

自治体
向け

地域における 高齢者の口腔・食支援の 取組推進のためのハンドブック

地域支援事業等の活用にあたって



令和6年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
「在宅医療・介護連携に係る認知症の人を含む高齢者の口腔管理体制構築の検討」

はじめに

～自治体職員の皆様へ～

わが国において高齢化が急速に進行する中、認知症の人を含む高齢者の「望む暮らし」の実現に向けた支援がますます重要となっています。特に、食事を楽しみながら健康を維持することは、認知症の人を含む高齢者の生活の質を向上させるうえで欠かせない要素です。

令和6年1月より施行されている共生社会の実現を推進するための認知症基本法(以下「基本法」)のうち“第十八条 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等”では、『国及び地方公共団体は、(中略)認知症の人の心身の状況に応じた良質かつ適切な認知症の人に対する医療の提供等を行う医療機関の整備その他の医療提供体制の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする』とされています。そして、この基本法をもとに策定された、認知症施策推進基本計画(令和6年12月)においては、“5. 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等”の項目に、『認知症の人の口腔機能等の維持・向上のため、専門職による口腔管理等を推進する』ことが明記されています。

わがまちに暮らす高齢者が自らの望む暮らしを実現できる社会を構築するためには、医療・介護・福祉の関係者が連携し、切れ目のない支援体制を整えることが重要です。加齢に伴う口腔機能の低下や生活機能の低下に関連する口腔衛生状態の低下、誤嚥性肺炎のリスクの増加、低栄養等が、高齢者の生活の質を大きく左右します。こうした課題に対応するためには、地域の医療・介護職が連携し、高齢者の口腔と食を支援する体制を構築することが不可欠です。

本ハンドブックでは、自治体にとって口腔・食支援を推進する際の目安となることを目指して、いくつかの事例をピックアップしました。自治体が中心となり、在宅医療・介護連携推進事業をはじめ、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業、介護予防・日常生活支援総合事業、地域ケア会議等の各施策と連携しながら、効果的な支援体制を構築することが求められています。多職種協働と情報共有を進める仕組みの整備、人材育成、啓発の充実等を目的とした、分野横断的かつ事業の一体的運用で、より包括的な支援が可能となります。

本ハンドブックが、皆様の地域における口腔・食支援の推進に少しでもお役に立てれば幸いです。

令和6年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
「在宅医療・介護連携に係る認知症の人を含む高齢者の口腔管理体制構築の検討」

検討委員会一同

事業代表者 枝広あや子(東京都健康長寿医療センター研究所)

令和7年3月31日

目次

第1章 地域包括ケアシステムと地域支援事業

地域包括ケアシステムと地域支援事業について	P 6
①地域包括ケアシステムの目的	P 6
②地域包括ケアシステムを強化するための 各種事業の位置づけと目的	P 6
③地域支援事業の活用	P 7
④高齢者の口腔・食支援の現状と課題への 地域支援事業の活用	P 7

第2章 PDCAサイクルを効果的に回し 地域の課題を解決する

地域の課題解決のために	P 10
①「目指す姿／目的は何か」を関係者と共有する	P 10
②解決したいテーマや対象を具体化する	P 11
③テーマ決定⇒原因と対策の検討 ⇒評価の一連の展開方法を整理する	P 11
④協議する場をうまく活用する	P 12
⑤地域における取組を効果的に展開するための ポイント	P 13
在宅医療・介護連携推進事業	P 14
【データからみる①】 市区町村から見た在宅医療・介護連携推進の 取組と歯科医師会・歯科衛生士会の協力	P 16

第3章 口腔・食支援に係る市町村の多職種連携の 取組と都道府県の市町村に対する支援

関連職種等の効果的な連携	P 18
①市町村による取組	P 18
②歯科医師会・歯科衛生士会・栄養士会等 関係団体による取組	P 19
③多職種連携ネットワークによる取組	P 20
都道府県の市町村に対する支援	P 23
①都道府県庁による支援	P 24
②保健所による支援	P 25
【データからみる②】 介護者家族から見た認知症の人を含む 要介護高齢者の口腔と食の困りごと	P 28

第4章 口腔・食支援に係る取組を推進する方策

地域支援事業を活用した取組事例	P 30
①医療・介護の関係者による会議体で地域課題を もとに対応策を検討	P 30
②在宅医療・介護の連携を支援する人材 (コーディネーター)の活用	P 32
③多職種連携のネットワークの構築	P 35
④早期発見と専門職につなぐ仕組みの構築	P 36
⑤介護予防から看取りまで 口腔・食支援の充実	P 40

第5章 口腔・食支援に係る事例の詳細

Case1 長崎県諫早市 P 44

地域包括ケア推進協議会と3つのテーマ別会議を
一体的に進め、住民を含めた協議体も活用し
口腔・食支援の課題検討から対策を展開

人口総数133,938人(65歳以上人口 41,790人(31.2%)、
75歳以上人口 21,957人(16.4%))※1
要介護認定者数／高齢者認定率:7,735人 18.6%※2
病院数(うち訪問診療実施):20(5)、
診療所数(うち訪問診療実施):129(31)、
歯科診療所数(うち訪問診療実施):65(居宅10施設20)、
訪問看護ステーション数:16※3

Case 2 東京都豊島区 P 47

四師会ネットワークを基盤に、在宅医療相談窓口と
歯科相談窓口のコーディネーターの連携によって
口腔・食支援も展開

【飯塚圏域の合計値】
人口総数291,650人(65歳以上人口 56,608人(19.4%)、
75歳以上人口 31,426人(10.8%))※1
要介護認定者数／高齢者認定率:11,867人 20.7%※2
病院数(うち訪問診療実施):14(5)、
診療所数(うち訪問診療実施):471(56)、
歯科診療所数(うち訪問診療実施):312(居宅28施設19)、
訪問看護ステーション数:31※3

Case 3 福岡県飯塚圏域 飯塚市・嘉麻市・桂川町 P 50

2市1町による「5ブロック地域包括ケアシステム
推進協議会」を核に、住民目線の意見や
提案も生かし地域課題解決を推進

【飯塚圏域の合計値】
人口総数172,764人(65歳以上人口 59,237人(34.3%)、
75歳以上人口 31,368人(18.2%))※1
要介護認定者数／高齢者認定率:飯塚市8,262人 20.6%
嘉麻市3,081人 21.4%※2
病院数(うち訪問診療実施):21(12)、
診療所数(うち訪問診療実施):166(41)、
歯科診療所数(うち訪問診療実施):97(居宅25施設27)、
訪問看護ステーション数:25※3

Case 4 鹿児島県薩摩川内市 川内市医師会の取組 P 53

在宅医療支援センターの多職種コーディネーターが
在宅医療推進会議とテーマ別作業部会の
事務局として運営に関わり課題解決を推進

人口総数91,542人(65歳以上人口 30,221人(33.0%)、
75歳以上人口 16,265人(17.8%))※1
要介護認定者数／高齢者認定率:5,788人 19.2%※2
病院数(うち訪問診療実施):11(6)、
診療所数(うち訪問診療実施):99(28)、
歯科診療所数(うち訪問診療実施):39(居宅6施設12)、
訪問看護ステーション数:10※3

Case 5 熊本県天草圏域 天草市・上天草市・苓北町 P56

郡市医師会が中心となって現場の専門職等と
立ち上げた「天草在宅医療介護連携チーム
(ACT)会議」を中心に連携を醸成

【天草圏域の合計】

人口総数104,131人(65歳以上人口 44,603人(42.8%)、
75歳以上人口 24,569人(23.6%))※1
要介護認定者数／高齢者認定率：天草市6,143人 19.9%、
上天草市2,290人 21.6%、苓北町474人 16.9%※2
病院数(うち訪問診療実施)：18(11)、
診療所数(うち訪問診療実施)：101(29)、
歯科診療所数(うち訪問診療実施)：52(居宅10施設23)、
訪問看護ステーション数：13※3

Case 6 北海道小樽市 P59

「おたる地域包括ビジョン協議会」と4つの
分科会を核に、ICTを活用した多職種による
支援活動(おたるワンチーム)を推進

人口総数106,507人(65歳以上人口 44,331人(41.6%)、
75歳以上人口 25,691人(24.1%))※1
要介護認定者数／高齢者認定率：11,775人 26.6%※2
病院数(うち訪問診療実施)：15(5)、
診療所数(うち訪問診療実施)：80(15)、
歯科診療所数(うち訪問診療実施)：78(居宅14施設20)、
訪問看護ステーション数：11※3

Case 7 岡山県鏡野町 P62

認知症部会を含む3つの部会を中心に、
認知症対策をモデルとして限られた専門職と
住民とが早期発見、つながる仕組みを構築

【飯塚圏域の合計値】

人口総数12,265人(65歳以上人口 4,752人(38.7%)、
75歳以上人口 2,606人(21.3%))※1
要介護認定者数／高齢者認定率：883人 18.6%※2
病院数(うち訪問診療実施)：2(1)、
診療所数(うち訪問診療実施)：11(4)、
歯科診療所数(うち訪問診療実施)：7(居宅2施設4)、
訪問看護ステーション数：1※3

Case 8 島根県邑智郡 川本町・美郷町・邑南町 P65

在宅医療連携拠点事業から継続する連携の
切り口を「食べること」に焦点化、「連携は口から」を
テーマに食事栄養支援人材を育成

【川本町・美郷町・邑南町の合計】

人口総数16,902人(65歳以上人口 7,747人(45.8%)、
75歳以上人口 4,680人(27.7%))※1
要介護認定者数／高齢者認定率：1,658人 21.8%※2
病院数(うち訪問診療実施)：2(2)、
診療所数(うち訪問診療実施)：28(6)、
歯科診療所数(うち訪問診療実施)：6(居宅1施設2)、
訪問看護ステーション数：4※3

Case 9 広島県広島市 P68

“地対協”が重点テーマ検討から
同行研修コーディネートまでも担い、
重点テーマ別の専門委員会を中心に対策を実行

人口総数1,178,773人(65歳以上人口 309,727人(26.3%)、
75歳以上人口 172,670人(14.7%))※1
要介護認定者数／高齢者認定率：59,448人 19.2%※2
病院数(うち訪問診療実施)：84(22)、
診療所数(うち訪問診療実施)：1198(282)、
歯科診療所数(うち訪問診療実施)：687(居宅147施設158)、
訪問看護ステーション数：151※3

コラム

地方公共団体における歯科保健医療業務
指針の改正について P21
～適切な高齢者の歯科保健医療の確保に向けた
都道府県・市町村の役割～
札幌市保健福祉局 秋野 恵一

行政の取組における歯科医師会との連携 P22
仙台市健康福祉局保健衛生部健康政策課主査 田所 大典

宮城県歯科医師会の訪問歯科診療 P26
初心者への支援
東京都健康長寿医療センター研究所 本橋 佳子

令和時代の歯と口の健康づくり P27
～行政機関における歯科医師はどのような
仕事をしているのか～
静岡県保健福祉長寿局 健康福祉部 健康づくり推進課
口腔保健支援センター所長 小畑 充彦

認知症高齢者のお口のケア P31
～家族の目線からの分析～
東京都健康長寿医療センター研究所 涌井 智子

在宅医療・介護連携推進事業を活用した P34
「歯科医療と介護の連携を推進する取組」について
札幌市保健福祉局 秋野 恵一

中山間地における柔軟な人材活用を模索中 P38
邑智郡歯科医師会理事 医療法人社団やまぼうし
富永歯科医院院長 富永 一道

歯科検診・医療へのアクセス困難者に対する P39
行政支援
国立保健医療科学院
統括研究官(歯科口腔保健研究分野) 福田 英輝

食支援に口腔の健康(健口)を位置づけた P41
研修会で多職種連携の促進を！
北海道釧路総合振興局保健環境部
保健行政室(釧路保健所) 医療参事 佐々木 健

中山間地域における資源の活用 P42
～食と口腔の目線から～
島根県歯科医師会 医療法人里山会澄川歯科医院／
匹見歯科診療所 澄川 裕之

第5章の数値は【人口・認定者数・医療介護資源の現状データ】

※1 人口総数 2024年1月1日住民基本台帳

※2 厚生労働省「見える化システム」の2024年3月末時点情報

※3 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」2020年情報

第1章

地域包括ケアシステムと 地域支援事業



地域包括ケアシステムと 地域支援事業について

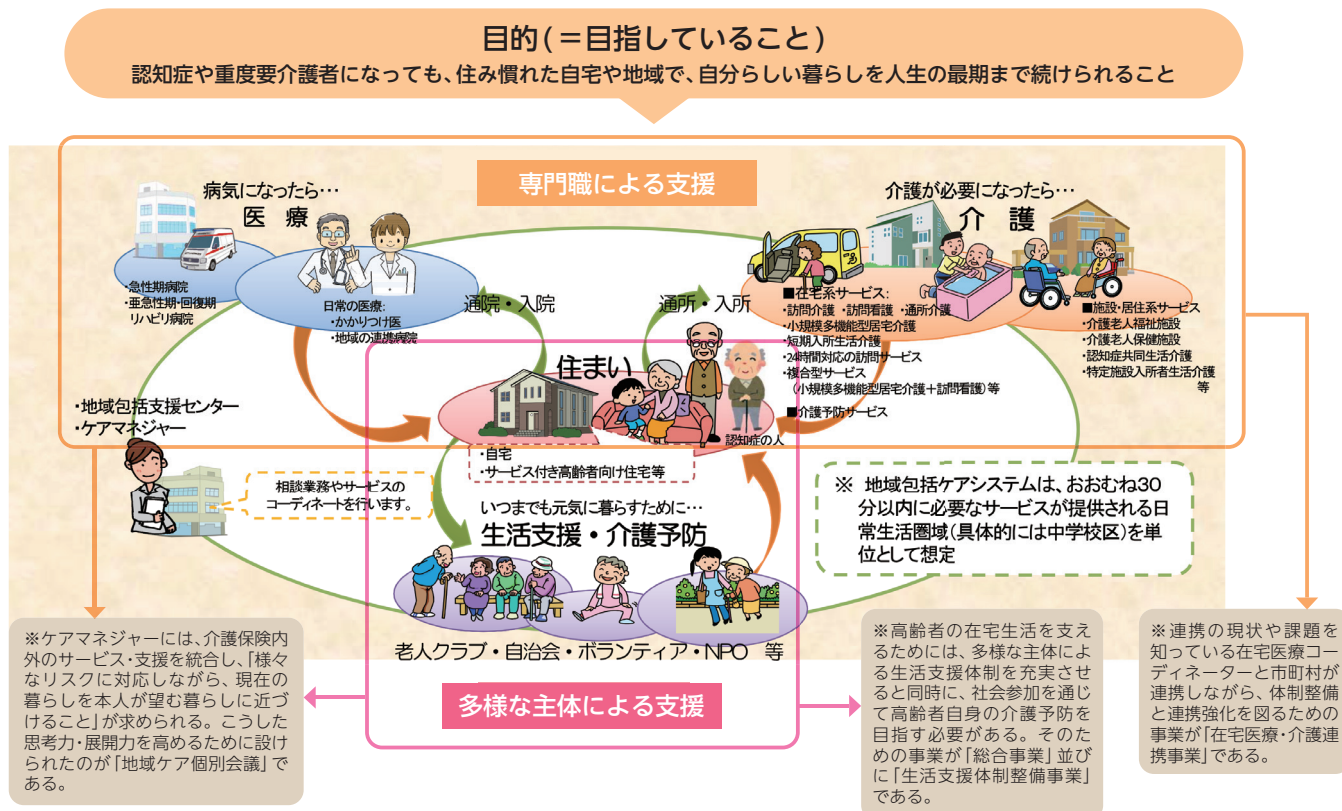
1 地域包括ケアシステムの目的

- 地域包括ケアシステムの目的(=目指していること)は、「たとえ認知症や重度の要介護状態になっても、住み慣れた自宅や地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられること」です。
- 保険者である市区町村や都道府県には、上記目的を常に意識しながら、地域包括ケアシステムを構築・深化させていく必要があります。

2 地域包括ケアシステムを強化するための 各種事業の位置づけと目的

- 上記目的を達成するため、同システムを構成する各要素(医療、介護、生活支援、予防、住まい)を機能強化する必要があります。そこで、2014年度介護保険法改正にて導入されたのが「在宅医療・介護連携推進事業」「認知症総合支援事業」「生活支援体制整備事業」「介護予防・日常生活支援総合事業」等です。
- これら事業は、同システムの目的を達成するための「手段」です(図1)。市町村担当者は、「各事業をどう展開するか」から考えるのではなく、「上記目的をどうやって達成するか」の視点で、関係者と一緒に、事業展開方法を検討・実践していく必要があります。

図1 地域包括ケアシステムにおける各種事業の位置づけ・目的

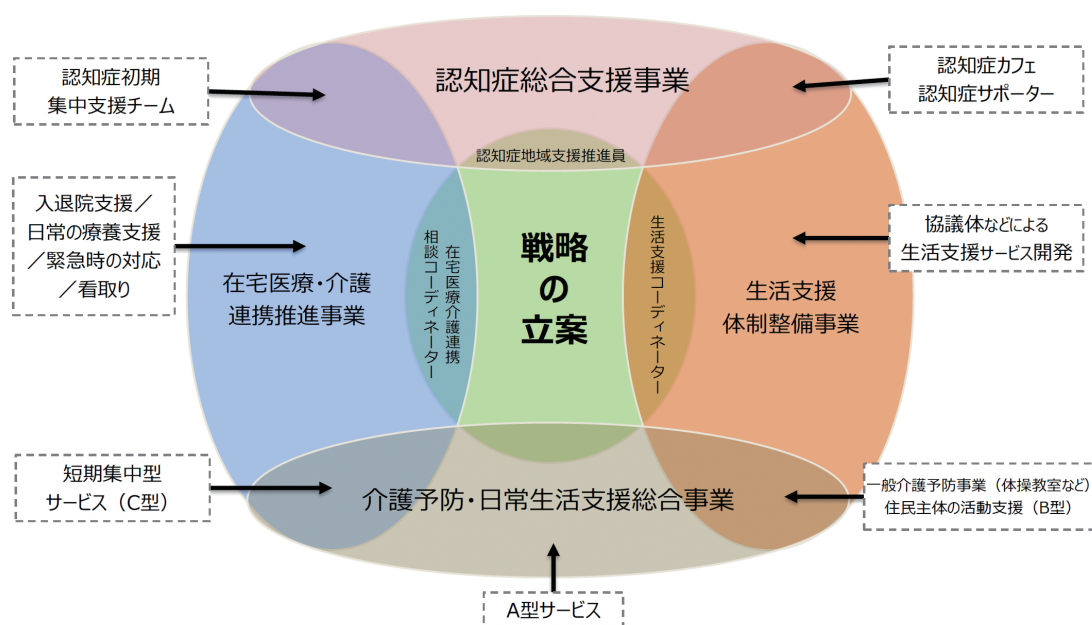


出典：厚生労働省：地域包括ケアシステムの構築に向けて、第46回介護保険部会 資料3(2013年8月28日)を改変

3 地域支援事業の活用

地域の目指すべき姿(目的)の達成のためには、効率的に地域支援事業を展開していくことが重要です。そのためには、例えば在宅医療・介護連携推進事業を、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業、介護予防・日常生活支援総合事業や地域ケア会議等の他の施策と連携し、会議や研修等の一体的な運用を図ることで、効率的・効果的な事業実施を行う等、縦割りの対応策の検討ではなく、各事業間の連動性も考慮しつつ対応策を検討することが必要です。

図2 地域支援事業の4つの事業の連動性



出典：地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業（平成30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 三菱UFJリサーチ&コンサルティング）

4 高齢者の口腔・食支援の現状と課題への地域支援事業の活用

高齢者にとって望む暮らしの実現には、食べたいものを食べ、活動・参加を実現すること、そのための低栄養の予防や誤嚥性肺炎予防が必要です。とくに高齢者の低栄養や誤嚥性肺炎には口腔機能低下が強くかかわっています。望む暮らしの実現や生活の質を満足させるためには、現状を把握し、課題を抽出することが必要です。

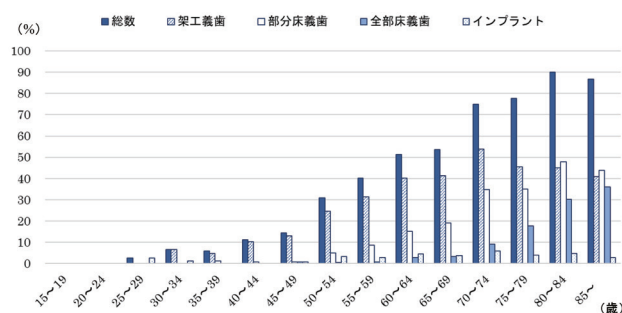
●全国的な高齢者の口腔の実態：概ね20本程度の自分の歯があれば食生活にほぼ満足できることから、平成元年から8020運動というヘルスプロモーションが行われています。8020達成者（75歳以上85歳未満の数値から推計）は51.6%であり、入れ歯等の失った歯の機能を補うための装置を利用している（欠損補綴物の装着者）割合は、60歳以上で半数を上回っています。また口腔のインプラント装着者は、70歳以上75歳未満で最も多く、5.9%です。（図3、令和4年 歯科疾患実態調査）。このことから、若年成人に比較して高齢者の口腔内は複雑化しており、それに伴い口腔清掃の困難性は上昇し清潔を保ちにくい状態になっているといえます。

地域包括ケアシステムと地域支援事業について

- 一方で、要介護高齢者(N=290, 平均年齢 86.9 ± 6.6 歳)の調査では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%でしたが、そのうち実際に、過去1年以内に歯科を受療していたのは、2.4%と少ない現状です。(令和元年日本歯科医学会「フレイル及び認知症と口腔健康の関係に焦点化した人生100年時代を見据えた歯科治療指針作成に関する研究」)
- 特に認知症の人の口腔に関しては、日常的口腔ケアの提供が不足している問題と、自ら不調を訴えられず、歯科受療につながらないといった問題があります。
その上他覚的に、家族や介護支援専門員等が口腔の問題を把握することが困難というのも問題です。認知症の人の歯科治療のニーズ把握が難しい、地域での対応歯科医療機関の情報が不足している、受療行動を取るのが困難等の理由から、認知症の人の口腔ケアや歯科治療に関して「課題がある」と回答した市区町村は46.7%、課題があるかどうか「わからない」と回答した市区町村は46.8%でした(令和4年度老人保健健康増進等事業「認知症の口腔機能管理に関する研究」 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター)。
- 「低栄養の恐れあり」及び「低栄養」の状態である者の割合は、要支援者では50%以上、要介護者では70%以上でした。(令和4年度老人保健健康増進等事業「ICT等を活用した在宅高齢者の栄養・食生活支援に関する調査研究事業」)
- 肺炎の予防や重症化抑制には口腔内の衛生がとても重要です。システマティック・レビューによって、口腔ケアが肺炎の発症予防だけでなく、重症化の抑制に対しても効果があることが示されました(「成人肺炎診療ガイドライン2024」一般社団法人日本呼吸器学会)。わが国においては、歯科衛生士による口腔衛生管理を受けている人の方が、肺炎の発症が少ないこと(令和3年度老人保健健康増進等事業「施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業」一般社団法人 日本老年歯科医学会)や、口腔衛生管理に嚥下機能訓練を追加して実施すると、肺炎発症を抑制することができることが知られています。また、要介護高齢者で、奥歯のかみ合わせを失っている人は、ADLの低下と認知機能の低下【Takeuchi K, 2015, 2016.】、嚥下障害の発症【Okabe Y, 2017.】、発熱リスクの増加【Izumi M, 2022.】等ともかかわっていると報告されています。

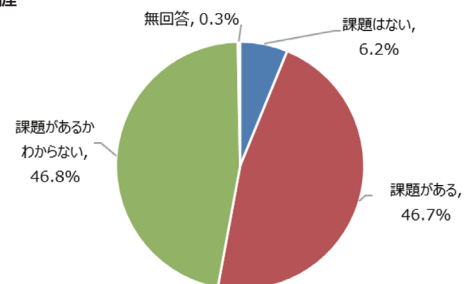
地域において限られた人材で、口腔内の状態や摂食嚥下機能に不安のある高齢者を早期発見し、必要な社会資源につなぐことは、高齢者の望む暮らしの実現のために重要です。地域支援事業の活用をその一助として活用するために、本書では事例を紹介しつつ、取組推進に必要な事項を解説します。

図3 高齢者の口腔の複雑性



出典：令和4年 歯科疾患実態調査結果の概要

図4 市区町村における認知症の人の口腔ケアや歯科治療の課題の把握



出典：令和4年度老人保健健康増進等事業「認知症の口腔機能管理に関する研究」

第2章

PDCAサイクルを効果的に回し 地域の課題を解決する



地域の課題解決のために

ここでは、現状把握から有効な取組を検討するためや、現在の政策を再度検討し、P D C Aサイクルをさらに効率的に回すためのポイントについて、口腔・食支援の事業をケースとして解説します。

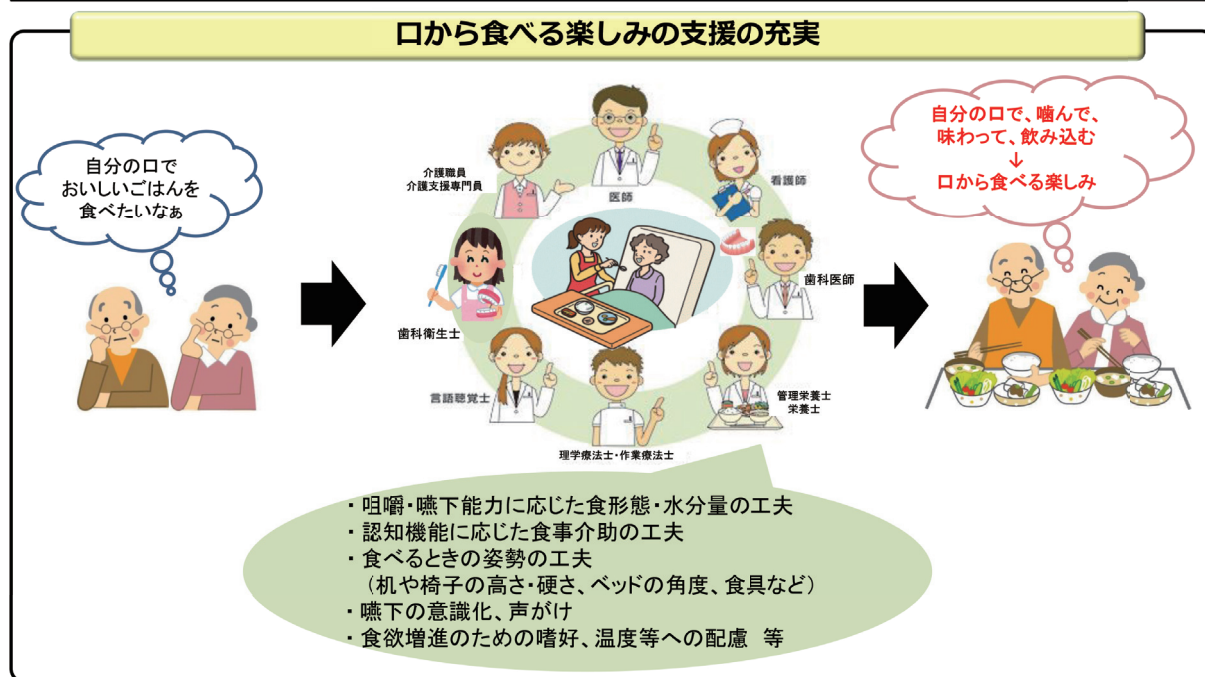
1 「目指す姿／目的は何か」を関係者と共有する

- 連携の目指す姿を検討するにあたって、まず、「多職種が連携することで、何を実現したいのか」を、関係者と一緒に考え、共有する必要があります。この際に重要なことは、「専門職が目指したいこと」ではなく、あくまで、「高齢者が送りたい暮らしは何か」が支援の出発点であることです。
- 図5は、「自分の口でおいしいごはんを食べたい」という高齢者の思いに沿った支援のイメージ図です。専門職の目線からすると、「誤嚥性肺炎等の発生リスクを回避したい」という思いから、安全性を重視したアプローチをとる場合がありますが、これだとリスクを回避すること自体が目的となってしまいます。また、多職種がかかわる支援の場合、各職種の課題理解、目的意識、ゴールのイメージが揃っていないと、高齢者が望む暮らしの実現には至らないこともあります。
- 「高齢者の望む暮らしを実現するために、多職種が協働する」という視点・思考を多職種が持てば、連携の質も、また、高齢者との関係性も良好なものになり、本人の意向の把握も適切なものになっていきます。「食べる」ことは日常生活の中での希望です。重大な健康課題の発生時（入退院時）や人生の最終段階にどうするかではなく、もっと手前の日常生活が送れている段階から、本人の意向の適切な把握がしやすくなるでしょう。

図5 「自分の口でおいしいごはんを食べたい」という高齢者の思いに沿った支援のイメージ

（４）口腔・栄養管理に係る取組の充実

- 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種による支援の充実を図る。



2 解決したいテーマや対象を具体化する

「早期発見できる体制を構築したい」「連携を強化したい」と思っている対象は何か。誰に、何を改善する必要があると考えるかが重要です。

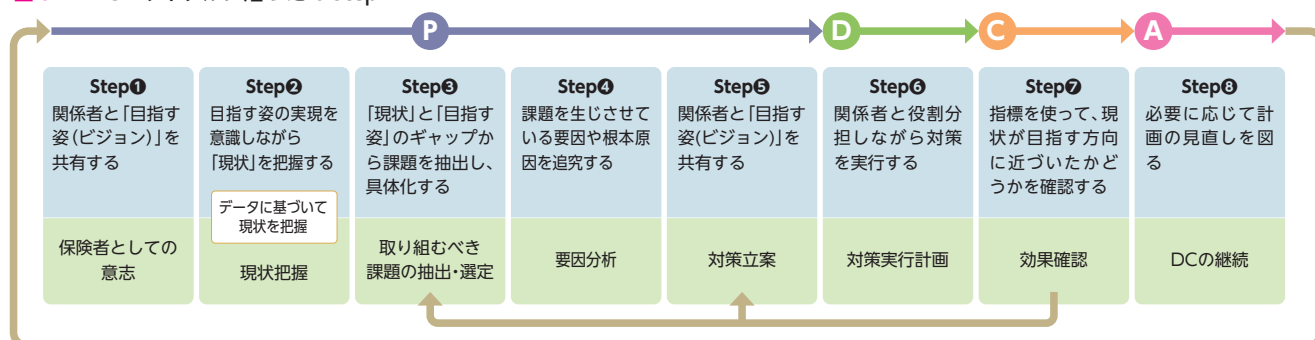
- 例えば「高齢者が、可能な限り口から食べる楽しみを得られるようにする」という目的をたて、「早期発見し、必要な社会資源と連携することが必要」と考えた場合、どこにいるどのような高齢者に対して対応するか、あるいは地域資源の把握状況により、方法は変化します。
- 高齢者支援をする際の背景条件の一つに居住環境がありますが、①独居、②高齢者夫婦のみ、③世代間同居等の状況により対応策は異なります。例えば①②の対応策を検討する場合は、地域資源、社会とのつながり、援助希求の状況、権利擁護、社会経済的状况等も含めたアプローチが必要です。また、高齢者全体にアプローチするか、リスクの大きい高齢者を対象とするのかで対応策は異なり、例えばリスクの大きい高齢者を対象とするのであれば、ハイリスク高齢者を拾い上げるスクリーニング手段や評価方法の構築、専門職へとつなぐプロセスの構築が必要です。
- 高齢者の背景等を具体化せずに、単に「連携する、情報共有を図る」という抽象的な対策は、連携当事者(医療・介護職、高齢者・家族)の目標達成に向けたイメージが揃わない原因となります。「何をしないといけないのか」のイメージが揃わないと、当然、目標達成(例:早期発見)に向けた行動も揃わず、その結果、目標達成に至らないということになりかねません。

3 テーマ決定⇒原因と対策の検討⇒評価の一連の展開方法を整理する

- 課題を解決するためには、事業をマネジメントすることが必要です。マネジメントとは、下記のPDCAサイクルに沿ったStep1～8の一連の作業にそって進めることです(図6)。

マネジメントのStepはそれぞれが関連し合う構造になっています。作業としてだけでなく、構造として理解することが事業展開につながります(図7)。

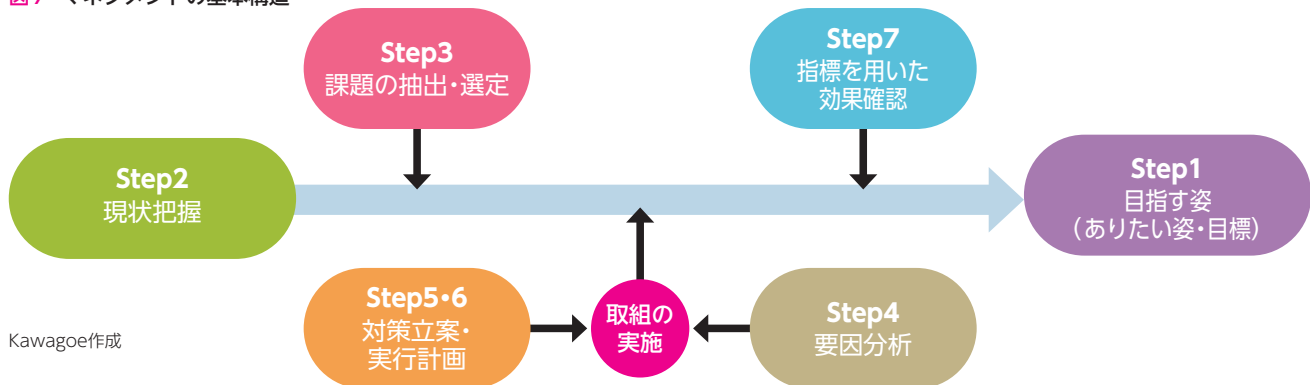
図6 PDCAサイクルに沿った8 Step



出典：厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き(2018/7/30)より引用を改変

地域の課題解決のために

図7 マネジメントの基本構造



- このプロセスのなかで、特に重要なことは、①**目指す姿を設定し、共有すること**、②**原因をおさえて対策を考えること**、③**対策によって期待した成果・効果は何かを考えること**です。これは、現在市町村が展開している事業マネジメントでも課題になる部分です。
- また、解決したいテーマが抽象的だと対策も抽象的になり、評価ができなくなります。したがって、**解決したいテーマは何かを関係者と検討し、具体化する**必要もあります。そのために市町村におけるニーズ調査等の活用もできます。
- 連携の現場にいない市町村や都道府県の担当者にとって、自身で、解決したいテーマを考えたり、原因・対策を考えたり、期待される成果・効果を考えたりすることは困難かもしれません。したがって、行政の保健師、地域包括支援センターの職員、生活支援コーディネーター、在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター等と一緒に、現場の声を拾い上げてこれら検討を進めていくことが大事です。

4 協議する場をうまく活用する

- P D C Aサイクルを適切に回すためには、①課題解決シナリオ案を関係者で検討する場(作業部会やワーキンググループ等)、②検討された解決シナリオ案に対し、検討・了承する場(協議会)の両方が必要になります。なお、作業部会は、自地域で解決したいテーマ(例：ACPの普及・啓発部会、摂食・嚥下部会等)をベースに設け、関係者の密な話し合いができる場を設定すると、職種間の連携がとりやすくなります。
- こうした目的が異なる会議体をうまく設定し、テーマ別に、現状把握～原因と対策の検討～指標によるモニタリングを行うと、P D C Aサイクルがうまく展開できるようになります。

5 地域における取組を効果的に展開するためのポイント

複数の市町村の取組をヒアリングし、そこから見えてきた効果的に事業展開するためのポイントを3つにまとめました。

ポイント1

方針決定のための会議体(協議会)と、現場の意見を集約する会議体(作業部会)の両方を設ける

会議体にはそれぞれ役割(目的)があります。大事なことは、①計画や方針を決定する場「協議会」(団体の委員等で主に構成)と、②現場の実態を踏まえた具体的対策を検討する場「作業部会」(多職種の実践者等で構成)の両方を整備することです。今回ヒアリングした多くの市町村では、こうした体制をとりながら、両会議体を上手く運営していました。

なお、作業部会の立て方としては、①在宅医療・介護連携推進事業の8つの事業項目をベースに部会を編成する(小樽市等)、②重点テーマに関する部会を設ける(広島市等)等、設定方法はいろいろありますが、いずれにしろ、関係者と議論しながら、運営しやすい方法を選択するとよいでしょう。

ポイント2

作業部会の事務局を担う専門職(コーディネーター等)を配置する

作業部会は、4つの場面(P14参照)を意識しながら、目指す姿の設定⇒現状把握⇒課題の抽出と具体化⇒課題を生じさせている原因の分析⇒原因解決につながる対策の検討を行う会議体のことを指します。作業部会で検討された具体的な内容は協議会に報告され、了承後に実行に移されていくことになります(2つの会議体が両輪として機能する)。

作業部会の適切な運営には、事務局機能が重要です。作業部会は、多職種の実践者で主に構成されるため、現場がわかる専門職(コーディネーター等)にその役割を担ってもらう必要があります(市町村の担当者も作業部会に参加し、現場の声に耳を傾けることが重要)。

今回ヒアリングした多くの市町村でも、委託先(地区医師会等)に設置された在宅医療・介護連携推進支援センター等に所属するコーディネーター(保健師、看護師、社会福祉士、歯科衛生士等)がその役割を担っていました。

ポイント3

「地域包括ケアシステムの構築・深化」という目的を意識し、他の地域支援事業との連動性を考える(特に、認知症施策、介護予防・重度化防止施策)

地域包括ケアシステムの構築・深化を目指し、2014年の介護保険法改正にて、各種事業(在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援体制整備事業)が新設されています。このうち、認知症総合支援事業は、「認知症の人に対する地域包括ケアシステムの構築」という文脈であり、その中に、5つの構成要素(医療・介護・生活支援・予防・住まい)全てが含まれているため、認知症施策と在宅医療・介護連携推進事業は、そもそも連動させる必要があるといえます。この実現のために、長崎県諫早市では、地域包括ケア推進協議会の下に、3つの会議(在宅医療・介護連携推進会議、認知症対策推進会議、介護予防・日常生活支援推進会議)を置いていました。

在宅医療・介護連携推進事業

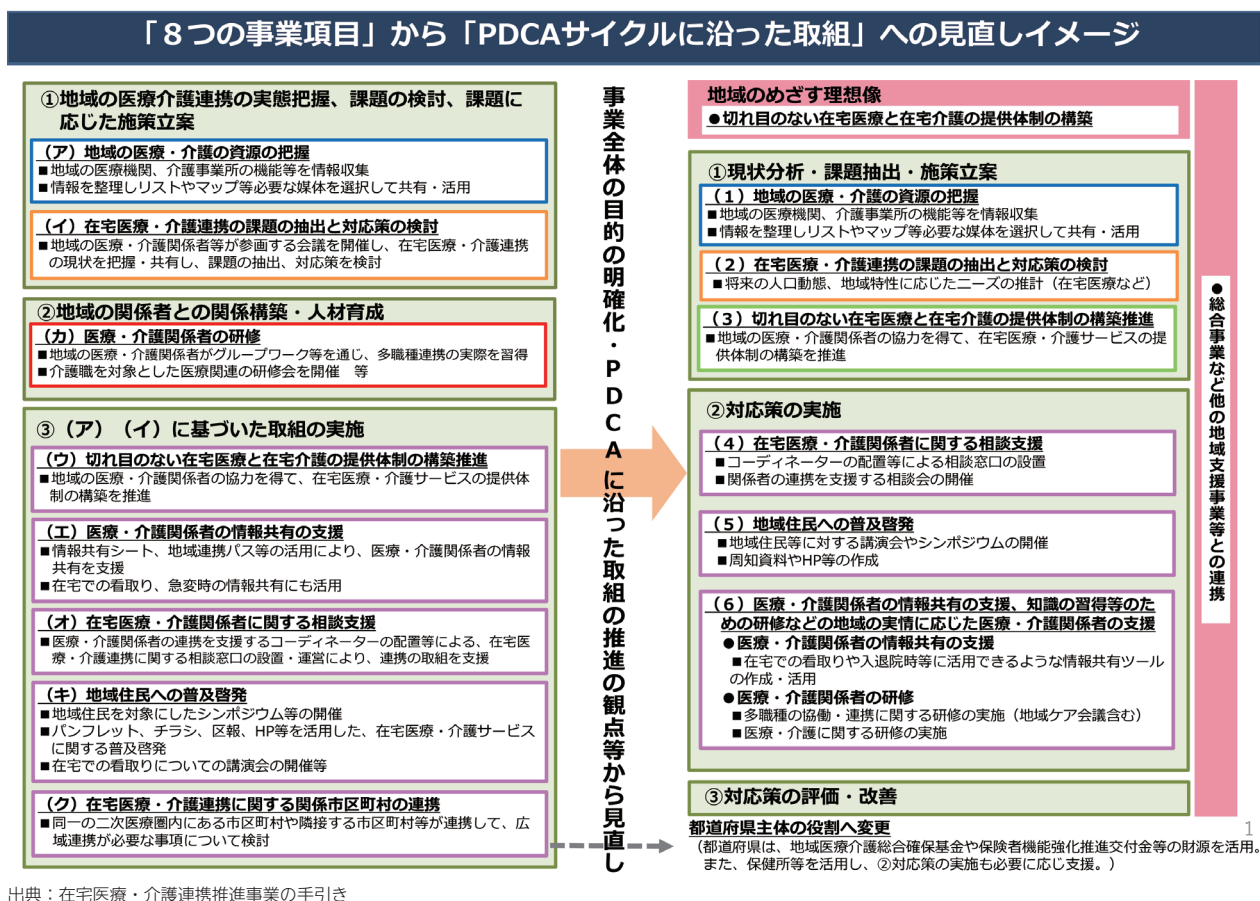
在宅医療・介護連携推進事業について、以前は(ア)地域の医療・介護の資源の把握、(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進、(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援、(オ)在宅医療・介護関係者に関する相談支援、(カ)医療・介護関係者の研修、(キ)地域住民への普及啓発及び(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携の8つの項目の実施を求めています。

令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がされるよう①現状分析・課題抽出・施策立案、②対応策の実施、③対応策の評価・改善の観点から、実施事項を整理するとともに、(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携に関しては都道府県主体の事項として明確化しました。

また、第7次介護保険事業(支援)計画の以前は、「市町村は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面において、地域における在宅医療・介護連携を推進するための体制の整備を図ることが重要である。」としていました(本ハンドブックの事例において「4つの場面」と表現されています)。

第8次介護保険事業(支援)計画の介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針の改定において、上記に加えさらに認知症の対応、感染症発生時や災害時対応の局面においても在宅医療・介護連携が推進されるよう、「市町村は、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療・介護連携を推進するための体制の整備を図ることが重要」としており、当該記載は第9次介護保険事業(支援)計画の介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(令和6年厚生労働省告示第18号)においても、継続して求められています。

図8 「8つの事業項目」から「PDCAに沿った取組」への見直しイメージ



出典：在宅医療・介護連携推進事業の手引き

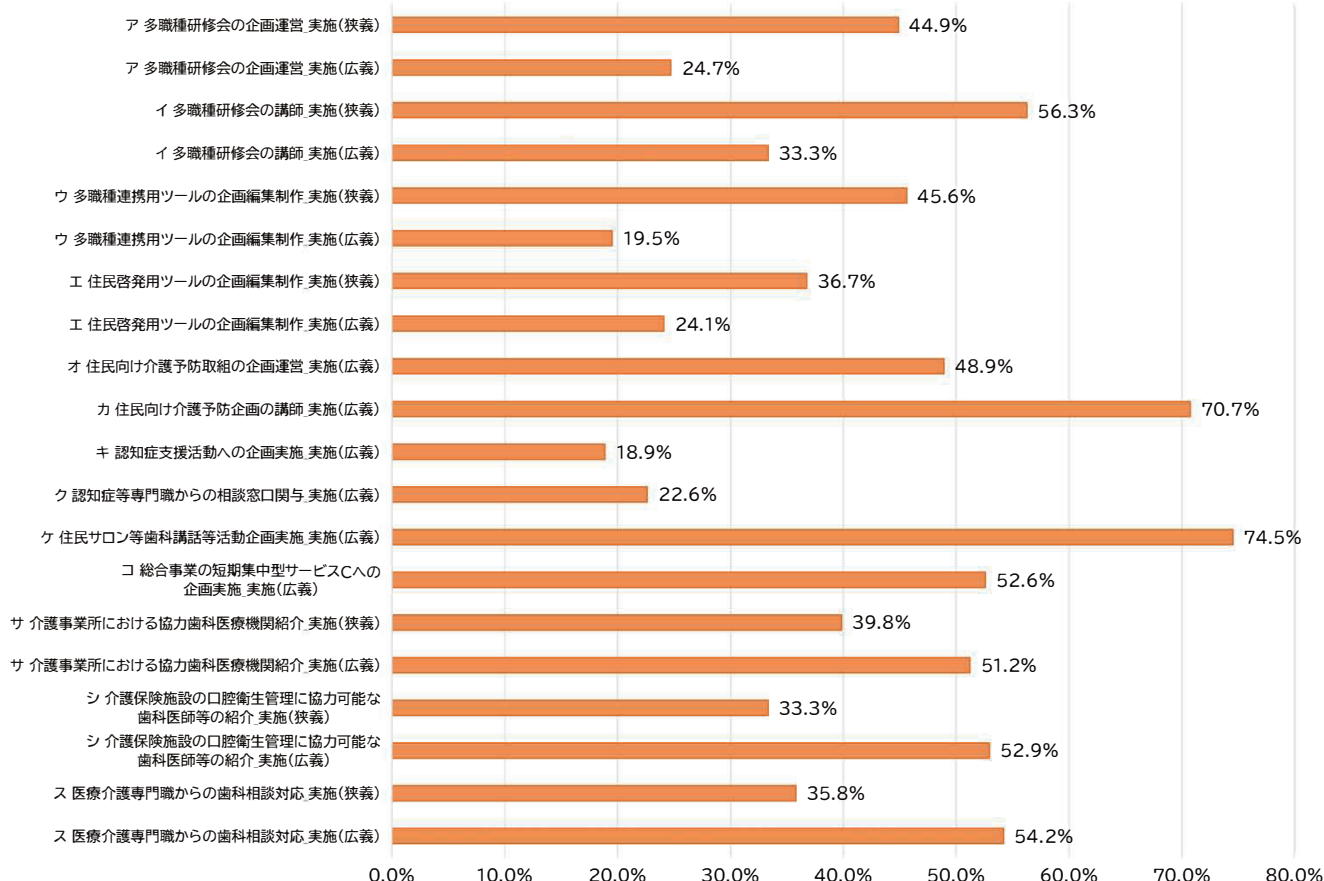
市区町村から見た在宅医療・介護連携推進の取組と歯科医師会・歯科衛生士会の協力

本事業では市区町村にむけて在宅医療・介護連携に係る歯科口腔管理体制構築に関する調査(アンケート)を行いました。(回収率39.5%、協議会設置あり市町村の43.9%、設置なし市町村の30.0%が回答) 市区町村で実施している取り組み・仕組み構築のうち自治体職員ではない歯科医師会・歯科衛生士会の専門職が協力・支援をしたものの実施割合を示します。(図) 図において「狭義」とは「在宅医療・介護連携推進事業の枠組みにおいて実施される」を指し、「広義」とは他の事業との連携も含めた地域の医療・介護連携で実施される取組を指しています。歯科医療機関リストや、わかりやすい連携フローの公開・共有も行われています。

具体的にはポピュレーションアプローチとしては、住民に対する介護予防教室での健口講座、通いの場での健口体操、オーラルフレイル等の市民公開講座が実施されています。ハイリスクアプローチとしては、歯科口腔に関する専門職との密な協働のうえで高齢住民に向けた歯科検診・口腔保健指導(訪問含む)、歯科相談窓口・歯科医療機関紹介も行われている市区町村もあります。また医療・介護専門職に向けては歯科医師を講師とした多職種研修会、食支援や服薬支援をテーマとした事例検討会、訪問同行研修の実施が挙がっています。連携の工夫としては「いろいろな事業で普段から情報交換」をして「対面での交流で顔の見える関係」を心がけることが抽出されました。また歯科医師会等との連携にむけて、市区町村行政職員から「Web会議等で会議負担を軽減する」ような工夫もなされているようです。

在宅医療・介護連携推進に係る取組への自治体職員以外の歯科医師・歯科衛生士の参画

市区町村
n=518



第3章

口腔・食支援に係る市町村の 多職種連携の取組と 都道府県の市町村に対する支援



関連職種等の効果的な連携

1 市町村による取組

高齢者の口腔・食支援に携わる関係職種の効果的な連携を進める上で、地域の医療、介護関係者と接点を有する市町村の役割は極めて重要です。市町村は、関連職種の連携を進めるための各種事業として、在宅医療・介護連携推進事業、地域ケア会議、口腔機能向上等の介護予防事業、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の事業を所管しており、これらの事業を有効に活用することにより、関連職種等の効果的な連携を推進することができます。

また、市町村の歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士等の専門職が、口腔・食支援に携わる連携のキーパーソンを担うことにより、地域の様々な関係団体や医療・介護従事者を結び付けることができることから、市町村においては、職員の配置部局（保健部局等）にかかわらず、これらの専門職を積極的に活用することが期待されます。

①在宅医療・介護連携推進事業

関係職種の連携を進めるためには、関係職種間の顔が見える関係を構築することが重要です。特に、高齢者の口腔・食支援の充実を図るためには、医師、歯科医師、看護職、管理栄養士、言語聴覚士等のリハ職、歯科衛生士、介護支援専門員、介護福祉士等の多岐にわたる専門職の連携が必要なため、その関連職種の多さは、様々な医療介護連携が必要なテーマの中でも最も多い連携になると考えられます。

規模の大きい病院や法人であれば、NSTチームのような食支援のための専門チームの編成ができるかもしれませんが、在宅療養の場においては、法人や医療機関をまたがる様々な医療介護職がかかわるため、連携の困難さが課題となります。このような所属組織をまたがる医療介護の専門職の連携を進めるために、市町村が連携推進のための様々な取組を行う事業が在宅医療・介護連携推進事業です。

様々な医療介護職の連携を進めるためには、顔の見える関係づくりが重要です。所属組織の異なる医療職、介護職が、円滑に連携を進めるためには、電話のやりとりだけでは難しさがあり、実際に協働する機会を作ること不可欠になります。

在宅医療・介護連携推進事業では、このような顔の見える関係づくりを進めるために多職種連携研修の実施が求められています。高齢者の口腔・食支援の連携を具体的に進めるためにも、多職種連携研修を実施し、その研修テーマの一つとして、摂食嚥下障害を有する高齢者や脳卒中症例の退院後の誤嚥性肺炎予防を取り上げることは適切です。研修を企画する際には、単なる座学の講義ではなく、症例検討やグループワークを参加者が行うことにより、顔の見える関係が構築できます。グループの構成の際に、実際の連携を行う地区ごとにグループを作るとより効果的になるでしょう。

多職種連携研修

多職種連携研修と同様、摂食嚥下障害や誤嚥性肺炎予防を協議のテーマに、様々な医療介護にかかわる関係団体や医療機関が参画する協議を行うことも重要です。各医療介護の専門団体の取組、地域の核となる医療機関の情報、介護支援専門員や地域包括支援センターが持つ地域の課題等を関係者が共有し、地域の課題解決に向けた協議や意見交換を行うことも、関係職種の連携を進める上で効果的な方法です。関係者から出た地域の課題を踏まえ、多職種連携研修の企画やマニュアル等の連携のためのツールの作成等を行うといった取組も有効と考えられます。

連携のための 協議の場の設置

②地域ケア会議

市町村及び地域包括支援センターにおいては、地域の医療介護関係者が参画する地域ケア会議の開催が義務付けられています。地域ケア会議は、地域の関係団体等が参画する比較的規模の大きな地域ケア会議の他、具体的な個別症例の関係者が参画する個別地域ケア会議があります。

高齢者の口腔や食支援を行うためには、特に個別地域ケア会議に、歯科医療専門職や管理栄養士が参加することが期待されます。高齢者の全身状態や介護状態の悪化に、栄養状態が密接にかかわっていることが多いことから、表面上の課題として口腔や栄養の問題が明らかでなくても、栄養管理、食支援にかかわる専門職（管理栄養士、歯科医療専門職）の早期からの参加が望ましいでしょう。

③介護予防事業及び高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

高齢者の口腔や食支援を行う上で、介護予防事業も極めて重要です。介護予防事業として、市町村は、口腔機能向上や低栄養改善に取り組むことが求められています。介護予防事業は、要介護状態に至る前の高齢者に行われる事業ですが、市町村においては、歯科医師会、歯科衛生士会、栄養士会と共に、事業を企画する等、地域の関係団体との連携の推進が望まれています。

また、国のフレイル対策として市町村に実施が求められている高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施においても、歯科衛生士や管理栄養士を市町村に配置する等、高齢者の口腔健康管理や食支援に取り組むことが求められています。

2

歯科医師会・歯科衛生士会・栄養士会等 関係団体による取組

高齢者の口腔・食支援を進める上で、地域の歯科医師会、歯科衛生士会、栄養士会等といった関係団体の役割も極めて重要です。また、管理栄養士の活用においては医師との連携は必須であり、地域の医師会等の団体とも連携し、取り組むことも必要と考えられます。特に、地域における多職種連携研修や関係者の協議が、より効果的に行われるためには、地域のキーパーソンとなる医療職、介護職の積極的な参画が不可欠といえます。

介護支援専門員等の介護職や医師、看護師に対して、歯科の重要性、栄養管理の重要性をアピールするためにも、地域の歯科医療専門職や管理栄養士がこうした協議の場に積極的に参加できるようにしていく必要があります。

歯科医師会・歯科衛生士会・栄養士会等関係団体においては、高齢者の口腔や食支援の重要性を率先して発信することに加えて、地域の関連職種のネットワーク形成においても、主導的な役割を担うことが期待されています。

3 多職種連携ネットワークによる取組

自治体や医療介護の専門団体とは別に、高齢者の摂食嚥下障害にかかわる様々な医療介護職により、多職種連携ネットワークを構築する取組も効果的です。自主勉強会やスタディグループ等、様々な形態が考えられますが、摂食嚥下障害や高齢者の食支援のためのネットワークづくりも、地域の関係者の熱意で、極めて効果的な取組となる場合があります。市町村や医療関係団体においては、地域の医療介護の関係者から、このような多職種連携ネットワークの機運が生じた際には、様々な支援を行うことが望ましいでしょう。

近隣市町村との連携

自市町村のみでは解決しない課題や、複数市町村による連携が必要な広域な取組を要する課題については、関係市町村・都道府県・郡市区等歯科医師会等と連携し、複数の関係市町村と一緒に、広域的な連携が必要な事項について協議していくことも考えられます。

複数の市町村の連携を検討する際には、まず、同じ二次医療圏*内の市町村による連携を考慮することが望ましいですが、二次医療圏が1市の場合や、広域連合の圏域と異なる場合もあるため、広域的な連携については、都道府県と十分に協議・検討することが必要です。

*二次医療圏とは、地理的条件等の自然条件や交通事情等の社会的条件、患者の受療動向等を考慮して、一体の区域として入院に係る医療を提供する体制の確保を図る地域的な単位をいう。

地方公共団体における 歯科保健医療業務指針の改正について

～適切な高齢者の歯科保健医療の確保に向けた都道府県・市町村の役割～

札幌市保健福祉局

秋野 憲一

地域包括ケアシステムの目的である住み慣れた地域でできるだけ長く自分らしく過ごせる地域づくりを進める上で、適切な保健医療サービスを受けられる環境整備は、極めて重要です。そして、いつまでも美味しく食事ができることは生活の質に密接にかかわるものであり、そのための歯科保健医療サービスの確保は、地域の歯科医療関係者と協力しながら行う、都道府県や市町村等の地方公共団体の役割です。

このため、厚生労働省は、令和6年3月、「地方公共団体における歯科保健医療業務指針」の改定を行い、都道府県、保健所、市町村、保健所設置市及び特別区が取り組むべき、具体的な歯科保健医療業務を示しています。改定前の旧指

針は平成9年に示されたものであったため、地域包括ケアシステムや介護保険制度に関する歯科保健医療業務が記載されていませんでした。

今回の改定の大きな目的の一つとして、今後の超高齢社会を見据え、適切な高齢者の歯科保健医療の確保に向けた都道府県や市町村の役割を示すこととなっています。

業務指針は、法律のような強制力はないものの、地方公共団体の取り組むべき業務と役割を国が整理の上、示しているものであり、都道府県や市町村の関係職員は、本指針に基づき、地域の特性を勘案しながら、各種の高齢者歯科保健医療サービスの確保に取り組むことが期待されます。

地方公共団体における歯科保健医療業務指針

(令和6年3月28日 厚生労働省医政局長通知)

- ・平成9年に策定された「都道府県及び市町村における歯科保健業務指針」を27年振りに全面改訂を行った。
- ・都道府県、保健所、市町村、保健所設置市及び特別区が取り組むべき、歯科保健医療業務の方向性を示すもの。
- ・各地方公共団体は、本業務指針を業務の参考とし、地域の実情に応じた歯科保健医療対策の充実に取り組むことが期待される。
- ・前業務指針は、介護保険がスタートした平成12年よりも古く、高齢者関係の記載が乏しかった。新業務指針では、高齢者歯科保健医療の記載が、大きく改訂、追加記載が行われている。
- ・また、前指針は、歯科保健業務のみだったが、新業務指針では、都道府県や保健所における歯科医療体制整備等の重要性を踏まえ、歯科医療業務についても追加された。
- ・保健所設置市及び特別区については、市町村業務に加え、市町村支援を除く全ての都道府県業務に取り組むこととしている。

歯科保健医療業務指針の構成と高齢者関係の記載

第一 都道府県及び保健所における歯科保健医療業務

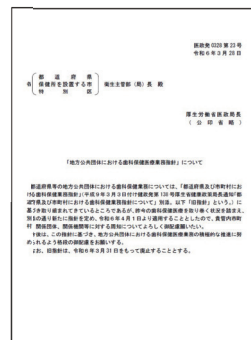
- 1 地域歯科保健体制の整備について
介護保険施設における歯科健診等の支援、口腔機能低下や摂食嚥下障害への取組等
- 2 地域歯科医療提供体制の構築について
在宅歯科医療の提供体制の確保、歯科専門職の人材育成、在宅医療連携の整備等
- 3 人材の育成・活用について
- 4 保健所における歯科保健医療業務について

第二 市町村における歯科保健業務

- 1 歯科保健事業の企画・実施体制の整備について
- 2 歯科保健事業の実施について
オーラルフレイル対策の推進（介護予防の口腔機能向上、保健事業と介護予防の一体的実施）
在宅医療介護連携推進事業による多職種連携、医科歯科介護連携の推進
後期高齢者歯科健診、後期高齢者訪問歯科健診、介護保険施設における歯科健診等の支援

第三 保健所設置市及び特別区における歯科保健医療業務

保健所設置市及び特別区は、都道府県及び市町村の全ての業務の実施に努める



「歯科保健医療業務指針における都道府県・保健所の役割」

①在宅歯科医療の提供体制の整備

地域包括ケアシステムの構築を図る上で、在宅医療サービスの確保は必須の取組であり、在宅歯科医療の確保も同様に必要不可欠な取組となります。このため、都道府県においては、訪問歯科診療に従事する歯科医師、歯科衛生士等に対する人材育成や医療介護関係者や住民からの相談窓口の整備等が役割として示されています。

②医科歯科連携、歯科介護連携、病診連携の推進

要介護高齢者に対する歯科医療は、全身疾患に配慮した歯科治療を行う必要があり、主治医や病院との連携が不可欠です。このため、都道府県は、地域の歯科医師会等の歯科医療関係者と医師会等の医療関係者、介護関係者との協議の場の設置や地域連携を推進するための多職種研修といっ

た事業の充実が期待されます。

③都道府県・保健所の歯科技術職員に期待される役割

高齢者に対する施策は、福祉部局が所管している場合が多いのですが、都道府県の歯科技術職員の大半は健康衛生部局に配置されているため、高齢者関係の施策にかかわることが難しい場合があります。しかし、都道府県の歯科技術職員がその専門性を発揮し、キーパーソンとして機能することにより、高齢者の歯科保健医療サービスの充実が期待できます。都道府県や保健所の歯科技術職員には、高齢者部局と歯科医師会や歯科衛生士会との連携の支援、高齢者部局への助言等の支援、さらには、健康衛生部局と高齢者部局が一体となった高齢者歯科事業の企画立案等の役割が期待されます。

「歯科保健医療業務指針における市町村の役割」

①在宅医療・介護連携推進事業の実施

介護保険の地域支援事業の一つとして、在宅医療・介護連携推進事業に市町村は取り組まなければならないとされています。地域包括ケアシステムの構築を図る上で、医療介護関係者の連携は不可欠であり、多職種研修や協議の場の設置等に市町村は取り組むこととなっています。市町村は、この在宅医療・介護連携推進事業を積極的に活用し、歯科医療と密接なかわりがある摂食嚥下障害の地域連携づくりや、認知症患者に対する医科歯科介護の連携体制の確保といった事業に取り組むことが期待されます。

②オーラルフレイル対策の推進

市町村は、従来より、介護予防事業として口腔機能向上に関する健康教育や普及啓発が役割とされていました。その後、国が高齢者のフレイル対策の充実を図るべく、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等を市町村に配置し、通いの場における健康教育やアウトリーチを行う等の高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に取り組むよう市町村に求め

ています。業務指針においては、これらのオーラルフレイル対策の充実が市町村にとって極めて重要な役割であると示されています。

③後期高齢者歯科健診・後期高齢者訪問歯科健診の実施

都道府県後期高齢者医療広域連合の事業として、後期高齢者歯科健診や訪問歯科健診が位置付けられています。広域連合が自ら実施主体となる場合もありますが、市町村に事業委託する場合があります。要介護高齢者は適切な歯科医療サービスにつながっていない場合も多いことから、これらの歯科健診事業の充実が市町村にとって極めて重要な役割となっています。

都道府県や市町村の担当職員の皆様や地域の歯科医療関係者の皆様には、この新しい「地方公共団体における歯科保健医療業務指針」を参考にして頂き、地域の関係者が密接に連携協力しながら、高齢者が誰一人取り残されことなく、適切な歯科保健医療サービスを受けられる地域を目指していただきたいと思います。

COLUMN

行政の取組における歯科医師会との連携

仙台市健康福祉局保健衛生部健康政策課 主査

田所 大典

行政が施策を実施するにあたり、関係団体等との連携は欠かせません。特に、歯科保健医療施策においては、地域の歯科医師会や歯科衛生士会、歯科技工士会等が連携先として想定されます。その連携をより円滑にするために参考となるのが、令和6年度末に27年ぶりに見直された「地方公共団体における歯科保健医療業務指針(以下、新指針)」です。新指針では、地域における歯科保健医療提供体制の充実を図る観点から、各自治体における歯科保健及び歯科医療業務の役割分担を明らかにすることが目的とされ、本文中には「連携」という言葉が50回以上用いられていることから、連携がいかに重要となるかがわかります。

そこで、連携に重要な要素を2つ選ぶとすれば、顔が見える関係性と共通言語が挙げられると思います。

1つ目の顔が見える関係性とは、まさに言葉どおり、実際に直接会って話せる関係性を構築することです。

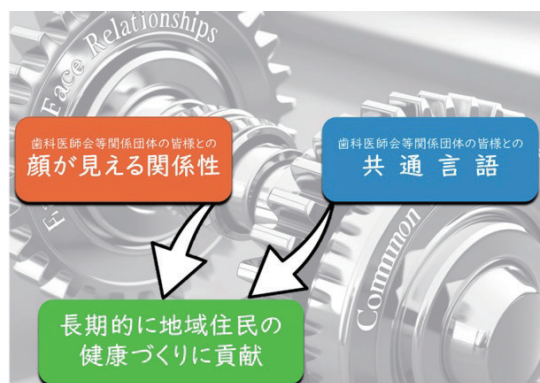
歯科医師会は長年同じ先生が連携窓口となるケースもありますが、特に歯科専門職が配置されていない自治体にお

ける担当者は3年程度で代わってしまうこともあり、信頼関係が築き上げられた頃に異動となることも多々あります。公文書でのやりとりも大切ですが、やはり直接会って話せる顔が見える関係づくりは令和の時代においても欠かせません。

2つ目の共通言語とは、お互いの組織における慣習を理解するということです。

例えば、何か組織の方向性を決定する意思決定プロセスにおいても、行政では担当者から複数の上席に至るまで、時に煩雑で時間を要するプロセスがあることを歯科医師会の先生方にも丁寧に説明することが大切です。お互いがお互いの行動原理が異なることを理解し、相手を尊重して方向性を明示することが必要です。

以上の2点を踏まえ、連携して実施した事業成果を大学等研究機関とも連携することで見える化することができれば、次年度以降の事業継続にも役立ち、長期的に地域住民の健康づくりに貢献できるはずです。



都道府県の市町村に対する支援

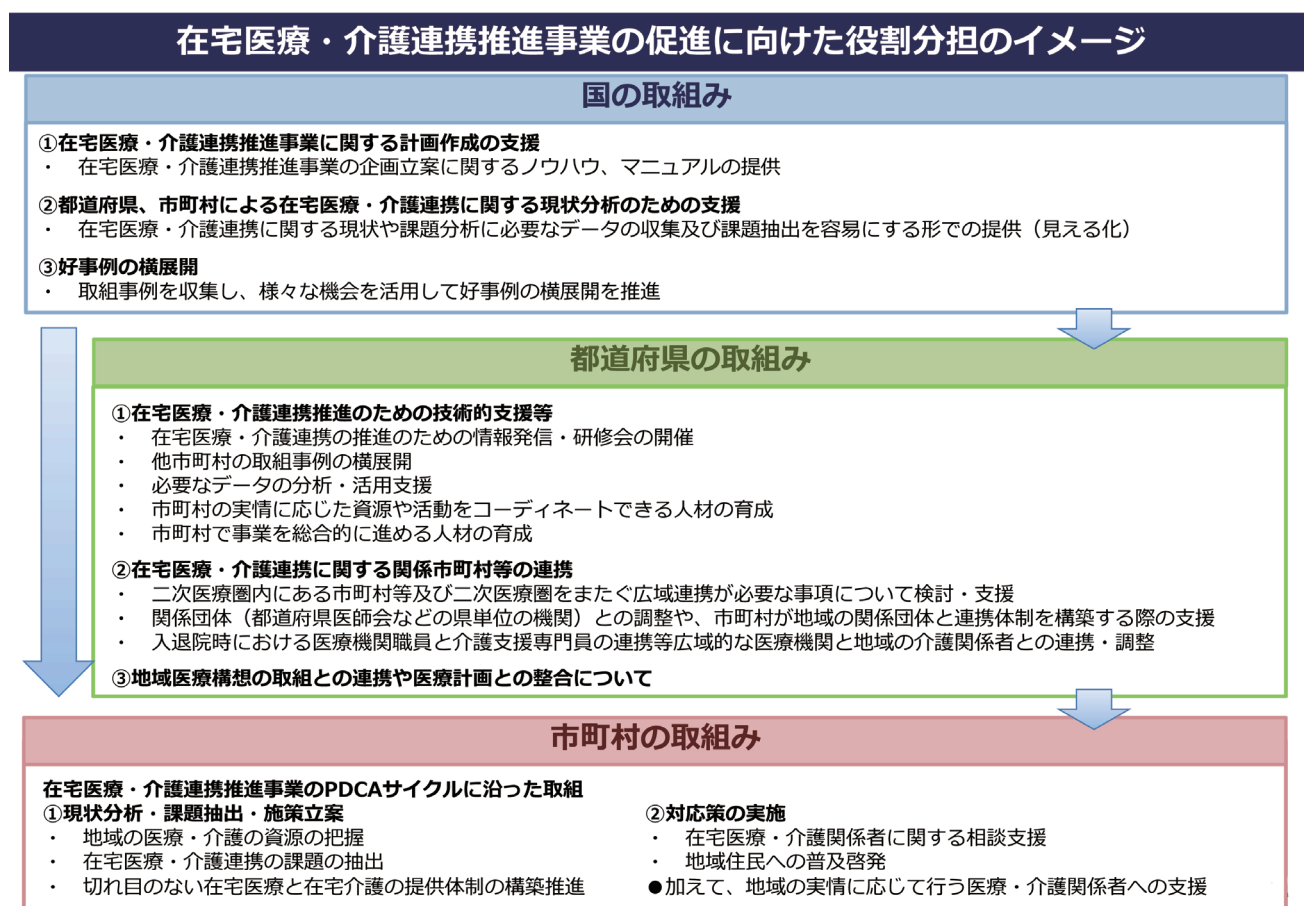
高齢者の口腔・食支援の取組や連携を推進するためには、都道府県（保健所等）と連携することも重要ですし、都道府県は、必要に応じて市町村等を積極的に支援することが求められます。特に、市町村だけでは解決できない課題、市町村や医療・介護関係者等から出されている広域的な取組を要する課題の検討を支援することが重要です。

そのためにも、都道府県に配置されている歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士が、その専門性を活かして、高齢者の口腔・食支援の取組や市町村支援に積極的にかかわり、より実効性のある取組とすることが期待されています。

支援においては、市町村が主体的に本事業を進めることができるよう、都道府県は推進の進捗度合いを確認しながら、市町村の状態・課題に応じた支援を行うことが求められます。その際、市町村によって地域資源も異なるため、市町村が本事業を進めていく際の課題も一律ではないことも意識しましょう。

また、複数の市町村による事業の共同実施、複数の自治体を対象とする郡市区等歯科医師会と市町村との関係等、二次医療圏を対象とした支援方法の検討も必要なため、保健所を含む市町村の重層的な支援体制を構築し、各市町村の課題に対してきめ細かな支援を行っていく必要があります。なお、支援の実施にあたっては、都道府県歯科医師会等の都道府県単位の団体とも密に連携をとりながら進めることが重要です。

図9 在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた役割分担のイメージ



出典：第1回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2「新たな地域医療構想に関する検討の進め方について」

1 都道府県庁による支援

①広域的な口腔・食支援にかかわる課題について検討する協議の場の設置

都道府県全体の高齢者の口腔や食支援の課題について、都道府県において検討する必要があります。地域の課題は、市町村において検討されることが望ましいですが、全ての市町村が口腔や食支援について、十分な検討を行うことは難しいことも多いため、都道府県においても、広域的な課題を含め、積極的に口腔や食支援の連携の推進に向けて、協議の場を設けることが望ましいとされています。

検討や実施事項によっては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の医療関係職種と、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種との連携が重要となる場合もあります。そのため、協力を要する関係者を検討し、連携しつつ、取組を推進することが重要です。

さらに、医療・介護のみでなく障害福祉分野の関係者との連携や制度連携が必要となる場合もあることから、医療・介護・障害福祉の幅広い知見と関係者との連携が求められます。

②口腔・食支援に携わる人材の育成

都道府県の重要な役割として、医療介護専門職の人材育成があります。高齢者の口腔や食支援に携わる歯科医師、歯科衛生士等の歯科医療専門職、管理栄養士の他、摂食嚥下障害に携わる様々な医療介護の専門職に対する研修等の人材育成については、都道府県が重要な役割を担っています。

市町村においては、顔の見える関係構築に向けた研修の実施が期待されますが、都道府県においては、各医療介護の専門職ごとに、専門性をより強化する高度な研修の実施が期待されます。高齢者の口腔や食支援の取組を充実するためには、摂食嚥下障害に対応できる高度な専門職が必要となるため、都道府県においては、歯科医師会、歯科衛生士会、栄養士会等の専門団体と連携しながら、実践的な人材育成に取り組むことが期待されるでしょう。

都道府県が市町村への支援を実施するためのポイント(留意事項)

- 市町村が本事業を主体的に進め、地域の目指すべき姿(目的)やあるべき姿(目標)を実現するためには、段階的な支援や、必要な支援体制と方法を検討し、実施する必要がある。
- 市町村が抱える課題も多様かつ具体的な内容へと変化しているため、都道府県による伴走型支援も検討し、圏域の状況にも精通している管内の保健所による支援等も含めて、地域の実情に応じた重層的な支援体制を検討することが必要である。
- 市町村のみで確保することが難しい指標は、都道府県が地方厚生(支)局、国民健康保険団体連合会等の協力を得ながらデータを収集し、市町村に提供する。

③地域の口腔・食支援に関する情報の提供

都道府県は、市町村支援として、地域の口腔・食支援に関する様々な情報を市町村に積極的に提供していくことが期待されています。具体的な情報としては、地域の摂食嚥下障害への対応が可能な医療機関や医療従事者に関する情報、歯科医師会・歯科衛生士会・栄養士会等の取組内容、地域の在宅歯科医療や食支援に関する診療報酬等のデータ分析等があります。

市町村においては、これらの専門性の高い情報を詳細に分析することは、難しい場合が多いため、都道府県による積極的な情報提供等の市町村支援が重要といえるでしょう。

2 保健所による支援

原則、二次医療圏ごとに設置されている県型保健所は、都道府県庁では困難な市町村ごとのよりきめ細かな支援が可能と考えられます。市町村においては、連携推進のための各種事業がありますが、保健所においては、管内市町村の取組状況やより効果的な事業展開の方法等について、事業の企画立案や評価に対し、積極的な支援を行うことが期待されています。

特に、新規事業の企画立案等を行うことが難しい小規模自治体に対しては、県型保健所が市町村と共同し、広域的に人材育成に取り組むことや、歯科医師会や歯科衛生士会、栄養士会等との調整において保健所が仲介の支援を行う等が考えられます。保健所においては、管内の市町村における口腔や食支援の様々な取組状況の把握・分析を行い、地域の高齢者の口腔・食支援の充実が図られるよう、地域の医療関係団体や市町村に対し、積極的な技術支援を行っていくことが重要です。

令和時代の歯と口の健康づくり ～行政機関における歯科医師はどのような仕事をしているのか～

静岡市保健福祉長寿局 健康福祉部 健康づくり推進課 口腔保健支援センター所長

小畑 充彦

はじめに

これまで歯科といえば歯科医療機関において行うむし歯や歯周病の治療に加え、これらの疾患が原因で歯を失った後の義歯作製等による形態回復や機能回復等の医療を提供することに主眼が置かれていました。しかし、平成23年8月に歯科口腔保健の推進に関する法律(以下、歯科口腔保健法)が公布・施行されたことに続き、平成24年7月には同法を根拠に施策の方向性を具体的に示す「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」(以下、基本的事項)が策定されたことを契機として(その後、最終評価を経て令和6年4月に「基本的事項(第2次)」が策定)、国や地方自治体による歯と口の健康づくりが総合的かつ系統立てて進められるようになりました。本稿ではこれらの流れや施策の企画立案、実践について静岡市を例に挙げて概説するとともに、その中で歯科医師がどのような役割を担っているのかについて言及します。

1. 国や地方自治体、特に基礎自治体における歯と口の健康づくり～法・条例の整備と計画の策定～

歯科口腔保健法では、国や地方公共団体、歯科医師等、国民といったそれぞれの主体の責務、すなわち歯と口の健康を進めるために「誰が」「何をするのか」のほか、基本理念の中に「保健、医療、社会福祉、労働衛生、教育等の各分野と有機的な連携を図ることで、総合的に歯と口の健康を推進すること」が明記されています。また、地方公共団体の役割として「基本理念にのっとり、歯科口腔保健の推進に関する施策に関し、国との連携を図りつつ、その地域の実情に応じた施策を策定・実施する責務を有する」と規定されています。これを受け、静岡市においても平成31年4月に「静岡市歯と口腔の健康づくり推進に関する条例」が施行されました。条例に基づき、令和3年3月には令和3年度から8年度までを計画期間とする「静岡市歯と口腔の健康づくり推進計画～はつらつスマイルプラン～」を策定し、令和6年3月には中間評価・中間見直しを実施しました(図)。歯科保健サービスは基礎自治体(市区町村)が主体となることが大部分ですので、本市においても同計画に基づいて乳幼児期、学童期、思春期、成人期、高齢期の各ライフステージに加え、障害児・者、要介護者、妊産婦等の配慮が必要な方々まで様々な事業を展開しています。

2. 行政機関における歯科医師はどのような仕事をしているのか

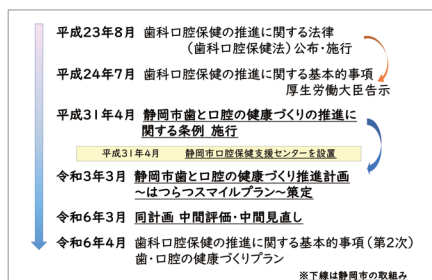
行政機関、特に基礎自治体では医師、薬剤師、保健師、管理栄養士等多くの専門職が直接住民に保健・福祉サービスを提供しています。上記のとおり、歯科保健サービスは(配置されている場合)歯科医師、歯科衛生士といった歯科医療専門職により提供されることがほとんどですが、歯科以外の保健サービスは保健師や管理栄養士等、また、介護予防サービスは理学療法士、作業療法士といったリハビリ専門職により提供されることが多いです。昨今、歯と口の健

康と全身の健康との関連性が科学的根拠を以て示されてきたことから、例えば、糖尿病の発症・重症化予防や転倒・骨折予防といった取組に対し、歯科の専門的な知見をこれらの職種と上手く情報共有することで、効率よく事業を実施できるのみならず、住民の健康寿命の延伸に寄与できるのではないかと考えます。このように歯科医療専門職以外の職員にとって、専門性が高い歯科の知見を歯科医療専門職がかみ砕いて説明することが重要ですが、このことを自身では専門用語や背景の異なる知識をつなぐという意味で「通訳」と表現し、日々の業務の中でも、その役割をいかに果たすかについて気を付けているところです。また、施策の意思決定を行う行政機関の幹部職員(多くは事務職)と地域の歯科医師会との「通訳」としても期待されているのではないかと思います。歯科医師会の先生方に新たな事業協力等をお願いし上がる際、行政機関の健康部署に配置されている歯科医師に一度相談してみる、場合によっては同席してもらう、等といったことも念頭に置かれるとよいかもしれません。実際、「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施」事業において、庁内の介護保険課や高齢者支援課、地域包括ケア担当部署、リハビリ担当部署等とともに令和2年度の立ち上げ段階から参画し、円滑に事業を進めるべく、定期的に意見交換しています。また、令和3年度に静岡県保険者協議会が厚生労働省より受託して実施された「社会的処方歯科モデル事業」においては、私自身が関係者の人脈構築や各種調整に協力しました。なお、国においては基本的事項(第2次)が策定されたことや歯科保健業務を取り巻く環境の変化に照らし合わせて、令和6年3月に「地方公共団体における歯科保健医療業務指針」が27年ぶりに改訂されており、地域の関係団体や関係部局等、各職種間での連携の強化の重要性について記載されています。

おわりに

従来の歯科保健業務に加えて、医療と介護の連携体制の構築、医科歯科の連携推進、障害児・者への対応、災害・新興感染症等の有事への対応を含め、歯科医療提供体制の確保に関する多種多様な対応が求められていることから、国や県の動向にアンテナを張り、速やかに対応していきたいと考えています。

図「歯科口腔保健の推進に関する法律」公布・施行以降の流れ



介護者家族から見た認知症の人を含む 要介護高齢者の口腔と食の困りごと

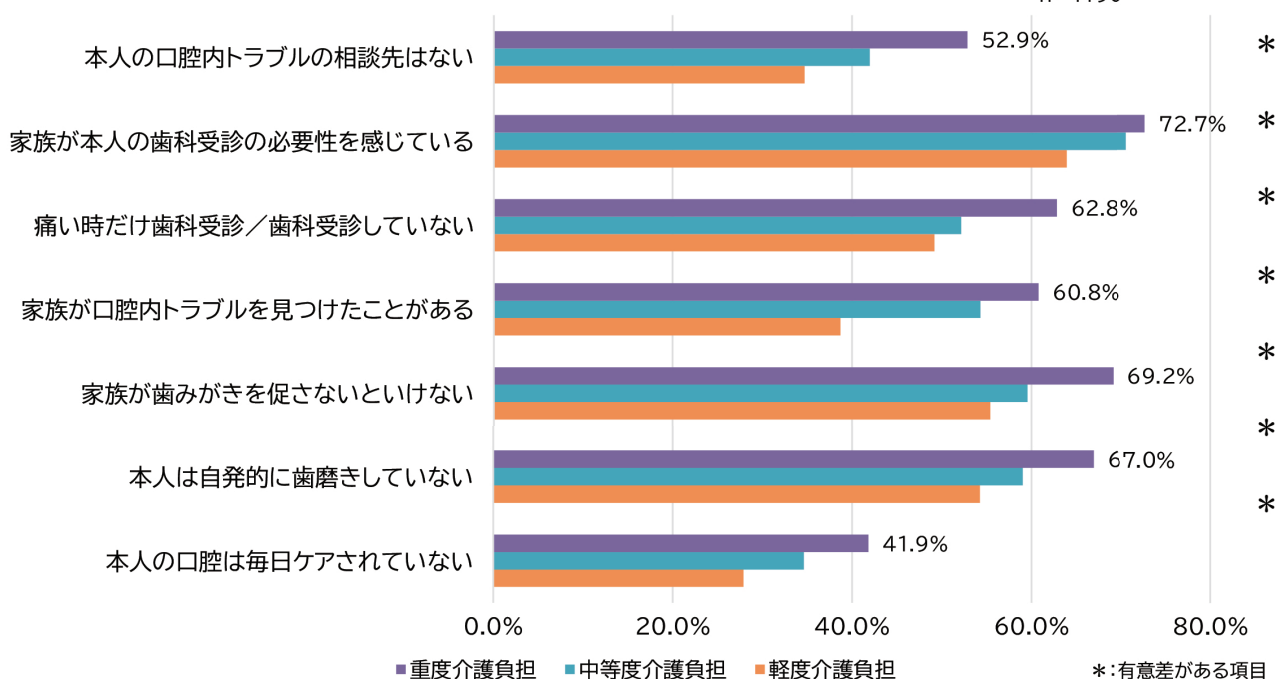
本事業では、家族介護者に対してインターネットを介したアンケートを行いました。対象は、全国の要介護1～5の65歳以上高齢者を現在介護中の介護者家族です（回収率72.6%、最終回収数1412件）。家族や要介護高齢者の基本属性に加え介護負担や認知症の行動心理症状等の状況及び口腔の衛生やトラブル対応に関する内容を聞きました。

認知症の人を含む要介護高齢者の要介護度の内訳は要介護1から5の順に20.8%、28.3%、21.8%、15.8%、9.2%で、同居している家族介護者は回答したうちの63.1%、週5日以上介護をしている人が57.4%でした。家族の介護負担はZarit介護負担尺度日本語版短縮版（8項目：J-ZBI_8）を用いて、介護負担軽度、中等度、重度で3群に分けて分析し有意差が認められた項目を示します（図）。

一般的な傾向同様に、認知症の症状がある高齢者の介護者家族の方が介護負担は重いといえます。データからは、介護者家族にとって介護負担が高い状態であるほど、要介護高齢者本人は自発的に歯磨きをしておらず、家族が歯磨きを促したとしても本人の口腔は毎日ケアされていない状態であり、口腔内トラブルの発見が増え、歯科受診の必要性を感じていても相談先がない、という実態が分かりました。介護負担が重いと感じている家族にこそ、口腔トラブルを解決する支援の必要性が高いと言えます。家族からの具体的なコメントでは「どこが悪いかわからない」「急に痛み出す」「口をあけてくれないのでボロボロの状態になっている。噛んでいないので誤嚥が怖い」というお困りの声がある一方で、「毎月定期的に訪問歯科が来ているので問題ない」というコメントもありました。

家族の介護負担と口腔トラブル解決の困難性

認知症の人を介護する家族
n=1190



第4章

第4章

口腔・食支援に係る取組を推進する方策



地域支援事業を活用した取組事例

1

医療・介護の関係者による会議体で 地域課題をもとに対処策を検討

在宅医療・介護連携推進に係る協議体として、在宅医療・介護連携推進事業においても地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、解決策等の検討を行うこととしています。地域における医療・介護の関係者の参画する会議には地域ケア会議等も存在し、多職種連携の場、地域の課題の検討・抽出、対応策の検討等にも活用することが可能です。

たとえば在宅医療・介護連携推進協議会の下部組織として、現場で実際にかかわる医療・介護関係者を中心とした小規模の作業部会をいくつか設置し、現場レベルのブレインストーミング等解決したいテーマを具体的に検討し、解決案を案出するプロセスを行っている地域で連携が進む事例があります。作業部会には、いずれも臨床現場の医療・介護専門職がメンバーに入ること、現状・課題認識もでき、かつ、対策の検討や推進もできます。協議会と作業部会の両輪で事業を回すことが重要です。

協議体を活用し認知症や口腔・食支援に係る課題検討を実施している例

【長崎県諫早市】 詳細→ [P44～46](#)

実施概要	● 3つのテーマ別会議（在宅医療・介護連携、認知症対策、介護予防・日常生活支援）を一体的に進める。 ● 在宅医療・介護連携推進事業では、コーディネート拠点「在宅医療・介護連携支援センター（かけはしいさはや）」とともに「お気軽座談会」や多職種意見交換会、グループワークで現場課題の検討を行っている。 ● 介護予防・日常生活支援推進事業においては、住民とともに、介護予防と生活支援の「語らん場」を日常生活圏域ごとに実施し、生活圏域の課題「わが町・わが地域」で必要な介護予防と生活支援を話し合う（平成28年から令和5年末までで開催回数は233回）。
課題	入退院時の口腔・食の視点が不足している、住民にとって認知症について考えるハードルが高いこと
対応策	口腔支援ツール「お口のミカタシート」の活用／地域ケア会議への歯科衛生士の派遣／フレイル予防教室で「手ばかり栄養」「口トレ」等の自主グループ化／「語らん場」で認知症テーマの話し合い
効果	徐々に口腔・食支援に取り組む介護支援専門員や介護職員が増えている／住民主体の認知症SOS模擬訓練が実現。
Point	住民も交えた「語らん場」で住民と語り合い、住民目線の課題をとりあげ、住民活動を支援している。

認知症高齢者のお口のケア ～家族の目線からの分析～

東京都健康長寿医療センター研究所 | 涌井 智子

市町村職員や専門職から見た客観的情報と、認知症の本人や家族の主観的な課題が一致しないことがしばしばあります。とくに家族にとって、認知症の人を含む高齢者の口腔の状況を把握することは非常に難しいことであり、トラブルが解決しないままになって、いつしか口腔のトラブルのせいで食べられなくなってしまうことがしばしばあります。家族目線ではどのようにとらえられているのでしょうか。

認知症高齢者の口腔ケアの課題が取り上げられるようになって久しいですが、地域で生活する認知症高齢者の口腔ケアは、家族にとってはまだまだ課題の大きいものです。介護に関して素人であることが多い家族にとって、家事や生活支援、日常生活動作の介助と違い、口腔ケアの必要性や方法に関して必ずしも十分な知識を持っているとは限りません。その支援の実態はまだ不明です。

そこで、我々が行った家族調査(全国で要介護1～5の認定を受けている地域在住の認知症の高齢者の介護を担う1972名の家族を対象)に基づき、口腔ケアを担っている状況に関する調査結果を見てみました。調査の結果からは認知症の方の62.6%の家族が何らかの口腔ケア(またはその支援)を担っていることがわかりました。いかがでしょうか？皆さんの実感と離れているのでしょうか？

この62.6%という数字は、実は高い数字ではありません。認知症の家族が提供する他の支援と比較してみると、一目瞭然です。下記の図は、家族による支援実態割合を、支援内容別に図にしたものです。口腔ケア支援は実は下から6番目に低い数字となっています。食事介助、トイレの使用、入浴支援や排せつ支援等、かなり要介護度の高い方にしか必

要とされない支援提供の次に、上がってきているのが、口腔ケア支援です。

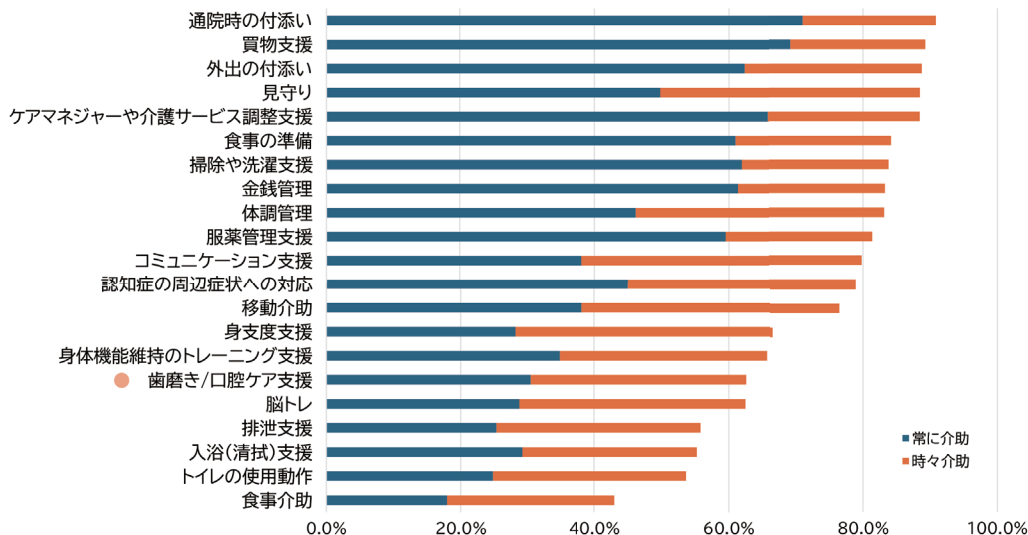
もちろん、家族が担う支援や介護には、認知症の人の身体・認知機能の低下(どれだけ自分でできるか)、家族の同同居、介護頻度と関連します。ご自分でできる方が多ければ支援割合は少なくなるため、支援状況を単純に比較することは難しいかもしれません。ですが、口腔ケアとは私たちにとって、毎日必要なケアの一つあるにもかかわらず、支援割合が低いということは、認知症の高齢者の人が毎日自分でケアできているということを意味するのでしょうか？もしかしたら口腔ケア支援は「家族ケアの盲点」となっているのかもしれない。

認知症の人は、本当は口腔ケアの支援が必要ですが、家族がその必要性に気づいていない、あるいはどのようにしたらよいかわからないので、十分にケアできていないという可能性は大いにありとされます。

過去の調査からも「定期的な受診で口腔環境を整えることが本人の快適な生活につながった」「定期的に診てもらったら口臭も減って、気持ちよく入れ歯が使えている」といった声が報告されています¹⁾。認知症の人にとっての口腔ケアは、ご本人の生活の質(QOL: Quality of Life)につながる、とても大切な要素の一つです。しかしながら、認知症発症後一度も歯科受診していないという方が28.9%いるという実態もあります¹⁾。地域在住の認知症の人がよりよく生活していくためにも、身近にいる家族を口腔から支えていくことは、今後の家族支援においても重要な鍵になるのではないのでしょうか。

認知症の方を介護する家族の支援の状況

要介護1～5の認知症の人を介護する家族
n=1972



参考文献

1) 令和2年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)「認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理等に関する調査研究事業」

2

在宅医療・介護の連携を支援する人材(コーディネーター)の活用

在宅医療・介護連携推進事業を用いて在宅医療・介護連携を支援するために地域医療の相談窓口を設置するだけでなく、在宅医療・介護の連携を支援する人材(コーディネーター)の配置が推進されています。地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターから、在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整、情報提供等により、その対応を支援することを目的としています。地域によっては口腔に係る相談支援を含めて実施している例があり、歯科医師や歯科衛生士の資格を持ったコーディネーターが活躍しているケースがあります。また、コーディネーターが作業部会の事務局を担うケースや、相談職等の人材育成にも関与するケースがあります。

医師会に設置された在宅医療・介護連携相談窓口に多職種のコーディネーターが配置されていることで、作業部会の企画・運営が包括的に進められる事例を紹介します。

医師会と歯科医師会に設置されたコーディネーターの連携の例

【東京都豊島区】 詳細→ P47～49

実施概要	● 四師会(医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護師会)のネットワークを基盤とし、口腔・嚥下障害部会、在宅服薬支援部会、ICT部会等6つの専門部会で課題検討を行っている。口腔・嚥下障害部会の中心メンバーは耳鼻咽喉科医師、歯科医師、管理栄養士、高齢者施設管理者、及び歯科衛生士コーディネーター等。 ● 歯科医師会(「あぜりあ歯科診療所」)に設置された歯科衛生士コーディネーターは、在宅歯科医療に関する相談対応、関係機関との連絡調整を行うだけでなく、医師会在宅医療相談窓口のコーディネーターと連携して在宅医療ネットワークの推進を行っている。
課題	要介護高齢者には口腔と栄養の連携した取組が必要
対応策	フレイル対策として食や会話、口腔機能維持を中心に取り組む介護予防の場や、総合事業(短期集中型)の口腔プログラムに、豊島区口腔保健センター「あぜりあ歯科診療所」の歯科衛生士が参画／管理栄養士を雇用していない在宅主治医が訪問栄養指導を必要とした際に利用できるよう「あぜりあ歯科診療所」を認定栄養ケア・ステーションとして登録する。
効果	「あぜりあ歯科診療所」での管理栄養士の採用、認知症・がん終末期・神経難病等在宅療養者への訪問栄養指導を実施。あぜりあ歯科診療所認定栄養ケア・ステーションが認知症カフェ「かむカム」を開設。
Point	歯科衛生士コーディネーターの在籍する組織を認定栄養ケア・ステーションとする仕組みで連携した取組を行う。

ブロックごとの拠点のコーディネーターが効果的な事務局機能を担っている例

【福岡県飯塚圏域(飯塚市・嘉麻市・桂川町)】 詳細→ P50～52

実施概要	●飯塚地域在宅医療・介護連携推進会議のもと、5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会ワーキンググループを設置し、2市1町・飯塚医師会・保健福祉環境事務所が一体となって在宅医療・介護連携を推進している。 ●病院を拠点にした5ブロックの8病院が医療介護連携拠点病院となっている。5ブロックの拠点コーディネーターがワーキンググループの企画運営をハンドリングし、重点課題にもなっている看取りにも関連した「口から食べることができる」QOL向上のために摂食嚥下・口腔ケアの対応力向上に向けた多職種連携に取り組んでいる。
課題	誤嚥性肺炎の増加／入院患者等に対する継続的な口腔管理提供体制及び訪問歯科診療体制の整備が必要
対応策	ブロック拠点病院が中心となり摂食嚥下・口腔ケアの対応力向上に向けた多職種連携に取り組む(ワールドカフェ方式のグループワーク等)。
効果	ブロック拠点病院がコーディネートする協議会において誤嚥性肺炎をテーマにした事例検討を実施、その他歯科関連の知識共有や参加を促す取組の実現や、飯塚歯科医師会口腔管理推進室の活動により歯科医師・歯科衛生士による居宅療養管理指導件数が増加した。
Point	ブロックごとのコーディネーターを中心に、地域の課題に合わせた密な連携を可能にしている。

医師会の相談窓口には歯科衛生士コーディネーターを配置している例

【鹿児島県薩摩川内市】 詳細→ P53～55

実施概要	●川内市医師会に設置された在宅医療支援センターの3名のコーディネーター(保健師、社会福祉士、歯科衛生士)が、①相談対応、②訪問活動、③各種委員会の運営補佐、④研修会・意見交換会等の企画・運営、⑤定期的な情報発信等を通じて、事業全体が効果的に展開できるよう、下支えをしている。 ●協議会に加え医師会在宅医療推進会議、さらにテーマ別作業部会(①ACP班、②摂食嚥下・口腔ケア班、③医療介護連携班)を設けている。在宅医療支援センターが事務局を担う。
課題	摂食嚥下・口腔ケアに関する知識とスキルの不足、支援に係る連携の切れ目
対応策	歯科衛生士コーディネーターの重点領域への主体的参画／口腔に関する情報共有・連携促進のために在宅歯科医療連携マニュアル、お口のチェックシートの作成、お口いきいき診療連携システムの構築／いいせん便りやおうちの口腔ケア通信を活用した情報発信。
効果	摂食嚥下・口腔ケア勉強会のニーズが増え、多職種コーディネーターの協働から看取り関連シートにも口腔・食支援関連チェック項目が含まれた。
Point	歯科衛生士コーディネーターが保健師・社会福祉士コーディネーターと協働することで、摂食嚥下・口腔ケア関連の課題共有と解決策の案出が図りやすい構造となっている。

在宅医療・介護連携推進事業を活用した「歯科医療と介護の連携を推進する取組」について

札幌市保健福祉局 秋野 憲一

1. 在宅医療・介護連携推進事業とは

在宅医療・介護連携推進事業とは、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を一体的に提供することができるように、都道府県あるいは保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する事業です。

介護保険の地域支援事業の一環であり、全ての市区町村が取り組まなければならない事業となっています。



2. 在宅医療・介護連携推進事業の事業メニューを活用した歯科医療の取組

【現状分析・課題抽出・対策立案】

① 歯科医療と介護の連携を検討する会議の開催

全体の医療介護連携について協議する会議体に歯科医師会や歯科衛生士会の代表が参加することだけでなく、摂食嚥下障害に対する多職種連携、認知症患者に対する歯科医療等、歯科専門職の関与が不可欠な課題を検討する会議等を開催することができます。

② 在宅歯科医療に関する地域資源の情報収集と提供

歯科医療と介護の連携を推進するためには、自らの市区町村における在宅歯科医療の資源について、より詳細な情報を把握し、理想的には地区毎の過不足等の分析を行うことが望ましいです。

厚生労働省では、医療機能情報提供制度（医療情報ネット）により、在宅歯科医療の対応状況についてHPで調べることができるようになっていますが、認知症や摂食嚥下障害への対応等、より詳細な在宅歯科医療に関する情報について、地域の歯科医師会と共同で調査、取りまとめる等の取組を実施することもできます。

【在宅医療・介護連携に関する相談支援】

③ 在宅歯科医療の調整を行う歯科衛生士をコーディネーターとして配置

在宅歯科医療の専門性を踏まえた調整を行うためには、歯科衛生士が調整を行うことも有効ですので、在宅医療・介護連携に関する相談支援の取組として、地域の歯科医師会等と連携しながら、在宅歯科医療の調整を行う歯科衛生士をコーディネーターとして配置することもできます。

都道府県が広域的な連携を目的に設置している在宅歯科医療連携室に加えて、人口規模が比較的大きい市区町村においては、きめ細かな連携調整のため、歯科衛生士の配置について検討することが望ましいです。

【医療・介護関係者の研修】

④ 歯科専門職の関与が必要なテーマに関する多職種研修の実施

摂食嚥下障害、脳卒中、糖尿病、認知症等に対する適切な歯科医療の確保に向けた多職種連携のための研修を実施することができます。実施の形態としては、講演会、事例検討、グループワーク、実習等、様々な形態での実施が可能です。

⑤ 在宅歯科医療の従事者確保及び資質向上に向けた研修の実施

地域の課題分析の結果、在宅歯科医療の従事者の確保や資質向上が必要と考えられた場合は、歯科医師、歯科衛生士を対象に在宅歯科医療の従事者確保や資質向上のための研修を実施することができます。

⑥ 歯科医療関係職種と医療介護職種との同行訪問研修の実施

歯科医療専門職と医療職が往診や訪問診療の場において、互いの臨床内容について見学や意見交換を行うことや、介護職と同行訪問を行い口腔衛生管理の指導を行うこと等、実地の研修事業として行うこともできます。

同行訪問の例としては、歯科医師と医師や訪問看護師、歯科衛生士と介護支援専門員等の組み合わせが考えられます。

【医療・介護関係者の情報共有の支援】

⑦ 歯科専門職の関与が必要なテーマに関する連携ツールの作成

摂食嚥下障害、脳卒中、糖尿病、認知症等に対する適切な歯科医療の確保に向けて、連携のための各種様式等を含めたマニュアルやパンフレットの作成を実施することができます。

【地域住民への普及啓発】

⑧ 在宅歯科医療に関する啓発媒体の作成や講演会等、普及啓発の実施

地域住民を対象に、歯と口腔の健康と全身の健康との密接な関連等、在宅歯科医療の重要性についての講演会や勉強会の開催、在宅歯科医療の相談窓口の周知のためのパンフレットの作成等の普及啓発を実施することができます。

3 多職種連携のネットワークの構築

実際の現場で活躍する多職種で構成される会議体等の活用は、地域での連携体制構築に有用です。会議体の活用以外にもグループワーク等での顔が見える関係の構築や、ICTを用いた多職種連携のネットワークを構築している例があります。

地域の多職種ネットワークの活用の例

【熊本県天草圏域(天草市・上天草市・苓北町)】 詳細→ [P56～58](#)

実施概要	● 2市1町が天草郡市医師会に在宅医療・介護連携推進事業を一部委託。県レベルで地域在宅医療サポートセンターの取組があり、圏域内の3か所の地域在宅医療サポートセンターは連携拠点にもなっている。 ● 天草郡市医師会が主体となって現場で活躍する多職種とともに「天草在宅医療介護連携チーム(ACT)会議」を立ち上げ、地域に見合ったチームビルド、現場課題の吸い上げ、PDCAにそった取組の検討を実施している。
課 題	誤嚥性肺炎に関する入院治療・機能評価・リハビリテーション・食支援
対応策	ACT会議で圏域を6つの地域に分け、実際に現場で活躍する多職種で構成されたグループワークで、地域での嚥下機能評価、嚥下リハ、食支援を進める上での検討を行う。
効 果	嚥下等に対する多職種研修会の各地域での開催や、医療マップ作成の計画に発展
Point	実際に在宅医療・介護に携わっている専門職及び地域在宅医療サポートセンター、保健所、2市1町担当者等によるACT会議でのグループワークによるチームビルド。

ICTと在宅療養支援の仕組みの活用の例

【北海道小樽市】 詳細→ [P59～61](#)

実施概要	● 在宅医療・介護連携推進事業の8つの事業項目の検討のため小樽市医師会と関係団体等で構成される「おたる地域包括ビジョン協議会」を設置、同協議会では重点領域4つの分科会を設置し、事業展開している。 ● ICT活用による患者を中心に据えた多職種による支援活動(おたるワンチーム)を展開している。おたるワンチーム導入時に家族にICT情報通信端末を貸出し、ICT各種機能を活用しながら、多職種と患者・家族の迅速な情報共有が可能な仕組みを展開している。
課 題	在宅看取りケースへの連携・対応(看取り期の摂食嚥下障害等)
対応策	おたるワンチームの活用推進(歯科連携の例:介護支援専門員と歯科衛生士による事前調査からICT経由で動画共有、訪問歯科診療につなげ食支援したケース)。
効 果	看取り後の家族から、専門職とのつながりによる安心感といった高い満足度が得られた。
Point	ICT活用とそれを推進するための多職種による仕組みづくりを両輪で回すことによる効果的な多職種連携の実現。

4 早期発見と専門職につなぐ仕組みの構築

要介護高齢者にとって口腔の課題は低栄養や誤嚥性肺炎に直結することから、課題の早期発見は重要です。特に認知症の人等では口腔・食の課題を上手く表出できないため、医療介護に関わる誰もが、アセスメントできる仕組みを強化し、早期に気づくことが必要です。

医療資源が乏しく、地形や気候等の問題も重なり、要介護高齢者の受療が困難な地域であっても、効果的、効率的に早期発見できるシステムを構築し、専門職介入の必要なケースを見つけ出し、連携している自治体があります。専門職人材の不足に関しては、こういった仕組み作りの他、医療介護連携の中で全体の知識の底上げを図り対応している事例もあります。

介護支援専門員や介護職の研修会の活用の例

【岡山県鏡野町】 詳細→ **P62～64**

実施概要	● 総合福祉課、地域包括支援センターが事務局となっている在宅医療・介護連携推進協議会のもと、3つの部会（①システム部会、②認知症部会、③研修企画・普及啓発部会）で協議した課題や対応策について検討している。 ● 町の地域包括ケアシステムは認知症対策をモデルとし、歯科医師（ケアマネジャー兼務）が部長を務める認知症部会では認知症施策担当者と連携し早期に相談支援につながる仕組みを展開。
課 題	口腔や食の課題が発見されにくく、連携につながりにくい。認知症の人の困りごとが早期につながる仕組みが必要。
対応策	認知症の人の口腔・食の課題に関する医療介護専門職教育を継続的に行い、施設での口腔・食支援の人材育成に動画を活用した。認知症事例検討会で対応策の実行や結果の即時共有ができる仕組みを構築。
効 果	介護職が口腔・食の課題に気づき早期発見・連携や在宅での個別事例対応につながった。口腔・食の課題に関する研修会は現在の協議会の基礎となった。
Point	専門職が少ないからこそ、研修や事例検討等で必要な情報を共有し、風通しよく抱え込まずに相談し対応できる仕組みが作られている。

介護施設職員への口腔ケアサポーター研修会活用の例

【島根県邑智郡(川本町・美郷町・邑南町)】 詳細→ P65～67

実施概要	●3町には役場内(地域包括支援センター等)に在宅医療・介護連携支援センター(連携相談窓口)を設置して相談対応、社会医療法人仁寿会加藤病院が連携拠点の一端を担っている。 ●医療介護連携の切り口として「食べること」にフォーカスし、「連携は口から」をテーマに新たな地域支援体制を構築するため邑智歯科医師会と協働して①連携ツール作成、②ツールを活用するための研修制度「邑智郡口腔ケアサポーター制度」を実施。
課題	専門職のスキルシェアが必要、ケアプランにおける口腔アセスメント強化。
対応策	介護施設職員を対象として、連携ツール「邑智郡内標準口腔内観察表」の作成ができる視点とスキル養成のため口腔ケアサポーター研修会を開催。
効果	口腔ケアサポーターは100名以上育成され、口腔衛生管理体制の一端を担っている。同制度はケアマネジャー法定外研修として登録された。
Point	専門職人財不足に対し、介護施設職員による口腔を課題とする見る視点とスキルを強化する取組で口腔の健康が維持される体制を構築している。

つなぐ取組

【秋田県】 フレイル健診

高齢化率全国1位の秋田県では、生活習慣病による死亡率が高く生活習慣改善が大きな課題とされています。その対策として2020年度よりITを活用したフレイル判定・予防システムによる健診事業が実施されています。

地区の公民館等で生活問診(基本チェックリスト、オーラルフレイル問診票、生活習慣等)、口腔機能(舌口唇運動機能、舌圧、口腔衛生状態)検査、体組成検査、Short Physical Performance Battery 等が行われます。

すべての測定結果はネットワークで共有され、当日に健診結果を受診者に提供し個別指導が行われています。オーラルフレイルに関しての検診項目のレポート項目を参照し歯科衛生士より口腔健康管理指導が行われます。個別指導の形で行われており、参加者の意識を変え行動変容のモチベーションを上げるのに役立っています。個別指導と組み合わせてポピュレーションアプローチも同日行われます。集団指導では保健師、管理栄養士、歯科衛生士が、結果の総評と日常的な対策について講話を行います。

秋田県は公共交通機関が乏しい上、豪雪地帯であり高齢者にとって参加が困難といった実情のなかで、複数回のプログラム等地域の実情に配慮したプログラムの提供が必要です。秋田の高齢者が受け入れやすいよう、自宅近隣の会場で、当日に健診と保健指導が完結できるプログラムが提供されています。

中山間地における柔軟な人材活用を模索中

邑智郡歯科医師会理事 医療法人社団やまぼうし 富永歯科医院院長

富永 一道

1. 背景

我々が暮らしている地域は少子高齢化と急速な人口減少を伴う山間過疎地域です。地域には多くの施設が点在する中、7件の歯科医療機関で地域の歯科医療、歯科口腔保健サービスを担っております。

2. 邑智郡歯科医師会の地域保健活動

平成18～23年、保健所と共同して「邑智郡口腔ケア研修会」を開催。地域における高齢者の口腔健康状態を知る目的で平成19と22年「邑智郡要介護者残存歯数調査」を2回行いました。その結果、口腔ケアサービスが必要な高齢者や障がい者に比べて、圧倒的に歯科専門職が不足し、十分な歯科医療サービスが提供できていないことがわかりました。

3. 邑智郡口腔ケアサポーター養成研修の開催 (別添図参照)

今後も歯科専門職の増加は見込めないことから口腔ケアサポーターが施設等に必要であることが保健所等の開催する会議で共有されました。そこで歯科医師会が主体、社会医療法人仁寿会が事務局となり「邑智郡口腔ケアサポーター養成研修」事業(図)を立ち上げ平成26年8月～令和元年

12月合計6回(120名)実施しております。(新型コロナウイルス感染症流行時に事業中止して現在に至るも、今年度実施の方向で調整中)

4. 令和2年口腔ケアサポーター就業実態調査 (回答率68%)

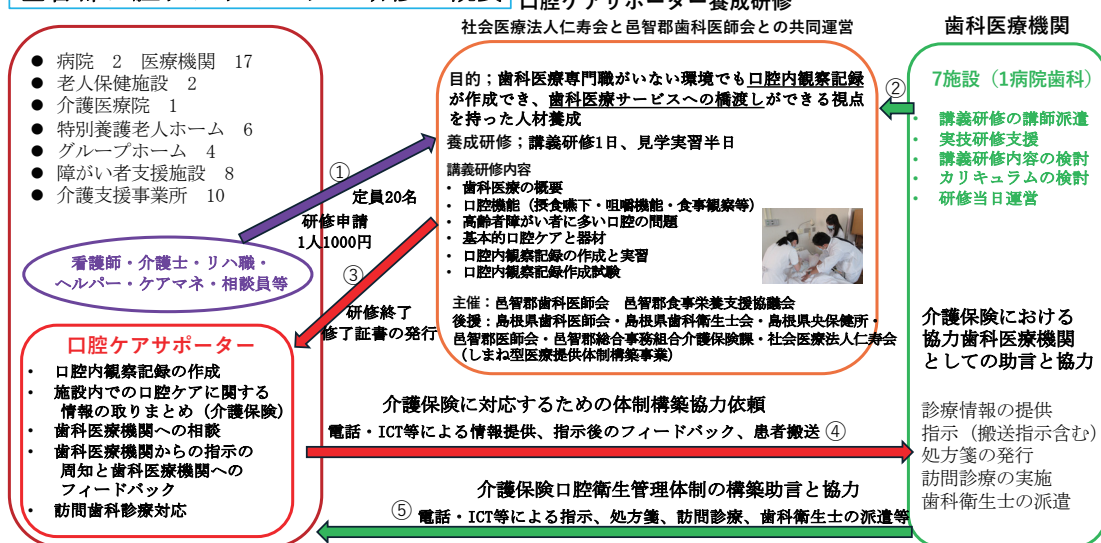
47%の施設で就業、職種内訳:看護師18.3%、介護福祉士56.7%、ヘルパー3.3%、ケアマネジャー8.3%、OT1.7%、その他11.7%、十分ではないが活用しているという回答でした。サポーターへの待遇面での配慮がすべての施設で実施されていません。サポーターが未就業の施設においてサポーター研修に興味があるとの回答は89%でした。

5. 今後の展開について

介護保険の改定を受けて施設内での口腔ケアサポーターのタスクは増加し、行政では介護予防と保健事業の一体的実施や通いの場等においてのスタッフとして期待されています。この期待を具現化するためには制度のトランスディシプリナリーな柔軟性のある運用が不可欠だと思っています。

図 邑智郡ケアサポーター養成研修事業

邑智郡口腔ケアサポーター研修の概要



歯科検診・医療へのアクセス困難者に対する行政支援

国立保健医療科学院 統括研究官(歯科口腔保健研究分野) 福田 英輝

令和6年度から健康日本21(第三次)がスタートしました。健康日本21(第三次)と足並みをそろえる形で「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第二次)」(別称「歯・口腔の健康づくりプラン」、以下「歯・口腔の健康づくりプラン」)が同時にスタートしたことをご存じでしょうか。歯・口腔の健康づくりプランでは、「全ての国民にとって健康で質の高い生活を営む基盤となる歯科口腔保健の実現」を目指して、5つの基本的方針、すなわち、1)歯・口腔に関する健康格差の縮小、2)歯科疾患の予防、3)口腔機能の獲得・維持・向上、4)定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健、及び5)歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備を設定しています。基本的方針のうち、4)定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健については、「歯・口腔の健康づくりプラン推進のための説明資料」¹⁾によると、「障害者・障害児、要介護高齢者等で、在宅で生活する者等、定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対しては、その状況に応じて、歯科疾患の予防や口腔機能の獲得・維持・向上等による歯科口腔保健の推進を引き続き図っていく必要がある」と記載されています。しかしながら、その指標としては、①障害者・障害児が利用する施設での過去1年間の歯科検診実施率、及び②要介護高齢者が利用する施設での過去1年間の歯科検診実施率の2つであり、全国調査による把握が困難という理由から、在宅で生活する障害者(児)や要介護高齢者に関する指標を含んでいないことが課題として残されています。歯・口腔の健康づくりプランの概要を図示したグランドデザイン(図1)の基礎部分として据えられた「誰一人取り残さないユニバーサルな歯科口腔保健を実現するための基盤の整備」を進めるには、歯科検診・医療へのアクセス困難者に対する政策と実践に対してさらなる工夫が求められます。

歯・口腔の健康づくりプランでは、都道府県等の状況に応じて参考となる指標を設置しています。ここでは、2032

(令和14)年度の目標として「在宅等で生活する障害者・障害児に関する歯科口腔保健事業を実施している都道府県数」及び「在宅等で生活する要介護高齢者に関する歯科口腔保健事業を実施している都道府県数」が掲げられており、ともに全47都道府県で実施されることを目標としています。令和4年度厚生労働省事業(歯科口腔保健に関する予防強化推進モデル事業)の調査結果によると、これらの2つの指標の現状値は、それぞれ16都道府県(41.0%)、及び12都道府県(30.8%)となっており、取組の遅れがみられています。全国の自治体を対象とした在宅要介護高齢者に対する歯科保健事業の実施状況調査²⁾によると、市区町村では「訪問口腔保健指導」、「訪問歯科診療」、及び「歯科検診」の順に実施割合が高いことが報告されており、参考指標に記載されている歯科口腔保健事業としては、同様の事業を実施している自治体が多いと予想されます。また、これらの事業の実施率は、人口規模が小さい自治体ほど低いことも示されています(表1)。多職種による連携事業の推進、あるいはこれらの事業を支える歯科保健協議会の設置等を通じて、自治体の特性に応じた取組や社会的基盤の確立が望まれます³⁾。

図1 歯科口腔保健の推進のためのグランドデザイン

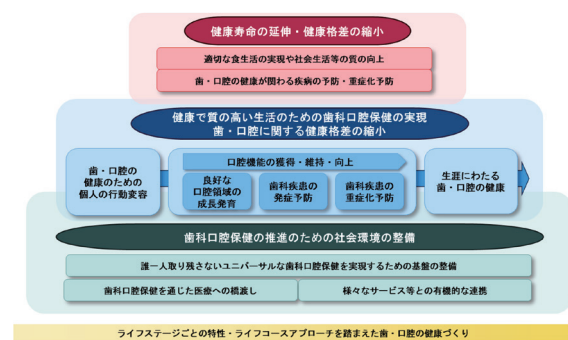


表1 市町村別・人口規模別歯科検診の実施状況(参考文献2)から引用

		市				町			村		
		3万人未満 (69市)	3万人以上10万人未満 (354市)	10万人以上 (167市)	合計 (590市)	1万人未満 (238町)	1万人以上 (318町)	合計 (556町)	1万人未満 (115村)	1万人以上 (13村)	合計 (128村)
歯科検診	実施率 (%)	8.7	7.3	12.0	8.8	2.9	6.9	5.2	4.3	0.0	3.9
訪問口腔衛生指導		13.0	18.1	23.4	19.0	9.7	13.8	12.1	7.0	0.0	6.3
訪問歯科診療		10.1	15.0	20.4	15.9	6.3	11.9	9.5	7.8	0.0	7.0

参考文献

- 1) 厚生労働省医政局長。歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の全部改正について。2023(令和5)年10月5日。
<https://www.mhlw.go.jp/content/001154214.pdf>
- 2) 尾崎哲則ほか。地域包括ケアシステムにおける歯科保健のあり方。保健医療科学 65: 368-374. 2016.
- 3) 福田英輝ほか。歯科口腔保健の推進に向けた社会環境の整備。保健医療科学 73: 340-349. 2024.

5 介護予防から看取りまで 口腔・食支援の充実

高齢者の生活の中で食べる楽しみの維持は重要であり、食べる楽しみが損なわれる要因を予防し、食べる楽しみの維持と満足度を高める取組が必要です。地域で行う口腔機能の低下や低栄養等の予防の取組は、健康寿命延伸や介護状態の重症化防止につながります。また人生の最終段階の食支援は看取り支援の質を高めます。実施には多職種連携の強化が重要です。課題の連続性から、複数の事業、複数の関係課の協働の事例があります。

ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの展開の例

【広島県広島市】 詳細→ P68～70

実施概要	●在宅医療・介護連携に関する業務を広島市連合地区地域保健対策協議会（地対協）に委託、専門委員会で「最期まで自分の口から食べる」ことを目的とした支援体制の検討・実施をしている。 ●広島市歯科医療福祉対策協議会（市内4つの歯科医師会による任意団体）も地対協に参加するほか、高齢者施策として在宅訪問歯科健診・診療事業、介護予防事業等を実施。
課題	高齢者の口腔機能・摂食嚥下機能低下。
対応策	通いの場等での歯科衛生士と地区担当保健師による健康教室の実施（保健事業と介護予防の一体的実施のポピュレーションアプローチ）／介護予防事業等のハイリスクアプローチとして口腔機能低下リスク者に対し、歯科衛生士が訪問指導を行う「アウトリーチ型オーラルフレイル予防事業」や歯科医院で口腔機能向上プログラムを行う「短期集中通所口腔ケアサービス」を実施。
効果	短期集中通所口腔ケア対象者では「食事の楽しみ」「食事を美味しく食べているか」「お口の健康状態」いずれも向上する効果があった。
Point	様々な取組の中で複数の関係課の協働により事業が包括的に発展している。

看取りまでの食支援に関する多職種研修会の例

【北海道小樽市】 詳細→ P59～61

実施概要	●「おたる地域包括ビジョン協議会」に在宅医療・介護連携推進事業を委託、4つの分科会を設置し、事業展開している。その地域性から安心できる看取りのための仕組みが必要。
課題	医療介護連携の強化・質的向上。
対応策	終末期医療を考える特別講演会「家族と共に考える最期のとき」を継続開催、看取り期の食支援や摂食嚥下障害に関する多職種研修会が実施されている。
効果	看取り期に食事に課題があるケースでの歯科医師の参加が必要という認識が得られ、歯科連携ケースも徐々に増加している。
Point	在宅医師から看取り期の摂食嚥下障害に対する歯科参画の重要性が指摘され発展。

食支援に口腔の健康(健口)を位置づけた研修会で多職種連携の促進を!

北海道釧路総合振興局 保健環境部 保健行政室(釧路保健所)医療参事

佐々木 健

本邦において平均寿命より約10年短くなっている健康寿命の延伸には、壮中年期からのがん、循環器疾患、糖尿病等のNCDs(生活習慣病)の予防と併せ、介護予防の観点から認知症やフレイルの予防が鍵となります。フレイル及びその先にある要介護状態を促進する大きな要素は低栄養であることがわかっており、食事量の低下に端を発する低栄養は、改善がなければ悪循環に陥ります(図1)。諸外国での研究では、低栄養高齢者は栄養状態良好の高齢者に比べ、3年後の生存率が1/4であり¹⁾、再入院率が高く²⁾、褥瘡の数も多い³⁾ことが報告されています。また国内外の研究では、低栄養は高齢者の入院及び死亡の要因として大きな割合を占める誤嚥性肺炎(飲食物や唾液が食道でなく気管に入り肺に炎症を起こす)のリスクであることも明らかになっています⁴⁻⁵⁾。

低栄養の高齢者は、病院、施設、自宅等居所を問わず相当な割合で存在しており、ある時点で低栄養ではなくても、疾病、認知機能低下、摂食咀嚼嚥下(口腔)機能低下、多剤服薬等、加齢は常に低栄養につながりやすいリスクと隣り合わせで進行します。住み慣れた地域や自宅で最期まで自立して暮らしたいという希望を叶えるためには、低栄養対策が地域包括ケアシステム構築の試金石といえます。

地域での低栄養対策はズバリ「口から食べる支援(以下、食支援)」です。食事の提供だけでなく、食卓や椅子の高さや位置関係、食具、食事姿勢、食形態、食事介助(一口量、ペース等)、服薬調整、嚥下リハ、口腔ケア、呼吸リハ等職種横断的な環境調整・支援が必要で、多職種連携があってはじめて機能します。さらには、病院や施設とは異なり、買物、調理の腕前、水道・光熱の使用、食器の準備や洗浄、ゴミ出し等生活に密着した要素も不可欠です。すなわち、専門職主体と地域住民のネットワーク主体という2方向からの援助が入り交じることがおもしろさでもあり、難しさでもあります。在宅医療の実践が豊富な永井⁶⁾は、近年、在宅での療養生活を支える医療従事者の間でも、終末期に「絶食」にせず、食支援を通じて人間らしい最期を支えることが注目されているといい、食支援の取組自体が「人生会議」(ACP)であり、在宅医療の真価が問われるという論を展開しています(図2)。

食べるという行為は様々な要素を含んでいることから、食支援は在宅医療介護連携推進の会議や研修会の格好のテーマであり、多職種間の階層がなくフラットな連携を疑似体験できる教材であることが利点です。運営に際しては、講義だけでなく小集団討議等の双方向性がありグループダイナミクスが期待できる技法を活用することにより、多職種間の「顔の見える関係」や「意思疎通しやすい関係」をつくることを促進してくれることでしょう。現在は食支援に関して成書やWeb(オンラインセミナー含む)から多くの情報を得ることができるので、それらを参考に、会議や研修会で問題提起してみたいかがでしょうか。筆者自身の

経験では、口腔ケアや口腔機能向上を真正面に掲げた研修会では参加者が集まりづらいのに対し、食支援、特に認知症高齢者の食支援を前面に掲げ、口腔の健康をサブテーマに位置づける(表1)と、それまでなじみのなかった職種を含む幅広い職種が多数参加するとともに、その参加者が自分の地域へ戻り、同様の研修会を企画する等で拡がりを見せたことがありました。

フレイルに関しては、「独居」よりも「孤食」がリスクとして大きいことが実証されており⁷⁾、食べることは生きる意欲と喜びをもたらす主体性と尊厳を保つための社会的行動であり、人と人がつながるコミュニケーションでもあると解釈できます。最期まで口から食べながら人生を全うしたいという望みをかなえるためにも、地域での食支援の充実なくして、地域包括ケアシステムの完結はないと確信しています。

図1 低栄養を巡る悪循環

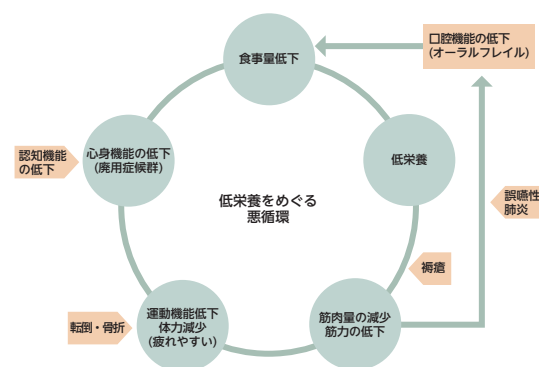
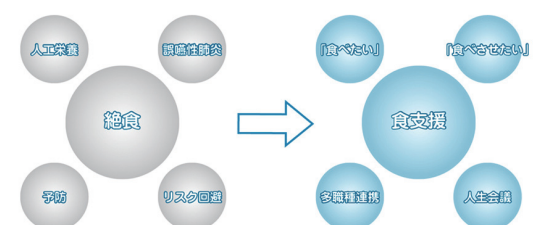


図2 絶食から支援へ



<https://www.jmedj.co.jp/journal/paper/detail.php?id=25403>

表1 食と口腔の健康を絡めた多職種研修会のテーマ(過去の実例)

- ・食べるよこび 生きるよこび ～認知症と食支援～
- ・いつまでも口から食べよう ～認知症と口腔ケア～
- ・認知症の特徴を踏まえた食と口腔環境づくり

文献

- 1) Lim SL, et al: Clin Nutr. 2012 ; 31: 345-50.
- 2) Lobo Tamer G, et al: Med Clin. (Barc) 2009; 132: 377-84.
- 3) Brito PA, et al: Nutrition 2013; 29: 646-9.
- 4) Momosaki R, et al: Geriatr Gerontol Int. 2016 ; 16: 556-60.
- 5) van der Maarel-Wierink CD, et al: J Am Med Dir Assoc. 2011; 12: 344-54.
- 6) 永井康徳. 日本医事新報 2024;5247,29-33.
- 7) U Suthutvoravut et al: J Frailty Aging. 2019;8(4):198-204.

中山間地域における資源の活用 ～食と口腔の目線から～

島根県歯科医師会 医療法人里山会 澄川歯科医院／匹見歯科診療所

澄川 裕之

島根県益田市の美都地域は、9割近くを山林が占める中山間地域です。

2024年3月末時点で益田市は人口43,327人、そのうち美都地域は1,614人で高齢化率は約56.3%という典型的な田舎です。

そのため、経済や福祉を含めた地域包括ケアシステムを検討したいという益田市副市長の問題意識から、2019年7月に市や地元商工会等による座談会での話し合いを設けることとなりました。

市は、高齢者が口腔ケアに対して意識が低い現状を把握しており、フレイル(オーラルフレイル)を課題として挙げられ、地元歯科医師より「高齢者がいきいき動いていくために、地域資源を活用した食に関する事業ができるのでは」との提案がなされました。

それを受け、高齢者の食の確保を含めた生活支援の重要性を地域住民と一緒に考える機会として、講演会「地域で楽しく生きぬくために！～歯科から得られるヒント～」を2019年9月に開催しました(市民、社協職員、商工会関係者等、約70名が参加)。

その意見交換から、学校給食共同調理場という地域資源を活用した取り組みを行うこととなり、高齢者福祉課と産業経済部署が立案から携わり事業を検討しました。

実際の取組は、町内小・中学校ランチルームで児童・生徒と会食・交流(給食費は参加者負担)し、その場で栄養教諭による献立説明と栄養の話や健康教室、参加者アンケート、フレイル度チェックを行い、その後買物をしてもらい解散するというツアー形式で行われました。

参加者アンケートでは99%の方が満足と回答されました。その後の調査では介護認定の初回申請の平均年齢が1歳延伸びするという成果も得ることができました。

一方で課題も確認でき、事業へ参加されない・できない高齢者への働きかけが十分でなかったことや、男性の参加が少なかったことが分かりました。

今後、校庭整備や給食食材の提供等を通じた高齢者の社会的役割の構築や、それに伴うフレイル予防、加えて地域活性化にも期待がもて、現在も継続して定期開催されています。

図1 主要な運営者と関係者一覧



第5章

口腔・食支援に係る 事例の詳細



地域包括ケア推進協議会と3つのテーマ別会議を一体的に進め、住民を含めた協議体も活用し口腔・食支援の課題検討から対策を展開

特徴／ポイント

- テーマ別会議体を設定し、在宅医療・介護連携、認知症対策、介護予防・日常生活支援を一体的に進めながら、地域包括ケアシステムの推進を図っている。
- 在宅医療・介護連携推進会議とテーマ別会議体、関係団体と連携しながら、PDCA サイクルを効果的に展開している。
- コーディネート拠点として「在宅医療・介護連携支援センター（かけはしいさはや）」を設置し、事業全体が効果的に展開できるよう、下支えをしている。

事業の推進体制

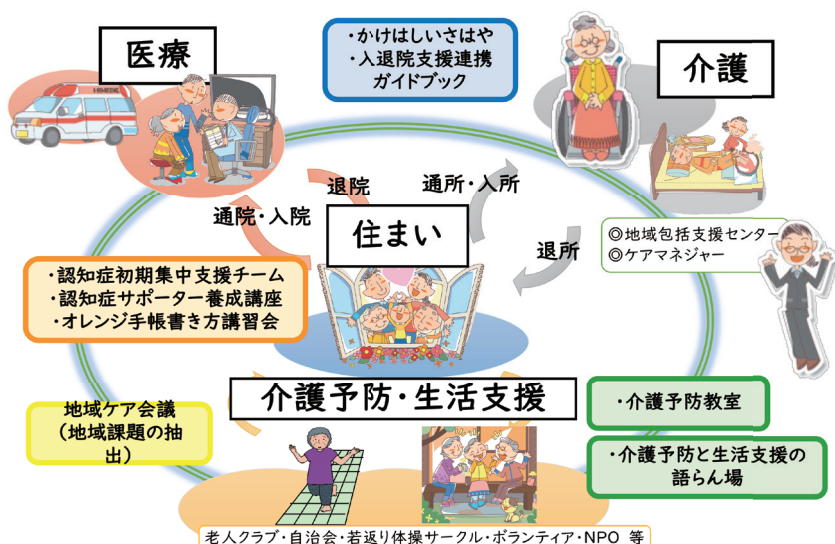
- 「諫早市地域包括ケア推進協議会」を最上位に置いた上で、その下に、3つの会議（①在宅医療・介護連携推進会議、②認知症対策推進会議、③介護予防・日常生活支援推進会議）を設置し、関係機関・関係団体や地域住民との対話を重ねつつ、圏域別・個別地域ケア会議とも連動しながら、地域包括ケアシステムの構築を推進している。
- 在宅医療・介護連携推進に関しては、在宅医療・介護連携推進会議と重点テーマに関するワーキンググループを連動させながら、PDCA サイクルを効果的に展開している。

図1 諫早市における地域包括ケア推進体制



出典：諫早市：諫早市地域包括ケアシステム、令和3年度諫早市地域包括ケア推進協議会、資料より引用

図2 諫早市地域包括ケアシステムのイメージ



- コーディネイト拠点として「在宅医療・介護連携支援センター（かけはしいさはや）」を設置し、①専門職からの相談への対応、②多職種の連携を強化するための在宅医療・介護連携研修会、多職種意見交換会、グループワーク等の企画・運営、③地域住民への普及啓発のための市民講演会、住民を交えた「お気軽座談会」の開催、④在宅医療資源情報の把握及び整理、⑤ホームページ及び広報誌「Kakehashi いさはや」による情報発信を行う等、事業全体が効果的に展開できるよう、下支えをしている。

PDCA サイクルの展開プロセス

目指す姿 対策立案・実行計画 ～施策の取組方針及び取組内容の検討～

- 諫早市では、「住み慣れた地域で安心して自分らしい暮らしを続けられること」を目指して、在宅医療・介護連携推進事業を8つの重点項目ごとに展開している（在宅医療・介護連携推進事業について、令和5年度諫早市在宅医療・介護連携推進会議（令和6年1月25日開催）、資料4）。
- 随時進捗管理し、テーマごとにPDCAを展開している。



在宅医療・介護連携推進会議開催状況

現状把握 課題の抽出・選定 ～実態調査・関係者間での協議をもとに～

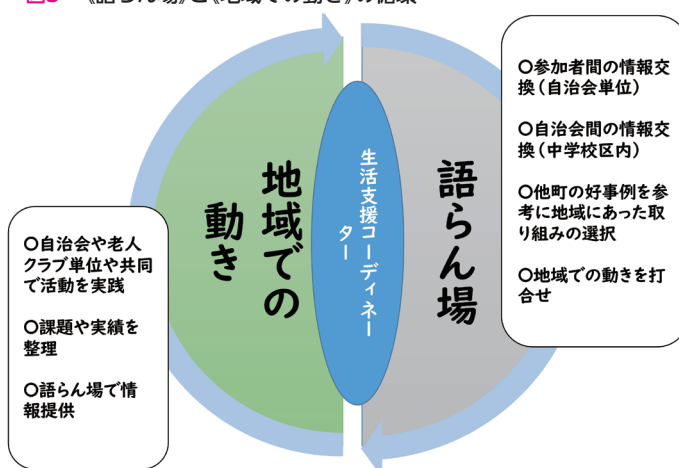
- ワーキンググループではPDCAサイクルを意識し、第1回目に「現状と課題の整理」、第2回目に「対応策の検討」、第3回目に「今後の取組の検討」を行っている（例：ACPワーキング：令和4年度第2回諫早市在宅医療・介護連携推進会議（令和5年2月9日開催）、資料3-4参照）。また、アンケート調査をもとに現状把握と課題抽出を図っている。



「ACPワーキンググループで出された意見」 令和4年度第2回諫早市在宅医療・介護連携推進会議（令和5年2月9日開催）

- 介護予防・日常生活支援推進事業においては、住民とともに介護予防と生活支援の「語らん場」を日常生活圏域ごとに実施し、生活圏域の課題、「わが町・わが地域」で必要な介護予防と生活支援を話し合い（平成28年から令和5年度末までの開催回数は233回）、地域の強みを生かした取組を検討している。

図3 《語らん場》と《地域での動き》の循環



出典：諫早市高齢者福祉計画・介護保険事業計画 令和6年3月

指標を用いた取組状況・効果確認

- 目指す姿に現状がどの程度近づいたのかを確認し、現状の取組の見直しを図るため、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査等をもとに進捗管理を行っている（諫早市高齢者福祉計画・介護保険事業計画 令和6年3月）。



諫早市高齢者福祉計画・介護保険事業計画

Case 1 長崎県諫早市

取組の実施／取組内容の見直し ～主な取組の例～

- 口腔・食支援も含めた一例を示す。

課題

- 入退院時の口腔・食のための歯科医療情報の視点が不足している。
- 住民にとって認知症やACPについて考えるハードルが高い。

対応策

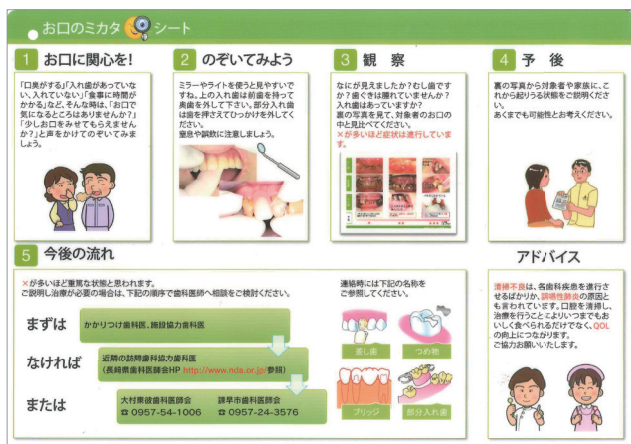
諫早市歯科医師会と諫早市が共同で取組を進める。

諫早市歯科医師会の取組

- 口腔支援ツール「お口のミカタシート」の活用。
- 諫早市在宅ケアサークル（任意団体）・口から食べる分科会で実習つきの実践研修会の実施。
- 地域ケア会議への歯科衛生士の派遣。



（諫早市在宅ケアサークル 実践研修会）

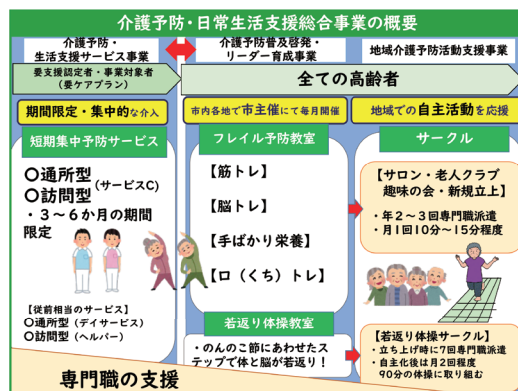


（お口のミカタシート：県央地域リハビリテーション広域支援センター作成）



諫早市の取組

- フレイル予防教室を通して「手ばかり栄養」「口トレ」等の自主グループ化。
- 語らん場において「もし自分が認知症になったら？ 認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けるには？」等のテーマで話し合い、認知症と口腔の健康やフレイル、生活や声のかけ方、地域でできること等多岐にわたる話題が上がった。



（出典：諫早市提供）

効果

- 徐々に口腔・食支援に取り組む介護支援専門員や介護職員が増えている。
- 認知症について、テーマに取り上げ話し合いがすすんでいる地域では、住民主体で認知症SOS模擬訓練を行ったところもある。
- 認知症の人の家族が「認知症であることを隠さず、老人クラブに今までどおり参加したいという本人を行かせてみよう。地域の人にもオープンにできるといい」と話されている。

四師会ネットワークを基盤に、在宅医療 相談窓口と歯科相談窓口のコーディネーターの 連携によって口腔・食支援も展開

特徴／ポイント

- 四師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護師会）のネットワークが事業展開する上での基盤となっている。
- 区では、在宅医療連携推進会議及び6つの専門部会を活用し区担当者と医師会在宅医療相談窓口、歯科医師会のコーディネーター、区内8か所の地域包括支援センター等が連携しながら、在宅医療・介護連携を効果的に展開している。

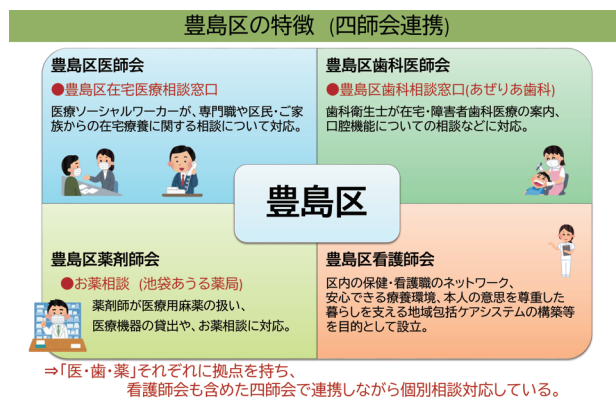
事業の推進体制

- 在宅医療に関する様々な事項を検討・協議するため、顔の見える連携を目指し、学識経験者・四師会、病院、介護・福祉関係者、地域包括、区民等で構成される「豊島区在宅医療連携推進会議」を2010年度から開催している。同会議には、保健所所長、区役所各課（高齢者福祉課・障害福祉課・介護保険課・保健予防課・健康推進課・地域保健課等）も出席している。
- 6つの専門部会（①口腔・嚥下障害部会、②在宅服薬支援部会、③リハビリ部会、④訪問看護ST部会、⑤ICT部会、⑥臨床倫理部会）を設置し、各分野の課題の検討を行っている。会議体は、区が中心となって運営し、多職種連携拠点である医師会在宅医療相談窓口のコーディネーター、歯科相談窓口の歯科衛生士コーディネーターや、区担当者や他団体のコーディネーター等とも連携して進めている。
- 医師会在宅医療相談窓口は、相談対応に加え、①地域の医療・介護資源の把握、②在宅医療連携推進会議及び6つの専門部会の参加、③切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築推進、④医療・介護関係者の情報共有、⑤医療・介護関係者の研修、⑥地域住民への普及・啓発を担い、顔の見える連携・協働のつなぎ役になっている。
- 歯科医師会設置の歯科衛生士コーディネーターが在宅歯科診療に関する相談対応、関係機関との連絡調整を行い、豊島区歯と口腔の健康づくり推進計画にも寄与している。また区内8か所の地域包括支援センターごとの多職種コアメンバー（医師・歯科医師・薬剤師・看護師・歯科衛生士・ケアマネジャー・ヘルパー・地域包括支援センター職員等）を中心に、地域の実情に合った研修会等の企画・運営を行っている。

図1 豊島区の在宅医療・介護連携推進体制（在宅医療連携拠点提供）



図2 豊島区歯と口腔の健康づくり推進計画（在宅医療連携拠点提供）



豊島区歯と口腔の健康づくり推進計画

PDCA サイクルの展開プロセス

目指す姿

- 豊島区では、在宅医療・介護連携の目指す姿を「①在宅療養を希望する区民が、住み慣れた地域で安心して在宅医療を受けることができる」「②在宅療養に関わる医療・介護従事者が、相互に連携することにより、在宅療養者を適切に支援できる」と設定している（第9期介護保険事業計画）。



第9期介護保険事業計画

対策立案・実行計画 ～施策の取組方針及び取組内容の検討～

- 6つの専門部会での検討も踏まえながら、4つの重点領域を設定しており、歯科医師会に設置されたコーディネーターの活用推進も項目立てされている。

重点領域1 医療・介護従事者を中心とした多職種連携の推進

在宅医療連携推進会議及び部会、在宅医療連携推進会議交流会の実施／豊島区地域医療・介護ネットワーク構築事業の推進（ICT活用推進等）／在宅医療相談窓口／歯科相談窓口の充実／病診連携の推進

重点領域2 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

在宅療養後方支援病床確保事業の実施／医療機関とかかりつけ医の連携による24時間診療体制の検討

重点領域3 在宅医療・介護に関わる従事者の能力向上

在宅医療コーディネーター研修の実施／各部会による研修会の実施／多職種連携の会、多職種連携全体会の企画による研修会を実施

重点領域4 在宅医療の理解促進に向けた普及啓発

在宅医療・介護事業者情報の公開／在宅医療やかかりつけ医に関する区民公開講座の開催／在宅医療相談窓口及び歯科相談窓口の周知

現状把握 課題の抽出・選定 ～実態調査・関係者間での協議をもとに～

- 現状把握のため、「豊島区健康に関する意識調査」等実態調査に加えて、各専門部会や地域包括圏域ごとの「顔の見える多職種連携の会」等で出てきた意見をもとに、地域ごとの具体的課題を抽出し、課題解決のための研修会等を企画している。
- 在宅医療連携推進会議においてはそれぞれの専門部会の報告に加え、医師会に設置された在宅医療相談窓口・多職種連携拠点や歯科相談窓口によせられた相談事例を共有し、質的な実態把握から新たな課題抽出がなされる。



豊島区在宅医療連携推進会議

指標を用いた取組状況・効果確認

- 5つの成果指標と4つの活動指標を設定し、進捗管理を行っている。下記に関連指標を示す。

表1 確認事項と具体的指標

確認事項	具体的指標
多職種ネットワークが広がっているか	● 豊島区多職種ネットワークの登録機関数
相談件数や相談対応が増えているか	● 在宅医療相談窓口への相談件数／コーディネート数
歯科相談件数・対応が増えているか	● 歯科相談窓口への相談件数／歯科相談窓口コーディネート数
在宅療養を希望する区民／在宅療養が実現可能と思う区民が増えているか	● 在宅療養を希望する区民の割合

取組の実施／取組内容の見直し ～主な取組の例～

- 口腔・食支援に関する一例（口腔・嚥下障害部会の取組等）を示す。

課題

- 要介護高齢者の尊厳の維持のためには口腔と栄養の連携した取組が必要。

対応策

- 「東池袋フレイル対策センター」（フレイル対策として食や会話、口腔機能維持を中心に取組介護予防の場）や総合事業（短期集中型）の口腔プログラムに、豊島区口腔保健センター「あぜりあ歯科診療所」の歯科衛生士が参画。
- 管理栄養士を雇用していない在宅主治医が訪問栄養指導を必要とした際に利用できるよう、歯科医師会が運営する「あぜりあ歯科診療所」を認定栄養ケア・ステーションとして登録する。さらに、歯科医師と歯科衛生士が所属する認定栄養ケア・ステーションである特徴を生かし、管理栄養士を中心に、口腔の健康を入口としてフレイル・ロコモ予防をはじめとした健康づくりや、生活習慣病の予防・重症化予防に取り組みながら、住み慣れた地域で、誰もがいつまでも自分らしくいきいきと暮らせるよう支援。また、地域食支援の中核となるような活動を行うとともに、認知症への理解と地域情報の普及啓発活動を行う。

短期集中通所型サービス内容 ☆初回と最終回に面談と体力測定を実施します！

①来所
●体温・血圧測定をして体調をチェック
●始まる時間までは参加しているメンバーやスタッフと世間話をしてリラックス

②オリエンテーション
●当日の内容の確認
●参加しているメンバーとの交流・談話、1週間の振り返りなど

③各回のプログラム
●リハビリテーション専門職の個別面談、栄養講座、口腔講座、社会資源講座
【リハビリ専門職による個別面談】
・体の動かし方や運動を助言
・好きなこと、やってみたいこと、できることなど、一緒に考えて生活をサポートします
【管理栄養士による栄養講座】
・日々の食事を振り返り、何を食べていいかアドバイス
・ライフスタイルに合わせた食べ方を指導します

④準備運動
●準備運動ではストレッチや脳トレを行います

⑤集団での活動・グループワーク
●リハビリテーション専門職が提案する運動やとしる体操を行います
皆で話して話してチャレンジしたいことなどやってみます
【マットを使ったストレッチ】 【モルック】 【ボールウォーキング】

⑥整理体操等
●整理体操・血圧測定を行い、次週の予定を確認して終了！

■サービス内容
①栄養・食に関する相談
②健診後の食事指導
③セミナー・研修会への講師紹介
④レシピや献立の提案
⑤料理教室、栄養教室の企画・運営
⑥食品・栄養成分表示に関する指導・相談
⑦地域包括ケアシステムにかかる事業関連業務

※ご紹介について、まずはTELもしくはEmailにてご連絡をお願いいたします。

■お申し込み先
TEL: 080-4744-3033
E-mail: azeria.eiyousi@gmail.com

※ご相談窓口
受付日時 月～金 9時～16時
10時～16時

※ご相談について、まずはTELもしくはEmailにてご連絡をお願いいたします。

■開設場所・アクセス
あぜりあ歯科診療所 内
〒170-0013 東京都豊島区東池袋4-42-16 池袋保健所1階

豊島区歯科医師会のHP
「栄養ケアステーション開設いたしました」



豊島区短期集中通所型サービス

健康に食べて元気な笑顔を咲かせましょう

お口と歯のスペシャリスト、歯科医師と歯科衛生士が所属するあぜりあ歯科診療所の認定栄養ケア・ステーションである特徴を生かし、管理栄養士を中心に、お口の健康を入口としてフレイル・ロコモ予防をはじめとした健康づくりや、生活習慣病の予防・重症化予防に取り組みながら、住み慣れた地域で、誰もがいつまでも自分らしくいきいきと暮らせるよう支援いたします。

また、地域食支援の中核となるような活動を行うとともに、認知症への理解と地域情報の普及啓発活動を行います。

ひとり暮らしなので買い物の仕方を教えてほしい
食事の量を減らして体重を落としたい
食事の量を減らして体重を落としたい
食事の量を減らして体重を落としたい

こんなことはございませんか？
まずはお気軽にご相談ください

食事の量を減らして体重を落としたい
食事の量を減らして体重を落としたい
食事の量を減らして体重を落としたい

効果

- 「あぜりあ歯科診療所」での管理栄養士の非常勤雇用が実現、毎月の摂食嚥下機能訓練外来に参加し障害児への栄養指導への参画、認知症・がん終末期・神経難病等在宅療養者への訪問栄養指導の実施が実現。
- 毎月第1日曜日に認知症カフェ「かむカム」をあぜりあ歯科診療所認定栄養ケア・ステーションが開設し管理栄養士が運営。

和カフェ
かむカム

かむカムが開いている時間は出入り自由♪
どなたでも気軽にふらっと立ち寄って、ほっと一息ついてください。
美味しいお茶とお菓子をご用意してお待ちしています。

開催日時 毎月
第1日曜日 12:00～14:00

会場 高田介護予防センター 和室
(豊島区高田3-38-7)
※改修工事期間中は、下記にて実施
山吹の里 1階 デイルーム
(豊島区高田3-37-17)

参加費 無料

実施内容 茶話会、健康相談、お口の体操、折り紙などを予定しています

お問い合わせ
あぜりあ歯科診療所
認定栄養ケア・ステーション
住所: 豊島区東池袋4-42-16 池袋保健所1階
TEL: 03-3987-2425 担当: 下原・高橋

(在宅医療連携拠点提供)

2市1町による「5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会」を核に、住民目線の意見や提案も生かし地域課題解決を推進

特徴／ポイント

- 飯塚地域在宅医療・介護連携推進会議のもと、5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会ワーキンググループを設置し、2市1町・飯塚医師会・保健所が一体となって在宅医療・介護連携を推進している。
- 5ブロックの拠点のコーディネーターがワーキンググループの企画運営をハンドリング。

事業の推進体制

- 飯塚市・嘉麻市・桂川町の2市1町で、飯塚医師会に8つの事業項目を委託している。
- 飯塚地域在宅医療・介護連携推進会議（事務局：飯塚医師会地域包括ケア推進センター）のもと、①教育研修・市民啓発、②社会資源広報・成果指標、③5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会の3つのワーキンググループを設置し、2市1町・飯塚医師会・保健所が一体となって在宅医療・介護連携を推進している。



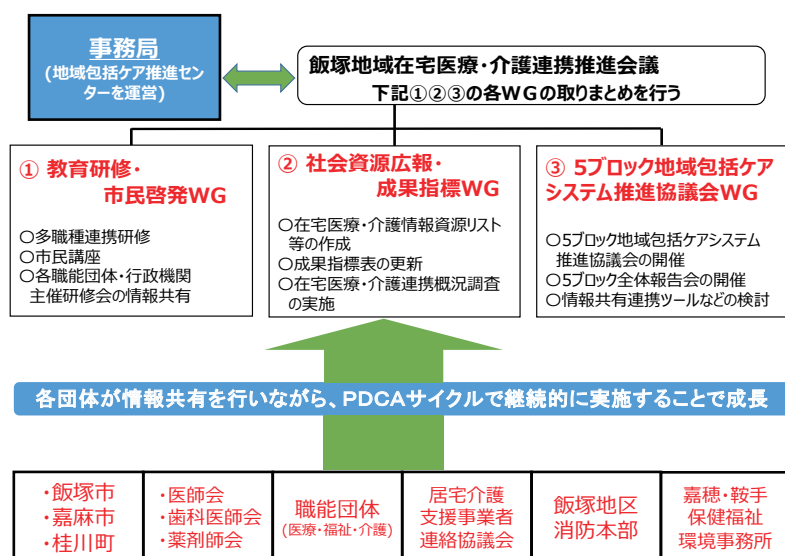
飯塚医師会地域包括ケア推進センター



第9期高齢者保健福祉計画

図1 飯塚市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画（令和6～8年度）第2部各論

地域包括ケア拠点業務推進体制



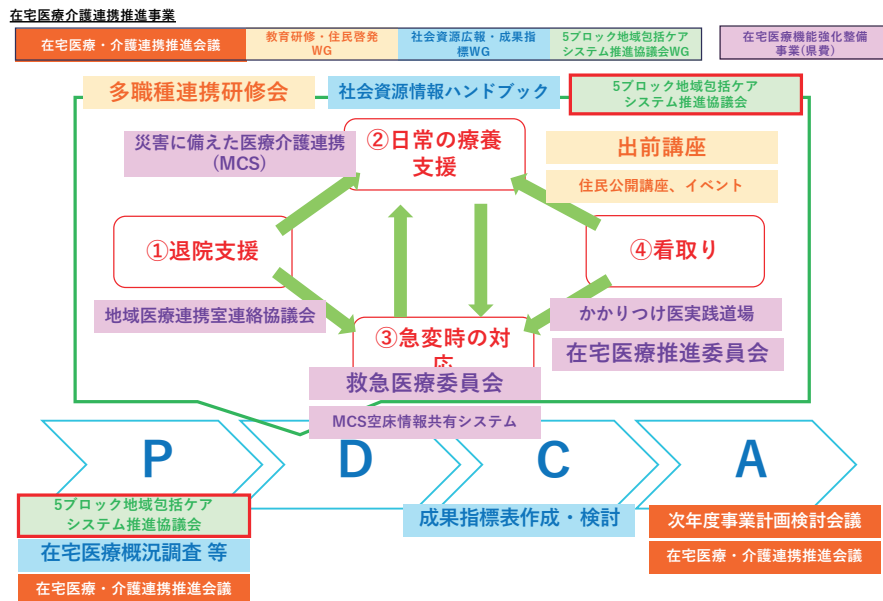
5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会(Youtube)

- 飯塚圏域では10年以上前から病院を拠点にしたブロックを構築していた背景があり、5ブロックの機能の異なる8病院が医療介護連携拠点病院となっている。5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会は、拠点病院と地域包括ケア推進センターが中心となって運営している。
- 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会では、専門職・職能団体・市町・保健所に加えて、消防本部や民生委員もメンバーである。水害の多い地域性から救急や災害への対応及び住民目線の意見が反映される仕組みとし、拠点病院のコーディネーターが全体会議年2回、全体報告会年1回に加え、各地区開催を年2回以上行っている。

PDCA サイクルの展開プロセス

- 飯塚圏域では、4つの場面を意識し、継続した取組の結果、各拠点病院を中心とした地区単位でもPDCAサイクルが展開できるように体制構築及び運営を行っている。

図2 多職種協働の在宅医療介護連携推進の品質管理システム(QMS)の概要:飯塚医師会地域包括ケア推進センター 小栗氏提供



目指す姿

- 目指すべきところを、「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることが出来る」と設定している。

対策立案・実行計画 ～施策の取組方針及び取組内容の検討～

- 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会を定期開催しながら、設定したテーマごとに、参加者(医療・介護職、住民組織(民生委員)、市町職員)で課題対応に向けた協議を行っている。2023年度に行った5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会5回のうち、「歯科と栄養」のテーマについては拠点病院の一つ頤田病院が担当し、多くの参加者を集めた。
- 『Zaitakuとイメージした時に誰もがlizukaを思い浮かべるまちづくりに取り組む多職種の下支えができる“最強のプロフェッショナル”』をあるべき姿と設定し、地域包括ケア推進コーディネーターのコンピテンシー目標を共有している。

取組の重点課題

重点課題1 介護施設での看取りの推進

重点課題2 災害に備えた医療・介護連携体制の構築

重点課題3 専門職及び住民へのACP(人生会議)の継続的な普及啓発

現状把握 課題の抽出・選定 ～実態調査・レセプト分析・関係者間での協議をもとに～

- 定期的に実施している「在宅医療概況調査」では、訪問歯科診療件数、延べ人数のほか訪問歯科診療対応時間帯、訪問歯科診療で実施している内容(義歯、歯周病治療、摂食機能療法、栄養サポート、口腔リハビリテーション指導、夜間対応、休日対応等)等のプロセス指標のほか、介護支援専門員から多職種との医療・介護連携で困っているエピソード等も収集し、医療資源管理ワーキンググループで質的・量的に現状と推移を把握している。病院と在宅医療・介護関係者の連携状況はレセプト情報から把握している。

指標を用いた取組状況・効果確認

- アウトカム指標・プロセス指標・ストラクチャー指標をそれぞれ設定し、レセプト分析、各種調査等で進捗管理を行っている。5ブロックでの取組の結果、関係機関・団体訪問診療や救急医療体制、入退院支援への取組が進み、在宅看取り患者数では県内一位となっている。

表1 確認事項と具体的指標(一部)

確認事項	具体的指標
在宅療養中の歯科利用提供体制、サービス提供量(プロセス評価)	●訪問歯科診療件数 ●訪問歯科診療延べ人数 ●訪問歯科診療対応時間帯

取組の実施／取組内容の見直し ～主な取組の例～

●飯塚圏域では、重点課題やその他のテーマごとに、様々な取組を実施している。口腔・食支援に関連した例を示す。

課題

●誤嚥性肺炎の増加。

●治療期間・在院日数の短縮化、再入院率の低下、重症化予防のために入院患者等に対する継続的な口腔管理提供体制及び訪問歯科診療体制の整備が必要。

対応策

●ブロック拠点病院が中心となり、在宅療養している高齢者や人生の最終段階での「口から食べることができる」を支えQOL(生活の質)を高めるため、摂食嚥下・口腔ケアの対応力向上に向けた多職種連携に取り組む(ワールドカフェ方式のグループワーク等)。

●飯塚歯科医師会口腔管理推進室を中心に、入院患者等に対する口腔管理提供体制の整備、地域への啓発活動、電話相談、訪問及び歯科医院との連携体制整備(福岡県口腔管理推進室整備事業の活用)。



飯塚歯科医師会
口腔管理推進室



(出典：飯塚歯科医師会口腔管理推進室パンフレット)

【口腔管理推進室】の役割

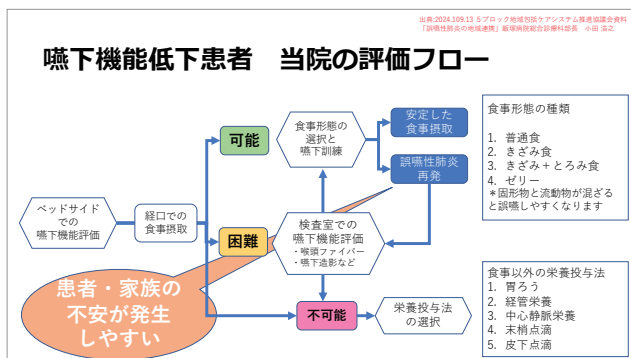
- ① 医科・介護・歯科との連携窓口
- ② 口腔健康管理に関する総合的窓口
- ③ 病院等への歯科専門職の派遣
- ④ 在宅歯科医療・口腔健康管理・周術期口腔機能管理等を行える歯科診療所の紹介
- ⑤ 地域歯科医療に関する広報
- ⑥ 在宅歯科医療機器の貸し出し

(福岡県口腔管理推進室整備事業)

効果

●実施の例として、5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 桂川町・筑穂・穂波西・穂波東ブロック(済生会飯塚嘉穂病院コーディネート)令和6年第1回は「元気に食べて暮らすための連携～地域で支える誤嚥性肺炎～」をテーマとして、入退院を繰り返す高齢者の事例をもとに職種や立場の中でできること、役割、臨床課題を多職種でグループワークを行っている。

講演で用いられたスライド



トークテーマ！

「食べたい」をかなえるために、
各々ができることは何でしょうか？

今日学んだことの感想は？
こんなことができるとよいのでは？
「食べる」ため、日頃困っていることは？

- サービス担当者会議に歯科医師・歯科衛生士の参画が実現し、知識共有や参加を促す取組が開始された。
- 歯科衛生士の事前訪問により高齢者の希望や治療の専門性に見合った歯科医師の紹介が可能になった。
- 2020年から2022年にかけて歯科医師・歯科衛生士による居宅療養管理指導件数が188件から322件へ増加した。

在宅医療支援センターの多職種コーディネーターが在宅医療推進会議とテーマ別作業部会の事務局として運営に関わり課題解決を推進

特徴／ポイント

- 市内2か所の医師会に在宅医療・介護連携推進事業の8つの事業項目を委託している。
- 川内市医師会に設置された在宅医療支援センターの3名のコーディネーター（保健師、社会福祉士、歯科衛生士）が、①相談対応、②訪問活動、③各種委員会の運営補佐、④研修会・意見交換会等の企画・運営、⑤定期的な情報発信等を通じて、事業全体が効果的に展開できるよう、下支えをしている。
- 3つの作業部会（①ACP班、②摂食嚥下・口腔ケア班、③医療介護連携班）を効果的に運営しながら、テーマ別課題の解決を図っている。

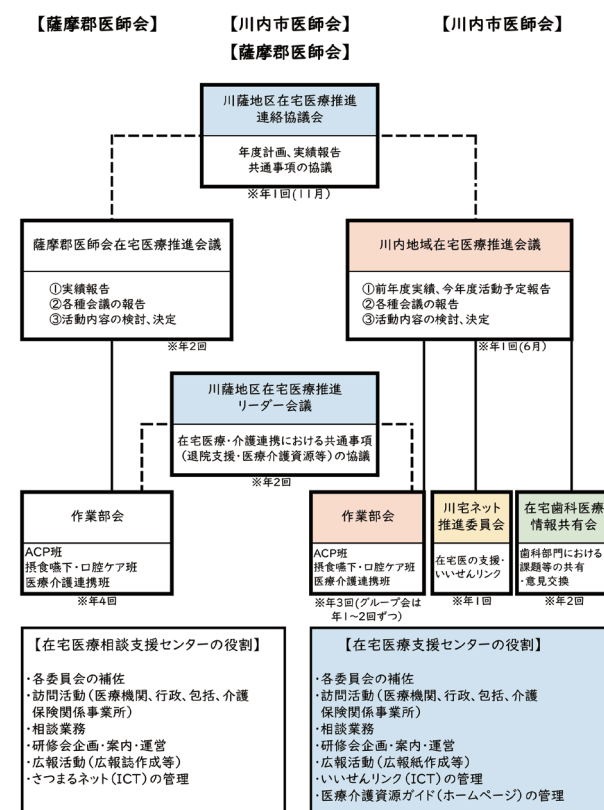
事業の推進体制

- 薩摩川内市では、担当エリアが異なる2か所の医師会（川内市医師会、薩摩郡医師会）に在宅医療・介護連携推進事業の8つの事業項目すべてを委託している。
- 2か所の医師会が合同開催する川薩地区在宅医療推進連絡協議会を上位に置いた上で、その下に川内地域及び薩摩郡医師会在宅医療推進会議を設置するとともに、テーマ別作業部会（①ACP班、②摂食嚥下・口腔ケア班、③医療介護連携班）を設けている。在宅医療支援センターが事務局を担っている。
- 川内市医師会に設置された在宅医療支援センターの3名のコーディネーター（保健師、社会福祉士、歯科衛生士）が、①相談対応、②訪問活動（市内外の医療機関、地域包括支援センター等）、③各種委員会の運営補佐、④研修会・意見交換会等の企画・運営、⑤定期的な情報発信（いいせん便りの発行）等を通じて、事業全体が効果的に展開できるよう、下支えをしている。



川内市医師会在宅医療支援センター

図1 薩摩川内市における在宅医療推進体制：薩摩川内市提供資料



PDCA サイクルの展開プロセス

目指す姿

- 薩摩川内市では、在宅医療・介護連携の目指す姿を「住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで送れること」と設定している（第9期介護保険事業計画より引用）。



第9期介護保険事業計画

対策立案・実行計画 ～施策の取組方針及び取組内容の検討～

- 川内市医師会では、在宅医療推進会議において、重点領域を3つ設定し(①ACP、②摂食嚥下・口腔ケア、③医療介護連携)、各領域における課題の抽出及び共有、ならびに対策の方向性を検討するための作業部会を設置し在宅医療支援センターが事務局を務める。摂食嚥下・口腔ケア班メンバーには歯科医師、管理栄養士、言語聴覚士(地域リハビリテーション広域支援センター)、歯科衛生士(薩摩川内市保険年金課)、歯科衛生士(保健所)が含まれる。
- 医療介護連携に関する意見交換会や専門職向けの「いいせんネット研修会」を定期開催し、連携の現状や課題共有を図り、作業部会での検討を踏まえ、重点的に取り組むべき内容を設定している。

重点領域1 ACP:本人の意思表示の推進(⇒私の意思表示シートの作成)／看取りにおける役割分担の明確化の推進(⇒役割分担表の作成)／在宅及び施設での看取りの推進(⇒状態確認シート、看取りケアパスの作成)

重点領域2 摂食嚥下・口腔ケア:摂食嚥下に関する知識や実践力の強化／歯科と内科及び介護等の連携による切れ目のない歯科口腔保健支援の推進(⇒保健所を中心としたチームによる在宅歯科医療連携マニュアル／お口のチェックシート／訪問歯科診療申込書・事前調査票・報告書作成等)

重点領域3 医療介護連携:市内外の入院医療機関との連携強化／継続看護の機能強化、看護課題・目標の共有の推進(⇒看護情報提供書の作成)



在宅歯科医療連携マニュアル

図2 歯科に関する相談票

FAX 歯科に関する相談票(かかりつけ歯科医院用)	
歯科医院 先生	
お世話になります。以下の患者様につきまして、ご助言をいただきたくご連絡させていただきます。内容をご確認いただき、ご返信よろしくお願いいたします。	
氏名	送信日 年 月 日
ふりがな	生年月日 年 月 日
現在の所在	年齢 性別 ☐ 男 ☐ 女
居住地域	年齢 性別 ☐ 男 ☐ 女
現病歴	年齢 性別 ☐ 男 ☐ 女
既往歴	年齢 性別 ☐ 男 ☐ 女
薬剤情報	年齢 性別 ☐ 男 ☐ 女
薬剤情報	年齢 性別 ☐ 男 ☐ 女
介護度	年齢 性別 ☐ 男 ☐ 女
栄養	年齢 性別 ☐ 男 ☐ 女
受診可否	年齢 性別 ☐ 男 ☐ 女
通院可否	年齢 性別 ☐ 男 ☐ 女
訪問希望	年齢 性別 ☐ 男 ☐ 女
相談のみ	年齢 性別 ☐ 男 ☐ 女
拒否あり	年齢 性別 ☐ 男 ☐ 女
【キーパーソン情報(訪問調整や緊急時などの連絡先)】	
氏名	連絡先
連絡先	自宅: 携帯:
【相談内容】	
どこかわからない痛みがあるようだ	詰り物や被せ物が取れている
歯がぐらぐらしている	現在の治療について知りたい
口の中に炎症(腫れや出血)があるようだ	今後の治療の予定や見立てを知りたい
歯が抜けていないところがある	今後予測される経過を知りたい
噛めない、噛みづらいようだ	在宅でできることを教えて欲しい
入れ歯が合わないようだ	誤嚥性肺炎を繰り返している
入れ歯を作りたいと言っている	食事がとれず体重減少がみられる
その他	
補足(相談したい内容や目的など)	
目的	
☐ ケアプラン作成(変更含む)のため	
☐ 在宅でできる日常的な支援方法を知りたい	
☐ 今後の対応方法を知りたい	
☐ その他	
()	
氏名	職種
連絡先	TEL
連絡先	FAX
連絡先	E-mail
電話対応可	日 曜日 時頃

かかりつけ歯科医院のない方や訪問診療をご希望の場合は、在宅医療支援センターまでご連絡ください。
川内市医師会在宅医療支援センター TEL:0996-22-4021
担当:川原(歯科衛生士) FAX:0996-22-8114

現状把握 課題の抽出・選定 ～実態調査・関係者間での協議をもとに～

- 川内市医師会・薩摩郡医師会共同で、2018年度より、「在宅医療・介護提供状況調査」を毎年実施している(調査対象:医療機関／歯科医院／調剤薬局／訪問看護ステーション／訪問リハ事業所等順次追加)である。歯科医院調査では、①訪問歯科診療に従事する歯科医師数・訪問歯科衛生指導に従事する歯科衛生士数②訪問歯科診療を提供した患者数③成人・小児別通院対応④同訪問対応⑤訪問歯科衛生指導を提供した患者数等を調査している。
- 看取りに関しては「高齢者施設及び障害者施設における看取り等の現状調査」等、実態調査に加えて、各作業部会で出てきた意見をもとに、具体的課題を抽出している。歯科衛生士コーディネーターの存在によって、摂食嚥下・口腔ケア関連の課題共有と解決策の案出が図りやすい構造になっており、看取りケア関連シートにも口腔・食支援に関するチェック項目が記載された。



看取りケア関連シート

指標を用いた取組状況・効果確認

- 前述した調査等をもとに進捗管理を行っている。(一例)

表1 確認事項と具体的指標

確認事項	具体的指標
在宅や施設での看取りの増加(アウトカム評価)	●在宅看取り患者数 ●介護保険施設及び居住系施設での看取り実績ありの施設数
訪問歯科診療提供体制(プロセス評価、ストラクチャー評価)	●訪問歯科診療を提供した患者数 ●訪問歯科衛生指導・在宅等療養患者専門の口腔衛生処置／歯科医師・歯科衛生士による居宅療養管理指導を提供した患者数 ●障害ごとに訪問対応可能な歯科医院数

取組の実施／取組内容の見直し

～主な取組の例～

- 薩摩川内市では、3つの重点領域の各課題に対し、様々な取組を実施している。その一例を示す。

課題

- 摂食嚥下・口腔ケアに関する知識とスキルの不足。
- 食支援(とろみ付けスキル)等支援に係る連携の切れ目。

対応策

- 歯科衛生士コーディネーターの重点領域への主体的参画。
- 口腔に関する情報共有・連携促進のために在宅歯科医療連携マニュアル、お口のチェックシートの作成、お口いきいき診療連携システムの構築。
- 最後まで自分らしい生活を支援する「在宅医療」という選択肢を知ってもらうために、センターの活動状況や医療・介護職の取組、在宅で役に立つ豆知識等の情報を定期発信している：①専門職・住民向けの「いいせん便り」を活用した情報発信(ケアマネな歯科衛生士のコラム等)、②介護をしている家族向けのおうちの口腔ケア通信(居宅ケアマネジャーからご家族へ配布)による情報発信。

いいせん便り第18号(2024年10月)、19号(2025年2月)

第2回いいせんネット研修会 いかに異常をみつけるか～誰でもできる！お口の評価法～

【講師】薩摩川内市歯科医師会 会長 鍛屋一彦先生

高齢者の死亡や寝たきりを防ぐために歯科ができることとして、口腔機能の維持管理や多職種連携があります。そこで今回は「お口の中、何処が良くないかわかりますか？」を演題に講演があり、3つの症例を基にOHAT-Jという評価ツールを使ったグループワークを行いました。

OHAT-J: Oral health assessment tool 日本語版

参加者の声：
・同じ評価表を使うことで情報の共有にもわかりやすい
・口腔ケアの重要性について勉強できました

OHAT-Jは共通のツールと指標で評価を行うので、連携時の情報共有をどの職種でも均一に行えるというメリットがあります。

繰り返し見る、聞く、考えることで口腔内の評価はスキルアップします。苦手意識のある方も、OHAT-Jなどのツールを積極的に活用していただくことをお勧めします。

お知らせ

職員向け出前講座をお受けします

当センターの職員が無料で出前講座に参ります。部署勉強会等にご活用ください。

【内容例】
・在宅医療とは
・バイタルサインの活用方法
・口腔ケアの基礎知識
・毎日の口腔ケア
・義歯のお手入れ方法 ※その他相談に応じて。

ケアマネな歯科衛生士のコラム **根面う蝕って知っていますか？**

う蝕(虫歯)にはさまざまな場所がありますが、50代を過ぎたころから特に気を付けたいのが『根面う蝕』といわれる虫歯です。根面う蝕は歯茎が下がって見えてきた歯の根っこにできる虫歯です。50代くらいから歯周病が進行して歯肉が下がる人が急増することや、柔らかい食事になり咀嚼が減ること、お口の乾燥などが原因とされ、以前治療した歯にも進行する厄介な虫歯です。

根面う蝕の特徴	根面う蝕の予防
歯肉に近い部分にできる	歯肉に近いところを丁寧に磨く
進行が早く歯を取り巻くように広がる	よく噛みよく嚥りよく笑って口を動かして唾液を出す
自覚症状(痛み)が少ない	フッ素入りの歯磨き剤や洗口剤を毎日使う
治療が難しく繰り返す	定期的に歯医者を受診してプロのチェックやメンテナンスを受ける
突然折れることがある	

根面う蝕は一度に複数の歯にできることも多く、歯の首部分がぐらりと溶けてしまうためある日突然ぽきっと折れて抜歯になり、入れ歯を入れるしか手立てがないこともあります。

虫歯は自然治癒することはありません。歯がダメになると生活が一変してしまいます。内科や整形外科と同じように、ぜひ歯医者も定期的に受診しましょう！

川内市医師会在宅医療支援センター 歯科衛生士 川原京子

＜根面う蝕の写真＞
画像：Adobe stock



いいせん便り

効果

- 摂食嚥下・口腔ケアに関する多職種対象の講演・実習開催依頼の増加。
- 訪問歯科診療コーディネーター業務や歯科関連相談件数の増加。
- 看取り関連シートのうち「私の意思表示シート」には人生の最終段階における食べることの希望、食べたくない希望が追加記載された。「状態確認シート(右図)」には食行動や摂食嚥下のチェック項目が含まれた。

＜状態確認シート＞ 20 年 月 日 No. _____

氏名 _____ 担当者 _____

体重	① 体重が減少している(1ヶ月に kg以上減少)	有・無
食事	② 食事摂取のペースが衰えている	有・無
	③ 食事の意欲低下がみられる(手を付けない、要らないと言う等)	有・無
	④ 食事を減らして食べられなくなっている	有・無
	⑤ 食べ物をなかなか飲み込まない	有・無
	⑥ むせが多くなった	有・無
	⑦ 食べるムラが多くなっている	有・無
	⑧ 食事中にうつむいて眠ってしまう	有・無
	⑨ 水分量の低下がみられる	有・無
【有】の合計		
排便	① 便秘、下痢など排便状態に変化がある	有・無
	② 排便量、回数に変化がある	有・無
	③ 失禁することが多くなっている	有・無
	④ 尿や便の色に変化がある	有・無
【有】の合計		
体調	① 発熱が出やすくなっている	有・無
	② 首段の血圧に変化がある	有・無
	③ 体調の変化が多くなっている	有・無
【有】の合計		
皮膚	① 内出血や剥離ができやすくなっている	有・無
	② むくみがある	有・無
	③ 褥瘡ができやすくなっている	有・無
	④ 皮膚が乾燥するようになっている	有・無
【有】の合計		
覚醒	① 眠っている時間が多くなっている	有・無
	② 歩く距離が減っている	有・無
	③ ウットすることが多くなっている	有・無
	④ 活動時間が減っている	有・無
	⑤ 目に力がなくなっている	有・無
	⑥ 車椅子に座っていると姿勢が崩れやすくなっている	有・無
	⑦ 発汗が減っている	有・無
	⑧ 身体の冷感がある	有・無
	⑨ 関心が低下し表情が乏しくなっている	有・無
【有】の合計		

入居時や様子・状態に変化がみられた際に適宜変化をチェックし、看取りケアパスに記載しましょう。
必要時、複数回確認して比較することで利用者様の状態を客観的に判断する材料となります。
全員のリスクの予測・共有や、今出が可能なかなど看取りケアのタイミングを把握の1つとして活用できます。

郡市医師会が中心となって現場の専門職等と 立ち上げた「天草在宅医療介護連携チーム (ACT)会議」を中心に連携を醸成

特徴／ポイント

- 2市1町が天草郡市医師会に在宅医療・介護連携推進事業を一部委託。医師会主体の検討部会として立ち上がった「天草在宅医療介護連携チーム(ACT)会議」において、地域に見合ったチームビルド、現場課題の吸い上げ、PDCAにそった取組の検討を実施している。
- 県レベルのくまもとメディカルネットワーク(ICT)や、地域在宅医療サポートセンターの取組があり、それを活用する形で、県や保健所の協力のもと地域ごとに事業を進めている。

事業の推進体制

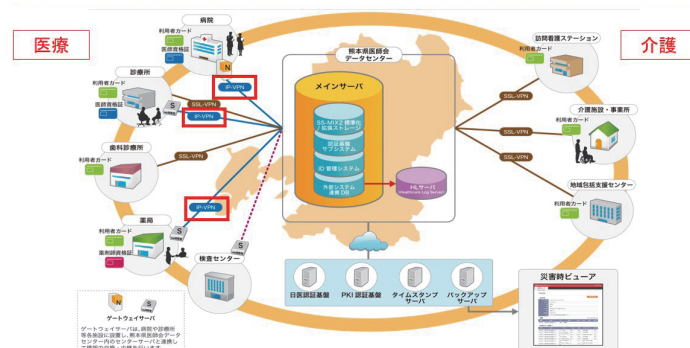
- 天草市・上天草市・苓北町の2市1町が天草郡市医師会に在宅医療・介護連携推進事業の一部を委託している。
- 熊本県では2014年より県、県医師会、熊本大学病院が主導となり“オールくまもと”によるネットワークづくりを目指すため、「くまもとメディカルネットワーク(主体:県医師会の熊本県地域医療等情報ネットワーク連絡協議会)」で医療介護情報を共有する仕組みを立ち上げていた(参加は任意)。
- 県の保健医療計画の中での在宅医療部分として「在宅医療」の量・質両面の取組を県内全域でサポートするため、県内の医療機関等を地域在宅医療サポートセンターとして指定し、地域ごとに必要な医療の提供体制づくりと支援、医療機関の連携促進、関係専門職の人材育成、県民への普及啓発等の取組を進めていた(平成30年より)。



熊本県在宅医療サポートセンター

- 天草圏域は広域であるため、地域在宅医療サポートセンターを3か所(天草郡市医師会立天草地域医療センター、上天草市立天草総合病院、天草市立河浦病院)設置している。

図1 くまもとメディカルネットワーク:熊本県医師会提供資料



- 利用料
病院：1,100円/月 病院以外：550円/月
- 回線料
IP-VPN：4,030円/月 SSL-VPN:各施設にて通常利用しているインターネット回線料

図2 天草圏域の地域在宅医療サポートセンター

**あまくさの住民、医療・介護関係の皆様へ
地域在宅医療サポートセンターのご案内**

地域在宅医療サポートセンターでは、熊本県より指定を受け地域の方々々が住み慣れた自宅や地域で、安心して生活できるように在宅医療を推進しています。また医療介護関係者が、住民の皆様へ在宅医療サービスを提供できるようにサポートを行います。

どんな在宅医療チームで診ていこう
できるに任せに
お任せください
医療的ケアの必要な人のサポートを一緒に考えてほしい
一人暮らし・老々介護で家の管理が心配
お気軽に相談ください

天草圏域地域在宅医療サポートセンター

- *天草郡市医師会立天草地域医療センター
電話0969-24-4111 FAX0969-23-4086
- *上天草市立天草総合病院
電話0969-62-1122 FAX0969-62-1546
- *天草市立河浦病院
電話0969-76-1151 FAX0969-76-1199

PDCA サイクルの展開プロセス

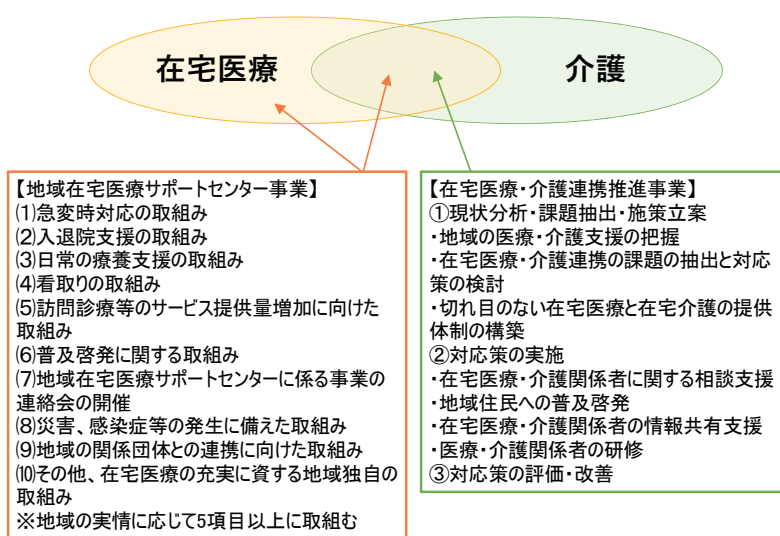
目指す姿

- 在宅生活を希望する県民が住み慣れた地域で安心して必要な医療や介護を受けることができるよう、地域における医療や介護の多職種連携を図りながら在宅医療が円滑に提供される体制を構築する(第8次熊本県保健医療計画)。

対策立案・実行計画 ～施策の取組方針及び取組内容の検討～

- 施策の方向性は(1)療養が必要となった時に在宅利用を選択肢の一つとして考えることができるよう、在宅医療についての普及啓発、(2)在宅医療を必要とする全ての人にサービスが行き届く体制を作るため、地域在宅医療サポートセンターを中心に、関係機関の役割の相互理解と連携を図る、(3)各市町の協議会やプロジェクト会議により圏域の現状把握や研修会の内容について定期的な検討を行うことで、在宅医療・介護連携推進事業を推進し、誰もが安心して住み慣れた生活の場で療養できる地域包括ケアシステムの構築を目指す、である(第8次熊本県保健医療計画 天草保健医療圏)。
- 天草圏域では天草郡市医師会立天草地域医療センター、上天草市立天草総合病院、天草市立河浦病院が地域在宅医療サポートセンターとなり、地域における医療機関の連携促進、専門職の在宅医療に関する人材育成、入退院支援、訪問診療等に関するマッチング等の業務を行っている(在宅医療・介護連携推進事業における4つの場面の取組の充実)。地域在宅医療サポートセンターは「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に位置づけられる。

図3 「地域在宅医療サポートセンター事業」と「在宅医療・介護連携推進事業」の関係



- 天草圏域での実情が異なることから、事業の一部(ACP、情報収集等)のみを郡市医師会へ委託、天草郡市医師会主催のプロジェクトコアチーム(天草在宅医療介護連携チーム(Amakusa Connect Team)会議、通称ACT会議)を立ち上げた。会議参加者は実際の在宅医療・介護に携わる専門職及び地域在宅医療サポートセンター、天草保健所、天草市高齢者支援課、上天草市高齢者ふれあい課、苓北町保健福祉課等、多数で月に1回実施している。
- ACT会議では在宅医療・介護連携推進事業を推進するために、「教育・啓発」「地域在宅医療サポートセンターとの連携」「ICTの普及啓発」「多職種連携」等、地域の課題、課題解決のための現場目線の課題と役割設定等、現場目線の協議をしている。人材育成の一環でファシリテーター養成も実施している。

～ACT会議で現状把握を基に設定した協議課題(2023年度)～

テーマ1 在宅医療サポートセンターの役割

テーマ2 ICT連携の普及啓発

テーマ3 在宅医療サポートセンター管轄領域外の課題

テーマ4 在宅医療に関する教育、住民啓発

テーマ5 専門職同士の連携の場づくり

現状把握

課題の抽出・選定

～実態調査・関係者間での協議をもとに～

- ACT会議において県や保健所等からの施策及び現状把握に資する数値等の情報提供、くまもとメディカルネットワークや地域在宅医療サポートセンターの役割等の周知が行われている。施策の方向性の項目を意識して現状把握と地域ごとの具体的課題を整理し、目標達成プロセスの設計、そのための多職種チームビルディング、意見交換を行っている。
- 天草市の地域課題の共有と解決策の案出は、地域ケア会議(自立支援型会議、個別ケア会議、包括内地域ケア会議)も活用している。歯科衛生士が助言者として会議に参加し、口腔に関する情報提供やアセスメントの視点・支援方法に関する助言を行っている。

指標を用いた取組状況・効果確認

- 県民意識調査の結果を用いて在宅医療の住民への周知の不足、住民の在宅医療・介護サービスの知識不足(アウトカム評価)等を検討。また圏域での訪問診療受療者数は県平均を下回っているが、在宅歯科診療利用者数は県平均を大きく上回っていること等が確認されている。

取組の実施／取組内容の見直し

～主な取組の例～

- 口腔・食支援に関する一例を示す(2024年度)。

課題

- 口腔機能低下を含め在宅医療の住民周知が不足。

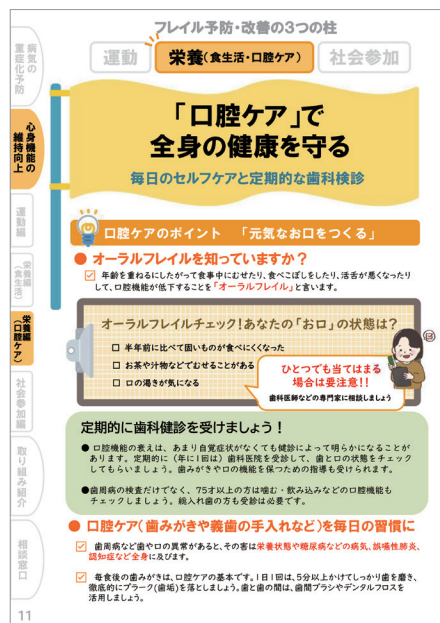
- 誤嚥性肺炎の入院治療・機能評価・リハビリテーション・食支援に関する注目度の高まり(令和6年改訂における見直しによる)。

対応策

- 天草市高齢者支援課では天草市健康長寿いきいきガイドを作成、口腔・食支援情報のページも充実(出典 天草Webの駅)。



天草市健康長寿
いきいきガイド



- ACT会議での議題「嚥下機能評価・嚥下リハビリ・口腔ケア・食支援の介入が出来るための地域づくり」で、天草を6つの地域に分け(①上天草 ②栖本・倉岳・有明 ③本渡 ④河浦 ⑤牛深 ⑥苓北)、約5人(医師、訪問看護師、歯科医師、リハビリテーション関係の言語聴覚士もしくは作業療法士、ケアマネジャー等)で構成されたグループワークで、地域での嚥下機能評価、嚥下リハビリ、食支援を進めていく中での問題点と、今年度中に解決したいテーマを話し合った。

効果

- 市民啓発研修会を3か所で実施。
- 多職種チームビルドのための情報共有。
- 嚥下等に関する多職種研修会の各地域での開催、医療マップ作成の計画に発展。

「おたる地域包括ビジョン協議会」と4つの分科会を核に、ICTを活用した多職種による支援活動（おたるワンチーム）を推進

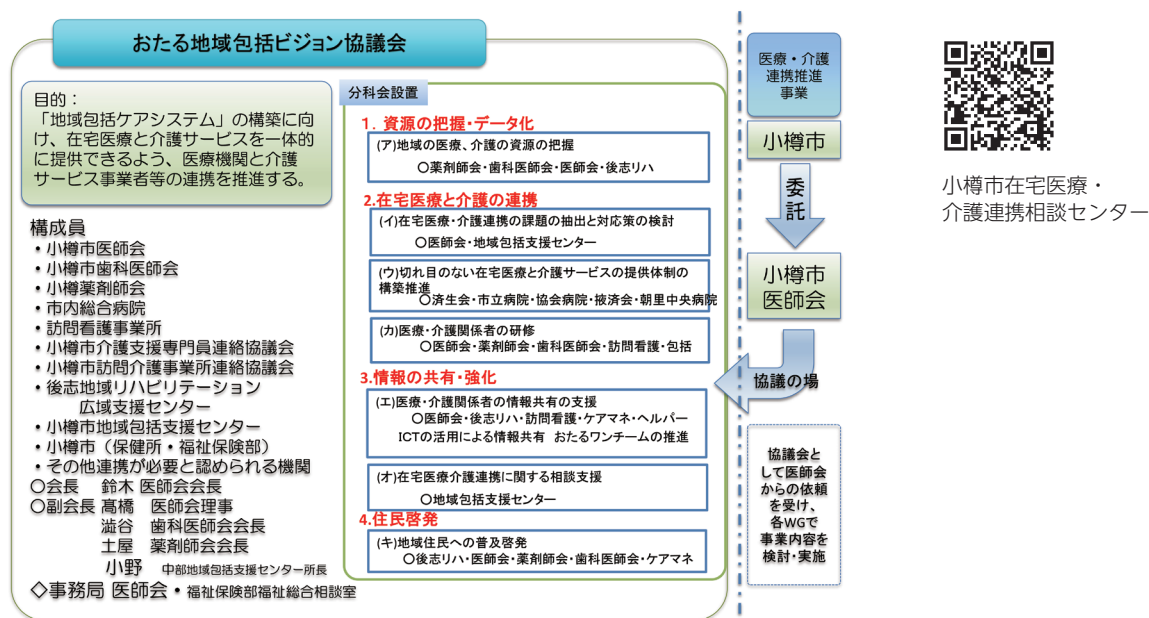
特徴／ポイント

- 在宅医療・介護連携推進事業の8つの事業項目の検討のため小樽市医師会と関係団体等で構成される「おたる地域包括ビジョン協議会」を設置、同協議会では重点領域4つの分科会を設置し、事業展開している。協議会の活動に係る経費は小樽市医師会が小樽市から委託を受けている小樽市在宅医療介護連携推進事業業務としてまかなわれている。
- ICTを活用しながら高齢者・患者を中心に据えた多職種による支援活動（名称：おたるワンチーム）の推進を2016年より展開している。

事業の推進体制

- 在宅医療・介護連携推進事業の8つの事業項目の検討を「おたる地域包括ビジョン協議会」が実施し、同協議会のなかで8つの事業項目を、4つの分科会（①資源の把握・データ化、②在宅医療と介護の連携、③情報の共有・強化、④住民啓発）として設置し、具体的な課題解決策を検討している。
- 「おたる地域包括ビジョン協議会（事務局：医師会・市福祉保険部福祉総合相談室）」は小樽市医師会と関係団体等が2014年10月に立ち上げた。構成員は、三師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）、総合病院、在宅医療・介護事業所及び団体、地域包括支援センター、市（保健所、福祉保険部）等、多岐にわたる。おたる地域包括ビジョン協議会を中心に、在宅医療・介護連携推進事業の8事業項目の協議を進めている。
- 相談窓口としては市内4地域包括支援センターに委託して小樽市在宅医療・介護連携相談センターを設置している。
- 小樽市は人口10万人都市のなかでも高齢化率40%を超える市で、かつ、豪雪地帯で坂の多い地理的要因をもつ後志圏域の中核都市でもある。地域性に加え、限られた医療資源で救急対応していることから、高齢者ケアや安心できる看取りの仕組みづくりが急務であった。

図1 小樽市における在宅医療・介護連携推進事業の推進体制：小樽市提供資料



PDCA サイクルの展開プロセス

目指す姿

- 小樽市では、「高齢者が要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活をおくることができること」を目指して、地域包括ケアシステムの構築を推進している（小樽市第9期介護保険事業計画より）。



小樽市第9期介護保険事業計画

対策立案・実行計画 ～施策の取組方針及び取組内容の検討～

- おたる地域包括ビジョン協議会では、下記の重点領域にあわせた4つの分科会にて、領域ごとの課題の抽出及び共有、ならびに対策の方向性を検討している。
- 分科会での検討を踏まえ、重点的に取り組むべき内容を設定している（第9期介護保険事業計画より引用）。

重点領域1 資源の把握・データ化：小樽市医療介護連携ガイド作成

重点領域2 在宅医療と介護の連携：連携のための課題抽出及び対応の協議／関係者研修

重点領域3 情報の共有・強化：ICTを活用した連携（おたるワンチームの推進）／相談支援体制の強化（おたる～る作成）

重点領域4 住民啓発：市民公開講座／地域住民向け説明会



小樽市医療介護連携ガイド

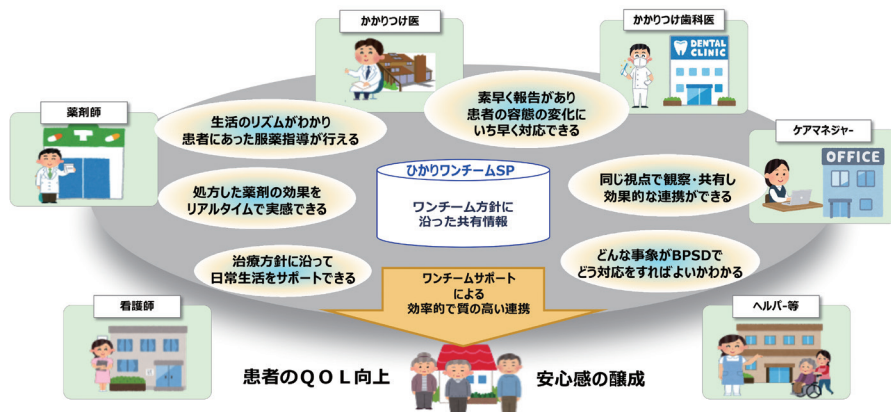


おたる～る

- 重点テーマの1つに、ICTを活用しながら在宅療養を多職種チームの力で支える「おたるワンチーム」の推進がある。おたるワンチーム導入時に家族にICT情報通信端末を貸出し、ICT電子連絡帳の各種機能（①ワンチーム方針、②多職種連絡帳、③家族連絡帳、④個別メッセージ、⑤バイタル情報共有）を活用しながら、多職種と患者・家族の迅速な情報共有が可能な仕組みを展開している。

図2 おたる地域包括ビジョン協議会提供資料

- ▶ 効率的な連携と、患者を中心としたワンチームによる質の高いケアを実現
- ▶ 患者のQOL向上や安心感の醸成を図ります。



ICT「おたるワンチーム」

現状把握 課題の抽出・選定 ～実態調査・関係者間での協議をもとに～

- ICT活用（おたるワンチーム）推進のため、分科会「情報の共有・強化」の中に小樽ICT実行委員会を設け、2カ月に1回のペースで、現状把握（登録事業者数や連携症例数の確認）ならびに活動内容の検討を実施している。
- おたるワンチームの利用者へのアンケートを実施し、利用者の満足度や残された課題の把握を行っている。利用者から高い満足度が寄せられる一方で、参加事業所の拡大の必要性、患者・家族満足度向上、医療介護の質の向上、より効果的な連携に向けたノウハウ共有等課題も明らかになり、活動方針へ反映させた。

指標を用いた取組状況・効果確認

- 進捗管理には小樽市が中心となったおたるワンチーム利用者アンケートや在宅療養期間、連携症例数の把握等で利用者の満足度を量的・質的に収集し活動評価としている。
- おたるワンチームの活用が、家族にとって多職種チームのつながりを感じられ、安心感につながった結果、救急要請件数の減少につながった。

表1 確認事項と具体的指標

	確認事項	具体的指標
1	サービスやおたるワンチームに対して、利用者は満足しているのか(アウトカム)	●ケアプランに対する満足度 ●医療・介護サービスに対する満足度 ●おたるワンチーム利用者満足度
2	おたるワンチームの活用が進んでいるか(プロセス)	●医療機関等の登録数 ●介護事業所等の登録数
3	病院と診療所間、診療所と歯科診療所の連携が進んでいるか(プロセス)	●病院と診療所の連携症例数 ●診療所と歯科診療所の連携症例数

取組の実施／取組内容の見直し ～主な取組の例～

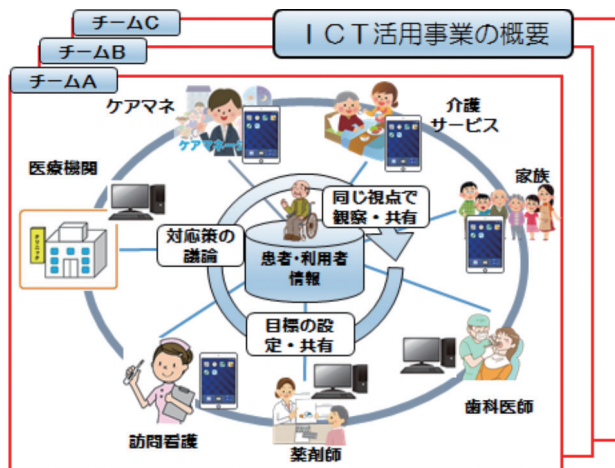
- 重点領域の各課題に対し、様々な取組を実施している。ACP、口腔・食支援も含めた例を示す。

課題

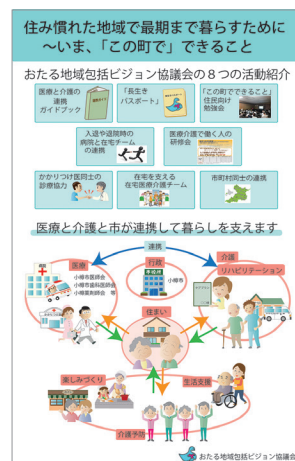
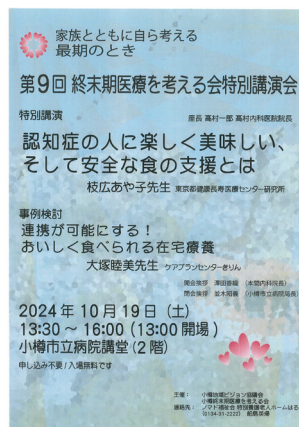
- 在宅看取りケースへの連携・対応(家族の不安からくる救急要請、看取り期の摂食嚥下障害等)
- 医療介護連携の強化・質的向上

対応策

- おたるワンチームの活用推進(歯科連携の例:歯科衛生士による事前調査からICT経由で動画共有、訪問歯科診療につなげ食支援したケースなど《中川、老年歯科医学会2024》)(下図:在宅医療・介護連携ICT活用事業)。



- 小樽地域ビジョン協議会事業として終末期医療を考える特別講演会「家族と共に考える最期のとき」を継続開催、看取り期の食支援や摂食嚥下障害に関する多職種研修会が実施された。



効果

- 看取り終了後の家族から「おたるワンチームに満足している86.7%」、在宅療養の不安や疑問点への迅速なアドバイス、家族がチームの一員としてケアに参加でき専門職とつながっている安心感がある等、高い満足度が得られた。
- 救急要請件数の減少につながった。
- おたるワンチームで情報共有している専門職間でも、看取り期に食事に課題があるケースでの歯科医師の参加が必要という認識が得られ、歯科連携ケースも徐々に増加している。

認知症部会を含む3つの部会を中心に、 認知症対策をモデルとして限られた専門職と 住民とが早期発見、つながる仕組みを構築

特徴／ポイント

- 総合福祉課、地域包括支援センターが事務局となっている在宅医療・介護連携推進協議会のもと、3つの部会（①システム部会、②認知症部会、③研修企画・普及啓発部会）で協議した課題や対応策について検討している。
- 町の地域包括ケアシステムは認知症対策をモデルとし、歯科医師が部会長を務める認知症部会では認知症施策担当者と連携し早期に相談支援につながる仕組みを展開。

事業の推進体制

- 課題や対応策を、3つの部会（①システム部会、②認知症部会、③研修企画・普及啓発部会）に分かれて協議した後、医療・介護・福祉・法律等、多団体の代表者18名で構成される「鏡野町在宅医療・介護連携推進事業協議会（事務局：総合福祉課・鏡野町地域包括支援センター）」にて、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて必要な取組を検討している（鏡野町高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画）。日常生活圏域として鏡野町圏域と、奥津・上齋原・富岡域の2つが日常生活上結びつきのある範囲として設定され、必要があれば町外の医療介護資源も活用。

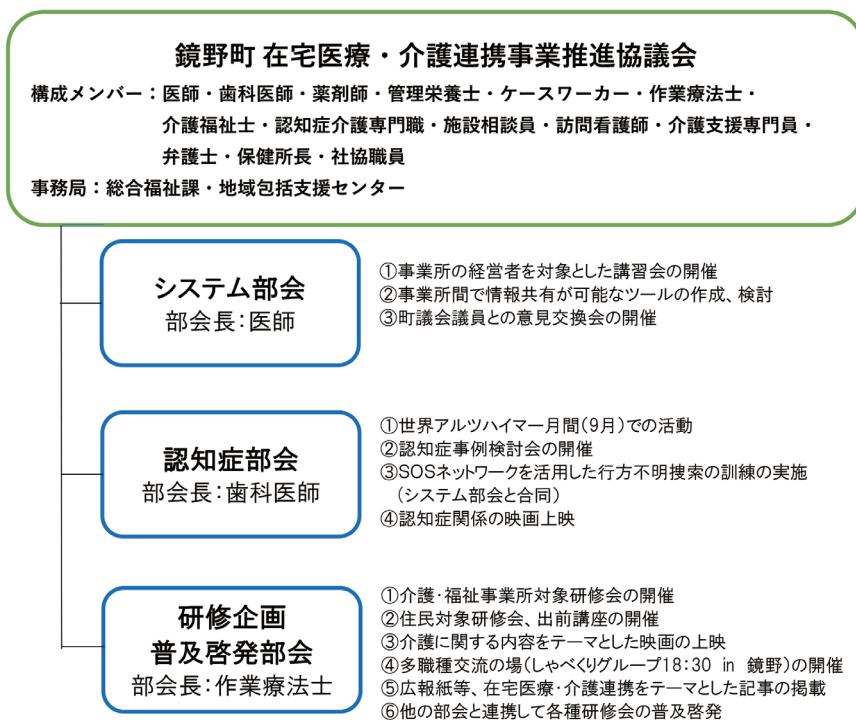


鏡野町高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画

- 協議会会長は医師（医師会長）、副会長は町社会福祉協議会事務局長が担い、3つの部会についてシステム部会長は医師が、認知症部会長は歯科医師（ケアマネジャー兼務）が、研修企画・普及啓発部会長は作業療法士が担っている。
- 豪雪地帯である地域性、人口構造や限られた専門職・インフラのなかで、「認知症対策を人の尊厳を支える医療介護の本質」ととらえ、認知症対策を地域包括ケアシステムのモデルとして現状・課題を共有し、対策立案するスタイルをとっている。専門職が少なく複数の役割の兼務も多いなか、認知症事例検討会（認知症サポート医や専門職が集まり1回／2か月）で多職種検討し、対応策を即実行、結果共有をすることで、住民の生活の質の向上だけでなく人材育成や多職種連携強化につながっている。

図1 協議会及び部会の構造：鏡野町提供資料

令和6年度



PDCA サイクルの展開プロセス

目指す姿

- 「住民が生涯にわたって健康づくりと介護予防に取り組み、支援が必要になっても様々なサービスを利用しながら、住み慣れた地域で、安心して生活できること」を目指して、地域包括ケアシステムの構築を推進している(第9期介護保険事業計画より)。

対策立案・実行計画 ～施策の取組方針及び取組内容の検討～

- 協議会下の3つの部会(①システム部会、②認知症部会、③研修企画・普及啓発部会)で協議し、重点的に取り組むべき内容を設定している。

システム部会

- 医療・介護・福祉事業所の経営者を対象とした会議の開催(オーナーズ会議)/町議会議員との意見交換会の開催/研修会の開催(テーマ:高齢者虐待対応、ACP等)/事業所間で情報共有が可能なツールの開発(社会資源ガイドや連携シート作成、入退院支援ルール策定とシートの運用)/協議会への参加の働きかけ。

認知症部会 ※認知症施策の担当課や地域包括支援センターと連携しながら運営

- 課題解決の検討、相談支援/世界アルツハイマー月間の啓発活動、認知症関連研修会や映画上映会の開催、認知症事例検討会/高齢者等見守りSOSネットワーク(会議の開催・行方不明捜索訓練の実施・警察や消防とネットワーク構築、メール配信システムで宅配業者や新聞配達員等の住民参加のできる仕組み)。



高齢者等見守りSOSネットワーク



SOS ネットワーク連携訓練の様子: 鏡野町提供資料

研修企画・普及啓発部会

- 専門職を派遣する住民向け出前講座の開催(フレイル予防・栄養指導・運動指導・身体の痛み予防、認知症の理解と予防)、介護保険制度などの出前講座/多職種交流の場(しゃべくりグループ)の開催/「広報かがみの」コラムを活用した情報発信等。



出前講座

現状把握 課題の抽出・選定 ～実態調査・関係者間での協議をもとに～

- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査から口腔を含むフレイル対策の課題、認知症の人を支えるための活動の周知、在宅介護を支援する事業の充実と普及啓発の課題が抽出された。
- 認知症ケアパス作成にあたり認知症部会での検討や社会資源調査から、①認知症本人にとって役に立つ冊子がない、②医療との連携が遅れるため、本人や家族が不安を抱えたままどこにも誰にも相談できずにいる、③認知症であるが日常生活はできる方等への役割支援や仕事が不足している、④認知症が重度になると、他者とのつながりを持つ場所がない等の課題があることが分かった。

指標を用いた取組状況・効果確認

- 多職種参加や顔の見える関係づくり等の取組の実施状況や参加状況、SOSネットワーク登録者数の把握等で進捗管理を行っている。

表1 確認事項と具体的指標

確認事項	具体的指標
多職種が交流する機会が増えているか	●多職種交流会の開催回数 ●多職種交流会の延べ参加者数
SOSネットワークへの登録が増えているか	●ネットワーク登録者数 ●ネットワークメール配信登録者数

取組の実施／取組内容の見直し ～主な取組の例～

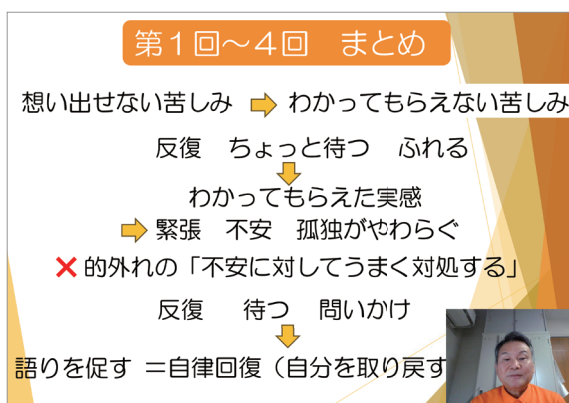
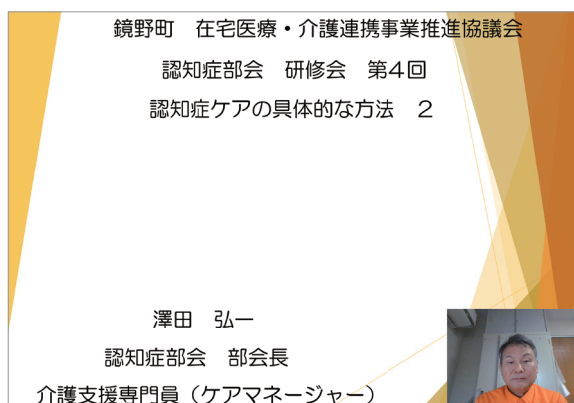
- 本人のための認知症ケアパスや口腔・食支援に関する対応策の一例を示す。

課題

- 認知症を抱える本人向けの冊子が必要。
- 認知症の人の困りごとが早期につながる仕組みが必要。
- 対人援助方法に課題。
- 口腔や食の課題が発見されにくく、連携につながりにくい。

対応策

- 認知症ケアパス作成において、前述の課題解決のため本人ミーティングを開催し、多職種が意見交換して本人の声を反映させた。まちぐるみで認知症の人を支援するというメッセージや「私らしい暮らし」を送るヒントの詰まった認知症本人のためのケアパスを作成した。アンケートも添付し、アウトカムが得られるようにした。
- 人材育成の面で、介護職等の自己学習を促すため、認知症部会で認知症研修会として対人援助論の動画教材を作成した（介護職向け限定公開）。



- 認知症部会長の歯科医師が全戸訪問を行った際、当事者が言語化できず、隠されてしまいがちな口腔のトラブルや食の課題が判明した。対応策として、認知症と口腔に関する医療介護専門職教育が必要と考え、平成21年に多職種向けの研修会を実施し、それが「鏡野町地域包括ケア講座」に発展した。
- 食支援の人材育成として、歯科センターの事業の中で高齢者施設での食事評価を行い、動画を活用し繰り返し評価することで口腔の状態や食支援の改善につなげた。取組による改善結果を運営会議だけではなく市民啓発に活用、次第に在宅の個別事例にも対応し、施設独自の取組にも発展した。

効果

- 本人にとって役に立つ冊子、不安を抱えたら早い段階で誰かに相談できる、本人を孤独にしないを心がけ、「かがみの」らしさを追求した認知症ケアパスが完成した。アンケートも大変高評価であった。
- 専門職にとっても対人援助論を知ること、認知症の人の訴えの原因を推察することができ、医療に結びつける能力が向上した等の報告があり、動画教材は大いに活用されている。



鏡野町認知症ガイドブック

- 「鏡野町地域包括ケア講座」は平成26年以降、他の地域ケア会議や委員会、事業とともに再編成されて現在の「鏡野町在宅医療・介護連携推進事業協議会」につながっている。
- 専門職が少ないからこそ、研修や事例検討等で必要な情報をみんなで共有し、風通しよく抱え込まずに相談し対応できる仕組みが作られている。



在宅医療連携拠点事業から継続する連携の切り口を「食べること」に焦点化、「連携は口から」をテーマに食事栄養支援人材を育成

特徴／ポイント

- 邑智郡(3町)には役場内(地域包括支援センター等)に在宅医療・介護連携支援センター(連携相談窓口)を設置して相談対応、社会医療法人仁寿会加藤病院が連携拠点の一端を担っている。
- 邑智郡内での医療介護連携の切り口として「食べること」にフォーカスをあて、邑智歯科医師会と協働して①連携ツール作成、②ツールを活用するための研修制度「邑智郡口腔ケアサポーター制度」を実施。

事業の推進体制

- 島根県では、島根県在宅医療介護連携推進事業の委託を受けた島根県医師会が主導して、令和4年から医療介護関係団体と協力して「島根県在宅医療介護連携推進事業研究会」を発足し、県全体での取組体制が敷かれている。
- 邑智郡3町は役場内(地域包括支援センター等)に在宅医療・介護連携支援センター(連携相談窓口)を設置して相談対応を行っており、地域ケア会議等を活用して検討を行っている。
- 邑智郡では、平成24年の在宅医療連携拠点事業(国補助事業)から加藤病院に「在宅医療連携推進センター」を設置、各補助事業を受託し、郡内の在宅医療介護連携事業を実施している。

平成24～27年度 在宅医療連携拠点事業(国補助事業)

平成28～29年度 島根県医療連携推進事業(県地域医療再生基金事業)

平成30～令和3年度 しまね型医療提供体制構築事業(県地域医療再生基金事業)

平成30～令和3年度 病床の機能分化に向けた医療連携推進コーディネーター配置事業

後述の口腔観察票以外にも邑智郡医療介護情報地域連携共有書、患者(入所者)急変時及び状態連絡表の医療介護連携推進書式を作成する等の連携拠点業務、ICT活用(まめネット事業参画)、会議体と活動支援等のつなぎ役を担ってきた(現在は邑智郡地域連携推進協議会の事務局を邑智郡公立病院組合が担っている)。

図1 しまねの在宅医療



図2 在宅医療・介護連携支援センター紹介パンフレット

島根県内の在宅医療・介護連携支援センター					
市町村名	名 称	住 所	電話番号	FAX	
松江市	松江市在宅医療・介護連携支援センター	〒690-0852 松江市平瀬町70 松江市地域包括支援センター1階	(0852)61-3741	(0852)21-5377	
浜田市	浜田市在宅医療・介護連携支援センター	〒697-8521 浜田市東町1 浜田市地域包括支援センター1階	(0855)25-9321	(0855)23-3440	
出雲市	出雲市在宅医療・介護連携支援センター	〒692-8120 出雲市中央町70 出雲市地域包括支援センター1階	(0853)21-6906	(0853)21-6749	
益田市	益田市在宅医療・介護連携支援センター	〒694-0054 益田市西町1917-2 益田市地域包括支援センター1階	(0856)22-3611	(0856)22-3612	
大田市	大田市在宅医療・介護連携支援センター	〒694-0054 大田市大田区大田1111番地 大田市地域包括支援センター1階	(0854)83-8059	(0854)84-9204	
安来市	安来市在宅医療・介護連携支援センター	〒692-0206 安来市大田区大田1700 安来市地域包括支援センター1階	(0854)37-9337	(0854)37-1265	
江津市	江津市在宅医療・介護連携支援センター	〒695-0011 江津市江津1016-37 江津市地域包括支援センター1階	(0855)52-7019	(0855)52-7068	
雲南市	雲南市在宅医療・介護連携支援センター	〒699-1502 雲南市本町2番地521-1 雲南市地域包括支援センター1階	(0854)40-1040	(0854)40-1049	
奥出雲町	奥出雲町在宅医療・介護連携支援センター	〒699-1511 奥出雲町奥出雲1622-1 奥出雲町地域包括支援センター1階	(0854)54-2775	(0854)54-1280	
飯南町	飯南町地域包括支援センター	〒699-3207 飯南町飯南2064 飯南町地域包括支援センター1階	(0854)72-1770	(0854)72-1775	
川本町	川本町地域包括支援センター	〒696-4521 川本町川本1677-3 川本町地域包括支援センター1階	(0855)72-0633	(0855)72-0635	
美郷町	美郷町地域包括支援センター	〒699-1511 美郷町美郷168 美郷町地域包括支援センター1階	(0855)75-1231	(0855)75-1505	
邑南町	邑南町地域包括支援センター	〒696-0192 邑南町邑南1400 邑南町地域包括支援センター1階	(0855)95-1115	(0855)95-0268	
津和野町	津和野町在宅医療・介護連携相談窓口	〒699-0624 津和野町津和野141番地 津和野町地域包括支援センター1階	(0856)72-0660	(0856)72-0774	
吉賀町	吉賀町地域包括支援センター	〒694-0311 吉賀町吉賀1604-4 吉賀町地域包括支援センター1階	(0856)77-3123	(0856)77-3124	
海士町	海士町地域包括支援センター	〒684-0403 海士町海士1490 海士町地域包括支援センター1階	(0854)2-1822	(0854)2-0208	
西ノ島町	西ノ島町地域包括支援センター	〒684-0323 西ノ島町西ノ島1608 西ノ島町地域包括支援センター1階	(0854)6-1182	(0854)6-1183	
知夫村	知夫村地域包括支援センター	〒684-0102 知夫村知夫1065 知夫村地域包括支援センター1階	(0854)8-2211	(0854)8-2093	
隠岐の島町	隠岐の島町在宅医療・介護連携相談窓口	〒685-8585 隠岐の島町隠岐17番地2 隠岐の島町地域包括支援センター1階	(08512)2-4500	(08512)2-6630	



島根県在宅医療・介護連携推進事業について



在宅医療・介護連携支援センター紹介パンフレット



邑智郡地域連携推進協議会設置要綱

- 邑智郡内での医療介護連携の切り口として「食べること」にフォーカスをあて、「連携は口から」をテーマに、邑智歯科医師会と協働して①連携ツール「邑智郡内標準口腔内観察表」の作成、②「邑智郡内標準口腔内観察表」を活用するための研修制度を企画して連携方法を検討してきた。
- 邑智郡では高齢者人口減少による介護ニーズ減少及び介護サービス提供体制維持の必要性、少ない現役世代・限られた社会資源(歯科医療従事者数等)等の地域の実情を鑑み、「邑智郡内標準口腔内観察表」を活用するための新たな多職種研修制度として、邑智郡口腔ケアサポーター制度(後述)を創設した。

PDCA サイクルの展開プロセス

対策立案・実行計画 ～施策の取組方針及び取組内容の検討～

- 3町それぞれが高齢者福祉計画を策定、さらに邑智郡3町で構成している邑智郡総合事務組合として「第9期 邑智郡介護保険事業計画」を策定している。



第9期邑智郡介護保険事業計画

目指す姿

- 計画の中で「いつまでも元気で、生きがいを持ち、活発に活動しているまち」という、元気で笑顔の溢れる社会をビジョンとしている。

基本方針1 健康づくり・介護予防・認知症「共生」と「予防」を両輪とする施策の総合的推進

- ①健康づくり・介護予防の推進～健康寿命の延伸～、②認知症を支える地域の推進

基本方針2 地域包括ケアシステムの深化・推進～地域共生社会の推進に向けた地域包括ケア～

- ①医療・介護連携の強化、②生活支援体制の推進、③地域ケア会議の推進、④高齢者の権利擁護と虐待防止、⑤防災・感染症対策の推進

基本方針3 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新

- ①介護人材の確保、②サービス基盤の整備、③介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進、④介護事務の効率化・現場の効率化、⑤保険者機能の強化

現状把握

課題の抽出・選定 ～実態調査・関係者間での協議をもとに～

- 「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」「在宅介護実態調査」を活用している。島根県介護保険事業支援計画において分析された医療レセプト・介護レセプトデータ等の医療介護需要の推計及び分析も現状把握のために活用されている。
- 邑智郡介護保険運営協議会で計画の審議を行っており、同協議会は邑智郡町村議会議長会、保健医療福祉関係者、邑智郡内介護サービス事業者、住民の意見を反映させるため各種団体の代表者及びサービス利用者の代表者等を構成者としている。

指標を用いた取組状況・効果確認

- 進捗管理に活用する上記指標の他、食と口腔に関連する指標を示す。

表1 確認事項と具体的指標

確認事項	具体的指標
食事栄養支援体制整備	● 食事栄養支援に関する意見交換会実施回数
口腔ケアサポーター養成研修	● 口腔ケアサポーター研修開催回数、口腔ケアサポーター育成人数、口腔ケアサポーター就業実態調査

取組の実施／取組内容の見直し ～主な取組の例～

- 邑智郡での食事栄養支援は、地域包括ケアシステムの「介護予防・生活支援」として実施されている（仁寿会加藤病院が活動支援）。一例を示す。



地域包括ケア推進事業 令和元年度事業報告（仁寿会加藤病院）

課題

- 専門職人材の不足、地域の専門職のスキルのシェアが必要、圏域内で職場を離れることなく専門的な研修がうけられる体制づくり・ケアプランにおける口腔アセスメント強化

対応策

- 平成25年に邑智郡口腔ケアサポーター制度（主催：邑智歯科医師会、後援：邑智郡医師会、島根県歯科医師会、島根県県民保健所、邑智郡総合事務組合介護保険課、島根県歯科衛生士会、社会医療法人仁寿会）の創設、平成26年から研修会を実施し、介護事業所からの多職種（看護職、介護職、相談員、ケアマネジャー、管理栄養士、保健師、事務職等）が参加。研修内容は口腔内観察記録の作成ができる視点とスキルの養成として、座学や歯科衛生士（仁寿会所属）による口腔ケア業務の見学実習等とした。
- 邑智郡食事栄養支援協議会の発足（平成28年、事務局は仁寿会）：「連携は口から」をテーマとし、「食べること」を切り口とした多職種連携による新たな地域支援体制を構築するため邑智郡内多職種による食事栄養支援に関する意見交換会を実施、口腔ケア関連の課題共有を行う。
- 邑智歯科医師会と邑智郡3町役場地域包括支援センター、邑智郡総合事務組合による邑智郡地域包括口腔ケア会議の開催（仁寿会が活動支援）、摂食嚥下障害高齢者や後期高齢者歯科口腔健診のフォローアップ体制強化。
- 医師・歯科医師・管理栄養士を含む邑智郡食事栄養支援協議会から「食べること」をテーマとした邑南町ボランティア養成講座への専門職出前講座の実施。

口腔内観察記録

口腔内観察記録																				
ID番号	観察年月日			氏名			性	年齢												
	年	月	日	姓	名															
歯式情報																				
注意する歯																			注意する歯	
歯置状況																			歯置状況	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
歯置状況																			歯置状況	
注意する歯																			注意する歯	
観察記録に記入する記号 /：健全歯 C：本歯磨歯 C4：前歯した歯 O：歯磨歯 Br：ブリッジの欠損部分、●：歯磨部分（歯根は中央を塗りつぶす） ▽：欠損があるにもかかわらず歯磨を入れない部分（脱知らずは除く）×：脱落または動揺の著しい歯（注意する歯）																				
歯の数 本																				
上顎歯	☐ 持っている ☐ 持っているが使用せず ☐ 時々使用している ☐ 常に使用している																			
下顎歯	☐ 持っている ☐ 持っているが使用せず ☐ 時々使用している ☐ 常に使用している																			
口腔ケアを担う人	☐ 拒否 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ ヘルパー ☐ 介護士																			
	☐ ST ☐ Ns ☐ DH ☐ その他（ ）																			
痛み	☐ 常に訴えている ☐ 時々訴えあり ☐ 食事の前後に訴えあり ☐ 間いかけると訴えあり ☐ 訴えなし																			
出血	☐ あり（場所特定） ☐ あり（場所不明） ☐ なし																			
清潔動作																				
うがい	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 不能																			
歯磨き	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 歯が無い																			
義歯の磨き	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 使用せず																			
義歯の清掃	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 使用せず																			
口腔ケア自立度	点																			
1点（全介助）	自分ではほとんどしていない。																			
2点（最大介助）	歯磨き、義歯の磨き、清掃、うがいのうちいずれか1つをしている。																			
3点（中等介助）	歯磨き、義歯の磨き、清掃（義歯装着者の場合）、うがいのうち2つをしている。義歯を入れない方では、歯磨き、うがいのどちらかをしている。																			
4点（最小介助）	歯磨き、義歯の磨き、清掃（義歯装着者の場合）、うがいのいずれもしているが、きれいになっていないところがある。																			
5点（監視・準備）	転倒や嚥下防止のための監視が必要。歯磨き、義歯の磨き、清掃、うがいのための準備が必要。指示・促しが必要。																			
6点（修正自立）	電動歯ブラシや歯磨洗浄器等を有効に使用している。時間がかかる。安全性の配慮。																			
7点（自立）	歯磨き、義歯の磨き、清掃（義歯装着者の場合）、うがいのいずれもして、きれいになっている。																			
																			観察者	

効果

- 邑智郡口腔ケアサポーター制度は令和元年度からケアマネジャー法定外研修として登録されることとなった。第6回までで合計118人の口腔ケアサポーターが誕生、第7回は感染症対策のためフォローアップ研修（座学・オンライン併用）のみ。第8回は従来型として令和7年3月2日開催予定。

邑智郡口腔ケアサポーターバッジ：登録者が着用する



“地対協”が重点テーマ検討から 同行研修コーディネートまでも担い、重点テーマ 別の専門委員会を中心に対策を実行

特徴／ポイント

- 広島市連合地区地域保健対策協議会（以下、地対協）に、在宅医療・介護連携に関する業務を委託している。
- 「在宅医療・介護連携推進委員会」及び重点テーマに応じて設置した「専門委員会」を中心に、課題の抽出や解決策の協議、テーマの設定、具体的方策の検討等を行っている。
- 訪問診療／訪問歯科診療への同職種及び多職種同行研修を実施し、在宅医療を担う人材の確保・育成、多職種連携の質の向上を図っている。高齢者のQOL向上につながる「口から食べる」を、多職種で推進している。

事業の推進体制

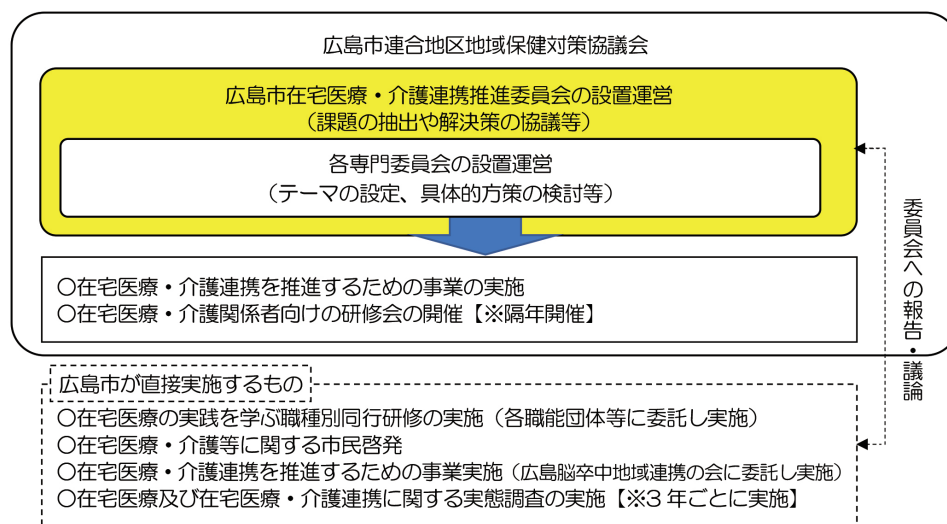
- 広島市は、第9期老人福祉計画・介護保険事業計画（名称：第9期広島市高齢者施策推進プラン）とは別に、「第9期広島市高齢者施策推進プラン」の在宅医療及び在宅医療・介護連携の推進に関するアクションプランとして、「広島市における在宅医療及び在宅医療・介護連携の推進方策」を策定している。



広島市における在宅医療及び
在宅医療・介護連携の推進方策

- 在宅医療・介護連携推進事業を地対協に委託し、医療・介護関係者及び行政で構成する「広島市在宅医療・介護連携推進委員会（事務局：市及び市医師会）」を設置し、課題の抽出や解決策の協議等を行っている。事業の一環として、医師、歯科医師、リハビリ専門職、管理栄養士等の多職種で構成される「摂食嚥下・口腔ケア対応力の向上に向けた多職種連携の体制づくりの検討」専門委員会を設置し、「最期まで自分の口から食べる」ことを目的とし、検討テーマの設定、具体的方策の検討等高齢者の状態像に合わせた支援体制の検討を行っている。
- 広島市は、「広島市在宅医療・介護連携推進委員会」の事務局として、事業運営に関わるとともに、在宅医療の実践を学ぶ職種別（看護師、薬剤師）同行研修（広島大学、広島市域薬剤師会に委託し実施）、実態調査等を直接担当している。

図1 在宅医療・介護連携を推進するための体制と役割分担



- これ以外の高齢者施策として、広島市歯科医療福祉対策協議会（市域4つの歯科医師会により構成）等に委託し、在宅訪問歯科健診・診療事業、介護予防事業等を実施している。このうち介護予防事業のハイリスクアプローチとして、平成18年から通所口腔ケア事業（平成29年から介護予防・日常生活支援総合事業における短期集中通所口腔ケアサービスに移行：地域包括支援センター職員等が、基本チェックリストで把握した生活機能低下者のうち口腔機能低下者に対して歯科医院で口腔機能向上プログラムを行う）を実施している。さらに歯科分野の地対協に相当する広島市歯科衛生連絡協議会では、「ケアプラン作成のためのお口のチェックマニュアル」（介護支援専門員等が歯科治療の必要性等をチェックするツール）を作成する等の活動を行っている。



歯科医療福祉対策協議会
在宅訪問歯科健診・診療



短期集中通所
口腔ケアとは



PDCA サイクルの展開プロセス

目指す姿

- 地対協において基本理念（目指すべき姿）を検討し、①退院支援から看取りまで、多職種による切れ目のない医療・介護サービスが受けられる仕組みを構築すること、②医療・介護を受ける側である高齢者、提供する側である従事者が、ともに高い満足度・充足感が得られるような仕組みを構築すること、③その結果、「高齢者が自分らしい人生を送ることができ、望む場所での療養、看取りが叶うこと」を目指していくことと設定している。

対策立案・実行計画 ～施策の取組方針及び取組内容の検討～

- 地対協では、施策の取組方針を検討し、取組の柱と取組内容（テーマ）を設定している。平成29年より口腔・食支援に係る取組内容も項目立てされている。

取組の柱1 在宅医療に取り組む機関・人材の確保と育成：在宅医療を支える人材の量的拡充（同行研修等）／疾病や診療内容に応じた対応力向上（多職種研修、摂食嚥下・口腔ケア対応力向上、服薬管理の質向上、ACP推進等）

取組の柱2 在宅医療を支える病診連携、診診連携、多職種連携、後方支援体制の確保：多職種、関係機関の連携強化／スムーズな在宅療養への移行のための体制の構築（退院支援ツール、地域連携パス等）／体調急変時（入院時）等における連携（相談支援窓口等）／地域の医療・介護資源情報の整理／広島市北部在宅医療・介護連携支援センターの運営

取組の柱3 認知症在宅医療・介護連携の強化：早期診断・早期対応体制の構築／多職種協働による状態に応じた適切な医療・介護サービスの提供（認知症医療提供体制、認知症ケアパス、認知症対応力向上研修等）／若年性認知症施策の強化

取組の柱4 在宅医療・介護に関する市民啓発：市民向け普及啓発／ACPの普及啓発／摂食嚥下・口腔ケアの普及啓発／在宅療養のサポートに関わる人材の育成

指標を用いた効果確認

- 事業全体での指標とともに、具体的目標値（KPI）を設定している。

現状把握 課題の抽出と選定 ～実態調査及び調査に基づく現状把握・課題整理～

- 現状把握を目的に市が主体となって3年ごとに「在宅医療及び在宅医療・介護連携に関する実態調査」を実施している。同調査結果を基に、取組の柱ごとに、現状把握と課題の整理を行っている。
- 高齢者の生活実態と意識に関する調査結果では、転倒リスク該当者は31.7%、口腔機能低下リスク該当者は24.8%、歯の数が半分以下の高齢者は43.9%であった。

取組の実施 ～主な取組の例～

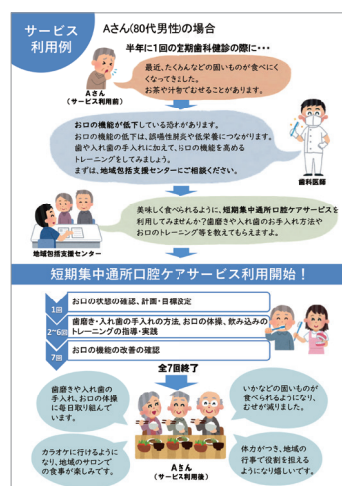
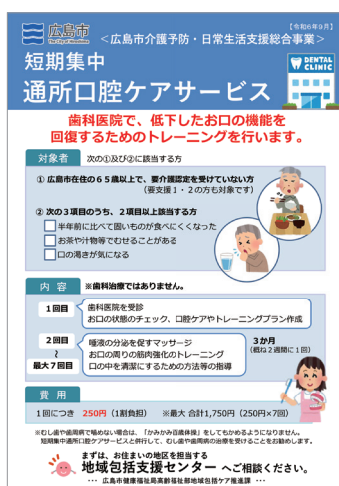
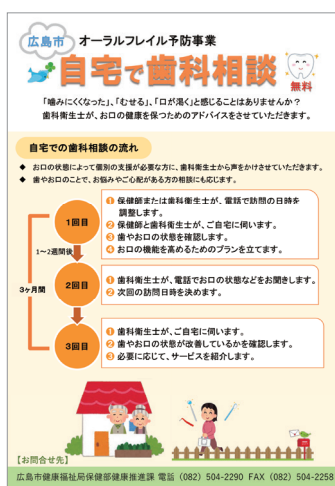
●様々な取組を実施している中、口腔・食に関する一例を示す。

課題

- 担い手拡充と摂食嚥下・口腔ケア等対応力向上
- 高齢者の口腔機能・摂食嚥下機能低下

対応策

- 通いの場等での歯科衛生士と地区担当保健師による健康教室の実施(保健事業と介護予防の一体的実施のポピュレーションアプローチ)。
- 介護予防事業等のハイリスクアプローチとして口腔機能低下リスク者に対し、歯科衛生士が訪問指導を行う「アウトリーチ型オールフレイル予防事業」や歯科医院で口腔機能向上プログラムを行う「短期集中通所口腔ケアサービス」を実施。また介護支援専門員等が歯科治療の必要性等をチェックするツールとして「ケアプラン作成のためのお口のチェックマニュアル」を作成。



- 希望により実際に同職種またはほかの職種の訪問診療に同行するオンザジョブトレーニングの仕組みとして訪問診療の同行研修を開始。
- 「摂食嚥下・口腔ケア対応力の向上に向けた多職種連携の体制づくりの検討」専門委員会で住民自ら飲み込みの状態をチェックできるチェック表やその場で予防に関するトレーニング動画が見られるQRコードを掲載した住民向けパンフレット「知っておきたい口から食べることの大切さ」を作成。
- 普及啓発を目的として同パンフレットの作成に関わった各専門職(歯科医師、耳鼻咽喉科医師、管理栄養士、言語聴覚士、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員)を、市広報紙「市民と市政(令和5年4月15日号)」で紹介



広島市「知っておきたい口から食べることの大切さ」パンフレット・関連動画

効果

- 短期集中通所口腔ケアサービス対象者では「食事の楽しみ」「食事を美味しく食べているか」「お口の健康状態」いずれも向上する効果があった。
- 広報紙により住民から「多くの職種で関わることがよくわかった」等、好反応があった。

その他資料

各資料等も事業の実施にご活用ください。

認知症の人の口腔機能を地域で守っていくための事例集

令和5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

「認知症患者の口腔管理体制に関する調査研究事業」(地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター)



認知症の人の口を支えるマニュアル

令和4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「認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理に関する調査研究事業」(地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター)



認知症の人の歯医者さんかかりかた Book

令和3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「認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理に関する調査研究事業」(地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター)



「介護保険法」

(平成9年法律第百二十三号、令和6年4月1日施行)



「地域支援事業の実施について」

(老発第0609001号平成18年6月9日、老発0805第3号令和6年8月5日)別記3

包括的支援事業(社会保障充実分)の「1 在宅医療・介護連携推進事業」の項



介護予防マニュアル第4版 令和4年3月

エビデンスを踏まえた介護予防マニュアル改訂委員会



高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版 令和6年3月

厚生労働省保険局高齢者医療課



後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル 平成30年10月

厚生労働省医政局歯科保健課



下記は厚生労働省ホームページ<<https://www.mhlw.go.jp/index.html>>内に掲載されています。

在宅医療・介護連携推進事業手引き Ver.4

在宅医療・介護連携推進事業に係る近年の動向(第8次医療計画、第9期介護保険事業(支援)計画の実施等)を踏まえて事業の実施を推進するための方策を踏まえて事業手引を改定しております。

令和6年度老人保健健康増進等事業 「在宅医療・介護連携事業の有効的なあり方にかかる調査研究事業」(株式会社 野村総合研究所)

在宅医療・介護連携の推進に係るコーディネーターの活用ハンドブックー市町村、都道府県、コーディネーターに向けてー

令和6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「在宅医療・介護連携推進事業における都道府県・市町村連携及びコーディネーターの有効な在り方に関する事業」(株式会社野村総合研究所)

在宅医療・介護連携事業の推進のために指標の作成や活用についての情報を集約した手引き

令和6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「在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討」

(令和7(2025)年3月 株式会社日本能率協会総合研究所)

在宅医療・介護連携推進事業に係るPDCAサイクルを用いた事業実施のためのマニュアル

令和4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「PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的方策に関する調査研究事業報告書」(令和5(2023)年3月 公立大学法人埼玉県立大学)

研究代表者	枝広 あや子	東京都健康長寿医療センター
研究分担者 (五十音順)	秋野 憲一	札幌市保健福祉局
	栗田 主一	東京都健康長寿医療センター
	飯島 勝矢	東京大学 未来ビジョン研究センター／高齢社会総合研究機構
	大平 貴士	神奈川県健康医療局保健医療部健康増進課
	岡村 毅	東京都健康長寿医療センター
	尾崎 哲則	日本歯科医療管理学会
	小玉 剛	社会歯科学会
	進藤 由美	東京都健康長寿医療センター
	高田 靖	公益社団法人東京都豊島区歯科医師会
	竹内 嘉伸	富山県南砺市地域包括支援センター
	恒石 美登里	公益社団法人日本歯科医師会／日本歯科総合研究機構
	野村 圭介	公益社団法人日本歯科医師会
	平野 浩彦	東京都健康長寿医療センター
	福田 英輝	国立保健医療科学院
	本橋 佳子	東京都健康長寿医療センター
	吉田 直美	公益社団法人日本歯科衛生士会／東京科学大学
	涌井 智子	東京都健康長寿医療センター
	渡邊 裕	北海道大学大学院歯学研究院
研究協力者 (作業部会自治体委員) (五十音順)	坂口 大輔	大牟田市保健福祉部福祉支援室
	杉山 知実	東栄町役場

令和6年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
「在宅医療・介護連携に係る認知症の人を含む高齢者の口腔管理体制構築の検討」

報告書別冊

「自治体向け 地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック
地域支援事業等の活用に向けて」

発行：地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

編集：「自治体向け 地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック

地域支援事業等の活用に向けて」編集作業部会

編集協力：株式会社日本医療総合研究所・合同会社リガク社



地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター

