

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います。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います。

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。

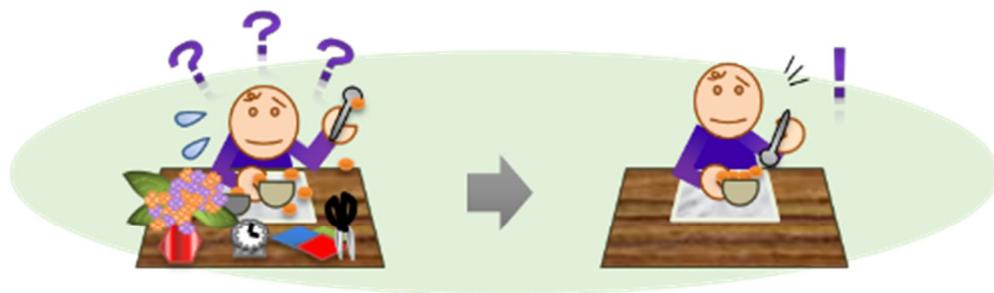


環境刺激の調整

- 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くことができます。

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



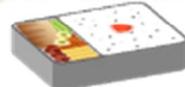
▲品数に混乱するならワンプレート料理



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



▼行楽気分など心理に訴えかけるお弁当箱



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。



▲白内障などでは食器と食べ物との間に色のコントラストがついていたほうが認知しやすい



▲食べていない食器を渡す、半分残っているようなら食器をまわすなどして、すくしやすいように誘導する

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・かきこみ食
- (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も、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。



スプーンが握りにくいですね

握りやすいスプーンをどうぞ。滑り止めマットも敷きましょう

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ます、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喘っている
- 食事中に濁ったガラガラ声になる

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、適切な行動が起これ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ゼーションが必要です。



▲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を行います。



▲仙骨座りで体幹・頸部が後傾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。



▲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
- 嚥下時には頸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

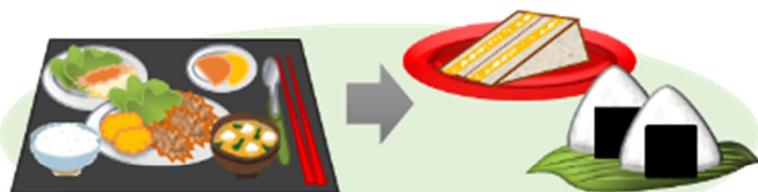
● 注意機能維持に向けた配慮

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、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で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。



食事中の特別な管理の要点

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。



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、少しづ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、前突き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] [ラ] 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、[バ] 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、[バ] 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、保温、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

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）を行っただうえで以下を検討
- 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に配慮（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）

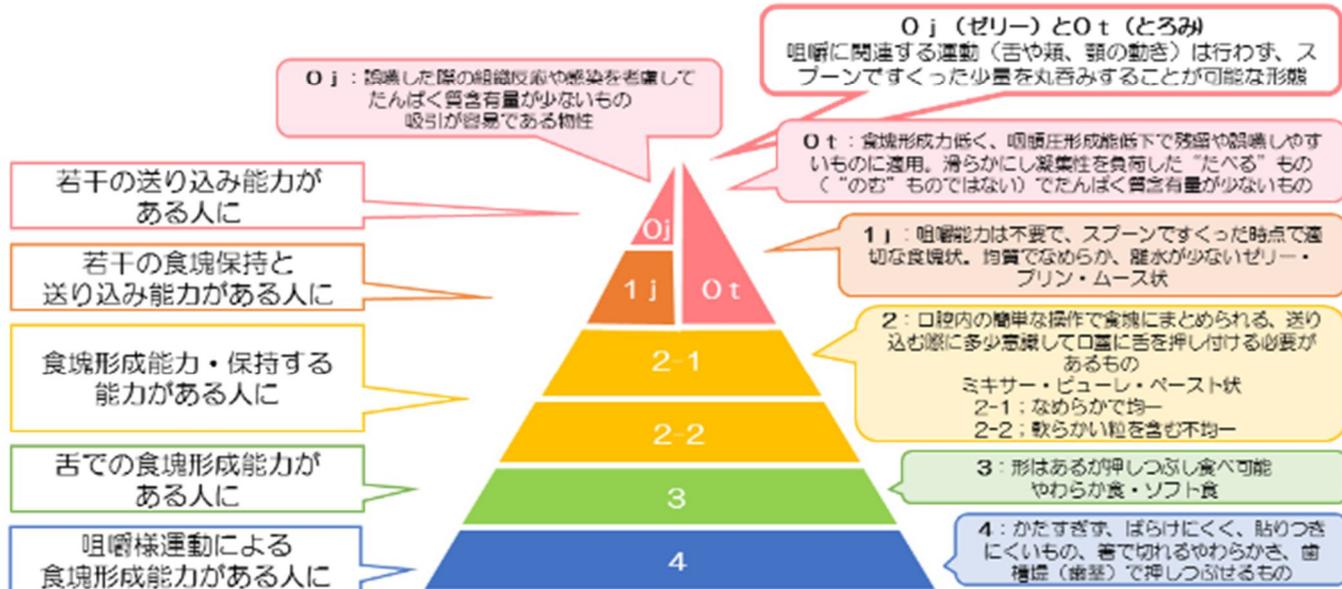
食べるのに時間がかかって疲れてしまう場合は、40分程度でいったん終了し、しばらくしてから間食として提供する

食べるの疲れちゃいましたね

一旦お休みしましょう
まだ後でね



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



・日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会：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, 日摂食嚥下リハ誌, 17(3)：255-267, 2013.

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し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。

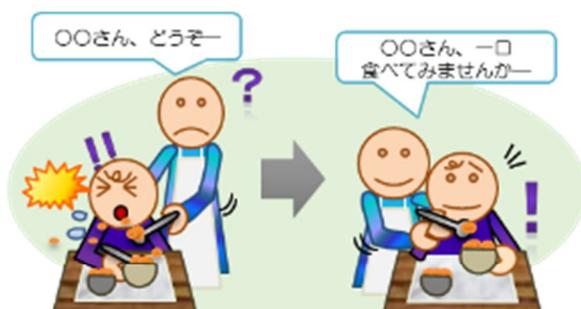
摂食嚥下機能が低下している要介護高齢者の嚥下反射は、非常にゆっくりで、食事に時間がかかると疲労しやすく誤嚥・喉頭侵入のリスクが高い状態となります。限られた食事時間の中で、安全に食事ができるように姿勢を調節したり、味や温度が違う食べ物を交互に介助するなどの工夫を行います。



▲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、目標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。味の濃いものを残す場合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。

● 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



特別な管理
を指示



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	経口摂取の状況 □常又は後発中の異常がある □食事の介助が必要である	認定加算 □経口移行加算 □経口維持加算(Ⅰ) □経口維持加算(Ⅱ)及び(Ⅲ) □介護付有料老人ホーム	
検査・検査結果の要約 □栄養士 □医師 経口内視鏡検査 □経口造影検査 □咀嚼能力・嚥下の検査 □認定加算に詳細あり（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存在 □認知機能 □嚥下 □嚥下機能 □嚥下環境	

※ 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*

※ 当該項目に関しては、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	□はい	□いいえ
① 上半身が左右の前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である		
② 経路が複雑しがりである		
③ 食事を速くしめていない		
④ 食事をしながら、寝てしまう		
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う、食事に集中できない		
⑥ 食事をその介助を拒否する		
⑦ 食事に飽きがかかり、食事を拒否する		
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ		
⑨ 口腔内に飲んでいる		
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い		
⑪ 噛むことが困難である（歯・歯肉の状況又は咀嚼能力等に問題がある）		
⑫ 飲みものを、飲んではいるが飲み残す		
⑬ 上下の歯肉や歯茎が咬み合っていない		
⑭ 口から唾液や唾液がこぼれる		
⑮ 口腔内に食物残渣が滞留する		
⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる		
⑰ 食事中や食後に嘔吐、声になる		
⑱ 一口あたり回数も減ってくる		
⑲ 頻りにむせたり、せきこみたりする		
⑳ 食事中や食後に苦悶した声になる		
㉑ 食事の後半は嘔れてしまい、特にこむせたり、呼吸音が苦悶したりする		
㉒ 観察時から直後1ヶ月程度以内で、嘔吐又は食事中に嘔吐したことがある		

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 □介護士 □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	□既設維持 □変更
②食事の調理法		□既設維持 □変更
③食事の介助の方法		□既設維持 □変更
④口腔のケアの方法		□既設維持 □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

経口維持加算(Ⅰ)	担当職種	担当者の氏名	気づいた点、アドバイス等

経口維持加算(Ⅱ)

食事形態の種類・とろみの程度
※ 栄養士 経口移行加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定する場合は、-の項目の記入は不要です。

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場合は、-の項目の記入は不要です。また、特別管理時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

経口移行加算(Ⅰ) (対象者)	年 月 日	経口維持加算(Ⅱ)	年 月 日
入所(院)者又は家族の意向		本人または家族の希望とサイン	同意と同意を得た日 (同意は同意書または本人署名と捺印)
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

食べる機嫌が悪くなってしまったご高齢の方に対し、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、歯間ブラシ、歯間洗浄剤などの口腔清掃用具は、利用者様ご本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を受けて頂きます。

▲お口が乾く場合には、お口のうるおいを補給する口腔内保湿ジェルを使用します。

◀歯垢から歯が出る石は柔らかい歯ブラシ、手のたが強い方にはク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特殊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。歯磨き粉は機能が劣化しますので使用しませんが、他のお入れ歯の洗浄剤は、カビの繁殖を予防する効果が入っているものもあります。

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、姿勢を保持することが難しくても、食事を楽しめるように、様々な自助食器・食具があります。利用者様ご本人の体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。

▶高さが付いていてすくい取りやすい食器

◀食飲のしやすさを高めるグリップ取っ手のスプーンなど

必要なものリスト

- 歯ブラシ
-
-

このパンフレットは介護保険施設に入居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。

施設職員・利用ご家族

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

※本パンフレットは介護保険施設に入居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。

はじめに

ご高齢の方は、病気療養中や入院中などで病気の治療が優先される環境にあると、体調や一日のリズム、お食の量などの生活リズムが崩れ、食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、たくさんのお食事が利用者様の楽しく美味しく、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、お口の乾燥、飲みこみにくさ、飲み込みづらさなどで、お食事を食べにくくなる場合があります。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場に近づける生活の質を高めることが大事です。特に大切なのは、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、お口の環境に関することを私たちにお話してください。簡単なことでよいので、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
嚥下機能を評価し、誤嚥や安全な食べ方などの指導をします。

看護師
お身体の状態に合わせた食事やお薬の投与をします。

医師
疾患や状態の評価や治療に合わせたアドバイスを行います。

介護福祉士
お口のの様子を観察しながら食事に補助をします。

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、口腔環境を整えるお手伝いをします。

当施設では、
・
・
・
のメンバーも参加しております！

ご高齢の方のよりよい食生活をサポートするためには、たくさんの方々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。

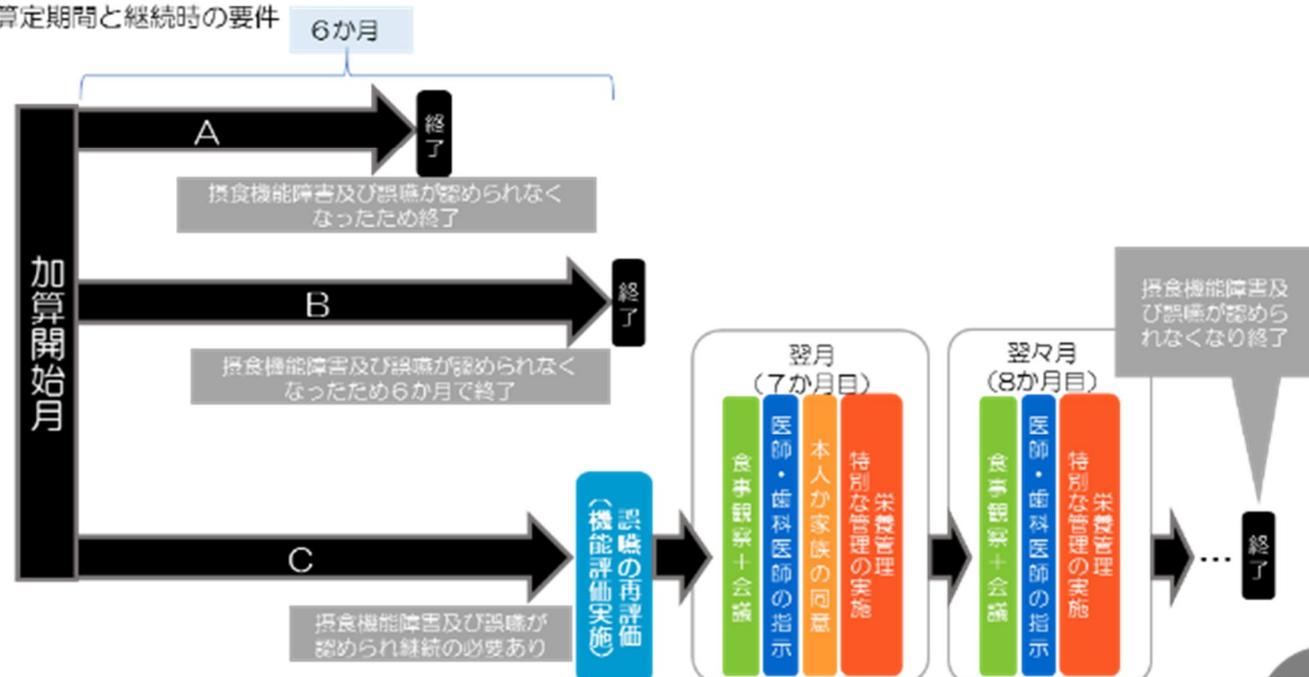
一方、6月を超えた場合でも、検査を行い再度摂食機能障害及び誤嚥が認められ特別な管理が必要であると医師又は歯科医師の指示があり、かつ利用者の同意がある場合に限り、引き続き算定できることとなっています。ただし、その場合は、概ね1ヶ月毎に「特別な管理の必要の有無」について医師又は歯科医師の指示が必要になります。

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**

八 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。

二 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とでの管理

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、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（湿性嘔声）、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

・平成26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 管理栄養士による在宅高齢者の栄養管理のあり方に関する調査研究事業 地域における訪問栄養食事指導ガイド 管理栄養士によるコミュニティワーク（公益社団法人日本栄養士会） より改変

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あり、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る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、改善に結びつぐ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」「噛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

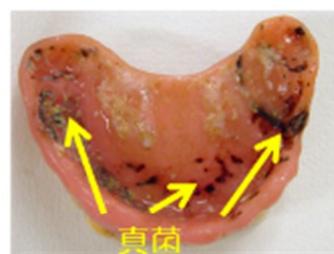
自分で歯磨きしている要介護高齢者の中には、上手に磨けていない方も少なくありません。口腔内や義歯の清掃状態、口臭の有無を確認し、介助の必要性のアセスメントを確認しておくことが重要です。口腔内の清掃状態が不良であると、ごく少量の唾液の誤嚥でも誤嚥性肺炎発症リスクが高まります。歯がない方でも義歯の洗浄が不十分であると義歯に細菌や真菌が繁殖し、粘膜炎や誤嚥性肺炎のリスクが高まりますので、義歯も必ず物理的・化学的に洗浄することが必要です。口腔衛生状態やケア方法に関しては歯科医師・歯科衛生士にアセスメントを依頼することで効果的なケアに繋がります。



▲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」「食べ物がしみる」「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。



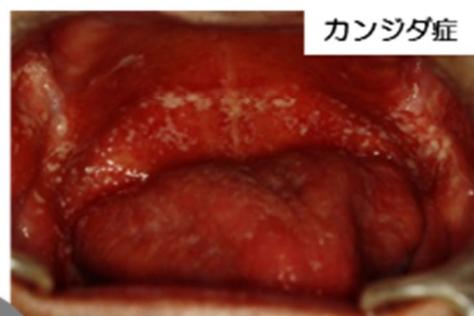
潰瘍

◀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

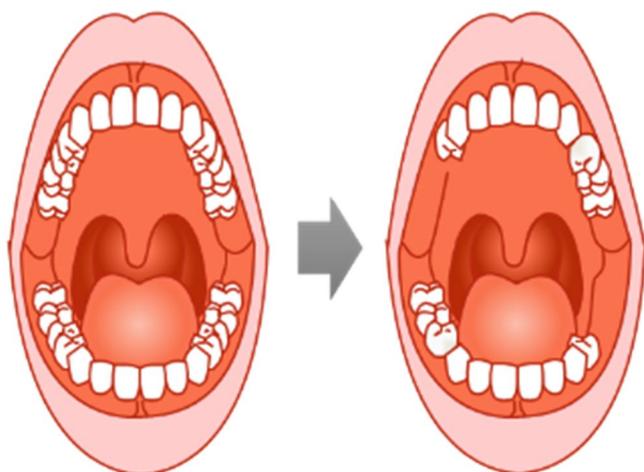
◀塩辛いもの・酸味のある物に痛いという訴えがあった。口腔粘膜に発赤とレース状白斑があり扁平苔癬が出来ていた。

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す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。



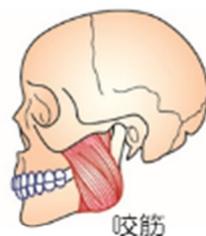
▼壊れやすく、また飲み込んでしまえるほど小さな義歯。ゆがみや金属の破損などがないか確認する必要がある。



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。



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, Edahiro 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.

Q & A

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。