

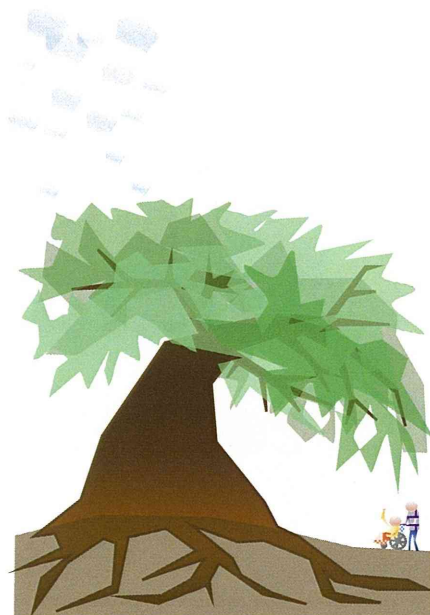
●引用文献

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「食べること」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）
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., Sipsos, 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 力丸, 高橋 賢晃, 田村 文晝, 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。

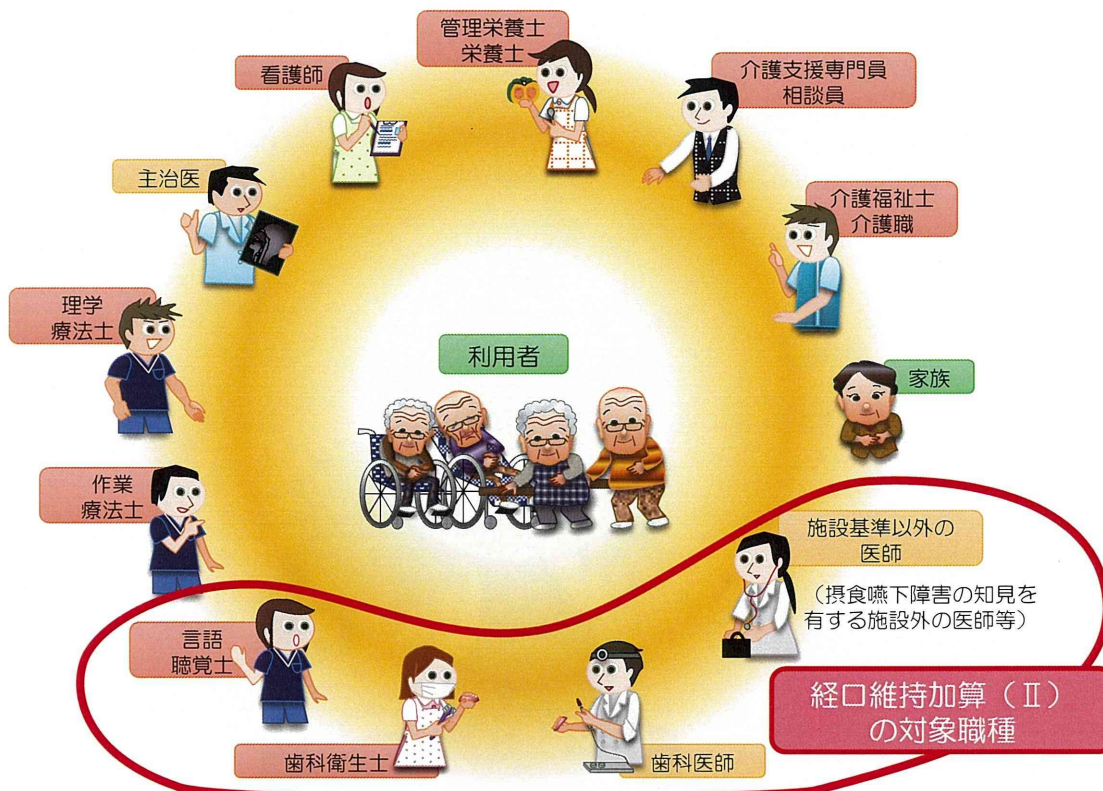
1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(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、多職種で食事場をを観察することで、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

口腔機能評価、頸部聴診等

- ・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

- ・咀嚼機能
- ・歯や義歯の状況
- ・食塊の形成・移送機能
- ・唾液分泌能
- ・呼吸音
- ・嚥下機能
- ・口腔保持能
- 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、別に厚生労働大臣が定める^{※1}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、傾向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。

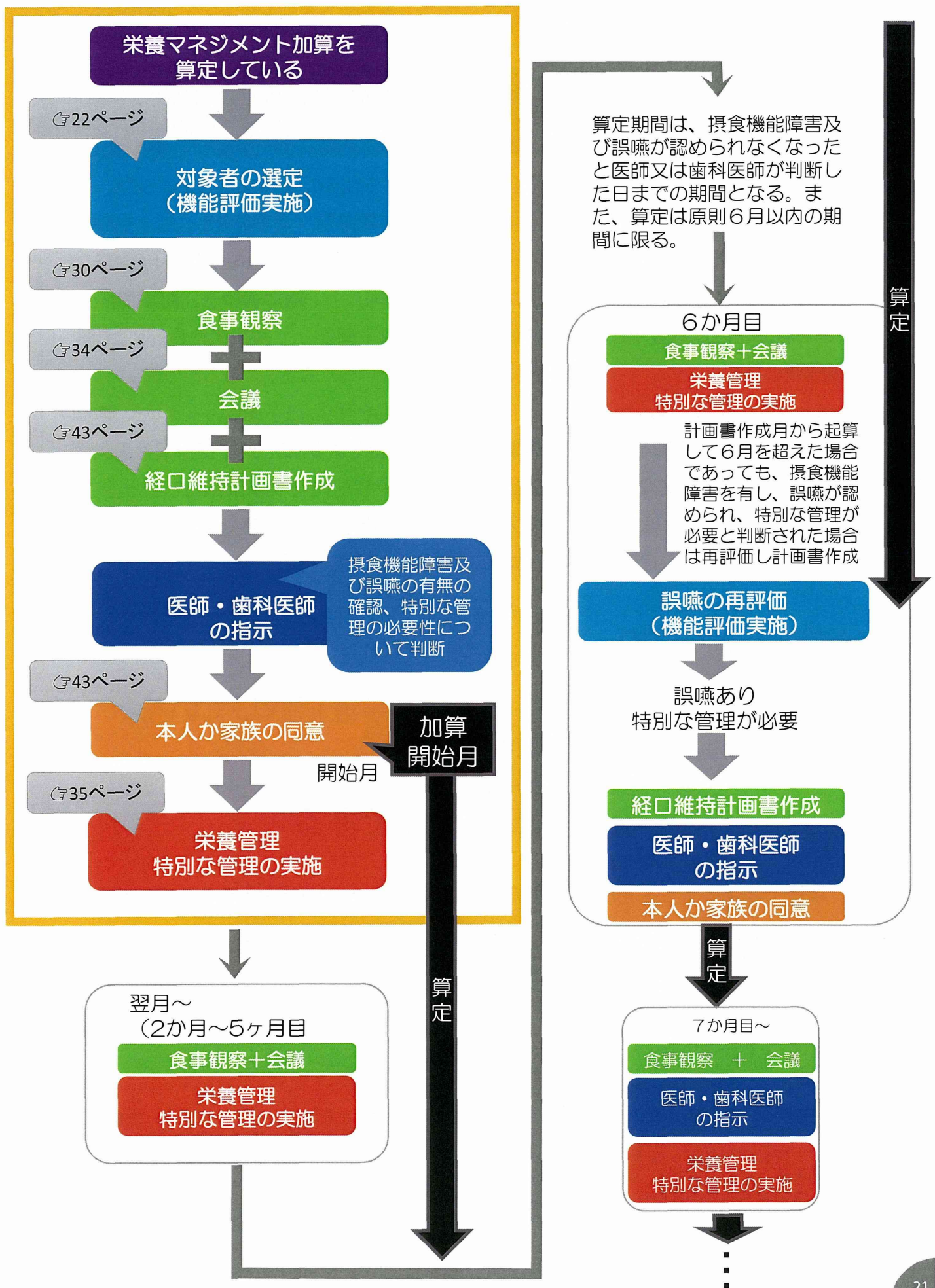
※1. 厚生労働大臣が定める基準

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。

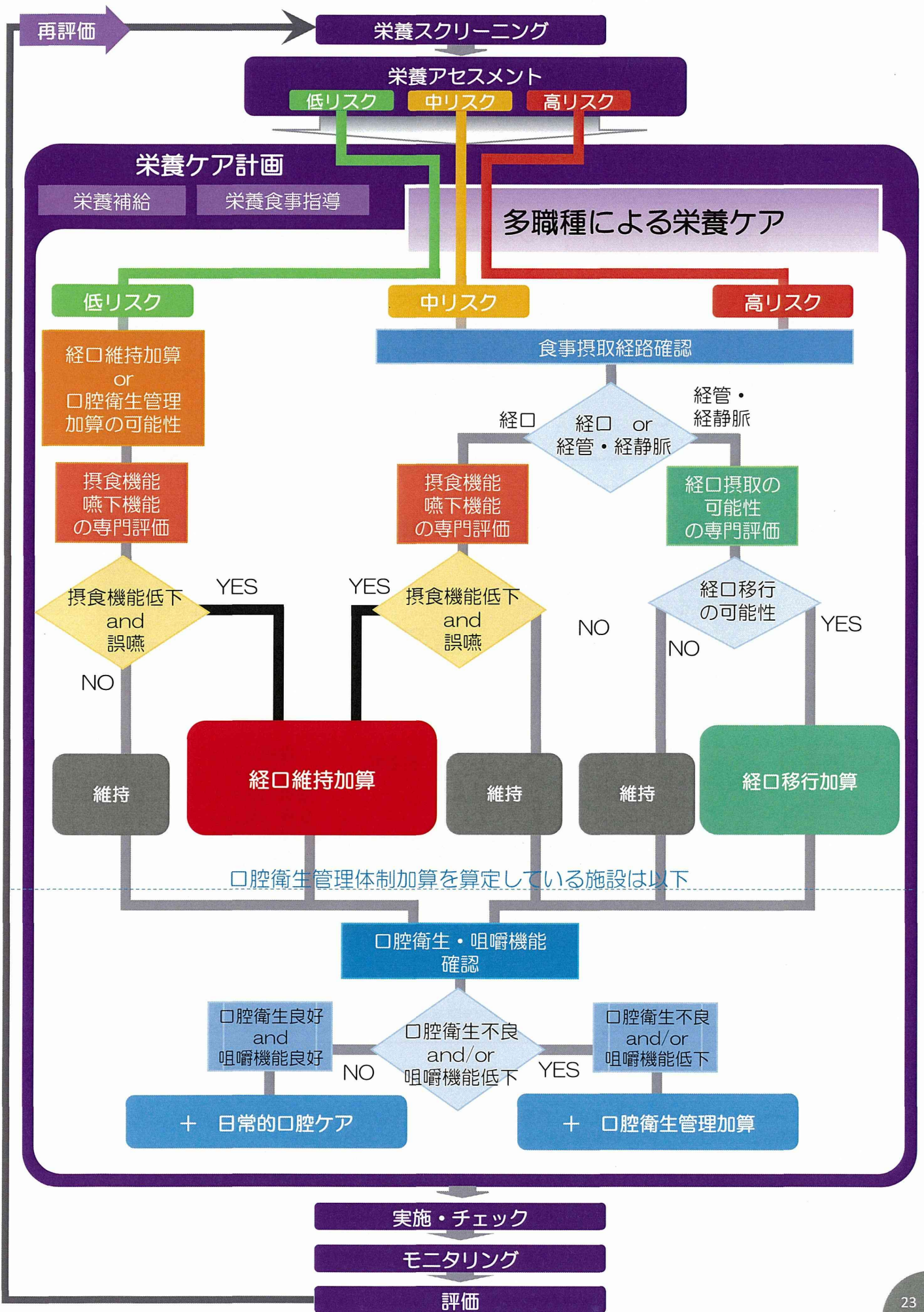
以上の条件をすべて満たす利用者を、施設入所者から選定します。看護師、言語聴覚士、歯科衛生士等が水飲みテストや頸部聴診法を行う際は、医師又は歯科医師の指示により行います。これらの検査や食事の観察結果等に基づいて、医師又は歯科医師が③誤嚥の有無を判断します。

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。

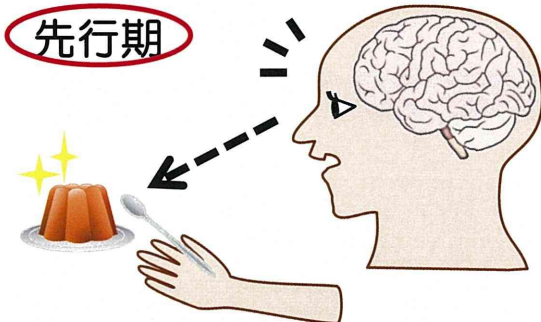
● 栄養ケア・マネジメントからの対象者選定フロー



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。

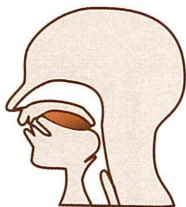
先行期障害とは？ ～レオポルドの摂食嚥下の5期モデルから～



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。

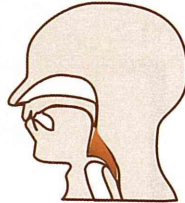
「先行期」は“食べ物を発見、認知して摂食する計画をたて、実行する（つかんで、口に入れる）”プロセスです。認知症のある要介護高齢者ではこのプロセスに意識レベルの変化、注意力障害、発動性障害、失見当識、判断力の障害、実行機能障害、視空間認知障害、上肢の運動機能障害と失行、顔面・口腔の随意運動障害と口腔顔面失行などが影響し、様々な先行期障害が生じます。

準備期



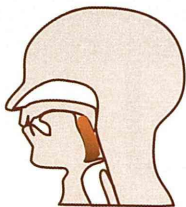
口腔粘膜で食べ物の性状・温度・味やにおいを感覚的に判断し、性状に見合った咀嚼や押しつぶしをし、飲み込みやすい状態にするプロセスが「準備期」です。口の中で咀嚼しながら食べ物を砕いて唾液と混ぜ合わせ、舌を上手く使って、飲み込みやすいように食塊を形成します。

咽頭期



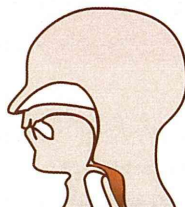
食塊が咽頭に送り込まれてくると、鼻咽腔閉鎖および喉頭を挙上して喉頭閉鎖し、気道をまもりながら、奥舌と咽頭後壁の収縮、食道入口部の開大をして食塊を食道に送り込むプロセスが「咽頭期」です。このとき健康成人は嚥下の瞬間に0.3～1秒息を止めると言われています（嚥下性無呼吸）。

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。

• 北海道総合保健医療協議会地域保健専門委員会北海道保健福祉部保健医療局健康推進課：介護者のための摂食・嚥下障害対応マニュアルー安全に食べて飲み込むためにー, 2007.

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
- 早食ベ・かきこみ食ベ
(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いかないのか、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。

