

高齢者の「口から食べる楽しみをいつまでも」を実現する
口腔・栄養関連サービス手引・事例集

目次	(1)	59
序文	(2)	60
1. 通所事業所における体制づくり	(3)	61
1. 1 高齢者の「口から食べることを支援する」意義：パーパスを明確に	(3)	61
1. 2 口腔・栄養サービスの効果を説明するには	(3)	61
1. 3 口腔・栄養サービスの現状：問題が把握されていないことが問題	(3)	61
1. 4 口腔・栄養サービスの専門職の配置等をどうすすめるか	(4)	62
1. 5 情報連携・カンファレンス	(6)	64
1. 6 人材育成：OJT	(7)	65
2. 口腔・栄養サービスの実務の実際（事例を含む）	(9)	67
資料	(31)	89
委員等名簿（検討委員会・事業実施小委員会）	(36)	94

序文

本手引・事例集は、一般社団法人日本健康・栄養システム学会が令和4年度老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金)の交付を受け取り組んだ「通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業」(以下「本事業」という。)の一環として作成されたものである。

令和3年度介護報酬改定において、通所事業所等で早期に口腔・栄養関連サービスを必要とする者を把握するため、口腔・栄養スクリーニング加算及び栄養アセスメント加算の新設等により口腔機能向上や栄養改善の取組の充実が図られた。本事業では、こうした関連加算の算定に関する詳細な状況を把握し、さらなる推進のための課題の整理を行うため、有識者による検討委員会を開催の上、通所事業所(通所介護事業所及び通所リハビリテーション事業所)を対象とした実態調査及びインタビュー調査を行なった。本手引・事例集は、両調査から得られた課題と対応策等を踏まえ、通所事業所における口腔・栄養サービスの推進を図る観点から編纂したものである。

本手引・事例集が通所事業所における口腔・栄養サービスの充実に向けた一助となれば、本手引・事例集の作成にあたった本学会として幸甚である。

なお、本学会では学会ウェブサイトにも本手引・事例集を掲載するとともに、関連団体と協力して研修会を開催することとしていることを申し添える。

令和4年度老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金)
「通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業」

研究代表者 三浦 公嗣

(日本健康・栄養システム学会 代表理事)

1. 通所事業所における体制づくり

1. 1 高齢者の「口から食べることを支援する」意義：パーパスを明確に

通所事業所における口腔・栄養サービスの体制づくりは、まず、「パーパス（Purpose）」（目的、意図）」を明確にすることである。口腔・栄養サービスが、介護報酬上の評価が低いサービスであっても、揺れ動く社会情勢のなかで組織経営そのものが困難な時代にあっても、「パーパス」は、事業所経営や職員個人個人の指針となり、その「存在意義」を明確化し、口腔・栄養サービスの提供のみならず、その継続的な品質改善活動やイノベーションに繋がっていく。

「パーパス」のもとに口腔・栄養サービスが提供されるためには、在宅高齢者の「口から食べることを支援する」という意義のもとに提供されることを共有することである。この高齢者の「口から食べること」の意義については、厚生労働省老人保健推進等補助金による栄養ケア・マネジメントに関する調査研究事業の報告や、介護予防「栄養改善」に関するマニュアル等の中で説明されてきた（資料 1-1）。このような高齢者の「口から食べること」の意義は、最期まで人生の喜びとして存在している。通所サービスに関わる専門職等及び介護支援専門員は、高齢者の「口から食べることを支援する」という口腔・栄養サービスの意義を理解し、利用者・家族に説明できるようにしたい。

1. 2 口腔・栄養サービスの効果を説明するには

口腔・栄養サービスは、高齢者の「口から食べることを支援」することによって、低栄養のリスクの改善や栄養状態の維持を目指している。介護保険施設の入所者において、低栄養の中高リスク者は、日常生活自立度の低下及び入院率や死亡率が増大することや、管理栄養士をはじめ多職種による栄養ケア・マネジメントや経口維持の取組が低栄養のリスクの改善や死亡率及び入院率を減少させる等のエビデンスが蓄積されてきた（資料 1. 2）。

一方、要介護高齢者の咀嚼機能（咬合支持）は低栄養のリスクと関係し、口腔ケアにより食事摂取量及び体重が増大することや、歯科医師や歯科衛生士による口腔ケアが、発熱の発症率や肺炎発症率を低下させる等のエビデンスが厚生労働省介護給付費分科会の資料となって、口腔、栄養サービスに関する介護報酬改定が行われてきている（資料 1. 2）。

1. 3 口腔・栄養サービスの現状：問題が把握されていないことが問題

本研究事業における通所サービス事業所に関する実態調査からは、通所介護利用者のうち BMI18.5 kg/m² 未満の者は、通所介護事業所（以下「通所介護」という。）（229 か所）の利

用者 100 名当たり平均 11.6%、通所リハビリテーション事業所（249 か所、以下「通所リハ」という。）の利用者 100 名当たり平均 10.7%であった。しかし、BMI を把握していない通所介護事業所 44.0%、通所リハ 31.6%にも及んでいた（資料 1. 3（1）、当該報告書）。

一方、嚥むことに問題がある者は、通所介護事業所（389 か所）の利用者 100 名当たり平均 8.2%、通所リハ（472 か所）の利用者 100 名当たり平均 9.0%であったが、嚥むことに問題がある利用者を把握していない事業所は、通所介護事業所 54.8%、通所リハ 12.7%、同様にオーラルフレイル（口腔機能低下症）を把握していない通所介護事業所が 42.8%、通所リハが 43.2%にまで及んでいた（資料 1. 3（1））。さらに、通所介護事業所のうち歯科衛生士の常勤配置がある事業所が 4.0%、言語聴覚士では 1.7%及び管理栄養士では 9.0%であった。同様に、通所リハでは、歯科衛生士の常勤配置がある事業所は 6.6%、言語聴覚士では 29.3%、管理栄養士では 36.2%であった。以上のことから、低栄養や口腔機能低下に対する適切な評価が行われていない、すなわち利用者の口腔・栄養の問題が把握されていない通所事業所が非常に多いと考えられる。

通所介護及び通所リハにおける口腔・栄養サービスに関する各加算（加算の算定要件等については、資料 1. 3（2）を参照してほしい。口腔・栄養サービスに関する各加算は、通所介護事業所では 9 割前後、通所リハでは 8～9 割で算定されていなかった（資料 1. 3（1））。算定されなかった主な理由は、＜手間がかかると思うから＞＜内容や算定要件を知らないから＞＜対象になる利用者を把握することが難しいと思うから＞＜介護職（介護福祉士を含めて）の理解が得られないから＞＜介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから＞＜利用者にとって必要なサービスではないと思うから＞等であった（本報告書 I. 参照のこと）

そこで、本「手引・事例集」は、通所事業所における口腔・栄養サービスを推進するために、これらの加算が算定されない理由となっている問題を解決できることを目指して作成されている。

1. 4 口腔・栄養サービスの専門職の配置等をどうすすめるか

通所事業所における口腔・栄養サービスを主に担う歯科衛生士や言語聴覚士及び管理栄養士の配置は、前述のとおり殆ど行われていない。本研究事業のインタビュー調査の事例から、専門職の配置等をすすめるためには次のような方法があることがわかる。

- （1） 事業所の法人あるいは同一法人内の病院あるいは介護保険施設の歯科衛生士や管理栄養士が兼任で常勤換算業務時間の 0.1 あるいは 0.2 程度、すなわち通所事業所で

の業務時間は週に4～8時間程度、例えば、管理栄養士は昼食時にミールラウンド等を兼ねて4時間1日か2日間程度の訪問をしている。このように専門職が通所事業所の兼任ができる背景には、同一法人内の病院や介護保険施設では栄養マネジメント強化加算の算定により、複数の管理栄養士等の常勤配置がされていることがあった。このような法人の専門職の通所事業所との兼任は、法人や経営組織のパーパスと経営戦略の一環としての経営上のメリットを見込んで行われている。

(2) 単独事業所にも管理栄養士等が巡回できるような仕組みが必要とされることから、地域高齢者の医療・介護サービスの中心となっている法人等が、口腔・栄養サービスに関わる専門職を単独通所事業所も兼任し巡回できるようなモデル的試行から始めてはどうか。

(3) 通所事業所が口腔・栄養サービスを担う歯科衛生士や管理栄養士の人件費が賄えるように、次のような方法が採られている。

- ① スクリーニングの指標が設定されているサービス以外は、利用者全てを対象としてサービスを提供することができる。
- ② 口腔・栄養サービスに関する加算は、本人・家族に承諾を得て、介護支援専門員がケアプランの計画に導入して算定ができる。そこで、事業所の管理者及び生活相談員が率先して、本人・家族及び介護支援専門員への説明を丁寧に行い、承諾を得る必要がある。そして、具体的には次のことが要点である。
- ③ 本人・家族及び介護支援専門員への口腔・栄養サービスの提供のための説明には、
 1. 1及び1. 2に記載したように、高齢者が「口から食べること」の意義（資料1-1）の文言やその効果（資料1-2）の図表等を活用したリーフレットに加えて、利用者本人の口腔問題がわかる写真、あるいは体重のグラフや通所時に提供している食事の写真等を、利用者・家族及び介護支援専門員に見せて説明する。
- ④ 管理者や生活相談員は、利用時前から、高齢者や家族等に歯科衛生士や管理栄養士による口腔・栄養サービスを提供している地域でも優れた事業所であることや、高齢者の口腔や低栄養の問題が健康状態、在宅生活の維持、入院や死亡に大きく影響することを十分に説明する。
- ⑤ 利用時には、通所サービスの利用当初より、口腔・栄養サービスを算定の有無に関わらず提供し、算定に結びついた利用者は算定する体制で取組む。事業所管理者や担当専門職と本人・家族及び介護支援専門員との信頼関係が結べた後は、口腔・栄養サービスの関係加算の算定やその継続がスムーズに行われるようになる。地域で

も口腔・栄養サービスがある優れた事業所としての評価が得られていく。

⑥ サービスの提供後は、必ず定期的に本人・家族及び介護支援専門員にフィードバックしていくことが、信頼関係を継続する秘訣である。

(4) 通所事業所は在宅高齢者に対する「口から食べることの支援」の拠点として、歯科衛生士や管理栄養士を活用した複合的なサービスの拠点となることをめざして経営する。インタビューした事業所には、以下の2.のように次のようなサービスを既に複合的に行っている事例や現在初動の段階の事例がみられた。

- ・介護予防事業等(選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)(要支援者)等)(資料1.4(1))
- ・自治体からの委託事業(介護予防事業や研修・講演会等)
- ・お持ち帰り配食弁当
- ・日本栄養士会認定栄養ケア・ステーション(資料1.4(2))

1.5 情報連携・カンファレンス

通所事業所において、兼任または非常勤の歯科衛生士や管理栄養士等のサービス提供時間は1日に半日程度と短く、両者が同一日程や時間に対面して情報交換やカンファレンスを行うことは困難な場合が多い。また、事業所の介護職、看護職及び生活相談員との情報交換のための時間調整が難しい状況があった。このような場合には、生活相談員、介護職及び看護職が情報を繋いでいた。

また、利用者宅での担当者会議は、管理栄養士や歯科衛生士等が本人・家族及び介護支援専門員に対して、在宅の生活状況・食事状況を尋ね、食環境を観察してアドバイスする場でもあるが、介護支援専門員や生活相談員に同行しての参加はコロナ禍も影響してできていない。

しかし、在宅高齢者は、通所時の昼食のみで1日分の食事を済ませていたり、自宅での食事準備ができない等の食事困難な状況が放置されている場合が多いにもかかわらず、利用者・本人のサービス提供している専門職に歯科衛生士や管理栄養士が殆ど関わっていない。以上のことから、口腔や栄養の問題がある利用者の担当者会議や通所事業所内カンファレンスには、必要に応じて歯科衛生士、言語聴覚士ならびに管理栄養士等が参加できるようにオンライン会議システムを活用していくことが必要とされている。

さらに、コミュニケーションに有効なツールを活用し、利用者ごとにグループ化された職種間で即時の連絡調整が可能な状況は、今後の通所サービスにとって必要である。

さらに、本人・家族や地域住民への啓発活動として、SNSを用いた専門職によるレクチ

ャーや教材説明等の配信も行われるようになっている。

1. 6 人材育成：OJT

通所事業所における口腔・栄養サービスの質は、これを担う専門職や関連職種的能力にかかっている。しかし、その能力は職場環境の風土のなかで開発される。すなわち、職員一人ひとりが、よりよいサービス提供のために継続的な研鑽に努める職場の学習する風土のなかで、存在価値や生き甲斐をもって前向きに業務活動をしているかということである。

本調査研究事業におけるインタビュー調査からは、口腔・栄養サービスを主に担う歯科衛生士、言語聴覚士及び管理栄養士の養成課程のカリキュラムには、高齢者ケアのための知識や技術、高齢者の「食べることを支援する」ための摂食嚥下機能や栄養・食事、在宅訪問、コミュニケーション等に関する知識・技術及びその実務研修が甚だしく不足しているのではないかと指摘されていた。

法人全体や事業所においては、通所サービスや在宅訪問を担う口腔・栄養サービスの専門職に対して、職場内の上司や先輩がトレーナーとして実務を通じて指導していく OJT (On the Job Training) 及び外部講師等がトレーナーの役割をする OFF-JT の組み合わせ等による研修が行われている。

地域によっては、高齢者の「口から食べることを支援する」専門職人材の採用が極めて困難な状況に陥っている場合や、施設や事業所に勤務しているのが1名なので、OJT が成立しない場合が少なくない。

地域において高齢者の医療・介護・福祉サービスの中心的な役割を担う医療・介護法人においては、OJT の仕組みをつくり、地域の単独事業所に口腔・栄養サービスの専門職等を派遣できる取組みの兆しがみられている。また、本学会は、本「手引・事例集」を活用した研修を、多職種を対象として4月以降開催する予定である。さらに、本学会が行っている臨床栄養師研修は、管理栄養士が登録された病院・施設・事業所及び在宅訪問等の登録研修施設と研修生のマッチング方式により、現任者の実務研修が可能であり、WEBによる講座も100時間と充実している(資料I. 6)。

高齢者の「口から食べることを支援する」サービスに関わらない職種はいない。歯科衛生士、言語聴覚士及び管理栄養士はもとより、リハビリテーション専門職や個別訓練指導員、介護職、看護職、介護支専門員等及び訪問介護等の多職種が、できるだけ共通した口腔・栄養に関しての基礎的知識や技術、あるいは実務研修を受けることが求められ、国・県・市町村等の自治体、関連の学会及び職業団体による協力・支援も必要とされる。

表1. 6にはインタビュー調査からOJT等の実際をまとめた。

(7)

表 1. 6 OJT の実際

○法人理事長のもとに、管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士、作業療法士及び介護福祉士の合同研修会がシンポジウム形式で行われた。この研修会は、栄養・食事サービスを中心に、全職種が一つの方向を向いて情報共有しながら、同じ目標を持ち職務を遂行していく重要性を、あらためて認識してもらうために開催したものである。今後、職種間の連携を進めるとともに、言語聴覚士と管理栄養士が連携した口腔・栄養サービスのモデルになるように取り組むことにしている。(通所介護 01)。

○法人の研修センターにおいて、地域の多職種を対象とした、栄養の大切さに関する研修会を予定していたがコロナ禍で延期となっている。地域の多職種連携も必要であり、今後も企画・開催できればと計画中である。(通所介護 02)

○在宅高齢者への栄養サービスを担う管理栄養士には、利用者との信頼関係を築くようなコミュニケーション力が必要である。何気ない会話の中から、利用者の本心を引き出していきけるような人間力を育成する必要がある。そのためには、少なくとも介護サービスにおいて6年以上の経験が必要であり、高齢の利用者・家族への理解の獲得が必要とされる。(通所介護 05)

○介護予防の観点から、口腔、栄養と運動の3領域に関する質の良い介護サービスを同時に提供するために、歯科衛生士や管理栄養士の教育をおこなってきた。歯科衛生士、機能訓練士及び管理栄養士は、医療の専門職のため、治すために訓練されており、そこにやりがい求めてサービスを提供する。ところが、高齢者が加齢により機能低下してくると、やりがいを失い、離職率の増大に繋がっていく。この悪循環を止めないと、介護の現場ではうまくいかないのが現状である。サービスを提供することで十分な成果が出て、介護報酬が得られることにより専門職等が頑張れる、というのが重要である。しかしながら、ここでいう成果は報酬だけではなく、利用者が元気になっていくサービスを提供していることに、働く側が喜びと達成感を味わえる仕組みのことである。通所サービスでは、歯科衛生士や管理栄養士には、介護を要する高齢者に対応できる適切な能力が必要とされる。この能力の習得には、介護現場経験を通じた学習が一番重要である。当該歯科医院院長によるOJTにおいては、高齢者の嚥下障害、低栄養、フレイル等をどのように観察していくのかを教えている。歯科衛生士や管理栄養士には、身につけた知識や技術を、通所介護の実務に活用してもらっている。栄養のことを考えている歯科医師は未だ少ない。歯科医師の教育は、ただ歯や口だけを診るのではなく、身体全体を診ることを重視しなければならないが、養成教育から見直すとなると時間がかかる。しかし、当該歯科医院等のように、歯科医師、歯科衛生士及び管理栄養士

等の全職種が、口腔だけでなく、全身体状態に学ぶ機会を増やせば、全人的・全身的に診るという意識付けができる。

当該歯科医院では、歯科衛生士に対して、低栄養の患者の普段の歩き方や全身を観察する等の、全アセスメントを学んでもらっている。先輩が実践する姿を見せることによって、後輩が学び、理解できないところは、その都度勉強会を開いて、症例検討から学ぶことが必要である。例えば管理栄養士は栄養に関して、歯科衛生士は口腔に関して、また、歯科医師も歯科治療について等、専門的なことは十分であっても、その重なり合う部分を学ぶことが必要である。例えば、口の状態が分からない管理栄養士に「〇〇を食べて下さい」と言われても、実際には咀嚼ができない場合がある。また、歯科医師から「義歯を作ったので食べられますよ」と言われても、栄養の知識がなければ栄養状態が改善されない。これらの重なり合う基本的な部分についてきちんと学んでいくことが重要である。(通所 06)

○新人研修として、各職種において先輩が後輩に 1 年間程度付き添って OJT を行っている(コロナ禍で一時的に中断)。例えば、新人を指導している先輩は、他の各専門職に新人が理解しているか聞いてほしいと依頼し、新人には各専門職に質問するように指導する。このような教育システムがあるので、多職種協働がうまくできるようになる。(通所 07)

○啓発研修を通じて新しい情報が職員にスムーズに取入れられる。例えば食事形態を統一できる共通言語について、言語聴覚士等や厨房職員等の関係職員全員が理解できるようになる。画像によるオンデマンド研修等の活用が希望されている。(通所リハ 03)

2. 口腔・栄養サービスの実務の実際

口腔・栄養サービスに関する加算の算定要件や対象者の把握方法及び手順については、厚生労働省通知及び介護給付費分科会等資料一式を資料 1. 3 (2) に示した。また、ホームページを検索すると口腔・栄養サービスに関する各加算に関するわかりやすい説明書も公表されている。栄養関連サービスについての手引は、栄養ケア・マネジメントの基本、認知症や経口維持への対応、さらには令和 3 年度介護報酬改定による新たな栄養関連サービスについて、本学会のホームページにも手引が掲載されている(資料 2)。そこで、本手引・事例集では、本研究事業のインタビュー調査をもとに実際の実務について表 2 のように編集した。

表 2. 通所事業所における口腔・栄養サービスの実務の事例

○言語聴覚士による口腔機能向上加算Ⅱ及び嚥下訓練(通所介護 01)

言語聴覚士(通所 0.7、常勤・専従を 1 とした兼務の比率、以下同様) 児童通所・居宅介護支援事業所 0.3)、歯科衛生士及び管理栄養士配置無、口腔機能向上加算Ⅰ・Ⅱ。

(9)

言語聴覚士は、利用者の摂食嚥下の問題の把握は、昼食時に利用者全員を観察し、唾液や<水分でむせる><声がかがら<等の利用者については、生活相談員と相談して言語聴覚士が摂食嚥下機能訓練に関わることを伝え、1日10名程度の当該訓練をしている。家族及び介護支援専門員、看護師に報告・相談したうえで、食事形態や食べ方全般にアドバイスをする。作業療法士からは、食べ方、食具及び姿勢についてのアドバイスを得ている。その後、訓練写真を撮り、介護職等が行えるように伝達している。言語聴覚士は、摂食嚥下機能の評価、嚥下訓練の他に送迎や個別機能訓練等にも関わっている。

通所利用者の家族においては、介護力が低い場合が多く、食事の支援が必要であるが、在宅で栄養価の高い食物を提供できているのか危惧している。管理栄養士との関わりがないために、介護支援専門員や家族から利用者の体重減少について相談があった場合には、当該通所介護事業所では、外部委託の1日1食分の摂取量しかみられないので、在宅での食事摂取量を把握する必要があるができない。また、通所介護には、利用者の血液データの情報等もない。言語聴覚士は、最終的に体重減少をみて、在宅での食事について介護支援専門員や家族と検討し、また、食事形態の変更が必要な場合には、言語聴覚士が食事形態を、外部委託の食事の担当者に連絡している。当該単独通所介護事業所においては、管理栄養士の関わりは難しいが、外部または法人内の管理栄養士との連携を検討する必要がある。

【利点】

従来は嚥下機能が低下し、誤嚥性肺炎を繰り返している利用者が一定数いた。しかし、言語聴覚士が利用者の嚥下機能が低下してきたタイミングで、アセスメントを行い、食事形態の検討をしているため、誤嚥性肺炎を繰り返す利用者の数は少なくなった。

食事が困難で、食欲が低下している等の利用者も、言語聴覚士による摂食嚥下訓練等の対応によって、食欲の改善や維持ができています。車椅子での入浴が可能な設備があり、口腔嚥下機能が低下した重度の要介護度の利用者や誤嚥性肺炎を繰り返している利用者が言語聴覚士の介入によって、在宅での自主訓練もできるようになり、摂食嚥下機能の維持ができて在宅生活も長くできるようになった。当該通所事業所においては、言語聴覚士がいることが一つの強みとして在宅の要介護高齢者に利用されている。

○歯科衛生士による口腔機能向上加算及び管理栄養士による栄養アセスメント加算の取り組み(通所介護 02)

歯科衛生士(非常勤、週3回5時間程度)、管理栄養士2名(それぞれが病院0.8、通所0.2、週1回2時間程度)、言語聴覚士配置無。口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ、栄養アセスメント加算、口腔機能向上加算Ⅰ・Ⅱ。

歯科衛生士は、口腔機能向上加算Ⅱに関わり、利用者全員を対象に、その利用開始時に口腔栄養状態評価表を用いて口腔の問題の把握をしている。口腔ケアの必要性の有無は、歯科衛生士と介護支援専門員が相談して決め、その後、3カ月後及び6カ月後にモニタリングし、

多職種と情報の共有化を行っている。しかし、利用者の担当介護支援専門員に情報提供し、ケアプランに位置づけられないと算定できない。当該事業所の様式には、介護支援専門員が当該サービスの提供を「希望する・しない」を家族と相談して記載できる。口腔のリスクは、スクリーニングを行った段階で把握できる場合と、本人・家族は「食べているから」と気付いていないが、歯科衛生士からの口腔状態の説明をして納得する場合がある。利用者の自立度が高い場合、本人・家族は「セルフケアしているので問題ない」と思っている場合が多い。しかし、歯科衛生士がみると、残存歯の状態や入れ歯が合わず食べにくそう、入れ歯が不具合で壊れたまま食べている、舌が常に汚れている等、口腔ケアが必要であると評価する場合がある。このような口腔の問題については、写真を用いて本人・家族に説明し、在宅での口腔体操等の実施についても助言する。本人・家族から、歯科衛生士に対して「歯科受診を迷っているが、どうしたらよいか」等の相談が多い。

管理栄養士は、看護職や介護職とともに、栄養アセスメント加算に関わっている。身長、体重、BMI等を継続的に見て低栄養のリスクの判定をしている。ミーティングという形での会議録は残していないが、関係者が対面して情報共有をしている。利用者にく食べているから大丈夫>と言われても、通常型及び認知症対応型の通所介護において、BMI 18.5未満の低栄養の中高リスクの者が、要支援者を含めてそれぞれ15%程度いる。管理栄養士は、週1回の通所時事業所の訪問時に、歯科衛生士から歯科受診や口内炎等の情報を適宜得ることができる。それに合わせて<食事を粥に変える><在宅で酸味のあるものや硬いものを控える>等、利用者に対面でアドバイスを行っている。

管理栄養士と歯科衛生士が会えない場合には、介護職や看護職に「(〇〇について)困っている人はいますか」と聞くと、情報の伝達をしてくれる。管理栄養士は、歯科衛生士や看護職の記録や伝達事項が記載された書面ファイルを事務所で確認している。自立度が高い利用者に対しては、「何か管理栄養士に聞きたいことはないですか。食欲がない等には、管理栄養士が相談にのります。」という掲示を事業所に張り出しており、「自宅での食事は何を食べたらいいか」「病院の医師から骨粗鬆症や貧血と言われたが、何を食べていいか」等の相談を受けている。

利用者の口腔の不調と食欲の低下が一致することがある。通所での食事に対して「最近、味が感じられなくなった」「まずくなった」と言われた場合、舌苔や口内の乾燥が味の感じ方に影響するため、管理栄養士は、利用者に歯科衛生士に口腔を見てもらうよう勧める。過去に何度か、食事のクレームや不満を言う利用者に歯科衛生士が対応すると、「劇的にご飯がおいしくなった」と言われている。

利用者が管理栄養士と話すことによって、自分の身体や食べ物と向き合う時間を作ってもらっている。利用者が食べ物と向き合う時間がないと、「この食べ物を買おう」「これを食べたいから買ってきてほしい」という行動変容には繋がらない。歯科衛生士や管理栄養士による専門的アセスメントから把握された問題は、利用者にも受け入れられている。看護師は病気の、歯科衛生士は口腔の、管理栄養士は栄養や食事の視点から、「食べることを支援す

る」ためにはどうしたらよいか共同して対応している。

また、通所介護利用者には、「自分から言えない」、「書いて伝えられない」という人もいる。介護職は、日々の観察から、独居や在宅での介護者の状況、在宅では「朝ご飯はパンぐらいしか食べてない」など、本人から発することができない問題点を見つけ出す役割がある。

看護職、介護職及び生活相談員は、3か月に1回の定例カンファレンスを行い、30～40名の利用者について意見交換を行っている。このカンファレンスは、歯科衛生士や管理栄養士が不在の時間に行われている。歯科衛生士と管理栄養士は、サービス提供時間内で立ち話し程度の話し合いをし、情報をそれぞれ書面のファイルに作成しているため、問題点やケア計画及び実施経過を関係職種が把握できる。これらの管理栄養士及び歯科衛生士からの情報は、当該カンファレンスに提供され話し合われる。また、介護職が把握した個別の問題を、看護職から歯科衛生士や管理栄養士につなげている。

生活相談員(看護職)が、家族や介護支援専門員に情報を繋ぐ役目をしている。生活相談員は、利用者の自宅で開催される担当者会議等にも、先のファイルを持参して説明をしている。これらの専門職別のファイルの記載内容は、サービス計画書には記載されていない。

法人では、口腔・栄養サービスの関連の加算の取組みの手順書を作成し共有化している。しかし、このような体制と取組みのプロセスが決まっても、加算には結びつかない。これは、本人・家族の意志によるためである。本人・家族には、体重減少のモニタリング結果等を渡し、アドバイスする場合もある。なお、栄養改善加算は、重度化した利用者や入院を繰り返している場合などに対応しているが、訪問介護職と連携が重要である。

【利点】

LIFE の項目に口腔に関する項目が入っているので、義歯を使っているか、口腔ケアができていないか等を確認するようになり、口腔ケアによる成果は大きいことが認識できた。高齢者の口腔は乾いている場合が多いが、舌がよく動くようになると唾がよく出て、食事が唾と混ぜ合わされて飲み込みやすくなる。管理栄養士は、週1回の訪問時に、歯科衛生士から利用者の歯科受診や口内炎等の情報を適宜得ることができるので、「食事を粥に変える」「在宅で酸味のあるものや硬いものを控える」等の対面でのアドバイスを本人にすることができる。管理栄養士や歯科衛生士の当該事業所訪問によって、従来気付いていなかったことに本人・家族及び他の職種が気付けたことが一番大きかった。当該事業所においては、歯科衛生士は他の事業所と兼務だったが、当該通所介護での加算算定率が上がってきて対象者が増えたので、配置が確保できた。なお、サービス提供回数は重要であり、月2回、人によっては月3回と介入回数が頻回なほど状態が良くなる。

○歯科衛生士、言語聴覚士及び管理栄養士の関わりがある通所介護（通所介護 03）

歯科衛生士（老健 0.8、通所 0.2、週に1、2回、月に7、8回：口腔ケア・嚥下体操）
管理栄養士2（病院 0.9、通所 0.1、週1回、1時間程度）、言語聴覚士（病院 0.9、通所 0.1）

訪問リハビリテーション所属、施設及びデイサービス月2回、食事評価、食事形態、食事介助方法の助言、食事介助も実施)、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ、口腔機能向上加算Ⅰ。

生活相談員は、口腔・栄養サービスの連絡調整を担っている。生活相談員は、歯科衛生士が来る週に1、2回に歯科衛生士と相談し、口腔機能向上加算Ⅰの計画書を歯科衛生士と一緒に、3カ月に1回作成している。歯科衛生士及び看護職が指導し介護職と看護職が口腔ケアの介助をしているが、歯科衛生士の来所時には、歯科衛生士が行っている。当該加算の算定経緯は、数年前より在宅で口腔ケアをしていない利用者が多く、また、義歯の利用者も多いため、義歯のブラッシングができていない利用者も多く見られていた。そのために、看護職と介護職が旗振り役となり、口腔機能向上加算Ⅰを算定するようになった。生活習慣として口腔ケアをしていない利用者の場合に算定し、利用者の64%が口腔機能向上加算の算定をしている。

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱは、6カ月に1回算定している。主に独居や食事に偏りがある利用者を対象とし、利用者(総利用者数131名)のうち28%に算定している。低栄養の中高リスク者には栄養改善加算が算定できるが、低栄養の中高リスク者は把握されていない。栄養関係のサービスについては、管理栄養士が事業所に来る週1回、生活相談員は管理栄養士と話し合っている。

言語聴覚士は、月2回の事業所を訪問日の利用者にはしか対応できず、利用者全員への対応ができていない。そこで、言語聴覚士の訪問日には、動画を用いて食事介助の方法等を介護職等に伝えている。利用者全員をリアルタイムにみて対応することが今後の課題である。言語聴覚士が事業所と関わって10年ほどになり、嚥下体操や集団体操に参加してくれる利用者が増えた。集団体操では、30~40人の利用者1人ずつには声掛けができないので、何をやっているか分からない、聞こえない、寝ていて起こしても朦朧としている利用者には、介護職が声掛けすると参加してもらえる。

なお、家族や在宅の関連職種との連絡には連絡ノートを活用している。家族がこの連絡ノートに本人の状況を記載し、専門職からのアドバイスも記載している。

歯科衛生士、言語聴覚士及び管理栄養士は、それぞれに事業所訪問をしているので、全職種が一緒に集まることはない。3職種が一同に会せる日があるとよいが、これによって利用者の利用日が影響を受けるようになってはよくない。通所事業所に3職種が常勤で1人ずつ配置されることが一番理想であるが、経営的に無理だろう。

【利点】

口腔・栄養サービスに関わる言語聴覚士、歯科衛生士及び管理栄養士の3職種が関連している通所事業所は他に殆どないので、医療法人であることの強みである。

これらの3職種がこの3年間に1週間に1回、事業所を訪問したことによって、事業所職員と相談し合える状況になったことがよかった。通所介護事業所の介護職には、病院からの専門職の受入れにはハードルが上がるのかもしれない。病院側と通所側の職員との交流

も殆どなかったもので、病院の専門職が専門用語で畳みかけるように話すというイメージがあったのかもしれない。食事に係ることは命と直結してくるので、介護職と専門職との連携がないと全員の利用者には対応できない。

口腔については、従来は利用者に歯磨き習慣がなかったが、歯科衛生士によって自宅でも歯磨きが習慣的にできるようになった。このような在宅での歯磨きの習慣化は、半年及び1年と長期的に通所事業所での昼食後の歯磨きを継続した利用者に多くみられている。独居や家族の協力が得られない利用者の場合にも、通所時の口腔ケアによって現状維持が図れている。

栄養については、在宅では体重を測っていない場合が多いので、通所利用時に定期的に体重増減を継続的に把握することの意義が大きかった。

言語聴覚士が入って、安全に食事ができることが一番よかった。さらに、管理栄養士や歯科衛生士が入ることによって、例えば、食事形態の変更をしたが全量は食べられないという場合には、管理栄養士に適切な栄養補助食品を教えてもらうことができる。言語聴覚士には食事介助と、その前後に口腔ケアもしてもらい、口の汚れがひどい場合には、歯科衛生士によって口腔が一層きれいになるだけではなく、口唇や舌及び歯茎に触れた時の利用者の反応をみて問題を把握してもらえる。3職種等が関わることによって、食べられなかった利用者の口腔が少しずつきれいになり、少しずつ食べられることで必要な栄養素を口から取る経過が沢山みられている。病院、施設、通所及び在宅において、多職種が連携して「口から食べることを支援」することによって、利用者の身体状況や生活状況を大きく変えられる効果的なサービスになり、利用者・家族に喜ばれるサービスである。

なお、家族と3職種との連絡ノートを通じて、協力が得られることによって利用者が変わっていく。また、専門職が行って対面することによって、「体操しよう」「パタカラしよう」「舌を出さなくては」「口腔ケアをしなくては」等と利用者が前向きに行動変容している。

○在宅サービス部門としての通所介護における栄養サービス（通所介護05）

管理栄養士は（特養（業務割合0.3）と通所介護事業所を含めた在宅サービス部門（業務割合0.7）を併任）し、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ、栄養アセスメント加算、栄養改善加算を算定し、2019年から日本栄養士会による認定栄養ケア・ステーションを運営。

当該通所介護事業所は、管理者の「在宅支援をしっかりとやろう：食べることは一番大事」というパーパスのもとに、管理栄養士が関係することが必要とされてきた。しかし、栄養アセスメント加算を開始したときには、介護支援専門員に説明しても、「うちの利用者は必要ない」という回答が多かった。そこで、管理者は、これは国の方針であり、本法人は自立支援を促す事業所として、リハビリテーション専門職と管理栄養士を置いて、自立支援をメインに行う事業所ということを何度も説明し、今のように利用者全員が算定できるようになった。

管理栄養士（特養と在宅サービス部門の通所介護の兼任、特養0.3、通所等の在宅0.7）

は、在宅サービスセンター部門の一つである当該事業所において口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ、栄養アセスメント加算および栄養改善加算に関わっている。また、同部門には、栄養ケア・ステーションが設置され、管理栄養士による居宅療養管理指導は、法人外の診療所との契約により行うことができる。しかし、このような外部の診療所の医師による指示を得て実施できたのは未だ1件である。

管理栄養士は、最初は、利用者の栄養・食事について気になることの相談からはじめた。口腔ケアに関しては、歯科衛生士が配置されていないので、管理栄養士が関わって、通所事業所の作業療法士及び介護職による利用者の摂食動作や口腔機能及び嚥下機能に関する情報をもとに栄養アセスメント加算によって対応している。通所で個別の利用者の利用時の平均食事摂取量は、電子システムから把握できるが、1日の食事の主となる在宅での食事内容や量を把握することは難しいので、長期的に体重減少がある場合や、前月から比べて大きく体重減少があった場合には、管理栄養士が本人や家族、必要に応じて介護支援専門員から聞き取り、栄養改善加算に繋げている。

管理栄養士は、利用者の利用開始時には、全員の低栄養リスクの把握を行っている。栄養アセスメント加算は、体制加算として全員に算定し、ご本人の同意があった場合に栄養改善加算を算定している。

栄養アセスメント加算の様式例は、特養の栄養ケア・マネジメントと同じものを用いて（一体化した様式例は利用していない）、管理栄養士が全ての項目を把握し記載している。

各専門職が日常的に同じ場所にいるので、情報の連絡調整は行いやすい。一方、法人外の介護支援専門員には、プラン変更について電話で連絡し、サービス計画書の作成を依頼している。通所事業所に管理栄養士が常時いるので、利用者本人に「どうしたの」「急にご飯残すようになったね」などと声掛けし、利用者との会話から様々な課題が見えてきて、それでは在宅ではどうなのかということで、本人・家族には先に説明して希望を確認後、介護支援専門員に在宅の状況も含めて丁寧に連絡して、サービスが提供できている。なお、介護支援専門員には紙ベースで報告書を送るだけではサービス計画書には入れてもらえない。

栄養アセスメント加算や栄養改善加算によって関わった利用者については、義歯の不具合がある状態で食べている等の口腔の問題がある場合には、介護支援専門員に訪問歯科及び歯科受診を勧めるように連絡している。なお、言語聴覚士は当該事業所に関わりがない。

管理栄養士は、通所事業所の作業療法士や理学療法士とは、日常的にリハビリテーション負荷量についての話し合いをしている。例えば、ADLが低下したまま在宅に退所となった利用者は食事が全然取れておらず、1日におやつを一つ程度の摂取しかできていない状態だったので、栄養補助食品の利用を促した。当該利用者は、退所後に通所の利用回数が増えたので、食事回数は増えたものの活動量も1日6時間長くなったのでエネルギー消費量が増大し、食欲の低下と体重減少に陥る結果となった。このような状況に陥らないためにも、管理栄養士と作業療法士及び理学療法士による負荷量やエネルギー摂取量についての情報共有や話し合いは重要な意味を持っている。

作業療法士が生活相談員を兼ねているケースであり、栄養ケア計画の内容を考慮する際、認知機能の低下を含めて検討している。栄養改善加算から在宅訪問は2回実施した。在宅訪問した理由は、介護支援専門員による在宅での食事状況に関する情報のみでは、利用者の食事状況が把握できなかったためである。利用者の在宅での状況は、訪問介護職やサービス提供責任者がよく把握しているが、これらの情報と介護支援専門員の情報が食い違う場合も散見される。

利用者は、当該通所介護を週3回、多い場合には週5~6回利用することが多い。通所職員が長時間観察しているため、利用者は様々な困り事等、例えば「今、これができなくなっているが、どうしたらよいか」等を通所の通所職員に相談している。また、通所職員は利用者本人と話をし、送迎時には家のベッドまで利用者を迎えに行くこともあり、情報収集や問題の把握ができる。例えば、リビングの机の上に放置された弁当や全く手付かずの弁当を送迎の職員はみてるので、管理栄養士が介入することが必要な利用者を把握して、本人・家族や介護支援専門員に連絡している。

管理栄養士が在宅訪問の必要性を、利用者の身体状況や歩き方の変化などから推定する場合がある。利用者本人が「食べている」と言っても、どの位の頻度で、どの位の摂取量か、本当に食べているのか等は、事業所職員等の話からは把握できないことが多い。実際の利用者の在宅での食事準備状況を把握するためには、冷蔵庫等の内容の確認が必要となり、送迎車と一緒に管理栄養士が乗って在宅に行き、利用者と一緒に冷蔵庫の内容を確認している。介護職が冷蔵庫に食品や総菜を入れていても、本人が冷蔵庫を開けて取り出して食べなければならない。そこで、冷蔵庫にポップを貼る等して、「朝食のセット」「次に食べるご飯」など利用者が一目で分かるようにしている。「お腹が空かない」場合には、いろいろな総菜が入っていても食べようとはしない。

しかし、利用者全員について、個別に在宅訪問はできないので、通所時のアセスメントによる身体状況や口腔内の状態及び食べている姿等の変化、あるいは日常会話の中での認知症の進行の状況等が体重の変化に表れてくる。このような身体状況が激変した場合には、在宅での生活状況や食事状況を把握する必要がある。このような場合には、通所職員にも相談すると、例えば失禁するようになった、最近躓いた等、管理栄養士が把握できない情報が得られる。このようにして利用者の在宅での生活状況がみえてくる。

なお、管理栄養士の人件費については、事業計画上は、管理栄養士による居宅療養管理指導と通所事業所での栄養アセスメント加算及び栄養改善加算の合算で一人分の人件費とすることになっていた。しかし、管理栄養士による居宅療養管理指導を指示する外部の診療所との契約が取れなかった。そこで、通所事業所での栄養改善加算等の開始に伴って、お持ち帰りの配食弁当（冷凍弁当、利用者が夕食及び翌日用として購入）を始め、その売り上げを含めて管理栄養士1人の人件費を賄うことができた。

管理栄養士による居宅療養管理指導に対して診療所の医師から指示をもらうためには、当該事業所に管理栄養士が常時いるという状況があって、初めて信頼を得ることができる。

訪問看護ステーションは、ここに頼めば必ず利用者を訪問してもらえるとという信頼関係が築かれているが、通所介護利用者・家族及び介護支援専門員等の関連職種に対しては、利用者に関してのフィードバックを丁寧にしていかないと信頼関係は築けない。

【利点】

事業所の職員に管理栄養士が「早くここに来て」といつでも呼ばれるようになった。また、管理者のもと職員全員が一丸となって尽力し、栄養アセスメント加算については、利用者全員に算定できるようになった。

○歯科診療所による通所事業所：介護予防重視(通所介護 06)

管理栄養士 A (老健 0.8、通所 0.2)、管理栄養士 B (老健 0.8、通所 0.1、クリニック 0.1)、言語聴覚士 (通所 1)、栄養改善加算、口腔機能向上加算 I・II。

当該歯科医院が運営する通所介護事業所は 4 か所である。当該歯科医院は、歯科衛生士、管理栄養士の人件費は主に介護予防事業及び介護サービスの加算で賄っている。各通所事業所の定員は 25 名で実人数 100 名程度である。長時間と短時間コースがあり、要支援者が多く、認定者の平均要介護度は 1～2 程度である。要支援の全員が、歯科衛生士及び管理栄養士の予防的サービスの対象者である。要介護認定の利用者には、口腔機能向上加算 II を全員に算定し、栄養に関する加算については、要支援者には、(予防的) 口腔・栄養スクリーニング加算を、要介護認定者には、口腔・栄養スクリーニング加算を算定している。全員に予防的観点から口腔及び栄養のフルアセスメント・モニタリングをし、管理栄養士が個別介入を必要とする利用者を把握して、個別の(予防的)栄養改善加算のサービスを週 1 回提供している。要支援の利用者には、介護予防のプログラムを計画し、運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上加算の選択的サービス複数実施加算 (II) (700 単位) を算定している(資料 1. 4 (1))。

通所サービスにおける歯科衛生士や管理栄養士には、歯科医師からの指示やかかりつけ医からの指示が不要である。通所事業所においては歯科衛生士及び管理栄養士は雇用契約をすれば稼働できる。当該通所介護においては、短時間型デイサービスを午前と午後に行っているため、食事時間を実際に観察することはできないが、管理栄養士と歯科衛生士は利用者と密にかかわる活躍をしている。

歯科衛生士は、プライバシーが守られる待合室で口腔ケアサービスを実施している。フロアで日頃から歯科衛生士が利用者に話すことをスタッフにも聞いてもらうことによって、スタッフ自身の意識が高まっている。同時にスタッフ教育にもなっている。歯科衛生士による利用者への口腔機能の維持、衛生が向上するようなアドバイスや指導が、在宅においても持続しなければならない。また、認知機能の低下のある利用者は忘れてしまうので、必要に応じて家族にも書面での申し送りをしている。歯科医院に通いながら通所に来ている利用者が多いので、かかりつけの歯科医院がある利用者には、必ず定期的に通院することを勧め

る。かかりつけの歯科医院がない利用者には、併設している歯科医院を定期的に受診してもらう。施設から通院する利用者の場合には、申し送り帳を作成し、医院の歯科衛生士、スタッフが懸念事項を記入し、施設に申し送りするようにしている。

歯科医院専任の管理栄養士 2 名は、通所介護で毎週か 2 週ごとに利用者の栄養アセスメントを行っている。毎月初めに介護職員が利用者の体重測定を記録し BMI を算出しており、肥満であれば体重を落としていった方が身体への負担が減らせるとアドバイスをしたり、BMI18 未満の場合には、それ以上体重が落ちないように、例えば栄養補助食品の利用を提案している。食事摂取状況については、栄養アセスメントの一環として、欠食がないか、毎食のタンパク質がしっかり取れているかを主に確認している。認知機能が低下し、本人の回答だけでは不十分という方には、送迎車に管理栄養士が同行し、家族に本人の食事摂取状況を確認させてもらっている。

低栄養の中高リスクのある利用者には、栄養改善加算を算定している。栄養改善加算からは在宅訪問ができる。体重減少の理由が把握できない場合には、管理栄養士が送迎車に同行し、家族から実際の食事の形態を聞いて、家族のキーパーソンにアドバイスをすることで関係性を築いている。通所事業所では食事を提供していないので、ミールラウンドはできないが、それ以外の観察は行っている。食事摂取状況は本人の食事だけではなく、調理環境、食材の購入ルート、食事が本人に届くまでの道のり、食材、スーパー、宅配での購入の有無、調理担当者、キッチンの状況、本人が立って調理できる環境なのか、コンロを使えるのか、レンジ調理が主なのか、包丁が使えるのか、また、食事が一口大、とろみなのかという食事形態も大事であるが、このような食事が提供されるまでが必要なアセスメントである。

当該事業所は専門職が多く、歯科衛生士、管理栄養士、機能訓練指導員、介護福祉士もいる。情報の共有の場としてカンファレンスには、利用者の状況を逐一報告し、次にどのような取り組みをするかという情報共有を常にしている。

例えば、歯科医院が新しく事業所を立ち上げても、情報共有ができていないと、チームプレーはできない。通所では毎日のように顔を合わせて、スタンディングのカンファレンスでその都度、情報共有をしている。特に新規入所利用者や、問題が起きている利用者の場合には、随時スタッフによる話し合いができてることが重要である。

さらに、当該事業所には、理学療法士と柔道整復師がいる。例えば嚥下機能の低下にしても、姿勢で円背が強くなって誤嚥が起こった場合には、機能訓練の指導員、実際に柔道整復師と理学療法士がリハビリテーションによってメンテナンスをしている。専門職が集まる月 1 回の情報共有のミーティングにより、スタッフ間でもコミュニケーションが取りやすい状況にある。日常での情報の共有及び月 1 回のミーティングで、大まかな段階から個別のケア計画に具体的に落とし込んでいくという 2 つのパターンの体制をとっている。なお、情報のやりとりは紙ベースである。

【利点】

当該歯科医院には通所介護が密に連携されている。通所介護の利用者が歯科医師のもとに通えない状況になった場合には、通所介護に密に連携している歯科医院においてスムーズに診療を受けることができるうえ、家族も高齢者の歯科診療に改めて付き添わなくてもよいので、結果的に本人・家族のQOLが上がるという利点がある。歯科医院でも通所サービスでも、利用者は歯科衛生士や管理栄養士と面識があるうえに、当該歯科医院院長によるOJTによって適切なサービスが提供されているので、信頼関係が構築されている。

○言語聴覚士と管理栄養士の連携(通所介護 07)

管理栄養士(老健 0.8(栄養マネジメント強化加算算定。常勤管理栄養士 3名のうち 1名の給食サービス担当が、通所 0.2 兼任)、言語聴覚士(老健 0.5、通所 0.5(週 3 回以上 2 時間以上個別訓練と食事相談に対応)、栄養アセスメント加算(栄養改善加算算定無)、口腔機能向上加算 I・II(現在 1 名算定)。

言語聴覚士(老健と兼務。週 3 回以上 2 時間以上により個別訓練と食事相談に対応)は、利用者の摂食嚥下状態を評価し、介護職や看護職も利用者を毎日よく見て、日々の変化をすぐに言語聴覚士に連絡して対応しているので、食事の安心、安全が確保されている。

食事については、管理栄養士が、利用者の通所時にアドバイスをしている。例えば通所時の週何回かの昼食の安全性と、在宅での安全とは違う。そこで、言語聴覚士と管理栄養士とが家族からの話や介護力、普段在宅で食べているもの等の情報を共有して意見交換し、在宅での食事の工夫について話し合い、食事の分量については、嚥下機能が悪い場合には、食べる体力がないので管理栄養士からアドバイスしている。

情報の記録は、ケアプラン・システムのソフト上にモニタリング時に入力している。食事の問題があれば、ケアプランのシステム上で共有される。カルテも利用し、言語聴覚士や管理栄養士が記載し共有される。食事変更がある場合は、看護師や介護職が記載し書類が提示される。栄養アセスメント加算を算定しているが、栄養改善加算は算定していない。

【利点】

管理栄養士が前向きでパソコン業務も非常にスムーズである。新しい業務に対しても積極的なことが、介護職や看護師から信頼を得て新たな加算のサービスに取組めると評価されている。

○リハビリテーション専門職(言語聴覚士を含む)と常勤管理栄養士による口腔・栄養サービス(通所介護 08)

管理栄養士(栄養ケア・ステーション 0.6、通所 0.4)、言語聴覚士(訪問看護ステーション 0.6、通所 0.4)、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算 I。

代表(理学療法士)が 14 年前に「地域でリハビリを提供していきたい」と起業した。当初、理学療法士 3 名が勤務し、2 年後には訪問看護ステーションが設置されて、訪問リハビリテ

ーションが提供できるようになり、午前中に通所介護でリハビリテーションを提供し、午後には訪問リハビリテーションを提供するという兼務での形をとり、訪問看護ステーションがあるので、法人全体として職員の給料が賄えている。管理栄養士の給与を賄える仕組みが未だ不十分であるが、地域リハビリテーションを展開していく中で、運動と栄養をバランスよく提供することは、高齢者のリハビリテーションの成果の向上につながるため、常勤管理栄養士を配置している。当該管理栄養士は、日本栄養士会の認定栄養ケア・ステーションを立ち上げ、行政からの委託事業などに取組める基盤をつくっている。

栄養アセスメント加算は、常勤の管理栄養士が100人弱の利用者全員を対象としている。利用者を3つのグループに分け、3か月毎に1人ずつアセスメントをする。アセスメントは、低栄養状態のリスク（体重、アルブミン値等）食生活状況、口腔関係を確認し、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、看護職など他職種と連携をとり情報共有している。栄養改善加算を算定できる体制にあるが、対象者がいても利用者・家族及び介護支援専門員に未だ理解されていない。通所介護には、問題が発生してからの対処ではなく、介護予防の観点からサルコペア肥満等にも対応した栄養面からの支援することが求められる。

口腔機能向上加算は、月2回が上限で加算が算定できるが、毎週口腔機能向上に対する介入もしくは毎週の介入を希望している利用者がある。言語聴覚士が関わっている口腔機能向上加算の対象者は、利用者の10%に相当する10名程度であり、摂食嚥下障害がある利用者及び脳卒中の後遺症によって構音障害がある利用者に対して口腔機能向上加算によって摂食嚥下リハビリテーションを行っている。

口腔機能向上加算は、月に2回で、3カ月の期限があるが、3カ月後も問題が残りケアプラン上、必要だと認めてもらえれば継続ができる、しかし、機能訓練加算には、そのような制限は無い。以前は、機能訓練加算にⅠとⅡがあり、当該事業所では運動療法をⅠ、言語療法がⅡで介入することができた。口腔機能及び摂食嚥下の向上、スピーチに関してもサービスを入れていた。現在、機能訓練加算は、ⅠとⅡの分け方がなくなったため、これまでの言語聴覚士によるリハビリテーションを諦めなくてはならないという利用者が何人かいる。その利用者達をフォローするため、構音障害等があれば、嚥下のリスクも高いので、言語聴覚士が評価をし、嚥下機能低下のリスクが高いと判断した場合、口腔機能向上加算をケアプランに入れてもらっている。

専門職間の情報連携は、スタッフが同じ場所に常時居るため行いやすい。リハビリテーション専門職のカンファレンスを月に1回開催するが、時短勤務者は参加できないため、日常の会話という形で介護職も交えて情報共有をしている。言語聴覚士は、利用者に関連する様々な職種から、普段の利用者の様子等についての情報を得ている。全体の共通プラン等の共有には、それぞれの専門職や介護職同士が近い関係にあり日常的によくコミュニケーションがよくとれている。

認定栄養ケア・ステーションが行っている事業は、主に市の委託事業である要介護認定非該当者、要支援の地域高齢者を対象とした集団的なポピュレーションアプローチである。そ

の他、通所介護の業務、利用者の自費払いによる在宅訪問や、市からの委託の介護予防訪問型サービスC事業で在宅訪問を行っている。管理栄養士による在宅訪問では、本人の嗜好に合わせた食べ物や終末期ステージにおいても好きなものを食べる提案など、濃厚流動食に頼らず、様々な提案や個別のアドバイスを本人や家族にしている。介護報酬（居宅療養管理指導）を利用しての事業は行っていない。

現在、管理栄養士が訪問をする利用者は自費及び介護予防訪問型サービスC事業の対象者である。在宅にいて摂食嚥下関連で悩んでいる利用者は少ないが、今後、摂食嚥下や、リハビリテーションが必要になってくると、管理栄養士による訪問が訪問看護や在宅医療と連携する形が望まれる。介護支援専門員に、口腔機能や摂取嚥下が重要という理解が深まれば、ケアプランの中に、その人の健康ステージに合わせ、口腔・栄養サービスを入れてもらえる。

リハビリテーションは、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの両方を使いながら、継続して利用者を見ていくことが可能である。一方、管理栄養士は、市の委託事業や自費払いで訪問をしている。管理栄養士による居宅療養管理指導について、日本栄養士会または都道府県が設置する栄養ケア・ステーションから管理栄養士が訪問できる。医療系ではない経営主体からは管理栄養士が直接介護報酬を利用して訪問に行けない。訪問看護ステーションから看護師が訪問に行ける様に、今後、医療系でない経営主体であっても、管理栄養士が訪問可能となつてほしい。

現在、全国で訪問看護ステーションがおそらく 5000 軒程度ある。その 5000 軒の資源をうまく活用していくためには、今、看護師とリハビリテーション専門職だけが訪問に行ける体制であるが、そこに管理栄養士、歯科衛生士等が訪問できるような体制をとれば、在宅ケアはかなり充実してくる。かかりつけ医師からの指示が得られやすく、管理栄養士や歯科衛生士がもっと在宅訪問しやすくなり、「口から食べること」の支援が充実するのではないだろうか。

【利点】

現在、在宅訪問に行っている利用者からは、「来てもらって良かった」「継続して来てほしい」という声がある。状態が改善し、訪問を継続できない利用者もいるが、悪い評価は聞かれない。

○在宅高齢者の多い過疎化地域における栄養サービス(通所 09)

管理栄養士 A (特養 0.2、通所 0.8)、管理栄養士 B (特養 0.8、通所 0.2)、作業療法士 (通所 1)、栄養アセスメント加算、口腔関係の加算の算定なし。

当該事業所における昼食を館内厨房で作成して提供している。通所の昼 1 食は利用者による完食が多く、家族から 1 日の食事について聞き取っているものの、在宅での詳細な食

事状況は把握できない。在宅で食べているかが大変気になっており、体重がいきなり減少してきたという利用者は、利用者には要支援者が多いものの40名中2~3名程度いる。

管理栄養士の他は機能訓練士、看護師が、令和3年度から栄養アセスメント加算に関わっている。栄養アセスメント加算のために、通所の管理栄養士は1カ月1、2回程度通所事業所に行ってアセスメントして、利用者一人ひとりに15分程度話を伺っている。管理栄養士が栄養アセスメント加算に関係した当初は、利用者に丁寧に自己紹介をしていたが、廊下ですれ違っても話しかけてくれるようになった。介護サービス用ソフト<ほのぼの>から食事摂取量や体重を見ているが、栄養と「食べること」を支援する管理栄養士の視点で直接に利用者のところに行くことが必要である。

栄養アセスメント加算の手順の概要は、家族へ説明・許可を得てから、利用者の通所利用時に聞き取りや食事量の把握、体重変化の確認等のアセスメントをし、介護職及び看護師と情報を共有して、問題点をアセスメントシートに落とし込み、家族及び介護支援専門員に情報提供をしている。

なお、利用者の利用前には、生活相談員が居宅の介護支援専門員から情報提供してもらい、在宅訪問し本人・家族に会って、食事や入れ歯の利用状況、嚥下機能の状況、在宅での食事量や内容、食物アレルギーについて等を聞き取っている。

栄養アセスメント加算の対象者は、体重を毎月測定し、体重減少率が3%以上ある場合に情報共有し、家族と介護支援専門員に報告し、在宅での食事や量の減少がないかを聞き取る。データソフトは、併設の特養と同様に<ほのぼの>を用いて体重の経過をみている。入所前の情報もフェイスシートでみることができる。

家族と介護支援専門員は、通所介護の継続的利用をして長く在宅で健康的な生活を続けていけることを希望している。利用者や家族からは、「リハビリテーションをお願いします」「歩けなくなったら困る」ということをよく聞く。家族からの要望は、リハビリテーションに関することが多く、食事については未だ関心がない様子で、「食事をこうしてください」ということは言われない。食べられない場合には、本人の食べられる食事量に合わせて盛り付けの調整をし、食事形態の調整をしている。他に問題がある場合は、可能な範囲で利用者に聞き取りをし、生活相談員から情報を得て対応している。

要支援1、2で認知症が軽度であれば、「朝ごはん何を食べたの?」「どうやって食事を作っているの、どのようなものを買っているの?」と聞いて回答してもらえる。意思疎通が難しい人は数名程度である。このような利用者の場合には、生活相談員からの情報を関連専門職で共有している。栄養アセスメント加算は算定開始以来うまくいっている。栄養アセスメント加算にはゴールがなく、アセスメントして情報提供するまでなので、関係者が柔軟に相談して、この人には声掛けしよう、食事の方で調整しよう、家族と介護支援専門員に情報提供とアドバイス等で対応している。しかし、利用者のニーズとサービスをマッチングさせないと、加算の算定は難しくなっていくので、栄養アセスメント加算から、今後は管理栄養士による栄養改善加算を算定していきたい。栄養アセスメント加算のアセ

アセスメントをまず全員にしっかり行い、その中から本当に管理栄養士による低栄養の中高リスクに対する介入が必要な利用者に対しては栄養改善加算に繋げていきたい。現在は、栄養アセスメントだけで放置できないので、問題があれば対応しており、例えば食事形態が問題となれば、食事形態について介護支援専門員に助言している。管理栄養士は、サービス担当者会議に出ることや施設の外に向けて出ていくように言われている。

【利点】

20年前に先に個別機能訓練に取り組んで定着したように、地域の介護サービスの関係者や家族に、当該通所事業所の管理栄養士の顔や何をしてもらえかがわかるようになる。当該事業所は、「高齢者の食べること支援」相談センターのような位置づけになるだろう。管理栄養士は、厨房ではなく、事務所に机があることが地域に向けて扉が開けていくと感じている。利用者は、長く住み慣れたところで過ごしたいという独居の方が多い。在宅生活を自由に過ごされていることが、その方の生き甲斐でもある。誰にも拘束されずに、自分のやりたいようにやって、起きたいときに起きて、寝たいときに寝る。食べたいもの食べてという楽しみを生き甲斐として支援していることに意義がある。

○役割分担を明確にし、情報ツールを活用した口腔・栄養サービス(通所介護 10)

管理栄養士 3名（それぞれ同じく老健 0.8、通所 0.1、クリニック 0.1）が通所リハも通所介護も担当。口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、言語聴覚士は、管理栄養士から食事形態等のことで相談を受ける体制となっている。口腔・栄養サービスの各取組手順は以下のとおりである。

【口腔・栄養スクリーニング】

- ① 利用開始前、相談員が算定することをケアマネジャーへ伝え、ケアプランに記載してもらう（担当者会議）
- ② 利用開始時、スクリーニング用紙（白紙）を事務員が準備する
- ③ 毎月の算定者名簿を事務員が作成する
- ④ 算定月のご利用時に担当の看護師・介護士がスクリーニングを実施する
- ⑤ 算定月の月末に事務員が当該情報を FAX でケアマネジャーへ提供する
- ⑥ 算定月の月末に事務員が LIFE への入力をする

【栄養アセスメント加算】

- ① 利用開始前、相談員が算定することをケアマネジャーへ伝え、ケアプランに記載してもらう（担当者会議）。
- ② 毎月の算定者名簿を管理栄養士が作成する。
- ③ スプレッドシートで作成した「スクリーニング、アセスメント、モニタリング様式」を管理栄養士が準備する。

④算定月のご利用月に各部署スクリーニングを実施し、自分の担当箇所を記載する（タブレットにより入力可）。多職種で共有できる状態にある。

体重測定は毎月介護士が実施し、管理栄養士が入力する。

「スクリーニング、アセスメント、モニタリング 様式」の役割分担は、管理栄養士が「低栄養状態のリスク状況」「食生活状況本人の意欲・満足感以外」、看護師、介護職が「食生活状況本人の意欲・満足感」「多職種による栄養ケアの課題」である。

⑤ 算定月の月末に管理栄養士が報告書を作成する。

⑥ 算定月の月末に事務員が報告書を外部ケアマネジャーに FAX で送る。

⑦ 算定月の月末に管理栄養士が報告書を内部ケアマネジャーに電子連絡帳に添付する。

⑧ 算定月の月末に事務員が報告書をご家族への連絡帳にはさむ。

⑨ 算定月の月末に事務員が LIFE への入力をする。

【利点】

本通所事業所は、令和 3 年度に今回の栄養関係サービスの加算の算定が始まってから、当該事業所職員の意識が「栄養管理をする」と変わったことが大きな効果である。他職種（リハビリスタッフ、介護士、相談員、看護師、ケアマネジャー等）から、管理栄養士には、以前は情報発信がなかった食事の資料、身長、体重等の情報が提供されるようになり、管理栄養士が栄養ケアしやすい環境が整った。また、栄養アセスメント加算の算定により、介護支援専門員との関わりが増え、情報共有することが増え、栄養改善加算等の必要なサービスに繋げることができるようになった。言語聴覚士は、口腔・栄養スクリーニング加算について、介護職が利用者の口腔環境に興味を持つようになったと感じている。義歯のことで記録を取り、問題がある場合は相談に繋がってきている。今回、口腔・栄養スクリーニング加算の算定によって、介護職からの相談が増えて、管理栄養士等が栄養に関することを介護職と議論しやすくなったと感じている。また、口腔ケアの指導に関しては、歯科衛生士の介入があまりできていないことから、介護職から歯科衛生士に加わってもらい指導を受ける機会が欲しいという提案がされている。

○管理栄養士と言語聴覚士が中心となった口腔・栄養サービス(通所リハ 01)

管理栄養士 3 名（それぞれ同じく：老健 0.8、通所 0.1、クリニック 0.1）が通所リハも通所介護も担当、言語聴覚士(通所 1)。口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ、栄養アセスメント加算、栄養改善加算を全員に算定(85 名)

栄養サービスに関する算定に向けての調整役は、管理栄養士が中心となり方向性を決定してきた。各栄養サービスの導入の最初には、管理栄養士と言語聴覚士によって、看護師、歯科衛生士、介護職を対象とした説明会を実施した。また、各サービスの実際の手順はマニュアル化されている。管理栄養士として算定できる加算は、全て算定している。加算算定に向けての障害は、スクリーニングの様式例の提示がなかったことや業務配分に関すること

であつた（各手順は前述の通所介護 10 と同様であるので参照のこと）。

歯科衛生士は法人に 1 名所属しており、歯科医師は、外部の歯科医院の歯科医師が当該事業所に定期的に来ている。歯科衛生士については、通所サービスには配置基準がないことから、介入することが難しい。通所リハの介護職や看護師から言語聴覚士が相談を受けて、言語聴覚士では解決が難しい場合、法人の歯科衛生士に相談している。

【利点】

通所介護 10 と同様であることから前述の【利点】を参照のこと。

○地域から認められる口腔・栄養サービスの提供(通所リハ 02)

管理栄養士（老健 0.3、通所 0.7）、歯科衛生士（老健 0.3、通所 0.7）、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算Ⅰ。

歯科衛生士による口腔機能向上加算Ⅰは、利用者 4 名程度に算定している。歯科医師は口腔機能向上加算Ⅰについてはリストアップした利用者について、歯科医師からの報告を受けている。

歯科衛生士と管理栄養士とは、普段の食事時の咽や食べこぼし等の情報交換を行っている。歯科衛生士は、把握された口腔の問題に対応して口腔のアセスメントを行い、口腔機能向上加算Ⅰに繋げている。通所の利用者には歯磨きが自立してできる者が多いので、予防の重要性を説明している。月 1 回の定例会を現在実施できず、日常的な打合わせをしている。

言語聴覚士は関係していない。通所事業所の作業療法士が食事時の姿勢の問題に対応している。介護職から利用者個別の姿勢や飲み込みの具合、咽が多い等の連絡を受けて、歯科衛生士と管理栄養士等とで対応している。3 カ月に 1 回の担当者会議におけるサービス計画書作成において、議題として最近むせることが多くなっている等の個別の利用者の口腔・栄養の問題について関連職種により相談している。管理栄養士は、食事時のミールラウンドをして、むせ込みがある、麻痺のため食器が持てない等の原因となる姿勢についてはリハビリテーション専門職と相談している。口腔状態も誤嚥性肺炎の予防に繋がるので他職種と口腔ケアからの課題を共有しながら行っている。

体重は、毎月測定して 4 月と 10 月に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している。その際に身長も測定している。管理栄養士が毎月の体重の変化を見て必要に応じて栄養改善加算によるサービス提供について、家族と相談しながら進めている。このように口腔・栄養サービスの積極的な提供体制があるのは、当該法人の考え方によるものである。

【利点】

当該地域において口腔・栄養関係の専門職が関わっている通所系サービスは殆どない。また、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰや栄養改善加算を算定している事業所も殆どない。利用者の家族からは、口腔を見てもらって、体重管理もしてもらい安心できると評価されてい

る。栄養改善の効果が見られた数名については、体重増加、嚥下状態の僅かな改善を通じて生活がしやすくなったという声を聞いている。また、利用者が今まで食べられないものが食べられるようになった、体重減少が止まり、在宅でのより良い生活の延長に繋がっている。高齢者の誰もが、自宅にいたいと思っているので、専門職スタッフのそろった事業所においてサービスを受けられることは素晴らしいと言われている。

しかし、口腔・栄養サービスの利用と限度額の関係がでてきたり、他のサービスを使いたいと言われたりする。家族の意思や食事に対しての積極性が一番重要である。歯科医院に行けない、入れ歯が緩くても我慢している状態の利用者が多いので、歯科衛生士がいるともっとよいサービスを受けられると言われている。少しずつ予防の重要性が認知されてきているが、口腔ケアの大切さを一般的な常識として、住民に啓発する等の課題も多くある。

○大規模通所リハビリテーション(利用者 415 名)における口腔・栄養サービス(通所リハ 03)

作業療法士(センター長)、通所 1.0)、管理栄養士(老健 0.7、通所 0.1:週 4 回)、言語聴覚士(通所 1.0)名、口腔・栄養スクリーニング加算 I、口腔機能向上加算 I。

口腔・栄養スクリーニング加算 I を 2022 年 5 月から算定を開始している。サービス開始の旗振り役は、センター長(作業療法士を兼務)である。センター長が、専任の医師と相談後、法人に掛け合った。当該事業所が、営業を始めてから 6~7 年経過する中で、算定できる加算を見直すよう、法人からの提案があり、口腔・栄養スクリーニング加算 I や口腔機能向上加算 I に対象者が存在したことから開始した。また、通所リハでは、リハビリテーションだけではなくて、食事の楽しみや、在宅での困りごとに対しての利用者のニーズが、算定開始のきっかけである。

口腔機能向上加算 I の算定は、現在、一日の平均利用者数は 70 名前後にされ、そのなかに食事中の拙劣さや、ご本人・ご家族が食事に対して不安や悩みを抱えている利用者が見受けられる。利用経過とともに ADL の低下や新たな疾患罹患により困難が生じる等様々である。また、言語聴覚療法目的の通所利用者が 7~8 名/日いる中で、実際の食事場面や言語聴覚療法の訓練の様子を総評し、口腔機能向上加算 I の算定対象とした。言語聴覚士は、口腔機能の問題に対しての聞き取りと評価、及び実際の食事場面での評価が可能な方には実際の場面での評価を実施し、通所職員を始め、家族、医師、他療法士、介護支援専門員と情報共有を行っている。

サービス開始直後は、高齢の対象者が非常に多く「がむしゃらに」取り組んだ。事業所には管理栄養士や言語聴覚士がいるので、センター長だけでは評価や情報収集が不足する部分を各専門職に依頼し口腔・栄養サービスをすすめた。サービス導入後、苦慮した点は、対象者数が 3 桁以上と多くなり、業務負担となったことである。一人ひとりの情報収集は職員がそれぞれに行って、それを最後にまとめて書式に落とし、印刷をして、ケアマネジャー等に情報共有するといった作業数が多かった。そのため、センター長がデスクワークに集中し

て対応をするために、作業療法士としての臨床業務を減らし、書類業務に集中することで業務時間の効率を図った。

口腔・栄養サービスの連絡調整はセンター長が行っている。なお、センター長は、作業療法士の役割も担っている。医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、介護福祉士、センター長（作業療法士兼務）が集まり情報共有を行っている。当該集まりの頻度は月1回で、インターネット上、コンピューターソフト及び書面の回覧等によって、センター長を中心に情報共有を行っている。理学療法士や事務職員も全職種で同じ方向をみてサービスには関わるとよいと考えている

加算取得状況は、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰが利用開始時期で1回、6カ月ごとの算定である。手順は、管理栄養士が、食事内容などについてのスクリーニングの聞き取りを行い、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）が、身長や体重などについての聞き取りを行って擦り合わせを行っている。

管理栄養士は、利用者の歯の状況と飲み込みの状況を確認して、食事形態をコーディネートし、とろみ剤が必要かも判断している。食事を直営提供しているため、利用者にとっては、管理栄養士と話しやすい状況にある。通所から在宅へ繋ぐ情報共有の方法として、通所のスタッフが、通所での状況を書面で連絡する体制がある。また、職員が直接、家族や利用者本人と話をし、管理栄養士に必要な情報を伝えている。

言語聴覚士は、口腔機能評価をし、飲み込みの状況を簡単なスクリーニング検査をして、実際に食べているものが適しているかを判断して相談をしている。

センター長が統括して、それぞれ言語聴覚士、管理栄養士、介護福祉士に、重複する情報も含めて指示を出している。まず利用時に、介護福祉士が一定の情報を取得する。管理栄養士と言語聴覚士が、介護福祉士から提供された情報の整合性をとっている。利用者本人の話には曖昧な部分があり、例えば「咽やすい」と本人は思っていないが、家族は「咽る」と言っており、この整合性を合わせるためにも、重複して、介護支援専門員や家族に情報の確認を行っている。

言語聴覚士は実際に「咽るか」「食べやすいか」といった情報を管理栄養士に提供し、例えば硬いもの、柔らかいものばかり食べているか、本当に義歯を使用しているか等を、改めて確認する。介護福祉士は歯磨き時に義歯を使用しているか、それが適合しているかどうか等を現場に指示しながら確認している。利用者と話をする際には、その時の体調や気分によって異なる情報を擦り合わせることが必要とされる。

【利点】

サービス開始後、管理栄養士は、直接利用者と話すことで距離が近くなり、厨房に情報を伝えて厨房職員とも共有すると、厨房職員に食事提供に対する意識の変化が見られようになる。管理栄養士自身も、提供された情報を食事提供に活かし、業務に張り合いを感じることができ、モチベーションがアップしている。言語聴覚士は非常勤で1人体制であることか

ら、全ての利用者の食事場면을把握することができていない。

言語聴覚士は、加算開始となり、一時点だけでなく、2カ月毎にモニタリングすることによって、利用者の口腔機能の状況、体調、症状等が細かく分かるようになり、食事形態の調整もしやすくなった。利用者側も、定期的なチェックによって、食べることや飲み込みに対しての意識が高まってきている。水飲みテストや反復唾液嚥下テストの検査で<できた><できない>によって利用者も状態が分かる。「この間よりもたくさん飲めましたね」等フィードバックを利用者にすることは大切である。これは、従来は嚥下障害のある利用者には、一時点での評価をしていたが、数カ月毎の定期的なモニタリングはされていなかった。

言語聴覚士が定期的にチェックをしている利用者は口腔機能に「問題あり」の者のみである。一方、通所利用者の全員に対しては、食事前に嚥下体操を毎日している。その際、「問題あり」以外の者が、<嚥下体操を毎日することによって、硬いものが食べられるようになった><おやつがゼリーしか食べられなかったが、カステラも食べられるようになった>等、食事形態のレベルの改善が評価されている。

管理栄養士が定期的に利用者とは対話する中で、<管理栄養士と認識してもらえようになった。何か困ったときには、すぐ声が掛かるようになり、話が通りやすくなったというは大きな効果があり、利用者・家族の声を反映してサービスの質の向上にもつながっていくものである。

家族の意見は、定期的に行っている嗜好調査用紙のコメント欄への記載が増えた。栄養に関しては、<嬉しかった><こういうものが食べたかった>とか、これが食べにくかったとか具体的なものである。口腔に関しは、<従前であれば、刻みだったものが刻まなくても食べられるようになった>というご意見が家族からあった。

また、厨房職員は、必ず食札の先に利用者がいるということを知ったという点で効果があったと考える。

言語聴覚士は、口腔・栄養サービスによって、経時的にきちんと評価ができるきっかけになったこと喜んでいる。嚥下に問題ないと思われていた利用者も、高齢になってくるとスムーズではないということを知ることができるようになった。

○併設の病院・施設の管理栄養士による通所事業所の兼任体制による切れ目のない口腔・栄養サービス（通所リハ04）

歯科衛生士（病院 0.8、通所 0.2（昼 1～2 時間/日））、管理栄養士：老健 0.8：通所 0.2（昼）、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ、栄養アセスメント加算、栄養改善加算（体制はあるが、現在対象者なし）。口腔機能向上加算Ⅰ・Ⅱ。

法人の病院に管理栄養士や歯科衛生士が増員され、その人員を通所に回してもらえるので通所の口腔・栄養サービス（口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ、栄養アセスメント加算、栄養改善加算（現在対象者無）、口腔機能向上加算Ⅱ）が提供できている。令和3年度介護報酬改定頃から病院の管理栄養士が通所にきてサービス提供するようになった。口腔

関連は、その前から加算算定していたので、病院の歯科衛生士は通所と連携していた。歯科衛生士、管理栄養士も、困ったときは内線電話で依頼でき、すぐ対応してくれて、アドバイスが貰える。病院と施設が同一建物内にあるので往来しやすい環境である。通所リハの利用者全員に口腔・栄養サービスを実施している。介護職が口腔・栄養スクリーニングをして、管理栄養士や看護職が介入している。

利用者の特徴として、単純に咽る利用者は多いが、口腔・栄養スクリーニング項目で、咽るという回答がある場合は歯科衛生士に確認を依頼している。認知症の利用者が多いものの、比較的自立し要介護度は軽度である。歯みがきには時間と促し・声かけが必要であるが、洗面所まで案内すれば自立可能な利用者が多い。

管理栄養士が、BMI18.5 kg/m²未満の低栄養の中高リスク者はいないものの、食事内容を聞き取ると、偏っている食事の利用者は多くいる。聞き取りでは、最初に食事内容、「普段から3食何を食べていますか」と聞き、その中で野菜や魚等の摂取を回答してもらうが、具体的に「魚であれば、切り身の1枚1人で食べられますか」とか確認している。コミュニケーションが必要となるため、介護職に確認をしてもらっている。「ご飯も1杯、食べています」では分かりにくいので、飯椀の大きさを確認するなど、予め「このように聞きましょう」と決めてある。

生活相談員は、担当者会議の参加時によくスクリーニングの話をするので、単位が低いことから、家族も納得し、口腔・栄養スクリーニングをきっかけに利用者とのコミュニケーションがとれ、口腔、嚥下のことを聞きやすく、利用者の在宅生活の状況を知ることができる。例えば、食事内容については、「一日3食は食べてない」「1人なのでつくだ煮が多い」「調理はしていない」等と話が展開していく。体重が減り、調理ができないとなると、介護支援専門員が配食を勧めたこともある。

口腔内の状態は、利用者全員に対して、介護職が必ず口腔・栄養スクリーニングで確認をする。日々の口腔衛生も介護職が関わるので、そこで確認して、義歯を失くして使用していない、残存歯が数本しかない等の場合に生活相談員に報告している。汚れがひどい、義歯不合、咀嚼困難という場合は歯科衛生士に相談をする。また、口臭がひどい場合は、すぐ歯科衛生士が対応して口腔機能向上加算に繋げている。歯科衛生士は、口腔機能向上加算を算定している以外の利用者は、介護職に関わってもらっている。

昼食後は必ず介護職が歯磨きの支援等をしているので、問題のある利用者の把握ができている。歯科衛生士が介入している隣で違う利用者を介護職が歯磨きをしているので、「ここはどうですか」と声を掛けてもらえれば、その都度、歯科衛生士は相談に乗っている。介護職からの利用者の口腔に関する相談は生活相談員を通じ歯科衛生士に確認してもらう。

高齢者には舌苔が多く、しゃべる回数が少なくなったり、固いものを嚙まなくなったりすると舌の動きが少なくなるので、汚れが付きやすくなる。舌苔があると味が感じにくいことがあるため、舌を清潔にして、食事をよりおいしく食べられ、唾液の分泌もよくなるようにしている。歯科衛生士は、「おうちで磨きました?」「また来週、来るから家で磨いてください

い」と声掛けをする。歯科医師と歯科衛生士が直接繋がるのが当該通所事業所ではないが、歯科衛生士が見て、何か治療が必要な場合は、利用者に「ここ、虫歯なんで歯科医院に行ってください」「入れ歯、直したほうがいいですよ」という声掛けをし、家族に伝えて、利用者自身で歯科受診をするようにしている。

本法人の病院が 100 床で管理栄養士 2 名の勤務で病棟を 1 人ずつ担当している。老健は 100 床で 2 名、外来の栄養指導に 1 人で、管理栄養士が合計で 5 名いる。この 5 名の管理栄養士は同じ部屋の栄養課にいて、病院、老健に加えて通所の食事の様子を見に行ったり、栄養指導に行ったりしている。病院、老健、通所の情報も入るので、利用者が病院・施設・通所事業所を移動しても管理栄養士は把握できている。問題がある利用者の情報は早くから入り、共有され、継続性が切れることがない。

通所サービスの利用者は、病院や老健の入院・入所者よりも自立して、食事もしっかり摂れている。ミールラウンドでは、普通に食べているが、管理栄養士は「ちょっと痩せている、なんかちょっと肥り気味」という利用者もいるので注意して見ている。食欲がない場合や在宅での食事摂取量が心配な場合には、自宅の食事内容を紙に書いてもらい、食事の偏りや、たんぱく質が不足する場合には、たんぱく質を摂るようアドバイスをしている。通所事業所を管理栄養士が訪問をするようになったので、利用者は、管理栄養士と認識して、通所で昼食の魚料理や卵料理の作り方の質問を受けるなどコミュニケーションは図れている。

栄養アセスメント加算は、必要な利用者に算定し、全 180 人の利用者の半分程度である。利用者の体重を毎月評価し、体重増減が大きいと、家族や介護支援専門員に連絡している。独居が多い。全員のスクリーニングでは「家でどんなものを食べていますか」と聞き、栄養アセスメント加算の対象者のうち問題がある利用者には食事内について 3 食及び間食の一日分を書いてもらう。その中で偏りがあるものを、管理栄養士が文書に分かりやすい絵を入れて返している。また、リハビリテーション専門職へ InBody による筋肉量の測定を依頼し、体格はよいが筋肉量が少ない場合は本人へ伝え、たんぱく質を摂って運動することをアドバイスしている。食事のことを伝えるが受け入れがよくない利用者へは、筋肉量の話をするとう受け入れがよくなる。稀に摂食が難しい場合には、栄養アセスメント加算の評価のために、月 2 回の「栄養の会議」（コロナ禍で月 1 回）があり、生活相談員と歯科衛生士、管理栄養士、介護職、看護師及び理学療法士等とで話し合っている。「栄養の会議」を設け、必ず利用者の状態を話し合う。会議では、理学療法士は、体重や食事を運動に繋げて、運動量増加や InBody の測定で弱い筋肉の部分はどうしていくかということをお話合っている。介護支援専門員や専門医に相談することも多い。歯科衛生士、管理栄養士、看護師の説得力のある説明によって、介護支援専門員はすぐに動いてくれる。逆に「どうすればいいんでしょうか」という質問があるときは、専門職が適切に答えているので、連携は取りやすい状況である。時々、直接家族に相談するということもあるが、介護支援専門員に協力してもらっている。

【利点】

当該通所リハの管理栄養士、歯科衛生士等が密に関わってくれて有難いと評価されている。通所事業所の口腔・栄養サービスは介護職と看護師だけでは難しいところがある。口腔・栄養スクリーニングができるようになってから、利用者から話を聞くことが多くなり、歯科衛生士と介護職とが関わるが多くなった。口腔・栄養スクリーニングの実施によって、介護職のモチベーションが上がった。これは大きい効果と言える。舌苔は高齢者に多く、しゃべる回数が少なく、固いものを嚙まなくなると舌の動きが少なくなり、汚れが付きやすくなる。舌苔があると味が感じにくいため、舌を清潔にして、食事をよりおいしく食べられ、唾液の分泌もよくなっている。歯科衛生士が介入することによって、口腔ケアをやらねばいけないと思う利用者が多くなった。

3. 資料

(本文中の資料番号順に掲載)

1. 1 高齢者の「口から食べる楽しみをいつまでも」の意義

高齢者にとっての「食べること」の意義. 栄養改善マニュアル (改訂版)、p9-10, 平成21年3月、「介護予防マニュアル」分担研究班 (研究班長 杉山みち子). (厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1e_0001.pdf

1. 2 効果等に関するエビデンス (介護給付費分科会資料より)

<リハビリテーション関係>

○個別の栄養管理の実施による栄養状態と FIM 得点の変化 (p38)

栄養管理 個別事項 (その5:リハビリテーション) 中央社会保険医療協議会 総会 (第365回) 平成29年10月25日 (厚生労働省)

[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-HokenkyokuIryouka/0000182077.pdf)

[HokenkyokuIryouka/0000182077.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-HokenkyokuIryouka/0000182077.pdf)

<口腔関係>

○要介護高齢者における歯科的対応の必要性 (p11)

要介護者に対する介護職と歯科専門職による口腔ケアの効果 (p12)

歯科専門職の評価に基づく口腔衛生管理の効果 (p14)

要介護高齢者の低栄養リスクと咀嚼機能 (咬合支持の有無) との関係 (p15)

<栄養関係>

管理栄養士の配置数の違管理栄養士の配置数の違いによる栄養ケア・マネジメントの効果の差 (p21)

介護老人福祉施設による業務状況と入所者の低栄養リスク (p22)

管理栄養士の配置数の違いによる栄養ケア・マネジメントの効果の差 (介護老人保健施設) (p23)

栄養改善加算に係る状況 (p32)

口腔・栄養関係 (参考資料) 社保審一介護給付費分科会 第140回 (H29.6.7) 参考資料3 (厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000167236.pdf

(口腔関係)

○歯科衛生士による口腔衛生管理の頻度に関して (p5)

(栄養関係)

介護保険施設入所者における低栄養リスクと入院・死亡リスクの関係 (p25)

栄養改善加算に係る状況① (p42)

口腔・栄養関係 (参考資料) 社保審一介護給付費分科会 第153回 (H29.11.29) 資料(厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000186481.pdf

(経口維持関係)

○ (参考) 経口維持加算の算定状況 (p3)

(参考) 口から食べる楽しみの支援の流れ・効果 (p6)

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)、社保審一介護給付費分科会 第113回 (H26.11.6) 資料 (厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000064258.pdf

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672514.pdf>

(口腔関係)

○介護保険施設等における歯科専門職の口腔衛生管理等への関与 p82 通所サービス利用者の口腔状態 (p88)

介護保険施設入所者の体重減少に対する口腔衛生管理加算の効果 (p122)

介護保険施設入所者の肺炎発症に対する口腔衛生管理加算の効果 (p123)

通所サービス事業所における口腔機能向上加算の算定実績と加算を算定しない理由 (p128)

(栄養関係)

○介護保険施設入所者の栄養状態 (p125)

栄養ケア・マネジメント体制の強化と在宅復帰率・入院率 (p126)

通所サービス利用者の栄養状態 (p130)

通所サービス利用高齢者に対する栄養ケア・マネジメントの効果 (p131)

令和3年度介護報酬改定に向けて(自立支援・重度化防止の推進) 社保審一介護給付費分科会 第185回 (R2.9.14) 資料 (厚生労働省)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000706843.pdf>

1. 3 (1)

I. 通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する実態調査. 令和4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「通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業」報告書. 日本健康・栄養システム学会

<https://www.j-ncm.com/study-report/>

1. 3 (2) 令和3年度介護報酬改定に関する通知等、様式例一括

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化 (p21-31)

厚生労働省 自立支援・重度化防止の取組の推進 令和3年度介護報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

1. 4 (1) 介護予防事業等

○選択的サービス複数実施加算 (II)

<https://www.mhlw.go.jp/content/000763798.pdf> (p13)

○介護予防マニュアル(在宅高齢者のアセスメントや支援に汎用可)

序章 介護予防マニュアルについて

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930363.pdf>

(33)

第1章 複合プログラム実施マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930364.pdf>

第2章 運動器の機能向上マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930365.pdf>

第3章 栄養改善マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930366.pdf>

第4章 口腔機能向上マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930367.pdf>

第5章 閉じこもり予防・支援マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930368.pdf>

第6章 認知機能低下予防・支援マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930369.pdf>

第7章 うつ予防・支援マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930370.pdf>

介護予防マニュアル第4版(厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25277.html

1. 4 日本栄養士会認定 栄養ケア・ステーション

栄養ケア・ステーションとは(日本栄養士会)

<https://www.dietitian.or.jp/carestation/business/index.html>

1. 6 臨床栄養師研修(日本健康・栄養システム学会)

<https://www.j-ncm.com/dietarymanagertraining/>

2. 栄養サービスの実務に関する手引(認知症、看取り、経口維持・経口移行の等を含めて)

○高齢者の慢性期ケアにおける栄養管理の実務、介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務の手引き第3版(一般社団法人 日本健康・栄養システム学会)

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2022/09/koureisya-tebikisyo.pdf>

○令和3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）「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」

令和3年度介護報酬改定対応：介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務の手引き（初版）（一般社団法人 日本健康・栄養システム学会）

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2022/04/r3-rouken-tebiki.pdf>

【参考】嚥下調整食コード

日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食委員会：栢下淳，藤一郎，藤谷順子，弘中祥司，小城明子，水上美樹，仙田直之，森脇元. 日摂食嚥下リハ会誌 25 (2) : 135-149, 2021.

<https://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/doc/classification2021-manual>

令和4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
事業通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業
検討委員会

- | | | |
|---|--------|--------------------------|
| | 新井 英一 | 静岡県立大学 教授 |
| ○ | 植田 耕一郎 | 日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 教授 |
| | 宇田 淳 | 滋慶医療科学大学大学院 教授 |
| | 梶井 文子 | 東京慈恵会医科大学 教授 |
| | 加藤 昌彦 | 相山女学園大学 教授 |
| | 小玉 剛 | 公益社団法人 日本歯科医師会 常務理事 |
| | 小山 秀夫 | 学会事務局長 兵庫県立大学 名誉教授 |
| | 高瀬 義昌 | 医療法人社団 至高会 たかせクリニック理事長 |
| | 田中 和美 | 神奈川県立保健福祉大学 教授 |
| | 西井 穂 | 神戸女子大学 家政学部 管理栄養士養成課程 講師 |
| ◎ | 三浦 公嗣 | 学会代表理事 藤田医科大学 教授 |
| | 元家 玲子 | 公益社団法人 日本栄養士会 理事 |
| | 吉田 直美 | 公益社団法人 日本歯科衛生士会 会長 |

◎：委員長 ○：副委員長

事業実施小委員会

- | | | |
|--|--------|----------------------------|
| | 植田耕一郎 | 検討会委員 日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 教授 |
| | 榎 裕美 | 愛知淑徳大学 健康医療科学部 教授 |
| | 大原 里子 | 大原歯科医院 |
| | 苅部 康子 | 介護老人保健施設リハパーク舞岡 栄養課長 |
| | 古賀奈保子 | 医療法人社団いばらき会 いばらき診療所 |
| | 杉山みち子 | 日本健康・栄養システム学会専務理事 |
| | 高田 健人 | 十文字学園女子大学 人間生活学部 食物栄養学科 講師 |
| | 谷中 景子 | 医療法人社団千春会 千春会病院 栄養科統括主任 |
| | 堤 亮介 | 平成医療福祉グループ 栄養管理部 |
| | 寺井 秀樹 | 慶応義塾大学医学部 呼吸器内科 講師 |
| | 遠又 靖丈 | 神奈川県立保健福祉大学 准教授 |
| | 友藤 孝明 | 朝日大学 教授 |
| | 西井 穂 | 神戸女子大学 家政学部 管理栄養士養成課程 講師 |
| | 長谷川未帆子 | 大和市保健福祉部 健康づくり推進課 |

協力委員

- | | | |
|--|-------|-------------------|
| | 志村 栄二 | 愛知淑徳大学 健康医療科学部 教授 |
| | 百合草 誠 | 愛知淑徳大学 健康医療科学部 教授 |

協力者

大田 圭要 神奈川県立保健福祉大学 大学院生

浅見 桃子 神奈川県立保健福祉大学 大学院生

研究補助

萩原 奈緒 日本健康・栄養システム学会

森田 智美 日本健康・栄養システム学会

事務局 駒形 公大 日本健康・栄養システム学会

令和4年度老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金)
通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業
『高齢者の「口から食べる楽しみをいつまでも」を実現する
口腔・栄養サービス』手引・事例集(初版)

2023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3-1-1 TJビル3階
TEL:03-5829-8590 Fax:03-5829-6679 e-mail:jimukyoku@j-ncm.com