



多職種 経口摂取支援チーム マニュアル

経口維持加算に係る
要介護高齢者の経口摂取支援にむけて

平成29年度版 (Ver.1.2)

多職種経口摂取支援チーム マニュアル

経口維持加算に係る 要介護高齢者の経口摂取支援にむけて

平成29年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）
「要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究」研究班編

平成29年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）
「要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究」研究班編

はじめに

平成27年度の介護保険改定によって見直しされた経口維持加算は、施設入所者の口腔機能や咀嚼機能を重視し、その機能を改善・把握したうえで栄養管理を行うこと、またその歯科と栄養をはじめとした多職種協働のプロセスを評価するという画期的な内容でした。これらの制度施行には、先駆的に取り組みを行いエビデンスの蓄積を行ってきた専門職による成果があったからこそ成し得たものであります。

高齢者が最期まで自分の口で食べ物を噛み、味わって食べること、そして自分らしく生活することの実現には、多職種による取り組みが必須です。要介護高齢者に対する歯科と栄養の連携による食支援で効果が得られることは、これまでの知見でも明らかになってきています。

しかしながら、要介護高齢者のA D Lの低下に伴い、その抱える課題は複雑化して、関わる職種も増えていくことになります。関わる職種が増え、課題が複雑化するほど、多職種間の連携が困難となる傾向があり、汎用性があり効果的な連携の具体的な方法はいまだ明らかではない現状があります。

口腔の健康と栄養状態の間には密接な関係があることが知られているにも関わらず、口腔機能管理に関するサービスと栄養管理に関するサービスは、連携が困難である現状があります。その結果、要介護高齢者の安全な経口摂取への効果的な支援を全国的に広めるには至っておりません。歯科や栄養をはじめとした多職種の円滑な連携、要介護高齢者への効果的な支援のために、解決すべき課題があります。

本マニュアルは、経口維持加算に係る要介護高齢者の経口摂取支援を多くの施設で実施できるように、出来るだけ見やすく、分かりやすい内容にすることを心がけて作られました。本マニュアルによって一人でも多くの方が、質の高い老後を送られるようになることが、最大に目的であります。同時に、その要介護高齢者の皆さんを支える多くの職種のそれぞれが連携のスキルアップを図れることができれば、より多くの高齢者に寄与することとなるでしょう。多くの施設職員の方に読んでいただき、経口維持加算が普及することを願っております。

末筆になりましたが、本マニュアルを作成するにあたり、多大なるご協力を頂きました公益社団法人東京都栄養士会ならびに公益社団法人全国老人保健施設協会には厚くお礼を申し上げます。

平成29年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

「要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究」研究班

..... 目 次

第1章

介護保険施設における経口摂取支援の実際・・・・・・・・・・5

- 1-1 なぜ経口摂取支援を多職種で行うのか
- 1-2 介護保険施設の人の口腔機能や摂食嚥下機能の実際
- 1-3 介護保険施設の人の栄養状態の実際
- 1-4 経口摂取維持の支援はなぜ重要か
- 1-5 多職種による連携体制の確立
- 1-6 介護現場での歯科との連携の実際
- 1-7 多職種による食事観察の効果

第2章

経口維持加算 算定のための要件・・・・・・・・・・17

- 2-1 経口維持加算の概要
 - 2-2 経口維持加算算定のながれ
 - 2-3 経口維持加算の対象者の選定
 - 2-4 経口維持加算の計画書作成までのプロセス
 - 2-5 特別な管理
 - 2-6 経口維持計画書の完成と家族への説明
 - 2-7 経口維持加算開始からの期間と継続
 - 2-8 経口維持加算（Ⅱ）
- Q&A

第3章

経口維持加算 取り組み事例・・・・・・・・・・51

- ケース1 地域開業の医師が参画するケース
- ケース2 地域開業の歯科医師が参画するケース
- ケース3 医師と歯科衛生士が参画するケース
- ケース4 医師と言語聴覚士が参画するケース
- ケース5 入所時に栄養アセスメントと嚥下機能検査を同時に行うケース

第4章

多職種連携の要点・・・・・・・・・・63

- 4-1 連携とは
- 4-2 チームの目的と目標の設定
- 4-3 会議にむけて
- 4-4 リーダーシップ
- 4-5 相互理解を深める
- 4-6 議論と変革
- 4-7 コミュニケーションスキルを上げる取り組み

第1章

介護保険施設における経口摂取支援の実際





第1章

介護保険施設における経口摂取支援の実際

1-1. なぜ経口摂取支援を多職種で行うのか

平成18年度4月から介護保険制度に導入された経口維持加算は、要介護高齢者の栄養ケア・マネジメントを充実させ、「口から食べること」を支援する観点から、経口摂取維持への取り組みを進める目的で設けられた制度です。平成24年度改定までは経口維持加算（Ⅰ）は「経口により食事を摂取する者であって、著しい摂食機能障害を有し造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる者」を対象とし、また経口維持加算（Ⅱ）は「経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、水飲みテスト、頸部聴診法等により誤嚥が認められる者」を対象としていました。嚥下造影や嚥下内視鏡検査の実施が困難な介護保険施設が多く、また一定期間経過後の継続についても2週間毎に医師の指示を受けるべきとされていたため、算定困難である施設も多かったのが現状です。介護保険施設の管理栄養士等においては、摂食嚥下機能の評価が困難であり、また医師の指示が頻繁には受けにくい、歯科医師が摂食嚥下機能評価に関わっていない等の課題が指摘されていました。（平成21-23年度厚生労働科学研究費補助金「高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究」葛谷雅文研究代表 報告書）

こうした指摘を受けて、経口摂取支援が必要な利用者に適切にサービスが提供できる体制を整備するため、医師に加え、医師と連携した歯科医師の指示でもサービスを提供することが可能、180日を超えて継続する場合の「2週間毎」を「概ね1か月毎」としてはどうか、さらに多職種が共同して摂食嚥下機能評価し課題解決できる体制の整備をすすめてはどうか、といった改訂の要点が示されました。こうして平成24年度の介護報酬改定には、「医師と連携した歯科医師の指示」と明文化されることとなりました。しかしながら経口維持加算（Ⅰ）の算定基準は造影撮影又は内視鏡検査が必要であったため算定が依然として困難な施設が多数でありました。

それを受けて平成27年度改定では「施設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」目的から、これまでの検査方法による評価区分を廃止し、多職種による食事の観察（ミールラウンド）やカンファレンス等の取組のプロセスおよび咀嚼能力等の口腔機能を踏まえた経口維持のための支援を評価する観点での改訂がなされることになりました。こうして初めて明文化された「多職種による食事観察やカンファレンスのプロセスを評価」の仕組みのなかで、効果的な多職種協働のイメージを持って頂き、具体的な支援にまでつなげるために本マニュアルは作成されました。

経口維持加算の見直し（平成27年度介護報酬改定）

・現行のスクリーニング手法別の評価区分を廃止し、**多職種による食事の観察（ミールラウンド）やカンファレンス等の取組のプロセス及び咀嚼能力等の口腔機能を踏まえた経口維持のための支援**を評価。

経口維持加算（Ⅰ）：28単位/日
又は
経口維持加算（Ⅱ）：5単位/日

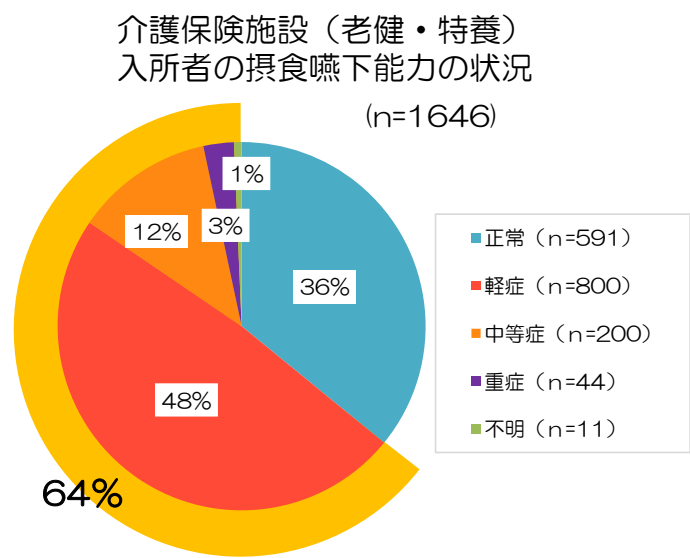
再編・充実

経口維持加算（Ⅰ）：400単位/月

経口維持加算（Ⅱ）：100単位/月（新設）

1-2. 介護保険施設の人の口腔機能や摂食嚥下機能の実際

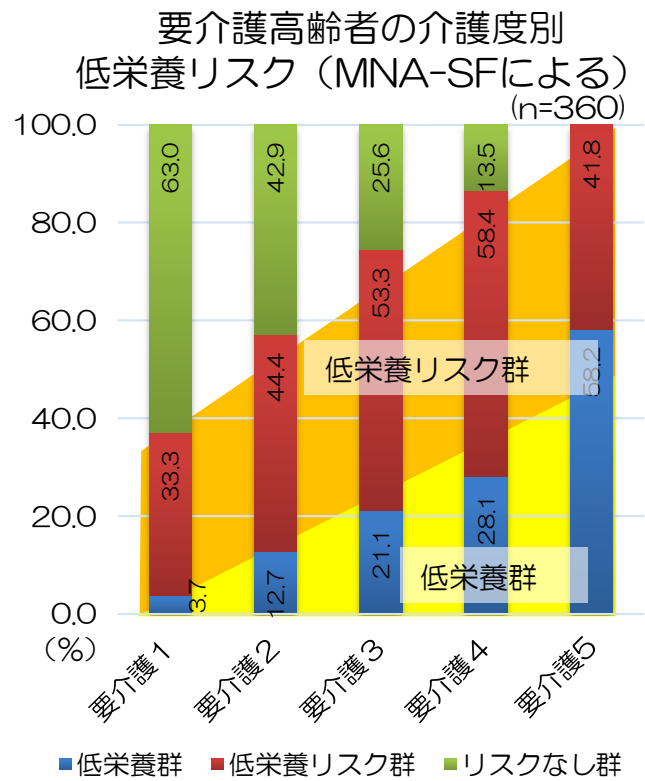
介護保険施設に入所（入院）している要介護高齢者の中には、摂食嚥下障害への支援が必要な人が多いとの調査報告があります¹⁾。特別な食形態の調整を含む環境整備が必要なもの、経管栄養と経口摂取の併用を行っているものなど摂食嚥下機能障害により経口摂取の支援が必要なものの割合は64%にものぼると報告されています。高齢者の摂食嚥下障害の代表的な原因疾患は脳血管障害であることは知られていますが、介護保険施設に入所（入院）されている要介護高齢者の中には脳血管障害以外にも認知症や神経難病等の疾患による摂食嚥下障害の方も多く、様々で複雑な病態とそれに伴う多様な臨床像を持つ要介護高齢者の摂食嚥下障害への対応が求められています。



平成25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）施設入居者に対する栄養管理、口腔機能のあり方に関する調査研究「介護保険施設における摂食・嚥下機能が低下した高齢者の「食えること」支援のための栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究報告書（日本健康・栄養システム学会）より作図

1-3. 介護保険施設の人の栄養状態の実際

一方、要介護高齢者は摂食嚥下機能低下のみならず意欲低下や精神機能の変化により低栄養リスクが起こりやすい状態にあります。介護保険施設に入所（入院）している要介護高齢者では栄養状態が低下し栄養改善が必要な人が多いと報告されています²⁾。また、要介護度が高い者ほど低栄養・低栄養リスクが高く、これらは感染症などの発症リスクを高めたり、認知症の進行にも影響し、要介護高齢者のQOL低下を引き起こします。

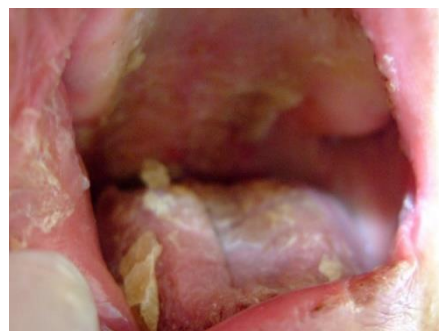


平成25年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）要介護高齢者の口腔機能および口腔の健康状態の改善ならびに食生活の質の向上に関する研究報告書（研究代表者 平野浩彦 東京都健康長寿医療センター研究所）より作図

1-4. 経口摂取維持の支援はなぜ重要か

●口腔内の良好な環境の保持

要介護高齢者の口腔内には汚染された剥離上皮膜が多く観察されます。これらは口腔粘膜の代謝の低下、咀嚼、嚥下、唾液分泌などの機能低下に伴い生じるといわれています。また、剥離上皮膜下の口腔粘膜は脆弱化し、粘膜の機能の一つである感染防御機能は低下します。口腔内には病原性微生物も多く存在していることから、これら微生物が感染防御機能の低下した口腔粘膜から感染し、全身的な炎症が生じ発熱などの徴候を生じさせる原因となります。また汚染された剥離上皮膜は微生物の増殖の場となることから、口腔咽頭の微生物が増加し、これを誤嚥することで肺炎につながることもであると報告されています。小笠原ら³⁾の報告では、口腔内の剥離上皮膜の形成に最も関連する要因は「摂食状況」であり、経口摂取をしている者には、剥離上皮膜がみられなかったと報告しています。すなわち適切に経口摂取をしていることで口腔乾燥や口腔粘膜の代謝産物の停滞が起これば感染や肺炎のリスクが軽減できる可能性が示唆されます。



●廃用症候群による摂食嚥下障害

加齢による身体機能、精神的变化および社会的背景の変化は、全身の筋力低下と同時に口腔咽頭筋、嚥下運動に関わる筋群の筋力低下と、さらに摂食嚥下障害を含む口腔咽頭機能低下を引き起こします⁴⁾。加齢変化によって、徐々に神経病理学的にも加齢変化が生じ知覚が鈍化し、それに伴う反射や動きが遅くなることで結果的に障害がおこります。さらに会話の回数などの「使用頻度」や、硬いものの咀嚼など「負荷」が減少することで一層、廃用による舌、咀嚼筋を含む口腔咽頭筋、口腔咽頭感覚の機能低下が起きます。

口腔粘膜は加齢により萎縮し弾性が低下することが知られています。たとえば舌表面を取り囲んでいる粘膜の弾性が低下することと、内部の筋線維の体積の減少、結合組織内の脂肪組織の増加が相まって、舌の可動性の低下が起きます⁵⁾。つまり粘膜の弾性の低下や、筋肉の減少によって、動きにくい舌になってしまうということになります。

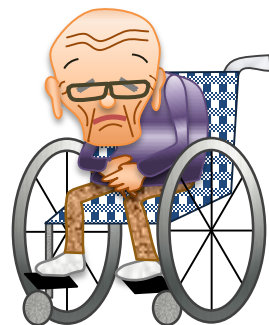
また一般的に筋肉の代謝は蛋白合成と蛋白分解によって成り立っていますが、加齢によって蛋白合成（成長ホルモン、インスリン用成長因子、テストステロン等内分泌系、アミノ酸、ビタミンDなどが関与）は減少し、蛋白分解（炎症性サイトカイン、ステロイドホルモン、グルカゴン）は増加します⁶⁾。加齢によって蛋白分解量が蛋白合成能を上回ると筋量は減少するため、活動量の低下にともなう全身的な筋量低下とともに舌や咀嚼筋を含む口腔咽頭筋群の筋量も低下するといえます。筋量が減少すると筋力も低下しますから、舌骨と喉頭の挙上量・前方移動量の低下、挙上時間の延長が起これば結果的に嚥下機能が低下します⁵⁾。食事の時に嚥下反射が起こればいても咽頭残留したり、喉頭内侵入する、夜間の不顕性誤嚥が起こればなど廃用症候群によく見られる摂食嚥下障害です。

摂食嚥下機能障害をふくむ様々な生活機能障害をもつ要介護高齢者に対しては、医学的な診断・治療に加え、包括的な機能評価に基づいたケア・生活支援を行うことが求められます。疾患、生活機能、精神心理学的機能、社会的状況が複雑に絡み合っており諸問題が引き起こされているため、複数の職種が協働した総合的な機能評価により全体像を把握し、多面的な評価を共有しながら継続的に変化する状態を鑑み方針を検討することが理想的です。

●経口摂取維持の必要性

全般的な加齢による嚥下機能低下は、Presbyphagia（老嚥）と呼ばれることがあります⁷⁾。加齢変化による咀嚼や嚥下機能低下は、脳血管障害による嚥下障害と異なり、嚥下機能の本質が損なわれることはありません⁸⁾。高齢者の機能の特徴を把握することで栄養管理、食事支援の手法にも特徴を踏まえた工夫が可能になります。

また、一旦経口摂取を中止するような出来事があると、高齢者では短期間でより一層の廃用が起こることが知られています。山本⁹⁾は疾患発症前十分に経口摂取できていたにもかかわらず、原因疾患治療中の絶飲食により経口摂取不能となった摂食嚥下障害患者30例の訓練に関して報告しており、この中にはわずか3日の絶食で摂食嚥下障害を発症した例もあったと報告されています。予備力の低下している高齢者に関しては、廃用性萎縮が起こりやすいということを念頭におき、経口摂取の支援は絶え間なく行う必要があると考えられます。



●経口摂取によるQOLの維持

食事は、施設入所の高齢者や在宅療養中の高齢者にとって、栄養摂取という役割であるとともに、生活を彩る楽しい時間でもあります。しかし要介護高齢者の容態によっては、場合により不適切な経口摂取となってしまう誤嚥性肺炎を誘発してしまうことも少なくありません。嚥下機能や消化機能等の身体機能が維持できていれば、食事をすることが元気の源になりますが、機能の範囲を超えた食事をさせてしまえば、処理できずに気道に侵入し肺炎を起こし、要介護高齢者の方を苦しめてしまうケースも残念ながら経験します。

在宅要介護高齢者の摂食嚥下機能とQOLの関係に関して調査した森崎ら¹⁰⁾は、摂食嚥下機能低下は健康関連QOLの低下をもたらし、特に社会生活機能や心の健康などの精神的健康度に影響を与えると報告しています。要介護高齢者のQOLを保つためには、その機能に見合った支援、また嗜好にあった食事の提供が必要です。そのために口腔機能を維持し、摂食嚥下機能の適切なアセスメントを行ったうえで、複数の専門職の多様な視点からの包括的な支援を提案することが重要です。

1-5. 多職種による連携体制の確立

●国際生活機能分類（ICF）とリハビリテーションの捉え方

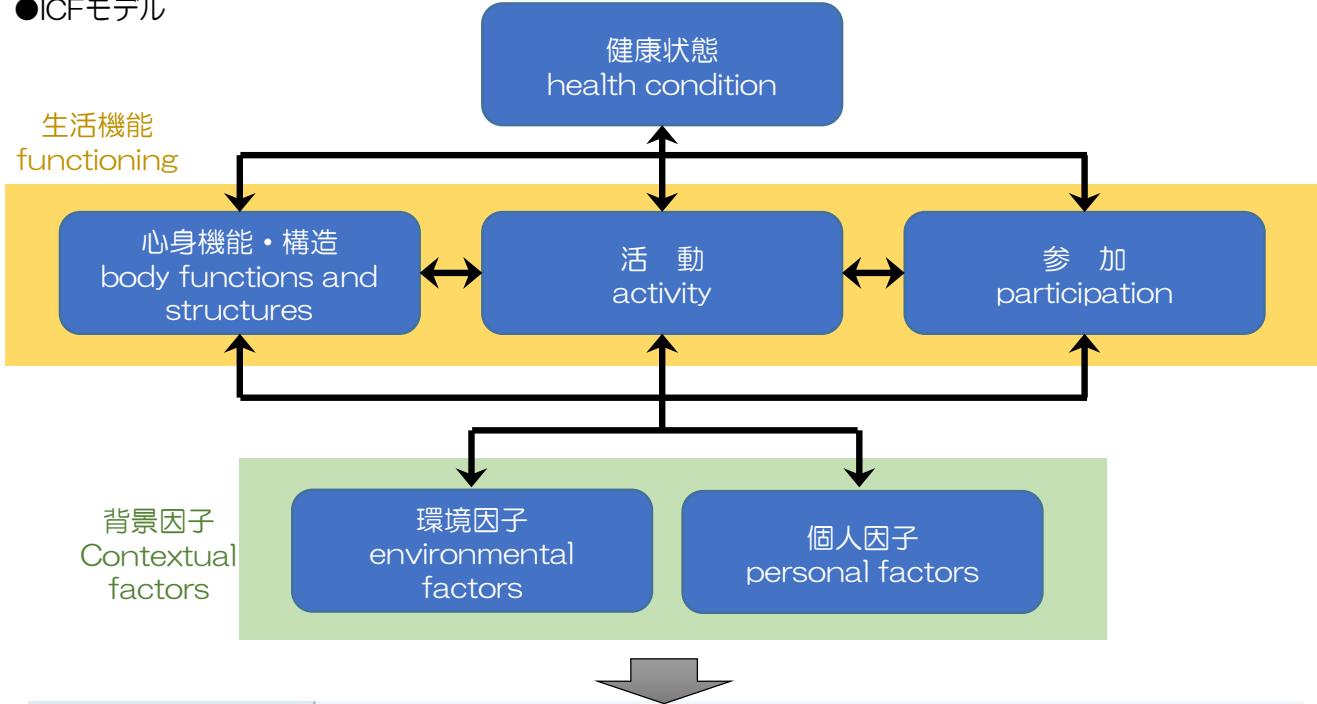
1980年より用いられてきた「国際障害分類（International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps；ICIDH）」が改訂され、2001年に「国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health；ICF）」が発表されました¹¹⁾。ICFでは基本概念の名称がマイナス的概念である「障害」ではなく、プラスの概念あるいは中立的な名称に置き換わったことが特徴です。特に「障害 disability」に対応した言葉が「生活機能 functioning」と新しく作られたことは、これまでの健康概念の変遷を反映しています。治癒しない慢性疾患、障害とともに生きる人々が増え、高齢者ケアのニーズが増える現在において、人が健康的に生活するための機能が日常的にどう発揮できるか、という視点が重要視されています。

人の生活機能と障害は、健康状態（疾病、変調、傷害、ケガなど）と背景因子とのダイナミックな相互作用と考えられています。「背景因子」は生活機能に大きな影響を与えるもので「環境因子」と「個人因子」があります。WHOでは、ICD、ICFとともにいくつかの補助分類を併せたものを「WHO国際統計分類（Family of International Classifications；WHO-FIC）」として、健康を評価する場合に疾病の面だけでなく、生活機能との両面から見ていくことを推奨しています。

要介護高齢者の生活障害の全体像をとらえ、そのなかでも“できること”を軸に残存機能を発揮して頂く支援が求められます。そのために優先すべきこと、可能なこと、調整すれば可能なこと、目指す方向性や目標を見出し、多職種での意識の共有が必要です¹²⁾。こうしたなかでICFモデルを使用すると「心身機能・構造」の障害は「心身機能・構造障害（impairment）」、「活動」の障害は「活動制限（activity limitation）」、「参加」の障害は「参加制約（participation restriction）」となり、環境因子、個人因子と合わせて要因を整理し、検討がしやすくなります。複数の慢性疾患を持つ要介護高齢者においては、それぞれの構成要素に複数の因子が抽出されると考えられます。支援の検討をする際に於いては、課題点を俯瞰しつつ相互作用も勘案したうえで、治療可能か、生活の場での優先順位はどうか、その置かれた環境の中で対応可能な範囲はどれくらいか、などを検討する必要があります。

要介護高齢者の支援において、対象者をとりまく環境因子（介護者や人的資源、建物の構造、経済的問題など）はケアプランを大きく規定する要因となり、さらに大きく影響するのは個人の習慣、希望、考え方、心情、価値観などの個人因子です。こういった環境因子は心身機能と相互に関連し、例えば、空気の質と呼吸、光と視覚、音と聴覚、気を散らすような刺激と注意力、床面の性状とバランスの保持、外気温と体温調節といった相互作用を生みます。環境因子は個人の外部にあり、その人の社会の一員としての実行状況、課題や行為の遂行能力、心身機能・構造に対して、肯定的な影響または否定的な影響を及ぼしうるものです。阻害因子を含んでいたり促進因子のない環境は、個人の実行状況を制限する可能性があり、逆により促進的な環境はその実行状況を向上させる可能性があります。図らずも社会は個人の実行状況をさまたげてしまう可能性があり、特に経口摂取支援においては阻害因子を作り出すこと（例：食形態が不適切）で、あるいは促進因子を供給しないこと（例：声掛けをしない）などによって活動制限（例：誤嚥）してしまうケースが少なくありません。

●ICFモデル

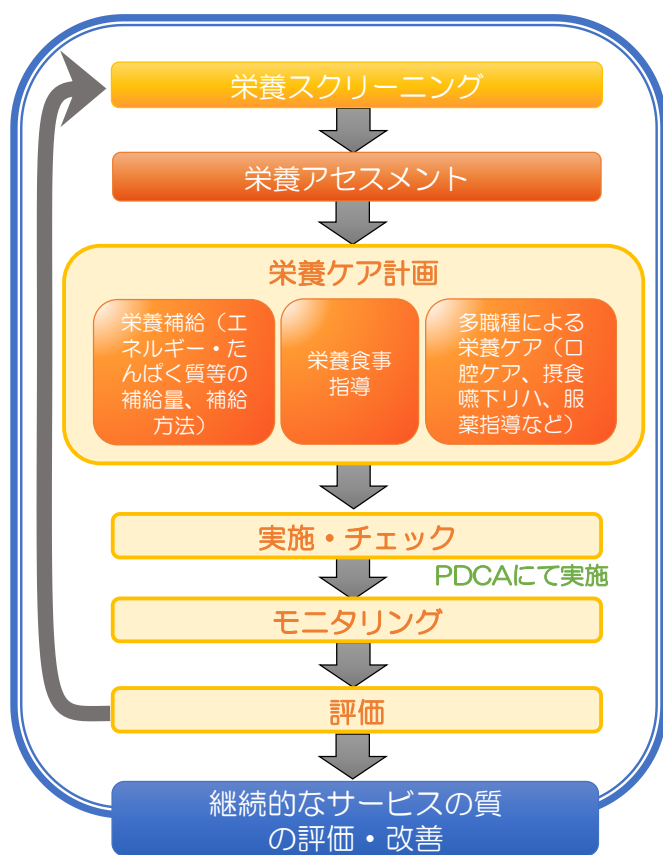


ICF構成要素	
心身機能・構造障害	心身機能の変化(生理的)、身体構造の変化(解剖学的)、疾病、精神心理機能等
活動制限	能力（できる）：標準的環境における課題の遂行
参加制約	実行状況（している）：現在の環境における課題の遂行 生活・人生場面（life situation）への関わり
環境因子	物的環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境の特徴がもつ促進的あるいは阻害的な影響力
個人因子	個人的な特徴の影響力：希望、文化的要因、習慣、成育歴・経験、行動様式等

疾患を複数抱えた要介護高齢者において、経口摂取に関わる問題は様々であり、単独の職種で解決することはなかなか出来ないものです。そのような時、介護施設や通所介護、在宅などでは、参加可能な範囲での多職種連携チームがつくられ、支援を行うことになります。

多職種連携といっても地域によって、環境によってさまざまなチームがあります。職種が違えば見ているポイントも変わりますが、経口摂取支援において共有する目的は対象となる要介護高齢者の、美味しく楽しく安全な経口摂取の維持となります。限られた医療・介護資源の中で効果的な連携を行うには、コミュニケーションと信頼関係、そして共通言語が必要です。チームが目的を共有してこそ、要介護高齢者の方の食べることに関する困難を理解し、その人が食べる力を発揮できる環境を整えていくための支援につながります。

介護保険施設に入居する要介護高齢者に対して経口摂取支援を行うには、限られた人的資源や社会資源のなかで現状を把握したうえで課題を見出し、QOLを高める支援を行うことが重要です。さらに気道感染など合併症の予防、窒息予防などの安全対策を行うことも、質の高い多職種協働の経口摂取支援を提供できる体制づくりには大切です。質の高い口腔のケアを行うためには、口腔衛生状態や口腔機能の的確なアセスメントやリスク評価に基づくケア計画の立案、実施、再評価というPDCAサイクル（Plan、Do、Check、Action）¹³⁾にそった多職種協働型の口腔の管理方法を確立することが必要です（図）。PDCAは産業界で用いられている手法¹⁴⁾ですが、産業界ばかりではなく看護など医療の世界でも用いられています。さらに、要介護高齢者に対する栄養改善を目指した取り組みにおいて、栄養アセスメント（Assessment）、栄養管理プログラム（Care plan）、モニタリング、再評価（Monitoring、Follow-up）が重要であるといわれているように、栄養ケア・マネジメントにおいても応用されています¹⁵⁾。

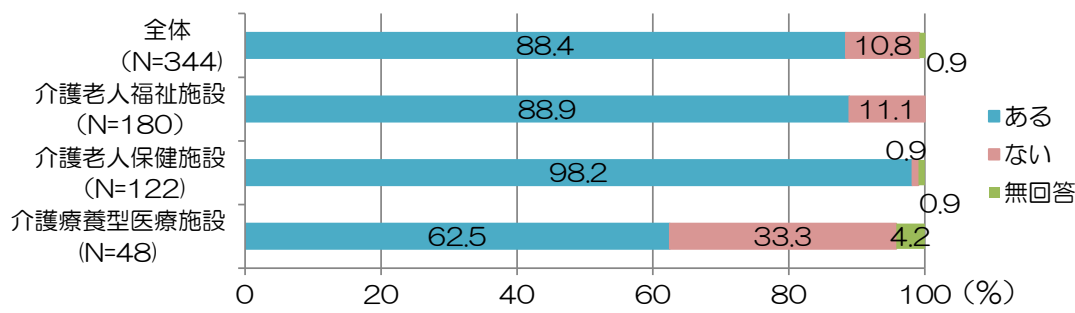


杉山みち子：改正介護保険制度と「栄養ケア・マネジメント改革」
Natl. Inst. Public Health, 55 (1) : 32-41, 2006. を改変作図

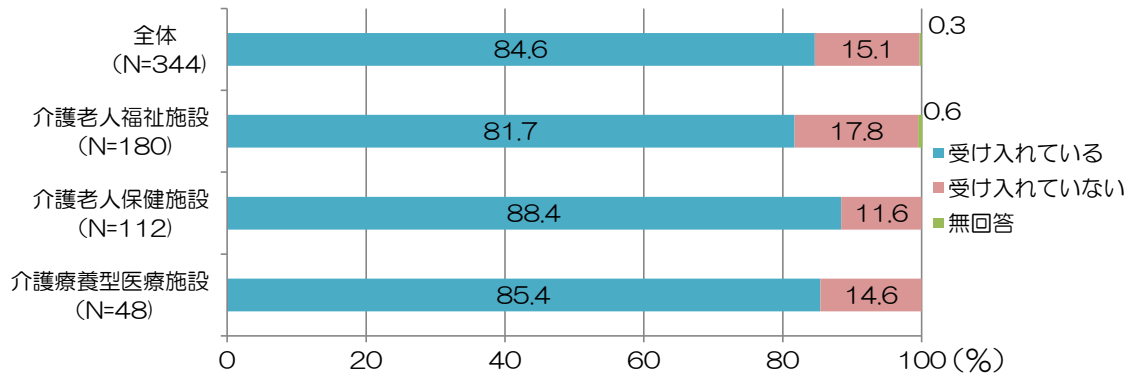
1-6. 介護現場での歯科との連携の実際

介護保険施設では協力歯科医療機関を定めておくように努めることとされています。平成24年度の調査においては、全体の88.4%の施設で協力歯科医療機関を定めており、84.6%の施設では訪問歯科診療の受け入れを行っていると報告されています¹⁶⁾。歯科医療機関との連携により口腔機能の維持管理を行う（平成24年当時の口腔機能維持管理加算）ことのメリットは、「非常にある」と「ややある」と回答したものは全体の計79.7%に上っています。（口腔機能維持管理加算は平成27年度改定で口腔衛生管理加算と改称）介護保険施設では、歯科医療に関する専門職の協力体制が必要とされていることが分かります。

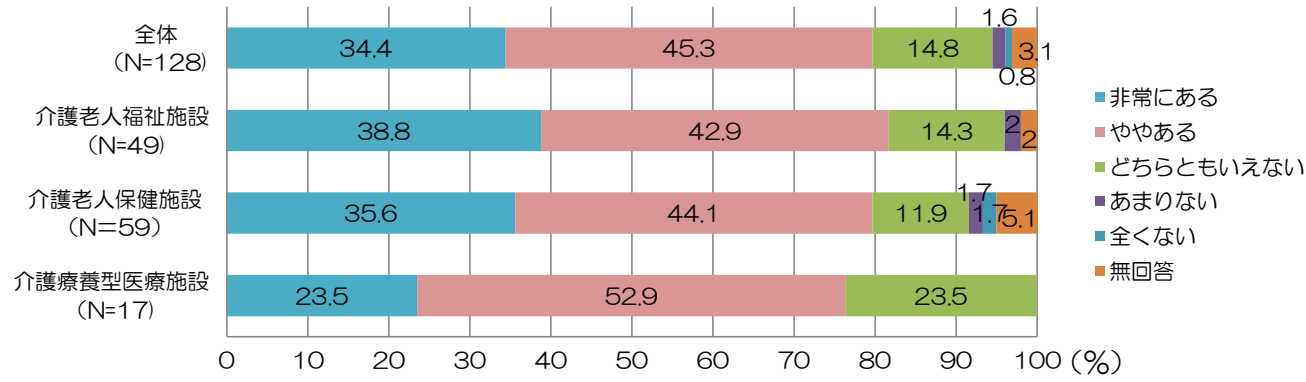
協力歯科医療機関の有無



歯科訪問診療の受け入れ状況



口腔機能維持管理加算を算定することによってのメリット

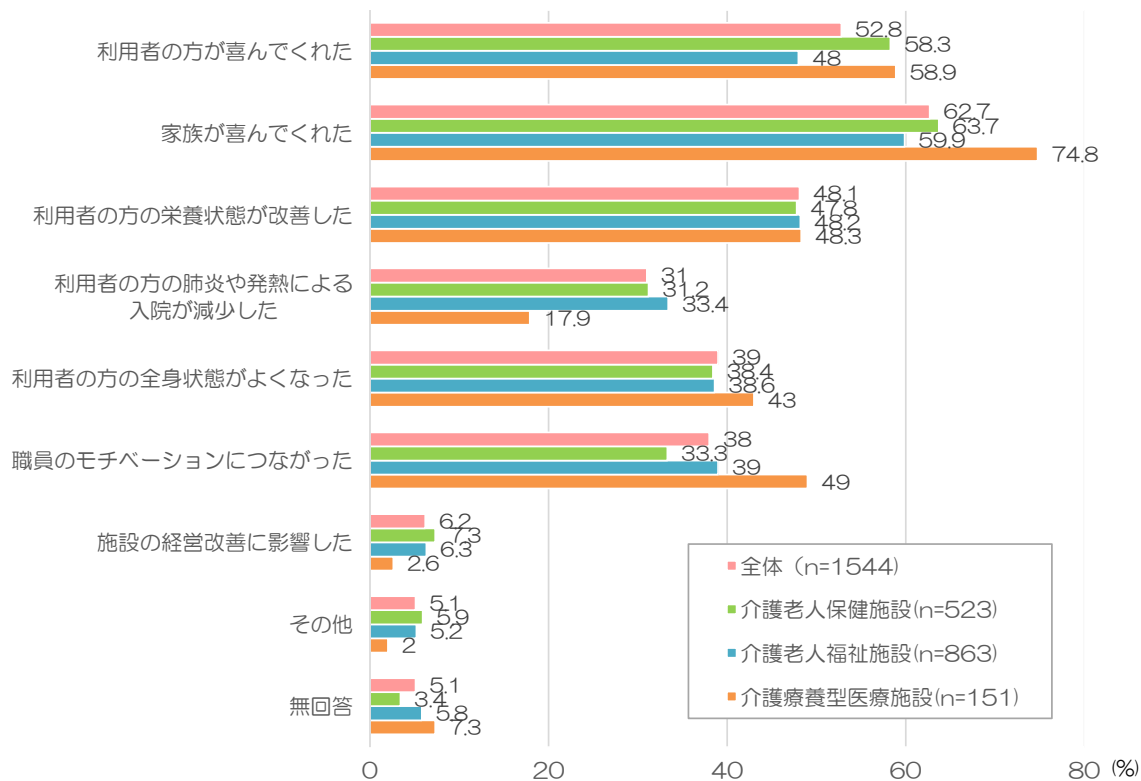


平成24年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業 介護保険施設における効果的な口腔機能維持管理のあり方に関する調査研究事業報告書（日本老年歯科医学会）より作図

●介護保険施設の経口維持の取組

介護保険施設において経口維持に関する取り組みのメリットは、「利用者が喜んでくれた」「家族が喜んでくれた」が上位であり、利用者および家族の満足度向上に貢献していると報告されています。またその取り組みと関連し、施設の職員のモチベーションの向上につながったとする意見も多く認められます¹⁷⁾。

施設種類別経口維持に関する取組の効果について

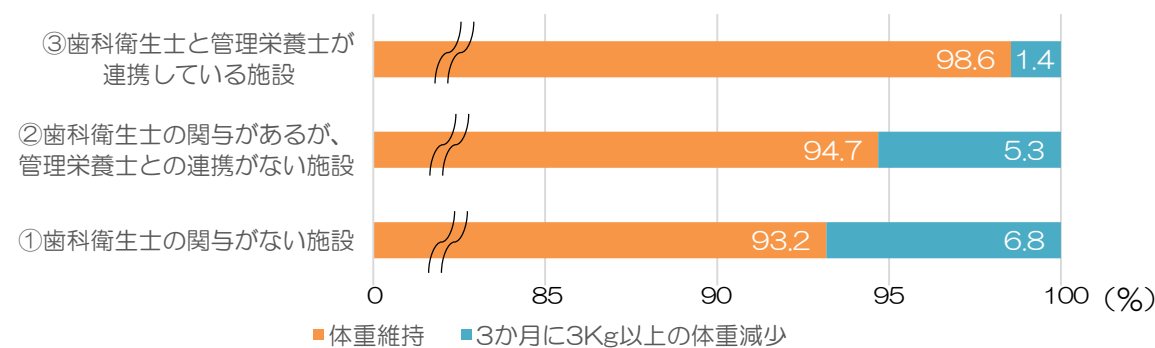


平成24年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 施設入所者に対する栄養ケアマネジメントにおける効果的な経口摂取の支援のあり方に関する調査研究事業報告書（みずほ情報総研株式会社）より作図

●歯科の専門職との連携の効果

介護保険施設において歯科衛生士の介入による口腔機能・口腔衛生の管理を行う施設は増えてきています。しかし管理栄養士と歯科衛生士がそれぞれ個別に利用者へのサービスを行うよりも、協同して利用者の経口摂取支援を行うことで、より一層の効果があると報告されています。具体的には、体重減少に関して歯科衛生士が介入していても管理栄養士との連携がなければ、入所者の体重減少抑制に効果はなく、歯科衛生士と管理栄養士が連携することで、入所者の体重減少を有意に抑制する可能性が示唆されています¹⁸⁾。

最近3か月間の利用者の体重の増減 (n=653)



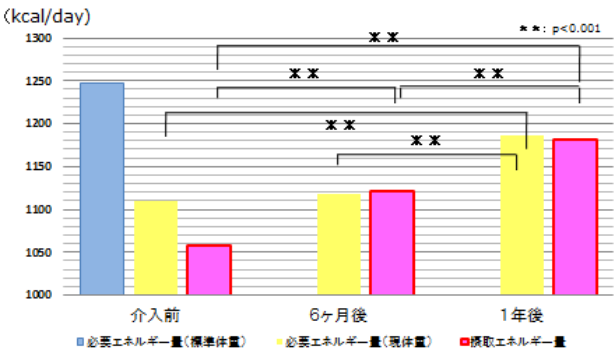
平成26年度 老人保健事業推進等補助金老人保健健康増進等事業 介護保険施設における口腔と栄養のサービス連携に関する調査研究事業報告書（国立長寿医療研究センター）を改変引用

1-7. 多職種による食事観察の効果

●食事観察（ミールラウンド）と多職種会議の効果

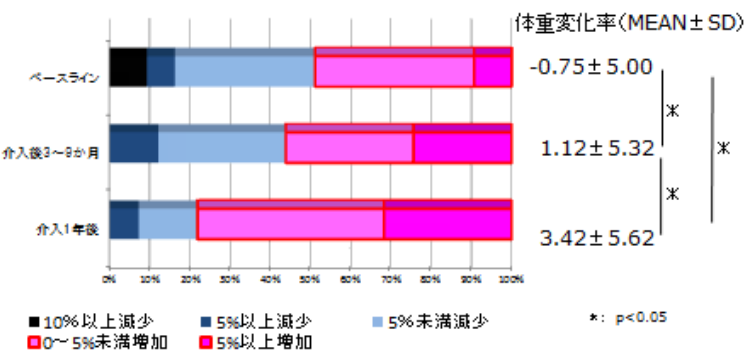
介護老人福祉施設入所者50名に対しミールラウンド（摂食時の口腔機能や姿勢等の観察評価、頸部聴診にて摂食機能評価）及び摂食カンファレンス（口腔機能や摂食・嚥下機能評価、栄養アセスメントの情報をもとに、各フロア担当者及び看護職員等と検討）を月一回、一年間実施した場合の効果検証では、肺炎発症者数及び入退院日数の減少、平均摂取エネルギー量の適正化（増加）、体重の増加がみられたと報告されています¹⁹⁾。

【必要エネルギー量に対する摂取エネルギー量の変化】



入所者平均摂取エネルギー量が増加

【体重変化率（6か月）の変化】

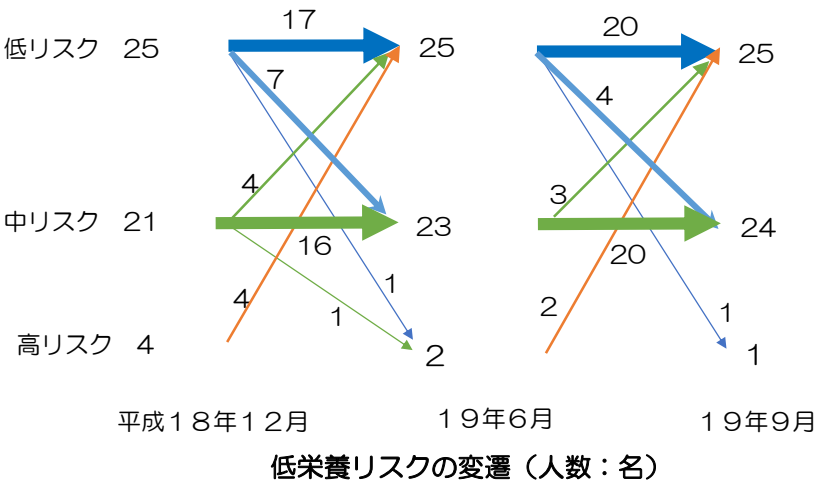


6か月前と比較して体重が増えた人の割合が増加

平成19年度厚生労働科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）口腔ケア・マネジメントの確立報告書（主任研究者 赤川安正 広島大学）（分担研究者 菊谷 武）より引用

●多職種による栄養摂取支援の検討

介護保険施設に入所している要介護高齢者に対して施設職員や地域の歯科医師が参加した栄養支援の効果検証において、菊谷らは介入前の栄養アセスメントで高リスクであった入所者が、半年の介入後の再評価では全て低リスクに改善したと報告しています²⁰⁾。これは定期的に歯科医療機関と連携した栄養支援を行うことによって、口腔環境や咀嚼状態等の検討が加わり、要介護高齢者それぞれの状況に応じた栄養支援が可能になることを示唆しています。

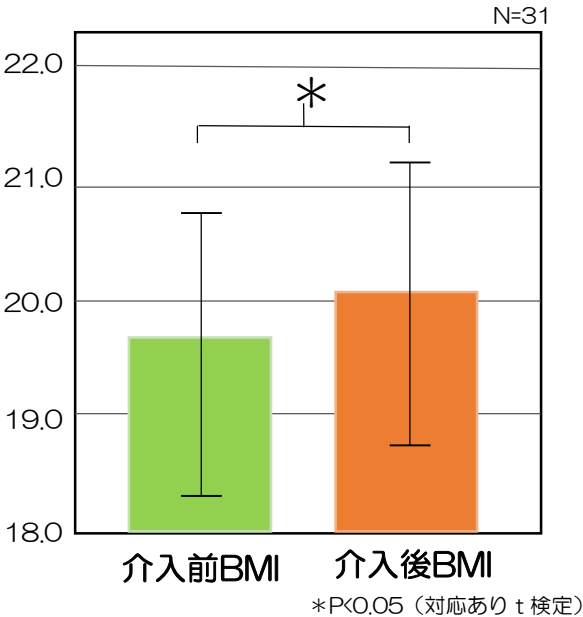


低栄養リスクの変遷（人数：名）

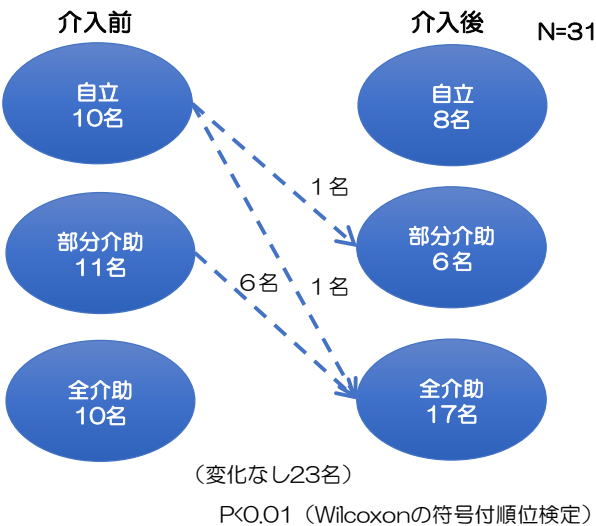
菊谷 武, 高橋 賢児, 福井 智子, 他：介護老人福祉施設における栄養支援 摂食支援カンファレンスの実施を通じて, 老年歯科医学, 22(4)：371-376, 2008. より作図

●摂食嚥下機能の専門評価を加えた効果

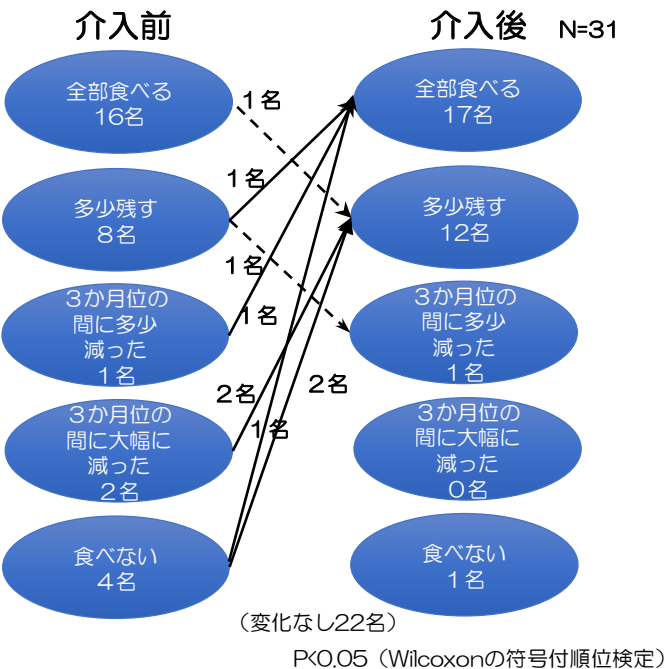
佐々木らは介護保険施設に入所している要介護高齢者に対して、施設の管理栄養士と施設職員による栄養ケア計画に加え、歯科医師が参加した食事観察と嚥下内視鏡検査の結果に基づいた食形態、食事内容、摂食方法を提案し効果検証しました²¹⁾。その結果介入前後でのBMIが有意に増加し、また摂食量、食事自立度、摂食時間にも改善が認められたと報告しています（図）。摂食嚥下機能の専門評価、観察に基づく食事環境等の調整などの栄養支援は、介護保険施設に入所する要介護高齢者の栄養改善に効果的といえます。



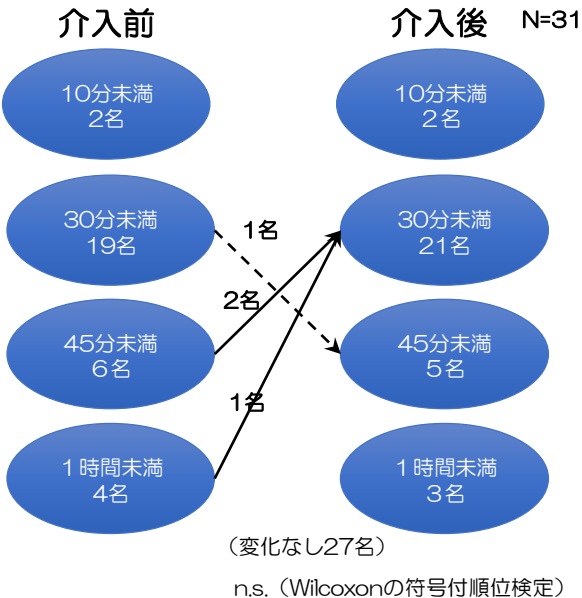
対象者における介入前後の体重の比較



栄養支援介入後の食事自立度の変化



栄養支援介入前後の摂食量の変化



栄養支援介入前後の食事時間の变化

佐々木 力丸, 高橋 賢晃, 田村 文誉, 他: 介護老人福祉施設に入居する要介護高齢者に対する栄養支援の効果について, 老年歯科医学, 29(4): 362-367, 2015, より作図

●参考文献

1. 平成25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）施設入居者に対する栄養管理、口腔機能のあり方に関する調査研究 介護保険施設における摂食・嚥下機能が低下した高齢者の「食えること」支援のための栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究報告書（日本健康・栄養システム学会）
2. 平成25年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）要介護高齢者の口腔機能および口腔の健康状態の改善ならびに生活の質の向上に関する研究報告書（研究代表者 平野浩彦 東京都健康長寿医療センター研究所）
3. 小笠原 正, 川瀬 ゆか, 磯野 員達, 他：要介護高齢者における剥離上皮の形成要因 舌背, 歯, 頬粘膜, 老年歯科医学, 29(1)：11-20, 2014.
4. 葛谷雅文：高齢者における栄養アセスメントの意義, In:雨海照祥監修 高齢者の栄養スクリーニングツール MNAガイドブック CD-ROM付, p.14-17, 医歯薬出版, 東京, 2011.
5. 谷口裕重, 真柄仁, 井上誠：特集：高齢者の栄養について考える 高齢者の嚥下障害, 静脈経腸栄養, 28(5)：1069-1074, 2013.
6. 山田実：特集：高齢者の栄養について考える 高齢者のサルコペニア改善のためには, 静脈経腸栄養, 28(5)：1065-1068, 2013.
7. 園田明子：第2章サルコペニアの摂食・嚥下障害 2. サルコペニアによる摂食・嚥下障害の評価と治療, In:若林秀隆, 藤本篤士編著, サルコペニアの摂食・嚥下障害 リハビリテーション栄養の可能性と実践, p.92-99, 医歯薬出版, 東京, 2012.
8. Humbert IA, Robbins J：Dysphagia in the elderly, Phys Med Rehabil Clin N Am., 19(4)：853-866, 2008.
9. 山本 真由美：廃用症候群患者の摂食嚥下障害に対する摂食嚥下訓練の効果とその効果に影響する因子, 音声言語医学, 49(1)：7-13, 2008.
10. 森崎 直子, 三浦 宏子, 守屋 信吾, 他：在宅要介護高齢者の摂食・嚥下機能と健康関連QOLとの関連性, 日本老年医学会雑誌, 51(3)：259-263, 2014.
11. 「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について, 厚生労働省, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>
12. 堀田富士子：I 生活機能障害と在宅医療 1. 国際生活機能分類（ICF）とリハビリテーション, In:在宅医療テキスト第3版第1刷 P50-53（公益社団法人在宅医療助成 優美記念財団）優美記念財団, 東京, 2015.
13. Gomez, S. M., Danser, M. N., Sipos, P. M., Rowshani, B., Van der Velden, U. and Van der Weijden, G. A.：Tongue coating and salivary bacterial counts in healthy gingivitis subjects and periodontitis patients, J. Clin. Periodontol., 28：970 -978, 2001.
14. 佐藤和明：初歩から学ぶ PDCA サイクルで勝つ Web ビジネス～成長し続ける螺旋型改善プロセス～, 第一版, 毎日コミュニケーションズ, 東京, 2008.
15. 日本健康・栄養システム学会：-居宅高齢者に対する栄養ケア・マネジメントの展開-, 平成17年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究報告, 第一版, 日本健康・栄養システム学会, 東京, 2006.
16. 平成24年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業 介護保険施設における効果的な口腔機能維持管理のあり方に関する調査研究事業報告書（日本老年歯科医学会）
17. 平成24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 施設入所者に対する栄養ケアマネジメントにおける効果的な経口摂取の支援のあり方に関する調査研究事業報告書（みずほ情報総研株式会社）
18. 平成26年度 老人保健事業推進等補助金老人保健健康増進等事業 介護保険施設における口腔と栄養のサービス連携に関する調査研究事業報告書（国立長寿医療研究センター）
19. 平成19年度厚生労働科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）口腔ケア・マネジメントの確立報告書（主任研究者 赤川安正 広島大学）（分担研究者 菊谷 武）
20. 菊谷 武, 高橋 賢晃, 福井 智子, 他：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, 老年歯科医学, 22(4)：371-376, 2008.
21. 佐々木 丸丸, 高橋 賢晃, 田村 文誉, 他：介護老人福祉施設に入居する要介護高齢者に対する栄養支援の効果について, 老年歯科医学, 29(4)：362-367, 2015.



第2章

経口維持加算 算定のための要件





第2章 経口維持加算 算定のための要件

2-1. 経口維持加算の概要

平成27年度介護報酬改訂に関する審議報告（平成27年1月9日）概要

○高齢者ができる限り住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みを進める。

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

（4）口腔・栄養管理に係る取り組みの充実

- ・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。

	経口維持加算（Ⅰ）	経口維持加算（Ⅱ）
算定要件	月1回以上、多職種が共同して、食事の観察及び会議等を行い、入所者等が経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成し、特別な管理を実施した場合に算定。療養食加算の併算定可。	介護保険施設等が協力歯科医療機関を定めた上で、 医師（配置医師を除く）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が食事の観察及び会議等に加わった場合（※） に、経口維持加算（Ⅰ）に加えて（Ⅱ）を算定。療養食加算の併算定可。
対象者	摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能障害を含む）を有し、水飲みテストや頸部聴診法等により誤嚥が認められる（食事の摂取に関する認知機能の低下から嚥下機能検査が困難である場合等を含む）ことから、経口による継続的な食事の摂取を進めるための特別な管理が必要である者	
単位数	400単位／月	100単位／月

（注）経口維持加算（Ⅱ）の算定は、経口維持加算（Ⅰ）の算定が前提であるため、（※）を実施した場合は、合計で500単位／月の算定が可能。



口から食べる楽しみの支援の流れ・効果

○ 利用者の食事の際に、多職種で食事場面を観察することで、咀嚼能力等の口腔機能や嚥下機能、食事環境、食事姿勢等を適切に評価することができ、さらに多職種間での意見交換を通じて、必要な視点を包括的に踏まえることができる。これにより、口から食べるための日々の適切な支援の充実につながり、必要な栄養の摂取、体重の増加、誤嚥性肺炎の予防等が期待できる。

経口摂取支援の流れの一例

多職種ミーラウンド打合せ



多職種ミーラウンド、食事観察

- ・食事の環境（机や椅子の高さ等）
- ・食べる姿勢、ペース、一口量
- ・食物の認知機能
- ・食具の種類・使い方、介助法等
- ・食事摂取の状況
- ・食の嗜好



口腔機能評価、頸部聴診等

- ・咀嚼機能
- ・嚥下機能
- ・歯や義歯の状況
- ・口腔保持能
- ・食塊の形成・移送機能
- ・唾液分泌能
- ・呼吸音
- など



経口維持支援のための多職種カンファレンス



食べる様子を動画や記録等で確認・共有しながら、全身状態、栄養状態、咀嚼能力や嚥下機能に応じた、経口維持計画の検討

2-2. 経口維持加算算定のながれ

(1) 算定基準

指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準については以下の通りです。

指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準
(平成十二年厚生省告示第二十一号) (抄)【平成二十七年四月一日施行】

(1) 経口維持加算 (I)

注1 (1) については、別に^{※1}厚生労働大臣が定める基準に適合する介護保険施設において、現に経口より食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種のものが共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。注3において同じ。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、当該計画が作成された日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を加算する。ただし、経口移行加算を算定している場合又は栄養マネジメント加算を算定していない場合は算定しない。

(2) 経口維持加算 (II)

注2 (2) については、協力歯科医療機関を定めている介護保険施設が、経口維持加算 (I) を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（施設基準に規定する医師を除く。^{※2}）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、1月につき所定単位数を加算する。

注3 経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画が作成された日の属する月から起算して6月を超えた場合であっても、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者であって、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して誤嚥防止のための食事の摂取を進めるための特別な管理が必要とされるものに対しては、引き続き当該加算を算定できるものとする。

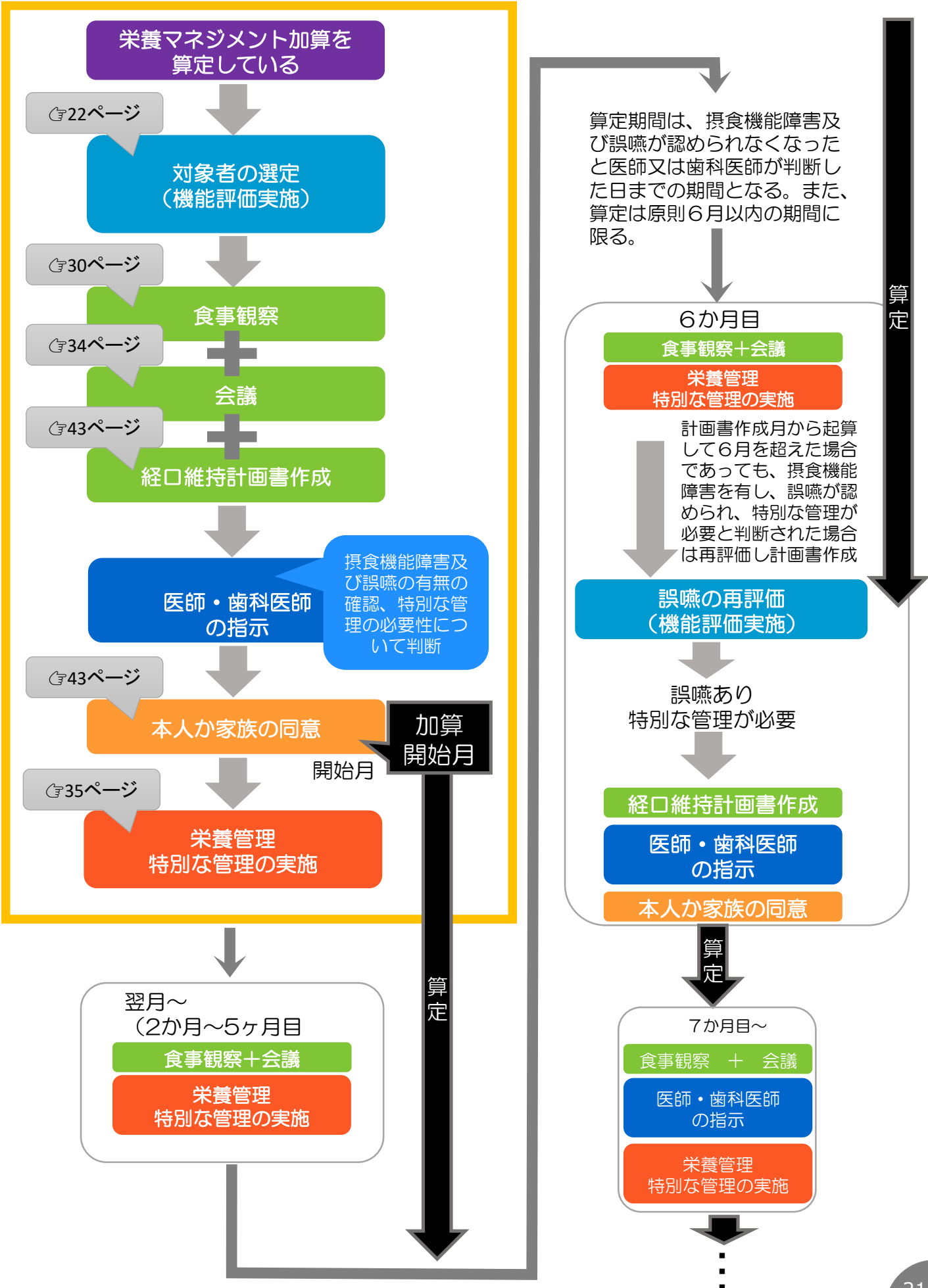
※1. 厚生労働大臣が定める基準

基準については46ページに記載します。

※2. 施設基準に規定する医師

原則、施設基準により配置されている医師を指します。

(2) 算定開始月前後の要件



2-3. 経口維持加算の対象者の選定

経口維持加算には対象者が明確に定められています。以下の留意事項による基準で、対象者を選定します。

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月8日老企第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）

①経口維持加算（Ⅰ）については、次に掲げるイからニまでの通り、実施するものとする。

イ 現に経口により食事を摂取している者であって、**摂食機能障害**（食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ。）を有し、**水飲みテスト**（「氷碎片飲み込み検査」、「食物テスト（food test）」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。）、**頸部聴診法、造影撮影**（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ。）、**内視鏡検査等により誤嚥が認められる**（**喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である**場合を含む。以下同じ。）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための**特別な管理が必要であるもの**として、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る（以下同じ。）。

対象者の条件

- ① 現に経口により食事を摂取している
- ② 摂食機能障害がある
- ③ 誤嚥がある
- ④ 特別な管理が必要である

条件①②③により④特別な管理が必要と判断されたものが対象者となります。

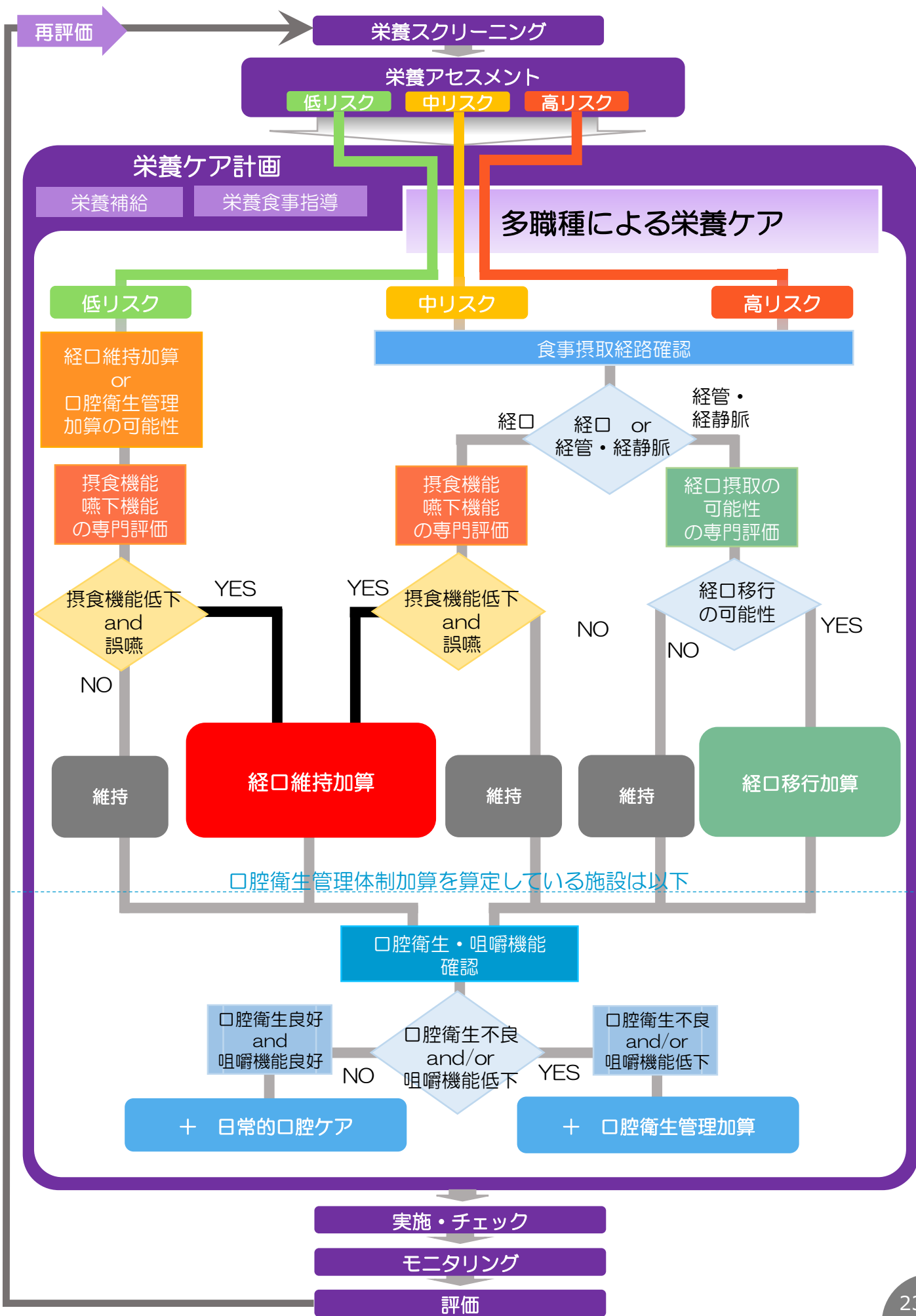
以上の条件をすべて満たす利用者を、施設入所者から選定します。看護師、言語聴覚士、歯科衛生士等が水飲みテストや頸部聴診法を行う際は、医師又は歯科医師の指示により行います。これらの検査や食事の観察結果等に基づいて、医師又は歯科医師が③誤嚥の有無を判断します。

条件① 経口摂取している ▶栄養ケア・マネジメントにおいて得られる情報

経口維持加算は栄養マネジメント加算を算定している施設で行うことが前提となっています。栄養ケア・マネジメントの栄養アセスメントを行う過程で、経口摂取している入所者を把握します。経口摂取している入所者のなかでも摂食機能障害・誤嚥リスクの高い者を優先的に摂食嚥下機能の専門評価につなげるため、食形態ごとの入所者数、割合等の算出、あるいは食事介助を行う介護職等からの観察によって得られる情報を収集することで、摂食嚥下機能の事前チェック対象者が把握しやすくなります。

低リスクであっても、摂食嚥下機能低下がみられる入所者に対しては摂食嚥下機能の専門評価を行います。

● 栄養ケア・マネジメントからの対象者選定フロー



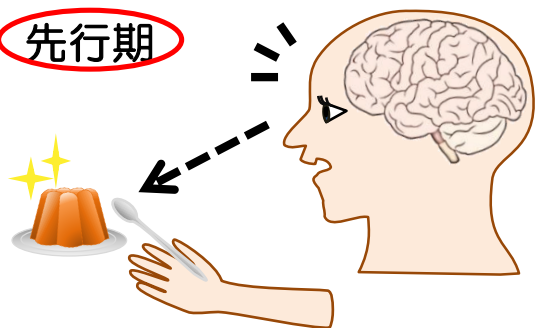
摂食嚥下障害（介護報酬上の表現では摂食機能障害）とは、下記のレオポルドの摂食嚥下の5期モデルのうち、1つまたは複数が、何らかの原因で正常に機能しなくなった状態をいいます。

主な原因は、脳血管障害の後遺症やパーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症や脊髄小脳変性症などのように食物の搬送システム自体に異常がみられる場合や、口腔や咽頭、食道にできた病気が原因で食物の搬送経路のどこかに障害が生じた場合におこります。また、8ページにおいて詳細に説明した廃用症候群も重要な原因です。さらに、認知機能が低下している高齢者は、飲み込む前の食物の認識や、口への取り込みまでのプロセスが障害されている場合も多く、先行期障害も含めて、摂食嚥下障害と捉えられます。

先行期障害とは？

～レオポルドの摂食嚥下の5期モデルから～

先行期



先行期障害とは、レオポルドの摂食嚥下の5期における「先行期」の様々な障害の総称です。

「先行期」は“食べ物を発見、認知して摂食する計画を立て、実行する（つかんで、口に入れる）”プロセスです。認知症のある要介護高齢者ではこのプロセスに意識レベルの変化、注意力障害、発動性障害、失見当識、判断力の障害、実行機能障害、視空間認知障害、上肢の運動機能障害と失行、顔面・口腔の随意運動障害と口腔顔面失行などが影響し、様々な先行期障害が生じます。

準備期



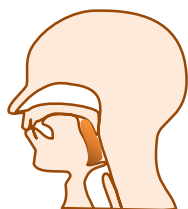
口腔粘膜で食べ物の性状・温度・味やにおいを感覚的に判断し、性状に見合った咀嚼や押しつぶしをし、飲み込みやすい状態にするプロセスが「準備期」です。口の中で咀嚼しながら食べ物を碎いて唾液と混ぜ合わせ、舌を上手く使って、飲み込みやすいように食塊を形成します。

咽頭期



食塊が咽頭に送り込まれてくると、鼻咽腔閉鎖および喉頭を挙上して喉頭閉鎖し、気道をまもりながら、奥舌と咽頭後壁の収縮、食道入口部の開大をして食塊を食道に送り込むプロセスが「咽頭期」です。このとき健常成人は嚥下の瞬間に0.3～1秒息を止めると言われています（嚥下性無呼吸）。

口腔期



舌や口腔粘膜を巧みに使い、鼻咽腔閉鎖をして食塊を咽頭に送り込むプロセスが「口腔期」です。食塊を舌の上にまとめて、舌尖を口蓋につけて前から順に力をかけていくと、だんだんと食塊が咽頭に押し出されていきます。この動きを“送り込み”と表現することもあります。

食道期



食塊が逆流しないように咽頭にしっかりと力をかけながら、順次食道括約筋の弛緩と収縮を行い、食塊を押し出しながら食道を通過させるプロセスです。“食道入口部開大”することで、咽頭から押し出された食塊が食道に入り、蠕動様収縮運動が起こり、食塊を胃まで運びます。食塊が食道に入れば呼吸を再開します。

- Leopold NA, Kagel MC.: Swallowing, ingestion and dysphagia: A reappraisal, Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 64(8): 371-373, 1983.
- Elsner R.J.F.: Changes in eating behavior during the aging process, Eating Behaviors, 3: 15-43, 2002.
- De Renzi E, Lucchelli F.: The fuzzy boundaries of apperceptive agnosia, Cortex, 29: 187-215, 1993.

前述の「実施上の留意事項」において、摂食機能障害には「食事の摂取に関する認知機能低下を含む」と記載されています。

今回の経口維持加算の見直しにおいては、準備期～咽頭期に至る機能的な障害だけではなく、先行期に影響する認知機能の障害についても、摂食機能障害として取り扱うこととなりました。

要介護高齢者の60～80%は認知症があるといわれています。認知機能低下による混乱によって自立摂食が困難である、配膳しても食べ始めない、たびたび食事を中断する、食べてはいるがペースが速すぎる、飲まずに口に一杯頬張ってしまう、などの摂食行動変化の様子がああることを指します。

これらの摂食機能障害に関しては、**食事観察**の時に観察するべき様子であり、毎日食事の支援を行っている介護福祉士等によって日常的に観察されている様子です。

摂食機能障害の判断をする上でのポイント

A.食事への意欲・意識レベル（先行期）

- ☐ 食事時間に覚醒していない
- ☐ 食事途中で寝てしまう
- ☐ 食事を食べ始められない
- ☐ 食事を拒否する



・食事の際に声掛けを行っても覚醒しない、または覚醒した様でもすぐに意識レベルが低下してしまう様子を確認します。

・食事の意欲は、自立摂食に関する評価（自ら意欲的に食べ始めるのか、声掛けなどの促しがあって食べ始めるのか、促しがあっても自ら食べ始めることはしないのか）に加え、介助摂食で食べることができるか、介助でも拒否があったり言葉やしぐさなどで断る様子があるかなどを確認します。

B.意識と注意（先行期）

- ☐ 食事を中断してしまう
- ☐ 食事に集中できない



・自立摂食で食事を自ら食べ始める方でも、食事の途中で食べることを中断してしまい、何か他のものに気をとられている様子がないか、食べ物で遊び始めたりしないか、立ち去ってしまうことがないかを確認します。

・中断のケースは、どの位置にある食べ物を残すか、残す食べ物は特定の食材・味、テクスチャのものであるかどうかを確認します。



・介助摂食の方でも、介助者が差し出すスプーンに注意を向け続けられるか、すべてを食べることができるかを確認します。

C.摂食動作（先行期）

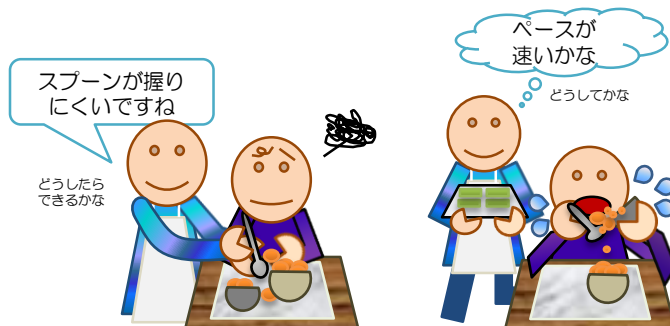
- ☐ スプーンからよくこぼす
- ☐ うまくすくえていない
- ☐ 手で食べる
- ☐ 手や口の協調ができない
- ☐ 早食べ・かきこみ食べ
(次から次へと食べ物を口に運ぶ)
- ☐ たくさんの食べ物を頬張る
- ☐ 一口量が多い

・要介護高齢者の食行動の混乱は、摂食動作にも多く出現します。脳血管障害では上肢の運動障害として食具使用困難等の動作性の障害、変性性認知症では実行機能障害や見当識障害等の精神心理学的症状、パーキンソン病では錐体外路症状など疾患に影響された摂食動作の障害が起こります。

対象者が、どんな要素に困難があり残存する機能は何かを観察からとらえることが支援の検討に有効です。

・自立摂食の方でも、目的動作（摂食動作）の解体が起こっているのかも判断の要点です。食具を使用しているが上手くないのか、そもそも食具の取り扱いに混乱しているのか、の違いも観察から得られる情報です。

・口に運ぶペースが速い、手の動きと口の動きが協調出来ない事でこぼしたり溜め込んだりする、一口分のすくう量が多いケースなどは、誤嚥や窒息のリスクになるため、注意が必要な所見です。



摂食機能障害の判断をする上でのポイント

D.準備期・口腔期・咽頭期の様子

- ☐ 口からよくこぼれる
- ☐ よく噛まずに丸飲み
- ☐ 硬いものは出してしまう
- ☐ 軟らかいものを選んで食べる
- ☐ 食べ物をいつまでも噛んでいる
- ☐ 口の中に溜め込む
- ☐ 食べ物をなかなか飲み込まない
- ☐ 飲み込みに時間がかかる
- ☐ 一口に何度も嚥下しないと飲み切れない



・食べ物を唇で捕食してから咀嚼、嚥下までも観察によって得られる情報が多くあります。

・咀嚼中に口から食べ物がこぼれる様子は口唇閉鎖不全の可能性があり、また噛まずに飲み込む、硬いものを出す、軟らかいものを選んで食べるなどの様子は咀嚼機能に問題があることが示唆されます。また歯が欠損しているだけでなく口腔内の痛みや傷、感染症の可能性もあります。

・食べ物をいつまでも噛んでいる様子は、咀嚼機能低下だけでなく送り込みの障害である可能性があります。口の中に溜め込む、なかなか飲み込まない、飲み込むのに時間がかかる様子は、送り込みと嚥下反射の低下が示唆され、食形態や介助方法の不一致の可能性もあります。

・何度も嚥下しないと飲み切れない様子は、咽頭収縮力の低下の可能性もあります。

E.食事後半から食後の様子

- ☐ 食事中によくむせる
- ☐ 食事の後半によくむせる
- ☐ 食事中に喉がゴロゴロ鳴っている
- ☐ 食事中に濁ったガラガラ声になる
- ☐ 食事後半に疲れる
- ☐ 食事の後半に食べ物で遊ぶ
- ☐ 食べ終わるまでに30分以上かかる
- ☐ 食べ終わってからむせ込む



・摂食機能障害のある要介護高齢者では食事時間も検討すべき項目です。早食べの方は5分以内に終了してしましますが、一つ一つの動きに時間がかかるようになると、一食に30分以上かかってしまいます。

・食事に時間がかかるケースでは食事中に疲労してきてしまい、姿勢の維持や一連の動きが不良になるため食事後半にムセたり咽頭貯留によってゴロゴロ音（湿性嚔声）が聞かれるようになります。

・認知機能低下により食事の途中で注意維持困難となると、食事を中断し食べ物で遊ぶなどの行動がみられます。

・食事中のむせる様子は、環境因子とも密接な関係があり、介助の声掛けや介助方法、周囲の利用者の様子にも大きく影響されます。介助摂食の場合は、介助者の様子も含めて観察します。

F.摂取量と残食

- ☐ 特定の食べ物を残す
- ☐ 繊維質の野菜類を残す
- ☐ 噛みごたえのあるものを残す
- ☐ おかずは食べるが米飯を残す
- ☐ 酸味のあるものを残す
- ☐ 奥においてあるものを残す
- ☐ 特定の場所においてあるものを残す
- ☐ 提供された食事量を食べきれない

・摂食機能障害のある要介護高齢者では、食べ終わった後の様子から大きな示唆が得られます。特に残食量は、摂取エネルギーを知るうえで重要です。またどんなものを食べられないか等で、対象者の抱える機能障害とその後の対策を検討することができます。

・繊維質・噛みごたえのある物を食べられていないならば咀嚼機能低下、酸味など味によって残す場合は味覚低下だけでなく口内炎・口腔粘膜疾患などの可能性も検討します。

・奥にあるものを残すならば、自分の食べる物と認識できていない、視野に入っていない配膳の仕方をしたこと、また特定の場所のものでは半側失認などの楽症状の可能性が考えられます。

食べるの疲れちゃいましたね

〇〇さん、どうぞー

向こうにもおかずがありますよ



スクリーニング検査

スクリーニングテストを行う際には、それぞれのテストは、大まかな状態は把握できるものの、詳細な評価ではないということに留意が必要です。複数のスクリーニング検査を併用することで、症状を複合的に判断する必要があります。また必要があれば専門的検査を行うことが望ましいとされています。

●水飲みテスト(窪田の方法)

- ・30mlの水をコップから飲んでもらい、飲み終わるまでの時間やプロフィールを観察し機能評価を行う方法。
- ・重症例では多量の誤嚥を生じるリスクが伴うため応用できない。

評価基準

1	1回でむせなく飲むことができる。
2	2回以上に分けるが、むせなく飲むことができる。
3	1回で飲むことができるが、むせることがある。
4	2回以上に分けて飲むにもかかわらず、むせることがある。
5	むせることがしばしばで、全量飲むことが困難である。



正常値：プロフィール①の5秒以内を正常範囲、プロフィール①の5秒以上とプロフィール②を疑いあり、プロフィール③④⑤を異常として評価する。

●氷碎片飲み込み検査

- ・口に含んだ氷の冷刺激によって嚥下反射を誘発する。
- ・摂食嚥下障害患者全般、特に空嚥下が困難な患者、認知症患者、偽性球麻痺など嚥下反射惹起不全患者。

具体的方法：小さめの氷を口に含み、溶けてきた水を飲み込んでもらう。

氷の口腔内保持が困難な患者では、氷が咽頭に落ち込まないように注意する必要がある。

氷のかけら（ice chip）をそのまま飲み込む方法もありice chip swallow といわれ直接訓練の導入によく用いられる。

注意点など：重度の咽頭期障害患者には行わない。

●食物テスト（food test）

- ・主として口腔における食塊形成能、咽頭への送り込み（準備期・口腔期）を評価する。また嚥下後の口腔内残留（残留部位と残留量）を評価する。
 - ・茶さじ1杯（約3～4g）のプリンを舌背前部に置き、嚥下させる。
 - ・嚥下後「アー」と発声させ、変声を確認しながら口腔内を確認する。さらに可能なら反復嚥下を2回行わせる。
- 評価基準が4点以上なら最大2施行繰り返し最も悪い点を評点とする。
嚥下後の口腔内残留を評価する点が特徴。
カットオフを4点とすると、誤嚥の検出に対する感度は0.72、特異度は0.62と報告されている。

評価基準

1	嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫
2	嚥下あり、むせなし 呼吸切迫(Silent Aspirationの疑い)
3	嚥下あり、呼吸良好 むせる and/or 湿性嚥性、and/or 口腔内残留中等度
4	嚥下あり、呼吸良好、むせなし 口腔内残留ほぼなし
5	4に加え、追加嚥下が30秒以内に2回可能



●改訂水飲みテスト

- 冷水3mlを**口腔底**に注ぎ嚥下を命じる。
 - 嚥下後「アー」と言ってもらい変声を確認する。
 - さらに可能なら反復嚥下を2回行わせる。
- 評価基準が4点以上なら最大2施行繰り返し、最も悪い点を評点とする。
- 留意点 水を注ぐ際、咽頭に直接流れ込むのを防ぐため、舌背に注がず舌下（口腔底）に注ぐこと。
- カットオフ値を3点とすると、誤嚥の検出に対する感度は0.70、特異度は0.88と報告されています。



評価基準

1	嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫	嚥下障害の 疑いあり
2	嚥下あり、呼吸切迫(Silent Aspirationの疑い)	
3	嚥下あり、むせる and/or 湿性嚔声	
4	嚥下あり、呼吸良好、むせなし	正常
5	4に加え、追加嚥下が30秒以内に2回可能	

- ※1 呼吸切迫：息苦しさを訴える、息が乱れ荒くなる、ゼーゼーという雑音が聞こえる、など。
誤嚥が疑わしいが明らかにムセがない状態であれば、不顕性誤嚥の疑いがある。
- ※2 湿性嚔声：喉頭内侵入や気管内に水分が侵入したことで、ガラガラ声になる状態。

●頸部聴診法

食塊を嚥下する際に咽頭部で生じる嚥下音と嚥下前後の呼吸音を経皮的に聴診する。非侵襲的に誤嚥や下咽頭部の貯留を判定して嚥下障害をスクリーニングする。

- 喉頭挙上を妨害しないように喉頭の側方に聴診器をあてて呼吸音及び嚥下音を聴取する。
- 嚥下時産生音の検出には**輪状軟骨直下気管外側皮膚面**が適しているといわれる。



聴取音

咽頭の貯留物の振動音、呼吸音、拍動（咀嚼音）

- 健常例の嚥下では清明な呼吸音に続き嚥下に伴う呼吸停止、嚥下後の清明な呼吸が聴診される。
- 異常がある場合には嚥下反射前に咽頭へ食物が流れ込む音、嚥下音の長さの異常、呼吸再開による貯留物の泡立ち音、湿性嚔性、咳（喀出音）、喘鳴様呼吸音などが聴診される。

誤嚥の検出に対する感度は0.84、特異度は0.71とされる。

特別な指示に従えない患者に対しても実施可能で、食事観察場面においても応用できる。

聴診音		疑われる嚥下障害
嚥下音	長い嚥下音	舌による送り込みの障害
	弱い嚥下音	咽頭収縮の減弱
	複数回の嚥下音	喉頭挙上障害 食堂入口部の弛緩障害
	泡立ち音	誤嚥
呼吸音	むせに伴う喀出音	誤嚥
	嚥下音の合間の呼吸音	呼吸・嚥下パターンの失調 喉頭侵入 誤嚥
	湿性音	誤嚥や喉頭侵入
	嗽音	咽頭部における液体の貯留
	液体振動音	
	むせに伴う喀出音	誤嚥
	喘鳴様呼吸音	誤嚥

- 日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会：訓練法のまとめ（2014版），日摂食嚥下リハ会誌，18(1)：55-89，2014。
- 摂食嚥下障害の評価【簡易版】2015 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 医療検討委員会
www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/.../assessment2015-announce.pdf
- 菊谷武：15チェアサイドで可能な嚥下機能検査について教えてください。In:多職種協働チーム先制医療での口腔ケアFAQ50，p.48-49，一世出版株式会社，東京，2016。

●造影撮影

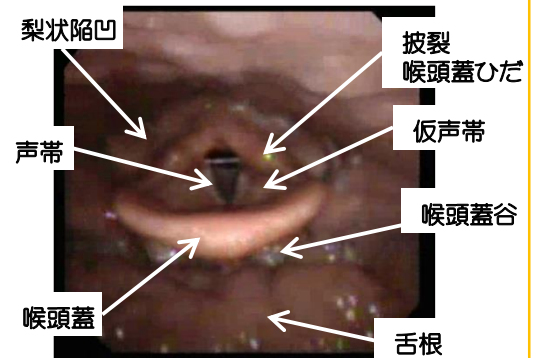
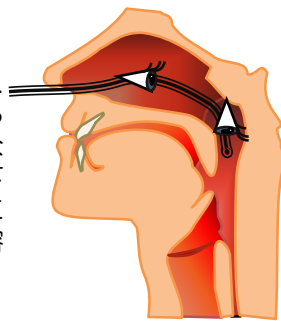
嚥下造影はエックス線を照射しながらバリウムなどの造影剤が混ざった食べ物を摂取してもらい、誤嚥の有無などを確認する検査法である。動画を録画したのちに再生して検証することが可能であり、また側面観と正面観での診断が可能である。

摂食嚥下の過程を一通り観察できるため情報量が多く、診断のみならず検査中に、複数の検査食や姿勢調整を試すことで、適切な食形態や姿勢、食事介助の仕方、嚥下法、あるいは訓練の方法について検討することができる。



●内視鏡検査

内視鏡を鼻から挿入し、上方から喉の入り口を観察しながら食べ物を摂取してもらい、嚥下反射のタイミングや誤嚥の有無などを確認する検査法である。上咽頭から下咽頭、喉頭までの食塊のながれを直視下にて観察することができる。装置の搬送が容易でベッドサイドで検査が可能である。



造影撮影（嚥下造影検査）や内視鏡検査（嚥下内視鏡検査）は医師又は歯科医師でなければ実施できません。その他の検査についても、看護師、言語聴覚士、歯科衛生士が実施する場合は、医師・歯科医師の指示が必要です。

また以上の検査で確認される明らかな検査中の誤嚥のほかに、以下の状況でも対象になります。

- 1) 喉頭侵入が認められる場合
- 2) 食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合

対象者が重度の認知症の場合で、精度が高い検査が困難な場合でも、頸部聴診法や食事の観察、発熱の状況等の情報をできるだけ集約し総合的に誤嚥の有無（可能性）について、医師又は歯科医師が判断することが求められます。

（④特別な管理が必要である、については35ページに詳細を示します。）

2-4. 経口維持加算の計画書作成までのプロセス

経口維持計画書作成のプロセスには必要な要件があります。

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月8日老企第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）

□ 月一回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種のものが共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画書を作成すること。また、当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護福祉施設サービスにおいては、経口維持計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができるものとする。

プロセスの要件

- ① 月1回以上の多職種による食事の観察
- ② 月1回以上の多職種による会議
- ③ 経口維持計画書の作成

以上の要件をすべて満たすプロセスが必要です。

要件① 食事の観察

▶ 多職種による観察において得られる情報

食事の観察（ミールラウンド）では、対象となる利用者様が食事をされている様子を、医師、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、看護師、介護支援専門員、等のメンバーが観察し、必要であればその場で評価や介入手順等の確認を行い介入内容を検討します。この記録は経口維持計画書に記載します。多職種協働によるミールラウンドやカンファレンスを定期的に行うことは、経口摂取支援に関与するものが問題点や対応方法を共有でき、継続することで施設全体で利用者の経口摂取を支援することに繋がります。

● 食事観察の例



可及的に、いつもと同じ環境下で食べている様子を観察する方が、的確な支援に繋がります。このようなミールラウンドでは、複数の職種がそれぞれの視点で観察し、互いに意見を出し合うことが重要です。

しかしながら食事時間に大人数がやってきて相談をして帰っていく状態は、高齢者にとって安心できない食事環境にもなりえます。また通常業務をしているスタッフの動線を妨げないように配慮する必要があります。

食事観察における観察の要点

要介護高齢者の摂食嚥下機能は、健康状態と背景因子とのダイナミックな相互作用です。「背景因子」は生活機能に大きな影響を与えるもので「環境因子」と「個人因子」があります。環境因子は心身機能と相互に関連し、摂食嚥下機能に栄養を与える環境因子は、気温や衣服が呼吸や疲労に影響を与え、光や明るさ、色合いが視覚に、音が聴覚に、机や椅子の形状や材質が姿勢・バランスの保持に、そしてこれらすべての気を散らすような刺激が注意力に影響を与えます。

こうしたこと念頭に置いたうえで、食事観察では対象者個人の摂食嚥下機能と、それに影響を与えうる環境因子について観察を行います。環境因子がアセスメントできたら、改善可能かどうか判断し、改善策の検討を行います。環境因子は機能に影響を与えるものですから、改善策を提案したら、その改善策を実行し対象者の機能改善に効果があるかのモニタリング評価が必要です。

食事開始前の観察の要点

特に認知症のある要介護高齢者は“場所”や“介助者”などの環境が変わると容易に認知機能が変化し、普段暮らしている場所ではできる行為も、馴染みのない場所（急に入院した病室など）では混乱の結果、日常行為が困難になり、機能低下したり食欲が減退すること（リロケーションダメージ）も少なくありません。注意力がそがれると、周囲の環境（空間、物、人、音声、光や色など）のそれぞれの情報を理解し、取捨選択して必要なものだけに集中して対応することが困難になります。しばしばみられる環境因子が施設入所による環境変化や、同じテーブルの隣席者の行動、馴染みのない介助者の行動などです。要介護高齢者自身に食べる機能が残っていても、混乱することで“食べる心境”に至らないようであれば、食事時間をずらして気分転換を図る、混乱の原因となっている環境の調整をすることも必要です。

薬剤の副作用や消化管の問題（逆流性食道炎や胃炎、便秘など）でも胃部不快感、胃もたれ、気分不快から食欲低下の可能性があります。薬剤の変更があった時や、以前から処方されていた精神科薬剤でも体重が減って過量投与になっている場合は、この可能性を考えます。消化管の問題は、まず排便状況の確認と、もともと消化器疾患がないか、また鎮痛剤を飲みすぎているかなどを確認します。制酸剤で回復できるケースもありますので、医師とも相談が必要です。

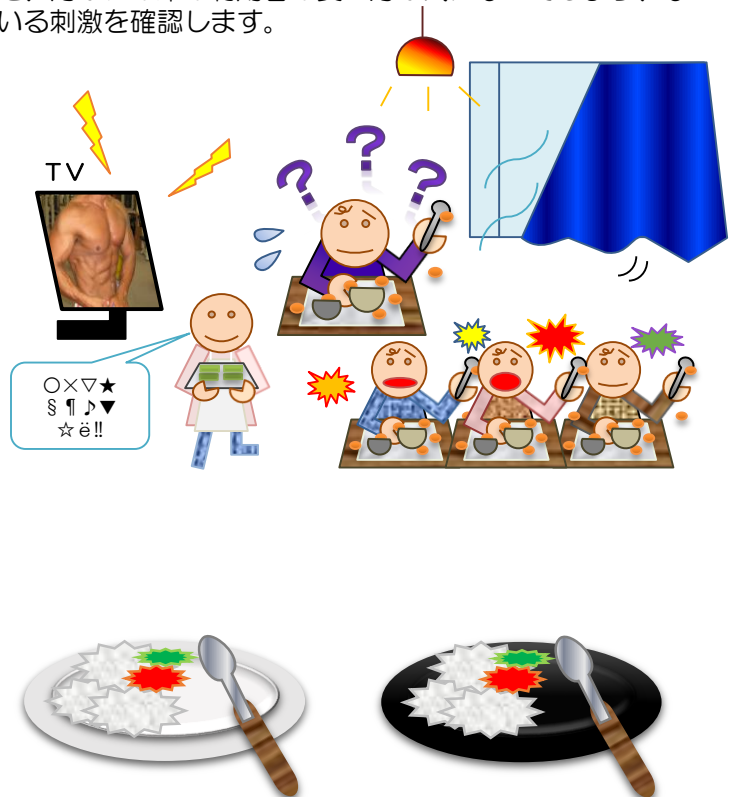
A.食事環境

要介護高齢者の注意機能は環境によってそがれやすく、そのことが摂食嚥下機能にも影響を与えます。広い部屋や、たくさんの人が周りにいて不安で落ち着かない（日常的にそばにいる入居者であっても）、気が散るものに囲まれている（医療器具などがぶら下がっている医務室で食べる、など）、食事の時間だと理解できない、立って近づいてきた介助者が怖く見えた、向かいの席の利用者の食べ方が気になってしまう、など様々な要因が考えられます。阻害因子になっている刺激を確認します。

- ☐ 部屋が広すぎる
- ☐ 視界に入る物が多すぎる
- ☐ 部屋が暗い・日差しが強い
- ☐ 温度が不適切
- ☐ 周囲が落ち着ける環境ではない
- ☐ 物音、人の動きが多い
- ☐ 介助者の声掛け・介助が不適切

食卓の環境刺激は食事に注意が向いていても、摂食行動に直接関係する刺激になります。対象者の機能にそぐわない物品や食具、食形態は摂食嚥下機能に対して阻害因子として影響を及ぼします。対象者の残存機能が十分に発揮できるように混乱を避けるシンプルな対象物（食事）、介助食器などの使いやすい置き方などの工夫が必要です。

- ☐ テーブル上の物品が多い
- ☐ 食事の見た目に興味を持ってない
- ☐ 食事の味や風味が認知しにくい
- ☐ 判別しにくい食べ物と食器の関係
- ☐ 食具、置き方が不適切
- ☐ 認知できない場所に食事が置かれている



食事観察における観察の要点

食事開始前の観察の要点

B. 配膳前の身体の確認

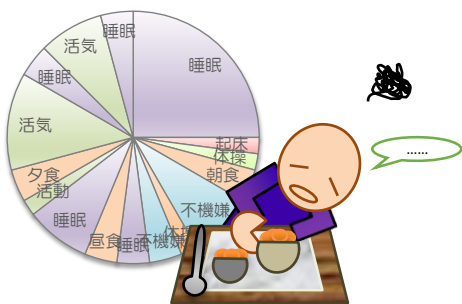
1) 体の準備

食事をするための体の準備が整っていないと、食事への注意が乱れ摂食嚥下機能に影響が起こります。普段の状態、食時間以外の生活の様子などを確認する必要があります。たとえば昼夜逆転していて朝食時に眠い、背中が痒い、トイレに行きたい…こうしたちょっとしたことで摂食行為や咀嚼、嚥下に集中できなくなり、呼吸と嚥下のタイミングのミスが起こります。ましてや疾患の悪化や、薬剤の変更、脱水、消化器症状などがあれば食欲にも影響するので、嚥下がいつもより上手に出来なくなることも大いにあり得ます。全身状態が嚥下機能にも影響するというのも意識して、生活全体のアセスメントをしましょう。

日によって様子が違う対象者では、良いときと調子の悪いときの両方を観察し、状態にあった対応方法を検討することが求められます。調子が悪いときには誤嚥のリスクも高まりますので、無理はさせないようにします。

また食事前の排泄も非常に重要です。排泄を我慢している状態で食卓に着くと、血圧も上がり落ち着きません。すっきり落ち着いた気持ちで、食事して頂くためにも、排泄を済ませるように誘導して差し上げましょう。

- ☐ 排泄がすんでいない
- ☐ 痛み・かゆみがある
- ☐ 発熱・感染症の疑いがある
- ☐ 脱水・電解質異常がある
- ☐ 寝不足がある、昼夜逆転している
- ☐ 下痢・便秘など消化管の通過障害がある
- ☐ 筋肉がリラックスできていない
- ☐ 義歯の破損・口腔粘膜の潰瘍など口腔内環境が不良
- ☐ 口腔が乾燥している
- ☐ 食べる前から咽頭に唾液貯留音がする



2) 食事姿勢

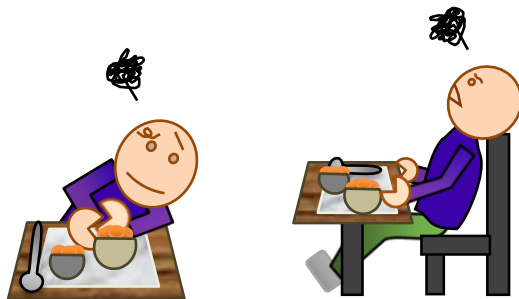
身体の安定が崩れていると、食事に興味が湧かないばかりか口腔咽頭での食物の流れに影響するので、タイミングが取りづらくなり誤嚥しやすくなります。食事時の体幹姿勢は垂直か、やや前屈するくらいが適切です。したがってテーブルと椅子の高さが対象者の身体の大きさに適しているか、崩れた座り方のままで食事を始めようとしていないか、崩れた座位姿勢が疲労や痛みの原因になっていないかを確認します。

体幹だけでなく頸部の角度が後屈していると誤嚥しやすい角度になるので、椅子座位で自立摂食のケースでは舌背面と床が平行である角度を目安とします。

体とテーブルの位置関係もとても重要です。料理が見えない位置では、食欲もわきませんし、何を食べるのかもわからないままに食べることになってしまいます。特にお尻が座面の前方に滑ってしまっている、いわゆる仙骨座りだと、姿勢が安定しない上に、テーブルの奥に置いてある食器が見えにくくなります。

テーブルとの距離関係や腕の角度に無理があると肘や手首のスムーズな動きが出来ずに食べこぼし、疲労の原因になります。また、適切な身体のポジショニングは、逆流など上部消化管のトラブルを軽減することに繋がります。

- ☐ 足底が接地していない
- ☐ テーブルの高さが高い
- ☐ 座位が崩れやすい
- ☐ 仙骨座りになっている
- ☐ 肘や体幹が安定しない
- ☐ 前腕、手首が自由に動かせない角度になっている
- ☐ 体幹が傾斜している（左右的、前後的）
- ☐ 頸部が傾斜している（前屈、後屈）



食事観察における観察の要点

食事開始前の観察の要点

C. 食事への意欲・意識レベル

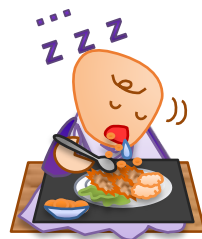
要介護高齢者のもてる摂食嚥下機能を十分発揮するためには、覚醒状態が良く、注意が維持できることが必要です。覚醒状態が十分でないにもかかわらず経口摂取を開始すべきではありません。

覚醒を保てない理由は脳血管障害後遺症だけでなく生活リズムや睡眠障害、薬剤の副作用などもあります。一日の生活リズムの中で昼夜逆転傾向などがあれば、覚醒の良いときに合わせて食事を提供しながら昼夜逆転の改善を試みます。

食事開始時は覚醒していたが途中で眠ってしまうようなケースでは、脳血流低下も考えられますので、呼びかけに加えて、首・肩回りや手をマッサージしたり上肢の他動的運動（腕を上げ下げするなど）を行うことで多少覚醒できるケースがあります。

食事時の覚醒維持困難では、満腹中枢の刺激から睡眠中枢が刺激されて覚醒維持困難になっていることも考えられます。食事中に眠ってしまったら食事は中断する方がよいでしょう。そして間食や栄養調整食品（濃厚流動食品等）を併用する等の対応を検討します。

- ☐ 食事時間に覚醒していない
- ☐ 食事時間に注意が維持できない
- ☐ 食事以外の物に注意が向いている



食事中の観察の要点

食事中の観察は、①対象者の条件 ②摂食機能障害がある ③誤嚥がある を基準に観察します。この際、環境因子や個人因子（食べ方など）に摂食嚥下機能が影響されているかどうかを観察することが対応策の検討に有用な情報となります。

食事中の誤嚥または喉頭侵入の徴候が「むせ」です。喀出反射が低下している要介護高齢者においてはむせずに誤嚥していることがあり、その場合は嚥下後の呼吸切迫という徴候が現れます。

食事観察中の「むせ」の観察ポイントは「いつ、どんなときむせたか」、「何を食べてむせたか」「どのくらいの強さでむせたか」「どんな量でむせたか」「どんな食べ方でむせたか」を観察します。

●いつむせたか：

- 食事前からむせや湿性嚔声がある⇒唾液や痰などが咽頭貯留している可能性
- 食事の最初からむせている⇒頭頸部の筋がリラックスできないままである可能性
- 食事形態が機能にあっていない可能性
- 食事後半にむせる⇒食事による疲労の可能性
- 食後しばらくしてからむせる⇒咽頭貯留、胃食道逆流の可能性

●何を食べてむせたか：

- 固形物でむせる⇒咀嚼機能低下・唾液量低下・食塊形成能低下の可能性
- 水分でむせる⇒咽頭の知覚低下、嚥下反射惹起の遅延の可能性
- 特定のテクスチャーでむせる⇒どんなテクスチャーであれば機能が発揮できるか確認

●どんな強さでむせたか：

- 激しくむせる⇒喀出反射、呼吸機能ともに比較的良好
- 弱いがむせる⇒喀出反射、呼吸機能低下の可能性
- むせた後呼吸状態が悪化⇒呼吸機能低下、むせによって疲労する可能性
- むせないが呼吸切迫、呼吸雑音⇒喀出反射、呼吸機能低下、肺炎リスク高

●どんな量・どんな食べ方でむせたか：

a. 本人の摂食行動（食べ方）

- すくう量が多い、かきこみ食べ⇒誤嚥・窒息リスク⇒食具、食事提供の仕方、支援方法の検討
- ペースが速い⇒誤嚥・窒息リスク⇒食具、食事提供の仕方、支援方法の検討
- すすり食べ⇒誤嚥リスク、上肢の運動機能低下、錐体外路症状の可能性
- 嚥下せずに溜め込み⇒咀嚼機能低下、食形態と機能の不一致の可能性

b. 介助方法

- 介助者が立って介助⇒対象者の頸部が後屈している可能性⇒支援方法の検討
- 一口量が多い⇒許容量との不一致⇒口腔機能に合わせた一口量を検討
- スプーンテクニック⇒引き抜き角度が高いと頸部後屈の可能性
- ペースが速い⇒捕食を確認してから水平に引き抜くように介助方法の検討
- タイミングが合わない⇒対象者の嚥下のタイミングを観察しながらの介助を検討
- 飲みこんでいる最中の声掛け⇒対象者の嚥下のタイミングを観察しながらの介助を検討
- ⇒嚥下に注意が向かなくなり誤嚥リスク高
- ⇒声掛けのタイミング、嚥下の観察方法の検討

食事観察で得られた問題点と、対象者の安全で楽しい食事のための今後の方針について検討します。会議によって得られた提案・指導内容を、実際に食事介助を行う介護福祉士等と共有し、今後の経口摂取支援に活かすことが重要です。会議によって得られた意見や提案、参加職種の情報は、施設サービス計画に記載したり、経口維持計画書としてまとめます。利用者ごとの記録・保管が必要です。

●会議の例



指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月8日老企第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）

③ 経口維持加算（Ⅰ）及び経口維持加算（Ⅱ）の算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一同に会して実施することを想定しているが、やむを得ない理由により、参加すべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うことで、算定を可能とする。

施設によっては食事観察後すぐに会議を行うケースや、曜日と時間を決めて改めて会議を行うケースもあります。しかしながら施設では様々な理由により参加すべき者が会議への参加が困難になるケースがあります。会議に出席できなかった者に対しては、カルテや議事録の回覧、電子システム記録等により情報を共有します。

参考 食事観察を効率的に行うために観察前に事前会議をおこなうケースもあります

実際に食事を観察する前に、医師や歯科医師の所見も交え確認する機会（事前会議、事前カンファレンス）を設け、多職種による評価や観察等から得られた課題を持ち寄る機会を作ります。事前会議に関しては会議室でも良いですが、印刷して回覧する方法もあります。こうした機会を作ることで、観察の焦点が絞られ、時間の限られている昼食時間に効率の良いラウンドを行うことが出来ます。

事前会議では食事の摂取状況、栄養状態の確認、摂食嚥下機能の変化やモニタリングの結果、問題点についての報告などを行います。



2-5. 特別な管理

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月8日老企第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）

ハ 当該経口維持計画に基づき、栄養管理を実施すること。「特別な管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のことをいう。経口維持加算（Ⅰ）の算定期間は、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理により、当該入所者に摂食機能障害及び誤嚥が認められなくなったと医師又は歯科医師が判断した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。

条件④ 特別な管理

▶ 環境因子の調整による機能の発揮

特別な管理は、以下のように記されています。

「特別な管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のこと

食事観察や会議によって、多職種による多角的な視点で誤嚥を防止するための方法、食物形態の配慮、摂食方法等の配慮について検討します。

特別な管理を行う上では、対象者は継続して経口摂取を行うということが目標になっていますが、ただ経口摂取を継続するのではなく、対象者が摂食嚥下障害によって活動・参加が制限されることでの不利益を最小にする努力が求められます。食事は生活を支えるものであり、栄養摂取のみならず生活の楽しみでもあります。栄養摂取だけを考え食事時間が苦痛の時間になってしまうことは避け、対象者ご本人の希望や想い、家族の想いに耳を傾けたうえで専門的な視点から目標を設定し、対象者が楽しく美味しく安全に経口摂取できることを重視して設定することが重要です。適切な評価と目標設定により、専門的視点から特別な管理を提案します。

要介護高齢者は何年も同じ状態にいることは困難で、継続的に様子が変化していきます。対象者の状態に応じ、またご家族の考えに応じて、目標や介入方法を適宜変更させ、寄り添っていく必要があります。対象者に生じた変化は適宜ご家族に説明し、目標や介入方法に変更がある旨を伝えご理解いただくようにします。

参考 目標設定の要点：目標は状況により変更する

1. 目標設定に影響する要因

- ☐ 対象者の病状
- ☐ 対象者本人の希望
- ☐ キーパーソンの考え
- ☐ 療養方針
- ☐ 医療・介護資源
- ☐ 社会的要因

2. 目標設定を検討するタイミング

- ☐ 対象者の入退院など急性変化
- ☐ 対象者の療養環境の変化
- ☐ 対象者のコンディションの変化
- ☐ 対象者本人の希望の変化時
- ☐ キーパーソンの考えの変化時
- ☐ 療養方針の変更時
- ☐ 医療・介護資源の変更時
- ☐ 一定期間の介入後、再アセスメント時

目標を変更すべき事象が生じた際は、必ず経口摂取支援に関わる職種で情報を共有します。経口摂取に関わる職種のすべてが、特別な管理に携わる担い手ですから、チームの中で目標が食い違くと多職種チームとしての機能が失われるばかりか、対象者の不利益に繋がる可能性があります。食事観察や会議のみならず、小さなことでも情報共有することが重要です。

食事中の特別な管理の要点

A.食事環境の調整

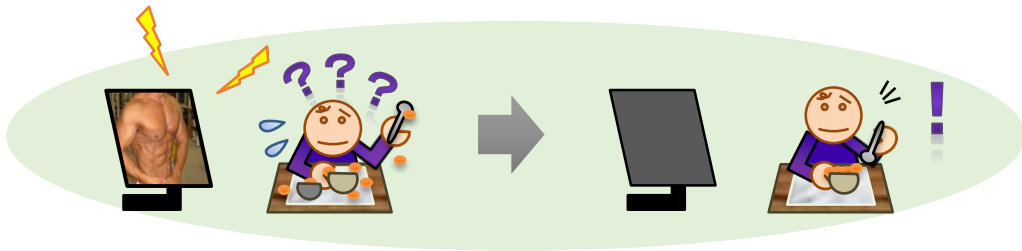
● 食堂の環境

こんな様子の方に

- ☐ 食事を食べ始められない
- ☐ 食事を拒否する
- ☐ 食事を中断してしまう
- ☐ 食事に集中できない

特に認知機能低下があると、様々な環境刺激に気を取られて食事に集中できなくなってしまう。また視野が狭い、視覚障害があるだけでも、目の前の食物を認識できなくなってしまう。

気になる環境内の刺激（物音、動く物、光、においなど）がないか？を確認し調整しましょう。

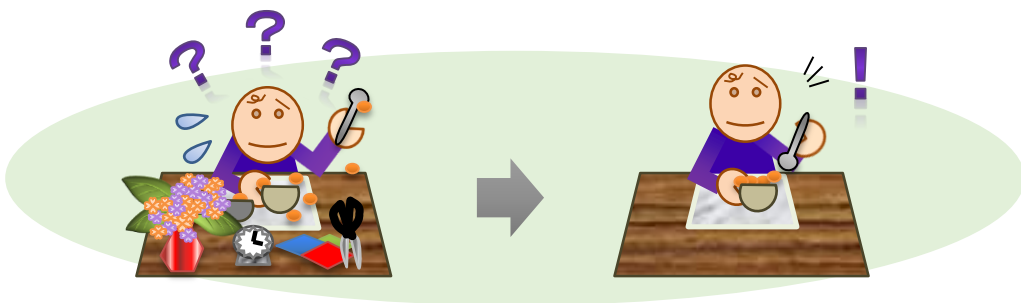


環境刺激の調整

- ☐ テレビやラジオ、周りの物音は静かに
- ☐ 動くもの、動き回る人は少なく
- ☐ 視覚認知しやすい明るさ
- ☐ 食卓を囲む人々との相性（食べるペースが同程度など）
- ☐ 適正な室温と衣類

● 食卓・配膳への工夫

食卓の環境は、食事に注意が向いていても、摂食行動に影響する刺激になります。食べ始められない、食器を並べ替えたり食事に触ってみるものの食べない、「こんなに食べられない」と拒否する、などのケースは食卓の環境に混乱している可能性があります。対象者の残存機能が十分に発揮できるように混乱を避けるシンプルな対象物（食事）、介助食器などの使いやすい置き方などの工夫が必要です。



食卓と配膳される食事の調整

- ☐ 他の雑貨などのない集中できる食卓
- ☐ 認知しやすい箸やスプーンなどの食具
- ☐ 素材感のわかる食形態
- ☐ 識別しやすい色使い、コントラスト
- ☐ 混乱しない品数

食事中の特別な管理の要点

● 食卓・配膳への工夫

こんな様子の方に

- ☐ 食事を食べ始められない
- ☐ 食事を拒否する
- ☐ 食事を中断してしまう
- ☐ 食事に集中できない
- ☐ 手で食べる
- ☐ 奥においてあるものを残す
- ☐ 特定の場所においてあるものを残す
- ☐ 提供された食事量を食べきれない

配膳しても自分で食べ始めない、食事に興味はあるが、食器を並べ替えたり触ったりしてみるものの食べない、手で食べ始めるなどのケースは食卓の環境に混乱している可能性があります。情報は少なくシンプルにし、丼ものやお弁当箱など一皿だけの提供の仕方や、フランス料理やわんこそばの様に一度に配膳する品数を減らすようにするだけでも集中できて適切な行為を導けることがあります。

特定の場所の食べ物を残す場合は、脳の機能（視空間認知障害）や視野の狭さが原因かもしれませんから、食器の配置換えでサポートすることが出来ます。



▲模様は少なく対象物が明確にわかるように



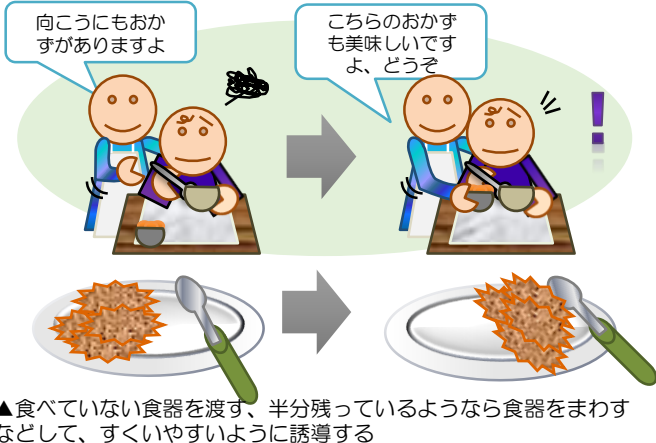
▲品数に混乱するならワンプレート料理



▼行楽気分など心理に訴えかけるお弁当箱

たくさんの量にすくんでしまうようなら、小鉢一つだけお出しして、食べたら注ぎ足す方式も良い

視覚・視野障害や、認知症の症状によっても、対象物の色合いや奥行き、立体感などが認知しにくくなります。脳血管障害後遺症による視空間認知障害では、対象物の半側（多くは左）に注意が向かなくなり、食器の置いてある場所によっては、いつも食べ残してしまうことに繋がります。



こんな様子の方に

- ☐ スプーンからよくこぼす
- ☐ うまくすくえていない
- ☐ 手で食べる
- ☐ 手や口の協調ができない
- ☐ 早食べ・かきこみ食べ（次から次へと食べ物を口に運ぶ）
- ☐ たくさんの食べ物を頬張る
- ☐ 一口量が多い

▶こぼしやすい、上肢の運動障害がある場合は、食器や食具への配慮を行うことで食べやすくなります。また介助食器に変更してから、介助食器の方向を適切に置くことですくいやすくなります。



食事中の特別な管理の要点

B.体の準備～食事姿勢の調整

● バイオリズムへの配慮

こんな様子の方に

- ☐ 食事時間に覚醒していない
- ☐ 食事途中で寝てしまう



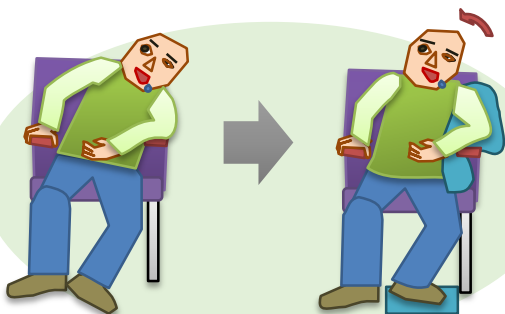
食事中の覚醒は、安全な嚥下のために非常に重要です。一日全体のバイオリズムから見直してみる必要があります。昼夜逆転傾向がある、睡眠薬の効果が朝まで残っているなどの様子であれば、睡眠不足や疲れの解消、食事時間帯の見直し、睡眠薬等の見直し（医師に相談）が必要です。

日によって・時間によってムラがあるような対象者では、覚醒状態が悪い・機嫌が悪く何に対しても拒否するような時間帯は食事を中止し、良いときを見計らって食事を温めなおしたり間食などの形で提供するほうが、快適かつ安全に食べることに繋がり、栄養量の確保が出来ます。

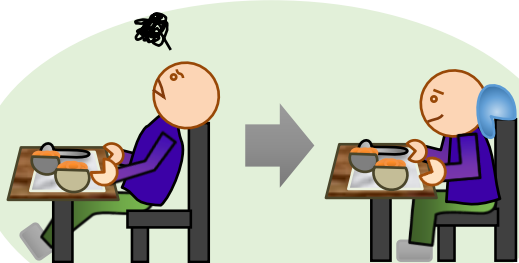
● 身体の準備と姿勢の調整

こんな様子の方に

- ☐ 食事を食べ始められない
- ☐ 食事に集中できない
- ☐ スプーンからよくこぼす
- ☐ うまくすくえていない
- ☐ 口からよくこぼれる
- ☐ よく噛まずに丸飲み
- ☐ 食べ物をいつまでも噛んでいる
- ☐ 口の中に溜め込む
- ☐ 食べ物をなかなか飲み込まない
- ☐ 飲み込みに時間がかかる
- ☐ 一口に何度も嚥下しないと飲み切れない
- ☐ 食事中によくむせる
- ☐ 食事の後半によくむせる
- ☐ 食事中に喉がゴロゴロ鳴っている
- ☐ 食事中に濁ったガラガラ声になる



▲下肢の麻痺により骨盤がずれてしまいがちだと容易に体幹が傾きます。麻痺側の接地、骨盤の角度の調整などを行います。



▲仙骨座りで体幹・頸部が後継すると食べにくいばかりか誤嚥しやすい姿勢になります。座面に深く座り軽く下を向けるように調整します。

食事前には、食事のための体の準備が必要です。準備が整っていないと気がそがれ、適切な行動が起こせないことがあります。排泄は済ませているか？疲れ、睡眠不足、発熱、痛みの有無などを確認してから食事を開始します。

また食事の姿勢が崩れていることで、食事をうまく認識できないばかりか嚥下しにくくなってしまふことを理解し、以下の様に姿勢の調整をはかります。姿勢の崩れが原因で配膳された食事のすべてを認知できないことから食べ残しにもつながる可能性があります。

また活動量の低下した要介護高齢者では頸部や上肢の拘縮が起こりがちですが、特に起床直後の身体の柔軟性が損なわれた状態で食事を始めると、誤嚥しやすくなってしまいます。そのような対象者では食前のマッサージやリラクセーションが必要です。



▲脳血管障害後遺症により半側麻痺があると、麻痺側に傾いてきてしまいがちです。肘掛やクッションなどで骨盤の位置から支えることが重要です。

姿勢調整の目安

- ☐ 頭が直立するように枕やクッションなどで調整する
- ☐ 体幹と股関節、膝関節は90度に曲がるような椅子
- ☐ 背骨が床と垂直になるよう、骨盤を立てる
- ☐ 足の裏を接地させる
- ☐ 嚥下時には顎を引くことが出来る
- ☐ 肩・肘に無理のかからない食卓の高さ
- ☐ 食卓と身体はこぶし1つぶん離す程度
- ☐ 奥においた食器まで見えるように配膳

食事中の特別な管理の要点

C.実行機能と動作への調整

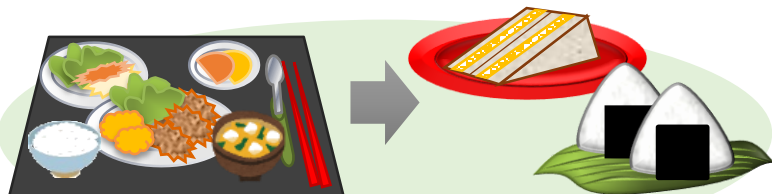
● 注意機能維持に向けた配慮

認知症を持つ要介護高齢者では、時間の見当識の障害や実行機能障害があることで、その場に適した行為の組み立てが障害されることがあります。食事の環境に情報が多すぎるような場合、食事を行う上で使用する箸やスプーンの使い方が分からないくらい混乱しているかもしれません。

こんな様子の方に

- ☐ 食事を食べ始められない
- ☐ 食事を拒否する
- ☐ 食事を中断してしまう
- ☐ 食事に集中できない
- ☐ 手で食べる
- ☐ 食事の後半に食べ物で遊ぶ
- ☐ 食べ終わるまでに30分以上かかる

固形物の咀嚼と嚥下に問題がないようであれば、一口サイズのおにぎりやサンドイッチなど、道具を使わずに食べられる食物を用意することで、混乱なく早く食事が終わり、食事の後半に集中がとぎれて混乱することを防げる可能性があります。



また情報に混乱してしまって、動作のきっかけがつかめないようなケースでは、声掛けだけでなく、食事の動作のきっかけを支援します。いきなり介助摂食とせずに、動作の最初のきっかけをお手伝いするだけで自立摂食が継続できることがあります。声掛けで始まらなければ、食事内容を説明し、手で示し、手にスプーンや食器を持って頂き、さらに最初の一口をすくう動きのお手伝いをします。



● 安全を重視した動作への配慮

こんな様子の方に

- ☐ 手や口の協調ができない
- ☐ 早食べ・かきこみ食べ
(次から次へと食べ物を口に運ぶ)
- ☐ たくさんの食べ物を頬張る
- ☐ 一口量が多い
- ☐ 口からよくこぼれる
- ☐ よく噛まずに丸飲み



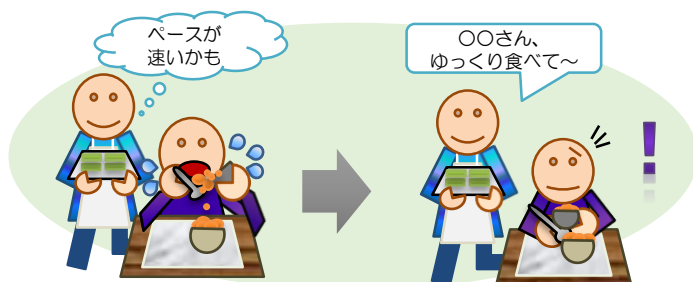
自立摂食している対象者で、認知症の精神心理学的症状によって食事動作の計画が不十分であるケースでは、口に運ぶペースの配分がうまく出来ないケースや、すくい取りの分量の計画がうまくいかないなどのケースがあります。

一口量が多すぎるケースでは、口に頬張りすぎることによって窒息のリスクがあります。またペースが速すぎる早食べのケースでは、嚥下のタイミングと口に入れるタイミングが合わないことで、丸飲みになってしまったり、呼吸との協調がとれずに吸い込んだりしてしまうことで誤嚥・窒息のリスクがあります。

声かけ（「ゆっくりたべて」「一度ゴホンと咳をして」「よく噛んでから飲んでね」）や、スプーンのサイズダウン（⇒小さなスプーンに変更、食器を小ぶりにする）などで調整出来る事もあります。

また小さい小鉢を一つ持って頂いて、わんこそばの様に食べたら注ぎ足すようにしてペースをコントロールすることも効果があります。

調整が困難のようなら、窒息リスクを回避し安全を重視するために一旦食形態を見直し、介助摂食にする必要があるケースもあります。このような場合は、認知症等の進行で症状が変化することを予測し6か月後くらいには再評価を行い自立を促進する検討を行います。

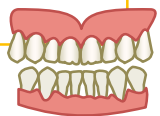


D.口腔機能の確認とトレーニングの可能性

● 咀嚼機能の確認

こんな様子の方に

- 口からよくこぼれる
- よく噛まずに丸飲み
- 硬いものは出してしまう
- 軟らかいものを選んで食べる
- 食べ物をいつまでも噛んでいる
- 口の中に溜め込む
- 食べ物をなかなか飲み込まない
- 飲み込みに時間がかかる
- 一口に何度も嚥下しないと飲み切れない
- 特定の食べ物を残す
- 繊維質の野菜類を残す
- 噛みごたえのあるものを残す
- 酸味のあるものを残す



要介護高齢者の口腔は、義歯が入っていたとしても咀嚼筋や舌筋の筋肉量の低下から上手く咀嚼できていないケースも多く見られます。また義歯が壊れたまま使用していることで口腔内に傷が出来ていたり、気付かないうちに粘膜疾患があったというケースもしばしばあります。

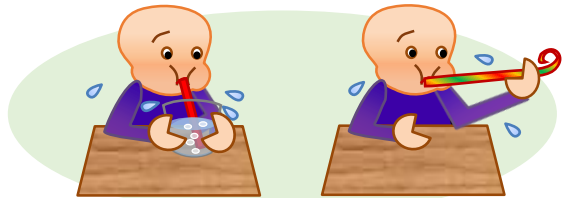
口腔内の状態が適切でないと、咀嚼や食塊形成、送り込みが不十分となり嚥下機能にも問題が起こります。その場合はよく噛まずに丸飲みになってしまい、嚥下反射とのタイミングが合わずに誤嚥や窒息のリスクがあります。

咀嚼機能の低下があると、口腔内に繊維質や硬い食べ物が残ってしまうことがあります。こうしたものを異物と判断して口から出したり、食べなくなってしまうこともあります。

このようなケースでは一旦口腔内を確認し、咀嚼しにくい状態でないか（入れ歯が壊れている、安定が悪い、摩耗が著しい、虫歯で歯が折れたなど）、また舌や頬粘膜、顎の筋肉などの力が弱くなっていないか確認しましょう。治療や食形態、トレーニング等を検討するため、歯科医師に相談を行うことが必要です。

● トレーニングを行うことができる場合

要介護高齢者の摂食嚥下機能低下は、活動性の低下による拘縮や廃用による筋力低下の影響によるケースが少なくありません。要介護高齢者が自動運動できる場合は、摂食嚥下機能のトレーニングを行うと廃用の改善、筋力の維持向上に効果があります。他動運動のみの場合でも、介助者や家族、他の利用者と楽しく行う工夫をして、レクリエーションを兼ねて行うのも有効です。このような対応を行う場合は頸椎疾患などによる可動域制限がないことを確認してから行う必要があります。



ブローイング



嚥下おでこ体操

症状	改善が期待できる訓練方法
呼吸が浅い	深呼吸、両腕を上げてわき腹を伸ばす、体幹をひねる、ストローや笛を吹くなどのレクリエーション
頸部が硬く、自由な方向を向けない	頸部のマッサージ、少しずつ前後左右に動かす（頸椎症等がないことを確認の上行う）
食事後に声がかすれる	手を押し合う、指を組んで左右の腕を引き合うなど上肢に力を入れてもらうことで、声門が閉じる力を強くする
舌の動きが悪い	舌をガーゼで持って、前突させるように引き出す、舌で自分の頬を押し、マッサージするように上下左右に動かす、【タ】【力】【う】行などの構音訓練を繰り返す
飲み込む力が弱い	寝たまま首だけを起こしおへそを見るトレーニング（シャキア法）で舌骨を持ち上げる筋肉を鍛える、嚥下おでこ体操
口から食べ物がもれる	頬を膨らます、ストローや笛を吹く、【パ】行の構音訓練
鼻から食べ物がもれる	頬を膨らます、ストローや笛を吹く、【パ】行の構音訓練
口の中がひどく乾燥している	頻繁な口腔ケア、保湿、水分摂取、頬・唾液腺のマッサージ（水分摂取制限や薬剤の副作用を確認の上行う）

食事中の特別な管理の要点

E.嚥下機能低下への配慮

● 食形態の調整と疲労回避

こんな様子の方に

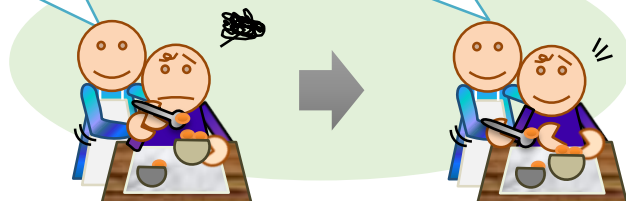
- 食事中によくむせる
- 食事の後半によくむせる
- 食事中に喉がゴロゴロ鳴っている
- 食事中に濁ったガラガラ声になる
- 食べ物をいつまでも噛んでいる
- 口の中に溜め込む
- 食べ物をなかなか飲み込まない
- 飲み込みに時間がかかる
- 一口に何度も嚥下しないと飲み切れない
- 食事後半に疲れる
- 食べ終わるまでに30分以上かかる
- 提供された食事量を食べきれない
- 食べ終わってからむせ込む



食べるのに時間がかかって疲れてしまう場合は、40分程度でいったん終了し、しばらくしてから間食として提供する

食べるの疲れちゃいましたね

一旦お休みしましょう
また後でね



摂食嚥下機能が低下することにより、咽頭残留が起こりやすく、喉頭侵入や誤嚥しやすい状態になります。

対象者の嚥下機能に食形態を合致させること、また感覚刺激を上手く引き出すような食事・介助方法にすることで、改善する可能性があります。食べ終わってからむせ込むようなケースは、食事の最後に咽頭貯留をクリアするようにゼリーを召し上げて頂く、食後に喀出を促す、等で効果が期待できます。

また体力の低下している対象者や、一口の量を飲み込むのに何度も嚥下しないと飲み込めないような対象者は、食事に時間がかかることで疲労して、適切な嚥下に必要な動きをうまく出せなくなります。嚥下反射を高める食事の工夫・介助の工夫や、食事が短時間で終わるように高栄養補助食品などの応用を検討し、病状に合わせ無理なく出来るリハビリテーションを検討します。

※ 嚥下機能に適した食形態は「日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013」等を参照してください。

嚥下機能への配慮の例

- 1) 食事前の適正な姿勢（ポジショニング）を行ったうえで以下を検討
- 2) 飲み込みやすい食事形態の選択（冷たいゼリーやとろみ剤の活用など）
- 3) むせる食品の見直し；味付けや風味を強めに付け、口腔内での認知を高める工夫や、好みの食べ物への変更
- 4) 休息と活動のバランスの調整、体力作りに向けた支援
- 5) 嚥下体操などリハビリテーション
- 6) 嚥下に集中できるよう配慮（飲み込んでいる最中に話しかけない、覚醒レベルに配慮するなど）

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013

Oj：誤嚥した際の組織反応や感染を考慮してたんぱく質含有量が少ないもの
吸引が容易である物性

Oj（ゼリー）とOt（とろみ）

咀嚼に関連する運動（舌や頬、顎の動き）は行わず、スプーンですくった少量を丸吞みすることが可能な形態

Ot：食塊形成力低く、咽頭圧形成能低下で残留や誤嚥しやすいものに適用。滑らかにし凝集性を負荷した“たべる”もの（“のむ”ものではない）でたんぱく質含有量が少ないもの

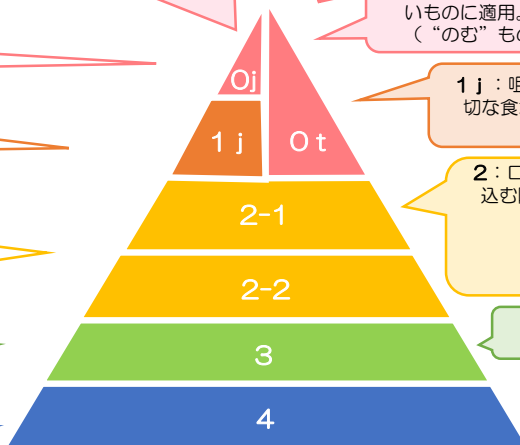
若干の送り込み能力がある人に

若干の食塊保持と送り込み能力がある人に

食塊形成能力・保持する能力がある人に

舌での食塊形成能力がある人に

咀嚼様運動による食塊形成能力がある人に



1j：咀嚼能力は不要で、スプーンですくった時点で適切な食塊状。均質でなめらか、離水が少ないゼリー・プリン・ムース状

2：口腔内の簡単な操作で食塊にまとめられる、送り込む際に多少意識して口蓋に舌を押し付ける必要があるもの
ミキサー・ピューレ・ペースト状
2-1：なめらかで均一
2-2：軟らかい粒を含む不均一

3：形はあるが押しつぶし食べ可能
やわらか食・ソフト食

4：かたすぎず、ばらけにくく、貼りつきにくいもの、箸で切れるやわらかさ、歯槽堤（歯茎）で押しつぶせるもの

食事中の特別な管理の要点

E.嚥下機能低下への配慮

● 誤嚥しにくい介助方法の工夫

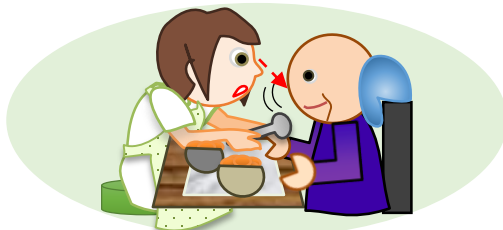
こんな様子の方に

- ☐ 食事中によくむせる
- ☐ 食事の後半によくむせる
- ☐ 食事中に喉がゴロゴロ鳴っている
- ☐ 食事中に濁ったガラガラ声になる
- ☐ 食べ物をいつまでも噛んでいる
- ☐ 口の中に溜め込む
- ☐ 食べ物をなかなか飲み込まない
- ☐ 飲み込みに時間がかかる
- ☐ 一口に何度も嚥下しないと飲み切れない
- ☐ 食事後半に疲れる
- ☐ 食べ終わるまでに30分以上かかる
- ☐ 提供された食事量を食べきれない
- ☐ 食べ終わってからむせ込む

介助摂食になっている高齢者では、介助方法の見直しも有効です。特に介助者が対象者の口に運ぶペースやスプーンの引き抜き角度、介助者の位置などを調節することでも、対象者のもてる機能を活かす可及的に誤嚥や喉頭侵入を軽減する介助になります。

タイミングが合わない様子があるケースでは、対象者の嚥下のタイミングを観察しながら、それに合わせて口に運ぶ介助を検討します。

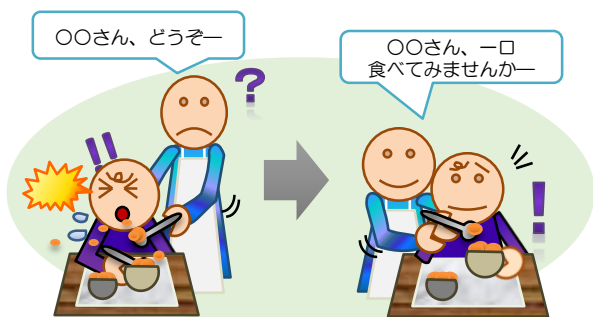
摂食嚥下機能が低下している要介護高齢者の嚥下反射は、非常にゆっくりで、食事に時間がかかると疲労しやすく誤嚥・喉頭侵入のリスクが高い状態となります。限られた食事時間の中で、安全に食事ができるように姿勢を調節したり、味や温度が違う食べ物を交互に介助するなどの工夫を行います。



▲対象者を観察することにより嚥下のタイミングと介助のタイミングを合わせる

嚥下機能への配慮の例（つづき）

- 7) 本人のペースで食べることができるよう支援（咀嚼、嚥下の動作と介助のペースを協調させる、嚥下している最中に声掛けしない、注意を妨げないタイミングで声掛けを行う）
- 8) 飲み込んだことを確認したうえで、次の一口を介助（介助摂食の際、大きなスプーンで詰め込まないスプーンテクニック、嚥下機能に合わせた一口量）
- 9) 介助者のポジショニングの工夫（麻痺側から介助しない、視空間認知しやすい側から介助する、上方から介助しない、スプーンの引き抜き角度は水平に）
- 10) テクスチャー、温度や味の変化を活用した交互嚥下



▲立位の介助は、目線をあわせた座位の介助へ

● 残食確認・残食からの推察と食事への工夫

こんな様子の方に

- ☐ 特定の食べ物を残す
- ☐ 繊維質の野菜類を残す
- ☐ 噛みごたえのあるものを残す
- ☐ おかずは食べるが米飯を残す
- ☐ 酸味のあるものを残す
- ☐ 提供された食事量を食べきれない

▼認知症の症状によっては、特定の食べ物に対する嗜好の変化や、味の好みなどが強く出現するケースがあることに注意しましょう。好みの食べ物のほうが上手に嚥下できることも多くあります。



残食からは有効な情報が得られます。繊維質や硬い食べ物を残したり口から出すケースは、咀嚼機能低下が考えられます。味の濃いものや繊維質の多いものは味覚の低下により、味の濃い食べ物しか美味しく感じられないのかもしれませんが。

加齢だけでなく認知症の症状によっても味覚低下があることが知られています。黒コショウ、ターメリックなどスパイスの風味には食欲を上げ嚥下反射を高める効果があるとされており、強めの風味を付けるなどでも食べて頂けることがあります。

酸味や塩味の濃い食べ物を残すケースは、口腔内に傷がある可能性も考えられます。必要があれば歯科医師に相談することが望まれます。

加齢現象や薬剤の副作用により唾液量低下があるケースでも、希釈能の低下により、特に酸味を嫌いになってしまう要介護高齢者がみられます。唾液量の低下や口腔乾燥については、誤嚥リスクにもなるため、日常的に確認を行うことが必要です。

2-6. 経口維持計画書の完成と家族への説明

要件③ 経口維持計画書

▶ 特別な支援の説明と同意

多職種による様々な視点に基づいた意見と検討を踏まえて、経口維持計画書を作成します。

対象者の選定、摂食機能障害と誤嚥（喉頭侵入含む）の把握のうえ、食事観察と会議によって特別な管理の実施内容についての検討が、経口維持計画書前半のながれになります。そして計画に対し医師または歯科医師の指示が得られたら、経口維持計画書の内容を対象者本人またはご家族に説明して、承諾をいただき経口維持計画書の完成です。相談員や介護支援専門員からご家族に説明する際には、意向の聴取も行うことが重要です。必要があれば管理栄養士や看護師などが立ち会い、専門的な説明も行うと良いでしょう。

また、「それぞれの項目に追加したい項目がある」、「もう少し書き込めるようにしたい」、「家族の意向とサインの欄を大きくしたい」などの必要があれば、様式例をアレンジして施設独自の経口維持計画書を作っても構いません。食事観察等で対象者の状態に変化が見られ、経口維持計画書の変更が必要になった場合は、再度立案します。特別な管理の変更には医師又は歯科医師の指示を受け、経口維持計画の内容について本人またはご家族に同意を得る必要があります。

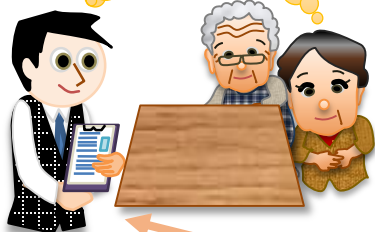


食事観察



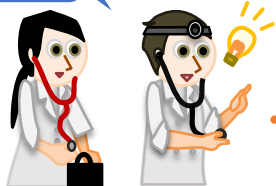
会議

経口維持加算の内容の説明
サービス計画
意向の聴取
同意とサイン



説明内容

特別な管理
を指示



● 経口維持計画書の記載例は第3章をご参照ください。

経口移行・経口維持計画（様式例）

別紙3

氏名	性別 ☐ 男 ☐ 女	生年月日 年 月 日	経口摂取の状態 ☐ 歯又は使用中の義歯がある ☐ 食事の介助が必要である	算定加算 ☐ 経口移行加算 ☐ 経口維持加算(Ⅰ) ☐ 経口維持加算(Ⅱ)及び(Ⅲ) (協力歯科医療機関名)
経食・嚥下機能検査の実施日 ☐ 経口摂取テスト ☐ 経口摂取検査 ☐ 嚥下内視鏡検査 ☐ 嚥下造影検査 ☐ 咽頭能力・機能の検査 ☐ 嚥下機能に課題あり(検査不可のため食事の観察にて確認) ☐ その他()			検査実施日 年 月 日	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在 ☐ 認知機能 ☐ 咽頭・口腔機能 ☐ 嚥下機能

※ 経口移行加算を算定する場合は、「*」の項目の記入は不要です。

1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点*

※ 当欄の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回実施の上、記入してください。

食事の観察を通して気づいた点 食事の観察の実施日: 年 月 日 食事の観察の参加者: ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 管理栄養士/栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☐ 理学療法士 ☐ 看護職員 ☐ 介護職員 ☐ 介護支援専門員	
① 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、姿勢の保持が困難である	☐ はい ☐ いいえ
② 頸部が後屈しがちである	☐ はい ☐ いいえ
③ 食事を楽しみにしていない	☐ はい ☐ いいえ
④ 食事をしながら、寝てしまう	☐ はい ☐ いいえ
⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻りに食事を中断してしまふ。食事に集中できない	☐ はい ☐ いいえ
⑥ 食事又はその介助を拒否する	☐ はい ☐ いいえ
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	☐ はい ☐ いいえ
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	☐ はい ☐ いいえ
⑨ 口腔内に乾燥している	☐ はい ☐ いいえ
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	☐ はい ☐ いいえ
⑪ 嚥むことが困難である(歯・義歯の状態又は咽頭能力等に問題がある)	☐ はい ☐ いいえ
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	☐ はい ☐ いいえ
⑬ 上下の歯歯や義歯が噛み合っていない	☐ はい ☐ いいえ
⑭ 口から唾液や唾液がこぼれる	☐ はい ☐ いいえ
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	☐ はい ☐ いいえ
⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	☐ はい ☐ いいえ
⑰ 食事中や食後に嚥下時になる	☐ はい ☐ いいえ
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	☐ はい ☐ いいえ
⑲ 頻りにむせたり、せきこみたりする	☐ はい ☐ いいえ
⑳ 食事中や食後に嚥下した声になる	☐ はい ☐ いいえ
㉑ 食事の後半は疲れてしまい、特にむせたり、呼吸音が滞ったりする	☐ はい ☐ いいえ
㉒ 観察時から直近1ヶ月程度以内で、嚥下又は食事中に嘔吐したことがある	☐ はい ☐ いいえ

食事観察で得られる所見

多職種会議における議論の概要 会議実施日: 年 月 日 会議参加者: ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 管理栄養士/栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☐ 理学療法士 ☐ 看護職員 ☐ 介護職員 ☐ 介護支援専門員			
経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点	① 食事の形態・とろみ、補助食の活用	☐ 現状維持 ☐ 変更	気づいた点、アドバイス等
	② 食事の周囲環境	☐ 現状維持 ☐ 変更	
	③ 食事の介助の方法	☐ 現状維持 ☐ 変更	
	④ 口腔のケアの方法	☐ 現状維持 ☐ 変更	
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	☐ あり ☐ なし	
算定加算	担当職種	担当者氏名	
経口維持加算(Ⅰ)			
経口維持加算(Ⅱ)			
食事形態の種類・とろみの程度 ※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調査(2013)やその他嚥下調査分類等を参照のこと			

会議の記録

2. 経口による食事の摂取のための計画

※ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

初回作成日 (作成者)	年 月 日 ()	入所(院)者又は家族の意向	同意者のサイン (※初回作成時及び大幅な変更時)	説明と同意を得た日 (※初回作成時及び大幅な変更時) 年 月 日
本人または家族の希望 と サイン				
解決すべき課題や目標、目標期間				
経口による食事の摂取のための対応	経口移行加算			
	経口維持加算(Ⅰ)*			
	経口維持加算(Ⅱ)*			

経口維持計画

経口維持計画の中で目標を立て、負担なく効果的な計画を立案するためには、対象者ご本人の希望やご家族のご希望を取り入れることが望ましいといえます。対象者ご本人の希望や好きな食べ物などの情報をご本人・家族から聞き取り、家族の意向などの情報を集め、それらを考慮した支援を行うことが重要です。

▼説明ツールの例

必要な道具

食べる機能が低下してしまった高齢者に対し、その状態に適した口腔清掃用具や食器・食具などが必要になるケースがあります。それぞれの利用者様の様子を確認してお勧めいたしますが、衛生面の理由などから購入をお願いすることがあります。

口腔衛生に関する道具

歯ブラシや舌ブラシ、義歯ブラシ、義歯洗浄剤などの口腔清掃用具は、利用者様個々人の口腔の状態によって必要なものが異なります。お口の状態を確認した歯科医師や歯科衛生士から説明させていただきます。

- ◀歯肉から血が出る方は柔らかめの歯ブラシ、手の力が弱い方にはグリップの太い歯ブラシが適しています。
- ◀入れ歯には入れ歯専用の義歯ブラシが適しています。必ずお口から取り出して洗います。歯磨き粉は義歯が劣化しますので使用しません。
- ◀泡の出る入れ歯の洗浄剤は、カビの繁殖を予防する酵素が入っているものもあります。
- ▲お口が乾燥する方には、お口のうるおいを維持する口腔内保湿ジェルを使用します。

食事に関する道具

ご病気により動作の不自由があったり、姿勢を保つことが難しくても、食事を楽しめるように、様々な自助食器・食具があります。利用者様個々人の視力や運動機能などに合わせて、使い方も含めて提案させていただきます。

- ▶角度が付いていてすくい取りやすい食器
- ◀食欲の出やすい色の食器、グリップの太いスプーンなど

必要なもののリスト

☐ 歯ブラシ	☐
☐	☐
☐	☐

このパンフレットは介護保険施設に入所されることになった利用者様のご家族のための、経口摂取支援に関する情報提供パンフレットです。

施設情報・問い合わせ

様のご家族様へのお食事に関するサポートのご説明

療養中の利用者様の状態と多職種で行う経口摂取支援について

平成27年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
「要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究」

はじめに

高齢の方は、病気療養中や入院中などで病気の療養が優先される環境にあると、環境や一日のリズム、お薬の変化などのさまざまな変化や、なにより病気の影響で、楽しく美味しく、かつ安全に食事が食べられなくなってしまうことがあります。

当施設では、たくさんの職種が利用者様の楽しく美味しい、そして安全な食生活を支えるお手伝いをしています。

たとえば利用者様のお口の中に痛みがあったり、お口の渇き、咬みにくさ、飲み込みづらさなどで、お食事を食べにくくなることがあります。利用者様のお身体の変化に合わせて、私たちから様々な支援をご提案させていただきます。

すこしでも効果的な食生活の支援を行うためには、利用者様のご希望を現実近づける生活の質を高めることが大事です。なにより大切なのは、ご家族にもチームの一員になって頂くことです。チームの一員として、利用者様のいつもの食習慣、食べ物の好み、苦手な食べ物や嗜好、入れ歯の様子やお口の中の気になることなど、お口の環境整備に関することを私たちに教えてください。些細なことでも構いませんので、お気軽にお話しください。

一緒に食生活の支援を支えましょう！

ご家族として、 様の食についてどんなご希望がありますか？

多職種による経口摂取支援とは

ご本人の希望は

こんなものが食べたいな

言語聴覚士
嚥下機能を判断し、訓練や安全な食べ方などの提案をします

看護師
お身体の状態に合わせた食事やお薬を飲む援助をします

医師
摂食嚥下機能の評価や病態に見合ったアドバイスを行います

歯科医師
歯科治療を通じて食べられる口腔になるお手伝いをします

歯科衛生士
口腔衛生を保ち、口腔機能を高めるお手伝いをします

介護福祉士
毎日の様子を観察しながら食事の援助をします

管理栄養士
必要な栄養量を計算し、利用者様の嗜好にあった栄養ケア計画を立てます

当施設では
...
のメンバーも参画しております！

介護支援専門員
ご希望を伺い、食事に関するサポートのご説明をします

ご高齢の方のよりよい食生活をサポートするためには、たくさんの職種がそれぞれの専門性を活かして、包括的に検討する必要があります。利用者様のお身体の変化に合わせて、安全に、かつ美味しくお食事が出来るように、リハビリテーションや支援を提案させていただきます。

2-7. 経口維持加算開始からの期間と継続

経口維持加算（Ⅰ）の算定期間は原則として開始月から起算して6月以内です。医師または歯科医師により特別な管理の結果対象者に摂食機能障害及び誤嚥が認められなくなったと判断された際には、算定できません。

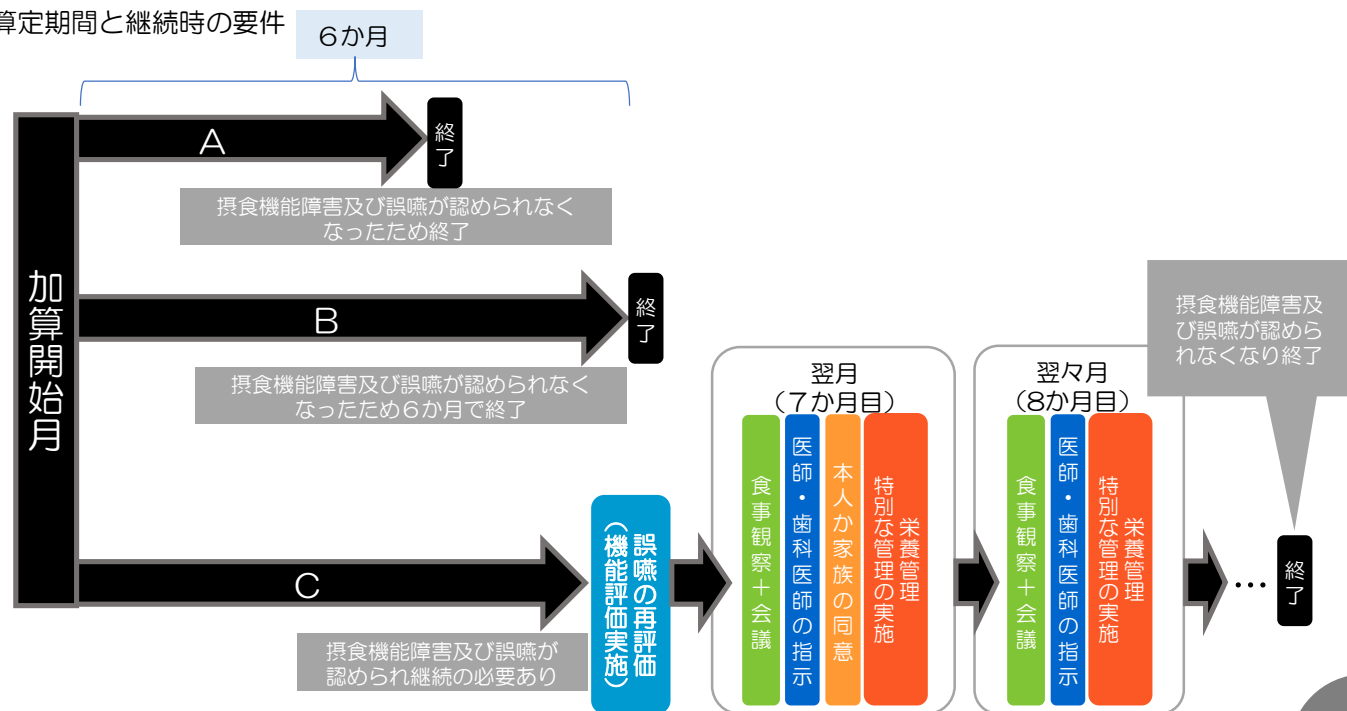
一方、6月を超えた場合でも、検査を行い再度摂食機能障害及び誤嚥が認められ特別な管理が必要であると医師又は歯科医師の指示があり、かつ利用者の同意がある場合に限り、引き続き算定できることとなっています。ただし、その場合は、概ね1ヶ月毎に「特別な管理の必要の有無」について医師又は歯科医師の指示が必要になります。

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月8日老企第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄） 再掲

ハ 当該経口維持計画に基づき、栄養管理を実施すること。「特別な管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のことをいう。経口維持加算（Ⅰ）の算定期間は、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理により、当該入所者に摂食機能障害及び誤嚥が認められなくなったと医師又は歯科医師が判断した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。

ニ 入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6月を超えた場合でも、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により、引き続き、摂食機能障害及び誤嚥が認められ、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして医師又は歯科医師の指示がなされ、また、当該特別な管理を継続することについての入所者の同意が得られた場合にあっては、引き続き当該加算を算定できるものとする。ただし、イ又はロにおける医師又は歯科医師の指示は、おおむね1月ごとに受けるものとする。

●算定期間と継続時の要件



● 適切な管理体制のものと管理

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月8日老企第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）

④ **管理体制**とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制とすること。

上記「管理体制」とは20ページ「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第二十一号）（抄）【平成二十七年四月一日施行】（1）経口維持加算（I）注1」1行目の「厚生労働大臣が定める基準※」における管理体制のことをいいます。

【厚生労働大臣が定める基準】※

➡大臣基準告示・六十七

イ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ロ 入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されていること。

ハ 誤嚥等が発生した場合の**管理体制**が整備されていること。

ニ 食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がされていること。

ホ 上記ロからニを多職種協働により実施するための体制が整備されていること。

経口維持加算の対象となるものは、摂食機能障害及び誤嚥（喉頭侵入含む）のあるものであり、多職種による食事観察や会議によって計画される経口維持計画があっても、対象者の病状によっては計画を中止せざるを得ないケースや、誤嚥した際の排痰、適切な医療につなげることなどが必要なケースがあります。対象者の安全管理のため、経口維持計画の作成にあたっては、かならず医師又は歯科医師の意見を踏まえた上、適宜医師または歯科医師との緊密な連携が迅速に行われるような体制を整備することが必要です。また同様に医師と歯科医師の間の緊密な連携体制も重要です。

● モニタリングと効果の確認 関連職種へのフィードバック

経口維持計画に則った特別な管理を実施している期間は、月一回以上の食事観察と会議を行い対象者の様子をモニタリングし、効果を確認します。臨床的に対象者の嚥下機能を確認するには、誤嚥の徴候（むせる、食後のガラガラ声（湿性嚔声）、嚥下後の呼吸の乱れ（呼吸切迫）、頻繁な発熱、夕方の発熱など）をモニタリングします。対象者の活気の有無、コメント等も重要な情報です。要介護高齢者に対する介入は、じっくり数カ月介入して初めて効果が現れるケースも少なくありません。あせらず確実な支援を心がけましょう。

また効果が現れたら、小さなことでも多職種の経口摂取支援チームや関連職種（厨房なども）に連絡しましょう。特別な管理（経口摂取支援）にかかわった全ての人にとって、介入効果が現れたことがさらなる支援へのモチベーションになります。

多職種による月一回以上の食事観察と会議

- ・ 定期的に摂食機能のモニタリングを行うこと
- ・ 定期的に誤嚥の徴候をモニタリングすること
- ・ 定期的に生活の様子、生活機能の確認をすること
- ・ モニタリングの結果をチーム、主治医等に報告すること

モニタリングから計画の見直しに向けたポイント

- ・ 計画的に経口摂取支援を提供できているか
- ・ 対象者の要介護状態の軽減や悪化の防止につながる支援となっているか
- ・ 対象者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立につながる支援になっているか
- ・ 常に病状、心身状態及びその置かれている環境の的確な把握に努め、それを踏まえて療養上の適切な支援となっているか
- ・ 可能な限り能力に応じた日常生活を営むことが出来るようにしているか
- ・ 生活の質が向上する支援になっているか

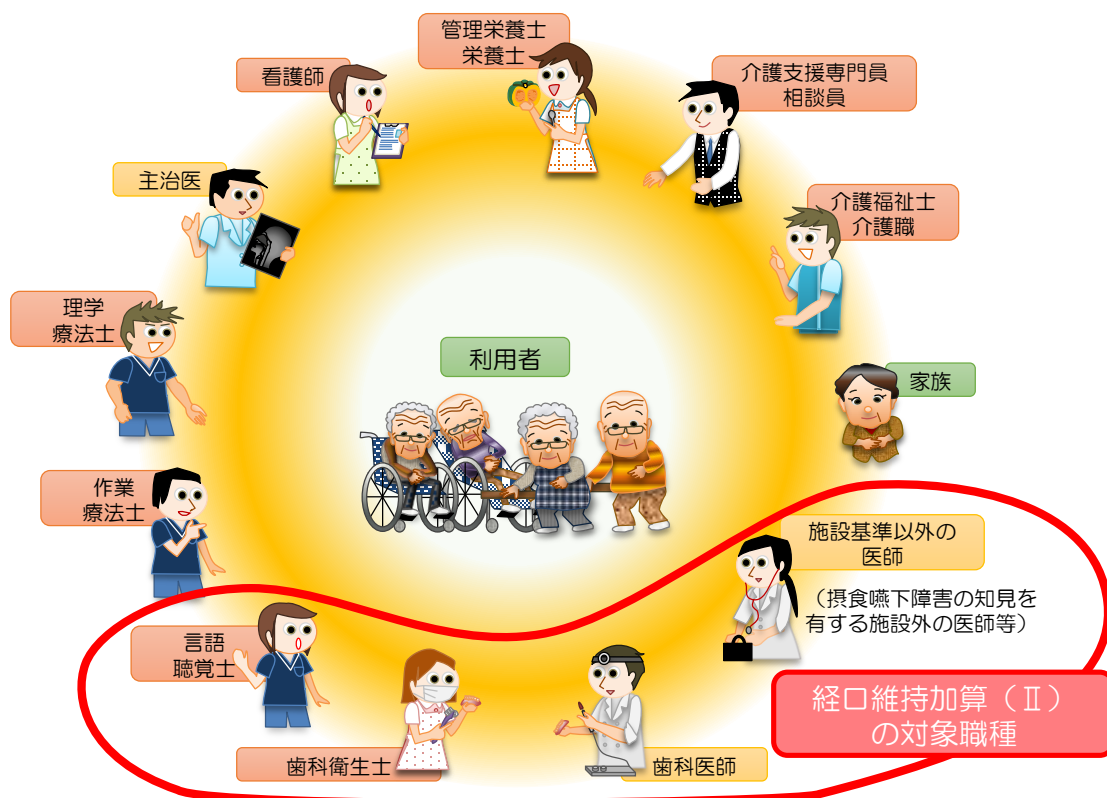
2-8. 経口維持加算（Ⅱ）

経口維持加算（Ⅱ）の算定基準は、食事の観察および会議の際に、以下の留意事項に定める職種が参加し、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定した場合、とされています。

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月8日老企第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）

② 経口維持加算（Ⅱ）における食事の観察及び会議等の実施に当たっては、医師（施設基準に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が加わることで、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定した場合に算定されるものであること。

経口維持加算（Ⅱ）の食事観察や会議等は、経口維持加算（Ⅰ）に定める医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員、その他の職種（介護福祉士など）のほか、施設基準以外の医師、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士のいずれか1名が加わる必要があります。それぞれの職種が多種多様な意見を出し合うことで、多角的な意見交換により対象者のQOLを上げるような支援の提案を行い、経口維持計画書の質の向上を行うことが目的です。



高齢者の食欲不振・機能低下を 医師につなげるサイン

経口維持加算に係る食事観察や会議等において、対象者の容態の変化によっては医療的な介入を提案すべきケースもあります。定期的な観察、モニタリングによってこれらのサインを見逃さないことが重要です。平素から医師または歯科医師との緊密な連携を行っておくことで、適切な連携に繋がります。

- ・急に食欲が低下⇒基礎疾患との関連、急性感染症（肺炎、尿路感染症、胆のう炎など）、結核
- ・嘔吐・逆流⇒消化器疾患、通過障害等の可能性
- ・身体所見：下腿の浮腫⇒心不全や腎不全、廃用性浮腫の可能性
- ・食事が美味しくなく⇒亜鉛欠乏等の味覚障害やうつの可能性
- ・薬剤：ジギタリス中毒、カルシウム・ビタミンD製剤による薬剤性高カルシウム血症による食欲不振、ポリファーマシー（多剤内服）による食欲不振

● 対象者の口腔内の把握と歯科医師・歯科衛生士との連携

要介護高齢者の摂食機能障害や誤嚥（喉頭侵入含む）、食欲不振の原因には、義歯不適合や口腔粘膜の傷など、口腔内の問題も指摘されています。摂食嚥下機能に影響を与える口腔内の状態に関し、改善に結びつく確かなアセスメントのために歯科医師や歯科衛生士にアセスメントを依頼することが重要です。

要介護高齢者は訴えに乏しい面があり、また口腔内の観察だけでは的確な支援に結びつけることが困難なこともあります。たとえば「最近、入れ歯を使っていない」「義歯を外してしまう」「嚙まずに丸飲みしている」などのケースはもちろん、対象者自身に特に口腔に関する訴えがなくても、定期的に口腔内の確認を行う必要があります。歯科医師との連携によって義歯の調整などの治療で課題解決する可能性もあります。

口腔衛生状態の把握

自分で歯磨きしている要介護高齢者の中には、上手に磨けていない方も少なくありません。口腔内や義歯の清掃状態、口臭の有無を確認し、介助の必要性のアセスメントを確認しておくことが重要です。口腔内の清掃状態が不良であると、ごく少量の唾液の誤嚥でも誤嚥性肺炎発症リスクが高まります。歯がない方でも義歯の洗浄が不十分であると義歯に細菌や真菌が繁殖し、粘膜炎や誤嚥性肺炎のリスクが高まりますので、義歯も必ず物理的・化学的に洗浄することが必要です。口腔衛生状態やケア方法に関しては歯科医師・歯科衛生士にアセスメントを依頼することで効果的なケアに繋がります。



▲唾液や汚れ、口腔粘膜の剥離上皮が固まってしまった状態



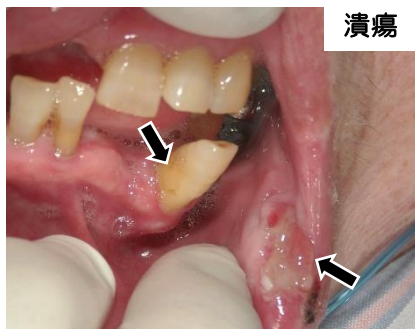
▲外して洗わなかった義歯の内面



▲真菌が繁殖した義歯

口腔粘膜疾患の有無

口腔粘膜の潰瘍（粘膜の傷）や口腔乾燥、口角炎、カンジダ（真菌）症など口腔粘膜の病変によっても摂食障害や誤嚥の原因になることがあります。食事観察で「特定の味のものを残す」「食べるときに顔をしかめる」「食べ物がいじる」「水分がないと嚥下できない」ようなケースでも口腔粘膜を確認する必要があります。気になる様子があったら歯科医師・歯科衛生士に相談しましょう。



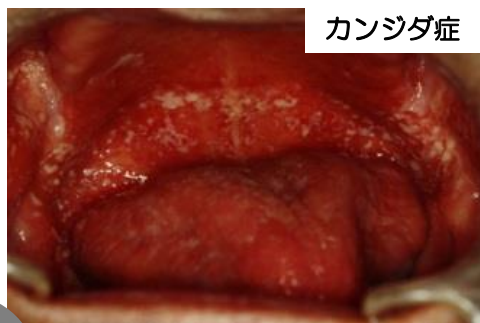
潰瘍

◀食事の際の痛みがあるので観察した。かみあわせが崩壊した結果、歯が移動したため、口唇に刺さり、潰瘍ができていた。



口腔乾燥と口角炎

◀食事の際に水分を含まないとなかなか嚥下できない様子があり、また食事を嫌がり開口拒否のため観察した。口腔乾燥、口角炎があり、開口によって痛みがある様子だった。



カンジダ症

◀免疫低下と薬剤の副作用があり口腔粘膜に真菌が繁殖した。ピリピリするという訴えがあった。



扁平苔癬

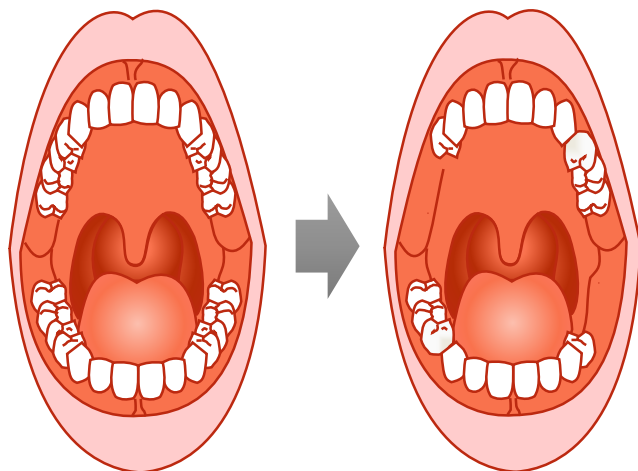
◀塩辛いもの・酸味のある物に痛いという訴えがあった。口腔粘膜に発赤とレース状白斑があり扁平苔癬が出来ていた。

器質的な咀嚼機能の把握

口腔衛生状態の確認を行う過程で、虫歯や欠損による咀嚼困難が見つかることがあります。また「咀嚼をしないで丸呑みしている」「窒息しそうになったことがあった」「歯が欠けて義歯を使えなくなった」などのケースで、口腔内に残っている歯が咀嚼に適した状態であるかを確認する必要があります。

図のように、一見たくさん自分の歯が残っているように見えても、奥歯が部分的に欠損して、噛み合う部分がなくなっているケースは非常に多くみられます。

また、「義歯が壊れたままで使用しなくなった」ケース、前歯部分でしか噛んでいないケースでは、咀嚼をほとんど行わずに食べ物を丸呑みしているケースもあります。義歯などの治療で、咀嚼機能が回復可能なケースもあるので、本人や家族と話し合ってから歯科医師に依頼すると良いでしょう。



▲すべて歯がそろっている口腔内。奥歯で咬むことができる。

▲互い違いに（右上の奥、左下の奥）歯が欠損した口腔内。前歯しか噛むところがない。

義歯の状態の把握

壊れた入れ歯を、知らずにそのまま使用していると、口腔内の粘膜が傷ついたり、外れやすい状態になります。そうした状況では食事が食べにくくなり、繊維質の食材を口から出してしまうなどの行為にもつながります。また小さい入れ歯では食べ物と一緒に飲んでしまうこともあるので注意が必要です。義歯の清掃を行う際には義歯の形態を注意して観察しておきましょう。

▼長期の使用で義歯の歯の部分がり減ってしまった義歯。すり減ることで位置がずれてしまい咀嚼効率が悪い状態。



▼壊れやすく、また飲み込んでしまえるほど小さな義歯。ゆがみや金属の破損などがないか確認する必要がある。

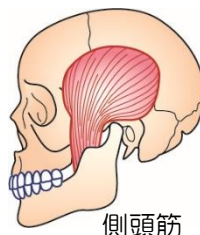


参考 機能的な咀嚼機能の把握 咬筋と側頭筋の触診

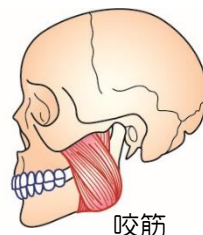
咀嚼機能の判断方法はいくつかありますが、嚥下機能低下している要介護高齢者に対しては検査食を使用できないケースがあります。そのような際に咬筋の機能の触診は噛む力の簡易的な判断方法です。

側頭筋の機能は、臼歯部で噛みしめられるかの指標になります。

- ① 左右の耳の付け根の下（顎角部のやや内側）に人差し指、中指、薬指の先の腹の部分で軽く触れ、「痛くない範囲で、できるだけ強く奥歯で咬んで下さい」と対象者に言う。
- ② 先で咬筋が緊張して太く、硬くなるのを指が押される感覚で評価する。
- ③ 咬筋が緊張して太く、硬くなるのを触診して評価する。



側頭筋



咬筋

1：強い	指先が強く押される。咬筋が硬くなっているのが明確に触診できる。
2：弱い	指先が弱く押される。咬筋が硬くなっているのがほとんど触診できない。
3：なし	指先が押される感覚がない。咬筋が硬くなっているのが全く触診できない。

・ Ohara Y, Hirano H, Watanabe Y, Eda Hiro A, Sato E, Shinkai S, Yoshida H, Mataka S : Masseter muscle tension and chewing ability in older persons, *Geriatrics & Gerontology International*, 13(2) : 372-377, 2013.

Q1 Q：経口維持加算と療養食加算は、併算定できますか？

A：可能です。平成27年度改定により併算定が可能になりました。

Q2 Q：経口維持加算と経口移行加算は、併算定できますか？

A：併算定できません。

Q3 Q：指示を行う歯科医師は、対象者の入所（入院）している施設の歯科医師でなければいけませんか？

A：対象者の入所（入院）している施設に勤務する歯科医師に限定していません。

Q4 Q：経口維持加算（Ⅱ）は「協力歯科医療機関を定めていること」とされていますが、ミールラウンドや会議に参加する歯科医師は、協力歯科医療機関以外の歯科医師でもよいですか？

A：ミールラウンドや会議に参加する歯科医師は協力歯科医療機関以外の歯科医師でも差し支えありません。歯科的な課題や、義歯の修理など咀嚼機能の課題の解決が必要な際は、協力歯科医療機関の歯科医師と連携を取って診療するようにしてください。

Q5 Q：180日までの算定原則を外れる場合とはどのようなときですか？

A：180日の算定を外れる場合とは、対象者に誤嚥が認められなくなったと医師または歯科医師が判断した場合です。（2-7 参照：45ページ）

Q6 Q：経口維持計画の内容を「サービス計画書」若しくは「栄養ケア計画書」の中に含めることは可能ですか？

A：当該加算に係る部分が明確に判断できれば差し支えありません。（2-6 参照：43ページ）

Q7 Q：経口維持加算の算定のためには、医師・歯科医師の診断書は必要ですか？医師・歯科医師の所見でよいですか？

A：医師・歯科医師の所見で問題ありません。しかし、摂食機能障害の状況やそれに対する指示内容は診療録等に記録しておく必要があります。

Q8 Q：経口維持加算の「入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法における適切な配慮」とは具体的にどのようなことですか？

A：例えば、一律に刻み食を提供することにより、かえって咳き込みやその結果としての誤嚥が生じてしまうといった事例も見受けられることから、経口による食事摂取を進めるためには、入所者が、食物を口の中で咀嚼することに障害があるのか、咀嚼後の食塊形成や移送に障害があるのか、といった個々の状況を把握し、これに応じた食物形態とすることが重要です。

また、誤嚥防止の観点のみならず、口から食べる楽しみを尊重し、見た目、香りやにおい、味付け（味覚）、適切な温度、食感などの要素に配慮することも重要であり、複数の食材を混ぜてペースト状にして一律に提供することなどは適切ではありません。

摂取方法に関しては、それぞれの障害の状態に応じ、摂食・嚥下を行いやすい体位等があるため、誤嚥を防止するよう利用者ごとの適切な体位に配慮するとともに、テーブル、スプーンの形状等の食事環境や、摂取ペースなどにも配慮することが必要です。

第3章

経口維持加算 取り組み事例



～地域開業の医師が参画するケース～

ケース1 症例 83歳 女性 A子さん
ADL：寝返りは自立、移乗、更衣は一部介助、手引き歩行可
入浴機械浴、洗身全介助、食事は配膳すれば自立摂食、時々むせる、臥床して過ごすことが多い



主観的情報

《生活情報収集》

- 疲れた疲れたと日中も横になっていることが多く、骨格筋量の低下の恐れがある。
- 日中は独語が多く、ときどきせん妄がある。
- 移乗、更衣は一部介助、手引きで歩行している。
- トイレ介助はバルーンカテーテルが留置されているので、定時で対応している。
- 義歯は入所前に割ってしまい、その後使用していない。
- 家族より以前はあんこが好きであったと聞いている。

《食事観察》

- 食事配膳すれば、介助なく摂食可能である。最近時々むせる。
- 特に朝は睡眠剤の効果が残っているのか、むせが多いようである。
- 食事中に姿勢が崩れてくる。常に左手が下がっている。下を向いて食べるのでよくこぼす。
- 食べ物ほぼ丸のみである。口腔乾燥しており口臭がある。

客観的情報

身長151cm 体重43.2kg BMI：18.95kg/m²
最近6ヵ月での体重変化：-6.3kg（体重低下リスクは中リスク）

要介護度：要介護4

障害老人の日常生活自立度：B2

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa

既往歴：てんかん、パニック障害、ラクナ梗塞、血栓血管炎、頸椎症、血管性認知症

改訂水飲みテスト：3

地域開業の耳鼻科医に内視鏡検査を依頼したところ、検査中に水分誤嚥が確認された。

問題リストと支援計画

#1 朝食時のムセ

管理計画) 食事時の十分な覚醒状態を確認する。

依頼事項) 投薬調整 食事前の覚醒を促すための相談

#2 体重減少

管理計画) たんぱく質性食品の摂取を増やす。食形態、提供量、提供回数の検討

#3 姿勢の崩れ

管理計画) 食事時の姿勢調整 クッションなど補助具の使用

#4 丸飲み

依頼事項) 歯科受診し義歯作成の検討、咀嚼機能に関する相談

経過記録

#1 投薬調整がなされた。臥床を促すリハビリテーションを行った。

#2 栄養補助食品を追加した。嚥下調整食3、水分はとろみをつけた。
1か月後、体重は44.0kgとなった。

#3 姿勢が安定しムセが減少した。

#4 歯科受診し義歯修理して練習し始めた。

氏名 A子 様	性別 ☐ 男 ☒ 女	生年月日 S8年9月23日	経口摂取の状態 ☐ 歯又は使用中の義歯がある ☒ 食事の介助が必要である	算定加算 ☐ 経口移行加算 ☐ 経口維持加算（Ⅰ） ☒ 経口維持加算（Ⅱ）及び（Ⅲ） （協力歯科医療機関名 A歯科クリニック ）
摂食・嚥下機能検査の実施* ☒ 水飲みテスト ☐ 頸部聴診法 ☒ 嚥下内視鏡検査 ☐ 嚥下造影検査 ☐ 咀嚼能力・機能の検査 ☒ 認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） ☐ その他（ ）			検査実施日* 27年7月6日	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在 ☒ 認知機能 ☒ 咀嚼・口腔機能 ☒ 嚥下機能

※ 経口移行加算を算定する場合は、*の項目の記入は不要です。

1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点*

※ 当欄の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回実施の上、記入してください。

食事の観察を通して気づいた点 食事の観察の実施日： 27年7月10日 食事の観察の参加者： ☒ 医師 ☐ 歯科医師 ☒ 管理栄養士/栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☒ 理学療法士 ☒ 看護職員 ☐ 介護職員 ☒ 介護支援専門員			
① 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	☒ はい ☐ いいえ		
② 頸部が後屈しがちである	☐ はい ☒ いいえ		
③ 食事を楽しみにしていない	☒ はい ☐ いいえ		
④ 食事をしながら、寝てしまう	☐ はい ☒ いいえ		
⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	☒ はい ☐ いいえ		
⑥ 食事又はその介助を拒否する	☐ はい ☒ いいえ		
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	☒ はい ☐ いいえ		
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	☐ はい ☒ いいえ		
⑨ 口腔内が乾燥している	☒ はい ☐ いいえ		
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	☐ はい ☒ いいえ		
⑪ 噛むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）	☒ はい ☐ いいえ		
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	☒ はい ☐ いいえ		
⑬ 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	☒ はい ☐ いいえ		
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	☒ はい ☐ いいえ		
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	☐ はい ☒ いいえ		
⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	☐ はい ☒ いいえ		
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	☒ はい ☐ いいえ		
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	☐ はい ☒ いいえ		
⑲ 頻繁にむせたり、せきこんだりする	☒ はい ☐ いいえ		
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	☒ はい ☐ いいえ		
㉑ 食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	☒ はい ☐ いいえ		
㉒ 観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	☐ はい ☒ いいえ		
㉓ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	☐ はい ☒ いいえ		
多職種会議における議論の概要 会議実施日： 27年7月10日 会議参加者： ☒ 医師 ☐ 歯科医師 ☒ 管理栄養士/栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☒ 理学療法士 ☒ 看護職員 ☒ 介護職員 ☒ 介護支援専門員			
経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点	① 食事の形態・とろみ、補助食の活用	☐ 現状維持 ☒ 変更	
	② 食事の周囲環境	☒ 現状維持 ☐ 変更	
	③ 食事の介助の方法	☐ 現状維持 ☒ 変更	
	④ 口腔のケアの方法	☐ 現状維持 ☒ 変更	
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	☒ あり ☐ なし	
算定加算	担当職種	担当者氏名	気づいた点、アドバイス等
経口維持加算（Ⅰ）	看護師	那須 優子	朝食時むせる、咽頭貯留する
	管理栄養士	栄 計世	たんばく質性食品追加の必要がある
	介護福祉士	寄居 心	姿勢が崩れる、丸飲みしている、こぼす
	理学療法士	力武 歩	姿勢、一日の活動バランスの改善
経口維持加算（Ⅱ）	耳鼻科医師	石田 華美	水分とろみ、薬剤調整、歯科受診を指示
食事形態の種類・とろみの程度 ※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013やその他嚥下調整食分類等を参照のこと		嚥下調整食3、水分とろみ付、高たんばくゼリー追加	

2. 経口による食事の摂取のための計画

※ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

初回作成日（作成者）	27年7月10日 （ 管理栄養士 栄 計世 ）	説明	介護支援専門員 援藤 守夫
作成（変更）日（作成者）	年 月 日（ ）		
入所（院）者又は家族の意向 あんこが好きなので、出来れば食べさせてあげたい		同意者のサイン （※初回作成時及び大幅な変更時） A子娘	説明と同意を得た日 （※初回作成時及び大幅な変更時） 27年7月10日
解決すべき課題や目標、目標期間		①食事時覚醒を促す＋薬剤調整 ②食形態・栄養量調整 ③姿勢保持 ④歯科受診 6か月を目途に	
経口による食事の摂取のための対応	経口移行加算		
	経口維持加算（Ⅰ）*	食事前覚醒を促す、姿勢の調整、水分誤嚥に留意する	
	経口維持加算（Ⅱ）*	薬剤調整を主治医に依頼、歯科受診依頼、たんばく質性食品追加	

地域開業の歯科医師が参画するケース

ケース2

症例 79歳 男性 B夫さん

症例 ADL：寝返りは自立、歩行困難で車椅子使用、認知機能低下は軽度 更衣は一部介助
入浴機械浴、洗身全介助、食事は配膳すれば自立摂食。



主観的情報

《生活情報収集》

●B夫氏が「食事のときに義歯が当たって痛くてつらい」と面会に来た家族に訴え、地域歯科医師会に連絡をした。H歯科医院から歯科医師、歯科衛生士が施設に歯科訪問診療に訪れた。

●義歯調整をはじめたが、うがいた際にむせるなど、誤嚥の徴候がみられた。

●「義歯が合わなくなってから体重減少がある」という看護師の情報もあり、施設医師に確認を取り経口摂取支援を行うことになった。

《食事観察》

●義歯を入れないと咀嚼できないため、痛くても義歯を使って食事をしている。本人希望で常食の形態を提供しているが、咀嚼時の疼痛でほとんど噛めておらず、丸のみの状態である。

●摂取できる食品は豆腐やうどんなど軟らかいものに偏っている。

●咀嚼時は顔をしかめている

●食事の後半では、疲れてしまうのかお茶でむせることがたびたびある。

客観的情報

身長165cm 体重46kg BMI：16.9kg/m²

最近3か月での体重変化：-5kg（体重低下リスクは高リスク）

要介護度：要介護2

障害老人の日常生活自立度：A1

認知症高齢者の日常生活自立度：I

既往歴：脳血管障害、大腿骨頭骨折

改訂水飲みテスト：4 反復唾液嚥下検査 1回 口腔ディアドコキネシス Ka 3回/秒

歯科医に嚥下機能調査を依頼したところ、頸部聴診法により湿性嚙声や水泡音が著明で、喉頭侵入が認められた。口腔内には義歯性潰瘍があり、咀嚼機能低下と口腔衛生状態の不良があった。

問題リストと支援計画

#1 義歯による痛み

管理計画)義歯修理が終わり傷が治るまでは食形態を本人が摂取しやすいものにする。

依頼事項)歯科介入し義歯治療

#2 体重減少

管理計画)2カ月程度、栄養補助食品や栄養補助飲料等で不足した熱量や栄養素を補充する。

(咀嚼困難だと糖質に偏った食事になりがちのため、たんばく質を中心にバランスよく摂取できるように計画する。)

#3 口腔機能の低下

依頼事項)歯科衛生士に口腔機能訓練と定期的な専門的口腔ケアを依頼

経過記録

#1 義歯を修理したところ、1か月後には傷も治り痛みが改善した。

#2 口腔機能が回復するまで、間食に栄養補助食品を効果的に使用し、食事時間が長くないように配慮した。嚥下調整食3、水分は薄いとりみ、痛みの改善後再検討を行うこととした。

#3 口腔機能訓練と専門的口腔ケアの介入により 日中は義歯の装着を継続でき、常食摂取がほぼ問題なくできるようになり、2ヶ月後には体重が49Kgになった。

氏名 B夫 様	性別 ☒ 男 ☐ 女	生年月日 S11年 3月 11日	経口摂取の状態 ☒ 歯又は使用中の義歯がある ☐ 食事の介助が必要である	算定加算 ☐ 経口移行加算 ☐ 経口維持加算（Ⅰ） ☒ 経口維持加算（Ⅰ）及び（Ⅱ） 協力歯科医療機関名 H歯科医院
摂食・嚥下機能検査の実施* ☒ 水飲みテスト ☒ 頸部聴診法 ☐ 嚥下内視鏡検査 ☐ 嚥下造影検査 ☒ 咀嚼能力・機能の検査 ☐ 認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） ☐ その他（ ）			検査実施日* 27年3月 1日	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在 ☐ 認知機能 ☒ 咀嚼・口腔機能 ☒ 嚥下機能

※ 経口移行加算を算定する場合は、*の項目の記入は不要です。

1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点*

※ 当欄の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回実施の上、記入してください。

食事の観察を通して気づいた点 食事の観察の実施日： 27年 3月 3日 食事の観察の参加者： ☐ 医師 ☒ 歯科医師 ☒ 管理栄養士/栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☐ 理学療法士 ☒ 看護職員 ☒ 介護職員 ☒ 介護支援専門員			
① 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	☐ はい ☒ いいえ		
② 頸部が後屈しがちである	☐ はい ☒ いいえ		
③ 食事を楽しみにしていない	☒ はい ☐ いいえ		
④ 食事をしながら、寝てしまう	☐ はい ☒ いいえ		
⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	☐ はい ☒ いいえ		
⑥ 食事又はその介助を拒否する	☐ はい ☒ いいえ		
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	☐ はい ☒ いいえ		
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	☐ はい ☒ いいえ		
⑨ 口腔内が乾燥している	☐ はい ☒ いいえ		
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	☒ はい ☐ いいえ		
⑪ 噛むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）	☒ はい ☐ いいえ		
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	☒ はい ☐ いいえ		
⑬ 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	☒ はい ☐ いいえ		
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	☒ はい ☐ いいえ		
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	☐ はい ☒ いいえ		
⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	☐ はい ☒ いいえ		
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	☒ はい ☐ いいえ		
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	☐ はい ☒ いいえ		
⑲ 頻繁にむせたり、せきこんだりする	☒ はい ☐ いいえ		
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	☒ はい ☐ いいえ		
㉑ 食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	☒ はい ☐ いいえ		
㉒ 観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	☐ はい ☒ いいえ		
㉓ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	☒ はい ☐ いいえ		
多職種会議における議論の概要 会議実施日： 27年 3月 18日 会議参加者： ☐ 医師 ☒ 歯科医師 ☒ 管理栄養士/栄養士 ☒ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☐ 理学療法士 ☒ 看護職員 ☒ 介護職員 ☒ 介護支援専門員			
経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点	① 食事の形態・とろみ、補助食の活用	☐ 現状維持 ☒ 変更	
	② 食事の周囲環境	☒ 現状維持 ☐ 変更	
	③ 食事の介助の方法	☒ 現状維持 ☐ 変更	
	④ 口腔のケアの方法	☐ 現状維持 ☒ 変更	
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	☒ あり ☐ なし	
算定加算	担当職種	担当者氏名	気づいた点、アドバイス等
経口維持加算（Ⅰ）	歯科医師	芳賀 健磨	義歯咬耗、破折、義歯性潰瘍、咀嚼機能低下
	管理栄養士	栄 計世	義歯治療終了まで、間食に補助栄養食品を使う
	看護師	那須 優子	食事後半の疲労
	介護福祉士	寄居 心	豆腐・うどんなど軟らかいもののしか食べない
経口維持加算（Ⅱ）	歯科衛生士	羽野 清香	痛みによる口腔ケア困難、口腔機能低下
食事形態の種類・とろみの程度 ※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013やその他嚥下調整食分類等を参照のこと		嚥下調整食3、水分はうすいとろみ付、間食に栄養補助アイス	

2. 経口による食事の摂取のための計画

※ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

初回作成日（作成者）	27年 3月 20日 （ 管理栄養士 栄 計世 ）	説明 介護支援専門員 援藤 守夫
作成（変更）日（作成者）	年 月 日（ ）	
入所（院）者又は家族の意向	入れ歯の痛みを取りたい おいしく食事をしたい（B夫氏）	同意者のサイン （※初回作成時及び大幅な変更時） B夫 息子 説明と同意を得た日 （※初回作成時及び大幅な変更時） 27年 3月 20日
解決すべき課題や目標、目標期間	①歯科受診 ②栄養量の確保 ③口腔機能の改善 義歯治療終了までを目安とする	
経口による食事の摂取のための対応	経口移行加算	
	経口維持加算（Ⅰ）*	栄養補給、食形態調整、補助食品の検討歯科依頼
	経口維持加算（Ⅱ）*	口腔機能訓練、専門的口腔ケア

医師と歯科衛生士が参画するケース

ケース3

症例：88歳 女性 C美さん
ADL：自立 歩行器を使用し歩行可能



主観的情報

《生活情報収集》

●先月風邪を引いたあとに、口腔内の痛みが出現した。口腔ケアはいままで自立していたが、疼痛のため行わなくなり、その後舌や頬粘膜に白色の偽膜が出現した。施設医師に診察を受けたところ、口腔カンジダ症と診断され、抗真菌剤の洗口剤が処方され、連携先の歯科医師に診察依頼があった。上下に部分義歯あり、適合は問題なし。残存歯は上6本下3本であった。

●C美氏はもともと几帳面な性格で、食後に義歯はきちんと自分で洗っていたが、現在は義歯の着脱が痛いようで、義歯を入れたままの状態セルフケアを行っており就寝時も義歯をはずしていない。

●口が渴いて飲み込みにくい。口腔内の疼痛が出現してから、会話でも「擦れて痛い」と会話が減り、得意なカラオケやレクリエーションも休んでいる。

《食事観察》

●酸味・塩味の強いもの、熱いものは滲みるので食べない。普段は果物が好物であるが、最近は避けている。パンなどパサパサした食感のものでむせる。

●何を食べてもおいしくない、と言い食事量が減少している。

客観的情報

身長140cm 体重36kg BMI：18.37kg/m²

最近6ヵ月での体重変化：-1kg（体重低下リスクは低リスク）

要介護度：要介護1

障害老人の日常生活自立度：A1

認知症高齢者の日常生活自立度：I

既往歴：糖尿病、老年期認知症

※療養食（糖尿病食）

水飲みテスト：4 反復唾液嚥下テスト 2回 口腔ディアドコキネシス Ka 2回/秒

医師の診察時に喉頭侵入ありと判断された。

問題リストと支援計画

#1 口腔の痛み

依頼事項) 口腔カンジダ症の治療（医師による処方）。

歯科医師より施設勤務の歯科衛生士に、口腔ケア・洗口方法の指導を行う様に指示。

管理計画) 痛みが改善するまでは栄養補助食品で不足した熱量や栄養素を補充する。

味つけや提供温度などにも注意する。

#2 口腔機能の低下と口腔乾燥

依頼事項) 歯科医師から歯科衛生士に口腔機能訓練と機能的口腔ケア、義歯取り扱いの指導を指示。

#3 口腔乾燥による嚥下困難

管理計画) 粉っぽく唾液が少ないと食べにくい食品や食形態は避ける。洗口・義歯取り扱いの補助。

経過記録

#1 抗真菌剤の洗口剤を処方し、2週間使用したところ痛みが改善した。特別な管理（看護師の口腔粘膜ケア、介護士の洗口と義歯取り扱いの補助）の効果もあり、口腔内の白色病変が消失した。

#2 痛みが無くなり活気が出て口腔機能訓練を楽しんで行うことができ、カラオケやレクリエーションにも積極的に取り組むようになった。セルフケアも再開できた。

#3 偏食が改善されバランスよく食事をとることができるようになった。体重維持できている。

氏名 C美 様	性別 ☐ 男 ☒ 女	生年月日 S2年8月2日	経口摂取の状態 ☒ 歯又は使用中の義歯がある ☐ 食事の介助が必要である	算定加算 ☐ 経口移行加算 ☐ 経口維持加算（Ⅰ） ☒ 経口維持加算（Ⅰ）及び（Ⅱ） （協力歯科医療機関名 A歯科クリニック ）
摂食・嚥下機能検査の実施* ☒ 水飲みテスト ☐ 頸部聴診法 ☐ 嚥下内視鏡検査 ☐ 嚥下造影検査 ☒ 咀嚼能力・機能の検査 ☒ 認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） ☐ その他（ ）			検査実施日* 27年10月1日	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在 ☐ 認知機能 ☒ 咀嚼・口腔機能 ☐ 嚥下機能

※ 経口移行加算を算定する場合は、*の項目の記入は不要です。

1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点*

※ 当欄の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回実施の上、記入してください。

食事の観察を通して気づいた点 食事の観察の実施日： 27年10月3日 食事の観察の参加者： ☒ 医師 ☐ 歯科医師 ☒ 管理栄養士/栄養士 ☒ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☐ 理学療法士 ☒ 看護職員 ☒ 介護職員 ☒ 介護支援専門員			
① 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	☐ はい ☒ いいえ		
② 頸部が後屈しがちである	☐ はい ☒ いいえ		
③ 食事を楽しみにしていない	☒ はい ☐ いいえ		
④ 食事をしながら、寝てしまう	☐ はい ☒ いいえ		
⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	☐ はい ☒ いいえ		
⑥ 食事又はその介助を拒否する	☐ はい ☒ いいえ		
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	☐ はい ☒ いいえ		
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	☐ はい ☒ いいえ		
⑨ 口腔内が乾燥している	☒ はい ☐ いいえ		
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	☒ はい ☐ いいえ		
⑪ 嚥むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）	☒ はい ☐ いいえ		
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	☒ はい ☐ いいえ		
⑬ 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	☐ はい ☒ いいえ		
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	☐ はい ☒ いいえ		
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	☒ はい ☐ いいえ		
⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	☐ はい ☒ いいえ		
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	☒ はい ☐ いいえ		
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	☐ はい ☒ いいえ		
⑲ 頻繁にむせたり、せきこんだりする	☐ はい ☒ いいえ		
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	☒ はい ☐ いいえ		
㉑ 食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	☐ はい ☒ いいえ		
㉒ 観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	☐ はい ☒ いいえ		
㉓ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	☒ はい ☐ いいえ		
多職種会議における議論の概要 会議実施日： 27年10月3日 会議参加者： ☒ 医師 ☐ 歯科医師 ☒ 管理栄養士/栄養士 ☒ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☐ 理学療法士 ☒ 看護職員 ☒ 介護職員 ☒ 介護支援専門員			
経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点	①食事の形態・とろみ、補助食の活用	☐ 現状維持 ☒ 変更	
	②食事の周囲環境	☒ 現状維持 ☐ 変更	
	③食事の介助の方法	☒ 現状維持 ☐ 変更	
	④口腔のケアの方法	☐ 現状維持 ☒ 変更	
	⑤医療又は歯科医療受療の必要性	☒ あり ☐ なし	
算定加算	担当職種	担当者氏名	気づいた点、アドバイス等
経口維持加算（Ⅰ）	医師	医王田 保	糖尿病コントロール不良 難治性の口腔カンジダ症
	管理栄養士	栄 計世	本人の好物をうまく取り入れて摂取量改善目指す
	看護師	那須 優子	洗口の支援、粘膜ケア
	介護福祉士	寄居 心	食べやすい甘くて柔らかいものを偏食している。
経口維持加算（Ⅱ）	歯科衛生士	羽野 清香	疼痛による口腔機能の低下、セルフケア不良
食事形態の種類・とろみの程度 ※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013やその他嚥下調整食分類等を参照のこと	嚥下調整食3 水分とろみなし ※療養食（糖尿病食）		

2. 経口による食事の摂取のための計画

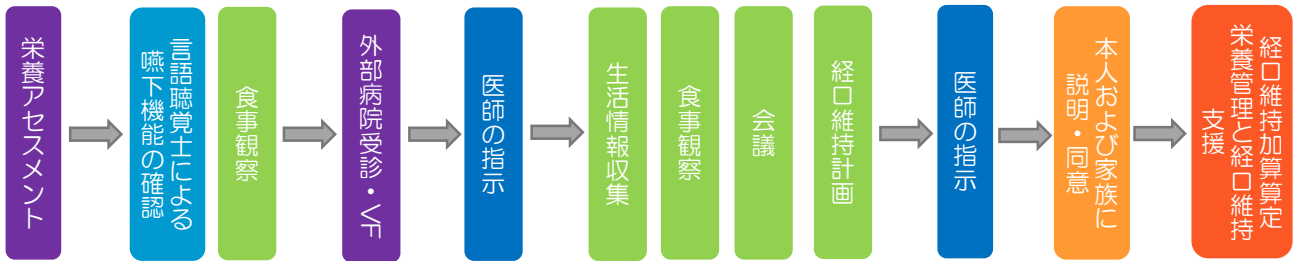
※ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

初回作成日（作成者）	27年10月13日 （ 管理栄養士 栄 計世 ）	説明	介護支援専門員 援藤 守夫
作成（変更）日（作成者）	年 月 日（ ）		
入所（院）者又は家族の意向	口の中の不快な状態を改善したい。好物の果物を食べたい。	同意者のサイン （※初回作成時及び大幅な変更時） C美 孫	説明と同意を得た日 （※初回作成時及び大幅な変更時） 27年10月13日
解決すべき課題や目標、目標期間	①補助食品の使用 ②口腔環境の改善 ③口腔機能の改善 ③食形態の調整		
経口による食事の摂取のための対応	経口移行加算		
	経口維持加算（Ⅰ）*	口腔カンジダ症治療 口腔内の状態に合わせた食事の提供、糖尿病コントロールのための栄養量調整	
	経口維持加算（Ⅱ）*	洗口方法の指導、嚥下体操など口腔機能向上、セルフケアの指導	

医師と言語聴覚士が参画するケース

ケース4

症例：75歳 男性 D彦さん
ADL：寝返りは自立、移乗、更衣は一部介助、歩行器歩行 左半身麻痺
洗身一部介助、食事は一部介助、左空間失認、水分で時々むせる



主観的情報

《生活情報収集》

●脳出血発症後のリハビリテーション病院入院を経て1年前に施設入所した。施設入所後二度目の脳血管障害により失語症が発症し、当施設のSTが週2回リハビリを行っていた。

●先月誤嚥性肺炎を起こし近隣病院に2週間入院した後、経口摂取可能とのことで退院したが、この1年間で今回と半年前の2回、誤嚥性肺炎の既往がある。

●定年前は公務員で、真面目に物事を進めるタイプ、痛みなどを訴えることなく我慢する傾向にある。

《食事観察》

●食事が一番の楽しみで、経口摂取再開への意欲は強い。義歯・咀嚼機能に問題ない。

●左空間失認があり、介助は右側から食事介助を行っており配膳も気をつけている。水分でむせる。

●咀嚼している時間が長く食事のペースが遅い。食べているうちにだんだん食欲がなくなってしまう。

●あまり甘いものが好きでなく、栄養補助ゼリーには手をつけない。

客観的情報

身長166cm 体重48.3kg BMI：17.53kg/m²

最近1か月の体重変化：-1.7kg (-3.4%) (体重低下リスクは中リスク)

要介護度：要介護3

障害老人の日常生活自立度：B1

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa

既往歴：高血圧、脳出血、左半身麻痺、失語症、誤嚥性肺炎

水飲みテスト 3 頸部聴診 水泡音、複数回嚥下

医師の指示でリハ病院に外来受診して嚥下造影検査を行った。嚥下反射の低下と水分で嚥下前誤嚥があったと報告された。

問題リストと支援計画

#1 水分でのムセ

管理計画) 姿勢の調整、水分にとろみをつける。

#2 食事ペースが遅く、充分量を食べる前に疲れてしまう。

管理計画) 食事回数を増やす(間食に高タンパク質性食品を追加)

摂取量が足りない時は栄養補助食品を導入する。

一食40分以内で食事終了するように、一食の食事量を調整。

#3 嚥下機能低下嚥下に関する筋力が低下している。

依頼事項) リハビリテーションは失語に加え嚥下反射の惹起性改善や筋力訓練、嚥出訓練を導入。

経過記録

家族の同意が得られた5月から算定開始した。

#1 食事に使う椅子に姿勢保持のクッションを組み合わせ、うまく姿勢を維持できるよう調整した。とろみ水を冷やして提供したところ、ムセが改善した。

#2 間食に冷奴など 甘くなく食べやすいものを出したところ、喜んで摂取するようになった。

#3 既に担当リハビリスタッフと良好なコミュニケーションが取れており、摂食嚥下リハビリテーションについても熱意をもって取り組み、2か月後にはムセることがなくなり安定した経口摂取ができるようになった。その後半年経過しているが誤嚥性肺炎は再発していない。

氏名 D彦 様	性別 ☒ 男 ☐ 女	生年月日 S15年11月3 日	経口摂取の状態 ☒ 歯又は使用中の義歯がある ☒ 食事の介助が必要である	算定加算 ☐ 経口移行加算 ☐ 経口維持加算（Ⅰ） ☒ 経口維持加算（Ⅰ）及び（Ⅱ） （協力歯科医療機関名） A歯科クリニック
摂食・嚥下機能検査の実施* ☒ 水飲みテスト ☒ 頸部聴診法 ☐ 嚥下内視鏡検査 ☒ 嚥下造影検査 ☐ 咀嚼能力・機能の検査 ☐ 認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） ☐ その他（ ）			検査実施日* 27年4月20日	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在 ☐ 認知機能 ☐ 咀嚼・口腔機能 ☒ 嚥下機能

※ 経口移行加算を算定する場合は、*の項目の記入は不要です。

1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点*

※ 当欄の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回実施の上、記入してください。

食事の観察を通して気づいた点 食事の観察の実施日：27年4月5日（1回目）、4月28日（2回目） 食事の観察の参加者： ☒ 医師 ☐ 歯科医師 ☒ 管理栄養士/栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☒ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☒ 理学療法士 ☒ 看護職員 ☒ 介護職員 ☐ 介護支援専門員			
① 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	☒ はい ☐ いいえ		
② 頸部が後屈しがちである	☐ はい ☒ いいえ		
③ 食事を楽しみにしていない	☐ はい ☒ いいえ		
④ 食事をしながら、寝てしまう	☐ はい ☒ いいえ		
⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	☐ はい ☒ いいえ		
⑥ 食事又はその介助を拒否する	☐ はい ☒ いいえ		
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	☒ はい ☐ いいえ		
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	☐ はい ☒ いいえ		
⑨ 口腔内が乾燥している	☐ はい ☒ いいえ		
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	☐ はい ☒ いいえ		
⑪ 嚥むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）	☐ はい ☒ いいえ		
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	☐ はい ☒ いいえ		
⑬ 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	☐ はい ☒ いいえ		
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	☒ はい ☐ いいえ		
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	☒ はい ☐ いいえ		
⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	☒ はい ☐ いいえ		
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	☒ はい ☐ いいえ		
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	☒ はい ☐ いいえ		
⑲ 頻繁にむせたり、せきこんだりする	☐ はい ☒ いいえ		
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	☒ はい ☐ いいえ		
㉑ 食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	☒ はい ☐ いいえ		
㉒ 観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	☐ はい ☒ いいえ		
㉓ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	☐ はい ☒ いいえ		
多職種会議における議論の概要 会議実施日：27年4月28日 会議参加者： ☒ 医師 ☐ 歯科医師 ☒ 管理栄養士/栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☒ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☒ 理学療法士 ☒ 看護職員 ☒ 介護職員 ☒ 介護支援専門員			
経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点	① 食事の形態・とろみ、補助食の活用	☐ 現状維持 ☒ 変更	
	② 食事の周囲環境	☐ 現状維持 ☒ 変更	
	③ 食事の介助の方法	☒ 現状維持 ☐ 変更	
	④ 口腔のケアの方法	☒ 現状維持 ☐ 変更	
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	☐ あり ☒ なし	
算定加算	担当職種	担当者氏名	気づいた点、アドバイス等
経口維持加算（Ⅰ）	医師	医王田 保	毎週 食後頸部聴診を行い経過をみる
	管理栄養士	栄 計世	補食は本人好みのもので高たんぱく質食品
	看護師	那須 優子	声掛け、吸引機の準備
	理学療法士	力武 歩	姿勢維持用のクッションで体幹の維持、嚥出訓練
経口維持加算（Ⅱ）	言語聴覚士	五井 増恵	嚥下反射の惹起性を改善するリハビリ
食事形態の種類・とろみの程度 ※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013やその他嚥下調整食分類等を参照のこと	間食に高たんぱく質食品追加、嚥下調整食3、水分に中等度のとろみ（冷やして提供）		

2. 経口による食事の摂取のための計画

※ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

初回作成日（作成者）	27年4月13日（管理栄養士 栄 計世）	説明	介護支援専門員 援藤 守夫
作成（変更）日（作成者）	年 月 日（ ）		
入所（院）者又は家族の意向	できるだけ口から食べたい、リハビリ頑張る（D彦氏） ・リハビリに対して意欲あります。（弟）	同意者のサイン （※初回作成時及び大幅な変更時） D彦 弟	説明と同意を得た日 （※初回作成時及び大幅な変更時） 27年5月1日
解決すべき課題や目標、目標期間	①姿勢調整 ②食事ペースの安定、食形態提供法に関して検討 ③直接＋間接の摂食嚥下訓練		
経口による食事の摂取のための対応	経口移行加算		
	経口維持加算（Ⅰ）*	椅子、テーブルなど環境調整、姿勢が維持できるように工夫、間食追加、温度の工夫	
	経口維持加算（Ⅱ）*	摂食嚥下リハビリテーション強化	

入所時に栄養アセスメントと 嚥下機能検査を同時に行うケース

ケース5

症例：症例 78歳 女性 E代さん
ADL：寝返りは自立、移乗、更衣は全介助 自立歩行不可 車椅子
左半身麻痺 洗身一部介助、食事は一部介助。入浴機械浴、洗身全介助



主観的情報

《生活情報収集》

●75歳アルツハイマー病（以下AD）診断され78歳（4か月前）に脳血管障害発症。発症1か月後リハビリテーション病院に転院となった。リハビリテーション病院で摂食機能療法を行い、一部介助で嚥下調整食2-2の経口摂取が可能となったため、今回当施設に入所となった。

●入所前調査票の情報から、入所時に嚥下機能検査を行うこととなった。

《食事観察》

●脳血管障害で入院以来、ずっと部分義歯を外しており、義歯は痛いからと言って、食事のときも義歯なしで残存歯を使って食べている。奥歯はない様子。

●食事の食べ始めはペースが速いが、食べ方にムラがあり、途中で中断することもある。食事時間が長く、最後の方は疲れてしまっているようで他のことに注意が向いてしまう。

●左手は誘導しないと使わない。食器を倒してこぼしてしまうことがある。

●処方薬内服の際に錠剤がのみにくい様子で、今まで数回口腔内に残薬があった。

客観的情報

身長152cm 体重52kg BMI：22.5kg/m²

最近6ヵ月での体重変化は-2.5kg（体重低下リスクは低リスク）

要介護度：要介護4

障害老人の日常生活自立度：B2

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱb

既往歴：HT、AD、脳血管障害、心房細動、高脂血症、左上肢不全麻痺 ※療養食（高脂血症食）

水飲みテスト 3

入所時に医師が頸部聴診し、咽頭の水泡音があり、摂食機能障害の様子から特別な管理が必要と判断された。

問題リストと支援計画

問題と治療計画

#1 水分でのムセ

管理計画）姿勢の調整 水分にとろみをつける。

#2 食事ペースが速く 食べこぼしや食器の転倒がある。

管理計画）声掛けをして、食事をゆっくり摂取して頂く。食具や食器、配膳の方法を検討する。

#3 丸飲みしている。

依頼事項）歯科受診し義歯の治療。義歯着脱指導。

#4 錠剤が飲みにくい。

R x）内服にとろみ水を使用する。簡易懸濁など他の経口与薬方法を検討する。

経過記録

#1 食事に使う椅子に姿勢保持のクッションを組み合わせ うまく姿勢を維持できるよう調整した。

トロミ水を冷水で作成したところムセが改善した。

#2 本人の性格に合わせて声掛けをして食事のペースを保った。ST・OTリハビリを導入した。

#3 義歯調整をし、着脱・洗浄を介助で行うことにした。2か月後咀嚼するようになってきた。

#4 服薬補助ゼリーを使用し、残薬しないようになった。

氏名 E代 様	性別 ☐ 男 ☒ 女	生年月日 S12年 6月 6日	経口摂取の状態 ☒ 歯又は使用中の義歯がある ☒ 食事の介助が必要である	算定加算 ☐ 経口移行加算 ☐ 経口維持加算(Ⅰ) ☒ 経口維持加算(Ⅱ)及び(Ⅲ) 協力歯科医療機関名 ()
摂食・嚥下機能検査の実施* ☒ 水飲みテスト ☒ 頸部聴診法 ☐ 嚥下内視鏡検査 ☐ 嚥下造影検査 ☐ 咀嚼能力・機能の検査 ☐ 認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） ☐ その他（ ）			検査実施日* 27年 9月 6日	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在 ☒ 認知機能 ☒ 咀嚼・口腔機能 ☒ 嚥下機能

※ 経口移行加算を算定する場合は、*の項目の記入は不要です。

1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点*

※ 当欄の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回実施の上、記入してください。

食事の観察を通して気づいた点 食事の観察の実施日： 27年 9月 0日 食事の観察の参加者： ☒ 医師 ☐ 歯科医師 ☒ 管理栄養士/栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士 ☒ 作業療法士 ☐ 理学療法士 ☒ 看護職員 ☒ 介護職員 ☐ 介護支援専門員			
① 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	☒ はい ☐ いいえ		
② 頸部が後屈しがちである	☒ はい ☐ いいえ		
③ 食事を楽しみにしていない	☐ はい ☒ いいえ		
④ 食事をしながら、寝てしまう	☐ はい ☒ いいえ		
⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	☒ はい ☐ いいえ		
⑥ 食事又はその介助を拒否する	☐ はい ☒ いいえ		
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	☒ はい ☐ いいえ		
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	☒ はい ☐ いいえ		
⑨ 口腔内が乾燥している	☐ はい ☒ いいえ		
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	☐ はい ☒ いいえ		
⑪ 嚥むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）	☒ はい ☐ いいえ		
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	☒ はい ☐ いいえ		
⑬ 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	☒ はい ☐ いいえ		
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	☐ はい ☒ いいえ		
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	☐ はい ☒ いいえ		
⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	☐ はい ☒ いいえ		
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	☒ はい ☐ いいえ		
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	☒ はい ☐ いいえ		
⑲ 頻繁にむせたり、せきこんだりする	☐ はい ☒ いいえ		
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	☐ はい ☐ いいえ		
㉑ 食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	☒ はい ☐ いいえ		
㉒ 観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	☐ はい ☒ いいえ		
㉓ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	☐ はい ☒ いいえ		
多職種会議における議論の概要 会議実施日： 27年 9月 11日 会議参加者： ☒ 医師 ☐ 歯科医師 ☒ 管理栄養士/栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☒ 言語聴覚士 ☒ 作業療法士 ☐ 理学療法士 ☒ 看護職員 ☒ 介護職員 ☒ 介護支援専門員			
経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点	①食事の形態・とろみ、補助食の活用	☐ 現状維持 ☒ 変更	
	②食事の周囲環境	☐ 現状維持 ☒ 変更	
	③食事の介助の方法	☒ 現状維持 ☐ 変更	
	④口腔のケアの方法	☐ 現状維持 ☒ 変更	
	⑤医療又は歯科医療受療の必要性	☒ あり ☐ なし	
算定加算	担当職種	担当者氏名	気づいた点、アドバイス等
経口維持加算(Ⅰ)	医師	医王田 保	協力歯科医師に義歯治療を依頼
	看護師	那須 優子	義歯不使用で咬めていない。口腔内残薬がある
	作業療法士	業平 耕作	右手で扱えるような配膳を提案
	管理栄養士	栄 計世	義歯治療終了まで食形態変更
経口維持加算(Ⅱ)	言語聴覚士	五井 増恵	食べるペースのコントロールについて検討
食事形態の種類・とろみの程度 ※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013 やその他嚥下調整食分類等を参照のこと	嚥下調整食3 中等度のとろみ 療養食（高脂血症食）		

2. 経口による食事の摂取のための計画

※ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

初回作成日（作成者）	27年 9月 16日 （ 管理栄養士 栄 計世 ）	説明 介護支援専門員 援藤 守夫
作成（変更）日（作成者）	年 月 日（ ）	
入所（院）者又は家族の意向	肉が食べたい（E代氏） 本人は食べるのが好き（夫）	同意者のサイン （※初回作成時及び大幅な変更時） E代 夫 説明と同意を得た日 （※初回作成時及び大幅な変更時） 27年 9月 16日
解決すべき課題や目標、目標期間	①姿勢調整 ②食事ペースの安定 ③義歯治療 ④与薬方法検討	
経口による食事の摂取のための対応	経口移行加算	
	経口維持加算(Ⅰ)*	椅子、テーブルなどの環境調整、姿勢の維持、食具・配膳方法の調整
	経口維持加算(Ⅱ)*	義歯調整の依頼、摂食嚥下訓練、ペースのコントロール



第4章

多職種連携の要点





第4章 多職種連携の要点

介護保険制度においてはケースマネジメントの手法とともにinterprofessional work（多職種連携；IPW）の理念が取り入れられましたが、いまだ十分な普及には至っておりません。形式的に多職種集団をつくるだけでは、有効な臨床実践に繋がらないことも頻繁にみられます。

WHOのヘルスチームの定義では、「健康に関するコミュニティのニーズによって決定された共通の目的を持ち、ゴール達成に向かってメンバー各自が自己の能力と技能を発揮し、かつ他者の持つ機能と調整しながら寄与していくグループ」としています¹⁾。複雑なニーズを持った要介護高齢者に対して最大のアウトカムを得るためには、チームが共通の目標を持ち、各専門家によって多面的なアセスメントがなされ有機的に連携を図ることが重要です²⁾。多職種チームは、高齢者の健康とQOLの向上、介護者の介護負担の軽減に寄与できるだけでなく、チームのメンバーと知識と技能の分かち合いを促進し、高齢者ケアに関わるメンバーの仕事を、より豊かで興味深いものにすると言われており、またそのことが継続的な効果を生み出します³⁾。

4－1．連携とは

● 連携の定義

「連携」とは、「共有化された目的を持つ複数の人及び機関（非専門職も含む）が、単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程」と定義されています⁴⁾。

また、「連携」の展開過程には、連携する相手に対する評価や失望など「認識」レベルのものと、打ち合わせや助言などの「行為」レベルのものが含まれ、以下の7段階の過程を経るとしています。

- ① 単独解決できない課題の確認
- ② 課題を共有しうる他者の確認
- ③ 協力の打診
- ④ 目的の確認と目的の一致
- ⑤ 役割と責任の確認
- ⑥ 情報の共有
- ⑦ 継続的な協力関係の展開

1. Health manpower requirements for the achievement of health for all by the year 2000 through primary health care.WHO1985, p44 apps.who.int/iris/bitstream/.../1/WHO_TRS_717.pdf.
2. 平原佐斗司：10.多職種連携（IPW）について，In:在宅医療テキスト第3版第1刷，p.39，公益社団法人在宅医療助成勇美記念財団，東京，2015.
3. Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group：Interdisciplinary Care for Older Adults with Complex Needs: American Geriatrics Society Position Statement, Journal of the American Geriatrics Society, 54(5)：849-852, 2006.
4. 吉池毅志，栄セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理－精神保健福祉実践における「連携」に着目して－，桃山学院大学総合研究所紀要，34(3)：109-122, 2009.

4-2. チームの目的と目標の設定

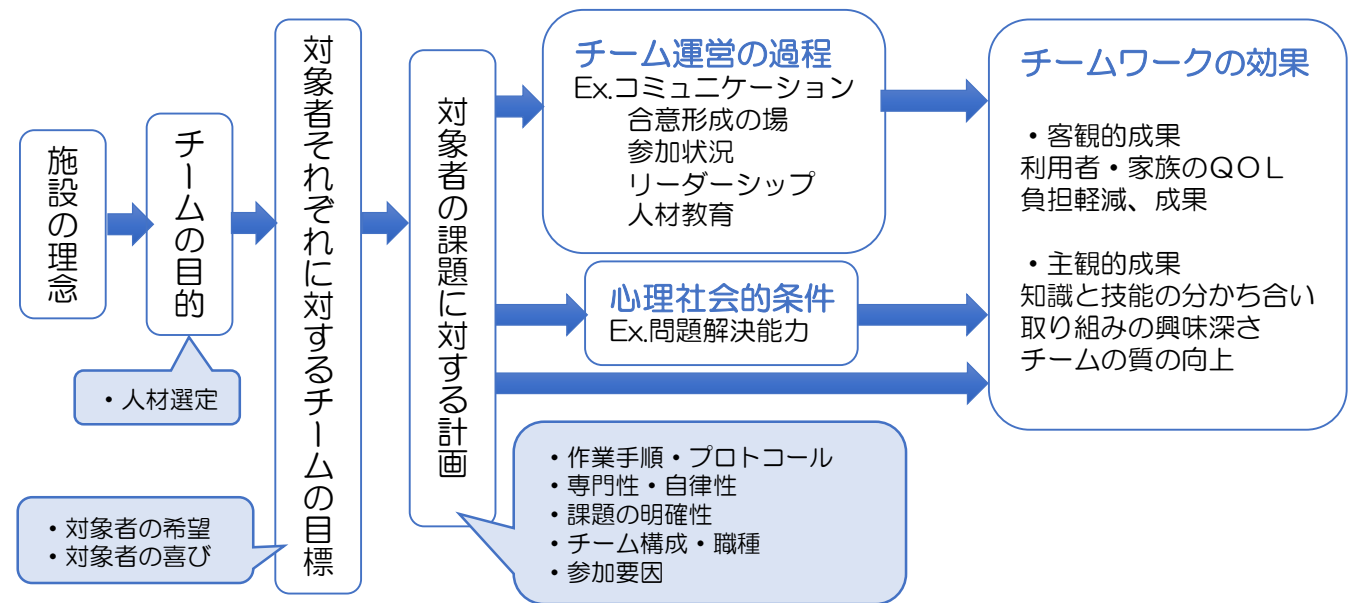
チームの方向性を明確にして共有する

チームワークや連携を実践するうえで、目的や目標がチームのメンバーの間で共有されていなければ、個々の技術があっても効果を生み出さない可能性があります。チームが目的を共有してこそ、要介護高齢者の方の食べることにに関する困難を理解し、その人が食べる力を発揮できる環境を整えていくための支援につながります。

目的とは、何のために行動するのか方向性を示すもので、抽象的で長期的な目線に立ったものです。一方で目標とは、目的に沿って当面に目指す事柄で達成可能なものです⁵⁾。またビジョンとは組織の存在目的をあらわし、ミッションとは目的達成をするための信念となる根本的価値を示したものとされています。

実践の渦中に身を置いていると、目的は見えにくく見失いやすいものですから、常に認識する必要があります。目標は、目的を確認したうえで常に軌道修正するような仕組みづくりをすることで、目的と目標の混在を避けることができるとされています。

● チームワークの効果をもたらす要因の関係



野中猛、野中ケアマネジメント研究会、多職種連携の技術—地域生活支援のための理論と実践、中央法規出版、東京、2014.より改変

チームで話し合いましょう

- ①このチームは何を目的に取り組みますか？
- ②どんな達成目標を期待しますか？
- ③そのためには、いつ何をしたら良いですか？
- ④そのとき、大切にしたい信念は何でしょうか？

● 目的意識のもちかた

経口摂取支援を行う対象者の課題は個々に違います。そこで、チームのメンバーは計画の立案に先立ってその課題をできるかぎり明確にし、チームの目的と個々のメンバーが取り組む目標に対する共通認識を持つことが大切です。全てのメンバーが、対象者に設定した目標の根拠をきちんと理解することが、チームの目的を達成するための第一歩となります。

5. 野中猛、野中ケアマネジメント研究会：多職種連携の技術—地域生活支援のための理論と実践、P.31、中央法規出版、東京、2014.

● 目的共有の継続性の意義

日常的に取り組みや介護サービスを提供している中では、目的は見えにくく見失いやすいものです。だからこそ常に認識する必要があります。そして目標は、目的を確認したうえで常に軌道修正の必要が発生します。

慢性疾患を抱えながら生活する要介護高齢者を支援するためには疾患だけでなく生活や人生を支えることが求められ、単独の職種だけでは要望に応えられないことから多職種によるチームアプローチが求められています。特に経口維持加算の様に、多職種連携によるプロセスが重視される取組に関しては、医療を専門とする職種と介護福祉を専門とする職種の本来の目的の違いが、チームワークの混乱を招くことが多々みられます。介護福祉の現場においては、医療を専門とする職種も、《疾患を治療する役割》から《疾患を抱えたままの要介護高齢者の人生を支える役割》に転換して、多職種による取り組みに参加する必要があります。

介護保険制度の目的である自立支援と尊厳保持、そして施設の理念に合うチームの目的を話し合い、メンバーが交代したときも常に目的を共有することが、議論が混乱した時の拠り所となります。

対象者それぞれに対する目標については、各メンバーがその設定根拠を理解し共通認識をもつことで、多角的な視点が収束しやすくなり、目標達成に近づきやすくなります。対象者本人の願いや希望、家族の願いや希望を絶えず積極的に目標に取り入れること、また本人・家族からの喜びや感謝の言葉などもメンバー間で共有することが、目標を明確にさせ、チームの方向性を維持し連携を深めることとなります。

4-3. 会議にむけて

有意義で効果の上がる会議の場づくり

● 会議の場の設定

会議での討論は時に迷走したり、脱線することがあります。会議の冒頭で会議の時間、議題や内容と会議終了時までの到達目標を設定することで、考えるべきことが明確になります。

とくに会議は、定期的に行うことが非常に重要な意味を持ちます。すぐに効果が生まれずメンバーそれぞれの意見が食い違うこともあります。前回の記憶が失われる前に次の会議を行う様に継続することや、互いが考え、有益な時間になるような工夫、得られた成功体験・成果は小さなものでも共有して、モチベーションを維持するような配慮が必要です。

また会議では、専門職としての意見を他の職種に対して分かりやすく説明する技術が求められます。多職種で行う会議において対象者に対する目標を達成するまでのフレームとして、「情報のインテイク（受理）→アセスメント（見立て）→計画策定（手立て）→介入の実施→モニタリング→評価」というケアマネジメント・プロセスを採用すると、議論の整理が出来ます⁶⁾。経口摂取に関する議論においては、会議の場で専門用語を使用することも多々ありますが、発言内容が他の職種に伝わり介入につながることを目的ですから、専門用語には適宜解説を交えることが重要です。また言葉や概念、根拠が分からないままに実施してしまうと、ときに対象者の不利益に繋がることを心に留め、分からない概念は議場で質問すること、そして質問しやすくする会議の場が求められます。

経口摂取支援に関する会議では、様々な情報を持ち寄ることに意味があります。すべての参加者がそれぞれの持つ情報を会議で話しやすいように、チームのリーダーや司会役が参加者に話題を振ったり、ポジティブなファシリテートを行うことが重要です。またどんな情報にも価値があることを認める姿勢は、メンバーの日常業務上の観察力を高め⁷⁾ます。

6. 野中猛, 野中ケアマネジメント研究会: 多職種連携の技術—地域生活支援のための理論と実践, P.75-76, 中央法規出版, 東京, 2014.
7. 枝広あや子(研究代表者): 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究 平成28年度報告書。

4-4. リーダーシップ

短時間で効率的に連携の効果を得るために

The discharge of these leadership responsibilities will demand a real understanding of, and sensitivity to, the main social target of health for all and the primary health care approach, willingness to respond to the social needs and demands of communities, fresh recognition of the multifactorial nature of disease processes, and a change towards “care” rather than the traditional orientation towards “cure”.

Health manpower requirements for the achievement of health for all by the year 2000 through primary health care.WHO1985, p44 apps.who.int/iris/bitstream/.../1/WHO_TRS_717.pdf.

WHOはヘルスチームのリーダーシップの要件として、「コミュニティの要求と社会的なニーズを満たす意欲、多様な疾患プロセスへの新たな知見、そして従来の“cure”からむしろ“care”の変革に対する理解と感性が必要」としています。

要介護高齢者の急性状態に迅速に対応できることが対象者本人や家族、チームに安心感をもたらし、ケアの再構築を行う上での信頼関係に繋がります。特に摂食嚥下機能に関する医療的な側面は、医師・歯科医師にリーダーになって頂き適切な指示を出して頂くことが重要です。

しかしながら多職種チーム、とくに医療・介護福祉の連携など、組織・指示系統が複数にまたがるケースでは、明確な指示系統がないケースがあります。そうしたケースで状況に見合った質の良いチームを創るためには、医師や歯科医師のほかに、リーダーの役割を担うメンバーが気配りをしつつ、包括的に情報管理を行うと効果的です。多職種がそれぞれの業務の中で気付くことを適時適切に共有するために、情報の集約拠点を作ることで、多職種・多人数のカンファレンスでも気づきを効果的に共有できます。

● 会議でのリーダーシップ

目標を達成するためには、メンバーを団結させ、それぞれの特色を発見して有効に活用することでより良い方向に導くチームのリーダーの存在が重要となります。そのようなリーダーは、会議においてメンバーが緊張しすぎないように場を和ませたり、活発で有益な意見交換ができるように配慮することが求められます。例えば、特定の人に偏らずみんなに意見を求めたり、意見に対してうなずいたり、相槌を打ったり、どんな情報でも否定しない、などを心がけることが大切です。効果的なリーダーシップのためには、他の医療機関や施設の同様のチームのリーダーから役割モデルを学ぶことも有効です。

効果的なリーダーとは

- ・ 明確な目標の共有を行う
- ・ 会議でのポジティブなファシリテートを行う
- ・ 意見交換に基づいて意見をまとめる
- ・ メンバーそれぞれの特色を発見し、バランスをとり有効に活用する
- ・ 積極的にチームワークを促進、団結に貢献する
- ・ 対立を解決するコミュニケーションスキルがある
- ・ 医療の指示権・責任のある職種に的確に伝えることが出来る
- ・ チームに対し得られた効果のフィードバックを行う

4-5. 相互理解を深める

● チームメンバーの専門性やスキル、役割を明確に

多職種のチームにおいては、互いの専門性を尊重しつつ、互いに補い合う関係が求められます。新しいチームでは、互いの役割を知らない（あるいは自分が周囲からこういった役割を担うと思われているかを知らない）まま、連携しようとしているケースも少なくないでしょう。職種が異なると養成課程での教育内容も根本的に異なる場合があるので、積極的なコミュニケーションにより相互の理解に努めることが大切です。それぞれのメンバーは、自らの専門領域や限界についての情報を積極的に発信してその職種についての理解を促すと共に、他のメンバーの専門性を知り、その専門性を有効に活用することを考えます。そして、そのような他職種と共に働く経験を通して、連携の技能が徐々に磨かれていきます。

管理栄養士

栄養マネジメント・給食運営と 経口摂取支援の統合

身体計測、残食確認などの栄養アセスメント、病態に応じた栄養管理、摂食嚥下機能のスクリーニング、食形態の工夫、厨房への配慮、家族への説明

栄養士

主に調理や栄養計算に基づいた献立作成

栄養計算に基づいた献立作成と食形態の工夫、特別な計画の実施、厨房への配慮、家族への説明

看護師

安全のためのアセスメント

病態（基礎疾患や病状変化）の把握、摂取制限の有無などの把握、摂食嚥下スクリーニング、内服薬の剤型と機能の合致、医師への相談

介護福祉士

ケア目線のアプローチとモニタリング

対象者の毎日の様子から課題の抽出、対象者のQOLを主眼にケア目線のアプローチの提案、介入効果のモニタリングとフィードバック

介護支援専門員・相談員

取り組みの理解と家族に理解を得る説明

経口摂取支援の取り組みの理解、対象者の病態の変化と取り組みを把握し、家族に協力を得るための説明

事務員

業務遂行のための事務的支援

経口維持加算等の算定に関する基準の理解、対象者リストや書類作成に向けた事務的な支援、請求業務の支援

医師

医療面での指示と課題意識の共有

施設全体の肺炎など感染症の予防、病態（基礎疾患や病状変化）、摂取制限に関する指導、施設の取り組みへの理解とアドバイスおよび指示

歯科医師

咀嚼機能の回復と摂食嚥下指導

口腔内の病態の診断、咀嚼機能アセスメントと機能回復、摂食嚥下機能のスクリーニングとアセスメント、摂食嚥下リハビリテーションの指導

歯科衛生士

口腔衛生管理と口腔機能のアセスメント

口腔衛生管理と指導、咀嚼機能を含めた口腔機能のアセスメントとリハビリテーションの指導、摂食嚥下機能のスクリーニングとトレーニング

言語聴覚士

摂食嚥下機能のアセスメント

認知機能や高次脳機能面を含めた摂食嚥下機能の評価、摂食時の本人、家族、介護福祉士などへの介助方法指導、リハビリテーションの実施と指導

管理者

管理調整と課題意識の共有

施設全体の理念の共有、経口摂取支援チームの目的や目標、取り組みへの理解

4-6. 議論と変革

目で見て・実感して分かる、連携の意義

● 意見交換のための共通言語

多職種連携といってもさまざまなチームがあり、職種が違えば見ているポイントも変わります。要介護高齢者の経口摂取支援において目的を共有したうえで、限られた資源の中で効果的な連携を行うには、コミュニケーションと信頼関係、そして共通言語が必要です。医療介護の専門職の基礎教育課程ではまだまだ多職種連携教育の普及が十分ではないため、他の職種と交わりディスカッションする経験が乏しいままに現場で研鑽を積んでいるケースも珍しくはありません。要介護高齢者や家族に還元するには、カンファレンスや現場でのコミュニケーションを有効に活用し、お互いの専門性や教育的・文化的背景、使う言葉の違いをよく把握しておくことが重要です。

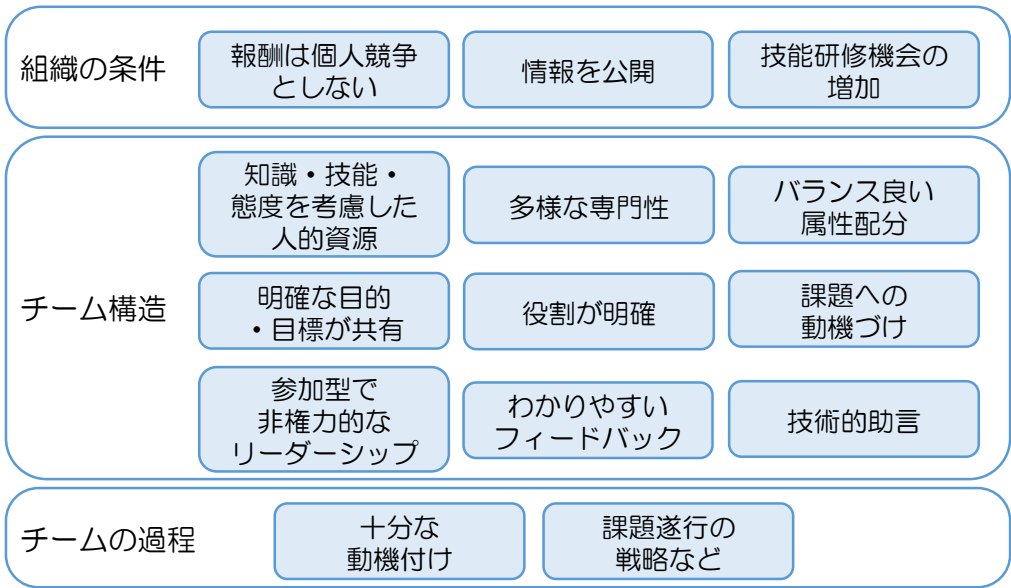
● 多職種チームのコミュニケーションの取り方

観察アセスメントの視点が異なる多職種がコミュニケーションをとる際に重要なことは、体験した事実と、それを専門的な視点から解釈した推測に分けて情報交換することです。固定概念に基づいて形作られた確信では多職種間の議論になりませんから、観察した対象者の様子を自らの経験で解釈した仮説として情報を提供し、他の視点からの指摘も受け入れる柔軟な姿勢が重要と言えます⁸⁾。また「なぜそう考えるに至ったのか」という論理展開を明快にし、対象者の目標に到達するまでのプロセスの中で、物事の優先順位を冷静に判断することが、効率的な役割分担のためのコミュニケーションとなります。こうした情報の整理により、情報収集を追加する必要性が明確になる効果もあります。

リスクや緊急対応の可能性がある際は、的確に周知することが求められます。情報の集約拠点はPCの電子カルテ（医務管理）システムもありますが、業務の現場や会議で直接会って情報共有することで、より一層、対象者の状態像の深い理解と具体的な対応策が得られます。

また家族や相談員からもたらされる情報など社会的な判断も、非常に重要な情報となります。

● チーム中心の組織の形成への提言⁸⁾



野中猛，野中ケアマネジメント研究会：多職種連携の技術―地域生活支援のための理論と実践，中央法規出版，東京，2014.より改変

8. 野中猛，野中ケアマネジメント研究会：多職種連携の技術―地域生活支援のための理論と実践，p.76-77，P157，中央法規出版，東京，2014.

● 議論の見える化

会議で議論が迷走しないように、会議の目的や議論の流れをホワイトボードなどに書き出すことで「見える化」すると、情報の共有や問題点の把握に役立ちます。そして、このような方法を定式的に行うことにより、ケアアセスメント・プロセスと、議論を展開し帰結に至らしめるためのノウハウがメンバーの中に蓄積され、人材育成にも効果をもたらすと考えられます。ホワイトボードを利用する他には、電子カルテシステムや支援対象者をまとめたリストなどをプロジェクターで映写してそれをみんなで見ながら、記録者がパソコンで議論の内容を打ち込んでいく方法もあります。

また、会議の際には資料を配布することがありますが、配布資料は情報量が多すぎないように要点を簡潔にまとめたものを作成することが重要です。そうすることにより、資料を読むのに意識が集中することなく議論に主眼を置くことができます。

● 組織の変革

多職種チームによる取り組みは、往々にして組織の変化を伴います。大きく、伝統のある組織であるほど変化は困難で、取り組む際のストレスになります。したがって、既存の方法との齟齬によるトラブルが起こったり個人的な不満につながる可能性があります。

どんなにエビデンスがあり正しい方法があったとしても、変化がストレスである以上、急激な変化を求めているのは失敗します。多職種のチームワークや連携も、ゆっくりと染み込む様に進めると、効果があがると言われています。また現場で困っている事態や危機感があれば、そのタイミングで取り組みの効果を発揮できると現場に受け入れられる可能性があります。逆にいえば、困っていない現場では提案を聞き入れることが難しいとも言えます。困っているという事実を緩やかに自覚に導くことも、また必要なスキルなのかもしれません。

また施設内で新たな取り組みに意義を感じてもらうためには、最初はあまり難し過ぎない症例の支援で、小さな成功体験や課題を解決した体験を積み重ねるようにすると効果的です。

4-7. コミュニケーションスキルを上げる取り組み⁹⁾

チームの取り組みを周知する

それぞれのメンバーが取り組むことはもちろん、チーム以外のスタッフにも理解いただき、協力頂くことで効果的な取り組みができ、またそれが組織内に広まる効果が得られます。

分からなければすぐ聞ける垣根の低さ

多様な職種のメンバーが集まるとお互いの知識の違いが分かります。知らないことをすぐに聞けるような垣根の低さ、気軽さがあると、お互いに頼ることが出来るようになり、協働が促進しやすくなります。

小さな成功事例を集める

発足間もないチームで困難事例にいきなり取り組むと、挫折してしまうこともあります。まずは取り組みやすいような事例から取り組むことで、小さな成功例を積み、チームの総合力を高めましょう。

インシデントは宝

チームで起きた困ったこと、失敗だったことは必ず記録に残しておきましょう。失敗した人を責めるのではなく、チームで前向きに対処した経験が、チームの力を高めていきます。

ルーティンワークとして定着させる

チームでの取り組みを始めて初期は、ルーティンワークに仕事が追加されたような気持ちになります。毎回定期的に行うことで、スクリーニングや観察も自然にルーティンワークに定着し、個人のスキルとして身に付きます。

平成29年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）
「要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究事業」

研究班

主任研究者：

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 枝広あや子

分担研究者：

国立長寿医療研究センター 荒井秀典

国立保健医療科学院 安藤雄一

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科口腔健康教育学分野 小原由紀

駒沢女子大学人間健康学部健康栄養学科 田中弥生

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 平野浩彦

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 渡邊 裕

特別協力：

新潟大学医歯学総合病院口腔リハビリテーション科 伊藤加代子

わかくさ竜間リハビリテーション病院 糸田昌隆

介護老人保健施設竜間之郷 大河内二郎

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 白部麻樹

国立長寿医療研究センター 鈴木隆雄

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科老化制御学系口腔老化制御学講座

高齢者歯科学分野 戸原 玄

公益社団法人東京都栄養士会 西村一弘

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 本川佳子

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 本橋佳子

東北福祉大学総合マネジメント学部 渡部芳彦

（敬称略・五十音順）

多職種経口摂取支援チームマニュアル

一経口維持加算に係る要介護高齢者の経口摂取支援に向けて一平成29年度版

平成29年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

「要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究」研究班編

発行： 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

「要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究」研究班

編集： 枝広あや子（主任研究者）

〒173-0015 東京都健康長寿医療センター研究所

自律促進と精神保健研究チーム

TEL 03-3964-1141 FAX 03-3964-2316

発行日：平成30年3月31日

