

**高齢者の口腔と摂食嚥下の機能維持・向上
のための取組に関する調査**

平成 29 年 1 月

厚生労働省アフターサービス推進室

《 目 次 》

第1 調査の概要

- 1. はじめに ----- P 1
- 2. 調査の目的と調査先 ----- P 1
- 3. 調査の対象とした取組 ----- P 3

第2 調査の結果

- 1. 介護予防事業としての取組 ----- P 3
- 2. 重症化予防のための取組 ----- P 6
- 3. 調査のまとめ ----- P 12
- 【参考】口腔と摂食嚥下に関する基本的な医学知識 ----- P 14

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 ----- P 18
- II. 新宿区における取組 ----- P 32
- III. 柏市における取組 ----- P 50
- IV. 南砺市における取組 ----- P 71
- V. 鏡野町における取組 ----- P 90

第1 調査の概要

1. はじめに

口腔（こうくう）や摂食嚥下（えんげ）という用語からは、何か特殊な器官や働きといった印象しか浮かばないかもしれないが、この報告書が追求しようとしたのは「最期まで自分の口から食べる」ための取組である。私たちは日々、家族や友人と食卓を囲み、当たり前のように食べてきた。「食べること」は、自立した豊かな生活を送るための人として最も基本となる機能であるが、誰もが最期まで自分の口から食べ続けられるわけではない。

例えば自分の歯を守り治療の必要がない高齢者であっても、摂食嚥下の機能が低下して、満足に食べることが難しくなることもある。一般的に加齢に伴って全身の筋肉が衰えていくのと同時に、口腔と摂食嚥下の機能もまた衰えていく。そして、軟らかいものに偏った食事や会話が億劫になって家に閉じこもる生活が続くと、食欲の減退や低栄養の状態を招きがちである。運動器の機能がさらに低下して、最終的には誤嚥性肺炎（注1）や窒息事故といった生命の危険に直結する事態に至ることもある。このため、機能低下の兆しに気づいた場合などには放置せず、自分自身で予防を始める必要がある。

また、脳血管疾患の後遺症や認知症の進行に伴い、口腔と摂食嚥下の機能に障害の現れる場合があり、病後のリハビリ期などには多職種の専門職からのサポートを得ることが重要である。

注1：食べ物やだ液などが、食道ではなく気管に入ってしまうことを誤嚥（ごえん）という。気管に入り込んだ食べ物で窒息することや細菌などにより誤嚥性肺炎を発症することがある。摂食嚥下のメカニズムなどについては、「（参考）口腔と摂食嚥下に関する基本的な医学知識」（14～16 ページ）を参照。

2. 調査の目的と調査先

現在、各自治体では地域包括ケアシステム（注2）を整備していく一環として、高齢者に対する介護予防や要介護高齢者への在宅医療・介護連携による支援を進めており、地域の実情に応じた様々な取組を実施している。その中で「食べること」を支援する取組という切り口から、自治体が推進しているこれらの事業について調査を行った。

高齢者の口腔と摂食嚥下の機能維持・向上については、現在は必ずしも高齢者自身にその重要性和予防効果などについての認識が広く浸透しているとは言い難く、全国的に予防講座・教室への積極的な参加や要介護高齢者への口腔ケア指導などの早期導入が取り組まれているという状況には達していない。他方で、在宅や施設で介護サービスを受けている重度の要介護高齢者などの摂食嚥下障害の支援に向けて、それぞれ地域で介護サービスの担い手と歯科分野をはじめ様々な職種の専門職が連携したサポート体制をいかに構築していくかが大きな課題となっている。

今回、このような課題の解決に向けて地域の住民を積極的に支援している自治体の中から次ページの表1-1のとおり、東京都大田区、同新宿区、千葉県柏市、富山県南砺市、

岡山県鏡野町を選定し、地域特性を踏まえた介護予防の事業展開や専門職によるサポートの仕組みづくりの経緯・特色などを報告書に取りまとめた。

何より、本報告書が国民にとって「最期まで自分の口から食べる」ということを改めて考え、予防するきっかけとなることを期待している。併せて「食えること」は地域住民に広く共通する課題であるが、これを支援するための仕組みづくりは、その地域のニーズに応じて、活用できる保健医療や介護の専門職をはじめとした資源を最大限に生かしたものとすべきであろう。この点、本報告書で採り上げた各地の取組は、他の自治体関係者などにとって有力な参考情報となり得るとともに、地域のその他の課題解決にも応用できる可能性がある。

注2：住民が重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供するシステム。

表 1-1 調査対象とした自治体と主な訪問先

		ヒアリング訪問先	住 所
1	東京都 大田区 (人口:715千人)	福祉部 高齢福祉課	大田区蒲田5-13-14
		地域包括支援センター入新井	大田区大森北1-34-10
		公益社団法人 大田区大森歯科医師会	大田区池上4-19-7
2	東京都 新宿区 (人口:335千人)	健康部 健康づくり課	新宿区新宿5-18-21
		福祉部 地域包括ケア推進課、高齢者支援課	新宿区歌舞伎町1-4-1
		笹方町高齢者総合相談センター	新宿区北山伏町2-12
		一般社団法人 新宿区歯科医師会	新宿区新宿7-26-4
		一般社団法人 新宿区四谷牛込歯科医師会	新宿区市谷台町8-15
		一般社団法人 新宿区医師会	新宿区新宿7-26-4
3	千葉県 柏市 (人口:415千人)	保健福祉部 福祉活動推進課	柏市柏下65-1
		同 地域医療推進室	柏市豊四季台1-1-118
		柏北部地域包括支援センター	柏市十倉二365-15
		一般社団法人 柏歯科医師会	柏市豊四季台1-1-118
4	富山県 南砺市 (人口:52千人)	地域包括医療ケア部 地域包括ケア課	南砺市蛇喰1009
		同 地域包括支援センター	同上
		南砺市民病院	南砺市井波938
5	岡山県 苫田郡 鏡野町 (人口:13千人)	保健福祉課	苫田郡鏡野町竹田660
		鏡野町地域包括支援センター	苫田郡鏡野町竹田660
		鏡野町国民健康保険富山診療所	苫田郡鏡野町富西谷119
		同 上齋原歯科診療所	苫田郡鏡野町上齋原480-1
		社会福祉法人 鏡野町社会福祉協議会	苫田郡鏡野町古川439-1

(※人口は本報告書作成時の各自治体からの資料に基づく)

3. 調査の対象とした取組

高齢者の口腔と摂食嚥下の機能を維持・向上していくためには、歯を守ることに加えて、飲込みに関連する様々な筋肉や器官の機能低下を予防することが極めて重要である。各自治体では、これまでに実績を重ねてきた「8020 運動（注3）」に代表されるより多くの歯を残すための事業に加えて、地域住民に対する口腔と摂食嚥下に関する啓発活動や機能の維持・向上を支援するための仕組みづくりに取り組み始めている。

調査先の自治体においては、介護予防事業として、加齢に伴い食べ物でむせることが多くなるメカニズムや早期発見・予防の方法などの啓発に力を入れている。また、身近なところに配置された専門職が高齢者の兆候を的確に評価して、適切な医療機関などにつないでいる。さらに、脳血管疾患などから摂食嚥下機能に障害が生じた場合など重度の要介護高齢者に対しては、多職種チーム（注4）が誤嚥性肺炎の発症を予防しながらサポートをする仕組みの構築を進めている。

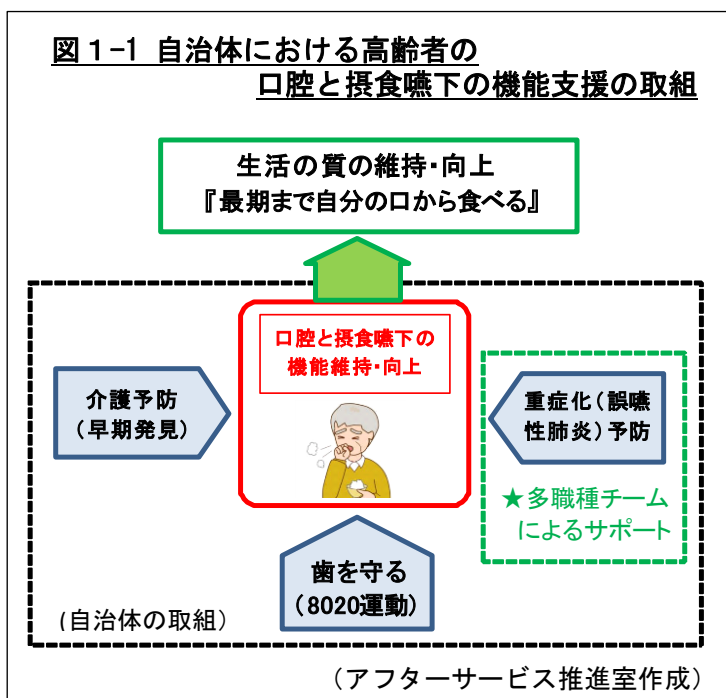
このように調査先の自治体では、住民の「最期まで自分の口から食べる」ことを支援するため、図1-1のとおり歯を守る事業に加えて、介護予防（早期発見）及び疾病により要介護状態になった場合などの重症化（誤嚥性肺炎）予防の仕組みづくりに力を入れている。

今回の調査では、これら3方向からのアプローチを踏まえた上で、主に介護予防事業と重症化予防における多職種チームによるサポートの取組に焦点を当てた。

注3：「8020（ハチ・マル・ニイ・マル）運動」

は、80歳になっても自分の歯を20本以上保とうという運動で、調査によると達成者の割合は平成23年では38.3%で、平成17年の24.1%から増加している（平成23年歯科疾患実態調査に基づく推計）。

注4：医師に加え歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、言語聴覚士、作業療法士などがチームを結成する。

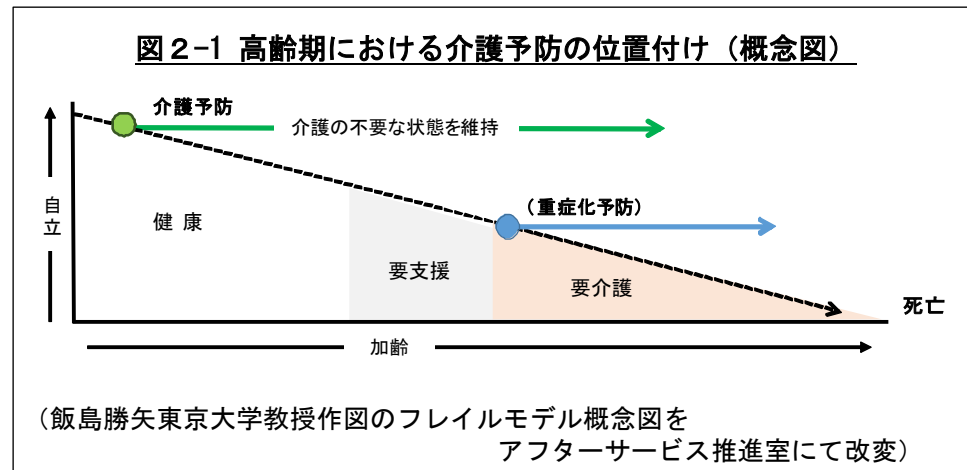


第2 調査の結果

1. 介護予防事業としての取組

介護予防事業は、高齢者が要介護状態となることや、その状態の悪化を防ぐことを目的として、介護保険法に基づき市区町村が実施している。これまでの医学的な知見によれば、加齢に伴う高齢者の自立度の変化をたどると、男女合わせてほぼ8割が次ページの図2-1の右下がり点線のように70歳代半ばから徐々に低下するパターンとなっている（注5）。

今回、調査先とした自治体では、できる限り高齢者の自立度がこのように右下がりであり低下していかないよう、介護予防事業において生活機能の向上と社会参加を促すことで、生活の質（QOL（注6））の向上を目指すプログラムを実施していた。



その中でも、柏市では、年齢とともに高齢者の心身の虚弱が進んでいくことを、フレイル（注7）という概念によって包括的に捉え、比較的早期からの介入を試みる新たな予防プログラムを展開していた。

注5：全国高齢者（男女5,715人）20年の追跡調査によると男性の70.1%、女性の87.9%が70歳代半ばから徐々に自立度の低下するパターンをたどっている。秋山弘子（東京大学高齢社会総合研究機構特任教授）「長寿社会の科学と社会の構想」（『科学』2010年1月号）。

注6：「Quality of Life（生活の質）」の略。人の生活を物質的な面から数量的にのみ捉えるのではなく、精神的な豊かさや満足度も含めて質的に捉える考え方。

注7：健康と要介護状態の中間的な段階で、加齢とともに心身の活力（筋力、認知機能、社会とのつながり）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。

（1）口腔と摂食嚥下の機能について学び・予防する

目に見えない部位の器官の働きである口腔と摂食嚥下については、他の運動器と異なり機能の低下が見過ごされることが多い。介護予防段階で、まず、取り組む必要があるのは、地域住民に対して口腔と摂食嚥下の機能の重要性を理解してもらい、飲込みに関係する様々な筋肉や器官の機能低下の予防につながる取組を意識してもらうことである。こうした背景の下に、調査先の自治体において高齢者に提供される介護予防プログラムでは、口腔と摂食嚥下の機能と栄養、全身の健康や社会参加などとの関わりなどを説明し、その重要性を周知・啓発していた。

大田区では、介護予防事業として歯科衛生士と健康運動指導士が講師となり、「口から始める健康講座」を積極的に開催している。同講座では参加者に対して、誤嚥性肺炎予防のために正しい口腔ケアを実践して口腔機能を維持するよう指導が行われていた。



（大田区「口から始める健康講座」の様子）

柏市では、新たにフレイル予防の事業を展開しており、予防策として、栄養（食・口腔機能）と運動に社会参加を加えた三位一体の包括的なアプローチを提唱している。ま

た、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」を実施しており、口腔模型パネルで食べ物を嚥下する器官の働きなどを解かりやすく説明していた。

鏡野町においては、「生きいき教室」の中で口腔機能の向上プログラムを実施している。歯科医師が講師となり、健康寿命を延ばすためには、口腔機能の維持・向上が大切であることを説明した上で、歯科衛生士が「健口体操」などを指導していた。



(歯科衛生士自作の口腔模型パネルによる
柏市の「口腔ケア健口講座」の様子)



(人の顔パネルを使った鏡野町
「健口体操」の様子)

アフターサービス推進室ではこれらの講座が開催されているところを実際に訪れたが、いずれも単なる機能回復を重視した訓練や体操指導に偏らず、口腔機能などの働きと重要性を周知・啓発しており、在宅でも継続して生活の質（QOL）の向上に取り組めるようなプログラムが提供されていた。

（２）介護予防講座・教室の効果的な運営のための工夫

口腔と摂食嚥下機能の低下をはじめとする心身の虚弱化は、日頃から健康に大きな関心を持っている住民だけでなく、高齢者であれば誰にでも起こり得る変化である。このため、介護予防事業の推進に当たっては、加齢に伴い生活機能の低下した高齢者を見出し、適切な講座・教室への参加につないでいくことが大きな課題となっている。調査先の自治体においても、地域における高齢者見守り活動などを奨励し、単独世帯などの高齢者にも介護予防などの行政サービスが行き届くよう様々な手段により取り組んでいた。

なお、高齢者への情報提供に当たっては行政広報誌が大きな役割を占めるが、例えば、住民からの講座・教室への参加体験談や学識者からの効果検証などの情報も併せて掲載することは、介護予防プログラム内容のより効果的な紹介につながるものと期待される。

大田区、新宿区においては、区が主に区報やホームページにより、介護予防講座・教室の内容やスケジュールを区民に周知して、電話やハガキ、又は直接の来所で申込みの受付を行う運営方式を取っている。

柏市では、市と９か所の地域包括支援センターが各々主催して、地域の拠点で開催している。市が主催する講座は、市報などで周知し、ハガキで申込みを受け付けており、地域包括支援センターでは担当地域の特性に応じた講座・教室を企画した上で、担当職員が地域の高齢者に案内し、実施していた。

南砺市では、市直営の地域包括支援センターが地域のサロンや老人会などで活動する高齢者グループからの要望を募り、「介護予防出前講座」として保健師、歯科衛生士などの専門職を派遣し開催している。これらの自治体では、地域のセンターや自治会館などで開催しており、住民が主体的に様々な取組を継続できるような「通いの場」づくりを目指している。

一方、鏡野町では、町域が広く公共交通手段が不便であるため、地域包括支援センター職員が在宅の高齢者を訪問の上、個別に状況を確認して予防講座などへの参加者を選定しており、開催に当たっては会場への送迎を行っていた。

参加費用については、大田区と柏市が無料で、新宿区は1回当たり100円、南砺市と鏡野町（昼食代込）では講座の内容によって、実費や定額の参加者負担としていた。

（３）地域サポーターの養成

介護予防事業の効果的な運営のためには、講座などの募集時の工夫とともに、当事者の参加意識を高めるための取組も重要である。介護予防事業の推進に当たっては、高齢者が生活機能の低下に気づいても結果として予防の行動に至らないことがあり、事業への参加ニーズが地域の中に潜在しがちでもある。このため、調査先の自治体では、対策の一つとして地域で介護予防の普及・啓発に協力する地域サポーターを養成している。

南砺市では5日間、鏡野町では6日間のカリキュラムを組み、介護予防サポーターを養成している。また、柏市では、市民がフレイル予防の概念や自己チェックの手法を学習し、フレイル予防サポーターとして介護予防講座の運営を担っている。

このようにして養成されたサポーターが地域で介護予防教室を主導して開催、又は講座の運営を担っていくことは、高齢者が互いに支え合い、行政と地域の高齢者との隔たりを埋める効果を挙げるものと期待されている。



（柏市の活動用Ｔシャツ姿のサポーター）

2. 重症化予防のための取組

傷病などにより要介護状態となった高齢者にとっては、自分の口から食べ続けることが、障害や慢性疾患などの重症化を予防し、より豊かな療養生活を送るための不可欠な要素となる。また、摂食嚥下の障害は、誤嚥による肺炎や窒息事故などのリスクを高めるため、多職種専門職がチームを結成して要介護高齢者の障害の状況、原因及び改善策などについて多角的に分析し、適切なレベルの食形態や介助方法を導き出すことが必要である。

調査先の自治体においては、医科、歯科、リハビリテーションなど多様な分野の専門職が要介護高齢者や介護者とともにこのような課題を共有し、分野の垣根を超えてチームを結成した上で、医療・介護サービスを提供していた。また、多職種チームが、医療機関などへ通うことの困難な在宅や介護保険施設の要介護高齢者に対して円滑にサービスを提供できるよう、行政が主導して地域におけるネットワークづくりに取り組んでいた。

(1) 在宅の要介護高齢者などに対する支援

ア 地域の高齢者などからの相談対応

大田区、新宿区、柏市、南砺市においては、多職種の専門職を地域包括支援センターに加えて住民の身近な拠点に配置し、地域の高齢者などからの相談に対応している。これらの拠点は、各々の地域資源の状況を踏まえて設けられており、高齢者などが在宅療養を始めるに当たり、かかりつけ医・歯科医を持たない場合などに本人・家族やケアマネジャーなどが相談を持ち込んでいる。

広い区域の大田区では、4か所の地域庁舎に保健師や歯科衛生士など多職種の専門職を配置しており、窓口寄せられた相談案件ごとに適した専門職が対応している。

新宿区では、区立の訪問看護ステーションに配置されている看護師が在宅医療支援係として、歯科医師会の歯科相談員などと連携を取りながら、在宅医療相談の業務を担っている。

また、柏市は、市の地域医療推進室の相談窓口配置された専門職が、柏歯科医師会附属歯科介護支援センターの歯科衛生士と連携を取りながら、地域医療に関する相談業務を進めている。

さらに南砺市では、8か所の在宅介護支援センターに配置されている専門職が、地域包括支援センターの担当者と一体となって住民からの相談に対応している。



(新宿区の在宅医療支援係)



(柏市地域医療推進室の窓口と在宅訪問に向かう歯科介護支援センターの歯科衛生士：右)



このように多職種の専門職が直接、相談を受け付け、事前訪問の上、要介護高齢者などを総合的に評価（アセスメント（注8））することにより、円滑に適切な医療機関につないでいる。また、専門職が療養生活を送る高齢者本人や家族介護者へ医療的な知見から助言・指導することで、在宅ケアの質を高めるなどのメリットも期待できる。

一方、鏡野町では、国民健康保険診療施設（注9）が、在宅医療・介護の関係機関との連携を牽引していた。診療施設の医療者が町の職員として、住民と相対する地域包括支援センターと連携を取りながら、要介護高齢者などに関する課題を解決するために医療サービスを提供していた。

注8：「Assessment」事前評価、査定の意味。高齢者などの健康や生活機能などの状態を確認し、生活環境や本人の意思を配慮して、医療や介護の方針を策定する上での課題を分析すること。

注9：国民健康保険の保険者である市町村が、国民健康保険事業の一つとして設置した医療機関。

イ 在宅の要介護高齢者に対する口腔と摂食嚥下の機能支援

大田区、新宿区、柏市においては、歯科医師会が事務局となって、かかりつけ歯科医を持たない在宅の要介護高齢者に訪問歯科診療の体制を備えた会員歯科医師を紹介し、摂食嚥下機能などの支援を行っている。

大田区では、先駆的に「ねたきり高齢者訪問歯科支援事業」を歯科医師会への委託により実施してきた。

新宿区では、地域の歯科医師会と協力して作成した「かかりつけ歯科登録医」名簿に基づき、在宅の療養者に対して訪問歯科診療、口腔機能訓練などを提供している。

柏市では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などを実施している。

一方、南砺市の南砺市民病院では、地域医療連携科に配置された医療ソーシャルワーカーなどが、在宅療養者・家族とのコーディネートを行った上で、同院歯科口腔外科の歯科医師・歯科衛生士が積極的に在宅訪問し対応している。

さらに、鏡野町では、国保歯科診療所が、地域包括支援センターやケアマネジャーを介し、国保歯科保健センター事業として訪問歯科診療などを提供している。



(新宿区の歯科医師と歯科衛生士
による訪問歯科診療の様子)



(柏市の歯科医師と歯科衛生士
による訪問歯科診療の様子)

いずれの取組も、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要介護高齢者へのセーフティネットとしての役割を果たすものである。いくつかの訪問歯科診療に同行したところ、これまでの医療では、通って、待って受診していた高齢者や家族介護者にとって「医療職の方々が自分たちのために時間をつくって来てくれる」ことが、非常に大きな喜びや励みとなっているものと感じられた。

(2) 多職種チームによる医療機関・介護保険施設における支援の取組

調査先の自治体においては、医師と歯科医師に加え、看護師、歯科衛生士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、薬剤師、介護福祉士などがチームを形成して、日常的なケアをする介護者から情報を取り入れながら、対象者の口腔と摂食嚥下の機能を評価していた。その上で、対象者本人や介護者の意向を踏まえて、診療方針やケアプランの立案及び介護者への実地指導に生かしていた。

ア 医療機関における口腔と摂食嚥下の機能支援

南砺市民病院では、先駆的に言語聴覚士などの専門職を配置し、入院患者の摂食嚥下機能の支援に力を入れてきた。同院で、多職種チームが嚥下性肺炎を発症した高齢入院患者を対象に嚥下機能評価などの介入をした結果を検証したところ、長期的な予後の改善が見られた。このような有効性に基づき、同院では、必要に応じて多職種チームが入院患者の嚥下機能の集中的評価を行う体制を整備しており、医師の診療方針に生かしている。現在では、歯科衛生士が入院する全患者の口腔内スクリーニングを行っており、外来患者や在宅療養者に対しても嚥下機能評価パスを実施している。

イ 介護保険施設における口腔と摂食嚥下の機能支援

現在、多くの介護保険施設が歯科医療機関と連携を取って、歯科医師・歯科衛生士からの口腔ケアに関する技術的助言・指導や訪問診療を受けている（注10）。その中で、アフターサービス推進室では、大田区、新宿区及び鏡野町における多職種チームによる支援の取組について訪問調査を行った。

大田区においては、歯科医師会への委託事業として、特別養護老人ホーム介護職員の口腔ケアや摂食嚥下の機能評価などに関する日常的な対応力の向上を図っている。事業を受託する歯科医師会では、地域の大学からの協力を得ながら、食事観察（ミールラウンド（注11））を実施し、介護職員への技術的助言・指導を行っていた。



（左：大田区の特別養護老人ホームにおける嚥下機能評価の様子
中：新宿医師会での嚥下内視鏡による摂食嚥下診療研修の様子
右：鏡野町の特別養護老人ホームにおけるビデオ録画を介した機能評価の様子）

新宿区では医師会が主催して、病院専門医（耳鼻咽喉科、リハビリテーション科）、かかりつけ医・在宅医、かかりつけ歯科医・在宅歯科医、歯科衛生士、言語聴覚士などが連携し「摂食嚥下診療研修」として、施設入所者や在宅患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研修を行っていた。

鏡野町では、国保歯科保健センター事業として、国保歯科診療所の歯科医師、歯科衛生士が町内の介護保険施設で口腔ケアなどの実地指導を行っている。また、このうち特別養護老人ホームでは、多職種チームを結成して、事前にビデオ撮影された入所者の食事の様子を観察して摂食嚥下機能などを評価し、介護職員の介助方法などに生かしていた。

いずれの取組も、多職種チームが、事前カンファレンスにおいて、対象者ごとに現在の食形態などの方針とそれに伴う課題を確認した後、実際に摂食状況を観察・評価し、適切な食事形態、食事の姿勢、食具・食器、介助方法などについて介護職員に実地指導を行う。その後、事後カンファレンスにおいて、チームで今後の介助方法やケア方針の協議や再評価要否の確認を改めて行い、報告書を作成するという流れとなっていた。

さらに、多くの専門職から、介護職員との連携を築き上げるためには、基礎的な研修に加えて、介護職員が入所者への日々のケアに適用して目に見える効果が得られるよう、食事観察（ミールラウンド）による摂食嚥下機能の評価や口腔ケアの実施指導に取り組むことが重要とのコメントが聞かれた。

注 10：日本老年歯科医学会の調査によると、介護保険施設（対象とした 797 施設）のうち 56.6%が歯科医師・歯科衛生士から月 1 回以上の技術的助言及び指導を受ける体制を採っており、体制が未採用の施設においても 88.4%が協力歯科医療機関をもっている（「介護保険施設における効果的な口腔機能維持管理のあり方に関する調査研究事業」平成 25 年 3 月（平成 24 年度厚生労働省老人保健健康増進事業））。

注 11：多職種で入所者の食事場をを観察すること。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。

（３）地域における支援の仕組みづくり

ア 連携ツールの作成と活用

口腔と摂食嚥下の機能に関しては、外から見えない部位の器官の働きによるものであり、高齢者本人や介護者が機能の低下などに気づき、対処することが難しい。このため、基本的な知識を提供して、嚥下機能などの変化に早く気づき、身近な専門職に正確な情報を伝えて相談できる仕組みを用意する必要がある。

＜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 2～3 kg 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



お口のチェックシート

7つのチェック項目

- ① 食べようとしない
- ② 食べこぼしや、うまく噛めないことがある
- ③ 飲み込んだ後に食べ物口に残っている
- ④ 食事中によくむせる
- ⑤ 飲み込んだものが逆流することがある
- ⑥ 肺炎を繰り返す
- ⑦ 口腔ケア（歯磨き）が難しい



ケアの時に口を開けない、歯が
むせては配andoことありませんか？



監修：日本大学歯学部口腔機能学講座 教授 松岡隆夫
 制作：松岡隆夫 中山隆利

（新宿区の連携ツール「ごっくんチェック表」）
（柏市の連携ツール「お口のチェックシート」）

新宿区と柏市においては、機能の低下や疾病などに伴う障害の発生を早期に発見し専門職につなぐためのチェック表を作成し、連携ツールとして活用している。これらの連携ツールは、新宿区では多職種の専門職で構成される「摂食嚥下機能支援検討会」、柏市では歯科医師会が中心となって考案されている。介護者などがチェック表を活用して、

項目に該当する高齢者などを適切な専門医療機関などにつなぐことができるよう行政ホームページ上などにも掲載されている。

イ 地域におけるネットワークづくり

支援のネットワークづくりにおいては、地域の多職種の専門職が相互にいわゆる「顔の見える関係」を構築できるよう、行政が主導して課題解決のための研修会などを開催し、要介護高齢者などに対する「地域の対応力」の向上を図っている。

調査先の自治体においては、地域特性を踏まえながら事業を展開し、概ね以下のような段階を経て、地域のネットワークを構築していた。

- ① 行政が医師会・歯科医師会などをはじめ、地域資源からの協力を得ながら在宅医療の推進や「食えること」の支援など、地域の課題解決のための事業を立ち上げる。
- ② 事業の一環として研修会などを開催し、地域の課題を広範囲にわたる多職種の専門職で共有する。
- ③ 大学・大学病院などから（事業）事務局への参画者を得ることにより、エビデンスに裏打ちされた解決方法や研修体制を確立し、地域の住民へ提供する。
- ④ 地域の多職種の専門職が実地研修や連携ツールを通じてノウハウを共有しながらチームを形成して、住民に対して医療・介護サービスを提供する。
- ⑤ 行政と（事業）事務局が、フィードバックされた個別事例や事業全体の進捗状況などを分析して、今後の事業の進め方を検討する。

生涯を通じて「食えること」を支援するという課題に関しては、大田区では、区と歯科医師会が協力して、先駆的に在宅や介護施設の要介護高齢者に対して摂食嚥下の機能維持・向上を支援する事業を実施してきた。

新宿区では、区が主導して、地域の多職種から構成される「摂食嚥下機能支援検討会」を設置し、連携ツールを活用する「新宿ごっくんプロジェクト」を進めてきた。

柏市では、医師会・歯科医師会・薬剤師会からの協力を得て、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、在宅医療介護の連携事業推進のための課題の共有化を進めている。歯科分野においては、平成12年に柏歯科医師会の附属機関として設置された歯科介護支援センターが多職種連携の窓口となっている。

南砺市では地域医療再生のための事業を推進する中で、（現）地域包括医療ケア部を編成して、地域における医療・介護サービスなどを一体的に統括するとともに、市立病院が地域における「食えること」を支援するための多職種連携を牽引している。



（新宿区の「摂食嚥下機能支援検討会」の様子）



（南砺市民病院が主催する地域リハビリテーション研修会の様子）

また、鏡野町においても、国保歯科診療所の医療者が国保歯科保健センター事業を推進する中で、地域のネットワークづくりを主導している。

いずれの自治体においても、行政が地域の課題解決のため、地域資源からの協力を得て事業を立ち上げたことが手掛かりとなっている。そして、協議を重ねて事業の方向性を確立するとともに、多職種を対象とする研修会などを通じて地域における課題の共有化を進め、いわゆる「点」から「面」へと展開している。また、事業に参画する多くの専門職が日常的に要介護高齢者のケアをする介護職員と「食べること」の支援という課題を共有できるよう、実地研修会などの実施に取り組んでいた。

さらに、地域の大学・大学病院などから事業への参画を得ることにより、フィールドワークを提供しながら、学術的に立証された行政サービスの提供に結び付けている点が特徴的であった。学識者からエビデンスの提供を受けることで、地域の専門職や住民の事業参加ニーズを高める効果が期待できる。

ウ 専門職から寄せられた今後に向けての課題

今回の調査報告書の作成に当たっては、多くの専門職からの協力を得ており、ヒアリングした内容は、第3において『「食べること」を支援している専門職からの意見等』として、自治体ごとに取りまとめている。

寄せられた意見などのうち、今後の課題として代表的なものとしては以下の3点を挙げるができる。

- (ア) 介護職員に対して、入所者の摂食嚥下機能の適切な評価と口腔ケアなどに関する実地指導を行い、介護知識と技術の向上を通じて入所者の生活機能の改善を図っているが、最終的には職員定着率の向上にまで貢献できるよう取り組んでいきたい。
- (イ) 医療機関から転・退院した後、療養者が適切なレベルの介護食を摂ることができない事例が発生している。このため、医療機関、介護保険施設を含め、地域において介護食の形態基準や名称などを統一していく必要がある。
- (ウ) がんを治療する（歯科のない）病院と地域の歯科医療機関における周術期の口腔機能管理（注12）のための医科歯科医療の連携を築き上げることが必要である。

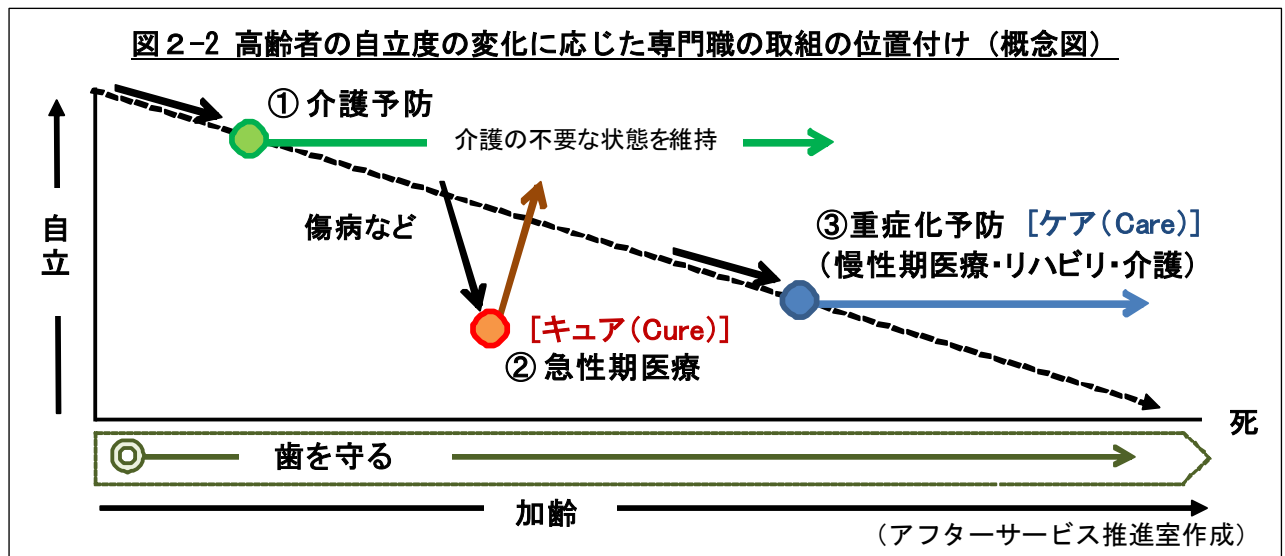
注12：手術の前後や放射線治療・化学療法の治療中などに患者の口腔疾患治療や口腔ケアなどの歯科診療を行うこと。術後の感染症などを予防し、入院日数短縮化などの効果が確認されている。

3. 調査のまとめ －「最期まで自分の口で味わえる幸せを～叶えるために」

高齢化が進展して慢性疾患を抱える高齢者が増えていくのに伴い、地域で求められる医療サービスは、急性期の傷病の治癒（Cure：キュア）にとどまらず、病気や障害を抱えながら生活の質（QOL）の維持・向上（Care：ケア）を目指す領域まで拡がりを見せていく。歯科保健の分野でも、生涯を通じて口腔と摂食嚥下の機能を守ることが重視されるようになっていく。

「最期まで自分の口から食べる」ことは、人として最優先される生活の質（QOL）であるが、当たり前には達成できることではない。まず、高齢者自身が口腔と摂食嚥下の機能の重要性を再認識して、介護予防に取り組むことが大切である。しかし、予防だけで疾病や事

故のリスクを避けることは難しい。傷病などが原因で口腔と摂食嚥下の機能に障害が生じた場合には、急性期医療、あるいは重症化予防のため専門職からの適切なサポートが必要となってくる。専門職が図2-2のように高齢者の自立度の変化に応じて、急性期や慢性期医療、リハビリなど適切にサポートする必要がある。また、図中①～③の取組に携わる行政、医療機関及び多職種の専門職が、「最期まで自分の口から食べる」という課題を共有することで、より円滑に連携を築き上げることができる。このように、高齢者の口腔と摂食嚥下の機能維持・向上のための取組は、キュアとともにケアを重視する社会への移行を計る試金石ともなっている。



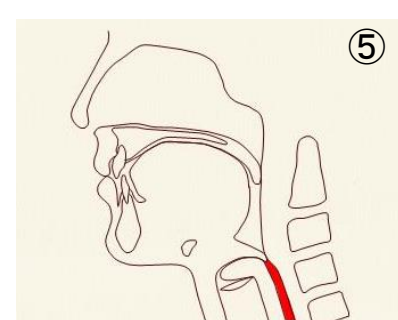
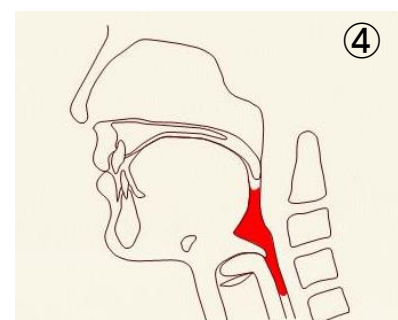
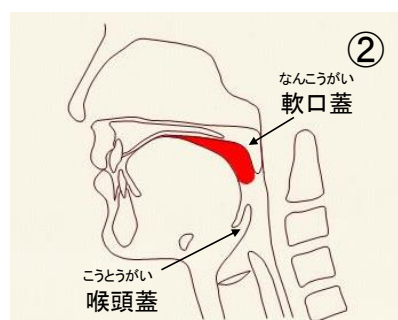
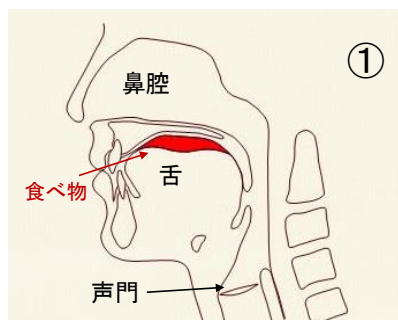
第3で取り上げるように、高齢者の口腔と摂食嚥下の機能維持・向上のために自治体が先導し地域の多様な専門職が連携した取組が、それぞれの地域に応じた方法で実際に始まりつつある。今後、これらの取組を進めることで、具体的にどのような改善が得られたか、データを積み重ね、効果を測っていくことが期待される。

そうして得られた情報を公開し、連携ツールをさらに地域で使いやすいものとしていくことにより、地域住民や多様な専門職の理解がますます深まり、こうした取組が全国に広がっていくことが強く期待される。

【参考】口腔と摂食嚥下に関する基本的な医学知識

(1) 摂食嚥下の流れ

正常な摂食嚥下の流れ



私たちは、平素、何気なく食事をしているが、食べ物を摂食し、嚥下する流れは、左図(※)のとおり様々な器官が神業ともいえるタイミングで協調しながら進んでいく営みである。

・ご飯、おかず、汁物など食べ物の形や固さ量などを認知して食べ方を判断しながら、適量を口の中に取り入れる。

①食べ物を歯・舌・ほほを使って噛み砕き、だ液と混ぜ合わせて飲み込みやすい形（食塊）にする。この時、食道の入口は閉じている。

②唇を閉じて息を止め、舌を使って喉の奥へと送り込む、この時、食べ物が鼻腔に入らないよう軟口蓋（なんこうがい）が持ち上がって逆流を防ぐ。

③ ④食べ物が喉頭を通ると嚥下反射（いわゆる「ごっくん」）が起こり、喉頭蓋（こうとうがい）が気管の入口をふさぎ、0.5～0.6秒のうちに食道へと送り込む

⑤食道のぜん動運動により食べ物が胃に運ばれる。

★食道と気管の入り口がほぼ同じ高さに並んでおり、食べることに息をすることが、喉頭蓋などの働きによる表裏一体の動作となっている。このため、食べ物が食道ではなく気管の声門の下にまで入り込む誤嚥（ごえん）のリスクが生じる。

（※菊谷武日本歯科大学教授 口腔リハビリテーション多摩クリニック院長より嚥下プロセス図などのご提供をいただき、説明用語を挿入した。）

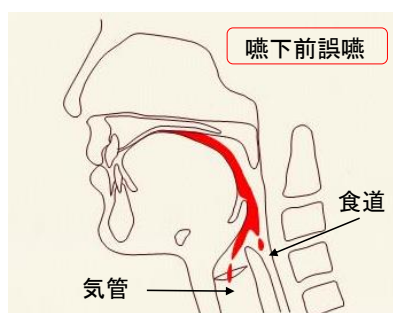
（２）摂食嚥下障害の原因と誤嚥

口腔の機能のうち食べ物を噛み砕く咀嚼（そしゃく）機能は、歯を失うと低下するが、義歯などでこれを補うことができる。一方、摂食嚥下の機能低下を医薬品の処方などで完治することは、現時点では困難である。加齢や疾患の影響により嚥下反射（いわゆる「ごっくん」）のタイミングのずれや働きが弱まると、誤嚥が生じやすくなってしまう。さらに、脳血管疾患の後遺症や認知症の進行などにより重度の摂食嚥下障害が生じた場合には、誤嚥性肺炎・窒息・低栄養・脱水など生命の危険に直結する深刻な事態を招く。このような摂食嚥下障害の原因は、表 2-1 のとおり 3 つに分けられるが、医学的なリスクのみならず、生活の質（QOL）の低下にもつながるとされる。

表 2-1 摂食嚥下障害の原因

機能的要因	加齢、脳血管疾患やパーキンソン病などから歯はあるが上手く噛めない、飲み込めない、飲み込めるが誤嚥するなど神経・筋肉の障害によるもの
器質的起因	歯がなくて噛めない、口内炎、咽頭炎、扁桃炎、口腔・咽頭・食道がんなどによる障害
心理的起因	認知症などの進行で食べ物を認識できない、うつ病などで食べたく(意欲が)ない、空腹感がないなど心因性の障害

誤嚥について



誤嚥には、喉頭蓋の働きと食べ物の通過タイミングによって以下のような 3 つのパターンがある。

- ① 嚥下前誤嚥
食べ物を口腔内にとどめることができず、あるいは嚥下反射の遅れや反射が起きないことにより気管に入る。
- ② 嚥下中誤嚥
嚥下反射は間に合っているものの、気管を閉じる力が弱いため、食べ物が押し込まれてしまう。
- ③ 嚥下後誤嚥
一口の量が多く、あるいは嚥下の力が弱いいため咽頭などに食べ物残り、あふれ出て気管に入る。

★通常、気管内に異物が入るとむせ（咳き込み）が起こるが、状態によっては、この咳反射が起きず、睡眠時などに気づかないうちにだ液や分泌物が気管内に入る（不顕性誤嚥）ことがある。

（３）口腔ケアなどによる口腔と摂食嚥下の機能維持・向上の効果

近年、我が国における肺炎による死亡者数は、悪性新生物、心疾患に次いで第３位の多さとなっている。特に 70 歳以上の高齢者が肺炎に罹患する割合は非常に高く、平成 27 年における肺炎による死亡者 120 千人のうち 94%（平成 27 年人口動態統計）、また、平成 26 年 10 月時点の肺炎による入院患者 34 千人のうち 86%を占めている（平成 26 年度患者調査）。さらに、入院肺炎症例のうち 66.4%が誤嚥によるとの調査結果（注 12）に見られるように、高齢者が誤嚥性の肺炎に罹患するリスクも高くなっている。

私たちの口腔内には多数の常在菌があり、う蝕（むし歯）や歯周病のほか、だ液などに混じって気管内に入り込むことで誤嚥性肺炎の発症の原因となっている。近年の研究では、歯科専門職による専門的な口腔ケアによりこれらの常在菌の繁殖を抑え細菌を減らすことで、肺炎の発症率を抑制できることが明らかにされている。また、歯周病と糖尿病について、重度の歯周病が糖尿病を悪化させ、逆に、歯周病の治療により血糖値が改善するなどの関係も明らかになり始めている。

注 12：東北大学病院の嚥下性肺疾患研究会が 2004 年から 2005 年において、全入院肺炎患者に対して行った調査では、575 症例のうち 382 例（66.4%）が誤嚥に由来していた。

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	うち前期 高齢者	うち後期 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
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		鶴の木	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) 平成28年6月現在、総配置数154人							
	糀谷	糀谷	7								
	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。



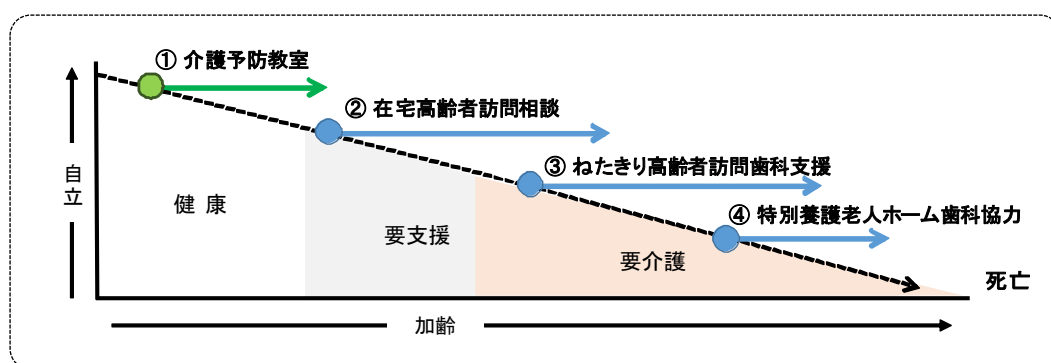
（地域包括支援センター入新井の外観）

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/>」に紹介されている。

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



（東京大学飯島勝矢教授作図のフレイルモデル概念図を改変）

- 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、老人いきいきの家、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 ロ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「ロ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。



「ロ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	梶谷・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	老人いきいの家、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

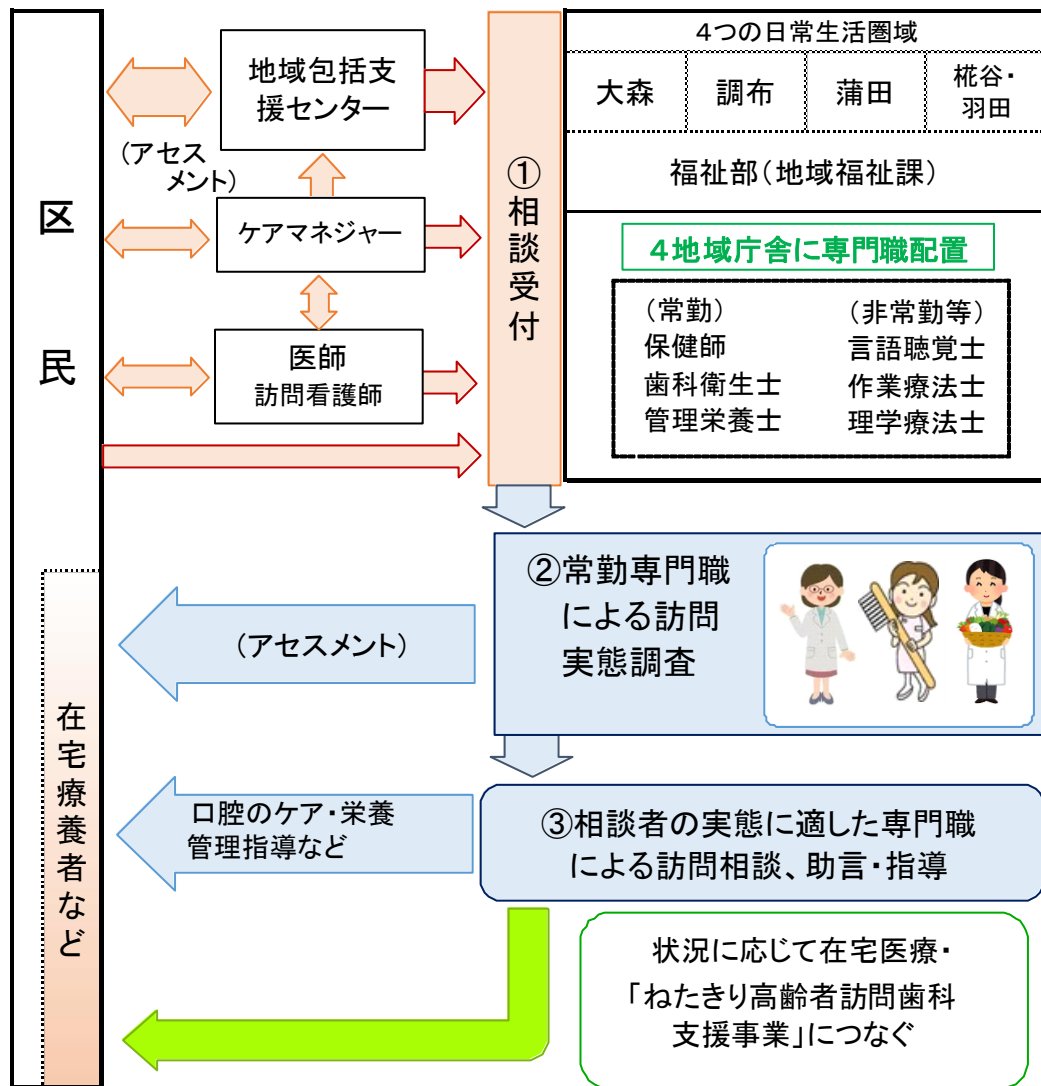
常勤専門職が家庭を訪問して相談に応じて助言や指導を行う。さらに必要に応じ相談業務を委託された理学療法士、言語聴覚士、作業療法士などの専門職が在宅高齢者と家族を訪問し機能訓練・介護技術の指導などを行う。なお、地域包括支援センターやケアマネジャーを介した案件では、各々の担当者と共に在宅訪問を行うことが多い。

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



(※②～③の訪問調査、助言・指導を大田区が負担、アフターサービス推進室作成)

(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紹介した案件では、各々の担当者と共に在宅訪問を行うことが多い。

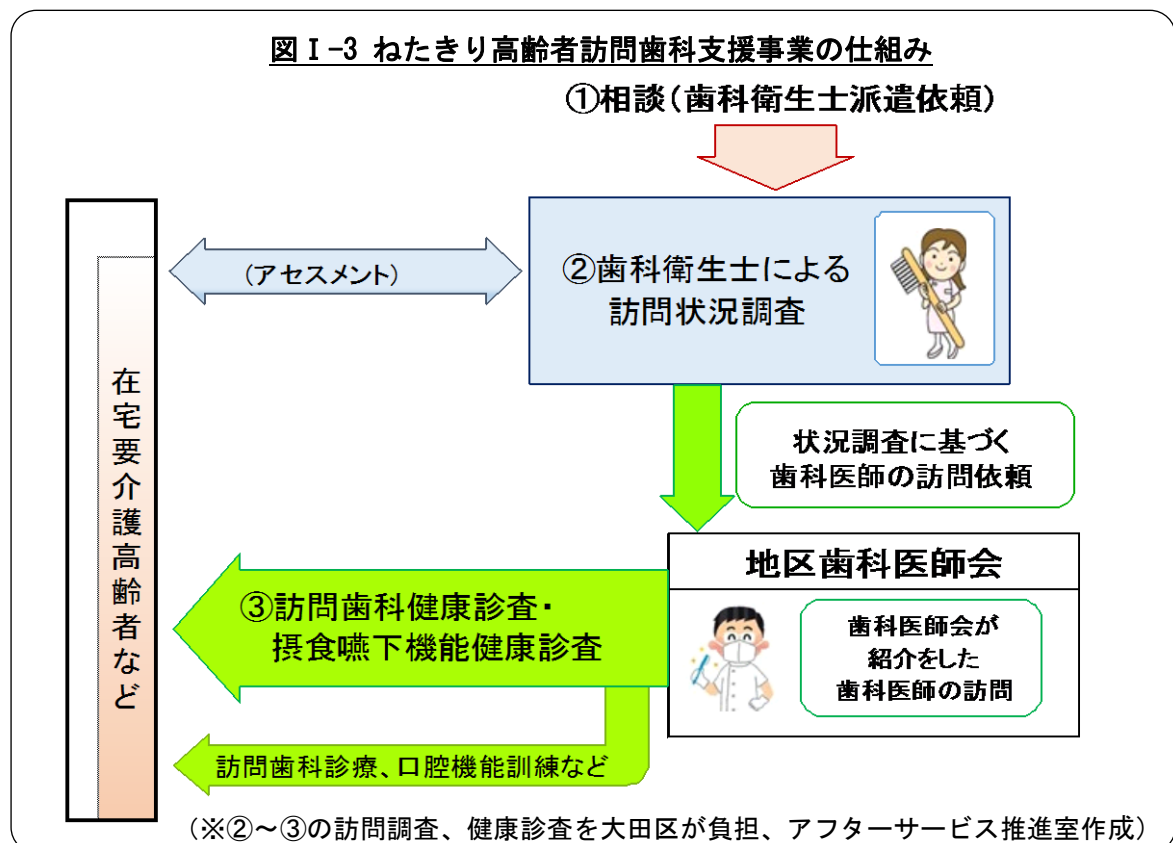
ウ 両地区歯科医師会へのつなぎ

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民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
☒ 食形態 ☐ 嚥下機能 ☐ 口腔ケア ☐ 食事摂取環境 について評価をお願いいたします。			
現在の食形態	主食	パン粥 ミキサー	副食 ミキサー 増粘剤 ☒ 要 ☐ 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INCAPEL®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 intake も700ml前後と少なめとなっています。			
高カロリー of 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

「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べること」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「自分の口から食べること」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べる」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、食べること・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」ことを大切にするべきである。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
	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						◎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	
	◎口腔清掃					◎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年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	うち前期 高齢者	うち後期 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
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
笹方町	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

たんす
 笹方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



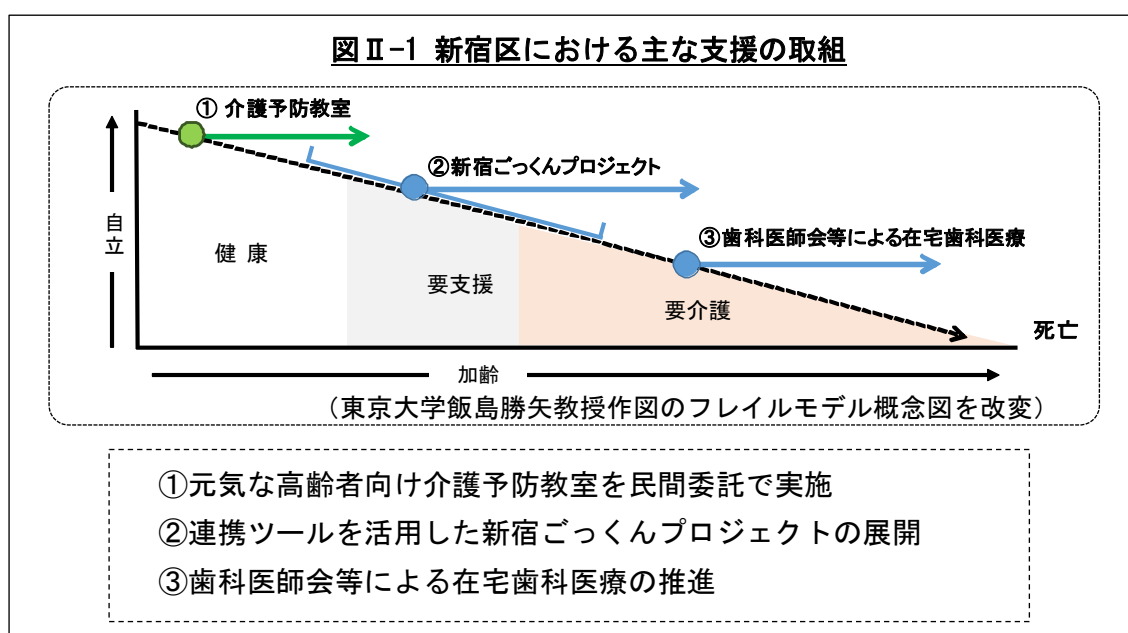
33 (笹方町高齢者総合相談センターの様子)

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。

アフターサービス推進室の調査では、このうちシニアバランストレーニング教室を訪れた。教室では、まず、ストレッチングや筋力トレーニングの方法を写真付きで記載した「教室参加手帳」が用意されており、参加者はこの手帳に参加目標などを掲げ、具体的な課題をもって在宅でも介護予防運動を継続できるような工夫が講じられていた。

平成28年度新北区介護予防事業 シニアバランス トレーニング教室 教室参加手帳  会場	いつまでも自分らしく暮らすために・・・ わたしの計画書 記入日：平成 年 月 日 この教室に参加した目的は何ですか？ (目標を記載) これからの人生にどんな目標や抱負を持っていますか？ 健康・趣味・いきがいなどについて 教室の最後！！ 記入日：平成 年 月 日 ★達成感★～運動を続けてきて何かが変わりましたか？
--	---

同教室の冒頭では参加者同士で、口腔や食事に関して留意していることを話し合うなどの取組を行っている。参加者からは「玄米や麦飯入りの噛みごたえのある主食を摂る」、「歯磨きと同時に歯ぐきマッサージをする」、「歯科の定期健診を受けている」などの話が出されていた。

注3：「3m (メートル) Timed up and Go Test」のこと。椅子から立ち上がり、3メートル先の目印で折り返し椅子に戻るまでの時間などを計測する。



(教室での「ぱたから」口腔体操の様子)

(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）

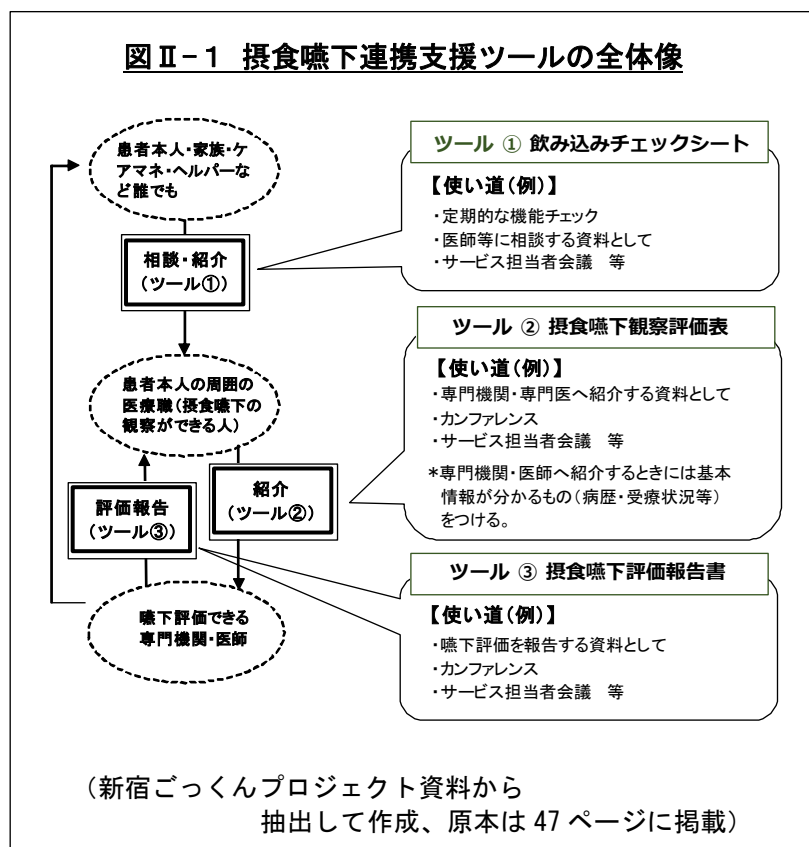
専門医療機関につなぐ仕組みをつくるため、区民向けのツール※と支援者向けの連携ツール①～③※を図Ⅱ-1のとおり作成している。

「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＞

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2～3 kg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



（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」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。

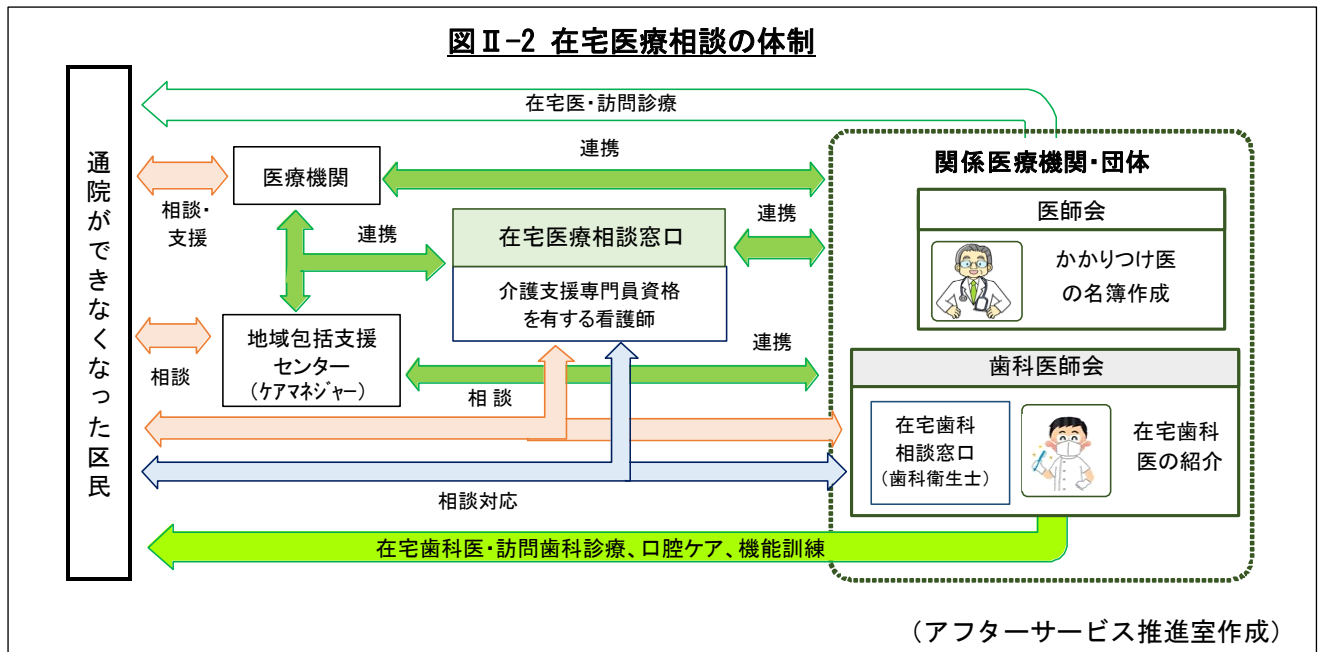
（３）歯科医師会と行政の連携による訪問歯科診療の推進

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。

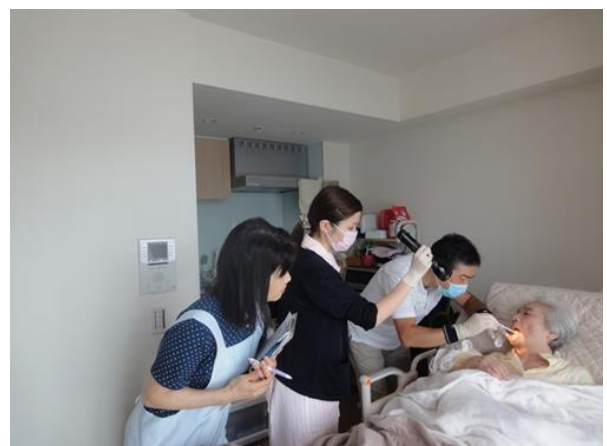
【訪問診療の様子1】

《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を評価した上で、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

(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」のことと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 2～3 kg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



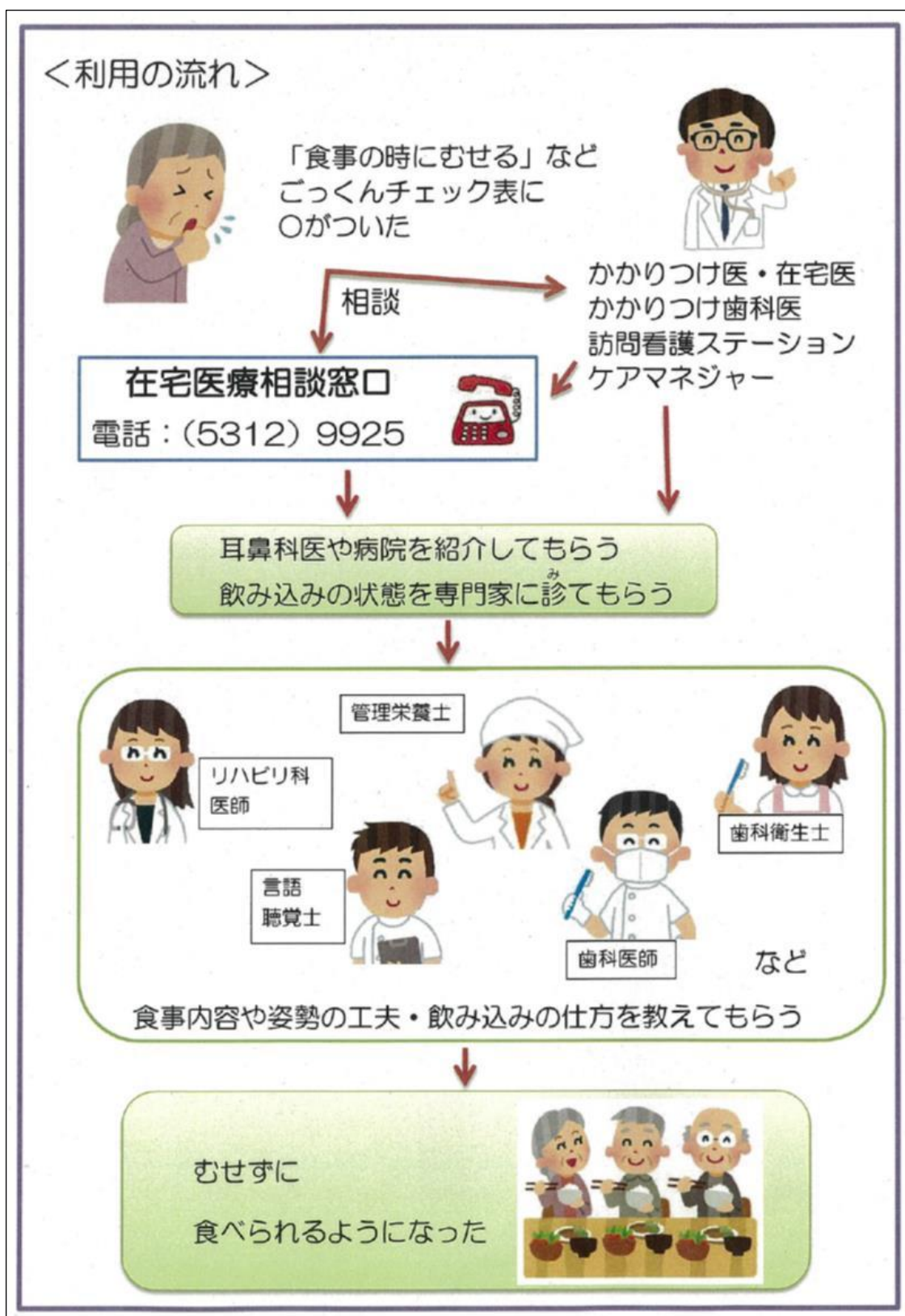
新宿区健康部健康づくり課 在宅医療支援係（在宅医療相談窓口）



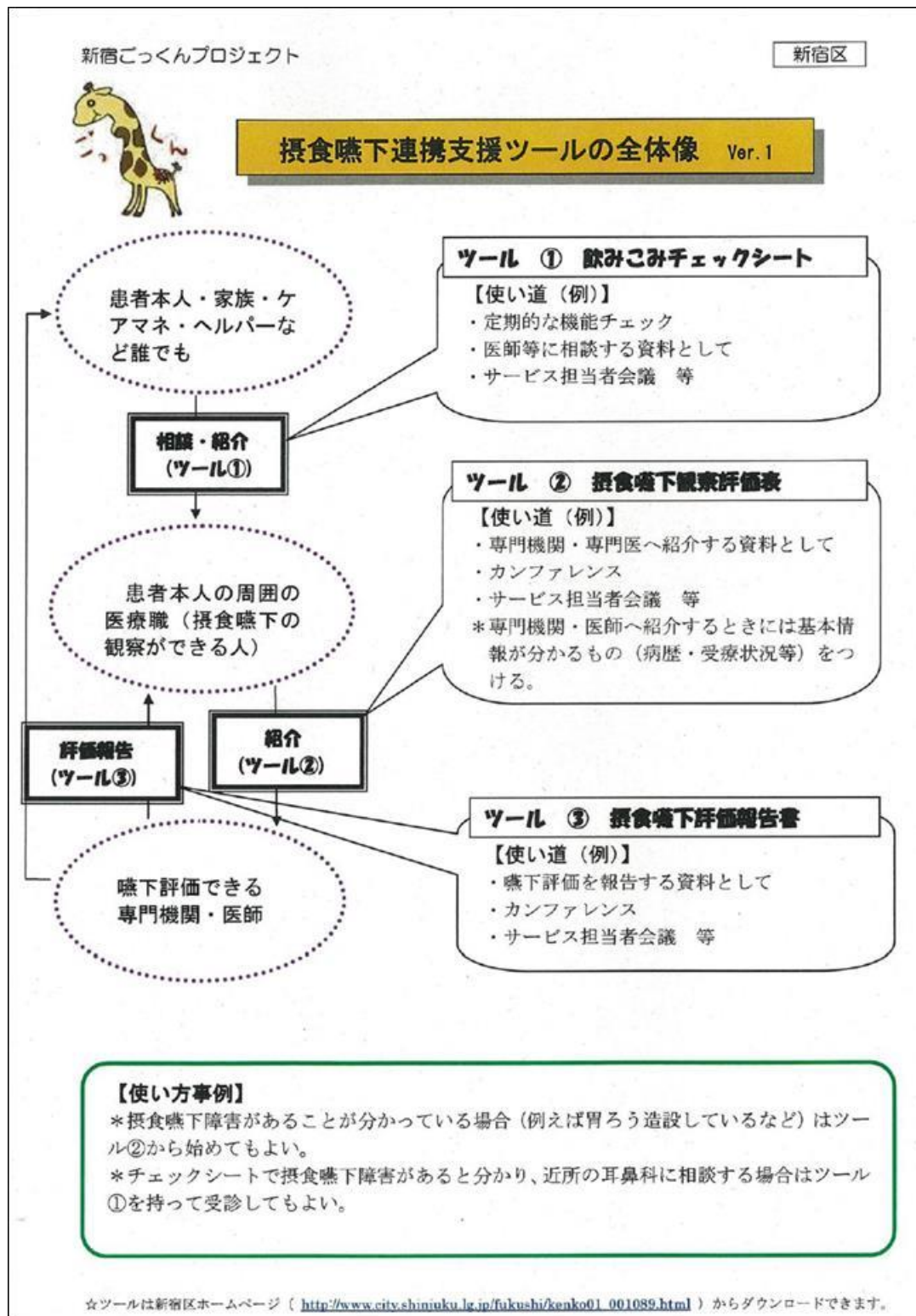
住 所：新宿区三栄町 25

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	Aが1つでもあつたら医師等に相談しましょう。 
身長	体重	kg	cm	

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. なし頃)
2 やせてきましたか？	A. 明らかに () B. わずかに C. なし頃)
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ことがありますか？	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：大腸肥満日本学会・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) 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



簡易版 ツール② 摂食嚥下観察評価表 Ver.1

新宿区

平成 年 月 日【所属・職種】

【記載者氏名】

名前 男 ・ 女

生年月日 M T S H 年 月 日 (年齢 歳)

身長 cm / 体重 kg

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		
1. 認知		4. 口腔	
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：			
2. 食事		5. 口腔咽頭機能	
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(ノア/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：			
3. 頸部		6. 呼吸機能	
頸部可動域	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：		その他：	
【ご本人・ご家族の希望】		7. 検査	
		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）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. 地域の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みると、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	うち前期 高齢者	うち後期 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
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				
高田・松ヶ崎		酒井根						40,168 (10,386)		光ヶ丘	4	3		
中 央	中 央 1	豊四季台	65,066 (14,289)	柏西口	6	5		沼 南	手賀	52,436 (12,728)	沼南	5	4	
		新富							風早北部					
		旭町							風早南部					
	合計		人口	408,787 (98,844)	職員数	42			32					
	中 央 2	柏中央	39,703 (8,568)	柏東口	5	3		74						
		新田原												
		富里	30,965 (6,881)	柏東口 第2*	4	2								
		永楽台												
(人口は平成 27 年 10 月 1 日現在の住民基本台帳														

(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))。

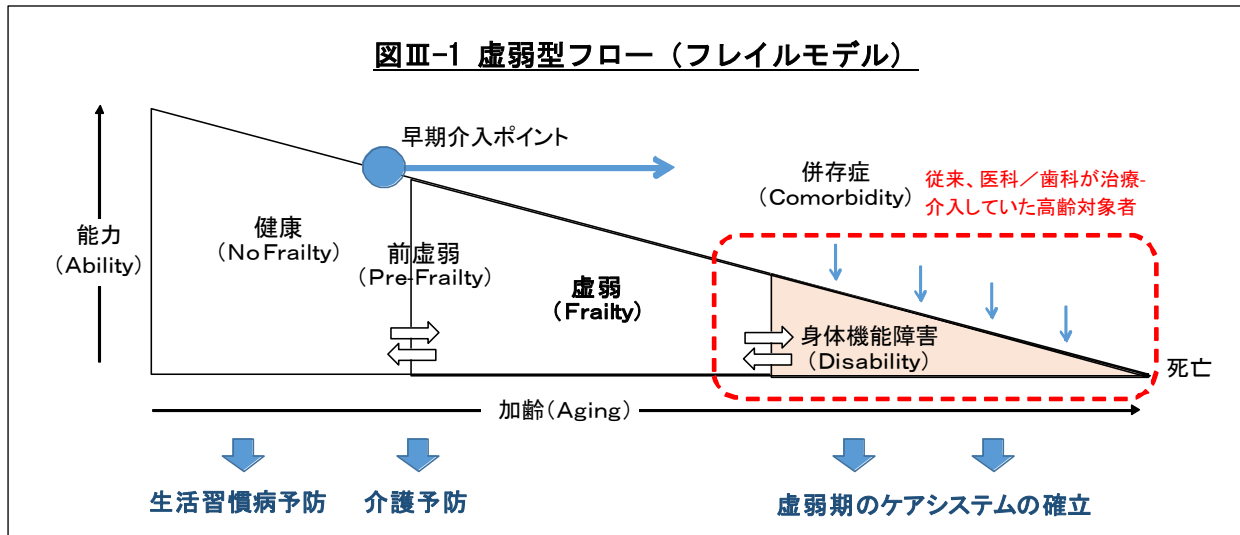
ア フレイルモデル

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

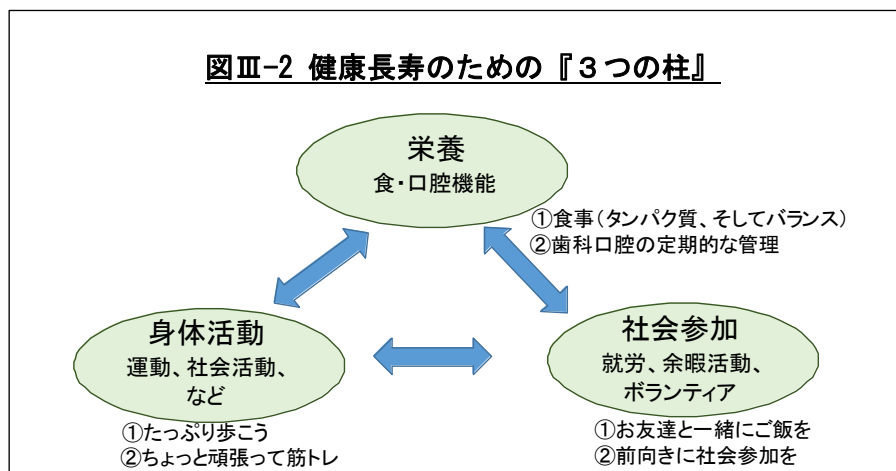
口腔機能を維持する。必要に応じて、かかりつけの歯科医療機関に早めに相談する。今より10分でも多く歩き、運動をする。さらに自分に合った社会的活動を見つけ、継続することなどがフレイルの予防策として奨励されている。

（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。



（飯島勝矢東京大学高齢社会総合研究機構教授資料）

健康かむかむ倶楽部

「いつまでもおいしい人生を」

健康な歯は「歯・口腔の健康」の要。歯を元気に保ち、よく噛んで食べることは、健康な生活を送るために、とても大切なことです。

平成28年に厚生労働省・総務省が行った調査で、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる「健康寿命」と「平均寿命」とは約10年の差があることが分かりました。「健康寿命を自分らしい人生を送るためには、この差を縮めることがとても重要です。」

歯が生活習慣病など、さまざまな要因があるので、簡単に解決できる問題ではありませんが、オーラル・フレイルの予防が健康寿命を伸ばすためのヒントになることが分かってきました。

「オーラル・フレイル」は危険信号！?

オーラルとは口腔のこと。フレイルとは年を取って能力や社会とのつながりなどの身の能力が低下している状態のこと。つまりオーラル・フレイルは「歯・口腔の機能の衰えや低下」のことです。歯の本数の減少や食べにくい・飲み込みにくいなどの状態を指しています。

オーラル・フレイルになると気付かないうちに「噛むのが食べにくい」「柔らかいものばかり食べる」「かむための力が衰える」「さらに噛むのが食べにくい」という悪循環に陥ります。その結果、食事が摂れず全身の健康にもつなげられます。「外出の機会が以前より減った」「おいしいものが食べられなくなった」「活動的ではなくなった」という人はフレイルの危険信号かもしれません。「しんどい」や「食べて、しゃべって、しっかり動いて、社会参加」が健康寿命を伸ばす秘訣（ひけつ）なのです。

機能低下への悪循環

噛む力が衰える → 食べにくい → 噛むのをやめる → 噛む力がさらに衰える → 食べにくい → 噛むのをやめる → ...

※東京大学高齢社会総合研究機構 高齢者生活支援センター

（「広報かしわ」における情報提供）54

ココロとカラダの健康は『社会参加』がキーポイント

これまで、いつまでも住み慣れた「わがや」で暮らすために、地域での支え合いや人とのつながりの大切さをお伝えしてきましたが、いざとなったら「まち」や「ひと」とつながりを持つのはちょっと大変。そこで、まだまだ元気なうちに地域でセンドライフを楽しく、外へ出て頑張ってみよう！

虚損予防のポイントは社会参加！

高齢に伴い進む「虚損（フレイル）」を予防したいですが、それには筋力低下など身体的な虚損だけでなく、社会性の虚損やこころの虚損も大きく影響します。高齢になるにつれ若い時よりも意欲が低下し、おっくうになり、社会と接することも少なくなりがちです。とまどはうつ傾向に陥り、家に閉じこもって誰とも話をせずに暮らす高齢者も少なくありません。フレイル予防のポイントには「運動」「栄養」「社会参加」の三位一体です。近頃の介護予防教室だけではなく、地域には老人会や趣味の会、働く場やボランティア活動など、食や集う場もあります。そうした場に参加すること重要でフレイル対策になります。運動、外へ出て頑張ってみよう！

飯島勝矢 東京大学高齢社会総合研究機構 教授
（医学博士）

（「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、

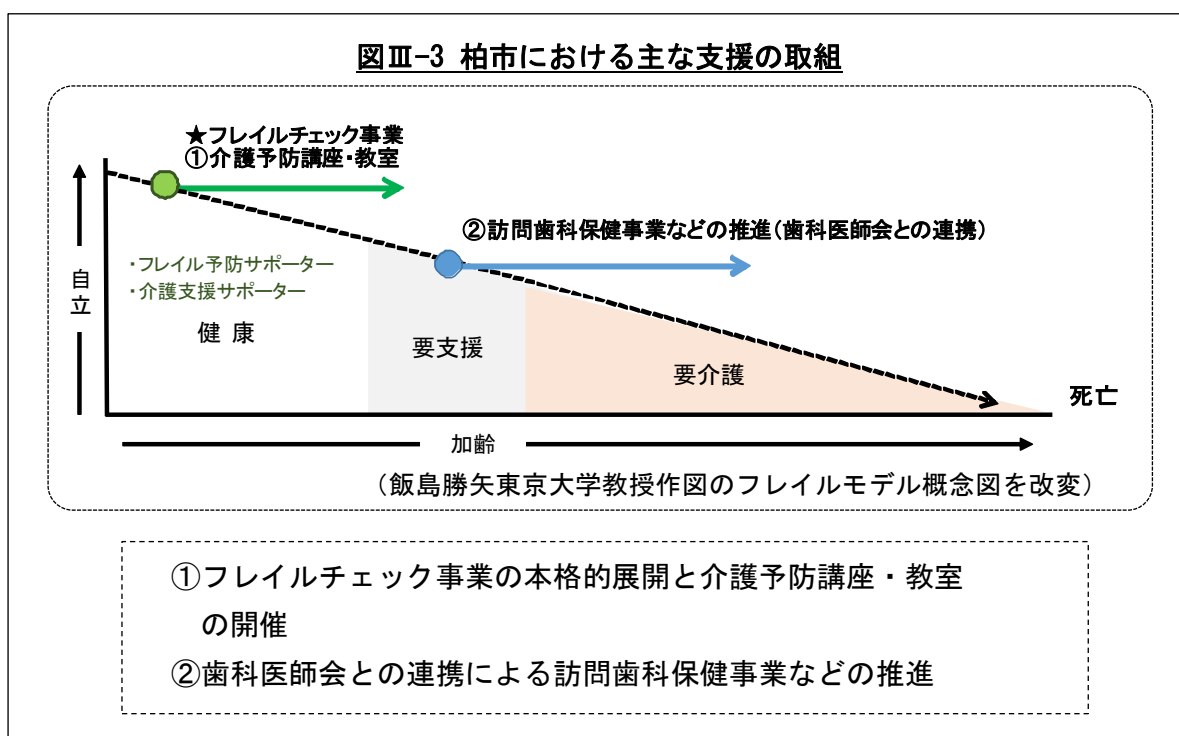
①少しでも多くの市民が自身で早期のフレイルの兆候に気づき、意識の変容から行動を変容させること

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。

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)



(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)

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

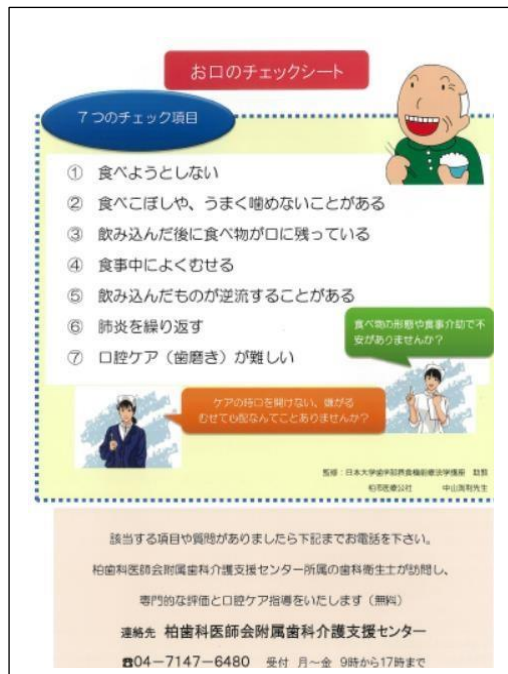
柏市では訪問歯科保健事業については、平成 12 年 4 月に柏歯科医師会が市からの補助金を得て、柏歯科医師会の附属機関として歯科介護支援センターを設置している。市民に迅速に歯科医療サービスを提供できるよう歯科医師会事務所に相談窓口を設け、2 人の非常勤歯科衛生士が日替わりで駐在している。

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》

- ① 80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

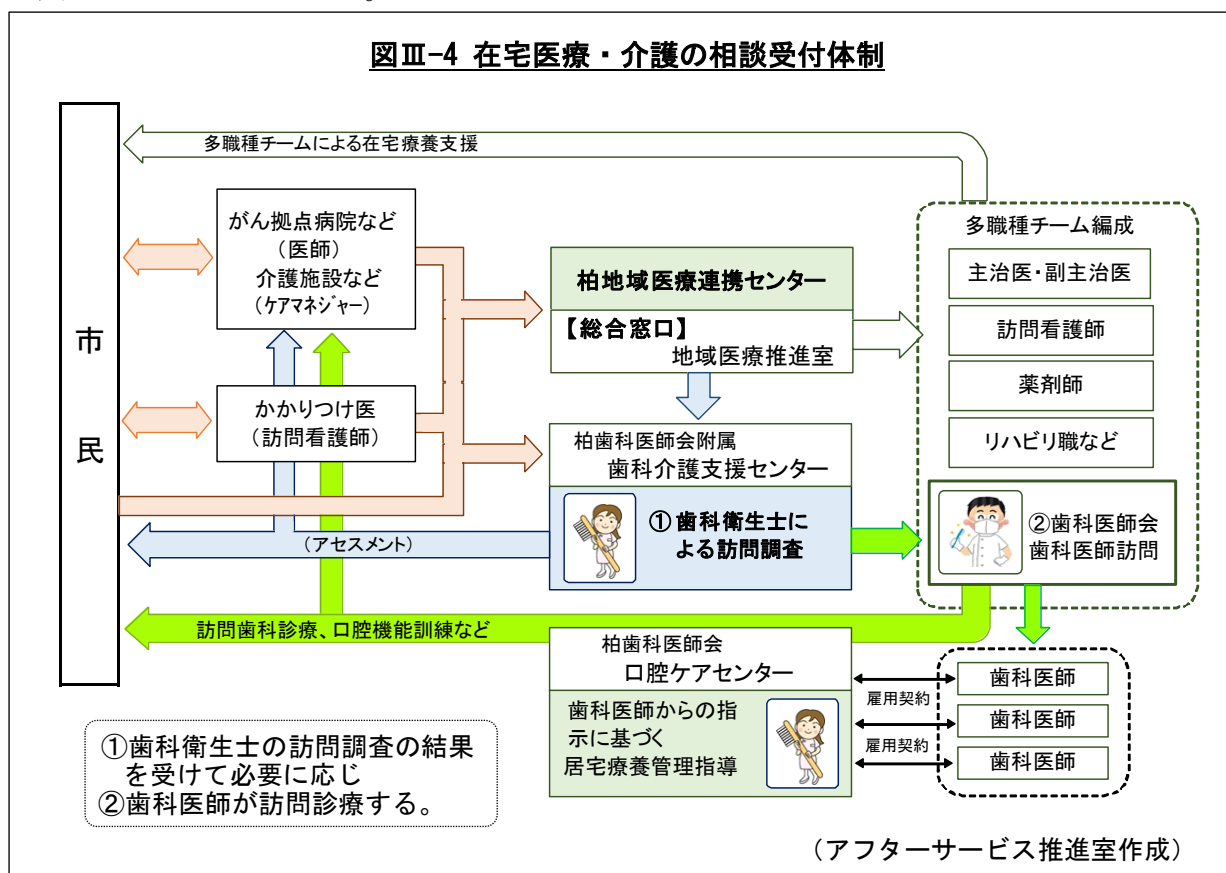


- 家族介護者から「毎週、専門職の口腔ケアを受け、我々も安心でき、本人の表情も明るく前向きになってきた。今では介護食として攪拌した刺身や、先日は、本人の意願だった（ノンアルコール）ビールにも挑戦できた。」とのコメントがあった。



（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推し進めており、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。



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

	質問	はい	いいえ	指輪っかテスト
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（お肉またはお魚）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	☐	☐	

（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



(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 障害認定
世帯主			
介護者 同居家族	本人除き	人	
【口腔状態】			
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)			
【全身状態】			
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

IV. 南砺市における取組

～南砺市民病院の入院患者のみならず外来患者、在宅療養者も

対象とした多職種チームによる嚥下機能評価～

《 取組のポイント 》

☆地域で介護予防の普及・啓発に協力する介護予防サポーターの養成講座や介護予防出前講座で、運動や認知症と並んで、栄養や口腔に関する知識の習得を進めている。

☆南砺市民病院では、嚥下性肺炎を発症した高齢入院患者を対象に多職種チームが介入した結果、長期的な予後の改善が見られた。現在では、入院時に全患者に口腔内スクリーニングを行い、必要に応じて多職種による集中的評価を行っている。

☆さらに、南砺市民病院では、外来患者や在宅療養者に対する嚥下機能評価パスを実施している。

1. 南砺市型「地域包括医療・ケアシステム」の構築

(1) 市民主体の地域づくり

南砺市は富山県の南西端を占め、南部は山岳を経て岐阜県と接している。平成 16 年 11 月に 4 町 4 村（城端町・井波町・福野町・福光町、平村・上平村・利賀村・井口村）が合併して誕生した。市域の約 8 割は森林で、平野部には水田地帯の「散居村」の風景が広がっている。アルミニウム、橋梁・建築建材、工作機械などの製造業が立地しており、県内では製造業就業者数の割合が相対的に高い。

人口は合併時の 59 千人から減少傾向をたどり平成 28 年 3 月末現在で 53 千人となっている。高齢化率は 35.7 % に達しており、「全国より 20 年、富山県（全体）よりも 15 年早く高齢化が進行している」と言われている。なお、高齢者のうち一人暮らし世帯の占める割合は、10.8 %（平成 26 年 9 月末）と低水準にある（注 1）。



注 1：「第 6 期南砺市高齢者保健福祉計画」より。

表Ⅳ-1 南砺市の人口・高齢化率・要介護認定率

（単位：人、％）

人 口	高齢化率	うち前期 高齢者	うち後期 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
52,945	35.7	16.3	19.4	18.1	17.1	82.9
*全国	26.7	13.8	12.9	17.9	28.3	71.7

（平成 28 年 3 月 31 日現在、南砺市地域包括ケア課資料。*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、中山間地に位置することから民間の病院や医療施設が少なく、市立の病院（2施設）・診療所（4施設）で地域医療を支えている。

病院(病床数)	一般診療所	歯科診療所
4 (719)	36	17

（「富山県保健統計年報」平成27年3月末現在）

南砺市では、合併後の行政改革の中で平成21年度から「協働のまちづくりモデル事業」を開始し、町内会・自治会などが主体となる地域活性化事業を育成するなど、市民参加による地域課題の解決と地域づくりに取り組んでいる。その後、平成22年4月には市民協働課（現、市民協働部）を設置し、市民活動の推進拠点として市民の声を吸い上げて地域づくりに活かしている。

また、住民自治基本条例の作成に着手し、平成24年7月に「南砺市まちづくり基本条例」を施行、さらに平成26年11月には、南砺市型「地域包括医療・ケアシステム」の構築に向けた「5つのまちづくり規範」を策定している。

南砺市の「5つのまちづくり規範」

- (1) 幸せに生涯を過ごせる協働のまちづくり。
- (2) 健康寿命を伸ばし、互いに支え合い、独居・老々世帯も安心して暮らせるまちづくり。
- (3) 地域包括医療・ケア(地域包括ケア)で家族の絆と地域の絆を結ぶまちづくり。
- (4) 介護が必要になっても、家族とともに安心して暮らせ、自宅で穏やかな死が迎えられるまちづくり。
- (5) 一人暮らしの認知症の方が笑顔で暮らせるまちづくり。

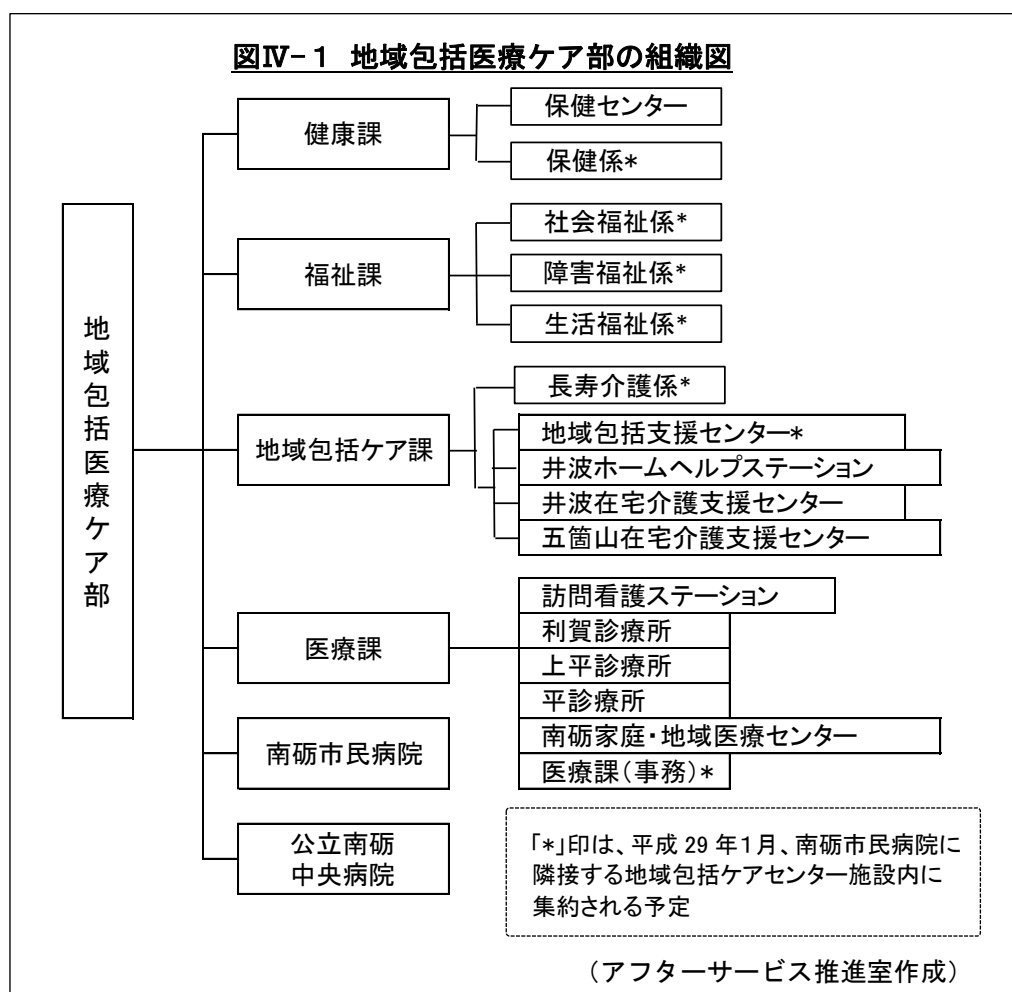
(2) 医療再生と保健・介護・福祉との連携強化のための組織づくり

合併時の南砺市には、市立3病院・4診療所・2訪問看護ステーションが存立していたが、医師・看護師の不足が深刻化し、医療崩壊の危機にあった。このため、南砺市では、平成18年4月に各市立医療機関を統括する医療局を設置し、病院の診療所化、診療所の休止及び病棟閉鎖などの対策を打ち出した。

最終的に市立2病院・4診療所・1訪問看護ステーションへと再編する中で、市民に医療・保健・福祉・介護サービスを切れ目なく一体的に提供するため、平成24年4月、地域包括支援センターなどを医療局へ編入して、地域包括医療・ケア局（平成28年度から地域包括医療ケア部）に組織改編をした。さらに、平成29年1月には、南砺市民病院に隣接して建設される「地域包括ケアセンター」へ保健部門を含め関係部署を集約する予定であり、医療崩壊の危機に端を発して医療の再生と保健・福祉・介護との一体的なサービス提供を目指した一連の組織改革は、最終局面を迎える。

また、歯科分野においては、平成23年9月に南砺市民病院に歯科口腔外科を開設している。

このように医療部門を起点として図IV-1 のとおり関係部署を一体化し、関連業務の統括的な運営に向けた組織づくりを進めたことが、南砺市型「地域包括医療・ケアシステム」の特徴の一つとして挙げられる。



（３）高齢者からの相談受付体制

南砺市では、平成 18 年 4 月に直営の地域包括支援センターを設置し、高齢者からの相談に対応するとともに合併前からあった 8 か所の在宅介護支援センターを統括する体制を構築している。地域包括支援センターには 15 人の職員（うち保健師 4 人・主任介護支援専門員 3 人・社会福祉士 3 人・介護支援専門員 4 人）、さらに 5 つの日常生活圏域を担当する各在宅介護支援センターにも保健師や介護支援専門員などを配置しており、高齢者の身近な拠点からの相談対応と居宅介護支援事業所としてケアプランの作成などを行っている。両



（南砺市地域包括支援センターの様子）

センターでは、定期開催の合同研修会と随時開催の個別ケース検討会及び相談業務支援システム上での活動記録の相互照会などを通じて情報を共有しており、困難な事例については、担当者が帯同して訪問することもある。

表Ⅳ-2 南砺市の高齢者からの相談受付体制

(単位:人)

市 民

日常生活圏域	人口	高齢者相談・居宅介護支援	設置形態	職員数
東部 (井波・井口)	10,023	南砺市井波在宅介護支援センター	直営	9
西部 (福光)	17,942	やすらぎ荘在宅介護支援センター	委託	6
		ふく満在宅介護支援センター	委託	6
南部 (城端)	8,662	きらら在宅介護支援センター	委託	3
		在宅介護支援センターうらら	委託	3
北部 (福野)	14,036	ふくの若葉病院在宅介護支援センター	委託	3
		旅川在宅介護支援センター	委託	9
五箇山 (平・上平・利賀)	2,282	南砺市五箇山在宅介護支援センター	直営	3

医療(訪問看護)施設	設置形態	職員数
南砺市民病院	直営	253
南砺市訪問看護ステーション	直営	33
公立南砺市中央病院	直営	138
南砺家庭・地域医療センター	直営	5
平診療所	直営	3
上平診療所	直営	3
利賀診療所	直営	4

要介護高齢者など

全域	52,945	南砺市地域包括支援センター	直営	15
		南砺市社会福祉協議会	委託	—

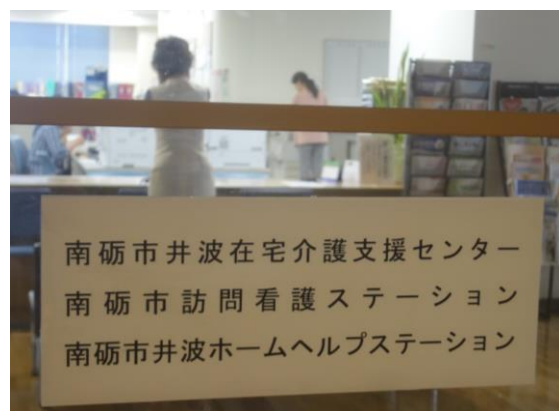
かかりつけ医

地域医療連携科(南砺市民病院)
地域連携室(南砺市中央病院)

(人口は平成28年3月末の住民基本台帳人口、病院は正職員数、アフターサービス推進室作成)

また、井波・井口地域には、南砺市民病院と同じ施設内に市直営の訪問看護、居宅介護支援(ケアマネジメント)及び訪問介護の拠点が設けられており、急性期医療が終了し在宅療養や介護が必要な状態となった場合でも、安心して住み慣れた地域で生活を送ることができるよう継続的なケア体制が用意されている。市内では唯一の訪問看護ステーションは、平成28年4月現在33人(うち看護師19人、理学療法士などの専門職11人)の職員を擁しており、看護とリハビリサービスを24時間体制で提供している。

以上のように、南砺市型「地域包括医療・ケアシステム」の主な特徴は、①市民が主体となって支え合う地域づくり、②医療・保健・福祉・介護のサービスを一体的に提供する組織づくり、③身近な拠点から市民を支える専門職配置という、3つの取組にある。これらの取組により、地域において高齢者が家族や近隣の住民とともに自立して支え合い(自助・互助による地域を基盤とするケア)、身近な拠点から多



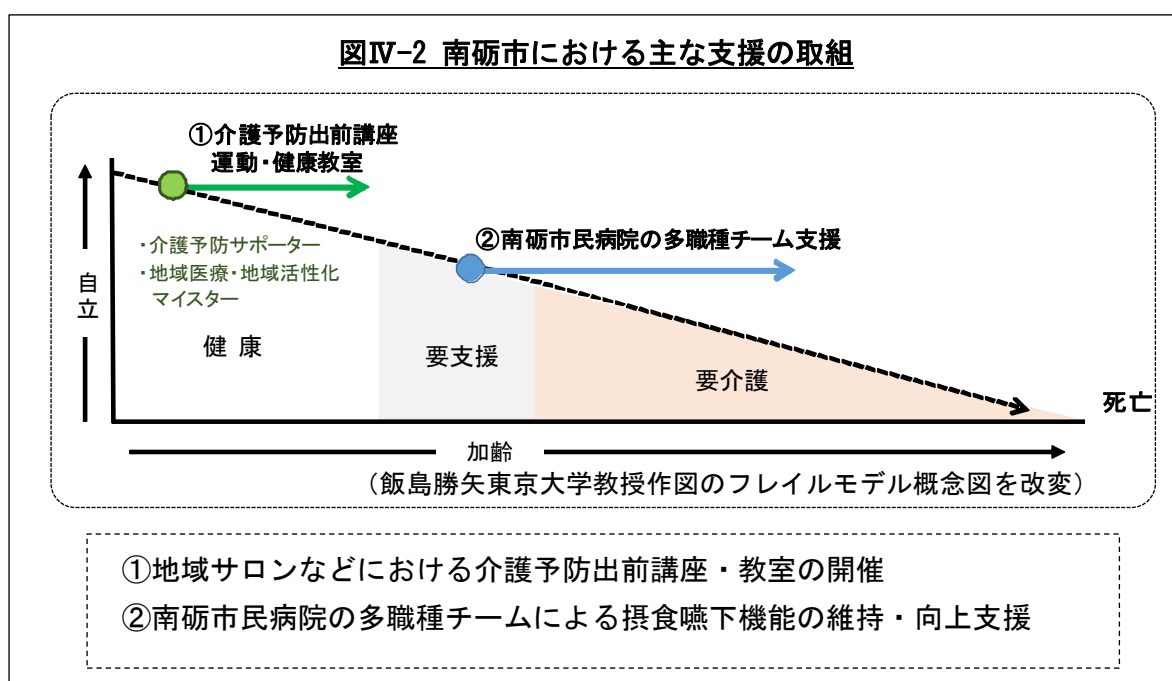
(訪問看護、居宅介護支援、訪問介護の拠点を南砺市民病院と同じ施設内に設置)

職種の専門職が一体となって課題解決のためのサポートをする（共助・公助による統合ケア）仕組みの構築を目指している。

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

南砺市では、介護予防サポーターの養成など住民による支え合いの活動を支援することで「地域づくりによる介護予防」施策を展開する方針としている。また、介護予防の目的を心身の機能回復から役割や生きがいを持った生活の実現に改め、高齢者が社会参加活動を充実し、役割や生きがいの創出に努められるよう支援を行っている。

以下では、地域サポーターの養成状況について触れた後、「食べること」を支援する主な取組として、①介護予防出前講座・教室の開催、②南砺市民病院の多職種チーム支援を採り上げる。



（1）地域サポーターの養成

ア 介護予防サポーター養成事業

南砺市では、地域で介護予防の普及・啓発について協力し、高齢者世帯への見守りなどを行う、介護予防サポーターの養成講座を平成 21 年度から開催している。講座の内容は、介護予防に関する講義と運動・口腔機能体操などの実習で、修了者は平成 27 年度が 25 人、開始以来の

表IV-3 養成講座の内容とスケジュール（平成 28 年度）

	開催日時	カリキュラム内容
第1回	7月22日（金） 13:30～16:00	開講式・オリエンテーション 講義【南砺市の高齢者の状況と介護予防事業について】 グループワーク①「日頃の介護予防とは」
第2回	8月10日（水） 13:30～16:00	講義【サロンがもたらすいい効果】 講義・実習【介護予防のポイント1・運動】
第3回	8月24日（水） 13:30～16:00	講義【介護予防のポイント2・栄養】 講義・実習【介護予防のポイント3・口腔】
第4回	9月14日（水） 13:30～16:00	講義【介護予防のポイント4・認知症】 グループワーク②「介護予防のために地域でできること」
第5回	9月28日（水） 13:30～16:00	介護現場の実際について（希望者のみ参加）

累計では166人となっている。

イ 南砺市地域医療・地域活性化マイスター養成講座の開催

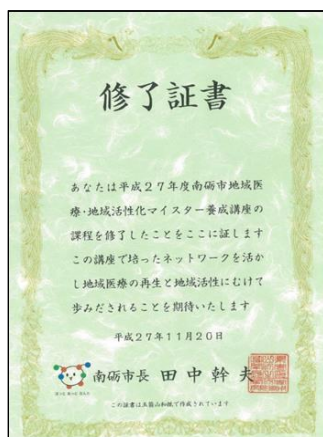
南砺市では、平成19年に、富山大学附属病院総合診療部から南砺市民病院へ研修医が派遣されたことを契機として同大学との連携が始まり、同年から医療専門職と住民への啓発活動とする「南砺市在宅医療推進セミナー」を共同で開始した。さらに長期的な医師不足が懸念される中で、住民参加による地域医療の課題解決と人材育成を目的とするプロジェクトを立ち上げ、平成21年以降は、同セミナーを継承した「地域医療再生マイスター養成講座」（平成26年度から「地域医療・地域活性化マイスター養成講座」）を開催している。

この養成講座は表Ⅳ-4の内容で開講され、医療・福祉関係者や地域住民などを対象に医療人マイスターと住民マイスターを育成している。そして、各々の立場で地域医療再生に向けた課題を見出し解決策を検討することで、専門職と住民が一体となった医療システムの構築を目指している。平成27年度までの修了者は310人に達している。

表Ⅳ-4 養成講座の内容・スケジュール（平成28年度）

回数	開催日時	カリキュラム内容	講師
第1回	9月16日(金) 18:30～21:00	【総論】○地域医療の課題 ○地域再生システム論	富山大学附属病院総合診療部 教授 山城清二先生
		【各論1】○自己開発法、四画面思考法	北陸先端科学大学院大学 客員教授 近藤修司先生
第2回	9月30日(金) 18:30～21:00	【各論2】○地域活性化の取り組み例	国際医療福祉大学大学院 教授 堀田聡子 先生
第3回	10月14日(金) 18:30～21:00	【各論3】○地域医療・地域活性化の 取り組み例	南砺市政策参与 南真司 先生
第4回	10月28日(金) 18:30～21:00	【各論4】○地域医療・地域活性化の 取り組み例	福井県高浜町和田診療所 所長 井階友貴 先生
第5回	11月11日(金) 18:30～21:00	【報告会・まとめ】 ○成果発表 ○修了証授与	—

さらに本講座の人的ネットワークを中心に、平成22年2月に「南砺の地域医療を守り育てる会」（平成26年度から「南砺の地域包括医療・ケアを守り育てる会」）、平成23年9月には「なんと住民マイスターの会」が発足している。「守り育てる会」は、毎年3回程度開催されており、医療・福祉に関する講演会や住民グループの活動発表・意見交換を通じて、地域における医療や福祉・介護の現状と課題を理解し、地域医療・地域活性化のための解決策などを協議する場となっている。



（養成講座の修了証書）

表Ⅳ-5 養成講座の修了者推移

（単位：人）

	住民	専門職	行政	その他	合 計
平成21年度	13	22	9	0	44
平成22年度	11	22	10	0	43
平成23年度	11	20	6	1	38
平成24年度	11	20	8	2	41
平成25年度	6	27	10	1	44
平成26年度	19	25	6	0	50
平成27年度	22	24	4	0	50
合 計	93	160	53	4	310

（富山大学附属病院総合診療部資料より）

(2) 介護予防事業としての取組

ア 介護予防大作戦「介護予防出前講座」

この事業は、地域の高齢者サロン、老人・婦人会、サークルなどで活動する 65 歳以上の高齢者グループが地域包括支援センターへ申し込み、表Ⅳ-6 のような各テーマの下で、保健師・

表Ⅳ-6 介護予防出前講座の開催状況

テーマ	講 師	開催回数
介護予防	保健師、社会福祉士、ケアマネジャー	46
運動機能向上	健康運動指導士、柔道整復師	15
口腔機能向上	歯科衛生士、言語聴覚士	18
認知症予防	保健師、社会福祉士、ケアマネジャー	12
その他	保健師、看護師	4
—	合 計	95

歯科衛生士などの専門職の講師派遣を受けて出前講座を開催するものである。外部講師への謝礼は、主催者側と地域包括支援センターで分担して負担する。

平成 27 年度は 95 回開催されており、延べ 3,004 人の参加者があった。このうち口腔機能向上（「口腔作戦」）講座は 18 回開催され、延べ 341 人が参加している。南砺市では、口腔機能向上の重要性についての根拠データなどを示しながら、市民の関心を高めていきたいとしている。



（歯科衛生士による出前講座の様子：南砺市提供）

イ 「健やか元気塾（運動教室）」と「脳の健康教室（認知症予防）」

要介護認定者を除く 65 歳以上の高齢者が、自身の状態を「運動機能チェック」・「物忘れチェック」で確認し、項目に該当した場合に、地域包括支援センターへ申込み、表Ⅳ-7-①のような教室へ参加する仕組みとなっている。各々、初回と最終回に体力測定、脳の元気度チェックを行い、参加前後の改善度を確認することとしている。

なお、平成 26・27 年度の参加者状況は次ページの表Ⅳ-7-②のとおりであった。

表Ⅳ-7-① 介護予防教室の内容

サービス名	サービス内容	利用内容など
健やか元気塾（運動教室）	ストレッチや筋力トレーニングなど無理なく自宅でも継続できる運動を健康運動指導士が指導する。	3か月（週1回で計12回） 参加費1,000円 （送迎料の一部自己負担あり）
脳の健康教室（認知症予防）	簡単な計算または文章を音読する楽習（学習）、仲間やサポーターとの会話を楽しみ、認知症の予防につなげる。	5か月（週1回で計20回） 教材費月々1,000円 （送迎料の一部自己負担あり）

表Ⅳ-7-② 介護予防教室への参加者

	(年度)	実施回数 (コース)	延べ回数 (回)	参加者数 (実数)	延べ 参加者数
健やか 元気塾	平成26	16	192	170	1,750
	平成27	13	156	157	1,538
脳の健康 教室	平成26	6	140	110	1,881
	平成27	6	75	83	775

足腰を鍛えたい!、物忘れを予防したい! と思っておられる方へ

今の自分の状態を下記の「運動機能チェック」「物忘れチェック」で確認してみましょう。

確認して**教室の対象になった方**、ぜひ教室に参加していきいき生活を送りませんか!

運動機能チェック	はい	いいえ	物忘れチェック	はい	いいえ
①階段を手すりや壁をつたわり昇っている。	☐	☐	①周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされる。	☐	☐
②イスに座った状態から立ち上がる時、何かにつかまっている。	☐	☐	②自分で電話番号を調べて、電話をかけられない。	☐	☐
③15分位続けて歩けない。	☐	☐	③今日が何月何日かわからない時がある。	☐	☐
④この1年間に転んだことがある。	☐	☐			
⑤転倒に対する不安が大きい。	☐	☐			

「はい」が**3つ以上**の方 → 「コース」を1つ選びお申込みください。 → **健やか元気塾**

「はい」が**1つ以上**の方 → 「コース」を1つ選びお申込みください。 → **脳の健康教室**

(チェックリストに基づく介護予防教室の案内広報)

(3) 南砺市民病院の多職種チームによる支援

ア 南砺市民病院の概要

南砺市民病院は、22科の診療部に加えて回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟を有しており、急性期治療を終えた患者の円滑な在宅療養移行を支援する一貫した体制を整えている。高齢化率の高い同地域においては、平成28年1～6月の退院患者数1,023人のうち70歳以上の高齢者は748人(73%)を占めており、そのうち内科系の病症例数の第1位は「食物および吐物による肺炎」で49人・平均在院日数42.6日、第2位は「細菌性肺炎(詳細不明)」で31人・同24.5日であった。

また、地域医療連携

科には、社会福祉士・精神保健福祉士有資格の医療ソーシャルワーカー4人をはじめ、看護師長1人、事務員2人が配置されており、同一施設内にある訪問看護ステーションなどと円滑な連携を取っている。

口腔と摂食嚥下の機能維持・向上に関しては、平成11年に言語聴覚士を配置するなど先駆して取り組んできた。平成18年からは、多職種チームによる嚥下機能評価パスを開始し、平成

南砺市民病院における医療の実績

○診療部22科、常勤医25人、病床数175床(急性期2病棟91床、地域包括ケア病棟48床、回復期リハビリテーション病棟36床)

一般病床		外来患者	在宅患者
入院患者数	在院日数		
134.2人	14.3日	377.0人	2.1人

(平成27年度実績、1日平均)

表Ⅳ-8 南砺市民病院の在宅医療の沿革

昭和28年3月	(旧)井波厚生病院開設
平成2年4月	地域医療室設置
平成6年4月	井波町在宅介護支援センター併設
平成7年4月	医療ソーシャルワーカーを配置
平成11年4月	言語聴覚士・臨床心理士を配置
平成11年10月	井波町訪問看護ステーション併設
平成12年4月	井波町ホームヘルプステーション併設
平成14年1月	地域リハビリテーション広域支援センター指定
平成15年4月	地域医療室を増員し地域医療連携科とする
平成16年11月	合併に伴い病院名を南砺市民病院に改める
平成23年9月	歯科口腔外科を新設し22科となる

19年には誤嚥性肺炎予防のための嚥下性肺炎対策プロジェクトチームを発足させ、全職種を対象とした院内教育やカンファレンスを中心とする対策を開始した。その後も平成23年に歯科口腔外科を開設、翌24年からは摂食嚥下対策チームを設置している。

イ 摂食嚥下対策チームの結成とその取組

平成20年1月から4月までに同院で嚥下性肺炎を発症した75歳以上の高齢者を対象に、嚥下性肺炎対策プロジェクトチームが介入した結果を検証したところ、長期的な予後である1年後の無再発生存率を改善させる再発防止効果が確認（注2）された。

このような多職種チーム介入の有効性エビデンスに基づき、同院では「食べられない」という症状の背後にある原因を様々な角度から分析し、より適切な診断・治療につなげるために摂食嚥下対策チーム（注3）を結成している。終末期の医療では、全身機能が衰えていく中で患者が自分の口で食べ続けて栄養を維持できる限界点を見極めることが難しくなる。このような多職種のチームが多角的な評価を集約して介入することで、医師による終末期をはじめとする診断・治療の確実性を高めることができると期待されている。

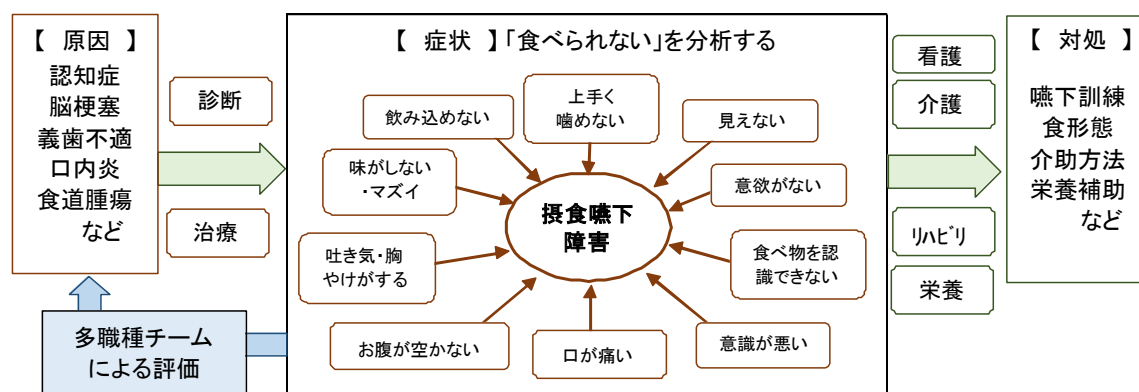


（内視鏡による嚥下機能評価の様子：病院提供）

注2：第19回日本老年医学会優秀論文賞を受賞、荒幡昌久ほか「高齢者嚥下性肺炎に対する包括的診療チーム介入試験」。

注3：摂食嚥下対策チームは、医師2・歯科医師1・看護師3・薬剤師1・歯科衛生士1・管理栄養士1・言語聴覚士1・理学療法士1・介護福祉士1・医療ソーシャルワーカー1・事務担当者1（人）の多職種で編成されている。

図IV-3 多職種チームによる評価の位置付け



（南砺市民病院診療部内科副部長兼総合診療科副部長 荒幡昌久先生提供資料を改変）

現在、新たに入院する全患者に対して、歯科衛生士が口腔内スクリーニング*を行い、さらに障害のある患者へ摂食嚥下対策チームが介入するに当たっては、表IV-9のスケジュールのように早期にスクリーニングシート*に基づく集中的な評価を行っている。

リハビリ専門職が早い段階から評価に加わることで診察・治療の確実性を高めるとともに、把握した患者の入院時の生活環境や生活機能の状態などをリハビリテーション計画の作成に生かしている。また、退院する場合には退院時カンファレンスを行い、必要なリハビリの内容などについて本人・介護者やケアマネジャーへ分かりやすく具体的な記述で報告している。（*各スクリーニングシートを85～89ページに掲載）

表IV-9 多職種による摂食嚥下機能評価パスの流れ（例）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
評価内容	スクリーニングシートによる評価		中間カンファレンス	追加評価	最終カンファレンス
総合診療医	治療経過の確認 全身の診察 検診検査・頭部MRI		結果をカンファレンスで分析し追加情報が必要か検討	追加検査 臓器別専門医との相談	カンファレンスで問題点を集約し原因を特定し具体的な対策をとる
歯科医師	口腔・歯の診察			歯科治療・ケア	
看護師	食事場面の観察 生活環境の聴取			介助方法・環境設定	
言語聴覚士	飲み込み具合の確認			食事形態変更 リハビリテーション相談	
作業療法士	認知機能の評価				
理学療法士	身体機能の評価				
薬剤師	摂食に影響する薬の確認				
管理栄養士	必要栄養量設定、嗜好聴取			食事内容変更	

（南砺市民病院 荒幡昌久先生提供資料）

《多職種チームによる評価に基づく対応で摂食嚥下機能を回復した事例》

- ①脳出血後遺症と認知症を患っている男性が、かかりつけ医の下で在宅診療を受けていたが、肺炎を発症したためA病院へ入院した。
- ②A病院入院中に嚥下機能の障害を指摘され経鼻経管栄養法を開始。さらに、入院開始2週間弱のうちに認知症でリハビリテーションによる改善が難しいと判断され、胃ろうを勧められた。
- ③リハビリの継続を望む家族がかかりつけ医に相談したところ、B病院を紹介された。
- ④B病院の医師が患者家族と面談、併せてA病院から評価に基づく医療者判断を確認、検討の結果、転院を受け入れる。
- ⑤B病院への転院後1週間をかけて急性期疾病の有無を確認するとともに投薬・栄養・身体・認知機能などの全身評価を行う。
- ⑥転院10日後から5日間にわたる専門職チームによる摂食嚥下機能評価とカンファレンスを行った結果、嚥下障害については肺炎後の廃用による機能低下と考えられ、服薬調整と嚥下訓練などのリハビリにより改善が見込まれると判断した。
- ⑦服薬調整とリハビリを行った結果、転院後1か月強で経鼻経管栄養法から離脱し、3か月後にベッド離床・介助歩行・自力での摂食が可能となり、退院した。
- ⑧その後も、かかりつけ医の訪問診療、訪問看護・リハビリなどのサービス（要介護5）を受け、在宅療養中である。

（次ページにつづく）

⑨口腔機能に関しては義歯を使用しているが、訪問診療歯科医師の評価に基づき、認知症の進行を考慮してあえて新たな義歯作製をせず(異物と感じて装着拒否することがある)、義歯加工と装着剤で対応している。

⑩言語聴覚士が定期的に訪問し、姿勢管理などの食事指導を行っており、現在は箸を使って食べている。

ウ 地域における多職種連携のための仕組づくり

「公立井波総合病院」（現在の南砺市民病院）は、平成 14 年 1 月に富山県砺波医療圏の地域リハビリテーション広域支援センターとして指定され、以降、以下のような地域の医療・保健・福祉活動のネットワークづくりと人材育成に取り組んできた。

地域リハビリテーション研修会は、地域の専門職の資質向上と顔の見える関係構築を目的として、摂食嚥下障害、終末期医療、認知症などのテーマ

で、毎月開催されており、医療・介護・福祉などの職種を中心に毎回 50～70 人前後が参加している。

リハビリスタッフの勉強会についても市内の病院・介護施設の職員が参加し、毎月開催している。

他方、摂食嚥下障害や認知症をテーマとして市民向けのフォーラムを毎年開催し、200 名前後の参加者を得ている。

1. 施設へのリハビリテーション支援など

- ・介護保険施設へのリハビリ専門職の派遣
- ・健康教室への講師派遣、児童の言語発達相談 など

2. 研修会・勉強会の開催

- ・地域の保健・医療・福祉スタッフを対象に研修会を開催(月1回)
- ・近隣病院、施設のリハビリスタッフとの勉強会を開催(月1回)

3. 地域住民への啓発普及

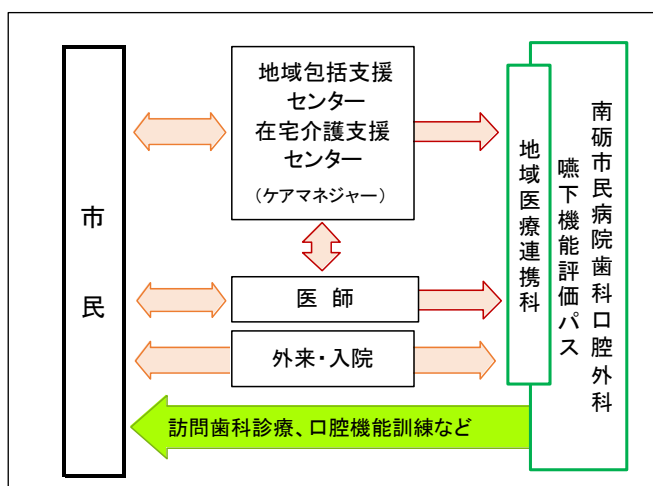
- ・一般市民及び保健医療福祉関係者を対象とした市民フォーラムの開催(年1回)



(地域リハビリテーション研修会の様子)

エ 施設や在宅への口腔ケアと訪問歯科診療の提供

南砺市民病院では、外来患者や在宅療養者に対しては、地域医療連携科を窓口として、半日コース、又は 1 泊入院コースで嚥下機能評価パスを行っている。介護職員やケアマネジャーなどから情報提供があった場合は、かかりつけ医との相談を介して嚥下機能評価パスにつないでいる。



在宅での歯科診療や口腔機能訓練が必要な療養者については、地域医療連携科がコーディネーターを行った上で歯科医師・歯科衛生士が対応しており、訪問診療などの実績は表Ⅳ-10のとおりである。

表Ⅳ-10 歯科口腔外科による訪問診療状況

	平成25年度	平成26年度	平成27年度
歯科衛生士実地指導	198	273	329
周術期専門的口腔衛生処置	23	23	59
訪問歯科診療	546	658	379
居宅療養管理指導	385	424	342
介護施設	117	131	165
デイクアセンター	290	573	1011

地域の特別養護老人ホームなどでは、入所者のほとんどに食事介助が必要となるにも関わらず、介護職員に評価（アセスメント）や適切な介助方法などについての情報が提供されていない。その結果、入所者の生活機能低下を招くこともあった。南砺市民病院では、介護施設などに対して、地域リハビリテーション広域センター事業として介護職員への指導助言や入所者への専門的口腔ケアなどを行っており、平成28年8月現在、5か所の施設を対象としている。



（嚥下機能評価パスにおけるカンファレンスの様子：病院提供）



（施設での訪問口腔ケアの様子：病院提供）

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 医師

急速に高齢化が進展する中、脳血管疾患や慢性疾患が増加しており急性期治療を終えた患者の円滑な在宅療養移行を支援する慢性期医療整備の必要性が高まっている。治療・治癒（Cure）からQOL向上（Care）へと急速な高齢化に適応した医療モデルを構築するには、医師の診療にリハビリ専門職などを含むチームによる評価とリハビリテーションを組み入れる必要がある。

イ 歯科医師

高齢者の QOL の維持・向上に口腔機能が大きな役割を占めていることについての認識が低く、歯のぐらつきや口腔内出血などの病状が現れて初めて、介護者が対応を始めるといった事例が多い。摂食嚥下障害についても平素から予防に取り組む患者が少ないため、口腔機能の大切さを伝えるためセミナーやパンフレット配布などによる啓発活動を積極的に行う必要がある。

実際に口腔機能の向上により低栄養の状態から脱し、体重が増えて QOL の向上に結びついた事例が多く見られている。

(2) 多職種による在宅医療・介護関係

ア 歯科衛生士

新たに入院した患者には、全て口腔内スクリーニングを行い、口腔機能上の障害などの早期発見に努めている。

急性期で口から食べていない入院患者は、特に口腔内の状態が後回しにされることが多く、衛生状態が不良で誤嚥性肺炎を発症するリスクが高くなる。このような場合では、早期に歯科が介入して口腔内環境の改善に努める必要がある。また、状況に応じてう蝕（虫歯）治療や義歯作成を行い、咀嚼、嚥下機能の改善につなげている。

入院時に歯科専門職から患者の口腔機能に関する情報を他の医療者に提供することで、その後の医療を円滑に進め、結果的に離床を早める効果が期待できる。

イ 言語聴覚士

(ア) 今後、専門職による評価（アセスメント）が大切になるが、急速な高齢化を控えて専門職と在宅療養者とのマンツーマン対応には限界があるため、例えば療養者を地域のカフェなどにグループ単位で集めて専門職が支援するなどの対応を取る必要がある。

(イ) 医療者にとって、まず、患者のこれまでの暮らしぶりやたどってきた人生をより良く知ることが、これからの療養生活をより適切に支援し QOL を向上させることにつながる。リハビリ支援などにおいては、まず、患者とのコミュニケーションづくりが重要になる。

ウ 医療ソーシャルワーカー

急性期・救急医療、回復期・慢性期医療、あるいは在宅医療の場面において、医科と歯科の連携は不可欠となっている。しかし、歯科を標榜し歯科医療職を配置している病院は少なく、ほとんどの歯科医療職は地域の歯科診療所に配置されている。歯科医療職を交えたチーム医療を推進していくためには、病院内の連携にとどまらず地域における病診連携を含めた医科歯科連携を推進していくことが必要となる。

4. 地域が抱える課題と今後の展望

（現）地域包括医療ケア部の編成に至った組織づくりを進める中で、地域における医療・保健・福祉・介護サービスを一体的に統括し、地域医療の再生や住民との協働事業などを推進している。南砺市民病院では、先駆的に多職種チームによる摂食嚥下機能の評価と維持・向上に取り組み、地域における連携のための仕組みづくりを進めている。

南砺市の介護予防事業の所掌部署、南砺市民病院から以下のような声が寄せられている。

- (1) 介護予防教室を開催する際には、運動器機能の教室であっても口腔機能向上と栄養について話をする機会を設けている。今後はさらに、利用者本人、あるいは介護などに関わるスタッフが、必要に応じて歯科衛生士・管理栄養士などからの指導を受けられる体制を整備することで、運動・口腔・栄養を総合的に捉え関わっていく体制づくりをする必要がある。
- (2) 口からおいしく安全に食べて、人生を終えることができる社会を目指すべきである。そのためには、食べられなくなった人が、なぜ食べられないのかを評価し、解決することが必要となる。特に認知症を併発した高齢者であれば、その原因は多岐にわたるが、医師・歯科医師・歯科衛生士・リハビリスタッフ・看護師・薬剤師・管理栄養士など多くの専門職が協力し、解決にあたる体制整備が大切である。
- (3) 急性期、慢性期及びリハビリ期と病院ごとに医療ベクトルが異なっているが、互いにリスペクトしながらも役割分担を明確にして、患者を円滑に移行させることが大切である。
- (4) 入院中は患者の摂食嚥下機能に合った食事が提供されていても、退院して介護施設や在宅療養へ移った際に、患者に適した食形態レベルが正確に伝わらず、誤嚥性肺炎や低栄養を招くことがある。南砺市民病院では、摂食嚥下障害を有する患者が転・退院する際には、栄養サポートチーム（NST（注4））が栄養・リハビリテーション連携パスなどにより、食形態・水分量・粘度・カロリー・摂食姿勢の留意点などの情報を提供しているが、地域の医療機関、介護施設の間で用意される食事の形態レベルや名称が統一されていないため、結局、適切な食事を摂ることができず、再入院する事例が生じている。

地域において摂食嚥下障害の度合いに応じた食形態レベルや名称を統一し「食の連携」を進める必要がある。

注4：「Nutrition Support Team」の略。医師、看護師、管理栄養士、薬剤師などの幅広い職種が協力して、患者の栄養状態を評価し、食事内容や点滴方法などにおいて最も適切な栄養面からの支援を行う。

《資料コーナー》

1. 歯科衛生士が入院患者に行う口腔内スクリーニング表

スクリーニング表				
口腔ケアの方法	☐ 清拭 ☐ 歯磨き ☐ 保湿 ☐ その他			
使用器具	☐ ハブラシ ☐ タフトブラシ ☐ 歯間ブラシ ☐ 舌ブラシ ☐ スポンジブラシ ☐ 吸引ブラシ ☐ その他			
使用材料	☐ 保湿剤 ☐ 洗白液 ☐ その他			
義歯のケアの方法	☐ 水洗い ☐ 洗浄剤 ☐ 義歯ブラシ ☐ その他			
<口腔内の状態>			歯科受診の必要性	
開口の困難さ	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし
口唇の乾燥	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし
口腔内の乾燥	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし
口唇粘膜疾患	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし
口腔衛生状態	☐ 良 ☐ 普	☐ 悪	☐ あり	☐ なし
残存歯	☐ 20歯～	☐ 10～18歯		
	☐ 1～9歯	☐ なし		
う蝕(虫歯)	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし
残存歯の動揺	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし
歯肉の膨脹	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし
義歯	☐ あり	☐ なし		
義歯の適合状態	☐ 良い	☐ 悪い	☐ あり	☐ なし
義歯の清掃状態	☐ 良 ☐ 普	☐ 悪		

2. 摂食・嚥下機能評価シート

■（薄い灰色に黒字）：総合診療科医の評価担当域

■（濃い灰色に白字）：歯科医の評価担当域

■（水色）：看護師の評価担当域

■（黄緑色）：薬剤師の評価担当域

■（黄色）：PT、OT、STの評価担当域

■（赤色）：水曜カンファレンス時に記載する項目

■（青紫色）：アウトカム関連項目。

摂食・嚥下機能評価シート① ー全身状態ー

ID	評価日	～
氏名	性別	年齢
主治医	看護師	PT
診断名	合併症	既往歴
肺炎の既往の有無	最近の肺炎発症	
最近の体重の増減	摂食・嚥下障害を確認した時期	

【入院前と評価時の活動度、摂食状況の比較】

	入院前	評価時
居住地		
訪問サービス利用状況		
障害高齢者の日常生活自立度判断基準		
認知症高齢者の日常生活自立度判断基準		
ADL(EI)		
食事	自立度	
	姿勢	
	食器・道具の使用	
	食形態(主食)	
	食形態(副食)	
	水分(とろみ)	
	摂取量(主食)	
	摂取量(副食)	
	所要時間	
	嗜好	

【投薬】

抗血小板薬	
(シロスタグレル)	
降圧薬	
(ACE阻害薬)	
(β遮断薬)	
抗バ薬	
(アマンタジン)	
(L-DOPA)	
睡眠薬	
抗うつ薬	
抗不安薬	
PPI	
H2遮断薬	
NSAID	
ビスホスホネート	
葉酸	

【診察とスクリーニング検査】

結膜	呼吸音（呼吸相）	心音（部位）
腸蠕動音	腹部触診	浮腫（部位）
尿定性	蛋白定性	潜血
	ケトン体	白血球
血液検査	WBC	Hb
	CRP	Alb
	BUN	T-Chol
	Cr	TSH
	Na	fT4
	Ca	葉酸
	Vit.B1	Zn
		心電図異常
		胸部単純X線
		CTR (%)
		胸水
		異常陰影
		胃ヘルニア
		海馬萎縮
		水頭症
		PVH
		その他

【心身機能・身体構造】

①精神機能

意識機能(JCS)		
認知機能	HDS-R	点/30点
	MMSE	点
意欲(Vitality Index)		点/10点

②感覚機能

視覚障害	
聴覚障害	
味覚障害	
嗅覚障害	

③摂食・嚥下機能(スクリーニングテスト)

RSST	回/30秒
改訂水のみテスト	
フードテスト	

④口腔機能

歯の状態	残存歯数		歯
	機能歯数		歯
	歯の動揺		
	咬合部位		
義歯	有無		
	義歯の問題		
	清掃状態		
	口臭		
	口腔乾燥		
	粘膜障害		
	舌の機能?		

⑤FAST

FAST	
------	--

【活動】

①コミュニケーション

理解	
表出	
会話明瞭度	

②姿勢

頸部の可動域	
座位耐久性	

③特筆すべき他の異常徴候

--

摂食・嚥下機能評価シート② 一嚥下の5相一

ID _____ 氏名 _____ 評価日 _____

【嚥下各期における障害】

		合計
先行期	☐ 覚醒状態が低下している。 ☐ 食べ物を見ても反応しない(食への意欲の低下) ☐ 食事道具(箸、スプーン等)の使用が困難 ☐ 食へのこだわりが強く、嗜好の問題がある。 ☐ 食事中に注意の維持が困難である。 ☐ 飲み込まないうちに次の一口を入れる(ベージングの障害) ☐ 一口の量の調節が困難 ☐ 異食がある ☐ 食事中の姿勢保持が困難である	0 /9
準備期	☐ 口の中に食物をとりこめない(開口障害) ☐ 口から食物をよくこぼす(口唇閉鎖不全)または流涎がある ☐ 咀嚼しない、咀嚼が不十分 ☐ 咀嚼時間が長い	0 /4
口腔期	☐ 咀嚼運動が持続し、飲み込めない ☐ 咀嚼中にむせやすい ☐ 上を向いて飲み込もうとする ☐ 口腔内の食物残渣が目立つ	0 /4
咽頭期	☐ 食事中、湿性嚔声がある ☐ 唾液でのむせがある もしくは食事以外で湿性嚔声がある ☐ 自力での嚔痰が困難である ☐ 飲み込みに時間がかかる ☐ 食事中によくむせる ☐ 濃厚な痰がよく出る ☐ 喉頭挙上が不十分である ☐ 飲み込んだあとの咽頭残留感を訴える ☐ 食事中、食物や水分が鼻から出てくる	0 /9
食道期	☐ 臥床してからのむせがある ☐ 肺炎(発熱)が繰り返される ☐ 嚥下したものが逆流し嘔吐する事がある	0 /3

【スクリーニング結果】

○全身状態における問題点:

○心身機能、身体構造、活動レベルにおける問題点:

○嚥下各期における問題点:

【考察】

〈摂食障害のパターン〉

- ① 認知症・意識障害を主とする
- ② 嚥下・口腔機能障害を主とする
- ③ 消化器疾患を主とする
- ④ 精神疾患を主とする
- ⑤ その他の全身疾患を主とする
- ⑥ 分類不能

⇒

〈フリーコメント〉

摂食・嚥下機能評価シート③ ―対策―

ID _____ 氏名 _____ 評価日 _____

【対策】

〈職種〉	〈対応〉	〈具体案〉	〈実施〉
主治医	☐ 急性期治療を要す	⇒	
	☐ 追加検査を要す	⇒	
	☐ 摂食嚥下改善のための投薬	⇒	
	☐ 経口以外の栄養方法を考慮	⇒	
	☐ その他	⇒	
歯科	☐ 歯科治療を要す(義歯を含む)	⇒	
	☐ 口腔ケア方法の変更	⇒	
	☐ その他	⇒	
看護・ST	☐ 食形態の変更	⇒	
	☐ 形態以外の食事内容の変更	⇒	
	☐ 食事介助方法の変更	⇒	
	☐ 食事場面(環境)の変更	⇒	
	☐ 観察すべき項目の追加	⇒	
	☐ 摂食嚥下訓練追加	⇒	
PT・OT	☐ その他	⇒	
	☐ 摂食時姿勢・リクライニング変更	⇒	
	☐ プログラムの追加	⇒	
	☐ 目標設定の変更	⇒	
	☐ その他	⇒	

【対策実施確認】

※ 週間後 (明治33年1月0日)

【効果確認】

※ 週間後 (明治33年1月0日)

摂食・嚥下機能評価シート④ ―VE―

ID _____

氏名 _____

検査日 _____

【構造・機能の評価】

①鼻腔	衛生状態: その他:	出血:
②軟口蓋	発声時 動き: 嚥下時 動き:	左右差: 左右差: 麻痺側: 麻痺側:
③咽頭腔	衛生状態: 唾液貯留: (部位: 発声時 壁の動きの左右差: 空嚥下時 壁の動きの左右差: White out:	出血: 唾液の誤嚥: 麻痺側: 麻痺側:
④喉頭	前庭 動き: 披裂部 動き: 声門 動き:	左右差: 左右差: 麻痺側: 麻痺側:



【摂食・嚥下時の評価】

食品の種類:	体位角度:
咽頭残留	部位:
喉頭侵入:	嚥出:
誤嚥:	嚥出:
その他	
食品の種類:	体位角度:
咽頭残留	部位:
喉頭侵入:	嚥出:
誤嚥:	嚥出:
その他	
食品の種類:	体位角度:
咽頭残留	部位:
喉頭侵入:	嚥出:
誤嚥:	嚥出:
その他	

【総括・コメント】



【対策】

訓練:

食事:

V. 鏡野町における取組

～「健口体操」をはじめとする「口腔機能の向上」プログラムの実施と
国保歯科診療所による口腔機能基礎研修や口腔ケアの実地指導～

《 取組のポイント 》

☆介護予防事業の一環として、鏡野町社会福祉協議会が実施する生きいき教室の中で、口腔機能の維持・向上のための「健口体操」などを指導する「口腔機能の向上」プログラムを開設した。

☆国保歯科診療所の歯科医師・歯科衛生士が町内の病院と介護保険施設で口腔機能に係る基礎研修や口腔ケアに係る実地指導を実施している。

1. 地域の特性と高齢者からの相談受付体制

(1) 鏡野町の地域特性

鏡野町は、岡山県北部に位置し、鳥取県に接している。平成 17 年 3 月に（旧）鏡野町・奥津町・上齋原村・富村が合併したことにより誕生し、県内では最も面積の広い町となっている。北部の中国山地からなだらかに南部の肥沃な平野まで開けており、主な産業は米・果樹・野菜などの農業と林業及び地場の建設・食品加工業である。

人口は昭和の後半には 17 千人台で推移していたが、平成に入って減少傾向をたどり、平成 28 年 4 月現在では 13 千人台となっている。また、高齢化率は 35.1%と高水準にあり、町内の 4 中学校が 1 校に統廃合されるなど、少子高齢化が進んでいる。近年の要介護認定率は 18～19%台となっており、20%台で推移している岡山県の水準を下回っている。

表 V-1 鏡野町の人口・高齢化率・要介護認定率 (単位: 人、%)

人 口	高齢化率	うち前期 高齢者	うち後期 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
13,538	35. 1	15. 4	19. 7	18. 6	19. 5	80. 5
*全国	26. 7	13. 8	12. 9	17. 9	28. 3	71. 7

(平成 28 年 4 月 1 日現在、鏡野町保健福祉課資料。*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。)

鏡野町における医療福祉関連の主な施設数は表 V-2 のとおりである。医療施設では病院 2 か所、診療所 8 か所、歯科診療所が 6 か所あり、うち半数近くが国民健康保険の直営施設で、国民健康被保険者数は 3,076 人（平成 28 年 3 月末）となっている。

表 V-2 医療福祉に関する主な施設数

病院	2	介護老人 福祉施設	2
うち国保	1	(町立)養護 老人ホーム	1
診療所	8	小規模特養	1
うち国保	3	介護老人 保健施設	1
歯科診療所	6	小規模多機能 型居宅介護	4
うち国保	3	グループ ホーム	6

(平成 28 年 4 月現在、鏡野町保健福祉課調べ)

介護予防の観点からは、全年齢層を通じての運動不足や口腔と全身の健康との関わりについて十分に認知されていないことなどが課題（注1）とされている。

注1：「健康かがみの21（第二次）」より。

（2）高齢者からの相談受付体制

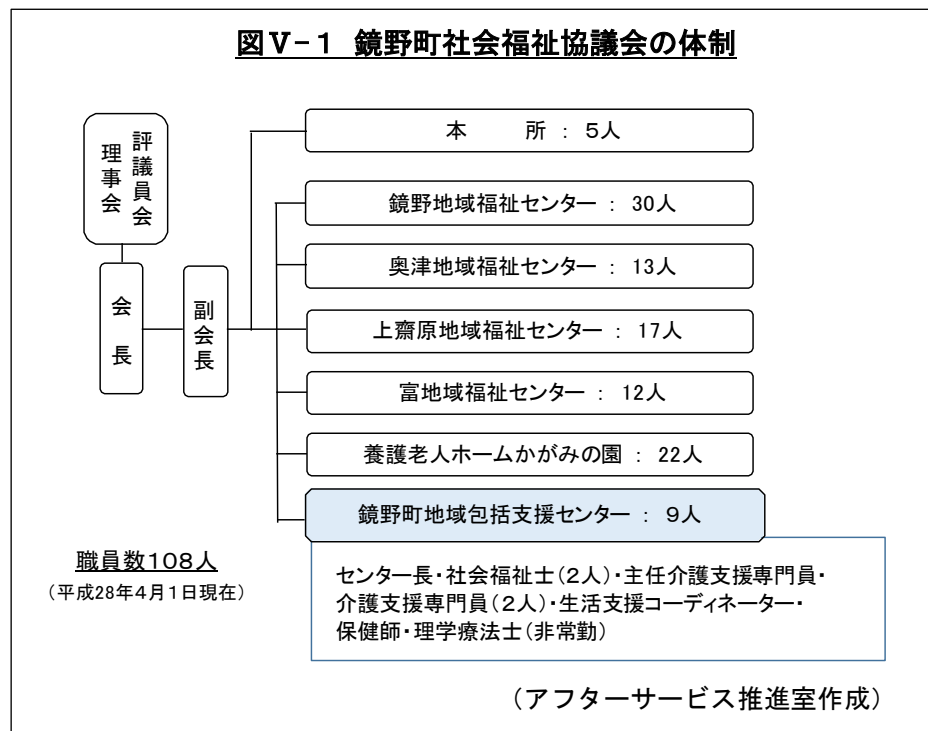
鏡野町では、町全体を一つの日常生活圏域としており、高齢者からの相談窓口となる地域包括支援センターについては、町役場に隣接する公民館内に1か所を設置、その運営を鏡野町社会福祉協議会（以下「鏡野町社協」という。）へ委託している。

鏡野町社協は、地域包括支援センターのほか4か所の地域福祉センターを拠点としており、職員総数は108人である。このうち地域包括支援センターに



（地域包括支援センターの外観）

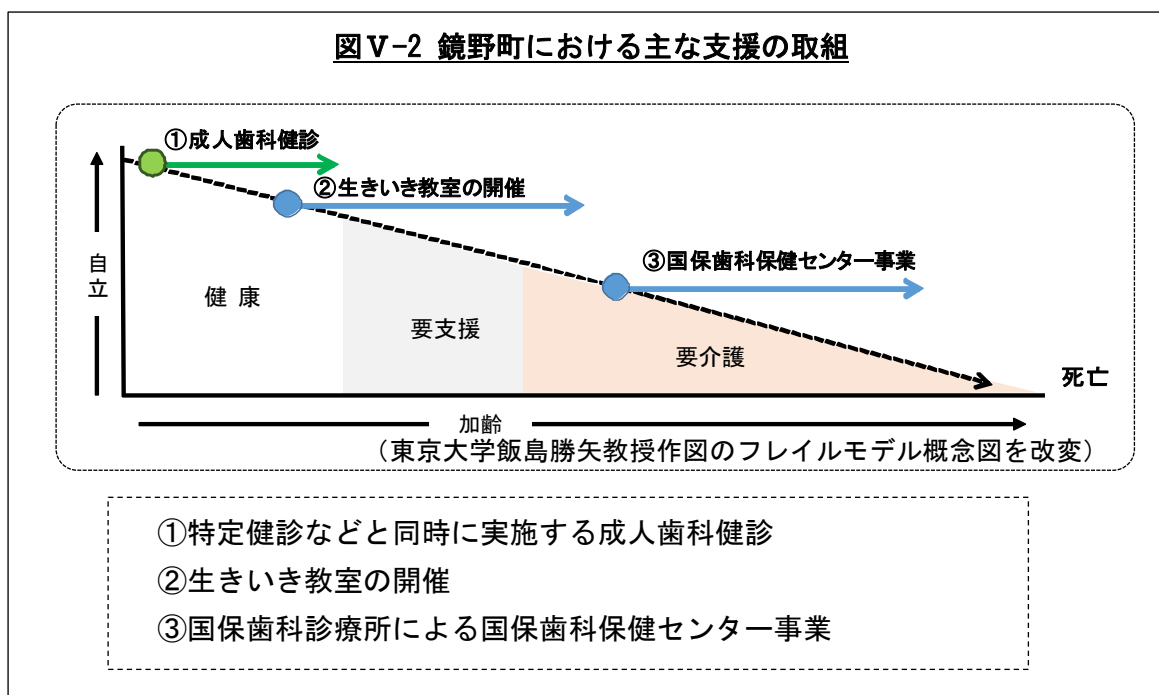
は、平成28年度から理学療法士（非常勤）を新規採用するなど、9人のスタッフを配置しており、地域の高齢者からの相談などに出向いて対処する体制を採っている。



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

地域で「食べること」を支援する主な取組としては、①成人歯科健診、②生きいき教室などの介護予防事業、③国保歯科診療所による国保歯科保健センター事業（介護施設での食事観察や訪問歯科診療など）が挙げられる。

図V-2 鏡野町における主な支援の取組



(1) 成人歯科健診の推進

鏡野町では、平成17年の合併後、旧町村それぞれの実施方法で歯科検診を行っていたが、平成20年の特定健診の導入に伴い、全町統一した方法で歯科健診を無料で実施することとした。

現在の歯科健診は「鏡野町国民健康保険 上齋原診療所」「同 富歯科診療所」(合わせて以下「国保歯科診療所」という。)及び岡山大学病院歯科診療科からの協力を得て実施している。

各健診の受診者数は表V-3のとおりで、集団健診会場では被健診者の6割強が歯科健診を受診している。

健診事業を所掌する保健福祉課は、口腔と全身の健康の関わりを十分に理解してもらうために、歯

科健診の同時受診を推進している。後日、結果の判明するまで保健指導ができない特定健診など異なり、結果がその場で判明する歯科健診では、すぐに受診者に対して適切な歯科保健指導に当たることができる。

歯科健診に当たっては、国保歯科診療所の歯科医師を中心に開発した鏡野歯科健診入力ソフトを活用している。このソフトは、住民情報を活用しており、受診者ご

表V-3 歯科健診の受診者数推移(集団健診)

	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
①特定健診受診者	709	741	788	792	785
②後期高齢者健診受診者	499	457	467	458	475
③30歳代健診など受診者	112	133	193	146	193
合計(①+②+③)	1,320	1,331	1,448	1,396	1,453
うち歯科健診受診者	679	796	985	900	857

(鏡野町保健福祉課資料、単位：人)

との健診結果をその場でデータ入力して保持することで、健診者は蓄積された受診者データに基づき口腔内の変化の有無を継続的に健診すれば良い。これにより費やす労力と時間を軽減できるなどの効果が挙げられている。

また、受診者への保健指導には右のような「健診結果票*」を使用して分かりやすく伝えており、さらに歯周病など口腔と全身の健康との関連についても説明できるよう工夫をしている。

これまでの歯科健診の受診者データからは同町における重症の歯周病罹患率が、グラフV-1のとおり全国（平成23年歯科疾患実態調査）に比べ低く抑えられており、発症年齢のピークも10歳程度遅くなっていることが確認されている（注2）。

また、5年間継続して歯科健診を受診した町民の口腔の状態も、次ページのグラフV-2のとおり全国よりも特に60歳代以降において良好な結果となっている（注3）。

（*「健診結果票」様式を102ページに掲載）

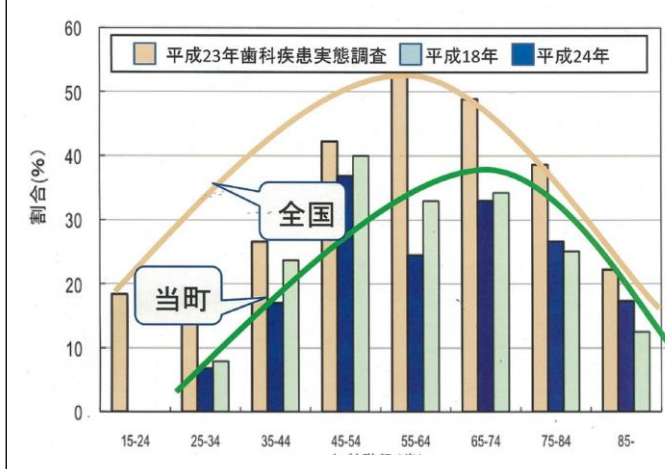
注2：澤田弘一ほか「特定健診と同時に進行簡便な歯科健診

および指導方法」（公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会第18回優秀研究表彰研究論文集（P38-41）平成25年）

（鏡野歯科健診入力ソフトの入力画面）

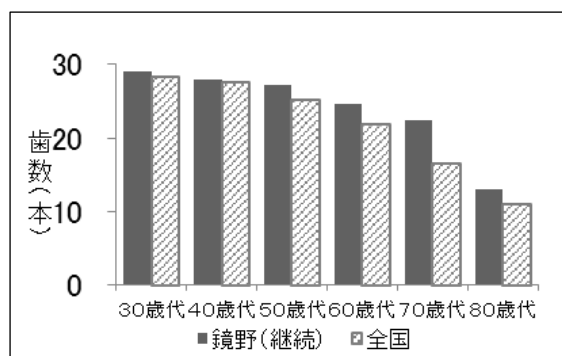
（健診当日に手渡す健診結果票：抜粋）

グラフV-1 年齢階層別の重症歯周病患者の罹患率

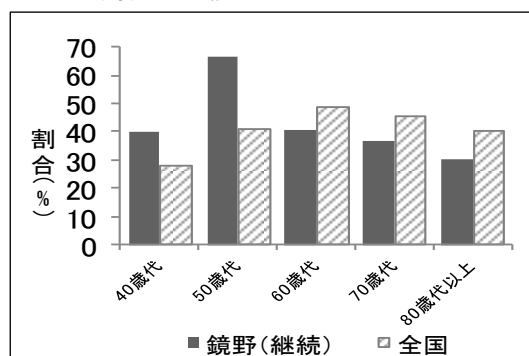


グラフV-2 歯科健診5年連続受診者の結果

① 1人平均現在歯数の比較



② 4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合の比較



注3：草苅良子ほか「鏡野町の成人・高齢期における歯科保健の現状と課題」（鏡野町保健福祉課）、
歯周ポケットは、歯と歯ぐきの境目の溝のこと。

（２）介護予防事業としての取組

鏡野町では、平成26年度から介護予防サポーターの養成を始め、鏡野町社協への委託事業として「介護予防サポーター養成講座」を開催している。6日間の講座は、介護予防に関する知識・技術の習得と地域での支えについて学ぶ内容で、これまでに98人が修了している。介護予防サポーターの役割は単なる高齢者の見守り活動に限られず、公民館や公会堂で地域の高齢者を対象とした体操や出前講演会などの企画・実施も行っている。

介護予防事業の運営についても鏡野町社協が受託しており、生きいき教室、かがみのマッスル道場といった教室などの開催に当たっては、地域包括支援センター担当者が民生委員などと連携しながら高齢者と個別に面談して事前調査した上で、参加対象者を選定している。また、同町における公共交通手段が不便で家族による送迎も期待できないことから、鏡野町社協が対象者の開催施設への送迎を行っている。

ア 生きいき教室

日常生活機能の低下予防を目的として、心と身体の健康を維持・改善し、いつまでも元気で生きいきと生活するためのコツや知識を学ぶ教室を町内4か所の地域福祉センターなどで開催している。参加費用は1,500円（昼食付）で、平成27年度は、184回開催し、延べ1,719人が参加した。

表V-4 生きいき教室の主なプログラム内容

教室	講師	内容
運動機能の向上	理学療法士	「転ばぬ先の杖」体力測定・筋力アップ体操
栄養改善	栄養士	低栄養を防ぎ美味しく食べるには
口腔機能の向上	歯科医・ 歯科衛生士	口腔機能維持・向上の講話と「健口体操」
こころの健康	音楽療法士	音楽療法を取り入れた心の健康教室

「口腔機能の向上」教室に参加したところ、まず、歯科医師から①健康寿命を延ばすためには、フレイル予防と口腔機能の維持・向上が大切であること、②むせるなど飲み込む力の衰え（オーラルフレイル）の兆しがあれば、自分のこととして自覚して早めに予防のための対策をとることなど口腔機能を向上させる目的とそのための取組の重要性について説明が行われた。続いて歯科衛生士から口腔ケアを行う際の留意点、口腔機能の維持・向上の対策となる「健口体操」、早口言葉などの実地指導が行われた。舌の出入れができる人の顔パネルや昔ながらの玩具「吹き戻し」を使ったトレーニングなどもあり、参加者が楽しみながら学ぶことができるよう工夫されていた。



（「口腔機能の向上教室」講話の様子）



（人の顔パネルを使った「健口体操」の様子）



（「吹き戻し」を使った「健口体操」の様子）

イ かがみのマッスル道場

鏡野町では、生きいき教室参加者の中から運動機能の低下が認められる高齢者を対象として、通所型介護予防教室のモデル事業である「かがみのマッスル道場」を平成 28 年度から開始している（注 4）。各 20 人前後の 2 教室を毎週一回・6 か月コースで開催しており、参加者一人ひとりに合わせた運動プログラムや生活目標を設定することにより、「いつまでも自分で立つ、歩く」など生活における身体機能の維持・向上を目指している。理学療法士が考案した筋力強化の体操、ストレッチング、バランス運動、リズム運動が行われている。また、毎回、理学療法士の立会いの下、参加者の「立ち



（「かがみのマッスル道場」の様子）

上がり」（注５）の状況と「２ステップ」の歩幅を測る「ロコモ度テスト」により、当初設定した生活目標に向けての進捗状況を確認している。

注４：平成 29 年度以降、介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービスとして導入する。

注５：10・20・30・40 センチメートルの４種類の高さの台に両腕を組んで腰掛け、立ち上がる。



（ロコモ度を測る「立ち上がり」「２ステップ」テストの様子）

（３）国保歯科診療所による訪問歯科診療（国保歯科保健センター事業）の推進 ア 多職種連携による口腔ケアの推進のための研修・指導

平成 20 年に町役場の看護・介護職員が自発的に始めた勉強会が、地域で働く医療・保健・介護スタッフの知識・技能の向上と相互の人間関係構築を目的とした研修会へと発展し、平成 21 年度から地域包括支援センター主催の「地域ぐるみの包括医療・ケア講座」として 1～2 か月ごとに開催されるようになった。

この講座は、医療・保健・介護スタッフ相互の知識向上と情報共有による連携強化を通じて、口腔機能向上、認知症、難病、自殺対策など地域における広範囲にわたる課題の解決を目的としたものである。その後、回を重ねるうちに、介護スタッフなどの関心が口腔ケア講座に集まったことから、平成 21 年 9 月以降、別途、国保歯科診療所の歯科医師・歯科衛生士が町内の病院と全介護施設で順次、口腔機能に関する基礎研修と口腔機能障害の診断や口腔ケアなどに関する実地指導を行うようになった。



（介護職員への実地指導を兼ねた、歯科衛生士による施設入所者への口腔ケアの様子）

各施設において口腔機能に関する基礎研修と実地指導を積み重ねた結果、医療・保健・介護スタッフの間で、①口腔ケアとは単に口腔清掃のみを指すのではないこと、

②呼吸、構音（注6）、摂食嚥下など多様な視点から障害を早期発見し機能の維持・向上に取り組む必要があることなどの課題を共有することができた。日常的に入所者と接している介護職員からは、口腔ケア方法の実地指導を求められることが多く、その効果を実感してもらえるよう取り組んでいる。また、在宅の要介護高齢者の場合、適切なアセスメントを行い、専門職チームへの支援をつなぐのは、主にケアマネジャーの役割となる。このためケアマネジャーには、摂食嚥下障害の早期発見や口腔機能の維持・向上の訓練などについて、十分に理解しておくことが求められている。

注6：声帯などの器官を使って言語の元となる音を発すること。

イ 特別養護老人ホーム入所者への口腔ケアの提供

国保歯科診療所は、町内に2か所ある特別養護老人ホームのうち1施設から摂食嚥下障害が認められる入所者への口腔ケアと口腔機能の維持・向上に関する具体的な指導などを依頼された。このため、平成22年度から鏡野町国民健康保険歯科保健センター事業として毎月、歯科医師と歯科衛生士が当該特別養護老人ホームへ定期訪問を行うようになった。

特に脳血管疾患の後遺症、パーキンソン症候群及び重度の認知症などで寝たきり状態となった入所者については、自力で口腔内清掃を十分できないだけでなく、介護職員による口腔ケアも困難な場合が多く、専門職からの実施指導が必要となる。このような状況を踏まえて、平成23年度には個別症例への実地指導を加え、さらに平成24年度以降は、毎週、歯科衛生士が寝たきり状態にある入所者へ専門的口腔ケアを行うこととなった。

また、国保歯科診療所が委託した言語聴覚士による摂食嚥下と発語の訓練を月に1度行い、介護職員に対しても自身が入所者に日々の訓練を行えるよう指導している。



（歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士による専門的口腔ケアとリハビリ訓練の様子）

このような取組の結果、当該特別養護老人ホームでは表V-5のとおり、入所者における肺炎による入院日数が大幅に減少する効果（注7）が確認されている。

注7：鷲尾憲文ほか「鏡野町における口腔

表V-5 口腔ケア及び口腔機能向上の普及活動の効果

－特別養護老人ホームから病院への入院日数の変化－

（平成）	21年度	22年度	23年度	24年度
全体（全疾患による）の入院日数	871日	400日	625日	449日
肺炎による入院日数	178日	100日	77日	65日
肺炎による入院割合	20%	25%	12%	14%

ケア・口腔機能維持向上の普及活動の効果」「胃瘻栄養の要介護者に対する口腔ケア」（公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会、第16・18回優秀研究表彰研究論文）

現在、当該特別養護老人ホームでは、摂食嚥下障害が認められるものの、経口維持の可能な入所者に対して最も適した方法で食事支援ができるよう多職種による食事観察（ミールラウンド）を行っている。

まず、対象となる入所者の食事の様子をビデオ撮影しておき、多職種がそのビデオ録画に基づき経口維持について評価する事例検討会*を毎月、開催している。

この検討会には、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士、看護師、ケアマネジャー、介護職員が参加し、食事姿勢、食形態、食器の位置、スプーン形態、食事介助の方法など様々な項目に基づき評価*しており、入所者に最も適した食事方法と食事支援の方法を見出す有効な場となっている。

（*検討会で使用する経口維持計画、評価用紙を103、104ページに掲載）



（ビデオ録画を介した多職種による食事観察の様子）

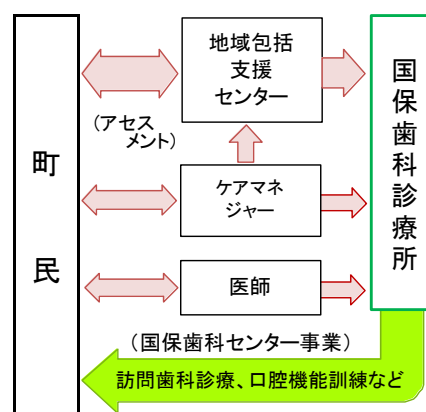
ウ 在宅要介護高齢者への訪問歯科診療

現在、国保歯科診療所は、口腔ケア講座の定期開催の段階を終え、介護施設などにおいて各施設に合ったきめ細かな研修会や歯科衛生士による実地指導を定期的に行っている。

平成28年8月時点では、歯科医師と歯科衛生士が計7か所の介護施設に対して、毎月の定期訪問ケアや実地指導に取り組んでいる。

さらに地域包括支援センターやケア

在宅歯科診療の仕組み



（アフターサービス推進室作成）

マネジャーなどを介し、在宅要介護高齢者本人や家族からの依頼に基づく訪問歯科診療などを提供している。

なお、歯科専門職が口腔や摂食嚥下機能に関する相談に応じる場合は、専用のシートを使用して要支援者の状態の評価（アセスメント）をしている。平成27年度の訪問歯科診療実施件数は、延べ489件であった。

《 地域包括支援センターと国保歯科診療所の連携による訪問歯科診療の事例 》

- ①独居の80歳代の女性。地域包括支援センター保健師の訪問時に、話の中で本人から「入れ歯が合わず噛めないので食事に一時間近くかかる」という情報を得る。
- ②地域包括支援センターから町内の国保歯科診療所に相談する。
- ③本人は長年、外出に抵抗があったが、歯科医師の在宅訪問については受け入れられた。
- ④日程調整の上、歯科医師、歯科衛生士が訪問歯科診療を行い、義歯を調整する。
- ⑤その後、地域包括支援センター保健師から担当の介護職員と本人へ義歯や食事の状況を尋ねたところ、それほど改善されていないことが分かった。
- ⑥保健師からの状況報告を受けて、改めて歯科医師が数回にわたり訪問歯科診療を行う。
- ⑦歯科医師の処置により、現在は、スムーズに食事を摂ることができ、元気に暮らしている。

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

医療・保健・介護スタッフ、町民と口腔機能の維持・向上に関する課題を共有するためには、以下のような正しい知識をさらに啓発する必要がある。

- ① う蝕（むし歯）や歯周病は感染症であり、心疾患、糖尿病、低重児早産など全身に大きな影響を及ぼす。
- ② 口腔ケアとは、口腔内の清掃にとどまらず、う蝕（むし歯）・歯周病の治療、歯科衛生士などの専門職による専門的な口腔清掃や口腔機能リハビリテーションなど包括的なケアを示すものである。
- ③ 胃ろうを造設した要介護者においても、だ液とともに細菌が気管に入ることなどにより誤嚥性肺炎を発症するリスクがある。

イ 保健師

毎年、集団健診で健診項目の一つとして歯科検診を無料で実施しており、歯科を身近に感じることで町民の意識も大きく違ってくる。歯科も内科などと同じようにかかりつけ医をもつことが必要である。

（2）多職種による在宅医療・介護連携に関連して

ア 歯科医師

要介護高齢者の口腔と摂食嚥下の機能維持・向上のためには、多職種の専門職に

よるサポートが必要である。特に日常的に接している介護職員から理解が得られるよう、机上研修会に加えて実地研修会を企画・実施する必要がある。例えば、介護施設の困難事例について症例検討を行い、実際に、入所者の誤嚥性肺炎等の予防、食事の状況改善などの効果を通じて、介護スタッフに負担軽減を実感してもらうことが大切である。

イ 歯科衛生士

常時、要介護高齢者に寄り添っているのは介護スタッフや家族なので、まず、関係づくりが大切となる。人の生命を預かっているというプロ意識や家族の想いを大切にして、口腔機能に関しても一方的な指導を行わないよう気を付けている。

実地指導を継続することで、「口臭がなくなった」「痰がからまなくなった」「食欲が増した」「おしゃべりが増えた」「表情が明るくなった」など、入所者に次々と改善の症候が現れると、介護スタッフの関心がさらに高まるので、より高レベルの段階の指導に進める。

また、口腔ケア用品については、実際に介護職員や家族介護者自身で使用してもらい、使い心地を体感してもらっている。

ウ 介護スタッフ

施設入所者が最初のうちはきちんとできなくとも、食事の前に口腔体操を行い、だ液の分泌を促し、食後は口腔清掃を行うなど、毎日、定期的に行い習慣化することを心掛けている。口腔機能に関する知識が深まるに伴い、歌や早口言葉などを行うときも、「声が出ているか」など、注意深く観察するようになり、視点が変わってくる。

4. 地域が抱える課題と今後の展望

鏡野町では、公共交通手段の利便性が劣るという地域特性から、地域包括支援センターや国保歯科診療所が拠点となり、専門職が在宅の高齢者へ積極的に出向き、支援を行っている。介護予防教室の開催に当たっても、参加者を絞り込んだ上で、原則、送迎を行う対応を取っている。また、歯科においては、町行政がイニシアティブをとって、無料で歯科健診事業を推進している。

在宅医療・介護連携の分野においても、国保歯科診療所が中心となって、介護施設入所者の摂食嚥下機能の維持・向上を支援するとともに介護職員への実地研修に取り組んでいる。

鏡野町の介護予防事業の所掌部署、国保歯科診療所から以下のような声が寄せられている。

- (1) 口腔機能の維持・向上に関する啓発をまず医療機関及び介護施設などの専門職に行い、専門職から地域住民に広げていくよう取り組んでいる。このことによって意識と技術の向上がみられたが、ややもするとその意識の低下があり得るため継続した啓発が必要であると考えている。
- (2) 摂食嚥下障害の見られる高齢者について、多職種が適切に評価することが、QOL向上のための第一歩となる。今後の急速な高齢化を控えて、歯科医師が摂食嚥下機

能の評価において主導的な役割を担えるよう、保険上の報酬体系を整備する必要がある。

- (3) 職員の定着率の低い介護施設では、専門職の研修・指導から口腔機能などに対する意識と技術の向上が得られても、職員が頻繁に代わることによって蓄積されないことがある。このため、一部の職員が代わっても施設全体では常に意識と技術の水準を高く維持できるよう、研修・指導などについては定期的に行う必要がある。

鏡野町が取り組んだ「地域ぐるみの包括医療・ケア講座」のような多職種対象の研修会などに介護職員が参加することにより、医師を含めた地域ネットワークづくりや介護知識・技術の向上による入所者の重症化予防などにおいて実績を積み上げることが、最終的には定着率を上げる効果につながる可能性がある。

《資料コーナー》

1. 歯科健診結果表

歯科健診の結果

平成 年 月 日



☐ 今のところ、問題ありません

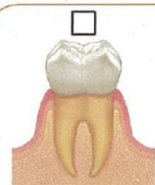
定期的に歯科検診を受けましょう！

- ☐ 治療した方がよいむし歯が()本あります。
- ☐ かぶせや入れ歯を入れた方がよいところがあります。
- ☐ 入れ歯の不具合・粘膜の異常があります。
- ☐ 歯が削れている場所があります。
- ☐ あごの関節に治療が必要です。
- ☐ 舌の汚れがあります。
- ☐ 口内炎があります。

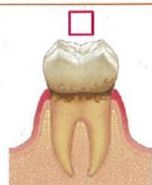
歯科医院を受診しましょう



◆ あなたの歯ぐきの状態



健康な歯ぐきです。



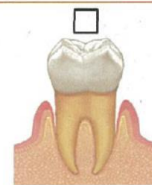
軽度の歯周病です。



中等度の歯周病です。



重度の歯周病です。



治療により歯ぐきの状態は安定しています。
引き続き、受診しましょう

歯科医院を受診しましょう



歯周病と糖尿病は密接な関係 !!!



歯周病菌の毒素
炎症性物質
増加

インスリンの
効き目が
悪くなる

糖尿病

歯周病の人は
糖尿病になりやすい

歯周病の人は内科に行って糖尿病の確認
糖尿病の人は歯科に行って歯周病の確認
...をしましょう

歯周病

免疫力低下
治療力低下

糖尿病の人は
歯周病になりやすい



2. 経口維持計画表

経口維持計画																																																																																							
氏 名		性別 ☐ 男 ☐ 女	生年月日 年 月 日																																																																																				
		算定年月日 ☐ 経口維持加算（Ⅰ） ☐ 経口維持加算（Ⅱ） 協力歯科医療機関名（ ）																																																																																					
接触・嚥下機能検査の実施 ☐ 水飲みテスト ☐ 頸部触診法 ☐ 咀嚼能力・機能の検査 ☐ 認知機能に 課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） ☐ その他（ ）			検査実施日 年 月 日																																																																																				
1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点 食事の観察を通して気づいた点： 食事の観察の実施日 年 月 日 ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 言語聴覚士 ☐ 管理栄養士 ☐ 看護職員 ☐ 看護職員 ☐ 介護支援専門員																																																																																							
① 口を開かない ② 食事をしながら、寝てしまう（傾眠） ③ 食事に関する認知障害や意識障害がある（失認） ④ 食事に関する注意力が低下している ⑤ 噛まずに、次から次へと食べ物を運んでいる（実行機能障害） ⑥ 食べ物をいつまでも飲み込まずに、噛んでいる ⑦ 円背又は座位の保持が困難（まっすぐ座ることができない、前後左右に傾くなど） ⑧ 下顎が上がりがちである ⑨ 口腔内が乾燥している ⑩ 口腔内の衛生状態が悪い ⑪ 噛むことが困難である（歯・入れ歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある） ⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる ⑬ 口から食べ物や唾液がこぼれる ⑭ 口腔内に食べ物残渣がある ⑮ 食事中や食後に濁った声に変わる ⑯ 一口あたり何度も嚥下する ⑰ 頻繁にむせたり、せきこんだりする ⑱ 食事の後半において、特によくむせる ⑲ 全て食べ終わるまでに30分以上かかる ⑳ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など） ㉑ 食事又はその介助を拒否する		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50px;">☐</td><td style="width: 100px;">はい</td><td style="width: 50px;">☐</td><td style="width: 100px;">いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>はい</td><td>☐</td><td>いいえ</td></tr> </table>		☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ	☐	はい	☐	いいえ
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
☐	はい	☐	いいえ																																																																																				
2. 経口維持計画																																																																																							
解決すべき課題や目標、目標期間																																																																																							
経口による 継続的な食 事の摂取の ための対応	経口維持加算（Ⅰ）																																																																																						
	経口維持加算（Ⅱ）																																																																																						

3. 経口維持経過及び評価用紙

経口維持経過及び評価用紙				
☒ 経口維持加算(Ⅰ)		☒ 経口維持加算(Ⅱ)		記入者 : _____ 印
作成日 28 年 7 月 27 日		評価日 28 年 7 月 27 日		次回予定 H 28 年 8 月 24 日
利用者 氏 名	○ ○ ○ 様	生年月日	M T (S) 3 年 月 日 87 歳	
		居室	号室	要介護 4
項目	経過		評価	
食事形態	主食 : 米飯・粥 (分・全) ミキサー・ <u>ミキサーゼリー</u> 副食 : 一口大・部分ソフト・ソフト ミキサー・ <u>ミキサーゼリー</u> 汁物 : トロミ (有)・無 : 普通・極		食べ物という見方をしていないのではないかと 思われるような投げやりにスプーンでかき混ぜる	
食事摂取	自立 見守り (要) 不要 <u>一部介助</u> 全介助		自力摂取される方 ほうっておくと殆ど食べていない様に見える	
摂食行動	偏食 : (有) ・ 無 咀嚼 : 良 ・ (不良) 嚥下 : (良) ・ 不良 咽こみ : (有) ・ 無		入れ歯はあるが 使えない 主が入れると痛がられる 食事の中間でよく咽る	
摂食量	全量 摂取なし 3/4 内 容 : <u>2/4</u> ~ 1/4		もういいと自分の前から膳を外される お茶が好き	
食事時間	10分以内 30分以内 <u>20分以内</u> 1時間以上		現状維持	
体重記録	2ヶ月前	先月	今月	身長150cm
IBW kg	45.55kg	46.05kg	43.6kg	3kg減/1ヶ月
その他	食べる意欲 薄い 自力摂取だが一部介助が必要 食事中の姿勢 自助具の適正 ビデオ撮影にて評価		好きな物を食べてもらいたい 最初にお茶を飲み過ぎないようにする	

以 上