



平成22年度 東京都8020運動推進特別事業



東京都 摂食・嚥下機能支援 推進マニュアル

～在宅療養者の食を支える地域連携を進めるために～

まえがき

東京都は、都民の全てが歯と口腔の健康を保ち、健康寿命を延ばして豊かな生活ができるよう、様々な施策を展開しております。その結果、平成元年からスタートした8020運動は大きく前進し、平成21年度の調査では、8020を達成している80歳の方が、およそ4割に及ぶなどの成果を得ています。

他方、高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の中には、嚙んだり、飲み込んだりすることが困難な「摂食・嚥下障害」のある方が少なくないことがわかってきました。

摂食・嚥下障害は、口から食べる楽しみを奪って生活の質を損なうばかりでなく、低栄養、誤嚥性肺炎、窒息等の原因ともなる障害です。このため、摂食・嚥下機能支援には、障害への気づき、評価、リハビリテーションといった対応が必要となることから、医科・歯科・コメディカルスタッフや介護職、そして家族をも含めた多くの人々の連携が不可欠です。

しかし、これまで、摂食・嚥下機能の専門的な評価が検査のできる環境が病院内に限定されていたこと、また、地域に摂食・嚥下障害に対する知識を持った医師、歯科医師、コメディカル等が少ないこと等のために、在宅でお困りの要介護高齢者等を支援する取組は殆どありませんでした。

そこで、都は、平成20年度から（社）東京都医師会、（社）東京都歯科医師会にご協力いただきながら、実際に専門的な評価を行い、リハビリテーションのために様々な指導ができる医師・歯科医師を育成し、併せてチーム医療の推進のためのコメディカルスタッフの育成を進めてきました。また、北多摩西部保健医療圏におけるモデル事業（地域摂食・嚥下機能支援協議会：新田國夫委員長）を通して、摂食・嚥下機能支援の仕組づくりに取り組みました。

本マニュアルには、都におけるこれまでの取組のエッセンスと推進策の概要を示し、併せて先進的な取組事例を多数紹介しております。多くの関係者に本マニュアルをご活用いただき、在宅療養者の食を支える地域連携がさらに推進されることを願っております。

平成23年3月

東京都福祉保健局医療政策部長
中川原 米俊

Contents

まえがき	1
はじめに	4
マニュアル作成の目的	5

第1章 地域連携の新たなテーマ「摂食・嚥下機能支援」を進めるために

1. 今なぜ、摂食・嚥下機能支援か？	6
(1) 高齢社会と摂食・嚥下機能障害	6
(2) 脳卒中に伴う嚥下障害への対応とその問題点(胃ろうの造設・的確な評価の不在)	6
2. 地域連携システムとしての摂食・嚥下機能支援事業	10
(1) 摂食・嚥下機能推進協議会の役割	10
(2) 摂食・嚥下機能支援における多職種協働とは何か？	
なぜ、多職種連携が必要なのか？	13
(3) 評価医・コメディカルスタッフの育成	
求められるスキルと研修プログラムの考え方	15
(4) 嚥下内視鏡検査（VE）について	17
①在宅医療における嚥下内視鏡検査（VE）の活用について	
②嚥下内視鏡検査（VE）の実施にあたっての留意点	
③嚥下内視鏡検査（VE）の合併症と対応	
(5) 事例検討会 多職種連携による摂食機能支援	25
(6) 摂食・嚥下機能支援センターにおける窓口機能	28
3. 東京都が進める「摂食・嚥下機能支援」	29
(1) 人材の育成（平成20～22年度）	29
(2) モデル事業による仕組づくり	31
(3) 摂食・嚥下機能支援推進事業の展開に向けて（平成23年度～）	35
○「摂食・嚥下機能支援推進事業」を活用した展開例	38

第2章 摂食・嚥下障害に対するアプローチの実際

1. 小児に対するアプローチ	41
2. 認知症患者に対するアプローチ	44
3. 急性期病院におけるアプローチ	48
4. 回復期リハビリテーションにおけるアプローチ	52
5. 在宅医療におけるアプローチ	
○かかりつけ医	56
○かかりつけ歯科医	59
○訪問看護ステーション	63
6. 特別支援学校におけるアプローチ	66

第3章 先進的な事例に学ぶ

1. 厚木市を中心とした摂食・嚥下機能支援の地域支援	71
2. 豊島区口腔保健センター「あぜりあ歯科診療所」が 核となって進める摂食・嚥下機能支援	77

提 言 医行為に関する最近の考え方	80
-------------------	----

コラム 摂食・嚥下における“嚙むこと”の役割	82
------------------------	----

資 料	84
-----	----

あとがき	114
------	-----

東京都 摂食・嚥下機能支援推進マニュアル作成委員会委員名簿	115
-------------------------------	-----

はじめに

食は、私たちの生活における楽しみや喜びの源であり、生きる力の礎ともなります。(社)東京都歯科医師会は「噛むことは健康の源」をスローガンに、歯と口腔の健康づくりをすすめてまいりました。おかげさまで、都民の健康づくりに対する関心の高まりとともに、かかりつけ歯科医による口腔ケアの習慣が普及し、8020の達成者が4割に及ぶなど大きな成果を得ているところです。

しかし一部の高齢者には、ご自分の歯や入れ歯があっても、噛むこと・飲み込むことにお困りになる「摂食・嚥下障害」のあることがわかってきました。摂食・嚥下障害は、脳卒中の後遺症や加齢に伴う場合が多く、私たち歯科医師は、在宅歯科医療の場面で、患者さんやそのご家族から「口から食べられない」ことに関する相談を受ける機会が増えています。

摂食・嚥下障害は、食べ物を口に取り込み、噛み砕き、飲み込むという一連の機能に関わる障害であるため、かかりつけ歯科医のみならず、主治医や耳鼻咽喉科医、リハビリテーション科医、さらには多職種の方々が共同して検査やリハビリテーションを行う必要があります。しかし、地域の中でこのような連携はあまり進んでおらず、また障害についてどこに相談したらよいかわからない都民も少なくありません。

このため(社)東京都歯科医師会は、平成20年度から東京都及び(社)東京都医師会にご協力いただき、医師・歯科医師等を対象とした研修事業や普及啓発に取り組んでまいりました。

そしてこの度、東京都の委託を受け、地域における摂食・嚥下機能支援の更なる発展を期して、東京都 摂食・嚥下機能支援推進マニュアルを作成いたしました。本マニュアルが十分に活用され、多くの都民が食べる喜びをいつまでも享受できるよう願ってやみません。

最後に、作成にご協力いただきました(社)東京都医師会、執筆を担当いただきました皆様方に、心から感謝申し上げます。

平成23年3月

社団法人 東京都歯科医師会
会長 浅野紀元

マニュアル作成の目的

要介護高齢者等に広く見られる摂食・嚥下障害は、口から食べる楽しみを奪い生活の質を損なうばかりでなく、低栄養、誤嚥性肺炎、窒息等の原因ともなる。北海道の調査（平成17年度北海道保健福祉部「要介護高齢者に対する摂食嚥下障害者対策実態調査」）によれば、要介護高齢者の約18%に摂食・嚥下障害が認められ、これをもとにすると、都内の要介護高齢者38万人（平成20年4月）のうち約7万人に摂食・嚥下障害があると推計される。急速に高齢化が進む都において、摂食・嚥下機能支援は重要な課題となっている。

摂食・嚥下障害は脳卒中発症後の要介護高齢者に多く、急性期を脱した後の地域医療における対応が必要だが、専門的な評価を行い、リハビリテーションや食の支援のための指導ができる医師・歯科医師はまだ少ない。このため都は、平成20年度から摂食・嚥下リハビリテーションの担い手となる医師・歯科医師・コメディカルスタッフの人材育成を開始した。さらに平成20・21年度のモデル事業において、在宅療養者を対象とした多職種連携によるリハビリテーションの取組を試行した。

都はこれまでの成果を踏まえ、地域の医療機関や多職種が連携・協力して在宅療養者の食を支える地域連携の推進を目的として東京都歯科医師会に委託して本マニュアルを作成した。

【マニュアルの使い方】

◇地域における「摂食・嚥下機能支援推進事業」の企画の参考に

都は平成20年度からの取組の成果を踏まえ、平成23年度以後、都独自事業である医療保健政策区市町村包括補助事業を活用した「摂食・嚥下機能支援推進事業」の地域展開を推進していく（35ページ参照）。本マニュアルには、「摂食・嚥下機能支援推進事業」の概要及びその展開例を示した。摂食・嚥下機能支援推進事業を企画する際には、ぜひ参考にされたい。

◇スキルアップの参考に

摂食・嚥下機能支援には、医科・歯科・コメディカルスタッフが協働して取組むことが必要であり、都はこれまで都立心身障害者口腔保健センター及び地域の医療機関と連携し、必要な人材の育成に努めてきた。本マニュアルには各職種のスキルアップの参考に、都の行った人材育成研修及び多様な事例を掲載した。

また、都のモデル事業及び人材育成事業において、摂食・嚥下機能評価として最近普及してきた嚥下内視鏡検査（VE）をとりあげた。本検査は、在宅医療における評価法として非常に有用であるが、検査の安全性・有効性を担保するため、学会等の基準に基づいた研鑽と多様な視点からのアプローチが必要であり、医科・歯科の十分な協力体制が重要となる。

第1章

地域連携の新たなテーマ 「摂食・嚥下機能支援」を進めるために

1 今なぜ摂食・嚥下機能支援か？

(1) 高齢社会と摂食・嚥下機能障害

日本は世界に類をみない空前の超高齢社会を迎えている。それに伴い高齢者の主たる死因である誤嚥性肺炎を引き起こす摂食・嚥下障害患者は増加している。

疾患の影響のみならず、老化自体も摂食・嚥下機能を低下させる。加齢に伴って舌の内部の筋肉が萎縮し¹⁾、舌が食べ物を送り込む力も低下する²⁾。また、咽頭収縮が弱まることや^{2) 3)}、喉頭の位置自体も老化によって低下するとの報告が存在する^{4) 5)}。そして、嚥下時食道の入口の開きは減少し^{5) 6)}、更に声門閉鎖が悪くなると誤嚥の危険性が高まると考えられている⁷⁾。食道の蠕動運動については、老化による低下はするものの、障害を引き起こすほどのものではない⁸⁾。むしろ、老化に伴って増えるさまざまな疾患により食道の機能が大きく低下すると考えられている⁸⁾。老化が摂食・嚥下に必要な他の側面に及ぼす影響についても多くの報告がある。加齢により唾液分泌量が減少するという報告と^{9) 10)}、変化しないという報告があり^{11) 12)}、統一された見解であるとは言い難いが、老化、薬剤の影響^{13) 14)}、全身疾患の影響^{15) 16)}による唾液分泌量の低下、水分の口腔から蒸発¹⁷⁾などが、高齢者の口腔乾燥症を引き起こす。唾液はでんぷんの消化だけでなく、味物質を溶解し味覚発現を助ける、粘膜保護、粘膜・舌・歯を潤滑させ口の動きをスムーズにする、微生物や食物などを洗い流す、酸・アルカリなどを薄める、唾液に含まれる抗菌因子による抗菌作用などの役割があるために、著しい口腔乾燥状態は幅広く摂食・嚥下機能に悪影響を及ぼす。老化と味覚の関係についても一定の見解があるとは言い難いが、酸味や甘味に比べると、塩味を感じる能力は比較的低下しやすく¹⁸⁻²⁰⁾、味覚よりも嗅覚のほうが低下しやすいと考えられている²¹⁾。

このように、老化は摂食・嚥下機能にかなりの影響を及ぼし、実際に要介護高齢者に摂食・嚥下障害患者は多い²²⁻²⁴⁾。北海道で大規模なアンケート調査も行われ、北海道における摂食・嚥下障害患者の推計数は、病院14,253人、介護保険施設6,696人、在宅13,900人の合計約35,000人で、要介護高齢者数の約18%であったとされる²⁵⁾。よって今後はいわゆる慢性期の状態にある患者への専門的な対応がより重要な視点となる。

(2) 脳卒中に伴う嚥下障害への対応とその問題点（胃ろうの造設・的確な評価の不在）

服部ら²⁶⁾は、訪問診療で対応した265名の摂食・嚥下障害患者に対して、その栄養摂取方法と嚥下内視鏡による機能評価の結果を比較することにより、問題点を抽出している。そこでは栄養摂取方法を5段階に分けて、初診時の栄養摂取方法と、検査の結果勧められる栄養摂取方法を比較している。

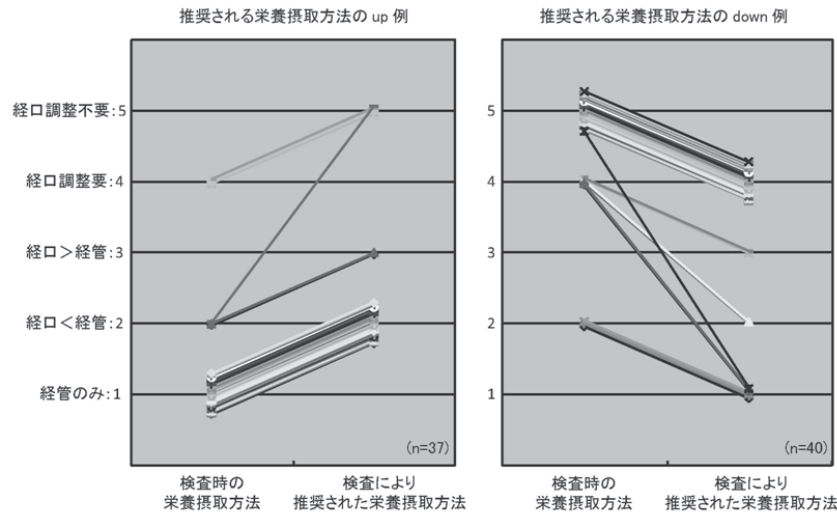


図 1：摂食・嚥下機能と栄養摂取方法の乖離

その結果、患者の摂食・嚥下機能が実際よりも低く見積もられていた症例（つまり、食形態を上げられるはずの症例）が37名（図 1 左）、高く見積もられていた症例（食形態を下げた方がよい症例）が40名（図 1 右）であった。低く見積もられていた37例中30例は、初診時は経管栄養のみであったが、ゼリーやトロミ等、誤嚥しにくいものを用いれば、直接訓練が可能と判断された症例であった。一方、高く見積もられていた40例中28例は、初診時常食を摂取していたが、水分にはとろみをつける、軟菜食にするなど、食形態に何らかの調整を必要とする症例であった。

摂食・嚥下機能支援という言葉からは、訓練的な対応をイメージしやすいかもしれないが、このように実際には患者の摂食・嚥下機能と栄養摂取方法との不一致が問題になっている場合が多いといえる。また、Finucane ら²⁷⁾は、19の異なる施設において、経管栄養にした後の肺炎の発症率を調査したところ、発症率にはかなりのばらつきがみられるとした。つまり、経管栄養にするだけでは肺炎の発症を抑えることができないということであり、その後のケアが重要であることを示している。

Barer DH²⁸⁾は、一側性脳血管障害を起こした症例の摂食・嚥下障害の発症率をみているが、48時間以内は3割程度の患者に摂食・嚥下障害が残るが、半年経つと0.2%まで低下すると報告している。また、才藤ら²⁹⁾は、急性期には3～4割の摂食・嚥下障害が認められるが、慢性期まで残存するのは1割に満たないと報告している。さらに、Yokohama ら³⁰⁾は胃ろう造設を行った302名の入院患者に対して、その後の経口摂取の状況を観察しているが、44名が経口摂取可能となり、さらにそのうち15名は経口よりの十分な経口摂取が継続できたとしている。

高齢に伴い摂食・嚥下機能が低下することにより現在さまざまな議論がある。議論を大きく分けると摂食・嚥下障害により安易に胃ろうがつくられること。また逆に口からの食事の摂取が不可能になったことが人の終末である議論である。脳卒中併発後に30%近い人が嚥下障害を併発する。急性期病院の平均在院日数が日本では19日であるところからこの期間に経口可能になることは困難であることが多く結果として胃ろうが作られる。その後、嚥下能力は回復はしているが胃ろうによる栄養補給が継続的に行われていることが実情である。超高齢期、感染症を併発し、入院医療となる場合、一時的に経口摂取が不可能となり胃ろうの使用が勧められることも多く家族に混乱が生

まれている。認知症の終末期，経口からの嚥下が不可能となり，その後の状況が正確に伝わることなく胃ろうが作られることもしばしばである。在宅患者は上記のような摂食・嚥下機能において非常に不安定な状態像を示している。また EU の文化的な影響もあるが人の終末は経口からの食事摂取が不可能になれば自然死として認められる議論である。道理の議論ではあるが，この経口からの食事の摂取可能かどうかの状態像が非常に幅の広い範囲を持つ。高齢の終末期，現状では在宅，施設，療養型病床群，そして一般病棟，様々な居場所にいる実情がある。そしてそれぞれに経口からの食事摂取の状況が異なる。状況の異なるなかで様々な議論がある。こうした議論の背景には地域での確に摂食・嚥下機能評価が行われていない状況が混乱を起こしており，高齢者を含めた摂食・嚥下障害の議論を不鮮明にしている。私たちはできる限り経口からの食事を可能にするために，摂食・嚥下機能評価を地域に作る必要がある。

摂食・嚥下障害への対応を専門とする医師・歯科医師はもちろんのこと，近年では日本摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士，日本老年歯科医学認定医，日本障害者歯科医学認定医・認定歯科衛生士，日本看護協会摂食障害認定看護師，日本語聴覚士認定言語聴覚士（摂食・嚥下障害領域），日本歯科衛生士会認定歯科衛生士（摂食・嚥下リハビリテーション・在宅療養指導（口腔機能管理））など，摂食・嚥下リハビリテーションに関連する様々な認定制度が立ちあがっている。摂食・嚥下リハビリテーションは“食べること”を幅広くとらえて対応するものであり，このように地域の人的資源などを踏まえた上で医科，歯科およびこのような認定を持った専門職などが効果的に機能できるような調整をすることが重要である。

（新田國夫・戸原 玄）

【参考文献】

- 1) 小林武夫：老人の喉頭・声道の病態，耳鼻咽喉科・頭頸部外科 MOOK 12, p 128-135, 金原出版，東京，1989年
- 2) Fulp SR, Dalton CB, Castell JA, Castell DO: Aging-related alterations in human upper esophageal sphincter function, *Am J Gastroenterol* 85: 1569-1572, 1990年
- 3) Sonies B, Maureen S, Shawker T: Speech and swallowing in the elderly, *Gerodontology* 3: 115-123, 1984
- 4) Tallgren A, Solow B: Hyoid bone position, facial morphology and head posture in adults, *European Journal of Orthodontis* 9: 1-8, 1987
- 5) Logeman JA, Rademaker AW, Kahrias PJ, Smith CH: Temporal and biomechanical characteristics of oropharyngeal swallow in younger and older men, *Journal of speech and hearing research* 43: 1264-1274, 2000
- 6) Shaw DW, Cook IJ, Holloway RH, Simura ME, Panagopoulos V, Dent J: Influence of normal aging on oral-pharyngeal and upper esophageal sphincter function during swallowing, *Am J Physiol*: 268, 389-396, 1995
- 7) 古川浩三：老人の嚥下，耳鼻咽喉科・頭頸部外科 MOOK 12, p 145-150, 金原出版，東京，1989年
- 8) Ergun GA, Miskovitz PF: Aging and the esophagus; Common pathologic conditions and their effect upon swallowing in the geriatric population, *Dysphagia* 7: 58-63, 1992
- 9) 今野昭義，伊藤永子，岡本美孝：老人の唾液腺機能，老年者と耳鼻咽喉科，第1版，p 151-160, 金原出版，東京，1989年
- 10) Percival RS, Challacombe SJ, Marsh PD: Flow rates of resting whole and stimulated

- parotid saliva in relation to age and gender., J Dent Res, 73: 1416-1420, 1994
- 11) Heft MW, Baum BJ: Unstimulated and stimulated parotid salivary flow rate in individuals of different ages., J Dent Res, 63: 1182-1185, 1984
 - 12) Tylenda CA, Ship JA, Fox PC, Baum BJ: Evaluation of submandibular salivary flow rate in different age groups., J Dent Res, 67: 1225-1228, 1988
 - 13) Smith DL: Drug-induced xerostomia., Am Pharmacy, NS 23: 35, 1983
 - 14) Fox PC, van der Ven PF, Sonies BC, Weiffenbach JM, Baum BJ. Xerostomia: evaluation of a symptom with increasing significance., J Am Dent Assoc, 110: 519-525, 1985
 - 15) 柿木保明：【口腔乾燥症 唾液分泌低下のメカニズムと臨床的対応】口腔乾燥症の診断・治療・ケア, 歯界展望, 100 : 366-376, 2002年
 - 16) 藤林孝司：高齢化時代の口腔内特異疾患の理解 とくに口腔乾燥症とシェーグレン症候群, The Quintessence, 21 : 341-349, 2002年
 - 17) Dawes C: Physiological factors affecting salivary flow rate, oral sugar clearance and the sensation of dry mouth in man., J Dent Res, 66: 648-653, 1987
 - 18) Grzegorzczak PB, Jones SW, Mistretta CM: Age-related differences in salt taste acuity, J Gerontol, 34: 834-840, 1979
 - 19) Weiffenbach JM, Baum BJ, Burghauer R: Taste thresholds: quality specific variation with human aging, J Gerontol, 37: 372-377, 1982
 - 20) Matsuda T, Doty RL: Regional taste sensitivity to NaCl: relationship to subject age, tongue locus and area of stimulation, Chem Senses, 20: 283-290, 1995
 - 21) Cowart BJ: Relationships between taste and smell across the adult life span, Annals of New York Academy of Science, 561: 31-55, 1989
 - 22) Ekberg, O., Feinberg, and M.J.: Altered swallowing function in elderly patients without dysphagia: radiologic findings in 56 cases, Am. J. Roentogenol., 156, 1181-1184, 1991.
 - 23) Sheth, N., and Diner, W.: Swallowing problems in the elderly, Dysphagia., 3, 209-215, 1988.
 - 24) Tibbling, L., Gustafsson, B.: Dysphagia and its consequences in the elderly, Dysphagia., 6, 200-202, 1991.
 - 25) 要介護高齢者に対する摂食嚥下障害対策実態調査報告書, 平成17年度 老人保健事業基盤整備事業, 北海道総合保健医療協議会地域保健専門委員会北海道保健福祉部, 2006年
 - 26) 服部史子, 戸原玄, 中根綾子, 大内ゆかり, 後藤志乃, 三串伸哉, 若杉葉子, 高島真穂, 小城明子, 都島千明, 植松宏：在宅および施設入居摂食・嚥下障害者の栄養摂取方法と嚥下機能の乖離, 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌 12 (2) , 101-108, 2008年
 - 27) Finucane TE, Bynum JP: Use of tube feeding to prevent aspiration pneumonia, Lancet. 348 (9039) : 1421-1424, 1996年
 - 28) Barer DH: The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke, Neurol, Neurosurg, Physchatry. 52: 236-241 1989
 - 29) 才藤栄一, 千野直一：脳血管障害による嚥下障害のリハビリテーション, 総合リハ, 19 (6) : 16-25, 1991年
 - 30) Shiro Yokohama, Masaru Aoshima, Satoshi Koyama, Keisuke Hayashi, Junya Shindo † and Junichi Maruyama: Possibility of oral feeding after induction of percutaneous endoscopic gastrostomy, Journal of Gastroenterology and Hepatology 25: 1227-1231, 2009年
 - 31) 才藤栄一：リハビリテーション医学・医療総論, 日摂食・嚥下リハ会誌 5 (2) : 3-10, 2001年

2 地域連携システムとしての摂食・嚥下機能支援事業

本稿では、地域連携システムとしての摂食・嚥下機能支援事業の構成要素「摂食・嚥下機能支援推進協議会」、「多職種協働」、「事例検討会」、「摂食・嚥下機能支援センター」等の機能及び役割について解説する。また事業を推進するために必要な人材育成の考え方及び在宅での評価法として活用が進む嚥下内視鏡検査（VE）について述べる。

(1) 摂食・嚥下機能推進協議会の役割

摂食・嚥下機能支援事業の構築・推進にあたっては、多職種、関係機関・団体等による協力・協働が不可欠であり、それを保障する場としての「推進協議会」の運営は最も重要な要素の一つであるともいえる。

北多摩西部保健医療圏の協議会設置要領では、協議会の設置目的を、「障害児（者）及び高齢者の摂食機能を支援する人材育成及び社会資源の地域ネットワークの構築を図り、もって障害児（者）及び高齢者がQOLの高い生活ができるよう支援するため、摂食・嚥下支援協議会を設置する。」とし、協議会ではその目的を達成するため、(1) 摂食・嚥下機能支援に関するネットワークの構築に関する事項、(2) 摂食・嚥下機能支援を担う人材育成のための研修及び事例検討等に関する事項、(3) 保健・医療・福祉関係機関の連携に関する事項、(4) その他摂食・嚥下機能に関し必要な事項、を協議することとなっている。

こうした協議会機能を具体化するための構成員として、(1) 学識経験者、(2) 圏域における保健・医療・福祉関係機関の代表、(3) 圏域各市の代表、(4) 東京都立心身障害者口腔保健センターの代表、(5) 東京都及び多摩立川保健所の代表、(6) その他、摂食・嚥下機能支援を推進するために必要とするもの、などが挙げられている。そして協議会の事務局を、多摩立川保健所におくこととなっている。

以上は、多摩立川保健所が事務局となり二次保健医療圏を単位に取り組んだ協議会の概要である。詳細は、31ページを参照していただきたいが、多摩立川保健所では、平成20年度より都のモデル事業に着手する以前から「地域ぐるみの摂食支援事業」に着手し、関係者による「連絡会」を運営しながら、圏域内の高齢者福祉施設における口腔ケア、摂食・嚥下機能支援等に関する実施状況調査なども取り組みながら、圏域における問題点・課題、及び対応策の検討を重ねてきている。その過程で、摂食・嚥下障害チェックシートの開発やそれによる施設等でのモニタリング試行なども実施していた。

区部又は多摩地域で、区市町村単位であれ、二次保健医療圏単位であれ、新たに摂食・嚥下機能支援事業に着手する際には、新たな「協議会」の設置が前提となるが、その目的、協議事項、委員構成などは、北多摩西部保健医療圏の協議会が一つの基本形として参考になる。その際、モデル事業以前から引き続いて取り組んできた経緯をもあわせて参考とすることも重要である。その上で実際には、総論で述べた事業を推進して行くための諸条件や保健所の関わりなどを総合的に判断し、

事業の目的・目指す最終的なシステムの有り様などに応じた「摂食・嚥下機能推進協議会」を設置することとなる。現段階で想定される協議会のパターンとしては、次の参考に示したような4つの場合であるが、いずれにしても新しい酒には、それに相応しい皮袋が用意されなければならない。

(赤穂 保)

<参考> 23区及び多摩地域における摂食・嚥下機能支援協議会の想定される4つのパターン (イメージ)

〔1〕 多摩地域で二次医療圏を単位とする協議会のみ設置されている場合

〔協議会の設置目的〕

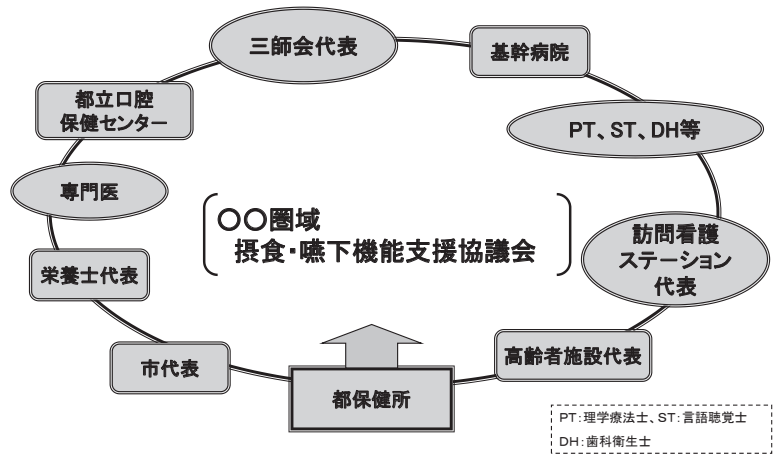
障害児（者）及び高齢者の摂食・嚥下機能を支援する人材育成及び地域社会資源によるネットワーク（システム）構築を図り、もって障害児（者）及び高齢者が、誤嚥性肺炎等を予防し、口から食事の摂れるQOLの高い生活ができるよう支援する。

〔協議事項〕

- ①摂食・嚥下機能支援に関するネットワーク（システム）の構築に関する事項
- ②摂食・嚥下機能支援を担う人材育成、事例検討等に関する事項
- ③保健・医療・福祉関係機関の連携に関する事項
- ④調査・研究その他、摂食・嚥下機能に関し必要な事項 その他

多摩地域における地域摂食・嚥下機能支援

ネットワークのイメージ（圏域協議会のみ設置されている場合）



〔2〕 特別区・政令市に設置された協議会の場合

〔協議会の設置目的〕〔協議事項〕ともに

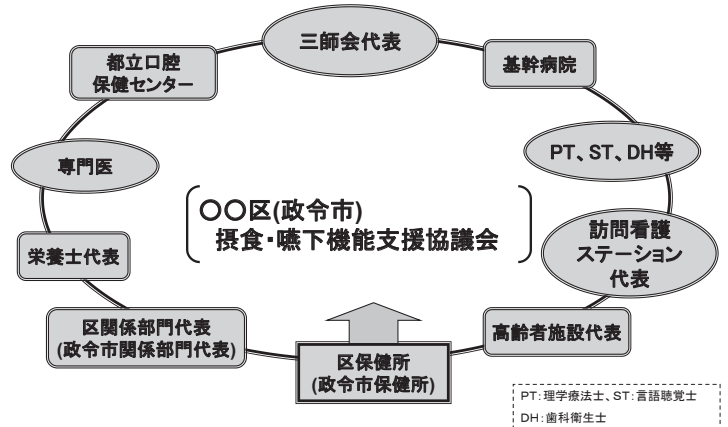
〔1〕と同様

（注）特別区においては、それぞれ区保健所が中心となって協議会を設置し、概ね区内自己完結を前提に事業展開を目指す。そのため、協議会の目的、協議事項は、多摩地域の二次医療圏における協議会設置の場合に準じた内容が想定される。ただし、地域における関連資源の状況や該当区間の合意によっては隣接する複数区による協働事業も想定される。政

令市の場合は、基礎的自治体という意味では特別区と同様であるが、多摩地域の二次医療圏に協議会が設置される場合は、そことの整合、相互の連携・協働による効果的な事業展開が期待される。

特別区における地域摂食・嚥下機能支援

ネットワークのイメージ



〔3〕二次医療圏単位の協議会のもとで、市町村によって協議会が設置されている場合

〈圏域協議会〉

〔設置目的〕 ……〔1〕と同様

〔協議事項〕 ……〔1〕に「圏域内各市町村協議会との連携に関する事項」を追加

〈市町村協議会〉

〔設置目的〕

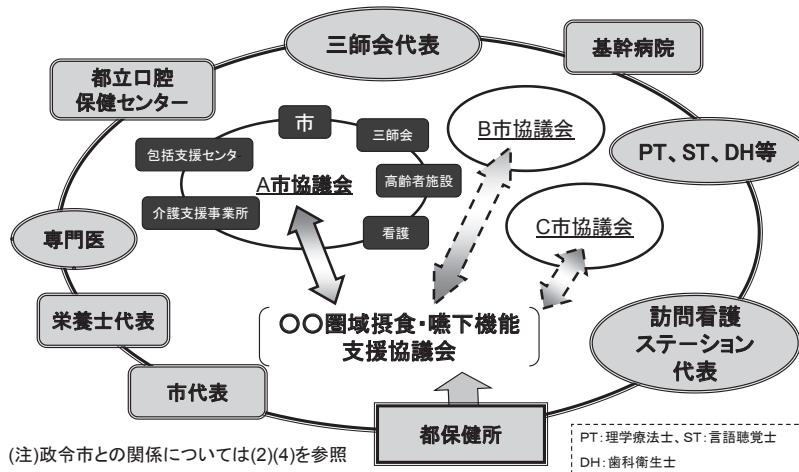
市町村における障害児（者）及び高齢者の摂食・嚥下機能を支援するため、圏域ネットワークのもとで市町村内関係者間の連携を図り、もって障害児（者）及び高齢者が、誤嚥性肺炎の予防と、安全に食事が摂れるQOLの高い生活が出来るよう支援策を検討する。

〔協議事項〕

- ① 市町村関係団体、関係職種間の情報交換、連携に関する事項
- ② 関係施設、住民等の実態・ニーズ把握に関する事項
- ③ 個別支援計画、事例検討に関する事項
- ④ 関係団体・施設、住民への普及啓発 その他

多摩地域における地域摂食・嚥下機能支援ネットワークのイメージ

（圏域協議会のもとで市町村の協議会も設置された場合）

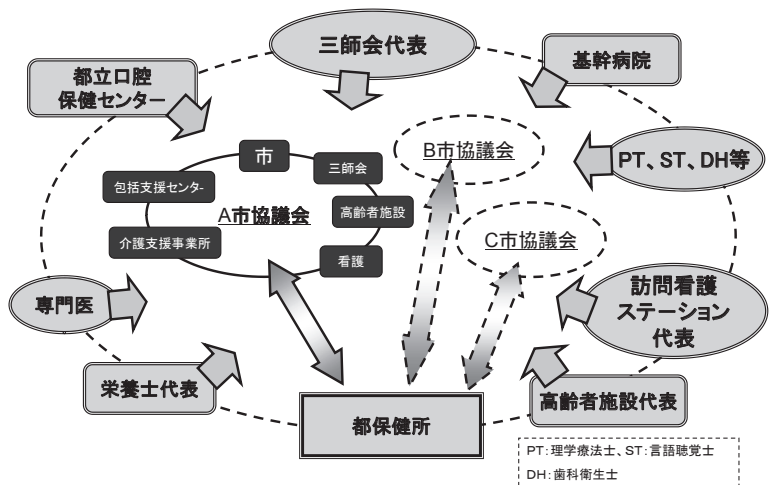


〔4〕二次医療圏単位の協議会がなく、圏域内に市町村によっては協議会が設置されている場合

〔設置目的〕 ……〔3〕と同様

〔協議事項〕 ……〔3〕に「関係者、関係職種に対する研修に関する事項」を追加

多摩地域における地域摂食・嚥下機能支援ネットワークのイメージ（市町村協議会のみの場合）



(2) 摂食・嚥下機能支援における多職種協働とは何か？ なぜ、多職種連携が必要なのか？

患者は地域の中に暮らし、家族やフォーマルまたはインフォーマルなサービスの支援を受けながら生活している。患者の食べることの可否やどの程度までの食形態が安全に食べることができるかということについては、患者本人の摂食・嚥下機能にのみ左右されるものではない。患者の摂食・嚥下機能は、それを決定する一つの指標に過ぎなく、むしろ、患者を支える環境因子こそがこれを決定する際に大きな影響を与えたとはいえる。すなわち、患者の咀嚼機能や嚥下機能が大きく障害されていても、患者の機能に適した食形態を提供できる体制であれば、さらには、食事の介助場面においても適正な食事姿勢をとることができ、十分な見守りのもと介助できる環境であれば、患者は安全に食べることができる。一方、患者の咀嚼機能や嚥下機能がたとえ比較的十分に備わっていたとしても、患者を支えるのに十分な体制がとれない環境においては、いつ何時、窒息事故や誤嚥事故が発生してもおかしくはない。摂食・嚥下機能の評価者（以下「評価医」という）は、患者のもつ摂食・嚥下機能と同時に、患者を支える環境因子について十分に評価することが求められ、さらにそれらの充実に向けて、食環境指導や食内容指導が求められる。

これら環境因子を知り、充実させていくには、多職種との連携が必須となるのはいうまでもない。食を支える職種を図1に示す。これらの職種は、いずれもそれぞれの深い専門性をもち、食を支える重要な職種である。なるべく多くの職種が参加できるように、さまざまなサービスとの連携を模索する努力を怠ってはならない。ただし、在宅、施設を問わず、すべての職種がそろいオールキャストで臨める場合はないといってよい。その際には、多職種参加型なかかわりがもとめられる。なかでも、Transdisciplinary なかかわりが有効であるといわれている¹⁾。従来のMultidisciplinaryあるいは、interdisciplinaryな関わりは、医療者の個々の役割や機能がある程度決まっている専門というseedに基ずく連携である(seeds-oriented)。一方、Transdisciplinaryは、患者の必要性がもとで形づくられる(needs-oriented)連携のありかた

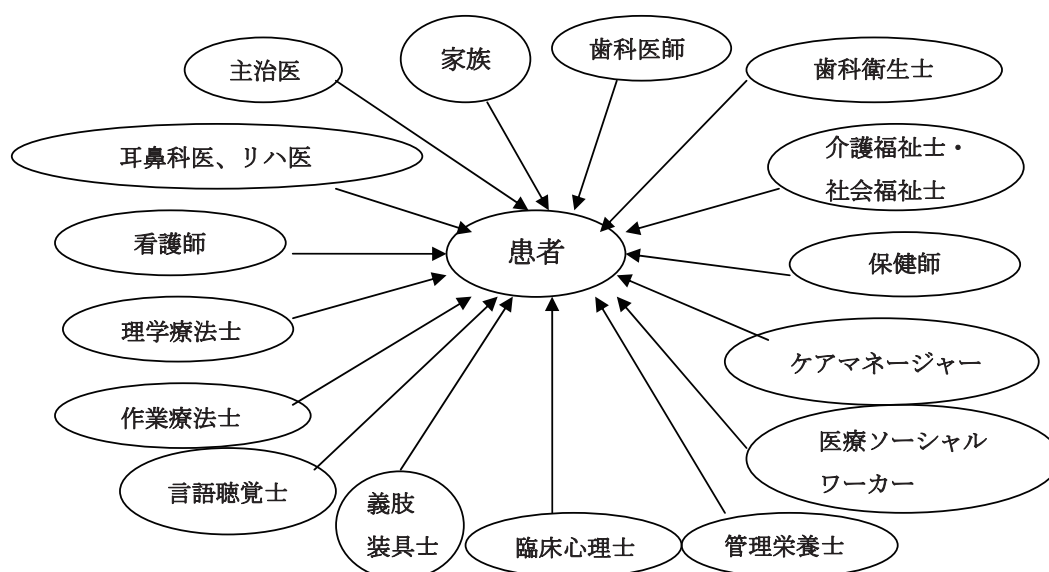


図1 患者を取り巻く医療、福祉スタッフ

を提案しており、「医療者が状況に応じてその役割を変化させる」という考え方に基づいている。在宅診療における摂食・嚥下リハビリテーションにおいては、医療従事者やそれ以外の広範な職種との連携が求められ、その社会資源を有効に利用するべく、訪問看護や介護保険関連サービスなどの活用方法、さらに患者を取り巻く地域にどのような社会資源があるのかなどに精通する必要がある。

耳鼻咽喉科の医師やリハビリテーション科の医師は嚥下を専門とする重要な職種である。しかし、その数や在宅医療への足回りの良さは十分とはいえない。一方、在宅医療を実践している医師や歯科医師はたとえ高度な嚥下の専門を備えていなかったとしても、在宅診療への足回りはよくさらにそれぞれの専門性を通じた摂食・嚥下への取組に実績もある。言語聴覚士は、摂食機能訓練を業とする者であり、口腔機能の専門家であると同時に、摂食・嚥下機能に強く関与する高次脳機能の専門家でもある。しかし、マンパワーは豊富ではなく、在宅診療においてはさらに乏しいと言わざるを得ない。一方、歯科衛生士は口腔ケアの専門家であると同時に、口腔機能に精通して、積極的な取り組みを行っている者も多く、在宅への供給量も比較的豊富である。看護師は、主治医と共に患者の全身を捕らえ、患者の医療面、精神面等多くのバックグラウンドに精通している。しかし、多くの業務を抱えており、摂食・嚥下の問題のみに関われる時間が少ないのも実情である。理学療法士、作業療法士はリハビリテーションの専門家であり、摂食・嚥下リハビリテーションに欠かせない、姿勢の保持や食具の調整、また高次脳機能の訓練への関与が期待される。また、在宅への供給は比較的豊富であるため、より積極的な関与が望まれるところである。摂食・嚥下障害を抱える在宅患者は低栄養を示している者が多く、さらに、嚥下調整食や咀嚼困難者向けの食形態の指導には栄養士の関与はなくてはならない。しかし、訪問栄養指導を行っている栄養士の絶対数が少ないのが現状である。一方、栄養士会をはじめとしてその取組が始まっており、今後の取組に期待したい。摂食・嚥下機能支援においては、これらの職種間や介護士、さらに家族との間の情報共有が重要である。そこで、介護支援専門員には、多職種連携の扇の要としての役割が期待される。



施設での摂食嚥下機能評価
相談員（ケアマネ）、管理栄養士、看護師が立ち会う

【参考文献】

- 1) 才藤栄一，向井美恵監修，摂食・嚥下リハビリテーション 第2版，医歯薬出版，2007年

(菊谷 武)

(3) 評価医・コメディカルスタッフの育成 求められるスキルと研修プログラムの考え方

○摂食・嚥下障害に関する研修について

医師・歯科医師が行う摂食・嚥下障害の評価、またはコメディカルスタッフがそのような診断に基づいて実際の対応に当たることができるスキルを身につける場合には、いずれにおいてもそれぞれに幅広い内容の研修内容が必要となろう。つまり、摂食・嚥下リハビリテーションの成功には trans-disciplinary team approach の概念のもとに協働することが大切であるため、広い視野から患者をみることができなければならない。また、他職種がどのような仕事を行うことができるのかを知っておく必要がある。そのうえで、評価医は摂食・嚥下障害患者の方針を立てること、コメディカルスタッフは摂食・嚥下障害患者をピックアップし、立案された方針をもとに対応できることが必要なスキルとなる。

単発の講演会を企画する際にはその限りではないかもしれないが、実地を踏まえた研修をプログラムするには、摂食・嚥下に関する臨床経験の豊富な医師・歯科医師、また摂食・嚥下リハビリテーション学会や日本看護士協会などの認定を受けたものなど、幅広い知識をもっている他職種からなる講師によるプログラムが望ましい。また、座学で学んだものを実際の臨床に反映してゆくためには、もちろんある程度の経験が必要となる。実習形式を取り入れることや、可能であれば臨床経験の豊富な医師・歯科医師などのもとで、実際に患者をみることができ研修体制を整えることなどが、研修を実際の臨床に生かすための現実性をあげることにつながる。

2008年に東京都が行った研修プログラムを例に示す。

表1 平成20年度摂食・嚥下評価専門研修

I 講義

日程および会場		テーマおよび講師	
第1日目	5月19日(月) 19:00-21:00	①摂食・嚥下のメカニズム 日本歯科大学准教授	菊谷 武(歯科医師)
		②摂食・嚥下障害の主な原因疾患 東京医科歯科大学准教授	山脇正永(医師)
第2日目	5月27日(火) 19:00-21:00	①リハビリテーション総論 藤田保健衛生大学教授	才藤栄一(医師)
		②摂食・嚥下障害総論 東京医科歯科大学教授	植松 宏(歯科医師)
第3日目	5月29日(木) 19:00-21:00	①摂食・嚥下障害の評価とチームアプローチ 日本大学准教授	戸原 玄(歯科医師)
		②喉頭内視鏡を用いた嚥下障害の診断と治療的アプローチ 大生病院耳鼻咽喉科長	大前由紀雄(医師)

第4日目	6月10日（火） 19：00- 21：00	①摂食に関する姿勢・呼吸の知識 神奈川県リハビリテーション病院 ②栄養状態の評価法 神奈川県立保健福祉大学教授	小泉千秋（理学療法士） 杉山みち子（管理栄養士）
第5日目	6月14日（土） 18：00- 20：00	①摂食・嚥下訓練 埼玉県総合リハビリテーションセンター ②誤嚥性肺炎 グリーンタウン呼吸嚥下研究グループ	清水充子（言語聴覚士） 井上登太（医師）
第6日目	6月21日（土） 18：00- 20：00	①後期高齢者医療における在宅ケアの課題 白十字訪問看護ステーション ②在宅医療に求められる連携～現状と今後の展望 国立市医師会会長・新田クリニック	秋山正子（看護師） 新田國夫（医師）
特別講義	7月1日（火） 19：00- 21：00	嚥下障害の診断と治療（往診の実際と手術） 部坂耳鼻咽喉科医院院長	部坂弘彦（医師）

Ⅱ 実習 注) 必修講義をすべて受講した方が対象

第1日目	7月3日（木） 19：00- 21：00	摂食・嚥下訓練，食事介助実習 埼玉県総合リハビリテーションセンター	清水充子（言語聴覚士）
第2日目	7月7日（月） 19：00- 21：00	PAP（舌接触補助床）作成の実習 日本歯科大学准教授	菊谷 武（歯科医師）
第3日目	7月14日（月） 19：00- 21：00	嚥下内視鏡のデモと相互実習 日本大学准教授	戸原 玄（歯科医師）

このように、かなりのボリュームがある研修が企画されたが、研修修了直後から経験のある医師・歯科医師と同等な対応ができるようになるというものではない。研修を受けたもの自らが研鑽を重ねることがもちろん重要であるが、研鑽を重ねることができる場所を設定することができれば、研修を実際の臨床に落とし込む近道となりえる。

（戸原 玄）

(4) 嚥下内視鏡検査 (VE) について

① 在宅医療における嚥下内視鏡検査 (VE) の活用について

在宅療養者の食を支える地域連携支援を進めるためには、他職種の協力が不可欠である。摂食・嚥下障害への不適切な対応は、誤嚥性肺炎、窒息、脱水、あるいは低栄養を引き起こす。在宅における確かな摂食・嚥下評価のできる医師の養成は急務である。さらに評価だけでなく、口から食べるためにさまざまなリハビリテーション・指導を他職種間のチーム医療として構築することが必要と考える。

嚥下は1秒あまりで完了する急速かつ極めて精密な運動である。通常の生理的嚥下は、主に舌根によって食塊が随意的に咽頭内に送り込まれた刺激により嚥下第Ⅱ期の嚥下反射が惹起される。嚥下動態を把握するための機能検査としては、嚥下造影検査 (videofluoroscopic swallowing study: VF) や嚥下内視鏡検査 (videoendoscopic swallowing examination: VE) などがある。このうちVFは得られる情報も多く、嚥下機能を評価するためにも重要な検査であるが、検査する場所がX線透視室に限られ、被曝の問題もあり、いつでもどこでも行われる検査ではない。VEは喉頭内視鏡の普及とCCD (小型ビデオカメラ)、LED技術や記録機器の進歩により、1980年代後半から米国で普及し、本邦でも実施されている。1990年代には、VFを比較対象とし、VEで確認できる異常所見の敏感度や特異度に関する比較研究がなされてきた。これらの比較研究から、VEはVFに匹敵する検査法であることが示され、現在では広く臨床応用されるようになってきている¹⁾²⁾³⁾。

特にVEの求められるスキルとしては、以下の観察項目を評価できるかに係ってくる。VEにおける観察項目は多岐にわたるが、①安静呼吸時、発声時、空嚥下時の観察、②検査食を用いた嚥下時の観察が必要になる (表1)。①では咽頭・喉頭の器質的・機能的異常や感覚低下の有無を観察する。②では早期咽頭流入、嚥下反射惹起のタイミング、咽頭残留、喉頭流入・誤嚥の有無を観察することが必要である。また検査目的に応じて内視鏡の先端の位置を決めることも重要である。

表1

①安静呼吸時、発声時、空嚥下時の観察点	②検査食を用いた嚥下時の観察点
1. 咽頭および喉頭の器質的疾患の有無	1. 嚥下前の観察
2. 鼻咽腔閉鎖	早期咽頭流入と嚥下反射惹起のタイミング
3. 咽喉頭の運動	2. 嚥下中および嚥下後の観察
喉頭麻痺	咽頭残留：喉頭蓋谷・梨状陥凹への残留
咽頭筋麻痺	喉頭流入・誤嚥の有無
不随意運動など	3. 気道防御反射—咳反射による喀出
4. 喉頭閉鎖能	4. 嚥下指導 治療効果の確認
5. 唾液や食物の残留	食形態や嚥下姿勢などの検討
6. 咽頭・喉頭感覚異常の有無	効果的な嚥下法の指導
7. 随意的咳の有無	バイオフィードバック訓練など

(文献4より改変)

- 1) 軟口蓋レベル：軟口蓋の挙上を観察するのに適しているが、嚥下の早い段階でホワイトアウトになる。
- 2) 舌根レベル：喉頭蓋谷，喉頭，左右梨状陥凹が視野に入る位置で最も診断的価値が高い。
- 3) 喉頭腔レベル：喉頭腔や気管内の状況，声帯の閉鎖能力などを観察するのに適している。

また、内視鏡の先端を喉頭蓋や披裂部に接触させ、反射的な披裂部の内転や咳・嚥下反射をみることで感覚機能を評価できる⁴⁾。そのため日常診療における正常な嚥下動態を普段から意識して観察する必要がある。我々耳鼻咽喉科医は、外来で電子スコープを利用した喉頭内視鏡を用いて拡大された視野で、以上の点を注視しているが、在宅での観察では携帯用の細いファイバーを使用するため、若干診断の精度が低下するのが懸念される。また、VEは嚥下反射によるホワイトアウトの際、咽頭の状態が見えない欠点があるが、逆に嚥下反射惹起遅延の場合は食塊が喉頭蓋谷から梨状陥凹へ流入する所見が観察され、非常に重要な情報となる。誤嚥の判定はVFに比べると感度が劣ることは否めない。さらにVEの判定は検者の主観的な判断に依存している点が現在の課題である。このため本検査による嚥下機能の的確な評価には耳鼻咽喉科専門医でさえ、ある程度の経験が必要である。日本耳鼻咽喉科学会では、2003年より毎年嚥下障害講習会を開催している。さらに2008年に“嚥下障害診療ガイドライン”を作成し、VEの実際について動画CD-ROMも併せて出版した¹⁾。

従って、定められた診療範囲ならびにVEに係わるトラブルを考慮すると、嚥下評価をできる耳鼻咽喉科医ならびに他科医師に相談し、協力体制を作ることが望ましく、そのことが結果として患者が安心して良質な医療を受ける権利に繋がる。

豊島区医師会では、平成20年度より東京都福祉保健局より委託された在宅医療ネットワーク推進事業の中で、摂食・嚥下障害分科会を立ち上げ、豊島区歯科医師会と協議を重ね、以下の結論を得て在宅および各老人介護施設でのVEを施行している（詳細は77ページを参照）。

1. 「あぜりあ歯科診療所」は豊島区内の各老人介護施設への訪問歯科診療および訪問口腔衛生指導を行っているが、VEが必要と思われる方は「あぜりあ歯科診療所」がコーディネーターとなり、老人介護施設および囁託医の承認を得て、豊島区耳鼻咽喉科医会に連絡して耳鼻咽喉科専門医がVEを施行する。在宅の場合は主治医より豊島区耳鼻咽喉科医会に連絡があるが、その時も「あぜりあ歯科診療所」がコーディネーターとなり、家族、ケアマネ等と検査日の調整を行う。VEの時は歯科医師、歯科衛生士、施設の看護師、栄養士等も同席して一緒にVEの動画像を見て状態の把握をする。
2. 耳鼻咽喉科専門医は、観察した状態を東京都耳鼻咽喉科医会作成のチェックリストに記載し、嚥下指導計画書を歯科医師と一緒に作成する（表2）。口腔ケア、間接・直接訓練については歯科医師より施設の看護師、栄養士、PT、家族、ケアマネ等に指導する。

以上のシステムを構築してVEを施行している。VE時の咽喉頭内の内視鏡所見だけでなく、検査時に被検者における嚥下の姿勢や頭位の変化を一緒に撮影しているため、あとで両者を時間的に同期させた画像をPCで合成し、他職種間、家族と一緒に供覧することでより一層理解を深められている。また豊島区歯科医師会ではコメディカルスタッフの育成について勉強会を開催している（詳細は77ページを参照）。

前述したスキルを身につけるために、研修プログラムとしては、解剖・生理など基礎的な学習

表2

嚥下訓練指導計画		
1. 口腔ケア		
1)	<input type="checkbox"/>	口腔機能トレーニング
2)	<input type="checkbox"/>	アイスマッサージ 嚥下反射の惹起
3)	<input type="checkbox"/>	吸てつ運動 口唇の閉鎖
4)	<input type="checkbox"/>	K-Point 刺激 下顎の上下運動と咀嚼様運動
5)	<input type="checkbox"/>	顎下腺・耳下腺刺激 唾液分泌促進
2. 間接訓練		
1)	<input type="checkbox"/>	腹式呼吸・笑う・息こらえ 横隔膜、胸部運動
2)	<input type="checkbox"/>	Blowing 排痰
3)	<input type="checkbox"/>	Huffing 鼻咽腔閉鎖
4)	<input type="checkbox"/>	Pushing exercise 声門閉鎖
5)	<input type="checkbox"/>	Shaker 法 食道入口部開大
6)	<input type="checkbox"/>	Mendelsohn 法 喉頭挙上の強化
7)	<input type="checkbox"/>	息止め嚥下 喉頭閉鎖の強化
3. 直接訓練		
1)	<input type="checkbox"/>	空嚥下・交互嚥下 食道入口部梨状陥凹の残留除去
2)	<input type="checkbox"/>	頸部前屈、うなずき嚥下 梨状陥凹の開大
3)	<input type="checkbox"/>	頸部回旋 片側梨状陥凹の開大
4)	<input type="checkbox"/>	鼻つまみ嚥下 鼻咽腔閉鎖不全の強化
5)	<input type="checkbox"/>	食形態の調節

(豊島区耳鼻咽喉科医会 作成)

はもちろん重要であるが、やはり実際の症例を通して 1 例ずつ検討して積み重ねていくことが必要と思われる。また VE だけでなく、VF も一緒に検討できると更に摂食・嚥下について理解が深まるため、研修プログラムを追加した方が良いと思われる。

【参考文献】

- 1) 日本耳鼻咽喉科学会（編）：嚥下障害診療ガイドライン—耳鼻咽喉科外来における対応—，2008年度版，金原出版，東京，2008年
- 2) Langmore SE. Evaluation of oropharyngeal dysphagia: which diagnostic tool is superior? Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 11 : 485- 9, 2003.
- 3) Hiss SG, Postma GN. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing. Laryngoscope 113 : 1386- 93, 2003.
- 4) 大前由紀雄，宮崎貴志：嚥下障害に対する内視鏡の使い方とコツ. JOHNS 26 : 90- 94, 2010年

② 嚥下内視鏡検査 (VE) の実施にあたっての留意点

前項で記載したように VE 施行に際して上・中・下咽頭，喉頭の観察項目を理解しておくことは重要であるが，嚥下動態を把握するためには咽頭（とくに中・下咽頭），喉頭，食道の解剖と機能ならびに病態，さらに全身状態の把握，また中枢との関係を知る上での神経生理学的知識などを総合的に把握しておく必要がある。耳鼻咽喉科専門医である筆者が昨年1年間で16症例，計21回の高齢者介護施設および在宅での VE を行った中での読者の参考になるとと思われる2例を提示する。

症例 1 79歳 女性

認知症，うつ診断で2009年3月高齢者介護施設へ入所した。入所時は経鼻経管栄養にて，絶飲食の状態であった。栄養チューブを数回自己抜去するため5月に胃ろうを造設した。要介護度V，認知症IV，日常生活自立度C1であった。脳血管障害はなく，日常会話は可能である。豊島区歯科医師会の訪問歯科診療所である「あぜりあ歯科診療所」より経口摂取可能かどうかの問い合わせがあり，2009年7月8日に第1回VEを施行した。初診時所見；下位脳神経麻痺はない。しかし舌の左右への運動が若干低下しており，喉頭の知覚の若干の低下を認めた。空嚥下は認知症のためすぐにはできなかった。まず口腔ケア，嚥下の間接訓練を中心に歯科医師および担当看護師にお願いし，その後の直接訓練も歯科医師，看護師が同席のもとで行った。2009年9月2日，ムース食にて第2回目のVEを施行した。スプーン1口のムース食を口腔前庭に入れると咀嚼はすぐに行えるが，舌，舌根の送り込みが弱く，重力で喉頭蓋谷に落ちて，停滞する。その後1秒位で嚥下反射がおこり，嚥下第2相はスムーズに行っているため，喉頭に残渣も少なく，喉頭流入もなかった。栄養士にムース食の粘張度の調整をお願いした。嚥下後の咳払い，発声を促し，交互嚥下も指導し，咽喉頭のクリアランスの向上も図りながら食事をするようお願いした。徐々にムース食の粘張度を増すことにより1回摂取量も増加し，本年になり3食とも経口摂取が可能となった。最終的な評価をするため2010年4月15日，第3回目のVEを施行した。しかし，約1週間前より食思不振になっていた。VEにて咽喉頭を観察すると，嚥下第1相，2相は良好であったが，嚥下時痛を訴えるため，ファイバースコープを食道内へ挿入し，噴門部近くからファイバースコープを引き抜きながら食道内を観察した。携帯用ファイバースコープのため送気ができず，光量不足であったが，ゆっくり引き抜きながら食道壁の食道の蠕動による拡張を見ながら観察すると，中部食道に数cmにわたり全周性に真菌と思われる白色塊の病変を認めた（図1）。録画した動画をすぐに嘱託医である主治医と検討した。おそらく食道の真菌症と思われたため，すぐに経口摂取は中止とし，抗真菌剤とともにPPI（プロトンポンプインヒビター，胃酸分泌抑制薬）を投与した。1週間後にGIF（消化器内視鏡検査）をお願いしたところ，食道の一部に白色病変は存在するが，ほとんど真菌病変は消失していた（図2）。4月中は再度胃ろうによる経管栄養としたが，全身状態も安定してきたため5月より経口摂取を開始し，9月中旬より3食とも経口摂取中である。

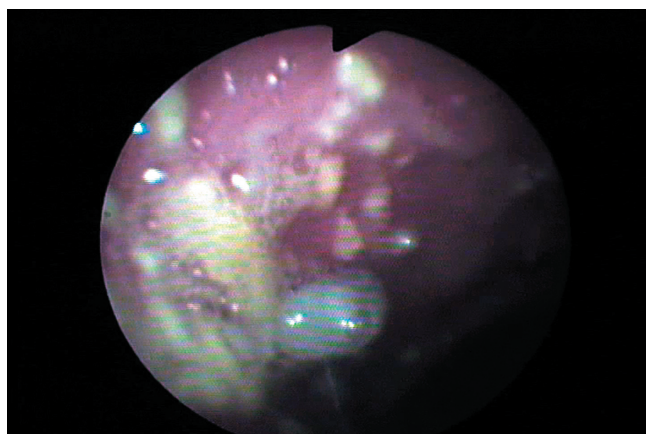


図1

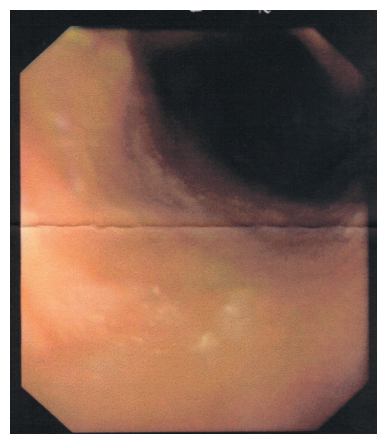


図2

症例 2 86歳 女性

1995年食道癌にて手術と放射線治療を受けている。2001年頸部食道癌にて下咽頭部分切除（喉頭保存）と遊離空腸皮弁による再建が行われている。外来通院をしていたが、2010年2月より繰り返す嚥下性肺炎で入院した。気管切開を行い、レティナスピーチバルブを装着している。前胸壁の胃管から腸ろう造設をし、絶飲食で在宅管理となった。その後、豊島区医師会訪問看護ステーションより経口摂取が可能かどうかの依頼があり、2010年7月1日、1回目のVE



図 3

を施行した。初診時所見；身体の運動障害はない。ポータブルトイレまでは歩行が可である。要介護度V，認知症Ⅲ，日常生活自立度B2である。意識は清明で，コミュニケーションもうまくとれる。左反回神経麻痺を認めるが，左声帯は正中位固定のため嗚声はほとんどない。喉頭内の知覚の低下を認めた。空嚥下では喉頭の挙上も良好で鼻咽腔閉鎖不全もないため white out も出現していた。テストフードとしてスプーン少量のゼリーでVEを施行した。口腔内の保持は良好であった。嚥下を促すと反応するが，食塊（bolus）は喉頭蓋谷に貯留した。交互嚥下もできるが，食道内への移送が不十分であった。この時点では，今後の経口摂取が可能だと思われるため，空嚥下での左頸部回旋，頸部屈曲，Shaker法などの間接訓練を歯科医師，看護師にお願いした。2010年9月15日に第2回目のVEを，2010年10月6日に第3回目のVEを施行した。経口摂取可能と考え，スプーン一杯のテストフードで観察すると嚥下反射惹起のタイミングは良好であるが，喉頭流入，一部誤嚥も認められた。誤嚥の原因として，気管切開による声門下圧の低下とともに，再建材料である遊離空腸皮弁の癒痕拘縮が影響しているものと推測された。下咽頭部分切除を施行し，皮弁再建をした場合，輪状咽頭筋部の常時収縮もなくなり，再建材料である皮弁が管状に見えるのが一般的である。しかし，同部の癒痕拘縮のため図3のようにあたかも正常の下咽頭のような所見であった。経口摂取すると再度嚥下性肺炎をきたす可能性があるため，方針を転換し，お楽しみ程度の経口摂取をゴールに設定した。少量のゼリー，ムース食は誤嚥もなく摂取できている。また嚥下性肺炎の兆候もない。

以上2症例において，1例は食道内病変の観察の結果，食道真菌症と診断でき治療できた症例。もう1例は耳鼻咽喉科専門医としての経験により嚥下性肺炎を未然に防ぐことができた症例である。これらは，嚥下障害例としては特異ではなく，時に遭遇することのある例だということも強調しておきたい。

VEは嚥下の状態を把握し，その病態を理解するための手段として有用であることは論を俟たない。しかし，一方で通常行われるVEでも常に誤嚥や医原性外傷などの危険をはらんでいることを念頭に置く必要がある。このような症例を通して理解できることは，VE施行の際には耳鼻咽喉科医の知識と経験が非常に大切になってくるという事である。

口腔ケア等によって，患者の食に対する姿勢が改善され，より食に積極的になることは極めて大切なことである。一方で，それにもかかわらず嚥下障害が認められる場合には，舌根や中咽頭，下

咽頭、さらに食道や喉頭の病変を考えなければならない。また、嚥下のリズムを作り出す延髄を中心とした中枢障害も考慮に入れる必要がある。摂食嚥下障害を改善させるための最終到達目標（ゴール）は、その患者一人一人のQOLをいかに高めるかである。VEはそのために用いられる一つの有力な武器であることは間違いない。しかし、VEに関する知識、技能、訓練のなされた専門医がこれを行わないと、QOLを向上させるどころか、後退させる或いはなくしてしまう場合もあることを肝に銘じるべきであろう。

摂食・嚥下障害の治療には多職種との連携事業が非常に重要であり、特に歯科医師と耳鼻咽喉科医の協力体制の構築は必須である。口腔期における咀嚼の病態、機能評価は歯科医師に、咽頭期における嚥下の病態、機能評価は耳鼻咽喉科医がそれぞれの専門性を発揮し協力体制を敷くべきである。すなわち医師と歯科医師が各々の診療範囲の中で、摂食・嚥下の病態機能評価を模索し、多職種との協力のもとで摂食嚥下障害の診断、治療を行い、地域医療に貢献すべきである。

③ 嚥下内視鏡検査（VE）の合併症と対応

日本消化器内視鏡学会のガイドラインでは、医療事故のうち過失がなく、予測ができるものを合併症とし、予測できないものを偶発症と定義している。上部消化管内視鏡における偶発症の発生頻度は、0.007%（約1万4000検査に一人）である。VEは一般の人を対象に施行すれば、さらに少ない頻度と思われるが、高齢者や認知症の場合は全身状態の問題や不意な体動により偶発症が生ずることがあるので注意を要する。そのためVEを施行する上では十分な知識と技術をもって対応し、合併症が発生した際には速やかな対応が必要である。内視鏡の施行に対しては、より確実に安全な操作が望まれる。左手で内視鏡の接眼部を保持し、同時に可動調節部位で内視鏡の先端の動きを調節する。右手は、内視鏡の先端近くを保持、操作し小指は被検者の頬部かその周囲におく。このようにして確実に内視鏡を保持し、突然の被検者の動きに対処していく必要がある。以下に合併症の主たるものと、それに対する対応の要点について記載する。

○鼻出血・咽頭出血

鼻腔には内頸動脈系（主に鼻腔の上1/3に灌流）と外頸動脈系（主に鼻腔の下1/3に灌流）の血管がある（図1）。鼻腔粘膜は血管が豊富であり、また三叉神経由来の知覚神経が張り巡らされている。そのため乱暴な挿入操作を行うと粘膜からの出血や、疼痛を強く感じる事となる。出血部位として最も多いのはキーゼルバツハ部位である。この部位では生理的に血管が浅在、怒張しており、わずかな接触、擦過で出血する可能性が高いため、特に注意が必要である。図2のように高度な鼻中隔彎曲がある場合は凸側（この場合は右側）から内視鏡を挿入すると粘膜損傷が間違いなく生ずる。凹側（左側）から挿入すべきである（なおこの症例は鼻中隔彎曲症の手術前の所見で4%キシロカイン[®]の粘膜麻酔と1000倍希釈ボスミン[®]の塗布麻酔を行っているため粘膜は収縮している）。鼻内から内視鏡を挿入するルートとしては下鼻甲介下端に沿って総鼻道を通るルートと中鼻甲介下端に沿って総鼻道を通るルートの2つがある。

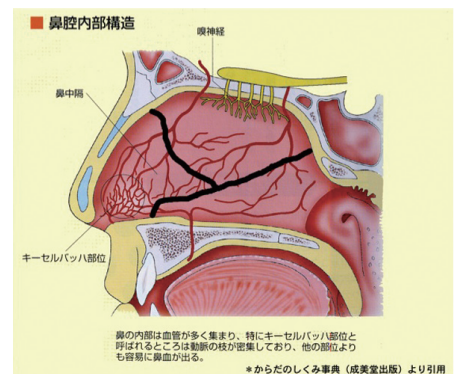


図1

また図3のようにアレルギー性鼻炎で両側の下鼻甲介が腫脹している場合は、少量のキシロカインゼリー[®]を内視鏡に塗布し、下鼻甲介下端に沿ってゆっくり挿入する。検査前に鼻鏡または内視鏡でどちらか広い鼻腔を確認し、綿棒に浸した4%キシロカイン[®]と1000倍希釈ボスミン[®]を挿入して粘膜麻酔を行うとよい。しかし、麻酔薬が咽、喉頭粘膜に達すると同部の知覚低下がおこるため、局所麻酔薬はできるだけ少ない方がよい。

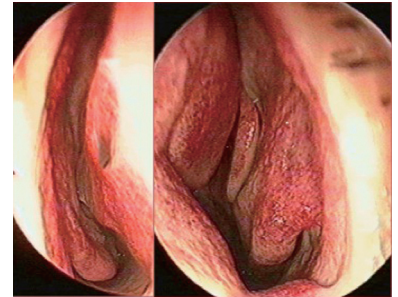


図2

出血した場合、検査後鼻をかんだ際にティッシュににつく程度のもは心配ない。鼻腔前部からの出血の場合、鼻翼を指で正中方向に5分間ほど圧迫することにより止血すれば問題ないが、図4のようにキーゼルバツ八部からの動脈性出血の場合は1000倍希釈ボスミン[®]を湿らせた綿球を挿入し、圧迫止血をする。持続する場合は速やかに耳鼻咽喉科の受診を勧める。また、内視鏡抜去時に素早く抜いて後鼻孔を損傷すると大出血を来すことがある。最後まで注意深く操作する必要がある。鼻腔内を通過して見えてくるのが上咽頭である。

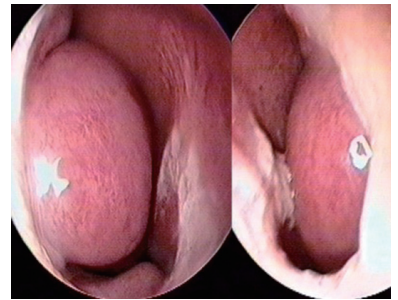


図3

両側に耳管が開放しており、頭側は天蓋方向となる。耳管開口部を損傷すると中耳炎を生じる可能性があり、またこの近傍には動脈が走行しているため同部を損傷しないように注意すべきである。図5のように咽頭内に腫瘍がある場合は、内視鏡で接触すると大出血を起こすことがあるので、検査はすぐに中止して耳鼻咽喉科へ依頼する。

○喉頭けいれん

内視鏡挿入中に不意な体動、くしゃみ、嚥下、咳反射等で体全体が前方へ倒れこむようになると、喉頭が挙上し、内視鏡先端部で喉頭に刺激が加わり喉頭けいれんを来すことがある。また内視鏡先端の機械的な刺激に伴う迷走神経反射を誘発することもある。吸気性の喘鳴を起こしたり、喉頭全体が絞扼して呼吸困難をきたす。軽度であれば酸素を投与し、過呼吸を起こさないようゆっくりした呼吸を促す。けいれんが持続する場合はアンビューマスクなどの加圧呼吸や救命処置が必要になる。図6は両側反回神経麻痺症例であるが、喉頭けいれんでは同様な所見になり、呼吸困難を呈する。この症例はすでに気管切開が施されているが、医原性の喉頭けいれんは避けなければな

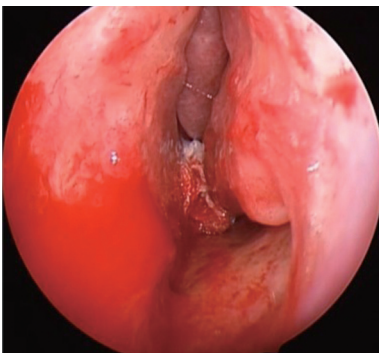


図4



図5



図6

らない。高齢者は喉頭を含めた上気道は加齢による知覚閾値の低下もあり、内視鏡による合併症は少ないようにもみえるが、多くの方は基礎疾患、特に循環器、神経系の疾患を有しているため、注意が必要である。不意な体動の際には内視鏡をやや引き気味にして、機械的損傷、刺激をおこさないようにする予防が大切である。

○血管迷走神経反応、失神発作

内視鏡検査中に突然手足のしびれ、動悸、悪心等の症状に続き全身に紅潮や膨疹が出現、ショックを合併すると顔面蒼白、血圧低下、呼吸困難、意識障害などが認められる。原因として多くは不安や過緊張による自律神経系の失調により出現する。予防が大切で被検者の緊張を和らげることが大切である。検査中に被検者に話しかけるなどをし、また内視鏡操作を愛護的に行い、痛みや緊張を避けることが大事である。低酸素状態を確認するためにはパルスオキシメーターによる経皮的動脈血酸素飽和度の監視は簡便かつ非常に効果的であり、検査中は必ず装着すべきである。手指爪床に装着するだけで済むために、実際の検査にも障害をきたさない。パルスオキシメーターで酸素飽和度が低下してきた場合は必要に応じて酸素の投与を行う。ただし酸素飽和度の低下の大半は低換気なので酸素投与とともに必ず深呼吸を指示するなどの換気状態の改善を行う。血管迷走神経反応、失神発作が出現した場合は、ただちに検査を中止し、被検者を横にして下肢を挙上する。バイタルサインをチェックし、気道確保、血管確保、換気などの救命処置のABCの準備をする。多くの場合、一過性で回復するが、循環器疾患を有している時は、虚血性心疾患を引き起こすこともあり注意を要する。

○局所麻酔薬などに対する対応

原因としてキシロカイン[®]アレルギーとキシロカイン[®]スプレーに含まれる防腐剤によるものがある。キシロカイン[®]に対し過敏性を示す方が希にあり、喘息様発作やアナフィラキシー反応を示すことがある。問診の際にアレルギーの既往の有無などを確認しておくが良い。アナフィラキシーショックは希ではあるが、遭遇した場合には速やかな救命処置が必要である。また内視鏡の洗浄の際、使用する消毒液で（ディスオーパ[®]）でアナフィラキシーショックを起こした例がある。消毒後の水洗いを十分に行う必要がある。

○検査後の鼻症状

内視鏡検査後、くしゃみや鼻汁といった症状が持続することがある。この際は症状の程度にもよるが、ステロイド点鼻や、抗アレルギー剤の内服といった投薬で様子を見る。ただし、基本的には一時的なもので数時間後には回復すると考えて良い。また体位によっては嗅覚の低下をきたすこともある。いずれにしても症状が持続する場合は客観的な評価を耳鼻咽喉科に依頼する。

以上、嚥下内視鏡検査（VE）の合併症と対応について記載したが、検査前に被検者、家族に説明と同意を行い、合併症、偶発症の予防に努める。（部坂弘彦）

(5) 事例検討会 多職種連携による摂食機能支援

① 東京都台東区における取組

要介護高齢者は、さまざまな理由により ADL の低下や認知機能の急激な変化を示す。それらの変化は、口腔衛生状態や口腔機能に著しい影響を与え、摂食機能の低下や誤嚥性肺炎の発症を招く。東京都台東区において特別養護老人ホームの入居者に対して行われている摂食機能支援について報告する。

1) 口腔機能の評価

利用者の摂食嚥下機能、口腔衛生状態の評価は随時、定期的に歯科医師会より派遣された歯科衛生士により、スクリーニングとして行われている。歯科治療の介入の必要性を疑う症例の場合には、随時、訪問診療対応で当施設にて訪問診療を行う歯科医師会会員の歯科医師が、その診断を行なっている。また摂食・嚥下機能の低下が疑われた症例においては、1か月に1回、歯科医師会の要請により大学病院より派遣された専門の歯科医師が摂食機能の評価を行い、それぞれ必要に応じて、歯科治療および摂食機能療法を行っている。

2) 摂食支援カンファレンスの開催

これらの活動と施設看護職員、介護職員、栄養士などとのコーディネート役を果たした重要なツールは「摂食支援カンファレンス」であった(図1)。このカンファレンスは月に1回開催され、施設のケアワーカー、相談員、看護師、管理栄養士とともに、歯科医師会の歯科医師、大学派遣の歯科医師、歯科衛生士が基本メンバーとなった。このカンファレンスでは、施設側の各職種、歯科医師会側の各担当者よりそれぞれの立場より、口腔ケアの問題点、口腔内の状態、摂食機能、栄養状態など問題のあるケースの提示が行われ、ケアプランが策定された。このカンファレンスの内容は、介護保険制度にある栄養ケア・マネジメントの経口維持加算、経口移行加算のケアプランに反映された。

ケアスタッフA	著者(連携医療機関)	地域歯科医師	管理栄養士
ケアスタッフB		座長(相談員)	歯科衛生士
ケアスタッフC			看護師

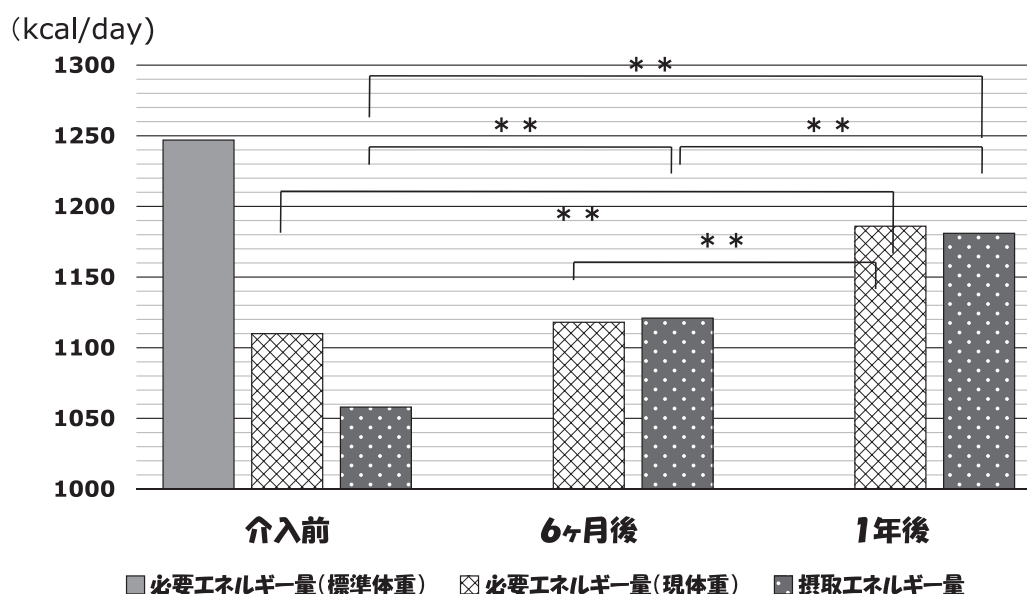


図1 多職種と行う「摂食支援カンファレンス」
利用者を支える多くの職種が参加する

○取組とその効果

この取組のアウトカムとして強調されたのは、栄養改善に対するものであった（図2）。栄養の評価は、摂取エネルギー量の算出や体重測定によった。カンファレンスにおいては、摂食機能評価および栄養アセスメントの結果を参考にした。これらの資料をもとに、各フロア担当者や看護師より、摂食機能の変化や摂食の状況が報告され、栄養ケア計画が策定された。その結果、6ヶ月前との体重の比較において減少を示した者の割合は、介入時に51%に認められたが、9ヶ月後には44%に、1年後には21%に減少を示した。介入時に、10%以上の体重減少を示している高リスク者が4名いたが、9ヶ月後、1年後にはいなくなった。

さらに本施設においては、介入前年度には、23名が肺炎を発症していたが、介入を行った年には、17名に減少し、肺炎による入院日数は延べ533日から、399日に減少を示した。肺炎の発症抑制において特徴的であった所見は、新規肺炎発症者の抑制であった。介入前年度における肺炎発症者のうち、その前年にも肺炎の発症を起こしていた、いわゆるリピーターは、8名（35%）であり、新規発症者は15名であった。介入によって、リピーターに対する肺炎抑制効果は低かったものの新規の発症者は介入によって9名となり、新規発症者を40%削減することができた。



** : p<0.001

図2 介入による栄養摂取量の変化

摂食支援カンファレンスを開始した時点で同施設に入居していた50名。介入当初、平均摂取エネルギー量は1057±189kcal/dayであった。その後、介入により、6ヶ月後には、1130.9±118.0kcalに、9ヶ月後には、1118.6±168.8kcal、1年後には1183.7±195.6kcalに有意に増加した。1年後時点においては、必要エネルギー量に対してはほぼ充足された。

② 江東地区での取組

江東地区（社）東京都歯科医師会の地域ブロックのひとつ。墨田区、足立区、江東区、葛飾区、江戸川区を含む。）における取組について紹介する。同地域では在宅・訪問診療、介護サービスを展開する医療法人が在宅療養者を対象に、主治医、訪問看護師、言語聴覚士、管理栄養士による訪問診療を行っており、摂食機能に問題があると考えられる利用者には、摂食機能支援が行われている。そして利用者の摂食機能に関して、より専門的な評価が必要な場合は、主治医が連携先の歯科医療機関に嚥下内視鏡検査を依頼する。この主治医と歯科医師との連携は、主に管理栄養士が中心となってコーディネートしている。管理栄養士は、主治医や摂食機能評価医との調整のほか、家族、関連職種との調整を行い、摂食機能評価に臨む。嚥下内視鏡検査の際には、患者に係わるケアマネ、看護師、ヘルパー、言語聴覚士、管理栄養士が立ち会い、医学的情報や摂食状況などの情報が共有される。また、検査の結果がその場で共有されることにより、ミニカンファレンスが開催され、ケア方針が決定される。各職種は、それぞれの立場で、家族への説明、栄養管理計画、リハビリ計画を提示し実践されていく（図3）。



図3 在宅での嚥下内視鏡検査を用いた評価・指導
患者の家族とともに、看護師、言語聴覚士、管理栄養士、ケアマネ、ヘルパーが立ち会う

【参考文献】

- 1) 菊谷 武, 高橋 賢晃, 福井 智子, 片桐 陽香, 戸原 雄, 田村 文誉, 青木 徳久, 桐ヶ久保 光弘, 小山理, 腰原 偉旦: 介護老人福祉施設における栄養支援 摂食支援カンファレンスの実施を通じて, 老年歯学, 22 (4) : 371~376, 2008年
- 2) 菊谷 武: 特別養護老人ホームにおける継続的な口腔機能管理の効果—口腔ケア・マネジメントを通じて—, 日本歯科医師会雑誌, 62 : 506-512, 2009年

(菊谷 武)

(6) 摂食・嚥下機能支援センターにおける窓口機能

摂食・嚥下機能支援センター（以下「センター」という）は、在宅若しくは施設で生活する高齢者に、摂食・嚥下障害が疑われたときに、連絡、相談のできる地域の窓口である。この窓口は、都のモデル事業である多摩立川保健所「摂食・嚥下機能支援事業」（以下「都モデル事業」という）において、北多摩西部保健医療圏内に2か所（武蔵村山病院及び新田クリニック）に設置され、次のような機能を発揮した。①地域の摂食・嚥下障害に関する相談に応じる、②相談者の食事状況、全身状態などを電話で聞取る、③摂食・嚥下障害を専門的に診断する摂食・嚥下評価医を紹介する、④事例検討会の運営に協力する。そしてこれらの機能を発揮するには、地域の社会資源に精通した人材が対応し、また医療的な判断ができる環境にあることが必要である。このため都モデル事業では、看護師長、医療連携室の事務職がセンターの相談支援に従事した。

センター設置の課題は、相談支援に適した人材の発掘及びセンターの設置及び維持に要する費用の負担と考えられる。今後地域に同様のセンターを設置する場合には、在宅医療の調整窓口への併設等も検討していく必要がある。（椎名恵子）

○摂食・嚥下機能支援センターの実際 都モデル事業における武蔵村山病院の取組

北多摩西部保健医療圏（立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市）内に設置された2か所のセンターのうちのひとつである武蔵村山病院は、圏域内北西部に位置している。このため、在宅若しくは施設で生活する高齢者で摂食・嚥下障害が疑われ当センターへの連絡や相談は、武蔵村山市、立川市、昭島市と比較的近接している地域からが多かった。これは、摂食・嚥下障害に対して地域で取り組む必要があることや、センターと評価医との間に緊密な連携が不可欠であることと関連していると考えられた。また、隣接する圏域外からも連絡・相談を受ける場合もあったことから、当モデル事業でない地域にも潜在的に摂食・嚥下機能支援機能への要望があると考えられた。

窓口機能として開始したのは2009年11月で、当センターでは医療連携室の担当者が実際の相談内容を受けている。連絡や相談を受ける際には一定の情報を正確に担当する評価医に伝達しなければならないため、受付票を作成してその内容に従い摂食・嚥下障害の連絡や相談を受けている。相談者は家族だけでなくケアマネージャー、施設看護師、管理栄養士、介護職など様々であった。

2009年度（5ヶ月間）は申し込みが13件あった。内訳は相談のみが7件、評価医紹介が6件だった。評価医がスクリーニングテストや食事場面の観察からVEを必要と認め実施したのは6件中3件と半数を占めた。2010年度は8月までの集計で申し込みが8件あった。相談のみが3件、評価医紹介が5件で実際にVEを実施したのは2件であった。相談者のうちケアマネージャーが約3割を占め、地域、特に在宅における摂食・嚥下障害に関する啓発活動を行う際には重要な存在である。

センター業務が摂食・嚥下障害に関する相談を受け評価医を紹介することにとどまっては今後課題が残る。事例検討会の運営に協力することで、さらに充実したセンターと評価医との連携や評価医同士の横の連携の強化などに繋げる必要がある。また、地域における摂食・嚥下障害への対応において何が求められているかを明確にするためにも、継続して申し込み内容と対応結果の双方を取りまとめ、評価することが重要である。（元橋靖友）

3 東京都が進める「摂食・嚥下機能支援」

都民の4人に1人が高齢者となる超高齢社会を間近に迎える都において、要介護高齢者等の摂食・嚥下障害は大きな課題となっている。このため都は、平成20年度から摂食・嚥下機能支援を地域に拡大するために様々な取組を行ってきた。

本稿では、平成20～22年度に実施した、摂食・嚥下機能支援に携わる人材の育成、モデル事業による支援の仕組づくりの概要を示し、さらにこれらの成果を踏まえ、今後都が展開する推進策について述べる。

摂食・嚥下障害は、高齢者の誤嚥や窒息等を引き起こす大きな要因である。都内の介護保険施設を対象とした調査（平成21年7月「西暦2010年の歯科保健目標」達成度調査）で「利用者の食事中の誤嚥、窒息について心配なことがあった」する回答が9割を超えているように、「誤嚥・窒息」は高齢者の身近な危険となっている。団塊の世代が高齢期を迎える平成27年度には、都の高齢者人口は310万人を超え、都民の4人に1人が高齢者となる超高齢社会が到来する。高齢化の進展に伴って、摂食・嚥下障害は大きな課題となっている。

摂食・嚥下障害は、要介護高齢者に広く認められる障害であるにも関わらず、在宅医療等、地域における対策はほとんど進められてこなかった。これは、これまで摂食・嚥下障害への対応の必要性についてあまり論じられておらず、医師・歯科医師に必要な知識及び技術を習得する機会が殆どなかったこと、患者の摂食場面での評価に関して、医師・歯科医師及び多職種が共有するエビデンスのある評価基準が少なかったこと、従来の評価法はVF（嚥下造影検査）中心、病院中心で在宅医療等地域での適応が殆どなかったこと等によるという指摘がある。さらに、医師・歯科医師の指示に基づき、適切なリハビリテーションを提供するためには、それに応える多職種のネットワークが地域に存在しなければならない。そこで都は、平成20年度から摂食・嚥下機能支援を地域に拡大するため、人材育成、モデル事業によるネットワークの仕組づくり等の取組を進めた。

(1) 人材の育成（平成20～22年度）

① 都立心身障害者口腔保健センターにおける評価医養成基礎研修及び公開講座

「摂食・嚥下機能評価専門研修（平成20年度～）」

ア. 東京都・(社)東京都歯科医師会・(社)東京都医師会が連携した評価医養成基礎研修

摂食機能と嚥下機能は時として別々に論じられることがあるが、摂食・嚥下機能は一連の行為である。口腔状況を把握しやすい立場にある歯科医師と、全身状態の管理と呼吸状態や発熱、脱水等誤嚥の可能性のある所見を把握する医師が連携することで、より適切な支援が行われることから、(社)東京都歯科医師会（以下「都歯」という）、(社)東京都医師会（以下「都医」という）と連携し、医科・歯科の連携を進める視点で研修を企画・実施した。

本研修は、医師・歯科医師を対象とし、特に在宅で有用な嚥下内視鏡検査を含む摂食・嚥下機能評価及びそれに基づく指導や訓練の基礎を学ぶことを目的とした。研修プログラムは、日本大

学歯学部戸原玄准教授（都歯・高齢者保健医療常任委員会メンバー）が中心となって検討した。

研修の実務は、都立心身障害者口腔保健センターが担った。これは同センターが、地域での治療困難な重度・難症例の心身障害（児）者を対象とした歯科診療だけでなく、歯科保健向上のための教育研修・調査研究を目的に設立されていることによる。

また、受講対象者の推薦および研修講師の選定には、都歯及び都医からの協力を得た。

イ. 公開講座による専門職への普及啓発

摂食・嚥下評価専門研修の一部を公開講座とし、医師、歯科医師、看護師、ST、PT、管理栄養士、歯科衛生士等、幅広い専門職に対して普及啓発を図った。

② 地域資源を活用した評価医養成実施研修及びリハビリチーム養成研修

「摂食・嚥下機能推進事業（平成22年度）」

評価医養成基礎研修修了者及びコメディカルスタッフを対象とした実地研修プログラムを開発し、実地研修を行った。プログラム開発及び実施は、摂食・嚥下機能支援に実績のある機関に委託した。

評価医養成実地研修は、第1に実地訓練を通して患者への対応及びコメディカルスタッフとの協働等、評価医として必要なスキルを修得すること、第2に地域において摂食・嚥下機能支援事業を展開する際に必要な、医科と歯科との合意形成の重要性、関係機関とのネットワークづくり、行政との協働等について理解を深めることを目的とした。

リハビリチーム養成研修は、摂食・嚥下リハビリテーションを担うコメディカルスタッフ相互の専門性の理解とチームアプローチの基礎を学ぶことを目的とした。

ア. 研修機関の選定

研修機関は、①摂食・嚥下機能支援に関する十分な実績があること、②摂食・嚥下障害の主な原因疾患である脳卒中患者の、急性期・回復期・在宅にいたる一連の摂食・嚥下機能支援を学べること、③都内全域からの参加が可能となるよう、区部及び多摩部に実地研修場所が確保できることを選定の条件とし、下記の機関を選定した。

《NPO 法人 嚥友会》 ～急性期の摂食・嚥下障害～

脳卒中医療連携に実績のある武蔵野赤十字病院がバックアップ。近隣の複数の地区歯科医師会とも連携。理事長 道脇幸博氏

《武蔵村山病院》 ～回復期の摂食・嚥下障害～

平成20・21年度「東京都摂食・嚥下機能支援モデル事業」の協力医療機関。

《豊島区口腔保健センター「あぜりあ歯科診療所」》 ～在宅の摂食・嚥下障害～

在宅歯科医療をシステムティックに提供。特養施設での摂食・嚥下障害への対応等充実した診療実績。

イ. 実地研修プログラムの開発

《評価医養成実施研修プログラム》

目的：実地訓練を通して、内視鏡検査を含む摂食・嚥下機能評価を行い、指導及び訓練の指示ができる医師・歯科医師を育成する。また、行政や関係機関と協力して摂食・嚥下機能支援事業化する際のリーダーとなる医師・歯科医師を育成する。

対象：摂食・嚥下評価専門研修（評価医養成基礎研修）を修了した医師・歯科医師

実施機関：NPO 嚥友会、武蔵村山病院、豊島区歯科医師会「あぜりあ歯科診療所」

研修内容：実地訓練を通して内視鏡検査、医科・歯科連携の進め方、コメディカルスタッフ等との協働について学ぶ。また、摂食・嚥下機能支援の事業化に必要な実務的知識の習得（保健医療政策区市町村包括補助事業の仕組み、行政の役割、関係団体との連携のあり方、先進事例の紹介）等を修得する。

構成：各施設共通の講義4日間 各施設ごとの実地研修2日間 計6日間

《リハビリチーム養成研修プログラム》

目的：摂食・嚥下機能リハビリテーションを担うコメディカルスタッフが、互いの職種の特徴・役割を理解し、総合的なチームケアを行うための基礎知識を共有する。

対象：摂食・嚥下機能リハビリテーションを担うコメディカルスタッフ

研修内容：摂食・嚥下機能リハビリテーションにおける多職種の役割の理解及びリハビリテーションのノウハウの習得

(椎名恵子)

(2) モデル事業による仕組づくり

～都保健所が多摩地域で先駆的に取り組んだ地域摂食・嚥下機能支援事業～

人口の高齢化に伴い、脳卒中の後遺症や、加齢に伴う機能低下等を原因とした、摂食・嚥下障害を有する高齢者が増加している。また、要介護高齢者の直接死因としての最大のものは肺炎であり、その多くが誤嚥性肺炎であることが知られている^{1) 2)}。このような背景をふまえ、多摩立川保健所では、平成18年度から2年間にわたり、地域ぐるみの摂食機能支援事業を、保健所の独自の取り組み（課題別推進プラン）として行った。その中で、まず最初に保健所の所管する2次保健医療圏（北多摩西部保健医療圏）の中で、摂食・嚥下機能の支援を行うさまざまな専門医療機関（病院等）、地区医師会・歯科医師会等団体、関係職種代表、市町村代表等によって構成される地域摂食機能支援連絡会を設置した。これは、摂食・嚥下機能支援という分野が、医科・歯科の連携が重要であるとともに、さまざまなコメディカルスタッフが多職種協働のチームアプローチをすることが求められる領域であることから、医師会長を座長として、2次保健医療圏内の関係職種、関係団体の代表を幅広く集め、多角的に協議するとともに、対策を実際に推進できるようにすることを目的とした点が特徴である。第二に、地域の高齢者施設に対するアンケート調査結果を踏まえて、実態把握と課題分析及び、対応策の検討を行った。その結果として、まず、地域の高齢者施設の約6割が、利用者の誤嚥やムセ等、食事摂取に関して困っている、という実態が浮かび上がった。さらに、その困っている施設の半数は、そういった問題を相談できる専門家との連携がないという状況

も明らかとなった。このような地域のニーズに対して、様々な問題点・課題と対応策を、表1に示すように分析し、今後、地域で、摂食・嚥下支援を行えるシステムづくりを行うことを決定した。具体的な課題をいくつか列記すると、①家族に対し、摂食・嚥下障害に対する知識・情報が少ない、②摂食・嚥下障害のスクリーニングの基準が確立されていない、③摂食・嚥下障害を疑ってもどこにつないでよいかわからない、④在宅訪問により、診断・評価・検査（VE：嚥下内視鏡検査等）を実施できる医師・歯科医師がいない、⑤VE（嚥下内視鏡検査）の機材がない、⑥在宅で、摂食・嚥下評価のできる仕組（システム）ができていない、⑦在宅で、口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーションを行える専門職（コメディカルスタッフ）が少ない、⑧栄養摂取のために、病院で胃ろうを造設する患者が多い（ただし、その後、摂食・嚥下機能評価を行われない場合が多い）、等々である。

以上のような種々の課題に対して、人材養成、システムの構築を柱とした取組を行っていくことを決定した。さらに、平成20年度からは、都のモデル事業に指定されたことから、上記連絡会の構成メンバーをさらに拡大、充実し、都医療政策部、都立心身障害者口腔保健センターの代表等を加え、摂食・嚥下機能支援協議会として、地域の摂食・嚥下機能支援システムのモデル構築を行った。

特に、都が平成20年度に、摂食・嚥下専門研修事業を、都立心身障害者口腔保健センターに委託し、摂食・嚥下機能支援に関わる人材の養成を開始したことから、その研修をベースとして、さらに、当圏域の高齢者施設で機能評価と摂食・嚥下リハビリテーションをコーディネートする医師・歯科医師の実地研修を重ね、圏域内6市医師会・歯科医師会から1名ずつ、計12名の摂食・嚥下評価医の養成を行った（図1）。また、評価後の口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーショ

表1 摂食・嚥下障害者支援システム構築に向けた問題点・課題（現状）と対応策

	観察・早期発見・スクリーニング	精密検査・診断・評価	治療・リハビリテーション
在宅	<p>【問題点・課題】</p> <p>①家族に対し、摂食・嚥下障害に関する知識・情報が少ない</p> <p>②摂食・嚥下障害のスクリーニングの基準が確立していない</p> <p>③摂食・嚥下障害を疑っても、どこにつないでよいかわからない</p> <p>【対応策】</p> <p>①～②→チェックシートの開発・研修</p> <p>③→摂食・嚥下障害を専門的に診断・評価してくれる専門医療機関のルート開発</p>	<p>【問題点・課題】</p> <p>①在宅訪問により診断・評価・検査（VE：嚥下内視鏡検査、等）を実施できる医師・歯科医師がいない</p> <p>②VEの検査機材がない</p> <p>③在宅で嚥下評価ができる仕組みができていない</p> <p>【対応策】</p> <p>①→VEの実施を含む在宅での摂食・嚥下障害の検査、診断を行う医師・歯科医師の養成（診断・評価の手引きの開発も含む）</p> <p>②→VEの検査機材の確保</p> <p>③→在宅で嚥下評価ができるシステムの構築</p>	<p>【問題点・課題】</p> <p>①通院による摂食・嚥下リハビリテーション（以下、リハビリ）を受け入れる病院が少ない</p> <p>②在宅診療をする医師・歯科医師が少ない。リハビリ・口腔ケアの指導等を行う専門職が少ない</p> <p>③在宅での対応のしかたについて確立されていない</p> <p>【対応策】</p> <p>①～③→在宅訪問で医療を行なう医師・歯科医師及びリハビリ指導を行なう専門スタッフの養成（在宅対応の手引きなど、マニュアルの開発を含む）</p>
入所施設	<p>【問題点・課題】</p> <p>①スクリーニングの基準が確立していない</p> <p>②摂食・嚥下障害に関する専門家に関する情報が乏しい</p> <p>③職員は摂食・嚥下障害に関する知識、症状に関する理解やその対応方法に関しては差がある</p> <p>【対応策】</p> <p>①→摂食・嚥下障害をスクリーニングする簡易チェックシートの開発</p> <p>②～③→摂食・嚥下障害に関する専門的な診療部門の情報提供、研修の実施</p>	<p>【問題点・課題】</p> <p>①嘱託医等が、摂食・嚥下障害に関する対応方法（検査・診断・評価・指導）を熟知していない</p> <p>【対応策】</p> <p>①→嚥下医、訪問歯科医、施設職員が、摂食・嚥下障害を疑った場合、すぐ相談できる専門家の育成</p> <p>①→施設訪問によるVEの実施を含む摂食・嚥下障害の検査、診断を行なう医師・歯科医師の養成（診断・評価の手引きの開発も含む）</p> <p>①→必要に応じて診断・評価・検査のための病院ルートの開発</p>	<p>【問題点・課題】</p> <p>①摂食・嚥下障害への対応が十分でない</p> <p>②利用者の摂食・嚥下機能に合わせた食事内容の提供が十分でない</p> <p>【対応策】</p> <p>①～②→職員が可能な環境整備の方法・食事介助の方法等のマニュアルの開発及びそのための研修</p>
医療機関（一般病院）	<p>【問題点・課題】</p> <p>①摂食・嚥下障害の問題に関しては、医師の関心が低く、後回しになりやすい</p> <p>②スクリーニングの基準が確立していない</p> <p>③専門的な診断等が必要な場合の紹介先の情報が乏しい。</p> <p>【対応策】</p> <p>①～②→医師、歯科医師の研修（スクリーニングのためのチェックシートの開発を含む）</p> <p>③→摂食・嚥下障害を専門的に評価してくれる相談機関</p>	<p>【問題点・課題】</p> <p>①精密検査、診断、評価のできる医療機関が少ない</p> <p>②往診してくれる専門家が少ない</p> <p>【対応策】</p> <p>①～②→摂食・嚥下障害を専門に外来で診てくれ、必要に応じて在宅へ往診もしてくれる医療機関の育成（診断・評価の手引き等の開発も含む）</p>	<p>【問題点・課題】</p> <p>①治療、リハビリを行なう病院が十分でない</p> <p>②環境整備など対応方法の指導が十分とは言えない</p> <p>③栄養摂取のために胃ろう造設となる患者が多い</p> <p>【対応策】</p> <p>①～③→摂食・嚥下障害の評価に対して、指導・リハビリ等の対応方法の普及</p>

ンを実際に担う多職種の人材養成も併せて行なった。

当圏域の摂食・嚥下機能支援システムの目標としては、在宅療養者に対して摂食・嚥下機能評価から、リハビリテーションまでを行なうことを目指したため、嚥下内視鏡等を活用した訪問診療の一貫としてのシステムを構築することとなった。そのシステムの概要を、図2に示す。

まず、在宅もしくは施設で生活する高齢者が、摂食・嚥下障害を疑った場合、地域の窓口として、北多摩西部保健医療圏内に2カ所設置した摂食・嚥下機能支援センター（以下、センターと言う。）に連絡・相談を行う。この2カ所のセンターは、①地域の摂食・嚥下障害に関する相談に応じる、②相談者の食事状況、全身状態などを電話で聞く、③摂食・嚥下障害を専門的に診断する摂食・嚥下評価医を紹介する、④事例検討会の運営に協力する、等の機能を発揮することを目的としている。センターは、申し込まれた相談に対して、在宅での摂食・嚥下機能評価が必要と判断すると、評価医に連絡する。評価医は、主治医と連携しながら、医師・歯科医師でチームを組むなどしながら、在宅訪問を行い、食事状態の観察、機能評価を行う。その後、必要に応じて、口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーションを行う医療機関につなぎ、サービスをコーディネートする。これらの一連のチームアプローチの結果は、一定期間を経て、摂食・嚥下機能支援協議会に報告され、システム全体の問題点のさらなる改善と、新たな課題への対応を検討する。さらに、一つひとつの事例は、事例検討会の場で、関わる摂食・嚥下評価医全員とセンタースタッフ及び、学識経験者、地域の医療専門職、介護関係者で、検証を行う（図3）。

このことにより、評価医自身のスキルの向上を図るとともに、多職種間の評価やケアの質のバラツキを修正する。また、歯科医が得意とする口腔期を中心とした摂食機能の部分と、医師が得意とする咽頭期などの嚥下機能の評価をすり合わせ、総合的な摂食・嚥下機能評価基準を全員で作りに上げていく作業としても、大変貴重であった。と同時に、評価医が主に“医療の眼”で、“食べる”と



図1 当圏域内高齢者施設における実地研修

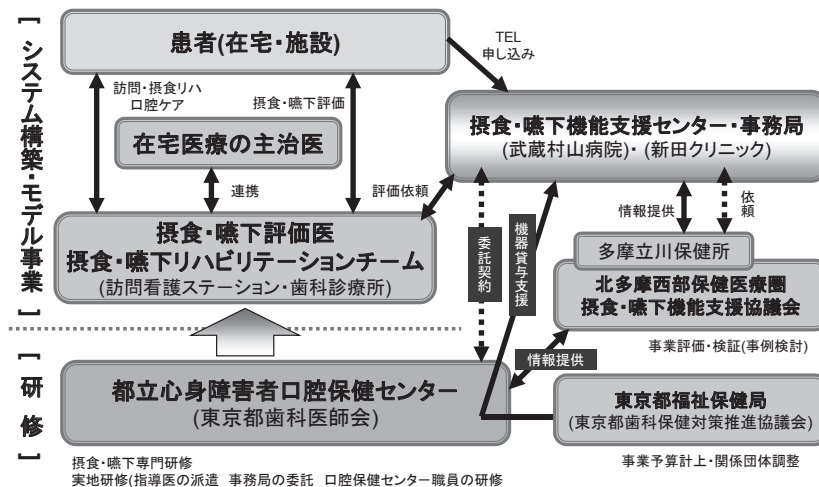


図2 摂食・嚥下機能支援システムの概要

いう行為を見るのに対して、介護職等は、“生活の視点”で、その事例を捉えることから、それらの議論の中から、質の高いサービスが生まれていくという効果も認められた。

以上のようなシステムを平成21年10月19日から開始し、平成22年3月31日までに、24件の申し込みがあり、内16件の事例に評価医が対応を行なった。

2年間のモデル事業を総括するとともに、そこから得られたシステム構築の方法論及び具体的な摂食・嚥下機能支援のノウハウを普及するため、『北多摩西部保健医療圏 摂食・嚥下機能支援事業ガイドライン』及び『摂食・嚥下機能支援の手引』を

編集・発行し、都内各自治体、関係団体等に配布し、普及・啓発に努めた。



図3 保健所で行う多職種参加の事例検討会

まとめ

当圏域における摂食・嚥下機能支援事業の成り立ちとモデル事業の2年間の成果をまとめた。本事業は、摂食・嚥下機能障害という人口の高齢化に伴って増大する障害に対して、特に、医科・歯科連携をベースとした専門的な医療連携に基づく、多職種協働のチームアプローチをシステムとして地域で展開することを目的とした取組である。その要点は、多摩地域の地域性に鑑み、①2次保健医療圏単位での医科・歯科連携を実質的に可能とする協議会の設置、②地域から見える窓口としてのセンター的医療機関の確保、③摂食・嚥下機能支援という新しい医療的課題に対応できる人材の養成と持続的な質の向上、④多職種協働のための事例検討会等の実施、④地域のシステムの構築と継続的な改良、などであった。

いうまでもなく、北多摩西部医療圏での取組は、地域の課題を明らかにした上で、地域資源を最大限に活かし、関係者相互の理解と協働によって地道に積み重ねられたものである。いわば、地域の、地域による、地域のための事業である。そして、10ページでも述べたように多摩立川保健所では、都のモデル事業として取り組む以前から「地域ぐるみの摂食機能支援事業」に着手し、関係者による検討、取り組みを進めてきており、そうした基盤づくりが新たなモデル事業を支えてきたということも見逃してはならない点である。畑を耕し、肥やしを施した土地でなければ、どんなに良い種をまいても美味しい実は収穫しえないという意味で、このような「前史」があるかどうかは、地域特性の分析に欠かせない要素であろう。

最後に、この事業を成功させるためには、地域関係者はもとより、さらに外部の専門家による支援協力、行政（東京都）の強力なバックアップ、それらを地域で総合的にとりまとめる保健所の役割・機能の発揮が不可欠であることも忘れてはならない重要なポイントであることを強調しておきたい。

【参考文献】

- 1) 佐々木英忠, 高齢者肺炎における誤嚥性肺炎の重要性, 日本医師会雑誌, Vol. 138, No 9, p. 1777~1780年
- 2) 寺本信嗣, 誤嚥性肺炎の診断と抗菌薬治療, 日本医師会雑誌 Vol. 138, No 9, p. 1793~1796年

(赤穂 保)

(3) 「摂食・嚥下機能支援推進事業」の展開に向けて（平成23年度～）

都は、平成20年度からの取組の成果を踏まえ、平成23年度以後、都独自事業である保健医療政策区市町村包括補助事業を活用した「摂食・嚥下機能支援推進事業」の地域展開を推進していく。

本稿では「摂食・嚥下機能支援推進事業」及び都が行う人材育成の概要、事業展開における各団体等の役割、事業展開例について示す。

① 「摂食・嚥下機能支援推進事業」の概要

「摂食・嚥下機能支援推進事業（平成23年度）」は医療保健政策区市町村包括補助事業の先駆的事業の例示事業の一つである。

◇医療保健政策区市町村包括補助事業とは

平成19年度開始 都補助事業

事業の目的：区市町村がきめ細かい医療・保健サービスを展開するため主体的に実施する保健医療分野にわたる事業に対し支援を行い、医療保健サービスの向上を図る。

実施主体：区市町村

事業区分：ア. 先駆的事業 新たな課題に取り組む試行的事業 補助率10/10（3年間）
イ. 選択事業 都が目指す医療保健施策の現実を図るため列挙する事業からの
選択等補助率1/2

総上限額：人口規模等により区市町村ごとの総上限額を設定

◇「摂食・嚥下機能支援推進事業（平成23年度）」は先駆的事業の例示事業

補助率：10/10（3年間）、それ以後は選択事業となり補助率1/2

対象経費：・協議会開催に要する経費・関係者、住民向け講演会等の普及啓発に要する経費
・医療資源、ニーズ調査等に要する経費 ・事例検討会開催に要する経費
・人材育成に（機器、機材等の整備含む）要する経費
・「摂食・嚥下機能支援センター」設置に要する経費

補助条件等：

ア. 事業実施に際しては、「東京都 摂食・嚥下機能支援推進マニュアル」を活用する。

イ. 摂食・嚥下機能支援推進協議会は、地区医師会・地区歯科医師会等の関係団体や地域の医療機関のほか、保健所、地域住民等で構成する。

ウ. 人材育成は、原則として都立心身障害者口腔保健センターで平成23年度から実施する評価医養成研修を修了した複数の評価医が中心となり、都立心身障害者口腔保健センターの研修プログラムと同等の内容で、医師、歯科医師等複数の職種を対象とした研修を行う場合に限る。

エ. 機器、機材等の購入は、上記の人材育成に活用する場合に限り補助対象とする。

② 都が進める人材育成の概要

都がこれまで実施した摂食・嚥下機能支援のための研修を再構築し、都立心身障害者口腔保健センターに委託して実施する。

◆評価医養成研修

区市町村が実施する「摂食・嚥下機能支援推進事業」の牽引役となる医師・歯科医師の育成を目的とする。受講対象は、地区医師会・歯科医師会が協議して推薦する医師・歯科医師とする。

◆リハビリチーム養成研修

評価医養成研修受講者から推薦された、コメディカルスタッフ及び介護職を対象とする。

① 評価医養成研修（医師・歯科医師向け：研修期間2年間）

1年目 ステップ1 評価医養成研修Ⅰ
内容：摂食・嚥下機能障害に関する基礎的知識の付与（講義）

ステップ2 評価医養成研修Ⅱ
内容：評価専門研修プログラム（講義、相互実習）

2年目 ステップ3 評価医養成研修Ⅲ
内容：評価医実地研修プログラム（実地研修、事例検討）

② リハビリチーム養成研修（コメディカル等向け：研修期間2年間）

1年目 ステップ1 リハビリチーム養成研修Ⅰ
内容：摂食・嚥下機能障害に関する基礎的知識の付与（講義）

ステップ2 リハビリチーム養成研修Ⅱ
内容：リハビリチーム養成研修プログラム（講義、相互実習）

2年目 ステップ3 リハビリチーム養成研修Ⅲ
内容：リハビリチーム養成研修プログラム（実地研修、事例検討）

※評価医養成研修Ⅰとリハビリチーム養成研修Ⅰは合同で実施

③「摂食・嚥下機能支援推進事業」における各団体等の役割

◆区市町村

- 「摂食・嚥下機能支援推進事業」を主体的に展開する。

◆評価医養成研修及びリハビリチーム養成研修修了者

- 区市町村に協力し、地域展開の核となり、「摂食・嚥下機能支援推進事業」の企画及び人材育成を牽引する。

◆地区医師会・地区歯科医師会

- 医師・歯科医師の連携及び協力について協議する。
- 「摂食・嚥下機能支援推進事業」の牽引役となる医師・歯科医師を推薦する。
- 区市町村及び関係団体等と協力し、「摂食・嚥下機能支援推進事業」を推進する。

◆東京都

- 医療保健政策区市町村包括補助事業「摂食・嚥下機能支援推進事業」の活用を推進する。
- 「摂食・嚥下機能支援推進事業」の牽引役となる医師・歯科医師・コメディカルスタッフを育成する。
- 都保健所は市町村、地区医師会・地区歯科医師会間等の意見調整を図った上で連絡会を開催する等、事業を推進する。

◆都立心身障害者口腔保健センター

- 「摂食・嚥下機能支援推進事業」を推進するリーダー及びコメディカルスタッフの育成を目的に摂食・嚥下機能支援に関する専門的・体系的な研修を行う。
- 地域展開に必要な人材育成のノウハウを提供する。
- 特別区における事業を推進するため連絡会を開催する。

○「摂食・嚥下機能支援推進事業」を活用した展開例

区市町村が「摂食・嚥下機能支援推進事業」を活用し、事業を実施する場合の各ステップを参考として例示する。

《ステップ1》地域の情報の把握、連絡会における情報収集

事業の企画には様々な情報が必要となる。およそ下記の内容程度は事前に把握しておくことが望ましい。また区部、多摩地域で開催される連絡会は、地域展開に必要な情報を得る場として貴重である。

◆摂食・嚥下機能支援に対するニーズの把握

摂食・嚥下機能障害の患者数の推計値や不慮の事故死因に占める窒息の割合等、摂食・嚥下機能支援に関連する当該地域のデータをもとにニーズを把握する。

◆在宅医療・在宅歯科医療の実施状況の確認

在宅療養支援診療所・在宅療養支援歯科診療所数、在宅医療・在宅歯科医療のネットワーク等、地域の在宅医療の実施状況を確認する。

◆摂食・嚥下機能支援事業に協力が可能な医療機関の把握

地域の病院・診療所・訪問看護ステーションによる摂食・嚥下機能支援の取組状況を把握する。

◆連絡会における情報収集

都立心身障害者口腔保健センター（以下「口腔保健センター」という）及び都保健所が開催する連絡会では、先進的な事例の紹介、地域における事業展開の進捗状況、関係機関との意見交換等、有益な情報交換が行われる。

《ステップ2》「摂食・嚥下機能支援推進事業」の実施に向けた関係者の共通認識の醸成

事業化に向けて、その中心となる、行政・地区医師会・地区歯科医師会等の関係者が、事業実施の必要性、連携や役割分担等について意見交換し、実施に向けた共通認識を醸成する必要がある。地区医師会と歯科医師会のコミュニケーションが不十分うちに、歯科医師会単独（若しくは地区歯科医師会と行政のみの合意）で事業化をすすめると、後々、医科との必要な連携が取りにくくなることもある。特に、本事業が医科・歯科連携の実質的な出発点となる場合は、よりきめ細かな対応が必要である。

《ステップ3》評価医及びコメディカルスタッフの育成

口腔保健センターが実施する研修を活用して事業の核となる人材を育成する。

評価医養成研修は、地区医師会と地区歯科医師会が事前に協議し、医師と歯科医師が一組のペアとなって受講することが望ましい。相互実習や実地研修をペアで受講することによって、医師・歯科医師の相互理解が進み、共通認識のもとに事業を企画することが可能となる。

またリハビリチーム養成研修は、評価医養成研修受講者から推薦されたコメディカルスタッフを対象とする。研修修了者には、地域における事業展開の中で、評価医とともに多職種協働の核となることが期待される。

評価医及びコメディカルスタッフはいずれも事業の牽引役として重要である。個々人の負担が過重とならないよう、複数の人材を確保することが望ましい。

《ステップ4》 事業企画の立案と予算の確保

事業実施の必要性を裏付けるデータと関係者間の共通認識を踏まえ、行政の（在宅医療等）担当者が中心となって事業企画案を作成し、予算を確保する。

◆事業企画の例

事業名	P区 摂食・嚥下機能支援推進事業
事業の目的	要介護高齢者の増加によって、摂食・嚥下機能障害に対するニーズが高まっている。障害に対応できる専門職のネットワークを構築し、相談・支援を充実する。
事業の内容	P区 摂食・嚥下機能支援推進協議会の設置、事業計画の検討、関係者及び住民向け普及啓発、医療資源・ニーズ調査、人材育成計画の作成、事例検討会の開催、摂食・嚥下機能支援協力医療機関リストの作成、摂食・嚥下機能支援センターの開設等
事業の効果	在宅療養者の摂食・嚥下障害に対する住民の理解が進む。摂食・嚥下機能支援に関する相談窓口が整備され、住民に対する支援が進み、安全に口から食事が摂れる要介護高齢者が増加する。
根拠等	P区 事業実施計画（平成22～25年）
事業計画	平成23～27年の年次計画

《ステップ5》 摂食・嚥下機能支援推進協議会の立ち上げ

〔協議会の設置〕

区市町村は、地域における摂食・嚥下機能支援の推進に必要な事項を協議することを目的に、地域の関係者等をメンバーとする「摂食・嚥下機能支援推進協議会」を設置する。

〔委員の構成〕

学識経験者、保健・医療・福祉関係機関（医師会・歯科医師会・病院・コメディカルスタッフ・介護保険施設・福祉施設）、行政等の代表

〔協議事項〕

事業計画の作成、関係者及び住民向け普及啓発、医療資源・ニーズ調査、人材育成計画の作成、事例検討会の開催、協力医療機関リストの作成、摂食・嚥下機能支援センターの開設等

《ステップ6》 関係者及び住民に対する普及啓発

地域における理解を促進するため、要介護高齢者のケアに関わる家族及び看護・介護関係等の関係者を対象に講演会等を開催し、摂食・嚥下機能支援に関する普及啓発を行う。

《ステップ7》 地域における人材育成

口腔保健センターによる評価医養成研修を修了した評価医がリーダーとなり、地域の医師・歯科医師・コメディカルスタッフを対象に、口腔保健センターの研修プログラムに準拠した人材育成を進める。

《ステップ8》 事例検討会によるスキルアップとネットワークの構築

複数の評価医の間で、摂食・嚥下機能評価に関して統一した見解を保つためには、ひとつの事例を通して、その判断基準、診断の根拠を確認しあう作業が必要である。事例提供者にとっては非常に緊張感のある会議であるが、確実にスキルを向上させることができる。また、地域の関係者が事例を共有することで、地域全体の幅広い人材を育成し、顔の見える関係づくり（ネットワークの構築）を着実に進めることに繋がる。

《ステップ9》 新たな体制「摂食・嚥下機能支援センター」の開設

地域の患者・家族からの相談への対応や、それに伴う評価医の紹介等の調整を行うために「摂食・嚥下機能支援センター」の整備が必要になる。同センターの開設には、開設の場所、調整担当の職員の配置（職種、センター業務の従事の頻度）、経費負担等、センターの運営に関する具体的な課題を検討する必要がある。このため摂食・嚥下機能支援推進協議会が中心となって、関係者相互の意見調整を行う。

《ステップ10》 摂食・嚥下機能支援の普及

人材の育成、ネットワークの構築、「摂食・嚥下機能支援センター」の開設といった仕組づくりが進むと、いよいよ多くの地域住民に対する摂食・嚥下機能支援が可能となる。同センターのPR等を通して地域への浸透をはかりながら、取組を推進する。

（椎名恵子）

《摂食・嚥下機能支援推進事業の展開例》

	初年度	2年目	3年目	4年目以降
区市町村	摂食・嚥下機能支援推進事業			
	○摂食・嚥下機能支援推進協議会（合意形成と事業の進行管理）			
	○関係者への普及啓発（住民・医療・介護関係者対象）			
	○評価医が中心となり企画する研修の実施 （地域の医師・歯科医師・コメディカルスタッフ対象）			
地区医師会 地区歯科医師会 関係団体	○協議会への参画			
	○事例検討会の開催			
都立心身障害者 口腔保健 センター	○摂食・嚥下機能支援センター の開設 （相談業務、評価医のJ-デイン）			
	○評価医養成研修受講者の推薦 （医師・歯科医師）			
都保健所	評価医養成研修・リハビリチーム養成研修（事業のリダーの育成・研修のための提供）			
	連絡会の開催（区部における情報交換、先進事例の紹介等）			
	連絡会の開催（市町村における情報交換、先進事例の紹介等）			

（東京都福祉保健局医療政策部）