

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
先進事例ヒアリング調査報告

平成 28 年度 先進事例ヒアリング

1. ヒアリングの目的

多職種連携のもと経口維持加算を算定している介護施設・事業所等から情報を得て、多職種の効率的な連携による経口摂取支援の全国的な普及への参考にする。

2. ヒアリング対象施設

訪問先	訪問先施設
愛知県名古屋市	社会福祉法人 幸寿会 特別養護老人ホーム 東桜の里 〒461-0005 愛知県名古屋市東区東桜2丁目2-2
大阪府大東市	社会医療法人 若弘会 介護老人保健施設 竜間の郷 〒574-0012 大阪府大東市龍間1-5-7
北海道美瑛町	社会福祉法人 美瑛慈光会 特別養護老人ホーム 美瑛慈光園 〒071-0202 北海道上川郡美瑛町南町4丁目4

3. ヒアリング方法

ヒアリングは所要時間 90 分程度で、本調査目的に同意をいただいた、経口維持加算に参画している専門職の方に対し、非構造化面接により多職種連携の様式、時間経過と多職種チームのメンバーの活動の経過に関する聞き取り調査を行った。

4. 倫理的配慮

以下の点をあらかじめ説明し、同意を得たものを対象に実施した。

- ・プライバシー保護のため個人に関する情報を聞くことはない。
- ・返答しかねる事柄に関しては、返答拒否可能とした。
- ・調査協力は任意であり、参加を拒否しても専門職および施設の不利益になるようなことはない。
- ・同意後に、調査を中断することは自由。
- ・本調査結果は報告書等に記載し、内容はマニュアル等の参考にさせて頂く。

5. ヒアリング議事録

以下

平成 28 年 . . .

. . . 施設長様

東京都健康長寿医療センター研究所
枝広あや子

**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
先進事例ヒアリング調査についてのお願い**

拝啓，時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

要介護高齢者のゆたかな食生活を維持するためには、栄養状態や口腔機能など経口摂取に関する問題を早期にスクリーニングし、適切な食事の量と質を関連複数職種による連携で包括的に支援する必要があります。要介護高齢者に対する口腔機能および栄養状態の維持・向上を目的とした経口維持加算の改定（平成 27 年度改定）が行われましたが、職種間の効率的な連携が得られるにはいまだ至っていない現状があります。そのため効率的な連携による支援体制を普及することが急務となっております。

こうしたことから、本研究事業では多職種の連携のもと経口維持加算を算定している介護施設・事業所等から情報を得て、多職種の効率的な連携による経口摂取支援の全国的な普及への参考にさせて頂くことを計画しております。そのひとつとして貴施設を対象に経口摂取支援に関するヒアリングをさせて頂きたくお願いする次第です。

なお本調査は、平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）の交付を受け実施するものです。本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 日時 平成 28 年 月 日 曜日 :00 - :00
 2. 場所 貴施設 内
 3. 内容 別紙参照
 4. 対象 経口維持支援の取り組みにおいて中心的な役割をされている管理栄養士、言語聴覚士、看護師、介護福祉士、歯科衛生士等、数名様にお問い合わせいたします。
- 以上

連絡先

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所
自立促進と介護予防研究チーム
〒173-0015 東京都板橋区栄町 35 - 2
枝広 あや子
03-3964-1141 (内線 4218)

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

先進事例ヒアリング調査概要

(1) 事業概要

要介護高齢者に対して口腔機能および栄養状態の維持・向上を目的とした様々なサービス（複合サービス等）が導入されてきた経緯の中で、要介護高齢者に対する口腔機能および栄養状態の維持・向上を目的とした経口維持加算の改定（平成27年度改定）が行われましたが、職種間の効率的な連携が得られるには至っていない現状です（右図）。職種間の円滑な連携、効果的な支援のために、本研究では右図で挙げた課題に対応することを最終目的としています。

今回の先進事例のヒアリング調査は、課題2に対応するための「歯科と栄養の連携による経口摂取支援マニュアル」への参考にさせていただきます。

(2) 今回のヒアリング内容

栄養士等と歯科衛生士等の連携に至るまでの経緯

経口維持加算を算定するまでの経緯

これら経緯の中での、効果的な連携体制を構築する上での要点と反省点

連携のリーダー不在時の対策

経口摂取支援チームのそれぞれのスキルアップのための要点

連携が困難な時にどう打開するか、また打開できた例

今後の展望

経口維持支援未実施の施設へ

(3) 研究者略歴 訪問させて頂く研究員は以下の3名の予定です。

1. 枝広あや子 : 歯科医師, 博士(歯学)

平成15年 北海道大学歯学部卒業, 平成27年 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム. 専門は 老年歯科医学, 口腔外科学などで, 主な研究テーマは認知症高齢者の摂食嚥下機能. 平成27年度より本事業の研究責任者.

2. 本川佳子 : 管理栄養士, 博士(食品栄養学), 同研究所所属, 専門は公衆栄養学

3. 白部麻樹 : 歯科衛生士, 修士(口腔保健学), 同研究所所属, 専門は老年歯科医学



先進事例ヒアリング調査 1 議事録

1. 開催日時

2016年7月25日(月) 13:30~16:30

2. 場所

社会福祉法人 幸寿会 特別養護老人ホーム・ケアハウス 東桜の里
〒461-0005 名古屋市東区東桜2丁目22番2号

3. 出席者

東桜の里 2名

管理栄養士 N、介護職員 S

富田歯科医院 2名

歯科医師 T、歯科衛生士 K

東京都健康長寿医療センター研究所 2名

歯科医師 枝広あや子、歯科衛生士 白部麻樹

(敬称略)

4. 議案事項

- (1) 施設に入所される要介護高齢者への経口摂取支援(経口維持加算)の取り組みについて
- (2) 活動におけるこれまでの経緯
- (3) 経口摂取支援チームの機能維持と技術向上への取り組みについて

5. 議事内容

- (1) **施設に入所される要介護高齢者への経口摂取支援(経口維持加算)の取り組みについて**

・**経口摂取支援チーム**：管理栄養士1名、介護リーダー1名、歯科医師1名、歯科衛生士1名。看護師は、チームには入っていないが、必要な情報があれば管理栄養士が聴きに行き、一緒にディスカッションを行う。医療情報の集約は看護師になっているため、入所者の必要な情報は看護師に聞きに行くことが多い。計画の方向性については、管理栄養士と看護師が主に決めている。管理栄養士の主な業務は、栄養アセスメントで、献立や調理、配膳は業者に委託している。

・**対象者の選定**：今は6名が対象である。当初は12名であったが、入院や胃瘻増設などにより減った。きざみ食を食べている利用者を全員ラウンドしようと思って始めたが、その場合、食事観察に1人5分しか時間をかけられないため、対象者を選別し時間をかけて関わるようにした。選定の基準としては、食事介助等を行う介護職員からの意見も参考にし、食事介助が困難な利用者や、食事量が減少した利用者、退院後早期の利用者などを対象としている。

・**経口維持計画書**：書式は、厚労省の雛形を基本に使用している。2回目以降は、特に計画に変更がなければ、ミールラウンド・口腔ケア委員会（会議）の議事内容が詳細に分るように、記載欄を大きくした書式を使用している。・算定を監査の前に一度やってみようと思い、初めて実施した月の直後の監査での指摘事項（計画書の作成方法や、記載内容について指摘）をふまえて計画書書式を修正し、現在実施している。

・**ミールラウンド**：月1回、管理栄養士・歯科医師・歯科衛生士・介護リーダーと管理栄養士・看護師の2回に分けて行っている。当初は月2回行っていたが、継続が困難であったため、月1回で、対象者を絞り時間をかけて行うようになった。

・**入退所者の管理**：入所は1~2名/月の頻度で、退所は3名/月ほどである。入所時（入所計画時と実際の入所時）に栄養アセスメントを行い1か月後に再確認を行っている。入所時には経口摂取について比較的安定している利用者が多いが、入所中の入退院をきっかけに経口摂取や義歯使用に関する状態変化、食事形態が刻み食やミキサー食などに変わった状態で退院してくるなど課題のある利用者が多い。

・**会議**：ミールラウンド終了後に行っている。

<他施設との連携体制>

・連携先の病院はクリニックであり、医師は2名が交代で来ている。看取りの際に、具体的な栄養に関する指示があるが、普段のミールラウンドなど、食事に関することは現場に任されている部分が多い。

・富田歯科は、平成15年の施設開設当初から歯科訪問診療をしており、平成21年から正式に連携歯科医院として登録をした。歯科治療に関しては基本的に歯科医師に任せられている。

<家族との連絡>

・相談員が直接または電話にて行う。相談員から依頼がある場合には、管理栄養士が説明することもある。

(2) 活動におけるこれまでの経緯

<改訂前>

・平成17年に介護リーダーが、当時介護職員として赴任。

・平成23年3月に管理栄養士が着任した。管理栄養士は前職が特養・老健併設の病院勤務であり、その当時病院内で同僚の管理栄養士が医師・歯科医師と病棟のNSTラウンドを行っていたため、歯科と栄養が連携することの重要性については理解していた。施設着任当初、管理栄養士が一人で食事介助も兼ねミールラウンドを行っていたが、口腔機能に関するスキルがなく、歯科衛生士に相談も出来ずに悩んでいた。振り返ると、当時はおそらく何をみているのか分かっていなかったと思う、食物の好き嫌いを見ていたかもしれない。この頃は経口維持加算、経口移行加算ともに算定していなかった。また栄養ケアの一環としての嚥下機能の評価は、スクリーニング検査は実施せず、「む

せる」などの介護職員の意見を参考に、看護師と管理栄養士が判断していた。

- ・連携歯科医院（富田歯科）は、口腔状態の把握を行うため、口腔内の状態や機能評価（むせ・痰からみ・原始反射の有無など）についての口腔ケアアセスメント表を独自に作成し実施していた。当時は、訪問歯科衛生指導料のみの算定であった。歯科訪問診療の際には、食形態の情報などは施設フロア内に提示してある表から情報を得ていて、直接職員に聞くことは少なかった。そのため、具体的な食事状況などが分らないまま、義歯調整などの治療のみを行うこともあり、利用者の背景にある情報を理解できないまま、その場の所見のみで判断して治療を行っていた。利用者が義歯を使用できないことの理由もわからないままであった。施設利用者の嚥下機能評価や食事観察も実施すべきと考えていたが、施設側の負担を考えて、申し出ることを躊躇しながら期を見計らっていた。

- ・平成 25 年ころから、管理栄養士と歯科衛生士が相談をきっかけにコミュニケーションをとれるようになり、直接、入所者の状況等を聞ける関係を築けた。

<改訂前後>

- ・平成 27 年夏ころ、管理栄養士が、名古屋市の社会福祉協議会など管理栄養士向けの研修会などで、算定要件に関して学ぶ機会があり、計画を始めた。

- ・管理栄養士から歯科衛生士に相談したところ、口腔機能の評価はそれまでも行っていたことを知り、また歯科医院の協力可能である旨の申し出があり、取り組みを開始するに至った。数カ月は管理栄養士と歯科衛生士で準備を進めた。

<改訂後>

- ・平成 27 年 11 月、監査前に一度実施し監査の結果を仰ぐこととし、経口維持計画書を作成して、算定を始めた。監査の結果を受けて、経口維持計画書等の修正を行った。

- ・歯科、管理栄養士、介護職員と一緒に食事観察をすることで、今まで訪問歯科診療で気づいた点があっても積極的に介入できなかったことが、介入できるようになった。ミーラウンド時以外の普段の状況も聞きやすくなった。

- ・訪問歯科診療の際に情報がなく困っていた、義歯不使用の例についても、義歯不使用になった経緯などを直接職員に聞きやすくなり、歯科医師・歯科衛生士間でも状況をふまえたディスカッションができるようになり、より良い治療に結びついた。

- ・それまで多職種で行う会議がなかったので、実施することにより、互いの意見を共有できるようになった。

<経緯におけるポイント>

- ・管理栄養士が連携歯科医院に算定に関し相談したのがきっかけとなった。

- ・連携歯科医院側も協力的に積極的であり、前々から口腔衛生のみならず口腔機能の観察も行っており、すでに加算についての知識もあったため準備が整っていたといえる。

- ・管理栄養士が、着任後から食事介助に参加し、現場の介護職員とコミュニケーション

を取りやすくなっていたことが、協力が得られやすい点であった。

(3) 経口摂取支援チームの機能維持と技術向上への取り組みについて

< 課題意識の共有 >

・職員の中には利用者に対して親身になるあまり、安全のために食形態を変更することに悩んでしまうケースがあった。また経口摂取の支援が必要で経口維持加算の対象とした利用者がほどなくして入院するなど、対象者の選出方法に課題があった。

・介護情報の共有のために朝は全体の朝礼があり、フロアではミニカンファ、また PC システム内の掲示板で情報共有している。

・歯科衛生士による所内研修会を 2 回/年行っている。介護職員から挙がった疑問点をテーマとした講義や、実際に入所者に口腔ケアしながら指導するなど実技も踏まえて行っている。現場での気付きをベースにした内容で講義を行っていることで効果が上がっている。1 回/月のフロア会議では経鼻経管栄養中の利用者や開口困難な利用者の口腔ケアなど実地研修も行うことがある。

< ラウンド時の情報共有 >

・これまでは、特に経験の浅いスタッフは、利用者の食事介助や口腔ケア等についての課題や困っている点について、自ら訴えることはなかった。ミールラウンドで管理栄養士や歯科医師が食事時に訪れるようになってから、スタッフが観察し報告する情報が増え、発言にも変化がみられるようになった。食事時の状況だけでなく、他の食べ物、他の日の様子など様々な情報について詳細に説明できるようになった。その場で解決できない課題でも困っている点を共有して信頼関係を構築している。

・ミールラウンド時において、普段食事介助を行っている介護職員に入所者の情報を聞くときには、介護職員の経験年数などに関わらず平等に聞いて、介護職員の士気を高めている。食事時に他の業務を行っている介護職員も、いつ何時尋ねられても良いように、ミールラウンドのやり取りをよく聞いている様子である。

・管理栄養士が着任後から食事介助に入ったこともあり、介護職員が専門職と話しやすい雰囲気になり、介護職員の意識が高まった。ミールラウンド以外でも、雑談など積極的にコミュニケーションを図るようにしている。

・歯科衛生士としては、口腔ケア等も含め介護職員への感謝や称賛、取り組みによって得られた効果についての積極的なポジティブフィードバックを行っている。

・経口維持加算に関する一連の取り組みが、施設全体を巻き込むことで施設全体の意識改革になった。経験の少ない介護職員もいるが、経口摂取支援方法を指導され、効果を実感し評価されることで、よく知識を吸収しているし、他の職員や後輩への知識の共有にもつながっている。専門職が、自分の職種にこだわらず、少しでも歩み寄って、やれることはやってみるという姿勢が大切である。

< 施設内連携の推進 >

- ・施設は 2 階に風呂があるため、利用者の搬送のため必然的に職員同士の協働を行っている。定期的に職員が違うフロアを転属になることで、別のフロアの職員との連携がとれるようにしている。
- ・共有すべきことがあれば PC システムでの発信やサブリーダー会議などで共有している。

< 経口維持支援チームの展望 >

- ・チームの目標は、「安全に長く食べられること」。
- ・リスクを負ってまで、食形態を上げるべきなのか、安全面を配慮して形態を下げる、様々な状況に応じて、計画の目的を考えていかないといけない。
- ・嚥下訓練を個別にも行いたい但し専門的知識の不足によりなかなか出来ていない。経口維持のためには今後個別での嚥下訓練を出来るようにしていきたい。
- ・今後は、様々な食品に応じて、フードテストを行うなど嚥下機能評価を充実させていきたい。食形態の変更については、食事が業者委託のため難しい部分もあるが、対応できるように検討していきたい。

< 連携歯科医院からみた今後の課題と展望 >

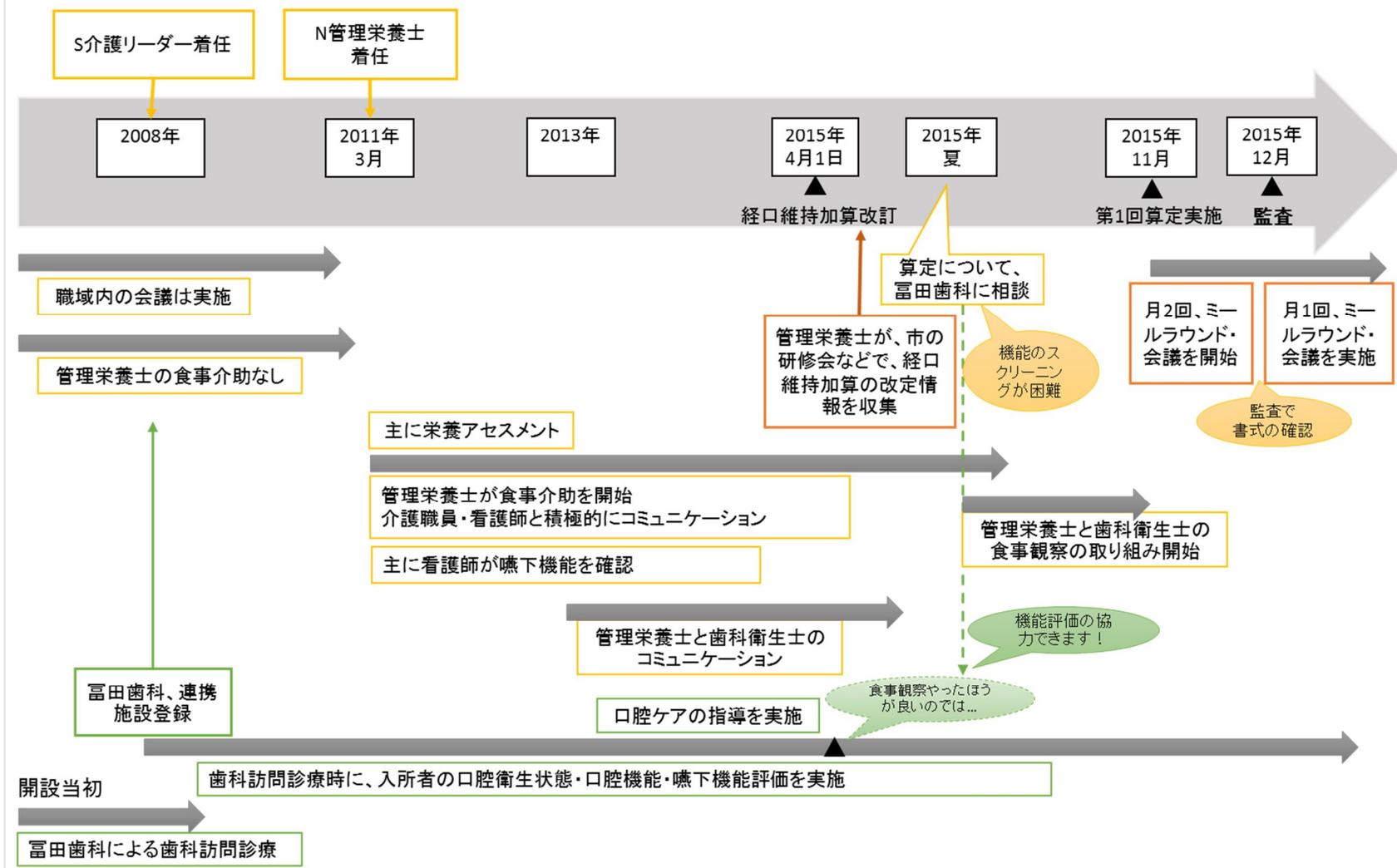
入退院をきっかけに生じる口腔内・義歯の状態変化：利用者の義歯が適合していないケースでは現場目線で安全面を考慮し、現場で義歯不使用と判断されてしまうことも多く、時間経過してから義歯不使用となった理由に気付くような事例があり、今後も課題である。

介護職員の口腔の重要性についての理解が不十分：義歯に関し、利用者が不適合な義歯を使用しているにもかかわらず常食を食べているなど、義歯を入れていないことによる弊害について、介護職の理解がまだ十分ではない。歯科からも義歯や口腔に関する介護職向けの研修を行っていくなど介入していきたい。

(写真はミールラウンドの様子)



チーム結成に至るまでの経緯



先進事例ヒアリング調査 2 議事録

1. 開催日時

2016年6月22日 15:30~17:00

2. 場所

社会医療法人若弘会 介護老人保健施設竜間之郷
〒574-0012 大阪府大東市大字鶴間 1595-7

3. 出席者

竜間之郷
管理栄養士、看護師、言語聴覚士
東京都健康長寿医療センター研究所
歯科医師 枝広、管理栄養士 本川

(敬称略)

4. 議案事項

- (1) 施設に入所される要介護高齢者への経口摂取支援(経口維持加算)の取り組みについて
- (2) 活動におけるこれまでの経緯
- (3) 経口摂取支援チームの機能維持と技術向上への取り組みについて

5. 議事内容

- (1) 施設に入所される要介護高齢者への経口摂取支援(経口維持加算)に関して、
現在の取り組みについて

・**ミールラウンド**:現在は毎月第2木曜日にミールラウンドを行っている。

2階建てのフロアの各階に担当するケアマネージャーがおり、会議はフロア別に1回/月ずつ(計2回/月)を行っている。ミールラウンドは1、2階フロア合同で行っている。相談員がミールラウンドや会議に参加することで、利用者の食事に対する利用者のご家族へ説明がしやすくなった。

・**入退所者に関する管理**:在宅強化型老健施設であるため、利用者の入所時から退所の検討をしている。例えば入所検討会の際に「いつ在宅復帰させるか、そのためにはどのようなことが必要か?」という検討など。入所一週間以内に職員(看護師・リハビリ職員・管理栄養士・相談員・介護支援専門員のうち適宜)が利用者の自宅を訪問し、検討内容を深めて、入所後一か月以内にリハビリテーションの方針を決定する。家族への説明は介護支援専門員が行い、ケアプラン・リハビリテーション、栄養管理計画を説明する。一方、相談員は調整を中心とし、面会や診療の調整を行っている。利用者入所後1回目の食事は、必ず言語聴

覚士と管理栄養士が観察評価して食事内容・食事形態を決定する。また昼食時には必ず看護師が1名付いている。入退所が多い環境にあるため、食事場面の言語聴覚士・管理栄養士・看護師の同席は定常状態である。

・**対象者の選定**：介護職員の意識が高く、食事時の様子について毎朝行う申し送りにおいて相談員・リハビリテーション職員・介護職に伝達される。介護職員が対象者選定の出発点になることが多く、介護職→言語聴覚士→管理栄養士、介護職→管理栄養士といった流れで相談されることが多い。頻繁に情報共有している。

・**経口維持計画書・栄養ケア計画書**：管理栄養士は栄養ケア計画書作成の際、家族からの要望を聞き、それがどの程度実践できるか言語聴覚士に誤嚥等摂食機能評価の確認をして作成している。

(2) 活動におけるこれまでの経緯

< 担当者の経緯 >

・看護師は平成26年に同法人訪問介護事業所より異動して当施設勤務となった。看護師は20年余り在宅訪問看護で介護支援専門員や地域包括支援センターとの連携を含め多職種連携の経験を持っていた。

・管理栄養士は同法人の急性期病院とリハビリテーション病院を経て、平成27年9月に当施設勤務となった。同一法人内リハビリテーション病院では介護保険病棟において、管理栄養士・言語聴覚士・看護師・歯科衛生士等による経口維持の取り組みがあったことで、多職種連携経験を積んでおり、また同法人内の利用者入退所に伴う情報交換など管理栄養士同士の連携経験があった。

・言語聴覚士は平成28年4月に同法人のリハビリテーション病院より異動となり、現在の経口摂取支援チームが構築された。言語聴覚士はこれまでに連携といった経験は無いが、当施設で連携方法を学んでいる。

< 改定前からこれまで >

・施設内での経口維持加算算定は、平成25年10月からあり、活動を行っていたが対象者数は少なかった。

・算定件数が現在の様に増えたのは、上記経験のある管理栄養士、言語聴覚士が着任してからである。それまでは、看護師、言語聴覚士（前任）、管理栄養士（前任）のみ少人数での会議を行い、定型の書式も無く、カルテに書き込むなどの形であった。それまで各専門職が各自にラウンドし会議で報告するスタイルであった。平成27年に現任の管理栄養士が着任し、管理栄養士から相談員等に働きかけを行ったことで、施設内でさらに食事ケアの大切さへの意識が向上したことや、加算の方法が変わったことからミールラウンドや会議で経口摂取支援することのイメージを皆で共有できるようになっていった。

< 情報共有への取り組み >

・管理栄養士が約半年かけて会議で情報共有しやすいように資料を可視化する（プロジェ

クターで映写し打ち込みながら会議を行う)等の準備や会議時間の設定を行い、平成28年5月より現在の形(一堂に会してラウンドするよう)になった。経口維持加算に関する書類は言語聴覚士が主に作成しているが、介護士、医療職がどこからでもアクセスし、会議での決定事項等を確認できるようなシステム(ソフトウェア)を取り入れている。システムアクセスできるPCは、施設長の考えからフロアに1台、事務所に5台設置している。また管理栄養士作成の栄養管理表も、全職種がアクセスして確認できるようになっている。今回の経口維持加算に関しては、すでに施設内で、皆で行っていたことをシステム化し、書類化するだけの作業であったという印象。難しいことではなかった。やってきたことを評価されたという気持ち。

(3) 経口摂取支援チームの機能維持と技術向上への取り組みについて・チームの理念と目標

< 会議の場の醸成 >

- ・会議は固くなりすぎないように注意している。例えば雑談の中に出てくる余剰情報が重要な情報であることもあり、ざっくばらんに話せる環境が大切であると認識している。また皆が1ヶ月間実践したことを発表する場でもある。

- ・利用者(対象者)の自宅復帰を支援するために、利用者の家庭環境や排便の状況など食事のテーマだけに限らず話をする。管理栄養士だけでは知り得ない情報も、多職種で話すことで理解できることも多い。・経口摂取支援チームに相談員が参加したことで、相談員内でも食事が必要な知識であるという意識付けとなった。

< 施設の理念 >

- ・会議では皆が必ず発言する。これは施設長の「何かあればその場その場で発言する」という理念に基づいており、皆が自然とそのスタイルになっていった。月1回施設長回診の際、医療職が皆で参加しウォーキングカンファレンスで様々な情報の集約を行っている。移動しながらカンファレンスを行う形式の為、施設長の「言うべきことはその時言わないと、回診の後では受け付けない」という方式が定着し、若手への教育効果にもなっている。

- ・施設の介護職が着実にステップアップすることを推進する土壌がある。介護士→介護福祉士→介護支援専門員と着実にステップアップする。介護係長クラスは施設内に4人おり同施設で15年程度働いている。

- ・施設内で在宅復帰率や算定に関することはしばしば議題に上がる。施設内で実施している取り組みで算定可能な取り組みがあるならば、積極的に算定に結びつくよう手配する土壌がある。自分の給料は自分で稼ぐ、という意識で、加算算定に結び付ける取り組みを行うべきではないかと考えている。

< 職種間の関係 >

- ・施設は病院とは異なり、生活の場であると認識している。病院で行われるような“言語聴覚士の指示による看護師の食事介助”などは当施設ではなく、むしろ介護士の食事介助に関

わる能力が非常に高く活かされているので、必ず昼食時に一人配置されている看護師は見守る立場に徹している。介護士が困難を感じた時に言語聴覚士や看護師を頼りにする仕組みになっている。経口維持加算の非対象者への検討も頻繁に行われている。また昼食時の様子は介護支援専門員も利用者の昼食時の様子を見に来ることもある。こうした昼食時の様子が、のちのミールラウンドの土台になった。利用者の入所時に必ず言語聴覚士が観察評価していることから、“食事に関する機能評価は言語聴覚士に確認してもらい、対応は皆で決める”ことがルーチンとなっており、介護士の安心感にもつながっている。

- ・医療職、介護職の間に垣根が無い印象がある。医療職の昼食休憩中なども、介護職がどんどん相談を持ち掛けてくる。また言語聴覚士など医療職が事務所で待機している間も、いつでも相談できる環境にしている。管理栄養士と言語聴覚士間など医療職同士の連携も強く、気軽に相談できる関係性である。

同法人病院の歯科医師は1回/月ミールラウンドに参加しアドバイス等を頂いている。歯科衛生士は第3木曜に口腔ケア方法等の指導に来ている。

<今後の展望>

- ・管理栄養士：ターミナルの方への対応について、どんな形で支援できるか考えないといけない。いかに多職種を巻き込めるか考えている。また栄養（食形態の調整や補助食品等）はお金の壁が大きいことが課題である。

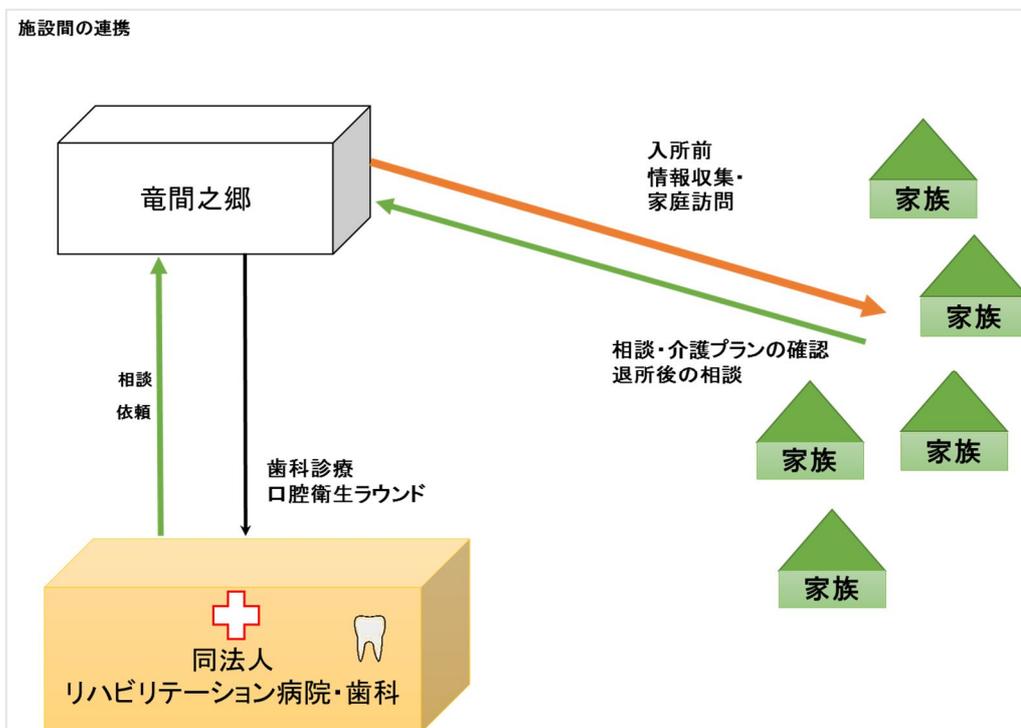
- ・言語聴覚士：食べたい人をどう支援するか。もっと食べられるようにする支援を考えていきたい。

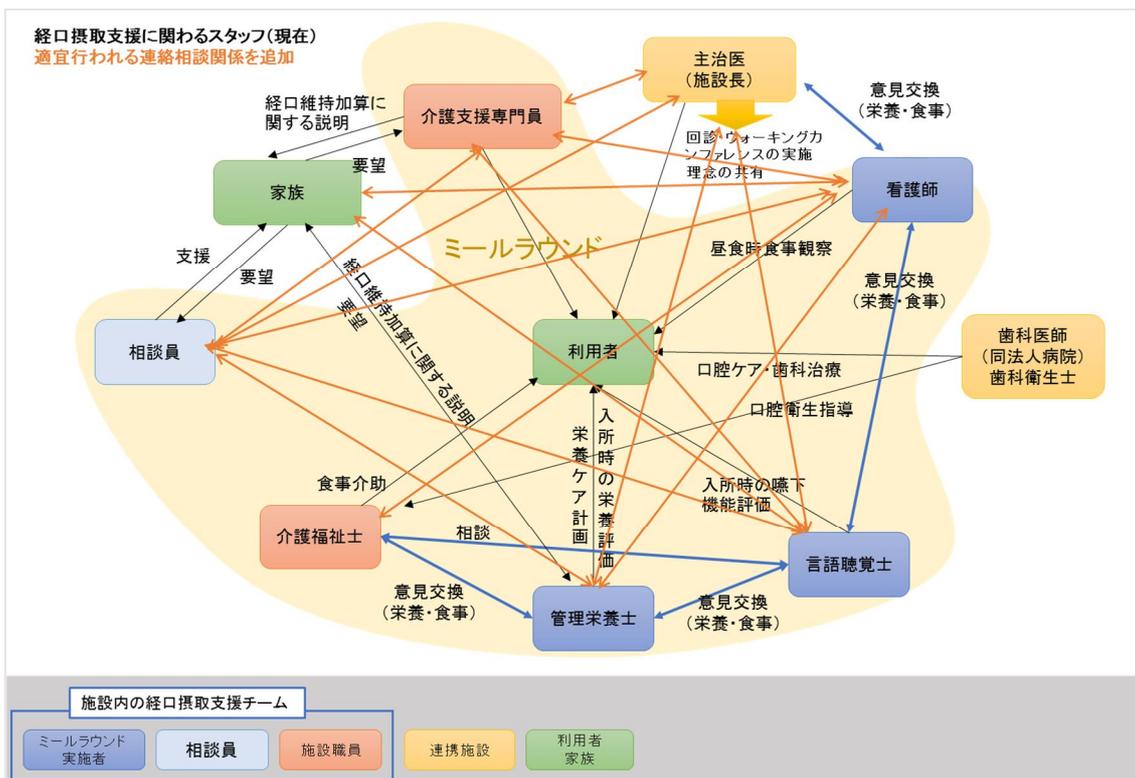
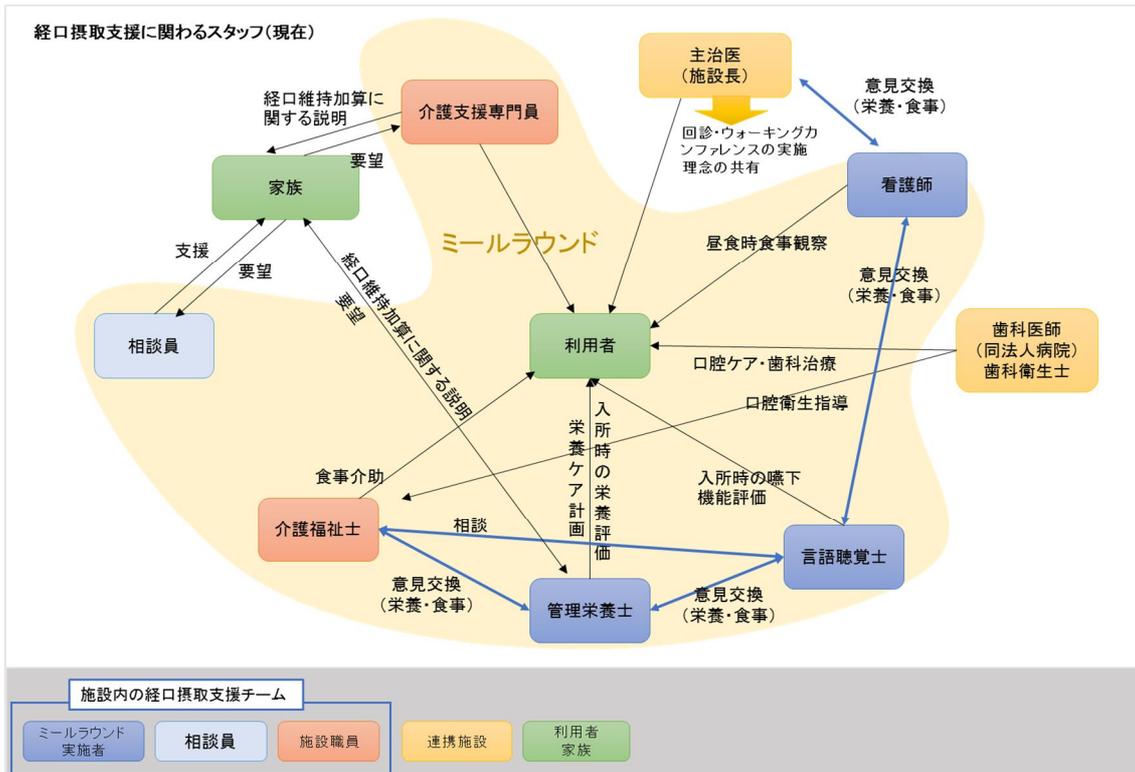
- ・看護師：地域において栄養状態が不良になった方等が老健施設へ来て、トレーニングを行い、在宅へ帰る。地域で暮らしつつも老健施設を集中的なりハビリに利用する、ということサイクルに出来ないか、と考えている。本人よりも家族や家に課題があるケースも多い。世帯全体を見ていけるよう、地域との連携強化が大切である。

(4) 全国の施設へのメッセージ等

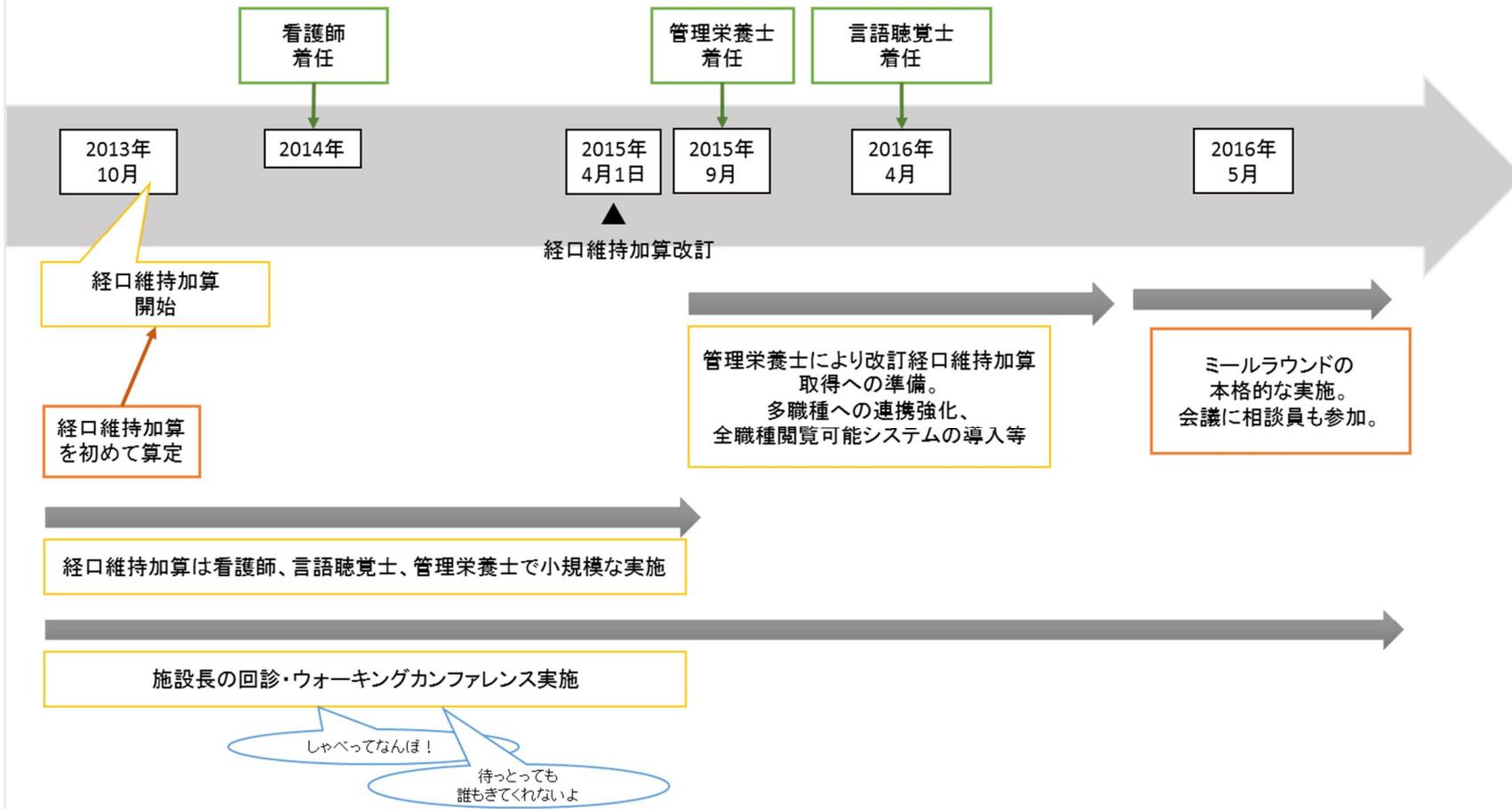
- ・会議をざっくばらんに、わいわい行うことが良いと考えている。構えて行くと辛くなってしまう。皆で行っている事、日ごろの業務の中で思った事などの発表の場であると良いと思う。会議で楽しく会話を引き出していくことが多職種連携につながる。

(写真はヒアリング時 関係者写真)





チーム結成に至るまでの経緯



新しい老人保健施設のケアプラン
R4システムについて

アセスメントとケアプラン

公益社団法人 全国老人保健施設協会
ケアマネジメント委員会
大河内二郎

ICF stagingの応用

目的

利用者が残存機能を
生かして自主的に
口腔ケアができる環境調整

対象：

IPACの調査の項目について
下段の表は「4」のレベルで調査している
IPACの調査結果は「アセスメント」
の結果を「ケアプラン」に反映させる

項目	レベル	調査結果
口腔ケアの計画	4	計画が立てられている
口腔ケアの実施	4	実施されている
口腔ケアの評価	4	評価されている
口腔ケアの記録	4	記録されている
口腔ケアの教育	4	教育されている
口腔ケアの環境	4	環境が整備されている
口腔ケアの設備	4	設備が整っている
口腔ケアの人員	4	人員が確保されている
口腔ケアの費用	4	費用が確保されている

レベル4まで
まで調査が
行われている

現状把握



車椅子では、手が届かない

全利用者に手洗いの必要

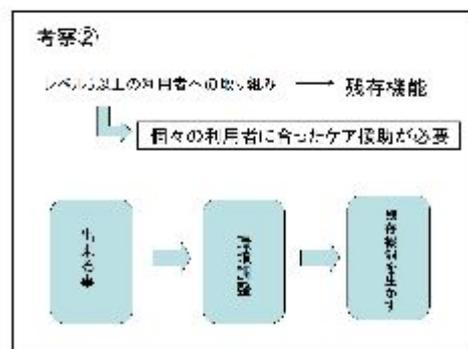
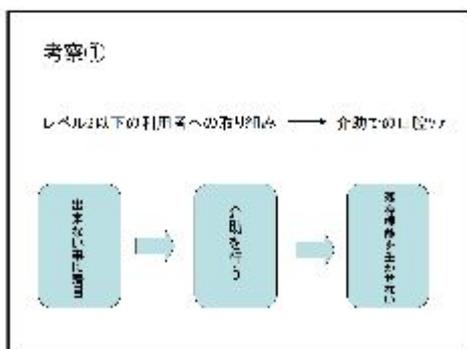
実施内容



「セッティングがあれば、
自分で口腔ケアを行っている」
レベル3以上=50%



「歯磨きのはつティングをしてら
自分で出来ないが、スタッフは
自分で行なっている」
レベル2以下=33%



先進事例ヒアリング調査3 議事録

1. 開催日時

2017年2月19日(日) 13:30~16:00

2. 場所

社会福祉法人美瑛慈光会 特別養護老人ホーム 美瑛慈光園
〒071-0202 北海道上川郡美瑛町南町4丁目4番18号

3. 出席者

社会福祉法人美瑛慈光会 特別養護老人ホーム 美瑛慈光園 5名
施設長 A、管理栄養士 M、介護主任 Y、看護主任 I、
栄養管理部長/栄養士 M
東京都健康長寿医療センター研究所 2名
歯科医師 枝広、歯科衛生士 白部

(敬称略)

4. 議案事項

- (1) 施設に入所される要介護高齢者への経口摂取支援(経口維持加算)の取り組みについて
- (2) 活動におけるこれまでの経緯
- (3) 経口摂取支援チームの機能維持と技術向上への取り組みについて
- (4) 全国の施設へのメッセージ等

5. 議事内容

- (1) **施設に入所される要介護高齢者への経口摂取支援(経口維持加算)に関して、現在の取り組みについて**

<経口摂取支援チームの現状>

- ・**対象者の選定**： 介護職員が食事時のむせや、食べこぼしなどの摂食機能障害を発見した場合に、棟会議(多職種カンファレンス)で議題に挙げて選定する。水飲みテストを実施し、嘱託医(美瑛循環器内科クリニック)に、水飲みテストの結果等をふまえて意見をいただいている。新規入所の際の嚥下評価等は、重度の方に対しては関連施設の老健に勤務している言語聴覚士が行っている。
- ・**経口維持計画書**： 管理栄養士が作成している。経口維持計画書になって記入量は増えたが、改定前からケア内容の変更やユニット会議で議題に挙げた事項については書き留めていたので、大きな負担ではなかった。内容は嘱託医に確認してもらっている。
- ・**ミールラウンド**： 食事の時間になると必然的に職員が現場に集まるため、日時を決めて

まわるのではなく、その場で観察を行っている。管理栄養士が看護職員や介護職員から日常の様子を聞き取ることもあるが、多くの場合介護職員から疑問点・不安点などについての質問が日常的に発信される。給食業務は栄養士が担っているため、管理栄養士はミールラウンドなどの栄養ケアマネジメント業務に専念することができる。また、積極的にミールラウンドで施設内を回っているため、介護職員も話しかけやすい雰囲気作りにもなっている。看護職員も、昼と夜に各棟のミールラウンドを行い、介護職員や管理栄養士と一緒に、食形態等について話し合い、看護職の立場からアドバイスしている。介護支援専門員は生活相談員と兼務で、会議参加を中心にしている。

・**多職種会議**：月1回実施しているユニット会議には、各ユニット（全部で3棟）の介護職員をはじめ、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員（相談員）、針灸あん摩師、リハビリテーション職員（作業療法士等）も出席している。平成27年度改定後は経口維持加算の多職種カンファレンスとして利用している。会議の中で、経口維持加算対象者の選定や、アセスメント内容、ケア方法等について議論される。管理栄養士はすべてのユニット会議に参加して情報共有をしている。また、ユニット会議とは別に毎朝夕のカンファレンスがあり、毎日の看護・介護業務の引継ぎ等を行っている。朝夕のカンファレンスには、施設長、各棟の代表介護職員、看護職員、管理栄養士、栄養士、介護支援専門員（相談員）、針灸あん摩師、リハビリテーション職員（作業療法士等）など、その日の出勤者が参加し、体調不良の者への対応や、通院の決定など、当日の課題への対応について協議している。

・**家族との連絡**：各利用者の担当職員が家族と話し合いを行う。適宜状態報告を電話で行い、必要時、面会で説明する。面会時に実際に食事の様子等を見ていただき、担当の介護職員から説明し家族の意向、食形態の変更等について相談する。

・**医療機関・他施設との連携体制**：関連施設である、美瑛町老人保健施設ほの香、美瑛慈光園小規模多機能ほたる・七彩から入所される方もいる。入所時のアセスメントは、生活相談員が基本情報や担当のケアマネージャーからの情報を確認した上で、必要があれば看護職員と共に面接を行い、食形態の選定も含めて、入所時のケアプランを作成する。口腔内に関する情報は、病院または施設から引継ぎを行う。

・連携病院は美瑛町立病院であって、VFは実施不可である。

・**歯科との連携体制**：平成26年より、YOU すまいる歯科と連携している。歯科医師による歯科訪問診療を開始後、利用者の口腔衛生状態が改善した。現在、口腔衛生管理体制加算を算定している。

・経口維持加算の対象者の食事観察中の動画を撮って歯科に見て頂いたことがあるが、ミールラウンドの歯科医師参画はまだ実現していない。歯科訪問診療中に嚥下機能低下のある利用者について診察、アドバイスをもらっている。

・歯科訪問診療時の歯科衛生士の口腔ケア等を管理栄養士や介護職員が見学し、口腔ケアの方法や食事介助等についても指導いただけるため、動画を用いて他の職員と情報を共有している。往診は歯科医院の昼休憩時に実施されるため、1回につき1名のみが対象となる。

その選定は、介護職員から口腔ケア実施が困難(食いしばりなど)という相談があった人も含まれ、管理栄養士から連携歯科医院に依頼を行っている。

(2) 活動におけるこれまでの経緯

<改訂前>

・理事長の「刻み食は嚥下困難食で、むせやすい」という考えや、介護職員からも、「刻み食は口の中でバラつくため、むせるので、プリンのような形状だと食べやすい」という要望があり、平成 8 年からプリン食を提供している。また、平成 15 年にユニットケアを導入し、各棟で食事の盛り付けを行うこととなった。今まで入所者の約 4 割に提供していた刻み食は、なぜこの利用者は刻み食になったのか 1 人 1 人の摂食・嚥下プロセスと障害を見直し、刻み食の撤廃を決めた。普通食も以前より軟らかく調理していたため、ほとんどの利用者が食べられた。食べられなかった方に対しては、軟菜食(離乳食のように軟らかい食事)を提供することとなった。このように、栄養管理部では、ケアにおける食事を重要視しており、様々な取り組みを行っていた。

・平成 11 年(1999 年)に理事長の全国的な活動のつながりで広島の特養老人ホーム誠和園に研修に行き、その際に学んだバイキング食(陶器の食器などを使用)を取り入れ、イベントとして開始した。利用者に喜んで頂く為に施設全体で、みんなでやる、もっとよくするために提案する、というまとまりの良さがその頃からあった。

・平成 14 年(2002 年)より、食事会を開始：利用者に食べたい物についてのアンケートを取ってみたが、料理が目前にないとイメージできないようだったので、実際に料理を並べて見せて、選んでもらうお好み定食や、各地の郷土料理、利用者の目の前で揚げる天ぷらバイキング、にぎり寿司や、湯豆腐鍋を行った。

・平成 15 年から、各棟におけるユニットケアの取り組みが始まった。利用者と介護職員と一緒に食事をする、フロアで利用者と一緒に食事を作る、などの取り組みが各ユニットで始まった。各棟がそれぞれ良いライバル関係が築けており、ユニットケアが少しずつ始まっていった。また同時期から、食事プロジェクト委員会という委員会を開設し、栄養アセスメント等について、介護職員や管理栄養士、看護職員、理学療法士が出席し、摂食・嚥下や食形態に関する検討を行っていた。

・平成 17 年に栄養マネジメント加算が始まり、当時は経口移行加算と経口維持加算()を算定していた。嚥下造影検査(VF)は、加算算定当初は旭川 R 病院に依頼した。旭川 R 病院の受入不可に伴い、その後は旭川 S 病院に外来 VF・摂食嚥下機能評価を依頼し、6~8 人の対象者ととも、半年ごとに 2 年間通院した。検査の際は検査技師が食事介助を行い VF するため、普段の様子は評価困難であるという点、さらに病院が遠方で、対象者は移動の間に体力を消耗し、検査時に拒否が見られることも多くあったため、入院患者以外の VF 受け入れが困難となった。新たに VF 検査を行う病院が見つからなかったため、その後はアセスメントシートによって評価するようになり経口維持加算()のみを算定していた。

・その後も過去に取った VF 動画で摂食嚥下機能の勉強をすることもあった。後になってふりかえると、VF のための通院は困難でもあったが、VF 動画は職員の食形態や一口量、食事介助の方法などに関する知識が深められる良いツールであった。

・平成 23 年頃、離職が増えてモチベーションが下がった時期もあり、負担を減らすために業務を整理し食事プロジェクトの委員会がユニットごとの係活動になった。その結果利用者に触れあう時間をより多く取れるようになった。

<改訂前後>

・各棟の職員間で、利用者の食事量が少なくなってきた、吐き出すことが多くなってきた、などの食事や口腔ケアについて話し合っていた。職員とともに、食事時の様子をモニタリングして、月 1 回のユニット会議で、議題に挙げていた。

・管理栄養士は、3 棟すべてのユニット会議にも出席していたため、全利用者の様子を把握していた。改定に伴い、(とろみ剤はコストがかかるが)追加実施の負担は計画書作成であり、対応可能な範囲であったため、算定することを決めた。

<改訂後>

・ミールラウンドは従来通り必然的に現場に集まる食事の時間に行い、多職種カンファレンスは、従来より実施されていたユニット会議に位置付けた。

(3) 経口摂取支援チームの機能維持と技術向上への取り組みについて

<経緯におけるポイント>

・**理念の共有**：新入職員採用時研修において理事長から運営理念、それを表現したケア技術の講義がある。またそれが継代して受け継がれており、全職員に浸透している。理事長が施設長だった頃は、会議等で問題点が議題に挙がると、その防止策についてミニ講義が始まり、介護について学ぶ機会が多くあった。

・ケアに対して妥協しない、という理事長の考え、それに対して M 部長が実現してくれる、こういったスタンスが根付いているため、施設全体で行う様々な取り組みへの協力体制が充実している。また、利用者の食事の課題は入院や死につながるもので、肺炎・低栄養にならないように、入院せずに過ごして頂きたい、明日も笑っていてほしい、という思いが施設内の多職種連携につながっている。

・職員間の協力体制は、もともとあり、多職種間においても提案や意見を言いつらいという雰囲気はなく、手間がかかる変更点であっても不平が出ることはない。その雰囲気の根底には、全職員が利用者を第一に考えて、「利用者に喜んでもらえることが一番」という思いがある。全職員が同じ思いで働いているので、多職種が理解し合い、協力して勤務することができる。相談し、間違っていることを指摘し合える環境でもある。

<新人研修(OJT)の取り組み>

・10 年ほど前から、新入職員には、必ず教育係(OJT リーダー)が約 1 年間付くという、

新人研修を実施している。OJT リーダーは 3 年目以上の者が担当し、新人職員が最初に利用者とかかわる前に、各利用者の留意点について実際に説明する。疑問に思うことは基本的に教育係に聞くことになっており、聞けずに問題点等を溜め込まないように面談しフォローするように気を付けている。

- ・OJT リーダーの任命およびペアリングに関しては、新人職員の経験等に合わせて、主任者会議で決定される。OJT リーダーは、介護職員がそれぞれのケアの意味や手法を説明できる力や、人を育成する力をつけ人材育成に興味を持ってほしいという考えから、入職 3 年目という早い段階から任命している。主任が兼任することもある。3 年目は、介護が一通りできるようになり、他の人のできない部分などが見えてくる時期でもある。OJT を通して、できない部分を批判するのではなく、育て、自分の振り返りにも繋げてほしいと考えている。
- ・新人研修の実施により、できない部分を批判するというようなことがなくなり、職員間の雰囲気も良くなった。

<地域とのつながり>

- ・毎年 6 月 15 日に戦没者を慰霊する招魂祭（ふれあい観音祭）を実施している。安く料理を提供する、施設職員の OB や利用者家族が参加し野菜の苗の販売、屋台、バザーなど、様々な催しがある。町のボランティアも 100 人ほど参加し、地域との繋がりも強固なものである。

- ・それまで他施設からの入所の際に、同じ食形態の名称でも物性が一致していないことがあった。この背景から、平成 28 年冬に関連施設の言語聴覚士が、嚥下調整食分類 2013 を参考に、近隣の主要医療施設の嚥下食の名称と写真付きの対応表を作成した。町内での配食サービスや包括、訪問看護ステーション、地域ケア会議で配布し、町内全体で対応できるようにしている。

<経口維持支援チームの展望>

- ・これからも多職種が連携をしていく上で、総合記録シート（各利用者につき 1 週間に 1 枚作成）にしたものを使っているが、その中で、利用者の日常生活のわずかな変更点等に着目し、要因を議論できるようにしていきたい。例えば、2 日/週食べられないことがある利用者が、別の週には 3 日/週食べられないことがあった、というケースで考えると、週ごとに見ていればわずかな変化で見落とすこともあるかもしれないが、継続的に照らし合わせて、多職種が客観的に確認することで、変化に気づき、またその要因についての議論につながると考えている。

- ・M 部長：“口から食べるのが一番”という思いで、介護の現場と調理をつなぐ潤滑油であればいいと考え従事してきた。調理現場の理解が得られないと食形態等で変更点がある際に上手くいかなくなる。管理栄養士がミールラウンド等で現場を見ているので、栄養士としては全体を見る役割である。利用者皆が最後まで口から食べられるように今後もより良い食

事を提供していきたい。

(4) 全国の施設へのメッセージ等

・利用者や家族、介護職員と良い関係をつくることが、みんなが同じ目標にむかう一歩になると思う。

・現場の一介護職員として、多職種と関係づくりをしていく上で、ケアの方法について、全て看護職に任せるのではなく、少しでもいいから専門的知識を身につけ、一緒に話し合いができるようにするべき。医務室看護職員に提案する際にも理論建てた提案ができるようにすると良いと思う。

・新規利用者の情報に関しては、引継ぎの情報だけでなく、現場に行き看護職員や介護職員、家族と話し、かつ今までに学んできた留意点を基に自分の目でアセスメントできるようにすることが大切である。新規利用者の前施設での状態が、こちらの施設でも同様の状態であるとは限らない。そのためにもアセスメントできる知識、信頼関係があれば、多職種ともよりスムーズに深く良い議論ができる。

・実際に現場を見て、情報を得ることが大切。食べられなくなった時には予知性をもって議論する必要があるので、なるべく最後まで口から食べてもらうようにするためにはどうすればいいか考えることが重要。そのためにも、一つの目標に全員で向かっていくという関係づくりが大切になると思う。

(写真はヒアリングの様子)



施設間の連携

