

IV. 令和6年度介護報酬改定に基づく手引書

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」のための手引書

一般社団法人 日本健康栄養システム学会

目次

序文

- I. 一体的取組をはじめめるために 153(1)

- II. 一体的取組を知るために 156(4)
 - 1. 一体的取組のための体制づくり
 - 1. 1 一体的取組の意義
 - 1. 2 一体的取組を進めるための経営方針
 - 1. 3 一体的取組のためのチームビルディング
 - 1. 4 専門職の配置

 - 2. 令和6年度介護報酬・診療報酬改定による一体的取組の推進 . . . 163(11)
 - 2. 1 令和6年度介護報酬改定において
 - (1) 老健
 - (2) 特養
 - (3) 通所リハ
 - (4) 通所介護
 - (5) 居宅療養管理指導
 - 2. 2 令和6年度診療報酬改定における一体的取組の推進
 - (1) 急性期医療病棟
 - (2) 地域包括医療病棟
 - (3) 療養病棟
 - (4) 入院・入所の在宅療養患者の栄養管理への歯科医師の参画

 - 3. 一体的取組の質の向上をめざして 169(17)
 - 3. 1 入所・利用前の説明及び情報収集
 - 3. 2 スクリーニング・アセスメント
 - 3. 3 三領域の各計画書(原案)の作成
 - 3. 4 カンファレンスにおける実施計画書(案)の作成
 - 3. 5 一体的取組に関する実施計画書の決定
 - 3. 6 実施計画書の本人・家族への説明
 - 3. 7 一体的取組に関する実施計画書の介護支援専門員等への説明(通所サービス)
 - 3. 8 実施・チェック
 - 3. 9 モニタリング
 - 3. 10 評価

3. 11 サービスの評価と継続的な品質改善活動	
4. 在宅生活の支援（在宅訪問を含めて）のための情報連携	・・・174(22)
4. 1 入所・利用前の在宅生活に関する情報収集	
4. 2 在宅復帰支援	
4. 3 通所サービス及び訪問サービスにおける在宅生活の継続	
5. 医療・介護の情報連携	・・・177(25)
5. 1 令和6年度介護報酬改定において	
(1) 介護保険施設等から退所時の栄養情報連携	
(2) 再入所時栄養情報連携	
(3) 訪問系サービス等における口腔管理に係わる情報連携	
5. 2 令和6年度診療報酬改定において	
(1) 入院中の一体的取組に関する情報の介護支援専門員への提供	
(2) 入院中の栄養管理に関する介護保険施設等への提供	
6. 介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの活用	・・・180(28)
7. 一体的取組の推進のための研修のあり方	・・・181(29)
8. 参考資料	・・・186(34)
<資料>	・・・195(43)
・絵で見る一体的取組（フロー）	
・実施計画書様式（記載例）	
・訪問サービスにおける事例集 訪問栄養食事指導の今後の推進のために	
・令和5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）「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」 検討委員会事業及び実施小委員会名簿	

序文

本手引書は、一般社団法人日本健康・栄養システム学会が令和5年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進事業分）の交付を受けて取り組んだ「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ものである。

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（以下「特養」という。）、老人保健施設（以下「老健」という。）、通所事業所（通所介護事業所（以下「通所介護」という。）及び通所リハビリテーション事業所（以下「通所リハ」という。）を対象として、令和4年度に引き続いて行なった実態調査及びインタビュー調査を通じて得られた課題の整理と対応策について検討した結果を踏まえて、介護保険施設及び通所事業所において、より充実した一体的取組を円滑に進めるために本手引書を編纂した。さらに、本手引書には、今後の訪問サービスにおける一体的取組に寄与すべく、管理栄養士による在宅訪問事例（居宅療養管理指導等）も収載している。

一体的取組の効果的な推進とその質の向上に向けて、本手引書が活用されることを願うものである。

また、本学会では本手引書を本学会のウェブサイトに掲載するとともに、研修の機会を設けることにしている。

令和6年3月

令和5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）

「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

（一般社団法人日本健康・栄養システム学会 代表理事）

I. 一体的取組をはじめのために

1. 一体的取組とは、

自立支援・重度化予防のための効果的なサービスを提供する観点から、医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的なリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理を実施することが重要である。

(リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について、厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長・老健局老人保健課長 令和6年3月15日をもとに作成)

2. 基本的な考え方

一体的取組によって、筋力・持久力の向上、活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整、低栄養の予防・改善、食欲の増進等が期待される。栄養管理と口腔管理においては、適切な食事形態・摂取方法の提供、食事摂取量の維持・改善、経口摂取の維持等が期待される。口腔管理とリハビリテーション・個別機能訓練の連携においては、摂食嚥下機能の維持・改善、口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防等が期待され、これにより高齢者の食べる楽しみや自己実現に貢献する(本手引書Ⅱ 1.1 参照のこと)。

3. 一体的取組について新設された加算

令和6年度介護報酬改定によって、特養：個別機能訓練加算(Ⅲ)、老健：リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(1)、通所リハビリテーション：リハビリテーションマネジメント加算(ハ)によって介護報酬上の評価がされる。通所介護においては、介護報酬上の加算は新設されていないが、一体的取組を進め、今後の介護報酬改定に向けて実務実績を積んでいくことが重要である(費用の額の算定に関する基準、厚生省老人保健福祉局企画課長通知及び本手引Ⅱ 2.1、2.2 参照のこと)。

これらの一体的取組と口腔・栄養サービスに関する介護保険施設における口腔衛生管理加算、栄養マネジメント強化加算、経口維持加算、経口移行加算等及び通所系サービスにおける口腔・栄養スクリーニング加算、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算等の口腔・栄養サービスの効果的・効率的な取組を進めることとなった。

4. 実施に関する様式例

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理に関する評価等を一体的に記入する様式については、本手引書の巻末に、厚生労働省老健局から通知されている実施計画書(別紙紙様式 1-1(通所系)、1-2(施設系)、別紙様式 1-3(通所系)、別紙様式 1-4(施設系))及び記載例を資料として収載した。(アセスメント等の項目の説明については、リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について、厚生労働省老健局

5. 体制及び手順

介護保険施設及び通所事業所において質の向上を目指した望ましい体制及び取組について、本事業の結果からチェック項目 [✓] として作成したので、一体的取組をすすめる際にはこれを活用していただきたい。なお、() は、本手引Ⅱで解説した章であるので参照のこと。また、算定要件の項目には、★を付している。

5. 1 体制

- 入所・利用者の個別の食べる楽しみや自己実現のための取組ができています。
- 入所・利用者や家族に一体的取組についての説明ができています。
- 一体的取組の意義が明確で職員間の共有ができています
- 一体的取組を進めるための経営方針が明確で職員間の共有ができています
- 一体的取組のためのチームビルディングができています
- 一体的取組のための専門職の配置等ができています(★)
- 一体的取組に係わる職員間の日常的コミュニケーションができています
- 一体的取組や関連する加算算定の要件等について関連職員の理解ができています
- 医療・介護の情報連携ができています
- 介護支援専門員との情報連携ができています(入退所時、通所等)
- 一体的取組のためのOJT等の職員の研修ができています
- 入所・利用者本人・家族に一体的取組についての説明ができています。
- 一体的取組等にICT等のテクノロジーの活用ができています。
- サービス評価と継続的品質改善活動の体制ができています。

5. 2. 取組のプロセス

- 入所・利用前の説明及び情報収集
- スクリーニング・アセスメント(★)
- 三領域の各計画書(原案)の作成
- カンファレンスによる実施計画書(案)の作成
- 一体的取組に関する実施計画書の決定(★)
- 実施計画書の本人・家族への説明
- 実施計画書の介護支援専門員等への説明(通所サービス)
- 実施・チェック
- モニタリング
- サービスの評価・継続的な品質改善活動



II 一体的取組を知るために

1. 一体的取組のための体制づくり

1. 1 一体的取組の意義

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。ここでいう「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」とについては、介護保険サービスが要介護高齢者一人一人に対して、その最期まで目指すものである。

このような観点から、本事業においては、一体的取組は、リハビリテーション・機能訓練の効果を上げることに留まらず、介護高齢者の尊厳ある安寧な最期まで関わるものであること、さらに、その目指すところは、高齢者の「口から食べる楽しみ」を支援することにあるという観点から検討を重ねてきた。高齢者の「口から食べる楽しみ」を支援することの意義については、以下の表のようにまとめられている。



「口から食べる楽しみ」を支援することの意義

1) 楽しみの支援

要介護高齢者の「楽しいこと」の第1位は食事であることから、口腔・栄養関連サービスによって「口から食べる楽しみ」の支援を通じて、自己実現や生きることへの「意欲」の回復や向上をめざすことができる。

2) 生活の質 (QOL) の改善・維持

高齢者は、住み慣れた在宅において、その人らしい生活を送ることを望んでいる。「食べること」の支援は、本人・家族の食事準備に関する一連の生活行為を支援することでもある。また、一日の生活のなかでの三食を「食べること」によって、規則的な生体リズムが回復し、体内の消化酵素やホルモンの分泌、神経調節及び臓器組織の活性のバランスを保ち、日常の食欲や規則的な便通を促すことにもなる。

3) 低栄養状態の予防と生活機能の維持

人が生命を維持し日常生活を営むためには、生存するために重要なたんぱく質と活動するためのエネルギーを「食べること」によって体内に取り入れることが必要である。しかし、高齢者は、口腔や嚥下の問題、認知機能の低下、発熱や病気、身近な人の死等のライフイベントによる食欲低下、身体機能の低下、あるいは食事準備が困難な状況等によって、日常の「食べる」量が低下し、エネルギーやたんぱく質が欠乏して低栄養のリスクが高まる。また、脳梗塞、がん、呼吸器疾患、肝臓疾患などの単一疾患だけでなく多疾患の病気によっても低栄養の高リスクになる。高齢者の低栄養を予防・改善することは、(i) 内臓たんぱく質や筋たんぱく質量の低下の予防・改善によって(ii) 身体機能及び生活機能の及び免疫能の維持・向上による感染症を防止し、(iii) 高齢者が要介護状態や疾病の重度化への移行を予防し、(iv) クオリティ・オブ・ライフ(QOL、生活の質)の向上になる。

4) 感染症の予防

高齢者の「口から食べること」を口腔・栄養関連サービスによって支援することは、消化管の腸粘膜の構造や腸管の免疫機能を維持し、消化管におけるバクテリアル・トランスロケーション(腸管内の細菌や細菌が産生する様々な生体障害物質が腸管粘膜細胞あるいは細胞間隙より生体内に侵入すること)による感染症の発症に対して大きな予防効果がある。

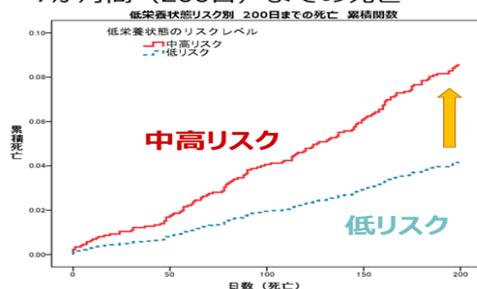
(高齢者にとっての「食べること」の意義. 栄養改善マニュアル(改訂版), p9-10, 平成21年3月、「介護予防マニュアル」分担研究班(研究班長 杉山みち子)。(厚生労働省)より改変
https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1e_0001.pdf)

要介護高齢者の最大の栄養問題である低栄養は、介護保険施設入所者の日常生活自立度の低下及び入院率や死亡率を増大させることや、管理栄養士が多職種と協働で行う栄養ケア・マネジメントや経口維持の取組が低栄養のリスクを改善し、死亡率や入院率を減少させることは明らかである(以下の図を参照のこと。)

高齢者の低栄養は死亡率・入院率を増加させる

特養・老健入所高齢者1,646名(平均年齢85.7歳)を調査したところ、**低栄養の者が半数以上(54.8%)**おり、さらに200日間追跡調査したところ、**死亡のリスクは低栄養でない者に対して約2倍、入院のリスクは約1.4倍**であった(杉山他、2014、下図参照)。同様に、在宅療養高齢者でも低栄養の者は1年後の死亡、入院のリスクが高かった(葛谷他、2015)。

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



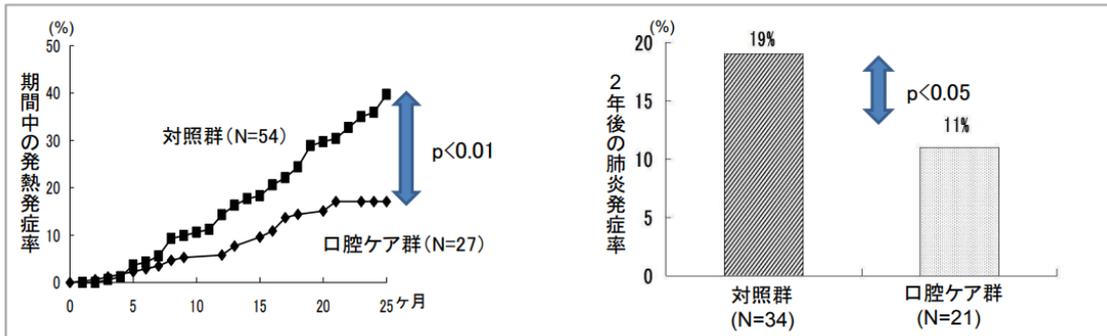
(特養・老健の高齢者)
低栄養は
死亡のリスクが約2倍に
↓
栄養ケア・マネジメントによる
低栄養の予防と改善が重要

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

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

○介護保険施設入所者に対し、介護者による毎食後の口腔清掃+週に1~2回歯科医師もしくは歯科衛生士による口腔衛生管理を実施したところ、対照群に比べて、口腔ケア群では期間中の発熱発生率が低く、2年間の肺炎発症率が低かった。

- 対象: 特別養護老人ホーム入所者 366名 (肺炎以外の原因で死亡した者を除く)
- 方法: 口腔ケア介入群(184名: 平均年齢82歳)と対照群(182名: 平均年齢82歳)を無作為割り付け2年間の発熱発生率、肺炎発症率を調査
対照群: 入所者本人または介護者による口腔清掃
口腔ケア群: 介護者による毎食後の口腔清掃+週に1~2回歯科医師もしくは歯科衛生士による専門的、機械的な口腔清掃
- 発熱者: 37.8℃以上の発熱が開始日より起算して7日以上発熱があったもの
- 肺炎発症者: 新たな肺浸潤像がレントゲン上で認められることならびに咳、37.8℃以上の発熱、呼吸困難といった主要症状で、入院もしくは死亡したもの

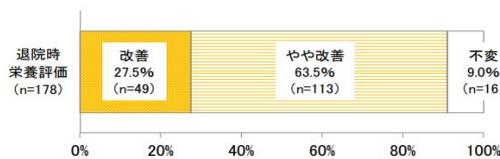


要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究:
米山武義、吉田光由他 日歯医学会誌: 20,58-68,2001

Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H: Lancet 354(9177), 515, 1999.

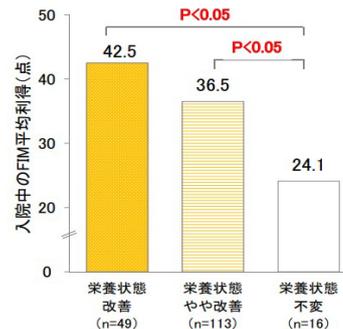
個別の栄養管理の実施による栄養状態とFIM得点の変化

- 低栄養状態で回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



注: 栄養状態は管理栄養士がMNA[®]-SF[®]を用いて評価。
(退院時) 改善: 12-14点、やや改善: 8-11点、不変: 0-7点
※ Mini Nutritional Assessment - Short Form
低栄養: 0-7点、低栄養リスクあり: 8-11点、栄養状態良好: 12-14点
対象期間: 2012年4月~2014年12月
対象者: 回復期リハビリ病棟に低栄養状態(MNA[®]-SF[®] 0-7点)で入院し、加療後に退院した65歳以上の脳卒中患者178名(平均年齢77.2歳)

図 回復期リハビリ病棟の脳卒中高齢患者に対する個別の栄養管理と栄養状態の改善



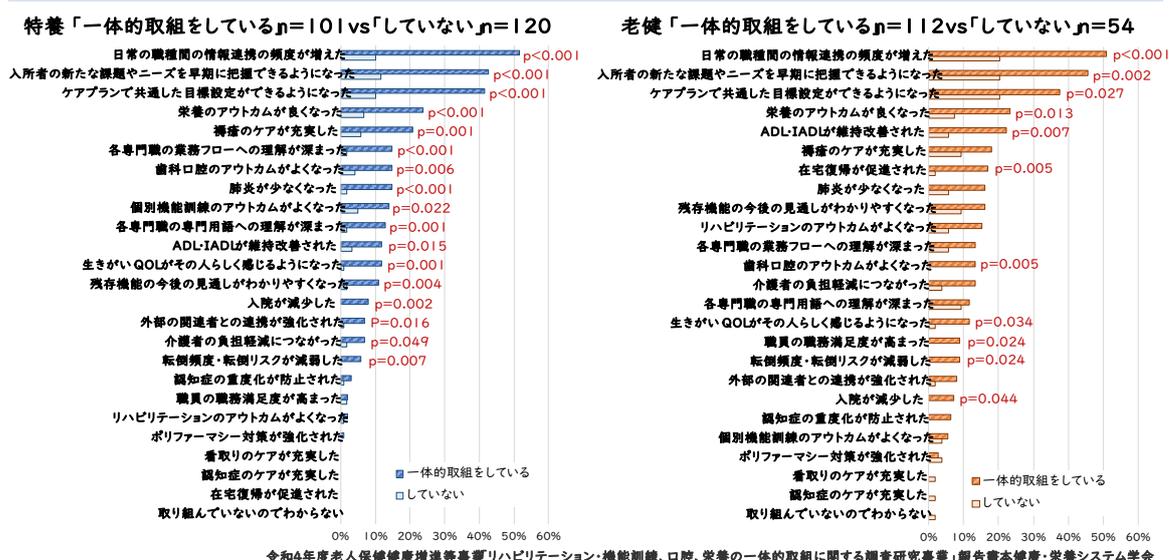
注: 各群は左図と対応
図 回復期リハビリ病棟入院中の栄養状態の改善とFIM利得

出典: Nishioka S et al. J Acad Nutr Diet. 2016; 116(5): 837-43. ; 本ページのFIM: FIM総得点 ;
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 (第365回) 平成29年10月25日 (厚生労働省)

また、要介護高齢者の咀嚼嚥下機能の低下は低栄養とリスクを高めるとともに、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ことが明らかになっている。さらに、リハビリテーション専門職等と管理栄養士が協働して、リハビリテーション

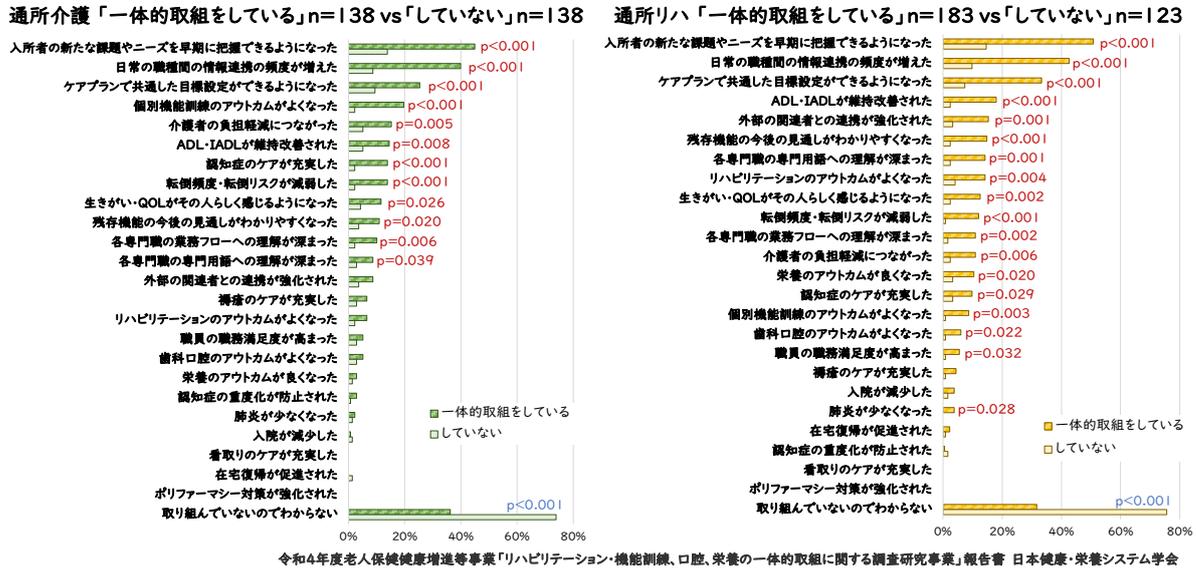
ン計画に栄養管理を組み込むことにより、約9割に栄養改善が見られ、リハビリテーションの効果をあげることができる(図を参照のこと)。本事業においては、リハビリテーション・個別機能訓練、口腔・栄養の三領域の専門職が連携して設定した目標を反映してリハビリテーション計画等の共同実施計画を作成し、一体的取組をしている施設・事業所においては、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」という実務面での職種間の連携が強化されており、これが「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」に繋がり、さらに、主観的な回答ではあるが「ADL・IADLの維持改善等について、その効果がある」とされていることが明らかになった(以下の図参照のこと)。

「一体的取組をしている」特養・老健は、「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」とし、また、歯科口腔や栄養のアウトカムが良くなったとしている。



令和4年度老人保健健康増進等事業「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」報告書本健康・栄養システム学会

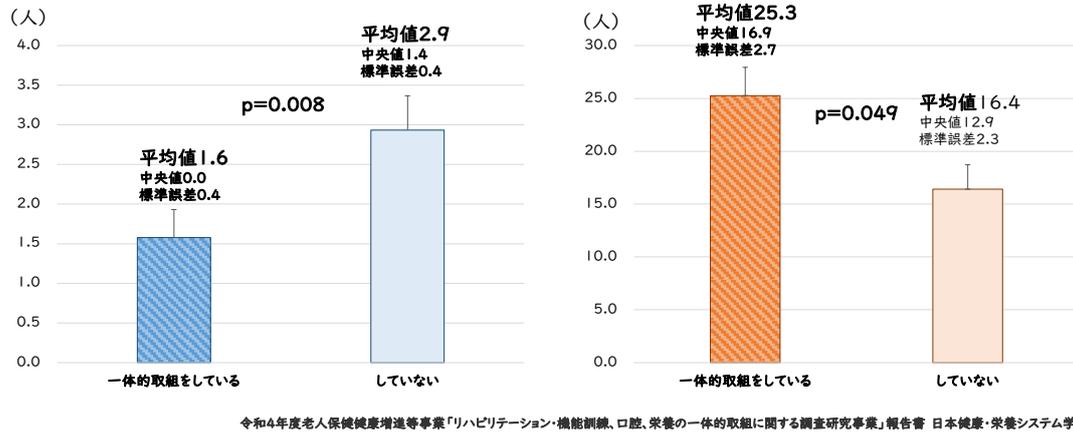
「一体的取組をしている」通所介護・通所リハは、日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」、「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」と回答している。また、個別機能訓練やリハビリテーションのアウトカムが良くなったとしている。



「一体的取組をしている」特養は、過去6か月間に誤嚥性肺炎により入院した人数が少なく、老健は過去6か月間に在宅へ退所した人数が多い（いずれも入所者100名あたり）。

特養「一体的取組をしている」n=101 vs「していない」n=120 **老健「一体的取組をしている」n=112 vs「していない」n=54**

過去6か月間に誤嚥性肺炎により入院した人数(入所100名当たり) 過去6か月間に在宅へ退所した人数(入所100名当たり)



令和6年度介護報酬改定においては、自立支援・重度化予防のための効果的なケアを提供する観点から、医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的取組が実施されることが望ましいとされている。

本事業の一環として行われた実態調査及びインタビュー調査の結果をもとに、一体的取組の体制づくりのために必要な事項を、以下のように整理した。

1. 2 一体的取組を進めるための経営方針

本事業において、一体的取組を先駆的に行ってきた施設・事業所の職員からは、一体的取組を進めるための経営方針を掲げることの重要性が共通して指摘された。施設・事業所においては、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）」を経営組織や職員個々人の指針として、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げることによって、新たなイノベーションを起こしていくことが、一層求められてきている。それゆえ、一体的取組によって何を目指すのか、例えば「口から食べる楽しみをいつまでも」等のパーパスを明確にして掲げることが必要とされる。

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のか。インタビュー調査から、一体的取組の利点として、チームメンバーの情報や意見交換、協力し合うこと、気さくに声掛けすること等のコミュニケーションの活性化や一体感をもって目標に向かい、目標の達成率を高める結束力に影響を与えていることが明らかになった。たとえば、一体的取組によって、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、多職種協働で行われる業務上の新たな提案等がされることが挙げられていた。また、本事業による実態調査からも、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るか」としたところ、「反映できている」と回答した施設・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り影響を与えていることは明らかであった（1. 2の図を参照のこと）。

1. 4 専門職の配置

一体的取組のためには、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の専門職が配置されている必要がある。老健及び通所リハにおいては、リハビリテーション職の常勤配置がすでにされている。また、令和3年度介護報酬改定によって、介護保険施設には栄養マネジメント強化加算が新設されたことから、管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50（施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理をおこなっている場合は70）で除して得た数以上配置することが進められてきた。しかし、令和3年4月から令和4年3月の1年間に当該加算の算定率は、特養22.5%、老健26.4%（厚生労働省 介護給付費分科会令和5年9月15日 第224回）に留まっている。また、同時期の通所サービスにおいて管理栄養士の係わりが算定要件となっている栄養アセスメント加算の算定率は、通所介護1.5%、通所リハ2.5%、栄養改善加算の算定率は、通所介護0.6%、通所リハ2.5%と少ない。

一方、歯科専門職が関わるのが要件となっている施設における口腔衛生管理加算（Ⅰ）の算定率が特養10.3%、老健11.4%、口腔衛生管理加算（Ⅱ）の算定率が特養9.7%、老健16.2%である。管理栄養士や口腔関係を含めた専門職等の関連職種が経口維持のミールラウンドやカンファレンスを行う経口維持加算Ⅱの算定率は特養13.8%、老健34.8%であった。また、同時期の通所事業所における口腔機能向上加算Ⅰの算定率は、通所介護8.3%、老健10.2%と低い。このことは、特養及び通所事業所における管理栄養士や歯科医師や歯科衛生士についても配置が進んでいないことを示している。

令和6年度介護報酬改定においては、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）及び個別機能訓練加算（Ⅱに加えてⅢ）を算定する要件として、口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算の算定が必要とされている。

一方、通所サービスにおいても、一体的取組に対するリハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定する要件として、事業所の従事者または外部との連携により管理栄養士1名を配置していること、利用者ごとに、言語聴覚士、

歯科医師又は看護職員がその他の職種と協働して口腔の健康状態を評価し、当該利用者における口腔の健康状態に係わる課題を把握するといった口腔アセスメント及び栄養アセスメントが行われていることが要件となっている。



さらに、令和6年度介護報酬改定と同時に行われた診療報酬改定によって、歯科医師の入院患者や施設入所患者等の栄養管理等における連携の強化のために、入院・入所患者等に対

する多職種での栄養管理等に歯科医師が参加し、それを踏まえて在宅歯科医療に係わる管理を行う場合を評価して、在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（100点、月1回）が新設された。算定要件としては、在宅患者に歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導料等を算定している者に対して、入院先の病院の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、また、歯科医師が歯科疾患在宅療養管理料や在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定している患者に対しては、入所施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合等とされた。

これらの報酬改定による一体的取組に関する報酬やその要件を確認して、介護保険施設及び通所事業所における管理栄養士や歯科衛生士等の専門職の配置体制については、法人の病院、施設及び事業所等の全体を包括して、兼任体制を含めての見直しが必要とされる。あるいは、法人外の他の病院・施設との地域連携による、一体的取組に関する専門職の配置や巡回等の体制についても検討していく必要がある。

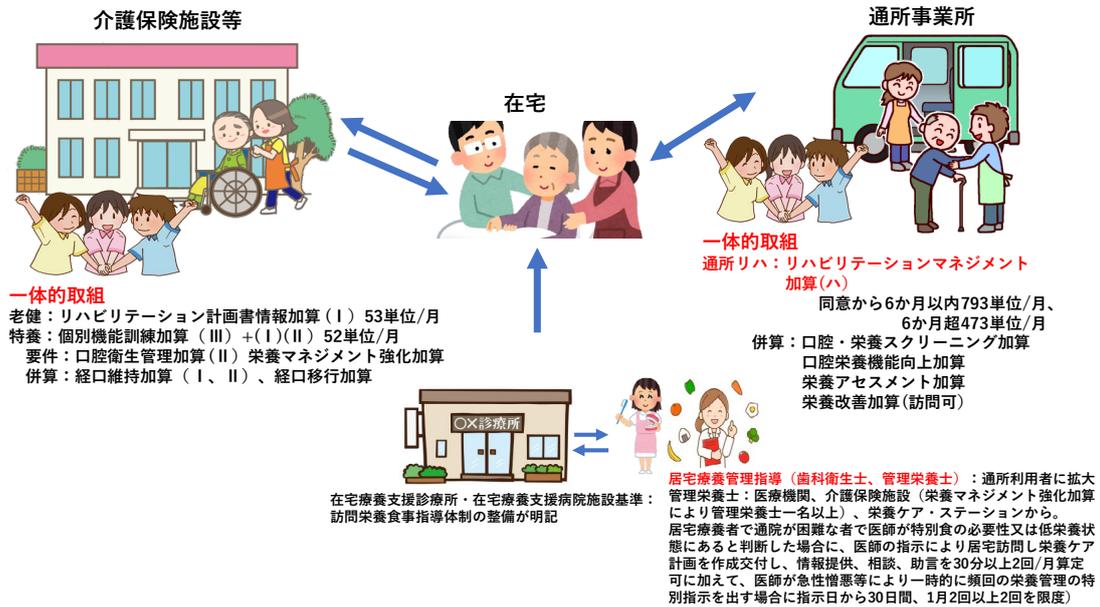
この場合、通所事業所においては、管理栄養士や歯科衛生士の資格を有する子育て期や退職後の地域の潜在的専門職を常勤加算人数で0.1～0.2人程度採用することによって、一体的取組を進めてみるができる。但し、これらの採用された人材については、高齢者ケア現場での実務経験がない場合が多いことから、事業所職員によって要介護高齢者のケアに関する実務研修や介護保険施設等の歯科衛生士や管理栄養士のシャドーイング等に一体的取組を位置付けたうえで、その初動のための実務研修が必要とされる。

通所事業所が、地域の在宅の要介護高齢者ばかりか、在宅療養患者及び障害児者にとっても、専門職による一体的取組が提供される最も身近な拠点となっていくことが期待される。

2. 令和6年度介護報酬・診療報酬改定による一体的取組の推進

2. 1 令和6年度介護報酬改定において

令和6年度介護報酬改定においては、一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、以下のような加算の新設や見直しが行われた。



令和6年度介護報酬改定における一体的取組等

（1）老健

老健においては、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）53単位/月（当該加算は、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）33単位/月との併算定不可）が新設された。算定要件は、以下のとおりである（介護医療院については、厚生労働省ホームページ参照こと）。

ア. 入所者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出していること。必要に応じてリハビリテーション計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他のリハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

イ. 口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。

ウ. 入所者ごとに医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者がリハビリテーション計画の内容等の情報及び入所者の栄養情報に関する情報を相互に共有すること。

エ. 共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、見直しの内容について、関係職種間で共有していること。

（2）特養

特養及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護においては、個別機能訓練加算

(Ⅲ) (20 単位/月) (加算(Ⅰ)12 単位/月、(Ⅱ)20 単位/月との併算定可、(Ⅰ)+(Ⅱ)+(Ⅲ) =52 単位/月) が新設された。算定要件は以下のとおりである。

ア. 個別機能訓練(Ⅱ)を算定していること。

イ. 口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。

ウ. 入所者ごとに、理学療法士が、個別機能訓練計画の内容等の情報その他個別機能訓練の適切かつ有効な実施のための必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有していること。

エ. 共有した情報を踏まえ、必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行い、見直しの内容について、理学療法士等の関係職種間で共有していること

(3) 通所リハ

通所リハビリテーションにおいては、リハビリテーションマネジメント加算(ハ)が同意日の属する月から6か月以内793 単位/月、6月超473 単位/月が新設され、さらに、医師が利用者またはその家族に説明し同意を得た場合には上記に加えて270 単位/月が算定できる(従来の当該加算(B)イ及びロは廃止)。算定要件は、以下のとおりである(図参照のこと)。

ア. リハビリテーションマネジメント加算(ロ)の要件を満たしていること。

イ. 事業所の従事者として、又は外部との連携により管理栄養士1名を配置していること。

ウ. 利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行っていること

エ. 利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と協働して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係わる解決すべき課題の把握を行っていること。

オ. 利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。

カ. 共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、その内容を関係職種に対して情報提供していること。

なお、口腔の健康状態に関する考え方は、口腔機能向上加算と、栄養状態に関する情報の考え方は栄養アセスメント加算と同様である。

(4) 通所介護

令和6年度介護報酬改定においては、通所介護における一体的取組のための加算は新設

されなかったものの、本事業における実態調査の対象となった通所介護のうち、一体的取組を推進している事業所においては、1. 1に示したように効果的な取組が行われていた。通所介護においても個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理に関する評価等を一体的に記入する様式の活用が求められており、一体的取組を推進し、その実績をもって今後の介護報酬改定に資することが期待される。

(4) 居宅療養管理指導

歯科衛生士や管理栄養士による居宅療養管理指導の利用者の対象は通所サービスの利用者にも、以下のように拡大されたことから、通所リハにおける一体的取組については、在宅生活を訪問支援する歯科衛生士や管理栄養士による居宅療養管理指導と連携して包括的、連続的に提供することができる。

○通所サービス利用者に対する管理栄養士及び歯科衛生士による居宅療養管理指導の充実

居宅療養管理指導費について、通所サービス利用者に対する管理栄養士による栄養食事指導及び歯科衛生士等による歯科衛生指導を充実させる観点から、算定対象者を、従来の通院または通所が困難な者から通院が困難な者に見直され、通所サービスの利用者に対しても、管理栄養士や歯科衛生士による居宅療養管理指導が可能になった。

○急性増悪等により一時的に頻回な管理栄養士による居宅療養管理指導

管理栄養士の居宅療養管理指導に関して、きめ細かな栄養管理等のニーズに応じる観点から、急性増悪等により一時的に頻回な介入が必要と医師が判断した利用者について期間を設定したうえで追加訪問することが可能になった。

算定要件に追加内容は、以下のとおりである。

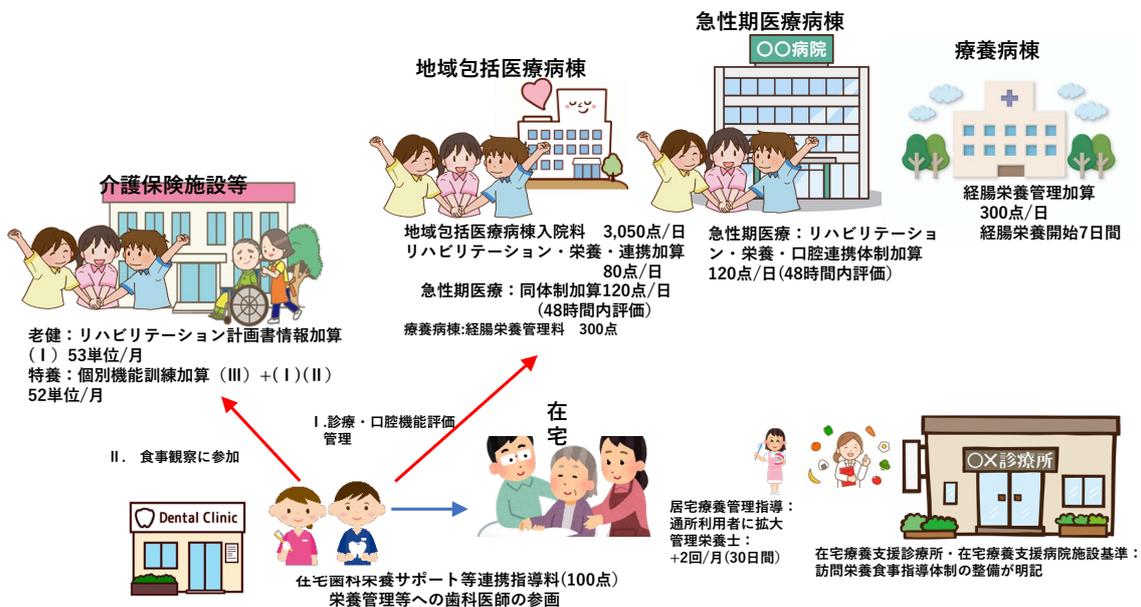
ア. 計画的な医学的管理を行っている医師が、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別の指示を行う。

イ. 利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指示又は助言を行う。

ウ. 特別の指示に基づく管理栄養士による居宅療養管理指導は、その指示の日から30日間に限り、従来の居宅療養管理指導の限度回数(1月に2回)を超えて、2回を限度として行うことができる。

2. 2 令和6年度診療報酬改定における一体的取組等の推進

令和6年度介護報酬改定と同時に行われた診療報酬改定においては、急性期医療や地域包括医療病棟においても一体的取組の推進が行われ、さらに診療報酬から介護サービスにおける一体的取組を推進するための体制づくりが行われた。



(1) 急性期医療病棟

令和6年度介護報酬改定と同時に行われた診療報酬改定においては、急性期医療においても一体的取組の推進がおこなわれ、急性期医療においてADLが低下しないために、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーション、栄養管理、口腔管理を含む、一体的取組に係わる計画の作成及び計画に基づく多職種による取組を行う体制の確保に係る評価としてリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき120点、計画作成日から起算して14日を限度に加算。）が新設された。

一体的取組のための体制のための施設基準については、当該病棟において、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が2名以上配置されていること（なお1名は専任の従事者でも差し支えない）、専従の常勤管理栄養士が1名以上配置されていること、当該保険医療機関には一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務していること等が要件とされている。なお、歯科医師等については、以下の算定要件において連携体制がとられていることとされた。

当該加算の算定要件(抜粋)については、当該病棟入棟（急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料を算定する患者）全員に対し、入棟後48時間以内にADL、栄養状態及び口腔状態に関する評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係わる計画を作成することとされている。その際、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること、入棟患者のADL等の維持、向上等に向け、カンファレンスが定期的に開催されること、適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係わる課題（口腔衛生状

態の不良や咬合不良等)を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う保健医療機関の受診を促すことが求められる。疾患別リハビリテーション等の対象にならない患者についても、ADLの維持・向上等を目的とした指導と行うこととされ、専従の理学療法士等は1日に9単位を超えた疾患別リハビリテーション科等の算定はできないものとされた。また、専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物エネルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行うとともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと等とされた。

(2) 地域包括医療病棟

地域において、高齢者等の救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う地域包括医療病棟に、地域包括医療病棟入院料(1日につき)3,050点が新設され、当該病棟の職員体制については、看護職員が10:1以上配置されていること、当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていることが要件とされた。入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していることや当該病棟に入院中のADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること等が施設要件とされた。

一体的取組に対しては、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算(1日につき80点)が新設された。算定要件は、(1)のリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と同等の施設基準を満たした場合に、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から14日を限度として算定するものとされ、栄養サポートチーム加算は併算できない。

(3) 療養病棟

療養病棟に入院中の患者に対し、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた栄養管理に係わる説明をした上で、新たに経腸栄養を開始した場合に、一定期間算定可能な経腸栄養管理加算(1日につき)300点が新設された(経腸栄養を開始した日から7日に限定、栄養サポートチーム加算、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は別に算定できない)。

療養病棟からの退職後の介護サービスにおいては、経腸栄養の利用者の対応が、一体的取組に求められるものと考えられる。

本手引の資料〈在宅訪問サービスにおける事例集〉には、このような経腸栄養管理や経口移行の複数の事例があるので参照してほしい。

（４）入院・入所の在宅療養患者の栄養管理への歯科医師の参画

歯科の標榜のない病院の入院患者や介護保険施設の入所者の栄養管理への歯科専門職の参加を推進する観点から、栄養サポートチーム等連携加算が見直され、在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（１：１００点、２：１００点、３：１００点）が新設された。

具体的な内容としては、他の保険医療機関の入院患者等に対する多職種での栄養管理等に歯科医師が参画するもので、算定要件は以下のとおりである。

- ア. 当該指導料１は、当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関のサポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月１回を限度に算定する。
- イ. 当該指導料２は、当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第２５項に規定する介護保険施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月１回に限り算定する。
- ウ. 当該指導料３は、当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第４２条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に月１回に限り算定する。

３．一体的取組の質の向上をめざして

介護保険施設及び通所事業所において一体的取組の質の向上を目指したあり方が重要である。令和６年度の報酬改定ではリハビリテーション・個別機能訓練、口腔、栄養の三領域

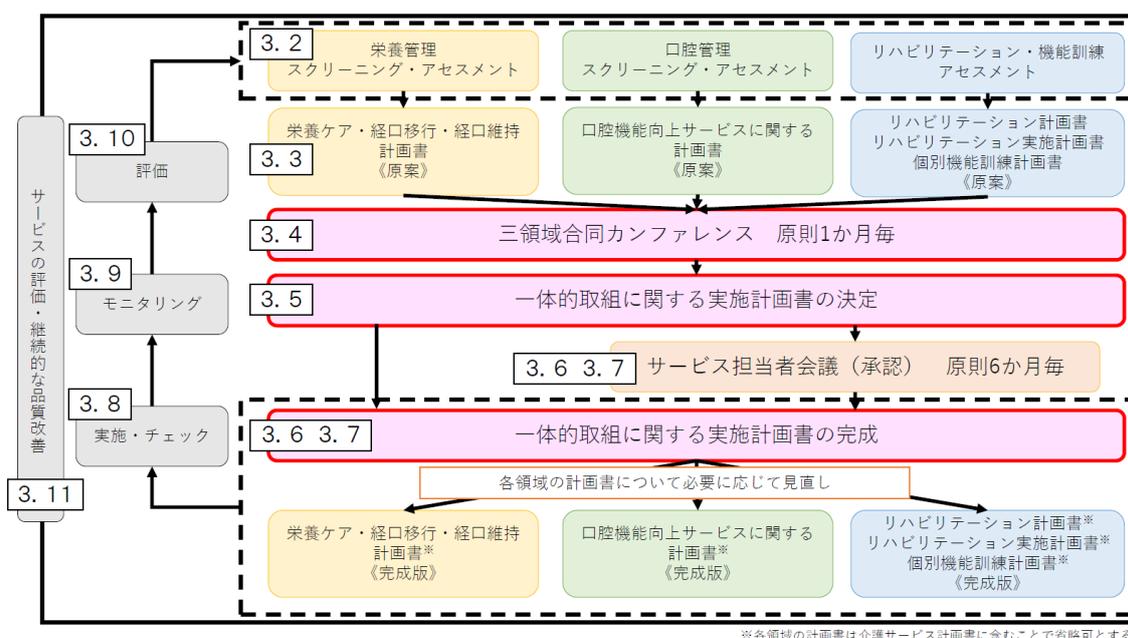
の情報共有することが評価されたが、本来はそれぞれの評価及び計画を持ち寄って、総合的評価を行い、課題抽出をして協働の方針や目標、支援内容を定めるカンファレンスで合議することが重要である。本手引きでは報酬改定で抑えるべき部分にとどまらず、目指すべき一体的取り組みの在り方について示す。

3. 1 入所・利用前の説明及び情報収集

施設及び事業所の生活相談員及びリハビリテーション職員等は、入所・利用前の本人・家族に対する説明において、一体的取組について、リーフレット等を用いてわかりやすく説明することが求められる。通所事業所の場合には、利用者の在宅での担当者会議等への参加時に、本人・家族及び介護支援に対して説明する。

このような入居・利用開始時の説明時は、本人・家族及び介護支援専門員から、利用者の日頃の栄養・食事、口腔の健康状態や摂食嚥下及びリハビリテーション・個別機能訓練上の問題に関する気づき、不安及び心配なことがないか、ある場合には、どのような状況なのかを確認し、把握された現状の問題を一体的取組の関係職種に報告する。

施設及び事業所の関係職種は、入所・利用後速やかに入所・利用者に関する病院、施設及び在宅等の前居所における一体的取組のリハビリテーション・機能訓練・口腔・栄養に関わるアセスメント・モニタリング及びケア計画等の情報を収集する。近時の検査データや体重の記録等も入手し、一体的取組に関わる関係職種で共有する。



一体的取組の質の向上を目指したあり方

3. 2 スクリーニング・アセスメント

入所・利用開始時に速やかに、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の三領域の専門職は夫々にスクリーニング・アセスメントを行う。アセスメントの一環として、食事時の観察(ミールラウンド)も行う。

この間、三領域の専門職間及び看護職や介護職等の関係職種相互の情報や意見交換は日常的に随時、あるいは申し送り等を活用して頻繁に行う。

それぞれが行ったスクリーニング・アセスメントのデータをもとに総合評価を行い課題の把握(原案)を行う。また、スクリーニング・アセスメントの結果はLIFEへ提出する。

3. 3 三領域の各計画書(原案)の作成

三領域の専門職は、入所・利用後1週間以内に3.2をもとにそれぞれが計画書(原案)を作成し、共通フォルダー等によって共有化する。

3. 4 三領域合同カンファレンスによる実施計画書(案)の作成

リハビリテーション会議等の定期的で開催されているカンファレンスを有意義なものにするために、一体的取組を担当したリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の三領域の専門職による三領域合同カンファレンス(以下「カンファレンス」という。)を事前に開催した上で実施計画書(案)を予め作成して関係職種に情報共有しておくことは、加算算定のための要件ではないが、以下のように行うことが望ましい。

- ・新規入所及び利用者に対しては、入所・利用後2週間以内の可能な限り早い時期に開催し、その後、原則1か月毎に行う。
- ・カンファレンスには三領域の専門職が出席し、必要に応じて看護職、介護職、生活相談員等が参加して行う。
- ・運営上の司会者や書記等を設ける。発言者が偏らないようにするために、これらの係を輪番とする。
- ・カンファレンスのWEB開催は可能であるが、顔のわかる関係性を築けるように配慮する。
- ・身体状況等の変化に対応するために協働目標及び実施計画書に変更が生じた場合には、当該カンファレンスを適宜開催する。
- ・カンファレンスの実際の内容は、以下のとおりである。

- ① 各領域のスクリーニング・アセスメントのデータに基づいたそれぞれの担当職種

による評価(原案)及び計画書(原案)について報告し合う。

- ② ①の評価(原案)を統合して総合的評価を行って課題の把握を行う。
- ③ ②により協働の方針や目標について話し合い、当該方針や目標に至った<理由>及び<合議>された内容についてはカルテ等に記録しておく。この場合の<理由>については、議論されたのはどのようなところか、どのような考えや意見が交換されて、どのように結論が導かれて<合議>に至ったのかを、本人・家族及び関連職種が理解できるように簡潔に記録する。
- ④ 協働の方針・目標や具体的支援等の計画の内容には、優先順位(＃番号)をつけて、分かりやすく簡潔に実施計画書に記載する。

一体的取組に係わる実施計画の記録例(施設系)

カンファレンスの記録	<p><理由>A様は、腰椎圧迫骨折とパーキンソン病による基本動作、歩行能力低下及び円背に伴う座位姿勢(ポジショニング)不良あり、食事にかかかかる時間が長いことから疲労感が強く、3か月で6kgの体重減少及び必要エネルギーの摂取不足が著しいことがわかった。さらに歯科治療と口腔衛生の指導が必要とされた。ケアの優先順位について議論したところ、A様の必要エネルギー量を充足し体重減少を早期に止めないと、予後が悪化する大きな恐れがあるという結果になった。</p> <p><合議>栄養ケアを体重減少が止まるまで最優先とする。食事摂取量改善のため、まずは座位姿勢保持及び歯科治療と口腔衛生指導によりペースト食(嚥下調整食コード:2-2)から食事形態をアップする。体重減少が止まってからリハビリテーションを開始する。1か月後に2回目のカンファレンスを行う。</p>
課題(総合的評価)	<p>＃1. 3か月で6.0kg(体重減少率-9.8%)の体重減少と、身体機能の低下がみられるため必要エネルギー不足が考えられる。</p> <p>＃2. 口腔内の衛生状態も悪く、義歯不適合みられる。</p> <p>＃3. 円背により座位保持が難しく、食事環境の設定が不適切である。</p> <p>＃4. 摂取栄養量が必要栄養量を満たしていないため、現在の栄養状況でリハビリを行うことは望ましくない。</p>
方針・目標	<p>＃1. し好品や栄養補助食品を利用し、体重増加(3か月で3kg)を目指した必要エネルギーを無理なく摂取できる。</p> <p>＃2. 口腔内の衛生状態・口腔機能の改善により、ペースト食(学会分類コード2-2)から食事形態アップし、食材の形のある軟らかい食事(学会分類コード4)を食べることができる。</p> <p>＃3. 疲労感なく、正しい姿勢で食事をとることができる。</p> <p>＃4. 3か月後、独歩自立(外出ができる)。</p>
具体的支援内容	<p>＃1. 無理なく摂取できるよう好きなプリンと栄養補助食品(300kcal、たんぱく質12g)を利用する。</p> <p>＃2. 歯科医師による月2回の義歯治療及び歯科衛生士による毎月2回の介護職への指導を行う。</p> <p>＃3. 疲労軽減のため、食事時間は30分を目安に、10時、15時を活用し少量頻回食とする。リハはシーティングを実施する。</p> <p>＃4. 食事摂取量増大後にリハの量と質を見直し、①筋力増強訓練、②バランス訓練、③歩行訓練を週5回実施する。</p>

※実施記録は実施計画書の実施結果等をふまえたカンファレンス記録に記載しますが、初回作成時には未記載となります。
 ※＃等は重要性から見た優先度となります。

3. 5 一体的取組に関する実施計画書の決定

作成された一体的取組に関する実施計画書(様式及び記載例を参照のこと)には、3.4の内容について記載し、共有ファイル等により三領域の職種等の承諾を得て決定する。当該計画書は、リハビリテーション会議等の定期的な会議に提出され、リハビリテーション実施計画書に替えることができる。また、両方を作成する場合には、リハビリテーション計画書

には、一体的取組に関する計画書の内容を反映させなければならない。

3. 6 実施計画書の本人・家族への説明

一体的取組に関する実施計画書については、リハビリテーション会議等で本人・家族に説明し、同意を得て完成させる。当該同意が得られたことの記録は残す。利用者の同意を得てから、少なくとも6か月以内はおおむね1月に1回、6月超後はおおむね3月の1回の三領域合同カンファレンスあるいはリハビリテーション会議において確認して承認を得て完成させる。

3. 7 一体的取組に関する実施計画書の介護支援専門員等への説明(通所サービス)

通所事業所の利用者に対する一体的取組の実施計画書については、通所利用時に三領域の専門職のうちいずれかの専門職が本人及び家族に説明をしたうえで、三領域のいずれかの担当職種が在宅等において開催されるサービス担当者会議に出席することが望ましいが、出席した担当者は、当該実施計画書の説明を行い、本人・家族の承諾を得て、介護支援専門員がサービス計画書に一体的取組を位置付ける。当該実施計画書の内容に対して、修正等が必要な場合には、その旨を出席した担当者が出席していない三領域の専門職に伝えて、当該計画書の修正後に確定とする。

3. 8 実施・チェック

完成された実施計画書に基づいた三領域の専門職による当該サービスの提供にあたっては、三領域の専門職は日常的によくコミュニケーションをとりあい、利用者・家族の状況の変化やサービス提供状況を共有化し、意見交換を行うことが必要である。本人の身体状況等の変化や家族及び在宅における解決すべき課題についてはチェックし、課題解決に向けて速やかに対応する。

3. 9 モニタリング

各領域は、1か月毎のモニタリング(再アセスメント)によって、実施計画書の見直しが必要な場合には、3. 4のカンファレンスを随時開催し、微細な修正に留まらない場合(食事形態及び補給方法の変更等)については、3. 5以降の手順を繰り返す。

3.10 評価

一体的取組を行って、6か月あるいは12か月後には、3.4のカンファレンスにおいて、スクリーニング・アセスメントのLIFEの利用者フィードバック（厚生労働省からフィードバックされた個別データ）、実施計画書の協働目標や実施計画の達成状況を評価する。

3.11 サービスの評価・継続的な品質改善活動

一体的取組によるサービス提供を開始して1年ごとに、入所・利用者の評価データを集積して、低栄養のリスク、口腔の問題及びADLやIADL等の改善・維持、悪化した人数や割合、さらに入院率、死亡率、在宅復帰率、在宅生活維持率等、食欲、意欲、本人・家族の希望の達成率等のアウトカム、協働目標の達成率、実施計画の実行率、等のプロセス等についてのサービス評価を行う。この場合、LIFEの施設フィードバックを活用することもできる。その評価結果については、カンファレンス等の課題として、今後の一体的取組のための体制やプロセスのあり方について意見を交換して、一体的取組の質の向上や効率的な業務体制を目指して継続的な品質改善活動を行っていく。

4. 在宅生活の支援（在宅訪問を含めて）のための情報連携

一体的取組においては、在宅生活の支援（在宅訪問）に対する取組が重要課題である。これには、入所・利用前の在宅生活に関する情報収集、老人保健施設からの退所に向けての在宅復帰支援及び通所・訪問サービスにおける在宅生活の継続のための取組等があげられる。

令和6年度介護報酬・診療報酬改定においては、在宅生活の支援の強化にあたって、新設された加算や見直された要件の活用について解説する。さらに、本手引の最後に掲載した「一体的取組のための居宅訪問事例集」における、在宅生活の支援の観点から、訪問サービスにおける一体的取組や管理栄養士による在宅の訪問事例も活用して頂きたい。

4.1 入所・利用前の在宅生活に関する情報収集

老健においては、在宅復帰をめざして、1月以上の入所見込みのある者については、入所後に退所先となる居宅及び施設等を担当者が訪問して、入所中に退所を目的とした施設サービス計画の策定と診療方針を決定した場合に算定できる加算（入所前後訪問支援加算（Ⅰ）400単位、（Ⅱ）480単位）がある。入所予定日30日以内に居宅等に訪問しての本人・家族への指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管

理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うものであり、当該加算（Ⅰ）は入所者の退所先が在宅のみであるが、（Ⅱ）は在宅及び社会福祉施設に訪問し、多職種協働で会議を行い、施設サービス計画の「生活機能の具体的な改善目標」及び「退所後の生活に係る支援計画」を定めた場合に算定可能とされる。このような居宅等の訪問に際しては、担当者は退所後の在宅等での生活状況に加えて、栄養・食事の状況や口腔の健康状態に係わる情報も収集して、これらの情報を反映した一体的取組を早期から効果的にすすめていくための重要なプロセスである。

介護保険施設への入所者のうち通所及び訪問サービスの利用者における栄養管理や口腔管理の情報を施設入所時に共有することを評価する報酬は、現在のところ設定されていない。しかし、介護保険施設入所前の通所サービス利用者のうち口腔機能向上加算、栄養アセスメント加算及び栄養改善加算（在宅訪問を含む）を算定している者、あるいは、管理栄養士及び歯科衛生士等による居宅療養管理指導を利用している入所者に対しては、これらのサービスにおけるアセスメントや栄養管理及び口腔管理の内容に関する情報の提供について、介護保険施設入所後の一体的取組を切れ目なく進めるために、本人・家族の承諾を得て、担当者は把握することが望ましい。

入所・利用前の在宅訪問を行う担当者は、本人・家族及び介護支援専門員等から在宅生活における食習慣、食欲、食形態の現状、嗜好、口腔の健康状態の問題、歯科治療、嚥下状態等の現状や本人・家族がこれらに不安や困難に感じていること等を把握して、一体的取組に係わるリハビリテーション・機能訓練・栄養管理及び口腔管理の担当者に伝える。特に、在宅生活での食嗜好（好きな食べ物、嫌いな食べ物、習慣的に食べている食べ物）は、食欲不振や看取り期の栄養管理上の必要な内容である。老健等の入所中の在宅復帰のための計画の作成にあたっては、同居する家族等による食事準備に対する意向や実施可能かどうか等について予め把握しておくことが望ましい。

4. 2 在宅復帰支援

老健における一体的取組は、入所時から在宅復帰を目指して行われる。4. 1 の入所前後訪問支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）の他に、入所期間が 1 月を超える入所者の退所に先立って退所後生活する居宅を訪問し、本人・家族に対して療養上の指導を行う退所前訪問指導加算や退所時に同様の指導ができる退所時訪問指導加算、入所者の退所後 30 日以内に居宅訪問し療養上の指導ができる退所後訪問指導加算、退所時に退所後訪問指導加算と同様に指導ができる退所時指導加算、入所者の退所後の主治医の医師に対して療養状況を示す情報を提供して

入所者の紹介を行う退所時情報提供加算、指定居宅療養支援事業所の介護支援専門員に対して入所者の居宅サービスに必要な情報を提供して、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行う退所前連携加算などによる在宅復帰支援のためのサービスが従来より行われている。

令和3年度介護報酬改定においては、老健における退院・退所直後のリハビリテーションの充実を図るために、訪問リハビリテーションにおける現行の1週に6回の限度が、退院・退所の日から起算して3月以内の利用者に対して、医師の指示に基づいて週12回まで継続して訪問リハビリテーションを行えるように見直されている。

さらに、退所者の栄養管理に関しても、2.4(3)のように介護保険施設から居宅、他の介護保険施設、医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携が切れ目なく行われるように退所時栄養情報加算が新設され、介護保険施設の管理栄養士が、入所者の栄養管理に関する情報について、退所後の医療機関のかかりつけ医等に提供することが行われやすくなった。

しかし、このような介護報酬による算定の有無に関わらず、一体的取組におけるアセスメント及び計画に関する情報は、本人・家族の了承を得て、介護支援専門員、かかりつけ医及び退所後に引き継がれる通所サービス及び居宅療養管理指導等の担当者等に、本人・家族の承諾のもとに提供し、必要に応じてその説明も行うことが望ましい。

4.3 通所サービス及び訪問サービスにおける在宅生活の継続

通所サービスにおけるリハビリテーションマネジメントは、栄養管理及び口腔管理のアセスメント及び計画に関する情報が提供され、一体的取組を含めて効果的に取組むことが可能になった。さらに、口腔機能向上加算及び栄養アセスメント加算、さらに栄養改善加算（在宅訪問を含む）においても、一体的取組の担当者が、本人・家族の個別の自己実現を目指して、在宅生活の継続のために、利用者本人の身体状況、栄養状態、口腔の健康状態を総合的に評価し、目標を共有し、一体的取組計画の内容を三領域のケア内容に関する優先順位を決めて実施し、情報交換し調整をしていくといった一体的取組の一連のプロセスを繰り返し、今後も継続して検証されていくことが求められる（本手引書3.を参照のこと）。

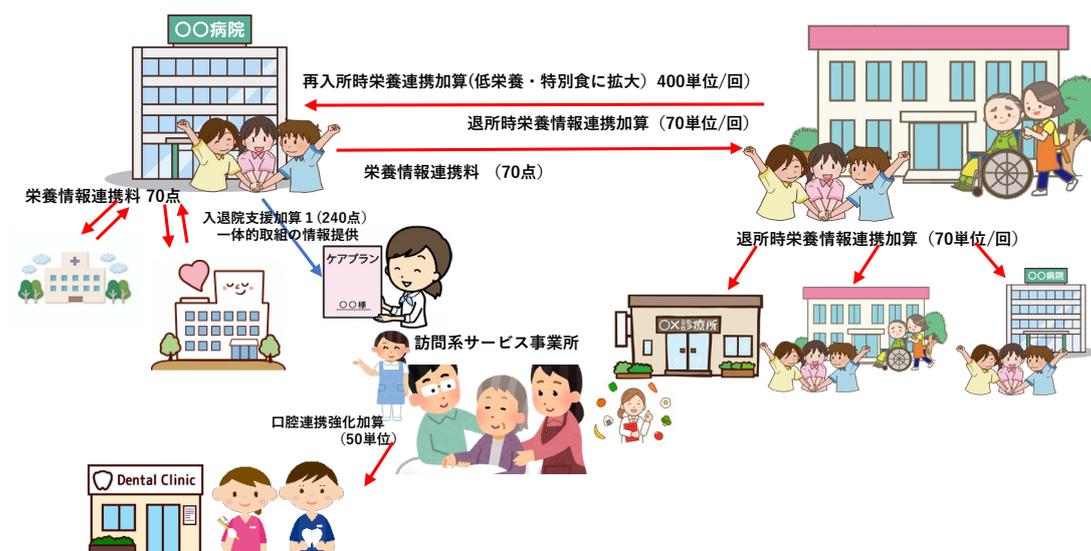
なお、令和6年度介護報酬改定においては、通所介護に対しては、一体的取組に対する報酬上の評価がなされなかったが、令和4年度及び5年度の2年間にわたる本事業における通所介護事業を対象とした事業所実態調査及びインタビュー調査から、一体的取組が進められている事業所が調査対象のうちの50.2%であり、通所リハビリテーション事業所と同様

に、その効果がみられた（1. 1の図を参照）。また、先駆的な一体的取組に関する取組事例も収集されたので、令和5年度の当該事業における先駆的事例集によって報告した。今後の介護報酬改定において、通所介護においても一体的取組が報酬による評価に繋がるように、一体的取組を推進して基盤づくりをしていくことが望ましい。

5. 医療・介護の情報連携

病院を退院して介護保険施設へ入所する者には低栄養の高リスクが極めて多くみられ、また、摂食嚥下障害が重度な者や胃瘻による経管栄養法の利用者に対しても、病院に入院中の栄養管理等の情報の提供が望まれていた。令和6年度介護報酬・介護報酬改定が同時に行われたために、以下のように、介護・医療の情報連携が充実・強化された。

令和6年度介護報酬・診療報酬改定における介護・医療の情報連携



5. 1 令和6年度介護報酬改定において

(1) 介護保険施設から退所時の栄養情報連携

退所時栄養情報連携加算（70 単位/回）が新設され、介護保険施設の管理栄養士から、他の介護保険施設や医療機関等に退所する特別食*の必要性又は低栄養状態にあると医師が判断した者の入所中の栄養管理に関する情報を提供することが評価された。これによって、栄養管理に関する情報連携が切れ目なく行われ、介護保険施設と退所後の医療機関等とに継続的な栄養管理の確保が図られるようになった。当該加算は、介護保険施設の管理栄養士

が入所者の主治医の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に入所者の栄養管理に関する情報（提供栄養量、必要栄養量、食事形態（嚥下食コードを含む。禁止食品、栄養管理に係わる経過等）を提供したときに算定できる（栄養管理に関する情報については別途通知（リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について参照のこと）。

＊疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

（２）再入所時栄養情報連携

平成 30 年度介護報酬改定によって新設された再入院時栄養連携加算（400 単位/回）は、介護保険施設の入所者が医療機関に入院した場合に、入院中に経管栄養や嚥下調整食の新規導入となった場合に限り、介護保険施設の管理栄養士と医療機関の管理栄養士とが連携して退院・入所後の栄養管理計画を作成することが評価されたが、令和 6 年度改定では、特別食又は嚥下調整食が提供されている者に対しても、病院の管理栄養士と介護保険施設の管理栄養士が栄養管理に関する情報連携ができるようになった。

（３）訪問系サービス等における口腔管理に係わる情報連携

口腔連携強化加算（50 単位/回）が新設され、訪問系サービス及び短期入所系サービス（訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護）において、職員による利用者の口腔の健康の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意のもとに歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供をすることが評価された。口腔の健康状態の評価は、利用者に対する適切な口腔管理につなげる観点から、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われていることが必要である。

算定要件は以下のとおりである。

- ・担当する職員は、連携歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談すること（連携歯科医療機関は複数でも差し支えない。）。
- ・口腔の健康状態の評価を利用者個別に行い、評価した情報を歯科医療機関及び担当介護支援専門員に対して提供すること。
- ・歯科医療機関への情報提供に当たっては、利用者又は家族等の意向及び担当の介護支援専

門員の意見等を踏まえ、連携歯科医療機関・かかりつけ歯科医等のいずれか又は両方に情報提供を行うこと。

- ・口腔の健康状態の評価は、開口の状態（歯の汚れの有無、舌の汚れの有無歯肉の腫れ、出血の有無、左右両方の奥歯のかみ合わせの状態、むせの有無、ぶくぶくうがいの状態(可能な場合)、食物のため込み・残留の有無(可能な場合)）について行うこと。
- ・口腔の健康状態の評価を行うに当たっては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」及び「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」(令和6年3月日本歯科医学会)等を参考にすること。
- ・口腔の健康状態によっては、主治医の対応を要する場合には、必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講ずること。
- ・口腔連携強化加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議等を活用し決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔の健康状態の評価を継続的に実施すること。

5. 2 令和6年度診療報酬改定において

(1) 入院中の一体的取組内容の介護支援専門員への情報提供

令和6年度診療報酬における入退院支援加算1(240点)の要件が見直され、退院支援計画の内容にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の一体的取組の内容を含み退院に向けた入院中に行う療養支援の内容を盛り込み、退所時における医療機関から介護支援専門員に情報提供されることになった。

(2) 入院中の栄養管理に関する情報の介護保険施設等への提供

令和6年度診療報酬改定においては、栄養情報連携料(70点、入院中1回)の新設が行われ、入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、退院後の栄養食事管理について管理栄養士が指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関や介護保険施設等の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合及び他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについても、患者又はその家族等の同意を得て、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供した場合が要件となった。当該栄養情報連携料によって、退院後の栄養食事指導に関する内容や入院中の栄養管理に関する情報（必要栄養量、摂取栄養量、食事形態（嚥下食コードを含む。））、禁止食品、栄養管理に係る経過等）を共有することになり、栄養管理に係る経過等にはリハビリテーション、口腔・栄養の連携体制加算の内容が含まれることから、一体的取組を包括した継続的な栄養管理の確保を図ることができるようになった。

このような令和6年度介護・診療報酬の同時改定において新設や見直された医療・介護間情報連携により提供される一体的取組や栄養管理等に関する情報を共有・活用して、介護・医療間での切れ目のない一体的取組や栄養管理等を効果的、効率的に推進していくことが期待されている。

6. 介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの活用

令和6年度介護報酬改定においては、介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの活用を促進するために、生産性向上推進体制加算（Ⅰ）100 単位/月及び生産性向上推進体制加算（Ⅱ）10 単位/月が新設されている。

生産性向上推進体制加算（Ⅰ）の要件は、（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されたこと。見守り機器等のテクノロジーを複数導入していることや、職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。（Ⅱ）の要件：利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うことである。

一体的取組の推進に対しても、ICT 等やカンファレンスでのテレビ電話装置等を活用していくことが求められており、これらの ICT の活用体制の強化・充実のもとに生産性一体的取組が推進されていることが本事業のインタビュー調査の結果からも明らかであった。食事時の観察、声掛け、食事介助及び配膳・下膳は、ロボットが食堂を巡回して行うようになるのは、そう遠くないだろう。

一方、本事業のインタビュー調査においては、一体的取組においては、担当者が ICT の機器に個別に向かって、ルーチン作業に終始してしまう懸念が語られ、一体的取組は担当者間のコミュニケーションを充実させることが重要であるにあることが指摘された。一体的取組においては、利用者・家族と対面して寄り添って話を聴くこと、食事時等の観察をすること、担当の専門職が日常的にコミュニケーションを取って、本人・家族の変化を見逃さずに気づきや考えを共有化していくこと等を重視していくことが求められていた。介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの活用により効率性や生産性を求めつつも、人と人との心が

通じ合うサービスであることが重要なところである。一体的取組を介護・医療の連携のもとに総合的、包括的なヒューマンサービスとして推進していくことが必要とされている。

7. 一体的取組の推進のための研修のあり方

一体的取組は、従来の職種別の教育・研修のあり方を、多職種連携の教育・研修へと転換させることになる。本事業のインタビュー調査においては、一体的取組の推進のための研修のあり方等として次のことが必要とされていた（本事業報告書Ⅲを参照のこと）。

- 地域として、介護・医療が連携した一体的取組の体制づくりを進めるためには、自治体や専門職団体が連携した勉強会を通じて関係者の顔の見える関係性を作ることが必要である。特に介護支援専門員と担当の専門職がお互いの顔を知りあって、どこで何をしているかを理解し合う横の繋がりを強化していく必要がある。
- 一体的取組を地域で進めるためには、地域ケア会議に一体的取組の担当者が参加して、医師や関連職種との繋がりをつくっていくことが必要である。
- 多職種による勉強会・研修会は、LIFE のデータへの理解や活用についての意見交換という観点からも必要とされる。LIFE のフィードバックされたデータをもとに、各施設・事業所が関連加算の算定率、障害自立度、食事、栄養、口腔等のデータを全国平均と比べても、施設・事業所毎に介入プログラムが異なる。入所者の要介護度分布等の特性は、各施設・事業所ごとに異なるので、当施設と同様な特性を持つ施設の情報の開示があるとよい。地域において、結果の分析評価をもとに、LIFE のフィードバックの情報の活用の方法まで支援していく研修会が必要である。

なお、令和4年度のインタビュー調査に基づく先駆的事例集からの一体的取組の推進のための研修のあり方の要点について以下に再掲した。今後の一体的取組に関する研修の体制づくりや内容やプログラムの作成において、必要に応じて適宜活用し、一体的取組についての多職種連携の教育・研修を、法人、施設、事業所内外のOJT等として定期的に開催することが望ましい。

一体的取組の推進のための研修のあり方について（令和4年度 先進的事例集より）

- 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、〈看取りの介護〉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い。一体的取組に係わる多職種が連携するために必要な研修内容は、看取り、認知症、口

腔・栄養に関する取組や他の施設・事業所における一体的取組の体制や取組事例等である。(特養 02)

○言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士は、夫々の養成課程において互いの専門的な分野に関する知識や実務についてほとんど学んでいない。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ことが望ましい。また、実務に入ってから最初の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とともに、看護職員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。介護支援専門員には、口腔、栄養の問題や口腔管理、栄養管理が利用者にとってどのような効果を齎すかを教える必要がある。歯科衛生士や管理栄養士等は、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関係者全員が持つようになると、管理栄養士がミールラウンドに参加できない時も、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。一体的取組に係わる多職種は、同じ目標を持ち、同じ方向を向くということこそ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は少ないが、常にアンテナを張り、一緒に学び、一緒に実行していくことを、一体的取組は大切にしないと行けない。なお、以下は、当該通所介護事業所が地域保健福祉事務所と協力して、地域の歯科衛生士に対しての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。一体的取組を進めるためには、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)。

○一体的取組には、歯科衛生士に対しての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には、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においては、リハビリテーション専門職に共通した卒後研修制度による研修が行われているが、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ことが望ましい。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、どうしたら食事準備が簡単にできるか、どうしたら家族が手抜きができる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も質問されるので、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ていくことが求められている。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いわゆる〈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ている。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実施し、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。この三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切れ目のない一体的取組の体制及び実際的な取組が求められている。しかし、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。その他として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)
- 同じ職種内で、異なる職種間において、差がないように評価できないと、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てる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、簡単に言えば検査値や身体計測の知識はあっても、実際、食事時の観察による食べる姿勢や口腔ケアが結果を伴っているか等の課題の把握については、系統的に学んできていない。医師や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、高齢者に対しての一体的取組が良いサービスとして提供できる。(通所リハ04)
- 言語聴覚士は、学校で学んできた知識を、実際、臨床で生かすときに初めて、働く場によ

って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、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、言語聴覚士内が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、介護保険サービスにおいて働く機会が多いが、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、知識は持っていますが、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、参加義務がないので参加者が少ない状況がある。専門職研修ですら参加できていない状況があるが、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夫々のチームによる 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OJT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)

8. 参考資料

以下の参考資料には、関係するⅡの章番号を付し、本文中に引用したものに下線を付した。

1. 1 高齢者の「口から食べる楽しみをいつまでも」を支援することの意義

・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、「介護予防マニュアル」分担研究班. 厚生労働省、平成21年3月.

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

1. 1 効果等に関するエビデンス等

<一体的取組等>

・「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果(p24)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001160788.pdf>

・居宅療養管理指導(p19~)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001164128.pdf>

・口腔・栄養(p28~) 栄養情報連携に係る診療報酬・介護報酬上の評価等、施設の口腔衛生管理の効果等(p47~)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001171213.pdf>

令和6年度介護報酬改定 一体的取組の効果等, 社会保障審議会介護給付費分科会(第229回). 厚生労働省、令和5年10月26日.

・管理栄養士及び歯科衛生士による居宅療養管理指導に係わる状況等、社会保障審議会介護給付費分科会(第230回)資料4、厚生労働省、令和5年11月6日.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001164128.pdf>

・老健における「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果(p27)、社会保障審議会介護給付費分科会(第231回)資料2、厚生労働省、厚生労働省、令和5年11月16日.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001168119.pdf>

<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)、厚生労働省、平成 29 年 10 月 25 日.

<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 (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)

口腔・栄養関係 (参考資料 3) 社保審一介護給付費分科会 第 140 回、厚生労働省、平成 29 年 6 月 7 日.

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

- ・ 「経口摂取を支援するためのアセスメント・モニタリング表とケア計画指針」による栄養管理・口腔管理体制の整備と効果的なサービス提供のあり方に関する実態調査 (横断・縦断調査から、平成 26 年度老人保健事業、水品等補助金 (老人保健健康増進事業分) 施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理の整備のあり方に関する研究報告書、p33、日本健康・栄養システム学会、平成 27 年 3 月.

- ・ 施設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、栄養の一体的取組に関する施設・事業所実態調査、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 報告書、日本健康・栄養システム学会、令和 5 年 3 月.

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2023/04/r4-rouken-56houkokusyo.pdf>

- ・ LIFE データを用いた介入効果の検証例 BI 利得に影響する要因の分析 (p18) LIFE データ活用に関する資料. LIFE を用いた介護領域における新たな研究デザインの提案のための研究 (R5 年度厚生労働科学研究費補助金 (長寿科学政策研究事業) (22GA1002) 研究代表者 松田晋哉、第 235 回社会保障審議会介護給付費分科会、令和 5 年 12 月 11 日、厚生労働省.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001177161.pdf>

- ・令和4年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）研究課題名「生活期におけるリハビリテーション・栄養・口腔管理の協働に関するケアガイドラインおよびマニュアルの整備に資する研究」（22GA1003）、生活期におけるリハビリテーション・栄養・口腔管理の協働に関するケアガイドライン作成グループ、（長寿科学研究事業ホームページに掲載予定）。

2. 1 令和6年度介護報酬改定について

- ・令和6年度介護報酬改定について、厚生労働省、令和6年3月11日。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

以下が収載されている。

（告示）

- ・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の一部を改正する告示等の公布について、介護保険最新情報 Vol. 1212、厚生労働省老健局、令和6年3月15日

（通知）（頁数はPDFの上部の頁）

- ・リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組の推進
通所リハビリテーション事業所（「リハビリテーションマネジメント加算」（p65）
介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（「個別機能訓練加算」（p140）、介護老人保健施設（「リハビリテーションマネジメント計画書情報加算」（p165～166）、介護医療院（p382～383）
- ・居宅療養管理指導（p48～49）、様式例（『居宅療養管理指導（管理栄養士）指示書』と『居宅療養管理指導（管理栄養士）特別追加訪問指示書』）
- ・医療と介護の情報連携に関する評価（退所時栄養情報連携加算の新設）（p145）
- ・再入所時栄養連携加算の対象者の見直し（p146）
- ・リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について、介護報酬最新情報 vol. 1217、令和6年3月15日

<https://www.mhlw.go.jp/content/001227728.pdf>

- ・Q&A 事務連絡（問80、問92、問93、問126）

・＜経過に関する参考資料＞

- ・リハ口腔栄養の一体的取組（p23）、居宅療養管理指導の対象者見直し（p25）、退所時栄養情報連携加算の新設等（p27～28）、参考資料1（詳細版）
- ・リハ口腔栄養の一体的取組、通所系（p64～67）新設、・リハ口腔栄養の一体的取組 施設系（p68～69）新設、・栄養リハ口腔栄養の一体的取組 様式（p70）、居宅療養管理指導の対象者見直し（p80）、・居宅療養管理指導の算定回数見直し（p85）、退所時栄養情報連携加算の新設等（p86～87）新設、再入所時栄養連携加算の対象者の見直し（p88）、居宅療

養管理指導 基本報酬 (p169)

第 239 回社会保障審議会介護給付費分科会 資料、厚生労働省、令和 6 年 1 月 22 日。
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_37407.html

2. 2 令和 6 年度診療報酬改定について

・令和 6 年度改定に関する省令・告示・通知等

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

・改定の説明資料 (PDF 資料)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html

・改定の説明動画 (YouTube)

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWhCI3jkGORR92Njw8fQDYJy>

【分割版】(冒頭の数字は、PDF の頁番号(上部)を付した)

- 0 3 令和 6 年度診療報酬改定の概要 賃上げ・基本料の引き上げ：賃上げ、栄養管理体制の基準の明確化 (入院料通則の改定①)
- 0 6 令和 6 年度診療報酬改定の概要 同時報酬改定における対応：入退院支援加算 1・2 の見直し、医療と介護における栄養情報連携の推進
- 0 8 令和 6 年度診療報酬改定の概要 入院 I (地域包括医療病棟) →地域包括医療病棟、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 (注加算)
- 0 9 令和 6 年度診療報酬改定の概要 入院 II (急性期・高度急性期入院医療) →急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進
- 1 0 令和 6 年度診療報酬改定の概要 入院 III (回復期) →回復期リハビリテーション病における GLIM 基準による栄養評価の要件化
- 1 1 令和 6 年度診療報酬改定の概要 入院 IV (慢性期入院医療) →療養病棟における中心静脈栄養に係る見直し、経腸栄養管理加算の新設、有床診療所における医療・介護・障害連携の推進
- 1 2 令和 6 年度診療報酬改定の概要 入院 V (DPC/PDPS・短期滞在手術等) →退院患者調査の見直し (退院時の体重の追加、低栄養の定義の見直し)
- 1 3 令和 6 年度診療報酬改定の概要 入院 VI (働き方改革の推進、横断的個別事項) →入院時の食費の基準の見直し
- 1 4 令和 6 年度診療報酬改定の概要 在宅 (在宅医療、訪問看護) →在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進
- 1 5 令和 6 年度診療報酬改定の概要 重点分野 I (救急医療、小児・周産期医療、がん医療) →小児緩和ケア診療加算 (小児個別栄養食事管理加算) の新設
- 1 8 令和 6 年度診療報酬改定の概要 個別改定事項 (1) →リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進 (まとめ・再掲)

<経過に関する参考資料>

- ・ 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組②：入院基本料等の見直し、栄養管理体制の基準の明確化(p1)、Ⅱ－2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組①入院料の施設基準に専任管理栄養士の病棟配置及びリハ、栄養、口腔連携体制加算の新設(p150)、Ⅱ－2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組⑧入退院支援加算による一体的取組の支援(p185)、Ⅱ－2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組⑭有床診療所の介護障害連携加算の実績要件の選択肢に訪問栄養食事指導の実績を追加(p211)

<有床診療所における訪問栄養食事指導の推進>

- ・ リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進①急性期における一体的取組のために管理栄養士等の病棟配置と一体的取組に対してのリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(p217)
- ・ リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進⑤療養病棟入院基本料において、中心静脈栄養の評価を見直し、経腸栄養管理加算の新設(p229)、Ⅱ－3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進⑦医療と介護における栄養情報連携の推進(p248)
- ・ 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価⑬回復期リハビリテーション病棟入院章の要件の見直し GLIM 基準の導入(p300)、
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑩在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導体制の整備(p444)、
- ・ 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応①入院時食費の見直し(p504)、

<入院・入所患者の栄養管理等>

- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑳入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進(p485) 個別改定項目について

中央社会保険医療協議会 総会（第 581 回）（厚生労働省）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001197890.pdf>

<在宅医療における ICT を用いた医療情報連携の推進(p407)>

<入退院支援について>

- ・ 生活に配慮した医療を提供するための入退院支援のイメージ(p18)、入退院に伴う医療機関と介護支援専門員等との情報提供の様式見直し(p24)

<栄養管理体制について>

- ・ 栄養管理体制に係る中医協総会等における主な意見(p64)、医療機関における栄養管理体制について(p67)、退院後の生活を見据えた入院中の栄養管理の例(p70)、栄養管理体制に係る課題と論点(p73)

中央社会保険医療協議会（第 573 回）入院(その 7)、厚生労働省、令和 5 年 12 月 15 日。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001178970.pdf>

<入院時の食費について>

中央社会保険医療協議会 総会（第 571 回）（令和 5 年 12 月 8 日）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001176511.pdf>

<栄養・一体的取組>

- ・ 診療報酬における栄養管理に関する評価の主な変遷 (p64)、診療報酬における栄養管理に係る主な評価（入院）(p65)、早期からの回復に向けた取組への評価 早期栄養介入管理加算 (p66)、栄養サポートチーム加算の算定可能な入院料等について (p68)、入院料ごとの栄養サポートチーム加算の届出状況 (p69)、周術期の栄養管理の推進 (p70)、病棟における栄養管理体制に対する評価の新設（入院栄養管理体制加算）(p71)、入院時の高齢患者の栄養状態 (p73)、入院料ごとの栄養摂取の状況 (p74)、入院料ごとの嚥下調整食の状況 (p75)、医療機関における栄養管理体制について (p76)、入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果 (p77)、入院患者の栄養管理体制に関する状況 (p78)、D P C データ（様式 1）における栄養関連項目 (p79)、栄養管理計画書における栄養補給に関する事項 (p80)、<参考> 嚥下調整食分類 2021 (p81)、低栄養の世界的診断基準 G L I M 基準 (p82)、低栄養評価における血中アルブミン値の取扱い (p83)、入院栄養食事指導料・栄養情報提供加算の概要 (p85)、入院栄養食事指導料 対象患者 (p86)、栄養情報の提供に対する評価の新設 (p87)、入院栄養食事指導料・栄養情報提供加算の算定状況 (p88)、高齢入院患者の低栄養及び摂食・嚥下機能障害の状況（入院時）(p89)、高齢入院患者の低栄養及び摂食・嚥下機能障害の状況（退院時）(p90)、高齢入院患者の経管・経静脈栄養の状況（入院時・退院時）(p91)、医療機関と介護保険施設との栄養情報連携 (p92)、栄養情報連携に係る診療報酬・介護報酬上の評価 (p93)、医療と介護における栄養管理に関する情報連携 (p94)、論点⑤ 医療と介護における栄養管理に関する情報連携 (p95)、論点⑥ 再入所時栄養連携加算の対象の見直し (p96)、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（介護）(p111)、通所系サービス等における口腔・栄養スクリーニングの推進 (p112)、論点②介護保険施設入所者等の口腔管理の充実 (p113)、病棟における栄養管理体制に対する評価の新設 (p135)、入院栄養管理体制加算の届出状況・届出をしていない理由 (p136)、入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果 (p137)、入院患者の栄養管理に関するプロセスの実施時期 (p138)、管理栄養士の病棟配置による効果 (p139)、管理栄養士の病棟配置の状況（入院料別）(p140)、病棟配置されている管理栄養士による栄養管理実施内容 (p141)、誤嚥性肺炎患者に対する多職種連携 (p142)、病棟における多職種連携の取組状況 (p143)、論点 (p144-146)、一体的取組に関する論点 (p147-148)

中央社会保険医療協議会 総会（第 569 回）個別事項（その 10）、厚生労働省、令和 5 年 12 月 1 日。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001173501.pdf>

<一体的取組>

- ・同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見(p47)、
第171回社会保障審議会医療保険部会 資料、厚生労働省、令和5年11月29日。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001172608.pdf>

<在宅患者訪問栄養食事指導等>

- ・在宅患者訪問栄養食事指導料の概要(p102)、在宅療養要介護高齢者における栄養障害と摂食・嚥下障害の状況(p103)、各職種が行う在宅医療等に係る報酬の算定回数の比較(p104)在宅患者訪問栄養食事指導料を算定していない理由(p105) m 栄養食事指導の見直し(p106)、在宅患者訪問栄養食事指導(イメージ)(p107)、訪問栄養食事指導の実施状況(p108)、栄養ケアステーションと診療所との連携(p109)、第8次医療計画における在宅医療のうち訪問栄養食事指導に関する事項(p110)、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に係る基本的な考え方(p111)、課題と論点(p112-115)
第557回中央社会保険医療協議会総会、第210回薬価専門部会、第65回費用対効果評価専門部会、厚生労働省、令和5年10月4日。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001153942.pdf>

<令和6年度報酬改定 栄養管理等に関する状況と根拠>

(上記に記載項目以外の項目)

- ・早期栄養介入管理加算の概要(p14-16)、栄養サポートチーム加算の概要(p45)、周術期栄養管理実施加算の届出状況・届出をしていない理由(p56)、課題と論点(p65)
令和5年度 第6回 入院・外来医療等の調査・評価分科会、入院・外来医療等の調査・評価分、厚生労働省、令和5年9月6日。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001143594.pdf>

<在宅 一体的取組>

- ・【事例】リハビリテーション・口腔・栄養の連携(認知症・在宅)意見交換 資料(p160)訪問栄養食事指導の実施状況、p164 算定していない理由(p162, 163)、栄養食事指導の見直し(参考資料)(p79)
中央社会保険医療協議会 総会(第549回)資料(在宅(その1))、厚生労働省、令和5年7月12日。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001120008.pdf>

3. 一体的取組の質の向上をめざして

- ・リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について、介護報酬最新情報 vol. 1217、令和6年3月15日

<https://www.mhlw.go.jp/content/001227728.pdf>

- ・3・7・6. 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、日本健康・栄養システム学会、令和5年3月31日。

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2023/04/r4-rouken-56tebikisyo-2.pdf>

- ・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。 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」、日本健康・栄養システム学会、令和5年3月。

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2023/04/r4-rouken-52tebikisyo-2.pdf>

- ・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 リーフレット。令和5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」、日本健康・栄養システム学会 令和6年3月。

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2023/04/r4-rouken-52tebikisyo-2.pdf>

- ・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」、日本健康・栄養システム学会、令和4年3月。

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

- ・介護予防マニュアル（改定第4版）.序章、複合プログラム、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上、閉じこもり予防・支援マニュアル、認知機能低下予防・支援、うつ予防・支援の各章, 厚生労働省、令和4年3月。

mhlw.go.jp/stf/newpage_25277.html

- ・静脈経腸栄養ガイドライン 第3版、日本静脈経腸栄養学会編集、488頁、ISBN978-4-7965-2290-8。
- ・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>

・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>

・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>

<資 料>

- ・ 絵で見る一体的取組（フロー）
- ・ 実施計画書様式（記載例）
- ・ 訪問サービスにおける事例集 訪問栄養食事指導の今後の推進のために
- ・ 令和5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）「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」検討委員会事業及び実施小委員会名簿

一体的取組のフロー

3.11 サービスの評価・継続的な品質改善

- 3.2 三領域が各々、スクリーニング・アセスメント実施
- 3.3 三領域が各々、計画書(原案)作成



- 3.4 三領域合同カンファレンス
- 3.5 一体的取組に関する実施計画書の決定



- 3.8~3.10 実施、モニタリング、評価



- 3.6・3.7 実施計画書の完成



資料 絵で見る一体的取組(フロー) 手引書 I .3.1~3.11 参照のこと.令和5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)「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」、日本健康・栄養システム学会。

特養：(別紙様式1-4) 個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書(施設系)

個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書(施設系)

氏名：		殿	入所(院)日	年	月	日
			作成日	<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 変更	年
生年月日	年	月	日	性別	男・女	
計画作成者	個別機能訓練()		栄養管理()	口腔管理()		
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)					
日常生活自立度	障害高齢者：			認知症高齢者：		
本人の希望						
共通	身長：()cm 体重：()kg BMI：()kg/m ² 栄養補給法： <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養、食事の形態：() とろみ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い 個別機能訓練が必要となった原因疾患：() 発症日・受傷日：()年()月 合併症： <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 膵臓性肺炎 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (※上記以外の) <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 症状： <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり 現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診： <input type="checkbox"/> あり(最終受診年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし 義歯の使用： <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部) <input type="checkbox"/> なし その他：					
課題	(共通) (個別機能訓練・栄養・口腔) (上記に加えた課題) <input type="checkbox"/> 食事中に安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 食事中に傾眠や意識混濁がある <input type="checkbox"/> 歯(義歯)のない状態で食事をしている <input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内にため込む <input type="checkbox"/> 固形の食べ物を咀嚼中にむせる <input type="checkbox"/> 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある <input type="checkbox"/> その他()					
方針・目標	(共通) (個別機能訓練・栄養・口腔) 短期目標： 長期目標： (上記に加えた方針・目標) <input type="checkbox"/> 歯科疾患(<input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 口腔衛生(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能(<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 食形態(<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態(<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 膵臓性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他()					
実施上の注意事項						
生活指導						
見直し・継続理由						

リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知、令和6年度介護報酬改定について、厚生労働省、令和6年3月11日。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

	個別機能訓練	栄養	口腔
	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日
評価時の状態	<p>【ADL】※課題のある項目名にチェック</p> <p><input type="checkbox"/> 食事：自立、一部介助、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 移乗：自立、監視下、座れるが移れない、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 整容：自立、一部介助、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> トイレ動作：自立、一部介助、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 入浴：自立、一部介助、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 平地歩行：自立、歩行器等、車椅子操作が可能、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 階段昇降：自立、一部介助、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 更衣：自立、一部介助、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 排便コントロール：自立、一部介助、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 排尿コントロール：自立、一部介助、全介助</p> <p>【IADL】※課題のある項目名にチェック</p> <p><input type="checkbox"/> 調理：自立、見守り、一部介助、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 洗濯：自立、見守り、一部介助、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 掃除：自立、見守り、一部介助、全介助</p> <p>【基本動作】課題のある項目名にチェック</p> <p><input type="checkbox"/> 寝返り：自立、見守り、一部介助、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 起き上がり：自立、見守り、一部介助、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 座位の保持：自立、見守り、一部介助、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 立ち上がり：自立、見守り、一部介助、全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 立位の保持：自立、見守り、一部介助、全介助</p>	<p>低栄養リスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高</p> <p>嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p><input type="checkbox"/> 生活機能低下</p> <p>3%以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/月)</p> <p>【食生活状況】</p> <p>食事摂取量(全体) %</p> <p>食事摂取量(主食) %</p> <p>食事摂取量(主菜/副菜) %/ %</p> <p>補助食品など： 食事の留意事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()</p> <p>薬の影響による食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</p> <p>本人の意欲 ()</p> <p>食欲・食事の満足感 ()</p> <p>食事に対する意識 ()</p> <p>【栄養量(エネルギー/たんぱく質)】</p> <p>摂取栄養量：() kcal/kg、() g/kg</p> <p>提供栄養量：() kcal/kg、() g/kg</p> <p>必要栄養量：() kcal/kg、() g/kg</p> <p>【GLIM基準による評価※】</p> <p><input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養(□中等度 □重度)</p> <p>※医療機関から情報提供があった場合に記入する。</p>	<p>【細菌性肺炎の発症・既往】</p> <p><input type="checkbox"/> あり(直近の発症年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし</p> <p>【口腔衛生状態の問題】</p> <p><input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔</p> <p>【口腔機能の状態の問題】</p> <p><input type="checkbox"/> 奥歯のかみ合わせがない <input type="checkbox"/> 食べこぼし</p> <p><input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い</p> <p><input type="checkbox"/> ぶくぶくうがい困難※1</p> <p>※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。</p> <p>【歯数】() 歯</p> <p>【歯の問題】</p> <p><input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 歯の破折 <input type="checkbox"/> 修復物脱離</p> <p><input type="checkbox"/> 残根歯 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>【義歯の問題】</p> <p><input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 必要だが使用していない</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p>【歯周組織、口腔粘膜の問題】</p> <p><input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患(潰瘍等)</p> <p>記入者： 指示を行った歯科医師名：</p>
具体的支援内容	<p>①プログラム内容</p> <p>留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者：</p> <p>②プログラム内容</p> <p>留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者：</p> <p>③プログラム内容</p> <p>留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者：</p>	<p><input type="checkbox"/> 栄養食事相談</p> <p><input type="checkbox"/> 食事提供量の増減(□増量 □減量)</p> <p><input type="checkbox"/> 食事形態の変更</p> <p>(<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食)</p> <p><input type="checkbox"/> 栄養補助食品の追加・変更</p> <p><input type="checkbox"/> その他：</p> <p>総合評価： <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持</p> <p><input type="checkbox"/> 改善が認められない</p> <p>計画変更： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>	<p>実施日： 年 月 日</p> <p>記入者：</p> <p>実施頻度： <input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度</p> <p><input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容： 【口腔衛生等の管理】</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔清掃</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> 義歯の清掃</p> <p><input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> 細菌性肺炎の予防に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>【介護職員への技術的助言等の内容】</p> <p><input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性</p> <p><input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能の改善のための取組の実施</p> <p><input type="checkbox"/> 食事の状態の確認、食形態等の検討の必要性</p> <p><input type="checkbox"/> 現在の取組の継続</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>
特記事項			

リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知、令和6年度介護報酬改定について、厚生労働省、令和6年3月11日。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

老健：(別紙様式1-2) リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書（施設系）

リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書（施設系）

氏名：		殿	入所（院）日	年 月 日
			作成日 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変更	年 月 日
生年月日	年 月 日	性別	男・女	
計画作成者	リハビリテーション（ ） 栄養管理（ ） 口腔管理（ ）			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2） <input type="checkbox"/> 要介護（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5）			
日常生活自立度	障害高齢者：		認知症高齢者：	
本人の希望				
共通	身長：（ ）cm 体重：（ ）kg BMI：（ ）kg/m ² 栄養補給法： <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養、 食事の形態：（ ） とろみ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い リハビリテーションが必要となった原因疾患：（ ） 発症日・受傷日：（ ）年（ ）月 合併症： <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 膵臓性肺炎 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡 （※上記以外の） <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 症状： <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり 現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診： <input type="checkbox"/> あり（最終受診年月： 年 月） <input type="checkbox"/> なし 義歯の使用： <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部） <input type="checkbox"/> なし その他：			
課題	（共通） （リハビリテーション・栄養・口腔） （上記に加えた課題） <input type="checkbox"/> 食事に安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 食事中に傾眠や意識混濁がある <input type="checkbox"/> 歯（義歯）のない状態で食事している <input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内にため込む <input type="checkbox"/> 固形の食べ物を咀嚼中にむせる <input type="checkbox"/> 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある <input type="checkbox"/> その他（ ）			
方針・目標	（共通） （リハビリテーション・栄養・口腔） 短期目標： 長期目標： （上記に加えた方針・目標） <input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等） <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 栄養状態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 膵臓性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
実施上の注意事項				
生活指導				
見直し・継続理由				

リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知、令和6年度介護報酬改定について、厚生労働省、令和6年3月11日。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

	リハビリテーション 評価日： 年 月 日	栄養 評価日： 年 月 日	口腔 評価日： 年 月 日
評価時の状態	<p>【心身機能・構造】</p> <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 <input type="checkbox"/> 関節可動域制限 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症・構音障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> BPSD 歩行評価 <input type="checkbox"/> 6分間歩行 <input type="checkbox"/> TUG test () 認知機能評価 <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R () <p>【活動】※課題のあるものにチェック</p> 基本動作： <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> 起き上がり <input type="checkbox"/> 座位の保持 <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 立位の保持 ADL：BI () 点 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> トイレ動作 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 排尿コントロール IADL：FAI () 点 【参加】	<p>低栄養リスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 生活機能低下 3%以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/月)</p> <p>【食生活状況】</p> 食事摂取量 (全体) % 食事摂取量 (主食) % 食事摂取量 (主菜/副菜) % / % 補助食品など： 食事の留意事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 薬の影響による食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 本人の意欲 () 食欲・食事の満足感 () 食事に対する意識 () <p>【栄養量 (エネルギー/たんぱく質)】</p> 摂取栄養量： () kcal/kg、() g/kg 提供栄養量： () kcal/kg、() g/kg 必要栄養量： () kcal/kg、() g/kg <p>【GLIM基準による評価※】</p> <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養 (<input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度) ※医療機関から情報提供があった場合に記入する。	<p>【誤嚥性肺炎の発症・既往】</p> <input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし <p>【口腔衛生状態の問題】</p> <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔 <p>【口腔機能の状態の問題】</p> <input type="checkbox"/> 奥歯のかみ合わせがない <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> ぶくぶくうがい困難※1 ※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。 <p>【歯数】 () 歯 【歯の問題】 <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 歯の破折 <input type="checkbox"/> 修復物脱離 <input type="checkbox"/> 残根歯 <input type="checkbox"/> その他 () 【義歯の問題】 <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 必要だが使用していない <input type="checkbox"/> その他 () 【歯周組織、口腔粘膜の問題】 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患 (潰瘍等)</p> <p>記入者： 指示を行った歯科医師名：</p>
具体的支援内容	<p>①課題： 介入方法 ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回</p> <p>②課題： 介入方法 ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回</p> <p>③課題 介入方法 ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回</p>	<p><input type="checkbox"/> 栄養食事相談 <input type="checkbox"/> 食事提供量の増減 (<input type="checkbox"/> 増量 <input type="checkbox"/> 減量) <input type="checkbox"/> 食事形態の変更 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食) <input type="checkbox"/> 栄養補助食品の追加・変更 <input type="checkbox"/> その他：</p> <p>総合評価： <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない 計画変更： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>	<p>実施日： 年 月 日 記入者： 実施頻度： <input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容： 【口腔衛生等の管理】 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 【介護職員への技術的助言等の内容】 <input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能の改善のための取組の実施 <input type="checkbox"/> 食事の状態の確認、食形態等の検討の必要性 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
特記事項			

リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知、令和6年度介護報酬改定について、厚生労働省、令和6年3月11日。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

通所介護：（別紙様式1－3）個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書（通所系）

個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書（通所系）

氏名：		殿	サービス開始日	年 月 日
			作成日 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変更	年 月 日
生年月日	年 月 日	性別	男・女	
計画作成者	個別機能訓練（ ） 栄養管理（ ） 口腔管理（ ）			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2） <input type="checkbox"/> 要介護（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5）			
日常生活自立度	障害高齢者：		認知症高齢者：	
本人の希望				
共通	身長：（ ）cm 体重：（ ）kg BMI：（ ）kg/m ² 栄養補給法： <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養、 食事の形態：（ ） とろみ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い 個別機能訓練が必要となった原因疾患：（ ） 発症日・受傷日：（ ）年（ ）月 合併症： <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 嚥嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡 （※上記以外の） <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 症状： <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり 現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診： <input type="checkbox"/> あり（最終受診年月： 年 月） <input type="checkbox"/> なし 義歯の使用： <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部） <input type="checkbox"/> なし その他：			
課題	（共通） （個別機能訓練・栄養・口腔） （上記に加えた課題） <input type="checkbox"/> 食事に安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 食事中に傾眠や意識混濁がある <input type="checkbox"/> 歯（義歯）のない状態で食事をしている <input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内にため込む <input type="checkbox"/> 固形の食べ物を咀嚼中にむせる <input type="checkbox"/> 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある <input type="checkbox"/> その他（ ）			
方針・目標	（共通） （個別機能訓練・栄養・口腔） 短期目標： 長期目標： （上記に加えた方針・目標） <input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 歯科受診） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 栄養状態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 嚥嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
実施上の注意事項				
生活指導				
見直し・継続理由				

リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知、令和6年度介護報酬改定について、厚生労働省、令和6年3月11日。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

	個別機能訓練 評価日： 年 月 日	栄養 評価日： 年 月 日	口腔 評価日： 年 月 日
評価時の状態	<p>【ADL】※課題のある項目名にチェック <input type="checkbox"/> 食事：自立、一部介助、全介助 <input type="checkbox"/> 移乗：自立、監視下、座れるが移れない、全介助 <input type="checkbox"/> 整容：自立、一部介助、全介助 <input type="checkbox"/> トイレ動作：自立、一部介助、全介助 <input type="checkbox"/> 入浴：自立、一部介助、全介助 <input type="checkbox"/> 平地歩行：自立、歩行器等、車椅子操作が可能、全介助 <input type="checkbox"/> 階段昇降：自立、一部介助、全介助 <input type="checkbox"/> 更衣：自立、一部介助、全介助 <input type="checkbox"/> 排便コントロール：自立、一部介助、全介助 <input type="checkbox"/> 排尿コントロール：自立、一部介助、全介助</p> <p>【IADL】※課題のある項目名にチェック <input type="checkbox"/> 調理：自立、見守り、一部介助、全介助 <input type="checkbox"/> 洗濯：自立、見守り、一部介助、全介助 <input type="checkbox"/> 掃除：自立、見守り、一部介助、全介助</p> <p>【基本動作】課題のある項目名にチェック <input type="checkbox"/> 寝返り：自立、見守り、一部介助、全介助 <input type="checkbox"/> 起き上がり：自立、見守り、一部介助、全介助 <input type="checkbox"/> 座位の保持：自立、見守り、一部介助、全介助 <input type="checkbox"/> 立ち上がり：自立、見守り、一部介助、全介助 <input type="checkbox"/> 立位の保持：自立、見守り、一部介助、全介助</p>	<p>低栄養リスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 生活機能低下 3%以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/月)</p> <p>【食生活状況】 食事摂取量(全体) % 食事摂取量(主食) % 食事摂取量(主菜/副菜) % / % 補助食品など： 食事の留意事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 薬の影響による食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 本人の意欲 () 食欲・食事の満足感 () 食事に対する意識 ()</p> <p>【栄養量(エネルギー/たんぱく質)】 摂取栄養量：() kcal/kg、() g/kg 提供栄養量：() kcal/kg、() g/kg 必要栄養量：() kcal/kg、() g/kg</p> <p>【GLIM基準による評価[※]】 <input type="checkbox"/> 低栄養該当 <input type="checkbox"/> 低栄養(○中等度 ○重度) [※]医療機関から情報提供があった場合に記入する。</p>	<p>【誤嚥性肺炎の発症・既往】 <input type="checkbox"/> あり(直近の発症年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし</p> <p>【口腔衛生状態の問題】 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 菌の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔</p> <p>【口腔機能の状態の問題】 <input type="checkbox"/> 奥歯のかみ合わせがない <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> ぶくぶくうがい困難^{※1} ^{※1} 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。</p> <p>【歯科受診の必要性】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない</p> <p>【特記事項】 <input type="checkbox"/> 歯(う蝕、修復物脱離等)、義歯(義歯不適合等)、歯周病、口腔粘膜(潰瘍等)の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>記入者： <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士</p>
具体的支援内容	<p>①プログラム内容 留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者：</p> <p>②プログラム内容 留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者：</p> <p>③プログラム内容 留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者：</p>	<p><input type="checkbox"/> 栄養食事相談 <input type="checkbox"/> 食事提供量の増減(<input type="checkbox"/> 増量 <input type="checkbox"/> 減量) <input type="checkbox"/> 食事形態の変更(<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食) <input type="checkbox"/> 栄養補助食品の追加・変更 <input type="checkbox"/> その他：</p> <p>総合評価： <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない 計画変更： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>	<p>サービス提供者： <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士</p> <p>実施記録①：記入日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>実施記録②：記入日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>実施記録③：記入日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他()</p>
特記事項			

リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知、令和6年度介護報酬改定について、厚生労働省、令和6年3月11日。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

通所リハ：(別紙様式1-1) リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書 (通所系)

リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書 (通所系)

氏名：		殿	サービス開始日	年 月 日
			作成日 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変更	年 月 日
生年月日	年 月 日	性別	男・女	
計画作成者	リハビリテーション () 栄養管理 () 口腔管理 ()			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活自立度	障害高齢者： 認知症高齢者：			
本人の希望				
共通	身長：() cm 体重：() kg BMI：() kg/m ² 栄養補給法： <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養、 食事の形態：() とろみ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い リハビリテーションが必要となった原因疾患：() 発症日・受傷日：()年()月 合併症： <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 膵臓性肺炎 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (※上記以外の) <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 症状： <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり 現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診： <input type="checkbox"/> あり (最終受診年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし 義歯の使用： <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部) <input type="checkbox"/> なし その他：			
課題	(共通) (リハビリテーション・栄養・口腔) (上記に加えた課題) <input type="checkbox"/> 食事に安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 食事中に傾眠や意識混濁がある <input type="checkbox"/> 歯 (義歯) のない状態で食事をしている <input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内にため込む <input type="checkbox"/> 固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる <input type="checkbox"/> 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある <input type="checkbox"/> その他 ()			
方針・目標	(共通) (リハビリテーション・栄養・口腔) 短期目標： 長期目標： (上記に加えた方針・目標) <input type="checkbox"/> 歯科疾患 (<input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 歯科受診) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 ()) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 ()) <input type="checkbox"/> 食形態 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 ()) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 ()) <input type="checkbox"/> 音声・言語機能 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 ()) <input type="checkbox"/> 膵臓性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 ()			
実施上の注意事項				
生活指導				
見直し・継続理由				

リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知、令和6年度介護報酬改定について、厚生労働省、令和6年3月11日。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

	リハビリテーション 評価日： 年 月 日	栄養 評価日： 年 月 日	口腔 評価日： 年 月 日
評価時の状態	<p>【心身機能・構造】</p> <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 <input type="checkbox"/> 関節可動域制限 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症・構音障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> BPSD 歩行評価 <input type="checkbox"/> 6分間歩行 <input type="checkbox"/> TUG test () 認知機能評価 <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R () <p>【活動】※課題のあるものにチェック</p> 基本動作： <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> 起き上がり <input type="checkbox"/> 座位の保持 <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 立位の保持 ADL：BI () 点 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> トイレ動作 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 排尿コントロール IADL：FAI () 点 <p>【参加】</p>	<p>低栄養リスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 生活機能低下 3%以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/月)</p> <p>【食生活状況】</p> 食事摂取量 (全体) % 食事摂取量 (主食) % 食事摂取量 (主菜/副菜) % / % 補助食品など： 食事の留意事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 薬の影響による食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 本人の意欲 () 食欲・食事の満足感 () 食事に対する意識 () <p>【栄養量 (エネルギー/たんぱく質)】</p> 摂取栄養量：() kcal/kg、() g/kg 提供栄養量：() kcal/kg、() g/kg 必要栄養量：() kcal/kg、() g/kg <p>【GLIM基準による評価※】</p> <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養 (<input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度) ※医療機関から情報提供があった場合に記入する。	<p>【顎嚥性肺炎の発症・既往】</p> <input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし <p>【口腔衛生状態の問題】</p> <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔 <p>【口腔機能の状態の問題】</p> <input type="checkbox"/> 奥歯のかみ合わせがない <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> ぶくぶくうがい困難※1 ※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。 <p>【歯科受診の必要性】</p> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <p>【特記事項】</p> <input type="checkbox"/> 歯 (う蝕、修復物脱離等)、義歯 (義歯不適合等)、歯周病、口腔粘膜 (潰瘍等) の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他 () 記入者： <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
具体的支援内容	<p>①課題： 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回</p> <p>②課題： 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回</p> <p>③課題 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回</p>	<p><input type="checkbox"/> 栄養食事相談 <input type="checkbox"/> 食事提供量の増減 (<input type="checkbox"/> 増量 <input type="checkbox"/> 減量) <input type="checkbox"/> 食事形態の変更 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食) <input type="checkbox"/> 栄養補助食品の追加・変更 <input type="checkbox"/> その他： ()</p> <p>総合評価： <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない 計画変更： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>	<p>サービス提供者： <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士</p> <p>実施記録①：記入日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 顎嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>実施記録②：記入日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 顎嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>実施記録③：記入日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 顎嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
特記事項			

リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知、令和6年度介護報酬改定について、厚生労働省、令和6年3月11日。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

記載例：(別紙様式1-1)(記載例)

リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書(通所系)

氏名:	〇〇 〇〇	殿	サービス開始日	X年 7月 10日
			作成日	■初回 □変更 X年 7月 19日
生年月日	X年 2月 29日		性別	(男)・女
計画作成者	リハビリテーション(PT 〇〇) 栄養管理(〇〇) 口腔管理(〇〇)			
要介護度	□要支援(□1 □2) □要介護(■1 □2 □3 □4 □5)			
日常生活自立度	障害高齢者: A2 認知症高齢者: I			
本人の希望	落ちた筋力を取り戻して、俳句サークルにまた行きたい。 おいしく食べられるようになりたい。			
共通	身長:(155)cm 体重:(45.0)kg BMI:(18.7)kg/m ² 栄養補給法:■経口のみ □一部経口 □経腸栄養 □静脈栄養 食事の形態:(普通) とろみ:■なし □薄い □中間 □濃い リハビリテーションが必要となった原因疾患:(脳梗塞後遺症) 発症日・受傷日:(10)年前()月 合併症: □脳血管疾患 □骨折 □膵臓性肺炎 □うっ血性心不全 □尿路感染症 □糖尿病 □高血圧症 ■骨粗しょう症 □関節リウマチ □がん □うつ病 □認知症 □褥瘡 (※上記以外の) □神経疾患 □運動器疾患 □呼吸器疾患 □循環器疾患 □消化器疾患 □腎疾患 □内分泌疾患 □皮膚疾患 □精神疾患 □その他 症状: □嘔気・嘔吐 □下痢 ■便秘 □浮腫 □脱水 □発熱 □閉じこもり 現在の歯科受診について:かかりつけ歯科医 ■あり □なし 直近1年間の歯科受診:■あり(最終受診年月:X年1月) □なし 義歯の使用:■あり(■部分・□全部) □なし その他:キーパーソン・主介護者:娘			
課題	(共通) 以前していた外出・趣味(俳句サークル)の活動ができなくなった。徐々に筋力が低下している。肉・魚を食べない。 (リハビリテーション・栄養・口腔) ・フレイルに伴う下肢筋力低下 ・体重減少 ・義歯の汚れが激しい、義歯を食事の途中で外してしまい、固形物が食べにくい。 ・活動量が減少し、日によって朝食や昼食を欠食することがあるなど、食事摂取量や時間が一定していない (上記に加えた課題) □食事中に安定した正しい姿勢が自分で取れない □食事に集中することができない □食事中に傾眠や意識混濁がある ■歯(義歯)のない状態で食事をしている □食べ物を口腔内のため込む □固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる ■食後、頬の内側や口腔内に残渣がある ■水分でむせる ■食事中、食後に咳をすることがある ■その他(痰がらみの咳をすることがある)			
方針・目標	(共通) 俳句サークルへ復帰する。活動量・食事摂取量を安定させ、フレイルの進行を予防する。 (リハビリテーション・栄養・口腔) 短期目標: ・屋外での杖歩行が見守りで可能となり、介助者と外出できる ・毎日3食食事を取り、体重を3kg増やす(3ヶ月間) ・義歯調整について歯科医師に相談。正しい義歯の清掃方法を取得。 (上記に加えた方針・目標) ■歯科疾患(□重症化防止 □改善 ■歯科受診) ■摂食嚥下等の口腔機能(□維持 ■改善(舌の運動機能の向上)) ■栄養状態(□維持 ■改善(たんぱく質の確保)) ■膵臓性肺炎の予防 長期目標: ・屋外での杖歩行が自立、活動量の保持(4000歩/日) ・体重を5kg増やす(6ヶ月間) □口腔衛生(□維持 ■改善(口腔清掃)) ・口腔周囲筋の機能向上のため、会話の回数を増やす。 ■食形態(■維持 □改善()) □音声・言語機能(□維持 □改善()) □その他()			
実施上の注意事項	体調の悪い時は主治医と相談し、適宜指示を受けながら実施する。			
生活指導	食事を3食とり、規則正しい生活を心がける。 座位時間を今より30分/日のばし、毎日他者と60分は会話する。			
見直し・継続理由	定期的にモニタリング等を実施しつつ、6ヶ月間を目処に介入を行い、以降は状態を確認しながら継続の有無を検討する。			

リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知、令和6年度介護報酬改定について、厚生労働省、令和6年3月11日。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

	リハビリテーション 評価日：X年 7月 11日	栄養 評価日： X年 7月 13日	口腔 評価日： X年 7月 19日
評価時の状態	<p>【心身機能・構造】</p> <p>■筋力低下 □麻痺 □感覚機能障害 ■関節可動域制限 □摂食嚥下障害 □失語症・構音障害 □見当識障害 □記憶障害 □高次脳機能障害 ■疼痛 □BPSD</p> <p>歩行評価 ■6分間歩行 ■TUG test (杖、6分間歩行 432m、TUG 10.3秒)</p> <p>認知機能評価 □MMSE ■HDS-R (HDS-R 24点)</p> <p>【活動】※課題のあるものにチェック 基本動作： □寝返り □起き上がり □座位の保持 □立ち上がり ■立位の保持 ADL：BI (80) 点</p> <p>□食事 □移乗 □整容 □トイレ動作 ■入浴 ■歩行 ■階段昇降 □更衣 □排便コントロール □排尿コントロール IADL：FAL (16) 点</p> <p>【参加】 もともと俳句サークルに所属していたが、休みがらになっっている。</p>	<p>低栄養リスク □低 □中 ■高 嚥下調整食の必要性 ■なし □あり ■生活機能低下 3%以上の体重減少 □無 ■有 (-5kg/6か月)</p> <p>【食生活状況】 食事摂取量 (全体) 80% 食事摂取量 (主食) 100% 食事摂取量 (主菜/副菜) 50% / 70% 補助食品など：なし</p> <p>食事の留意事項 □無 ■有 (偏食あり) 薬の影響による食欲不振 ■無 □有 本人の意欲 (ふつう) 食欲・食事の満足感 (ややない) 食事に対する意欲 (ややない)</p> <p>【栄養量 (エネルギー/たんぱく質)】 摂取栄養量： (22.0) kcal/kg、(0.9) g/kg 提供栄養量： (26.2) kcal/kg、(1.1) g/kg 必要栄養量： (30.0) kcal/kg、(1.2) g/kg</p> <p>【GLIM基準による評価※】 □低栄養非該当 □低栄養 (中等度・重度) ※医療機関から情報提供があった場合に記入する。</p>	<p>【誤嚥性肺炎の発症・既往】 □あり (直近の発症年月： 年 月) ■なし</p> <p>【口腔衛生状態の問題】 □口臭 □歯の汚れ ■義歯の汚れ □舌苔</p> <p>【口腔機能の状態の問題】 □奥歯のかみ合わせがない □食べこぼし ■むせ □口腔乾燥 ■舌の動きが悪い ■ぶくぶくうがいが困難※1 ※1 現在、嚥下後のうがいをしている方に限り確認する。</p> <p>【歯科受診の必要性】 ■あり □なし □分からない</p> <p>【特記事項】 ■歯 (う蝕、修復物脱落等)、義歯 (義歯不適合等)、歯周病、口腔粘膜 (潰瘍等) の疾患の可能性 □音声・言語機能に関する疾患の可能性 □その他 () 記入者： ■ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 言語聴覚士</p>
具体的支援内容	<p>①課題：筋力低下 介入方法 ・筋力増強訓練 (スクワット) ・歩行訓練 (階段・段差も含む) ・環境調整 (歩行補助具の検討) 期間： 0 (月) 頻度：週 3 回、時間： 40 分/回</p> <p>②課題： 介入方法 ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回</p> <p>③課題 介入方法 ・ ・ 期間：X年 7～12月 (6か月間) 頻度：週 3 回、時間： 40 分/回</p>	<p>■ 栄養食事相談 ■ 食事提供量の増減 (■ 増量 □ 減量) □ 食事形態の変更 (□ 常食 ■ 軟食 □ 嚥下調整食) ■ 栄養補助食品の追加・変更 ■ その他：</p> <p>・本人に対して、筋肉量の増大に必要なエネルギー量とたんぱく質量、および効率的なたんぱく質の摂取方法を分かりやすく説明する。 ・義歯の調整の間、一時的に食事形態を軟らかいものにする。 ・必要栄養量を無理なく摂取できるよう総合評価嗜好に合った栄養補助食品や手軽に改善 □ 改善傾向 □ 維持 □ 改善形態が不明 (約200kcal) 計画を適用しながら、食事を工夫し、1日 300kcal □ あり □ なし のエネルギー量とたんぱく質量の増量を図る。</p>	<p>サービス提供者： ■ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 言語聴覚士</p> <p>実施記録①：記入日 (X年 〇月 〇日) ■ 口腔清掃 ■ 口腔清掃に関する指導 □ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 音声・言語機能に関する指導 ■ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ■ その他 (口腔体操を実施、自分で継続するよう指導)</p> <p>実施記録②：記入日 (年 月 日) □ 口腔清掃 □ 口腔清掃に関する指導 □ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 音声・言語機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他 ()</p> <p>実施記録③：記入日 (年 月 日) □ 口腔清掃 □ 口腔清掃に関する指導 □ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 音声・言語機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他 ()</p>
特記事項	<p>・食事提供量は、リハビリを含めた身体活動量に合わせて調整し、必要栄養量を満たすことができ体重減少がみられなければ、回復にあわせてリハビリの量を見直す ・義歯の使用が困難な場合は、義歯修理又は新製するまでの間、咀嚼困難な食物は避け、摂食嚥下機能に合わせた食形態を適宜検討する。</p>		

リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知、令和6年度介護報酬改定について、厚生労働省、令和6年3月11日。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

訪問サービスにおける事例集

訪問栄養食事指導の今後の推進のために

訪問系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進は、重要な課題である一方、管理栄養士の居宅療養管理指導の算定回数は、約1万回/月（令和4年6月審査分）と、他の職種による居宅療養管理指導に比較して低調である。令和3年度介護報酬改定により、通所系サービスにおける栄養改善加算では利用者の在宅訪問が可能となり、さらに令和6年度介護報酬改定によって、管理栄養士及び歯科衛生士による居宅療養管理指導の対象者は、通所系サービスの利用者にまで拡大されるとともに、管理栄養士については、急性憎悪による一時的に頻回な訪問が可能になる等の充実が図られている。

本資料においては、本事業のインタビュー調査にご協力して頂いた施設・事業所及び本学会が育成している臨床栄養師のいる施設・事業所にご協力を頂き、管理栄養士による訪問栄養食事指導の先進的な体制や取組について、一体的取組を念頭においてご執筆して頂くことができた。心より深く感謝申し上げる次第である。

本資料の編纂は、本事業の事業実施小委員会の桐谷裕美子、古賀奈保子、谷中景子の各位に担当して頂いた。

本事例集が、通所系サービス及び訪問系サービスにおける一体的取組と管理栄養士の在宅訪問の推進のための参考にして頂けることを願うものである。

令和6年3月

令和5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）

「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

（一般社団法人日本健康・栄養システム学会 代表理事）

1. 通所リハビリテーションにおける一体的取組と管理栄養士による栄養改善加算による居宅訪問（症例：体重減少、経口摂取量不足）
社会福祉法人親善福祉協会 介護老人保健施設 リハパーク舞岡
2. 通所介護事業所における一体的取組と栄養改善加算による在宅訪問
（症例：体重減少・褥瘡・看取り）
社会福祉法人愛寿会 紫磨園在宅サービスセンター
3. 通所介護と歯科医院が連携して取り組む在宅訪問の現状と今後の課題
（症例：糖尿病を伴うサルコペニア）
医療法人社団カワサキ 歯科川崎医院
4. 「地域のかかりつけ病院」が目指す一体的取組と在宅栄養ケア・マネジメント
（症例：経管栄養及び経口摂取の併用から3食経口移行）
医療法人社団千春会 千春会病院
5. 「地域での多職種連携」で患者の笑顔を取り戻す在宅栄養ケア・マネジメント
（症例：嚥下障害患者の居宅療養管理指導）
社会福祉法人日本医療伝道会 衣笠病院
6. 在宅生活における状態の変化に対応した在宅チームによる一体的取組
（症例：在宅胃瘻利用者の食べる楽しみを支援する：経口移行）
医療法人真正会 霞ヶ関南病院
7. 地域病院の管理栄養士による居宅療養管理指導
（症例：中心静脈栄養から3食経口摂取へ）
加美郡保健医療福祉行政事務組合 公立加美病院
8. 診療所における一体的取組と在宅栄養ケア・マネジメント(症例：経管栄養補給方法の調整)
医療法人社団いばらき会 いばらき診療所
9. 地域の在宅療養栄養ケアの拠点としての取組
（症例：独居高齢者に対する自立支援）
社会福祉法人同胞互助会愛全園 愛全診療所

10. 回復期リハビリテーション病棟退院後の一体的取組と管理栄養士による居宅療養管理指導（症例：糖尿病を伴う低栄養）

医療法人社団輝生会 在宅総合ケアセンター成城

11. 急性期病院退院後の一体的取組と在宅栄養ケア・マネジメント
（症例：神経性食思不振症を有している低栄養患者）

社会医療法人財団慈泉会 相澤病院

12. 診療所の一体的取組と管理栄養士による居宅療養管理指導
（症例：筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者のターミナル期）

医療法人社団都会 渡辺西賀茂診療所

13. 病院退院後、外来透析クリニックにおける一体的取組と在宅栄養ケア・マネジメント
（症例：フレイルを伴う透析期の栄養管理）

医療法人財団松圓会 東葛クリニック病院

14. 医療的ケア児に対する歯科と栄養の一体的取組
（症例：脳性麻痺患児に対する歯科と栄養による協働）

日本歯科大学口腔リハビリテーション 多摩クリニック



1. 通所リハビリテーションにおける一体的取組と管理栄養士による栄養改善 加算による居宅訪問(症例：体重減少、経口摂取量不足)

社会福祉法人親善福祉協会 介護老人保健施設リハパーク舞岡

1. 地域特性

横浜市(人口:約 376 万人)は、高齢化率 25.3%(2023 年 1 月現在)で、高齢化率は引き続き上昇傾向である。横浜市は、この高齢化の急速な進展に伴う課題に向け、「介護・医療・介護予防・生活支援・住まい」が一体的に提供できるよう、横浜市地域包括ケアシステムの構築を推進している。

2. 法人及び施設・事業所の理念や特性

本法人の前身となる「THE YOKOHAMA PUBLIC HOSPITAL」は、1863 年設立され、古くから横浜市民を医療で支えてきた。法人理念「医療と介護で安らぎのある町を目指します。-挑戦と行動-」のもと、2010 年当施設が開設された。事業内容は、入所療養介護(在宅復帰・在宅強化型施設)、短期入所療養介護、通所リハビリテーション(以下、通所リハ)、訪問リハビリテーション(以下、訪問リハ)によって、多職種で在宅復帰支援、訪問支援から、エンドオブライフケアまで含めた幅広いサービスを提供している。

3. 在宅栄養ケア・マネジメントの体制

2021 年介護報酬改定後に栄養マネジメント強化加算により、常勤管理栄養士の 2 名体制になり、同年より併設の通所事業所を管理栄養士が兼任(常勤配置加算 0.1 名)し、栄養改善加算の算定を開始した。栄養改善加算の算定者は、2023 年前期は月平均 3 名であり、全員に在宅訪問を実施した。居宅訪問の前後において、担当の管理栄養士は、通所リハ職員及び口腔管理を担当する歯科衛生士と「食べること」に関連する課題を共有し、一体的取組を提供している。

4. 症例：(体重減少、経口摂取量不足)

1)背景・経過

80 代、女性、要介護 3。夫と死別し、長女夫婦と生活していた。自宅の階段を踏み外し転落後、第一腰椎圧迫骨折で急性期病院に入院した。手術を経て自宅に退院と同時に当施設の通所リハを週 3 回利用開始した。入院中の疼痛による経口摂取量不足が影響し、体重減少があり(44.6 kg→40.7 kg、体重減少率 8.7%/1 カ月)、長女より栄養改善(栄養改善加算)の依頼があった。

2)開始時の状況

既往歴：高血圧(発症時期は不明)、白内障(発症時期 2 年前)、骨粗鬆症(発症時期 2 年前)
今回受傷した第一腰椎圧迫骨折は、痛み止めとコルセットを併用することで痛みの訴えはなかった。

身体機能：移動は普通型車いすを使用、入浴は一部介助、排泄動作は見守りが必要、整容・
食事は自立摂取

身体計測：体重 40.7 kg、身長 150 cm、BMI18.1 kg/m²

下腿周囲長最大(右/左) 28.5/28.5 cm(浮腫無し)、握力(右/左) 14.5/12.8 kg

認知機能：年相応の物忘れあり(HDS-R 24/30 点)

口腔機能：総義歯、会話中に義歯が外れる、反復唾液嚥下テスト(RSST)2 回

食事調査：甘い物、乳製品、野菜(特にトマト)が好き

自宅での食事回数 1 日 3 回

食事カード※(図 1)を使用した推定摂取量は、推定必要量の 90%



朝食



自宅での昼食

通所リハ利用時に食事カード※を使用し推定摂取量を算出した

【図 1 食事カード※を使用した推定摂取栄養量の算出】

(※実物大そのまま料理カード第 1 集手軽な食事編 監修/足立己幸 料理/平本福子 発行所
/株式会社 群羊社)

<栄養評価>

1 入院 1 カ月で体重減少 8.7%と大きく、低栄養(BMI 18.1 kg/m²)

2 通所リハ利用時の食事摂取量が少ない(提供栄養量の 50%)

(#1.2. より、自宅での摂取量は過大申告の可能性もある)

3 体重減少による義歯不具合

3) 一体的取組

<本人の希望>

- ・自宅の階段を安心して昇降したい。食事を美味しいと感じながら食べたい。

<家族の希望>

- ・長女：母と最寄りの駅までバスに乗り、甘味処に行きたい。

<カンファレンスの記録>

(理由) ①自宅退院後「階段が怖い、安静は良いこと」と自己流の考えで、不活動が続いている。活動量の低下で食欲不振を招いているのではないか。②通所リハで行った食事調査は過大申告の可能性もあり、自宅でどの程度食べられているのか確認が必要。基礎代謝量にも満たない摂取エネルギーの場合 ADL 改善は期待できない。③体重減少の影響で歯茎が痩せて義歯が合わない。通所では硬い物を残している。

(合議) 理由①、②より、管理栄養士が居宅訪問時、実際の食事内容から摂取栄養量を推計する。低栄養状態改善後にリハビリの強度を段階的に見直す。③義歯不具合を家族に報告し、歯科受診を提案する。

<課題>

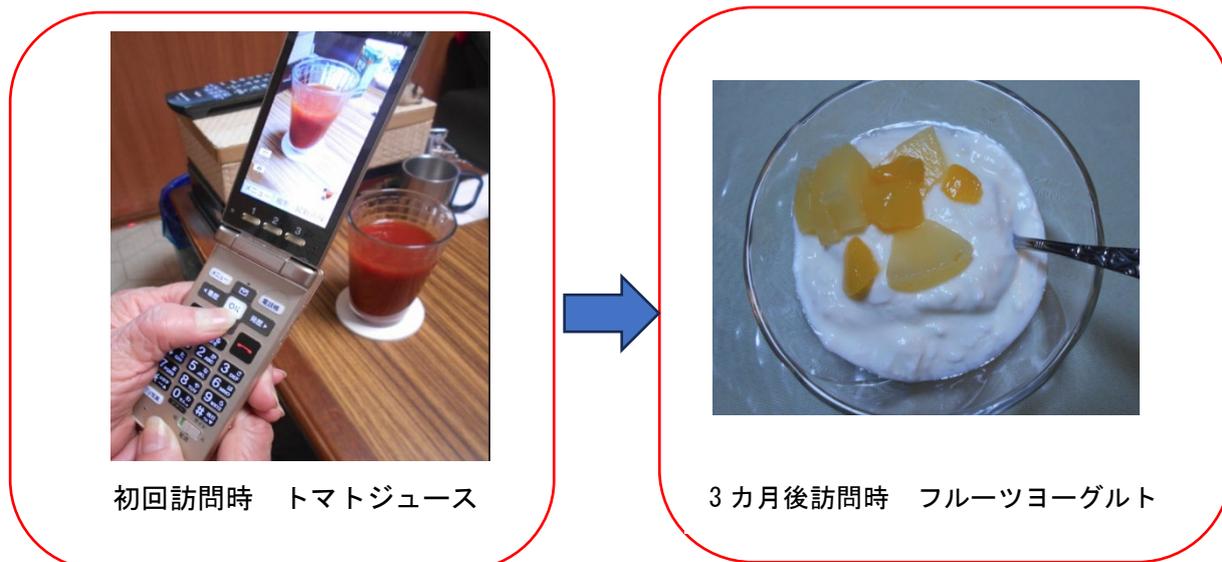
- # 1 低栄養状態(通所リハでの食事摂取量 50%、体重減少率 8.7%/1 カ月)
- # 2 骨折後、安静にすることで体を動かす時間や強度が減り、体や精神にさまざまな不都合な変化が起こっている状態(廃用性症候群を疑う)
- # 3 義歯不具合

<方針・目標>

- # 1 食事摂取量を増加し、目標栄養量が摂取できる。体重は3カ月で3kg増加できる。
- # 2 3カ月後、長女とバスに乗り買い物に行くことができる。
- # 3 義歯調整により、念願の白玉あんみつを食べることができる。

<具体的支援内容>

- # 1 管理栄養士による栄養改善加算(訪問月1回)：初回と3カ月後に、聞き取りによる食事調査と食事写真を依頼し(図2)、食事摂取量を算出した。
- # 2 歯科医師による義歯治療を行う。通所利用時に看護師による口腔内の確認を実施する。
- # 3 食事摂取量増大後にリハビリテーションの量と質を見直し、①筋力増強訓練、②バランス訓練、③階段昇降訓練を実施する。



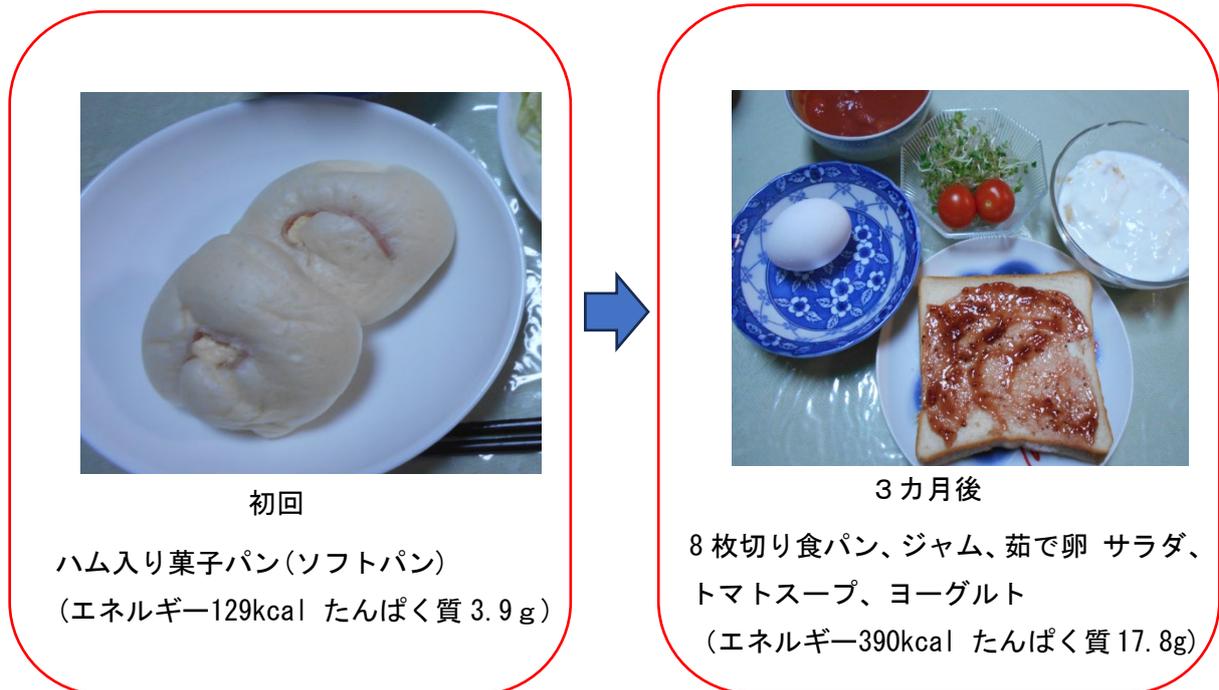
【図2 自宅訪問時の写真(おやつの変化)】

5. 取組の結果

自宅での食事調査により、必要栄養量に対し充足率 50%とたんぱく質、エネルギー摂取量不足の状態だった。長女より「退院したばかりなので、少食でも仕方がない」と思い込んでいた発言があった。長女に必要な栄養量や不足の栄養量を伝え、少量高エネルギーの食材や、質の高いたんぱく質を摂取するよう提案した。初回は、無理の無いよう好物の乳製品(アイスクリーム、チーズ、ヨーグルトなど)を1日1回以上、食事以外の時間を利用して頂くよう勧めた。その後も、嗜好に配慮し少量で栄養価の高い献立(グラタン、シチュー、チーズトースト、卵うどん、卵スープ、挽肉あんかけ、茶碗蒸しなど)を提案し(図3)、3カ月後体重は2.4 kg(43.1 kg、BMI 19.2 kg/m²)増加した(表1)。

歯科衛生士から、長女に口腔機能の状況を伝え、歯科治療が開始された。義歯調整後は、硬い物を残すことがなくなった。

通所リハでは、食事摂取量にあわせリハビリテーションの強度を段階的に高めた。1カ月後室内歩行が開始され、2カ月後は屋外の階段昇降や坂道のトレーニングを実施した。本人より「動くようになったら、ご飯が美味しく感じる」と前向きな発言があった。3カ月後の連絡ノートに、長女から「市営バスに乗車し念願の甘味処へ母と出かけた」と記載があった。



【図3 朝食の変化】

【表1 モニタリング項目の変化】

モニタリング項目	初回	3カ月後
体重kg (BMI kg/m ²)	40.7 kg (18.1 kg/m ²)	43.1 kg (19.2 kg/m ²)
推定必要量の充足率	50%	95%
RSST(回)	2回	4回
HDS-R(点)	24/30点	26/30点
日常生活動作;移動動作	普通型車いす使用	自立

6. 参考資料

横浜市ホームページ <https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/front/kourei-kaigo.htm>(閲覧;2023年12月10日)

2. 通所介護事業所における一体的取組と栄養改善加算による在宅訪問（症例： 体重減少・褥瘡・看取り）

社会福祉法人愛寿会 紫磨園在宅サービスセンター

1. 地域特性

東京都足立区は、高齢者数 17 万人、高齢化率 24.75% (令和 4 年度) であり、東京 23 区内において一番高齢化が進んでいる¹⁾。また、令和 3 年度後期高齢者健康診査結果によると、「体重減少がある」と回答している割合は、13.7% であり、国・都よりも高くなっていることなどから、足立区では高齢者施策として「ばく増し」事業²⁾が始まった。介護保険認定の有無に関わらず、官民協働で早期から高齢者の食支援に取り組んでいる。

2. 法人及び施設・事業所の理念や特性

当法人³⁾は、130 床の特別養護老人ホーム(以下、特養)の他、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、通所介護、訪問介護の居宅系サービスを運営している。以下の理念に基づき、地域に根差した施設運営を目指している。

- (1) 安心安全明るい施設 いつも笑顔であなたのそばに。
- (2) あたたかい心といたわりの気持ちで、充実した快適なサービスを一丸となってお届けします。
- (3) 地域のみなさんと手をつなぎ、豊かな社会づくりに貢献します。

3. 在宅栄養ケア・マネジメントの体制

2021 年(令和 3)介護報酬改正以降、特養に栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて、管理栄養士が常勤配置され、3 名のうち 1 名は、特養における栄養ケア・マネジメント業務に加え、併設通所介護と外部通所介護の栄養アセスメント加算や栄養改善加算も兼任している。

【表 1 管理栄養士配置（特養前年度利用平均 110 名 ÷ 50 = 2.2）】

	雇用形態	特養配置数	業務内容
管理栄養士 A	常勤	1.0	特養栄養管理 60 名 調理室運営、委員会活動等
管理栄養士 B	常勤	0.3	特養 栄養管理 7 名、指導職業務
		0.7	通所介護、認定栄養ケア・ステーション運営
管理栄養士 C	非常勤	0.9	特養栄養管理 53 名 調理室運営、委員会活動等

4. 症例：体重減少、褥瘡、看取り

1) 依頼ルート

本利用者は、通所介護において、栄養アセスメント加算による管理栄養士及び多職種による栄養状態の評価によって、体重減少が継続していることが確認された。当該通所介護の利用当初は肥満(BMI 26.0kg/m²)であったが、その後、-4.2%/3カ月、-8.7%/6カ月と体重減少が継続し、褥瘡も発生したことから、管理栄養士は居宅介護支援専門員と相談を重ね、本人・家族の同意を得て、栄養改善加算を開始した。また、食事状況把握の必要性から在宅訪問をおこなった。

2) 利用者情報

80歳代後半、女性、要介護3、障害高齢者の日常生活自立度A1、認知症高齢者の日常生活自立度自立、独居(都営住宅3F エレベーターなし)、次男が毎日通って介護。自身で起き上がることはできず、通所のない日は終日ベッド上で過ごす。

- ・既往歴：慢性心不全、糖尿病、高血圧
- ・他サービス利用：訪問介護、訪問診療、訪問看護

3) 一体的取組

<本人の希望>

- ・これからも通所サービスに行きたい

<家族の希望>

- ・通所サービスに行くことが生きがいのから、叶えてあげたい

<カンファレンスの記録>

(理由) 訪問介護による買い物や1日1回の配食弁当も利用していたが、家族の希望により中止となった。買い物は次男が担当し、訪問介護士が冷蔵庫にあるもので食事介助しているが、食品が足りないことが多い。栄養素の偏りや摂取量不足から、体重減少や褥瘡形成のリスクが高い。専門職や信頼ある通所職員からの助言なら、次男が行動変容を促せる可能性がある。

(合議) 主介護者である次男が、必要栄養量に見合った買い物や食事の支度ができるよう、管理栄養士が栄養食事指導を行う。自宅での食事摂取量が把握できるよう、「食事・水分日記」(参考表)を作成し、訪問介護士と通所施設職員ならびに次男が記入し、管理栄養士とも共有した。

<課題>

- #1 たんぱく質・エネルギー摂取量不足
- #2 水分摂取量不足
- #3 食物・栄養関連の知識不足

<方針・目標>

- #1 体重減少の抑制
- #2 こまめな水分摂取の実施

3 姿勢・摂食嚥下機能に合わせた食事提供

<具体的支援内容>

- # 1 管理栄養士は、「食事・水分日記」から自宅での摂取内容や摂取量を把握し、買い物内容を次男に指導する。
- # 2 管理栄養士と作業療法士は、摂食嚥下機能の評価をおこない、自宅で食事を摂る際の姿勢の整え方や食品の選択について本人ならびに次男に指導する。
- # 3 管理栄養士は、訪問介護・家族と協働して、本人が容易に水分摂取できる容器や設置場所等を検討する。

4) 栄養改善加算(在宅訪問を含めて)の経過と結果

令和年 6 月、体重減少 -3.1 kg ($5.8\%/3$ カ月)及びエネルギー摂取量の低下がみられていた。栄養改善加算によるサービスを開始時には、管理栄養士が在宅訪問し、次男に、体重減少や摂取栄養量不足がもたらす予後やリスクについて説明し、効率的に摂取量を増やす提案をおこない、理解を得られた。次男は、知識不足から不安を抱えながら介護をされていたため、栄養改善加算開始によって、相談先ができたことに安堵された。

具体的には、管理栄養士が「食事・水分日記」(図 1)の記載から、朝食内容、通所利用日の夕食、通所利用日以外の食事内容の是正を図った。また、容易に水分補給できるように環境整備し、こまめな水分補給を促した結果、脱水を起こすことなく夏場を乗り切れた。褥瘡再形成により、体力の低下・食欲の低下が見られたが、食事形態を見直すことによって、嚥下調整食 4 から 3 に変更することができたので、食事による負担を軽減して、摂取栄養量を確保した。

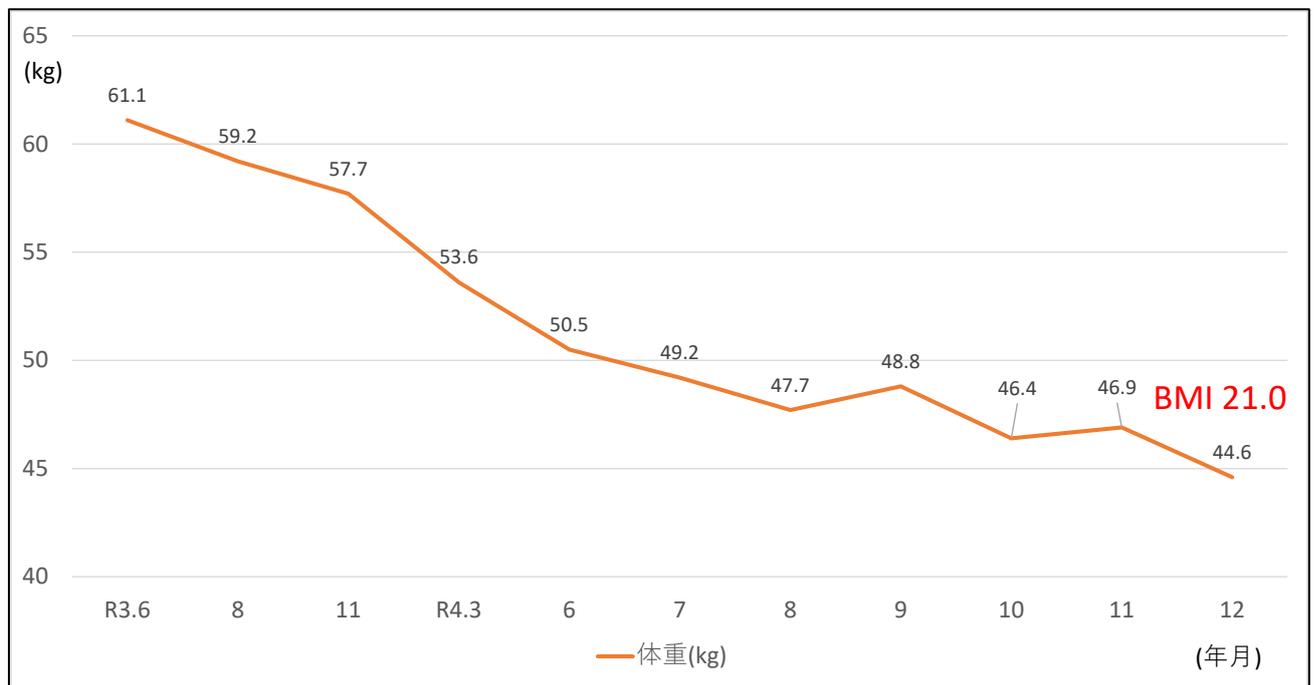
栄養改善加算開始後 5 か月間に (図 2)、同 9 月体重減少 -1.7 kg ($3.4\%/3$ カ月)、摂取量 75%以下、同 10 月：体重減少 -2.8 kg ($5.7\%/3$ カ月)、食事摂取量 75%以下、褥瘡有であったが、同 11 月には 体重減少が穏やかにみられなくなり、開始 5 か月後には、通所利用日以外の在宅でのエネルギー水分の摂取量も改善した(表 2)。

しかし、その後褥瘡が悪化したので、訪問診療、訪問看護を開始し、褥瘡部デブリ施行され、一時褥瘡は改善傾向となったものの、12 月体重減少 -4.2 kg ($8.6\%/3$ カ月)となり、2023 年 1 月に自宅でご逝去された。

ご逝去の直前に際しては、食欲低下や痰絡みが著明にみられるようになり、家族は再び良くなってほしい気持ちと無理はさせたくない気持ちの間で、とても悩まれ苦しまれていることを、通所の連絡帳に記載してくださった。通所の相談員だけでなく、管理栄養士からも家族にフォローのための電話連絡を入れ、食事の中止や誤嚥しにくい水分などについてお伝えして、気持ちに寄り添う対応を行うことができた。

今日食べたもの・飲んだもの日記							
確認時間	担当	食べたもの	どのくらい？	飲んだもの	どのくらい？	※管理栄養士	
11月3日 8:15	ヘルパー 通所 その他	朝バナナ 食パン1/4	150 g くらい 片てのひら量 ・ 主食__割/副食__割 片てのひら量 ・ 片てのひら半分 ・ それ以下		200 c c c c	kcal	CC
11月3日 12:00	ヘルパー 通所 その他	ごはん・みそ汁 肉団子の野菜あんかけ 高野豆腐のサイコロ煮 ブロッコリーのお浸し	_____g くらい 片てのひら量 ・ 主食 8 割/副食 8 割 片てのひら量 ・ 片てのひら半分 ・ それ以下	ボカリ・ほうじ茶 コーヒー	1200 c c c c	kcal	CC
11月3日 18:30	ヘルパー 通所 家族	配食弁当	_____g くらい 片てのひら量 ・ 主食 0 割/副食 9 割 片てのひら量 ・ 片てのひら半分 ・ それ以下	水	500 c c c c	1000 kcal	1900 CC
11月4日 10:30	ヘルパー 通所 家族	チーズ入り 蒸しパン ミートボール2個	_____g くらい 片てのひら量 ・ 主食__割/副食__割 片てのひら量 ・ 片てのひら半分 ・ それ以下	コーヒー 水	200 c c 500 c c	kcal	CC
11月4日 18:30	ヘルパー 通所 家族	配食弁当	_____g くらい 片てのひら量 ・ 主食 0 割/副食 8 割 片てのひら量 ・ 片てのひら半分 ・ それ以下	水	500 c c c c	kcal	CC

【図1 食事・水分日記】



【図2 体重の推移】

【表2 エネルギー水分摂取量の変化】

	エネルギー摂取量		水分摂取量	
	通所利用日外	通所利用日	通所利用日外	通所利用日
開始前	200kcal	800kcal	500cc 未満	1200cc
開始 5 か月後	800kcal	1500kcal	1200cc	1500cc

5. 参考資料

- 1) 足立区福祉部高齢者施策推進室長付 介護保険課「あだちの介護保険」
<https://www.city.adachi.tokyo.jp/documents/22779/r04adachinokaigohoken2.pdf>
- 2) 足立区は、65 歳以上の高齢者が体重や筋肉を維持して元気に過ごせるよう、たんぱく質を多く含む食品を普段の食事に増して摂ること、名づけて「ぱく増し」事業を令和5年から始めている。
- 3) 社会福祉法人 愛寿会
<https://www.aijukai.com/>

3. 通所介護と歯科医院が連携して取り組む在宅訪問の現状と今後の課題（症例：糖尿病を伴うサルコペニア）

医療法人社団カワサキ 歯科川崎医院

1. 地域特性

相模原市は神奈川県北部に位置する政令指定都市で、多様な都市機能を持つ中心市街地と豊かな自然が共存する街である。宇宙科学技術の中心的な施設、JAXA 相模原キャンパスがあり、小惑星探査機「はやぶさ」の故郷である。2027年にはリニア中央新幹線が開通予定で建設が進められている。人口約72万人、高齢化率26.3%（2023年現在）、本施設の訪問対象地域は診療所から車で10～20分以内の範囲である。

2. 法人及び施設事業所の理念や特性

2001年に開設された本施設は整骨院、リフレクソロジー、通所介護を併設し、同法人内に3つの歯科医院を持っている。基本理念として「地域の人々にとって最も身近な健康長寿実現パートナーになる！」を掲げており、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、柔道整復師、介護福祉士などの多職種連携を図っている。通所介護には歯科医院に常勤する歯科衛生士、管理栄養士が月に10日程度訪問し、利用者の口腔内の状況、栄養状態の把握を行っている。

3. 在宅栄養ケア・マネジメントの体制

2013年より非常勤の管理栄養士が月2回ほど通所介護の利用者の栄養状況確認を始めた。

その後、2018年より、同法人内の歯科で管理栄養士を雇用し、そこから本格的に通所介護と歯科の管理栄養士との連携が始まった。現在では管理栄養士2名が定期的に通所介護利用者の栄養状態の把握をおこない、必要に応じて家族への確認や指導、自宅訪問（栄養改善加算及び非加算による在宅訪問）担当者会議への参加も行っている。

歯科に勤務している管理栄養士である為、口腔内の知識を持った管理栄養士が指導を行っている。

4. 事例：糖尿病を伴うサルコペニア

1) 依頼ルート

通所介護の介護福祉士より、連携している歯科医院の管理栄養士に利用者の体重減少があるので食事内容等を確認して欲しいとの相談があった。ご本人は認知機能の低下がある為、ご家族へ電話での聞き取りを開始した。その後、通所介護の介護福祉士と共に利用者のご自宅にて行われた担当者会議に参加した。

2) 背景・経過

90歳代 女性 要支援2(退所時要介護2) 娘と孫と3人暮らし

・既往歴：骨粗鬆症、高血圧、糖尿病(HbA1c7.4%)

- ・服薬：グリメピリド錠 1mg ジャヌビア錠 50mg
ラロキシフェン塩酸塩錠 60mg アダラート CR 錠 10mg
- ・転倒が多く、下肢のだるさがある
- ・家にいると寝ていることが多い
- ・残存歯 6 本で義歯使用中
- ・舌苔が多く付着しており、義歯の清掃性もかなり悪い

X 年 4 月：室内での転倒が多くなり、通所介護の利用開始

X 年 12 月：6 カ月で体重 5kg 減少(9%)、本人の認知機能の低下により食事の聞き取りが困難になり、娘に食事状況の聞き取りを開始

X+1 年 1 月：ご自宅にて担当者会議

<経過>

自宅での生活が継続できるよう通所介護にてリハビリテーションを行っていたが、転倒などを理由に通所介護を休む日が増えた。自宅ではほとんど寝ていることが多い為、歩行機能や握力、口腔機能も低下し始め、本人の気持ちも落ち込んでしまった。通所介護に来て「もう死にたい」と何度も言うようになった。身体の機能が落ち始めると、筋肉量の低下により代謝が落ち内臓の機能が悪くなっていった。この頃からむくみがひどく、体重の変動がみられるようになった。

3) 一体的取組

<本人の希望>

・歩けなくなるのは困るので通所介護でリハビリテーションして機能を維持、向上したい。

<家族の希望>

・自宅で介護を続けながら生活したい。

<カンファレンスの記録>

(理由) 半年で 9%の体重減少、認知機能の低下も見られた為、転倒による入院リスク等を考慮し、これ以上機能を落とさない為、家族へのアプローチが必要になった。

(合議) 本人が認知機能低下の為、同居の娘と多職種で連携をとり改善を図る。体重減少の原因は食欲低下、筋量の低下が考えられたが、本人より「身体が重くて動きたくない」と頻繁に聞いており、家族は「近くのスーパーに行けるくらいは歩けるようになって欲しい」との希望があった。まずは歩行困難になるのを防ぐべく、下肢の浮腫みを改善し、歩くためのリハビリテーションを行うことを目標とした。また、娘を通して主治医にも浮腫み改善の為、服薬の相談を行う。食事面では、塩分過多の改善を管理栄養士が中心に行う。管理栄養士による食事摂取状況のヒアリングを送迎時や電話のやりとりなどで随時行う。

<課題>

- # 1 塩分過多(むくみ)
- # 2 体重減少(9%/6カ月)、握力・身体機能低下(6カ月で握力：右/左 12.3→7.9kg /8.7→6.7kg、椅子立ち上がり 30秒6回→0回)
- # 3 体重減少に伴う義歯不適合による糖質偏重食
- # 4 歯周病進行によるインスリン抵抗性の増加

<方針・目標>

- # 1 塩分摂取量を減らす
- # 2 筋肉量を維持する(歩行が継続してできるようにする)
- # 3 歯科医院もしくは訪問歯科で義歯を調整してもらい、たんぱく質がしっかり噛める口腔内環境を作る
- # 4 歯周病を改善する

<具体的支援内容>

- # 1 連携している歯科医院の管理栄養士と協力し、利用者の家族に塩分摂取量についての現状と改善方法について理解を深めてもらう
- # 2 通所介護の利用頻度を増やし、リハビリテーションを行う
- # 3 家族に食べる機能、義歯の状態について説明し、治療を行ってもらう
そのうえで管理栄養士から糖質偏重食にならないよう食事のバランスについて家族に説明する
- # 4 歯周病の治療を行ってもらうため、歯科医院に通院、もしくは訪問歯科を勧める

<栄養相談>

栄養相談では、漬物やご飯のお供の量について指導した。まずはどのようなものを食べているか見せていただき塩分量を説明した。今までは漬物を食べる時には量を決めず、好きな分だけ食べていたとのことだったので、食べる前にお皿に盛り付け、量を決めて食べる様に指導した。また、麺類を食べるときには汁を全て飲み干しているとのことだったので、汁を1/3は残すように指導した。ご本人の意思で塩分量を減らすことは不可能な状況であった為家族の協力が必須であり、実際にご自宅で具体的に説明することで食事の改善につながった。電話で食事状況の確認を定期的に行った。

5. 取組の結果

栄養相談を通して、利用者の家族が塩分摂取に対して正しい知識が付き、実際に減塩を実行することができた。それにより通所介護利用時に下肢のむくみ改善が見られた。継続して歩行できるよう、通所介護ではリハビリテーションを続けている。歯科医院の管理栄養士と連携をとることによって、通所介護内だけでは把握できない情報を収集し、利用者にとってより良い指導ができた。また、歯科に勤める管理栄養士だからこそ、利用者の義歯の使用状況や口腔内状況に合った食形態の確認、必要に応じて歯科の受診を進めるなど口腔内の状況を把握した上で食事指導を行うことができた。今回は上顎の義歯の不適合により義歯を

装着していないということ、連携している歯科衛生士より、歯周病の進行がありそうだと聞いていたため、糖尿病と歯周病の観点から歯科の受診の必要があると考え、歯科の受診を促した。

また、担当者会議に管理栄養士が参加することにより、食事に対しての知識や理解を多職種間で話し合い共有することができた。

現状、当該通所事業所においてはこのような管理栄養士による在宅訪問の経費については持ち出しで行っているが(非加算)、今後は制度を改定し仕組化していく必要がある。

具体的には

- ・通所事業所では口腔・栄養の専門職(歯科衛生士、管理栄養士)を雇うのは現実的ではないため、歯科医院で雇用し職域を広げ、通所事業所での活躍の場を作る(歯科医院はコンビニエンスストアより数が多く、様々な施設で連携を取りやすい)。
- ・より多くの歯科医院で管理栄養士の雇用を行うために、歯科衛生士実地指導料の様に歯科医院で働く管理栄養士に栄養指導料の報酬点数をつける。
- ・通所介護から医療機関に情報提供書を提出することに点数をつける(利用者の身体の状況を知り、より利用者に合わせて相談支援を行うため)。



【図1 関連職種によるカンファレンス】

4. 「地域のかかりつけ病院」が目指す一体的取組と在宅栄養ケア・マネジメント (症例：経管及び経口栄養の併用から3食経口移行)

医療法人社団 千春会 千春会病院

1. 地域特性

長岡京市は、京都府の南西に位置し、784年桓武天皇により、奈良の平城京から遷されたた都、「長岡京」が栄えた地である。現在、千春会病院が建っている場所が「長岡京発見の地」とされている。高齢福祉に係る基本理念は、「いきいき・あんしん」～支えあいのまちづくり～である。人口8万2千人、高齢化率26.9%、要介護認定高齢者数4,979人、認定率22.9%（令和5年度推計）、地域包括支援センター4か所の地域である。

2. 法人及び施設・事業所の理念や特性

本法人は、病床数60床、平均在院日数16.0日（2022年度）の小規模病院を中心に併設の介護老人保健施設、介護複合施設、通所サービス等と連携し、一般急性期から回復期を担う“地域のかかりつけ病院”として、“医療と介護の融合”を目指している。

当院は、「機能強化型在宅療養支援病院」として、訪問診療専属医2名を含む多数の常勤医チームによる手厚いサービス体制を整えており、難病を含め、様々な病状に対応している。

3. 在宅栄養ケア・マネジメントの体制

管理栄養士が地域医療・在宅支援に貢献できるよう、2008年から病院の常勤管理栄養士3名のうち常勤換算数0.5名が訪問栄養食事指導（居宅療養管理指導を含む）を担当、2021年から通所事業所を併任し（常勤換算配置0.2名）、訪問による栄養・食生活サポート（栄養改善加算）等の訪問栄養ケア・マネジメントを「在宅でも“口から食べる”を支援する」及び「生活環境や患者・家族の意向に合わせ、実践的で継続的に支援する」のパーパスのもとに強化してきた。

4. 利用者の特性

2008年から2022年の訪問栄養食事指導を行った126名（男性53名、女性73名、平均年齢81.2±10.5歳）において、以下の特性が把握されたことから、管理栄養士による在宅栄養ケア・マネジメントが他職種との理解を得て継続している。

1) 依頼ルート

依頼は、126名のうち法人内病院の訪問診療医54%、病院の入院中の主治医33%及び外来の主治医9%である。一方、法人外の診療所等の在宅診療医からは、当院の院長宛ての診療情報提供書による依頼を受ける。また、患者・家族、介護支援専門員、訪問看護師、及び介護職等から当院の管理栄養士に相談があり、医師の指示に繋がるケースもある。

2) 居住形態

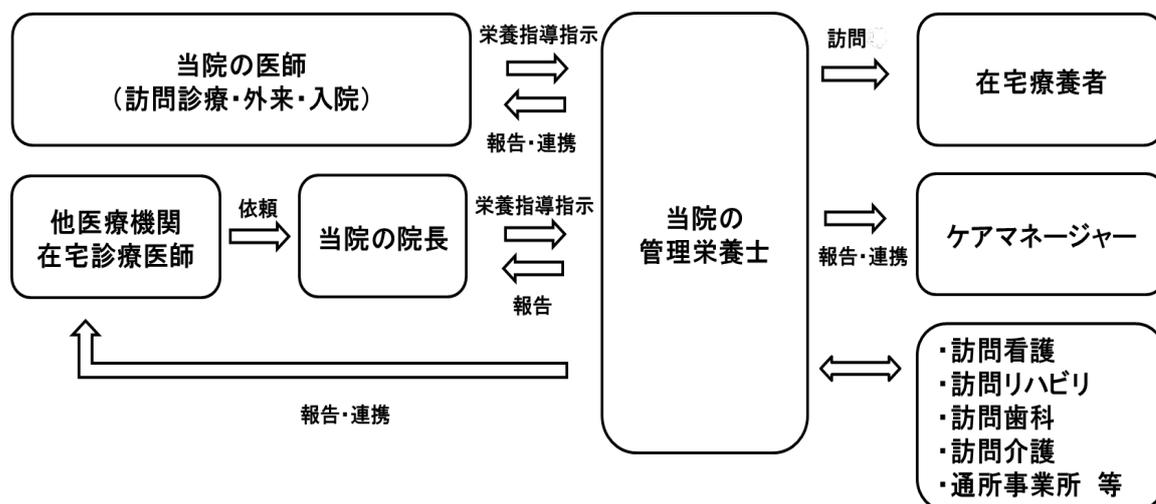
対象者 126 名の居住形態は、自宅 66%、居住系施設(有料老人ホーム及びグループホーム)32%、高齢者住宅 2%である。自宅群の生活構成は同居 80%、独居 20%である。

3) 疾患、状況

対象者 126 名のうち摂食嚥下障害の者 54%、食事療法を要する者 44%、経管栄養法の者 2%である。主疾患は、脳血管疾患 29%、心不全 18%、糖尿病 11%、腎不全 10%、脂質異常症 6%、悪性疾患 5%、その他 21%の多岐にわたる。

4) 流れ

訪問栄養ケア・マネジメントの流れは、図 1 の通りであり、医師の指示を受け、利用者・家族への重要事項説明書による説明・同意・交付、契約書による契約、サービス担当者会議の実施、栄養ケア計画書の説明・同意を得て、管理栄養士による訪問が開始する。管理栄養士は主治医への報告をおこない、介護支援専門員や関係各職種との連携をおこなっている。



【図 1 訪問栄養ケア・マネジメントの流れ】

5. 一体的取組の体制

在宅支援として、管理栄養士による訪問栄養食事指導の依頼元は、訪問診療医に限らず、当院退院後のフォローとして入院時の主治医、外来医(内科、整形外科、透析センター等)と多岐にわたる。在宅チームは、法人内に限らず他法人の訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問歯科、通所事業所と連携しているところが特徴である。

一体的取組として、食事摂取量、体重の変化、摂食・嚥下機能の変化については、乙訓医師会が発行している「在宅療養手帳」に記入、情報共有と連携を図ることができる。介護支援専門員を通じて、在宅チームに歯科医師の参加が増えてきている。

今後、在宅での一体的取組にあたってのカンファレンスや計画書の作成のために、訪問サービスを担う職種と通所事業所の職種(管理栄養士、歯科衛生士、セラピスト)の連携が強化

されると考えられる。

6. 症例：経管及び経口栄養の併用から3食経口移行

1) 背景・経過

60歳代 男性 脳出血後遺症 要介護4 主介護者：妻

脳出血により急性期病院に入院し、後遺症により左片麻痺となり、嚥下障害により胃瘻造設され経管栄養管理となる。6カ月後にリハビリテーション目的で急性期病院から当院に転院し、栄養サポートチームが介入し、経管栄養と併用して経口摂取を開始、1日1食の経口摂取が可能となり、1カ月後に退院となる。

在宅療養支援として、同一法人の訪問診療(月2回)、管理栄養士による居宅療養管理指導(月2回)、他法人の訪問看護(週1回)、訪問リハビリテーション(理学療法士/週1回)及び通所リハビリテーション(週2回)での歩行訓練が開始となる。

2) 一体的取組

〈本人の意向〉

- ・好きなものを食べたい

〈家族の意向〉

- ・誤嚥性肺炎を予防したい

〈カンファレンスの記録(介入時：在宅)〉

(理由) 経管栄養注入後の下痢が継続している。低栄養の中リスクにあり、歩行訓練による疲労感がある状態である。リハビリテーションと栄養バランスの崩れがおきるおそれがある。

(合意) 栄養管理については、注入による下痢を改善し、摂食・嚥下機能に合った食事形態や食事内容をみて、経口摂取量を増やすことを最優先にする。

〈課題〉

- #1 経管栄養管理による下痢が発生、活動量の低下あり
- #2 誤嚥リスクあり
- #3 栄養補給量の不足、リハビリテーションによる体力消耗あり

〈方針・目標〉

- #1 経管栄養管理での注入速度、経腸栄養剤を見直し、下痢を早急に止める
- #2 本人の「食べたいもの」を中心に家族に嚥下食準備を指導する
- #3 経管及び経口の併用で、1日あたりエネルギー1800kcal、たんぱく質65g摂取を目標とする

〈具体的支援内容〉

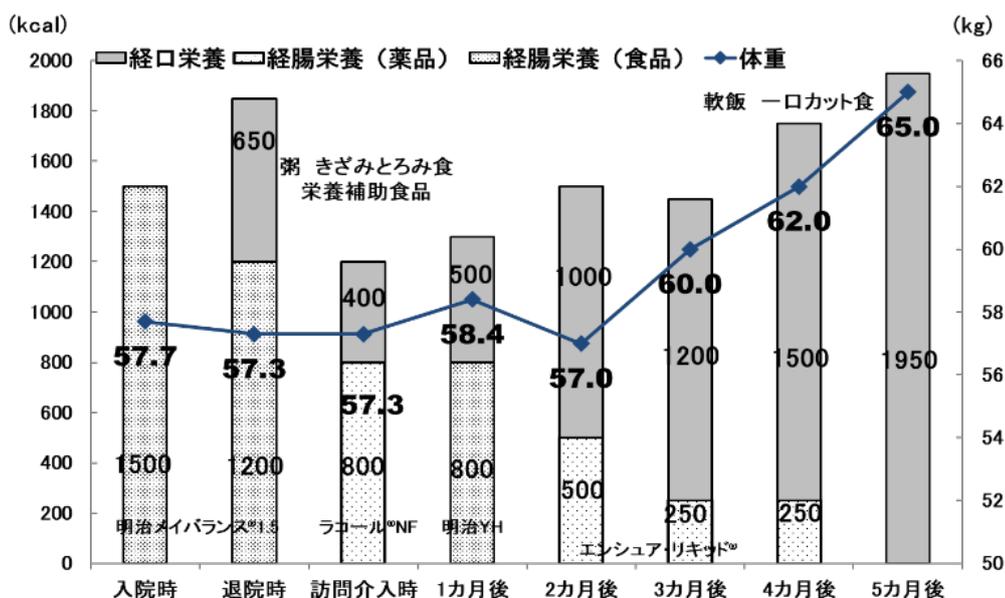
- #1 管理栄養士は、適切な経腸栄養剤投与の提案、栄養補給量の調整を訪問診療医、訪問看護師と共同して行う
- #2 管理栄養士は同居家族に嚥下食の調理方法の指導をおこない、食事中の摂食・嚥下

機能、食事内容と摂取量を把握し、食事と間食の経口摂取をめざし、不足分を経管栄養で補う

3〈協働目標〉# 3の達成度をみて、通所及び訪問リハビリテーションによる歩行訓練のメニューも変更していく

3) 結果

管理栄養士の在宅訪問開始直後に経腸栄養剤を変更し下痢が止まり、2カ月後、1日2食と間食の経口摂取が可能となった。2カ月後からは歩行訓練が進み、活動量も増えた。4カ月後には、体重増加(BMI16.9→18.3kg/m²)、血清Alb値も改善(3.3→4.1g/dl)した。経口摂取は、家族とほぼ同じ食事(軟飯・一口大カット)が可能となった。本人の経口摂取に対する意欲もあり、5カ月後には経口摂取への完全移行した(図2)。本人の“口から食べること”の意欲を引き出すために、食べやすい食事の提案を家族におこない、家族に「食べてもらえてうれしい」と喜ばれた(図3)。また、リハビリテーションによる歩行訓練によって、活動量も増え、家族の介護負担も軽減できた。



【図2 栄養管理および体重の経時的変化】



【図3 訪問時の経口摂取の様子】

7. 参考資料

- 1) 長岡京市第 9 次高齢者福祉計画・長岡京市第 8 期介護保険事業計画 令和 3 年 3 月
https://www.city.nagaokakyo.lg.jp/cmsfiles/contents/0000011/11206/keikakur0304_2021051020215245.pdf
- 2) 医療法人社団 千春会
<https://www.senshunkai.or.jp>

5. 「地域での多職種連携」で患者の笑顔を取り戻す在宅栄養ケア・マネジメント（症例：嚥下障害患者の居宅療養管理指導）

社会福祉法人日本医療伝道会 衣笠病院

1. 地域特性

横須賀市は神奈川県の大磯半島に位置し、人口 37 万 4,800 人(2023 年 12 月)、2020 年の高齢化率は 32.2%で、全国平均(28.7%)よりも高い。今後、高齢化率は 2045 年までにさらに上昇し 40.1%に達し、おおよそ 5 人に 2 人が高齢者になると見込まれている。横須賀市は、在宅医療・介護の体制構築と連携推進を先駆的にこなってきた地域である。

2016 年に厚生労働省から公表された「在宅医療にかかる地域別データ集」では、在宅死亡率が 22.9%と全国平均の 12.8%を大きく上回り、人口 20 万人以上の自治体では全国トップであった。自治体や横須賀市医師会を中心に多職種連携のための会議や研修会が開催されるとともに、情報共有ツールの作成などもおこなわれている。

2. 法人及び施設・事業所の理念や特性

衣笠病院グループは「わたしの兄弟であるこの最も小さい者の一人にしたのは、わたしにしてくれたことなのである。」(新約聖書・マタイによる福音書 25 章 40 節)を創立の精神としている。

病院理念は、①キリスト教精神に基づいて患者・家族・地域の方々のために全人医療を行う、②法人内施設と協働し、保健・医療・福祉の一体的連携をめざす、③「来てよかった病院」と言われるように、医の心を持って患者中心の全人医療を実践する、であり、地域に根差した病院として広く患者を受け入れている。また、社会福祉法人である当院は、第 2 種の社会福祉事業として、無料低額診療事業もおこなっている。

病院の稼働病床数は 194 床で、DPC 病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟を有している。また、法人内グループには、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、通所介護事業所、在宅クリニック、包括支援センター、居宅介護事業所、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、健康管理センターなどを有し、地域包括ケアシステムをシームレスにおこなえるグループとなっている。

3. 在宅栄養ケア・マネジメントの体制

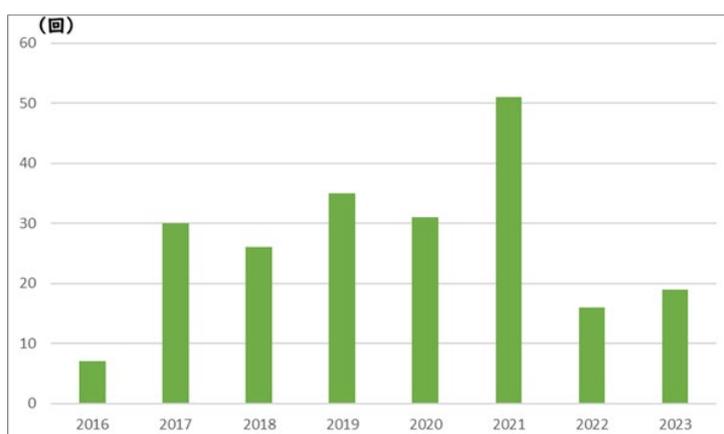
2012 年から、病院の管理栄養士が訪問栄養食事指導（介護保険・医療保険）を行っており、2021 年には「機能強化型認定栄養ケア・ステーション」を設置した。在宅訪問の対応地域としては、基本的には横須賀市内であるが、隣町の葉山町なども依頼があれば対応している。2023 年現在、在宅訪問を担当できる常勤の管理栄養士は 5 名であり、在宅訪問の専任を決めずに、各々が病棟を担当し、外来栄養指導やチーム活動、通所サービスを兼任し、その合間を縫って在宅訪問を担っている。

訪問栄養食事指導の依頼は、法人内の在宅クリニックの医師から4割、市内の病院の勤務医から2割、市内在宅クリニックの医師から4割である。依頼方法は、衣笠病院の地域連携室宛に、依頼状としての患者情報のほか、事前カルテ作成状をFAXにて送ってもらっている。また、介護支援専門員からケアプランや介護保険証、負担限度額認定証の写しを送ってもらうようにしている。

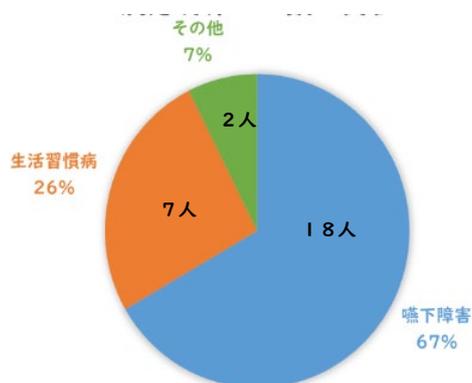
4. 利用者の特性

近隣の歯科大学附属病院の歯科医師、歯科衛生士が連携して、在宅患者の嚥下内視鏡による嚥下評価を積極的に行うようになった2016年4月から2023年12月までの訪問栄養指導件数はグラフ(図1)のとおりであり、合計27人に介入し、212回訪問した。このうち摂食嚥下機能低下の患者が全体の67%を占めている(図2)。

歯科医師は、歯科医師による居宅療養管理指導により嚥下評価の介入をおこなっている。また、歯の治療や義歯の調整は医療保険によっておこなっている。



【図1 年度ごとの訪問栄養食事指導件数の推移】



【図2 疾患別介入人数の割合】

5. 一体的取組の体制

初回介入時には、患者宅でのサービス担当者会議等において担当介護支援専門員と顔合わせをおこない、医師、訪問の歯科医師・歯科衛生士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、及び訪問看護師等他職種が介入する日に合わせて、管理栄養士が在宅訪問し情報共有し、一体的取組ができるようにしている。

歯科医師・歯科衛生士は近隣の大学や歯科医院から来られ、リハビリテーション職は近隣の訪問看護ステーションなど他事業所からの介入が多い。訪問看護師はグループ内の訪問看護ステーションのほか、近隣の訪問看護ステーションからも介入している。法人内だけでなく、多くの他の事業所とも協力しあっている。

6. 症例：嚥下障害患者の居宅療養管理指導

1) 依頼ルート

管理栄養士の居宅療養管理指導に先だって、近隣の歯科大学附属病院の歯科医師・歯科衛生士による在宅訪問が行われ、嚥下内視鏡検査及び嚥下リハビリテーションや口腔衛生管理が行われていた。患者の妻からの希望があり、主治医から胃瘻による栄養補給の内容について指導依頼があり、管理栄養士による居宅療養管理指導の開始となった。

2) 背景・経過

X年1月 小脳梗塞発症後、急性期病院からリハビリ施設を経由せず自宅退院され、在宅医療を受けていた。

X年7月 歯科医師・歯科衛生士による訪問開始。嚥下内視鏡検査、バルーン拡張法、口腔衛生管理などをおこなっていた。

X年10月 管理栄養士による居宅療養管理指導介入開始。

3) 開始時の状況

- ・60歳代 男性 要介護5
- ・妻と娘家族と同居。息子家族は市内に住んでおり、関係性は良好。小脳梗塞の発症前は常食レベルの食事とアルコールも日常的に摂取していた。園芸が趣味で、退院後も杖を使って、わずかな時間でも園芸を行っていた。
- ・現病歴：小脳梗塞後 嚥下障害
- ・既往歴：脂質異常症 慢性心房細動
- ・介入時身体所見：身長 167 cm 体重 53 kg BMI19.0 kg/m²
- ・介入時検査所見：TP7.2g/dl ALB3.5g/dl Hb11.6g/dl
- ・経腸栄養剤投与状況：ラコールNF 配合経腸用液 400ml×3、手作りミキサー食注入
(一日あたり エネルギー 1500kcal たんぱく質 65g 塩分 6g 程度)

4) 一体的取組

<本人の希望>

- ・口から食べたい、声を出したい。園芸をやりたい。

<家族の希望>

- ・胃瘻からの栄養は何をどのくらい入れたらいいのか教えて欲しい。できれば口から食べられるようになってほしい。

<カンファレンスの記録>

(理由) 気管カニューレからは常に唾液と痰があふれてきていて、発声もできず、経口摂取を考えられる状況ではなかった。介入後、患者は杖歩行可能・ADL 自立で、リハビリテーションに対する意欲があった。そこで、嚥下機能改善のための手術療法^{*1}が適応となる可能性を考えて、嚥下障害ならびに手術療法に詳しい耳鼻咽喉科医師に診てもらうことを本人・家族、在宅医師、歯科医師・歯科衛生士、言語聴覚士、理学療法士に提案し、検討した。

(合議) 管理栄養士、歯科医師・歯科衛生士、言語聴覚士、理学療法士の訪問を継続し栄養状態向上、体力向上を図りながら、耳鼻咽喉科医師に介入してもらい、嚥下機能改善をおこなうこととした。

^{*1}手術療法：嚥下機能改善手術は、棚橋法をおこなった。棚橋法は輪状咽頭筋切除と喉頭挙上術を合わせておこなう手術である。嚥下障害に対する外科的療法には、悪化した嚥下機能を改善する「嚥下機能改善手術」と、誤嚥を完全に防止して肺炎を無くす「誤嚥防止術」の2種類がある。誤嚥防止術では音声機能を喪失する問題点がある。本症例は、咽頭期障害例で嚥下リハビリテーション無効例であり、嚥下反射があること、介助歩行程度以上のADL、70歳未満、術後がんばれそうなこと(リハビリテーション必須であり、本人の意思、家族のサポートの持続が必要であるため)から、嚥下機能改善術がおこなわれた。

<課題>

- # 1 栄養補給量の不足
- # 2 唾液誤嚥あり、経口摂取不可
- # 3 手術に向けて体力不足、術後の感染リスクあり

<方針・目標>

- # 1 胃瘻からの栄養量の増量による体重増(61kg 台)
- # 2 嚥下機能改善手術・嚥下訓練
- # 3 術前・術後の栄養管理

<具体的支援内容>

- # 1 管理栄養士による妻への胃瘻からの栄養補給量の指導、主治医による全身状態の管理
- # 2 耳鼻科医師による嚥下機能改善手術、歯科医師・歯科衛生士による義歯調整・口腔衛生、言語聴覚士による嚥下訓練
- # 3 管理栄養士による免疫栄養^{*2}immunonutrition に関する指導、術後の食形態の調整、理学療法士による歩行訓練

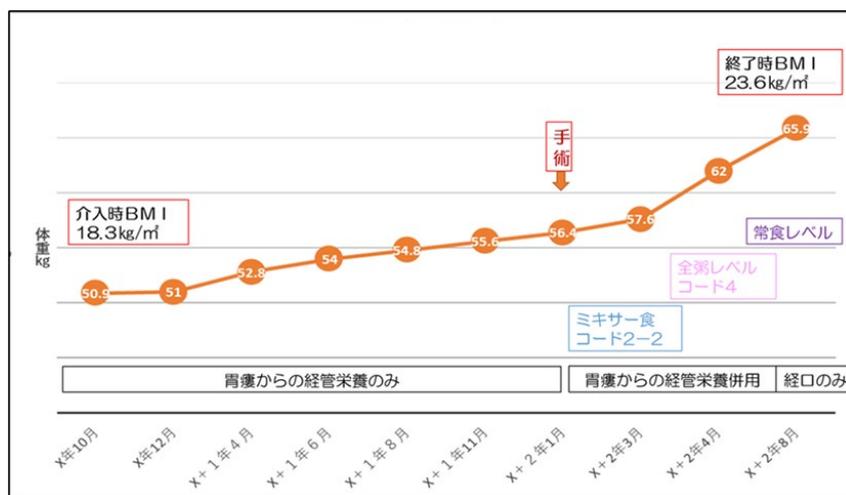
^{*2}免疫栄養：術後感染予防のために免疫調整栄養剤や亜麻仁油などのn-3系脂肪酸

の摂取をすすめた

5) 結果

法人内病院の耳鼻咽喉科を受診し、大学病院に入院して嚥下機能改善手術を受けることとなった。手術に向け胃瘻からの摂取エネルギー量を 2000kcal/日に増量し体重増加を図り、管理栄養士による訪問栄養食事指導の開始後 1 年 3 カ月で 5.5kg 体重増加した。理学療法士による歩行訓練を継続しながら、術前には管理栄養士が免疫調整栄養剤や亜麻仁油などの n-3 系脂肪酸の摂取を手作りミキサーに入れて摂取してもらうように指導し、免疫栄養 immunonutrition をおこない、術後の創部感染を回避することができた。

入院中にミキサー食を摂取できるようになって自宅へ退院できた。退院後は妻に対し酵素入りゲル化剤を使用したミキサー粥の作り方の指導等をおこなった。また、言語聴覚士の介入時に合わせて、管理栄養士が訪問し、食形態を上げていき、胃瘻からの経腸栄養剤は漸減した。最終的には常食レベルを摂取できるようになり、経管栄養を終了した。食形態の改善とともに食欲が増進し、経口摂取量が増え、体重は増加し、介入時より 15 kg 増えた(図 3)。血清脂質の異常はなかった。嚥下機能、栄養状態改善にて、訪問栄養食事指導の介入を終了した。その後、気管切開孔の閉鎖、胃瘻も閉鎖できた。



【図 3 体重の推移】

通所リハビリテーションへ積極的に通い、趣味の園芸では数々の賞を受賞している。また、大好きなビールも飲めるようになり、満面の笑顔がみられた。

地域での多職種連携が患者さんを救う力となった。また、本人の意欲も重要な要素の一つであった。趣味の園芸をしたいという強い気持ちが手術を受け、その後のリハビリを頑張る原動力であった。本人は、「歳をとったら趣味を持ちなさい」と言っている。また、家族のサポートもしっかりしており、妻が胃瘻から注入するミキサー食や経口摂取を進める段階

でも美味しい手料理を作ってくれて、息子は遠くの大学病院や耳鼻咽喉科医院まで送迎してくれた。専門職だけでなく、家族のサポートがあってこそ改善できた。本人・家族は重要な一体的取組のメンバーである。



【写真1 訪問の様子】

(左から管理栄養士、患者、歯科衛生士、歯科医師、保健師)



お問い合わせ 046-852-1182 衣笠病院代表番号です。栄養科にてお伝えください。

【写真2 訪問のリーフレット】

7. 参考資料

1) 横須賀市人口推計

<https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/0830/data/toukei/suikai/now.html>

2) 横須賀市在宅医療ガイドブック 「最期までおうちで暮らそう」

https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/2610/zaitaku/documents/zaitakuryouyouguidebook_voll.pdf

3) 社会福祉法人 日本医療伝道会 衣笠病院グループ

<https://www.kinugasa.or.jp/>

6. 在宅生活における状態の変化に対応した在宅チームによる 一体的取組 (症例：在宅胃瘻利用者の食べる楽しみを支援する～経口移行)

医療法人真正会 霞ヶ関南病院

1. 地域特性

埼玉県川越市は、埼玉県の中央部よりやや南部に位置し、109.13 km²の面積と 35 万人を超える人口を有する都市である。都心から 30 km 圏内に位置するベッドタウンでありながら、商品作物などを生産する近郊農業、交通の利便性を生かした流通業、伝統に培われた商工業、豊かな歴史と文化を資源とする観光業など、充実した都市機能を有している¹⁾。

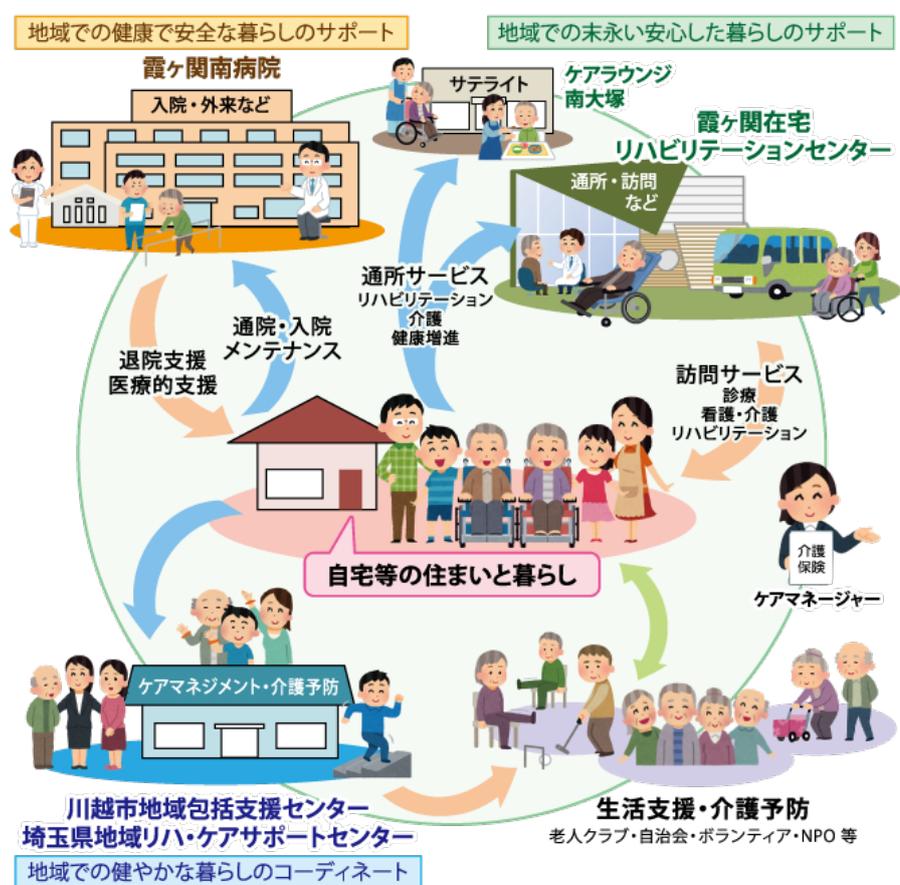
人口は、増加傾向で推移しているが、2028 年にピークを迎え約 36 万人となり、その後は減少に転じていく見込みである。一方、65 歳以上の高齢者人口は徐々に増加し、高齢化率は 2020 年に 26.6%であったが、2025 年に 27.4%、2040 年には 32.3%に達する見込みとなっている²⁾。

当院周辺は、農業や養蚕を営んでいた元々の「地元住民」地区と、昭和 40 年代の宅地開発による「団地」地区、近年の新興住宅地開発による「若い世代」地区に分けられる。周辺の高齢化率は川越市とほぼ同じくらいの 25.4%であるが、「地元住民」と「団地」地区の高齢化率は 40%を超えており、高齢者のみの世帯や単身世帯が多くみられる。

2. 法人及び施設・事業所の理念や特性

医療法人真正会は、1972 年の設立時より、敬老・敬愛の精神である「老人にも明日がある」という設立理念のもと「医療は福祉が原点である」「地域なくして医療は成り立たない」というビジョンを持ち、地域住民の方々に寄り添いながら医療や福祉サービスを展開してきた。たとえ介護が必要になっても、できる限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう、医療・介護・生活支援・リハビリテーションから住まいの提供まで包括的に支援している。また、それぞれの施設や専門スタッフ(医師、看護師、介護福祉士、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師、社会福祉士など)が互いに連携するなど、一体的に地域包括ケアを実践している³⁾(図 1)。

当院は、外来診療と 5 病棟 199 床(回復期リハビリテーション病棟、障害者施設等一般病棟、医療療養病棟)を有し、同一法人の在宅サービスとして、在宅医療、訪問リハビリテーション、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、訪問介護、居宅介護支援、通所リハビリテーション、通所介護、健康増進施設があり、各施設が連携して地域住民の生活を支えている。また、受託事業として、地域包括支援センターと地域リハビリテーション広域支援センターである埼玉県地域リハビリテーション・ケアサポートセンターがある。



【図1 当法人が展開する地域包括ケア】

3. 在宅栄養ケア・マネジメントの体制

開院当初より「自宅等の住まいと暮らし」を中心に捉え、多職種によって入院中から切れ目のない一体的なサービス提供を行っており、居宅訪問を通じた様々な支援も管理栄養士をはじめ多職種によっておこなわれてきた。

訪問栄養食事指導は、入院や在宅の各チームでのカンファレンスにて必要性を協議され、当法人の管理栄養士12名が兼任で担当している。経験の浅い管理栄養士が訪問するときには経験豊富な管理栄養士がフォローしている。訪問時には、介護職やリハビリテーション専門職、介護支援専門員と同行し、情報共有や動作確認などを同時におこなうことも多い。また、訪問時にサービス担当者会議が開催される場合もある。

管理栄養士による訪問は「入院患者への訪問(入院時自宅訪問)」・「通所サービス利用者への訪問(栄養改善加算)」・「訪問医療利用者への訪問(居宅療養管理指導)」に大きく分けられる。

<入院患者への訪問(入院時自宅訪問)>

自宅訪問時には、各専門職よりベッドや歩行補助具などの生活環境整備や在宅生活における課題の解決方法を提示するとともに、管理栄養士からは調理器具や環境、食材購入や調

理方法などの確認や提案を行っている。試験外泊時などには実際に摂取した食事を記録してもらい、退院時の栄養食事指導へつなげている。

退院時共同カンファレンスの結果や介護支援専門員など他職種より、栄養管理の必要性が感じられた場合は、退院後の主治医に相談し、継続した栄養ケアのために「訪問栄養食事指導」の指示が出される場合がある。

<通所サービス利用者への訪問(栄養改善加算)>

当法人の通所サービスには、通所リハビリテーション(2ヶ所)と通所介護(1ヶ所)があり、多職種がそれぞれの特徴を活かし、在宅生活での多様なニーズに応じている。

訪問栄養食事指導は、利用者や家族、医師を含めたサービス担当者会議などから依頼があった場合や管理栄養士が必要性を感じたときに栄養改善加算の一環として行っている。

<在宅医療利用者への訪問(居宅療養管理指導)>

在宅医療は緊急連絡時でも責任をもって対応できる範囲(目安として車で片道15分圏内)と定めて診療している。

介護支援専門員や訪問医療の主治医などが協議し、栄養管理の必要性を認めた方に対して、本人・家族に説明し同意を得た後に管理栄養士へ居宅療養管理指導による訪問栄養食事指導の指示が出される。指示書は当訪問医療の医師からがほとんどであるが、訪問地域内であれば他医療機関所属の医師からも受けつけている。

4. 症例：在宅胃瘻利用者の食べる楽しみを支援する(経口移行)

<症例紹介>

1) 背景・経過

80歳代、女性、要介護4 くも膜下出血、

既往歴：脳梗塞

経過：くも膜下出血にて入院され、気管カニューレ留置し、吸引頻回にて経過

発症半年後の退院時にはカニューレ抜去も吸引継続(8回/日)

嚥下障害があり食事は胃瘻より経管栄養

A D L：著明な麻痺はないが、全ての動作において介助が必要

認知機能：認識機能の低下により安全への配慮が難しく、転倒の可能性が高い

家族関係：母親思いの娘と二人暮らし

2) 退院時の嚥下状態

安静時から咽頭部に唾液や痰の貯留が顕著。咽頭へ流れ込む様子がみられ、自己排出困難なため吸引は必須(ただし、意識して飲み込めば嚥下は可能)。

3) 在宅生活像と必要なサービス(退院時)

- ・胃瘻創部からの感染リスクあり。定期処置と全身状態フォロー、胃瘻管理および吸引手

技フォロー目的のため訪問看護を月2回利用。

- ・認知機能低下による転倒リスクに対するマネジメントや生活環境整備、嚥下機能改善の可能性に対するリハビリテーション目的のため、訪問リハビリテーション(理学療法士、言語聴覚士)を各週1回利用。
- ・唾液処理能力が低下していたが、活動性を向上させることで改善の可能性があると考え通所サービス利用を打診するも、吸引回数が多いため娘の不安が強く利用に至らず。

4) 退院から6カ月後の変化(居宅療養管理指導の導入前)

- ・表情や言動などの反応が増加。座位姿勢も安定し、口腔咽頭内の唾液貯留量の減少、舌の緊張の緩和、吸引回数の減少などの変化をご家族と共有。経口摂取訓練の開始のため再評価を実施。
- ・安静時には咽頭部に唾液や痰の貯留はみられず、吸引不要となった。また、ミキサー食嚥下後は咽頭部に貯留みられたが、水分摂取にて残留量の減少がみられた。
- ・ゼリー食全介助から経口摂取訓練を開始し、段階的に一回量の増加と自力摂取に向け訓練を実施。訓練の様子はご家族、主治医、介護支援専門員と共有。
- ・食事の加工方法や栄養量、義歯調整などに課題がみられた

以上のことから、退院6カ月後から管理栄養士による居宅療養管理指導を開始した。

【変化に伴うサービスの見直し】(居宅療養管理指導の導入)

<本人の希望>

- ・直接の聞き取りは困難。もともとは活動的で外食が好き。

<家族の希望>

- ・本人の好きだったものを食べさせてあげたい。外食にも連れていきたい

<カンファレンスの記録>

(理由) 好きなものを安心して食べられるようにする。

娘と一緒に好きだったお店で再び食事が楽しめるようにする。

(合意) 訪問看護・訪問リハビリテーション(理学療法士、言語聴覚士)の継続、管理栄養士による居宅療養管理指導ならびに訪問歯科の開始。6カ月後のカンファレンスにてケアプランの確認と多職種での情報共有を行う。

<管理栄養士の評価>

- #1 娘が食べさせたいものと本人の能力(嚥下調整食2-1)に相違がある。
- #2 娘は調理が得意ではない。また、嚥下食の作成や加工方法がわからない。
- #3 娘が本人にとっての栄養バランスの良い食事がわからない。

<課題>

胃瘻創部や体調などに大きなトラブルなく、吸引不要となり、嚥下機能にも改善がみられる。自力摂取できるようになってきたが、食事のペースが速く、無歯顎、義歯不適合のため、誤嚥や窒息の危険性が高い状態である。しかし、娘は本人の好きだったものがそのままの形

態で食べられると考えている。

娘の経口摂取への意欲は高いが、調理が得意ではないため、食事の準備や加工などの負担が大きく、栄養バランスについても不安を感じている。栄養状態や体重は良好な状態を保っている。

日中ベッド上で過ごすことが多く、娘の過介助もあり活動量の低下が懸念される。

<方針・目標>

- # 1 6カ月後までに、誤嚥や窒息なく外食が可能となるように、娘が本人の嚥下能力に合った食形態の判断基準を理解できる。
- # 2 娘の直接介護や食事の準備に関する負担および、誤嚥や栄養バランスに関する不安が軽減できる。

<具体的支援内容>

- # 1 訪問歯科(1回/月)の開始。形のあるものを咀嚼できるように義歯を調整する。
- # 2 訪問リハビリテーション(理学療法士、作業療法士)(各1回/週)の継続。
本人の動作能力に合わせた娘の介助指導および日中の活動量の確認を実施する。
義歯の調整状況を確認しながら、安全な食形態を評価し、嚥下機能に合わせた摂食訓練をおこない、自力摂取できる食器具の提案をおこなう。
- # 3 訪問栄養食事指導(2回/月)の開始。本人の嚥下機能の把握や情報共有のため、訪問リハビリテーションと同行し嚥下調整食の調理指導や栄養食事指導をおこなう。
調理指導では、簡単に調理できるミルサーなど調理器具の提案、総菜の加工方法の提案などを実施する。

5. 取組の結果～居宅療養管理指導の開始6カ月後

- ・誤嚥や窒息なく、安全に自力で経口摂取できるようになった。
- ・嚥下機能が嚥下調整食3へ向上し、水分へのトロミ付けは不要になった。
- ・昼のみ経口摂取とし、娘が嚥下状態に合わせた食事を負担なく準備できるようになった(朝夕は経管栄養を継続)。
- ・娘が安全な食形態を判断できるようになったことで、外食にも出かけられるようになり、もんじゃ焼きやかに玉など様々なものを安心して食べられていた。
- ・好きだったビールをもう一度、楽しむことができるようになった。
- ・娘の不安が緩和したため、週2回の通所リハビリテーションを利用開始し、訪問リハビリテーション(理学療法士)は終了となった。管理栄養士による居宅療養管理指導も終了し、通所リハビリテーション施設において、管理栄養士による栄養サポートを引き継いだ。
- ・通所リハビリテーション施設利用時においても経口摂取ができ、夏祭りや敬老会など様々なイベントに参加されている。
- ・「母が好きだったものをもう一度食べさせてあげたい」という娘の想いを支え、「食べる

こと」から生活や活動の場がさらに広がった。

- ・嚙下機能に合わせて各段階において専門職が一体的に取り組むことで、その方の生活やご家族の想いを支えることができた。

6. 参考資料

1) 川越市 HP. 「川越市の紹介」(参照 2023. 12. 1)

<https://www.city.kawagoe.saitama.jp/shisei/shinogaiyoshoukai/kawagoe/profile.html>

2) 川越市 HP. 「川越市の人口と世帯数」(参照 2023. 12. 1)

https://www.city.kawagoe.saitama.jp/smph/shisei/toukeidata/jinkotokei/jinko_setai.html

3) 医療法人真正会 HP 「地域とともに」(参照 2023. 12. 1)

<https://www.kasumi-gr.com/>

7. 地域病院の管理栄養士による居宅療養管理指導（症例：中心静脈栄養から3食経口摂取へ）

加美郡保健医療福祉行政事務組合 公立加美病院

1. 地域特性

本病院は、宮城県の北西部に位置し、人口 6,393 人、高齢化率 36.8%の色麻町と人口 21,004 人、高齢化率 38.6%の加美町の2町(参考資料1、2)で構成されている加美郡内にある。西側には奥羽山脈など山岳があり、四季折々満喫できる自然が豊かで、田園地帯や畑が広がり、農業が盛んな地域である。また、冬は降雪量が多い地域でもある。

2. 法人及び施設・事業所の理念や特性

当院は、上記の通り2町で2002年7月に開設され、介護老人保健施設が併設された加美郡内唯一の病院である(図1)。地域中核病院や近隣の病院、診療所などとの連携も深め、地域に必要な医療を提供し、急性期病院から在宅へ戻るまでの中間的な役割を担っている。2020年11月には地域包括ケア病床を開設(9床からスタート)している。病床数は90床(一般棟20床、地域包括ケア病床20床、療養病棟50床、2023年11月時点)、平均在院日数は15.9日(2022年度)である。

3. 在宅栄養ケア・マネジメントの体制

2019年5月より常勤管理栄養士の1名配置から2名へ増員し、現在は、院内業務である病棟での栄養管理、外来での栄養指導、給食管理の業務などは管理栄養士2名で業務分担をし、訪問栄養食事指導は1名の管理栄養士が実施している。厨房における給食管理業務は給食委託業者に完全委託している。



【図1 介護老人保健施設が併設された加美郡内唯一の病院】

訪問栄養食事指導の依頼元は、院内医師、加美郡内で訪問診療をおこなっている診療所医師である。

管理栄養士からは、当院退院後に訪問栄養食事指導の必要性があると考えられた患者について、退院時栄養食事指導や退院時カンファレンス、退院後に訪問診療を行う医療機関に交付する栄養情報提供書等を活用し、家族や退院後に関わる診療所の医師・看護師、事業所の介護支援専門員等に訪問栄養食事指導が実施できることの情報提供をしている。なお、訪問診療を当院で行なう患者の場合には、管理栄養士より院内医師へ直接報告している。

4. 症例：食べたい願いが叶えられた 中心静脈栄養法から3食経口摂取へ

1) 依頼ルート

訪問診療をおこなっている院内医師より管理栄養士に依頼があり、本人、介護支援専門員の同意を得て、管理栄養士による居宅療養管理指導が開始された。食事を食べたいという本人の願いがあるが、しばらく経口摂取をしていなかったため、医師より嚥下機能に適した食形態が摂取できるように指示があった。

2) 背景・経過

90歳代、男性、要介護5

- ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)C1。認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa。
- ・長女と2人暮らし。主介護者は長女。
- ・既往歴は、重症三尖弁閉鎖不全症、冠動脈ステント植え込み術、狭心症、陳旧性脳梗塞。
- ・肺炎のため隣市の病院へ入院。入院中に経口摂取を開始したが誤嚥したため絶飲食。
栄養補給法は中心静脈栄養法(投与量 1000ml、エネルギー560kcal、たんぱく質 19.6g、脂質 0g、水分 1000ml)
- ・本人の帰宅願望があるため、家族は「本人の望むようにしてあげたい」と自宅退院を希望され、絶飲食・中心静脈栄養法のまま自宅へ退院
- ・経口摂取は自宅退院後も行っておらず、入院から約1カ月間は経口摂取せず。義歯はあるが、不適合のため入院前から使用していない状況。

退院後の在宅における支援内容は、訪問診療、訪問看護、訪問入浴、管理栄養士による居宅療養管理指導、訪問リハビリテーション(理学療法士)、訪問歯科診療(歯科医師、歯科衛生士)である。

3) 一体的取組

<本人の希望>

- ・食事が摂取でき、点滴を外して歩きたい。

<家族の希望>

- ・本人の望むようにしてあげたい。

<カンファレンスの記録>

(理由)入院中に誤嚥したため中心静脈栄養法となり経口摂取を約1カ月間していないが、「口から食べたい(本人)」「食べさせてあげたい(家族)」という願いがある。誤嚥のリスクはあるが、経口摂取ができるように専門職の介入が必要である。

(合議)誤嚥に留意して経口摂取ができるよう、摂食嚥下の機能を評価し、適した食事の準備、口腔環境の調整、摂取時のポジショニングの調整などがおこなえる。経口より栄養量が確保できるよう支援する。管理栄養士は医師・看護師をはじめ、リハビリテーション職、歯科と協働し、介入を行う。

<課題>

- # 1 「口から食べたい(本人)」「食べさせてあげたい(家族)」という願いがある。
- # 2 入院中に誤嚥。嚥下障害あり、食形態の調整が必要。
- # 3 絶食期間が約1カ月間あり、低栄養状態リスクが高い(栄養補給法は中心静脈栄養)。

<方針・目標>

- # 1 嚥下機能を評価し、適切な食形態を家族と共有し、口から食べる喜び・楽しみを感じることができる。長女が摂食嚥下機能の能力に応じた食形態の調理・食事の準備、食環境調整をすることができる。
- # 2 経口摂取のみで栄養量を確保することができる。体重41kgを維持。

<具体的支援内容>

- # 1 医師、歯科医師は、嚥下機能の評価をおこない、管理栄養士は医師、看護師、歯科医師等との連携のもと食形態を検討し、摂食嚥下機能の能力に応じた食形態の調理法や食事の準備、摂取時の介助方法等を家族へ指導・助言する。
- # 2 管理栄養士は定期的に訪問し、摂取状況や摂取内容・量(摂取エネルギー)、誤嚥の兆候の有無、体重の確認等をおこなう。また、家族が抱える食事準備への困りごとや負担・不安などを確認し、家族への配慮もおこなう。
- # 3 管理栄養士は摂取エネルギーを推定し、医師へ報告する。また、栄養・食事に関する情報について医師をはじめ関係職種へ報告し、情報共有をおこなう。
- # 4 リハビリテーション職は座位練習、立位練習をおこなう。起居動作の達成後は、歩行練習をおこなう。また、訪問時に体重測定(月1回)を実施し、管理栄養士と情報共有をおこなう。
- # 5 歯科医師は義歯の調整をおこなう。嚥下内視鏡検査を適宜実施し、適切な食形態の提案をおこなう。歯科衛生士は口腔ケアと嚥下体操を実施し、家族へ口腔ケアと嚥下体操の方法を指導・助言する。

4. 取組の結果

管理栄養士による居宅療養管理指導は退院3日後から開始した。介入開始時は、嚥下評価結果から、主食はミキサー粥、副食はミキサー食(嚥下調整食2-1)、とろみ付き(中間)であった。

介入2週間後には、3食経口摂取できるようになってきていたため、中心静脈カテーテルを抜去、経口摂取へ完全に移行できた。口腔環境は清潔が保たれており、義歯の調整もおこなわれたため咀嚼しやすくなり、食欲増進にも繋がった。1日の摂取エネルギーは介入1カ月後には約800~900kcal、介入2カ月後には約1000kcalと増加し続けていた。

介入3カ月後には、1日の摂取エネルギーは約1200kcalに増加していた。食形態は本人の意向も確認しながら段階を踏んでアップしてきたため、主食は全粥、副食は軟菜(嚥下調整食4、大きさは適宜調整)まで調整できた。日常活動動作は、歩行器を利用して寝室から茶の間へ自力で移動できるようになり、ベッド上での食事摂取以外にダイニングテーブル

でも食事摂取ができるようになった。さらに、通所介護の利用も可能となり、活動範囲が自宅外へも拡大した。

介入 6 カ月後には、主食は軟飯までアップ、1 日の摂取エネルギーは約 1200kcal を維持できていた。体重は多少変動があったものの目標の 41 kg は維持でき、その後は増加も見られ、43～44 kg で安定している。

本人と家族は、願いであった食べることや歩くことが叶えられたことで大変喜ばれ、自宅での生活を楽しんでいる。また、家族は食事に対する不安がなくなり、食事の準備も負担なく行えるようになった。

年齢や病状などから一時は絶飲食での中心静脈栄養となり寝たきりになっていた患者であるが、管理栄養士を含めた多職種が協働して積極的に介入することにより経口摂取が可能となり、ADL も向上し、〈本人の願い〉を叶えることができた。

5. 参考資料

- 1) 宮城県推計人口 市町村別 人口増減の推移 【令和 5 年 3 月 1 日現在】
https://www.pref.miyagi.jp/documents/27775/20230301_suikai.pdf
- 2) 宮城県高齢者人口調査 【令和 5 年 3 月 31 日現在】
<https://www.pref.miyagi.jp/documents/47234/r5tyousakekka.pdf>
- 3) 公立加美病院
<https://kami-hospital.jp/>

8. 診療所における一体的取組と在宅栄養ケア・マネジメント(症例：経管栄養補給方法の調整)

医療法人社団いばらき会 いばらき診療所

1. 地域特性

茨城県県央・県北地域の沿岸部に位置し、気温の日較差が小さい等の海洋性気候の特徴を持っている。年平均気温は約13度、年平均降水量は1,300mm前後である¹⁾²⁾。令和5(2023)年7月現在の茨城県の高齢化率は30.7%であり、訪問対象地域は、診療所から車で20～30分以内の範囲であり、住宅地域、商店地域、農家地域世帯が含まれる。

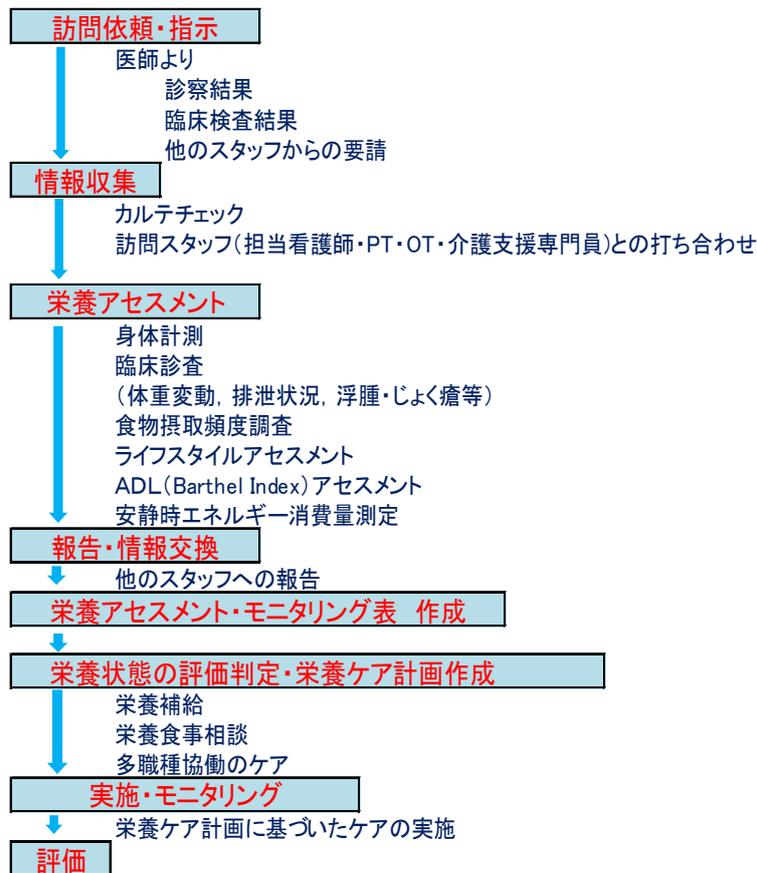
2. 法人及び施設・事業所の理念や特性

平成8(1996)年に開設された本診療所は、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を併設し、同法人内にデイサービス、認知症対応型デイサービス、小規模多機能型居宅介護、地域包括センターを設置し、高齢者が住み慣れた地域で療養できるよう支援することを目指している³⁾。訪問診療患者数は1,250名に及ぶ。

3. 在宅栄養ケア・マネジメントの体制

平成9(1997)年に、本法人に常勤管理栄養士1名が採用され、訪問栄養食事指導が実施された。訪問栄養食事指導の実施前から、訪問診療ならびに訪問看護、訪問マッサージが実施されていたため、管理栄養士は入職後6カ月間、他職種と同行訪問を行った。管理栄養士は補助をしながら、他専門職の役割や実施内容、利用者との関わり方を学んだ。その中で、患者の栄養状態の実態調査を実施し、他職種にも在宅療養患者における栄養状態の改善、維持の重要性の認知に努めた。また、訪問時には、患者及び家族に対して、新たに開始される訪問栄養食事指導について説明し、本人・家族が食事や栄養に関する不安や心配事を相談できる体制であることの周知を行った。その後、管理栄養士による訪問栄養食事指導が図1の流れにより開始された。

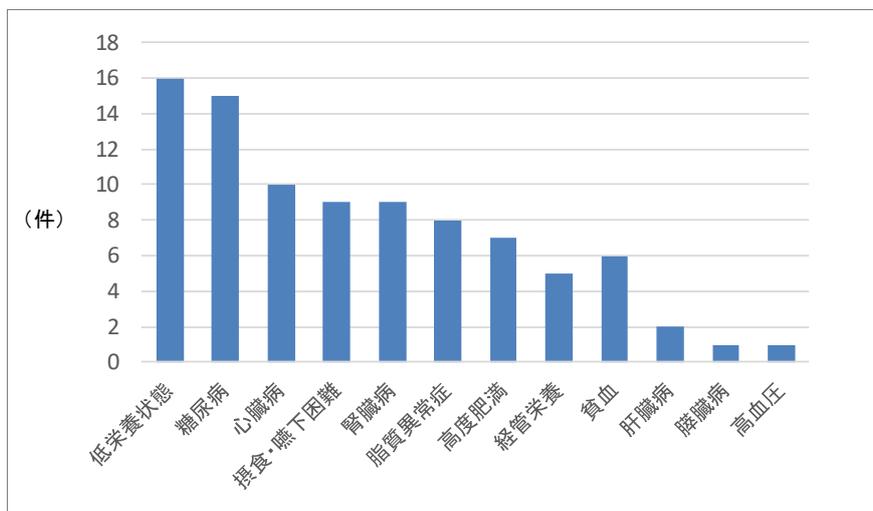
訪問職種1名に対して1台用意されている軽自動車で行っている。管理栄養士の1件当たり滞在時間は30～60分が多いが、初回訪問時や他職種と共同訪問する場合は120分程の場合もある。訪問件数は平均40件/月である。



【図1 訪問栄養食事指導の流れ】

4. 利用者の特性

令和5(2023)年7月の訪問栄養食事指導対象者の指示内容を図2に示す。糖尿病や心臓病、腎臓病等の疾患とともに低栄養状態や摂食・嚥下困難、経管栄養と広範に及ぶ。



【図2 訪問栄養食事指導の指示内容（令和5(2023)7月、複数回答）】

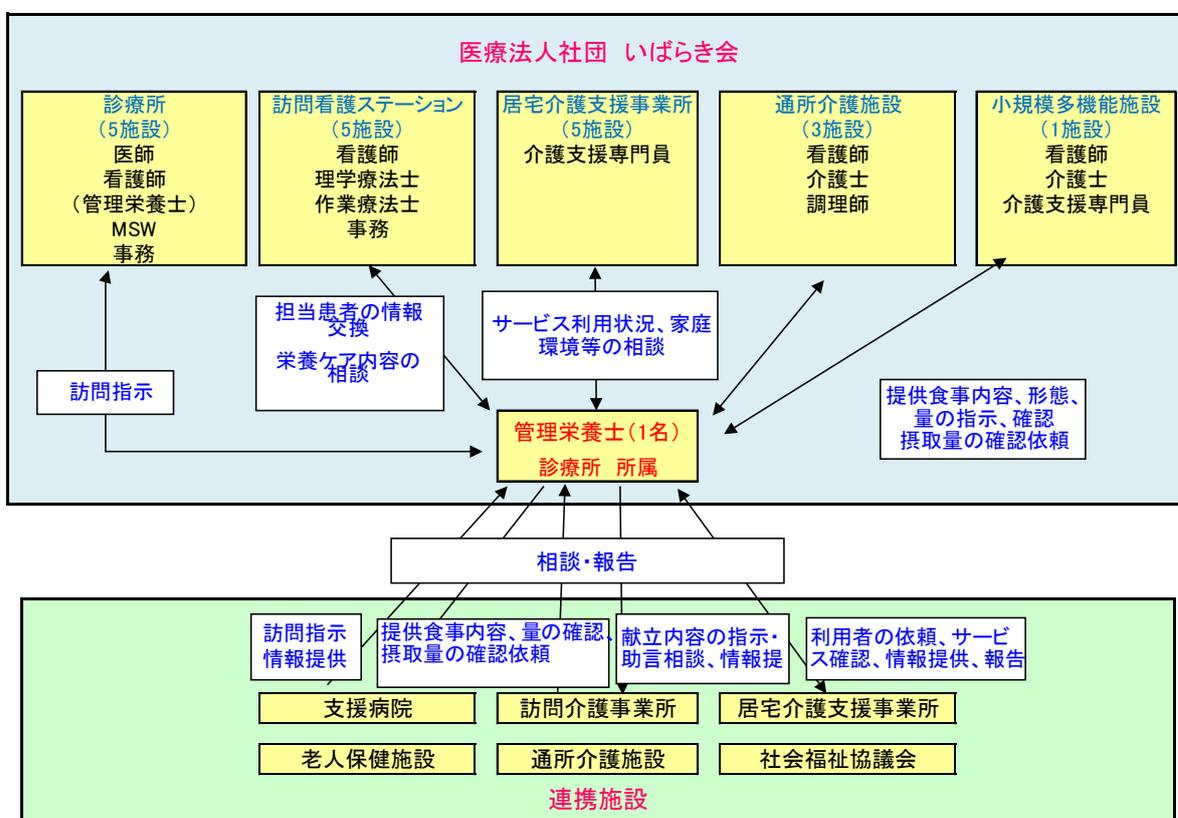
5. 在宅栄養ケア・マネジメントの体制

訪問患者の担当医師が診療時に栄養管理の必要性を認めた者に対して、本人・家族に説明・同意を得た後に、管理栄養士に訪問指示が出される。指示書は、本診療所所属の医師からがほとんどであるが、訪問地域内であれば他医療機関所属の医師からも受けている。また、退院時共同カンファレンスの結果や、訪問看護師等の他職種から栄養管理の必要性を感じた場合等も、担当医師に相談し訪問栄養食事指導の指示が出される場合もある。

6. 一体的取組の体制

図3に示すような連携体制を取られている。同法人内ならびに他施設との情報交換は、対面、電話及びFAXを用いておこなっている。本法人は訪問職に対して、個別にスマートフォンを携帯させており、緊急時には電話にて、緊急を要しない患者の状態報告等にはメール機能を用いて情報連携を行っている。本診療所は、医師の訪問診療には医療ソーシャルワーカー(以下、MSW)が同行しており、専門職は担当MSWを介して担当医師に報・連・相を行うことも可能なため、医師との情報連携が円滑におこなわれやすい。

管理栄養士は、褥瘡や排便状況の確認等については訪問看護師と、または咀嚼・嚥下機能の評価や身体計測の実施等についてはリハビリテーション職と、炊事ならびに食事介助については介護支援専門員や訪問看護師と、等といった他職種と同時刻に訪問する必要がある場合は、事前に日程調整をおこなっている。



【図3 他職種との連携】

口腔ケアに関しては、う蝕や義歯の不具合等治療が必要な場合は、地域の歯科に連絡して訪問歯科診療が受けられるように紹介しているが、治療が済めばほとんど訪問終了となっている。また、高齢者には口腔問題が見られる場合が多いものの、地域に訪問歯科衛生士がいないため、現時点で連携はおこなわれていない。嚥下機能の評価には、管理栄養士や作業療法士が関わり、口腔ケアは訪問看護師や訪問介護士が指導、実施している場合が多い。栄養状態の改善には大きく口腔機能が関係するため、現在介護保険施設で進められている口腔ケアの実施が、在宅療養高齢者にも広がっていくことが望まれる。

7. 症例：経管補給方法の調整

1) 訪問指示内容

- ・胃瘻からの経管栄養補給に対する栄養ケア
- ・必要エネルギー量の算定や補給方法、排便コントロール

2) 開始時の状況

90歳代 女性 要介護5 娘と二人暮らし

- ・既往歴、現状歴：脳梗塞後遺症、認知症
- ・膀胱炎を起こしやすく、熱発しやすい
- ・皮膚乾燥、表皮剥離あり、緊張低下あり。褥瘡はないが座位保持で臀部に発赤。胃瘻孔部より滲出液あり。
- ・サービス利用：訪問医療(週1回)、訪問看護(他施設)(週2回)、訪問リハビリテーション(他施設)(週1回)

3) 一体的取組

<本人の希望>

- ・家で過ごしたい

<家族の希望>

- ・栄養補給に長時間かかるのが辛い。滴下速度を少し早めると水様便～軟便が頻回となり、おむつ交換、衣類や寝具の清潔ケアが大変。これらの介護負担を軽減してほしい。

<カンファレンスの記録>

- <理由>娘の介護負担を軽減するために栄養補給時間を短縮し、熱発、水溶性便や褥瘡が悪化しないようにする。

- <合議>管理栄養士は訪問看護師と連携して訪問栄養食事指導を行う。管理栄養士のモニタリング結果は随時かかりつけ医、訪問看護師に連絡する。

<課題>

#1 熱発、水溶性便、褥瘡(発赤)

#2 栄養補給時間が長い

<方針・目標>

#1 熱発、水溶性便、褥瘡(発赤)を悪化させない

#2 経腸栄養補給時間の短縮をはかる

< 具体的支援内容 >

- # 1 栄養剤は半固形栄養補給方法に変更する
- # 2 管理栄養士は、訪問看護師と協働するために訪問時間を調整し、娘に参加してもらい情報交換・相談、モニタリング(身体計測、臨床診査、排便状況)の確認をする
- # 3 管理栄養士は訪問時に安静時エネルギー消費量測定を実施し、必要エネルギー量ならびに補給内容を検討し、提案をする
- # 4 管理栄養士と看護師は、共同して娘に半固形化栄養補給方法の提案、実施方法の説明、実技指導する

4) 結果

- ・ 栄養補給時間が短縮した。娘から「以前に比べて全然楽になった」と言われた
- ・ 頻回に出ていた便が 1~2 回/日に安定した
- ・ 尿の混濁は未だ時々あるものの、以前より尿臭が気にならなくなった
- ・ 半固形化栄養補給方法の開始後、10 カ月発熱していない
- ・ 胃婁孔から漏れることがなくなった
- ・ 娘、訪問看護師より「以前より意識がはっきりしているようだ」と言われた
- ・ 身体計測値：上腕周 +1.4cm/10 カ月、下腿周 +0.3cm/10 カ月

8. 参考資料

1) 高齢化の指標；

<https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/chofuku/choju/stats/documents/s0901.pdf>
(2023 年 10 月 26 日)

2) 関東整備局 地勢・地質・気候 (茨城県)；

https://www.green.go.jp/seibi/kanto/chisei_chishitsu_kiko/ibaraki.html (2023 年 10 月 26 日)

3) いばらき診療所 HP ; <http://www.ibc.or.jp/> (2023 年 10 月 26 日時点)

9. 地域の在宅療養栄養ケアの拠点としての取組（症例：独居高齢者に対する自立支援）

社会福祉法人同胞互助会愛全園 栄養ケアステーション愛全園・愛全診療所

1. 地域特性

＜昔、海だった。・・昭和36年に市域の多摩川でクジラの化石が発見された＞とされる昭島市は、東京都のほぼ中央に位置し、現在でも比較的豊かな自然が残され、「水と緑の街」多摩地区と言う。人口113,949人、高齢化率26.3%(2020年)であり、介護予防のための広報活動、栄養・食支援活動への支援及びサロン活動が盛んである。

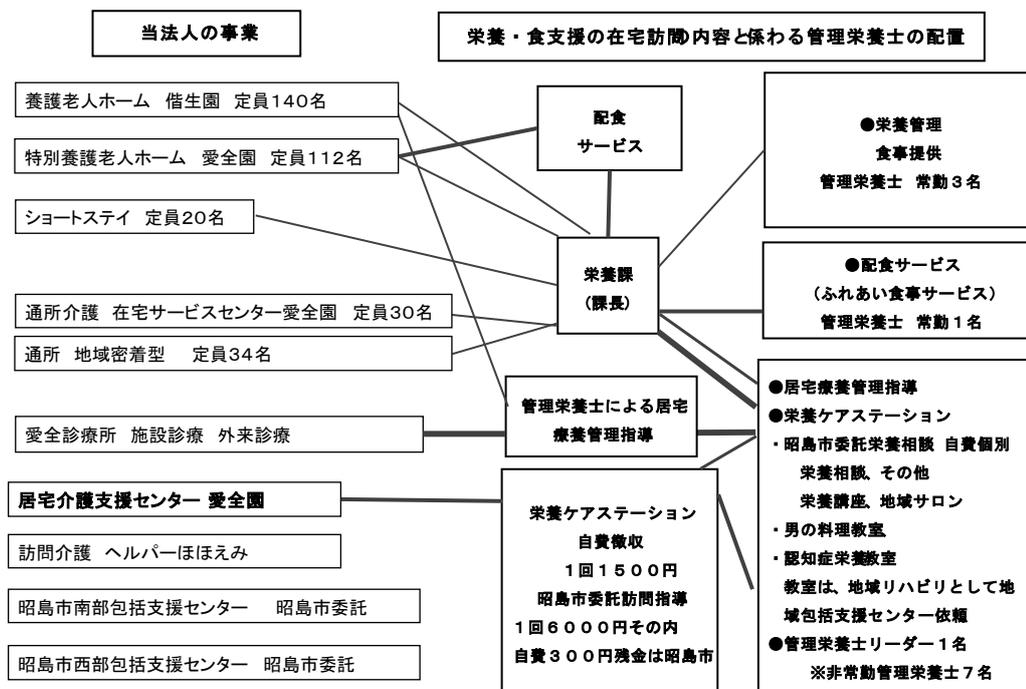
2. 法人及び施設・事業所の理念や特性

当法人は、昭和27年5月に社会福祉法人として組織編成された。その理念は、「老いの装い支援」、老いても生き生きとした美しさを保てるように高齢者の装いを支援することである。職員は、5つの行動指針である「人権と尊厳の尊重、個別の介護・医療サービス、真実の瞬間の重視、精鋭のプロ集団及び開かれた福祉拠点」を遵守し、地域に開かれた福祉の拠点を目指して日々精進している。法人内には、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム（以下、特養）、ショートステイ、通所介護、居宅介護支援センター、南部包括支援センター、西部包括支援センター、訪問介護、生活協力員派遣、市の委託事業をおこない、また、公益事業として診療所が存在する。栄養・食支援関係の事業としては、「ふれあい食事サービス」と名付けた配食サービスをおこない、愛全診療所において、管理栄養士による居宅療養管理指導を行っている。特養に、栄養ケアステーションを設置し、昭島市の委託事業として介護保険外の訪問栄養指導が行われている。当法人は、地域の在宅栄養ケア・マネジメントを担い、在宅訪問サービスにおける一体的取組により、専門職の拠点となることを目指している。

3. 在宅栄養ケア・マネジメントの体制

平成13年に配食サービス「ふれあい食事サービス」によって在宅栄養・食支援の第一歩を踏み出し、平成19年5月1日より愛全診療所において管理栄養士による居宅療養管理指導を開始した。平成21年4月1日より昭島市の介護予防事業が委託され、65歳以上の介護保険対象外の高齢者に対する訪問栄養相談や食支援サービスが始められた。さらに、当該委託事業の対象年齢未満の栄養・食支援が必要な地域住民に対して、自費による訪問栄養サービスを行っており、40～50歳代の在宅療養の身障者や脂質代謝異常及び癌による食欲不振等、管理栄養士の訪問栄養サービスを必要とする地域住民は予想外に多い。令和4年度から、栄養課の管理職（課長）が、養護老人ホーム、特養、通所介護事業所、ショートステイにおける栄養管理、給食業務及び栄養・食支援に関する地域還元事業を統括する体制になり、法人内の各栄養・食事関連事業間の連携強化が図られた。さらに、昭島市における栄養ケアの連携の強化を図るために、「昭島NST」が立ち上げられ、栄養、口

腔、歯科、医療、薬剤、看護、リハビリテーション、介護、介護支援専門員などの多職種との連携強化が行われた。さらに、法人内の多職種が互いの専門分野の知識について学びあう勉強会が開始され、令和6年度介護報酬改定における一体的取組のための準備が行われてきた。



(※非常勤管理栄養士は、研修を行っている)

【図1 当常法人内に関わる栄養食支援の状況（当法人の事業及び実施在宅訪問事業所）】

現在、管理栄養士による訪問栄養食事指導・食支援の依頼は、在宅訪問を行っている医師、看護師、生活相談員、介護支援専門員からの依頼がほとんどである。通所介護からの栄養改善の取組は未だ遅れている。また、グループホームや養護老人ホームからの依頼が少なく、むしろ50歳前後の身体障害者施設からの訪問栄養食事指導の依頼が増えてきている。

4. 症例：独居高齢者に対する自立支援

1) 依頼ルート

地域の在宅介護支援センターから「うっ血性心不全があり、塩分過多で体重増加があるので、在宅での食事指導をしてほしい」と依頼があった。管理栄養士は、患者宅を在宅訪問し、スクリーニング、アセスメントを行った上で、管理栄養士の考えを文章にまとめて、患者の外来受診時、直接医師に文書と口頭で説明して、指示書作成を依頼した。

2) 医師の指示内容

- ・高血圧、うっ血性心不全あり水分摂取量、に注意が必要。
- ・腰痛、膝痛があり食事の準備がおろそかになることのための低栄養の予防

3) 開始時の状況

- ・90歳代女性、要介護1、独居(集合住宅)、月に数回近隣の娘が買い物
- ・身長152cm、体重54kg、BMI 23.4 kg/m²
- ・既往歴・現状歴：高血圧、慢性心疾患、陳旧性脳梗塞
- ・血圧が上がり不穏状態になる度に入院・治療の繰り返し。
- ・一日の水分摂取量：食事から700ml、飲水700ml、とろみ剤不要(不感蒸泄600ml)
- ・口腔状態：食の取り込み、咀嚼及び嚥み合わせ、飲み込みも特に問題なし。
- ・3年前、予防在宅訪問栄養相談(市からの委託事業)にて、生活習慣・食習慣改善に取り組み、減量(1kg/年)に成功した履歴がある。
- ・利用しているサービス：3年前から訪問診療(月2回)、訪問看護(週1回)、訪問介護(週3回)、居宅療養管理指導(薬剤師:月2回、管理栄養士(月2回)、口腔機能向上加算(機能訓練型通所介護にて)

4) 一体的取組

<本人の希望>

- ・娘の負担にならないように介護サービスを受けながら自立したい。

<家族の希望>

- ・満足な世話が頻繁にできないため、専門の方の力を借りていつまでも明るく楽しい生活をしてほしい。

<カンファレンスの記録>

- ・生活への補助：当初は食事準備やゴミ出しは自立しており、買い物は訪問介護が行っていた。しかし、ゴミ出しが大変に感じるようになり訪問介護が入った。また、腰痛、膝痛があり腰が曲がって、洗濯物を干す竿が高いために動作に困難が生じるようになってきた。細かい生活動作の検討をおこない、物干し竿の高さの改善や入浴の見守りを開始することになった。
- ・通所でのケアに携わる理学療法士やマッサージ師、歯科衛生士、福祉用具、住宅改修の専門職や行政を交えて意見交換が行える地域ケア会議で意見交換ができたことにより、在宅において本人と管理栄養士が「リハクッキング」*による食事準備を一緒に行う中で、食の喜びを味わいながら食生活改善につなげることになった。

※リハクッキング：リハビリテーションを兼ねたクッキングのこと。この場合の主導権は、利用者自身である。

<課題>

100歳を数年で迎える時期に入った現在の課題は、食の大切さは理解され、食べる意思はあっても必要食事が不十分である、必要とされる副菜を食べきれないために、低栄養・サルコペニアの予防が必要である。

- # 1 食事量、品数の減少、1品になっていることによる糖質過多、たんぱく質不足の食事
- # 2 義歯使用、繊維の多いごぼう・タケノコの煮物、硬い物の一口大切り等を要する
- # 3 適正水分の確保

<方針・目標>

- # 1 サルコペニア予防
- # 2 不足栄養素の強化（医師により試行開始）
- # 3 飲水量（水、牛乳、ジュース等）の記録
- # 4 リハクッキングの継続により、不足栄養素を強化する。

<具体的支援内容>

- # 1 3食の食材を揃え、一日3食食べることの実行
- # 2 適正な栄養補助食品、機能性食品や経腸栄養剤の選択
- # 3 飲水及び食事以外の水分摂取の記録とむくみの判断
- # 4 リハクッキングの記録

<経過及び結果>

「リハクッキング」では、若いころ好きだった料理、よく食べた食品や生活状況を思い出してもらいながら、料理にまつわる思い出話をしてもらった。その間、できる範囲で皮むきや食器洗いなどを担当してもらった。調理過程で、減塩方法や水分の取り方の指導も行った。「食事は抜かない。朝、昼、夕3食は食べる」「赤はたんぱく質、黄色はご飯、緑は野菜、エネルギーを作る時に必要なビタミン、ミネラルがある。必ず3色揃えて食べる」ことを話ながら実施した。本人は、注意点を口ずさみながら、「これは私の仕事」と積極的に参加した。

あと数カ月で100才を迎えられる。元気で長生きすることが本人・家族、関係職種の喜びとなっている。これからは食事量不足を補う「ちょい足し料理」や摂食嚥下機能低下による誤嚥防止のためのペースト状料理法やプリン状態に仕上げる料理法を取り入れた「リハクッキング」で、簡便に本人が行えるような指導方法が求められている。

多職種協働による日常的な話し合いや連携会議及びカンファレンスの効果が少しずつ表れ始めている。定期的に医師、介護支援専門員、本人及び家族に報告するための管理栄養士による居宅療養管理指導の報告書は、いつでも誰でも目が通せるように利用者宅に置かれ、各専門職が確認している。医師との連携は、定期的な報告書の提出と電話連絡で行っている。現在は、むくみや心不全の状況が安定しており、むしろ食事量の減少が目立ち始め、低栄養予防として、医師の処方による総合栄養剤の試飲を施行している。現在は、超高齢者が安心して生活していくことのできる生活支援や食支援の在り方の重要性を感じているとの意見を頂く。また、令和5年1月(2023年1月)に管理栄養士の訪問時に、本人が高熱を出し、せき込んでいたので、医師へ緊急連絡し、新型コロナ陽性が確認された。濃厚接触者になったサービス提供者への指示や注意事項の指導が医師より行われた。管理栄養士は、急遽、食材を集め、調理して冷凍保存し、水分の確保を行った。本人は、杖について部屋の移動がで

きていたが、一人の療養生活は心細かったと思うが、乗り切れたことに関係者全員が感動した。この経験を通して、今後の在宅訪問サービスにおけるケア・キュアの対策を整備するためにも栄養管理、口腔管理、リハビリテーション・機能訓練の3領域の協力や在宅訪問への管理栄養士の参加を強化していきたい。また、管理栄養士が積極的に医師や多職種へ報告、相談を持ちかけ、多職種で検討していくことの大切さを実感しているところである。

5. 参考資料

社会福祉法人 同胞互助会 令和5（2023）年度 事業計画書

10. 回復期リハビリテーション病棟退院後の一体的取組と管理栄養士による居宅療養管理指導（症例：糖尿病を伴う低栄養）

医療法人社団輝生会 在宅総合ケアセンター成城

1. 地域特性

東京都世田谷区（人口：約92万人）、高齢化率20%（2022年現在）において、本在宅総合センターのある地区は東西南北約2Kmのウルトラマン商店街で賑わっている。当該地区においては「孤立死0」を目標とし、12か所の自治会活動（防災訓練等）が活発である。

2. 法人及び施設・事業所の理念や特性

法人理念「住み慣れた地域やご自宅で再び輝いた人生を送れるよう、支援いたします」のもと、本在宅総合ケアセンター（以下、センターという）に、2004年に診療所（訪問診療、外来診療、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション）、訪問看護ステーション及び居宅介護支援事業所、入院部門が設置され、入院から生活期において一貫した在宅生活を支援する幅広いサービスを提供している。入院部門は2017年8月に26床に増床し、有床診療所から病院へ、さらに2022年2月に30床へと増床をおこない、回復期リハビリテーション病棟の機能強化を図った。

3. 在宅栄養ケア・マネジメントの体制

2015年より、入院担当の管理栄養士が兼務で訪問食事栄養指導を開始した。病棟が回復期リハ病棟に変更されてからは、入院担当者が在宅に出る余裕がなくなったため、2023年より常勤の管理栄養士1名が訪問リハビリテーション部門に配置され、生活期を主とした外来及び通所・訪問の栄養ケア・マネジメントに専任で従事している。訪問栄養食事指導の対象者15名（2023年9月時）のかかりつけ医の半数は、当センターの医師であり、残りは法人外の近隣の診療所や急性期病院の医師である。

4. 症例：糖尿病を伴う低栄養

1) 依頼ルート

センター併設の回復期リハビリテーション病棟退院時に、食形態（嚥下調整食2-2）の継続支援と在宅での食形態アップについて、病棟担当チームから訪問リハビリテーション部門の管理栄養士と退院後の主治医（当院）への依頼があった。回復期リハビリテーション病棟の主治医から当該管理栄養士への指示をもらい、居宅療養管理指導が開始された（その後、退院後の主治医から指示をもらった）。

ちなみに、回復期リハビリテーション病棟退院前には、図1のチェックリストを用いて、退院後の状況を想定し、生活期専任の管理栄養士が退院前栄養指導をおこない、訪問栄養食

事指導につなげている。

<input type="checkbox"/> 栄養状態は十分改善したか？	→概ねよいが、体重はもう少し増加の余地あり
<input type="checkbox"/> 食事／栄養に関する患者・家族のニーズは？	→本人)以前のように庭の剪定ができる体力をつけ、普通のものを食べられるようになる。
<input type="checkbox"/> 退院後、食事／栄養に関して想定されるリスクはなにか？	
<input type="checkbox"/> 退院後、食事の調理／準備は誰が行うか？	→買い物・調理:妻
<input type="checkbox"/> 食材の購入に関して問題はないか？(近隣にスーパーがあるか等)	→50m先にスーパーあり
<input type="checkbox"/> 調理者は調理に慣れているか？ また調理にかけられる時間はどのくらいか？	→最初は市販品を主として使おうと考えている
<input type="checkbox"/> 経済面での不安はないか？	→年金と貯金で平均的
<input type="checkbox"/> 退院後、活動量はどうか変化しそうか？(増加／維持／減少)	→維持～減少
<input type="checkbox"/> 必要栄養量はどうか変化しそうか？(増加／維持／減少)	→維持～減少
<input type="checkbox"/> 継続的な栄養支援は必要か？	→食形態と糖尿病の管理で居宅療養管理指導 提案
<input type="checkbox"/> 必要な場合、どのような支援が実施できそうか？ (居宅療養管理指導／通所リハビリテーション・通所介護での栄養改善サービス／ 外来栄養指導 等)	
<input type="checkbox"/> 退院前の栄養指導／調理指導は必要か？	
<input type="checkbox"/> 栄養管理情報提供書の作成／送付は必要か？ また送付先はどこにするべきか？	

2) 背景・経過

- 年X月 急性心筋梗塞を発症し急性期病院に入院。バイパス手術実施。
X+0.5月 誤嚥性肺炎発症。気管切開。
X+3月 気管切開抜去。回復期リハビリテーション病棟に転院。
X+5月 自宅退院。退院1週間後から管理栄養士による居宅療養管理指導開始。

3) 開始時の状況

70歳代後半 男性 要介護3。

急性心筋梗塞、誤嚥性肺炎、糖尿病(回復期リハビリテーション病棟退院時 HbA1c 5.9%
グルコース 108mg/dl、内服トラゼンタ 5mg×1)。

妻(70代)と二人暮らし、息子が数カ月に1回訪問。近所との交流あり。入浴含め屋内自立、階段昇降可。近所への自力外出可(歩行補助具使用無し)、食事は嚥下調整食2-2レベルを自力摂取、摂取時は60度角度設定を要する。入院前の習慣は、庭の剪定・亀の水槽の水交換、雨戸の閉め等。退院後のサービスは、訪問診療、訪問リハビリテーション(言語聴覚士週1回)、リクライニング座椅子のレンタル、居宅療養管理指導(管理栄養士月1回)。

4) 一体的取組

<本人の希望>

- ・庭の剪定ができるくらいの体力をつけたい。普通のごはんが食べたい。

<家族の希望>

- ・自分と同じ食事を食べられるようになってほしい。

<カンファレンスの記録(退院2週間後)>

(理由) 回復期リハビリテーション病棟入院中 3 kg 体重増加したが、未だ BMI 14.8 kg/m² (身長 180cm、体重 48kg) と極やせで、ペースト食(嚥下調整食 2-2) + 全粥 + 濃厚流動食 200kcal を妻が市販品で準備しているため(料理を作りたくないという気持ち)、低体重による再入院及び転倒リスクの恐れがある。食形態アップの見込みがあるので、形態変更時の安全性と糖尿病管理が必要であることが話し合われた。

(合議) 妻が必要栄養量分の食事準備ができ、体重増加が図れるように管理栄養士が言語聴覚士と共同支援する。形態変更時の安全性の確認と摂取不良による低血糖への配慮が必要であるとされた。次回のカンファレンスは1カ月後とした。

<課題>

- # 1. 低体重 (BMI 14.8 kg/m²)
- # 2. 食形態アップ時の食事準備方法、安全性の確保が必要
- # 3. 摂食嚥下障害と摂取不良による低血糖のリスクへの対応が必要

<方針・目標>

- # 1 体重 50kg (BMI 15.4 kg/m²) まで増加する
- # 2 段階的な食事形態のアップ(嚥下調整食 2-2→4へ)をおこない、妻の調理負担感が軽減する
- # 3 誤嚥及び必要栄養量の充足

<具体的支援内容>

- # 1 管理栄養士は、現在の食事摂取量を把握し医師へ報告する。必要栄養量を充足する市販品の組み合わせ方法を妻へ提示する。
- # 2 言語聴覚士は摂食嚥下機能の評価を行う。本人が食べたい料理は言語聴覚士が確認しながら、食形態アップを安全に行う。管理栄養士は、嚥下機能にあった市販品、簡単な調理方法を提示する。
- # 3 管理栄養士は、低血糖症状について説明、3カ月に1度の採血データを確認する。また活動による消費エネルギー量を推定し、摂取量不足の際は本人・妻に説明する。

5) 結果

退院(介入)1カ月後、本人が散歩をし過ぎて体重が1kg減少、活動量にあった摂取量目安を改めて本人と妻に管理栄養士が説明した。2カ月後に活動量増、体重増、嚥下機能改善がみられ、食形態は目標の嚥下調整食4レベルまでアップした。毎日の散歩を継続しながら、体重は半年で4kg増加した(52kg)。血糖コントロールも安定していた(HbA1c 6.2-6.4%)。同時に、庭の剪定や、亀の世話、雨戸の開閉など病前の役割ができるようになった。妻はごはんを炊くこと、煮物作りをおこない、食卓の半分は総菜を利用するスタイルだが、その中で体重を維持~増加させる目安量を把握できるようになった。

しかし、退院9カ月後、妻の入院により本人の活動量・摂取量が一気に低下したため、近隣スーパーで買える食品を活用して一人で準備、食べられる内容・量を本人へ提示した。散歩もしなくなり、握力低下、下腿周囲長（最大）の低下がみられたため、介護支援専門員に相談し、訪問リハビリテーション（理学療法士・作業療法士）が導入された。継続して介入中である。

5. 参考資料

- 1) 栗原正紀総監修 西岡心大監修 栄養管理サポートブック（ネスレ日本）

11. 急性期病院退院後の一体的取組と在宅栄養ケア・マネジメント（症例：神経性食思不振症を有している低栄養患者）

社会医療法人財団慈泉会 相澤病院

1. 地域特性

松本医療圏（3市5村；松本市、安曇野市、塩尻市、山形村、朝日村、筑北村、麻績村、生坂村）の高齢化率は29.1%であり、人口推移においては、人口ピークをすでに迎えてゆるやかに人口減少している。

2. 法人及び施設・事業所の理念や特性

【バリュー】

本病院は、医の本質としての救急医療と医の心としての全人的医療を病院医療の原点と考え、その実践に意を注いでいる。また、急性期医療を担う地域の中核病院として、新しく良質な医療を行うために、機能的で活力のあるチーム医療を常に心がけ、地域住民から信頼される病院づくりに取り組んでいる。今日のような変化の時代においては、何ものにもとらわれのない柔軟な発想と積極的で前向きな行動が必要となるが、また同時に、何事も新鮮にとらえることのできる豊かな感受性と他を思いやる優しさも大切にしている。病院を自己実現の場として、職員一人一人が生き生きと仕事をおこない、皆でそのエネルギーを結集することにより、病院を夢と感動と輝きに満ちた病院にすることを目指している。

【ミッション】

- 私たちは、職能を磨き、患者の視点に立った、適正で安全な医療を行う
- 相澤病院は、ERを入り口とする相澤型救急医療を充実・発展させ、住民が安心して暮らせる地域を創る
- 相澤病院は、急性期中核病院として、自院の強みである医療を充実させ、地域の病院と急性期医療における役割分担を明確にして、連携を促進する
- 相澤病院は、職員の専門性を活かして、互いに協力し合うチーム医療を推進する
- 相澤病院は、入院早期からリハビリと退院支援を行って、患者と家族のQOLを高める
- 相澤病院は、医療と経営の質評価を適切に行って継続的に質を改善する

【ビジョン】

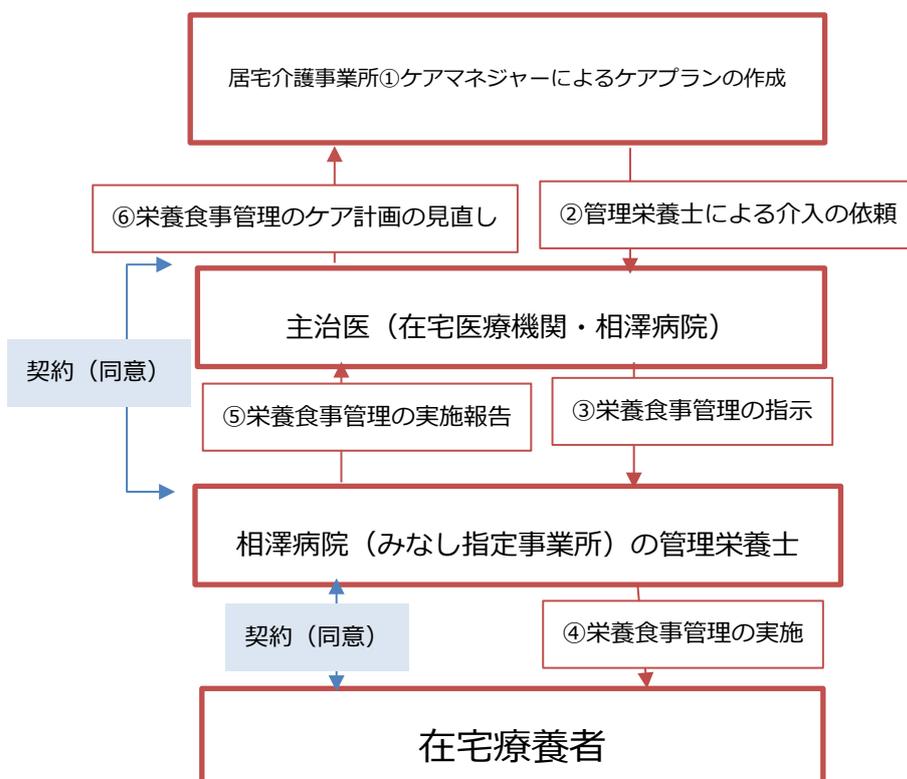
- 救命救急センターとして、患者病態に応じた迅速で的確な救急医療を実践する
- がん診療連携拠点病院として、悪性腫瘍に対する手術治療から集学的治療まで、一連の質の高い医療サービスを提供する
- 基幹型病院として、長野県の医療計画に記載された医療、相澤病院の強みとする医療を充実・強化して、広域型医療を展開する

- 必要な疾患別リハビリテーションと入退院支援を行うことにより、患者の早期社会復帰を促進する
- 患者と真摯に向き合い、最適な医療の提供に努め、継続して地域住民に選ばれる病院を目指す
- 職種間のコミュニケーションを良好にして、多職種協働による効果的なチーム医療を推進する
- 相澤病院の職員としての使命感・倫理観を持って、職能を磨き、患者の視点に立って、適正で安全な医療を提供する

3. 在宅栄養ケア・マネジメントの体制

2015年より居宅療養支援管理栄養士（訪問栄養食事指導・居宅療養管理指導に関する院内資格）2名体制で運用を開始した。当該院内資格は3年毎更新する要件しており、院内職員・地域の医療介護福祉従事者を対象に居宅における栄養ケアに関する内容について、それぞれ1回/年以上研修会を開催することとしている。

多職種との連携の状況については、院内は比較的情報共有しやすい。一方、院外との連携は、具体例として歯科クリニックとの定期的な研修会において情報共有しやすい環境を整備している。また、IOTを利用することによって速やかな情報共有を可能としている。

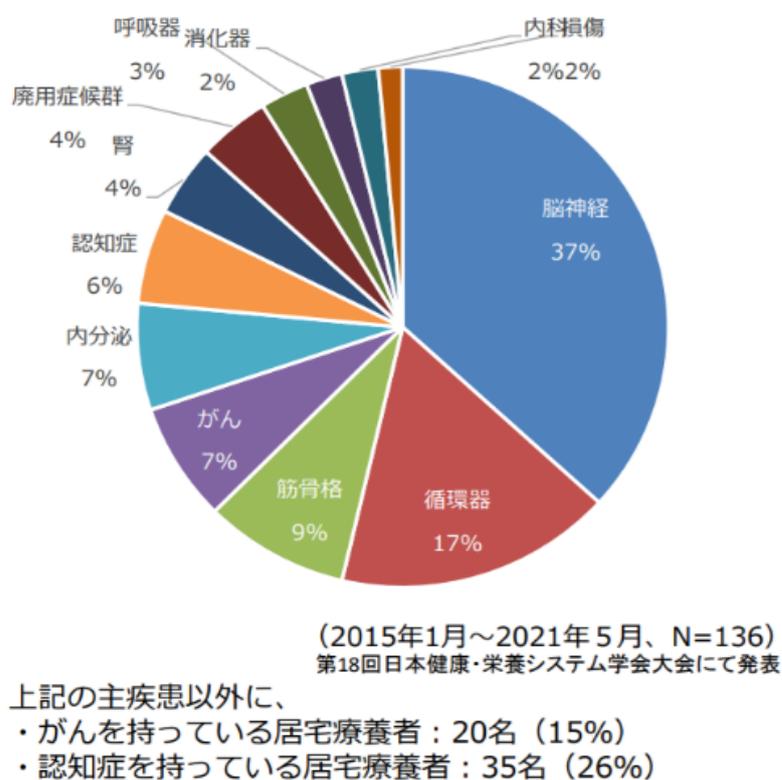


【図1 居宅療養管理指導の流れ】

管理栄養士による居宅療養管理指導の流れは、図1に示す。介護支援専門員のケアプランにより主治医へ居宅療養管理指導の必要性について説明がなされ、その後管理栄養士は、必ず主治医とカンファレンスして当該管理指導の指示を受ける。在宅療養者へ実装した栄養ケア・マネジメント内容は速やかに主治医へ報告する。

4. 利用者の特性

本病院における管理栄養士による居宅療養管理指導の対象者は、脳神経系の疾患が37%と最も多く、次いで循環器疾患が17%であった（図2）。



【図2 患者の主疾患割合】

5. 一体的取組の体制

管理栄養士による居宅療養管理指導の依頼は約6割がかかりつけ医から、4割は当院退院後のフォローとして入院時の担当医からである。

一体的取組としては、定期的な啓発活動を医師会・看護協会・薬剤師会・理学療法士会・作業療法士会・摂食嚥下リハビリテーション研究会・歯科クリニック・地域在宅医療支援センター（特に介護支援専門員対象）等で行っている。本病院における管理栄養士による居宅

療養管理指導については関連職種が周知し、互いに顔の見える関係性を築いていることによって相互に連絡がしやすい環境ができており、IOT*を用いて、速やかな情報共有に繋げることによって一体的取組の体制づくりをしている。

※IOT (Internet of Things) :モノのインターネット ; 様々なモノがインターネットに接続され、情報交換すること (具体例 ; 持続血糖測定器「DexcomG6」、LINE等を用いて、急いで情報共有した方が良い症状・徴候を認める時に利用)

6. 症例 : 神経性食思不振症 (anorexia nervosa、以下 AN) 有している低栄養患者

1) 背景・経過

70歳代 女性 要介護4

外傷性くも膜下出血にて当院入院。ANによる摂食嚥下障害、極度の低栄養・るい瘦(身長157cm、体重28kg、BMI 11.4kg/m²)、Refeeding Syndromeにて治療開始。入院中、肝機能障害、心房細動、腸管虚血、特発性細菌性腹膜炎(SBP:Spontaneous bacterial peritonitis)のHCUでの集中治療を経て、入院期間:180日後に自宅退院。退院時の栄養投与方法は経口摂取のみでは必要栄養量摂取できず、胃瘻造設した。退院2日後より管理栄養士による居宅療養管理指導が開始になった。

2) 開始時の状況

夫、娘との三人暮らし。息子が近隣に住んでおり協力的。移動動作は2~4人で介助。低栄養が進行しており、両足とも自分の意思で動かすことができない状態。排尿はバルーンカテーテル。排便は2日に1回の摘便で対応。食事は、胃瘻による経腸栄養(600kcal)と並行しミキサー食(700Kcal、とろみなし、嚥下調整食2-2)を自力摂取。食事時姿勢はギャッチアップ60度を目安として、それより低い場合は誤嚥予防のための介助が必要。

3) 一体的取組

<本人の希望>

・家ですごしたい。

<家族の希望>

・一緒に暮らしたい。今回の入院中において、救命できず退院できないと覚悟していた為、自宅で共に生きていく自信がないことや不安を解消したい(食事準備・栄養については、AN増悪により食べなくなることで窒素死してしまうことの恐怖を極めて強く感じていた。ADLの具体的な改善等の希望までに至っていなかった)。

<一体的取組のカンファレンス記録>

(理由) 入院期間中、体重5kg増加するもBMI 13.5kg/m² 誤嚥あり、嚥下機能低下のため、経口摂取のみで体力改善に必要な栄養量(1300kcal)は摂取できない(喫食率50%)。足を動かさず、歩行できず。自宅での生活継続のためには低栄養状態の改善が必要。介護者の不安が強く、関係者全員の情報共有が重要であった。

(合議) 訪問看護(2~3回/週)、訪問リハビリテーション(1回/週)、

管理栄養士による居宅療養管理指導（2回/月）

福祉用具（ベッド・柵・エアマット・点滴台・テーブル）

<課題>

- #1 食事（摂食）に対する誤解として、牛乳、肉、魚等ほとんど全ての食品が身体に害を及ぼすと感じており、ご自身が食べても良いと信じる食品以外食べない。
- #2 栄養投与方法（食事準備含む）の調整が必要
- #3 低栄養により、リハビリテーションの効果には限界がある（両足を動かすことができないため）

<方針・目標>

- #1 ANの要因となっている本人・家族の食品に対する思いとして、どのように身体への影響を心配しているのか等を言葉にできるようにする。
- #2 安全な経腸栄養投与、食事準備に対する家族の不安解消
- #3 移動動作介助負担軽減に向けたリハビリテーション継続のための栄養状態改善

<具体的支援内容>

- #1 訪問看護、訪問リハビリテーション、栄養ケア・マネジメントサービス提供時に、知り得た本人・家族の食品に対する思いを関連職種間で共有する。
栄養ケア計画：居宅訪問時に、それまで食べてはいけなかったと考えていた食品を使用し調理して提供する。次回訪問時には、その食品が使用できるようにする。
- #2 完全経口摂取移行に向けた栄養投与方法の調整
経腸栄養投与による有害事象のモニタリング、情報共有（かかりつけ医、訪問看護、訪問リハビリテーション、管理栄養士）、経口摂取増加に伴う栄養剤投与量の減量
- #3 足を動かすためのリハビリテーションに必要な栄養量の投与
（目標エネルギー量：1300kcal たんぱく質：60g）

4) 結果

退院後の治し支える医療としての居宅療養管理指導の継続によって、食べられる食品が一つ一つ増え、10カ月後には必要栄養量（エネルギー量1300kcal たんぱく質60g）を完全経口摂取できており、誤嚥することなく生活することができた。

また、訪問リハビリテーション継続により2時間車椅子に座る生活が可能となった。自分の足で立つことができないことを、本人だけでなく家族も受け入れ、車椅子に座って屋内で生活できるようになったことを喜ばれている。訪問リハビリテーションがいつまで続くのかという心理的な負担があるので、「立つ、歩くことは難しい」ことを伝えることで本人、家族の気持ちが楽になった。自分でできることが増えるにつれて介護者の負担軽減につながり、穏やかな生活を送れている。

本症例では、入院中から退院後のサポートまで同法人内でシームレスに行えた。当院入院当日より管理栄養士が、退院を見据えた栄養ケア・マネジメントを開始。集中治療が必要な

状態となつてからは、3回/日以上栄養介入（不安の傾聴・解消、経腸栄養投与後の有害事象（消化器症状・嘔気・嘔吐・発熱等）、脈拍を確認（refeeding syndrome リスク）して、栄養評価し、重点的な栄養管理によって、医療従事者との信頼関係が構築され、救命困難な時期を乗り越えての自宅退院ができた。また、退院後も管理栄養士による居宅療養管理による栄養支援が継続できたこと、必要な医療従事者による医療関連サービス提供ができたことで、ANの改善に繋がった。

5. 参考資料

地域医療情報システム 日本医師会 https://jmap.jp/cities/detail/medical_area/2007、
(2023.12.29)

第5回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000969935.pdf>、(2023.12.29)

社会医療法人財団慈泉会相澤病院院内ホームページ、(2023.12.29)

12. 診療所の一体的取組と管理栄養士による居宅療養管理指導（症例：筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者のターミナル期）

医療法人社団都会 渡辺西賀茂診療所

1. 地域特性

京都市北区（人口約11万5千人）¹⁾には、世界遺産登録された寺社仏閣や学生数の多い大学が複数ある。高齢化率30%、要介護認定高齢者数8,666人であり、認定率25.8%と推計され（令和5年度）、年齢構成はひょうたん型である。地域包括支援センターは5か所に設置されている。

2. 法人及び施設・事業所の理念や特性

「患者様・利用者様の立場に立ったキュア（医療）とケア（介護）を提供し、医療・介護・福祉を通して地域や社会に貢献できるよう努める」を法人理念とする。また、「願望やニーズに応えるおせっかいの心」をクレド（法人の価値観）として職員で共有している。平成9（1997）年より先駆けとなる機能強化型在宅療養支援診療所を開業し、訪問診療・往診を開始した。その後、デイサービス、居宅介護支援事業所、訪問看護、訪問リハビリ、ホームヘルプステーション、グループホーム、皮膚科外来、ショートステイなどを設立し、総合的な支援を提供している。

3. 在宅栄養ケア・マネジメントと一体的取組の体制

機能強化型在宅療養支援診療所として、利用者が年々増加する中、在宅生活を送る上で生活習慣病や高齢者が陥りやすい低栄養状態を改善するためには、栄養管理が不可欠であるとの認識から、平成26（2014）年12月に、京都訪問栄養士ネットと訪問栄養食事指導業務の業務委託契約を締結した。さらにそのニーズは増加し、令和元年（2019年）9月より常勤の管理栄養士1名を、機能強化型在宅療養支援診療所に配置した。

「患者様や利用者様が歩んでこられた人生、価値観などを含めたその方の物語を大切に、心のこもった食に関する幅広いサービスを提供する」を基本方針とし、生活期を主とした訪問栄養ケア・マネジメントを多職種と連携し展開している。常勤管理栄養士が配属されたからの訪問栄養食事指導（医療保険・介護保険）の算定件数は、令和元年度（2019年）19件、令和2年度（2020年）124件、令和3年度（2021年）273件、令和4年度（2022年）315件と、4年間で16倍以上になった。なお、訪問栄養食事指導は、近隣の診療所や急性期病院の主治医からの依頼ケースが増加している。京都市内では10年ほど前から、一部地区の歯科医師会が訪問診療を積極的に取り組み、訪問管理栄養士との連携が確立された。「食べる」に必要な歯科・歯科衛生士・訪問リハビリテーション・管理栄養士の多職種連携の有効性が認知されるようになり、職種間のつながりが広がってきた。当院も積極的に協力している。

2. 症例：筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者のターミナル期

1) 背景・経過

80 代後半、女性、要介護2。夫（80 代後半）と長女の3人暮らし。

○年X月 しゃべりにくさを自覚するようになる

X +0.5 月 構音障害、嚥下障害が顕著。下垂体性成長ホルモン分泌亢進症
外来でフォローアップ

X +6 月 精査入院し、ALS の球麻痺型と診断。在宅療養へ
訪問診療、訪問歯科、訪問看護、福祉用具貸与 訪問リハビリ（理学療法士、言語聴覚士）、訪問栄養食事指導（居宅療養管理指導）を導入

2) 開始時の状況

認知症高齢者の日常生活自立度：I、コミュニケーション手段は主に筆談であり、意思決定能力有り。障害高齢者の日常生活自立度：ランク A-2

%肺活量は34%と低く（%肺活量が80%以下を拘束性換気障害とされる）、本人と家族は積極的治療を望まず。医学的見地及び年齢を考慮し、胃瘻造設術を行わず、CV ポートのみの造設となった。

在宅サービスは訪問診療（週1回）、訪問看護・訪問リハビリテーション（理学療法士週1回・言語聴覚士週1回）訪問歯科（月1回）、訪問栄養食事指導（月2回）。

3) 一体的取組

ターミナル期であるため、担当者会議ではACP（Advance Care Planning）を実施する。

<本人の希望> 誤嚥しないメニューを教えてもらい、継続して食事を楽しみたい。

<家族の希望> 最後まで家で生活して欲しい。できる限り協力したい。

<管理栄養士介入時の評価>

1 低栄養（一年間で10kg体重減少・BMI 18.6kg/m²）

2 嚥下機能と食形態が一致しておらず誤嚥のリスク有

（適正：嚥下調整食 2-2 実際：嚥下調整食 3 または 4）

3 必要栄養量及び必要水分量の不足

4 病気の進行が早く他職種協働で病態に適宜対応する必要あり

<方針・目標>

1 最期まで食べる楽しみの維持

2 進行に合わせた摂食嚥下機能評価の実施と指導

3 経口摂取と高カロリー輸液及び輸液を併用した栄養量・水分量の調整

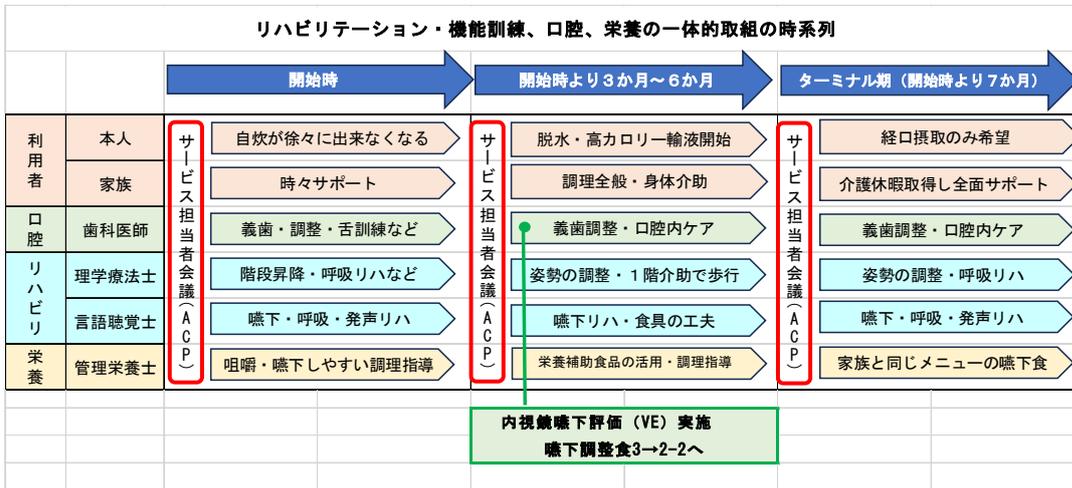
4 ADLの維持<協働実施計画>（図1）

1 歯科医師は、嚥下内視鏡検査（VE）を適宜実施し、医師・看護師・言語聴覚士・理学療法士・管理栄養士ならびに本人、ご家族に情報提供する。

2 管理栄養士は、食形態に合った調理方法・必要栄養量を確保できるメニューを本人と家族（主調理者は長女）へ指導する。摂取量を確認し、主治医へ報告する。主治医は、高カロリー輸液及び補液の調整をおこない、看護師へ指示する。

3 管理栄養士は、言語聴覚士と協働して、提供する食事形態のレベルを調整する。

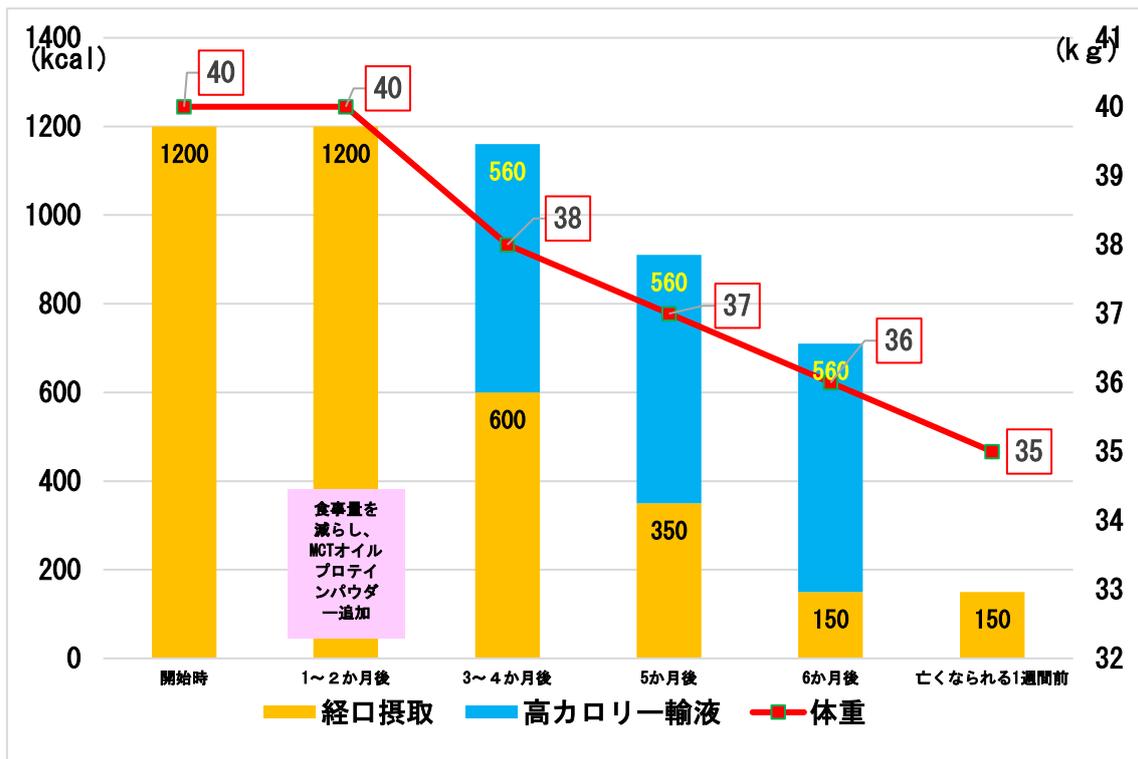
- ＃4 管理栄養士は、言語聴覚士・理学療法士と協働して食具・食事姿勢を調整する。
- ＃5 管理栄養士は、本人と家族のメニューを同一とし、本人の機能に合った嚥下食（嚥下調整食 2-2）を提供する。



【図1 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の時系列】

5. 結果（図2）

- ・介入3か月後より経口摂取量が徐々に減少してきたため、CV ポートからの高カロリー輸液併用を開始した。歯科医師による内視鏡嚥下評価（VE）により、嚥下調整食 2-2 へ変更となった。
- ・7か月目に身体所見上、輸液に耐えられなくなり、本人からも筆談で高カロリー輸液を中止してほしいとの意思表示があった。本人・ご家族了解の上、輸液が中止となった。
- ・口腔・リハビリ・栄養それぞれが別法人であったため、患者の日々の様子は医療介護専用コミュニケーションツールを活用し情報共有した。身体状況に変化が見られる度に ACP を兼ねたサービス担当者会議を開催し、今後のケア内容について決定した。
- ・ターミナル期、ご家族より親族が集まり食事会をしたいという希望があり、家族と同じメニューを用いて嚥下食を調理するポイントをコンサルテーションした。



【図2 摂取量と体重の推移】

・歯科医師による嚥下内視鏡検査（VE）を適宜実施したことにより、本人・家族及び支援する多職種が、咽頭残留等の状況を理解し、病気の進行に合わせた安全な食形態への変更に対応することができた。

・摂取量が減少した際に、高カロリー輸液と本人の嗜好に合わせた栄養補助食品の活用を併用することで、体重減少が抑えられた。

※一体的取組介入前後の体重減少量：（介入前）－10Kg/年、（介入後）－5Kg/年

・ターミナル期直前まで介助での歩行が可能だった

障害高齢者の日常生活自立度：（介入前）ランク A-2（介入後）ランク B-2

・本人が希望とする経口摂取は、最期まで続けることができた（図3）。

・多職種間で情報共有しつつ病気の進行に合わせたサポートが出来たため、本人・家族より「自分（本人）らしく生きることができた」との感想が寄せられた。



【図3 家族と同じメニューを加工した嚥下調整食】

6. 参考資料

1) 京都市統計ポータル 京都市北区人口構成

<https://www2.city.kyoto.lg.jp/sogo/toukei/Population/Juki/> (令和5年12月20日時点)

2) 医療法人社団 都会

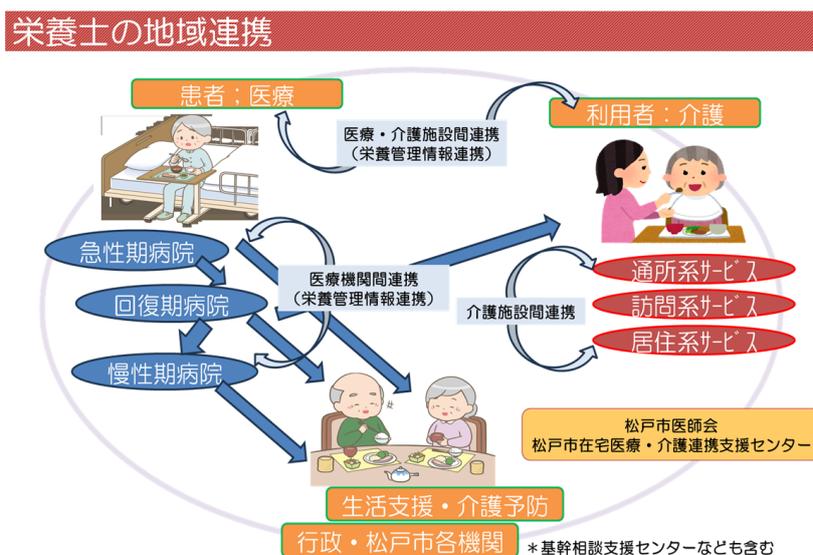
<https://miyakokai-kyoto.com/> (令和5年12月20日時点)

13. 病院退院後、外来透析クリニックにおける一体的取組と在宅栄養ケア・マネジメント（症例：フレイルを伴う透析期の栄養管理）

特定医療法人財団松圓会 東葛クリニック病院

1. 地域特性

千葉県の中の東葛北部5市は埼玉県と東葛南部に隣接する人口約141万人で我孫子、野田、柏、流山、松戸市で構成されている。柏、流山市の比較的子育て世代が増加している地域に比べ、我孫子、野田、松戸市は高齢化率が高い。とりわけ松戸市は子育てしやすい町でありながら、我孫子市に次いで2番目に高齢化率が高い二面性を有し、さらに東京都心部へ15km以内と近接し、東京の影響を強く受けている。人口は約50万人、高齢化率は25.9%（2022年4月1日現在）である。2021年10月における65歳以上の要介護（要支援）の認定者総数は、24,339人（18.86%）、15か所の高齢者いきいき安心センター（地域包括支援センター）と基幹型地域包括支援センターがある。松戸市医師会内に松戸市在宅医療・介護連携支援センターが設置されており、地域共生社会の実現を目指して、高齢や障害、子供など、世代や領域を問わず、医療・介護・福祉・行政からの相談に応じている（図1）。地域を“一つの病院”としてとらえ、市内の医療・介護・福祉機関や行政が一体となって機能を果たし、老いても病んでも暮らしやすいまちづくりを目指している。支援の対象者が抱える課題について、解決にむけて地域の関係機関とともに協働しており、松戸市より受託しているフレイル予防事業は、一体的取り組みそのものである。多職種連携に対する基盤が比較的整っている地域である。



【図1 松戸市の栄養士連携】

2. 法人及び施設・事業所の理念や特性

当法人は、千葉県東葛地域における血液透析療法のパイオニア的存在として 1973（昭和 48）年に設立された。「其接也以恕 其治也以協（意味：私たちは、相手の立場に立った思いやりのある恕の精神で人に接し、専門性を超えたコミュニケーションを尊重する協の精神でチーム医療を推進し、これがもたらす最適医療の成果を患者さんに提供することを誓います）」を理念としている。病床数 95 床、透析台数 35 床の小規模病院を中心に 7 か所の透析クリニック（8 施設）が 1 つの電子カルテで繋がっており、病院での透析導入、透析患者の病態評価から日常の医学的管理まで、病院とクリニックが一体となって、常時 1,000 名を超える透析患者の維持透析を実施し、非常に高い生存実績を残している（10 年生存率 65.5%、20 年生存率 39.1%）。

3. 在宅栄養ケア・マネジメントの体制

在宅栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士は、前職で 1996（平成 8）年から訪問栄養食事指導の実践経験を有し、当院において、病棟管理栄養士常駐体制を 2000（平成 12）年に確立し、毎年数件程度の訪問栄養食事指導を実施していたが、主に入院および外来での慢性腎臓病患者が対象であった。2011（平成 23）年 3 月 11 日の東日本大震災の災害支援を契機に、当該管理栄養士は、「日本中どこでも当たり前在宅の栄養ケアが受けられる体制構築と普及」をめざすようになったが、在宅サービスに力を注ぐことは難しかった。その後、地域包括ケアシステム及び地域共生社会へと地域の周辺環境が変わっていく中で、地域に根ざした病院としての役割が拓かれるなかで、2022（令和 4）年 8 月 4 日に、東葛クリニック栄養ケア・ステーション松戸が機能強化型として新設・認定され、在宅栄養ケア・マネジメントの拠点として運用が始まった。前述の松戸市医師会松戸市在宅医療・介護連携支援センターに当該管理栄養士が出向し、法人外の医療機関からの指示による在宅訪問が多いのが特徴である。

4. 透析患者の栄養ケア・マネジメントの変遷

当院での透析患者に対する栄養ケア・マネジメントは、1999（平成 11）年から本格的に取り組みされてきた。血液透析治療は、透析設備がある医療機関で 1 回 4-5 時間、週 3 回の通院で実施する者が多く、治療は透析室内に複数台設置された椅子またはベッド上で行う。そこで、透析治療中に、管理栄養士が巡回して栄養相談が行われた。2003（平成 15）年に個人情報保護法が施行されると、透析室内の巡回によって、相談内容が近隣の患者に聞こえてしまうのは問題であるという議論が行われるようになり、2002（平成 14）年の診療報酬改定では、外来透析時における食事（以下透析食）の費用の保険給付が廃止され、それまで透析治療中の食事であるとともに指導媒体として活用してきた透析食の無償提供が出来なくなった。療養の一環として行われた食事以外の食事が提供された場合には患者から実費を徴収して、有料で各透析施設の厨房で調理した弁当の提供が継続された。しかしながら、喫食者

数は半分近く減り、赤字の運営を余儀なくされた。2011（平成 23）年の東日本大震災の計画停電で、停電になれば透析治療ができないので、計画停電の時間を避けて、透析時間を変更せねばならず、同時に食事提供時間も左右されてしまうため、連絡調整が煩雑となった。そのため、一時的な透析食の提供休止から自前での食事提供を廃止し、以降、申し込みのあった患者のみ仕出し弁当を提供する体制となった。

近年の透析患者側の変化も大きく、2021 年の日本透析医学会の患者調査票においては、全体の平均年齢は 69.67 歳、新規導入患者の平均年齢は 71.09 歳である。しかし、2000 年の同調査においては、全体の平均年齢は 61.2 歳、導入患者の平均は 63.8 歳であり、この 20 年間で平均年齢及び導入時の年齢は、約 8 歳上昇している。このような高齢化に伴い protein-energy wasting (PEW)、サルコペニア、フレイル及び認知機能低下を併せ持つ患者が増えている。このような臨床の場での栄養の課題は、リバースエピソード（透析患者では body mass index (BMI) や総コレステロール値が低いほど CVD の発生や死亡リスクが高いという逆転現象）である。

透析患者は通院可能であるため、訪問栄養食事指導の対象患者ではない。そのため外来透析での栄養相談に力を入れれば、栄養問題の解決が図れると考えられてきた。しかし、現在、透析患者は高齢者が多くなり、比較的元気な高齢の CKD 患者が透析導入されるケースや、壮年期に導入し高齢者になったケースが存在している。前者のケースの場合は、身体に負担の少ない腎代替療法と栄養介入、運動療法が認知機能を低下させずに腎不全でも充実した終末を迎えられる時代が来ている。多様な透析患者層に対応するなかで、本人と管理栄養士が話をするだけでは栄養・食事に関わる問題が解決できない事例が増えている。個々の患者の経済状況や在宅での食環境を含めた生活全般をアセスメントしないと食支援の効果には繋がらない。そのため、透析患者に対する管理栄養士の外来栄養相談を効果的なものにするために、地域包括支援センターなど社会資源及び本人・家族の内的資源の活用が必要とされ、短期間の自宅訪問によるエンパワーメントアプローチのための、非加算による管理栄養士による在宅訪問として行われている。

5. 症例：フレイルを伴う透析期

1) 背景・介入までの経過

80 歳代、男性、要介護 3。慢性腎臓病ステージ 5D（維持透析 3 年目）、2 型糖尿病、狭心症、パーキンソン病。70 歳代妻と 2 人暮らし。身長 162.5cm、体重（ドライウエイト）51.7kg、BMI 19.6kg/m²、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19 と略）により、10 日間入院治療をおこない自宅退院。

COVID-19 罹患前の ADL：食事は普通食で自立、移動は屋内車いす自走、屋外は車いすから乗用車へは軽介助で移乗可能。排泄はトイレまで自走。入院時嚥下障害を認め、入院中は嚥下調整食 4、飲み物はとろみ必要（中間）であったが、退院前評価で食事形態が変更となり、常軟菜食、とろみなしで退院後も継続の指示が出た。体力はやや低下しているものの、ADL

は入院前と変わらないという評価で、入院前同様の週3回通院透析の他、通所リハビリテーションと訪問マッサージそれぞれ週1回のプランで退院となった。管理栄養士は、外来栄養食事指導を行うこととなった。

入院中の食事摂取量は70%程度であった。退院後、食事量が回復すると考えていたが、退院後の管理栄養士による聞き取りより、入院前の半量以下が続いた。「味覚異常はないが、食事が沢山食べられない。妻に栄養指導をして欲しい」と本人より訴えがあり、管理栄養士が妻に連絡を取ったところ、「食べてくれないのも困っているが、トイレに行くのがやっとで、以前より介助量が増えている」とのことであった。また「本人が在宅時は出かけられず、透析や通所の日に用事を済ませたいのだが、本人帰宅前には自宅に帰っていなければいけないので忙しい。食事を作って食べてもらえないのでは嫌になる。可能なら食事の工夫の仕方を教えてもらいたいが、そのために出かけるのは無理」と言われた。

担当の介護支援専門員に相談したところ、自宅での食事支援の方法はないかと相談され、外来担当医師と相談して非加算で管理栄養士が在宅訪問することになった。

<本人の希望>

- ・家で過ごしたい。体力を回復し、歩行訓練を続けたい。

<家族の希望>

・ベッドからトイレの往復は車いすで行けないと自宅ではみられない。食事の準備が負担になっている。栄養が摂れる工夫を教えて欲しい。

<カンファレンスの記録>

(理由) 食事量低下が続き、妻の介護負担感が大きい。自宅での生活を続けられるように、退院後のフレイル（パーキンソン病の進行ではなく改善可能）を改善する。

(参加者) 本人、妻、ケアマネジャー、主治医（書面参加）、通所事業所担当者、福祉用具事業所担当者、訪問マッサージ事業所担当者、訪問管理栄養士

(合議) 管理栄養士は、妻と協力し安定して必要栄養量の摂取ができるようにする。通所リハビリテーションでは、摂取量に見合った歩行訓練を実施する。総義歯であるが歯科受診をされていない（1人で通院できないので付き添いが必要。トラブルがあれば行くが、週3回の透析がやっとの状況）。パーキンソン病の進行に伴い摂食嚥下障害のリスクも高いことから、かかりつけ歯科（訪問診療可能）を探すことになった。

<課題>

- # 1 経口摂取量不足
- # 2 たんぱく質摂取量不足
- # 3 COVID-19 罹患後のフレイル

<方針・目標>

- # 1 原因を明らかにして、栄養補給の方針を決定する（嚥下障害、食思不振）

2 たんぱく質必要量の摂取（パーキンソンの薬への影響と血液検査のリン値上昇を意識して控えすぎている）

3 運動、栄養（食・口腔）、社会参加

<具体的支援内容>

1 嚥下障害は、COVID-19 罹患による一時的なものだったようで自宅での咀嚼嚥下評価は問題なしであり、食思不振が原因であることから、自宅の塩分制限を緩和する。サンプルの栄養補助食品の摂取で良好なことから、本人・妻と相談し、薬価栄養剤の処方を見直しを主治医に依頼する。

2 夕食のビール小1缶での晩酌の際、豆腐、焼き魚などたんぱく質源のつまみを一緒に摂取する。

3 通所リハビリテーションでの歩行訓練に加え、訪問マッサージでも運動を加える。歯科を定期的に受診し、口腔環境を整える。会話の機会を増やす（妻・通所・透析）。

5) 結果

栄養剤の処方に関して、院内処方だと重くて持ち帰りが難しいため、主治医に院外処方を依頼し、患者宅近くの薬局に栄養剤の味を複数用意してもらおうよう依頼した。妻の調理負担が大きく、少しでも手を抜けると良いとの希望があり、朝食はパターン化し、昼夕食には、よく利用するスーパーに同行し、お勧めの総菜と一緒に確認して利用することとした。栄養剤利用が功を奏し、経口摂取量は目標のエネルギー1800kcal/日、たんぱく質 60g/日を達成できた。介入 2 カ月（計 3 回訪問）で訪問栄養は卒業となった。通所リハビリテーションは、歩行訓練・立位訓練を中心に継続でき、自宅でのトイレ自走も以前のレベルに回復した。

本人・妻から、「食事が食べられるようになり、元気になって力が出た。調子が良いよ。今は心配な事は何もない」と評価された。訪問栄養食事指導の非加算のサービス終了後は、3-4 カ月に 1 回程度、外来栄養食事指導によって状況確認をおこない、通常の食事からの摂取量が回復してきたので、栄養剤の使用数を減らしてきた。

6. 参考資料

1) 日本透析医学会；わが国の慢性透析療法の現況

<https://docs.jsdt.or.jp/overview/> (2023年12月30日時点)

2) 松戸市介護保険課, 松戸市地域包括ケア推進課, 松戸市高齢者支援課；介護保険事業実施状況について. 令和5年度 第3回 松戸市介護保険運営協議会資料. 2023/10/19

3) 一般社団法人松戸市医師会 松戸市在宅医療・介護連携支援センター

<https://matsudo-zaitaku.org/> (2023年12月30日時点)

4) 特定医療法人財団松圓会 東葛クリニック病院

<https://www.tokatsu-clinic.jp/> (2023年12月30日時点)

14. 医療的ケア児に対する歯科と栄養の一体的取組(症例：脳性麻痺患児に対する歯科と栄養による協働)

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

1. 地域特性

東京都小金井市は、人口 124,721 人（2023 年 12 月 1 日現在）で、そのうち 20 歳未満は 20,759 人（16.6%）である¹⁾。市内に児童発達支援センターが設置されており、また令和 5 年には、医療的ケア児とその家族を支援する、ニーズとサービスのコーディネートをする医療的ケア児コーディネーターが配置されるようになった²⁾。

2. 法人及び施設・事業所の理念や特性

本クリニックは、「食ること」「話すこと」に特別な支援が必要なすべての人を対象に、外来または訪問による歯科医療を行うため、2012 年に開院した。摂食機能療法、スペシャルニーズ歯科診療（全身麻酔での治療含む）、難抜歯などの口腔外科処置、言語聴覚療法（言語訓練）について、専門の医療者が対応している。常勤の歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）と、非常勤の医師、作業療法士が勤務している。³⁾

3. 在宅栄養ケア・マネジメントの体制

本法人が関わる在宅患者のうち、摂食嚥下障害および低栄養である患者に対し、常勤管理栄養士 1 名が歯科医師に同行して栄養指導を行っている。

介護保険利用者の場合、在宅主治医（医科）より在宅訪問栄養指導の指示を受け、居宅療養管理指導料 2 を算定している。しかし、小児の場合には、診療報酬による在宅患者訪問栄養食事指導料での訪問になる。医療機関と業務提携または雇用契約を結べる栄養ケアステーション所属のフリーランスや非常勤管理栄養士等も算定可能である。令和 2 年度の診療報酬改定前は、主治医と同じ医療機関の管理栄養士でなければ在宅訪問栄養食事指導料を算定できなかった。診療報酬改定により、当該医療機関以外の管理栄養士も算定できるように変更されたが、「当該医療機関以外」には歯科診療所は想定されていない。

しかし、当該歯科医院の常勤管理栄養士が患児に同行訪問した際の栄養評価に関する情報等については、歯科医師を通じて主治医に報告している。

4. 症例：脳性麻痺患児に対する歯科と栄養による協働

1) 介入までの経緯

患児の居住地の保健センターより、摂食嚥下リハビリテーションを目的に紹介された。MSW が主治医（病院小児科）より診療情報提供書を取得した。患児の保護者からは、「成長に伴う体重増加不良がみられ、どの程度の栄養(食事)を摂ればよいかわからない」という発

言があったことから、管理栄養士が歯科医師に同行して栄養評価を行うこととなった。

2) 開始時の状況

- ・ 4歳、男児
- ・ 疾患：脳性麻痺（アテトーゼ型）
- ・ 障害の程度：愛の手帳1度(知的障害：最重度)
- ・ 体格：身長87.0 cm（3歳2カ月相当）、体重9.1 kg（1歳10カ月相当）。身長別標準体重は12.0 kg。BMIは12.0 kg/m²（標準BMIに対し75.7%）。
- ・ 主訴（母親）：#1 体重が増えない #2 もっと口から食べられるようにしたい
- ・ 粗大運動：頷定
- ・ 摂食機能：嚥下機能の獲得あり、捕食機能は獲得不全（口唇閉鎖不全）
- ・ 栄養摂取方法：経口と経鼻胃管の併用（2歳頃から栄養剤の処方量に変化なし）。全介助。経口時は初期食：まとまりペースト（米粒のない均質なペースト粥、粒がなく均質でスプーンなどですくって傾けても容易に落ちないレベル⁵⁾）。
- ・ アレルギー・消化器疾患：なし
- ・ 不随意運動・筋緊張：なし
- ・ 呼吸：自発呼吸
- ・ 日常生活：自宅に加えて、週に1~2回は保育型療育施設で3~5時間ほど過ごす。ほとんどの時間を臥位で過ごし、食事時のみ座位保持椅子を使用している。
- ・ 食事摂取状況：経口ではヨーグルト、ペースト粥、裏ごしした豆腐など。経口摂取は自宅のみ。経鼻胃管からは総合栄養剤と白湯を摂取している（表1）。

【表1 管理栄養士介入時のエネルギー、たんぱく質、水分摂取量】

	経口	経鼻胃管	合計
エネルギー量 kcal	120	600	720
たんぱく質 g	5.7	26.3	32.0
水分量 ml	160	660	820

3) 必要栄養量

- ・ エネルギー量：850 kcal

体重(kg)あたりの基礎代謝量×活動係数×ストレス係数+エネルギー蓄積量で算出した。基礎代謝量とエネルギー蓄積量は日本人の食事摂取基準を、活動係数は表2⁶⁾を参考とした。

【表2 栄養所要量と臨床的特徴⁶⁾】

(R = 体重あたりの必要栄養摂取量 / 年齢別体重当たりの標準基礎代謝量)

	A: 高エネルギー消費群 (R ≥ 2)	B: 低エネルギー消費群 (R ≤ 1)	C: 中間群 (1 < R < 2) 多くがこの範囲に入る
臨床的特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・筋緊張の変動が激しい 不随意運動あり ・皮下脂肪が薄く筋肉量が多い ・刺激に対する反応性高い ・アトローゼ混合型脳性麻痺 ・移動能力がある ・努力性の呼吸 咳き込み多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・筋緊張の変動がない 動き少ない ・皮下脂肪が厚く、筋肉量が少ない ・痙直型脳性麻痺 ・移動しない ・刺激に対する反応少ない ・気管切開 人工呼吸器の装着 ・呼吸に努力を要しない。 	<ul style="list-style-type: none"> (1 < R < 1.5) まで ・経管栄養のケース (経口摂取よりエネルギー効率がよいと考えられる) ・B群の特徴のいくつかを持っている (1.5 < R < 2) ・経口摂取 ・A群の特徴のいくつかをもっている

- ・たんぱく質量：14～18 g (現体重 kg × 1.5～2.0 で算出)
- ・水分量：910 ml (現体重 kg × 100 で算出)

4) 一体的取組

<本人の希望> 確認困難

<家族の希望>

- ・体重が増えていないので、どのくらいの栄養を摂ればいいのか教えてほしい。
- ・家族と同じものを食べさせたい。チューブからミキサーにかけたものを注入する方法に興味があるが、やったことがないので教えてほしい。

<カンファレンスの記録>

(理由) 体重増加不良のため摂取栄養量の増量をする必要があるが、摂食機能の獲得不全があるため、栄養補給方法を検討する必要があった。

(合議) 初回訪問時の歯科医師による診療情報と栄養アセスメント結果を小児科主治医に提供し、経鼻胃管からの栄養量増量および栄養製剤以外の飲食物の摂取について許可を得る。訪問時、歯科医師と歯科衛生士は、実際に食物摂取状況を観察することで摂食機能の評価をおこない⁷⁾、食事姿勢や食事介助方法及びバンゲード法(筋刺激訓練法)を指導し、管理栄養士は必要量を充足するための栄養摂取方法、食形態の調整を指導する。

※バンゲード法(筋刺激訓練法)：能動的に口唇、頬、舌の筋肉群を動かすことが困難である者を対象とし、可動域を改善する間接訓練⁸⁾。

<課題>

- # 1 体重増加不良、低体重であることから、経鼻胃管からの栄養量が不足していることによる、エネルギー摂取量不足。
- # 2 摂食嚥下機能の獲得段階。
- # 3 経口摂取量が少ないことにより母親の満足度が低い。

<方針・目標>

- # 1 身長と体重を増加させる。

- # 2 摂食嚥下機能の獲得を促す。適切な姿勢や介助方法を確立する。
- # 3 QOL の向上（家族と同じ食事を経口または経鼻胃管で摂取する）。

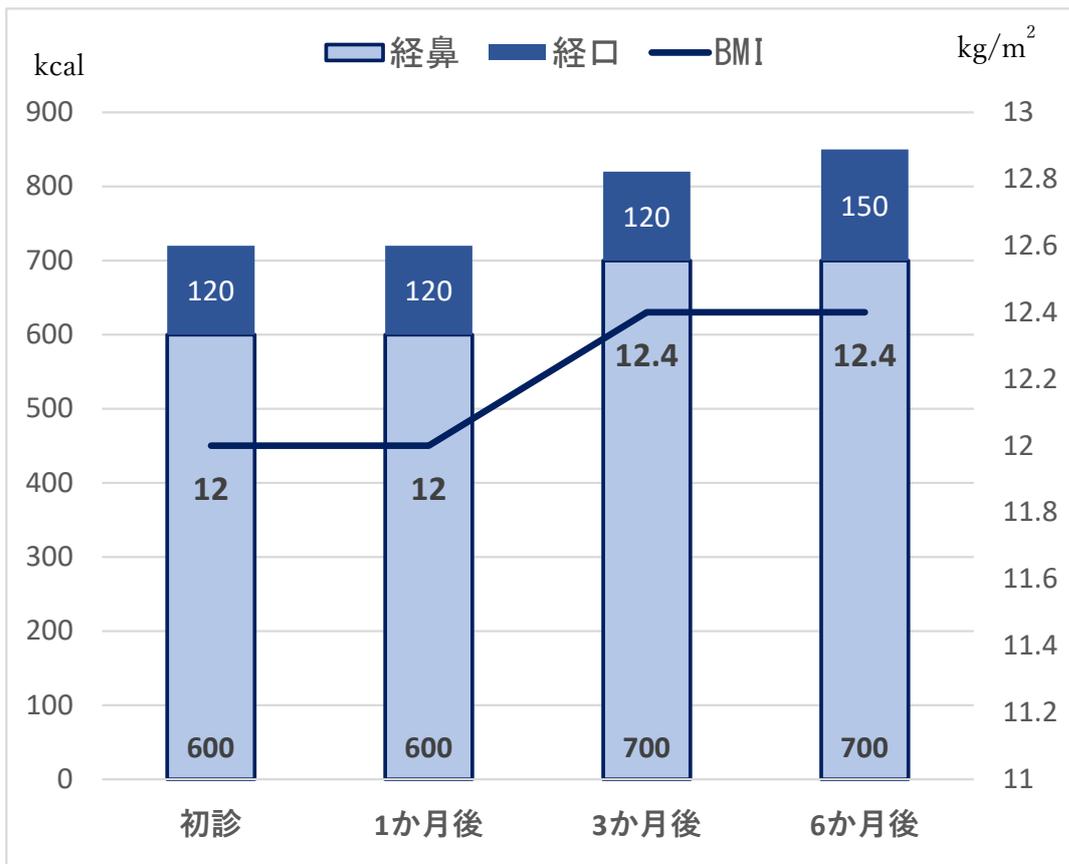
<具体的支援内容>

- # 1 管理栄養士は、必要エネルギー量を充足できるよう、ラコール®または他の飲食物を注入してエネルギー摂取量を増やすことや、経口摂取する飲食物に MCT パウダーを添加すること、また栄養補助食品を活用することなどを提案し、患児の保護者が実践できるようにする。
- # 2 歯科医師は摂食嚥下機能評価をおこない、バンゲード法や食事介助方法などを提案する。歯科衛生士はバンゲード法や食事時の姿勢、介助方法の指導などを行う。
- # 3 管理栄養士は、経口摂取及び経鼻胃管からの注入も可能なペースト食を作るための調理指導を行う。歯科医師と歯科衛生士は、調理された食物の物性が適切かどうかを評価する。

5. 結果

初回訪問から1カ月後、3カ月後、6カ月後に訪問した。経過を図1に示した。

1カ月後には、小児科主治医より、経鼻栄養量の増量および経鼻胃管からの栄養製剤以外の飲食物の注入について許可が得られ、母親に説明した。ラコール®600 ml 以外に、粒のない液状食品（味噌汁、スープ、ジュース、牛乳など）を、まずは1日1回、10～20 ccを注入するよう指導した。加えて MCT オイルパウダーを白湯に溶かして液状にし注入する方法について指導した。MCT オイルパウダーは、使い始める際は1日小さじ1杯とし、下痢などの消化器症状がなければ段階的に増量して、小さじ2杯を3回、ラコール®の投与後に注入するよう指導した。経口摂取時の姿勢は座位保持椅子で45°とし、捕食時から嚥下時まで口唇閉鎖を介助するよう指導した。



【図1 摂取栄養量とBMIの経時的変化】

3カ月後、身長・体重ともに増加しており、BMIも改善した。口唇閉鎖は介助が必要な状況が続いているものの、母親は捕食から嚥下に至るまでがスムーズになったと実感していた。さらに、経口および経管栄養で摂取する食品のバリエーションを増やしたいという希望があったため、でんぷん分解酵素入り固形化食品を使用したペースト粥やおかずのペーストの作り方を指導した。実際に患児宅でペーストを作り、歯科医師、歯科衛生士とともになめらかさや付着性を評価したうえで患児に摂取させ、観察評価を行った。経口では均質で付着性のないなめらかなペーストであり、かつ経鼻胃管への注入も可能な粘度に仕上がるよう、固形化食品の使用量を調整し、母親に調理方法を指導した。

6カ月後もさらに身長・体重の増加が見られた。母親によるペーストの調理については、時間に余裕がある週末のみの実施であったが、家族と同じ食事を数口だけでも食べられることを母親に喜ばれた。加えて、座位保持椅子に30分以上座れるようになり、経口摂取量も増加した。

身長・体重ともに発育の過程にあり、摂食嚥下機能も順調な獲得が見られることから、定期的に歯科と栄養による評価と介入が必要と考え、6カ月以降も数カ月おきに訪問することとなった。また、保育型療育施設での経口摂取を開始できるように、施設スタッフとも連携

を図ることとなった。

5. 参考資料

- 1) 小金井市ホームページ：
<https://www.city.koganei.lg.jp/smph/shisei/siseidata/setaizinkou/jinkoR5nendo.html>（令和5年12月20日時点）
- 2) 小金井市ホームページ：
<https://www.city.koganei.lg.jp/smph/kenkofukuhsi/shogaishafukushi/syougaisha/ikeatirashi.html>（令和5年12月20日時点）
- 3) 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニックホームページ：
<http://dent-hosp.ndu.ac.jp/nduhosp/tama-clinic/index.html>（令和5年12月20日現在）
- 4) 公益社団法人日本栄養士会. 地域における訪問栄養食事指導ガイド（平成26年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 管理栄養士による在宅高齢者の栄養管理のあり方に関する調査研究事業）
- 5) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会. 発達期摂食嚥下障害児（者）のための嚥下調整食分類 2018. 日摂食嚥下リハ会誌 2018; 22 (1) : 59-73.
- 6) 口分田政夫, 永江彰子. 重症心身障害児の栄養管理. 静脈経腸栄養 2012 ; 27 (5) : 1175-1182.
- 7) 向井美恵. 重症心身障害児者の摂食嚥下障害の基礎と臨床. 日本重症心身障害学会誌 2019; 44(1) : 81-89.
- 8) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会. 訓練法のまとめ（2014 版）. 日摂食嚥下リハ会誌 2014; 18 (1) : 55-89.

令和5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）事業
 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
野村 圭介	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
山本 伸一	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	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会 代表理事
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
中村 春基	千理リハビリテーション病院 副院長
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
上島 順子	NTT 東日本関東病院 栄養部 医療技術主任

◎：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	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
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
土田 将之 相南医療大学 助教
堤 亮介 平成医療福祉グループ 栄養管理部 部長
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
Le Bich Hop 大阪歯科大学大学院

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

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5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
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

2024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

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