

平成 26 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)

『高齢者保健福祉施策の推進に寄与する調査研究事業』

施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・

口腔管理体制の整備とあり方に関する研究

報告書

平成 27 年 3 月

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

ご挨拶

日本健康・栄養システム学会は平成26年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）の交付を受け、「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」（委員長杉山みち子）に取り組んで参りました。

本研究は、平成27年度4月介護保健制度改定の柱の一つとなった口腔・栄養管理において「高齢者の楽しみの支援の充実」を図るため、施設における現行の経口維持加算のスクリーニング手法の評価区分が廃止され、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り組みのプロセスが評価されたこと、さらに、療養食加算との併算が可能となったこと、そして、栄養維持加算の取得するためには、栄養ケア・マネジメント（栄養マネジメント加算）が必須となったことなどに貢献することができました。

その背景として、平成17年10月の介護保険施設の食事料の全額自己負担化に伴う栄養ケア・マネジメント制度の導入は、介護保険分野における低栄養問題の存在や高齢者の個別栄養ケアに社会的重要性の認識醸成に著しく貢献しました。平成18年4月には、摂食嚥下機能が低下した高齢者の「食べること」の支援に対応した経口移行加算及び経口維持加算が導入されましたが、医療機関と連携した評価を要するこれらの加算取得は推進されないまま、その体制や取り組みを見直すことが緊急に求められてきました。さらに、施設入所中から「食べること」を在宅復帰支援の一環に位置付けた取り組みは殆ど推進されていません。

そこで、当該学会は、介護保険施設入所者の栄養ケア・マネジメントや口腔管理体制とサービス提供のあり方を見直すために、平成25年度老人保健推進等補助金事業によって、施設入所者1,646名を対象として、ミールラウンド（食事時のチームによる観察）によって、摂食嚥下困難、姿勢及び認知症の徴候・症状、脱水・溢水の徴候・症状に関する問題の把握ができる栄養アセスメント・モニタリング表（試案）を作成し、実用化が可能であることを確認しました。

さらに、平成26年度当該事業研究班は、施設入所高齢者の経口維持の取り組みに対する制度上の改訂のための具体的な方法についての根拠を低栄養状態と先のアセスメントから把握される問題との関連や入院リスク等との関連から提示してきました。さらに、これらの研究成果を踏まえて情報提供のための啓発研究事業を、管理栄養士並びに関連職種を対象として全国4か所（熊本市、名古屋市、仙台市、東京都）において実施し、参加者のご意見を反映させた施設入所高齢者の経口維持と在宅復帰支援のための教材（手引書）を作成致しました。

今後も、日本健康・栄養システム学会は、施設入所及び在宅高齢者の「食べる楽しみの充実」のための栄養ケア・マネジメントの推進と質の向上に貢献できるよう研究・教育活動に本学会が育成した臨床栄養師とともに取り組んで参ります。

平成26年度 老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）

「施設入所・退所者の経口維持のため栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」

委員長 杉山みち子／日本健康・栄養システム学会理事
（神奈川県立保健福祉大学・大学院教授）

平成 26 年度厚生労働省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）

『高齢者保健福祉施策の推進に寄与する調査研究事業』

施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究班

委員長

杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学・大学院教授

統括・運営小委員会

小山秀夫 兵庫県立大学大学院教授

加藤昌彦 椛山女学園大学教授

検討委員会

杉山みち子 前述

小山秀夫 前述

加藤昌彦 前述

葛谷雅文 名古屋大学大学院医学系研究科教授

榎裕美 愛知淑徳大学教授

高田和子 国立健康・栄養研究所栄養ケア・マネジメント研究室室長

大原里子 東京医科歯科大学歯学部講師

鎌倉やよい 愛知県立大学副学長

宇田淳 広島国際大学教授

野地有子 千葉大学大学院教授

「経口摂取を支援するためのアセスメント・モニタリング表とケア計画指針」導入のための体制とサービス提供のあり方調査研究小委員会

杉山みち子 前述

高田和子 前述

榎裕美 前述

分析協力 高田健人 神奈川県立保健福祉大学栄養学科助教

研究補助 木嶋亜沙美 神奈川県立保健福祉大学 栄養ケア・マネジメント研究室

介護老人保健施設における「退所後の継続的な経口摂取支援のための栄養管理・口腔管理体制とサービス提供のあり方の事例調査研究」小委員会

小山秀夫 前述

高田和子 前述

杉山みち子	前述
榎裕美	前述
大原里子	前述
岡本節子	十文字学園女子大学准教授
苅部康子	社会福祉法人 親善福祉協会 介護老人保健施設 リハパーク舞岡 栄養課長 管理栄養士・臨床栄養師

啓発研究事業

委員

杉山みち子	前述
小山秀夫	前述
加藤昌彦	前述
榎裕美	前述
高田和子	前述
大原里子	前述
苅部康子	前述
高田健人	前述
研究補助	木嶋亜沙美 前述

後援

公益社団法人	全国老人福祉施設協議会
社団法人	全国老人保健施設協会
一般社団法人	日本慢性期医療協会

実施運営協力

小山和作	日本赤十字社 熊本健康管理センター名誉所長 運営委員長（熊本）
山下茂子	熊本県立大学非常勤講師 運営副委員長（熊本）
加藤昌彦	前述 運営委員長（名古屋）
鎌田由香	宮城学院女子大学准教授・臨床栄養師 運営委員長（仙台）
大木和子	椋山女学園大学教授 運営委員長（東京）

オブザーバー

日名子まき	厚生労働省 老健局 老人保健課 係長
-------	--------------------

資料作成協力

星野和子	社会福祉法人溪仁会 介護老人福祉施設 手稲つむぎの杜
------	----------------------------

事例検討協力

永田美香代	社会福祉法人 寿量会 特別養護老人ホーム 天寿園 栄養部部長 管理栄養士・臨床栄養師
梶原瑞恵	社会福祉法人 寿量会 嘱託医師 有明海リハビリテーションクリニック 神経内科医師
吉岡雅裕	社会福祉法人 寿量会 施設サービス事業部 副施設長・介護支援専門員
高橋政敏	社会福祉法人 寿量会 施設サービス事業部 課長 生活相談員・介護福祉士
佐藤大	社会福祉法人 寿量会 施設サービス事業部 主任看護責任者 看護師
古川美和	長崎市医師会 医療センター診療所 管理栄養士
坂口里美	社会福祉法人 聖霊会 老人保健施設 サンタマリア 管理栄養士・臨床栄養師
森内愉美	社会福祉法人 聖霊会 老人保健施設 サンタマリア 事務長
小島千穂	社会福祉法人 聖霊会 老人保健施設 サンタマリア 言語聴覚士
宇野千晴	医療法人 杉山会 すぎやま病院 管理栄養士・臨床栄養師
前田めぐみ	医療法人 勝久会 介護老人保健施設 気仙苑 管理栄養士・臨床栄養師
小笠原明洋	医療法人 勝久会 介護老人保健施設 気仙苑 介護福祉士
木下由香	医療法人 勝久会 介護老人保健施設 気仙苑 作業療法士
古川翠	医療法人 勝久会 介護老人保健施設 気仙苑 言語聴覚士
千島優子	特定非営利活動法人 ハッピーート大崎 理事長 管理栄養士・臨床栄養師
本田守弘	社会福祉法人 親善福祉協会 介護老人保険施設 リハパーク舞岡 施設長
宝田信子	社会福祉法人 親善福祉協会 介護老人保険施設 リハパーク舞岡 療養長
高谷翼	社会福祉法人 親善福祉協会 介護老人保険施設 リハパーク舞岡 支援相談課 課長 介護支援専門員
吉岡裕美	社会福祉法人 親善福祉協会 介護老人保険施設 リハパーク舞岡 リハビリ課 主任 作業療法士
佐藤悦子	社会福祉法人 同胞互助会 愛全診療所・居宅療養管理指導 管理栄養士・臨床栄養師

運営協力者

若木陽子	日本赤十字社熊本健康管理センター 業務推進課
高山仁子	寿量会 熊本機能病院 栄養部 管理栄養士・臨床栄養師
三田有紀子	椙山女学園大学 講師
馬嶋 真子	椙山女学園大学大学院
尾崎理恵	椙山女学園大学大学院
木崎琴恵	宮城学院女子大学

本間智佳	宮城学院女子大学
箭内彩華	宮城学院女子大学
清水史子	昭和女子大学 講師
本尾友紀	昭和女子大学 助手
奥村眞理子	東京ふれあい医療生協・梶原診療所 管理栄養士・臨床栄養師

経理担当	駒形公大（日本健康・栄養システム学会事務局）
------	------------------------

目 次

研究概要	1
I. 「経口摂取を支援するためのアセスメント・モニタリング表とケア計画指針」による 栄養管理・口腔管理体制の整備と効果的なサービス提供のあり方に関する実態調査 (横断・縦断調査から)	9
II. 介護保険施設における経口移行加算、経口維持加算 (I)、経口維持加算 (II) 取得 に関する業務内容とその量に関する検討 (訪問調査から)	41
III. 栄養ケア・マネジメントの再生のための提言	61
IV. 高齢者の栄養ケア・マネジメント啓発研究事業に基づく教材 (手引書) 作成	68
・ 高齢者の栄養ケア・マネジメント啓発研究事業に基づく教材 (手引書) 高齢者の栄養ケア・マネジメントの再生のために : 「高齢者の口から食べる楽しみの充実」 をめざして ー平成 27 年度介護保険制度改正とその後の経口維持・在宅復帰支援の新たな取組みー	
資料	
施設調査票	
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会分類 2013 (食事) 早見表と施設での形態用語	
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会分類 2013 (とろみ) 早見表と施設での用語	
栄養アセスメント・モニタリング・栄養ケア計画調査票	
イベント調査票	
介護保険施設における経口移行加算、経口維持加算 (I)、経口維持加算 (II) 取得に 関する業務内容とその量に関する検討 ー調査票ー	
啓発研究事業 (ご案内)	

研 究 概 要

平成 27 年度 4 月介護保健制度改定の柱の一つとなった口腔・栄養管理においては、「高齢者の楽しみの支援の充実」を図るため、施設における現行の経口維持加算のスクリーニング手法の評価区分が廃止され、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り組みのプロセスが評価され、さらに、療養食加算との併算が可能となり、そして、経口移行及び経口維持加算の取得のためには、管理栄養士を常勤配置しての栄養ケア・マネジメント（栄養マネジメント加算）が必須となった。本研究事業は、このような改訂に至った介護保健施設の口腔・栄養管理の体制と取り組みに対する根拠を提示し、さらなる栄養ケア・マネジメントの質の向上のための今後の課題を明らかにし、栄養ケア・マネジメントの再生のための提言を行うことを目的に行われた。

本研究事業では、Ⅰ. 「経口摂取を支援するためのアセスメント・モニタリング表とケア計画指針」による栄養管理・口腔管理体制の整備と効果的なサービス提供のあり方に関する実態調査（横断・縦断調査から）Ⅱ. 介護保険施設における経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）取得に関する業務内容とその量に関する検討、Ⅰ、Ⅱの結果から、Ⅲ. 栄養ケア・マネジメントの再生に向けての提言を行い、さらに、これらの研究成果を踏まえて情報提供のための啓発研究事業を、管理栄養士並びに関連職種を対象として全国 4 か所（熊本市、名古屋市、仙台市、東京都）において実施し、Ⅳ. 高齢者の栄養ケア・マネジメント啓発研究事業に基づく教材（手引書）作成した。

Ⅰ. 「経口摂取を支援するためのアセスメント・モニタリング表とケア計画指針」による 栄養管理・口腔管理体制の整備と効果的なサービス提供のあり方に関する実態調査 （横断・縦断調査から）

本研究は、従来の施設入所者の経口維持のための介護報酬制度を見直し、経口摂取を支援し、低栄養のリスクを軽減して平穏状態を維持するためには、どのような特性のある入所者に、どのような体制でどのようなサービスを提供すれば、効果的なのか、その根拠を提示するために横断・縦断調査による検証を目的とした。

委員長 杉山みち子（神奈川県立保健福祉大学教授）のもとに 1) 検討委員会及び、2) 「経口摂取を支援するためのアセスメント・モニタリング表とケア計画指針」導入のための体制とサービス提供のあり方調査研究小委員会、3) 介護老人保健施設における「退所後の継続的な経口摂取支援のための栄養管理・口腔管理体制とサービス提供のあり方の事例調

査研究」小委員会の2つの小委員会を設置し、委員会を1回及び1)の小委員会を1回行った。なお、2)の小委員会は、退所後の継続的な経口支援を実施している老人保健施設が未だ殆どないことから、苅部康子委員の所属する介護老人保健施設における先行的取組をヒアリングして啓発研究事業における事例の作成に留め、今後の重要課題とした。

日本健康・栄養システム学会の認定臨床栄養師が勤務しているか、あるいは認定臨床研修施設の介護保健施設である平成25年度協力施設入所登録者特養22施設1,021名、老健13施設625名、合計1,646名を対象とした。平成25年度作成の調査票(資料参照のこと、本年度は摂食嚥下機能や低栄養のリスク等の変更事項のみ記載)と要介護度区分変更、サービスの利用状況、入院、死亡、退所などのイベントの発生時を記載するイベント調査票(資料参照のこと)を平成25年度の調査時から7ヶ月後の平成26年7月に郵送・回収し、基本集計、低栄養状態リスクによるクロス集計、ロジスティック解析、COX比例ハザードモデルによる生存時間分析を行い、以下の結果を得た。なお、愛知淑徳大学研究倫理審査委員会の承認を得た。

1. 低栄養状態の中高リスク者の特性(単変量解析):本研究の対象となった介護保険施設入所者1,646名のうち欠損を除いた、栄養マネジメント加算における低栄養状態の中高リスク者(902名、55.4%)と低リスク者(727名、44.6%)について比較を行い、中高リスクの特性として、食事を含む日常生活機能において介助の必要性が高いもの、食事の観察(ミールラウンド)によって把握される摂食・嚥下困難、口腔の問題、姿勢の問題、認知症の徴候・症状がみられるもの、また、健康・平穏状態の悪化、食べる意欲の低下、熱発、肺炎の既往、入院、脱水状態が高い割合でみられた。

2. 低栄養状態とミールラウンドにより把握された諸問題の関連(多変量解析):1の単変量解析結果を踏まえ、従属変数として低栄養状態(BMI18.5kg/m²未満を低栄養とした)、独立変数に摂食・嚥下・口腔・食事姿勢・認知症の諸問題をそれぞれ投入した多変量ロジスティック回帰分析(性別・年齢・バーサルインデックス、併存疾患指数で調整)を行った結果、<摂食・嚥下困難>「嚥むことが困難である」「硬い食べ物を避け、軟らかい食べ物ばかり食べる」「ことばが明瞭でない」「水分を飲み込むときにむせる」「口に水をふくむことができない」「口に水を含むことはできるが口からこぼれる」「口に水を含むことはできるが口内にためておけない」、<口腔の問題>「咀嚼力」<姿勢の問題>「座位保持困難」「クッションなどの支えがあっても座位保持困難」「いすやテーブルの高さがあっていない」「食べるときに下顎が出る」の諸問題があるもので有意に高いオッズ比を示し、低栄養状

態の独立した関連要因として抽出された。これらは食事の観察（ミールラウンド）によって把握される問題であり、高齢者の安定した食事摂取を妨げる徴候・症状であった。

3. 低栄養状態と死亡・入院のリスク（生存時間分析）：平成 25 年度の当該研究で登録された 1,646 名の介護保険施設入所高齢者について登録から 7 ヶ月間（200 日間）のフォローアップ調査を行い、低栄養状態リスク別の死亡と入院のリスク（ハザード比）を生存時間分析（COX 比例ハザードモデル）の結果、200 日以内に死亡したものは低リスク者では 727 名中 32 名（4.4%）に対し、中高リスク者では 902 名中 111 名（12.3%）であり、性別、年齢、バーサルインデックス、併存疾患指数により調整したハザード比は 2.102 と、およそ 2 倍のリスクを有していた。また 200 日以内に入院した者は低リスク者では 727 名中 85 名（11.7%）に対し中高リスク者では 902 名中 152 名（16.9%）でハザード比は 1.434 であり、低栄養状態が高齢者の予後を有意に悪化させる要因であることが示唆された。

4. 経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）、療養食加算の算定の有無と入院リスク[特養]：摂食嚥下評価グレードによる判定で 6 割以上の対象者に摂食・嚥下困難がみられるにもかかわらず、経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）のいずれかを算定しているものは全対象者 1,646 名中 106 名（6.4%）であった（平成 25 年度報告書より）。解析対象を特養入所者 1,021 名に限定し、経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）いずれかを算定しているものと算定していないもので登録から 200 日以内の入院のリスクを生存時間分析により比較した結果、入院した者は非算定者 945 名中 150 名（15.9%）に対し算定者 76 名中 7 名（9.2%）であり、ハザード比は 0.416 であった。一方、同様に療養食加算の算定者と非算定者で入院のリスクを比較したところ、両者に有意な差はみられなかった。

5. 常勤管理栄養士の配置数と入院リスク[特養]：常勤管理栄養士が 2 名配置されている特養は 22 施設中 4 施設であり、対象者は 160 名であった。管理栄養士 1 名配置施設の対象者と 2 名配置施設の対象者で登録から 200 日以内の入院のリスクを生存時間分析により比較した結果、入院した者は 1 名配置施設 861 名中 147 名（17.1%）に対し 2 名配置施設 160 名中 10 名（6.3%）であり、ハザード比は 0.357 であった。

6. 常勤管理栄養士の配置数と業務：施設における業務時間割合に関する調査結果より、「栄養ケア・マネジメント業務」については 1 名配置、2 名配置で業務割合にほぼ差はないが、管理栄養士 1 名配置の施設では 2 名配置の施設よりも「給食管理」に業務時間の多くを費

やしており、1週間のうちミールラウンドを行う頻度も3~4回以下が半数であった。一方2名配置の施設では全4施設でミールラウンドを毎日行っていると回答し、「その他」の業務時間は、他職種との連絡調整に使われていた。

以上の本研究の結果より、介護保険施設入所高齢者の低栄養状態に関連する要因として、摂食・嚥下困難、口腔の問題、姿勢の問題、認知症の徴候・症状といった諸問題を、食事の観察（ミールラウンド）によって把握することが重要であることが示唆された。また、低栄養状態によって入院や死亡のリスクが増大することが示され、諸問題に対応しながら経口維持を推進し、低栄養状態の改善に取り組むことが求められた。管理栄養士が他職種と連携してこれらの取り組みを推進するために、管理栄養士や歯科衛生士等の専門職配置を含む体制整備や、経口維持の取り組みに対する評価のあり方を検討し、介護保険施設における栄養ケアの質を高めることで、高齢者が最期まで口から食べる楽しみを支援し、安心して暮らすことのできる環境を整えることにつながると考えられた。

II. 介護保険施設における経口移行加算、経口維持加算（I）、経口維持加算（II）取得に関する業務内容とその量に関する検討

本研究事業は、介護保険施設における経口移行加算及び経口維持加算（I）、経口維持加算（II）に関わる管理栄養士及び言語聴覚士、歯科衛生士、看護師、介護福祉士、医師等の専門職を対象とした業務内容や業務量に関する訪問による調査を行うことにより、これらの加算に関する介護報酬制度の見直しのための資料とすることを目的とした。

Iと同様に平成25年度の35協力施設のうち経口移行加算、経口維持加算（I）及び（II）のうち2種以上の加算を取得している4施設（介護老人保健施設3施設、介護老人福祉施設1施設）を対象施設とし、各種加算算定から180日を経過した事例（1加算種当たり1事例）の経口移行、経口維持に係わった主要な業務内容と業務時間（5分単位）について、担当した管理栄養士、医師、看護師、言語聴覚士、介護職、相談員を対象者とし、摂食嚥下機能評価のための算定前の準備時から算定後180日間までを既存の記録をもとに、郵送した無記名の調査票に記載するとともに、その具体的な体制や取り組み方法について、対象者への訪問面接による聞き取りを行った。また、平成25年度のデータベースをもとに、食事の観察（ミールラウンド）を担当した職種についても再集計した。なお、本研究事業は、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会により審査を必要としない研究として承認された。

1. 経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）及び療養食加算の算定の関係：摂食嚥下グレードの軽・中症者の半数前後には経口維持加算が算定され、それ以外には療養食加算が算定されるか、両者とも算定されていなかった。この両方の加算を算定していない者の割合は4施設ともに相当数みられ、経口維持加算と療養食加算のどちらの算定を優先するかは「算定額が大きい療養食加算を優先している」「対象疾患がない場合に経口維持加算（Ⅱ）を取得するが、療養食加算取得者にもミールラウンドや食事時の見守り、食事形態の調整など同様の業務を実施しているのが現状」「経口維持加算（Ⅰ）は療養食加算に比べて算定額が大きいので取得したいが、算定しすぎると監査が厳しくなる」などの理由が挙げられていた。

2. 経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）を担う職種と管理栄養士の役割：平成25年度のデータベースを再集計したところ、摂食嚥下に関わる問題の把握は、管理栄養士、介護福祉士・介護職、看護職が、姿勢・認知症の徴候・症状に関わる問題の把握は、管理栄養士、介護福祉士・介護職、看護職が、口腔に関わる問題の把握は、同様にこれらの職種に歯科衛生士が前記2つに比べれば多く参加していた。訪問調査からは、担当職種への連絡・調整や経口移行・維持計画の作成は、いずれの施設、いずれのチームにおいて、管理栄養士が中心となって調整していた。

3. 摂食嚥下障害のリスク評価とその後の手順：経口移行加算については、経管栄養利用者の摂食嚥下障害のリスク評価は、4施設ともに管理栄養士や看護師、介護職、相談員による食事及び水分摂取時の観察が重視され、関連職種による相談後（カンファレンスが実施される場合もある）、本人・家族が経口への移行を希望しているかの意向を確認し、管理栄養士あるいは言語聴覚士が摂食嚥下評価依頼書（VE実施依頼書）を作成し、医師に説明してVE実施の指示を得ていた。経口維持加算（Ⅰ）は、医師あるいは歯科医師によるVEが可能な施設において、経口移行加算と同様の手順でおこなわれていた。一方、経口維持加算（Ⅱ）は、管理栄養士による食事摂取量の低下や食事時間の延長の記録チェックや、管理栄養士、看護師、介護職による食事時や飲水時の観察をもとに、関連職種が相談後（カンファレンスが実施される場合もある）、管理栄養士単独、管理栄養士と看護師、あるいは言語聴覚士が水飲みテストを実施し、その後、医師から摂食嚥下障害を認める指示取得のため、摂食嚥下機能評価をまとめ、医師への説明を行い、指示を得ていた。しかし、摂食嚥下障害のリスク評価から加算算定開始までの手順は様々であり、いずれの施設の管理栄養士も、手順の確立までが手探りであり困難さが訴えられた。

4. 加算算定までの日数：摂食嚥下障害の評価（スクリーニング）から加算算定の開始までの日数は、本人・家族への説明・同意の日程が相談員や介護支援専門員によってスムーズにスケジュール化されていれば、翌日から 1 週間以内であったが、摂食嚥下障害の評価時から加算算定開始までに 25 日から 40 日も経過している施設もあった。一方、経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定が切れる 180 日前に摂食嚥下機能の評価日や相談員（介護支援専門員）による本人・家族への同意日程等を予めスケジュール化して、算定の切れる 180 日目以降もスムーズに算定を継続している施設がある反面、180 日以降は全ての算定を打ち切りにしている施設もみられた。

5. 経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の業務内容と業務量上の課題；全職種による総時間は、経口移行が各施設によって 14,555 分、13,970、7,140 分、3175 分、経口維持加算（Ⅰ）が 19,465 分、15,410 分、経口維持加算（Ⅱ）が 13,140 分、4,835 分、2,080 分食事介助時間によっても大きな差がみられた。管理栄養士による連絡調整は全施設において共通な業務であり、多くの時間が費やされていた。その他の業務内容には、職種間で重複した部分が多かったが、大まかに把握すると、経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ）及び経口維持加算（Ⅱ）の取り組みは、管理栄養士が連絡・調整、栄養ケア計画と連動した計画作成を行い、食事の観察（ミールラウンド）は主に管理栄養士、介護福祉士・介護職、看護職によって実施されていた。さらに、経口移行、経口維持の支援の知識やスキルを有する医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士による経口移行・経口維持チームが形成されていたことから、これらのチームによる食事の観察（ミールラウンド）による評価、計画・実施を介護報酬上も評価することが求められた。

Ⅲ. 栄養ケア・マネジメントの再生に向けての提言

（Ⅰ）・（Ⅱ）の報告等の成果から、施設における栄養ケア・マネジメントの再生に向けて以下の提言を行った。

- 今施設入所高齢者の低栄養状態の改善、最後まで経口摂取による看取り、入院リスクの抑制、さらには、在宅サービスとの連携の観点から、管理栄養士の 100 床当たり 2 名以上の配置を推進していくことが求められる。
- 摂食嚥下障害やそのおそれの有る者に対しては、経口維持加算による取組としてチームによって食事の観察（ミールラウンド）、栄養ケア計画が行われる体制づくりをする。また、

この取り組みに関わる管理栄養士、医師、歯科医師、看護師、言語聴覚士、介護職、介護支援専門員等は一定の研修が必要とされる。

○前述の基盤には、管理栄養士が栄養マネジメント加算の PDCA サイクルにしっかり取り組んでいることが現行以上に求められる。そこで、現行の栄養ケア・マネジメントのスクリーニングにおける中高リスクの要件である身体状況には、現行では褥瘡のみであるが、これに、摂食・嚥下障害、認知症による食事中的徴候・症状、看取りを位置づけていくことが必要とされる

○老健における在宅復帰支援に対する管理栄養士の栄養指導は今後、現行の退所前後訪問指導加算の要件に管理栄養士を、また、退所時指導加算には、栄養管理（あるいは栄養食事の指導）を位置付けて推進していくことが求められる。

○現行の介護保険施設には管理栄養士配置基準はなく、設置時の医療法の 100 床当たり栄養士 1 名がそのまま継続している。100 床当たりの管理栄養士 2 名以上(50 床当たり 1 名)の配置を施設基準とするために、次回の改訂までに管理栄養士を 100 床当たり 2 名以上配置（50 床当たり 1 名）している介護保険施設の数を増やしていかなければならない。

○老健における在宅復帰支援に対する管理栄養士による訪問栄養管理の取り組みを推進することを啓発するとともに、その効果に関するエビデンスづくりが必要である。

以上の研究成果及び提言は、平成 27 年度 4 月介護保健制度改定の柱の一つとなった口腔・栄養管理において「高齢者の楽しみの支援の充実」を図るため、施設における現行の経口維持加算のスクリーニング手法の評価区分が廃止され、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り組みのプロセス及び咀嚼機能等の口腔機能を踏まえた経口維持のための支援が評価されたこと、さらに、療養食加算との併算を可能となったこと、これらの取り組みを栄養ケア・マネジメントの PDCA サイクルを必須の体制と取り組みの基盤として位置づけることに貢献することができた。

健康・栄養システム学会は、今後も、介護保健制度改正に伴う栄養ケア・マネジメント体制とその取り組み方法に関する情報提供を行うとともに、明確にされた課題については、さらに研究を継続していきたい。

（文責 委員長 杉山みち子）

IV. 高齢者の栄養ケア・マネジメント啓発研究事業に基づく教材（手引書）作成

（Ⅰ）、（Ⅱ）の成果についての情報を提供するとともに、平成 27 年度介護保険制度の経口・栄養管理の改定に対応するために、啓発研究事業を実施し、参加者の意見等を反映させた教材（手引書）の作成を目的とした。

教材（手引書）案を作成し、参加案内は学会及び後援団体のホームページや栄養士会（47 都道府県）へのメール及び電話により行った。啓発研究事業は、全国 4 か所（第 1 回 平成 27 年 2 月 1 日（日）10:00～16:30 熊本会場メルパーク熊本、第 2 回 平成 27 年 2 月 21 日（土）10:00～16:30 名古屋会場椙山女学園大学、第 3 回 平成 27 年 2 月 22 日（日）10:00～16:30 仙台会場宮城学院女子大学、第 4 回 平成 27 年 2 月 28 日（土）10:00～16:30 東京会場昭和女子大学）において実施し 446 名、管理栄養士が主要な参加者であったが、医師、歯科医師、看護職、介護福祉士、介護職、介護支援専門員、相談員、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士等多職種が参加した。逐語録を作成し、説明者等の確認・修正を経て、その概要を、事例検討については、逐語録から各会場各職種の観察の要点等を抽出して統合化し同様に教材に収録した。さらに、アンケート調査（回収率 77.1%）に基づいて教材（案）の修正を行い、教材（手引書）を作成した（巻末の教材参照のこと）。

I. 「経口摂取を支援するためのアセスメント・モニタリング表とケア計画指針」による栄養管理・口腔管理体制の整備と効果的なサービス提供のあり方に関する実態調査（横断・縦断調査から）

目 的

平成18年4月に摂食嚥下機能が低下した高齢者の「食べること」を支援するために経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）、経口維持加算（Ⅱ）が導入され、摂食嚥下機能の低下を評価したうえで、栄養ケア・マネジメントにおける管理栄養士による栄養ケア計画が作成されることになった。しかし、介護保険施設においては、嚥下造影検査（VF）や嚥下内視鏡検査（VE）などの医療機関と連携した摂食嚥下機能評価は困難な状況にある施設が多く、経口移行加算や経口維持加算（Ⅰ）の取得が、現在も依然として伸びず、また、医療的な摂食嚥下評価を行わない経口維持加算（Ⅱ）の取得も推進されていない。

そこで、日本健康・栄養システム学会は、介護保険施設入所者の経口摂取を支援することを目的とした栄養ケア・マネジメントや口腔管理体制とサービス提供のあり方を見直すために、平成 25 年度老人保健推進等補助金事業により、施設入所者（特養 22 施設 1,021 名、老健 13 施設 625 名、合計 1,646 名、以下平成 25 年度施設入所登録者）を対象として、低栄養を引き起こす摂食嚥下機能低下、食事の姿勢及び認知症の徴候・症状及び脱水・溢水状態に関する問題把握のためのアセスメント・モニタリング表と把握された問題解決のためのケア計画指針（「経口摂取を支援するためのアセスメント・モニタリング表とケア計画指針」、以下、調査票という）を作成し、これを活用した実態調査により、実用化が可能であることを確認した。すなわち、施設入所者の大多数を占める摂食嚥下障害の軽中症のレベルの者に対しては、食事の観察や口腔等のアセスメントによって問題を把握し、夫々の問題解決に対応したケア計画の実施によって対応できると考えられた。また、施設入所者の食事の観察や口腔のアセスメント、栄養ケア・マネジメントや口腔管理に対応する管理栄養士の配置数や歯科衛生士、言語聴覚士の配置は十分とは言えず、介護福祉士、看護師と協働して取り組んでいた。

さらに、本研究は、従来の施設入所者の経口維持のための介護報酬制度を見直し、施設入所者の経口摂取を支援し、低栄養のリスクを軽減して平穏状態を維持するためには、どのような特性のある入所者に、どのような体制でどのようなサービスを提供すれば、効果的なのか、その根拠を提示するために追跡調査を行って検証することを目的とした。

方 法

1. 検討委員会及び小委員会の設置（平成 26 年 7 月）

本調査研究事業を実施するための、委員長 杉山みち子（神奈川県立保健福祉大学教授、本調査の統括管理を行う）のもとに 1) 検討委員会及び、2) 「経口摂取を支援するためのアセスメント・モニタリング表とケア計画指針」導入のための体制とサービス提供のあり方調査研究小委員会、3) 介護老人保健施設における「退所後の継続的な経口摂取支援のための栄養管理・口腔管理体制とサービス提供のあり方の事例調査研究」小委員会の 2 つの小委員会を設置した。また、体制と報酬上の検討委員（小山秀夫、兵庫県立大学大学院教授）及びスケジュール管理の委員（加藤昌彦、椛山女子学園大学教授）の参加を得た。

検討委員会（平成 26 年 7 月～平成 27 年 3 月）

当該委員会は、委員長兼任、小山秀夫（兵庫県立大学大学院教授、体制と報酬上の評価検討担当）、加藤昌彦（椛山女学園大学教授、スケジュール管理担当）、葛谷雅文（名古屋大学大学院教授、小委員会委員長）、榎裕美（愛知淑徳大学教授）、高田和子（国立健康・栄養研究所室長）、大原里子（東京医科歯科大学歯学部助教）、鎌倉やよい（愛知県立大学副学長）、宇田淳（広島国際大学教授）、野地有子（千葉大学大学院教授）、苅部康子（介護老人保健施設 リハパーク舞岡）、岡本節子（十文字女子学園大学講師）、解析協力委員 高田健人（神奈川県立保健福祉大学助教）、研究補助者 木嶋亜沙美（神奈川県立保健福祉大学）であった。委員会は、平成 26 年 7 月 22 日（火）10 時～12 時（八重洲ホール、東京）において、委員長のもと小山秀夫、榎裕美、高田和子、葛谷雅文、大原里子、岡本節子、苅部康子、木嶋亜沙美が出席し、打ち合わせ会議の試案を検討し推進の決定を行うとともに解析手順の確認を行った。また、この間、検討委員会の基に実働を行うための打ち合わせ会議を委員長、小山秀夫、榎裕美、高田和子、大原里子、高田健人、研究補助木嶋亜沙美で設置できるようにした。打ち合わせ会議は平成 26 年 7 月 12 日（土）10 時～12 時（八重洲ホール、東京）において委員長のもと榎裕美、大原里子、高田健人、木嶋亜沙美で開催し、調査計画、スケジュールを作成し、平成 27 年 7 月より縦断的な実態調査を実施した。

2. 対象施設及び対象者

平成 25 年度施設入所登録者特養 22 施設 1,021 名、老健 13 施設 625 名、合計 1,646 名を対象とした。

3. 調査方法

平成 25 年度の調査票（資料参照のこと、摂食嚥下機能や低栄養のリスク等の変更事項のみ記載）と要介護度区分変更、サービスの利用状況、入院、死亡、退所などのイベントの発生時を記載するイベント調査票（資料参照のこと）を介護保険制度の見直しのための根拠とできるよう、平成 25 年度調査時から 7 ヶ月後の平成 26 年 7 月に郵送・回収した。同時期に、口腔関連加算による口腔管理体制加算、経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の取得状況と非加算の理由（療養食の取得を理由に含む）に関するアンケート調査を平成 26 年 7 月に郵送し、また、追加で口腔管理担当者が作成した口腔管理追加調査票（資料参照のこと）を同月メールにて送付・回収した。さらに、イベント調査の記録は、継続して 1 年後まで依頼し調査票の回収を 2 月末に行った。

データベースの作成と解析は、平成 26 年 8 月と 3 月初めの 2 回にわたって（株）YK サービスに委託し、その後、解析協力委員の高田健人が委員会で決定した手順に従い、杉山、榎の助言及び研究補助の木嶋亜沙美の協力を得て、神奈川県立保健福祉大学において解析を行った。基本集計 [分類データ (n, %)] [連続データ (平均 mean, 標準偏差 SD)]、低栄養状態リスクによるクロス集計 [低リスク/中高リスク (χ^2 検定)]、ロジスティック解析 [従属変数: BMI (18.5kg/m² 未満/18.5kg/m² 以上)]、COX 比例ハザードモデルによる生存時間分析 [観察開始から 200 日以内の死亡または入院をイベントとした] を行った。

本研究は愛知淑徳大学研究倫理審査委員会の承認を得た。

4. 調査票の内容

当該調査票は施設属性（施設調査票）、対象者の基本属性、アセスメント・モニタリング・ケア項目（栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング・栄養ケア計画調査票）、要介護度区分変更、サービスの利用状況、入院、死亡、退所などのイベントの発生時を記載する（イベント調査票）から構成されている。摂食嚥下リスク評価尺度は、当該小委員会である鎌倉、葛谷らが、口腔に関する項目は大原、角、菊谷らの口腔の専門家によって、脱水・溢水については谷口によって、食事時の認知症の徴候・症状は田中、高田らが、姿勢は合田らによるこれまでの研究成果の提供に基づいて作成された。また、食事形態の記載は、藤島らの日本摂食・嚥下リハビリテーション学会による嚥下調整食分類を取り入れた。

結果

1. 対象者の基本的属性

対象者の基本的属性は、平成 25 年 12 月末の登録時をベースライン時として、昨年度報告書から、当該結果に対する理解を助けるために表 1~19 を再掲載した。

表 1 性、年齢、要介護度

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
性別						
男性	208	(20.4)	186	(29.8)	394	(23.9)
女性	813	(79.6)	439	(70.2)	1252	(76.1)
年齢階級						
65歳未満	14	(1.4)	21	(3.4)	35	(2.1)
65-74歳	75	(7.3)	68	(10.9)	143	(8.7)
75-79歳	92	(9.0)	70	(11.2)	162	(9.8)
80-84歳	172	(16.8)	133	(21.3)	305	(18.5)
85-89歳	268	(26.2)	145	(23.2)	413	(25.1)
90-94歳	243	(23.8)	114	(18.2)	357	(21.7)
95-99歳	126	(12.3)	59	(9.4)	185	(11.2)
100歳以上	31	(3.0)	15	(2.4)	46	(2.8)
要介護度						
要介護1	36	(3.5)	68	(10.9)	104	(6.3)
要介護2	94	(9.2)	141	(22.6)	235	(14.3)
要介護3	219	(21.4)	170	(27.2)	389	(23.6)
要介護4	319	(31.2)	133	(21.3)	452	(27.5)
要介護5	353	(34.6)	113	(18.1)	466	(28.3)

表2 機能的評価 (BI)

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
機能的評価(BI)						
食事(n=1643)						
0点	273	(26.8)	92	(14.7)	365	(22.2)
5点	319	(31.3)	173	(27.7)	492	(29.9)
10点	427	(41.9)	359	(57.5)	786	(47.8)
車いすからベッドへの移動(n=1643)						
0点	353	(34.7)	133	(21.3)	486	(29.6)
5点	226	(22.2)	102	(16.3)	328	(20.0)
10点	246	(24.2)	151	(24.2)	397	(24.2)
15点	193	(19.0)	239	(38.2)	432	(26.3)
整容(n=1642)						
0点	782	(76.7)	359	(57.7)	1141	(69.5)
5点	238	(23.3)	263	(42.3)	501	(30.5)
トイレ動作(n=1646)						
0点	473	(46.3)	196	(31.4)	669	(40.6)
5点	439	(43.0)	241	(38.6)	680	(41.3)
10点	109	(10.7)	188	(30.1)	297	(18.0)
入浴(n=1644)						
0点	984	(96.4)	543	(87.2)	1527	(92.9)
5点	37	(3.6)	80	(12.8)	117	(7.1)
歩行(n=1645)						
0点	555	(54.4)	219	(35.0)	774	(47.1)
5点	265	(26.0)	140	(22.4)	405	(24.6)
10点	101	(9.9)	111	(17.8)	212	(12.9)
15点	99	(9.7)	155	(24.8)	254	(15.4)
階段昇降(n=1645)						
0点	863	(84.6)	406	(65.0)	1269	(77.1)
5点	124	(12.2)	150	(24.0)	274	(16.7)
10点	33	(3.2)	69	(11.0)	102	(6.2)
着替え(n=1645)						
0点	614	(60.2)	235	(37.6)	849	(51.6)
5点	297	(29.1)	224	(35.8)	521	(31.7)
10点	109	(10.7)	166	(26.6)	275	(16.7)
排便コントロール(n=1646)						
0点	450	(44.1)	209	(33.4)	659	(40.0)
5点	451	(44.2)	218	(34.9)	669	(40.6)
10点	120	(11.8)	198	(31.7)	318	(19.3)
排尿コントロール(n=1646)						
0点	492	(48.2)	222	(35.5)	714	(43.4)
5点	428	(41.9)	218	(34.9)	646	(39.2)
10点	101	(9.9)	185	(29.6)	286	(17.4)
BI合計得点(n=1646)						
20点以下 (全介助)	473	(46.3)	186	(29.8)	659	(40.0)
25~40点 (かなり介助を要する)	209	(20.5)	92	(14.7)	301	(18.3)
45~55点	160	(15.7)	108	(17.3)	268	(16.3)
60~95点 (介助が少ない)	172	(16.8)	198	(31.7)	370	(22.5)
100点 (病棟内自立)	7	(0.7)	41	(6.6)	48	(2.9)

BI:Barthel Index

表3 年齢と基本的生活動作

	特養 n=1021			老健 n=625			合計 n=1646		
	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)
年齢 (歳)	1021	86.5	(8.2)	625	84.3	(9.2)	1646	85.7	(8.7)
バーサルインデックス (点)	1021	30.3	(26.5)	625	46.8	(32.2)	1646	36.6	(29.9)

表4 認知症及び認知症高齢者の日常生活自立度

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
認知症であるもの	969	(94.9)	553	(88.5)	1522	(92.5)
*1 認知症高齢者の日常生活自立度						
I	38	(3.9)	40	(7.2)	78	(5.1)
II	14	(1.4)	22	(4.0)	36	(2.4)
II a	58	(6.0)	60	(10.8)	118	(7.8)
II b	151	(15.6)	93	(16.8)	244	(16.0)
III	59	(6.1)	41	(7.4)	100	(6.6)
III a	284	(29.3)	182	(32.9)	466	(30.6)
II b	111	(11.5)	41	(7.4)	152	(10.0)
IV	183	(18.9)	40	(7.2)	223	(14.7)
M	59	(6.1)	25	(4.5)	84	(5.5)
(不明)	12	(1.2)	9	(1.6)	21	(1.4)
認知症高齢者の日常生活自立度 (二分)						
I ~ II b	261	(26.9)	215	(38.9)	476	(31.3)
III ~ M	696	(71.8)	329	(59.5)	1025	(67.3)

*1:認知症であるもの(特養n=969, 老健n=553, 全体n=1,522)を分母に割合を算出

表5 過去1年間での熱発、肺炎の既往、入院

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
今年の1月からの状況						
熱発 (38度以上) あるもの	300	(29.4)	127	(20.3)	427	(25.9)
*1 熱発回数						
1回	242	(80.7)	99	(78.0)	341	(79.9)
2回	30	(10.0)	11	(8.7)	41	(9.6)
3回	17	(5.7)	14	(11.0)	31	(7.3)
(不明)	11	(3.7)	3	(2.4)	14	(3.3)
肺炎既往あるもの	91	(8.9)	53	(8.5)	144	(8.7)
入院したもの	166	(16.3)	106	(17.0)	272	(16.5)
*2 入院回数						
1回	112	(67.5)	82	(77.4)	194	(71.3)
2回	35	(21.1)	17	(16.0)	52	(19.1)
3回	5	(3.0)	3	(2.8)	8	(2.9)
4回	3	(1.8)	0	(0.0)	3	(1.1)
5回	0	(0.0)	1	(0.9)	1	(0.4)
(不明)	11	(6.6)	3	(2.8)	14	(5.1)

*1:熱発 (38度以上) あるもの(特養n=300, 老健n=127, 全体n=427)を分母に割合を算出

*2入院したもの(特養n=166, 老健n=106, 全体n=272)を分母に割合を算出

表6 疾患状況 (疾患併存指数)

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
併存疾患指数 (CCI) 得点区分						
Low	148	(14.5)	99	(15.8)	247	(15.0)
Medium	684	(67.0)	383	(61.3)	1067	(64.8)
High	174	(17.0)	125	(20.0)	299	(18.2)
Very High	15	(1.5)	18	(2.9)	33	(2.0)

CCI:Charlson Comorbid Index

表7 調査日近時1ヶ月間の健康・平穩状況と本人の食べることへの意欲

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
ここ1か月くらいの健康・平穩状態						
非常に健康・平穩	169	(16.6)	189	(30.2)	358	(21.7)
まあ健康・平穩	639	(62.6)	372	(59.5)	1011	(61.4)
あまり健康・平穩でない	167	(16.4)	58	(9.3)	225	(13.7)
全く健康・平穩でない	34	(3.3)	5	(0.8)	39	(2.4)
(不明)	12	(1.2)	1	(0.2)	13	(0.8)
本人の食べることへの意欲						
よい	348	(34.1)	261	(41.8)	609	(37.0)
まあよい	213	(20.9)	150	(24.0)	363	(22.1)
ふつう	222	(21.7)	133	(21.3)	355	(21.6)
あまりよくない	130	(12.7)	58	(9.3)	188	(11.4)
よくない	77	(7.5)	19	(3.0)	96	(5.8)
(不明)	31	(3.0)	4	(0.6)	35	(2.1)

表8 摂食嚥下障害の状況[藤島ら]

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
摂食・嚥下能力のグレード評価						
重症 Gr.1	39	(3.8)	3	(0.5)	42	(2.6)
Gr.2	1	(0.1)	0	(0.0)	1	(0.1)
Gr.3	1	(0.1)	0	(0.0)	1	(0.1)
中等症 Gr.4	5	(0.5)	1	(0.2)	6	(0.4)
Gr.5	16	(1.6)	1	(0.2)	17	(1.0)
Gr.6	108	(10.6)	69	(11.0)	177	(10.8)
軽症 Gr.7	244	(23.9)	151	(24.2)	395	(24.0)
Gr.8	124	(12.1)	74	(11.8)	198	(12.0)
Gr.9	156	(15.3)	51	(8.2)	207	(12.6)
正常 Gr.10	320	(31.3)	271	(43.4)	591	(35.9)
(不明)	7	(0.7)	4	(0.6)	11	(0.7)

表9 口腔の状況

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
歯の状態						
開口不能等のため不明	23	(2.3)	11	(1.8)	34	(2.1)
自分の歯がある	512	(50.1)	370	(59.2)	882	(53.6)
自分の歯がない	483	(47.3)	243	(38.9)	726	(44.1)
(不明)	3	(0.3)	1	(0.2)	4	(0.2)
歯の数						
0本(歯がない)	483	(47.3)	243	(38.9)	726	(44.1)
1~9本	243	(23.8)	160	(25.6)	403	(24.5)
10~19本	136	(13.3)	94	(15.0)	230	(14.0)
20本以上	100	(9.8)	110	(17.6)	210	(12.8)
(不明)	59	(5.8)	18	(2.9)	77	(4.7)
義歯						
義歯をしている	560	(54.8)	346	(55.4)	906	(55.0)

表 10 食事時間、摂食方法、食べる姿勢

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
食事時間						
15分程度	287	(28.1)	176	(28.2)	463	(28.1)
30分程度	486	(47.6)	356	(57.0)	842	(51.2)
45分程度	180	(17.6)	82	(13.1)	262	(15.9)
1時間以上	47	(4.6)	4	(0.6)	51	(3.1)
(不明)	21	(2.1)	7	(1.1)	28	(1.7)
摂食方法						
自力摂取 (はし/スプーン)	559	(54.8)	457	(73.1)	1016	(61.7)
自力摂取 (自助具)	60	(5.9)	31	(5.0)	91	(5.5)
部分介助・全面介助	368	(36.0)	129	(20.6)	497	(30.2)
(不明)	34	(3.3)	8	(1.3)	42	(2.6)
食べる姿勢						
座位	860	(84.2)	589	(94.2)	1449	(88.0)
60~90°拳上	102	(10.0)	26	(4.2)	128	(7.8)
30~45°拳上	45	(4.4)	3	(0.5)	48	(2.9)
0~15°拳上	1	(0.1)	0	(0.0)	1	(0.1)
(不明)	13	(1.3)	7	(1.1)	20	(1.2)

表 11 経口移行加算、経口維持加算 (I)・(II)、看取り・ターミナル加算
及び療養食加算の取得、看取りのための計画作成

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
現在の加算取得						
経口移行加算	1	(0.1)	3	(0.5)	4	(0.2)
経口維持加算 I	21	(2.1)	0	(0.0)	21	(1.3)
経口維持加算 II	55	(5.4)	30	(4.8)	85	(5.2)
看取り加算	14	(1.4)	0	(0.0)	14	(0.9)
ターミナル加算	0	(0.0)	3	(0.5)	3	(0.2)
療養食加算	249	(24.8)	247	(39.9)	496	(30.5)
糖尿病食	117	(11.5)	99	(15.8)	216	(13.1)
腎臓病食	63	(6.2)	60	(9.6)	123	(7.5)
肝臓病食	2	(0.2)	8	(1.3)	10	(0.6)
胃潰瘍食	1	(0.1)	1	(0.2)	2	(0.1)
貧血食	13	(1.3)	22	(3.5)	35	(2.1)
脾臓病食	1	(0.1)	2	(0.3)	3	(0.2)
脂質異常症食	41	(4.0)	38	(6.1)	79	(4.8)
痛風食	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
検査食	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
看取りのための計画作成をしている	42	(4.1)	3	(0.5)	45	(2.7)

表 12 低栄養状態のリスクレベル

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
低栄養状態のリスクレベル						
低リスク	429	(42.0)	298	(47.7)	727	(44.2)
中リスク	459	(45.0)	270	(43.2)	729	(44.3)
高リスク	118	(11.6)	55	(8.8)	173	(10.5)
(不明)	15	(1.5)	2	(0.3)	17	(1.0)
BMI 18.5kg/m ² 未満	322	(31.5)	202	(32.3)	524	(31.8)
3%以上の体重減少あり	186	(18.2)	66	(10.6)	252	(15.3)
血清アルブミン測定値あり	842	(82.5)	463	(74.1)	1305	(79.3)
*1 3.0g/dl以下	88	(10.5)	46	(9.9)	134	(10.3)
3.1~3.5g/dl	323	(38.4)	138	(29.8)	461	(35.3)
3.6~3.9g/dl	314	(37.3)	173	(37.4)	487	(37.3)
4.0g/dl以上	117	(13.9)	106	(22.9)	223	(17.1)
褥瘡あり	49	(4.8)	12	(1.9)	61	(3.7)
経腸栄養法	183	(17.9)	113	(18.1)	296	(18.0)
静脈栄養法	2	(0.2)	0	(0.0)	2	(0.1)
食事摂取量75%以下	138	(14.0)	62	(10.0)	200	(12.4)

*1:血清アルブミン測定値あり(特養n=842, 老健n=463, 全体n=1,305)を分母に割合を算出

表 13 低栄養状態

	特養 n=1021			老健 n=625			合計 n=1646		
	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)
身長(cm)	1021	147.2	(9.1)	625	150.1	(9.8)	1646	148.3	(9.4)
体重(kg)	1021	44.1	(8.9)	625	45.4	(9.2)	1646	44.6	(9.0)
BMI(kg/m ²)	1021	20.3	(3.5)	625	20.1	(3.4)	1646	20.3	(3.5)
1か月あたりの体重減少(kg)	183	1.0	(0.8)	62	1.3	(1.5)	245	1.1	(1.1)
血清アルブミン値(g/dl)	842	3.5	(0.4)	463	3.6	(0.4)	1305	3.6	(0.4)
食事摂取量(全体%)	985	89.8	(15.2)	622	92.5	(14.5)	1607	90.8	(15.0)
(主食%)	983	91.4	(15.5)	622	94.3	(14.1)	1605	92.5	(15.0)
(主菜%)	981	88.9	(17.1)	622	91.3	(16.5)	1603	89.8	(16.9)
(副菜%)	980	88.3	(17.8)	622	91.1	(16.5)	1602	89.4	(17.3)

表 14 食事形態(日本摂食嚥下リハビリテーション学会による嚥下調整食基準コードによる)

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
食事形態-主食						
常食	411	(40.3)	267	(42.7)	678	(41.2)
嚥下調整食	568	(55.6)	354	(56.6)	922	(56.0)
(不明)	42	(4.1)	4	(0.6)	46	(2.8)
*1 嚥下調整食基準(主食)						
0J	1	(0.2)	1	(0.3)	2	(0.2)
0T	2	(0.4)	0	(0.0)	2	(0.2)
1J	74	(13.0)	35	(9.9)	109	(11.8)
2A	59	(10.4)	23	(6.5)	82	(8.9)
2B	19	(3.3)	2	(0.6)	21	(2.3)
3	69	(12.1)	23	(6.5)	92	(10.0)
4	332	(58.5)	270	(76.3)	602	(65.3)
(不明)	12	(2.1)	0	(0.0)	12	(1.3)
食事形態-副食						
常食	418	(40.9)	308	(49.3)	726	(44.1)
嚥下調整食	550	(53.9)	312	(49.9)	862	(52.4)
(不明)	53	(5.2)	5	(0.8)	58	(3.5)
*2 嚥下調整食基準(副食)						
0J	1	(0.2)	0	(0.0)	1	(0.1)
0T	2	(0.4)	0	(0.0)	2	(0.2)
1J	54	(9.8)	28	(9.0)	82	(9.5)
2A	87	(15.8)	46	(14.7)	133	(15.4)
2B	39	(7.1)	18	(5.8)	57	(6.6)
3	173	(31.5)	42	(13.5)	215	(24.9)
4	175	(31.8)	168	(53.8)	343	(39.8)
(不明)	19	(3.5)	10	(3.2)	29	(3.4)
*3 とうもろこしの使用	293	(28.7)	154	(24.6)	447	(27.2)
*3 とうもろこし段階						
うすい	93	(31.7)	30	(19.5)	123	(27.5)
中間	119	(40.6)	102	(66.2)	221	(49.4)
濃い	73	(24.9)	21	(13.6)	94	(21.0)
(不明)	8	(2.7)	1	(0.6)	9	(2.0)

*1:食事形態-主食-嚥下調整食(特養n=568, 老健n=354, 全体n=922)を分母に割合を算出

*2:食事形態-副食-嚥下調整食(特養n=550, 老健n=312, 全体n=862)を分母に割合を算出

*3:とうもろこしの使用(特養n=293, 老健n=154, 全体n=447) を分母に割合を算出

表 15-1 食事の観察（ミールラウンド）による摂食嚥下機能低下に関する諸症状（1）

	特養		老健		合計	
	n=1021		n=625		n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
食事中にあらわれる諸症状（摂食・嚥下障害リスク）						
1. 噛むことが困難である						
ほとんどない	559	(54.8)	433	(69.3)	992	(60.3)
まれにある	108	(10.6)	39	(6.2)	147	(8.9)
時々ある	106	(10.4)	52	(8.3)	158	(9.6)
いつもある	211	(20.7)	99	(15.8)	310	(18.8)
(不明)	37	(3.6)	2	(0.3)	39	(2.4)
*1上記1の諸症状あり	425	(41.6)	190	(30.4)	615	(37.4)
2. 硬い食べ物を避け、軟らかい食べ物ばかり食べる						
ほとんどない	496	(48.6)	421	(67.4)	917	(55.7)
まれにある	125	(12.2)	37	(5.9)	162	(9.8)
時々ある	117	(11.5)	41	(6.6)	158	(9.6)
いつもある	241	(23.6)	124	(19.8)	365	(22.2)
(不明)	42	(4.1)	2	(0.3)	44	(2.7)
*1上記2の諸症状あり	483	(47.3)	202	(32.3)	685	(41.6)
3. 口から食べ物がこぼれる						
ほとんどない	659	(64.5)	507	(81.1)	1166	(70.8)
まれにある	97	(9.5)	29	(4.6)	126	(7.7)
時々ある	110	(10.8)	43	(6.9)	153	(9.3)
いつもある	116	(11.4)	43	(6.9)	159	(9.7)
(不明)	39	(3.8)	3	(0.5)	42	(2.6)
*1上記3の諸症状あり	323	(31.6)	115	(18.4)	438	(26.6)
4. ことばが明瞭でない						
ほとんどない	609	(59.6)	472	(75.5)	1081	(65.7)
まれにある	86	(8.4)	26	(4.2)	112	(6.8)
時々ある	77	(7.5)	34	(5.4)	111	(6.7)
いつもある	213	(20.9)	90	(14.4)	303	(18.4)
(不明)	36	(3.5)	3	(0.5)	39	(2.4)
*1上記4の諸症状あり	376	(36.8)	150	(24.0)	526	(32.0)
5. 食べ物をいつまでも飲み込まずに噛んでいる						
ほとんどない	726	(71.1)	537	(85.9)	1263	(76.7)
まれにある	100	(9.8)	17	(2.7)	117	(7.1)
時々ある	94	(9.2)	39	(6.2)	133	(8.1)
いつもある	63	(6.2)	29	(4.6)	92	(5.6)
(不明)	38	(3.7)	3	(0.5)	41	(2.5)
*1上記5の諸症状あり	257	(25.2)	85	(13.6)	342	(20.8)
6. 食事中や食後に濁った声に変わる						
ほとんどない	867	(84.9)	568	(90.9)	1435	(87.2)
まれにある	61	(6.0)	22	(3.5)	83	(5.0)
時々ある	39	(3.8)	21	(3.4)	60	(3.6)
いつもある	16	(1.6)	11	(1.8)	27	(1.6)
(不明)	38	(3.7)	3	(0.5)	41	(2.5)
*1上記6の諸症状あり	116	(11.4)	54	(8.6)	170	(10.3)
7. 食べるのが遅くなる						
ほとんどない	621	(60.8)	496	(79.4)	1117	(67.9)
まれにある	90	(8.8)	15	(2.4)	105	(6.4)
時々ある	137	(13.4)	44	(7.0)	181	(11.0)
いつもある	130	(12.7)	67	(10.7)	197	(12.0)
(不明)	43	(4.2)	3	(0.5)	46	(2.8)
*1上記7の諸症状あり	357	(35.0)	126	(20.2)	483	(29.3)
8. 水分や食べ物が口に入った途端にむせたり、せきこんだりする						
ほとんどない	718	(70.3)	548	(87.7)	1266	(76.9)
まれにある	129	(12.6)	37	(5.9)	166	(10.1)
時々ある	108	(10.6)	27	(4.3)	135	(8.2)
いつもある	29	(2.8)	11	(1.8)	40	(2.4)
(不明)	37	(3.6)	2	(0.3)	39	(2.4)
*1上記8の諸症状あり	266	(26.1)	75	(12.0)	341	(20.7)

*1:あり：まれにある、時々ある、いつもある なし：ほとんどない（2段階評価）

表 15-2 食事の観察（ミールラウンド）による摂食嚥下機能低下に関する諸症状（2）

	特養		老健		合計	
	n=1021		n=625		n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
食事中にあらわれる諸症状（摂食・嚥下障害リスク）						
9.水分や食べ物を飲み込むときにむせたり、せきこんだりする						
ほとんどない	625	(61.2)	500	(80.0)	1125	(68.3)
まれにある	162	(15.9)	50	(8.0)	212	(12.9)
時々ある	154	(15.1)	51	(8.2)	205	(12.5)
いつもある	44	(4.3)	22	(3.5)	66	(4.0)
(不明)	36	(3.5)	2	(0.3)	38	(2.3)
*1上記9の諸症状あり	360	(35.3)	123	(19.7)	483	(29.3)
10.水分や食べ物を飲み込んだ後にむせたり、せきこんだりする						
ほとんどない	597	(58.5)	488	(78.1)	1085	(65.9)
まれにある	185	(18.1)	54	(8.6)	239	(14.5)
時々ある	156	(15.3)	60	(9.6)	216	(13.1)
いつもある	47	(4.6)	21	(3.4)	68	(4.1)
(不明)	36	(3.5)	2	(0.3)	38	(2.3)
*1上記10の諸症状あり	388	(38.0)	135	(21.6)	523	(31.8)
11.水分を飲み込むときにむせる						
ほとんどない	633	(62.0)	484	(77.4)	1117	(67.9)
まれにある	153	(15.0)	48	(7.7)	201	(12.2)
時々ある	146	(14.3)	56	(9.0)	202	(12.3)
いつもある	52	(5.1)	35	(5.6)	87	(5.3)
(不明)	37	(3.6)	2	(0.3)	39	(2.4)
*1上記11の諸症状あり	351	(38.0)	139	(21.6)	490	(31.8)
12.ご飯を飲み込むときにむせる						
ほとんどない	710	(69.5)	537	(85.9)	1247	(75.8)
まれにある	141	(13.8)	37	(5.9)	178	(10.8)
時々ある	95	(9.3)	38	(6.1)	133	(8.1)
いつもある	33	(3.2)	11	(1.8)	44	(2.7)
(不明)	42	(4.1)	2	(0.3)	44	(2.7)
*1上記12の諸症状あり	269	(26.3)	86	(13.8)	355	(21.6)
13.口に水をふくむことができない						
ほとんどない	812	(79.5)	560	(89.6)	1372	(83.4)
まれにある	35	(3.4)	9	(1.4)	44	(2.7)
時々ある	25	(2.4)	6	(1.0)	31	(1.9)
いつもある	121	(11.9)	48	(7.7)	169	(10.3)
(不明)	28	(2.7)	2	(0.3)	30	(1.8)
*1上記13の諸症状あり	181	(17.7)	63	(10.1)	244	(14.8)
14.口に水をふくむことはできるが口からこぼれる						
ほとんどない	728	(71.3)	531	(85.0)	1259	(76.5)
まれにある	78	(7.6)	21	(3.4)	99	(6.0)
時々ある	49	(4.8)	18	(2.9)	67	(4.1)
いつもある	130	(12.7)	52	(8.3)	182	(11.1)
(不明)	36	(3.5)	3	(0.5)	39	(2.4)
*1上記14の諸症状あり	257	(25.2)	91	(14.6)	348	(21.1)
15.口に水をふくむことはできるが口内にためておけない						
ほとんどない	758	(74.2)	530	(84.8)	1288	(78.3)
まれにある	54	(5.3)	11	(1.8)	65	(3.9)
時々ある	33	(3.2)	19	(3.0)	52	(3.2)
いつもある	140	(13.7)	62	(9.9)	202	(12.3)
(不明)	36	(3.5)	3	(0.5)	39	(2.4)
*1上記15の諸症状あり	227	(22.2)	92	(14.7)	319	(19.4)
摂食（1～7）いずれかある	704	(69.0)	309	(49.4)	1013	(61.5)
嚥下（8～12）いずれかある	442	(43.3)	176	(28.2)	618	(37.5)
重症（13～15）いずれかある	307	(30.1)	113	(18.1)	420	(25.5)

*1:あり：まれにある、時々ある、いつもある なし：ほとんどない（2段階評価）

表 16 食事の観察（ミールラウンド）による口腔に関する徴候・症状

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
口腔のアセスメント						
1.口腔乾燥がある	213	(20.9)	143	(22.9)	356	(21.6)
2.開口に問題がある	149	(14.6)	47	(7.5)	196	(11.9)
3.うがいに問題がある	445	(43.6)	212	(33.9)	657	(39.9)
4.咀嚼力に問題がある	196	(19.2)	63	(10.1)	259	(15.7)
5.口臭の問題がある	343	(33.6)	166	(26.6)	509	(30.9)
上記1～5のいずれかあり	647	(63.4)	356	(57.0)	1003	(60.9)

表 17 食事の観察（ミールラウンド）による姿勢に関する徴候・症状

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
姿勢に関する食事中の徴候・症状						
下記の問題がある						
1.座位保持困難	333	(32.6)	108	(17.3)	441	(26.8)
2.クッションなどの支えがあっても座位保持困難	205	(20.1)	45	(7.2)	250	(15.2)
3.いすやテーブルの高さがあっていない	151	(14.8)	36	(5.8)	187	(11.4)
4.食べるときに下顎が出る	114	(11.2)	29	(4.6)	143	(8.7)
上記1～4のいずれかあり	397	(38.9)	133	(21.3)	530	(32.2)

表 18-1 食事の観察（ミールラウンド）による認知症に関する徴候・症状（1）

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
認知症関連の徴候・症状						
1-傾眠頻度						
全くない	607	(59.5)	521	(83.4)	1128	(68.5)
週に1~2回	147	(14.4)	37	(5.9)	184	(11.2)
週に3~5回	90	(8.8)	22	(3.5)	112	(6.8)
1日に1~2回	90	(8.8)	29	(4.6)	119	(7.2)
毎食事	54	(5.3)	13	(2.1)	67	(4.1)
(不明)	33	(3.2)	3	(0.5)	36	(2.2)
*1上記1の徴候・症状あり	381	(37.3)	101	(16.2)	482	(29.3)
2-食事の失認頻度						
全くない	709	(69.4)	526	(84.2)	1235	(75.0)
週に1~2回	82	(8.0)	13	(2.1)	95	(5.8)
週に3~5回	33	(3.2)	8	(1.3)	41	(2.5)
1日に1~2回	38	(3.7)	12	(1.9)	50	(3.0)
毎食事	125	(12.2)	63	(10.1)	188	(11.4)
(不明)	34	(3.3)	3	(0.5)	37	(2.2)
*1上記2の徴候・症状あり	278	(27.2)	96	(15.4)	374	(22.7)
3-興奮・大声・暴言・暴力頻度						
全くない	820	(80.3)	566	(90.6)	1386	(84.2)
週に1~2回	91	(8.9)	27	(4.3)	118	(7.2)
週に3~5回	32	(3.1)	7	(1.1)	39	(2.4)
1日に1~2回	26	(2.5)	12	(1.9)	38	(2.3)
毎食事	21	(2.1)	10	(1.6)	31	(1.9)
(不明)	31	(3.0)	3	(0.5)	34	(2.1)
*1上記3の徴候・症状あり	170	(16.7)	56	(9.0)	226	(13.7)
4-拒食頻度						
全くない	817	(80.0)	569	(91.0)	1386	(84.2)
週に1~2回	87	(8.5)	21	(3.4)	108	(6.6)
週に3~5回	33	(3.2)	9	(1.4)	42	(2.6)
1日に1~2回	23	(2.3)	8	(1.3)	31	(1.9)
毎食事	27	(2.6)	15	(2.4)	42	(2.6)
(不明)	34	(3.3)	3	(0.5)	37	(2.2)
*1上記4の徴候・症状あり	170	(16.7)	53	(8.5)	223	(13.5)
5-偏食頻度						
全くない	846	(82.9)	581	(93.0)	1427	(86.7)
週に1~2回	63	(6.2)	8	(1.3)	71	(4.3)
週に3~5回	19	(1.9)	5	(0.8)	24	(1.5)
1日に1~2回	21	(2.1)	13	(2.1)	34	(2.1)
毎食事	38	(3.7)	14	(2.2)	52	(3.2)
(不明)	34	(3.3)	4	(0.6)	38	(2.3)
*1上記5の徴候・症状あり	141	(13.8)	40	(6.4)	181	(11.0)
6-失行頻度						
全くない	837	(82.0)	571	(91.4)	1408	(85.5)
週に1~2回	30	(2.9)	5	(0.8)	35	(2.1)
週に3~5回	22	(2.2)	5	(0.8)	27	(1.6)
1日に1~2回	18	(1.8)	6	(1.0)	24	(1.5)
毎食事	81	(7.9)	35	(5.6)	116	(7.0)
(不明)	33	(3.2)	3	(0.5)	36	(2.2)
*1上記6の徴候・症状あり	151	(14.8)	51	(8.2)	202	(12.3)

*1:あり：毎食みられる、1日に1-2回、週に3-5回、週に1-2回 なし：全くない（2段階評価）

表 18-2 食事の観察（ミールラウンド）による認知症に関する徴候・症状（2）

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
認知症関連の徴候・症状						
7-妄想頻度						
全くない	928	(90.9)	606	(97.0)	1534	(93.2)
週に1～2回	36	(3.5)	5	(0.8)	41	(2.5)
週に3～5回	10	(1.0)	4	(0.6)	14	(0.9)
1日に1～2回	5	(0.5)	5	(0.8)	10	(0.6)
毎食事	10	(1.0)	2	(0.3)	12	(0.7)
(不明)	32	(3.1)	3	(0.5)	35	(2.1)
*1上記7の徴候・症状あり	61	(6.0)	16	(2.6)	77	(4.7)
8-早食い・詰め込み・丸のみ頻度						
全くない	805	(78.8)	537	(85.9)	1342	(81.5)
週に1～2回	39	(3.8)	8	(1.3)	47	(2.9)
週に3～5回	14	(1.4)	7	(1.1)	21	(1.3)
1日に1～2回	18	(1.8)	6	(1.0)	24	(1.5)
毎食事	109	(10.7)	63	(10.1)	172	(10.4)
(不明)	36	(3.5)	4	(0.6)	40	(2.4)
*1上記8の徴候・症状あり	180	(17.6)	84	(13.4)	264	(16.0)
9-徘徊・多動頻度						
全くない	930	(91.1)	593	(94.9)	1523	(92.5)
週に1～2回	21	(2.1)	3	(0.5)	24	(1.5)
週に3～5回	10	(1.0)	6	(1.0)	16	(1.0)
1日に1～2回	12	(1.2)	6	(1.0)	18	(1.1)
毎食事	15	(1.5)	14	(2.2)	29	(1.8)
(不明)	33	(3.2)	3	(0.5)	36	(2.2)
*1上記9の徴候・症状あり	58	(5.7)	29	(4.6)	87	(5.3)
10-盗食頻度						
全くない	909	(89.0)	594	(95.0)	1503	(91.3)
週に1～2回	33	(3.2)	14	(2.2)	47	(2.9)
週に3～5回	11	(1.1)	5	(0.8)	16	(1.0)
1日に1～2回	8	(0.8)	0	(0.0)	8	(0.5)
毎食事	26	(2.5)	8	(1.3)	34	(2.1)
(不明)	34	(3.3)	4	(0.6)	38	(2.3)
*1上記10の徴候・症状あり	78	(7.6)	27	(4.3)	105	(6.4)
11-異食頻度						
全くない	918	(89.9)	613	(98.1)	1531	(93.0)
週に1～2回	38	(3.7)	3	(0.5)	41	(2.5)
週に3～5回	3	(0.3)	0	(0.0)	3	(0.2)
1日に1～2回	6	(0.6)	2	(0.3)	8	(0.5)
毎食事	23	(2.3)	4	(0.6)	27	(1.6)
(不明)	33	(3.2)	3	(0.5)	36	(2.2)
*1上記11の徴候・症状あり	70	(6.9)	9	(1.4)	79	(4.8)
食事中の徴候・症状その他頻度						
全くない	220	(21.5)	148	(23.7)	368	(22.4)
週に1～2回	0	(0.0)	3	(0.5)	3	(0.2)
週に3～5回	0	(0.0)	1	(0.2)	1	(0.1)
1日に1～2回	1	(0.1)	0	(0.0)	1	(0.1)
毎食事	10	(1.0)	5	(0.8)	15	(0.9)
(不明)	790	(77.4)	468	(74.9)	1258	(76.4)
傾眠・失認いずれかあり	457	(44.8)	153	(24.5)	610	(37.1)
拒食・偏食いずれか	228	(22.3)	305	(48.8)	0.31	(0.0)
興奮・妄想・早食い・徘徊いずれか	315	(30.9)	135	(21.6)	450	(27.3)
失行・盗食・異食いずれか	207	(20.3)	73	(11.7)	280	(17.0)

*1:あり：毎食みられる、1日に1-2回、週に3-5回、週に1-2回 なし：全くない（2段階評価）

表 19 脱水・溢水状態

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
脱水状態である	83	(8.1)	20	(3.2)	103	(6.3)
溢水状態（低ナトリウム血症）である	53	(5.2)	32	(5.1)	85	(5.2)

2. 嚥下困難者における経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）及び療養食加算の算定状況

藤島らの摂食嚥下能力グレードによる摂食・嚥下障害があるもの（Gr.1-9）は、特養 694 名（68.0%）、老健 350 名（56.0%）であった。経口維持加算（Ⅰ）あるいは（Ⅱ）を算定しているものはこのうち 102 名（9.8%）にすぎなかった。なお、重症者（Gr.1-3）44 名のうちこれらの加算を算定しているものは 0 名であった。また、とろみ剤使用者において経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）を算定しているものは 447 名中 100 名（22.4%）であった。一方、現行では経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）と併算ができない療養食加算は全体で 30.5%（特養:24.8%、老健:39.9%）が算定していた（表 20）。

表 20 摂食・嚥下グレード別〔藤島ら〕及びとろみ剤使用の有無別に経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）と療養食加算の算定状況

	嚥下グレード										とろみ剤の使用			
	Ⅰ重症 経口不可			Ⅱ中等症 経口と補助栄養			Ⅲ軽症 経口のみ			正常	不明	有り	無し	不明
	Gr.1	Gr.2	Gr.3	Gr.4	Gr.5	Gr.6	Gr.7	Gr.8	Gr.9	Gr.10				
(特養・老健)														
療養食加算	1	1	0	1	4	33	130	52	63	209	2	111	378	7
	(2.4)	(100.0)	(0.0)	(16.7)	(23.5)	(18.6)	(32.9)	(26.3)	(30.4)	(35.4)	(18.2)	(24.8)	(33.3)	(10.8)
経口移行加算	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	2	2	0
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.6)	(0.0)	(0.0)	(0.5)	(0.2)	(0.0)	(0.4)	(0.2)	(0.0)
経口維持加算Ⅰ	0	0	0	0	0	5	13	1	2	0	0	20	1	0
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(2.8)	(3.3)	(0.5)	(1.0)	(0.0)	(0.0)	(4.5)	(0.1)	(0.0)
経口維持加算Ⅱ	0	0	0	1	0	24	39	13	4	2	2	80	3	2
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(16.7)	(0.0)	(13.6)	(9.9)	(6.6)	(1.9)	(0.3)	(18.2)	(17.9)	(0.3)	(3.1)
無し	41	0	1	4	12	114	213	132	137	379	7	234	750	56
	(97.6)	(0.0)	(100.0)	(66.7)	(70.6)	(64.4)	(53.9)	(66.7)	(66.2)	(64.1)	(63.6)	(52.3)	(66.1)	(86.2)
計	42	1	1	6	17	177	395	198	207	591	11	447	1134	65
(特養)														
療養食加算	0	1	0	1	4	14	65	33	38	93	0	53	192	4
	(0.0)	(100.0)	(0.0)	(20.0)	(25.0)	(13.0)	(26.6)	(26.6)	(24.4)	(29.1)	(0.0)	(18.1)	(28.6)	(7.0)
経口移行加算	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.6)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.1)	(0.0)
経口維持加算Ⅰ	0	0	0	0	0	5	13	1	2	0	0	20	1	0
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(4.6)	(5.3)	(0.8)	(1.3)	(0.0)	(0.0)	(6.8)	(0.1)	(0.0)
経口維持加算Ⅱ	0	0	0	1	0	12	27	7	4	2	2	50	3	2
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(20.0)	(0.0)	(11.1)	(11.1)	(5.6)	(2.6)	(0.6)	(28.6)	(17.1)	(0.4)	(3.5)
無し	39	0	1	3	12	77	139	83	111	225	5	170	474	51
	(100.0)	(0.0)	(100.0)	(60.0)	(75.0)	(71.3)	(57.0)	(66.9)	(71.2)	(70.3)	(71.4)	(58.0)	(70.6)	(89.5)
計	39	1	1	5	16	108	244	124	156	320	7	293	671	57
(老健)														
療養食加算	1	0	0	0	0	19	65	19	25	116	2	58	186	3
	(33.3)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(27.5)	(43.0)	(25.7)	(49.0)	(42.8)	(50.0)	(37.7)	(40.2)	(37.5)
経口移行加算	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	2	1	0
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(100.0)	(1.4)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.4)	(0.0)	(1.3)	(0.2)	(0.0)
経口維持加算Ⅰ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)
経口維持加算Ⅱ	0	0	0	0	0	12	12	6	0	0	0	30	0	0
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(17.4)	(7.9)	(8.1)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(19.5)	(0.0)	(0.0)
無し	2	0	0	1	0	37	74	49	26	154	2	64	276	5
	(66.7)	(0.0)	(0.0)	(100.0)	(0.0)	(53.6)	(49.0)	(66.2)	(51.0)	(56.8)	(50.0)	(41.6)	(59.6)	(62.5)
計	3	0	0	1	1	69	151	74	51	271	4	154	463	8

3. 低栄養状態の中高リスク者の特性

対象者特性について、栄養マネジメント加算における低栄養状態の中高リスク者（902名、55.4%）と低リスク者（727名、44.6%）でクロス集計により比較した（表21～29、p値： χ^2 検定）。

中高リスク者の特性として、性別（女性:79.8%）、年齢（90歳以上:42.1%）、要介護度（4,5:65.3%）、認知症高齢者の日常生活自立度（Ⅲ～M:72.7%）、既往（発熱:32.5%、肺炎:12.1%、入院:20.9%）、健康状態（あまり健康でない,全く健康でない：22.4%）、食べる意欲（あまりよくない,よくない：27.3%）、嚥下調整食（主食:68.0%、副食:61.4%）、とろみ剤使用（34.8%）、摂食嚥下障害あり（藤島グレード Gr.1-9：73.9%）、自分の歯が無い（46.8%）、歯の数（9本以下：75.5%）、食事時間（45分以上:24.7%）、摂食方法（部分・全介助:40.3%）、食べる姿勢（拳上:15.8%）、看取りのための計画作成（4.8%）、機能的評価（バーサルインデックス）10項目（合計得点20点以下:50.7%）、摂食・嚥下困難15徴候・症状（摂食の問題1～7いずれかあり:68.2%、嚥下の問題8～12いずれかあり:43.3%、重症13～15いずれかあり:30.8%）、口腔の問題（いずれかあり:65.2%）、姿勢の問題（いずれかあり39.4%）、食事に関連する認知症の徴候・症状（傾眠:38.0%、食事の失認:27.6%、拒食:18.6%、偏食:13.8%）、脱水状態（9.5%）が関連していた。

表21 低栄養状態リスク別 対象者特性（1） 性、年齢、要介護度

	低リスク n=727		中高リスク n=902		p-value
	n	(%)	n	(%)	
性別					
男性	208	(28.6)	182	(20.2)	<0.001
女性	519	(71.4)	720	(79.8)	
年齢区分					
65歳未満	22	(3.0)	12	(1.3)	<0.001
65-74歳	89	(12.2)	54	(6.0)	
75-79歳	82	(11.3)	77	(8.5)	
80-84歳	151	(20.8)	150	(16.6)	
85-89歳	181	(24.9)	229	(25.4)	
90-94歳	125	(17.2)	227	(25.2)	
95-99歳	62	(8.5)	122	(13.5)	
100歳以上	15	(2.1)	31	(3.4)	
要介護度					
要介護1	61	(8.4)	43	(4.8)	<0.001
要介護2	140	(19.3)	94	(10.4)	
要介護3	207	(28.5)	176	(19.5)	
要介護4	178	(24.5)	267	(29.6)	
要介護5	141	(19.4)	322	(35.7)	

表 22 低栄養状態リスク別 対象者特性 (2)

併存疾患指数、認知症、日常生活自立度、過去3ヶ月間の熱発・肺炎・入院、健康・平穏状態、本人の食べる意欲

	低リスク n=727		中高リスク n=902		p-value
	n	(%)	n	(%)	
併存疾患指数 (CCI)					
Low	104	(14.3)	141	(15.6)	0.639
Medium	470	(64.6)	585	(64.9)	
High	140	(19.3)	156	(17.3)	
Very high	13	(1.8)	20	(2.2)	
認知症高齢者の日常生活自立度					
I ~ II b	248	(37.7)	227	(27.3)	<0.001
III ~ M	409	(62.3)	604	(72.7)	
既往					
熱発 (38度以上)	133	(18.4)	287	(32.5)	<0.001
肺炎	32	(4.4)	109	(12.1)	<0.001
入院	81	(11.2)	188	(20.9)	<0.001
健康・平穏状態					
非常に健康・平穏	204	(28.2)	150	(16.8)	<0.001
まあ健康・平穏	458	(63.3)	543	(60.8)	
あまり健康・平穏でない	55	(7.6)	168	(18.8)	
全く健康・平穏でない	6	(0.8)	32	(3.6)	
本人の食べることへの意欲					
よい	356	(49.6)	249	(28.4)	<0.001
まあよい	172	(24.0)	185	(21.1)	
ふつう	147	(20.5)	205	(23.3)	
あまりよくない	39	(5.4)	148	(16.9)	
よくない	4	(0.6)	91	(10.4)	

CCI:Charlson Comorbid Index

表 23 低栄養状態リスク別 対象者特性 (3)
 食形態、摂食嚥下グレード、歯の状態、歯の数、義歯の有無、食事時間、摂食方法
 食べる姿勢、看取りのための計画作成

	低リスク n=727		中高リスク n=902		p-value
	n	(%)	n	(%)	
主食形態					
常食	398	(54.7)	274	(32.0)	<0.001
嚥下調整食	329	(45.3)	582	(68.0)	
副食形態					
常食	391	(54.0)	328	(38.6)	<0.001
嚥下調整食	333	(46.0)	521	(61.4)	
とろみ剤使用	145	(20.3)	296	(34.8)	<0.001
摂食嚥下能力グレード (藤島グレード)					
正常	355	(49.0)	233	(26.1)	<0.001
障害あり (Gr.1-9)	369	(51.0)	661	(73.9)	
歯の状態					
開口不能等のため不明	15	(2.1)	19	(2.1)	0.050
自分の歯がある	415	(57.1)	459	(51.1)	
自分の歯がない	297	(40.9)	421	(46.8)	
歯の数					
0本 (歯がない)	297	(42.9)	421	(48.9)	0.008
1~9本	171	(24.7)	229	(26.6)	
10~19本	117	(16.9)	110	(12.8)	
20本以上	107	(15.5)	101	(11.7)	
義歯					
義歯をしている	406	(56.4)	491	(54.9)	0.555
義歯をしていない	314	(43.6)	403	(45.1)	
食事時間					
15分程度	261	(36.0)	200	(22.8)	<0.001
30分程度	374	(51.7)	460	(52.5)	
45分程度	83	(11.5)	173	(19.7)	
1時間以上	6	(0.8)	44	(5.0)	
摂食方法					
自力摂取 (はし/スプーン)	536	(74.7)	471	(54.2)	<0.001
自力摂取 (自助具)	41	(5.7)	48	(5.5)	
部分介助・全面介助	141	(19.6)	350	(40.3)	
食べる姿勢					
座位	690	(95.4)	746	(84.2)	<0.001
60~90°拳上	29	(4.0)	96	(10.8)	
30~45°拳上	4	(0.6)	43	(4.9)	
0~15°拳上	0	(0.0)	1	(0.1)	
看取りのための計画作成	1	(0.1)	43	(4.8)	<0.001

表 24 低栄養状態リスク別 対象者特性 (4) 機能的評価 (BI)

機能的評価(BI)	低リスク n=727		中高リスク n=902		p-value
	n	(%)	n	(%)	
食事					
0点	90	(12.4)	271	(30.1)	<0.001
5点	206	(28.4)	282	(31.3)	
10点	430	(59.2)	347	(38.6)	
車いすからベッドへの移動					
0点	133	(18.3)	345	(38.3)	<0.001
5点	115	(15.9)	210	(23.3)	
10点	213	(29.4)	178	(19.8)	
15点	264	(36.4)	168	(18.6)	
整容					
0点	432	(59.5)	692	(77.0)	<0.001
5点	294	(40.5)	207	(23.0)	
トイレ動作					
0点	202	(27.8)	458	(50.8)	<0.001
5点	340	(46.8)	332	(36.8)	
10点	185	(25.4)	112	(12.4)	
入浴					
0点	660	(90.9)	850	(94.3)	0.008
5点	66	(9.1)	51	(5.7)	
歩行					
0点	241	(33.2)	522	(57.9)	<0.001
5点	211	(29.1)	192	(21.3)	
10点	111	(15.3)	99	(11.0)	
15点	163	(22.5)	89	(9.9)	
階段昇降					
0点	500	(68.9)	754	(83.6)	<0.001
5点	159	(21.9)	113	(12.5)	
10点	67	(9.2)	35	(3.9)	
着替え					
0点	278	(38.3)	559	(62.0)	<0.001
5点	278	(38.3)	239	(26.5)	
10点	170	(23.4)	104	(11.5)	
排便コントロール					
0点	204	(28.1)	450	(49.9)	<0.001
5点	337	(46.4)	322	(35.7)	
10点	186	(25.6)	130	(14.4)	
排尿コントロール					
0点	239	(32.9)	466	(51.7)	<0.001
5点	327	(45.0)	313	(34.7)	
10点	161	(22.1)	123	(13.6)	
BI合計得点					
20点以下 (全介助)	193	(26.5)	457	(50.7)	<0.001
25~40点 (かなり介助を要する)	130	(17.9)	167	(18.5)	
45~55点	148	(20.4)	118	(13.1)	
60~100点 (介助が少ない・自立)	256	(35.2)	160	(17.7)	

BI:Barthel Index

表 25 低栄養状態リスク別 対象者特性 (5)
食事の観察 (ミールラウンド) による摂食嚥下機能低下に関する徴候・症状

	低リスク n=727		中高リスク n=902		p-value
	n	(%)	n	(%)	
食事中にあらわれる諸症状 (摂食・嚥下障害リスク)					
1. 噛むことが困難である	206	(28.3)	404	(46.8)	<0.001
2. 硬い食べ物を避け、軟らかい食べ物ばかり食べる	227	(31.3)	452	(52.6)	<0.001
3. 口から食べ物がこぼれる	147	(20.2)	285	(33.1)	<0.001
4. ことばが明瞭でない	172	(23.7)	346	(40.1)	<0.001
5. 食べ物をいつまでも飲み込まずに噛んでいる	102	(14.0)	235	(27.3)	<0.001
6. 食事中や食後に濁った声に変わる	58	(8.0)	111	(12.9)	0.002
7. 食べるのが遅くなる	162	(22.3)	313	(36.5)	<0.001
8. 水分や食べ物が口に入った途端にむせたり、せきこんだりする	106	(14.6)	231	(26.8)	<0.001
9. 水分や食べ物を飲み込むときにむせたり、せきこんだりする	157	(21.6)	319	(36.9)	<0.001
10. 水分や食べ物を飲み込んだ後にむせたり、せきこんだりする	175	(24.1)	340	(39.4)	<0.001
11. 水分を飲み込むときにむせる	150	(20.6)	333	(38.6)	<0.001
12. ご飯を飲み込むときにむせる	104	(14.3)	246	(28.6)	<0.001
13. 口に水をふくむことができない	64	(8.8)	176	(20.2)	<0.001
14. 口に水をふくむことはできるが口からこぼれる	109	(15.0)	233	(27.0)	<0.001
15. 口に水をふくむことはできるが口内にためておけない	99	(13.6)	214	(24.8)	<0.001
摂食 (1~7) いずれかある	384	(52.8)	615	(68.2)	<0.001
嚥下 (8~12) いずれかある	217	(29.8)	391	(43.3)	<0.001
重症 (13~15) いずれかある	134	(18.4)	278	(30.8)	<0.001

*1:あり：まれにある、時々ある、いつもある なし：ほとんどない (2段階評価)

表 26 低栄養状態リスク別 対象者特性 (6)
食事の観察 (ミールラウンド) による口腔に関する徴候・症状

	低リスク n=727		中高リスク n=902		p-value
	n	(%)	n	(%)	
口腔のアセスメント					
1. 口腔乾燥がある	153	(21.1)	201	(22.3)	0.568
2. 開口に問題がある	43	(5.9)	149	(16.5)	<0.001
3. うがいに問題がある	223	(30.7)	421	(46.7)	<0.001
4. 咀嚼力に問題がある	72	(9.9)	184	(20.4)	<0.001
5. 口臭の問題がある	198	(27.2)	303	(33.6)	0.006
上記1~5のいずれかあり	401	(55.2)	588	(65.2)	<0.001

表 27 低栄養状態リスク別 対象者特性 (7)
食事の観察 (ミールラウンド) による姿勢に関する徴候・症状

	低リスク n=727		中高リスク n=902		p-value
	n	(%)	n	(%)	
姿勢に関する食事中の徴候・症状					
下記の問題がある					
1. 座位保持困難	138	(19.0)	298	(33.4)	<0.001
2. クッションなどの支えがあっても座位保持困難	77	(10.6)	171	(19.2)	<0.001
3. いすやテーブルの高さがあっていない	74	(10.2)	111	(12.7)	0.124
4. 食べるときに下顎が出る	59	(8.1)	83	(9.5)	0.345
上記1~4のいずれかあり	168	(23.1)	355	(39.4)	<0.001

表 28 低栄養状態リスク別 対象者特性 (8)
 食事の観察 (ミールラウンド) による認知症に関する徴候・症状

	低リスク n=727		中高リスク n=902		p-value
	n	(%)	n	(%)	
認知症関連の徴候・症状					
1-傾眠	146	(20.1)	330	(38.0)	<0.001
2-失認	129	(17.7)	239	(27.6)	<0.001
3-興奮	96	(13.2)	126	(14.5)	0.451
4-拒食	59	(8.1)	161	(18.6)	<0.001
5-偏食	59	(8.1)	119	(13.8)	<0.001
6-失行	92	(12.7)	107	(12.4)	0.857
7-妄想	31	(4.3)	44	(5.1)	0.446
8-早食い	119	(16.4)	144	(16.7)	0.893
9-徘徊	51	(7.0)	35	(4.0)	0.009
10-盗食	50	(6.9)	54	(6.0)	0.465
11-異食	40	(5.5)	39	(4.5)	0.354

表 29 低栄養状態リスク別 対象者特性 (9) 脱水・溢水状態

	低リスク n=727		中高リスク n=902		p-value
	n	(%)	n	(%)	
脱水状態である	18	(2.5)	85	(9.5)	<0.001
溢水状態 (低ナトリウム血症) である	35	(4.8)	47	(5.2)	0.716

4. 低栄養状態と食事の観察（ミールラウンド）時のアセスメント

従属変数として BMI (18.5kg/m² 未満を低栄養とした)、独立変数にミールラウンドにより観察される摂食・嚥下困難・口腔の問題・食事中の姿勢の問題・認知症の徴候・症状をそれぞれ投入した多変量ロジスティック回帰分析（性、年齢、バーサルインデックス、併存疾患指数で調整）を行った（表 30）。

その結果、＜摂食・嚥下困難＞「噛むことが困難である」「硬い食べ物を避け、軟らかい食べ物ばかり食べる」「ことばが明瞭でない」「水分を飲み込むときにむせる」「口に水をふくむことができない」「口に水を飲むことはできるが口からこぼれる」「口に水を飲むことはできるが口内にためておけない」、＜口腔の問題＞「咀嚼力」＜姿勢の問題＞「座位保持困難」「クッションなどの支えがあっても座位保持困難」「いすやテーブルの高さがない」「食べるときに下顎が出る」の諸問題があるもので有意に高いオッズ比を示し、低栄養状態の独立した関連要因として抽出された。＜認知症の徴候・症状＞「興奮・大声・暴言・暴力」「失行」は低 BMI に対しては有意に低いオッズ比を示した。

表 30 低栄養状態と食事の観察（ミールラウンド）によるアセスメント項目の関連（ロジスティック回帰分析）

従属変数BMI（18.5kg/m ² 以上：0、18.5kg/m ² 未満：1）	オッズ比	95%CI	p値
独立変数：摂食・嚥下困難に関する徴候・症状 全15項目のうち関連した7項目*1			
噛むことが困難である	1.71	(1.35-2.16)	<0.001 ***
硬い食べ物を避け、軟らかい食べ物ばかり食べる	1.78	(1.41-2.24)	<0.001 ***
ことばが明瞭でない	1.37	(1.07-1.75)	0.014 *
水分を飲み込むときにむせる	1.38	(1.08-1.77)	0.011 *
口に水をふくむことができない	1.60	(1.17-2.18)	0.003 **
口に水を飲むことはできるが、口からこぼれる	1.29	(0.98-1.71)	0.072 *
口に水を飲むことはできるが、口内にためておけない	1.45	(1.09-1.92)	0.011 *
独立変数：口腔のアセスメントに関する徴候・症状 全5項目のうち関連した1項目*2			
咀嚼力	1.34	(1.01-1.79)	0.045 *
独立変数：食事の姿勢に関する徴候・症状 全4項目*2			
座位保持困難（例、まっすぐ座ることができない）	1.33	(1.03-1.73)	0.031 *
クッションなどの支えがあっても座位保持困難	1.52	(1.13-2.03)	0.005 **
いすやテーブルの高さが合っていない	1.48	(1.08-2.04)	0.016 *
食べるときに下顎が出る	1.70	(1.19-2.43)	0.004 **
独立変数：認知症に関する徴候・症状 全11項目のうち関連した2項目*3			
興奮・大声・暴言・暴力	0.65	(0.47-0.90)	0.009 **
失行	0.55	(0.39-0.78)	0.001 ***

*1 あり：まれにある、時々ある、いつもある なし：ほとんどない

*2 あり：有 なし：無（2段階評価）

*3 あり：毎食みられる、1日に1-2回、週に3-5回、週に1-2回 なし：全くない

調整変数(共通)：性、年齢、バーサルインデックス、併存疾患指数

5. 登録後7ヶ月間の低栄養状態の改善、死亡や入院の状況

登録後7ヶ月後に登録時の低リスクを維持した者と中高リスクから低リスクに改善した者を合わせて43.1%、中高リスクを維持した（改善しなかった者）と低リスクから中高リスクに悪化した者を合わせて56.7%であり、特養、老健ともこの割合は同様であった。

一方、登録後7ヶ月間に死亡した者は8.8%、入院にした者は14.6%であった（表31）。

表31 登録後7ヶ月間の低栄養改善状況、死亡、入院状況

	特養 n=1021		老健 n=625		合計 n=1646	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
イベント						
死亡した者	111	(10.9)	34	(5.4)	145	(8.8)
入院した者	157	(15.4)	83	(13.3)	240	(14.6)
栄養改善区分						
改善/低リスク維持	432	(42.3)	277	(44.3)	709	(43.1)
悪化/中高リスク維持	586	(57.4)	348	(55.7)	934	(56.7)

6. 低栄養状態と死亡・入院リスク（生存時間分析）

登録（観察開始）から200日以内の死亡・入院のリスクについて、BMI別（低BMI；<18.5kg/m²／≥18.5kg/m²）、低栄養状態リスク別（低リスク／中高リスク）で比較したCOX比例ハザード分析（共変量：性別、年齢、バーサルインデックス、併存疾患指数で調整）の結果を表32、33、図1、2に示した。

死亡のリスクは低栄養状態中高リスク者では低リスク者に対し、ハザード比HR: 2.102（95%信頼区間CI:1.401-3.154）であり、およそ2倍のリスクを有していた。入院のリスクは中高リスク者では低リスク者に対し、HR:1.434（95%CI:1.086-1.894）でおよそ1.4倍のリスクを有していた。

表32 低栄養状態リスク別 観察開始から200日以内の死亡リスク

観察開始から200日までの死亡	HR	95%CI		p-value
		lower	upper	
低栄養状態リスク				
低BMI (<18.5kg/m ²)	1.787	(1.281 -	2.493)	<0.001
低栄養状態中・高リスク	2.102	(1.401 -	3.154)	<0.001
COX比例ハザードモデル	共変量：性別、年齢、Barthel Index、併存疾患指数			

表33 低栄養状態リスク別 観察開始から200日以内の入院リスク

観察開始から200日までの入院	全数 HR	95%CI		p-value
		lower	upper	
低栄養状態リスク				
低BMI (<18.5kg/m ²)	1.426	(1.096 -	1.856)	0.008
低栄養状態中・高リスク	1.434	(1.086 -	1.894)	0.011
COX比例ハザードモデル	共変量：性別、年齢、Barthel Index、併存疾患指数			

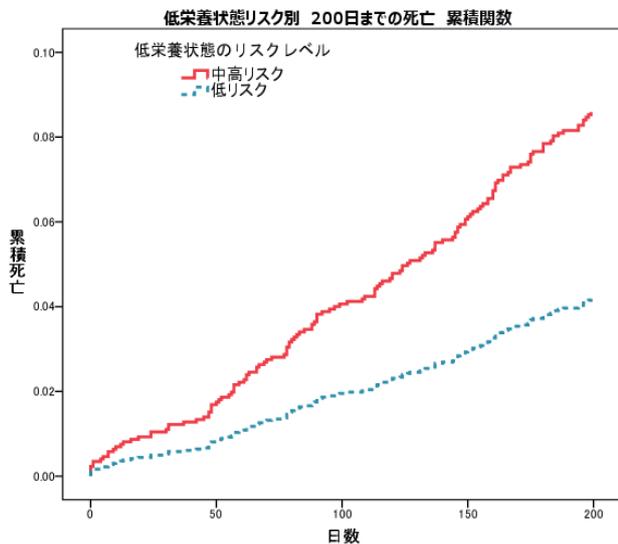


図1 低栄養状態リスク別
観察開始から200日以内の累積死亡関数

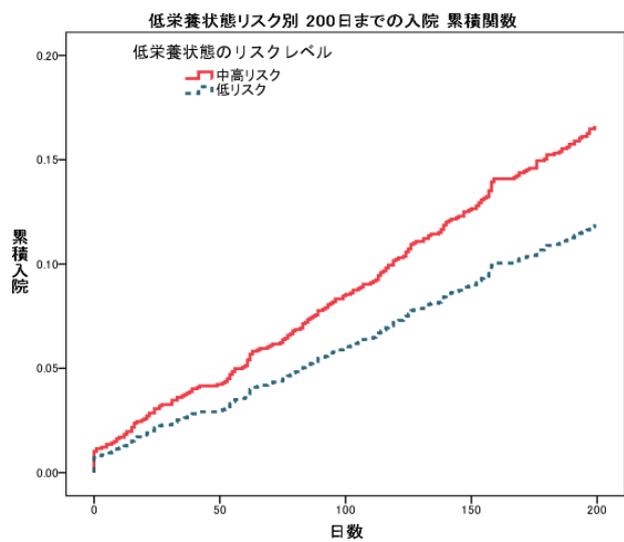


図2 低栄養状態リスク別
観察開始から200日以内の累積入院関数

7. 経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）、療養食加算の算定の有無と入院リスク【特養】

登録（観察開始）から200日以内の死亡・入院のリスクについて、経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）算定の有無別、療養食加算算定の有無別で比較したCOX比例ハザード分析の結果を表34、図3、4に示した。

特養において入院のリスクは経口維持加算算定者では非算定者に対し、HR:0.416（95% CI:0.193-0.897）であり、リスクがおよそ0.4倍であった。一方、療養食加算の算定者と非算定者では入院のリスクに有意な差はみられなかった。

表34 加算算定有無別 観察開始から200日以内入院リスク【特養】

観察開始から200日までの入院	HR	95%CI		p-value
		lower	upper	
[特養]				
経口維持加算（ⅠまたはⅡ）算定	0.416	(0.193 -	0.897)	0.025
療養食加算算定	0.955	(0.654 -	1.395)	0.813
COX比例ハザードモデル 共変量：性別、年齢、Barthel Index、併存疾患指数				

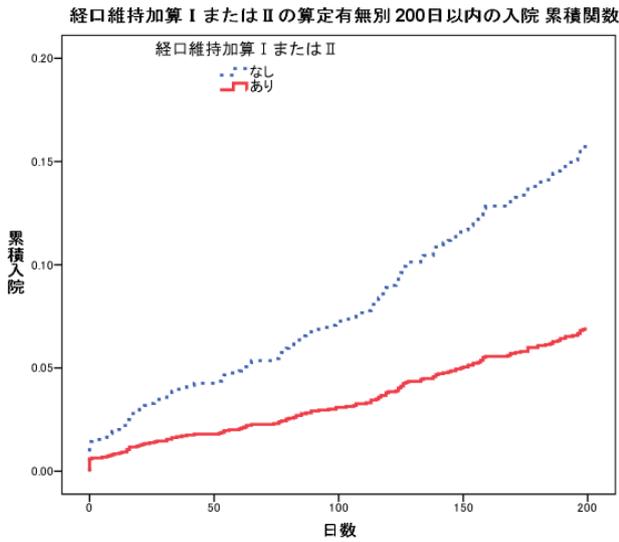


図3 経口維持加算算定有無別
観察開始から200日以内の累積入院関数〔特養〕

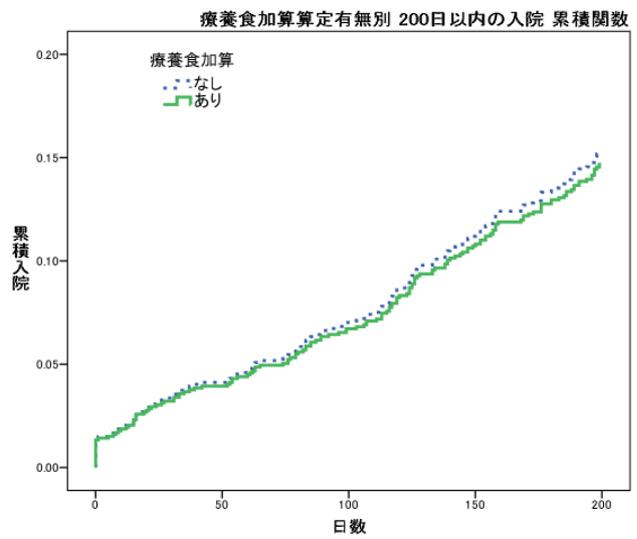


図4 療養食加算算定有無別
観察開始から200日以内の累積入院関数〔特養〕

8. 常勤管理栄養士の配置数〔特養〕

1) 配置数と業務時間割合、ミールラウンド回数、低栄養状態のリスク

対象施設の特養のうち管理栄養士が2名配置されているのは22施設中4施設であった。業務時間割合調査の結果、管理栄養士1名配置の施設では2名配置の施設よりも「給食管理」に業務時間の多くを費やしていた（図5）。また、1週間のうちミールラウンドを行う頻度も3～4回以下が半数であった。一方2名配置の施設では全4施設でミールラウンドを毎日行っていた（図6）。

低栄養状態のリスクは1名配置の施設では中高リスク者59.5%であるのに対し、2名配置の施設では中高リスク者46.3%であった（図7）。

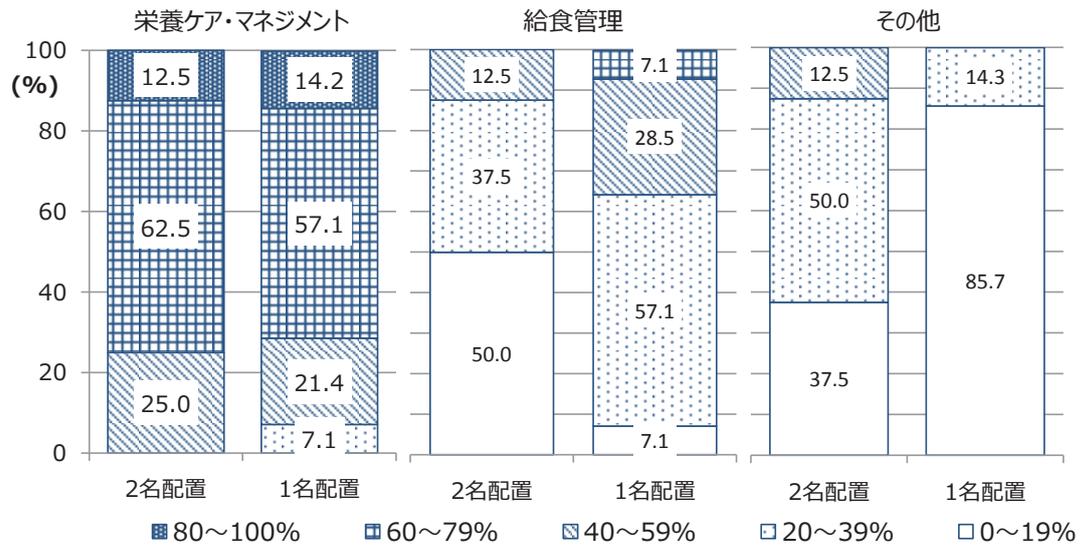


図5 管理栄養士配置数と業務時間割合

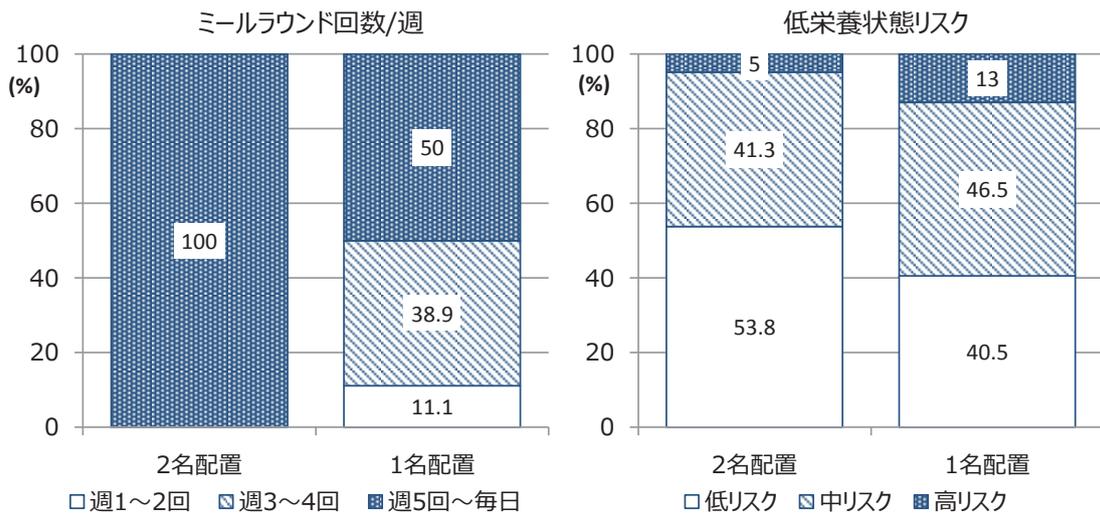


図6 管理栄養士配置数とミールラウンド回数

図7 管理栄養士配置数と低栄養状態リスク

2) 配置数と入院リスク

登録（観察開始）から 200 日以内の入院のリスクについて、常勤管理栄養士配置数別で比較した COX 比例ハザード分析の結果を図 8、表 35 に示す。

特養において入院のリスクは管理栄養士 2 名配置の施設（対象者 160 名）では 1 名配置に対し、ハザード比 HR:0.357 (95%CI:0.188-0.679) であり、リスクがおよそ 0.36 倍であった。

表 35 管理栄養士配置数別 観察開始から 200 日以内入院リスク [特養]

観察開始から200日までの入院	HR	95%CI		p-value
		lower	upper	
[特養] 常勤管理栄養士2名配置	0.357	(0.188	- 0.679)	0.002
COX比例ハザードモデル 共変量：性別、年齢、Barthel Index、併存疾患指数				

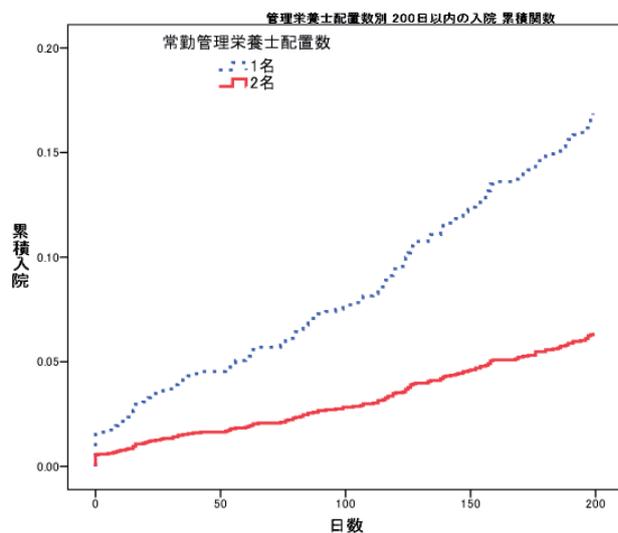


図 8 管理栄養士配置数別
観察開始から 200 日以内の累積入院関数 [特養]

考 察

1. 低栄養状態の中高リスク者の特性（単変量解析）

本研究の対象となった介護保険施設入所者 1,646 名のうち欠損を除いた、栄養マネジメント加算における低栄養状態の中高リスク者(902名、55.4%)と低リスク者(727名、44.6%)について比較を行った。

中高リスクの特性として、食事を含む日常生活機能において介助の必要性が高いもの、食事の観察（ミールラウンド）によって把握される摂食・嚥下困難、口腔の問題、姿勢の問題、認知症の徴候・症状がみられるものがあげられた。また、健康・平穏状態の悪化、食べる意欲の低下、発熱、肺炎の既往、入院、脱水状態が高い割合でみられた。

対象者の約半数が低栄養状態中高リスクであることは、対象者の 6 割以上が 85 歳以上、9 割以上のものが認知症であることが大きく関連していると考えられる。対象施設は日本健康・栄養システム学会認定の臨床栄養師が所属する介護保険施設であり、これまで栄養ケア・マネジメントに先進的に取り組んできた実績があることを踏まえても、介護保険施設における低栄養状態改善の取り組みは現在もなお大きな課題であることを示している。その中で、本研究の結果から、食事の観察（ミールラウンド）によって把握される摂食・嚥下・口腔・食事姿勢・認知症の諸問題が低栄養状態と関連していることが横断的な解析により明らかとなったことは、低栄養状態の改善ならびに高齢者の食べることを支援するための栄養ケア・マネジメントの取り組みにおいて、これらの諸問題を多職種が協同して適切に評価し、多角的なケアを提供することの必要性を示すものと考えられる。また、低栄養状態の改善や摂食・嚥下困難などに対応した食べることの支援により、発熱や肺炎、脱水状態に陥ることなく健康・平穏な状態を保ち、施設入所高齢者が安心して生活できるベースをつくることにつながると示唆される。

2. 低栄養状態とミールラウンドにより把握された諸問題の関連（多変量解析）

1.の単変量解析結果を踏まえ、従属変数として低栄養状態（BMI18.5kg/m²未満を低栄養とした）、独立変数に摂食・嚥下・口腔・食事姿勢・認知症の諸問題をそれぞれ投入した多変量ロジスティック回帰分析（性、年齢、バーサルインデックス、併存疾患指数で調整）を行った結果、＜摂食・嚥下困難＞「嚥むことが困難である」「硬い食べ物を避け、軟らかい食べ物ばかり食べる」「ことばが明瞭でない」「水分を飲み込むときにむせる」「口に水をふくむことができない」「口に水を含むことはできるが口からこぼれる」「口に水を含むことはできるが口内にためておけない」、＜口腔の問題＞「咀嚼力」＜姿勢の問題＞「座位保

持困難」「クッションなどの支えがあっても座位保持困難」「いすやテーブルの高さがない」「食べるときに下顎が出る」の諸問題があるもので有意に高いオッズ比を示し、低栄養状態の独立した関連要因として抽出された。これらは食事の観察（ミールラウンド）によって把握される問題であり、高齢者の安定した食事摂取を妨げる徴候・症状である。また、これらは誤嚥の恐れのある高齢者においては、安全を考慮して特に注意すべき項目であると考えられる。低栄養状態の原因として、単に食事摂取量が少ないことのみに着目するのではなく、高齢者が安心・安全に食べることを妨げる要因について食事の観察（ミールラウンド）によって食事環境を含めて適切に評価し、対応することが求められる。

3. 低栄養状態と死亡・入院のリスク（生存時間分析）

本研究では、平成 25 年度の当該研究で登録された 1,646 名の介護保険施設入所高齢者について登録から 7 ヶ月間（200 日間）のフォローアップ調査を行い、低栄養状態リスク別の死亡と入院のリスク（ハザード比）を生存時間分析（COX 比例ハザードモデル）により求めた。200 日以内に死亡したものは低リスク者では 727 名中 32 名（4.4%）に対し、中高リスク者では 902 名中 111 名（12.3%）であり、性、年齢、バーサルインデックス、併存疾患指数により調整したハザード比は 2.102 と、およそ 2 倍のリスクを有していた。また 200 日以内に入院した者は低リスク者では 727 名中 85 名（11.7%）に対し中高リスク者では 902 名中 152 名（16.9%）でハザード比は 1.434 であった。

1.2.の横断分析結果より、低栄養状態は高齢者の安定した食事摂取を妨げる様々な問題と関連しており、また、誤嚥性を含むと考えられる肺炎や熱発、入院、健康・平穏状態の悪化が高い割合でみられたことを踏まえると、低栄養状態が高齢者の予後を有意に悪化させる要因であることが示唆される。

施設等入所高齢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になっても、高齢者が自分の口から食べる楽しみの支援を充実させ、施設での看取りを進める今年度の介護報酬改定の考え方からも、摂食・嚥下・口腔・認知症等の問題に対応しながら低栄養状態の改善、悪化予防に努めることは、介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの重要な課題であるといえる。施設における経口維持の取り組みを推進させるための管理栄養士や歯科衛生士等の専門職配置を含む体制整備や、ミールラウンドによる食事アセスメント体制の一層の充実により高齢者の経口維持を図ることが求められる。

4. 経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）、療養食加算の算定の有無と入院リスク 【特養】

従来の経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）はVFなどの医療機関と連携した摂食・嚥下機能評価が困難である、療養食加算との併算ができないといった理由から極めて低い算定割合であった。本研究の対象施設においても経口維持加算（Ⅰ）の算定は35施設中5施設、経口維持加算（Ⅱ）の算定は13施設で実施されているのみであり、摂食嚥下評価グレードによる判定で6割以上の対象者に摂食・嚥下困難がみられるにもかかわらず、経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）いずれかを算定しているものは全対象者1,646名中106名（6.4%）であった（平成25年度報告書より）。

解析対象を特養入所者1,021名に限定し、経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）いずれかを算定しているものと算定していないもので登録から200日以内の入院のリスクを生存時間分析により比較した結果、入院した者は非算定者945名中150名（15.9%）に対し算定者76名中7名（9.2%）であり、ハザード比は0.416であった。一方、同様に療養食加算の算定者と非算定者で入院のリスクを比較したところ、両者に有意な差はみられなかった。

全体に対して数は少ないものの、摂食・嚥下困難を有する特養入所者に適切な評価と加算算定を実施することで入院のリスクを下げる結果が得られたことは、介護保険施設における摂食・嚥下困難に対応したケアの取り組みを評価し、ケアの質を高めることの意義を示すと考えられる。今年度の報酬改定による経口維持加算の算定が摂食・嚥下困難を有する施設入所者へのミールラウンドによるアセスメントと適切なケアの提供を推進し、低栄養状態の改善や予後の改善に寄与するかが今後の検討課題である。

5. 常勤管理栄養士の配置数と入院リスク 【特養】

常勤管理栄養士が2名配置されている特養は22施設中4施設であり、対象者は160名であった。管理栄養士1名配置施設の対象者と2名配置施設の対象者で登録から200日以内の入院のリスクを生存時間分析により比較した結果、入院した者は1名配置施設861名中147名（17.1%）に対し2名配置施設160名中10名（6.3%）であり、ハザード比は0.357であった。

また施設における業務時間割合調査結果より、「栄養ケア・マネジメント業務」については1名配置、2名配置で業務割合にほぼ差はない。しかし管理栄養士1名配置の施設では2名配置の施設よりも「給食管理」に業務時間の多くを費やしており、1週間のうちミールラウンドを行う頻度も3～4回以下が半数であった。一方2名配置の施設では全4施設でミールラウンドを毎日行っていると回答している。摂食・嚥下困難や認知症の徴候・症状に対応

した栄養ケア・マネジメントにおいては「その他」に該当する他職種との連絡調整やミー
ルラウンドによって実際に食べる場面を観察し、適切なケアに落とし込むための調整が重
要であると考えられる。管理栄養士を 2 名配置することにより、他職種と連携し、食べる
楽しみの支援を充実させるための栄養ケア・マネジメントの質の向上を図ることができる
ことが示唆された。

結 論

本研究の結果より、介護保険施設入所高齢者の低栄養状態に関連する要因として、摂食・
嚥下困難、口腔の問題、姿勢の問題、認知症の徴候・症状といった諸問題を、食事の観察
(ミーラウンド)によって把握することが重要であると示唆された。また、低栄養状態
によって入院や死亡のリスクが増大することが示され、諸問題に対応しながら経口維持を
推進し、低栄養状態の改善に取り組むことが求められた。

管理栄養士が他職種と連携してこれらの取り組みを推進するために、管理栄養士や歯科
衛生士等の専門職配置を含む体制整備や、経口維持の取り組みに対する評価のあり方を検
討し、介護保険施設における栄養ケアの質を高めることで、高齢者が最期まで口から食
べる楽しみを支援し、安心して暮らすことのできる環境を整えることにつながると考えられ
た

Ⅱ. 介護保険施設における経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ）、経口維持加算（Ⅱ）取得に関する業務内容とその量に関する検討（訪問調査から）

神奈川県立保健福祉大学栄養学科 杉山みち子 木嶋亜沙美 高田健人
愛知淑徳大学教授 榎裕美
兵庫県立大学大学院 小山秀夫

目的

平成 18 年 4 月に摂食嚥下機能が低下した高齢者の「食べること」を支援するために経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）、経口維持加算（Ⅱ）が導入され、摂食嚥下機能を評価したうえで、栄養ケア・マネジメントにおける管理栄養士による栄養ケア計画が作成されることとなった（表 1）。しかし、介護保険施設においては、嚥下造影検査（VF）や嚥下内視鏡検査（VE）などの医療機関と連携した摂食嚥下機能評価が困難な状況にある施設が多く、経口移行加算や経口維持加算（Ⅰ）の取得が、現在も依然として伸びず、また、医療的な摂食嚥下評価を行わない経口維持加算（Ⅱ）の取得も推進されていない。

日本健康・栄養システム学会では、介護保険施設入所者の経口摂取を支援することを目的とした栄養ケア・マネジメントや口腔管理体制とサービス提供のあり方を見直すために、平成 25 年度老人保健推進等補助金事業により、35 施設 1,646 名を対象とした調査を行ったところ、施設入所者の栄養ケア・マネジメントや口腔管理に対応する管理栄養士の配置数や歯科衛生士、言語聴覚士の配置は十分とは言えなかった。

そこで、本調査は、介護保険施設における経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）、経口維持加算（Ⅱ）に関わる管理栄養士及び言語聴覚士、歯科衛生士、看護師、介護福祉士、医師等の専門職（以下、担当専門職という）を対象とした業務内容や業務量に関する訪問による調査を行うことにより、これの加算に関する介護保険制度の見直しのための資料として寄与することを目的とする。

表1 介護保険施設における高齢者の経口移行・維持のための介護報酬制度

	経口移行加算	経口維持加算Ⅰ	経口維持加算Ⅱ
対象基準	静脈・経腸栄養法利用者	経口摂取者 (非静脈・経腸栄養法者)	
評価基準	経口移行対象者* *経腸栄養利用者のうち、下記①～④の全該当者 1. 全身状態が安定していること 2. 覚醒を保っていること 3. 嚥下反射がみられること 4. 咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと	造影撮影 又は 内視鏡検査	水飲みテスト (「水砕片飲み込み検査」、 「食物テスト(food test)」、 「改定水飲みテスト」等を含む) 頸部聴診法等
医師の指示	有		
実施内容	多職種協働による摂食・嚥下機能に配慮した経口移行計画(経口維持計画)を作成し、管理栄養士、栄養士が食事の摂取(継続した摂取)を進めるための栄養管理(特別な管理)の実施 但:療養食加算を算定した場合には算定できない ※()経口維持加算Ⅰ・Ⅱ		
算定期間	180日以内、その後2週間毎に医師の指示*(入所者の同意)を要する *平成24年度より1ヶ月毎、歯科医師による指示も可		
加算	28単位	28単位	5単位
様式例	特に指定なし		

社会保険研究所:介護報酬の解釈 1.単位数表編, 90, 平成18年8月10日 第3版第2刷発行より

方法

1. 対象施設と対象者

平成25年度老人保健事業推進等補助金「施設入居者に対する栄養管理、口腔管理のあり方に関する調査研究」の35協力施設のうち経口移行加算、経口維持加算(Ⅰ)及び経口維持加算(Ⅱ)で2種以上の加算を取得している4施設(介護老人保健施設3施設、介護老人福祉施設1施設)を対象施設とした。これらの施設において各種加算が算定され180日を経過した事例の経口移行、経口維持に係わった主要な業務を担当した管理栄養士、医師、看護師、言語聴覚士、介護職、相談員を対象者とした。

また、平成25年度に実施した当該報告書(Ⅰ)のデータベースから食事時のミールラウンドに参加した職種について再集計した。

2. 調査方法

1) 留め置き式調査票を用いた訪問調査

協力同意の得られた施設の管理栄養士に調査説明書と無記名調査票(資料参照のこと)を郵送し、管理栄養士を通じて担当職種に配布した。管理栄養士及び担当専門職が記載した調査票の記載事項を研究者が訪問による個別面接により確認した。

管理栄養士は、経口移行加算及び経口維持加算(Ⅰ)、経口維持加算(Ⅱ)のいずれかを平成26年7月までに算定して180日間を経過した入所者(1加算種につき1事例)を選定

した。管理栄養士及び担当専門職は、選定された事例について加算種別に業務内容とその業務時間（5分単位）を、摂食嚥下機能評価のための算定前の準備開始時から算定後180日間まで既存の記録をもとに記載した。

2) 既存データベースを用いた分析

療養食加算と経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）、経口維持加算（Ⅱ）の算定の関係性を検討するために平成25年度の当該調査研究で作成された入所者の個別アセスメントのデータベースをもとにクロス集計をおこなった。また、平成25年度に実施した当該報告書（Ⅰ）のデータベースから食事時（ミールラウンド）を担当した職種について再集計した。

3) 分析方法

1. 施設属性、摂食嚥下障害の加算算定事例における業務内容別業務時間の集計表を作成し、課題を把握した。
2. 療養食加算と経口移行、経口維持加算（Ⅰ）及び経口維持加算（Ⅱ）の算定の関係性を検討するために2)の既存データベースをもとにクロス集計をおこなった。
3. 食事の観察の担当者について集計した。

3. 倫理的配慮等

神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会により審査を必要としない研究として承認された。平成26年度老人保健事業推進等補助金「高齢者保健福祉施策の推進に寄与する調査研究事業」：施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究（一般社団法人 日本健康・栄養システム学会）の一環として行われた。

結果と考察

1. 施設特性

管理栄養士の常勤配置数は、特養 D が 100 対 2 であったが、他の老健 A、B、C は 100 対 1、あるいは 0.9 であった（表 2）。老健 A は非常勤の歯科医師によって、医療福祉法人設置である特養 D は医師が常勤配置され、VE による嚥下評価を実施していた。

4 施設全てにおいて経口移行加算が取得され、さらに、A は 3 種類の全て加算を、老健 B、C では経口維持加算（Ⅱ）が、特養 D では経口維持加算（Ⅰ）が取得されていた（表 2）。

表 2 施設特性

施設種 所在地	A	B	C	D
	老健 川崎市	老健 小田原市	老健 名古屋市	特養 立川市
定員数	100	90	100	110
入所者数	93	82	97	105
要介護 1	17	13	5	2
要介護 2	20	16	22	15
要介護 3	22	21	21	19
要介護 4	19	19	27	23
要介護 5	15	13	22	46
前月の自宅退所者数	2	0	3	0
前月の看取り数	0	0	0	1
経管栄養者数	8	1	3	8
専門職の配置数 常勤（非常勤）数				
管理栄養士数	1	1	1	2
栄養士	0	0	1	4 (1)
医師	1	1 (1)	1 (1)	1
歯科医師	0	0	0	0
看護師	4 (1)	6 (4)	6 (3)	2 (4)
准看護師	1 (5)	1 (1)	2 (3)	1 (2)
介護福祉士	14 (4)	27	18 (2)	28 (3)
介護士	13 (5)	5	8 (4)	7 (8)
理学療法士	6	3	3	1 (1)
作業療法士	1	1 (3)	1	1
言語聴覚士	1	0	1	0
歯科衛生士	0	0	0	0
取得加算				
栄養マネジメント	有	有	有	有
経口移行	有	有	有	有
経口維持Ⅰ	有	無	無	有
経口維持Ⅱ	有	有	有	無
療養食	有	有	有	無
看取り・ターミナル	無	無	無	有

2. 経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）及び療養食加算の算定の関係

介護報酬制度においては、経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の各加算と療養食加算の両方を算定できないことが規定されているので、摂食嚥下障害があり規定上の条件を満たす場合であっても、算定額が高く、給食による治療食の提供によって簡便に算定することのできる療養食加算が優先されることが、経口移行や経口維持加算の算定が少ない理由の一つと推定されている。

そこで、既存のデータベースをもとに、入所者の摂食・嚥下グレード別〔藤島ら〕及びとろみ剤使用の有無別の経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）と療養食加算の算定状況を検討した（表 3）。老健 C では、療養食加算が、摂食嚥下グレードⅢ（軽症）の Gr.8 やグレード（Ⅱ）（中等度）の Gr.6 のレベルにある入所高齢者の半数以上で算定されていたが、その他の 3 施設では、摂食嚥下グレードの軽・中症者の半数前後には経口維持加算が算定され、それ以外には療養食加算が算定されるか、両者とも算定されていなかった。この両方の加算を算定していない者の割合は 4 施設ともに相当数みられた。

一方、とろみ剤の使用者について、特養 D では経口維持加算（Ⅰ）47.6%vs 療養食加算 9.5%vs 両加算取得無し 42.9%、経口維持加算（Ⅱ）の取得施設である老健 B では、経口維持加算（Ⅱ）61.5%vs 療養食加算 15.4%vs 両加算取得無し 23.1%、老健 A でも経口維持加算経口維持加算（Ⅱ）75.0%vs 療養食加算 10.0%vs 両加算取得無し 15.0%と同様に経口維持加算（Ⅱ）が優先されていたが、老健 C においては経口維持加算（Ⅱ）25.0%vs 療養食加算 65.0%vs 両加算取得無し 10.0%と経口維持加算と療養食加算の算定割合は逆転していた。このことから、摂食嚥下障害のリスクを同様に有し経口維持加算取得対象者に相当していても、療養食加算が算定されている者や、どちらの加算取得も行われていない者が多く見られた（表 3）。

経口維持加算と療養食加算のどちらの算定を優先するかは「経口維持加算に比べて算定額が大きい療養食加算を優先している」「対象疾患がない場合に経口維持加算（Ⅱ）を取得するが、療養食加算取得者にもミールラウンドや食事時の見守り、食事形態の調整など同様の業務を実施しているのが現状」「経口維持加算（Ⅰ）は療養食加算に比べて算定額が大きいので取得したいが、算定しすぎると監査のとき目を付けられ言われることになるので算定しすぎないようにしている」などの理由が挙げられていた。

今後、経口維持の支援が必要な者には、経口維持の取り組みが推進され、その体制や取り組みが介護報酬上適切に評価されるように、経口維持加算と療養食加算との関係を整理する必要があった。

表3 入所者の摂食・嚥下グレード別〔藤島ら〕及び

とろみ剤使用の有無別の経口維持加算Ⅰ・Ⅱと療養食加算の算定状況

	(人数、%)										
	Ⅱ中等症 経口と補助栄養			Ⅲ軽症 経口のみ			正常	不明	トロミの使用		
	Gr.4	Gr.5	Gr.6	Gr.7	Gr.8	Gr.9	Gr.10		有り	無し	不明
療養食加算	0	0	0	2	2	1	2	0	2	5	0
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(28.6)	(20.0)	(20.0)	(10.0)	(0.0)	(10.0)	(17.2)	(0.0)
経口移行加算	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)
A 経口維持加算Ⅰ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)
経口維持加算Ⅱ	0	0	4	5	6	0	0	0	15	0	0
	(0.0)	(0.0)	(57.1)	(71.4)	(60.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(75.0)	(0.0)	(0.0)
両加算取得無し	1	0	3	0	2	4	18	0	3	24	1
	(100.0)	(0.0)	(42.9)	(0.0)	(20.0)	(80.0)	(90.0)	(0.0)	(15.0)	(82.8)	(100.0)
計	1	0	7	7	10	5	20	0	20	29	1
療養食加算	0	0	1	9	0	1	4	2	2	15	0
	(0.0)	(0.0)	(11.1)	(31.0)	(0.0)	(100.0)	(66.7)	(50.0)	(15.4)	(60.0)	(0.0)
経口移行加算	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0
	(0.0)	(100.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(16.7)	(0.0)	(7.7)	(4.0)	(0.0)
B 経口維持加算Ⅱ	0	0	4	4	0	0	0	0	8	0	0
	(0.0)	(0.0)	(44.4)	(13.8)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(61.5)	(0.0)	(0.0)
両加算取得無し	0	0	4	16	1	0	1	2	2	9	12
	(0.0)	(0.0)	(44.4)	(55.2)	(100.0)	(0.0)	(16.7)	(50.0)	(15.4)	(36.0)	(100.0)
計	0	1	9	29	1	1	6	4	13	25	12
療養食加算	0	0	11	4	1	0	12	0	13	15	0
	(0.0)	(0.0)	(55.0)	(80.0)	(50.0)	(0.0)	(52.2)	(0.0)	(65.0)	(50.0)	(0.0)
経口移行加算	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
	(0.0)	(0.0)	(5.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(5.0)	(0.0)	(0.0)
C 経口維持加算Ⅱ	0	0	4	1	0	0	0	0	5	0	0
	(0.0)	(0.0)	(20.0)	(20.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(25.0)	(0.0)	(0.0)
両加算取得無し	0	0	4	0	1	0	11	0	1	15	0
	(0.0)	(0.0)	(20.0)	(0.0)	(50.0)	(0.0)	(47.8)	(0.0)	(5.0)	(50.0)	(0.0)
計	0	0	20	5	2	0	23	0	20	30	0
療養食加算	0	0	0	1	5	0	8	0	2	12	0
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(6.3)	(55.6)	(0.0)	(34.8)	(0.0)	(9.5)	(41.4)	(0.0)
経口移行加算	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)
D 経口維持加算Ⅰ	0	0	0	8	1	1	0	0	10	0	0
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(50.0)	(11.1)	(50.0)	(0.0)	(0.0)	(47.6)	(0.0)	(0.0)
両加算取得無し	0	0	0	7	3	1	15	0	9	17	0
	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(43.8)	(33.3)	(50.0)	(65.2)	(0.0)	(42.9)	(58.6)	(0.0)
計	0	0	0	16	9	2	23	0	21	29	0

* A施設は経口移行加算及び経口維持加算Ⅰの算定もしているが、既存データベースで算定している者がいなかった

* D施設は経口移行加算の算定もしているが、既存データベースで算定している者がいなかった

3. 経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）を担う職種と管理栄養士の役割

平成25年度のデータベースを再集計したところ、摂食嚥下に関わる問題の把握は、管理栄養士、介護福祉士・介護職、看護職が、姿勢・認知症の徴候・症状に関わる問題の把握は、管理栄養士、介護福祉士・介護職、看護職が、口腔に関わる問題の把握は、同様にこれらの職種に歯科衛生士が前記2つに比べれば多く参加していた（図1）。

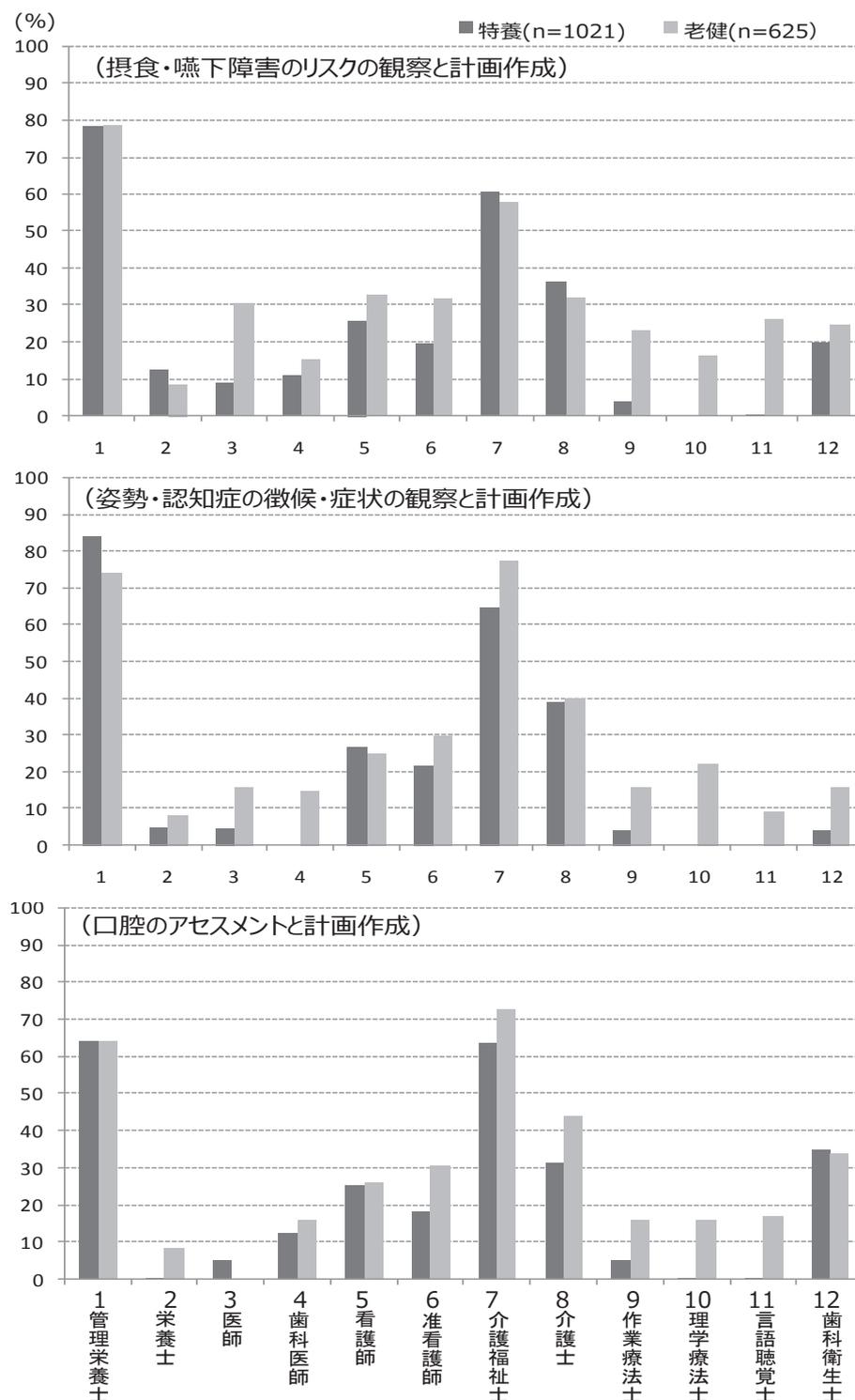


図1 経口移行加算、経口維持加算Ⅰ・Ⅱを担う職種

一方、訪問調査からは、経口移行加算に係わる職種は、管理栄養士、医師、看護師、介護職、相談員（介護支援専門員）であり、2施設では、常勤の言語聴覚士がこれに加わっていた（表 4-1）。経口維持加算（Ⅰ）の算定をしている特養 D では、医師による VE 評価が行われ、医師の指示を受けた管理栄養士を連絡調整役としてチームでの対応が行われていた（表 4-2）。一方、経口維持加算（Ⅱ）は管理栄養士と看護師、あるいは言語聴覚士が配置されている場合には、管理栄養士と言語聴覚士、看護師が主要な担当者として経口移行・経口維持のチームが形成され（表 4-3）、担当職種への連絡・調整や経口移行・維持計画の作成は、いずれの施設、いずれのチームにおいて、管理栄養士が中心を担っていた。

表 4-1 経口移行加算算定における業務内容と業務量

経口移行加算			管理栄養士				看護師			言語聴覚士		医師	相談員		介護職	
業務項目	業務内容		A	B	C	D	A	B	C	A	C	D	B	D	A	D
1	入所相談による情報収集	準備期	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	-	-	-
		実施期	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	VE検査のための経過情報収集とシート作成	準備期	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		実施期	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	水飲みテスト実施	準備期	-	-	-	5	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-
		実施期	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	スクリーニング VE検査食の準備	準備期	-	-	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		実施期	-	-	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	VE検査	準備期	30	-	-	25	30	-	-	30	-	30	-	-	-	10
		実施期	-	-	-	25	-	-	-	-	-	30	-	-	-	-
6	記録のまとめ	準備期	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		実施期	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	記録からの食事摂取量把握	準備期	-	-	-	115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		実施期	-	-	260	900	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	アセスメント 食事時・飲水時の状態把握、 ベッド訪問、バイタル・体重測定	準備期	105	15	-	-	-	80	5	-	-	-	-	-	-	-
		実施期	125	90	-	-	-	125	5,655	-	-	-	-	-	-	-
9	モニタリング及び評価	準備期	-	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		実施期	150	195	-	-	-	-	-	-	-	195	-	-	-	-
10	医師の指示 医師への説明と指示の取得	準備期	-	10	5	-	-	10	10	5	-	-	-	-	-	-
		実施期	20	5	5	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-
11	計画作成 経口移行計画書の作成	準備期	30	30	10	-	-	-	5	-	-	30	-	-	-	-
		実施期	30	60	60	30	-	-	10	-	-	30	-	-	-	-
12	家族への説明・同意 家族への説明・同意の取得	準備期	15	-	10	-	-	-	-	15	-	30	30	-	-	-
		実施期	30	-	-	20	-	160	30	-	-	20	30	-	-	-
13	ミーラウンドによる観察	準備期	90	130	15	-	-	115	-	-	-	-	-	-	-	-
		実施期	80	840	325	-	-	275	3,600	-	125	-	-	-	-	-
14	食事介助	準備期	-	-	-	-	835	95	-	940	-	-	-	-	830	75
		実施期	-	25	-	-	-	180	-	255	-	-	-	-	5,460	465
15	食形態の変更・調整	準備期	85	10	-	-	-	35	10	45	-	-	-	-	-	-
		実施期	15	10	70	-	-	10	60	-	70	-	-	-	-	-
16	自助具、食器の設定	準備期	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		実施期	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	-
17	姿勢の調整	準備期	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-
		実施期	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	-
18	実施 食堂への移動	準備期	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90
		実施期	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	465
19	食事前の準備をする (食具やトミロミ付け)	準備期	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75
		実施期	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	465
20	胃ろうの管理	準備期	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-
		実施期	-	-	-	-	-	50	900	-	-	90	-	-	-	-
21	口腔ケア	準備期	-	-	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	1,510	75
		実施期	-	-	-	-	-	50	-	-	-	-	-	-	1,740	465
22	嚥下訓練	準備期	-	-	-	-	-	-	-	300	-	-	-	-	-	-
		実施期	-	-	-	-	-	-	-	220	500	-	-	-	-	-
23	医師の回診	準備期	-	-	-	-	50	20	-	-	-	375	-	-	-	-
		実施期	-	-	-	-	50	25	-	-	-	2,700	-	-	-	-
25	他職種との話し合い	準備期	45	15	-	5	-	20	-	15	-	-	15	-	-	-
		実施期	40	10	-	-	-	90	-	10	-	-	15	-	-	-
26	連絡調整 家族との連絡調整	準備期	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	15	60	-	-
		実施期	-	-	-	-	-	30	-	-	-	-	25	-	-	-
27	ミーティングによる申し送り	準備期	-	10	5	-	-	-	10	-	5	-	-	-	-	-
		実施期	-	10	650	-	-	-	1,290	-	645	-	-	-	-	-
28	カンファレンス チームでの取り組み (嚥下チーム、施設内NST)	準備期	125	-	-	-	50	-	-	-	-	-	-	-	50	-
		実施期	-	-	-	-	60	-	-	150	-	30	-	-	60	-
29	担当者会議	準備期	20	5	10	-	20	-	-	125	-	-	15	-	20	-
		実施期	20	30	60	-	20	-	60	-	60	-	-	-	20	-
総時間(分)		準備期	545	285	55	235	985	430	50	1,475	5	465	115	60	2,410	325
		実施期	510	1,275	1,430	1,065	130	1,025	11,615	635	1,400	3,095	45	25	7,280	1,870
		総計	1,055	1,560	1,485	1,300	1,115	1,455	11,665	2,110	1,405	3,560	160	85	9,690	2,195

全職種での総合計時間(分)	A施設	13,970	B施設	3,175	C施設	14,555	D施設	7,140
---------------	-----	--------	-----	-------	-----	--------	-----	-------

A~C: 老健、D: 特養 準備期: 算定準備開始から算定前まで(非加算) 実施期: 算定後~180日間

表 4-2 経口維持加算（I）算定における業務内容と業務量

経口維持加算 I				管理栄養士		看護師	言語聴覚士	介護職		医師	相談員	
	業務項目	業務内容		A	D	A	A	A	D	D	D	
				1	スクリーニング	V E 検査のための経過情報収集とシート作成	準備期	—	15	—	—	—
	実施期	—	15	—			—	—	—	—	—	—
2	摂食嚥下評価表の作成	準備期	—	—		—	5	—	—	—	—	—
		実施期	—	—		—	—	—	—	—	—	—
3	水飲みテスト実施	準備期	—	5		—	—	—	—	—	—	—
		実施期	—	5		—	20	—	—	—	—	—
4	V E 検査食の準備	準備期	—	30		—	—	—	—	—	—	—
		実施期	—	30		—	—	—	—	—	—	—
5	V E 検査	準備期	30	20		—	30	—	10	30	—	—
		実施期	—	20		—	—	—	10	30	—	—
6	記録のまとめ	準備期	—	30		—	—	—	—	—	—	—
		実施期	—	30		—	—	—	—	—	—	—
7	アセスメント	食事時・飲水時の状態把握、ベッド訪問、バイタル・体重測定	準備期	—	—	—	—	—	—	—	—	
			実施期	150	—	—	—	—	—	—	—	—
8		モニタリング及び評価	準備期	—	—	—	—	—	—	15	—	
			実施期	150	—	—	—	—	340	195	—	—
9	医師指示	医師への説明と指示の取得	準備期	—	—	—	5	—	—	—	—	
			実施期	10	—	—	—	—	—	—	—	—
10	計画作成	経口維持計画書の作成	準備期	30	—	—	—	—	—	30	—	
			実施期	60	45	—	—	—	—	30	—	—
11	家族への説明・同意	家族への説明・同意の取得	準備期	15	—	—	15	—	—	30	—	
			実施期	15	—	—	—	—	—	—	—	—
12		ミールラウンドによる観察	準備期	10	130	—	—	—	—	—	—	
			実施期	85	1,780	—	—	—	—	—	—	—
13		食事介助	準備期	—	—	120	—	120	780	—	—	
			実施期	—	—	6,555	—	6,555	10,800	—	—	
14	実施	食形態の変更・調整	準備期	35	—	—	15	—	5	—	—	
			実施期	—	40	—	—	—	—	—	—	—
15		自助具、食器の設定	準備期	—	—	—	—	—	—	—	—	
			実施期	—	—	—	10	—	—	—	—	—
16		口腔ケア	準備期	—	—	—	—	20	130	—	—	
			実施期	—	—	—	—	900	1,800	—	—	
17		医師の回診	準備期	—	—	—	—	—	—	195	—	
			実施期	—	—	35	—	—	—	2,700	—	
19	連絡調整	他職種への連絡を行う	準備期	15	—	—	15	—	5	—	—	
			実施期	25	—	—	—	—	—	—	—	
20		家族との連絡調整	準備期	—	—	—	—	—	—	—	—	
			実施期	—	—	—	—	—	—	—	120	
21	カンファレンス	チームでの取り組み（嚥下チーム、施設内NST）	準備期	25	—	10	25	10	—	—	—	
			実施期	—	—	40	150	40	—	15	—	
22		担当者会議	準備期	—	—	—	—	—	—	—	—	
			実施期	20	—	20	—	20	—	—	—	
総時間（分）			準備期	160	230	130	110	150	930	300	0	
			実施期	515	1,965	6,650	180	7,515	12,950	2,970	120	
総計				675	2,195	6,780	290	7,665	13,880	3,270	120	

全職種の総合計時間（分）	A施設	15,410	D施設	19,465
--------------	-----	--------	-----	--------

A～C：老健、D：特養 準備期：算定準備開始から算定前まで（非加算） 実施期：算定後～180日間

表 4-3 経口維持加算（Ⅱ）算定における業務内容と業務量

経口維持加算Ⅱ			管理栄養士			看護師			言語聴覚士		相談員	介護職	
業務項目	業務内容		A	B	C	A	B	C	A	C	B	A	
1	スクリーニング	水飲みテストの実施	準備期	—	25	15	—	15	—	10	—	—	—
			実施期	—	—	—	—	15	—	40	—	—	—
2		摂食嚥下機能評価依頼書作成	準備期	—	5	—	—	—	10	5	—	—	—
			実施期	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—
3		記録からの食事摂取量把握	準備期	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—
			実施期	—	—	260	—	—	—	—	—	—	—
4	アセスメント	食事時・飲水時の状態把握、 ベッド訪問、バイタル・体重測定	準備期	20	20	—	—	60	30	—	—	—	—
			実施期	150	60	—	—	210	5,655	—	—	—	—
5		モニタリング及び評価	準備期	25	30	—	—	—	—	—	—	—	—
			実施期	150	165	140	—	—	—	—	—	—	—
6	医師指示	医師への説明と指示の取得	準備期	—	5	5	—	10	5	5	—	—	—
			実施期	10	—	—	—	10	10	5	—	—	—
7	計画作成	経口維持計画の作成	準備期	30	20	10	—	—	10	—	—	—	—
			実施期	60	40	60	—	—	60	—	—	—	—
8	家族への説明・同意	家族への説明・同意の取得	準備期	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—
			実施期	15	—	—	—	30	40	5	—	180	—
9		ミールラウンドによる観察	準備期	10	210	—	—	60	—	—	—	—	—
			実施期	60	1,680	280	—	150	2,700	—	—	—	—
10		食事介助	準備期	—	—	—	—	150	—	—	—	—	—
			実施期	—	—	—	—	480	—	—	—	—	—
11		食形態の調整	準備期	—	—	10	—	15	10	—	—	—	—
			実施期	15	—	50	—	15	50	—	—	—	—
12		自助具・食器などの調整	準備期	—	—	15	—	15	5	—	—	—	—
			実施期	—	—	75	—	30	25	—	—	—	—
13	実施	食事姿勢の調整	準備期	—	—	10	—	15	—	—	—	—	—
			実施期	—	—	190	—	30	—	—	—	—	—
14		口腔ケア	準備期	—	—	—	—	20	—	—	—	—	75
			実施期	—	—	—	—	95	—	—	—	—	900
15		嚥下訓練	準備期	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			実施期	—	—	—	—	—	—	—	500	—	—
16		本人への助言	準備期	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			実施期	—	—	—	—	—	—	—	125	—	—
17		医師の回診	準備期	—	—	—	5	5	—	—	—	—	—
			実施期	—	—	—	35	65	—	—	—	—	—
18		家族との連絡調整	準備期	—	—	—	—	10	—	—	—	15	—
			実施期	10	20	—	—	115	—	—	—	—	—
19	連絡調整	他職種への連絡を行う	準備期	—	20	5	—	20	—	—	—	15	—
			実施期	—	—	—	—	85	—	—	—	90	—
20		ミーティングによる申し送り	準備期	—	10	5	—	—	10	—	5	—	—
			実施期	—	380	645	—	—	1,290	—	645	—	—
21	カンファレンス	チームでの取り組み (嚥下チーム、施設内NST)	準備期	—	—	—	10	—	—	25	—	—	10
			実施期	—	—	—	60	—	—	175	—	—	60
22		担当者会議	準備期	—	10	5	—	10	15	—	5	15	—
			実施期	30	60	30	30	10	90	—	30	15	30
総時間（分）			準備期	85	355	85	15	405	95	50	10	45	85
			実施期	500	2,405	1,730	125	1,340	9,920	230	1,300	285	990
総計				585	2,760	1,815	140	1,745	10,015	280	1,310	330	1,075

全職種の総合計時間（分）	A施設	2,080	B施設	4,835	C施設	13,140
--------------	-----	-------	-----	-------	-----	--------

A～C：老健、D：特養 準備期：算定準備開始から算定前まで（非加算） 実施期：算定後～180日間

4. 摂食嚥下障害のリスク評価

施設別の経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）、経口維持加算（Ⅱ）算定のための摂食嚥下障害の把握の手順をそれぞれ示した。

経口移行加算については、経管栄養利用者の摂食嚥下障害のリスク評価は、4施設ともに管理栄養士や看護師、介護職、相談員による食事及び水分摂取時の観察が重視され、関連職種による相談後（カンファレンスが実施される場合もある）、本人・家族が経口への移行を希望しているかの意向を確認した後、管理栄養士あるいは言語聴覚士が摂食嚥下評価依頼書（VE実施依頼書）を作成し、医師に説明してVE実施の指示を得ていた。医師がVEをできる場合、あるいはVEをできる歯科医師が非常勤で訪問している場合においてVEが実施されていた（表5-1）。

経口維持加算（Ⅰ）は、医師あるいは歯科医師によるVEが可能な施設において、経口移行加算と同様の手順でおこなわれていた（表5-2）。

経口維持加算（Ⅱ）は、管理栄養士による食事摂取量の低下や食事時間の延長の記録チェックや、管理栄養士、看護師、介護職による食事時や飲水時の観察をもとに、関連職種が相談後（カンファレンスが実施される場合もある）、管理栄養士単独、管理栄養士と看護師、あるいは言語聴覚士が水飲みテストを実施しされていた（表5-3）。その後、医師から摂食嚥下障害を認める指示取得のため、摂食嚥下機能評価をまとめ、医師への説明を行い、指示を得ていた。

しかし、摂食嚥下障害のリスク評価から加算算定開始までの手順は規定されておらず、いずれの施設の管理栄養士も、手順の確立までが手探りであり困難さが訴えられた。経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の加算取得施設を増大するためには各種加算の算定までの手順を周知することが求められた。

表 5-1 経口移行加算算定のための摂食嚥下障害の把握の手順

項目	内容	担当職種
スクリーニング	<p>入所時経管栄養利用者全員</p> <ul style="list-style-type: none"> ○入所前情報の把握 ○家族・本人の意向の把握 ○食事時、水分補給（お茶）時に飲み込み、むせ、嚥下反射等の観察 ○全身状態の安定や覚醒の確認 ○吸引後の唾液を嚥下による「むせ」がないことの確認 	<p>管理栄養士 看護職 介護職 相談員 医師 等</p>
<p>関連職種による相談 (ケースカンファレンス含む)</p>	<p>スクリーニングによって、摂食嚥下障害のリスクが推定された者について関連職種による相談検討</p>	<p>管理栄養士・看護職 言語聴覚士・介護職 相談員 等</p>
本人・家族の意向の確認	経口移行する意思の有無	看護職・相談員 等
摂食嚥下機能評価依頼書の作成	摂食嚥下機能評価依頼書（VE 実施依頼書）の作成	言語聴覚士・介護職 等
医師への説明と指示の取得	摂食嚥下機能評価依頼書（VE 実施依頼書）の作成し、VE 検査実施の指示を得る	管理栄養士・看護職 言語聴覚士・医師 等
VE 実施のための準備やスケジュール調整	VE 実施のための情報整理、検査食の準備、日程調整	管理栄養士・介護職 等
VE の実施（実施する場合）	常勤医師あるいは歯科医師が訪問により実施	医師あるいは歯科医師が実施し管理栄養士・看護職・介護職・相談員等が参加

表5-2 経口維持加算Ⅰ算定のための摂食嚥下障害の把握の手順

項目	内容	担当職種
スクリーニング	入所時経管栄養利用者全員 ○食事時、水分補給（お茶）時に飲み込み、むせの観察	管理栄養士・看護職 言語聴覚士・介護職 相談員・医師 等
関連職種による相談 （ケースカンファレンス含む）	スクリーニングによって、 摂食嚥下障害のリスクが推定された者について関連職種による相談検討	管理栄養士・看護職 言語聴覚士・介護職 相談員 等
本人・家族の意向の確認	VEによる評価の実施についての意向	看護職・相談員 等
摂食嚥下機能評価依頼書の作成	摂食嚥下機能評価依頼書 （VE実施依頼書）の作成	言語聴覚士 等
医師への説明と指示の取得	摂食嚥下機能評価依頼書 （VE実施依頼書）を作成し、 VE検査実施の指示を取得	管理栄養士・看護職 等 言語聴覚士・医師 等
VE実施のための準備や スケジュール調整	VE実施のための情報整理、検査食の準備、日程調整	管理栄養士・介護職 等
VEの実施（実施する場合）	常勤医師あるいは歯科医師が訪問により実施	医師あるいは歯科医師が実施し 管理栄養士・看護職・介護職・相談員等が参加

表5-3 経口維持加算Ⅱ算定のための摂食嚥下障害の把握の手順

項目	内容	担当職種
スクリーニング	○入所時全員の食事時、水分補給（お茶）時の飲み込み、むせ等の観察 ○事摂取量の低下や食事時間の延長のチェック	管理栄養士・看護職 介護職・相談員 等
関連職種による相談 （ケースカンファレンス含む）	摂食嚥下障害のリスクが推定された者について関連職種による相談	管理栄養士・看護職 言語聴覚士・介護職 相談員 等
水飲みテストの実施	リスクの高い者には看護師、言語聴覚士が実施、または見守りしてもらう	管理栄養士・看護職 言語聴覚士 等

5. 加算算定日数の損失

摂食嚥下障害の評価（スクリーニング）から加算算定の開始までの日数は、本人・家族への説明・同意の日程が相談員や介護支援専門員によってスムーズにスケジュール化されていれば、翌日から1週間以内であったが、摂食嚥下障害の評価時から加算算定開始までに25日から40日も経過している施設もあった（表4-1、4-2、4-3）。

一方、経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定が切れる180日前に摂食嚥下機能の評価日や相談員（介護支援専門員）による本人・家族への同意日程等を予めスケジュール化して、算定の切れる180日目以降もスムーズに算定を継続している施設がある反面、180日以降は利用者の摂食嚥下障害のリスクの再評価をいつ行ったらよいか、いつから継続できるのかが規定に明確されていないことから、高齢者の摂食嚥下障害に関する状況がその後も継続していても、180日以降は全ての算定を打ち切りにしている施設もあった。それゆえ、180日の算定切れに対応する手順については、厚生労働省からのQandAなどによって周知することが求められた。

6. 経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の業務内容と業務量上の課題

4 施設の加算算定事例における業務プロセスを、加算算定前の準備（評価を含める）期、加算算定開始からの実施期の2つに区分して業務内容及び業務量（5分単位）の把握をおこなった（表4-1、4-2、4-3）。

1) 管理栄養士

(1) 経口移行加算

準備期：全ての施設において、加算算定前の準備期の業務内容は、摂食嚥下状況のアセスメント（ミールラウンドによる食事や水分の摂取状況の観察による把握、記録からの食事摂取量の把握）、食形態の調整（食形態の適正性を他職種と相談し、調理師への説明）、医師への説明と指示の取得、経口移行計画書（案）の作成、カンファレンスへの参加、他職種への連絡・調整、ミーティングでの申し送りなどと各施設でほぼ共通であったが、業務量は545、285、235、55分（言語聴覚士が担当している部分があるため）と様々であった。

医師によるVEが行われている特養Dの準備期には、管理栄養士による情報シートの作成（高齢者の低栄養状態、食事摂取量、摂食嚥下機能低下の経過を示したもの）、検査食（利用者の食欲がでる焼肉弁当や寿司など）の準備、検査後の結果の入力等の業務が行われていた。

実施期：全ての施設において、毎日のミーラウンド、モニタリング（食事摂取量の記録チェック）、経口移行計画変更、食形態の変更・調整、カンファレンス、ミーティングによる申し送り等による連絡・調整が共通した業務内容であったが、業務量は180日間で1,430、1,275、1,065、510分、一人1日当たり3～8分であった。なお、このうち1施設では、180日の加算切れの前の再評価のために準備期と同様の業務内容が実施されていたが、その他の施設では医師への経過説明と指示の取得により継続していた。

（2）経口維持加算（Ⅰ）

準備期、実施期については経口移行と同様の業務内容と業務量であった。

（3）経口維持加算（Ⅱ）

準備期：業務内容は、経口移行加算と同様の業務内容の摂食嚥下状況のアセスメント、アセスメント・モニタリング、経口維持計画の作成、連絡調整、カンファレンス及び申し送りへの参加、医師への説明と指示の取得であり、業務量は355、85、85分、実施期には、経口移行加算の実施期と同様の業務内容であり、業務量は、180日間で2,405分、1,730分、500分であり、1日当たり13.4、9.6、2.8分であった。その他、医師の指示を得て算定の継続を行っている1施設以外の算定は180日で打ち切りとなっていた。

以上のように経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の管理栄養士の業務内容はほぼ同様であったが、経口移行加算よりも経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）に係わる業務量（分）が比較的多かった。しかし、施設別にその業務時間には差異がみられた。これには帳票や食札の作成時間も関与していた。また、言語聴覚士の配置されている場合には、準備のための業務は、言語聴覚士が実施しているため短縮されていた。

2) 看護師

看護師は、経口移行加算の準備期には、食事時の状態把握、アセスメント（食事介助を行いながら）食事形態の調整の相談、医師への説明と指示の取得、連絡調整、家族への説明等を行い、業務量は985、430、50分（うち食事介助を行いながらの状態把握には835分、95分）であり、実施期には、食事介助、実施口腔ケア、食事姿勢の調整、医師の回診への動向、申し送り、胃ろうの管理などで、1,025、130分、ミーラウンド、アセスメント、胃ろうの管理に時間のかかる施設では11,615分（うちミーラウンド3,600分）と施設によって様々であった。

経口維持加算（Ⅰ）では、準備期には食事介助時の状態把握、カンファレンスに130分（うち食事介助時の状態把握に120分）、実施期には食事介助、モニタリング、医師の

回診、カンファレンスで 6,650 分（うち食事介助に 6,555 分）であった。

経口維持加算（Ⅱ）では、準備期は経口移行加算と同様の業務内容であり、業務量は 15、95、405 分、実施期にはミールラウンド、アセスメント、食事介助の時間が長くなり 125、1,340、9,920 分であった。

看護師の業務内容と業務量は施設によって大きな相違がみられたが、誤嚥リスクの高い摂食嚥下障害を有する事例の場合には、介護職に代わって看護師が食事介助を行ったり、状況把握をしたり、また、管理栄養士のミールラウンド時に一緒に見守っているために業務時間分が長くなっていた。

3) 言語聴覚士

言語聴覚士は、2 施設に常勤配置されており、1 施設では、準備期には、食事介助時の状態把握、VE 検査参加、食形態調整への参加、医師への説明と指示の取得、間接訓練、連絡調整に対して経口移行加算で 1,475 分、経口維持加算（Ⅰ）で 110 分、実施期には、食事介助、間接訓練で 180 分、経口維持加算（Ⅱ）では、準備期には水飲み試験、摂食嚥下評価依頼書の作成、カンファレンスへの参加で 50 分、実施期には、カンファレンスへの参加時間が長くなり 230 分であった。

他の 1 施設では、経口移行加算の準備期には、ミーティングによる申し送りで 5 分、実施期には、ミールラウンド、食事形態の変更・調整、口腔ケア、家族との連絡調整、チームのカンファレンスで 1,400 分、経口維持加算（Ⅱ）ではミーティングによる申し送り、カンファレンス参加で 10 分、実施期には嚥下訓練、本人・家族への助言、ミーティングでの申し送り、担当者会議への参加で 1,300 分と 2 つの施設の言語聴覚士の業務内容や業務量が大きく異なっていた。

4) 介護職

経口移行加算の準備期には 1 施設では、食事介助、口腔ケア、チームでのカンファレンス、担当者会議で 2,410 分、実施期には 7,280 分、経口維持加算（Ⅰ）では、同様の業務内容で準備期には 150 分、実施期には 7,515 分、経口維持加算（Ⅱ）では、準備期には口腔ケア、チームでのカンファレンスで 85 分、実施期では同様の業務に担当者会議が加わり 990 分であった。

他の施設では、準備期には VE 検査の参加、食堂への移動、とろみ付けなどが加わり 325 分、実施期には、準備期と同様の業務内容により 1,870 分、経口維持加算（Ⅰ）では、

同様の業務内容で準備期には 930 分、実施期には 12,950 分であった。

5) 相談員

経口移行加算の 1 施設では、準備期には、家族への説明同意、他職種との話し合い、家族との連絡調整、担当者会議で 115 分、実施期には 45 分、他施設では家族との連絡調整で準備期に 60 分、実施期に 25 分であった。経口維持加算（Ⅰ）では、家族との連絡調整に実施期に 120 分であった。経口維持加算（Ⅱ）の準備期には、家族との連絡調整、他職種への連絡、担当者会議で 45 分、実施期には、同様の業務に家族への説明・同意が加わり 285 分であった。

6) 医師

医師が VE を実施している 1 施設の場合には、経口移行加算の準備期には検査の実施、経口移行及び経口維持計画作成の指示書作成、診療に 465 分、経口維持加算（Ⅰ）では、経口移行と同様の医師の業務内容に 300 分、実施期には、医師の回診による摂食嚥下評価、NST による回診、診療といった業務に、経口移行加算では 3,095 分、経口維持加算（Ⅰ）では 2,970 分、実施期には、経口移行加算では 3,095 分、経口維持加算（Ⅰ）では 2,970 分を要しており、医師の経口移行加算、経口維持加算への関わりや業務量は、VE による評価ができるかどうかによって大きく異なっていた。

その他の 3 施設では主な担当職種としての回答は得られなかったが、管理栄養士や言語聴覚士によって作成された計画書の説明を聞き、水のみ試験や経口移行、食形態の指示をするのに 5 分程度を要していると考えられた。

7) 全職種による総時間

全職種による総時間は、経口移行が各施設によって 14,555 分、13,970、7,140 分、3175 分、経口維持加算（Ⅰ）が 19,465 分、15,410 分、経口維持加算（Ⅱ）が 13,140 分、4,835 分、2,080 分食事介助時間によっても大きな差がみられた。

結論

以上の結果から、経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の介護報酬制度の見直しを次のように提案する。

1. 経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）、経口維持加算（Ⅱ）の取り組みは、管理栄養士が連絡・調整、栄養ケア計画と連動した計画作成を行い、日常的な食事時の観察（ミールラウンド）は主に管理栄養士、介護福祉士・介護士、看護職によって実施されていた。これに経口移行、経口維持の支援の知識やスキルを有する医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士による経口移行・経口維持チームが形成されていることから、これらのチームによる食事時の観察（ミールラウンド）による評価、計画・実施を介護報酬上も評価することが求められる（図4、表6）。

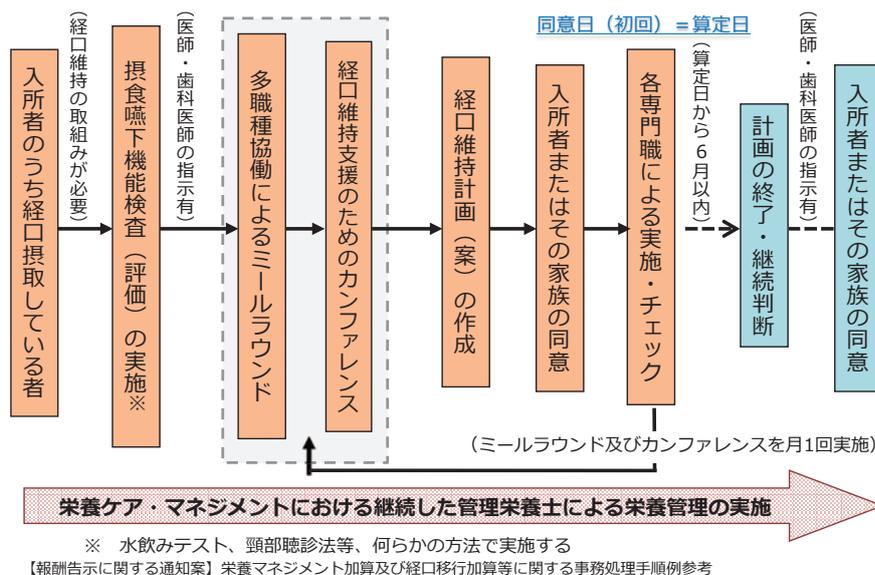


図4 経口維持のためのミールラウンドの流れ

表 6 ミールラウンド時の観察事項

食事摂取状況	主食・主菜・副菜および食品内容別の喫食率、食形態の適切性、とろみ剤使用の必要性、食事介助方法の適切性、食事時間 等
口腔機能の状況	口腔乾燥、開口保持、咀嚼力、口臭と口の中の問題 等 (うがい等 食事前の口腔アセスメントを含む)
摂食・嚥下障害の状況	咀嚼困難、食事中のむせやせき込み、口から食べ物がこぼれる、言葉が明瞭でない 等
姿勢の状況	座位保持の状況、いすやテーブルの高さ 食べるときに下顎が出る 等
食具	食具の形状、大きさ、適切性 等
食事に関連する認知症の徴候・症状	食事中の傾眠、失認、興奮・大声・暴言・暴力、妄想、拒食、偏食、失行、早食い・詰め込み・丸のみ食べ、徘徊 等

2. 摂食嚥下障害を有し規定の要件を満たす入所高齢者には、療養食加算よりも優先的に経口維持のための加算が算定されるように、あるいは併算ができるように規定の見直しを行うことが求められる。
3. 経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）に対応して、管理栄養士、看護職、介護職等による食事時や飲水時の観察及び食事摂取量の記録の把握、適切な食形態をチームで決定、姿勢や食具の調整、安全確保のための身守りや食事介助は実施すべき主要な業務であるが、これらの業務に費やされている業務量の施設差は極めて大きいことから、経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定に係わる専門職には、一定のチーム研修が必要である。
4. 現行の規定等に、加算算定前の摂食嚥下機能評価の手順、関連職種の合意と計画作成、本人家族への説明・同意の手順、医師の指示、実施、継続的モニタリングと計画の修正、180 日前の再評価と継続に向けての手続き等の手順を周知して、スムーズな加算取得と180 日以降の継続に結びつける体制づくりとこれらの加算の算定を推進することが求められる。

Ⅲ. 栄養ケア・マネジメントの再生のための提言

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)

「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」 研究班

食事・栄養管理に関わる介護報酬の概要（平成17年10月の改正による）

平成17年10月、介護保険施設における食費・居住費の自己負担に伴い、介護保険施設入所高齢者の約40%にみられる低栄養状態に対応して栄養ケア・マネジメント体制（栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算）が以下のように導入された。

- 栄養マネジメント加算：1名以上の常勤管理栄養士を配置して多職種協働により栄養ケア・マネジメント（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画の作成、モニタリング、評価と継続的品質改善活動）を行う体制に対して12単位/日と評価された。同時に新設された施設に対する管理栄養士の常勤配置を推進する栄養管理体制加算は、平成24年4月に算定実績を踏まえて基本サービス費に包括され、栄養マネジメント加算は14単位/日となった。
- 経口移行加算（28単位/日）は経管栄養利用者に対しての経口移行を評価し、経口維持加算（Ⅰ）（医療的評価による、28単位/日）、経口維持加算（Ⅱ）（水飲みテスト等による、5単位/日）は、摂食嚥下障害やそのおそれのある者の経口維持の取り組みを評価した（資料1）。これらの加算における計画作成は、栄養ケア・マネジメントが行われている場合には、管理栄養士による栄養ケア計画と一体化された。但し、これらの加算は、療養食加算と一緒に算定することはできないとされている。
- 療養食加算は、従来の特別食加算から濃厚流動食を対象から除外し、350円/日から23単位/日とされた。

栄養マネジメント加算及び関連加算の取得状況（厚生労働省）

- 栄養マネジメント加算算定率は、特養82.77%・老健93.46%と加算取得率が高いが、経口移行加算算定率は、特養0.05%・老健0.19%、経口維持加算（Ⅰ）算定率は、特養0.18%・老健0.20%、経口維持加算（Ⅱ）算定率は、特養1.51%・老健2.24%、療養食加算算定率は、特養9.96%・老健26.86%と加算取得率は低い（資料2）。
- 介護保険施設における常勤管理栄養士の定員100人以上に対し、2名以上の配置割合は、

特養2.4%・老健6.5%と少ない（資料2）。

栄養マネジメント加算導入の低栄養改善への有効性と低栄養状態改善の必要性

- 平成17年10月に導入された栄養マネジメント加算によって評価される体制と取組みは、2年後の平成19年には、低栄養の中高リスク者の低リスク者への改善率をBMI 4.4%、血清アルブミン14.6%、食事摂取量 6.9%増大させた（資料3、4）。
- 低栄養状態の中高リスク者の特性は、90歳以上 42.1%、要介護度4、5者 65.3%、認知症重度者（認知症高齢者の日常生活活動度Ⅲ～Ⅳ） 72.7%（特に食事での傾眠、食事の失認、拒食、偏食の徴候・症状有）、摂食嚥下障害 73.9%、食事時間45分以上 24.7%、嚥下調整食の提供 61.4%、近似1年間の熱発 32.5%・肺炎既往歴 12.1%・入院あり 20.9%である（資料5）。
- 低栄養状態の中高リスク者は、低リスク者よりも死亡のリスク（ハザード比）が約2倍である（7ヶ月間縦断調査）（資料6）。
- 低栄養の中高リスクの＜改善・低リスクを維持＞者は、低栄養のリスクのレベルの＜悪化・中高リスク維持＞者に比べて死亡のリスク（オッズ比）を約0.27倍と低くなった（7ヶ月間縦断調査）（資料6）。

入所者の低栄養状態改善、最期までの経口摂取維持、入院リスク抑制に効果のある体制 100床当たり常勤管理栄養士2人以上の配置

- 入所高齢者の低栄養状態の改善には管理栄養士の100床当たり2名以上配置の方が1名配置よりも効果的であった（資料7）。
- 入所高齢者の最期まで経口摂取での看取りにも管理栄養士の100床当たり2名以上の配置が1名配置よりも有効であった（資料7）。
- 特養の嚥下困難者は老健や療養病床よりも多い（資料8）。特養における入院リスクの抑制には、管理栄養士の100床当たり2名以上配置は1名配置よりも効果的であった（資料8）。
- 管理栄養士の業務時間は、100床当たり2名以上配置は1名配置に比べて、栄養ケア・マネジメントや連絡調整、その他介護予防事業により多く配分され、ミールラウンド（食事時の観察と対応）を頻回に行っている（資料9）。

嚥下困難者における経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ） vs 療養食加算の算定状況と入院リスク抑制に対する効果

- 入所嚥下困難者に対する経口維持加算算定の割合は少なく、療養食加算が算定されている者や両加算とも算定されていない者の割合が多い（資料10）
- 特養における嚥下困難者に対しての入院リスクの抑制には経口維持加算によって評価される体制や取り組みが療養食加算のそれに比べて効果的であった（資料11）。

経口移行、経口維持加算の取得を推進するために

- 特養における経口維持加算を推進するためには、加算取得施設の訪問から、食事時のチームによる観察（ミールラウンド）とその後の問題の確解と解決法を検討するケースカンファレンスを重視した取り組みを重視する。この場合、管理栄養士は主たる担当者として関わり、栄養ケア・マネジメントが基盤となつて、職種間の調整、栄養ケア計画の一環としての経口移行、経口維持計画の作成が行われ、PDCAサイクルをまわすことになる（資料12、13、14）。
- ミールラウンドによるアセスメント・モニタリング項目（アセスメント・モニタリング表参照）
- 低栄養（BMI18.5未満）に対して独立して関連した項目は、摂食嚥下困難に関する徴候・症状では全15項目のうち、「嚙むことが困難である」「硬い食べ物を避け、軟らかいものばかり食べる」「ことばが明瞭でない」「水分を飲み込むときにむせる」「口に水をふくむことができない」「口に水をふくむことはできるが、口からこぼれる」「口に水をふくむことはできるが、口内にためておけない」、口腔アセスメントに関する徴候・症状では全5項目のうち「咀嚼力」、食事時の姿勢に関する徴候・症状では全4項目「座位保持困難」「クッションなどの支えがあっても座位保持困難」「いすやテーブルの高さがあっていない」「食べるときに下顎が出る」、認知症に関する徴候・症状では全11項目のうち「興奮・大声・暴言・暴力」「失行」であった（資料15、16）。

老健からの管理栄養士による退所時訪問栄養指導、退所後訪問栄養指導の推進

- 老健への入所、退所時には管理栄養士による食事形態や嗜好・禁忌への対応に関する情報提供がよく行われていることが（資料17）、一方、居宅サービスを利用する在宅高齢者・家族には食事の準備、形態、内容等に関する不安が多いことが報告されている（資料18）。
- 緊急データとして1老健施設において在宅復帰した高齢者のうち在宅生活の継続者と再入所・再入院者の体重変化を収集し、再入所・入院高齢者の体重減少率は、在宅継続に比べて大きい傾向がみられたが、今後継続したデータ収集が必要であった。

栄養ケア・マネジメントの再生に向けての提言

- 今後は、施設入所高齢者の低栄養状態の改善、最後まで経口摂取による看取り、入院リスクの抑制、さらには、在宅サービスとの連携の観点から、管理栄養士の 100 床当たり 2 名以上の配置を推進していくことが求められる。
- 摂食嚥下障害やそのおそれの有る者に対しては、経口維持加算による取組としてチームによって食事時の観察（ミールラウンド）、栄養ケア計画が行われる体制づくりをする。また、この取り組みに関わる管理栄養士、医師、歯科医師、看護師、言語聴覚士、介護職、介護支援専門員等は一定の研修が必要とされる。
- 前述の基盤には、管理栄養士が栄養マネジメント加算の PDCA サイクルにしっかり取り組んでいることが現行以上に求められる。そこで、現行の栄養ケア・マネジメントのスクリーニングにおける中高リスクの要件である身体状況には、現行では褥瘡のみであるが、これに、摂食・嚥下障害、認知症による食事の徴候・症状、看取りを位置づけていくことが必要とされる
- 老健における在宅復帰支援に対する管理栄養士の栄養指導は今後、現行の退所前後訪問指導加算の要件に管理栄養士を、また、退所時指導加算には、栄養管理（あるいは栄養食事の指導）を位置付けて推進していくことが求められる。
- 現行の介護保険施設には管理栄養士配置基準はなく、設置時の医療法の 100 床当たり栄養士 1 名がそのまま継続している。100 床当たりの管理栄養士 2 名以上の配置を施設基準とすることについては、次回の改訂までに管理栄養士を 100 床当たり 2 名以上配置している介護保険施設の数を増やしていかなければならない。
- 老健における在宅復帰支援に対する管理栄養士による訪問栄養管理の取組みを推進することを啓発するとともに、その効果に関するエビデンスづくりが必要である。

健康・栄養システム学会は、今後も介護保健制度改正に伴う栄養ケア・マネジメント体制とその取り組み方法に関する情報提供を行うとともに、明確にされた今後の課題については、さらに研究を継続していきたい。

（文責 委員長 杉山みち子）

資料1 介護保険施設における高齢者の経口移行・経口維持のための介護報酬制度

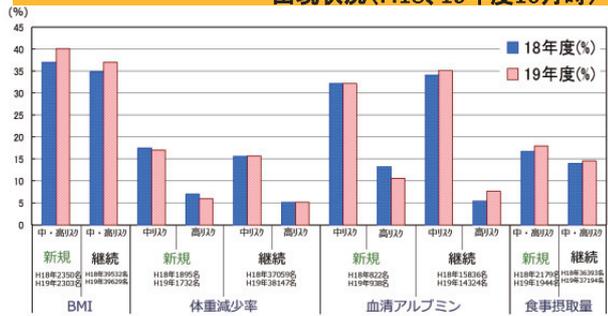
	経口移行加算	経口維持加算Ⅰ	経口維持加算Ⅱ
対象基準	静脈・経腸栄養法利用者	経口摂取者 (非静脈・経腸栄養法者)	
評価基準	経口移行対象者* *経腸栄養利用者のうち、下記1~4の全該当者 1.全身状態が安定していること 2.算盤を保っていただけること 3.嚥下反射がみられること 4.咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと	造影撮影 又は 内視鏡検査	水飲みテスト (「氷砕片飲み込み検査」、 「食物テスト (food test)」、 「改定水飲みテスト」等を含む) 頸部聴診法 等
医師の指示	有		
実施内容	多職種協働による摂食・嚥下機能に配慮した経口移行計画(経口維持計画)を作成し、管理栄養士・栄養士が食事の摂取(継続した摂取)を進めるための栄養管理(特別な管理)の実施(但、療養食加算を算定した場合には算定できない) ※() 経口維持加算Ⅰ・Ⅱ		
算定期間	180日以内、その後2週間毎に医師の指示*(入所者の同意)を要する *平成24年度より1ヶ月毎、歯科医師による指示も可		
加算	28単位	28単位	5単位
様式例	特に指定なし		

社会保障研究所：介護報酬の解釈 1.単位数表編、90、平成18年8月10日 第3版第2刷発行より

資料2 各加算の算定状況と管理栄養士配置数について

各加算の算定状況		管理栄養士の配置数について	
介護老人福祉施設(地域密着型介護老人福祉施設含む)			
栄養マネジメント加算	(14単位/日) 82.77 (%)	介護老人福祉施設	
経口移行加算	(28単位/日) 0.05 (%)	100人以上に2人以上 2.4 (%)	
経口維持加算(Ⅰ)	(28単位/日) 0.18 (%)	介護老人保健施設	
経口維持加算(Ⅱ)	(5単位/日) 1.51 (%)	100人以上に2人以上 6.5 (%)	
療養食加算	(23単位/日) 9.96 (%)	※上記、介護老人福祉施設に地域密着型介護老人福祉施設は含まない	
介護老人保健施設			
栄養マネジメント加算	(14単位/日) 93.46 (%)	【出典】	
経口移行加算	(28単位/日) 0.19 (%)	厚生労働省大臣官房統計情報部	
経口維持加算(Ⅰ)	(28単位/日) 0.2 (%)	「介護給費実態調査」	
経口維持加算(Ⅱ)	(5単位/日) 2.24 (%)	(平成26年4月調査分、平成26年7月調査分)	
療養食加算	(23単位/日) 26.86 (%)	平成25年度老人保健制度増進等事業	
通所介護施設(デイサービス)			
栄養改善加算	(150単位/日) 1.8 (%)	「通所介護のあり方に関する調査研究事業」	
居宅療養介護指導			
管理栄養士(Ⅰ)	(530単位/日) 1.3 (%)	(三菱UHIリサーチ&コンサルティング株式会社)	
管理栄養士(Ⅱ)	(450単位/日) 2.2 (%)		

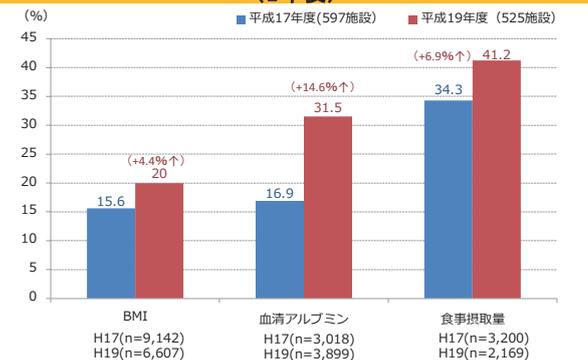
資料3 施設入所者の低栄養状態の中・高リスク者の出現状況(H18、19年度10月時)



新規入所者のうちBMIが18.5未満の者は約37%、血清アルブミン3.5g/dl以下の者は約45%、体重減少3%以上の者は25%、食事摂取量75%未満の者は約16%にみられるが、継続入所者も同様の割合であった。

長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事情評価に関する研究」(主任研究者 杉山みち子)

資料4 低栄養状態の中・高リスク入所者における改善状況(1年後)



厚生労働省老人保健事業推進等補助金「施設及び在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会」(主任研究者 杉山みち子)
平成17年度第1回「介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの実態調査」-2006
厚生労働省科学研究補助金・長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」(主任研究者 杉山みち子)
平成18,19年度総括研究報告書-2008

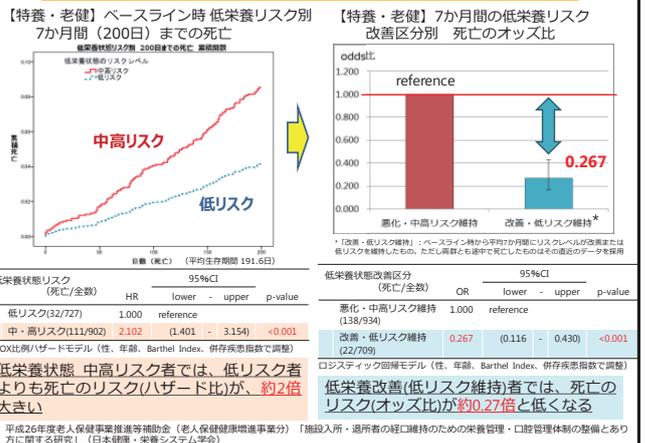
資料5 【特養・老健】入所高齢者の低栄養中・高リスク者の特性

(n=1,646、低栄養リスク：管理栄養士のスクリーニングによる)

	低リスク n=727	中高リスク n=902
年齢区分		
90歳未満	72.2%	57.8%
90歳以上	27.8%	42.1%
要介護度		
要介護1~3	56.2%	34.7%
要介護4、5	43.9%	65.3%
認知症高齢者の日常生活自立度		
I~IIb	37.7%	27.3%
Ⅲ~Ⅳ	62.3%	72.7%
認知症関連の徴候・症状		
傾眠	20.1%	38.0%
食事の失認	17.7%	27.6%
拒食	8.1%	18.6%
偏食	8.1%	13.8%
摂食・嚥下能力のグレート評価		
正常(Gr.10)	49.0%	26.1%
障害あり(Gr.1-9)	51.0%	73.9%
食事時間		
30分以下	87.7%	75.3%
45分以上	12.3%	24.7%
食事形態(副食)		
常食	54.0%	38.6%
嚥下調整食	46.0%	61.4%
1年間の発熱、肺炎既往、入院		
38度以上の発熱あり	18.4%	32.5%
肺炎既往あり	4.4%	12.1%
入院あり	11.2%	20.9%

平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健制度増進事業分)「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」(日本調理・栄養システム学会)

資料6 低栄養状態リスク別の死亡リスク(7ヶ月間)



資料7 入所高齢者の低栄養状態と常勤管理栄養士2人以上(100床当たり)配置

常勤管理栄養士の2人以上配置の効果

施設入所高齢者の食事摂取中値リスク(575%)から1年後改善(276%)に
管理栄養士の100床当たり2人以上の配置は有効 (多岐口23F・イナウチ 他施設・観察施設による)
施設入所高齢者の食事摂取中値リスク(575%)から1年後改善(276%)に管理栄養士の100床当たり2人以上の配置は有効 (多岐口23F・イナウチ 他施設・観察施設による)

介護保険施設で看取った者、最後まで経口摂取を維持して看取った者の1年間の人数に管理栄養士の100床当たり2人以上の配置は有効と推定される

施設で看取った者 数=0(n=2038) 有=1(n=278)	最後まで経口摂取を維持して看取った者 数=0(n=2181) 有=1(n=133)	オッズ比(95%CI)	
		オッズ比(95%CI)	p値
2人未満	1	1	-
2人以上	1.38(0.95-1.98)	0.09	2.63(1.7-4.07) <0.001

全国531の介護保険施設(特養・老健)に対し1年間の看取った件数及び最後まで経口摂取を維持して看取った件数について郵送調査を行い、特養21施設1,493件、老健15施設921件を分析対象とした。

平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」(日本健康・栄養システム学会)

資料8 特養における嚥下困難者の割合と入院リスク抑制に対する常勤管理栄養士2人以上(100床当たり)配置

【特養・老健】経口摂取者で食事中の誤嚥・ムセの存在、誤嚥性肺炎の既往者

【特養】管理栄養士配置数別 累積入院ハザード

管理栄養士1人配置
管理栄養士2人配置

管理栄養士配置数 (入院/全数)	HR	95%CI lower	95%CI upper	p-value
1人配置(147/861)	1.000	reference		
2人配置(10/160)	0.357	0.188	0.679	0.002

COX比例ハザードモデル (性、年齢、Barthel Index、併存疾患指数で調整)

管理栄養士2人配置の特養では、1人配置より入院のリスク(ハザード比)が、約62%低い

平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」(日本健康・栄養システム学会)

資料9 特養における常勤管理栄養士配置別業務割合とミールラウンド回数

【特養】業務割合

【特養】ミールラウンド(回数/週)

平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」(日本健康・栄養システム学会)

資料10 嚥下困難者における経口維持加算Ⅰ・Ⅱ及び療養食加算の算定状況

【特養・老健】摂食嚥下グレード別

【特養・老健】とろみ剤の利用の有無

平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」(日本健康・栄養システム学会)

資料11 特養における経口維持加算Ⅰ・Ⅱと療養食加算算定有無と入院リスク抑制に対する効果

【特養】経口維持加算Ⅰ・Ⅱ算定別累積入院ハザード

【特養】療養食加算算定別累積入院ハザード

経口維持加算ⅠまたはⅡ (入院/全数)	HR	95%CI		p-value
		lower	upper	
非算定(150/945)	1.000	reference		
算定あり(7/76)	0.416	0.193	0.897	0.025

療養食加算 (入院/全数)	HR	95%CI		p-value
		lower	upper	
非算定(121/772)	1.000	reference		
算定あり(36/249)	0.995	0.654	1.395	0.813

経口維持加算Ⅰ・Ⅱ算定者では、非算定者よりも入院のリスク(ハザード比)が、約58%低い

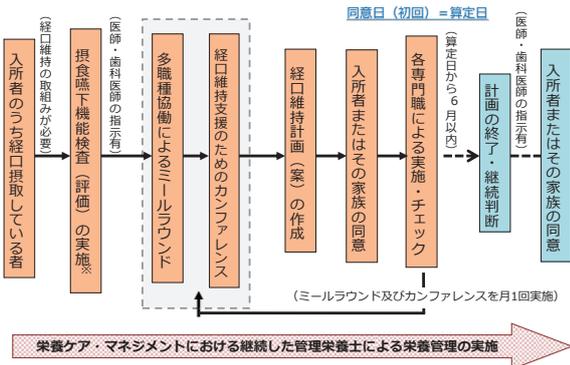
療養食加算算定者と非算定者では入院のリスク(ハザード比)に差はない

平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」(日本健康・栄養システム学会)

資料12 ミールラウンドによる観察と計画作成への協力職種(複数回答)

平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」(日本健康・栄養システム学会)

資料13 経口維持のためのミールラウンドの流れ



栄養ケア・マネジメントにおける継続した管理栄養士による栄養管理の実施
 ※ 水飲みテスト、頭部聴診法等、何らかの方法で実施する
 【報告内容に関する通知】 栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順参考

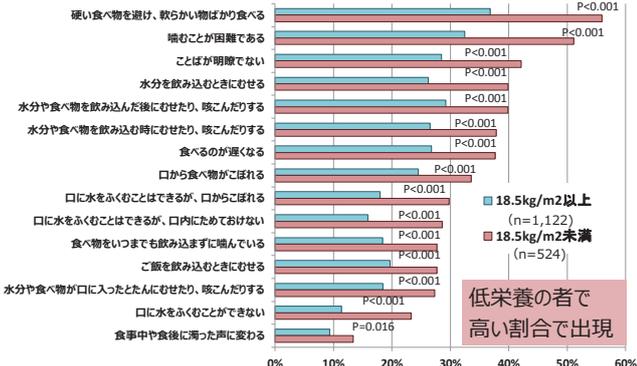
資料14 ミールラウンド時の観察事項

食事摂取状況	主食・主菜・副菜および食品内容別の喫食率、食形態の適切性、とりみ剤使用の必要性、食事介助方法の適切性、食事時間 等
口腔機能の状況	口腔乾燥、開口保持、咀嚼力、口臭と口の中の問題 等 (うがい等 食事前の口腔アセスメントを含む)
摂食・嚥下障害の状況	咀嚼困難、食事時のむせやせき込み、口から食べ物がこぼれる、言葉が明瞭でない 等
姿勢の状況	座位保持の状況、いすやテーブルの高さ 食べるときに下顎が出る 等
食具	食具の形状、大きさ、適切性 等
食事に関連する認知症の徴候・症状	食事時の傾眠、失認、興奮・大声・暴言・暴力、妄想、拒食、偏食、失行、早食い・詰め込み・丸のみ食べ、徘徊 等

平成26年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）【施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究】（日本健康・栄養システム学会）

資料15 低栄養と食事時の摂食嚥下困難に関する兆候・症状

(χ^2 検定 n=1,646、低栄養：BMIによる)



平成26年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）【施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究】（日本健康・栄養システム学会）

資料16 低栄養に対し独立して関連した項目

(多変量解析 n=1,646、低栄養：BMIによる)

従属変数BMI（18.5kg/m以上：0.18.5kg/m未満：1）	オッズ比	95%CI	p値
独立変数：摂食・嚥下困難に関する徴候・症状 全15項目のうち関連した7項目 (あり=1、なし=0(reference))*1	1.71	(1.35-2.16)	<0.001 ***
嚥下ことが困難である	1.78	(1.41-2.24)	<0.001 ***
硬い食べ物を避け、軟らかい食べ物ばかり食べる	1.37	(1.07-1.75)	0.014 *
硬い食べ物を避け、軟らかい食べ物ばかり食べる	1.38	(1.08-1.77)	0.011 *
水分を飲み込むときにむせる	1.60	(1.17-2.18)	0.003 **
口に水をふくむことができない	1.29	(0.98-1.71)	0.072 *
口に水をふくむことができるが、口からこぼれる	1.45	(1.09-1.92)	0.011 *
口に水をふくむことができるが、口内ためておけない	1.45	(1.09-1.92)	0.011 *
独立変数：口腔のアセスメントに関する徴候・症状 全5項目のうち関連した1項目 (あり=1、なし=0(reference))*2	1.34	(1.01-1.79)	0.045 *
咀嚼力	1.34	(1.01-1.79)	0.045 *
独立変数：食事時の姿勢に関する徴候・症状 全4項目 (あり=1、なし=0(reference))*2	1.33	(1.03-1.73)	0.031 *
座位保持困難（例、まっすぐ座ることができない）	1.52	(1.13-2.03)	0.005 **
クッションなどの支えがあっても座位保持困難	1.48	(1.08-2.04)	0.016 **
いすやテーブルの高さが合っていない	1.70	(1.19-2.43)	0.004 **
食べるときに下顎が出る	1.70	(1.19-2.43)	0.004 **
独立変数：認知症に関する徴候・症状 その他を含み全11項目のうち関連した2項目 (あり=1、なし=0(reference))*3	0.65	(0.47-0.90)	0.009 **
失行	0.55	(0.39-0.78)	0.001 ***

*1 あり：まれにある、時々ある、いつもある、なし；ほとんどない（2段階評価）
 *2 あり：有；なし；無（2段階評価）
 *3 あり：毎食みられる、1日に1-2回、週に3-5回、週に1-2回、なし；全くない（2段階評価）
 調整変数（共通）：性、年齢、基本的な生活動作、併存疾患等
 平成26年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）【施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究】（日本健康・栄養システム学会）

資料17 管理栄養士の居宅療養管理指導利用者・家族の食事についての心配や困っていること(n=247)

内容（複数回答）	(%)
心配や困っていることがある	85.4
食事準備	40.2
食事内容	45.0
治療食	27.9
食事形態	25.1
食欲不振	16.3
栄養補助食品	15.1

平成24年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）【居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業】「居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態把握とその体制に関する研究」（小山秀夫委員長、日本健康・栄養システム学会）

資料18 居宅サービス担当介護支援専門員が管理栄養士に相談したいこと(横須賀・三浦 n=80)

管理栄養士への相談内容（複数回答）	(%)
食事形態	54.3
栄養補助食品	54.3
食事内容	50.6
食欲不振	44.4
治療食	39.5
とりみ剤	33.3
食事準備	16.0
食事介助	13.6
配食サービス	9.9
その他	4.9
経腸栄養剤	2.5
買物	1.2

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）『地域・在宅高齢者における摂食嚥下・栄養障害に関する研究』（研究代表者 葛谷雅文、分担研究者 杉山みち子）

IV. 高齢者の栄養ケア・マネジメント啓発研究事業に基づく教材（手引書）作成

目的

本啓発研究事業は、平成 26 年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）『高齢者保健福祉施策の推進に寄与する調査研究事業』「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」（委員長杉山みち子）の取り組みの成果として、平成 27 年度介護保険制度の経口・栄養管理の改定に対応するために、教材（手引書）の作成を目的として実施した。

方法

情報提供のための啓発研究事業を管理栄養士並びに関連職種に下記の日程で、教材（手引書）案を作成して実施した。参加案内は学会及び後援団体のホームページや 47 都道府県栄養士会へのメール及び電話により行った。

第 1 回 平成 27 年 2 月 1 日（日）10:00～16:30 熊本会場 メルパルク熊本

第 2 回 平成 27 年 2 月 21 日（土）10:00～16:30 名古屋会場 相山女学園大学

第 3 回 平成 27 年 2 月 22 日（日）10:00～16:30 仙台会場 宮城学院女子大学

第 4 回 平成 27 年 2 月 28 日（土）10:00～16:30 東京会場 昭和女子大学

研修プログラムは表 1 に示した。参加者には、任意のアンケートを実施し、研修終了後に受付にて回収した。全ての解説及び事例検討は実施者の許可を得て録音し、委託会社によって逐語録を作成した。その逐語録による解説は各担当者の確認・修正を経て、教材に収録した。また、事例検討については、逐語録から、各会場各職種の観察の要点等を抽出して統合化し、同様に教材に掲載した。さらに、アンケート調査に基づいて教材（案）の修正を行った。

結果と考察

4 会場で全 446 名が参加した。内訳は管理栄養士が多数を占めた（表 2）。アンケートは 4 会場で 317 名の回収（表 3）であり、回収率は 71.1%（317/446 名）であった。アンケート結果は「良かった」「よく分かった」「今後、取り組んでいきたい」という感想が大多数を占め、アンケート集計からの質問や意見をまとめ、これを生かし教材（手引書）の修正をし、完成させた。今後、経口維持計画への取り組みや研修への活用を期待する。

表 1 啓発研究事業プログラム

高齢者の栄養ケア・マネジメント 啓発研究事業プログラム	
会場	<p>2/ 1(日) 九州地区 熊本会場 メルバルク熊本 運営委員長：小山和作（日本赤十字社熊本健康管理センター名誉所長）、運営副委員長：山下茂子（熊本県立大学非常勤講師）</p> <p>2/21(土) 中部・東海地区 名古屋会場 椋山女学園大学 運営委員長：加藤昌彦（椋山女学園大学教授）、司会：大木和子（椋山女学園大学教授）</p> <p>2/22(日) 東北地区 仙台会場 宮城学院女子大学 運営委員長：鎌田由香（宮城学院女子大学准教授）</p> <p>2/28(土) 関東地区 東京会場 昭和女子大学 運営委員長：大木和子（椋山女学園大学教授）</p>
9:30	9:30 受付開始 >アンケートご協力お願い
10:00	<p>10:00～10:10 開会の挨拶 (来賓挨拶) (運営委員長挨拶) 熊本会場：小山和作（日本赤十字社熊本健康管理センター名誉所長） 名古屋会場：加藤昌彦（椋山女学園大学教授） 仙台会場：鎌田由香（宮城学院女子大学准教授） 東京会場：大木和子（椋山女学園大学教授）</p> <p>(事務局長・委員長挨拶) 熊本・東京会場：小山秀夫（委員/日本健康・栄養システム学会事務局長/兵庫県立大学大学院教授） 仙台・名古屋会場：杉山みち子（委員長/日本健康・栄養システム学会理事/神奈川県立保健福祉大学・大学院教授）</p>
10:30	10:10～10:40 H27 年度介護報酬改定の方向性ついて 全会場：日名子まき（厚生労働省老健局老人保健課係長）
11:00	<p>10:40～11:10 栄養ケア・マネジメント再生のための戦略 熊本・仙台会場：杉山みち子（委員長/神奈川県立保健福祉大学・大学院教授） 名古屋会場：榎裕美（委員/愛知淑徳大学教授） 東京会場：高田和子（委員/国立健康・栄養研究所栄養ケア・マネジメント研究室室長）</p> <p>11:10～11:20 休憩</p>
11:30	<p>11:20～11:40 介護老人保健施設の在宅復帰高齢者支援-食べることを支援するための管理栄養士による在宅訪問- 全会場：苅部康子（委員/社会福祉法人 親善福祉協会 介護老人保健施設 リハビリパーク舞岡栄養課長）</p> <p>11:40～12:25 経口維持の取り組み 全会場：苅部康子（委員/社会福祉法人 親善福祉協会 介護老人保健施設 リハビリパーク舞岡栄養課長）</p>
12:00	12:25～13:20 昼食休憩
13:00	13:20～13:50 摂食・嚥下の具体的なアセスメントの実際（実習） 全会場：大原里子（委員/東京医科歯科大学講師）
13:30	13:50～14:50 事例検討（経口維持事例）
14:00	<p>コメンテーター 熊本会場：社会福祉法人 寿量会 特別養護老人ホーム 天寿園 名古屋会場：社会福祉法人 聖霊会 老人保健施設 サンタマリア 仙台会場：医療法人 勝久会 介護老人保健施設 気仙苑 東京都：社会福祉法人 親善福祉協会 介護老人保健施設 リハビリパーク舞岡</p>
14:30	14:50～15:00 休憩
15:00	15:00～16:10 事例検討（在宅復帰支援事例）
15:30	<p>コメンテーター 熊本会場：古川美和（長崎市医師会 医療センター診療所） 名古屋会場：宇野千晴（医療法人杉山会 すぎやま病院） 仙台会場：千島優子（特定非営利活動法人 ハッピーート大崎代表） 東京都：佐藤悦子（社会福祉法人同胞互助会 愛全診療所・居宅療養管理指導）</p>
16:00	<p>16:10～16:20 まとめ 16:20～16:30 閉会の挨拶 (運営委員長挨拶) 熊本会場：小山和作（日本赤十字社熊本健康管理センター名誉所長） 名古屋会場：加藤昌彦（椋山女学園大学教授） 仙台会場：鎌田由香（宮城学院女子大学准教授） 東京会場：大木和子（椋山女学園大学教授）</p> <p>(事務局長・委員長挨拶) 熊本・東京会場：小山秀夫（委員/日本健康・栄養システム学会事務局長/兵庫県立大学大学院教授） 仙台・名古屋会場：杉山みち子（委員長/日本健康・栄養システム学会理事/神奈川県立保健福祉大学・大学院教授）</p>
16:30	16:30 終了 >アンケート用紙回収

表2 啓発研究事業参加者数

参加者人数					(人)
	熊本	名古屋	仙台	東京	合計
管理栄養士	91	61	58	150	360
栄養士	10	1	3	3	17
言語聴覚士	5	1	2	3	11
看護師	5	0	3	1	9
歯科医師	1	1	1	1	4
歯科衛生士	3	1	2	3	9
介護支援専門員	1	0	3	2	6
医師	2	1	1	0	4
理学療法士	1	1	0	2	4
介護職員	2	0	1	0	3
学生	0	0	8	2	10
講師	1	1	2	0	4
施設長	1	0	0	1	2
調理師	1	0	0	0	1
相談員	0	0	2	0	2
計	124	68	86	168	446

表3 啓発研究事業アンケート回収数(率)

回収数(回収率)					(人数,%)
	熊本	名古屋	仙台	東京	合計
管理栄養士	61 (75.3)	46 (86.8)	44 (75.9)	111 (88.8)	262 (82.6)
栄養士	5 (6.2)	0 (0.0)	2 (3.4)	3 (2.4)	10 (3.2)
言語聴覚士	3 (3.7)	1 (1.9)	3 (5.2)	2 (1.6)	9 (2.8)
看護師	4 (4.9)	0 (0.0)	2 (3.4)	1 (0.8)	7 (2.2)
歯科医師	0 (0.0)	1 (1.9)	0 (0.0)	1 (0.8)	2 (0.6)
歯科衛生士	1 (1.2)	1 (1.9)	0 (0.0)	2 (1.6)	4 (1.3)
介護支援専門員	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (1.7)	2 (1.6)	4 (1.3)
医師	1 (1.2)	1 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.6)
理学療法士	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.8)	2 (0.6)
介護職員	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (1.7)	0 (0.0)	2 (0.6)
学生	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.7)	0 (0.0)	1 (0.3)
講師	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)
施設長	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
調理師	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
相談員	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.4)	0 (0.0)	2 (0.6)
未記入	2 (2.5)	3 (5.7)	2 (3.4)	2 (1.6)	9 (2.8)
計	81 (65.3)	53 (77.9)	58 (67.4)	125 (74.4)	317 (71.1)

高齢者の栄養ケア・マネジメント 啓発研究事業に基づく教材（手引書）

高齢者の栄養ケア・マネジメント再生のために：

「高齢者の口から食べる楽しみの充実」をめざして

—平成 27 年度介護保険制度改正と

その後の経口維持・在宅復帰支援の新たな取組み—

はじめに

日本健康・栄養システム学会では平成 26 年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）の交付を受け、「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」（委員長杉山みち子）に取り組んで参りました。

平成 17 年 10 月の介護保険施設の食料料の全額自己負担化に伴う栄養ケア・マネジメント制度の導入は、介護保険分野における低栄養問題の存在や高齢者の個別栄養ケアに社会的重要性の認識醸成に著しく貢献しました。平成 18 年 4 月には、摂食嚥下機能が低下した高齢者の「食べること」の支援に対応した経口移行加算及び経口維持加算が導入されましたが、医療機関と連携した評価を要するこれらの加算取得は推進されないまま、その体制や取組みを見直すことが緊急に求められてきました。さらに、施設入所中から「食べること」を在宅復帰支援の一環に位置付けた取組みは殆ど推進されていません。

そこで、当該学会は、介護保険施設入所者の栄養ケア・マネジメントや口腔管理体制とサービス提供のあり方を見直すために、平成 25 年度老人保健推進等補助金事業によって、施設入所者 1,646 名を対象として、ミールラウンド（食事時のチームによる観察）によって、摂食嚥下困難、姿勢及び認知症の徴候・症状、脱水・溢水の徴候・症状に関する問題の把握ができる栄養アセスメント・モニタリング表（試案）を作成し、実用化が可能であることを確認しました。

さらに、平成 26 年度当該事業研究班は、平成 27 年度介護保険制度改正に伴う経口維持の取組みの根拠を低栄養状態と先のアセスメントから把握される問題との関連等から提示してきました。そこで、これらの研究成果を踏まえて情報提供のための啓発研究事業を、管理栄養士並びに関連職種を対象として全国 4 か所（熊本市、名古屋市、仙台市、東京都）において実施し、参加者のご意見を反映させた施設入所高齢者の経口維持と在宅復帰支援のための手引書を作成いたしました。

本手引書が、介護保険制度改正に対応した施設のみならず在宅高齢者の食べることを最期まで支援する栄養ケア・マネジメントの推進に貢献できることを期待しております。

平成 26 年度 老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）

「施設入所・退所者の経口維持のため栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」

委員長 杉山みち子／日本健康・栄養システム学会理事

（神奈川県立保健福祉大学・大学院教授）

委員 小山秀夫／日本健康・栄養システム学会事務局長

（兵庫県立大学大学院教授）

目 次

平成 27 年度介護報酬改定の方向性について	77
日名子 まき・厚生労働省老健局老人保健課 係長	
栄養ケア・マネジメント再生のための戦略	107
杉山 みち子・委員長/神奈川県立保健福祉大学・大学院 教授	
榎 裕美・委員/愛知淑徳大学 教授	
高田 和子・委員/国立健康・栄養研究所栄養ケア・マネジメント研究室 室長	
経口維持の取り組み	135
苅部 康子・委員/社会福祉法人 親善福祉協会 介護老人保健施設 リハパーク舞岡 栄養課長	
摂食・嚥下の具体的なアセスメントの実際（実習）	157
大原 里子・委員/東京医科歯科大学 講師	
事例検討（経口維持事例）	183
介護老人保健施設の在宅復帰高齢者支援	
-食えることを支援するための管理栄養士による在宅訪問-	189
苅部 康子・委員/社会福祉法人 親善福祉協会 介護老人保健施設 リハパーク舞岡 栄養課長	
事例検討（在宅復帰支援事例）	219

平成 27 年度介護報酬改定の方向性について

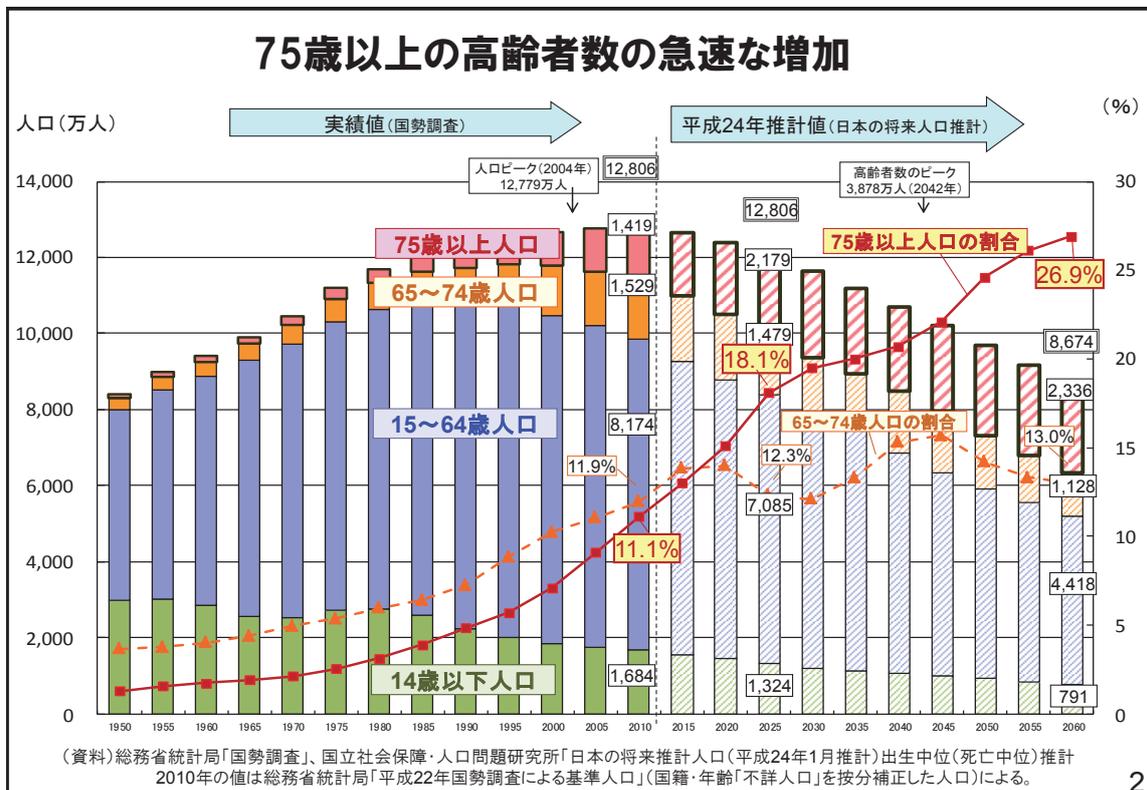
日名子 まき

(厚生労働省老健局老人保健課 係長)



平成27年度介護報酬改定の方角性について

厚生労働省 老健局老人保健課
 栄養管理係長 日名子まき



介護保険制度の現状と今後

これまでの14年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来14年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.4倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2013年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,103万人	1.43倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2013年4月末	
認定者数	218万人	⇒	564万人	2.59倍

③サービス利用者の増加

	2000年4月末		2013年4月末	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	348万人	3.59倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	89万人	1.71倍
地域密着型サービス利用者数	—		34万人	
計	149万人	⇒	471万人	3.16倍

(介護保険事業状況報告)

介護保険料を負担する40歳以上の人口の推移

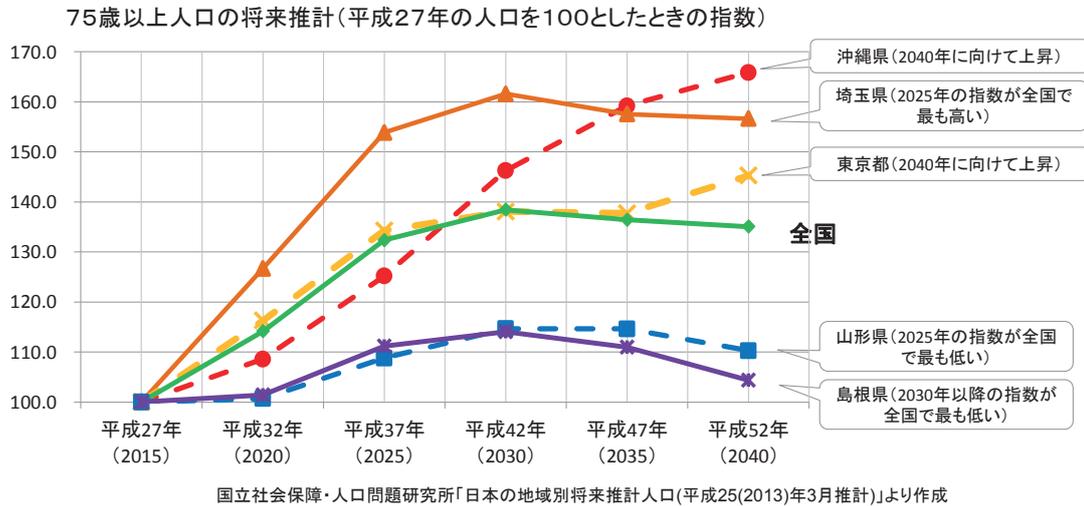
○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



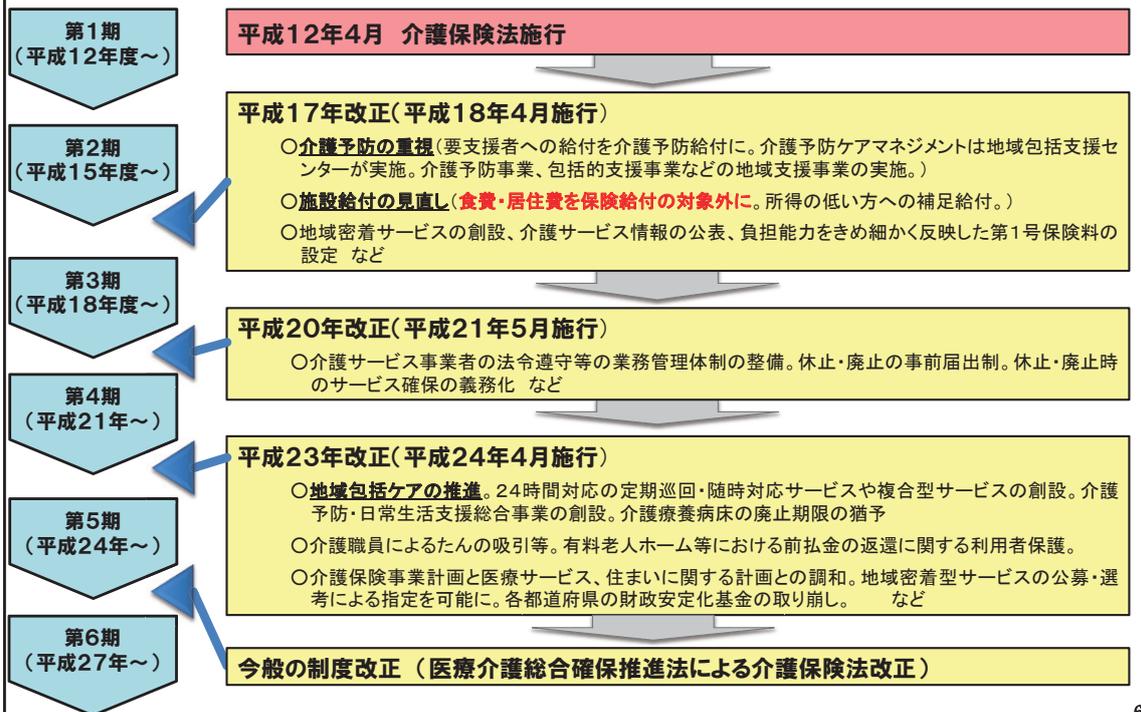
(資料)将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

2015年から2025年までの各地域の高齢化

○75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
 ※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
 ※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇
 ○2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。



介護保険制度の改正の経緯



平成26年の介護保険制度改正の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

重点化・効率化

- ①全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化
- ②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定(既入所者は除く)

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

重点化・効率化

- ①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ
- ②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

平成27年度介護報酬改定の方角性 総論(介護保険施設)

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)について

社保審一介護給付費分科会
第104回 (H26.7.23) 資料1 (改) 抜粋

平成25年12月 介護保険部会 意見書(抄)

- 重度の要介護状態で、特養への入所を希望しながら、在宅での生活を余儀なくされている高齢者が数多く存在していること等を踏まえると、特養については、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化すべきであり、そのためには、特養への入所を要介護3以上に限定することが適当である。

(中略)

- 併せて、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、**特養の有する資源やノウハウを地域の中で有効活用し**、入所者に対してのみならず、在宅で暮らす重度の要介護者等に対しても、小規模多機能型居宅介護等の在宅サービスや生活支援サービス等の取組を促進させ、**特養を地域におけるサービスの拠点として活用する方策について検討する必要がある**。
- さらに、特養の重点化に伴い、今後、特養においては、**医療ニーズの高い入所者への対応とともに、施設内での「看取り」対応が課題となる**。看取り体制を一層強化していくため、特に夜間・緊急時の看護体制等、「終の棲家」の役割を担うための機能や体制等の医療提供の在り方について検討する必要がある。
- このほか、特養については、過去に作られた多床室が数多く存在しており、現在も一定数の地方自治体が本人負担への配慮など地域の実情に応じて条例で多床室の整備を認めているという実態があるが、高齢者の尊厳を保持する観点から、プライバシーの保護に配慮した多床室が必要との意見があった。

平成27年度介護報酬改定における主な論点について

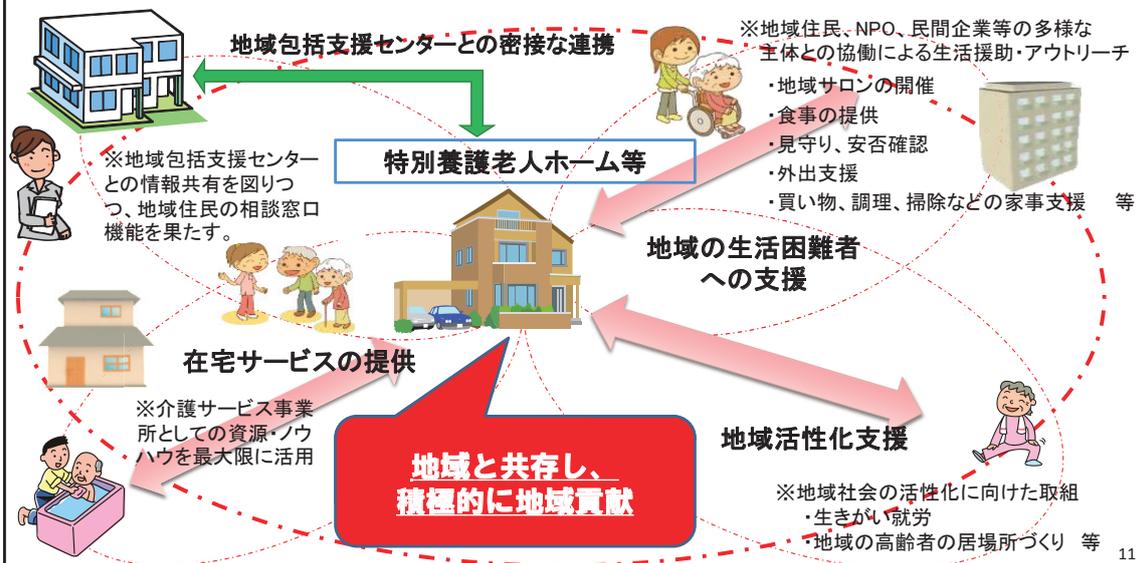
<介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)>

- 現在、介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設については、医療関係職種の配置等に係る加算や、看取り介護加算が設けられているが、今後、中重度者を支える施設としての機能に重点化されること等に伴い、医療ニーズの高い入所者の増加が見込まれる中で、そうした入所者に対する適切なケアを行う観点から、配置医師や看護職員の勤務実態等も踏まえつつ、施設における医療提供体制や介護報酬上の評価の在り方をどのように考えるか。
- 入所者の居住環境の改善を図る観点から、これまで、「個室ユニット型施設」の整備を推進し、新設のものを中心として一定の整備が進んできているが、一方で、一定数の自治体において、地域の実情に応じて多床室の整備が行われている実態に鑑み、多床室の居住環境を向上させる観点からも、プライバシーに配慮した多床室の在り方を検討する必要があるのではないかと。
- **特別養護老人ホームは、社会福祉法人等により設置される地域福祉の拠点として積極的に地域展開をし、地域貢献を行う必要がある**。そのような中で、小規模多機能型居宅介護等との併設禁止や人員配置基準上の取扱い等についてどのように考えるか。
- 「サテライト型」のみならず、「単独型」も増加している地域密着型介護老人福祉施設について、特に都市部等の地域における更なる整備を進めていくに当たり、どのような方策が考えられるか。
- 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設における様々な取組を評価する観点から、各種の加算を設けているところであるが、その算定状況にはバラツキがあるほか、平成27年度より、施設への新規入所者が原則として要介護3以上に限定されることを踏まえ、報酬上の加算の在り方をどのように考えるか。

特別養護老人ホームに求められる役割（地域福祉の拠点として）

平成26年7月23日
介護給付費分科会資料より抜粋

- 地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、特別養護老人ホームについては、様々な主体が参入する介護サービス市場にあって、重度の要介護者や低所得高齢者の「終の棲家」としての役割を一層果たしていく必要があるが、それに加えて、特別養護老人ホームは、その有する資源やノウハウを最大限に活用し、「地域の拠点」として、在宅サービスの提供、地域の生活困難者への支援、更には地域活性化にも取り組み、地域包括ケアが実現される「まちづくり」に貢献していくことを目指すべき。



11

介護老人保健施設、介護療養型医療施設について

社保審一介護給付費分科会
第105回（H26.8.7） 資料1

平成25年12月 介護保険部会 意見書(抄)

- 地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、**介護老人保健施設の在宅復帰支援機能・在宅療養支援機能については、引き続き、強化する必要がある。**
- 例えば、在宅復帰を円滑に進めている介護老人保健施設の特徴として、退所後に必要となる訪問系サービスを施設自ら提供しているということが指摘されており、在宅復帰者の在宅療養継続を更に支援するために、**より多くの介護老人保健施設が、入所時から在宅療養まで必要な支援を一体的に実施できる体制を構築する必要がある。**
- 具体的には、地域包括ケアシステムの推進のため、リハビリテーション専門職や看護職員などの専門性を地域に還元することが重要であり、医療専門職が多く勤務する介護老人保健施設のノウハウ等を地域に還元する取組を積極的に行うことが求められる。
- さらに、**介護老人保健施設を退所したが、短期間で元の施設に戻るケースが一定程度存在することについて、その実態を更に把握するとともに、適切なケアを効率的に提供する観点から、今後どのような対応が必要とされるかについて検討する必要がある。**
- 介護療養型医療施設については、日常的な医療的ケアを要する要介護高齢者の長期療養を担っており、看取りやターミナルケアの実施も相対的に多い。また、介護老人保健施設の一部も同様の機能を有している。両施設が果たしているこれらの機能の今後の在り方について、引き続き、検討が必要である。

平成27年度介護報酬改定における主な論点

<介護老人保健施設>

- 介護老人保健施設の在宅復帰支援機能・在宅療養支援機能については、平成24年度介護報酬改定において重点評価され、その後、在宅復帰率の高い介護老人保健施設が増加し、平均在所日数も減少傾向にある。今後見込まれる**重度高齢者の増大を踏まえた地域包括ケアシステム構築を一層推進する観点から、介護老人保健施設におけるこれらの機能について引き続き、強化する必要があるのではないか。**
- 特に、在宅復帰率の高い施設の中には、積極的な入所時からの相談や退所後に必要となる訪問系サービスを自ら提供する等に取り組む施設が含まれ、また、充実した居宅サービスが提供されている地域に立地する施設は在宅復帰率が高い傾向にあると考えられる。これらの取組も含め、**在宅復帰支援機能・在宅療養支援機能を高める方策としての取組をどう考えるか。**
- 一方で、介護老人保健施設の在宅復帰支援機能・在宅療養支援機能の強化に伴う施設の運営については、幾つかの課題が指摘されているが、これらについて、どう考えるか。
(例)・長期入所者への対応(但し、施設や地域により変動があり得る)
 - ・看取りへの取組強化に伴うベッド回転率への影響(ベッド回転率が低下する傾向にある)
 - ・在宅復帰支援機能の強化に伴うベッド稼働率への影響
(在宅復帰率が高いほどベッド稼働率は低くなる傾向にある)
 - ・一定割合の退所者再入所(退所後、一定期間後にもともと入所していた施設に戻っている)

<介護療養型医療施設>

- 介護療養型医療施設は、他の介護保険施設と比較して、要介護高齢者の看取りやターミナルケアを中心とした長期療養を担っているとともに、喀痰吸引、経管栄養、排尿時の処置及び持続点滴を高頻度で実施している。今後、医療ニーズの高い中重度要介護者の増大、特に慢性疾患や認知症を有する高齢者の増加が見込まれる中で、現在の介護療養型医療施設が担っているこれらの機能については、今後とも確保していくことが必要ではないか。

社保審一介護給付費分科会
第113回 (H26.11.6) 資料1

介護老人保健施設の報酬・基準について(案)抜粋

在宅復帰支援機能の更なる強化

論点1-①

介護老人保健施設の在宅復帰支援機能を更に高めるため、在宅復帰支援機能を重点的に評価してはどうか。

対応案

介護保健施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算については、在宅復帰支援機能を更に強化する観点から、リハビリテーション専門職の配置等を踏まえ、以下を重点的に評価する。

- ・在宅強化型基本施設サービス費
- ・在宅復帰・在宅療養支援機能加算

在宅復帰支援機能の更なる強化

論点1-②

介護老人保健施設の在宅復帰支援機能を更に高めるため、退所後も視野に入れた入所時からの取組が推進されるよう、入所前後訪問指導加算の評価を充実してはどうか。

対応案

入所前後訪問指導加算について、退所後の生活を支援するための要件を満たす場合について、新たに評価を行う。

【追加する要件】

- (1) 本人及び家族とともに生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活についても、本人及び家族の意向を踏まえ、施設及び在宅の双方にわたる切れ目ない支援を行うための計画の策定を行う。
- (2) 上記の計画策定にあたっては、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員等によりカンファレンスを行うこと。

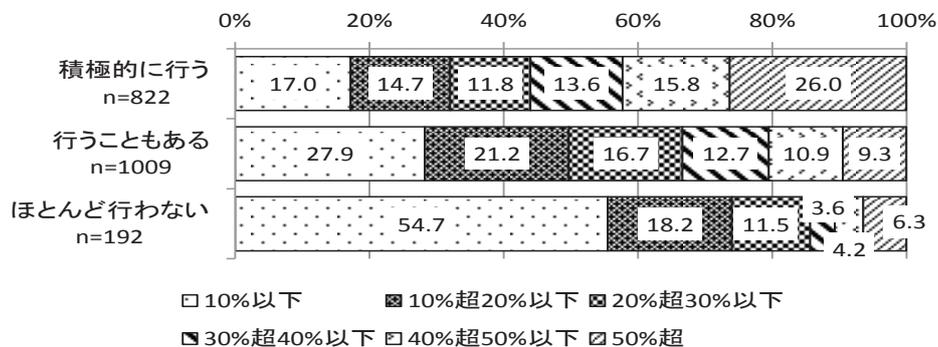
在宅復帰率と入所時からの取組

第105回(平成26年8月7日)
介護給付費分科会資料より抜粋

- 入所時に、利用者と退所時期についての相談を積極的に行う施設は、在宅復帰率が高い施設が多い。

入所時における退所時期に関する相談と在宅復帰率

(入所時に、利用者と退所時期について相談)



【出典】平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成25年度調査)「介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業」

退所に関する本人と家族の意向（退所困難者について）①

○ 介護老人保健施設において退所が困難であると判断された入所者について見ると、約20%～30%が「自宅への退所」を希望しているのに対し、家族が「自宅への退所」を希望しているのは、10%未満であった。

本人・家族の希望する退所先



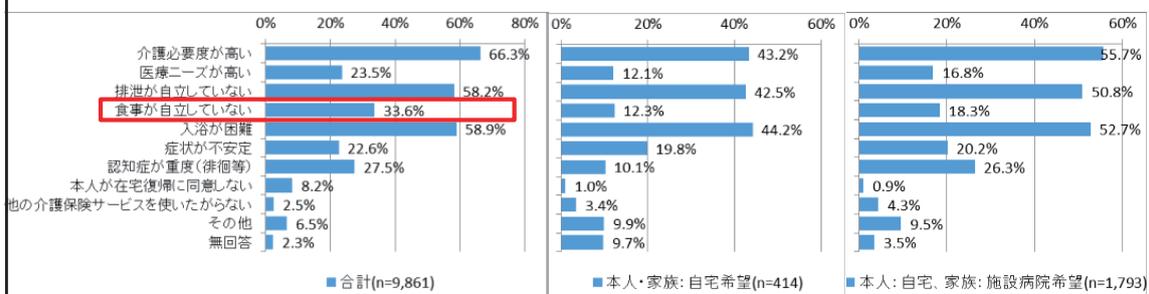
※9月10日時点の回収データに基づく

【出典】平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業」

退所に関する本人と家族の意向（退所困難者について）②

○ 本人が在宅復帰を希望しているが、家族が病院や施設への入所を希望している場合は、本人・家族共に在宅復帰を希望している場合と比較し、「介護必要度が高い」「認知症が重度」の割合が高かった。

家族の意向別の退所阻害要因(本人に関するもの)



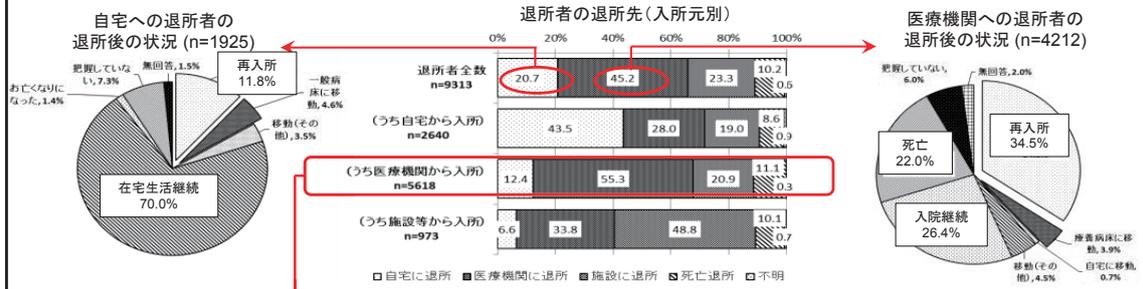
※9月10日時点の回収データに基づく

【出典】平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業」

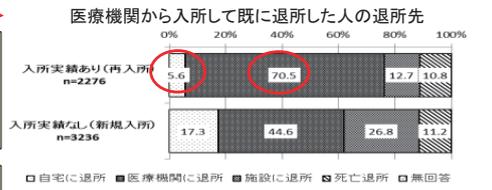
介護老人保健施設からの退所後の居所

第105回(平成26年8月7日)
介護給付費分科会資料より抜粋

○ 介護老人保健施設を退所した者のうち、自宅への退所者の割合は約20%、医療機関への退所者の割合は約45%である。



- 自宅への退所者のうち約70%は、退所後、自宅での生活を継続している。
- 自宅への退所者のうち約20%は退所後に居所の変化があり、そのうち約60%が退所した老健に戻っている。
- 医療機関への退所者の約30%は、退所後、入院を継続している。
- 医療機関への退所者のうち約45%は、退所後に居所の変化があり、そのうち約80%が退所した老健に戻っている。



【出典】平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成25年度調査)「介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業」

平成27年度介護報酬改定の方向性 各論(口腔・栄養関係)

介護保険制度における栄養関連サービス(施設)

○栄養マネジメント加算 (14単位/日)

施設に常勤の管理栄養士を1名以上配置し、入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、入所者ごとの栄養ケア計画を作成し、計画に従い栄養管理を行い、入所者の栄養状態を定期的に記録するとともに、定期的に評価し必要に応じて計画を見直ししていること。

○経口移行加算 (28単位/日)

経管栄養の者に対して経口摂取を進めるために計画を作成し、管理栄養士又は栄養士が経口による食事の摂取を進めるために栄養管理を行う場合に加算。原則180日。

○経口維持加算

経口摂取できるが、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる者に対し、経口維持計画を作成し、管理栄養士又は栄養士が継続して経口による食事の摂取を進めるための特別の管理を行った場合に加算。

・**経口維持加算Ⅰ**(28単位/日) 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又は内視鏡検査により誤嚥が認められるもの(喉頭侵入が認められる場合を含む。)

・**経口維持加算Ⅱ**(5単位/日) 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誤嚥が認められるもの

○療養食加算 (23単位/日)

医師の指示に基づく療養食を提供した場合の評価

平成17年10月改定

食費に係る保険給付の廃止

○栄養マネジメント加算 ※創設 (12単位/日)

個々の入所者のベットサイド、食事の場での栄養管理に関する業務

- ・常勤の管理栄養士を1名以上配置
- ・入所者の栄養状態を入所時に把握し、関連職種が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能等へも配慮した栄養ケア計画を作成し栄養管理を行う。

○栄養管理体制加算

おもに厨房での食事提供に関する業務

- ・入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事提供を行う。

平成21年度改定

○栄養マネジメント加算 (14単位/日)

・常勤の管理栄養士の配置を明確化

→入所者ごとに行われるケアマネジメントの一環として、入所者全員に対して実施することが必要

(背景)適正な人員配置や業務の効率化が求められていた。

○栄養管理体制加算を基本サービス費に包括

平成24年度改定

○栄養マネジメント加算 (14単位/日)

・サテライト型施設における算定要件緩和

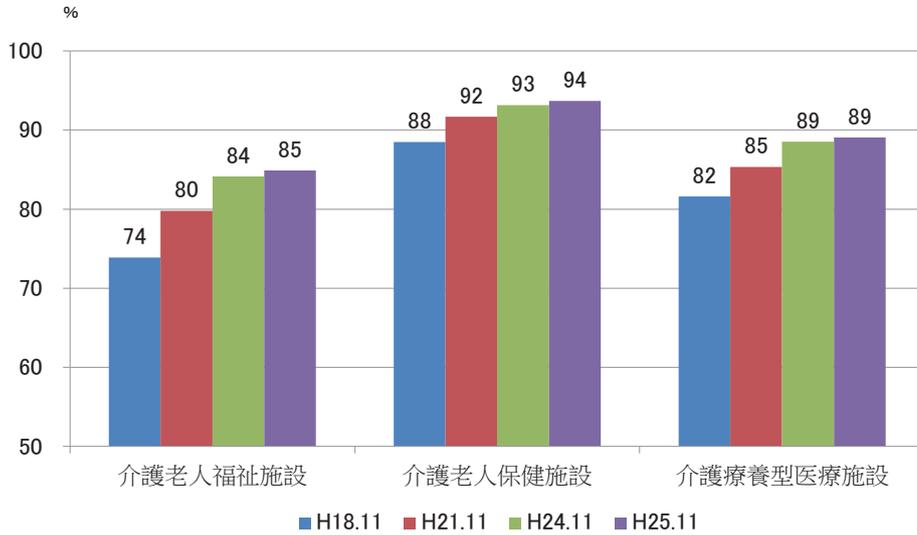
→サテライト型施設との兼務の場合、以下の条件を満たせば、算定可。

イ. 本体施設に常勤の管理栄養士を1名配置しており、本体施設とサテライト型施設(1施設に限る)の入所者数の合計数が栄養士の配置基準の人数以下。

ロ. 本体施設に常勤の管理栄養士を2名以上配置

栄養マネジメント加算について

栄養マネジメント加算の算定率の推移



※栄養マネジメント加算の算定件数/基本サービス費の算定件数×100

(出典:厚生労働省 介護給付費実態調査)

社保審一介護給付費分科会	
第113回 (H26.11.6)	資料3

施設系サービスの口腔・栄養に関する 報酬・基準について(案)

口から食べる楽しみの支援の充実について～経口維持加算等の見直し～

論点1 経口維持加算等の見直し

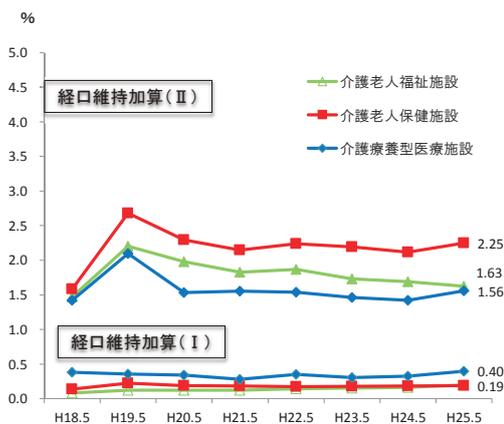
経口維持加算については、咀嚼能力等の口腔機能及び栄養状態を適切に把握した上で、口から食べる楽しみを支援するための多職種による取組プロセスを評価してはどうか。

対応案

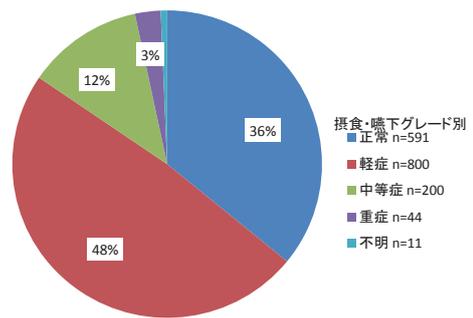
- 摂食・嚥下障害を有する人や食事摂取に関する認知機能の低下が著しい入所者の経口維持支援のための適正なサービスの供給及びその内容を充実させる観点から、現行のスクリーニング手法別の評価区分を廃止し、多職種による取組のプロセスを評価する。
- 経口維持のための取組について、現行の経口維持加算で評価している栄養管理に加え、食事観察(ミールラウンド)やカンファレンス等において、咀嚼能力等の口腔機能を踏まえた経口維持管理を評価する。併せて、入所者の適切な口腔衛生管理の普及を推進し、現行の口腔機能維持加算及び口腔機能維持管理体制加算の算定要件を適切に反映するため、これらの加算名を修正する。(口腔衛生管理加算、口腔衛生管理体制加算(仮称))

(参考) 経口維持加算の算定状況

〔経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)の算定割合の推移〕



〔介護保険施設(老健、特養)入所者の摂食・嚥下能力の状況〕



重症	経口不可	Gr.1 嚥下困難または不能
		Gr.2 基礎的嚥下訓練のみ可能
		Gr.3 厳密な条件下での摂食訓練が可能
中等症	経口と補助栄養	Gr.4 楽しみとしての摂食が可能
		Gr.5 一部(1~2食)経口摂取
		Gr.6 3食経口摂取プラス補助栄養
		Gr.7 嚥下調整食で、3食とも経口摂取
軽症	経口のみ	Gr.8 特別嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取
		Gr.9 普通食の経口摂取可能。ただし、臨床的観察(ムセ)と指導(姿勢など)が必要
正常		Gr.10 正常の摂食・嚥下能力

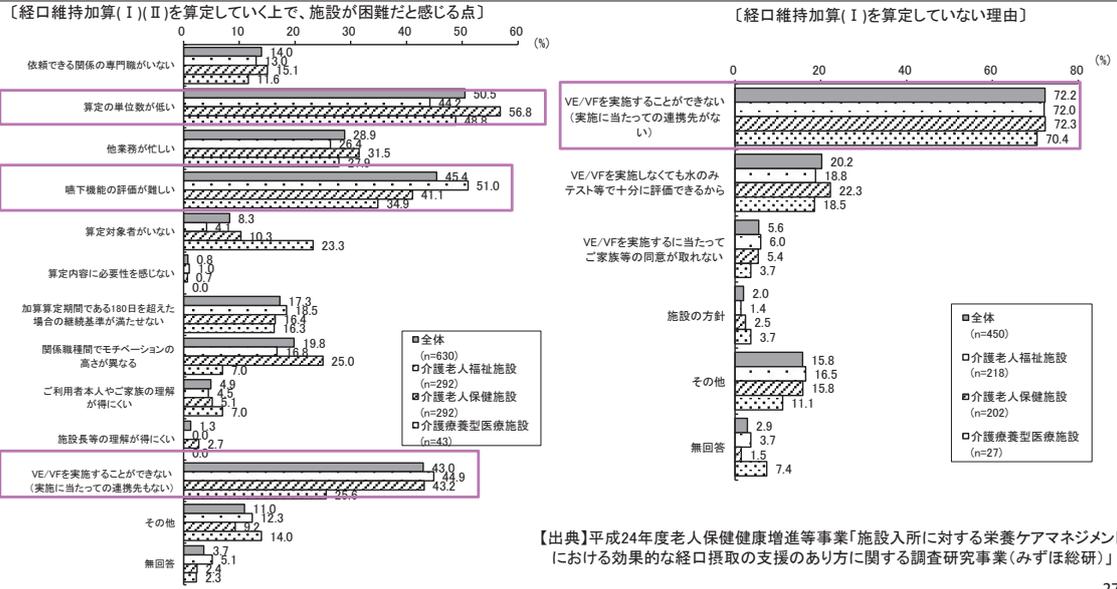
※算出方法: 経口維持加算の算定件数 / 基本サービス費の算定件数 × 100

【出典】厚生労働省 介護給付費実態調査

【出典】平成25年度老人保健事業推進等補助金「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」(日本健康・栄養システム学会)

(参考) 経口維持加算の算定に関する難易点、経口維持加算 I を算定していない理由 (経口維持加算 II のみ算定している理由)

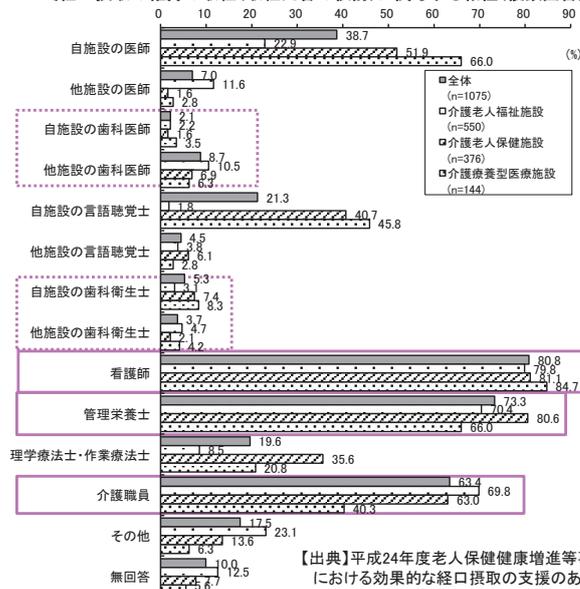
- 経口維持加算の算定にあたり、嚥下機能評価の実施が困難であるという施設側の意見が多い。
- 経口維持加算 II のみ算定している施設の約7割は、算定要件であるVE/VF検査を施設が行うことが出来ない(実施にあたっての連携先がない)ために、経口維持加算 I を算定していない。



(参考) 介護保険施設における経口摂取維持の取組の検討に関与する職種

- 経口摂取の維持の取組を検討している主な職種は、看護師、管理栄養士、介護職員である。
- 咀嚼能力等の口腔機能の視点から専門的に検討を行う歯科医師、歯科衛生士はほとんど関わっていない。

【経口摂取の維持の取組(取組内容の検討)に関与する職種(複数回答)】



(参考) 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。

経口維持支援の流れの一例



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

- ・咀嚼能力
- ・嚥下機能
- ・歯・義歯の状況
- ・口腔保持力
- ・食塊の形成・移動能力
- ・唾液分泌能



経口維持支援のための多職種カンファレンス

食べる様子を動画で確認しながら、全身状態、栄養状態、咀嚼能力や嚥下機能に応じた、経口維持計画を検討

経口維持支援の効果

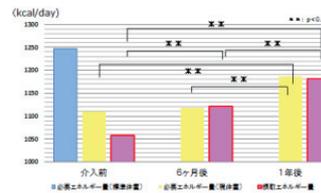
- ◆対象: 介護老人福祉施設入所者50名
- ◆介入: ミールラウンド(摂食時の口腔機能や姿勢等の観察評価、頸部聴診にて摂食機能評価)及び摂食カンファレンス(口腔機能や摂食・嚥下機能評価、栄養アセスメントの情報をもとに、各フロア担当者及び看護職員等と検討)を月一回、一年間実施
- ◆結果: 肺炎発症者数及び入退院日数の減少、平均摂取エネルギー量の適正化(増加)、体重の増加

【体重変化率(6ヶ月の変化)】



6ヶ月前と比較して体重が増えた人の割合が増加

【必要エネルギー量に対する摂取エネルギー量の変化】



入所者平均摂取エネルギー量が増加

【参考】平成26年度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 中間報告(渡邊裕、菊谷武、平野浩彦)】

【出典】平成19年度厚生労働科学研究補助金「口腔ケア・マネジメントの確立(分担研究者 菊谷武)」

口から食べる楽しみの支援の充実について～経口移行加算の見直し～

論点2 経口移行加算の見直し

経管栄養により食事を摂取している入所者の経口移行を目的とした現行の栄養管理に加えて、咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下の機能面への対応の取組を評価してはどうか。

対応案

- ・ 胃ろう造設後に経口移行するための取組について、現行の栄養管理のみならず、併せて、咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下機能や食事介助方法の機能的な検討を行う必要性に鑑み、取組内容を見直す。
- ・ サービス内容を的確に反映するため、加算サービス名称を修正する。(経口移行訓練加算(仮称))

(参考) 胃ろう造設後に行う摂食・嚥下訓練内容

○ 胃ろう造設後の利用者に対する摂食・嚥下訓練として、取組頻度の高い順に、口腔清掃、口腔機能訓練、食事介助の工夫、咀嚼能力に応じた食形態の検討を行っている施設が多い。

〔胃ろう造設後に行う摂食・嚥下訓練内容<胃ろう造設者に対して>(複数回答)〕

	計※	口腔清掃	食事介助の工夫 (食べる姿勢や時間等)	食習慣や好物などを考慮したメニューの表示	咀嚼能力に合わせた嚥下調整	マッソーテーション等の運動	飲み物や食べ物の使用	管栄養による栄養管理	無回答	
度数	989	797	612	454	578	614	424	371	163	
特養※	375	295	205	151	194	187	122	162	72	
老健※	207	164	126	92	125	131	110	117	37	
介護療養病床	95	81	74	55	72	68	65	57	11	
%	全体	100.0	80.6	61.9	45.9	58.4	62.1	42.9	37.5	16.5
	特養	100.0	78.7	54.7	40.3	51.7	49.9	32.5	43.2	19.2
	老健	100.0	79.2	60.9	44.4	60.4	63.3	53.1	56.5	17.9
	介護療養病床	100.0	85.3	77.9	57.9	75.8	71.6	68.4	60.0	11.6

※胃ろう利用者の新規入所を受け入れていない施設を除いて集計

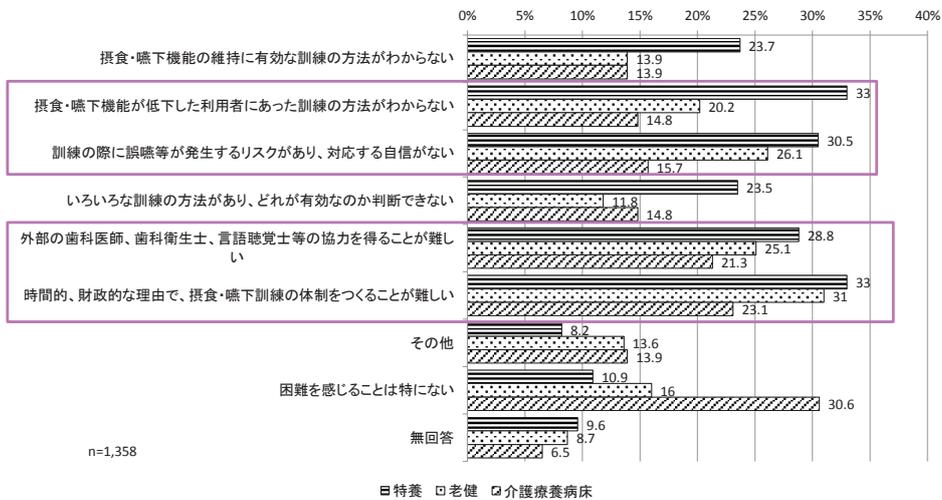
但し、経口移行加算の算定の有無にかかわらず回答。

【出典】平成24年度老人保健健康増進等事業「胃ろう造設及び造設後の転帰等に関する調査研究事業(IHEP)」

(参考) 胃ろう造設後、摂食・嚥下訓練の実施に関して困難を感じる点

○ 胃ろう造設利用者に対する摂食・嚥下訓練の実施にあたり困難を感じていることとして、時間的・財政的理由で訓練体制の構築が困難、手法がわからない、誤嚥リスクが不安、外部の歯科や言語聴覚士等の協力を得られないことが挙げられている。

〔胃ろう造設後、摂食・嚥下訓練の実施に関して施設が困難を感じる点(複数回答)〕



【出典】平成24年度老人保健健康増進等事業「胃ろう造設及び造設後の転帰等に関する調査研究事業(IHEP)」

口から食べる楽しみの支援の充実について～療養食加算の見直し～

論点3 療養食加算の見直し

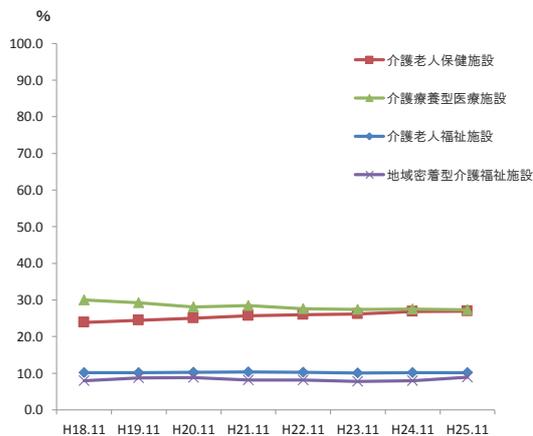
経口移行・経口維持の取組も併せて行えるよう見直してはどうか。

対応案

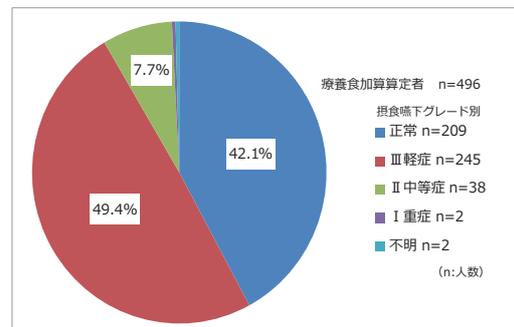
- 現行の算定要件では療養食加算と経口移行加算・経口維持加算の併算はできないが、療養食を提供している者の約6割は、摂食嚥下機能が低下している実態に鑑み、経口移行・経口維持加算との併算を可能とし、評価の見直しを行う。

(参考) 療養食加算の算定状況

〔療養食加算の算定割合の推移〕



〔療養食加算算定者の摂食・嚥下能力の状況〕



※算出方法: 療養食加算の算定件数 / 基本サービス費の算定件数 × 100

【出典】厚生労働省 介護給付費実態調査

【出典】平成26年度老人保健事業推進等補助金「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」速報値(日本健康・栄養システム学会)

平成27年度介護報酬改定(口腔・栄養関係)

「平成27年度介護報酬改定に関する審議報告」(平成27年1月9日)より抜粋

D. 口腔・栄養管理に係る取組の充実

○ 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下等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。

(1) 経口維持加算の充実

経口維持加算については、摂食・嚥下障害を有する入所者や食事摂取に関する認知機能の低下が著しい入所者の経口維持支援のための適正なサービスの供給及びその内容を充実させる観点から、現行のスクリーニング手法による評価区分を廃止し、多職種による食事観察(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管理を評価する。

(2) 経口移行加算の充実

経口移行加算については、経管栄養により食事を摂取している入所者の咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下機能面の取組を充実させる。

(3) 加算内容に応じた名称の変更

口腔機能維持加算、口腔機能維持管理体制加算については、入所者の適切な口腔衛生管理の普及を推進するため、口腔衛生管理加算、口腔衛生管理体制加算に名称を変更する。

(4) 療養食加算の見直し

療養食加算については、入所者の摂食・嚥下機能面の取組を充実させる観点から、経口移行加算又は経口維持加算の併算定を可能にするとともに、評価を見直す。

平成27年度介護報酬改定に関する審議報告(平成27年1月9日) 概要

社保審-介護給付費分科会
第119回 (H27.2.6) 資料1-2

○ 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」の構築に向けた取組を進める。

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

(1) 中重度の要介護者等を支援するための重点的な対応

- ・ 24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型サービスを始めとした「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組み合わせを一体的に提供する包括報酬サービスの機能強化と、普及に向けた基準緩和
- ・ リハビリテーション専門職の配置等を踏まえた介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の更なる強化

(2) 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

- ・ リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なサービス提供を推進するための理念の明確化と「活動」、「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入

(3) 看取り期における対応の充実

- ・ 本人及び家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進するため、本人・家族とサービス提供者の十分な意思疎通を促進する取組を評価

(4) 口腔・栄養管理に係る取組の充実

- ・ 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下等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、多職種協働による支援を充実

2. 介護人材確保対策の推進

- ・ 介護職員処遇改善加算の更なる充実
- ・ サービス提供体制強化加算(介護福祉士の評価)の拡大

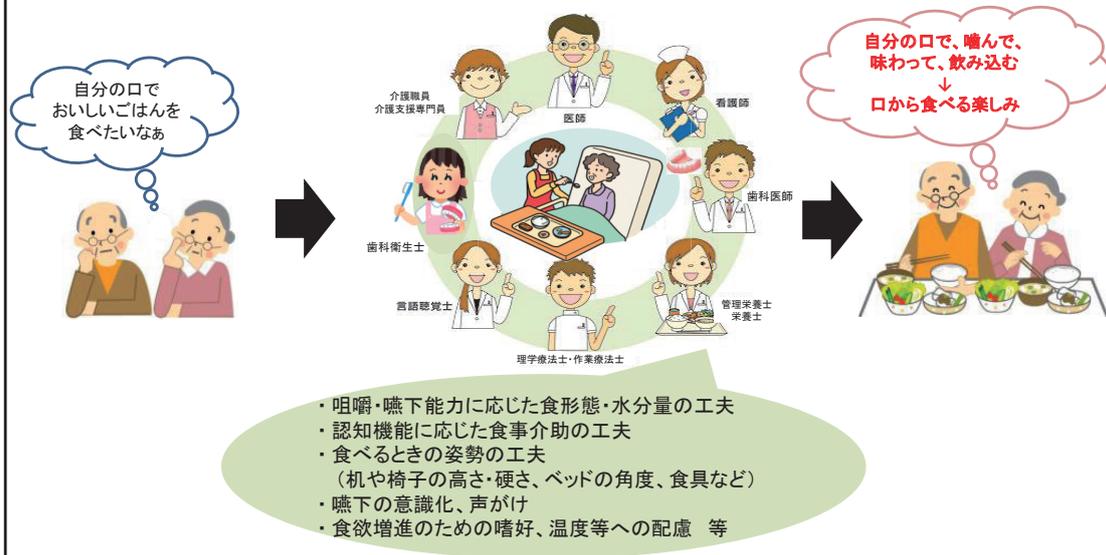
3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

- ・ 「骨太の方針」を踏まえたサービスに係る評価の適正化について、各サービスの運営実態や1.及び2.も勘案しつつ実施
- ・ 集合住宅へのサービス提供の適正化(事業所と同一建物に居住する減算の適用範囲を拡大)
- ・ 看護職員の効率的な活用の観点等から、人員配置の見直し等を実施(通所介護、小規模多機能型居宅介護等)

(4) 口腔・栄養管理に係る取組の充実

- 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。

口から食べる楽しみの支援の充実



経口維持加算の見直し

- 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)

経口移行加算の見直し

- 経管栄養により栄養を摂取している入所者が経口移行するための取組として、現行の栄養管理に加え、経口移行計画に基づき、摂食・嚥下機能面に関する支援を併せて実施(単位数は改定後も同様)。

療養食加算の見直し

- 入所者の摂食・嚥下機能面の取組を充実させるため、経口移行加算又は経口維持加算の算定対象の範囲を拡大するとともに、評価を見直す。

23単位/日



18単位/日

平成 27 年度介護報酬改定の方向性について

日名子まき オブザーバー 厚生労働省 老人局老人保健課 栄養管理係長

1. 介護保険制度を取り巻く現状と今回の報酬改定の方向性ということで、介護保険施設における口腔・栄養管理を中心に解説する。
2. 戦後、日本の全体の人口は増加してきたが、今後は減少していくことが推計されている。一方で 75 歳以上の人口の割合は急激に増加していくことが予測されている。
3. 介護保険制度設立から 14 年間経過し、65 歳以上の被保険者の人数は、当初から比べて約 1.43 倍に増加した。要介護、要支援の認定者も 2.59 倍に、そして、サービスの利用者が 3.16 倍に増加した。このように介護保険制度が始まり、高齢者の介護にとってはなくてはならないものとして定着し発展してきた。
4. 一方、介護保険料を負担する 40 歳以上の人口は、介護保険制度が創設された頃から少しずつ増加はしていたものの、今後は減少していくことが推計されている。介護保険制度は、なくてはならないものとして定着しているものの、それを支える、保険料を負担する人口は減少していくというのが現状である。これらを踏まえて、今回 2.27%減という厳しい改定が行われた。
5. また、75 歳以上の人口は、2015 年から 10 年間で全国では 1.32 倍、埼玉県や千葉県では 1.5 倍を超え、一方、山形県、秋田県では 1.1 倍を下回るなど今後の地域の高齢化は、地域間で大きな格差を生んでいくことになる。
6. これまでの介護保険制度の改正の経緯である。介護保険法は、平成 12 年 4 月に施行され、その後 3 年ごとに改定を行ってきた。平成 17 年の改正においては介護予防の充実、施設給付の見直しなどが行われた。この 17 年の改正の際に食費が保険給付の対象外となり、ここで栄養マネジメント加算、栄養管理体制加算、経口移行加算等が創設され、管理栄養士にとって、この 17、18 年度改正はとても大きなものだった。この改正によって栄養ケア・マネジメントが導入され、定着していくこととなる。その後、平成 20 年の改正、23 年の改正と行われ、平成 23 年の改正では地域包括ケアシステムの推進に重きを置かれた。

7. 今回の平成 26 年度の介護保険制度改正の大きな柱は二つある。一つは地域包括ケアシステムの構築、もう一つは医療負担の公平化ということである。地域包括ケアシステムの構築については、高齢者の住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防の充実ということで進められた。具体的なサービスの充実としては、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実として、在宅医療介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア介護の推進、生活支援サービスの充実強化などが柱として挙げられた。また、重点化・効率化については、全国一律の予防給付を市町村が取り組む地域支援事業に移行するということが示されている。特別養護老人ホームにおいては、新規入所者を原則要介護度 3 以上に限定するということが進められている。もう一つは費用負担の公平化で、低所得者の保険料軽減を拡充、また保険料上昇をできる限り抑えるため、所得は資産のある方への利用者負担を見直すということで行われている。こういった制度の改正を受けて、介護報酬の改定について、介護給付費分科会という厚生労働省が設置する分科会で議論が行われた。
8. まず、総論として介護保険施設にである。
9. 特別養護老人ホーム、介護老人福祉施設についてである。平成 25 年 12 月の介護保険部会という、介護給付費分科会の上の部会の意見書が出されている。
10. その中で、特養に関しては、特養の有する資源やノウハウを地域の中で有効活用し、入所者に対してのみならず、在宅で暮らす重度要介護者等に対しても、小規模多機能の在宅サービスや生活支援サービス等の取り組みを充実させ、特養を地域におけるサービスの拠点として活用する方針について検討する必要があるとしている。また、特養は、先にも示したとおり要介護度 3 以上の方が新規入所者となるので、特養の重点化に伴って、今後医療ニーズの高い入所者の対応と共に、施設内の看取り対応が課題となるということが示されている。
11. 特養に求められる役割については、地域の拠点として在宅サービスの提供、地域の生活困難者への支援、さらには地域活性化にも取り組み、地域包括ケアシステムが実現されるまちづくりに貢献していくことを目指すべきと示されている。つまり、特養には、地域と協働した積極的な地域貢献が求められており、通所などの在宅サービス、配食サービスなどにもかなり期待されている。
12. 介護老人保健施設と介護療養型医療施設についての意見書である。

- 13.一つとして、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、老健は在宅復帰支援機能、在宅療養支援機能について引き続き強化する必要があること、もう一つとして、在宅復帰者の在宅療養継続をさらに支援するために、より多くの介護老人保健施設が入所時から在宅療養まで必要な支援を一体的に実施する体制を構築することが必要とされた。また、老健を退所後に、短期間で元の施設に戻るケースが一定程度存在することから、その実態をさらに把握すると共に適切なケアを効率的に提供する観点から、今後どのような対応が必要とされるかについて検討する必要があることが示された。
14. 老健については、以上を踏まえて在宅復帰支援の機能のさらなる強化が示され、具体的に議論が行われた論点は、老健の在宅復帰支援機能をさらに高めるために、在宅復帰支援機能を重点的に評価してはどうかということであった。まず一つに、こういった在宅強化型機能施設サービス費や、在宅復帰、在宅療養支援機能加算について、重点的に評価するということである。
15. そしてもう一つは、介護老人保健施設の在宅復帰支援機能をさらに高めるために、退所後も視野に入れた入所時からの取り組みが推進されるよう、入所前後訪問指導加算の評価を充実してはどうかということ。入所前後訪問指導加算、これも現行にあるものだが、退所後の生活を支援するための要件を満たす場合については新たに評価してはどうかということで議論された。計画策定にあたっては、下記のような職種でカンファレンスを行うことが要件に示されており、この職種には栄養士が入っている。
16. この裏付けとなるデータとして、入所時に利用者と退所時期についての相談を積極的に行う施設は在宅復帰率が高いということもデータとして出ている。
17. 退所に関する本人と家族の意向については、老健において退所が困難であると判断された入所者について、2割から3割が自宅への退所を希望しているのに対し、家族が自宅への退所を希望しているのは10%未満というデータもある。
18. 本人が在宅復帰を希望しているが、家族が病院や施設への入所を希望している場合は、介護の必要度の高い、認知症が重度という割合が高い。その中でも、食事が自立していないということが理由で退所が困難となっているという理由を3割以上が回答している。
19. 介護老人保健施設を退所した者のうち、自宅への退所者の割合は約20%、医療機関への退所者の割合は約45%である。また、自宅への退所者の約70%は、退所後、自宅での生活を継続している。

20. 今回の介護報酬改正において、口腔・栄養管理の関係は、施設系サービスについて、具体的な議論が行われた。
21. 介護保険制度における栄養関連のサービスとして、施設では栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算、療養食加算が主な加算になる。その中で今回、報酬改定が議論されたところが、経口移行加算、経口維持加算、療養食加算である。栄養マネジメント加算については今回変更がない。
22. 平成 17 年の改正の際に食費にかかる保険給付が廃止されたことに伴って、栄養マネジメント加算が創設された。介護保険施設の管理栄養士については、それまでの給食管理を主にした業務から、個々の入所者のベッドサイド、食事の場での栄養の管理に関する業務へとシフトチェンジが行われ、この栄養マネジメント加算が進んできた。それと共に管理栄養士を配置していたときに取れる栄養管理体制加算は、これは主に厨房での食事提供に関する業務であるが、これを行った場合に一定の点数取れるものであった。平成 21 年度の改正の際にはこの栄養管理体制加算が一定程度の割合を満たしており、もう十分に基本的なものになったであろうということで、基本サービス費に包括化が行われた。それに伴って栄養マネジメント加算の評価と見直しが再度行われ、点数が 12 単位から 14 単位に増加している。このときにはさらに常勤の管理栄養士の配置が明確化されている。平成 24 年度の改正においては、サテライト施設の算定要求の緩和が記されたが、単位数など特に変更はなく、維持している。
23. 栄養マネジメント加算の算定率の平成 18 年から 25 年の推移である。特養では現在は 85%、老健施設では 95%位までに加算の割合が伸びている。そもそも加算という意味は、やってない所が多くある中で必要な取り組みが進むよう促すために作られている。栄養マネジメント加算が 9 割以上の施設が行えるようになってきた時点で、もう加算の役割は果たしているというのが、介護保険制度での考え方である。今回、議論は行われなかったが、今後、この栄養マネジメント加算については、栄養管理体制加算が基本サービス費に含まれたように、基本サービス費に包括化してはどうかという議論が行われてくることは避けられない。ただそれは、栄養マネジメント加算が基本サービス費に含まれたからといって、管理栄養士による栄養ケア・マネジメントが評価されなくなるということではない。むしろ栄養ケア・マネジメントが、入所者にとって、基本的なサービスになった、当たり前のもので提供されるものになったということで、むしろ評価は上がったと考えたほうがよい。ただ、栄養ケア・マネジメントが基本のものとなったら、さらに管理栄養士は入所者のためにどのような質の高いサービスができるのかということこれから考えていかなければいけない。栄養マネジメント加算については、この

ような今後の課題はあるものの、今回の改定については現行通りとなっている

24.次に施設系サービスの口腔・栄養に関する報酬・基準についてである。

25. 今回、介護報酬の改定が行われた口腔・栄養管理に関して、大きなテーマは、一番上にお示ししている「口から食べる楽しみの支援の充実」についてであった。介護給付費分科会で議論が行われきたが、論点の一つは、経口維持加算の見直しであった。経口維持加算については、咀嚼能力等の口腔機能及び栄養状態を適切に把握した上で口から食べる楽しさを支援するための多職種による取り組みのプロセスを評価してはどうかということで議論が行われた。摂食嚥下障害を有する人や食事摂取に関する認知機能の低下が著しい入所者の経口維持支援に対するサービスは、これまでは現行スクリーニングの手法、VF や VE の造影検査などを行った場合と水飲みテストの場合というような形の評価手法によって経口維持加算（Ⅰ）と（Ⅱ）という区別がされてきた。改定では、評価手法による区分は廃止し、多職種による取り組みのプロセスを評価してはどうかということである。具体的な取り組みについては、現行の経口維持加算で評価して、もちろん栄養管理を踏まえ、具体的にミールラウンドとカンファレンスにおいて、多職種がさまざまな視点で意見を交わし、入所者の計画を立てて実施していくプロセスを評価するということである。それに伴って、口腔関係の加算の名称の変更なども議論されている。

26. 経口維持加算の算定割合を示した。左側の図の下の地をほうような線が経口維持加算（Ⅰ）である。最も高い介護療養型医療施設であっても、0.4%。老健0.2%とかなり算定率は低い。一方、水飲みテストで加算が取れる経口維持加算（Ⅱ）でも、老健で2.25%しか取れてない。これらの加算は、摂食嚥下機能が低下している障害のある方が対象となっているので、入所者全員が対象となる加算ではないが、施設としてみても、およそ1割の施設しかこの加算は取っていない。では、摂食嚥下機能が低下している入所者が居ないのかというと、今回の研究のデータでは、施設入所者の6割以上の方には何らかの摂食嚥下機能の低下が見られる。

27. なぜ経口維持加算を算定していないのかという理由として、算定の単位数が低い（経口維持加算（Ⅱ）については5単位）、嚥下機能の評価が難しい、VF、VE 困難であるということが主に挙げられている。

28. 経口維持の取り組みには、関わっている職種は、管理栄養士、看護職、介護職員である。歯科医師、歯科衛生士などの割合は低い。

29. このような多職種が連携してミールラウンドとカンファレンスを行い、経口維持の取り組みを行っている施設のデータを見てみても、やはり多職種で連携して、経口維持の取り組みを行っている場合は入所者の方々の栄養状態も良好であるということが研究でも明らかになっている。
30. 続いて、経口移行加算の見直しについてである。経口移行加算は、経管栄養をしている入所者が対象となっている。現行の栄養管理に加えて、口腔機能なども含めた摂食嚥下の機能面の対応を評価してはどうかということで議論が行われた。
31. 胃ろう造設後に行う摂食嚥下訓練の内容であるが、現在、加算の対象となっている管理栄養士、栄養士による特別な管理という割合が 37.5%。その他にも口腔のマッサージなどの間接訓練、食事介助の工夫や口腔洗浄もある程度高い割合で行われている。
32. 胃ろう造設後の訓練、摂食嚥下訓練が困難と感じていることを表している。利用者にあった訓練の方法が分からない、リスクの対応する自信がない、外部の歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士の協力を得ることが難しいなどが課題としては挙げられていた。
33. 経口移行、経口維持の取り組みを充実させる方向で検討されている中で、現在、療養食加算については経口移行加算、経口維持加算との併算はできない状況になっていた。しかし、療養食加算を取っている入所者において、摂食嚥下機能が低下している方が約 6 割いるということも踏まえ、経口移行加算や経口維持加算と併算できるようにし、両方の取り組みが行い、評価できる形で見直しを行ってはどうかということで議論が行われた。
34. 療養食加算は約 2 割から 3 割程度の算定率で推移している。療養食加算を取っている入所者の約 6 割には何らかの摂食・嚥下機能の低下が見られている。
35. 平成 27 年 1 月 9 日に平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告が出された。ここで先ほどの論点が整理され、口腔・栄養管理にかかる取り組みの充実については、施設入所者等は認知機能や摂食嚥下機能の低下等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ということでまとめられた。経口維持加算、経口移行加算の充実、また加算に応じた名称の変更、療養食加算の見直しということで、先ほどの論点の方向性で了承が得られた。
36. これを受けて、2 月 6 日の介護給付費分科会において、具体的な単位数や内容について

でも示された。その中でまとめられた今回の審議報告の概要は、中重度の要介護者、認知症高齢者の対応のさらなる強化という大きな枠組みの中で四つ項目が挙げられている。その一つとして口腔・栄養管理に関わる取り組みの充実が柱として挙げられている。分科会の議論でもあったが、多職種も含めて口腔・栄養管理に関わる取り組みの充実への期待は大きい。

37. 高齢者が自分の口でおいしいご飯を食べたいなという思いに対して、多職種が連携して取り組みを行うというものである。その多職種の中で、管理栄養士はもちろんその要となってマネジメントをしていく重要な役割がある。

38. 見直しが行われた加算の概要と単位数である。経口維持加算は、現行のスクリーニング手法別の評価区分を廃止し、多職種連携による食事の観察やカンファレンスなどを評価するというので、従来の経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）が一つにまとめられた形になった。VF、VEか、水飲みテストかという評価方法ではなく、経口維持の取り組みが行われた場合についての要件が示されている。

経口維持加算（Ⅰ）は、現行の施設に配置されている職種の方で取れる。月1回以上、多職種でミールラウンドとカンファレンスを行って、入所者の方に合った経口維持計画を作成するというものである。管理栄養士が、実際に誤嚥が気になる入所者の食事の場に行って食べている様子を観察し、そのときに看護職や介護職と食事についての話しをしていると思うが、もうその時点で当該加算の要件はほぼ満たしている。何らかの評価方法で、誤嚥が認められるということで、医師等の指示があった入所者の方を、その医師や看護職、介護職等で食事の観察を行い、多職種の視点で議論を行って計画を作成し、それに基づいて栄養管理を行うことで算定できる。ぜひ、経口維持の取り組みを行っていくことで400単位を算定していただきたい。先程、ほとんどの方がミールラウンドを行っているという手挙げいただいたので、現在、入所者に実施している経口維持の取り組みをさらに少し丁寧に行って、この加算の要件は満たせるはずである。

経口維持加算（Ⅱ）は、そこに、さらに歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士の専門職の視点加わることでプラス100単位が算定できる。

経口移行加算については、点数としては変わらないが、看護職員や言語聴覚士による支援を加えるというところでより丁寧な内容となっている。

療養食加算については、経口移行加算、経口維持加算との併算が可能となっている。その代わり単位数については今までの23単位から18単位に減った。これはあくまでも経口維持、経口移行の取り組みと合わせて行うことを目的としたものである。全体的なマイナス改定の中でどこかを削らないと、さらなる取り組みの充実というのはできないので療養食加算に関しては減算を行っている。療養食加算が必要ないということでは

なく、それよりもさらに経口維持の取り組みや経口移行の取り組みを充実させる必要があるという見直しがされた。短期入所生活介護や短期入所療養介護（ショートステイ）の療養食加算については、栄養マネジメント加算や経口移行・維持加算の枠組みはないので、23 単位のままである。介護保険施設の栄養マネジメント加算、経口移行・維持加算がある枠組みの中でのみ減算ということになる。今回、もう一つ、要件として変わっているところは経口維持加算、経口移行加算については、栄養マネジメント加算を算定していないと算定できないことになっている。これまでは、この要件はなかったので、栄養マネジメント加算がベースとなっていることを、心に留めてほしい。

最後に、今回の改定においては多職種連携による口から食べる楽しみの支援が柱である。多職種連携における取り組みを行うにあたってのそれぞれの専門職の役割が重要になり、要となるマネジメントを行うのが管理栄養士となる。どのような職種の方と連携してどのような形で入所者の支援をしていくかを、今一度考えていただきたい。また、新たに、こういった取り組みを行うことによって、管理栄養士の業務は確実に増えるであろう。ほとんどの管理栄養士の方は、施設に一人配置かと思うが、一人でがんばることで、管理栄養士が疲弊して、それによって入所者へのサービスが質の低下することがあってはいけない。今後、さらに質の高い栄養ケア・マネジメントが求められる中で、体制整備についても、しっかりと考えて、行動していただきたい。

そして、地域包括ケアシステムという地域の枠組みのなかでの介護保険施設の位置付けとして、特養については、地域の拠点として、通所サービスや配食サービスを通じた在宅とのつながり。老健については、退所を見据えた支援。そして、退所後の栄養管理の支援というところまで求められている。

栄養ケア・マネジメントが定着したその先には、管理栄養士が何ができるか、また栄養部門としてどうやって入所者を支援していけるかというところは本当に今考えなければいけない。次の平成 30 年改定に向けて、私たちも制度をどうしていくかというところを考えていくし、先生方には研究を重ね、エビデンスを蓄積してほしい、そして現場の管理栄養士の方々も一緒に取り組みを行いながら、よりよきものになるように協働していきましょう。

栄養ケア・マネジメント再生のための戦略

杉山 みち子

(神奈川県立保健福祉大学・大学院 教授)

榎 裕美

(愛知淑徳大学 教授)

高田 和子

(国立健康・栄養研究所 栄養ケア・マネジメント研究室 室長)

栄養ケア・マネジメント 再生のための戦略

熊本・仙台会場: 杉山みち子

(委員長/神奈川県立保健福祉大学・大学院教授)

名古屋会場: 榎裕美

(委員/愛知淑徳大学教授)

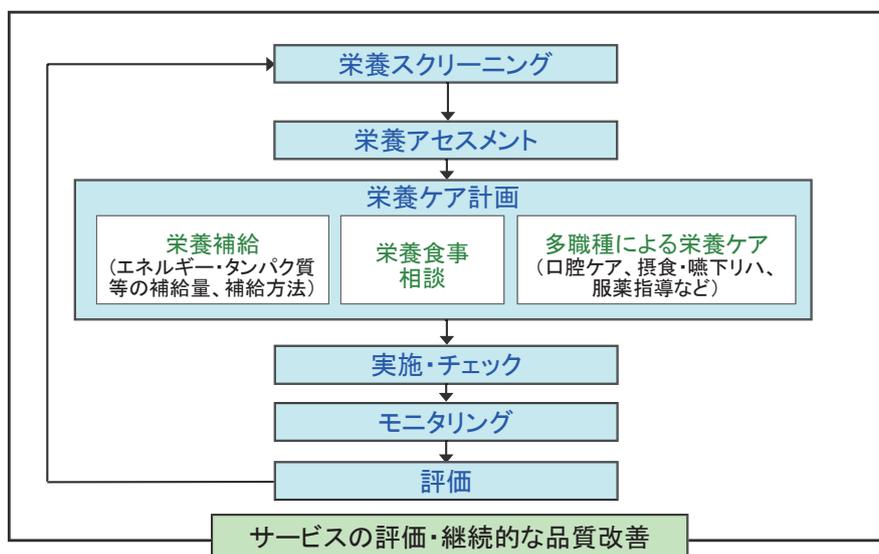
東京会場: 高田和子

(委員/国立健康・栄養研究所栄養ケア・マネジメント研究室室長)

特養・老健施設における 食事・栄養管理に関わる介護報酬

- 平成17年10月、介護保険施設の食費・居住費の自己負担に伴い、入所高齢者の約40%にみられる低栄養状態に対応して栄養ケア・マネジメント体制(栄養マネジメント加算、経口移行、経口維持加算)が導入された。
- 栄養マネジメント加算: 1名以上の常勤管理栄養士を配置し多職種協働による栄養ケア・マネジメントを行う体制に対して12単位/日。施設管理栄養士の常勤配置を推進する栄養管理体制加算は、平成24年4月、基本サービス費に包括され、栄養マネジメント加算は14単位/日となった。
- 平成18年4月、経口移行加算(28単位/日)、経管栄養利用者に対しての経口移行を評価。経口維持加算Ⅰ(医療的評価による、28単位/日)・経口維持加算Ⅱ(水飲みテスト等による、5単位/日):摂食嚥下障害やそのおそれのある者の経口維持の取り組みを評価。計画は、栄養マネジメント加算取得の場合には、栄養ケア計画と一体化。
但し、療養食加算と一緒に算定することはできない。
- 療養食加算は、従来の特別食加算から濃厚流動食を対象から除外し、350円/日から23単位/日とされた。

栄養ケア・マネジメントの基本的構造



厚生省老人保健事業推進等補助金研究「高齢者の栄養管理サービスに関する研究報告書」、1997

栄養スクリーニング

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5 未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1 月に3～5%未満 3 月に3～7.5%未満 6 月に3～10%未満	1 月に5%以上 3 月に7.5%以上 6 月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

<低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

資料1 介護保険施設における高齢者の経口移行・経口維持のための介護報酬制度

	経口移行加算	経口維持加算Ⅰ	経口維持加算Ⅱ
対象基準	静脈・経腸栄養法利用者	経口摂取者 (非静脈・経腸栄養法者)	
評価基準	経口移行対象者* *経管栄養利用者のうち、 下記1～4の全該当者 1.全身状態が安定していること 2.覚醒を保っていられること 3.嚥下反射がみられること 4.咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと	造影撮影 又は 内視鏡検査	水飲みテスト (「水砕片飲み込み検査」、 「食物テスト (food test)」、 「改定水飲みテスト」等を含む) 頸部聴診法 等
医師の指示	有		
実施内容	多職種協働による摂食・嚥下機能に配慮した経口移行計画(経口維持計画)を作成し、管理栄養士、栄養士が食事の摂取(継続した摂取)を進めるための栄養管理(特別な管理)の実施但:療養食加算を算定した場合には算定できない ※()経口維持加算Ⅰ・Ⅱ		
算定期間	180日以内、その後2週間毎に医師の指示*(入所者の同意)を要する *平成24年度より1ヶ月毎、歯科医師による指示も可		
加算	28単位	28単位	5単位
様式例	特に指定なし		

社会保険研究所:介護報酬の解釈 1.単位数表編, 90, 平成18年8月10日 第3版第2刷発行より

資料2 各加算の算定状況と管理栄養士配置数について

各加算の算定状況

介護老人福祉施設(地域密着型介護老人福祉施設含む)		
栄養マネジメント加算	(14単位/日)	82.77 (%)
経口移行加算	(28単位/日)	0.05 (%)
経口維持加算(Ⅰ)	(28単位/日)	0.18 (%)
経口維持加算(Ⅱ)	(5単位/日)	1.51 (%)
療養食加算	(23単位/日)	9.96 (%)
介護老人保健施設		
栄養マネジメント加算	(14単位/日)	93.46 (%)
経口移行加算	(28単位/日)	0.19 (%)
経口維持加算(Ⅰ)	(28単位/日)	0.2 (%)
経口維持加算(Ⅱ)	(5単位/日)	2.24 (%)
療養食加算	(23単位/日)	26.86 (%)
通所介護施設(デイサービス)		
栄養改善加算	(150単位/日)	1.8 (%)
居宅療養介護指導		
管理栄養士(Ⅰ)	(530単位/日)	1.3 (%)
管理栄養士(Ⅱ)	(450単位/日)	2.2 (%)

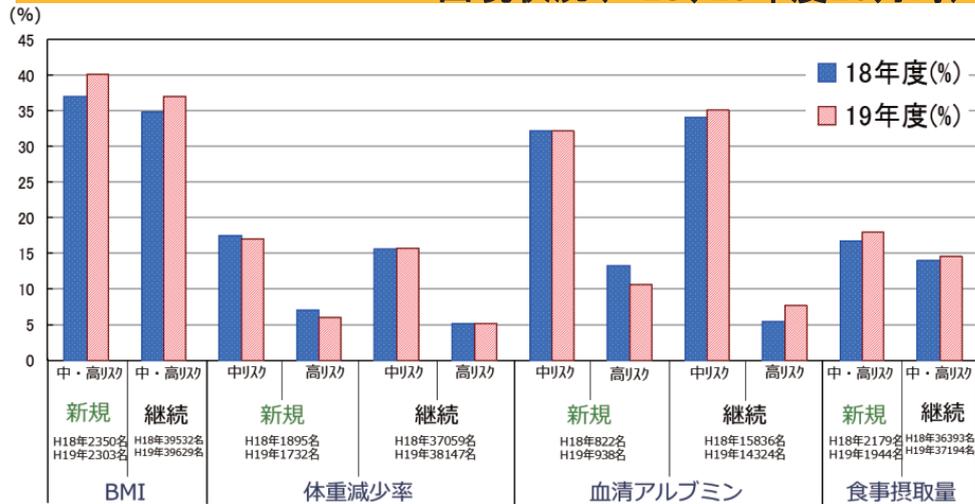
管理栄養士の配置数について

介護老人福祉施設	100人以上に2人以上	2.4 (%)
介護老人保健施設	100人以上に2人以上	6.5 (%)

※上記、介護老人福祉施設に地域密着型介護老人福祉施設は含まない

【出典】
厚生労働省大臣官房統計情報部
「介護給費実態調査」
(平成26年4月審査分,平成26年7月審査分)
平成25年度老人保健健康増進等事業
「通所介護のあり方に関する調査研究事業」
(三菱UHリサーチ&コンサルティング株式会社)

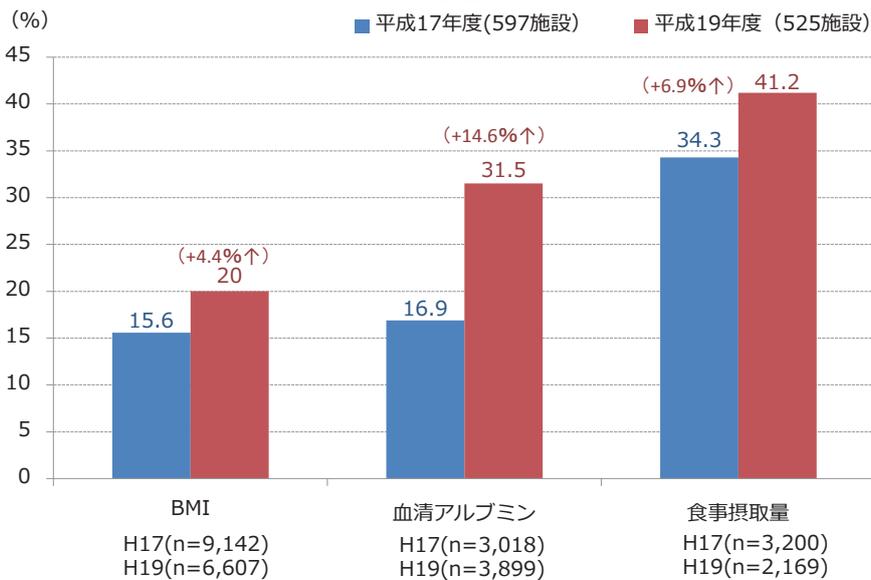
資料3 施設入所者の低栄養状態の中・高リスク者の出現状況(H18、19年度10月時)



新規入所者のうちBMIが18.5未満の者は約37%、血清アルブミン3.5g/dl以下の者は約45%、体重減少3%以上の者は25%、食事摂取量75%未満の者は約16%にみられるが、継続入所者も同様の割合であった。

長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事情評価に関する研究」(主任研究者 杉山みち子)

資料4 低栄養状態の中高リスク入所者における改善状況(1年後)



厚生労働省老人保健事業推進等補助金「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会」(主任研究者 杉山みち子) 平成17年度報告書「介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの実態把握」-2006.
 厚生労働科学研究費補助金・長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」(主任研究者 杉山みち子) 平成18,19年度総括研究報告書-2008.

資料5 【特養・老健】入所高齢者の低栄養 中高リスク者の特性

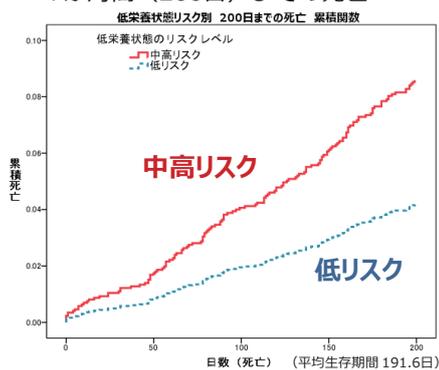
(n=1,646、低栄養リスク：管理栄養士のスクリーニングによる)

		低リスク n=727	中高リスク n=902
年齢区分	90歳未満	72.2%	57.8%
	90歳以上	27.8%	42.1%
要介護度	要介護1～3	56.2%	34.7%
	要介護4、5	43.9%	65.3%
認知症高齢者の日常生活自立度	I～IIb	37.7%	27.3%
	III～M	62.3%	72.7%
認知症関連の徴候・症状	傾眠	20.1%	38.0%
	食事の失認	17.7%	27.6%
	拒食	8.1%	18.6%
	偏食	8.1%	13.8%
摂食・嚥下能力のグレード評価	正常 (Gr.10)	49.0%	26.1%
	障害あり (Gr.1-9)	51.0%	73.9%
食事時間	30分以下	87.7%	75.3%
	45分以上	12.3%	24.7%
食事形態 (副食)	常食	54.0%	38.6%
	嚥下調整食	46.0%	61.4%
1年間の発熱、肺炎既往、入院	38度以上の発熱あり	18.4%	32.5%
	肺炎既往あり	4.4%	12.1%
	入院あり	11.2%	20.9%

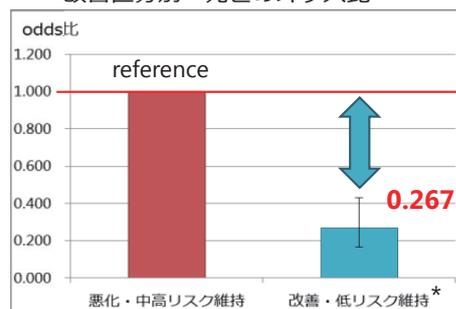
平成26年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」（日本健康・栄養システム学会）

資料6 低栄養状態リスク別の死亡リスク(7ヶ月間)

【特養・老健】ベースライン時 低栄養リスク別
7か月間（200日）までの死亡



【特養・老健】7か月間の低栄養リスク
改善区分別 死亡のオッズ比



*「改善・低リスク維持」：ベースライン時から平均7か月間にリスクレベルが改善または低リスクを維持したものの。ただし両群とも途中で死亡したものはその直近のデータを採用

低栄養状態リスク (死亡/全数)	HR	95%CI		p-value
		lower	upper	
低リスク(32/727)	1.000	reference		
中・高リスク(111/902)	2.102	(1.401 - 3.154)		<0.001

COX比例ハザードモデル (性、年齢、Barthel Index、併存疾患指数で調整)

低栄養状態 中高リスク者では、低リスク者よりも死亡のリスク(ハザード比)が、約2倍大きい

低栄養状態改善区分 (死亡/全数)	OR	95%CI		p-value
		lower	upper	
悪化・中高リスク維持 (138/934)	1.000	reference		
改善・低リスク維持 (22/709)	0.267	(0.116 - 0.430)		<0.001

ロジスティック回帰モデル (性、年齢、Barthel Index、併存疾患指数で調整)

低栄養改善(低リスク維持)者では、死亡のリスク(オッズ比)が約0.27倍と低くなる

平成26年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」（日本健康・栄養システム学会）

資料7 入所高齢者の低栄養状態と常勤管理栄養士2人以上(100床当たり)配置

常勤管理栄養士の2人以上配置の効果

施設入所高齢者の食事摂取量中高リスク(≦75%)からの1年後改善(≧76%)に管理栄養士の100床当たり2人以上の配置は有効 (多重ロジスティック解析 尤度比・変数増加法による)

平成19-20年介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価 (厚生労働科学研究費助成事業「高齢者ケア」に関する研究データベース)

		食事摂取量 中高リスクから低リスクへ改善 無=0(n=359) 有=1(n=245)	
		オッズ比(95%CI)	p値
管理栄養士の配置人数(100床あたり)	2人未満	1	-
	2人以上	2.08(1.39-3.11)	<0.001
経口維持加算Ⅱ	なし	1	-
	あり	1.50(1.00-2.24)	0.05
管理栄養士による問題解決のための関連職種が協働できる栄養ケア計画の作成	できていない	1	-
	できている	3.08(1.40-6.79)	0.005
管理栄養士による食事に関するインシデント・アクシデントの把握	できていない	1	-
	できている	5.07(2.01-12.81)	0.001

モデルχ²検定 p<0.001

判別率 62.4%

単変量解析の結果からp<0.05で有意な独立変数を投入

全国から無作為抽出し回答を得た特養91施設、老健5施設、144施設の新規入所者のうち食事摂取量の中高リスク(75%以下の摂取)者の1年後の当該リスクの回答を得た604名 (占拠院: 杉山、小山: 日本健康・栄養システム学会雑誌 12(2):18-27,2012)

介護保険施設で看取った者、最後まで経口摂取を維持して看取った者の1年間の人数に管理栄養士の100床当たり2人以上の配置は奇与する可能性がある

(単変量解析)

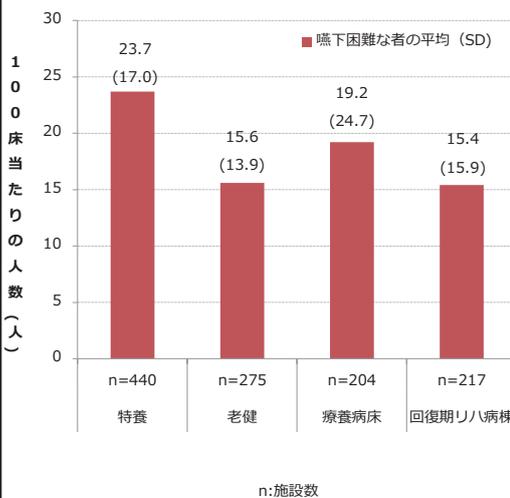
		施設で看取った者 無=0(n=2038) 有=1(n=276)		最後まで経口摂取を維持して看取った者 無=0(n=2181) 有=1(n=133)	
		オッズ比(95%CI)	p値	オッズ比(95%CI)	p値
管理栄養士の配置人数	2人未満	1	-	1	-
	2人以上	1.38(0.95-1.98)	0.09	2.63(1.7-4.07)	<0.001

全国531の介護保険施設(特養、老健)に対し1年間の看取り件数及び最期まで経口摂取を維持して看取った件数について郵送調査を行い、特養21施設1,493件、老健15施設821件)を分析対象とした。

平成22年度厚生労働科学研究費助成事業「チームによる効果的な栄養ケア・マネジメントの標準化をめざした総合的調査」報告書 (主任研究者 吉池信明) 全国の介護保険施設を対象とした栄養ケア・マネジメントの包括的実証研究に関する実証調査 (併報研究 杉山、太田、大原、龍井) による

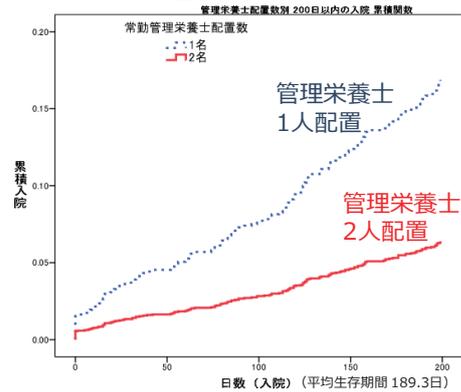
資料8 特養における嚥下困難者の割合と入院リスク抑制に対する常勤管理栄養士2人以上(100床当たり)配置

【特養・老健】経口摂取者で食事での誤嚥・ムセの存在、誤嚥性肺炎の既往者



平成22年度厚生労働科学研究費助成事業「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」(主任研究者 葛谷雅文) Sugiyama M, Kuzuya M, et al. Geriatr Gerontol Int 2014;14:577-581

【特養】管理栄養士配置数別 累積入院ハザード



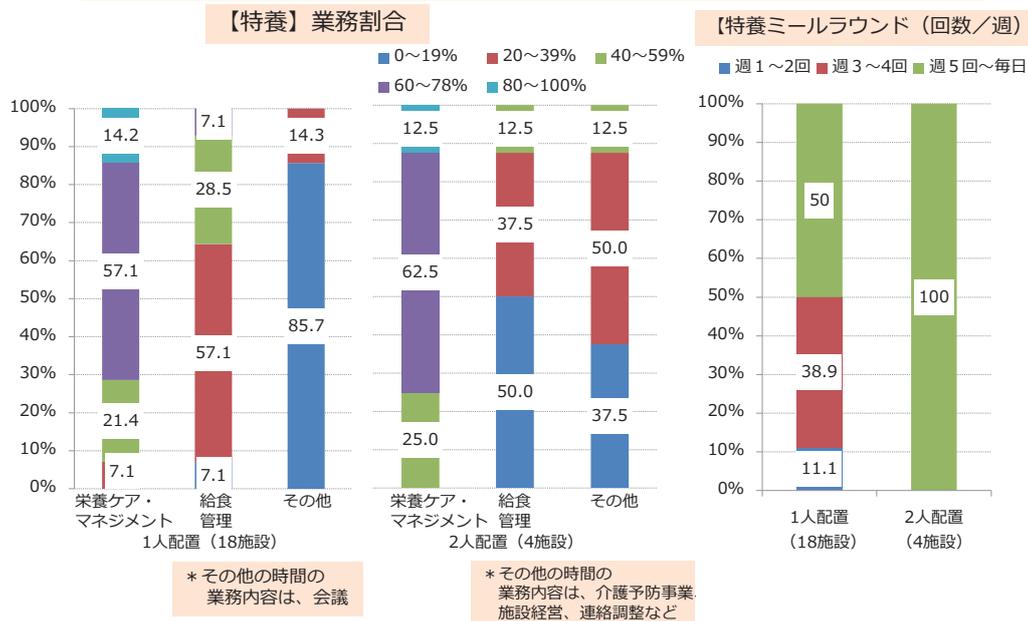
管理栄養士配置数 (入院/全数)	HR	95%CI		p-value
		lower	upper	
1人配置(147/861)	1.000	reference		
2人配置(10/160)	0.357	(0.188 - 0.679)		0.002

COX比例ハザードモデル(性、年齢、Barthel Index、併存疾患指数で調整)

管理栄養士2人配置の特養では、1人配置よりも入院のリスク(ハザード比)が、約62%低い

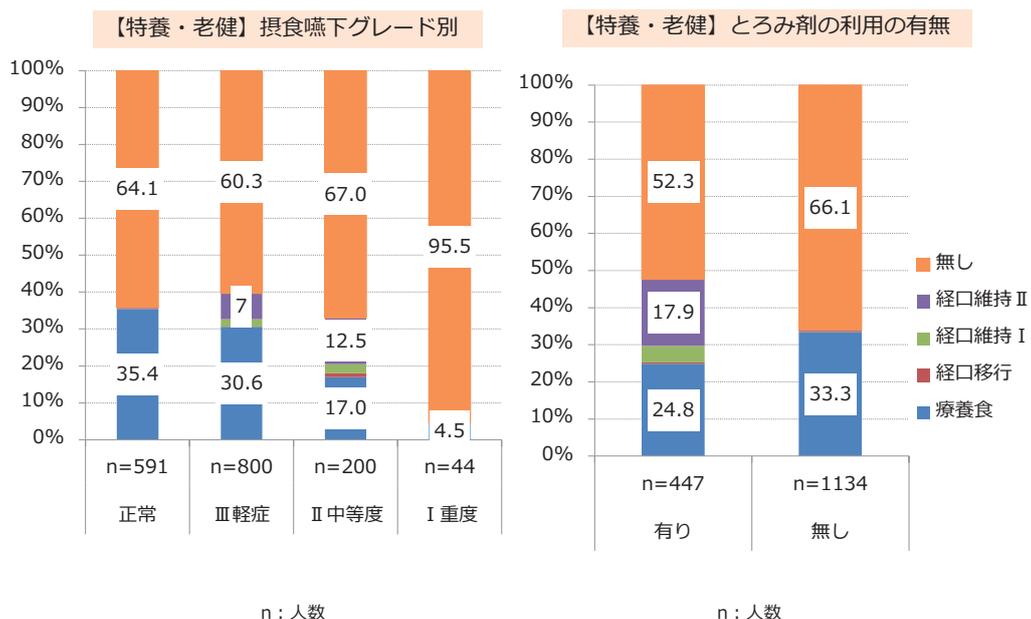
平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」(日本健康・栄養システム学会)

資料9 特養における常勤管理栄養士配置別 業務割合とミーラウンド回数



平成26年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」（日本健康・栄養システム学会）

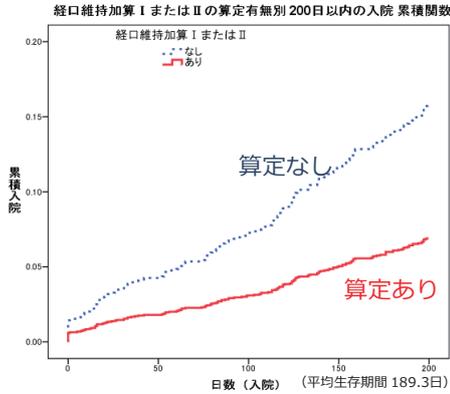
資料10 嚥下困難者における経口維持加算Ⅰ・Ⅱ 及び療養食加算の算定状況



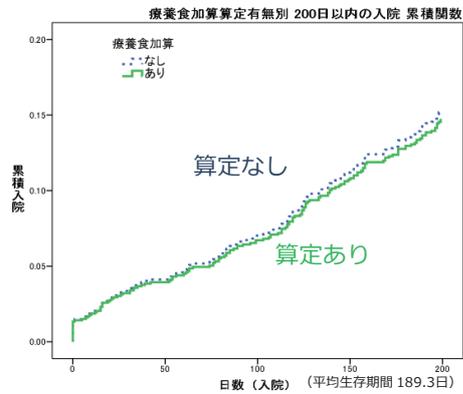
平成26年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」（日本健康・栄養システム学会）

資料11 特養における経口維持加算 I・II と療養食加算 算定有無と入院リスク抑制に対する効果

【特養】経口維持加算 I・II 算定別累積入院ハザード



【特養】療養食加算算定別 累積入院ハザード



経口維持加算 I または II (入院/全数)	HR	95%CI		p-value	療養食加算 (入院/全数)	HR	95%CI		p-value
		lower	upper				lower	upper	
非算定(150/945)	1.000	reference			非算定(121/772)	1.000	reference		
算定あり(7/76)	0.416	(0.193 - 0.897)	0.025		算定あり(36/249)	0.995	(0.654 - 1.395)	0.813	

COX比例ハザードモデル (性、年齢、Barthel Index、併存疾患指数で調整)

経口維持加算 I、II 算定者では、非算定者よりも入院のリスク(ハザード比)が、**約58%低い**

COX比例ハザードモデル (性、年齢、Barthel Index、併存疾患指数で調整)

療養食加算算定者と非算定者では入院のリスク(ハザード比)に差はない

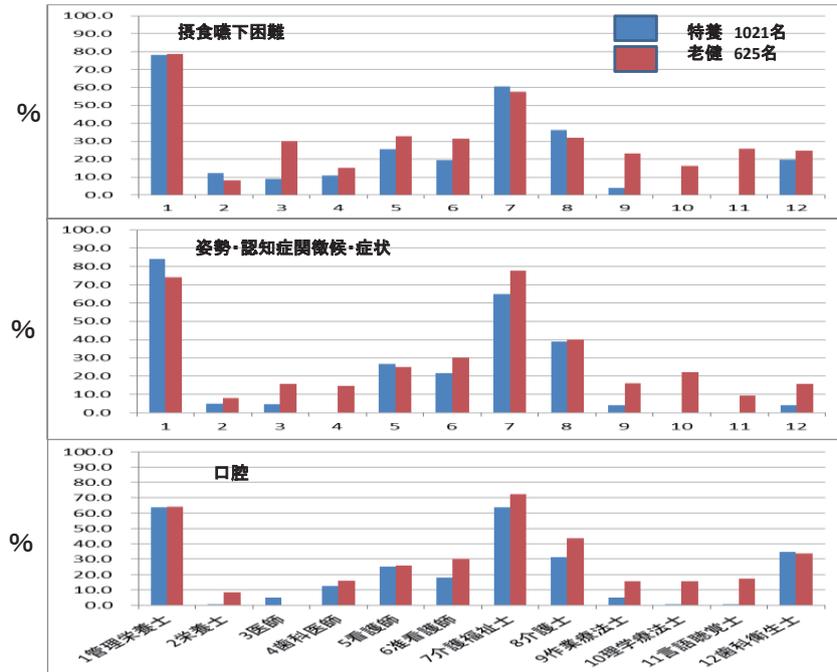
平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」(日本健康・栄養システム学会)

参考 ミールラウンド(食事時の観察)



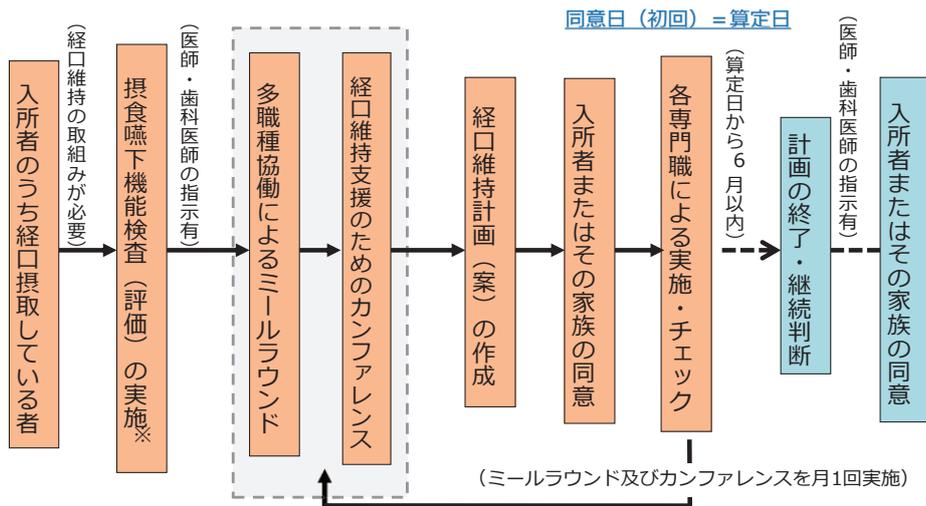
特別養護老人ホーム マイライフ徳丸(大久保等)から提供

資料12 ミールラウンドによる観察と計画作成への協力職種(複数回答)



平成25年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究 (日本健康・栄養システム学会)

資料13 経口維持のためのミールラウンドの流れ



栄養ケア・マネジメントにおける継続した管理栄養士による栄養管理の実施

※ 水飲みテスト、頸部聴診法等、何らかの方法で実施する

【報酬告示に関する通知案】 栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例参考

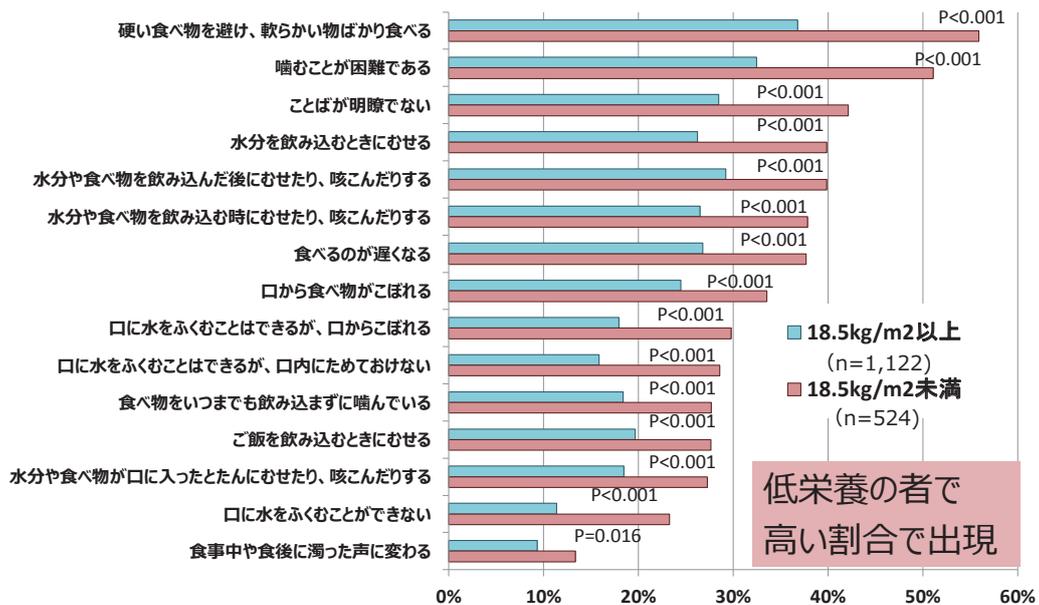
資料14 ミールラウンド時の観察事項

食事摂取状況	主食・主菜・副菜および食品内容別の喫食率、食形態の適切性、とろみ剤使用の必要性、食事介助方法の適切性、食事時間 等
口腔機能の状況	口腔乾燥、開口保持、咀嚼力、口臭と口の中の問題 等 (うがい等 食事前の口腔アセスメントを含む)
摂食・嚥下障害の状況	咀嚼困難、食事時のむせやせき込み、口から食べ物がこぼれる、言葉が明瞭でない 等
姿勢の状況	座位保持の状況、いすやテーブルの高さ 食べるときに下顎が出る 等
食具	食具の形状、大きさ、適切性 等
食事に関連する認知症の徴候・症状	食事時の傾眠、失認、興奮・大声・暴言・暴力、妄想、拒食、偏食、失行、早食い・詰め込み・丸のみ食べ、徘徊 等

平成26年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」（日本健康・栄養システム学会）

資料15 低栄養と食事時の摂食嚥下困難に関する兆候・症状

(χ^2 検定 n=1,646、低栄養：BMIによる)



平成26年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」（日本健康・栄養システム学会）

資料16 低栄養に対し独立して関連した項目

(多変量解析 n=1,646、低栄養：BMIによる)

従属変数BMI (18.5kg/m ² 以上：0、18.5kg/m ² 未満：1)	オッズ比	95%CI	p値
独立変数：摂食・嚥下困難に関する徴候・症状 全15項目のうち関連した7項目 (あり…1、なし…0(reference))*1			
噛むことが困難である	1.71	(1.35-2.16)	<0.001 ***
硬い食べ物を避け、軟らかい食べ物ばかり食べる	1.78	(1.41-2.24)	<0.001 ***
こぼしが明瞭でない	1.37	(1.07-1.75)	0.014 *
水分を飲み込むときにむせる	1.38	(1.08-1.77)	0.011 *
口に水をふくむことができない	1.60	(1.17-2.18)	0.003 **
口に水をふくむことはできるが、口からこぼれる	1.29	(0.98-1.71)	0.072 *
口に水をふくむことはできるが、口内にためておけない	1.45	(1.09-1.92)	0.011 *
独立変数：口腔のアセスメントに関する徴候・症状 全5項目のうち関連した1項目 (あり…1、なし…0(reference))*2			
咀嚼力	1.34	(1.01-1.79)	0.045 *
独立変数：食事中の姿勢に関する徴候・症状 全4項目 (あり…1、なし…0(reference))*2			
座位保持困難 (例、まっすぐ座ることができない)	1.33	(1.03-1.73)	0.031 *
クッションなどの支えがあっても座位保持困難	1.52	(1.13-2.03)	0.005 **
いすやテーブルの高さが合っていない	1.48	(1.08-2.04)	0.016 *
食べるときに下顎が出る	1.70	(1.19-2.43)	0.004 **
独立変数：認知症に関する徴候・症状 その他を含まない全11項目のうち関連した2項目 (あり…1、なし…0(reference))*3			
興奮・大声・暴言・暴力	0.65	(0.47-0.90)	0.009 **
失行	0.55	(0.39-0.78)	0.001 ***

*1 あり：まれにある、時々ある、いつもある なし：ほとんどない (2段階評価)

*2 あり：有 なし：無 (2段階評価)

*3 あり：毎食みられる、1日に1-2回、週に3-5回、週に1-2回 なし：全くない (2段階評価)

調整変数(共通)：性、年齢、基本的な生活動作、併存疾患得点

BMI18.5kg/m²以上 n=1,122
BMI18.5kg/m²未満 n=524

平成26年度老人保健事業推進等補助金 (老人保健健康増進事業分) 「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」 (日本健康・栄養システム学会)

資料17 管理栄養士の居宅療養管理指導利用者・家族の食事についての心配や困っていること(n=247)

	(%)
心配や困っていることがある	85.4
内容 (複数回答)	
食事準備	40.2
食事内容	45.0
治療食	27.9
食事形態	25.1
食欲不振	16.3
栄養補助食品	15.1

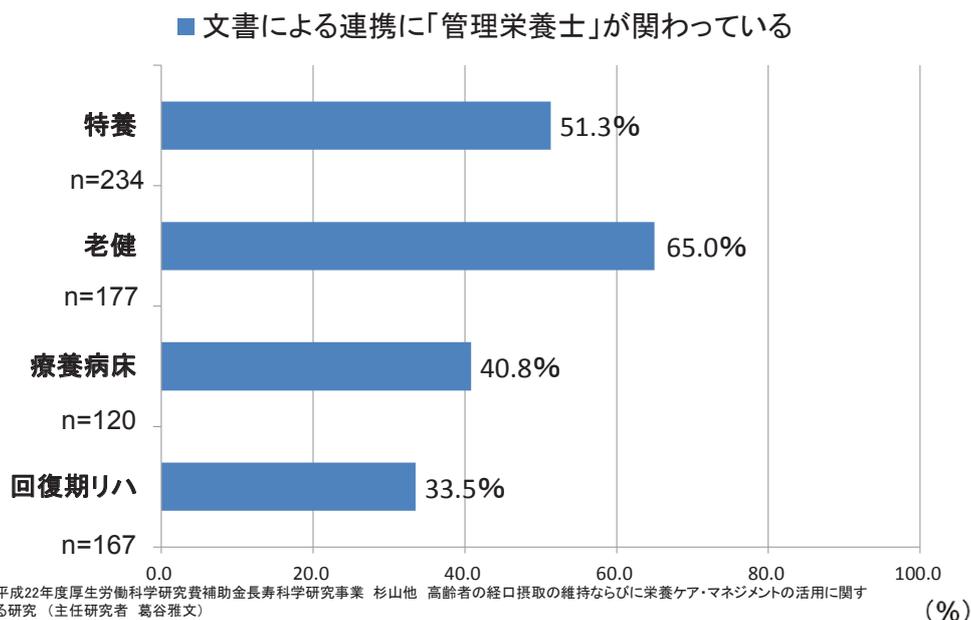
平成24年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 『居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業』 『居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態把握とその体制に関する研究』 (小山秀夫委員長 日本健康・栄養システム学会)

資料18 居宅サービス担当介護支援専門員が 管理栄養士に相談したいこと(横須賀・三浦 n=80)

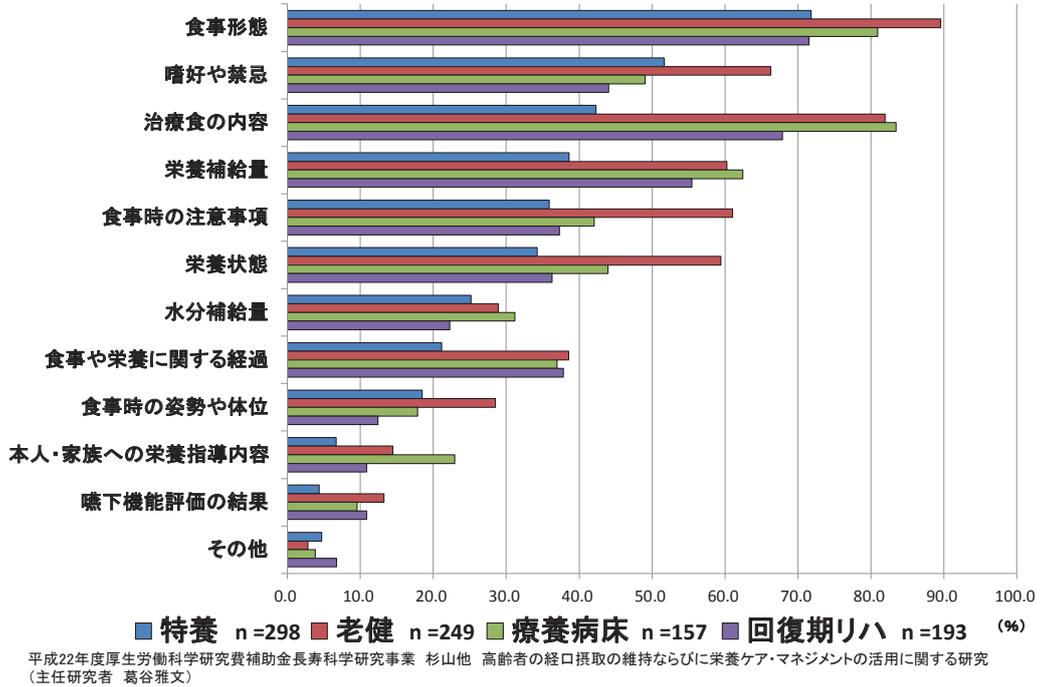
	(%)
管理栄養士への相談内容 (複数回答)	
食事形態	54.3
栄養補助食品	54.3
食事内容	50.6
食欲不振	44.4
治療食	39.5
とろみ剤	33.3
食事準備	16.0
食事介助	13.6
配食サービス	9.9
その他	4.9
経腸栄養剤	2.5
買物	1.2

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) 『地域・在宅高齢者における摂食嚥下・栄養障害に関する研究』 (研究代表者 葛谷雅文、分担研究者 杉山みち子)

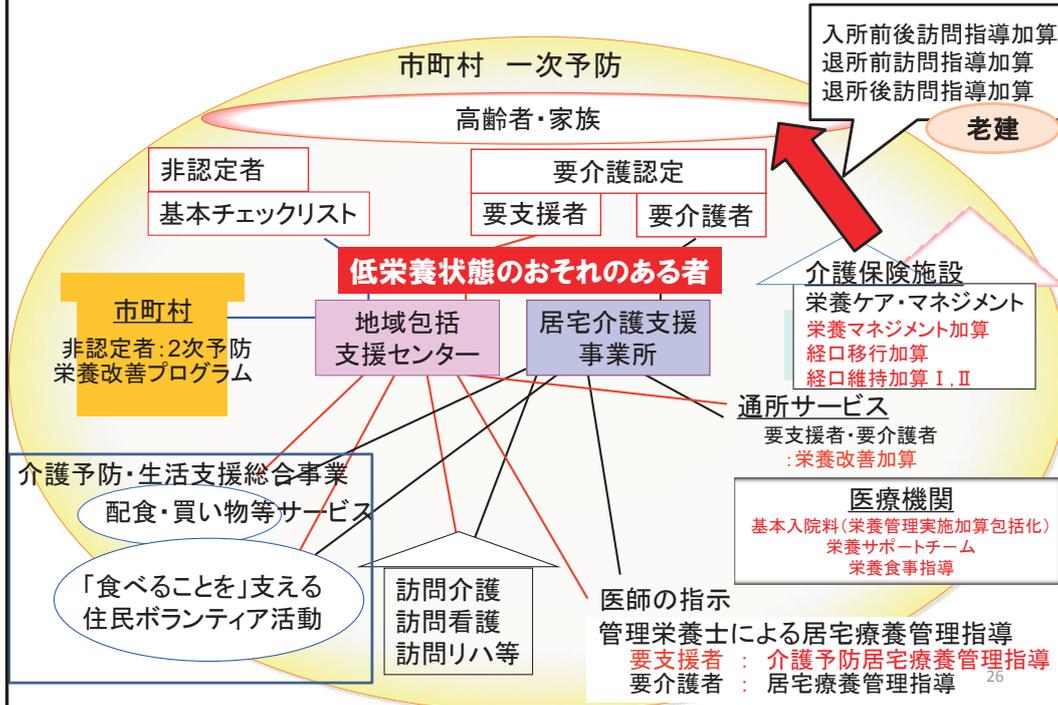
資料19 情報提供をしている施設における 管理栄養士の関わり



資料20 管理栄養士による文書情報提供内容



地域高齢者の栄養ケア・マネジメント体制



在宅復帰のための訪問指導に 管理栄養士が関わっていくこと

- 老健からの管理栄養士が参加しての退所時訪問指導、退所後訪問栄養指導は推進されていない
- この具体的な取り組み
⇒ 苅部氏による解説その効果について・・・
緊急に明らかにしていくことが求められる。

栄養ケア・マネジメント

再生に向けての提言

- 管理栄養士の100床当たり2名以上の配置の推進
- 経口維持の取組としてチームによるミールランド(食事時の観察)による問題解決型の計画作成
関連職種のための一定の研修
- その基盤としての栄養ケア・マネジメントのPDCAサイクルの強化
(中高リスクの要件に褥そうに加えて摂食嚥下障害、認知症による食事中の症状・兆候、看取りを)
- 老健からの在宅復帰者に対する管理栄養士による訪問栄養管理・栄養指導の推進
現行の退所前後訪問指導加算の要件に管理栄養士を、
退所時指導加算には、栄養管理(あるいは栄養食事の指導)を
- 今後、これらの再生の取り組みに対する効果について継続して検証
(文責 委員長 杉山みち子)

栄養ケア・マネジメントの再生のための戦略 まとめ

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

平成 26 年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)

「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制
の整備とあり方に関する研究」 研究班

食事・栄養管理に関わる介護報酬についての概説(平成17年10月の改正による)

平成17年10月、介護保険施設における食費・居住費の自己負担に伴い、介護保険施設入所高齢者の約40%にみられる低栄養状態に対応して栄養ケア・マネジメント体制(栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算)が以下のように導入された。

・栄養マネジメント加算: 1名以上の常勤管理栄養士を配置して多職種協働により栄養ケア・マネジメント(栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画の作成、モニタリング、評価と継続的品質改善活動)を行う体制に対して12単位/日と評価された。同時に新設された施設に対する管理栄養士の常勤配置を推進する栄養管理体制加算は、平成24年4月に算定実績を踏まえて基本サービス費に包括され、栄養マネジメント加算は14単位/日となった。

・経口移行加算(28単位/日)は経管栄養利用者に対しての経口移行を評価し、経口維持加算 I (医療的評価による、28単位/日)、経口維持加算 II (水飲みテスト等による、5単位/日)は、摂食嚥下障害やそのおそれのある者の経口維持の取り組みを評価した(資料1)。これらの加算における計画作成は、栄養ケア・マネジメントが行われている場合には、管理栄養士による栄養ケア計画と一体化された。但し、これらの加算は、療養食加算と一緒に算定することはできないとされている。

・療養食加算は、従来の特別食加算から濃厚流動食を対象から除外し、350円/日から23単位/日とされた。

○栄養マネジメント加算及び関連加算の取得状況(厚生労働省)

○栄養マネジメント加算算定率は、特養82.77%・老健93.46%と加算取得率が高いが、経口移行加算算定率は、特養0.05%・老健0.19%、経口維持加算 I 算定率は、特養0.18%・老健0.20%、経口維持加算 II 算定率は、特養1.51%・老健2.24%、療養食加算算定率は、特養9.96%・老健26.86%と加算取得率は低い(資料2)。

○介護保険施設における常勤管理栄養士の定員100人以上に対し、2名以上の配置割合は、特養2.4%・老健6.5%と少ない(資料2)。

○栄養マネジメント加算導入の低栄養改善への有効性と低栄養改善の必要性

- 平成17年10月に導入された栄養マネジメント加算によって評価される体制と取組みは、2年後の平成19年には、低栄養の中高リスク者の低リスク者への改善率をBMI4.4%、血清アルブミン14.6%、食事摂取量6.9%増大させた(資料3,4)。
- 低栄養状態の中高リスク者の特性は、90歳以上 42.1%、要介護度4, 5者 65.3%、認知症重度者(認知症高齢者の日常生活活動度Ⅲ～Ⅳ) 72.7%(特に食事時の傾眠、食事の失認、拒食、偏食の徴候・症状有)、摂食嚥下障害 73.9%、食事時間45分以上 24.7%、嚥下調整食の提供 61.4%、近似1年間の発熱 32.5%・肺炎既往歴 12.1%・入院あり 20.9%である(資料5)。
- 低栄養状態の中高リスク者は、低リスク者よりも死亡のリスク(ハザード比)が約2倍である(7か月間縦断調査)(資料6)。
- 低栄養の中高リスクの<改善・低リスクを維持>者は、低栄養のリスクのレベルの<悪化・中高リスク維持>者に比べて死亡のリスク(オッズ比)を約0.27倍と低くなった(7か月間縦断調査)(資料6)。

○入所者の低栄養状態改善、最期までの経口摂取維持、入院リスク抑制に効果のある体制100床当たり常勤管理栄養士2人以上の配置

- 入所高齢者の低栄養状態の改善には管理栄養士の100床当たり2名以上の配置の方が1名配置よりも効果的であった(資料7)。
- 入所高齢者の最期まで経口摂取での看取りにも管理栄養士の100床当たり2名以上の配置が1名配置よりも有効であった(資料7)。
- 特養の嚥下困難者は老健や療養病床よりも多い(資料8)。特養における入院リスクの抑制には、管理栄養士の100床当たり2名以上の配置が1名配置よりも効果的であった(資料8)。
- 管理栄養士の業務時間は、100床当たり2名以上は1名配置に比べて、栄養ケア・マネジメントや連絡調整、その他介護予防事業により多く配分され、ミールラウンド(食事時の観察と対応)を頻回に行っている(資料9)。

○嚥下困難者における経口維持加算Ⅰ・Ⅱ vs 療養食加算の算定状況と入院リスク抑制に対する効果

- 入所嚥下困難者に対する経口維持加算算定の割合は少なく、療養食加算が算定されている者や両加算とも算定されていない者の割合が多い(資料10)
- 特養における嚥下困難者に対しての入院リスクの抑制には経口維持加算によって評価される体制や取組みが療養食加算のそれに比べて効果的であった(資料11)。

○経口移行、経口維持加算の取得を推進するために

- 特養における経口維持加算を推進するためには、加算取得施設の訪問から、ミールラウンド（食事時のチームによる観察）とその後の問題の確解と解決法を検討するケースカンファレンスを重視した取り組みを重視する。この場合、管理栄養士は主たる担当者として関わり、栄養ケア・マネジメントが基盤となって、職種間の調整、栄養ケア計画の一環としての経口移行、経口維持計画の作成が行われ、PDCAサイクルをまわすことになる(資料12,13,14)。
- ミールラウンドによるアセスメント・モニタリング項目(アセスメント・モニタリング表参照)
- 低栄養(BMI18.5未満)に対して独立して関連した項目は、摂食嚥下困難に関する徴候・症状では全15項目のうち、「噛むことが困難である」「硬い食べ物を避け、軟らかいものばかり食べる」「ことばが明瞭でない」「水分を飲み込むときにむせる」「口に水をふくむことができない」「口に水をふくむことはできるが、口からこぼれる」「口に水をふくむことはできるが、口内にためておけない」、口腔アセスメントに関する徴候・症状では全5項目のうち「咀嚼力」、食事中の姿勢に関する徴候・症状では全4項目「座位保持困難」「クッションなどの支えがあっても座位保持困難」「いすやテーブルの高さがあっていない」「食べるときに下顎が出る」、認知症に関する徴候・症状では全11項目のうち「興奮・大声・暴言・暴力」「失行」であった(資料15,16)。

○老健からの管理栄養士による退所時訪問栄養指導、退所後訪問栄養指導の推進

- 老健への入所、退所時には管理栄養士による食事形態や嗜好・禁忌への対応に関する情報提供がよく行われている。一方、居宅サービスを利用する在宅高齢者・家族には食事の準備、形態、内容等に関する不安が多くみられる。
- 緊急データとして1老健施設において在宅復帰した高齢者のうち在宅生活の継続者と再入所・再入院者の体重変化を収集し、再入所・入院高齢者の体重減少率は、在宅継続に比べて大きい傾向がみられたが、今後継続したデータ収集が必要であった。

○栄養ケア・マネジメントの再生に向けての提言

以上の根拠に基づいて以下を提言する

- 今後は、施設入所高齢者の低栄養状態の改善、最後まで経口摂取による看取り、入院リスクの抑制、さらには、在宅サービスとの連携の観点から、管理栄養士の100床当たり2名以上の配置を推進していくことが求められる。
- 摂食嚥下障害やそのおそれの有る者に対しては、経口維持加算による取組としてチームによってミールラウンド(食事時の観察)、栄養ケア計画が行われる体制づくりをする。また、この取り組みに関わる管理栄養士、医師、歯科医師、看護師、言語聴覚士、介護職、介護支援専門員等は一定の研修が必要とされる。

- 前述の基盤には、管理栄養士が栄養マネジメント加算の PDCA サイクルにしっかり取り組んでいることが現行以上に求められる。そこで、現行の栄養ケア・マネジメントのスクリーニングにおける中高リスクの要件である身体状況には、現行では褥瘡のみであるが、これに、摂食・嚥下障害、認知症による食事中的徴候・症状、看取りを位置づけていくことが必要とされる
- 老健における在宅復帰支援に対する管理栄養士の栄養指導は今後、現行の退所前後訪問指導加算の要件に管理栄養士を、また、退所時指導加算には、栄養管理(あるいは栄養食事の指導)を位置付けて推進していくことが求められる。
- 現行の介護保険施設には管理栄養士配置基準はなく、設置時の医療法の 100 床当たり栄養士 1 名がそのまま継続している。100 床当たりの管理栄養士 2 名以上の配置を施設基準とすることについては、次回の改訂までに管理栄養士を 100 床当たり 2 名以上配置している介護保険施設の数を増やしていかなければならない。
- 老健における在宅復帰支援に対する管理栄養士による訪問栄養管理の取組みを推進することを啓発するとともに、その効果に関するエビデンスづくりが必要である。

以上から、日本健康・栄養システム学会による平成 26 年度老人保健健康増進等補助金による見直しへの対応と、以上の情報提供を全国 4 か所で行うとともに、明確にされた当該研究課題については、さらに研究を継続する予定である。

(文責 委員長 杉山みち子)

栄養ケア・マネジメント再生のための戦略

杉山みち子 委員長 神奈川県立保健福祉大学・大学院 教授
榎裕美 委員 愛知淑徳大学 教授
高田和子 委員 国立健康・栄養研究所栄養ケア・マネジメント研究室 室長

本報告は、日本健康・栄養システム学会の当該研究事業において、平成 27 年度の介護保健制度の口腔・栄養管理における経口維持加算等の改定に向けて平成 25 年、26 年の各年度に、厚生労働省老人保健事業推進等補助金の交付を受けて実施した研究成果等に基づいて提供した情報について解説したものである。

1. 施設の栄養ケア・マネジメントについて、再確認しておきたいことは、栄養マネジメント加算は、入所者高齢者に約 40%程度見られた低栄養状態に対応するため、管理栄養士を常勤配置し、個別の栄養ケアとそのマネジメント体制と取り組みを評価した介護報酬ということである。
2. 栄養ケア・マネジメントの基本的構造である。最初の栄養スクリーニングと最後の評価ならびに継続的な品質改善活動が、施設の体制に位置付けられていることは、この構造に従って、管理栄養士を常勤配置した上で、多職種共同で推進する栄養ケア・マネジメントの体制づくりと取組みの手順について、当時の老健局老人保健課課長、現老健局長の三浦公嗣先生が高齢者の栄養と「食べること」の支援を大事に考えられて、課長通知として出され、現在に至っている。それゆえ、施設は栄養ケア・マネジメントの体制づくりをし、管理栄養士は多職種と協働してこの手順に実施しなければならない。
3. 低栄養状態のスクリーニングのリスク区分について示している。先ほどの課長通知の様式例にあるものだが、ここでいう中高リスクは、ここに示すいずれかのリスク指標において一つでも問題があった場合である。現在、身体状況については褥そうだけであるが、認知機能の低下や摂食嚥下機能の低下、あるいは看取りなども低栄養状態のリスク指標としての身体状況に入れられていると、経口維持計画を栄養ケア・マネジメントに位置付けて実施しやすくなるのかもしれない。
4. 現在の経口移行加算、経口維持加算という報酬の要件を一覧にしたものである。摂食嚥下機能低下の VE、VF による評価において、医師との連携が困難であったので、平成 24 年からは歯科医師による指示も含むとはなったが、依然としてこの加算取得は推進されなかった。そこで、このたびの改定においては大きく見直された。この度の改定において、経口移行加算や経口維持加算取得には、栄養マネジメント加算の取得が必須要件

となった。本研究事業においては、4 施設訪問を実施したが、管理栄養士が中心になって他職種との協働を調整、統合して、経口維持の取り組みを推進、調整、計画書への記載の全てを行っていた。

この度の報酬改定では、経口維持加算（Ⅰ）、経口維持加算（Ⅱ）は組み換えになった。経口維持加算（Ⅰ）（1 ヶ月 400 単位）は、摂食嚥下障害や誤嚥を有する者を把握するための、現行の VE、VF によるスクリーニング別評価区分が廃止され、何らかの方法によって摂食嚥下機能の低下を把握し、その後、医師の指示にも基づいて医師、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が共同して、食事の観察（ミールラウンド）と会議を行う取り組みのプロセスが評価されることになった。しかし、この加算を取得するためには、栄養マネジメント加算を取得していなければならない。さらに、経口維持加算（Ⅱ）（経口維持加算（Ⅰ）にプラス 1 ヶ月 100 単位になって、合わせて 500 単位/月）の取得には、この経口維持加算（Ⅰ）を取得していることが条件であり、これに、医師（人員規定外）、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士（いずれも常勤でも非常勤でもよい）が加わった場合となった。経口移行加算は、経口移行計画に従って、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合に算定される。また、療養食加算は 23 単位から 18 単位になったが、経口移行加算、経口維持加算と併算できるようになった。

5. 平成 26 年 4 月の栄養関連の加算の取得状況を示している。栄養マネジメント加算はよく取得されてきた。しかし、例えば療養食加算は老健 3 割弱、特養 1 割弱。そして、経口移行加算及び経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の取得はほとんど進まない状況であった。

地域包括ケアシステムにおける老健や特養の位置付けと役割が求められている。栄養に関するサービスについても、施設・在宅連携が重視されている。しかし、施設の併設のデイサービスにおける栄養改善加算や管理栄養士による居宅療養管理指導は低迷した状況で現在に至っている。また、このように施設入所高齢者の経口維持や栄養ケア・マネジメントの在宅連携を強化が求められており、管理栄養士の栄養ケアや栄養相談が一層重視される状況にある。しかし、介護老人保健施設の半数以上が 100 床以上、特養の 3 割以上が 100 床以上の施設であるにもかかわらず、管理栄養士の 2 人体制は進んでいない。しかし、栄養マネジメント加算、経口維持加算、併設の通所サービスでの関連加算を全て取得し、さらに、平成 24 年に基本サービス料に包括された栄養管理体制加算の管理栄養士の常勤配置のための人件費（12 単位/日）を含めて、管理栄養士の 2 人（50 床に 1 名）の配置が十分できる報酬体制となっている。今後の改定において栄養マネジメント加算が包括化される場合の要件として、施設配置基準の常勤栄養士 1 人配置から管理栄養士 50 床に 1 名配置、あるいはそうでなければ減算するという報酬誘導ができるような状況を作っていくためには、各施設において管理栄養士の 50 床当たり 2 名配

置の実態をこの3年間で作っていかなければならない。また、私ども研究者もその論拠を構築していかなければならない。

6. それでは、「栄養ケア・マネジメントは効果が上がっているのか。低栄養の人たちは減ったのか」と言われる。この栄養マネジメント加算が導入される以前に、高齢者の入所・入院していた施設、病院、それから健診の高齢者の血清アルブミンの測定を行い、入所高齢者の3~4割が低栄養状態（血清アルブミン値 3.5g/dl 以下）であった。今現在も、入所高齢者の要介護度は重度化し、看取りまでも対応していきいているので、低栄養状態の割合は変わらない。

7. しかし、栄養マネジメント加算の平成17年10月導入時の1年間の中高リスク者の改善率に比べて、その後の1年間の改善率は高くなりおり、栄養ケア・マネジメントの取り組みの導入によって低栄養状態は改善したと推察される。

8. この度の調査研究には日本健康・栄養システム学会の介護保険施設の臨床栄養師にご協力を頂いた。特養が22施設、老健13施設。全35施設、1,646名の入所者について、この教材の後ろにあるアセスメント・モニタリング表にチームで記載して頂いた。

低栄養状態の中高リスク者の低リスク者と比べた特性は、中高リスク者では、90歳以上、要介護度は4、5、認知症高齢者日常生活活動度Ⅲ以上、食事中の徴候・症状としては傾眠、食事の失認や拒食、偏食等があること、摂食嚥下障[藤島]のグレードでは障害有に分類され。食事時間（介助時間）45分以上、食事形態は嚥下調整食、さらに、1年間の熱発、肺炎既往歴、入院経験有が挙げられた。

9. そこで、左側のように、ベースライン調査後の7ヶ月間に入院、死亡、在宅復帰等のイベントがいつ起きたかを調査した。入所高齢者のうち低栄養状態の中高リスク者は7ヶ月間の死亡リスク（性、年齢、バーサルインデックス、併存疾患指数で調整）が低リスク者の2倍程度になっており。7ヶ月間で死亡しやすかったということになる。

一方、右側のように、ベースライン調査後の7ヶ月間に低栄養リスクを維持した者や中高リスクから低リスクに改善した者は、低栄養状態のリスクが悪化したり中高リスクのまま改善できなかった者に比べて、死亡リスクは0.267と5分の1に減っていた。つまり、入所高齢者の低栄養状態を改善することによって死亡のリスクは抑えられることが示唆された。それゆえ、栄養ケア・マネジメントによって低栄養状態の対応をすることは重要である。

10. 栄養ケア・マネジメントの質を確保するためには、管理栄養士の人数を適正に配置していくことは大事である。まず、左側のように、入所高齢者の食事摂取量 75%未満の中高リスク者の 1 年間の低栄養リスクへの改善率に関連要因を全て投入してみても、管理栄養士の配置数は独立した関連要因となり、100 床当たり 2 人以上配置した施設が 2 人未満の施設に比べて食事摂取量が 2 倍程度改善しやすいことを示した。

また、右側のように、1 年間の最期まで経口維持して看取りの有無に対し、同様に多様な関連要因を投入後、管理栄養士 2 人以上の施設は、2 人未満の施設に比べて、経口摂取で最期まで看取っていることに関連する独立した要因であった。

11. 左側は、名古屋大学の葛谷雅文先生との研究から、全国（3 割抽出）の特養の摂食嚥下困難者は、療養病床や回復期リハビリテーション病棟よりも多く、23.7%であった。右側は、この度の研究で、このような特養の摂食嚥下困難者に対し、管理栄養士の 2 人配置の施設では、1 人配置の施設よりもベースライン時よりも 7 ヶ月間の入院のリスクが 62%低いことを示した。

12. 介護保険施設は自信を持って 100 名に 2 人配置（50 名に 1 人配置）を推進して行ってほしい。今後 3 年間で管理栄養士の業務分析等をしていく必要がある、この度の調査では、左側のように管理栄養士の配置数によって業務を構成する業務内容別の時間が変わってきている。管理栄養士 1 人の場合には、全業務時間に占める給食経営管理 40%未満の施設は 65%近く、2 人配置の施設においては、20%未満が半数となり、40%未満が 9 割近くになる。その結果、その他に分類される時間の割合が増えている施設が多くなる。その他の時間は介護予防事業や連絡調整などに充てられており、つまり、経口維持チームの調整や在宅連携強化のための在宅訪問にも参加していけるようになると考えられる。そして、右側のミールラウンドは、管理栄養士 2 人配置の特養においては、毎日行われており、1 人配置では週 5 回が多く、毎日では当然ながら不可能であった。

13. まず、日名子先生の話においても、平成 25 年度の当学会による研究成果が引用されていたが、左側のように摂食嚥下障害グレードが重度であっても、この経口維持加算がほとんど取得されていなかった。また、右側のように、とろみ剤を使っていれば、経口維持加算（Ⅱ）は取得すべきと考えられるが、取得していない施設が 66%という状況だった。

14. そこで、経口維持加算、経口移行加算は、療養食加算のどのサービス提供が、摂食嚥下困難者対して有効なのかということになる。特養における左側の摂食嚥下障害のある人たちに経口維持加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の有無と、右側の療養食加算の有無を比較してみる

と、ベースライン時から7ヶ月間の入院リスクの抑制には経口維持加算の取得が有効であった。なお、これは(Ⅱ)はほとんど取られていないので、(Ⅰ)の取得が有効ということであった。そして、療養食加算は、入院を抑制には効果がないということがわかった。

15. そこで、この研究事業において、経口維持加算、経口移行加算を2種以上、取得している施設に訪問した。管理栄養士が調整役をしてチームで食事の観察(ミールラウンド)をしている。この写真は、調査の協力施設からの提供写真である。通常は、3職種ほどの自然な形で、高齢者のストレスにならないように配慮し、食事時の観察をしている。そのまま、フローで一緒に相談してカンファエレンスとしていた。管理栄養士、介護職、看護師、ケアマネージャー、調理師等の日常的に施設に在住している職種が担っていた。ここに、必要に応じて、医師、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士が参加してきていた。
16. 教材の後ろにあるアセスメント・モニタリング表を用いて1,162名の入所高齢者のミールラウンドに参加した職種は、摂食嚥下困難、次は姿勢・認知症関連症状、口腔のいずれも管理栄養士が最も多くかかり、次が介護福祉士、看護師。そして口腔の問題になると歯科衛生士、歯科医師が他に比べて参加している施設が多くなっていた。なお、このアセスメント・モニタリング表は調査のためなので分量が多いので、この度の経口維持加算のための様式例は計画も入れて1枚程度の簡便なものとなっている。
17. 訪問した施設のミールラウンドの流れは、スライドに示した。入所すると、まず、水飲み試験や、食事試験等によって、摂食嚥下機能の低下について検査する。次に医師の指示を得て、多職種協働によってミールラウンドする、その後フロー等に参加職種が集まって多職種での意見交換(カンファレンス)をし、検討する。管理栄養士は、食事形態の変更を調理師にオーダーする。そして、経口維持計画案を立てて担当者会議で、説明し討議して、入所者、家族に同意を得て決定する。医師の指示は、ミールラウンドの前にもらう。
18. ミールラウンド時の観察の様子である。但し、もう少し、距離をおいて観察した方がよいと。
19. 平成25年度の調査研究事業では、鎌倉やよい先生が、問診や観察によって摂食嚥下困難な症状を抽出するという質問表を作成した。1,646名に観察された項目を示している。この度の介護報酬改定において、食事の観察とカンファレンスに担当職種が取り組

んで経口維持計画を作成するプロセスが介護報酬として評価され、現場が日常的にやっていることが加算の評価を受けて、最期まで高齢者の食べることを支援できるようになるのは、よいことである。

21. 一方、介護保険施設と在宅との連携の問題が出てきている。これは、研究班の委員である荻部氏が実際の取り組みとしてきたので、後に解説されている。管理栄養士の居宅療養栄養管理指導についての調査を、小山秀夫委員長となる本学会で取り組んだが、利用者は、訪問看護が必要な重度化した者であり、老健が在宅復帰強化に向けて対応していくのは、もう少し軽い要介護度の者であるだろうが、食事準備、食事内容、治療食等、多岐にわたっていろいろと心配や困っていることがわかった。
22. 葛谷先生らの研究班に参加して、神奈川県横須賀市・三浦市の居宅サービスの介護支援専門員を対象として管理栄養士に相談したいことは何かという調査をしているが、これも、食事形態、栄養補助食品、食事内容から食欲不振といろいろとあがっている。しかし、この地域に在宅サービスを担当する管理栄養士は殆どいない。
23. 特養、老健から入所・退所者の情報は、病院・在宅に伝えられていた。しかし、例えば食形態の用語は地域の施設・病院でばらばらで役に立っていない。摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食やとろみ剤のレベルを用いて食事形態に関する情報を伝えるときには、共通用語を用いることが必要である。私どもの今回の調査でも、ほとんどの施設が自分たちの施設で用いている形態名称は、この摂食嚥下調整食のレベルを用いて書き換えることができていた。
24. 地域高齢者の施設・病院・在宅の連携できる栄養ケア・マネジメント体制は、厚生労働省の三浦老健局長が老人保健課課長の当時の平成 18 年には、殆ど作られた。しかし、実践されてこなかった。この問題の解決には、地域包括ケアシステムの要となる特養、老健の管理栄養士の配置数が 50 床に 1 人、100 床以上に 2 人配置を推進し、施設の栄養ケア・マネジメントや経口維持の取り組みはもとより、管理栄養士が在宅サービスや地域の介護予防・日常生活総合事業などにも参画してことが求められる。
25. 地域包括ケアシステムの推進において、次の改定の布石として、中間型施設である老健からの在宅復帰のための訪問指導に管理栄養士が関わってくことはとても大事である。また、特養施設においても配食サービス等があったり、通所サービス事業所があったりする中で、地域の中での特養としての栄養・食事サービスの在り方が、今後の課題である。

26. 以上の研究成果から今後の栄養ケア・マネジメントの再生に向けての提言をまとめた。

1) 管理栄養士の 100 床当たり 2 名以上の配置を推進すること、2) 経口維持の取り組みとしての多職種によるミールラウンドやカンファレンスの推進、そのための関連職種のための一定の研修の必要性、3) 栄養ケア・マネジメント、その基本、4) 歯科衛生士の配置や協力体制の推進、5) 老健からの在宅復帰者に対する管理栄養士による在宅訪問の栄養食事指導（栄養相談）の推進、7) 今後これらの再生の取り組みについての効果検証が求められる。

経口維持の取り組み

苅部 康子

(社会福祉法人 親善福祉協会 リハパーク舞岡 栄養課長)

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)

「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」

経口維持の取り組み

委員 臨床栄養師 苅部 康子

(社会福祉法人 親善福祉協会 介護老人保健施設 リハパーク舞岡 栄養課長)

1

施設入所前の「食べること」に関する情報収集

- どこで、誰と、どのようなもの(食形態、療養食)
- 食事や水分補給の回数及び量
- 残食の状況(どのようなもの、どの位)
- 食事の時間 食事に掛る時間
- どのように食べていたか(使用食具、認知機能、半側空間無視の有無、介助の状況(誰が、どの位))
- 何か食べることの障害になっていた問題はあったか
- アレルギーの有無
- 食欲の状況、本人の好きなもの、嫌いなもの
- 栄養補助食品など

2

施設入所時の対応

- 病院など、以前の食形態に用いていた用語が違う場合には、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のグレードの食形態やとろみであったかを確認しておくのが望ましい。
- この情報を元に暫定的な食形態の食事を提供してみる。(注意を要する場合は一つ下の食形態の提供を試みる)
- 食形態は、主食や主菜、副食ごとにいくつかのレベルを用意しておく。
- 嚥下機能にあわせたとろみの濃度を用意しておく。

3

食形態一覧

【リハパーク舞岡の食事形態】



レベル	トレーニング バリエーション 例
L0	1食 1品 エングリッド フルーツゼリーりんご・ブルーベリー
L1	嚥下トレーニング食 1食2品 150kcal エンジョイゼリー くりん コーヒーゼリー エンジョイゼリー
L2	嚥下食 2~3食 3品 1200kcal 煮豆腐 卵豆腐 茶わん蒸し 重湯ゼリー お茶ゼリー カスタードプリン パパロア エンジョイゼリー 水分補給とろみ1.5%
L3	嚥下食 2~3食 4品 1200~1400kcal ムース食 表ごし ポタージュ とろみ ゼリー粥 水分補給とろみ1.5%
L4	介護食 全粥 軟飯 ソフト食 1400~1600kcal 水分補給とろみなし
L5	普通食 1600kcal

4

とろみ調整食品使用に関する情報提示①

学会分類2013(とろみ)表早見表

	段階1 薄いとろみ 【Ⅲ-3項】	段階2 中間のとろみ 【Ⅲ-2項】	段階3 濃いとろみ 【Ⅲ-4項】
英語表記	Mildly thick	Moderately thick	Extremely thick
性状の説明 (飲んだとき)	「drink」という表現が適切 なとろみの程度 口に入れると口腔内に広がる 液体の種類・味や温度によっ ては、とろみが付いていること があまり気にならない場合も ある 飲み込む際に大きな力を要し ない ストローで容易に吸うことが できる	明らかにとろみがあることを感 じがありかつ、「drink」とい う表現が適切なとろみの程度 口腔内での動態はゆっくりで すくには広がらない 舌の上でまとめやすい ストローで吸うのは抵抗があ る	明らかにとろみが付いていて、 まとまりが良い 送り込むのに力が必要 スプーンで「eat」という表 現が適切なとろみの程度 ストローで吸うことは困難
性状の説明 (見たとき)	スプーンを傾けるとすつと流れ おちる フォークの歯の間から素早く流 れ落ちる カップを傾け、流れ出た後に は、うっすらと跡が残る程度の 付着	スプーンを傾けるととろとろと 流れる フォークの歯の間からゆっく りと流れ落ちる カップを傾け、流れ出た後に は、全体にコーティングしたよ うに付着	スプーンを傾けても、形状があ る程度保たれ、流れにくい フォークの歯の間から流れで ない カップを傾けても流れ出ない (ゆっくと塊となって落ちる)
粘度 (mPa·s) 【Ⅲ-5項】	50 - 150	150 - 300	300 - 500
LST値 (mm) 【Ⅲ-6項】	36 - 43	32 - 36	30 - 32

学会分類2013は、概説・総論、学会分類2013(食事)、学会分類2013(とろみ)から成り、それぞれの分類には早見表を作成した。

本表は学会分類2013(とろみ)の早見表です。本表を使用するにあたっては必ず「嚥下調整学会分類2013」の本文をお読みください。
なお、本表中の【 】表示は、本文中の該当箇所を指します。

5

とろみ調整食品の濃度見本



入れ過ぎ

とろみ調整食品使用に関する情報提示②

とろみ調整食品使用者一覧

ユニット	氏名	疾病・既往歴	食事形態		とろみ剤使用食品	とろみ剤濃度
			主食	副食		
1-C		腰部脊柱骨折症 腎不全 脳梗塞	軟飯	ソフト	汁物、水分	0.5%
1-C		脳出血後遺症 高血圧 うつ病 高尿酸血症	パン粥	ムース	汁物、水分	1.0%
1-C		くも膜下出血 右10-PC動脈瘤破裂 水腫症	全粥	ソフト	汁物、水分	0.3%
1-D		パーキンソン症候群 認知症 高脂血症 脳血管性障害 糖尿病	全粥	ソフト	汁物、水分	0.5%
1-D		肺炎 慢性肺炎 喘息 気管炎 白内障	軟飯	ソフト	汁物、水分	0.3%
1-D		脳梗塞 神経伝達障害 腎不全症候群 経鼻経管炎 心原性肺水腫	常食	常食	汁物、水分	0.3%
1-D		認知症 慢性胃炎 脱水症 左大腿骨頸部骨折	パン粥・全粥	ムース	汁物、水分	1.0%
1-D		心不全 心原性肺水腫 深部静脈血栓症 脳梗塞 甲状腺機能低下症	パン粥 全粥	ソフト	汁物、水分	0.5%
1-D		DM	軟飯	ソフト	汁物、水分	0.3%
2-A		腎臓小脳疾患 十二指腸潰瘍	全粥	ソフト	汁物、水分	0.8%
2-C		肺炎 肺 HT AP	全粥	常食	汁物、水分	0.3%
2-D		慢性心不全 脳卒中後遺症 高血圧 高脂血症 白内障 右大腿骨頸部骨折	全粥	ソフト	汁物、水分	0.3%
3-B		リウマチ性多発性関節炎 骨格そう症 本態性指利 認知症	全粥	ムース	汁物、水分	0.50%
3-B		糖尿病	全粥	ソフト	汁物、水分	0.5%
3-B		大動脈瘤	全粥	ムース	汁物、水分	0.3%
3-B		第4頸椎圧迫骨折 身体機能低下 難聴 右外ソノイ(ヘルニア)手術 大腸癌手術後	全粥	ソフト	汁物、水分	0.3%

とろみ調整食品の濃度標準化



6

ミールラウンドをチームで行う

- 医師や歯科医師とミールラウンドを行うことが望ましい。
- 食事は入所した時から始まるので、不在の場合であっても管理栄養士、介護職、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士等で、まず食事時の観察を行う。

リハパーク舞岡のミールラウンド各職種の主な担当

判断内容 職種	経口摂取前 提条件(条件 の確認)	経口摂取 初回	口腔ケア	姿勢	食物形態	食器・食事 環境	テクニック	直接 トレーニング	間接 トレーニング	スクリーニング
医師	○									○
看護師	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
リハビリ		○	○	○	○	○	○	○	○	
管理栄養士	○	○			○	○		○		
介護職	○		○	○	○	○	○	○	○	
歯科医師			○		○		○			○

資料 「はじめての経口摂取マニュアル2版 監修 岡田澄子 藤田保健衛生大学衛生学部リハビリテーション教授」

7

観察のポイント

- ① 落ち着いた雰囲気ゆっくり
- ② 問題を把握してすぐに修正できるものかを検討する
姿勢や食具は適切なものにすぐに対応する
(計画に記載する)
- ③ 食事を認識困難な場合には「次は何ですよ…」と
声をかけながら進める
- ④ アセスメント票にチェックする
- ⑤ 低栄養に特に関連した問題の把握方法について、
摂食困難な徴候・症状である「噛むことが困難」
「硬いものを避けて、やわらかい物ばかり食べる」
などを観察する

8

ミールラウンドによるアセスメント

9

食事中硬いものを避け、 やわらかい物ばかり食べる



食事形態 軟飯 ソフト食(嚥下調整食 3)
とろみ うすいとろみ(0.3%)
カリフラワーやブロッコリーな
どの茎を残す。↓

摂食・嚥下の観察

- 聞き取り「**歯が痛い**」
- 麻痺側の口腔残渣を確認
- 歯科受診(口腔ケア)の依頼
- 全職種で食事形態の評価
- 水分・汁物にとろみ調整食品を使用

10

噛むことが困難

食事形態 全粥 ソフト食(嚥下調整食 3)
とろみ うすいとろみ(0.3%)



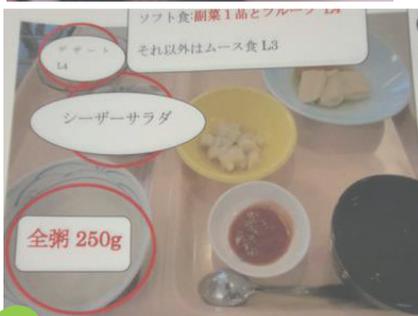
- ↓
- 摂食・嚥下の観察
- 聞き取り
 - 「ブロッコリーの茎が硬い」
 - 口腔残渣を確認
 - 全職種で摂食・嚥下の評価
 - **咀嚼・送り込みが不十分への対応が必要**
 - 食事形態の見直し 全粥
ムース食(嚥下調整食 2A)へ

11

食事に30分以上掛る



食事形態 全粥 ソフト食(嚥下調整食 3)
とろみ うすいとろみ(0.3%)



↓

摂食・嚥下の観察

- **口腔残渣を確認**
- 全職種による摂食・嚥下の評価
- **長時間口腔内に溜め込みもみられる**
- 歯科受診(口腔ケア)
- 食事形態の見直し(口腔内の残渣が多い食材のみをムース食へ見直す。食べられる食材はソフト食のまま)
- 水分・汁物にとろみ調整食品を使用

12

硬いものを残す

食事形態 全粥 ソフト食(嚥下調整食 3)

「硬いものはイヤ」食事量低下により1ヶ月3%の体重減少あり



ソフト食



ムース食

食べる様子を観察→摂取量の評価→カンファレンス→精神科受診
診療内容→ミニカンフレンス→食事形態の見直し→全量摂取
→うつ症状の改善あり一品ずつ食事形態をソフト食へ見直す

13

座位保持困難



前



後

安定した座位をとる



食事中の姿勢・嚥下を観察
→ リハビリ課へ相談
→ シーティング開始
→ 改善、咽込みも軽減された。

テーブルの高さを調整する
しっかりと床に足がつくように調整する
膝は90° になるようにする
(車椅子でもフットレストではなく、床に足がつくようにする)

14

シーティング:座位保持の中核となる技術であり、そしてノウハウである。(日本車椅子シーティング協会)

食べるときに下顎が出る

前



リクライニング位だと円背で
頸部伸展位となってしまう

後



足元のほうにずれない
よう足をあげておく



リクライニング位を選択し
た場合には必ず頸部前屈
にする(4横指程度)



頸部伸展位とならないよう
に枕をあてて調整する

介助にて摂食するため、30° 程度のリクライニングとした

食事中の姿勢・嚥下を観察

- リハビリ課へ相談
- リクライニング位を選択し、枕で調整、全介助にて摂食
- 改善、咽込みも軽減された。

15



傾 眠



腕を組み、傾眠される。
声掛けを行っても食べ始める
ことができない



声掛けに加えスプーンと
茶碗を持って頂くと、食べ始
めることができる

食事の観察

- CWと検討・OTへ相談
- 声掛け・ボディータッチ・スプーンと茶碗を持って頂く
- 自力で全量摂取へ

16

拒否 その①



ハーフ量+補食
 「味噌汁を熱くして」
 「余分なジュースは要りません」

見た目の工夫 提供温度の工夫
 食席の変更

食事の観察

- 管理栄養士・CW・ご家族と検討
- 全職種で検討(普段の食べる環境と違うのではないか)
- 提供方法や声掛けに対するケア方法を統一
- 食事量の改善

17

拒否 その②



弁当箱

どんぶり



ワンプレート

食事の観察

- CW・OTと検討
- 視空間認知障害が考えられたため、情報量を少なくするため
 ワンプレートや弁当箱に盛り付ける、一皿ずつ提供するなど検討
- 食事量の改善

18

失認 ①



麺類を提供
副食は一品ずつ増やし配膳
食間の水分補給では、そっとテーブルに置くと召し上がった。

主食は麺類で副食も召し上がられるようになった

食事の観察

- 管理栄養士・CW・NS・OTと食べる対象物として認識していない可能性があることが検討された
- 全職種で検討
- **情報量を少なくし、過去の職歴、五感の活用(嗅覚)**
- 提供方法や声掛けに対するケア方法を統一
- 食事量の改善

19

失認 ②



ちらし寿司にのせた
赤い紅生姜が視覚に働き、
食事の認識を助けた



赤いねり梅が視覚に働き、
食事の認識を助けた

食事の観察

- 管理栄養士は、CWと検討
- OTへ相談
- **五感の活用を検討**
- **食べ物を「食べる対象物」として認識ができるようになった**

20

失認 ③



ゼリーを示しても、食べ物の
認知が出来ない



食べ物の認知を高める工夫
食物のカードを示す

食事の観察

→ 管理栄養士はCWと検討

→ OTへ相談

→ **五感の活用を検討**

→ **食べ物を「食べる対象物」として認識**ができるようになった

21

失認 ④



食器の柄やランチョ
ンマットの絵柄が気
になり、食事が開始
されない



凹凸がなく、無地の
食器に変更

食事の観察

→ 管理栄養士はCWと検討

→ OTへ相談

→ **五感の活用を検討**

→ **食べ物を「食べる対象物」として認識**できるようになった

22

失行



小鉢をそのまま
口元へ運ぶ



食具を逆さまに持っ
たり、眺めている

手で持って食べられる
パン食やおにぎりを取り入れる



料理カードを活用
し、好みのメニュ
ーを聞き取る

食事の観察

- CWと検討・リハビリ課へ相談
- 声掛け・ポディータッチ・スプーンと茶碗を持って頂く、
手で持って食べられるもの、好みのメニューを聞き取り、
食席を変更(他利用者の摂食動作が刺激に)
- 自力で全量摂取へ

23

早食い・詰め込み・丸呑み



器を持って流し込むように
食べる

カトラリーの変更



窒息の危険から
米飯→全粥に変更



別の器に盛り付けて
小分けにして提供

食事の観察

- CWと検討・リハビリ課へ相談
- 介助者を付け、声掛けや介助をしてペースを調整し、
食べる速度を学習してもらう
- スプーンを小さくして一口量の調整やすすり食べを防ぐ
食形態の変更を検討、器を小分けにして提供
- 安全に摂取できるようになった

24

脱水状況①



食事がとれているか、水分量は目標量補給できているか

握手をして手の温度を確認

冷たければ疑わしい→脱水症になると、血液は生きていく上で重要な臓器に集まる。そのため手足などには血液が行かず冷たくなる。

25

出典：谷口秀喜 イラストでやさしく解説 「脱水症」と「経口補水液」のすべてがわかる本

脱水状況②

水分量の確認→手の温度を確認→手の甲をつまみ3秒以上跡が残るか確認→水分量が少ないため水分の提供方法の見直しを検討→水分量の改善



手の甲をつまむ



皮膚には、水分がたくさん含まれて弾力がある。脱水の場合水分が減り、弾力性もなくなる。

26

出典：谷口秀喜 イラストでやさしく解説 「脱水症」と「経口補水液」のすべてがわかる本

水分提供の工夫



コーヒー
紅茶
お茶 などし好品の活用



お茶ゼリーや
ポカリゼリーの活用



味噌汁に白湯を足す

HOT or ICE ?
提供する温度も好みにあわせて



コップの形、大きさで
量が少なく感じる

経口維持の取り組み

荏部康子 委員・臨床栄養師

社会福祉法人 親善協会 介護老人保健施設 リハパーク舞岡 栄養課長

1. 当施設の半数は病院からの入所である。65歳以上の高齢者の入院の理由を平成25年版、高齢社会白書でみると、脳血管疾患がもっとも多く、次いで癌、心疾患と続いている。このような疾患をもつ高齢者の場合、摂食嚥下障害や食欲不振などになりやすく、必要な栄養量が摂れなくなり、低栄養状態に陥りやすくなる。介護保険施設に入所された際には、そのような背景を考慮し、一人ひとりの情報を収集し迅速に対応する必要がある。
2. 施設入所前の情報収集として、
 - ・一番目は、前医（病院なのか）、ご自宅だったのか、施設だったのか、どこで誰と、どのような食事形態だったのか、情報を収集する。なぜ、この食事形態なのか、軟らかいものを好むなど咀嚼力の低下なのか、飲み込みにくさによるものか、自分の歯なのか、義歯なのかなどの摂食・嚥下関連からなのか、消化器症状への配慮からなのか、食形態の決定理由は必要な情報である。
 - ・二番目の食事や水分補給の回数および量は、現時点での栄養量の算出に最も重要である。病院や施設の場合は、概ね食事の回数や時間は確認しやすいが、自宅から入所される場合は、食事の回数はわかっても、量や水分補給内容を把握できないことが多くある。
 - ・三番目は残食の状況である。残している原因を確認する。好き嫌いなのか、食べにくいからか、飲み込みにくいからなのか、義歯があわないからなのかなど摂食・嚥下機能低下からなのか、色合いや盛り付けの仕方、トラウマの食材など心理的なものなのか、食べる意欲の低下が原因なのか、食器が重いからなのか、持ちにくいからなのか、食器についても要因を探る。どれくらいを残されているのかを把握し、摂取エネルギーを計算する。
 - ・四番目は食事に掛る時間を確認する。さらに、食への興味が持続できる時間がどうであったのかを確認する。
 - ・五番目はどのように食べていたか、使用していた食具、認知機能、半側空間無視の有無、介助者は誰が、どのくらい行っていたのか。
 - ・六番目は何か食べることの障害になっていた問題があるか、食べ物と認識できない、食物に対する反応がないなど認知機能面、口唇の力が弱い、口腔内の痛み、不快な状態である、義歯があわない、噛むことができない、舌の動きが悪い、咽込みがある、飲み込みに時間がかかるなど摂食・嚥下の課題、自宅から病院や施設入所などによる環境の変化が障害となっている、食事形態があっていなかった、介助方法など介護者側の問題、味覚障害、覚醒不良、排便コントロール、内服薬との関係、自宅では独居で食べる意欲

が低下していたなど精神的な面による食べることの問題があったか、

- ・七番目はアレルギーの有無、
- ・八番目は食欲の状況、本人の好き嫌い、最後の補助食品は、種類、量からエネルギーやたんぱく量を確認する。

3. 施設入所時の対応。病院、施設により食形態の名称は千差万別である。各施設固有の名称での情報伝達を避け、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食分類 2013 のグレードの食形態やとろみ調整食品濃度を確認しておくことを提案する。
4. リハパーク舞岡の食事形態一覧表を示す。左は、当施設の食事形態が嚥下ピラミッドのどのレベルなのかを示し、右はおおよそのエネルギーや、使用食材を示し写真で形態を判断しやすいよう情報を提示したものである。A3 の大きさカラーコピーし、ご家族やご本人に現在の食形態のレベルを説明するときに活用している。
5. とろみ調整食品に関する情報提示①、とろみの濃度の標準化をはかるため、他職種にも分かりやすい写真を使用している。
6. とろみ調整食品を利用している方の一覧表を作成し多職種で情報を共有する。
7. ミールラウンドをチームで行う。医師や歯科医師とミールラウンドを行うことが望ましい。食事は入所した時から始まるので、不在の場合であっても管理栄養士、介護職、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士等で、まず食事時の観察を行う。
8. 観察のポイント 遠くから観察した方がよい場合もあるので、観察の距離にも配慮する。食べこぼし、上手に食材がとれない、咽の有無、傾眠の有無など食に関する一連の動作がスムーズに行えるのかを観察する。
9. 当施設での実際の栄養アセスメントを示す。認知面、摂食・嚥下の課題をそのままにしておくと、低栄養状態のリスクは高くなり、ADL の低下、介護状態の重度化につながる。私たち管理栄養士の役割は、健康寿命を延ばすことだと考える。そのためにもミールラウンドは重要である。
10. 食事中固いものを避け、やわらかい物ばかり食べる方。左麻痺がある。日常のパタカラ体操では、タ、カ、ラはゆっくり発音すれば可能である。そのため食事形態はソフト食、嚥下調整食 3 段階で提供していた。ミールラウンドの際、いつも全量摂取していた

のに、カリフラワーやブロッコリーの茎の部分を残されていた。口腔内を確認すると、左側の麻痺側とは反対の右側に食物残渣が認められた。う歯が原因であることがわかり、歯科受診を行い、あわせて歯科衛生士による口腔ケアの介入が開始された。歯科治療が終了するまでは、食べにくい食物は食事形態を一つ落とし提供した。

11. 噛むことが困難な男性。長年義歯を使用していなかったこともあり、まず当初の目標に義歯装着に慣れること。平衡してパタカラ体操や 舌突出嚥下訓練を取り入れ、機能が改善するまでは一旦ムース食に食形態を見直すことにした。
12. パタカラ体操に参加されているものの、意識的にしっかりと発音をされている様子はみられず、お食事は介助することが多くなってきた、食事時間に 30 分以上掛る女性。意志の疎通がはかれないため、介護職が行う口腔ケア時に同席し、どのような食物残渣があるのか確認した。鱈のマヨネーズソース掛けやみかんの缶詰の残渣があった。全粥や南瓜などすり潰せる食材の残渣はなかった。残渣がない食材は、ソフト食のまま、菓物や魚はムース食で対応した。また、管理栄養士の提案で、お茶ゼリーをつけ交合嚥下を行い、食事の時間は 50 分以上かかっていたのが、30 分程度、疲労感なく、姿勢崩れなく食事を摂ることができている。
13. 高齢者のうつ病は、認知症と似た症状を呈し「仮性認知症」ともいわれるほど、鑑別がきわめて難しいといわれている。高齢者のうつ病は自発性の低下や発言の減少、食欲の低下などから認知症とまちがわれがちである。この方の場合は、ご主人を亡くされて、日常生活がおくれなくなり当施設に入所となった。全粥・ソフト食を提供していましたが、食事量はみるみるうちに減少。試にムース食を提供したところ「食事が楽になりました」と言って全量摂取に回復した。
14. 座位保持が困難な対応。食事の基本姿勢は、食べ物を口の中に運び、食べ物を咀嚼し、食べ物を飲み込むことが必要となる。この動作では、手で箸や皿を持ったり、顔をテーブルに近づけたりするが、重心を前方に移動させることをしている。腹筋や背筋の力に加えて足の踏ん張る力が必要になる。力を入れやすくするためには、椅子やテーブルを適切な高さに調整することが重要となる。車椅子で食事をする場合、フットサポートに足を乗せたままだと、食事動作の際に重心を前方に移動させにくくなるため、足をフットサポートから下ろす方がよい。また、一般的な車椅子の座面は、前方がやや高くなっており、傾斜がついている。このため、筋力の弱い高齢者や麻痺のある方は、重心を前方に移動させることが通常の椅子の場合よりも難しくなり、食事が大変な作業になる。スライドのようにセラピストと協働し、食事時の座位姿勢を整える支援を実践する必要がある。

15. 背中が曲がっている方の場合、この姿勢で顔を上げるとあごを突き出した格好になる。これはちょうど、人工呼吸を行うときの気道確保の姿勢、つまり空気が通りやすい姿勢となり誤嚥しやすいので、注意が必要となる。枕を少し頭より下側の位置にあります。こうする事であご引いた姿勢になり食事をする上でむせにくい姿勢になる。
16. 食べ始めることができない場合は、食事を目の前においても食べようとしないだけでなく、食器を並び替えることを繰り返して食べようとしない、スプーンをさかさまに持つなど食器の使い方がわからなくて食べ始めることができない場合もあり、食卓にお花など食物以外の物が情報の妨げとなり食事が開始できない場合もある。このあとの事例で、紹介する。
17. 人それぞれの食事の習慣があります。新しい環境に馴染むまで時間が必要である。在宅の食事では好みにあわせた食事内容なことや、親しんだ食器、盛り付け方などさまざまである。家族と協力し可能な限り本人の嗜好にあわせた食材や食器・食具を調節する。
18. 空間における物の位置や、物と物との位置関係がわからない（視空間失認）の場合は、情報量を少なくするため、ワンプレート（一皿に盛りつける）や弁当箱に盛り付ける。コース料理のように一品ずつ配膳する方法もある。
19. 失認とは食べ物だとわかっていない、食材や道具がどこにあるか気付かない、食べ物の大きさを自分の口の大きさに合わせる事が出来ないこと言う。入所日も翌日も食事に手をつけなかった。翌日の昼食にミニカンファレンスを開催した。そっと飲み物を配膳すると飲んでくれたという介護職の情報や、失認の可能性があるとセラピストのアセスメント、介護支援専門員から若いころ蕎麦屋を経営されていた情報を得て蕎麦を提供した。失認の可能性もあることから一品のみ提供し、徐々に品数を増やした。
20. 料理の色によって見えにくいことも想定されるため、ご飯を白い器によそわず、内側は色が濃いものを使用するなど工夫も必要だが、失認の方には、視覚（彩）、嗅覚（食欲が沸く香り；トーストしたパン、入れたコーヒー等）、聴覚（グラスに氷を入れる）、味覚（濃い味、メリハリ）、触覚（パンやおにぎりなど手に持って食べられるもの）など、五感を用いた内容を試してみることもよい。
21. 一年間胃ろうだった女性。食べることを忘れてしまっていた。嚥下に配慮したゼリーから経口移行を開始する際、パックに入った食材は、食べ物であることがわかりにくく、会話を進めると興奮してしまった。OTに相談し、五感の活用を検討、カードを使用し食べる対象物として認識することができるようになった。

22. また、注意障害と視空間認知障害により食器やテーブルクロスの様や凹凸などが気になり食事が開始できない場合もある。凹凸がなく、無地の食器に変更することで落ち着いて食事が開始されることがある。
23. 失行とは、運動障害はなく、手や足が動くのに、まとまった動作や行為ができないことである。利き手に箸、もう一方の手に食器を持って頂くと、食べるスイッチが入る方もいる。認知症が重度になり、食具の使用が難しい場合は、サンドウィッチやおにぎりなど食具を使用せずに食べられる食事形態を用意すると良い。
24. かきこみ対応には①口腔体操を毎回する、②水分はとろみでばさばさした物や乾いた食材は使わない、③カトラリーの変更、④小分けにして提供する等をする。
25. 食事がとれているか、水分量は目標量補給できているか確認する。
26. 皮膚には、水分がたくさん含まれて弾力がある。脱水の場合水分が減り、弾力性もなくなる。
27. 水分補給の工夫として、嗜好品の活用、温度、ゼリーの活用、また見た目でも量が少なくなる工夫もよい。

摂食・嚥下の具体的なアセスメントの実際
(実習)

大原 里子

(東京医科歯科大学 講師)

摂食・嚥下の具体的なアセスメントの実際

口腔機能の低下は要介護高齢者だけではなく、自立高齢者にも多く生じ、要介護状態となる要因になります。口腔の条件を整えることは、咽頭の条件を整えるよりも、容易に実施可能であり、咀嚼機能と嚥下機能に良い影響を与えます。

本日の研修は、口腔の問題を把握して、口腔の条件を整えることにより、おいしく安全に食べられるよう支援することを目的としています。

東京医科歯科大学歯学部附属病院歯科総合診療部
大原 里子

要介護高齢者の口腔の問題について

1. 口腔乾燥
2. 口が開きにくい。口が閉じられない。
口から食べていない。
3. ブクブクうがいができない。
4. 咀嚼力の低下
5. 口の中の問題
汚れが多い、入れ歯が合わない、大きなむし歯、
ぐらぐらする歯、歯肉の腫れ、口内炎、強い口臭等。
6. 上記が影響する嚥下機能低下、味覚機能低下。
(口腔の条件を整えることにより改善可能。)

1. 口腔乾燥の把握

- a. 口腔粘膜の乾燥や発赤。
- b. 口呼吸をしている。
- c. 口が開いている時間が長い。
- d. 泡の多い又は糸を引く唾液。
- e. 2種以上の薬を服用している。

口腔乾燥により咀嚼、嚥下、味覚機能が低下する。
口腔乾燥は食事に悪影響を与えるので、保湿が必要となる

3

乾燥した舌



4

唾液の働き

①咀嚼・嚥下・発音が楽になる。

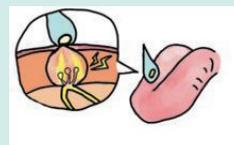


ゴックン



②刺激から口の中の粘膜を守る。

③食べ物の味を感じやすくする。

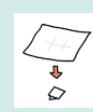


④口の中をきれいにする。

5

唾液が少ない時と多い時の 味の感じ方の違いを体験します

1. 舌の表面をよく乾燥させる
(舌をくちびるで軽くおさえておく)



2. 乾燥した舌に塩をのせて5秒間待つ



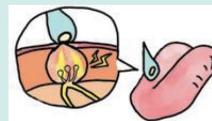
3. 舌を口の中にもどす



6

唾液と味の関係

食物の中の味覚物質が唾液にとけて、
味蕾にある味細胞が味を感じます。



乾いた舌では塩のしょっぱさを感じません。



塩が唾液にとけて、しょっぱさを感じます。



唾液の量が少ないと味が感じにくくなります。
味の刺激によってでる唾液の量も少なくなります。

7

要介護者の口腔乾燥用の保湿剤

1. 保湿効果が高いものが適している。
保湿効果の持続時間が短いと使用回数が多くなる。
2. 刺激が弱いものが適している。
口腔乾燥があると、口腔粘膜は刺激に対する脆弱性を持つため、刺激の強いものは適さない。
3. 味が良いもの又は無味なものが適している。
1日に何度も使用するので、要介護者の好む味のものが適している。
4. 保湿成分入りのものは保湿効果が高い。
効果だけでなく、ケアのしやすさや価格等も考慮する。

8

口腔乾燥に適する保湿剤について

	保湿効果が高い	刺激が少ない	味が良い 又は無味	安価
アズレン含有洗口剤	×	△	△	△
ポピドンヨード含有洗口剤	×	×	×	△
市販の保湿成分入りのもの	○	○	○	△、×
食品 水、茶、蜂蜜等	△、×	○	○	○

9

2. 開口の問題の把握

- a. 口を開けることができない、拒否する。
- b. 口が開きにくい。
- c. 口を閉じることができない。
- d. 口から食べていない。

口を開ることができないと、口腔を清潔に保つことや口腔の問題把握が困難となる。口が閉じられないと嚥下が困難になる。

経口摂取をしない場合でも、口腔に細菌が繁殖する。嚥下障害により経口摂取をしていない者は、唾液の誤嚥のリスクが高く、特に口腔の細菌を少なくする必要がある。¹⁰

むせや飲み込む力が落ちる原因は？

1. 咀嚼力が弱くなる
2. 唾液の量が少なくなる
3. 嚥下に働く筋肉が弱くなる
4. 味覚が鈍くなる
5. 注意・集中力の低下
6. 嚥下に働く反射が遅くなる

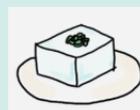
11

小さいものは飲み込みやすいか？

錠剤、カプセルは小さくても飲みにくい



きぬごし豆腐やプリンは
大きくても飲み込みやすい



飲み込みやすい食べ物の形は、まとまっていてやわらかく密度が均一で表面のすべりがよいもの(食塊)

咀嚼により飲み込みやすい食塊が作られる

食べ物を小さくするためにきざむと、ばらばらになってかえって飲み込みにくく、誤嚥しやすくなる

12

実習1. 反復唾液嚥下テスト (RSST) repetitive saliva swallowing test

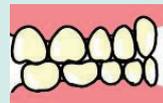
他の嚥下機能のスクリーニング方法に比べリスクが少なく簡便。
3回未満(2回以下)の場合は、嚥下機能の低下が疑われる。

- (1) 検査者が被験者の喉頭隆起と舌骨相当部に指を当てる
- (2) 被験者に30秒間のあいだで可能な限り繰り返して唾液を飲み込むよう指示する
- (3) 唾液を飲み込んだときに喉頭隆起の動きが何回検査者の指腹を超えたか、その回数を計測する

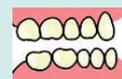
1)	30秒間での嚥下回数 (努力してできるだけ多く飲み込む)	回
----	---------------------------------	---

飲み込みに口の中(歯や入れ歯)が大きく影響することを体験する

1. 奥歯を軽くかみあわせて、口を閉じてつばを飲み込む。



2. 上下の歯に少しすき間を開けたまま、口を閉じ、つばを飲み込む。



かんでいる方が楽に飲み込める。
かんでいないと、飲み込みに多くの力がいる。

実習2 嚥下に与える口腔の影響

嚥下に歯(入れ歯)、口唇、舌が影響することを確認する

	歯(入れ歯)	口唇	舌	①方が楽な嚥下。確認できたら○
①通常の嚥下の状態	軽くかんでいる	閉じている	舌先が上顎の前歯の近く	
②歯(入れ歯)が影響する	かんでいない	閉じている	舌先が上顎の前歯の近く	
③口唇が影響する	軽くかんでいる	閉じていない	舌先が上顎の前歯の近く	
④舌が影響する	軽くかんでいる	閉じている	舌先が舌のつけねの近く	

15

3. うがいの問題の把握

- a. 日常的にうがいはしていない。
- b. ブクブクうがいができない。
- c. ブクブクうがい時にむせることがある。

ブクブクうがいの時には口唇、頬、舌が協調して動いている。咀嚼、嚥下には口唇、頬、舌が協調して動くことが重要である。

ブクブクうがいができないと、口腔を清潔に保つことが困難となる。

16

実習3

うがい 口唇、頬、舌の協調した動きを確認する。
(空気を口に含んでブクブクうがいをして口唇、頬、舌の動きを確認する。)

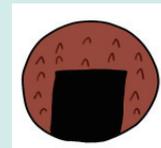
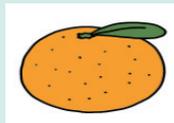
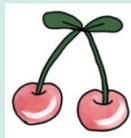
(確認できたら○、できなかつたら×を記入)

1)	ブクブクうがいの時に口唇、頬、舌が協調して動いていることを確認する。	
----	------------------------------------	--

17

咀嚼の働き その1

1. 食感、味、香りを楽しめる



嫌いな食べ物をかまずに丸飲みしたことはありませんか？

18

咀嚼の働き その2

2. 食べ物を飲み込みやすい形にする。

① 前歯で一口大に切る



② 奥歯でかみくだく

③ 奥歯で食べ物をすりつぶして
唾液とまぜあわせる



④ 飲み込みやすい形(食塊)にする

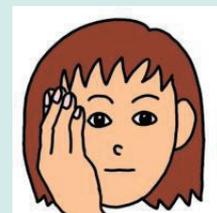
食べ物を小さくきざんでも、すりつぶしの代わりはできない。
かめなくなったら食べ物を柔らかくすると良い。

19

咀嚼の働き その3

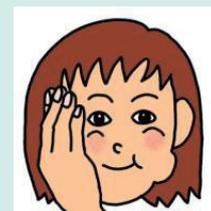
3. 顔の筋肉を鍛える 元気な笑顔を作る

① 指先をくちびる、頬、こめかみに
おき、かんでいない時の筋肉の柔
らかさを確かめる。



② 奥歯をかみしめて、かたくなっ
ている筋肉を確かめる。

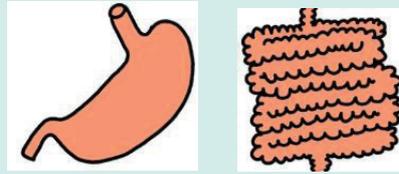
かむとくちびる、頬、こめかみの筋肉が
かたくなる。くちびる、頬の筋肉は笑顔
の表情にとっても大きな働きをします。



20

咀嚼の働き その4

4. 消化吸収を助ける。



5. 唾液の量をふやす。



6. 口の中の汚れを少なくする



21

きざみ食が咀嚼機能低下に有効でない理由

1. きざんだだけでは食物は軟かにならない。
硬くてかめないのであれば、軟かくすることが必須。
2. バラバラでかみにくくなるので、きざんでもかむ回数は減少しない。
3. バラバラで口の中でまとまりにくいいため、きざみ食は咀嚼機能低下者や嚥下機能低下者の誤嚥のリスクを増す。

22

きざんでもかむ回数は減らない。

粒がない状態になるまでの咀嚼回数を測定する。

○弱い力でやわらかいせんべいを咀嚼する。

対象：大学生の120名

同量のせんべい5mm角程度に小さくしたものと、水につけて軟かくしたものの咀嚼回数を比較。

平均咀嚼回数 細かい 31.9回 軟かい 20.9回

○通常力で生のニンジン咀嚼する。

対象：大学生の112名

5gのニンジンのきざみと一口大の咀嚼回数を比較。

平均咀嚼回数 きざみ77.9回 一口大66.7回

介護食のヒント：きざみ食には気をつけよう

○きざみ食と注意点

一般に“噛む機能”が弱い人のためには、食べ物を小さく刻んで食べやすくする工夫をします。これを“きざみ食”と言います。しかし、“刻んだだけのフライ”や“みじん切りのキャベツ”など料理によっては、食べ物の細かい粒が口全体に広がってしまい、飲み込むときにまとめることが出来なくて、むせやすくなります。

つまり、食べ物を細かくしただけの“きざみ食”は、かえって危険なのです。

<http://www.tyojyu.or.jp/hp/page000000800/hpg000000728.htm>

公益財団法人長寿科学振興財団 [健康長寿ネット](#) > [長寿](#) > [高齢者と食事](#) > 介護食のヒント：きざみ食には気をつけよう(抜粋)

4. 咀嚼力の問題の把握

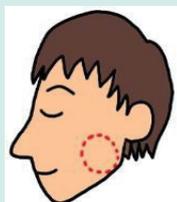
- a. 咀嚼時に右の咬筋が硬くならない。
- b. 咀嚼時に左の咬筋が硬くならない。

咀嚼により食べ物はかみ砕かれ、すりつぶされ、唾液と混ぜ合わされて、嚥下しやすい食塊が作られます。咀嚼機能低下者は硬い食べ物をすりつぶすことができないので、硬い食べ物を刻むだけでは効果がなく、かえって誤嚥のリスクを高めます。軟らかくまとまっている食べ物は噛みやすく嚥下しやすいので、咀嚼機能低下者に適しています。

25

4. 咀嚼力

咀嚼力の低下は嚥下機能低下や唾液量の減少の要因となります。しっかりかむと咬筋が硬くなります。咀嚼力が低下すると低栄養のリスクが高まります。



咬筋が硬くなる位置
(点線部分)



上下の奥歯が触れるだけでは咬筋は硬くならない。自分の咬筋を指で触れて、噛みしめた時と、力が入っていない時の咬筋の硬さを確認すると違いがよくわかる。

実習4 咀嚼時の咬筋の変化

強くかむと咬筋が硬くなるが、弱い力がかむと咬筋が硬くならないことを確認する。

(確認できたら○、できなかつたら×を記入)

1)	強くかむと咬筋が硬くなることを確認する。	
2)	弱い力がかむと咬筋が硬くならないことを確認する。	

27

実習5 咀嚼機能低下ときざみ食

きざみ食が咀嚼機能低下に効果がなく誤嚥のリスクを高めることを体験する咬筋が硬くならない弱い力がかむ。弱い力ではかみ切れない硬めのグミキャンディを使用する。

1)	グミは <u>弱い力</u> ではかめないことを確認する。	
2)	通常ので数回かみくだく。通常のでかみしめた際に、舌、口唇、頬が食べ物が奥歯(臼歯)の上にとどまるように動き、口の中に食べ物が広がるのを防いでいることを確認する。	
3)	小さくかみ砕いたグミでも、 <u>弱い力</u> ではかみ砕きやすいつぶしができないことの確認。 (きざみ食が咀嚼機能低下の対応策として無効であることの確認。硬い食べ物を小さくしても、弱い力ではかみ砕きやすいつぶしができないことを体験する。)	
4)	グミを弱い力がかむと、口の中の色々な場所に食べ物が動くことの確認。(きざみ食が咀嚼機能低下者の誤嚥のリスクを高めることの確認。嚥下機能低下がある場合は、さらに誤嚥のリスクを高めることの確認。)	

5. 口の中の問題の把握

- a. 口の中に汚れや食べかすがある。
- b. 入れ歯の歯肉側に汚れや食べかすがある。
- c. 入れ歯がはずれやすい。
- d. 入れ歯を取りはずしていない。
- e. 歯が少ないが、入れ歯を使用していない。
- f. グラグラする歯や大きなむし歯がある。
- g. 歯肉が赤く腫れている。
- h. 口内炎がある。
- i. 強い口臭がある。

口の中は暗く見にくいので、ペンライト等で口の中を明るく照らして確認する

29

入れ歯の汚れ



入れ歯があっていないと、歯肉側の面に汚れや食べかすが多く付く。
歯肉や顎の骨が減るので、年2～4回の定期受診によるチェックが推奨される。

30

乾燥した舌



乾燥した舌は傷つきやすく味もわかりにくくなり、保湿が必要になる。
刺激に弱く、痛みが出やすくなる。

31

大きなむし歯



大きなむし歯は痛みや膿、腫れの原因になり、食欲を低下させる。
むし歯が舌を傷つけることもある。

32

頬粘膜の口内炎



口内炎があると痛みが出て食欲が低下する。

33

歯肉の潰瘍



歯肉に潰瘍があると痛みが出て食欲が低下する。

34

咀嚼・嚥下機能に問題のない若く元気な人であっても、口内炎やむし歯の痛みがある場合は、食べる量が減少する。口の中の痛みや不具合が食事を与える悪影響は、低栄養のリスクのある高齢者にはより大きくなる。口腔アセスメントを活用することにより、口腔の問題の把握が容易になる。口から食べる楽しみを継続できるように、多職種協同が今後ますます重要になると考えられる。

35

口腔に問題がある場合は、かかりつけ歯科医、協力歯科医療機関等に相談することが推奨される。かかりつけ歯科医等がない場合は、地域の歯科医師会への問い合わせが推奨される。

36

口から食べる楽しみの支援のための口腔アセスメント

	問題の例 該当する項目にチェックする。該当項目が1つ以上あれば問題の有無の「有」にチェックする。	問題の有無	
		無	有
1. 口腔乾燥 (食事や口腔ケア時に観察。)	<input type="checkbox"/> a. 口呼吸をしている。 <input type="checkbox"/> b. 口が開いている時間が長い。 <input type="checkbox"/> c. 泡の多い又は糸を引く唾液。 <input type="checkbox"/> d. 口腔粘膜の乾燥や発赤。 <input type="checkbox"/> e. 2種以上の薬を服用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 開口等	<input type="checkbox"/> a. 口を開けることができない、拒否する。 <input type="checkbox"/> b. 口が開きにくい。 <input type="checkbox"/> c. 口から食べていない。 <input type="checkbox"/> d. 口を閉じることができない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. うがい (日常的なうがいを観察して確認する。)	<input type="checkbox"/> a. 日常的にうがいはしていない。 <input type="checkbox"/> b. ブクブクうがいができない。 <input type="checkbox"/> c. ブクブクうがい時にむせることがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 咀嚼力 (食事の時に咬筋の硬さを確認する。)	<input type="checkbox"/> a. 咀嚼時に右の咬筋が硬くならない。 <input type="checkbox"/> b. 咀嚼時に左の咬筋が硬くならない。 (耳の下の頬を指先で軽く触れて確認する。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 口の中の問題と口臭 (口腔ケアの際に観察できる範囲で確認する。ペンライト等で口の中を明るく照らして確認する)	<input type="checkbox"/> a. 口の中に汚れや食べかすがある。 <input type="checkbox"/> b. 入れ歯の歯肉側に汚れや食べかすがある。 <input type="checkbox"/> c. 入れ歯がはずれやすい。 <input type="checkbox"/> d. 入れ歯を取り外していない。 <input type="checkbox"/> e. 歯が少ないが入れ歯を入れていない。 <input type="checkbox"/> f. 歯肉が赤く腫れている。 <input type="checkbox"/> g. 口内炎がある。 <input type="checkbox"/> h. グラグラする歯や大きなむし歯がある。 <input type="checkbox"/> i. 強い口臭がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問題の有無の「有」に1つ以上チェックがある場合は口腔に問題がある。

1. に問題がある場合は保湿の実施が推奨される。2. 3. 4. 5. に問題がある場合は、かかりつけ歯科医、協力歯科医療機関等に相談することが推奨される。

かかりつけ歯科医等がない場合は、地域の歯科医師会への問い合わせが推奨される

1. 口腔乾燥: 口腔乾燥により味覚、咀嚼、嚥下の機能が低下し、口腔粘膜も傷つきやすくなるので、保湿する必要がある。保湿剤は味覚に悪影響を与えない、刺激の少ない、保湿効果の高いものが適している。刺激の強い消毒薬等は保湿に適していない。

2. 開口等: 嚥下障害により口から食べていない場合であっても、口腔内の細菌は繁殖する。唾液による誤嚥があるので、口腔ケアにより口腔内の細菌を特に少なくする必要がある。口が開きにくいと口の中をきれいにすることが難しくなる。口を閉じることができないと嚥下が困難になる。

3. うがい: ブクブクうがいができることは、口唇、頬、舌の機能が協調して動いている事を示し、その動きは咀嚼・嚥下に重要である。ブクブクうがいができないと、口の中をきれいにすることが難しくなる。

4. 咀嚼力: 咀嚼により食べ物はかみ砕かれ、すりつぶされ、唾液と混ぜ合わされて、嚥下しやすい食塊が作られる。咀嚼機能低下者は硬い食べ物をすりつぶすことができないので、硬い食べ物を刻むだけでは効果がなく、かえって誤嚥のリスクを高める。軟らかくまとまっている食べ物は、弱い咀嚼力でもかみやすく嚥下しやすいので、咀嚼機能低下者に適している。

5. 口の中の問題と口臭: 口の中に痛いところがあると食欲が落ちる。多くの場合、口の中の汚れが強い口臭の原因となる。口の中の汚れを取ると味覚が鋭敏になり、おいしく食べられるようになる。

口腔アセスメント参考資料

4. 咀嚼力:



咬筋が硬くなる位置
(点線部分)



食事の時に指で触れて、咬筋が硬くなるかを確認する。上下の奥歯が触れるだけでは咬筋は硬くならない。自分の咬筋を指で触れて、かみしめた時と力が入っていない時の咬筋の硬さを確認すると違いがよくわかる。しっかり咬むと口角が横に引かれ、頬が上方に膨む。

5. 口の中の問題と口臭

口の中の問題の例(ペンライト等で口の中を明るく照らすと見やすくなる。)

歯の汚れと歯肉の腫れ



咬む回数の減少や口腔乾燥により口の中の汚れが多くなり、歯肉が腫れる。汚れは味覚に悪影響を与えるので、適切な口腔ケアの必要性が高い。

入れ歯の汚れ



入れ歯があっていないと、歯肉側の面に汚れや食べかすが多く付く。歯肉や顎の骨が減るので、年2~4回の定期受診によるチェックが推奨される。

乾燥した舌



乾燥した舌は傷つきやすく味もわかりにくいので、保湿が必要になる。刺激に弱く、痛みが出やすくなる。

大きな虫歯



大きなむし歯は痛みや膿、腫れの原因になり、食欲を低下させる。むし歯が舌を傷つけることもある。

口内炎(頬粘膜)



口内炎があると痛みが出て食欲が低下する。

歯肉の潰瘍



歯肉の潰瘍があると痛みが出て食欲が低下する。

通常の話をする距離で口臭が気になる場合は「口 i. 強い口臭がある。」にチェックする。

写真提供 三豊総合病院 木村年秀先生

平成26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)日本健康・栄養システム学会『施設入居者に対する栄養管理、口腔管理のあり方に関する調査研究』報告書より

口腔担当: 東京医科歯科大学 大原里子

口から食べる楽しみの支援のための口腔アセスメントについて

東京医科歯科大学講師 大原里子

食べることに對する口腔と咽頭の影響は非常に大きいですが、咽頭に比較して口腔は状態を改善することが容易である。要介護高齢者ばかりでなく自立した高齢者も口腔に問題を抱えていることが多く、低栄養を生じて要介護状態になるリスクを高める。「口から食べる楽しみの支援のための口腔アセスメント」は問題の例の項目に1つ以上該当すれば、右の問題の有無欄は「有」とする。問題「有」が一つ以上あれば口腔に問題有りとする。

1. 口腔乾燥の把握

口腔乾燥への慣れやあきらめにより口腔乾燥を訴えないことや、認知症等により訴えが正確にできないことがあるので、観察によって口腔乾燥を把握する必要がある。加齢や咀嚼回数の減少、薬の影響等により唾液の分泌量が減少し口腔乾燥を生じる。

2種類以上の薬を飲んでいると、唾液を少なくする作用がある薬（血圧の薬や精神安定剤等）が含まれる確率が高くなり、口腔乾燥のリスクは高くなる。口の中が乾燥すると、かむことや飲み込むこと、味わうことに悪影響を与え、低栄養のリスクを高める。

唾液は多様な働きをしている。唾液により咀嚼、嚥下、発音が楽になり、口腔粘膜は刺激から守られている。また、唾液には食べ物の味を感じやすくし、口の中をきれいにするという働きがある。

唾液を増やすにはかむ回数を増やす、口の中をきれいにして味を感じやすくする等の方法があるが、唾液が十分に増えない場合には保湿が必要となる。おいしさを感じて食べる量を増やすためには、保湿と口をきれいにするのが重要になる。保湿する回数が少なくてもすむ保湿効果の高い、刺激の弱いものが適している。日に何度も使うため、よい味かあるいは味が無いものが適している。刺激が強く味が濃くおいしくない消毒薬は保湿には適さない。保湿後であっても食事をおいしいと感じられる保湿剤が適している。水、お茶等の食品の保湿効果は高くはないが、刺激が少なく味が良く安いというメリットがある。

口腔乾燥により乾燥した舌苔が厚く付着している場合は、無理に除去すると出血の恐れがあるので、歯科医師・歯科衛生士に相談することが推奨される。

2. 開口の問題の把握

食べ物を口に入れる時に口を開け、咀嚼、嚥下にはしっかりと口を閉じることが重要である。口から食べていなければ口の中の汚れは少ないと思われることが多いが、咀嚼しないと口の中の細菌は増える。食べ物が口から入らなくても、唾液と剥離した粘膜等により細菌の増殖に必要な栄養はそろうため、口の中の細菌が増えやすい。口から食べていない場合であっても、唾液の誤嚥が考えられる。誤嚥性肺炎の予防のために、口の中の細菌をできるだけ減らす必要がある。むせや飲み込む力が落ちる原因は、咀嚼力の低下、唾液の量の減少、嚥下に関連する反射の低下等がある。

嚥下しにくくなると、きざむことが行われるが、ただ単に小さくするだけでは飲み込みやすくはならない。大匙1杯分の絹ごし豆腐や軟らかいゼリーはそのまま飲み込めるが、小さく量が少ない数個の錠剤やカプセルは飲み込みにくい。飲み込みやすくするには小さくするだけではなく、柔らかい、まとまっている、表面の滑りがいいという条件も満たす必要がある。米飯をかみ砕き、すりつぶし、唾液と混ぜ合わせて軟らかい喉の通りの良い食塊をつくる過程が咀嚼であり、咀嚼により前記の条件が満たされる。硬い食物をきざんだだけではまとまりにくくなり、飲み込みにくく誤嚥しやすくなる。嚥下機能に問題がなくても、嫌いなものやまずいものは飲み込みにくい。普段はむせやすいが、好きな食物、おいしい食物はむせずに飲み込める高齢者は少なくない。おいしいと感じることは嚥下にも重要である。

上下の奥歯はかんでいて、口唇は閉じて、舌先が上顎の前歯の近くにある状態が最も嚥下が楽な状態である。歯がかみ合うことにより、舌先が上顎の前歯の近くに誘導され、舌が食塊を前方から奥に送り込む運動をするスペースが確保される。歯が少なくなった場合は入れ歯を入れることにより、歯がかみあう形態が回復して嚥下も楽になる。

口が開きにくい場合は口腔ケアの実施が難しいので、効果的な口腔ケアの方法について歯科医師、歯科衛生士に相談することが推奨される。

3. うがいの問題の把握

咀嚼、嚥下には口唇、頬、舌が協調して動くことが重要であり、それを評価するにはブクブクうがいを観察することが有用である。歯磨きした後に口の中をきれいにするブクブクうがいは複雑な動きであり、口唇と頬と舌が協調して動かないとできない。実際に空気だけでやってみると、ブクブクうがいするときには口唇はしっかり閉じて、頬は左右交互に膨らみ、舌は動いている。それができなくなっているということはどこかの機能が落ちているということであり、咀嚼、嚥下にも影響があるということになる。

4. 咀嚼力の問題の把握

強く咬むと耳の斜め下の頬の咬筋が硬くなって膨らみ、頬の上部も膨らむ。かむ力が弱いと咬筋は硬くならず、膨らむこともない。咀嚼により唾液の量が増えて口の中の汚れが少なくなる。左右両方で良くかむとことが望ましく、片側でかみ続けると顎関節に負担がかかることがある。片側でかむ癖があると、かまない側の汚れが多くなる。

咀嚼は多様な機能を持ち、咀嚼により食感、味、香りを楽しむことが可能となる。嫌いな食べ物やまずい食べ物をどうしても食べなければならない時には、皆が食べ物を丸飲みする。良くかむと、嫌いな味、まずい味が口の中で全部に広がるが、丸飲みすればほとんど味を感じることはない。かむことは味を楽しむためにとっても重要である。

咀嚼は、最初に食べ物を砕き、次に、かみ合った奥歯を左右にずらして臼（うす）のように食物をすりつぶす。すりつぶして唾液と混ぜ合わせて飲み込みやすい食塊が作られる。

硬い食べ物を小さく刻んでもすりつぶしの代わりはできないので、硬い食物がかめなくなったら、食べ物を柔らかくすることが必須となる。すりつぶしの状態にするにはミキサーにかける必要がある。咀嚼には顔の筋肉を鍛えるという働きもある。

きざみ食は、ばらばらで歯の上に留まりにくいいため、すり潰すまでに必要な咀嚼回数は増加する。ばらばらで口の中でまとまりにくいために、咀嚼機能や嚥下機能が低下している人は、誤嚥のリスクが高くなる。きざむという手間をかけて、かみにくく誤嚥のリスクが高い食事を作っていることを、家族や介護者に理解させる必要がある。家族や介護者に硬い食べ物を弱い力でかんでもらうと理解が得やすくなる。家庭で行うのであれば、生のニンジン一口大ときざんだものを弱い力でかんでもらうと、きざんでも効果がないことが実感できる。また、軟らかく煮た一口大のニンジンは、弱い力でも容易にかめることから、軟らかくすることが咀嚼力の低下に有効であると実感できる。

5. 口の中の問題の把握

明るく照らして、きれいになった状態で観察すると問題を確認しやすい。

口腔アセスメント参考資料 5. 口の中の問題と口臭の写真について

口の中の問題の例

歯の汚れと歯肉の腫れ：かむ回数の減少や口腔乾燥により口の中の汚れが多くなり、歯肉が腫れる。汚れは味覚に悪影響を与え、誤嚥性肺炎のリスクを増すので、適切な口腔ケアの必要性が高い。

入れ歯の汚れ：入れ歯があっていないと、入れ歯がはずれやすく、歯肉側の面に汚れや食べかすが多く付く。歯肉や顎の骨が減るので、年2～4回の定期受診による入れ歯のチェックが推奨される。

乾燥した舌：乾燥した舌は傷つきやすく味もわかりにくいので、保湿が必要になる。

大きなむし歯：大きなむし歯は痛みや膿、腫れの原因になり、食欲を低下させるため、治療の必要性が高い。

口内炎、歯肉の潰瘍：口内炎や歯肉の潰瘍があると痛みが出て食欲が低下する。

強い口臭：口臭の原因の多くは口の中の汚れであり、効果的な口腔ケアが必要である。

咀嚼・嚥下機能に問題のない若く元気な人であっても、口内炎やむし歯の痛みがある場合は、食べる量が減少する。口の中の痛みや不具合が食事に与える悪影響は、低栄養のリスクのある高齢者にはより大きくなる。口腔アセスメントを活用することにより、口腔の問題の把握が容易になる。口から食べる楽しみを継続できるように、多職種協同が今後ますます重要となる。口腔に問題がある場合は、かかりつけ歯科医、協力歯科医療機関等に相談することが推奨される。かかりつけ歯科医等がない場合は、地域の歯科医師会への問い合わせが推奨される。

※口腔アセスメントは両面印刷にしてラミネート加工すると、口腔ケア時に使いやすい。

事例検討
(経口維持事例)

経口維持事例（Aさん）

● 介護保険施設入所時の情報

91歳 女性 要介護度4

【これまで経緯】

2週間前、デイサービス利用時に発熱、膿性痰、肺雑音があることから受診を勧められ、外来にて誤嚥性肺炎と診断され入院した。誤嚥性肺炎での入院は2回目であった。

その後、病状が安定し退院、介護保険施設への入所となった。

【入所目的】

これまで同居していた長男夫婦は、誤嚥性肺炎を繰り返すAさんの今後を心配し、介護保険施設入所を希望した。

退院サマリーからの基本情報

【既往歴】

誤嚥性肺炎、アルツハイマー型認知症、腰椎圧迫骨折

【身体状態】

身長：131cm 体重：30.5kg BMI：17.8

【血液検査データ】

血清アルブミン：3.2 g/dl

【認知症高齢者の日常生活活動度】

Ⅲa

【服薬】

パキシル錠、アスパラCA錠、ワークミンカプセル、酸化Mg、プルゼニド

【日常生活動作】

（入浴）全介助 （排泄）日中：リハビリパンツ 夜間：オムツ
（移動）車椅子、一部介助 （移乗）全介助

退院サマリーからの専門職の注目点

(管理栄養士)

- 食事形態 主食：ソフト粥、副食：ペースト、水分：とろみ
- 食欲はあり、自助具を使用し、自力摂取できる
- 自歯は無く、義歯を使用している

(介護職員)

- 食事時間が40～50分かかる
- 水分でムセがみられる

(看護職員)

- 誤嚥性肺炎の既往がある

(リハビリテーション職員)

- 腰椎圧迫骨折の既往から、円背など姿勢崩れが心配である
- 認知機能低下による集中力持続の低下がみられる

Aさんの入所時の ミールラウンドについて考えてみましょう

- それぞれ専門職として、
観察すべきポイントは何ですか？
- どのように観察しますか？

4 会場の経口維持事例検討で出された事前収集情報とミールラウンドの観察事項（1）

事前収集情報

- 本人・家族の意思
 - 家族の食支援の意向
 - 在宅での食事状況
 - 生活歴、生活背景
 - 嗜好品
 - 視力・聴力
 - 既往歴の食事への影響
 - 感染症について入所前の検査結果の確認
 - 誤嚥性肺炎になった経過と原因
 - 誤嚥性肺炎のリスク原因の予測
 - 生活リズム、日中の日照時間、夜間睡眠
 - 排尿回数や排便間隔などの排泄パターンのチェック
 - 認知機能の低下や集中力持続の低下の程度
 - ADL
 - 介護への拒否の有無
 - 傾眠の有無
 - 昼夜逆転の有無
 - 言語理解の程度、状況判断能力の強化、見当識障害の程度の評価
 - 体重減少の経過と原因
 - 栄養状態
 - バイタルサインの確認
 - 血清アルブミン値の経過、CRP、リンパ球数、コネット、免疫力、貧血の状態
 - 抗生新薬の使用有無
 - 持参薬の吟味・内服薬の変更
 - 痰絡みの有無
 - 痰の色
-

ミールラウンドにおける観察事項（1）

- 食欲はあるか
 - 献立を伝えた時の反応はどうか
 - 食事時の表情・言葉はあるか
 - 食べ物の認識ができるか
 - ペースト状やムース食であってもそれらの食物を食べ物と理解できているか
 - 食事や水分を美味しいと感じているか
 - 食べ終わった後の疲労感はないか
 - 食事を楽しめるような援助ができているか
 - 一人で、または複数人で食べたほうがよいか
 - バックグラウンドミュージックの必要性等はあるか
 - 一口量は適切か
 - 自宅及び前施設での食形態と違いはないか（→前後のレベルの食形態を用意し、試食の提案）
-

4 会場の経口維持事例検討で出された事前収集情報とミールラウンドの観察事項（2）

ミールラウンドにおける観察事項（2）

- 一日の食事量はどのくらいか
 - 一日の水分摂取量はどのくらいか
 - 必要栄養量に対して摂取栄養量を満たしているか
 - 主食・副食の摂取量に偏りがいないか
 - 決まって残しているものはないか
 - 盛りつけ方により食事摂取量は違ってないか
 - 医師等に指示された食事は適正であるか
 - 分食の必要性はあるか
 - 意識を食事に向けられるような声掛けができていないか
 - 皿の数などで混乱したりしないか
 - 食事に集中できるような食事環境か
 - 食事に集中している時間、食事意欲が持続している時間を把握する（計測する）
 - 自助具（食具やコップなど）が合っているか
 - ムセの起こるタイミングや状況はどうか
 - 喉からゴロゴロとした音が聞こえないか
 - 肺雑音はないか
 - ムセ込み時のSP₂の変化
 - 声質の変化はないか
 - 咀嚼ができていないか
 - 飲み込んでいるときの様子や喉の動きはどうか
 - 嚥下することを忘れていないか
 - 嚥下後しばらくしてからムセることはないか（濃いとろみの場合遅れてムセる）
 - 水分（飲料・みそ汁など）のとろみの濃度が合っているか
 - 口腔内乾燥は無いか
 - 食事前後の口腔内の汚れはみられないか
 - 口腔内へ食べ物をすくって口に運ぶことができるか
 - 口腔内溜め込みはないか
 - 口、舌、頬の動き、歯の活動はあるか
 - 食べ始める前にかみ合わせが合っているか
 - 食事摂取後、どのような食べ物が残っているか
 - 義歯が適合しているか
 - 舌の乾燥は無いか
 - 舌苔はみられないか
 - 安楽な姿勢、食事に適した姿勢をとるのに椅子や車いすがあっているか
 - 姿勢崩れに対してのポジショニングの必要性の有無を確認する
 - 長時間の座位姿勢から姿勢の崩れはないか確認する
 - 姿勢が崩れた時、崩れた姿勢を戻す調整能力があるのか
 - クッションなどを用いた調整が必要か
 - 椅子や机の位置・高さが適切か
 - 足が床に着いているか
 - 卓上の食事が視界に入っているか
 - 疲労とともに踵が前に出てこないか、臀部筋の緊張はあるか
 - ADL低下による自力摂取が疲労を助長していないか
-

介護老人保健施設の在宅復帰高齢者支援
-食べることを支援するための管理栄養士による在宅訪問-

苅部 康子

(社会福祉法人 親善福祉協会 リハパーク舞岡 栄養課長)

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

平成26年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進事業分)

「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」

介護老人保健施設の在宅復帰高齢者支援

-食べることを支援するための管理栄養士による在宅訪問-

委員 臨床栄養師 苅部 康子

(社会福祉法人 親善協会 介護老人保健施設 リハパーク舞岡 栄養課長)

1

在宅強化型老健とは

在宅強化型老健とは以下の要件等を満たす在宅復帰・在宅支援機能が高い老健施設のこと。

主な要件

- 在宅復帰率が**50%**を超えていること。
- ベッドの回転率が**10%**以上であること。
- 要介護度**4**または要介護度**5**の利用者が**35%以上**であること

2

在宅復帰・ 在宅療養支援機能加算

在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設とは以下の要件等を満たす在宅復帰・在宅支援機能が高い老健施設のこと。

主な要件

- 在宅復帰率が30%を超えていること。
- ベッドの回転率が5%以上であること。

3

在宅復帰の訪問指導に関する加算

● 入所前後訪問指導加算 460単位(1回)

入所期間が1ヶ月を超えると見込まれる入所予定者の入所予定日前30日以内または入所後7日以内に、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して居宅を訪問する。

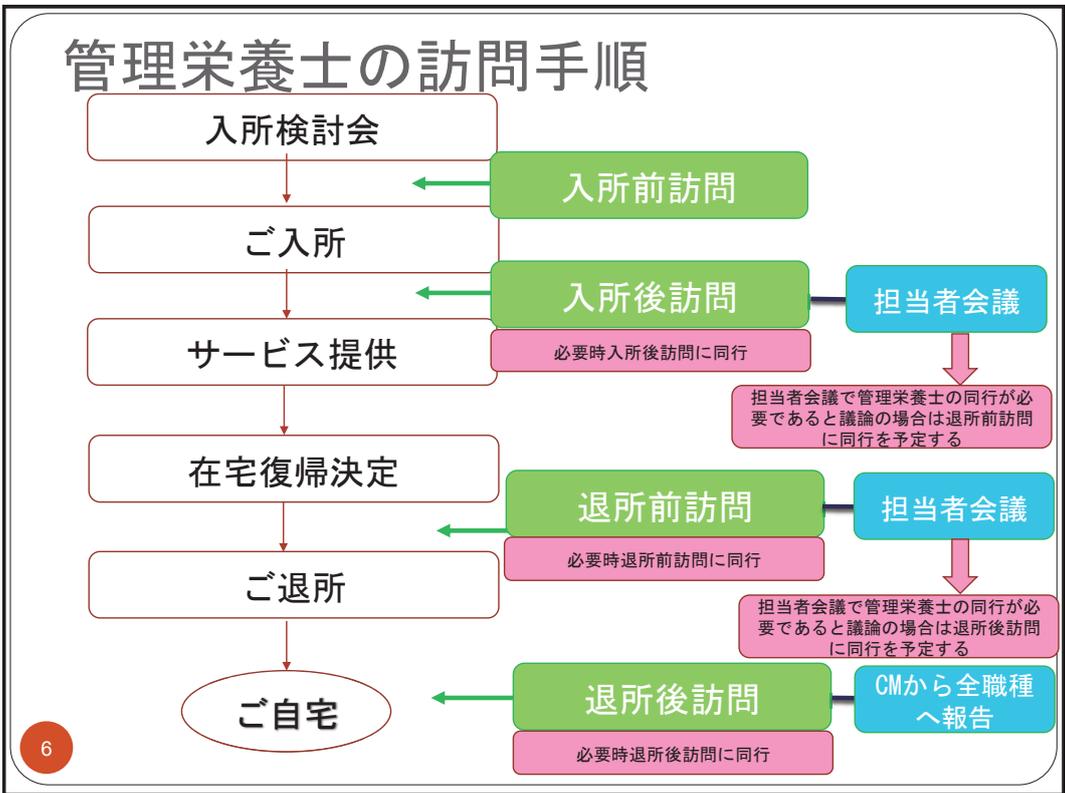
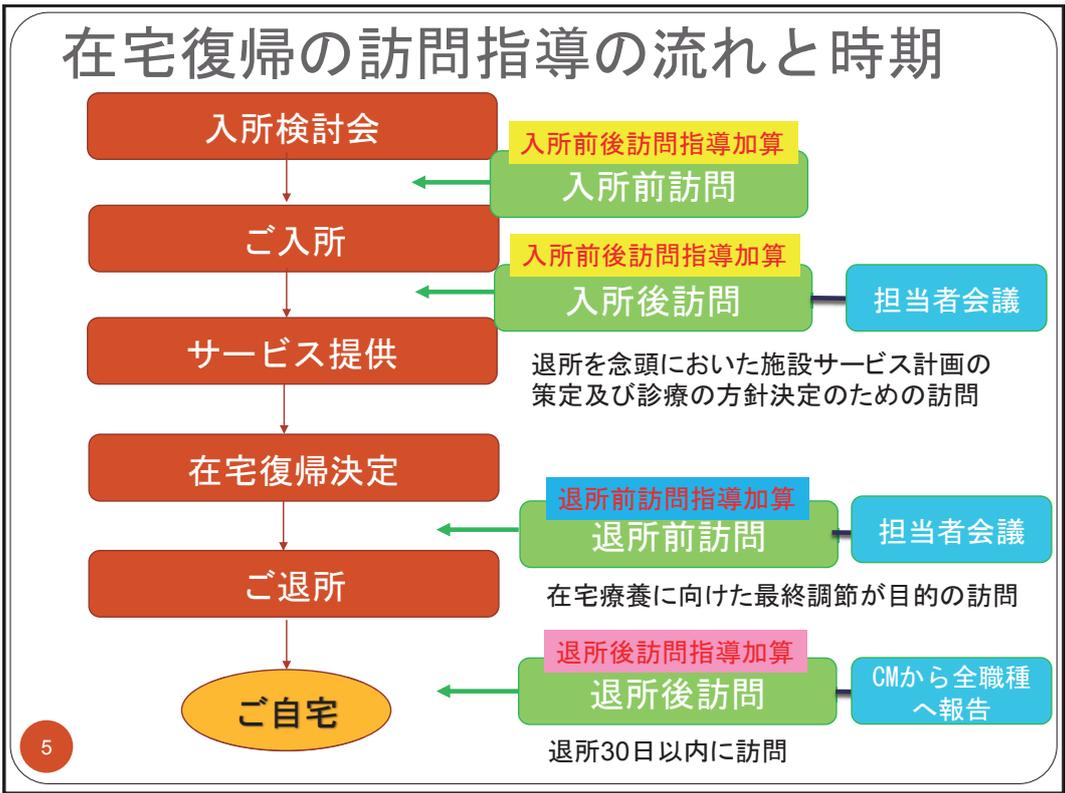
● 退所前訪問指導加算 460単位(1回)

入所期間が1ヶ月を超えると見込まれる入所予定者の退所に先だって、在宅療養に向けた最終調整を目的として入所者が退所後に生活する居宅を医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して訪問し、入所者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合、入所中1回を限度として退所日に算定する。

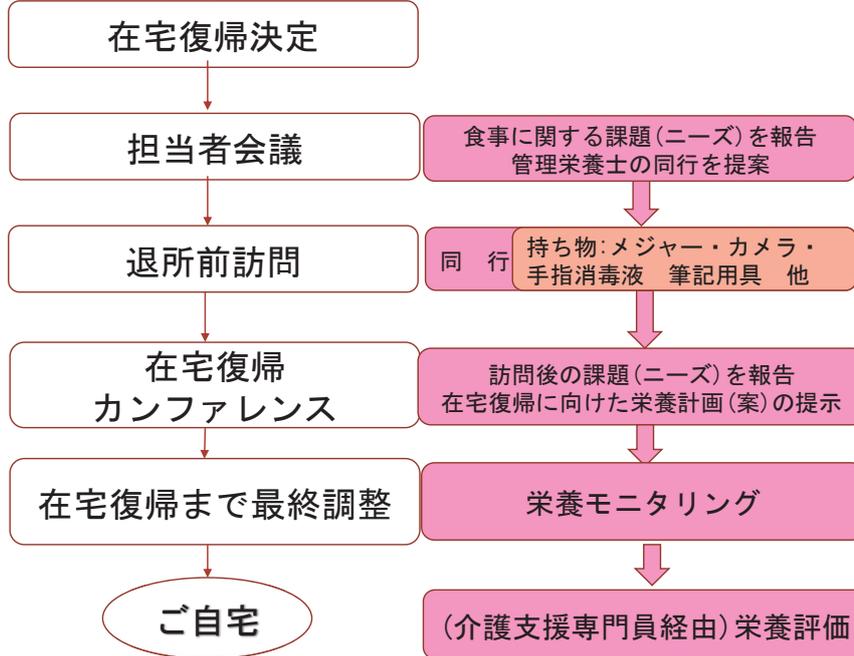
● 退所後訪問指導加算 460単位(1回)

入所者の退所後30日以内に当該入所者の居宅を医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して訪問し、当該入所者及びその家族等に対して療養上の指導を行った場合に退所後1回を限度として訪問日に算定する。

4



管理栄養士の退所前訪問手順



7

他職種の仕事に関する アセスメントと評価

- 介護支援専門員
買い物は家族と一緒に摂る。
施設での**必要**な支援は特になし
- 理学療法士
調理は鍋に入っているものを温める程度で
施設での**必要**な支援は特になし
- 介護福祉士
片づけは本人可能。
施設での**必要**な支援は特になし

在宅復帰アセスメント評価表(食事)

項目	評価内容	評価結果	対応
食事の摂取	食事の摂取が困難	実施	特別支援
食事の準備	食事の準備が困難	実施	特別支援
食事の片づけ	食事の片づけが困難	実施	特別支援
食事の管理	食事の管理が困難	実施	特別支援
食事の安全	食事の安全が確保	自立	自力で実施
食事の満足	食事の満足が確保	実施	特別支援
食事の嗜好	食事の嗜好が確保	実施	特別支援
食事の栄養	食事の栄養が確保	実施	特別支援
食事の水分	食事の水分が確保	実施	特別支援
食事の温度	食事の温度が確保	実施	特別支援
食事の量	食事の量が確保	実施	特別支援
食事の回数	食事の回数が確保	実施	特別支援
食事の時間	食事の時間が確保	実施	特別支援
食事の場所	食事の場所が確保	実施	特別支援
食事の雰囲気	食事の雰囲気が確保	実施	特別支援
食事の会話	食事の会話が確保	実施	特別支援
食事の笑顔	食事の笑顔が確保	実施	特別支援
食事の満足度	食事の満足度が確保	実施	特別支援
食事の健康	食事の健康が確保	実施	特別支援
食事の生活	食事の生活が確保	実施	特別支援
食事の未来	食事の未来が確保	実施	特別支援

8

在宅復帰支援に管理栄養士が関わる目的

栄養状態の維持・向上
低栄養の予防
水分補給量の確保
食事意欲の維持

介護力の確認
ご家族の協力
ご家族との関係性
ご家族の理解
独居(家族が遠い)

台所等調理環境の整備
食材の調達の確認
生鮮食品の保存と管理
調理済み食品の保存と管理
ごみ出し 集積場所
衛生管理

自宅の環境の確認
自宅前が階段 坂が多い
エレベーターのない4階
自宅の中の段差
通院までの距離・通院方法

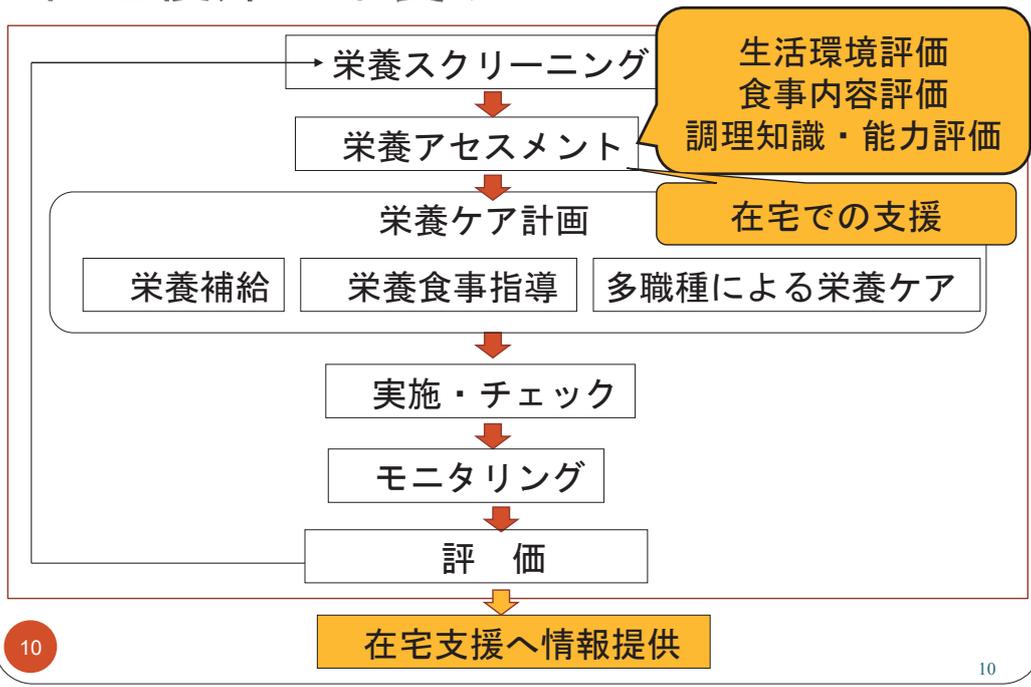
摂食・嚥下

在宅介護支援専門員
訪問介護員との食の連携

認知症状

9

在宅復帰の栄養ケア・マネジメント



10

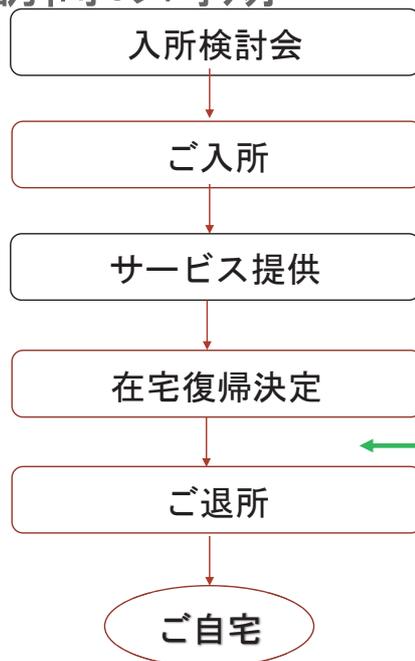
症例①

独居生活の復帰を強く希望する
腎不全 転倒リスクの高いA様

11

平成24年度 一般社団法人 神奈川県 老人保健施設協会 合同シンポジウム 栄養師会発表

訪問の時期



＜同行者＞
介護支援専門員
理学療法士
介護福祉士

管理栄養士は自宅の
食事環境がわかるよう
写真撮影を依頼

退所前訪問

12

A様 入所時栄養アセスメント

男性 78歳 介護度2

背景： 自宅内転倒による骨折入院

既往： 慢性腎炎 (GFR/G4)

糖尿病 慢性心不全

内服薬： ゼンアスピリン ファモチジン ジンルチアゼム パルレオン

移動： 車椅子 食事：自立

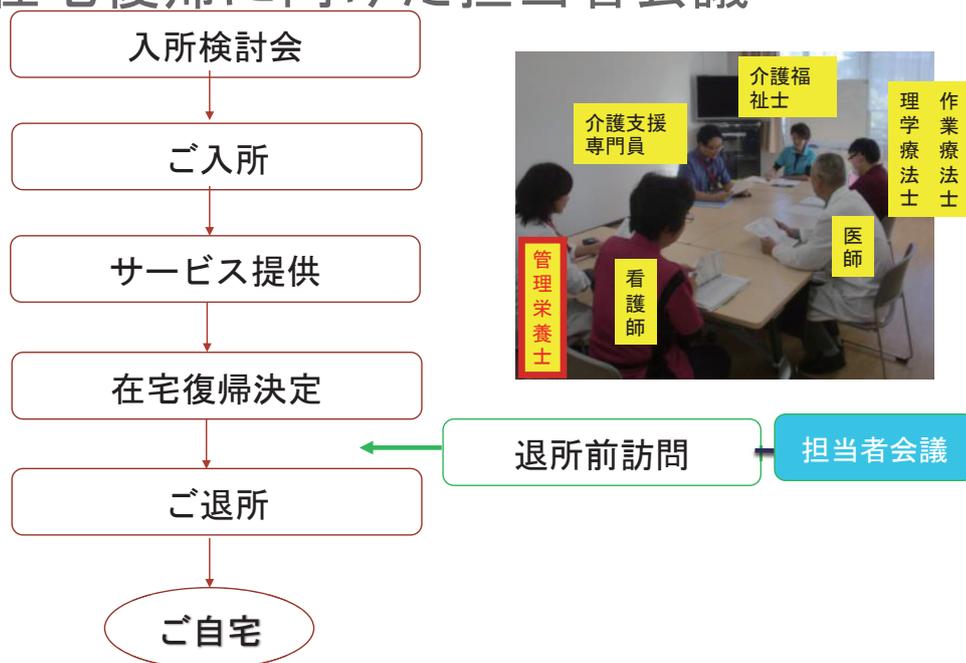
ADL : 一部介助が必要

栄養スクリーング：中リスク Alb3.5g/dl BMI23.2kg/m²

13

平成24年度 一般社団法人 神奈川県 老人保健施設協会 合同シンポジウム 栄養部会発表

在宅復帰に向けた担当者会議



14

A様 在宅復帰支援に向けて

#1. 転倒のリスク

#2. 腎機能の増悪

#3. 独居

ご本人の望む生活像

馴染みのヘルパーさんの家事援助を受けながら以前の暮らしに戻りたい

食事はちゃぶ台で食べる



管理栄養士の視点

定期的な受診により内服と食事療法で病状の安定が図れる

床に腰を下ろす動作はできない



15

平成24年度 一般社団法人 神奈川県 老人保健施設協会合同シンポジウム 栄養部会発表

在宅復帰支援の課題 管理栄養士の視点

- 食事環境の整備が必要
- 食事や水分が摂れているか、確認してくれる担当者が必要
- 通院方法はどのようになっているのか



施設職員だけの議論では在宅でのサービス内容を想定することに限界があった。

居宅介護支援専門員、訪問介護員に同席を依頼し、**再カンファレンス開催へ。**

16

在宅復帰カンファレンス再開催

初回
全職種



2回目 全職種
居宅介護支援専門員
訪問介護員



17

平成24年度 一般社団法人 神奈川県 老人保健施設協会合同シンポジウム 栄養部会発表

在宅復帰カンファレンス出席時の管理栄養士の視点①

床に腰を下ろす動作はできないこと

食事はちゃぶ台で食べることを

居宅の介護支援専門員へ伝えた。



椅子とテーブルについて議論が持たれた。

食事環境の整備

・食事テーブルのレンタルが可能に

18

平成24年度 一般社団法人 神奈川県 老人保健施設協会合同シンポジウム 栄養部会発表

在宅復帰カンファレンス出席時の管理栄養士の視点②

独居のため、食事や水分が摂れているか
安否確認を含め、週3回1時間の訪問を
短時間で、毎日訪問出来ないか発言した。



訪問介護の種類と時間の調節

・短時間で毎日訪問・週2回デイサービス

19

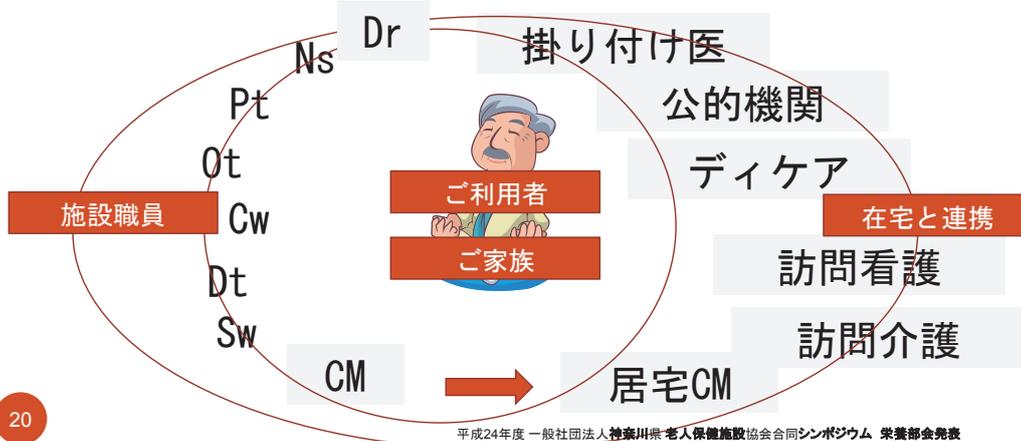
平成24年度一般社団法人神奈川県老人保健施設協会合同シンポジウム 栄養部会発表

在宅復帰カンファレンス出席時の管理栄養士の視点③

腎機能低下に対する通院方法の確認を行った。



介護タクシー利用「医療扶助」



20

平成24年度一般社団法人神奈川県老人保健施設協会合同シンポジウム 栄養部会発表

施設における在宅復帰までのNCM

- ①栄養補給 ご飯 常菜食
Ene1600kcal Pro40g以下 塩分制限食
必要な栄養量を補給し、腎機能が
低下しない。(AF1.3 SF1.0)
- ②栄養食事相談
たんぱく質が多い食品への理解
確実な水分補給量
- ③多職種による栄養ケア
老健から在宅へ「食べる」をつなぐ

21

平成24年度 一般社団法人 神奈川県 老人保健施設協会 合同シンポジウム 栄養部会発表

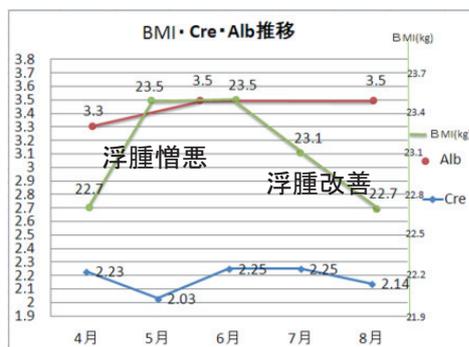
21

4. 管理栄養士の関わり

①栄養補給



摂取栄養量や活動量が適正か、検査値及び毎月の体重計測にて評価しご本人へ説明



CKDステージ3~4の食事療法で透析導入遅延を目指す

たんぱく質・塩分制限
エネルギーの確保

目標

BMI:22~23kg/m²
Alb:3.5g/dl維持
CKD3期 維持

22

平成24年度 一般社団法人 神奈川県 老人保健施設協会 合同シンポジウム 栄養部会発表

22

②栄養食事相談



- ・ 1日の水分確保の実践
- ・ 今までの食事(塩分摂取過剰)の見直し
- ・ 昼食時の素麺(嗜好)を取り入れ、退所後も塩分とたんぱく質量に注意した、腎機能低下に対する食事療法を継続

23

平成24年度 一般社団法人神奈川県老人保健施設協会合同シンポジウム 栄養部発表

23

4. 管理栄養士の関わり

③多職種による栄養ケア

- ・ ヘルパーさんへ食事内容を説明
- ・ ヘルパーさんが作成した献立を確認
- ・ 居宅の介護支援専門員を介して

主治医へ栄養サマリーを提出

エネルギー30kcal/kg
たんぱく質0.7g/kg/日
水分・カリウム制限無
食塩6.0g未満



24

平成24年度 一般社団法人神奈川県老人保健施設協会合同シンポジウム 栄養部発表

退所から一か月経過

施設介護支援専門員が居宅の介護支援専門員へ電話で聞き取りを実施

【食事】馴染みのヘルパーさんが調理した食事や、
配食の弁当は全量摂取

【水分】水分はペットボトルで2本(飲水1000ml/day)
目標量補給

【ADL】生活機能は維持 転倒なく生活

【課題】ディサービスからディケアに変える事を
ケアマネと相談中

25

平成24年度 一般社団法人神奈川県老人保健施設協会合同シンポジウム 栄養部会発表

症例②

転倒を繰り返す 独居へ在宅復
帰を強く希望する 女性

26

出典:臨床栄養Vol.125 No.4(臨時増刊号)P546

B様 栄養アセスメント

女性 80歳 介護度2

背景： 自宅内転倒による骨折入院

現病歴： 右大腿骨頸部骨折術後近位端骨折

既往歴： 脳梗塞 左大腿骨頸部骨折

右大腿骨頸部骨折 骨粗そう症 高血圧
痛風 高脂血症 白内障

内服薬： プレックス ステプラ アダラト ベロトル

マグミット ヴィトル ザイリック

移動： 手引き歩行 食事：自立

ADL： 一部介助が必要

栄養スクリーニング：低リスク Alb3.7g/dl BMI20.1kg/m²

自宅： 独居 自宅前に段差あり

27

出典:臨床栄養Vol.125 No.4(臨時増刊号)P546

B様 経過

転倒はすべて自宅内で、2011年左大腿骨頸部 骨折で入院。2012年右大腿骨頸部骨折で入院。2013年転倒。以前人工骨頭挿入術を行っていた右大腿骨転子下にひびが入り入院。当施設入所中、PTより重心が後方にあるため移動時、不安定になると情報あり。

B様と家族の意向

ご本人様：住み慣れた自宅で、暮らしたい。

息子様： 帰りたい気持ちはわかるが、転倒を繰り返しているのが心配。リハビリを行い、施設の生活の様子をみてから前向きに考える。

28

出典:臨床栄養Vol.125 No.4(臨時増刊号)P546

在宅復帰前の家屋調査

本人(女性独居)
介護支援専門員
理学療法士
管理栄養士で訪問

立ち会い
家族(住まいは車で30分程度)
居宅の介護支援専門員
訪問時間40分



29

出典:臨床栄養Vol.125 No.4(臨時増刊号)P546

PTより重心が後方にあるとの情報をもとにした訪問。家屋調査に同行訪問した管理栄養士の視点①



調理環境の整備①

- ・冷蔵庫を開く際、重心が後方となり、転倒に繋がらないか
→実際に利用者本人に動作確認を依頼し実践
- ・調味料入れや電子レンジに手が届くか、姿勢の確認を実践
- ・室内はつたえ歩き。
「自分で味噌汁を調理したい」との希望あり。鍋は両手鍋
→ご家族に片手鍋の購入を依頼
- ・床のマットはすべりやすい。
→外して頂くことを提案

30

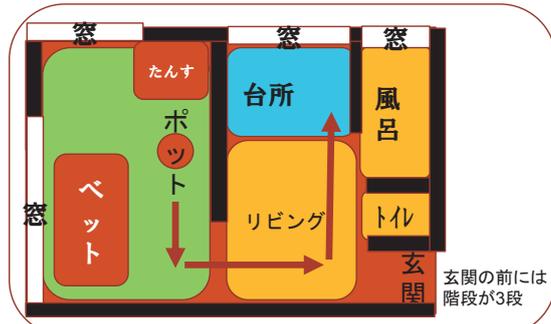
出典:臨床栄養Vol.125 No.4(臨時増刊号)P546

家屋調査に同行訪問した管理栄養士の視点②

調理環境の整備②



- ・水分補給はどのように行うのか
「電気ポットを使用して、温かい飲み物を飲みたい。」
→ポットへの水分補充の導線の確認。
台所から、隣室まで片手鍋を持ち、つたえ歩きが可能か確認した。



31

出典:臨床栄養Vol.125 No.4(臨時増刊号)P546

家屋調査に同行訪問した管理栄養士の視点③

調理環境の整備③



- ・買い物は息子が行う。
床の飲料や、レトルト食品を持ち上げることは困難



入所中の課題にはあげられていなかった想定外の課題



- ・床に直置きしないよう、ご家族に依頼
- ・施設に戻り、PTは物拾い訓練を開始

32

出典:臨床栄養Vol.125 No.4(臨時増刊号)P546

症例③

生活は息子夫婦と同居
食事や水分摂取が少なく
糖尿病の食事療法が必要な
摂食・嚥下障害の95歳男性

33

家屋調査に同行訪問した管理栄養士の視点



訪問時のビデオ
で確認

介護
支援
専門員

介護
福祉
士



管理
栄養
士

看護
師

医師

理学
療法
士

34

食事環境の確認

- ・日中過ごす部屋と、食卓、トイレ、風呂場は同じ階
- ・テーブルの高さをPTと確認し問題はなかった。



かかれたニーズの発見

入所中には把握出来なかった自宅での食生活を聞き取ることができた。



在宅復帰カンファレンス

多職種で情報の共有

在宅復帰後を想定した栄養評価

	分量	E(kcal)	P(g)	F(g)	C(g)	Ca(mg)	食物繊維(g)	NaCl(g)
朝	ご飯	70	118	2	0	26	2	0
	味噌汁	1杯(具無し)	21	1.3	0.5	2.6	7.5	0.4
	副菜	小鉢1杯	77	4.2	2.2	10.1	30	1.4
	バナナ	1本(100g)	86	1.1	0.2	22.5	6	1.1
昼	ご飯	140	235	3.5	0.4	51.9	4	0.4
	味噌汁	1杯(具無し)	21	1.3	0.5	2.6	7.5	0.4
	煮物	86	6.2	2.3	10.3	25	0.8	1.3
	茶碗蒸し	146g	142	10.5	6.88	70.4	31.2	0.59
夕	煮込みうどん	1人分	242	5.98	0.92	50	13.8	1.84
間食	あんぱん	1ヶ	320	8.8	3.1	64.1		0.3
合計		1347.5	44.63	17.2	310.45	127	7.13	8.29



目標 19% 24% 57%

比率	E(kcal)	P(g)	食物のエネルギー	食物中のNaCl
朝食	301.5	8.35	22%	19%
昼	494	21.5	36%	48%
夕食	242	5.98	18%	13%
おやつ	320	8.8	24%	20%
	1347.5	44.63		

在宅での食事や間食の様子を聞き取り 栄養評価を行う。

水分摂取量 900ml/day

35

糖尿病の食事療法と摂食・嚥下に対する家族の不安①

やわらかい食事はどのように調理すれば良いのか
家では水分をとりにくくない

必要な水分量の目安

食事療法の注意 資料配布

ソフト食

食量や水分量が少ない時の対応の提案

軟飯

市販品を取り入れて 難しく考えない工夫

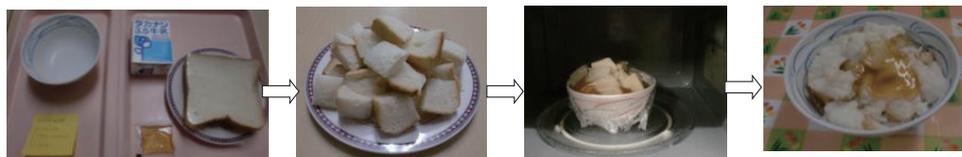
食量やバランス

主食や副食の硬さの確認 ご家族に実際に召し上がって頂く

36

糖尿病の食事療法と摂食・嚥下に対する家族の不安②

在宅では食事量が少なく、それを理由に体調が悪くなった。
食事が摂れなくなることが心配
好みのメニュー パン粥の調理法が知りたい



家族の不安③
とろみがダメになる

カプチーノミキサーを活用し、なめらかなとろみづくり

ご家族と一緒に調理と試食会を実施

【パン粥と全粥一杯のkcalの比較】

全粥250g 178kcal
パン粥 430kcal

37

介護老人保健施設の在宅復帰 高齢者支援のための在宅訪問 事例～まとめ～

38

在宅復帰支援のための管理栄養士の役割

- ①低栄養状態の予防・栄養状態の改善
- ②生活環境確認(食事環境・買い物・通院など)
- ③在宅復帰を想定した食事内容評価
- ④調理知識の確認や調理技術の支援
- ⑤摂食・嚥下に関する支援
- ⑥療養食に関する支援

39

在宅での食生活を想定した訪問事前栄養アセスメント

①在宅の食生活を想定して1日分の栄養評価を行う(P35)。

②1日の食に関する動作を確認する。

食事と水分を補給する時間 食事の内容
調理は誰が 調理器具の種類 誰と食事を摂る
食事の場所 買い物は誰が スーパーまでの距離
洗い物は誰が ゴミ出しは誰が
集積場所までの距離 緊急時の対応など

③在宅での食支援者にアセスメント情報を提供する。

40

在宅復帰支援での訪問に要する 管理栄養士の業務時間

- 1回の訪問に要する時間
ご自宅までの往復と訪問時間60～90分
- 訪問事前栄養アセスメント (P40) 30～60分
- 訪問後、在宅復帰カンファレンスで使用する資料づくり他 30分
- ご家族への栄養相談や調理実習30～60分
- 退所後の関係機関への情報書類作成30分



1人当たり:計270分、1ヶ月:計4人、合計1080分/月

41

施設内NCM業務時間:計8220分/月

在宅復帰支援を行う管理栄養士 の他職種のご感想

- **指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員**
「食えること」を具体的に提案できるのは、他の職種にはできない。
施設で支援していたことを訪問に繋げて欲しい。
- **施設の理学療法士**
管理栄養士は、もっとセラピストとの同行訪問を行うべき。
食べる場面を自宅で確認し、課題を提示、他職種へ発信すべき。
- **施設の介護支援専門員**
特に独居の場合、管理栄養士のやるべき課題がたくさんある。
今後もチームの一員として課題解決を実践して欲しい。
- **施設長**
退所前訪問だけでなく、退所後訪問にもニーズがあるのでは。

42

今後に向けて

- 管理栄養士が行う在宅復帰支援は、在宅で生活する地域高齢者の「食べること」に重要な役割を果たしていた。
- 在宅復帰支援を成功させるためには、多職種協働で「食べること」を地域へ繋げる必要がある。
- 介護施設での通所利用者・短期入所者に向けても同様に「食べること」の支援拡大が求められる。

43

食べることは生きること
施設そして在宅に
「食べること」をつなげましょう



ご清聴ありがとうございました。

44

栄養ケア計画書(施設・在宅復帰)

リハビリ舞岡 入所

氏名: 様	入所(院)日: 平成 7 年 月 日			
	初回作成日: 平成 年 月 日			
作成者: 荻部 康子	作成(変更)日: 平成 年 月 日			
利用者及び家族の意向	本人: 家では味噌汁だけ作りたいです。 家族: 家で転んでばかりいたので、もう転ばないで欲しい。しっかりリハビリが出来たみたいなので、来月在宅復帰を考えています。			
説明と同意日				
解決すべき課題(ニーズ)	低栄養状態のリスク (低・中・高) #1. 高血圧があり、塩分コントロールが継続できる #2. 水分量が少ない #3. 歩行時、重心が後方となるため自宅の食環境を整える必要がある			
サイン				
長期目標と期間	#1. 栄養相談を行い、塩分コントロールの知識や技術が習得できる #2. どれくらいの水分を補給すればよいのか知識を習得できる #3. 自宅の食事環境を想定しユニットの中で生活トレーニングを行い、自立した生活動作ができる (3ヶ月)			
続柄				
短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容	担当者	頻度	期間
① 疾患の状態安定、合併症の予防に努める (1ヶ月) 栄養補給・食事	○医師の指示より、提供エネルギー1500kcal たんぱく質55g 水分(飲水)1200~1400mlを提供する (主食 ご飯130g 副食 常菜食) ○高血圧があり減塩食とし塩分は6.0g未満/日とする ○食事摂取量と水分補給量の確認を行い、体重減少時は提供エネルギーの見直しを行う ○体重計測にて推移を確認	医師 管理栄養士 看護師 介護士	食事: 毎食 体重: 月1回	1か月
② 適正な食事量と水分量が理解できる (1ヶ月) 栄養食事相談	○栄養食事相談の実施 ・自宅でのバランスのよい食事の摂り方について ・味噌汁や加工品の食塩含有量について、食事カードを使用し説明する。 ・減塩食が対応できる配食サービスの紹介 (退所後はディケア利用時に栄養相談等、食に関するサポート、および体重の推移、摂取量等栄養評価を行う予定)	管理栄養士	退所までに2回	1ヶ月
③ 自宅を想定した生活リハビリの職守りから自立レベルで行動できる (1ヶ月) 課題の職種による課題	○リハビリトレーニングで動作が自立できる ・下肢筋力、立位バランス、歩行訓練に加え、物拾いトレーニングを行う ・冷蔵庫の扉の開閉時の動作と片手鍋での調理動作の確認	理学療法士 作業療法士	2回/週	1ヶ月
	○自宅での生活を想定した食支援 ・新聞チラシを活用し、買い物計算をトレーニング	作業療法士 管理栄養士	1回/週	
	○ユニットで生活リハビリテーションの実施 湯呑などの食器を洗う エプロンやタオルをたたむ	介護士	毎日	
	○一日を通し、食事や水分補給時の動作確認と、電子レンジを活用した調理実習	管理栄養士	退所までに1回	
特記事項	身長154.5cm 体重46.4kg BMI19.4kg/m ²			

介護老人保健施設の在宅復帰高齢者支援

－食べることを支援するための管理栄養士による在宅訪問－

苅部康子 委員・臨床栄養師

社会福祉法人 親善協会 介護老人保健施設 リハパーク舞岡 栄養課長

1. 2013 年厚生労働省の調べでは、介護老人保健施設の退所先のデータでは、自宅への退所が 31.7%、病院が 40.6%、特養へ 9.3%、老健 3.6%、その他 14.8%であった。全国老人保健施設協会も、老健の役割である在宅復帰を進めている。理由の一つに、ベッドを少しでも空けて、在宅療養する方がショートステイなどを利用できるようにがある。
2. 在宅強化型老健とは以下の要件等を満たす在宅復帰・在宅支援機能が高い老健施設のことである。主な要件は、在宅復帰率が 50%を超えていること。ベッドの回転率が 10%以上であること。要介護度 4 または要介護度 5 の利用者が 35%以上である。
3. 在宅復帰・在宅療養支援機能加算とは、在宅復帰率が 30%を超えていること、ベッドの回転率が 5%以上であることが要件である。
4. 在宅復帰の訪問に関する加算には、入所前後訪問指導加算、退所前後訪問指導加算、退所後訪問指導加算がある。共通していることは、全職種が協力して居宅を訪問することである。加算は各一回が限度となっている。入所前後訪問指導加算は、入所期間が 1 ヶ月を超えると見込まれる入所者の入所予定日前 30 日以内または、入所後 7 日以内に居宅を訪問する。退所前訪問指導加算は、入所中の訪問。退所後訪問は、退所後 30 日以内に居宅を訪問することが要件にある。これまで、当施設では訪問日の日程調整がしやすいこともあり、退所前訪問がほとんどであった。本日の話は、管理栄養士が他職種と同行訪問しているという内容である。
5. 在宅復帰の訪問指導の流れと時期を示す。訪問後は担当者会議を開催し、情報を共有し課題分析を行う。退所後訪問時は、施設入所中、在宅での生活を想定したケアに問題がなかったのか確認する。
6. 管理栄養士の訪問手順として、管理栄養士が在宅での食生活に課題があるため訪問が必要と判断した場合。また、それだけでなく、担当者会議の席で他の職種からの要請や、ご本人、ご家族からの要望を受けて訪問に出向くこともある。

7. 管理栄養士の退所前訪問の流れは、まず、担当者会議で、食事に関するニーズを報告する。介護支援専門員に同行訪問を提案する。その際の持ち物は食事や調理環境の把握としてメジャー、記録としてカメラ、台所に立ち入ることを想定し手指消毒液、筆記用具を持参する。
8. 訪問後は、在宅復帰を達成するため、施設内でどのような支援が必要か、介護支援専門員が作成したアセスメントと評価表が配布される。右上の写真がその様式となる。介護支援専門員は、食事は家族と一緒に摂るので、施設内での食支援は特に必要なしと記載があった。PT は、食事は温める程度なので施設での食環境指導は特になし。介護士からは片づけは本人でできるので、施設での食支援は必要ない。との評価であった。本当に食支援は必要ないのか。
9. 在宅復帰支援に管理栄養士が関わる目的。管理栄養士は栄養状態の維持向上や低栄養の予防を支援する。施設 NCM も在宅と同様である。栄養状態の維持・向上、低栄養の予防、水分補給量の確保、食事意欲の維持を達成するために、どのような食生活なのか、どのような生活環境なのか、在宅生活の視点が必要となる。
10. 在宅復帰の栄養ケア・マネジメントである。生活環境・食事内容・調理知識や能力の評価は必要なアセスメントとなり、その情報は居宅のケアマネ等につなげている。
11. 症例を 3 つ紹介する。一つ目は、管理栄養士が同行訪問していないとき。二つ目の症例は管理栄養士が同行訪問したとき、三つめは管理栄養士が同行訪問した際に新たな課題が加わった症例である。症例①、独居生活、在宅復帰を強く希望する腎不全、転倒リスクの高い A さん男性である。
12. 訪問の時期は、退所前訪問である。管理栄養士は訪問に同行していないため、PT へ自宅の食事環境がわかるよう写真撮影を依頼した。
13. A さんの栄養アセスメントである。
14. 在宅復帰に向けた担当者会議の様子である。ケアマネが会議室のテレビを使用し、訪問先での家屋調査の録画を再生し説明する。同行していない他の職員とともに具体的な課題に対し議論する。

15. Aさんの在宅復帰に向けた課題は、転倒のリスク、腎機能の憎悪、独居生活であることであった。しかし、ご本人の望む生活像は、なじみのヘルパーが食事を作ってくれるから問題はない。食事はちゃぶ台で食べるから問題はない。しかし、管理栄養士は、腎機能憎悪であることから定期的な受診が必要なことや、骨折したことでちゃぶ台で食事を摂ることは不適切であることを課題にあげた。
16. 在宅復帰支援の課題及び管理栄養士の視点をあげた。食事環境の整備が必要であること、食事や水分補給の確認が必要、通院方法について確認を求めた。施設職員だけで、食事環境の整備や通院方法など、在宅の生活やサービスを想定することには限界があった。そこで、居宅のケアマネと訪問介護員に同席を依頼し、再カンファレンスを開くことになった。
17. 在宅復帰カンファレンスの再開催の写真である。
18. 在宅復帰カンファレンス出席時の管理栄養士の視点。床に腰を下ろす動作はできないなど、食事環境の整備の課題は、居宅のケアマネの提案で食事テーブルをレンタルが可能となった。
19. 安否確認を含め、食事と水分摂取状況の確認が必要な課題は、当初の長時間で隔日の訪問介護サービスから、短時間で連日訪問に変更した。
20. 通院方法においては、医療扶助による介護タクシーの利用が可能となり、施設だけでなく在宅サービスと連携することでこのように困難事例でも在宅で生活することが可能となった。
21. Aさんが在宅復帰されるまでの施設内での栄養ケア・マネジメントである。
22. 管理栄養士の関わりです。栄養補給である。
23. 栄養食事相談である。
24. 退所時には、施設で取り組んだ栄養ケアをサマリーとして主治医へ提出した。
25. 退所から一か月経過、居宅の介護支援専門員へ電話で確認したところ、大きな問題なく生活されていた。私たちのプランは生かされていた。

26. 症例②。症例①では、在宅の様子を、他職種にカメラで撮影して欲しいと依頼したが、管理栄養士の視点とは違ったものだった。自分の目で在宅の食の課題を確認したい気持ちが高く高まった。そんなときに訪問した症例である。転倒を繰り返す独居女性 B さん。
27. 栄養アセスメントである。
28. これまでの経過である。B さんは自宅で転倒を繰り返していた。施設入所時、PT より重心が後方にあるため移動時は不安定なると情報があった。
29. 退所前訪問である。今度は管理栄養士も同行訪問を行っている。訪問日や訪問時間、訪問先へ向かう移動手段もすべて介護支援専門員が準備する。
30. PT より重心が後方にあるとの情報から、冷蔵庫の扉をあけて転倒につながらないか、調味料入れ、電子レンジに手が届くのかを確認した。味噌汁を自分で作りたい希望から、家族に両手鍋から片手鍋に購入を依頼、床のマットはすべりやすいので外して頂くことを提案した。管理栄養士は、同行訪問時、利用者の身体状況に合わせてこの台所でどう動くか、そのようにイメージすることがよりよい提案につながる。
31. 水分補給の確認では、居室の電気ポットにどのように水を補給するのか確認した。
32. ご家族は買い物袋を床に直置きしていた。床に置かないでほしいことを家族に伝えた。PT と相談し施設入所中、物ひろいのトレーニングを開始することになりした。2011 年から毎年転倒していたが管理栄養士の介入後は転倒せず、現在も独居で元気に暮らしている。
33. 症例③生活は同居、食事量が少ない糖尿病で摂食・嚥下に課題のある 95 歳男性である。
34. 訪問すると食事環境は問題がなかった。しかし、訪問時にご家族から食生活の不安を打ち明けられた。
35. まず、自宅での食生活を想定し栄養評価を行うと、エネルギーの不足、炭水化物過剰、たんぱく質の不足があった。施設では全量摂取されていたが、自宅では好みの物をたべ、味が単調になり食事量が徐々に減少することが考えられた。
36. そこで、施設に戻り栄養相談を実施した。

37. 自宅では食事量が少なくなると、それを理由に体調が悪くなっていた。それを防ぐためにも栄養価が高いパン粥の調理方法が知りたいと、ご家族からの要望があり調理実習を実施した。また、咽こみ時にとろみ調整食品を使用しているが、上手に作れないこともあることから、なめらかなとろみづくりの実習を行った。家族の介護技術習得により2週間後在宅復帰した。
38. まとめである。
39. 管理栄養士は、低栄養状態の予防と栄養状態の改善のために、生活環境等を確認するなど、評価を行い、必要な知識や技術を提供する役割がある。
40. 在宅での食生活を想定した訪問前の栄養アセスメントはまず、一日分の栄養評価を行う。次に、一日の食に関する動作を確認する。そして、在宅の支援者と情報を共有する。
41. 在宅訪問支援に要する管理栄養士の業務時間である。主に訪問やアセスメント、調理実習、家族や本人向けの資料作りに時間が必要となる。時間を捻出するにも限界があり、管理栄養士が一人では支援に限りがある。しかし、なぜ厳しい環境でも訪問に出るのか。それはやりがいを求められていると実感できるからである。
42. 管理栄養士が同行訪問を開始してから、他職種へ感想を求めた。居宅ケアマネは、食べることを具体的に提案できるのは、他の職種にはできない。施設で支援していることを在宅につなげてほしい。リハビリ部門は、同行訪問をもっと行い食べる場面を確認し、課題を提示、他職種へ発信すべきと提案があった。施設ケアマネは、特に独居の場合は、管理栄養士もチームの一員としてどんどん同行してほしい。施設長からは退所後訪問にも食に関するニーズはたくさんあるなど求められる声があった。
43. 今後に向けて。管理栄養士が行う在宅復帰支援は、在宅で生活する地域高齢者の「食べること」に重要な役割を果たしていた。在宅復帰支援を成功させるためには、多職種協働で「食べること」を地域へ繋げる必要がある。通所利用者・短期入所者に向けても同様に「食べること」の支援拡大が求められる。

なお、訪問栄養計画書は症例②の女性である。

事例検討
(在宅復帰支援事例)

在宅復帰支援事例（Bさん）

- 介護老人保健施設入所
84歳 女性 要介護度3
主介護者は同居の長男（60歳）

【これまで経緯】

自宅で転倒、大腿部頸部骨折により入院し、手術をした。術後、痛みの訴えからリハビリテーションが進まず、継続的なリハビリテーションの必要性から施設へ入所し、本人からは在宅復帰への強い要望がある。

【入所目的】

リハビリテーションによる歩行能力の回復と在宅復帰に向けての支援を行う。

管理栄養士による栄養アセスメント

【既往歴】

大腿部頸部骨折、白内障、低K血症、脱水

【身体状態】

身長：148.5cm 体重：38.2kg BMI：17.3

【血液検査データ】

血清アルブミン：3.4g/dl

【服薬】

ランソプラゾール、ツムラ大建中湯エキス顆粒、酸化Mg

- 食事形態 主食：常食、副食：常食
- 入所時から食欲が無く、食事摂取量は全体の5～7割程度
- 箸を使って、自力摂取ができる
- 自歯（24本）あるが、噛むことが困難なことがまれにある
- 食事に対する嗜好・禁止食品の指示は特に無い

多職種からの情報

(介護職員)

- 食事摂取が進まず、硬いものは残している
- 「自宅に帰りたい」「息子には迷惑掛けたくない」の発言あり

(看護職員)

- 排便コントロールができず、便秘気味である

(リハビリテーション職員)

- 歩行訓練時、疼痛の発言はみられていない
- HDS-R 22/30点(失点項目:日時見当識、遅延再生)

(介護支援専門員)

- 入院前は訪問入浴、配食サービス(2日/週)を利用していた
- 在宅復帰後はデイサービス利用を希望している
- 息子は、電子レンジの簡単な調理しかできずコンビニ利用が多い
- 自宅内の段差で転倒し、骨折した

Bさんの食事・栄養の観点からの 在宅復帰支援について考えてみましょう

- どのように観察しますか？ 収集すべき既存の情報
..のために (・・・なので)、誰から何を？
- 訪問時に聞いてみること
..のために (・・・なので)、誰から何を？
- 訪問時に確認する自宅環境
..のために (・・・なので)、何を、どのように？
- 訪問時に確認する自宅外環境
..のために (・・・なので)、何を、どのように？

4 会場の在宅復帰事例検討から出された訪問時収集・提供情報とミールラウンドの観察事項

訪問時収集・提供情報

- 自宅での食事は誰が作っているのか
- 一日何回の食事をしているか
- 直近の体重変動はあるか
- 息子の嗜好が食事に反映されていないか
- 息子のコンビニでえの食品選択方法へのアドバイスはされているか
- 息子はどのくらい買い物に行けるのか
- 息子の料理技術はどのくらいか
- 息子は電子レンジ以外の調理に挑戦する気があるのか
- 息子以外の身内からの支援はあるのか
- 食費をかけられる経済状況であるか
- 入所施設で行われた食支援はどのようなものか
- 食事場所までどのように移動するか
- 食事時の食器はどのようなものか
- 血清アルブミン値の経過はわかるか
- ゴミを捨てることはできるか
- ガス、換気扇はあるか、詰まったりしていないか
- 冷蔵庫はあるか
- 元気な時の体重はどのくらいだったか
- 本人の意向
- 既往歴
- 施設入所への経過
- 野菜の摂取量は足りているか
- 排尿・排便状況の確認
- 認知機能の低下はないか
- どのような導線で自宅に入るのか

ミールラウンドにおける観察事項

- 食事に対する嗜好はあるか
 - 食欲はあるか
 - 普段の食事摂取量はどのくらいか
 - 硬いものが噛めないのか
 - 歯の治療は必要か
 - 食事に時間がかかる理由は何か
 - 一日の水分摂取量
 - 一日の食事摂取量
 - 食物が見えているか
 - 脱水ではないか
-

資 料

記入日 平成26年 月 日

施設ID _____ 記入者の職名(どちらかに○印) 管理栄養士・その他(_____)

1. 調査日の前月1ヶ月間の下記の人数を記載して下さい。0 件の場合は 0 とご記入下さい。

①新入所者 ()人	②入院中の者()人	③入院した者()人
④自宅への退所者()人	⑤死亡者()人	
⑥施設において看取った者()人	⑦⑥のうち経口摂取を最後まで維持して看取った者()人	
⑧経管栄養の者()人 (内容:経鼻()人・胃瘻・腸瘻(PEG)()人・静脈()人)		

2. 調査日の前月1ヶ月間の職種の人員構成をご記入下さい。

非常勤は、常勤換算人数でご記入下さい。0 件の場合は 0 とご記入下さい。

職種	a.常勤	b.非常勤	職種	a.常勤	b.非常勤
1)管理栄養士	人	人	7)介護福祉士	人	人
2)栄養士	人	人	8)介護士	人	人
3)医師	人	人	9)理学療法士	人	人
4)歯科医師	人	人	10)作業療法士	人	人
5)看護師	人	人	11)言語聴覚士	人	人
6)准看護師	人	人	12)歯科衛生士	人	人

3. 調査日の前月の加算請求の有無について回答し、有りの場合には調査月の請求件数をご記入下さい。

0 件の場合は 0 とご記入下さい。

①栄養マネジメント ()件	②経口移行 無・有()件	③経口維持 I 無・有()件
④経口維持 II 無・有()件	⑤看取り 無・有()件	⑥ターミナル 無・有()件
⑦口腔機能維持管理 無・有()件	⑧加算請求をしていない看取りの件数 ()件	

4. 介護老人保健施設の方にお伺いします。調査日の前月の加算請求の有無について回答し、有りの場合には調査月の請求件数をご記入下さい。0 件の場合は 0 とご記入下さい。

①在宅強化型 無・有()件	②在宅復帰・在宅療養支援機能加算 無・有()件
----------------	--------------------------

5. 貴施設に歯科医師が訪問歯科診療するおおよその頻度について該当する番号に1つに○印を付けて下さい。

①月 2 回以上	②月 1 回	③2～3 か月に 1 回	④4～6 か月に 1 回	⑤年 1 回	⑥ほとんどない
----------	--------	--------------	--------------	--------	---------

6. 貴施設は口腔機能維持管理体制加算(30 単位/月)を算定していますか。

①算定している	②今後算定する予定である	③算定する予定はない
---------	--------------	------------

7. 経口移行や経口維持加算を請求していない施設の方は前回調査に引き続き、ご回答下さい。口腔機能維持管理、経口移行、経口維持Ⅰ・Ⅱの加算を請求していない理由について該当する番号に○印を付けて下さい。(複数回答可)

1)経口移行について	① 必要性を感じていない ② 対象者がいない ③ VE・VFによる嚥下の評価が困難 ④ ③以外の嚥下の評価が困難 ⑤ 個別の食事対応が出来ない ⑥ 医師・歯科医師の指示が得られにくい ⑦ 療養食加算を請求している ⑧ 人員不足 (具体的に) ⑨ その他 (具体的に)
2)経口維持Ⅰについて	① 必要性を感じていない ② 対象者がいない ③ VE・VFによる嚥下の評価が困難 ④ ③以外の嚥下の評価が困難 ⑤ 個別の食事対応が出来ない ⑥ 医師・歯科医師の指示が得られにくい ⑦ 療養食加算を請求している ⑧ 人員不足 (具体的に) ⑨ その他 (具体的に)
3)経口維持Ⅱについて	① 必要性を感じていない ② 対象者がいない ③嚥下の評価が困難 ④ 個別の食事対応が出来ない ⑤ 医師・歯科医師の指示が得られにくい ⑥ 療養食加算を請求している ⑦ 人員不足 (具体的に) ⑧ その他 (具体的に)
4)口腔機能維持管理 について (110 単位/月)	① 必要性を感じていない ② 対象者がいない ③対象者の抽出が困難 ④ 歯科医師・歯科衛生士の協力が得られにくい ⑤ 採算が取りにくい ⑥ 口腔機能維持管理体制加算(30 単位/月)を算定していないので算定できない ⑦ 人員不足 (具体的に) ⑧ その他 (具体的に)
5)口腔機能維持管理 体制について (30 単位/月)	① 必要性を感じていない ② 対象者がいない ③ 採算が取りにくい ④ 施設の口腔ケア・マネジメントに係る計画作成が困難 ⑤ 歯科医師・歯科衛生士の協力が得られにくい ⑥ 人員不足 (具体的に) ⑦ その他 (具体的に)

8. 調査日の前月の療養食加算の請求件数(1ヶ月間の総数)についてご記入下さい。0 件の場合は 0 とご記入下さい。

①糖尿病食	件	⑥膵臓病食	件
②腎臓病食(心臓疾患を含む)	件	⑦脂質異常症食	件
③肝臓病食	件	⑧痛風食	件
④胃潰瘍食(流動食は除く)	件	⑨検査食	件
⑤貧血食	件		

9. 併設している通所サービスの栄養改善加算について、該当する項目に○印を付けて、調査日の前月の加算請求件数をご記入下さい(請求件数が 0 件の場合は 0 と記入)。また、栄養改善を担当している管理栄養士の所属について該当する項目に○印を付けて下さい。併設の通所サービスが無い場合は未記入として下さい。

1)登録 無・有 2)加算請求 無・有 ⇒ a.請求件数 件 b.担当管理栄養士の所属(該当するものに○) ① 専任(常勤) ②専任(非常勤) ③兼任(常勤) ④兼任(非常勤)
--

10. 調査月の前月 1 ヶ月間の管理栄養士の食事時の観察(ミールラウンド)について該当する番号に○印をつけて下さい。
できている場合には、週当たりの頻度を1つ選んで○印をつけて下さい。

1. 全くできなかった	2. できている⇒ (週の頻度 ①週に1～2回 ②週に3～4回 ③週に5～6回、④毎日)
-------------	---

11. 貴施設で飲料にとろみをつける場合に使用されているとろみ剤のメーカー名及び商品名を教えてください。(複数回答可)

メーカー名:

商品名:

回答が終わりましたら、見直しをして頂き事務局まで返送して下さい。

コード	名称	形態	目的・特色	主食の例	必要な咀嚼能力	他の分類との対応	施設での名称	例示、定義等
(例)							移行食	舌で押しつぶせる固さでつぶした時に臓腑が砕けてバラける形状
0J	嚥下訓練食品	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー・離水が少なく、スライズ状にすぐくちが可能なもの	重度の症例に評価も含め訓練する段階。少量をすくってそのまま丸のみが可能。残留した場合にも吸引が容易。たんぱく質含有量が少ない。	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリー など	(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッド I.0、嚥下困難者用食品許可基準 I		
0T	嚥下訓練食品	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したとろみ水。(原則的には、中間のどちらかか、適している)	重症の症例に対する評価・訓練用。少量ずつ飲むことを想定。ゼリー丸呑みで誤嚥したゼリーが口中で溶けてしまう場合、たんぱく質含有量が、口腔外で既に適切な食塊状となっている。(少量をすくってそのまま丸のみ可能)送り込み際に多少意識して口蓋に舌を押しつける必要がある	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリー など	(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッド I.1、I.2、嚥下困難者用食品許可基準 II (UDF区分4 (ゼリー状))		
1J	嚥下調整食1	均質で、付着性・凝集性・硬さ、離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの(咽頭では残留、誤嚥をしないように配慮したもの)	粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆ粥	(下顎と下の運動による食塊形成能力及び食塊保持能力)	嚥下食ピラミッド I.3、嚥下困難者用食品許可基準 II・III、UDF区分4		
2A	嚥下調整食2	ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの。スプーンですくって食べることが可能なもの	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの。押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し(あるいはそれらの機能を賦活し)、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの。	粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆ粥	(下顎と下の運動による食塊形成能力及び食塊保持能力)	嚥下食ピラミッド I.4、高齢者ソフト食、UDF区分3		
2B	嚥下調整食2	ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので、不均質なものを含む。スプーンですくって食べることが可能なもの	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの。押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し(あるいはそれらの機能を賦活し)、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの。	粥水に配慮した粥など	舌と口蓋間の押しつぶし能力以上			
3	嚥下調整食3	形があり、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの、多量の離水がない	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの。歯がなくても対応可能だが、上下の歯槽間で押しつぶさず、あるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難。	軟飯・全粥など	上下の歯槽間の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッド I.4、高齢者ソフト食、UDF区分1・2		
4	嚥下調整食4	硬さ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどがなく箸やスプーンで切れるやわらかさ						

UDFユニバーサルデザインフード

嚥下や咀嚼が困難な方に、上記で記入した嚥下調整食の分類以外に、刻みなどの対応をしていますか。

「はい」の場合は、施設での名称、どのようなものか、嚥下・咀嚼のどちらが困難な方に使用しているか考えてみてください。

施設での名称	おおよその大きさ	常食より柔らかく煮るか	ピューレやあんかけにするか	嚥下が困難な方への使用	咀嚼が困難な方への使用
(例) あら列み	1~2cm角	はい(はい)いいえ	はい(はい)いいえ	あり(あり)なし	あり(あり)なし
		はいいいえ	はいいいえ	ありなし	ありなし
		はいいいえ	はいいいえ	ありなし	ありなし
		はいいいえ	はいいいえ	ありなし	ありなし
		はいいいえ	はいいいえ	ありなし	ありなし
		はいいいえ	はいいいえ	ありなし	ありなし
		はいいいえ	はいいいえ	ありなし	ありなし

	性状の説明(飲んだとき)	性状の説明(見たとき)	貴施設での名称	貴施設での特性、定義等
(例)			ヨーグルト状	お茶100mlに一包(3g)を使用
段階1 薄いとろみ	「drink」するという表現が適切なとろみの程度。口に入れると口腔内に広がる。液体の種類・味や温度によっては、とろみがついていることがあまり気にならない場合もある。飲み込む際に大きな力を要しない。ストローで容易に吸うことができる。	スプーンを傾けるとすつと流れおちる。フォークの歯の間から素早く流れ落ちる。カップを傾け、流れ出た後には、うっすらと跡が残る程度の付着		
段階2 中間のとろみ	明らかにとろみがある感じがありかつ、「drink」という表現が適切なとろみの程度。口腔内での動態はゆっくりですぐには広がらない。舌の上でまとめやすい。ストローで吸うのは抵抗がある。	スプーンを傾けるととろとろと流れる。フォークの歯の間からゆっくりと流れ落ちる。カップを傾け、流れ出た後には、全体にコーティングしたように付着		
段階3 濃いとろみ	明らかにとろみがついている。まとまりが良い。送り込むのに力が必要。スプーンで「eat」という表現が適切なとろみの程度。ストローで吸うことは困難。	スプーンを傾けても、形状がある程度保たれ、流れにくい。フォークの歯の間から流れでない。カップを傾けても流れ出ない(ゆっくりと塊とまって落ちる)		

栄養アセスメント・モニタリング・栄養ケア計画調査票

I. 基本的事項について

施設 ID		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
利用者 ID		現在の加算取得	<input type="checkbox"/> 経口移行 <input type="checkbox"/> 経口維持Ⅰ <input type="checkbox"/> 経口維持Ⅱ <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> ターミナル		作成： 年 月 日
療養食加算	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 脾臓病食 <input type="checkbox"/> 高脂血症食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 特別な場合の検査食）				
疾患名(複数回答)					
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（認知症の日常生活活動度： <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ <input type="checkbox"/> Ⅵ <input type="checkbox"/> Ⅶ <input type="checkbox"/> Ⅷ <input type="checkbox"/> Ⅷa <input type="checkbox"/> Ⅷb <input type="checkbox"/> Ⅷc <input type="checkbox"/> Ⅷd <input type="checkbox"/> Ⅷe <input type="checkbox"/> Ⅷf <input type="checkbox"/> Ⅷg <input type="checkbox"/> Ⅷh <input type="checkbox"/> Ⅷi <input type="checkbox"/> Ⅷj <input type="checkbox"/> Ⅷk <input type="checkbox"/> Ⅷl <input type="checkbox"/> Ⅷm <input type="checkbox"/> Ⅷn <input type="checkbox"/> Ⅷo <input type="checkbox"/> Ⅷp <input type="checkbox"/> Ⅷq <input type="checkbox"/> Ⅷr <input type="checkbox"/> Ⅷs <input type="checkbox"/> Ⅷt <input type="checkbox"/> Ⅷu <input type="checkbox"/> Ⅷv <input type="checkbox"/> Ⅷw <input type="checkbox"/> Ⅷx <input type="checkbox"/> Ⅷy <input type="checkbox"/> Ⅷz <input type="checkbox"/> Ⅷaa <input type="checkbox"/> Ⅷab <input type="checkbox"/> Ⅷac <input type="checkbox"/> Ⅷad <input type="checkbox"/> Ⅷae <input type="checkbox"/> Ⅷaf <input type="checkbox"/> Ⅷag <input type="checkbox"/> Ⅷah <input type="checkbox"/> Ⅷai <input type="checkbox"/> Ⅷaj <input type="checkbox"/> Ⅷak <input type="checkbox"/> Ⅷal <input type="checkbox"/> Ⅷam <input type="checkbox"/> Ⅷan <input type="checkbox"/> Ⅷao <input type="checkbox"/> Ⅷap <input type="checkbox"/> Ⅷaq <input type="checkbox"/> Ⅷar <input type="checkbox"/> Ⅷas <input type="checkbox"/> Ⅷat <input type="checkbox"/> Ⅷau <input type="checkbox"/> Ⅷav <input type="checkbox"/> Ⅷaw <input type="checkbox"/> Ⅷax <input type="checkbox"/> Ⅷay <input type="checkbox"/> Ⅷaz <input type="checkbox"/> Ⅷba <input type="checkbox"/> Ⅷbb <input type="checkbox"/> Ⅷbc <input type="checkbox"/> Ⅷbd <input type="checkbox"/> Ⅷbe <input type="checkbox"/> Ⅷbf <input type="checkbox"/> Ⅷbg <input type="checkbox"/> Ⅷbh <input type="checkbox"/> Ⅷbi <input type="checkbox"/> Ⅷbj <input type="checkbox"/> Ⅷbk <input type="checkbox"/> Ⅷbl <input type="checkbox"/> Ⅷbm <input type="checkbox"/> Ⅷbn <input type="checkbox"/> Ⅷbo <input type="checkbox"/> Ⅷbp <input type="checkbox"/> Ⅷbq <input type="checkbox"/> Ⅷbr <input type="checkbox"/> Ⅷbs <input type="checkbox"/> Ⅷbt <input type="checkbox"/> Ⅷbu <input type="checkbox"/> Ⅷbv <input type="checkbox"/> Ⅷbw <input type="checkbox"/> Ⅷbx <input type="checkbox"/> Ⅷby <input type="checkbox"/> Ⅷbz <input type="checkbox"/> Ⅷca <input type="checkbox"/> Ⅷcb <input type="checkbox"/> Ⅷcc <input type="checkbox"/> Ⅷcd <input type="checkbox"/> Ⅷce <input type="checkbox"/> Ⅷcf <input type="checkbox"/> Ⅷcg <input type="checkbox"/> Ⅷch <input type="checkbox"/> Ⅷci <input type="checkbox"/> Ⅷcj <input type="checkbox"/> Ⅷck <input type="checkbox"/> Ⅷcl <input type="checkbox"/> Ⅷcm <input type="checkbox"/> Ⅷcn <input type="checkbox"/> Ⅷco <input type="checkbox"/> Ⅷcp <input type="checkbox"/> Ⅷcq <input type="checkbox"/> Ⅷcr <input type="checkbox"/> Ⅷcs <input type="checkbox"/> Ⅷct <input type="checkbox"/> Ⅷcu <input type="checkbox"/> Ⅷcv <input type="checkbox"/> Ⅷcw <input type="checkbox"/> Ⅷcx <input type="checkbox"/> Ⅷcy <input type="checkbox"/> Ⅷcz <input type="checkbox"/> Ⅷda <input type="checkbox"/> Ⅷdb <input type="checkbox"/> Ⅷdc <input type="checkbox"/> Ⅷdd <input type="checkbox"/> Ⅷde <input type="checkbox"/> Ⅷdf <input type="checkbox"/> Ⅷdg <input type="checkbox"/> Ⅷdh <input type="checkbox"/> Ⅷdi <input type="checkbox"/> Ⅷdj <input type="checkbox"/> Ⅷdk <input type="checkbox"/> Ⅷdl <input type="checkbox"/> Ⅷdm <input type="checkbox"/> Ⅷdn <input type="checkbox"/> Ⅷdo <input type="checkbox"/> Ⅷdp <input type="checkbox"/> Ⅷdq <input type="checkbox"/> Ⅷdr <input type="checkbox"/> Ⅷds <input type="checkbox"/> Ⅷdt <input type="checkbox"/> Ⅷdu <input type="checkbox"/> Ⅷdv <input type="checkbox"/> Ⅷdw <input type="checkbox"/> Ⅷdx <input type="checkbox"/> Ⅷdy <input type="checkbox"/> Ⅷdz <input type="checkbox"/> Ⅷea <input type="checkbox"/> Ⅷeb <input type="checkbox"/> Ⅷec <input type="checkbox"/> Ⅷed <input type="checkbox"/> Ⅷee <input type="checkbox"/> Ⅷef <input type="checkbox"/> Ⅷeg <input type="checkbox"/> Ⅷeh <input type="checkbox"/> Ⅷei <input type="checkbox"/> Ⅷej <input type="checkbox"/> Ⅷek <input type="checkbox"/> Ⅷel <input type="checkbox"/> Ⅷem <input type="checkbox"/> Ⅷen <input type="checkbox"/> Ⅷeo <input type="checkbox"/> Ⅷep <input type="checkbox"/> Ⅷeq <input type="checkbox"/> Ⅷer <input type="checkbox"/> Ⅷes <input type="checkbox"/> Ⅷet <input type="checkbox"/> Ⅷeu <input type="checkbox"/> Ⅷev <input type="checkbox"/> Ⅷew <input type="checkbox"/> Ⅷex <input type="checkbox"/> Ⅷey <input type="checkbox"/> Ⅷez <input type="checkbox"/> Ⅷfa <input type="checkbox"/> Ⅷfb <input type="checkbox"/> Ⅷfc <input type="checkbox"/> Ⅷfd <input type="checkbox"/> Ⅷfe <input type="checkbox"/> Ⅷff <input type="checkbox"/> Ⅷfg <input type="checkbox"/> Ⅷfh <input type="checkbox"/> Ⅷfi <input type="checkbox"/> Ⅷfj <input type="checkbox"/> Ⅷfk <input type="checkbox"/> Ⅷfl <input type="checkbox"/> Ⅷfm <input type="checkbox"/> Ⅷfn <input type="checkbox"/> Ⅷfo <input type="checkbox"/> Ⅷfp <input type="checkbox"/> Ⅷfq <input type="checkbox"/> Ⅷfr <input type="checkbox"/> Ⅷfs <input type="checkbox"/> Ⅷft <input type="checkbox"/> Ⅷfu <input type="checkbox"/> Ⅷfv <input type="checkbox"/> Ⅷfw <input type="checkbox"/> Ⅷfx <input type="checkbox"/> Ⅷfy <input type="checkbox"/> Ⅷfz <input type="checkbox"/> Ⅷga <input type="checkbox"/> Ⅷgb <input type="checkbox"/> Ⅷgc <input type="checkbox"/> Ⅷgd <input type="checkbox"/> Ⅷge <input type="checkbox"/> Ⅷgf <input type="checkbox"/> Ⅷgg <input type="checkbox"/> Ⅷgh <input type="checkbox"/> Ⅷgi <input type="checkbox"/> Ⅷgj <input type="checkbox"/> Ⅷgk <input type="checkbox"/> Ⅷgl <input type="checkbox"/> Ⅷgm <input type="checkbox"/> Ⅷgn <input type="checkbox"/> Ⅷgo <input type="checkbox"/> Ⅷgp <input type="checkbox"/> Ⅷgq <input type="checkbox"/> Ⅷgr <input type="checkbox"/> Ⅷgs <input type="checkbox"/> Ⅷgt <input type="checkbox"/> Ⅷgu <input type="checkbox"/> Ⅷgv <input type="checkbox"/> Ⅷgw <input type="checkbox"/> Ⅷgx <input type="checkbox"/> Ⅷgy <input type="checkbox"/> Ⅷgz <input type="checkbox"/> Ⅷha <input type="checkbox"/> Ⅷhb <input type="checkbox"/> Ⅷhc <input type="checkbox"/> Ⅷhd <input type="checkbox"/> Ⅷhe <input type="checkbox"/> Ⅷhf <input type="checkbox"/> Ⅷhg <input type="checkbox"/> Ⅷhh <input type="checkbox"/> Ⅷhi <input type="checkbox"/> Ⅷhj <input type="checkbox"/> Ⅷhk <input type="checkbox"/> Ⅷhl <input type="checkbox"/> Ⅷhm <input type="checkbox"/> Ⅷhn <input type="checkbox"/> Ⅷho <input type="checkbox"/> Ⅷhp <input type="checkbox"/> Ⅷhq <input type="checkbox"/> Ⅷhr <input type="checkbox"/> Ⅷhs <input type="checkbox"/> Ⅷht <input type="checkbox"/> Ⅷhu <input type="checkbox"/> Ⅷhv <input type="checkbox"/> Ⅷhw <input type="checkbox"/> Ⅷhx <input type="checkbox"/> Ⅷhy <input type="checkbox"/> Ⅷhz <input type="checkbox"/> Ⅷia <input type="checkbox"/> Ⅷib <input type="checkbox"/> Ⅷic <input type="checkbox"/> Ⅷid <input type="checkbox"/> Ⅷie <input type="checkbox"/> Ⅷif <input type="checkbox"/> Ⅷig <input type="checkbox"/> Ⅷih <input type="checkbox"/> Ⅷii <input type="checkbox"/> Ⅷij <input type="checkbox"/> Ⅷik <input type="checkbox"/> Ⅷil <input type="checkbox"/> Ⅷim <input type="checkbox"/> Ⅷin <input type="checkbox"/> Ⅷio <input type="checkbox"/> Ⅷip <input type="checkbox"/> Ⅷiq <input type="checkbox"/> Ⅷir <input type="checkbox"/> Ⅷis <input type="checkbox"/> Ⅷit <input type="checkbox"/> Ⅷiu <input type="checkbox"/> Ⅷiv <input type="checkbox"/> Ⅷiw <input type="checkbox"/> Ⅷix <input type="checkbox"/> Ⅷiy <input type="checkbox"/> Ⅷiz <input type="checkbox"/> Ⅷja <input type="checkbox"/> Ⅷjb <input type="checkbox"/> Ⅷjc <input type="checkbox"/> Ⅷjd <input type="checkbox"/> Ⅷje <input type="checkbox"/> Ⅷjf <input type="checkbox"/> Ⅷjg <input type="checkbox"/> Ⅷjh <input type="checkbox"/> Ⅷji <input type="checkbox"/> Ⅷjj <input type="checkbox"/> Ⅷjk <input type="checkbox"/> Ⅷjl <input type="checkbox"/> Ⅷjm <input type="checkbox"/> Ⅷjn <input type="checkbox"/> Ⅷjo <input type="checkbox"/> Ⅷjp <input type="checkbox"/> Ⅷjq <input type="checkbox"/> Ⅷjr <input type="checkbox"/> Ⅷjs <input type="checkbox"/> Ⅷjt <input type="checkbox"/> Ⅷju <input type="checkbox"/> Ⅷjv <input type="checkbox"/> Ⅷjw <input type="checkbox"/> Ⅷjx <input type="checkbox"/> Ⅷjy <input type="checkbox"/> Ⅷjz <input type="checkbox"/> Ⅷka <input type="checkbox"/> Ⅷkb <input type="checkbox"/> Ⅷkc <input type="checkbox"/> Ⅷkd <input type="checkbox"/> Ⅷke <input type="checkbox"/> Ⅷkf <input type="checkbox"/> Ⅷkg <input type="checkbox"/> Ⅷkh <input type="checkbox"/> Ⅷki <input type="checkbox"/> Ⅷkj <input type="checkbox"/> Ⅷkk <input type="checkbox"/> Ⅷkl <input type="checkbox"/> Ⅷkm <input type="checkbox"/> Ⅷkn <input type="checkbox"/> Ⅷko <input type="checkbox"/> Ⅷkp <input type="checkbox"/> Ⅷkq <input type="checkbox"/> Ⅷkr <input type="checkbox"/> Ⅷks <input type="checkbox"/> Ⅷkt <input type="checkbox"/> Ⅷku <input type="checkbox"/> Ⅷkv <input type="checkbox"/> Ⅷkw <input type="checkbox"/> Ⅷkx <input type="checkbox"/> Ⅷky <input type="checkbox"/> Ⅷkz <input type="checkbox"/> Ⅷla <input type="checkbox"/> Ⅷlb <input type="checkbox"/> Ⅷlc <input type="checkbox"/> Ⅷld <input type="checkbox"/> Ⅷle <input type="checkbox"/> Ⅷlf <input type="checkbox"/> Ⅷlg <input type="checkbox"/> Ⅷlh <input type="checkbox"/> Ⅷli <input type="checkbox"/> Ⅷlj <input type="checkbox"/> Ⅷlk <input type="checkbox"/> Ⅷll <input type="checkbox"/> Ⅷlm <input type="checkbox"/> Ⅷln <input type="checkbox"/> Ⅷlo <input type="checkbox"/> Ⅷlp <input type="checkbox"/> Ⅷlq <input type="checkbox"/> Ⅷlр <input type="checkbox"/> Ⅷlr <input type="checkbox"/> Ⅷls <input type="checkbox"/> Ⅷlt <input type="checkbox"/> Ⅷlu <input type="checkbox"/> Ⅷlv <input type="checkbox"/> Ⅷlw <input type="checkbox"/> Ⅷlx <input type="checkbox"/> Ⅷly <input type="checkbox"/> Ⅷlz <input type="checkbox"/> Ⅷma <input type="checkbox"/> Ⅷmb <input type="checkbox"/> Ⅷmc <input type="checkbox"/> Ⅷmd <input type="checkbox"/> Ⅷme <input type="checkbox"/> Ⅷmf <input type="checkbox"/> Ⅷmg <input type="checkbox"/> Ⅷmh <input type="checkbox"/> Ⅷmi <input type="checkbox"/> Ⅷmj <input type="checkbox"/> Ⅷmk <input type="checkbox"/> Ⅷml <input type="checkbox"/> Ⅷmm <input type="checkbox"/> Ⅷmn <input type="checkbox"/> Ⅷmo <input type="checkbox"/> Ⅷmp <input type="checkbox"/> Ⅷmq <input type="checkbox"/> Ⅷmr <input type="checkbox"/> Ⅷms <input type="checkbox"/> Ⅷmt <input type="checkbox"/> Ⅷmu <input type="checkbox"/> Ⅷmv <input type="checkbox"/> Ⅷmw <input type="checkbox"/> Ⅷmx <input type="checkbox"/> Ⅷmy <input type="checkbox"/> Ⅷmz <input type="checkbox"/> Ⅷna <input type="checkbox"/> Ⅷnb <input type="checkbox"/> Ⅷnc <input type="checkbox"/> Ⅷnd <input type="checkbox"/> Ⅷne <input type="checkbox"/> Ⅷnf <input type="checkbox"/> Ⅷng <input type="checkbox"/> Ⅷnh <input type="checkbox"/> Ⅷni <input type="checkbox"/> Ⅷnj <input type="checkbox"/> Ⅷnk <input type="checkbox"/> Ⅷnl <input type="checkbox"/> Ⅷnm <input type="checkbox"/> Ⅷnn <input type="checkbox"/> Ⅷno <input type="checkbox"/> Ⅷnp <input type="checkbox"/> Ⅷnq <input type="checkbox"/> Ⅷnr <input type="checkbox"/> Ⅷns <input type="checkbox"/> Ⅷnt <input type="checkbox"/> Ⅷnu <input type="checkbox"/> Ⅷnv <input type="checkbox"/> Ⅷnw <input type="checkbox"/> Ⅷnx <input type="checkbox"/> Ⅷny <input type="checkbox"/> Ⅷnz <input type="checkbox"/> Ⅷoa <input type="checkbox"/> Ⅷob <input type="checkbox"/> Ⅷoc <input type="checkbox"/> Ⅷod <input type="checkbox"/> Ⅷoe <input type="checkbox"/> Ⅷof <input type="checkbox"/> Ⅷog <input type="checkbox"/> Ⅷoh <input type="checkbox"/> Ⅷoi <input type="checkbox"/> Ⅷoj <input type="checkbox"/> Ⅷok <input type="checkbox"/> Ⅷol <input type="checkbox"/> Ⅷom <input type="checkbox"/> Ⅷon <input type="checkbox"/> Ⅷoo <input type="checkbox"/> Ⅷop <input type="checkbox"/> Ⅷoq <input type="checkbox"/> Ⅷor <input type="checkbox"/> Ⅷos <input type="checkbox"/> Ⅷot <input type="checkbox"/> Ⅷou <input type="checkbox"/> Ⅷov <input type="checkbox"/> Ⅷow <input type="checkbox"/> Ⅷox <input type="checkbox"/> Ⅷoy <input type="checkbox"/> Ⅷoz <input type="checkbox"/> Ⅷpa <input type="checkbox"/> Ⅷpb <input type="checkbox"/> Ⅷpc <input type="checkbox"/> Ⅷpd <input type="checkbox"/> Ⅷpe <input type="checkbox"/> Ⅷpf <input type="checkbox"/> Ⅷpg <input type="checkbox"/> Ⅷph <input type="checkbox"/> Ⅷpi <input type="checkbox"/> Ⅷpj <input type="checkbox"/> Ⅷpk <input type="checkbox"/> Ⅷpl <input type="checkbox"/> Ⅷpm <input type="checkbox"/> Ⅷpn <input type="checkbox"/> Ⅷpo <input type="checkbox"/> Ⅷpp <input type="checkbox"/> Ⅷpq <input type="checkbox"/> Ⅷpr <input type="checkbox"/> Ⅷps <input type="checkbox"/> Ⅷpt <input type="checkbox"/> Ⅷpu <input type="checkbox"/> Ⅷpv <input type="checkbox"/> Ⅷpw <input type="checkbox"/> Ⅷpx <input type="checkbox"/> Ⅷpy <input type="checkbox"/> Ⅷpz <input type="checkbox"/> Ⅷqa <input type="checkbox"/> Ⅷqb <input type="checkbox"/> Ⅷqc <input type="checkbox"/> Ⅷqd <input type="checkbox"/> Ⅷqe <input type="checkbox"/> Ⅷqf <input type="checkbox"/> Ⅷqg <input type="checkbox"/> Ⅷqh <input type="checkbox"/> Ⅷqi <input type="checkbox"/> Ⅷqj <input type="checkbox"/> Ⅷqk <input type="checkbox"/> Ⅷql <input type="checkbox"/> Ⅷqm <input type="checkbox"/> Ⅷqn <input type="checkbox"/> Ⅷqo <input type="checkbox"/> Ⅷqp <input type="checkbox"/> Ⅷqq <input type="checkbox"/> Ⅷqr <input type="checkbox"/> Ⅷqs <input type="checkbox"/> Ⅷqt <input type="checkbox"/> Ⅷqu <input type="checkbox"/> Ⅷqv <input type="checkbox"/> Ⅷqw <input type="checkbox"/> Ⅷqx <input type="checkbox"/> Ⅷqy <input type="checkbox"/> Ⅷqz <input type="checkbox"/> Ⅷra <input type="checkbox"/> Ⅷrb <input type="checkbox"/> Ⅷrc <input type="checkbox"/> Ⅷrd <input type="checkbox"/> Ⅷre <input type="checkbox"/> Ⅷrf <input type="checkbox"/> Ⅷrg <input type="checkbox"/> Ⅷrh <input type="checkbox"/> Ⅷri <input type="checkbox"/> Ⅷrj <input type="checkbox"/> Ⅷrk <input type="checkbox"/> Ⅷrl <input type="checkbox"/> Ⅷrm <input type="checkbox"/> Ⅷrn <input type="checkbox"/> Ⅷro <input type="checkbox"/> Ⅷrp <input type="checkbox"/> Ⅷrq <input type="checkbox"/> Ⅷrr <input type="checkbox"/> Ⅷrs <input type="checkbox"/> Ⅷrt <input type="checkbox"/> Ⅷru <input type="checkbox"/> Ⅷrv <input type="checkbox"/> Ⅷrw <input type="checkbox"/> Ⅷrx <input type="checkbox"/> Ⅷry <input type="checkbox"/> Ⅷrz <input type="checkbox"/> Ⅷsa <input type="checkbox"/> Ⅷsb <input type="checkbox"/> Ⅷsc <input type="checkbox"/> Ⅷsd <input type="checkbox"/> Ⅷse <input type="checkbox"/> Ⅷsf <input type="checkbox"/> Ⅷsg <input type="checkbox"/> Ⅷsh <input type="checkbox"/> Ⅷsi <input type="checkbox"/> Ⅷsj <input type="checkbox"/> Ⅷsk <input type="checkbox"/> Ⅷsl <input type="checkbox"/> Ⅷsm <input type="checkbox"/> Ⅷsn <input type="checkbox"/> Ⅷso <input type="checkbox"/> Ⅷsp <input type="checkbox"/> Ⅷsq <input type="checkbox"/> Ⅷsr <input type="checkbox"/> Ⅷss <input type="checkbox"/> Ⅷst <input type="checkbox"/> Ⅷsu <input type="checkbox"/> Ⅷsv <input type="checkbox"/> Ⅷsw <input type="checkbox"/> Ⅷsx <input type="checkbox"/> Ⅷsy <input type="checkbox"/> Ⅷsz <input type="checkbox"/> Ⅷta <input type="checkbox"/> Ⅷtb <input type="checkbox"/> Ⅷtc <input type="checkbox"/> Ⅷtd <input type="checkbox"/> Ⅷte <input type="checkbox"/> Ⅷtf <input type="checkbox"/> Ⅷtg <input type="checkbox"/> Ⅷth <input type="checkbox"/> Ⅷti <input type="checkbox"/> Ⅷtj <input type="checkbox"/> Ⅷtk <input type="checkbox"/> Ⅷtl <input type="checkbox"/> Ⅷtm <input type="checkbox"/> Ⅷtn <input type="checkbox"/> Ⅷto <input type="checkbox"/> Ⅷtp <input type="checkbox"/> Ⅷtq <input type="checkbox"/> Ⅷtr <input type="checkbox"/> Ⅷts <input type="checkbox"/> Ⅷtt <input type="checkbox"/> Ⅷtu <input type="checkbox"/> Ⅷtv <input type="checkbox"/> Ⅷtw <input type="checkbox"/> Ⅷtx <input type="checkbox"/> Ⅷty <input type="checkbox"/> Ⅷtz <input type="checkbox"/> Ⅷua <input type="checkbox"/> Ⅷub <input type="checkbox"/> Ⅷuc <input type="checkbox"/> Ⅷud <input type="checkbox"/> Ⅷue <input type="checkbox"/> Ⅷuf <input type="checkbox"/> Ⅷug <input type="checkbox"/> Ⅷuh <input type="checkbox"/> Ⅷui <input type="checkbox"/> Ⅷuj <input type="checkbox"/> Ⅷuk <input type="checkbox"/> Ⅷul <input type="checkbox"/> Ⅷum <input type="checkbox"/> Ⅷun <input type="checkbox"/> Ⅷuo <input type="checkbox"/> Ⅷup <input type="checkbox"/> Ⅷuq <input type="checkbox"/> Ⅷur <input type="checkbox"/> Ⅷus <input type="checkbox"/> Ⅷut <input type="checkbox"/> Ⅷuu <input type="checkbox"/> Ⅷuv <input type="checkbox"/> Ⅷuw <input type="checkbox"/> Ⅷux <input type="checkbox"/> Ⅷuy <input type="checkbox"/> Ⅷuz <input type="checkbox"/> Ⅷva <input type="checkbox"/> Ⅷvb <input type="checkbox"/> Ⅷvc <input type="checkbox"/> Ⅷvd <input type="checkbox"/> Ⅷve <input type="checkbox"/> Ⅷvf <input type="checkbox"/> Ⅷvg <input type="checkbox"/> Ⅷvh <input type="checkbox"/> Ⅷvi <input type="checkbox"/> Ⅷvj <input type="checkbox"/> Ⅷvk <input type="checkbox"/> Ⅷvl <input type="checkbox"/> Ⅷvm <input type="checkbox"/> Ⅷvn <input type="checkbox"/> Ⅷvo <input type="checkbox"/> Ⅷvp <input type="checkbox"/> Ⅷvq <input type="checkbox"/> Ⅷvr <input type="checkbox"/> Ⅷvs <input type="checkbox"/> Ⅷvt <input type="checkbox"/> Ⅷvu <input type="checkbox"/> Ⅷvv <input type="checkbox"/> Ⅷvw <input type="checkbox"/> Ⅷvx <input type="checkbox"/> Ⅷvy <input type="checkbox"/> Ⅷvz <input type="checkbox"/> Ⅷwa <input type="checkbox"/> Ⅷwb <input type="checkbox"/> Ⅷwc <input type="checkbox"/> Ⅷwd <input type="checkbox"/> Ⅷwe <input type="checkbox"/> Ⅷwf <input type="checkbox"/> Ⅷwg <input type="checkbox"/> Ⅷwh <input type="checkbox"/> Ⅷwi <input type="checkbox"/> Ⅷwj <input type="checkbox"/> Ⅷwk <input type="checkbox"/> Ⅷwl <input type="checkbox"/> Ⅷwm <input type="checkbox"/> Ⅷwn <input type="checkbox"/> Ⅷwo <input type="checkbox"/> Ⅷwp <input type="checkbox"/> Ⅷwq <input type="checkbox"/> Ⅷwr <input type="checkbox"/> Ⅷws <input type="checkbox"/> Ⅷwt <input type="checkbox"/> Ⅷwu <input type="checkbox"/> Ⅷwv <input type="checkbox"/> Ⅷww <input type="checkbox"/> Ⅷwx <input type="checkbox"/> Ⅷwy <input type="checkbox"/> Ⅷwz <input type="checkbox"/> Ⅷxa <input type="checkbox"/> Ⅷxb <input type="checkbox"/> Ⅷxc <input type="checkbox"/> Ⅷxd <input type="checkbox"/> Ⅷxe <input type="checkbox"/> Ⅷxf <input type="checkbox"/> Ⅷxg <input type="checkbox"/> Ⅷxh <input type="checkbox"/> Ⅷxi <input type="checkbox"/> Ⅷxj <input type="checkbox"/> Ⅷxk <input type="checkbox"/> Ⅷxl <input type="checkbox"/> Ⅷxm <input type="checkbox"/> Ⅷxn <input type="checkbox"/> Ⅷxo <input type="checkbox"/> Ⅷxp <input type="checkbox"/> Ⅷxq <input type="checkbox"/> Ⅷxр <input type="checkbox"/> Ⅷxr <input type="checkbox"/> Ⅷxs <input type="checkbox"/> Ⅷxt <input type="checkbox"/> Ⅷxu <input type="checkbox"/> Ⅷxv <input type="checkbox"/> Ⅷxw <input type="checkbox"/> Ⅷxx <input type="checkbox"/> Ⅷxy <input type="checkbox"/> Ⅷxz <input type="checkbox"/> Ⅷya <input type="checkbox"/> Ⅷyb <input type="checkbox"/> Ⅷyc <input type="checkbox"/> Ⅷyd <input type="checkbox"/> Ⅷye <input type="checkbox"/> Ⅷyf <input type="checkbox"/> Ⅷyg <input type="checkbox"/> Ⅷyh <input type="checkbox"/> Ⅷyi <input type="checkbox"/> Ⅷyj <input type="checkbox"/> Ⅷyk <input type="checkbox"/> Ⅷyl <input type="checkbox"/> Ⅷym <input type="checkbox"/> Ⅷyn <input type="checkbox"/> Ⅷyo <input type="checkbox"/> Ⅷyp <input type="checkbox"/> Ⅷyq <input type="checkbox"/> Ⅷyr <input type="checkbox"/> Ⅷys <input type="checkbox"/> Ⅷyt <input type="checkbox"/> Ⅷyu <input type="checkbox"/> Ⅷyv <input type="checkbox"/> Ⅷyw <input type="checkbox"/> Ⅷyx <input type="checkbox"/> Ⅷyy <input type="checkbox"/> Ⅷyz <input type="checkbox"/> Ⅷza <input type="checkbox"/> Ⅷzb <input type="checkbox"/> Ⅷzc <input type="checkbox"/> Ⅷzd <input type="checkbox"/> Ⅷze <input type="checkbox"/> Ⅷzf <input type="checkbox"/> Ⅷzg <input type="checkbox"/> Ⅷzh <input type="checkbox"/> Ⅷzi <input type="checkbox"/> Ⅷzj <input type="checkbox"/> Ⅷzk <input type="checkbox"/> Ⅷzl <input type="checkbox"/> Ⅷzm <input type="checkbox"/> Ⅷzn <input type="checkbox"/> Ⅷzo <input type="checkbox"/> Ⅷzp <input type="checkbox"/> Ⅷzq <input type="checkbox"/> Ⅷzр <input type="checkbox"/> Ⅷzr <input type="checkbox"/> Ⅷzs <input type="checkbox"/> Ⅷzt <input type="checkbox"/> Ⅷzu <input type="checkbox"/> Ⅷzv <input type="checkbox"/> Ⅷzw <input type="checkbox"/> Ⅷzx <input type="checkbox"/> Ⅷzy <input type="checkbox"/> Ⅷzz <input type="checkbox"/> Ⅷaa <input type="checkbox"/> Ⅷab <input type="checkbox"/> Ⅷac <input type="checkbox"/> Ⅷad <input type="checkbox"/> Ⅷae <input type="checkbox"/> Ⅷaf <input type="checkbox"/> Ⅷag <input type="checkbox"/> Ⅷah <input type="checkbox"/> Ⅷai <input type="checkbox"/> Ⅷaj <input type="checkbox"/> Ⅷak <input type="checkbox"/> Ⅷal <input type="checkbox"/> Ⅷam <input type="checkbox"/> Ⅷan <input type="checkbox"/> Ⅷao <input type="checkbox"/> Ⅷap <input type="checkbox"/> Ⅷaq <input type="checkbox"/> Ⅷar <input type="checkbox"/> Ⅷas <input type="checkbox"/> Ⅷat <input type="checkbox"/> Ⅷau <input type="checkbox"/> Ⅷav <input type="checkbox"/> Ⅷaw <input type="checkbox"/> Ⅷax <input type="checkbox"/> Ⅷay <input type="checkbox"/> Ⅷaz <input type="checkbox"/> Ⅷba <input type="checkbox"/> Ⅷbb <input type="checkbox"/> Ⅷbc <input type="checkbox"/> Ⅷbd <input type="checkbox"/> Ⅷbe <input type="checkbox"/> Ⅷbf <input type="checkbox"/> Ⅷbg <input type="checkbox"/> Ⅷbh <input type="checkbox"/> Ⅷbi <input type="checkbox"/> Ⅷbj <input type="checkbox"/> Ⅷbk <input type="checkbox"/> Ⅷbl <input type="checkbox"/> Ⅷbm <input type="checkbox"/> Ⅷbn <input type="checkbox"/> Ⅷbo <input type="checkbox"/> Ⅷbp <input type="checkbox"/> Ⅷbq <input type="checkbox"/> Ⅷbr <input type="checkbox"/> Ⅷbs <input type="checkbox"/> Ⅷbt <input type="checkbox"/> Ⅷbu <input type="checkbox"/> Ⅷbv <input type="checkbox"/> Ⅷbw <input type="checkbox"/> Ⅷbx <input type="checkbox"/> Ⅷby <input type="checkbox"/> Ⅷbz <input type="checkbox"/> Ⅷca <input type="checkbox"/> Ⅷcb <input type="checkbox"/> Ⅷcc <input type="checkbox"/> Ⅷcd <input type="checkbox"/> Ⅷce <input type="checkbox"/> Ⅷcf <input type="checkbox"/> Ⅷcg <input type="checkbox"/> Ⅷch <input type="checkbox"/> Ⅷci <input type="checkbox"/> Ⅷcj <input type="checkbox"/> Ⅷck <input type="checkbox"/> Ⅷcl <input type="checkbox"/> Ⅷcm <input type="checkbox"/> Ⅷcn <input type="checkbox"/> Ⅷco <input type="checkbox"/> Ⅷcp <input type="checkbox"/> Ⅷcq <input type="checkbox"/> Ⅷcr <input type="checkbox"/> Ⅷcs <input type="checkbox"/> Ⅷct <input type="checkbox"/> Ⅷcu <input type="checkbox"/> Ⅷcv <input type="checkbox"/> Ⅷcw <input type="checkbox"/> Ⅷcx <input type="checkbox"/> Ⅷcy <input type="checkbox"/> Ⅷcz <input type="checkbox"/> Ⅷda <input type="checkbox"/> Ⅷdb <input type="checkbox"/> Ⅷdc <input type="checkbox"/> Ⅷdd <input type="checkbox"/> Ⅷde <input type="checkbox"/> Ⅷdf <input type="checkbox"/> Ⅷdg <input type="checkbox"/> Ⅷdh <input type="checkbox"/> Ⅷdi <input type="checkbox"/> Ⅷdj <input type="checkbox"/> Ⅷdk <input type="checkbox"/> Ⅷdl <input type="checkbox"/> Ⅷdm <input type="checkbox"/> Ⅷdn <input type="checkbox"/> Ⅷdo <input type="checkbox"/> Ⅷdp <input type="checkbox"/> Ⅷdq <input type="checkbox"/> Ⅷdr <input type="checkbox"/> Ⅷds <input type="checkbox"/> Ⅷdt <input type="checkbox"/> Ⅷdu <input type="checkbox"/> Ⅷdv <input type="checkbox"/> Ⅷdw <input type="checkbox"/> Ⅷdx <input type="checkbox"/> Ⅷdy <input type="checkbox"/> Ⅷdz <input type="checkbox"/> Ⅷea <input type="checkbox"/> Ⅷeb <input type="checkbox"/> Ⅷec <input type="checkbox"/> Ⅷed <input type="checkbox"/> Ⅷee <input type="checkbox"/> Ⅷef <input type="checkbox"/> Ⅷeg <input type="checkbox"/> Ⅷeh <input type="checkbox"/> Ⅷei <input type="checkbox"/> Ⅷej <input type="checkbox"/> Ⅷek <input type="checkbox"/> Ⅷel <input type="checkbox"/> Ⅷem <input type="checkbox"/> Ⅷen <input type="checkbox"/> Ⅷeo <input type="checkbox"/> Ⅷep <input type="checkbox"/> Ⅷeq <input type="checkbox"/> Ⅷer <input type="checkbox"/> Ⅷes <input type="checkbox"/> Ⅷet <input type="checkbox"/> Ⅷeu <input type="checkbox"/> Ⅷev <input type="checkbox"/> Ⅷew <input type="checkbox"/> Ⅷex <input type="checkbox"/> Ⅷey <input type="checkbox"/> Ⅷez <input type="checkbox"/> Ⅷfa <input type="checkbox"/> Ⅷfb <input type="checkbox"/> Ⅷfc <input type="checkbox"/> Ⅷfd <input type="checkbox"/> Ⅷfe <input type="checkbox"/> Ⅷff <input type="checkbox"/> Ⅷfg <input type="checkbox"/> Ⅷfh <input type="checkbox"/> Ⅷfi <input type="checkbox"/> Ⅷfj <input type="checkbox"/> Ⅷfk <input type="checkbox"/> Ⅷfl <input type="checkbox"/> Ⅷfm <input type="checkbox"/> Ⅷfn <input type="checkbox"/> Ⅷfo <input type="checkbox"/> Ⅷfp <input type="checkbox"/> Ⅷfq <input type="checkbox"/> Ⅷfr <input type="checkbox"/> Ⅷfs <input type="checkbox"/> Ⅷft <input type="checkbox"/> Ⅷfu <input type="checkbox"/> Ⅷfv <input type="checkbox"/> Ⅷfw <input type="checkbox"/> Ⅷfx <input type="checkbox"/> Ⅷfy <input type="checkbox"/> Ⅷfz <input type="checkbox"/> Ⅷga <input type="checkbox"/> Ⅷgb <input type="checkbox"/> Ⅷgc <input type="checkbox"/> Ⅷgd <input type="checkbox"/> Ⅷge <input type="checkbox"/> Ⅷgf <input type="checkbox"/> Ⅷgg <input type="checkbox"/> Ⅷgh <input type="checkbox"/> Ⅷgi <input type="checkbox"/> Ⅷgj <input type="checkbox"/> Ⅷgk <input type="checkbox"/> Ⅷgl <input type="checkbox"/> Ⅷgm <input type="checkbox"/> Ⅷgn <input type="checkbox"/> Ⅷgo <input type="checkbox"/> Ⅷgp <input type="checkbox"/> Ⅷgq <input type="checkbox"/> Ⅷgr <input type="checkbox"/> Ⅷgs <input type="checkbox"/> Ⅷgt <input type="checkbox"/> Ⅷgu <input type="checkbox"/> Ⅷgv <input type="checkbox"/> Ⅷgw <input type="checkbox"/> Ⅷgx <input type="checkbox"/> Ⅷgy <input type="checkbox"/> Ⅷgz <input type="checkbox"/> Ⅷha <input type="checkbox"/> Ⅷhb <input type="checkbox"/> Ⅷhc <input type="checkbox"/> Ⅷhd <input type="checkbox"/> Ⅷhe <input type="checkbox"/> Ⅷhf <input type="checkbox"/> Ⅷhg <input type="checkbox"/> Ⅷhi <input type="checkbox"/> Ⅷhj <input type="checkbox"/> Ⅷhk <input type="checkbox"/> Ⅷhl <input type="checkbox"/> Ⅷhm <input type="checkbox"/> Ⅷhn <input type="checkbox"/> Ⅷho <input type="checkbox"/> Ⅷhp <input type="checkbox"/> Ⅷhq <input type="checkbox"/> Ⅷhr <input type="checkbox"/> Ⅷhs <input type="checkbox"/> Ⅷht <input type="checkbox"/> Ⅷhu <input type="checkbox"/> Ⅷhv <input type="checkbox"/> Ⅷhw <input type="checkbox"/> Ⅷhx <input type="checkbox"/> Ⅷhy <input type="checkbox"/> Ⅷhz <input type="checkbox"/> Ⅷia <input type="checkbox"/> Ⅷib <input type="checkbox"/> Ⅷic <input type="checkbox"/> Ⅷid <input type="checkbox"/> Ⅷie <input type="checkbox"/> Ⅷif <input type="checkbox"/> Ⅷig <input type="checkbox"/> Ⅷih <input type="checkbox"/> Ⅷii <input type="checkbox"/> Ⅷij <input type="checkbox"/> Ⅷik <input type="checkbox"/> Ⅷil <input type="checkbox"/> Ⅷim <input type="checkbox"/> Ⅷin <input type="checkbox"/> Ⅷio <input type="checkbox"/> Ⅷip <input type="checkbox"/> Ⅷiq <input type="checkbox"/> Ⅷir <input type="checkbox"/> Ⅷis <input type="checkbox"/> Ⅷit <input type="checkbox"/> Ⅷiu <input type="checkbox"/> Ⅷiv <input type="checkbox"/> Ⅷiw <input type="checkbox"/> Ⅷix <input type="checkbox"/> Ⅷiy <input type="checkbox"/> Ⅷiz <input type="checkbox"/> Ⅷja <input type="checkbox"/> Ⅷjb <input type="checkbox"/> Ⅷjc <input type="checkbox"/> Ⅷjd <input type="checkbox"/> Ⅷje <input type="checkbox"/> Ⅷjf <input type="checkbox"/> Ⅷjg <input type="checkbox"/> Ⅷjh <input type="checkbox"/> Ⅷji <input type="checkbox"/> Ⅷjj <input type="checkbox"/> Ⅷjk <input type="checkbox"/> Ⅷjl <input type="checkbox"/> Ⅷjm <input type="checkbox"/> Ⅷjn <input type="checkbox"/> Ⅷjo <input type="checkbox"/> Ⅷjp <input type="checkbox"/> Ⅷjq <input type="checkbox"/> Ⅷjr <input type="checkbox"/> Ⅷjs <input type="checkbox"/> Ⅷjt <input type="checkbox"/> Ⅷju <input type="checkbox"/> Ⅷjv <input type="checkbox"/> Ⅷjw <input type="checkbox"/> Ⅷjx <input type="checkbox"/> Ⅷjy <input type="checkbox"/> Ⅷjz <input type="checkbox"/> Ⅷka <input type="checkbox"/> Ⅷkb <input type="checkbox"/> Ⅷkc <input type="checkbox"/> Ⅷkd <input type="checkbox"/> Ⅷke <input type="checkbox"/> Ⅷkf <input type="checkbox"/> Ⅷkg <input type="checkbox"/> Ⅷkh <input type="checkbox"/> Ⅷki <input type="checkbox"/> Ⅷkj <input type="checkbox"/> Ⅷkk <input type="checkbox"/> Ⅷkl <input type="checkbox"/> Ⅷkm <input type="checkbox"/> Ⅷkn <input type="checkbox"/> Ⅷko <input type="checkbox"/> Ⅷkp <input type="checkbox"/> Ⅷkq <input type="checkbox"/> Ⅷkr <input type="checkbox"/> Ⅷks <input type="checkbox"/> Ⅷkt <input type="checkbox"/> Ⅷku <input type="checkbox"/> Ⅷkv <input type="checkbox"/> Ⅷkw <input type="checkbox"/> Ⅷkx <input type="checkbox"/> Ⅷky <input type="checkbox"/> Ⅷkz <input type="checkbox"/> Ⅷla <input type="checkbox"/> Ⅷlb <input type="checkbox"/> Ⅷlc <input type="checkbox"/> Ⅷld <input type="checkbox"/> Ⅷle <input type="checkbox"/> Ⅷlf <input type="checkbox"/> Ⅷlg <input type="checkbox"/> Ⅷlh <input type="checkbox"/> Ⅷli <input type="checkbox"/> Ⅷlj <input type="checkbox"/> Ⅷlk <input type="checkbox"/> Ⅷll <input type="checkbox"/> Ⅷlm <input type="checkbox"/> Ⅷln <input type="checkbox"/> Ⅷlo <input type="checkbox"/> Ⅷlp <input type="checkbox"/> Ⅷlq <input type="checkbox"/> Ⅷlr <input type="checkbox"/> Ⅷls <input type="checkbox"/> Ⅷlt <input type="checkbox"/> Ⅷlu <input type="checkbox"/> Ⅷlv <input type="checkbox"/> Ⅷlw <input type="checkbox"/> Ⅷlx <input type="checkbox"/> Ⅷly <input type="checkbox"/> Ⅷlz <input type="checkbox"/> Ⅷma <input type="checkbox"/> Ⅷmb <input type="checkbox"/> Ⅷmc <input type="checkbox"/> Ⅷmd <input type="checkbox"/> Ⅷme <input type="checkbox"/> Ⅷmf <input type="checkbox"/> Ⅷmg <input type="checkbox"/> Ⅷmh <input type="checkbox"/> Ⅷmi <input type="checkbox"/> Ⅷmj <input type="checkbox"/> Ⅷmk <input type="checkbox"/> Ⅷml <input type="checkbox"/> Ⅷmm <input type="checkbox"/> Ⅷmn <input type="checkbox"/> Ⅷmo <input type="checkbox"/> Ⅷmp <input type="checkbox"/> Ⅷmq <input type="checkbox"/> Ⅷmr <input type="checkbox"/> Ⅷms <input type="checkbox"/> Ⅷmt <input type="checkbox"/> Ⅷmu <input type="checkbox"/> Ⅷmv <input type="checkbox"/> Ⅷmw <input type="checkbox"/> Ⅷmx <input type="checkbox"/> Ⅷmy <input type="checkbox"/> Ⅷmz <input type="checkbox"/> Ⅷna <input type="checkbox"/> Ⅷnb <input type="checkbox"/> Ⅷnc <input type="checkbox"/> Ⅷnd <input type="checkbox"/> Ⅷne <input type="checkbox"/> Ⅷnf <input type="checkbox"/> Ⅷng <input type="checkbox"/> Ⅷnh <input type="checkbox"/> Ⅷni <input type="checkbox"/> Ⅷnj <input type="checkbox"/> Ⅷnk <input type="checkbox"/> Ⅷnl <input type="checkbox"/> Ⅷnm <input type="checkbox"/> Ⅷnn <input type="checkbox"/> Ⅷno <input type="checkbox"/> Ⅷnp <input type="checkbox"/> Ⅷnq <input type="checkbox"/> Ⅷnr <input type="checkbox"/> Ⅷns <input type="checkbox"/> Ⅷnt <input type="checkbox"/> Ⅷnu <input type="checkbox"/> Ⅷnv <input type="checkbox"/> Ⅷnw <input type="checkbox"/> Ⅷnx <input type="checkbox"/> Ⅷny <input type="checkbox"/> Ⅷnz <input type="checkbox"/> Ⅷoa <input type="checkbox"/> Ⅷob <input type="checkbox"/> Ⅷoc <input type="checkbox"/> Ⅷod <input type="checkbox"/> Ⅷoe <input type="checkbox"/> Ⅷof <input type="checkbox"/> Ⅷog <input type="checkbox"/> Ⅷoh <input type="checkbox"/> Ⅷoi <input type="checkbox"/> Ⅷoj <input type="checkbox"/> Ⅷok <input type="checkbox"/> Ⅷol <input type="checkbox"/> Ⅷom <input type="checkbox"/> Ⅷon <input type="checkbox"/> Ⅷoo <input type="checkbox"/> Ⅷop <input type="checkbox"/> Ⅷoq <input type="checkbox"/> Ⅷor <input type="checkbox"/> Ⅷos <input type="checkbox"/> Ⅷot <input type="checkbox"/> Ⅷou <input type="checkbox"/> Ⅷov <input type="checkbox"/> Ⅷow <input type="checkbox"/> Ⅷox <input type="checkbox"/> Ⅷoy <input type="checkbox"/> Ⅷoz <input type="checkbox"/> Ⅷpa <input type="checkbox"/> Ⅷpb <input type="checkbox"/> Ⅷpc <input type="checkbox"/> Ⅷpd <input type="checkbox"/> Ⅷpe <input type="checkbox"/> Ⅷpf <input type="checkbox"/> Ⅷpg <input type="checkbox"/> Ⅷph <input type="checkbox"/> Ⅷpi <input type="checkbox"/> Ⅷpj <input type="checkbox"/> Ⅷpk <input type="checkbox"/> Ⅷpl <input type="checkbox"/> Ⅷpm <input type="checkbox"/> Ⅷpn <input type="checkbox"/> Ⅷpo <input type="checkbox"/> Ⅷpp <input type="checkbox"/> Ⅷpq <input type="checkbox"/> Ⅷpr <input type="checkbox"/> Ⅷps <input type="checkbox"/> Ⅷpt <input type="checkbox"/> Ⅷpu <input type="checkbox"/> Ⅷpv <input type="checkbox"/> Ⅷpw <input type="checkbox"/> Ⅷpx <input type="checkbox"/> Ⅷpy <input type="checkbox"/> Ⅷpz <input type="checkbox"/> Ⅷqa <input type="checkbox"/> Ⅷqb <input type="checkbox"/> Ⅷqc <input type="checkbox"/> Ⅷqd <input type="checkbox"/> Ⅷqe <input type="checkbox"/> Ⅷqf <input type="checkbox"/> Ⅷqg <input type="checkbox"/> Ⅷqh <input type="checkbox"/> Ⅷqi <input type="checkbox"/> Ⅷqj <input type="checkbox"/> Ⅷqk <input type="checkbox"/> Ⅷql <input type="checkbox"/> Ⅷqm <input type="checkbox"/> Ⅷqn <input type="checkbox"/> Ⅷqo <input type="checkbox"/> Ⅷqp <input type="checkbox"/> Ⅷqq <input type="checkbox"/> Ⅷqr <input type="checkbox"/> Ⅷqs <input type="checkbox"/> Ⅷqt <input type="checkbox"/> Ⅷqu <input type="checkbox"/> Ⅷqv <input type="checkbox"/> Ⅷqw <input type="checkbox"/> Ⅷqx <input type="checkbox"/> Ⅷqy <input type="checkbox"/> Ⅷqz <input type="checkbox"/> Ⅷra <input type="checkbox"/> Ⅷrb <input type="checkbox"/> Ⅷrc <input type="checkbox"/> Ⅷrd <input type="checkbox"/> Ⅷre <input type="checkbox"/> Ⅷrf <input type="checkbox"/> Ⅷrg <input type="checkbox"/> Ⅷrh <input type="checkbox"/> Ⅷri <input type="checkbox"/> Ⅷrj <input type="checkbox"/> Ⅷrk <input type="checkbox"/> Ⅷrl <input type="checkbox"/> Ⅷrm <input type="checkbox"/> Ⅷrn <input type="checkbox"/> Ⅷro <input type="checkbox"/> Ⅷrp <input type="checkbox"/> Ⅷrq <input type="checkbox"/> Ⅷrr <input type="checkbox"/> Ⅷrs <input type="checkbox"/> Ⅷrt <input type="checkbox"/> Ⅷru <input type="checkbox"/> Ⅷrv <input type="checkbox"/> Ⅷrw <input type="checkbox"/> Ⅷrx <input type="checkbox"/> Ⅷry <input type="checkbox"/> Ⅷrz <input type="checkbox"/> Ⅷsa <input type="checkbox"/> Ⅷsb <input type="checkbox"/> Ⅷsc <input type="checkbox"/> Ⅷsd <input type="checkbox"/> Ⅷse <input type="checkbox"/> Ⅷsf <input type="checkbox"/> Ⅷsg <input type="checkbox"/> Ⅷsh <input type="checkbox"/> Ⅷsi <input type="checkbox"/> Ⅷsj <input type="checkbox"/> Ⅷsk <input type="checkbox"/> Ⅷsl <input type="checkbox"/> Ⅷsm <input type="checkbox"/> Ⅷsn <input type="checkbox"/> Ⅷso <input type="checkbox"/> Ⅷsp <input type="checkbox"/> Ⅷsq <input type="checkbox"/> Ⅷsr <input type="checkbox"/> Ⅷss <input type="checkbox"/> Ⅷst <input type="checkbox"/> Ⅷsu <input type="checkbox"/> Ⅷsv <input type="checkbox"/> Ⅷsw <input type="checkbox"/> Ⅷsx <input type="checkbox"/> Ⅷsy <input type="checkbox"/> Ⅷsz <input type="checkbox"/> Ⅷta <input type="checkbox"/> Ⅷtb <input type="checkbox"/> Ⅷtc <input type="checkbox"/> Ⅷtd <input type="checkbox"/> Ⅷte <input type="checkbox"/> Ⅷtf <input type="checkbox"/> Ⅷtg <input type="checkbox"/> Ⅷth <input type="checkbox"/> Ⅷti <input type="checkbox"/> Ⅷtj <input type="checkbox"/> Ⅷtk <input type="checkbox"/> Ⅷtl <input type="checkbox"/> Ⅷtm <input type="checkbox"/> Ⅷtn <input type="checkbox"/> Ⅷto <input type="checkbox"/> Ⅷtp <input type="checkbox"/> Ⅷtq <input type="checkbox"/> Ⅷtr <input type="checkbox"/> Ⅷts <input type="checkbox"/> Ⅷtt <input type="checkbox"/> Ⅷtu <input type="checkbox"/> Ⅷtv <input type="checkbox"/> Ⅷtw <input type="checkbox"/> Ⅷtx <input type="checkbox"/> Ⅷty <input type="checkbox"/> Ⅷtz <input type="checkbox"/> Ⅷua <input type="checkbox"/> Ⅷub <input type="checkbox"/> Ⅷuc <input type="checkbox"/> Ⅷud <input type="checkbox"/> Ⅷue <input type="checkbox"/> Ⅷuf <input type="checkbox"/> Ⅷug <input type="checkbox"/> Ⅷuh <input type="checkbox"/> Ⅷui <input type="checkbox"/> Ⅷuj <input type="checkbox"/> Ⅷuk <input type="checkbox"/> Ⅷul <input type="checkbox"/> Ⅷum <input type="checkbox"/> Ⅷun <input type="checkbox"/> Ⅷuo <input type="checkbox"/> Ⅷup <input type="checkbox"/> Ⅷuq <input type="checkbox"/> Ⅷur <input type="checkbox"/> Ⅷus <input type="checkbox"/> Ⅷut <input type="checkbox"/> Ⅷuu <input type="checkbox"/> Ⅷuv <input type="checkbox"/> Ⅷuw <input type="checkbox"/> Ⅷux <input type="checkbox"/> Ⅷuy <input type="checkbox"/> Ⅷuz <input type="checkbox"/> Ⅷva <input type="checkbox"/> Ⅷvb <input type="checkbox"/> Ⅷvc <input type="checkbox"/> Ⅷvd <input type="checkbox"/> Ⅷve <input type="checkbox"/> Ⅷvf <input type="checkbox"/> Ⅷvg <input type="checkbox"/> Ⅷvh <input type="checkbox"/> Ⅷvi <input type="checkbox"/> Ⅷvj <input type="checkbox"/> Ⅷvk <input type="checkbox"/> Ⅷvl <input type="checkbox"/> Ⅷvm <input type="checkbox"/> Ⅷvn <input type="checkbox"/> Ⅷvo <input type="checkbox"/> Ⅷvp <input type="checkbox"/> Ⅷvq <input type="checkbox"/> Ⅷvr <input type="checkbox"/> Ⅷvs <input type="checkbox"/> Ⅷvt <input type="checkbox"/> Ⅷvu <input type="checkbox"/> Ⅷvv <input type="checkbox"/> Ⅷvw <input type="checkbox"/> Ⅷvx <input type="checkbox"/> Ⅷvy <input type="checkbox"/> Ⅷvz <input type="checkbox"/> Ⅷwa <input type="checkbox"/> Ⅷwb <input type="checkbox"/> Ⅷwc <input type="checkbox"/> Ⅷwd <input type="checkbox"/> Ⅷwe <input type="checkbox"/> Ⅷwf <input type="checkbox"/> Ⅷwg <input type="checkbox"/> Ⅷwh <input type="checkbox"/> Ⅷwi <input type="checkbox"/> Ⅷwj <input type="checkbox"/> Ⅷwk <input type="checkbox"/> Ⅷwl <input type="checkbox"/> Ⅷwm <input type="checkbox"/> Ⅷwn				

■該当する点数に○をつけて下さい。10項目の合計得点がBarthel Indexの得点です。

設問	点数	質 内容	得点
1 食事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	
	5	部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）	
	0	全介助	
2 車椅子からベッドへの移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（非行自立も含む）	
	10	軽度の部分介助または監視を要する	
	5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
	0	全介助または不可能	
3 整容	5	自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り）	
	0	部分介助または不可能	
4 トイレ動作	10	自、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む	
	5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
	0	全介助または不可能	
5 入浴	5	自立	
	0	部分介助または不可能	
6 歩行	15	45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない	
	10	45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	
	5	歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能	
	0	上記以外	
7 階段昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	
	5	介助または監視を要する	
	0	不能	
8 着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	
	5	部分介助、標準的な 間内、半分以上は自分で行える	
	0	上記以外	
9 排便コントロール	10	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	
	5	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
	0	上記以外	
10 排尿コントロール	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	
	5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	
	0	上記以外	
		合計点（記入しなくてもよい）	

基本的な生活動作（Barthel Index）

II. 低栄養状態のリスクレベルとその状況・食事について

低栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	身長 (cm)	体重 (kg)	BMI (kg/m ²)
3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ヶ月)	血清アルブミン値 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	
食事摂取量 () (%) ・主食の摂取量 () (%) ・主菜の摂取量 () (%) ・副菜の摂取量 () (%) ・その他（補助食品など） ()		食事形態（摂食嚥下リハビリテーション学会 2013 食事早見表を用いて記載のこと） 主食：□常食 □嚥下調整食（□0J □0T □1J □2A □3A □3 □4） 副食：□常食 □嚥下調整食（□0J □0T □1J □2A □3A □3 □4） とろみ剤：□無 □有（段階 □うすい □中間 □濃い）		

Ⅲ.摂食・嚥下障害リスクとケア計画について（ここ3か月の間、食事中に次の症状がどの程度あらわれましたか？ また、対応して実施するケア計画は何ですか？

食事中にあらわれる諸症状	ほとんどない	まれにのみ	時々のみ	いつも	点数	対応して実施した（する）ケア計画（複数回答）
1. 噛むことが困難である	0	1	2	3		<input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 歯科受診 <input type="checkbox"/> 義歯の管理（清潔に、装着し、乾燥させない） <input type="checkbox"/> 食形態の変更 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> 0T <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4） 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> 0T <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4） とろみ剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（段階 <input type="checkbox"/> うすい <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い）
2. 硬い食べ物を避け、軟らかい食べ物ばかり食べる	0	1	2	3		
3. 口から食べ物がこぼれる	0	1	2	3		<input type="checkbox"/> 食事前のアイスマッサージ <input type="checkbox"/> 話す機会を作る <input type="checkbox"/> 食形態の変更 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> 0T <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4） 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> 0T <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4） とろみ剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（段階 <input type="checkbox"/> うすい <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い）
4. ことばが明瞭でない	0	1	2	3		
5. 食べ物をいつまでも飲み込まずに噛んでいる	0	1	2	3		<input type="checkbox"/> 顎を軽く引いて嚥下を促す <input type="checkbox"/> 空嚥下を行う <input type="checkbox"/> 食形態の変更 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> 0T <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4） 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> 0T <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4） とろみ剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（段階 <input type="checkbox"/> うすい <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い）
6. 食事中や食後に濁った声に変わる	0	1	2	3		
7. 食べるのが遅くなる	0	1	2	3		
8. 水分や食べ物が口に入ったとたんにむせたり、せきこんだりする	0	1	2	3		<input type="checkbox"/> 食事前のアイスマッサージ <input type="checkbox"/> 頭位、体位の調整 <input type="checkbox"/> 食塊の進行を遅らすために、増粘剤を使用する <input type="checkbox"/> 食形態の変更 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> 0T <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4） 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> 0T <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4） とろみ剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（段階 <input type="checkbox"/> うすい <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い）
9. 水分や食べ物を飲み込む時にむせたり、せきこんだりする	0	1	2	3		
10. 水分や食べ物を飲み込んだ後にむせたり、せきこんだりする	0	1	2	3		<input type="checkbox"/> 食物と液体を交互に嚥下する。 <input type="checkbox"/> 息をこらえて嚥下し、嚥下後すぐに息を吐く方法（Supraglottic Swallow）を行う。 <input type="checkbox"/> 食形態の変更 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> 0T <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4） 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> 0T <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4） とろみ剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（段階 <input type="checkbox"/> うすい <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い）
11. 水分を飲み込むときにむせる	0	1	2	3		
12. ご飯を飲み込むときにむせる	0	1	2	3		<input type="checkbox"/> 頭位、体位の調整 <input type="checkbox"/> 増粘剤の使用 <input type="checkbox"/> 食形態の変更 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> 0T <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4） 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> 0T <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4） とろみ剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（段階 <input type="checkbox"/> うすい <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い）
13. 口に水をふくむことができない	0	1	2	3		
14. 口に水をふくむことはできるが、口からこぼれる	0	1	2	3		<input type="checkbox"/> 体位の調整 <input type="checkbox"/> 増粘剤の使用 <input type="checkbox"/> 食形態の変更 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> 0T <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4） 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> 0T <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4） とろみ剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（段階 <input type="checkbox"/> うすい <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い）
15. 口に水をふくむことはできるが、口内にためておけない	0	1	2	3		
合計点数						
担当職種： <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士						

IV. 口腔のアセスメントとケア計画について（対応して実施するケア計画）

食事の時や口腔ケア時に観察して記入してください。

	問題の有無		問題の内容 該当する項目にチェックする（複数回答）	対応して実施した（する） ケア計画（複数回答）
	無	有		
1. 口腔乾燥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. 2種以上の薬を服用している。 <input type="checkbox"/> b. 口呼吸をしている。 <input type="checkbox"/> c. 口が開いている時間が長い。	①専門的口腔ケア ②歯科医師・歯科衛生士による介護職への指導 ③口腔ケア ④保湿
2. 開口	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. 口を開けることができない、拒否する。 <input type="checkbox"/> b. 口が開きにくい。 <input type="checkbox"/> c. 口から食べていない。	①専門的口腔ケア ②歯科医師・歯科衛生士による介護職への指導 ③口腔ケア
3. うがい （うがいをしていない場合はaにチェックしてこの項目は終了です。日常的にうがいをしている場合のみ観察して記入して下さい。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. 日常的にうがいはしていない。 <input type="checkbox"/> b. がらがらうがいができない。 <input type="checkbox"/> c. ぶくぶくうがいができない。 <input type="checkbox"/> d. がらがらうがい時にむせることがある。 <input type="checkbox"/> e. ぶくぶくうがい時にむせることがある。	③口腔ケア
4. 咀嚼力 （頬に触れることを拒否する場合はaにチェックしてこの項目は終了です。食事の時に耳の下の頬を軽く指先で触れて筋肉の硬さを確認して記入してください。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. 頬に触れることを拒否する。 <input type="checkbox"/> b. 咀嚼時に右の咬筋が硬くならない。 <input type="checkbox"/> c. 咀嚼時に左の咬筋が硬くならない。	①専門的口腔ケア ⑤咀嚼機能訓練 ⑥歯科受診
5. 口臭と口の中の問題 （口を開けることができないまたは拒否する場合はb.にチェックしてこの項目は終了です。口腔ケアの際に観察できる範囲で記入してください。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. 強い口臭がある。 <input type="checkbox"/> b. 口を開けることができない、拒否する。 <input type="checkbox"/> c. 口の中に汚れや食べかすがある。 <input type="checkbox"/> d. グラグラする歯や大きなむし歯がある。 <input type="checkbox"/> e. 義歯がはずれやすい。 <input type="checkbox"/> f. 義歯を取り外していない。 <input type="checkbox"/> g. 歯肉が赤く腫れている。 <input type="checkbox"/> h. 口内炎がある。	①専門的口腔ケア ②歯科医師・歯科衛生士による介護職への指導 ③口腔ケア ⑥歯科受診
担当職種（複数回答）	<input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士			

①専門的口腔ケア：歯科医師・歯科衛生士による口腔ケア ③口腔ケア：介護職による日常的な口腔ケア

V. 食事中の兆候・症状を観察して、該当した問題がありましたか？ また、対応して実施したケア計画は何ですか

姿勢	問題の有無		対応して実施した（する）ケア計画 （複数回答）			
	無	有				
1.座位保持困難（例、まっすぐ座ることができない、横・前・後ろにたおれる）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 摂食動作・姿勢の評価 <input type="checkbox"/> 座席・テーブル調整 <input type="checkbox"/> 食事姿勢の調整			
2.クッションなどの支えがあっても座位保持困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.いすやテーブルの高さが合っていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4.食べるときに下顎が出る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
認知症関連の 徴候・症状(1)	1 全くない	2 週に 1-2回	3 週に 3-5回	4 1日に 1-2回	5 毎食み られる	対応して実施したケア計画（複数回答）
1. 傾眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

認知症関連の 徴候・症状(2)	1 全くない	2 週に 1-2回	3 週に 3-5回	4 1日に 1-2回	5 毎食み られる	対応して実施したケア計画（複数回答）
2. 食事の 失認	<input type="checkbox"/> 「食事ですよ」と声掛けする <input type="checkbox"/> 声掛けをしながら一皿ずつ順番に提供する <input type="checkbox"/> 食事時間を知らせる <input type="checkbox"/> 食器の色を変更する（〇色から〇色へ） <input type="checkbox"/> スプーンや箸を直接手にもたせ、最初の一口を食べてもらう（介助して食べてもらう） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
3. 興奮・ 大声・暴言・ 暴力	<input type="checkbox"/> 興奮状態をなだめるために声掛けする <input type="checkbox"/> 傾聴する <input type="checkbox"/> 落ち着いている時間に食事を提供する <input type="checkbox"/> 静かな別室など落ち着く食事環境を提供する <input type="checkbox"/> その他（ ）					
4. 拒食	<input type="checkbox"/> お気に入りのものを置いたり、本人の食器を用いたり、本人の落ち着く環境を提供する <input type="checkbox"/> 好みのものを提供する <input type="checkbox"/> 食事の匂いにより食欲を刺激する（ご飯の炊けるにおいや味噌汁、コーヒー等） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
5. 偏食	<input type="checkbox"/> 食事を促すため声掛けする <input type="checkbox"/> その他（ ）					
6. 失行	<input type="checkbox"/> 手づかみしないよう声掛けする <input type="checkbox"/> 主食を食べやすい大きさのおにぎりにする <input type="checkbox"/> こぼれないよう安定した食器を使用する <input type="checkbox"/> 食器具の使い方を説明する <input type="checkbox"/> その他（ ）					
7. 妄想	<input type="checkbox"/> 食事が安全であることを伝える <input type="checkbox"/> 食事や食器を取り換える <input type="checkbox"/> 好みのものを提供する <input type="checkbox"/> その他（ ）					
8. 早食い・ 詰め込み・ 丸呑み	<input type="checkbox"/> ゆっくり食べるよう声掛けする <input type="checkbox"/> 器を小分けにして提供する <input type="checkbox"/> 一品ずつ提供する <input type="checkbox"/> スプーンを小さくするなど食具を変更する <input type="checkbox"/> 食べやすい食形態に変更する <input type="checkbox"/> 誤嚥や窒息の危険がある食品を除去する（サラダ菜、パセリ、しその葉、海苔等） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
9. 徘徊・ 多動	<input type="checkbox"/> 席に着くように声掛けする <input type="checkbox"/> その他（ ）					
10. 盗食	<input type="checkbox"/> 席の間隔をあける <input type="checkbox"/> 盗食しないよう見守る <input type="checkbox"/> 盗食しないよう声掛けする <input type="checkbox"/> 個別の席で食事を提供する <input type="checkbox"/> その他（ ）					

高齢者の栄養ケア・マネジメント

—平成27年度介護保険制度改正と その後の経口維持・在宅連携の新たな取組み—

介護保険施設入所高齢者においては、経口摂取をチームで支援することを目的とした栄養ケア・マネジメントや口腔管理体制とサービス提供のあり方を見直すことが求められています。

この度、平成26年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進事業分)の交付を受け、下記のとおり、「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究」の成果を踏まえて、平成27年度介護保険制度改定に伴う情報提供のための啓発研究事業を実施する運びとなりました。

多くの方々に是非ご参加頂き、情報の共有化に役立てて頂ければ幸いです。

☆本啓発研究事業は、臨床栄養師継続研修の20単位として認定されます。



対象職種

管理栄養士・高齢者医療、介護サービスを担う
医師・歯科医師・薬剤師・看護師・介護職・作業
療法士・理学療法士・言語聴覚士・歯科衛生士・
介護支援専門員・社会福祉士等の専門職

開催地・日程

九州地区 熊本会場

平成27年2月1日(日)

メルパルク熊本(熊本市中央区水道町14-1)

中部・東海地区 名古屋会場

平成27年2月21日(土)

椋山女学園大学(名古屋市千種区星が丘元町17-3)

東北地区 仙台会場

平成27年2月22日(日)

宮城学院女子大学(仙台市青葉区桜ヶ丘9-1-1)

関東地区 東京会場

平成27年2月28日(土)

昭和女子大学(世田谷区太子堂1-7)

費用

教材実費:3,000円

●啓発研究事業にて使用するテキスト代(事前振込)



プログラム内容

- | | |
|-------------|--|
| 10:00~10:10 | 開会の挨拶
(運営委員長・事務局長 小山秀夫) |
| 10:10~10:40 | H27年度介護報酬改定について
(厚生労働省) |
| 10:40~11:10 | 栄養ケア・マネジメント再生のための戦略
(委員長、委員 高田和子、榎裕美 他) |
| 11:10~11:20 | 休憩 |
| 11:20~11:40 | 介護老人保健施設の在宅復帰高齢者支援
のための在宅訪問事例(委員 苅部康子) |
| 11:40~12:25 | 経口維持の取り組み(委員 苅部康子 他)
ミールラウンドによるアセスメントから
カンファレンス(アセスメント票) |
| 12:25~13:20 | 昼食休憩 |
| 13:20~13:50 | 摂食・嚥下の具体的なアセスメントの実際
(実習)(委員 大原里子) |
| 13:50~14:50 | 事例検討(経口維持事例 臨床栄養師他) |
| 14:50~15:00 | 休憩 |
| 15:00~16:10 | 事例検討(在宅連携事例 臨床栄養師他) |
| 16:10~16:20 | 質疑応答・まとめ |
| 16:20~16:30 | 閉会の挨拶
(運営委員長・事務局長小山秀夫) |

※一部内容を変更することがございます。ご了承下さい。
昼食は各自ご持参ください

主催: 一般社団法人日本健康・栄養システム学会
平成26年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)施設入所・
退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方調査研究班
協力: 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会(予定)
社団法人 全国老人保健施設協会(予定)
一般社団法人 日本慢性期医療協会 他

応募方法などは
裏面をご覧ください



FAXのお申込みは下記ご記入後、この紙を 046-828-2663 へ



高齢者の栄養ケア・マネジメント

—平成27年度介護保険制度改正とその後の経口維持・在宅連携の新たな取組み—

2/1(日)
熊本会場
申込み締切
1月23日
(金)

2/21(土)
名古屋会場
申込み締切
2月12日
(木)

2/22(日)
仙台会場
申込み締切
2月13日
(金)

2/28(土)
東京会場
申込み締切
2月20日
(金)



E-mailでのお申込みの場合

- ①会場名
- ②施設名(正式名称)
- ③施設長名
- ④施設住所(郵便番号・住所)
- ⑤連絡先(TEL・FAX・E-mail)
※施設又は自宅かを明記して下さい
- ⑥参加者名・職種

①～⑥をご記入の上、それぞれアドレスに送付願います

熊本:jncm-kyushu@j-ncm.com

名古屋:jncm-tokai@j-ncm.com

仙台:jncm-tohoku@j-ncm.com

東京:jncm-tokyo@j-ncm.com



FAXでのお申込みの場合

※メールアドレスをお持ちでない場合のみ
下記、申込みにてFAX受け付けます

会場名			
施設名 (正式名称)			
施設長名			
施設住所	〒		
連絡先 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅	TEL		
	FAX		
	E-mail		
参加者名 (代表者)		職種	
参加者名		職種	
参加者名		職種	



送付後に事務局より

受付番号の記載されている
返信メールまたはFAXが届きます



郵便局にてお振込

郵便振込先

00190-9-408852

座名義:

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

通信欄に、受付番号を記載してください

☆参加人数が複数人の場合は通信欄に受付番号と
合計人数を記載してください。

※個人情報は適切に管理し、当学会関連の案内送付等を除き、
第三者に開示・提供いたしません

受付番号(FAXの方)

(※要通信欄記載:こちらは事務局より記載しFAX返信致します)

(問合わせ先)

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
東京都台東区浅草橋2-51-5 クレア201

Tel: 03-5159-0365

詳細は学会HPへ:

<http://www.j-ncm.com/>

平成 26 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康推進等事業分）

『高齢者保健福祉施策の推進に寄与する調査研究事業』

施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究

2015 年 3 月発行

一般社団法人日本健康・栄養システム学会

〒111-0053 東京都台東区浅草橋 2-21-5 クレア 201

Tel : 03-5159-0365 fax : 03-5829-6679

e-mail : ncm@j-ncm.com