

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、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。

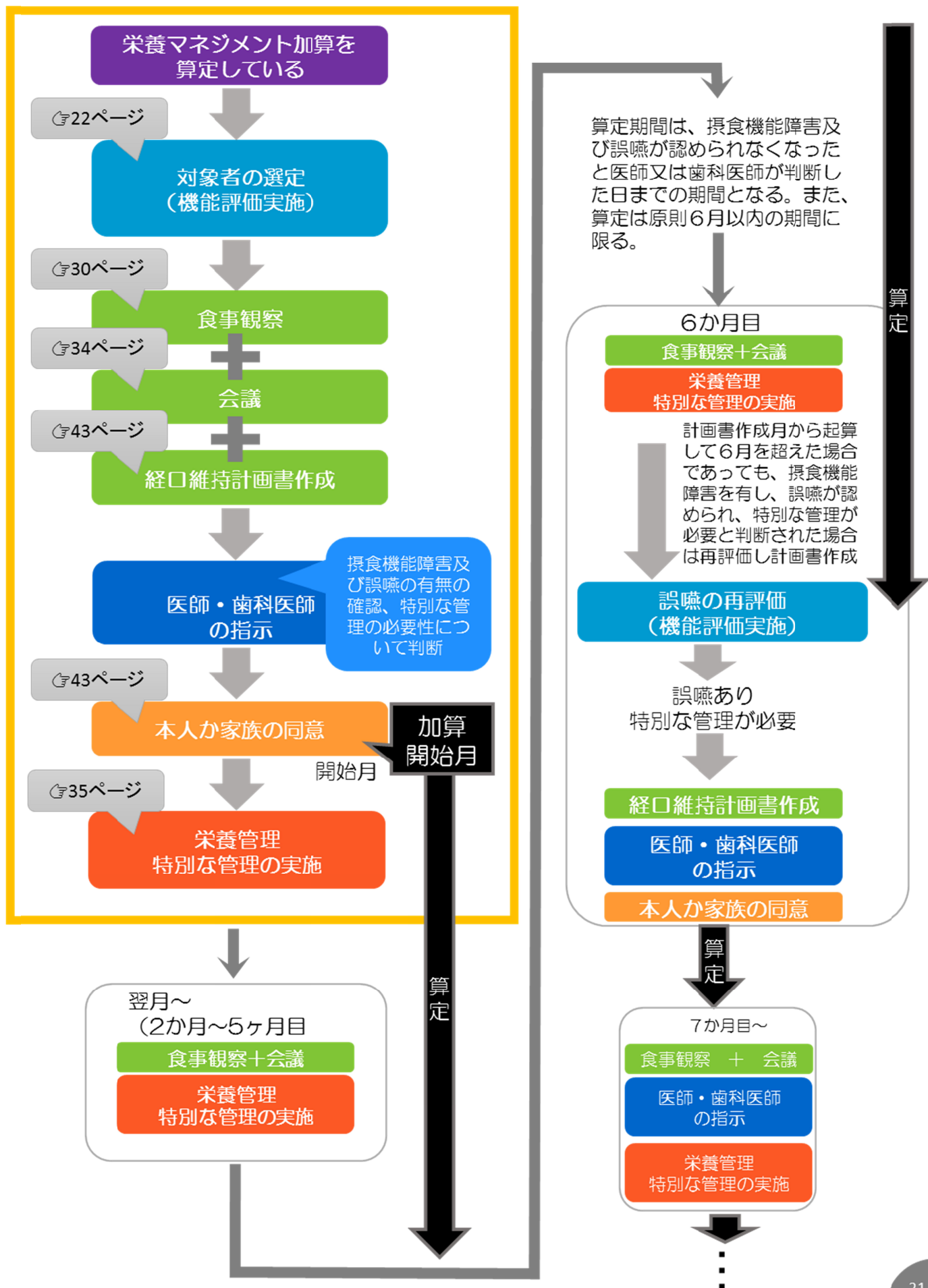
※1. 厚生労働大臣が定める基準

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**（「氷砕片飲み込み検査」、「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。

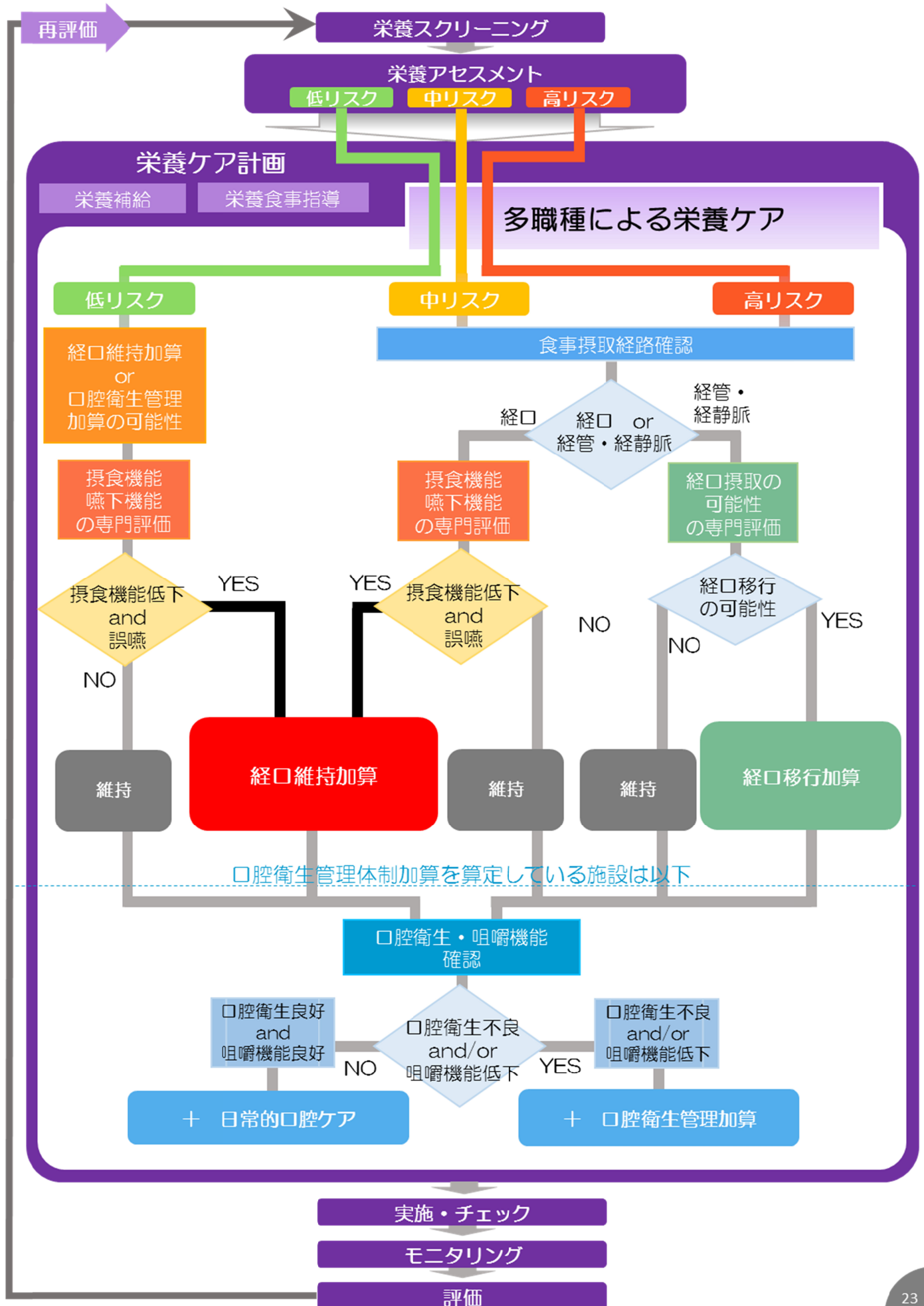
以上の条件をすべて満たす利用者を、施設入所者から選定します。看護師、言語聴覚士、歯科衛生士等が水飲みテストや頸部聴診法を行う際は、医師又は歯科医師の指示により行います。これらの検査や食事の観察結果等に基づいて、医師又は歯科医師が③誤嚥の有無を判断します。

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

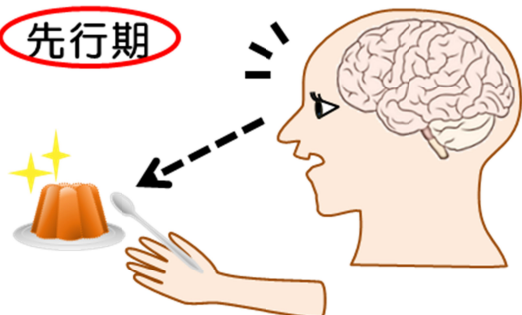


摂食嚥下障害（介護報酬上の表現では摂食機能障害）とは、下記のレオポルドの摂食嚥下の5期モデルのうち、1つまたは複数が、何らかの原因で正常に機能しなくなった状態をいいます。

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。

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）

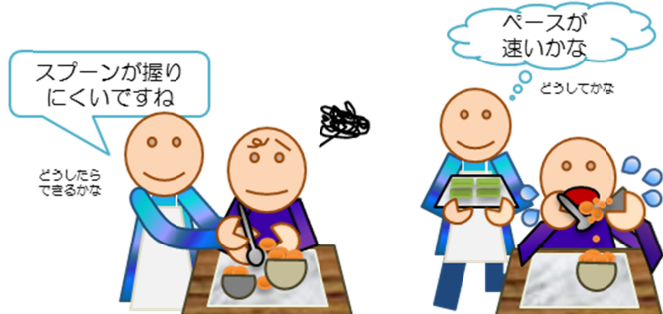
- ☐ スプーンからよくこぼす
- ☐ うまくすすえていない
- ☐ 手で食べる
- ☐ 手や口の協調ができない
- ☐ 早食べ・かきこみ食べ
(次から次へと食べ物を口に運ぶ)
- ☐ たくさんの食べ物を頬張る
- ☐ 一口量が多い

・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かどうか判断の要点です。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。



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
- ☐ 柔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、柔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いがちですが、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（湿性嘔声）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。

食べるの疲れちゃいましたね



〇〇さん、どうぞー



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

向こうにもおかずがありますよ



・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を得られます。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。

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。

氷のかげら（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。

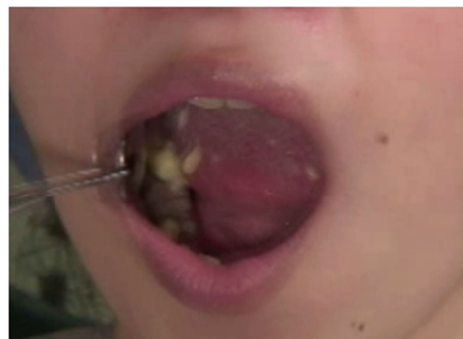
注意点など：重度の咽頭期障害患者には行わない。

●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の特徴。
- ・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 湿性嘔性、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音が聴診される。
- 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、湿性嚔声、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
呼吸音	泡立ち音	誤嚥
	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
呼吸音	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チャート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

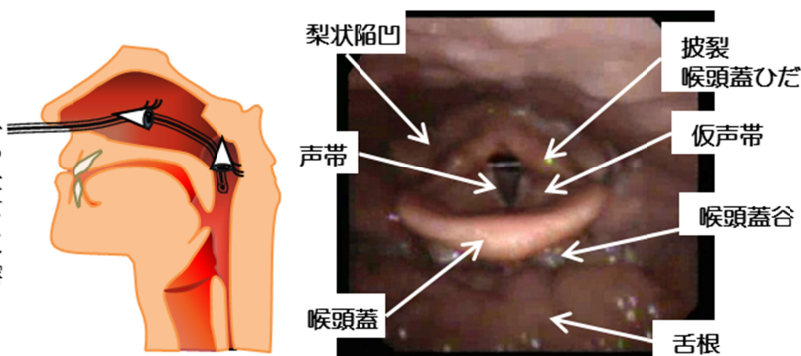
嚥下造影はエックス線を照射しながらバリウムなどの造影剤が混ざった食べ物を摂取してもらい、誤嚥の有無などを確認する検査法である。動画を録画したのちに再生して検証することが可能であり、また側面観と正面観での診断が可能である。

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開催することは、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、同じテーブルの臨席者の行動、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。

- ☐ テーブルの上の物品が多い
- ☐ 食事の見た目に興味を持てない
- ☐ 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



- Yamada R, Isoda J, Nakajima K, et al. : The features of “Feeding Rhythm Disorder” According to the severity of dementia: The use of a specially designed recording sheet, Journal of Japan Academy of Gerontological Nursing, 4(1) : 73-82, 1999.
- Edahiro A, Hirano H, Yamada R, Chiba Y, Watanabe Y, Tonogi M, Yamane G. : Factors affecting independence in eating among elderly with Alzheimer’s disease, Geriatrics & Gerontology International, 12(3) : 481-490, 2012.

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

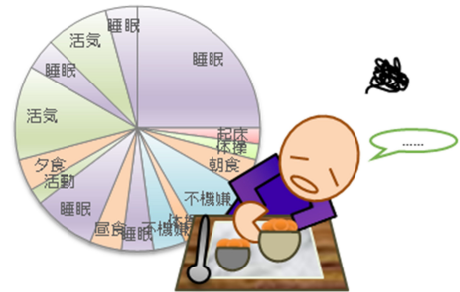
1) 体の準備

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ことも意識して、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ある



2) 食事姿勢

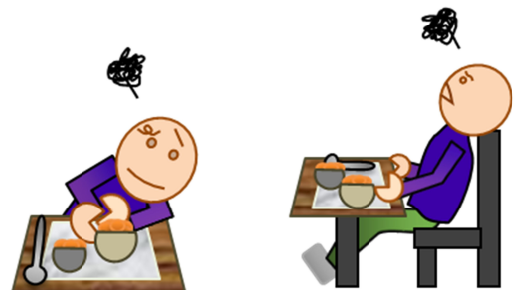
身体の安定が崩れていると、食事に興味が湧かないばかりか口腔咽頭での食物の流れに影響するので、タイミングが取りづらくなり誤嚥しやすくなります。食事時の体幹姿勢は垂直か、やや前屈するくらいが適切です。したがってテーブルと椅子の高さが対象者の身体の大きさに適しているか、崩れた座り方のままで食事を始めようとしていないか、崩れた座位姿勢が疲労や痛みの原因になっていないかを確認します。

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）



- ・山田律子：認知症の人の食事支援BOOK 食べる力を発揮できる環境づくり，付録p.121-124，中央法規出版株式会社，東京，2013.
- ・枝広あや子：多職種連携で行う認知症の人の誤嚥性肺炎予防 1. 誤嚥性肺炎を起こさない安全な食事介助，認知症介護，Vol.16(1)：38-44，2015.
- ・高橋賢晃：24歯科医師、歯科衛生士が参加するミールラウンド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.68-69，一世出版株式会社，東京，2016.

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。

食事中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



食事時の観察の要点

食事時の観察は、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。

食事時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嘔声がある⇒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
- 弱いむせ⇒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によって、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。

