

# 第1部

## 最期まで口から食べる 「経口維持」の取り組み

### 第1章 経口維持と介護保険

蓮村友樹久

社会福祉法人 同胞互助会 愛全診療所 所長・医師

### 第2章 リハビリテーションと低栄養への対応

合田文則

医療法人社団 和風会 千里リハビリテーション病院 副院長

### 第3章 高栄養食と経口維持

高橋樹世

社会福祉法人 豊島区社会福祉事業団 総務課栄養担当係長  
特別養護老人ホーム 風かおる里

### 第4章 看取りにおける経口維持の意義

大久保陽子

社会福祉法人 北野会 特別養護老人ホーム マイライフ徳丸 主任管理栄養士

第1部 最期まで口から食べる「経口維持」の取り組み

# 第1章

## 経口維持と 介護保険

社会福祉法人 同胞互助会 愛全診療所 所長・医師

蓮村友樹久

## 1 愛全園 NST について

当診療所の母体である社会福祉法人同胞互助会は、東京都で初めて特別養護老人ホームを開設した社会福祉法人で、介護老人福祉施設愛全園と養護老人ホーム偕生園などを運営している。入所定員は、愛全園が 110 人、偕生園が 140 人である。当診療所は愛全園内に併設されており、施設入所者に対する診療を行っている。

愛全園の特徴は、施設内で NST（栄養サポートチーム）が稼働していることである。愛全園には現在、介護職員のほか、相談員、医師、看護師、管理栄養士、機能訓練指導士が常駐するとともに、外部スタッフとして歯科医師や歯科衛生士、さらに薬剤服用歴管理指導料の一環として近隣の調剤薬局の薬剤師など、多職種が参加している。

NST 発足のきっかけはそもそも、介護職員の教育だった。介護職員は入所者に最も近い場所で働いている専門職であり、誰よりも入所者を熟知している存在である。しかし、介護職員は医療の知識が十分ではない。そこで、2011 年から介護職員への教育として、皮膚・栄養ラウンドを実施し、褥瘡の診方やサルコペニアのリスク評価などを教えていった。これが発展し、2012 年からは栄養課が中心となって「愛全園 NST」を発足し、以降は毎週水曜日 11 時から 1 時間程度、NST ラウンドを行っている。

皮膚・栄養ラウンドを行っていたときは、医師である筆者がチームのマネジメントを担当していた。しかし、医師がチームのマネジメントを行うと医師の指示をそのまま実践するだけのチームになってしまい、他のメンバーは医師に何も提案ができなくなる。愛全園は入所者にとって終の棲家であり、ここでのケアの目標は入所者の quality of death (QOD) の実現である。NST も治療が目的ではない。入所者の QOD 実現のためのチームとなる。医師がトップのピラミッド型の組織を編成していても意味はない。そのため栄養管理の専門職である管理栄養士がチームのマネジメントを担当することにしたのである。

## 2 嚥下内視鏡検査と経口維持加算

愛全園のもう一つの特徴として、毎週火曜日の午後、1 時間ほどかけて、前述の多職種を集めて入所者を対象にした嚥下内視鏡検査（以下、VE）を行っていることが挙げられる。

愛全園では 2009 年に VE を導入し、2015（平成 27）年の介護報酬改定前は毎月、経口維持加算 I を 40 件以上算定していた。当時、経口維持加算 I は嚥下機能が低下している人に対して多職種が協働し、経口維持計画を作成することで算定可としていた。この点は改定後も変わらないが、当時の経口維持加算 I の単位は 1 日 28 単位とされており、算定

要件として半年に1回、VEあるいは嚥下造影検査（以下、VF）を行い、引き続き誤嚥防止のための管理が必要と判断されれば、継続して算定可能とされていた。なお、経口維持加算Ⅱも同様の経口維持計画で1日5単位算定できたが、この場合はVEもしくはVFによる評価は必要なく、代わりに水飲みテストや反復唾液嚥下テスト、頸部聴診などによる嚥下機能評価が必要とされていた。

愛全園の場合、VEの導入は経口維持加算Ⅰの算定のためではなく、東京都が主催した嚥下評価専門研修会に参加して興味をもち、「不顕性誤嚥の人に対する嚥下機能評価に役立つかもしれない」と思っただけの導入である。

VE導入後、前述のとおり毎月40件以上の経口維持加算を算定していったが「すべての摂食嚥下障害の人に対して、VEを行うというのは本当に意味のあることなのだろうか？」と疑問をもつようになった。愛全園ではNSTが稼働しており、多職種で入所者の栄養状態や喫食状況を確認している。介護職員は入所者のベッドサイドに常駐しており、「今日はどうも覚醒が悪い」「この方はもう少し、食物を口の奥へ入れたほうが嚥下が起こりやすい」など、ラウンドやカンファレンスの際に報告してくれる。そうしたなかでVEの前に多職種でこうした介護職員の情報を共有し、問題点を把握しておくことが大事なのではないかと思うようになった。

そもそもVEは認知症の入所者にとって苦痛なものであり、暴れて検査ができないこともある。そのような人に対し、加算を算定できないというのは矛盾しているのではないかという思いもあった。そのようなとき、厚生労働省の栄養の担当者が愛全園に視察に来られた。当時、経口維持加算Ⅰの算定率は全国で1%を切っている状態であった。その状況のなかにあって愛全園は毎月40件以上を算定していたので、その理由が知りたいとのことだった。そこでその担当者に「VEよりも多職種協働の栄養ケアを行うほうが重要なのではないでしょうか」と話した。この意見が影響したのだろうか。平成27年度介護報酬改定においては表1のとおり、経口維持加算Ⅰ・ⅡともにVEやVFが必須ではなくなった。経口維持加算Ⅰについては、1日28単位から月400単位、経口維持加算Ⅱについては1日5単位から月100単位と点数が引き下げられ、施設経営的に苦しくなったという意見もある。しかし、算定率がわずか1%以下だったことを考えれば、廃止されても仕方のない加算である。それをこのような形であったにしろ残してもらえたのであるから、その意義をしっかりと受け止めて、口腔・栄養管理に取り組んでいくべきであると考えた。

ちなみに愛全園では、経口維持加算の算定要件が見直された現在も引き続き、必要な人についてはVEを行っている。不顕性誤嚥の有無の確認など、客観的に判断するためにはVEの画像評価がどうしても必要となるからである。また、提供している食形態が本当にその人の嚥下機能に合っているかどうかを確認する意味でもVEは有効である。

VEやVFによる嚥下機能評価が経口維持加算の算定要件から外れたからといって、それがまったく必要なくなったというわけではない。まず算定ありきの経口維持の取り組み

**表 1 経口維持加算等の見直しの内容**

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を充実させる観点から、多職種による食事の観察（ミールラウンド）や会議等の取組のプロセス及び咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下機能を踏まえた経口維持支援を充実させる。

経口維持加算（Ⅰ）（1日につき）28単位（1月につき）400単位  
又は 経口維持加算（Ⅱ）（1日につき）5単位（新）（1月につき）100単位

※算定要件等

○経口維持加算（Ⅰ）については、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害や誤嚥を有する入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成している場合であって、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあつては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。）に基づき管理栄養士等が栄養管理を行った場合、1月につき算定。

○経口維持加算（Ⅱ）については、当該施設が協力歯科医療機関を定めている場合であり、経口維持加算（Ⅰ）において行う食事の観察及び会議等に、医師（人員基準に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合、経口維持加算（Ⅰ）に加えて、1月につき算定。

○経口維持加算（Ⅰ）は、栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。経口維持加算（Ⅱ）は、経口維持加算（Ⅰ）を算定していない場合は、算定しない。

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摂食・嚥下機能を踏まえた経口移行支援を充実させる。

経口移行加算（1日につき）28単位⇒（1日につき）28単位

※算定要件等（変更点のみ）

○経口移行計画に従い、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、1日につき算定。

○栄養マネジメント加算を算定していない場合は算定しない

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。

療養食加算（1日につき）23単位⇒（1日につき）18単位

※算定要件等（変更点のみ）

○経口移行加算又は経口維持加算との併算定が可能。

※平成 27 年度介護報酬改定の概要（H27.2.6）より抜粋

であってはならない。不顕性誤嚥が疑われるような人については VE や VF による嚥下機能評価が必要であり、そのような場合は VE や VF が可能な訪問歯科医や施設に依頼し、適切な嚥下機能評価を行うべきである。

**3**

**ファイルメーカーを活用した情報共有**

経口維持加算の算定の際に必要な帳票について、多くの介護保険施設は、全国老人保健施設協会のホームページにアップされている「経口移行・経口維持計画（様式例）」

を参考に、エクセルで作成して使用していると思われる。エクセルは手軽な表計算ソフトであり、マイクロソフトのウィンドウズに標準インストールされているため汎用性が高く、帳票類のベースとして使用するのに便利である。

しかし、気軽にファイルを作成していくと、ファイルの数が増えすぎて管理が煩雑になるというデメリットがある。また、エクセルは1人で使う分には便利なソフトだが、多職種で1つのファイルを共有してデータを入力していくような仕様にはなっていないため、誰か1人がファイルを管理し、多職種から情報を集めて入力するという手間が生じる。

1つのファイルにいくらかでもデータを入力でき、複数の場所から複数の職種がアクセスして同じファイルにデータを入力できれば、非常に効率的であり、リアルタイムで多職種と情報共有が可能となる。そのポテンシャルをもったアプリケーションがファイルメーカーである。ファイルメーカーには大きく以下のような機能がある。

- ・データを入力する器を作成する機能
- ・データを登録する機能
- ・データを消去する機能
- ・データを変更する機能
- ・データをインポート<sup>\*1</sup>する機能
- ・データをエクスポート<sup>\*2</sup>する機能
- ・データを表示する機能
- ・データを表示する画面を作成する機能
- ・画面を印刷する機能
- ・データを共有する機能
- ・処理を自動化する機能
- ・セキュリティに関する機能

愛全園では、毎週火曜日のVEの前に行う多職種会議シート（**図1**）、NSTのカンファレンスで使用するNST事前・事後情報（**図2**）、そして経口移行・経口維持計画書（**図3**）の一部をファイルメーカーで作成。会議やカンファレンスの前に多職種がそれぞれ必要な情報を入力しておき、そのファイルを基に話し合い、話し合った結果を再び同じファイルに入力している。

経口移行・経口維持計画書については、経口移行・経口維持計画（様式例）に準拠して作成しており、多職種会議の結果を入力すれば、そのまま経口移行・経口維持加算算定のための帳票として使用できるようにしている。

ちなみにNSTのメンバーは、薬剤師など外部のメンバーも参加している。そのため、NST事前・事後情報のファイルはクラウドを使って施設内外で共有している。VEに伴う

\*1 インポート：他のアプリケーションで作成した形式の異なるファイルやデータを読み込んで利用できるようにすること。

\*2 エクスポート：ファイルやデータを異なるアプリケーションで利用できる形式に変換して保存する機能。



NST事前・事後情報

名前：●●●●

様

事前情報		決定・変更事項・記録 NST実施日:2月15日	モニタリング 予定日:2月22日	
栄養	身長153cm・体重41.4kg・BMI17.7、胃糲より1180kcal/日(28kcal/kg・現体重)1/24VEを経て1/27より昼のみ1食提供(粥・含浸1品・ミルブレンド)するも覚醒不良や拒否にて喫食率2~3割程度。まずは経口摂取は無理せず、胃糲からの栄養で体重経過をみていく。	経口移行加算継続。胃糲にて体重増加を図る。経口は本人のお好きな物(17)・食べやすい物に対応する。	<input checked="" type="checkbox"/> 実施済(2/15) 状況：昼食時、満向きトキを提供。覚醒・反応良好であり。【トキ大好き】と少量ずつ召し上がる。	
医療	クモ膜下出血 水頭症 腹膜シャント術後 脳梗塞 糖尿病 摂食嚥下障害 胃糲 ●●●●病院からの転所。嚥下機能低下あり胃ろう造設済み。H28年6月より病状安定し●●●●病院→●●●●病院へ転院。病院で嚥下内視鏡等施行されたが、嚥下反射は残存も、タイミング不良にて経口摂取不可?とされていた。当所で嚥下内視鏡再検の結果、経口移行開始と判断した。ADLはほぼ全介助。糖尿病コントロールは良好(HbA1c=5%)。経管栄養：1000キロカロリー(アイソカルセミンリッドサポート)+MCT180キロカロリーとしている。内服はテネリア・クレストール・補中益気湯・ベルソムラ。胃糲はチューブボタンへ変更済み。今後訪問歯科介入とともに経口移行とし、栄養改善を図る(胃糲にも関わらずBMI=18.4)。	①日中の覚醒・離床をなるべく促すようお願いしたい。②薬剤は経口が可能なら就寝前にできないか?③2/28のVIEでお寿司とビールを用意します。	<input checked="" type="checkbox"/> 実施済(2/22) 状況：2/28にお寿司提供でVIE施行するので、動画や写真撮影を行う!	
介護	○ベッド環境	屋の離床を確実にしていく。拒否時は、時間を空けたり、言葉を変えながらトライし、離床を促していきます。又、離床は遅め(直前ぐらい)とし、落ち着いた状況で食事して頂くよう配慮する。	<input checked="" type="checkbox"/> 実施済(2/21) 状況：主食：粥 副食：含浸 フリン お茶 16日 1/3 1/2 2口 100 17日 1/2 1/2 1/3 30 18日 1/2 1/2 x 10 19日 2口 数口 1/4 150 20日 1/3 1/3 1/3 50 上記の量を摂取されています。前週の摂取状況は、覚醒不良や数口摂取、摂取量の少ない日の割合が多く見られましたが、それに比べると摂取状況が上がっているようです。	
	種類			ノーマル
	高さ			車椅子に合わせる
	フレーム数			3 理由：体動がある為
	マットレス			エアマット
	その他			衝撃吸収マット使用
	○車椅子			
	種類			肘付
	クッション			座面 ヒータート 背面 使用なし
	○食事			
	摂取方法			全介助
	とろみ			茶 1 流動 ー
注意点	屋のみ、肘付車椅子へ移乗して食堂にて摂取			
○排泄				
介助方法	全介助			
排泄方法				
Bristolスケール	6			
○体動				
体動	あり			
体位変換	定時			
方法	三角クッション			
★手足の爪チェック、床頭台の整理整頓を確認しましょう!				
コメント：・夜間、独語ありほぼ不眠です。自己にて、ベット上より柵に足をかける事あります。食事に関しては、食事に集中されない時もあり、その際は、声掛けや介助にて対応しています。また、嘔吐されてから、食事量の低下(拒否もあります)。				
機能訓練	麻痺：精査困難(なし?) 筋力：両上下肢に低下(右上肢>左上肢) 可動域：両上下肢に制限(右上肢>左上肢) 痛み：評価時「腰痛い」訴えあり(臥床時) 起居動作：座位保持(見守り~軽介助)以外全介助 食事：自力摂取可。食物認識低下 注意散漫、途中で動作止まる。 MMSE：6 簡単な指示理解可。多弁、作話あり。	離床促進一昼食時環境提案、集団訓練への参加促し	<input checked="" type="checkbox"/> 実施済(2/17) 状況：17日昼食 様子観察(O.T)一対応継続。24日フェニックス参加予定	
歯科	歯科医師：(●●●)	<input type="checkbox"/> 実施済( / ) 状況：		
	咀嚼には上顎義歯が必要だが現在体調不良のため新義歯作成保留 歯科衛生士：(●●●) 口腔、口唇乾燥(+)、痰(+にて、口腔内粘つき(+))残存菌ブランク(+)。コミュニケーションははかれないが、口腔トレの指示は入りトレ良好です。			
薬剤	【定時】ネリ7(糖尿病治療薬・粉砕)、クレストール(DL治療薬・粉砕)、クレンジ補中益気湯(体力回復・免疫力向上に)、ベルソムラ(不眠・直前に粉砕) ★1/20より定時薬処方以降、変更なし。	<input type="checkbox"/> 実施済( / ) 状況：		
相談員	●●●●病院から入所。KP：長男(畳屋を経営)家族関係良好。金銭面：特に支障はない。家族の理解：良い。週1回(日曜日)に面会有。	<input checked="" type="checkbox"/> 実施済( / ) 状況：家族には定期的に情報の伝達を行ってゆく		

図2 NST事前・事後情報記入例

第1部 最期まで口から食べる「経口維持」の取り組み

**経口移行・経口維持計画書** 作成日: 算定加算  経口移行加算  経口維持加算I  経口維持加算II

利用者名  様 生年月日

摂食嚥下機能検査  頸部聴診  嚥下造影  MWST  把握した課題の所在

実施日   嚥下内視鏡  RSST  認知機能に課題有(検査不可)  認知機能  咀嚼・口腔機能  嚥下機能

ミーラウンド 食事観察の実施日:

参加者  医師  歯科医師  管理栄養士  歯科衛生士  看護職員  介護職員  生活相談員  機能訓練指導員

①食物を認知していない	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	⑩食中、後の嘔声がある	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
②食事拒否	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	⑪ムセ込みがある	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
③食事又はその介助を拒否する	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	⑫咀嚼不良がある	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
④口を開かない	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	⑬食事時間が30分以上かかる	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
⑤覚醒不良がある	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	⑭食事に集中できない	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
⑥口から食べ物や唾液がこぼれる	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	⑮食事中止	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
⑦口を閉じない	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	⑯口腔内が乾燥している	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
⑧いつまでも口腔内に溜め込む	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	⑰姿勢が悪い(座位保持困難)	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
⑨口腔内に残渣が残る	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	⑱下顎が上がりがちである	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ

多職種会議における議論の概要 会議実施日:

参加者:  医師  歯科医師  管理栄養士  歯科衛生士  看護職員  介護職員  生活相談員  機能訓練指導員

継続的な食事摂取のための支援の観点	①食事形態	<input checked="" type="radio"/> 現状維持 <input type="radio"/> 変更	④口腔ケアの方法	<input checked="" type="radio"/> 現状維持 <input type="radio"/> 変更
	②食事環境	<input checked="" type="radio"/> 現状維持 <input type="radio"/> 変更	⑤医療又は歯科医療受診	<input checked="" type="radio"/> 現状維持 <input type="radio"/> 変更
	③食事介助方法	<input checked="" type="radio"/> 現状維持 <input type="radio"/> 変更		

加算算定	担当職種	担当者名	気づいた点、アドバイス等
経口維持加算(I)	管理栄養士	●●●●	集中力が無く、口腔内に食物が溜まったまま話してしまう。見守りと食事環境への配慮が必要と思われる。
経口維持加算(II)	歯科衛生士	●●●●	日中傾眠傾向(+)口腔内粘性性唾液(+)残存歯ブラーク(+)歯間食渣(+)舌苔(+)要ケア。上義
食事形態の種類・とろみの程度	主食: 全粥(昼のみ)	副食: 凍結含浸食(昼のみ)	とろみ: お茶: 1.0 流動: <input type="text"/> 補助栄養: (昼のみ)ミルクプリン

経口による食事摂取のための計画

【課題・目標】 嚥下の防止...栄養状態の改善...褥瘡の予防.....

【経口による食事摂取のための対応】

経口維持加算(I) 又は経口移行加算 先行期嚥下障害より、摂取量のキープは難しく、集中力に欠け送り込み時間に時間がかかる。RSST不良で飲み込みまでに時間がかかり、現状での完全経口移行については認知症より難しい.....

経口維持加算(II) 経口移行のための取組として嚥下リハビリ、衛生士による口腔ケア・呼吸筋リハビリを行いつつ、経口移行としてゆく方向.....

医師の指示 算定起算日  終了予定日

覚醒不良時は摂取禁。自立摂取可能だが1回量調整不可であり、見守り必須。チルトで離床可能。昼1食のみ食堂で食事提供する方向で。十分に経口移行可能。経口移行加算の適応。

協力歯科医療機関: ●●デンタルクリニック  
●●診療所 医師 ●●●● 印 歯科医 ●●●● 印

【同意者のサイン】 説明と同意を得た日付  
年 月 日

図3 経口移行・経口維持計画書記入例

図2と同一症例

多職種会議のメンバーは基本的に愛全園のスタッフで構成している。そのため、多職種会議シートと経口移行・経口維持計画書のファイルは、イントラネットを使って施設内で共有している。

経口維持加算Ⅰは栄養マネジメント加算を算定していなければ算定できず、経口維持加算Ⅱも経口維持加算Ⅰを算定していなければ算定できない。さらに経口維持計画は、栄養ケア計画と一体のものとして作成することが求められている。つまり、経口維持加算Ⅰ・Ⅱは、栄養マネジメントの一環として取り組むべきものであり、管理栄養士が主導していかなければならないものとする。

これらの算定に当たっては、帳票類の作成が複雑であり、多職種といかに効率的に情報を共有していくかがポイントになる。エクセルでのデータ共有という方法では無理があるだろう。前述のファイルメーカーを活用しながら業務を効率化し、チームをマネジメントしていくことが介護保険施設で働く管理栄養士にとって必須のスキルになるに違いない。

**はすむら ゆきひさ**

社会福祉法人同胞互助会愛全診療所所長・医師。NPO 法人多摩胃ろう・摂食嚥下ネットワーク理事、日本医師会認定産業医、認知症サポート医。