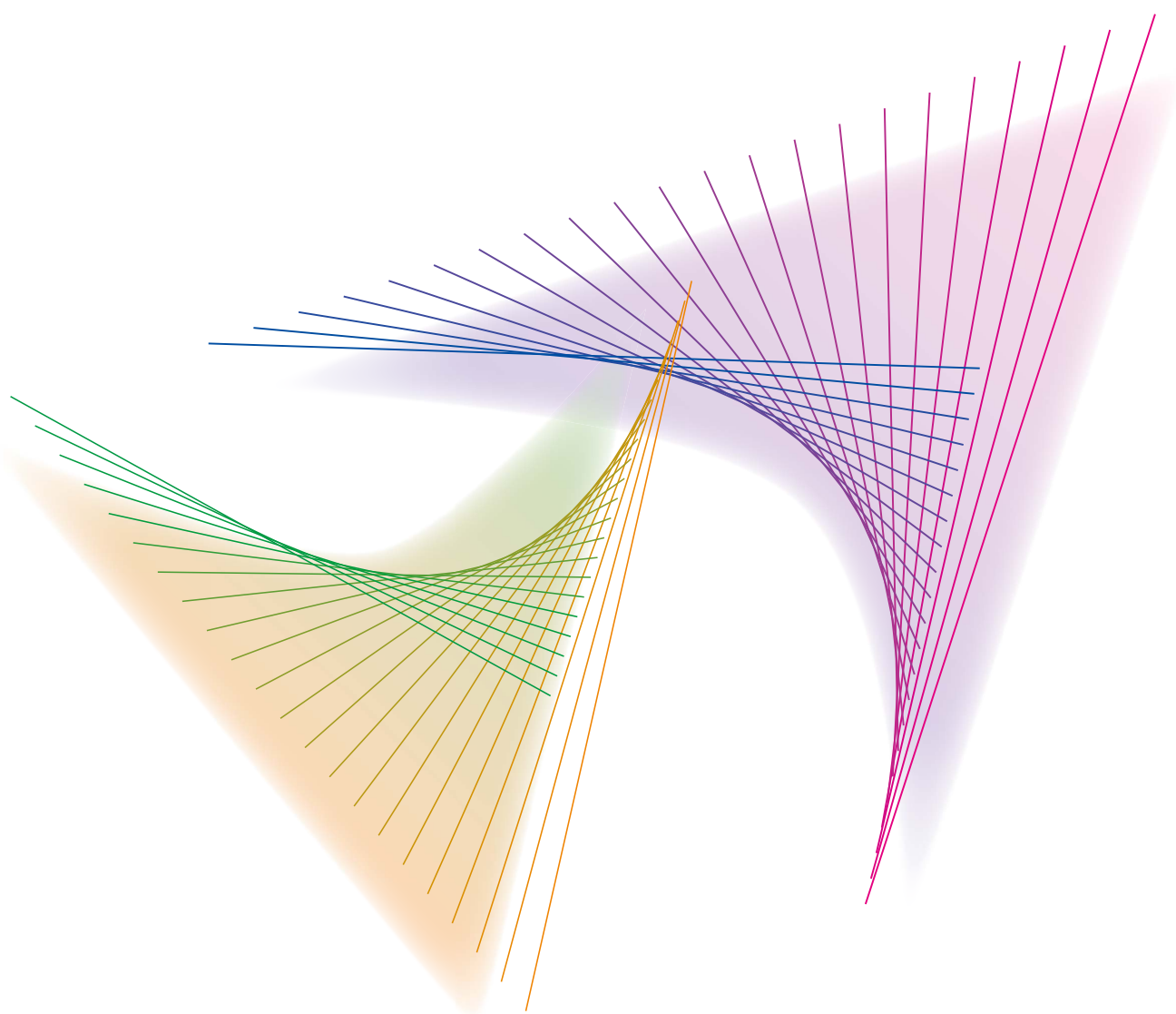


平成26年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

摂食嚥下障害を有する高齢者に対する 地域支援体制の取組収集、分析に関する 調査研究事業 報告書



平成27年3月

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

【 目 次 】

第1章 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的.....	1
(1) 調査の背景	1
(2) 調査の目的	2
2. 調査の内容.....	3
(1) 摂食嚥下障害を有する高齢者の実態調査の実施～個別事例調査～	4
(2) 摂食嚥下障害を有する人に対する地域支援体制実態調査 ～全国アンケート調査～	5
(3) 摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の先進事例調査 ～ヒアリング調査～	5
3. 実施体制.....	6

第2章 摂食嚥下障害を有する高齢者の実態把握（個別事例調査実施概況・結果）

1. 個別事例調査実施地域の状況と対象者の概況.....	9
2. 個別事例調査結果.....	11
(1) 調査対象者の栄養摂取状況・身体活動量	11
(2) 入院／入所／在宅による栄養摂取状態・活動量の違い	12
(3) 口腔内の状況等による栄養摂取状態・活動量の違い	13
(4) 食事環境・姿勢等による栄養摂取状態・活動量の違い	14
(5) 各種支援状況による栄養摂取状態・活動量の違い	15
3. 個別事例調査についての考察.....	16

第3章 摂食嚥下障害に関する地域支援体制の現状（全国アンケート調査結果より）

1. 回答施設の属性.....	17
(1) 調査回答施設の属性	17
(2) 摂食嚥下障害に関する専門職の配置状況	18
(3) 院内外での摂食嚥下障害に関する活動状況	19
2. 地域における摂食嚥下障害に関する活動の状況.....	25
(1) 地域における歯科関係資源の状況	25
(2) 地域人材の摂食嚥下障害に関する関わり	26
(3) 摂食嚥下障害のある人を見つける仕組みとサービスの提供状況	27
3. 摂食嚥下障害についての地域での連携状況.....	31
4. 個別事例に見る摂食嚥下障害についての連携状況.....	33

第4章 先進地域に見る摂食嚥下障害に対する地域支援体制 (ヒアリング調査)

1. ヒアリング対象地域の概要.....	37
2. ヒアリング結果概要.....	38
(1) 和歌山県那賀圏域（公立那賀病院）.....	38
(2) 富山県南砺市（南砺市民病院）.....	43
(3) 熊本県水俣市（水俣市立総合医療センター）.....	47
(4) 岡山県鏡野町（上齋原歯科診療所）.....	52
(5) 茨城県常陸大宮市美和地区（常陸大宮市美和診療所）.....	54
(6) 奈良県明日香村（明日香村国民健康保険診療所）.....	56

第5章 本調査研究より得られる示唆（考察）

改めて認識される多職種連携の必要性.....	59
効果的・効率的な多職種連携につなげる発見から評価・支援の流れ.....	62

資料編

個別事例調査実施要領.....	65
全国実態調査 調査票.....	69

摂食嚥下障害を有する高齢者に対する
地域支援体制の取組収集、分析に関する調査研究事業
事業結果概要

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の構築に関する検討委員会

1. 事業目的

(1) 背景

地域における在宅医療が推進されている中、摂食嚥下障害を有する高齢者への食支援に関して、今後、全国的に支援の取組が進み、さらに地域レベルの支援体制の構築が望まれる。

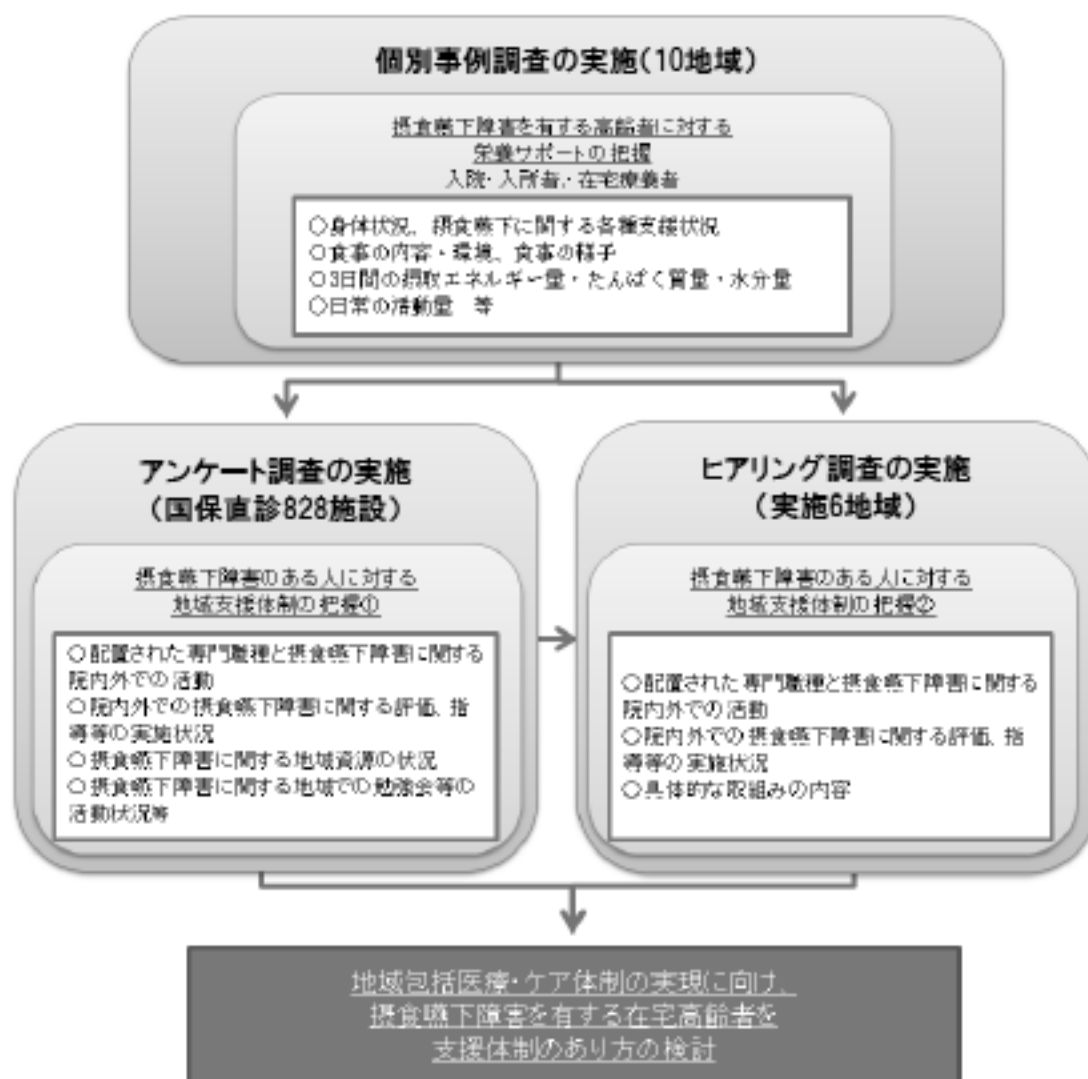
これまでの啓発普及活動の効果もあり、摂食嚥下障害を有する入院患者や入所者へのアプローチは一定程度実践されるようになってきているが、嚥下訓練や口腔清掃のような在宅におけるサポート、さらには「栄養サポート」まで考えられた「食支援」サポートは不十分であると思われる。

(2) 目的

本事業では、摂食嚥下障害を有する高齢者に対するサポート、それも「栄養サポート」まで考えられた「食支援」サポートの実態、ならびに医療機関、介護保険施設、在宅における実践状況・ならびに栄養状態・身体活動状況を把握する。

その上で、国保直診の所在地域での支援体制の構築の現状を探り、その中での先進事例についての情報収集をすることにより、地域包括医療・ケアの役割の中での支援の在り方について提言する。

2. 事業概要



(1) 摂食嚥下障害を有する高齢者の実態調査～個別事例調査～

1) 調査の目的

摂食嚥下障害を有する高齢者に対してどのような支援があると栄養状態や活動量にどのような差がみられるのかを把握するために、現時点の状態像を調査した。

2) 調査の対象

国保直診の所在地域 10 地域における摂食嚥下障害の有する高齢者のうち、入院患者、介護保険入所者、在宅療養者各数人ずつ、計 96 人。

3) 調査の内容

対象者属性（性別・年齢、主疾患、要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、バーゼルインデックス、過去 3 か月の状態、利用サービス）／スクリーニングからアセスメント、支援計画作成、指導・支援等の状況／食事の内容・環境、食事の様子／3 日間の摂取エネルギー量、摂取たんぱく質量、摂取水分量／口腔内の状況／日常の活動量 等

4) 調査方法

個別事例調査の実施主体となる国保直診の職員が、調査対象者に調査内容等を説明し、上記の調査項目について聞き取りを行った。

(2) 摂食嚥下障害を有する人に対する地域支援体制実態調査～全国アンケート調査～

1) 調査の目的

国保直診の所在する地域における摂食嚥下障害に関する施設内外での活動状況を把握することを目的とした。

2) 調査の対象

国保直診全施設 (828 施設)

3) 調査の内容

施設概要／配置された専門職種と摂食嚥下障害に関する院内外での活動／院内外での摂食嚥下障害に関する評価、指導等の実施状況／摂食嚥下障害に関する地域資源の状況／摂食嚥下障害に関する地域での勉強会等の活動状況 等

4) 回収状況

342 施設 (回収率 : 41.3%)

(3) 摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の先進事例調査～ヒアリング調査～

1) 調査の目的

地域で摂食嚥下障害を有する人を支える体制が構築されている地域について取組みの経緯や具体的な活動内容を把握した。

2) 調査の対象

上記全国アンケート調査結果等より抽出した全国 6 地域

3) 調査の内容

地域概要／配置された専門職種と摂食嚥下障害に関する院内外での活動／院内外での摂食嚥下障害に関する評価、指導等の実施状況／具体的な取組みの内容 等

3. 調査研究の過程

(1) 委員会・作業部会の開催

第1回委員会・第1回作業部会合同会議	平成26年8月1日
第2回作業部会	平成26年9月16日
第3回作業部会③	平成26年12月12日
第3回作業部会②	平成26年12月11日
第3回作業部会①	平成26年12月16日
第4回作業部会	平成27年2月18日
第2回委員会・第5回作業部会合同会議	平成27年3月7日

(2) 摂食嚥下障害を有する高齢者の実態調査の実施～個別事例調査～

調査実施期間	平成26年11月～12月
個別事例調査報告会	平成27年2月6日

(3) 摂食嚥下障害を有する人に対する地域支援体制実態調査～全国アンケート調査～

平成27年1月

(4) 摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の先進事例調査～ヒアリング調査～

平成26年12月～平成27年2月

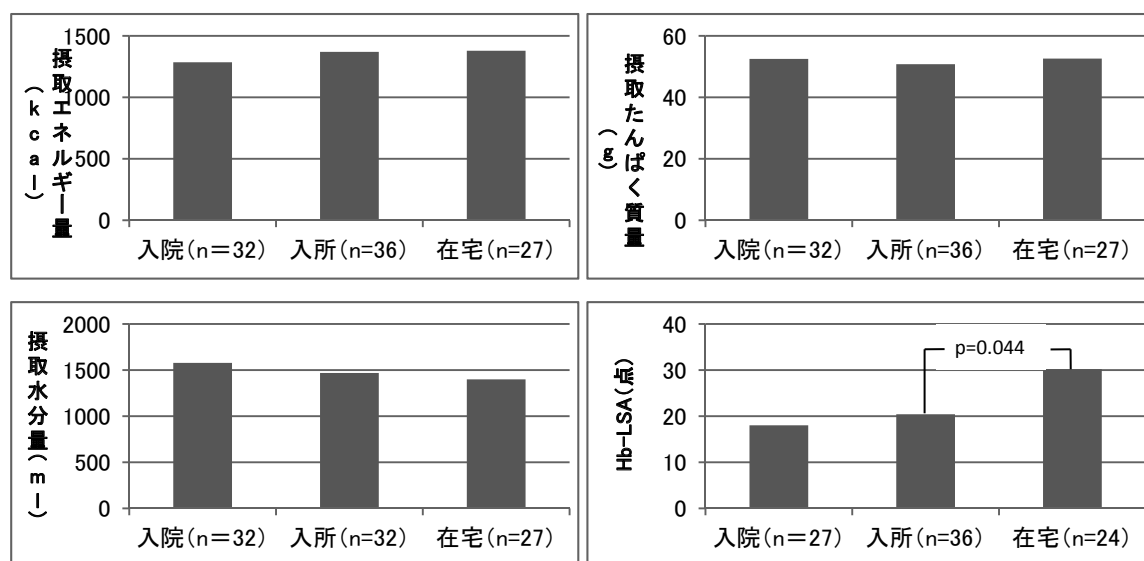
4. 事業結果

(1) 結果

1) 摂食嚥下障害を有する高齢者の実態調査～個別事例調査～

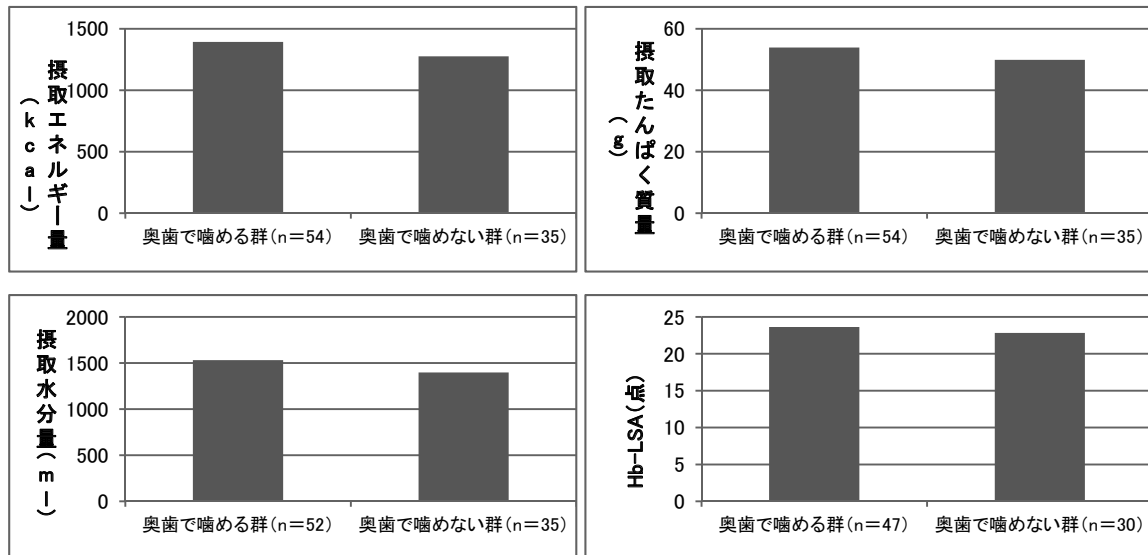
■ 今回の調査対象者 96 人について、入院／入所／在宅別に摂取エネルギー量、摂取たんぱく質量、摂取水分量、身体活動量（Hb-LSA）を見たところ、摂取エネルギー量については、入院患者、入所者よりもそれぞれ 93.3kcal、8.6kcal、摂取たんぱく質量については 0.1g と 1.9g、身体活動量（Hb-LSA）については 12.2 点と 9.8 点高くなっており、摂取水分量を除いて、いずれの項目も在宅療養者が一番良好となっていた。

図表 1-1 入院／入所／在宅の違いによる栄養摂取状況・活動量の違い



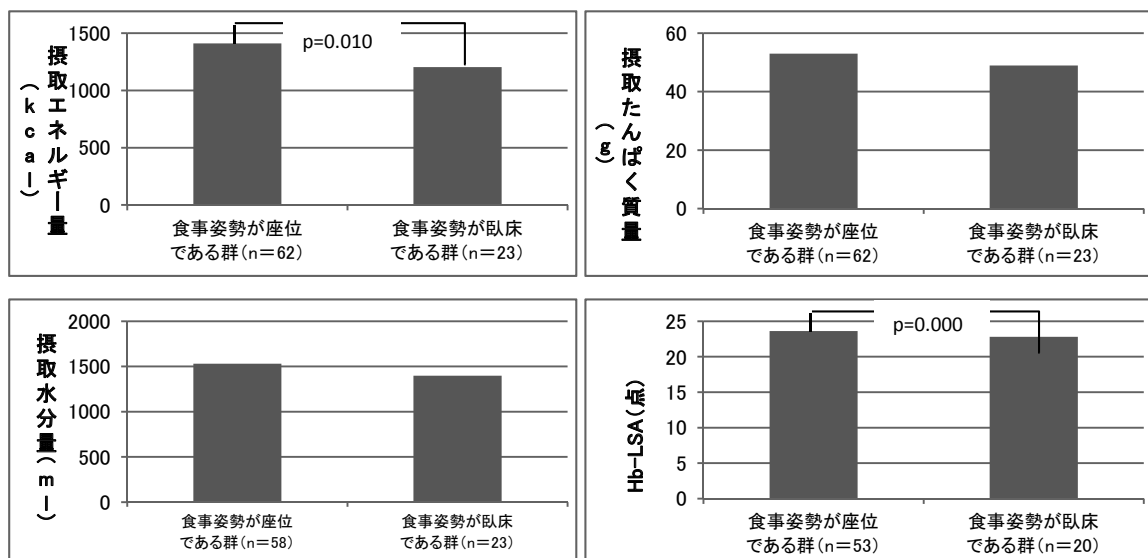
■口腔内の状況の違いにより、摂取エネルギー量、たんぱく質量、水分量、身体活動量がどのように異なるかを見たところ、有意ではないものの、奥歯で噛めるか否かにより、摂取エネルギー量、たんぱく質量、水分量、さらに身体活動量にも差がみられ、摂取エネルギー量で 116.0kcal、摂取たんぱく質量 4.0g、摂取水分量 133.6ml、身体活動量（Hb-LSA）については 0.8 点高くなっていた。

図表 1-2 奥歯で噛めるかの違いによる栄養摂取状況・活動量の違い



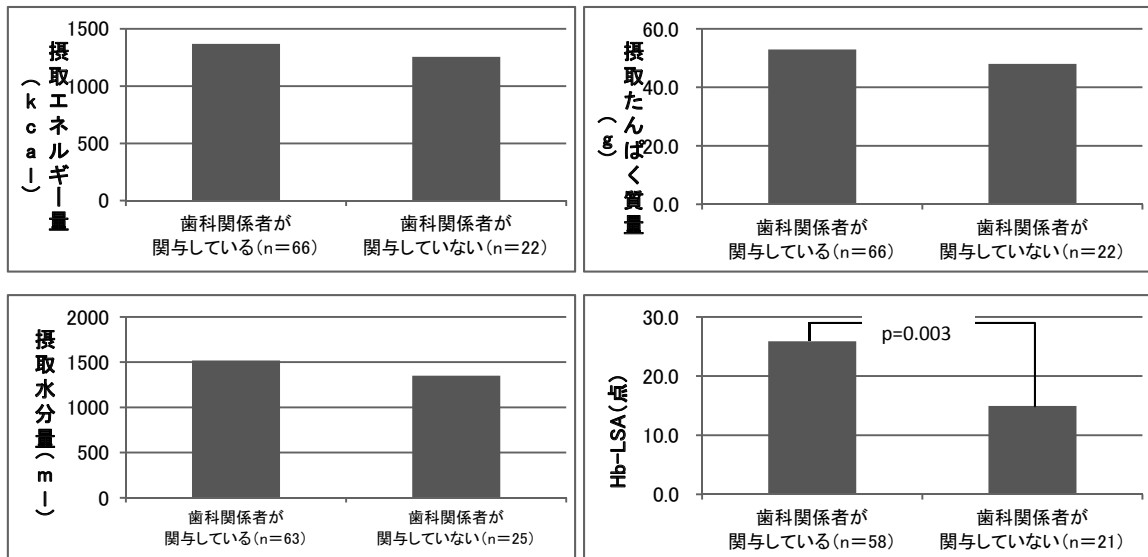
■食事環境・姿勢等の違いにより、摂取エネルギー量、たんぱく質量、水分量、身体活動量がどのように異なるかを見たところ、食事姿勢が座位である方が、摂取エネルギー量で 205.9kcal、摂取たんぱく質量 4.1g、摂取水分量 133.6ml、身体活動量（Hb-LSA）については 0.8 点高くなっていた。

図表 1-3 食事姿勢の違いによる栄養摂取状況・活動量の違い

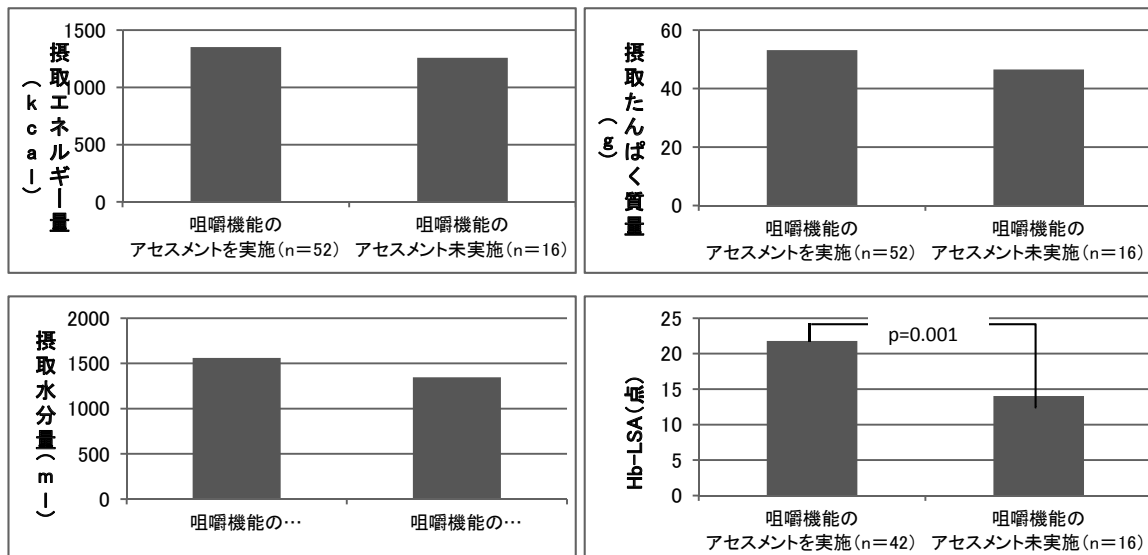


■嚥下機能評価の実施の有無や入院・入所等に当たってのアセスメント、その後の支援等の実施の有無等により、栄養摂取状態・身体活動量の差を見たところ、歯科関係者が関わっていたり、咀嚼機能のアセスメントが実施されている方が、身体活動量については、有意に違いが生じていた。また、摂取エネルギー量、摂取たんぱく質量、摂取水分量についても有意ではないものの、良好な結果がみられた。具体的には、歯科関係者の関与がある方が摂取エネルギー量で 112.6kcal、摂取たんぱく質量で 4.9g、摂取水分量で 168.5ml、身体活動量 (Hb-LSA) で 10.9 点高くなっていた。

図表 1-4 歯科関係者の関与の違いによる栄養摂取状況・活動量の違い



図表 1-5 咀嚼機能のアセスメント実施の違いによる栄養摂取状況・活動量の違い



2) 摂食嚥下障害を有する人に対する地域支援体制実態調査～全国アンケート調査～

■国保直診における摂食嚥下障害に関連しての院内外での活動状況について、診療所のうち、歯科のある施設だけを抽出すると、外来においての「口腔機能衛生状態の評価」「咀嚼機能の評価」「専門的口腔清掃の実施」「食事内容や食形態に関する指導の実施」「その人に合った食事指導（一口量や介助の方法）」の実施率が相対的に高くなっており、歯科の有無での評価等の実施率に差が生じていた。

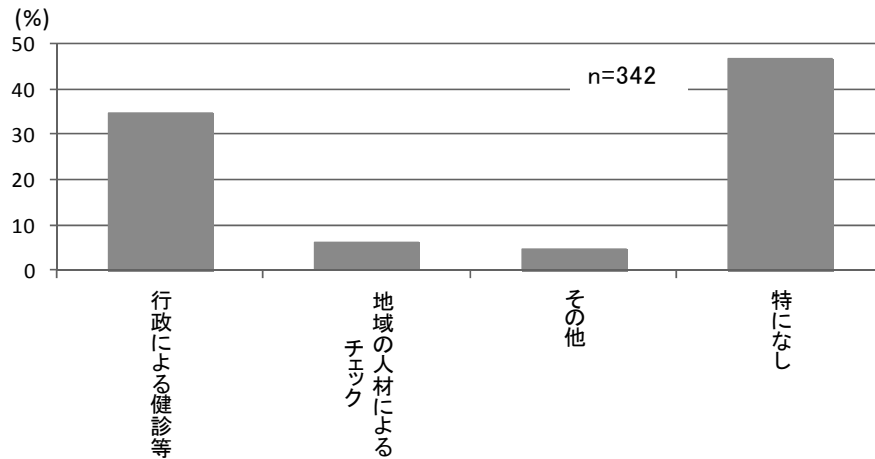
図表 2-1 摂食嚥下にかかる各種活動の実施状況

		病院			診療所			(再掲) 歯科のある診療所			
		入院	外来	訪問診療	入院	外来	訪問診療	入院	外来	訪問診療	
摂食嚥下障害に関連する評価の実施状況	①栄養状態の評価の実施	90.8%	48.2%	39.0%	26.3%	25.4%	26.4%	9.1%	33.3%	25.5%	
	②口腔衛生状態の評価の実施	83.7%	44.0%	38.3%	21.1%	17.4%	20.4%	18.2%	47.1%	33.3%	
	③咀嚼機能の評価の実施	78.7%	42.6%	30.5%	21.1%	15.9%	14.4%	9.1%	35.3%	21.6%	
	④嚥下内視鏡検査(VE)の実施	45.4%	29.1%	5.7%	2.6%	1.5%	0.5%	0.0%	2.0%	0.0%	
	⑤嚥下造影検査(VF)の実施	55.3%	34.8%	8.5%	10.5%	2.5%	0.5%	9.1%	3.9%	0.0%	
	⑥VE/VFによらない嚥下機能の評価の実施	74.5%	45.4%	24.1%	18.4%	9.5%	8.5%	9.1%	23.5%	17.6%	
	⑦食事に対する認知機能や身体機能(麻痺の状態等)の評価	80.9%	46.1%	35.5%	26.3%	18.9%	19.9%	9.1%	27.5%	23.5%	
	⑧生活の広がりに向けた評価	70.2%	36.9%	36.9%	23.7%	16.4%	19.4%	9.1%	25.5%	21.6%	
摂食嚥下障害に関連する指導等の実施の状況	⑨嚥下訓練(直接訓練)の実施	80.1%	34.8%	26.2%	18.4%	6.0%	7.0%	18.2%	17.6%	13.7%	
	⑩嚥下訓練(間接訓練)の実施	83.0%	39.0%	30.5%	26.3%	10.4%	7.5%	18.2%	23.5%	15.7%	
	⑪専門的口腔清掃の実施	67.4%	25.5%	28.4%	18.4%	13.9%	10.4%	18.2%	47.1%	27.5%	
	⑫食事内容や食形態に関する指導の実施	93.6%	55.3%	42.6%	34.2%	22.9%	25.4%	27.3%	39.2%	33.3%	
	生活機能向上に向け	⑬その人に合った環境調整(テーブルや椅子、ポジショニング等)	90.1%	41.8%	44.7%	34.2%	16.4%	19.9%	27.3%	29.4%	25.5%
	⑭その人に合った食事指導(一口量や介助の方法)		91.5%	46.1%	44.7%	31.6%	16.4%	19.4%	27.3%	31.4%	25.5%

は70%以上
 は30%以上70%未満
 は10%以上30%未満
 は10%未満

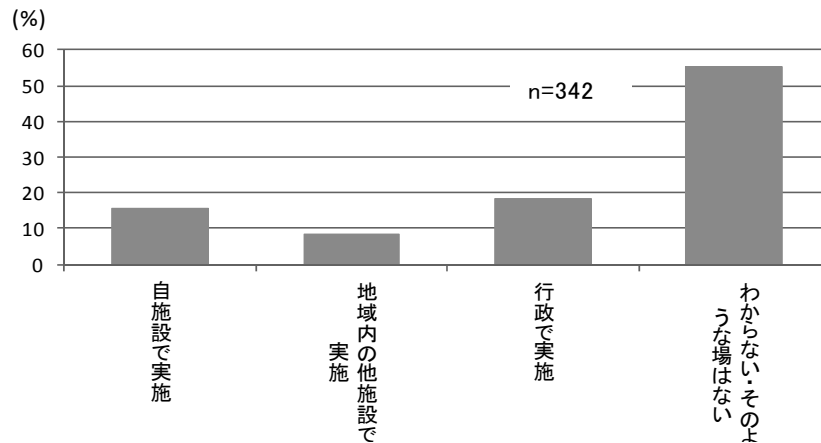
■地域内での摂食嚥下障害を有する高齢者を見つける仕組みとしては、虚弱高齢者については特にないという回答が最も多く、46.5%にのぼっていた。在宅要介護者については、特にないという回答が 32.6%あったものの、介護支援専門員と在宅介護サービスの提供事業者による気づきの機会がそれぞれ半数近くを占めていた。

図表 2-2 地域で摂食嚥下障害を有する人を見つける仕組み（虚弱高齢者）



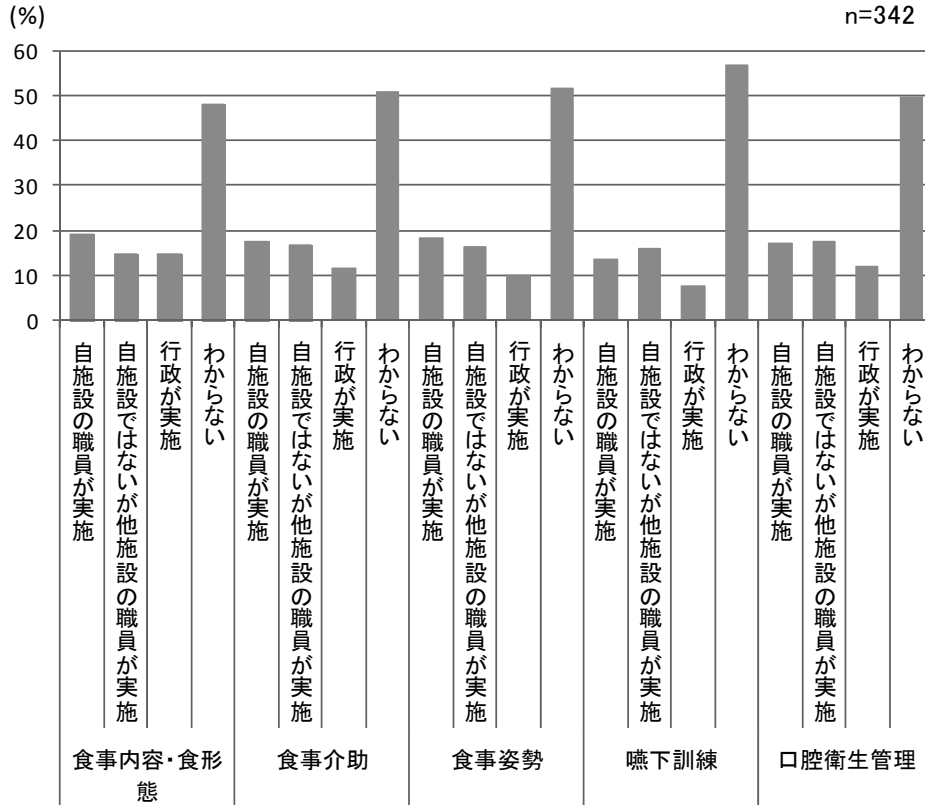
■摂食嚥下障害を有する高齢者を発見した後、どのように対応すべきかについて相談できる窓口がわからない、もしくはそのような場はないという地域が 55.6%に上り、相談窓口があるという地域は 4 割程度にとどまっていた。

図表 2-3 地域内での摂食嚥下について相談できる窓口



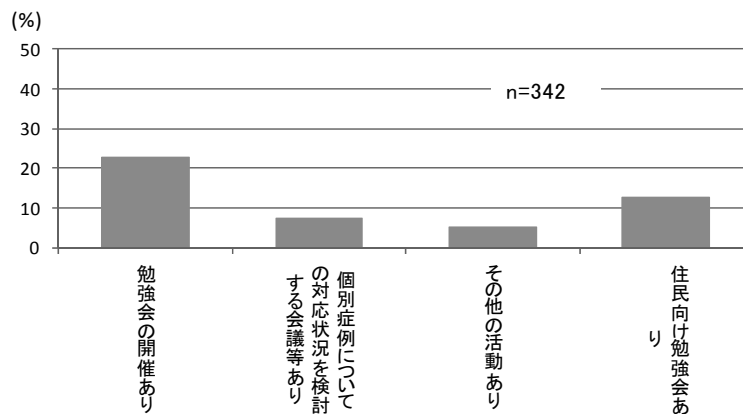
■摂食嚥下障害に関する様々な指導、サービス（食事内容・食形態／食事介助／食事姿勢／嚥下訓練／口腔衛生管理）については、どこが実施できるかがわからないと回答している施設が5割に上っていた。

図表 2-4 地域で摂食嚥下障害を有する人への支援するサービスの状況



■摂食嚥下障害について、地域での活動状況について聞いたところ、勉強会の開催、個別症例の検討、住民向けの勉強会等が開催されている地域もいくつかあるものの、そうした活動がある地域は多くても2割程度にとどまっていた。

図表 2-5 摂食嚥下障害についての地域での活動状況



3) 摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の先進事例調査～ヒアリング調査～

- 和歌山県那賀圏域では、保健所と公立那賀病院が連携し、中心となりながら食事の内容について共通の書式を設け、病院・介護保険施設間での情報共有をしやすい仕組みを設けていた。また、公立那賀病院に勤務していた摂食嚥下障害認定看護師が、隣接する圏域で訪問看護ステーションでの活動をはじめ、共同する作業療法士とともに必要に応じて那賀圏域の在宅家庭にもかかわるようになっていたり、同じく那賀病院に勤務していながら独立開業した耳鼻科医も必要に応じて在宅患者宅に出向いている等、地域で摂食嚥下障害を抱える障害者を支える体制が整っていた。
- 富山県南砺市民病院は、嚥下評価外来を設け、外来の半日コースで嚥下評価を行う等、地域の相談窓口として機能していた。この取組みについては地域の中の研修会等で地道に情報発信し、他の医療機関の専門職からも相談が寄せられるようになっていた。また、共通の書式ではないものの、医療機関より在宅で生活する人を支援する専門職に向けて、リハスタッフの視点からの詳細な情報がケアマネジャー経由で提供されるようになっていた。
- 熊本県水俣市では、歯科衛生士会の有志メンバーがキーパーソンとなり、当初はインフォーマルな勉強会として始まった摂食嚥下に関する多職種の勉強会の輪を地域の関連施設へと広げてきた。現在では、水俣芦北圏域全体に向けた研修会が定期的で開催されており、摂食嚥下をテーマにした連続講座には数百名規模の参加者を集めるなど、地域の関係者の間で摂食嚥下に対する意識の高まりが見られるようになった。
- 岡山県鏡野町では、歯科診療所が中心となり、在宅高齢者のケアにあたっている多職種の支え手に対し、摂食嚥下障害への対応が必要であることについて研修会等を通じた継続的な啓発活動が行われていた。また、行政の基本チェックリストによる対応や住民活動の中での気付きと声掛けによる対応が摂食嚥下を有する在宅高齢者の早期発見に寄与していた。
- 茨城県常陸大宮市美和地区では、医科・歯科併設の美和診療所が摂食嚥下に関する「駆け込み寺」的存在となっていた。摂食嚥下で何かあったら診療所へということについて日々発信している。
- 奈良県明日香村では、介護予防事業として、村内の入所・通所施設に対し嘱託の歯科衛生士・管理栄養士が出向き、摂食嚥下障害への対応の必要性を利用者や家族に訴える活動が繰り返し行われている。また、地域での摂食嚥下障害を有する人への支援体制としては、診療所の医師が中心となり、近隣の民間の歯科医療機関や圏域を超えて活動している嘱託の管理栄養士、民間の訪問看護ステーションの理学療法士と連携しながら、摂食嚥下障害を有する高齢者への対応を行っていた。

(2) 考察

1) 改めて認識される多職種連携の必要性

家族の頑張りが支える良好な栄養摂取状態

本調査研究において実施した個別事例調査では、対象者の重症度についての調整は行っていないものの、入院・入所者に比べ、在宅療養者は、摂取エネルギー量、摂取たんぱく質量、身体活動量（Hb-LSA）ともに良好であるという傾向がみられた。

地域資源の状況や家族の介護力により、同じ身体的な状態像であっても、療養の場は異なってくる。在宅で療養しているということは、疾患の状況も比較的安定していること、また家族の介護力があることが前提となるが、在宅で療養している間は、好きなものを食べることも可能であり、できるだけ食べさせてあげたいという家族の想いもあり、栄養摂取状況等が良好になっていることにつながっていると思われる。

在宅療養は、家族の努力だけでは成り立たず、専門職の支援が必要となる。医療機関や介護保険施設と比較して、多職種がかかわる環境等が必ずしも整備されているわけではないが、必要な人に対して必要な支援を提供する体制を整えることにより、在宅での生活を希望する人がより長きにわたって口からおいしく食べることを実践できるよう地域における支援体制の構築が求められている。

「奥歯で噛めるか」によって摂取エネルギー量に差

個別事例調査では、奥歯で噛めるかの状況によっても、栄養摂取量・身体活動量ともに良好な傾向にあることが明らかとなった。特に奥歯で噛めるかに関しては、摂取エネルギー量に116.0kcalの差がみられ、かつ歯科関係者の関与があるほうが摂取エネルギー量が多くなっていた。

摂食嚥下障害というと、「先行期（認知）」「準備期（咀嚼）」「口腔期」「咽頭期」「食道期」の5つの段階の中での「嚥下」という点に注目が集まりがちである。

しかし奥歯で噛むことができるかや歯科関係者の関与により、栄養摂取状況や身体活動量に違いがあるという今回の調査結果から言えることは、摂食嚥下障害については、「嚥下」だけではなく、「咀嚼」という機能も非常に重要であり、そこには歯科関係者の関与が不可欠であるということである。

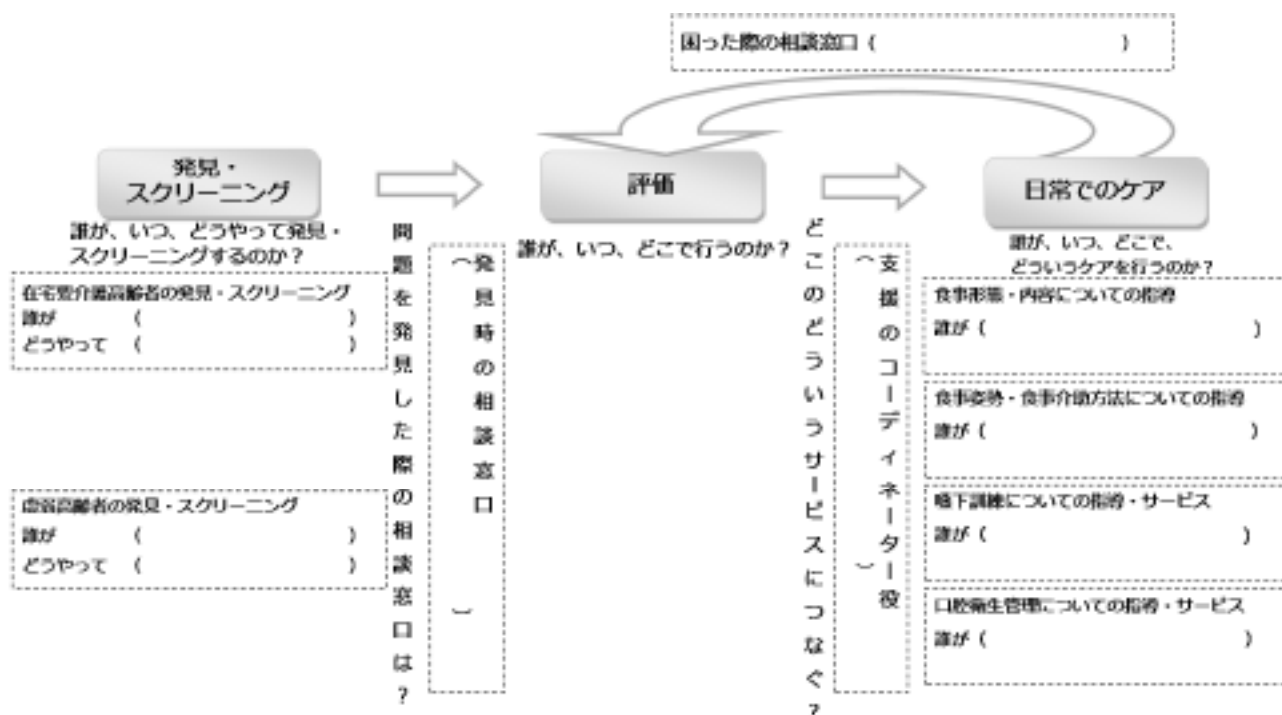
こうしたことを鑑みると、摂食嚥下障害への対応には、歯科も含め、様々な角度から多職種が連携することの必要性が改めて浮き彫りになったと言えよう。

多職種連携の実現を可能とするゲートキーパー

国保直診を対象とした全国実態調査（アンケート調査）の結果は、所在する地域内に在宅高齢者に対する摂食嚥下障害に関してのさまざまな支援の提供があるかについて問うたところ、大半がわからないという状況であった。また、実際の支援の提供だけではなく、摂食嚥下障害に関する相談窓口の存在を知らないという施設が55.0%と半数以上に上っており、摂食嚥下障害という問題にこれまでも積極的に取り組んできた国保直診の所在地域であっても、相談できる先がないというのが地域の現状である。

摂食嚥下障害については、さまざまな職種が関係する。咀嚼機能の評価・回復については歯科関係者、嚥下機能の評価・改善・維持については言語聴覚士、嚥下障害がありながらも摂取が可能な食形態については管理栄養士等、各専門職がそれぞれの得意分野を活かしながら支援していくことが可能である。

地域で摂食嚥下障害を有する高齢者を支えていくには、下記の図のように、地域全体で誰がどのような機能を果たしうるかを把握し、摂食嚥下障害について中心的に取り組む人が、地域での相談窓口・ゲートキーパーとなって、摂食嚥下障害を有する高齢者を支える体制の中核として機能することを期待したい。



広域で活動する専門職も巻き込んだ地域支援体制の構築の可能性

在宅療養者を支える体制は1つの施設だけで完結するわけではなく、民間も含め病院や診療所・歯科診療所、訪問看護ステーション等多施設が関わることとなる。各種専門職は互いに連携を取りながら、摂食嚥下障害を有する人に対する具体的な支援が実施されることが望まれる。

摂食嚥下障害についてのゲートキーパーは、近隣の施設だけでは十分とは言えない場合には、広域で活躍する専門職も巻き込みながら、より多くの摂食嚥下障害を抱える人が適切な支援に結びつくよう働きかけることも重要である。

2) 効果的・効率的な多職種連携につなげる発見から評価・支援の流れ

摂食嚥下障害に対する地域住民の認識を促す一歩としての地域の意識付けの重要性

ここ10年の間に、団塊の世代が後期高齢者となり、各種疾患を抱えた人が増えると同時に、摂食嚥下障害を抱える人もより一層増えていくこととなる。

入院・入所者の場合は、それぞれの施設の職員が利用開始時のアセスメントや日々の観察を通じ、摂食嚥下障害に関する気付きが得やすい環境にあるが、在宅で生活する高齢者の場

合には、支え手が専門職だけとは限らないため、障害の発生に対する気付きが遅れる可能性もある。全国実態調査（アンケート調査）の結果でも、地域医療・包括ケアのために積極的な活動をする国保直診が所在する地域においてさえも、虚弱高齢者の中で、摂食嚥下障害を有する高齢者を発見する仕組みが特にないと回答している施設が全体の 46.5%、在宅要介護高齢者の中での摂食嚥下障害を有する高齢者を発見する仕組みが特にないと回答している施設は全体の 32.5%を占めるなど、地域として在宅で生活する高齢者を支える仕組みが不足している現状が明らかになった。

摂食嚥下障害に関心がある人が地域に網の目のように存在することにより、支援が必要となる人をもれなく拾い上げることが可能となる。そのためには、専門職だけではなく、地域住民も含め広く一般に対して、摂食嚥下についての日々の啓もう活動により、意識付けを行っていくことが重要となる。

支援につながった人へのより効果的・効率的な支援を進めるための仕組みづくり

摂食嚥下障害を有する人がゲートキーパーや具体的な支援につながった後には、その支援が効果的・効率的になされることが望ましい。

例えば、摂食嚥下障害について医療機関での対応が終了し、介護保険施設や在宅生活に戻る際には、入院期間中の状況や摂食嚥下障害に関する対処法等について、施設間もしくは専門職間での情報共有を行うことが望ましい。

全国各地で摂食嚥下障害に関して、支援を要する人の情報について、関係する専門職間で情報交換がなされ、効果的・効率的な支援が展開されていくことを期待したい。

第1章

調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

(1) 調査の背景

地域での支援体制が求められる摂食嚥下障害を有する高齢者への対応

- 摂食嚥下障害は要介護高齢者の18%にみられ、そのうち40%は在宅高齢者だと報告されている。地域における在宅医療が推進されている中、この摂食嚥下障害を有する高齢者への食支援に関して、今後、全国的に支援の取組が進み、さらに地域レベルの支援体制の構築が望まれる。
- また、本障害を有する者には、誤嚥性肺炎の既往や低栄養の合併のため、介護予防の枠を超えて医療上の介入がなされ、さらに長期に継続されるべき者が少なくない。

地域の実情に合わせた支援体制の構築には関連職種・団体の連携が不可欠

- 地域支援体制の構築にあたっては、人口、年齢、世帯構成などの自治体の事情、社会資源の多寡、医療・介護に関する連携基盤の相違により、一様の方策を求めることは困難である。
- その一方で、地域での支援体制構築にあたっては、住民意識、地域包括支援センター機能、地域包括ケアの取組、ケアマネジャーの能力、在宅かかりつけ医の役割、栄養全般に関する支援体制、あるいは医科歯科連携を含む多職種連携、多くの地域で共通した課題や阻害因子も想定される。
- 実際、これまでの啓発普及活動の効果もあり、摂食嚥下障害を有する入院患者や入所者へのアプローチは一定程度実践されるようになってきているが、嚥下訓練や口腔清掃のような在宅におけるサポート、さらには「栄養サポート」まで考えられた「食支援」サポートは不十分であると思われる。

地域包括医療・ケアシステムに位置づけることによって

期待されシームレスな支援への取組の一層の推進

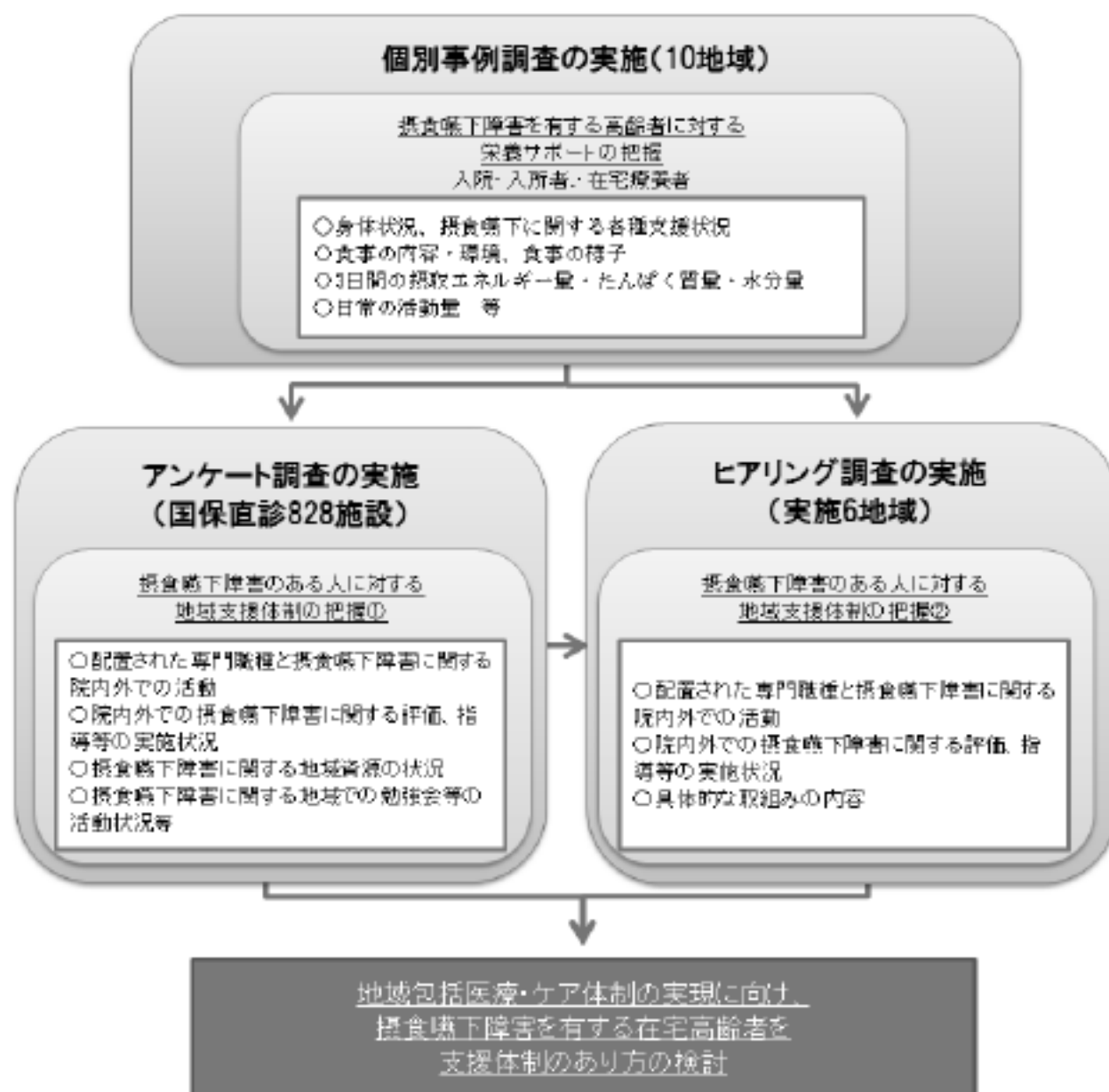
- 超高齢社会において、摂食嚥下障害を有する高齢者の在宅療養生活を支えていくための地域支援体制を構築していくには、多職種での連携が欠かせない。しかし、その際に入院から在宅生活への移行に当たって、在宅療養を支えるキーパーソンに摂食嚥下障害についてどのような情報が提供され、摂食嚥下障害を有する高齢者にどのようなサービスが提供されているのかの実態については、十分には把握されていない。
- 国診協では、地域包括医療・ケアを基盤に摂食嚥下障害を有する高齢者の食の支援に取組み、調査研究事業並びモデル事業を重ねてきたが、地域包括医療・ケアにおける医療・介護連携の機能が、長期間に渡る一貫した支援を可能とし、また生活への密着度ときめ細かさを高め、対象者の満足向上に資するとの結果を得た。
- そこで、摂食嚥下障害を有する高齢者に対する食支援について、本来必要とされているサポートはどのようなもので、それが現在在宅ではどの程度行われており、取組推進のためには何が阻害要因になっているのか等を明らかにし、それを地域包括医療・ケア構

築の中に位置づけ、シームレスな支援体制を構築していくことが必要となっている。

(2) 調査の目的

- 本事業では、まず、摂食嚥下障害を有する高齢者に対するサポート、それも「栄養サポート」まで考えられた「食支援」サポートの実態、ならびに医療機関、介護保険施設、在宅における実践状況・ならびに栄養状態・身体活動状況を把握する。
- その上で、国保直診の所在地域での支援体制の構築の現状を探り、その中での先進事例についての情報収集をすることにより、地域包括医療・ケアの役割の中での支援の在り方について提言にする。

2. 調査の内容



(1) 摂食嚥下障害を有する高齢者の実態調査の実施～個別事例調査～

- 摂食嚥下障害を有する高齢者に対してどのような支援があると栄養状態や活動量にどのような差がみられるのかを把握するために、現時点の状態像を調査した。

【調査対象者】

- ・対象者は、各地域で摂食嚥下障害の有する高齢者のうち、入院患者、介護保険入所者、在宅療養者各数人。

【調査時期】

平成 26 年 11 月～12 月

【調査項目】

- ・対象者属性（性別・年齢、主疾患、要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、バーゼルインデックス、過去 3 か月の状態、利用サービス）
- ・スクリーニングからアセスメント、支援計画作成、指導・支援等の状況
- ・食事の内容・環境、食事の様子
- ・3 日間の摂取エネルギー量、摂取たんぱく質量、摂取水分量
- ・口腔内の状況
- ・日常の活動量
- ・地域連携の状況 等

【調査方法】

- ・個別事例調査の実施主体となる国保直診の職員が、調査対象者に調査内容等を説明し、上記の調査項目について聞き取りを行った。
- ・3 日間の摂取エネルギー量、摂取たんぱく質量、摂取水分量については、3 日間の食事内容を調査票に記載していただき、その結果から算出した。
- ・日常の活動量については、居宅屋内の生活空間を質問し形式で評価する home-based life-space assessment（以下、Hb-LSA）¹の項目を用いて算出した。

【統計方法】

- ・摂取エネルギー量、摂取たんぱく質量、摂取水分量、Hb-LSA については、平均値±標準偏差で表記した。
- ・上記各指標と口腔の状況、食事環境、摂食嚥下障害に関する各種支援状況の関係は、t 検定を用いて検討した。

¹ 大沼剛，橋立博幸，吉松竜貴，阿部勉：地域在住の要支援・要介護高齢者に対する屋内生活空間における身体活動評価の臨床的有用．日本老年医学会雑誌 2014;51（2）：151-160

(2) 摂食嚥下障害を有する人に対する地域支援体制実態調査

～全国アンケート調査～

- 国保直診の所在する地域における摂食嚥下障害に関する施設内外での活動状況を把握した。
- また、上記調査より地域で摂食嚥下障害のある人を支える体制が構築されている先進地域を抽出することも目的として実施した。

【調査対象者】

- ・ 国保直診全施設を対象としたアンケート調査を実施する。(828 地域)

【調査時期】

平成 27 年 1 月

【調査項目】

- ・ 施設概要
- ・ 配置された専門職種と摂食嚥下障害に関する院内外での活動
- ・ 院内外での摂食嚥下障害に関する評価、指導等の実施状況
- ・ 摂食嚥下障害に関する地域資源の状況
- ・ 摂食嚥下障害に関する地域での勉強会等の活動状況 等

(3) 摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の先進事例調査

～ヒアリング調査～

- 地域で摂食嚥下障害のある人を支える体制が構築されている地域について取組みの経緯や具体的な活動内容を把握した。

【調査対象者】

- ・ 上記アンケート調査等より先進的と思われる地域 6 地域

【調査時期】

平成 26 年 12 月～平成 27 年 2 月

【調査項目】

- ・ 地域概要
- ・ 配置された専門職種と摂食嚥下障害に関する院内外での活動
- ・ 院内外での摂食嚥下障害に関する評価、指導等の実施状況
- ・ 具体的な取組みの内容 等

3. 実施体制

「摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の構築に関する検討委員会」ならびに「同 作業部会」の委員構成は以下の通りであった。

摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の構築に関する検討委員会

・同作業部会委員一覧

◇委員会

◎印：委員長

◎植田耕一郎	日本大学歯学部摂食機能療法学講座教授
菊谷 武	日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学教授
平野 浩彦	東京都健康長寿医療センター研究所社会科学系専門副部長
松坂 誠應	長崎大学理事・副学長
押淵 徹	副会長/長崎県・国保平戸市民病院長
南 温	岐阜県：郡上市国保地域医療センター国保和良歯科診療所長
松浦喜美夫	高知県：いの町立国民健康保険仁淀病院長
原 しおり	岐阜県：国保坂下病院地域医療科保健師
増田 玲子	香川県：綾川町地域包括支援センター社会福祉士
江田 佳子	長崎県：佐々町地域包括支援センター係長（保健師）

◇作業部会① 【地域における摂食嚥下障害者の口腔機能向上に関する検討部会】

◎植田耕一郎	日本大学歯学部摂食機能療法学講座教授
奥山 秀樹	長野県：佐久市立国保浅間総合病院技術部長（兼）歯科口腔外科医長
三上 隆浩	島根県：飯南町立飯南病院副院長
占部 秀徳	広島県：公立みつぎ総合病院歯科部長
高橋 徳昭	愛媛県：伊予市国保中山歯科診療所長
高橋 健	茨城県：常陸大宮市国保美和診療所長
岡林 志伸	大分県：国東市民病院歯科衛生士

◇作業部会② 【地域における摂食嚥下障害者の食・栄養支援に関する検討部会】

◎菊谷 武	日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学教授
木村 年秀	香川県：三豊総合病院歯科保健センター長
新村 兼康	千葉県：君津中央病院肝胆膵外科部長
安江 耕作	岐阜県：国保坂下病院言語聴覚士
真珠 文子	和歌山県：公立那賀病院医療技術部栄養科長
大河智恵美	広島県：公立みつぎ総合病院主任看護師
新谷 美智	高知県：いの町立国保仁淀病院栄養科主任管理栄養士

◇作業部会③ 【地域における摂食嚥下障害者の生活機能向上に関する検討部会】

◎松坂 誠應	長崎大学理事・副学長
村上 重紀	広島県：公立みつぎ総合病院参与
北谷 正浩	石川県：公立羽咋病院リハビリテーション科士長
仙石 健治	宮城県：涌谷町町民医療福祉センターリハビリテーション科長兼技術主幹
吉村 美佳	広島県：公立みつぎ総合病院リハビリテーション部技師長
大石 典史	長崎県：国保平戸市民病院理学療法士
奥邨 純也	滋賀県：湖南市高齢福祉課主幹

◇オブザーバー

岩田 真紀代	厚生労働省老健局老人保健課主査
--------	-----------------

◇事務局

伊藤 彰	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
鈴木 智弘	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会課長補佐
大本 由佳	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会主事
植村 靖則	みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部
田中 陽香	みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部
佐藤 溪	みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部

第2章

摂食嚥下障害のある

高齢者の実態把握

(個別事例調査実施概況・結果)

1. 個別事例調査実施地域の状況と対象者の概況

今回の個別事例調査は、各地域で摂食嚥下障害を有する高齢者の状態像を把握することを目的として実施した。

個別事例調査の対象地域は、検討委員会・作業部会の委員の所属施設を中心に選定し、各施設で下記の人数について調査を実施した。

なお、本調査の実施に当たっては、対象者または主たる介護者である家族に本調査研究の主旨、内容を口頭及び書面にて説明し、書面にて同意を得ている。

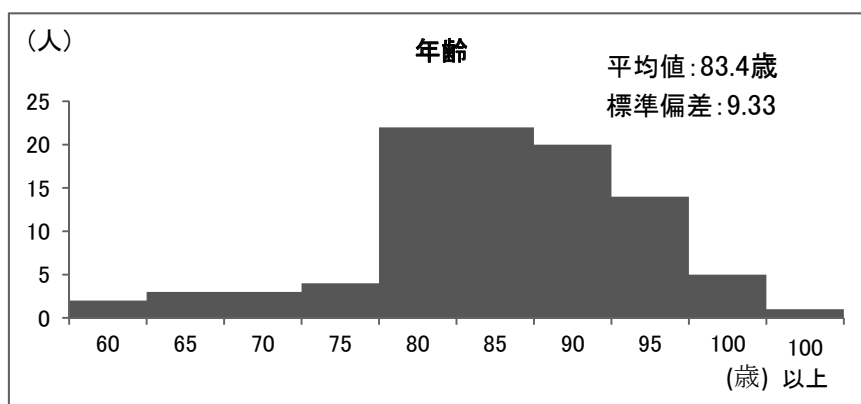
図表 2-1 個別事例調査の実施数

	入院	入所	在宅	計
常陸大宮市美和診療所	0人	4人	3人	7人
佐久市立浅間総合病院	4人	5人	2人	11人
国保坂下病院	4人	4人	0人	8人
和良歯科診療所	0人	0人	2人	2人
公立那賀病院	5人	4人	3人	12人
公立みつぎ総合病院	5人	5人	5人	15人
三豊総合病院	5人	5人	5人	15人
伊予中山歯科診療所	0人	5人	3人	8人
国東市民病院	4人	5人	1人	10人
平戸市民病院	5人	0人	3人	8人
計	32人	37人	27人	96人

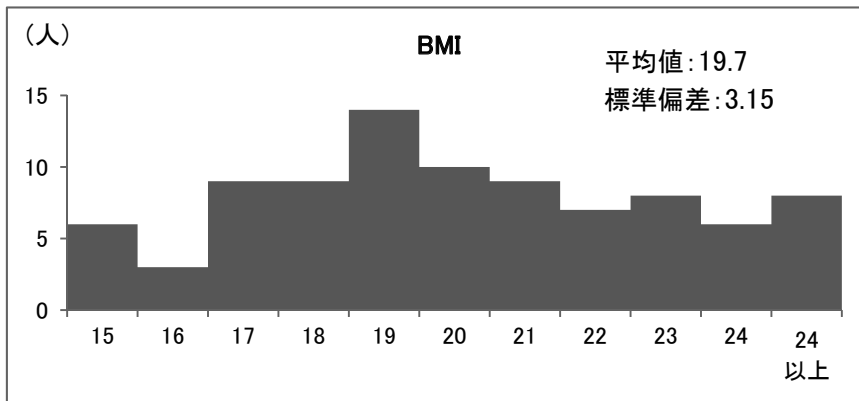
今回、調査に協力いただいた対象者の96人の身体状況の概況は下記のとおりである。要介護度やバーゼルインデックスに偏りが見られている。

特に、要介護度については、入院／入所／在宅別に見ると、入所者については、入院患者や在宅療養者以上に要介護度4や5に集中していた。

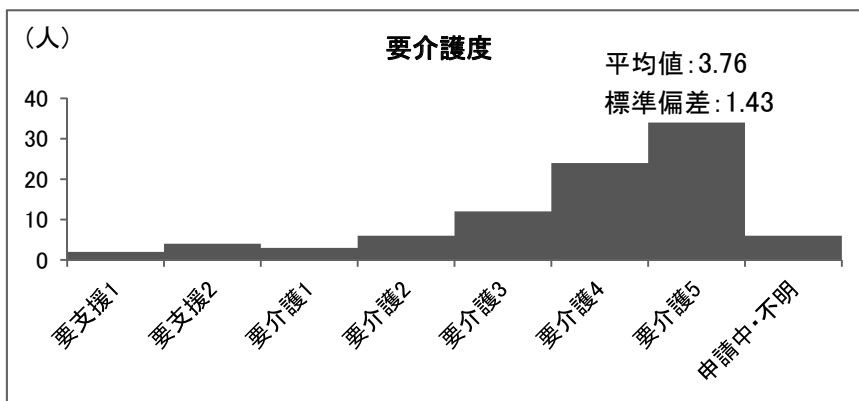
図表 2-2 調査対象者の年齢



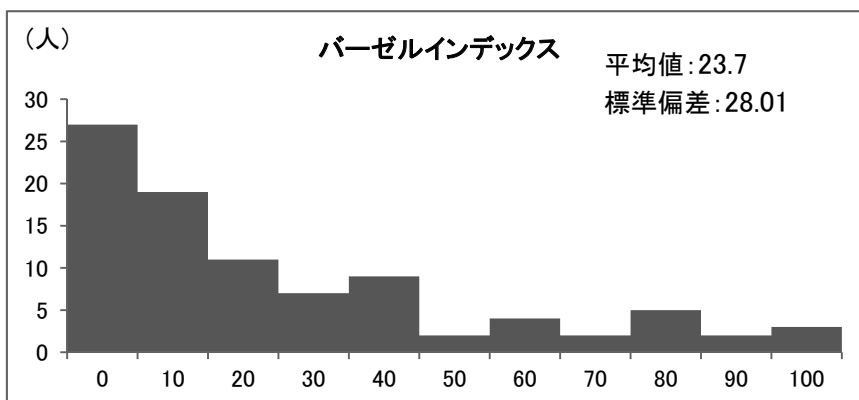
図表 2-3 調査対象者のBMI



図表 2-4 調査対象者の要介護度



図表 2-5 調査対象者のパーゼルインデックス

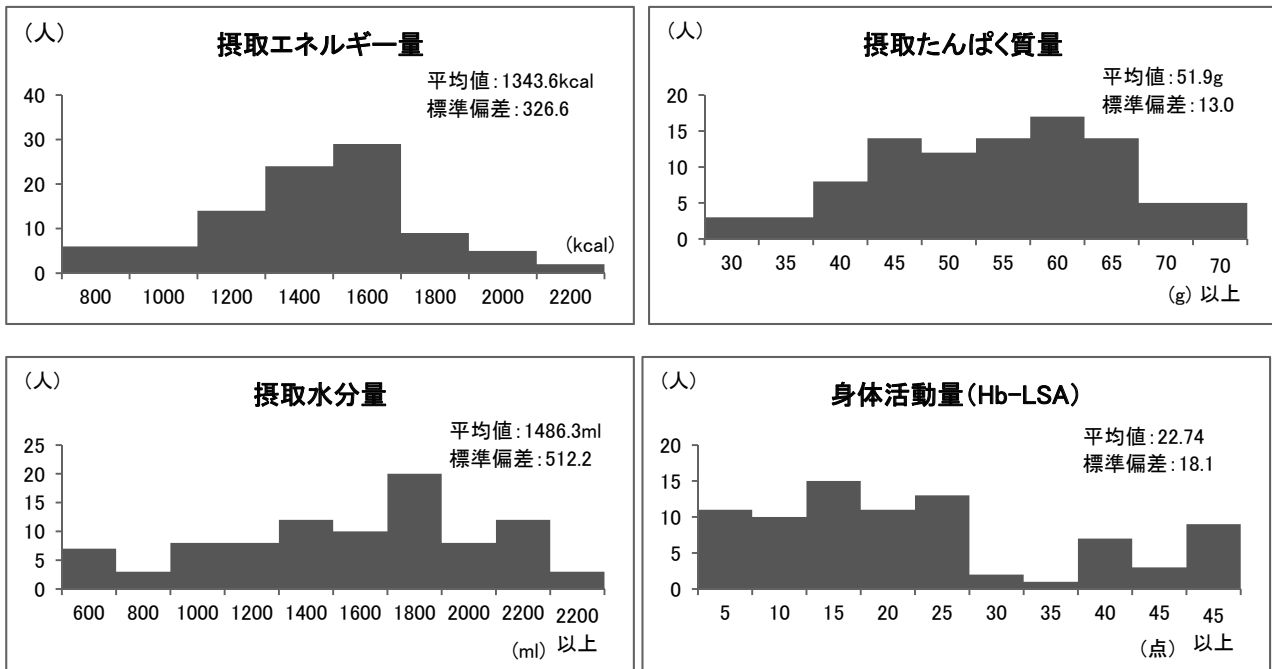


2. 個別事例調査結果

(1) 調査対象者の栄養摂取状況・身体活動量

今回の調査対象者の栄養摂取状況と身体活動量は下記のとおりである。入院、入所、在宅の状況で対象者の状態が異なることもあり、特に身体活動量についてはばらつきが多い結果となっていた。

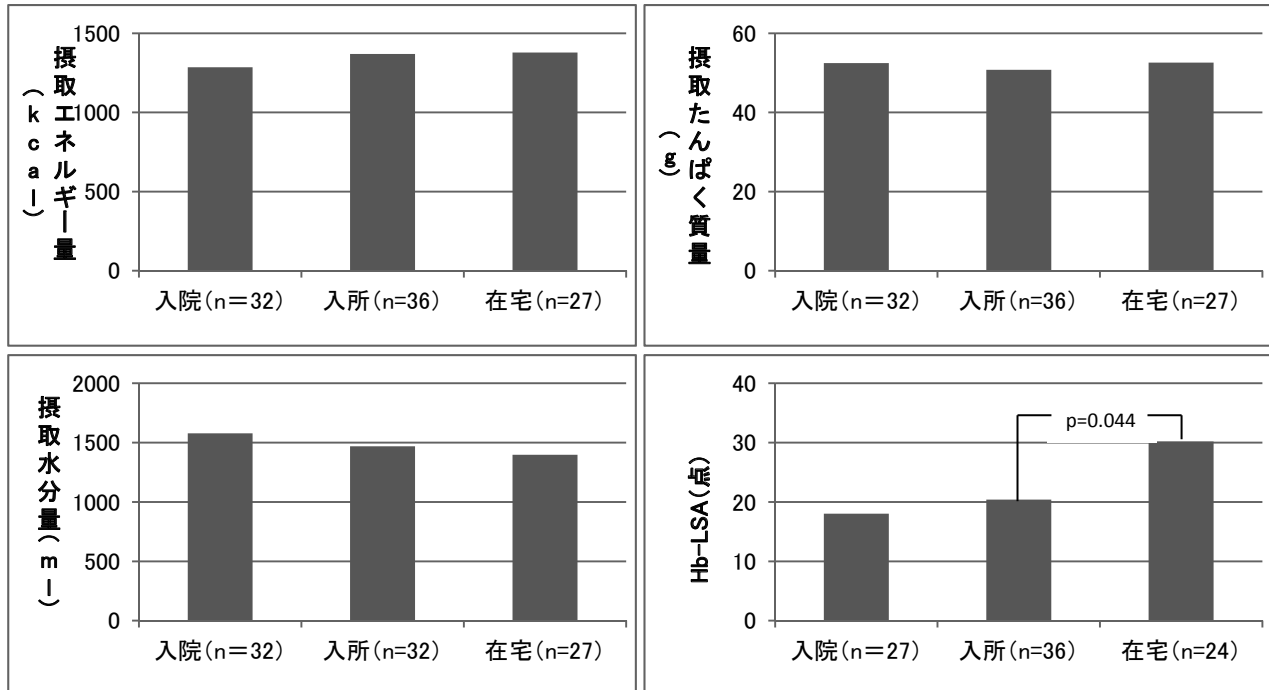
図表 2-6 調査対象者の栄養摂取状況・身体活動量の分布



(2) 入院／入所／在宅による栄養摂取状態・活動量の違い

今回の調査対象者について、入院／入所／在宅別に摂取エネルギー量、摂取たんぱく質量、摂取水分量、身体活動量 (Hb-LSA) を見たところ、摂取エネルギー量については、入院患者、入所者よりもそれぞれ 93.3kcal、8.6kcal、摂取たんぱく質量については 0.1g と 1.9g、身体活動量 (Hb-LSA) については 12.2 点と 9.8 点高くなっており、摂取水分量を除いて、いずれの項目も在宅療養者が一番良好となっていた。

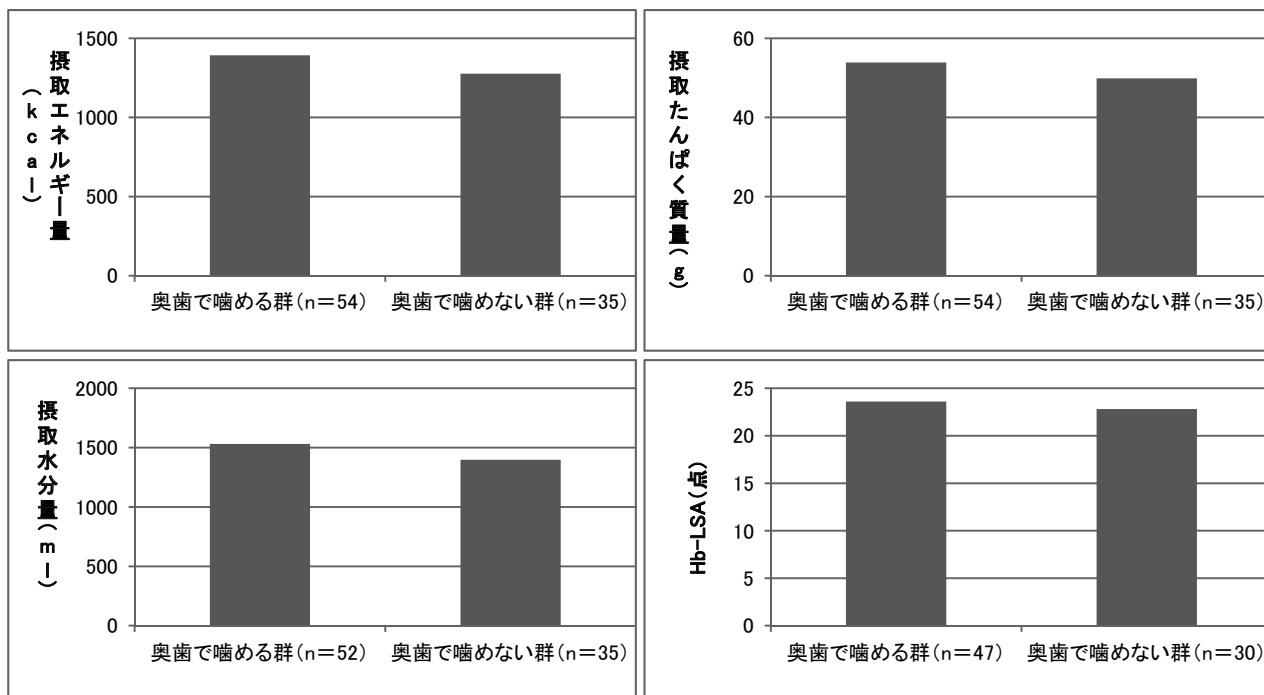
図表 2-7 入院／入所／在宅の違いによる栄養摂取状況・活動量の違い



(3) 口腔内の状況等による栄養摂取状態・活動量の違い

口腔内の状況の違いにより、摂取エネルギー量、たんぱく質量、水分量、身体活動量にどのように異なるかを見たところ、奥歯で噛めるか否かにより、有意ではないものの、摂取エネルギー量、たんぱく質量、水分量、さらに身体活動量にも差がみられ、摂取エネルギー量で116.0kcal、摂取たんぱく質量4.0g、摂取水分量133.6ml、身体活動量（Hb-LSA）については0.8点高くなっていた。

図表 2-8 奥歯で噛めるかの違いによる栄養摂取状況・活動量の違い

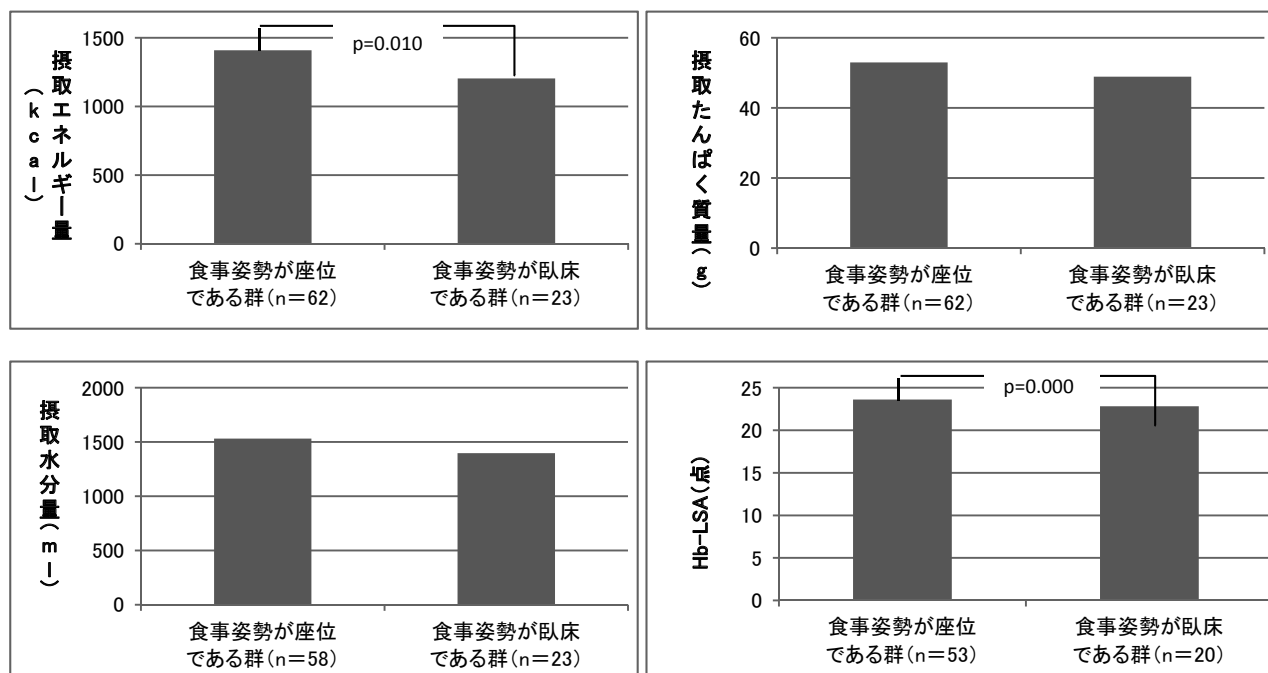


(4) 食事環境・姿勢等による栄養摂取状態・活動量の違い

食事環境・姿勢等の違いにより、摂取エネルギー量、たんぱく質量、水分量、身体活動量にどのように異なるかを見たところ、食事姿勢が座位である方が、摂取エネルギー量、身体活動量について優位に良好であるほか、摂取たんぱく質量、摂取水分量についても多くなっていた。

具体的には摂取エネルギー量で 205.9kcal、摂取たんぱく質量 4.1g、摂取水分量 133.6ml、身体活動量（Hb-LSA）については 0.8 点高くなっていた。

図表 2-9 食事姿勢の違いによる栄養摂取状況・活動量の違い

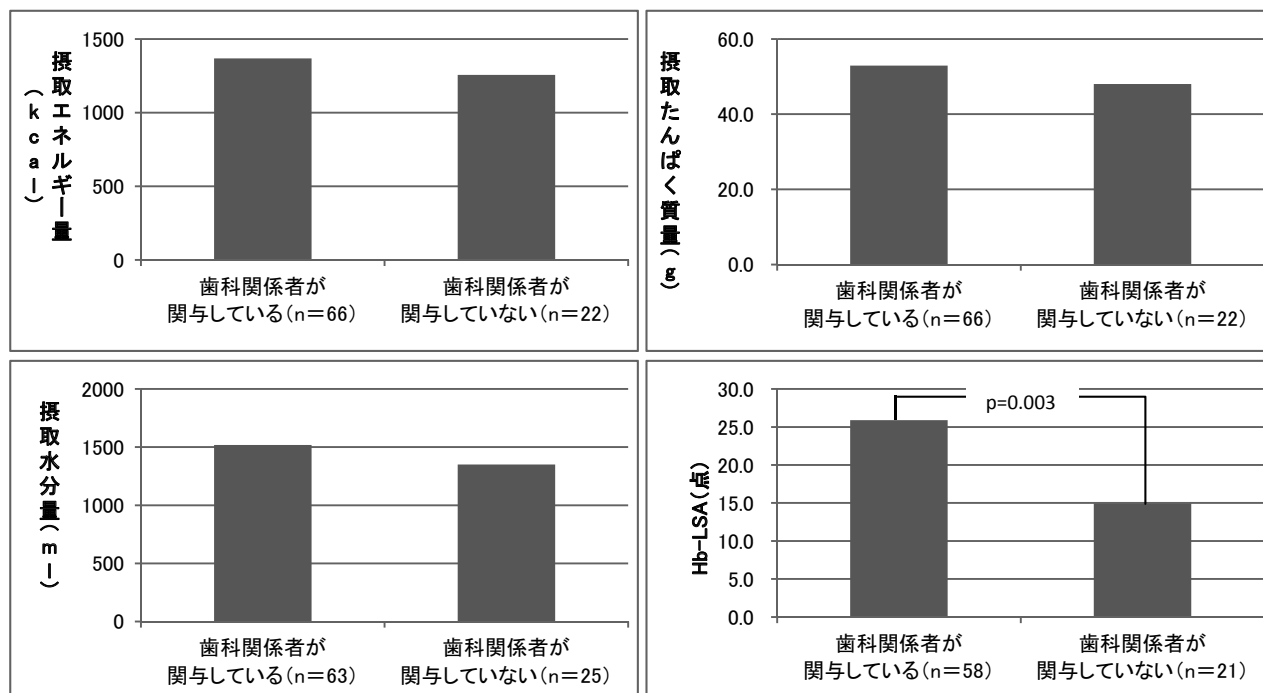


(5) 各種支援状況による栄養摂取状態・活動量の違い

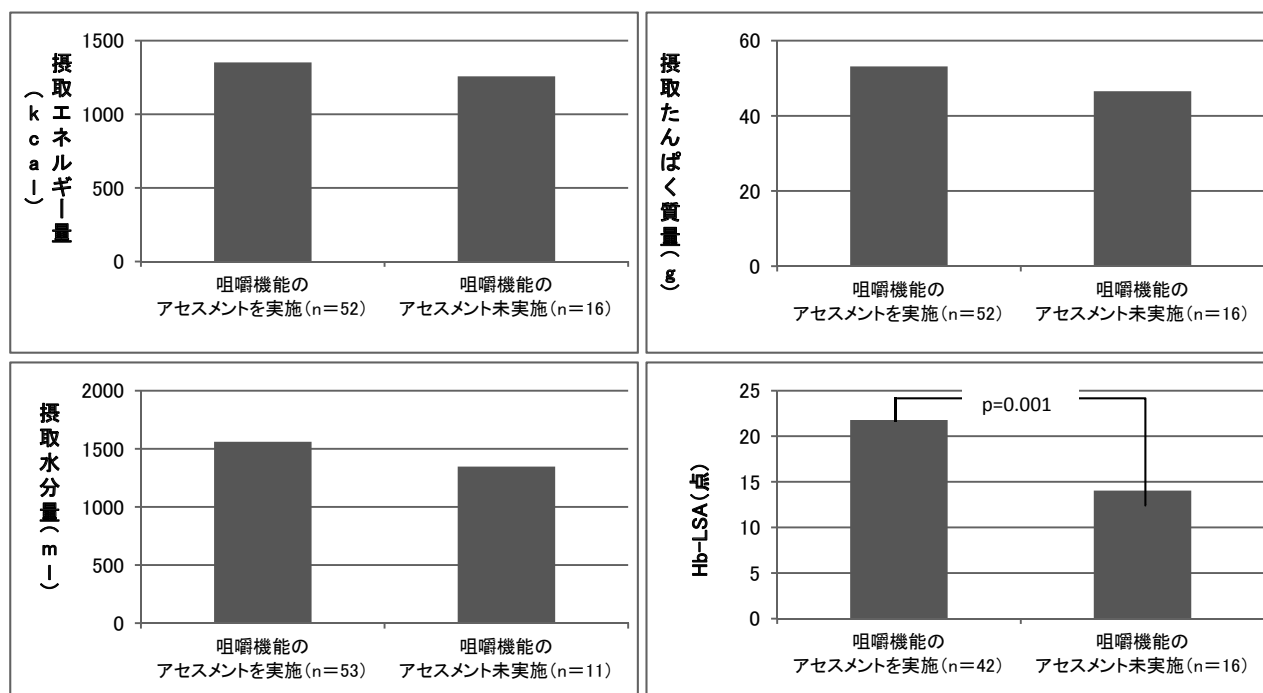
嚥下機能評価の実施の有無や入院・入所等にあたってのアセスメント、その後の支援等の実施の有無等により、栄養摂取状態・身体活動量の差を見たところ、歯科関係者が関わっていたり、咀嚼機能のアセスメントが実施されている方が、身体活動量については、有意に違いが生じていた。また、摂取エネルギー量、摂取たんぱく質量、摂取水分量についても有意ではないものの、良好な結果がみられた。

具体的には、歯科関係者の関与がある方が摂取エネルギー量で 112.6kcal、摂取たんぱく質量で 4.9g、摂取水分量で 168.5ml、身体活動量（Hb-LSA）で 10.9 点高くなっていた。

図表 2-10 歯科関係者の関与の違いによる栄養摂取状況・活動量の違い



図表 2-11 咀嚼機能のアセスメント実施の違いによる栄養摂取状況・活動量の違い



※各種アセスメント項目は入院患者・入所者を対象とした項目であるため、在宅療養者を除いた集計となっている。

3. 個別事例調査についての考察

本調査では、摂食嚥下障害を有する高齢者の状態像、食事に関する状況や摂食嚥下障害に関する各種支援の実施状況等で摂取エネルギー量、摂取たんぱく質量、摂取水分量、ならびに身体活動量（Hb-LSA）に違いがあるかについて確認を行った。

いずれの指標についても、対象者の状態像も異なるため、ばらつきの多いデータであり、有意な結果はそれほど多くは得られなかった。

その中でも、入院・入所者に比べ、在宅療養者は、摂取エネルギー量、摂取たんぱく質量、身体活動量（Hb-LSA）ともに良好であるという傾向がみられた。地域資源の状況や家族の介護力により、同じ身体的な状態像であっても、療養の場は異なってくる。在宅で療養しているということは、疾患の状況も比較的安定していること、また家族の介護力があることが前提となるが、在宅で療養している間は、好きなものを食べることも可能であり、できるだけ食べさせてあげたいという家族の思いもあり、栄養摂取状況等が良好になっていることにつながっていると思われる。

また、「奥歯で噛むことができる」や「食事姿勢が座位である」、「VE/VFを実施している」「歯科関係者が関与している」「咀嚼機能や嚥下機能のアセスメントを実施している」「栄養・摂食嚥下に関する支援計画を作成している」という方が摂取エネルギー量、摂取たんぱく量、摂取水分量、身体活動量が良好となっているという結果も得られた。

噛むことができると、それだけ体に吸収しやすい状態に咀嚼することが可能となったり、栄養摂取状況がよくなり、結果的に身体活動量も増えるということは当然の帰結であるとは言えるが、今回の調査では改めてそのことが傾向として示された。

摂食嚥下障害というと「嚥下機能」という点に注目が集まりがちであるが、医科やリハビリだけではなく、歯科も含め、様々な角度からの支援が必要となるといえよう。しかしながら、在宅療養者については、入院・入所者と比較すると、必ずしも各種支援を受けられる環境に恵まれているとは言い難い。各種支援の中で「食形態の提案」を受けていないというケースはごくわずかであるが、他の項目については在宅療養者については入院・入所者に比べ低くなっているということは事実である。

在宅療養は、家族の努力だけでは成り立たず、専門職の支援が必要となる。医療機関や介護保険施設と比較して、多職種がかかわる環境等が必ずしも整備されているわけではないが、必要な人に対して必要な支援を提供する体制を整えることにより、在宅での生活を希望する人がより長きにわたって口からおおいしく食べることを実践できるよう地域における支援体制の構築が求められている。

第3章

摂食嚥下障害に関する

地域支援体制の現状

(全国アンケート調査結果より)

1. 回答施設の属性

(1) 調査回答施設の属性

調査回答施設 342 件の概況は以下のとおりである。

図表 3-1 回答施設の状況

	回答数	構成比
病院	141	41.2%
うち 歯科あり	48	(34.0%)
有床診療所	38	11.1%
うち 歯科あり	11	(28.9%)
無床診療所	148	43.3%
うち 歯科あり	25	(16.9%)
歯科診療所	16	4.7%
合計	342	100.0%

※1 ()内の構成比は各施設種別の全体を 100%としたときの構成

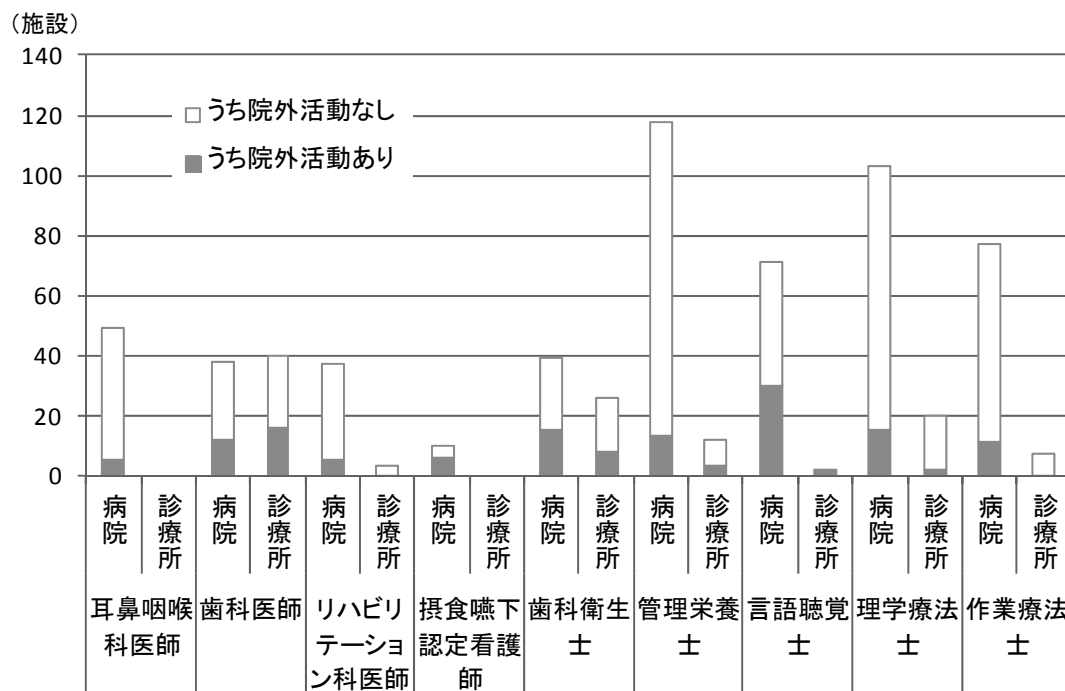
※2 1 件の回答が診療所と歯科診療所を合わせて 1 件で回答したため、施設種類としてはそれぞれでカウントするが、合計の回答施設数としては 1 件と計上した。

この中で、摂食嚥下に関する専門外来がある施設は病院の 6 施設となっている。

(2) 摂食嚥下障害に関する専門職の配置状況

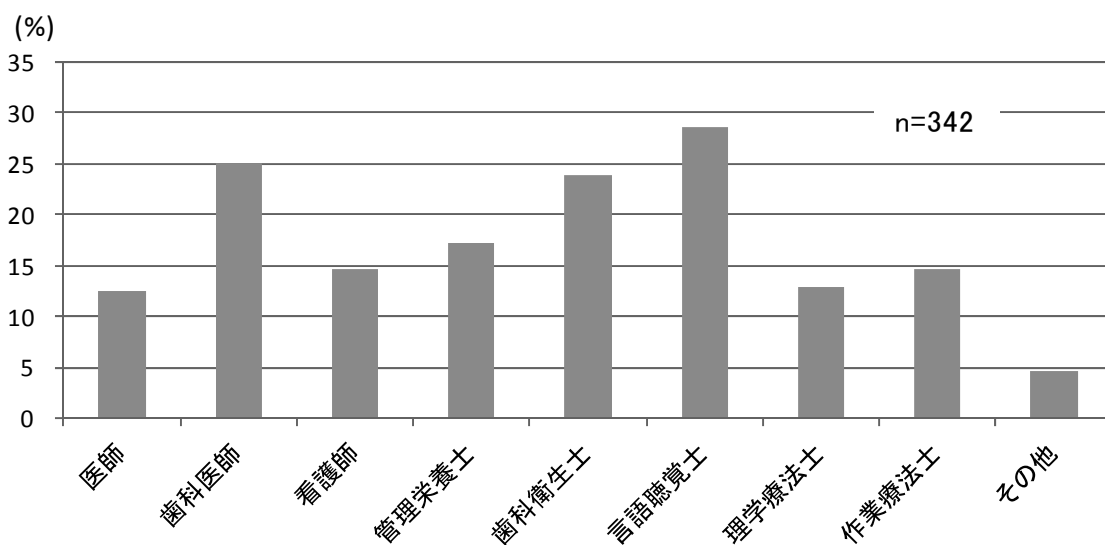
摂食嚥下障害に関する専門職の配置があっても、大半は院内での活動に留まっており、院外の活動に関与している専門職はそれほど多くない。

図表 3-2 摂食嚥下障害に関する専門職の活動状況



現時点で配置はないものの、摂食嚥下障害への対応にあたり、配置の要望の高い専門職は言語聴覚士、歯科医師、歯科衛生士の順となっていた。

図表 3-3 摂食嚥下障害に関して配置が望まれる専門職(複数回答)



(3) 院内外での摂食嚥下障害に関する活動状況

摂食嚥下障害に関連した院内外での活動状況について見たところ、病院では、入院患者に対してはいずれの項目についても高い割合で実施されていた。一方、外来や訪問診療では、入院患者に対する実施率の半分程度であった。

診療所では、病院と比較すると水準は低いが、入院、外来、訪問診療ともにほぼ同程度の実施率となっていた。

なお、診療所のうち歯科のある施設だけ抽出すると、外来における「口腔機能衛生状態の評価」「咀嚼機能の評価」「専門的口腔清掃の実施」「食事内容や食形態に関する指導の実施」「その人に合った食事指導（一口量や介助の方法）」の項目が相対的に高くなっており、歯科の関わりの有無での評価等の実施率に差が生じていた。

図表 3-4 摂食嚥下にかかる各種活動の実施状況

		病院			診療所			(再掲) 歯科のある診療所		
		入院	外来	訪問診療	入院	外来	訪問診療	入院	外来	訪問診療
摂食嚥下障害に関連する評価の実施状況	①栄養状態の評価の実施	90.8%	48.2%	39.0%	26.3%	25.4%	26.4%	9.1%	33.3%	25.5%
	②口腔衛生状態の評価の実施	83.7%	44.0%	38.3%	21.1%	17.4%	20.4%	18.2%	47.1%	33.3%
	③咀嚼機能の評価の実施	78.7%	42.6%	30.5%	21.1%	15.9%	14.4%	9.1%	35.3%	21.6%
	④嚥下内視鏡検査(VE)の実施	45.4%	29.1%	5.7%	2.6%	1.5%	0.5%	0.0%	2.0%	0.0%
	⑤嚥下造影検査(VF)の実施	55.3%	34.8%	8.5%	10.5%	2.5%	0.5%	9.1%	3.9%	0.0%
	⑥VE/VFによらない嚥下機能の評価の実施	74.5%	45.4%	24.1%	18.4%	9.5%	8.5%	9.1%	23.5%	17.6%
	⑦食事に対する認知機能や身体機能(麻痺の状態等)の評価	80.9%	46.1%	35.5%	26.3%	18.9%	19.9%	9.1%	27.5%	23.5%
	⑧生活の広がりに向けた評価	70.2%	36.9%	36.9%	23.7%	16.4%	19.4%	9.1%	25.5%	21.6%
摂食嚥下障害に関連する指導等の実施の状況	⑨嚥下訓練(直接訓練)の実施	80.1%	34.8%	26.2%	18.4%	6.0%	7.0%	18.2%	17.6%	13.7%
	⑩嚥下訓練(間接訓練)の実施	83.0%	39.0%	30.5%	26.3%	10.4%	7.5%	18.2%	23.5%	15.7%
	⑪専門的口腔清掃の実施	67.4%	25.5%	28.4%	18.4%	13.9%	10.4%	18.2%	47.1%	27.5%
	⑫食事内容や食形態に関する指導の実施	93.6%	55.3%	42.6%	34.2%	22.9%	25.4%	27.3%	39.2%	33.3%
	生活機能向上に向け	⑬その人に合った環境調整(テーブルや椅子、ポジショニング等)	90.1%	41.8%	44.7%	34.2%	16.4%	19.9%	27.3%	29.4%
指導	⑭その人に合った食事指導(一口量や介助の方法)	91.5%	46.1%	44.7%	31.6%	16.4%	19.4%	27.3%	31.4%	25.5%

は70%以上
 は30%以上70%未満
 は10%以上30%未満
 は10%未満

また、その関わりを職種別に見たところ、入院患者については、栄養に関することを除いて、看護師の関わりが非常に強くなっていた。

外来患者については、病院ではいずれの職種とも入院患者に関する関わりよりも関わりの度合いが低くなっていた。訪問診療患者に対しては、言語聴覚士のかかわりよりも看護師の関わっている割合が高くなっていた。

診療所については、外来、訪問診療ともに病院よりも配置されている職種も少ないため、中心となるのは医師の栄養状態に関する評価で、それ以外の評価や指導・サービス提供についての関わりは病院と比較しても大幅に弱くなっていた。

図表 3-5 摂食嚥下にかかる各種活動の実施状況(職種別・病院入院患者)

		医師	歯科医師	看護師	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	その他
摂食嚥下障害に関連する評価の実施状況	①栄養状態の評価の実施	63.8%	4.3%	67.4%	80.9%	5.0%	21.3%	9.2%	7.8%	7.8%
	②口腔衛生状態の評価の実施	18.4%	22.7%	72.3%	5.7%	25.5%	39.7%	5.7%	5.7%	1.4%
	③咀嚼機能の評価の実施	20.6%	18.4%	44.7%	12.1%	10.6%	43.3%	11.3%	12.8%	0.7%
	④嚥下内視鏡検査(VE)の実施	39.0%	8.5%	13.5%	5.0%	0.7%	19.1%	0.7%	0.7%	1.4%
	⑤嚥下造影検査(VF)の実施	46.8%	9.2%	23.4%	15.6%	1.4%	32.6%	7.1%	3.5%	3.5%
	⑥VE/VFによらない嚥下機能の評価の実施	27.7%	7.1%	40.4%	7.8%	0.7%	47.5%	9.2%	7.8%	0.7%
	⑦食事に対する認知機能や身体機能(麻痺の状態等)の評価	34.8%	2.8%	52.5%	12.1%	0.7%	43.3%	45.4%	44.0%	0.7%
	⑧生活の広がりに向けた評価	15.6%	2.8%	58.2%	13.5%	2.1%	33.3%	30.5%	33.3%	1.4%
摂食嚥下障害に関連する指導等の実施の状況	⑨嚥下訓練(直接訓練)の実施	3.5%	3.5%	53.2%	4.3%	4.3%	48.9%	8.5%	8.5%	0.7%
	⑩嚥下訓練(間接訓練)の実施	4.3%	5.0%	48.9%	2.1%	7.8%	48.9%	12.8%	12.1%	0.7%
	⑪専門的口腔清掃の実施	1.4%	16.3%	44.7%	0.7%	27.0%	0.7%	0.7%	0.0%	1.4%
	⑫食事内容や食形態に関する指導の実施	29.8%	6.4%	51.8%	75.2%	3.5%	47.5%	6.4%	7.1%	0.7%
	生活機能向上に向け	⑬その人に合った環境調整(テーブルや椅子、ポジショニング等) ⑭その人に合った食事指導(一口量や介助の方法)	5.7%	3.5%	62.4%	5.7%	1.4%	40.4%	51.1%	48.2%
た指導	7.1%		5.7%	61.7%	22.0%	2.1%	48.9%	14.9%	20.6%	2.1%

は70%以上
 は30%以上70%未満
 は10%以上30%未満
 は10%未満

図表 3-6 摂食嚥下にかかる各種活動の実施状況(職種別・病院外来患者)

		医師	歯科医師	看護師	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	その他
摂食嚥下障害に関連する評価の実施状況	①栄養状態の評価の実施	36.9%	0.7%	16.3%	26.2%	0.0%	7.1%	2.8%	1.4%	1.4%
	②口腔衛生状態の評価の実施	12.1%	20.6%	10.6%	2.1%	18.4%	18.4%	0.7%	0.7%	0.0%
	③咀嚼機能の評価の実施	14.2%	14.9%	5.7%	1.4%	7.1%	22.7%	0.7%	0.7%	0.0%
	④嚥下内視鏡検査(VE)の実施	23.4%	5.7%	7.8%	4.3%	0.7%	11.3%	0.7%	0.0%	0.0%
	⑤嚥下造影検査(VF)の実施	26.2%	5.7%	12.1%	7.1%	1.4%	19.1%	2.8%	2.1%	1.4%
	⑥VE/VFによらない嚥下機能の評価の実施	18.4%	7.8%	7.8%	0.7%	2.1%	32.6%	2.8%	1.4%	0.0%
	⑦食事に対する認知機能や身体機能(麻痺の状態等)の評価	24.8%	4.3%	13.5%	1.4%	1.4%	23.4%	14.9%	14.2%	0.0%
	⑧生活の広がりに向けた評価	12.1%	2.8%	16.3%	3.5%	2.1%	19.9%	14.2%	14.9%	0.7%
摂食嚥下障害に関連する指導等の実施の状況	⑨嚥下訓練(直接訓練)の実施	2.1%	4.3%	5.0%	0.7%	2.8%	28.4%	2.1%	0.7%	0.7%
	⑩嚥下訓練(間接訓練)の実施	1.4%	5.7%	2.1%	0.0%	5.0%	29.8%	3.5%	1.4%	0.7%
	⑪専門的口腔清掃の実施	0.7%	13.5%	3.5%	0.0%	17.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
	⑫食事内容や食形態に関する指導の実施	17.7%	6.4%	14.9%	33.3%	3.5%	29.1%	1.4%	0.7%	0.7%
	生活機能向上に向けた指導	5.0%	3.5%	9.2%	1.4%	2.1%	24.8%	17.7%	17.0%	2.1%
	⑬その人に合った環境調整(テーブルや椅子、ポジショニング等)	5.0%	3.5%	9.2%	1.4%	2.1%	24.8%	17.7%	17.0%	2.1%
	⑭その人に合った食事指導(一口量や介助の方法)	6.4%	4.3%	11.3%	6.4%	2.8%	30.5%	5.7%	6.4%	1.4%

図表 3-7 摂食嚥下にかかる各種活動の実施状況(職種別・病院訪問診療患者)

		医師	歯科医師	看護師	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	その他
摂食嚥下障害に関連する評価の実施状況	①栄養状態の評価の実施	22.7%	3.5%	33.3%	5.0%	2.1%	7.8%	4.3%	1.4%	0.7%
	②口腔衛生状態の評価の実施	10.6%	7.1%	29.8%	1.4%	7.8%	10.6%	2.8%	1.4%	0.7%
	③咀嚼機能の評価の実施	10.6%	6.4%	17.7%	2.1%	5.0%	9.9%	5.0%	2.1%	0.7%
	④嚥下内視鏡検査(VE)の実施	4.3%	1.4%	1.4%	0.7%	0.0%	2.1%	0.7%	0.0%	0.0%
	⑤嚥下造影検査(VF)の実施	7.1%	1.4%	1.4%	0.7%	0.0%	2.8%	0.7%	0.7%	0.0%
	⑥VE/VFによらない嚥下機能の評価の実施	9.2%	5.0%	9.9%	2.1%	3.5%	12.1%	2.8%	0.7%	0.7%
	⑦食事に対する認知機能や身体機能(麻痺の状態等)の評価	14.9%	3.5%	24.8%	2.1%	2.1%	11.3%	14.9%	9.2%	1.4%
	⑧生活の広がりに向けた評価	11.3%	3.5%	27.7%	2.1%	3.5%	10.6%	14.9%	8.5%	2.1%
摂食嚥下障害に関連する指導等の実施の状況	⑨嚥下訓練(直接訓練)の実施	0.7%	3.5%	12.1%	0.7%	2.1%	11.3%	3.5%	2.1%	0.7%
	⑩嚥下訓練(間接訓練)の実施	0.7%	4.3%	17.0%	0.7%	4.3%	13.5%	5.0%	2.8%	0.7%
	⑪専門的口腔清掃の実施	1.4%	6.4%	19.9%	0.0%	9.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
	⑫食事内容や食形態に関する指導の実施	13.5%	4.3%	34.8%	7.8%	5.0%	11.3%	5.0%	2.8%	0.7%
	生活機能向上に向けた指導	6.4%	2.8%	31.9%	2.1%	4.3%	11.3%	19.1%	12.1%	0.7%
	⑬その人に合った環境調整(テーブルや椅子、ポジショニング等)	6.4%	2.8%	31.9%	2.1%	4.3%	11.3%	19.1%	12.1%	0.7%
	⑭その人に合った食事指導(一口量や介助の方法)	6.4%	3.5%	31.2%	6.4%	5.0%	12.8%	9.9%	7.8%	0.7%

は70%以上
 は30%以上70%未満
 は10%以上30%未満
 は10%未満

図表 3-8 摂食嚥下にかかる各種活動の実施状況(職種別・診療所外来患者)

		医師	歯科医師	看護師	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	その他
摂食嚥下障害に関連する評価の実施状況	①栄養状態の評価の実施	23.4%	1.5%	6.0%	1.5%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	②口腔衛生状態の評価の実施	9.0%	9.5%	4.5%	0.0%	6.5%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%
	③咀嚼機能の評価の実施	7.5%	7.5%	1.0%	0.0%	2.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.0%
	④嚥下内視鏡検査(VE)の実施	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	⑤嚥下造影検査(VF)の実施	2.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	⑥VE/VFによらない嚥下機能の評価の実施	4.5%	3.5%	0.0%	0.5%	0.5%	0.5%	0.0%	0.5%	0.0%
	⑦食事に対する認知機能や身体機能(麻痺の状態等)の評価	14.4%	3.5%	4.0%	0.5%	1.0%	0.5%	1.0%	1.0%	0.0%
	⑧生活の広がりに向けた評価	11.4%	2.5%	6.0%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	1.0%	0.0%
摂食嚥下障害に関連する指導等の実施の状況	⑨嚥下訓練(直接訓練)の実施	0.5%	3.5%	0.5%	0.0%	1.0%	0.5%	0.0%	0.5%	0.0%
	⑩嚥下訓練(間接訓練)の実施	2.0%	5.0%	2.5%	0.0%	3.0%	0.5%	0.5%	0.5%	0.0%
	⑪専門的口腔清掃の実施	0.5%	7.5%	1.5%	0.0%	9.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	⑫食事内容や食形態に関する指導の実施	12.9%	4.0%	6.0%	2.5%	1.0%	0.5%	0.0%	0.5%	0.0%
	生活機能向上 ⑬その人に合った環境調整(テーブルや椅子、ホジショニング等)	7.5%	3.0%	6.0%	1.0%	1.5%	0.0%	2.0%	2.0%	0.0%
	生活機能向上 ⑭その人に合った食事指導(一口量や介助の方法)	8.0%	3.5%	6.0%	1.5%	0.5%	0.5%	0.0%	1.0%	0.0%

図表 3-9 摂食嚥下にかかる各種活動の実施状況(職種別・診療所訪問診療患者)

		医師	歯科医師	看護師	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	その他
摂食嚥下障害に関連する評価の実施状況	①栄養状態の評価の実施	24.9%	1.5%	9.0%	1.5%	0.5%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	②口腔衛生状態の評価の実施	14.9%	6.0%	8.0%	0.0%	5.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	③咀嚼機能の評価の実施	9.0%	5.5%	1.5%	0.0%	2.0%	0.5%	0.5%	0.0%	0.0%
	④嚥下内視鏡検査(VE)の実施	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	⑤嚥下造影検査(VF)の実施	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	⑥VE/VFによらない嚥下機能の評価の実施	5.0%	3.0%	1.0%	0.0%	0.5%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	⑦食事に対する認知機能や身体機能(麻痺の状態等)の評価	17.9%	2.0%	7.0%	0.0%	0.5%	0.5%	1.0%	1.0%	0.0%
	⑧生活の広がりに向けた評価	15.4%	2.5%	9.5%	0.0%	0.5%	0.5%	2.0%	1.0%	0.0%
摂食嚥下障害に関連する指導等の実施の状況	⑨嚥下訓練(直接訓練)の実施	1.5%	3.0%	1.5%	0.5%	0.5%	1.0%	0.5%	0.0%	0.0%
	⑩嚥下訓練(間接訓練)の実施	2.0%	3.5%	2.0%	0.0%	2.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	⑪専門的口腔清掃の実施	1.0%	4.5%	5.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	⑫食事内容や食形態に関する指導の実施	14.9%	4.0%	10.0%	2.0%	1.5%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	生活機能向上 ⑬その人に合った環境調整(テーブルや椅子、ホジショニング等)	10.0%	2.5%	11.9%	0.5%	1.0%	0.5%	3.0%	1.5%	0.0%
	生活機能向上 ⑭その人に合った食事指導(一口量や介助の方法)	10.4%	2.5%	10.9%	1.0%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.0%

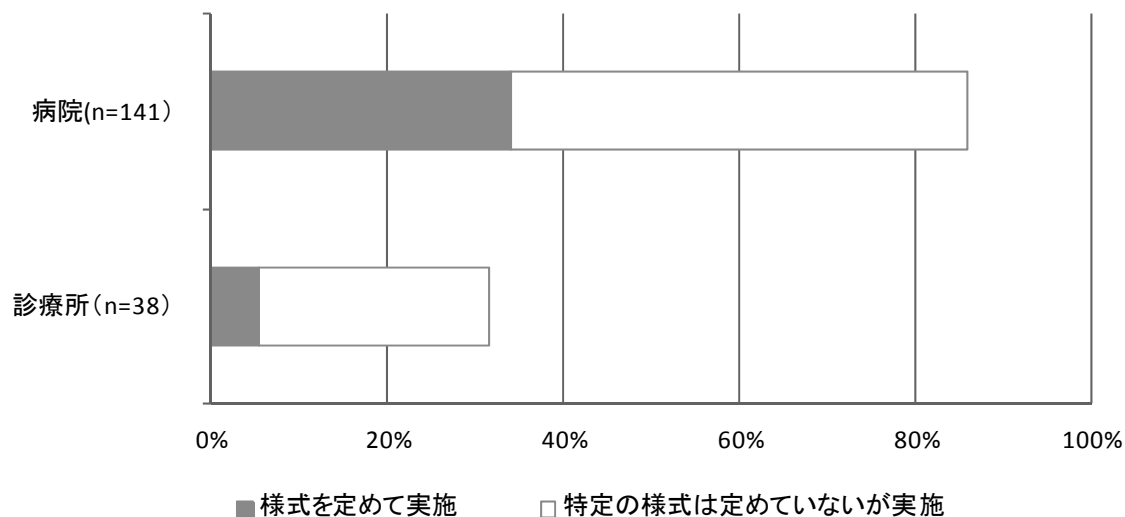
は70%以上
 は30%以上70%未満
 は10%以上30%未満
 は10%未満

退院患者について、摂食嚥下障害に関する他施設への情報提供の実施状況としては、入院患者のいる4分の3の施設において、何らかの形での情報提供を行っていた。

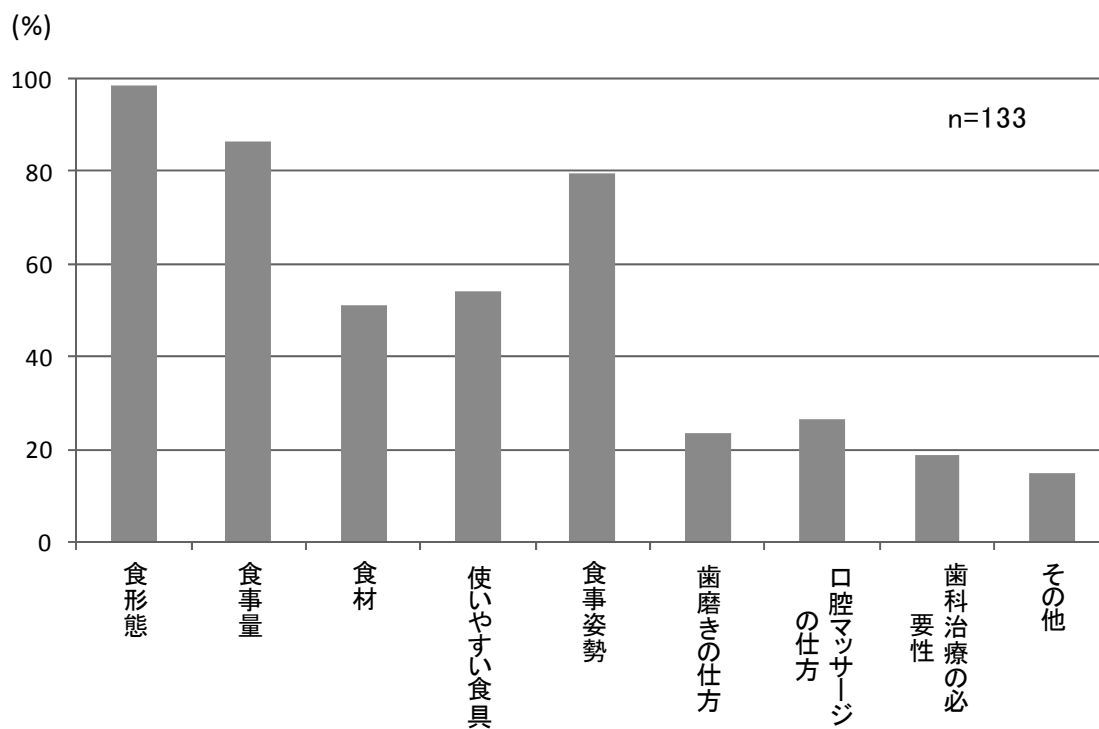
具体的な提供内容としては、食形態、食事量、食事姿勢に関するものが多かった。

また、摂食嚥下障害がある患者の退院後の状況のフォローについては、概ねフォローできているという施設が8%にとどまり、ほとんどの施設があまり把握できていない状態であった。

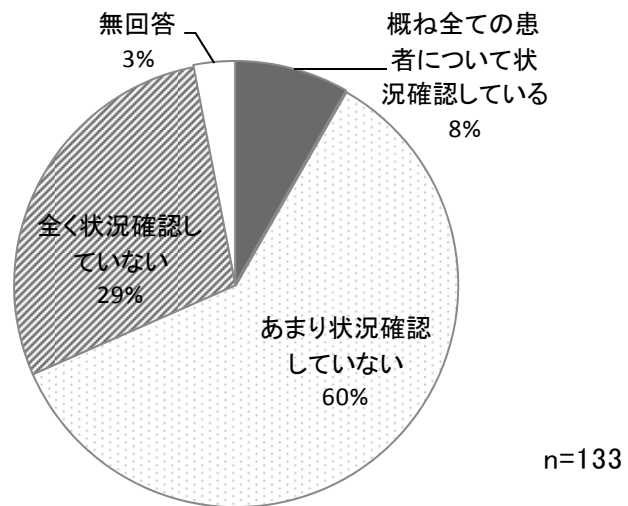
図表 3-10 退院患者への情報提供の実施状況



図表 3-11 退院患者に提供している情報の内容



図表 3-12 退院患者のその後のフォローの状況

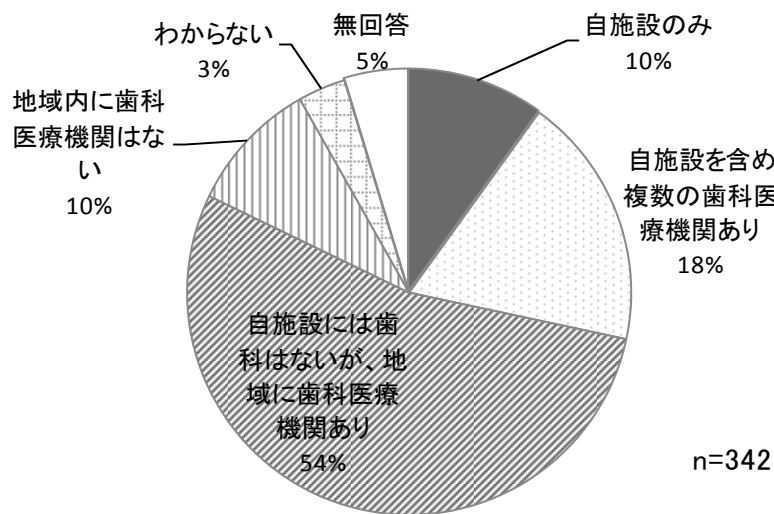


2. 地域における摂食嚥下障害に関する活動の状況

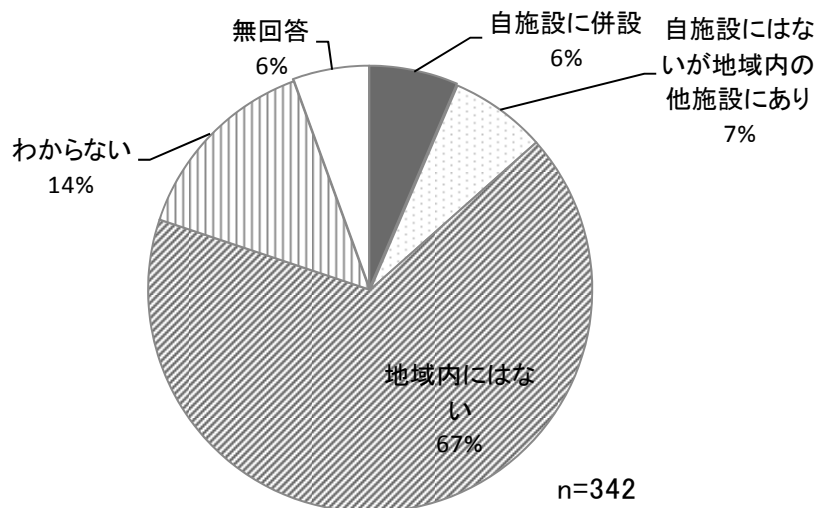
(1) 地域における歯科関係資源の状況

アンケート回答施設の地域では、地域内に歯科医療機関がない地域もあるが、大半の場合、自施設ではないものの、歯科医療機関が存在していた。ただし、歯科保健センターがある地域は1割にとどまっていた。

図表 3-13 地域内の歯科医療機関の配置状況



図表 3-14 地域内の歯科保健センターの配置状況

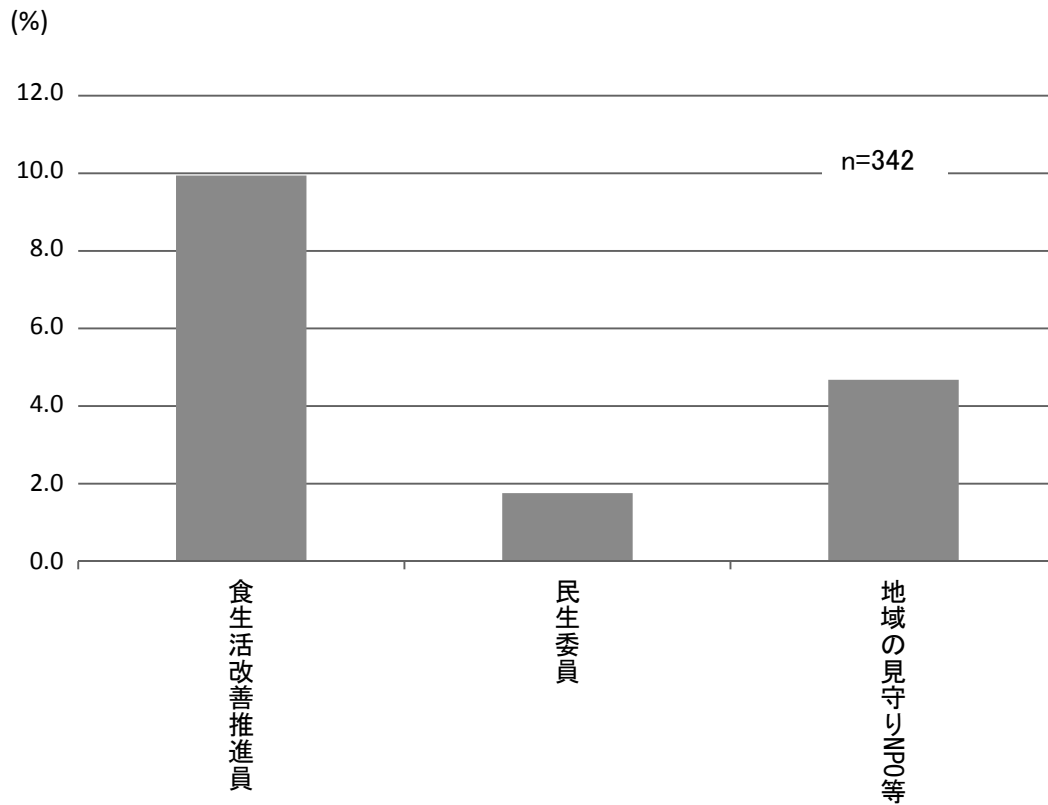


(2) 地域人材の摂食嚥下障害に関する関わり

地域において摂食嚥下障害に関する活動をしている地域の人材がいるかを問うたところ、活動があるかどうか分からないという回答が大半であったが、その中でも食生活推進員が関わっている割合が1割と一番高かった。

こうした活動を行う人材の中には基本チェックリストの実施だけではなく、口腔体操等を行っているという地域もあった。

図表 3-15 地域人材の摂食嚥下障害に関する関わり

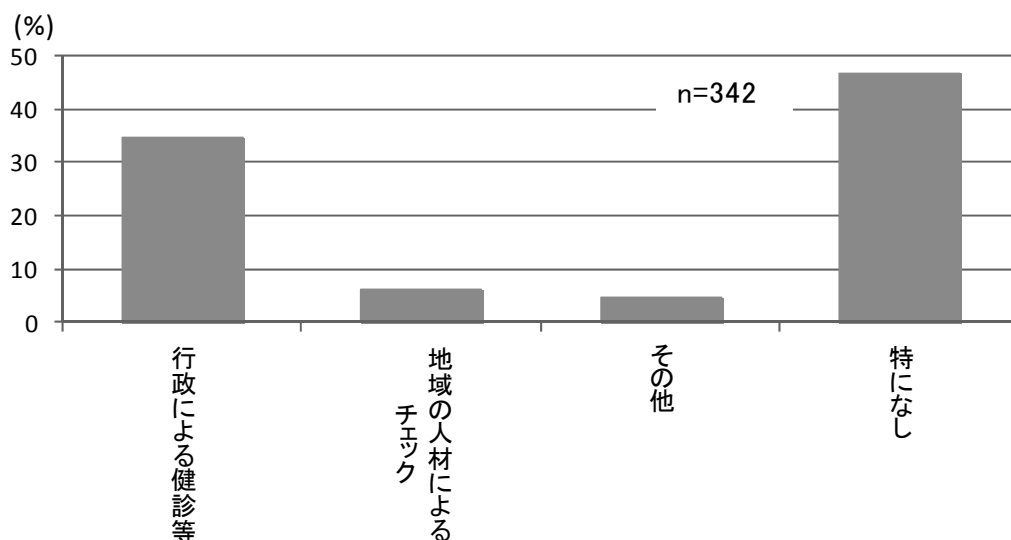


(3) 摂食嚥下障害のある人を見つける仕組みとサービスの提供状況

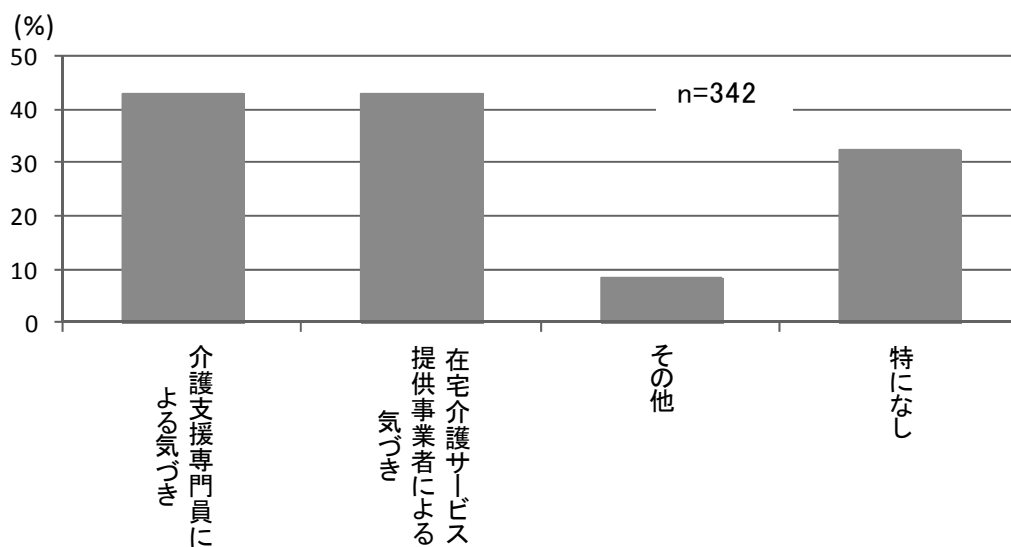
地域内での摂食嚥下障害を有する高齢者を見つける仕組みとしては、虚弱高齢者については特になしという回答が最も多く、46.5%にのぼっているものの、その次には行政による健診等の機会を利用しているケースが最も多くなっていた。

在宅要介護者については、特になしという回答が32.6%あったものの、介護支援専門員と在宅介護サービスの提供事業者による気づきの機会がそれぞれ半数近くを占めていた。

図表 3-16 地域で摂食嚥下障害のある人を見つける仕組み(虚弱高齢者)

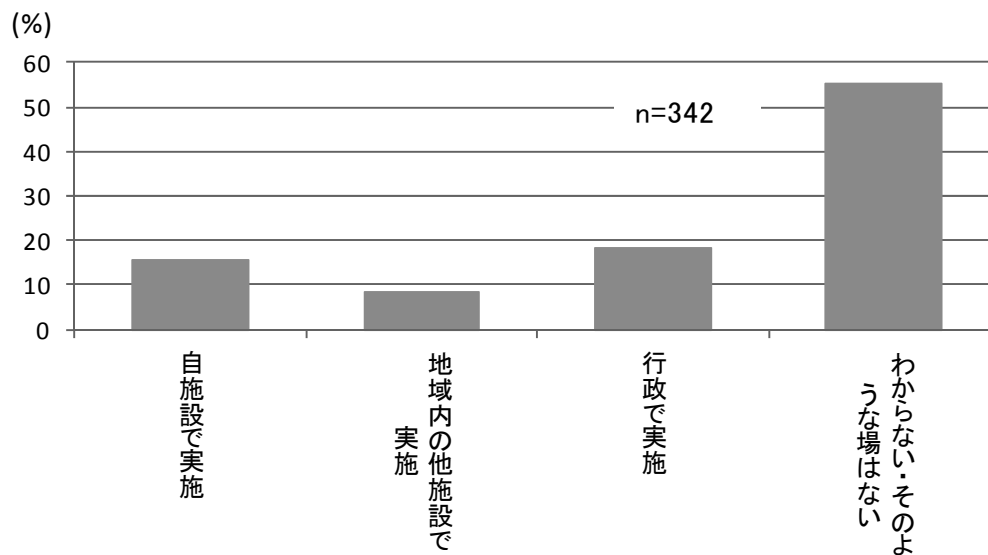


図表 3-17 地域で摂食嚥下障害のある人を見つける仕組み(在宅要介護高齢者)



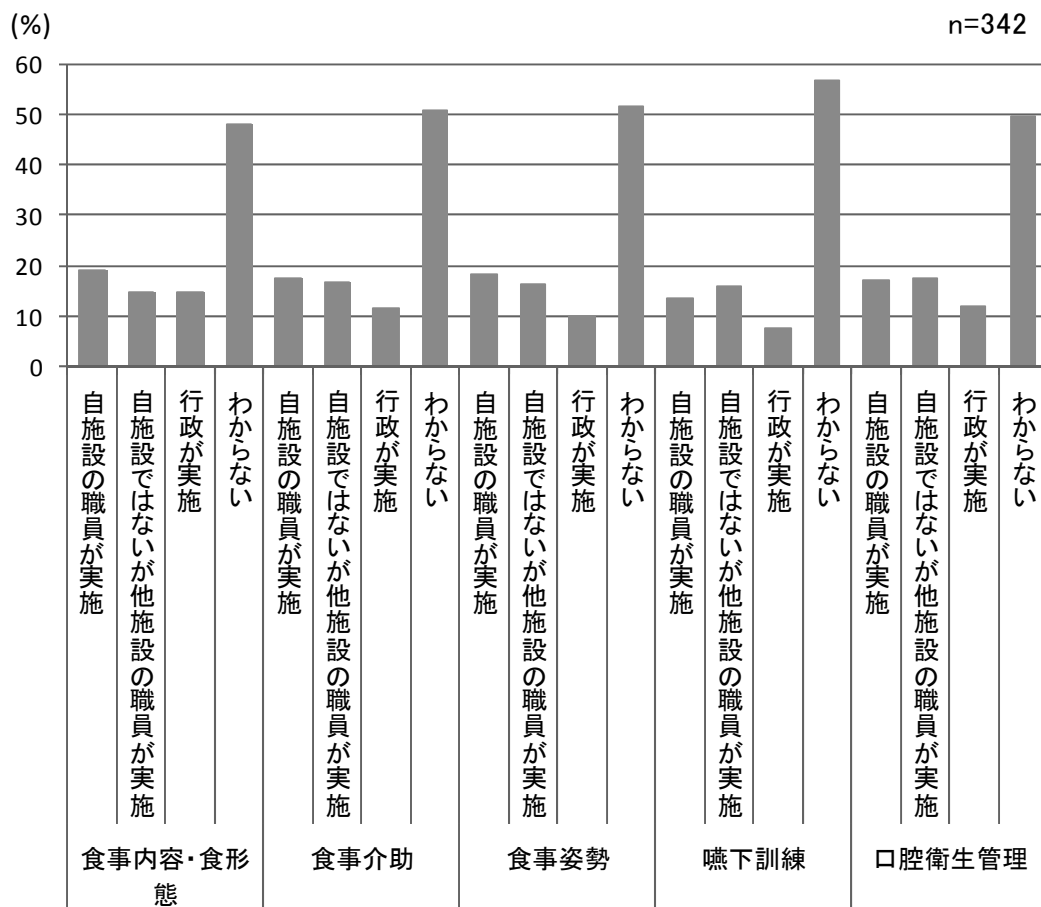
摂食嚥下障害を有する高齢者を発見した後、どのように対応すべきかについて相談できる窓口がわからないもしくはそのような場はないという地域が55.6%に上り、相談窓口があるという地域は4割程度にとどまっており、最も多いのは、行政であるが2割弱にとどまっていた。

図表 3-18 地域内での摂食嚥下について相談できる窓口



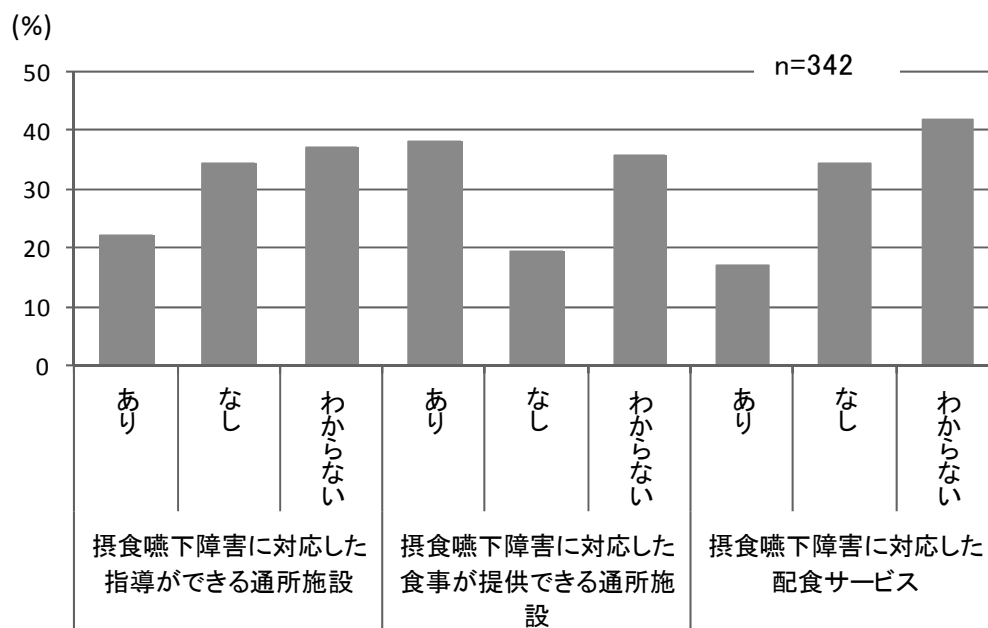
また、摂食嚥下障害に関する様々な指導、サービスについてはどこが実施できるかがわからないと回答している施設が5割に上っていた。

図表 3-19 地域で摂食嚥下障害のある人への支援するサービスの状況



さらに、在宅要介護高齢者にとって身近な存在の通所サービスにおいて摂食嚥下障害に関する対応ができていないかについても、把握できていない施設が多かった。

図表 3-20 地域で摂食嚥下障害に対応した通所施設または配食サービスの状況

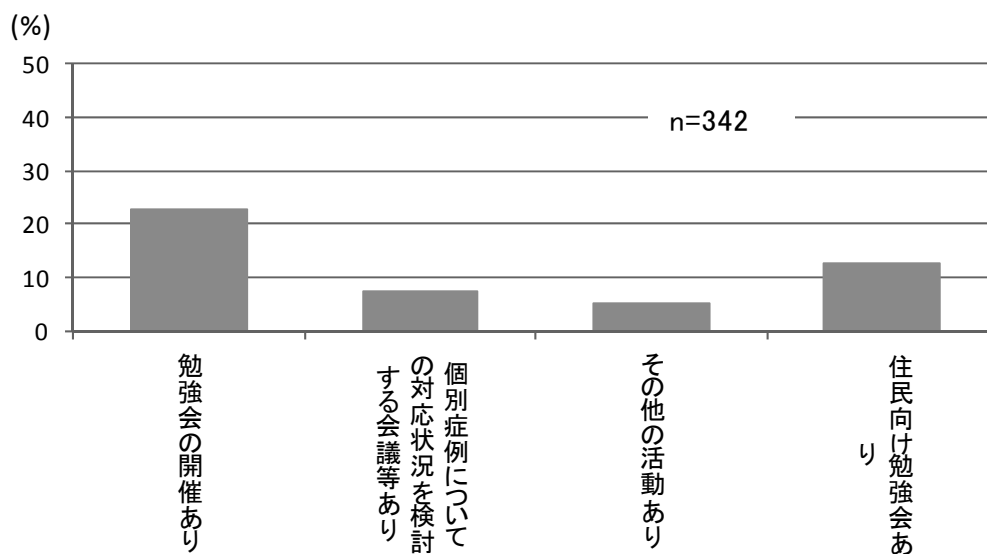


3. 摂食嚥下障害についての地域での連携状況

摂食嚥下障害について、地域での活動状況について聞いたところ、勉強会の開催、個別症例の検討、住民向けの勉強会等が開催されている地域もいくつかあるものの、そうした活動がある地域は多くても2割程度にとどまっていた。

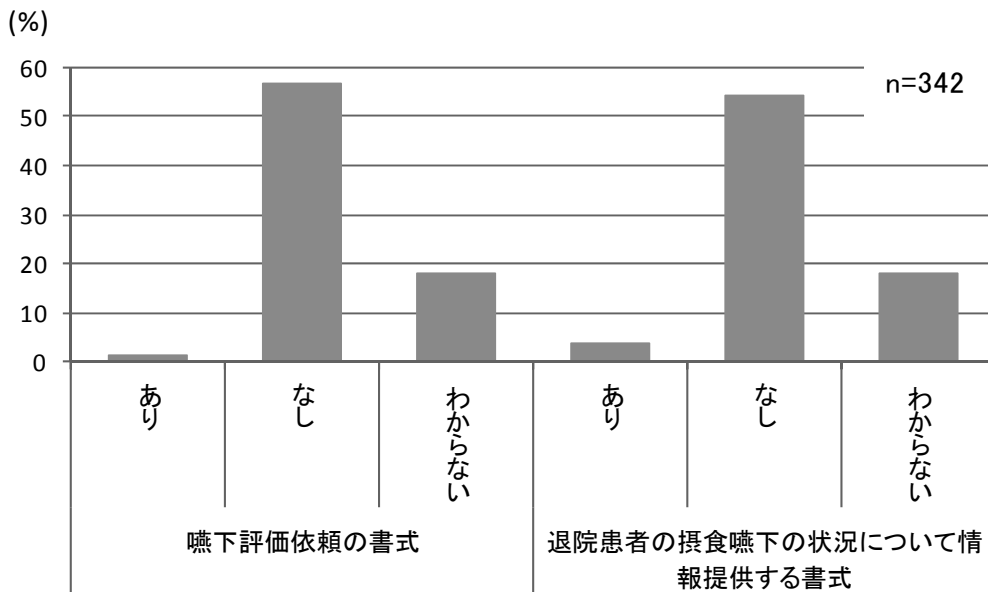
また、活動が開催されていても、その頻度は年1回程度の集まりであるところも多く、関係者間で顔の見える活動となるほどの頻度での集まりが持たれていない施設もあった。

図表 3-21 摂食嚥下障害についての地域での活動状況

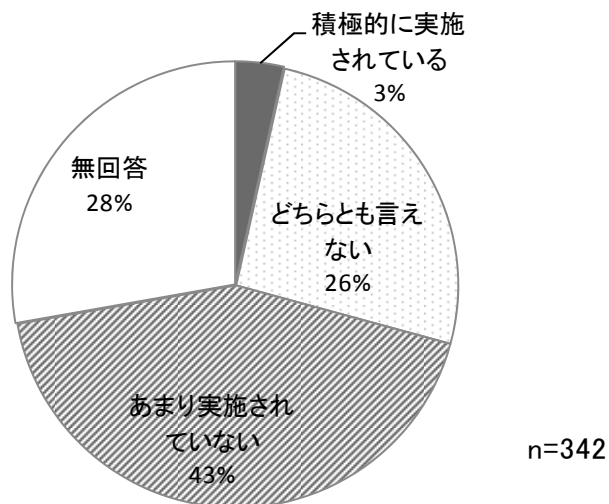


なお、地域において嚥下評価の依頼のための書式、退院患者について嚥下状態に関する情報提供を行うための書式等が用意され、情報交換が行われている地域はわずかであった。

図表 3-22 摂食嚥下障害に関する情報提供等ための書式の有無



図表 3-23 地域での摂食嚥下障害に関する情報交換の状況



地域全体で摂食嚥下障害を有する高齢者を支えていくための仕組みを作っていくことは、大半の地域でこれからの課題となっているといえよう。

4. 個別事例に見る摂食嚥下障害についての連携状況

全国実態調査においては、摂食嚥下障害についての地域での具体的な連携事例について取り上げてもらった。多くの事例は、病院から提供されたものであり、摂食嚥下障害以外を主要因としない入院中の患者について、言語聴覚士をはじめとしたリハスタッフが介入し、状況が改善し、退院に至った事例であったが、中には在宅患者について、国保直診と自治体や歯科保健センター、近隣の民間施設も含めた関係職種との連携により嚥下状態に関する改善がみられた事例もあげられていた。

ここでは、記載のあった事例のうち、好事例と思われる取組みについて紹介する。

対象者の状況	背景	対応状況	結果
80歳代 男性 要介護2 居宅	地域の地方病院の訪問リハからの依頼、以前より当院の内科・歯科の患者であったが脳卒中により入院。 後遺症により嚥下不能で胃瘻を造設、更に失語も発症しており、退院し自宅療養となった為当院の内科と歯科へ訪問医療の依頼。	発語出来ないが意識はあり意思疎通は通常通り、総義歯を使用していたが入院中に義歯を外していたため合わなくなり装着不能に。 義歯内面及び咬合状態を調整して再装着し咀嚼の間接訓練を開始。 「脱胃瘻」を目指し、訪問リハST及び家族、訪問看護師へ咀嚼・嚥下訓練の方法を指示し、当日から開始した。 当院内科医師からの状態変化と歯科の訪問での状況を検討し、摂食嚥下機能の改善が見られてきたため、体調を見ながら直接訓練を開始するよう指示。 訪問リハSTと家族の懸命なる介護が続いている。	訓練開始から約3~4ヶ月で経口摂取を開始、半年で常食を食べられるまでに回復し、今では胃瘻抜去の時期を検討中である。 失語に関しては、時たま声が出る程度の回復に留まっている。
80歳代 男性 要介護3 妻・息子と同居	数年前に脳梗塞にて近医に入院。嚥下機能低下しミキサーとろみ食に食形態の調整が必要な状態となる。脳梗塞治療終了したが、ミキサーとろみ食の食形態は継続必要な状態で自宅退院となる。退院後、自宅では家族と同様の食事をほぐして提供されているが、デイサービスでは退院時の食形態のミキサーとろみ食が提供されていた。 本人、家族は介護サービス利用時でも自宅同様の食形態を提供してほしい、との希望あり。 嚥下機能評価目的でかかりつけ医より当院の嚥下機能評価パス紹介となった。	1泊2日入院にて内科医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、言語聴覚士により、服薬の調整、嚥下機能評価、食形態と食事内容の検討を実施。 嚥下内視鏡検査による嚥下評価では、自宅と同じ食形態でも比較的安全に嚥下可能であった。 介護サービスで利用する施設でも本人希望の食形態の提供可能と判断。 退院時に嚥下評価情報提供書にて今回の評価結果を送付し、かかりつけ医に情報提供した。	自宅、施設で本人希望の食事を経口摂取し、自宅にて生活できている。当院歯科口腔外科の往診は継続中。

対象者の状況	背景	対応状況	結果
80歳代 女性 要支援2 グループ 入所	摂食後に嚥下したものを戻してしまうことが続き、体調が悪化した。Ptは未処置の歯等も含め20本有しており、口腔環境の改善および口腔のリハビリについて、主治医（内科）より相談を受けた。	当歯科診療所からは歯科衛生士が居宅療養管理指導で訪問を行い（3～4回/月）専門的口腔清掃、口腔機能リハビリを行っている。グループホームスタッフと情報交換を行い、その時々で指導アドバイスを行う。	
90歳代 男性 要支援1 娘・妻と 同居	健診にて栄養状態不良である事判明。家族に受診を勧める。また家族である妻の嚥下機能に低下ある事も訪問にて判明、併せて受診を勧める。	夫婦のかかりつけ医受診、嚥下機能評価、指導、栄養指導行われる。 ・家族（娘）へ夫婦どちらにも対応した形態や体操など日常的なケアの必要性説明、指導される。 この評価等がデイ等へも伝わり形態調整行われる。栄養状態も改善されている。	体操の継続や形態についての調整が行われ、現在も摂取安定している。
80歳代 男性 要介護2、 妻と2人 暮らし	癱用 synd にて寝たきり生活、徐々に嚥下障害が進行してきた。	かかりつけ医＋他施設の管理栄養士で反復嚥下 Test、水飲み Test 実施、嚥下機能かなり低下、ショートステイ中、本人に合う食事形態を見つけ、帰宅時に妻へ食事指導。管理栄養士が家庭訪問を行い、妻と一緒に昼食を作ることを繰り返し、嚥下食の理解を深めてもらった。理学療法士、ヘルパーも訪問し適切な姿勢を取れるようになってきた。	自宅でなんとか経口摂取ができるようになり、入所をせずに在宅介護が実現できた。
70歳代 男性 要介護3 妻と長男 夫婦	筋肉の硬直、上肢の振戦あり、自力体動不可能。下面様顔貌も見られ受診。レビー小体認知症の診断となり、入院となった。	口摂取も困難な状況であり、理学療法士がポジショニングの評価・方法を行い、看護師が嚥下食から段階を経て徐々に食形態をアップしていった。症状に波があり、何度か誤嚥性肺炎を繰り返した。主治医、管理栄養士、理学療法士、看護師、看護補助員とポジショニングの再確認や食形態の検討を重ね、又、院外の言語療法士からもアドバイスを受け、最終目標をペースト、ピューレ状の食事摂取とし、無理せず在宅に移行することとなった。家族、担当ケアマネジャーにポジショニングや食形態、摂食の注意事項を伝えた。 退院後はデイサービスの利用予定であり、施設の担当者にも情報提供。	試験外泊も順調に行い、近日退院予定である。
80歳代 男性 要介護3 妻と二人 暮らし	脳梗塞で在宅介護、胃瘻から栄養摂取。妻が少しでも経口摂取させたい希望有り。市の歯科衛生士に相談。	市の歯科衛生士より当院歯科口腔外科に、VE 検査の依頼。 当院の歯科医師が訪問し、VE 検査を行い妻に間接訓練とゼリーを用いた直接訓練を指導する。（市の）歯科衛生士には口腔ケアをお願いする。	ゼリー程度のお楽しみ経口摂取は可能となった。その後全身状態悪化し死亡。

対象者の状況	背景	対応状況	結果
80歳代 男性 要支援2 子供と同居	食事の咽せがだんだんひどくなり、トロミ剤の使用を勧めるも、自分が咽せやすいと感じる時のみトロミ剤を使用している。誤嚥性肺炎の予防が必要である。	ケアマネジャーが情報提供と地域資源のパイプ役となり、県リハビリ事業によるSTの嚥下訓練指導、誤嚥しにくい食事の取り方や介助方法の指導を行ってもらった（介護者、ケアマネジャー、看護師、家族）デイサービスにおいて食事摂取状況の観察、嚥下訓練、体重測定を行った。薬剤師からもトロミ付け指導を受けた。	デイサービスにおいてもリハビリを継続して行え、集中できる食事環境作りを考えることができた。その結果ムセが少なくなり、食事時間も短縮された。
70歳代 男性 要介護3 妻と長男の3人暮らし	食事中に咽せる。食事時間が長く、空腹感がない。食事摂取量が減る。この悪循環を回避するための方策を検討する。	食事内容を上げ、町の栄養士による栄養評価を行った。デイサービスで食事摂取状況の観察、体重測定を行う。ケアカンファレンスでの情報の共有、県介護予防、リハビリ推進人材養成事業、現場指導者事業の実施し、誤嚥しにくい食事の取り方や、介助方法の指導を受ける。	栄養評価にて炭水化物、ビタミン不足指摘された。栄養補助でのビタミン補給を提案した。
80歳代 女性 要介護1 独居 2回/月息子夫婦が支援	当初は要介護1で包括支援センターケアマネジャーより歯科保健センターへ相談があった（肺炎のため入院後体力低下見られる。食事量減少、歯、入れ歯不調により噛めない。歯科受診拒否等）。	歯科医師、歯科衛生士訪問により、口腔アセスメント実施。飲み込みの問題なかったが、咀嚼機能に問題あるため本人、家族に受診勧告し近所の歯科医院へ情報提供後受診された。歯科医院の協力もあり、短期間で咀嚼機能も改善し食事量増え体力ついている。歯科保健センター歯科衛生士が治療終了後訪問し、専門的口腔清掃、嚥下リハビリ体操を指導した。	閉じこもり傾向にあったが体力気力もつき、デイサービスに喜んで行くようになり、遠方の家族も安心している。

対象者の状況	背景	対応状況	結果
60歳代 女性 要介護3 夫との二人暮らし	ALS発症後、徐々に経口摂取が困難かつ会話明瞭度の低下でコミュニケーション難となり、訪問ST導入。その他のサービスは訪問看護ステーション、訪問介護、訪問リハビリ（OT）。	初回訪問時、ADLに難しさはあるもののほぼ自立。経口摂取は嚥下機能の低下のため、自身で食べやすい物を作る他飲み込みの工夫もされていた。構音障害は顕著で舌の萎縮と運動不全、鼻咽喉閉鎖不全で発語はほとんど聞き取れないレベルであった。また、舌は舌苔で真っ白く痛みを生じており、歯科的介入の必要性を感じた。ケアマネジャーに連絡してその旨伝え、当初は近隣の歯科外来に結びつけられた。自宅での口腔ケアのためH.Hと訪問看護ステーションのNsが歯科外来に出向きケアの方法について指導を受けて対応すると共に、自立支援のための電動歯ブラシも導入し、味覚を取り戻すことができた。経口摂取については自力摂取のための機能維持練習や自助具の紹介、飲み込みやすい食形態の提案をOT・STで行うほか、DMを考慮した栄養摂取量についてかかりつけ医が対応した。その後外来通院が困難となり、歯科は当院からの居宅管理指導での関わりとなった。PEG造設後も経口摂取への希望は強く、嚥下造影検査を行いながら少しでも口から食べられる支援が継続された。TPPV導入後、経口摂取は咽頭通過困難と誤嚥に伴う痰の増加により本人の判断で終了となった。	進行性疾患に対して多職種で関わり、出来る限り本人の希望に沿って経口摂取を継続できた。
80歳代 男性 要介護3 自宅 娘の介護	肺がん+脳腫瘍のターミナル。ほぼ寝たきりになり、治療も不可能なため、病院から在宅に移行。訪問診療開始も、誤嚥性肺炎繰り返ししていたとのことで歯科医師に介入を相談。	意識はあるが摂食嚥下は困難で、経鼻胃管による経管栄養。誤嚥性肺炎予防の為に歯科医師による評価を依頼。歯科衛生が口腔ケアを介護者（娘さん）に指導。毎日きちんと口腔ケアがなされていた。	家族の口腔ケアもあってか、退院後亡くなる直前までの6か月ほど誤嚥性肺炎の発症は認めず、天寿を全うされた。

第4章

先進地域に見る摂食嚥下障害 に対する地域支援体制 (ヒアリング調査)

1. ヒアリング対象地域の概要

本調査研究においては、摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制としてどのような取組みが望ましいか等を検討することを主眼に置いているが、全国実態調査の結果より、地域全体で摂食嚥下障害を有する高齢者に対する支援について積極的に取り組んでいると思われる地域を6箇所選定し、ヒアリング調査を行った。

調査対象としたのは、地域の中核病院として活動している施設を中心とした地域3つ、入院施設等はないものの、その地域ではほぼ唯一の医療機関として活動している診療所を中心とした地域3つであった。

それぞれについての詳細は後述するが、病院が中心となる地域の活動状況と診療所を中心とした地域では、活動状況が大きく異なり、病院については、そこに在籍する専門職が中心となった勉強会を核として地域での連携体制の構築等がなされていた。

診療所が中心となる施設では、その施設の医師・歯科医師が中心となり、自治体との連携を図ったり、地域のお施設との連携を図りながら地域全体で支える仕組みの構築を目指していた。

2. ヒアリング結果概要

(1) 和歌山県那賀圏域（公立那賀病院）

■ 地域の概況

那賀圏域には、8病院13介護保険施設があり。

以前那賀病院に勤務していた耳鼻科医が地域で開業して、往診での嚥下評価を実施。また、同様に那賀病院に勤務していた摂食嚥下障害認定看護師がリハビリ専門の訪問看護ステーションに移り、ステーションのOTとともに、耳鼻科医とチームを組んでVEも含めた嚥下評価等の支援を行うようになっている。

また、病院から在宅で栄養士が訪問に行くようにもなっている。

地域での配食サービスは介護保険施設がやっているが、来年度より、行政がお弁当屋さん等に対し、500円のうち、200円助成をだしてやるようにする方向で動いている。そのうちの1か所が嚥下食にも対応できるようになっている。

医師会、歯科医師会・薬剤師会はそれぞれ圏域で1つずつ。


■ 地域での摂食嚥下障害に関する取組み

・取組み経緯

平成17年に那賀病院に現在の栄養科長である管理栄養士と言語聴覚士が着任し、この2人が嚥下障害について取り組もうということで、平成18年度から月1回院内の関係職種を集め摂食嚥下に関する勉強会をはじめた。看護師等を含めて30人ほどが参加していた。これを平成19年度には地域の医療・介護職も含め広げていこうということで、地域の診療所、訪問看護ステーション、介護保険施設にも毎月の研究会開催前にファックスで案内を出し、地域の関係職種も含めた勉強会を開催していた。地域に向けての勉強会では、院内よりも地域からの参加者の方が多くなっていた。

運営は、那賀病院栄養科長と言語聴覚士の2人が中心となり、毎回の議題等も決定して進めてきた。このような取組みを立ち上げから3年ほど続けたところで、毎回の議題についても行き詰りを見せてきたので、勉強会はいったん終了となった。その後、平成23年度に保健所に対し、地域連携についての活動に県より補助金が付いた。この補助金の活用方法として、那賀病院診療圏域を管轄している岩出保健所の保健師が何かできないかを考え、保健所が調整役となり地域の病院と介護保険施設が部会としてそれぞれ集い議論をする場として連携推進協議会を設けた。

目的	● 在宅医療・介護の関係職種が連携強化を図り、高齢者等が可能な限り住み慣れた地域で、必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を営むことができる地域づくりを目指す
テーマ	● 公立那賀病院を拠点とし、地域の病院、医師会、介護保険施設、在宅介護事業者が連携を図り、ネットワークを構築する
取組み	● 体制整備 協議会及び部会の設置により、お互いの顔が見える関係づくり、意見

	<p>を気軽に行ける関係づくりを行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 人材育成 がん療養者等、地域の療養者を支援する専門職の人材育成 ● 住民への取組み 療養に関する支援方法について情報提供 住民自身が終末期に向けて心構えができるよう支援
組織	<p>那賀圏域医療と介護の連携推進協議会 (病院・医師会・歯科医師会・薬剤師会・介護保険施設・訪問看護ステーション連絡協議会・介護支援専門員協会・在宅介護事業者・市・在宅介護支援センター・保健所)</p>  <ul style="list-style-type: none"> ● 運営部会 (病院・医師会・介護支援専門員) ● 病院部会 (病院：地域連携担当部門・医師・看護職) ● 介護保険施設部会 (介護老人保健施設・介護老人福祉施設・医師会) ● 病院及び介護保険施設部会合同部会栄養チーム (病院と介護保険施設の栄養士) ● 訪問看護部会 (訪問看護ステーション) ● 介護支援専門員の意見交換会 (介護支援専門員)

協議会は全体の運営方針を検討する運営部会とそれぞれの施設種類に応じた部会が設けられた。平成 23 年度は病院部会と介護保険施設部会だけであったが、病院部会の議論で、病院・介護保険施設の間での嚥下食の互換表二の必要性についての提案があった。そのため、平成 24 年 3 月に病院と介護保険施設での合同部会を開催したところ、病院側、施設側双方から当時栄養面に関する課題について以下のように様々な意見が出てきた。

- ✓ 病院から介護保険施設に入所時、食事に関する情報提供が速やかにできないときがある。
- ✓ 病院と介護保険施設の栄養士間の交流がほとんどなく、状況がよくわからない。
- ✓ 既存の退院時のサマリーには、食事に関する記載が少ない。
- ✓ 嚥下食の基準がない。

■ 具体的な取組み

上記課題を解決すべく、平成 24 年度からは病院・介護保険施設合同部会栄養チームを設け、圏域の全 8 病院・13 介護保険施設が参加し、検討をしていくことになった。このチームの運営に当たっては、岩出保健所より、那賀病院の栄養科長に相談があり、かつて病院主導で摂食嚥下障害についての勉強会を開催してきた経緯もあったため、勉強会での取組みを引き継ぐ形で、栄養チームを実施していくこととなった。各年度に実施した取組みは以下の通り。それぞれの施設での食事を写真に撮って持ち合い、皆で見比べたり、実際に調理実習を行い、名称（ソフト食とゼリー食等）の等を図った。

なお、推進協議会の立ち上げ時に出ていた補助金は初年度だけであり、それ以降はできるだけお金をかけない形で続けてきた。

年度	取組み
平成 24 年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院・介護保険施設の経管栄養・嚥下食の一覧表作成 ● 病院・介護保険施設の嚥下食の基準・名称一覧表作成 ● 嚥下食の調理実習 2 回実施（病院・介護保険施設の管理栄養士だけではなく、調理員も参加）
平成 25 年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院・介護保険施設の嚥下食の基準・名称互換表の作成 （日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整職分類 2013 を参考に作成） ● 食事・栄養に関するサマリーの作成 ● 嚥下食の調理実習 1 回実施（病院・介護保険施設の管理栄養士だけではなく、調理員も参加）
平成 26 年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 情報交換用の栄養サマリーの改良 ● 嚥下調整食の互換表の完成、名称統一 ● 在宅での現状を知るための他職種（ケアマネジャー・訪問看護師）との意見交換 ● 調理実習の実施（嚥下調整食の新基準に基づいたメニューの作成、嚥下調整食コード 3・4 ときざみ食の違いを考える）

現在栄養チーム内で作成された嚥下調整職一覧表は、日々の活動の中で使用されている。これにより、患者・利用者が施設間を移動した際の食事形態についてスムーズな移行ができるようになった。また栄養に関するサマリーについては、病院・施設間で使用されているだけではなく、必要に応じて在宅での療養生活を送る人に対しても作成され、嚥下食等についての情報提供がされるようになった。

■ 取組みの成功要因と今後の課題

栄養チームでの活動・検討がうまくいった要因の一つとしては、会の運営が保健所主体であったということである。かつて病院主導で同様の検討を行ってきたが、あくまでも 1 病院が自主的に行っている取組みであった。しかし、推進協議会については、保健所長が招集することとなったため、圏域の関係者が集いやすくなったことである。

今後の課題は、病院・介護保険施設間でできてきた関係をどうやって在宅部門にも広げていくかである。

食事・栄養に関するサマリー

施設名

管理栄養士⇒管理栄養士

管理栄養士

記入日 年 月 日

連絡先

氏名	ふりがな	様	男・女	主要疾患・既往症	
生年月日	T・S・H	年	月	日生	才
身長・体重	Cm		Kg (年 月)		歯の状態
BMI					義歯なし・あり () 自歯なし・あり ()

栄養補給方法	経口栄養 ・ 静脈栄養 ()				備考 (朝食内容)
	経腸(胃ろう・腸ろう・鼻腔)/種類回数()				
提供食事内容	一般食・療養食 / 治療食				
	嚥下食 訓練食ゼリー・訓練食とろみ・調整食1・調整食2 調整食3・調整食4				
エネルギー kcal	減塩食 g(病名) ・ 糖尿病食 ・ 腎臓病食 脂質異常症食 ・ その他()				
蛋白質 g	主食	米飯 粥(全・7分・5分・3分) ミキサー粥 粥ゼリー(粒無/粒有) ()g 軟飯 おにぎり パン めん その他()			
水分 cc	副食	常菜 軟菜 ソフト ゼリー その他() 一口大 刻み 刻みあんかけ ミキサー / 汁物とろみ付			
	補食				
	制限事項				
食事摂取量 (一食あたり平均)	主食	割	副食	割	
水分摂取状況	水分補給時提供飲料		とろみ(必要・不要) 増粘剤種類(. %) 学会分類2013(とろみ): 段階1.薄いとろみ 段階2.中間のとろみ 段階3.濃いとろみ		
食事に関する問題点	食物認識障害 咀嚼困難 嚥下障害 食べ急ぎ 異食 食べこぼし 開口困難 食事時間長い() 麻痺(右・左) その他()				
食事介助の必要性	自立	見守り	一部介助	全介助	
使用食器・器具の種類 ※利き手 (右 ・ 左)	はし スプーン() フォーク() エプロン すべり止めマット 自助具・自助食器 () その他()				
好きな食べ物	なし ・ あり ()				
嫌いな食べ物	なし ・ あり ()				
食物アレルギー	なし ・ あり ()				
食事に関する本人 及び家族の要望					
特記事項					

那賀圏域 嚥下調整食一覧表

施設名	コード0j	コード0t	コード1	コード2	コード3	コード4	
	嚥下訓練食ゼリー	嚥下訓練食とろみ	嚥下調整食1	嚥下調整食2	嚥下調整食3	嚥下調整食4	
A病院	○ 嚥下開始食	○ (とろみ茶) 中間のとろみ茶 濃いとろみ茶	○ 嚥下食1	○ 嚥下食2	○ 嚥下食3	○ 咀嚼困難食	
B病院	○ ゼリー	○ トロミ茶	○ ミキサーゼリー	○ 全粥ゼリー ミキサー粥	○ ミキサー食 ペースト粥	○ きざみ食(あんかけ) きざみ食(ゼリー寄せ)	○ ソフト食 全粥 軟飯
C病院	○	○	○ ゼリー食	○ ミキサー食	△	○ 軟菜食・きざみ トロミ付き	
D病院	○	○	○	○	○	○	
E病院	○ ポカリゼリー プロッカゼリー	○	○ ミキサー粥ゼリー ゼリー食一品	○ ゼリー食 ミキサー食	△ 超ミンチ・トロミ要	○ 軟菜・ミンチ バサつく物にトロミ	
F病院	○	○	○	○ ミキサーとろみ食	○	○ きざみ食	
G病院	○ ゼリー食 1	△	○ ゼリー食 2	○ ミキサー食 (ペースト状)	○ 3分粥食 (トロミかけ)	○ 軟菜食	
H病院	○ お茶ゼリー	○	○ ゼリー食	○ ミキサーとろみ	✕	△	

那賀圏域 嚥下調整食一覧表

施設名	コード0j	コード0t	コード1	コード2	コード3	コード4
	嚥下訓練食ゼリー	嚥下訓練食とろみ	嚥下調整食1	嚥下調整食2	嚥下調整食3	嚥下調整食4
A特養	○	△	○ ゼリー食	○ ソフティア粥・ミキサー食 全ミキサー食	△ 極きざみ(あんかけ)	△ 全粥 軟飯
B特養	✕	✕	○ ゼリー食	○ ミキサー食	○ 極きざみ食 (トロミあんかけ)	✕
C特養	○ ゼリー食	△	△	○ ミキサー食	△	△
D特養			○ ゼリー食	○ ミキサー食	○ 細キザミ + トロミ キザミ + トロミ	○ キザミ
E特養	○	○	○ ミキサー粥ゼリー ゼリー食	○ ミキサー粥 ミキサー食	○ 粥ゼリー(粒有) ソフト食	△ 全粥、軟飯
F特養	△	○	△	○ ミキサー食	✕	△ 軟菜食 (トロミあんかけ)
G施設			○ ゼリー食	○ ミキサー食	○ 細キザミ + トロミ キザミ + トロミ	○ キザミ
H特養	○	△	○ ゼリー食	○ 全ミキサー食 ソフティア粥+ミキサー食	△ 極きざみ食(あんかけ)	△ 全粥 軟飯

(2) 富山県南砺市（南砺市民病院）

■ 地域の概況

南砺市民病院は175床で、急性期に対応するほか、回復期病棟も持ち合わせている。病院内には、STが急性期に2人、回復期に3人配属されている。病院にはデイケア、訪問看護ステーションも併設され、訪問看護でのST（常勤で2人）による訪問リハも実施されている。地域内には、民間の訪問看護ステーションはない。

地域包括支援センターは市内1か所で直営となっている。

嚥下食の配食サービスについては、かつては南砺市民病院で対応していたが、現在は訪問介護等の在宅サービスが整備され、STが訪問できる体制にあるため、STによる家族、ヘルパーへの食事援助に移行した。ヘルパーへの指導がなされていることもあり、地域内で嚥下障害に対応できるヘルパーも増えてきている。

■ 地域での摂食嚥下障害に関する取り組み

＜院内での摂食嚥下に関する取り組み＞

・ 取り組み経緯

高齢化率が30%を超え、超高齢化の進む南砺地域では、嚥下障害を抱える人が多く存在し、そうした状況に対応すべく、井波厚生病院（現南砺市民病院）では、平成11年にSTが採用された。それまでも、嚥下造影をはじめ嚥下障害に関するリハビリはOTが実施しており、嚥下障害には早期から着目していた。

院内での嚥下障害への対応は、総合診療科とSTが中心となりなされるようになってきていたが、周辺の施設から嚥下障害についてしっかりと評価をしてもらいたいという要請により、当時の院長が、平成18年頃に外来半日コースで嚥下状態の評価を行う嚥下評価パスを作成し、運用をはじめた。

ステップ名称		評価日	
		基準日	
		当日	
7つか/評価		脳嚥性肺炎など合併なく、経口摂取ができる	
医師		嚥下機能検査を安全に施行し、的確な経口摂取状態が得られる。	
看護		嚥下機能検査が安全に行える。	
薬剤師		現状の栄養状態を把握する。	
栄養士		適切な栄養管理について理解できる	
ST		嚥下のしくみ・病態・今後の対策を理解できる	
検査	心電図・検査	<ul style="list-style-type: none"> ■検査 ●(血算)末梢血液一般検査 末梢血液像(ストリト) ●CRP(定量) 7k7シ定量 ●総コレステロール ●中性脂肪 ●HDLコレステロール ●BUN ●クレアチニン ●尿酸 ●Na及びCl ●K ●血糖 (入外未指定・診療科未指定) 	
	検査	心電図(安静時) (入外未指定・診療科未指定)	
	画像診断	<ul style="list-style-type: none"> ■検査 胸部(chest)正面 (入外未指定・診療科未指定) 	
	内視鏡	<ul style="list-style-type: none"> ■検査 内視鏡下嚥下機能検査 ★嚥下パス：午後1番に (入外未指定・診療科未指定) 	
投薬			
注射			
処置			
看護			
注意点・その他		<ul style="list-style-type: none"> ■コメント ◇身長・体重・TSF・AC測定→三測表に入力する(内科外来で) ◇問診表を受け取る ◇診療情報提供書を受け取る ◇耳鼻科検査は、リクライニング付き車椅子で行って頂く ◇金曜に返書を送付 	
教育・説明			
NST			
NST栄養評価		<ul style="list-style-type: none"> ■服薬指導 [依頼病名] 嚥下障害 [依頼内容] 指導場所 薬剤部 (服薬指導コーナー) 指導対象 本人 指導依頼目的 一般的指 導、PMに指導希望 クリニカルパス 栄養評価 その他： 	
指導	栄養指導	<ul style="list-style-type: none"> ■栄養指導 [依頼病名] 嚥下障害 [依頼内容] 指導場所 相談室 指導対象 本人 PMに指導希望 嚥下困難食 クリニカルパス 予約時間：指定なし 	
	ST指導	<ul style="list-style-type: none"> ■リハビリ [依頼病名] 嚥下障害・構音障害 [依頼内容] (言語) 構音障害訓練 (言語) 嚥下障害訓練 	
文書		<ul style="list-style-type: none"> ■文書 [ファイル名] 嚥下評価のお返事.xls [ファイル名] 嚥下評価診療情報提供書.xls 	

平成 19 年には、誤嚥性肺炎の繰り返しで在院日数が延長することが問題視され、多職種で構成される嚥下性肺炎対策プロジェクトチームを立ち上げ、高齢者嚥下性肺炎に対し、全職種を対象とした院内教育やチェックシート、定期カンファレンスを中心とする対策を実施した。

その後、平成 21 年からは院内有志が集い、誤嚥性肺炎対してのクリニカルパスづくりが勧められ、その運用と効果検証が始められた。

平成 23 年からはそれまで非常勤であった歯科口腔外科が常勤化され、院内で他疾患で入院しながら口腔内の問題がある患者については、迅速に対応が可能となった。

平成 24 年からは、入院時にほとんど食べることができない人に対して、どのように対応すべきかを検討する摂食嚥下チームも発足し、NST とは別に活動を行っている。

平成 25 年からは認知症高齢者の摂食障害例に関するクリニカルパスを用いた臨床研究も開始している。

・具体的な取組み

入院患者については、入院とほぼ同時にリハ対診が可能で、整形外科や眼科の若年者以外には、ほぼすべてリハ介入が行われ、ST による内服可能かどうかの評価、PT、OT による早期離床のためのかかわりが始められる。

リハ介入がない場合でも、病棟において看護師や介護福祉士が嚥下障害を発見した場合には、追加でリハ対診となる。各病棟担当 ST がいるため、リハ未介入であっても問題があれば、担当 ST に相談がくることもある。

嚥下障害の発見後は、嚥下リハビリが開始される。また、看護・介護スタッフとも連携し、口腔ケアから食事・離床に至るまでのアプローチがされる。必要時には、歯科口腔外科につなぎ、義歯調整や、歯科衛生士も介入しての専門的口腔ケアも実施される。

急性期治療を終了した高齢者の中で、摂取量が少ない高齢患者の場合は、嚥下評価パスにより、最後まで口から食べることを目標にして、さらなるチームアプローチを実施する。

そこでは、摂食嚥下チームが関わり、その人を多職種がさまざまな観点から隅から隅まで確認し、何が問題点であるのかつきとめるようにし、その後の対応策を検討するようにしている。

入院患者が退院する際には、退院時カンファレンスを行い、嚥下機能の問題がある場合には申し送りをする。リハについては総合計画書において、できるだけ平易な言葉を使いながらも、詳細に記載し、それをケアマネジャーにわたし、ケアマネジャーよりその先の専門職につないでもらうようにしている。(看護のサマリーは別途あり、食事場面の問題点等について看護の視点で気づいたことについての情報提供もある)

回復期病棟等では、退院時にヘルパー等に来院してもらい、調理実習を行うこともある。

■ 外来患者について

<院外での摂食嚥下に関する取組み>

・具体的な取組み

近隣の施設に対しては、広域リハセンターの事業で同院から ST が派遣され、その場で嚥下障害が発見されることもある。ST の訪問頻度は月 1 回から 3 か月に 1 回まで施設によってさまざまであるが、現在 3 施設に派遣されている。

その際、施設スタッフが嚥下障害の疑われる入所者を選択し、その人たちに対して評価や訓練指導を実施する形となっている。訪問の度に、ST は各施設に対し報告書を作成し、

情報提供を行っている。また、STは施設スタッフに対しての嚥下障害に関する勉強会の講師として関わることもある。施設によっては嚥下障害発見のための嚥下チームを作って対応しているところもあり、嚥下障害発見のスキルも年々アップしてきている。

発見後は、施設スタッフにより、同院 ST からの指導内容をもとに嚥下リハビリが継続されている。また、スクリーニングから精査の必要性があれば、外来の嚥下評価パス受診へとつなげている。

在宅療養患者については、ケアマネジャーや介護者による発見、また同院の訪問スタッフによる発見、デイケア利用時のスタッフによる発見、同院外来受診時の主治医による発見等があるが、発見された場合には、主治医に相談がなされ、指示があれば ST（訪問看護ステーションより）による訪問もしくは外来の嚥下リハビリにつながる。場合によっては訪問歯科や訪問栄養指導も併用される。

南砺市の地域包括支援センターにおける介護予防事業での口腔機能向上事業に対し、同院の ST の派遣も行われている。

地域全体に対しては、地域リハビリテーションフォーラムとして年 1 回地域住民対象にしたリハビリ関連の勉強会を開催している。年によってテーマが決定され、嚥下障害に関するテーマの取り扱いもある。

その他、専門職向けに研修会、勉強会も開催されている。近隣施設、病院、診療所などの医師・コメディカルを対象として、地域リハビリテーション研修会を月 1 回開催し、嚥下評価パスの紹介や成果発表を行ったり、各施設の嚥下食について紹介したりと嚥下をはじめ広く、リハビリや連携に関する事柄についての勉強会を同院主催で実施している。また、地域リハビリテーション勉強会も同様に月 1 回開催し、近隣の病院や施設のリハビリ専門職が参加している。

■ 取組みの成功要因と今後の課題

これらの取組みが成功している要因は、市民病院、訪問看護ステーション、デイケア、地域包括支援センターが集合しており、連携が取りやすいことが挙げられる。これは、南砺市全体としての方針でもある。

また、市民病院内に歯科口腔外科が開設されたことにより、入院患者に対しての口腔ケアが充実し、訪問歯科診療までもが可能となった。

さらに、ST の数が非常に充実しており、急性期担当、回復期担当、訪問担当などは異動により各人が体験できることとなっている。

訪問に対応できる ST がいることにより、入院患者を在宅に戻しやすくなった。ST が訪問で入る場合には、効果的に関わってもらえるように退院後すぐに訪問に入るようになっている。

ST や管理栄養士の訪問等も行える状態にあるが、それは同院の医師が主治医である場合に限定されているのが現状である。

今後は、地域住民の意識を高めること、地域のコミュニティを活用することが重要であると考えられているが、現時点では地域住民のインフォーマルな力をほとんど活用はできていない。現在南砺市では、「地域医療マイスター」という活動を行っており、地区役員や婦人会員、病院施設スタッフ、行政が地域医療を守り育てることを目標に、地域の問題に取り組もうという活動を行っている。こうした人材を介護予防サポーターとして育成し、嚥下障害についても問題意識が広がっていけばよいのではないかと考えている。

また、数年前、地域で食事形態等についての統一を図ろうと互換表を作成した。写真を撮ったり試食会をして地域での統一を図ろうとしたが、食事の表現を変えることについては各施設から抵抗があり、実現しなかった。現在、保健所が仲介役となり、施設も含め栄養士が中心となり地域での共通認識を測る取組みが行われている。

現時点では施設間の連携は入所施設との間にとどまっている。通所施設については県単位の協議会はあるものの、市内の施設だけを集めて情報共有等を行う場はないため、まずは市の通所協議会を作り、意見交換等を行っていく場を設けていくことが必要であると思われる。

(3) 熊本県水俣市（水俣市立総合医療センター）

■ 地域の概況

水俣市立総合医療センターは熊本県の水俣・芦北医療圏に位置する病床数 401 床の急性期中核病院である。鹿児島県との県境に近いこと、患者の 2.5～3 割（歯科口腔外科では 4～5 割）を鹿児島県からの患者が占める。県境の急性期病院として両県の周辺地域との連携を強化するため、平成 18 年度より病院・開業医・消防・救急などの関係機関を集めた病診連携懇話会を開催している。

医療センターの歯科口腔外科は平成 14 年 11 月に立ち上げられた。地域には開業歯科医も複数あり、水俣芦北郡市歯科医師会は十数人で構成されている。なお、医療センターからの訪問診療は行っていない。

■ 地域での摂食嚥下障害に関する取組み

<摂食嚥下に関する勉強会の取組み① 七浦摂食嚥下研究会>

・取組み経緯

平成 19 年に開かれた病診連携懇話会の第 2 回会合で医療センターにおいて、歯科医師より 1 題、院内の NST（栄養士と ST）から 1 題「口腔嚥下」というテーマで講演を行った。この講演をきっかけに、水俣芦北郡市歯科医師会から医療センター ST に研修会講師の依頼があり、歯科医師会研修会での講演も行われた。歯科外来に来院する高齢者が増加する中、摂食嚥下に対する問題意識が高まっていたことから、摂食嚥下に関して相互に協力・学びたいとの意識のもと、歯科衛生士の呼びかけで月 1 回の茶話会「のみこみ隊」を開始することになった。「のみこみ隊」では歯科医師・歯科衛生士・ST が中心メンバーとなって活動を始めた。その後、定例会合を重ねる中で、平成 20 年 6 月より「七浦摂食嚥下研修会」へと名称を改め、医療センターに事務局機能を置くことになった。

・具体的な取組み

「食べる」力において安心して暮らせる地域の基盤づくりと“地元で専門研修が受けられる”機会づくり・連携体制づくりの目的の下、口腔外科に興味関心のあるスタッフが中心となり、多職種の集まりの場を提供している。研究会の基幹メンバーは約 10 人（歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、栄養士、内科医、理学療法士、訪問看護師、病院看護師、介護職、ケアマネジャー、社会福祉士など）で構成し、その後も自由参加としている。

月 1 回の定例会（平日夜）では、奇数月は事務局打ち合わせとしてケース検討、情報交換、テーマの持ち寄りを行い、偶数月に勉強会や伝達講習等を開催している。開催テーマは口腔・嚥下に限らず、認知症、コミュニケーション、訪問リハなど、様々である。

また、平成 22 年より、出前講座として依頼を受けた施設へ出向き、口腔・嚥下に関する講演・実技講習を行うなど、地域に向けた啓蒙活動を行っている。

また、水俣芦北圏域に向けた啓蒙活動として、芦北地域リハビリテーション広域支援センターと合同もしくは共催の形で、年 1 回の頻度で外部講師を招いた口腔・嚥下に関する講演会の企画・運営を行っている。平成 24 年度には「基礎から学ぼう摂食嚥下」のテーマで 3 回シリーズの研修会を企画し、延べ約 530 人が参加する大盛況となった。研修内ではモデルを使って VE の実演を行ったり、全回参加者に修了証を発行するなどし、参加者から大きな反響を得た。

なお、研究会の活動は、歯科医師会および歯科衛生士会からの助成、リハ広域センター事業（熊本県委託事業）の資金、研究会の参加費などを活動資金として運営している。

・取組のポイント

取組にあたっては、歯科衛生士を中心に、開業歯科医との連絡・調整を図り、会としての形成が整ってきた。地域に向けた講演会の開催等にあたっては、医療センター歯科医やSTが中心となり、芦北地域リハビリテーション広域支援センターの協力を得て、年1回の講演会を行ってきた。また、水俣芦北郡市歯科医師会、熊本県歯科衛生士会水俣芦北郡市支部、肥薩臨床歯学研究会等の関連団体の協力も大きい。

まずは多職種で集まり気楽に話そうというコンセプトで始まり、横のつながりや連携強化につながったことが成功要因の一つである。逆に、参加を広く受け入れていながら特別な案内等を行っていないため、意識の高いスタッフは積極的に参加する一方、「参加したい」という話のみでなかなか参加に結びつかないスタッフもいる。

<摂食嚥下に関する勉強会の取組み② PLUSONE（有志勉強会）>

・具体的な取組み

地域で高齢者ケアに携わる多職種のスタッフが集まり、少人数で固定メンバーの勉強会を組織している。口腔ケアや摂食嚥下機能に関わるシーティング、ポジショニングなどについて、外部講師を迎えながら、月1回の頻度で勉強会を行っている。

<摂食嚥下に関する啓発活動 「歯みがき隊」>

・取組み経緯

熊本県歯科衛生士会の水俣芦北郡市支部の立ち上げメンバーが中心となり、口腔ケアの必要性への問題意識から、14年前から有志メンバーで口腔ケアボランティア「歯みがき隊」の活動を行っている。以前は松橋町の施設に通っていたが遠方で負担が大きかったため、地域歯科保健連絡協議会に参加していた地元の特養施設長に協力を打診し、地元の2施設でボランティア活動を行うようになった。

・具体的な取組み

地域の介護老人福祉施設2施設で定期的に口腔ケアのボランティア活動を行っている。まず、初診で歯科医が評価を行い、歯科衛生士が「お口のシート」（熊本県歯科衛生士会が平成24年度研究事業で作成）をもとに口腔ケアの指導を行う。その後は施設スタッフがケアを実施し、1ヵ月後に歯科衛生士が再度訪問を行っている。施設スタッフの間では、専門職から口腔ケアに関する基本的な知識から教えてもらい、施設のおい気にならなかった、発熱が少なくなったなどの声が聞かれている。なお、「歯みがき隊」に協力している医師は施設の協力歯科医ではなく、ボランティアで活動を行っている（年間160件程度）。

また、一次予防事業「まちかど健康塾」において年1回（送迎型8回、公民館型25回）、社会福祉協議会の介護予防事業「地域リビング」において年2回（19地区）の口腔ケア教室を実施している。その他、芦北町地域包括支援センターや芦北町社会福祉協議会での介護予防口腔ケア教室において、講話や健口体操、機能アップレクリエーション等を行っている。依頼を受けて、地域のデイサービススタッフ、施設スタッフ、施設入所者への口腔ケア教室も実施している。

多職種に参加を呼びかけて年2回の研修会を開催し、口腔に関する情報提供も行っている。

■ 摂食嚥下障害が疑われる高齢者への取組み

・ 摂食嚥下障害が疑われる高齢者の発見ルート

入院患者の場合、主治医の診察時に病巣等を含めて嚥下障害を疑われた場合は、嚥下リハを含めた ST 処方が出される。また、歯科衛生士 1 人が病棟担当として配置されており、院内での活動のキーパーソンとして機能している。それ以外にも、食事場面や飲水・内服時などの日常行動観察を通じて、病棟看護師が発見することもある。以前は嚥下リハの処方が出てから ST がスクリーニング評価を行うことがほとんどだったが、最近では病棟看護師が実施することも増えてきており、特に脳外科・神経内科の急性期では病棟看護師にて RSST・改訂水飲みテストを実施し、経口での食事開始の可否を判断している。

その他の診療科で原因疾患が直接に嚥下障害をきたす要因とならない場合や、外科、緩和ケアの対象者、ターミナル期などでは、主に病棟看護師が患者の変化に気付き、医師に嚥下リハの開始を求めるケースが多い。また、担当の PT・OT が発見し、看護師を通して主治医へ処方を打診することもある。

施設入所者の場合、セラピストが随時また定期的に摂食嚥下機能評価を行い、介護職とともに摂食嚥下機能のチェック及び見直しを行っている。日頃の業務では、介護職をはじめ、看護職、セラピスト、管理栄養士が関わっている場面にて摂食嚥下機能の低下に気付き、検討することもある。

在宅療養者に関する取組として、研修会等を開催する際には保健所や地域包括支援センターなどの関係機関に広く案内を送付し、地域のケアマネジャーや介護士の参加を募っている。水俣・芦北地域だけでなく、出水市などからも参加がある。また、ケアマネジャーの間では、担当の利用者が医療センターに入院した際に ST 活動を見ることが、摂食嚥下の必要性を意識するきっかけになっている。退院前に患者の食事時に合わせてケアマネジャーや施設スタッフが見学に来ることもある。

また、地域支援事業（一次予防事業、二次予防事業、認知症予防教室）の中で「歯みがき隊」がアセスメントや口腔ケアの啓蒙を行い、一般高齢者やハイリスクの人に対して摂食嚥下に対する情報提供を行っている。

デイサービスセンター長寿村では、口腔機能向上加算を算定し、アセスメント実施後に個別の目標を設定し、デイサービス利用時にモニタリングすることで口腔機能低下を早期に発見している。また、3 ヶ月に一度の頻度で口腔機能評価を実施する際には、歯科衛生士や看護師が RSST 等を実施し、口腔機能の現状を数値化している。また、事業所職員が歯科衛生士等による研修会に積極的に参加し、そこで学んだ最新の口腔機能向上訓練やケアをデイサービス利用者や地域支援事業の参加者に紹介している。これらの啓蒙活動や口腔ケアを実践する場に摂食嚥下に関する知識のある専門職が関わっていることで、本人から口腔ケアに関する相談を受けたりする環境が構築できている。

今後は口腔機能を利用するレクリエーションを高齢者施設で取り入れて本人と事業所のスタッフが早期の段階で課題に気が付くきっかけ作りが必要であると思われる。

・ 摂食嚥下障害が疑われた高齢者への支援

入院患者の場合、主治医からの嚥下リハの指示を受け、ST が嚥下評価・機能訓練を実施する。ST の介入の下、病棟看護師や栄養士・担当のリハビリスタッフと連携しながら、食

事場面の環境設定・機能訓練を進めていく。VE・VFの直接評価は、全例ではなく、適応を検討し必要に応じて実施している。

施設入所者の場合、施設によっては専属スタッフとしてセラピストが配置されているところもあるが、多くはSTなどの専門職がいないため、管理栄養士または介護職、看護職にて選定を行っている。これらの職種を中心に摂食嚥下機能の評価（スクリーニング）を実施し、医師等と検討しながら食形態及びトロミの濃度を選定し、食事の提供を行っている。

在宅療養者に関する取組については、民生委員や在宅高齢者の介護をしている人などを対象として、約3年前より隣町の地域包括支援センターが主催する「在宅家庭介護教室」で口腔ケアや口腔体操などの研修（60分程度）が行われている。「歯みがき隊」が依頼を受けて、毎年研修を行っている。

デイサービスセンター長寿村では、むせの課題があれば口腔機能向上体操等を指導し、デイサービス利用時に実施方法を確認し、自宅でも継続実施できるように支援している。アセスメント時にはRSST、オーラルディアドコキネス（健口君にて測定）、咀嚼力判定（判定ガム）、CPFにて口腔機能の評価を行い、機能訓練の効果を利用者と訓練実施者で共有できるようにしている。ただ、当事業所では、10年以上の長期利用者が全体の4割を占めるものの、摂食嚥下障害の程度はむせや咀嚼力の低下程度であり、トロミや刻み食などの食形態の変更をしている人はいない。

なお、医療センターからの地域へのST、栄養士等の訪問活動は特に行っていない。

■ 地域での摂食嚥下障害に関する取組みの成果と課題

七浦摂食嚥下研究会をはじめとする各活動では、地域全体のレベルアップを目指し、意識の高い専門職スタッフが中心となって周囲のスタッフを巻き込み、定期的な活動を継続してきた。「嚥下」をテーマとする研修会の参加人数が定員を超えることも多々あり、ケアマネジャーや施設スタッフ等でも嚥下障害に対する認知度・意識が高まってきたと感じている。

一方、基本的な知識や評価の依頼先に関してはある程度の共通認識ができてきたものの、実際の現場での連携の流れや評価・情報提供の様式等はまだ統一されておらず、個々のケースによってスムーズな対応がなされる場合もあれば、そうでないこともある。支援スタッフの確保、スタッフ全体のレベルアップやスキル等の統一、地域で個々に行われている活動をリンクさせ、地域全体で取り組むための一体的な体制作りが今後の課題である。そのために、行政を巻き込んだ取組を行っていきたいと考えている。また、地域の施設等の現場レベルでは、実際に摂食嚥下機能の評価を行うことができる専門職がいない施設や地域の洗い出し、摂食嚥下機能の障害を発見した際に相談できるネットワークの更なる構築、専門職がいない状況下でも最低限の対応を行うためのマニュアル化やツール（例えば、介護職でも実施できる評価方法、トロミの選定方法、注意点等）が必要である。

「歯みがき隊」では、介護予防事業において早期から取組を開始し、地域で長年にわたり活動を継続することができているが、取組の範囲はあくまでも予防事業なので、介護が必要な人への口腔ケアをどのように推進していくかが今後の課題である。また、現在、介護老人福祉施設2施設での口腔ケアボランティア活動を行っているが、歯科衛生士のマンパワーの不足や個々の技術力アップのための研修会の必要性も感じている。今後、口腔ケアの依頼があった場合に、どのような体制づくりを行うかが課題である。

なお、歯科医師会（十数人）の中で研究会活動に積極的に携わっている医師は3人ほどで、うち1人が「歯みがき隊」のボランティア活動などで貢献している。一方、あまり摂食嚥下に関心を持っていない医師もあり、医療センターからの退院時に具体的な連携を協議するまでには至っていない。

(4) 岡山県鏡野町（上齋原歯科診療所）

■ 地域における摂食嚥下障害を有する高齢者への支援に関する課題

摂食嚥下障害については、地域および家族で隠れている問題でもあった。したがって、まずは住民の「資質」を上げること、そして専門職の技術を向上させることが必要と考え、まず関係職種の研究会を開催した。当初は公的なものではなかったが、1年後に町の機関になった。

また、ケアマネジャーがついている高齢者については、ケアマネジャーやサービス事業所職員等による気付きがあるが、そうでない方については気付きの場面が少なく、社会福祉協議会の専門員である福祉相談員等に頼るしかなかった。

<地域での摂食嚥下障害に関する取組み>

・研修会等の開催とその効果について

現在は、研修については地域包括支援センター職員が中心となり、民間介護事業所および医療機関スタッフに呼びかけ、研修会が行われている。

また、平成21年度以降、地域ケア会議、地域ケア委員会および地域の専門職スタッフ会議を地域包括支援センター、行政主体で開いている。地域ケア会議で出された課題等については、学識者のアドバイスを求める機会も設けている（学識者を訪問）。また専門職スタッフ会議では困難事例の検討等も行っている。

このような研修会を通して、顔の見える関係構築および地域の資源（何ができるか）が明確になったと感じている。また、知識および技術の向上によって、問題が大きくなる前に、関係職種間で情報が共有され、早期に対応できるようになっている。

・地域において摂食嚥下障害が疑われる高齢者の発見ルートについて

介護保険サービスの利用者や介護予防事業の参加者等は、それぞれ行政や地域包括支援センターの職員が気付きの場となっている。それ以外は、保健師（行政）が気づきの場となっている。また、入退院を繰り返す方については、地域住民（民生委員や近隣住民）や施設職員およびケアマネジャーが気づきの場となっている。

また、基本チェックリストの結果をもとにした声かけ等も、地域包括支援センター職員が行っている。

さらに、地域には栄養員（食生活改善推進員）や子どもから高齢者の健康づくりに関する活動を行う愛育員がそれぞれ100人以上おり、これらの方々からの情報もある。

なお、町内の鏡野病院にはSTがいないことから、近隣の病院から派遣してもらい、病院スタッフが気になっている方について、スクリーニングを行ってもらっている。その結果については病院スタッフにフィードバックしており、そのこと自体も病院スタッフの成長の場となっている。在宅療養者については、歯科診療所から往診という形で訪問をしている（1回目だけは無料。歯科保健センターの事業として訪問。）。

このように重層的な取組を進めている結果、表面化しにくいケースでも、連携が円滑のため、対象者の漏れは少なくなっている。

「もう少し早く対応できていれば」ということをなくすためには、地域の住民の目が、近隣住民等による気付きが不可欠である。

・発見した際の支援について

施設入所者については、施設職員と歯科診療所職員（含む、歯科保健センター職員）とで会議を行い、介入する。具体的には、個別具体的な口腔ケア、治療、清掃、食支援、摂食嚥下リハなどが主な内容である。

また在宅療養者については、地域ケア会議またはスタッフ会議で関係者が持ち寄り、多職種に伝達し、共有している。そしてその会議で必要とされる職種の検討を行い、派遣し、個別具体的な対応につなげている。

■ 今後の課題

配食サービスがないため、食形態を指導しても、その実行を支援するためのサービスが存在しないことが課題の一つである。

また、町内にリハビリのスタッフが少ないため、在宅でリハビリテーションを必要としている高齢者への対応ができていないことも課題である。

今後はこれまで以上に医療と介護の連携が必要であり、それが分断されないようにしていかなければならない。そのためにも町内の旧町村（4町村）ごとにある国保直診をもっと活用していく必要がある。その際、医師が不在の場合にも、円滑に多職種または他医療機関につなぐ調整役を担える存在として、保健師の存在は不可欠である。可能であれば町内全ての国保直診に保健師が常駐するような仕組が望ましい。

(5) 茨城県常陸大宮市美和地区（常陸大宮市美和診療所）

■ 地域の概況

美和診療所には内科と歯科とがあり、毎日のミーティングにおいて両者の連携が図られている。したがって、どちらかに入った情報についても共有されており、適切な対応に繋げることが可能な仕組みとなっている。

地域内の介護保険施設（特に今回の個別事例調査の対象となった特養）については、内科の医師は嘱託医ではないが、（施設側からの意向もあり）連携が図られている。

また近隣の急性期病院との連携も、内科の医師を中心として密に行われている。特に高齢者については、小さな地域であること、関係者が多いこと等により、連携が取りやすい。

さらにケアマネジャーからの情報提供もなされている。ただし、ケアマネジャーがっていない高齢者についての状況把握については課題である。同時にケアマネジャーについては、今以上に、医療的な知識を身につけてもらうような取組（研修会の開催等）も必要である。

地域住民のうち、3～5割は美和診療所を受診するが、5割程度は旧大宮町の医療機関を受診している。また栃木県境であることもあり、栃木県の医療機関を受診する住民もいる。

■ 地域での摂食嚥下障害に関する取組み

・取組み経緯

地域として、組織的な動きがある訳ではない。「顔の見える連携」をベースとした情報共有の流れの一環として、多職種による連携が図られている。個別ケースへの関わりスタートとして、「摂食嚥下等、歯科的な関わりについてはまず美和診療所の歯科医師に相談」ということが、地域の中で浸透しており、「駆け込み寺」的な機能を果たしている。

ただし、一般の住民が「摂食嚥下障害」と言われても直ぐに理解することは難しく、地域での意識改革が必要である。しかし合併前は行っていた「健康移動教室」（診療所の医師、歯科医師、看護師、村の保健師が自治会を周る取組）が、合併後は実施できなくなったので、現在は、大宮保健所や市内開業の歯科医師達の協力を得て地道に地域住民の意識改革に努めている。今後は市内開業の医師、病院に勤務する医療スタッフ等に声かけをして「在宅医療・介護多職種連携」を構築し地域住民の意識向上に繋がるシステム作りに努めていきたい。

■ 具体的な取組み

現在、常陸大宮市や那珂市、常陸太田市、東海村の各団体(行政や医師会、歯科医師会、薬剤師会等の各師会)で高齢者や在宅医療に日頃から携わっている人々が交流し、お互いの情報を交換できる場を提供して、アナログ的な顔の見える連携はもちろんのこと、メールやSNSなど現代的な情報交換方法も使って地域に従事する全ての関係者が繋がるシステム構築を積極的に行っている。

ただし、そのベースとなるのは顔の見える連携である。個別事例調査において「90歳男性・脳梗塞の影響で右半身麻痺・失語・胃ろう」という事例があったが、その方への支援については、美和診療所の医師・歯科医師のみの連携だけでなく、訪問STとの連携があり、常食に近いものを食べられるまでになった。まず訪問ST側で「嚥下訓練の前に口腔内を整えたい」という意向があって美和診療所歯科に相談があり、義歯の調整をした上でリハビリ

りの内容を検討・実施した事例である。これも訪問 ST に、「まずは美和診療所に」という意識があったからこそその事例と考えられる。

■ 取組みの成功要因と今後の課題

外来可能な患者については、摂食嚥下障害を有する高齢者を発見する事は容易なことであるが、外来が不可能な在宅療養者については、診療所医師やケアマネジャー、リハビリスタッフ（訪問・通所）といった専門職だけでなく、要介護者家族の発見が無ければ、治療や指導に繋がるのが難しい。また要介護者本人の訴えも重要である。

このように多様な気づきの場が機能するためにも、美和診療所が、地域で摂食嚥下障害を有する方への対応に苦慮している事があった場合の「駆け込み寺」であることを地域の医療従事者間に根付かせるような取組が、今後も引き続き必要である。同時に住民の意識啓発のためのコミュニティヘルス活動にも、引き続き取り組んでいく必要がある。

(6) 奈良県明日香村（明日香村国民健康保険診療所）

■ 地域の概況

明日香村には、指定管理者制度で運営される国保直診の診療所を含め、無床診療所2か所、歯科診療所2か所あり。また、介護資源としては、民間の特別養護老人ホーム2か所（デイサービスも併設）、軽費老人ホーム1か所、社会福祉協議会運営のデイサービス1か所。訪問看護ステーションは村内にはなく、隣接する橿原市のステーションが5か所ほど村内利用者に対応しており、そこからの理学療法士の訪問もある。

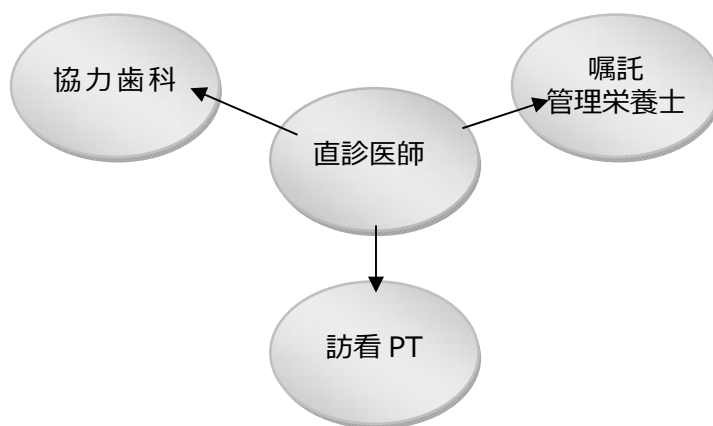
国保診療所は村の健康づくり課が入る建物とつながっており、仕切りを隔て、自由に入りが可能であり、村とも常に意見交換できる関係にある。

また、平成26年度より明日香村国民健康保険診療所は、地域で独立開業している管理栄養士（以前は特養に勤務）と嘱託契約を結び、月2回外来で、管理栄養士による栄養指導を実施している。一度在宅の患者について訪問を行おうと計画していたが、当該患者は退院後施設入所してしまったため、実現しなかった。いずれは訪問も実施していくことを目指している。

入院施設は、隣接する橿原市等に多数あり、外来も含め多くの住民が村外の医療機関も利用している。

医師会、歯科医師会等は隣接する橿原市の医師会となり、介護保険の認定審査会等も橿原市と合同で実施している。

歯科診療所のうち1か所は、訪問診療も積極的に対応。歯科衛生士も訪問活動にかかわっている。



■ 地域での摂食嚥下障害に関する取組み

<村による要支援・要介護高齢者に対する支援>

・取組み経緯

明日香村では従来より、基本チェックリストを用いて摂食嚥下障害の疑いのある人についてスクリーニングを実施し、対象者には、「歯つらつ倶楽部」（月1回×6回で1コースの口腔機能向上のための二次予防の教室）への参加を案内していた。同事業については現在も継続中であり、倶楽部の卒業生による自主活動も展開されている。

一次予防でも、あらゆる機会に歯つらつ体操や口腔体操を啓発していた。

平成 22 年度には村でボランティアをしていた人が働く軽費老人ホームで、歯つらつ倶楽部と同じような活動をやってもらいたいという要望があり、村より歯科衛生士、管理栄養士、保健師が出向き、口腔ケアについて講演を行った。

平成 23 年度からはこの取組みを軽費老人ホームだけではなく、村内の特別養護老人ホームとそこに併設するデイサービス、また社会福祉協議会が運営するデイサービスに広げ、地域包括支援センターの事業として行うこととした。

・具体的な取組み

平成 23 年度に 4 施設に対して事業を拡大するに当たっては、各施設に対しヒアリングを実施し、口腔ケアについてどのような要望があるのかを把握するように努めた。

そうした中、まず実施したのは施設関係者向けの学習会であった。平成 23 年度は国保診療所の医師、平成 24 年度には村歯科医師会長により誤嚥性肺炎等について学習会を行い、施設側に口腔ケアについて共同で事業を行うことについての意思確認を行い、各施設と月 1 回定例会議を行いながら、デイサービスにおいて「歯つらつ教室」を実施するようになった。

現在、歯つらつ教室は、年 2 回各施設で実施している。村の職員（保健師並びに嘱託の歯科衛生士と管理栄養士）と各施設の担当者と月 1 回企画会議を開催し、デイサービスでの出前講座として口腔体操や健康劇の上演等を行いながら口腔ケア等についての意識付けを行っている。教室開催時にはアセスメントも実施し、開催 1 か月後にも再び施設において振り返りを行い、再アセスメントも行っている。

こうした活動は、各施設での取組みの向上にもつながっておりデイサービスでも口腔機能向上の内容を増やすきっかけにもなった。そうした結果、食事を残さずに食べる人が増えたり、歯だけでなく舌磨きをする人も増えたり、食べ物が飲み込みにくいという人が減ったり、痰がからむ人が減ったりもした。

■ 取組みの成功要因と今後の課題

村の保健福祉部門の専門職は保健師のみで、歯科衛生士や管理栄養士はそれぞれ 4~5 人が何か事業がある際に嘱託職員として活動してもらえるように登録してもらっている人たちである。歯科衛生士については、通常は村内で在宅歯科診療に熱心に取り組む医師のもとで勤務しており、そうした部分での歯科診療所とのつながりもある。また、歯科衛生士と管理栄養士がペアになって取り組むことにより、お互いの職域の得意分野について力を発揮しながら事業展開ができていく。歯つらつ教室がうまくいっているのは、国保診療所、村内の歯科医師会との連携、関係者の学習会や施設の要望を事前にしっかり聞いていることが挙げられると考えられる。

また、村ではボランティア活動が積極的で、歯つらつ教室の運営でも積極的に参画してくれている。

今後は、こうした予防活動を個別症例の対応として、他職種による明日香村 NST のような活動につなげていけると良いと考えている。

村内には入院医療機関はなく、近隣市町の医療機関の利用も多く、退院して在宅生活をする際には国保診療所医師が退院時カンファレンス等で参画するが、入院医療機関ではなかなか口腔ケアがしっかりと行われているように思えない。また、入院施設から在宅へのつながりがなかなかできていない。

さらに、ST の関わりが持っていないため、嚥下訓練等が行えていないのも実情である。

第5章

本調査研究より得られる示唆

改めて認識される多職種連携の必要性

家族の頑張りが支える良好な栄養摂取状態

本調査研究において実施した個別事例調査では、対象者の重症度についての調整は行っていないものの、入院・入所者に比べ、在宅療養者は、摂取エネルギー量、摂取たんぱく質量、身体活動量（Hb-LSA）ともに良好であるという傾向がみられた。摂取エネルギー量については、入院患者、入所者よりもそれぞれ 93.3kcal、8.6kcal 高くなっている（p16 図表 2-7）。

地域資源の状況や家族の介護力により、同じ身体的な状態像であっても、療養の場は異なってくる。在宅で療養しているということは、疾患の状況も比較的安定していること、また家族の介護力があることが前提となるが、在宅で療養している間は、好きなものを食べることも可能であり、できるだけ食べさせてあげたいという想いもあり、栄養摂取状況等が良好になっていることにつながっていると思われる。

在宅療養は、家族の努力だけでは成り立たず、専門職の支援が必要となる。医療機関や介護保険施設と比較して、多職種がかかわる環境等が必ずしも整備されているわけではないが、必要な人に対して必要な支援を提供する体制を整えることにより、在宅での生活を希望する人がより長きにわたって口からおいしく食べることを実践できるよう地域における支援体制の構築が求められている。

「奥歯で噛めるか」によって摂取エネルギー量に差

個別事例調査では、奥歯で噛めるかの状況によっても、栄養摂取量・身体活動量ともに良好な傾向にあることが明らかとなった。特に奥歯で噛めるかに関しては、摂取エネルギー量に 116.0kcal の差がみられ、かつ歯科関係者の関与があるほうが摂取エネルギー量が多くなっていた（p17 図表 2-8、p19 図表 2-10）。

摂食嚥下障害という点、「先行期（認知）」「準備期（咀嚼）」「口腔期」「咽頭期」「食道期」の5つの段階の中での「嚥下」という点に注目が集まりがちである。

しかし奥歯で噛むことができるかや歯科関係者の関与により、栄養摂取状況や身体活動量に違いがあるという今回の調査結果から言えることは、摂食嚥下障害については、「嚥下」だけではなく、「咀嚼」という機能も非常に重要であり、そこには歯科関係者の関与が不可欠であるということである。

こうしたことを鑑みると、摂食嚥下障害への対応には、歯科も含め、様々な角度から多職種が連携することの必要性が改めて浮き彫りになったと言えよう。

多職種連携の実現を可能とするゲートキーパー

国保直診を対象とした全国実態調査（アンケート調査）の結果でも、所在する地域内に在宅高齢者に対する摂食嚥下障害に関してのさまざまな支援の提供があるかについて問うたところ、大半がわからないという状況であった。また、実際の支援の提供だけではなく、

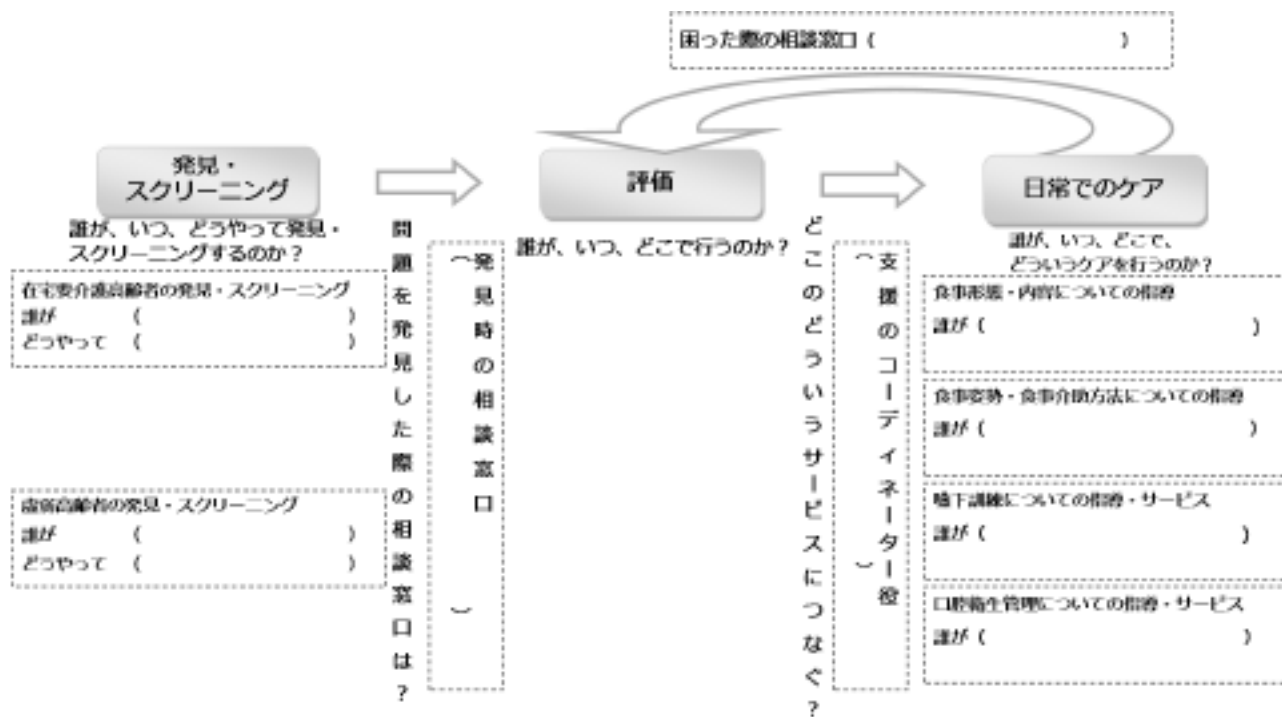
摂食嚥下障害に関する相談窓口の存在を知らないという施設が 55.0%と半数以上に上っており、摂食嚥下障害という問題にこれまでも積極的に取り組んできた国保直診の所在地域であっても、相談できる先がないというのが地域の現状である（p34 図表 3-18）。

ただし、中には茨城県常陸大宮市美和地区の美和診療所のように摂食嚥下に関する「駆け込み寺」的存在となっている施設もある。また、富山県南砺市民病院は、嚥下評価外来を設け、外来の半日コースで嚥下評価を行う等、地域の相談窓口として機能している。これらのいずれについても、自施設が相談窓口となり得ることについて、地域の中の研修会等で地道に情報発信し、地域住民のみならず、他の医療機関の専門職からも相談が寄せられるようになっている。

上記のような事例を参考にしながら、全国各地で、摂食嚥下障害について地域住民や専門職に対する意識付けが実施されることが望ましいが、発見者は、必ずしも医療・介護等の専門職であるとは限らない。また、一口に摂食嚥下と言っても、何が障害を引き起こしているのかについては、専門職でも即座に判断できるものではない。そのため、地域の人材、もしくは高齢者に関わる専門職が摂食嚥下障害の疑われる症状を発見した際に相談できる窓口の存在は非常に重要である。

摂食嚥下障害については、さまざまな職種が関係する。咀嚼機能の評価・回復については歯科関係者、嚥下機能の評価・改善・維持については言語聴覚士、嚥下障害がありながらも摂取が可能な食形態については管理栄養士等、各専門職がそれぞれの得意分野を活かしながら支援していくことが可能である。

地域で摂食嚥下障害を有する高齢者を支えていくには、下記の図のように、地域全体で誰がどのような機能を果たしうるかを把握し、摂食嚥下障害について中心的に取り組む人が、地域での相談窓口・ゲートキーパーとなって、摂食嚥下障害を有する高齢者を支える体制の中核として機能することを期待したい。



広域で活動する専門職も巻き込んだ地域支援体制の構築の可能性

上記にあげるような専門職種がすべてそろっていれば理想的ではあるが、在宅療養者を支える体制は1つの施設だけで完結するわけではなく、民間も含め病院や診療所・歯科診療所、訪問看護ステーション等多施設が関わることとなる。各種専門職は互いに連携を取りながら、摂食嚥下障害を有する人に対する具体的な支援が実施されることが望まれる。

たとえば、今回のヒアリング対象となった、奈良県明日香村では、診療所の医師が中心となり、近隣の民間の歯科医療機関や圏域を超えて活動している嘱託の管理栄養士、民間の訪問看護ステーションの理学療法士と連携しながら、摂食嚥下障害を有する高齢者への対応を行っていた。和歌山県那賀圏域では、公立那賀病院に勤務していた摂食嚥下障害認定看護師が隣接する圏域で訪問看護ステーションでの活動をはじめ、共同する作業療法士とともに必要に応じて那賀圏域の在宅家庭にもかかわるようになった。また同じく那賀病院に勤務していながら独立開業した耳鼻科医も必要に応じて在宅患者宅に出向いていた。このように、地域全体で在宅で生活する摂食嚥下障害を有する高齢者を支える体制が整備されつつある地域もある。

つまり、摂食嚥下障害についてのゲートキーパーは、近隣の施設だけでは十分とは言えない場合には、広域で活躍する専門職も巻き込みながら、より多くの摂食嚥下障害を抱える人が適切な支援に結びつくよう働きかけることも重要である。

摂食嚥下障害に対する地域住民の認識を促す一歩としての地域の意識付けの重要性

ここ10年の間に、団塊の世代が後期高齢者となり、各種疾患を抱えた人が増えると同時に、摂食嚥下障害を抱える人もより一層増えていくこととなる。加齢に伴い、筋肉量が減少し、摂食嚥下にまつわる各種機能が低下することは否めない。ただし、少しでも「口から美味しく食べ続ける」ことができる人を増やし、かつ誤嚥性肺炎等の疾患を予防するためには、摂食嚥下障害にいち早く気づき、適切な支援へとつなげていくことにより、機能回復が見込めたり、機能低下や更なる疾患（誤嚥性肺炎等）の発生を予防することが可能となる。

入院・入所者の場合は、それぞれの施設の職員が利用開始時のアセスメントや日々の観察を通じ、摂食嚥下障害に関する気づきが得やすい環境にあるが、在宅で生活する高齢者の場合には、支え手が専門職だけとは限らないため、障害の発生に対する気づきが遅れる可能性もある。全国実態調査（アンケート調査）の結果でも、地域医療・包括ケアのために積極的な活動をする国保直診が所在する地域においてさえも、虚弱高齢者の中で、摂食嚥下障害を有する高齢者を発見する仕組みが特にないと回答している施設が全体の46.5%、在宅要介護高齢者の中での摂食嚥下障害を有する高齢者を発見する仕組みが特にないと回答している施設は全体の32.5%を占めるなど、地域として在宅で生活する高齢者を支える仕組みが不足している現状が明らかになった（p33 図表3-16、図表3-17）。

しかし、国保直診の中には、摂食嚥下障害を抱える高齢者を支援するために、地域として取組みを行っている先進地域もある。例えば、岡山県鏡野町では、歯科診療所が中心となり、在宅高齢者のケアにあたっている多職種の支え手に対し、摂食嚥下障害への対応が必要であることについて研修会等を通じた継続的な啓発活動が行われている。その結果、各専門職種間でお互いに何ができるかが明確になり、迅速な情報共有と早期の対応が可能となっている。同様の取組は熊本県水俣市でも行われている。同市では、歯科衛生士会の有志メンバーがキーパーソンとなり、当初はインフォーマルな勉強会として始まった摂食嚥下に関する多職種の勉強会の輪を地域の関連施設へと広げてきた。現在では、水俣芦北圏域全体に向けた研修会が定期的に行われており、摂食嚥下をテーマにした連続講座には数百人規模の参加者を集めるなど、地域の関係者の間で摂食嚥下に対する意識の高まりが見られるようになった。

また、摂食嚥下障害の予備群に対する意識付けとして、行政を中心とした取組みも行われている。例えば、奈良県明日香村では、介護予防事業として、村内の入所・通所施設に対し嘱託の歯科衛生士・管理栄養士が出向き、摂食嚥下障害への対応の必要性を利用者や家族に訴える活動が繰り返し行われている。岡山県鏡野町でも、行政の基本チェックリストによる対応や住民活動の中での気づきと声掛けによる対応が摂食嚥下を有する在宅高齢者の早期発見に寄与していた。

このように、摂食嚥下障害に関心がある人が地域に網の目のように存在することにより、支援が必要となる人をもれなく拾い上げることが可能となる。そのためには、専門職だけでなく、地域住民も含め広く一般に対して、摂食嚥下についての日々の啓もう活動により、意識付けを行っていくことが重要となる。

支援につながった人へのより効果的・効率的な支援を進めるための仕組みづくり

摂食嚥下障害のある人がゲートキーパーや具体的な支援につながった後には、その支援が効果的・効率的になされることが望ましい。

例えば、摂食嚥下障害について医療機関での対応が終了し、介護保険施設や在宅生活に戻る際には、入院期間中の状況や摂食嚥下障害に関する対処法等について、施設間もしくは専門職間での情報共有を行うことが望ましい。

全国アンケート調査結果では、このような情報共有のために、地域で共通の書式を用意している地域は国保直診の所在地域でも必ずしも多いとは言えないものの、和歌山県那賀圏域のように、食事の内容について共通の書式を設け、施設間での情報共有がしやすい仕組みを設けているところもある。また、富山県南砺市でも共通の書式ではないものの、医療機関より在宅で生活する人を支援する専門職に向けて、詳細な情報がケアマネジャー経由で提供されるようになっている。

そうした地域の取組みを参考に、全国各地で摂食嚥下障害に関して、支援を要する人の情報について、関係する専門職間で情報交換がなされ、効果的・効率的な支援が展開されていくことを期待したい。

- 資料編

平成 26 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の取組収集、分析に関する調査研究事業
業

摂食嚥下障害を有する高齢者 個別事例調査 実施要領

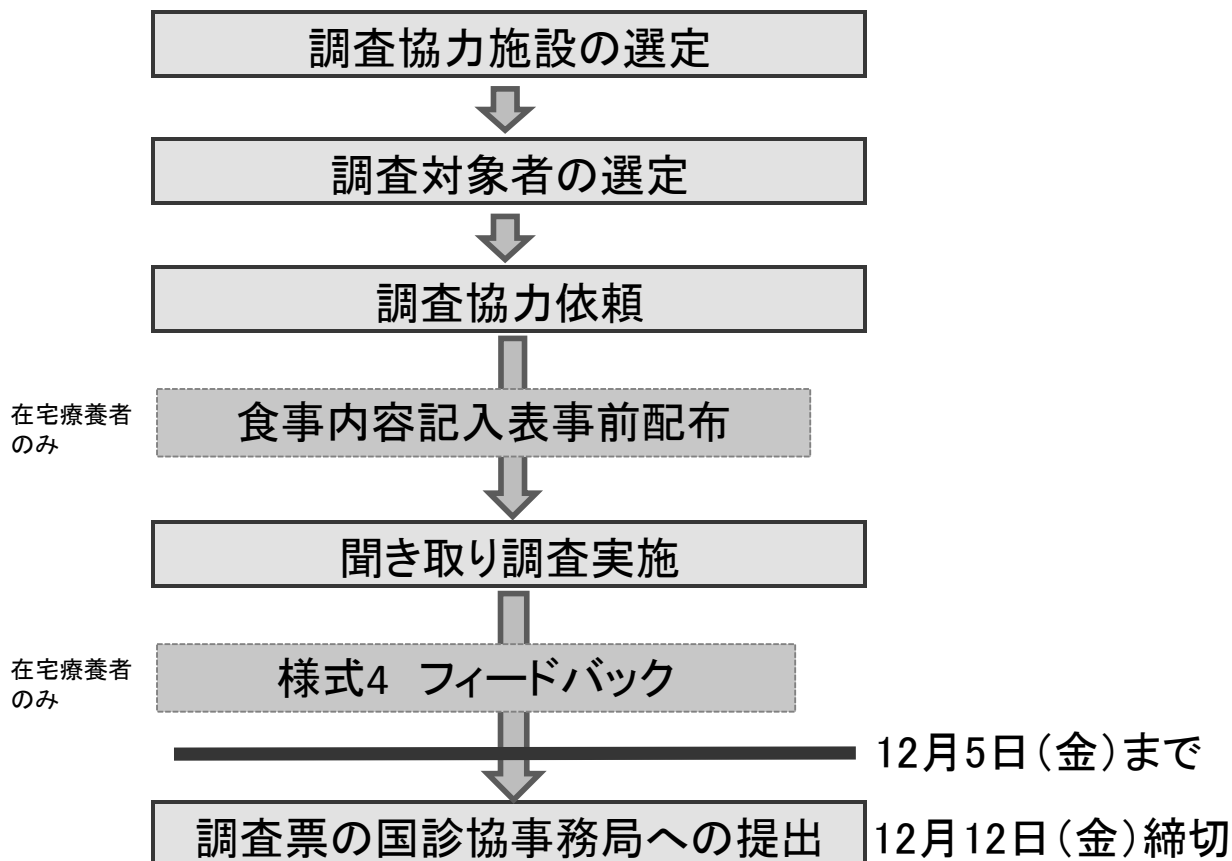
平成 26 年 10 月

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

1 個別事例調査の目的

近年、日本人の死亡原因の上位に肺炎が占めるようになり、その大半は誤嚥性肺炎が疑われる。誤嚥性肺炎は、摂食嚥下機能が低下したことが原因となり、発生することが多い。摂食嚥下機能の低下は、脳卒中や認知症等により引き起こされることもあるが、老化現象により低下していくこともある。そのため、高齢者は、程度の差こそあれ、かなりの数の人が摂食嚥下障害を抱えていると思われる。

本個別事例調査は、医療機関に入院している人・介護保険施設に入所している人・在宅で療養している人で、摂食嚥下障害がある人について、それぞれ現在どのような支援を受け、栄養、口腔、身体活動状況にどのような違いがあるのかを明らかにすることにより、在宅で療養する人に対するより良い支援のあり方について検討する材料を得ることを目指して実施するものである。



2 個別事例調査の実施上の留意点

- ・ 本調査の主目的は、地域での摂食嚥下障害を有する高齢者の実態把握である。そのため、調査結果をもとにした介入は実施しない。
- ・ 本調査で対象とする「摂食嚥下有する高齢者」とは、嚥下食（きざみ、ミキサー等）を食べている人、誤嚥を繰り返す人とする。
- ・ 本調査での入院患者とは、肺炎や脳卒中での急性期治療中の人は対象とはせず、状態が落ち着いた人もしくは長期療養中の人を対象とする。在宅療養患者とは、居宅系施設の入居者は対象とはせず、自宅で療養生活を行っている人とする。
- ・ 本調査については、公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（以下「国診協」という）倫理審査委員会においても審査をうけているが、調査実施施設においても倫理審査委員会を設置している場合は、各施設で審査を実施することが望ましい。
- ・ なお、調査実施施設での情報管理については、以下の通り実施すること。

- ①事業実施に係る情報（個人情報）を収集することにおいて、データ取扱い責任者「個人情報管理者」を明確にし、国診協へ登録する。
 - ②個人情報に記載された帳票は、ID で管理することとし、ID 一覧と個人帳票は別々に管理する等、対象者が特定できない環境整備を行う。
 - ③収集したデータは、他に情報が漏れないよう、「データの場合は、パスワードを付す」、「紙媒体で情報を収集した場合は、施錠できるボックス等で管理する」等、情報漏えい防止体制を整備していただく。
 - ④施設で収集した個人情報を、国診協へ提出する際は、対象者が特定できないよう、ID 管理された状態での提出とする。
 - ⑤国診協への帳票の提出後は、施設では一切帳票（コピー等）は保有しない。データ入力されたものも同様に削除することとする。
- ※情報の受け渡しに際しては、「收受簿」を作成し、收受の記録を行うこととする。

3 個別事例調査の実施方法

調査実施地域として選定された地域において、摂食嚥下障害を有する高齢者の実態把握をすべく、医療機関入院患者、介護保険施設入所者、在宅療養患者についてそれぞれ数名ずつ、様式3に示す調査を実施する。

調査票の中で口腔の衛生管理の実施者に関する調査については7日分、食事内容に関する調査については、3日分の記載が必要となるため、調査対象者（もしくはその協力者）には事前にその旨を説明し、様式3の別紙（食事内容記入表）をあらかじめ渡しておき、調査日には過去の分についても併せて書き取る形で実施する。（聞き取った結果をもとにした摂取エネルギー量等の計算については、可能な範囲で調査実施施設内で行うこととするが、難しい場合には、本調査研究の作業部会において実施するため、その点については事務局に別途相談すること。）

なお、医療機関入院患者、介護保険施設入所者については、⑤、⑥ページの食事内容について必ずしも品目等細かく記載する必要はなく、施設のメニュー等により摂取エネルギー等の計算が可能な場合には、1日あたりの摂取エネルギー、たんぱく質量、水分補給量、残渣率のみの記載で可とする。また、在宅療養者で配食サービスの利用者については、調理者の欄に「配食サービス」と記載すること。

在宅療養者については、様式3で得られた情報をもとに、食事内容を踏まえた栄養摂取状況、口腔の状況、身体活動の状況について様式4に取りまとめ、対象者本人に還元するとともに、その写しについては対象者の名前を伏せた上で、国診協事務局に提出する。

個別事例調査終了後、報告会を実施し、場合によっては各地域での状況を詳しく把握するためのヒアリング調査を実施する。

〔個別事例調査実施に関するお問い合わせ先・調査票提出先〕

〒105-0012 東京都港区芝大門 2-6-6 芝大門エクセレントビル 4階

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

担当：鈴木智弘

TEL：03-6809-2466 FAX：03-6809-2499

E-mail：office@kokushinkyo.or.jp

〔個別事例調査内容に関するお問い合わせ先〕

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3 竹橋スクエアビル 8F

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部

担当：田中陽香・佐藤溪・植村靖則

TEL：03-5281-5277 FAX：03-5281-5443

個別事例調査 様式集

様式名		国診協事務局への提出期限
様式 1	「個別事例調査ご協力をお願い」	提出不要
様式 2	調査対象者一覧	提出不要
様式 3	摂食嚥下障害を有する高齢者に対する個別事例調査 調査票	平成 26 年 12 月 12 日（金）
様式 4	〇〇様の栄養・口腔・身体活動の状況	平成 26 年 12 月 12 日（金）

平成 26 年 11 月 吉日

**摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の取組収集、分析に関する調査研究事業
「個別事例調査ご協力のお願い」**

謹啓

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

高齢者の間では、誤嚥性肺炎による死亡が年々増えています。誤嚥性肺炎は食べること、飲み込むことが困難になった方に多くみられるため、そのような症状がみられる方を早めに見つけ出し、積極的な支援につないでいくことが必要になります。

そこで、公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会は、平成 26 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の取組収集、分析に関する調査研究事業」の一環で、地域において食べること・飲み込むことが困難になった方の状態像の把握、またその方に対する支援体制の実態について把握することといたしました。本調査は、全国国民健康保険診療施設協議会に所属する施設の地域を対象として、栄養状態、口腔の状態、身体活動状況について確認させていただき、今後、地域でそのような方を支えるためにはどのような支援が必要かを検討するための基礎資料を得ることを目指しています。(具体的にお願ひさせていただく内容については、別紙 1 をご参照ください。)

本調査の内容につきましては、公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会、ならびに各地域での実施責任者の所属する〇〇病院において、倫理審査委員会において承認されたものとなっております。個人情報(プライバシー)保護のため、個別の方の情報については、個人名を削除した符号を用いて厳正に管理し、個人が特定される情報ついた形で外部に公表されることはありません。また、本事業で知り得た情報は、統計処理のみに用い、他の目的では一切使用しませんので、ご安心ください。

上記の目的をご理解の上、本調査にご協力いただきますようお願い申し上げます。なお、ご協力いただける場合には、調査協力同意書(別紙 2, 3)にご記名の上、別紙 3 を担当者にお渡しください。

謹白

調査事務局 担当〇〇

問い合わせ先

〒〇〇-〇〇 〇〇病院内〇〇室 担当:〇〇、〇〇

TEL:0123-45-6789 FAX:0123-45-6789

個別事例調査 ご協力をお願い

1. 本調査の目的と内容

- 病院等の医療機関、介護保険施設、在宅で生活される高齢者のうち、食べること・飲み込むことが困難になっている方・不安に感じている方の状況を専門職（医師・看護師・管理栄養士・言語聴覚士・歯科医療関係者等）が把握し、地域全体での支える仕組みを検討することを目的とした調査研究事業一環として、地域の方を対象に、食べること・飲み込むことのできる能力がどのようになっているか、現在どのような支援を受けているのかを把握する調査を実施することとなりました。
- 本調査結果については、医療専門職が地域で生活する高齢者の食べること・飲み込むことに関して協力しながら支援していく体制を構築していくための基礎資料として活用させていただき、かつ介護保険制度における各専門職の支援の在り方への提言へとつなげさせていただきます。

2. 調査において、ご協力いただく内容

- 本調査をお願いさせていただいている者より、食べること・飲み込むことに関して、また過去 3 日間の食事の内容、過去 1 日の活動状況等について質問をさせていただきます。
- 本調査の中でさせていただく質問としては、全体で 30 分程度を想定しております。
- なお、本調査にご協力いただいた在宅療養者については、ご回答いただいた内容をもとに、栄養・口腔・身体活動がどのような状況であるのかについて情報提供させていただきます。

3. 参加条件

- 摂食嚥下障害を有する高齢者のうち、ご本人が本調査への協力を了承した場合のみ、ご協力いただきます。本調査に協力することに同意しなくても、何ら不利益を受けません。
- ご協力いただける場合には、協力同意書にご署名を頂戴します。

4. 協力条件

- 調査に協力することに同意した後も、いつでも自由に調査への協力を取りやめることができます（途中解除といいます）。当初とお気持ちに変化があれば、お申し出下さい。途中解除した場合にも、何ら不利益を受けることはありません。

5. プライバシーの保護と情報の取り扱いについて

- 調査の結果は、協力いただいた方のデータを足し合わせて、全て統計的に処理し、個人を特定した集計・結果の公表をすることはありません。また、事例紹介として公表する場合には、年齢、病歴、利用したサービス内容に限定して記述され、氏名及び居住地域等個人の特定につながる情報が公表されることはありません。
- 集めた個人情報には本調査研究目的以外に使用することはありません。
- 資料は鍵のかかる棚に保管されて厳重に管理されるため、部外者が個人情報に触れることはありません。

平成 26 年 月 日

事業実施主体：
（公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会）

調査実施責任者：

調査内容説明者：

モデル事業協力同意書（本人控え）

（施設名） _____ 殿
（公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会）

私は下記の調査への協力にあたり、担当者から別紙の説明書に記載されている「調査内容」及び「協力内容」について説明を受け、これを十分に理解しましたので、調査に協力することに同意いたします。

事業名：摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の取組収集、分析に関する調査研究事業「個別事例調査」

説明事項：

1. 調査の内容について
2. 調査において、協力する内容について
3. 調査に協力することに同意しなくても何ら不利益を受けないことについて
4. 調査に協力することに同意した後も、自由に取りやめることが可能であることについて
5. プライバシーの保護、情報の取り扱いの件について

平成26年 月 日

協力者氏名 _____ 印

ご家族人氏名 _____ 印

調査対象者一覧

	ID	対象者名（イニシャル可）	対象者紹介事業所	調査実施者	調査実施日
入院患者	1-1				月 日
	1-2				月 日
	1-3				月 日
	1-4				月 日
	1-5				月 日
介護保険施設入所者	2-1				月 日
	2-2				月 日
	2-3				月 日
	2-4				月 日
	2-5				月 日
在宅療養患者	3-1				月 日
	3-2				月 日
	3-3				月 日
	3-4				月 日
	3-5				月 日
予備欄					月 日
					月 日
					月 日
					月 日
					月 日

摂食嚥下障害に関連する支援の状況	VE/F 実施の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (時期： 年 月、実施施設：)		
	歯科関係者の 関与の 有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 直近時期： 年 月 ⇒ 関与した職種： <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 ⇒ 関与の仕方： <input type="checkbox"/> 治療 (<input type="checkbox"/> 外来診療 <input type="checkbox"/> 訪問診療) <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 口腔ケア方法の指導 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上 <input type="checkbox"/> 口腔機能維持		
	他院からの転 院・ 医療機関から の退院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 転院時・退院時に提供された情報 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 調理方法 <input type="checkbox"/> 食具 <input type="checkbox"/> 食事姿勢 <input type="checkbox"/> 食事介助方法 <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理の方法 <input type="checkbox"/> 間接訓練の方法 <input type="checkbox"/> 歯科治療・義歯調整の必要性 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	入院・入所時の アセスメント 状況		評価の有無	実施職種
		栄養状態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		嚥下機能	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	栄養・摂食嚥下障害に関する支援計画の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	対象者(もしくは その介助者) が受ける 具体的な支援		有無	実施職種
		食形態の提案	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		調理方法についての助言	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		食具の提案	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		食事姿勢の提案	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
食事環境についての提案		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
食事介助方法についての提案		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
口腔衛生管理方法の助言		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
間接訓練(健口体操、マッサージ等)の実施		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
間接訓練方法の助言		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
直接訓練の実施		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
直近1週間の 口腔衛生管理 実施者		朝食後	昼食後	夕食後
	本人	回/7回	回/7回	回/7回
	家族	回/7回	回/7回	回/7回
	歯科衛生士	回/7回	回/7回	回/7回
	看護師	回/7回	回/7回	回/7回
	介護職	回/7回	回/7回	回/7回
	その他	回/7回	回/7回	回/7回

① 食べることについて

食事の内容・環境	摂取経路・摂食方法		<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻） <input type="checkbox"/> 自力摂取（はし／スプーン） <input type="checkbox"/> 自力摂取（自助具の使用） <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
	食形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> （ 分粥） <input type="checkbox"/> その他（ ）
		副食	<input type="checkbox"/> 普通菜 <input type="checkbox"/> 軟菜（一口大） <input type="checkbox"/> きざみ菜 <input type="checkbox"/> ミキサー菜・ペースト菜 <input type="checkbox"/> ゼリー菜
			⇒左記食形態の提案者（職種： ）
	一口量		<input type="checkbox"/> 大スプーン 2/3 程度 <input type="checkbox"/> それより多い <input type="checkbox"/> それより少ない
	とろみ剤の使用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 薄い（ポタージュ状） <input type="checkbox"/> 中間（とんかつソース状） <input type="checkbox"/> 濃い（ケチャップ状））
	食事場所		<input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 居室・寝室内 <input type="checkbox"/> ベッド上
	食事場所の状況 (衛生状態・匂い・音)		<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い
	一緒に食べる人		<input type="checkbox"/> ひとり <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設職員
	食事の姿勢		<input type="checkbox"/> 座位 ⇒テーブルの高さ（ <input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 否） 車椅子利用の有無（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 臥床（60°・45°・30°・20°・0°） 姿勢保持のための工夫 <input type="checkbox"/> 体幹保持 <input type="checkbox"/> 頸部保持 <input type="checkbox"/> 臀部除圧 <input type="checkbox"/> その他（ ）
食材の購入者 (在宅療養者のみ)		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> その他（ ）	
市販の介護食の利用の有無 (在宅療養者のみ)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒（ <input type="checkbox"/> どこで売っているかわからない <input type="checkbox"/> 高くて購入できない <input type="checkbox"/> その他（ ））	
食事の様子	食欲		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	覚醒状況		<input type="checkbox"/> 食事中寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 食事中は起きている
	食べ物でのむせ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき有 <input type="checkbox"/> 頻繁に有
	口からのこぼれ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> やや有 <input type="checkbox"/> 有
	食事の時間		<input type="checkbox"/> 15 分程度 <input type="checkbox"/> 30 分程度 <input type="checkbox"/> 45 分程度 <input type="checkbox"/> 1 時間以上
	一口量の飲み込みにかかる時間*		<input type="checkbox"/> 10 秒以内 <input type="checkbox"/> 10 秒以上 30 秒未満 <input type="checkbox"/> 30 秒以上 1 分未満 <input type="checkbox"/> 1 分以上 <input type="checkbox"/> 飲み込めない
	食事の満足度		<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> 不満

※おむね大きじすり切り 1 杯の一口量を口に入れてから全て飲み込んでしまうまでの時間（口腔内残渣がなくなるまでの時間）

② 具体的な食事内容

<記入例>

※3日間の食事をできるだけ詳しくご記入ください。

	献立名	食品名	目安量	重量(g)	
朝 食	ご飯	ご飯	茶碗軽く1杯	100	
	みそ汁	みそ	大さじ2/3	12	
		木綿豆腐	5切れ	30	
		乾燥わかめ	少々	0.5	
		ねぎ	少々	2	
	卵焼き	卵	1ヶ	50	
		しょうゆ	小さじ1/2杯	3	
		砂糖	小さじ1杯	3	
	漬物	油	小さじ1杯	4	
		きゅうりの浅漬け	3切れ		
お茶		緑茶	湯のみ2杯		
牛乳	牛乳	200ml			
調理担当者： 本人		食事時間： 7：30			
昼 食	献立名	食品名	目安量	重量(g)	
	ご飯	ご飯	茶碗軽く1杯		
		鯖の塩焼き	鯖	1切れ	
	ごま和え	塩			
		大根おろし			
		しょうゆ			
		しそ			
		ほうれん草	1株		
		人参	長さ3cmぐらい		
		ごま	少々		
果物	しょうゆ	小さじ1/2杯			
	みりん	小さじ1/2杯			
	りんご	1/4ヶ			
お茶	緑茶	湯のみ1杯			
調理担当者： デイサービス		食事時間： 12：00			

調理担当者
と食事時間
を記入し
てください。

食品名は
できるだけ
もらさず
お書き
ください。
重量が
分からない
場合は、
1人分
の目安
量をご
記入
ください。

1人分の
分量が
分から
ない
場合
は食
べた
量、
小鉢
1杯
と書
い
て
く
だ
さ
い。
材
料
名
は
必
ず
記
入
し
て
く
だ
さ
い。

調味料
の分量
が
分
か
ら
な
い
場
合
は
書
か
な
く
て
結
構
で
す。

③ 具体的な食事内容

1日目 <平成 年 月 日>

※3日間の食事をできるだけ詳しくご記入ください。

献立名	食品名	目安量	重量 (g)	献立名	食品名	目安量	重量 (g)
朝 食	調理担当者：			食事時間：			
	食事時間：						
昼 食	調理担当者：			食事時間：			
	食事時間：						
夕 食				食事時間：			
調理担当者：							
間 食				食事時間：			
調理担当者：							
摂取エネルギー量： kcal 摂取たんぱく質量： 9 水分補給量： ml				※摂取エネルギー等の計算が可能な場合には、1日あたりの摂取エネルギー量、たんぱく質量、水分補給量のみの記載可			

2日目 <平成 年 月 日>

※3日間の食事をできるだけ詳しくご記入ください。

献立名	食品名	目安量	重量 (g)	献立名	食品名	目安量	重量 (g)
朝食				夕食			
昼食				間食			
				摂取エネルギー量： kcal 摂取たんぱく質量： 9 水分補給量： ml ※摂取エネルギー等の計算が可能な場合には、1日あたりの摂取エネルギー量、たんぱく質量、水分補給量のみの記載可			

3日目 <平成 年 月 日>

※3日間の食事をできるだけ詳しくご記入ください。

献立名	食品名	目安量	重量 (g)	献立名	食品名	目安量	重量 (g)
朝食				夕食			
昼食				間食			
				摂取エネルギー量： kcal 摂取たんぱく質量： g 水分補給量： ml			
※摂取エネルギー等の計算が可能な場合には、1日あたりの摂取エネルギー量、たんぱく質量、水分補給量のみの記載可							

④ 口腔内の状況について

口腔内の状況	歯の有無	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ (上 本・下 本) <input type="checkbox"/> 無		
	義歯の使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あるが使用無	<input type="checkbox"/> 使用有
	口の中の痛み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (歯そのもの・歯茎・粘膜・歯使用时)		
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	よだれ	<input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少ない
	舌苔・汚れ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	口臭	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	奥歯の噛み合わせ	<input type="checkbox"/> 両側の奥歯で噛める <input type="checkbox"/> 片側の奥歯でなら噛むことができる <input type="checkbox"/> 奥歯で噛むことができない		
自身の歯もしくは義歯を使って噛んで食べられるもの	<input type="checkbox"/> スープ <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> とうふ <input type="checkbox"/> プリン <input type="checkbox"/> まぐろのさしみ <input type="checkbox"/> うなぎ蒲焼 <input type="checkbox"/> はんぺん <input type="checkbox"/> 煮魚 <input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> いかのさしみ <input type="checkbox"/> ハム ソーセージ <input type="checkbox"/> こんにゃく <input type="checkbox"/> かまぼこ ちくわ <input type="checkbox"/> ビスケット <input type="checkbox"/> おこわ <input type="checkbox"/> とり貝 酢だこ なまこ <input type="checkbox"/> くらげの酢の物 <input type="checkbox"/> らっきょう <input type="checkbox"/> 貝柱のひもの <input type="checkbox"/> おこし <input type="checkbox"/> するめいか <input type="checkbox"/> フランスパン <input type="checkbox"/> ビフテキ <input type="checkbox"/> サラミ <input type="checkbox"/> ぞうに餅 <input type="checkbox"/> 古たくわん、生あわび <input type="checkbox"/> 堅焼きせんべい <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> チューインガム <input type="checkbox"/> リンゴ丸かじり			

⑤ 身体活動状況について

過去1か月の身体活動状況	ベッド上で過ごす機会の有無	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ (<input type="checkbox"/> 1回未満/1日 <input type="checkbox"/> 1~3回/1日 <input type="checkbox"/> 4~6回/1日 <input type="checkbox"/> 日中ほとんど) (<input type="checkbox"/> 介助を必要とする <input type="checkbox"/> 補助具または見守りあり <input type="checkbox"/> 補助具・介助なし) <input type="checkbox"/> 無
	ベッドから離れて寝室内で過ごす機会の有無	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ (<input type="checkbox"/> 1回未満/1日 <input type="checkbox"/> 1~3回/1日 <input type="checkbox"/> 4~6回/1日 <input type="checkbox"/> 日中ほとんど) (<input type="checkbox"/> 介助を必要とする <input type="checkbox"/> 補助具または見守りあり <input type="checkbox"/> 補助具・介助なし) <input type="checkbox"/> 無
	寝室とは別の部屋で過ごす機会	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ (<input type="checkbox"/> 1回未満/1週 <input type="checkbox"/> 1~3回/1週 <input type="checkbox"/> 4~6回/1週 <input type="checkbox"/> 毎日) (<input type="checkbox"/> 介助を必要とする <input type="checkbox"/> 補助具または見守りあり <input type="checkbox"/> 補助具・介助なし) <input type="checkbox"/> 無
	玄関、階段、アパートの廊下、車庫、ベランダ、庭や私有地など敷地内で過ごす機会	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ (<input type="checkbox"/> 1回未満/1週 <input type="checkbox"/> 1~3回/1週 <input type="checkbox"/> 4~6回/1週 <input type="checkbox"/> 毎日) (<input type="checkbox"/> 介助を必要とする <input type="checkbox"/> 補助具または見守りあり <input type="checkbox"/> 補助具・介助なし) <input type="checkbox"/> 無
	自宅敷地外へ外出して過ごす機会	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ (<input type="checkbox"/> 1回未満/1週 <input type="checkbox"/> 1~3回/1週 <input type="checkbox"/> 4~6回/1週 <input type="checkbox"/> 毎日) (<input type="checkbox"/> 介助を必要とする <input type="checkbox"/> 補助具または見守りあり <input type="checkbox"/> 補助具・介助なし) <input type="checkbox"/> 無

⑥ 地域での連携状況について

関係者からの指摘事項	かかりつけ医（主治医）とから摂食嚥下障害についての指摘事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（具体的に： _____ ）
	ケアマネから摂食嚥下障害についての指摘事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（具体的に： _____ ）

摂食嚥下障害を有する高齢者に対する栄養サポートの個別事例調査食事内容記入表

1 日目

	献立名	食品名	目安量	重量 (g)
朝 食				
	調理担当者：			
昼 食				
	調理担当者：			

1日目

	献立名	食品名	目安量	重量 (g)
夕 食				
間 食				

調理担当者：

食事時間：

2日目

	献立名	食品名	目安量	重量 (g)
朝食				
	調理担当者： 食事時間：			
昼食				
	調理担当者： 食事時間：			

2日目

夕 食	献立名	食品名	目安量	重量 (g)
間 食				

調理担当者：

食事時間：

3日目

	献立名	食品名	目安量	重量 (g)
朝 食				
	調理担当者： 食事時間：			
昼 食				
	調理担当者： 食事時間：			

3日目

夕 食	献立名	食品名	目安量	重量 (g)
間 食	調理担当者：	食事時間：		

摂食嚥下障害を有する高齢者に対する栄養サポートの個別事例調査 様の栄養・口腔・身体活動の状況

< 栄養摂取状況 >

	1 日目	2 日目	3 日目
摂取エネルギー量	kcal	kcal	kcal
摂取たんぱく質量	g	g	g
水分補給量	ml	ml	ml
3 日間の食事内容を踏まえた栄養摂取状況について			

< 口腔の状況 >

< 身体活動の状況 >

摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制に関する実態調査

1. 貴施設の概況についてお答えください。

(1)施設名		
(2)所在地		
(3)施設種類	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 歯科診療所	} 病床数：() 床
(4)本調査票の記入者の職種	1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 (⇒摂食嚥下障害看護認定看護師資格あり・なし) 4. 歯科衛生士 5. 管理栄養士 6. 言語聴覚士 7. 事務職員 8. その他 (具体的に：)	
(5)診療科の状況	①内科	1. あり 2. なし
	②外科	1. あり 2. なし
	③耳鼻咽喉科	1. あり 2. なし
	④歯科	1. あり 2. なし
	⑤リハビリテーション科	1. あり 2. なし
	⑥摂食嚥下専門外来 (摂食嚥下障害に特化して診療時間を設けている場合)	1. あり (⇒訪問での対応あり・なし) 2. なし
(6)専門職の配置／摂食嚥下障害に関する院内外での活動状況	①耳鼻咽喉科医師	1. 配置あり ↳ { 01. 摂食嚥下障害について院内外での活動あり ↳ 02. 摂食嚥下障害について院内の患者のみ対応 2. 配置なし
	②歯科医師	1. 配置あり ↳ { 01. 摂食嚥下障害について院内外での活動あり ↳ 02. 摂食嚥下障害について院内の患者のみ対応 2. 配置なし
	③リハビリテーション科医師	1. 配置あり ↳ { 01. 摂食嚥下障害について院内外での活動あり ↳ 02. 摂食嚥下障害について院内の患者のみ対応 2. 配置なし

(6)専門職の配置／摂食嚥下障害に関する院内外での活動状況	④摂食嚥下障害認定看護師	1. 配置あり ↳ { 01. 摂食嚥下障害について院内外での活動あり 02. 摂食嚥下障害について院内の患者のみ対応 2. 配置なし
	⑤歯科衛生士	1. 配置あり ↳ { 01. 摂食嚥下障害について院内外での活動あり 02. 摂食嚥下障害について院内の患者のみ対応 2. 配置なし
	⑥管理栄養士	1. 配置あり ↳ { 01. 摂食嚥下障害について院内外での活動あり 02. 摂食嚥下障害について院内の患者のみ対応 2. 配置なし
	⑦言語聴覚士	1. 配置あり ↳ { 01. 摂食嚥下障害について院内外での活動あり 02. 摂食嚥下障害について院内の患者のみ対応 2. 配置なし
	⑧理学療法士	1. 配置あり ↳ { 01. 摂食嚥下障害について院内外での活動あり 02. 摂食嚥下障害について院内の患者のみ対応 2. 配置なし
	⑨作業療法士	1. 配置あり ↳ { 01. 摂食嚥下障害について院内外での活動あり 02. 摂食嚥下障害について院内の患者のみ対応 2. 配置なし
	⑩摂食嚥下障害の対応に必要と思われるが配置されていない専門職	1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 管理栄養士 5. 歯科衛生士 6. 言語聴覚士 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. その他

2. 貴施設における摂食嚥下障害に関する取組の概況についてお答えください。

(1) 自施設の入院患者に対する取組 ※病院・有床診療所以外の施設は(2)にお進み下さい。

		1 実施している									2 実施していない(必要時は他施設に依頼)
		実施者(当てはまる職種全てに○)									
		01 医師	02 歯科医師	03 看護師	04 管理栄養士	05 歯科衛生士	06 言語聴覚士	07 理学療法士	08 作業療法士	09 その他)	
摂食嚥下障害に関連する評価の実施状況	①栄養状態の評価の実施										
	②口腔衛生状態の評価の実施										
	③咀嚼機能の評価の実施										
	④嚥下内視鏡検査(VE)の実施										
	⑤嚥下造影検査(VF)の実施										
	⑥VE/VF によらない嚥下機能の評価の実施										
	⑦食事に対する認知機能や身体機能(麻痺の状態等)の評価										
	⑧生活の広がりに向けた評価 具体的には「離床時間、食事を楽しんでいるか、他の人と話す機会があるか等に関する評価」を指します。										
摂食嚥下障害に関連する指導等の実施の状況	⑨嚥下訓練(直接訓練)の実施										
	⑩嚥下訓練(間接訓練)の実施										
	⑪専門的口腔清掃の実施										
	⑫食事内容や食形態に関する指導の実施										
	生活機能向上に向けた指導等	⑬その人に合った環境調整(テーブルや椅子、ポジショニング等)									
⑭その人に合った食事指導(一口量や介助の方法)											

(2) 自施設の外来患者に対する取組

		1 実施している									2 実施していない(必要時は他施設に依頼)
		実施者(当てはまる職種全てに○)									
		01 医師	02 歯科医師	03 看護師	04 管理栄養士	05 歯科衛生士	06 言語聴覚士	07 理学療法士	08 作業療法士	09 その他)	
摂食嚥下障害に関連する評価の実施状況	①栄養状態の評価の実施										
	②口腔衛生状態の評価の実施										
	③咀嚼機能の評価の実施										
	④嚥下内視鏡検査(VE)の実施										
	⑤嚥下造影検査(VF)の実施										
	⑥VE/VF によらない嚥下機能の評価の実施										
	⑦食事に対する認知機能や身体機能(麻痺の状態等)の評価										
	⑧生活の広がりに向けた評価 具体的には「離床時間、食事を楽しんでいるか、他の人と話す機会があるか等に関する評価」を指します。										
摂食嚥下障害に関連する指導等の実施の状況	⑨嚥下訓練(直接訓練)の実施										
	⑩嚥下訓練(間接訓練)の実施										
	⑪専門的口腔清掃の実施										
	⑫食事内容や食形態に関する指導の実施										
	けた指導等 生活機能向上に向けた	⑬その人に合った環境調整(テーブルや椅子、ポジショニング等)									
⑭その人に合った食事指導(一口量や介助の方法)											

(3) 訪問による在宅療養患者に対する取組

		1 実施している									2 実施していない(必要時は他施設に依頼)
		実施者(当てはまる職種全てに○)									
		01 医師	02 歯科 医師	03 看護 師	04 管理 栄養 士	05 歯科 衛生 士	06 言語 聴覚 士	07 理学 療法 士	08 作業 療法 士	09 その他 ()	
摂食嚥下障害 に関連する評 価の実施状況	①栄養状態の評価の実施										
	②口腔衛生状態の評価の実施										
	③咀嚼機能の評価の実施										
	④嚥下内視鏡検査(VE)の実施										
	⑤嚥下造影検査(VF)の実施										
	⑥VE/VF によらない嚥下機能の 評価の実施										
	⑦食事に対する認知機能や身体 機能(麻痺の状態等)の評価										
	⑧生活の広がりに向けた評価 具体的には「離床時間、食事を楽しんでいる か、他の人と話す機会があるか等に関する 評価」を指します。										
摂食嚥下障害 に関連する指 導等の実施の 状況	⑨嚥下訓練(直接訓練)の実施										
	⑩嚥下訓練(間接訓練)の実施										
	⑪専門的口腔清掃の実施										
	⑫食事内容や食形態に関する指 導の実施										
	けた指導等 生活機能向上に向	⑬その人に合った環境 調整(テーブルや椅子、 ポジショニング等)									
⑭その人に合った食事 指導(一口量や介助 の方法)											

(4) 【病院・有床診療所の場合】退院患者についての情報提供の状況

①退院患者についての摂食嚥下障害に関する他施設等への申送りの実施	1. 様式を定めて実施 2. 特定の様式の定めはないが実施 3. 実施していない
(申送りを実施している場合) ②提供している具体的な内容	1. 食形態 2. 食事量 3. 食材 4. 使いやすい食具 5. 食事姿勢 5. 歯磨きの仕方 6. 口腔マッサージの仕方 7. 歯科治療の必要性 8. その他(具体的に:)
(申送りを実施している場合) ③退院後の状況確認の実施状況	1. 概ね全ての患者について状況確認している 2. あまり状況確認していない 3. 全く状況確認していない

3. 貴施設の所在する地域資源の状況についてお答えください。

【本調査における地域とは「市町村」との記載がある場合を除いて、貴施設の活動地域（診療圏域）の状況について、ご回答ください。また、地域内の状況について、貴施設だけでは回答が難しい場合には、関係する行政機関等にお問い合わせの上、ご回答ください。】

(1)地域内での歯科関係資源の状況	①地域内の歯科医療機関の配置状況	1. 自施設のみ 2. 自施設を含め複数の歯科医療機関あり 3. 自施設には歯科はないが、地域に歯科医療機関あり 4. 地域内に歯科医療機関はない 5. わからない
	②歯科保健センター	1. 自施設に併設 2. 自施設にはないが地域内の他施設にあり 3. 地域内にはない 4. わからない
(2)地域人材の活動状況 ※基本チェックリストの口腔関連項目とは、「①半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか、②お茶や汁物等でむせることがありますか、③口の渇きが気になりますか」の3項目を指します。	①食生活改善推進員 保健推進員等	1. 摂食嚥下障害に関連した活動を実施している ⇒01. 基本チェックリストの口腔関連項目*を実施している 02. 口腔体操等を実施している 03. 口腔機能を高める食事内容を提案している 04. その他(具体的に:) 2. 摂食嚥下障害に関連した活動は実施してはいない 3. そうした人材はいない・わからない
	②民生委員	1. 摂食嚥下障害に関連した活動を実施している ⇒01. 基本チェックリストの口腔関連項目*を実施している 02. 口腔体操等を実施している 03. 口腔機能を高める食事内容を提案している 04. その他(具体的に:) 2. 摂食嚥下障害に関連した活動は実施してはいない 3. そうした人材はいない・わからない

	③地域高齢者の見守りを行う NPO 等その他の人材	1. 摂食嚥下障害に関連した活動を実施している ⇒01. 基本チェックリストの口腔関連項目*を実施している 02. 口腔体操等を実施している 03. 口腔機能を高める食事内容を提案している 04. その他（具体的に： ） 2. 摂食嚥下障害に関連した活動は実施してはいない 3. そうした人材はいない・わからない
(3)地域内での摂食嚥下障害の発見・スクリーニングの状況	①虚弱高齢者について摂食嚥下障害を発見する仕組み	1. 行政による健診等 ⇒01. 基本チェックリストの口腔関連項目*の実施 02. 歯科関係者による視診 03. その他（具体的に： ） 2. 地域の人材によるチェック 3. その他（具体的に： ） 4. 特になし ※基本チェックリストの口腔関連項目とは、「①半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか、②お茶や汁物等でむせることがありますか、③口の渇きが気になりますか」の3項目を指します。
	②在宅要介護高齢者について摂食嚥下障害を発見する仕組み	1. 介護支援専門員による気づき 2. 在宅介護サービス提供事業者による気づき 3. その他（具体的に： ） 4. 特になし
	③地域内での摂食嚥下障害に関する相談窓口	1. 自施設*で実施 ⇒（担当職種等を具体的に： ） ※自施設は調査票の記入施設のみで併設施設については他施設としてお答えください。 2. 地域内の他施設で実施 ⇒（具体的に： ） 3. 行政で実施 4. わからない・そのような場はない

(4)地域内での在宅療養者に対する摂食嚥下障害に関するサービスの提供可能状況	①食事内容・食形態に関する指導 具体的には「管理栄養士や言語聴覚士などによる、本人にあった食事メニュー、食形態(とろみ、刻みなど)についての指導」を指します。	1. 自施設の職員が実施 2. 自施設ではないが他施設の職員が実施 3. 行政が実施(行政の直営だけでなく、委託での実施も含みます) 4. わからない	
	②食事介助に関する指導 具体的には「療法士などによる、本人の能力(身体機能や嚥下機能など)に応じた介助方法についての指導」を指します。	1. 自施設の職員が実施 2. 自施設ではないが他施設の職員が実施 3. 行政が実施(行政の直営だけでなく、委託での実施も含みます) 4. わからない	
	③食事姿勢に関する指導 具体的には「療法士などによる、本人に良い食事姿勢になるようテーブルや椅子の高さや種類などについての指導」を指します。	1. 自施設の職員が実施 2. 自施設ではないが他施設の職員が実施 3. 行政が実施(行政の直営だけでなく、委託での実施も含みます) 4. わからない	
	④嚥下訓練に関する指導・サービスの提供 具体的には、「歯科衛生士や言語聴覚士などによる、本人の嚥下機能などについて評価および指導並びに嚥下訓練の実施」を指します。	1. 自施設の職員が実施 2. 自施設ではないが他施設の職員が実施 3. 行政が実施(行政の直営だけでなく、委託での実施も含みます) 4. わからない	
(4)地域内での在宅療養者に対する摂食嚥下障害に関する指導・サービスの提供可能状況	⑤口腔衛生管理に関する指導・サービス提供 具体的には、「歯科衛生士や看護師などによる、歯のブラッシング、入れ歯の手入れ方法等についての指導並びに専門的口腔清掃の実施」を指します。	1. 自施設の職員が実施 2. 自施設ではないが他施設の職員が実施 3. 行政が実施(行政の直営だけでなく、委託での実施も含みます) 4. わからない	
	その他の地域の資源	⑥摂食嚥下障害に対応した指導・練習のできる通所施設(口腔機能向上加算の算定事業所に限定しません)	1. あり 2. なし 3. わからない
		⑦摂食嚥下障害に対応できる食事の提供ができる通所施設	1. あり 2. なし 3. わからない
		⑧摂食嚥下障害に対応できる配食サービス	1. あり 2. なし 3. わからない
(5)地域内で摂食嚥下障害にかかる疑いがあった場合、それに対応する活動等で特徴的なものがありましたら、具体的にご記入ください。			

4. 今年度、貴施設の所在する地域における摂食嚥下障害に関連する活動についてお答えください。

(1)地域での摂食嚥下障害に関する専門職が集っての活動の状況 (摂食嚥下に特化せず、摂食嚥下を1テーマとして扱っているものすべてを対象としてお考えください)	1. 勉強会の開催あり ⇒貴施設の参加の有無 (中心的施設として参加・協力施設として参加)	
	2. 個別症例についての対応状況を検討する会議等あり ⇒貴施設の参加の有無 (中心的施設として参加・協力施設として参加)	
3. その他の活動あり ⇒貴施設の参加の有無 (中心的施設として参加・協力施設として参加)		
4. なし		
5. わからない		
①勉強会がある場合	1)名称	
	2)開催頻度	1. 月1回以上 2. 2～3カ月に1回 3. 半年に1回 4. 年1回
	3)参加者	1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 歯科衛生士 5. 管理栄養士 6. 言語聴覚士 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 介護支援専門員 10. その他の介護職員 11. その他 (具体的に: _____)
	4)関連組織の関与	1. 医師会 2. 歯科医師会 3. 栄養士会 4. その他 (具体的に: _____)
②個別症例についての対応状況を検討する会議等がある場合	1)名称	
	2)開催頻度	1. 月1回以上 2. 2～3カ月に1回 3. 半年に1回 4. 年1回
	3)参加者	1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 歯科衛生士 5. 管理栄養士 6. 言語聴覚士 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 介護支援専門員 10. その他の介護職員 11. その他 (具体的に: _____)
	4)関連組織の関与	1. 医師会 2. 歯科医師会 3. 栄養士会 4. その他 (具体的に: _____)
③その他の活動がある場合	1)活動の具体的内容	
	2)関与者	1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 歯科衛生士 5. 管理栄養士 6. 言語聴覚士 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 介護支援専門員 10. その他の介護職員 11. その他 (具体的に: _____)
	3)関連組織の関与	1. 医師会 2. 歯科医師会 3. 栄養士会 4. その他 (具体的に: _____)

(2)個別患者の摂食嚥下障害に関する地域での情報交換の仕組み	①嚥下評価依頼等についての地域での共通の書式	1. あり 2. なし 3. わからない
	②退院患者等についての摂食嚥下の状態に関する情報提供のための共通の書式	1. あり 2. なし 3. わからない
	③情報交換の状況 (書式の有無は問いません。 主観でお答えください。)	1. 積極的に実施されている 2. どちらとも言えない 3. あまり実施されていない
	⇒情報提供のための書式がある場合で、ご提供が可能な場合には調査票に同封してご返送ください。	
(3)住民を対象とした摂食嚥下に関する勉強会等開催の有無	1. あり ⇒貴施設の参加の有無（中心的施設として参加・協力施設として参加） 2. なし 3. わからない	

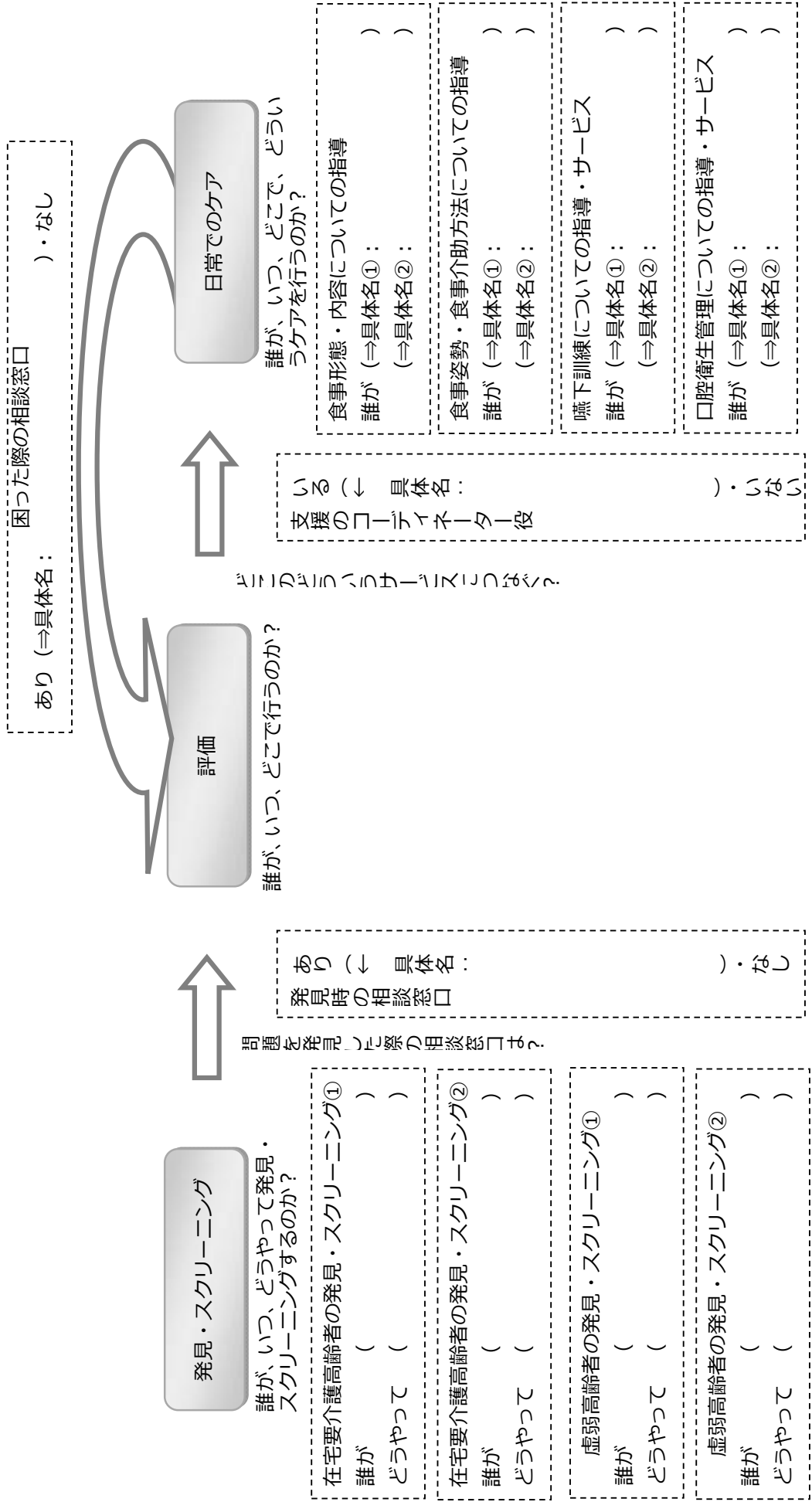
5. 貴施設をはじめ地域の関係者が協働し、摂食嚥下障害を有する高齢者に対して具体的な支援が行われた具体的な事例について、誰がどのような支援をしたかを明示しながら3例までご記入ください。

記入例	対象者の状況	年齢（ 80 ）歳代 性別（男・ 女 ） 要介護度（ 要介護3 ）居住形態（ 独居・ただし娘が近居 ）
	背景	最近体重が低下してきたということに気付いたケアマネジャーが かかりつけ医 にそのことについて 相談
	対応状況	<ul style="list-style-type: none"> ・内科医であるかかりつけ医は、男性の声がかすれていること等が気になったため、嚥下評価を実施可能な当院に嚥下評価を依頼。 ・その結果、咀嚼機能・嚥下機能がかなり低下していることが判明。 ・当院からは、現在の咀嚼・嚥下機能とともに、現状での適切な食形態・継続的なケアの必要性について情報提供するとともに、摂食嚥下障害への対応に熱心な歯科診療所を紹介。 ・当該歯科診療所からは、歯科衛生士が居宅療養管理指導で訪問を行い、専門的口腔清掃ならびに口腔マッサージを行うとともに、家族ならびにヘルパーに口腔清掃や口腔マッサージの方法について指導。 ・また、日常的に利用している配食サービスの事業所にもケアマネジャーより男性が対応可能な嚥下食についての情報が提供され、男性の嚥下機能にあった食事が提供されるようになった。
	結果	男性の体重は回復し、外出機会が増えてきた。
事例1	対象者の状況	年齢（ ）歳代 性別（男・女） 要介護度（ ）居住形態（ ）
	背景	
	対応状況	
	結果	

事例2	対象者の状況	年齢（ ）歳代 性別（男・女） 要介護度（ ）居住形態（ ）
	背景	
	対応状況	
	結果	
事例3	対象者の状況	年齢（ ）歳代 性別（男・女） 要介護度（ ）居住形態（ ）
	背景	
	対応状況	
	結果	

6. 貴施設の所在する地域における摂食嚥下障害を有する高齢者に、発見・スクリーニング、評価、日常のケアという一連の流れの中で誰がどのようにかかわっているかについて、図の中の点線枠内に有無とある場合、() 内に関係者の名称、方法等のかかわりについてご記入ください。なお、関係者が複数の場合には、主なもの2つまでご記入ください。

【本調査において「地域」とは、貴施設が主たる活動範囲としている地域のことを指します。】



そのほか地域で摂食嚥下障害を有する高齢者を支えるという事項についてご自由にご記入ください。

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

摂食嚥下障害を有する高齢者に対する地域支援体制の取組収集、分析に
関する調査研究事業 報告書

平成27年3月

発行： 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 4F
TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499
ホームページURL <http://www.kokushinkyo.or.jp/>

印刷： 中和印刷株式会社

