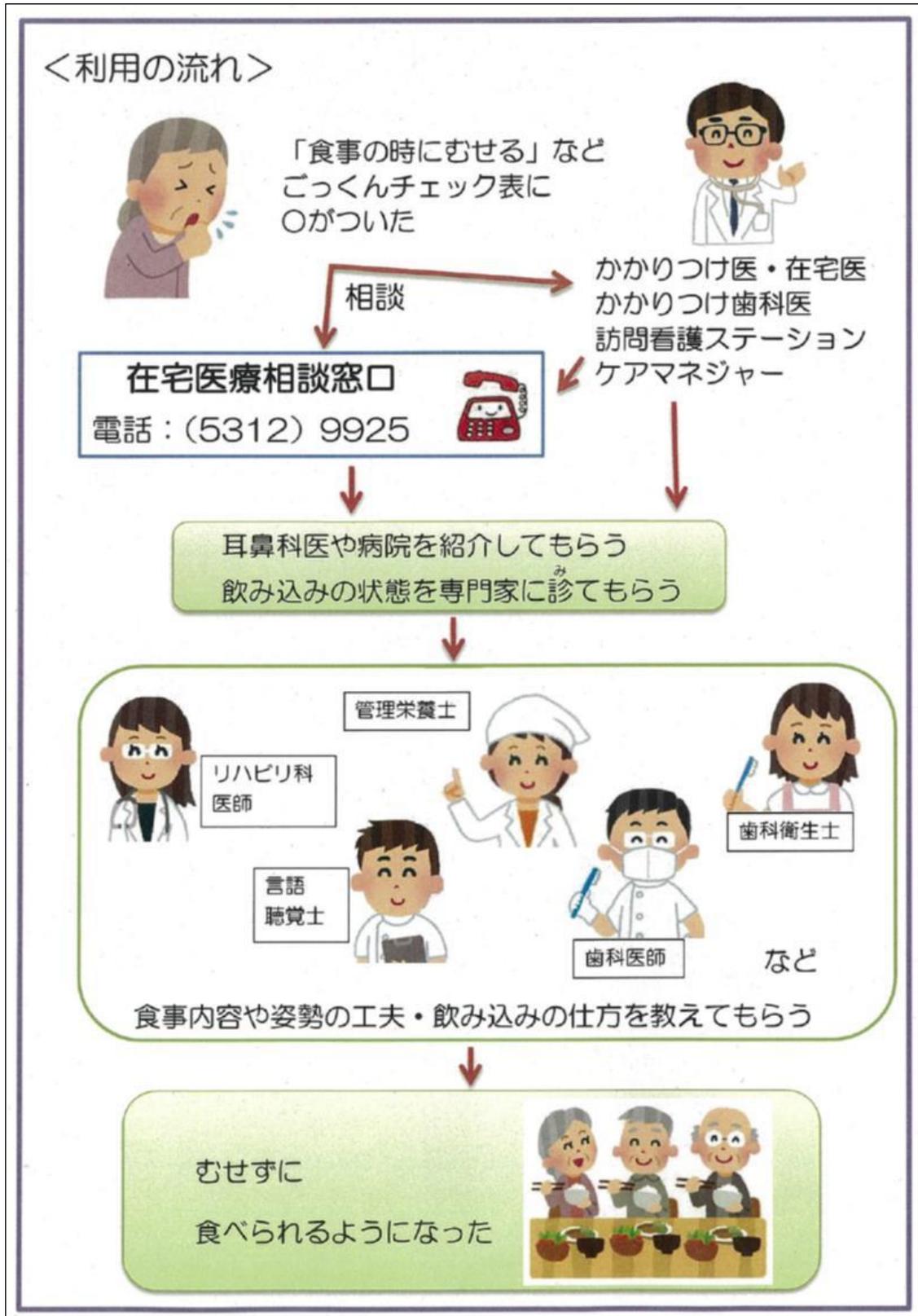
新宿区健康部健康づくり課 在宅医療支援係（在宅医療相談窓口）



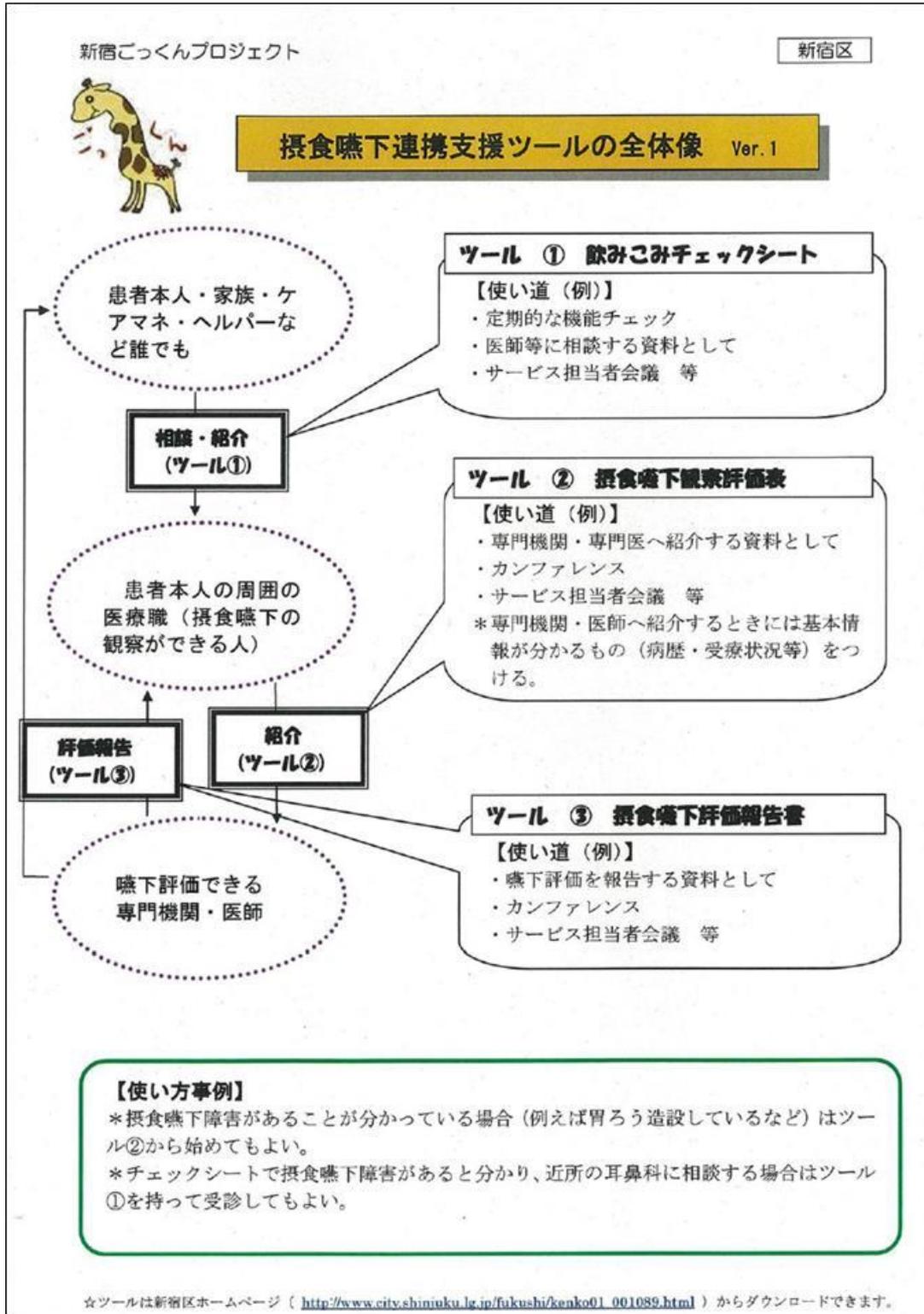
住 所：新宿区三栄町 25

TEL：(5312) 9925

## 2. 区民向けツール（裏面）「利用の流れ」



### 3. 全体像「摂食嚥下連携支援ツール」



#### 4. ツール①「飲みこみチェックシート」

ツール① 飲みこみチェックシート Ver.1				新宿区
平成 年 月 日【記載者氏名】				
氏名 _____	年齢 _____ 歳	男 ・ 女 _____	<div style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">                     Aが1つでもあつたら医師等に相談しましょう。                 </div> 	
身長 _____ cm	体重 _____ kg			

1 肺炎と診断されたことがありますか？	A. 繰り返す ( )	B. 一度だけ	C. なし ( )
2 やせてきましたか？	A. 明らかに ( )	B. わずかに	C. なし ( )
3 物が飲み込みにくいと感じることがありますか？	A. しばしば	B. ときどき	C. なし
4 食事中にむせることがありますか？	A. しばしば	B. ときどき	C. なし
5 お茶を飲むときにむせることがありますか？	A. しばしば	B. ときどき	C. なし
6 食事中や食後、それ以外の時にものがゴロゴロ (たんがからんだ感じ) することがありますか？	A. しばしば	B. ときどき	C. なし
7 のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？	A. しばしば	B. ときどき	C. なし
8 食べるのが遅くなりましたか？	A. たいへん	B. わずかに	C. なし
9 硬いものが食べにくくなりましたか？	A. たいへん	B. わずかに	C. なし
10 口から食べ物がこぼれることがありますか？	A. しばしば	B. ときどき	C. なし
11 口の中に食べ物が残ることがありますか？	A. しばしば	B. ときどき	C. なし
12 食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくるがありますか？	A. しばしば	B. ときどき	C. なし
13 胸に食べ物が残ったり、つまった感じがすることがありますか？	A. しばしば	B. ときどき	C. なし
14 夜、咳で寝られなかったり目覚めることがありますか？	A. しばしば	B. ときどき	C. なし
15 声がかすれてきましたか (がらがら声, かすれ声など) ?	A. たいへん	B. わずかに	C. なし

出典：大崎地日本摂食・嚥下リハビリテーション学会会誌2002より改編

Aが1つ以上ある→→かかりつけ医や訪問看護師などへ相談しましょう(ツール②へ)。  
 Bが1つ以上ある→→今後も定期的に飲みこみをチェックしましょう。

※ツールは新宿区ホームページ ( [http://www.city.shinjuku.lg.jp/fukushi/kenko01\\_001089.html](http://www.city.shinjuku.lg.jp/fukushi/kenko01_001089.html) ) からダウンロードできます。

## 5. ツール②「(簡易版) 摂食嚥下観察評価表」

新宿ごっくんプロジェクト		新宿区																								
		<b>簡易版 ツール② 摂食嚥下観察評価表 Ver.1</b>																								
平成 年 月 日【所属・職種】		【記載者氏名】																								
名前	男・女	生年月日	MTSH 年 月 日 (年齢 歳)																							
身長	cm / 体重	kg																								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>主訴ないし症状</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>原因疾患/基礎疾患/ 使用薬剤</td> <td colspan="3">関連する既往歴</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">栄養方法</td> <td>経口摂取：常食・粥・きざみ・その他 ( ) 絶食</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>水分：トロミなし・トロミ付き・禁</td> <td>摂取</td> <td>ml/日</td> </tr> <tr> <td>補助(代替)栄養</td> <td>なし・経鼻経管・胃瘻・点滴・その他 ( )</td> <td>摂取</td> <td>kcal/日</td> </tr> <tr> <td>座位保持 (30分程度)</td> <td colspan="3">十分・不十分・不可</td> </tr> </table>				主訴ないし症状				原因疾患/基礎疾患/ 使用薬剤	関連する既往歴			栄養方法	経口摂取：常食・粥・きざみ・その他 ( ) 絶食			水分：トロミなし・トロミ付き・禁	摂取	ml/日	補助(代替)栄養	なし・経鼻経管・胃瘻・点滴・その他 ( )	摂取	kcal/日	座位保持 (30分程度)	十分・不十分・不可		
主訴ないし症状																										
原因疾患/基礎疾患/ 使用薬剤	関連する既往歴																									
栄養方法	経口摂取：常食・粥・きざみ・その他 ( ) 絶食																									
	水分：トロミなし・トロミ付き・禁	摂取	ml/日																							
補助(代替)栄養	なし・経鼻経管・胃瘻・点滴・その他 ( )	摂取	kcal/日																							
座位保持 (30分程度)	十分・不十分・不可																									
<b>1. 認知</b>		<b>4. 口腔</b>																								
意識	清明・不清明・傾眠	義歯	不要・要 (適合・不良・なし)																							
意思表示	良・不確実・不良	衛生状態 (口腔)	良好・不十分・不良																							
従命	良・不確実・不良	うがい	可・不可																							
食への意欲	あり・なし・不明	その他：																								
その他：																										
<b>2. 食事</b>		<b>5. 口腔咽頭機能</b>																								
摂取姿勢	椅子・車椅子・褥座位・bedup ( )	開口量	3横指・2横指・1横指以下																							
摂取方法	自立・見守り・一部介助・全介助	口角下垂	なし・あり (右・左)																							
食事回数	1日 回	軟口蓋運動 (/ア/発声時)	十分・不十分・なし																							
食事に要する時間	1回 分	咬合力	十分・不十分・なし																							
一口量	適当・多い・少ない	舌運動 挺舌	十分・下唇を越えない・不能																							
飲食中のムセ	なし・まれ・頻回	偏位	なし・あり (右・左)																							
口腔内食物残留	なし・少量・多量	口腔感覚異常	なし・あり (部位 )																							
流涎	なし・少量・多量	その他：																								
その他：																										
<b>3. 頭部</b>		<b>6. 呼吸機能</b>																								
頭部可動域	制限なし・少し動く・不動	呼吸数	回/分																							
その他：		随意的な咳 (意識して行う咳)	十分・不十分・不可																							
その他：																										
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 60px;"> <b>【ご本人・ご家族の希望】</b> </div>		<b>7. 検査</b>																								
		VF (嚥下造影検査)	済 ( / )・予定 ( / , 未定)																							
		VE (嚥下内視鏡検査)	済 ( / )・予定 ( / , 未定)																							
		その他																								

出典：日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会案を改題

\*この用紙は、医師や訪問看護師等の医療職が、現在の嚥下障害や周辺状況を評価するためのものです。

\*専門機関受診の際にあらかじめ記入して、診療情報提供書の別紙としてご利用下さい。全て埋める必要はありません。

\*カンファレンス・サービス担当者会議あるいは理学療法・言語療法・摂食機能療法・全身管理などの経過観察にも利用できます。

各欄の右側にチェックがついたところは、対策をご検討下さい。

☆ツールは新宿区ホームページ ( [http://www.city.shinjuku.lg.jp/fukushi/kenko01\\_001089.html](http://www.city.shinjuku.lg.jp/fukushi/kenko01_001089.html) ) からダウンロードできます。

## Ⅲ. 柏市における取組

～東京大学との協力によるフレイル予防のための自己チェック方法の普及と  
歯科医師会との協力により設置した歯科介護支援センター（注1）からの  
「口腔ケア健口講座」への講師派遣や訪問歯科診療に先立つ訪問調査～

### 《 取組のポイント 》

- ☆東京大学、UR都市機構と連携協定を結び、フレイル（虚弱）予防のため、栄養・口腔、運動、社会参加の3要素が盛り込まれた自己チェック手法の普及を、フレイル予防サポーターの参加を得ながら進めている。
- ☆介護予防講座として、歯科介護支援センターの歯科衛生士が講師になって「口腔ケア健口講座」などを実施している。
- ☆介護保険施設入所者や在宅療養者に対して歯科介護支援センターの歯科衛生士が訪問調査を行った上で、柏歯科医師会の会員歯科医師が訪問歯科診療を提供している。

## 1. 地域特性と高齢者からの相談受付体制

### （1）柏市の地域特性

柏市は千葉県の北西部に位置し、東京都心へのアクセスが良い交通の要衝として大型住宅団地建設などによる都市化が進んだ。人口は平成元年に30万人を超え、平成17年の旧沼南町との合併を経て、平成22年には40万人台に達している。市域のほぼ中央にある柏駅周辺では大型商業施設整備を中心に市街地開発が進む一方、旧沼南町をはじめ南部郊外や東部地域にはなお豊かな自然環境や農地が残されている。また、東京大学・千葉大学などの学術研究施設が集まる北部地域では「大学とまちの融和」を目指す公・民・学の連携による新しい都市づくり「柏の葉国際キャンパスタウン構想」が進められている。

市内の産業別従業者数で見ると、卸売・小売業に次いで、医療・福祉への従業者が多く、以下宿泊・飲食サービス、製造業の順（注2）となっている。

柏市の高齢化率については、これまで流入してきた世代の高齢化とともに上昇傾向を見せ、平成23年に20%を超え、平成28年現在で24.2%となっている。今後、高齢者の中でも後期高齢者の割合が増え、平成37年（2025年）には高齢化率27.6%のうち後期高齢者が6割を占めると予測されている。また、同時点における要介護認定率も21.4%に達すると見込まれている。ただし、高齢者のうち一人暮らし世帯の占める割合は同年でも18.1%と全国平均（19.2%）よりも低い水準にとどまる見込みである（注3）。

注1：「一般社団法人柏歯科医師会 附属歯科介護支援センター」のこと、以下「歯科介護支援センター」という。

注2：「平成26年経済センサス-基礎調査」による。

注3：いずれも「第6期柏市高齢者いきいきプラン21」による。

表Ⅲ-1 柏市の人口・高齢化率・要介護認定率

(単位:人、%)

人口	高齢化率	うち高齢者		要介護認定率	うち要支援の割合	うち要介護の割合
		うち前期高齢者	うち後期高齢者			
415,944	24.2	13.8	10.4	14.2	25.1	74.9
*全国	26.7	13.8	12.9	17.9	28.3	71.7

(平成28年4月30日現在、柏市保健福祉部資料。\*全国の高齢化率は平成27年国勢調査、要介護認定率は平成28年3月末現在の介護保険事業状況報告による。)

市内の医療施設数は右表のとおりで、全国に比べて施設数の少ない千葉県の中では比較的充足されている。

病院(病床数)	一般診療所	歯科診療所
18 (4,924)	252	210

(2) 高齢者からの相談受付体制

(「柏市保健所事業年報」平成28年3月末現在)

柏市では市域を面積や人口、地域づくりの活動単位などの特性を踏まえ、日常生活圏域を中圏域では7つに区分している。中圏域ごとに1か所ずつ市全体で7か所に設置されていた地域包括支援センターは、平成28年2月に高齢者人口の増勢に応じて増設され、現在は表Ⅲ-2のとおり9か所となっている。地域包括支援センターは全て社会福祉法人や民間事業者への委託により運営されており、配置されている職員総数は74人、うち社会福祉士は18人、保健師は9人、看護師は4人、主任介護支援専門員は11人、介護支援専門員は32人となっている。

表Ⅲ-2 柏市の地域包括支援センター体制

日常生活圏域			総人口(高齢者)(人)	地域包括支援センター	職員数(人)		日常生活圏域			総人口(高齢者)(人)	地域包括支援センター	職員数(人)	
大	中	小			常勤	非常勤	大	中	小			常勤	非常勤
北部	北部1	田中	58,875 (13,076)	柏北部	5	5	南部	南部1	南部	41,642 (11,342)	柏南部	4	3
		西原							藤心				
	北部2	富勢	55,798 (14,669)	北柏	5	5		南部2	増尾	24,134 (6,905)	柏南部第2*	4	2
		松葉							光ヶ丘	40,168 (10,386)	光ヶ丘	4	3
中央	中央1	高田・松ヶ崎	65,066 (14,289)	柏西口	6	5	沼南	酒井根	52,436 (12,728)	沼南	5	4	
		新富						手賀					
		旭町						風早北部					
	中央2	柏中央	39,703 (8,568)	柏東口	5	3	合計	人口	408,787 (98,844)	職員数	42	32	
		新田原											風早南部
		富里											合計
永楽台	30,965 (6,881)	柏東口第2*	4	2	74								

(人口は平成27年10月1日現在の住民基本台帳。職員数は平成28年8月現在。\*印は増設センター)

柏市の介護予防事業は、これら9か所の地域包括支援センターと介護予防センター「ほのぼのプラザますお」、「いきいきプラザ」を拠点として実施されており、保健福祉部が提供する地域ごとの高齢者の生活機能の現状と活動ニーズなどにに基づき、担当地域の特性に即したプログラムづくりが行われている。

## 2. 介護予防事業の新展開

柏市では介護予防事業において、新たにフレイル(虚弱)という概念から市民の健康づくりと健康長寿を推進する方針を打ち出している。

### －フレイル予防を全ての介護予防の取組の柱と位置づける－

#### 推進方針 1: フレイルの概念に基づく効果的な介護予防の推進

- ①市民が自身の虚弱(フレイル)度に気づき、介護予防に取り組む動機づけとなるフレイルチェックの推進
- ②栄養(食・口腔機能)、運動、社会参加の三位一体に着目したフレイル予防の推進

#### 推進方針 2: 地域を基盤にしたフレイル予防の推進

- ①フレイル予防の拠点施設である「介護予防センター」の機能充実
- ②地域特性を生かした効果的なフレイル予防の展開
- ③地域における市民主体のフレイル予防活動の支援

(「介護予防の推進について」(柏市保健福祉部福祉活動推進課、平成28年1月28日))

### (1) フレイル予防の概要

柏市は、平成21年6月に、東京大学高齢社会総合研究機構(以下「東京大学」という。)、独立行政法人都市再生機構(UR都市機構)との三者で豊四季台地域高齢社会総合研究会を発足させた。翌22年5月には三者協定を結び、以降、在宅医療の推進など豊四季台団地の課題解決を通じて「高齢社会の安心で豊かな暮らし方・まちのあり方」を検討してきた。この中で東京大学は、平成24年度から柏市の高齢者(自立～要支援:2,044人・平均年齢73歳の男女)を対象とした大規模高齢者虚弱予防研究「栄養とからだの健康増進調査(柏スタディー)」を実施している。この追跡健康調査において聞き取り(生活習慣病を含む罹患疾病状況など)、採血、体組成測定、身体栄養、口腔機能、社会性、運動機能などを多角的に評価することにより、高齢者のフレイル予防には食・口腔機能の維持と運動(身体活動)、さらに早期からの社会性や心理面も含めた「三位一体の包括的なアプローチ」が重要との結果(注4)を得ている。

注4: 飯島勝矢(東京大学高齢社会総合研究機構教授)「虚弱・サルコペニアモデルを踏まえた高齢者食生活支援の枠組みと包括的介護予防プログラムの考案および検証を目的とした調査研究」(厚生労働科学研究(長寿科学総合研究事業))。

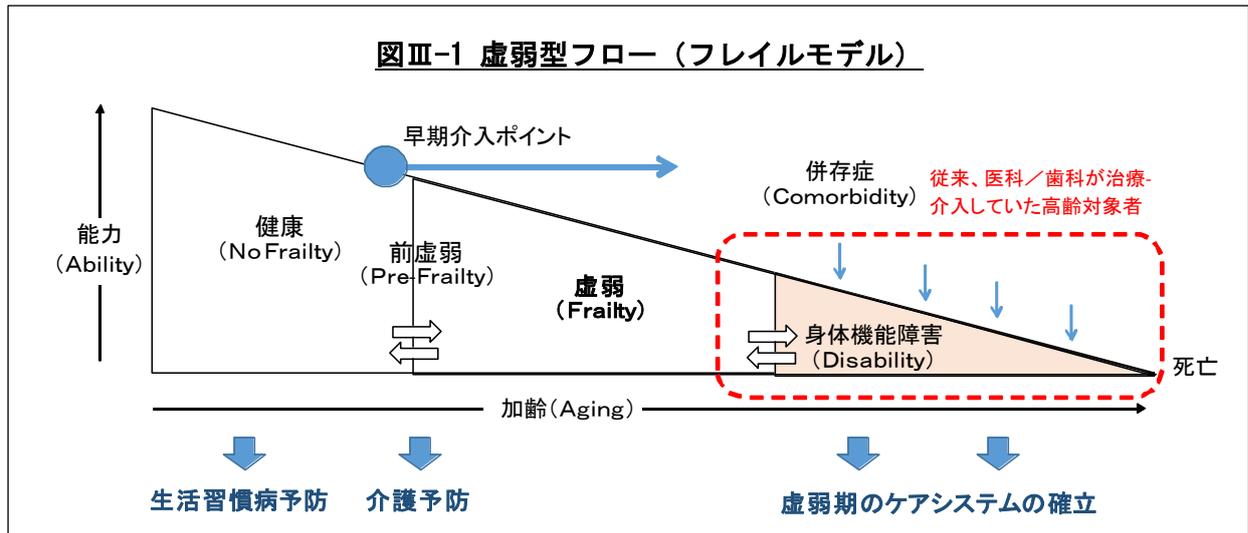
### ア フレイルモデル

フレイルとは、加齢とともに心身の活力(筋力、こころや認知機能、社会とのつながり等)が低下した状態を言い、「虚弱」を意味する「Frailty」を語源として作られた言葉である。東京大学では、一般的に「人がどのように弱っていくのか」というフローを、次ページの図Ⅲ-1のように「健康期」「前虚弱期(プレフレイル期)」「虚弱期(フレイル期)」「要介護期(身体機能障害を含む)」の4つのフェーズにモデル化している。フレイルの最も大きな原因の一つは、加齢による筋肉の衰え(サルコペニア(注5))にあり、これが運動器と口腔の機能低下を招き、生活範囲を狭め、食欲が減退したり、

食品の多様性を低下させるなどの悪循環を引き起こし、栄養不足、転倒・骨折、認知症などのリスクを高めている。このため、東京大学は、前虚弱期（プレフレイル期）の段階からの早期予防を重視するシステム構築の必要性を唱えている。

また、柏スタディーからも、多くの人がフレイルモデルのように健康な状態からフレイルの段階を経て、身体機能障害（要介護）の状態に陥ることが立証されている。

注5：ギリシア語でサルコ（sarco）は「肉・筋肉」、ペニア（penia）は「減少・消失」の意。



（飯島勝矢東京大学高齢社会総合研究機構教授資料）

## イ フレイルチェック

加齢に伴う自分の状態（立ち位置）を正確に把握することが介護予防の出発点となるが、柏市で開始されたフレイル予防では、以下のように栄養（食・口腔）、運動、社会参加の3つの要素が盛り込まれた簡易な自己チェック手法が東京大学により考案されている。筋肉の衰え（サルコペニア）などのフレイルの兆候を自己チェックにより早期に発見し、生活習慣見直しなどの必要性を自分のこととして気づき、正しく対処して健康な状態に戻ることを目指している。

柏市では、このフレイルチェック（詳細は後述）を、元気な高齢者（フレイル予防サポーター）が担い手となって市民同士で主体的に実施する方法を採っている。

### 分かりやすく簡易な自己チェック手法

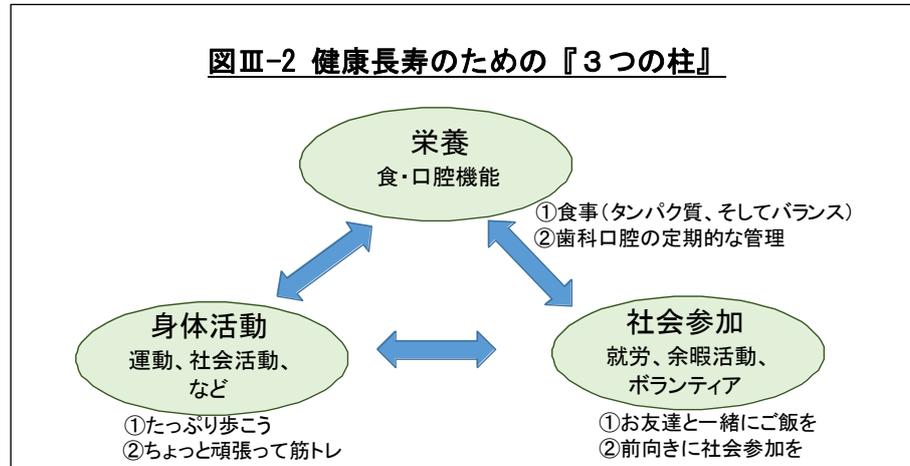
- ①「指輪っかテスト」：両手の親指と人差し指で作った指輪っかでふくらはぎを囲み太さを計る。  
定期的に行うことで、ふくらはぎの筋肉量の変化を確認できる。
- ②「イレブン・チェック」：11項目の質問(栄養2、口腔2、運動(筋肉量)3、社会性・こころ4)による自己チェック
- ③「深掘りチェック」：噛む力、簡易な機器による滑舌、握力、筋量などの計測、いす立ち上がりテスト及び口腔機能・社会性・こころに関する深掘り質問など

## ウ フレイル予防の実践

社会とのつながりを失うことがフレイルの最初の入り口になることから、柏市が新たに展開するフレイル予防事業では、栄養（食・口腔機能）と運動に社会参加を加え三位一体として取り組むことを提唱している。

具体的には、バランスの良い食事を、友人や家族と一緒に（共食）、よく噛んでしっかり食べる。むせが気になる場合は、口腔体操やだ液線マッサージをして

口腔機能を維持する。必要に応じて、かかりつけの歯科医療機関に早めに相談する。今より10分でも多く歩き、運動をする。さらに自分に合った社会的活動を見つけ、継続することなどがフレイルの予防策として奨励されている。



（飯島勝矢東京大学高齢社会総合研究機構教授資料）

## (2) 市民への周知と地域サポーターの養成

### ア 市民への周知

介護予防に関する市民への周知における主な広報媒体としては、毎月2回発行される「広報かしわ」と不定期に年2回程度発行される在宅医療情報紙「わがや」がある。平成28年度は「広報かしわ」に年間特集記事として、毎月1回「健康かむかむ倶楽部」コーナーを設け、柏歯科医師会が歯と口腔などに関する情報記事を連載している。

また、「わがや」は、柏市在宅医療・介護多職種連携協議会広報・啓発部会が企画・編集・発行（約14万部）する情報紙である。在宅医療、介護、地域での支え合いなど、地域包括ケアシステムの多岐にわたるテーマについて、市民と多職種混成の部会において協議の上、編集・作成し、新聞折込みで各家庭に届けるとともに医療機関、サービス事業所などに配布している。



（「広報かしわ」における情報提供）54



（「わがや」における情報提供）

## イ 地域サポーターの養成

柏市では、平成22年10月から65歳以上の高齢者を対象とした介護支援サポーター制度を開始している。高齢者の社会参加・地域貢献とともに、高齢者自身の介護予防を支援することを目的としており、希望者はサポーター登録をして、受入を希望する介護施設などで食事の配膳などのボランティア活動を行う。そして年度末に実績報告書を柏市社会福祉協議会経由で柏市へ提出することにより、年額5,000円を上限として交付金を受け取ることができる。

平成28年8月現在、介護支援サポーターとして1,187人、受入施設として220団体が登録をしており、平成27年度の延べ活動件数は38,399件となっている。

フレイルチェック講座の運営に携わるフレイル予防サポーターについては、東京大学において平成27年度に20人（第1期生）を養成したが、平成28年度は、以下のような養成講座を2回開催する。既に1回目（第2期生）は終了し、さらに30人がサポーター登録を終えた。活動を始めたフレイル予防サポーターからは、「人との関わりを持つことで自身の考え方が前向きになり、活動的になった」、「地域貢献している実感が湧き、本当にやりがいを感じる」などの声が寄せられている。

	フレイル予防サポーター養成講座(3時間)の内容
1日目	フレイル概念の講義 フレイルチェック体験
2日目	フレイルチェック測定練習、今後の活動 登録証・サポーター活動用Tシャツの授与



(活動用Tシャツ姿のサポーター)

### (3) フレイル予防の本格展開

#### ア フレイルチェック事業の推進

柏市では、平成27年度にフレイルチェック事業として地域サロンなどで合計15回講座を開催し402人の参加者があった。

平成28年度には「柏フレイル予防プロジェクト2025推進委員会」を設置し、地域を基盤とした市民主体の活動として本格展開を始めた。同委員会は、フレイル予防の効果的な推進のための協議・検討・評価を行う市民・関係団体・学識経験者・柏市による協議体で、19人の委員と6人のアドバイザーが地域の状況に即した課題の検討を行うこととしている。また、実際に地域活動を担っている市民が委員として参加することで、現状に即した議論が可能となるほか、市民ニーズに応えるべく庁内の連携がより円滑になるとのことである。

同委員会は年3回程度開催する予定で、アフターサービス推進室が傍聴した7月開催の第1回委員会では、柏市の高齢者の現状とこれに対する現時点の介護予防事業と地域資源の全体像を、予防関連事業表\*や市内活動拠点マップなどにより確認した後、活動・成果指標や目標達成のためのアイデアについてグループワークを行った。

(\*本表と「柏フレイル予防プロジェクト2025」(概念図)を67ページに掲載)



(推進委員会の様子)



(推進委員会でのグループワークの様子)

## イ フレイルチェックに関する講座内容

平成28年度のフレイルチェック事業については、フレイルチェック講座(「栄養とからだの健康チェック」)として表Ⅲ-3のとおり開催する計画であり、合計970人の参加を見込んでいる。

講座運営には、毎回、8人のフレイル予防サポーターの支援が必要となるため、サポーター登録数が充足するまでは、講座開催数を抑えざるを得ない。開催された講座では、専門職ではなく高年齢の市民同士で運営する形式のため、誰もが気軽に参加し、気兼ねなく質問できる雰囲気が醸し出されていた。

表Ⅲ-3 平成28年度の講座開催計画

フレイルチェック講座	開催計画と予定参加者数
介護予防センターなどの主催	7月から毎月1回(定員25人) ×9回=参加者225人
地域包括支援センターの主催	1回当たり定員25~30人 ×18回=参加者370人
町会やサロンなどで実施(フレイル予防・健康づくり出前講座)	1団体当たり25~30人 ×15回=参加者375人

参加者総数(見込) 970人



(フレイル予防サポーターによる講座運営)



(簡易な機器による滑舌チェックの様子)

フレイルチェックにおける自己チェック表は「簡易チェック（指輪っかテスト、イレブン・チェック\*）」及び「深掘りチェック」の2段階から構成されている。「指輪っかテスト」では、両手の親指と人差し指で作った指輪っかでふくらはぎを囲んで太さを計る。定期的に定点測定することにより、自身の筋肉量の推移を簡単に確認でき、維持できているかの目安となり得る。そして、サルコペニアも含めた「痩せ」に対するリスクに気付くことができる。「イレブン・チェック」は表Ⅲ-4の質問項目となっており、さらに「深掘りチェック」は、簡易な機器による滑舌、咬筋触診、握力、筋肉量などの計測、片足立ち上がりテストなどの実地チェック（実測）と口腔機能・社会性・こころに関する深掘り質問から構成されている。例えば、ふくらはぎの太さについては男性 34 cm・女性 32 cm以上という基準値が設けられるなど、どの質問に対しても明確に「はい」「いいえ」の判定ができる。さらに、この結果の判定の良否に対して、参加した市民自身が「青信号・赤信号シール」を貼り、自分の立ち位置を自分事化しながら実感できるといった工夫がなされている。

(\*「イレブン・チェック」の実物表を 68 ページに掲載)

**表Ⅲ-4 イレブン・チェックの内容**

栄養	1 ほぼ同じ年齢の同性と比較して健康に気をつけた食事を心がけていますか
	2 野菜料理と主菜(お肉または魚)を両方とも毎日2回以上は食べていますか
口腔	3 「さきいか」、「たくあん」くらいの固さの食品を普通に噛みきれますか
	4 お茶や汁物でむせることがありますか
運動	5 1回30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか
	6 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか
	7 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いと思いますか
社会性・こころ	8 昨年と比べて外出の回数が減っていますか
	9 1日に1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか
	10 自分が活気に溢れていると思いますか
	11 何よりもまず、物忘れが気になりますか

「栄養とからだの健康チェック」講座へ半年から1年に1度参加し、自己チェックすることで、加齢に伴う自分の立ち位置を自分のこととして定期的に確認することができる。また、栄養（食と口腔機能）・運動・社会参加について包括的に学び、改めて自分自身の生活内容を見直すきっかけとし、フレイル予防のあり方を理解することにより正しい対処が可能となる。

参加者からは「筋肉量や滑舌など、自分では気づかないところをチェックできたので良かった。」、「平素から健康づくりに気をつけているつもりだが、こうしてチェックすることで改めて自分の足りないところを確認できた。」といった感想が寄せられている。

以上のとおり、柏市において大規模コホート研究（高齢者縦断追跡調査）を基盤として、エビデンスによる裏付けを得ながら考案されたフレイルチェックは、その2つの狙いとして、

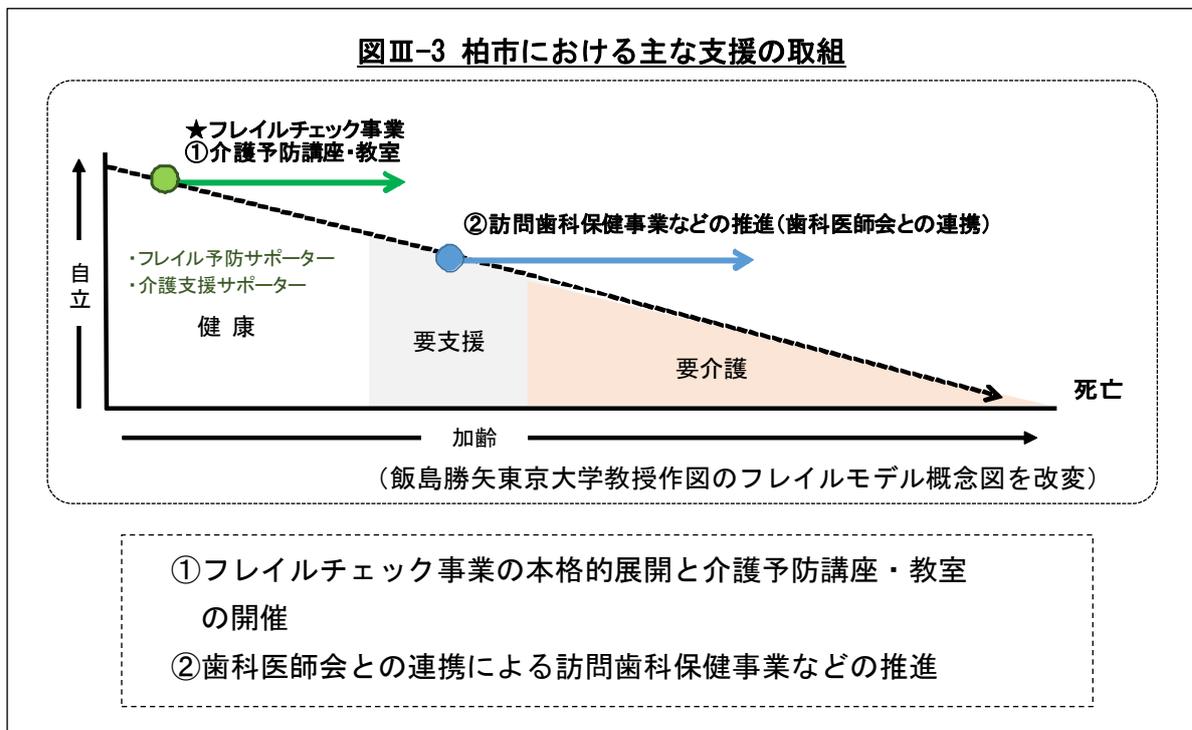
①少しでも多くの市民が自身で早期のフレイルの兆候に気づき、意識の変容から行動を変容させること

②元気高齢市民をフレイル予防サポーターとして養成しながら、新たな形の担い手側として地域貢献をしてもらうこと、を実現しながら推し進められている。

また、柏市においては、従来の介護予防事業を大きく見直し、新たな方向性に舵を切るきっかけとなった。現在、柏市でのフレイルチェック事業が他の都道府県に広がり、徐々に全国に向けて展開できる状況になりつつある。

### 3. 「最期まで自分の口から食べることを支援する主な取組

柏市では、図Ⅲ-3 のとおり、①フレイルチェック事業の本格的展開とともに高齢者向け（要介護認定者を除く）の介護予防講座・教室を継続開催、②地域の歯科医師会との連携による訪問歯科保健事業などの推進という主に2つの取組により、地域において「食べることを支援している。



#### (1) 介護予防事業としての取組

##### ア 介護予防対象者把握事業における高齢者ニーズ調査

柏市では、平成23年度から25年度に実施した郵送による介護予防対象者把握事業において、介護予防に関する基本チェックリストに項目を加え、高齢者が取り組んでいる、あるいは取り組みたい運動、趣味・社会活動について、合わせて調査を行った。この調査から収集された高齢者（57,881人、平均年齢72.4歳）のデータについて、東京大学と共同で基本チェックリスト項目と運動、趣味・社会活動に対する回答を統合して分析し、地域ごとに高齢者の様々な活動状況と生活機能レベルの相関性などを導き出した。この大規模調査の分析結果を、各地域包括支援センターにおける相談対応や今後の柏市の社会資源整備、介護予防事業の推進にも活用している。

### 調査データ分析のまとめ

1. 地域ごとに格差があるものの、全般に認知、口腔、運動機能の低下したリスク者が比較的多い一方、低栄養については非常に少ない。
2. 活動については、ウォーキングが最も人気が高く、プール施設のある地域では水泳に取り組む人が多い。
3. 基本チェック項目において機能低下リスクの低い地区では、いろいろな活動に積極的な人が多い。
4. ウォーキング、パソコン作業、ストレッチ、読書、ボランティア、体操、水泳、筋トレ、などに取り組む人が多い地域では運動、認知などの機能低下のリスクが相対的に低くなっている。
5. 地域ごとの社会環境や年齢層によって、住民の機能低下リスクと活動取組状況に格差が生じている。  
例えば、農業地域では、介護予防の啓発活動とともに農作業での腰痛予防やニーズの高いカラオケ関連のプログラムを準備するなど、地域特性を踏まえて戦略的に提供する必要がある。

## イ 介護予防事業

フレイルチェックから様々な気づきを得た高齢者を介護予防講座・教室へつなぎ、アフターフォローすることが大きな課題の一つとなっている。柏市では、要介護認定者を除く、主に60歳以上の高齢者を対象とした介護予防事業として、表Ⅲ-5-①のとおり介護予防講座・体操教室を実施している。各講座・教室の開催スケジュールは「広報かしわ」や地域の掲示版で周知され、希望する高齢者はハガキで申込みを行う。なお、参加に伴う高齢者の費用負担はない。

表Ⅲ-5-① 主な介護予防講座・体操教室

介護事業	講座や運動の内容	利用内容など	平成27年度開催実績
ロコモフィット かしわ	「ロコモティブシンドローム(運動器症候群)」予防のための「貯筋ゴム」を使った体操や座学など	市内25会場で開催 月2回5か月間の 合計10回コース	217回開催 延べ参加者 4,615人
介護予防講座・ 体操教室	介護予防の基本を伝える講座・体操教室 (口腔ケア健口講座・認知症予防講座・各種介護予防体操教室など)	介護予防センター 主催	913回開催 延べ参加者 14,380人
		地域包括支援 センター主催	183回開催 延べ参加者 4,326人
介護予防 グループ支援 (出前講座)	高齢者のサロンや町会の集まりなどに講師(歯科衛生士・栄養士・健康運動指導士など)を派遣する		71回開催 延べ参加者 1,724人*

(\*フレイルチェック講座を含む)

介護予防講座・体操教室の中で、身体的フレイル予防の中心となる教室は「ロコモフィットかしわ」である。この教室は、平成25年度から開始され、ゴムバンドを使った筋肉トレーニングなどによるロコモティブシンドローム(注6)の予防を目的としており、毎月2回開催・5か月間のコースで、表Ⅲ-5-②のとおり開催されている。

初回と最終回に「立ち上がりテスト」、「2ステップテスト」、25の質問項目の身体状況・生活状況チェックを行い、参加前後の改善度を測定する仕組みであるが、平成

表Ⅲ-5-② ロコモフィットかしわの開催状況

	平成25年度	平成26年度	平成27年度
会場数(か所)	3	14	22
参加者実数	127	563	615
延べ参加者数	1,178	3,958	4,615

(単位:人)

27年度の実績では参加者の5割強に身体・生活状況チェックの改善がみられた。また、講座終了後、これまでに23の自主グループ・約470人が学んだ予防運動を継続するなど、市民からの評判も良い。柏市では会場数を拡大して平成27年度以降は民間事業者へ運営を委託し、多彩な運動メニューを盛り込んで開催している。

注6：加齢などに伴い骨、関節、筋肉などの運動器の能力が低下し、介護や支援が必要な状態になる危険性の高い状態。

### ウ 口腔に関する介護予防講座

介護予防センター主催の「口腔ケア健口講座」では、歯科介護支援センターに所属する歯科衛生士が講師を務めている。平成27年度には8回開催され、延べ248人の参加があった。

アフターサービス推進室の調査で参加した同講座では、歯科衛生士が摂食嚥下の過程の中で誤嚥が生じる原因などを、自作の人体口腔模型パネルで分かりやすく説明した後、口腔機能の維持・向上のための口腔体操やだ液腺マッサージの指導などを行っていた。また、歯垢染色剤を使用し、実際に参加者の口腔内を染め出して各自で歯磨きの磨き残しをチェックするコーナーを設けている。「お口の体操」防水リーフレット\*を用意するなど、参加者が受講後に在宅で口腔の訓練やケアを継続できるようにプログラムが工夫されている。



(歯科衛生士自作の口腔模型パネルによる「口腔ケア健口講座」の様子)

参加者アンケートによると「模型パネルを使った説明により、むせる原因を理解できた」、「お口の体操などは、家庭生活の中で生かすことができる」といった感想が出されていた。

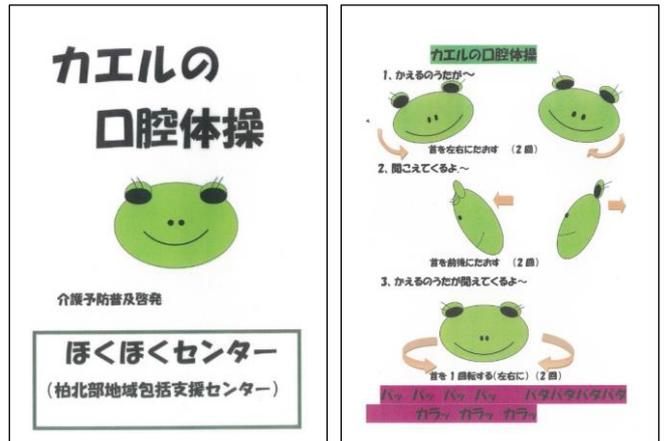
(\*リーフレットを69ページに掲載)

また、柏北部地域包括支援センターが主催する「ほくほくスマイル講座(お口の健康と介護予防・運動)」では、口腔を単なる食物の入り口としてではなく内臓器(の一部)として捉えることが大切であるとして、機能維持・向上のためには呼吸法と姿勢をはじめ身体機能全体を見直す中で取り組むことを指導している。さらに同センターが独自に「かえるの合唱」のメロディーに乗せた5分間の口腔体操を創作しており、

誰もが楽しく継続して口腔体操に取り組めるよう工夫している。合わせて介護保険施設やデイサービスなどで、専門職に限らず職員が利用者へ体操の指導ができるようポイント説明書も用意している。



(柏北部地域包括支援センターの外観)



(「かえるの口腔体操」の指導ポイント説明書)

## (2) 訪問歯科保健事業などの推進

### ア 在宅医療・介護連携のための仕組づくり

柏市では、平成 22 年度から保健福祉部に在宅医療推進のための専任部署として福祉政策室（当時）を設置し、医師会と課題共有のための勉強会を開始するなど、多職種ネットワークの構築に向けた取組を始めた。福祉政策室は、平成 22 年 5 月、柏市医師会との「医療WG」の立上げを皮切りに、柏歯科医師会、柏市薬剤師会、柏市訪問看護ステーション連絡会、柏市介護支援専門員協議会など、まず、多職種の団体代表者にアプローチするトップダウン方式でネットワークの枠組みを築き上げていった。このような市主導の在宅医療・介護連携推進の中で、市が事務局として多職種間の調整を行いながら「連携WG」（平成 22 年 7 月）、「試行WG」（平成 23 年 11 月）、「10 病院会議」（平成 24 年 2 月）、「顔の見える関係会議」（平成 24 年 6 月）と次々に課題の認識・共有と解決策を協議する検討会議や多職種の合同研修会を立ち上げていった。

さらに施策面でも、平成 24 年 3 月「第 5 期柏市高齢者いきいきプラン 21（平成 24～26 年）」において、在宅医療・介護の連携に注力する（注 7）ことを、以下のとおり明確に打ち出している。

柏市は、在宅医療の充実および医療と介護の連携強化が急務と考え、具体策として以下の施策に取り組んでいます。

- ①在宅医療に携わる医師の負担を軽減するシステムの構築
- ②在宅医療の研修(多職種研修を含む)の実施
- ③市民への相談・啓発

なお、これらの政策を実現するため、柏市は、地域医療を支える拠点を作ります。

注 7：第 3 節-第 1 章 介護と医療の連携による循環型システムの創出～地域医療連携拠点の整備～「第 5 期柏市高齢者いきいきプラン 21（平成 24～26 年度）」（76 ページ）。

## イ 柏地域医療連携センターの設置

平成 25 年 12 月、柏市医師会・柏歯科医師会・柏市薬剤師会は、共同で豊四季台団地の中心部に柏地域医療連携センターを建設した。同センターは市に寄贈され、平成 26 年 4 月に開所した。同センターには保健福祉部地域医療推進室（市職員 9 人、うち一般事務 4 人、歯科衛生士 1 人、保健師 4 人、ほか相談員として医療ソーシャルワーカー 2 人）が総合窓口を置き、市民からの相談を受け付け、患者が病院から在宅に戻る際の主治医・副主治医・多職種チーム編成のコーディネート業務など、円滑に在宅療養できるよう取り組んでいる。市直営で地域医療推進に取り組む事例として特筆されるもので、平成 26・27 年度の 2 年間の相談受付件数は、実件数 1,164 件、延べ件数 1,515 件となっている。



(柏地域医療連携センターの外観)



(地域医療推進室での窓口相談の様子)

## ウ 訪問歯科保健事業の推進

柏市では訪問歯科保健事業については、平成 12 年 4 月に柏歯科医師会が市からの補助金を得て、柏歯科医師会の附属機関として歯科介護支援センターを設置している。市民に迅速に歯科医療サービスを提供できるよう歯科医師会事務所に相談窓口を設け、2 人の非常勤歯科衛生士が日替わりで駐在している。

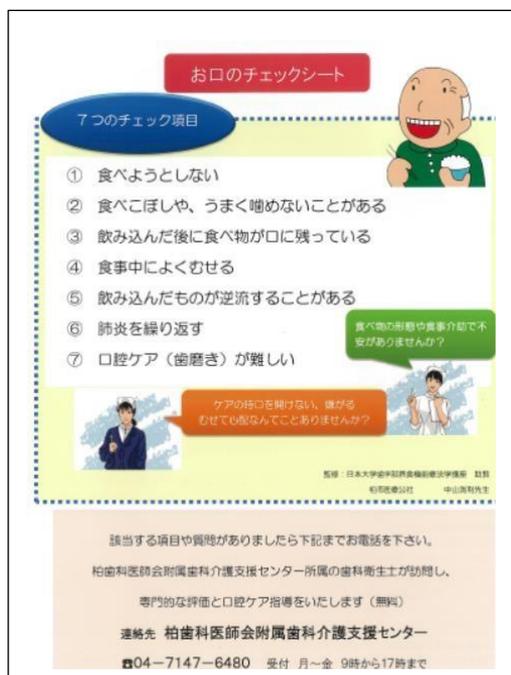
歯科介護支援センターでは、病院の入院者、介護施設入所者及び在宅療養者からの口腔に関する相談に基づき、歯科衛生士が無料で訪問調査を行い、本人の状態をアセスメントの上、必要に応じて調査報告書\*とともに柏歯科医師会の会員へ訪問歯科診療を依頼する仕組みとしている。紹介する歯科医師としては、本人のかかりつけ歯科医や居宅近辺の歯科医師を優先するが、該当する歯科医のない場合でも、訪問調査から 2 週間以内に訪問歯科診療できるよう調整している。

専門職が相談の受付と訪問調査（アセスメント）を合わせて行うことで、迅速かつ効果的に歯科医師につなぐことができる体制となっている。

また、柏歯科医師会は、在宅医療・介護に係る多職種でも簡便に患者や療養者の口腔内の課題を発見し、歯科につなぐことができるよう「お口のチェックシート」を作成している。歯科介護支援センターでは、多職種の事業所や合同研修会などで配布し、口腔機能のアセスメント方法などについての啓発と周知を図っている。

同センターの平成 27 年度の訪問調査件数は 273 件となっており、近年、がん拠点病院入院者からの周術期口腔機能に関する相談件数が増えている。

(\*使用している調査報告書を 70 ページに掲載)



(「お口のチェックシート」)



(在宅訪問に向かう歯科介護支援センターの歯科衛生士)

## 《歯科介護支援センターが依頼を受け、訪問歯科診療を提供した事例》

- ①80歳代の女性、口腔内にがんが発症し、拠点病院で治療を開始したが、完治せず、翌年から在宅緩和ケアを選択した。
- ②在宅療養中に、がん患部の歯肉に痛みが出たことなどから、ケアマネジャーを通して、柏歯科医師会附属 歯科介護支援センターに訪問診療の依頼が入った。
- ③歯科衛生士による訪問調査を受けて、歯科医師が訪問診療を開始した。
- ④がん患部にぐらつく歯があり、食事が上手くできないが、抜歯すれば、患部の広がり招く可能性があった。
- ⑤高次医療機関としての連携病院歯科を紹介、検査の結果、抜歯を行った。
- ⑥食事は楽に摂れるようになったが、容態は段々と悪化し疼痛が増してきたため、当初の拠点病院へこれまでの経緯説明とともにつなぎ、医師の訪問診療を導入した。
- ⑦その間も家族介護者、ケアマネジャー、医師などと連携をとりながら月2回訪問し、専門的口腔ケアを継続し、最終的には家族や多職種とともに看取ることができた。

柏市では、総合特別区域法に基づく規制の特例措置により、歯科医療機関から離れた場所から歯科衛生士が居宅療養管理指導を行えるようになったことを受けて、平成 25 年 11 月、歯科衛生士 1 人を配置の上、口腔ケアセンターを設置した。

口腔ケアセンターにおける歯科衛生士の主な業務運営要件は下表のとおりであり、事前に雇用契約を締結した歯科医師からの指示に基づき在宅療養者を訪問の上、居宅療養管理指導を行う仕組みとなっている。歯科介護支援センターの訪問調査を受けた歯科医師からの指示の下、口腔ケアセンターの歯科衛生士が在宅訪問を行う場合もある。

医療保険によるサービスは提供できず、平成 27 年度の居宅療養管理指導数は延べ 828 件となっている。

### 口腔ケアセンターの主な運営要件

- ① 歯科衛生士は指示を受ける歯科医師の所属する歯科医療機関と雇用契約を締結する。
- ② 離れた場所からの居宅療養管理指導の実施について、介護保険請求などに関する取り決めをし、管理者となる歯科医療機関を選任する。
- ③ 指示を出す歯科医師は、柏歯科医師会と柏市が主催する在宅医療、多職種連携などに関する研修会を受講・修了する。

### 歯科医師と口腔ケアセンター歯科衛生士による在宅訪問の様子

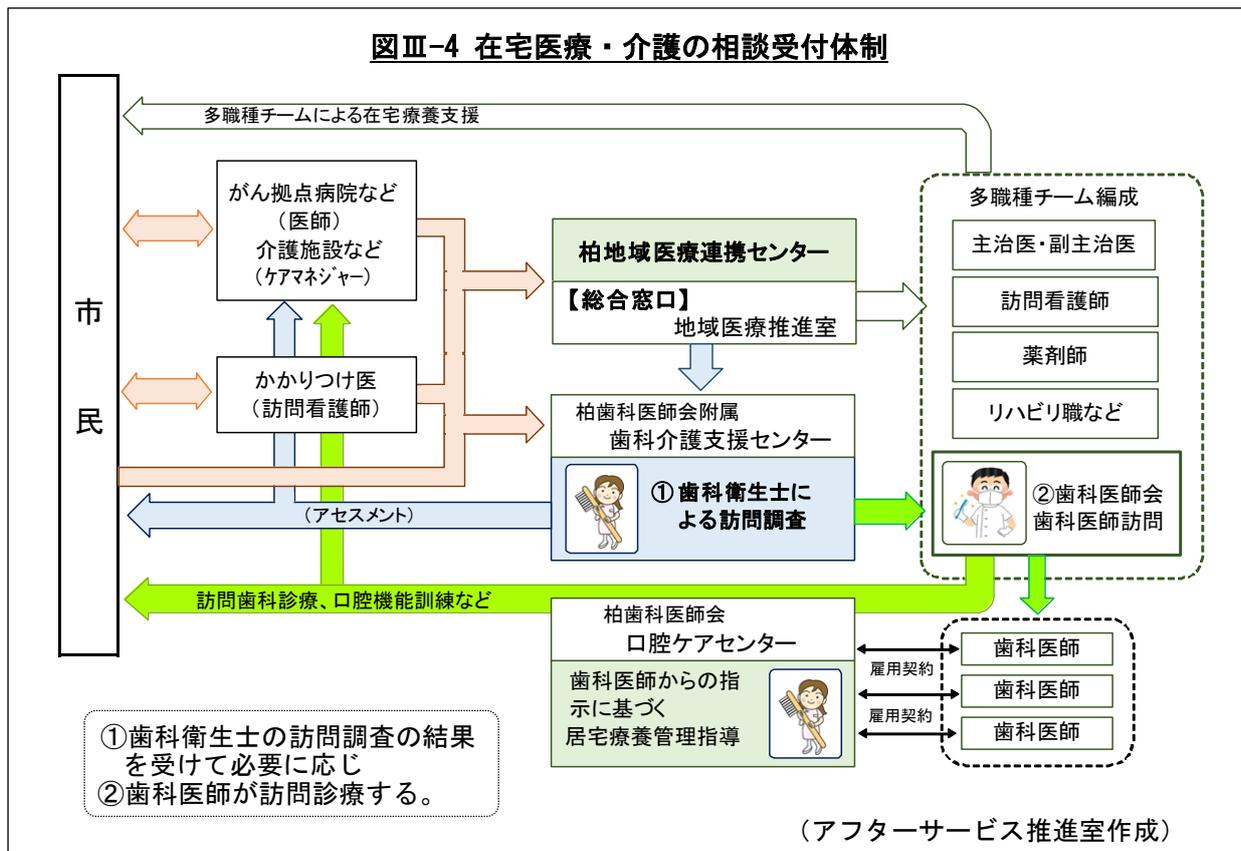


○家族介護者から「毎週、専門職の口腔ケアを受け、我々も安心でき、本人の表情も明るく前向きになってきた。今では介護食として攪拌した刺身や、先日は、本人の念願だった（ノンアルコール）ビールにも挑戦できた。」とのコメントがあった。



(参考：携帯用レントゲンなどの歯科医療用機器)

柏地域医療連携センター設置に伴い、歯科介護支援センター、口腔ケアセンター共に現在では同施設内に移転している。柏市における現在の在宅医療・介護の相談受付体制は図Ⅲ-4のとおりである。



### 3. 「食えること」を支援している専門職からの意見等

#### (1) 介護予防事業関係

##### ア 歯科医師

歯科医師もフレイルチェックなどに対して積極的に関わる必要がある。外来の患者についても、診療と合わせてフレイルの視点から診ることが重要である。また、オーラルフレイル（注8）などと判断された場合の診療所での対処方法や行政へつなぐ受け皿が用意されると良い。

##### イ 歯科衛生士

フレイルチェックにおける検査は、滑舌機能の判定にはなるが、口腔機能全般については判定できない。この点を補完するため、今後、口腔介護予防教室で咀嚼力（咀嚼力判定ガム）を判定の一項目に入れ込むことにより、口腔機能全般を判定できるよう取り組みたい。

#### (2) 多職種による在宅医療・介護連携関係

##### ア 歯科医師

市民の中には、在宅での歯科や口腔機能に対するニーズが潜在しているので、訪問歯科診療などの医療サービスについて積極的に周知することで、必要な患者に訪問による歯科診療や口腔ケアを提供していきたい。

## イ 歯科衛生士

同じ歯科衛生士の業務でも、診療所内とは異なり、在宅訪問では、まず、本人・家族介護者との関係づくりを図り信頼関係を築くことが大切になる。また、家族介護者から口腔に限らず重症化予防に関する様々な分野の質問を受けることが多く、単独で在宅での業務を行う場合には、特に医療者としての責任を感じる。

注8：歯科口腔機能の虚弱の意味で、滑舌の低下、食べこぼしやわずかのむせ、噛めない食品の増加などに伴う食習慣悪化の徴候が現れる段階。

## 4. 地域が抱える課題と今後の展望

柏市では、公・民・学が一体となって新たにフレイルチェック事業を展開している。市民ボランティアが運営を担う方式で押し進めており、地域に自己チェックによる早期予防の重要性を浸透できるよう取り組んでいる。

柏市の介護予防事業の所掌部署からは、以下のような声が寄せられている。

- (1) フレイル予防プロジェクト2025推進委員会の設置により、庁内健康づくり部門やスポーツ部門などと連携した施策を進めていく予定である。また、市民参画により、市民のソーシャルキャピタルを活用した取組を積極的に進め、介護予防実践者の増加を図る。
- (2) オーラルフレイルは、比較的早い段階のフレイルとして表れ、早期に対処すれば改善が期待できる。このため、オーラルフレイルに対する歯科健診事業（滑舌や飲み込み状態などの健診）を開始できれば、歯科診療所での咀嚼の回復などの歯科治療的対応をはじめ、予防にとどまらない踏み込んだ対応が可能となる。



### 3. 「イレブン・チェック」表

#### フレイルチェック（簡易チェック）

東京大学高齢社会総合研究機構 ※無断転載厳禁

～すばやく、てがるに、かんたんに、あなたの元気度を調べてみましょう～

##### ●指輪っかテスト

指輪っかでふくらはぎを囲んだ時にどうなりますか。  
当てはまる○に同じ色のシールを貼って下さい。



囲めない

ちょうど囲める

隙間ができる



右のアンケートに答えてみてください。  
皆様がどれほどお元気がわかります。  
また、健康を維持していくうえで重要な食事・お口や運動、社会性・こころの元気さも調べてみましょう。意外に十分でない部分が見つかるかもしれませんよ。  
回答したら裏面みて下さいね！

##### ●イレブン・チェック

各質問に対して、当てはまる答えに同じ色のシールを貼ってください。  
濃い色の項目は、「はい」、「いいえ」が逆になっています。お気をつけ下さい。

※同じ色のシールを右の枠にも貼って提出してください

		指輪っかテスト	イレブン・チェック
		囲めない	○
		ちょうど囲める	○
		隙間ができる	○
栄養	1. ほぼ同じ年齢の同性と比較して健康に気がつけた食事を心がけていますか	はい	いいえ
	2. 野菜料理と主菜（お肉またはお魚）を両方とも毎日2回以上は食べていますか	はい	いいえ
口腔	3. 「さきいか」、「たくあん」くらいの固さの食品を普通に噛みきれますか	はい	いいえ
	4. お茶や汁物でむせることがありますか	はい	いいえ
運動	5. 1回30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか	はい	いいえ
	6. 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	はい	いいえ
	7. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いと思いますか	はい	いいえ
社会性・こころ	8. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ
	9. 1日に1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか	はい	いいえ
	10. 自分が活気に溢れていると思いますか	はい	いいえ
	11. 何よりもまず、物忘れが気になりますか	はい	いいえ

（チェック項目ごとに青信号・赤信号シールを貼る）

#### 4. 「お口の体操」（防水）リーフレット

**お口の  
体操**

<p><b>①深呼吸 (3セット)</b> 鼻からいっぱい吸って</p>  <p>→</p> <p>口をすぼめて全部はき出す</p> 	<p><b>②飲み込み訓練 (3セット)</b> 鼻から吸って止めてゴックン</p>  <p>→</p> <p>口からはき出す</p> 	<p><b>③せき払い訓練 (3回)</b> 力強く</p> 	<p><b>④首運動 (それぞれ3回)</b> 右、左と後ろを振り返る</p>  <p>→</p> <p>右、左に振す</p> 	<p><b>⑤肩上げ (10回)</b> 声を出して数えながら</p>  <p>→</p> <p>声を出して数えながら</p> 	<p><b>⑥舌運動 (それぞれ5回)</b> 思い切り上下に出す</p>  <p>→</p> <p>左右に出す</p> 	<p><b>⑦タッピング (30回)</b> 力強く上あごに舌を打ち付ける</p>  <p>→</p> <p>口唇を力強く閉じる</p> 	<p><b>⑧口の開閉 (5セット)</b> 口唇を力強く閉じる</p>  <p>→</p> <p>口唇を力強く閉じる</p> 	<p><b>⑨口唇突出 (5セット)</b> シツカトとがらせる</p>  <p>→</p> <p>噛んで歯を引く</p> 	<p><b>⑩唾液腺マッサージ</b> 唾液腺をマッサージ</p> 
<p><b>⑪頬運動 (3セット)</b> 舌を上あごにつけ頬を動かす</p>  <p>→</p> <p>へこませ</p> 	<p><b>⑫発声 (10回)</b> はつきりと</p> <p>ぱ、ぱ、ぱ、 ふ、ふ、ふ、 あ、あ、あ、 さ、さ、さ、</p> 	<p><b>⑬深呼吸</b> 静かに</p> 	<p><b>おまけ) フローイング</b> ストローで強く吹いたり弱く長く吹く</p> 						

発行/ 柏市福祉活動推進課 (☎04-7167-2318) 監修/ (社) 柏市福祉協会 柏市東部介護支援センター・口腔ケアセンター (☎04-7147-6480)

(防水加工がされている)

## 5. 調査報告書（様式）

要介護者等訪問歯科診療・診査・居宅療養管理指導台帳			
平成	年	月	日
			調査担当者
氏名		男・女	
家族構成	氏名	続柄	老人保険の適応
世帯主			障害認定
介護者			
同居家族	本人除き	人	
<b>【口腔状態】</b>			
1. 主訴 _____			
2. 要介護認定後の歯科受診状況			
(有・無) 歯科医院名 _____ (通院・往診) 最終歯科治療 _____			
3. 食事様式			
① 食事姿勢 (食堂・ベット端座位・ベット上座位・ベットギャッジアップ)			
② 介助様式 (自立・部分介助・全介助)			
③ 食形態 (普通食・軟食・流動食)			
④ 非経口 (経鼻・胃ろう・その他)			
4. 嚥下障害 有 無 水分摂取 _____			
5. 口腔清掃			
① 毎日・時々・しない ④ うがい(可・不可・介助にて可)			
② いつ(朝・昼・夜)			
③ 誰が(本人・家族・その他)			
<b>【全身状態】</b>			
1. 要介護になった主たる病名 _____			
発症年月日 S・H 年 月 頃			
要介護になった時期 S・H 年 月 頃			
2. その他の既往歴			
ア _____			
イ _____			
ウ _____			
エ _____			
3. 寝たきり度			
正常 J(ほぼ自立) A(準ねたきり) B(寝たきり、座位可能) C(寝たきり)			
4. 認知度			
正常 I(ほぼ自立) II(見守り必要) III(要介護) IV(常に要介護)			
5. 障害			
聴力障害 視力障害 言語障害			

(一社)柏歯科医師会附属歯科介護支援センター