

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

（H27－長寿－若手－003）

平成 29 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 枝広あや子

平成 30（2018）年 5 月

平成 29 年度 厚生労働科学研究費補助金研究報告書目次

I. 総括研究報告		
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 枝広あや子	-----	4
資料 1 先進事例ヒアリング調査報告	-----	21
資料 2 多職種による要介護高齢者の経口摂取支援研修 グループワーク ファシリテーターガイド	-----	39
II. 分担研究報告	-----	47
1. アルツハイマー病高齢者の食生活の自立維持を目的とした身体組成、 栄養状態に関する Z スコアによる比較検討 田中弥生・枝広あや子・本川佳子	-----	49
2. 18 カ月間の定期的な口腔機能管理指導による 認知症高齢者の食事形態および自立摂食力の変化の検討 荒井秀典・渡邊裕・枝広あや子・三上友里江	-----	59
3. 要介護高齢者の経口摂取支援に関わる介護保険施設の 多職種チームの取り組みの効果に関する検討 安藤雄一・平野浩彦・枝広あや子	-----	73
4. 複線経路等至性アプローチ (TEA) を用いた要介護高齢者の 経口摂取支援多職種チームの発展経過プロセス 小原由紀・枝広あや子	-----	95
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	115
巻末資料 1 刊行物	-----	127
巻末資料 2 多職種経口摂取支援チームマニュアル Ver.1.2	-----	135
巻末資料 3 (参考) 平成 30 年度介護報酬改定のポイント 歯科・口腔関連項目の変更点を中心に, 公益社団法人日本歯科医師会	-----	210

# I . 総括研究報告

**厚生労働省科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）**  
**統括研究報告書**

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

研究代表者 枝広あや子 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

研究要旨：

経口摂取に関する問題のスクリーニング法とその基準を明らかにするための検討

認知症をもつ要介護高齢者の適正な栄養介入に必要な基礎情報として、進行段階による身体組成の差異を明らかにすることを目的に[分担研究1]**アルツハイマー病高齢者の食生活の自立維持を目的とした身体組成、栄養状態に関するZスコアによる比較検討**を行った。アルツハイマー病を持つ要介護高齢者においてはCC,SMI,FFMIを含めた詳細な身体組成評価がAD高齢者の予後の良否に寄与すると推察された。

歯科と栄養の連携による経口摂取支援マニュアルを作成しその効果の検討

本研究において作成した経口摂取支援マニュアルを使用して研修を行い、多職種のグループワークのためのファシリテーターガイドを作成した。また歯科衛生士が実施する定期的な口腔機能管理指導による食形態や食行動への効果を認知症重症度別に検討する目的で[分担研究2]**18か月間の定期的な口腔機能管理指導による認知症高齢者の食事形態および自立摂食力の変化の検討**を行った。さらに要介護高齢者に対する経口摂取支援多職種チームの発展に関わる情報を得るために、[分担研究3]**要介護高齢者の経口摂取支援に関わる介護保険施設の多職種チームの取り組みの効果に関する検討**、[分担研究4]**複線経路等至性アプローチ（TEA）を用いた要介護高齢者の経口摂取支援多職種チームの発展経過プロセス**に関する研究を行った。[分担研究2]においては、歯科衛生士が施設職員と連携して行う定期的な口腔機能管理指導の効果は口腔・咽頭機能、食形態の維持・改善等に認められるが、自立摂食力の一部には限定的であった。経口摂取支援の主要職種だけでなく理学療法士、作業療法士なども含めた多職種による食事の観察と、情報共有のうえでの食事の支援が必要であると考えられた。[分担研究3]では、取り組みによるアウトカムに対する要因の多変量解析を行った。要介護高齢者への多職種による経口摂取支援では、リーダー役やアドバイザー役、調整役など多職種チームの核となる役割を担う存在が連携の効力感、学習効果を生み、多職種チームの成熟に影響し、さらに経験を重ねることによるチームの質の向上が利用者・家族のQOL向上効果を生むことが示唆された。[分担研究4]では、介護保険の枠組みにおいて業務を行う介護保険施設における利用者の経口摂取支援に関わる多職種チームが発展するプロセスをTEM図によって捉えた。TEM図の描出により、俯瞰的に共通点および多様性を捉え、非可逆的時間のなかでの、複数の促進因子が深くかかわっていると考えられた。

研究分担者・所属機関・役職(平成29年度)  
荒井秀典 国立研究開発法人国立長寿医療  
研究センター 副院長  
田中弥生 駒沢女子大学人間健康学部  
健康栄養学科 教授  
安藤雄一 国立保健医療科学院・予防歯科学  
統括研究官  
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 歯科口腔外科部長  
渡邊裕 地方独立行政法人東京都健康長  
寿医療センター研究所 専門副部長  
小原由紀 国立大学法人東京医科歯科大学  
大学院医歯学総合研究科 講師

## A. 研究目的

### 経口摂取に関する問題のスクリーニング 法とその基準を明らかにするための検討

要介護高齢者の栄養学的支援が重要であることは論を待たないが、要介護状態にあるアルツハイマー病高齢者の進行段階に応じた適正な栄養必要量は明らかになっていない。アルツハイマー病は変性疾患であり、進行段階により大きく身体機能および身体組成が変化する。適正な栄養介入に必要な基礎情報として、進行段階による身体組成の差異を明らかにすることを目的に【**分担研究1**】**アルツハイマー病高齢者の食生活の自立維持を目的とした身体組成、栄養状態に関するZスコアによる比較検討**(田中弥生・枝広あや子・本川佳子)を行うこととした。

### 歯科と栄養の連携による経口摂取支援マ ニュアルを作成しその効果の検討

介護保険サービス利用者の食事に関する多職種連携の様相は、施設によって異なる

のが現状である。このことから本加算を現場で効果的に稼働させるために、認知症による経口摂取困難等も含めて課題解決および連携した対応の提案が可能となるような歯科と栄養の連携による経口摂取支援マニュアルが必要である。これまで本事業では、既存の知見の集積のみならず、職種間の連携に必要な要素の抽出を試み、先進事例の要点も含め経口摂取支援マニュアルを作成し、それに基づいた介入を実施し、また多職種のグループワークのためのファシリテーターガイドを作成した。

介護保険施設利用者に対する多職種による経口摂取支援における歯科衛生士が実施する定期的な口腔機能管理指導による食形態や食行動への効果を認知症重症度別に検討する目的で【**分担研究2**】**18カ月間の定期的な口腔機能管理指導による認知症高齢者の食事形態および自立摂食力の変化の検討**(荒井秀典・渡邊裕・枝広あや子・三上友里江)を行った。また今後、医療介護現場での連携の質の向上や、連携の新規構築を目指すためには、課題と解決の方向性を検討し、研修会における課題習得目標、また多職種連携の質の評価につなげる情報を得る必要がある。そこで今回我々は、多職種チームの発展に関わる情報を得るために、【**分担研究3**】**要介護高齢者の経口摂取支援に関する介護保険施設の多職種チームの取り組みの効果に関する検討**(安藤雄一・平野浩彦・枝広あや子)を行った。また一連の本研究で行った非構造化面接を用いて収集した先進事例の活動経過を用いて、多職種チームの発展のプロセスを検討するため【**分担研**

#### 【研究4】複線経路等至性アプローチ(TEA)を用いた要介護高齢者の経口摂取支援多職種チームの発展経過プロセス(小原由紀・枝広あや子)を行った。

### B. 研究方法

#### 経口摂取に関する問題のスクリーニング法とその基準を明らかにするための検討

[分担研究1]

対象は介護保険施設および認知症対応型共同生活介護施設の利用者とその家族に調査に関する説明を行い、承諾を得られた545名のうちアルツハイマー病の診断を受けている301名(男性48名、女性241名:平均年齢 $85.5\pm 7.2$ 歳)を分析対象とした。1)測定項目:身長、体重、臨床認知症評価(CDR)、日常生活動作Barthel Index(BI)、低栄養の判定としてMini Nutritional Assessment-Short Form<sup>®</sup>(MNA<sup>®</sup>-SF)、食欲評価としてCouncil on Nutrition Appetite Questionnaire(CNAQ)を対象者の担当となっている施設職員が評価した。実測調査は管理栄養士が下腿周囲径(CC)を計測し、身体組成は生体電気インピーダンス法(Bioelectrical Impedance Analysis: BIA法)を用いて、四肢筋肉量、体脂肪量、除脂肪量、基礎代謝量を測定した。2)分析方法:CDR別の比較検討を目的に各項目のCDR0.5を基準とする減少率(%)を算出した。統計解析にはSPSS ver. 20.0を用い、有意確率5%未満を有意差ありとした。3)倫理的配慮:本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した。

#### 歯科と栄養の連携による経口摂取支援マ

#### ニユアルを作成しその効果の検討

[分担研究2]

同一法人である5つの介護老人福祉施設の入居者の315名を解析対象とした。1)調査・介入方法:調査期間は、うち2施設を平成26年12月にベースライン調査、平成27年4月から翌年6月まで介入し、平成28年6月時調査を介入後調査、ほか3施設は平成27年6月にベースライン調査、平成27年9月から翌年12月まで介入し、平成28年12月時調査を介入後調査とした。介入は歯科衛生士による定期的な口腔機能管理を行った。調査項目はCDR、性別、年齢、介護認定状況、認知症高齢者自立度、身長、体重、BMI、既往歴、生活活動能力(BI)、栄養状態(MNA<sup>®</sup>-SF)、食欲(CNAQ)、摂食力評価(SFD)、食事形態(主食・副食)を質問票によって調査した。調査票は対象者の担当看護師や介護職員が回答した。2)分析方法:定期的な口腔機能管理指導の実施前後の変化はCDR別に食事形態、栄養状態、食欲、自立摂食力の維持・改善率を算出した。栄養状態、食欲、自立摂食力は維持・改善率を算出し、多重比較はBonferroni法を用いた。統計的有意確率は5%未満とし、統計解析にはSPSS Statistics23(IBM)を用いた。3)倫理的配慮:国立長寿医療研究センター、倫理利益相反委員会の審査承認(No.605)を得て実施した。

[分担研究3]

対象は介護老人保健施設および介護老人福祉施設において要介護高齢者に対する経口摂取支援に関わる専門職(管理栄養士、看護師、介護支援専門員、言語聴覚士、歯科衛生士等)で構成されたチームの代表者および相当する職員の367名とした。

1) 対象者の選定方法：全国老人保健施設協会会員および東京都高齢者福祉施設協議会会員の施設に、本研究事業への協力を要請し、参加協力の意思表示があった施設とした。2) 分析方法：一次調査) 経口維持加算に係る多職種チームの実施体制、チームの核の存在、歯科医師・歯科衛生士の関与について。二次調査) 多職種連携会議の様相、取り組みによって得られた効果については質問紙郵送調査で行った。3) 調査スケジュール：経口維持加算の改定内容等に関する研修会において一次調査、研修会より6ヶ月後に、二次調査を行った。4) 分析方法：本検討においては、経口摂取支援に関する多職種チームの成熟度の目安として、一次調査時点で施設において実施している経口摂取支援の実施体制を「改定前より実施」「改定後より実施」「実施なし/関与なし」群に分類した。また歯科医師・歯科衛生士の関与および、多職種チームにおける核になる存在について「リーダー役」「アドバイザー役」「調整役」の存在を調査し、二次調査時における取り組みによって得られた効果(アウトカム)を統計学的に検討した。なお、統計解析には統計解析用ソフト SPSS Statistica25 を用い、有意水準 5%未満を有意差ありとした。5) 倫理的配慮：本調査の実施に際しては、東京都健康長寿医療センターの倫理・利益相反委員会の審査、承認を受け実施した(平成 28 年 No. 11)。

[分担研究 4]

対象は本研究事業において先進事例ヒアリング調査を行った 8 例の介護保険施設における経口摂取支援を行う多職種チームとし、面接はチームの経口維持加算の中心となる専門職 1~4 名程度に行った。1) 調査内

容：多職種連携の様相、時間経過と活動の経過に関する調査を行い得られた活動経過を時系列にまとめた後、面接に協力頂いた対象に再度提示し、時系列にまとめたシェーマを追加修正いただき、まとめとした。最大 2 回の修正を行った。2) 分析方法：8 例に対する分析は複線経路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach ; TEA) を用いた。TEA は人や組織の非可逆的時間とともに生じる歴史性を描出することを目的とする質的研究の方法論である。複線経路等至性モデル (Trajectory Equifinality Model ; TEM) 図では非可逆的時間を軸に解放システムの経過を描き可視化する。経路の多様性は「分岐点 ; Bifurcation Point ; BFP」「等至点 ; Equifinality Point ; EFP」の概念を通過する線として記述され、その分岐点では等至点に向かう力が加わる際は Social Guidance ; SG (社会的助勢)、等至点に向かうことを妨げられる力が加わった際は Social Direction ; SD (社会的方向付け) が矢印として描出される。SG, SD が存在する上での選択は、対立を統合して EFP に向かう人(組織)それぞれの適応によってなされるとされる。本研究においては、EFP を「多職種チーム連携を基盤として施設全体で行うケア」と設定し、それに対する促進因子を SG、考えられる阻害因子を SD と設定した。

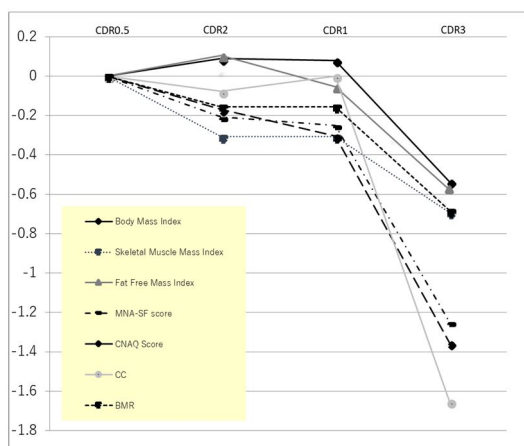
## C . 研究結果

経口摂取に関する問題のスクリーニング法とその基準を明らかにするための検討

[分担研究 1]

有意性が認められた項目について CDR0.5 を基準に Z スコアを算出した結果(図 1) ,

CDR2 と CDR3 の間での Z スコアの差が著しく、最も減少の値が大きかった項目が下腿周囲径 -1.65、次いで CNAQ が -1.36、MNA®-SF が -1.25 であった。(図 1)



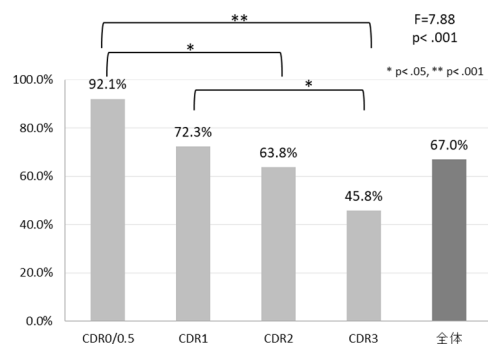
(図 1 CDR0.5 を基準とした Z スコア)

### 歯科と栄養の連携による経口摂取支援マニュアルを作成しその効果の検討

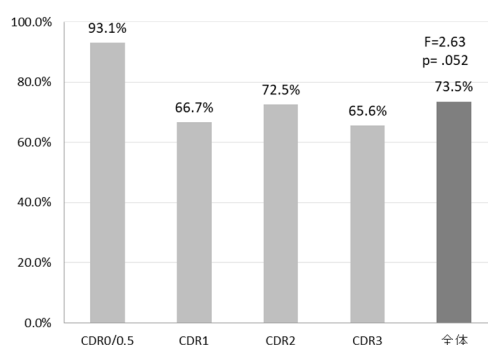
[分担研究 2]

1) 各項目の維持・改善率: 18 か月間の定期的な口腔機能管理指導実施前後の変化を検討した。MNA®-SF で評価した栄養状態の全体の維持・改善率は 67.0%で、CDR 間に有意な差が認められた。CDR3 は CDR0 および 1 と比べ、維持・改善率が有意に低かった(図 2)。CNAQ で評価した食欲の全体の維持・改善率は CDR 間に有意な差は認められなかった(図 3)

2) 自立摂食力の下位項目の維持・改善率: SFD で評価した自立摂食力の全体の維持・改善率は 58.7%で、CDR 間に有意な差は認められなかった。さらに、SFD の下位項目の維持・改善率を検討した。「ゼリー等の容器やパッケージを開けたり、紙パックにストローを挿入することができる(以下、



(図 2 介入後の栄養状態の維持・改善率)

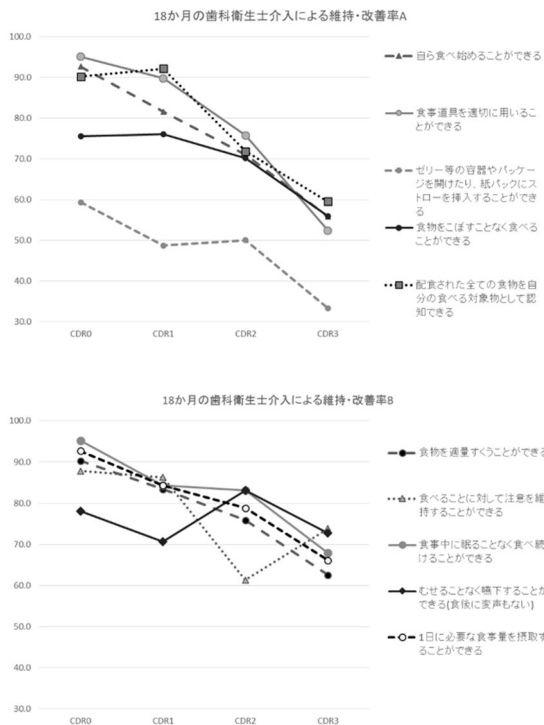


(図 3 介入後の食欲の維持・改善率)

パックを開ける巧緻性)」については維持・改善率が 50.4%であった。CDR 別に見ると、すべての段階でパックを開ける巧緻性の維持・改善率が最も低く、CDR0 であっても 18 か月間で維持・改善したものは 59.4%であった。その他の項目は 90%前後の維持・改善率だった。CDR2 群では、次いで「食べることに注意を維持することができる」の維持・改善率が低く、その他の項目は 70%以上の維持・改善率だった。CDR3 群では、その他の項目は 50%以上の維持・改善率で、「食べることに注意を維持することができる」の維持・改善率は 73.8%、「むせることなく嚥下することができる」の維持・改善率は 72.7%であった。

SFD 下位項目についての 18 か月の介入による維持・改善率を図 5 に示す(図 4A,B)。





(図 4A・B 介入後の自立摂食力下位項目の維持改善率)

[分担研究 3]

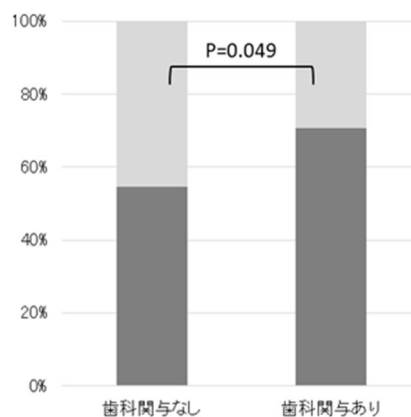
取り組みのアウトカムは対象者の主観的な評価を「A. 食事支援に関する会議での活発な意見交換」「B. 多職種連携の効力感(連携がうまくいっていると思う)」、「C. チームメンバーへの教育効果」、「D. チーム以外の職員に対する教育効果」、「E. 利用者・家族の QOL 向上効果」、「F. 利用者の発熱または肺炎予防効果」の 6 項目に分類して分析した。算定要件への歯科の関与に関して全体では F のアウトカム項目において有意に効果があった (P=0.049) (図 5)。

取り組みのアウトカムについて、多重比較を行った。影響する可能性のある因子(共変量)として「研修受講の有無」「実施体制(改定前より実施・改定後より実施・実施なし/関与なし)」「伝達講習の有無」「算定要件

への歯科の関与の有無」「リーダー役の存在」「アドバイザー役の存在」「調整役の存在」とした。A から F のアウトカムを従属変数として、強制投入法によりロジスティック解析をおこなった。A. 食事支援に関する会議での活発な意見交換については、有意にリーダー役の存在 (Odds ratio (OR):4.708)、アドバイザー役の存在 (OR:4.068) が影響していた (表 1)。B. 多職種連携の効力感については、有意に伝達講習 (OR:4.415)、リーダー役の存在 (OR:5.907)、アドバイザー役の存在 (OR:21.028)、調整役の存在 (OR:4.017) が影響していた (表 2)。C. チームメンバーへの教育効果については、有意に影響しているものはなかった。変数減少法によるロジスティック解析も行ったが、いずれの項目も有意になることはなかった。

D. チーム以外の職員に対する教育効果については、有意に伝達講習 (OR:3.577)、アドバイザー役の存在 (OR:4.062) が影響していた (表 3)。

歯科の関与による利用者の発熱・肺炎予防への効果



(図 5 歯科の関与による利用者の発熱・肺炎予防への効果)

E. 利用者・家族のQOL向上効果への影響については、改定前より実施群であることが実施なし/関与なし群よりも有意に影響していた(OR:11.851)(表4)。長期的に取り組みを実施しチームが成熟することで利用者・家族のQOL向上効果につながる可能性が示唆された。

F. 利用者の発熱または肺炎予防効果への影響については、有意にアドバイザー役の存在が影響していた(OR:3.393)(表5)。

会議での活発な意見交換への影響	Odds ratio	EXP(B)の95%信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	2.064	0.555	7.671	0.279
実施なし/関与なし				0.296
改定後より実施	0.354	0.095	1.327	0.124
改定前より実施	0.396	0.092	1.710	0.215
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	1.652	0.624	4.371	0.312
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	1.641	0.595	4.526	0.339
リーダー役 (いる:1 いない:0)	<b>4.708</b>	1.274	17.407	<b>0.020</b>
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	<b>4.068</b>	1.334	12.405	<b>0.014</b>
調整役 (いる:1 いない:0)	2.432	0.848	6.972	0.098
定数	0.127			0.046

(表1 食事支援に関する会議での活発な意見交換に影響する因子)

多職種連携の効力感への影響	Odds ratio	EXP(B)の95%信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	0.565	0.054	5.942	0.634
実施なし/関与なし				0.209
改定後より実施	0.376	0.073	1.926	0.241
改定前より実施	1.637	0.229	11.725	0.624
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	<b>4.415</b>	1.093	17.833	<b>0.037</b>
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	3.340	0.726	15.353	0.121
リーダー役 (いる:1 いない:0)	<b>5.907</b>	1.135	30.748	<b>0.035</b>
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	<b>21.028</b>	4.773	92.635	<b>&lt;0.001</b>
調整役 (いる:1 いない:0)	<b>4.017</b>	1.078	14.976	<b>0.038</b>
定数	0.051			0.065

(表2 多職種連携の効力感に影響する因子)

チーム以外の職員に対する教育効果への影響	Odds ratio	EXP(B)の95%信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	3.395	0.812	14.198	0.094
実施なし/関与なし				0.279
改定後より実施	2.606	0.715	9.493	0.146
改定前より実施	2.721	0.681	10.872	0.157
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	<b>3.577</b>	1.305	9.806	<b>0.013</b>
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	0.651	0.218	1.950	0.444
リーダー役 (いる:1 いない:0)	0.534	0.099	2.878	0.466
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	<b>4.062</b>	1.153	14.313	<b>0.029</b>
調整役 (いる:1 いない:0)	1.998	0.641	6.225	0.233
定数	0.147			0.093

(表3 チーム以外の職員に対する教育効果に影響する因子)

利用者・家族のQOL向上効果への影響	Odds ratio	EXP(B)の95%信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	1.037	0.095	11.349	0.976
実施なし/関与なし				0.117
改定後より実施	3.380	0.659	17.339	0.144
改定前より実施	<b>11.851</b>	0.990	141.924	<b>0.051</b>
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	0.685	0.152	3.082	0.622
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	0.569	0.127	2.538	0.459
リーダー役 (いる:1 いない:0)	0.217	0.016	2.943	0.251
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	2.365	0.384	14.574	0.354
調整役 (いる:1 いない:0)	3.665	0.726	18.514	0.116
定数	4.917			0.391

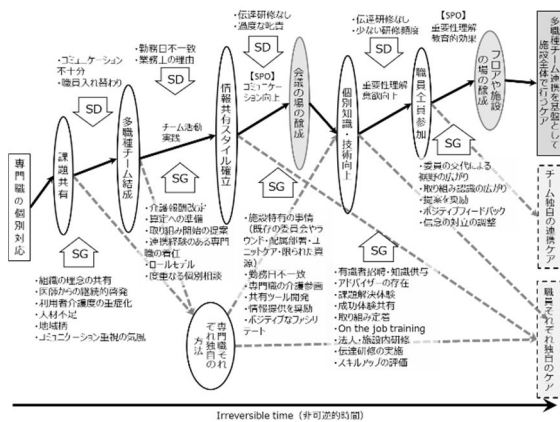
(表4 利用者・家族のQOL向上効果に影響する因子)

利用者の発熱・肺炎予防効果への影響	Odds ratio	EXP(B)の95%信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	0.925	0.285	3.003	0.897
実施なし/関与なし				0.308
改定後より実施	0.774	0.286	2.090	0.613
改定前より実施	1.717	0.520	5.672	0.375
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	0.939	0.400	2.206	0.885
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	2.069	0.865	4.946	0.102
リーダー役 (いる:1 いない:0)	0.615	0.166	2.282	0.467
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	<b>3.393</b>	1.073	10.726	<b>0.037</b>
調整役 (いる:1 いない:0)	0.912	0.315	2.646	0.866
定数	0.732			0.764

(表5 利用者の発熱または肺炎予防効果に影響する因子)

#### [分担研究4]

平成27・28年度報告書および本報告書のヒアリング報告(非構造化面接の結果)をもとに、TEAにより8例をあわせて抽象化し、介護保険施設における利用者の経口摂取支援に関わる多職種チームおよび職員の連携をTEM図として描出した(図6)。複数の施設の多職種連携の成り立ちに於ける分岐点(BFP)や等至点(EFP)の共通性が示された一方で、社会的助勢(SG)、社会的方向付け(SD)の多様性が示された。



(図6 介護保険施設における経口摂取支援多職種チームの発展に関するTEM図)

### D. 考察

#### 経口摂取に関する問題のスクリーニング法とその基準を明らかにするための検討

##### [分担研究 1]

SMI, FFMIはCDR3で最も低値を示し、認知症重症度が重度な者ほど身体組成の変化が起きていることが示唆された。SMIは四肢の筋肉量を表し、SMIが低下することで手段的ADLが低下すること、FFMIは身体組成のうち脂肪を除いた除脂肪量を表しBMIの構成要素であるとともに、栄養状態の指標となることが報告されている。FFMIは死亡率の検討においてもBMIより有益な指標であることが報告され、これらの報告や本研究の結果からもAD高齢者においてBMIのみならずSMI, FFMIを含めた詳細な身体組成評価がAD高齢者の予後の良否に寄与すると推察された。またCCと基礎代謝量も認知症重症度が重度の者ほど低値を示し、Zスコアも最も大きく減少した。CCは高齢者の筋肉の状態、機能を示す優れたパラメーターであり、活動性と正の相関を示す。同様に基礎代謝量は、除脂肪量と関係しており、

除脂肪量単位重量当たりの基礎代謝産熱量と関連する。本調査の結果もFFMIと基礎代謝量が同様の変遷様相を示した。

MNA-SFにおける栄養状態判定は特にCDR3群では低栄養が男性で25.0%、女性で43.4%と高い割合で出現していた。また食品摂取多様性スコアの全体の食品摂取の平均は6食品であった。軽度AD患者であっても紙パックにストローを挿す、容器の蓋を開けるといった「巧緻性」の低下が33.3%に認められるという報告をふまえると、ジュース、ヨーグルト、納豆等の紙パック、蓋つき容器に入った食品の摂取に影響があった可能性がある。栄養ケアマネジメントの観点から適切な食支援・介入方法を検討するとともに多職種協働による包括的な評価により、AD高齢者の食生活を維持することが必要である。研究で得られた結果から、SMI, FFMI, CCおよび基礎代謝量といった詳細な項目も含めて定期的に計測し、食欲の維持・増進を目的とした食支援・介入プログラムを実施することがADの進行に伴った適切な食支援・介入の実施につながる可能性が示された。

#### 歯科と栄養の連携による経口摂取支援マニュアルを作成しその効果の検討

##### [分担研究 2]

MNA®-SFにより測定した栄養状態は全体で67.0%が維持・改善していたが、CDR3群では45.8%であり、CDR0群と比べて有意に低かった。この背景には、MNA®-SFの下位項目に認知機能低下の項目および急性疾患の項目があることが影響していると考えられた。さらに食事形態の低下によって食事に含まれる単位体積当たりの栄養素は減

少することを踏まえると、特に CDR2,3 では食事形態の変化により、栄養状態の維持・改善率が低くなった可能性がある。また、食欲については CDR のどの段階においても 60%以上の維持・改善率だった。食事形態の維持・改善率が低かった CDR3 であっても食欲は 65.6%が維持・改善されており、定期的な口腔機能管理指導による口腔環境の維持、あるいはそれによる環境刺激によって、食欲の低下に効果があった可能性がある。

自立摂食力の維持・改善率は全体で 58.7%であり、CDR 間に有意な差は認められなかったが、CDR3 においては 45.2%の維持・改善率にとどまった。すべての下位項目で認知症重症度が上がるごとに歯科衛生士の介入により維持・改善効果が少なくなるが、特に顕著に少なくなる似た傾向を示した項目が、パックを開ける巧緻性、配食された食物の認知、食事開始、食具の適正使用であった。特にこれらは、口腔機能への介入のみでは改善が困難なものでかつ、食事への介入が必要な食行動である。また本検討の対象者は変性性認知症のみならず脳血管障害、パーキンソン病等の神経疾患や複数の疾患による廃用症候群の者を含むことから麻痺や硬縮、振戦など動作性の要因に影響された可能性がある。

また特に CDR2 群で改善率が低かった注意維持については、一般的に中等度認知症では注意機能の顕著な低下がある時期であり、口腔機能維持のみでは改善効果は少なく、食事への介入が必要であると考えられた。

一方、重度でも維持・改善効果のある可能性のある項目は「食物をこぼすことなく食

べることができる」、「むせることなく嚥下することができる(食後に変声もない)」すなわち口腔咽頭機能に関わる項目であり、口腔機能維持指導の効果があったと推察する。

自立摂食力評価は認知症高齢者の摂食に関わる課題を捉えるために開発された指標であり、複合的な課題を包括的にとらえることが可能である。本検討では口腔機能管理指導のみではその課題のすべてを改善することは困難であることが明らかになった。すなわち、栄養状態の維持を目的として定期的な栄養評価を行い、かつ食事の姿勢、動作性課題への介入や、注意維持や環境設定も同時に行うことが必要である。認知症をもつ要介護高齢者の食を支援するためには、管理栄養士、歯科衛生士、看護師、介護職員、言語聴覚士だけでなく理学療法士、作業療法士なども含めた多職種による食事の観察と、情報共有のうえでの食事の支援が必要であると考えられた。

#### [分担研究 3]

アドバイザー役の職種は、特に介護老人福祉施設で歯科医師の割合が多く、算定要件に歯科医師・歯科衛生士の関与があることで、利用者の発熱・肺炎予防に効果があった。

会議における意見交換に関しては、ファシリテーターとしての機能をリーダーやアドバイザーが果たしていることが影響したと考えられた。一方、連携の効力感に関しては、一部のメンバーが得た知識を共有することや、知識・経験やバックグラウンドが異なる者同士の調和を調整役が担っていることが影響したことに加え、適時適切に課題解決に関する示唆を与えるアドバイザーの存在が大きく影響したものと考えられた。

チームメンバーの教育効果については、全体の90%がチームメンバーへの教育効果があった、という回答をしていたことを踏まえると、多職種による経口維持の取り組みを行うこと自体が教育効果に繋がっている可能性があった。むしろ多職種チームによる会議や取り組み自体が若手職員の教育効果にもつながる可能性が示唆された。チーム以外の職員への教育効果との対比で見ると、チームメンバーでは活動自体が複合的な効果を生むが、その取り組みを行うチーム以外の者にとっては伝達講習やアドバイザーの存在など知識の授受が効果を生むことが推察された。

施設における取り組みの本来のアウトカムである利用者について、QOL 向上効果は多職種チームによる長期にわたる取り組みにより個々の技術や連携技術の高いことが影響を及ぼしていた。一方で肺炎・発熱予防効果に関しては、アドバイザーの存在により適時適切な口腔清掃指導や摂食嚥下障害への対応の知識を得られる状態が影響を及ぼしていた。歯科の関与は単変量では有意であったが、多変量解析では有意ではなかった。多職種チームの活動は、会議や議論を通じ知識技能が共有され、取り組みによって得られた効果のフィードバックにより強化されるプロセスを経て、取り組みを定着させ、時間をかけてチームの質の向上につながり、やがて構成するメンバーのそれぞれの連携技術が高まった成熟した多職種チームとなると考えられた。

#### [分担研究 4]

本研究では、介護保険の枠組みにおいて業務を行う介護保険施設において利用者の経口摂取支援に関わる多職種チームを主体

とし、どのようにモチベーションを得て、新しい知識や技術を取り込み、異なる専門性を持った個人同士が業務上の連携を図ってチームとして発展していくのかを捉えた。

連携による取り組み開始のきっかけは誰かの提案や、コミュニケーションを基盤にした呼応であった。提案をする誰かは、ケース A では事務職、ケース B では連携歯科医師、ケース C・F では施設長であるなど、中心人物以外の人物であったことは特筆すべき点であった。連携による取り組みを開始する際の土壌は、職員間に施設・法人理念または利用者の QOL に関わる課題の共通認識であった。この課題共有という BFP に関して SG であったと考えられる要素は“施設長などが法人理念などを繰り返し周知していた”“連携医師から繰り返し肺炎予防について啓発があった”“コミュニケーション重視の気風が作られていた”のほか、“利用者の重度化”“人材不足”“医療資源の少ない土地柄”など一見 SD であるような要素であった。

多職種チームの結成という BFP に関わる SG と考えられる要素は“介護報酬改定”をきっかけに、“改定に関する研修会を聞いて書類上の準備を始めた”こと、“ロールモデル”を外部組織から学んだ、“施設内でたびたび相談されたことで、気負わないコミュニケーションが可能になっていた”ことが垣根を低くしたと考えられた。

チーム活動が実装されていく過程において情報共有スタイルの確立の可否を BFP とした。専門職と介護職員それぞれの間で如何に知識・情報の差を埋め共有するかという点の SG として“施設特有の事情”や“勤務日が合わないから工夫”“専門職が日常的に介護に参画”“見える化できるツールを開

発”“情報提供することの価値を高めた”“ポジティブなファシリテート”などの要素があった。こういった工夫により、組織が行動の変容による適応が生じ情報共有しやすいチーム内の場の醸成が得られたことが、チームとしての一定の成果ではないかと考える。

さらなる個別の知識・技術の向上を目指すなかで、重要と考えられた SG は、“有識者からの知識供与”“適宜アドバイスをくれる存在”と“課題解決の体験”による達成感、また“専門の違う者同士の成功体験の共有”で連携の価値が高まり、“取り組みが定着”して行くことで取り組み自体が“On the job training”となること、加えて工夫された“研修”と“スキルアップの評価”などの要素があった。課題が生じた際に時期を逸さずに解決に結びつけるアドバイスを提供できるアドバイザー役の存在は、意欲・知識の向上に有効であると推察された。多職種チームによる会議や取り組み自体が長期にわたる連携プロセスにおいて、多職種連携の効力感につながる成功体験の共有やスキルアップの評価は、利用者・家族の QOL 向上などの客観的な効果とともに、フィードバックの両輪として、重要な役割を果たしていると考えられた。TEM 図の描出により、俯瞰的に 8 例の共通点および多様性を捉えることが出来た。要介護高齢者の経口摂取支援に関する多職種連携の発展プロセスには、非可逆的時間のなかでの、ストラクチャーである“人財”に加え複数の SG たり得る要素が深くかかわっていると考えられた。

## E . 結論

経口摂取に関する問題のスクリーニング法

とその基準を明らかにするための検討

[分担研究 1]

AD 重度のものほど BMI ,SMI ,FFMI , MNA-SF ,CNAQ スコア ,CC ,基礎代謝量が有意に低下していた AD 高齢者において BMI のみで身体状況を評価することは身体組成評価精度として限界があると考えられ、CC,SMI ,FFMI を含めた詳細な身体組成評価が AD 高齢者の予後の良否に寄与すると推察された。

歯科と栄養の連携による経口摂取支援マニュアルを作成しその効果の検討

[分担研究 2]

定期的な歯科衛生士による口腔機能管理指導により食事形態、栄養状態、食欲は 60% 以上、食事中のむせは 70% 以上が維持・改善されていた。複合的な課題を抱える認知症をもつ要介護高齢者の食を支援するためには、多職種による食事中の観察と、情報共有のうえでの食事中の支援が必要である。

[分担研究 3]

要介護高齢者への多職種による経口摂取支援では、リーダー役やアドバイザー役、調整役など多職種チームの核となる役割を担う存在が連携の効力感、学習効果を生み、多職種チームの成熟に影響し、さらに経験を重ねることによるチームの質の向上が利用者・家族の QOL 向上効果を生むことが示唆された。

[分担研究 4]

TEM 図の描出により、俯瞰的に共通点および多様性を捉えることが出来た。経口摂取支援に関する多職種連携の発展プロセスには、非可逆的時間のなかでの、複数の SG が深くかかわっていると考えられた。

## F . 健康危険情報

なし

## G . 研究発表

### 1) 論文発表

1. 小原由紀 【歯科との連携をどうする-高齢者の生活を支えるために-】 歯科衛生士との連携 病院内連携 , Progress in Medicine , 37( 10 ), 1191-1195 , 2017
2. 本川佳子, 田中弥生, 菅 洋子, 細山田洋子, 枝広あや子, 平野浩彦, 渡邊裕 認知症グループホーム入居高齢者における認知症重症度と栄養状態の関連 , 日本在宅栄養管理学会誌 , 4( 2 ), 135-141 , 2017
3. 枝広あや子 【高齢者のための精神科医療】 (第 5 章)疾患各論 その他の精神疾患 高齢発症と高齢による変化 食行動および口腔における問題 , 精神科治療学 , 32 巻増刊 , 364-369 , 2017
4. 本川佳子, 田中弥生, 菅 洋子, 細山田洋子, 枝広あや子, 平野浩彦, 渡邊 裕 , 認知症グループホーム入居高齢者における認知症重症度と栄養状態の関連 , 日本在宅栄養管理学会誌 , 4( 2 ), 135-141 , 2017
5. 枝広あや子 【歯科との連携をどうする-高齢者の生活を支えるために-】 認知症の食を支える視点 , Progress in Medicine , 37( 10 ), 1149-1155 , 2017
6. 田中弥生 急性呼吸不全を理解する 栄養管理 , 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 , 26( 3 ), 433-437 , 2017
7. Takagi, D .Watanabe, Y . Edahiro, A . Ohara, Y . Murakami, M . Murakami,K .Hironaka, S .Taniguchi, Y . Kitamura, A . Shinkai, S . Hirano, H . Factors affecting masticatory function of community-dwelling older people: Investigation of the differences in the relevant factors for subjective and objective assessment , Gerodontology;34 ( 3 ) :357-364 , 2017
8. 荒井秀典 【老化と生体恒常性】 サルコペニアとフレイルに対する予防・治療 , Clinical Calcium , 27 ( 7 ), 1007-1011 , 2017 . 06
9. 白部麻樹, 中山玲奈, 平野浩彦, 小原由紀, 遠藤圭子, 渡邊 裕, 白田千代子 顔面および口腔内の過敏症状を有する要介護高齢者の口腔機能および栄養状態に関する実態調査 , 日本公衆衛生雑誌 , 64 ( 7 ), 351-358 , 2017
10. 平野浩彦, 枝広あや子 歯科医師の認知症対応力向上に向けて 最近の認知症を取り巻く動向 , 日本歯科医師会雑誌 , 70 ( 4 ), 305-314 , 2017
11. 平野浩彦 【認知症と栄養-基礎知識から栄養管理の実践, 予防まで】 認知症の口腔ケア , 臨床栄養 , 131 ( 1 ), 43-50 , 2017
12. 荒井秀典 高齢者におけるリハビリテーションの意義(第 41 回) 健康長寿社会における予防医学としてのリハビリテーション 疾病予防, 認知症 糖尿病など内科疾患のコントロールから , Geriatric Medicine , 55( 8 ), 931-934 , 2017
13. 田中弥生 管理栄養士が携わる脂質栄養 ~ 実践・教育・研究 認知症予防・治療に対する中鎖脂肪酸の有用性について

- て, 脂質栄養学, 26 ( 2 ), 170, 2017
14. 森下志穂, 渡邊 裕, 平野浩彦, 枝広あや子, 小原由紀, 白部麻樹, 後藤百合, 柴田雅子, 長尾志保, 三角洋美 通所介護事業所利用者に対する口腔機能向上および栄養改善の複合サービスの長期介入効果, 日本歯科衛生学会雑誌, 12 ( 1 ), 36-46, 2017
  15. 安藤雄一 歯科疾患実態調査, 国民健康・栄養調査, 国民生活基礎調査における口腔保健に関する質問紙調査項目, ヘルスサイエンス・ヘルスケア, 17( 1 ), 2017
  16. 大島克郎, 安藤雄一 医療施設静態調査を用いた歯科診療所に就業する歯科衛生士および歯科技工士の推移と市区町村別分布, ヘルスサイエンス・ヘルスケア, 17 ( 1 ), 43200, 2017
  17. 渡邊 裕 【歯科との連携をどうする-高齢者の生活を支えるために-】 オーラルフレイル, Progress in Medicine, 37 ( 10 ), 1139-1143, 2017
  18. 田中弥生 【退院後の食事の不安と悩みを解決!地域包括ケアシステムのなかで管理栄養士は何かできるのか?】 地域包括ケアシステムのなかで 求められる管理栄養士の役割, Nutrition Care, 10 ( 12 ), 1120-1125, 2017
  19. 平野浩彦 【認知症と歯科医療】 認知症の口を支える基礎知識, 日本口腔インプラント学会誌, 30( 4 ), 235-244, 2017
  20. 荒井秀典 【「サルコペニア診療ガイドライン 2017」の要点】 サルコペニア診療ガイドライン作成の背景とガイドラインの概要, 臨床栄養, 132( 1 ), 18-21, 2018
  21. 大島克郎, 安藤雄一 Web 調査を用いた歯科衛生士・歯科技工士を含む医療関係職種等の認知度に関する研究 高校生の約半数が歯科技工士という職種を全く知らなかった, 日本歯科医療管理学会雑誌, 52 ( 4 ), 200-210, 2018
  22. Motokawa, K .Watanabe, Y . Edahiro, A . Shirobe, M . Murakami, M . Kera, T . Kawai, H . Obuchi, S . Fujiwara, Y . Ihara, K . Tanaka, Y . Hirano, H . Frailty Severity and Dietary Variety in Japanese Older Persons: A Cross-Sectional Study, J Nutr Health Aging;22(3): 451-456, 2018
  23. 前田佳予子, 田中弥生, 工藤美香 地域包括ケアシステムで管理栄養士に求められるミッションとは, New Diet Therapy, 33 ( 4 ), 13-24, 2018

## 2) 学会発表

1. Sugiyama M, Murayama H, Inagaki H, Ura C, Miyamae F, Edahiro A, Okamura T, Awata S: The Relationship Between Childhood Socioeconomic Disadvantage And Cognitive Impairment Among Old Japanese . IAGG Congress 2017, San Francisco, USA . 2017 . 7 . 23-28
2. Hiroshi Murayama, Mika Sugiyama, Hiroki Inagaki, Chiaki Ura, Fumiko Miyamae, Ayako Edahiro, Tsuyoshi Okamura, Keiko Motokawa, Shuichi Awata: Does neighborhood affect a likelihood of dementia? A cross-



- sectional study in Metropolitan Tokyo area . IAGG Congress 2017, San Francisco, USA . 2017 . 7 . 23-28
3. Inagaki H, Sugiyama M , Ura C , Miyamae F, Edahiro A, Motokawa K, Murayama H, Awata S: Association with mental health and physical, cognitive, social factor in community-dwelling elderly . IAGG Congress 2017, San Francisco, USA . 2017 . 7 . 23-28
  4. Edahiro A, Hirano H, Watanabe Y, Ohara Y, Motokawa K, Shirobe M, Yasuda J, Awata S, Eating Dysfunction Accompanying Deterioration of AD on the Basis of Functional Assessment Staging, The 21st IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics (IAGG), Sun Francisco, USA, 2017 . 7 . 23-27 .
  5. Keiko Motokawa, Ayako Edahiro, Maki Shirobe, Jun Yasuda, Hirohiko Hirano, Shuichi Obuchi, Hisashi Kawai, Yutaka Watanabe . Relationship between frailty and dietary variety among older adults . The 21st IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics (IAGG), Sun Francisco, USA, 2017 . 7 . 23-27 .
  6. Yutaka Watanabe, Hidenori Arai, Hirohiko Hirano, Yuki Ohara, Ayako Edahiro, Hiroyuki Shimada, Takeshi Kikutani, and Takao Suzuki . Identifying oral function as an indexing parameter for detection of Mild Cognitive Impairment in elderly people . The 21st IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics (IAGG), Sun Francisco, USA, 2017 . 7 . 23-27 .
  7. Hirohiko Hirano, Yutaka Watanabe, Masaharu Murakami, Ayako Edahiro, Keiko Motokawa, Maki Shirobe, Jun Yasuda . Relationship between sarcopenia and chewing ability in Japanese community-dwelling elderly . The 21st IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics (IAGG), Sun Francisco, USA, 2017 . 7 . 23-27 .
  8. Jun Yasuda, Yutaka Watanabe, Hirohiko Hirano, Ayako Edahiro, Maki Shirobe, Keiko Motokawa, Hideyo Yoshida, Shuichi Awata . Predicting Factors Associated with Exiting Nursing Homes: Role of Eating Ability and Nutrition State . The 21st IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics (IAGG), Sun Francisco, USA, 2017 . 7 . 23-27 .
1. 岡村毅,宇良千秋,宮前史子,杉山美香,稲垣宏樹,枝広あや子,本川佳子,村山洋史,栗田主一:認知症になった際の医療・介護に関する不安を持つ地域在住高齢者の特徴 . 第18回日本認知症ケア学会,沖縄コンベンションセンター, 宜野湾市 , 2017 . 5 . 26-27 (ポスター)
  2. 枝広あや子,杉山美香,栗田主一:二次医療圏域ごとの認知症疾患医療センター配置状況の分析 . 第18回日本認知症ケア学会,沖縄コンベンションセンター, 宜野湾市 ,2017 . 5 .26-27(ポスター)

3. 岡村毅, 宇良千秋, 宮前史子, 杉山美香, 稲垣宏樹, 枝広あや子, 本川佳子, 村山洋史, 栗田主一. 与えるサポートと受けるサポートはどちらがこころの健康に有用か 都市部地域在住高齢者の調査から 第18回認知症ケア学会, 宜野湾市, 2017. 5. 26-27 (ポスター)
4. 小川まどか, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 杉山美香, 宮前史子, 枝広あや子, 佐久間尚子, 金野倫子, 栗田主一: 地域在住高齢者の睡眠習慣と精神健康との関係. 第59回日本老年社会科学大会, 名古屋市, 2017. 6. 14-16 (ポスター優秀演題)
5. 枝広あや子, 杉山美香, 栗田主一: 我が国の認知症疾患医療センターの質のコントロールの現状. 第30回日本老年医学会, 名古屋市, 2017. 6. 14-16 (ポスター)
6. 本川佳子, 枝広あや子, 村上正治, 白部麻樹, 田中弥生, 河合恒, 大淵修一, 平野浩彦, 渡邊裕, 地域在住高齢者における咀嚼機能と栄養素・食品群別摂取量および低栄養との関わり, 第59回日本老年医学会学術集会, 名古屋市, 2017. 6. 16 (ポスター)
7. 本橋佳子, 平野浩彦, 櫻井孝, 櫻井薫, 市川哲雄, 高野直久, 深井獲博, 武井典子, 大塚礼, 山田律子, 田中弥生, 野原幹司, 渡邊裕, 枝広あや子, 認知症高齢者に対する口腔管理と経口摂取支援に関するガイドライン作成の試み (予備文献検索), 第28回日本老年歯科医学会, 名古屋市, 2017. 6. 15 (ポスター)
8. 渡邊裕, 本川佳子, 白部麻樹, 村上正治, 枝広あや子, 平野浩彦, [日本老年学会合同シンポジウム: フレイル研究の現状及び展望] オーラルフレイル研究の現状および展望, 第30回日本老年学会総会, 名古屋市, 2017. 6. 15 (シンポジウム)
9. 枝広あや子, 平野浩彦, 本川佳子, 白部麻樹, 村上正治, 渡邊裕, [日本老年学会合同シンポジウム: 認知症の人と家族を支える医療とケア] 認知症の方の美味しく安全な食への支援, 第30回日本老年学会総会, 名古屋市, 2017. 6. 14 (シンポジウム)
10. 枝広あや子, 舌口底癌による重度の摂食嚥下障害から経口摂取可能となった1例 [摂食機能療法専門歯科医師認定ポスター], 第28回日本老年歯科医学会, 名古屋市, 2017. 6. 14.
11. 森下志穂, 渡邊裕, 平野浩彦, 枝広あや子, 本川佳子, 白部麻樹, 村上正治, 糸田昌隆, 介護老人保健施設退所後の在宅療養継続に影響する因子の検討, 第28回日本老年歯科医学会, 名古屋市, 2017. 6. 15. (優秀口演賞)
12. 白部麻樹, 平野浩彦, 枝広あや子, 小原由紀, 森下志穂, 本川佳子, 村上正治, 村上浩史, 高城大輔, 渡邊裕. アルツハイマー型認知症高齢者の嚥下機能低下に関連する予知因子の検討, 第28回日本老年歯科医学会, 名古屋市, 2017. 6. 14. (優秀衛生演題賞)
13. 五十嵐憲太郎, 渡邊裕, 平野浩彦, 枝広あや子, 本川佳子, 梅木賢人, 伊藤誠康, 河相安彦, 小野高裕, 都市部在住高齢者のフレイルと口腔機能低下との関連に関する検討, 第28回日本老年歯科医学会, 名古屋市, 2017. 6. 14 (優秀演題賞)

14. 堀部耕広, 渡邊裕, 平野浩彦, 枝広あや子, 本川佳子, 白部麻樹, 大淵修一, 大神浩一郎, 上田貴之, 櫻井薫, Frailtyへの移行に咀嚼機能の低下が及ぼす影響, 第28回日本老年歯科医学会, 名古屋市, 2017. 6. 15 (ポスター)
15. 松原ちあき, 白部麻樹, 渡邊裕, 尾花三千代, 本川佳子, 村上正治, 枝広あや子, 平野浩彦, 古屋純一, 地域在住高齢者の唾液中潜血に関連する因子の検討, 第28回日本老年歯科医学会, 名古屋市, 2017. 6. 14 (ポスター)
16. 須磨紫乃, 渡邊裕, 平野裕彦, 枝広あや子, 白部麻樹, 本川佳子, 木村藍, 松下健二, 荒井秀典, 櫻井孝, アルツハイマー型認知症(AD)とレビー小体型認知症(DLB)の食行動特性の比較検討[老年学会総会合同ポスター], 第28回日本老年歯科医学会, 名古屋市, 2017. 6. 14.
17. 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 小川まどか, 鈴木宏幸, 枝広あや子, 宇良千秋, 杉山美香, 宮前史子, 渡邊裕, 栗田主一:会場健診に参加する都市部在住高齢者のMMSE-Jの得点分布-速報版. 第32回日本老年精神医学会, 名古屋国際会議場, 2017. 6. 14-16
18. 枝広あや子, 平野浩彦, 本川佳子, 白部麻樹, 村上正治, 本橋佳子, 渡邊裕, [シンポジウム:高齢者への食支援-サルコペニア・フレイルの予防から認知症ケアまで]-認知症高齢者の食にまつわる口腔機能支援を通じた協働, 第23回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会, 千葉市, 2017. 9. 16.
19. 枝広あや子, 渡邊裕, 平野浩彦, 小原由紀, 田中弥生, 安藤雄一, 荒井秀典, 介護保険施設の経口摂取支援に関する研修効果, 第23回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会, 千葉市, 2017. 9. 15.
20. 杉山美香, 岡村毅, 釘宮由紀子, 宮前史子, 小川まどか, 枝広あや子, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 飯塚あい, 佐久間尚子, 栗田主一:認知症支援のための地域づくり「高島平ココからステーション」の実践, 第7回日本認知症予防学会学術集会, 岡山市, 2017. 9. 22-24.
21. 枝広あや子, 本川佳子, 白部麻樹, 小原由紀, 杉山美香, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 宮前史子, 岡村毅, 村山洋史, 大淵修一, 藤原佳典, 金憲経, 井原一成, 河合恒, 渡邊裕, 平野浩彦, 栗田主一, [シンポジウム:いまなぜオーラルフレイルが重要なのか] オーラルフレイルと認知機能, 抑うつ傾向の関連, 第4回日本サルコペニア・フレイル学会大会, 京都市, 2017. 10. 14.
22. 本川佳子, 枝広あや子, 白部麻樹, 井原一成, 田中弥生, 金憲経, 藤原佳典, 大淵修一, 河合恒, 平野浩彦, 渡邊裕, オーラルフレイルと食事・栄養の関わり, 第4回日本サルコペニア・フレイル学会大会, 京都市, 2017. 10. 14.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし



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

平成 29 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
大分県豊後大野市	介護老人保健施設ニコニコ銘水苑 〒879-7104 大分県豊後大野市三重町小坂 4110-7
大分県大分市	社会医療法人 敬和会 大分リハビリテーション病院 (グループ内に 介護老人保健施設 大分豊寿苑 ) 〒870-0261 大分県大分市志村谷ヶ迫 765

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 29 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 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）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 29 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のアドバイス

#### (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**  
**「介護老人保健施設ニコニコ銘水苑」**  
**経口維持加算ヒアリング**

1. 開催日時

2017年6月24日 14:00-15:00

2. 場所 大分県 風の郷 会議室

〒879-1305 大分県杵築市山香町倉成 3003 番地

3. 出席者

介護老人保健施設ニコニコ銘水苑 リハビリ科認定歯科衛生士 荒木眞須美 様  
(社会医療法人敬和会大分リハビリテーション病院 法人統括歯科衛生士 衛藤恵美 様)  
枝広あや子、白部麻樹

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

・**入所時の情報収集**：入所前に他施設の介護支援専門員や、病院のサマリーから情報収集しており、入所時に介護支援専門員がコーディネートしている。10年前くらい(取り組み開始頃)は口腔内のアセスメントの情報が無かったが、最近は残存歯の有無などの情報が入っている。また生活情報として食形態、全身状態、ADLなど調査票に記載されるので、自施設では看護師、管理栄養士、歯科衛生士(DH)でその情報をもとに、口腔ケアに関する道具の準備も含め対応できるようになっている。入所時の調査票の情報から栄養士が入所時の食形態を決め、入所後の最初の食事を(ミールラウンドで)観察して最終決定する。

・**ミールラウンド(初回)**：入所後最初の食事を多職種で観察する。DHはその際に口腔内診査を行う。看護師や介護福祉士などへ適切な姿勢なども含めて情報を提供する。同時に介護福祉士などが座席の配置や椅子、リハビリ職(PT,OT)が食事時のポジショニングを確認



し決定している。食形態の決定は、あらかじめ調査票から提案しており最初の食事の様子を確認し、午後の会議（カンファレンス）で最終決定し、夜勤者に申し伝えする。このプロセスを入所してすぐの段階は注意深く行うので、対象者の食事の様子は 3 日程度で落ち着くことが多い。

・**ミールラウンド（毎月の経口維持加算の現状）**：それぞれの職種が個別に食事観察して情報を収集し、夜勤帯までに情報を集約するようにしている。「チェックリストの何番をどの職種が責任をもって観察評価する」ということにして情報を集約する（添付）。適宜観察評価の基準を確認できるようにガイドをつくり、回覧板のように持ち歩けるようにしている。情報の集約は管理栄養士がまとめ、経口維持加算書類を作成している。食形態も適宜モニタリングして変更することがある。

嚥下機能スクリーニングは医師の指示により看護師と DH が、適宜観察した時などに行っている。

・**入所者の特徴**：入所者は平均 87 歳、最初から低栄養になっているものが多く、在宅から入所か、急性期病院から入所するケースが多い。もともと在宅の場合は、訪問看護師と連携して老健入所と通所利用のバランスなどを決めることがある。経管栄養 10 名、看取りもいるが部屋で食事を提供することもある。入所者の年齢が高いので経口摂取の状況が変わることは少ないが、食形態の改善が可能となる方もいる。

・**施設の特徴**：1F に 100 名の居室がある。AB で分かれており、B は認知症がメイン、ほかにユニット型となっている。認知症の入所者は自立度が高い方が個室になっている。食堂は 3 つに分かれていて、A が大きいホール：40 名ほど入る。B は 2 つの食堂に分かれていて、認知症タイプ 15 名の食堂と 30 名の食堂がある。

・**経口摂取支援チームの組織編成**：管理栄養士に情報が集約するような仕組み。リハビリテーション部は PT1 名、OT3 名である。DH は（以前は相談室所属だったが）現在リハビリ室に所属しているので、リハビリ記録を確認しやすく、連携は取りやすい。食後に口腔ケアを行う。会議（カンファレンス）で食事の課題が出た際には、みんなで集まり検討する。朝のカンファレンスは A、B 一緒に行い、申し送りを兼ねて行い、昼は AB 別々にカンファレンスを実施する。夜勤への交代までに申し送りをコピーして把握し夜勤帯となる。一日に何度も情報が集まってくる。

・**歯科医師の訪問**：外部歯科医院 2 軒訪問に来ている。A 歯科医師は義歯が中心、B 歯科医師は病院歯科で抜歯も含めポータブル持参で対応範囲が広い。主に歯科診療を行い、特に食事に関する相談はしていない。

## (2) 活動におけるこれまでの経緯

・**コミュニケーション構築の過程**：中心になるような人物は、12年前連携体制最初は無かった。当時の入所者の介護度は今と全く異なっていて、要介護1,2程度が中心だった（現在は独歩の方は殆どいない）。介護保険のシステムの変更によって連携が変化していった。歯科衛生士として経口維持加算など食事に関わるようになったのは、入所時NST開始がきっかけであった。荒木DHの前職は地域中核病院（岡本病院）に勤務であり、NSTに所属していた経験があった。12年前に入職した時に、岡本病院NSTでともに働いていた看護師が施設に勤務していたことで、そのノウハウを生かし（看護師に誘われて）NST委員会を結成し、荒木DHが委員長になった。そのNST委員会は、看護師、管理栄養士、介護支援専門員、介護職のリーダー（AB各一人）とリハビリ職、DHが所属し、褥瘡委員会と兼任でもあったので、結成当時は褥瘡マットの導入やマット替えなども行った。NST委員会は現在も継続中である。

当時在籍していた管理栄養士は「入所者に食べて頂きたい」という意欲のある方だった。しかしNST委員会も最初から多職種のディスカッションが出来ていたわけではなかった。多職種で情報を持ち寄りディスカッション出来るようになったのは、メンバー交代を経て、自分の意見を言える人が多くなってきたからではないか。

・**軌道に乗るまでの経緯**：現在のNST委員会で発言する人は、7年前に入職した管理栄養士Fさん。入職時は30代前半で5-6年キャリアがあった。前任の管理栄養士業務も全て引き継ぎ精力的に活動している。ディスカッションの中心となり、入所者の食事時間や間食時間にフロアに出てきて観察やアドバイスをくれるなどコミュニケーションをとってくれる。

現在のNST担当になっている看護師Tさんは4,5年前に入職し、中心になってアセスメントポイントをアドバイスしてくれる。夜勤が多いので朝食時にアドバイスをしてくれる。看護師Tさんが頸部聴診と水飲みテストを行い、口腔機能、嚥下機能評価も含む評価票に記入して施設長へ提出し説明している。

施設長は関連医療機関勤務で、施設には長期に渡り（荒木DH入職前より）在任しており、時折食事時間に見に来る。高齢であるが施設との関わりは深く、前々から口から食べることは前向きに取り組んでいる。施設職員のために書籍なども積極的に購入してくれるし、職員に勉強しなさいとよく言っている。施設長は毎日施設に出勤し、現在は毎日3食施設給食で食事を摂っている（それは施設の食事の質の向上にも効果がある）。

## (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

### ・介護職の意欲向上への取り組み：

勉強会：各委員会が中心になって勉強会1回/月行っていて、DHから咀嚼や嚥下機能などの講義、実習もする。外部講師に依頼することもある。

カンファレンス：カンファレンスの際に、介護職などの業務についてのポジティブフィードバックを心にかけている。具体的には、効果的に口腔ケアなど出来たことに対し感謝の言葉を述べ、そしてこのケアが入所者の経口摂取に役に立ったなど、どんなことが得られたかを伝えるようにしている。介護職はみな口腔ケアスキルが高い。

新人教育：新人はリハビリも含め複数のスキルを学ぶが、口腔ケアスキルも学ぶ。新卒者には DH からマンツーマンで講義、実技研修などで新人教育する。何人が同時に研修できるときは相互実習を行うこともある。

・**課題の共有**：たとえば口腔ケアに関して、昼の口腔ケアは介護職と一緒にケアを行う。その場で適宜指導もする仕組みにしているが、それに加えて課題の共有のために 18 年前から「歯科(口腔ケア)ノート」が A 棟・B 棟別々に用意してある。ノートには見開きで、入所者さんの口腔内の状況や義歯の着脱の留意点など伝えたい技術を、イラストや教科書のコピーを貼るなどして作り、教育的な意味合いも兼ねたノートである。ノートに DH などが気付いたことを記入し、確認した職員が印鑑を押す(印鑑が押されてないと見てないことになる)仕組みにした。徐々に PT ノートと兼用になり、最近は必要なくなってきていて、入所者個人の記録に書き込むようにしている。

・**活動の成功要因を振り返って**：NST 委員会も少しずつ所属する職員が変わってきて、変容がおこったように思う。看護師と管理栄養士さんがキーマンであった。NST 委員会結成の際に誘ってくれた看護師と DH が前職の病院で共に働いていたことが、病院 NST のノウハウを施設に持ち込めた大きな要因であったと思う。

・**目標の共有**：NST 委員会のビジョンとして「最後まで口から食べて頂きたい。」前述の施設長のビジョンでもある。NST 委員会のメンバーはベースに“栄養”という視点がある。それは NST 委員会発足時から褥瘡委員会と兼任であったから。人が足りないため同じ人が複数の委員会を兼任していることによる良い効果だったと思う。多職種チームということで職種間の隔たりはあったが、現在は壁が薄くなっている。荒木 DH が相談室からリハビリ室に移動したことで、現在は看護職とリハビリ職などの間の調整役も行っていると思う。

・**人間関係を紡ぐ鍵**：深く入り込まず、けれど広く浅く。相手の良いところだけを見る、全員を味方にする。

・**今後の展望**：法人にグループホーム、通所、訪問事業所など多くの関連施設が併設されているが、見渡せるわけではないので、全ての施設に対し口腔に関する啓発、連携コーディネートを行っていきたい。今は“呼ばれて行く”スタイルだが、“いつもつながる”ようにしたい。

経口による食事摂取のための取組実施の指示書

下記の者については、著しい摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる状態であり、経口摂取維持のための取組が必要である。経口維持計画書に基づき、特別な栄養管理を行うことを認める。

平成 年 月 日

1. 利用者氏名： \_\_\_\_\_

医師氏名： \_\_\_\_\_

2. 検査実施日： 平成 年 月 日

3. 摂食機能障害の確認方法

①水飲みテスト（実施者： \_\_\_\_\_）

- ① 1回でむせることなく飲むことができる
- ② 2回以上に分けるが、むせること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あり、全量飲むことが困難である

①で5秒以内	正常範囲
①～②で5秒以上	疑い
③～⑤	異常

②頸部聴診法（実施者： \_\_\_\_\_）

嚥下音	判定	呼吸音(呼気)	判定
<input type="checkbox"/> 長い嚥下音	舌による送り込みの障害	<input type="checkbox"/> 湿性音	咽頭部の貯留
<input type="checkbox"/> 弱い嚥下音	咽頭収縮の減弱	<input type="checkbox"/> 嗽音	咽頭侵入
<input type="checkbox"/> 複数回の嚥下音	喉頭挙上障害 食堂入口部の弛緩障害	<input type="checkbox"/> 液体の振動音	誤嚥
<input type="checkbox"/> 泡立ち音		<input type="checkbox"/> むせに伴う喀出音	誤嚥
<input type="checkbox"/> むせに伴う		<input type="checkbox"/> 喘鳴様呼吸音	

③咀嚼能力・機能の検査（実施者： \_\_\_\_\_）

- 咀嚼運動時の顎の動き(下顎が上下運動だけでなく、左右にも動くことを確認する)
- 咀嚼中の口腔内の確認
- 嚥下後の口腔内残留の確認

④摂食・嚥下の能力のグレード（藤島一郎,1993より）

I 重症経口不可	1	嚥下困難または不能、嚥下訓練適応なし
	2	基礎的嚥下訓練だけの対応あり
	3	条件が整えば誤嚥は減り、摂食訓練が可能
II 中等症経口と補助栄養	4	楽しみとしての摂食は可能
	5	一部(1～2食)経口摂取
III 軽症経口のみ	6	3食経口摂取プラス補助栄養
	7	嚥下食で、3食とも経口摂取
	8	特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取
IV 正常	9	正常の経口摂食可能、臨床的観察と指導要する
	10	正常の摂食、嚥下能力

⑥嚥下食の分類

	食事形態	嚥下調整食学会分類 2013 であてはまる形態
主食	1:米飯	
	2:全粥	嚥下調整食 4
	3:ペースト粥	嚥下調整食 2・1
副食	1:普通	
	2:一口	
	3:きざみ	
	4:極小きざみ	
	5:ムース	嚥下調整食 3
	6:ペースト	嚥下調整食 2・1
	7:ゼリー	嚥下調整食 エンジョイゼリー 1j カップゼリー 0j
とろみ	1:薄め	
	2:中間	嚥下訓練食品 0 t
	3:濃い	嚥下訓練食品 0 t

⑤認知症の評価（実施者： \_\_\_\_\_）

HDS-R	NMスケール	F A S T

図 1 施設内指示書

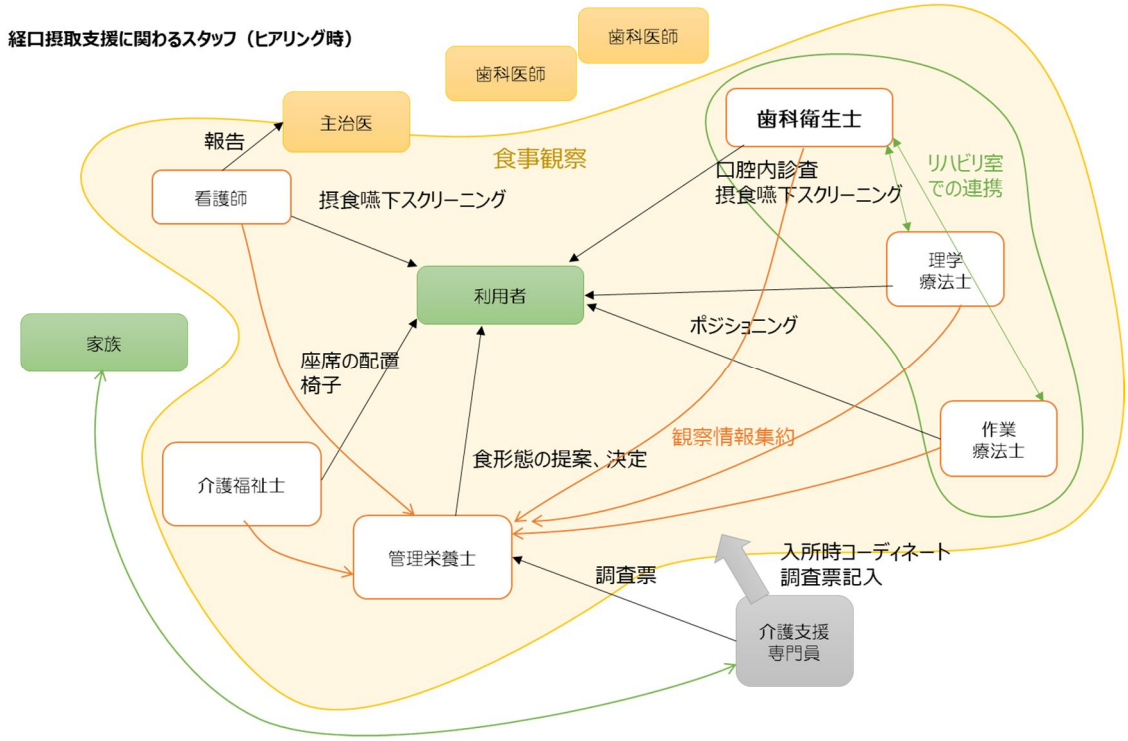


図 2 経口摂取支援に関わるスタッフ関連図

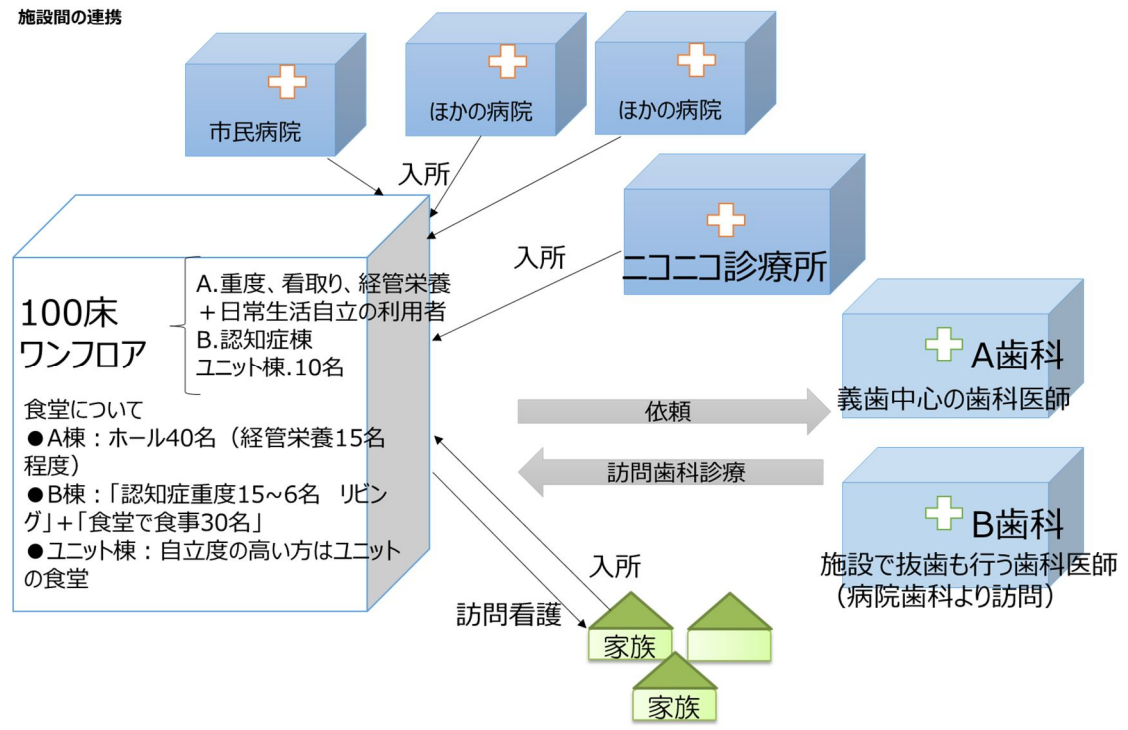


図 3 施設間の連携関連図

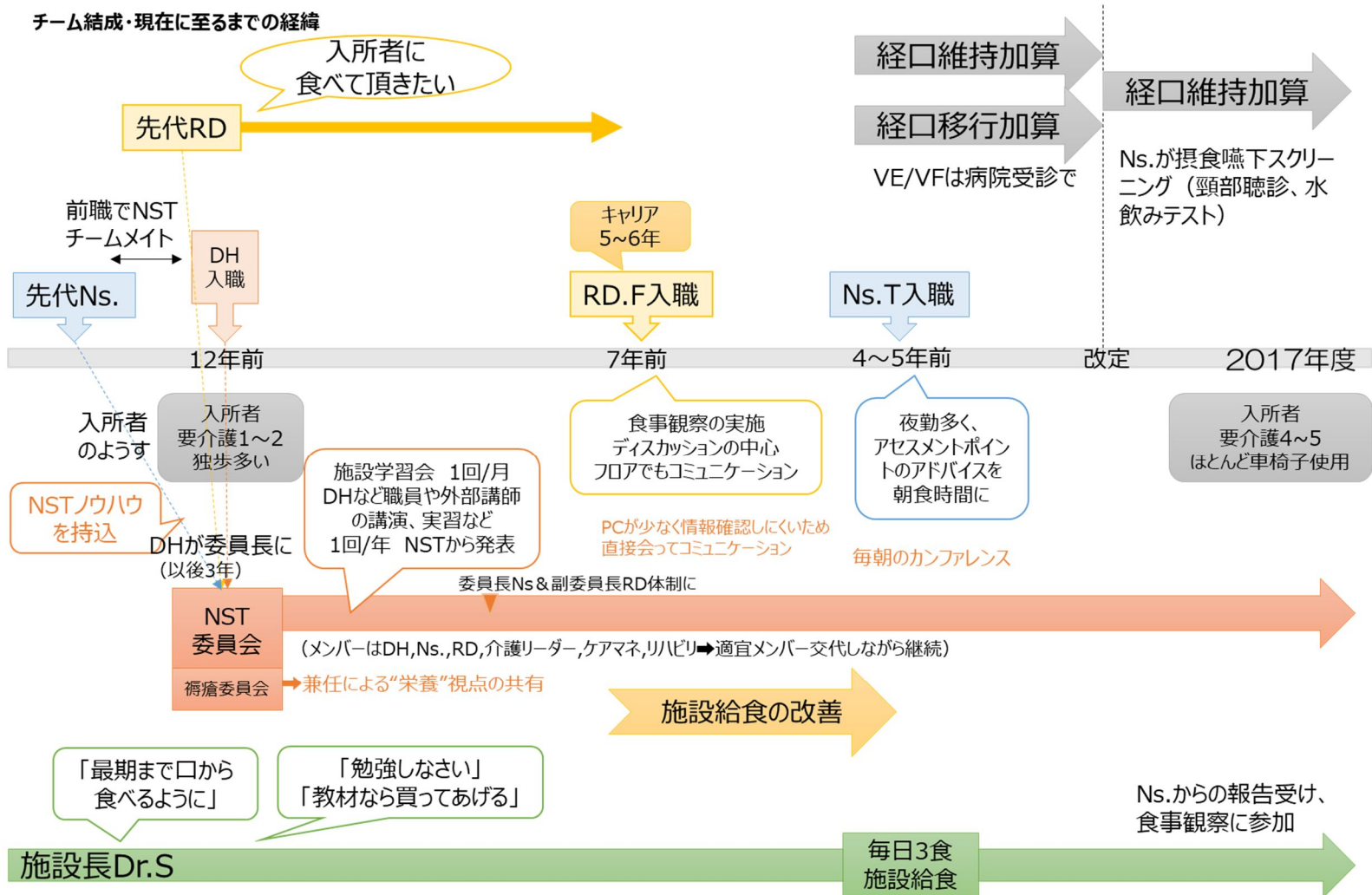


図4 チーム結成・現在に至るまでの経緯

**先進事例ヒアリング調査 2 議事録**  
**「社会医療法人敬和会大分リハビリテーション病院」**  
**経口維持加算ヒアリング**

6. 開催日時

2017年6月24日 15:00-16:00

7. 場所 大分県 風の郷 会議室

〒879-1305 大分県杵築市山香町倉成 3003 番地

8. 出席者

社会医療法人敬和会大分リハビリテーション病院 法人統括歯科衛生士 衛藤恵美 様  
(介護老人保健施設ニコニコ銘水苑 リハビリ科認定歯科衛生士 荒木眞須美 様)  
枝広あや子、白部麻樹

9. 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

10. 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

・**法人組織**：急性期病院である大分岡病院と、回復期医療の大分リハビリテーション病院(旧大分東部病院)、生活期を担う大分豊寿苑、訪問診療を行う在宅支援クリニックすばるが互いに連携し合う仕組みになっている(敬和会ヘルスケアリンク)。現在その中に歯科衛生士(DH)が回復期に2名、生活期に2名所属している。DHの業務は、医科歯科連携の窓口、口腔リハ・ケアセンター連携マネジメント、経口維持管理加算への参画で、窓口は大分リハ病院にある。回復期にある口腔リハ・ケアセンター(摂食・咀嚼・嚥下センターSSEC)では、多職種チームで摂食・咀嚼・嚥下障害のある方の評価・診断と口腔リハ・ケアの実践、院外への啓発を行っている。

・**SSEC 会議**：法人全体(急性期・回復期・老健)の集まりとして“SSEC 会議”を行い1回/月(第一月曜 16:00-17:00、場所はローテーション)、摂食機能療法、口腔衛生加算・口腔衛生体制加算・口腔機能向上加算・経口維持加算に関する検討や算定件数などの報告会を行っている。翌月のテーマをあらかじめ決め、新しい知見の確認やその時々課題の検討な

ど行っている。参加職種は看護部長、ST などのリハ職、管理栄養士、介護職、DH で等ある。必要に応じて歯科医師や給食業者、調理師も参加し、食形態の標準化のための協議も行っている。協議の結果は、各施設の SSEC メンバーに伝達され運用のための調整が行われる。また看護部長も歯科医療への理解が深く SSEC 会議の内容を看護部に周知している。管理栄養士はミールラウンドに参画し、入所・入院者へフィードバックしている。また、回復期リハビリ部長は ST であり、口腔衛生業務に関する理解が深く「歯科がないリハビリは考えられない」という考えで、連携推進の旗振り役となっている。

・**現在の経口維持加算の方法**：生活期の老健施設では ST と管理栄養士でミールラウンドを実施し、食形態の変更や食べ方・介助方法などの助言を行っている。DH は必要に応じてミールラウンドに参画し、あらかじめ撮っておいた動画を使用し検討することも少なくない。経口移行加算、経口維持加算は以前からも算定していたが、SSEC の活動や黒岩先生のラウンドが契機となり、算定件数が結果として増加した。専門的な検査である VF、VE は同法人内医療機関で行うこともあるが、実際にその件数は多くはない。チームとして、VF ありきではなく、その必要性も含め臨床症状からの情報を重視している。また、医科歯科連携が背景にあることで、義歯作成に関する成功体験の共有化により、義歯の必要性や意義およびその製作の難しさだけでなく、義歯を装着するために必要となる口腔環境を整える大切さなどの理解が職員間に広がったと考えられる。そして、連携歯科医師が生活支援にも参加し、義歯調整などきめ細やかな対応を行ってくれている。さらに、口腔リハビリのための道具や自助食具などの作成時にも、連携歯科医師と連携する風土も徐々に培われてきている。

職員の中では、口腔ケアは単なる清掃ではなく、「口腔ケアは、食べられるため、笑顔を作るため」と考える者が多くなった。歯科医師と共に食べられる口、義歯が装着できる口を作る支援をすることが医科歯科連携の推進と、この領域のリハ・ケアの最も大切なものの一つと言えるだろう。

## (2) 活動におけるこれまでの経緯

・**入職後の経緯**：衛藤 DH は前職が湯布院厚生年金病院であったが、2014 年にそこで取り組まれていた医科歯科連携および摂食嚥下システム方法を ST ら（森リハ部長）と共に現法人にも導入し、適宜修正しながら定着させてきた。そのようなことから、現法人へ入職直後の同年 7 月には SSEC を設立し、口のリハビリテーションの推進を合言葉に、そのモデルの創始者である栗原正紀先生（長崎リハビリテーション病院理事長）の記念講演を行うなど活動が始まった。その後、加藤武彦先生や黒岩恭子先生に講演頂きご指導いただいている。

・**前職からつづく医科歯科連携の経緯**：長崎での連携スタイルを参考にし、2011 年、湯布院厚生年金病院と大鶴歯科医師会の間で「ゆふ医科歯科連携システム」が締結された。数多



くの多職種との研修会を重ね、その後、市内の井野辺病院と医科歯科連携が締結、2014年には社会医療法人敬和会との医科歯科連携システム締結がなされた。実際の連携においてはDHが施設と歯科医師会の連携係を担当しており、情報の共有化を目的に可視化した連携の統括表や連絡用紙など資料を作成し運用している。現在の法人での口腔リハ・ケアは、同法人の介護職員が非常に熱心で、その思いが黒岩先生にも伝わり、その後何度も黒岩先生にお越しいただくこととなったことも医科歯科連携の推進に繋がったと思われる。つまり、黒岩先生のラウンドを通して、地元の歯科医師も参加し、口腔機能を向上させることの大変さと重要性及び食支援という多職種連携という目指すべき方向性が共有できたのである。このようにして連携歯科医師の意識も徐々に変化し、法人主催のイベントやその他の多くの研修会への参画、さらには共催という形で、地域への啓発事業などを展開することとなっていくのである。いずれにせよ、歯科医師がいない状況での医科領域、介護・福祉領域における義歯の考え方や口腔リテラシーの向上に繋がっていると考えられる。口腔領域への関心の低さは、社会的課題とも言え、少しずつでもその普及啓発に努力することが肝要と考え取り組んでいる。

・法人内連携の経緯：入職後の極めて早い段階での医科歯科連携の動きには、特に老健の介護職は驚きとともに戸惑いも少なくなかったろう。当時の介護主任は歯科衛生士であったが、口腔リハ・ケア、医科歯科連携といった経験のない業務については消極的であった。口から食べることの大切さと、このことは人の尊厳にもかかわることといったことを勉強会や黒岩先生のラウンドを通して互いに学ぶことで、徐々にではあるが意欲的となり、その輪も広がって行ったのである。

#### ・多職種チームからの学びと変革、歯科医師と連携を取れるまで：

DHの前職において医科歯科連携が思うように進まなかった頃、あるリハ職から「(連携が進まない理由として) 歯科の先生は食べるところを見てないからダメだ」、「(義歯が痛い、訪問診療の日まで一週間義歯を外せと言われた患者について) 21 食分の重みを分かっているか?」と指摘された。その指摘も動機づけとなり、患者の生活を見据えた関わりに向けて変革が出来るようになっていった。生活支援の視点を包含した歯科治療の仕組みづくりを目指し、医科歯科連携会議で検討とその啓発を繰り返し行ったのである。

医科歯科連携システム構築の前までは、看護師が歯科との窓口であり、訪問歯科が気付かないうちに来て、気付かないうちに帰り、メモが残っているのみ、というような状況であった。法人の意向として訪問歯科業者との契約は解消して、地域の歯科医師会との連携を重視、すなわち、単なる歯科治療のための連携ではなく、食べるための口作り、そして食支援を目指したのである。しかし、医科歯科連携システム締結直後は、施設内で歯科との橋渡し役をしていると、歯科へのクレームも少なくなく、その間に挟まれて辛い思いをすることもあった。連携歯科医師に対して施設 DH から進言するのが難しい時など、看護部長に代弁してもらうこともあった。そういった中で、口というテーマでは共通している ST のリハ森部長

の理解が深く、ロールモデルになる西別府病院の原 DH を招聘して繰り返し指導に来てもらい、また、ニコニコ銘水苑の荒木 DH や長崎リハビリテーション病院に学びに行かせてもらうことができた。そうして学んだ書類の作り方や経験が、現職場で生かされている。現在は歯科治療後の報告をメールなどで連携歯科医師へ報告し、書類なども残している。老健退所時の口腔に関する情報提供は、歯科医師、ST(口腔ケアの情報)が作成する。退所後に施設、在宅に行くこともある。

・**現法人入職から現職**:前職湯布院での医科歯科連携のシステムを理解したスタッフも一緒に現法人に入職したので、これまでのシステムの早い立ち上がりにつながり、以前の反省も鑑み進化していったと考えられる。医科歯科連携会議を1回/3か月に行い、DHと連携歯科医師との課題は必ず会議で問題点を挙げて、良い意味で赤裸々に様々な課題を検討しその解決につなげることが可能となった。具体的には、義歯治療の際のレジン削り屑の処理、請求書発行が遅い、患者のクレーム、スタッフの口腔領域の関心の低さ、などの課題である。これらのことをテーブルに上げ検討することにより、DHは連携歯科医師との関係構築を何より大切すること、そして歯科医師の介助には付かず、口腔に関する窓口・橋渡し業務に徹することなどをその都度確認でき、現状の仕組みが構築できたのである。またこのような検討と実施を通して、結果として連携歯科医師とのコミュニケーションが深まり、また介護職とのコミュニケーションが深まったのである。

### (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

・**チームの目指す方向性**:ビジョンは、摂食・咀嚼・嚥下機能の障害がある方に対して、一人でも多くの方が楽しく食べることを支援すること、そしてチームで“寄ってたかって、みんな”支援すること、より健やかな生活を送っていただくという生活の連続性を目指すものである。

・**連携困難な局面への対応**:かつては“生活を見る”ことの重要性をしっかりと理解できていなかった。今でも生活場面への口腔ケアの落とし込み(家に帰るための自立に向けた取り組み)が難しいと思っている。在宅支援に向けた方向性がまだ確立されていない印象があるが、このことも“寄ってたかって、謙虚な気持ちで教えてもらいながら”取り組もうと思っている。

・**職種間の関係**:リハ職と看護の壁は多少あるものの、職種間、上下間の隔たりはない。

・**スキルアップへの工夫**:新人研修として法人内研修で講演し、各施設で実技、OJT(オンザジョブトレーニング)を行う。先輩から機能向上や口腔衛生管理を実地で教わったり、

SSEC の活動で黒岩先生が来た時に OJT 効果がある。とくに黒岩先生は半年に一回来訪されモアブラシの使用方法など教えて下さる。

・**人間関係を紡ぐ鍵**：医科歯科連携懇親会は黒岩先生研修会の際などに開催し施設長も出席する。共に学び飲み語る会として歯科医師会との繋がりになっている。また、歯科医師会の連携の一つの鍵は成功体験を共有できたことだと思う。口腔に関連した家族会も開催している。家族会は口腔に関して困っている体験を相談したり、本人も参加したり、講話などもある。

・**今後の展望**：協働して取り組む啓発活動の活性化 「大分オーラルリハビリテーション研究会」は法人皆でとりくみ、「医科歯科連携フォーラム」も SSEC で取り組んでいる。オーラルリハビリテーション研究会の参加費で黒岩先生などの招聘費を賄っている。そうした啓発活動のきっかけは、上司から言われた、というものであるが、皆で取り組み、地域企業、大学と連携し器具開発なども行っている。その他にも東九州メディカルバレー構想の実現、学生教育など考えている。

医科歯科連携運営モデル図(豊寿苑)

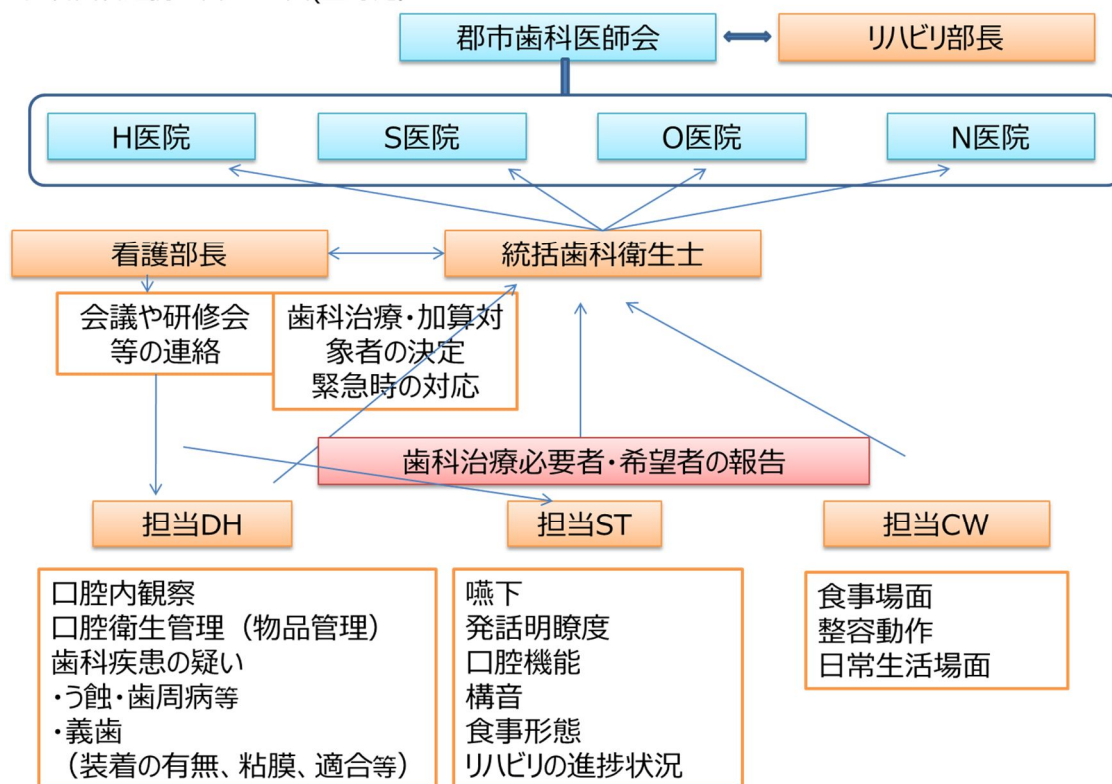


図1 経口摂取支援に関わる医科歯科連携運営モデル

施設間の連携

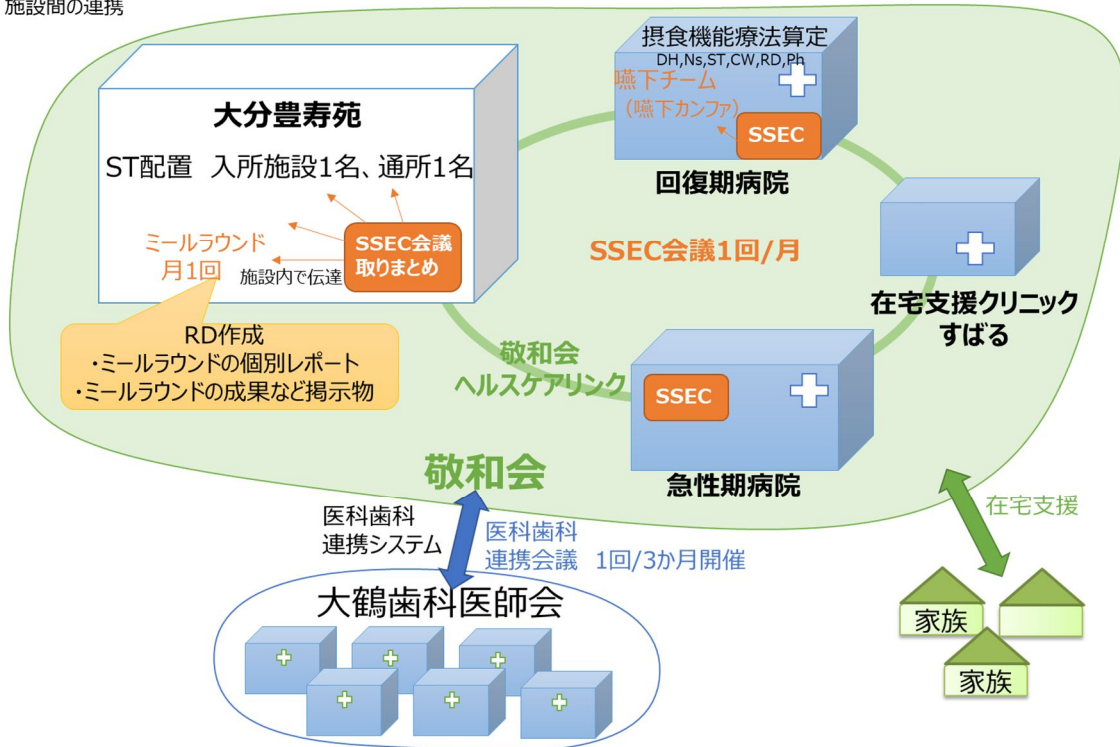


図2 施設間の連携関連図

チーム結成・現在に至るまでの経緯（湯布院厚生年金病院と敬和会の）

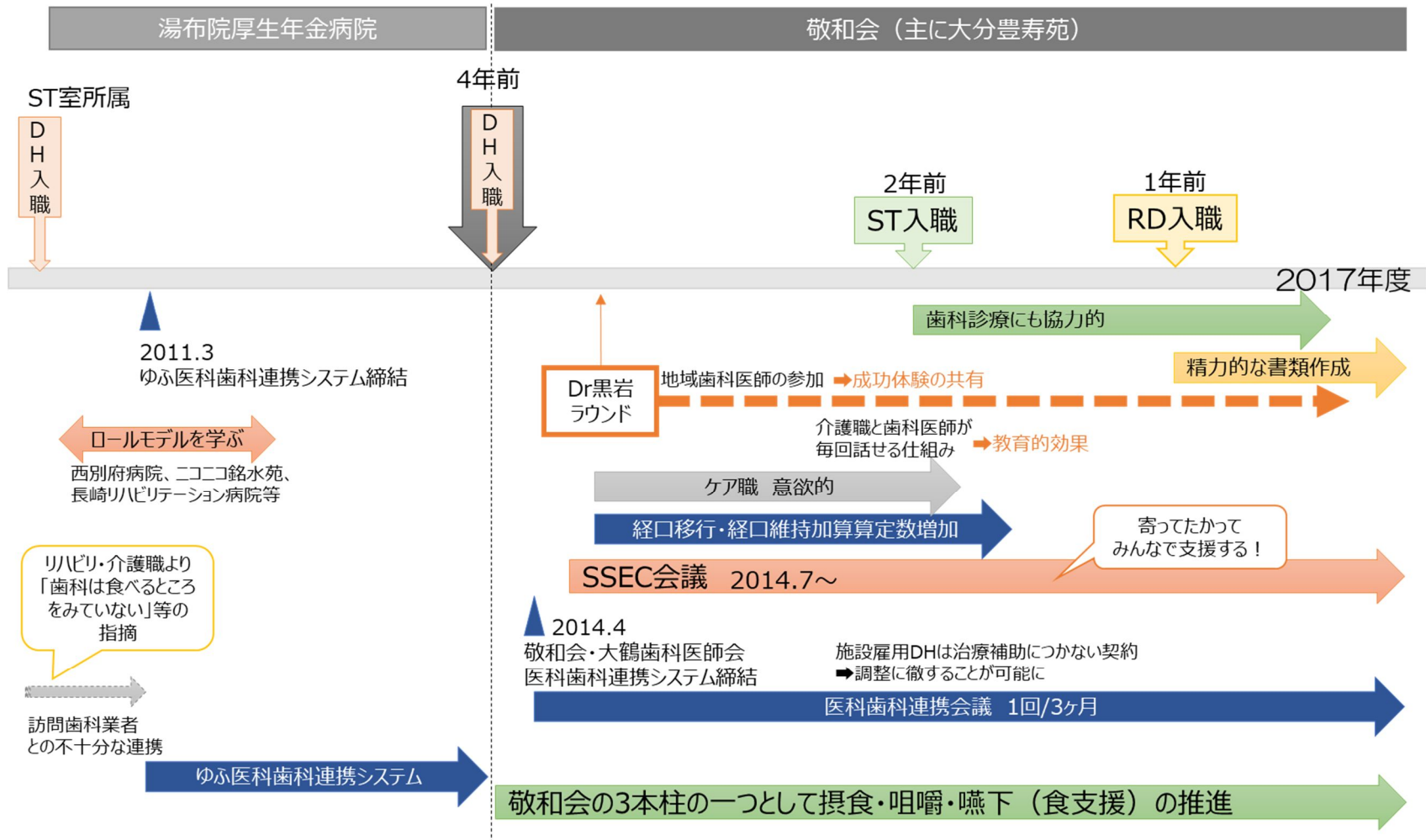


図3 チーム結成・現在に至るまでの経緯

# 多職種による要介護高齢者の経口摂取支援研修

## グループワーク ファシリテーターガイド

### 【多職種チームによる要介護高齢者の経口摂取の課題解決に向けた統合ケア】

統合ケアとは、重層的な課題をもち、複合的な支援を必要とする人に対して、必要な支援を、一体的・連続的に提供していくためのサービス提供モデルである。要介護高齢者の経口摂取困難事例において統合ケアを実現するためには、多職種で構成されるチームメンバーが、情報を共有し、課題を明確化させ、具体的な支援の方法を決定し、支援の実施を計画し、支援を提供していくための会議（カンファレンス）を開催する必要がある。多職種チームによる課題解決に向けたアプローチの基本的考え方、それを学ぶグループワーク（模擬カンファレンス）の流れについて、以下に解説する。

### 【グループワークによる多職種チームによる課題解決の学び】

多職種チームによる要介護高齢者に関する課題解決は、対象となっている本人の主体性を尊重しながら、その人なりの実現可能性のある課題解決に向けて、チームメンバーが一体となって、本人や家族とともに歩んでいこうとするアプローチである。

そのような技能を身につける最も効果的な方法は、日常の実践的活動の中での試行錯誤の反復であろう。しかし、日常の実践とは異なる模擬的な場で、これまで行ってきた多職種カンファレンスや課題解決に向けたアプローチの在り方を振り返り、あるいは日常と異なる多職種のメンバーで模擬カンファレンスを行い、ロールモデルを体験することで、様々な反省点が新たに発見される場合もある。

ここでは本ファシリテーターガイドを活用した多職種グループワークの方法について解説する。

## 【多職種グループワークのあり方】

### 1. 多職種グループワークの目標

多職種グループワークの目標は、多職種が協働して、必要な支援の一体的提供を実現させる能力を身につけることにある。そのためには、多職種が、多職種協働の意義について共通の認識をもち、同じ土俵の上で、公平に、自由にコミュニケーションしながら、情報を共有し、解決策を案出し、意思決定を行い、支援計画を立て、役割を分担して、支援を実践するという上記に述べたプロセスを円滑に進めていく技能が必要である。

### 2. 多職種グループワークの留意点

多職種グループワークでは、上記の目標を据えたうえで以下のような心構えを持つことが大切である。

1) 特定の人ばかりが発言しないようにする。発言が少ない人、控えめな人にも発言しやすいような雰囲気をつくる（司会進行役が流れの中で発言を促すなど）。

2)ブレイン・ストーミングでは、どのような案も批判することなく、案が出尽くすまでは自由に発言できることを保障する。ブレイン・ストーミング法の背景には「数の原理」（人がいろいろな解決法を案出すればするほど、問題解決法として最も効果性の高い最善のアイデアに至る可能性もそれだけ高くなる）と「判断延期の原理」（考えられる解決法がすべて出つくされるまでは、それらに対して批判的な評価は差し控えられる方が質のよいアイデアが考え出される）という理論がある。

#### ブレイン・ストーミングの原則

- 絶対に批判しない
- 自由奔放に意見を出す
- 質よりも量を重視する
- アイデアを発展させる

#### 事例検討会ルールの一例

具体的な場面を共有すること

現実に対する謙虚さを失わずに話し合うこと

患者家族に対する敬意を決して失ってはならないこと

事例提供者、発言した者の誤りを正すというスタンスは捨てること

正解志向ではなく、解決の方向性を探るプロセス、学び合うプロセスを大事にすること

視点の多様性を尊重すること

少しずつでも工夫は形にしていくこと

「問い」を持ち続けること

（稲葉一人，倫理教育，日本臨床倫理学会第1回年次大会抄録集2013より改変引用）

#### 到達目標の一例

1. すべての参加者が積極的に意見を言えた
2. すべての参加者が、他のすべての参加者の意見を聞いた
3. すべての参加者が、それぞれ新たな視点を発見した

（首都大学東京 繁田雅弘 資料より引用）

### 3. 多職種グループワークの準備

実際の要介護高齢者の経口摂取困難にまつわる情報を整理して共有するによって、以下のような多職種研修を行うことが可能である。

以下に研修会にあたりあらかじめ事務局で準備すべき要点を述べる。

- 1) 多職種からなる小グループを結成し、事例あるいはテーマを準備して、グループワーク（模擬カンファレンス）を実施する。
- 2) 小グループの結成にあたっては、異なる職種や勤務場所の人が含まれるよう工夫する。各グループ

に名簿を用意する。

3) グループワークに必要な物品は、名札、ブレイン・ストーミングを行うためのメモ、意見を集約する大きな用紙、太めのマジック、発表用機材等である。また意見交換をスムーズにするための飲み物などがあっても良い。

#### 4. ファシリテーターの役割と心構え

グループワークを行う場合、受講者に目的を思い出させ、協働意欲を高め、コミュニケーションを支援し、目的に向かって研修を進めていくことができるように、各グループにファシリテーターを配置する。ファシリテーターは各グループの参加者同様に着席する。

ファシリテーターの役割と心構えは以下のとおりである。

- 1) 参加者間のポジティブな雰囲気を維持し、全メンバーがバランスよく参加できるように留意する。
- 2) バックグラウンドの異なる職種それぞれには、それぞれの文化があり、価値観が違うことをグループワークによって認識できることを大切にする。
- 3) ブレイン・ストーミングの原則を重視し、参加者の自由な意見は否定・侮辱されるのではなく、尊重されるという原則を示す。
- 4) グループワークのはじめに注意事項を設定し、メンバーと共有する。
- 5) ファシリテーターが説明を繰り返すなど、時間をとることはしない。また、ファシリテーターはグループの力を信じて多くの情報を与えない。
- 6) 設定された時間目標をその都度提示し、その時間にすべきことと異なることを行っている場合には、軌道修正をする。
- 7) 全員が話題に加わることができる時間配分で進んでいるかを確認し、意見を言っていない人や自分の課題が話題に上がっていない人がいた場合には声をかける。
- 8) 各職種の専門用語を用いる場合には、専門外の参加者に理解できるような説明を促すようにする。
- 9) 事例の話し合いにおいて、単なる紐解きにならないよう注意する。
- 10) 課題や支援をカテゴリー化する際の様々な手法があることを予め認識しておく（KJ法、マインドマップ等）。



## 【グループワークの流れ】

### 1. 流れの概要

1) 参加者の自己紹介を行い，司会進行役，記録係，発表係を定める．

司会進行役のもとでグループワークを開始する．

記録係はカンファレンスの内容を記録する．

2) 事例における支援の対象と担当者の確認を行う．

3) 事例の紹介を行う．

4) 事例について，以下の2つのテーマで討議を行う．

どのような課題があるか（どのような支援のニーズがあるか）

どのような解決策が考え得るか（どのような支援を行うか）

5) グループにおける討議された内容のまとめを行う．

6) 発表係が発表し，全体で意見交換を行う．

7) 発表終了後には，研修の感想などを含め自由な意見交換を行い，さまざまな視点からの支援を学ぶ．

研修終了後には研修内容を振り返り，日常業務のなかで実践することで知識が定着する．

### 2. 要点

1) 会議の司会進行役と記録係を定める

グループワークにあたっては，はじめに司会進行役と記録係を定め，司会進行役が会議を開会し進行する．司会進行役はどのような職種であってもよいが，可能であれば医師・歯科医師以外の職種であったほうが良い（医師・歯科医師が司会進行役をつとめると，医師・歯科医師が日常業務さながらにインシアチブをとる構図になってしまい，他の職種の参加者の自由な発言を阻んでしまいがちである）．

司会進行役は，予めグループワークの対象となる個別事例の情報が記載された書面により事例の概要を把握しておく．

2) 事例における支援の対象が誰であるか（本人か，家族か）を確認する

司会進行役は，初めにグループワークの対象（支援の対象）となっている人が誰であるかをグループのなかで確認する．一般的には要介護状態にある当事者が支援の対象となるが，家族介護者が支援の対象となる場合もある．支援対象者が誰であるか，混乱しないようにしておくことが大切である．

3) 支援対象者の担当者は誰であるかを確認する．

支援対象者への支援の調整を担当している人はだれかを確認する．一般的には，個別事例に対応した専門職が担当者になる場合が多いかと思われるが，その人の支援の調整に現在よく関わっている他の専門職が担当者になる場合もある．高齢者施設や在宅療養における支援の調整の事例では，管理者や事務職，多職種の職員それぞれの役割を踏まえ，全ての者が支援に関わる者であるとして検討

を行う。小グループの構成によっては、ロールプレイとしても良い。例えば行政職員など通常の現場で関わることの少ない職域の者が参加した際には、ロールプレイ上の患者家族の役になって参加することも効果的である。患者家族の役を設定することで、会話の中での専門用語には解説が入り、また家族の心情をおもむかせる表現や支援案が生まれることがある。

#### 4) 事例の紹介を行う。

事例の紹介は、実際の事例を活用する際は個人情報除外した資料を時系列に従って整理して用意し、事例担当者が、支援対象者の状況や経過、さまざまなアセスメントの結果などについて説明する。

#### 5) 事例について、情報の整理と共有、討議を行う。

グループワークの中では、事例について互いに知りうる情報やそれぞれが気付いた情報を提供しあい、グループ内で情報の整理・共有を行う。要介護高齢者の経口摂取困難事例に対する課題と支援を検討するグループワークでは、施設職員と連携医療機関をあわせた多職種チームとして対応可能な課題を選出することが重要である。得られた情報は、以下の2点に集約できるように情報を整理する。

どのような課題があるか（どのような支援のニーズがあるか）

どのような解決策が考え得るか（どのような支援を行うか）

#### 5- 「どのような課題があるか」に対するワーク

グループ内で疑問点を質問しあい、意見を述べ、話し合いながら、課題（支援のニーズ）を明確化させていく。具体的には、かならずすべての参加者が意見を発表するようにし、得られた様々な情報を、近似したカテゴリーに分け集約していく方法がとられる。その際、グループ内で共有できるように可視化すると良い。「課題」のなかから「解決案」が生まれることもある。

課題が明確にされず、漠然としたままだと、その問題は非常に脅威で有害なものであると受け取られがちである。反対に、課題の性質を明らかにすれば、その状況がより明確に描きだされるので、問題はそれほど重大なものではなく、否定的なものでもないことがわかるようになる。「課題がしっかり把握されたならば、その課題はもう半ば解決されたようなものである」（John Dewey, 1910）。

## 5- 「どのような解決策が考え得るか」に対するワーク

）いくつかの課題を選択し，具体的な解決目標を定める．

課題が数多く取り出された場合には，多職種チームとして対応可能ないくつかの課題を選択し，具体的な解決目標を定める．この場合，優先度の高い課題を選択するのが原則であるが，それほど差し迫った課題でない場合には，解決しやすい課題から選択していくというのも一つの方法である．状況が複雑化している場合には，まずは単純化させていくというその作業自体が，課題解決に向けたアプローチとなる．

）解決策案出のためのブレイン・ストーミング

まずは，できるだけ多くの解決案や対処方法を考え出すようにする．そうすることによって，その中から最も有効な（あるいは現実的な）解決法が出てくる可能性が高くなる．このブレイン・ストーミング法の「数の原理」と「判断延期の原理」を重視して実施する．

グループワークでは，それぞれの参加者が考える自由な案をメモに記載し，順にグループ内で発表する．1つのアイデアは1つのメモに記載するルールにすると，まとめる際に有効である．グループ内で発表された案のメモを，大きな用紙の上で集約しカテゴリー分けや関連付けをしていく．適宜太いペンなどで集約した案にカテゴリーの名称や小見出しなどを名付けていく．

）導入する支援を決定し，支援計画を立てる．

ブレイン・ストーミングによって得られた様々な解決案の中から，「うまくいきそうな方法」「実行できそうな方法」を選択して案を発展させ，課題解決に向けた全体的な支援計画を立てる．課題解決が進まない場合には，下位目標を設定し，それに対する解決策を選択するのも良い方法である．たとえば，医学的な診断に基づいて医療支援を行うという解決目標を提案したとしても，本人がそれを望まずそれを行えない場合もある．最終的な意思決定は本人や家族と十分話し合いながら行われることになる．そのような場合には，まずは担当医師や看護師等からのさらなる情報収集を行うこととし，それ以外の緊急性が高く解決可能な課題を優先的に検討するなどの下位目標を設定してもよい．

）それぞれの役割において，支援計画を具体的な案とする．

上記の支援計画に基づいて，より具体的な支援を提案する．グループワークでは大きな用紙に記入し，発表時に他のグループからも見えるように可視化していく．検討しながらグループとしての支援計画の優先順位を書き入れることも有効である．

#### 6) まとめと発表，振り返り

グループにおける討議された内容のまとめを行う。会場全体で，発表者からの要点を発表し，他のグループで得られた結果と合わせ討論する。

研修後に実際に支援を実施して，課題が上手く解決した場合には，多職種チームと振り返り，支援対象者である本人とともに支援を評価していくことが大切である。本人とともに考え，本人とともに解決していくというアプローチによって，本人の自己効力感を保持していくことが可能となる。

#### 【参考】実施上の検討課題

##### 1) 形式

例：講義（教室）形式，グループワーク形式

##### 2) 内容

例：特定のテーマについての講義の追加，事例検討

##### 3) グループワークで扱う事例

例：実際の事例，テキストの模擬事例

##### 4) 他職種の範囲

例：院内のスタッフ，地域の保健医療福祉介護職

##### 5) 研修の場

例：施設，保健センター，市区町村，医師会館/歯科医師会館等

##### 6) 主体

例：都道府県，区市町村，医師会/歯科医師会

参考文献 東京都認知症多職種協働研修テキスト

## II . 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）  
分担研究報告書

アルツハイマー病高齢者の食生活の自立維持を目的とした  
身体組成,栄養状態に関する Z スコアによる比較検討

研究分担者 田中弥生 駒沢女子大学人間健康学部健康栄養学科 教授  
研究代表者 枝広あや子 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所  
研究協力者 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

### 研究要旨

【目的】本研究では施設入居するアルツハイマー病高齢者を対象に,認知症重症度別の身体組成,栄養状態の差異を明らかにし,適切な食支援・介入方法を検討する基礎資料を得ることを目的に調査を行った。

【方法】施設入居高齢者のうち,アルツハイマー病と診断されている 301 名を調査対象とした。調査項目は基本情報・認知症重症度・身体計測・身体組成・低栄養判定・食品摂取多様性・食欲・日常生活動作である。

【結果】身体組成および栄養状態に関連する評価指標について CDR 別に検討を行ったところ,女性についてのみ BMI,SMI,FFMI,MNA-SF,CNAQ スコア,CC,基礎代謝量について有意差が認められ,Z スコアで最も大きく減少していたのは方周囲径であった。

【結論】AD 高齢者において BMI のみで身体状況を評価することは身体組成評価精度として限界があると考えられ,CC,SMI,FFMI を含めた詳細な身体組成評価が AD 高齢者の予後の良否に寄与すると推察された。

### A.研究目的

日本は他の先進諸国に類を見ない速さで超高齢化社会に突入し,平成 72 年(2060 年)予測人口は 8674 万人であり,そのうち 65 歳以上人口割合は 39.9%まで到達することが予測されている<sup>1)</sup>。高齢化の進展とともに認知症を有する高齢者も増加し,2025 年には 470 万人まで増加することが報告されている<sup>2)</sup>。認知症を含む要介護状態にある高齢者の 30~40%に,タンパク質・エネルギーの低栄養状態が起こることが報告されており<sup>3)</sup>,認知症高齢者への食事・食行動への介入方法の確立が喫緊の課題である。

認知症背景疾患の多くを占めるアルツハイマー病(以下,AD)を有する患者は,食事を始めることが出来ないという食行動上の課題や<sup>4)</sup>,摂食嚥下障害を有することが報告されており<sup>5)</sup>,低栄養に陥るスピードやリスクが高いことが予想される。高齢者において,低栄養を有することは,治癒率の低下,合併症発症率,死亡率<sup>6-8)</sup>と関連していることが示されており,早期からの適切な食事・食行動の介入が必要である。しかしながら,AD 高齢者における身体組成・栄養状態の実態,また認知症重症度が身体組成,栄養状態の多寡とどのように関連しているか

についての検討は不十分であり、実態を明らかにすることが重要である。そこで、本研究では介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、認知症対応型共働生活介護施設に入居する AD 高齢者を対象に、認知症重症度別の身体組成、栄養状態の差異を明らかにし、適切な食支援・介入方法を検討する基礎資料を得ることを目的に調査を行った。

## B.研究方法

### 1) 対象者

A 県 O 町, K 県 Y 市内の特別養護老人ホーム, 介護老人福祉施設, 介護老人保健施設, 介護療養型医療施設, 認知症対応型共働生活介護施設に入居中の高齢者のうち, 研究への参加同意が得られた 545 名のうち, 主治医によって AD と診断されている 301 名を本研究の解析対象とした。

### 2) 調査項目

基本情報：対象者の年齢, 性別, 身長, 体重, 認知症の原因疾患, 介護保険認定状況について調査を行った。身長, 体重から Body Mass Index (以下, BMI) を算出した。

認知症重症度の評価：認知症重症度評価は、臨床的認知症尺度である Clinical Dementia Rating(以下, CDR)を用いた<sup>9)</sup>。CDR は「記憶」「見当識」「判断力・問題解決力」「地域社会の活動」「家庭状況及び趣味・関心」「介護状況」の 6 項目について, 5 段階で評価し, その結果をもとに CDR0 (健康), CDR0.5 (認知症の疑い), CDR1 (軽度認知症), CDR2 (中等度認知症), CDR3 (高度認知症) の総合評価を研究者らが行った。

身体組成の評価：体組成計 InBody S10® (Biospace 社)を用いて, 生体電気インピー

ダンス法 (Bioelectrical Impedance Analysis : BIA 法) によって, 四肢筋肉量, 体脂肪量, 除脂肪量, 基礎代謝量を測定した。また測定された, 体脂肪量, 除脂肪量, 四肢筋肉量を身長<sup>2</sup>で除した Skeletal Muscle Mass Index (以下, SMI)<sup>10)</sup>, Fat Mass Index (以下, FMI), Fat-free Mass Index (以下, FFMI)<sup>11)</sup>を算出した。

下腿周囲径 (以下 CC) : 最大下腿周囲をメジャーで測定した。

低栄養の判定：低栄養の判定には, Mini Nutritional Assessment -Short Form®(以下, MNA-SF) を用いた<sup>12,13)</sup>。MNA-SF は「食事量の減少」「体重の減少」「移動能力」「精神的ストレス・急性疾患の経験」「神経・精神的問題の有無」「体格指数」の 6 項目から成り, 14 点満点でスコアを算出した。MNA-SF を用いた低栄養判定リスクは 12 点以上が「正常」, 8 点以上 11 点以下が「低栄養のおそれあり」, 7 点以下が「低栄養」と判定される。

食品摂取多様性：食品摂取状況調査には, 食品摂取多様性スコアを用いた<sup>14)</sup>。食品摂取多様性スコアは, 魚介類, 肉類, 卵, 牛乳, 大豆・大豆製品, 緑黄色野菜類, 海草類, いも類, 果物類, 油脂類の 10 項目についてここ 1 週間の摂取状況を調査し, 「毎日食べる」という回答を 1 点とし, 10 点満点でスコアを算出した。

食欲：食欲の評価には, Council on Nutrition Appetite Questionnaire (以下, CNAQ) を用いた<sup>15)</sup>。CNAQ は「食欲」「満腹感」「空腹」「食べ物の味」「50 歳のころと比較した食べ物の味」「食事回数」「食事をした際の気分, 吐気」「普段の気分」についての 8 項目から成り, 40 点満点で

スコアを算出した。CNAQ は 28 点以下で 6 カ月以内体重減少率 5% のリスクにあることを表す。

日常生活動作指標：日常生活動作の評価には Barthel Index (以下, BI) を用いた<sup>16)</sup>。BI は「食事」「車椅子からベッドへの移動」「整容」「トイレ動作」「入浴」「歩行」「階段昇降」「着替え」「排便」「排尿」の 10 項目から成り, 100 点満点でスコアを算出した。BI は 100 点満点が「自立」, 60 点が「部分自立」, 40 点が「大部分介助」, 0 点が「全介助」と判断される。

### 3) 統計解析

調査対象者のうち, 実施不可能な者は調査項目ごとに除外し, 解析を行った。CDR 別の比較検討を目的に連続変量には一元配置分散分析を実施し, 有意差の認められた項目についてその後の検定として Bonferroni の多重比較検定を行った。またカテゴリー変数は<sup>2</sup>検定を行い, 有意差を確認した。有意差の得られた項目について各項目の減少の傾向を確認する目的で, CDR0.5 を基準とする減少率 (%) を算出した。統計解析には SPSS ver. 20.0 を用い, 有意確率 5% 未満を有意差ありとした。

### 4) 倫理的配慮

本研究は, 東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した。調査対象者本人のおよび家族等の代諾者に対して, 研究目的・方法・期待される成果について口頭・書面にて説明を行い, 同意が得られた上で調査を行った。なお本研究で使用したデータは匿名化し個人を特定できない状態で解析を行った。

## C. 研究結果

対象者特性を表 1 に示す。本研究解析対象者は, 男性が 48 名 (16.6%), 女性が 241 名 (83.4%), 平均年齢が  $85.5 \pm 7.2$  歳であった。本研究対象者のうち CDR0.5 は 22 名, CDR1 は 99 名, CDR2 は 99 名, CDR は 64 名であった。

表 1 で有意性が認められた項目について CDR0.5 を基準に Z スコアを算出した結果 (図 1), 最も減少の値が大きかったのが CC-1.65, 次いで CNAQ が -1.36, MNA®-SF が -1.25 となっていた。

## D. 考察

身体組成および栄養状態に関連する評価指標について CDR 別に検討を行ったところ, BMI, SMI, FFMI, MNA-SF, CNAQ スコア, CC, 基礎代謝量について有意差が認められた。

BMI は認知症重症度別に有意差が認められたが, 正常の範囲内に平均値が示され, 認知症重症度による身体状況に問題は無いように推察された。しかし SMI, FFMI は CDR3 で最も低値を示し, 認知症重症度が重度な者ほど身体組成の変化が起こっていることが示唆された。SMI は四肢の筋肉量を表し, SMI が低下することで手段的 ADL が低下すること<sup>17)</sup>, FFMI は身体組成のうち脂肪を除いた除脂肪量を表し BMI の構成要素であるとともに, 栄養状態の指標となることが報告されている<sup>18)</sup>。BMI は身長, 体重から算出され, 簡便な指標であるが, AD 高齢者において BMI のみで身体状況を評価することは, 身体組成評価精度として限界があり, 手段的 ADL の低下や栄養状態の低下を見落とす可能性があると考えられた。FFMI は死亡率の検討においても BMI より



有益な指標であることが報告され<sup>19)</sup>,これらの報告や本研究の結果からもAD高齢者においてBMIのみならずSMI,FFMIを含めた詳細な身体組成評価がAD高齢者の予後の良否に寄与すると推察される。今回,SMI,FFMIはBIA法により測定したが,Dual-energy X-ray Absorptiometry法(DEXA法)により測定された値と $r=0.9$ 以上の高い相関を示すことが報告されており<sup>20)</sup>,その測定は非侵襲的であり,測定時間が短く(約2分),多数例を対象とした検診に適していることから,施設入居または地域在住高齢者等,多方面での活用が期待される。

またCCと基礎代謝量も認知症重症度が重度の者ほど低値を示し,Zスコアも最も大きく減少した。The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism(ESPEN)におけるThe Life Long Learning(LL)においてもCCは高齢者の栄養不良の評価に不可欠な項目であるとされ,高齢者の筋肉の状態,機能を示す優れたパラメーターであり,活動性と正の相関を示すことが示されている<sup>21)</sup>。同様に基礎代謝量は,除脂肪量と関係しており,除脂肪量単位重量当たりの基礎代謝産熱量と関連することが報告され<sup>22)</sup>,本調査の結果もFFMIと基礎代謝量が認知症重症度別に同様の変遷様相を示したことから,先行研究の結果を支持するものであると考えられた。

MNA-SFにおける栄養状態の判定は,全体で良好が25.0%,低栄養のおそれありが56.0%,低栄養が19.0%を示した。特にCDR3群では低栄養が男性で25.0%,女性で43.4%と高い割合で出現していた。在宅療養要介護者においても要介護度が高くなる

ほどMNA-SFによる低栄養の割合は多くなり,要介護5では20%の割合で低栄養と判定される<sup>23)</sup>。特に認知症患者においては,認知症の進行に由来する食行動の障害により,食事の自立低下と嚥下機能の低下が起こり<sup>5)</sup>,認知症重症度があがることは食行動の側面からも低栄養の大きなリスクとなる。また認知症の中でもAD患者においては,目の前にある食事を自ら食べ始めることが困難であることや<sup>4)</sup>,摂食嚥下機能,口腔衛生状態は認知症重症度が重度の者ほど不良であることが示され<sup>24)</sup>,これらの要因によって低栄養が加速度的に引き起こされることが予想される。

また食欲の評価法であるCNAQスコアにおいてもCDR3群はCDR0.5群に比べて低値を示し,認知症重症度が重度の者ほど食欲の減退を示す者が多くなっていった。食欲はFriedらが示しているFrailtyモデルにおいても重要な構成要素の一つであり<sup>25)</sup>,食欲の低下は食事摂取量減少・栄養素摂取量減少につながり,Frailtyモデルの悪循環を引き起こしていくことが示されている。食欲は地域在住高齢者の活力度と関連することが報告されており<sup>26)</sup>,直接的な食事改善だけでなく,周囲との会話や食事ならびに行事等への参加などにより,日常生活の活性化を図ることが有効と考えられる。認知症高齢者における食欲の評価指標,またどのような介入が食欲改善に効果を示すかは報告がなく,引き続き追跡研究また介入研究を行う必要が示された。

また食品摂取多様性スコアも群間の差は見られなかったが全体の食品摂取の平均は6食品であった。本研究対象者は全員給食を供されているものの,魚介類,肉類,卵,牛

乳,大豆・大豆製品,緑黄色野菜類,海草類,いも類,果物類,油脂類のうち,毎日摂取することのない食品が4食品程度あることが明らかとなった。食品摂取多様性スコアは,自由摂食である地域在住高齢者においても男性で $6.5 \pm 2.2$ 食品,女子で $6.7 \pm 2.2$ 食品と報告され,本研究対象者より高値であり,食品摂取が多様である者ほど,知的能動性や自立度が高いことが報告されている<sup>14)</sup>。認知機能と摂取食品との関連についても Mediterranean Diet Score と Healthy Eating Index 2005 と Mini Mental State Examination と関連し,認知機能が維持されていることと食品摂取が多様であることは関連する可能性が示唆されている<sup>27)</sup>。今回は食形態を含めた献立や食事介助の状況について調査しておらず,摂取食品数が少ない理由は明らかではないが,AD患者は食事開始困難や食事の自立の低下が認められていることや<sup>4,5)</sup>,CDR1の軽度レベルであっても紙パックにストローを挿す,容器の蓋を開けるといった「巧緻性」の低下が33.3%に認められ,認知症軽度段階から食事の自立低下が起こっていることが報告されている<sup>28)</sup>。紙パック,蓋つき容器に入った食品にはジュース,ヨーグルト,納豆等があり,早期から認知症重症度に応じた食形態を含めた献立の検討や食事介助方法検討等が食品の多様性を維持する為に必要であると考えられる。また食品の摂取は口腔機能とも密接に関わり,咀嚼機能低下によりプリン,バナナといった軟らかい食品と比べて,生にんじん,たくあんといった硬い食品の摂取率が低下することが報告されている<sup>29)</sup>。認知症高齢者においては食事の自立低下と相まって,口腔機能低下による摂取食品数

の減少はさらに顕著になることが予想される。栄養ケアマネジメントの観点から適切な食支援・介入方法を検討することや口腔機能等といった観点を視野に入れた多職種協働による包括的な評価により,AD高齢者の食生活を維持することが必要である。

ADは神経変性疾患で進行抑制は困難であり,食事の自立低下は免れない<sup>4,5)</sup>。しかし本研究で得られた結果から,SMI,FFMI,CCおよび基礎代謝量といった詳細な項目も含めて定期的に計測し,食欲の維持・増進を目的とした食支援・介入プログラムを実施することがADの進行に伴った適切な食支援・介入の実施につながる可能性が示された。

本研究の限界はAD高齢者に限った研究であり,血管性認知症やレビー小体型認知症等との比較を行っていないため,結果の解釈や妥当性を含め詳細に検討する必要があること,また男性の対象者数が少ないこと,横断研究であるため因果関係を言及できないといった点に限界がある。

今回の結果を基に適切な食支援・介入の確立に向けてさらに検討が進むことを期待する。

## E. 結論

身体組成および栄養状態に関連する評価指標について認知症重症度別に検討を行ったところ,BMI,SMI,FFMI,MNA-SF,CNAQスコア,CC,基礎代謝量について有意差が認められた。

AD高齢者においてBMIのみで身体状況を評価することは身体組成評価精度として限界があると考えられ,SMI,FFMIを含め

た詳細な身体組成評価が AD 高齢者の予後の良否に寄与すると推察された。

#### 参考文献

1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口(平成 27 年 10 月 3 日取得)  
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.asp>

2) 厚生労働省：認知症高齢者の現状(平成 27 年 10 月 3 日取得)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1.html>

3) 五味郁子, 杉山みち子, 梶井文子ほか. 複合型高齢者ケア施設におけるタンパク質・エネルギー低栄養状態. 日本健康・栄養システム学会誌, 4, 147-155, 2005.

4) Eda Hiro A, Hirano H, Yamada R et al. Factors affecting independence in eating among elderly with Alzheimer's disease. *Geriatr Gerontol Int*, 12, 481-490, 2012.

5) Easteerling CS, Robbins E. Dementia and Dysphagia. *Geriatr Nurs*, 29, 275-285, 2008.

6) Incalzi RA, Gemma A, Capparella et al. Energy intake and in-hospital starvation. A clinically relevant relationship. *Arch Intern Med*. 156, 26, 425-429, 1996.

7) Antonelli Incalzi R, Landi F, Cipriani L et al. Nutritional assessment: a primary component of multidimensional geriatric assessment in the acute care setting. *J Am Geriatr Soc*. 44, 166-174, 1996.

8) Landi F, Zuccalà G, Gambassi G et al.

Body mass index and mortality among older people living in the community. *J Am Geriatr Soc*. 47, 1072-1076, 1999.

9) Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*. 43, 2412-2414, 1993.

10) Ishii S, Tanaka T, Shibasaki K et al. Development of a simple screening test for sarcopenia in older adults. *Geriatr Gerontol Int*. 1, 93-101, 2014.

11) 小宮 秀一, BMI と除脂肪量指数 (FFMI) 及び脂肪量指数 (FMI) に関する問題 Issues Relating to Body Mass Index, Fat-Free Mass Index and Fat Mass Index, *健康科学*, 26, 1-7, 2004.

12) Vellas B, Villars H, Abellan G et al. Overview of the MNA -Its history and challenges. *J Nutr Health Aging*. 10, 456-463, 2006.

13) Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 13, 782-789, 2009.

14) 熊谷 修, 渡辺 修一郎, 柴田 博ほか. 地域在宅高齢者における食品摂取の多様性と高次生活機能低下の関連. *日本公衆衛生雑誌*, 50, 1117-1124, 2003.

15) Wilson MM, Thomas DR, Rubenstein LZ et al. Appetite assessment: simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents. *Am J Clin Nutr*. 2005, 82,

1074-1081.

16) Mahoney FI, Barthel. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. MD State Med J. 14, 61-66, 1965.

17) Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. Am J Epidemiol. 147, 755-763, 1998.

18) Van Itanie TB, Yang M-U, Heymsfir SB et al. Height-normalized indices of the body's fat-free mass all fat mass: potentially useful indicators of nutritional status. Am J Clin Nutr, 52, 953-959, 1990.

19) Christophe E Graf, Véronique L Karsegard, Adrian Spoerri et al. Body composition and all-cause mortality in subjects older than 65 y. Am J Clin Nutr, 101, 760-767, 2015.

20) Kim M, Shinkai S, Murayama H et al. Comparison of segmental multifrequency bioelectrical impedance analysis with dual-energy X-ray absorptiometry for the assessment of body composition in a community-dwelling older population. Geriatr Gerontol Int, 2014.

21) 特集:ESPEN LLLに学ぶ topic36 高齢者の栄養, 静脈経腸栄養, 26, 65-84, 2011.

22) 新開省二, 渡辺修一郎, 渡辺孟. 老人の体力とエネルギー代謝, 老年医学会雑誌, 1993, 577-581, 30.

23) 榎裕美, 杉山みち子, 井澤幸子ほか.

在宅療養要介護者における栄養障害の要因分析 the KANAGAWA-AICHI Disable Elderly Cohort (KAIDEC) Study より, 日本老年医学会雑誌, 54, 547-553, 2014.

24) 小原由紀, 高城大輔, 枝広あや子ほか. 認知症グループホーム入居高齢者における認知症重症度と口腔機能および栄養状態の関連, 日本歯科衛生学会誌, 9, 69-79, 2015.

25) Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Frailty in Older Adults Evidence for a Phenotype. J Gerontology, 56, 2001, 146-157.

26) 三浦宏子, 原修一, 森崎直子ほか. 地域高齢者における活力度指標と摂食・嚥下関連要因との関連性. 日本老年医学会雑誌, 50, 110-115, 2013.

27) Xingwang Ye, Tammy Scott, Xiang Gao et al. Mediterranean Diet, Healthy Eating Index-2005, and Cognitive Function in Middle-Aged and Older Puerto Rican Adults, J Acad Nutr Diet. 113, 276-281, 2013.

28) 枝広あや子, 平野浩彦, 山田律子ほか. アルツハイマー病と血管性認知症高齢者の食行動の比較に関する調査報告. 日本老年医学会雑誌, 50, 651-660, 2013.

29) 和辻敏子, 田中順子, 岡田真理子ほか. 地域高齢者における各種食品の摂取可能状況からみた咀嚼力. 栄養学雑誌, 57, 39-46, 1999.

## F.健康危険情報

なし

## G.研究発表

論文発表:日本静脈経腸栄養学会誌, 2017, 3

## H.知的財産権の出願・登録状況

なし

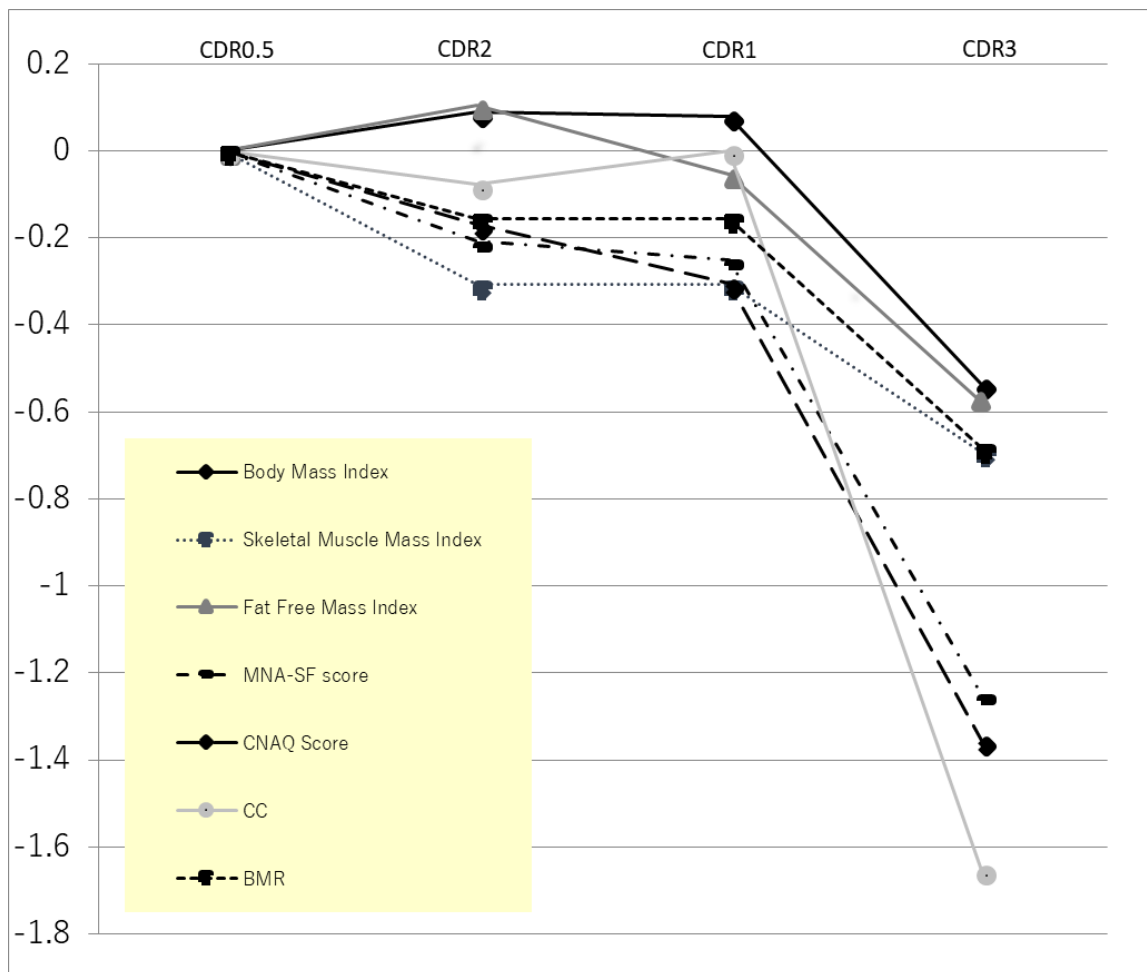
表 1 対象者特性

		N	Averag	SD	Min	Max	P for trend
Age (year)	0 and 0.5	22	84.8 ± 5.8		75	98	0.025
	1	99	85.0 ± 5.8		72	101	
	2	99	85.9 ± 6.6		68	102	
	3	64	88.2 ± 5.8		74	106	
Female (%)	0 and 0.5	22	72.7 %				0.470
	1	99	83.8 %				
	2	99	85.9 %				
	3	64	85.9 %				
Barthel Index (score)	0 and 0.5	21	79.5 ± 26.6		5	100	<0.001
	1	99	72.3 ± 22.2		5	100	
	2	94	54.3 ± 26.9		5	100	
	3	37	16.1 ± 19.2		0	75	
Height (cm)	0 and 0.5	22	147.9 ± 10.0		128	168	0.938
	1	99	145.2 ± 8.8		123	168	
	2	99	145.8 ± 7.9		120	167	
	3	61	145.8 ± 7.2		134	160	
Weight (kg)	0 and 0.5	22	47.2 ± 10.0		31	74	0.004
	1	99	45.9 ± 9.0		28	73	
	2	99	46.6 ± 9.2		29	72	
	3	61	41.7 ± 8.4		22	58	
Body Mass Index (kg/m <sup>2</sup> )	0 and 0.5	22	21.6 ± 3.7		13.4	27.77	0.002
	1	99	21.9 ± 4.2		13.7	35.67	
	2	99	21.9 ± 4.0		13.7	32.96	
	3	61	19.6 ± 3.8		10.71	29.1	
Skeletal Muscle Mass Index (kg/m <sup>2</sup> )	0 and 0.5	22	3.8 ± 1.3		1.9	7	0.002
	1	97	3.4 ± 0.9		1.9	6.8	
	2	97	3.4 ± 1.0		1.5	6.6	
	3	54	2.9 ± 1.0		1.1	5.3	
Fat Mass Index (kg/m <sup>2</sup> )	0 and 0.5	22	5.4 ± 1.8		1.8	8.4	0.763
	1	97	5.4 ± 2.5		0.4	12.8	
	2	96	5.7 ± 2.5		1.2	14	
	3	54	5.5 ± 2.5		1.2	10.9	
Free-fat Mass Index (kg/m <sup>2</sup> )	0 and 0.5	22	14.4 ± 1.9		10.47	18.57	0.010
	1	97	14.6 ± 1.7		7.88	18.15	
	2	97	14.3 ± 1.9		8.23	18.6	
	3	25	13.3 ± 2.5		9.03	17.65	
Mini Nutritional Assessment-SF (score)	0 and 0.5	22	10.6 ± 2.4		5	14	<0.001
	1	99	10.1 ± 2.3		4	14	
	2	99	10.0 ± 2.3		2	14	
	3	60	7.6 ± 2.7		0	13	
Dietary Variety (score)	0 and 0.5	22	5.4 ± 2.6		1	10	0.447
	1	98	6.1 ± 3.1		0	10	
	2	98	6.5 ± 3.0		0	10	
	3	54	5.3 ± 3.6		0	10	
Council on Nutrition Appetite Questionnaire (score)	0 and 0.5	22	27.3 ± 5.9		17	35	<0.001
	1	99	26.3 ± 5.8		15	35	
	2	98	25.5 ± 6.0		6	37	
	3	60	19.3 ± 7.0		1	32	
Curl Circumference (cm)	0 and 0.5	22	30.1 ± 2.6		23.9	34.5	<0.001
	1	99	29.9 ± 4.0		13.5	41	
	2	99	30.1 ± 3.5		19.5	39	
	3	60	25.8 ± 4.5		15.5	38	
Basal Metabolic Rate (kcal)	0 and 0.5	22	1059.1 ± 160.7		833	1502	<0.001
	1	97	1033.6 ± 116.2		736	1405	
	2	97	1033.5 ± 123.8		810	1425	
	3	54	949.0 ± 125.8		683	1307	

Tests for a linear trend across category of Clinical Dementia Rating were conducted by using the average value in each category as a continuous variable in the linear.

2 test was used for the analysis of the ratio.

図1 CDR0.5を基準としたZスコア



厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）  
分担研究報告書

18 カ月間の定期的な口腔機能管理指導による  
認知症高齢者の食事形態および自立摂食力の変化の検討

研究分担者 荒井秀典 国立研究開発法人長寿医療センター 副院長  
研究分担者 渡邊 裕 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所  
研究代表者 枝広あや子 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所  
研究協力者 三上友里江 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所

研究要旨：

認知症をもつ要介護高齢者は低栄養状態に陥りやすく、経口摂取困難が栄養状態の低下の要因とされ、より良い生活を送るために経口摂取の維持が必要である。そこで、本研究では歯科衛生士による定期的な口腔機能管理を行うことによって、特別養護老人ホームに入居する高齢者の食事形態、栄養状態、食欲、自立摂食がどの程度維持・改善できるかを認知症重症度別に検討した。

同一法人である 5 つの介護老人福祉施設の入居者の 315 名を解析対象とした。調査期間はうち 2 施設は平成 26 年 12 月をベースライン調査、平成 27 年 4 月から翌年 6 月まで介入し、平成 28 年 6 月時調査を介入後調査、ほか 3 施設は平成 27 年 6 月にベースライン調査、平成 27 年 9 月から翌年 12 月まで介入し、平成 28 年 12 月時調査を介入後調査とした。調査項目は認知症重症度 (CDR)、性別、年齢、介護認定状況、認知症高齢者自立度、身長、体重、BMI、既往歴、生活活動能力 (BI)、栄養状態 (MNA®-SF)、食欲 (CNAQ)、摂食力評価 (SFD)、食事形態(主食・副食)を質問票によって調査した。調査票は対象者の担当看護師や介護職員が回答した。介入は歯科衛生士による定期的な口腔機能管理を行い、ベースライン時からの維持・改善率を算出した。

本研究の対象者は、CDR3 群では食事形態、栄養状態、食欲、自立摂食力が CDR0 群と比べて有意に低かった。介入後評価では、全体では食事形態、栄養状態、食欲は 60%以上が維持・改善されていた。歯科衛生士の介入により維持・改善の可能性のある項目は「食物をこぼすことなく食べることができる」、「むせることなく嚥下することができる」すなわち口腔咽頭機能に関わる項目であった。とくに維持・改善率の低い認知症重度の者に対しては困難を生じている状況をよく観察し、本人のもつ能力を最大限に活用するための適切な介入を行う必要があると考えられた。口腔のみならず意欲や見当識、姿勢調節、体幹の保持等複数の困難を抱える経口摂取困難の認知症高齢者においては、歯科衛生士による口腔機能管理だけではなく、様々な多職種が連携し、認知症高齢者に対する食事の問題に取り組む必要がある。

## A.研究目的

現在,日本では超高齢社会を迎え,2025年には75歳以上の高齢者が3600万人に達すると予想されている。また,高齢者人口の増加と共に要介護認定者数も増加しており,75歳以上の要介護認定者は2014年で23.5%となっている。加えて,施設介護サービス利用者も増加しており,その約80%が要介護3~5の認定者である。要介護認定を受ける原因は脳血管疾患に次いで,認知症が多く,介護保険施設に入所する要介護高齢者は認知症を合併している者が多数である。

認知症はその進行に伴って,認知機能や運動機能を含む様々な機能の低下から自立した摂食が困難となる症状が見られるようになると,食事摂取量が減少し,低栄養状態に陥りやすい。経口摂取困難は栄養状態の低下の要因の一つであり経口摂取を維持することは,要介護高齢者がより良い生活を送るために必要である<sup>1)</sup>。そのため,認知症高齢者に対しては適時かつ頻回の栄養評価と適切な介入が必要とされる。認知症をもつ要介護高齢者への食および栄養に関する介入は,歯科職種を含む多職種の効果的な協働が必要である。

そこで,本研究では歯科衛生士による定期的な口腔機能管理の介入を行うことによる,介護老人福祉施設に入居する高齢者の食事形態,栄養状態,食欲,自立摂食の維持・改善効果について認知症重症度別に検討した。

## B.研究方法

愛知県の同一福祉法人が運営する特別養護老人ホーム5施設の入居者のうち,本研究

に同意した321名を対象とした。そのうち,ベースライン調査の時点で非経口摂取の者,年齢が65歳未満または不明の者を対象から除外した315名を解析対象とした。

調査期間は対象施設のうち2施設が平成26年12月から平成28年6月,3施設が平成27年6月から平成28年12月までの18か月間とした。2施設はベースライン調査を平成26年12月に行い,平成27年4月から翌年6月まで介入し,平成28年6月時調査を介入後調査とした。ほか3施設はベースライン調査を平成27年6月に行い,平成27年9月から翌年12月まで介入し,平成28年12月時調査を介入後調査とした。

### 1. 調査項目

認知症重症度,性別,年齢,介護認定状況,認知症高齢者自立度,身長,体重,BMI (Body Mass Index),既往歴(誤嚥性肺炎,脳血管障害,呼吸器疾患,循環器疾患,パーキンソン病,神経疾患,うつ・食欲不振,糖尿病,認知症,その他),日常生活機能 (BI ; Barthel Index),日常生活機能,栄養状態,食欲,摂食力評価,食事形態(主食・副食)について質問票を用いて,対象者の担当看護師や介護職員に回答してもらった。担当職員には評価基準の十分な説明を行った。

認知症重症度はCDR (Clinical Dementia Rating)を用いて評価し,総合評価は研究者らが行った。認知症重症度は介入前のCDRで評価した。CDRは0,0.5,1,2,3の5段階の評価であるが,CDR0に該当する人数が少なかった(3.2%)ため,CDR0と0.5を1つのカテゴリ(CDR 0)として扱い,4段階で評価した。栄養状態はMNA®-SF (Mini Nutritional Assessment®-Short Form)の



得点で評価し,0~7点を低栄養,8~11点を低栄養のおそれ,12点以上を良好とした。食欲はCNAQ (Council on Nutrition Appetite Questionnaire) の得点で評価し,28点以下を食欲低下とした。自立摂食力はSFD (Self-Feeding assessment tool for the elderly with Dementia) の得点で評価し,10~19点を重度,20~25点を中等度,26~29点を軽度,30点をなしとした。食事形態は主食を普通,軟飯,粥,ソフト,ミキサー,副食を普通,一口大,極刻み,ソフトの中から選択した。

ベースライン調査後,対象者への定期的な口腔機能管理指導を行った。口腔機能管理指導の内容は,歯科医師が月1回,口腔機能維持管理を例とする口腔機能管理の実施状況と,それに関する問題点の把握を行い,歯科衛生士と協議し対象者に指導を行った。また,歯科衛生士が週1回介護予防マニュアルを参考に口腔機能管理指導を実施し,その効果や問題点を抽出し,歯科医師と協議し,口腔機能管理指導の適宜改善を行った。その際,口腔機能管理指導は20分程度とし,看護職員,介護職員らと情報を共有し協働して行った。

ベースライン調査の対象者特性には,2検定および一元配置分散分析を行い,多重比較はBonferroni法を用い,解析を行った。定期的な口腔機能管理指導の実施前後の変化はCDR別に食事形態,栄養状態,食欲,自立摂食力の維持・改善率を算出した。栄養状態,食欲,自立摂食力は介入前後共に最も悪いものを除外して維持・改善率を算出し,一元配置分散分析を行い,多重比較はBonferroni法を用いた。統計的有意確率は5%未満とし,統計解析にはSPSS Statistics23 (IBM)を用

いた。

## 2. 倫理面への配慮

本研究は国立長寿医療研究センター,倫理利益相反委員会の審査承認 (No. 605) を得て実施した。本研究では,愛知県内の同一福祉法人が運営する5つの介護施設の介護担当者と担当の介護支援専門員が施設入所時に本人もしくは代諾者に文書で説明を行い,研究の目的や内容を理解した上で同意が得られているデータのみを提供を受け使用した。

## C. 研究結果

### 1) ベースライン情報の比較

対象者は,性別不明2名を除外して女性78.6% (246名),年齢 $84.5 \pm 7.5$ 歳,要介護3以上が87.6% (276名),認知症高齢者自立度は不明1名を除外して以上が74.5% (234名)であった。既往歴では誤嚥性肺炎が6.4% (20名),脳血管障害が35.3% (110名),循環器疾患が36.2% (113名),認知症が57.1% (178名)であった。BI得点は全体で $41.0 \pm 27.0$ 点,BMIは $21.2 \pm 3.7\text{kg/m}^2$ で高齢者の基準と比較してわずかに満たしていた。MNA<sup>®</sup>-SF得点は不明2名を除外した全体で $9.7 \pm 3.2$ 点で低栄養は17.9% (56名),低栄養のおそれは63.9% (200名),良好は18.2% (57名)だった。CNAQ得点は $28.4 \pm 3.7$ 点で,食欲低下は57.6% (118名)であった。SFD得点は不明4名を除外して $24.2 \pm 5.3$ 点で,自立摂食力の重度は17.6% (37名),中等度は24.3% (51名),軽度は39.5% (83名)だった。食事形態は不明3名を除外して主食で69.4% (215名),副食で72.8% (227名)に嚥下調整食が提供されていた。

CDR 間を比較した結果,カテゴリ変数では性別,介護認定,認知症高齢者自立度,認知症の既往歴,栄養状態,食欲,自立摂食力,食事形態の主食および副食に有意な差が認められた(表 1).連続変数では,年齢,BI 得点,BMI,MNA-SF 得点,CNAQ 得点(CDR2 と CDR3 の間に傾向あり),SFD 得点に有意差が認められた.

## 2) 介入の前後比較

定期的な口腔機能管理指導実施前後の変化を検討した.

食事形態の全体の主食の維持・改善率が 68.4%,副食は 64.2%であったが,CDR 間で有意な差は認められなかった.また,主食の形態が副食より維持されている割合が高かった(図 1,2).

MNA®-SF で評価した栄養状態の全体の維持・改善率は 67.0%で,CDR 間に有意な差が認められた.CDR3 は CDR0 および 1 と比べ,維持・改善率が有意に低かった(図 3).CNAQ で評価した食欲の全体の維持・改善率は 73.5%で,CDR 間に有意な差は認められなかった(図 4).

SFD で評価した自立摂食力の全体の維持・改善率は 58.7%で,CDR 間に有意な差は認められなかった(図 5).

さらに,SFD の下位項目の維持・改善率を検討した.下位項目の維持・改善率は全体で 70~80%だったが,「ゼリー等の容器やパッケージを開けたり,紙パックにストローを挿入することができる(以下,パックを開ける巧緻性)」については維持・改善率が 50.4%であった.CDR 別に見ると,すべての段階でパックを開ける巧緻性の維持・改善率が最も低く,CDR0 であっても 18 か月間で維持・改善したものは 59.4%であった.

CDR0 群では,次いで「食物をこぼすことなく食べることができる」,「むせることなく嚥下することができる(食後に変声もない)」の維持・改善率が低く,その他の項目は 90%前後の維持・改善率だった.CDR1 群では,CDR0 群と同様の項目の維持・改善率が低く,その他の項目は 80%以上の維持・改善率だった.CDR2 群では,次いで「食べることに對して注意を維持することができる」の維持・改善率が低く,その他の項目は 70%以上の維持・改善率だった.CDR3 群では,その他の項目は 50%以上の維持・改善率で,「食べることに對して注意を維持することができる」の維持・改善率は 73.8%,「むせることなく嚥下することができる」の維持・改善率は 72.7%であった(表 2).

SFD 下位項目についての 18 か月の介入による維持・改善率を図 5 に示す(図 5A,B).

## D. 考察

本研究の対象者は,認知症重症度が高いものほど日常生活機能が低く,食事介助が必要な者が多かった.また,食事介助を必要とするため,自立摂食力は低く嚥下調整食の提供が多い対象者であった.先行研究において,認知症重症度と食事形態<sup>2)</sup> CDR と MNA<sup>3)</sup> および CNAQ<sup>4)</sup> が関連していると報告されており,本研究の対象者も同等の結果を示している.しかし,CDR 0 群の約 15%に主食では粥,ソフト食,副食では極刻み,ソフト食が提供されていた.この背景には,対象が変性性認知症以外の者を含んでいることと,その者らに咀嚼機能低下の問題があることが考えられる.

食事形態の主食は約 70%,副食は約 65%が維持・改善されていた.どちらも CDR 間

に有意な差は認められなかったが、主食より副食の維持・改善率が低かった。ベースライン調査で CDR が高いものほど軟飯から粥、ソフト食を提供され、それぞれの機能にあわせた食形態であったと考えられるが、18 か月間の口腔機能管理指導によって半数以上が維持・向上可能であった。一方、副食においては、一口大までの食形態では硬さの多様性があり、それにあわせた多様な口腔機能が必要とされる。認知症重度の者では軽度の者よりも、口腔の協調運動の低下がみられ、口腔内の多様な硬さの食物にあわせた口腔運動は困難である可能性が高いため CDR3 群の維持・改善率が 56.9%と最も低くなっていると考えられた。また対象者のうち 18 か月後に栄養摂取経路が経管栄養となった者は全体の 1%だけであり、すべて CDR3 の者であった。このことから、18 か月間の定期的な口腔機能管理指導の実施は、口腔環境の維持や口腔機能の低下を緩やかにする効果があった可能性がある。しかし、本研究では副食にミキサー食を提供しているなど該当する食事形態が選択肢と合致しない場合、解析から除外されており、結果の解釈に注意が必要である。

低栄養状態、食欲低下は要介護高齢者の生命予後にも影響する<sup>5,6)</sup>ため、その維持は重要である。本研究では栄養状態は全体で 67.0%が維持・改善していたが、CDR3 群では 45.8%であり、CDR0 群と比べて有意に低かった。この背景には、MNA®-SF の下位項目に認知機能低下の項目および急性疾患の項目があることが影響していると考えられる。さらに食事形態の低下によって食事に含まれる単位体積当たりの栄養素は減少し、また食事摂取量も低下する報告<sup>7)</sup>を踏まえ

ると、特に CDR2,3 では食事形態の変化により、栄養状態の維持・改善率が低くなった可能性がある。

また、食欲については CDR のどの段階においても 60%以上の維持・改善率だった。食欲低下の要因は、一般的に認知機能低下や口腔環境悪化、食事形態の低下などが挙げられる。食事形態の維持・改善率が低かった CDR3 であっても食欲は 65.6%が維持・改善されており、定期的な口腔機能管理指導による口腔環境の維持、あるいはそれによる環境刺激によって、食欲の低下に効果があった可能性がある。

自立摂食力の維持・改善率は全体で 58.7%であり、CDR 間に有意な差は認められなかったが、CDR3 においては 45.2%の維持・改善率にとどまった。すべての下位項目で認知症重症度が上がるごとに歯科衛生士の介入により維持・改善効果が少なくなるが、特に顕著に少なくなる似た傾向を示した項目が、パックを開ける巧緻性、配食された食物の認知、食事開始、食具の適正使用であった。特にこれらは、口腔機能への介入のみでは改善が困難なものでかつ、食事中の介入が必要な食行動である。パックを開ける巧緻性は指先の巧緻性の問われる摂食行動でもあり、また容器の構造およびその内容物を適切な判断、また細かいストローや透明なラップを適切に認識する視空間認知機能の要求される行動とされる。また食具の適正使用や適量のすくいとりは、CDR3 群での維持・改善率が有意に低く、認知症重症度が高いと食具を持つ、食物を適量すくうことが困難になる報告<sup>8)</sup>に合致する。また本検討の対象者は変性性認知症のみならず脳血管障害、パーキンソン病等の神経疾患や複数の疾患に

よる廃用症候群の者を含むことから麻痺や硬縮、振戦など動作性の要因に影響された可能性がある。

また特に CDR2 群で改善率が低かった注意維持については、一般的に中等度認知症では注意機能の顕著な低下があり BPSD の発生が多いと知られている時期であり、口腔機能維持のみでは改善効果は少なく、食事中の介入が必要であると考えられた。

一方、維持・改善の可能性のある項目は「食物をこぼすことなく食べることができる」、「むせることなく嚥下することができる(食後に変声もない)」、すなわち口腔咽頭機能に関わる項目であった。認知症高齢者の摂食困難の要因のひとつに嚥下障害の徴候である「むせ」があり<sup>8)</sup>、本検討における維持・改善率は全体で 76.4%であったことから、口腔機能維持指導の効果があつたと推察する。

自立摂食力は認知症高齢者の摂食に関わる課題を捉えるために開発された指標であり、複合的な課題を包括的にとらえることが可能である。本検討では口腔機能管理指導のみではその課題のすべてを改善することは困難であることが明らかになった。すなわち、栄養状態の維持を目的として定期的な栄養評価を行い、かつ食事中の姿勢や動作性課題への介入や、注意維持や動作開始を支援する適時適切な声掛けや環境設定も同時に必要である。認知症をもつ要介護高齢者の食を支援するためには、管理栄養士、歯科衛生士、看護師、介護職員、言語聴覚士だけでなく理学療法士、作業療法士なども含めた多職種による食事中の観察と、情報共有のうえでの食事中の支援が必要であると考えられた。

本研究では対照群を設定していないため、

口腔機能管理指導による効果に関する、他の介入方法との比較検討は困難であった。今後は対照群を設定し、多職種が介入した効果について研究することが必要である。

## E. 結論

本研究の結果から、定期的な口腔機能管理指導により食事形態、栄養状態、食欲は 60%以上、食事中のむせは 70%以上が維持・改善されていた。認知症をもつ要介護高齢者の食を支援するためには、管理栄養士、歯科衛生士、看護師、介護職員、言語聴覚士だけでなく理学療法士、作業療法士なども含めた多職種による食事中の観察と、情報共有のうえでの食事中の支援が必要である。

## 参考文献

- 1) Tamura BK, Bell CL, Masaki KH, Amella EJ. Factors associated with weight loss, low BMI, and malnutrition among nursing home patients: a systematic review of the literature. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14(9):649-55.
- 2) 水口 俊介, 高岡 清治, 伊藤 淳二, 他. 介護老人福祉施設における食事形態および義歯装着の状況とそれらに関わる要因. *老年歯科医学* 2005;20(3):180-186.
- 3) 小原 由紀, 高城 大輔, 枝広 あや子, 他. 認知症グループホーム入居高齢者における認知症重症度と口腔機能および栄養状態の関連. *日本歯科衛生学会雑誌* 2015;9(2):69-79.
- 4) 本川 佳子, 田中 弥生, 菅 洋子, 他. 認知症グループホーム入居高齢者にお

ける認知症重症度と栄養状態の関連.  
日本在宅栄養管理学会誌  
2017;4(2):135-141.

- 5) Torma J, Winblad U, Cederholm T, Saletti A. Does undernutrition still prevail among nursing home residents? Clin Nutr 2013;32(4):562-8.
- 6) Mikami. Y, Watanabe. Y, Edahiro. A, et al. Relationship between Mortality and Council of Nutrition Appetite Questionnaire Scores in Japanese Nursing-home Residents Nutrition 2018.
- 7) 坂下 玲子, 高見 美保, 森本 美智子, 他. 食形態が施設入居高齢者の健康に与える影響と関連要因 単一施設の調査結果. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要 2015;22:27-39.
- 8) 山田律子. 痴呆性老人の摂食困難とケアのあり方に関する研究. 老年看護学 1997 vol.2( no.1):p.69-78.

#### **F.健康危険情報**

なし

#### **G.研究発表**

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### **H.知的財産権の出願・登録状況**

なし

		CDR 0 ( n= 50 )	CDR 1 ( n= 75 )	CDR 2 ( n= 95 )	CDR 3 ( n= 95 )	p-value
性別	男性	19 ( 38.0 )	12 ( 16.2 )	21 ( 22.3 )	15 ( 15.8 )	0.011
	女性	31 ( 62.0 )	62 ( 83.8 )	73 ( 77.7 )	80 ( 84.2 )	
	(不明)		1	1		
年齢	(歳)	81.5 ± 7.1 <sup>ac</sup>	85.3 ± 7.4 <sup>a</sup>	84.5 ± 7.1	85.5 ± 7.8 <sup>c</sup>	0.013
介護認定	要支援2	2 ( 4.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	<0.001
	要介護1	2 ( 4.0 )	3 ( 4.0 )	0 ( 0.0 )	1 ( 1.1 )	
	要介護2	16 ( 32.0 )	10 ( 13.3 )	4 ( 4.2 )	1 ( 1.1 )	
	要介護3	17 ( 34.0 )	25 ( 33.3 )	40 ( 42.1 )	16 ( 16.8 )	
	要介護4	8 ( 16.0 )	30 ( 40.0 )	36 ( 37.9 )	30 ( 31.6 )	
	要介護5	5 ( 10.0 )	7 ( 9.3 )	15 ( 15.8 )	47 ( 49.5 )	
認知症高齢者 自立度	自立	7 ( 14.0 )	1 ( 1.4 )	1 ( 1.1 )	0 ( 0.0 )	<0.001
	a	7 ( 14.0 )	2 ( 2.7 )	1 ( 1.1 )	0 ( 0.0 )	
	b	7 ( 14.0 )	7 ( 9.5 )	5 ( 5.3 )	0 ( 0.0 )	
	a	11 ( 22.0 )	19 ( 25.7 )	9 ( 9.5 )	3 ( 3.2 )	
	b	13 ( 26.0 )	25 ( 33.8 )	25 ( 26.3 )	10 ( 10.5 )	
	a	2 ( 4.0 )	9 ( 12.2 )	22 ( 23.2 )	27 ( 28.4 )	
	b	2 ( 4.0 )	8 ( 10.8 )	24 ( 25.3 )	40 ( 42.1 )	
	M	1 ( 2.0 )	3 ( 4.1 )	8 ( 8.4 )	15 ( 15.8 )	
	(不明)		1			
既往歴 (重複回答)	誤嚥性肺炎	2 ( 4.0 )	3 ( 4.1 )	10 ( 10.6 )	5 ( 5.3 )	0.247
	脳血管障害	19 ( 38.0 )	26 ( 35.6 )	33 ( 35.1 )	32 ( 33.7 )	0.965
	呼吸器疾患	5 ( 10.0 )	4 ( 5.5 )	7 ( 7.4 )	3 ( 3.2 )	0.374
	循環器疾患	16 ( 32.0 )	26 ( 35.6 )	37 ( 39.4 )	34 ( 35.8 )	0.848
	腫瘍性疾患	6 ( 12.0 )	8 ( 11.0 )	9 ( 9.6 )	7 ( 7.4 )	0.794
	パーキンソン病	7 ( 14.0 )	2 ( 2.7 )	6 ( 6.4 )	4 ( 4.2 )	0.057
	神経疾患	3 ( 6.0 )	5 ( 6.8 )	1 ( 1.1 )	3 ( 3.2 )	0.213
	うつ・食欲不振	7 ( 14.0 )	5 ( 6.8 )	3 ( 3.2 )	4 ( 4.2 )	0.057
	糖尿病	8 ( 16.0 )	9 ( 12.3 )	11 ( 11.7 )	13 ( 13.7 )	0.898
	認知症	11 ( 22.0 )	40 ( 54.8 )	49 ( 52.1 )	78 ( 82.1 )	<0.001
	その他	22 ( 44.0 )	34 ( 46.6 )	39 ( 41.5 )	39 ( 41.1 )	0.888
BI	(点)	59.8 ± 25.6 <sup>bc</sup>	49.5 ± 25.4 <sup>e</sup>	41.6 ± 24.1 <sup>bf</sup>	24.0 ± 21.6 <sup>c,ef</sup>	<0.001
BMI	(kg/m <sup>2</sup> )	22.7 ± 4.1 <sup>bc</sup>	21.5 ± 3.7	20.9 ± 3.7 <sup>b</sup>	20.4 ± 3.2 <sup>c</sup>	0.004
栄養状態 MNA <sup>®</sup> -SF	低栄養	1 ( 2.0 )	11 ( 14.9 )	13 ( 13.7 )	31 ( 32.6 )	<0.001
	低栄養のおそれ	30 ( 61.2 )	46 ( 62.2 )	66 ( 69.5 )	58 ( 61.1 )	
	正常	18 ( 36.7 )	17 ( 23.0 )	16 ( 16.8 )	6 ( 6.3 )	
	(不明)	1	1			
	得点(連続数)	11.3 ± 3.2 <sup>bc</sup>	10.1 ± 3.4 <sup>e</sup>	9.9 ± 3.4 <sup>bf</sup>	8.3 ± 2.1 <sup>c,ef</sup>	<0.001
食欲 CNAQ	食欲低下	21 ( 42.9 )	30 ( 40.0 )	41 ( 44.1 )	60 ( 64.5 )	0.005
	得点(連続数)	28.9 ± 3.3	28.7 ± 3.5	28.8 ± 3.7	27.4 ± 3.9	0.024
自立摂食力 SFD	重度	1 ( 2.0 )	5 ( 6.8 )	13 ( 13.7 )	49 ( 52.7 )	<0.001
	中等度	5 ( 10.2 )	14 ( 18.9 )	33 ( 34.7 )	29 ( 31.2 )	
	軽度	23 ( 46.9 )	38 ( 51.4 )	37 ( 38.9 )	13 ( 14.0 )	
	なし	20 ( 40.8 )	17 ( 23.0 )	12 ( 12.6 )	2 ( 2.2 )	
	(不明)	1	1		2	
	得点(連続数)	28.1 ± 3.0 <sup>bc</sup>	26.6 ± 3.6 <sup>e</sup>	24.8 ± 4.4 <sup>bf</sup>	19.6 ± 5.1 <sup>c,ef</sup>	<0.001
食事形態_主食	普通	19 ( 38.8 )	28 ( 37.3 )	31 ( 33.0 )	17 ( 18.5 )	<0.001
	軟飯	22 ( 44.9 )	28 ( 37.3 )	38 ( 40.4 )	27 ( 29.3 )	
	粥	6 ( 12.2 )	15 ( 20.0 )	22 ( 23.4 )	31 ( 33.7 )	
	ソフト	2 ( 4.1 )	4 ( 5.3 )	3 ( 3.2 )	17 ( 18.5 )	
	ミキサー	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	
	(不明)	1		1	3	
食事形態_副食	普通	18 ( 36.0 )	28 ( 37.8 )	29 ( 30.5 )	10 ( 10.8 )	<0.001
	一口大	23 ( 46.0 )	20 ( 27.0 )	29 ( 30.5 )	18 ( 19.4 )	
	極刻み	7 ( 14.0 )	19 ( 25.7 )	33 ( 34.7 )	47 ( 50.5 )	
	ソフト	2 ( 4.0 )	7 ( 9.5 )	4 ( 4.2 )	18 ( 19.4 )	
	(不明)		1		2	

カテゴリー変数: 2検定, n (%); 連続数: 一元配置分散分析, 平均値 ± 標準偏差, 多重比較 Bonferroni法, 同一記号間に有意差あり

表1 ベースラインの対象者特性

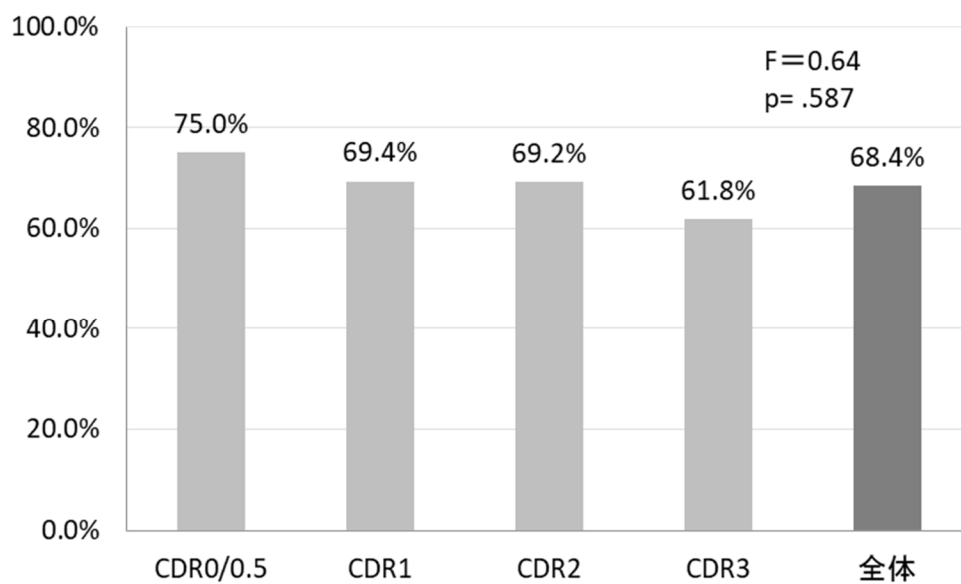


図1 18か月介入後の主食形態の維持・改善率

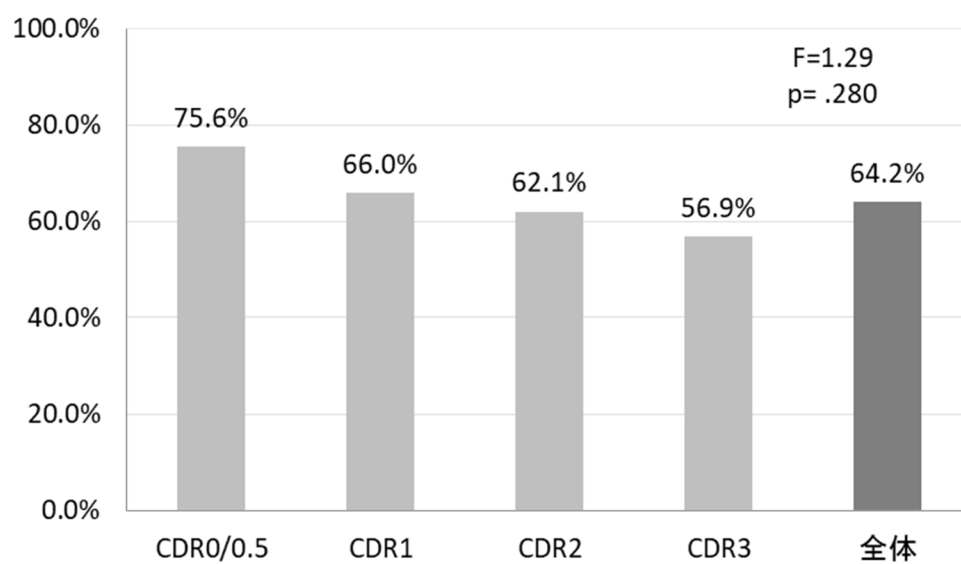


図2 18か月介入後の副食形態の維持・改善率

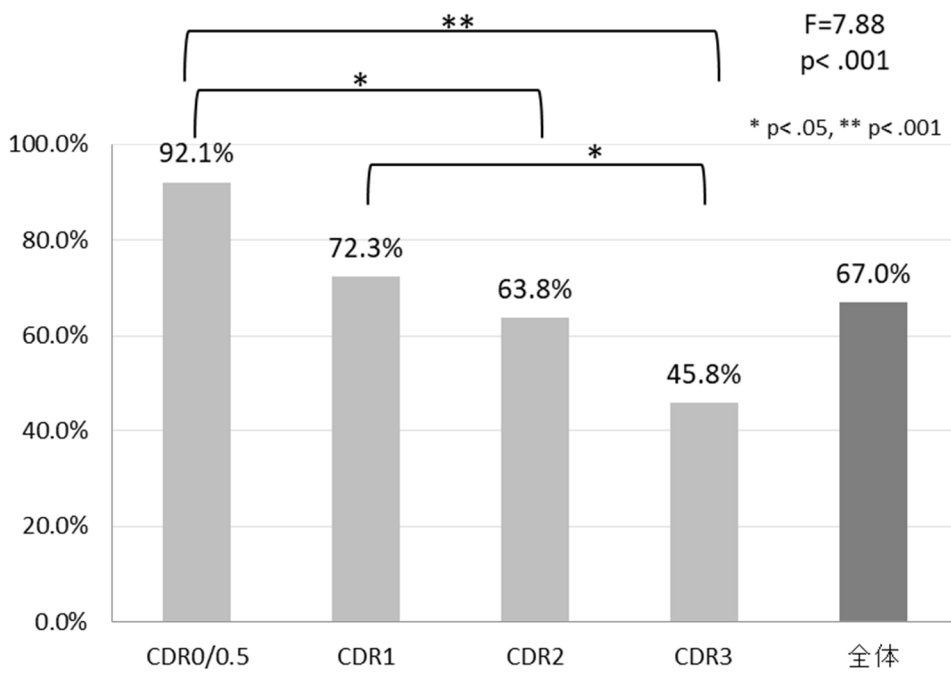


図 3 18 か月介入後の栄養状態の維持・改善率

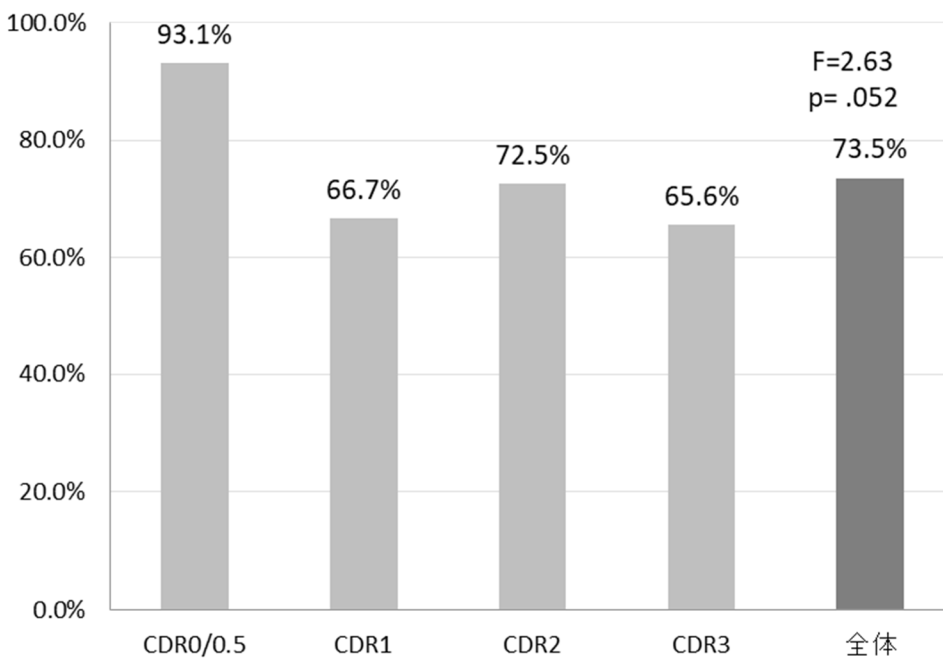


図 4 18 か月介入後の食欲の維持・改善率



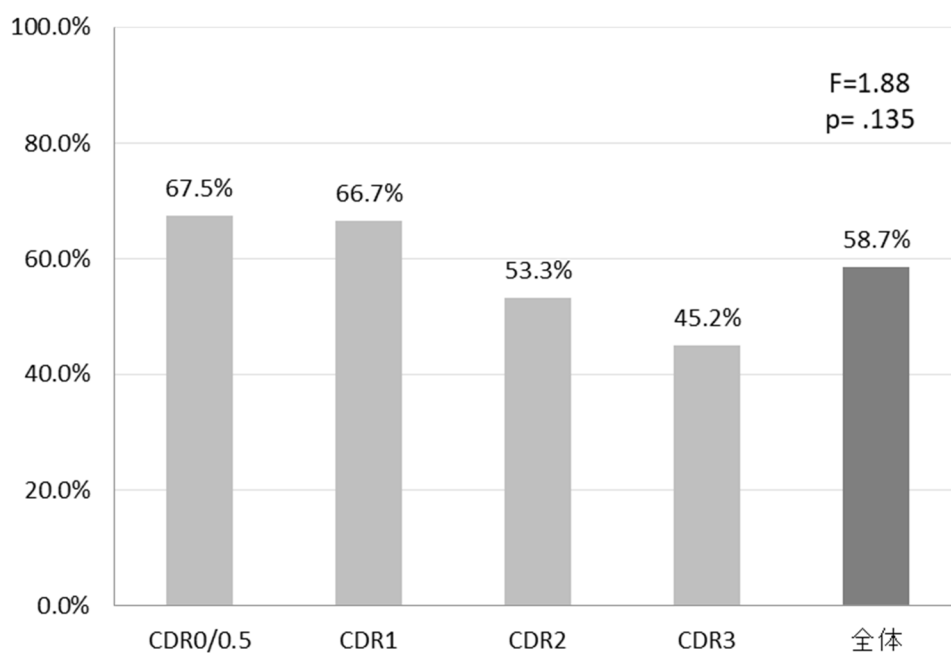


図5 18か月介入後の自立摂食力の維持・改善率

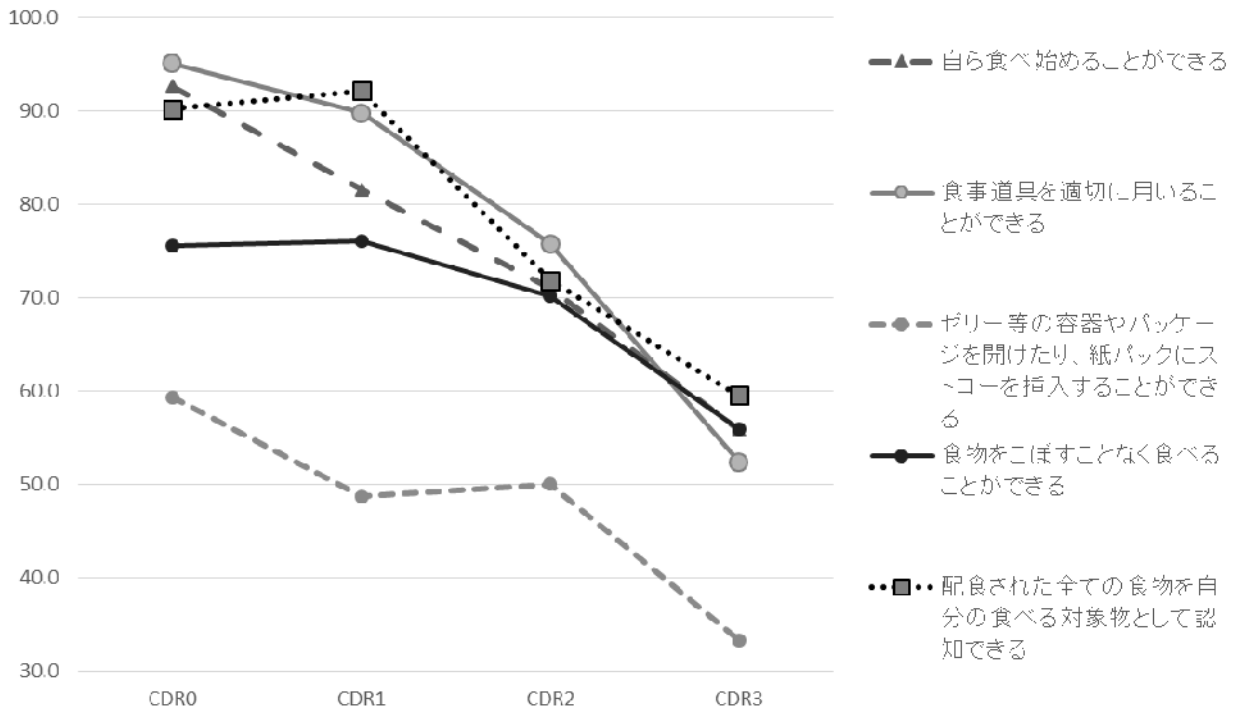
		CDR				全体	p-value
		CDR0/0.5	CDR1	CDR2	CDR3		
自ら食べ始めることができる	維持・改善	38 ( 92.7 ) <sup>c</sup>	40 ( 81.6 ) <sup>e</sup>	44 ( 71.0 )	24 ( 55.8 ) <sup>ce</sup>	146 ( 74.9 )	0.001
	悪化	3 ( 7.3 )	9 ( 18.4 )	18 ( 29.0 )	19 ( 44.2 )	49 ( 25.1 )	
食事道具を適切に用いることができる	維持・改善	39 ( 95.1 ) <sup>c</sup>	44 ( 89.8 ) <sup>e</sup>	47 ( 75.8 ) <sup>f</sup>	22 ( 52.4 ) <sup>cef</sup>	152 ( 78.4 )	<0.001
	悪化	2 ( 4.9 )	5 ( 10.2 )	15 ( 24.2 )	20 ( 47.6 )	42 ( 21.6 )	
食物を適量すくうことができる	維持・改善	37 ( 90.2 ) <sup>c</sup>	40 ( 83.3 )	47 ( 75.8 )	25 ( 62.5 ) <sup>c</sup>	149 ( 78.0 )	0.017
	悪化	4 ( 9.8 )	8 ( 16.7 )	15 ( 24.2 )	15 ( 37.5 )	42 ( 22.0 )	
ゼリー等の容器やパッケージを開けたり、紙パックにストローを挿入することができる	維持・改善	19 ( 59.4 )	19 ( 48.7 )	20 ( 50.0 )	4 ( 33.3 )	62 ( 50.4 )	0.488
	悪化	13 ( 31.7 )	20 ( 51.3 )	20 ( 50.0 )	8 ( 66.7 )	61 ( 49.6 )	
食物をこぼすことなく食べることができる	維持・改善	31 ( 75.6 )	35 ( 76.1 )	40 ( 70.2 )	19 ( 55.9 )	125 ( 70.2 )	0.200
	悪化	10 ( 24.4 )	11 ( 23.9 )	17 ( 29.8 )	15 ( 44.1 )	53 ( 29.8 )	
配食された全ての食物を自分の食べる対象物として認知できる	維持・改善	37 ( 90.2 ) <sup>c</sup>	47 ( 92.2 ) <sup>de</sup>	46 ( 71.9 ) <sup>d</sup>	25 ( 59.5 ) <sup>ce</sup>	155 ( 78.3 )	<0.001
	悪化	4 ( 9.8 )	4 ( 7.8 )	18 ( 28.1 )	17 ( 40.5 )	43 ( 21.7 )	
食べることにに対して注意を維持することができる	維持・改善	36 ( 87.8 ) <sup>b</sup>	44 ( 86.3 ) <sup>d</sup>	38 ( 61.3 ) <sup>bd</sup>	31 ( 73.8 )	149 ( 76.0 )	0.003
	悪化	5 ( 12.2 )	7 ( 13.7 )	24 ( 38.7 )	11 ( 26.2 )	47 ( 24.0 )	
食事中に眠ることなく食べ続けることができる	維持・改善	39 ( 95.1 ) <sup>c</sup>	43 ( 84.3 )	54 ( 83.1 )	36 ( 67.9 ) <sup>c</sup>	172 ( 81.9 )	0.007
	悪化	2 ( 4.9 )	8 ( 15.7 )	11 ( 16.9 )	17 ( 32.1 )	38 ( 18.1 )	
むせることなく嚥下することができる(食後に変声もない)	維持・改善	32 ( 78.0 )	36 ( 70.6 )	54 ( 83.1 )	40 ( 72.7 )	162 ( 76.4 )	0.390
	悪化	9 ( 22.0 )	15 ( 29.4 )	11 ( 16.9 )	15 ( 27.3 )	50 ( 23.6 )	
1日に必要な食事量を摂取することができる	維持・改善	38 ( 92.7 ) <sup>c</sup>	43 ( 84.3 )	52 ( 78.8 )	37 ( 66.1 ) <sup>c</sup>	170 ( 79.4 )	0.010
	悪化	3 ( 7.3 )	8 ( 15.7 )	14 ( 21.2 )	19 ( 33.9 )	44 ( 20.6 )	

n/N (%)

多重比較 Bonfferoni法, 同一記号間に有意差あり

表 2 18 か月介入後の自立摂食力下位項目の変化

18か月の歯科衛生士介入による維持・改善率A



18か月の歯科衛生士介入による維持・改善率B

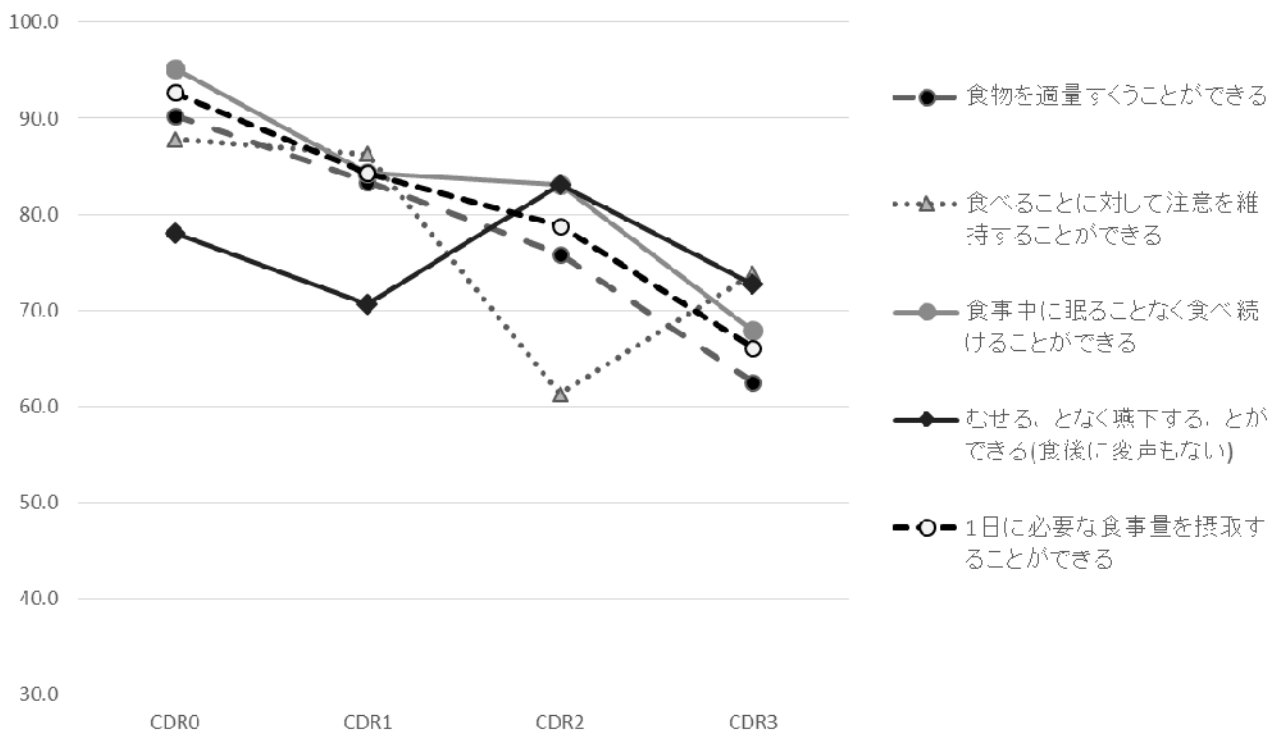


図5 18か月介入後の自立摂食力下位項目の維持・改善率(表2再掲)

厚生労働省科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

分担研究報告書

要介護高齢者の経口摂取支援に関わる

介護保険施設の多職種チームの取り組みの効果に関する検討

研究分担者 安藤雄一 国立保健医療科学院 統括研究官  
研究分担者 平野浩彦 東京都健康長寿医療センター 歯科・口腔外科部長  
研究代表者 枝広あや子 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

研究要旨：

多職種チームの発展に関わる情報を得るために、介護保険施設の要介護高齢者に対する経口摂取支援に関わる多職種チームの取り組みによって得られた効果について検討した。対象は全国の介護老人保健施設および介護老人福祉施設において要介護高齢者に対する経口摂取支援に関わる専門職で構成されたチームの代表者および相当する職員の367名とした。一次調査では経口維持加算に係る多職種チームの実施体制、チームの核の存在「リーダー役」「アドバイザー役」「調整役」、歯科の関与について調査した。6か月後の二次調査では、取り組みによって得られた効果（アウトカム）として「食事支援に関する会議での活発な意見交換」「多職種連携の効力感（連携がうまくいっていると思う）」、「職員への教育効果」、「利用者・家族のQOL向上効果」、「利用者の発熱または肺炎予防効果」を調査した。アウトカム6項目に対し、影響を及ぼす因子をロジスティック解析によって検討した。

会議での活発な意見交換については、有意にリーダー役の存在（Odds ratio (OR):4.708）、アドバイザー役の存在（OR:4.068）が影響していた。多職種連携の効力感については、有意に伝達講習（OR:4.415）、リーダー役の存在（OR:5.907）、アドバイザー役の存在（OR:21.028）、調整役の存在（OR:4.017）が影響していた。また利用者・家族のQOL向上効果への影響については、改定前より実施群であることが実施なし/関与なし群よりも有意に影響していた（OR:11.851）。長期的に取り組みを実施しチームが成熟することで利用者・家族のQOL向上効果につながる可能性が示唆された。また利用者の発熱または肺炎予防効果への影響については、単変量解析において算定要件への歯科の関与が有意に影響していた（ $P=0.049$ ）が、多変量解析ではアドバイザー役の存在のみが有意に影響していた（OR:3.393）。

要介護高齢者への多職種による経口摂取支援では、ファシリテーター機能としてリーダー役やアドバイザー役、調整役など多職種チームの核となる役割を担う存在が連携の効力感、学習効果を生み、多職種チームの成熟に影響し、さらに経験を重ねることによるチームの質の向上が利用者・家族のQOL向上効果を生むことが示唆された。

## A. 研究目的

経口維持加算におけるミールラウンド等、介護保険において多職種連携によるプロセスを評価する形式が数多く導入されている。しかしながら、介護保険サービス利用者の食事に関する多職種連携の形態は、施設によって異なるのが現状である。

特に“要介護高齢者の食”に関しては、多彩な職種が関わる必要があるが、現状として多くのチームでは、限られたある一定の地域の中で、専門性や経験が様々な多職種が集まり、その場でできる限りの連携を図っている。今後、医療介護現場での既存の連携の質の向上や、連携の新規構築を目指すには、多職種間の連携における課題と解決の方向性を検討し、また多職種連携の質の評価につなげる情報を得る必要がある。そこで今回我々は、多職種チームの発展に関わる情報を得るために、介護保険施設の要介護高齢者に対する経口摂取支援に関わる多職種チームの取り組みによって得られた効果について検討したので報告する。

## B. 研究方法

### 1. 分析対象

対象は全国の介護老人保健施設および介護老人福祉施設において要介護高齢者に対する経口摂取支援に関わる専門職（管理栄養士、看護師、介護支援専門員、言語聴覚士、歯科衛生士等）で構成されたチームの代表者および相当する職員の367名とした。原則として1施設1名の参加とした。

1) 研究対象施設：全国老人保健施設協会に所属する介護老人保健施設および老人福祉施設協議会に所属する介護老人福祉施設

2) 対象者の選定方法：介護老人保健施設

の研究参加募集：全国老人保健施設協会会員となっている施設に、多職種連携による経口摂取支援の実施体制に関する本研究事業への協力を要請し、参加協力の意思表示があった施設を対象とした。参加協力の意思表示があった施設および施設職員は協会内で匿名化（番号割り付け）された。介護老人保健施設への研究参加募集：東京都高齢者福祉施設協議会会員となっている施設に、同協議会栄養研修委員会から多職種連携による経口摂取支援の実施体制に関する本研究事業への協力を要請し、参加協力の意思表示があった施設を対象とした。参加協力の意思表示があった施設および施設職員は協会内で匿名化（番号割り付け）された。

### 2. 分析方法

1) 測定項目：一次調査）経口維持加算に係る多職種チームの実施体制、チームの核の存在、歯科医師・歯科衛生士の関与について。二次調査）多職種連携会議の様相、取り組みによって得られた効果について。

2) 測定方法：質問紙郵送調査

3) 調査スケジュール： の対象に対して経口維持加算の改定内容等に関する研修会参加者を募り、研修会（ は平成28年7月11日、 は平成28年11月15日）において一次調査を行った。研修会より6ヶ月後に、二次調査を行った。研修会に参加しなかった者については、研修会参加群と同様の調査票を作成し、同様に郵送調査を行った。

4) 分析方法：本検討においては、経口摂取支援に関する多職種チームの成熟度の目安として、一次調査時点で施設において実施している経口摂取支援の実施体制を「改定

前より実施」「改定後より実施」「実施なし/関与なし」群に分類した。また歯科医師・歯科衛生士の関与および、多職種チームにおける核になる存在について「リーダー役」「アドバイザー役」「調整役」の存在を調査し、二次調査時における取り組みによって得られた効果(アウトカム)を統計学的に検討した。なお、統計解析には統計解析用ソフト SPSS Statistica25 を用い、有意水準 5% 未満を有意差ありとした。

### 3. 倫理的配慮

本調査の実施に際しては、東京都健康長寿医療センターの倫理・利益相反委員会の審査、承認を受け実施した(平成 28 年 No.11)。研究の実施においては、事前に対象者に対して本調査の目的ならびに内容に関する説明を行い、調査に同意の得られた者を対象とした。全てのデータは匿名化したうえで取り扱い、個人を特定できない条件で行った。

## C. 研究結果

### 1. 分析対象者の回答率

分析対象者の回答状況について表 1 に示す。介護老人保健施設群には 216 名(216 施設)が参加し、回収した調査票のうち 126 名を検討対象とした(有効回答率 58.3%)。介護老人福祉施設群は 151 名(151 施設)が参加し、146 施設を検討対象とした(有効回答率 96.7%)。合わせて 272 施設を分析対象とした。

### 2. 実施体制別分析対象者の特性

分析対象者の職種について経口摂取支援の実施体制別に表 2 に示す。特に管理栄養士が多く、実施なし/関与なし群では他の 2

群より医師や事務職など多彩な職種の参加があった。歯科衛生士はごく少数の参加であったことは、研究参加募集が施設職員を対象とした募集であったことが影響したと考えられた。

### 3. 実施体制別算定要件への歯科医師・歯科衛生士の関与の有無

介護老人保健施設では 91.1%、介護老人福祉施設では 98.9%が歯科医師あるいは歯科衛生士の訪問・勤務があると回答した。そのうち、平成 27 年度改定によって開口維持加算の要件となった、経口摂取支援に関わる観察評価・会議出席および評価・指示等の記載に歯科医師・歯科衛生士の関与があるものを算定要件への関与と定義して調査した。実施体制ごとの施設における算定要件への歯科医師・歯科衛生士の関与の有無について表 3 に示す(有効回答のみ)。未記入の多くは実施なし/関与なし群であった。介護老人保健施設においては、算定要件への歯科医師・歯科衛生士の関与が実施体制に影響を及ぼしていないことが明らかとなった。一方、介護老人福祉施設においては、まったく逆の傾向を示し、歯科医師・歯科衛生士が経口摂取支援に関与している施設は改定前より実施群・改定後より実施群に有意に多かった。経口維持加算の算定要件には、「医師、歯科医師、歯科衛生士、又言語聴覚士のいずれかが...関与」と明記されているため、本検討対象となった介護老人保健施設における多職種チームは主に医師・言語聴覚士が関与したチームであったと考えられた。一方、介護老人福祉施設の多くは言語聴覚士の勤務がないため、歯科医師・歯科衛生士に経口摂取支援チームへの参加要請を行

う必要があり、かねてから施設内で歯科職種も含めた多職種による会議・検討の実施経験のある施設のほうが、取り組み内容を算定に結び付けやすい条件が整っていた可能性が考えられた。さらに介護老人福祉施設における歯科医師の関与の詳細を表4に示す。介護老人福祉施設においては、取り組みへの歯科医師の関与について「改定以降準備を開始した」「準備中」と回答した施設も少数ながらあり、平成27年度改定をきっかけに歯科との連携に変化が生じたことが伺えた。

#### 4. 多職種チームの核になる者の存在

一次調査時における多職種チームの核になる者の存在について、実施体制別に表5-7に示す。介護老人保健施設・介護老人福祉施設ともに「リーダー役(先導者役)」の者については「いる」と回答したものが有意に改訂前より実施群で多く、次いで改定後より実施群において多かった(表5)。専門性や経験が異なる多職種チームの取り組みを促進する上で、特にリーダーシップをとるものの存在が効果的な連携を促進する因子である可能性が示唆された。「アドバイザー役(指導者役)」の者については、介護老人保健施設では有意に改定後より実施群において「いる」との回答が多かったが、介護老人福祉施設においては実施体制の差はなかった(表6)。介護老人福祉施設では算定を行っていても経口摂取支援に準じた取り組みを実施している可能性があった。一方、「調整役」の者については多くの施設で概ね「いる」という回答が多く、実施体制による差はなかった(表7)。

#### 5. チームの核になる者の職種と経歴

前述の多職種チームの核になる者について、その者の職種と経歴を表8-13に示す。経歴については自由回答の内容からコード分類を試みた。

リーダー役の者については介護老人保健施設・介護老人福祉施設ともに管理栄養士および管理栄養士を含む複数職種が多かった(60.7%,74.6%重複あり;表8,9)。介護老人保健施設では、ついで言語聴覚士(32.8%)、あるいは管理栄養士と言語聴覚士の二人ともがリーダーであるとの回答であった(表8)。他には看護師、医師、理学療法士、作業療法士、介護職員がリーダー役になっていた。介護老人福祉施設では管理栄養士のほか、看護師および看護師を含む複数職種16.9%、介護主任5.1%や介護支援専門員13.6%、関連職種のチーム全体がリーダー役と回答されていた(表9)。リーダー役の経歴をコード化すると他施設経験、経験値、知識、といった要素に加え、連携経験、管理経験などに分類することができた。

アドバイザー役の者については多岐にわたるが、介護老人保健施設では57回答中、言語聴覚士および言語聴覚士を含む複数職種が35.1%、看護師および看護師を含む複数職種が31.6%であった(重複あり;表10)。その他医師14.0%、理学療法士8.8%、作業療法士7.0%、歯科医師7.0%であった。アドバイザー役が理学療法士や作業療法士という回答は、介護老人保健施設に特徴的である。一方、介護老人福祉施設についても多岐にわたるが、66回答中、看護師あるいは看護師を含む複数職種が41.0%、歯科医師あるいは歯科医師を含む複数職種が37.9%であっ



た(重複あり;表11)。その他は管理栄養士13.6%,歯科衛生士13.6%,言語聴覚士9.1%,医師4.5%であった。介護老人福祉施設において歯科医師がアドバイザー役を担っている割合が著明に高いことが特徴的であった。いずれの群もアドバイザー役は複数の職種が担っていることが示唆され,また職歴はリーダー役と同様の分類で,特に知識に分類されるものが多かった。

調整役の者については,介護老人保健施設では49回答中,管理栄養士および管理栄養士を含む複数職種は32.7%,介護支援専門員・相談員とそれを含む複数職種は26.5%,看護師および看護師を含む複数職種は20.4%,介護職・介護主任およびそれを含む複数職種は12.2%であった(重複あり;表12)。一方,介護老人福祉施設では70回答中介護支援専門員・相談員およびそれを含む複数職種は65.7%と多く,管理栄養士および管理栄養士を含む複数職種20.0%,介護主任および介護主任を含む複数職種11.4%,看護師および看護師を含む複数職種10.0%の3倍以上という結果であった(重複あり;表13)。リーダー役やアドバイザー役と比較して,調整役では前述の～に加え「介護職を経験した介護支援専門員」「介護支援専門員と看護師の資格」「歯科衛生士 介護支援専門員 相談員」など複数の職種の経験,すなわち他職種経験に分類される者が挙げられている点が特徴的であった。主に専門職で構成される経口摂取に関する多職種チームと,利用者それぞれの担当となる介護職員との知識技能や指示の繋ぎ役が,複数の職種の経験のある介護支援専門員等であると推察された。

## 6. チーム内伝達講習の効果

研修参加し二次調査に回答を得た167名に対して,本調査の対象である多職種チームの代表および相当する職員が,経口維持加算の改定内容等に関する研修会で得た情報をチームのメンバーに対して行った伝達講習実施の有無,および研修6ヶ月後の内容の理解度について検討した。伝達講習とは“研修会の資料を見せ説明を行なった”ことと定義した。6ヶ月後の理解度は,研修を受けた対象者を“自分”として「A.自分は対象者の要件を理解している」「B.自分は食事観察方法を理解している」「C.自分は特別な支援の方法を理解している」「D.チームメンバーは対象者の要件を理解している」「E.チームメンバーは食事観察方法を理解している」「F.チームメンバーは特別な支援の方法を理解している」の6項目とした。実施体制別に検討したところ,実施なし/関与なし群において伝達講習を行ったほうがB,C,Dの項目で有意に理解しているものが多い結果であった( $P=0.046,0.058,0.008$ :図表なし)。また改定後より実施群でも同様の傾向がみられたが,改訂前より実施群では差がなかった。実施体制群別では,臨床的に取り組みを積み重ねている改訂前より実施群においては研修効果がないが,取り組み開始後1年未満の改訂後より実施群と実施なし/関与なし群において特に研修効果があったことが示唆された。

対象者全体においては,A,B,C,D,E,Fの順に $P=0.066,0.044,0.045,<0.001,0.022,0.020$ で,いずれも伝達講習を行ったほうが,6ヶ月経過した後においても理解しているものが多いという結果であった(図1)。チーム

のメンバーに対し伝達講習を行うことで、研修を受けた対象者自身も知識が定着し、実践するなかでチームメンバーの理解も得られたことが示唆された。

## 7. 連携のアウトカムの評価

多職種連携による経口摂取支援の取り組みを実践したことによって得られたアウトカムに影響する要因を検討した。対象は、実施によるアウトカムに関して回答を得た研修非受講者を含む114名とした。

アウトカムは対象者の主観的な評価を「A. 食事支援に関する会議での活発な意見交換」「B. 多職種連携の効力感（連携がうまくいっていると思う）」、「C. チームメンバーへの教育効果」、「D. チーム以外の職員に対する教育効果」、「E. 利用者・家族のQOL向上効果」、「F. 利用者の発熱または肺炎予防効果」の6項目に分類して分析した。

前述のチームの核および算定要件への歯科の関与によるアウトカムへの効果を検討し、対象全体の結果を図2-5に示す。

リーダー役の存在に関する検討では、D、F以外のアウトカム項目において有意に効果がみられた（図2）。とくにA、Bで著明であった。実施体制別の検討では、特に実施なし/関与なし群でリーダー役の存在によるA（ $P<0.001$ ）、B（ $P<0.001$ ）、C（ $P=0.036$ ）、D（ $P=0.023$ ）のアウトカム項目への効果があった（図表なし）。リーダー役が多職種会議のファシリテーターとなり議論を促進している可能性、またそれにより効力感が生まれている可能性が示唆された。

アドバイザー役の存在に関する検討では、A-F全てのアウトカム項目で有意に効果があった（図3）。とくにA、Bで著明であっ

た。実施体制別の検討では、特に実施なし/関与なし群でアドバイザー役の存在によるA（ $P<0.001$ ）、B（ $P<0.001$ ）、C（ $P=0.016$ ）、D（ $P=0.008$ ）、E（ $P=0.017$ ）のアウトカム項目で有意に効果がみられた（図表なし）。Bのアウトカム項目においては全ての実施体制で有意であった。アドバイザー役が定期的に介入することで、実践で生じる疑問や課題の早期解決につながり効力感や教育効果につながることを示唆された。

調整役の存在に関する検討では、F以外のアウトカム項目で有意に効果があった（図4）。特にB、Cで著明な差があった。実施体制別の検討では、特に実施なし/関与なし群でA（ $P=0.005$ ）、B（ $P<0.001$ ）、C（ $P<0.001$ ）、D（ $P=0.004$ ）、E（ $P=0.010$ ）のアウトカム項目で有意に効果があった（図表なし）。Cでは実施なし/関与なし群のほか改定後より実施群でも有意に効果があった（ $P<0.001, 0.034$ ）。

さらに算定要件への歯科の関与に関して検討を行った。実施体制別では、有意であるアウトカム項目はなかったが、全体ではFのアウトカム項目において有意に効果があった（ $P=0.049$ ）（図5）。

これらの結果から、さらに多重比較を行った。影響する可能性のある因子（共変量）として「研修受講の有無」「実施体制（改定前より実施・改定後より実施・実施なし/関与なし）」、「伝達講習の有無」「算定要件への歯科の関与の有無」「リーダー役の存在」「アドバイザー役の存在」「調整役の存在」とした。AからFのアウトカムを従属変数として、強制投入法によりロジスティック解析をおこなった（表14-19）。

A. 食事支援に関する会議での活発な意見

交換については、有意にリーダー役の存在 (Odds ratio (OR):4.708), アドバイザー役の存在 (OR:4.068) が影響していた (表 14)。

B. 多職種連携の効力感については、有意に伝達講習 (OR:4.415), リーダー役の存在 (OR:5.907), アドバイザー役の存在 (OR:21.028), 調整役の存在 (OR:4.017) が影響していた (表 15)。

C. チームメンバーへの教育効果については、有意に影響しているものはなかった (表 16)。変数減少法によるロジスティック解析も行ったが、いずれの項目も有意になることはなかった。全体の 90% がチームメンバーへの教育効果があった、という回答をしていたことを踏まえると、多職種による経口維持の取り組みを行うこと自体が教育効果に繋がっている可能性がある。

D. チーム以外の職員に対する教育効果については、有意に伝達講習 (OR:3.577), アドバイザー役の存在 (OR:4.062) が影響していた (表 17)。

E. 利用者・家族の QOL 向上効果への影響については、改定前より実施群であることが実施なし/関与なし群よりも有意に影響していた (OR:11.851) (表 18)。長期的に取り組みを実施しチームが成熟することで利用者・家族の QOL 向上効果につながる可能性が示唆された。

F. 利用者の発熱または肺炎予防効果への影響については、有意にアドバイザー役の存在が影響していた (OR:3.393) (表 19)。

#### D. 考察

多職種チームの核になる者の存在について、専門性や経験が異なる多職種チームの取り組みを促進する上で、リーダーシップ

をとる者の存在が効果的な連携を促進する因子である可能性が示唆された。またアドバイザー役の存在は、経験の浅い多職種チームの牽引役になっていることが示唆された。

チームの核の職歴をコード化すると他施設経験、経験値、知識、といった要素に加え、連携経験、管理経験、他職種経験などに分類することができた。介護保険施設とは異なる病院、医療現場で多職種チームによる経口摂取支援を行った経験は“多職種チームのリーダー”というロールモデルのイメージにつながり、専門性や経験が異なる多職種で構成されたチームをまとめ、リーダーシップ発揮に繋がっていることが伺われた。

取り組みによって得られたアウトカムに対しての単変量解析からは、経験の浅い多職種チームでは、リーダーの存在は多職種チームをまとめる核として重要で、取り組みが定着後には知識技能のアドバイザーの重要性が高まる可能性が示唆された。また、調整役の有無が多職種連携の効力感、チームメンバーへの教育効果に影響したという結果からは、調整役は会議の議場ではなく現場での専門職および多職種チームと利用者それぞれの担当の介護職員との間の知識技能や指示の繋ぎ役を担っていると推察され、複数の職域にまたがる知識・経験による職能理解から調整機能を発揮していると考えられた。またアドバイザー役の職種は、特に介護老人福祉施設で歯科医師の割合が多かった。算定要件に歯科医師・歯科衛生士の関与があることで、利用者の発熱・肺炎予防に効果があったことは、今後の歯科と介護の連携を推進する上で有効な情報であった。

さらに多変量解析で、今回得られたアウトカム項目それぞれに対して影響を及ぼす因子を数値で表現できたことは新たな知見であった。会議における意見交換に関しては、ファシリテーターとしての機能をリーダーやアドバイザーが果たしていることが影響したと考えられた。一方、連携の効力感に関しては、一部のメンバーが得た知識を共有することや、知識・経験やバックグラウンドが異なる者同士の調和を調整役が担っていることが影響したことに加え、適時適切に課題解決に関する示唆を与えるアドバイザーの存在が大きく影響したものと考えられた。

チームメンバーの教育効果については、影響する因子が一部の因子だけではない可能性があり、むしろ多職種チームによる会議や取り組み自体が若手職員の教育効果にもつながる可能性が示唆された。チーム以外の職員への教育効果との対比でみると、チームメンバーでは活動自体が複合的な効果を生むが、その取り組みを行うチーム以外の者にとっては伝達講習やアドバイザーの存在など知識の授受が効果を生むことが推察された。

施設における取り組みの本来のアウトカムである利用者について、QOL 向上効果は多職種チームによる長期にわたる取り組みにより個々の技術や連携技術の高いことが影響を及ぼしていた。一方で肺炎・発熱予防効果に関しては、アドバイザーの存在により適切な口腔清掃指導や摂食嚥下障害への対応の知識を得られる状態が影響を及ぼしていた。歯科の関与は単変量では有意であったが、多変量解析では有意ではなかった。

多職種連携の技術を向上させるうえでの

要点において「役割が明確」「参加型で非権力的なリーダーシップ」「技術的助言」「対立を解決するコミュニケーションスキル」等が重要であると指摘されている<sup>1)</sup>。これらの要素はドナベディアンモデルにおけるストラクチャに相当するものであり、ストラクチャ次第でプロセスやアウトカムも変わりうることが示されている<sup>2)</sup>。さらに本検討の結果においてチームの核職歴のコード化を試みたが、WHO の「ヘルスチームのリーダーシップ」の要件として提示されている「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」<sup>3)</sup> という要件に共通するものであった。すなわち病院等の他の医療現場(cure)の多職種連携の経験を踏まえたうえで、介護現場(care)において必要な多職種連携のニーズに合わせてファシリテートし、適時適切な指導をできる者がリーダーやアドバイザーに適任であったものと考えられる。しかしながら施設において相応の職歴をもつ者が不在であるケースは大いに予想され、そういった際に施設の配置医師・連携医師あるいは外部連携施設である歯科医師が医療的側面のリーダーシップをとることも求められるであろう。

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、大きく、伝統のある組織であるほど変化は困難で、取り組む際の負担となることが指摘されている<sup>1)</sup>。急激な変化は既存の方法との齟齬によるトラブルや職員個々の不満を生じさせ連携や協働の失敗につながるものが少なくない。したがって多職種のチームワークや連携も、

ゆっくと染み込む様に進め,周知し定着させることで効果があがると言われている  
4). チーム間や施設内において“既存の方法との齟齬の解消”や“個々の不満の軽減”などについての調整が,効力感に寄与している可能性がある。

多職種連携の効力感は,チームワークの効果のうち主観的な効果であり,利用者・家族の QOL 向上などの客観的な効果とともに,フィードバックの両輪をなすものである 1).多職種チームの活動は,会議や議論を通じ知識技能が共有され,取り組みによって得られた効果のフィードバックにより強化されるプロセスを経て,取り組みを定着させ,時間をかけてチームの質の向上につながり,やがて構成するメンバーのそれぞれの連携技術が高まった成熟した多職種チームとなると考えられた(図6)。

#### E. 結論

本検討においては,多職種チームの発展に関わる情報を得るために,介護保険施設の要介護高齢者に対する経口摂取支援に関わる多職種チームの取り組みによって得られた効果について検討した。

要介護高齢者への多職種による経口摂取支援では,リーダー役やアドバイザー役,調整役など多職種チームの核となる役割を担う存在が連携の効力感,学習効果を生み,多職種チームの成熟に影響し,さらに経験を重ねることによるチームの質の向上が利用者・家族の QOL 向上効果を生むことが示唆

された。

今後は継続的な取り組みを追跡調査することによってさらに詳細な検討を行う必要がある。

#### 参考文献

1)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 ,p76-77 ,中央法規出版 ,東京 ,2014 .

2) Avedis Donabedian. Exploration in Quality Assessment and Monitoring Volume I, Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980.

3) 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](https://apps.who.int/iris/bitstream/.../1/WHO_TRS_717.pdf).

4)福原麻希:チーム医療を成功させる 10か条 - 現場に学ぶチームメンバーの心得 - 第2刷,株式会社中山書店,東京,2014.

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

		介護老人保健施設	介護老人福祉施設	合計
検討対象	改定前より実施	38	40	78
	改定後より実施	36	42	78
	実施なし/関与なし	52	64	116
	<b>合計</b>	<b>126</b>	<b>146</b>	<b>272</b> n.s.
除外		90	5	95
配布数合計		216	151	367
回収率(%)		58.3	96.7	74.1

表1 分析対象者

	介護老人保健施設				介護老人福祉施設				合計			
	改定前より実施	改定後より実施	実施なし/関与なし	合計	改定前より実施	改定後より実施	実施なし/関与なし	合計	改定前より実施	改定後より実施	実施なし/関与なし	合計
医師			1	1				0			1	1
看護師	3	4	5	12	0	4	5	9	3	8	10	21
管理栄養士	18	16	12	46	27	25	42	94	45	41	54	140
栄養士			1	1				0			1	1
歯科衛生士	1	2		3	1	1	1	3	2	3	1	6
理学療法士	1		10	11				0	1		10	11
作業療法士	3	2	7	12		1		1	3	3	7	13
言語聴覚士	5	5	2	12	1			1	6	5	2	13
介護士	6	5	10	21	1	4		5	7	9	10	26
介護支援専門員	1	2	2	5	8	7	15	30	9	9	17	35
施設長				0	1			1	1			1
事務職			1	1	1		1	2	1		2	3
不明			1	1				0			1	1
合計	38	36	52	126	40	42	64	146	78	78	116	272

表2 実施体制ごとの分析対象者特性

算定要件への歯科職種の関与	改定前より開始		改定後より開始		実施なし/関与なし	合計		P-Value
	n	( % )	n	( % )	n	( % )	n	
介護老人保健施設	あり	1 ( 4.8 )	7 ( 25.0 )	0 ( 0.0 )	8 ( 12.3 )	0.023		
	なし	20 ( 95.2 )	21 ( 75.0 )	16 ( 100.0 )	57 ( 87.7 )			
	合計	21	28	16	65			
介護老人福祉施設	あり	24 ( 92.3 )	23 ( 82.1 )	19 ( 57.6 )	66 ( 75.9 )	0.005		
	なし	2 ( 7.7 )	5 ( 17.9 )	14 ( 42.4 )	21 ( 24.1 )			
	合計	26	28	33	87			
合計	あり	25 ( 53.2 )	30 ( 53.6 )	19 ( 38.8 )	74 ( 48.7 )	0.241		
	なし	22 ( 46.8 )	26 ( 46.4 )	30 ( 61.2 )	78 ( 51.3 )			
	合計	47	56	49	152			

表3 実施体制ごとの算定要件への歯科職種の関与

		改定前より開始	改定後より開始	実施なし/関与なし	合計	P-Value
		n ( % )	n ( % )	n ( % )	n ( % )	
介護老人 福祉施設	改定以前から関与	23 ( 88.5 )	21 ( 75.0 )	19 ( 57.6 )	63 ( 72.4 )	0.009
	改定以降関与	1 ( 3.8 )	2 ( 7.1 )	0 ( 0.0 )	3 ( 3.4 )	
	関与準備中	0 ( 0.0 )	2 ( 7.1 )	3 ( 9.1 )	5 ( 5.7 )	
	アドバイスのみ	0 ( 0.0 )	0 ( 0.0 )	7 ( 21.2 )	7 ( 8.0 )	
	関与予定なし	2 ( 7.7 )	3 ( 10.7 )	4 ( 12.1 )	9 ( 10.3 )	
合計		26	28	33	87	

表 4 介護老人福祉施設における歯科医師の関与の詳細

多職種チームの リーダー役の存在		改定前より開始	改定後より開始	実施なし/関与なし	合計	P-Value
		n ( % )	n ( % )	n ( % )	n ( % )	
介護老人保 健施設	いる	21 ( 95.5 )	26 ( 89.7 )	14 ( 60.9 )	61 ( 82.4 )	0.004
	いない	1 ( 4.5 )	3 ( 10.3 )	9 ( 39.1 )	13 ( 17.6 )	
	合計	22	29	23	74	
介護老人福 祉施設	いる	24 ( 92.3 )	24 ( 88.9 )	20 ( 60.6 )	68 ( 79.1 )	0.004
	いない	2 ( 7.7 )	3 ( 11.1 )	13 ( 39.4 )	18 ( 20.9 )	
	合計	26	27	33	86	
合計	いる	45 ( 93.8 )	50 ( 89.3 )	34 ( 60.7 )	129 ( 80.6 )	<0.001
	いない	3 ( 6.3 )	6 ( 10.7 )	22 ( 39.3 )	31 ( 19.4 )	
	合計	48	56	56	160	

表 5 実施体制ごとの施設における多職種チームのリーダー役の有無

多職種チームの アドバイザー役の存在		改定前より開始	改定後より開始	実施なし/関与なし	合計	P-Value
		n ( % )	n ( % )	n ( % )	n ( % )	
介護老人保 健施設	いる	16 ( 80.0 )	26 ( 89.7 )	12 ( 52.2 )	54 ( 75.0 )	0.007
	いない	4 ( 20.0 )	3 ( 10.3 )	11 ( 47.8 )	18 ( 25.0 )	
	合計	20	29	23	72	
介護老人福 祉施設	いる	19 ( 76.0 )	21 ( 75.0 )	25 ( 71.4 )	65 ( 73.9 )	0.911
	いない	6 ( 24.0 )	7 ( 25.0 )	10 ( 28.6 )	23 ( 26.1 )	
	合計	25	28	35	88	
合計	いる	35 ( 77.8 )	47 ( 82.5 )	37 ( 63.8 )	119 ( 74.4 )	0.060
	いない	10 ( 22.2 )	10 ( 17.5 )	21 ( 36.2 )	41 ( 25.6 )	
	合計	45	57	58	160	

表 6 実施体制ごとの施設における多職種チームのアドバイザー役の有無

多職種チームの調整役の存在		改定前より開始		改定後より開始		実施なし/関与なし		合計		P-Value
		n	( % )	n	( % )	n	( % )	n	( % )	
介護老人保健施設	いる	16	( 80.0 )	21	( 75.0 )	12	( 54.5 )	49	( 70.0 )	0.150
	いない	4	( 20.0 )	7	( 25.0 )	10	( 45.5 )	21	( 30.0 )	
	合計	20		28		22		70		
介護老人福祉施設	いる	22	( 84.6 )	25	( 89.3 )	27	( 77.1 )	74	( 83.1 )	0.429
	いない	4	( 15.4 )	3	( 10.7 )	8	( 22.9 )	15	( 16.9 )	
	合計	26		28		35		89		
合計	いる	38	( 82.6 )	46	( 82.1 )	39	( 68.4 )	123	( 77.4 )	0.132
	いない	8	( 17.4 )	10	( 17.9 )	18	( 31.6 )	36	( 22.6 )	
	合計	46		56		57		159		

表 7 実施体制ごとの施設における多職種チームの調整役の有無

介護老人保健施設			
リーダー職種	コード	詳細	合計
医師	1	知識 摂食嚥下障害に詳しい医師	1
看護師	6	経験値・知識 過去に病院勤務しNST40時間研修を受けた	1
		不明	5
管理栄養士	27	他施設経験 特養、有料老人ホームの経歴有り(20数年)	1
		他施設経験 病院、老健で長い経験を積まれている	1
		他施設経験 病院経験があり食事の形態について幅広い経験がある	1
		知識 研修会に多く参加してる	1
		連携経験 歯科医師、言語聴覚士と相談しながら対応している	1
		連携経験 過去病院にてNSTを立ち上げたことのある管理栄養士	1
		経験値 15年特養経験あり	1
		経験値 15年	1
		経験値 老健10年以上勤務の栄養士	1
栄養士	3	経験値 入職6年目	1
		不明	2
言語聴覚士	11	他施設経験 急性期、回復期などの病院の経歴	1
		他施設経験 病院勤務を経て老健へ入職	1
		経験値 14年	1
		経験値 7年位	1
介護職	2	経験値 特別養護老人ホーム等20年程介護職で働いている介護士	1
		不明	1
言語聴覚士・管理栄養士	9	他施設経験・連携経験 病院、訪問、老健で経験があり10年位勤務している。綿密な打合せを事前に行っている。情報交換など	1
		他施設経験 病院にてSTを長くしていた	1
		連携経験 STとRDとが相談しながら行っています	1
		連携経験 チームで	3
		経験値 管理栄養士中心チーム	1
		経験値 共に20年位です	1
医師・管理栄養士	1	経験値 STは20年程のキャリア(来られて3年)RDは施設創立メンバー	1
		連携経験 チームで	1
理学療法士・作業療法士・介護職	1	知識 食事に関する研修を行けた職員チーム	1

表 8 施設における多職種チームのリーダー役の者の職種とキャリア(介護老人保健施設)



介護老人福祉施設				
リーダー職種	コード	詳細	合計	
看護師	4	他施設経験	7年。他の特養で摂食嚥下指導を経験	1
		他施設経験・連携経験	病院においてNST、VEの嚥下委員会の委員長を3年されていた	1
			不明	2
歯科衛生士	1	知識	日本歯科衛生士会の摂食、嚥下の認定を取得	1
管理栄養士	36	他施設経験	過去に病院にて	1
		他施設経験	病院経験あり	1
		他施設経験	老健を経験した管理栄養士	1
		知識	加算算定の為、研修会に積極的に参加し情報収集。多職種に情報を提供する役割	1
		知識	在宅訪問管理栄養士認定あり	1
		知識	摂食嚥下講習会で常に勉強している	1
		経験値・連携経験	10年以上勤務。他施設の事や同じ管理栄養士とのパイプもつながっている。他がどうい う事を行っているか理解している	1
		経験値・知識	高齢者施設で21年、VEも同じ 外部評価(嚥下)スキル有	1
		経験値	10年以上施設に勤めている管理栄養士	1
		経験値	20年程度	1
		経験値	高齢者福祉施設勤務13年の管理栄養士	1
		経験値	30年近く自施設で勤務している	1
		経験値	開所時から勤務	1
		経験値	前制度時の経口維持加算の時から経口維持加算に関わっている	1
		経験値	長年特養の管理栄養士をやっている。20年以上	1
		経験値	特養24年のキャリアあり	1
		経験値	特養で20年	1
		経験値	特養で管理栄養士6年、経口維持実施6年	1
		経験値	特養に8年勤めた管理栄養士	1
		経験値	特養勤務が20年以上	1
場の形成	リーダーと言うのか司会進行をしている	1		
場の形成	キャリア特に無く、手探りで行っている状況。中心になってはいるが、専門家とは言えない状況	1		
		不明	14	
介護支援専門員	3	他職種経験	生活相談員を10年経験。昨年10月より介護支援専門員も兼任	1
		経験値	当施設のみでの経験だと思います	1
			ケアマネ歴1年	1
介護職	2	経験値	介護福祉士12年	1
		経験値	介護福祉士歴12年	1
介護主任	3	多職種経験・経験値	15年ケアワーカー(介護職)を務めた介護支援専門員	1
		多職種経験・経験値・管理経験	介護現場含め管理者経験16年	1
		多職種経験・経験値	現場経験15年	1
管理栄養士・介護支援専門員	2	他施設経験	過去に在宅のケアマネ経験2年	1
			不明	1
管理栄養士・歯科衛生士	1	連携経験	7年位	1
管理栄養士・看護師	2	経験値	特養で30年	1
		他施設経験	病院勤務の長い看護師	1
管理栄養士・看護師・介護支援専門員	1	知識・経験値	摂食指導に長年携わっている	1
管理栄養士・看護師・施設長	1	経験値	看護師、施設長は加算が始まった時から関わっている	1
管理栄養士・作業療法士	1	経験値	特養経験しかない 経験豊富20年のベテラン	1
医師・看護師・介護支援専門員	1	連携経験	チームで	1
看護師・介護支援専門員	1	連携経験	チームで	1

表 9 施設における多職種チームのリーダー役の者の職種とキャリア(介護老人福祉施設)

介護老人保健施設			
アドバイザー職種	コード1	詳細	合計
医師	4	他施設経験・連携経験・知識 病院のNSTも経験している	4
医師・看護師	2	他施設経験・連携経験・知識 急性期 亜急性期 老健と経験した医師、看護師	1
		他施設経験・連携経験・知識 医師、看護師共に長年病院勤務を経験し様々な状況に対応出来る	1
医師・言語聴覚士	2	他施設経験・知識 医師は状況説明やケア方法など詳しく細かくしている。STは他の施設でも経験がある	1
		不明	1
歯科医師	4	他施設経験・経験値・知識 開業約20年、摂食嚥下に関わる研修を受けている	1
		他施設経験・知識 摂食に関する事口腔ケアに関する事の研修会等を積極的に主催している	1
		近医	2
歯科衛生士	1	不明	1
看護師	9	他施設経験 一般急性病院経験者	1
		他施設経験 国立病院で働いていた	1
		他施設経験 脳神経外科など救急病院の経歴	1
		他施設経験 病棟経験のある正看護師	1
		経験値 老健などで経験している	1
		不明	4
看護師・リハ	1	不明	1
看護師・介護士	3	連携経験 チームで	1
		知識 認知症専門	1
		連携経験 病棟スタッフが普段の様子や実行可能なプランにする為の手段の検討をしている	1
看護師・介護支援専門員	1	不明	1
言語聴覚士	13	経験値 14年	1
		経験値 20年ほどのキャリア(着任3年)	1
		経験値 6年	1
		経験値 7年位	1
		他施設経験 法人内他施設勤務のSTさんにご協力頂いています	1
		経験値 老健経験のみ(4年)	1
		不明	7
言語聴覚士・看護師	1	不明	1
言語聴覚士・管理栄養士	3	不明	3
言語聴覚士・歯科衛生士	1	不明	1
理学療法士	2	経験値 16年勤めたPT	1
		知識 知識が豊富	1
理学療法士・作業療法士	2	不明	2
作業療法士	1	不明	1
管理栄養士	3	経験値 30年位	1
		不明	2
管理栄養士・看護師	1	経験値 RDは20年位、Nsは40年以上	1
管理栄養士・作業療法士	1	不明	1
介護主任	1	他施設経験・連携経験 他施設での経験と部下への指導が出来る介護リーダー	1
介護職・理学療法士	1	不明	1

表 10 施設における多職種チームのアドバイザー役の者の職種とキャリア（介護老人保健施設）

介護老人福祉施設			
アドバイザー職種	コード	詳細	合計
医師・言語聴覚士	1	他施設経験・知識 在宅の医師で市役所中心で嚥下困難者へのアプローチをしている	1
歯科医師	16	他施設経験・知識 障害者に対する摂食嚥下指導を行っている	1
		他施設経験・知識 摂食嚥下に詳しい	1
		他施設経験・知識 専門の摂食嚥下の認定医です。経歴は10年位か	1
		他施設経験・知識 嚥下を専門としている歯科医師	1
		他施設経験・知識 嚥下検査を実施している歯科医師	1
		他施設経験・知識 嚥下障害の知識や経験がある	1
		不明	10
歯科医師・歯科衛生士	3	他施設経験・経験値 歯科衛生士は特養で8年以上、その他で20年以上の経験あり。医師は区内診療所の方が週2～3程度入れ替わりで来所する	1
		不明	2
歯科医師・歯科衛生士・看護師	1	不明	1
歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士	1	不明	1
歯科医師・歯科衛生士・理学療法士	1	不明	1
歯科医師・理学療法士	1	不明	1
歯科医師・言語聴覚士	1	不明	1
歯科医師・管理栄養士	1	不明	1
歯科衛生士	3	知識 日本歯科衛生士会の摂食、嚥下の認定を取得	1
		知識 摂食嚥下リハビリテーション分野の認定歯科衛生士	1
		経験値・知識 長年、行政（区の保健所）に勤め、その後医科大の職員（講師）になった歯科衛生士	1
看護師	15	他施設経験・経験値・知識 脳卒中病棟10年、看護教員でRH看護、老年期看護専任、非常勤講師15年	1
		他施設経験・経験値・知識 脳卒中病棟10年、看護学校で非常勤講師15年	1
		他施設経験・連携経験・知識 リハビリ病棟での勤務経験とデイサービスでの口腔ケア加算も実施。STからの情報共有もあり	1
		連携経験 看護リーダー、嘱託医等医療関係者とのパイプ役	1
		経験値・知識 長年摂食指導に関わっている看護師	1
		経験値・知識 特養勤務長い。認知症認定看護師など	1
		経験値 看護係長職	1
		経験値 施設経営にも理解があり、算定に積極的	1
不明	7		
看護師・医師	1	不明	1
看護師・医師・理学療法士	1	不明	1
看護師・理学療法士・介護職	1	経験値 特養20年のキャリアあり	1
看護師・作業療法士	1	他施設経験・経験値・知識 疾患やメカニズムに詳しく経験豊富。元婦長	1
看護師・言語聴覚士	1	不明	1
看護師・介護支援専門員	2	不明	2
		言語聴覚士として10年勤めている	1
言語聴覚士	3	経験値 不明	2
		不明	2
管理栄養士・看護師	4	他施設経験・知識 ・RD-外部研修で摂食嚥下障害の勉強をしている。・Ns.-老健での勤務をした	1
		知識 摂食嚥下障害に詳しい管理栄養士、看護師	1
		不明	2
管理栄養士	2	経験値 高齢者福祉施設勤務13年の管理栄養士	1
		不明	1
管理栄養士・作業療法士	1	経験値・知識 食事摂取時の姿勢などの確に対応出来ている。20年以上	1
介護支援専門員	4	他職種経験 介護士経験あり	1
		経験値 当施設のみでの経験だと思います	1
		不明	2
team	1	それぞれの職種の人がアドバイスをくれているが、何れも専門家とは言えない	1

表 11 施設における多職種チームのアドバイザー役の者の職種とキャリア（介護老人福祉施設）

介護老人保健施設			
調整役 職種	コード1	詳細	合計
歯科医師	1	不明	1
看護師	7	他施設経験・経験値	病院18年、施設16年勤務
		経験値	20年
		経験値	10年
		経験値	不明
			4
看護師・理学療法士	1	不明	1
看護師・相談員	1	不明	1
管理栄養士	15	他施設経験・経験値	病院、介護施設30年の職歴
		経験値	10年
		経験値	6年。当施設に入職して1年10か月
		経験値	入職6年目
		経験値	不明
			10
言語聴覚士・管理栄養士	1	経験値	ST14年、RD5年
言語聴覚士	4	他施設経験	病院勤務の後当施設での勤務
		経験値	キャリア19年（本人）
		経験値	老健経験のみ（4年）
		経験値	不明
			1
介護職	5	経験値・管理経験	介護主任
		経験値・管理経験	食事委員会委員長
		経験値	20年介護職を勤めた介護福祉士
		経験値	経験の長いパート
		経験値	不明
			1
介護支援専門員等	12	他施設経験・他職種経験	他施設で介護職を経験した介護支援専門員
		他職種経験・経験値	13年介護職を勤めた介護支援専門員
		他職種経験・経験値	20年介護職を勤めたCM
		他職種経験・経験値	10年介護職を勤めた介護支援専門員
		他職種経験・経験値	歯科衛生士 ケアマネ 相談員をしているためとても詳しい
		他職種経験・経験値	ケアマネと看護師の資格を持っている
		他職種経験・経験値	不明
			6
看護師・言語聴覚士・介護主任	1	他施設経験・連携経験・経験値・管理経験	STは病院・訪問など複数経験し情報交換が綿密。Nsは療養長、看護主任が窓口、CWは係長、主任職を窓口にケア担当者とのケア
team・委員会	1	管理経験	相談員、ケアマネージャー、主任職以上の職員
			1

表 12 施設における多職種チームの調整役の者の職種とキャリア（介護老人保健施設）

介護老人福祉施設				
調整役 職種	コード1	詳細	合計	
看護師	3	経験値	看護師長20年	2
			不明	1
看護師・介護主任	2	経験値	それぞれ20年以上の経験	1
			不明	1
看護師・管理栄養士	1	経験値	15年福祉施設で務めた看護師	1
管理栄養士	9	他施設経験	N S Tはなかったが病院経験あり	1
		経験値	15年特養に勤めている	1
		経験値	5年	1
		経験値	高齢者福祉施設勤務13年の管理栄養士	1
			不明	5
管理栄養士・介護主任	1		不明	1
作業療法士・管理栄養士	1	経験値	20年以上	1
歯科衛生士	2	経験値	3年	1
		知識	日本歯科衛生士会の摂食、嚥下の認定を取得	1
介護支援専門員	43	他職種経験・経験値経験値・管理経験	15年介護職を務めた介護支援専門員で副主任	1
		他施設経験・他職種経験・経験値	デイ生活相談員歴11年、施設ケアマネ歴3年	1
		他職種経験・経験値経験値	10年介護職、9年相談員（5年前より介護支援専門員兼務）	1
		他施設経験・他職種経験・経験値	介護支援専門員で在宅経験あり、介護は18年以上	1
		他職種経験・経験値	介護現場10年務めた介護支援専門員	1
		他職種経験・経験値	介護現場上がり（看取りも何件も経験）のCM	1
		他職種経験・経験値	10年以上介護職に努めた介護支援専門員	1
		他職種経験・経験値	生活相談員を10年経験、昨年10月より介護支援専門員も兼任	1
		他職種経験・経験値	相談員もやっていた事があるので、看護や家族への説明も行ってくれる	1
		他職種経験・経験値	介護職からケアマネになり、トータル20年以上	1
		他職種経験・経験値	介護職を20年近く務めた	1
		他職種経験・経験値	介護職経験10年	1
		他職種経験・経験値	介護職経験後、生活相談員12年、ケアマネ兼務	1
		他職種経験・経験値	特養勤務10年以上、相談員、介護職も経験	1
		他職種経験・経験値	15年ケアワーカー（介護職）を務めた介護支援専門員	1
		他職種経験	介護士経験あり	1
		知識	加算を理解しご家族への説明も出来る	1
		知識	加算制度を理解しており、算定に向けて調整する立場	1
		経験値	20年位	1
		経験値	18年	1
		経験値	現場経験15年	1
		経験値	特養10年のキャリアあり	1
		経験値	5年以上勤めている	1
経験値	職員間の意見や運営についてのアドバイスを下さるが、必ずしも経口維持の専門ではない	1		
経験値	当施設のみでの経験だと思います	1		
経験値	調整役は相談員だから	1		
経験値	ケアマネ歴1年	1		
		不明	16	
介護支援専門員・相談員	1	他職種経験	・生活相談員10年介護職を務めた。・ケアマネー看護師を務めた	1
介護支援専門員・管理栄養士・看護師	1		不明	1
介護支援専門員・管理栄養士・作業療法士	1		不明	1
介護主任	5	経験値・管理経験	15年以上介護職を務め、介護主任を経て管理職についている	1
		経験値・管理経験	フロアリーダー、専門職と介護職員をつなぐパイプ役	1
		経験値・管理経験	介護主任、介護係長	1
		経験値	食事関係担当のケアワーカー	1
			不明	1

表 13 施設における多職種チームの調整役の者の職種とキャリア（介護老人福祉施設）

伝達講習の有無による6か月後の対象者とチームメンバーの理解度

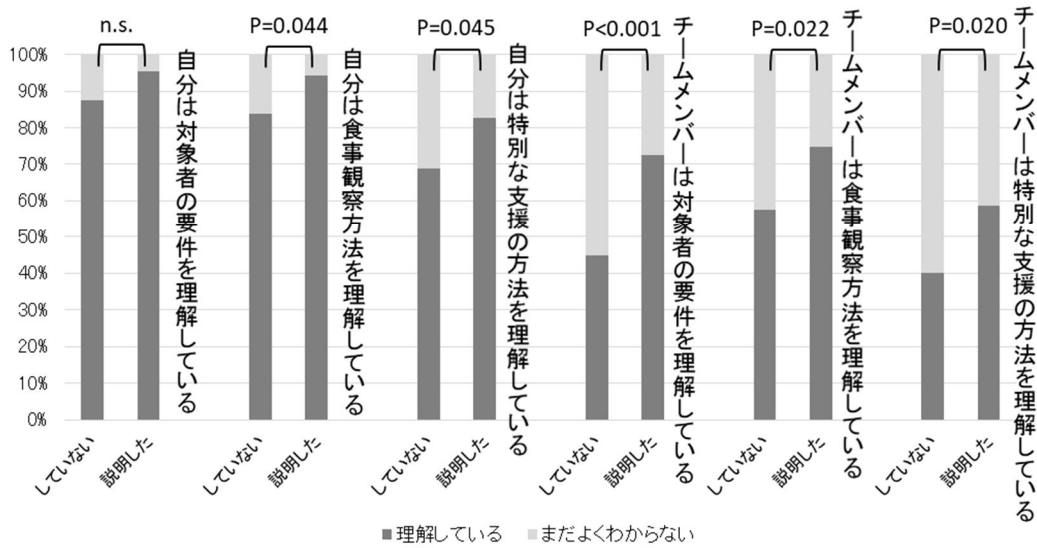


図1 伝達講習の有無による,6か月後の対象者およびチームメンバーの理解度

リーダー役存在によるアウトカムへの効果

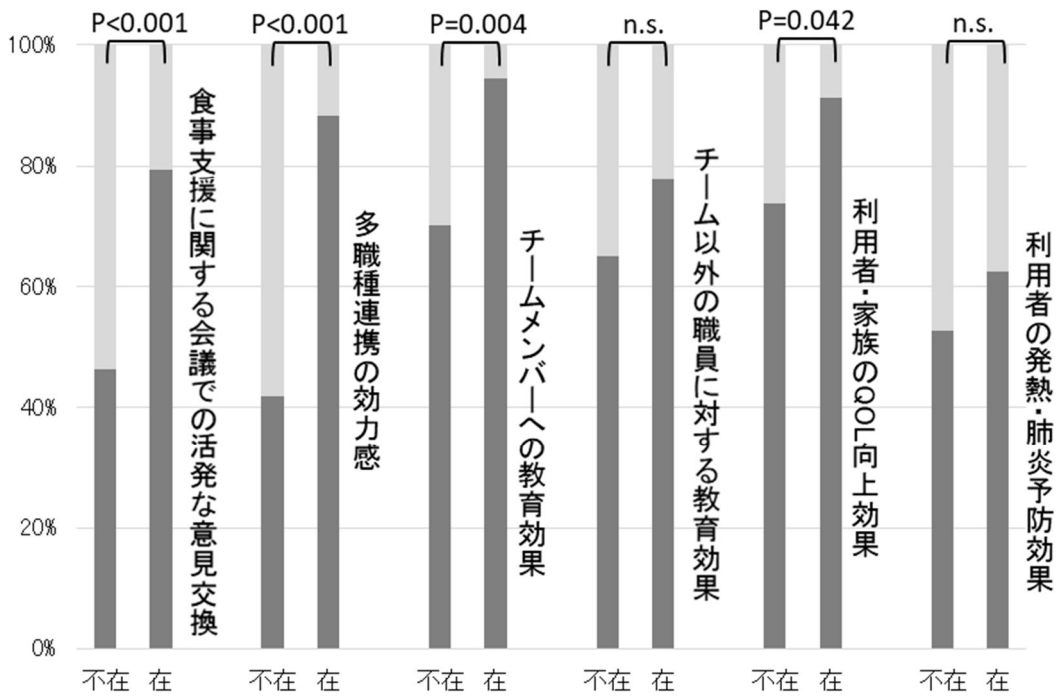


図2 リーダー役存在によるアウトカムへの効果

### アドバイザー役の存在によるアウトカムへの効果

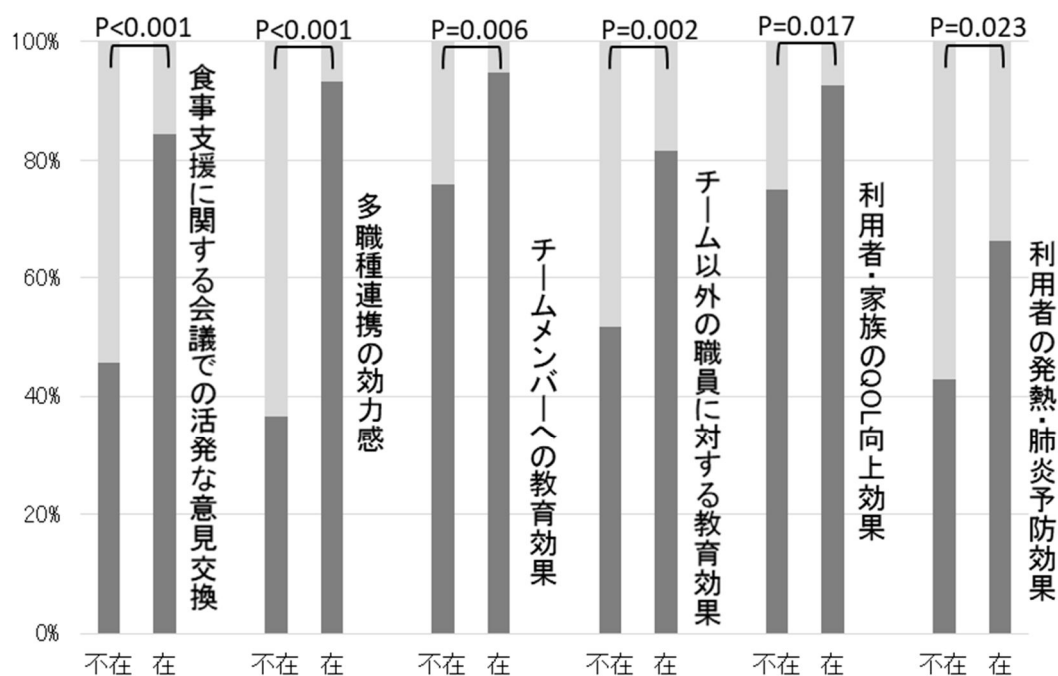


図3 アドバイザー役の存在によるアウトカムへの効果

### 調整役の存在によるアウトカムへの効果

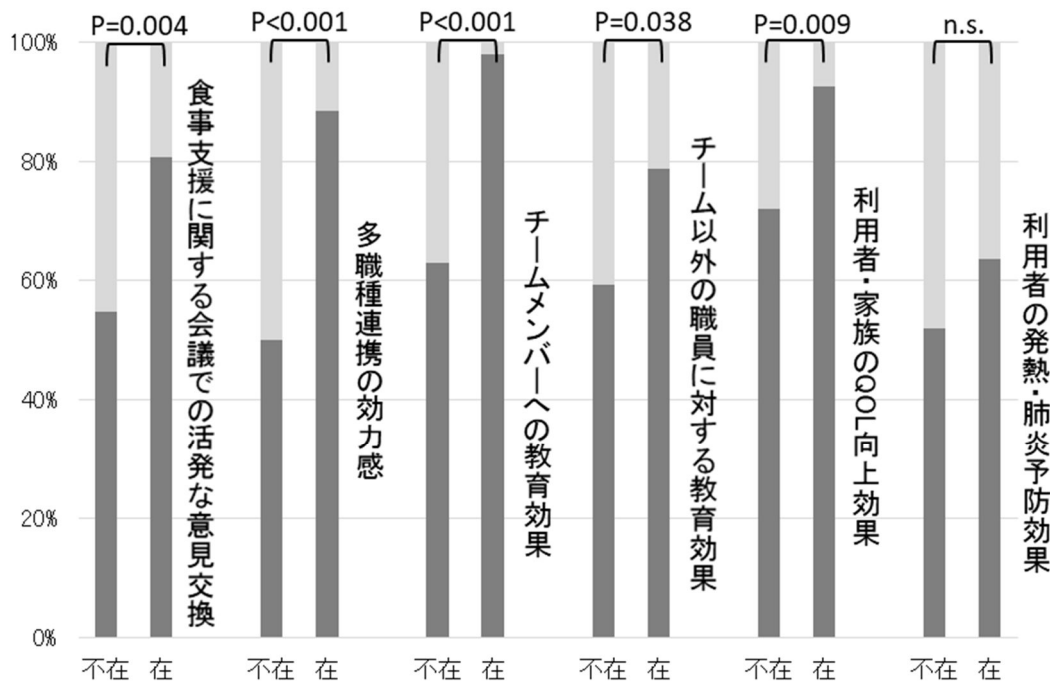


図4 調整役の存在によるアウトカムへの効果

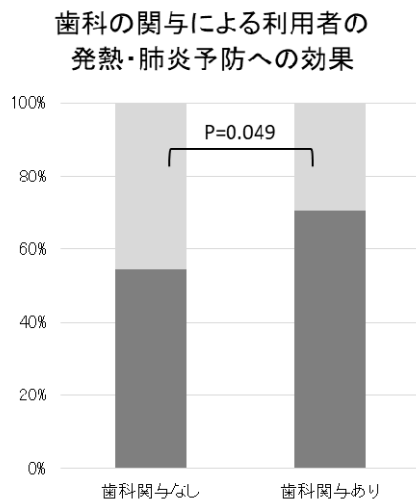


図 5 歯科の算定要件への関与による利用者の発熱・肺炎予防への効果

A.会議での活発な意見交換への影響	Odds ratio	EXP(B) の 95% 信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	2.064	0.555	7.671	0.279
実施なし/関与なし				0.296
改定後より実施	0.354	0.095	1.327	0.124
改定前より実施	0.396	0.092	1.710	0.215
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	1.652	0.624	4.371	0.312
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	1.641	0.595	4.526	0.339
リーダー役 (いる:1 いない:0)	<b>4.708</b>	1.274	17.407	<b>0.020</b>
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	<b>4.068</b>	1.334	12.405	<b>0.014</b>
調整役 (いる:1 いない:0)	2.432	0.848	6.972	0.098
定数	0.127			0.046

表 14 A.食事支援に関する会議での活発な意見交換に影響する因子の検討

B.多職種連携の効力感への影響	Odds ratio	EXP(B) の 95% 信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	0.565	0.054	5.942	0.634
実施なし/関与なし				0.209
改定後より実施	0.376	0.073	1.926	0.241
改定前より実施	1.637	0.229	11.725	0.624
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	<b>4.415</b>	1.093	17.833	<b>0.037</b>
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	3.340	0.726	15.353	0.121
リーダー役 (いる:1 いない:0)	<b>5.907</b>	1.135	30.748	<b>0.035</b>
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	<b>21.028</b>	4.773	92.635	<b>&lt;0.001</b>
調整役 (いる:1 いない:0)	<b>4.017</b>	1.078	14.976	<b>0.038</b>
定数	0.051			0.065

表 15 B.多職種連携の効力感に影響する因子の検討



C.チームメンバーへの教育効果への影響	Odds ratio	EXP(B) の 95% 信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	0.000	0.000		0.998
実施なし/関与なし				1.000
改定後より実施	2.E+15	0.000		0.993
改定前より実施	1.E+23	0.000		0.993
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	3.E+07	0.000		0.994
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	0.356	0.013	9.955	0.543
リーダー役 (いる:1 いない:0)	0.000	0.000		0.996
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	1.968	0.047	81.883	0.722
調整役 (いる:1 いない:0)	3.E+15	0.000		0.993
定数	0.094			1.000

表 16 C.チームメンバーへの教育効果に影響する因子の検討

D.チーム以外の職員に対する教育効果への影響	Odds ratio	EXP(B) の 95% 信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	3.395	0.812	14.198	0.094
実施なし/関与なし				0.279
改定後より実施	2.606	0.715	9.493	0.146
改定前より実施	2.721	0.681	10.872	0.157
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	<b>3.577</b>	1.305	9.806	<b>0.013</b>
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	0.651	0.218	1.950	0.444
リーダー役 (いる:1 いない:0)	0.534	0.099	2.878	0.466
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	<b>4.062</b>	1.153	14.313	<b>0.029</b>
調整役 (いる:1 いない:0)	1.998	0.641	6.225	0.233
定数	0.147			0.093

表 17 D.チーム以外の職員に対する教育効果に影響する因子の検討

E.利用者・家族のQOL向上効果への影響	Odds ratio	EXP(B) の 95% 信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	1.037	0.095	11.349	0.976
実施なし/関与なし				0.117
改定後より実施	3.380	0.659	17.339	0.144
改定前より実施	<b>11.851</b>	0.990	141.924	<b>0.051</b>
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	0.685	0.152	3.082	0.622
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	0.569	0.127	2.538	0.459
リーダー役 (いる:1 いない:0)	0.217	0.016	2.943	0.251
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	2.365	0.384	14.574	0.354
調整役 (いる:1 いない:0)	3.665	0.726	18.514	0.116
定数	4.917			0.391

表 18 E.利用者・家族の QOL 向上効果に影響する因子の検討

F.利用者の発熱・肺炎予防効果への影響	Odds ratio	EXP(B) の 95% 信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	0.925	0.285	3.003	0.897
実施なし/関与なし				0.308
改定後より実施	0.774	0.286	2.090	0.613
改定前より実施	1.717	0.520	5.672	0.375
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	0.939	0.400	2.206	0.885
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	2.069	0.865	4.946	0.102
リーダー役 (いる:1 いない:0)	0.615	0.166	2.282	0.467
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	<b>3.393</b>	1.073	10.726	<b>0.037</b>
調整役 (いる:1 いない:0)	0.912	0.315	2.646	0.866
定数	0.732			0.764

表 19 F.利用者の発熱または肺炎予防効果に影響する因子の検討

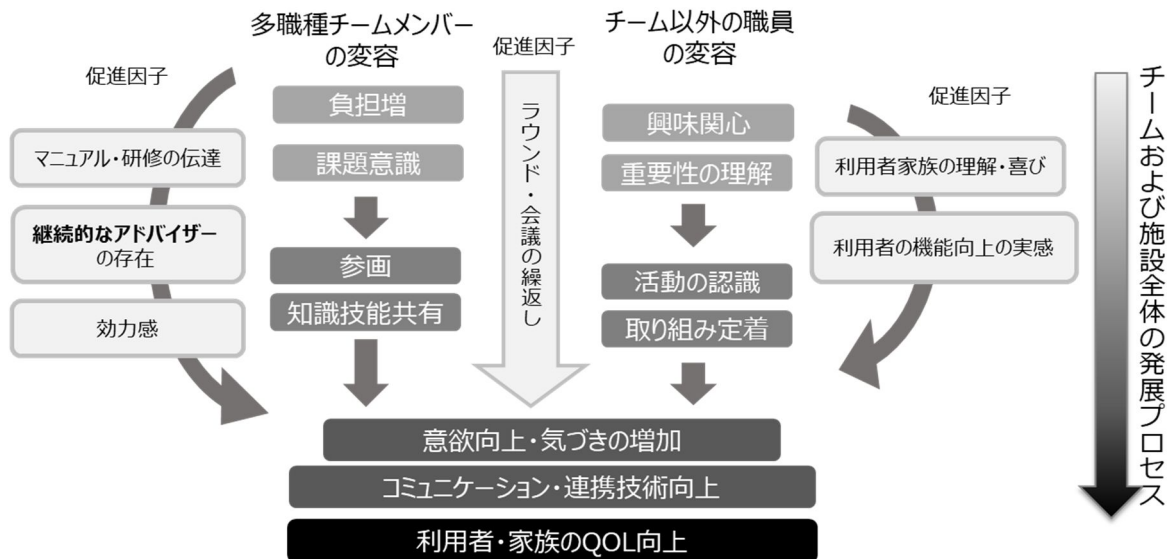


図 6 多職種チームによる経口摂取支援を介したチーム及び施設全体への効果シエーマ

厚生労働省科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

分担研究報告書

複線経路等至性アプローチ（TEA）を用いた

要介護高齢者の経口摂取支援多職種チームの発展経過プロセス

研究分担者 小原由紀 国立大学法人東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 講師

研究代表者 枝広あや子 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

研究要旨：

本研究の目的は、介護保険施設における経口摂取支援多職種チーム発展のプロセスを検討するため、非構造化面接を用いて収集した先進例の活動経過を対象に、複線経路等至性アプローチ（Trajectory Equifinality Approach ; TEA）を用い、複線経路等至性モデル（Trajectory Equifinality Model ; TEM）図を描出することである。

対象は介護保険施設における経口摂取支援を行う多職種チーム 8 例である。方法は 90 分程度の非構造化面接で活動経過を時系列にまとめ、対象に再度提示し、最大 2 回の修正を行った。分析の枠組みは TEA/TEM を用いた。TEA は人や組織を環境と常に交流・相互作用する解放システムととらえ、非可逆的時間とともに生じる歴史性を描出することを目的とする質的研究の方法論である。等至点（Equifinality Point ; EFP）として「基盤として施設全体で行うケア」と設定して経過を描出し可視化した。

複数の施設の多職種連携の成り立ちに関しての分岐点（Bifurcation Point ; BFP）や EFP の共通性が示された一方で、社会的助勢（Social Guidance ; SG）、社会的方向付け（Social Direction ; SD）の多様性が示された。BFP として「課題共有」「多職種チーム結成」「情報共有スタイル確立」「個別知識・技術向上」「職員全員参加」という共通項が見出された。それぞれの BFP では SG として“理念や目的の共有”、“コミュニケーション重視の気風”、“取り組み開始の提案”“連携経験のある専門職の着任”“ロールモデル”“施設特有の事情”“ポジティブなファシリテート”“成功体験の共有”“ポジティブフィードバック”“信念の対立の調整”など 8 例の経過のなかで共通しかつ多様性のある要素が得られた。

本研究では、介護保険の枠組みにおいて業務を行う介護保険施設において利用者の経口摂取支援に関わる多職種チームを主体とし、どのようにモチベーションを得て、新しい知識や技術を取り込み、異なる専門性を持った個人同士が業務上の連携を図ってチームとして発展していくのかを先進的な 8 例を対象にした TEM 図によって捉えたことで、俯瞰的に共通点および多様性を捉えることが出来た。要介護高齢者の経口摂取支援に関する多職種連携の発展プロセスには、非可逆的時間のなかでの、複数の SG たり得る要素が深くかかわっていると考えられた。

## A. 研究目的

介護保険施設における経口摂取支援多職種チームにおいては、施設や人材（ストラクチャ）と時間、出来事が複雑に関係する経過（プロセス）を経て、多職種チームが発展している<sup>1)</sup>。そのストラクチャは施設によって異なり、チームの発展プロセスおよびそれに関する促進因子あるいは阻害因子、その過程に関する検討は明らかではない。発展のプロセスを検討するため、本研究事業では非構造化面接を用いて複数の先進例からデータを収集した。

複線経路等至性アプローチ（Trajectory Equifinality Approach ; TEA）は非可逆的時間の概念を基本として、人や組織を環境と常に交流し相互作用する解放システムととらえ、人や組織のたどる過程（プロセス）を理解し固有の歴史性ととも描出するための質的研究アプローチである<sup>2)</sup>。その対象は人でだけでなく Macro-genetic level、すなわち社会やグループ、組織の歴史に対しても適用可能であるとされている<sup>3)</sup>。

本研究の目的は、これらの多職種チームの発展プロセスについて、TEA を用い、複線経路等至性モデル（Trajectory Equifinality Model ; TEM）図を描出することである。

## B. 研究方法

### 1. 分析対象

対象は本研究事業において先進事例ヒアリング調査を行った 8 例の介護保険施設における経口摂取支援を行う多職種チームとした。調査日程を含む対象のリストを表 1 に示す。

1) 非構造化面接の対象：対象となるチームの経口維持加算の中心となる専門職 1~4 名

程度。

2) ヒアリング方法：所要時間 90 分程度で、本調査目的に同意を得た後、非構造化面接により多職種連携の様相、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。

3) ヒアリング結果のまとめ：面接によって得られた活動経過を時系列にまとめた後、面接に協力頂いた対象に再度提示し、時系列にまとめたシェーマを追加修正いただき、まとめとした。最大 2 回の修正を行った。

### 2. 分析方法

ヒアリング結果のまとめ 8 例に対する分析の枠組みは TEA/TEM を用いた。TEA は人や組織を環境と常に交流・相互作用する解放システムととらえ、非可逆的時間とともに生じる歴史性を描出することを目的とする質的研究の方法論である。TEM 図の基本的枠組みを図 1 に示す<sup>2, 4)</sup>。TEM では非可逆的時間を軸に解放システムの経過を描き可視化する。経路の多様性は「分岐点（ある選択によって行為が多様に分かれる点）；Bifurcation Point ; BFP」「等至点（多様な経路がいったん収束する点）；Equifinality Point ; EFP」の概念を通過する線として記述され、その分岐点では等至点に向かう力が加わる際は Social Guidance ; SG (社会的助勢)、等至点に向かうことを妨げられる力が加わった際は Social Direction ; SD (社会的方向付け) が矢印として描出される。TEM 図の中では研究者が設定する EFP の対極として P-EFP ; Polarized Equifinality Point が設定される（図 1 中においては I・K・L）。SG, SD が存在する上での選択は、対立を統合して

EFP に向かう人（あるいは組織）それぞれの適応（Synthesized Personal Orientation; SPO）によってなされ、SPO は解放システムである人（組織）の本質である変容による適応を反映しているとされる<sup>5)</sup>。本研究においては、EFP を「多職種チーム連携を基盤として施設全体で行うケア」と設定し、それに対する促進因子を SG、考えられる阻害因子を SD と設定した。

### 3. 倫理的配慮

本調査の実施に際しては、東京都健康長寿医療センターの倫理・利益相反委員会の審査、承認を受け実施した（平成 28 年 No. 迅 37）。研究の実施においては、事前に対象者に対して本調査の目的ならびに内容に関する説明を行い、調査に同意の得られた者を対象とした。

## C. 研究結果

### 1. 非構造化面接の結果

一連の本研究において行った非構造化面接で得られた議事録から、概要を以下に記述する。なおケース A, B, C の詳細は平成 27 年度報告書<sup>6)</sup>、ケース D, E, F の詳細は平成 28 年度報告書<sup>7)</sup>に掲載した。

1.1 ケース A（老健）（図 2,3）：法人でスロガンや毎年の到達目標を明確にして繰り返し職員に浸透することが常であった。また東日本大震災前後の人手不足と避難所になった際の混乱から、事務職や介護支援専門員も食事介助に参加していたことで、利用者の食の課題に関するイメージが共有されていた。他施設で経口維持加算算定経験のある事務員が平成 27 年度改定後に算定準備を行い、病院 NST 経験のある管理栄

養士と言語聴覚士の着任をきっかけに事務員から提案してチーム結成に至った。入所前の情報収集を食事形態に活かし、また言語聴覚士や介護支援専門員も食事介助にはいること、フロアで食事ケアの注意点が共有できる情報提供の工夫をしている。対応の難しい個別支援の症例でも効果が得られた際には介護職から厨房へのポジティブフィードバックを行いモチベーションの維持をしている。施設職員の課題共有や知識の向上のために、テーマ別の主任会議での密な連絡相談、実習も取り入れた法人内研修会への積極的な参加の推奨、施設内での伝達講習などを行っている。

1.2 ケース B（特養）（図 4,5）：病院が少なく入院が困難な土地柄のため、入所・在宅を継続しながらの医療が重要視されており、連携医から誤嚥性肺炎予防についての継続的に啓発があったことから施設長はじめ職員も誤嚥性肺炎に関する危機感が共有されていた。長年訪問していた連携歯科医師や歯科衛生士も介護職とのコミュニケーションを重視し敷居の低い関係を作っていた。歯科医師会の研修会を受けた連携歯科医師から施設長（元施設事務職：歯科との連携窓口の経験）に提案したことが契機となり、病院・他施設経験のある看護師、管理栄養士をくわえ多職種チーム結成に至った。医療と介護の信念の対立が生じるケースでも、議論を通して学び課題解決する姿勢が根付いていることで、厨房が形態調整食に対応できないケースでは介護職から食事形態の工夫の提案がある。遠方の研修会に参加困難な土地柄の為、施設内研修や取り組みを通じた業務（OJT: On the job training）の中

での技術習得が効果を発揮している。

1.3 ケース C (特養)(図 6,7): 施設長の理念から言語聴覚士を採用したことがきっかけとなり,それまで連携のなかった管理栄養士も含めた口腔・食事に関する多職種委員会を設置した。設置当初は施設理念の共通認識を高める取り組みも行った。委員会に愛称を付けたのは施設長の提案であり,施設長自ら業務の様子などを判断材料にして職員の委員会参加の勧誘を行い,また介護職のフラットな関係作りのためにイベントは全員が参加できる工夫も行った。利用者の肺炎への対応は職員間の共通の課題であり,歯科専門職のアドバイスによる介入で利用者の毎夕の発熱が改善した症例などの成功体験の共有をきっかけに,意欲が向上した経緯があった。全職員が利用可能な医務システム上で食事観察の所見や課題の共有,専門職への質問・回答等が出来る仕組みにして,また介護職からの質問や発言を促すようにしている。人“財”育成のために,担当分野の違う介護主任を設置し施設全体を統括し,専門職介入強度の異なるモデルユニットの導入で職員の興味の引き付けや行動変容を促すこと,また質問・発言の奨励や委員会への参加が学習効果を発揮している。

1.4 ケース D (老健)(図 8,9): 在宅看護での連携経験のある看護師,リハビリ病院での多職種連携による経口摂取支援経験のある管理栄養士に加え,リハビリテーション病院勤務経験のある言語聴覚士の着任で現在のチームとなった。管理栄養士着任後より介護支援専門員・相談員に働きかけ,情報

共有を目的とした議事の可視化,多職種による食事観察,施設内何処からでもアクセスできる経口維持加算に関する書類・資料を活用する仕組みが出来た。気軽に相談・議論できる場の醸成は,施設長の回診時に意見交換する仕組みや,会議においても生活に即した追加情報の価値を認め情報収集を促し,朗らかな雰囲気維持するような配慮で培った。入退所の多い施設であることから,利用者の退所後の生活を支えるための入所中のリハビリテーションを行うために,職域の垣根がなく会話の出来る関係性で収集した様々な情報収集を活かしている。介護職からの相談が介入開始のきっかけになることが多く,介護職の自主性の中で課題解決を支援するのが専門職という位置づけであり,また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。

1.5 ケース E (特養)(図 10,11): 管理栄養士は着任後より食事介助を兼ねた独自の食事観察を行って介護職と協力関係を築いていた。一方,連携歯科医院の歯科衛生士は個別相談などで管理栄養士と情報交換する関係ではあったが,食事観察には参加しておらず知識を収集し準備するのみであった。平成 27 年度介護保険改定と研修会をきっかけに,管理栄養士から歯科衛生士に対して経口摂取支援に関する食事観察に参加を依頼し,管理栄養士と歯科衛生士で準備を開始した。多職種による食事観察を通じて,それまで歯科だけで解決できなかった課題に対し介入できるようになり,口腔の状態や日常生活の情報共有がしやすい環境になった。食事観察を実施するようになってから介護職からの自発的な質問がおこるよう

になり、また各自がよく観察するようになった。介護職の士気を高めるように職歴に関わらず発言を求めたり、ポジティブフィードバックを積極的に行ってそれぞれが効果を実感できるようにし、また実習付きの口腔ケア研修も導入し知識の共有をしている。

1.6 ケース F (特養)(図 12,13): 理事長が職員採用時に理念や技術の講義を行い、また課題が生じるたびに講義が行われるような環境であること、また理事長の全国的な活動を介して、外部施設からの食に関する取り組みの知識・技術供与も得て、職員全体が等しく知識を得る機会を多く作っている。理事長の理念、工夫しアイデアを実現してくれる栄養課長、毎日のユニット多職種会議すべてに管理栄養士が参加し、多職種委員会の設置による意見交換、それに加えて利用者の安全な経口摂取を含めたケアに関する目的意識が全職員に共有されていることで、取り組みへの協力体制が充実している。小さな町のため、遠方の研修会に参加困難であったり専門的機能評価の機会は少なくとも、機能評価動画を教材に職員教育を行うことが知識の共有に効果があった。新人教育はあえて若手先輩職員とのペアでOJTとし、若手先輩職員にとっても後輩教育を通じた良い効果が得られる。地域住民を巻き込んだイベントの開催、町全体の食に関する情報提供など積極的に行い信頼関係構築が出来ている。

1.7 ケース G (老健)(図 14,15): それまで中心人物はいなかったが、歯科衛生士が入職した際、前職(地域中核病院)NSTでの

同僚であった看護師が勤務しており、病院NSTの仕組みを導入するきっかけになった。多職種によるNST委員会を結成したが、人手不足もあいまって褥瘡委員会を兼ねていたため、知識の幅が広がり情報共有や連携しやすい環境であった。NST委員会メンバーは職員の入れ替わりを経て、現在のようないきいきとした意見交換が活発なメンバーになった。歯科衛生士はリハビリ室所属であることで情報共有や知識の授受が得やすい環境である。施設長は利用者が経口摂取することに意欲的で、職員の学習に対して促進的である。介護業務のカンファレンスでのポジティブフィードバックや、新人教育に具体的な実習指導を取り入れるなど意欲や技術の向上に留意している。

1.8 ケース H (老健)(図 16 ヒアリング時の関係者関連図は対象者希望により描出なし): 急性期・回復期病院から歯科衛生士、リハビリテーション職種を含む多くの職員が現在の法人に入職したことを契機に、病院での多職種による口腔リハビリテーションの仕組みを介護老人保健施設に導入した。法人内に急性期、回復期、生活期医療機関がありネットワークを作っていることで、職員は課題や知識を共有しやすい状態になっている。施設長や部長は経口摂取を支援する面で理解があり口腔リハビリテーションに関する知識や意欲の向上に関わる業務に促進的である。指導者の招聘によるノウハウや目的意識・成功体験の共有、意見交換を経て、施設内職員と地域の歯科医療機関との連携が進んだ。過去には専門の異なる職種からの指摘が動機付けになり、上司の理解を得て外部組織のからの知識の供与や口

ールモデルを得るなど変容が起こった経緯がある。新人教育には研修に加え OJT を活用している。

## 2. TEA による TEM 図描出

非構造化面接の結果をうけ、TEA により 8 例をあわせて抽象化し、介護保険施設における利用者の経口摂取支援に関わる多職種チームおよび職員の連携を TEM 図として描出した(図 17)。複数の施設の多職種連携の成り立ちに関する分岐点 (BFP) や等至点 (EFP) の共通性が示された一方で、社会的助勢 (SG)、社会的方向付け (SD) の多様性が示された。

### D. 考察

本研究では、介護保険の枠組みにおいて業務を行う介護保険施設において利用者の経口摂取支援に関わる多職種チームを主体とし、どのようにモチベーションを得て、新しい知識や技術を取り込み、異なる専門性を持った個人同士が業務上の連携を図ってチームとして発展していくのかを捉えた。人あるいは組織、モノ・コトと社会的制約との関わりの中で、人(組織)が行為を選択し変容するプロセスを可視化し、構造を分析する質的研究方法が TEA/TEM である。本研究の方法論として、TEA によって 8 例の共通項を見出し TEM 図の描出をもとに考察する。

それぞれの施設において、全ての施設が開設当初より多職種連携が現在のスタイルであったわけではない。本研究では経口摂取支援としての経口維持加算の先進例を対象としているため管理栄養士、看護師、介護支援専門員、言語聴覚士、歯科医師、歯科衛生

士等が登場人物であるが、中心となる管理栄養士、看護師、言語聴覚士などに特に共通していた特性は“病院 NST を経験した”他の施設で連携を経験した”という特性であった。それらの中心人物がたった一人で活動したわけではなく、連携による取り組み開始のきっかけになった誰かの提案や、コミュニケーションを基盤にした呼応があった。提案をする誰かは、ケース A では事務職、ケース B では連携歯科医師、ケース C・F では施設長であるなど、中心人物以外の人物であったことは特筆すべき点であった。それら中心人物が連携による取り組みを開始する際の土壌は、職員間に施設・法人理念または利用者の QOL に関わる課題が共通認識となっているということであった。この課題共有という BFP に関して SG であったと考えられる要素は“施設長などが法人理念などを繰り返し周知していた”“連携医師から繰り返し肺炎予防について啓発があった”“コミュニケーション重視の気風が作られていた”のほか、“利用者の重度化”“人材不足”“地域柄”など一見 SD であるような要素であった。例えばケース A では、人材不足のため本来食事介助を行わない職種でも食事介助を行うことになったことで、結果的に課題が共有出来た、というエピソードであった。またケース B では、医療資源が少なく入院困難な土地柄であるからこそ、利用者の誤嚥性肺炎に対する危機感が職員間で共有されていた、というエピソードであった。ケース G では人手不足のため同じ職員が複数の委員会を兼ねていたために課題共有が出来たというエピソード、ケース F でも小さな町で遠方の研修会参加が困難であるため施設長主催の研修会や伝達研修が



充実しているというエピソードであった。SDと思われるような要素がある状態でも、逆転の効果が得られる可能性が示唆された。

多職種チームの結成という BFP に関わる SG と考えられる要素は“ 介護報酬改定 ” をきっかけに、“ 改定に関する研修会を聞いて書類上の準備を始めた ” こと、あるいは“ 誰か( 前述 ) が取り組み開始を提案 ” して“ 連携経験のある専門職が呼応した ” こと、さらに“ ロールモデル ” を外部組織から学んだ、“ 施設内でたびたび相談されたことで、気負わないコミュニケーションが可能になっていた ” ことが垣根を低くしたと考えられた。ケース E では歯科医師が独自に準備を進めていて管理栄養士からの提案があった際に時機を逸さず呼応できたことが大きな要素であったと考えられた。連携経験のない専門職同士が手探りでチームを結成していくコミュニケーションのプロセスには“ 会議を重ねて意見交換 ” “ 提案を出し合う ” “ フラットな関係 ” エピソードがある( ケース B,C,F ) ことも重要な点であろう。

チーム活動が実装されていく経過において、情報共有スタイルの確立の可否を BFP とした。専門職と介護職員それぞれの間で如何に知識・情報の差を埋め共有するかという点について SG として“ 施設特有の事情( 既存の委員会の活用、配属部署内の物理的距離感による情報共有のしやすさ、ユニットケアだからこそその工夫、限られた PC の数だからこそその工夫 ) ” や“ 勤務日が合わないからこそ、情報共有のために工夫 ” “ 専門職が日常的に介護に参画することでアクセスしやすい状態に ” “ 共有するための見える化できるツールを開発した ” “ どんな情報にも価値を認め情報提供することの価値を高

めた ” “ ポジティブなファシリテート ” などの要素があった。こういった工夫により、組織が行動の変容による適応( SPO ) が生じ情報共有しやすいチーム内の場の醸成が得られたことが、チームとしての一定の成果ではないかと考える。逆に、チームの中で専門職に過度に叱責される体験など発言することを萎縮してしまうような要素があれば SD となり、情報共有できないままになってしまうことと考えられる。

さらにチームでの活動からさらなる個別の知識・技術の向上を目指すなかで、重要と考えられた SG は、“ 有識者からの知識供与 ” “ 適宜アドバイスをくれる存在 ” と“ 課題解決の体験 ” による達成感、また“ 専門の違う者同士の成功体験の共有 ” で連携の価値が高まり、“ 取り組みが定着 ” してくることで取り組み自体が“ On the job training ” となること、加えて皆が参加できるように工夫された“ 研修 ” と“ スキルアップしたことに対する評価 ” が得られること、などの要素があった。課題が生じた際に時期を逸さずに解決に結びつけるアドバイスを提供できるアドバイザー役の存在は、意欲・知識の向上に有効であると推察された。たとえばケース C では歯科専門職からのアドバイスで利用者の発熱が改善した、という成功体験、ケース H では連携歯科医師とリハビリ専門職の協力により口腔環境の改善に成功したという成功体験が語られた。またケース G では施設長が常に施設給食を食べていることが、結果的に給食の改善につながったというポジティブフィードバックのエピソードもあった。

また今回の対象 8 例では、職員全員参加という BFP を描出できた。行動の変容による

適応 (SPO) と考えられた例は、たとえばケース C では施設長が委員の選任を行い、定期的に介護職の委員は交代が起こるが、チーム(委員会)の活動自体が学習効果を生んでいるため、チームを離脱した職員は“チームの外部サポーター”となってくれる、というエピソードとして聞かれた。またケース D では、フロアの会議などで多彩な生活情報の報告を朗らかな雰囲気で行うことで、次回報告が楽しみになり結果的に職員の観察力を高めた、というエピソードが聞かれた。ケース E でも取り組みを目にする機会が増えることでチーム外の職員の質問が増え、さらにそのポジティブフィードバックを行うことで参加を促進しており、ケース F でも職員の提案を断らず実現していき利用者や家族の笑顔に繋がるという成功体験を共有することが職員全員で取り組む姿勢に繋がっているというエピソードが聞かれた。多職種チームによる会議や取り組み自体が長期にわたる連携プロセスにおいて、多職種連携の効力感につながる成功体験の共有やスキルアップの評価は、利用者・家族の QOL 向上などの客観的な効果とともに、フィードバックの両輪として、重要な役割を果たしていると考えられた 8)。また、ケース B や H での医療と介護の“信念の対立が起こるケースでも議論によって解決策を導く”ようにする習慣は、成功体験をより強化させ多職種連携の価値を高めているのではないかと推測する。特に要介護高齢者の経口摂取に関しては医療と介護の信念の対立が生じやすいことから、チーム内のみならずフロアや施設全体が気負わずに議論できる場を醸成することが重要であると考えられる 8)。

多職種連携による長期的な取り組みが成功したケースでは利用者・家族の QOL に貢献するなどの効果が上がることは知られている。また要介護高齢者の経口摂取支援は、多職種連携を学ぶ上での格好の素材であるとも知られている。しかしながら多職種連携や多職種チームのチームワークが効果を上げるには、急がず継続的に時間をかけて定着させることや、知識・経験やバックグラウンドが異なる者同士の齟齬の解消や取り組みの見える化による共有の工夫が必要であると言われている 9)。本研究では、先進的な 8 例を対象にした TEM 図の描出により、俯瞰的に共通点および多様性を捉えることが出来た。要介護高齢者の経口摂取支援に関する多職種連携の発展プロセスには、非可逆的時間のなかでの、ストラクチャーである“人財”に加え複数の SG たり得る要素が深くかかわっていると考えられた。

#### E. 結論

介護保険の枠組みにおいて業務を行う介護保険施設において利用者の経口摂取支援に関わる多職種チームが発展するプロセスを TEM 図によって捉えた。TEM 図の描出により、俯瞰的に共通点および多様性を捉えることが出来た。経口摂取支援に関する多職種連携の発展プロセスには、非可逆的時間のなかでの、複数の SG が深くかかわっていると考えられた。

#### 参考文献

1. Avedis Donabedian. Exploration in Quality Assessment and Monitoring Volume I, Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor,

Michigan: Health Administration Press; 1980.

2. サトウタツヤ . 日本コミュニティ心理学会第 17 回大会特集 研究委員会企画シンポジウム TEA (複線経路等至性アプローチ). コミュニティ心理学研究 19(1); 52-61, 2015

3. Sato T. Development, change or transformation :How can psychology conceive and depict professional identify construction? European Journal of School Psychology 4(2);321-334,2006.

4. Sato T., Yasuda Y., Kido A. et al. CHAPTER4 , Cambridge Books Online, by IP192.38.121.229. ;2014.

5. Sato, T., Hidaka, T. and Fukuda, M. Depicting the dynamics of living the life: The trajectory equifinality model. Jaan Valsiner, Peter C. M. Molenaar, Maria C.D.P. Lyra and Nandita Chaudhary (Eds.) Dynamic Process Methodology in the Social and Developmental Sciences. Chap. 10., Springer.2009.

6. 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」平成 27 年度 総括・分担研究報告書 . 主任研究者枝広あや子 . 2016

7. 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」平成 28 年度 総括・分担研究報告書 . 主任研究者枝広あや子 . 2017

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.31 ,p76-77 ,中央法規出版 , 東京 , 2014 .

9. 福原麻希:チーム医療を成功させる 10 か条 - 現場に学ぶチームメンバーの心得 - 第 2 刷 , 株式会社中山書店 , 東京 , 2014 .

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

なし

H . 知的財産権の出願・登録状況

なし

日程	ケース	訪問先	訪問先施設	対象
平成 28 年 1 月 12 日	A	宮城県	医療法人 社団 仁明会 介護 老人保健施設 恵仁ホーム	事務長・管理栄養士・言語聴覚士・ 事務員
平成 28 年 1 月 18 日	B	北海道	社会福祉法人ノマド福祉会 特 別養護老人ホームはる	施設長・看護師・管理栄養士・歯科 医師・歯科衛生士
平成 28 年 3 月 18 日	C	京都府	社会福祉法人十条龍谷会 特別 養護老人ホーム ビハーラ十条	介護医務課長・介護主任（介護支援 専門員兼任）・看護主任・管理栄養士・ 介護職員・作業療法士・歯科医師・ 歯科衛生士
平成 28 年 6 月 22 日	D	大阪府	社会医療法人 若弘会 介護老人保健施設 竜間之郷	管理栄養士・看護師・言語聴覚士
平成 28 年 7 月 25 日	E	愛知県	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	歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士・ 介護主任
平成 29 年 2 月 19 日	F	北海道	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	施設長・管理栄養士・看護主任・介 護主任・栄養管理部長
平成 29 年 6 月 24 日	G	大分県	介護老人保健施設ニコニコ銘水 苑	歯科衛生士
平成 29 年 6 月 24 日	H	大分県	社会医療法人 敬和会 介護老人 保健施設 大分豊寿苑	歯科衛生士

表 1 対象一覧

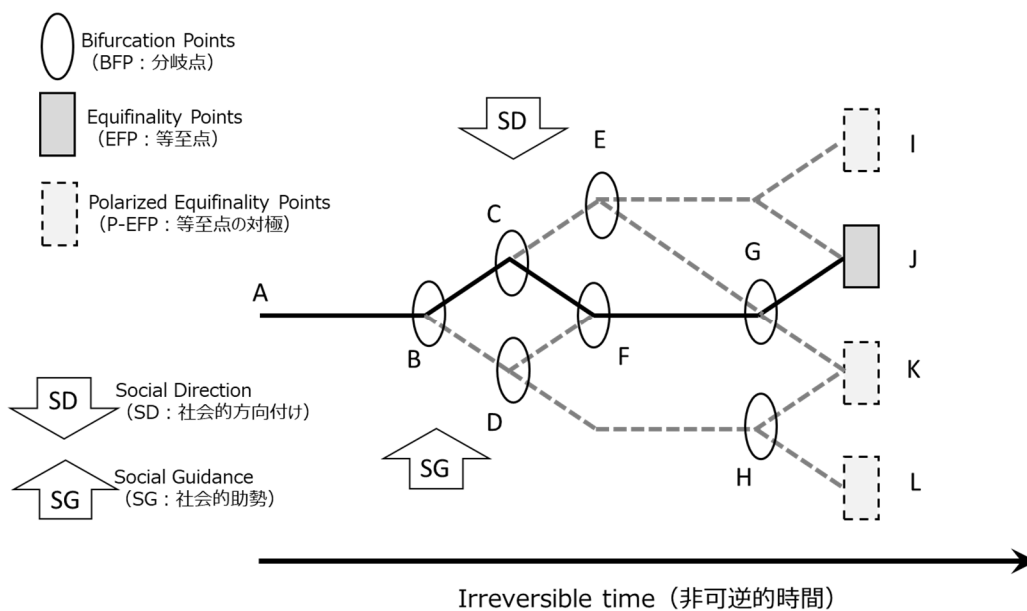


図 1 複線経路等至性モデル (TEM) 図基本的枠組み

経口摂取支援に関わるスタッフ（ヒアリング時）

ケースA

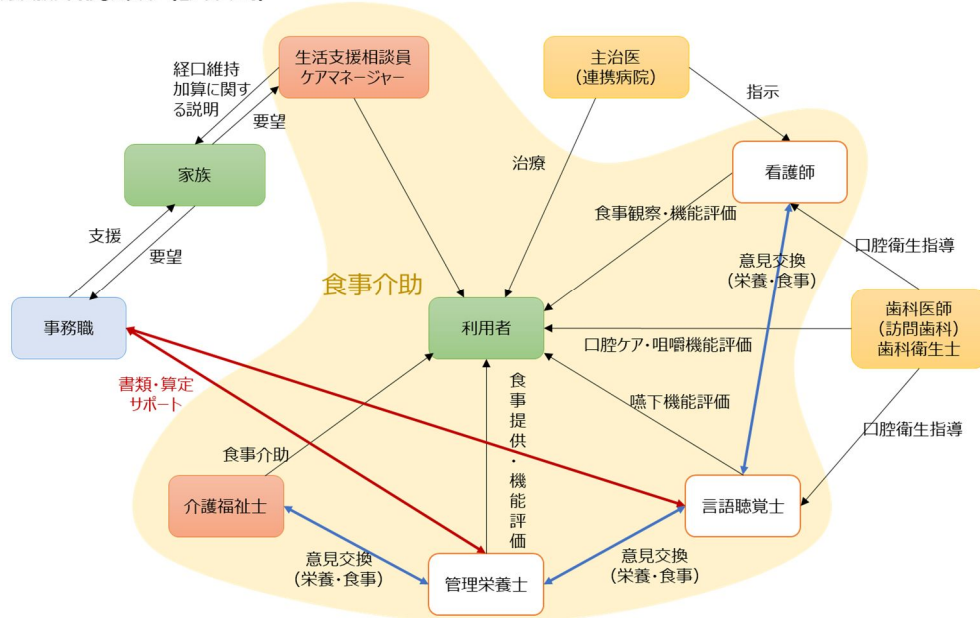


図2 ケースA 経口摂取支援に関わるスタッフ関連図

チーム結成・現在に至るまでの経緯

ケースA

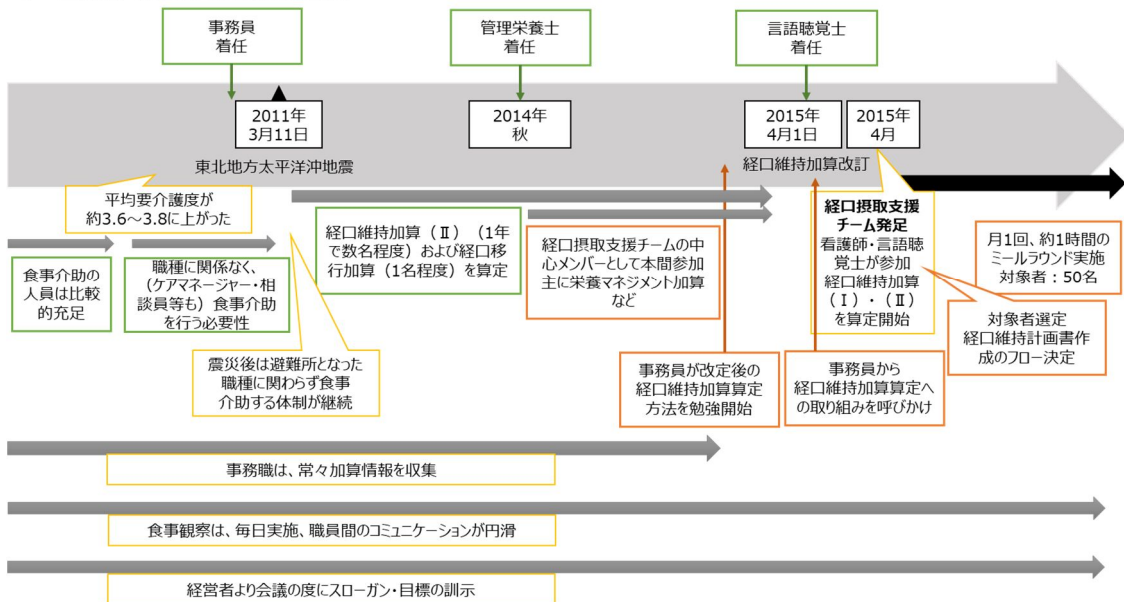


図3 ケースA チーム結成・現在に至るまでの経緯

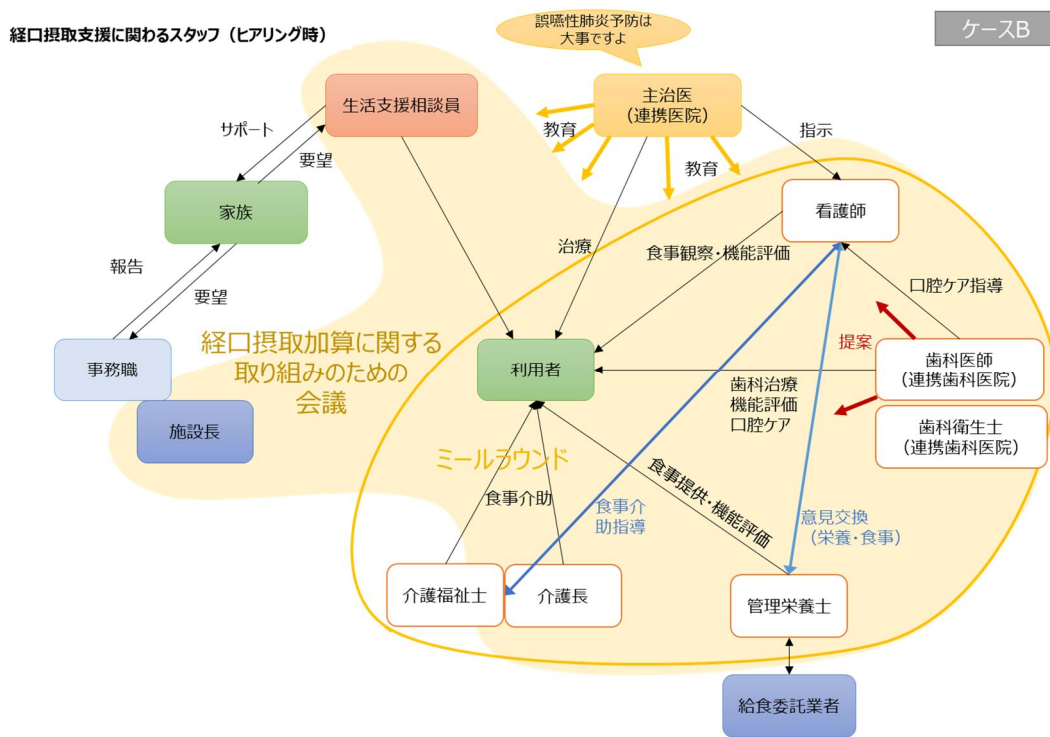


図4 ケースB 経口摂取支援に関わるスタッフ関連図

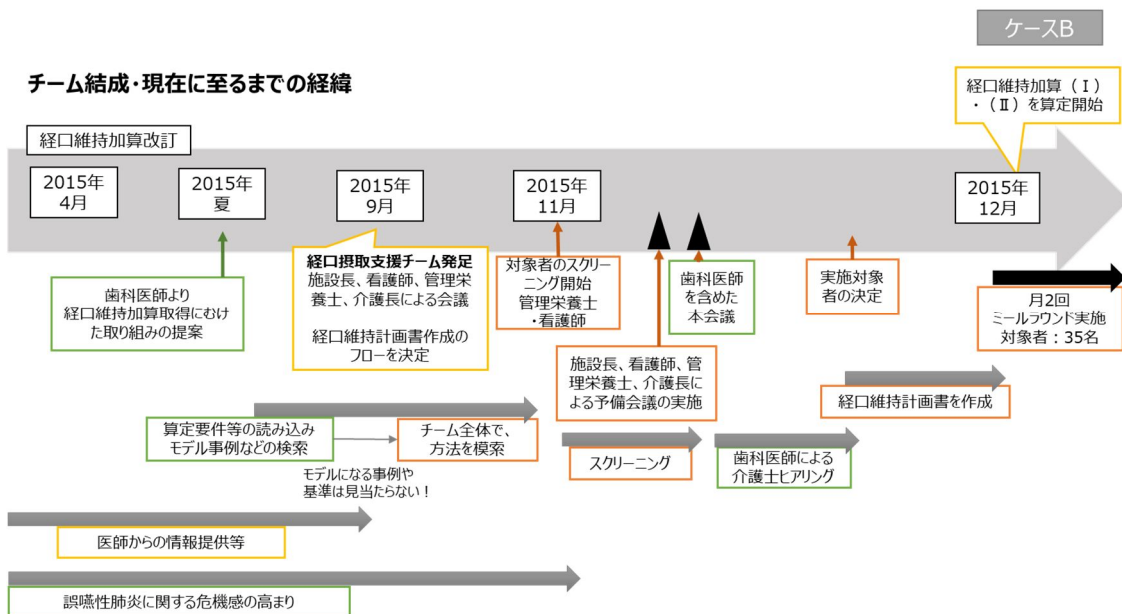


図5 ケースB チーム結成・現在に至るまでの経緯

経口摂取支援に関わるスタッフ（ヒアリング時）

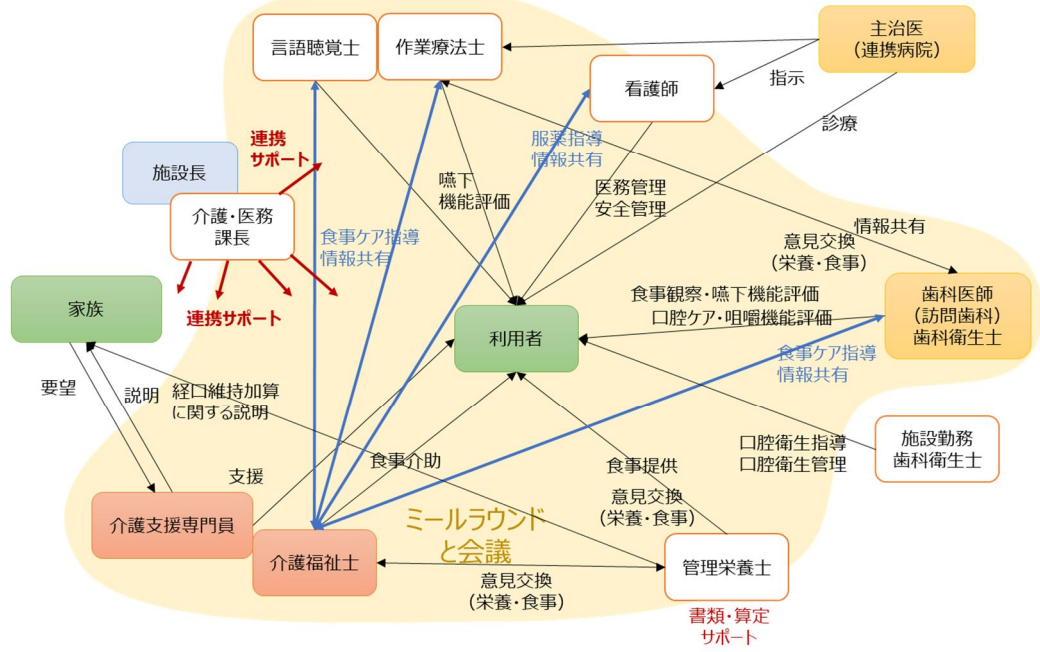


図 6 ケース C 経口摂取支援に関わるスタッフ関連図

チーム結成・現在に至るまでの経緯

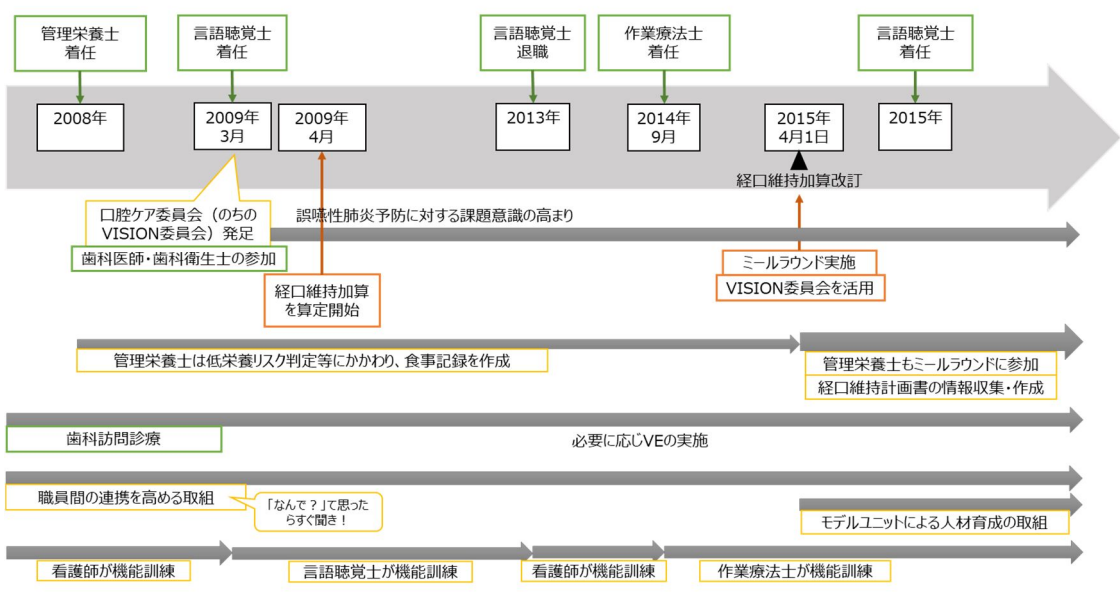


図 7 ケース C チーム結成・現在に至るまでの経緯

経口摂取支援に関わるスタッフ（ヒアリング時）  
適宜行われる連絡相談関係を追加

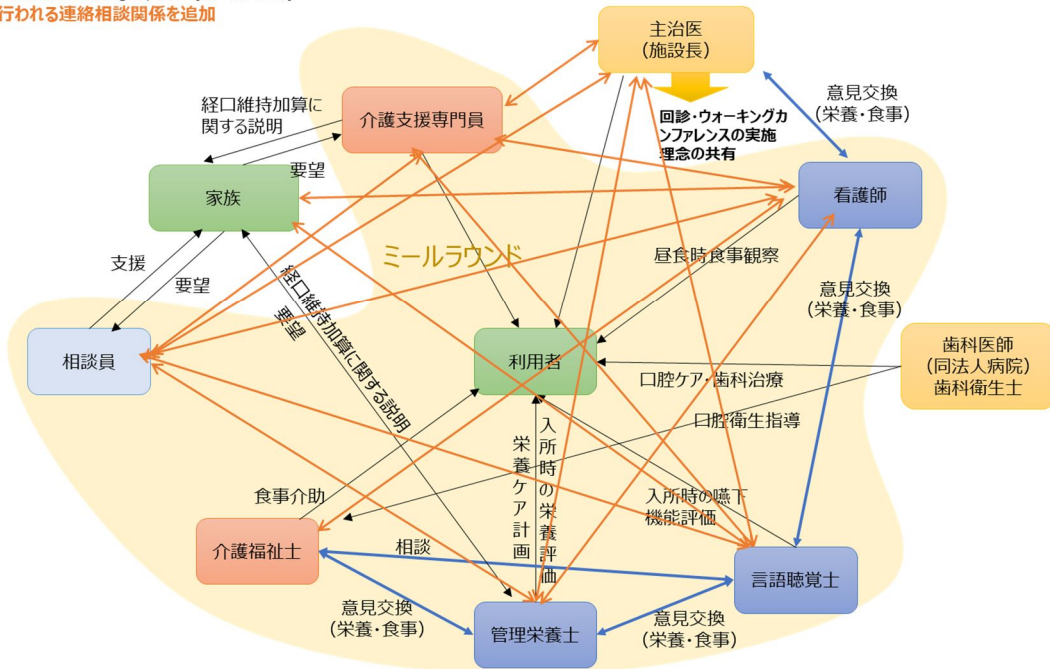


図 8 ケース D 経口摂取支援に関わるスタッフ関連図

チーム結成・現在に至るまでの経緯

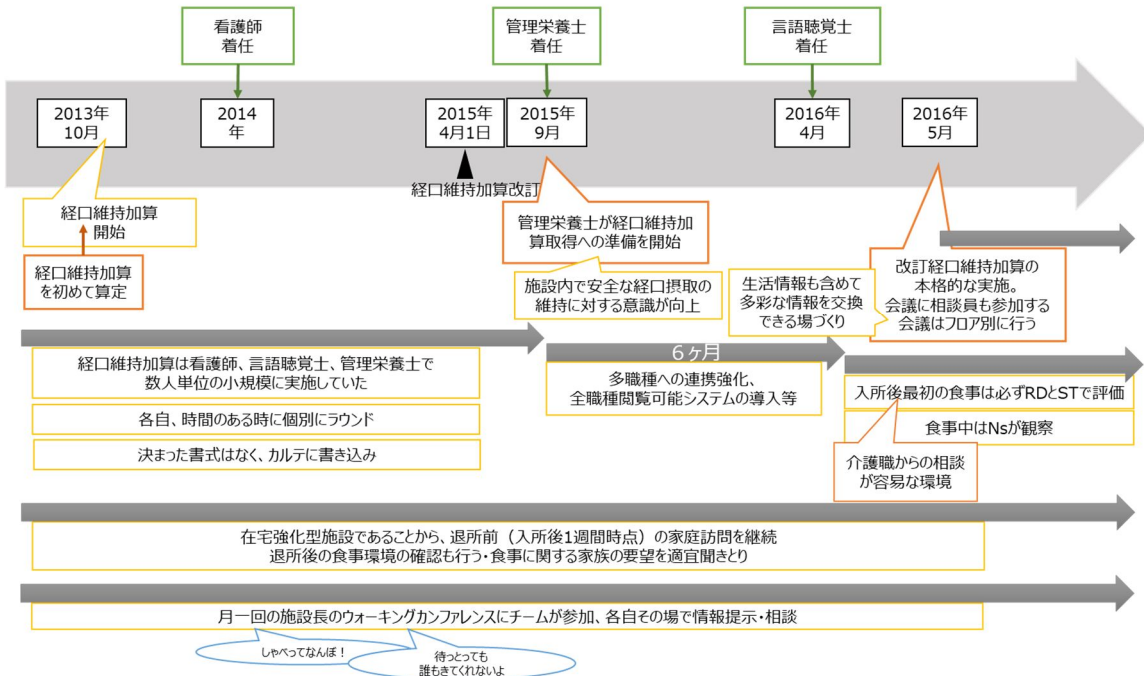


図 9 ケース D チーム結成・現在に至るまでの経緯



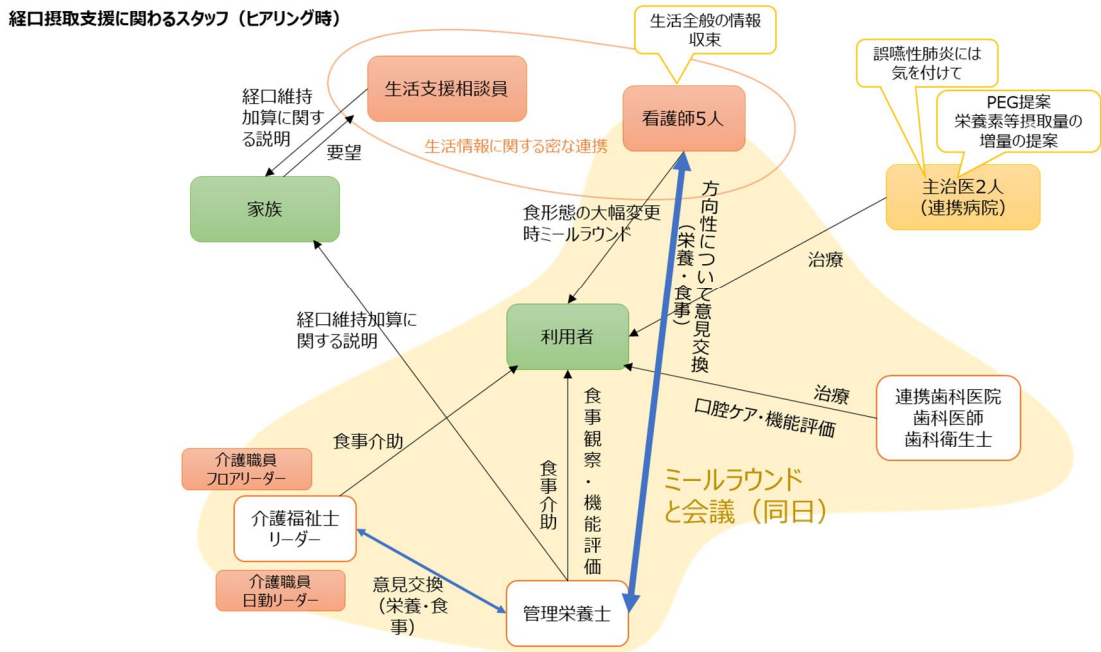


図 10 ケース E 経口摂取支援に関わるスタッフ関連図

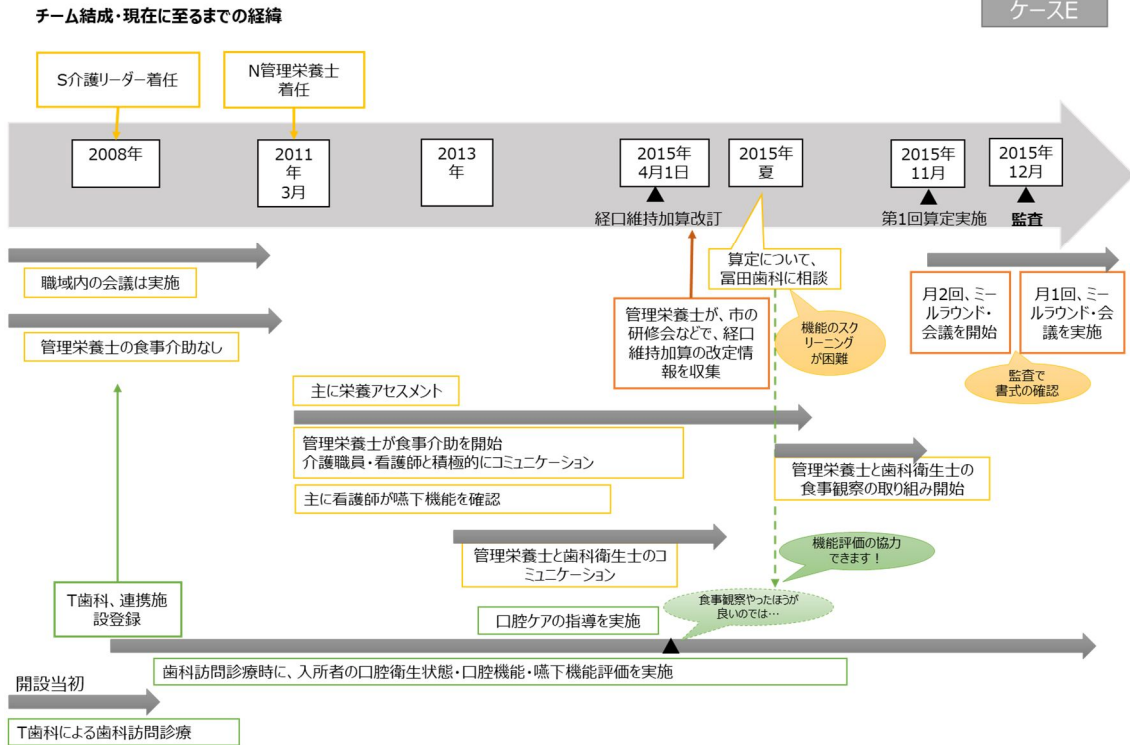


図 11 ケース E チーム結成・現在に至るまでの経緯

経口摂取支援に関わるスタッフ（ヒアリング時）

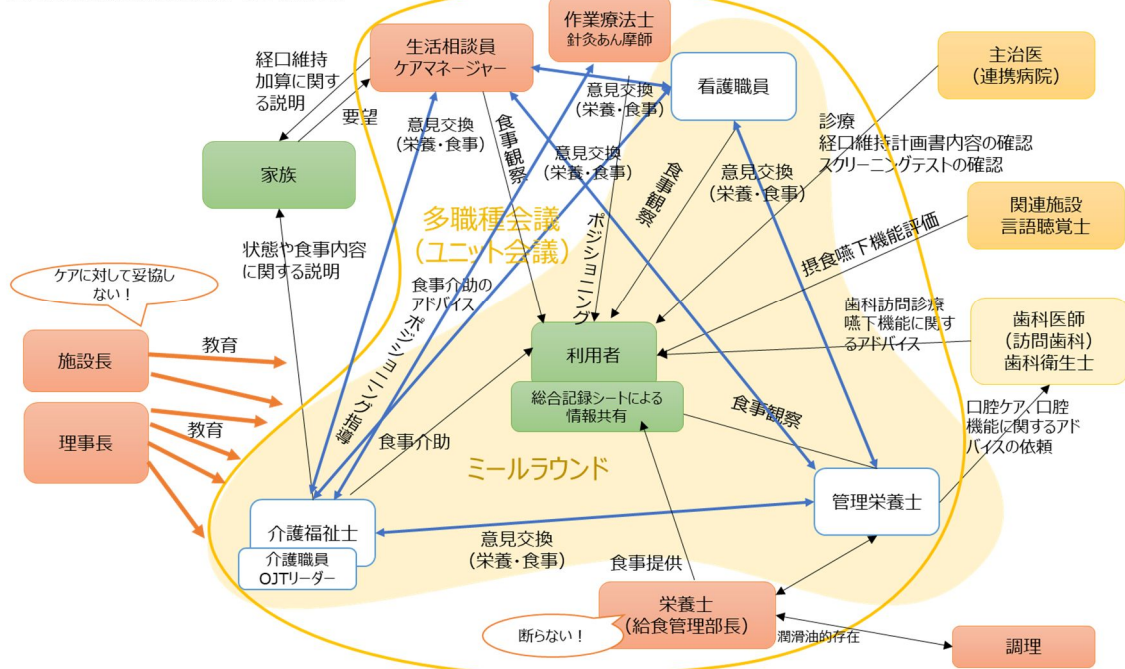


図 12 ケース F 経口摂取支援に関わるスタッフ関連図

1977年12月7日（昭和52年） チーム結成・現在に至るまでの経緯

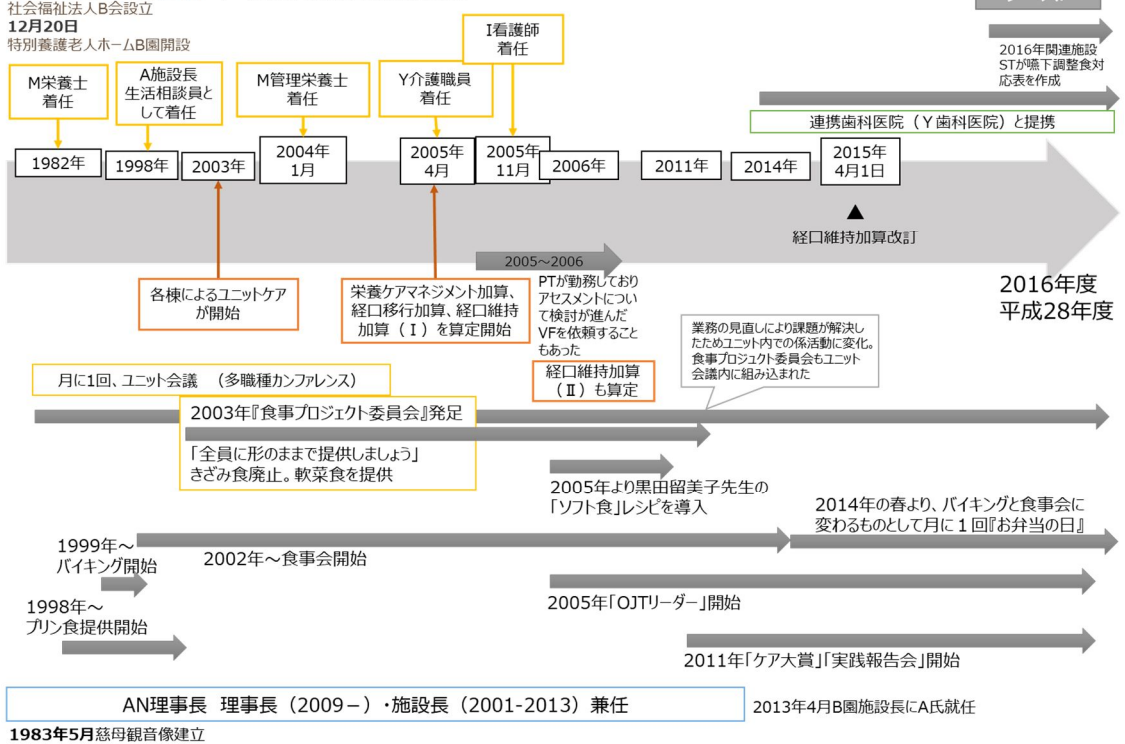


図 13 ケース F チーム結成・現在に至るまでの経緯

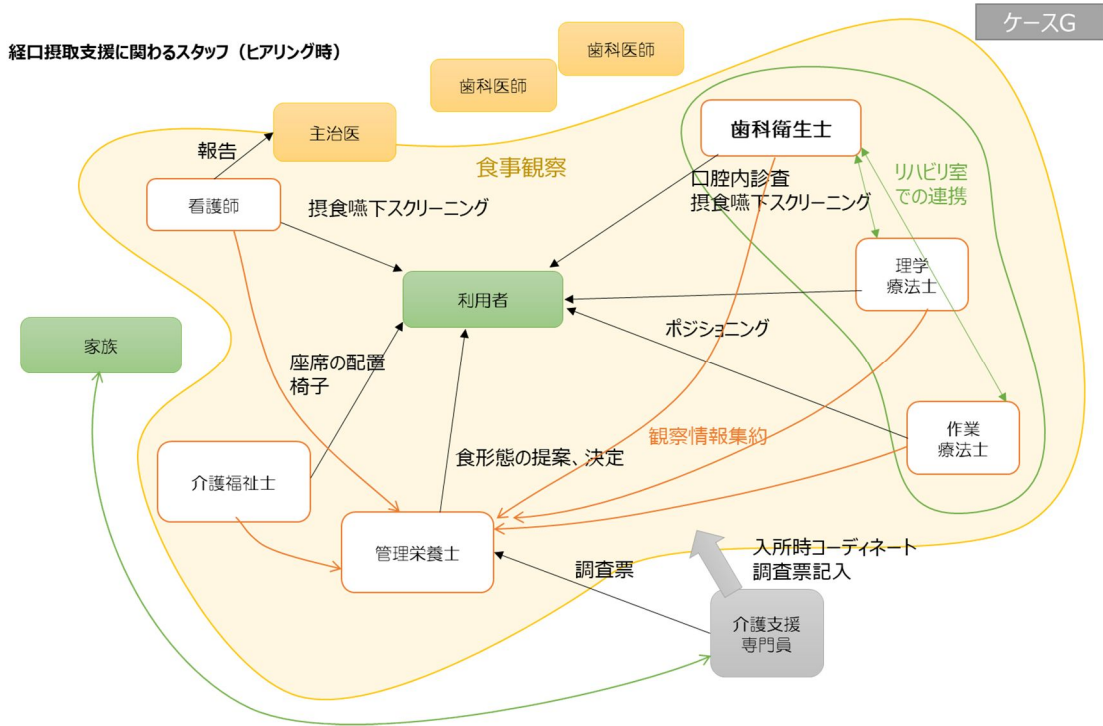


図 14 ケース G 経口摂取支援に関わるスタッフ関連図

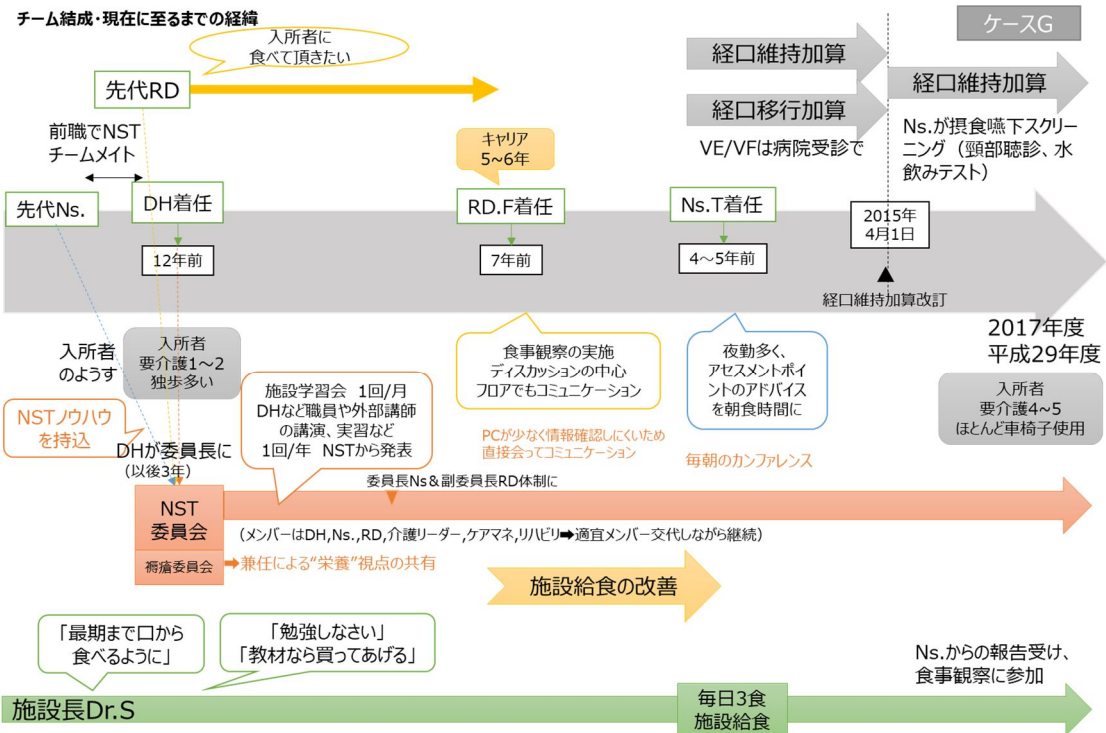


図 15 ケース G チーム結成・現在に至るまでの経緯

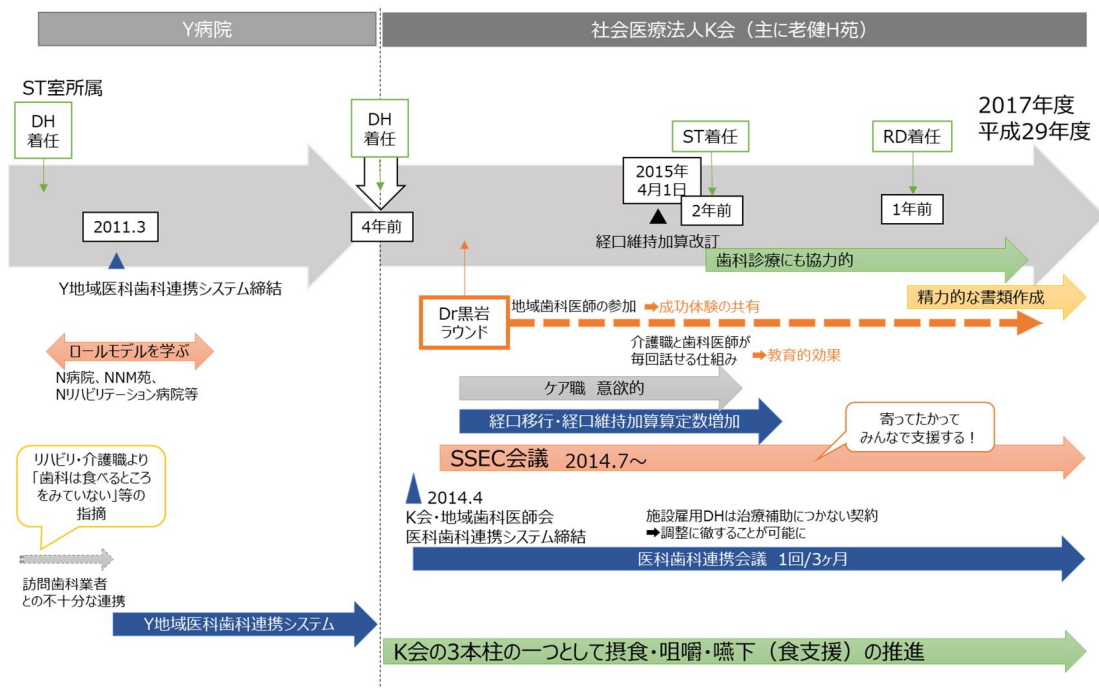


図 16 ケース H チーム結成・現在に至るまでの経緯

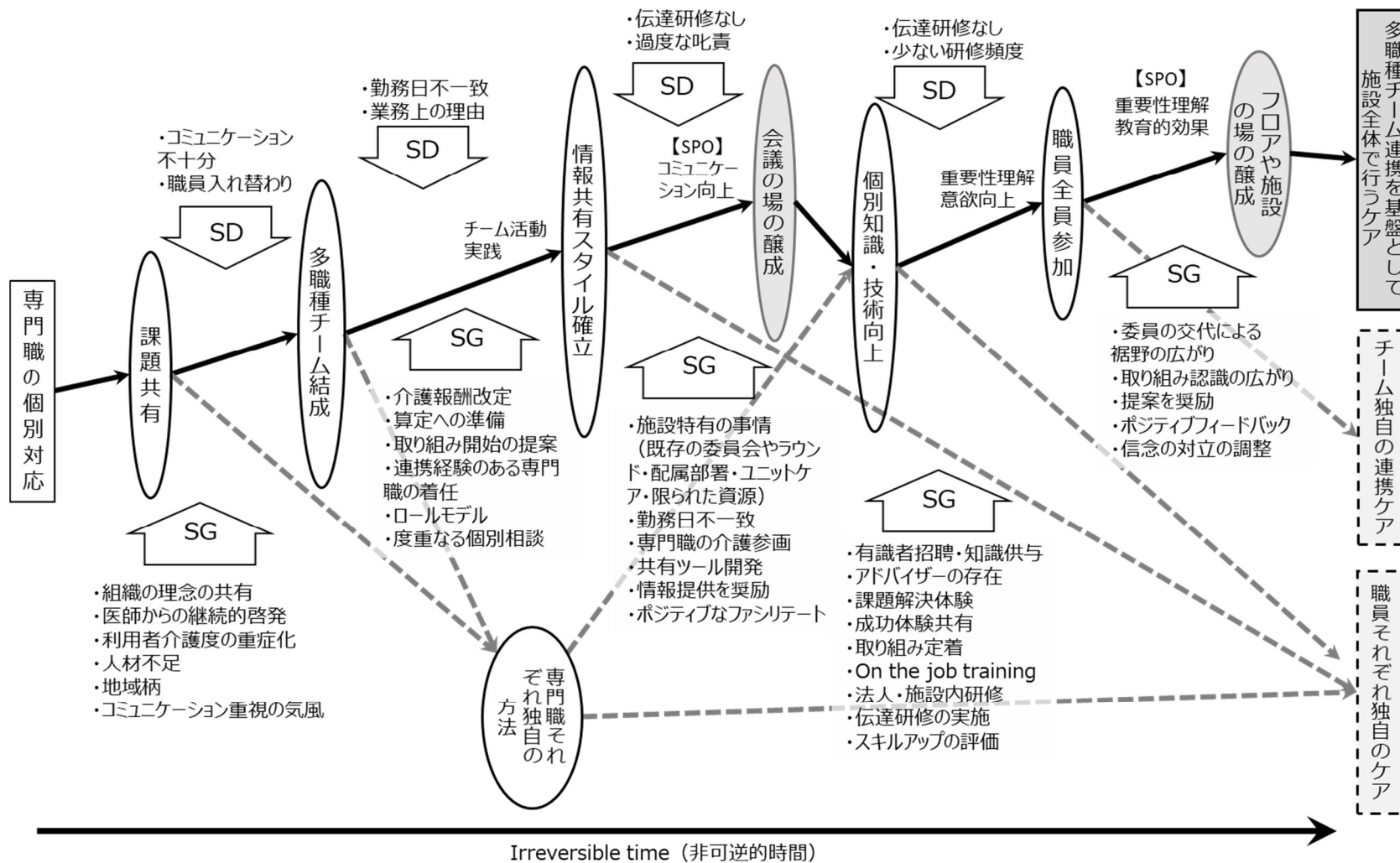


図 17 介護保険施設における経口摂取支援多職種チームの発展に関する TEM 図（凡例は図 1 に示す）

### III．研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
平野浩彦, 渡邊裕		飯島勝矢, 渡邊裕, 平野浩彦	オーラルフレイルQ&A 口から始まる健康長寿	医学情報社	東京	2017	
荒井秀典		荒井秀典	プライマリケア医のための実践フレイル予防塾めざせ健康長寿	日本医事新報者	東京	2017	
枝広あや子	第3章各疾患におけるフレイル予防 1.口腔疾患におけるフレイル予防	荒井秀典	プライマリケア医のための実践フレイル予防塾めざせ健康長寿	日本医事新報者	東京	2017	22-31
荒井秀典		荒井秀典	サルコペニアがいるん	ライフサイエンス出版	東京	2017	
田中弥生		井上修二, 上原誉志夫, 岡純,	最新 臨床栄養学 第3版	光生館	東京	2018	
枝広あや子	第9章認知症高齢者の口腔健康管理 1.認知症とは	下山和弘・羽村章	疾患を有する高齢者の口腔健康管理	口腔保健協会	東京	2017	177-198
枝広あや子	第9章認知症高齢者の口腔健康管理 2.歯科治療時・口腔ケア時・摂食機能訓練時の注意点	下山和弘・羽村章	疾患を有する高齢者の口腔健康管理	口腔保健協会	東京	2017	198-210
枝広あや子	第3章診察時にできる老嚥と摂食嚥下障害の評価, 6. 診察時にできる認知症の摂食嚥下障害の評価	若林秀隆	高齢者の摂食嚥下サポート-老嚥・オーラルフレイル・サルコペニア・認知症-	新興医学出版社	東京	2017	93-98

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Motokawa, K. Watanabe, Y. Edahiro, A. Shirobe, M.	Frailty Severity and Dietary Variety in Japanese Older Persons: A Cross-Sectional Study	J Nutr Health Aging	22(3)	451-456	2018.02.28

本川佳子, 田中弥生, 菅洋子, 細山田洋子, 枝広あや子, 平野浩彦, 渡邊裕	認知症グループホーム 入居高齢者における認知症重症度と栄養状態の関連	日本在宅栄養管理学会誌	4巻2号	135-141	2017 10
渡邊裕	【歯科との連携をどうする-高齢者の生活を支えるために-】 オーラルフレイル	Progress in Medicine	37巻10号	1139-1143	2017 10
森下志穂, 渡邊裕, 平野浩彦, 枝広あや子, 小原由紀, 白部麻樹, 後藤百合, 柴田雅子, 長尾志保, 三角洋美	通所介護事業所利用者に対する口腔機能向上および栄養改善の複合サービスの長期介入効果	日本歯科衛生学会雑誌	12巻1号	36-46	2017 08
白部麻樹, 中山玲奈, 平野浩彦, 小原由紀, 遠藤圭子, 渡邊裕, 白田千代子	顔面および口腔内の過敏症状を有する要介護高齢者の口腔機能および栄養状態に関する実態調査	日本公衆衛生雑誌	64巻7号	351-358	2017.07
Takagi, D.Watanabe, Y. Edahiro, A.Ohara, Y. Murakami, M. Murakami, K.Hironaka, S.Taniguchi, Y. Kitamura, A. Shinkai, S. Hirano, H.	Factors affecting masticatory function of community-dwelling older people: Investigation of the differences in the relevant factors for subjective and objective assessment	Gerodontology	34 ( 3 )	357-364	2017.05.31
荒井秀典	糖尿病入門 糖尿病治療においてなぜフレイル・サルコペニアに注目するのか?	Diabetes Update	7巻1号	24-29	2018.03
荒井秀典	【実地臨床に活かす「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」】 動脈硬化性疾患の絶対リスクと脂質管理目標	荒井 秀典	35巻3号	52-58	2018.03
杉本大貴, 小野玲, 木村藍, 佐治直樹, 新飯田俊平, 荒井秀典, 鳥羽研二, 櫻井孝	【漢方と心療内科-フレイルを中心に】 コグニティブ・フレイルの考え方	日本心療内科学会誌	22巻1号	3-8	2018.02



佐治直樹, 荒井秀典, 櫻井孝, 鳥羽研二	【実施診療のための最新認知症学-検査・治療・予防・支援-】 新たな視点・問題点 フレイル・サルコペニアと認知症	日本臨床	76巻増刊1 実施診療のための最新認知症学 検査・治療・予防・支援	301-305	2018.01
荒井秀典	健康長寿延伸に向けたフレイルの意義	日本成人病(生活習慣病)学会誌	44巻	44	2018.01
荒井秀典	【動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017】 危険因子の評価	The Lipid	29巻1号	34-39	2018.01
荒井秀典	【「サルコペニア診療ガイドライン2017」の要点】 サルコペニア診療ガイドライン作成の背景とガイドラインの概要	臨床栄養	132巻1号	18-21	2018.01
荒井秀典	「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017年版」改訂のポイント	日本医事新報	4890号	46-55	2018.01
荒井秀典	【栄養指導・管理のためのスキルアップシリーズvol.5 脂質異常症の最新食事療法のなぜに答える 基礎編】 脂質異常症の診断基準について教えてください。また、どのように治療方針を立てるのでしょうか?	臨床栄養	別冊栄養指導・管理のためのスキルアップシリーズ5	109-112	2017.12
荒井秀典	【脂質異常症診療が変わる 新GLの特徴から新薬の使い方まで】 治療薬のエビデンスと選び方・使い方 スタチン	薬事	59巻16号	3289-3292	2017.12
荒井秀典	【栄養指導・管理のためのスキルアップシリーズvol.5 脂質異常症の最新食事療法のなぜに答える 基礎編】 高齢者でも高LDLコレステロール血症の治療が必要ですか?	臨床栄養	別冊栄養指導・管理のためのスキルアップシリーズ5	106-108	2017.12

荒井秀典	【循環器疾患の予防や治療の最新知見(2)】動脈硬化性疾患の予防と治療の最新知見 家族性高コレステロール血症の早期発見の重要性	健康管理	762号	9-34	2017.12
木下かほり, 荒井秀典	その患者、じつはフレイル?もしかしてサルコペニア? 地域高齢者のフレイル予防	Nutrition Care	10巻11号	1044-1047	2017.11
荒井秀典	【女性のフレイルを考える】 Overview	White	5巻2号	105-108	2017.11
荒井秀典	【フレイルとロコモティブシンドローム】 Overview フレイルとロコモ 超高齢社会における取り組み	THE BONE	31巻3号	31巻3号	2017.10
荒井秀典	肥満症と老化 サルコペニア/フレイルを含めて 肥満症とフレイル・サルコペニア	肥満研究	23巻	148	2017.09
荒井秀典	【骨粗鬆症リエゾンサービス】 サルコペニア・フレイルと骨粗鬆症	Clinical Calcium	27巻9号	1279-1285	2017.08
荻田美穂子, 宮松直美, 大倉美佳, 山本美樹, 中井寿美, 沼田朋子, 荒井秀典	地域在住高齢者における喫煙習慣と精神的健康状態との関連	日本アルコール・薬物医学会雑誌	52巻4号	187	2017.08
荒井秀典	高齢者におけるリハビリテーションの意義(第41回) 健康長寿社会における予防医学としてのリハビリテーション 疾病予防、認知症 糖尿病など内科疾患のコントロールから	Geriatric Medicine	55巻8号	931-934	2017.08
荒井秀典	【健康寿命延伸のためのサルコペニア対策-現状の課題と今後の展望】 日本サルコペニア・フレイル学会設立の経緯と社会へ果たす役割	日本サルコペニア・フレイル学会雑誌	日本サルコペニア・フレイル学会雑誌	4-6	2017.06

荒井秀典	高齢者における薬物療法のガイドライン 糖尿病	医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス	48巻6号	390-394	2017.06
荒井秀典, 荒木厚, 佐藤幸人, 秋下雅弘	フレイルと各疾患およびポリファーマシーとの関連	Geriatric Medicine	55巻6号	647-654	2017.06
荒井秀典	高齢者の糖尿病診療におけるPolypharmacyの課題	日本医事新報	4860号	C2-C3	2017.06
荒井秀典	【老化と生体恒常性】サルコペニアとフレイルに対する予防・治療	Clinical Calcium	27巻7号	1007-1011	2017.06
谷川隆久, 荒井秀典	【低栄養対策パーフェクトガイド-病態から問い直す最新の栄養管理】(Part1)低栄養の最新知識 サルコペニアとフレイル	臨床栄養	130巻6号	760-765	2017.05
荒井秀典	【糖尿病と骨粗鬆症の危うい関係～骨折予防のトータルマネジメント～】糖尿病関連骨粗鬆症の基礎知識 サルコペニア・フレイルと糖代謝異常	月刊糖尿病	9巻4号	42-46	2017.04
工藤美香, 田中弥生	日本在宅栄養管理学会における認定栄養ケア・ステーション	日本在宅栄養管理学会誌	4巻3号	177-180	2018.03
前田佳予子, 田中弥生, 工藤美香	地域包括ケアシステムで管理栄養士に求められるミッションとは	New Diet Therapy	33巻4号	13-24	2018.03
田中弥生	【退院後の食事の不安と悩みを解決!地域包括ケアシステムのなかで管理栄養士は何ができるのか?】地域包括ケアシステムのなかで求められる管理栄養士の役割	Nutrition Care	10巻12号	1120-1125	2017.12

本川佳子, 田中弥生, 菅洋子, 細山田洋子, 枝広あや子, 平野浩彦, 渡邊裕	認知症グループホーム入居高齢者における認知症重症度と栄養状態の関連	日本在宅栄養管理学会誌	4巻2号	135-141	2017.10
田中弥生	管理栄養士が携わる脂質栄養~実践・教育・研究 認知症予防・治療に対する中鎖脂肪酸の有用性について	脂質栄養学	26巻2号	170	2017.08
工藤美香, 田中弥生, 前田佳予子, 中村育子, 井上啓子	睦町クリニック認定栄養ケア・ステーションにおける在宅訪問栄養食事指導の効果	日本栄養士会雑誌	60巻7号	389-397	2017.06
田中弥生	【地域包括ケアにおける在宅栄養管理】	New Diet Therapy	33巻1号	15-18	2017.06
田中弥生	急性呼吸不全を理解する 栄養管理	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌	26巻3号	433-437	2017.04
井上めぐみ, 安藤雄一	【稀な呼吸器悪性腫瘍】縦隔原発の胚細胞腫瘍	呼吸器内科	33巻3号	247-253	2018.03
大島克郎, 安藤雄一	Web調査を用いた歯科衛生士・歯科技工士を含む医療関係職種等の認知度に関する研究 高校生の約半数が歯科技工士という職種を全く知らなかった	日本歯科医療管理学会雑誌	52巻4号	200-210	2018.02
下方智也, 安藤雄一	高齢者がん医療の現状と課題】高齢者がんの問題点 高齢者がん患者の薬物動態	腫瘍内科	21巻2号	145-152	2018.02
山田里美, 安藤雄一	キャッチ!オンコロ・トレンド(第1回) 「がん薬物療法時の腎障害診療ガイドライン2016」のポイント	YORi-SOUがんナーシング	8巻1号	74-75	2018.02

安藤雄一	DH臨床に役立つ 社会のキーワード メタボ健診改定 歯科の質問の登場で歯科医院が変わる?!	歯科衛生士	42巻1号	70-71	2018.01
松岡歩, 安藤雄一	高齢者のがん薬物療法について	日本薬剤師会雑誌	70巻1号	15-18	2018.01
深井穫博, 佐々木健, 野村圭介, 大内章嗣, 安藤雄一, 小川祐司, 岡田寿郎, 嶋崎義浩, 宮崎秀夫, 竹内研時	「口腔保健の新定義」に関する動向	口腔衛生学会雑誌	67巻4号	306-310	2017.10
富永一道, 濱野強, 土崎しのぶ, 安藤雄一	地域在住高齢者における認知機能検査と「咀嚼の複合指標」との関係について	口腔衛生学会雑誌	67巻4号	276-283	2017.10
相田潤, 深井穫博, 古田美智子, 佐藤遊洋, 嶋崎義浩, 安藤雄一, 宮崎秀夫, 神原正樹	歯科医院への定期健診はどのような人が受けているのか 受診の健康格差 8020推進財団「一般地域住民を対象とした歯・口腔の健康に関する調査研究」	口腔衛生学会雑誌	67巻4号	270-275	2017.10
葭原明弘, 安藤雄一, 深井穫博, 安細敏弘, 伊藤博夫, 佐々木健, 山本龍生, 皆川久美子, 宮本茜, 岩崎正則, 竹内研時, 日本口腔衛生学会, 日本口腔衛生学会疫学研究委員会および政策声明委員会	政策声明 認知症に対する口腔保健の予防的役割	口腔衛生学会雑誌	67巻4号	251-259	2017.10
安藤雄一	歯科疾患実態調査、国民健康・栄養調査、国民生活基礎調査における口腔保健に関する質問紙調査項目	ヘルスサイエンス・ヘルスケア	17巻1号	11-18	2017.09

大島克郎, 安藤雄一	医療施設静態調査を用いた歯科診療所に就業する歯科衛生士および歯科技工士の推移と市区町村別分布	ヘルスサイエンス・ヘルスケア	17巻1号	4-10	2017.09
小林朋子, 岩間信太郎, 安田康紀, 岩田尚子, 梶村益久, 安藤雄一, 秋山真志, 長谷川好規, 有馬寛	免疫チェックポイント阻害薬による内分泌障害(臨床研究第一報)	日本内分泌学会雑誌	93巻	70-72	2017.06
大田亜希子, 安藤雄一	【新規薬剤】新しい標的 PDGFR阻害薬	腫瘍内科	19巻6号	698-703	2017.06
枝広あや子	その他 認知症患者に適した食具の選び方	DENTAL DIAMOND	43巻4号	118-120	2018.03
枝広あや子	【身体疾患の発症につながる 歯のトラブル】<総論>高齢者の口腔の特徴と身体疾患への影響	コミュニティケア	19巻12号	10-15	2017.11
枝広あや子	【高齢者のための精神科医療】(第5章)疾患各論 その他の精神疾患 高齢発症と高齢による変化 食行動および口腔における問題	精神科治療学	32巻増刊	364-369	2017.10
栗田圭一, 枝広あや子, 杉山美香	【高齢者のための精神科医療】(第4章)治療 社会資源の利用など 認知症疾患医療センター	精神科治療学	32巻増刊	169-173	2017.10
本川佳子, 田中弥生, 菅洋子, 細山田洋子, 枝広あや子, 平野浩彦, 渡邊裕	認知症グループホーム 入居高齢者における認知症重症度と栄養状態の関連	日本在宅栄養管理学会誌	4巻2号	135-141	2017.10
枝広あや子	【歯科との連携をどうする-高齢者の生活を支えるために-】認知症の食を支える視点	Progress in Medicine	37巻10号	1149-1155	2017.10

枝広あや子	DH Eye 歯科医院でもできる!認知症患者さんのチェックと対応	デンタルハイジーン	37巻8号	868-873	2017.08
枝広あや子	【嚥下機能を考慮した薬物治療実践メソッド】疾患別の対応 認知症患者への対応のポイント	薬事	59巻9号	1821-1825	2017.07
平野浩彦, 枝広あや子	歯科医師の認知症対応力向上に向けて 最近の認知症を取り巻く動向	日本歯科医師会雑誌	70巻4号	305-314	2017.07
伊東美緒, 平野浩彦, 高城大輔	【認知症患者さんを不安にさせない対応をユマニチュードに学ぶ!歯科でよくある"困った"場面でどう振る舞う?】	歯科衛生士	42巻1号	44-58	2018.01
平野浩彦	【認知症と歯科医療】認知症の口を支える基礎知識	日本口腔インプラント学会誌	30巻4号	235-244	2017.12
橋本和明, 竹内武昭, 中村祐三, 井原一成, 大淵修一, 平野浩彦, 藤原佳典, 河合恒, 小島基永, 端詰勝敬	都市部高齢者の不眠症状とその関連因子	不眠研究	2017巻	19-23	2017.10
平野浩彦	歯科医師の認知症対応力向上に向けて 最近の認知症を取り巻く動向	日本歯科医師会雑誌	70巻4号	305-314	2017.07
平野浩彦	【高齢者のフレイル対策】いまなぜオーラルフレイルが注目されるのか	地域保健	48巻4号	28-31	2017.07
平野浩彦	【認知症と栄養-基礎知識から栄養管理の実践、予防まで】認知症の口腔ケア	臨床栄養	131巻1号	43-50	2017.07

<p>宮崎秀夫, 森田学, 深井穂博, 安藤雄一, 眞木吉信, 村上伸也, 桃井保子, 平野浩彦, 相田潤, 葭原明弘, 山賀孝之, 町田達哉, 多田紗弥夏, 内藤徹, 伊藤加代子, 花田信弘, 野村義明, 一般社団法人日本口腔衛生学会, 高齢者のオーラルセルフケア検討委員</p>	<p>高齢者のオーラルセルフケアに関する学会提言 2017年2月28日</p>	<p>口腔衛生学会雑誌</p>	<p>67巻2号</p>	<p>94-117</p>	<p>2017.04</p>
<p>森下志穂, 渡邊裕, 平野浩彦, 枝広あや子, 小原由紀, 白部麻樹, 後藤百合, 柴田雅子, 長尾志保, 三角洋美</p>	<p>通所介護事業所利用者に対する口腔機能向上および栄養改善の複合サービスの長期介入効果</p>	<p>日本歯科衛生学会雑誌</p>	<p>12巻1号</p>	<p>36-46</p>	<p>2017.08</p>
<p>小原由紀</p>	<p>【歯科との連携をどうする-高齢者の生活を支えるために-】 歯科衛生士との連携 病院内連携</p>	<p>Progress in Medicine</p>	<p>37巻10号</p>	<p>1191-1195</p>	<p>2017.10</p>



歯科との連携をどうする  
—高齢者の生活を支えるために—

## 4. 認知症の食を支える視点

Edahiro Ayako  
枝広あや子

## 特集

歯科との連携をどうする  
—高齢者の生活を支えるために—



Edahiro Ayako  
枝広あや子\*

\*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認知症とうつの介入の促進

## 4. 認知症の食を支える視点

### はじめに

認知症とは、何らかの脳の病的変化によって認知機能が障害され、それによって日常生活や社会生活に支障を来した状態である。認知症の諸症状が出現し始め、社会的・身体的困難が複雑化する状況においては、口腔に関する諸問題は後回しにされがちである。特に精神疾患を抱える高齢者においては、多くの口腔諸問題は明らかな自訴がなければ受診勧奨されることも少なく、対応が後手に回るのが現状である。臨床的に著しく生活に支障を来すような口腔症状の発症、あるいは経口摂取困難となってから歯科受診することになるケースも少なくない。認知症高齢者の口腔に関する諸問題は“食”の困難に直結するため、栄養障害の負のスパイラルを起こさないためにも、早期に適切に対応する必要がある<sup>1)</sup>。そのためには、認知症の原因疾患、進行と経過に伴う生活機能低下および口腔機能・摂食嚥下機能低下のイメージを把握することで、それぞれの患者の背景に配慮した予知的な療養計画のもとに、適切な連携をとることが可能になる。

### 認知症高齢者の食に関する困難

認知症の原因疾患を大きく4疾患挙げるならば、脳血管障害に起因する血管性認知症(VaD)と、変性性認知症としてアルツハイマー病(AD)による認知症、レビー小体型認知症(DLB)、前頭側頭型認知症(FTD)であろう。本稿では誌面の関係から主にADについて記述する。

ADの中核症状とは、脳機能に生じた障害が直接反映される記憶障害、実行機能障害、失行・失認・失語などの症状であり、認知症であれば病態による差はあっても必ず認められる症状である(図1)<sup>2)</sup>。一方、周辺症状は認知症の行動・心理症状(behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)と呼ばれ、認知症の80%前後がBPSDを合併すると報告されている<sup>3)</sup>。食事の場面であれば、異食、手掴み食べ、過食、盗食などがそれに当たる。認知症患者に記憶障害や理解力低下、見当識障害があることにより、自らの身体状況や周囲の状況、場所、時間の経過などが理解できず、それらに対応できないことによる混乱が周辺症状の原因となる(図2)<sup>4)</sup>。したがって、周辺症状は認知症に必ず現れる症状ではなく、身体疾患や心理環境要因などの様々な影響を受ける症状である。例えば「声掛け」「声色」や話しかけてくる人の「表情」、肩を触る、手を握るなどの「触り方」も環境刺激の1つである。認知症を取り巻く物、人、その行動、すべてが環境刺激であると認識して、認知症高齢者1人ひとりに応じた適切な環境に調整する必要がある。

ADの中核症状は、食事行動のうち本人を取り巻く時間経過や食事環境、提供された食物、食具などを把握し、適切に注意を向けることを障害する<sup>5)</sup>。例えば食事を目の前にしても摂食行動を開始できず混乱して別の行動を起こす、または行動を起こすことができない摂食開始困難、また食具使用困難、食事の中断などが起こる<sup>6)</sup>。

中等度ADでは摂食行動が障害されていても咀嚼や嚥下機能の低下が軽度であれば、誤嚥リスクは少ない

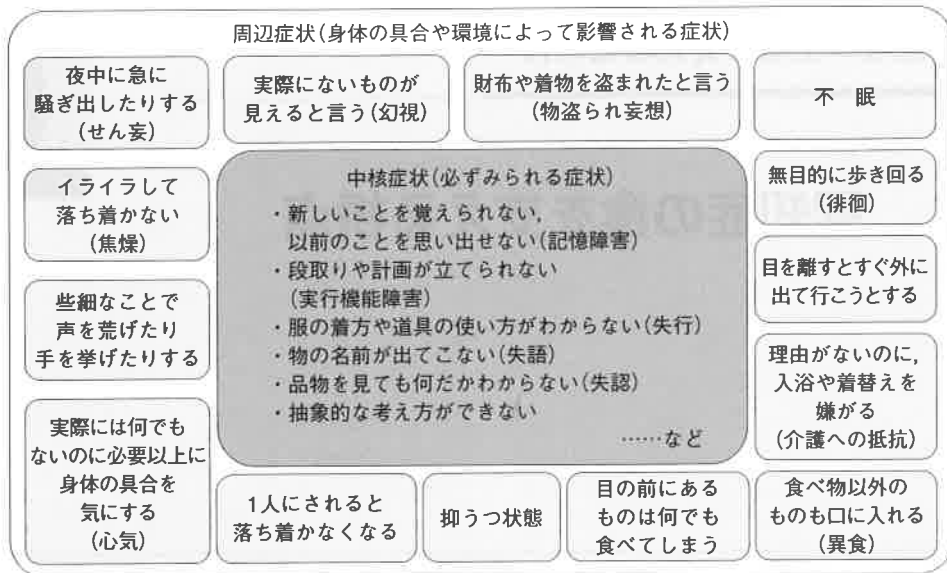


図1 認知症の中核症状と周辺症状

(文献2より改変引用)

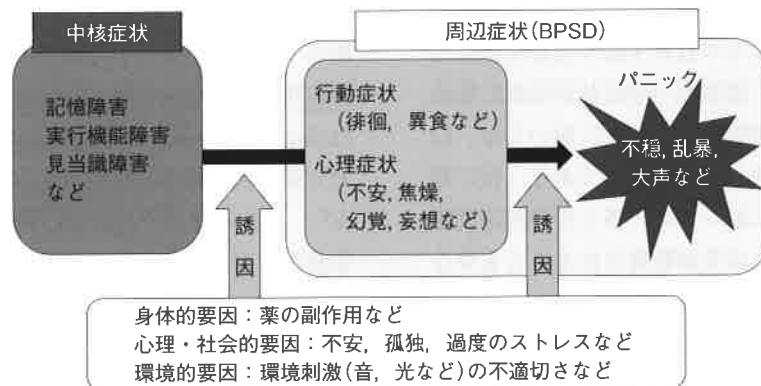


図2 認知症の中核症状と周辺症状(BPSD)の関係

(文献4より一部改変引用)

が、進行とともに神経伝達物質の異常や神経原線維変化などにより次第に咀嚼の協調運動は障害され、リズムカルで複雑な咀嚼の動きが失われる。さらに進行すると口腔内での移送が困難になり、溜め込み、吐き出しなどの症状が起こる。ADが最重度に至ると嚥下反射の惹起や、喉頭挙上が障害され、咽頭期嚥下障害となり誤嚥が起こりやすく、結果として体重減少、免疫力低下が起こる。ADの重症度評価のうちFunctional Assessment Staging (FAST)<sup>7)</sup>の進行過程に沿った口腔咽頭機能の低下と口腔衛生管理の要点について表1にまとめる<sup>7,8)</sup>。

他の原因疾患ではVaDにおける脳血管障害の局在に応じた摂食嚥下障害<sup>9)</sup>、DLBにおける意識レベルの変動、錐体外路症状に関連した摂食嚥下障害<sup>10)</sup>、FTDの

脱抑制や被影響性の亢進などの症状に関連した過食・詰め込み食などの食行動変化<sup>11)</sup>が知られている。原因疾患別の食行動と対応の要点を表2に示す。こうした食行動変化に対しては治療(キュア)するよりも、観察評価からそのとき生じている困難の原因をアセスメントして、混乱を生じる環境因子を調整し、表出される臨床症状への支援(ケア)を行う視点が必要である。

## 認知症の口腔管理の困難

### 1. 器質的な口腔管理

認知症を有する人では、口腔のみならず生活や身体全般のセルフケア、整容行動が困難になることは周知のとおりである。認知症の発症前後から口腔のセルフ

表1 FASTによる認知症重症度評価と関連したアルツハイマー病の口腔のセルフケアおよび摂食嚥下機能と口腔機能管理の要点

FAST		既存のFASTの特徴		口腔のセルフケアと口腔機能		摂食・嚥下機能		口腔衛生と食の支援の要点	
正常	1	認知機能低下は認められない。	物の置き忘れを訴えるが、年相応の物忘れ程度。	自立している。	正常。	特に支援なし。	口腔衛生と食の支援の要点	特に支援なし。	
境界状態	2	日常生活の中で、これまでやってきた慣れた仕事(作業)は遂行できる。一方、熟練を要する複雑な仕事を遂行することが困難。	夕食に答を招く較取りをつけたり、買い物や管理したり、買物をする程度は遂行できる。一方、熟練を要する複雑な仕事を遂行することが困難。	一見自立しているが、セルフケアの精度は低下している。	正常。	料理の手順などへの支援。		新しい清掃用具を導入する場合は支援が必要。	
軽度	3	夕食に答を招く較取りをつけたり、買い物や管理したり、買物をする程度は遂行できる。一方、熟練を要する複雑な仕事を遂行することが困難。	夕食に答を招く較取りをつけたり、買い物や管理したり、買物をする程度は遂行できる。一方、熟練を要する複雑な仕事を遂行することが困難。	口腔清掃のセルフケアが不十分になる。忘れてしまうこともある。誤嚥が必要。ガーゼリング、リンシングは自立している。	正常。	大きな問題は無いが、咀嚼が不十分になりがちになる。誤嚥が必要。ガーゼリング、リンシングは自立している。		清掃用具の支援に加え、口腔清掃行為の誘導や、日々の習慣化などに配慮する必要がある。介助の受け入れは自尊心が障害となり困難な場合が多い。	
中等度	4	買物をする必要はない。自動車の安全な運転ができない。明らかに釣り合いが取れない組み合わせで服を着たり、季節に合った洋服を自分で適切に選ぶことができなくなっている。買物の必要はない。毎日の入浴を忘れることもある。入浴させるときにも入浴剤や洗剤の量を自分で適切に選ぶことができなくなっている。	買物をする必要はない。自動車の安全な運転ができない。明らかに釣り合いが取れない組み合わせで服を着たり、季節に合った洋服を自分で適切に選ぶことができなくなっている。買物の必要はない。毎日の入浴を忘れることもある。入浴させるときにも入浴剤や洗剤の量を自分で適切に選ぶことができなくなっている。	口腔清掃を1人で遂行することは困難。誘導や介助が必要。義歯をしまいくんず紛失することがある。ガーゼリングが困難になる。		口腔の巧緻性の低下、咀嚼運動の協調性の低下、咀嚼力低下が起り始める。目の前に食べ物が食べると食べてしまうことがある。		口腔清掃行為の誘導に拒否が起らないように、本人のリズムに合わせて合わせる必要がある。義歯紛失に注意が必要。食事の様子の変化を注意深く観察し、観察方法を工夫する。	
やや高度	5	(a) 寝巻の上に普段着を重ねて着てしまう。靴ひもが結ばなかったり、ボタンを掛けられなかったり、左右間違えて靴を履いてしまうことがある。	(a) 寝巻の上に普段着を重ねて着てしまう。靴ひもが結ばなかったり、ボタンを掛けられなかったり、左右間違えて靴を履いてしまうことがある。	口腔清掃に介助が必要。ガーゼリングが困難だがリンシングは自立している。		食べ物の種類に合わせて食べ方が困難になり、機会誤嚥が生じる。		食事中、咀嚼せずに丸呑みしたり頬張りすぎないように食具の大きさに配慮する。	
	6a	(b) 入浴時、お湯の温度、量を調節できなくなり、体もうまく洗えなくなる。浴槽に入ったり出たりする時、風呂上りにきちんと体を拭くことができなくなり、風呂に入りがたがらない。嫌がるという行動がみられることもある。	(b) 入浴時、お湯の温度、量を調節できなくなり、体もうまく洗えなくなる。浴槽に入ったり出たりする時、風呂上りにきちんと体を拭くことができなくなり、風呂に入りがたがらない。嫌がるという行動がみられることもある。	口腔清掃をしたがらず、複雑な義歯の着脱、取り取りが困難になる。		嚥下の協調運動が困難なことがある。隣人の皿から食べることがある。		口腔清掃を誘導し、必要があれば介助清掃するが、介助の導入は配慮が必要。食事の提供の仕方、食具に配慮が必要。	
	6b	(c) トイレで用を済ませた後、水を流すのを忘れたり、拭くのを忘れる。用後に服をきんと直せなかったりする。	(c) トイレで用を済ませた後、水を流すのを忘れたり、拭くのを忘れる。用後に服をきんと直せなかったりする。	口腔清掃をしながら、視覚的補助の着脱、取り取りが困難になる。		口腔内の食物の処理、食塊形成が的確にできず、食形態によってはむせるようになる。		食形態に配慮が必要。義歯の着脱の支援が必要。口腔清掃の介助は本人のリズムに配慮して行う。	
	6c	(d) 尿失禁、適切な排泄行動が起らないことがある。	(d) 尿失禁、適切な排泄行動が起らないことがある。	舌運動機能低下があり、食べ方と嚥下機能の協調の不整合による誤嚥が認められる。		舌運動機能低下があり、食べ方と嚥下機能の協調の不整合による誤嚥が認められる。		理解力低下に伴って口腔清掃介助拒否に配慮し、セルフケアも促しながら介助を行う。	
	6d	(e) 尿失禁、攻撃的行動、焦燥などがある。	(e) 尿失禁、攻撃的行動、焦燥などがある。	口腔清掃の介助を嫌がる。簡単な義歯の着脱も困難になる。		口腔清掃はセルフケア後に介助する必要がある。嚥下機能に合わせて食形態を変更する。		口腔清掃はセルフケア後に介助する必要がある。嚥下機能に合わせて食形態を変更する。	
	6e	(f) 言葉が最大限約6語程度に限定され、完全な文章を話すことがしばしばは困難となる。	(f) 言葉が最大限約6語程度に限定され、完全な文章を話すことがしばしばは困難となる。	セルフケア困難。コップを渡してもリンシング困難で、しばしば水を飲んでしまう。		口腔清掃はすべて介助する必要がある。		口腔感覚の覚醒を目的に、食事前に口腔ケアを行う。水分の誤嚥に配慮する。	
高度	7a	(g) 理解し得る言葉が限定され、発語も限られた1つ程度の単語となる。	(g) 理解し得る言葉が限定され、発語も限られた1つ程度の単語となる。	嚥下使用困難になる。介助清掃時の水分をむせる。		水分嚥下困難になる。嚥下反射が起りにくく、弱い咳しか出せない。		誤嚥に留意して、姿勢に配慮してケアを行う。食事に介助が必要で、一口量、ペーシングに配慮する。	
	7b	(h) 歩行能力の喪失、歩行のバランスがとれない、拘縮がある。	(h) 歩行能力の喪失、歩行のバランスがとれない、拘縮がある。	唾液でも誤嚥する。嚥下が困難で、リッキング位にする必要がある。食欲低下がある。		唾液でも誤嚥する。嚥下が困難で、リッキング位にする必要がある。食欲低下がある。		介助口腔清掃時の水分は咽頭に侵入しないように拭き取る。食事介助は疲労を避けて補助栄養も検討する。	
	7c	(i) 着座能力の喪失、介助なしで座位を保てなくなる。	(i) 着座能力の喪失、介助なしで座位を保てなくなる。	口腔筋は弛緩しがちで、口腔乾燥しやすい。さらさら呼吸機能低下、嚥下困難がある。		口腔筋は弛緩しがちで、口腔乾燥しやすい。さらさら呼吸機能低下、嚥下困難がある。		口腔機能の低下から口腔乾燥になりやすいく、積極的に保湿する必要がある。	
	7d	(j) 笑う能力の喪失。	(j) 笑う能力の喪失。	セルフケア不可能。口腔乾燥があり、積極的な保湿の必要がある。		介助の口腔清掃は疲労を避けるように行うことが必要。積極的に保湿する必要がある。		介助の口腔清掃は疲労を避けるように行うことが必要。積極的に保湿する必要がある。	
	7e	(k) 無表情で寝たきり。	(k) 無表情で寝たきり。						
	7f	(l) 無表情で寝たきり。	(l) 無表情で寝たきり。						

(文献7、文献8より改変引用)

表2 原因疾患別の食行動と対応の要点

原因疾患	神経心理学的症状 (代表的なもの)	臨床的な課題 (特に食事に関する代表的なもの)	対応の要点
血管性認知症	失語 空間認知障害 注意障害など ※運動障害	言葉の指示の理解が難しい 半側空間失認により食卓・食器の一部に注意を向けられない 摂食動作がうまくできない、食具からこぼす、口からこぼす 注意を向けられない 食具を適切に取り扱えない、手で食べる 適切な姿勢が保てない 嚥下反射が惹起されにくい、嚥下反射が遅延する、 飲み込みが上手くできずむせる (障害部位により個人差が大きい)	ADLの障害と理解力・記憶力の障害が伴わないことが多いため、それぞれの機能のアセスメント、阻害要因のアセスメントを適切に行い、個別に対応する。 食具使用困難には自助食器の使用、固形物摂食時のむせには食形態の調整など代償的方法を活用する。
アルツハイマー病	記憶障害	過去のエピソード全体を忘れる(食べたことを忘れる)	物忘れの不安により質問が多いときでも真摯に対応する。
	実行機能障害	混乱して食べ方(摂食行為)の段取りがうまくつけられなくなる 声掛けで混乱する、周囲の環境刺激で混乱する	混乱しているときは、さらなる混乱を避けるように穏やかに丁寧に対応する。摂食行為を順番に1つずつ誘導する。食事に集中できるように周囲の環境刺激を調整する。
	失語 失認 失行	言葉の指示、特に長文の理解が難しい 時間や状況の判断ができない 食べ物を食べ物だと認識できない 自分の食事と他人の食事の区別がつかない 食具の使い方がわからない 食具を適切に取り扱えずに手で食べる 口腔顔面失行(口腔の協調運動の障害)、口の中に溜め込む、飲み込まない	行う指示は一度に1つ、短く簡単な言葉で伝える。 相対的指示を活用する。 使用物品、使う動きを見せて、あるいは手を取って誘導し行動を促す。 食具使用困難では、手で食べる料理の提供 口腔顔面失行で咀嚼や送り込みが困難であれば食事姿勢や食事形態を調整するなど代償的方法を活用する。
前頭側頭型認知症	時刻表的行動・常同行動 脱抑制 口唇傾向 保続	スーパーの試食をすべて食べて食べてしまう いつも同じ食べ物を同じ時間に食べる 他の人の食べ物でも食べてしまう 鉢権えの葉や壁紙など食べ物でないものを食べる 食事中に立ち去る 早食べ、詰め込み食べ、かき込み食べ 嚥下せずにつままでも咀嚼し続ける	他の人の食べ物食べてしまう場合は“禁止”よりは“別のものに誘導”するように促す。 大皿からかき込みむように食べる場合は皿を小分けにして提供する。 ゆつくり咀嚼するように模倣を取り入れ促す。 早食べなどで窒息リスクのある場合は、食形態の調整、介助ベースの調整などで対応する。
	失語	言葉のコミュニケーションがとりにくく 声掛けで適切な行動に導くことが困難	使用物品を見せる、模倣を促す。
レビー小体型認知症	相空間認知障害 幻視	食器と食具の位置関係がうまく調節できず上手くすくえない 食具を口までうまく運べず、顎や鼻にあたってしまいいこぼす 食べ物に虫が入っているように見えて、食べたがらない、怒る	動作の不自由さをさりげなく支援する。幻視は本人にとっては真実であることを認識し、よく話を聞いた上で本人の納得のいく対応をとる。 照明の調節やメガネの使用により幻視機会が減る。
	※錐体外路症状	※パーキンソン症状、嚥下機能低下、流涎 振戦によって食具をうまく取り扱えない 食事の後半でむせる、食事に時間がかかると、むせる パーキンソン病薬の血中濃度低下時に著しい嚥下反射遅延(起床時に口に 入れた薬剤が1時間経っても嚥下できず口腔内に残留しているなど)	早期より嚥下機能アセスメントを継続的に行い、症状の日内変動を把握する。 パーキンソン病薬の血中濃度に注意して、錐体外路症状が軽度となった時間帯に食事をすすめるなどの対応をする。
	認知機能・覚醒の変動 うつ・アパシー	はつきりしているときとぼんやりしているときがある 覚醒レベル低下時に嚥下困難、むせる	食事中の覚醒レベルの低下は嚥下障害を悪化させるため、一旦食事を中止し、覚醒しているときに提供する。

※は認知機能障害ではなく神経症状

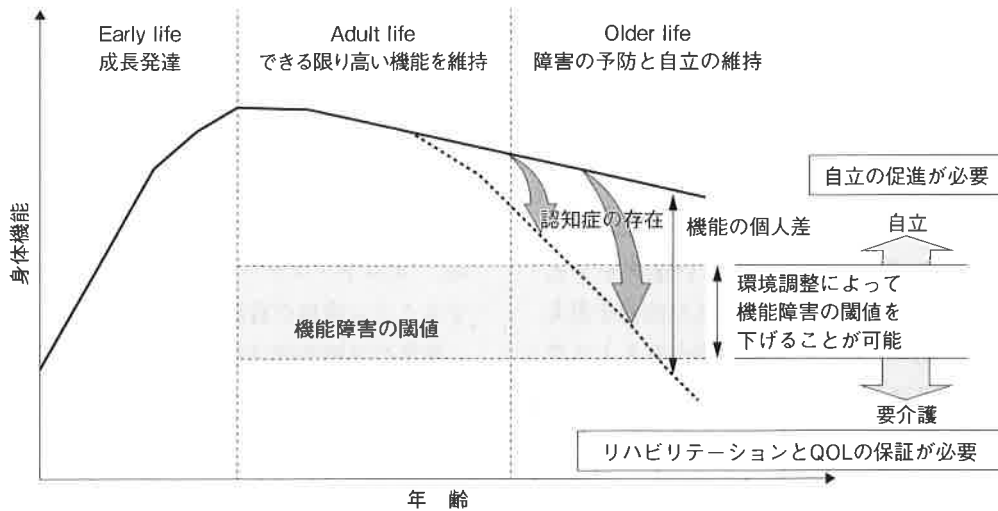


図4 高齢期における疾患に影響された機能の個人差

(WHO/HPS, Geneva 2000を改変引用)



図3 歯による口腔粘膜潰瘍

咬合関係が崩壊した結果、力学的な負荷がかかった天然歯が移動したため、口唇の潰瘍の原因となった。

ケアに対する意欲低下が生じ、歯磨きに要する上肢の巧緻性が低下すること、また口腔にトラブルが生じても適切に表現できないことから、認知症高齢者の口腔内の状態は悪化していく。糖尿病や高血圧などの基礎疾患、喫煙習慣、歯列不正などがあればより一層その傾向は強くなり、歯の喪失リスクが高まることは広く知られている。白歯の喪失を未治療のまま経過しているうちに、バランスの崩れた咬み方によって残存歯は顎骨内を移動し、しだいにより不潔になりやすい複雑な口腔内へと変化していく。そうなる咀嚼に支障が出るばかりでなく、移動した歯によって粘膜に潰瘍ができることもしばしばである(図3)。

## 2. 機能的な口腔管理

認知症の発症後、記憶障害や見当識障害などにより周囲との会話がうまくできなくなることから自信を喪失し、会話頻度が減少するなど、口腔顔面の活動が減

少していく<sup>12)</sup>。また認知症中等度以上でダイナミックな咀嚼の動きが喪失し、咀嚼能力を必要としない食物の摂取が繰り返されると、より咀嚼筋の活動は減少する。このように口腔を複雑に動かさない生活によって、口腔顔面咽頭の筋力低下や筋量低下、粘膜の伸展性の低下が生じていく。加齢に関連した摂食嚥下障害の要因の1つは、加齢による口腔咽頭感覚の鈍化と筋力低下であるが<sup>13)</sup>、それに相乗して、認知症による口腔顔面失行や錐体外路症状が機能低下を加速させてしまう(図4)<sup>14)</sup>。

認知症の進行経過を通じて、こうした器質的・機能的な口腔諸問題が生じることを踏まえ、認知症と診断された高齢者では早期からの予知的な治療計画や、歯科への受診を継続することが非常に重要である<sup>15)</sup>。同様に、歯科医療だけでは認知症高齢者の口腔を管理できないことは自明であり、日常生活の中で継続的な口腔に関する支援が可能になるよう、家族や介護従事者への歯科口腔保健教育が望まれる。

## 人生の最終段階にある認知症高齢者の食と口腔

2015年、厚生労働省より「終末期医療」は「人生の最終段階における医療」という表現に切り替えられたが<sup>16)</sup>、認知症の進行ステージにおいてはFAST 7d(表1)から「人生の最終段階」とであると認識されていることが多い。ASPEN(American Society for Parenteral and Enteral Nutrition)のガイドラインにおいては重度認知症での人工栄養投与は推奨されておらず<sup>17)</sup>、認知症

高齢者の最終段階の栄養投与方法に関しては家族や介護従事者、複数の専門職による意思決定プロセスが必要である<sup>18)</sup>。経口摂取による必要量の摂取が困難になる経過の中で、家族への情報提供と療養方針の決定のためには、口腔機能と摂食嚥下機能のアセスメントとそれらの情報を含めた専門職カンファレンスは非常に重要な要素である。人工栄養を行わない選択をするケースでは、認知症高齢者本人の残された能力を最大限発揮し、かつ負担や苦痛なく満足を得られるような経口摂取を行うことが、非がんの緩和ケアとなろう<sup>19)</sup>。

具体的には、重度認知症になり緩徐な経過で、介助摂食でスプーンからの捕食が困難となったり、口腔内に溜め込み飲み込まない、自分の唾液でも咽頭貯留あるいはむせている所見がある、発熱を繰り返す、食事時間に覚醒維持が困難で、必要量を摂取できない、といった所見の時期から緩和ケアを意識する必要がある。医科歯科連携および医療介護連携により、人生の最終段階となった認知症高齢者の安全な食形態や姿勢を提案する。さらには頸部や顔面などのマッサージと口腔衛生管理を行った上で、覚醒状態が良好な時間帯に好みの味の食べ物を望むだけ安全に食べていただくこと、また、水分摂取量の減少により乾燥する口腔内には保清と保湿を中心とした口腔衛生管理を実施し、快適な口腔を保つことが質の高い緩和ケアにつながる。

認知症が末期に至るまでの変化を受け止め、適宜アセスメントを繰り返し、その時その時の残存機能を活用する方法を多職種で検討し実践することは、認知症高齢者本人の人生への寄り添いであり、家族への予期的グリーフケアでもある。

## 認知症支援における歯科との連携

認知症と診断される人の数は世界的にも増え続けており、そのような人が住み慣れた街で、エンド・ステージまで穏やかな、その人らしい生活を全うできる社会の創生は世界的にも急務である。こうした流れを受け、厚生労働省は2015年に認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)を発表し、その中で歯科医師の認知症対応力向上研修の実施が明記された。

2016年から各都道府県において実施された歯科医師の認知症対応力向上研修は、認知症への偏見をなくし、認知症を歯科医療ができない理由にしないことが重視された構成である。歯科医師のみならず、歯科衛生士や歯科医療に関わるすべてのスタッフにも必要な研修

である。例えば“認知症の気づき”については歯科での予約や持ち物、受付での振る舞い、口腔管理の稚拙さなどからの気づきから、地域連携への糸口がある。“認知症とともによく生きる段階”では、同時に関わる専門職との様々な連携をもちながら、困難になっていく口腔のセルフケアに伴い歯科医療を充実させる必要がある。“エンド・ステージ”においても快適な口腔を維持することに歯科が貢献できる。

歯科の診療範囲は歯のみならず、口腔領域のすべてであるから、元来“揺りかごから墓場まで”の性質がある。歯科医療に携わる者が認知症を理解し、どんな進行ステージであっても認知症の人の口腔を支え、生活を支えることは社会的責務といえる。認知症初期であっても、また進行して行動・心理症状が併存する状態になっても、適切な医療へのアクセスが確保され、地域のコミュニティにおいて、歯科を含む多職種による統合ケアがその人のために調整されることは、認知症の人の権利でもある<sup>20)</sup>。

「食」はwell-beingの根幹の1つであり、「口腔の健康」は「食」の根幹の1つである。認知症の人の生活を支えるためには、自訴の有無にかかわらず、歯科との定期的な関わりを維持できるような連携が必要である。歯科医学の中での認知症に関する教育は未だ発展途上であり、前述の研修会も始まったばかりである。医科歯科連携に際し、情報提供および意見交換が重要な点については論を待たないが、こと認知症に関しては“連携の場を育成する”という視点ももっていただけるとありがたい。

## 文 献

- 1) 雨海照祥：栄養—負のスパイラルと正のスパイラル。MNAガイドブック、医歯薬出版、東京、2011；pp.13.
- 2) 平野浩彦、枝広あや子：新しい知識をチェックしよう！医療・看護のフロントライン 拒食・異食・嚥下障害をどうする？ 認知症に伴う“食べる障害”を支えるケア。エキスパートナーズ 2013；29：22-27.
- 3) 東京都福祉局：高齢者の健康と生活に関する実態調査：専門調査結果報告書。東京都福祉局、1996.
- 4) 永田久美子：痴呆高齢者の看護。新時代に求められる老年看護、日総研、東京、2000；pp.269-281.
- 5) 枝広あや子：認知症高齢者の口腔健康管理。疾患を有する高齢者の口腔健康管理、口腔保健協会、東京、2017；pp.177-210.
- 6) Chang CC, Roberts BL：Feeding difficulty in older adults with dementia. J Clin Nurs 2008；17：2266-2274.

- 7) 本間 昭, 白井樹子: 病期(ステージ)分類Functional Assessment Staging (FAST). 日本臨牀 2003; 61(増巻号 9): 125-128.
- 8) 枝広あや子, 平野浩彦, 小原由紀ほか: 認知症重度化にともなう摂食嚥下機能の変化—Functional Assessment Staging (FAST)を基準に—. 老年歯科医学 2014; 29: 176-177.
- 9) Suh MK, Kim H, Na DL: Dysphagia in patients with dementia: Alzheimer versus vascular. Alzheimer Dis Assoc Disord 2009; 23: 178-184.
- 10) Shinagawa S, Adachi H, Toyota Y, et al: Characteristics of eating and swallowing problems in patients who have dementia with Lewy bodies. Int Psychogeriatr 2009; 21: 520-525.
- 11) Langmore SE, Olney RK, Lomen-Hoerth C, et al: Dysphagia in patients with frontotemporal lobar dementia. Arch Neurol 2007; 64: 58-62.
- 12) 枝広あや子: オーラルフレイルの加速因子: 認知症と摂食嚥下障害. 介護福祉・健康づくり 2016; 3: 101-103.
- 13) Aviv JE, Martin JH, Jones ME, et al: Age-related changes in pharyngeal and supraglottic sensation. Ann Otol Rhinol Laryngol 1994; 103: 749-752.
- 14) 枝広あや子: 認知症の神経心理学的症状から読み解く“食べられない”. 認知症の人の「食べられない」「食べたくない」解決できるケア, 日総研, 名古屋, 2016; pp.51-61.
- 15) Rozas NS, Sadowsky JM, Jeter CB: Strategies to improve dental health in elderly patients with cognitive impairment: A systematic review. J Am Dent Assoc 2017; 148: 236-245.
- 16) 厚生労働省: 「“人生の最終段階における医療”の決定プロセスに関するガイドライン」をご存知ですか? (リーフレット)2015年3月 (<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078983.pdf>).
- 17) McClave SA, Martindale RG, Vanek VW, et al: Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). JPEN J Parenter Enteral Nutr 2009; 33: 277-316.
- 18) The AM, Pasman R, Onwuteaka-Philipsen B, et al: Withholding the artificial administration of fluids and food from elderly patients with dementia: ethnographic study. BMJ 2002; 325: 1326.
- 19) Davies N, Maio L, Rait G, et al: Quality end-of-life care for dementia: What have family carers told us so far? A narrative synthesis. Palliat Med 2014; 28: 919-930.
- 20) 粟田主一: 認知症支援にかかわる医療職の人材育成地域包括ケアシステムの理念とアウトカムに方向づけられた人材育成. 日認知症ケア会誌 2017; 16: 409-416.

### *The Perspectives to Support a Meal of Elderly People with Dementia*

Ayako Edahiro\*

\*Research Team for Promoting Independence of the Elderly, Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital and Institute of Gerontology

The social construction for improving well-being and health for elderly with dementia is an urgent problem in the world.

Various disease and the functional decline of the oral cavity occur to the elderly with dementia, and their eating functions are thereby lost. The perspectives preparing relevant environments and supporting some available function of people with dementia is important, for care mealtime dysfunction due to dementia.

The training program for dentist to upskill in dementia practice was launched by “Comprehensive Strategy to Accelerate Dementia Measures (called New Orange Plan)”. In order to construct an integrated care for elderly with dementia through the Specialist Teams, we should promote collaboration among medical doctor and dentist, other specialists.





# 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となります。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

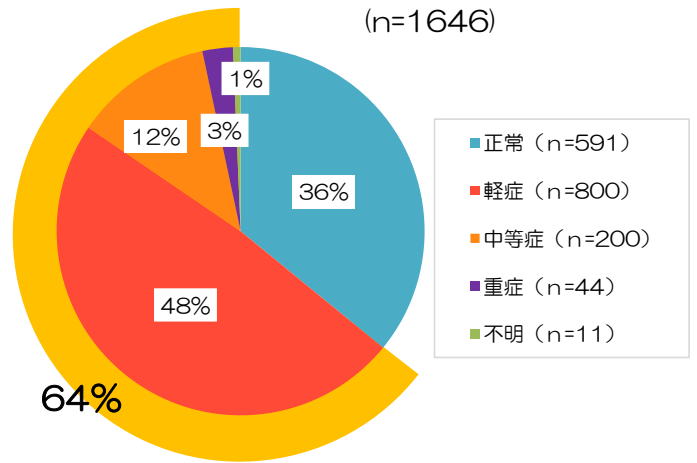
経口維持加算（Ⅱ）：100単位/月（新設）



## 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<sup>1)</sup>。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。

介護保険施設（老健・特養）  
入所者の摂食嚥下能力の状況  
(n=1646)

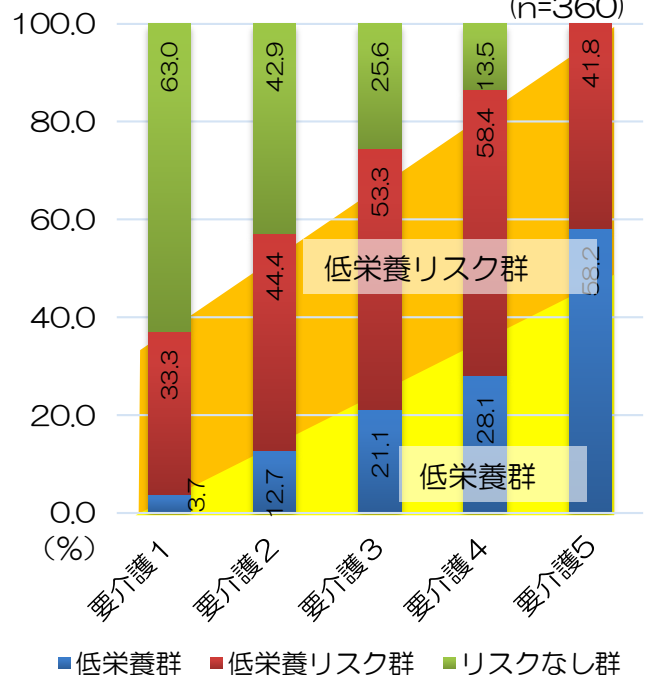


平成25年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）施設入居者に対する栄養管理、口腔機能のあり方に関する調査研究「介護保険施設における摂食・嚥下機能が低下した高齢者の「食べること」支援のための栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究報告書（日本健康・栄養システム学会）より作図

## 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<sup>2)</sup>。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。

要介護高齢者の介護度別  
低栄養リスク（MNA-SFによる）  
(n=360)



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あると報告されています。小笠原ら<sup>3)</sup>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、精神的変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<sup>4)</sup>。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こります。

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こります<sup>5)</sup>。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。

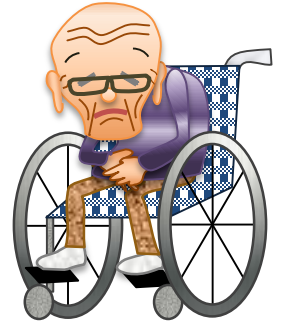
また一般的に筋肉の代謝は蛋白合成と蛋白分解によって成り立っていますが、加齢によって蛋白合成（成長ホルモン、インスリン用成長因子、テストステロン等内分泌系、アミノ酸、ビタミンDなどが関与）は減少し、蛋白分解（炎症性サイトカイン、ステロイドホルモン、グルカゴン）は増加します<sup>6)</sup>。加齢によって蛋白分解量が蛋白合成能を上回ると筋量は減少するため、活動量の低下にともなう全身的な筋量低下とともに舌や咀嚼筋を含む口腔咽頭筋群の筋量も低下するといえます。筋量が減少すると筋力も低下しますから、舌骨と喉頭の挙上量・前方移動量の低下、挙上時間の延長が起こり結果的に嚥下機能が低下します<sup>5)</sup>。食事の時に嚥下反射が起こって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る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ただけでなく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<sup>7)</sup>。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<sup>8)</sup>。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<sup>9)</sup>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<sup>10)</sup>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

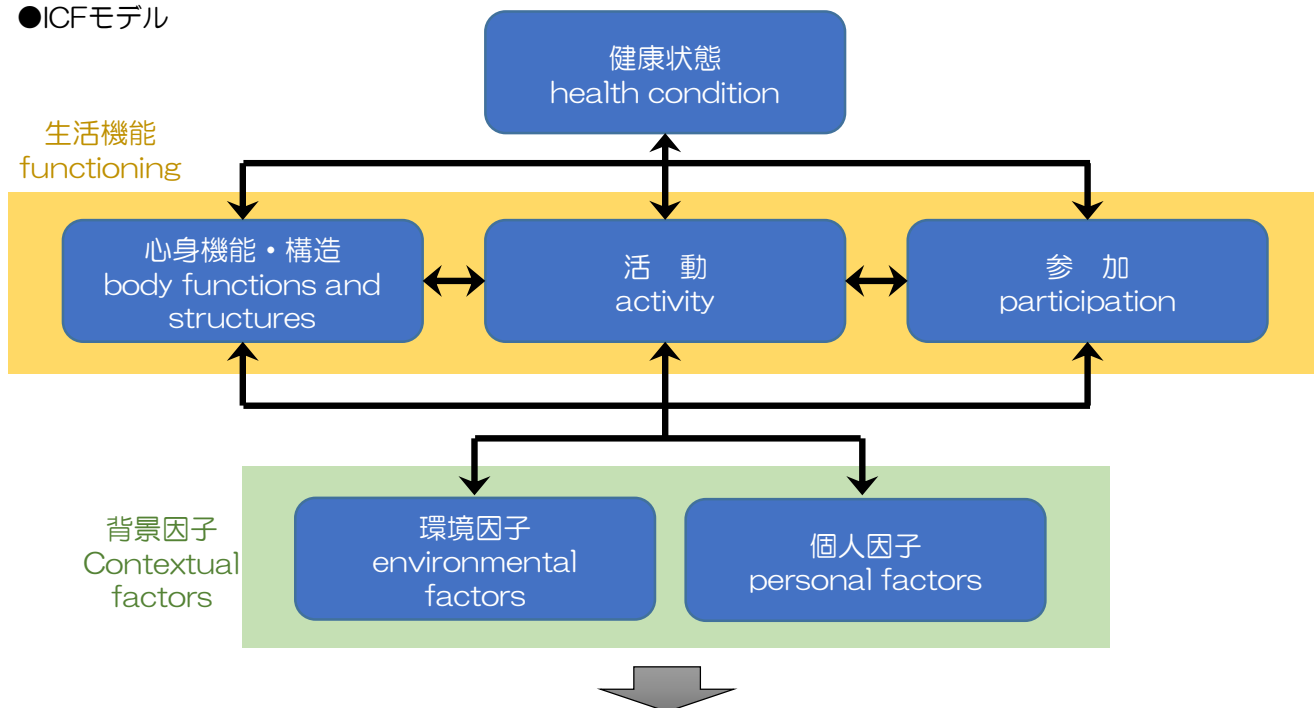
1980年より用いられてきた「国際障害分類（International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps；ICIDH）」が改訂され、2001年に「国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health；ICF）」が発表されました<sup>11)</sup>。ICFでは基本概念の名称がマイナス的概念である「障害」ではなく、プラスの概念あるいは中立的な名称に置き換わったことが特徴です。特に「障害 disability」に対応した言葉が「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<sup>12)</sup>。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

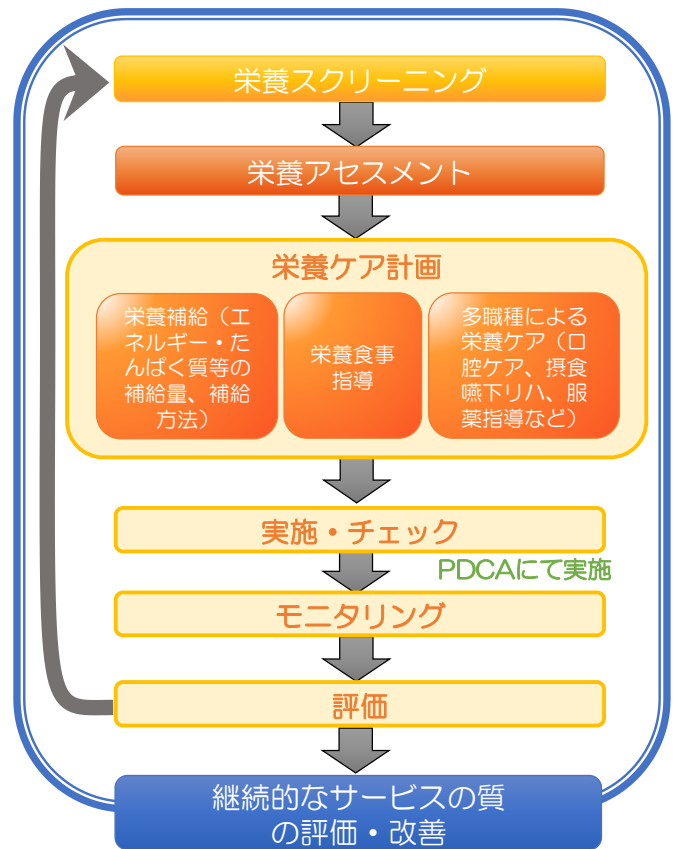
## ●多職種協働チームが経口摂取の支援をする意義

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、支援を行うこととなります。

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。

## ●栄養ケア・アセスメントにおける協働

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）<sup>13)</sup>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<sup>14)</sup>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<sup>15)</sup>。

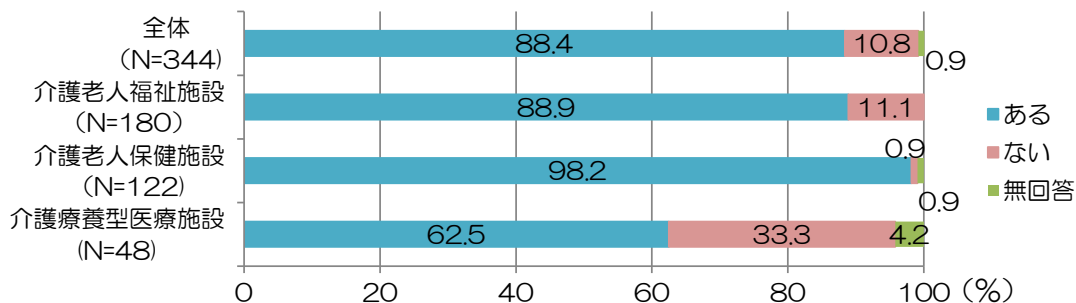


杉山みち子：改正介護保険制度と「栄養ケア・マネジメント改革」  
Natl. Inst. Public Health, 55 (1) : 32-41, 2006. を改変作図

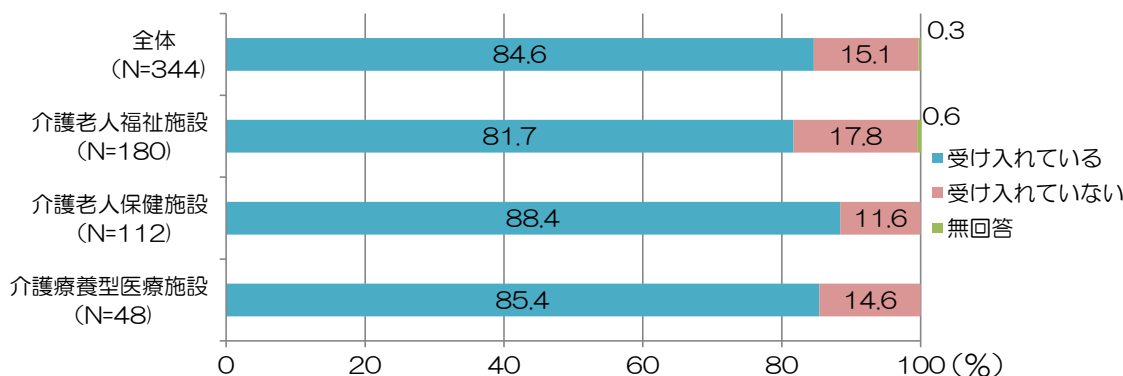
## 1-6. 介護現場での歯科との連携の実際

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<sup>16)</sup>。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。

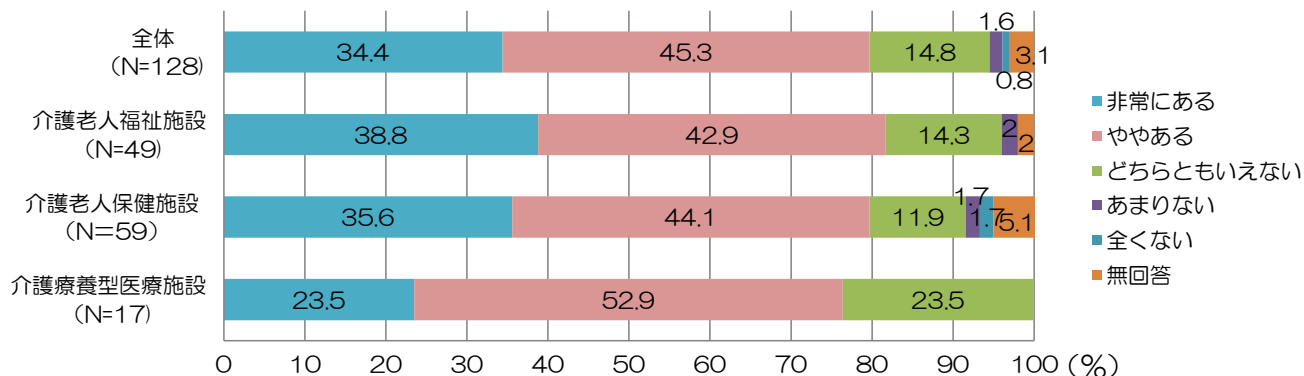
### 協力歯科医療機関の有無



### 歯科訪問診療の受け入れ状況



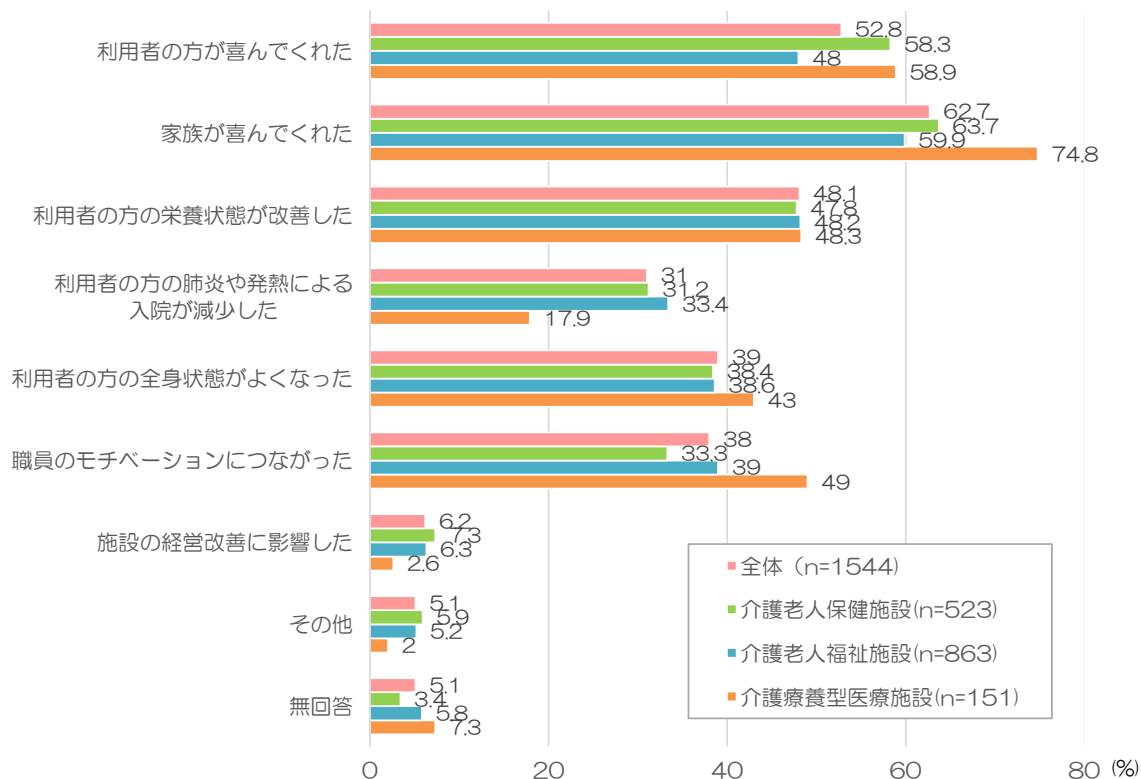
### 口腔機能維持管理加算を算定することによるメリット



## ●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<sup>17)</sup>。

施設種類別経口維持に関する取組の効果について

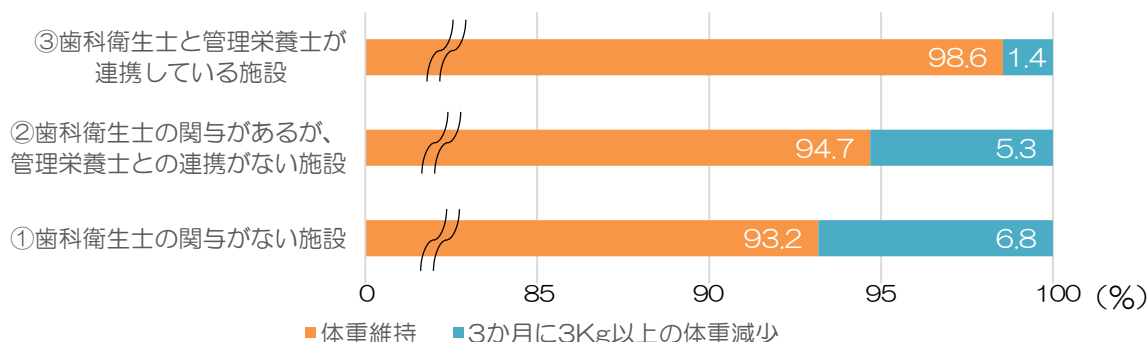


平成24年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 施設入所者に対する栄養ケアマネジメントにおける効果的な経口摂取の支援のあり方に関する調査研究事業報告書（みずほ情報総研株式会社）より作図

## ●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<sup>18)</sup>。

最近3か月間の利用者の体重の増減 (n=653)



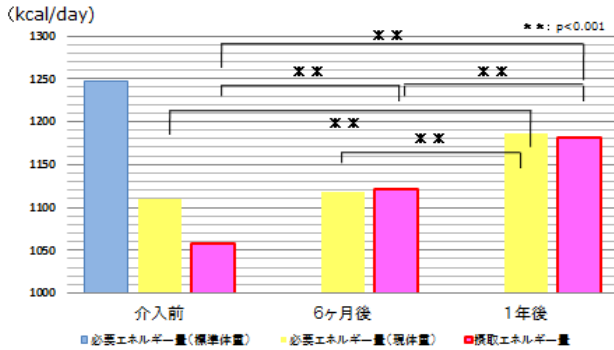
平成26年度 老人保健事業推進等補助金老人保健健康増進等事業 介護保険施設における口腔と栄養のサービス連携に関する調査研究事業報告書（国立長寿医療研究センター）を改変引用

# 1-7. 多職種による食事観察の効果

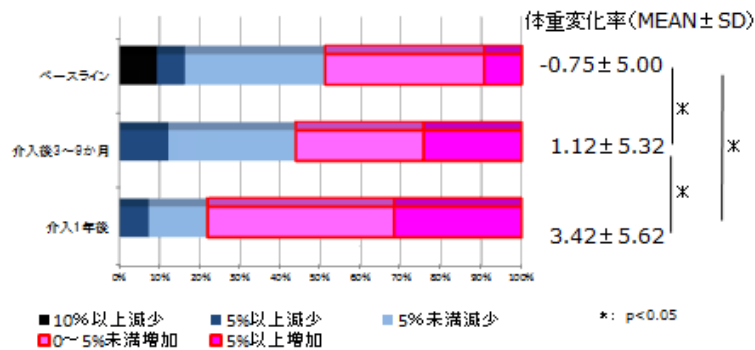
## ●食事観察（ミールラウンド）と多職種会議の効果

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<sup>19)</sup>。

【必要エネルギー量に対する摂取エネルギー量の変化】



【体重変化率（6か月）の変化】



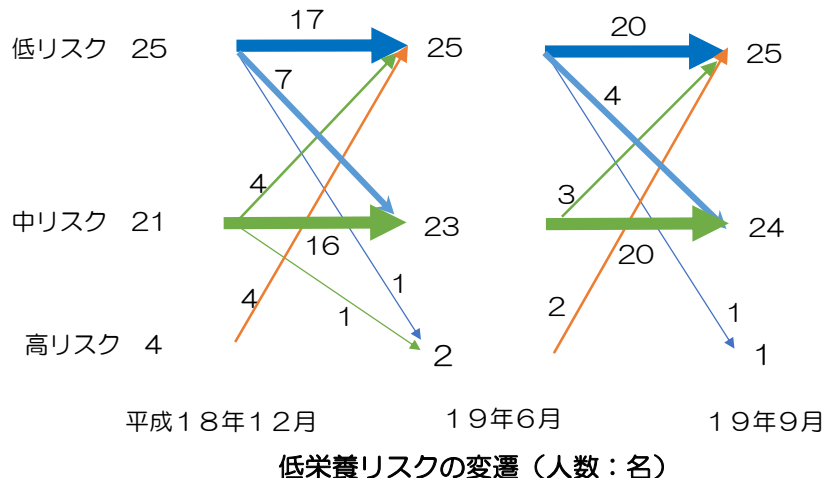
入所者平均摂取エネルギー量が増加

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<sup>20)</sup>。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。

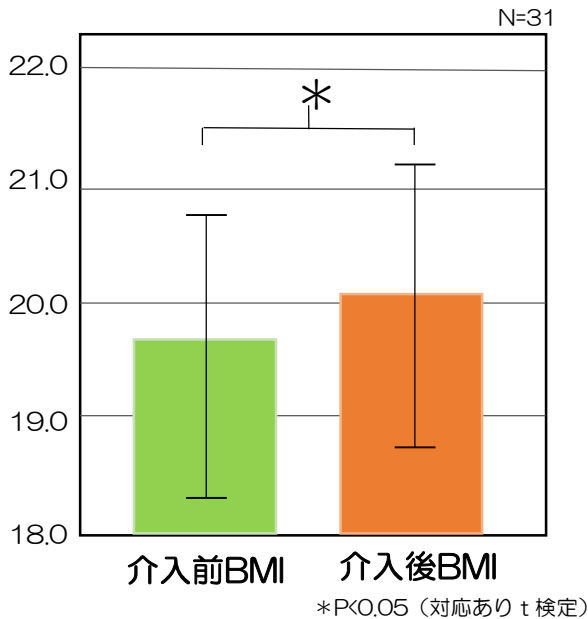


菊谷 武, 高橋 賢兒, 福井 智子, 他：介護老人福祉施設における栄養支援 摂食支援カンファレンスの実施を通じて, 老年歯科医学, 22(4)：371-376, 2008. より作図

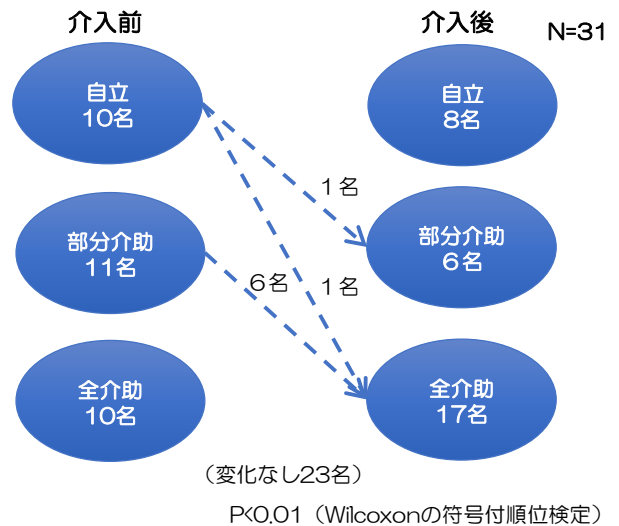


## ●摂食嚥下機能の専門評価を加えた効果

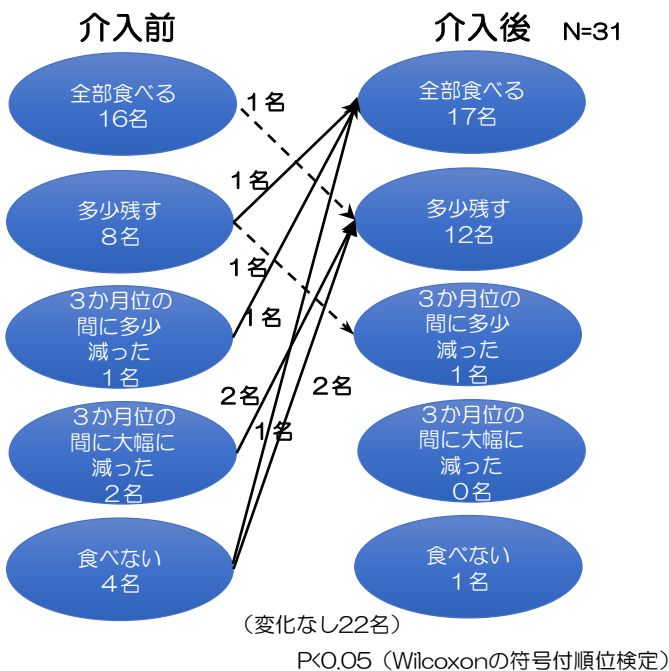
佐々木らは介護保険施設に入所している要介護高齢者に対して、施設の管理栄養士と施設職員による栄養ケア計画に加え、歯科医師が参加した食事観察と嚥下内視鏡検査の結果に基づいた食形態、食事内容、摂食方法を提案し効果検証しました<sup>21)</sup>。その結果介入前後でのBMIが有意に増加し、また摂食量、食事自立度、摂食時間にも改善が認められたと報告しています(図)。摂食嚥下機能の専門評価、観察に基づく食事環境等の調整などの栄養支援は、介護保険施設に入所する要介護高齢者の栄養改善に効果的といえます。



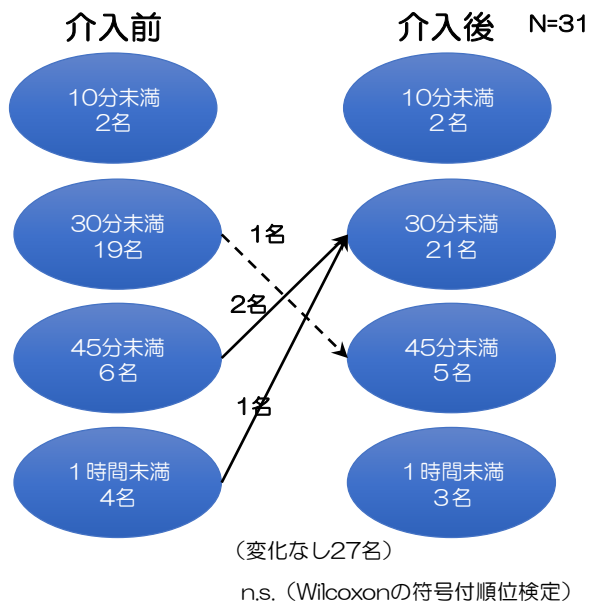
対象者における介入前後の体重の比較



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 文善, 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

## ●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., 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 カ丸, 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。

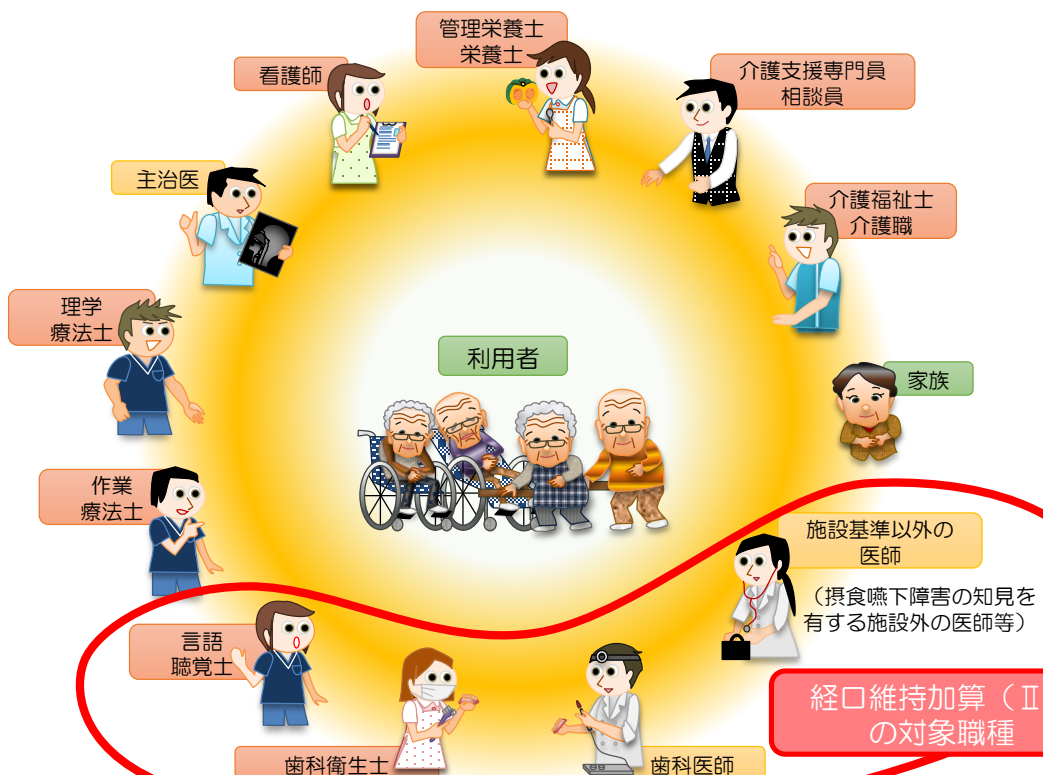
1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(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、 <b>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（※）</b> 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

- ・ 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<sup>※1</sup>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で共同して、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<sup>※2</sup>医師を除く。）、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。

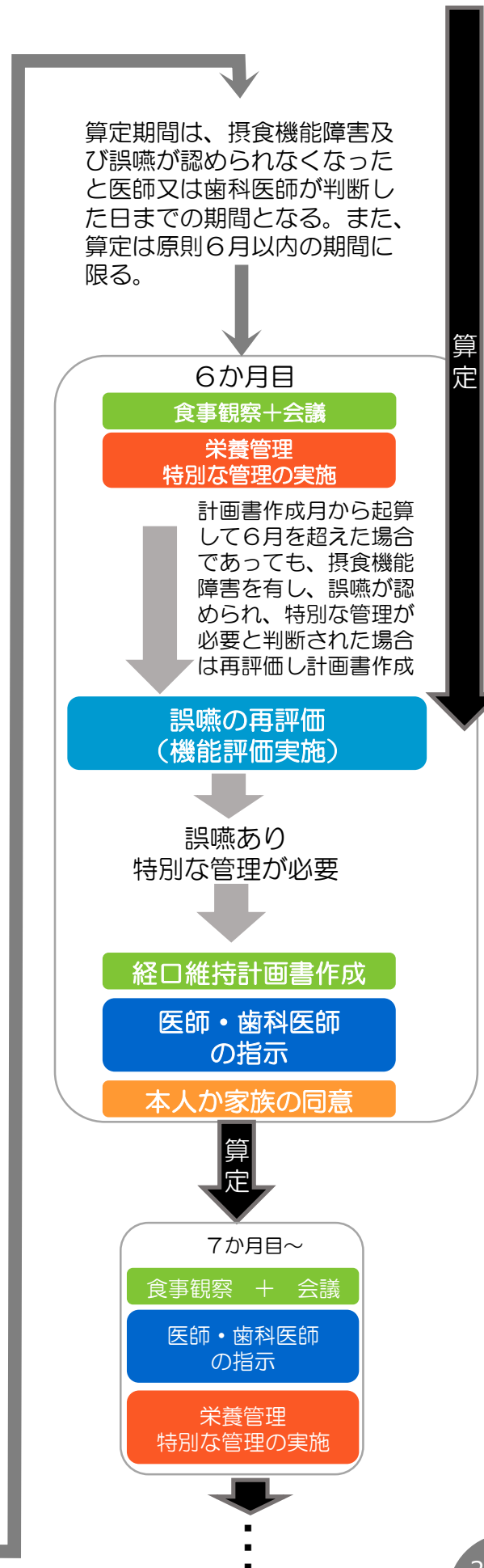
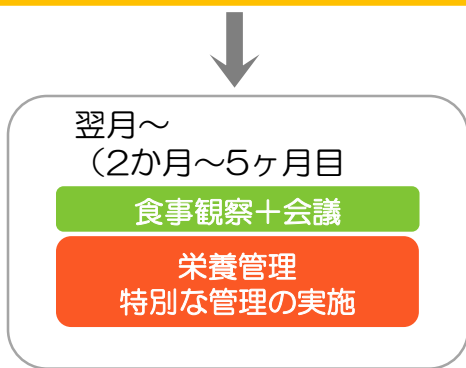
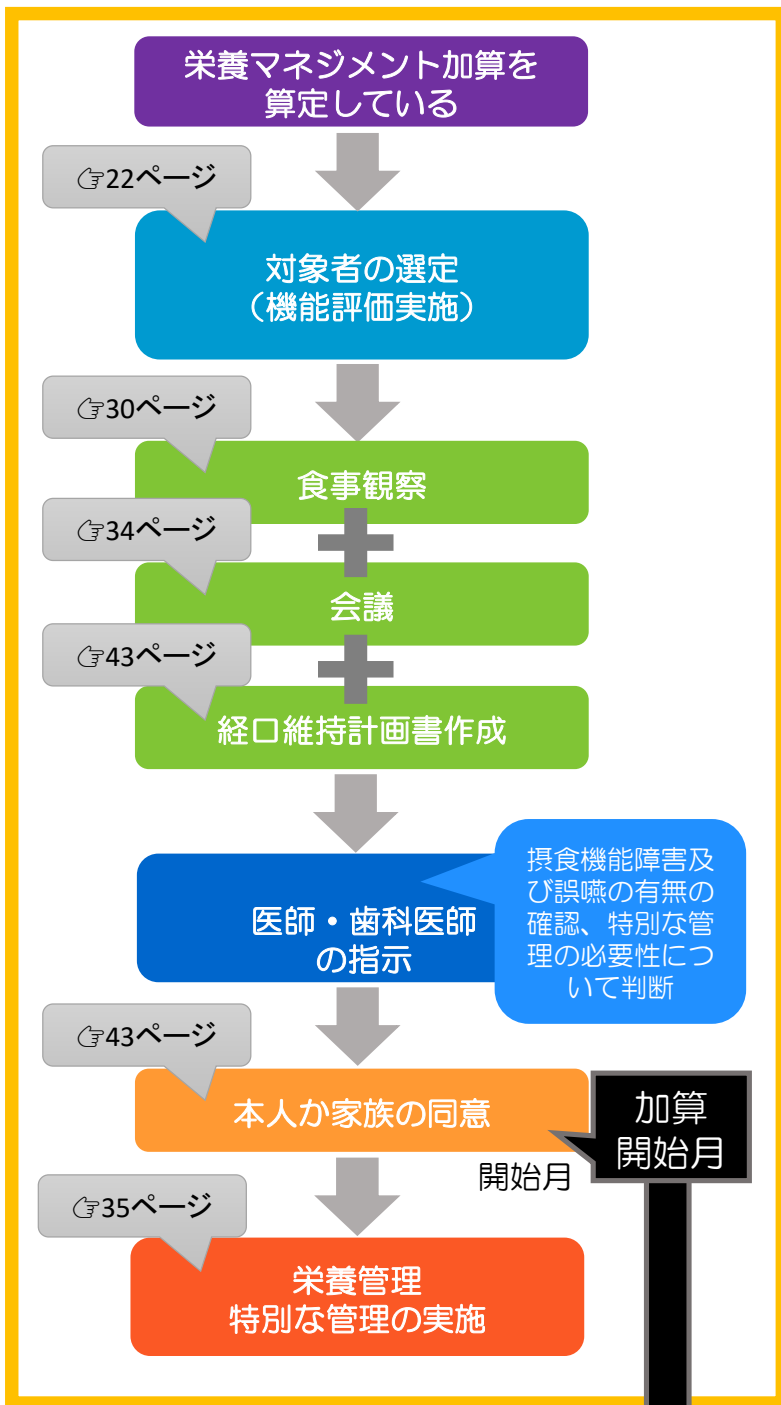
#### ※1. 厚生労働大臣が定める基準

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



算定

算定

算定

## 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。

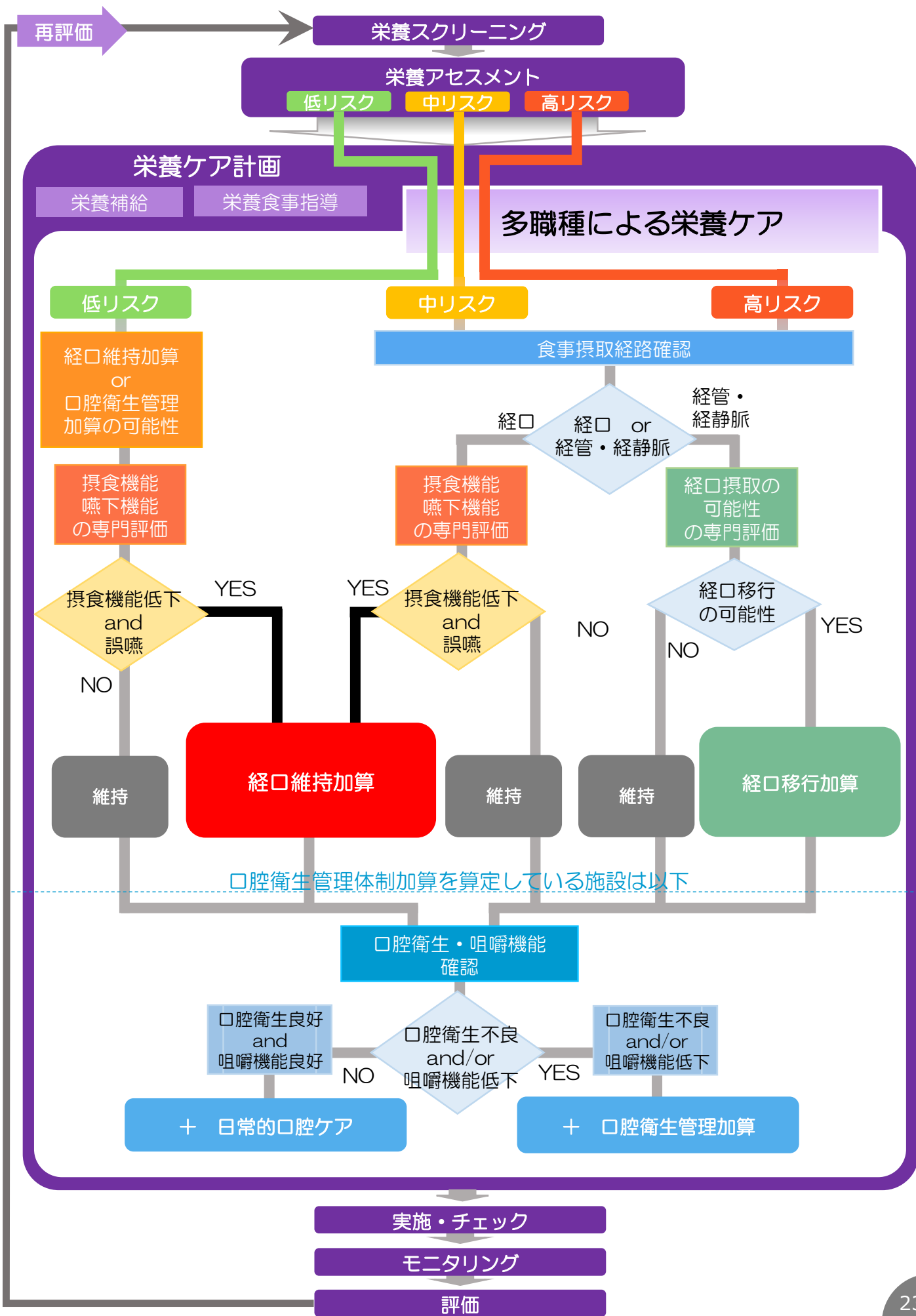
### 条件① 経口摂取している ▶栄養ケア・マネジメントにおいて得られる情報

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。



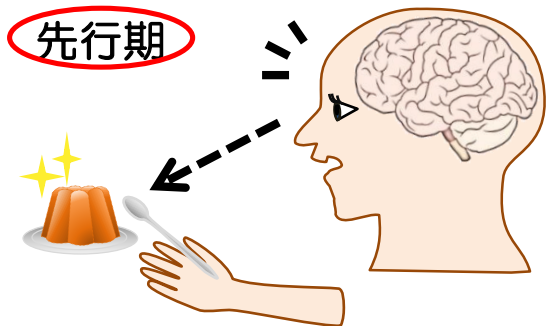
● 栄養ケア・マネジメントからの対象者選定フロー



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。

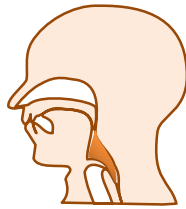
「先行期」は“食べ物を発見、認知して摂食する計画をたて、実行する（つかんで、口に入れる）”プロセスです。認知症のある要介護高齢者ではこのプロセスに意識レベルの変化、注意力障害、発動性障害、失見当識、判断力の障害、実行機能障害、視空間認知障害、上肢の運動機能障害と失行、顔面・口腔の随意運動障害と口腔顔面失行などが影響し、様々な先行期障害が生じます。

### 準備期



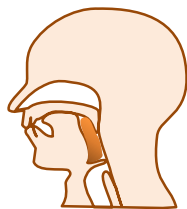
口腔粘膜で食べ物の性状・温度・味やにおいを感覚的に判断し、性状に見合った咀嚼や押しつぶしをし、飲み込みやすい状態にするプロセスが「準備期」です。口の中で咀嚼しながら食べ物を砕いて唾液と混ぜ合わせ、舌を上手く使って、飲み込みやすいように食塊を形成します。

### 咽頭期



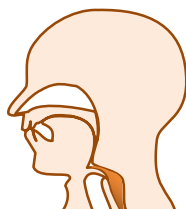
食塊が咽頭に送り込まれてくると、鼻咽腔閉鎖および喉頭を挙上して喉頭閉鎖し、気道をまもりながら、奥舌と咽頭後壁の収縮、食道入口部の開大をして食塊を食道に送り込むプロセスが「咽頭期」です。このとき健常成人は嚥下の瞬間に0.3～1秒息を止めると言われています（嚥下性無呼吸）。

### 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。食塊を舌の上にとめて、舌先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つことを指します。

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。

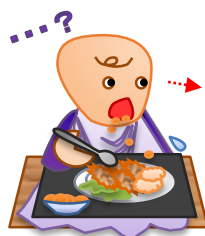
## B. 意識と注意（先行期）

- 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）

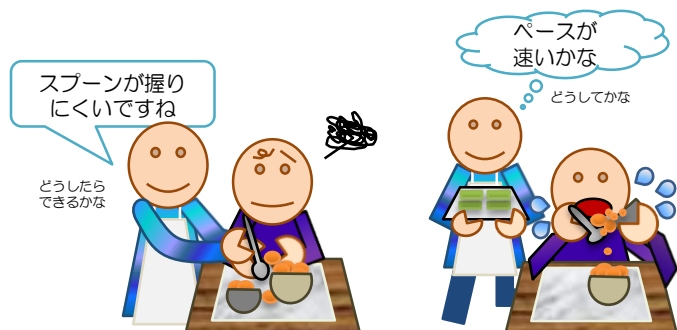
- スプーンからよくこぼす
- うまくすくえていない
- 手で食べる
- 手や口の協調ができない
- 早食べ・かきこみ食べ  
(次から次へと食べ物を口に運ぶ)
- たくさんの食べ物を頬張る
- 一口量が多い

・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いかわからないのか、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
- よく嘔まずに丸飲み
- 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、また嘔まずに飲み込む、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。

## 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。

向こうにもおかずがありますよ



食べるの疲れちゃいましたね

〇〇さん、どうぞー

## 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施行繰り返す、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 湿性嘔声	
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 湿性嘔声：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、湿性嘔声、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
	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 嗽音 液体振動音	誤嚥や喉頭侵入 咽頭部における液体の貯留
	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](http://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/.../assessment2015-announce.pdf)
- 菊谷武：15チャートサイ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

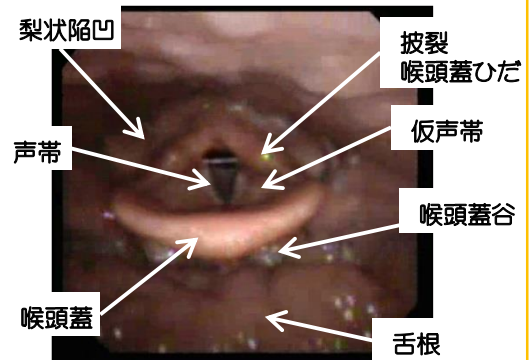
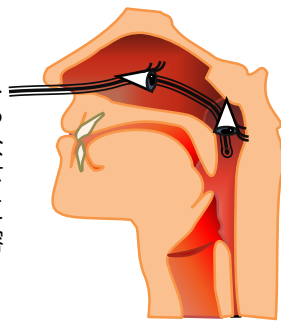
嚥下造影はエックス線を照射しながらバリウムなどの造影剤が混ざった食べ物を摂取してもらい、誤嚥の有無などを確認する検査法である。動画を録画したのちに再生して検証することが可能であり、また側面観と正面観での診断が可能である。

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。

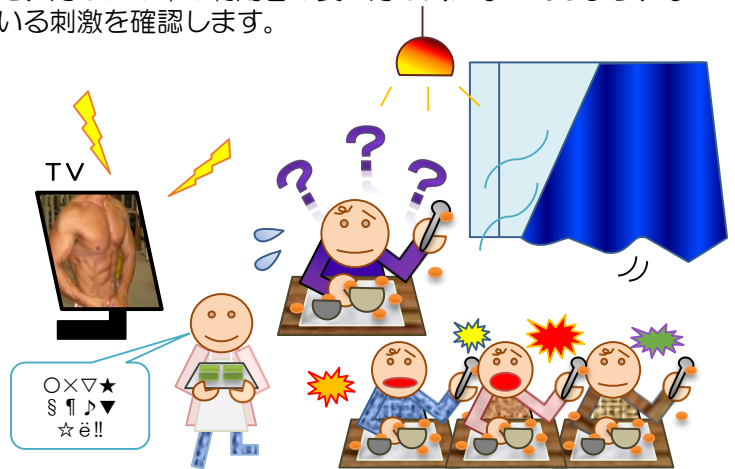
## A. 食事環境

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。

- テーブルの上の物品が多い
- 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

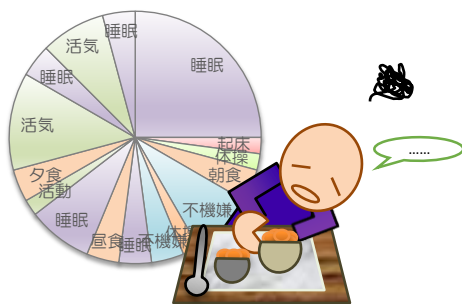
#### 1) 体の準備

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きます。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朝食時に眠い、背中が痛い、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きます。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意識もして、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

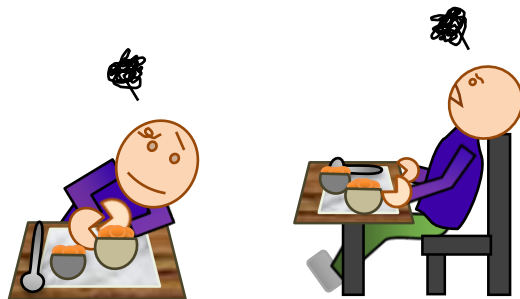
身体の安定が崩れていると、食事に興味が湧かないばかりか口腔咽頭での食物の流れに影響するので、タイミングが取りづらくなり誤嚥しやすくなります。食事時の体幹姿勢は垂直か、やや前屈するくらいが適切です。したがってテーブルと椅子の高さが対象者の身体の大きさに適しているか、崩れた座り方のままで食事を始めようとしていないか、崩れた座位姿勢が疲労や痛みの原因になっていないかを確認します。

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、前後の）
- 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）

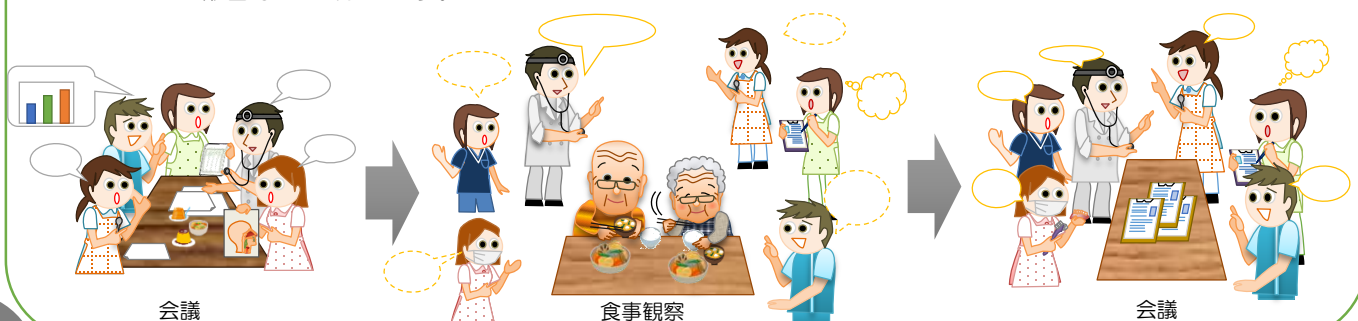
③ 経口維持加算（Ⅰ）及び経口維持加算（Ⅱ）の算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一同に会して実施することを想定しているが、やむを得ない理由により、参加すべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うことで、算定を可能とする。

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）

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。

### 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

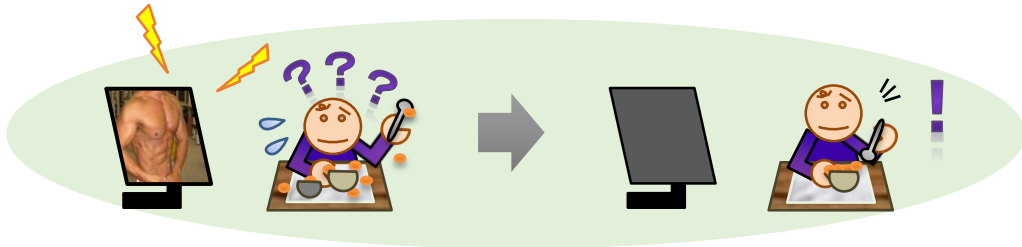
### ● 食堂の環境

#### 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。

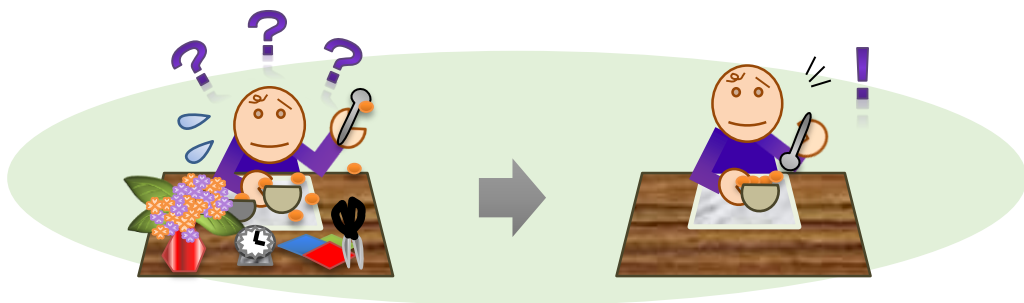


#### 環境刺激の調整

- 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。



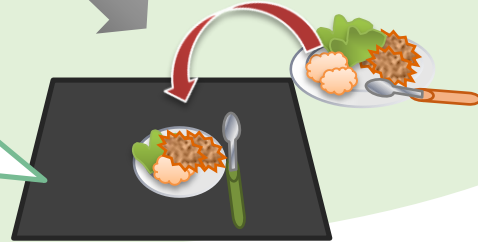
▲模様は少なく対象物が明確にわかるように



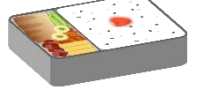
▲品数に混乱するならワンプレート料理



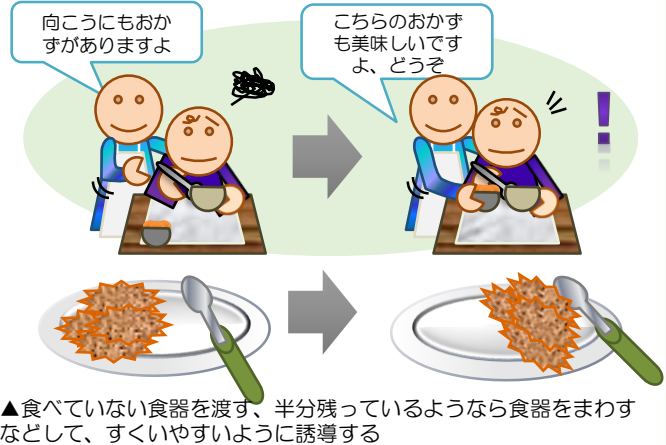
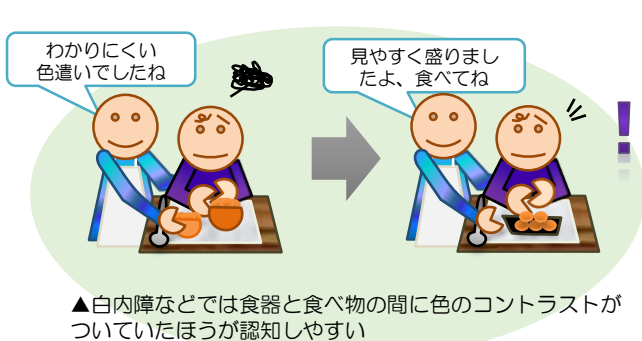
たくさんの量にすくんでしまうようなら、小鉢一つだけお出しして、食べたら注ぎ足す方式も良い



▼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。



### 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。



# 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

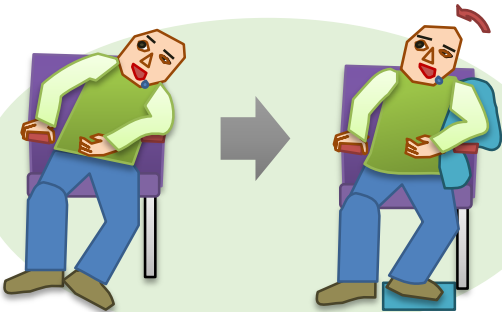
#### こんな様子の方に

- 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

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。



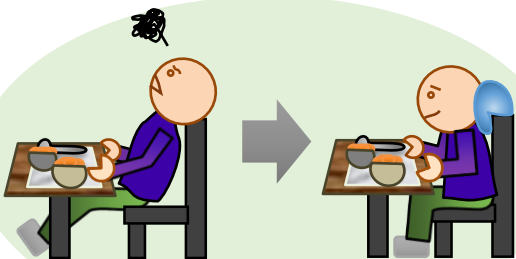
▲下肢の麻痺により骨盤がずれてしまいがちだと容易に体幹が傾きます。麻痺側の接地、骨盤の角度の調整などを行います。



▲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



▲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

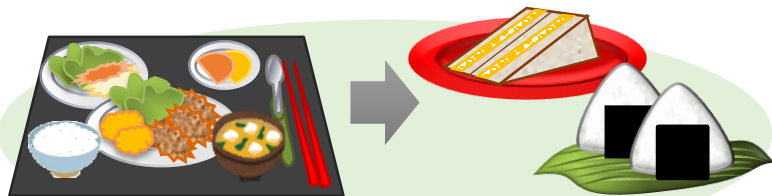
### ● 注意機能維持に向けた配慮

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ぐ可能性があります。



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。



〇〇さん、今日のおかずは××ですよ、スプーンどうぞ

〇〇さん、今日のおかずは××ですよ、はいどうぞ

### ● 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



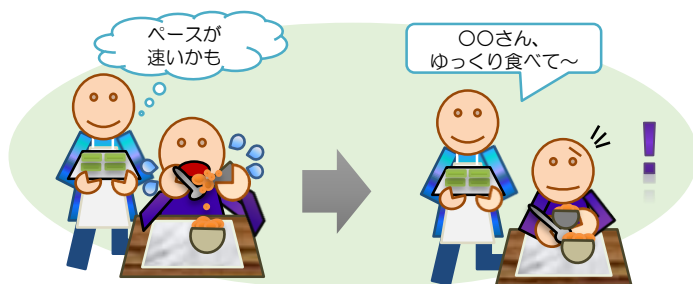
自立摂食している対象者で、認知症の精神心理学的症状によって食事動作の計画が不十分であるケースでは、口に運ぶペースの配分がうまく出来ないケースや、すくい取りの分量の計画がうまくいかないなどのケースがあります。

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。



ペースが速いかも

〇〇さん、ゆっくり食べて〜

## 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
- 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
  
- 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。

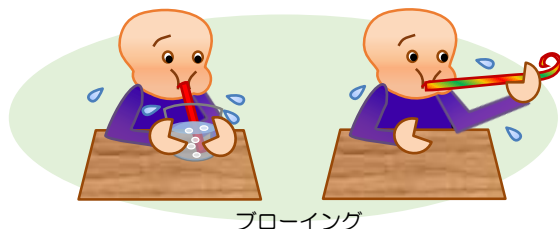
口腔内の状態が適切でないと、咀嚼や食塊形成、送り込みが不十分となり嚥下機能にも問題が起こります。その場合はよく噛まずに丸飲みになってしまい、嚥下反射とのタイミングが合わずに誤嚥や窒息のリスクがあります。

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] [カ] [ウ] 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

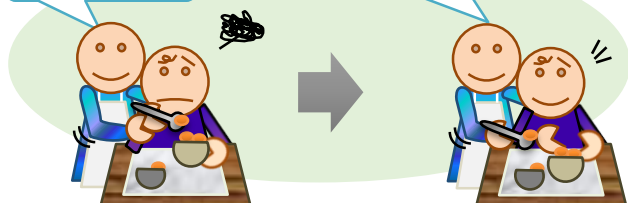
- 食事中によくむせる
- 食事の後半によくむせる
- 食事中に喉がゴロゴロ鳴っている
- 食事中に濁ったガラガラ声になる
- 食べ物をいつまでも噛んでいる
- 口の中に溜め込む
- 食べ物をなかなか飲み込まない
- 飲み込みに時間がかかる
- 一口に何度も嚥下しないと飲み切れない
- 食事後半に疲れる
- 食べ終わるまでに30分以上かかる
- 提供された食事量を食べきれない
- 食べ終わってからむせ込む



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がって頂く、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呑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

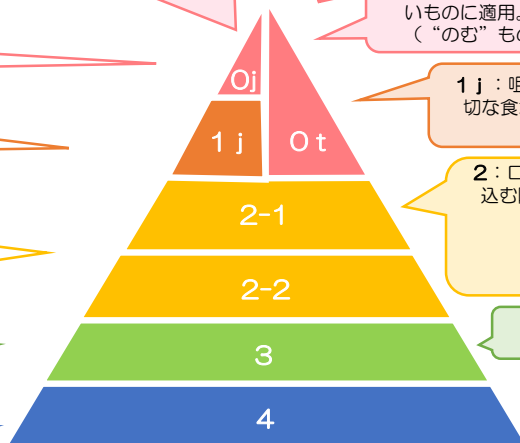
若干の送り込み能力がある人に

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・ビューレ・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（歯蓋）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。

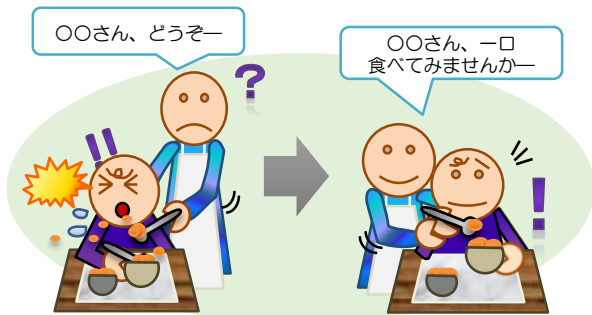
摂食嚥下機能が低下している要介護高齢者の嚥下反射は、非常にゆっくりで、食事に時間がかかると疲労しやすく誤嚥・喉頭侵入のリスクが高い状態となります。限られた食事時間の中で、安全に食事ができるように姿勢を調節したり、味や温度が違う食べ物を交互に介助するなどの工夫を行います。



▲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。味のな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。

経口移行・経口維持計画（様式例）

別紙3

氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日	経口摂取の状態 <input type="checkbox"/> 歯又は使用中の義歯がある <input type="checkbox"/> 食事の介助が必要である	算定加算 <input type="checkbox"/> 経口移行加算 <input type="checkbox"/> 経口維持加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 経口維持加算(Ⅰ)及び(Ⅱ) (協力歯科医療機関名)
検査・嚥下機能検査の実施* ※ 飲みテスト <input type="checkbox"/> 嚥下部診察法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咽頭能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他 ( )			検査実施日 年 月 日	検査結果や観察等を通じて把握した課題の所在 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咽頭・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能

\* 経口移行加算を算定する場合は、この項目の記入は不要です。

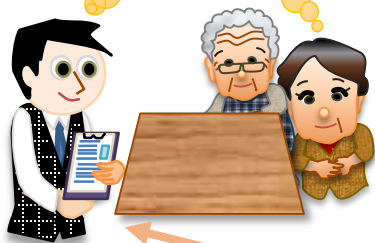
#### 1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点\*

※ 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課題 食事の観察の実施日： 年 月 日 食事の観察の参加者： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 頸部が後屈しがちである	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ 食事を楽しみにしていない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 食事をしながら、寝てしまう	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 食事又はその介助を拒否する	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 口腔内が乾燥している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ 噛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）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑬ 上下の奥歯や義歯が咬み合っていない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑭ 口から食液や唾液がこぼれる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑰ 食事中や食後に濡った声になる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑲ 頻りにむせたり、せきこんだりする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑳ 食事中や食後に濡った声になる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
㉑ 食事の後半は疲れてしまい、特にむせたり、呼吸音が濡ったりする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

食事観察で得られる所見

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



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： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 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・とり方、補助食の活用 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更 ② 食事の周囲環境 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更 ③ 食事の介助の方法 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更 ④ 口腔のケアの方法 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更 ⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
算定加算	担当職種 担当者名 気づいた点、アドバイス等
経口維持加算(Ⅰ)	
経口維持加算(Ⅱ)	
食事形態の種類・とり方の程度 ※ 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下評価（第2版 2013）やその他嚥下評価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、下の欄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	本人または家族の希望 と サイン 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
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

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、利用者様個人のお口の状況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。

◀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

### 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。利用者様個人の見方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。

### 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治療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ることがあります。

**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、お口の濁き、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にご近づけることが大事です。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、           様のご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

**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

**歯科医師**  
歯科治療を通し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

**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。

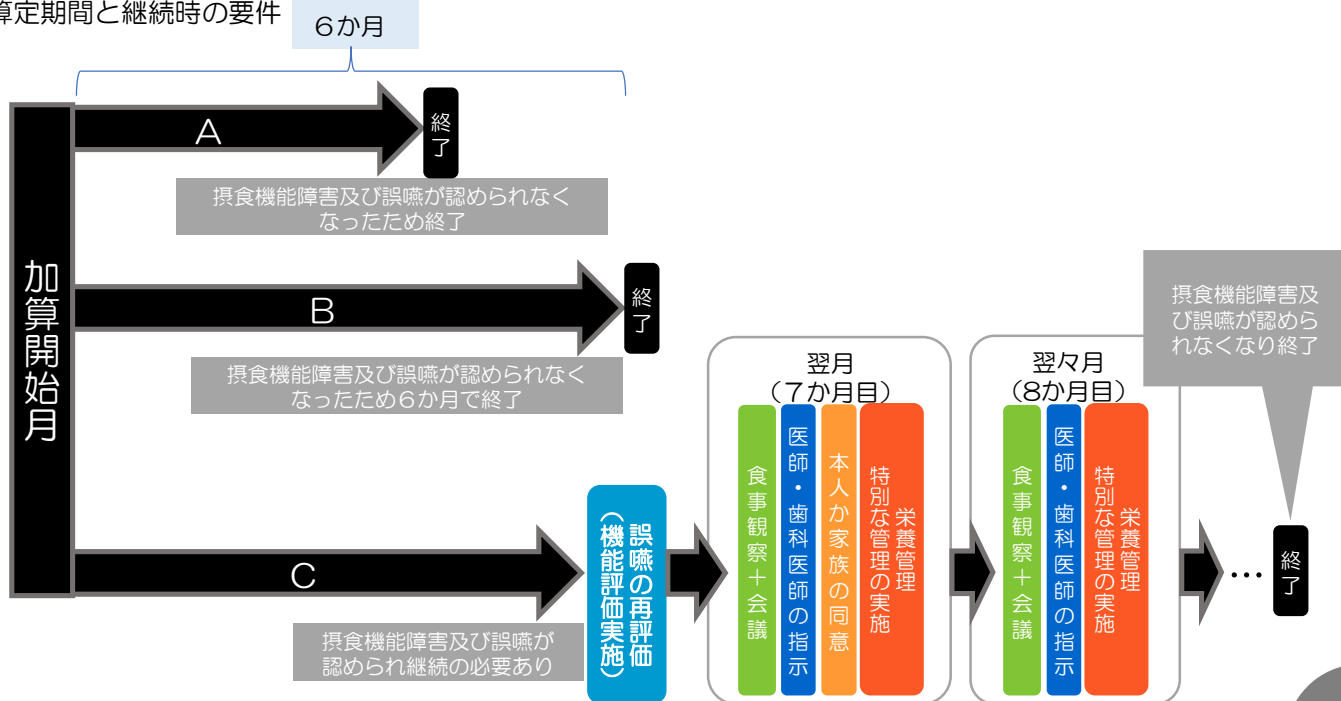
一方、6月を超えた場合でも、検査を行い再度摂食機能障害及び誤嚥が認められ特別な管理が必要であると医師又は歯科医師の指示があり、かつ利用者の同意がある場合に限り、引き続き算定できることとなっています。ただし、その場合は、概ね1ヶ月毎に「特別な管理の必要の有無」について医師又は歯科医師の指示が必要になります。

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



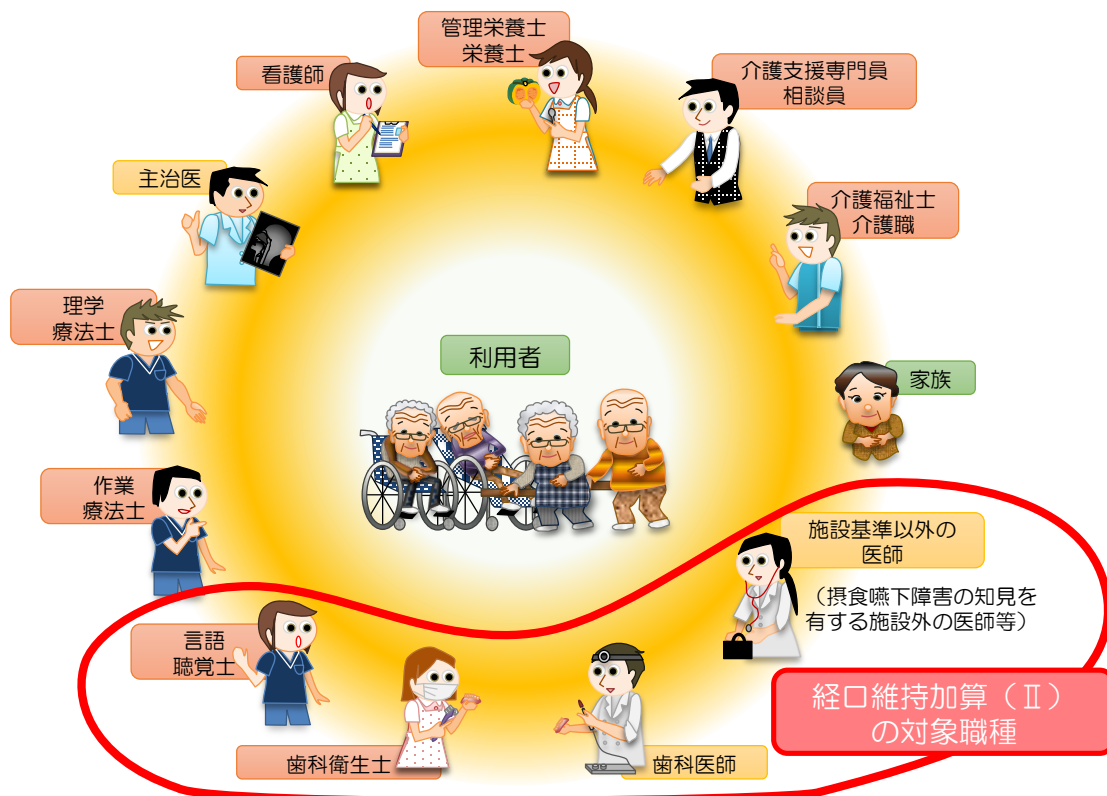
## 2-8. 経口維持加算（Ⅱ）

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



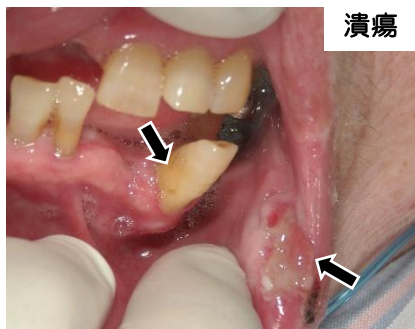
▲外して洗わなかった義歯の内面



▲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」「食べる時に顔をしかめる」「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。



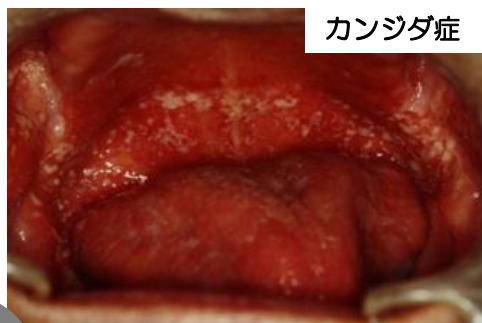
潰瘍

◀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

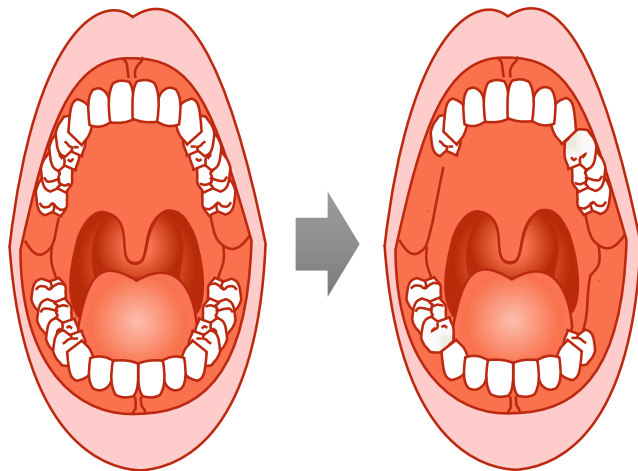
◀塩辛いもの・酸味のある物に痛いという訴えがあった。口腔粘膜に発赤とレース状白斑があり扁平苔癬が出来ていた。

## 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



▲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くか確認する必要がある。

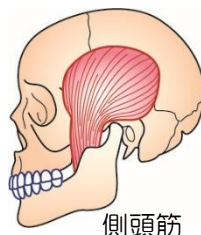


## 参考 機能的な咀嚼機能の把握 咬筋と側頭筋の触診

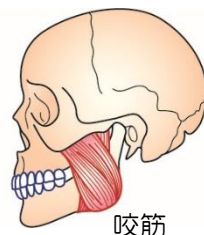
咀嚼機能の判断方法はいくつかありますが、嚥下機能低下している要介護高齢者に対しては検査食を使用できないケースがあります。そのような際に咬筋の機能の触診は噛む力の簡易的な判断方法です。

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。

## 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。
- 食べ物はほぼ丸のみである。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/m<sup>2</sup>  
 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。臥床を促すり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 <b>A子 様</b>	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日 S8年9月23日	経口摂取の状態 <input type="checkbox"/> 歯又は使用中の義歯がある <input checked="" type="checkbox"/> 食事の介助が必要である	算定加算 <input type="checkbox"/> 経口移行加算 <input type="checkbox"/> 経口維持加算（Ⅰ） <input checked="" type="checkbox"/> 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* <input checked="" type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input checked="" type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能 <input checked="" type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input checked="" type="checkbox"/> 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： <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 頸部が後屈しがちである	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
③ 食事を楽しみにしていない	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 食事をしながら、寝てしまう	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑤ 食べ始められない、食べ始めると頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 食事又はその介助を拒否する	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑨ 口腔内が乾燥している	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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）	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑬ 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑲ 頻繁にむせたり、せきこんだりする	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
㉓ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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： <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更
	② 食事の周囲環境	<input checked="" type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	③ 食事の介助の方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更
	④ 口腔のケアの方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	たんぱ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、高たんぱくゼリー追加
--	--------------------------

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 A子娘		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） 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、たんぱく質性食品追加	

# 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/m<sup>2</sup>

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嘔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、たんぱ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、水分は薄いところみ、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>B夫 様</b>	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 S11年 3月 11日	経口摂取の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 歯又は使用中の義歯がある <input type="checkbox"/> 食事の介助が必要である	算定加算 <input type="checkbox"/> 経口移行加算 <input type="checkbox"/> 経口維持加算(I) <input checked="" type="checkbox"/> 経口維持加算(I)及び(II) (協力歯科医療機関名 <b>H歯科医院</b> )
摂食・嚥下機能検査の実施* <input checked="" type="checkbox"/> 水飲みテスト <input checked="" type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input checked="" type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input checked="" type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input checked="" type="checkbox"/> 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。

<b>食事の観察を通して気づいた点</b> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
② 頸部が後屈しがちである	□はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
③ 食事を楽しみにしていない	<input checked="" type="checkbox"/> はい □いいえ		
④ 食事をしながら、寝てしまう	□はい <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑥ 食事又はその介助を拒否する	□はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	□はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	□はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑨ 口腔内が乾燥している	□はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	<input checked="" type="checkbox"/> 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）	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい □いいえ		
⑬ 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	<input checked="" type="checkbox"/> はい □いいえ		
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	<input checked="" type="checkbox"/> はい □いいえ		
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	□はい <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	<input checked="" type="checkbox"/> はい □いいえ		
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	□はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑲ 頻繁にむせたり、せきこんだりする	<input checked="" type="checkbox"/> はい □いいえ		
⑲ 食事中や食後に濁った声に変わる	<input checked="" type="checkbox"/> はい □いいえ		
⑲ 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい □いいえ		
⑲ 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 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑲ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	<input checked="" type="checkbox"/> はい □いいえ		
<b>多職種会議における議論の概要</b> 会議実施日：27年 3月 18日 会議参加者：□医師 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 変更	
	② 食事の周囲環境	<input checked="" type="checkbox"/> 現状維持 □変更	
	③ 食事の介助の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現状維持 □変更	
	④ 口腔のケアの方法	□現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更	
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 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>B夫 息子</b>	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/m<sup>2</sup>  
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 <b>C美様</b>	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日 S2年8月2日	経口摂取の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 歯又は使用中の義歯がある <input type="checkbox"/> 食事の介助が必要である	算定加算 <input type="checkbox"/> 経口移行加算 <input type="checkbox"/> 経口維持加算 (I) <input checked="" type="checkbox"/> 経口維持加算 (I) 及び (II) (協力歯科医療機関名) <b>A歯科クリニック</b>
摂食・嚥下機能検査の実施* <input checked="" type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input checked="" type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input checked="" type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 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： <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
② 頸部が後屈しがちである	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
③ 食事を楽しみにしていない	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 食事をしながら、寝てしまう	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑤ 食べ始められない、食べ始めると頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑥ 食事又はその介助を拒否する	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑨ 口腔内が乾燥している	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑬ 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑲ 頻繁にむせたり、せきこんだりする	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
㉓ 食事の摂取量に問題がある (拒食、過食、偏食など)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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： <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更
	② 食事の周囲環境	<input checked="" type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	③ 食事の介助の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	④ 口腔のケアの方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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

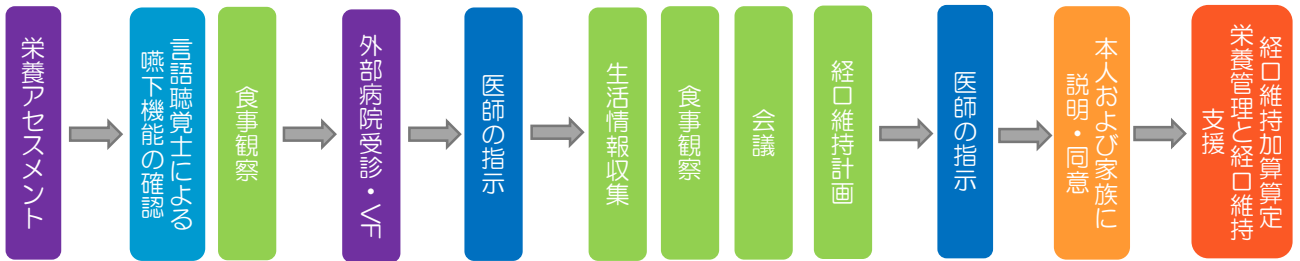
※ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

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) <b>C美様</b> 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 ④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/m<sup>2</sup>  
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、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 既に担当リハピ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 <b>D彦 様</b>	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 S15年11月3日	経口摂取の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 歯又は使用中の義歯がある <input checked="" type="checkbox"/> 食事の介助が必要である	算定加算 <input type="checkbox"/> 経口移行加算 <input type="checkbox"/> 経口維持加算(I) <input checked="" type="checkbox"/> 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* <input checked="" type="checkbox"/> 水飲みテスト <input checked="" type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input checked="" type="checkbox"/> 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： <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 頸部が後屈しがちである	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
③ 食事を楽しみにしていない	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
④ 食事をしながら、寝てしまう	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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う、食事に集中できない	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑥ 食事又はその介助を拒否する	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑨ 口腔内が乾燥している	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑬ 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑲ 頻りにむせたり、せきこんだりする	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
㉓ 食事の摂取量に問題がある(拒食、過食、偏食など)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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： <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 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・とりみ、補助食の活用	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更
	② 食事の周囲環境	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更
	③ 食事の介助の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	④ 口腔のケアの方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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・とりみの程度 ※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、水分に中等度のとりみ(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/m<sup>2</sup>  
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：II b

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 <b>E代 様</b>	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日 S12年 6月 6日	経口摂取の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 歯又は使用中の義歯がある <input checked="" type="checkbox"/> 食事の介助が必要である	算定加算 <input type="checkbox"/> 経口移行加算 <input type="checkbox"/> 経口維持加算(I) <input checked="" type="checkbox"/> 経口維持加算(I)及び(II) (協力歯科医療機関名)
摂食・嚥下機能検査の実施* <input checked="" type="checkbox"/> 水飲みテスト <input checked="" type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能 <input checked="" type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input checked="" type="checkbox"/> 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： <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 頸部が後屈しがちである	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ 食事を楽しみにしていない	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
④ 食事をしながら、寝てしまう	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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う、食事に集中できない	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 食事又はその介助を拒否する	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 口腔内が乾燥している	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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）	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑬ 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑲ 頻りにむせたり、せきこんだりする	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
㉓ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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： <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更
	② 食事の周囲環境	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更
	③ 食事の介助の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	④ 口腔のケアの方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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。口腔内残葉がある
	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） <b>E代 夫</b>
説明と同意を得た日	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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。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<sup>3)</sup>。

### 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<sup>4)</sup>。

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 連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](https://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

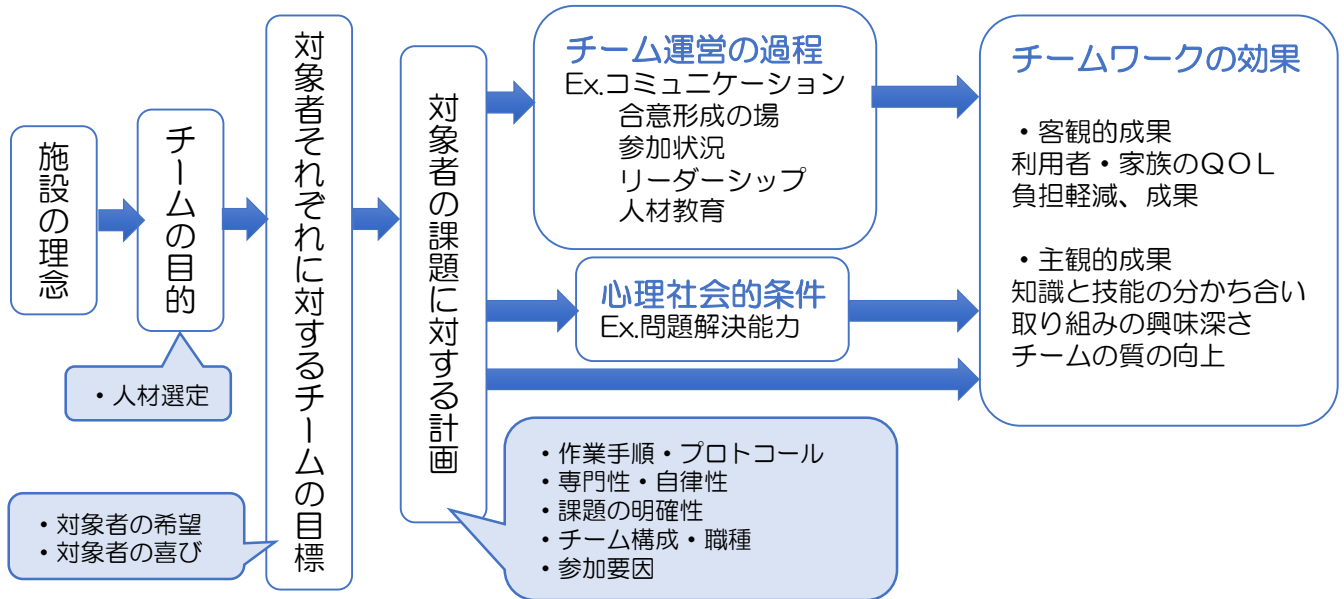
### チームの方向性を明確にして共有する

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いと、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<sup>5)</sup>。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

チームで話し合みましょう

- 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、定期的を開催する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<sup>6)</sup>。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ます<sup>7)</sup>。

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](https://apps.who.int/iris/bitstream/.../1/WHO_TRS_717.pdf)

WHOはヘルsteam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ど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。

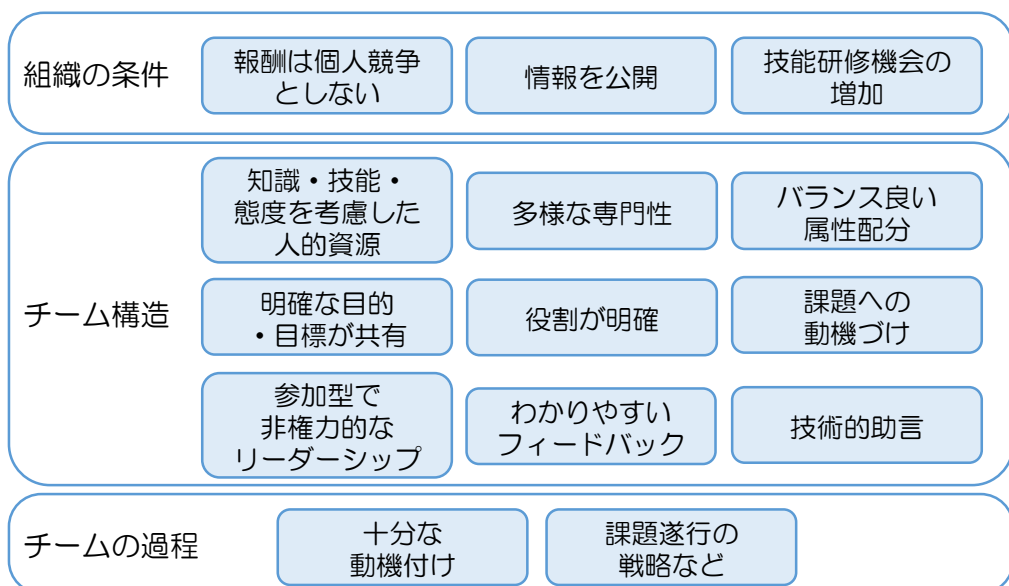
#### ● 多職種チームのコミュニケーションの取り方

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<sup>8)</sup>。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<sup>8)</sup>



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と失敗します。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<sup>9)</sup>

### 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ー平成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





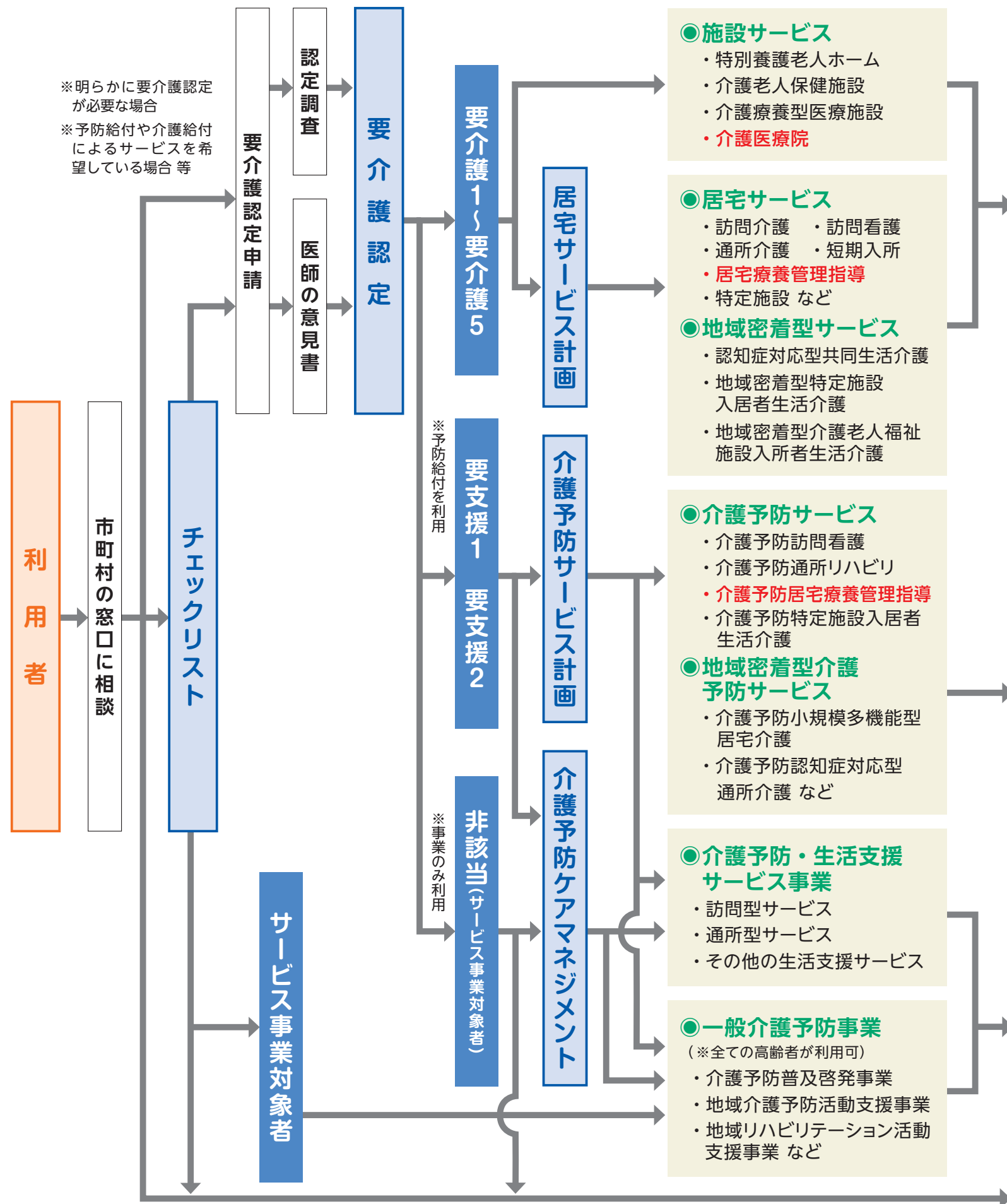
平成30年度

# 介護報酬改定のポイント

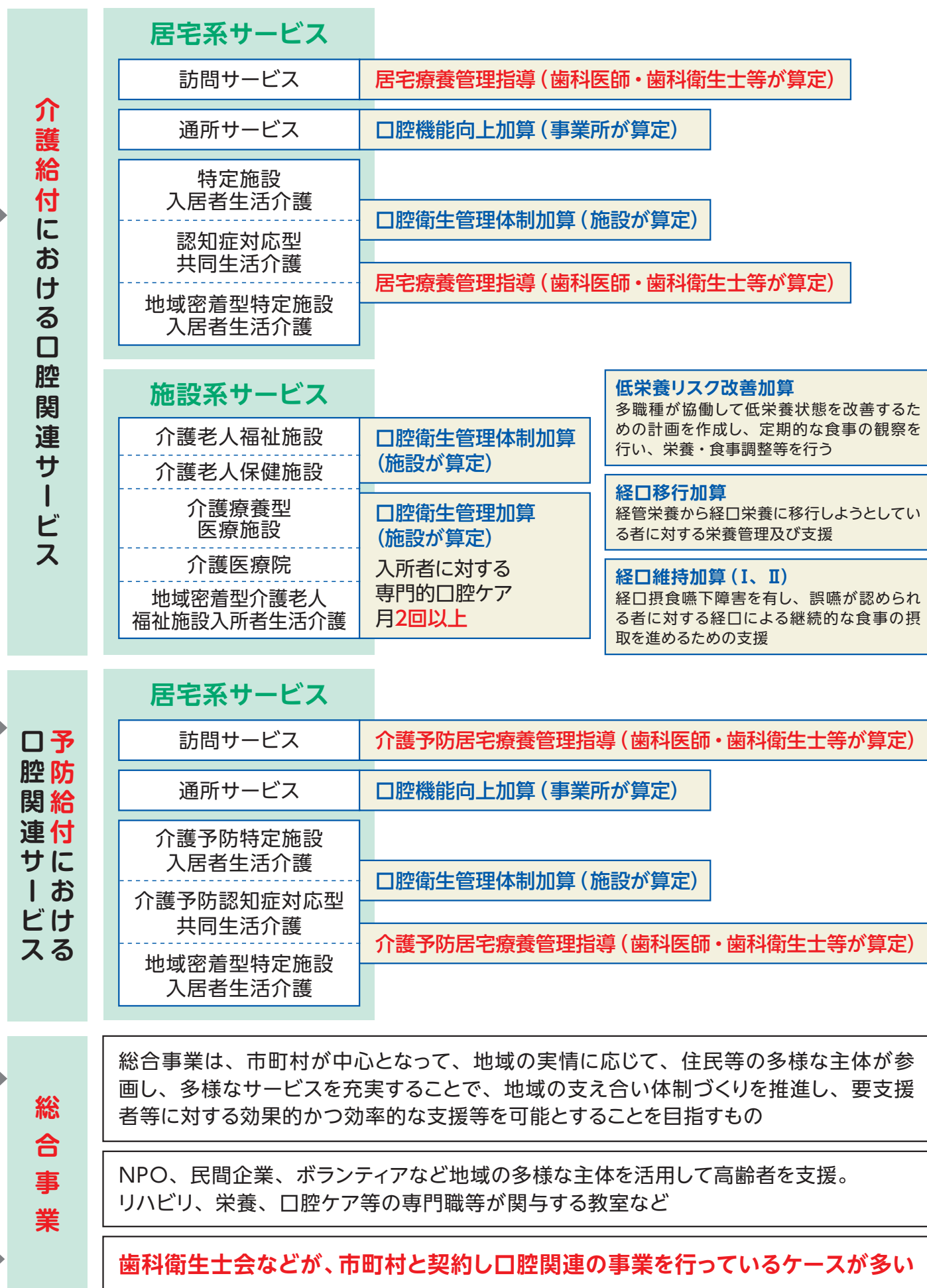
歯科・口腔関連項目の変更点を中心に



# 介護サービスの利用の手続き



# 口腔関連サービス



※明らかに介護予防・生活支援サービス事業の対象外と判断できる場合

# 平成30年度 介護報酬改定のポイント

～歯科・口腔と関連すると考えられる項目～

## 地域包括ケアシステムの推進

医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

### 医療と介護の連携の強化としての 居宅介護支援事業所と医療機関との連携の強化

#### 居宅 介護支援

訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師・歯科医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づけ。〔省令改正〕



#### 必要な情報の例

- 薬が大量に余っている
- 飲みきらないうちに新たに薬が処方されている
- 口臭や口腔内出血がある**
- 体重の増減が推測される見た目の変化がある
- 食量や食事回数に変化がある
- 下痢や便秘が続いている
- 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにもかかわらず提供されていない状況

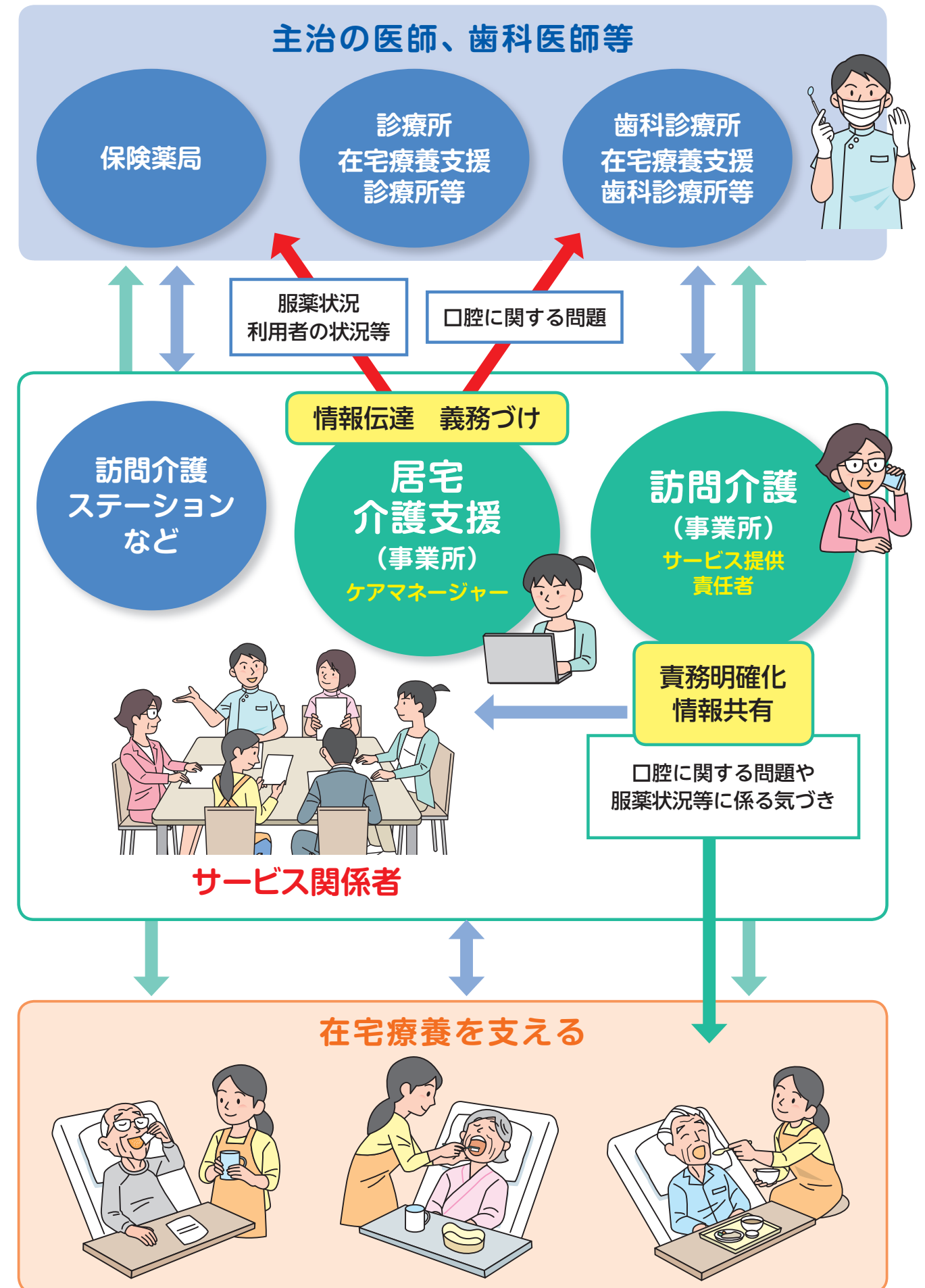
### 訪問介護におけるサービス提供責任者の役割の明確化

#### 訪問介護

訪問介護の現場での利用者の口腔に関する問題や服薬状況等に係る気づきをサービス提供責任者から居宅介護支援事業者等のサービス関係者に情報共有することについて、サービス提供責任者の責務として明確化。〔省令改正〕



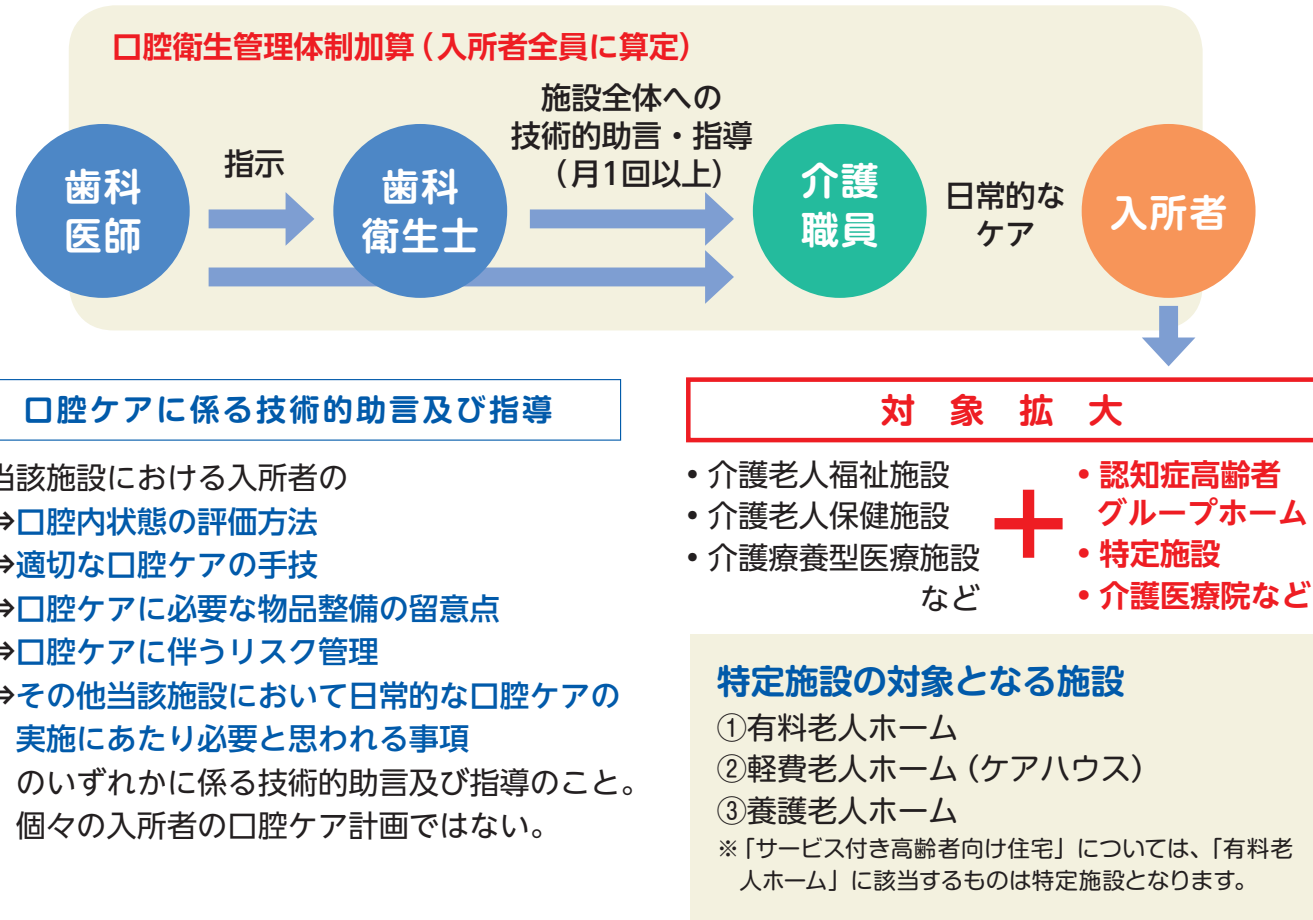
## 医療と介護 連携強化



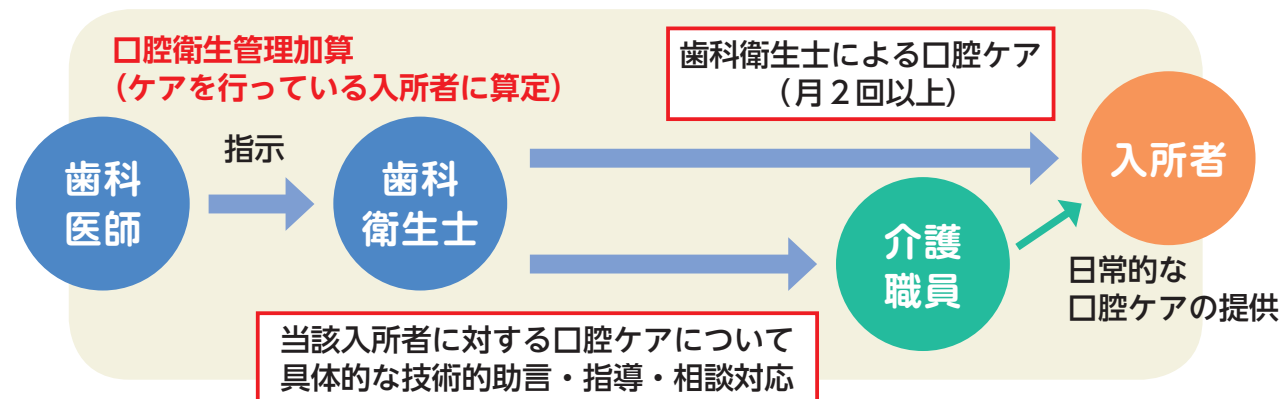
# 居住系及び施設系サービスでの 口腔衛生管理の充実

施設側が  
算定

## 口腔衛生管理体制加算の居住系サービスへの拡大 30単位／月(新設)



## 口腔衛生管理加算の対象者拡大、実施回数緩和 110単位／月 → 90単位／月 月4回以上 → 月2回以上



- 口腔衛生管理体制加算が算定されている場合
- 歯科訪問診療料が算定された月も算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された月においては、訪問歯科衛生指導料が2回までの場合に算定

サービス	施設等	口腔衛生管理体制加算	口腔衛生管理加算
居宅サービス	<b>特定施設入居者生活介護</b> 介護付有料老人ホーム、養護老人ホーム、 軽費老人ホーム(ケアハウス) 注・介護保険の指定あるもの	○ 新設	
介護予防サービス (介護度が要支援1、2)	<b>介護予防特定施設入居者生活介護</b>	○ 新設	
施設サービス	<b>介護老人福祉施設</b> 特別養護老人ホーム 常時介護が必要で在宅生活が困難な方 基本的に要介護3以上の認定を受けた方	○	○ 変更
	<b>介護老人保健施設</b> リハビリテーションなどの医療サービスを提供し、 家庭への復帰を目指す施設 要介護1より利用可能	○	○ 変更
	<b>介護療養型医療施設</b> 特別養護老人ホームや介護老人保健施設に比べて、 医療や介護の必要度が高い方を対象 要介護1より利用可能 介護療養病床を持っている病院・有床診療所は、 6年間の猶予期間(～2024年3月末)の間に、 病床を閉じるか、あるいは別の機能の病床に転換	○	○ 変更
	<b>介護医療院(新設)</b> 要介護者に対し、「長期療養のための医療」と 「日常生活上の世話(介護)」を一体的に提供する	○ 新設	○ 新設
地域密着型サービス	<b>認知症対応型共同生活介護</b> 認知症高齢者グループホーム 常認知症の方が少数で共同生活をしながら、地域の 住民と交流等により、認知症の症状緩和を図っていく	○ 新設	
	<b>地域密着型特定施設入居者生活介護</b> 定員29人以下の小規模で運営される介護付 有料老人ホーム等(介護専用型特定施設)	○ 新設	
	<b>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</b> 定員29人以下の小規模で運営される特別養護老人ホーム	○	○ 変更
地域密着型 介護予防サービス	<b>介護予防認知症対応型共同生活介護</b>	○ 新設	



# 歯科医師・歯科衛生士等が算定する事項

## 医療との整合性を踏まえた 訪問人数等に応じた居宅療養管理指導の評価の見直し

### 【居宅療養管理指導（訪問系サービス）】——集合住宅関係

#### 歯科 医師

- 単一建物居住者が1人  
→ **507**単位
- 単一建物居住者が2～9人  
→ **483**単位
- 単一建物居住者が10人以上  
→ **442**単位

●対象は、在宅の利用者で通院が困難な者

●指定（介護予防）居宅療養管理指導事業所の歯科医師が、居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な歯科医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供並びに利用者又はその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等について指導及び助言

●単一建物居住者の人数に従い、一人当たり  
**1月に2回を限度**に算定

#### 歯科 衛生士等

- 単一建物居住者が1人  
→ **355**単位
- 単一建物居住者が2～9人  
→ **323**単位
- 単一建物居住者が10人以上  
→ **295**単位

●対象は、在宅の利用者で通院又は通所が困難な者

●指定（介護予防）居宅療養管理指導事業所の歯科衛生士が、訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、訪問して実地指導

●単一建物居住者の人数に従い、一人当たり  
**1月に4回を限度**に算定

#### 参考：従来

- 同一建物居住者以外 → 歯科医師 503単位 / 歯科衛生士等 352単位
- 同一建物居住者 → 歯科医師 452単位 / 歯科衛生士等 302単位

## 離島や中山間地域等での 加算の創設

### ※居宅療養管理指導に加算

### 居宅療養管理指導にも範囲拡大

#### 特別地域加算

1回につき**所定単位数の100分の15（新設）**

#### 中山間地域等における小規模事業所加算

1回につき**所定単位数の100分の10（新設）**

#### 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

1回につき**所定単位数の100分の5（新設）**

歯科訪問診療料の注9を算定している → 算定不可

注9 保険医療機関の所在地と訪問先の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による歯科訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの歯科訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。

#### 算定要件等

●特別地域加算：離島振興法、山村振興法等の指定地域等の特別地域<sup>(※1)</sup>に所在する事業所が居宅サービスを行うことを評価するもの

※1：離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、山村振興法、小笠原諸島振興開発特別措置法、沖縄振興特別措置法等に定める地域

●中山間地域等における小規模事業所加算：特別地域の対象地域を除く豪雪地帯、過疎地域等の中山間地域等<sup>(※2)</sup>における小規模事業所<sup>(※3)</sup>が居宅サービスを行うことを評価するもの

※2：特別地域加算対象地域以外の地域で、豪雪地帯対策特別措置法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する

法律、半島振興法、特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律、過疎地域自立促進特別措置法に定める地域

※3：1月当たり延訪問回数が50回以下の指定居宅療養管理指導事業所、5回以下の指定介護予防居宅療養管理指導事業所

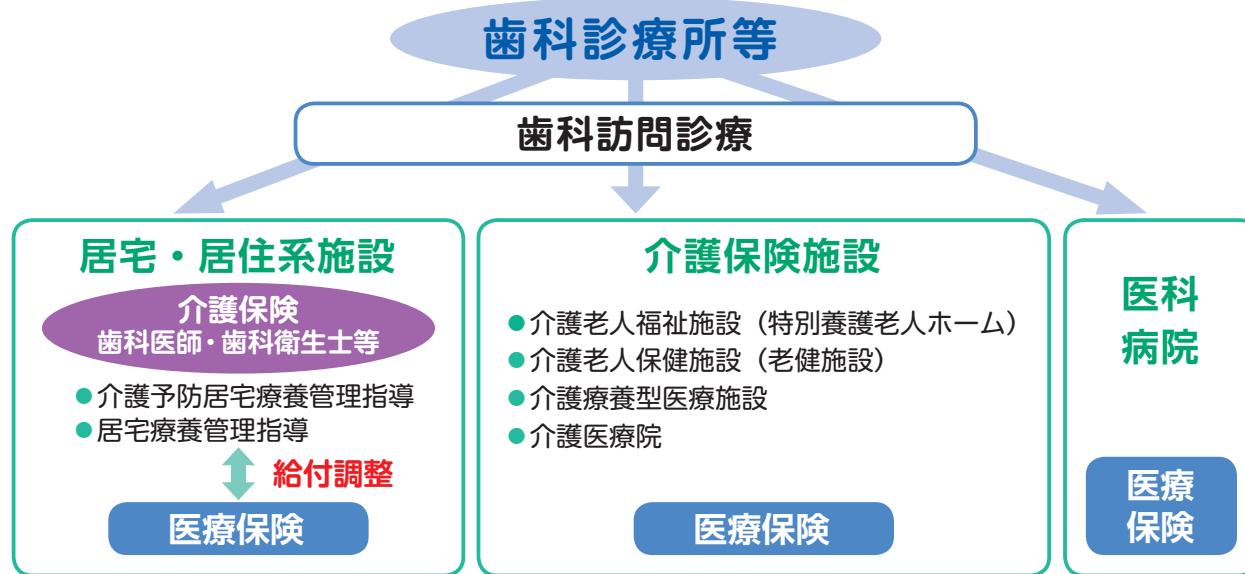
●中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算：特別地域、中山間地域等<sup>(※4)</sup>に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域<sup>(※5)</sup>を越えて居宅サービスを行うことを評価するもの

※4：特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算の対象地域

※5：通常の事業の実施地域は運営基準に基づく運営規程に定める。

# 居宅療養管理指導における医療保険との給付調整の概要

## 訪問先の確認が大切



## 診療報酬

### ● 歯科訪問診療料 (歯科訪問診療 1・2・3)

同一建物に居住する患者数と患者一人につき診療に要した時間 (例外あり) に従い算定する

■ 歯科訪問診療

同一建物  
居住者

### ● 歯科訪問診療補助加算

同一建物に居住者以外の場合 or 同一居住者の場合に従い算定する

同一日の  
人数

### ● 訪問歯科衛生指導料

単一建物診療患者数 (同一月に訪問歯科衛生指導を行っているもの) に従い算定する

## 介護報酬

### ● 歯科医師 (介護予防) 居宅療養管理指導

単一建物居住者の人数に従い月 2 回を限度に算定する

■ 居宅療養管理指導

単一建物  
居住者

### ● 歯科衛生士等 (介護予防) 居宅療養管理指導

単一建物居住者の人数に従い月 4 回を限度に算定する

同一月の  
人数

単一建物居住者数 (同一月) に従って算定する

## 介護保険と医療保険との給付調整に留意!

- 居宅及び、居住系施設 (居宅扱いの施設) では、要介護 (要支援) 認定者への歯科衛生士等の訪問歯科衛生指導は算定できず、介護保険の歯科衛生士等の (介護予防) 居宅療養管理指導を算定する
- <病院などの入院患者、介護保険施設の入所者以外の患者> 同一月において、(介護予防) 居宅療養管理指導 (歯科医師が行う場合に限る) を算定した場合



同一月に  
算定できない項目

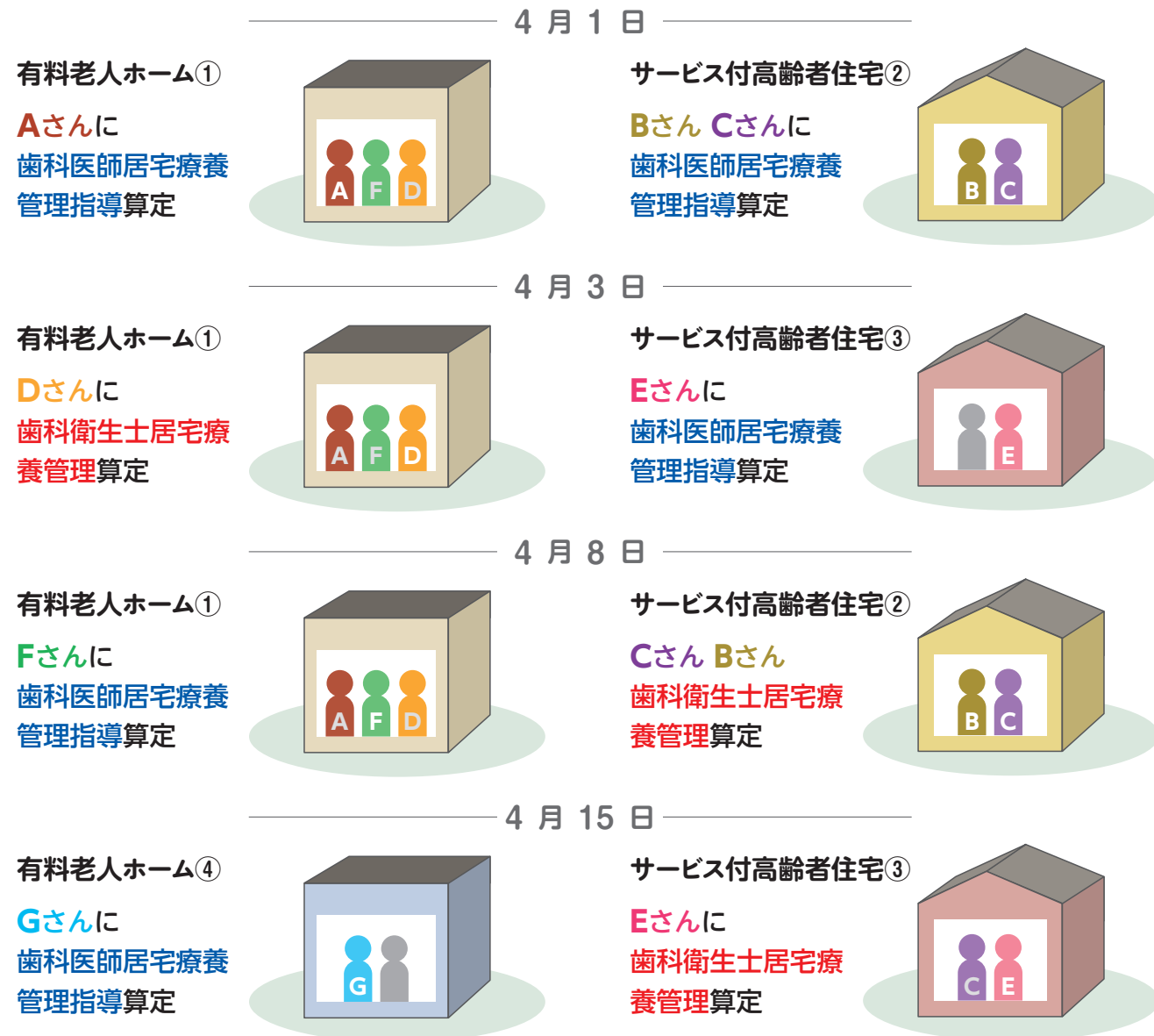
B000-4 歯科疾患管理料  
B002 歯科特定疾患療養管理料  
B009 診療情報提供料 (I)  
※注 2 及び注 6

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料  
C001 在宅患者訪問口腔  
リハビリテーション  
指導管理料

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料の算定を算定要件とするものは、(介護予防) 居宅療養管理指導を算定し、当該管理料で規定される管理計画の内容を含む管理計画を策定している場合においては、当該管理料を算定したものとみなすことができる

# 居宅療養管理指導 単一建物の考え方—算定例

歯科医師居宅療養管理指導 歯科衛生士居宅療養管理指導



## 歯科医師居宅療養管理指導

【建物ごとの単一建物算定利用者数】		【利用者ごと歯科医師居宅療養管理指導単位数】	
有料老人ホーム①	利用者 A F 計2人	Aさん Fさん	483単位
有料老人ホーム④	利用者 G 計1人	Gさん	507単位
サービス付き高齢者住宅②	利用者 B C 計2人	Bさん Cさん	483単位
サービス付き高齢者住宅③	利用者 E 計1人	Eさん	507単位

## 歯科衛生士居宅療養管理指導

【建物ごとの単一建物算定利用者数】		【利用者ごと歯科衛生士居宅療養管理指導単位数】	
有料老人ホーム①	利用者 D 計1人	Dさん	355単位
サービス付き高齢者住宅②	利用者 B C 計2人	Bさん Cさん	323単位
サービス付き高齢者住宅③	利用者 E 計1人	Eさん	355単位

# 「同一建物居住者」と「単一建物居住者」の違い



当該利用者と同一建物に居住する他の利用者に対して指定（介護予防）居宅療養管理指導事業所の歯科医師が**同一日**に歯科訪問診療又は指定（介護予防）居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者

- 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の利用者

- 小規模多機能型居宅介護（宿泊サービスに限る）、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス（宿泊サービスに限る）、介護予防小規模多機能型居宅介護（宿泊サービスに限る）、介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の利用者



当該利用者が居住する建築物に居住する者のうち、当該指定（介護予防）居宅療養管理指導事業所の歯科医師が、**同一月**に歯科訪問診療又は指定（介護予防）居宅療養管理指導（歯科衛生士にあつては、**同一月**に指定（介護予防）居宅療養管理指導）を行う場合の当該利用者

- ユニット数が3以下の認知症対応型生活介護事業所  
↓  
各ユニットで算定する人数を「単一建物居住者」の人数とみなす

- 1つの居宅に同居する同一世帯の利用者が2人以上  
↓  
利用者ごとに「単一建物居住者が1人の場合」を算定

- 利用者数が、建築物の戸数の10%以下の場合又は建築物の戸数が20戸未満であつて、利用者が2人以下  
↓  
それぞれ「単一建物居住者が1人の場合」を算定

# その他のポイント

## 介護医療院の創設（介護保険施設）

主として長期にわたり療養が必要である要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とし、新設された介護保険施設

- 介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）
  - 老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）
- を提供

## 介護保険施設における口腔・栄養関連で歯科が関係する項目

- 施設側が算定
- 経口維持加算、経口移行加算：今回の改定では変更はありません
  - 栄養スクリーニング加算、低栄養リスク改善加算が新設されました
  - 介護保険施設における栄養関連の項目を理解し、施設側の職員等と連携協働して、「口から食べること」を支援しましょう

経口維持加算 → (Ⅰ) 400単位 / 月、(Ⅱ) 100単位 / 月

経口移行加算 → 28単位 / 日

ヒント!

食事の観察（ミールラウンド）及び会議等では、その介護保険施設にかかわる医師、ケアマネジャー、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護職員などと連携協働して、摂食嚥下機能の評価を行い、食環境、食形態、食事介助方法、歯科疾患治療の必要性などについて、経口維持計画などへの指導や提案をしましょう。



### 【経口維持加算に関する参照資料】

●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研究班「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向けて—平成27年度版」

※本マニュアルは、日本歯科医師会ホームページ・メンバーズルーム「地域保健全般」→「介護保険・介護報酬」→「経口摂取支援に関するマニュアル及びパンフレット」内にも掲載しております。

●経口維持加算チラシ

※日本歯科医師会ホームページ・メンバーズルーム「地域保健全般」→「介護保険・介護報酬」→「平成27年度介護報酬改定に係る施設関係者向けチラシ」



## 今回の改定で 新設された栄養関連の 加算項目（事業所が算定）

通所介護・通所リハビリテーション・  
小規模多機能型居宅介護などへの加算  
栄養スクリーニング加算 → 5単位 / 回（新設）

通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護などにおける栄養改善の取り組みを推進するため新設されました。

### 算定要件等


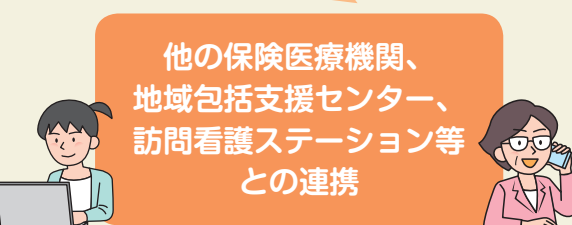
サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する

介護保険施設における、栄養改善の取り組みの  
推進として新設されました。  
低栄養リスク改善加算 → 300単位 / 月（新設）

### 算定要件等

- 低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して医師、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者が共同して、入所者の栄養管理をするための会議を月1回以上行い、入所者ごとに低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法等を示した計画を作成（栄養ケア計画と一体）した場合
- 当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、医師の指導を受けている場合に限る）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6月以内の期間に限り、1月につき加算
- 医師又は歯科医師の指示に基づき、6月を超えて実施される場合は、概ね2週間ごとに指示を受ける
- 栄養マネジメント加算を算定していない場合又は経口移行加算若しくは経口維持加算を算定している場合は、算定しない

【平成30年度】介護保険と関わる医療保険の主な算定項目

<p>かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療、介護に関する連携等</li> <li>多職種連携等</li> <li>多職種連携による口腔機能管理</li> </ul>
<p>在宅療養支援歯科診療所が</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 (連携機能強化)</li> <li>2 (従来型)</li> </ol> <p><b>介護関連が医療保険の施設基準に！</b></p> 	<p>連携</p> <p>在宅療養支援歯科診療所</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援歯科診療所1 従来より連携機能を強化</li> <li>在宅療養支援歯科診療所2 従来の在宅療養支援歯科診療所に相当</li> </ul> <p>連携</p> <p>口腔機能管理の推進</p> <p>研修内容の見直し</p> <p>他の保険医療機関、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等との連携</p> <p>認知症に関する研修の追加</p> 
<p>退院時共同指導料 1 歯科は変更なし</p>	<p>入院中 1 回に限り 在宅療養支援歯科診療所 1、2 の場合 900 点 その他 500 点</p>
<p>歯科訪問診療料 歯科訪問診療補助加算</p>	<p><b>歯科訪問診療補助加算がすべての歯科医院で算定可能に</b></p>
<p>歯科訪問診療料 歯科訪問診療移行加算</p>	<p><b>通院していた患者が訪問診療になった時に算定できる (新設)</b></p>
<p>訪問歯科衛生指導料</p>	<p><b>注意！</b> 在宅療養管理指導と同じ区分に変更</p>
<p>歯科疾患在宅療養管理料 【栄養サポートチーム等連携加算】</p>	<p>在宅療養支援歯科診療所 1 の場合 320 点 在宅療養支援歯科診療所 2 の場合 250 点 上記以外の場合 190 点</p> <p><b>〈在宅療養管理指導を算定した月は歯科疾患在宅療養管理料を算定できない〉</b></p> <p>※入院患者に栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算 1 (NST) として 80 点を加算</p> <p>※介護保険施設等に入所している患者に対して、食事観察等に参加し、口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算 2 (ミールラウンド) として 80 点を加算</p> <p>※栄養サポートチーム等連携加算 2 は、入所している施設等に介護福祉施設、介護老人保健施設に加え、介護医療院、介護療養施設、特定施設、地域密着型特定施設、認知症対応型共同生活介護サービスを追加</p>
<p>在宅等療養患者 専門的口腔衛生処置 歯科衛生士の新たな評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない</li> <li>機械的歯面清掃処置は別に算定できない</li> </ul>