

平成 26 年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

摂食嚥下障害を有する高齢者の地域支援体制の取り組み収集、分析に関する調査研究事業

摂食嚥下障害を有する高齢者への 地域支援体制の取り組み 事例集

平成 27 (2015) 年 3 月

株式会社 三菱総合研究所

目 次

I. はじめに.....	1
1. 事例集作成の背景と目的.....	1
2. 本事例集の活用方法.....	2
II. 摂食嚥下支援先進地域の事例.....	3
1. 先進事例の紹介.....	3
取り組み事例1 気仙沼・南三陸「食べる取り組み」研究会（宮城県気仙沼市）.....	3
取り組み事例2. 新宿食支援研究会（東京都新宿区）.....	6
取り組み事例3. 山梨お口とコミュニケーションを考える会（山梨県）.....	9
取り組み事例4. 能登 NST 研究会/金沢在宅 NST 経口摂取相談会（石川県）.....	13
取り組み事例5. 京滋摂食・嚥下を考える会（京都府・滋賀県）.....	18
取り組み事例6. 摂食・嚥下障害認定看護師を中心とした活動（和歌山県和歌山市）	22
取り組み事例7. 歯科医院を中心とした活動（鹿児島県鹿児島市）.....	26
2. 先進事例から得られた示唆.....	30
III. 摂食嚥下支援の進め方.....	32
1. 地域資源の見える化.....	32
2. 摂食嚥下支援のプロセス.....	35
3. 書式類.....	38
VI. おわりに.....	41

I. はじめに

1. 事例集作成の背景と目的

近年、わが国では急速な高齢化の進行とともに、摂食嚥下障害が大きな問題となってきた。「口から食べること」はもともと人間の本態であり、「生きる権利」の象徴であり、「食べる喜び」は生活において最も重要視されてしかるべきものである。しかし、少なからぬ人々が、疾病・障害を得て、さらに加齢と廃用による機能低下を起こし、やがて摂食が困難となって生命が終焉を迎える。このような中で、当事者不在・医療者偏重の論議は、かつては「胃ろう問題」を生んでいた。ところが、2012年老年医学会が人工的水分・栄養補給法についてのガイドラインを表明した頃から、現場においては胃ろうが経鼻栄養、I.V.H、点滴に変わってきている状態が散見されるようになった。（注：胃ろう、経鼻、I.V.H、点滴等での栄養補給法を人工的水分・栄養補給法AHN*と略記する）

*AHN：artificial hydration and nutrition の略

わが国においては、摂食嚥下障害が発生して本人の意思が確認できない場合において、「誤嚥性肺炎を生じた」、「経口摂取が困難である」、「家族の同意が得られた」等の要件を満たすことで胃ろう等のAHNが適用されていることも多い。特に終末期医療の場においては、本人の同意が得られない意識状態になった患者に対して、延命の手段としてAHNが適応されることもあるが、本人の意思が反映されない状況下で、人工栄養法のメリット・デメリットに対する正確な理解のない中で導入されている例も少なくない。

しかし、そもそも本人同意のないままにAHNを適応することは、人間としての尊厳を軽んじるものであり、まずは適切な嚥下機能評価を行った上で、AHNを選択するか否かのプロセスが必要となる。そして、たとえ人工栄養法になったとしても可能な限り食形態や嚥下リハビリ等を検討した上で経口摂取へと戻すことも試みるべきである。人が自らの人生を自分らしくまっとうするために、「口から食べる権利」は最後まで保証されるべきである。そしてまた、本人の同意を得て、再び食べることへの取り組み、可能性追求を行える支援が必要である。

そのためには、以下の点に留意する必要がある。第一に、摂食嚥下障害に陥ることをできるだけ回避することである。これは誤嚥性肺炎や転倒・骨折など、摂食嚥下障害につながる疾病や外傷を避けるための日常生活における介護予防の取り組みや、病院における、「絶食と廃用による医原性サルコペニア」を回避しようとする取り組みなどが必要である。第二に、摂食嚥下障害となった場合、可能な限り口から食べられるようにサポートするこ

とである。これは疾病の治療現場である病院においても、生活現場である在宅や施設においても同様である。

そのため、医科・歯科を通じての原疾患の治療はもちろんのこと、口腔ケア・環境調整・食形態・栄養サポート・嚥下リハ・食介助など、多職種チームによる有機的な取り組みが不可欠である。このような観点で地域における取り組み事例を収集・分析し、食支援にまつわる論点を、利用者の観点・行政の関わり方・地域性の観点などから整理することが、他の地域に取り組みを広げる上でも必要となる。

そこで、本研究事業において、全国の摂食嚥下障害の改善・食支援の取り組みを先進的・積極的に進めている地域に実態調査を行い、当該地域の事例を取りまとめるとともに、食支援プロセスや多職種連携の方策などをとりまとめ、事例集を作成することとした。

2. 本事例集の活用方法

この事例集は、摂食嚥下障害の改善や食支援にかかわっている方々に活用いただくことを想定し、先進的に摂食嚥下障害の改善・食支援に取り組んでいる地域の例を紹介し、そのプロセスや関連職種などを整理している。今後、自地域でこのような取り組みを進めていく際にお役立ていただければ幸いである。

Ⅱ. 摂食嚥下支援先進地域の事例

1. 先進事例の紹介

取り組み事例 1 気仙沼・南三陸「食べる取り組み」研究会（宮城県気仙沼市）

「環境変化がもたらす地域の変革」

気仙沼地域の特徴として、震災時の外部支援を契機として取り組みが拡大したことから他地域との接点が多岐にわたる。また、医療専門職に限らず多くの関係職種ができることに取り組むことで、入院から在宅・施設まで一貫して口腔ケアや「口から食べる」を実践している。

（1）気仙沼・南三陸「食べる取り組み」研究会

①基本情報

取り組みの実施主体	気仙沼・南三陸「食べる取り組み」研究会（前身：気仙沼口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーションサポート）
取り組み施設・事業所概要	気仙沼市立本吉病院（齊藤稔哲院長） 金沢歯科医院、大友病院、気仙沼市立病院、山谷歯科医院等
中心職種	医師・歯科医師
連携職種	看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護士、理学療法士、言語聴覚士、作業療法士、介護職員、ケアマネジャー等
地域	宮城県気仙沼市

②取り組み事例

1) 取り組み開始の背景・経緯

気仙沼・南三陸「食べる取り組み」研究会の発足は2013年と最近であるが、その根幹をなす取り組みは2011年3月から行われている。東日本大震災発生に伴い、気仙沼市では多くの医療ボランティアが活動した。多くの被災者が病床不足により入院できない中、「気仙沼巡回療養支援隊」という訪問診療を担当する団体が結成され、在宅診療に特化した支援を実施した。また、他地域で摂食・嚥下に関する取り組みや口腔ケアを実践している専門職も避難所等でボランティア活動に従事し、中でも山梨市立牧丘病院の古屋聡院長を中心として、気仙沼・南三陸「食べる取り組み」研究会の前身である「気仙沼口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーションサポート」が「口」に関する支援を展開した。彼らの活動が職種や病院を超えて拡大し、市立病院等の地域医療施設との連携が進む中で、気仙沼・

南三陸「食べる取り組み」研究会は発足した。

2) 取り組みの内容

気仙沼・南三陸「食べる取り組み」研究会は勉強会かつ、情報発信と交流の場として機能している。月に一度事例検討会が実施されているが、その出欠は自由参加となっている。また、二か月に一度の事例検討会は参加施設で実際の症例検討会として開催されている。参加者は施設単位ではなく、個人での参加となっているが、その所属は多岐に渡り、病院や診療所のみでなく、介護老人福祉施設や介護老人保健施設の職員も参加している。また職種も多岐に渡り、医療専門職に留まらず、介護職員の参加も多い。

参加施設が気仙沼市全域に及ぶことから市内での規格の統一にも取り組んでいる。栄養士会を中心に食形態の統一による患者や施設入所者が口にする食べ物の標準化や記録用紙のフォーマットの統一化を推進している。

3) 取り組みの工夫点

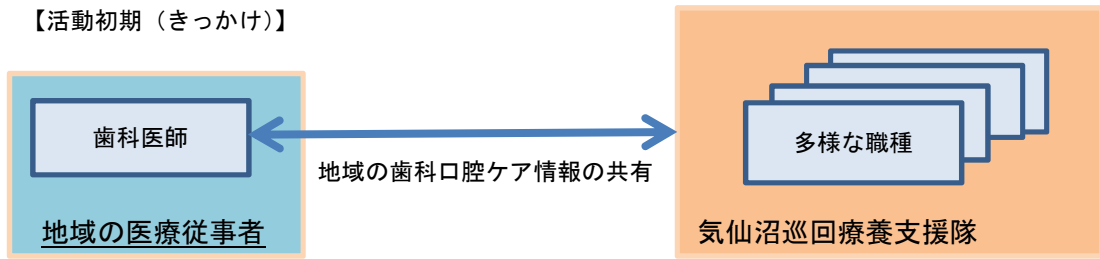
多職種間連携と地域全体のボトムアップを目的としている。特に、高齢者の異変に最初に気付くのは介護専門職であるとの意識から、医療・介護間連携の重要性を意識している。また、人的医療資源に不足が多い地域であることから、職域にとらわれずに全員で協力する、そのために「自分ができることをやる、それぞれの職種ができることを増やす」、という姿勢が会全体の雰囲気として見られる。それは強制によるものでなく、取り組み開始初期に、他地域で多くの実績があった口腔ケアや嚥下訓練の手技を直接見学する機会に恵まれたことが大きい。また、モチベーション継続の方法として成功体験の共有と情報発信を意識している。

③課題

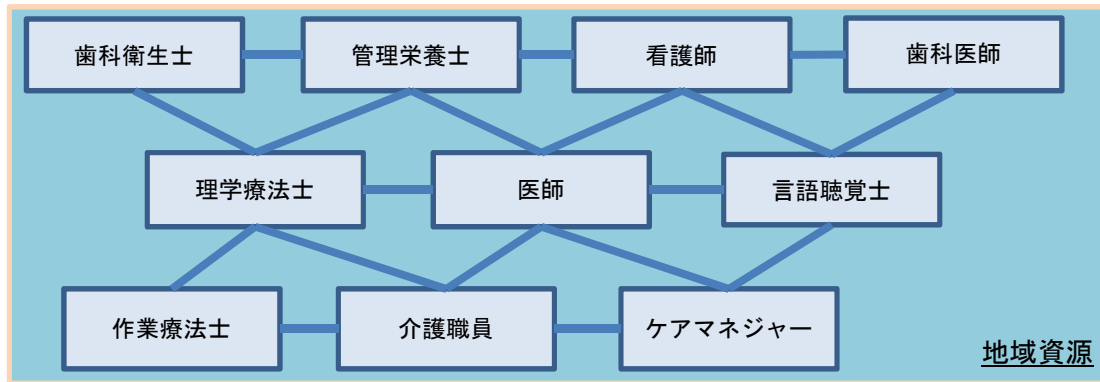
医療・介護連携としてケアマネジャーの参加を拡大したいと考えている。高齢者の異変にケアマネジャーが気づいたとしても、医師に自分の意見を伝えることに対する心理的障壁の高さや多忙を理由に、連携が進まない現状がある。会への参加を通して交流を深めることで、職域を超えた連携を推進していきたいと考えている。また、地方都市に普遍的な課題である人口減少や介護の担い手不足の中で介護の質を保持するために、裾野を拡大し、ボトムアップを図る必要があると考えている。

【当地域における食支援ネットワークの形成過程】

【活動初期（きっかけ）】

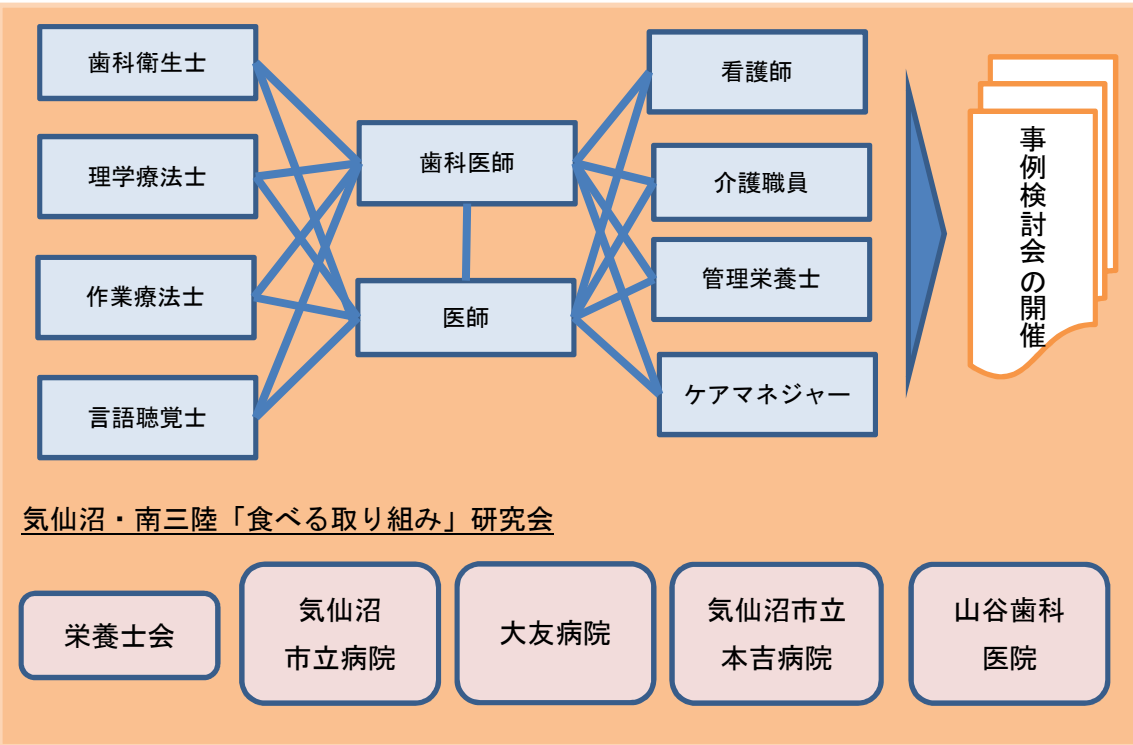


【ネットワーク形成期】



気仙沼口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーションサポート

【気仙沼・南三陸「食べる取り組み」研究会】



活動初期

ネットワーク形成期

気仙沼・南三陸「食べる取り組み」研究会

取り組み事例 2. 新宿食支援研究会（東京都新宿区）

「『自分の職域では何ができるか』を問いかける」

新宿地域の特徴として、以前から訪問診療等の在宅医療先進地域であった。その歴史を背景に多くの専門職が参加する研究会が新宿食支援研究会である。研究会はプラットフォームであり、参加者の多くが研究会で得た気づきを元に自分の職域で「食べる」支援を実施している。

（1）新宿食支援研究会

①基本情報

取り組みの実施主体	新宿食支援研究会
取り組み施設・事業所概要	代表世話人 五島朋幸歯科医師（ふれあい歯科ごとう）
参加職種	歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、医師、看護師、薬剤師、鍼灸・マッサージ師、理学療法士、ケアマネジャー、ホームヘルパー、地域包括相談員、福祉用具専門相談員、施設介護職員、配食サービス、福祉用具メーカー、医療ソーシャルワーカー
地域	東京都新宿区

②取り組み事例

1) 取り組み開始の背景・経緯

新宿区は周囲に大学病院等の大きな病院が多いため、住民の平均在日数が短い傾向にある。在宅での療養が地域全体にとって重要な意味を持つため、訪問歯科診療以外にも訪問看護ステーションや在宅での摂食嚥下機能評価実施等多くの先進的な在宅医療の取り組みが実施されてきた。

そのような地域特性を有する新宿区において、新宿食支援研究会は2009年7月に発足した。発起人はふれあい歯科ごとうで長く訪問歯科診療を実施してきた五島朋幸歯科医師である。高齢者6万人、摂食嚥下困難者1万人という将来予測の中で、「摂食嚥下に関する取り組み」ではなく、「食べることにに関する取り組み」を実施するために発足した。会の目標として、①介護職の食に対する意識の向上②食支援職種のネットワークづくりと知識、技術の向上③地域での食支援の実践を掲げている。現在のスタッフは18職種55名に上る。

2) 取り組みの内容

新宿食支援研究会は勉強会かつ、情報発信と交流の場として機能している。会の発足以来継続して勉強会を開催しているが、現在は新宿区内で活動する専門職のみで満席になる

ほど盛況である。講師も研究会のスタッフが務めており、多職種との交流、情報共有、人脈作りの場として機能している。研究会の大きな特徴として複数のワーキンググループの存在が挙げられる。基本的に「新宿食支援研究会」の名前の下で活動することはないが、会の参加者によって多くのワーキンググループが立ち上げられている。その多くは協働する職種による活動であり、各自が専門職種の知識や経験を活かして支援者の「口から食べる」に取り組んでいる。

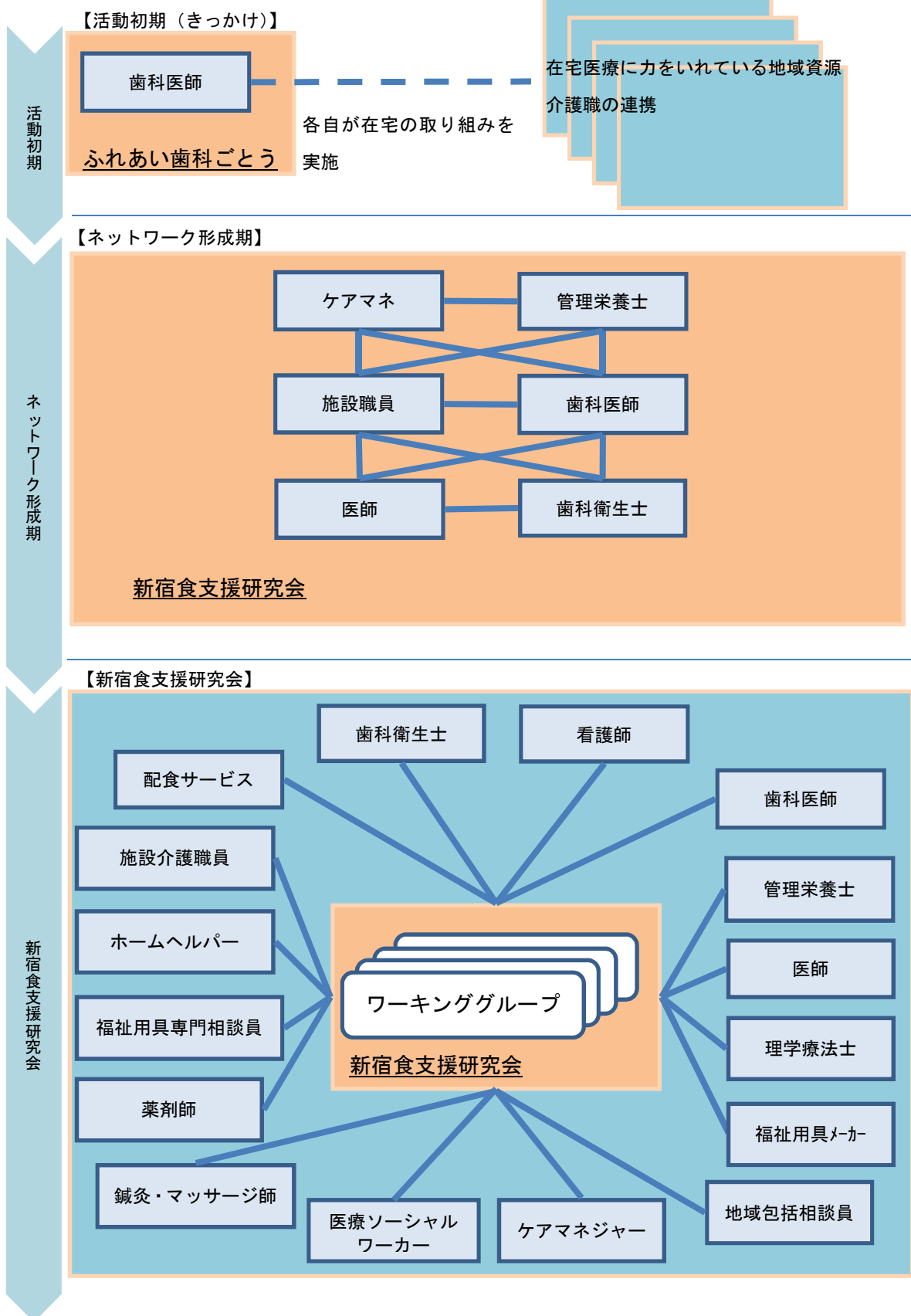
3) 取り組みの工夫点

在宅高齢者のうち食に問題がある人を「見つけて、専門職につなげ、取り組みによって結果を出す」という一連のプロセスの中で一番難しいのは最初の「見つける」部分だという認識がある。この部分を拡大して適切に要支援者を把握し地域の真のニーズを知るためにも、医療、介護専門職にかかわらず「地域全体で見つける」取り組みが必要だと考えている。そのため、日々の生活で（隠れた）要支援者と接することの多い食品小売業従業員や配食サービス、処方薬剤の剤型相談を受ける薬剤師等に現在注目している。あくまで「取り組み」は各専門職が自身の知見に基づいて実施することを前提に、その前段階である「要支援者の把握」において生活を支える全ての職業が連携できる街づくりを活動方針としている。

③課題

活動地域が大きく、また地域人口も多いことから、活動内容が一団体の取り組みを超えてまちづくりやコミュニティ形成に直結するものとなっている。今後はより一層活動参加者の裾野拡大に取り組んでいく必要がある。

【当地域における食支援ネットワークの形成過程】



取り組み事例3. 山梨お口とコミュニケーションを考える会（山梨県）

「点から面へ」

医師の気づきと行動力が多職種連携、多機関連携を実現し、地域における摂食嚥下支援の切れ目のない提供を可能にした事例。病院専門職、開業医・歯科医師、歯科衛生士など多様な立場の幅広い職種が関与している。

①基本情報

取り組みの実施主体	山梨お口とコミュニケーションを考える会（山梨県峡東医療圏東山梨地区の公私立病院及び開業医、開業歯科医、歯科衛生士及び職能団体）
取り組み施設・事業所概要	山梨市立牧丘病院、塩山市民病院他
中心職種	医師、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、看護師、管理栄養士等
地域	山梨県峡東医療圏東山梨地区

②取り組み事例

1) 取り組み開始の背景・経緯

「お口とコミュニケーションを考える会」の設立は2002年。しかし、会の設立は地域での実践活動に形を与えたもので、活動は会をまとめ上げた古屋聡医師（現市立牧丘病院長）による胃ろうと経口摂取をめぐる課題への気づきと歯科医師、歯科衛生士をはじめとする専門職との連携による活動が地域で行われてきた。

現在は地域のオープンな資源を活用する牧丘病院と地区歯科医師会等との連携による専門的口腔ケアシステムの拠点たる塩山市民病院の二つの拠点による活動を展開している。

2) 取り組みの内容

<市立牧丘病院における取り組み>

牧丘病院内および同病院が訪問診療等を実施している在宅患者の専門的口腔ケアは、特定の歯科医院に常勤として勤務していないフリーランスの歯科衛生士チームが地域の歯科医師の指示のもとで担当する。入院患者に対する日常的口腔ケアは主に看護師が担当し、3回/日の口腔ケアを実施している。ただし、患者の口腔ケアは「看護師だけが行う」ということではなく、口腔内の汚れが見られれば、リハ職等も口腔ケアに関与する。日常的な口腔ケアは院内の人材で担当する一方、専門的口腔ケアはフリーランスの歯科衛生士の力を借りることになる。彼らは、病院に勤務する医師や地域の歯科医師の指示を受けて、口腔ケアを実施する、病院に勤務する看護師は歯科衛生士による専門的口腔ケアをベッドサイドで見学、知見の導入に努めており、事実、看護師の口腔ケアへの意識と技術は歯科

衛生によるケア実施前と比べて大きく向上した。

摂食嚥下機能評価は、通常、牧丘病院の理学療法士、作業療法士が行っているが、週1回、塩山市民病院から言語聴覚士が来院し、嚥下機能評価の支援を行っている。この嚥下機能評価については牧丘病院のスタッフからも来訪する言語聴覚士への期待が大きい。

日常の食事介助は看護師が実施している。言語聴覚士の嚥下機能評価により、摂食嚥下リハビリが必要となった場合、院内の理学療法士、作業療法士が関与することとなる。リハビリが加わったチームで食事の時間に合わせて訓練を行う。理学療法士、作業療法士から看護師、管理栄養士に訓練の内容や患者の嚥下機能の状態についてフィードバックがなされる。栄養士はこれを受けて調理におけるカスタマイズを依頼する流れが出来ている（院内の食事は委託によるが、30床と小規模であるため、栄養士の指示により、調理員はある程度のカスタマイズに対応している）。

医師は、嚥下機能評価や訓練の場に立ち会うことはほとんどない。ただし、評価結果や訓練の状況を総合し、経口摂取を開始する際の口火を切る役目を担い、評価結果や訓練の状況を総合して判断している。病院内では、管理栄養士が食事内容や摂食嚥下に関わることはもとより、口腔ケアの状況なども把握し、各職種のつなぎ役を果たしている。

退院後も、必要に応じて牧丘病院から、各職種の在宅訪問サービスが提供される。歯科のサービスについても、地域の開業歯科医がかかりつけ歯科医として入院時にも関わるため、在宅に戻った際には、歯科衛生士による口腔ケアも含め、継続的に提供される。

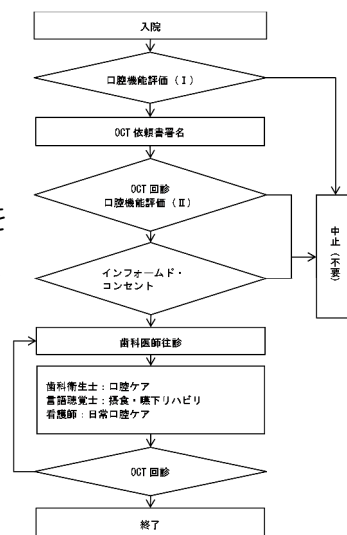
病院職員、協力歯科医師、歯科衛生士などにより定期的にカンファレンスが行われ、入院患者だけでなく在宅患者の情報も共有し対応策が検討されている。在宅患者の情報の多くは歯科衛生士が収集、共有している。情報が集約できるのは、フリーランス歯科衛生士が自宅、施設、デイサービス等、様々な場で患者とかわるためである。

<塩山市民病院>

歯科の併設されていない病院に開業歯科医院から口腔ケアの提供を受ける形態で入院患者の口腔ケア、摂食嚥下支援を実施している。

診療科に歯科をもたないことから、山梨県医師会を通じ、山梨県歯科医師会に協力依頼。甲州市、山梨市の歯科医師が病院に訪問歯科診療の形で関与するようになった。平成22年から山梨県歯科医師会東山梨地区、山梨県歯科衛生士会との協働の下、東山梨地区専門的口腔ケアシステム（東山 Oral Care System：東山 OCS）を構築し、摂食嚥下支援、口腔ケアに取り組む体制を確立。院内では口腔ケア担当チーム（院内 Oral Care Team：院内 OCT）を設置した。院内にはNSTも存在するが、OCTとNSTは重複メンバーも多く、口腔ケア、摂食嚥下支援と円滑な連携が可能である。

院内 OCT は言語聴覚士が中心となり、脳神経外科部長がバツ



クアップ、調整等を分担する体制で活動している。地域における多職種、多施設（医科歯科）連携を実現した東山 OCS は図のような流れで運用されている。OCS による支援を受けるべきと判断された場合はインフォームドコンセントを実施、歯科医の往診を受けることとなる。歯科医の往診では必要に応じて嚥下造影検査（VF）を実施。往診にあたる歯科医師は、現在 10 名。OCS で歯科の取りまとめ役を担う中村歯科医院の中村院長が依頼を集約し、10 名の歯科医師に担当の分担を連絡する。

支援方針が定まると、歯科衛生士（フリーランスを含む）による口腔ケア、言語聴覚士による摂食・嚥下リハビリテーション等が実施される。経験の蓄積によって、現在では看護師の口腔ケアスキルも向上している。

一定期間の支援を実施したのち、再度 OCT 回診を実施し、支援が有効なものとなっているかをモニタリングし、状況に応じて再度の歯科医師往診、支援の継続、終了を判断する。

歯科との連携を開始して、院内看護師の口腔ケアへ意識と理解は大きく向上した。口腔ケア、摂食嚥下支援を行うには、患者本人、家族との良好なコミュニケーション、信頼関係の構築が前提となるため、日常的に患者本人や家族と触れ合う機会の多い職種、人材の意識が高くなる傾向にある。

3) 取り組みの工夫点

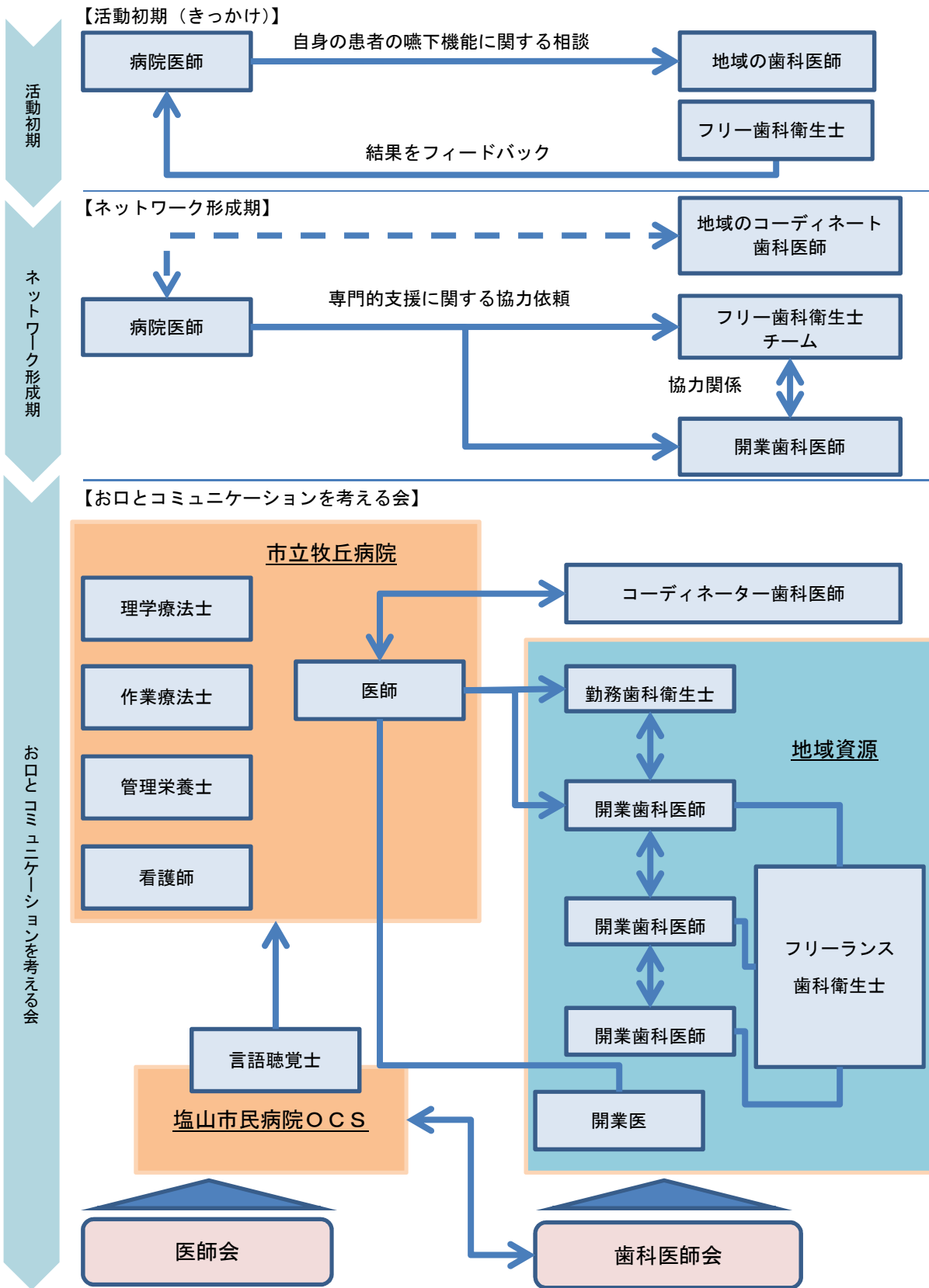
山梨お口とコミュニケーションを考える会の取り組みにおける工夫点、ポイントは…

- 医師が患者の「食べられない」に疑問をもち、「食べさせたい」という気持ちをもったこと（地域の中に、スキルを持った人が必ずいる。知らない人でも声をかけてみる行動力をもつ医師がいたこと）。
- 何人か仲間ができた後は、地域への呼びかけとなったこと。やがて医師会、歯科医師会など、専門団体の連携へとつながったこと（各専門団体では、研修による人材育成や、組織の中での体制づくりに取り組んでいる）。
- 病院職員（専門職）が地域に出ることで、病院と地域の切れ目のない連携が実現されているほか、地域のコーディネーターとなる医師や歯科医師に病院からの引き継ぎが行われている。
- 各病院の中では職種に関わらず、コーディネート役を担いうる人材が自律的に役割を担っている。

③課題

市立牧丘病院からは地域での専門的口腔ケアを担える経験豊富な歯科衛生士の確保について、塩山市民病院では摂食嚥下支援に関与する職種が未だ限定的であり、マンパワーが十分とはいえないとの認識が示され、今後の取り組みの促進に向けて人材の確保・育成が課題として認識されている。一方、市立牧丘病院では平成 26 年 4 月より東山梨医師会から受託し、地域における在宅医療支援の相談・調整を担う「在宅連携サポートまきおか」が設置され、地域を支える体制は着実に整いつつある。

【当地域における食支援ネットワークの形成過程】



取り組み事例 4. 能登 NST 研究会/金沢在宅 NST 経口摂取相談会（石川県）

「NST から始まる口腔ケア」

石川県における取り組みの特徴として、NST に対する取り組みから経口摂取の取り組みや口腔ケアが発展していることが挙げられる。また、南北に伸びた県の特徴から、金沢・能登の二圏域で取り組みが確立されている点も特徴といえる。「能登食形態マップ」を作成し、関係職種間での共通言語を構築した。

（1）能登 NST 研究会

①基本情報

取り組みの実施主体	能登 NST 研究会参加者 食力の会参加者
取り組み施設・事業所概要	顧問大村健二医師（上尾総合中央病院）・小川滋彦医師（小川医院） 事務局公立能登総合病院（代表世話人橋本正明院長） 食力の会代表長谷剛志（公立能登総合病院）
中心職種	医師、歯科医師 連携職種：看護師、管理栄養士、介護士等
地域	石川県能登地域

②取り組み事例

1) 取り組み開始の背景・経緯

能登 NST 研究会は 2005 年に活動を開始した。先立つ日本静脈経腸栄養学会北陸支部の地方会として活動を行っている。

2) 取り組みの内容

能登 NST 研究会は年一回の学術講演会を開催している。地域医療セミナー等能登地域のニーズを捉えた勉強会の他に、年一回の能登 NST 合宿を継続して実施している。この合宿は医療専門職の他、介護士や病院事務職等の参加もみられる非常にオープンなものである。発足当初は社会的認知が低かった NST の理解を深めることを活動の主眼に置いていたが、現在は「能登地域の栄養ケアの底上げ」を目標に栄養や口腔ケアに関する基本的な情報をわかりやすく伝えることが最大の目的となっている。

能登 NST 研究会の世話人の一人である中村悦子看護師（市立輪島病院）が所属病院で取り組んだ輪島食形態マップはその後事務局である公立能登総合病院に勤務する長谷剛志医師が発起人である「食力の会」によって能登地域全体の食形態を網羅した『能登食形態マップ』へと発展を遂げた。

3) 取り組みの工夫点

能登 NST 研究会は他の地域連携の取り組みと協力して能登地域全体の底上げを目指している。上述の『能登食形態マップ』の作成も「食力の会」との連携によるものであるが、能登 NST 研究会に参加している病院の殆どがマップに参加している。また、他にも能登脳卒中地域連携協議会が検討した脳卒中地域連携クリティカルパス参加施設の大半が能登 NST 研究会の参加者であり、複数のツールを活用した一体的な取り組みが可能となっている。

③課題

能登 NST 研究会としての今後の課題は能登半島全病院の研究会への参加と地域全体の栄養サポートに関するレベルの向上である。生活期における栄養ケア向上の為に、介護職を中心とした非医療専門職に必要情報をいかに伝えて一貫した治療を提供するかが今後の課題である。

(2) 金沢在宅 NST 経口摂取相談会

①基本情報

取り組みの実施主体	金沢在宅 NST 経口摂取相談会参加者
取り組み施設・事業所概要	代表世話人小川滋彦（小川医院院長） 事務局手塚波子（小川医院管理栄養士） 経口摂取相談会
中心職種	医師
連携職種	歯科医師、看護師、保健師、歯科衛生士、管理栄養士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、ケアマネジャー、社会福祉士
地域	石川県金沢市

②取り組み事例

1) 取り組み開始の背景・経緯

金沢在宅 NST 経口摂取相談会は 2004 年に活動を開始した。発足当初は企業の援助を受けた胃ろうの勉強会であったが、徐々に在宅を含む NST 及び「食べること」全般を扱う会として発展してきた。世話人である小川医師の個人的な人脈から参加者は自然に拡大し、職種も多様になった。

2) 取り組みの内容

金沢在宅 NST 経口摂取相談会は月に一度の経口摂取相談会を開催している。ケアマネジャー経由の依頼や会参加者への直接依頼を経て相談患者を決定し、機能評価から介入までを一貫して検討する。相談対象である患者の元に複数の専門職で訪問し、口腔機能や摂食

について実際に評価を実施する点が特徴的である。この訪問診断結果や訪問時の映像を踏まえて会参加者で事例検討を行い、介入方針を決定する。事例相談を開始して以降、現在まで36例まで継続している。

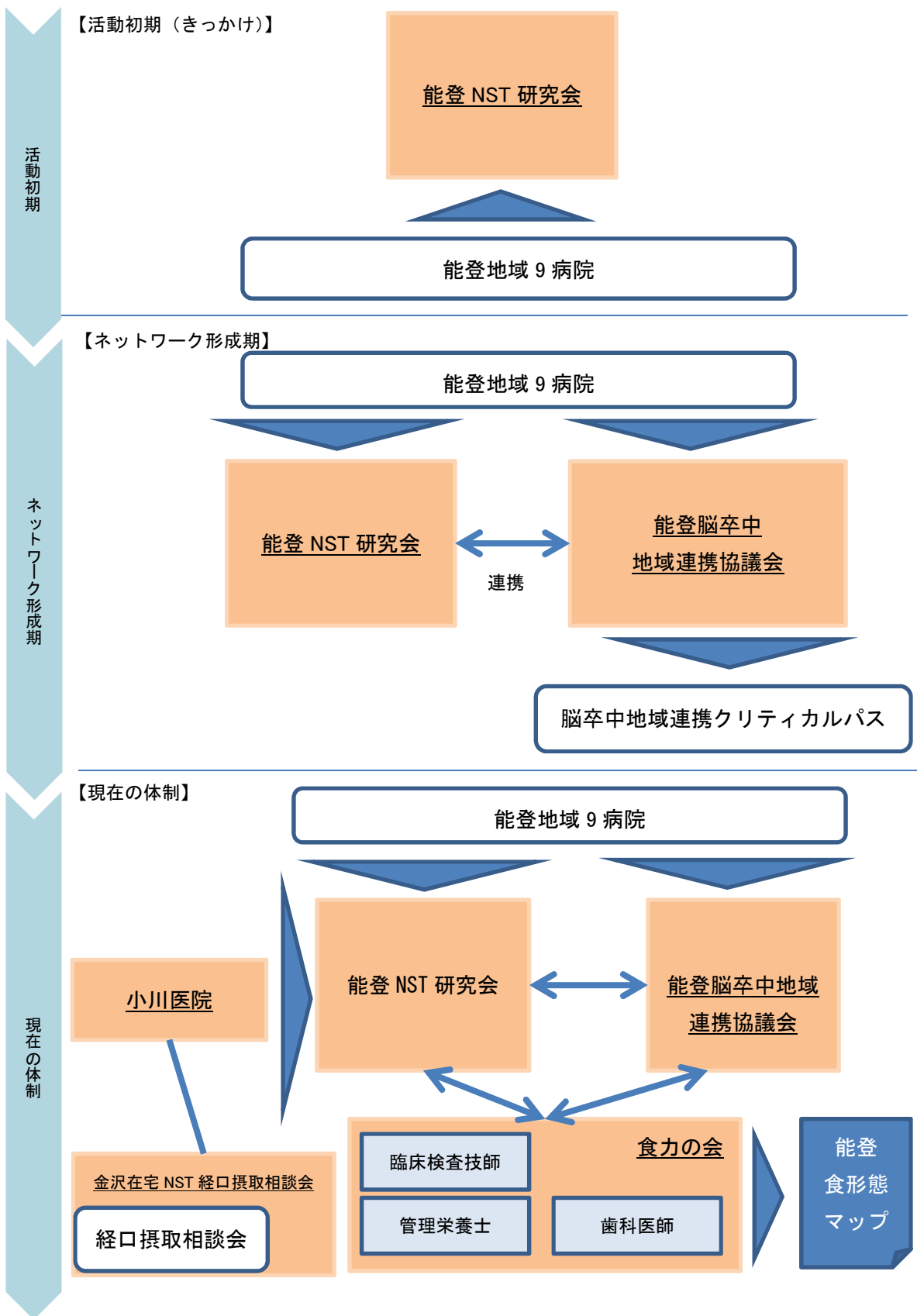
3) 取り組みの工夫点

経口摂取相談会の特徴として、詳細な評価シートの作成が挙げられる。相談会当初は記入できる職種を限定しないより一般的な評価シートであったが、詳細な評価や介入方針検討の精密化の為に改訂を行い、現在の形式になった。現在使用する評価シートはケアマネジャー、医師、理学療法士・作業療法士、言語聴覚士、歯科医師、管理栄養士が記入するパートで構成されている。

③課題

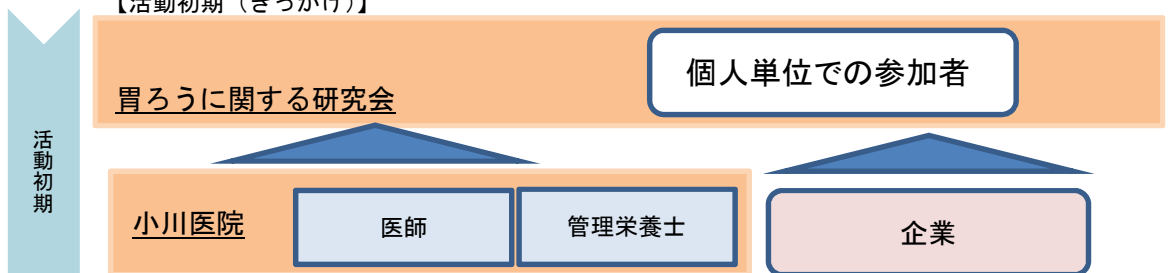
金沢在宅NST 経口摂取相談会の今後の課題は経口摂取相談会の強化である。相談から介入方針決定までのプロセスをシステム化し、より多くの事例を検討できる状態に改良することを検討中である。事例の増加及び検討のスピードアップを通して、現時点では表面に出てこないNST や経口摂取に対するニーズを掘り起こしていくことを将来の目標としている。

【当地域における食支援ネットワークの形成過程】（能登地域）

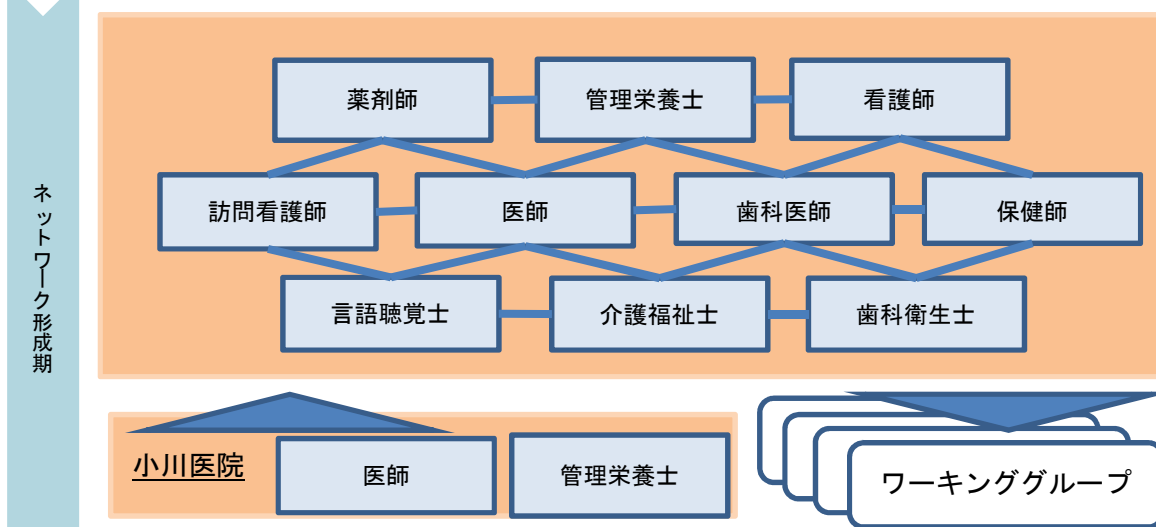


【当地域における食支援ネットワークの形成過程】（金沢地域）

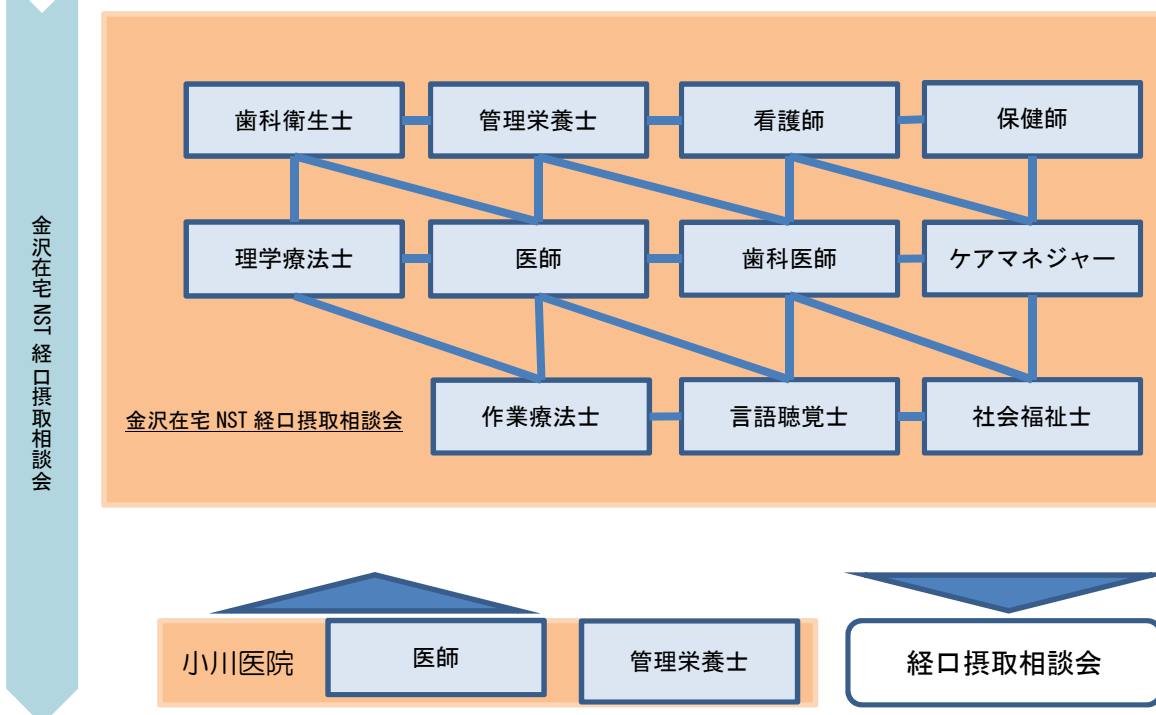
【活動初期（きっかけ）】



【ネットワーク形成期】



【金沢在宅 NST 経口摂取相談会】



取り組み事例 5. 京滋摂食・嚥下を考える会（京都府・滋賀県）

「専門職活用の共通言語・プラットフォームづくり」

京滋地域では、人的資源の不足以上に、摂食嚥下支援に関する情報共有が出来ていないことが大きな問題として存在していた。職種ごと、施設ごとにバラバラに取り組みが行われ、相互に補完していくという考え方が不足していた。こうした構造が、医療・介護等従事者をして、地域の資源不足を実態以上に誤認させる要因ともなっていたが、多職種協働で職種間、施設間の統一的な基準づくりを進めていくことに取り組んでいる事例

①基本情報

取り組みの実施主体	京滋摂食・嚥下を考える会
取り組み施設・事業所概要	愛生会山科病院、京都府医師会、京都府歯科医師会、地域歯科医師会、地域歯科衛生士会、京都府栄養士会、京都府言語聴覚士会、京都府看護協会、京都府会議支援専門員会
中心職種	医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士、看護師、介護支援専門員
地域	京都府内及び滋賀県

②取り組み事例

1) 取り組み開始の背景・経緯

京滋地域での摂食嚥下支援活動は、2008年より活動を開始した京都府口腔サポートセンターを出発点として、京滋摂食・嚥下を考える会（2010年より）、山科地域ケア愛ステーション（2011年より）の活動を組み合わせた取り組みが行われている。

各活動は、京都市山科区の愛生会山科病院外科の荒金英樹医師が診療を続ける中で、患者が自宅・地域に帰った後も十分な口腔ケアや摂食嚥下支援を受けられるにはどのような体制・取り組みが必要かを検討しながら、地域の同志を募る形で立ち上げ・発展してきた。

2) 取り組みの内容

愛生会山科病院でのNST活動自体は2002年頃から開始されていた。現在の地域連携の仕組みは2008年に開始された京都府口腔サポートセンター事業を契機として始まった。

愛生会山科病院では2005～2006年頃から、独自に作成した食欲不振者へのアセスメントシートに従いのチェック項目があり、口腔環境をチェックし、支援対象者の広い上げ拾い上げを行ってきた。この過程で歯科、口腔ケアの必要性を認識した。愛生会山科病院には歯科はないものの、近隣の歯科医院と入院患者の口腔ケアを担ってくれる歯科医師とは連携できていた。ただし、入院患者の退院後の在宅、施設入所時などの歯科の情報連携

が途切れがちという実態があった。

こうした実態に対して、地域歯科委員会、歯科衛生会により運営されていた「南口腔ケアサポートセンター」に着目し、地域歯科医師会に働きかけ「山科口腔サポートセンター」が設立された。これにより地域での歯科チームの連携が図られ、入院中のみならず、在宅、介護施設へと切れ目のない歯科治療、口腔ケアが可能となった。この成功から京都府歯科医師会主導で「京都府口腔サポートセンター」が設立された。

これらの活動によって、院内では口腔ケアの専門家である歯科衛生士がプロとして介入できるようになり、口腔ケアの質の向上と共に、看護師の職務専念も可能となる等、多職種連携の効果が実感された。取り組みが地域に広まっていく過程で歯科医師会、歯科衛生士等とのパイプが構築され、京都府口腔サポートセンター事業を始点として、この過程で培われた多職種間の人的ネットワーク、職能団体とのパイプ、行政機関との関係性などを基礎に京滋摂食・嚥下を考える会、山科地域ケア愛ステーション等の活動へと発展・拡大して行った。

<京都府口腔サポートセンター>

【取り組み実施圏域】京都府内一円で活動

【目的】歯科の併設されていない病院、施設へ歯科チームを派遣し、病院、施設、在宅間の継続した歯科治療、口腔ケアを行うことを目的とする。京都府医師会、京都府歯科衛生士会が運営する。事務局：京都府歯科医師会

【開始時期】2008年

【取り組み開始のきっかけ】愛生会山科病院には歯科が無く、京都市南区、下京区で実験的に地域歯科医師会、歯科衛生士会により運営されていた「南口腔ケアサポートセンター」に着目し、地域歯科医師会に働きかけ「山科口腔サポートセンター」を設立、この成功から京都府歯科医師会主導で「京都府口腔サポートセンター」が設立された

【関連専門職】歯科医師、歯科衛生士など

<山科地域ケア愛ステーション>

【取り組み実施圏域】京都市山科区。山科医師会、山科歯科医師会、歯科衛生士会、京都府栄養士会、京都府薬剤師会山科支部の協力で設立。事務局：山科医師会

【目的】京都府で承認された「摂食嚥下連絡票」の在宅での受け皿として訪問管理栄養士と訪問薬剤師が訪問できるようにするため設立。

【開始時期】2011年

【取り組み開始のきっかけ】「摂食嚥下連絡票」が京都府で承認されたこと

【関連専門職】管理栄養士、薬剤師など

【現在の地域資源】訪問管理栄養士、薬剤師が地域で活動しやすくなり、病院退院時の障壁が減った。

<その他のプロジェクト>

医療・介護分野の専門職に留まらず、京都の地域資源をフルに活用した取り組みを多数企画している。

- 「嚥下食プロジェクト」調理師の参加から現在は京菓子老舗の方々の専門知識により嚥下調整食作りに取り組んでいる。1年前より月1回ミーティング。調理師、管理栄養士、言語聴覚士。歯科衛生士などが参加して京料理や京のお茶、京菓子などを開発中。
- 「介護食器プロジェクト」清水焼、京漆器の介護食器開発(京漆器職人と作業療法士が協働)

3) 取り組みの工夫点

京滋摂食・嚥下を考える会の活動は、会もしくは会のメンバーが直接摂食嚥下支援を地域に展開するというよりも、地域において適切な専門職が、適切な場面でその能力を発揮しうるプラットフォームの整備に注力した点に特徴がある。そして、基礎的な要件として「共通言語」の整備として「摂食嚥下連絡票」を作成し、標準化することに成功したことが活動を進めていく上での大きな動因となった。

こうした取り組みを進めていく背景にある、会の考え方に着目すると、次のようなポイントが考えられる。

- 慣習的な発想は捨て、問題解決のためにはどうしたらよいかとの建設的な考え方を貫く。
- 職種間の敷居を乗り越え、地域資源の実態に合う形の具体的な連携体制を考えること。
医師は具体的な内容に関与するよりも、各職種間の調整役としての姿勢を持つ。
- 専門集団は専門性を追求するあまり、専門外の関係者と意識面・認識面でのギャップを生じやすく、地域連携の阻害要因になる可能性がある。そうした点からケアマネジャー等の意見を吸い上げることも重要。
- 京ブランドの活用、職人に関わってもらうことなどでメディアからも注目が集まり、さらに情報や人が集まるサイクルが出来上がった。
- そしてなにより活動を楽しんで行うこと(職種や所属機関を超えたチームワーク)。

③課題

活動は現在も着実に進行中だが、今後に向けて以下のような事項を検討している。

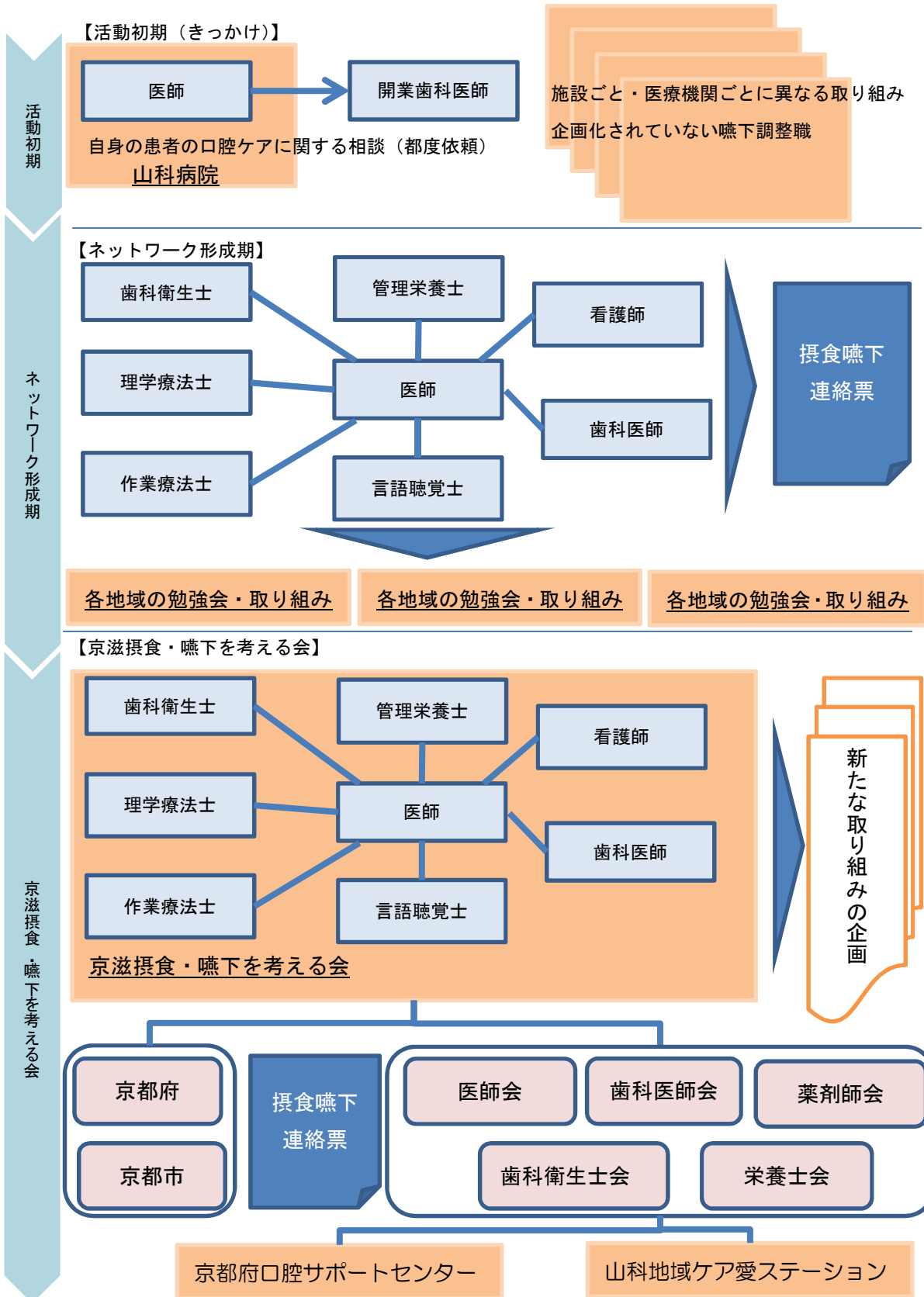
【行政との連携】

京都府、京都市の二重行政の問題に加え、会の活動が職種を超え幅広く展開されていることで担当部署が不明瞭となり、コミュニケーションが難しく感じられる場面が出てきた。首長も含め、行政としての姿勢の明確化、所管の明確化などを働きかけていく予定である。

【専門職の活用】

管理栄養士、薬剤師の訪問体制は整備されつつあるが、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士等リハ職の在宅派遣が課題である。特に管理栄養士によるケアで困難が生じた場合に嚥下機能の観点から言語聴覚士への連携が重要になる局面があるが、訪問リハビリテーション等も需要が大幅に増加しつつあり、人的資源の不足感が出てきている。

【当地域における食支援ネットワークの形成過程】



取り組み事例 6. 摂食・嚥下障害認定看護師を中心とした活動（和歌山県和歌山市）

「訪問看護ステーションが核となった継続した食支援」

当地域では訪問看護ステーションが中心となり、医師（耳鼻咽喉科）と連携して「嚥下往診」をきっかけとした継続性をもった多職種による食支援を展開している。この取り組みは現行の介護保険制度などを利用しており、コスト面においても継続性が担保された取り組みである。

①基本情報

取り組みの実施主体	紀州リハビリケア訪問看護ステーション
取り組み施設・事業所概要	紀州リハビリケア訪問看護ステーション さかい耳鼻咽喉科クリニック
中心職種	作業療法士、訪問看護師（摂食嚥下認定看護師）
連携職種	医師（耳鼻咽喉科）、理学療法士、言語聴覚士、看護職員、管理栄養士、ケアマネジャー 等
地域	和歌山県和歌山市・海南市

②取り組み事例

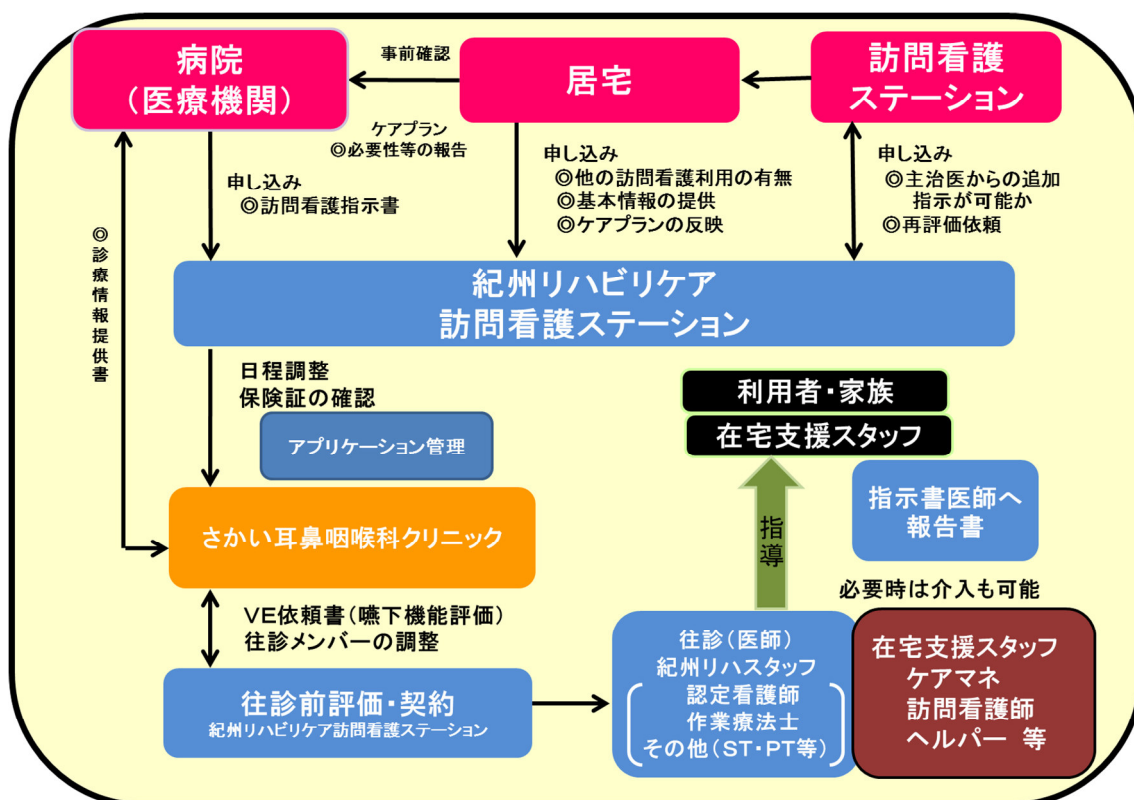
1) 取り組み開始の背景・経緯

当地域において摂食嚥下支援の取り組みを開始したのは、紀州リハビリケア訪問看護ステーションの代表である寺本氏（作業療法士）である。以前は病院に勤務していたが、地域に在宅療養生活を支援するサービスが少なく、退院支援に苦労した経験を踏まえ、病院勤務時から休日を活用して退院支援や訪問看護ステーションからの訪問リハなどを行い、自ら地域でサービスを受ける体制を作る構想を温めていた。そこで、看護師・セラピストの専門職集団を中心とした訪問サービスを自ら起業してモデルを作ることでその領域をカバーできるのではないかと考え、訪問看護ステーションを開設し、摂食嚥下機能改善に取り組むようになった。

2) 取り組みの内容

紀州リハビリケア訪問看護ステーションでは、耳鼻咽喉科医と連携し、毎週火曜日の午後在宅患者の摂食嚥下機能改善に係る取り組みである「嚥下往診」を実施している。往診は概ね3～4人で行い、医師、セラピスト、看護師に加え、場合によってケアマネジャー、栄養士、デイサービススタッフなど在宅療養支援スタッフにも声をかける。実際に患者宅で、現在摂取している食事形態や姿勢を取ってもらい医師がVEを行い、各々の職種も自分の所見を話し合うなど、全員参加で多角的に評価を行う。診断に係る部分は医師、食事

形態や介助方法は看護師、車いすでの姿勢保持等はセラピストが行うが、評価の段階では全員が話し合う。嚥下往診により嚥下機能を評価することとなるが、そこに多職種があつまり、その後の連携したケアのカンファレンスの場としても重要な役割を果たしている。また、家族を中心として、担当ケアマネジャー等の支援スタッフや主治医も一緒に参加できるので、患者家族からも好評である。現行の制度をうまく活用した嚥下評価、およびそれに続く嚥下訓練へつなぐアプローチといえる。



基本的には居宅ケアマネジャーを通じて嚥下往診依頼を受ける。事前評価を行い、嚥下往診が必要となった場合には、さかい耳鼻咽喉科クリニックと訪問日程を調整する。クリニックとはドロップボックスでスケジュールを共有しており、ステーションで関係者間の日程調整を行う。複数人で訪問するのは事前評価（嚥下往診が必要かどうかの判断）と初回評価である。その後ケアプランを作成し継続的に訪問をして再評価を行う。再評価のタイミングは患者によって異なり、月に1回から半年に1回、年に1回など様々である。

既に他の訪問看護ステーションからの訪問を受けている利用者については、例えば4日のうち1日を紀州リハビリケア訪問看護ステーションからの訪問としてかかりつけ医に指示書を出してもらおうなどの工夫をしている。

3) 取り組みの工夫

嚥下往診の利点は、医療機関ではなく「生活の場で検査・評価ができる」ことである。評価を行う際には、自宅の椅子やベッドの硬さ、姿勢の状況、普段食べている食材など日常生活の場で評価することが大変重要である。そこで問題があればその場で食形態や姿勢保持の指導などでもできる。専門家が複数参加するため、評価の精度も高くなっている。

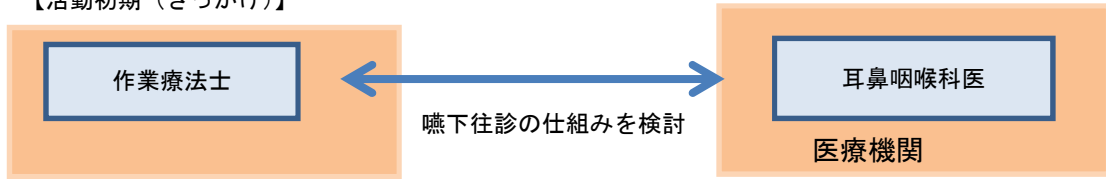
また、摂食嚥下支援は、医師や看護師、セラピストや栄養士、レントゲン技師など多くの職種が関わるが必要不可欠である。病院であれば院内で連携が可能であるが、在宅で行う場合は医師、訪問看護、栄養士などの連携体制を構築する必要がある。協働することの意義を共有することが大切である。当地域での取り組みが成功した要因は、地域のニーズに加え、生活する場でどのように多職種が関わり、お互いの役割を尊重し、連携することの重要性をチームのメンバーが共有できているという点である。病院を中心とした取り組みでは、「生活の場」の視点がどうしても抜け落ちてしまう。「生活の場で多職種が協働する」ことが嚥下往診、摂食嚥下支援を進めていく上で必要不可欠である。

③今後の課題

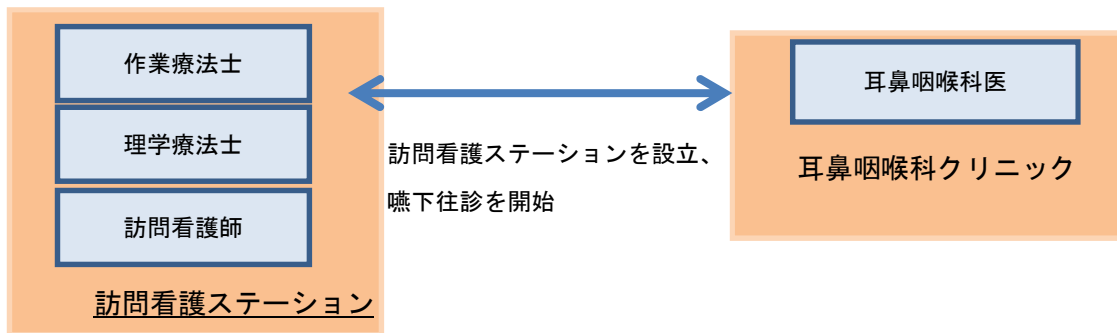
「嚥下往診の効果」を評価することが今後の課題である。現在は効果判定ができていないため、満足度評価や健康状態をVASで評価するなど、数値化できる指標による評価の必要性を感じており、取り組みつつあるところである。実際に嚥下状態が改善した人でも、既存のFIMや藤島スケールなどでは点数に変化が現れないことも多い。一方で、一回の食事に要する時間が60分から30分に減少した、家族の介助が1時間かかっていたのが15分で済むようになった、食事のむせる回数が15回から1回に激減したなどの効果は多くの症例でみられている。これらをエビデンスとして嚥下往診の取り組みの評価を行い、発信していくことが取り組みを進めていく上で必要不可欠だと考えている。

【当地域における食支援ネットワークの形成過程】

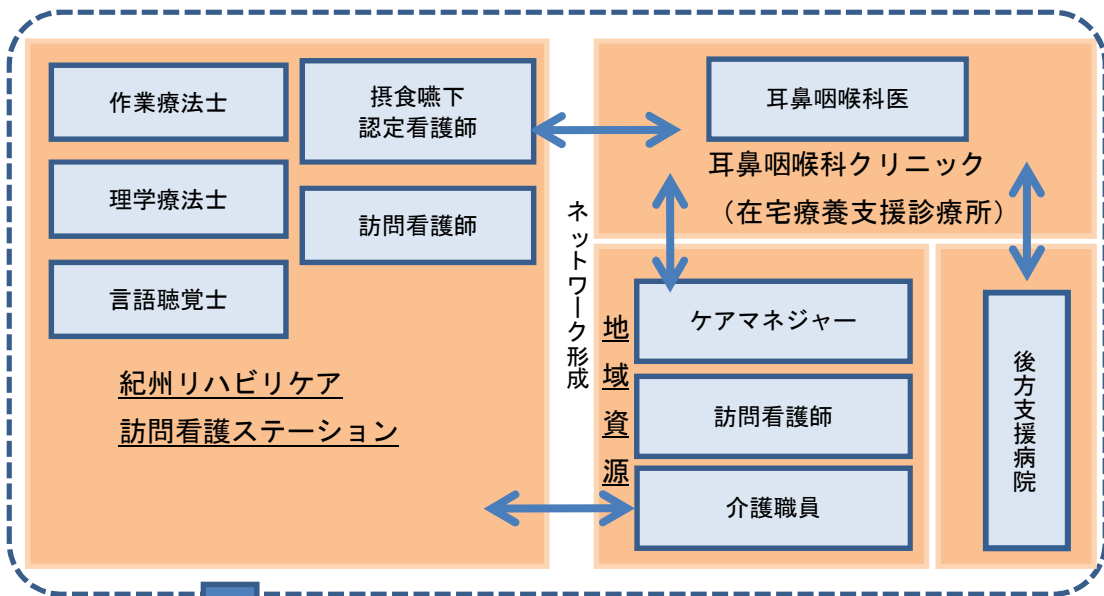
【活動初期（きっかけ）】



【ネットワーク形成期】



【訪問看護ステーションを中心とした取り組み】



取り組み事例7. 歯科医院を中心とした活動（鹿児島県鹿児島市）

「地域機関連携による摂食嚥下支援」

鹿児島市の開業歯科医院を基点とした摂食嚥下支援事例。開業歯科医院としての経営を成立させる収益性のある事業とのポートフォリオ構成によって訪問歯科診療のための人的資源を確保、近隣の医療機関のほか、大学、研究者等の支援を受けつつ在宅、施設入所者、病院入院患者に対して積極的な訪問歯科診療を展開している。

①基本情報

取り組みの実施主体	太田歯科医院
取り組み施設・事業所概要	後方支援病院、在宅医療提供医療機関、大学病院、開業医（耳鼻咽喉科）
中心職種	歯科医師、歯科衛生士
地域	鹿児島県鹿児島市

②取り組み事例

1) 取り組み開始の背景・経緯

太田歯科医院の太田院長は、開業以来、院内での予防歯科に力を入れていたが、ある歯科医師から「所詮院内での予防歯科は通院可能な間だけのこと。通院できなくなった患者さんも診療できる体制を作ったらどうか」との指摘から訪問歯科診療をスタートした。

訪問歯科診療の開始は、歯科医院経営にとっては大きな決断を要し、院内診療による収益確保と並行した取り組みとしての位置づけであった。このため、訪問歯科診療を実施するためには、院内診療を行う勤務歯科医師の確保が必須条件であった。

太田院長は訪問歯科診療を開始後、菊谷武氏（日本歯科大学教授）の講演会をきっかけに嚥下内視鏡（VE）を用いた診療に関心を持ち、野原幹司氏（大阪大学歯学部医長）が理事を勤める NPO 法人摂食介護支援プロジェクト（DHP）のセミナーに出席するようになった。

野原氏の知識と技術を目の当たりにして、院内のスタッフも摂食嚥下支援に関心を持つようになっていった。これと並行して、摂食嚥下支援に関心を持つ人材をスタッフとして採用するようになっていった。地域に出て支援を行っていく必要のある取り組みであり、「やらされる」ではなくこうした取り組みを「面白い、有意義である」と感じてくれる人材を確保することが重要であり、人材確保を実現できたことが取り組みを支えてきた。

2) 取り組みの内容

太田歯科医院が中心となって展開する摂食嚥下支援は介護施設や病院に歯科医師をはじめとするスタッフが訪問し、次のような流れで支援を実施する。

○摂食嚥下支援が必要な患者のピックアップ

○訪問歯科診療においてVE検査（嚥下内視鏡）による嚥下評価

○在宅医と定期的に合同嚥下回診を行い、主治医と嚥下専門評価歯科医師が診察と評価を行う

①評価後歯科衛生士が訓練を実施か

②訪問看護師が訓練を行う

現在、後方支援病院として連携する医療機関が15箇所、訪問先介護施設は68箇所を超える。これらの医療機関・介護施設と連携しつつ、患者・利用者に訪問歯科診療ならびに摂食嚥下支援を実施している。摂食嚥下訓練については、訪問先でも効果が認識されており、病院などでは、自主的に「嚥下トレーナー」の養成を開始する事例も見られるようになってきている。

その他、在宅医療を行う医療機関の院内カンファレンスに参加、大学病院から人的資源の提供を受ける、VE検査のアドバイスを受ける耳鼻咽喉科医院などと連携しつつ、専門性に裏打ちされた摂食嚥下支援を実施している。

【①支援が必要な者の把握の方法】

連携関係にある各機関、患者の主治医、看護師、施設職員、ケアマネが支援の必要性を感じ、対象者を抽出し訪問歯科診療につなげる。

【②嚥下機能評価の方法】

訪問歯科診療による嚥下内視鏡検査を用いた機能評価の実施。

【③評価医・評価歯科医と主治医・主治歯科医、NST等の連携方法】

FAX、診療情報提供書、急ぎの場合には電話・メールによる連携を実施。

主たる在宅医2名とは定期的に医科歯科合同嚥下回診を行い、主治医と嚥下評価歯科医師が患者の居所に同行し、診察と評価を実施。

【④訪問・リハビリ等の実施状況及び内容】

歯科が嚥下診断を行った後、以下のいずれかもしくは両者を選択する。

(A) そのまま歯科で歯科衛生士によるリハビリを実施。

(B) 訪問看護を実施

これまでの活動から、太田歯科医院に対し、病院主治医からの嚥下診断依頼が毎月多数入るようになり、入院中から嚥下障害患者との関わりができることで、その後施設や居宅

に移行した際も嚥下に関して状況を知っている太田歯科医院が継続的に診療するケースが増加し、シームレスな退院支援ができるようになりつつある。

特に、胃ろう造設の術前嚥下内視鏡診断の依頼も多数あり、不要な胃ろう造設の抑制にも貢献している。在宅主治医からも嚥下診断依頼が増加し、地域で療養している間に病状が回復し、経口摂取が可能になった方の摂食嚥下支援を行うことで、継続的な経口摂取が再び可能になる方が増えている。

3) 取り組みの工夫点

歯科診療機関が訪問診療に重点を置くことは経営上、困難を伴う。また、診療側の負荷も大きく、患者数、スタッフ数の双方がある程度の規模を持つことが必要であり、一定の規模を得るまで耐えられるだけの経営基盤を早期に確立できたことが取り組みの成功につながっている。

また、医科との連携によって報酬上の評価が行われるため、医科歯科連携を積極的に進めたことも、取り組みを継続するための経済基盤の強化につながっている。

経営を軌道に乗せることで優秀かつ志のあるスタッフを確保することができたことで、訪問歯科診療、摂食嚥下支援の取り組みを継続できている。

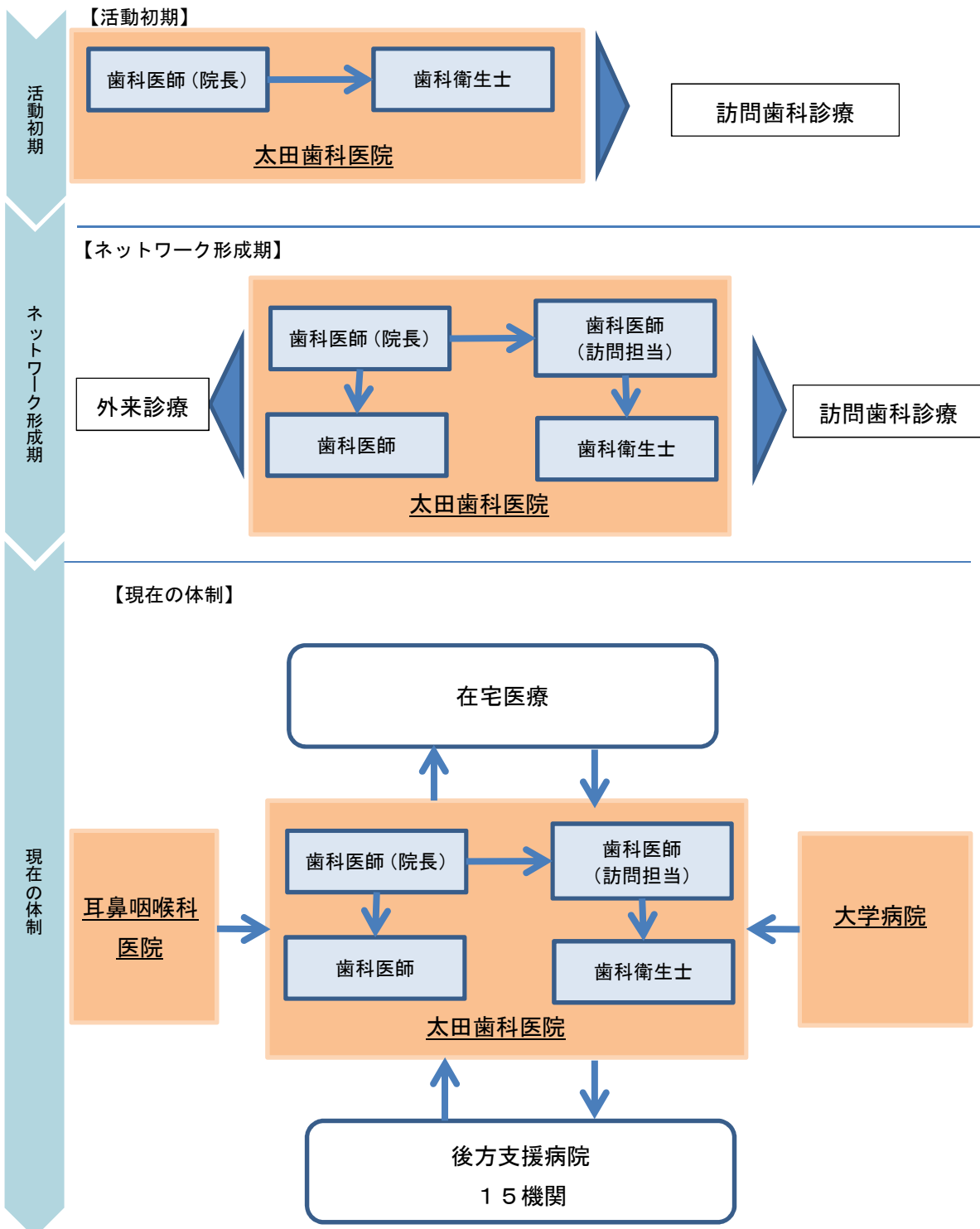
医科歯科連携や訪問先、連携先の確保等にあたっては、地域におけるフラットな人間関係を構築し、「人の輪・活動の輪」を広げる姿勢が不可欠。取り組みの効果を連携先のスタッフに実感してもらえた事も取り組みの賛同者を増やすことにつながっている。

③課題

鹿児島地区で口腔ケアと摂食嚥下に力をいれて、大規模に往診をしている歯科医院は他にはみられない。太田歯科医院は訪問歯科診療で医院経営を赤字にしない工夫と努力をしているが、これは院長の経営力と行動力によるところが大きく、歯科医院一般ですぐに実践可能なものとは必ずしもいえない。

今後も他の医療機関、施設との連携は必須であり、人的資源、経済的余力を確保した上で、取り組みを発展させていく必要がある。

【当地域における食支援ネットワークの形成過程】



2. 先進事例から得られた示唆

摂食嚥下支援に先進的な7地域の状況をみると、各々の地域で特徴的な取り組みをしている一方、以下のような各地域に共通する要素も含まれていた。

○中心となるキーパーソンの存在

どの地域においても、取り組みの核となるキーパーソンが存在しており、そのキーパーソンを中心に関連機関・職種を巻き込む形でネットワーク化が進展していた。キーパーソンの職種は様々であり、今回取り上げた事例においても、職種によって役割が固定化されているわけではなく、医師、歯科医師、看護師、管理栄養士、作業療法士など様々であった。

○地域の規模に応じた取り組みを実施

参加職種も、地域の規模、特性、医療・介護リソースによって異なるため、その地域のリソースを活用した取り組みを構築していた。

○多職種が自分の職種にこだわらずに協働

各職種が自らの業務に線引きをせず、積極的に「摂食嚥下機能障害を改善したい」「口から食べることの支援に取り組みたい」として多職種を巻き込んで「できること」を拡大しており、支援が必要な者にかかわる職種に口腔ケアスキルを広く浸透させるための体制を構築していた。特定の人だけが口腔ケアを実施できるようにするだけではなく、スキルを有する人のすそ野を広げることも必要という考え方である。

一方で、職種によって「実施できないこと」はあるため、職種の業務内容を逸脱しない範囲でできることを口腔ケア・食支援の観点から実施していた。専門職の「専門性」を十分に発揮できる場面（グループ回診やケース検討会での討議等）、および専門性を超えた普遍的技能や役割が求められる場面の双方が重要と考えられる。

○プロセスの標準化・共通言語の作成

地域で食支援が必要な者を把握後、どのように食支援を行うかのプロセスを構築し、スムーズに食支援につなげるようにしていた。また、当該地域で食支援にかかわる職種の共通理解が得られるように、ことばの標準化を実施していた。例えば能登地域では「食形態マップ」を作成し、病院や施設ごとに差異があった表現の統一化を図り、食形態の名称などの標準化を実施して連携の際に認識の相違が起きないように配慮している。非専門職であっても、共通認識を持てるようにすることが重要との考え方である。

○取り組みの発信・周知と継続

どの地域においても、地域内で継続している取り組みがあり、この取り組みを外部発信して他の地域に周知している。外部発信に加え、内部でも情報共有を密にする等、関係者間での情報共有を進めており、結果的にこれが取り組みのさらなる継続性の担保につながっていた。

これらを踏まえ、地域における摂食嚥下支援の推進方策について検討し、次ページ以降に「摂食嚥下支援の進め方」として整理した。

Ⅲ. 摂食嚥下支援の進め方

1. 地域資源の見える化

「地域資源の見える化」とは、該当地域に存在している専門職の所在や人数を把握することに留まらず、訪問診療が可能な専門職のリスト化や医療機関・介護施設の食形態の把握等摂食嚥下に関わる全ての資源を情報として集約することをいう。地域資源の見える化に取り組むことで地域が抱える課題が明らかになるだけでなく地域に可能な取り組み、地域が目指していくべき取り組みの方向性も明確にすることができる。

新たに地域で摂食嚥下支援に取り組むたいと考えた際に、最初に必要となる作業は地域資源の見える化であると考えられる。例えば地域の医療機関における各専門職の配置状況を明示化してどの医療機関なら何ができるかを明らかにする。また、訪問診療が可能な医師・歯科医師・歯科衛生士等のリストを作成して、在宅での取り組みが可能かどうかを把握することも考えられる。

開始時点での地域資源の明示化に取り組む一方で、誰でも相談可能な相談先・窓口を設置することも重要である。窓口では一般の方であれば誰でも何でも相談が可能であることを明確にして、地域のニーズを知る。その際に摂食嚥下や「口から食べる」に対する啓発活動や簡易栄養評価表等を活用してコミュニケーションを展開する。この相談窓口は専門職の連絡先としての機能も有する。摂食嚥下障害のある方に最前線で関わる方は必ずしも医療専門職とは限らない。ヘルパーやケアマネジャー等の介護専門職の可能性も高く、また場合によっては当事者の家族の可能性もある。そのような最前線で「食」の問題を発見できる人たちにとって第一の相談先としての機能も有する。彼らに対しては勉強会を開催して簡単なケア方法を共有する等双方向のコミュニケーションを展開していく。

相談窓口が二つの機能を有することで相談窓口と中心として活動する方の元には地域の情報が多く集まる。その過程の中で窓口はより詳細な訪問職種のリスト等を作成することが可能になる。手元にある地域資源がより詳細になれば、窓口に来た相談に対しても具体的に専門職を紹介できるようになるなど、より解決に近い提案が可能になる。

当然のことではあるが、リスト作成や窓口相談者に対して紹介する際に、リストに掲載される専門職には了承をとる必要がある。これらのコミュニケーションをきっかけに勉強会等を主催することで、新たに形成されたネットワークを強固にしていくことが可能となる。勉強会においては継続することと参加に強制力を持たせないこと、そして関係者間で水平的な関係を維持していくことが重要となる。勉強会を継続することで築いた人脈等のネットワークが強化され、これにより、新たな地域資源の紹介や積極的に参加したい専門職の発掘等、以前とは異なる方向からの参加や取り組みの拡大を期待することもできる。

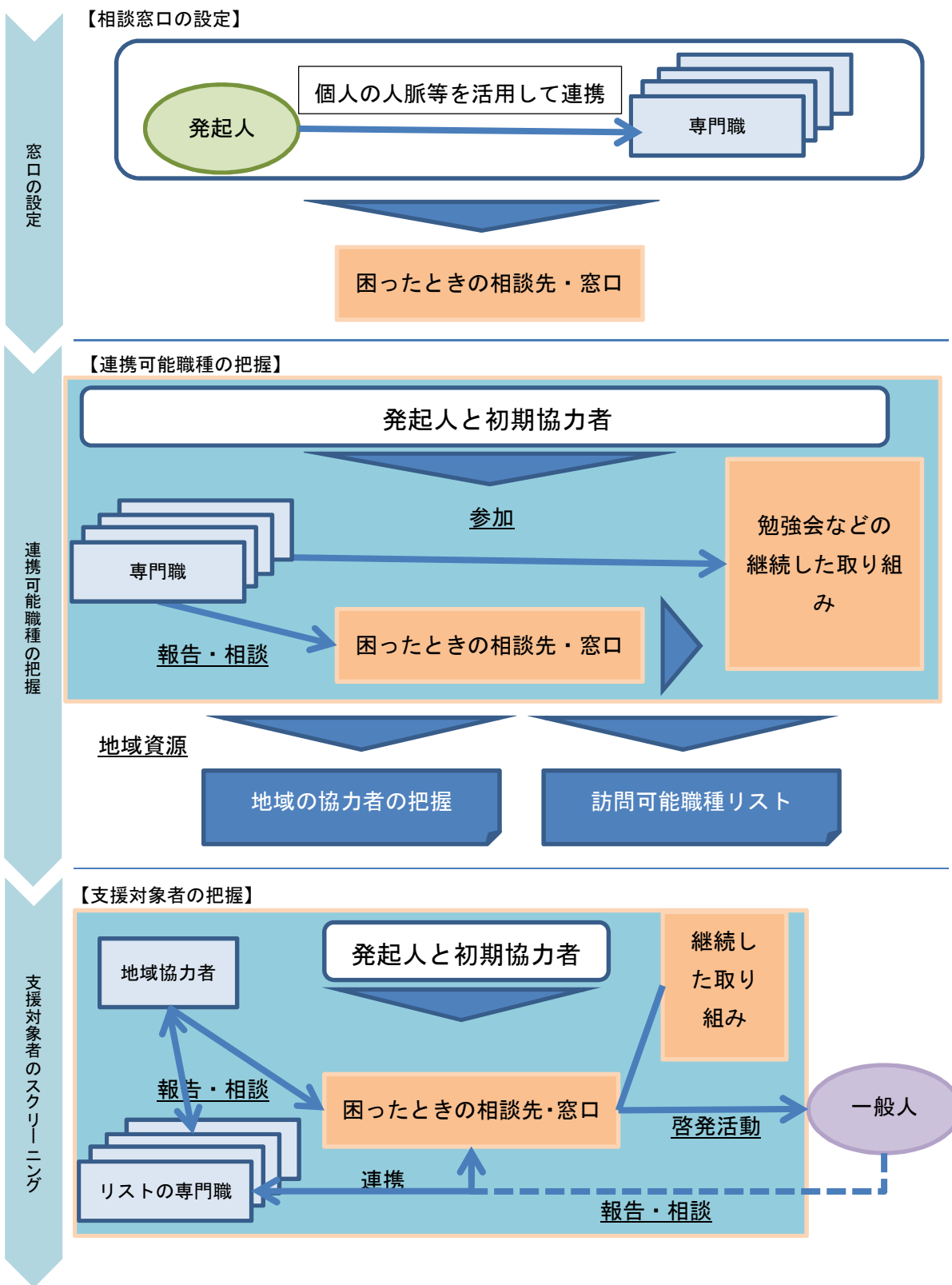
専門職として日々多忙な参加者やリスト該当者の勉強会継続を促すためには自由参加にすることが望ましい。重要なのは「自由参加であっても参加し続けたい」と思わせるだけの勉強会の充実であって、参加に対する心理的障壁を設定することは地域における連携や取り組みへの参加促進等のためにも望ましくない。これらの関係については、中心となる人間はコーディネーター的役割を果たすことが求められる。勉強会等において中心となる者は当然必要であるが、継続する中でいつまでも「教える側」と「教えられる側」ととどまらず、主体的な関与を促すためにも関係性は水平的であることが望ましい。

これらの取り組みが継続することで、最終的には摂食嚥下に対応できる職種が多様化することが期待される。ただし、この「多様化」とは全ての医療専門職が配置されていることを意味するものではない。各地域の特性に合わせて、多様な職種の内容は異なる。

最終的には多くの職種が摂食嚥下障害者に関与することとなる。



【見える化のプロセス】



2. 摂食嚥下支援のプロセス

摂食嚥下支援のプロセスは、支援対象者の状態像、生活環境、介護等の資源の在り様、地域における資源の充実度など、多くの要因によって異なるものとなる。特に、地域資源の見える化の過程で、当該支援対象者の居住する地域において、どのような職種のどのような専門性に基づく支援が可能となるかは大きく異なるものになることが予測される。ここでは、上記のような個別性があることを念頭におきつつ、各職種が摂食嚥下支援のプロセスで果たしうる役割と共に、模式的な支援プロセスを記載する。

(1) ケアマネジャー

ケアマネジャーは支援初期に摂食嚥下支援のために在宅訪問等を実施できる各専門職を把握する。次いで支援対象者の今後の生活に関する希望を踏まえて介護サービス計画書を作成、サービス担当者会議においても今後の生活希望と口腔ケアの方針について明確化する。

上記のほか、摂食嚥下支援に関与する他の職種のかかわり方をマネジメントし、事務手続きに関する責務を負う。具体的には医師、歯科医師をはじめ、歯科衛生士、管理栄養士等からは居宅療養管理指導報告書の提出を受ける、看護師から訪問看護等の実践報告書の提出を受けるなどのほか、必要に応じて各職種間の情報交換の場の設定や情報共有を促進することが求められる。

(2) 介護職

介護職は支援対象者の最も身近で日常的ケアを提供するが、摂食嚥下支援においては、他の専門職による専門的口腔ケアの在り方を積極的に吸収し、日常的口腔ケアにあたることが求められる。また、個々の状態を観察しながら、嚥下調整食調理、食事介助等の支援を実施する。

また、支援対象者と日常的に接触し、対象者の状態の変化等に関する情報を最も多く蓄積していることから他の職種に対して支援対象者の情報をフィードバックする役割も担う。

(3) 歯科医師

歯科医師は支援対象者の口腔機能評価、摂食嚥下機能評価を実施する役割を負う。口腔機能評価、嚥下機能評価の結果に応じて、歯科衛生士や言語聴覚士への口腔ケア指示や訓練の要否判断を行う。加えて栄養状態評価や口腔機能評価、摂食嚥下機能評価の再評価などを繰り返し、支援対象者の状態像の変化に沿った口腔ケアの指示を行う役割を担う。さらに必要に応じてVFやVEなどの専門技術の導入に努める必要がある。

また、マネジメントに関する役割として、制度上、歯科医師の指示下でサービス提供を行う職種（歯科衛生士、言語聴覚士）への指示やその前提となる雇用契約の締結、居宅療

養管理指導報告書を作成し、担当ケアマネジャーに提出するなど、口腔ケア専門チームに対する経営及び労務管理上の責任も負う。

(4) 歯科衛生士

歯科衛生士は歯科医師の指示のもと、摂食嚥下機能評価等への同行、専門的口腔ケア（摂食嚥下リハビリテーション等）に従事する。自身が口腔ケアを提供するにとどまらず、専門的口腔ケアを実施する過程で関連する職種（特に日常的口腔ケアに従事する介護職、看護師等）に対して口腔ケアに関する知識や技術の伝達に努めることが求められる。

支援は居宅療養管理指導の枠組みで提供されることが想定されるため、サービス提供に伴って居宅療養管理指導報告書の作成が求められる。

(5) 医師

医師は、支援初期において支援対象者の全身状態の評価（今後の見通し・方針決定）、摂食嚥下機能の評価、薬剤調整・処方（薬剤師と連携しつつ）を行い、必要に応じて訪問看護の指示（訪問看護指示書の作成）、居宅療養管理指導の指示（訪問栄養指導等の指示）を行う。

支援の中期以降も全身状態や摂食嚥下機能の評価や意思決定支援を行いつつ、ターミナル期まで多職種との連携の下で支援を行う。

この間、マネジメント上の責務としてケアマネジャーへの居宅療養管理指導報告書の提出、訪問看護特別指示書の作成や指示下にある関連職種との雇用契約の締結など、口腔ケアが十全に提供されるための環境整備を行うことも求められる。

(6) 看護師

医師の全身状態評価への同行のほか、訪問看護の主体としてケアに参画。支援後期においては必要に応じて緩和口腔ケアも実施する。

マネジメント上の職務は訪問看護にあたっての訪問看護計画書の作成および訪問看護報告書の作成と医師への提出、ケアマネジャーへの実践報告書の提出などが求められる。

(7) 薬剤師

居宅療養管理指導や訪問診療等の枠組みで薬剤師が訪問指導を実施する。訪問薬剤管理指導報告を医師（歯科医師の指示の場合は歯科医師）に対して行う。

薬学的管理指導計画書を作成し、利用者・家族等に対する指導にあたるほか、ケアマネジャー及び訪問等の指示を行った主治医、主治歯科医師等に対して専門的見地からの情報提供や提案を行うことも求められる。

訪問以外にも、調剤薬局における指導や嚥下機能と剤形のフィッティング等に関する情報収集と処方医へのフィードバックなどの役割を担う。

(8) 管理栄養士

医師からの訪問栄養指導指示のもと、支援対象者に対して訪問栄養指導を実施する。病院や診療所の常勤管理栄養士の他、フリーランスの管理栄養士は医師・医療機関との雇用契約に基づく訪問栄養指導指示が想定される。

食形態のアドバイス、摂食プランニングのほか、支援対象者家族やヘルパー等の介護職に対しても調理指導を行うなど、在宅における摂食・嚥下機能の維持向上に対する具体的な指導を実施する。

支援は居宅療養管理指導の枠組みで提供されることが想定されるため、サービス提供に伴って居宅療養管理指導報告書の作成が求められる。

(9) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

医師の指示のもと、訪問リハビリを実施する。訪問リハビリの実施にあたっては医師による指示書によってサービスの提供を行う。

摂食嚥下支援に際しては、言語聴覚士による嚥下機能評価のほか、摂食嚥下機能の維持・回復に際してのリハビリテーションの実施、計画策定と他職種への展開などの役割を担う。実際の支援に際しては、所属機関の医師の指示を受け、支援対象者のもとを訪問する。訪問看護計画書、訪問看護報告書の作成と医師への提出が求められる。

(10) その他

医師会、歯科医師会等の各職能団体は、摂食嚥下機能障改善支援の対象者に広く対応するために、研修会や事例検討会などの基盤整備に関する役割を担う。また、行政は、地域の実態把握を行い、潜在しているニーズに対しても対応できるよう、各職能団体と協力して支援のしくみを構築する役割を担う。各職能団体や行政は、組織としての情報収集力と発信力を生かし、地域に対して摂食嚥下機能に関する普及啓発を行うことも求められる。

3. 書式類

地域資源の見える化、および摂食嚥下支援プロセスを構築し、摂食嚥下支援を進めるに当たり必要な様式とその授受の流れについて以下に整理した。

(1) 診療情報提供書

医師は全身状態の評価・管理、摂食嚥下機能評価、栄養評価を行った後、診療情報提供書を歯科医師に提供する。

(2) 訪問看護指示書・訪問看護計画書・訪問看護報告書

医師は訪問看護指示書を看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に提供する。看護師は訪問看護計画書、訪問看護報告書（毎月 1 回）を医師に提供する。理学療法士、作業療法士は訪問看護計画書、訪問看護報告書を医師に提供する。言語聴覚士は訪問看護計画書、訪問看護報告書を医師に提供する。緩和口腔ケアへの移行にあたっては、医師は訪問看護特別指示書を看護師に提供する。

(3) 介護サービス計画書

ケアマネジャーは介護サービス計画書を在宅療養者に提供する。

(4) 訪問栄養計画書、訪問栄養報告書

医師は管理栄養士に対して訪問栄養食事指導指示を行う。管理栄養士は訪問栄養計画書、訪問栄養報告書（毎月 1 回）を医師に提供する。

(5) 口腔ケアカルテ

歯科医師は口腔ケア指示を衛生士に対して行う。歯科衛生士は口腔ケアカルテ記載事項を歯科医師に報告する。

(6) 居宅療養管理指導報告書

医師は居宅療養管理指導報告書をケアマネジャーに提供する。管理栄養士は居宅療養管理指導報告書をケアマネジャーに提供する。歯科医師は居宅療養管理指導報告書（毎月 1 回）をケアマネジャーに提供する。歯科衛生士は居宅療養管理指導報告書（毎月 1 回）をケアマネジャーに提供する。

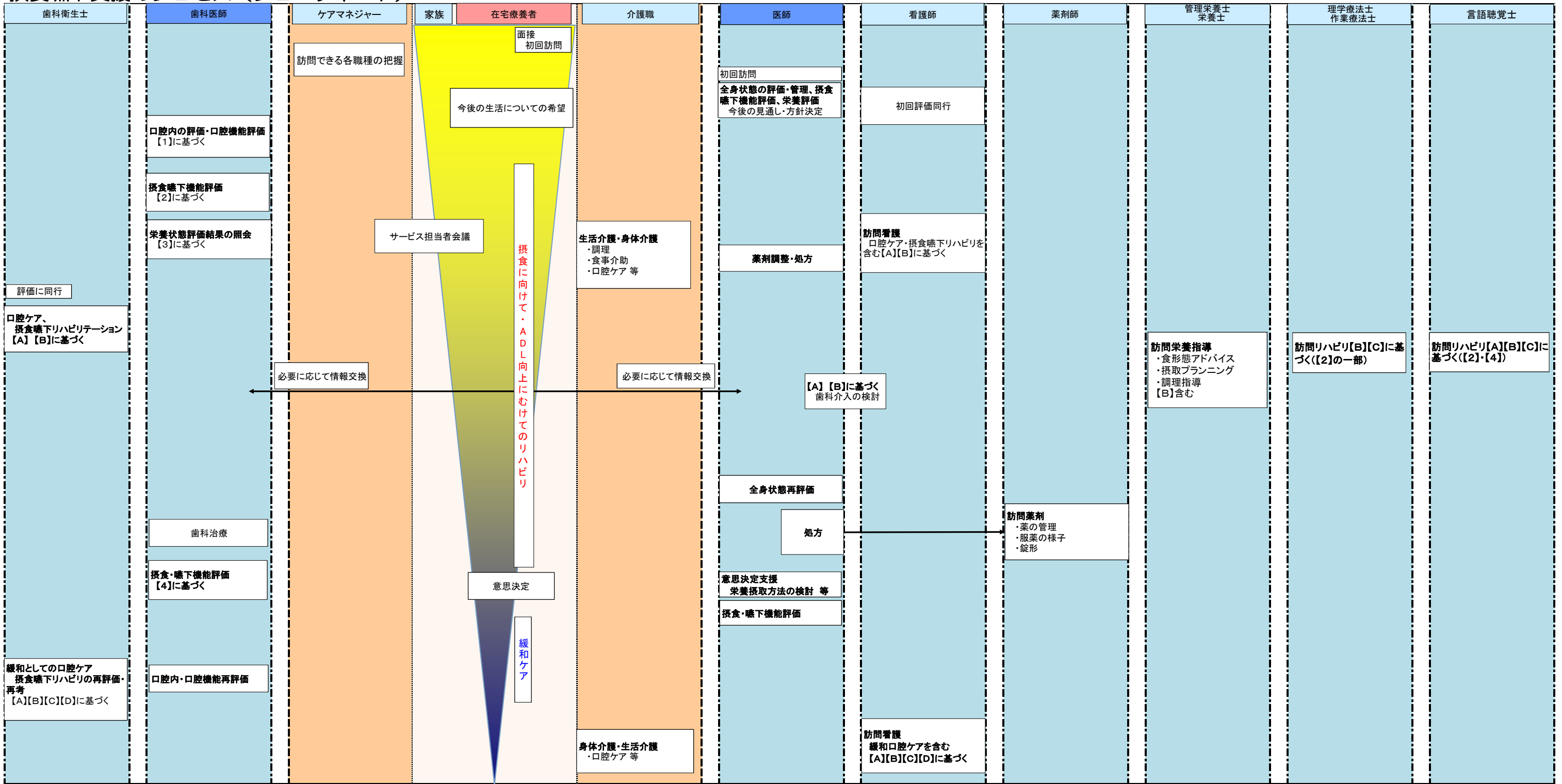
(7) 訪問薬剤管理指導報告書

医師は訪問薬剤管理指導情報提供書を薬剤師に提供する。薬剤師は、訪問薬剤管理指導報告書を医師に提供する。

(8) 実践報告書

看護師は実践報告書をケアマネジャーに提供する。

摂食嚥下支援のプロセス（フローチャート）



【1】
口腔周囲・口腔内の評価
 ・口唇、口腔周囲筋、歯、義歯、粘膜、咬合の観察
 ・麻痺、強直、乾燥、炎症、唾液の性状、汚れ
 ・う蝕、歯周病、口内炎、潰瘍

【2】
摂食嚥下機能評価
 ・食事の様子(方法、内容等)
 ・発熱・肺炎既往・むせ
 ・口腔機能、嚥下機能:舌の動き、口唇の動き、頬の動き、軟口蓋の動き等、痰のからみ、嚔声、むせ、頸部・肩・腕・手指の動き
 ・構音
 ・呼吸状態等
 ・簡易テスト・頭部聴診
 ・食事姿勢
 ・食事介助方法
 ・食器等

【3】
栄養状態評価
 ・カロリー摂取量と必要量
 ・BMI、MNA-SF
 ・食事内容
 ・食事摂取量や食形態、血液検査の把握、身体計測値など

【4】
摂食・嚥下機能評価
 ・VF
 ・VE
 ・VF・VE以外
 (水飲みテスト、フードテスト等)

【A】口腔ケア・摂食嚥下リハビリテーション
 摂食嚥下リハビリの再評価・再考
【口腔ケア】
 ・歯科治療(う食治療、欠損歯の回復、義歯の調整、歯周病治療、粘膜疾患の治療など)
 ・口腔内の清掃
 ・義歯の清掃
【リハビリ】
 ・口腔周囲・口腔内のマッサージ・運動
 ・発声・構音
 ・呼吸リハビリ
 ・頸部・肩・腕・手指の運動等

【B】
 ・食事の観察
 ・覚醒状態のチェック
 ・姿勢(テーブル、イスの状態)
 ・食器・食具、1口量、ペース、時間、食事量、内容、食形態等へのアドバイス等
 上記に関する指導

【C】
 ポジショニング
 シーティング等
 上記に関する指導

【D】口腔ケア
 ・方法、使用器具等の再考
 ・問題点の確認
 ・対応の確認・再検討

VI. おわりに

この事例集では、全国で先進的に摂食嚥下支援に取り組んでいる地域の情報を収集し、取り組みに至る経緯や取り組み内容と支援のプロセス、中心となっている職種や取り組みを実施する上での工夫点、職種間連携の方策などについてとりまとめた。

各地域の取り組みをみると、キーパーソンの存在や多職種の協働、プロセスの明確化、共通言語の作成など、地域に共通する要素はあるものの、各々の地域でそれぞれ独自色があり、地域のリソースを活用して取り組みを行っている。今後、自地域において、摂食嚥下支援、口腔ケア、食支援などの取り組みを進める際に、これらの取り組みを参考としていただければ幸いである。

検討委員会・ワーキンググループ メンバー

委員長	川越 正平	医療法人財団千葉健愛会	あおぞら診療所	理事長	院長
委員	秋山 正子	暮らしの保健室		室長	
	江頭 文江	地域栄養ケア PEACH	厚木	代表	
	白井 淳子	東京都多摩立川保健所		歯科保健担当課長	
	戸原 玄	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科老化制御学系口腔老化制御学講座	高齢者歯科学分野	准教授	
	長谷川 賢一	東北文化学園大学		言語聴覚学専攻	教授
	山口 朱見	医療法人財団千葉健愛会	あおぞら診療所	歯科衛生士	
ワーキン グループ 委員	宇都 仁恵	ひとえ歯科クリニック		院長	
	洪 英在	三重大学大学院医学系研究科	津地域医療学講座		助教

オブザーバー：厚生労働省老健局老人保健課

事務局	八巻 心太郎	株式会社三菱総合研究所人間生活研究本部	主任研究員
	宮下 友海	株式会社三菱総合研究所人間生活研究本部	研究員
	大橋 麻奈	株式会社三菱総合研究所人間生活研究本部	研究員

この事例集は、平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「摂食嚥下障害を有する高齢者の地域支援体制の取り組み収集、分析に関する調査研究事
業」として株式会社三菱総合研究所にて作成したものです。

摂食嚥下障害を有する高齢者への地域支援体制の取り組み

事例集

平成 27（2015）年 3 月発行

発行 株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部

〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3

TEL 03（6705）6024 FAX 03（5157）2143

不許複製