

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  
報 告 書

平成 27 (2015) 年 3 月

株式会社 三菱総合研究所



## はじめに

高齢化の進行に伴い、多死社会が到来し、医療介護連携や多職種協働の意義が叫ばれるようになった。平均寿命と健康寿命の間には短くない差異が存在している。高齢化の進展や生活習慣病の増加とともに、認知機能障害を有する方も増加の一途をたどっている。

20世紀に医療が飛躍的な進歩を遂げたことは間違いない。その恩恵として、多くの患者の命が助けられ、健康を取り戻すという成果をもたらした。しかしながら、一命は取り留めたものの障害が残る、疾病が慢性化する、徐々に悪化する、という事態に陥る患者も増加した。このような人生後半の下り坂の時期に必要なケアを **End of Life Care** という。健全な人に疾病が発生した時とは異なり、この **End of Life** に侵襲的な治療行為を実施することは、患者にとって過度の負担となりかねず、その適応には慎重な検討を要する。さらに、侵襲的な治療行為の継続なしには生存を維持できない状態に陥る患者も時に生じることになる。

ここで、胃ろう造設にまつわる問題を例示したい。我が国で胃ろう管理を行っている患者の数は40万人とも、70万人とも言われている。この数字は、世界的に見ても突出した数に上っており、その適応が適切に検討されているかどうかについて議論がある。摂食嚥下障害に陥った患者が自らの意思を表明できない場合、「経口摂取が困難」、「医学的に実施が可能」、「家族は反対していない」という条件を満たしていれば、ややもするとそれ以上の深い検討がなされることなく、胃ろう造設術が施行されてきた結果かもしれない。

近年、「胃ろう問題」が注目されるようになり、さまざまな議論が行われるようになった。そして、2012年6月に日本老年医学会が「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」を発表した。このガイドラインは、本人の尊厳を重視する立場から、高齢者ケアの現場にふさわしい「意思決定プロセス」や「いのちとその価値」について、真摯に論考を深めたものである。しかしながら、このガイドラインが公表されて以降、読む人によっては、「胃ろうは延命治療であり、実施すべきでない」というような負のイメージを持ってしまう場合があり、明らかに胃ろうの適応がある患者がその造設を拒否するという事態も現場では生じている。

さらに、2014年度の診療報酬改定において、胃ろう造設にまつわる診療報酬が大幅に見直された。その骨子は、胃ろう造設術に関する診療報酬の適正化と施設基準の新設、胃ろう造設時嚥下機能評価加算と経口摂取回復促進加算の新設である。漫然と胃ろうを造設することを防ぎ、術前に嚥下機能を評価した上で胃ろう造設術の適否を判断することや、造設後の摂食嚥下リハビリテーション実施を促進するねらいが込められている。

しかしながら、想定外の展開も生じている。新たな施設基準に基づく減算を恐れる医療機関が胃ろう造設術を避けるようになり、安易に経鼻経管栄養管理や中心静脈栄養管理を導入するという事例が少なからず発生しているという。胃切除後などの適応外症例を除けば、経鼻胃管が胃ろうよりも優れているという理由は存在しないにもかかわらず、別の思惑で経鼻胃管が選ばれたら遺憾と言わざるを得ない。また、中心静脈栄養管理を選択した場合、後にその管理を担当する医療機関が算定する診療報酬が大幅に増額となる点は、モラルハザードを生じかねない要素となっている。

ここまで胃ろうを例に話を進めてきたが、食をめぐる課題が胃ろう管理にとどまらないことは自明である。たとえば、摂食嚥下障害を有する患者が誤嚥性肺炎を生じて入院した場合について考えてみたい。その場合に、医師からの指示で経口摂取を禁止されることも少なくない。医学的見地から経口摂取が危険であると判断されたなら、それは当然の医学的判断だと思われるかもしれないが、たとえば嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査の結果がその根拠であったとしても、ことはそう簡単ではないという点に留意したい。なぜなら、食形態、座位姿勢（シーティング）、介助方法、歯科口腔疾患、口腔衛生状況等のさまざまな要素によって、その検査結果は大きく異なってしまうからである。さらに、前述の要素に加えて、摂食嚥下リハビリテーションの実施、栄養状態や全身の筋肉減少症（サルコペニア）の改善、食欲を引き出す工夫（味や見た目、香り）等の継続的な介入により、摂食嚥下機能は変化しうる。

また、胃ろう造設後にも、食支援の取り組みは継続しなければならない。人の唾液は一日に 1～1.5L 分泌されるという。つまり、胃ろう管理継続中で、肺炎で死亡せず現在生存しているすべての患者は、常時分泌されている少なくない量の唾液を、臨床的に問題となるほどは誤嚥することなく、嚥下できているはずである。そうだとすればなんらかの流動物を経口摂取できる可能性が残されていると言える。

「食べること」はいのちに直結する根源的な活動である。「食べること」は、いのち、そして人生観にたどりつく命題であり、そこでは本人の尊厳や意向が最大限尊重されるべきである。そして、End of Life の時期にある人が生きていくためには、医療面からの評価や介入だけでは不十分であり、疾病管理と生活の継続の双方を視野に入れてサポートする必要がある。そのために、医療と介護の連携、そして多職種協働が求められる。前段で述べた食形態、座位姿勢、介助方法、歯科口腔疾患、口腔衛生状況、栄養状態、リハビリテーションなどに対する多面的なアプローチなしに、「食べること」の尊厳を生命の最後の瞬間まで支え続けることはできない。

以上のような背景に基づき、本事業は食支援に焦点を当てて、先進的な食支援に関する地域活動を展開している全国 7 か所についてヒアリングを行った。認知症やがんへの対策などの重要命題以上に、この食支援活動こそ地域における多職種協働を象徴する臨床領域だと言えよう。「平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告」においても、中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化として、「口腔・栄養管理に係る取り組みの充実」が挙げられ、施設等入所者が認知機能や摂食嚥下機能の低下等により経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種による支援の充実を図ることが明記された。具体的には、施設等入所者の経口維持加算算定要件が、多職種による食事観察（ミールラウンド）やカンファレンス等に基づく口腔・栄養管理に係る取り組みに変更された。このように複数の医療介護従事者が協調して介入することによって、患者に優れた支援が提供できる。そして、関与する従事者自身が多職種協働の意義を体感し、地域における包括的ケアの実現をイメージできるようになる。本報告書がその一助になれば幸いである。

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

検討委員会委員長

医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所 理事長 院長 川越正平

## 目 次

|  |    |
|--|----|
| 第1章 事業の概要.....                               | 1  |
| I. 事業の背景・目的.....                             | 1  |
| II. 研究体制.....                                | 3  |
| III. 事業の概要.....                              | 4  |
| 1. 本事業の実施フロー.....                            | 4  |
| 2. ヒアリング調査.....                              | 5  |
| 3. 事例集の作成.....                               | 6  |
| 第2章 事業実施結果.....                              | 9  |
| I. 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状況（ヒアリング調査）..... | 9  |
| 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）.....        | 9  |
| 事例2 新宿食支援研究会（東京都新宿区）.....                    | 15 |
| 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）.....            | 20 |
| 事例4 能登NST研究会/金沢在宅NST経口摂取相談会（石川県）.....        | 27 |
| 事例5 京滋摂食・嚥下を考える会（京都府・滋賀県）.....               | 38 |
| 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）.....      | 44 |
| 事例7 歯科医院を中心とした活動（鹿児島県鹿児島市）.....              | 49 |
| II. 事例集の作成.....                              | 55 |
| 1. 事例集の作成.....                               | 55 |
| 2. 摂食嚥下フローチャートの作成.....                       | 56 |
| 3. 機能別職種一覧表の作成.....                          | 59 |
| 第3章 まとめ.....                                 | 63 |
| 参考資料.....                                    | 65 |





# 第1章 事業の概要





# 第1章 事業の概要

## I. 事業の背景・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、IVH、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。(胃ろう、経鼻、IVH、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)

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

### 1) 摂食嚥下障害に陥ることをできるだけ回避する。

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ってしまう疾病や外傷を避けるために、日常生活現場での介護予防の取り組みとして行われるべきであることとともに、病院において、「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も同様である。

### 2) 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。

上記1) 2) のために、医科歯科を通じての原疾患の治療はむろんのこと、口腔ケア・環境調整・食形態・栄養サポート・嚥下訓練・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。このような観点に立ち、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。

よって、本事業においては、地域における先進的な高齢者の摂食嚥下障害改善のための経口摂取サポート事例を収集し、さらに地域の医療・介護資源の状況や行政の関わり方、地域性などを踏まえ、各自治体の実情に応じた取り組み事例を多角的に分析し、摂食嚥下障害を有する高齢者への食支援の在り方を検討するための基礎資料を作成することを目的とした。

※AHN : artificial hydration and nutrition の略

## II. 研究体制

本事業を実施するにあたり、検討委員会およびワーキンググループを設置して検討を行った。検討委員会委員およびワーキンググループ委員は以下のとおり。

検討委員会委員

(五十音順)

|             |        |   |
|-------------|--------|---|
| 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：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

委員会等の開催回数は以下の通りである。本調査研究を遂行するに当たり、検討委員会を3回実施した。

<検討委員会>

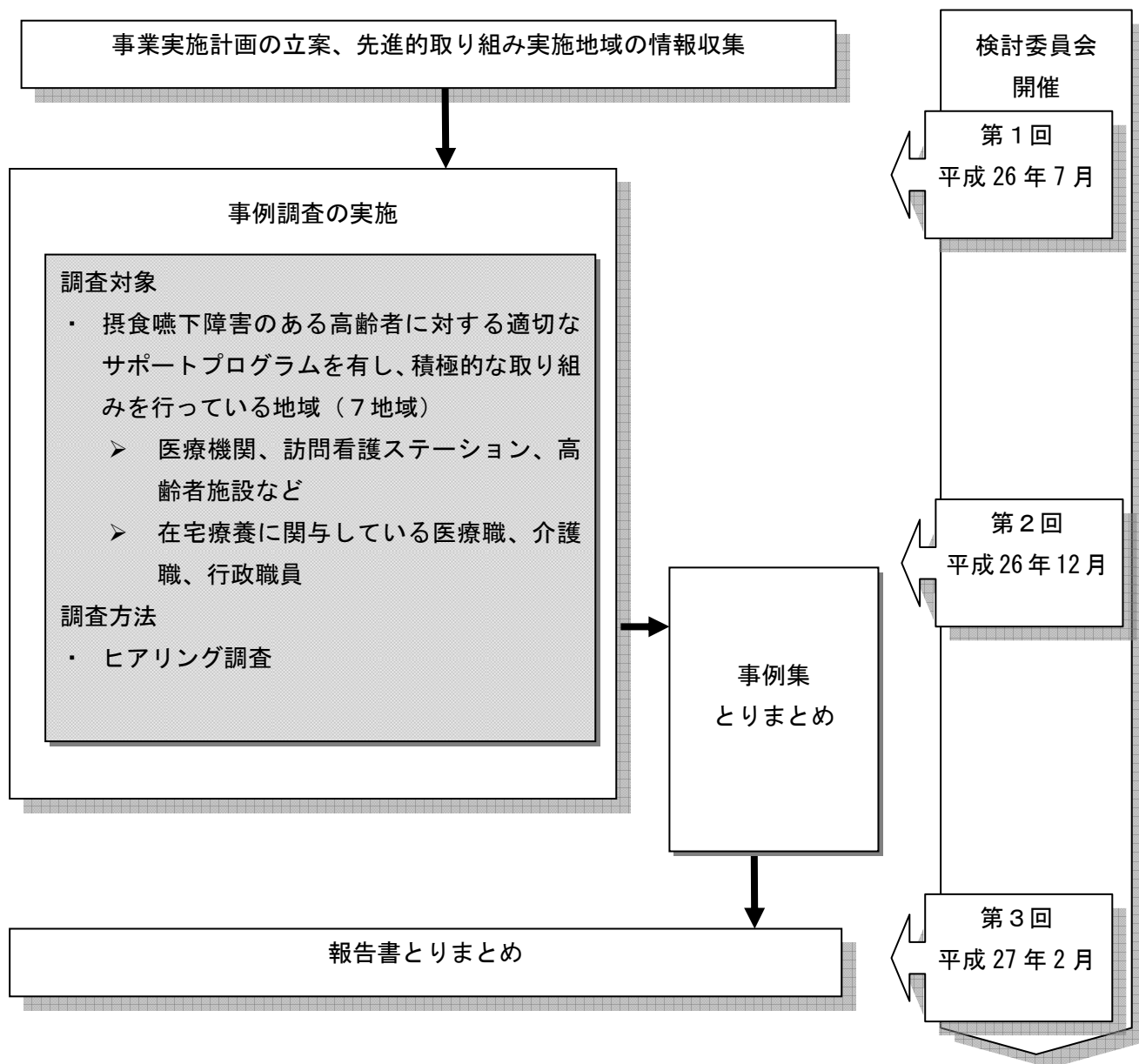
| 回   | 日時・場所  | 内容                              |
|-----|--|---------------------------------|
| 第1回 | 平成26年7月24日(木)<br>10:00~12:00<br>三菱総合研究所 CR-F 会議室 | ・事業計画(案)について<br>・訪問調査先の選定について   |
| 第2回 | 平成26年12月3日(水)<br>17:00~21:00<br>三菱総合研究所 CR-C 会議室 | ・各地域の取り組みについて<br>・事例集のコンテンツについて |
| 第3回 | 平成27年2月18日(水)<br>19:00~21:00<br>三菱総合研究所 大会議室 A   | ・事例集(案)について<br>・報告書(案)について      |

### Ⅲ. 事業の概要

#### 1. 本事業の実施フロー

本事業の実施フローは以下のとおりである。

図表 1 事業の実施フロー



## 2. ヒアリング調査

### ア) 実施対象と方法

摂食嚥下障害のある高齢者に対する適切なサポートプログラムを有し、積極的な取り組みを行っている地域（訪問看護ステーション、高齢者施設など）（7か所）に対して訪問調査を実施した。対象は在宅療養、摂食嚥下の取り組み等に関与している・医師、看護職員、リハビリ専門職、介護職員等とした。

図表 2 ヒアリング調査実施地域一覧

| 地域           | 訪問日                        |
|--------------|----------------------------|
| 宮城県気仙沼市      | 平成 26 年 10 月 27 日（月）18：30～ |
| 東京都新宿区       | 平成 26 年 10 月 31 日（金）17：00～ |
| 山梨県山梨市       | 平成 26 年 10 月 6 日（月）15：00～  |
| 石川県輪島市・金沢市   | 平成 26 年 11 月 10 日（月）10：00～ |
| 京都府・滋賀県      | 平成 26 年 10 月 8 日（水）16：30～  |
| 和歌山県和歌山市・海南市 | 平成 26 年 9 月 30 日（火）14：30～  |
| 鹿児島県鹿児島市     | 平成 26 年 9 月 27 日（土）13：00～  |

### イ) ヒアリング項目

ヒアリング項目は以下のとおり。

図表 3 ヒアリング調査項目

| 区分           | 項目   |
|--------------|--|
| 基本情報         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 取り組み実施圏域</li> <li>・ 取り組み参画施設・事業所等</li> <li>・ 取り組み参画職種</li> <li>・ 行政（保健所）、職能団体等との協力・連携状況</li> </ul>  |
| 取り組み開始の背景・経緯 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 取り組みの開始時期</li> <li>・ 取り組み開始のきっかけ</li> <li>・ 取り組み開始時の地域資源の状況</li> <li>・ 取り組み実施主体の動き</li> <li>・ 現在の地域資源</li> </ul>  |
| 取り組みの内容      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支援が必要な者の把握の方法（典型的なパス）</li> <li>・ 嚥下機能評価の方法</li> <li>・ 評価医・評価歯科医と主治医・主治歯科医、NST 等の連携方法</li> <li>・ 訪問・リハビリ等の実施状況及び内容</li> <li>・ 施設間・行政（保健所）・職能団体等との連携状況及び</li> </ul> |

| 区分                    | 項目                                      |
|-----------------------|---|
|                       | 内容<br>・ 上記に係る各職種の役割                     |
| 取り組み成功のポイント<br>と今後の課題 | ・ 取り組み成功・継続のポイント<br>・ 活動の充実のために解決すべき課題等 |

#### ウ) ヒアリング時期

平成 26 年 9 月～平成 26 年 11 月に訪問した。

### 3. 事例集の作成

上記のヒアリング調査結果を踏まえ、先進地域の状況、取り組み上の工夫などを示した事例集を作成した。

事例集の作成に当たっては、摂食嚥下障害改善のプロセスをフローチャートに取りまとめるとともに、職種別に担う機能を整理した。



## 第 2 章 事業実施結果





## 第2章 事業実施結果

### I. 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状況（ヒアリング調査）

摂食嚥下障害改善のために先進的な取り組みをしている7地域に訪問調査を実施した。その結果を以下に示す。

#### 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）

##### 1. 気仙沼地域事例：気仙沼・南三陸「食べる取り組み」研究会

###### 「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非常に多い。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嚥下訓練を行い「口から食べる」を実践している。

気仙沼・南三陸「食べる取り組み」研究会の活動は、気仙沼市全域に及んでいる。気仙沼市内における摂食嚥下支援の取り組みは2011年の東日本大震災以前から行われていたが、震災を契機とした外部支援と地域の強固なネットワークにより全域に広がる活動へと発展した。

##### （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）<br>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、介護職員、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  |

気仙沼市では東日本大震災以前から、地域の歯科医院（金沢歯科医院、山谷歯科医院等）による在宅口腔ケアが実践されていた。しかし、東日本大震災後多くの医療ボランティアが市内で活動を展開し、その中には山梨牧丘病院院長古屋聡医師や東名厚木病院小山珠美看護師等の摂食嚥下に関する取り組みを他地域で実践されている専門職も多く含まれていた。

彼らの摂食嚥下障害者に対する取り組みを体験したこと契機に、市内で摂食嚥下障害改善のための口腔ケア・嚥下訓練を実践する医療専門職が増加した。その後、古屋医師と金沢歯科医院金澤洋院長らが中心となって「気仙沼・南三陸『食べる取り組み』研究会」（以下「『食べる取り組み』」

研究会」と略記する)を発足し、多職種が意見や情報を交換する場として継続している。2014年10月現在、市内にある三つの病院(気仙沼市立病院、大友病院、気仙沼市立本吉病院)が全て参加しているのみでなく、介護老人福祉施設や介護老人保健施設からも参加がある。また、事例検討会として各施設での実践的勉強会も開始している。

## (2) 取り組みの背景・経緯

気仙沼市内での摂食嚥下障害に対する取り組みは10年以上前に開始された。介護老人福祉施設恵潮苑に金沢歯科医院の歯科衛生士が訪問し、口腔ケアを通して経口摂取に移行するモデル事業を実施したことが最初の事例である。その後も恵潮苑内や金沢歯科医院等、モデル事業の成功を知る関係者の間では取り組みは継続されていたが、決して全市に及ぶものではなかった。

2011年3月11日に東日本大震災が発生すると事態は一変した。高齢者が比較的多い気仙沼市内の避難所では、高齢者を中心に誤嚥性肺炎が続発する等、口腔ケアに対するニーズが高まっていた。一方で医療機関も被災した為に、市内の医療関係者は自身が担当する患者を治療することにすら苦勞する状況であった。

そのような過酷な状況の中、気仙沼市は東京都を中心に多くの医療支援を受けた。多くの医療専門職がボランティアや派遣として気仙沼市内で活動した。発災後2間を経て、ようやく避難所などに充足してきた医療支援チームは在宅被災者に目を向けられるようになり、3月25日に訪問診療をサポートする支援チーム「気仙沼巡回療養支援隊」が発足。ここに全国から、医科のみならず歯科の支援者も集った。

この医療支援の過程で、摂食嚥下障害に取り組む多くの関係者も気仙沼市で活動した。特に過去の阪神大震災や中越地震発生時にも避難所で誤嚥性肺炎が流行した事実を知る歯科専門職が避難所を中心に活動して成果をあげた。そのような中で「気仙沼巡回療養支援隊」のなかの特別活動として、山梨県牧丘病院院長古屋聡医師を中心として「気仙沼口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーションサポート」が成立し、全国の摂食嚥下に造詣の深い専門職がチームとなって「口から食べる」を意識した口腔ケアと摂食嚥下支援活動を実践した。活動は避難所、在宅、そして気仙沼市内の病院、介護施設でも展開した。震災当時の気仙沼市内は医療人的資源が不足しており、特に言語聴覚士の数が圧倒的に不足し、関係職種の連携も十分ではなかった。はからずも、「気仙沼巡回療養支援隊」および「気仙沼口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーションサポート」の活動は、その後、口腔ケアや摂食嚥下支援を市内の専門職が実践するための多職種連携を進める結果にもなった。その成果は2012年2月「地域医療連携フォーラム」へと発展し、更に2014年10月現在も活動継続している「食べる取り組み」研究会へと展開していった。

現在は、基本的には気仙沼市内の各医療専門職が口腔ケア、摂食・嚥下支援を担当しているが、古屋医師や小山珠美看護師等一部の専門家は現在も「食べる取り組み」研究会と一体となって、互いに協力する体制を構築している。

## (3) 取り組み内容

### (ア)金沢歯科医院

金沢歯科医院は、気仙沼市で最も長く口腔ケアを実践している歯科医院である。金澤洋院長と所属の歯科衛生士が協力して訪問の口腔ケアを実施している。2014年10月現在、介護老人保健

施設二か所、介護老人福祉施設三か所で口腔ケアを担当する以外に、在宅患者月 20~30 人程度診療している。また、介護現場を最もよく知るのはケアマネジャー、との考えからケアマネジャーと緊密に連絡を取り合うことを実践している。「口腔ケアの必要有」と連絡を受けた場合に、ケアを実施できる歯科医師をリスト化して登録する体制を構築しており、仮に金澤院長本人が担当できなくても適切な口腔ケアが提供される。

#### (イ)「食べる取り組み」研究会

「食べる取り組み」研究会は、オープンな勉強会として月に一回開催されている。代表は古屋聡医師（山梨牧丘病院院長・気仙沼市立本吉病院非常勤医師）であり、現在は介護老人保健施設「リンデンバウムの杜」で開催される。参加者は医師・歯科医師・看護師・歯科衛生士・管理栄養士・PT・OT・ST・ケアマネジャー・介護福祉士等、と多岐に渡る。参加においては強制力を持たせずに、「参加可能な時に参加する」という形式を続けている。二月に一度は、参加者が所属する施設で事例検討会を開催する。複雑な事例を全員で検討することによって参加者のレベルが上がるだけでなく、普段業務で参加できない施設関係者が勉強会に参加できるという利点を持つ。

「食べる取り組み」研究会自体が専門職の斡旋を行うわけではないが、参加者の専門性・年齢・地域が非常に幅広い為、強力なネットワーク形成の場となっている。

#### (ウ)気仙沼市立本吉病院

気仙沼市立本吉病院（以下「本吉病院」と略記する）は震災後から口腔ケア及び摂食嚥下障害への取り組みを開始した。東日本大震災後、施設の被災に止まらず常勤医師が退職する等病院存続の危機に直面した。現在は医師三人体制に加えて各地から応援に来る医師と共に病院を運営している。本吉病院の特徴として、歯科医師が週に 2 回、口腔ケア・嚥下訓練を担当していることが挙げられる。一瀬浩隆歯科医師は、震災後にボランティアとして気仙沼市内で活動した後、東名厚木病院で小山珠美看護師に師事して摂食嚥下への対応を習得した歯科医師である。一瀬歯科医師の指導の下で看護師から看護補助員まで病院一体となって口腔ケアに取り組んでいる。

本吉病院においては、①介護職員は経口摂取ができる患者の歯磨き、食事介助を手伝う、②看護師が寝たきりや経口摂取できない患者の口腔ケア、嚥下機能評価、嚥下訓練を担当する（吸引まで実施する）、③一瀬歯科医師が来院した場合には病棟内を巡回して複雑な症例に適宜対応する、という体制を採用しており、一瀬歯科医師が常に日常のケアを担当するわけではない。一瀬歯科医師は目標として「口腔ケア・摂食嚥下の専任担当者を作るのではなく、病院スタッフ全員でケアのスキルを上げること」を掲げている。できる限り多様かつ多数の専門職に口腔ケア・嚥下訓練ができるようになってほしいという考えの下でこのような体制が採用されている。食事面を担当する管理栄養士も非常に協力的で、患者の食事中に病棟を巡回して食事状況を踏まえた献立を提案している。

また、本吉病院の場合は入院後も非常に早期から経口摂取を実践する。高齢者が肺炎で入院した場合でも、医師の治療と平行して嚥下機能評価やリスクの管理を行い、早期から経口摂取を開始することで嚥下機能低下を予防し、早期退院に繋げている。更に、ケアマネジャーとの関係も緊密である。入院時には患者の担当ケアマネジャーに連絡をし、退院会議にもケアマネジャーが同席する。退院後のケアを担当するヘルパーに対しても一瀬歯科医師が講座を開き口腔ケア・嚥

下訓練を実技で指導する等して退院後も適切な口腔ケア・嚥下訓練が提供できる体制の構築に尽力している。本吉病院は訪問診療も実施するため、在宅での摂食嚥下に関する課題は一瀬歯科医師が担当することで連携ミス等は起こらないようにも心がけている。仮に家族がケアする場合も同様である。

#### (4) 今後の展望等

「食べる取り組み」研究会は、会の成功理由を①東日本大震災の経験、②職員間での同一目的の共有、③情報発信、と考えている。

①東日本大震災の経験については、多くの参加者が「『震災を契機として』、と言葉にして良いのかはわからないが」と口にしながらも被災を理由とする外部からの刺激や「生きること」の意味の問い直しを成功の理由とした。元来、気仙沼市は地縁によるネットワークや住民の結束が非常に強い地域であり、それが新しい取り組みの導入に排他的な傾向も生み出していた。しかし、被災によって外部地域から医療支援を受け、外部の刺激を受け入れざるを得ない状況になった。自分たちの目の前で展開される最先端の口腔ケア・嚥下訓練とその効果を見て、導入に積極的な態度を示す施設が増えたという。口腔ケア・嚥下訓練に積極的な空気が生まれると、市内の強固なネットワークはその空気を拡大する役割を担ったという。

②職員間の同一目的の共有については、成功体験を共有したことが大きいという。介護老人福祉施設恵潮苑であれば、最初のモデル事業対象者の回復を施設内で共有したことで口腔ケアの効果と意義に対する理解を職員が共有できていた。他の施設であっても、他地域で活躍する専門家が最先端の手技を眼前で実践し、それによって状態がただちに改善する姿を見ることで「何をやるべきか理解した」「自分の方法に自信が持てた」という意見が多く寄せられた。

③情報発信については、勉強会が良い機会になっている。そもそも会に他地域の古屋医師が参加していることもあり、他地域での取り組みを知る機会も多い。加えて意見交換や事例検討を通して参加者間や参加検討者への情報発信を行うことでモチベーションの再確認や地域全体のボトムアップにつながっているという。

気仙沼市内では大震災前と比較して、セミナーの開催等による取り組み裾野の拡大が実施されている。特筆すべき点としては、気仙沼市立病院においてNSTの立ち上げやSTの拡充、病棟の入院患者のみの担当する歯科衛生士の雇用がなされたことや病院内の地域連携室の機能が強化され多職種連携機能がより強化されたこと等、医療資源が拡充しつつある。

将来の展望としては、事例検討会の拡大、ケアマネジャーとの連携強化、30年後を見据えた活動、の三つが挙げられる。

一つ目の事例検討会の拡大については、オープン性を保証してより多くの施設で実施することを考えている。「食べる取り組み」研究会の成熟に伴い、外部専門家を招聘することなく検討を深めることが可能になっていることも大きい。

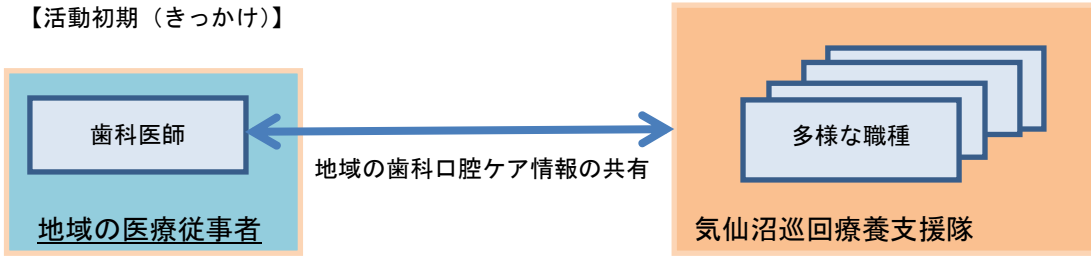
二つ目のケアマネジャーとの連携強化は、会が抱える課題でもある。ケアマネジャーが最初に高齢者の不調を把握する機会が多い。医師や歯科医師との連携が進んでいけば、小さな変調を直ちに相談して重症化する前に専門職の介入を促す、というプロセスを採用することが可能となる。しかし、ケアマネジャーにとって医療専門職への相談・報告は非常に心理的障壁が高い。その為、ケアマネジャーによる発見時に介入を開始すればより回復が早かったという事例が散見された。

この反省を踏まえて、研究会ではまず、研究会に参加するケアマネジャーの数を増やしたいと考えている。多くのケアマネジャーが参加することで人脈作り、ネットワークの形成、摂食嚥下に対する理解を深める、等の効果が考えられる。更には、勉強会を通して医療専門職とのコミュニケーションに慣れることで、普段から緊密なコミュニケーションが可能になることを目標としている。

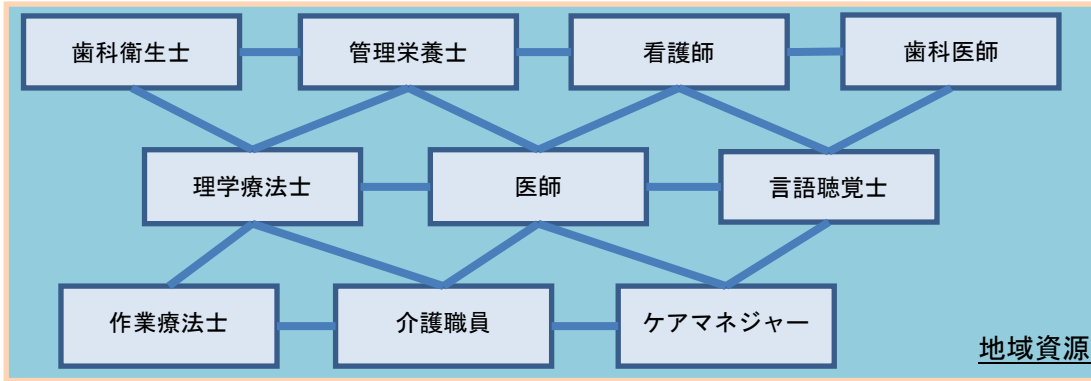
最後の30年後を見据えた活動とは、気仙沼市を含む多くの地方都市に共通する課題に基づくものである。日本創成会議が報告した推計では多くの地方都市に消滅可能性があるが、気仙沼市もその危機を強く感じている。高齢化が進み、しかし介護の担い手が大幅に増加するわけではない将来においてもこの取り組みを継続するためには、一人一人の活動のレベルアップを図り同時に参加者を増加させることが重要だという。その方針の下、今後も活動を展開する予定である。

【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）】

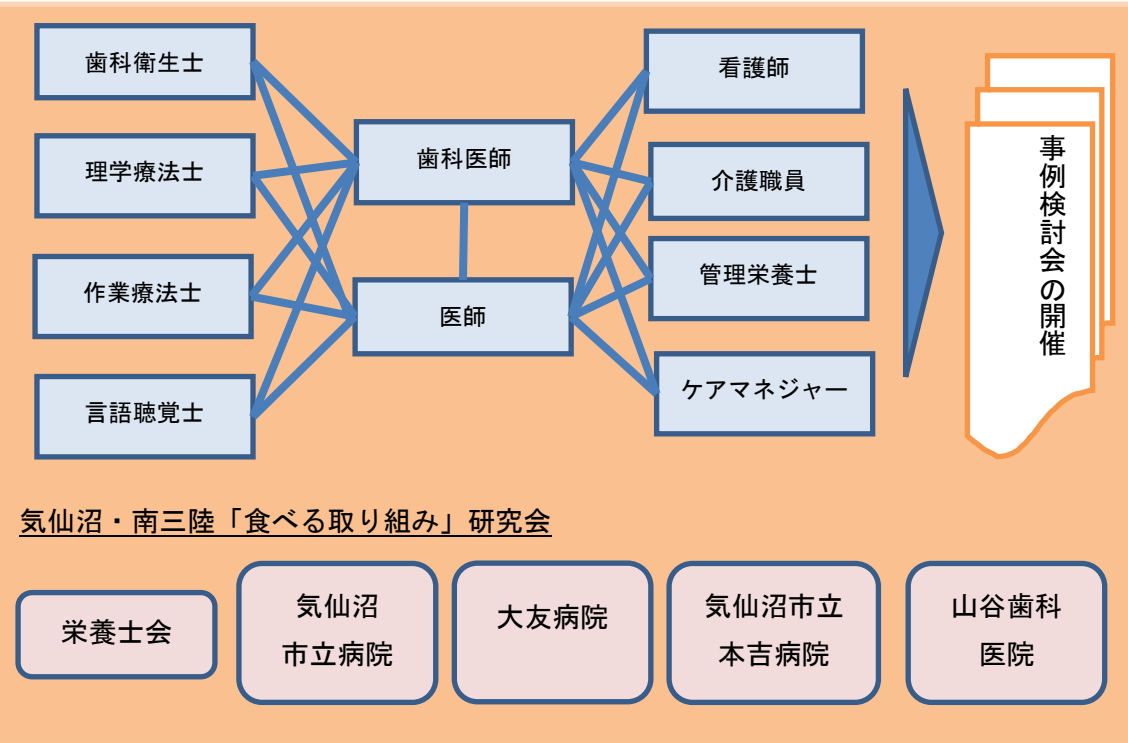


【ネットワーク形成期】



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

## 事例 2. 新宿食支援研究会（東京都新宿区）

### 2. 新宿事例：新宿食支援研究会

「『自分の職域では何ができるか』を問いかける」

新宿は地域の特徴として、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。

新宿食支援研究会の目的は、「食を考えること」であり、活動理念は「専門職として一人一人が活動する際に『食支援』を意識した活動を実践すること」である。

#### （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   |

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（以下「新食研」と略記する）の事務局は、東京都新宿区の歯科医院ふれあい歯科ごとうに設置されている。ふれあい歯科ごとう代表である五島朋幸氏が発起人となり、2009年より活動を開始した。2014年10月現在の参加職種・人数は18職種55名に及び、特徴としては摂食嚥下のプロフェッショナルが少ないことが挙げられる。（歯科専門職は5名に留まる。）新食研は活動の一つとして、月一回土曜日に勉強会を開催している。新食研の内部組織として、歯科衛生士及び管理栄養士で構成される「ハッピーリーブス」、理学療法士及び福祉用具専門相談員で構成される「ファンタジスタ」、連携シート作成ワーキンググループである「連携創造コラクリ」、社会調査を担当する「そしお」などが存在する。これらのグループは個別に活動を展開している。また、行政機関との連携については新食研参加者が審議会委員に任命される等の実績は存在するが、新食研としての活動においては、基本的には連携は無い状況である。

## (2) 取り組みの背景・経緯

新食研が活動地域として展開する東京都新宿区は、東京都の特別区の一つであり高齢者だけで6万人を超える巨大な地域である。摂食嚥下障害の在宅発症率が16%であることを考慮すれば、活動の対象者は推定1万人を超える。また、摂食嚥下障害の発症ほど重度でなくても潜在的に食支援を必要とする高齢者は更に多い可能性が高いと五島代表は指摘する。経済産業省の委託を受けて新食研が実施した調査では、介護保険制度において要支援以上の認定を受けた高齢者でも約4割が低栄養状態であること、及び、在宅者の方が低栄養の傾向が強いことが明らかになった。これらの点を踏まえて、五島代表は「各地区で活躍する各専門職が新食研に集まり、食支援に対する気づきを得て、担当地区に戻る」というプロセスを意識している。歯科専門職の介入拡大ではなく、全ての高齢者関係職種が「食」を意識した活動を展開する結果としての食支援拡大を目標として活動を継続してきた。

## (3) 取り組み内容

新食研が会全体を通して掲げる目的として、「見つける、つなげる、結果を出す」があり、活動目標として、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食支援の地域での実践、を掲げている。

| ワーキンググループ名               | 新食研の目標                   | 新食研の目的 |
|--------------------------|--------------------------|--------|
| ホームヘルパー研修会               | 介護職の食に対する意識向上            | 見つける   |
| SSK-O(食形態判別表)の開発         |                          |        |
| 新宿食支援勉強会                 | 食支援職種にネットワークづくりと知識・技術の向上 | つなげる   |
| 連携創造「コラクリ」               |                          |        |
| 社会学的調査班「そしお」             |                          |        |
| 地域食支援グループ<br>「ハッピーリーブス」  | 食支援の地域での実践               | 結果を出す  |
| 一発逆転コンビ<br>「ファンタジスタ」     |                          |        |
| 訪問看護ステーション<br>「結わい」      |                          |        |
| 食支援用具開発プロジェクト<br>「コンセプト」 |                          |        |
| デイサービス活性化<br>「食べる☆デイ」    |                          |        |

(新宿食支援研究会ウェブサイト <http://www15.atpages.jp/shinshokuken/workinggroup.htm> をより事務局作成)

新食研の活動は全てワーキンググループ(以下、「WG」と略記する)単位で行われる。



勉強会は月一回土曜日に開催される。五島代表は会の発足当初は会の認知及び食支援参加へのきっかけ作りを目的として新宿区以外で活動する専門職にも門戸を開いて勉強会を開催していた。会の発展と共に勉強会参加者も順調に増加し、2014年10月現在、新宿区活動者限定にしても応募が殺到する状況となっている。また、講師も会発当初は別地域での食支援関係者等著名人による講義を中心としていたが、2014年10月現在は新食研関係者が講師を担当している。一時間半の講義後には懇親会を開催し、多職種間の情報交換やネットワーク作りの場を提供している。勉強会を通して多職種と知り合うことで、自身が担当する高齢者を新食研参加者の医師に紹介する、自身が治療した高齢者の口腔ケアを新食研参加者に依頼する等の連携も生まれている。

新食研の大きな特徴として複数のWGに分かれて取り組みを実施する点が挙げられるが、WGを通して職域を超えた連携が進むことも多い。「ハッピーリーブス」は歯科衛生士と管理栄養士によるグループであり、2010年に結成された（現在は理学療法士も加入）。摂食・嚥下に対する取り組みのうち、歯科専門職による在宅訪問口腔ケア及び管理栄養士による食事栄養指導を実施している。新食研における位置づけとしては摂食・嚥下専門職で構成されたグループであり、専門的介入を担当する。ハッピーリーブスは高齢者からの問い合わせを受けて相談を開始する。新食研参加医師等の提携医療機関と契約し、医師・歯科医師の指示の下、利用者である高齢者宅に訪問して口腔ケアや栄養評価を実践している。

連携創造「コラクリ」は多職種連携の為の連携シート作成を契機として結成された。当初は、食支援に携わる多様な職種間で情報の一元化を可能にする連携シートを作成するためのWGとして集合し、①各職種の目標指向型であること②患者を含む誰が見ても良いこと、の二点に着目したシートを作成した。更に、「職種連携とは何か」という課題と向き合う中でそもそも連携の外にある情報に着目した。具体的には薬剤師が保有している患者の剤型情報である。高齢者は調剤の飲みにくさ等を医師ではなく薬局の薬剤師に訴えることが多く、薬剤師は患者の要望に合わせてその場で剤型を変更したり、飲みやすい方法を伝授したりする。しかし、この情報はカルテやお薬手帳には掲載されず、高齢者の嚥下障害情報として活用されない状況が続いていた。コラクリはこの情報に着目し、現在薬剤師と多職種との連携創造に向けた活動を創造している。

「ファンタジスタ」は理学療法士と福祉用具専門相談員によるグループで、器具と姿勢による食支援を展開している。車椅子等の福祉用具選定から日常での姿勢及び食事時の態勢を職種連携で検討することで、特殊訓練等を実施せずに摂食機能を向上させることに成功している。

「そしお」は社会調査を実施しているグループである。2014年10月現在、新宿区内に存在する食支援ステーションの実態調査及び新規設置を目的とした調査を展開している。将来的には複数の食支援ステーションの実施を実現する予定である。更に、訪問看護ステーション「結わい」が2014年6月に設立された。所長が看護師で理学療法士の派遣もしており、食支援を実践している。

現在の取り組みの共通点として「水際でのニーズ把握」が挙げられる。摂食・嚥下障害の特徴として、高齢者本人はその障害に気づかず誤嚥性肺炎を発症してから障害が明らかになるという事例が少なくない。五島代表は、地域のネットワークの活用によって誤嚥性肺炎になる前に食や栄養に問題がある人を「見つける力」の強化に主眼を置いている。新食研は独自に食形態判別表を作成し、一般に公開している。「SSK-O」と呼ばれるこの表は、介護職を始めとする非医療職にも簡易に食形態が判別できる表であり、新食研の目標とする「水際でのニーズ把握」の裾野拡大

を支えるツールとなっている。一方で新食研参加者に特に職業要件等は設定していないが、あくまで個々人の活動の一視点としての食支援であるため、自身の職種で実績がある者しか参加継続できない会の構造となっている。

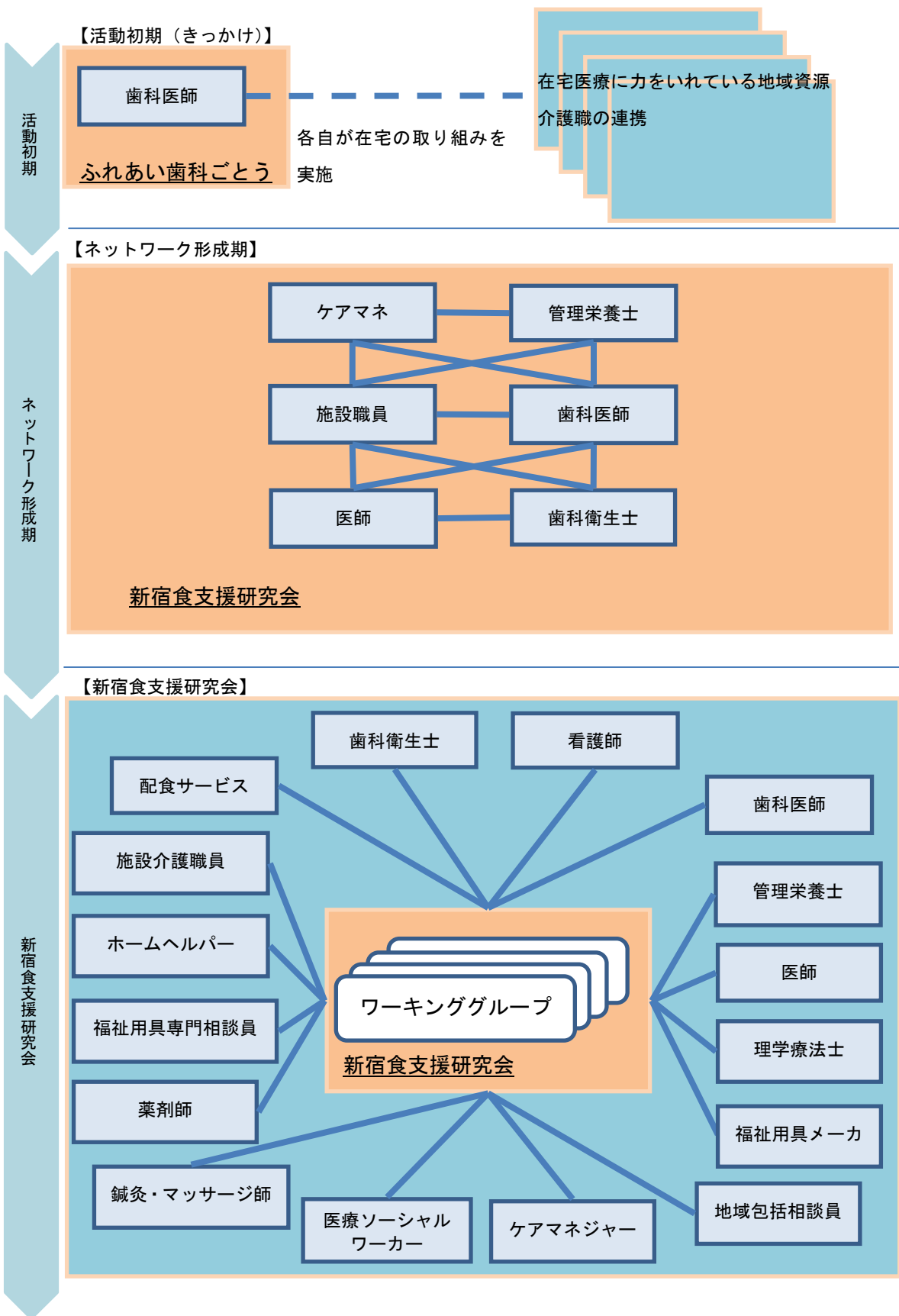
#### (4) 今後の展望等

新食研の発展・成功の裏には、高レベルな介護事業所の存在等新宿区独自の要因が存在する。新食研発足以前からケアマネジャーの取り組みであるケアマネット等専門職のネットワークが形成・機能していた。また、五島代表自身が10年以上訪問歯科診療を実施しており、その過程で知り合ったメンバーが新食研のコアメンバーとなっている。その為、五島代表自身、発足当時から成功するイメージしか持っていなかったと断言している。

他地域にも共通する成功要因として①地域を理解しているか②発信力を挙げている。①の地域に対する理解については、新宿区の場合非常に高齢者が多く、歯科専門職による介入拡大を標榜しても実現は非常に困難である。そこで各専門職が自身の職域において食支援を実施するという観点での取り組みを実施したことで成功した。多くの場合、摂食・嚥下支援においては支援参加者の努力のみで支援対象・範囲を拡大することに注力しがちであるが、活動地域の背景事情に適した手法を採用することが成功の要因だと述べている。また、②の発信力については、新食研については会発足期から取材も多かったことが好影響であったと分析している。発信することで取り組みの認知を拡大することも成功の要因となったためである。

最後に、今後の展望としては新食研参加職種拡大を挙げている。地域で食に最前線で携わる小売店の店員等が参加することで、日々の生活行動の中から食や栄養に問題のある人を見つけ、それを専門職に繋げるというプロセスをより強化する方針である。

【当地域における食支援ネットワークの形成過程】



### 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）

#### 3. 山梨市における摂食嚥下支援事例（山梨お口とコミュニケーションを考える会）

「点から面へ」

ある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。

多職種、多機関（病院、歯科診療所、フリーランス歯科衛生士、歯科医師会等）連携による摂食嚥下支援の展開事例。

歯科医師会との連携によって手順化された医科歯科連携システムである専門的口腔ケアシステムを用いた地域全体での多職種協働の取り組みや退院後の在宅支援を支えるフリーランス歯科衛生士の活用など、専門職の働き方・活用方法の柔軟化にも特徴のある事例である。

##### （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   |

「山梨お口とコミュニケーションを考える会」は現山梨市立牧丘病院長古屋聡医師が山梨市で摂食嚥下支援を多職種・多施設連携で進めていた取り組みに名称を冠したものである。古屋医師らによる山梨市での摂食嚥下支援に関する取り組みは、訪問歯科衛生士の牛山京子氏による訓練を導入したことから本格化し、2002年頃までに現在の状況に近い体制を構築した。

「山梨お口とコミュニケーションを考える会」は実質的な活動を支え、実践する口に関連する医師、看護師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士などの専門職からなる研究会であり、パターンリズムを廃した、職種を超えた自由な意見交換を行う場として発展してきた。

山梨市を含む二次医療圏人口は約7万人。400床クラスの病院が1病院、200床クラスが2病院、50床クラスが1病院、30床クラスが1病院である。

具体的な摂食嚥下支援の市内での活動の中核は市立牧丘病院（30床）、塩山市民病院（200床）のほか、訪問歯科診療や口腔ケアを担う開業歯科医院、耳鼻咽喉科医院、独立歯科衛生士等の連携体制で取り組みを進めている。

## (2) 取り組みの背景・経緯

現在、山梨お口とコミュニケーションを考える会と呼ばれる山梨市における摂食嚥下支援活動を中心的に行っている古屋聡医師（現市立牧丘病院長）が塩山市内（当時）の塩山診療所の医師として訪問診療に従事していた際、主治医を務めていた患者が手術後の絶食から経口摂取が困難となり、胃ろうの造設に至ったことを契機に摂食嚥下支援の必要性を検討、嚥下機能評価は厳しい結果であったが在宅歯科衛生士として高名な牛山京子氏に訓練を依頼したところ食物の経口摂取が再び可能となったほか、社会とのコミュニケーション意欲にも向上が見られた。

この経験を契機に、古屋医師は摂食嚥下支援の有用性や効果を実感し、従来から関係を構築していた地域の歯科医師、耳鼻咽喉科医師、言語聴覚士らとの連携体制を構築していった。

古屋医師が口腔ケア、摂食嚥下支援の必要性を深く認識したのは山梨市内の塩山診療所勤務時代であったが、その後、市立牧丘病院への古屋医師の異動に伴って、異動先である市立牧丘病院でも取り組みを継続することとなり、早期リハビリテーションの必要性を感じていた塩山市民病院への取り組みスキームの移植という形で活動を拡大させてきた。

塩山市民病院では、脳神経外科において回復期から慢性期にかけての対応の一環として摂食嚥下リハビリの必要性が認識されていたが、当初は十分な知見がなく、胃ろうによる対応を行われるケースも多かった。早期リハビリテーションの充実を志向する脳神経外科渡邊徳明部長と古屋医師の関係から、摂食嚥下支援を地域の歯科医院との連携の下で実現していく取り組みが開始された。地域包括ケアシステムの実現が求められる中で、塩山市民病院の地域における役割期待も取り組みの推進力となった。

## (3) 取り組み内容

### (ア)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。

塩山市民病院では平成 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 OCT は言語聴覚士が中心となり、脳神経外科部長がバックアップ、調整等を分担する体制で活動。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、食支援と円滑な連携が可能な体制となっている。

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 は次のような流れで稼働している。

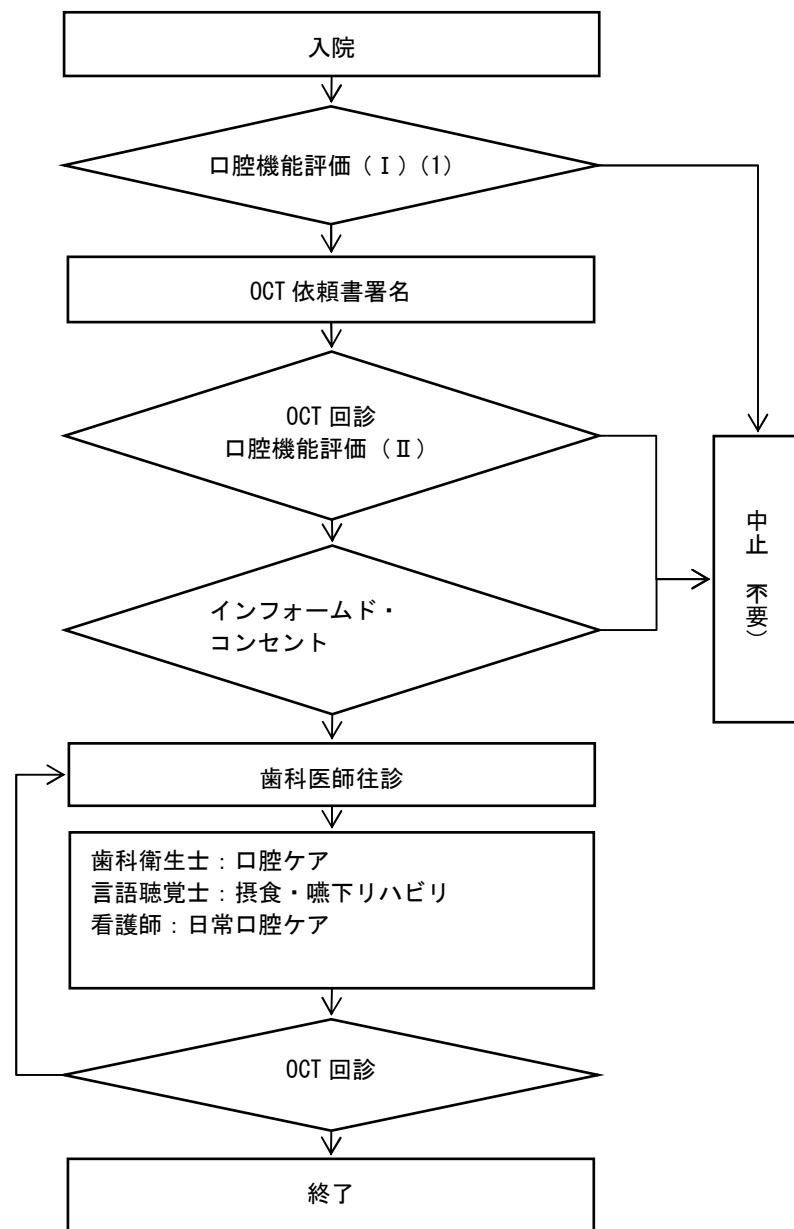
入院患者のうち、口腔機能評価によって口腔ケア、摂食嚥下支援の必要性が認められる方がいた場合、まず院内 OCT への依頼書が作成され、院内 OCT 回診による口腔機能評価（第二段階）が実施される。その結果、OCS による支援を受けるべきと判断された場合はインフォームドコンセントを実施、歯科医の往診を受けることとなる。歯科医の往診では必要に応じて嚥下造影検査（VF）を実施。往診にあたる歯科医師は、現在 10 名。OCS で歯科の取りまとめ役を担う中村歯科医院の中村院長が依頼を集約し、10 名の歯科医師に担当の分担を連絡する。

歯科医師の往診によって、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。一方、医師には摂食嚥下リハビリに対する恐れを抱いている者もいる。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、そうした関係性を構築しやすい職種や人材の意識が高くなる傾向にある。歯科医師会は口腔ケアに関する意識改善を図ろうと工夫しており、歯科医師往診時や口腔ケアの実施時に医師、看護師も積極的に立ち会うようになると一層の進展が図れると考えられる。

### 【東山 OCS による支援の流れ】



医科歯科連携、院内職種間連携（リハ職からの意見具申を取り入れる医師が存在したこと）、チーム化することに前向きな病院幹部という条件がそろったためにシステムが機能している。

患者が退院し、地域に戻った際にはフリーランスの歯科衛生士や訪問リハビリ等でフォローを行う。塩山市民病院の言語聴覚士（一名）はOCTで来院するフリーランス歯科衛生士や域内で開業している言語聴覚士平澤哲哉氏と良好な関係にあり、在宅復帰後の情報の集約、指示系統の統括は地域の吉岡医院に集約している。関係者間情報共有のツールとして「サイボウズ」を用いる等、工夫を行っている。

### （イ）市立牧丘病院

市立牧丘病院は前述の塩山市民病院のほか、山梨厚生病院、勝沼病院と共に峡東地域（山梨市、甲州市、笛吹市の一部）の医療を担う。牧丘病院は全ての職種が在宅訪問を行っている。口腔ケア、摂食嚥下支援に関する体制は医師、看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等から構成される。言語聴覚士のみ病院に配置されていないことから、塩山市民病院所属の言語聴覚士が週に一度牧丘病院を訪問して嚥下機能評価を実施している。

市立牧丘病院の口腔ケア、摂食嚥下支援は多職種連携の下、次のように行われている。

#### 【院内での口腔ケア、摂食嚥下支援の流れ】

入院患者の嚥下機能評価は毎週水曜日に塩山市民病院から言語聴覚士が来院して実施。ただし、院内の作業療法士や理学療法士も嚥下機能評価が可能な水準にある。言語聴覚士の評価によって、マンツーマンでの摂食嚥下支援を行うべきとの方針が出されれば作業療法士、理学療法士が管理栄養士の支援を受けつつ言語聴覚士の指示に沿った訓練を実施。訓練と食事介助を分けず、リハビリをしながら食事もしているというスタイルを採っている。

摂食嚥下リハビリは通常の食事介助と異なり、支援者と患者が担当制であり、1人の専門職が一貫して患者に関与できるという利点がある。特に、食形態などの面でチャレンジ的な内容に進む際に、日常的な状態像を理解できているスタッフが訓練できる利点は大きく、栄養課や看護部にフィードバックが出来る。

摂食嚥下支援に関して医師は経口摂取の開始指示など訓練の口火を切る役割を担う。全患者対象のカンファレンスでのアドバイスの実施や判断の責任主体としての役割が主で日常の訓練にはあまり関与しない。

管理栄養士は食形態と患者の状態像から食事に関する戦略を検討し、医師に提案を行う。調理は委託しているため小回りが利かない場合もあるが、30床と小規模な病院であるため、ある程度のカスタマイズには対応できている。調理員に対しても日常的に患者の状態像などは伝えるようにしている。

看護師は朝食と夕食の後に口腔ケアを行うようにしている。食事なしの方は午後の決まった時間に実施する。特に指示のない患者の口腔ケアは一日三回が標準になっている。看護師による口腔ケアはリハ目的という意味では難しいが、衛生管理の一環としての口腔ケアという側面からも積極的に実施している。

専門的口腔ケアを担う、歯科衛生士などにつなげることを判断するのは、医師、看護師が多い。入院時のチェックで義歯の有無、乾燥状態など、口腔関係のチェック項目があり、他の項目とも

総合して判断を行っている。専門的口腔ケアを活用した方が患者にとって有益であることは医師の間で共有されているので、入院患者に対しては原則として専門的口腔ケアを入れる方向にある。各職種の日常の会話の中に口腔ケアに関する情報が入っており、日常的に意識されているため、介入のタイミングが遅くなることはあっても、漏れることはまずない。

#### 【開業歯科医師・歯科衛生士との連携】

市立牧丘病院の入院患者に摂食嚥下支援を行っている開業歯科は、患者自身の主治歯科医師を基本として、定常的に二歯科医院と連携している（前島歯科医院、岡歯科医院。中村歯科は牧丘病院においてもオブザーバとして活躍）。月ごとに新患を引き受ける当番を決めて対応している。塩山市民病院ではOCSによる医科歯科連携だが、市立牧丘病院においては病院主体で医科歯科連携を行っている。塩山市民病院のOCS活動の地域での定着もあり、支援に積極的な歯科医師は増加傾向にある。牧丘病院から歯科への依頼実績は8年間で860件に上る。

嚥下機能評価はVE, VFともに用いるが、VFは良い画像を得るための条件設定に手間がかかるため、VEの方が適当と考えられるケースが多い。VEには食形態に関するフィードバックを得られるという利点もある。

現在牧丘病院で訪問しているケースは約250ケースであり、うち30ケース程度において専門的口腔ケアを導入している。各歯科医院には歯科衛生士が在籍しているが、訪問に従事できるのは少数であり、訪問での専門的口腔ケアの主力はフリーランスの歯科衛生士「かむかむクラブ」の5人のメンバーである。専門的口腔ケアの病院へのフィードバックは歯科衛生士から看護師に対して行われる。また、歯科衛生士は管理栄養士と関係が強く、院内リハ職からの相談を管理栄養士が集約し、歯科衛生士とコミュニケーションするといった情報の運用がなされている。管理栄養士はフリーランスの歯科衛生士とチームを組んで訪問指導等も実施している。

支援対象者の数に比べて歯科衛生士の数が足りないため、過労気味。エリアで分けるなど負荷分散の方法を試しているが、全員フル回転状態にある。病院主体でフリーランス歯科衛生士の活用を行っているのは、歯科衛生士の業務効率化の観点がある。在宅訪問は移動時間が必要である等、事業として見ると効率が悪いとため、病院が集約する形でケースを集めれば採算ベースに乗りやすくなるのではないかと考えた。訪問歯科衛生士の取り組みは、摂食嚥下支援の側面だけではなく、歯科衛生士の働き方の面でも新たな可能性を探る取り組みと考えられる。

現在では、医師からの提案以前に家族からの摂食嚥下支援の要望もあり、経口摂取をさせたいという気持ちで牧丘病院を訪れる家族もある。「最近ご飯を食べない」という兆候を家族は把握しており、要望もあるはずで、その声を拾っていくことが重要であるとする。また、摂食嚥下支援は非常に重要だが、経口摂取以外を認めないという考え方は採らない。患者の栄養状態等を勘案し、入院、訪問診療でフォローしつつ、経口摂取に挑戦し、場合によっては経管栄養・胃ろうも選択肢として排除しない。

#### （４）今後の展望等

##### （ア）塩山市民病院

院内での同志・理解者の拡大が課題になっている。言語聴覚士中心に口腔ケア、摂食嚥下支援を行っているが、これらの支援を自身の仕事と考えない職種もあり、専門を超えた関与の姿勢を



職種問わず、持つことが必要と考えられる。いきおい口腔ケア、摂食嚥下支援に携わるスタッフの数に限りがあり、マンパワー不足状態におかれることが多い。看護師のように、人数規模も基礎スキルもある職種が積極的に関与できるよう、医師がリスクを負って、判断、環境整備に取り組んでいくことを目標としている。

上記のように多職種連携を促進しつつ、各職種が自身の専門性をきちんと確立していくことも重要であり、いわゆる「ブーム」に乗った多職種連携ではなく、各自が必要なスキルを持ち寄り、本当に必要な多職種連携に向けて取り組みを進めていく。

#### (イ)市立牧丘病院

支援困難事例やニーズ不明の事例などについて、「在宅連携サポートまきおか」を設置してインテンシブに対応する体制を整えた。この取り組みは必要なリソースを見つけてサービス受給につながる機能地域で担おうとするもので、家族、地域の保健師などから相談を受ける。特に、経済社会的な困難状況についての相談機能を持つため、サービス提供側がお金を取れないという事態やお金がないから必要なサービスを受けられないといった事態を減少させられる可能性がある。

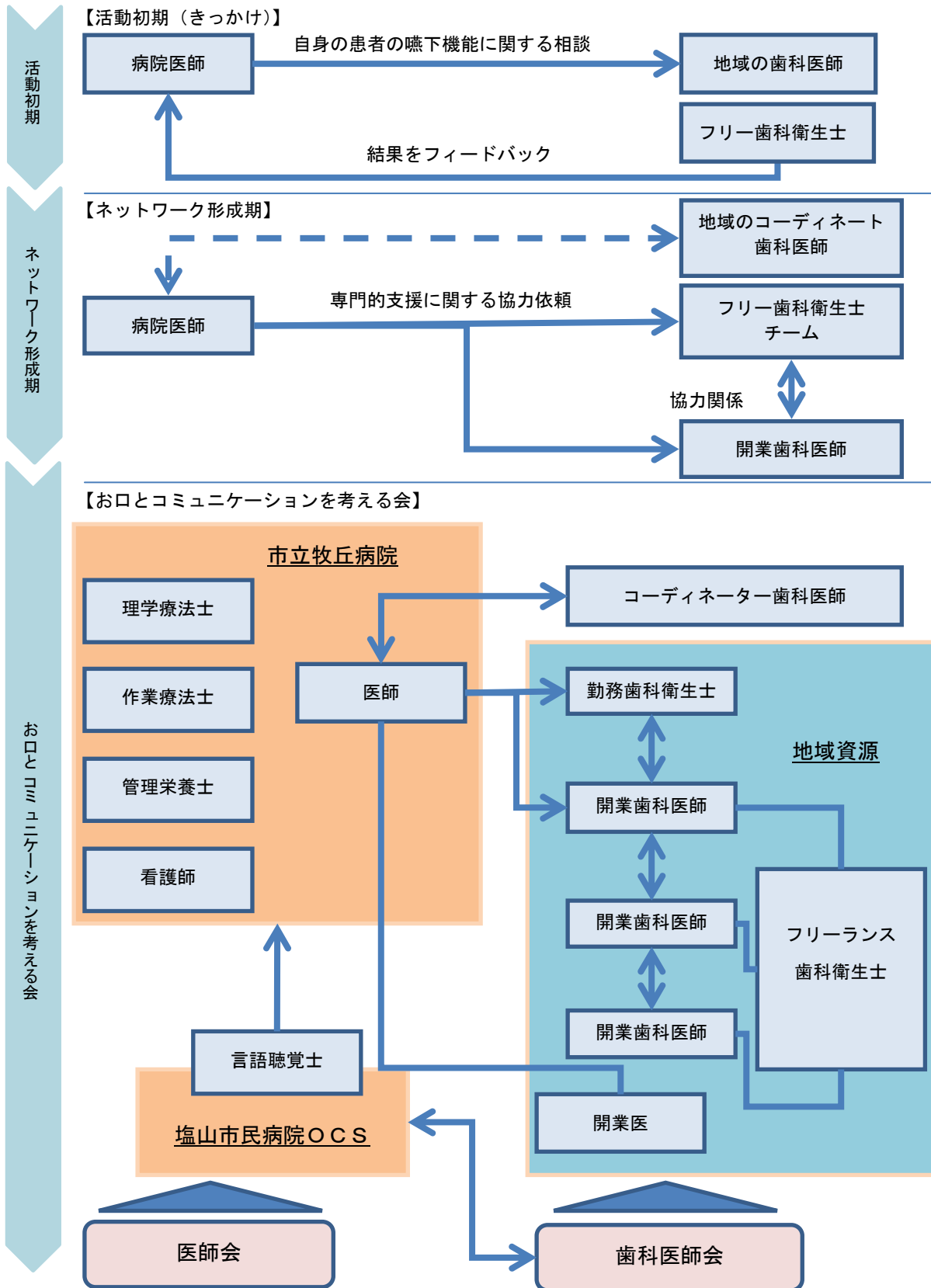
ソーシャルワーカーから相談が入り、必要に応じて状況調査を行って、支援を行う流れである。例えば退院が決まっているが、在宅サービスが決まっていないといった相談が寄せられる。病院は退院させようとするが、サービスがついてこない、高齢者がサービスを嫌がるといった困難事例も見られる。説得というよりも家族がどうしたいかを病院でも聞き取れていないというケースもある。こうした「困りごと」に対する駆け込み寺機能を発揮していけるようにしたい。

地域ではケアマネジャーによる管理栄養士への認知度の向上が課題である。ケアマネジャー側にも摂食嚥下支援についてのニーズはあると考えられるが、管理栄養士に支援を依頼するのが適当かどうか判断出来ない状況にあると思われる。管理栄養士がどれだけ多くの事象に役立てるかを知られていないことが原因であり、その期待に応えられる管理栄養士も多くはない。管理栄養士の専門性についての認知度を向上し、地域での役割を果たせるよう活動を進めていく。

フリーランスの歯科衛生士はスキルの差（ただし、訪問を行える歯科衛生士はもともと技術水準が高い）はあるが、経験がスキルにつながるという考え方で積極的に活動を進めていく。マンパワーが足りないため、後進の育成は喫緊の課題となっている。

今後は指導者クラスになった歯科衛生士が後輩を引き付けられるかどうかは課題。仕事の内容だけではなく、子育て世代の家計を支えられるか等、職業としての自立性の問題もある。システムとして円滑に機能するかどうかを若手は見ている状況にある。今後は歯科衛生士が単独で動けるようになってくると思われる一方で、就労に付随する各種保障の充実等、雇用関係の整理を進めていく必要が認識されている。

【当地域における食支援ネットワークの形成過程】



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

#### 4. 石川県事例：能登 NST 研究会／金沢在宅 NST 経口摂取相談会を中心に

##### 「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。

石川県における摂食・嚥下の取り組みは、能登地域における取り組みと金沢地域における取り組みに大別できる。能登地域における取り組みは脳卒中連携パスを中心に能登食形態マップ等能登全域で採用された共通のツールを使った各自の取り組みが発展している。金沢地域においては、金沢在宅 NST 経口摂取相談会が症例を多職種で訪問診療・診断した後に介入方針を検討する、という学びかつ実践の場を提供している。

#### （1）能登地域

##### 1) 公立能登総合病院（能登 NST 研究会／食力の会）

##### （ア）基本情報

|              |   |
|--------------|---|
| 取り組みの実施主体    | 能登 NST 研究会参加者<br>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）<br>事務局公立能登総合病院（代表世話人橋本正明院長）<br>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、介護職員等   |
| 地域           | 石川県能登地域   |

能登 NST 研究会は 2005 年から活動を開始した。2014 年現在、事務局は公立能登総合病院が務めている。当病院に勤務する長谷医師が中心となって展開している「食力の会」が中心となって『能登食形態マップ』が作成された。

##### （イ）取り組みの背景・経緯

食力の会については、長谷医師の疑問から始まった。当時、脳卒中モデルを前提とした摂食嚥下の取り組みが主流に展開される中で、急性期に急落した口腔機能が回復期で上昇し、維持期に維持されるという口腔機能の推移が前提として説明されていたが、長谷医師の疑問点として「高齢者特有の症状を持つ場合にその後機能はどのように変化するのか」という点であった。認知症

患者であれば、単純な疾患のみによる機能の衰退だけでなく認知症特有の問題が生じるのではないかと、また食事の形態も隠れた問題点として既にあるのではないかと、との問題意識も抱いていた。実際、介護職へのヒアリングでは、現場の課題として①食事の形態②食事方法が多く挙げられた。この問題意識を踏まえて県の栄養士会に食形態調査を提案したが、地域が広範であるために県全体での取り組みを実施することは不可能であった。そこで、能登地域に限定して食力の会を中心に作業を行った。

### (ウ)取り組み内容

能登 NST 研究会は NST が注目され始めた時期から活動を継続している。学会認定研究会として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の勉強会の他に能登 NST 合宿を実施しており、現在まで継続している。当初は NST を理解することを主眼においており、難解な専門書の理解を重視していた。一時期は全国から 100 人以上が参加するほどの大所帯であり、医療専門職の他介護職員や病院の事務職等多様な職種の参加がみられたのも特徴である。現在は「地域にいかに関係情報をわかりやすく伝えていくか」に活動の焦点を絞っており、地域を支える多様な職種に基本的な情報を簡潔に伝えることを目的に掲げている。

『能登食形態マップ』の特徴として、分類について日本摂食・嚥下リハビリテーション学会が発表した「日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013」を基準に作成していることがあげられる。マップ作成の目的として医療及び福祉関係者間で各施設における食形態の共通認識を図ることを挙げており、新たな基準による統一は想定していない。むしろ写真によって「見える化」し、各施設での位置づけを明確にすることで情報伝達の混乱を避けることに狙いがある。ただし、コード 4 については、各施設での形態があまりに多様であったため、整理の意図も含めて二つの基準を独自に設定し 6 段階に分類した。基準は咀嚼能力の観点と窒息危険性の観点から「やわらかさ」と「大きさ」が採用されている。また、他様な医療・福祉関係者全員にとってわかりやすいことを心掛けて、表記は漢字一字で行った。

食力の会については、長谷医師を中心とする 18 名で構成されている。平成 23 年より月一回開催しているが、強制力を伴うものではない。また、活動は完全なボランティアで行われている。マップ作成の他には、座談会の開催や勉強会を含めて「食べることに関する全て」を取り扱う会となっている。会の長所として、比較的交流が少ない栄養士と介護専門職が会を通して知り合うことで施設訪問のような実践的な勉強の場を提供できる等、人と人によるネットワーク形成を促進している。

### (エ)今後の展望等

能登 NST 研究会は、今後の目標を「能登半島全病院の会への参加」としている。「裾野は広く、垣根は低く、志は高く」を理想に、能登地域全体の栄養ケアの向上を目標としている。また、一方で胃ろうについて再度正面から問い直すことも今後の課題として捉えており、胃ろうの長所について再度検討することを考えている。

食力の会については、今後の展望として会の拡大そのものはそれほど重視していない。むしろ作成したマップについて広く意見募集やアンケートを行い、より良いものにしていくことを検討している。

## 2)社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院（能登脳卒中地域連携協議会）

### (ア)基本情報

|              |   |
|--------------|---|
| 取り組みの実施主体    | 能登脳卒中地域連携協議会の会員<br>食力の会参加者  |
| 取り組み施設・事業所概要 | 会長 東 壮太郎（恵寿総合病院副院長）<br>小蔵要司（恵寿総合病院管理栄養士）                          |
| 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、検査技師、薬剤師 |
| 地域           | 石川県能登地域   |

能登脳卒中地域連携協議会は平成20年6月に設立された。能登中部保健医療圏及び能登北部保健医療圏における脳卒中の医療、福祉及び保健に関する施設及び従事者が参画し、相互連携の強化を図る。また、脳卒中地域連携クリティカルパスの運用及びデータベースの活用を通して能登地域の脳卒中医療等の向上に寄与することを目的としている。

### (イ)取り組みの背景・経緯

2007年に金沢大学及び能登中部保健所から恵寿総合病院に呼びかけ要請があり、それに応じる形で脳卒中地域連携クリティカルパスの検討が始まった。2008年7月にはパスの運用が開始され、それに先立つ形で能登脳卒中地域連携協議会（以下、「協議会」と略記する）が設立された。能登中部健康福祉センターが2007年から2010年まで協議会の事務局として参画していたが、規約の改定を経て、2011年以降、恵寿総合病院が事務局を担当している。元来、能登の地域性として、人口密度が低く少子高齢化が進展していること、医療従事者が少ないことに加えて交通の便が悪いことから、各地域に病院が設置される必要性が高く病院完結型のシステムが構築されていた。また、急性期病院を中心とする地域内での連携も既に確立されていた。一方で能登地域全体を俯瞰すると、市を超えた連携がそれほど進んでいない状況であった。そのような状況のなかで連携パスを通じた交流が開始された。

### (ウ)取り組み内容

取り組みは大きく分けて①連携パスの運用、データベース化②能登食形態マップの発行事務③脳卒中予防ノートの三つがある。

一つ目の連携パスの運用については、協議会は連携パスを利用してデータバンクの作成及び地域ネットワークによる患者情報伝達を確立し、最終的には患者アウトカムを向上することを目標としている。運用のフローチャートとしては、急性期病院、回復期病院、生活期への各段階移行時にパス管理病院（恵寿総合病院）にデータを提供することで、パス管理病院からフィードバックが送られ、一貫した治療提供が可能となっている。中でも栄養管理情報用紙は、入院時、急性期終了時、回復期終了時、生活期（1～3か月）と分けて看護師、管理栄養士、検査技師、歯科医師、薬剤師、リハビリテーション専門職等が記入する欄を設けている。より詳細かつ専門的な観

点による記入を通して口腔機能の維持及び栄養状態の把握を図ることを目的としている。また、様式を統一することで転院等による混乱を予防する役割も果たす。この用紙の概要および様式は脳卒中連携パス分科会の栄養情報ワーキンググループが年度毎に各施設へのアンケートをとりながら改訂を進め現在に至っている。連携パス利用施設から随時送られてくるデータを蓄積することで能登地域における脳卒中の状況等の分析が可能になっている。データベース化することで長期的な視点での分析を可能にすると共に、エビデンスに基づいた地域全体に対する予防策の検討も可能となる。なお、協議会登録団体は2014年4月1日時点で116に上る。

二つ目の能登食形態マップの発行事務については、食力の会との連携による。2013年に食力の会代表の能登総合病院歯科口腔外科長谷医師より共同事業の申し入れがあった。食力の会会員の大半が協議会会員であることや協議会発足当初から食形態マップの策定が議論されていたこともあり、連携はスムーズに進んだ。協議会では、能登食形態マップの財政支援、配布、周知・参加勧誘・広報（ウェブサイト掲載）、運用後調査等を担当している。既にアンケート調査は実施しており、結果を踏まえた改良が望まれる。

三つ目の脳卒中予防ノートについては、協議会で作成し在宅復帰患者に配布している。内容としては脳卒中の基礎を理解すると共に、家庭での食生活で注意すべき点等生活期における再発防止を主眼に置いた構成となっている。

### (エ)今後の展望等

協議会の今後の展望としては、データベースに集積されたデータをどのように外部に発表し、活用していくかという課題がある。現在圏域内の90%の施設の登録を得ており非常に信頼性の高いデータを収集できている。また、データベースの2008年から2011年の4年分については、分析結果がまとめられ、HPに掲載され、全国へ発信されている。しかし、さらなるその利活用については発展途上の部分が多い。今後は分析を強化するとともに、論文、書籍等による積極的な情報発信をしていくことが求められる。

また、食形態マップについても活用方法を検討する段階に入っている。現在、ウェブサイトへの掲載はされてはいるが、その周知は主に能登地域に留まっている。石川県全域ひいては全国的な展開が可能なマップであるため、今後はウェブサイトへの掲載以外による対象地域外への情報発信も視野に入れる必要がある。当初は転院時に移動先の施設での食事を検討することを想定していたが、現在は退院時の家族への説明や若手専門職への教材として活用される等、その活用方法も発展しつつある。事務局として新たな活用方法の提案も検討する必要があるだろう。

## 3)市立輪島病院

### (ア)基本情報

市立輪島病院は、輪島市内唯一の急性期病院である。入院患者の大半は70～80代の高齢者であり、医師不足や看護師不足といった一般的に地域医療が抱える課題を持つ病院である。2010年に栄養サポート室を開室して以来、形を変えつつ栄養サポート・口腔ケアに継続して取り組んでいる。

### (イ)取り組みの背景・経緯

2004年4月よりNSTは稼働していた。病院内のNST活動としては、NST回診とディスカッションの実施や入院患者全てに主観的栄養評価を実施して、NST介入の必要性をスクリーニングしている。その後、2007年に認定教育施設に認定された。2010年7月の栄養サポート室開室の目的は診療報酬におけるNST加算を得るためであった。しかし、開室時に専従看護師である中村悦子看護師がNST介入症例の内訳を調査した結果、46%に誤嚥性肺炎が認められた。その原因として「口腔ケアの不備」「長期欠食」「情報共有の不備」が考えられたことから、当時の摂食嚥下チームが病院に今後の取り組みを提案した。その結果①歯科衛生士の雇用による専門的口腔ケア②嚥下機能評価の実施③医科歯科連携の強化④食形態マップの作成⑤摂食嚥下口腔ケア委員会の設置が取り組まれた。

### (ウ)取り組み内容

市立輪島病院の取り組みの目標は「最後まで食べる、歩いて入院した患者は歩いて退院させる」である。入院した場合、入院時に「栄養第1次スクリーニング」が行われ、患者の主観的栄養評価が実施され口腔機能を把握している。このスクリーニングで嚥下機能に問題がある場合には言語聴覚士に連絡され嚥下機能評価の必要性が検討される。また、口腔内に問題がある場合には、病院で雇用されている歯科衛生士に連絡される。

特筆すべき点としては、多くの記入用紙の様式統一を行った点である。栄養1次スクリーニング及び栄養管理計画書、摂食・嚥下機能チェック用紙、摂食・嚥下機能総合評価用紙、口腔ケアアセスメント表、介入時栄養評価表、栄養情報提供書、摂食機能療法計画書・実施記録表等のフォーマットを作成した。担当看護師以外の専門職が同一用紙に記入していくことで一覧化、システム化が可能となっている。特に介入時栄養評価表については、看護部、栄養サポート室、検査部、リハビリ、主治医が一枚の用紙に記入することで経過や各専門職の所見が一覧できるようになっている。このシートは能登脳卒中地域連携協議会が作成した栄養情報提供用紙の雛形となった。また、栄養情報提供書は、神奈川県での取り組みを参考に輪島病院独自で作成された。

地域全体に関係する取り組みとしては、輪島地域での食形態マップ作成が挙げられる。これは転院や施設入所時における食形態の混乱を防ぐことを目的としており、後述する『能登食形態マップ』の基本となるものである。さらには、地域の薬局との連携も行った。口腔ケアの必要物品は患者に購入してもらう必要があるが、地域内の薬局やドラッグストアに商品を置いてもらうことで在宅でのケアが可能になった。

### (エ)今後の展望等

市立輪島病院での取り組みが成功した要因として①必要性に基づくモチベーション②歯科医及び口腔外科専門医の協力③顔の見える関係④行政の援助が挙げられる。

一つ目の必要性に基づくモチベーションとしては、輪島市内において高齢者や急性期の患者が入院する病院は市立輪島病院のみであり、口腔ケアも栄養サポートも自分たちで取り組みを開始しなければ誰も他に担い手がいなかったという状況がある。ニーズを踏まえた取り組みを実施して成果が出ることで院内スタッフのモチベーションも上昇し、取り組みを継続することが可能になった。

二つ目の歯科医及び口腔外科専門医の協力については、歯科を診療科に持たない他の病院にも可能な取り組みといえる。市立輪島病院は歯科を持たないが、地域の歯科医と連携体制を構築している。まず、入院患者にかかりつけの歯科医がいる場合には、当該歯科医に病院まで往診に来てもらう。仮に往診が困難な場合やかかりつけ医がいない場合には、提携している歯科医師に往診を頼み、治療を実施してもらう。歯科がないからこそ地域の歯科と連携体制を構築して病院の中に入ってきてもらうというシステムにより、結果的に地域での連携も強まった。加えて口腔外科専門医の往診協力が得られたことで院内でのVE・VF検査実施が可能となったことも取り組み継続の要因としては大きい。

三つ目の顔の見える関係は地方が抱える課題を前向きに捉えたものである。市内唯一の急性期病院である以上、入院の必要性がある高齢者は市立輪島病院を經由して施設または家族の元へ戻っていく。介護専門職や地域の医療専門職、介護に携わる家族と顔の見える関係を築くことが可能となった。その結果、退院カンファレンス時に介護職の参加を求めて情報共有を行う等一貫した治療を提供することが可能である。また、能登NST研究会の世話人として地域医療セミナーなどを開催したことで地域資源の把握をすると共に地域で共通認識を図ることや共有する体制を整えることも可能となった。最後の行政の援助とは輪島市の二つの取り組みである。現在輪島市では、二回まで歯科衛生士による口腔ケアが無料で受けられる事業を展開している。この事業によって、入院時や口腔ケアの介入を決定する前の段階で歯科専門職による介入が受けられることになった。また、市では配食サービスの対象者に対して、見守りも兼ねて残量の確認を行っている。食事の食べ残しを日々確認することで食欲不振や食べられる量の低下等口腔ケア・栄養ケアの必要性がある高齢者のスクリーニング機能を果たしている。

今後の展望としては、看護師がどのような役割を果たしていくかという課題がある。多くの専門職が協力するサポートチームの中で、看護師がどのように専門性を発揮し栄養ケアを担っていくのか、という点については現在検討中だという。また、在宅での支援についても今後の発展が望まれる。生活期に入った場合、多くの業務を行わなければならない介護職に院内で記入している栄養管理シートの恒常的な記入を求めることは難しく、専門職ではない家族に求めることはより困難である。それぞれの生活形態に応じた支援体制の確立が必要である。また、病院内の課題としては、病院で行っている取り組みを診療報酬に繋げていくことである。NST回診を再開して、診療報酬の加算を得ることで、関係専門職の院内雇用のさらなる創出に繋がりたいと考えている。



## (2) 金沢地域

### 1) 金沢在宅 NST 経口摂取相談会 (小川医院)

#### (ア) 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)<br>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、介護支援専門員、社会福祉士 |
| 地域           | 石川県金沢市   |

金沢在宅 NST 経口摂取相談会は金沢地区における病院から在宅までの栄養管理を多職種のチーム医療「在宅 NST」として推進させ、病院医療と在宅医療をバリアフリー化することを目的としている。現在は金沢在宅 NST 経口摂取相談会を月に一度開催し、学びかつ実践の場を提供している。

#### (イ) 取り組みの背景・経緯

金沢在宅 NST 経口摂取相談会は 2004 年 9 月に小川医院小川滋彦院長を代表世話人として発足した。民間企業の援助を受けて発足した会であり、当初は胃ろう及び NST の研究を主目的としていた。メンバーは小川医師の人脈によって集められただけでなく、興味を有する人の自発的な参加を認める団体で、行政職 3 名を含む 50 名以上の多職種による勉強会として始まった。内部には栄養評価、栄養管理等四つのワーキンググループが形成されたが、2014 年現在まで継続しているのは経口摂取相談会のみである。その後会は検討内容を拡大し、在宅 NST 全般 (経口摂取及び胃ろうを含む) を検討する会として存続している。また、現在は特定の団体からの援助は受けていない。

経口摂取相談会は 2005 年 6 月に活動を開始した。活動当初は、医師、歯科医師、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士の 5 職種から構成されており、11 名でのスタートであった。現在の構成メンバーは 38 名で、職種も 11 種と多岐に渡る。

#### (ウ) 取り組み内容

金沢在宅 NST 経口摂取相談会は、月に一度経口摂取相談会を開催している。その際には事例評価を行い、実際の介入方針を決定する。

事例検討は、事務局等への依頼から始まる。事務局や会参加者、協力医の元へ寄せられた相談を踏まえて①主治医の依頼書または嚥下担当医の了解②訪問評価に対する同意書の提出を必要とする。その後、経口摂取相談会からケアマネジャーに対して経口摂取チェックリストの記入事項を送付し、回答が返送される。次に、訪問日程やメンバーを調整して訪問評価を行う。

訪問評価においては複数職種が同行する。経口摂取チェックリストが介入検討にも活用できる

ように会内部で様式統一されており、記入職種が定められているためである。経口摂取チェックリス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、管理栄養士のパートで構成されている。訪問評価においては各専門職が職域に該当する評価を実施するとともに、評価風景を映像化して次回の検討会の資料とする。訪問評価後は会で介入方針を検討し、決定する。

検討会での報告は計三回行われる。一回目は事例紹介で、基本的な情報（ケアマネジャー担当部分で日々の生活状況に関する内容）を元に訪問日程、担当者を決定する。二回目は訪問評価の共有及び検討で、訪問評価をチェックリスト及び映像を活用して共有するとともに、介入方針について検討する。三回目は対応についての報告で、対応方法（内容や指導形態等）について共有する。現在事例は36事例まで増えており、今後も継続される。

経口摂取チェックリストについては、初期は、ケアマネジャーが記入する部分がより多く一般的な情報の比率が高かったが、介入方針検討に活用するために現在使用されている専門職記入部分が多く記入職種も多岐に渡る内容に改訂された。

## (エ)今後の展望等

小川院長は金沢在宅 NST 経口摂取相談会の成功要因を①目標の共有②スキルアップの場の提供として分析している。①目標の共有については、会の参加者で「食べるために何ができるのか」という意識を共有する。この共有は専門職に留まらず、患者本人や介護を行う家族も含まれる。皆がこの意識を共有することでモチベーションの上昇に繋がり、日々のリハビリテーションの位置づけも変化する。これによって、成功率も格段に上昇する。また、専門職については、この意識の共有によって自分の役割や職域の位置づけが明確になり、やはりモチベーションの上昇に繋がっている。

②のスキルアップの場の提供は、会の性格にも拠るところが大きい。金沢在宅 NST 経口摂取相談会は完全なボランティアによる運営であるが患者宅で訪問評価行う等、決して負担は小さくない。もちろん参加者のモチベーションの源泉として「患者の役に立ちたい」「新しい知識を習得したい」という思いがあることは前提だが、それだけでは会は継続できなかつたらうと小川院長は指摘する。実際に訪問評価を実施して生の患者に触れられる、自分たちで介入方針を検討できるといった「実践の場」を提供していることが会の成功要因だと分析する。また、病院勤務者と在宅訪問者の両方が参加していることで交流の場としての機能も果たしている。互いに持たない知識を共有する場を提供することで、会に参加するインセンティブを与えている。更に、市内で活動している人と知り合うという機能も果たしている。多くの場合、他地域で活動する専門職には講演会等で知り合う機会もあるが、実は金沢市内にも口腔ケアや「食べる」に関する取り組みをしている人とは知り合う機会がない。会は、市内のネットワークを強化する役割も果たしている。

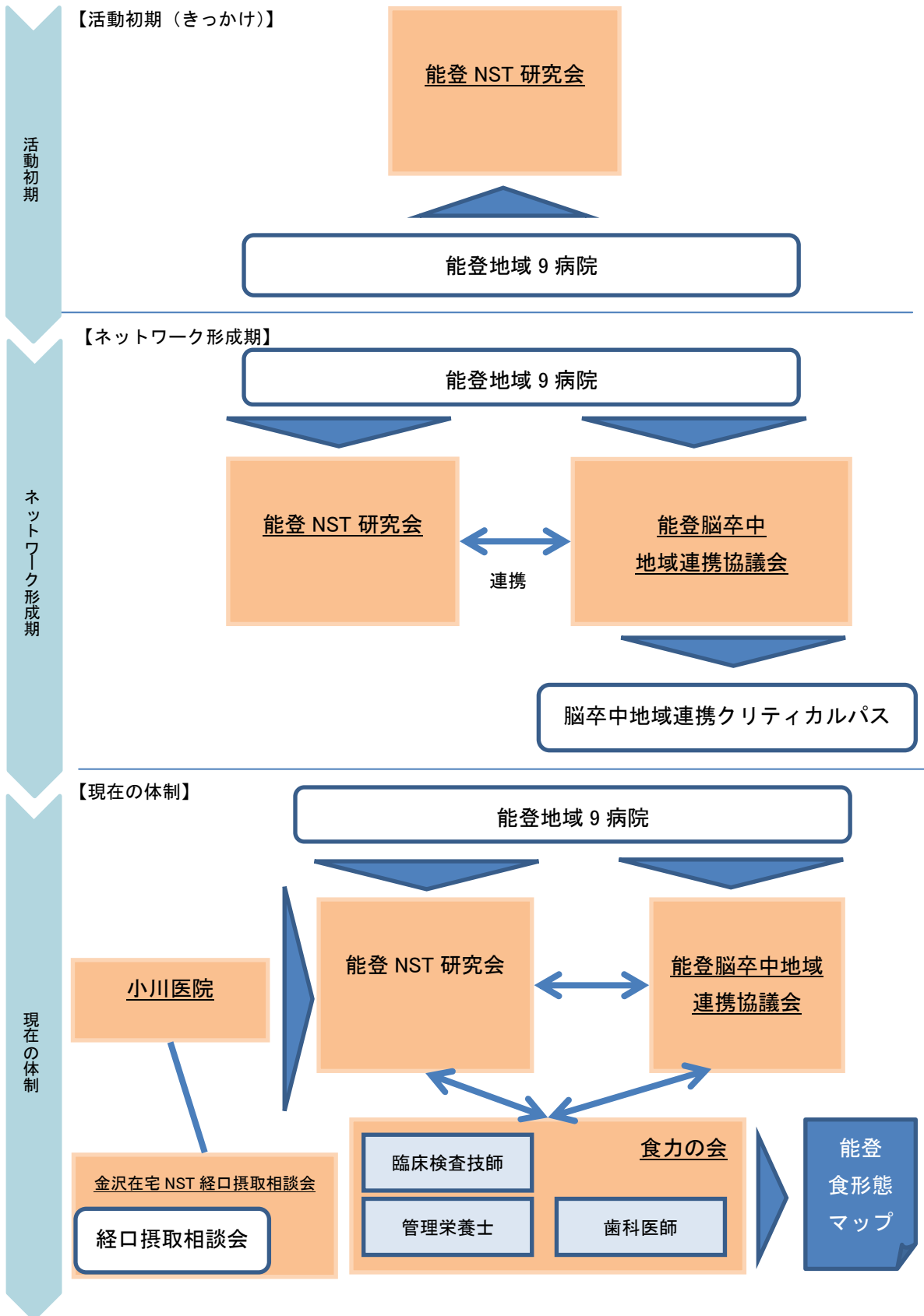
今後の展望としては、相談会をより強化したいと考えている。事例は蓄積しつつあるが、一方でまだまだ少ないとの意識が事務局にはある。今後はシステムとして確立し、表面化していないニーズを掘り起こすことに集中していく予定である。また、リハビリテーション関係職が不足する地域でも活動可能であることを伝えていくことも考えている。更に、「在宅 NST」として、胃ろうの意義については正面から再検討することも検討している。

### (3) 総括

石川県における取り組みの特徴として、①様式の統一②多職種介入と連携が挙げられる。多くの書類の様式統一を行うことで病院を超えた連携や一貫した治療の提供が可能となっている。また多職種の同時介入を実施することで、職種の専門的知見を活かした介入計画の立案が可能となっている。

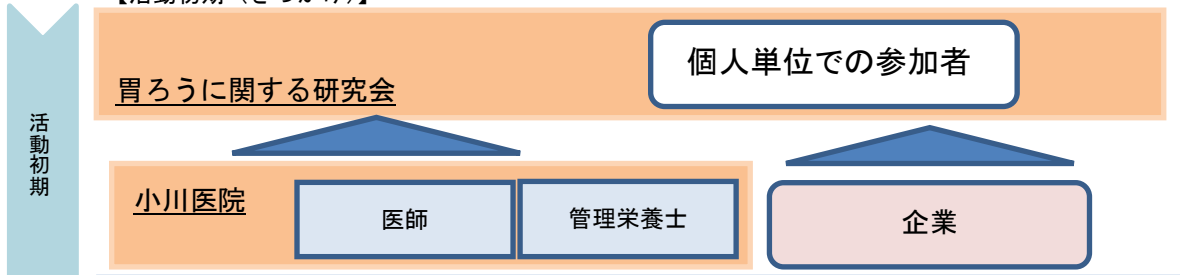
一方で今後の課題として、地域内の非医療施設への発信が挙げられた。介護職や患者家族等生活期に患者を支援する人々との情報共有ノウハウの伝達は今後の課題として残る。また、「NST」という枠組で口腔ケアや摂食嚥下に取り組んでいるためか、他地域以上に経口摂取以外の栄養摂取方法についても検討の必要性を認識している印象を受けた。胃ろうの長所や静脈摂取・経鼻経管栄養の課題等「栄養」という観点での問題意識が地域全体の特徴といえるだろう。

【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）

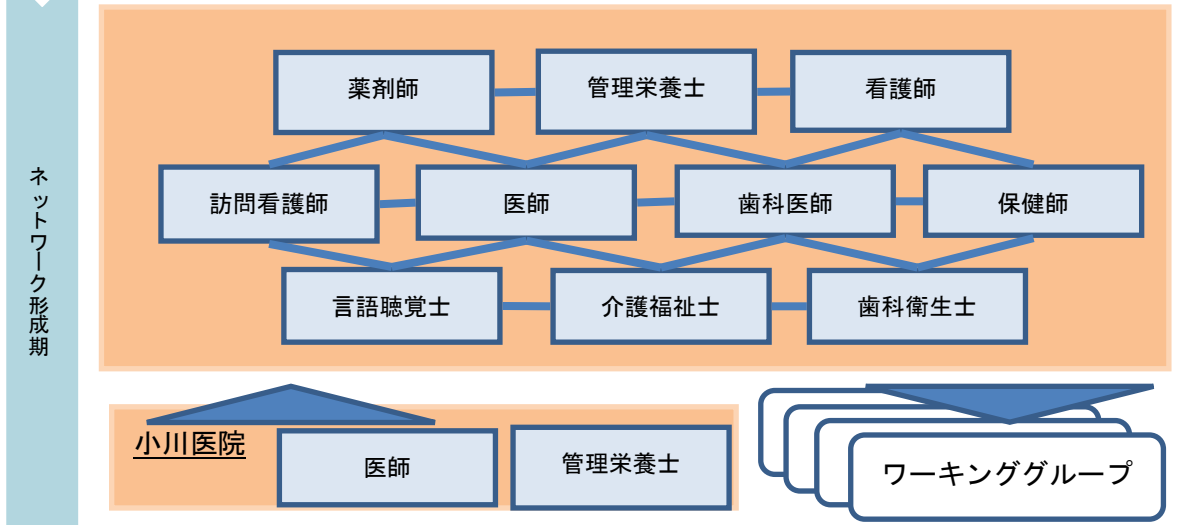


【当地域における食支援ネットワークの形成過程】（金沢地域）

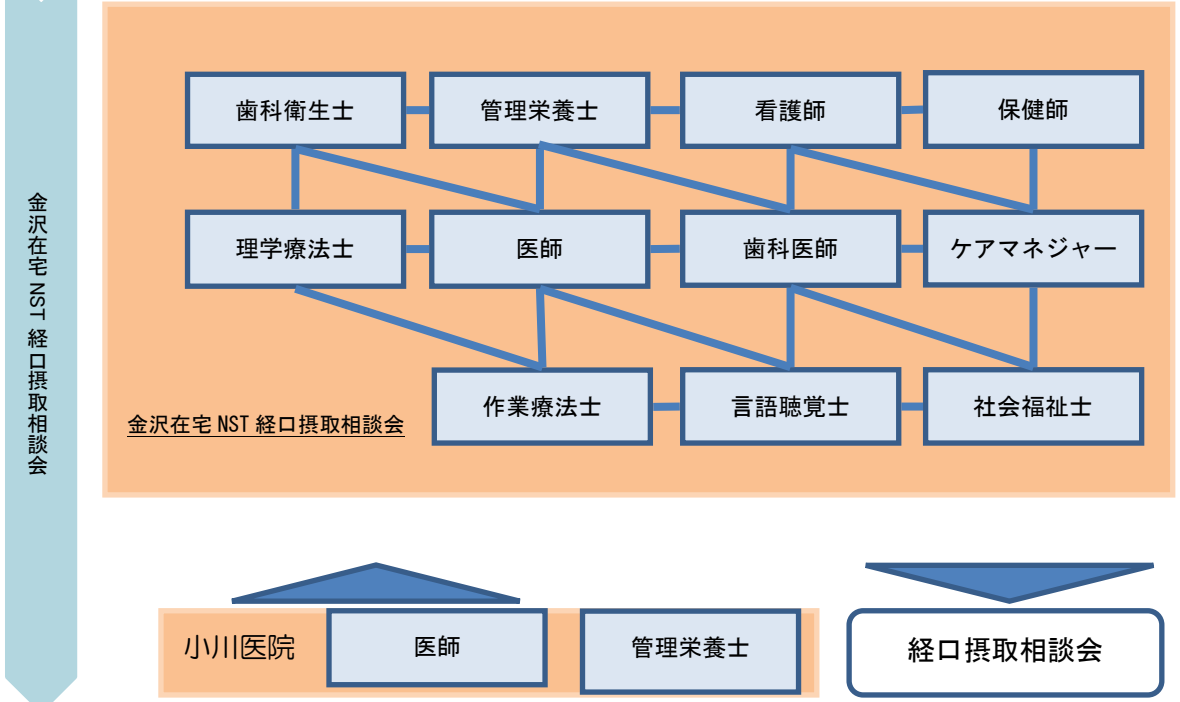
【活動初期（きっかけ）】



【ネットワーク形成期】



【金沢在宅 NST 経口摂取相談会】



## 事例5. 京滋摂食・嚥下を考える会（京都府・滋賀県）

### 5. 京滋地域：京滋摂食・嚥下を考える会ほか

「専門職活用の共通言語・プラットフォームづくり」

職種ごと、施設・機関ごとに異なっていた食支援の取り組み、言語を多職種協働での統一を促進、広域での規格化を実現した事例。食支援の統一言語化に留まらず、摂食・嚥下の取り組みの標準化、関係機関との協働の拡大、異分野の知見の積極的な導入などによって、食支援から「地域づくり」へと活動が発展している事例。

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、摂食・嚥下の標準化を広域的に進めることで解決を図ろうとしている事例。

#### （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、京都市、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その他勉強会に参加する専門職 |
| 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、ケアマネジャー  |
| 地域           | 京都府内及び滋賀県  |

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嚥下機能に関する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・発展してきた取り組みである。

各取り組みの実施圏域は次のとおりである。

#### 【京都府口腔サポートセンター】

京都府医師会、歯科衛生士会が運営し、府内一円で活動。京都市山科区は、その下部組織「山科口腔サポートセンター」と連携。

### 【京滋摂食・嚥下を考える会】

京都府、滋賀県の広域のメンバーで構成され、府内、県内の各地での連携を支援することを目的としている。

### 【山科地域ケア愛ステーション】

京都市山科区を中心に山科医師会、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。

## （２）取り組みの背景・経緯

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口腔環境をチェックし、支援対象者の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、近隣の歯科医院と連携できていた。一方で、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、京都市南区、下京区で地域歯科委員会、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、院内ではそれまで看護師が試行錯誤の繰り返しで進めてきていた口腔ケアに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。こうし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ていった。

この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。

## （３）取り組み内容

### （ア）京滋摂食・嚥下を考える会

#### 【勉強会の継続体制の確立】

京都府口腔ケアサポートセンターの立ち上げによって咀嚼機能に関してはケア体制の目処がつき、摂食・嚥下に関する課題解決に乗り出すこととなった。具体的には山科病院管理栄養士が嚥下調整食の見直しを行う過程で周辺地域での実態把握を目的に 2009 年に嚥下調整食の実態調査を実施。結果は多くの施設で嚥下調整食は導入されていたものの独自基準によるものが多く、同一基準を採用している施設間でも食事の形態・性状、名称は異なっており、標準化の必要性を感じさせるものであった。

この実態調査の結果について、摂食嚥下支援に関与する専門職（医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、ケアマネジャー、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士）等が集まり、

課題検討を実施。これらの専門職を世話人として、同様の問題意識を持つ関係者を募りつつ広域化（京都・滋賀）した。

また、各地域で小規模であっても勉強会を継続していけるよう、各二次医療圏に満遍なく多くの職種が参加できるよう留意し、世話人を各地で募集した。地域の医療資源を十分に活用するため、可能な限り多くの職種に当初から参画してもらうことを心がけた。仲の良い人々だけで活動を進めると他のグループと対立関係を生んでしまい、地域に広がっていかなくなってしまうことが懸念されたためである。

#### 【嚥下食基準、摂食嚥下連絡票の作成】

この多職種の集まりで嚥下調整食の基準の検討が行われた。嚥下調整食そのものは、各職種、各施設でそれぞれ工夫が凝らされていたが、基準あるいは標準となる尺度が異なるためにスムーズな連携や情報交換が難しい状況にあったため、統一された基準（嚥下食基準）に基づく共通連絡票（摂食嚥下連絡票）を作成しようということになった。

嚥下食基準と摂食嚥下連絡票の作成にあたっては、府内の職能団体との連携を企図し、嚥下調整食と摂食嚥下連絡票の内容についての各職能団体内調整を実施した。コアメンバーが多職種であったことが奏功し、各職能団体での並行した調整が可能となった。摂食嚥下連絡票は府医師会も関心を示し、簡易版が会員に配布された。医師会をはじめ職能団体の調整は成功し、各職種の研修プログラムへの摂食・嚥下機能に関する内容が研修プログラムに盛り込まれる状況も見られるようになっている。

嚥下食基準と摂食嚥下連絡票は、最終的に京都府の医師会、栄養士会、看護協会、歯科衛生士会、言語聴覚士会、介護支援専門員会からの支援の下、京都府内統一基準としての承認を得た。さらに、京都府が進めている各種連携パスに「摂食嚥下連絡票」が導入され、行政との連携も図りつつある。また、明示的な効果ではないものの、統一の基準が確立されたことで、配食等の受託事業者においても施設別のカスタマイズの労力が減り、業務が効率化できている可能性もある。

#### 【嚥下食プロジェクト】

多職種での勉強会を継続した結果、多くの職種が参画するようになり、調理師の参加を契機に医療関係職種以外の職業人の参画を得ることになった。現在では和菓子職人（京菓子の老舗の方々）との協働プロジェクトも立ち上がり、職人の専門知識（例：下処理の順番によって同じ材料でも性状が異なるようになる等）も導入しつつ、食べる喜びを実感できる嚥下調整食づくり（嚥下食プロジェクト）に取り組んでいる。各分野の職人の方々と共に京料理（管理栄養士、調理師が関与）、京のお茶（言語聴覚士が関与）、京の和菓子（言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士が関与）の嚥下調整食の開発を進めている。

#### 【介護食器プロジェクト】

嚥下調整食の開発において、京都の伝統文化を取り入れるアイデアを実現しつつある中で、食事にふさわしい器、嚥下調整食を食べやすい器があると良いのではないかとの着想から、京漆器の職人と作業療法士が協働して清水焼、京漆器の介護食器開発を開始している。

以上のような「京都ブランドの活用」や職人に活動に加わってもらうことで、メディア露出の



機会も増え、摂食嚥下支援への関心を喚起できるという効果もある。事実、京滋摂食・嚥下を考える会は多くの企業の後援を得る等、活動のための新たな機会を得ることが出来るようになってきている。

#### (イ)山科地域ケア愛ステーション

京都府口腔ケアサポートセンターから京滋摂食・嚥下を考える会に至る取り組みを続ける中で作成された「摂食嚥下連絡票」が京都府から標準フォーマットとして認証され、この連絡票の受け皿として、訪問管理栄養士、訪問薬剤師が活躍出来るようにすることを目的として設立された。以下では訪問管理栄養士の活用スキームを示す。

支援対象者の必要に応じて栄養士会から管理栄養士が紹介され、管理栄養士が支援対象者の居所を訪問し、摂食嚥下支援を実施する。訪問管理栄養士は介護保険における居宅療養管理指導の点数を報酬として受領する。

現在は山科病院が訪問栄養士を仮雇用（パートタイム労働契約）し、介護報酬の請求を実施、マージン無しで点数相当額を訪問管理栄養士に報酬として支払っている。居宅療養管理指導の指示書は当該支援対象者の主治医が記載している。

現在は訪問栄養士ネットワーク（京都）と連携して取り組みを進めているほか、地域のケアマネジャーの力を借りて利用者への浸透を図っている。ケアマネジャーには人脈形成が得意な方とそうでない方がおり、使える介護資源に差が見られる場合もあるため、その差を埋めていけるような支援をしていくことで同志を増やしていくことが必要。ケアマネジャーは異動も多く、継続的な連携が難しい面もあるが、積極的に連携すべく研修会等を実施していく予定である。

#### (4) 今後の展望

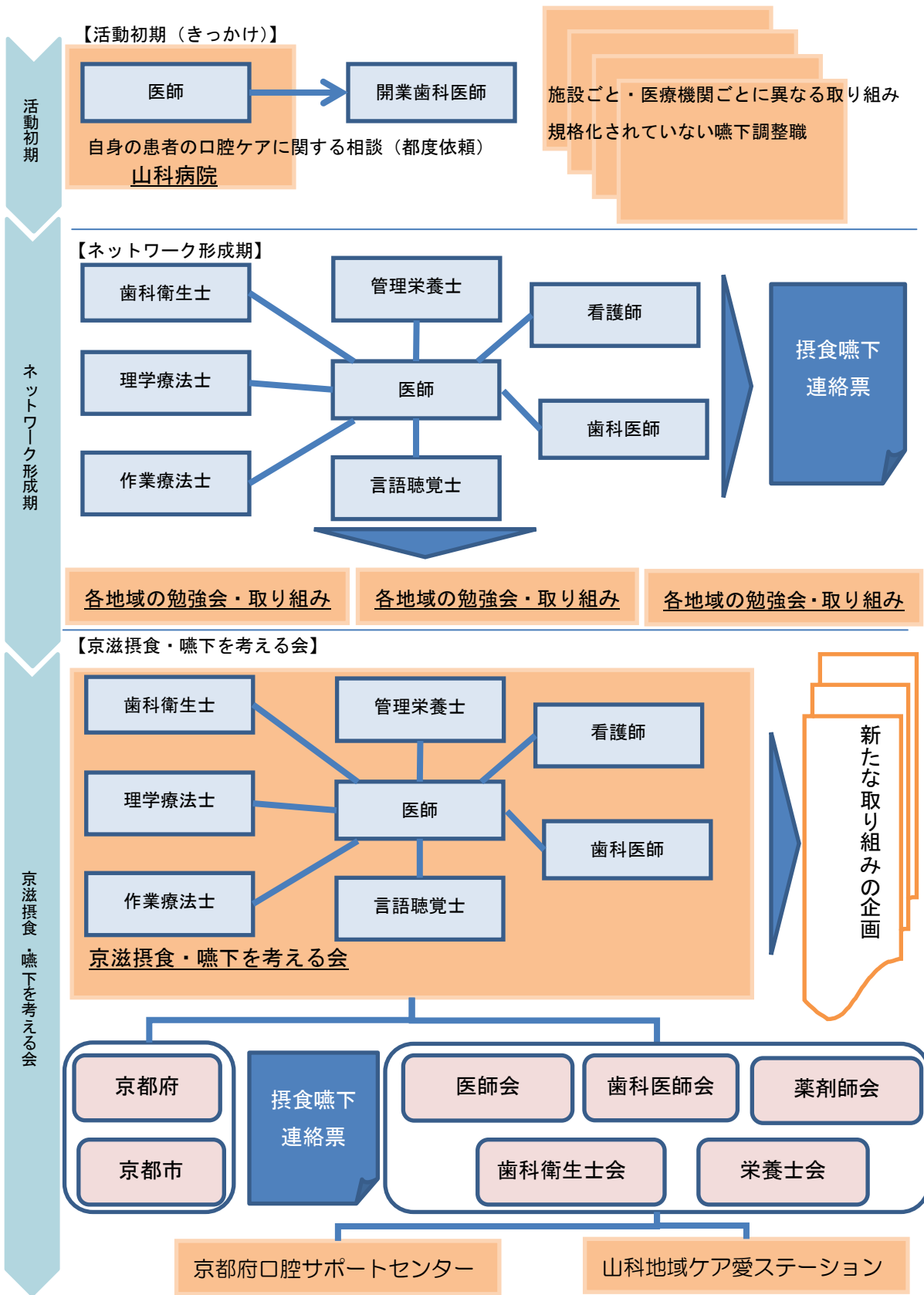
管理栄養士、薬剤師等については山科地域ケア愛ステーションの稼働によって在宅訪問の体制も整備されつつあるが、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士等のリハ職の在宅派遣が課題となっている。特に管理栄養士によるケアで困難が生じた場合に嚥下機能の観点から言語聴覚士への連携が重要になる局面があるが、訪問リハビリステーション等も需要が大幅に増加しつつあり、人的資源の不足感が認められる。

行政との連携のあり方も課題。京都府、京都市の二重行政の問題に加え、多職種の活動であるがゆえに行政側の所管部局が定まらず、コミュニケーションが十分に取れなくなるという課題も顕在化している。特に京都府北部においてこの傾向が強い。一方で長岡京市、乙訓地区など、行政との連携が円滑に行われている地域もある。首長を介したトップダウンでの連携模索を図るなど、地域によってアプローチ方法を検討していくことも必要と考えられる。

上記のような課題は認識されているものの、習慣的な発想を捨て、問題解決のためにどのようにすればよいかという建設的な考え方で取り組みを進めてきた姿勢は今後も堅持し、職種間の敷居を乗り越えて地域の資源に沿った具体的な連携体制のあり方を地域の人々が考えていくという取り組みの基本を守っていく。各専門職であり、摂食・嚥下の専門知識が相対的に乏しい医師は各職種間の調整役として有意義な貢献が出来る可能性が高い。専門家集団は専門性を追求するあまり、専門外の医師をはじめとした医療、介護関係者とギャップが生じやすく、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と考

えられるため、引き続き職種を問わず、幅広い人材と連携していく。また、医療・介護分野の活動に留まらず、地域の活性化、京都ブランドの発信など、参画メンバーがなにより楽しく出来ることに留意して活動を続けてゆく。

【当地域における食支援ネットワークの形成過程】



## 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）

### 6. 和歌山県地域事例：「紀州リハビリケア訪問看護ステーション」

「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。

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）や複数の職種と連携して摂食嚥下機能評価を行っている。通常の生活の場（在宅）で評価を行い、摂食嚥下支援の取り組みを行っている。

#### （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<br>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                               |

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た嚥下往診、小児の訪問看護・リハなどの特徴的な取り組みを実施している。作業療法士である寺本氏が 5 年前に株式会社を設立してステーションを開設し、2 年前から摂食嚥下認定看護師の寅本氏が参加している。職員体制も、常勤看護師が 6 名、PT は 5 名、OT4 名であり、非常勤職員でも PT2 名、OT2 名、ST2 名を抱えるなど、リハビリ専門職が多く在籍している。訪問でカバーしている領域は、海沿い側 10 キロ程度であるがその他は約 30 キロ四方に及ぶ。

中でも、在宅患者の摂食嚥下支援に係る取り組みとして「嚥下往診」を、近隣のさかい耳鼻咽喉科クリニックと連携し、看護師やリハビリ専門職も患者宅に同行する形式で実施している。居宅のケアマネジャーや近隣の病院の栄養士等が訪問に参加する場合もある。現在の訪問看護の利用者は約 220 名であり、そのうち 1 割程度が摂食嚥下支援を必要とする利用者である。

行政とは摂食嚥下に関する取り組みに特化した関与はないが、難病の巡回指導を実施して 9 年目になることや、嚥下往診などの取り組みが知られてきたこともあり、多職種協同の研修の際の講師依頼がかなり多くなっている。和歌山市の政策委員にも就任しており、地域ケア会議、多職種連携事業等にも組織的に関与している。

従来、地域全体として摂食嚥下、食支援等のニーズが特にあったわけではないが、研究会などで取り組みを紹介する中で、それらに対する意識が高くなってきたように感じている。

## （２）取り組みの背景・経緯

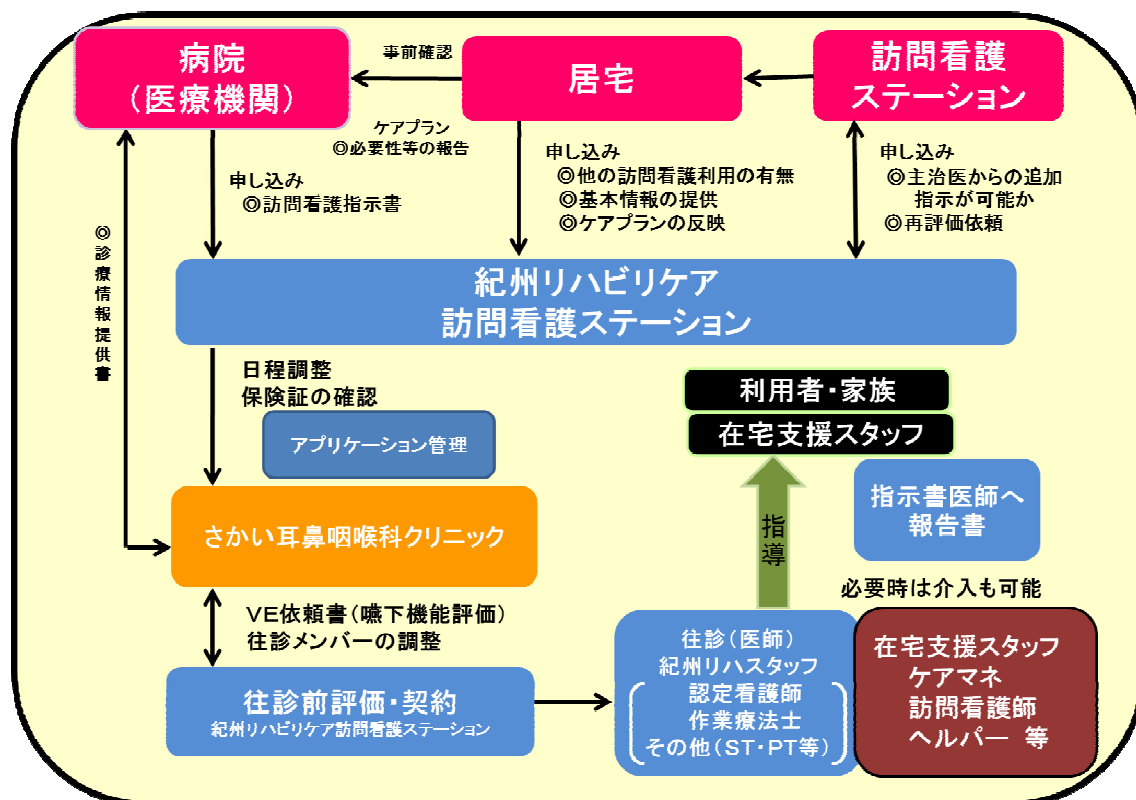
取り組みの中心である寺本氏は作業療法士であり、卒後はリハセンターに勤務していた。その際、地域にあまり在宅療養生活を支援するサービスがなく、退院支援に苦勞した経験を踏まえ、休日を活用して退院支援や訪問看護ステーションからの訪問リハなどを行い、自ら地域でサービスを受ける体制を作る構想を温めていた。当初は摂食嚥下支援にこだわりがあったわけではないが、寺本氏がこの訪問看護ステーションを開設する以前から、リハなどが必要な患者・利用者を訪問で支援したいという思いがあった。実際に一人で訪問する場では病院と異なり自らの判断が求められたり、家族からの相談に乗ったりする必要があったため、様々な知識を身に着ける必要性を痛感したとともに、チームでアプローチすることの重要性を認識した。介護保険制度・医療保険制度の移り変わりを見ると、医療度が高い方の受け皿、在宅で支援するための部分が欠けていると感じていたため、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た。そこで売上高を定常的に得られる介護保険等の高齢者の訪問看護と、不採算ギリギリの部分だが取り組んでいきたい部分を経営上のバランスを考えながら実施してきた。現在では不採算でスタートした嚥下往診がペイするようになり、このステーションの取り組みの看板にもなっている。

現在、嚥下往診で連携しているさかい耳鼻咽喉科クリニックの酒井医師は、以前寺本氏と同じ病院に勤務していた。寺本氏が紀州リハビリケア訪問看護ステーションを開設後嚥下往診のシステムを構築した際、酒井医師はまだ病院に勤務していたが、NSTのチームを組んでおり、往診に参加していた。その後、クリニックを設立した後も、ステーションと連携を続けている。

## （３）取り組み内容

嚥下往診は毎週火曜日の午後に実施している。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。

摂食嚥下支援の仕組みは以下のとおり。



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、嚥下往診日程を寅本看護師が調整し、両者で共有している。その他の職種との調整も寅本看護師が行っている。その利用者に他のかかりつけ医がいる場合は、その医師とも調整し、訪問を行うこととなる。ただし、歯科医師との連携はあまりできていない。酒井医師の知人の歯科医に嚥下に関して義歯の相談やアドバイスなどを受けることはあるが、同行訪問することはない。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、例えば週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うなどの工夫をしている。

開始当初は嚥下往診の参考になるモデルがなかったので戸惑う面もあったが、現在はうまくシステム化することができている。地域に取り組みが浸透してきたこともあり、かかりつけ医同士や他の訪問看護ステーションとも連携できるようになった。

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。耳鼻科の椅子ではなく、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で評価することは大変重要である。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もできる。専門家が複数いることにより、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らなければできないものだという認識がある。在宅で実施しようとした際に、ネックとなるのは多職種の連携体制が構築できるかどうかという点である。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。

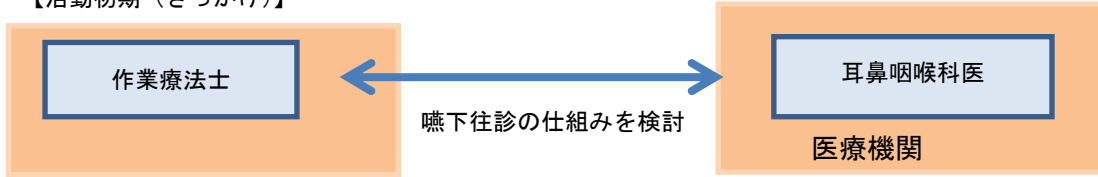
この取り組みが成功した要因は、地域のニーズに加え、生活する場でどのように多職種が関わり、お互いの役割を尊重し、連携することの重要性をチームのメンバーが共有できているという点と考える。病院を中心とした取り組みでは、「生活の場」の視点がどうしても抜け落ちてしまう。「生活の場で多職種が協働する」ことが嚥下往診、摂食嚥下支援を進めていく上で必要不可欠である。

#### (4) 今後の課題

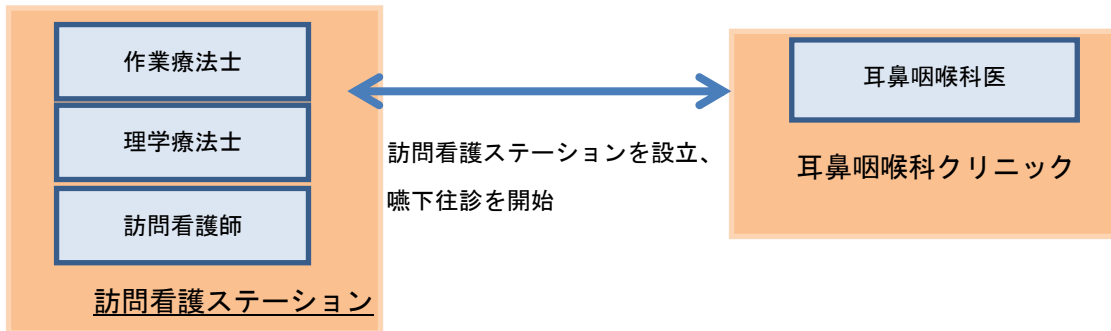
「嚥下往診の効果」を評価することが今後の課題である。現在は効果判定ができていないため、満足度評価や健康状態を VAS で評価するなど、数値化できる指標による評価の必要性を感じており、取り組みつつあるところである。実際に嚥下状態が改善した人でも、既存の FIM や藤島スケールなどでは点数に変化が現れないことも多い。一方で、一回の食事に要する時間が 60 分から 30 分に減少した、家族の介助が 1 時間かかっていたのが 15 分で済むようになった、食事中のむせる回数が 15 回から 1 回に激減したなどの効果は多くの症例でみられている。これらをエビデンスとして嚥下往診の取り組みの評価を行い、発信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

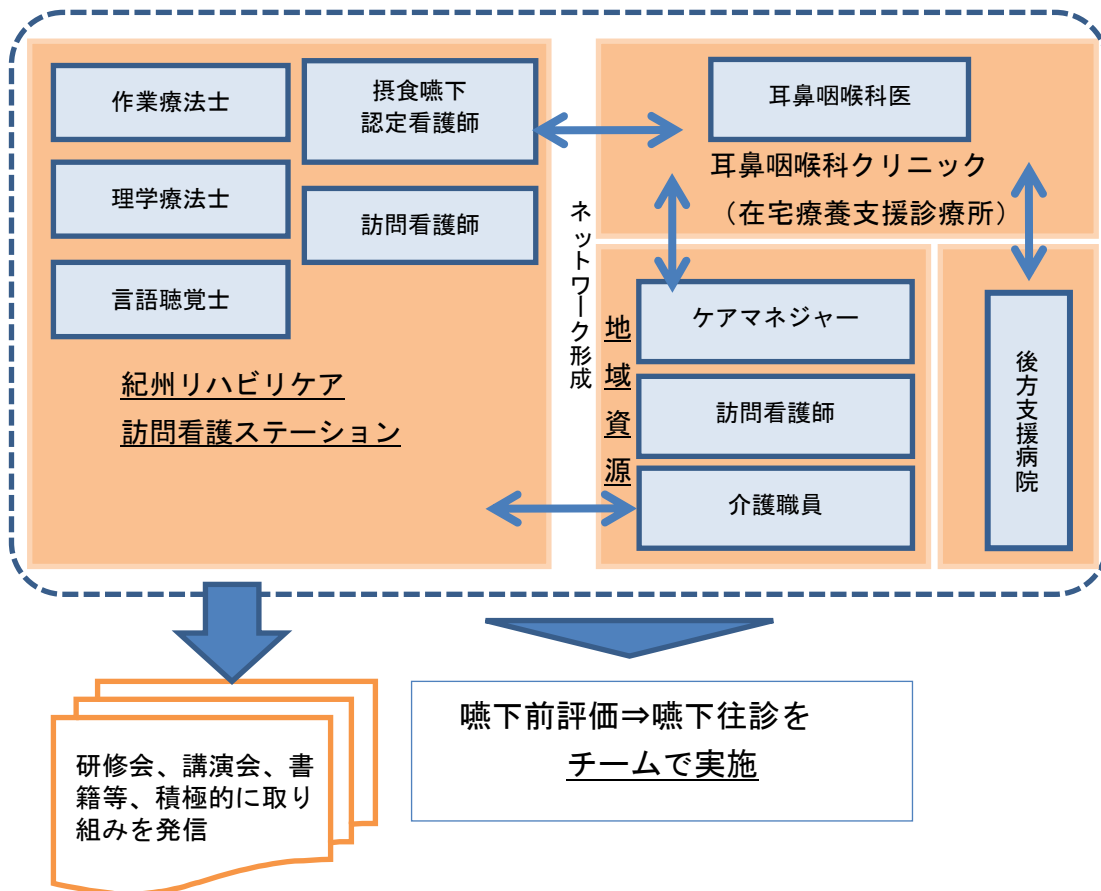
【活動初期（きっかけ）】



【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】





## 事例 7. 歯科医院を中心とした活動（鹿児島県鹿児島市）

### 7. 鹿児島市における摂食嚥下支援事例（仁慈会太田歯科医院）

#### 「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。

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                          |

鹿児島市の開業歯科クリニックである太田歯科医院（同医院訪問歯科診療センター）による地域の在宅、医療機関入院患者、介護施設等入所者に対する摂食嚥下支援の取り組み事例。

太田歯科医院訪問歯科診療センターを中心に、地域の在宅医である「ナカノ在宅医療クリニック」、「五反田内科クリニック」、後方支援病院として「今村病院分院」、病院間支援を担う「成人病院」、在宅で活動できる管理栄養士の育成を担う「厚生連病院」などが連携して地域の摂食嚥下支援にあたっている。平成 18 年頃から太田歯科医院が訪問歯科診療に力を入れ始め、徐々に連携関係が拡大していった。

また、技術的、専門的観点から大阪大学歯学部顎口腔機能治療部の野原幹司医長による二か月に一度の支援（医科歯科合同在宅回診に同行）を受け、臨床経験の深化に務めている。

地域での連携については、約 3 年前に立ち上げた「鹿児島医療介護塾」も大きな影響を与えている。同塾は太田歯科医院太田院長が多様な職種が互いにフラットな関係で意見を交わせる場を作りたいと考えて立ち上げた会であり、もともとは職種を超えて社会保障に関する自立的な勉強をしようという趣旨を持つ「ドイツ社会保障研究会」が母体であった。現在は Facebook グループでのディスカッションと月に一回の例会を実施している。会員数は約 130 名ほどである。

## （２）取り組みの背景・経緯

### 【予防歯科から訪問歯科診療へ】

太田歯科医院太田院長は、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。

### 【訪問歯科診療の充実と摂食嚥下支援へ】

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、前述の野原氏が理事を勤める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。

### 【地域資源の確保と充実】

取り組み開始時点で最も不足していた地域資源は訪問歯科診療を行う歯科医師の技量であった。訪問歯科診療当初の人的資源は院長が訪問診療に出ている間の院内診療を引き受けた勤務歯科医師と、共に訪問歯科診療の立ち上げをしてくれた歯科衛生士だけであった。訪問歯科診療に資源を配分することに伴って医院経営が悪化する中で、院長の志に共感し、活動を支えた。技術的側面では前述の野原歯科医師の支援が大きく、地元鹿児島県の在宅専門医であるナカノ在宅医療クリニックの中野一司医師が、2か月に1度医科歯科嚥下歯科医合同在宅回診を太田歯科と連携して実施してくれた。

取り組み連携先との関係構築と協力関係は次のような状況である。

| 連携先        | 連携内容   |
|------------|--|
| 在宅医療       | 太田歯科医院からも定期的に院内カンファレンスに参加し、訪問看護師、薬剤師、などと連携を深めた。                            |
| 後方支援病院     | リハビリテーション科のカンファレンスに太田歯科医院からも週1回参加し、連携体制を構築するとともに回復期の嚥下リハビリテーションについて知見を深めた。 |
| 大学病院       | 鹿児島大学歯学部口腔外科からは非常勤講師の派遣を受け、開業歯科医院では対応困難なケースについてのサポートを得た。                   |
| 耳鼻咽喉科クリニック | 町内の耳鼻咽喉科には、嚥下内視鏡にて器質的疾患が疑われた症例について画像診断とアドバイスを受けている。                        |

口腔ケアをしっかり行い、誤嚥性肺炎を減らし、患者の QOL を維持していくことが重要と考え、歯科医師が「歯を治す」だけではなく「疾患を治す」ことが出来ることを医療機関にも理解してもらえるよう、歯科口腔ケアの効果を実感してもらえるよう定期的な訪問回診を続けた結果、徐々に患者が増えていった。これは、訪問歯科診療によって医師の負担が軽減され、医療機関側が訪問歯科診療の効果を実感したためであると考えられる。

### (3) 取り組み内容

鹿児島市での摂食嚥下支援の取り組みは、訪問歯科診療を担う太田歯科医院が地域の医療機関、介護施設との連携を進める中で活動を展開している。

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。

鹿児島地域における摂食嚥下支援に至る一般的な流れは次のようなものである。

**【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し、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アプローチを実施。

(B) 訪問看護を実施

※VE は当初保険算定が出来ず、現在も明確な指針は示されていない。また、医科歯科合同回診は保険点数をどのように整理するのかといった課題もある（合同診療にかかる加算はない）。

太田歯科医院の訪問歯科診療は、開始当初は院長と衛生士1名の体制で実施していた。患者が増えるにつれてスタッフが増えていった。ある程度患者数が増加すると軽症者と重症者のポートフォリオができ、診療側の負荷もある程度平準化してくるが、この段階にいたるまでに経営的には相応の忍耐が必要になる。バックヤード業務のコストが大きく、外来にはない請求業務も発生する。

医科との連携ができると報酬が取れるため、医科歯科連携が医院経営上は今後欠かせないのは確か。ただし、院長自身が訪問歯科診療を担当していると採算が取れないので、一定の人的規模を持って取り組んでいく主体がないと広がらないスキームである。人材育成などのノウハウの蓄積と継承が必要な方法であることに留意が必要である。

太田歯科医院のこれまでの取り組みでは、訪問歯科診療の意義と効果を実感してもらえれば、優秀な人材を確保することができている。また、訪問歯科診療を実施している医療機関のスタッフ（看護師等）も摂食嚥下支援の効果を実感してもらえると、自立的に「嚥下トレーナー」資格の取得に向けた動きが始まる等、活動を継続すること事態が新たな人材の確保、能力開発の契機にもなっている。

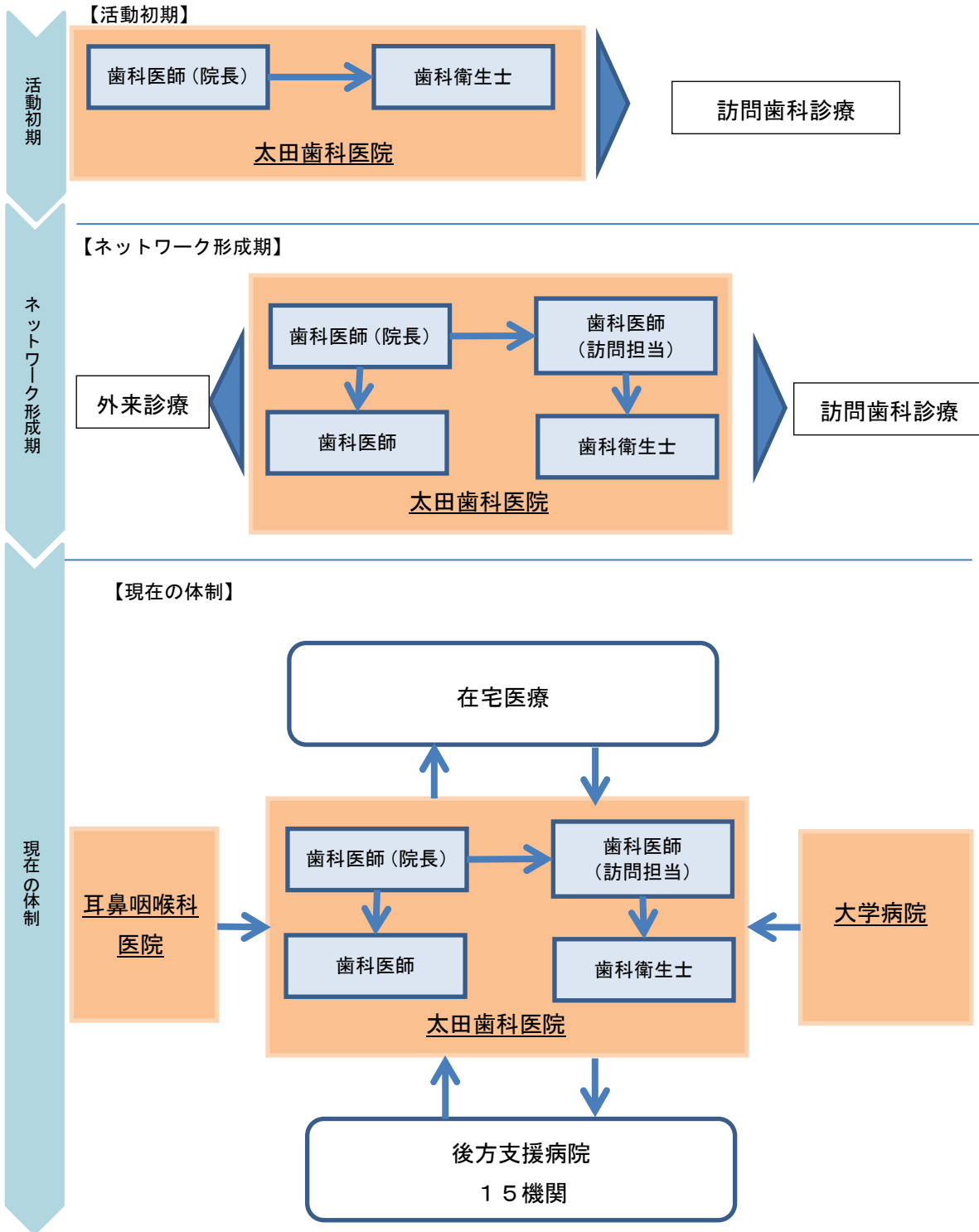
#### (4) 今後の展望等

従来型の外来患者主体の歯科診療所経営は今後ますます厳しい状況に向かうと考えられ、訪問歯科診療や地域での摂食嚥下支援に関しては、診療所経営の側面からも歯科医に潜在的なニーズがあると考えられる。実際に、近隣の歯科医から太田歯科医院に対して訪問歯科診療のノウハウ提供を求める声も寄せられている。

ただし、摂食嚥下支援を質・量共に充実させていくためには、外来不調の歯科医院の経営資源の多角化という視点では本質を誤ることになる。一方で十分な実力と経営基盤を持つ歯科医師にとっては訪問歯科診療を行う必要性を認識してもらえないというジレンマがある。歯科の場合は、医科と異なり、診療報酬上の問題から訪問歯科診療専門のクリニックは成立が困難である。

経営上のポートフォリオを組み、地域に出てゆくという方法をとることになるが、現在の歯科医院は多くが歯科医師一名での開業医が中心であり、外来と訪問を両立することが物理的に困難なケースが多く見られる。鹿児島市での実践からは、上記のような状況を改善するために、歯科医師の立場からいくつかの示唆が得られている。具体的には「歯科－歯科連携」の必要性であり、地域中核歯科医療機関の必要性が示唆されている。医科に見られるような訪問診療を専門とする形態の歯科診療所は現行制度上成立し難く、そのため後方支援や必要に応じて訪問歯科診療を行う人的、経済的な余力を有する中核歯科医療機関の設置が地域における在宅等の摂食嚥下支援の充実には有用との意見が太田院長からは寄せられた。

【当地域における食支援ネットワークの形成過程】



## II. 事例集の作成

### 1. 事例集の作成

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対する訪問調査を踏まえ、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た事例集を作成した。

事例集の作成に当たっては、摂食嚥下障害の改善や食支援に関与している者を読者と想定し、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、自地域でこのような取り組みを進めていく際の参考となるような事例集とすることとした。

目次構成は以下のとおりである。

#### I. はじめに

1. 事例集作成の背景と目的
2. 本事例集の活用方法

#### 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）
- 取り組み事例2. 新宿食支援研究会（東京都新宿区）
- 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）
- 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）
- 取り組み事例5. 京滋摂食・嚥下を考える会（京都府・滋賀県）
- 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）
- 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）

##### 2. 先進事例から得られた示唆

#### III. 摂食嚥下支援の進め方

1. 地域資源の見える化
2. 摂食嚥下支援のプロセス
3. 書式類

#### IV. おわりに

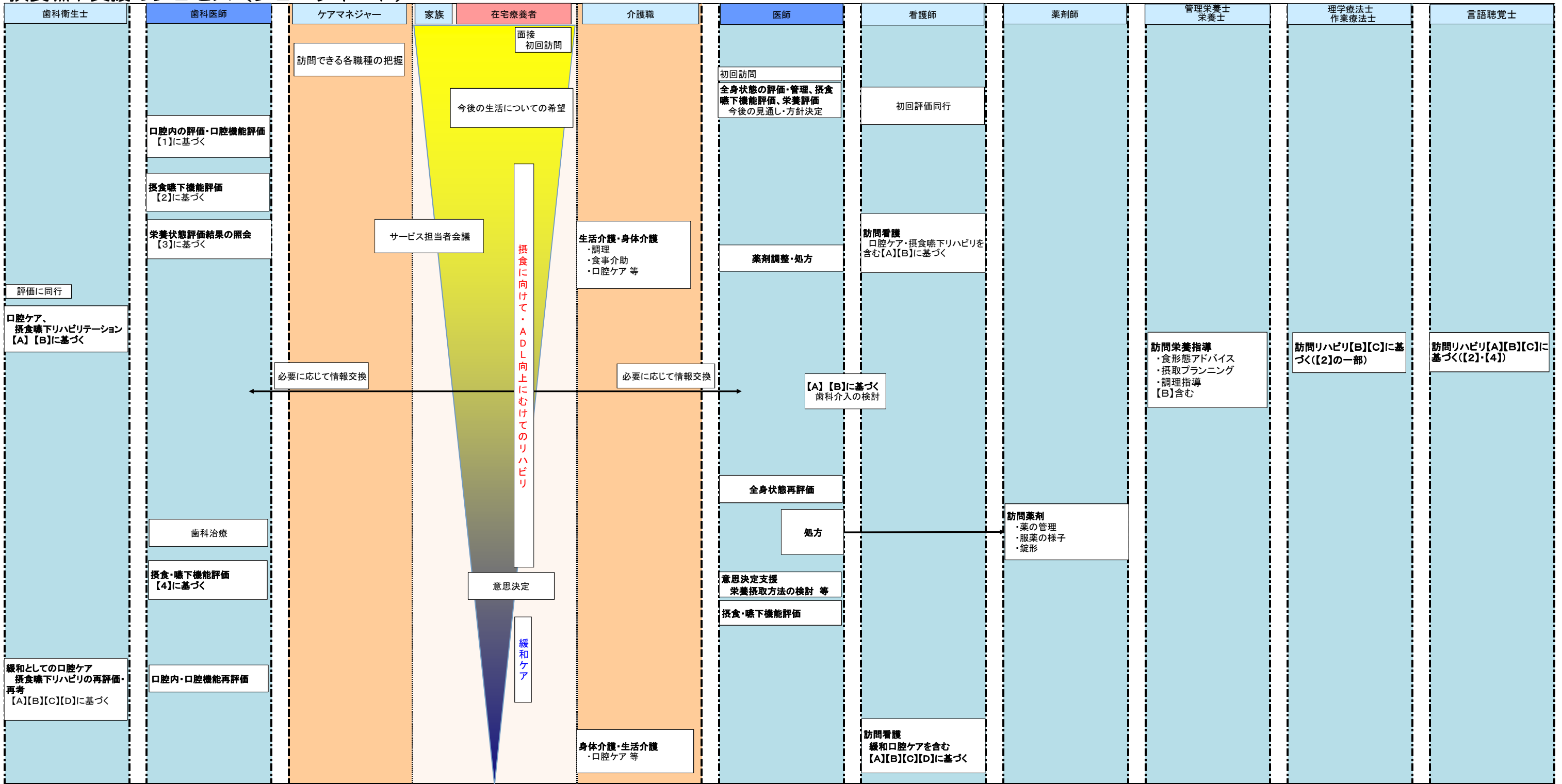
## 2. 摂食嚥下フローチャートの作成

摂食嚥下支援のためのプロセスの標準化を図るため、フローチャートを作成した。作成に当たっては委員会における議論を踏まえ、在宅療養者の摂食嚥下支援を念頭に置き、各職種の間関与について、その関係性を取りまとめた。

作成したフローチャートは以下のとおりである。



# 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、嚥声、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



### 3. 機能別職種一覧表の作成

摂食嚥下支援プロセスにかかわる専門職と、当該専門職が担う機能について検討した。想定した専門職は、医師、歯科医師、看護職員、ST、OT、PT、歯科衛生士、管理栄養士、介護職員、ケアマネジャーであり、以下の項目への関与について、中心として関与／主に関与／関与することはできる／関与できない の段階で機能分担表を作成した。

| 大項目      | 中項目         | 小項目                       |  |
|----------|-------------|---------------------------|--|
| 予防       | 啓発活動        | 市民対象の講演会、セミナーなどの開催        |  |
| アセスメント   | 原因疾患の診断     | 原因疾患・症状、神経学的・理学的評価など      |  |
|          | 歯科的評価・診断    | 口腔機能（咀嚼含む）・病態の評価          |  |
|          | 認知機能の評価     | HDS-R、MMSE など             |  |
|          | 高次脳機能の評価    | SPTA、VPTA、CAT、BIT、SLTA など |  |
|          | 摂食嚥下機能の評価   | 摂食嚥下行動の観察・把握              |  |
|          |             | 摂食嚥下の関する主訴・ニーズの把握         |  |
|          |             | 呼吸機能、食事姿勢の評価              |  |
|          |             | 上肢運動機能、食具操作の評価            |  |
|          |             | スクリーニング検査の実施と判定           |  |
|          |             | 詳細検査（VF、VE など）の実施と分析      |  |
|          | 食物形態の評価     |                           |  |
|          | 口腔衛生の評価     |                           |  |
|          | 栄養評価        |                           |  |
| 治療・訓練    | 摂食嚥下訓練の処方   | 訓練・指導の処方・指示               |  |
|          | 原因疾患の治療     | 投薬、全般的リスク管理               |  |
|          | 歯科治療        | 歯科治療（口腔機能、歯、歯周病）          |  |
|          | 歯科補綴的治療     | 義歯、PAP・PLP 作成と調整          |  |
|          | 認知機能        | 認知訓練                      |  |
|          | 高次脳機能障害     | 諸機能の回復訓練                  |  |
|          | 摂食嚥下機能の回復訓練 | 口腔器官の運動機能回復訓練（発声・構音機能含む）  |  |
|          |             | 基礎訓練（間接訓練）                |  |
|          |             | 摂食訓練（直接訓練）                |  |
|          |             | 呼吸訓練                      |  |
| 姿勢保持訓練   |             |                           |  |
| 手指機能回復訓練 |             |                           |  |
|          | 食具操作訓練と調整   |                           |  |

| 大項目      | 中項目            | 小項目                                  |
|----------|----------------|--------------------------------------|
|          | 口腔衛生・管理        | 専門的口腔ケア                              |
|          |                | 日常的口腔ケア（義歯の清掃含む）                     |
|          | リスク管理          | 摂食嚥下にかかわるリスクの管理                      |
| 指導・支援    | 栄養指導           |                                      |
|          | 食形態の指導         | 調理指導                                 |
|          | 摂食嚥下への指導       | 摂食方法（一口量含む）、摂食姿勢、摂食介助、増粘剤の使用などに関する指導 |
| 医療介護（連携） | 専門職間、施設間の情報共有  | 書類などによる情報提供（報告書、施設情報など）              |
|          | カンファレンス        | 退院前・後の情報交換                           |
|          | 嚥下食の標準化        |                                      |
|          | 帳票の統一化         | 評価用紙、報告書など                           |
|          | 関連職種への知識・技術の向上 | 講演会、セミナーの開催                          |



## 第3章 まとめ



## 第3章 まとめ

### ○訪問調査からの示唆

本研究事業においては、先進的に摂食嚥下支援に取り組んでいる7つの地域を訪問し、実施体制や仕組みの構築までの経緯等について調査を行った。地域の取り組みの状況は様々であり、中心となっている職種も多様であったが、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。参加職種も地域の規模や特性、医療・介護資源の状況を踏まえ、地域資源を活用した取り組みを行っていた。

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、管理栄養士、作業療法士など様々であった。それらのキーパーソンが中心となり、特定の人が口腔ケアを実施できるようにするだけでなく、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の下で、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る地域も多かった。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

さらに、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。これにより、各職種がどのタイミングで、どのように関与していくかの認識を共有することが可能となっていた。また、その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、食支援にかかわる際に非専門職であっても共通認識を持てるようにするためである。

なお、どの地域においても、この取り組みを外部発信して他の地域に広めていた。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。

### ○摂食嚥下支援のための地域資源の見える化

地域で摂食嚥下支援を進めていく際には、その地域の規模やリソース、特徴がどのようなものなのかを明らかにする必要がある。これが「地域資源の見える化」である。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。

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。一般住民向けの窓口と関連職種向けの専門職相談先の双方が整備されることが望ましい。相談窓口が二つの機能を有することで地域の情報が集約され、地域の医療・介護資源のリスト化や、地域住民が感じている課題や困りごとなどの情報分析が可能となる。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。

さらに、窓口を通じて地域の専門職のネットワーク化を図り、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ますます強固にしていくことが可能となる。ネットワークの強化により、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も期待できる。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の幅が広くなり、多様化していくと考えられる。

### ○摂食嚥下支援プロセスの標準化

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、医療・介護資源の状況資源の充実度など、多くの要因によって異なる。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。そのため、地域ごとに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、標準化のプロセスを検討し、構築していくことが重要となる。

### ○多職種協働における役割分担

先進的に摂食嚥下支援に取り組んでいる地域では、各職種が自分の職務領域にこだわらずに支援を行い、さらに支援ができる者を広げていく活動をしているケースも見られた。一方で職種によって可能な業務は異なるため、その範囲は逸脱せず、専門職の「専門性」を発揮できる場面（グループ回診やケース検討会での討議など）や、専門性を超えた、普遍的技能や役割がオーバーラップされる場面（必ずしも全職種が関わるわけではないケースの取り組み）の双方をうまくバランスを取りながら摂食嚥下機能改善の実施体制を構築していた。

### ○摂食嚥下支援の取り組みの普及に向けた推進方策

このような取り組みを推進していくためには、多職種連携の視点は不可欠である。よって、多職種が自由に自律的に活動できることが必要である。例えば在宅関連職種の指示系統を見直し、現在の指示書発行の仕組みを見直したり、管理栄養士や歯科衛生士が訪問看護ステーションのように独立開業する仕組みを構築したり、介護サービス事業所の配置基準（または加算）として報酬評価の対象とすることなどが考えられる。

さらに、「食支援ステーション」として多職種協働のためにリソースを集約して一括化し、多機能ステーションを構築するなど、従来職種で切り分けられていたものを、目的を一つにして多職種が連携できるシステムを構築することも検討する必要がある。

摂食嚥下の取り組みには多くの職種が必要であるため、取り組みを進める中で専門職間のネットワーク化が進み、ひいては地域資源が可視化できることで、地域包括ケアシステムの構築につながると考えられる。





## 参考資料

- ・ ヒアリング票



〇〇〇〇地域事例

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事例  
地域ヒアリングでお聞きしたい事柄

(1) 基本情報

【①取り組み実施圏域】

(当該チームでカバーする地域はどの程度か。行政区分や二次医療圏を超えるか等)

【②取り組み参画施設・事業所等】

(中心施設・協力/連携施設の別があるか等)

【③取り組み参画職種】

(中心となる職種はどのような職種か等)

【④行政（保健所）、職能団体等との協力・連携状況】

## (2) 取り組み開始の背景・経緯

### 【①取り組みの開始時期】

### 【②取り組み開始のきっかけ】

(地域のどのような現状やニーズから活動が始まったのか。活動の必要性に気がついたのは誰(どのような職種・立場の人)か等。)

### 【③取り組み開始時の地域資源の状況】

(活動が必要になる地域資源の不足があったか。あるいはどのような資源があったから活動を実現できたか等。)

### 【④取り組み実施主体の動き】

(地域資源の把握や活動立ち上げの協力者・連携状況はどのようなものであったか。NSTなどを立ち上げた後、どのように組織化していったか等。)

### 【⑤現在の地域資源】

(取り組みの結果として充実した地域資源はどのようなものか等。)

(3) 取り組みの内容

【①支援が必要な者の把握の方法（典型的なパス）】

【②嚥下機能評価の方法】

【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】

【④訪問・リハビリ等の実施状況及び内容】

【⑤施設間・行政（保健所）・職能団体等との連携状況及び内容】

【⑥上記に係る各職種の役割】

(以下の各職種について、該当する職種の方が活動に参画されている場合はどのような役割を担っているか、所属はどこか等。)

1) 医師

2) 歯科医師

3) 薬剤師

4) 看護師・保健師

5) PT、OT、ST

6) 歯科衛生士

7) 管理栄養士・栄養士

8) 介護士・介護福祉士

9) 社会福祉士

10) その他

(4) 取り組み成功のポイントと今後の課題

【①取り組み成功・継続のポイント】

(活動の成功要因やこれまでの取り組みで参画メンバーが最も大事にしてきた事柄、ブレイクスルーとなった事柄等。今後地域で同様の取り組みを行うことを考えている専門職の方に向けた意見・アドバイス等)

【②活動の充実のために解決すべき課題等】

※ヒアリング参加委員所見 (同行委員記入欄)

(今後の取りまとめにあたって、当地域の取り組み事例について特徴、長所、工夫点等について総括を記載ください。)

以上





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  
報告書

---

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