

令和6年度介護報酬改定に向けた先進的事例集：高齢者の口から食べる楽しみをいつまでも！！ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の「一体的取組」のために

目次	(1)	243
序文	(3)	245
1. 「一体的取組」のための体制づくり	(4)	246
1. 1 高齢者の「口から食べる楽しみをいつまでも」の意義	(4)	246
1. 2 「一体的取組」を進めるための経営方針	(5)	247
1. 3 「一体的取組」のためのチームビルディング	(7)	249
2. 専門職による実務の実際	(21)	263
2. 1 理学療法士、作業療法士・機能訓練指導員	(22)	264
2. 2 言語聴覚士	(27)	269
2. 3 歯科衛生士	(29)	271
2. 4 管理栄養士	(36)	278
2. 5 介護職	(41)	283
2. 6 看護職	(42)	284
2. 7 生活相談員・支援相談員	(42)	284
2. 8 介護支援専門員	(44)	286
2. 9 医師・歯科医師	(45)	287
3. 認知症、看取り、経口維持・経口移行のための実務と連携	(46)	288
3. 1 認知症	(47)	288
3. 2 看取り	(49)	291
3. 3 経口維持・経口移行	(53)	295
4. 在宅生活のための支援（在宅訪問を含めて）	(56)	298
4. 1 入所・利用前の在宅生活に関する情報収集	(56)	298
4. 2 在宅復帰支援	(57)	299
4. 3 通所サービスにおける在宅生活の継続	(60)	302
5. 通所サービスにおける一体化の推進のために	(66)	308
6. 医療・介護連携	(67)	309
7. 電子システムの活用	(68)	310

8. 「一体的取組」の推進のための研修のあり方	(71)	313
資料	(77)	319
委員名簿	(81)	323
検討委員会	(81)	323
事業実施小委員会	(81)	323

序文

本先駆的事例集は、一般団法人日本健康・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「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」（以下「本事業」という。）の一環として策定された。

本事業では、施設系サービス及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組（以下「一体的取組」という。）の推進を図るため、有識者による検討委員会を開催の上、介護保険施設（特別養護老人ホーム及び老人保健施設）及び通所事業所（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い、今後の推進のための課題の整理と対応策について検討を行うとともに、一体的取組を先駆的に取り組んでいる施設や事業所から得られた実績等を踏まえて、先駆的事例集を編纂した。

一体的取組の推進とその質の向上に向けて、本先駆的事例集を活用されることを願うものである。

また、本学会では本先駆的事例集をウェブサイトに掲載するとともに、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5年3月

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）
「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の
一体的取組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. 「一体的取組」のための体制づくり

1. 1 高齢者の「口から食べる楽しみをいつまでも」の意義

介護保険サービスは、介護保険法第1条「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」に基づいて行われるものである。＜尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる＞は、要介護高齢者一人ひとりに対して、その最期まで目指すものである。

一方、高齢者の「口から食べる楽しみを支援する」ことの意義は、厚生労働省老人保健事業推進費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いる（資料1. 1（1））。ここで、標的とされる高齢者における低栄養は、介護保険施設入所者において日常生活自立度の低下及び入院率や死亡率を増大することや、管理栄養士や多職種の間による栄養ケア・マネジメントや経口摂取維持の取組が低栄養のリスクの改善および死亡率や入院率を減少させる等のエビデンスが蓄積されてきた。また、要介護高齢者の咀嚼機能（咬合支持）は低栄養リスクと関係し、歯科医師や歯科衛生士による口腔ケアが発熱発症率や肺炎発症率を低下させるというエビデンスがある。さらに、管理栄養士がリハビリテーション専門職等とともに、リハビリテーション計画に個別に栄養管理を組み込むと、約9割に栄養改善が見られ、リハビリテーションの効果が明らかになっている（資料1. 1（2））。

これらのエビデンスは、厚生労働省介護給付費分科会の資料として活用され、これまでのリハビリテーション、口腔、栄養の介護報酬改定に寄与してきた（資料1. 1（2））。リハビリテーション、口腔、栄養の個別のサービスは、これまでの介護報酬改定によって、新たな体制、取組が創設され、質の改善のための見直しが図られてきた。令和3年度介護報酬改定に関する通知等や様式例は厚生労働省のホームページに一括掲載されている（資料1. 1.（3））

本調査研究事業による実態調査からは、一体的取組の推進による効果として、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」（特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）28.8%、老人保健施設（以下「老健」という。）41.1%、通所介護事業所（以下「通所介護」という。）

(4)

24.2%、通所リハビリテーション事業所(以下「通所リハ」という。)29.8%)、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」(特養 24.3%、老健 31.9%、通所介護 17.3%、通所リハ 23.0%)という実務面での連携強化から、「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」(特養 25.7%、老健 37.3%、通所介護 29.2%、通所リハ 36.6%)につながっていると推察される。アウトカムであるADL・IADLの維持改善等については主観的な回答であることに留意する必要があるが、一体的取組の推進がサービス利用者の生活機能や予後にとって有用である可能性が示唆された(本事業報告書I参照のこと、本学会ホームページ掲載)。

そこで、介護サービスの利用高齢者の特性である認知症、看取り、経口維持及び在宅生活の支援等において「口から食べる楽しみをいつまでも」等の目標を、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の専門職と介護職・看護職及び生活相談員・支援相談員や介護支援専門員、さらに医師、歯科医師等が共有化し、連携共同した一体的サービスに関する介護報酬制度を創設し(以下「一体的取組」という。)、地域資源を有効に活用して施設、通所、在宅と連続的に効率的に提供していくことが必要とされている。

一体的取組を行っている先駆的な介護保険施設(特養、老健)及び通所事業所(通所介護、通所リハ)を対象として実施した本調査研究事業のインタビュー調査をもとに、先駆的体制や取組の実際を、以下のように編集し、先駆的事例として掲載させて頂いた。

1.2 「一体的取組」を進めるための経営方針

本事業におけるインタビュー調査の対象となった職員から語られた一体的取組のもととなっている経営方針を表1.2に示した。

これらの先駆的事例においては、平成17年10月に栄養ケア・マネジメントが介護報酬に栄養マネジメント加算として新設され、平成18年4月には介護予防に運動、口腔・栄養サービスが導入されて以来、高齢者の低栄養のリスクの対応した「口から食べることの支援」の充実を主に口腔・栄養サービスから図ることを通じて目指している。さらに、平成27年度に経口維持加算に多職種によるミールラウンド・カンファレンスが導入され、令和3年度に施設には管理栄養士による栄養マネジメント強化加算が、通所事業所には多職種による栄養アセスメント加算が新設されたことによって、多職種協働による一体的取組がより強化された。

経営方針は、介護報酬上の評価が低いサービスであっても、また、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、最近の経営戦略上のキーワードである「パ

ーパス (Purpose)」(目的、意図)」として経営組織や職員個々人の指針となり、その「存在意義」を明確化し、一体的取組の提供のみならず、その継続的な品質改善活動の取組に繋がって、イノベーションされていくものである。

表 1. 2 先駆的事例における経営方針

特養

○高齢者を寝たきりにさせないという理念に基づき、最期まで食事時にはベッドから起こし、褥瘡をつくらずに、食べるのが一番の楽しみに、という3つを目指している。(特養 03)。

○「医療だけでは患者を治すことはできない。生活を整えることが必須」を法人の創設理念としながら施設を立ち上げた(平成14年2月)。高齢者の生活に対して専門的な見地からアプローチし、誤嚥性肺炎の予防の観点から、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士が関わってきた。(特養 04)

○栄養ケア・マネジメント(栄養マネジメント加算)の報酬化以降(平成17年10月)、全職員で最期まで口から食べることの支援に取組むことを目指す。エンド・オブ・ライフにおいても、個別の生き方に食べることを通じて寄り添って総合的な栄養ケア・マネジメントのアプローチをする。(特養 06)

○誤嚥性肺炎の発生防止には毎日の口腔ケアが重要という観点から、歯科衛生士の専門的な技術と知識を生じた体制と取組が行われてきた。(特養 07)

○歯科衛生士による口腔ケアの重要性が管理栄養士による栄養管理と共に提唱され、100床に常勤換算で2.5名程度の歯科衛生士が配置されてきた。(特養 08)

○在宅訪問の口腔ケアができる歯科衛生士の人材育成を通じて、地域に対して口腔衛生について啓発してきた。(特養 09)

老健

○「口から食べることは非常に重要であり、食べない状態でリハビリテーションをしても意味がない」として、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士によって口から食べることの支援が重視されてきた。(老健 02)

○高齢者施設には言語聴覚士が必須とされて全施設に配置され、さらに、口腔の健康状態が誤嚥性肺炎に繋がるということで、各施設に歯科衛生士の配置が進められる。(老健 03)。

通所介護

○通所介護における口腔ケアを、オーラルフレイルの観点からチームで行うために歯科衛

生士を常勤採用してきた(通所介護 01)。

○機能訓練、栄養、レクリエーション、口腔ケアの四つに重点をおいた個別の専門職サービスが取り組んでいる。(通所介護 07)

○「人間は食べているもので、体ができている」と、食に対しての理念で経営されている。全職員は、利用者が「食べているから元気が喜び」として食べることを支援している(通所介護 08)

通所リハ

○法人の3方針は、回復期リハ病棟の充実、生活期の充実、そして地域リハビリテーション事業の推進であり、本事業所は、地域リハビリテーションの推進を担っている。(通所リハ 02)

○地域住民が安心して住み慣れた地域で暮らすことのできる地域福祉のために医師、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士等が参加し、病棟、外来、通所の全てにわたるチームアプローチが重視されてきた(通所リハ 05)

○通所事業所の職員全員が参加して、サービスを見直し、食事の課題等の解決策を考えていく継続的品質改善活動(CQI活動)を展開することによって、当該事業所のブランディングを明確化して、チームの強化をはかり、地域で選ばれる通所リハ事業所になることを目指している。(通所リハ 08)

○本グループの方針として、令和4年4月から栄養アセスメント加算の算定により管理栄養士による介入が開始された。さらに、法人経営者が誤嚥性肺炎に対応して口腔機能を維持することが、高齢者の健康寿命の延長に直結するとして、歯科衛生士が非常勤として雇用されている。(通所リハ 09)

1. 3 「一体的取組」のためのチームビルディング

一体的取組のためのチームビルディング「メンバーの能力や経験を最大限に引き出し、高いパフォーマンスを上げるチームを作ること」のためには、どのようにしたらよいか。インタビュー調査から、一体的取組のためのチームのコミュニケーションの活性化(意見交換、協力しあう、気さくな声掛け、情報交換等)や結束力(一体感をもって目標に向かい、目標の達成率を高める力)に影響を与えている経営戦略とも言えるような要点及びその恩恵にあたる利点を表1. 3に紹介した

一体的取組による利点としては、本人・家族の喜び、チームメンバーの専門職としての意欲の高まり、生産性や問題解決能力の向上、新たな多職種が共同する業務のアイデア等が挙

げられていた。また、本研究事業の全国の実態調査からも、一体的取組を「リハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔専門職が連携して設定した目標を個別のリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できていますか」の設問に対する回答（「反映できている」vs「反映できていない」）としたところ、「反映できている」施設・事業所は、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」、「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」と回答した割合が高く、日々の業務における情報共有が緊密になることで、早期からの課題の把握につながり、目標が計画に反映できているという良い循環が生まれていた。また、主観的な回答ではあるものの栄養、口腔、ADL・IADL及びQOL等のアウトカムの向上が「反映できている」施設・事業所で高い割合で実感されており、一体的取組のプロセスが利用者のアウトカムによい影響を与えていることが示唆された（本研究事業報告書Ⅰ参照のこと、本学会ホームページに掲載）。

表1. 3 チームビルディングとその利点

特養

○ミーラウンド会議の意義(特養01)

平成27年度より経口維持加算にミールラウンド・カンファレンスが導入されたことが一体的取組を進める契機となった。経口維持に関するカンファレンス:「ミールラウンドの会議」(対面)を、担当者会議とは別に毎月1回30分間開催してきた。当該会議には、生活相談員、看護職、管理栄養士(運営、司会や調整)、介護職等が参加した。歯科衛生士の参加は難しいため、協力歯科医師が、施設の歯科衛生士と連携してミールラウンドに参加している。参加できない介護職は事前に作成された資料に記載し、また、出席できない職種は事前情報を提供する。当該会議では、経口維持加算の各対象者(現在は50名の入所者のうち23名程度)の近時1カ月の変化及び問題点について、情報交換が行われる。例えば、歯科衛生士は、義歯、口腔清掃状態、嚥下に関して把握された問題と口腔ケア(口腔衛生、咀嚼筋のマッサージ、保湿等)や介護職に対するアドバイス等の問題解決の方法について、管理栄養士は、歯科衛生士及び他職種の意見に基づいて食事形態、食具、食器を選択し、個別の身体・栄養状態の変化に適時対応して食事変更をしていく。褥瘡に対応した栄養提供量、機能訓練から食事時の姿勢へのアプローチ方法等が検討される。情報の電子化は未だ行われていないが、話し合う機会を日常的に多くもって職種間のコミュニケーションをとり、高齢者の状態の変化に対して当該会議によってチームで考えて問題解決してきたことは有意義であつ

たが、重要なことは、介護職との情報の共有化が円滑にできないと一体的取組はできないことである。

【利点】

「ミールラウンドの会議」に多職種が関わることによって、他の職種の考え方を聞ける機会が増え、各専門職単独よりも仕事がしやすく、単独では困難であることも、他職種と相談し、情報を収集し共有することによって、入所高齢者に一番よいケアや食事が提供できるようになった。例えば、歯科治療や口腔ケアの単独ではなく、機能訓練担当者が姿勢を、管理栄養士が食事形態を相談しあって支援するようになり、食事を安全にすることが実際のケアにうまく繋がるようになったので誤嚥性肺炎が減ってきたと実感している。生活相談員は、管理栄養士、歯科医師等と当該会議において協議することによって、利用者の健康状態の維持ができていると実感している。多職種で一緒に考えていくことが、利用者が良い生活を送れることに繋がっている。例えば食事が食べられなくなったという問題に対して、介護は情緒面から、看護は排便や睡眠からと多職種がそれぞれの専門性から見て、話し合いながら、食事形態のレベルや食事量を調整しているの、生活相談員が3カ月毎に1回、個別機能訓練について家族と話すときにも、口腔や食事の状況を適切に説明することができる。この場合、介護職から未だ把握されていない問題点について教えてもらうことは、プラン作成や支援上助かる。多職種により一体的取組を進めていくことは重要である。

○専門支援チームとアプリの活用（特養04）

理事長(医師)が「医療だけでは治すことはできない。生活を整えることが必須」として高齢者の口腔、嚥下機能及び栄養を重視し、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士の3職種を常勤配置した。加えて作業療法士、介護支援専門員(看護師)、レクリエーションワーカー(介護福祉士)らを専門支援チームとし、ケアワーカーによる生活支援を中心に、当該チームと共に考え指導する役割を担った。その後、事務所所属のチームとして再編成され、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士の3職種が事務所内に隣同士の席の配置とした。毎日、それぞれがフロアをラウンドすることで得た情報をすぐに共有して相談している。看護師、ケアワーカーの責任者とも朝・夕の1日2回の申し送りの際に報告・意見交換を行い、課題があれば速やかに解決に向けて取り組んでいる。記録用のアプリケーションソフト(アプリ)の利用者ごとの記録ページには、各職種がフロアのタブレットから入力し情報が集約されている。利用者の個別ページをみれば、職員の誰もが利用者の個別の状況や変化、誰がどう対応したかがわかる。協力歯科医師の往診の際は歯科衛生士が診療に同席して、その診療結果を

当該アプリに入力することで、歯科医師からの情報も共有している。

【利点】

言語聴覚士、歯科衛生士及び管理栄養士の3職種を中心にした専門支援チームによる一体的取組によって、胃瘻で入所した複数の高齢者が、朝昼晩の三食とも口から食べられるようになった。これら的高齢者は、入所した時には元気がなかったが、ケアワーカーと看護師と共に専門支援チームが関わることで食事が食べられるようになり、本人・家族にとっても喜んでもらえた。胃瘻から経口摂取の移行には3年かかった場合もあり、ケアワーカーを中心とした専門支援チームが継続して対応ができるかが重要になってくる。介護支援専門員や生活相談員が入所前に病院や在宅に情報収集に行く際には、3職種に声をかけてくれることも多い。在宅の介護支援専門員やかかりつけ医師からも、3職種がそろった特養として理解と信頼を得ている。

○全職員による栄養ケア・マネジメントによるチームアプローチ：最期まで食べることに寄添う（特養06）

平成17年10月に栄養ケア・マネジメント（栄養マネジメント加算）が導入された。入所者は何らかの医療的なケアを必要とし、要介護度は4以上であり、認知症を有していた。全職員による栄養ケア・マネジメントを通じて、入所者の健康、生き甲斐、生き方を大切にしてきた。現在、最期まで食べることに寄添う栄養ケア・マネジメントの総合的なチームアプローチは、新たなステージを迎えている。介護サービス計画には、アドバンス・ケア・プラン（ACP、愛称：人生会議）における意向・尊重・自己実現等が課せられている（資料1.3（1））。

食べることの楽しみを最期まで支援する専門職チームの基本は、それぞれの専門職がその人を全人的に理解し、各専門職がその専門性を生かしたミールラウンドを通じて随時現状と課題を把握し、共同して考え対応していくことである。

医療的療養が必要な高齢者に最期まで寄り添って看取るためには、献身的なケアの提供だけでは限界がある。一体的取組は、入所者の療養の実像に鑑み、医師との連携強化、24時間の看護師の配置あるいは吸引のできる介護職員の配置が、管理栄養士の配置強化を含めて求められる。

【利点】

入所者一人ひとりが食事を自分で食べる喜びを感じ、また、最期まで一口でも食べることを喜んでもらえるように諦めない徹底したケアができているので、入所者本人に本当に幸

せだったと一番喜ばれていると職員は信じている。最期まで看取ることを職員が家族と一緒にやることによって、家族には喜んでもらっている。さらに、職員自身も、最期まで食べることに誇りを感じて喜びとなっている。

○アドバンス・ケア・プラン（ACP）によるチームアプローチ（特養 07）

アドバンス・ケア・プラン（ACP）（資料 1. 3（1））を用いて、家族に、本人が元気な頃から人生の最終段階について考えてもらっている。看護師の 24 時間配置をし、看取りができる体制づくりがされている。また、介護職が 24 時間シート（個別入所者の 1 日の生活を時間軸にしたシート）を作成し、朝何時に起きて、生活習慣として何をしたいか、その時に支援が必要なことは何か等を予測してリスクマネジメントに繋げている。入所者が食べられなくなり、飲めなくなって看取りの時期が近づいたときには、ACP に基づいて、家族と看取りチームが、今何ができるのかを一緒に考えている。まず、看取りチームで意見を交換して考え、一つの答えを共有後に、家族と一緒に挙げた選択肢から、最終的には家族が選択する。医療を選択するのか、それとも当該サービスを継続するのか、誰とどのよう過ごしたいのか等を家族による人生会議を通じて確認し、それを基にケアプランを作成している。ACP は、介護支援専門員が調整・報告を担い、姿勢等は機能訓練指導員、食事は管理栄養士、口腔は歯科衛生士、体調等は看護師等とそれぞれの専門性を生かした話し合いが行われる。この段階での主な課題は、1 口をおいしいと思って食べてもらえるには、どうしたらよいかを家族と一緒に考えることである。普段は口が開かないような場合も、好きだった寿司や鰻はしっかり食べられる。

【利点】

家族が少しでもやりきったと思えるような看取り、多職種と家族と一緒に同じ方向を向いて皆が納得できる看取りを目指して「1 口をおいしいと思って食べてもらえる」ようにチームアプローチをしている。その結果、家族も一緒に看取りをやりきった感がある、

老健

○全職種によるミールラウンド：咽喉マイクの導入(老健 01)

平成 27 年度介護報酬改定において、経口維持加算に多職種でのミールラウンド・カンファレンス(月 1 回)が導入されたことによって、全職種によるミールラウンド及び「軒下会議」と称されるミールラウンド後に廊下でのカンファレンスが行われ、一体的取組が、現在

まで継続されてきた。全職種によるミールラウンド・チームを強化、継続できているのは、言語聴覚士がチームにいないものの、咽喉マイクによる嚥下音をオシロスコープにより見える化できたことである。これにより、ミールラウンドに参加する全職種が、同じ目的や方向性をもって、食事形態のレベルや摂食嚥下機能、食事時の姿勢、覚醒状況等について、個別の課題に対しどのような支援が必要かについて話し合っていくことができた。施設長である医師も、咽喉マイクを用いたチームアプローチを評価している。

【利点】

口から食べることの支援については、全職種によるミールラウンドを行い、利用者が食べる姿を見ながら、各職種が考え判断したことを随時フロアで話し合うことが、一体化の強化に効果的なプロセスであった。チームが強化されたことから、消費エネルギーと摂取エネルギーとの相互関係や、体内の貯蔵エネルギーの検討の新たな多職種間の共通の課題や取組が創出されている。

○栄養サポートチーム会議（老健 02）

法人理事長による「口から食べることは非常に重要であり、食べないとリハビリテーションをしても意味がない」という方針のもとに、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士の3職種による食べることへの支援体制がある。週1回の栄養サポートチーム（NST）会議（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、看護師、医師、介護支援専門員、介護職）によって栄養問題等が把握された高齢者について、問題解決に向けての意見交換が行われている。退所支援に対しても、管理栄養士は、理学療法士に同行して在宅訪問するとともに、言語聴覚士と管理栄養士は協力して、退所に向けて、本人・家族の要望に対応した食事形態に徐々に近づける等の退所支援のための食事指導を行っている。

【利点】

多職種が栄養サポートチーム会議に参加し、情報連携を密にして意見交換し問題解決を行うという一体的取組を継続してきたことによって、胃瘻の高齢者が入所時に3食注入食が、1食の少量からの経口摂取を始めて、最終的に1年後には3食、経口摂取ができて在宅復帰した例は過去にいくつもあった。退所後も併設のデイケアに繋がって、継続して現在も支援ができています。

○インフォーマルな絶え間ないコミュニケーションによるチームづくり（老健 05）

「食べることを支援」を行うための管理栄養士と言語聴覚士との強固な連携のもとに、介

護職のリーダーが加わり、この3職種がチームの核となって、職員間のコミュニケーションが絶えず行われる風土をつくってきた。管理医師は、通常の場合には専門職に任せて、食事形態の指示等をしている。リハビリテーション会議やサービス担当者会議等は規定どおりに行っているが、入所者に問題が把握された時点での各専門職の適時適切な問題解決に向けた動きがはやい。また、当該正式会議のいずれも形式張った会議ではなく、看護師と言語聴覚士、看護師と管理栄養士、管理栄養士と言語聴覚士及び医師がまるで立ち話をするようにコミュニケーションがとれている。これは、専門職相互が遠慮せずに尋ね合い、意見を言い合い最良の方法を考えるという一体的取組の雰囲気作りに心掛けてきたからである。

【利点】

利用者本人は、「自分自身で食べられるようになってうれしい」と言っている。食べることにに関して、食具一つ、姿勢一つ出来なかったことが出来るようになることは自信に繋がっている。このような利用者の変化を見たり、聞いたりする家族も、「病院では食べられなかったのに」「もう駄目だって言われたのに、食べられるようになった」「すごいよね」と言ってくれる。利用者・家族にとっての「食べること」への喜びを支援できると、職員のモチベーションが上がる。例えば、「体重や血清アルブミン値は改善しないかもしれない、亡くなることもあるかもしれないが、何かができるようになった」「少しでも食べられるようになった」「明らかに食べる姿勢や摂取量が改善し、座る時間が長くなった」「表情が変わってきて、面会時に家族が喜んでいる」「専門職種が共同連携して知識、知恵、特技を生かしていくことは、とてもよいことだ」と実感している。

○全職員のチームアプローチによる「一体的取組」（老健06）

言語聴覚士は施設開設からの配置、歯科衛生士は経口衛生管理加算Ⅱの算定のために常勤配置され、管理栄養士は栄養マネジメント強化加算によって2名体制になった。一体的取組に関係しているのは、これらの職種に、看護師、介護福祉士、介護支援専門員を含めた全職種が参加して、多職種の意見を反映したサービスが計画されている。利用者に対する各職種からの情報を共有化して効率的に取組めるのには、大きく二つの工夫点がある。

一つ目は必ず月1回、ユニットごとに全職種参加のサービス担当者会議に相当する定期カンファレンスが開かれている。定期カンファレンスの事前準備として、各職種が同じエクセルシートに現状報告・問題点・その解決のための手段等を記載する。これにより事前に各職種の考えが分かり、その上でカンファレンスに参加して、白熱した議論ができるようになる。また、当該会議に参加できない職員も当該エクセルシートを見ることにより、各職種か

らの情報を共有化できる。二つ目には、2年前から電子カルテを導入し、日々の出来事や問題点等を各職種が入力し、全職種に同じ情報がタイムラグなく共有されている。情報の共有化によって、日々のラウンドにおける多職種での会話が生まれやすくなり、情報収集がしやすくなっている。

定期カンファレンスでは、カンファレンスシート(画面共有)を用いて、各職種が目標に対する評価を入力する。ケアプランの短期目標については、介護、リハビリテーション、看護、栄養及び歯科・口腔の各専門職がそれぞれ評価している。自立支援促進に関する評価・支援の項目もあり、LIFE への情報提供には、当該シートでの評価内容が提供される。リハビリテーション専門職だけではなく、多職種で評価する視点や介護職が入力できることを重視している。

定期的カンファレンスにおいては、ケアプランの3カ月毎の見直しを行い、1時間で数人の入所者について話し合いをする。新規の入所者に関しては、入所数週間内に1度、定期カンファレンスとは別にケアカンファレンスを行っている。当該ケアカンファレンスは、新規入居者に対しては個別に30分程度行い、各職種が発言できるようにし、司会進行も各職種が担当して意見が言いやすいように努めている。不慣れな職員にとっては一つの研修の場となっている。

【利点】

言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士の3職種が一体的取組をすることによって、個別の適切な食事形態が提供できるようになった。例えば、病院からペースト食で入所した場合に、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士、及び看護師等の評価(アセスメント・モニタリング)を頻回に行って、適切な食事形態が提供できるので、食事形態のレベルがアップし、食事量及び体重が改善し在宅復帰に繋がっている。何より食事形態がアップしたことに一番本人が、そして家族が喜んでいる場面を見ることが多い。3職種によってサービスが過不足なく行われているので、口腔の問題、嚥下の問題は見逃さない。きちんと口腔及び嚥下障害に対するケアがされているので、栄養・食事も適切な対応がなされ、リハビリテーションに対してもよい栄養状態が維持されるので効果的である。現在では、サービス計画の目標も、従来の<安楽に>とか、<穏やかに落ち着いて過ごす>等の感覚的な目標設定から、例えば看取りの場合も、<食事が取れるようにするにはどうしたらよいか><自宅に帰るときにはこのような食事形態に>と、具体的な目標に変わり、根拠のある目標設定となったことで、介護支援専門員は本人・家族に適切な説明ができるようになった。

○「おいしく食べよう委員会」と電子化された情報システム（老健 07）

施設開設時より、リハビリテーション専門職は介護職と同じチームになってケアプランを作成し、専門職種間の関係性は従来から良好であり、わからないことを相談し合う関係性にあった。最初の経口維持加算の導入時から、言語聴覚士が嚥下スクリーニングテストを行いチームに関わっていた。その後、平成 27 年に経口維持加算にミールラウンド・カンファレンスが導入され、管理栄養士と言語聴覚士がチームになって「食べること」ための取組の一体化が進んだ。ミールラウンド・カンファレンスは月 1 回程度行っている。作業療法士及び理学療法士は、リハビリテーション専門職として、食べる姿勢や食べ物を口に取り込むまでの上肢の動きの課題に対して、必要であれば機能訓練、自助具及び食器の工夫を行い、口から食べる支援に取り組んでいる。これらの口から食べることの支援に関するカンファレンス等は、「おいしく食べよう委員会」と称され、協力歯科医師からの意見も伝えられる。

担当者会議は、家族も入って 3 カ月毎にあるが、その 2 週間前にはミニカンファレンスを開催して、リハビリテーション専門職と介護職とが目標の共有化を行う。また、管理栄養士や言語聴覚士が参加して、在宅復帰に対しての食事の目標を設定してから試案を作成し担当者会議に臨んでいる。電子データには、ワイズマンを使い LIFE のデータ入力をしているので、全ての職種が情報共有できている。昨年からは、LINE WORKS を活用し、携帯の LINE と同様に各部署に iPad が置かれ、入所者ごとの担当グループの職種間で連絡し合っている。個人の携帯も LINE WORKS アプリで活用している。

【利点】

専門職の情報を互いに共有化した上で在宅復帰に向けての目標の共有化ができ、担当者会議にサービス計画書試案を提供することができる。また、電子化によって業務効率もあがっている。現在、歯科衛生士が配置されていないので、訪問時にアドバイスをもらい、介護職が取組んでいるが充分ではない。一体的取組のさらなる強化のために、リハビリテーション計画のなかに、栄養ケア計画や経口維持の計画を含めた計画の一体化に対する介護報酬上の評価がされてほしい。

○インフォーマル及びフォーマルなコミュニケーションによる情報共有に伴う迅速、確実な専門職実務（老健 09）

管理栄養士とリハビリテーション専門職は事務所の臨席に配置され、日常的に情報を共有化している。食べる姿勢や動作、リハビリテーション強度との関係等について話し合いをして、迅速に問題解決に向けて対応をしている。施設サービス計画書原案は、介護支援専門

員が管理栄養士とともに作成し、担当者会議には介護支援専門員、介護職、看護師、支援相談員、管理栄養士及び、リハビリテーション専門職等が出席している。協力歯科医師は、口腔衛生及び嚥下障害の評価を専門とする2名が協力し、口腔衛生委員会を月1回の多職種会議として行っている。当該会議では、歯科医師、歯科衛生士が月2回口腔ケアを提供した入所者全員の報告やアドバイス等をフロアの介護職に伝え、介護職等からの日頃の口腔ケアでの疑問や困難事例等を相談する場として機能している。当該会議には、リハビリテーション専門職も参加している。嚥下専門の歯科医師は、管理栄養士とミールランドを行い、経口維持のカンファレンスが月2回、各フロアで月1回1時間半開催される。管理栄養士が、夕方に第2部として、当該歯科医師からのアドバイスを介護職、看護師、リハビリテーション専門職に申し送りをしている。施設内情報共有と管理には、電子カルテ「ほのぼの」が用いられ、管理栄養士のアセスメント、モニタリング、ケア計画等も、全て当該電子カルテに一括されている。サービス計画書においては、入所者に食事関連で問題がある場合には、上位の課題として栄養ケアの内容が記載され、目標達成のための計画として作成されている。電子カルテは、後で見返すときに見やすいが、連絡や急ぎの用件の場合には、直接連絡したほうが早く動きやすい。

【利点】

一体的取組として、歯科医師との連携を強化してきたことにより、職員の意識も変わってきた。言語聴覚士が産休中なので、管理栄養士がミールラウンド前に嚥下障害の入所者の口腔体操やアイスマッサージを担当している。それを見学している介護職から「自分たちもやりたい」という声があがり、やる気や問題意識が向上し、職種の垣根を越えて皆で共同していこうという意識が高まった。実際に専門職の実務を見ることは大切だった。歯科医師と管理栄養士との会議によって、早期に食事の内容や形態を変えることができるようになったので、食事形態がアップしやすく、食欲がでるとともに、誤嚥性肺炎の件数がかなり減ったと実感している。管理栄養士は二人体制となり、週3回のミールラウンドが義務付けられたことで、入所者との関わりが格段に増え、個別の日頃の変化から迅速に問題を把握し、食事の介入計画を変更するタイミングが早くなった。また、看護師や介護職に、その日の食事後に声掛けをするようになった。そのため、高齢者の食事量は増え、低栄養の中高リスク者も改善し、リハビリテーションの目標も達成できるようになった。このように入所者の低栄養が適切に改善されれば、生活機能等の日常生活動作が、もう少しよくなることが期待される。

通所介護

○チームリーダー（生活相談員）によるチームづくり（通所介護 06）

法人の医療・介護連携の方針により、病院・施設に配置されている歯科衛生士・管理栄養士が通所サービスを兼務し、近隣の老健の歯科衛生士は週 3 回 2 時間程度により口腔機能向上加算を、管理栄養士は週 1 回 2 時間程度により通所の栄養アセスメント加算や全般的な栄養相談を担っている。生活相談員は、これらのサービスの進捗をマネジメントしている。生活相談員は、介護職も含めたチームのマネジメントにあたり、＜利用者が自信をつけて生き甲斐を持って元気に在宅生活を送れるために＞を目的として、＜職員の良さを見つけ認めること＞を大切に、「さすがだな」「これができるすごいな」と日常的に個別に伝えている。「この部分はこの人に行ってもらおう、意見を言ってもらおう」「こういう方針でやりたいから、このようにしてほしい」と一人ひとりに声かけをして、責任をもって一体的取組のチームづくりをしている。

【利点】

当該通所介護の利用者の意欲の向上がみられ、表情がよくなって、下肢筋力の低下予防や筋力向上に繋がっている。家族からも「楽しそう」「見てもらっているから安心」と言われている。利用者には通所時の昼食がメインで、家では食べていない、食事自体が準備できない方が多数いるため、通所での歯科衛生士・管理栄養士や職員が共同して行う＜口から食べること＞の支援と在宅生活に継続させていく対応は極めて重要になっている。

○経営方針としての専門職チームのマネジメント（通所介護 07）

当該事業所の経営方針として、機能訓練、栄養、レクリエーション、口腔ケアの四つに重点的に取り組んでいる。作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士が常勤配置され、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（現算定無）、口腔機能向上加算Ⅱ、口腔機能向上訓練加算を算定している。医師を常勤配置した上で、専門職の価値あるサービスを全力で提供している。利用者自身の意識や行動を変えるために、専門職によるレクチャーや図書館の利用サービスも提供している。専門職チームによる一体化したサービスを、価値として提供することで差別化が図っている。また、通所介護の利用者が住み慣れた地域で過ごして、法人内の介護施設で看取るまでの、連続的サービスのための種まきをしている。スタッフ全員がインカム、チャットツールやコミュニケーションアプリを使って、利用者のその日の状態の変化に応じた行動を瞬時に行えるように連絡し合っている。このように電子システムを導入しても、一番大事な職員間のコミュニケーションは、言葉ですぐに伝え、その頻度を多くすることなので、情報が新鮮な 48 時間以内に夕礼や朝礼で伝えて

いる。利用者、家族及び地域に対しては、通所介護の YouTube 動画を QR コードで「センターだより」として配信している。例えば、通所介護での口腔ケアのブラッシングの映像等口腔清掃について学んでもらい、栄養に関しても、『まごわやさしい』（豆、ゴマ、ワカメ・・・）の献立等の情報提供を行っている。

【利点】

価値をサービスとして提供することで差別化が図られて、地域で最高の稼働率及び利用率に繋がっている。通所介護の利用者が住み慣れた地域で過ごし、法人内の介護施設で看取るまでの種まき作業が実ってきている。

○パーパス（目的）の体現をめざして（通所介護 08）

法人理事長（医師）の「人間は食べているもので、体ができている」という食に対する非常に強い理念を受けて、事業所の常勤管理栄養士が調理した食事提供を継続している。一方、設置時の保健所歯科医師の「高齢者の口腔機能を維持する必要がある」との考えを受けて、介護予防の口腔機能向上サービスが開始され、食事と口腔による一体的取組が提供されてきた。管理者は、食べることへの支援によって目の前の利用者様が元気になっていくことを体現するために、「口腔、栄養、運動が体を作る」を基本とした介護予防の観点を重視して、その人の生活をつくっている。なお、理事長（100 歳、総義歯を歯科医に作ってもらう）に「この歯があるから食べられる。食べているから元気なのだから、利用者にも同じようにしなさい」と教えられ、職員も口腔・食事・栄養によって通所介護利用者が元気になることを体験してきた。利用者、職員にとっては「食べているから元気は『喜び』」となっている。

【利点】

当該事業所の特徴は、口腔や栄養のケアのもとに管理栄養士が本当に美味しい食事を提供していることである。その効果として、体重が増え、脚力が上がり、要支援者の運動機能向上の加算においては、5m 歩行速度や個別の対応訓練が向上している。一方、体重が 3kg 減った場合には、一体的取組による良い効果のみではなく、悪い結果の場合にも着目し、経過を振り返ることで気づきを得られた。

○診療所併設事業所：リハビリテーション計画による「一体的取組」（通所リハ 02）

法人の 3 本柱は、回復期リハビリテーション病棟の充実、生活期の充実、そして地域リハビリテーション事業の推進であり、当該事業所は、この三つ目の目的達成を目指し、地域で何をやっているかを住民にアピールすることがポイントになる。一体的取組は、理学療法士

(統括・管理)を含めて4名)が、リハビリテーション・マネジメント加算を医師と連携し、目標を設定して取り組んでいることが基本にある。同じ施設内に全職種がおり、全員一緒のスタッフルームでは、各職種が机を自由に使っている。理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士が同フロアにいるため、その場で質問や意見交換、一対一でのやりとり、ミニカンファレンス等が常時行われている。その上で、定期的なカンファレンスに臨むという形をとっている。定期カンファレンスは、リハビリテーション・マネジメント加算の算定のために、利用開始6カ月間で必要な方には毎月、それ以降は3カ月に1回、計画書の見直しに合わせて行っている。医師と理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が基本で、必要に応じて看護師、管理栄養士、介護職、社会福祉士、介護福祉士が参加している。管理栄養士は、当該事業所の配置は常勤換算0.6人である。リハビリテーション計画書に栄養ケアに関する情報を記載し共有している。日常的に話し合いをし、回復期リハビリテーション病棟で展開している一体的取組をモデルにすすめており、職種間の風通しはよい。情報の記録管理は電子カルテで行われている。日本栄養士会認定の栄養ケア・ステーションも併設し、居宅療養管理指導に繋げる体制をつくっている。(資料1.3(2))

【利点】

リハビリテーション計画と栄養ケア計画を一体化することによって、栄養ケアの目標が短期目標の1項目に統合化され、多職種及び利用者・家族と目標を共有化して一致させることにより、一体的取組が進んでいる。専門職は知識だけでは、実際どのようにアプローチして行動してよいのか分からない。現場で他職種の実務をみて、説明の仕方等への気付きは大きい。管理栄養士が個別に利用者の栄養状態を見える化し、他職種も説明しやすく、課題も見えやすくなった。その結果、家族のモチベーションがあがり、具体的なアドバイスを受け入れられるようになった。これは、リハビリテーションと栄養の内容がリンクしていることを、利用者・家族が理解しているためでもあった。

○チームアプローチのための風土、目標の共有化、共同(通所リハ05)

「地域の方が安心して住み慣れた地域で暮らしていく地域福祉のため」に、設立時からチームアプローチによる入院-通所-在宅を繋げた一体的取組のサービス提供がすすめられてきた。当該チームには、医師、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)、歯科衛生士、管理栄養士、他全職種が入り、各専門性は、重複し共通部分は共同して行ってきた。例えば理学療法士が食べ方や姿勢を、作業療法士が歩き方を見ることもあり、管理栄養士や看護職が配膳や食事介助もする。そして、職種間の絶え間ない声かけ、伝

達、フィードバックにより、職種間の信頼関係がつけられてきた。通所リハは、このような入院-通所-在宅の継続的チームアプローチの一環である。リハビリテーション、口腔、栄養ケアともに、利用者が日常生活の中で、何を目的とし（例えばコーヒーが好きなら、あのコーヒーショップまで頑張って歩けるようにしよう等）、個別の目標に沿って、栄養管理も栄養状態の改善を考えていく。このようにチーム、本人、家族間で目標を共有して、はじめてチームアプローチになる。電子化されたリハビリテーション計画書に栄養ケア計画等も一緒に記載することによって、全職種が情報を共有化している。例えば、栄養アセスメント加算（栄養改善加算の算定者以外全員）及び栄養改善加算は、法人全体の管理栄養士が常勤で担当している。管理栄養士による在宅訪問は、加算に係わらず従来から行われ、必要に応じて居宅療養管理指導に繋げている。このように、栄養関係加算の算定に関わらず、以前から管理栄養士が栄養ケアとして利用者全員に提供し、加算が算定できる場合には算定してきた。このようなチームアプローチが開設以来築かれてきた。なお、歯科衛生士は通所事業所に2名/日で11～15時常駐し、言語聴覚士3名が通所の配属となっている。

【利点】

職員は働き甲斐があり、事業所及び職員は、地域の高齢者・家族、介護支援専門員等に信頼されている。利用者・家族にとっても、課題がすみやかに他職種にも発信され、連絡帳を用いたアドバイスや対応が受けられる。さらには、随時通所リハから管理栄養士等の在宅訪問が迅速に実施されており、高齢者が何も食べずに、通所の昼食だけで過ごしている状態が放置されることがないので、利用者・家族の安心に繋がっている。

○継続的品質改善活動とブランディング(通所リハ08)

経口維持加算及び口腔ケアは言語聴覚士（入所及び通所兼務）が通所の失語症デイサービスとともに担当し（1週間に1回通所リハ担当）、歯科衛生士は協力病院から月1回程度開り、口腔機能向上加算を算定している。電子化されたリハビリテーション計画書に栄養ケアも一緒に記載して全職種が情報を共有化しているが、栄養関係では、口腔・栄養スクリーニング加算のみ算定し、介護職が記載しているものの、食べることを支援する一体的取組はこれからである

法人経営者からの提案によって、継続的品質改善活動（CQI）活動を、当該事業所の新体制づくりの一環として、ブランディングを明確化して、地域で選ばれる通所リハになるためのチーム強化の戦略として、この1年間取組んできた。当該活動は、「通所リハビリテーションセンターの新体制づくりの総点検とブランディング」という名称である。この活動に

における食事チームには、管理栄養士（老健の兼任）、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士が参加して、1カ月毎に当該事業所の食事の課題を出し合い、その解決策を考え、1枚のシートを作る作業を行い、月1回の会議でチームの活動報告をしている。食事チームの課題は、食事の廃棄量が多いこと、リハビリテーション時に口腔内の食事残渣が多いこと、職員間の食事介助の違いがあること、高齢者の個別性への対応等であり、個別の喫食量、食事形態のレベルの適正性等の個別評価と栄養ケア計画の必要性が解決策として提示されていることから、栄養アセスメント加算や栄養改善加算に結びついていくことが想定されている。

【利点】

当該CQI活動を通じて「目に見えて利用者が元気になった」、「食事量をしっかりとれて運動ができてADLが向上した」等の成功体験を重ねて、それをチームが共有していくことが職員のモチベーションを上げている。食事チームの成功体験はこれからだが、メンバーの動きが良くなって、課題が見えてきたので、食事チームのメンバー自身が一体的取組に向けて活動し始めようとしている。このように職員自身のモチベーションがあがると、業務の楽しさを実感して、提案された課題解決を全てやってみている。その後のモニタリングは毎2カ月毎に行い、新たな課題に対してのCQI活動に展開している。

2. 専門職による実務の実際

本研究事業における実態調査からは、施設及び事業所には、言語聴覚士、歯科衛生士及び管理栄養士等の専門職が未だ配置及び関連していない状況が報告された（報告書I。参照のこと）。さらに、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）、機能訓練指導員、栄養専門職、介護福祉士を含む介護職員、介護支援専門員、看護師・准看護師による31項目の業務項目の実施状況が報告され、口腔や栄養に関する専門性の高い業務項目についても看護職や介護職が分担している実態が報告された（本事業報告書I参照のこと、学会ホームページ掲載）。

施設及び事業所には施設・事業所の他職種、利用者本人・家族及び地域の介護支援専門員が、「口から食べる楽しみをいつまでも」の支援に関わる各専門職がその専門性をどのように発揮して何をどのように行っていくのか？どのようなチームになるのかのイメージを未だ持っていないことは、一体的取組をすすめるにあたっての課題と考えられた。

当該インタビュー調査からは、「口から食べる楽しみをいつまでも」を支援する一体的取組を担う主たる専門職には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）、機能訓練指導員、歯科衛生士、管理栄養士が、介護職・看護職、介護支援専門員およ

び生活相談員が共同し、支援者として医師、歯科医師が関連していた。

そこで、インタビューからの各専門職別の実際の実務の詳細について表2.1のように紹介することとした。その一方で、専門職同士が、問題の把握や解決にあたっては、専門性の壁を越えて常時情報交換し、相談し、一緒に考え、問題解決のために共同し、補い合っている。

2.1 理学療法士、作業療法士・機能訓練指導員

リハビリテーション計画及び個別機能訓練計画書は、一体的取組の基盤となるものである。これらの個別計画作成の検討を行うカンファレンスにおいて、一体的取組の目標や計画として、口腔や栄養に関する課題が検討され、一体化されることが望ましい。

理学療法士、作業療法士や個別機能訓練の担当者は、一体的取組において、表2.1のように個別のリハビリテーションや個別機能訓練の強度の調整、姿勢、ポジショニング、食べる動作の観察と問題の解決、関節可動域訓練、筋力増強訓練、在宅訪問への他職種の同行や他職種からの問い合わせや確認事項の在宅での観察や家族等に確認する等の仲介役を担っている。

表2.1 理学療法士、作業療法士及び機能訓練指導員の取組

特養

○機能訓練指導員は、利用者が食事中によく咽たり、食べこぼしが多い等の場合に、食事動作、姿勢や環境整備について評価し、介護職員と情報共有している。入所者に食事を自立して食べることに喜びを感じてもらうために、主に食事姿勢、座位姿勢保持時間、認知機能の低下を重視している。食事姿勢は誤嚥しないように、入所者個々の特性に合わせて車椅子やテーブルの高さ等の調整や自助具の使用している。また、座位姿勢保持時間については、車椅子をティルト式車椅子やリクライニング式車椅子等に変更し、クッション等を用いてポジショニングを行い対応している。さらに、関節可動域制限や筋力低下等が原因である時は、関節可動域練習等を行い、姿勢保持できるように機能訓練を行っている。認知機能の低下があるときは、入所者が食事に集中できる環境や声かけを評価し、介護職員と情報共有を行なっている。(特養06)

○機能訓練の作業療法士は、食事の姿勢、食事時の上肢の動きに関わっている。認知症の有無にかかわらず、全身の機能訓練や身体運動は必要であり、関節の拘縮予防、座位のポジショニング、姿勢、筋力、体力も必要であるので、体操を兼ねた運動・作業活動をしている。体操を兼ねた運動・作業活動は、入所者の嗜好や趣味等の生活歴に基づいた内容が採用され

る。(特養 08)

○個別機能訓練のプラン作成をしていく上では、一体的取組によって様々な情報が得られる。具体的には、3 カ月毎に家族と話す際は、「ご飯は食べられていますか」と食事の状況に関する情報収集を行うだけでなく、「毎月の体重計測でこれだけ減っていますよ、増えていますよ」と機能訓練士から家族へ情報提供を行なっている。(特養 01)

○機能訓練においては、食べることで排泄や生活リズムが関連していることを考慮して対応している。低栄養の場合には、リハビリテーションや機能訓練の介入によって、逆効果になって痩せて、体力が落ちることになるので、食事量を見て適切な活動量になるように介入を調整している。(特養 05)

○機能訓練は、入所高齢者の残存機能を維持し、今できることを維持するために行っている。そのため、施設環境やマンパワー等を加味して、これならできるという方法を現場の介護職や介護支援専門員と相談しながら実施している。一方、機能訓練指導員としては機能向上を目指したいところだが、入所者の能力が、自分で少し歩くことはできるが転倒リスクがあり、車椅子であれば安全に過ごせる場合、リスクを考慮して後者の方法を取らざるを得ない。このような状況の中で、入所者が活動の楽しみや、自分で移動できる喜び等のモチベーションを維持できるように工夫している。具体的には、環境設定として導線の変更、ベッドにL型バーの設置、移乗を安全に行うために車椅子の停止線の目標をつけることを行なっている。これらの支援により、ベッドから起きてトイレに行くことや、着替えや立ち座り、起き上がりといった食事を摂るといった大事な生活動作につながる一連の活動を入所者自身で少しでもできるようにしている。このように、入所者の特徴に合わせて個々に環境を調整していくことを主に関わっている。(特養 07)

○経管栄養の入所者については、体位交換は看護師が行っている。自力で体動できない入所者の場合、機能訓練として、エアマットの導入や、全身の状態に応じてリクライニング車椅子に乗りしていただきフロアに出て、部屋に閉じこもるよりも外の刺激を楽しんでもらい、人がいることを感じてもらうようにしている。(特養 07)

○寝たきりになった場合の機能訓練は、拘縮予防のために、関節の運動、筋緊張を調整する関節可動域訓練が必要とされる。摂食・嚥下については、まず、日々の申し送りを確認し、実際の食事場面を観察し、嚥下機能の低下や、むせの回数が多くなっている等の情報を取集する。次に、歯科衛生士、看護職及び管理栄養士と相談して食事形態を変更する。その上で入所者の食事量が減少したままであれば、回診のときにグループ病院に受診するよう調整する。嚥下機能については、当該特養からグループ内の病院に現状を伝えて検査を行っても

らい、言語聴覚士に食事形態の変更、食事のときの座位姿勢、ギャッジアップと飲み込みの関係も評価してもらい対応している。その後の様子に変化があれば、当該病院での嚥下機能検査を繰り返している。(特養 08)

○リハビリテーションは離床を目的に行っている。「食べること」は嚥下咀嚼能力だけではなく、座位保持能力や上肢操作能力、食具の操作や、それらの能力の基礎となる体幹機能や上肢機能、認知機能等様々な側面が関係している。入所者がうまく嚥下できない場合、嚥下機能トレーニングのプログラムが必要となる。リハビリテーション専門職は食べる動作や姿勢の問題を把握してその対応を行う。今後は、口腔・栄養と関わってリハビリテーション専門職の専門性を発揮し、オーラルフレイルへの介入も検討していくことが必要とされる。(特養 09)

○機能訓練指導員は、介護職や看護と連携して食事支援を行なっている。実際の現場でも、食事場面への介入・介助を通して専門職間で情報共有をしている。個別機能訓練は週 1 回実施しているものの、指定された時間では足りない。特に、ショートステイでの機能訓練は、1泊2日の間で1回実施のみである。制度上、利用者に対して支援・介入できる時間が限られているため、日常的な離床の介助方法、福祉用具の活用にもっと力を入れたいと考えている。具体的には、食事時のポジショニングや車椅子のシーティングは、一対一かつ口頭で個々の介護職に伝えるだけではなく、すべての介護職と機能訓練指導員が共通の理解となるように写真等を用いて視覚的に説明している。(特養 09)

老健

○リハビリテーション専門職は、消費エネルギーと摂取エネルギーとの相互関係や、体内の貯蔵エネルギーに着目して管理栄養士と協力して対応している。(老健 01) (資料 2. 1)

○担当者会議において、体重、エネルギーの出納、エネルギー不足分の補充が検討される。しかし、実際は身体運動、リハビリテーションや日常生活動作による消費エネルギー量以外にも、疾患、がん、振戦、熱感等の全身的な状況の情報が必要となる。介護職が、24 時間生活シートを記入しているので、生活による消費エネルギーは Mets で計算し、ミールラウンドのときに、看護師に全身状態に関わる消費エネルギーに関する助言を得て考慮している。(老健 01)

○理学療法士は、必要に応じて言語聴覚士や管理栄養士とともに、退所前自宅訪問を行っている。(老健 02)

○理学療法士は、管理栄養士と協力して、過剰体重の場合には、膝に負担がかからないよう

に、また、食事が取れない状態ではリハビリテーション強度を少し落とす等リハビリテーションの内容と、摂取エネルギーを総合的に計算して調整している。(老健 08)

○作業療法士は、食事中の食具の操作や姿勢の確認等、主に食事動作に関する相談に対応している。具体的な支援としては、利用者の上肢・手指の機能に合わせた箸やスプーンの選定、食べ物がすくいやすい食器の選択、カットアウトテーブルの導入や車椅子の調整等を行う。経口維持に関するカンファレンスでは、食事姿勢に関する相談が多いため、管理栄養士とミールラウンドを一緒に行い、利用者の姿勢を評価し、支援方法の提案を行なっている。(老健 09)

通所介護

○機能訓練指導員をリハビリテーション専門職のみで構成している。常勤の理学療法士 1 人に加えて、法人の出向職員が各曜日 1 名加わり 2 名体制である。水曜日以外は全て理学療法士、水曜日は近隣の関連施設からの言語聴覚士が嚥下機能の評価を行うが、当該通所介護の他にショートステイ、ケアハウス等を分担し、必要に応じて特養の入所者の嚥下機能の評価をしている。理学療法士の業務内容は、作業療法士と大きく変わらず、機能訓練だけでなく、トイレ動作、介助方法及び入浴動作の評価や介助方法の検討や歩行器や車椅子の選定、家族や介護支援専門員から自宅では寝ている場合にもどのような運動したらいいか等の相談に対応している。(通所介護 01)

○リハビリテーション専門職は、歯科衛生士と食事の姿勢、自己摂取できるか、麻痺側で自助食器が使えるか等を話し合っている。歯ブラシの当て方、持ちやすさや持ちにくさ、歯ブラシやうがい時の姿勢の維持、椅子とテーブルの高さ等も一緒に検討している。リハビリテーション専門職は、食べとるときの嚥下状態をみて、理学療法士は、歯科衛生士からの「食べることを支援する」という観点からの食器、ポジション、食べ方の工夫、食べやすい位置及び機能できる場所等の相談に対応している。(通所介護 01)

○当該事業所は、リハビリテーション及び機能訓練を重視しているため、アクティブに動ける利用者が多い。その上で歯科衛生士による口腔ケアを一つの売りとしている。利用者本人がしたいことをできるようなサポート体制をプログラムしており、日によって手芸、運動と・・本人が選択できることが特徴である。個別の利用者が社会参加できるよう支援しているよう工夫している。(通所介護 01)

○専門職が話し合って個別機能訓練計画書を作成し、機能訓練指導員は、介護職等とカンファレンスをし、生活相談員や歯科衛生士との連携を取っている。(通所介護 05)

通所リハ

○リハビリテーション専門職は、管理栄養士から体重減少、食事摂取量の低下等について連絡・相談される。また、管理栄養士等からの家族や介護支援専門員への情報提供について相談に乗っている。栄養改善加算の流れとともに、リハビリテーションとしての介入を検討して、筋肉量をプラスにしていくところまでには至っていないものの、これからの重要な課題であるので、一体的取組を全職員で今後していきたい。リハビリテーション専門職は在宅訪問して家屋調査に行くことが義務づけられているが、その後の訪問については、制度上の取り決めがない。身体機能が変われば生活状況も変わるので、半年に1回、遅くても1年に1回は在宅訪問する流れをつくる必要がある。今は送迎にリハビリテーション専門職が加わり、生活状況や在宅環境との関わりをみている。同一法人に訪問リハビリテーション(医療保険)はなく、訪問看護ステーションがあるので、訪問看護から通所に移行する利用者もいるし、通所から訪問看護に移行する場合もあるので、両者は情報連携しているが、在宅状況を把握するために訪問看護を1回入れることが難しいので、通所の職員が送迎の時に在宅状況をみて、介護支援専門員から情報を得るかたちである。(通所リハ 07)

○リハビリテーションの目標について、筋肉量を増加させる訓練を行うためには栄養状態は必須の情報である。本人・家族の歩きたい、介助量が減るように立ち座りをもっと多くしたいという希望を叶えるために、運動負荷量は、本人に負担がかからないように、食事摂取量を十分考慮して行っているが、結果的に運動量を下げざるを得ない状況がある。支援計画に関してもく歩けるようになる>という目標ではなく、栄養状態に合わせて個々の目標設定が下方修正されることもあるので悩ましいところもある。そのために、家族への説明も誤解が生じないよう、丁寧に行なっている。リハビリテーションの目標は、具体的な身体的機能の目標を逸脱できない。例えば、座ってられる時間を少しでも長くする、生活上で臥床時間を減らし、座位で活動している時間を延長できるように、生活の中でこの時間は立って作業をする等を目標としている。重度の要介護状態の利用者には、過剰な目標設定にはならないように注意している。具体的には、頭位を上げて座位を取らない、起立しない、褥瘡に繋がらないように、過負荷にならないように、定期的なモニタリング等が目標になっている。(通所リハ 06)

○理学療法士は、必要に応じて併設病院に設置され持ち運び可能な InBody による測定をして、筋肉組成を評価し、不足している必要栄養素を取るようアドバイスに記載して渡している。言語聴覚士には、嚥下機能が落ちるおそれのある利用者には、嚥下機能評価のために嚥下造影(VF)を行ってもらい相談している。なお、InBodyの結果は、通所のリハビ

リテーション会議等で本人、家族、介護支援専門員とも共有し、書面でデータとして提示ができるので、目に見えて筋肉量が落ちていることや維持できていること等が理解しやすいと言われている。(通所リハ07)

2. 2 言語聴覚士

摂食嚥下機能の低下に対応して、食事調整食やとろみ剤の必要な利用者が、本実態調査から相当数が把握されたものの、言語聴覚士が配置や関連していない施設・事業所は極めて多い(本事業報告書I、学会ホームページ参照、資料2. 2)。言語聴覚士が配置や関連している施設・事業所の取組については、以下の表2. 2のように、経口移行や嚥下障害のおそれのある利用者の経口維持のために、言語聴覚士による摂食嚥下機能の評価が加わることによって、管理栄養士は嚥下調整食のレベルや食事内容を適切に選定し、誤嚥を回避するセーフティネットのもとに食べる楽しみの支援を安心して進めることができる。

一方、嚥下機能の評価を専門とする協力歯科医師の訪問や法人内病院に嚥下機能検査や言語聴覚士による評価を依頼している施設・事業所も多くみられ、同一法人内の施設に退院した場合には、病院入院中の食事時の食事形態や食事介助の様子及び嚥下造影検査等の録画の施設への配信も行われていた。さらに、言語聴覚士が配置・関連していないために、咽喉マイクを用いて嚥下咀嚼音をオシロスコープにより見える化し、多職種による意見交換をおこなって食事形態レベルの検討をすすめる取組がされていた。

表2. 2 言語聴覚士の取組について

○言語聴覚士は、当該法人外部から月3回訪問し、管理栄養士と一緒に(必要に応じて相談員も)にミールラウンドを実施している。当該ミールラウンドによって、食事形態のレベルを下げることなく、食事形態の少し高いレベルで調整ができている。高齢者の就寝時のポジショニングや生活活動を上げないと、食べる機能も上がらないため、食事以外の生活を重視している。自力で寝返りが打てない場合には緊張が高まり、寝ているときに緊張していると、覚醒時も緊張し、食事がスムーズに飲み込めないことや、しっかり歩くと食べられることも指摘している。(特養02)

○同一法人の病院の言語聴覚士が入院中の食事形態、食事介助等の食事時の撮影動画をTeamsを用いて特養に送り、それを各担当者に配画している。法人の病院で嚥下造影検査(VF)を行った場合には、その映像とともに嚥下リスク状況や<食べないで>というコメントも配信される。入院中のリハビリテーションの動画も同様に配信されるので、歩行状態や機能

訓練の状況や方法を細かく確認することができる。(特養 05)

○個々の利用者の食事形態のレベルについて、どこまでなら食べられるか分からない部分が多くある。言語聴覚士は管理栄養士と一緒にミールラウンドをして、ケアワーカーから日々の食事介助の情報聴取を行う。管理栄養士は、言語聴覚士から、利用者の嚥下機能に応じた食事形態についてアドバイスをもらい、最適の食事内容を選択できる。(特養 04)

○言語聴覚士が、入所時に全入所者に嚥下評価を行うために、昼食もしくは夕食の食事形態等を確認している。誤嚥リスクが高いと評価した場合、栄養サポート会議で報告、口腔ケアの強化を多職種で共有している。言語聴覚士は、食べることに関する相談窓口として、管理栄養士との連絡役を担っている。高齢者の食事が進まない場合に、口腔内を刺激すると食欲が増し、食べる意欲につながる。言語聴覚士は、歯科衛生士と協力し、介護職に、口腔の汚れ、義歯が適切に入っていない等の個別の口腔の問題を説明し、介護職は個別に声掛けをする。言語聴覚士は、管理栄養士と毎日一緒に入所者全員のミールラウンドをし、その折に両専門職は密に意見交換をしている。体調の僅かな変化にも対応して食事形態のレベルを下げる等、管理栄養士と食事の形態の調整等を頻繁に行う。(老健 02)

○法人本部の方針として、言語聴覚士が高齢者施設には必須ということから 10 年程度前から法人の全老健に配置され、言語聴覚士が配置されていない特養及び併設通所リハビリテーションも兼務して巡回している。(老健 03)

○言語聴覚士は誤嚥性肺炎だけではなく、失語症に対しても専門的技術を発揮し、高次機能障害者のリハビリテーションも行っている。(老健 03)

通所介護

○通所介護の摂食嚥下障害のある利用者に対して、言語聴覚士が毎週 1 日来ている。通所介護の利用日ではない日でも、来訪曜日にショートステイを利用すれば嚥下機能評価ができるようにしている。また、食事形態については管理栄養士に相談している。(通所介護 05)

○利用者の個別の身体状況、嚥下状況、生活や環境等を観察し、問題把握と対応をしている。在宅期、生活期の中での言語聴覚士の需要は高く、嚥下障害だけでなく、構音、失語の利用者にも対応している。(通所介護 05)

通所リハ

○言語聴覚士には、食事が食べにくくなった、むせが多くなった、在宅での食事形態が合っているか等の相談依頼がある。このような介護職からの相談依頼のあった利用者に対しては、言語聴覚士は、加算の算定とは関係なく摂食嚥下機能の評価を行い、管理栄養士とともに、食事形態の評価にも関わっている。(通所リハ 01)

○言語聴覚士による摂食嚥下リハビリテーションの依頼は、介護支援専門員を通じて嚥下障害がある利用者からある。当該通所リハは、1、2 時間程度の短時間の機能訓練を主にしているため、要介護度の低い（要支援、介護 1～3 程度）利用者が多い。そのため、嚥下障害も、比較的軽度の摂食嚥下機能低下が多く、誤嚥性肺炎への対応が予防的に行われている。利用者は常食及び軟食の利用者が殆どである。基本的には機能訓練を主に行い、特に飲み込みが少し悪く誤嚥のリスクがある利用者には、食事形態の変更を家族に提案し、とろみ剤の使用量を調整し、使用方法の説明を行っている。（通所リハ 04）

○言語聴覚士による摂食嚥下リハビリテーションの対象者は、1 年に 2、3 人程度であり、1 カ月間対象者がいない場合もある。現在は、利用者 11 名のうち嚥下機能に問題がある人は 5 人程度である。また、言語聴覚士は、食事形態にも対応している。全身状態、例えば体重が減り続けている、進行性の疾患、進行性核上性麻痺、パーキンソン病及び機能的に症状が進んでいる場合には、医師に相談している。他に狭義の嚥下障害だけではなく、服薬のタイミングが適切か、自宅での摂食方法が正しいか等にも対応している。例えばパーキンソン病では、重度になり進行が進んでくると、誤嚥性肺炎をいかに防ぐか、しっかり安全に食べることを重視し、食べるときにベストパフォーマンスを出せるタイミングを検討している。（通所リハ 04）

○低栄養の中高リスク者は、利用者 67 名のうち 6 名程度で、重度者はいない。言語聴覚士が日常の食べている状況を観察すると、摂食嚥下機能の低下している利用者が 3 名程度いる。また、日頃の食事の食べる状況を観察している介護職が＜飲み込みが悪いようだ＞＜むせが気になる＞利用者については、言語聴覚士に摂食嚥下機能の評価が依頼される。言語聴覚士からは、管理栄養士に食事形態の調整を依頼する。また、介護職から管理栄養士の方に直接依頼がくる場合もある。一方、管理栄養士は、言語聴覚士に摂食嚥下状況、食事量低下の原因等を見てもらい、食事形態を決めることができる。（通所リハ 08）

○言語聴覚士自身が評価しないと、食事形態調整、食器の変更の必要性等が適切かはわからないので、相談依頼があったら、利用者を見に行くようにしている。（通所リハ 08）

○言語聴覚士には、＜普段よりも飲み込みの状態がおかしい＞＜ここ最近むせが多い＞という利用者に対する相談依頼が理学療法士、作業療法士からある。その場合には、嚥下機能評価を行い、食事形態、姿勢等のアドバイスをしている。（通所リハ 09）

○言語聴覚士は依頼があった時に係る程度であるが、管理栄養士が通所の利用者と接点を持つようになったので、情報交換や相談がしやすくなった。利用者の課題については、カンファレンスで話し、カンファレンスがない場合には、直接、管理栄養士と相談している。食事形態の変更については、通所の医師やかかりつけ医にも伝えている。（通所リハ 09）

2. 3 歯科衛生士

歯科衛生士による口腔ケアについては、早期に口腔内の問題を把握し、歯科治療に繋げるとともに、個別に対応した歯磨き等の口腔衛生の方法や保湿用具について介護職等に助言

し、誤嚥性肺炎の軽減に貢献する専門性の高いものと評価されている。

しかし、高齢者本人や家族及び介護支援専門員の口腔の問題や口腔ケアに関する関心や認識が低いことがインタビュー調査から指摘されていた。地域の高齢者や家族及び介護支援専門員や関連者への口腔ケアについての啓発を進めていくことが必要である。

これまで調査研究された口腔ケアの誤嚥性肺炎の軽減への効果や高齢者のオーラルフレイルに関する調査研究成果を啓発活動の際には活用することができる(資料1. 1 (2))。また、歯科衛生士の配置や関連している施設・事業所における歯科衛生士の取組については、表2. 3に示した。

表2. 3 歯科衛生士の取組について

○歯科衛生士は、義歯、口腔清掃の状態、嚥下にする問題を把握している。また、介護職等が磨きにくい箇所や個別の高齢者の問題に対応した口腔ケアの実務指導を行い、口腔機能が衰えている口腔内の箇所とその口腔ケアの方法や口腔周囲や咀嚼筋マッサージについて介護職等へ指導している(特養01)。

○口腔ケアは食後だけではなく、寝たきりの高齢者には、食前の口腔掃除とマッサージをしている。また、歯科衛生士から介護職に「舌が汚れている」等のアドバイスをしている。歯科衛生士、言語聴覚士及び管理栄養士等の専門職は、セーフティネットとして機能し、特養においては、高齢者の身体状態を良くするというより、負担を感じることなく穏やかに看取り期を過ごすことを介護職と一緒に支えている。歯科衛生士は、口腔内の状態の改善をめざして、実際の歯磨きの他に、リハビリテーション的なことも行っている。入所者の平均年齢90歳であるが、自歯の人が多く、総義歯(上下とも全部義歯)の人の方が少ない。自歯の有無によって、食べられるものや食事量も変わる。水分が飲めるかどうかにも関わる。口腔体操ができる入所者には少ないが、歯の有無によって、口腔機能をどれだけ使えるかが変わるということが「食べること」を支援することの基本にある。(特養02)

○歯茎の腫れ、歯の痛み、歯が抜けた等の場合には、歯科衛生士(常勤)が様子を観察して、協力歯科医師に相談して対応している。日々の口腔ケアについて、磨き方や上手なうがいの方法などをケアワーカー等にアドバイスしている。適切な口腔ケア用品を常備するために、保湿用のジェル等や特殊な口腔ケア用の歯ブラシ、口臭除去のための用品等の選択や購入手配もしている。利用者の体調や状態の変化に伴って口腔内の状況も変わるので、ケアワーカーからの情報をもとに速やかに、必要な物品を用いて、最適な口腔ケアの方法に切り替えている。また、利用者の毎日の歯磨きが適切に行えているかどうかを、専用の調査様式を用

いて毎月チェックしている。そのため、利用者の口腔内は、比較的清潔に維持されている。

(特養 04)

○歯科衛生士が配置されて、入所者の口腔内衛生環境が大きく改善した。それ以前の介護職による口腔ケアは汚れが残っていたという。また、訪問の歯科医師との連絡調整がうまくいくようになった。食事形態は、歯科衛生士から、口腔内に残渣が多い、しっかり噛めていない、歯が動いている等の情報を得た管理栄養士が、そのまま飲み込むと詰まる可能性がある場合には、少しつぶして提供する等食事形態を変えている。このように、歯科衛生士の配置によって、嚥下の前段階の問題に対応ができるようになった。食事を積極的に摂取できない入所者の場合には、歯科衛生士が口腔内の舌や咬筋及び頬の柔軟性等を総合的にみて、口腔乾燥が顕著にみられる場合には、保湿ジェルや唾液腺や口腔内のマッサージによって保湿を行っている。発語がない場合には、筋肉の低下が著しくなるので、表情筋に触って硬いときはむせに気を付けて口腔内をマッサージして柔らかくすると、口腔ケアがやりやすくなり、また、唾液がでてくるようになる。歯科衛生士は、介護職等から残渣の取り方等を相談されることが多いので、介護職への個別指導を行っている。食事は義歯を入れたほうが食べられる場合と、義歯が邪魔して食べられない場合がある。認知症においては、このような状況が顕著であるので、介護職から相談があると、歯科衛生士は随時入所者の様子を見に行き、本人や介護職からの聞き取りをする。自立している高齢者は、自分で歯磨きができるが、逆に磨き残しが多い。歯科衛生士は、うがいの仕方を見て、口がよく動いているかの確認をする等口腔ケア全般を行っている。また、歯科衛生士は、協力歯科医師との連携を取って早期に訪問してもらい、問題等を介護支援専門員に伝えているので、早期治療や対応できている。

(特養 07)

○歯科衛生士（常勤）による口腔ケアは、介護職・看護職の口腔ケアよりも専門性が高い。そこで、通常の口腔ケアは、介護、看護が行い、定期的に歯科衛生士が口腔ケアを実施し。協力歯科医師が往診し相互連携を深めている。歯科衛生士が専門的に口腔を見ることにより、例えば抜歯が必要な状況の発見が遅れることがなくなった。特養に歯科衛生士が常勤配置されて4年目だが、口腔の評価のレベルがあがり、誤嚥性肺炎は減っていることが実感されている。歯科衛生士による施設内定期研修によって介護職等の知識量や技術量も増えてきた。(特養 08)

通所介護

○開設時(平成 30 年)に口腔ケアは非常に大事であるので、歯科衛生士を常勤採用した。そ

れまで通所利用者には<治療されていない><義歯が入っていない><口腔衛生が殆どできていない>者が非常に多かった。歯科衛生士は、利用者全員の口腔の状況：汚れ具合、噛み合わせできる残存歯数、食事時の状況（食べれているかどうか）等を見た。歯科衛生士による口腔ケアによって、口腔がきれいになり、誤嚥性肺炎が予防され、食欲が増大し、食事がおいしく感じられるようになったと言われている。口腔機能向上加算が算定できるのは月2回であるが、これでは利用者の口腔衛生状態の維持ができない。歯科衛生士は来所する度に、口腔ケアを行い、介護職が同じスキルで口腔ケアが実施できるようアドバイスしている。口腔・栄養スクリーニング加算は令和3年介護報酬改定から算定されたが、口腔機能向上加算によって3カ月ごとに口腔機能計画を作成して口腔機能の状態がよく維持できていたので、6カ月毎の口腔・栄養スクリーニングに切り替えた。利用者の口腔機能は徐々に衰えるものの、日々の状況が変わりやすいので、口腔機能を維持するには、利用者自身による口腔ケアの実施が必要とされる。栄養・口腔スクリーニングを6カ月ごとやらなくても、歯科衛生士や管理栄養士が、定期的に問題を把握することが必要である。利用者の義歯の不具合、義歯の未利用については、介護支援専門員を通じて本人・家族に歯科医院への受診をすすめているが、受診が難しい利用者の場合は、当該通所事業所において歯科医師に診てもらえることができる。一方、介護支援専門員は限度額を超えての費用負担になると新たなサービスを導入しない。そこで、歯科衛生士は、利用者の口腔に問題のあった状態と、改善状態とを口腔内写真を撮影して比較し、一目で分かるようにして本人・家族及び介護支援専門員や介護職等に提示し、口腔・汚染の仕組み、歯周病、病気との関連等を説明し、やっと理解が得られるようになってきたところである。その結果、関心のある利用者は、入れ歯や口腔の状態を改善し、食欲や食べられなかった状態が改善・維持されるようになり、体力的維持もできている。利用者には、在宅での口腔ケアができていない者が多いので、在宅での口腔ケアの方法も含めて話し、全くできてない場合は、通所で実際に実演して見せている。本通所事業所を利用しないで、在宅で引きこもっている利用者には、在宅で、継続的に本人が実施できるように、通所時にやり方を教えて、在宅で継続してもらうようにしている。歯磨き指導もするが、一度、口腔ケアによって汚れが付きにくい状態にまでになると、汚染が付きにくい状態になり、在宅で口腔ケアが継続できない場合でも、口腔の状態が悪化しにくく、次の来所時に口腔ケアを行っている。口腔機能向上加算の点数が月に2回しか算定できないので、在宅での自己清掃が困難な場合には、来所時に2回以上、歯科衛生士が実施している。介護職に簡易的な歯磨きの通所利用者全員に実施をしてもらっている。口腔機能向上についても、リハビリテーションや機能的訓練と同様に、利用者の口腔の状態に合わせて口腔

ケアの回数も変わるので、歯科衛生士が介入したときには算定できることが望ましい。(通所介護 01)

○歯科衛生士(専任、週4日)は、利用者の通所時に口腔を見て、本人が指導内容の理解が可能な場合には指導し、全介助や在宅での口腔ケアが難しい場合には、通所で歯科衛生士が行っている。通所時の週に1度の歯磨きでも、全くしないよりは口腔機能を維持できる。コロナ禍の感染予防のため、積極的に歯磨きができない状況があった。歯科衛生士も関わり、利用者全員の歯磨きを昼食後に行っていたが、今は歯科衛生士が選定した利用者には口腔ケアを実施している状況であった。コロナ禍前には、歯科衛生士が介護職等を指導して、介護職等による口腔ケアが難しい方への指導もしていた。歯科衛生士は、例えば、義歯が合わず嘔むことが難しい場合や、歯周病が悪化している等の場合には、歯科医院への受診を家族に勧めている。歯医医院に付き添いがないと行けない場合には、相談員を通じて介護支援専門員に伝えてもらい、訪問歯科を利用するように勧めてもらっている。このような口腔の課題に対する解決のための橋渡しの役割を担っているので、通所介護に歯科衛生士は必要な専門職である。家族からの電話で歯科衛生士に相談があると、利用者の口腔の状態や歯科受診の必要性等を詳しく説明し、利用者が持参した連絡帳に家族への手紙を添えると、家族にも安心感が生まれている。通所サービスは、家族が専門職に相談ができる場所として大切である。利用者が食べられない場合には、嚥下機能の低下だけではなく、脳血管疾患からの高次脳機能障害の注意障害や認知機能の低下に伴う先行期の問題があるので、環境設定で解決できる問題かどうかのスクリーニングをリハビリテーション専門職へ依頼して多角的に評価してもらおう。リハビリテーション専門職に姿勢の評価をしてもらい、姿勢に問題がある場合には、椅子の変更や高さの調整によって問題が解決されることがある。管理栄養士とは食事形態のレベルを下げるのか、あるいは食事提供の環境調整をするのかを相談する。例えば1人掛けの席で食べる、食事の他に注意をひくものをそばに置かない、食事時間を早めて一人で食べてもらう等チームで考えて問題解決を図っている。(通所介護 05)

○法人の歯科衛生士は、通所事業所を兼務している(週3回2時間程度)。通所介護の利用者は、口腔が非常に汚い場合が多く、そのために食欲がなくなり、食事摂取が進まない。このような利用者に対して食前の口腔ケアを実施している。なかには舌苔のために味が分からない利用者もいる。歯科衛生士は、「口腔がきれいになって帰ってもらう」「味覚が変わるように」と舌苔の除去等の口腔ケアを行っている。歯科衛生士から利用者の口腔の問題や口腔ケアの方法を生活相談員に伝えて、生活相談員から家族や介護支援専門員に「口腔の問題がわかる写真をみせて「受診したほうがよい」と伝えてもらっている。(通所介護 06)

○歯科衛生士(週 3 回 4 時間勤務)は、加算の算定に関わらず利用者全員に口腔ケアを提供している。口腔アセスメントから、口腔のリスクのある利用者を把握し、生活相談員を通じて、これらのリスクのある利用者の家族や介護支援専門員に説明し、同意を得て口腔関連の加算を算定している。歯科衛生士は、利用者の口腔の問題を写した写真を、相談員を通じて家族や介護支援専門員に提供して、歯科受診をして入れ歯も調整してもらう等している。家族や介護支援専門員は、利用者の口腔を見ていないので、写真提供によって口腔の問題を認識しないと放置されてしまうので、すみやかに対応している。誤嚥の予防の観点からも「口の中が汚れているのは、生ごみの三角コーナーの状態が口の中にあるようなもので、1日3回ご飯を食べる口の中の汚れた状態が身体の状態に直結する」と説明している。歯科衛生士が口腔内の写真を撮るサービスは口腔機能向上加算の対象者だけでなく、利用者全員に行っている。このような口腔の写真や体重のグラフ等はリアリティーがあり、家族や介護支援専門員を引き込んでいくことができる。また、利用前の無料体験をしてもらい、利用者全員の利益になるようにサービスを提供し、利用者が自らサービスの継続を決定してもらうようにしている。大切な家族や自分の身体が大事と府に落ちれば利用者・家族から利用継続をしてもらえている。(通所介護 07)

○口腔機能向上加算について、月 2 回算定し、利用者一名に対して歯科衛生士が月 1 回(非常勤で複数名が口腔機能向上サービスの実施に携わる。)、非常勤の看護師が同様に 1 回当該加算に関する業務に携わっている。リハビリテーション専門職は当該事業所には配置されていないが、非常勤の看護師の毎日 2 人体制である。その看護師が機能訓練指導員として、運動等の全体の提供に関わっている。口腔機能向上加算は、必ずしも高く評価されている単位ではないが、継続できているのは、法人理念に拠るところが大きい。法人理事長は 100 歳であるが、総義歯を歯科医に作ってもらい、「この歯があるから僕は食べられる、食べているから元気だから、利用者にも口腔ケアを提供しなさい」と言っている。歯科衛生士は、利用者に「日頃何か変わったことないですか」というような声掛けをしてから口腔を診ている。ユニフォームに気遣い、「専門職としてここにいる」ということをアピールしている。口腔ケアのための歯ブラシ等は個別に持参してもらうが、それが「日常的なもので、家庭での準備ができているか、管理ができているか」というところも把握している。口腔ケアを在宅で継続してもらえるように、家族に利用者の 1 日の様子を伝えるとともに、できていることと、できていないことをアセスメントしながら支援を進めている。「歯科衛生士が何をしてくれるかが分からない」という他職種や家族に対して、歯科衛生士が生活の中での口腔の大切さを共に考えていく活動が必要である。口腔に関する気付きは、専門職側から促さない

と、利用者から伝えられることはない。日常の会話をする中で、「歯のことが…」という話を切り出すのは難しい。当初は、歯科衛生士が挨拶をし、初期は「何をするか」から説明をし、このサービスが受けられるかどうか、アセスメント・モニタリング、サービスの申込書の手続きまでに時間がかかっていた。しかし、介護保険制度のシステムが変わり、様式変更や把握状態が変わった時点で、管理者や、介護支援専門員が、サービスの目的を利用者・家族へ説明し、申込みをしてもらえるようになった。歯科衛生士は看護師とミールラウンドしている。気になった利用者の口腔を確認し、直接的な話し合いを随時して口腔機能向上加算に繋いでいる。しかし、口腔機能向上加算を算定外の方に関しては、口腔の問題が把握できていないこともある。また、歯磨きを介護職が介助する場合も多いが、なるべく歯科衛生士が多く関わるとよい。残存歯が多い利用者が増えて、歯周病に関する全身的な疾患等が、食べることに繋がっていることも多くなったことが今後の課題でもある。利用者は、かかりつけの歯科医院に通えなくなる実情も起きている。訪問歯科に直接繋がるケースは少ない。(通所介護 08)

通所リハ

○歯科衛生士は、非常勤2名で、常勤換算0.8で週3~4日で1日4.5時間勤務である。通所での口腔機能向上加算を申し込まれ、契約した利用者には、介護支援専門員の了解を得て、口腔清掃、口腔機能、嚥下機能の訓練、口腔機能維持のための口腔体操や唾液腺マッサージをしている。なお、現在は、基本的には全員に対して口腔・栄養スクリーニングを行うことになっている。利用者は、通所利用時の月2回、月1回程度の歯科衛生士による口腔清掃や訓練では食事はなかなか改善しないので、利用者には自宅での継続が必要である。その結果、利用者自身が飲み込みやすくなることを実感している。(通所リハ 01)

○歯科衛生士は口腔機能向上加算及び栄養アセスメント加算(主は管理栄養士)に関わっている。近年、誤嚥性肺炎が死亡理由の上位になり、口腔機能を維持するのが、高齢者の健康寿命の延長に直結する。高齢者は、3食毎に歯磨きをする習慣がなく、特に男性が歯磨きをしない。歯科衛生士が介入するまでは全然歯磨きしない利用者が多数いる。歯科衛生士は、口腔ケアの重要性や健康への影響について説明しながら取り組んでいる。誤嚥性肺炎にかかる方はほとんどいない。歯科衛生士は、毎回、口腔のアセスメントと口腔ケアの指導をしている。利用者が自分でできるようになったら見守り、質問には回答する。通所リハビリテーションにおいては、利用者自身が自立し管理することが大事なので、必ず数人ずつチェックしているが、利用者が順番に並んで自身による口腔ケアの様子を横で見ながら問題があれば

ば指導している。今まで全く歯磨きしてなかった利用者の中には、他の利用者の歯磨きを見ているうちに、<自分もやろうかな>と言われることが多く、利用者の行動は変わっていく。口腔ケアは利用者にとっても気持ちがいいので生活習慣として定着する。(通所リハ 09)

2. 4 管理栄養士

管理栄養士は、多職種による「食べる楽しみることの支援」を目指す栄養ケア・マネジメントの推進と連絡調整に関わっている。施設における栄養マネジメント強化加算によって、50床に常勤管理栄養士1名の配置が推進され、当該加算算定の要件に週に3回以上のミールランドが必要とされたことから、管理栄養士がフロアを食事時に訪問し、入所者の食べる状況を観察し、介護職や他職種との日常的なコミュニケーションが頻繁に行われるようになった。さらに、当該栄養マネジメント加算によって複数の管理栄養士が特養・老健に常勤で配置されたことから、業務時間の2割程度を活用した併設の通所事業所等の栄養アセスメント加算や栄養改善加算に関わる先駆的事例が多くみられた。

栄養ケア・マネジメントに関わる低栄養の改善や管理栄養士の配置数による効果に関する既存の研究報告からのエビデンスは資料1. 1(2)に示した。栄養ケア・マネジメントの実務については、本学会による手引が活用できる(資料2. 1)。一体的取組における管理栄養士の取組についてはインタビュー調査から表2. 4にまとめた。

表2. 4 管理栄養士の取組について

特養

○管理栄養士は、食事形態、食具、食器の適時適切な選択をしている。個別の身体・栄養状態の変化に適時対応した食事の量、内容、形態の変更をしている。ミールランド会議の運営、司会や調整を行い、食事時の姿勢や嚥下状態、褥瘡に対応した情報提供や対応をしている。

(特養 01)

○管理栄養士は、週3回のミールランド時には、介護職から「最近よくむせる」「認知症で食べなくなってきている、食行動の認識ができない」等の問い合わせに対応している。管理栄養士は、ミールラウンドをして「器と箸を持ってきてみましょう」「渡し方をちょっと工夫してみたら」「食事形態を変えましょう」等と回答している(特養 02)

○管理栄養士は、利用者ごとの栄養状態の評価、配慮すべき事項(禁食等)の他職員への伝達、食事形態の変更による摂取エネルギー量の増減の確認、利用すべき栄養補助食品の選定、給食業務の委託業者から提案される献立や食材の確認・修正等を行っている。利用者ごとの栄

養面の問題を把握し、問題解決のための栄養ケア計画作成や実務を繰り返し行い、他職種や本人・家族への助言をしている。朝、昼、晩の食事が楽しみになるように、食事が進まない場合には、パンや麺類、嗜好品などの個別で対応できるものがないか検討している。日常的に職員が共通に関われるのが食事であるので、「食事をどうしよう」という相談が職種間でよく行われている。できる限り、個別のQOLの向上に繋がるような回答ができるように、日々努力している。(特養 04)

○管理栄養士が一番大事にしているのは、「おいしいものを食べてもらいたい」ということである。終の棲家で喜んでもらえる食事の提供を大事にしている。食事が全然、食べられなく、食欲がなく、嘔吐もあるが、酒が飲みたいという場合には、病気になって以来全然飲めないのだが、お酒を出してみると飲んで喜ばれたことがある。入所者の一人ひとりに＜食物の楽しみを感じてもらいたい＞という思いである。入所者の日頃の表情をよく見て、＜甘いもの等を食べると幸せそうになる＞という主観的なモニタリングを大事にしている。(特養 05)

○栄養マネジメント強化加算によって、管理栄養士 2 人体制で、週 3 回のミールラウンドが行われ、管理栄養士と入所者との関わりが格段に増え、利用者個別の日頃の変化を捉えやすくなり、食事の介入計画を変更するタイミングが早くなった。管理栄養士 1 人の時には、利用者のミールラウンドは週 1、2 回で、介護職に問題を指摘されて 2、3 日たってからミールラウンドを行うことがあったが、管理栄養士 2 名体制になり週 3 回ミールラウンドをしているので、問題提起がスピーディーにできた。看護師や介護職に、その日の食事後に声掛けをするようになった。これによって、高齢者の食事量は増え、低栄養の中高リスク者も改善して、リハビリテーションの目標も達成できることが多くなった。(老健 09)

通所介護

○管理栄養士は、併設老健から週 1 回 1 時間程度兼任し、栄養アセスメント加算を担っている。対象者は、長期的な利用者が多い事業所であるが、相談員が新規の方に声掛けしているため、介護支援専門員からの依頼があった利用者は 6 名である。当該加算に関する手順は、利用者全員の体重を毎月 1 回、あるいは必要に応じて週 1 回計測する。管理栄養士が体重の変化をもとに栄養スクリーニングを行う。歯科衛生士は、口腔アセスメントの評価をする。歯科衛生士と管理栄養士は別々でアセスメントを行っている。アセスメントからの問題や課題について、相談員を通じ、歯科衛生士、管理栄養士が作成した書面を介護支援相談員に提示する。介護支援専門員は、家族の意向を聞き、アセスメント加算を算定したほうが良い

という場合に、計画書を作成し算定している。今のところ、口腔・栄養のリスクは無いが、家族から心配だからと依頼された利用者も含まれている。その理由として、過去の病歴で一時的に食べられないことが続いた例、通所利用時には食事は完食しているが自宅では食が進んでいない例、現在は落ち着いているが健康でいてほしい例がある。また、管理栄養士は胃瘻を有する利用者の栄養ケア計画も作成する。体重の推移や、栄養量をアップする提案を介護支援専門員や家族に伝えている。食事摂取量の問題も、家族が把握し、医療サービスへ依頼してほしいこと、訪問看護の導入等様々な計画内容になる。また、通所時の昼食の食事形態の変更は可能であるが、在宅でどうするか提案事項についても介護支援専門員に連絡している。通所事業所の利用者の状態が悪化した場合には、栄養アセスメント加算は中止し、法人内病院の管理栄養士による居宅療養管理指導に繋ぐ場合がある。居宅療養管理指導は、法人の訪問診療や法人外の別の診療所の医師から、当院院長宛てに紹介状をもらっている。現在のところは、管理栄養士は、利用者の食事時間を含めて1時間の兼務時間であるので、利用者の普段の様子について事前あるいは訪問時に状況を聞いている。そして、問題がある利用者には通所時に声掛けをしている。(通所介護 06)

○管理栄養士が通所介護に常勤配置され、口腔・栄養スクリーニング加算、栄養アセスメント加算及び栄養改善加算の算定(現在算定無)に係わっている。栄養アセスメント加算については、生活相談員が家族や介護支援専門員に体重の推移のグラフを用いて説明すると、理解が得られやすい。また、当該グラフをもとに、体重の減少に対する入院、水分が取れなかった、食欲がなかった等の原因について考えやすい。口腔・栄養スクリーニング加算に関しては、体重等の推移をグラフ化できるので、介護支援専門員に情報を伝えやすい。栄養アセスメント加算に関しては、体重の変動を気付くきっかけにはなるが、160人分の入力は大変である。利用者の食事摂取エネルギーの聞き取りが全員確実にできるかは難しい。栄養アセスメント加算に関しては、利用者・家族や介護支援専門員に具体的に説明するのが効果的であるが、栄養改善加算には、管理栄養士が利用者や家族と一層密に関わることができる。(通所介護 07)

○管理栄養士2名が常勤配置され、口腔・栄養スクリーニング加算及び栄養改善加算を算定している。生活相談員は、管理栄養士を担当者会議に同伴し、管理栄養士から利用者・家族に話をしてもらっている。管理栄養士は、在宅訪問時に、利用者が嚥下しやすい食事の調理指導等を家族に行う場合もある。また、食べられなくて困っている利用者の昼食時の観察を管理栄養士にしてもらい、どのような介護食を買ったらよいか助言してもらうこともある。(通所介護 08)

○管理栄養士が通所介護事業所での昼食を自ら作り、必ず食堂にきて、利用者個別の食事摂取状況、スプーンの大きさや姿勢までをみている。把握された問題に対しては、管理栄養士は、歯科衛生士、看護師、介護職員に情報を共有して対応をしている。管理栄養士が、利用者に「完食して、元気になってもらいたい」と対応することによって多職種連携ができていく。こうした日常的な体制があるかどうかが大変であり、自然に職種間が繋がり、利用者のための支援体制ができていく。各専門職による一つひとつのサービスによって改善が見られるのではなく、チームでの取組によって、全体として改善に繋がっている。当該事業所の特徴は、管理栄養士が美味しい食事を作っていることである。その結果として、体重が増えた、脚力が上がったという客観的なデータとなっている。要支援の利用者の運動機能向上加算においては、5m歩行速度や個別の対応訓練が向上している。一方、体重が3kg減った等の、栄養、運動、口腔と一体的取組が良い結果に繋がらない場合にも、着目する観点について振り返ることによって気付きがある。(通所介護 08)

通所リハ

○管理栄養士は、介護職員からの情報によって身体状況や健康状態を把握した上で、アセスメントからの問題を把握し、栄養改善加算を算定している。栄養改善加算については、言語聴覚士による嚥下機能の評価をしてもらっている。管理栄養士が栄養改善加算の利用者に対して、在宅訪問が必要と思うのは、在宅での食事を含めた生活状況の把握が必要な場合である。例えば、独居の場合、利用者にく在宅で食事は食べていると言われても、買い物ができるか、配食弁当を自己管理して食べているか等、管理栄養士が在宅訪問して状況を把握している。嚥下調整食が必要な利用者の家族には負担があるので、通所での食事は必要な食事摂取量を食べていても、家では食べられていないと危惧される場合には、在宅訪問によって状況を把握している。このような高齢者には市販の介護食や栄養補助食品の活用をすすめると、体重改善や食欲の回復がみられている。(通所リハ 01)

○併設施設の管理栄養士の配置数は栄養マネジメント強化加算を算定によりぎりぎりの人数を確保している。例えば、当該老健は定員100床で、実数95か96名で推移しているため管理栄養士を常勤換算1.9名配置し、残り0.1名の人員で、併設の通所の栄養アセスメント加算、栄養管理加算及び併設の認知症グループホームにも対応できると推算している。これからは、法人全体での管理栄養士をどのように通所等事業所に関わらせていけるかが課題になってくる。(通所リハ 03)

○常勤管理栄養士11名中4名が連携して3か所の通所事業所の利用者を担当している。栄

養アセスメント加算を栄養改善加算の算定者以外全員に算定し、栄養改善加算は低栄養の中高リスク者（BMI018.5 以下・体重減少のみられる、介護支援専門員や本人が栄養に対して低栄養のおそれの不安のある場合）に算定している。栄養改善加算における在宅訪問は、利用者・家族や医師、介護支援専門員等から依頼があった場合や管理栄養士が在宅訪問の必要性を感じた場合に行っている。なお、管理栄養士が、在宅訪問が必要と感じるのは、在宅での生活状況の確認が必要な場合や家族及び訪問介護職が食事準備等の方法が分からない場合等である。（通所リハ 05）

○栄養関係の加算の算定に関わらず、以前から管理栄養士が常勤で通所利用者全員に栄養のサービスを提供し、加算が算定できる場合には算定し、加算ありきではなかった。栄養改善加算による在宅訪問も以前から行っている。管理栄養士が介護職のように介助もするし、様々な職種が配属されているが、どの職種もできるところを共同でおこなっている。管理栄養士が食事についてアセスメントとする要点は、食欲があるのか、体重減少が最近あったか、口の中の状態：噛みにくさや食べにくさがあるか、咽ることがあるか等である。また、自宅での食事内容や食生活状況等である。リハビリテーション計画の個別の目標として、栄養状態の改善をあげ、例えば、利用者が疲れて日中起きて好きな庭の花の世話ができない場合には、持久力がないのはエネルギーが足りないから、「水分や食事をもう少しとると持久力がつきますよ」と説明している。食べたいものがある場合には、「喉の筋肉をもう少し鍛えようと食べやすくなりますので、頑張っていきましょう」と話しかけている。（通所リハ 05）

○管理栄養士（病院と兼任（1 日 1 時間程度））は、栄養アセスメント加算、栄養改善加算を算定している。月に 2 回のレクレーションでは、栄養の話やクイズによって利用者及び介護職等に食事に関する知識や興味を持ってもらうようにしている。通所利用者と管理栄養士が顔なじみになっていることが大事である。栄養スクリーニング加算の導入から管理栄養士が参加し、栄養アセスメント加算を中高リスクの利用者全員に算定するようになり、対象は、予防サービスを入れて 6 割程度、栄養改善加算は 4 名程度である。家族に在宅の状況を聞きたい場合には、管理栄養士が送迎車に乗って、玄関で家族と話している。栄養改善加算は低栄養のリスクが進行し、その改善が見込まれる場合に算定している。管理栄養士による栄養レクレーション時や 1 日 5 時間の兼任時には、通所事業所の職員等から利用者個々に食事量が少なくなっている、BMI が低下しているという情報が提供され、栄養的フォローもしてもらえ、通所事業所職員や利用者・家族による管理栄養士による栄養ケアの重要性に対する意識が非常に高まった。（通所リハ 06）

○管理栄養士（常勤）は、口腔・栄養スクリーニング加算、栄養アセスメント加算に関わって

いる。入れ歯の調整、体調の悪化がある利用者には、通所リハの職員と連絡して、食事形態や提供量の調整をしている。食事形態の調整は、言語聴覚士が摂食嚥下機能の評価をし、管理栄養士と情報共有をしている。変更した食事ですべてどうなのかもフィードバックしてもらい、食事提供について、常にモニタリングをして必要があれば修正を繰り返している。(通所リハ 07)

○令和 4 年 4 月から栄養アセスメント加算を算定するために、病院の管理栄養士が 1 週間に 1 回、昼食時のミールラウンドに定期的に来ている。栄養アセスメント加算は、管理栄養士がミールラウンドし、そこで対象者について気になったことを、歯科衛生士、管理者あるいは介護職に確認して、少しでも改善できるように支援している。利用者のうち食べられていない方には、食事形態の確認をし、在宅での食事について質問して、少しでも食べられるように支援している。血清アルブミン値や体重の変動も確認している。例えば、通所では嚥下調整食コード 3 の嚥下食が提供されている利用者は、在宅では嚥下調整食コード 4(資料 2. 4)あるいは軟菜食程度を食べていた。管理栄養士は、家族と電話で話し、かかりつけの耳鼻咽喉科での嚥下造影 (VF) による嚥下評価をしてもらい、通所ではコード 3 とし、また、在宅での食事についても家族に電話アドバイスをした。在宅での食事の問題については、通所での管理栄養士によるミールラウンド時に把握することができる。栄養アセスメント加算のために管理栄養士が通所事業所に来るようになったので、利用者からの、「どういふものをよく食べたらいいか」「あまり食欲がないときは何を選んだらいいか」「栄養に気を付けるには食事の内容はどうするか」等の質問に管理栄養士から直接回答して、利用者から喜んでもらっている。(通所リハ 09)

2. 5 介護職

介護職は利用者の最も身近で寄添い、「食べることの楽しみの支援」の充実のために、問題に気づき、関係する専門職に連絡し、また、問題解決のために日常的な生活支援を実際に行っている。一体的取組に関わる専門職と介護職とがしっかりと情報共有して、連携共同しないと「食べることの楽しみの支援」のための一体的取組は推進されない。先駆的事例からの介護職の実務の実際を表 2. 5 に示した。

表 2. 5 介護職の取組について

○介護職は、利用者一人ひとりの普段の食事から生活までみて全て理解している。介護職のために、言語聴覚士による摂食嚥下評価は、個室ではなくてホールで行うことで、どこが問

題だからどうすればいいのかを伝達している。このような専門的な情報や技術の介護職等への伝達が行われなければ、一体的取組を進めることはできない。(特養 05)

○介護職が個別入所者の1日の生活を時間軸にした24時間シートを作成している。当該24時間シートは、朝何時に起きて、生活習慣として何をしたいか？その時に支援が必要な事は何か？入居者の今までの生活習慣を知ることによって、在宅生活の継続性に繋がり、入居者が戸惑う事なく毎日を送る事ができるようにしている。また、24時間シートを使い、入居者の行動を把握する事で、いつ何に気を付ける必要があるかを把握でき、リスクマネジメントにもつながっている。(特養 07)

○介護職には、管理栄養士が「食事の状況はどうか？」と毎日情報交換をしている。また、看護師には服薬状況や全身状態を確認し、栄養ケアプランの変更にあたっては、介護職や看護師に予め確認して、管理栄養士から医師に報告している。(老健 08)

2. 6 看護職

看護職は、言語聴覚士や歯科衛生士の配置や関係がない場合には、口腔の衛生管理を担っている。寝たきりの高齢者の口腔ケアにも関わっている。場合によっては表2.6のように看護職が、毎日の食事摂取量、水分摂取や排泄量についてチェックし、食事の姿勢、食べ方についての問題を把握し、歯科衛生士、管理栄養士等の専門職へ繋いでいる。

一体的取組においては、全身状態や服薬に関する問題について情報提供を行うとともに、医師との情報連携を行っている。看取りでの体位交換を行い、看取りのためのチーム及び家族との調整をしている。表2.6は、先駆的事例における看護職の取組である。

表2.6 看護職の取組

○看護職は、食事摂取量、水分摂取や排泄量についてチェックし、管理栄養士と相談している。看護職は、医療的な観点に留まらずに、嚥下、摂食動作等の問題を理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士と確認し検討している。また、看護職は、利用者の服薬状態や全身状態を確認し、医薬品との関係から、傾眠が強くなり、昼間に傾眠していると食事摂取が減少する利用者に対して、覚醒レベルが上がるように医師と相談している。(老健 05)

2. 7 生活相談員・支援相談員

生活相談員・支援相談員は、施設・事業所内の連携・調整を担当し、職員間、利用者と職員間、さらに、施設入所者の入所・退所時、再入院・再入所及び通所事業所と利用者・家族及び介護支援専門員に一体的取組に関わる情報提供・説明をしてするための重要な役割を

(42)

担っている。また、在宅においても継続して本人・家族及び在宅サービスの関係者によって継続できるかは生活相談員・支援相談員の事前の説明や活動さらに関係者との信頼関係が影響している。

表 2. 7 は、先駆的事例における生活相談員・支援相談員の取組である。

表 2. 7 生活相談員の取組

○生活相談員は、入所者の法人内の病院への入院に際しては、病院のソーシャルワーカーに 2、3 日に 1 回 1 あるいは週間に 1 回は電話して入所者の状態を聞いて、介護職等他の職種に情報提供している。他職種から聞いてほしいことを依頼されるので、情報収集は度々行っている。退院時には、再度聞いている。(特養 05)。

○支援相談員は、在宅からの入所に際しては、家族及び介護支援専門員から情報収集している。介護支援専門員からは、利用者が例えば在宅サービス、通所サービス及びショートステイを利用している場合には、それぞれの支援相談員からの情報を収集している(特養 05)。

○支援相談員が家族との面談を入所 1 カ月後に行う際には、管理栄養士等が可能な限り参加する。管理栄養士等から栄養・食事に関する現状を説明し、家族の意見や希望を再度聞いて、その後、多職種に伝えている。退所決定後には、退所目標に向けて、現状どの程度かを確認し、あらかじめ作成した退所計画を可能な限り進めている。(老健 02)

○支援相談員は、予め家族に本人の状況や入所後のサービスについてよく説明し、報告し、家族に安心してもらっている。実際、経口移行につながった事例の場合には、入所時に、家族からの聞き取りや相談員からの情報も確認した上で、本人がしっかり話しができるか、今後どうしていききたいか、口から食べられるようになってほしいか、自分も食べられるようになりたいという希望があり、可能であれば経口摂取に向けて取り組んでいくことを入所時から本人・家族に話し、言語聴覚士による評価、看護師による吸引、歯科衛生士が把握した口腔の状態、管理栄養士による栄養・食事評価や栄養ケアの経過等を確認しながら、徐々に進めている。(老健 02)

○生活相談員は、利用開始前に、介護支援専門員と一緒に在宅訪問をして契約を行う。その際に、利用者の食事形態、食事内容等の情報を家族や介護支援専門員から得ている。とろみ剤もメーカーによって量が違うので利用しているとろみ剤の情報も収集する。(通所介護 05)

○生活相談員は、利用前の訪問等において、利用者の日常の食事の様子をもとに、その場で通所での食事形態を提案している(家族が「筋っばいお肉は出さないようにしている」と話していたら、「常食よりもやわらかいほうを提供します」等の提案をしている)。通所の食事形態を具体的にどうするかを概ね決めるようにしている。例えば、「常菜食の肉は酵素を使

ってやわらかくしているので、普通の私たちが食べているような肉の硬さではないので安全に食べてもらえる」「歯がないので、食事形態のレベルを1段階下げたほうがいいのかもしれない」等を家族と相談しながら生活相談員が決め、必要に応じて管理栄養士に相談して決定している。また、家族から相談があった際に、どういった提案ができるかについて管理栄養士と情報共有をしている。(通所介護 05)

○通所事業所は利用者の在宅生活を支える所である。家族の負担軽減、レスパイト的機能もあり、利用者が生き生きと過ごせるための場所である。生活相談員は、利用者は、様々なものを失くしたり、喪失感が大きいいため、ここで自信をつけてもらい、生きがいを持っていただいたり、元気に在宅生活を送れることを目指している。意欲の低下した利用者が多いので、通所サービスの利用によって意欲の向上に変化がみられるようになり、明らかに表情が異なってくる。家族も「ここに来ているとやっぱり楽しそう」と話してくれる。体力面は、自宅では、寝たままのことが多い利用者が、通所サービスでは、トイレ、入浴等に歩いてもらうことになるので、下肢筋力の低下予防にもなり、筋力向上に繋がっている。(通所介護 06)

○生活相談員は、「このサービスをすることは、良いことだ」「誤嚥性肺炎が低下するから」「こういうふうに使われるようになるから」ということを、ケアプランを立てる前に、利用者、家族に説明している。そこが、この事業で大きく変わった点であり、最初のサービス導入を受け入れてもらえるように説明するところが重要である。(通所介護 08)

2. 8 介護支援専門員

施設の介護支援専門員は、利用者の介護全般に関する相談援助や関係機関との連絡調整を行い、援助の流れは本人・家族はどのような介護サービスの希望をするかの面接（インタビュー）、どのような介護サービスが必要かの査定（アセスメント）、介護保険が利用できるようにサービス計画、個別支援計画の作成（プランニング）である。そしてサービスの利用開始後も提供されている介護サービスが適切か否かを定期的に評価（モニタリング）して要介護者と介護者の状況に合わせて再びアセスメント、プランニングをおこなっている。

以下の先駆的实施施設における介護支援専門員の言葉は、その役割をよく示している。「介護支援専門員は、基本的には在宅復帰を目標として専門職の情報を集約する役割を担い、多職種連携を念頭に置いて調整支援をしている。定期カンファレンスを体系化し、情報の集約・発信を中心に担ってきたので在宅復帰率も高く推移している。多職種連携の体系化が現状に結び付いてきている。(老健 06)

一体的取組のために施設の介護支援専門員がどのように機能しているかは、3.の認知症、

看取り、経口維持、4. の在宅生活のための支援を参照してほしい。通所サービスにおいては、地域の介護支援専門員が、通所事業所における口腔・栄養サービスの介護報酬制度についての理解や必要性の認識に乏しいことが本調査研究事業の実態調査からもインタビュー調査からも指摘されている。通所事業所の管理者や生活相談員、支援相談員及びリハビリテーション専門職等が地域の介護支援専門員との信頼関係に至るまで、説明とフィードバックを継続的に丁寧に行うことや、介護支援専門員に 8 の一体的取組に関する多職種研修への参加してもらうことが必要とされる。

2. 9 医師・歯科医師

医師・歯科医師は一体的取組における支援・助言者として機能している。言語聴覚士が配置及び関連していない場合には、嚥下障害を専門とする歯科医師が摂食嚥下機能の評価を担っている。また、高齢者ケアや在宅ケアにおける口腔や栄養のケアを担える歯科衛生士や管理栄養士が歯科医師のもとで育成されてきたという先進的も取組もみられた。

特養においては看取りまでの支援の充実が求められるなかで、医師の訪問回数が少ないために、最終的な死亡確認ができないために看取りが困難となり、入院せざるえないことも指摘されていた。

表 2. 9 医師・歯科医師の取組

歯科医師

○協力歯科医師は、ミールラウンド後に、食事介助や食事提供について介護職に、食事内容や食事形態について管理栄養士へアドバイスをしている。たとえば、個別高齢者の口腔機能を残存するための体操、ベッドの角度及び姿勢、メンタルに関するアドバイスをしている。歯科医師は、経口維持のために自作のペットボトルにストローを入れて“ふうっ”と吹く練習方法を壁に掲示している。このような口腔ケアによって高齢者の食べる量が増え、おいしそうに食べられるようになる。口腔衛生管理加算として、口腔内の状態を確認して、歯科医師の指導のもと利用者一人ひとりに合った口腔清掃を介護職と一緒にやっている。認知症で入れ歯を外さない入所者については、介護支援専門員に状況を伝えて協力歯科医師と連携して介入することもある。口腔ケアの実施経過記録を作成し、問題点については、カンファレンスで他職種と共有し検討して計画書に反映させている。当該施設では入所者 20～30 人については、最後まで口から楽しみとして食べて頂くため、経口維持加算Ⅱを協力歯科医師に依頼している。(特養 03)

○訪問歯科医師は、嚥下評価をしている。管理栄養士は訪問歯科医師に嚥下評価依頼し、摂食嚥下に対する調整食レベルの食事を提供している。歯科医師による嚥下機能の評価時は、介護支援専門員、機能訓練指導員、介護職、管理栄養士と一緒に確認している。(特養 07)

○口腔衛生に関しては、保存不可能な(感染源になりそうな)歯を入所時に抜歯している。月一回口腔チェックし、口臭がするようなことはない。口腔を綺麗にするのは食べること的前提であり、口が汚いと食べることには結び付かない。看取りになっても、口腔衛生は大事である。口腔衛生によって誤嚥性肺炎による入院が減っている。(特養 09)

○協力歯科医師は歯科衛生士と一緒に、入居時全員に歯科医師によるスクリーニングテストを受けてもらっている。義歯の作成、口腔ケアの必要性の問題点が把握されると、家族に許可を得て歯科診療に繋げている。口腔衛生管理加算の算定上は、3カ月に1回、歯科医師のスクリーニングを行い、歯科衛生士が計画を立案して歯科医師に許可を得ている。また歯科医師からの助言は、定期カンファレンスで情報提供し問題を解決している。(老健 06)

医 師

○管理医師(呼吸器内科、血液内科)は、当該通所に関わって5年であるが、「食べることを支援」するための管理栄養士と言語聴覚士を中心とした連携が既にできている中に入った。医師は通常の場合には専門職に任せており、また、食事形態の指示等をしている。リハビリテーション会議やサービス担当者会議等は規定回数どおりに行っているが、形式張った会議ではなく、様々な職種、例えば看護師と言語聴覚士、看護師と管理栄養士、管理栄養士と言語聴覚士、そしてこれらの職種と医師が立ち話みたい、コミュニケーションが取れているところがよいところだ。なお、血清アルブミン値は4カ月に1回採血して把握し、血清アルブミン値が3.5g/dl以下になると、会議まで待たずに、その場で随時、管理栄養士と検討している。正式会議によらないインフォーマルなコミュニケーションが絶えず行われているところがよいところである。これは、施設の入所者が80名程度で、チームの核となる管理栄養士、言語聴覚士、介護職のリーダーがいるので成り立っている。医師の考え方やあり方もチームづくりには影響する(老健 05)

3. 認知症、看取り、経口維持・経口移行のための実務と連携

介護サービスにおいて、認知症、看取り、経口維持・経口移行のための実務と連携は、それぞれの特性のある状況に対応して、一体化した取組の強化が一層求められるところである。そこで、先駆的事例から具体的な実務のあり方は以下のものであった(一部、2の項の再掲)。

3. 1 認知症

認知症においては食事時に特有の兆候・症状がみられる（資料2. 1）。これらの兆候・症状に対して、一体的取組を担う様々な職種による声掛けを頻繁に行うことによって食事の完食をめざす等「口から食べることを」支援している。個別に食事時にみられる認知症による兆候・症状である食行動の失効、徘徊、傾眠等に対して多職種によって相談し合って対応し、可能なかぎり本人の嗜好を重視した取組が行われている（表3.1）。

認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方（理念）や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省、資料3. 1）をもとに、認知症の人が自らの意思に基づいての「口から食べる楽しみ」を支援したいものである。

表3. 1 認知症に対する取組

特養

○認知症の入所者が食べていることを忘れて、廊下を徘徊している場合がある。家族の名前を出して「〇〇さんがご飯作ってきてくれたから食べませんか」と声掛けして席に戻ってもらう。このような繰り返しの声掛けによって食事の完食を目指していく。また、例えば午前中の水分補給時には、「茶室のほうでおいしいお茶を飲みませんか」と声掛けする。また、他の人が水分補給しているところに声掛けして連れていくこともある。このように認知症の入所者には声掛けによって、食べることを支援をしている。対応が難しいのは食べたことをすぐに忘れて、食べてすぐに空腹を訴える場合である。（特養01）

○歯科衛生士は、認知症の入所者に対しては、口腔内をみるだけではなく、食事介助を毎日しているが、強く拒否されることは経験していない。これは、口腔ケアの開始前の声掛けや口腔の触り方も関係しているからである。事前に必ず声掛けして名前を呼ぶ、同じ目線でボディータッチ等で「食べることを」への認識が変わるようである。いずれにしても、嫌がることを無理強いしない。（特養05）

○認知症には、個別性があり、機能訓練を拒否したり、消極的な性格や特性を有する場合がある一方で、機能訓練に積極的であったり、徘徊等して動き続けてしまう場合もある。機能訓練が拒否される場合には、声掛けを行い、食事やトイレ動作等の日常生活動作の中で、身体機能の維持ができるように介護職員と相談しながら機能訓練を行っている。機能訓練に積極的な場合には、本人・家族から話を聞き、その意向に添えるように機能訓練を行っている。また、機能訓練のなかで、積極的に会話をし、会話が困難な場合にも発声を促せるよ

うに声掛けを行い、嚥下機能を少しでも維持できるように取り組んでいる。(特養 06)

○脳疾患等の後遺症により食器の位置や食べ物を認識できない場合や認知症等によって自分の意思を伝えることや言葉で伝えられない場合には、問題点が把握しにくい。このような場合は、実際に本人がどのように食べているのかを見て、少しでも本人の意向を汲み取れるように、多職種で意見交換をして検討している。(特養 06)

○認知症に関しては、食の好みが偏っている場合には、個人で食べ物等を購入してもらい給食にプラスして提供している。個別の嗜好に合うものを、日々の様子を見ながら提供している。また、家族に好きな食べ物を差し入れてもらう場合もある。バナナ、ヤクルト、ヨーグルト等が多く用いられている(特養 06)

○認知症の場合には、食事は義歯を入れたほうが食べられる場合と、義歯が邪魔して食べられない場合が顕著であるので、介護職から歯科衛生士に相談があったときには、様子を見に行き。本人や介護職等から聞き取りをしている。(特養 07)

○認知症の場合の機能訓練は、個別に対応が異なる。例えば、徘徊してフロアを歩く場合には、休憩場所を設けて、自分で座れるような環境をつくる。食事時の注意が散漫になり、飲み込むことはできるがスプーンを認識できないため、食事動作に失行症状が出て食べられない場合等がある。このように、食べる動作に失行を呈している場合には、例えばパンをちぎって手渡しする、食具を使わないでおにぎりにして手に持たせて食べてもらう等の工夫をする。食器も日頃使い慣れているものを持参してもらい、今まで使っていたもの、馴染みのある食器を継続して使ってもらい、自分で食べられる環境を作っている。食事時の対応は主に介護職が担い、場合によっては介護支援専門員や管理栄養士、機能訓練士も一緒に携わっている。職員が食事の介助をしながら、食事がとれない原因を考えて、問題によって管理栄養士、機能訓練士、言語聴覚士及び歯科医師等の各専門職の視点でみて、食べることの問題に対応したアプローチの方法を相談している。(特養 07)

○嚥下体操は介護職が担っている。認知症の場合には、この嚥下体操の指示が、認識困難なので、どうしたら分かってもらえるかが課題である。マスクをしているので、口を大きく開けてとか、横に開いてとかいうことは伝えにくい。頷いても理解しているかは難しい。リハビリテーションでは、首から肩にかけての硬くなっている緊張をほぐすことで、食事が取りやすい状態になるので、ベッドサイドや食事前のリハビリテーションとして行っている。緊張感を取らないと、嚥下機能に問題が出て、食べる意欲にも関わる。実際は、首から肩が硬くなっていると、嚥下しにくいので、首の前や後ろにかけてリラックスさせて食事がしやすくなるようにアプローチしている。このような手技については、法人内グループのリハビリ

テーション専門職全員が、介護研修として学んでいる。(特養 08)

老健

○認知症と口腔との関係は重要である。認知症になってから義歯を入れても食べられないが、使っていた義歯だと食べられる場合もある。このような義歯への対応や口腔の問題には、歯科衛生士が関わり、嚥下障害には言語聴覚士に対応してもらえると、栄養状態が改善・維持され、運動もできて、より元気になってもらえる。(老健 04)

3. 2 看取り

看取りに対する一体的取組は、人生の最期まで少しでも口から好きなものを食べて、人生の食べる楽しみを支援し、家族が<よかった>と感じられるように、そして、関連職種のそれぞれが満足感をもてるように取組まれている(表 3.2)。このためには、施設や在宅での看取りの体制ができていくのが前提であり、駆け付けてくれる協力医師、24 時間の看護体制あるいは吸引ができる介護職等の医療との連携体制が基本的に必要とされる。その体制のなかで、一体的取組の専門職は看取りチームと一体化あるいはよく連携して、それぞれの専門性を発揮して、頻回な観察を通じて状況の変化を共有し、相談を繰り返して迅速な対応が行われている。先進的取組事例においては、家族とともに専門職等が学ぶアドバンス・ケア・プランニング(ACP、人生会議)(資料 1. 3 (1))がとり入れられている。

表 3. 2 看取りに対する取組

特養

○歯科衛生士は、看取り期の口腔の乾燥に対する保湿中心の口腔ケアをしている(具体的には、保湿剤を口腔内全体に塗布して口腔内の状態を良くする等している。管理栄養士は、その入所者が昔から好きだった食べ物等を聞き、その人が食べられるよう個別提供している。好きな食べ物は、介護職の協力を得て購入し、厨房で個別調理し、少しでも口から食べられるよう支援している(特養 01)。

○特養では、高齢者年齢者の身体状態を良くするというより、高齢者が負担を感じずに穏やかに看取り期を過ごすことを介護職と一緒に支える専門職が求められている。(特養 02)

○特養においては、看取り期の利用者・家族が満足に思えるように職員全員が寄り添っている。たとえば 1,000kcal の摂取が必要であっても強要しない。入所者が楽しく笑顔で、特養で過ごしてほしいので、職員は利用者に優しく寄り添えることが基本である。看取りにおいては、最後に何が食べたいかを聞いている。酒が飲みたいというので、食事もできない状況で

も、ノンアルコールの日本酒をゲル化剤で固めて少量を綺麗な器に入れて提供したところ、
<おいしい>と言われた。看取りではない場合にも、<回復させたい時には何が食べたいか>
>と聞いている。これは、看護師や介護職が聞いて、管理栄養士ができるだけ形にして提供
している。111歳の入所者の誕生日を祝いには、通常は濃厚流動食をゼラチンで固めたプリ
ンを1日3つ提供していたが、その誕生日には、柔らかいゼリー状のショートケーキに見立
てたものを作り、介護主任がお誕生日プレートにメッセージを書いてお祝いして家族に喜
ばれた。(特養03)

○言語聴覚士は、看取りの介護をしているケアワーカーから<誤嚥のリスクはあるが、でき
れば好きな食物を食べさせたい。けれど、利用者に苦しい思いをさせたくはないので、食べ
ても大丈夫か評価をしてほしい>と相談される。歯科衛生士は、看取り期になると、口腔内
乾燥や口唇のただれ等による出血により口腔ケアが困難となる方が増えるので、<どのよ
うな口腔ケア用具を用いて、どのくらいまで行えばよいのか>と相談される。管理栄養士に
は、<どの位の量を食べられるか><家族から『これを食べさせてほしい』と差し入れが
届いたが、どのように加工したら食べられるようになるか><少ない量で効率的にカロリー
を摂る方法はないか>等の相談が持ちかけられる。その都度、ケアワーカーや看護師と相談
してチームで意志決定をしている。認知症高齢者で嚥下障害がある場合には、最期は胃瘻に
するかどうするかがよく問われる。本施設の嘱託医は、日本老年医学会「高齢者ケアの意思
決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～」を踏ま
え、要介護高齢者の積極的な胃瘻を勧めていない。胃瘻を造設しても、結局は、胃管の退縮
等に伴った逆流による誤嚥性肺炎の繰り返しによって体調不良を起こすことが多い。最近
は家族が胃瘻を望まない場合も増え、可能な範囲で食事を口から食べてほしいと言われる
ことが多い。言語聴覚士は、<こういうものなら食べられるが施設で用意できるか>等を管
理栄養士に相談している。看取り期の人に対しては、ケアワーカーが中心になりながらも、
ケアの相談支援体制の下に歯科衛生士が口腔ケアを積極的に行って口の環境を整え、管理
栄養士が食べられるものを準備し、言語聴覚士が嚥下機能をみながら食事介助を行って
いる。(特養04)

○ターミナル期には、栄養状態も悪くなり、褥瘡や誤嚥性肺炎のリスクが高くなり、体位変
換やポジショニングは欠かせなくなる。看取りには、看護職、機能訓練指導員、歯科衛生士、
管理栄養士、介護職が支援している。食事介助のスピードには気を付けている。看取り時の
24時間の状態変化を全員が共有するのは難しいことだが、ちょっとしたエラーが誤嚥性肺
炎に繋がる。例えば、ポジショニング等が全職種共通にできないと不顕性誤嚥に陥る。(特

養 05)

○看取りに関しては、栄養が少しずつ入らなくなると低栄養状態になるため、皮膚トラブルが生じやすくなる。これには、エアマットやクッション等を使用しポジショニングを行い、対応している。最期まで食事を一口でも喜んで食べていただけるような支援や声掛けしている。(特養 06)

○看取りに対しては、食事は最期まで止めないことを基本にしている。食べられない場合も最期まで経口維持のための食事を提供し、介護職が一口でも食べてほしいと食事の介助をしている。栄養ケア・マネジメントとして記録し、関係する専門職や介護職等全職員が一口でも食べることを支援しようという思いでターミナルケアをしている。高齢者は殆ど言葉を発することができない場合もあるが、時々目を開けたり、何か動作があることもあるので、観察を通じて感じ取れるものがある。看取りでの口腔ケアは大事である。関わる全職種が＜最期まで諦めない＜と徹底したケア＞をしているので、入所者は本当に幸せではないかと実感している。専門職として食べることの支援に最期まで専門性を出し合っていくことには、専門職として深淵なるヒューマンサービスの誇りが感じられるものである。リハビリテーションをしながら入所者と話すなかで、あれが食べたい、これがおいしかったとかいう話をよくする。最期まで、その方の食べる楽しみを支えられたことが一体的取組のチームの喜びにもなる。(特養 07)

○生活相談員は、看取りについては、家族の方に状況を常に報告して、多床室の4人部屋から1人部屋に移動して、最期の看取りをしている。家族に来てもらい、会ってもらっている。よく晩酌されていた利用者に対しては、最期はビールにとろみ付けて、家族がいる中で少しでも飲んでもらう等、最期まで家族と一緒に看取ることによって、家族にも喜んでもらっている。「やわらぎ膳」が嚥下困難になられた方の最期の特別食＜祝い膳＞として提供されている。これは、イベント食としている。誕生日に提供するタイミングを案内し、家族が食事介助を少しする場合もある。(特養 06)

○管理栄養士によるエンド・オブ・ライフ期のミールラウンドでは、訪室し脈を取り、呼吸の仕方、必ず鼻の下に手を当てて呼吸の仕方もみる。声掛けして挨拶し、「おはようございます」。記録を確認する。もう一度、大きな声で声掛けし、今日の天候のこと等話しかけると、目や口も開いてくれる。「喉渇きませんか」「きょうは少しみそ汁召し上がれましたね」と声かけすることがコミュニケーションになっている。ボディータッチと声かけが大事である。低栄養状態になっているので、「ちょっと失礼します」と声掛けする。管理栄養士は身体状況を見るために、布団をちょっと上げて、浮腫の状態、水分の状況(ツルゴール方法)、

下肢の低体温の状態、苦しかったり、痛みがあるか等を確認し、布団の上から足をなでたり、手をしっかり握ると呼吸が安定していると手を握り返してくれる。「今日も1日よろしくお願ひします」と声かけして、朝の訪室は終わりであるが、また2時間後には訪室し1日8回程度は訪室を繰り返し様子の観察を行う。これが、1カ月程度続く場合もある。看取りにあたっては、ケアしやすい浴衣にし、最後に入浴をしてもらう。水分補給は、脱水症状にならないように行い、嚥下状態に合わせてとろみ剤の濃度を変えて、嚥下の安全なレベルの方とはとろみ剤の濃度1%程度、標準的には3%程度、<ごっくん>できない場合は5%にしている。相談員が家族を案内し、医師も来室しているなかで、家族が10%糖水を最期の一口として提供する。(特養06)

○看取りにあたって、歯科衛生士は、口の中が乾いて<ねばねば>していたり、痰がらみがある場合には、特に乾燥すると上あごや口蓋に汚れが貯まり剥がれなくなるため、ジェルをつけて定期的に汚れを取っている。(特養07)

○管理栄養士は、口から食べられる最期に好きなもので終わらせてあげたいという思いから、入所時本人が喋ることができれば、事前に本人から好きなものを聞いている。家族、歯科医師、歯科衛生士、介護支援専門員、ケアスタッフ、看護職と相談しながら、本人がそのときに食べられる食事形態等にして提供している。お酒が飲みたい希望があれば、スポンジに湿らせて口に含んでももらうこともある。(特養07)

○介護支援専門員は、アドバンス・ケア・プランニング(ACP、人生会議)(資料1.3(1))を用いて、家族に、本人の元気な頃から人生の最終段階について考えてもらうようにしている。だんだん食べられなくなって、飲めなくなってという時期が近づいたときに、その都度、多職種と一緒に家族が話をして、今その時期で何ができるのかを考えながら一緒に進めている。(特養07)

○ACPには、機能訓練指導員、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、看護師に家族が参加している。ACPの立ち上げ・報告等は主に介護支援専門員が行うが、上記多職種にてカンファレンスを行い姿勢等は機能訓練指導員、食事は管理栄養士、口腔に関することは歯科衛生士、体調面等に関しては看護師等、話し合いの中での課題や内容により該当の専門職が。徐々に食べられなくなってきた段階から、家族に細かく説明をしているので、段階的に食べられなくなったから本人が好きだった食べ物を聞いて、家族に差し入れてもらい、もし食べられない場合には、次の段階はどうしていくかを考える。看取りにおいては、1口をおいしいと思って食べていくのかを、家族に選択をしてもらっている。普段は口が開かなかった方が、好きだった食べ物を家族が持ってきたときだけ口を開き、寿司や鰻だけはしっかり食べられ

ることがある。どうしても家族が高齢で持参できないとか、遠方であることもあり、その場合には、行きつけだった寿司屋や鰻屋の出前を取ったこともある。家族も一緒にやりきったと思えるような看取りをしたい。(特養 07)

○看取り時の機能訓練は、ベッド上で過ごす時間が長いので、褥瘡、拘縮及び誤嚥に対するアプローチとして、主にポジショニングについて携わることになる。ベッド上で安楽に過ごして頂きながらも呼吸がしやすくなるように、介護職と相談しベッドの角度や体位交換の仕方について掲示する。なお、経管栄養の利用者の体位交換には、看護師が介入している。自力で体動できない場合には、エアマットを導入したり、状態によって車椅子に2人介助で乗車できる状態であれば、リクライニング車椅子でフロアに出たり、部屋に閉じこもることよりも外の刺激を楽しんでももらいたい、人がいることを感じてもらいたい。(特養 07)

○介護支援専門員は、看取りにおいて、一番大事にしていることは、本人の意向と家族の意向を組み込んだケアプランの作成である。多職種と話し合いながら、それをいかに現実にしていくかを日々みんなで考えながら取り組んでいる。(特養 07)

○看取りにおいては、食べさせようと無理をしないこと、無理に食べさせたら咽や窒息の危険がある。高齢者が目を開けてない意識障害の状態では、食べられるだけにして無理をしないことである。看取りになっても、口腔衛生は大事である。口腔衛生によって誤嚥性肺炎の減少や、口臭の減少に繋がる。(特養 08)

○看取りに対しては、無理をしないことを大事にしている。本人の負担にならないように、食事についても好きなものの情報をできるだけ捉えて、好きなものを口に入れてもらえるように心掛けている。(特養 08)

3. 3 経口維持・経口移行

平成 27 年度に、「食べることの楽しみの充実」というスローガンのもとに、ミールラウンド及びカンファレンスが導入されたことがその後の一体的取組が推進される契機となった。ミールラウンドでは、各専門職の専門性を生かした観察の観点と問題の把握と、対応ケア内容については、学会のこれまでの手引きに解説されている(資料 2. 1)。当該手引きに解説されている観察項目は、現在の厚生労働省の公表しているミールラウンドの観察項目となっている。表 3. 3 には先駆的取組における経口維持、経口移行の取組をまとめた。

表 3. 3 経口維持、経口移行の取組

○歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士の 3 職種で相談して、ケアワーカーや看護師からの

<最近すごくむせるので再評価をしてほしい><食事イベント(餅つき大会、クリスマス会、焼きいも会等)時にこの利用者は食べられるか><本人が食べたいと言われているがどうしようか><誕生日にこういうものを食べたいと言われているが食べられるか>という質問に対応できるのは利点である(特養 04)。

○管理栄養士は、クリスマス会で寿司を提供する際、普通の寿司が食べられない利用者に対して、軟らかいしゃり玉とネギトロ等の軟らかいネタで作った寿司を用意した。家族に、本人が昔からチョコレート味の食品が好きだという情報をもらった場合には、言語聴覚士と相談して、チョコレート味の食品のうち、どの形状のものなら食べられるかを検討して、様々な商品サンプルから選択し、食べてもらった。コップ等の食器一つにしても、その利用者に適したものを選択する必要がある。3職種が組むことで食事に関して個別性の高い対応ができています。(特養 04)

○このような取組を3職種と関連職種が行うことによって、胃瘻の状態が入所されたが、朝昼晩の三食とも口から食べられるようになった症例を何人か経験している。入所時には、元気がなかったが、ご飯が全部食べられるようになって、本人や家族にもとても喜んでもらえることも多い。胃瘻から経口摂取の移行に3年かかった場合もあり、いかに粘り強くチームで継続した対応ができるかということが重要になってくる。(特養 04)

○経口維持加算によって、リハビリテーション、機能訓練、口腔。栄養と一体的に介入したときに、食べることは大事だが、誤嚥、窒息のリスクは高く、死に直結する行為になるので二の足踏むところがある。リスク管理の問題があるので、経口維持加算Ⅱの算定数を伸ばせないでいる。3食に介護職員が関わるので、介護職による吸引が進んでいかないと、何かあった時に、夜間帯には看護師がいないので、吸引できる介護職が必要なことから吸引研修を推進している。(特養 05)

○管理栄養士も他職種もケア現場を回っているので、立ち話での情報連携は絶えず行っている。管理栄養士のミールランドは栄養マネジメント強化加算によって週3回となり、リハビリテーション専門職と話しあうことが多くなり大きな強みとなっている(特養 05)。

○嚥下の専門の歯科医師が非常勤で、嚥下機能や食事時の姿勢の評価、指導、機能訓練を行い、必要に応じて内視鏡検査を行っている。相談員が調整して家族も見て今後の対応を相談している。このように嚥下専門の歯科医師の協力を得ることによって、誤嚥のリスクへの対応ができるようになった。経口維持の取組のための連絡調整等は日常的な立ち話の中でしている。認知症や看取りにおいても内視鏡検査が必要な時期がある。内視鏡検査から経口移行のためには胃瘻にした方がよいと評価されて、昼と夕食が経口になる場合もあった。胃瘻

は、入所時にすでに入っている場合でも、言葉が喋れて、本人・家族からも食べたいと訴えがあるような場合には、嚥下専門の歯科医師を相談しながら経口移行加算の対象として対応した結果、経口維持加算の対象となっていくこともあった。このような場合、ミールラウンド時の多職種の専門的視点を通じて日常の変化を適時把握して、食事の内容や形態、姿勢等に丁寧に対応していくことが必要である。(特養 06)

○協力歯科医師は、経口維持加算の月に 1 回のミールラウンドで、入所者の嚥下状態の判断について管理栄養士では不安なところを、歯科医師に診てもらい判断してもらっている。言語聴覚士がいると、管理栄養士と一緒に摂食嚥下の問題に対応していくことができる。歯科衛生士も同様であるが、安全性の確保と食べることの支援の中で判断していくことは一職種では不安になる。歯科医師と一緒に判断してもらえることで助かっている。(特養 09)

老健

○経口維持加算Ⅱは、非常勤の歯科衛生士・歯科医師が担い、看護師が歯科の専門職との情報伝達調整をしている。歯科医師は、介護職に口腔内の状況を説明、指導し、介護職が、口腔に関する支援をしている。管理栄養士が行うミールラウンドは毎日実施し、日常の〈軒下会議〉は日々行われている。歯科衛生士を含めた多職種で行うミールラウンドは各ユニット月 1 回行い、専門職が同じ目的で摂食嚥下機能や食事時の姿勢、覚醒状況等、お一人お一人の課題に対しどのような支援が必要か、話し合いが行われている。同じ方向に向かって実践しているので、一体化した取組ということがいえる。(老健 01)

○経口維持加算Ⅱのミールラウンドは、協力歯科医院の歯科衛生士が施設にくる日にあわせてしているので、多職種によるミールラウンドには必ず歯科衛生士が参加している。この場合、事前に関連情報は歯科衛生士に提供している。入所者への実際の口腔ケアや口腔マッサージは、歯科医師や歯科衛生士から介護職への指導や口腔マッサージの入所者への直接的な実施によって舌の動きをよくし、汚れ、舌苔の入所者の口腔の清潔指導をしている。(老健 01)

○歯科衛生士は、非常勤 3 人が交代で対応し、入所者の口腔衛生加算の算定に係り、肺炎予防や口腔機能の維持向上を目指した口腔ケアを行っている。始めに相談員のカルテ等から事前の情報を得て、初回入所者のアセスメントを行い、その後、言語聴覚士や管理栄養士のアセスメント等の情報を参考に、プランを作成する。多職種との情報連携、調整は、週 1 回、NST カンファレンス、ミールラウンドによって行い、その場で、各専門職に相談している。一方、口腔衛生管理加算は歯科医師の指示が必要であり、週 3 回、協力歯科医院の医師に訪

問してもらい、歯科衛生士が歯科医師に個々の入所者の口腔の状態を報告している。月1回、歯科医師から指示・助言をもらい、非常勤の歯科衛生士3名でこれを共有している。歯衛生士は、月2回以上入所者の口腔ケア及び口腔機能維持のためのリハビリテーション等を行い、月1回介護職員に対して、個別の利用者の口腔ケアの指導をしている。歯科衛生士は、常時1日に1人が在所しているので、介護職からの相談に対応している。また、各歯科衛生士は、入所者全員をアセスメントし、日報からの経過記録を見て歯科衛生士間の情報連携をとっている。(老健02)

4. 在宅生活のための支援（在宅訪問を含めて）

施設や通所事業所での一体的取組は、在宅生活との継続性を重視し、在宅での問題把握や本人・家族の無理のない生活の一部となるためには、どのように支援していくか重要な課題となっている。

4. 1 入所・利用前の在宅生活に関する情報収集

施設入所者における在宅からの入所時や退所支援及び通所サービス利用者における在宅生活支援等における取組について表4.1に示した(表4.1には、先の表2.7以外をまとめたので、2.7も参照のこと)。施設入所及び利用開始の前の在宅生活に関する情報の収集は、介護支援専門員や生活相談員・支援相談員に任されている。特に食事形態については、入所・利用時直後の食事提供が安全に行われるためにも重要な情報である。

なお、在宅の食生活に関する問題把握には、厚生労働省の介護予防 栄養改善マニュアルの食事に関するチェック表等が活用できる等、介護予防マニュアルは口腔機能向上マニュアル等も含めて有用である(資料4.1)。

表4.1 入所・利用前の在宅生活に関する情報収集の取組

○在宅からの入所前に、施設の介護支援専門員や生活相談員が自宅を訪問して情報収集を行ったり、あるいは在宅生活時の情報が介護支援専門員を通じて提供されたりする。法人内であれば、電話やビデオ通話を使用して、専門職間での情報提供が行われている。介護支援専門員や生活相談員の在宅訪問前には、専門支援チームにも声がかかけられ、可能な限り訪問に同行している。(特養04)

○入所前の在宅からの食事に関する情報には、普通食と記載されていても入所アセスメントでは異なる場合が多い。摂食嚥下評価に関して、在宅からの入所者については、入所時に

言語聴覚士によりアセスメントでしっかり評価し、すぐに食事形態の変更をしている。(老健 05)

○入所時の在宅に関する情報は、かかりつけ医の情報提供書と介護支援専門員からのシートにより提供される。リハビリテーションも、在宅からの入所者は、外来リハビリテーションをしている場合も少なくないので、通所事業所から情報提供を依頼すると、リハビリテーション専門職によるリハビリテーション計画書が添付されて提供される。これは法人内外の事業所において同様である。管理栄養士には、介護支援専門員からの情報が提供される。入所者が利用している通所事業所における食事形態、喫食量、嚥下に関してむせがある等の情報が提供されるが、食事に関心がない介護支援専門員の場合には、食事動作が自立している、スプーンで食べられるという程度の内容であり、喫食量は書かれていない。(老健 07)

4. 2 在宅復帰支援

老健においては、在宅復帰をめざしてリハビリテーション計画が作成・実施される。一体的取組も、低栄養状態を改善し在宅復帰後の在宅生活においても、本人・家族による口腔ケア及び食べる楽しみが継続するように、在宅訪問や入所中の相談や指導が行われる。退所日が決まれば、食事形態のレベルがアップを目指した一体的取組が進められている(表4. 2)

表4. 2 在宅復帰支援の取組

老健

○一体的取組によって、在宅復帰が強化されている。例えば、経管栄養利用で全介助の入所者はなかなか在宅に帰せなかったが、看護師が家族に経管栄養の手技を指導して在宅に帰れるようになった。看護師は、このような高齢者の家族には、施設で利用している食品の栄養剤から医薬品の栄養剤を変えて、家族の経済的負担を軽減できるようにと、管理栄養士に依頼することがある。また、看護師がリハビリテーション専門職に、家族に高齢者の移動や介助方法を教え在宅に帰ることができるようになる。(老健 01)

○在宅退所後に、介護支援専門員から施設の関連職種がコンサルテーションを依頼されることがあり、このような場合には、在宅訪問に繋げている。また、最近では、退所後の状況を家族に質問することを積極的にすすめており、家族に何かあったら相談できる環境づくりをしている。(老健 01)

○管理栄養士は、入所時に本人・家族から入所前の状態を聞き、在宅での食事内容(形態等)に対応した食事の提供を調整する。その後どうなってほしいか等の家族の希望も把握した

上で、退所に向けて取り組んでいくことを本人・家族に説明する。(老健 01)

○管理栄養士は、理学療法士に同行して入所中に在宅訪問をする場合には、例えば、在宅で、食事形態やとろみ剤等、どのような食事を準備して食べていたのか、あるいは、退所後に家族等が食事の準備をして食べられるのかを確認している。家族の入所者の退所後の栄養状態や食事に関する不安に対応するために、管理栄養士は、言語聴覚士から情報を得て家族に直接相談・説明し、また、相談員を通じて説明・相談する場合もある。管理栄養士が在宅での担当者会議に出席して説明し、在宅の介護支援専門員に繋いでいく場合もある。さらに、退所後には、在宅で高齢者がどのような食事を摂られているのか支援相談員を通じて確認している。(老健 01)

○リハビリテーション専門職は、退所前訪問から検討したくこういった形で退所できる>ということチームに明確に示している。在宅復帰に関しては、トイレに行けるか、1人で過ごせるかが問題になる。退所に関しては、リハビリテーション専門職は相談課、介護職及び看護職のチームで対応している。口で食べられるかが、在宅復帰の核心的な問題になったことは現在のところないものの、課題として把握が不十分なのかもしれない。退所前訪問リハビリテーション時の管理栄養士の同行が、今後の課題である。歯科治療や口腔ケアが退所後に継続できるかが重要なポイントであり、訪問診療の歯科医師に繋ぐ場合もある。摂食嚥下障害がある場合には、退所後の在宅での食事形態への対応がポイントとなる。施設での日頃の食事形態やとろみ剤の利用に関しては、支援相談員から家族に<お知らせ>が出されている。嚥下障害に対するリハビリテーション計画書も家族に提供される。実際に在宅復帰するにあたって、とろみ剤の利用やお粥等の食事準備等については、管理栄養士が家族と相談をして、必要に応じてソフト食の宅配弁当の利用等について説明している。また、施設での食事を実際に家族に見てもらっている。個別の在宅での生活環境や本人家族の意向を取り入れて、利用者に応じた家族用リーフレットを作成して家族支援をしている。(老健 03)

○リハビリテーション専門職が入所前訪問、退所後訪問を行い、在宅改修も行うので支援相談員と一緒に在宅訪問している。本人や家族に食事準備能力がなく、嚥下障害に対応した食事形態の必要がある場合には、言語聴覚士や管理栄養士が退所前や入所中のカンファレンスで家族に話をし、配食サービスの弁当やレトルト食品、既存の嚥下食等の利用を提案している。ドラッグストアで購入できる介護食の中から実際に選んでもらう。家族には、施設での食事の様子を見てもらい、とろみの付け方を言語聴覚士と管理栄養士と一緒に伝えている。コロナ禍では、家族がマスク、ガウン、フェイスシールドを着用して施設に入り、iPadで見てもらった。言語聴覚士や管理栄養士は、退所後の家族からの電話での質問や、ショー

ステイ時での相談に対応している。(老健 07)

○事前に管理栄養士に調整食やとろみ剤の説明をしてもらった上で、作業療法士と高齢者が食事準備できる場合には一緒に実演したり、在宅訪問時に家族と一緒に練習したりする。摂食嚥下障害がある場合には、言語聴覚士が退所前に自宅での担当者会議に参加し、情報提供することがある。(老健 07)

○在宅復帰に際して食事摂取に問題を抱えており、管理栄養士による栄養相談をして退所するケースがある。管理栄養士は、支援相談員やリハビリテーション専門職からの情報を踏まえた上で、栄養相談の計画作成をして実施しているが、退所後のフォローができていない。再入院による極痩せや、入所中に栄養相談を継続したものの、退所時までには栄養改善できない場合もあるので、在宅復帰後も継続的に関わりを持てることが理想である。(老健 07)

○在宅訪問について、リハビリテーション専門職は、入所前後訪問と退所前訪問をしている。家屋調査は、基本的に理学療法士か作業療法士が行う。身体面が変わってしまっているのか、車いすで過ごすのか、介護者がいるのか等の情報を収集する。入所前後訪問は1週間以内に必ず行き、初回のカンファレンス時に情報をチームに伝えている。言語聴覚士及び管理栄養士は、どちらも人数が多くないので、同行は基本的にはしておらず、必要に応じて実施している。食事準備の情報、主介護者のマンパワー、判断能力等に関しては、相談員、介護支援専門員が情報量を最も多く収集しているため、相談に乗ってもらうこともある。自宅に帰るに当たっての食事指導は、最近は行っていない。コロナ禍前は、調理実習を行っていたが、今はコロナの感染対策の関係もあり難しい。介護支援専門員から何か相談があった際は、リーフレットの提供や、自立度が高い場合には簡単なレシピを紹介している。この3年間は、家族との面会が中止となり、直接話をするのが殆どできていない。必要であれば食事介助も含めたリーフレットを配布している。(老健 10)

○退所後訪問は、退所1カ月以内に在宅系を担当するリハビリテーション専門職と介護支援専門員及び他の職種が行い、プランに間違いがなかったか、新たな課題がないのかを確認している。この退所後訪問に管理栄養士が同行することがある(非加算)。咽喉マイクによる嚥下音のオシロスコープを家族に見せて説明している。管理栄養士が在宅訪問すると、食事準備あるいは水分補給の環境(動線)の問題を把握して、リハビリテーション専門職と一緒に食事準備や食環境を整えている。自宅で2食しか食べない人が、しっかり食べていると思いついでいることがある。日常の摂取栄養量や食べることの課題は、訪問してはじめて把握できることが多い。(老健 01)

○リハビリテーション専門職(理学療法士)と介護支援専門員が在宅訪問している。管理栄

養士は、まず食事準備担当者は誰かを確認する。その担当者が施設で食べている食事形態の準備がきるかどうかで退所計画の内容を調整し、入院中から在宅復帰に向けて準備していく。家族による食事準備が難しい場合は、例えば入所中にお粥は2度炊きに変えて練習する等、退所時までには食事形態をアップするための取組をしている。入所中の食事形態を維持したい場合には、家族等介護者に対して、市販品を活用できる摂食嚥下食の紹介や、とろみ剤の使用方法について情報提供している。また、嚥下調整食を学会分類コードで記載してもわからないので、具体的に記載している。歯科に関しては、施設で歯科医師を受診していた場合には、訪問歯科診療に切り替えている。(老健 05)

4. 3 通所サービスにおける在宅生活への継続

通所サービスの利用者は、通所時の食事は通常1食であり、在宅での食事を含めた生活の割合が大きい。通所サービスで行われている日常の身体活動や生活行為、口腔ケアや食事を在宅生活において継続できているか、障害となるような問題はどのようなものか、さらに、どのようにしたら継続できるかが大きな課題となる。そのため、一体的取組においては、利用者への聞き取りや、家族や介護支援専門員からの在宅の生活状況についての情報収集及び専門職による在宅訪問が行われる。在宅での食生活(食事準備や食事摂取状況等)を含めた生活状況を把握し、利用者・家族の不安を解消し、在宅でも「口から食べること」が継続できるように表4. 3の先駆的事例にみるような支援が求められる。

表4. 3 通所サービスにおける在宅生活への継続の取組(在宅訪問を含めて)

通所介護

○歯科衛生士は家族及び介護支援専門員に対して、口腔ケアの重要性について、利用者の口腔ケア実施前後の口腔内の写真を比較して、口腔・汚染の仕組み、歯周病、病気との関連等について説明し続けて、理解が得られるようになってきた。その結果、義歯や口腔の状態が改善すると、食欲が出て食べられなかった状態が改善され、体力が向上・維持できることを、利用者・家族自身が実感するようになった。利用者には、在宅での口腔ケアができていない場合が多いので、在宅で自分できるように通所時に説明し実演している。一度、通所時の口腔ケアによって汚れが付きにくい状態にまで改善することができると、在宅で口腔ケアが継続できなくても、次の通所時まで口腔の状態が悪化しない。(通所介護 01)

○生活相談員は、日常の食事について、普通のご飯で、おかずは歯茎でつぶせる程度等、食事形態に関する情報を介護支援専門員や家族から収集し、管理栄養士に情報をつなぎ、通所

利用時には在宅と同じ安全な食事形態で提供していることを説明している。また、家族から食事に関する相談があった際に、こういった提案ができるかについて管理栄養士と情報共有をしている。(通所介護 04)

○リハビリテーション専門職員が常勤で在籍し、専任の歯科衛生士がいて、口腔はどうしますかと本人・家族に利用前に質問するようにし、専門職がそろって一体的に取り組んでいることをアピールしている。状況が悪化した場合には、看護師だけでなく、主治医に指示を仰いでもらうことが多い。状況によっては、介護支援専門員を通じて主治医の指示や、家族から主治医の指示をもらう場合もある。相談員が直接主治医とやりとりすることは難しいので、現在の状況を、家族や介護支援専門員と相談している。(通所介護 04)

○在宅で看取られる場合、在宅訪問ドクターとの連携が必要である。当該通所介護からの訪問リハビリテーションは行われていないが、法人の他施設からの訪問リハビリテーションが入っている場合には、その施設と連携しながら、在宅の課題や生活リハビリテーションの視点を共有する。(通所介護 04)

○外部の訪問リハビリテーションが入っている場合には、介護支援専門員を通じて目標の修正や在宅での課題を共有している。近隣の利用者には、通所リハの職員が訪問し、在宅の生活状況を確認し、訪問リハビリテーションの専門職と連携を取ることもある。この場合の情報連携は、電話や照会、紙面上でも行う。施設内に居宅介護支援専門員もいるので、実際に在宅で家族が困っている部分に関して、通所時に対応することもできる。しかし、自宅内だと車椅子が入るスペースが限られ、トイレに入るまでに段差を超えなければいけない等制限が生じるため、実際に訪問して解決することが多い。(通所介護 04)

○関連施設外の訪問リハビリテーションとは、通所時や在宅での移動手段を変更する際に確認をし、コロナ前には、訪問リハビリテーションの専門職が実際に来所されて通所介護の様子をみて、お互いの評価や方向性の確認を行ったケースもあった。照会は紙面上でのやりとりにはなるが、課題の抽出や訓練内容、事業所によってはリハビリテーション計画書等を FAX で送ってくれるところもある。(通所介護 05)

○生活相談員は、サービスの進捗について管理をし、介護職も含め、チームの調整をしている。生活相談員が、利用者や家族の希望や要望を聞いて、関連の各専門職に伝えている。自宅で本人・家族が行ってほしいケアは、例えば、口腔を歯科衛生士に見てもらい、その問題や口腔ケアの方法に関する情報を歯科衛生士から生活相談員が得て、家族や介護支援専門員に「歯科衛生士に見てもらったら、こういうことなので、受診したほうがいいですよ」というように伝えている。(通所介護 06)

○管理栄養士による栄養ケア計画のなかには、胃瘻のケースがある。体重の推移や、栄養量をアップする提案を介護支援専門員や家族に伝える。食事摂取量の問題等も、家族が行うこと、医療サービスでお願いしてほしいこと、訪問看護の導入等、色々な計画内容に繋がっている。通所での昼食の食事形態の変更は可能であるが、在宅での提案事項を介護支援専門員に連絡している。(通所介護 06)

○口腔の問題は、受診したほうが早く治るので、利用者に受診を促す。通所からは、直接医師には連絡ができない。歯科衛生士から利用者の連絡手帳に問題を書いてもらうこともあるが、手帳を見ない家族の場合は、相談員が家族に電話をしている。(通所介護 06)

○初回利用時に、介護支援専門員から利用者の基本情報等を入手して、新たな問題が生じた場合には相談している。利用者の殆どは、介護保険を利用し始めると、医師会が発行する「療養手帳」を持っている。これは、薬や利用者の様子、食事量、体重、血圧等がこの1冊に書けるようになっている。相談員、看護師、管理栄養士等にも書いてもらうこともある。管理栄養士は、普段の食事のことを聞き、通所の食事は食べられるが、家では食べられていない場合は、「療養手帳」を使って利用者・家族に栄養の提案をしている。利用者に在宅での普段の食生活を尋ねると、料理名や、このような感じの料理が多いと回答がある。(通所介護 07)

○理学療法士が在宅訪問しアセスメントし、例えば薬局まで自力で歩いて薬を取りに行くことが目標であれば、それに向けた具体的な介護ケアプランを作っている。法人では、管理栄養士の居宅管理栄養指導も実施し、A市の在宅栄養管理研究会の管理栄養士とも連携しているので、必要に応じて通所サービスから居宅療養管理指導に切り替えられる。歯科衛生士の訪問は行っていないので、歯科衛生士は口腔の問題を写真で家族や介護支援専門員に提供して、家族に依頼して歯科受診をしてもらう等、口腔の問題解決を図っている。(通所介護 07)

○当該事業所においては、利用前の無料体験も可能である。また、通所介護のYouTube動画をQRコードで「センターだより」として見てもらっている。通所介護での口腔ケアのブラッシングの映像等をYouTubeで流すと、楽しみながら口腔清掃を学んでもらって広がっていく。栄養に関しても、『まごわやさしいこ』と発信して豆、ゴマ、ワカメ・・・の献立等が広まっている。通所介護での栄養は、在宅での状況を把握しないと難しい。認知症がない利用者には聞き取りをし、その日の一日の食事を簡単な記載用紙を渡して記載してもらっている。認知症がある利用者について、家族に聞き取りを行い、通所事業所の食事の写真を見せて「これよりも少なく食べているの？」等と話を聞いている。体重の変動が激しい場合は、生活相談員に家族につないでもらっている。在宅で体重が激減し脱水症状がある場合に

は、管理栄養士等が在宅訪問し、冷蔵庫や台所を見てみると生活状態から食事や飲水の問題を推察することができる。(通所介護 07))

○歯科衛生士は、利用者に歯ブラシ等を持参してもらい「日常的なもので、家庭での準備ができていないか、管理ができていないか」を把握している。口腔ケアも、在宅で継続してもらうために、家族に利用者の1日の様子を伝えるために、できていないことをアセスメントしながら支援を進めている。(通所介護 08)

○生活相談員や介護支援専門員は、利用者の在宅におけるサービスの担当者会議に栄養や食事に問題がある場合には、管理栄養士を同伴している。管理栄養士は、食べられなくて困っている利用者の昼食時の観察をして、どのような介護食の購入をしたらよいかの説明や嚥下しやすい食事の調理指導等をして家族の不安や心配を解決している。(通所介護 08)

○管理栄養士による栄養改善加算における在宅訪問は、在宅で食事を含めて生活状況の把握が必要な場合に行われ、独居、買い物困難、配食弁当の自己管理等に問題があると考えられる場合等に行っている。嚥下調整食が必要な利用者については、通所での食事が全量摂取できていても、家では食べられていないと危惧される場合には、在宅訪問をして食事が食べられていない状況やその原因を把握することができる。このような利用者・家族には、市販の介護食や栄養補助食品の活用をすすめると、体重改善や食欲の回復がみられる。(2. 4から再掲、通所リハ 01)

○言語聴覚士は、食事が食べにくくなった、むせが多くなった、在宅での食事形態が合っているか等の相談依頼が本人・家族及び介護支援専門員からあると、介護職から情報を得て、加算算定とは関係なく摂食嚥下機能の評価をして、管理栄養士等と共同して今後の在宅での食事形態等についてアドバイスしている。(通所リハ 02)

○栄養改善加算の算定のために、家族に食事調査を3カ月に1回依頼する。家族から最近飲み込みが悪くなった、食事に時間がかかった等のコメントをくれる場合もある。栄養アセスメント加算の算定にあたっては、家族から在宅でどのように食べているかを簡単に聞くようにしている。この場合、幕の内弁当様の写真を原寸大で渡して主食・副食について1食で何を何割程度食べているかを書いてもらい、1日の摂取量を推定している。利用者・家族への栄養に関するフィードバックは、わかりやすい形で渡し、計画書にも反映する。(通所リハ 02)。

○作業療法士は、新規の利用者を送迎し、在宅訪問して家屋調査している。家屋調査は、動き、転倒、段差の観点でみている。家族が食事準備をしている場合には、台所をみないが、一人暮らしの高齢者については見ている。(通所リハ 03)

○言語聴覚士は、在宅での食事形態が気になるが、訪問にいけないので、介護支援専門員や家族に状況を聞くことがあるものの、法人内の介護支援専門員とは話しやすいが、外部の介護支援専門員と直接話すことは殆どない。外部の介護支援専門員に対しては、居宅支援相談課を通して、毎月のモニタリング結果をフィードバックし、リハビリテーション会議の議事録の「このようなことができるようになった」「このように気を付けてください」という報告は、必ず月1回全利用者について行い、介護支援専門員には、3カ月に1回、場合によって1カ月に1回送付される。リハビリテーション会議の議事録は家族にも提供されている。栄養アセスメント加算のフードバックも一緒に情報提供を行っている。アセスメント・モニタリングは3カ月毎に、口腔機能向上加算も3カ月毎に情報提供のために一緒に送る。(通所リハ03)

○栄養改善加算は在宅訪問が必須となっているが、実際に訪問できるマンパワーがない。そのため栄養改善加算が必要な利用者にも栄養アセスメント加算で対応している。施設内で行われる会議等でも加算が取れるようになったら良いと思っている。コロナ禍前には、担当者会議やリハビリテーション会議が利用者の在宅で行われていたので、介護支援専門員や訪問看護・介護も参加することがあったが、現在は、主要メンバーだけで施設内で行うため、利用者の送迎時に玄関先で家族の様子や食事の様子を家族に聞く程度になった。(通所リハ03)

○介護支援専門員との情報連絡は緊密に行っており、管理栄養士からも在宅の介護支援専門員に書面や電話で連絡し、利用者の栄養状態の経過について報告している。利用者の自宅でリハビリテーション会議にリハビリテーションの専門医とともに通所のリハビリテーション専門職や管理栄養士が参加し、介護支援専門員や在宅の各サービスの提供者も参加した会議が行われている。(通所リハ05)

○本人・家族に全関連職種と共有している連絡ノートを通じて聞くこともある。連絡ノートには、通所事業所で実施した内容も記載している。在宅の訪問サービスの担当者が記載することもある。本人は話ができなくても、いつ排便があったか、いつむせ込みがあったか、通所で測定している体重の推移を、連絡ノートによって共有している。家族の記載から、朝食の様子がわかる場合も多い。連絡ノートを通じて家族との連絡を継続していくと、家族も在宅での食事についてどう書いたらよいか理解するようになる。在宅での食事の写真を貼ってくれる場合もある。在宅での生活というプライベートな部分もあるので、管理栄養士は、どういうことが知りたいのかを説明してから聞くようにしている。例えば、「通所では、このような状況でしたが、この部分について在宅ではどうでしょう」という聞き方をしている。

家族が悩まれて管理栄養士に相談されることも多い。「こちらでは食べる量が減ってきていますが、自宅ではどんなものを好んで食べられていますか」というと、「自宅でもなかなか食べてくれないのでこれを試したが」と話してくれて、「じゃあ、こういうものを通所では試してみたら食べて頂いたので、どうですか」という形で、栄養補助食品の紹介をしたりできる。こういうものをプラスしたらどうか、こういうものを簡単に作ってみてはどうかと本人、家族の状況を見てアドバイスしている。(通所リハ 05)

○管理栄養士は、利用者・家族からの依頼によって在宅訪問をするが、急な体重減少があつて、同居家族が元気な場合には話しができるが、家族も高齢であると、家族を含めて食事の面で不安がある場合に訪問することが多い。急に訪問すると拒否されるので、介護支援専門員の月 1 回の訪問時に同行するのが訪問しやすい。(通所リハ 06)

○在宅訪問すると、利用者の通所と在宅での様子は大きく違う。実際のところは多くは望めないが、最低限ここまではやってもらいたいことが、どうやったら支援できるかを考える。家族にお願いすると、それで“いっぱい、いっぱい”になる家族も多い。訪問介護による対応が必要な場合もあり、通所への利用者の送り出しの時に訪問介護の担当者をお願いして、朝ご飯に何を食べたかとか、食べているか等をチェックしてもらい、「きょうは何食べたの」と一言聞いてもらう場合もある。(通所リハ 06)

○通所リハビリテーションは、在宅の生活の中心に入っていく必要があるので、通所全体での取組を今後していきたい。リハビリテーション専門職は在宅訪問して家屋調査に行くことが義務づけられているが、それ以降の訪問については、制度上は特に取り決めがない。身体機能が変われば生活状況も変わっているので、半年に 1 回、遅くても 1 年に 1 回は訪問する流れをつくりたい。今は送迎にリハビリテーション専門職も加わり、生活状況や在宅環境との関わりをみている。同一法人に訪問リハビリテーション(医療保険)はなく、訪問看護ステーションがあるので、訪問看護から通所に移行する利用者もいるし、通所から訪問看護に移行する場合もあるので、そういう場合には情報連携しているが、在宅状況を把握するために訪問看護を 1 回入れることも難しいので、通所の職員が送迎の時に在宅状況をみたり、介護支援専門員から情報を得たりする。通所事業所では、管理栄養士については栄養アセスメント加算から栄養改善加算への流れができたが、口腔機能向上加算の歯科衛生士や言語聴覚士に関しては配置義務がなく、また口腔機能のアセスメントに対する加算がないので、口腔機能や摂食嚥下機能の低下について、職員が気づきにくい状況がある。利用者の問題については、介護支援専門員や家族を通して知ることが多い。本人・家族も口腔機能の低下について余り重視していないようである。(通所リハ 06)

・管理栄養士は、利用者や家族に、実際に在宅ではどんな食事かを書いてきてもらい、それを基に食事のエネルギー摂取量、不足している栄養素等を確認し、個々に合ったアドバイス等を紙面で作成して渡している。必要エネルギー量は、身長、体重から算出し、摂取量と大きく差があるかも含めて不足している量も提示し、食事の取り方について、例えば、<タンパク質が不足していれば、肉も少し取りましょう><おやつにプリン等の牛乳とか卵とかを使用したものをどうですか>等とアドバイスしている。食べられていない利用者には、アルブミン値や体重の変動も確認し、在宅での食事について質問して、少しでも食べられるように支援している。例えば、コード3の嚥下食の利用者に在宅で食べているものを質問するとコード4あるいは軟菜食程度のものを食べている。専門職種から見ると、それは誤嚥のリスクがあるので、家族と電話で話し、かかりつけの耳鼻咽喉科での嚥下造影（VF）による嚥下評価を確認し、通所ではコード3とし、また、在宅での食事についても家族に電話でアドバイスをしている。在宅での食事の問題を、通所での管理栄養士によるミールラウンドから推察することができる。栄養アセスメント加算が入って管理栄養士が、利用者からの、どういふものをよく食べたらいいか、あまり食欲がないときは何を選んだらいいか、食事の内容でどのように栄養に気を付けたらいいか等の質問を管理栄養士に繋げて、直接やりとりしてもらい、利用者から喜んでもらっている。（通所リハ07）

○在宅高齢者の通常の食事は個別性が高いので、管理栄養士には聞き取り能力がかなり必要である。利用者・家族は、管理栄養士には見栄をはってすごくよい食事のことしか話さない場合もある。介護職に確認すると全く違って、食事を抜いている場合もある。リハビリテーション専門職が送迎時に家族に様子を聞いて、介護支援専門員とうまく情報連携しているように、管理栄養士も家族及び介護支援専門員等の外部の関係者と連携していくことになる。（通所リハ09）

○通所利用者の在宅での日常的な食生活をどのように聞いて、日々の支援に繋がられるかが一番大きなところであり、これからの課題でもある（通所リハ09）

5. 通所サービスにおける「一体的取組」の推進のために

本研究事業における実態調査から、通所介護では、機能訓練指導員は看護師、准看護師が、通所リハでは理学療法士や作業療法士が多く、栄養関連加算はほぼ算定されておらず、管理栄養士の関わりもほぼないことが挙げられた。また、通所サービスにおいて、「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔」の3職種連携によって、リハビリテーション・機能訓練計画上の目標を設定するための課題として「歯科口腔専門職および栄養専門職の配置や外

部連携」が共通して挙げられた。さらに、通所介護では、「リハビリテーション専門職の配置や外部連携」も課題として挙げられた。一方、通所リハでは、栄養専門職の配置（常勤換算 0.1 以上）や管理栄養士による低栄養リスク把握等への連携協働が 3 割程度みられることから、3 職種連携への進展が期待された。居宅介護支援専門員との連携では、通所介護 33.0%、通所リハ 64.7%と差があった。インタビュー調査からは、一体的取組に係る理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士及び管理栄養士の配置や連携体制、口腔・栄養サービスの加算算定の体制づくりをして、利用者の家族や介護支援専門員に説明しても、サービスの上限額を主な理由として算定に結びつかないという問題が、繰り返して提示された。

そこで、通所サービスにおける一体的取組の推進のためには、次のことが必要とされる。当該先進的事例集を用いた研修等においては、ディスカッションのテーマとして、実際に問題解決のための活動計画等を作成して頂きたい。

- ① 関連団体、医療・介護保険施設・事業所、各関連職種等（関係者という）は、地域住民に対して、「高齢者の口から食べる楽しみをいつまでも！！」のもとに、通所サービス事業所等の一体的取組の専門職チームの必要性とその利得について、啓発し続けること。
- ② 関係者は、介護支援専門員に対して、一体化した専門職チームによるサービスが、高齢者の意欲、身体状況・栄養状態及び生活機能の改善・維持、さらには幸せな看取りを迎えるにあたり重要であることを啓発し続けること。
- ③ 医療・介護等の法人は、一体的取組の専門職チームを育成し、人材資源が不足する地域の施設・事業所及び地域の単独事業所等への巡回や電子システムを用いた遠隔サービスの提供の実現化を図ること。
- ④ 一体化に取り組む全国の専門職チームが事例検討等の多職種連携研修によって自己研鑽を継続して行えるような WEB 研修システム等が提供されること

6. 医療・介護連携

地域における医療・介護連携が言われて久しい。当該研究事業におけるインタビュー調査からも、以下のような医療・介護連携の状況や課題が把握されている。

- ① 経営主体が医療法人の通所事業所においては、法人において病院に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士及び管理栄養士を常勤で雇用し、併設及び近隣通所サービス事業所を兼任として 1 日に 1 回 5 時間程度、常勤人数でいえば、0.1～0.2 程度の

業務時間で、口腔ケアや栄養アセスメントや栄養改善加算等の栄養サービスを提供している事例が多くみられた。これらの専門職の常勤専門職の巡回によって医療・介護サービス間の情報連携が円滑となり、専門職間の顔の見える関係性がつくられているばかりでなく、法人内の育成システムとしても、医療、施設、在宅サービスの実務及びスーパーバイザーとも言える指導者の人材育成に活用されていた。

- ② 病院からの施設入所者については、生活相談員・支援相談員による入所前の病院からの情報収集や、本人・家族への施設・事業所サービスに関する説明が行われていた。生活相談員は病院のソーシャルワーカーや看護師に連絡して、専門職チームが必要とする情報を収集していた。また、一体的取組を本人・家族に説明して、サービスが入所時から提供できるように対応していた。さらに、管理栄養士の再入所情報連携加算のように介護施設の管理栄養士等の専門職が病院の同じ専門職との情報連携を直接的に行って、入所・利用後の食事形態等を含めてのケア計画試案を作成するといった同じ専門職種間の情報連携も病院・施設間で進められていた。しかし、このような入所前からの病院・施設間の情報連携や入院中の本人・家族への丁寧な説明は、入所・利用後のサービスの継続性に対する生活相談員の手腕の見せどころを言ってもよいほどである（2. 7 参照のこと）
- ③ 施設や通所事業所に言語聴覚士や歯科衛生士の配置や関係がない場合には、食事形態の決定に際して、病院のレントゲン造影検査や言語聴覚士による嚥下評価を依頼し、協力歯科医院の歯科医師及び歯科衛生士による口腔内も問題の評価を依頼している先行的事例がみられた。
- ④ 老健からの在宅復帰者や通所サービスの利用者の状況が悪化して、在宅訪問栄養ケア・マネジメントの必要性がある場合には、同一法人の病院及び診療所からの管理栄養士による居宅療養管理指導に切り変えるシステムのある法人が複数あった。しかし、利用者のかかりつけ医からスムーズに指示が得られる連携体制が充分でないために、施設退所や通所利用の高齢者の居宅療養管理指導へ移行は今後の課題である。
- ⑤ 特養施設での看取りには、死亡診断を行う協力医師との連携の強化、看護師の 24 時間体制あるいは吸引のできる介護職の必要性等があり、看取りのための一体的取組が推進されている先駆的特養（3. 2 参照のこと）においては、このような医療連携ができていたが、全国的には今後の課題である。
- ⑥ 先駆的事例における法人下にある施設・通所事業所においては上記のような医療・介護連携が機能しているが、今後は、これらの法人下の病院・施設から地域や近隣の単独事業所に対しても専門職チームや各専門職による一体的サービスを提供できる体制づくりをしていくことが今後の課題である。

7. 情報システムの活用

一体化の体制や取組には、経営組織やその職員において、その目的や方針を共有し、職種

間の日常的なコミュニケーションのもとに、さらに、情報システムを導入することが一体化を推し進めるひとつのツールとなる。情報システムを活用することによって、各専門職間の情報の共有化やリハビリテーション計画等に計画の作成が一体化され、情報の提供や共有化が効率的に行われることになる。

先駆的事例では、介護保険請求システムを基盤とした情報システムを活用し、パーソナルコンピューターや iPad に代表される携帯端末が活用され、各フロアー（部門）からの情報を音声入力ソフトや、次世代型インカム等の利用し、絶えず把握、共有化し、随時入力可能な状況になっていた（表7）。さらに、ベッドセンサーとの「IoT 連携」や送迎システム等の連携を行う等が行われている。（1章参照のこと）

また、施設内コミュニケーションに有効なツールを活用し、タブレットやスマートフォンを用いて、入所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を整えている事例も見受けられる。

一方、コロナ禍の感染予防対策として、オンライン会議システムが内部・外部を含めたカンファレンスや在宅の本人・家族からの情報収集や状態把握、相談対応に活用されて、接触機会を減らす、あるいは密を避け、新型コロナの感染リスクを減らすことが可能となった。

同一法人内の病院から施設及び事業所に入院高齢者が移行し、病院で検査を受けた場合等には、病院から施設・事業所にリアルタイム以外にもオンデマンドで配信され説明が行われている。

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きている。

施設からの退所支援や通所事業所においては、在宅での食事の内容や量を把握することが重要なことから、今後は、携帯端末を用い、配膳時と下膳時の写真から摂取栄養量が推算されるアプリの活用が期待されている。

一方、施設での給食管理への適切な栄養管理ソフトウェア、献立作成ソフトウェアの専用ソフトウェアが導入されていることは、管理栄養士が栄養ケア・マネジメントのもとに一体的取組がなされる。しかし、依然として表計算ソフト、手計算などの利用がみられる。また、使用されるソフトウェアは、各地のシステム開発業者製品もあり、共通の仕様となっていない。さらに、給食の委託の状況によって、栄養・献立に関する情報システムが、施設側、委託側の管理下にあるなど、複雑な状況にある。先駆的施設では、ベンダー間の情報（マスターなど）を統一し、委託先との業務の効率化を図り、一体化を推進している。

表7. 情報システムの活用について

(69)

○従来は、日々の記録は部署ごとに書面に記載して保管する方法をとっていた。そのため、日々の介護記録を確認する際にはケアワーカーのいるケア現場へ、往診の情報を確認する際には看護師がいる医務室へ、食事の情報を確認する際には専門支援チームのいる事務所へ行かなければならず、情報共有が難しかった。現在がアプリを用いており、全部署に入力・閲覧用のパーソナルコンピューターやアプリの入ったタブレットを常備している。利用者の個別ページをみれば、職員の誰もが利用者の状況、変化、誰がどう対応したのかがわかるようになっている。ミールラウンド等の記録や協力歯科医師による診療情報、管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士による評価記録も個別ページに集約されている。(特養 04)

○同一法人からの入所の場合には、法人内の病院と施設は Teams や iPhone によって繋がっているので、病院の言語聴覚士が入院中の食事形態、食事介助等の食事時の撮影動画を Teams を用いて当該施設に送り、それを各担当者に配画している。法人の病院で嚥下造影検査 (VF) を行った場合には、その映像とともに嚥下リスク状況や<食べないで>というコメントも配信される。入院中のリハビリテーションの動画も同様に配信されるので、歩行状態や機能訓練の状況や方法を細かく確認することができる。官民連携と言われている再入院時情報連携加算にも当該情報システムが活用できる、このように3つの法人が全て iPhone でつながっているので、Google 会議、退院時前の看護師への直接の情報確認、食事形態、歩行状態等について、グループ Zoom でつなげて確認することができる。通所サービス事業所が法人の専門職からアドバイスを受けることもできる。法人の病院からの当該情報システムは、地域の法人外の事業所でも対応できるものである。(特養 05)

○職員の全てが、コンピューターを用いて、栄養ケア計画、介護のケアプラン、看護計画、及びリハビリテーション計画をみられるので、情報の共有化は直ちにできる体制になっている。職員はノートパソコンや iPad を持って移動しながら入力ができる。法人の老健を主体に通所リハビリテーション、訪問看護、小規模多機能、通所介護、障害に関する事業所等があり、個々の利用者の ID は 1 本で統一され、利用者の入所から退所まで、法人内の併設施設が異なる通所介護に利用者が移動しても、関連する職員は各計画書に触ることはできないが見られるようになっている。法人の病院の電子カルテ自体はオンプレミス版なので、入院中のデータは病院から他に流れることがなく、サマリーによる情報のやりとりを行っている。コロナ禍に対応して、入所者の退所時にはテレビ電話や WEB (Zoom) を家族への説明等に活用している。食事の場면을オンラインで家族にみてもらうことは未だないが、リハビリテーション動画を家族に提供することは始めている。(老健 04)

○電子データには、ワイズマンを使い LIFE のデータ入力をしているので、全ての職種が情報共有できている。また、LINE WORKS を活用し、各部署に iPad が置かれ、携帯の LINE と同様に入所者 A のグループ、B のグループというように関連職種が随時連絡を取り合っている。「何とか食べられました」「これからちょっと一緒に行けます」と LINE の様に共

有情報が直ちにできている。管理職や個人の携帯も LINE WORKS アプリで活用できるので業務効率が大変よくなった。(老健 07)

○サービス担当者会議をオンラインでやるケースがある。(通所介護 01)

○通所介護の YouTube 動画を QR コードで「センターだより」として利用者・家族に見てもらっている。インカムを職員全員が用いているので、利用者のその日の状態の変化に応じた行動が瞬時に行える。また、職員間では IT を活用してチャットツールやコミュニケーションアプリを使って連絡し合い、ケアカルテのソフトを使って電子化している。例えば通所介護での口腔ケアのブラッシングの映像などを本人・家族に YouTube で流して、楽しみながら口腔清掃を学んでもらっている。栄養に関しても、『まごわやさしいこ』と発信して豆、ゴマ、ワカメ・・・の献立等が広まっていくので楽しい。(通所 07)

○地域リハビリテーション活動の一環として、地域の高齢住民の体力測定を行ってきた。このような地域活動の事業には、今は区役所、医師会もタイアップして、様々な取組みを年に 10 回程度行っている。コロナ禍もオンラインで継続し、打合せ会議にもオンラインを活用している。(通所リハ 08)

○電子化されたリハビリテーション計画書に栄養ケア計画を一緒に記載し、これによって全職種が情報を共有化している。リハビリテーション会議は基本的に直接参加するが、WEB (Zoom) で参加する場合もある。利用者家族が、WEB で参加することもある。(通所リハ 05)

8. 「一体的取組」の推進のための研修のあり方

一体的取組は、従来の個別の専門職別の教育・研修のあり方を、多職種連携の教育・研修へと大きく変えるものである。本先駆的事例集は、一体的取組のための多職種連携研修に活用するために、作成されたものである。日本健康・栄養システム学会においても一体的取組に対応するための多職種研修の開催を予定している。先駆的事例を参照しながら、多職種連携の教育・研修あるいは法人、施設あるいは事業所内の職員研修 OJT のあり方について、多職種で意見交換をして、実際の研修プログラムの作成及び実施を目指していきたい。先駆的取組事例からは、表 8 のように OJT が行われていた。

表 8 8. 「一体的取組」の推進のための研修のあり方について

○報酬制度に関する研修ではなく、ケアの質の向上を目指して多職種が話し合うためには、考え方やチームとして目指す目標を共有するための、多職種参加の研修が必要である。現在、例えば看取りに対しての介護についての研修は行われているが、栄養・口腔に関しての研修はなく、専門職が悩んでいる状況にある。専門職は、利用者の口腔の機能低下を認識して、個別の栄養状態を的確に確認し、残存機能の低下防止のためのケア計画の作成・実施へと繋

げなければならない。一体化のために多職種が連携するために必要な研修内容は、看取り及び認知症、口腔、栄養に関する研修、他施設・事業所での体制や取組の事例等である。(特養 02)

○言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士は、いずれも食べることを支援する専門職であるが、その養成課程においてお互いの専門的な分野に関する知識や実務について殆ど学んでいない。これはケアワーカーや看護師、事務職員等も同様である。そのため、入所時の新人研修では、職種を問わず新人職員全員が、嚥下や食事介助方法については言語聴覚士から、口腔ケアについては歯科衛生士から、栄養や食事形態については管理栄養士から、食事時の姿勢調節については作業療法士から、レクチャーを一日受ける。また、実務に入って最初の2週間程度は、全職種が口腔ケアや食事介助を重点的に行うスケジュールが組まれている。本施設は医療依存度が高い利用者が多いことから、看護師だけでなくケアワーカーや管理栄養士等、全職種に医療知識が必要とされている。(特養 04)

○介護支援専門員には、栄養、口腔というイメージがないので、介護支援専門員への教育が必要である。口腔、栄養に関わることが、利用者にとどのような効果をもたらすかを教えていかななくてはならない。管理栄養士等は、研修等で学習したことについて介護職に伝達講習を行い、一緒に学ぶことを通じて、利用者が食べられない原因を一緒に考える視点を全員が持ち、見守ってくれるようになった。例えば、管理栄養士がミールラウンドにいない時でも、介護職がお茶を飲んでむせていた等の利用者の変化を気付いて情報提供をしてくれるようになった。一体化した取組のためには、多職種が同じ目標を持ち、同じ方向を向くということであり、これが大きな強みになる。なお、調理師もチームの一員として学び続けることが求められる。外部研修の参加の機会が少ないが、常にアンテナを張り、一緒に学び、一緒にやっていくことが、一体化の取組においては大切にしないといけない。なお、以下は、地域保健福祉事務所と協力して当該事業所が、地域の歯科衛生士を高齢者の通所サービスや在宅訪問ができる人材育成を目指して取り組んだ基礎研修のプログラムである。一体化を進めるためには、卒後研修、業務実施中における研修会参加、継続的な自己研鑽の必要性がある。

基礎編(対象：歯科衛生士)：#口腔に対して・高齢者の口腔について・口腔ケアの方法・機能的な口腔の変化・口腔機能低下症について・検査方法等/#日常動作について-理学療法の視点から-言語聴覚の視点から/#日常生活・福祉概論・認知症について・高齢者の疾病と口腔・高齢者を取り巻く福祉環境、地域包括システムと歯科の役割/食と口腔・ミールラウンドについて知る.なにを見るか・安全に食事ができる姿勢、理論と誤嚥予防/歯科衛生士業務記録：アセスメントの書き方、記載の目的、必要な情報を聞

き出す問診の進め方、ロールプレイ/情報処理について (通所介護 08)

○一体化を進めるためには、歯科衛生士に対する介護サービスに関する研修が必要である。口腔の手技だけの研修ではなく、高齢者に対する対応及び多職種連携の在り方等の卒後研修が求められる。歯科衛生士は、一般歯科に勤務後に介護サービスの事業所に勤務すると、全く未知のことばかりである。初任者研修として、介護の手引きのようなやり方、車いすの使用の仕方、洗面所への誘導方法の研修がされている。担当者会議で利用者・家族中心に多職種で話し合うことも、養成の段階では殆ど学んでいない。言語聴覚士も、介護サービスや高齢者ケアに関する法律や制度は学ぶが、高齢者の介護方法やサービスの技術、あるいはコミュニケーションの方法は深く学んでいない。管理栄養士も養成の段階では、同様に学んでいない。就職後に介護職や看護師から教えてもらう初任者研修が必要である。理学療法士も、養成課程で栄養の講義はなかった。生理学的にたんぱく質がなくなったら筋たんぱくが分解するという知識は勉強しても、実際のリハビリテーションに栄養が関係することは自己学習した。口腔に関しても、近年は、誤嚥性肺炎との関係を独学で勉強しているが限界がある。介護職は、養成時に栄養や口腔のことを少し学んでいるが、現在、事業所の歯科衛生士や管理栄養士から学ぶことが重要である。系統だった一体的取組のための多職種がともに学んでいく研修が必要とされる。(通所リハ01)

○言語聴覚士の専門職団体の研修では、リハビリテーション専門職に対する共有の卒後研修制度で研修しているが、各職能団体による合同研修会があるとよい。また、栄養及び口腔についてのOJTによる実務研修があるとよい。経験のない管理栄養士は、利用者の在宅生活を知らない、新卒の管理栄養士は、どうしたら簡単に作れるのか、どうしたら手抜きができるのか等の引き出しが少ない。また、利用者・家族からは夜間の頻尿への対応までを質問されるので、栄養だけではなく、さまざまな高齢者の疾患や状況に関する知識を積み上げないといけない。管理栄養士は、安定している高齢者の場合も、1カ月に1回は安心のために、事前情報を得て在宅訪問し、まず季節に応じた会話をし、その後利用者・家族が良かったと思えるお土産を残せる30分間の在宅訪問を組み立てられる力が必要とされる。そこで、法人の管理栄養士には様々な事例から学んでもらっている。たとえば同じ腎機能障害でも、色々なパターンがあり、対応する仕方も異なる。法人の管理栄養士は、3年程度フードサービス担当後、回復期リハビリテーション病棟、5年目で外来、6年目で在宅訪問というようにOJTをしている。臨床経験としては3年目で在宅訪問という教育計画である。(通所リハ02)

○リハビリテーション専門職も採用2-3年目までは回復期リハビリテーション病棟において、

そこから診療所で、在宅訪問を3年程度経験し、その後また回復期病棟に戻って、指導者として活躍してもらうような教育計画である。本診療所が地域リハビリテーション支援事業に取り組むなかで、事例検討会を行っている。最近では議題を決めて、看護師、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士、介護支援専門員等が参加して、年2回講習会を行っている。各専門職団体がそれぞれ企画をたて、D区内の専門側の交流、地域への還元を行ってきた。例えば理学療法士は年に2回地域事業に協力し、地域高齢者の体力測定を行って地域の情報を収集しながら、本診療所の良さを少しずつ宣伝してきたことも、地域との信頼関係のもう一つの軸となっている。このような地域事業には、今は区役所、医師会もタイアップして、様々な取組を年に10回程度行っている。コロナ禍もオンラインで続けた。打合せ会議にもオンラインを活用している。法人は事業の3本柱に、回復期リハビリテーション病棟の充実、生活期の充実、そして地域リハビリテーション事業の推進をあげている。この3つ目のところが本診療所の目的の一つであるので、地域で何をやっているかを地域住民にアピールすることがポイントになる。例えば、年に1回、地域ケアフォーラム、一般市民講座を開催してきた。コロナ禍前は、患者会によるネットワークをつくっていた。(通所リハ02)

○回復期リハビリテーションから通所リハへの連続的な一体的取組の体制及び取組が求められている。地域人材が少ないため、歯科衛生士協会に相談し、募集もしているが雇用できない。歯科的な対応ができていないので、基幹病院の歯科衛生士による職員研修によって補っている。今回、歯科衛生士による研修をきっかけに、院内の職員全員にアンケート調査を行ったが、義歯の不具合がある場合の対応、認知症等で開口できない場合、口腔ケアに対して拒否のある場合、口腔内が乾燥しやすい場合及び出血しやすい場合等への対応がわからないという意見も多く出ている。その他には口腔ケアの方法自体が分からないので、基本的な口腔ケアの方法を丁寧に細かく教えてほしいという意見も多くあった。(通所リハ04)

○同じ職種でも個人によって評価の尺度が違うが、職種が変わっても、同じ職種内でも差がなく評価できないと、具体的な介入方法が変わってしまう。まず、評価の視点をしっかり持つような多職種研修が必要とされる。管理栄養士には、在宅での食事管理、継続した療養食、簡単な食事提供や食事内容に関する研修が必要である。医師も看護師も、簡単に言えばアルブミンやリンパ球等の検査値や身体計測の知識はあっても、実際、食べるときの観察：食べる姿勢や口腔ケアが結果を伴っているか等を系統的に学んできていない。医学部のときも、研修医のときもそういう視点はなかった。多分、看護師も同じであろう。多職種を対象として、座学だけではなく高齢者ケアの仕方、高齢者の見方の実務が広く研修されると、

高齢者に対して良いサービスが提供できる。(通所リハ 04)

○言語聴覚士も学校で学んできたことを、実際、臨床で生かすときに初めて、働く場によって持てる知識をどのように活用するかが変わってくる。個別の利用者によって対応が変わるので、症例検討会が地域で行われるとよい。言語聴覚士は、一つの職場に1人しかいないので、1人でよく分からない状態で働いている場合が多い。地域ごとに症例検討会や論文抄読等、言語聴覚士内も連携を取りながら学ぶ場があるとよい。(通所リハ 04)

○医師は、回復期、療養病床、介護保険で働く機会が多いが、医師と歯科医師とが効率よく上手に連携できればよい。歯科は歯科医師に依頼して治療・処置という業務のあり方からまだ抜け切れていない。医師と歯科医師はもっと深いことで連携できるはずだ。歯科医師が医師や多職種によるカンファレンスに参加することは余りないので、情報を共有する場が足りないのかもしれない。(通所リハ 04)

○管理栄養士を対象とした研修については、知識は持っていても、その知識が活用された病棟や在宅での実務を勉強する機会が少ないことが、今後の課題である。実務の映像化も必要である。(通所リハ 05)

○当該法人では、施設間及び職種間での勉強会という形態で研修活動を毎年行っている。法人内の様々な施設間の情報共有ができて、互いがどんなことをしているのか。どのように考えているのかを相互に理解することができるようになる。各15分間のレクチャーでは、管理栄養士が栄養管理の方法、摂取栄養量や活動量をこのように考えているという説明、リハビリテーション専門職が、METs について、歩行等の活動に伴った食事量をどのように考えるかなどを伝えている。これらの内容は、院内の共通ツールで、動画や録画として配信し、全職員がいつでも見られるようになっている。(通所リハ 05)

○通所リハビリテーション協会による様々な職種による様々な研修を受けているが、任意の研修なので、参加義務がなく参加者が少ないことが状況である。専門職研修ですら参加できてない状況があるが、一体的取組に関して職種間の理解を深めるための研修は年に何回と受講義務。例えば通所リハの質を高めるためには、研修を年に何回は参加すると加算で評価されるような要件もあるよい。食事の自力摂取のできる利用者は、自宅での運動や食事のときの工夫を指導して、次の週には、実際やってみてどうだったかをフィードバックしてもらおうが、食事介助の必要な利用者には介護職への指導が必要である。また、管理栄養士には、訪問時の聞き取りの研修があるとよい。(通所リハ 06)

○専門職間で栄養に関しては知識の差がある。高齢者の低栄養改善の便益に関して理解するための多職種への研修があると、栄養に関するサービスの必要性のイメージが多職種に

共有される。(通所リハ07)

○通所事業所全職員がそれぞれのチームによる CQI 活動によって職員が成功体験を重ねて、それをチームが共有していくことがモチベーションを上げていくこととなる。食事チームの成功体験はこれからだが、もっと勉強しないといけない研修をしようという解決策も出てくる。リハビリテーション専門職においては、職員が同じ視点で評価ができて、同じ視点でプログラムが立てられるかが課題であり、その底上げのために事例検討会や研修会を行っている。リハビリテーション専門職においては、段階的達成目標がありマンツーマンによる O J T を行っているが、個人差が大きい。(通所リハ08)

○通所サービスに関わっている管理栄養士が全国的に少ないので、一からの研修があればもっと深く理解して進めることができる。(通所リハ09)

資料

(本文中の資料番号順に掲載)

1. 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. 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-1240400HokenkyokuIryouka/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 (p 14)

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 (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)

社令和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. 1 (3) 令和3年度介護報酬改定に関する通知等、様式例一括掲載

○令和3年度介護報酬改定に関する通知等

3. (1) 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. 3 (1) アドバンス・ケア・プランニング (ACP. 愛称「人生会議」)

厚生労働省「人生会議」してみませんか

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html

人生会議 (ACP) 普及・啓発リーフレット

<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000536088.pdf>

人生会議学習サイト

<https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/>

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン及び同解説編

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197722.pdf>

1. 3 (2) 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>

2. 1 専門職による実務：管理栄養士及び3. 認知症、看取り、経口維持・経口移行のための実務のための手引

○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)

令和3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)「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」(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>

1. 4 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>

3. 1 認知症

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(厚生労働省)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>

4. 1 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)

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

序章 介護予防マニュアルについて

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

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

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）

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組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
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会 常任理事
梶井 文子	東京慈恵会医科大学 教授
加藤 昌彦	椙山女学園大学 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
斉藤 秀之	公益社団法人 日本理学療法士協会 会長
斉藤 正身	一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学 教授
○ 仲井 培雄	一般社団法人 地域包括ケア病棟協会 会長
中村 春基	一般社団法人 日本作業療法士協会 会長
深浦 順一	一般社団法人 日本言語聴覚士協会 会長
◎ 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
オブザーバー	
前田 圭介	国立長寿医療研究センター 老年内科 医長 愛知医科大学大学院緩和・支持医療学客員教授

◎：委員長 ○：副委員長

事業実施小委員会

池田 公平	公立大学法人 神奈川県立保健福祉大学 （作業療法学専攻 助教）
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
桐谷裕美子	医療法人社団輝生会 教育研修局 栄養士教育担当
黒澤 千尋	公立大学法人 神奈川県立保健福祉大学 （理学療法学専攻 助教）
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
リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業所
令和6年度介護報酬改定に向けた先進的事例集：
高齢者の口から食べる楽しみをいつまでも！！
リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の「一体的取組」のために

令和5（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